

Paris, le 3 Avril 2026



Infections abdominales chez le sujet âgé

Pr. I. Millet, MD PhD

Radiologue

CHU Lapeyronie, Montpellier, France



Quelques précisions sur notre sujet...

- Comment se définir comme “âgé” ?
 - Par catégorie d’âge ?



National Institute
on Aging



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

65 ans

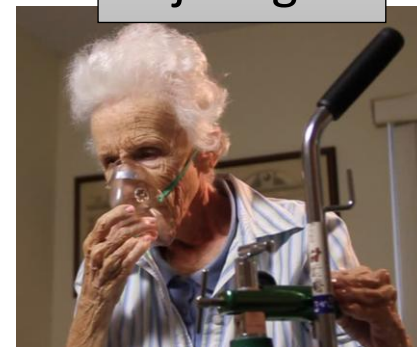
- Young old (65-74yrs)
- Old old (75-84yrs)
- Oldest old (>85yrs)

75 ans *

Age chronologique ≠ Age physiologique



Sujet âgé ?



Qu'est ce que ça change d'être « âgé » ?

85 ans en moyenne

Vulnérable du fait de l'âge

7 pathologies

8-10 médicaments



- Ceux qui majorent le risque infectieux : AINS, corticoïdes
- Ceux qui masquent les signes d'alerte : β -bloquant, paracétamol...

- Déclin des grands systèmes fonctionnels (cardiaque, rénal, respiratoire)
- Altération du système immunitaire
- Diminution des réserves physiologiques



Augmentation de la sensibilité
aux infections

Qu'est-ce qu'une infection ?

= Pénétration et développement dans un être vivant de micro-organismes (bactérie, virus, champignon)



Réponse inflammatoire locale ou généralisée

- Les symptômes usuels d'une infection au niveau de l'abdomen
 - Fièvre, frissons, vomissements/diarrhées, douleur abdominale...
 - Elévation de la CRP (non spécifique d'infection), ou de la procalcitonine (cinétique assez spécifique d'infection bactérienne) et des GB

Chez le sujet âgé...

- On parle d'infection/d'inflammation... MAIS :

La fièvre et la douleur ne sont **pas présentes dans plus de 50%** des urgences chirurgicales ou des processus infectieux chez le sujet âgé.

Si elle est présente, la fièvre est liée à*:

- **Un processus infectieux**, en général d'origine bactérienne sévère, dans **2/3 des cas**
 - Un processus **non infectieux dans 1/3 of cases**

Examen clinique du sujet âgé

- Pas fiable...

- Présentation tardive ou **atypique**

- Une **confusion** peut être le seul symptôme d'un processus infectieux profond (**autour de 20%)

- Interrogatoire parfois aléatoire

- Minimise la douleur, confusion...

- Examen clinique non spécifique

- Moins de contracture, moins d'hyperthermie dans les urgences chirurgicales

- Examens biologiques peu contributifs

- Hyperleucocytose absente dans 30% des abdomens chirurgicaux [^]

Cervellin, Ann Transl Med, 2016

Table 4 Frequency of causes of acute abdominal pain in the patient population, classified according to the age

Cause	<65 years (%)	≥65 years (%)
Acute abdomen	0.37	1.32
Appendicitis	4.54	1.47
Biliary colic/cholecystitis	5.95	13.17
Bowel obstruction	0.27	2.32
Diverticulitis	2.47	7.28
Extra abdominal causes	0.77	1.16
Gastritis/peptic ulcer	2.91	1.94
Gastroenteritis	2.32	0.70
Gynecologic pain	2.86	0.31
Hernias	0.67	1.32
Iatrogenic pain	2.00	4.42
Inflammatory bowel disease	0.40	0.23
Ischemic abdominal pain	0.37	1.01
Non-specific abdominal pain	32.03	29.67
Other abdominal pain	0.40	3.56
	2.32	3.56
	1.43	3.33
	34.48	20.84
Infection and other (i.e., testicular, prostatic)	2.87	2.40

Biliaire
Digestif
Urinaire
Malignité

[^] Tran, Revue médicale Suisse, 2012

** Cagatay, J of Aging Research, 2010

Imagerie et urgences abdominales du sujet âgé

- ASP, il ne reste que 3 indications ! §
 - Suivi des coliques néphrétiques
 - Ingestion de corps étrangers
 - Topographie des **fécalomes** chez le sujet âgé



- Echographie → limitée

- Scanner ++++

- Même sans injection *
- Peut-être injecté si la clairance de la créatininémie > 30mL/min **
- Augmente l'exactitude et la confiance diagnostique ainsi que la pec thérapeutique

Strategies	Accurate diagnosis	p-value *	Accurate management	p-value *
Clinical	43.6% (175/401)	2.857E-44	70.6% (283/401)	1.03E-25
Current practice	76.8% (308/401)	1.071E-06	88.5% (355/401)	2.6E-6
Systematic unenhanced CT	85% (341/401)		95.8% (384/401)	

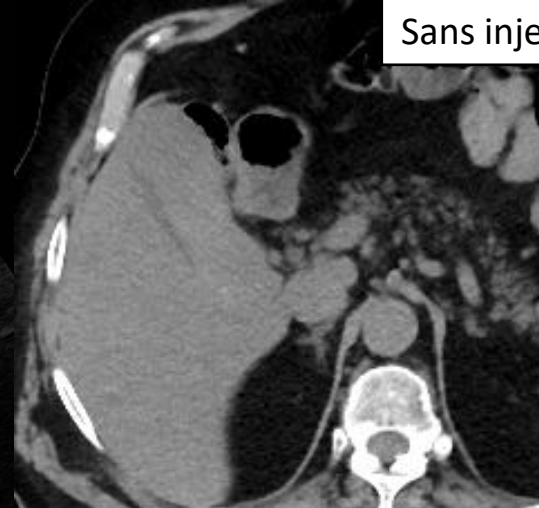
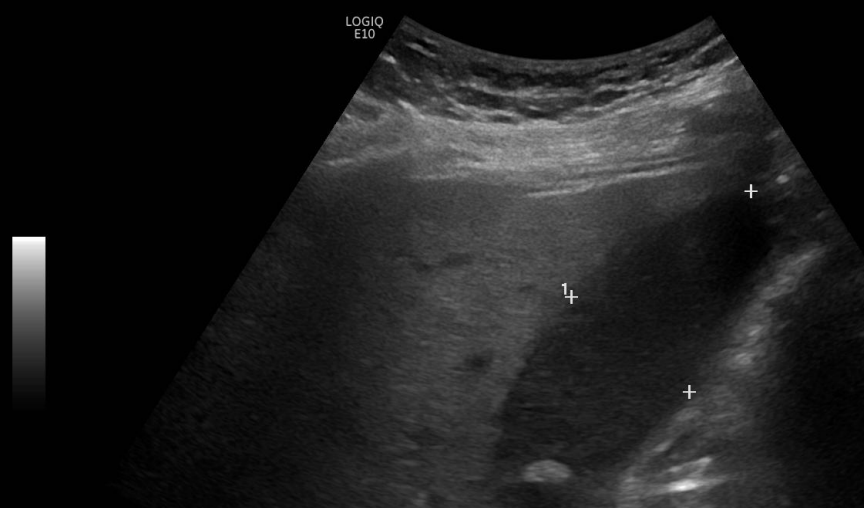
Donc penser infection abdominale chez le sujet âgé si :

- **Symptômes** abdominaux ou douleur abdominale,
- **Quels que soient** les paramètres biologiques,
- Chez un sujet de **plus de 75 ans**

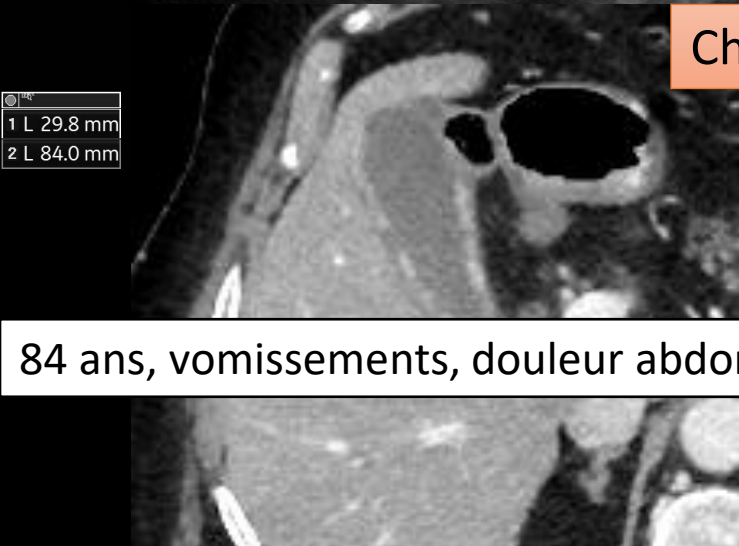
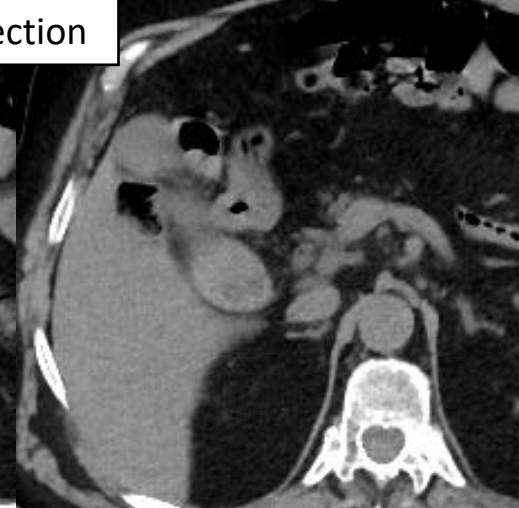
!!!! Mais aussi si :

- **Syndrome confusionnel**
- **Perte** brutale / rapide de **l'autonomie** fonctionnelle
- Chute
- **Décompensation** d'une comorbidité

Les formes classiques d'infection

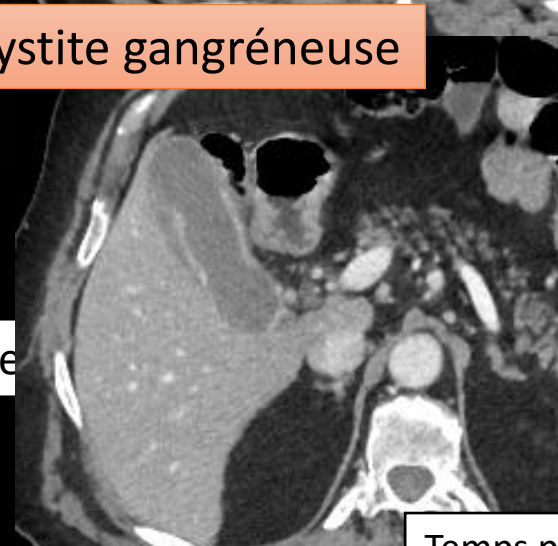


Sans injection



Cholécystite gangréneuse

84 ans, vomissements, douleur abdominale



Temps portal



84 ans, perte d'autonomie, SIB modéré (CRP = 90), pas de fièvre, sensibilité flanc droit.



Séméiologie classique
mais formes plus souvent
compliquées !

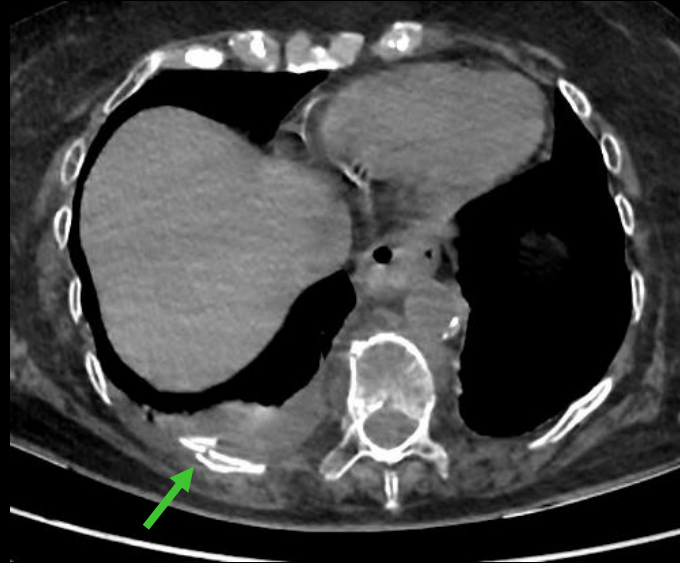
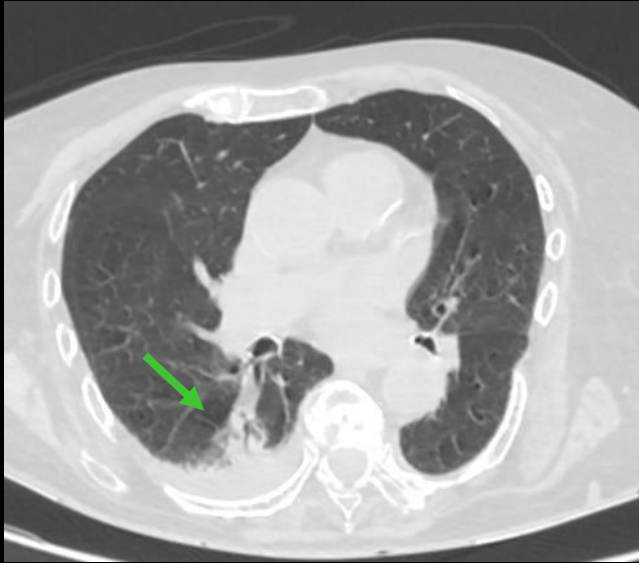
70 ans, décompensation diabétique. Episode de confusion 5j avant avec IRM cérébrale normale.
SIB (CRP = 66) sans fièvre.

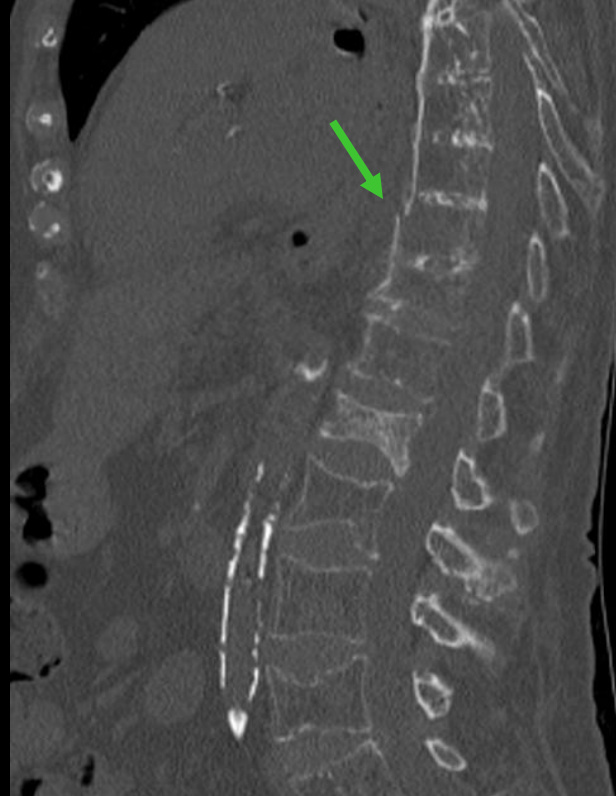
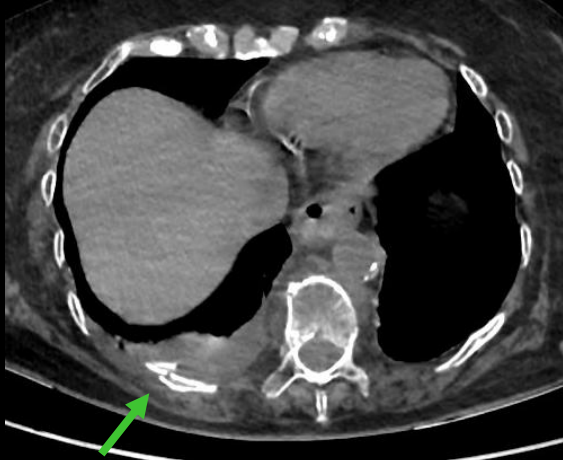


Les spécificités en scanner

Patiente, 86 ans, CRP=350, Douleur de l'HCD

→ TAP sans injection, recherche de foyer infectieux profond

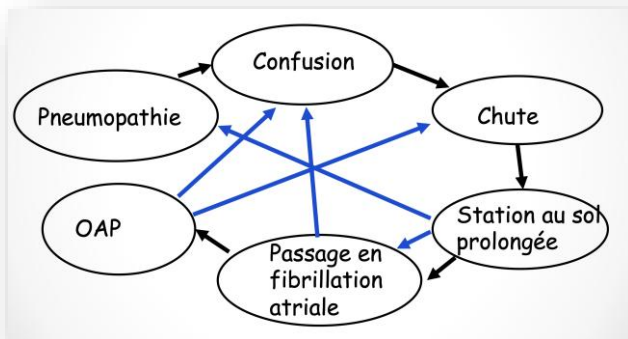




Traumatisme avec fracture instable en hyper extension de T10, fracture de côte et surinfection pulmonaire

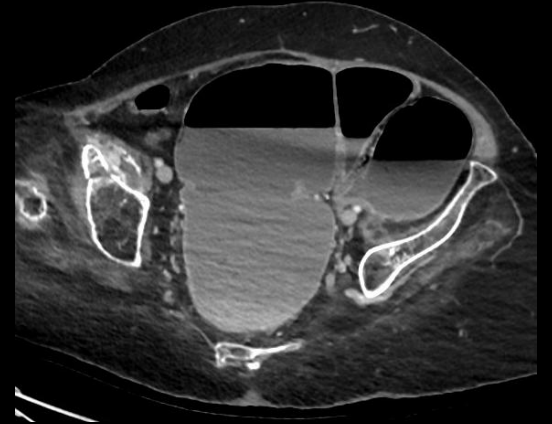
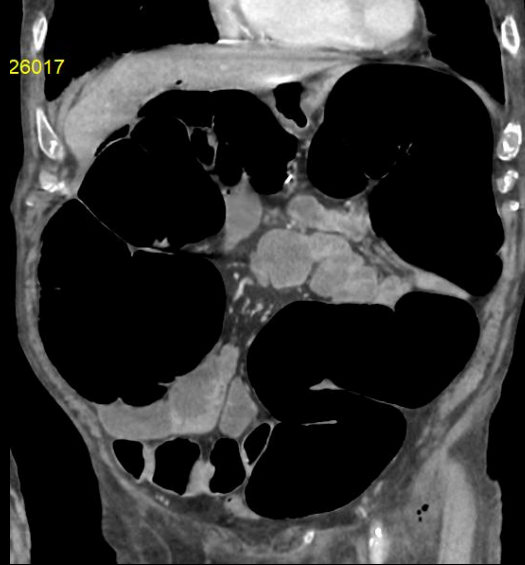
Infection abdominale du sujet âgé

- Peut résulter d'un phénomène de « cascade »
 - Attention au SOS : Satisfactory of Search
 - **TOUT regarder !!** (os, cœur et poumon)



78 ans, alitement, CRP = 70

86 ans, SIB sans point d'appel, météorisme abdominal

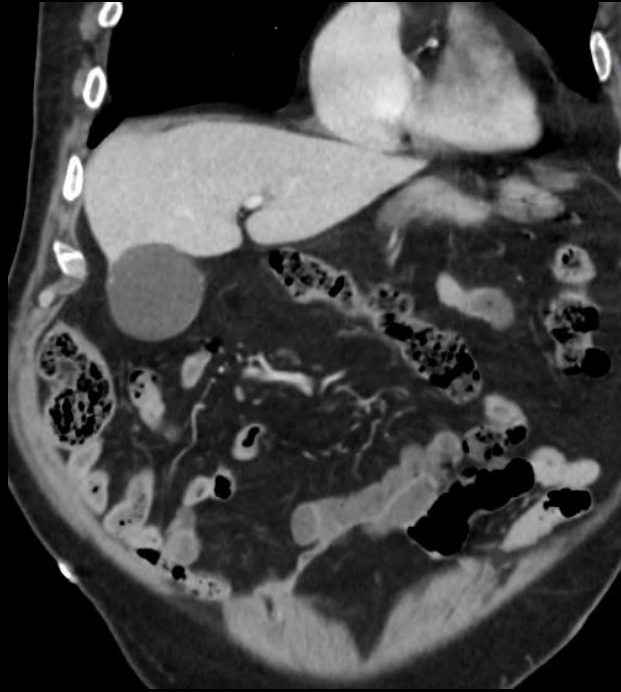


Syndrôme d'Ogilvie

Infection abdominale du sujet âgé

- Peut résulter d'un phénomène de « cascade »
 - Attention au SOS : Satisfactory of Search
 - TOUT regarder !! (os, cœur et poumon)
- Toute **distension digestive** peut-être à l'origine d'un sepsis infectieux
 - Phénomène de **translocation +++**

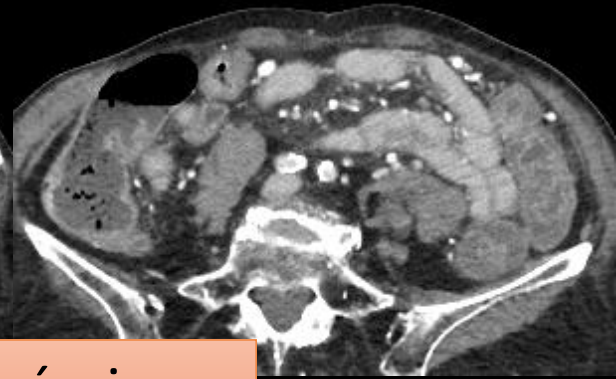
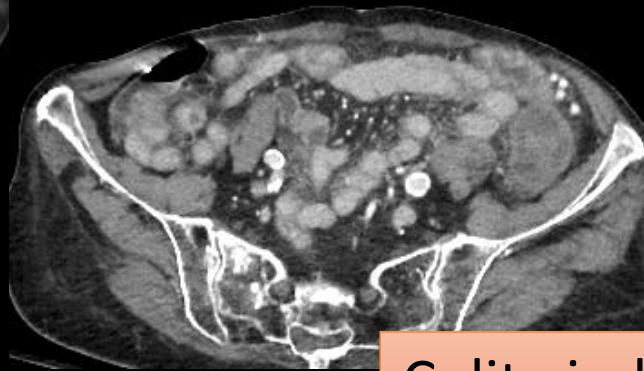
Patient, 90 ans, douleurs épigastriques à type de brûlures depuis la veille avec éructations.
CRP = 8 mg/dL. Recherche de foyer infectieux profond.



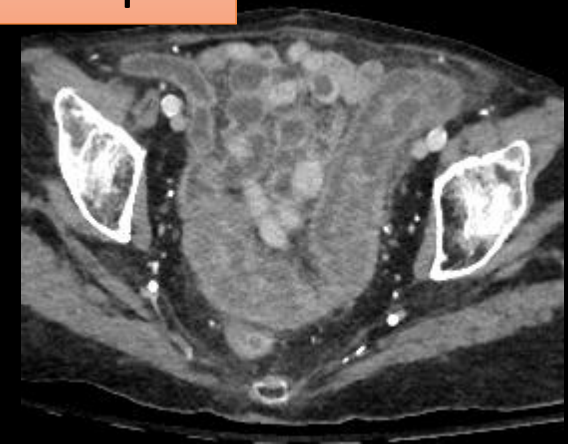
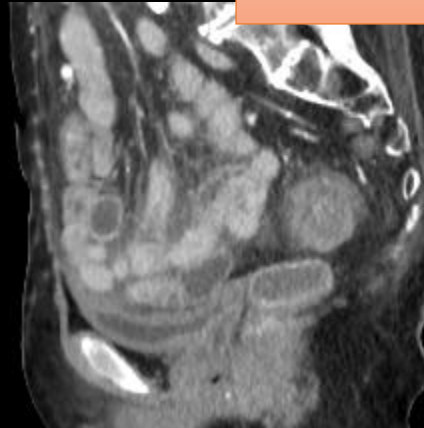


Cholécystite aiguë lithiasique
ischémique

91 ans, douleurs abdominales, vomissements, diarrhées, fièvre, DTS



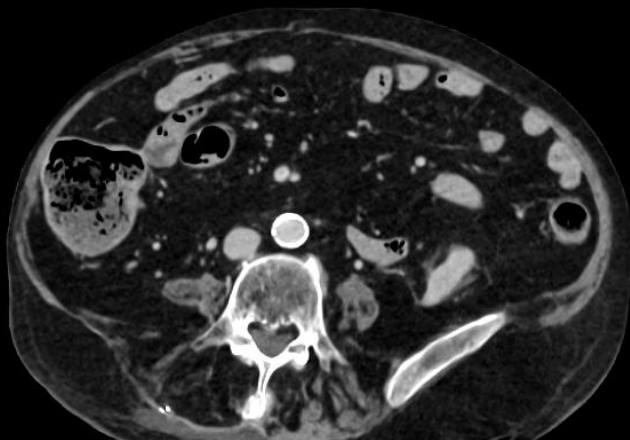
Colite ischémique



82 ans, hospitalisé en rhumatologie pour une oligoarthritis dans un contexte de chondrocalcinose sous corticothérapie en décroissance depuis 6 mois. Apparition d'un SIB CRP = 148 avec fièvre. Scanner et hémocultures.

Traitement habituel :

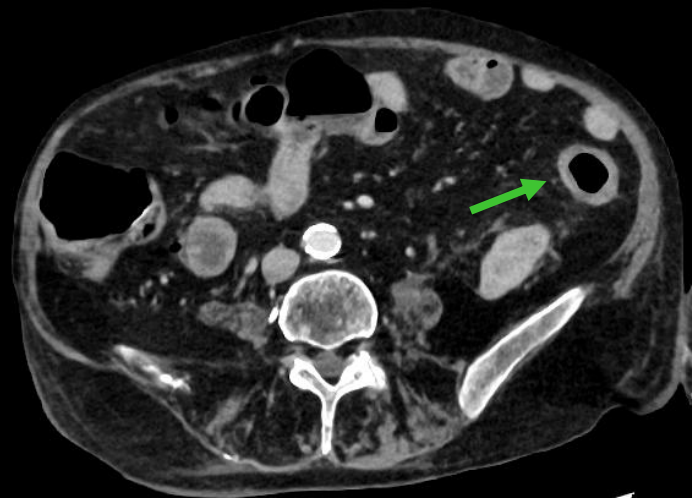
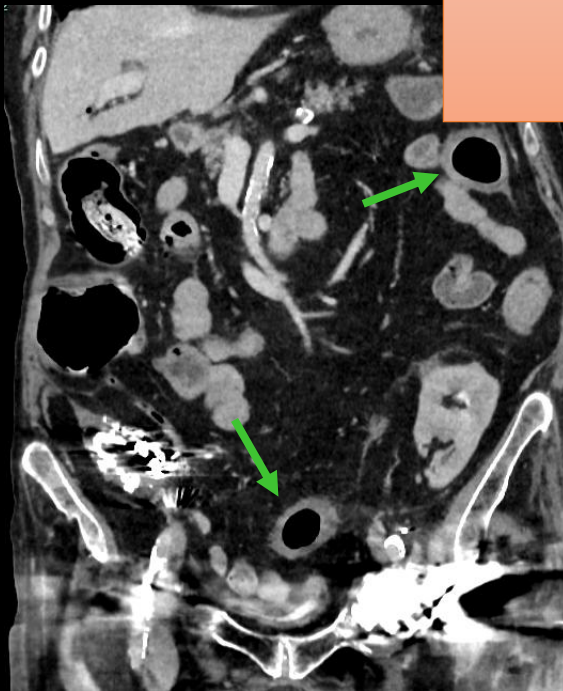
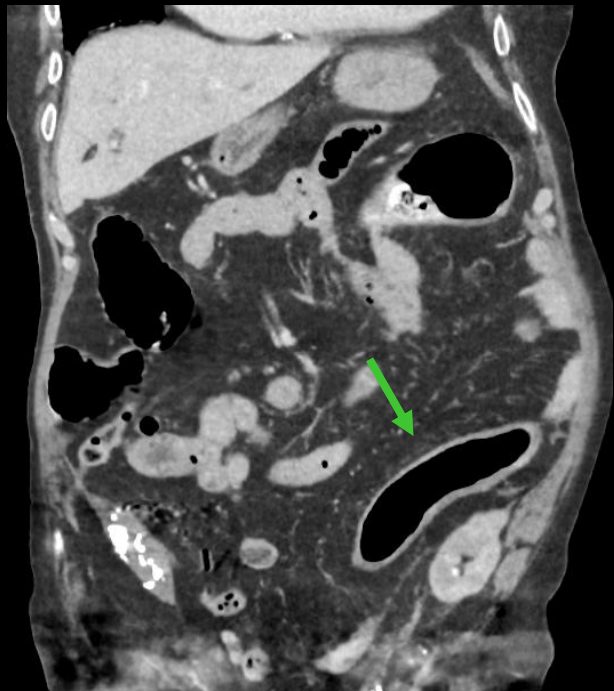
- PRAVASTATINE 20mg 1 cp le soir
- CORTANCYL 20mg le matin (20mg au moins jusqu'au 23 novembre)
- COUMADINE 1mg : le soir 1 cp puis 1/2cp en alternant un jour sur deux
- PANTOPRAZOLE 20 mg 1 cp le soir
- BISOCE 1.25 mg le matin les jours sans dialyse **
- ACIDE URSODESOXYCHOLIQUE 250mg le matin
- CINACALET 30mg : 1cp le soir
- SEVELAMER 2.4g : 1cp le soir
- DOLIPRANE 1g à la demande
- IXPRIM 37.5mg/325mg à la demande
- MELATONINE 3mg : 1 gélule le soir à la demande
- ZYMAD 5 gouttes par jour
- EPO : en dialyse



Le 22/11, séance de dialyse avec un épisode d'hypotension et apparition de douleurs abdominales et diarrhées, avec administration de 4mg de MORPHINE. Au retour de la dialyse, nouvel épisode d'hypotension artérielle avec PAS à 80mmHg spontanément résolutifs. Coprocultures réalisées.

Le 23/11, majoration du syndrome inflammatoire biologique avec CRP à 350 et nouvel épisode d'hypotension artérielle à 60/40 à 7h

BLOC = colon nécrosé, colectomie totale
Colite ischémique gangrénée
Décès

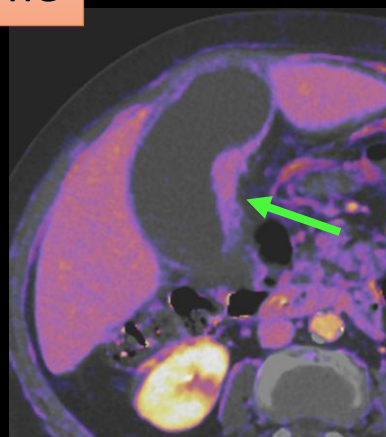
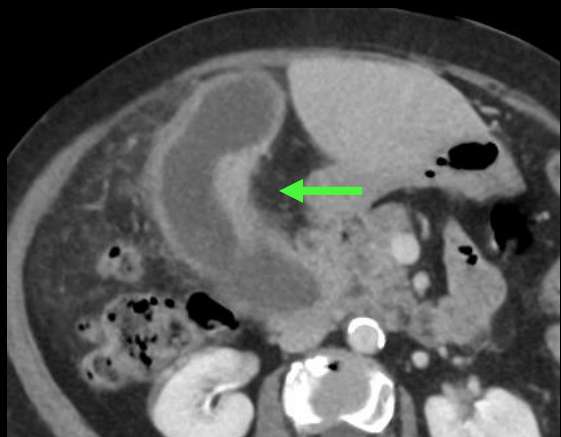


Infection abdominale du sujet âgé

- Peut résulter d'un phénomène de « cascade »
 - Attention au SOS : Satisfactory of Search
 - TOUT regarder !! (os, cœur et poumon)
- Toute distension digestive peut-être à l'origine d'un sepsis infectieux
 - Phénomène de translocation +++
- Penser aux **pathologies spécifiques** de révélation inflammatoire :
 - **Ischémiques** : en particulier **formes non occlusives**

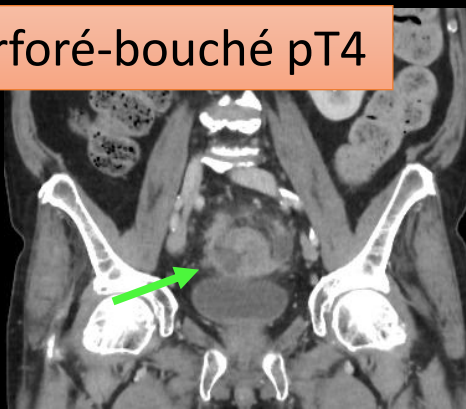
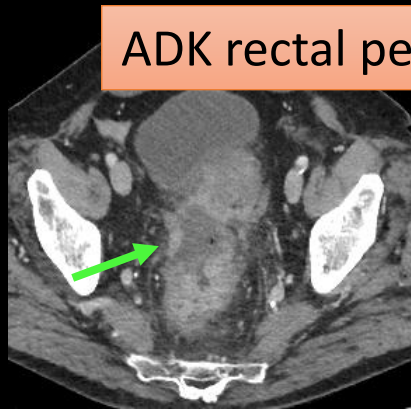
84 ans, CRP 250 et hyperleuco

Cholangiocarcinome



78 ans, douleurs abdominales, diarrhées depuis 2 mois, SIB modéré

ADK rectal perforé-bouché pT4

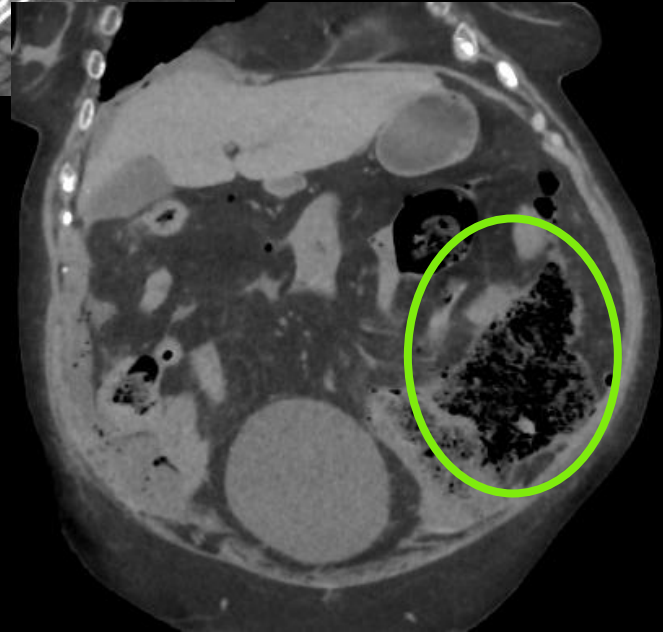
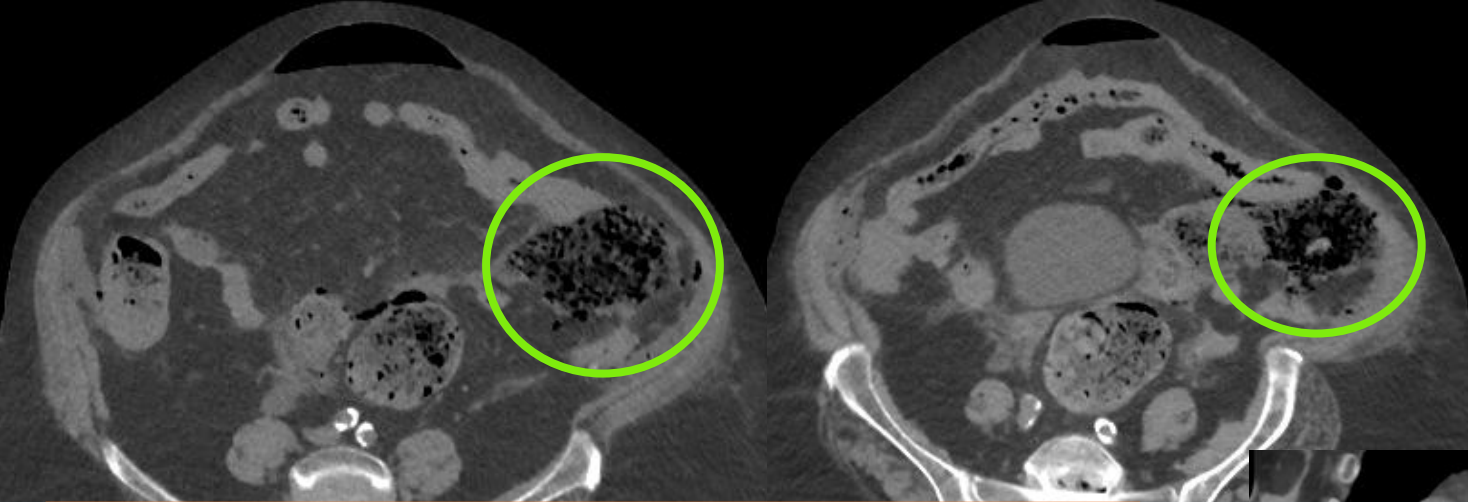


Infection abdominale du sujet âgé

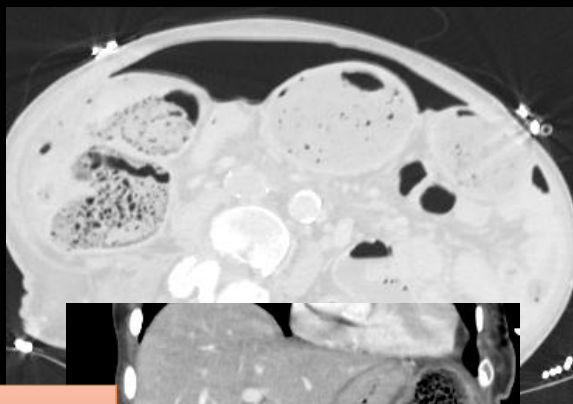
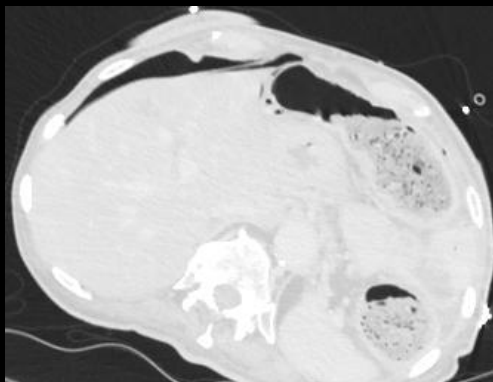
- Peut résulter d'un phénomène de « cascade »
 - Attention au SOS : Satisfactory of Search
 - TOUT regarder !! (os, cœur et poumon)
- Toute distension digestive peut-être à l'origine d'un sepsis infectieux
 - Phénomène de translocation +++
- Penser aux **pathologies spécifiques** de révélation inflammatoire :
 - **Ischémiques** : en particulier **formes non occlusives**
 - **Tumorales**

82 ans, douleur abdominale depuis pls jours, progressivement croissantes, pas de fièvre.

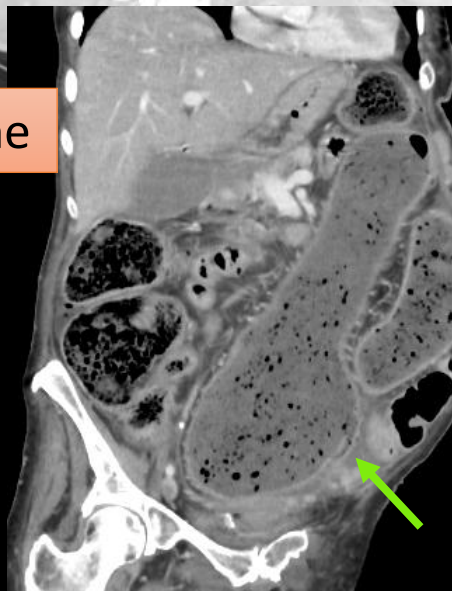
Péritonite fécale sur perforation sigmoïdienne



85 ans, élévation de la CRP et des GB, pas de douleur, recherche de foyer infectieux profond



Perforation rectale sur fécalome



Infection abdominale du sujet âgé

- Peut résulter d'un phénomène de « cascade »
 - Attention au SOS : Satisfactory of Search
 - TOUT regarder !! (os, cœur et poumon)
- Toute distension digestive peut-être à l'origine d'un sepsis infectieux
 - Phénomène de translocation +++
- Penser aux pathologies spécifiques de révélation inflammatoire :
 - Ischémiques : en particulier formes non occlusives
 - Tumorales
- Causes plus **spécifiques de péritonite**
 - Fécalome
 - Corps étranger
 - Diastatique en amont ou au niveau d'un cancer

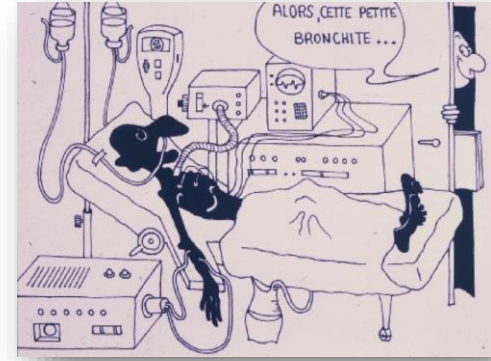
Scanner triphasique

Conclusion

Infection abdominale du sujet âgé

- N'attendez pas pour « scanner »
 - La rapidité du diagnostic a un impact direct sur la survie
 - **Multiphasique** dès que possible
- Puis **dépistez !**
 - Les pathologies infectieuses classiques : biliaire / digestif / urinaire, qui sont souvent **compliquées**
 - Pensez aux causes **ischémiques et tumorales**
 - **A la cascade et la translocation digestive !**
- Ne soyez pas surpris des **discordances** « apparentes » **radio-cliniques**

Biliaire
Digestif
Urinaire
Malignité





Merci pour votre attention

I. MILLET
Service Imagerie Médicale
CHU Lapeyronie



