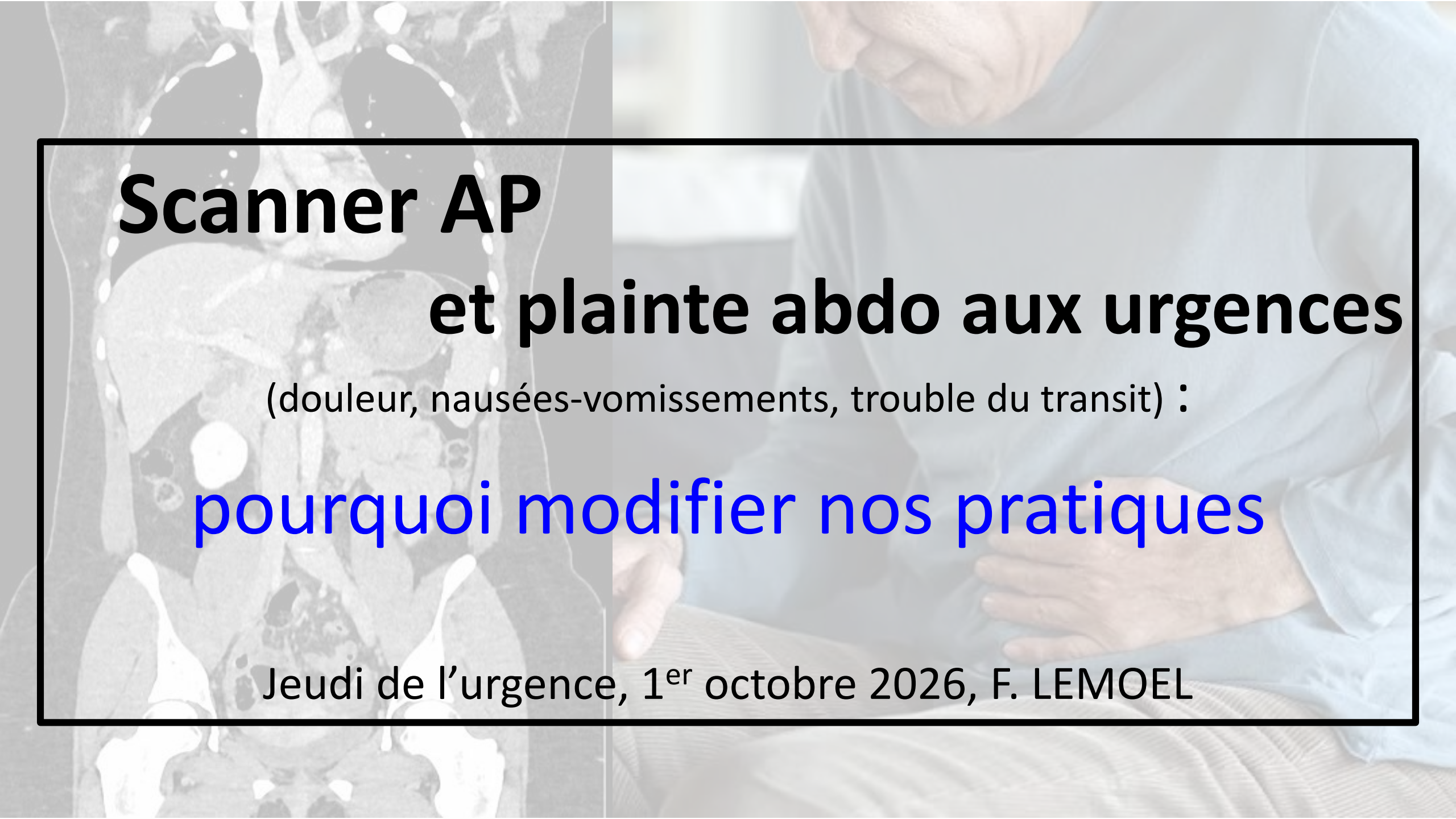




Scanner AP

et plainte abdo aux urgences

(douleur, nausées-vomissements, trouble du transit) :

pourquoi modifier nos pratiques

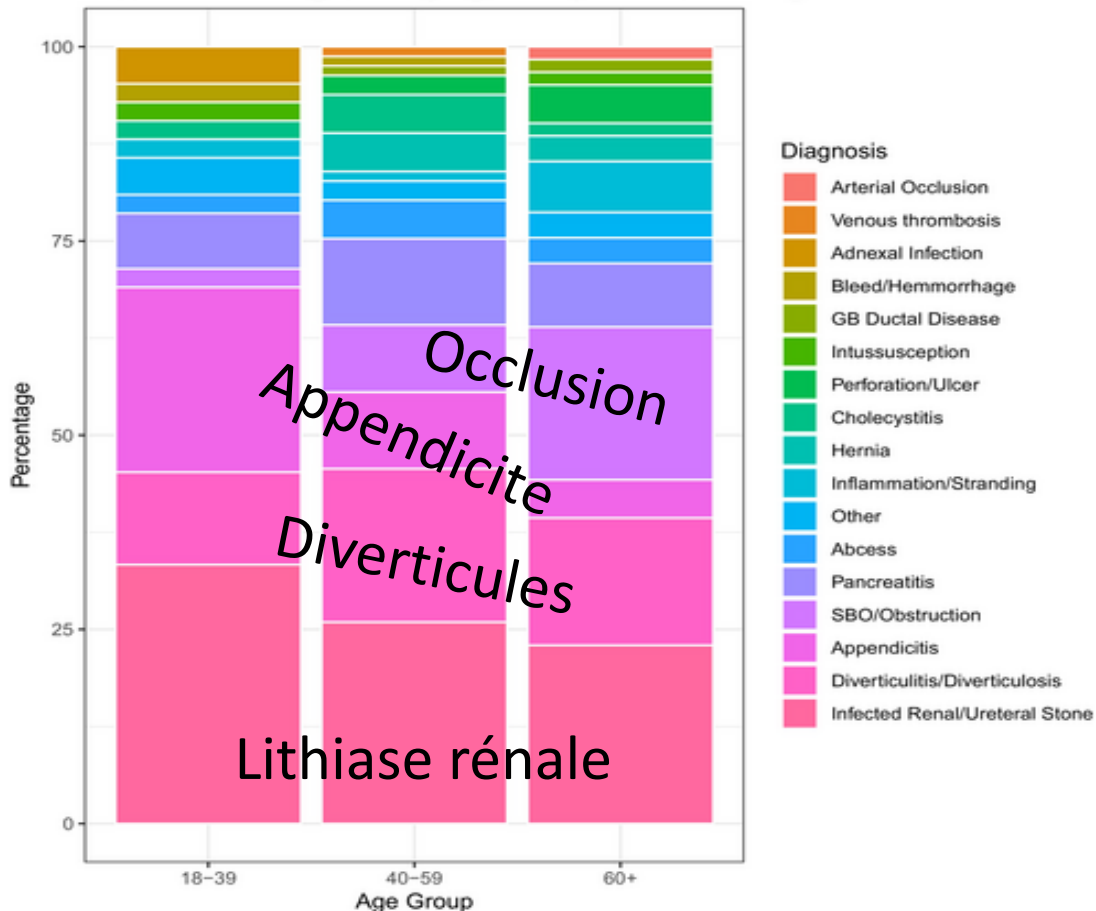
Jeudi de l'urgence, 1^{er} octobre 2026, F. LEMOEL

Clinical Features, CT Imaging Decisions and Yield by Age in Adults With Abdominal Pain in the Emergency Department

Ari B. Friedman^{1,2,3} | Michael N. Adjei-Poku^{1,3} | Lilliana A. Schadt⁴ | Yang Li¹ | Anne R. Cappola⁵ | Rachel R. Kelz^{2,6} | Ula Hwang^{7,8,9} | Gopal Kowdley¹⁰ | Aubrey Mwinyogole¹¹ | N. Seth Trueger^{12,13}

1170 patients admis à Baltimore pour dl abdo non trauma
Analyse des données cliniques, biologiques, d'imagerie, avis chir, devenir, etc

Prevalence of Diagnoses by Age Group in Acute Findings



DI abdo = motif le plus fréquent aux urgences (5-10%)

Sur les 20 dernières années, dans toutes les tranches d'âge :

- augmentation des motif dl abdo
- augmentation du nb de CT abdo
- sans diminution du rendement (positivité) de ces CT abdo

DI abdo du sujet âgé :

dl abdo = 10-15% des admissions des > 65 ans

morbi mortalité globale similaire à celle de l'IdM,

étiologies chirurgicales plus fréquentes,

hospi plus fréquente : 25% des 65-74 ans, 33% des ≥ 75 ans

Clinical Features, CT Imaging Decisions and Yield by Age in Adults With Abdominal Pain in the Emergency Department

Ari B. Friedman^{1,2,3} | Michael N. Adjei-Poku^{1,3} | Lilliana A. Schadt⁴ | Yang Li¹ | Anne R. Cappola⁵ | Rachel R. Kelz^{2,6} | Ula Hwang^{7,8,9} | Gopal Kowdley¹⁰ | Aubrey Mwinyogole¹¹ | N. Seth Trueger^{12,13}

1170 patients admis à Baltimore pour dl abdo non trauma
Analyse des données cliniques, biologiques, d'imagerie, avis chir, devenir, etc

% de CT demandés + leur rentabilité :

	18–39 years (N = 547)	40–59 years (N = 393)	≥ 60 years (N = 229)	p
CT scan performed	228 (41.7%)	260 (66.2%)	162 (70.7%)	<0.001
Acute findings on CT = rentabilité des CT abdo demandés	18,4%	31,2%	37,7%	<0.001

en f° de l'âge, augmentation
du nb de CT demandés

en f° de l'âge, augmentation
du % de patho abdo aigue
significative retrouvée au CT

« c'est bien de scanner plus souvent les vieux, on trouve des trucs ! »

Clinical Features, CT Imaging Decisions and Yield by Age in Adults With Abdominal Pain in the Emergency Department

Ari B. Friedman^{1,2,3} | Michael N. Adjei-Poku^{1,3} | Lilliana A. Schadt⁴ | Yang Li¹ | Anne R. Cappola⁵ | Rachel R. Kelz^{2,6} | Ula Hwang^{7,8,9} | Gopal Kowdley¹⁰ | Aubrey Mwinyogle¹¹ | N. Seth Trueger^{12,13}

% de CT ayant modifié significativement la prise en charge :

	18–39years (N= 547)	40–59years (N= 393)	≥ 60years (N= 229)	p
Surgery performed	25 (4.6%)	35 (9.0%)	24 (10.6%)	0.002
Admitted	66 (12.1%)	110 (28.0%)	86 (37.6%)	<0.001
Composite adverse outcome	27,2%	49,1%	57,6%	<0.001

augmentation
du % de chirurgie
et du taux d'hospi avec l'âge

**chez les plus de 60 ans,
dans 57% des cas
le CT abdo modifie la PeC
(avis chir, hospi ou chir en urgence)
vs 27% des cas avant 40 ans**

« on trouve des trucs et on en fait quelque chose ! »

Clinical Features, CT Imaging Decisions and Yield by Age in Adults With Abdominal Pain in the Emergency Department

Ari B. Friedman^{1,2,3} | Michael N. Adjei-Poku^{1,3} | Lilliana A. Schadt⁴ | Yang Li¹ | Anne R. Cappola⁵ | Rachel R. Kelz^{2,6} | Ula Hwang^{7,8,9} | Gopal Kowdley¹⁰ | Aubrey Mwinyogole¹¹ | N. Seth Trueger^{12,13}

Avant le résultat du CT abdo, question posée aux urgentistes :

« de 1 à 10 quelle est votre suspicion de trouver une patho abdo aigue significative au CT ? »

	18–39 years (N = 547)	40–59 years (N = 393)	≥ 60 years (N = 229)
Index of suspicion			
Low (1–3)	219 (40.0%)	126 (32.1%)	86 (37.6%)
Medium (4–7)	226 (41.3%)	180 (45.8%)	91 (39.7%)
High (8–10)	97 (17.7%)	81 (20.6%)	45 (19.7%)

$p = 0,085$

**pas de modification
de la suspicion pré-test
des urgentistes en fonction
de l'âge du patient...**

**parce que l'examen clinique
perd de sa valeur,
plus le patient est âgé :**

Signe	18–39 ans	40–59 ans	≥60 ans
Défense abdominale -> spécificité (1 – FP)	98%	96%	98%
Sensibilité abdo à la palpation -> sensibilité (= 1 – FN)	73%	73%	58%

Clinical Features, CT Imaging Decisions and Yield by Age in Adults With Abdominal Pain in the Emergency Department

Ari B. Friedman^{1,2,3} | Michael N. Adjei-Poku^{1,3} | Lilliana A. Schadt⁴ | Yang Li¹ | Anne R. Cappola⁵ | Rachel R. Kelz^{2,6} | Ula Hwang^{7,8,9} | Gopal Kowdley¹⁰ | Aubrey Mwinyogile¹¹ | N. Seth Trueger^{12,13}

Additional testing would likely identify acute, intervenable findings. This diagnostic imbalance between age groups may represent an under-appreciation of the risks of older adults, an under-valuation of identification of acute pathology in older adults, or an over-reliance on history and physical examination findings. Informative signs and symptoms are less common in older adults despite higher rates of acute pathology, consistent with the geriatric hypothesis that older adults present with less specific symptoms.

**-> msg n°1 : après 60 ans, un abdomen « rassurant » sans sensibilité franche à la palpation,
NE DOIT PAS NOUS RASSURER**

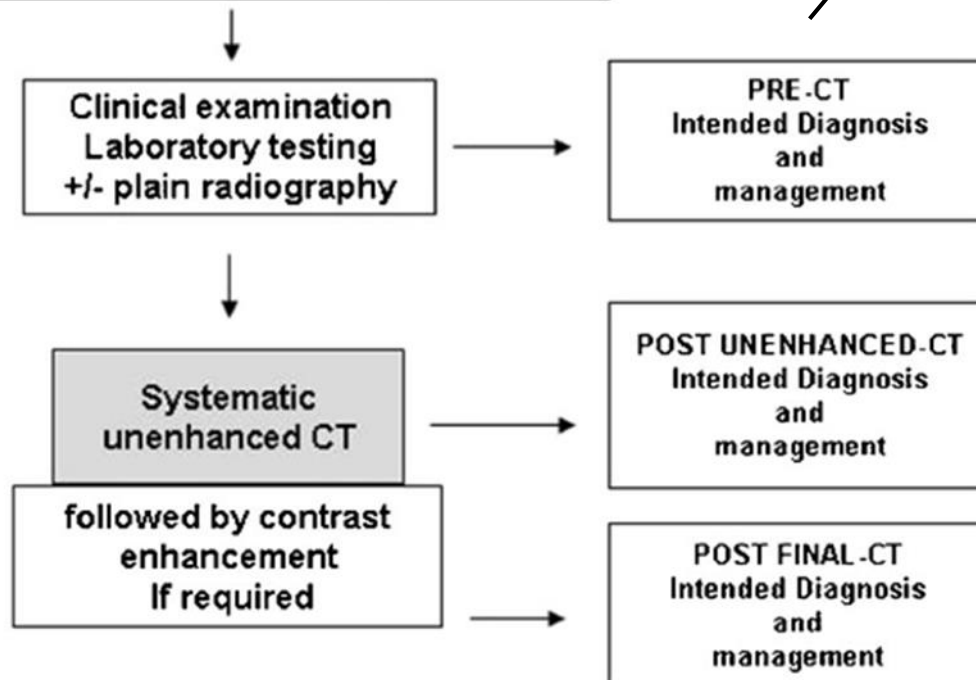
(diminution de la musculature abdo chez le sujet âgé = pas ou peu de défense et examen clinique moins fiable)

Systematic unenhanced CT for acute abdominal symptoms in the elderly patients improves both emergency department diagnosis and prompt clinical management

Ingrid Millet¹ · Mustapha Sebbane² · Nicolas Molinari³ · Emma Pages-Bouic¹ ·
Fernanda Curros-Doyon¹ · Bruno Riou⁴ · Patrice Taourel¹

401 patients > 75 ans

ED patients >75 years old with acute
non traumatic abdominal symptoms



Quels sont vos 3 diagnostics les plus probables
parmi les 16 pathologies classiques pouvant
expliquer la symptomatologie abdo du patient ?

Quelle PeC d'après vous ? Hospitalisation ? RaD ?

A cette étape, avez-vous besoin d'un scanner AP ?

The CT was requested by the ED physician in 312 cases (77.8 %) and was not requested in 89 cases (22.2 %).

(bien supérieur au % dans les autres études :
52–59% de CT abdo chez les patients > 60 ans)

Mechanical bowel obstruction (11.5 %), fecal impaction (12.2 %) and non-specific abdominal pain (10.7 %) are the most frequently specific diagnoses. About two-thirds (65.6 %) of the population needed hospitalization, among which 42.2 % required surgery or invasive procedure. There were 66 deaths (16.5 %).

Systematic unenhanced CT for acute abdominal symptoms in the elderly patients improves both emergency department diagnosis and prompt clinical management

Ingrid Millet¹ · Mustapha Sebbane² · Nicolas Molinari³ · Emma Pages-Bouic¹ ·
Fernanda Curros-Doyon¹ · Bruno Riou⁴ · Patrice Taourel¹

comparaison de la performance de 3 stratégies :

(1) *clinical strategy* : diag et PeC envisagés sur clinique seule

(2) *current practice* :

l'urgentiste demande le CT abdo, et on en déduit le diag et la PeC

(3) *systematic unenhanced CT*, et on en déduit le diag et la PeC

Strategies	Accurate diagnosis	<i>p</i> value *	Accurate management	<i>p</i> value *
Clinical	43.6 % (175/401)	2.9E-44	70.6 % (283/401)	1.0E-25
Current practice	76.8 % (308/401)	1.1E-6	88.5 % (355/401)	2.6E-6
Systematic unenhanced CT	85 % (341/401)		95.8 % (384/401)	

amélioration nette de la performance diagnostique et de la Pec
dans le groupe *systematic unenhanced CT* (-> on « rattrape » des trucs)

Systematic unenhanced CT for acute abdominal symptoms in the elderly patients improves both emergency department diagnosis and prompt clinical management

Ingrid Millet¹ · Mustapha Sebbane² · Nicolas Molinari³ · Emma Pages-Bouic¹ ·
Fernanda Curros-Doyon¹ · Bruno Riou⁴ · Patrice Taourel¹

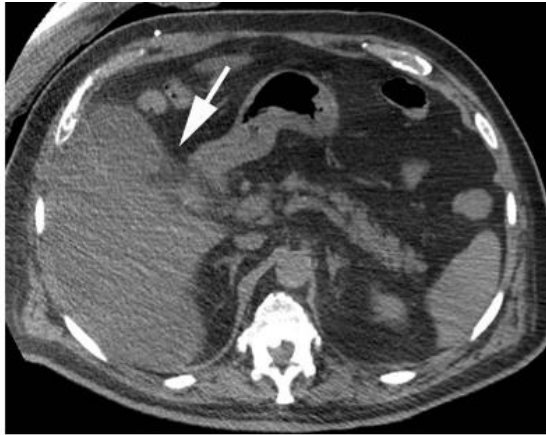


Fig. 4 Unenhanced CT in a 78-year-old man with abdominal pain for whom CT was not requested by the EP. Patient reported history of chronic constipation, there was no fever and no biological abnormalities except for a CRP level of 37mg/mL. Systematic unenhanced CT showed fat stranding around the gallbladder (*arrow*) suggesting acute cholecystitis, which was accurately treated by surgery

comparaison de la performance de 3 stratégies :

(1) *clinical strategy* : diag et PeC envisagés sur clinique seule

(2) *current practice* :

l'urgentiste demande le CT abdo, et on en déduit le diag et la PeC

(3) *systematic unenhanced CT*, et on en déduit le diag et la PeC

patients chez qui l'urgentiste
n'a pas demandé de CT abdo

le *CT systématique* trouve une
patho abdo aiguë insoupçonnée
dans 30,3 % des cas

le *CT systématique*
permet **15,7%**
de RaD en plus

le *CT systématique* entraîne une
modif de la prise en charge
prévue dans 37,1 % des cas



-> msg n°2 : après 75 ans, 30% des pathologies abdo aiguës sont insoupçonnées cliniquement

Impact of CT in elderly patients presenting to the emergency department with acute abdominal pain

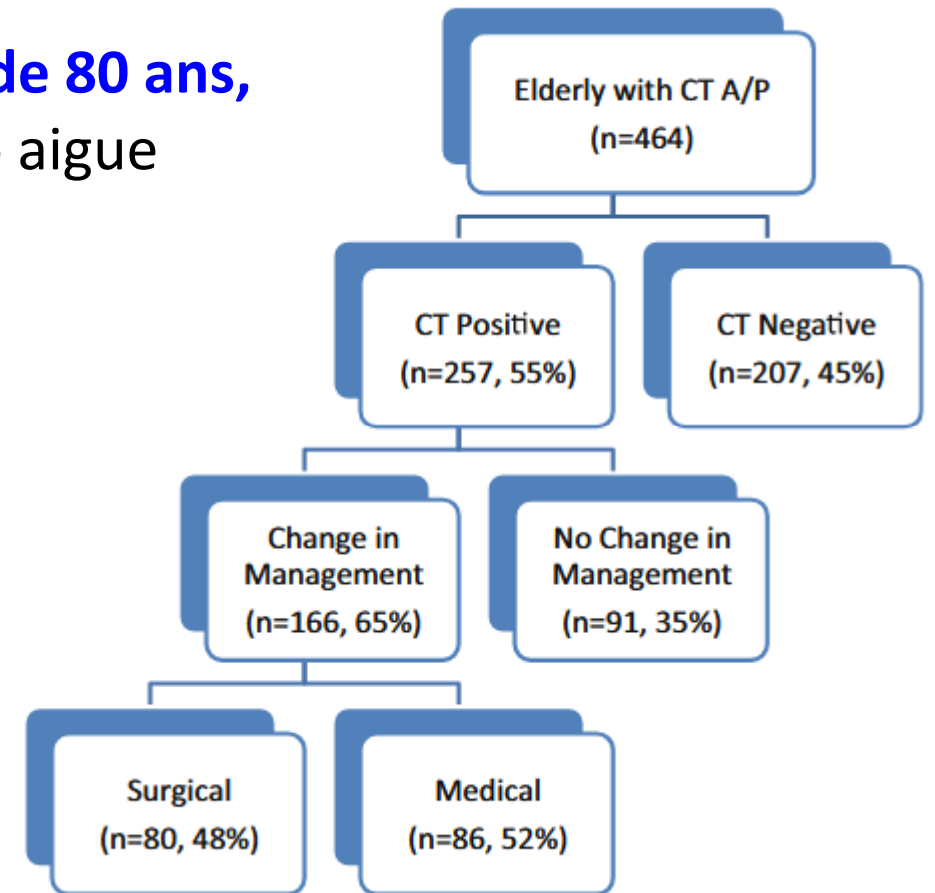
Carly S Gardner¹, Tracy A Jaffe², Rendon C Nelson³

Etude rétrospective sur 7 ans et **464 patients de plus de 80 ans**,
scannés aux urgences pour symptomatologie abdo aigue

55% de CT abdo sont positifs

et modifient la PeC dans 65% des cas

(trt invasif dans 48% des cas)



Impact of CT in elderly patients presenting to the emergency department with acute abdominal pain

Carly S Gardner¹, Tracy A Jaffe², Rendon C Nelson³

Etude rétrospective sur 7 ans et **464 patients de plus de 80 ans**,
scannés aux urgences pour symptomatologie abdo aigue

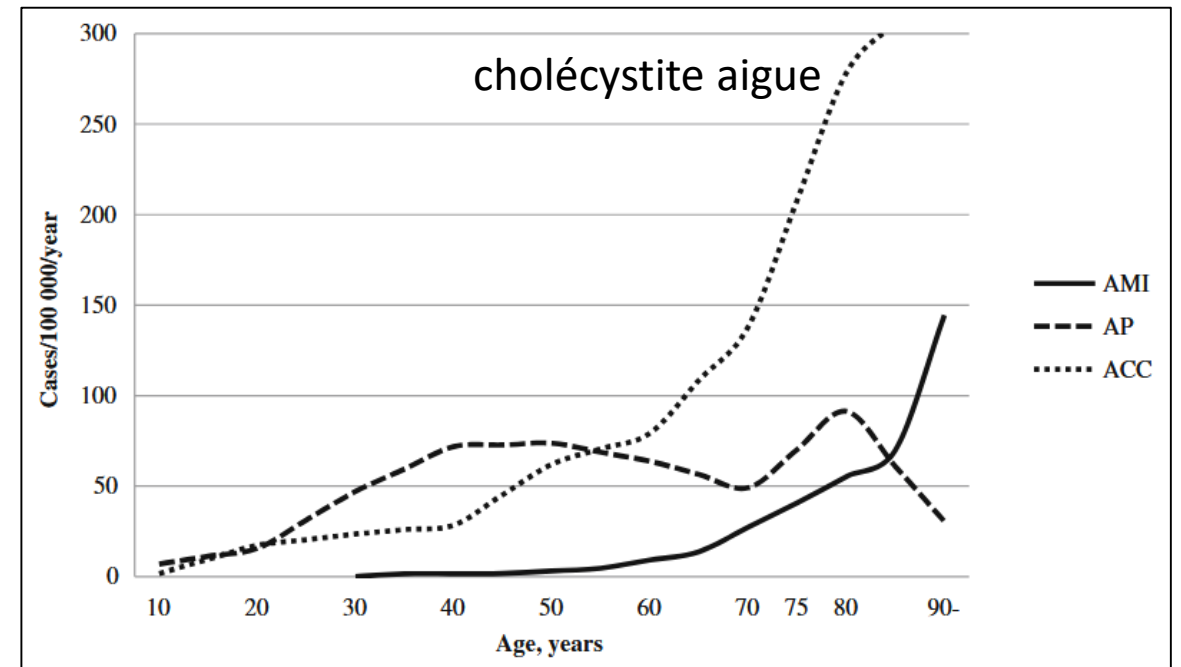
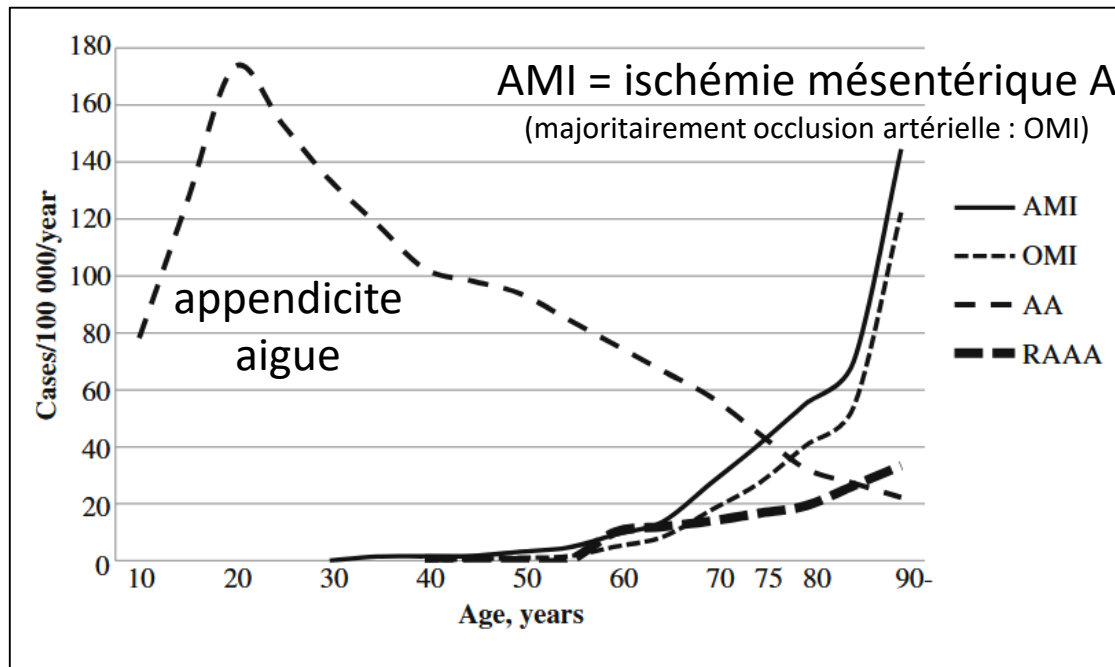
Table 1. Most common diagnoses pre- and post-computed tomography (CT)

Final diagnosis	Pre-CT diagnosis, <i>n</i> (%; CI 95%) ^a	Post-CT diagnosis, <i>n</i> (%; CI 95%)*	<i>p</i> value
SBO	34 (13, 9–17)	50 (20, 14–24)	< 0.05
Diverticulitis	8 (3, 1–5)	25 (10, 6–14)	< 0.01
Vascular emergency	16 (6, 3–9)	18 (7, 4–10)	0.65
Ischemia	5 (2, 0–4)	10 (4, 2–6)	0.18
Appendicitis	4 (2, 0–4)	8 (3, 1–5)	0.47
Large bowel obstruction	0 (0, 0–0)	6 (2, 0–4)	< 0.01
Totals	67 (26, 19–29)	117 (42, 36–48)	< 0.05

**-> msg n°3 : après 80 ans, 43% des pathologies abdo aigues sont insoupçonnées cliniquement
(surtout les occlusions, les néo et les diverticules)**

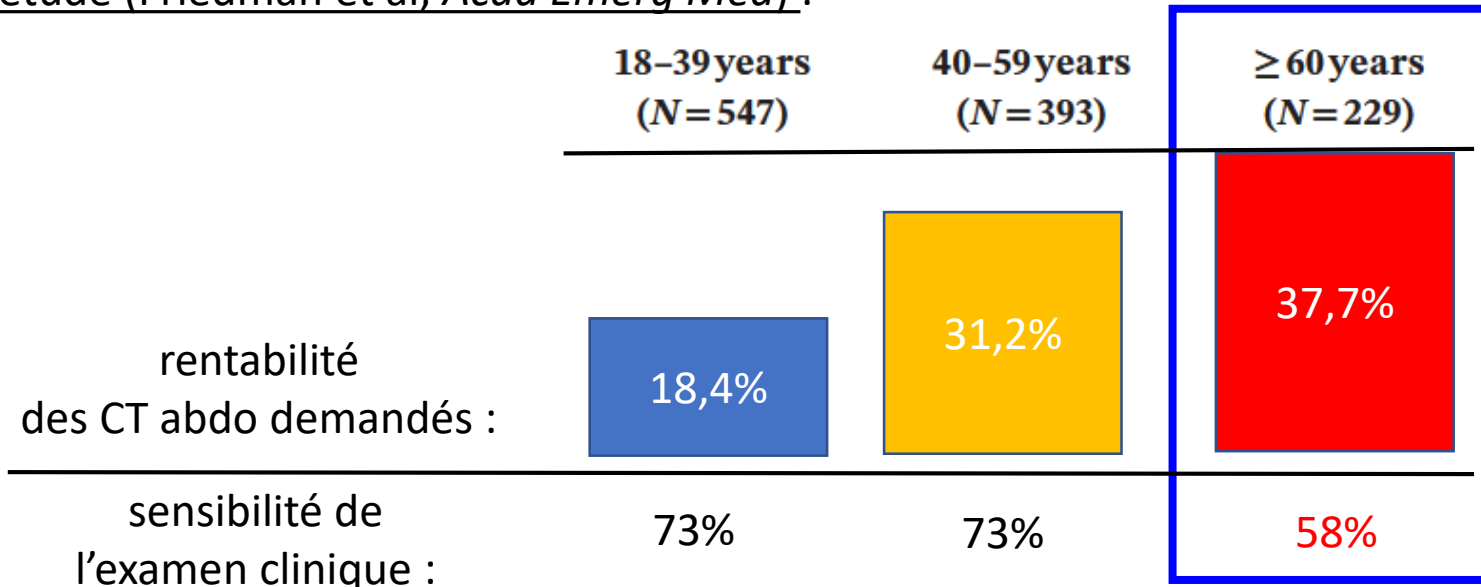
Acute Mesenteric Ischemia Is a More Common Cause than Expected of Acute Abdomen in the Elderly

Jussi M. Kärkkäinen^{1,2} • Tiina T. Lehtimäki³ • Hannu Manninen^{3,4} • Hannu Pajanen^{2,4}



-> msg n°4 : après 75 ans, ↗ exponentielle des ischémies mésentériques (> appendicites)
mais tableau typique (dl abdo intense + examen clinique pauvre) plus rarement présent que chez le patient + jeune
et après 60 ans, ↗ exponentielle des cholécystites

- 1^{ère} étude (Friedman et al, Acad Emerg Med) :



conclusion

- 2^{ème} étude (Millet et al, Eur Radiol) :

après 75 ans, 30% des pathologies abdo aiguës sont **insoupçonnées** cliniquement

- 3^{ème} étude (Gardner et al, Abdom Imaging) :

après 80 ans, 43% des pathologies abdo aiguës sont **insoupçonnées** cliniquement

- 4^{ème} étude (Kärkkäinen, J Gastrointest Surg) :

chez le sujet âgé, les incidences de la **cholécystite** et de l'**ischémie mésentérique** explosent

...ON VA PAS SCANNER
TOUT LE MONDE, MAIS...



conclusion

**AUX URGENCES, CE N'EST PAS UNE QUESTION
DE « TOUT OU RIEN » ... MAIS DE BON ÉQUILIBRE !**
Ni trop d'examens, ni pas assez... juste ce qu'il faut !

TROP D'EXAMENS ?

- Scanners abdominaux à répétition
- Examens non indiqués
- Coûts, délais, surdiagnostic...
- Patients qui attendent plus longtemps



Trop
d'examens
=

RISQUE D'OVERDIAGNOSTIC
+ COÛTS + DÉLAIS
+ PLAINTES ("Pourquoi pas de scanner?")

Le bon examen,
au bon patient,
au bon moment !

Pas assez
d'examens
=

RISQUE DE DIAGNOSTIC MANQUÉ
+ COMPLICATIONS
+ PLAINTES / RÉCLAMATIONS

PAS ASSEZ D'EXAMENS ?

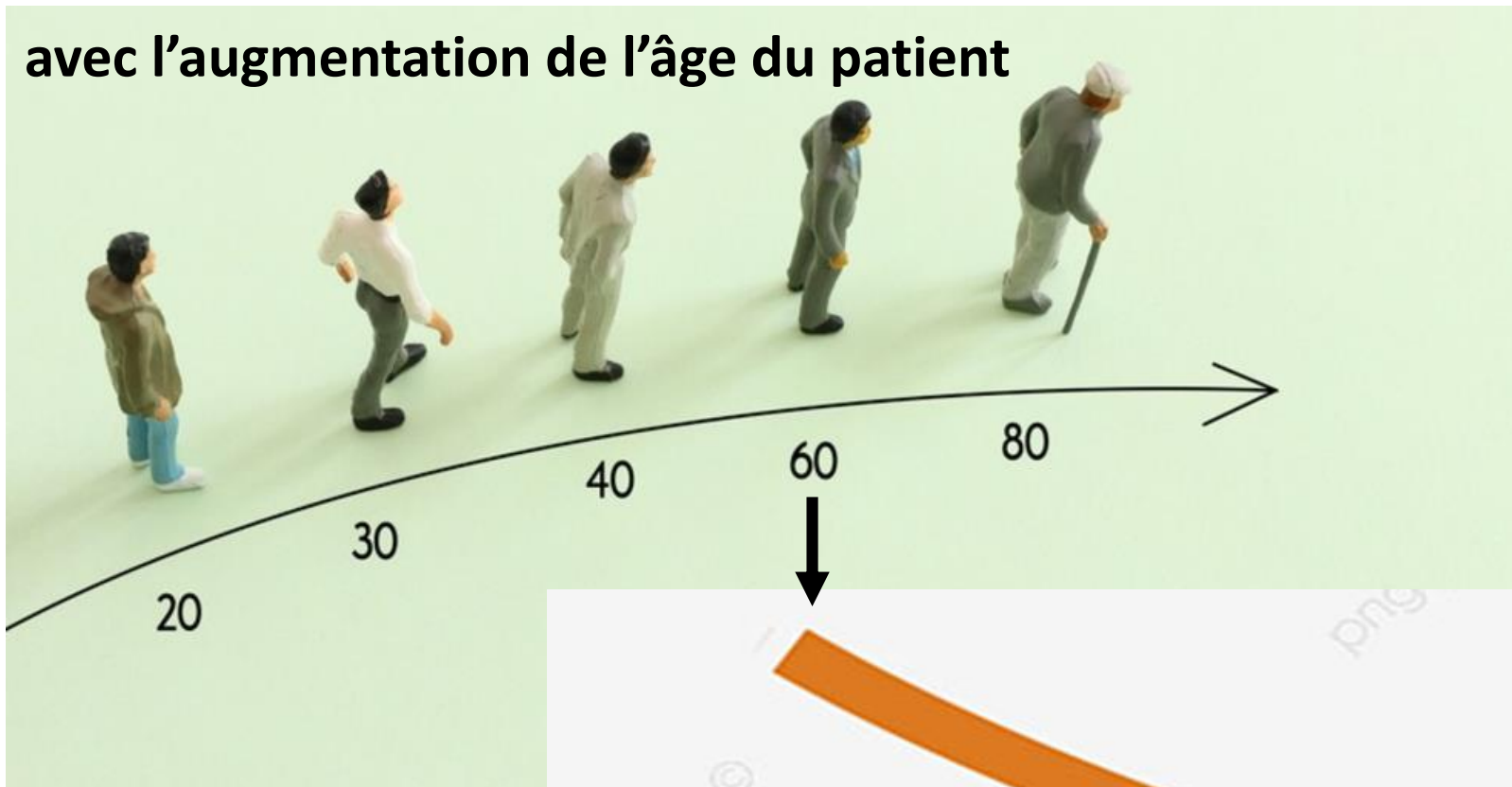
- Pathologies manquées
- Complications
- Reprises de parcours
- Et... plaintes et réclamations
("Vous auriez dû faire un scanner...")

Et si
c'était ça ?

- Appendicite ?
- Diverticulite ?
- Occlusion ?
- ...



avec l'augmentation de l'âge du patient



conclusion

...MAIS EN TOUT CAS...

le seuil de déclenchement du CT abdo
pour sympto abdo aigue **DOIT DIMINUER** (y compris un trouble aigu du transit)

≥ 75 ans : modification récente du transit inexpiquée = CT abdo (proba ++ d'occlusion et/ou de néo)

et plus de scanner abdo faits =



conclusion

(déjà 3 contentieux
« dl abdo »
problématiques
depuis janv 2026)

= moins de plaintes et réclamations à traiter !

c'est tout bénéf' ;-)

PROPOSITION (*forcément imparfaite*)

DE SEUILS DE DÉCLENCHEMENT D'UN SCANNER ABDO

pour une symptomatologie abdominale aiguë aux urgences

	< 60 ans	60–74 ans	≥ 75 ans
Douleur abdominale nouvelle / inexpliquée	Sélectif	Seuil bas	TDM très facile
Transit récemment modifié	Sélectif	Seuil bas	TDM très facile
Vomissements + douleur / distension	Seuil bas	TDM	TDM
Douleur disproportionnée / suspicion ischémie mésentérique	Angio-TDM	Angio-TDM	Angio-TDM

NB : le scanner **sans injection** est ~ **30 % moins performant** (Shaish et al., *JAMA Surg*, 2023) que le CT +
-> si DFG < 30 : rapport **bénéfice / risque** selon la suspicion et l'indication + **protocole hydratation avant / après CT**