

# *Douleurs thoraciques aiguës d'origine digestive*

Patron, j' ai  
mal le cœur....



... c' est rien, ça doit  
être un gaz coincé  
dans ton  
dolichosigmoïde



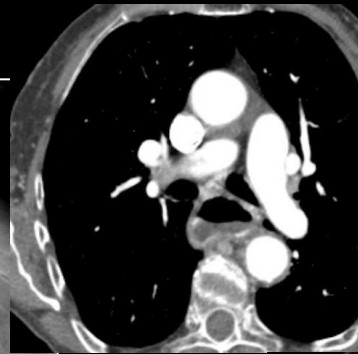
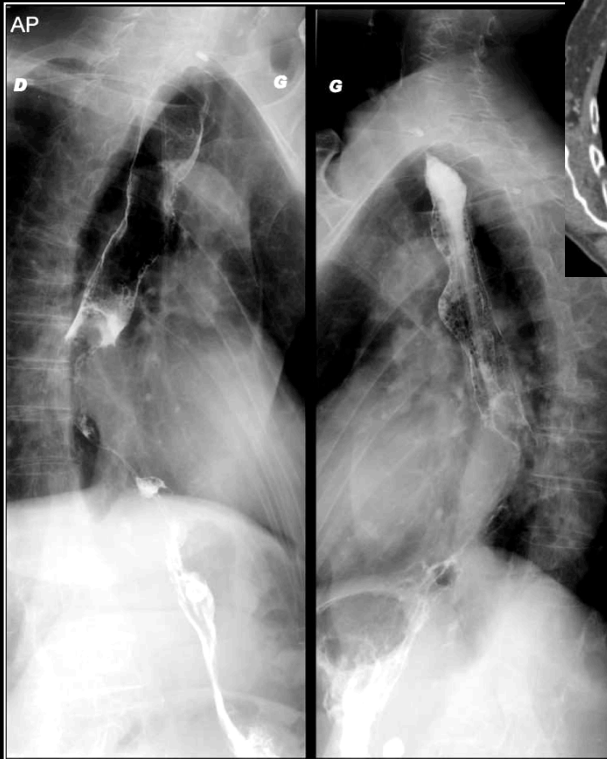
**J. MATHIAS**  
AFPR 6/12/11

1. Douleurs d'origine oesophagienne

2. Douleurs d'origine gastro-duodénale

3. Douleurs « projetées »

1.1 Tumeurs

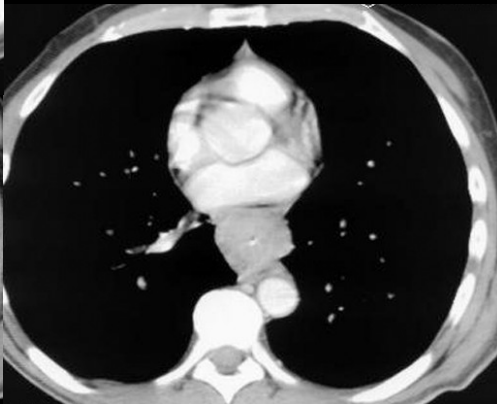
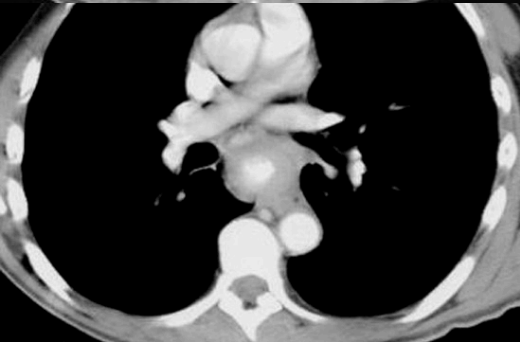
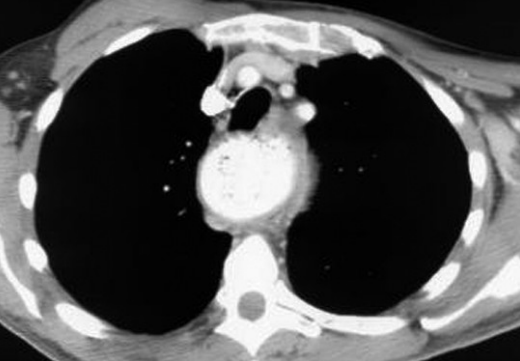


Femme 77 ans, douleurs thoraciques postérieures... et dysphagie aux solides et liquides !!

**Carcinome épidermoïde du 1/3 inf de l'œsophage**

# 1. Douleurs d'origine oesophagienne

## 1.1 Tumeurs



- ADK= principale complication de l' EBO

-Progression de son incidence, P= 10 à 15%

-La **presque totalité des adénocarcinomes de l'oesophage se développe sur un EBO, de même que certains ADK du cardia**

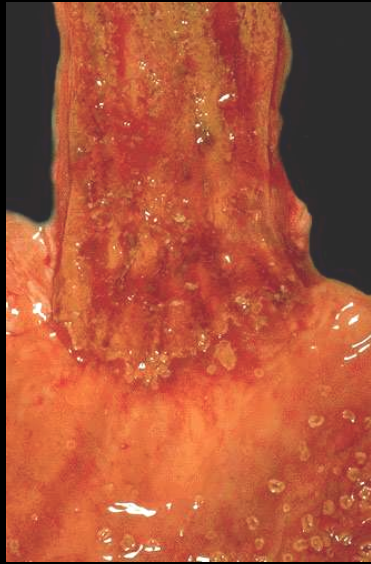
-Risque de 30 à 125 fois supérieur à la population générale

-Autres lésions : **leiomyome, lymphome, etc ne sont en règle pas douloureux au premier plan**

**ADK sur EBO**

## 1.2 Inflammatoire

- Atteinte infectieuse la plus fréquente chez les patients ID
- Aspect endoscopique caractéristique : muqueuse érythémateuse recouverte d'enduits et plaques blanchâtres



Patient immunodéprimé  
Douleurs médio-thoraciques

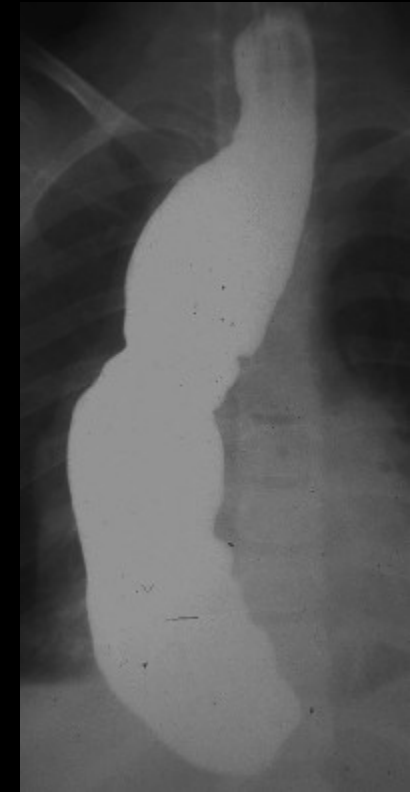
**Candidose oesophagienne**



## 1.2 Inflammatoire

Adolescent de 13 ans  
Dysphagie, régurgitations chroniques, perte de 5 kg  
Douleurs rétro sternales

*Achalasie ?  
Maladie des spasmes diffus ?  
Autre ?*



# 1. Douleurs d'origine oesophagienne

## 1.2 Inflammatoire

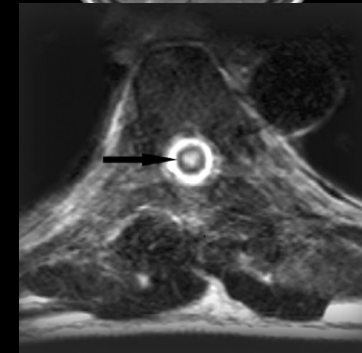
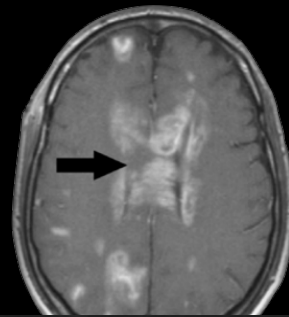
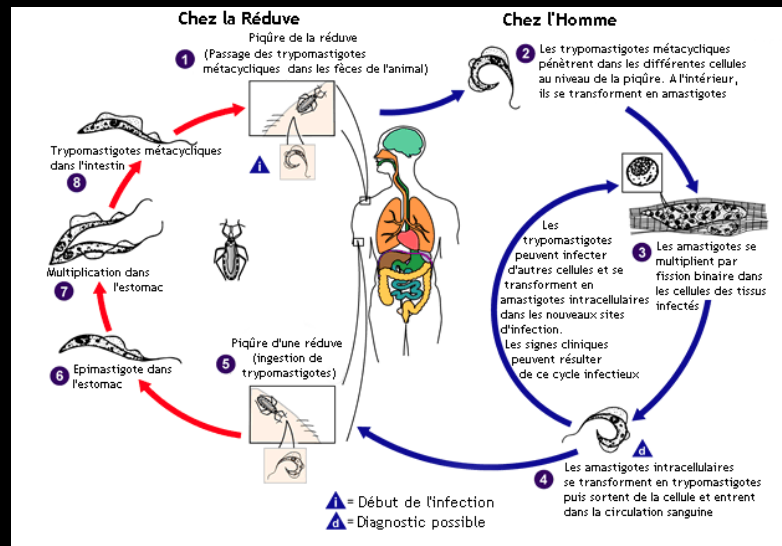
- Trypanosomiase américaine (brésilienne) = « Mal de caderas »
- 1<sup>ère</sup> description par un parasitologue brésilien, américaine (brésilienne) = « Mal de caderas » (1879-1934), en 1909.
- Maladie parasitaire qui sévit dans les régions tropicales d'Amérique (1879-1934) et en 1909
- *Trypanosoma cruzi*, transmis par des réduves, sorte de punaises hématophages, comme la vinchuca.



Phase aiguë: nodule cutané isolé (*chagome*) au point d'inoculation. Quand ce point est conjonctival, conjonctivite unilatérale et oedème périorbitaire + lymphadénite préauriculaire = **signe de Romana**. +/- fièvre, HSM, myocardite.



Phase chronique: symptomatique dans un tiers des cas, ne se produit pas avant des années voire des décennies après l'infection initiale: **cardiomyopathie, mégacolon ou mégaoesophage, démence**. Ttt uniquement chirurgical à cette phase. DC par atteinte cardiaque.

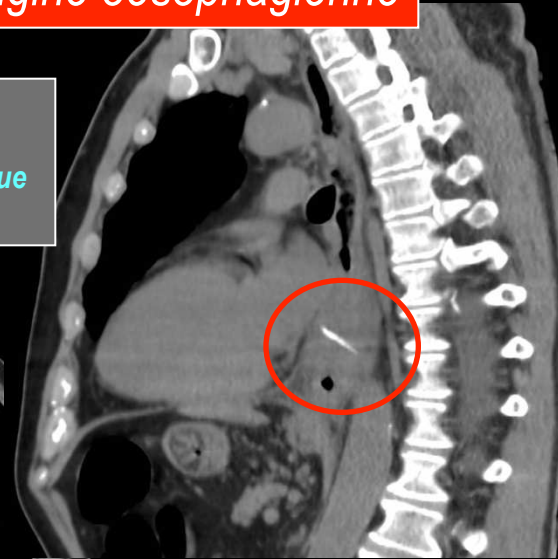
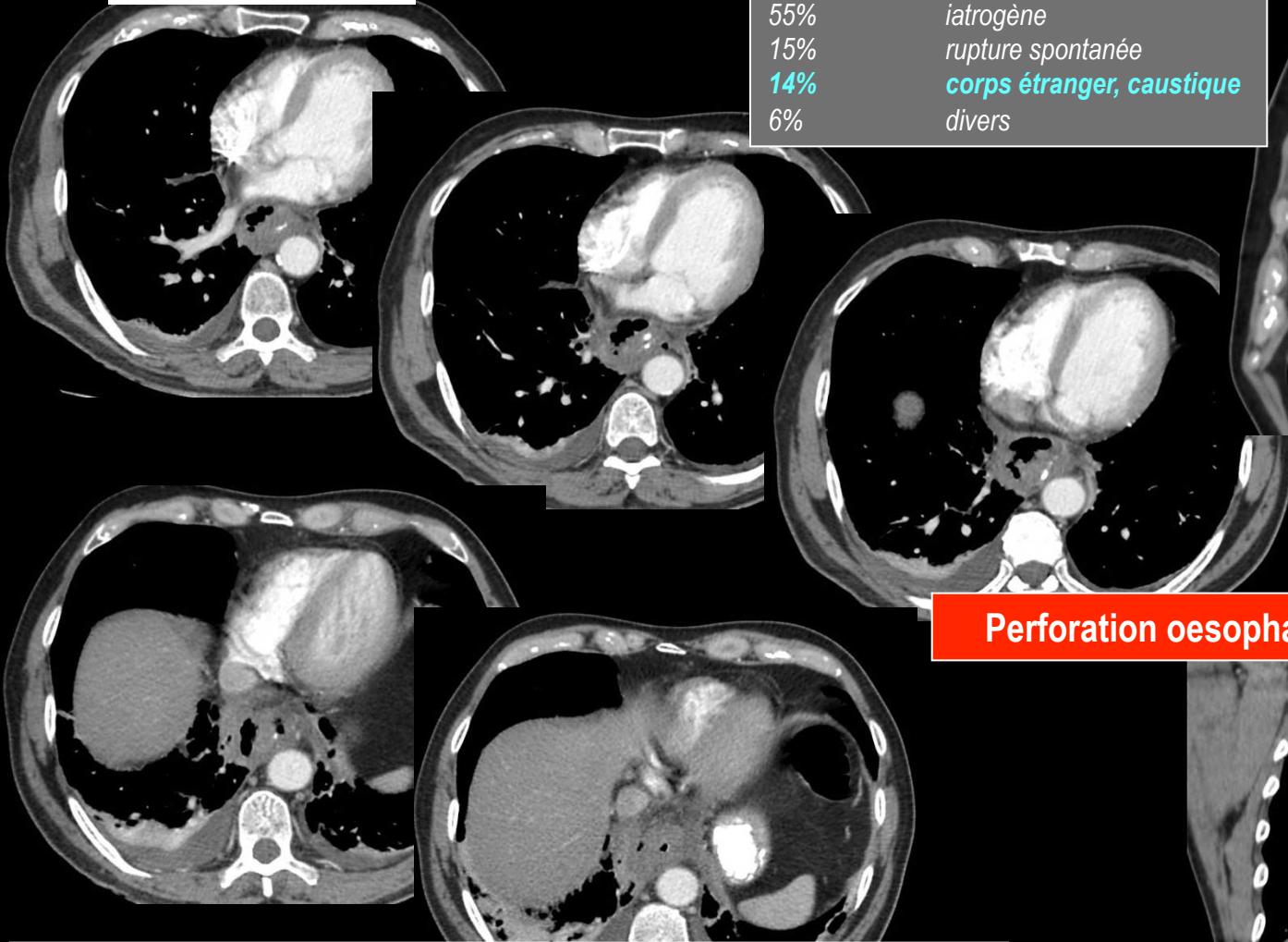


**Maladie de Chagas**

# 1. Douleurs d'origine oesophagienne

## 1.3 Perforations

55% iatrogène  
15% rupture spontanée  
14% corps étranger, caustique  
6% divers



Perforation oesophagienne sur os de poulet

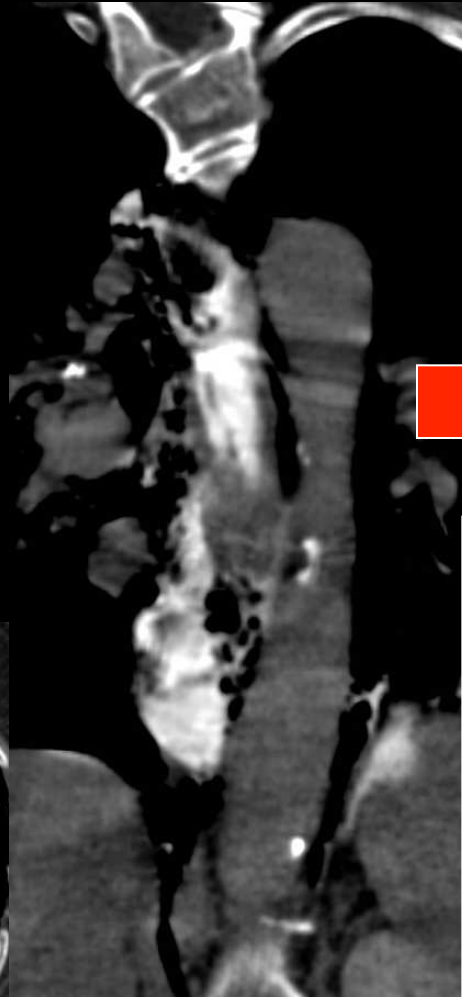
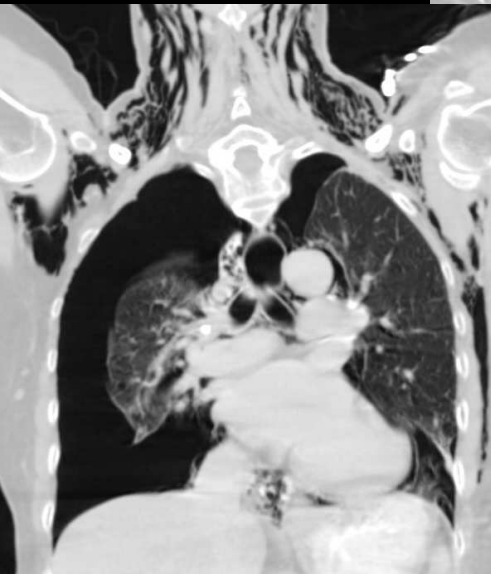
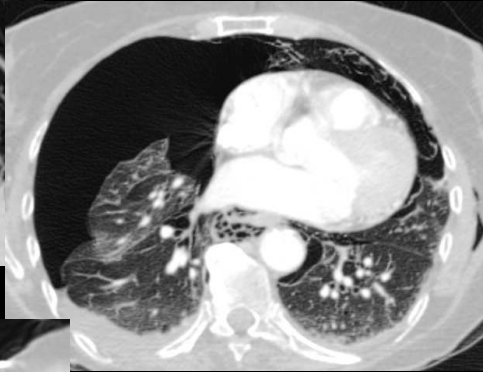
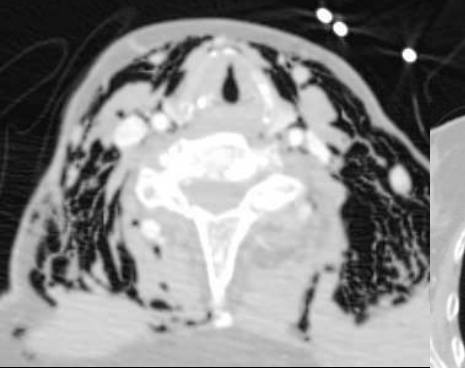


Prise en charge :

- endoscopique : retrait de l' os de poulet
- thoracotomie droite: confirmation de la rupture œsophagienne avec présence d' un hématome de la paroi, et d' une collection médiastinale pré-oesophagienne

# 1. Douleurs d'origine oesophagienne

## 1.3 Perforations



### Perforation oesophagienne

Seulement 1% des corps étrangers se compliquent de perforation

Enfants dans 80% des cas: pièces ou jouets (attention aux piles !!!)  
Adultes: alimentaire (arêtes, os), prothèses dentaires.

Blocage à la jonction pharyngo-oesophagienne, ou à la jonction oeso-gastrique  
Dans 80 à 90%: passage des corps étrangers dans l'estomac et élimination spontanée

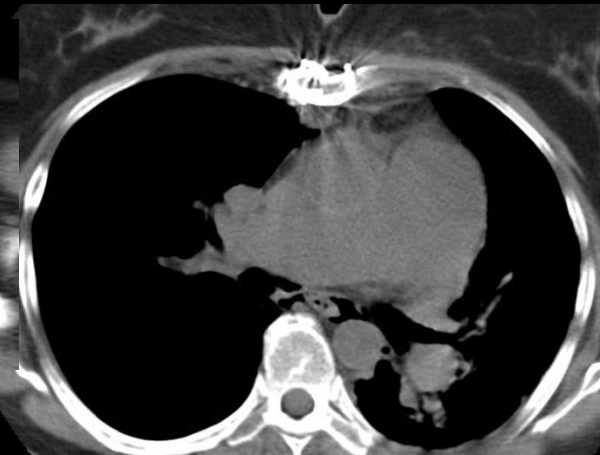
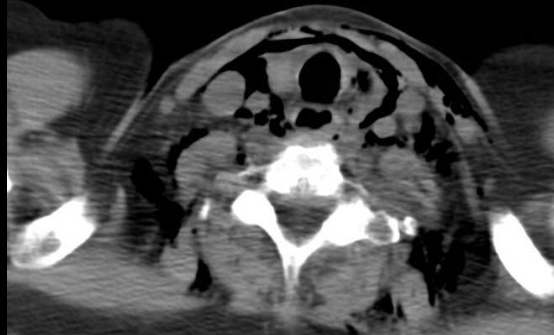
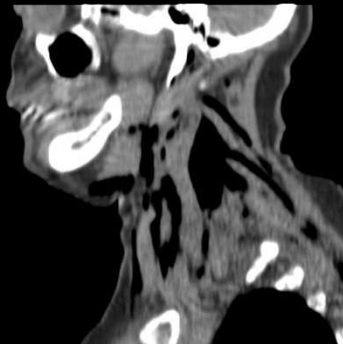
Dans 15 à 20%: acte thérapeutique spécifique nécessaire

Endoscopie digestive haute en urgence pour retrait d'un os de poulet  
Douleur brutale et détresse respiratoire aiguë

1.3 Perforations



DT et dyspnée au décours d'une ETO

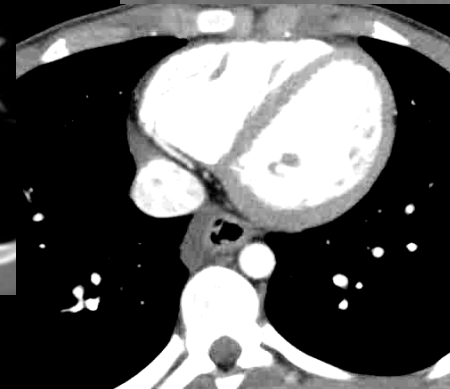
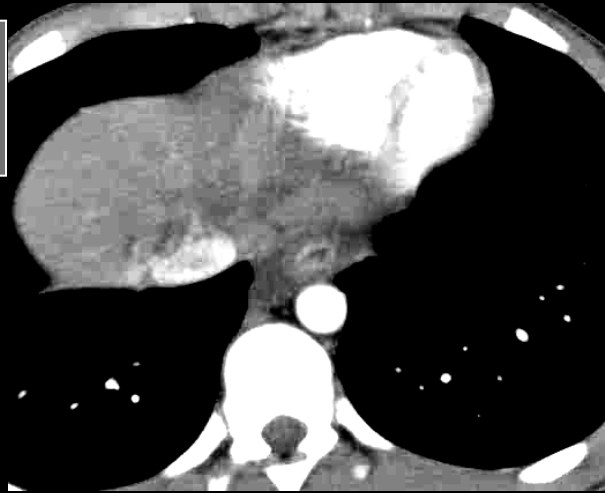
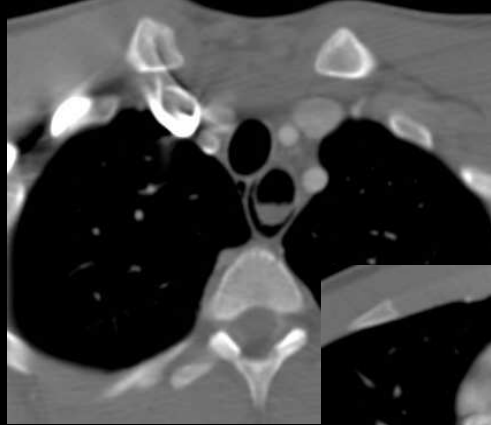


**Perforation oesophagienne**

Rare ! 0,02 à 0,03 % des ETO

1.3 Perforations

Garçon de 17 ans sans ATCD  
Vomissements, hématurie et douleur  
thoracique après prise d'un cp  
d'ibuprofène



Perforation oesophagienne médicamenteuse

## 1.3 Perforations



Hématémèse, dysphagie, odynophagie, douleur thoracique

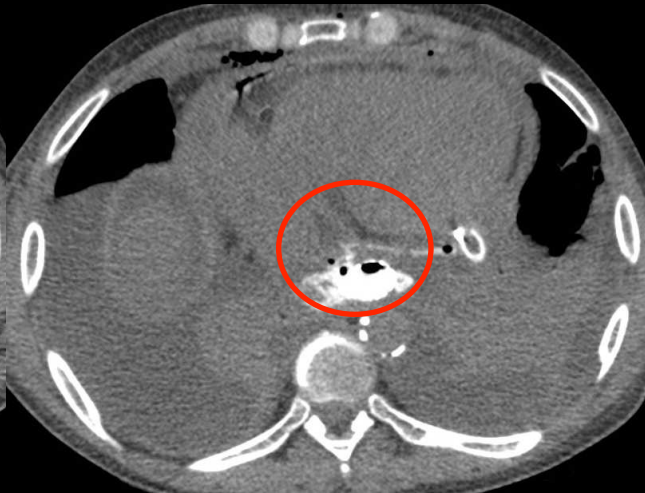
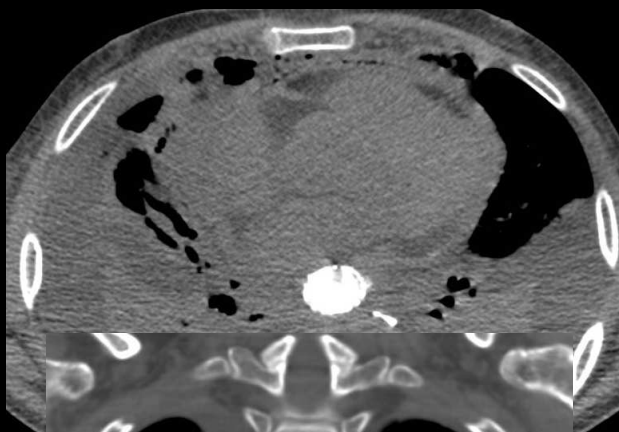
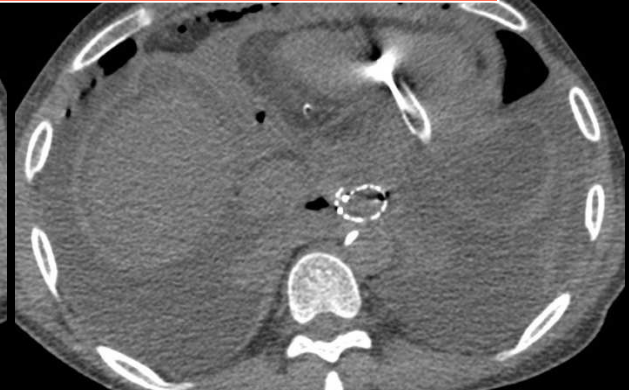
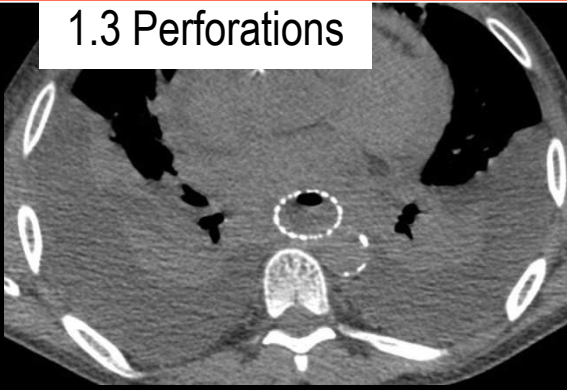
Vomissements sévères  
Ingestion d'un corps étranger  
Traumatisme  
Iatrogène (fibroscopie, etc)  
Troubles de l'hémostase...



**Dissection intra-murale de l'œsophage « double-barrelled oesophagus »**

# 1. Douleurs d'origine oesophagienne

## 1.3 Perforations

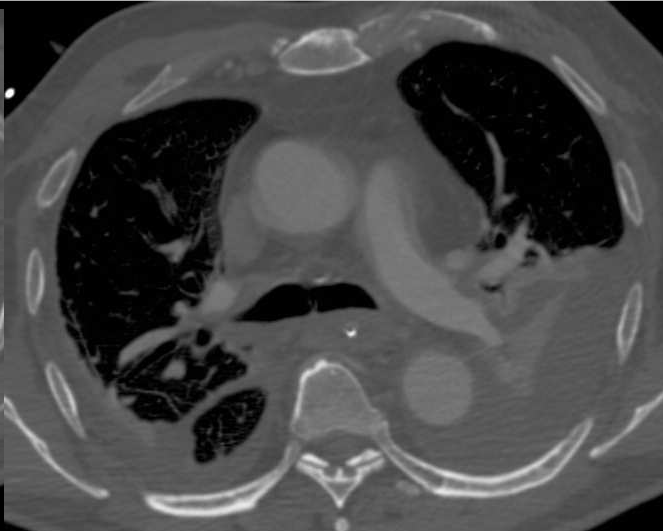
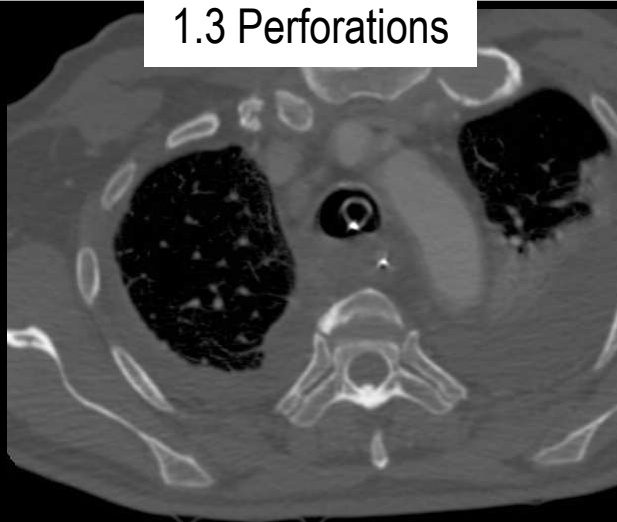


DT suivie d'un choc hémodynamique avec tamponnade  
Cancer œsophage en ttt palliatif (endoprothèse oesophagienne)  
Ponction péricardique ramenant un liquide gastrique suspect

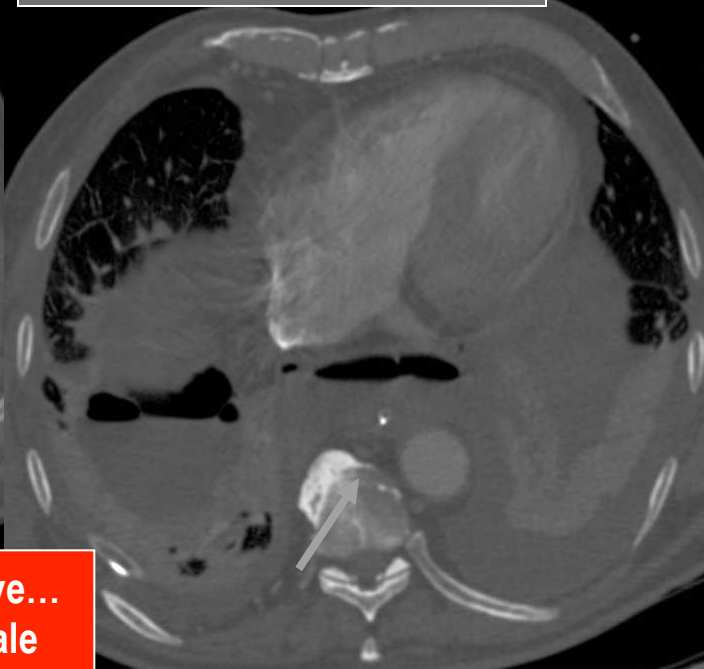
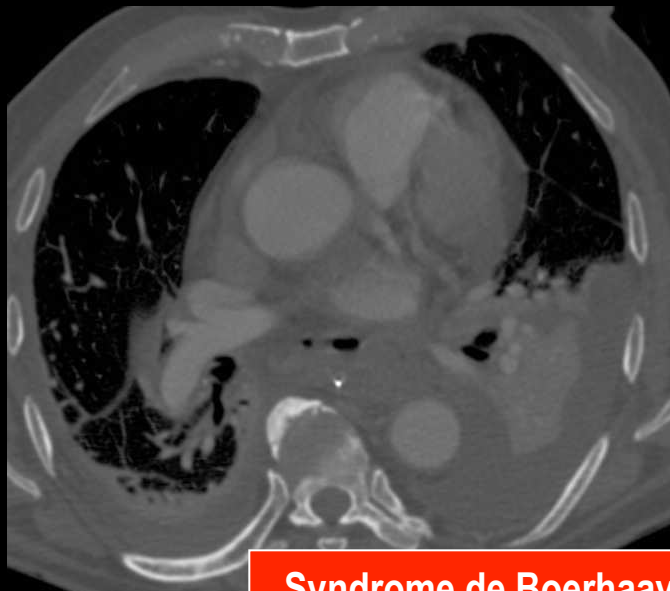
**Rupture de la prothèse avec  
fistule oeso-péricardique**

# 1. Douleurs d'origine oesophagienne

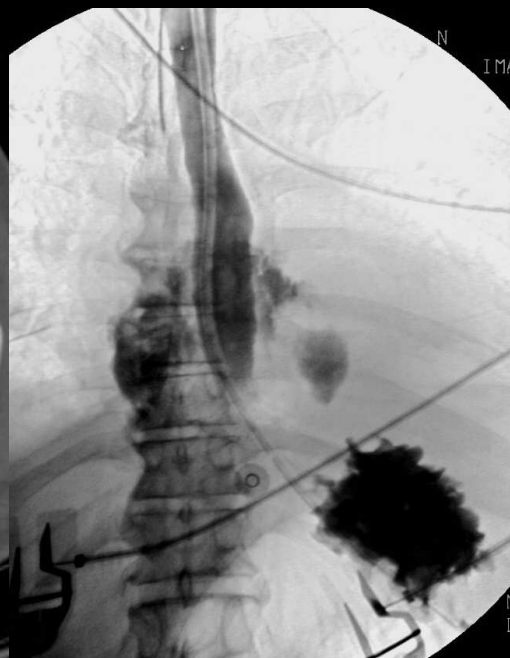
## 1.3 Perforations



Douleur thoracique et hématomèse



Syndrôme de Boerhaave...  
et fistule oeso-trachéale



Herman Boerhaave (1668-1738) né à Voorhout près de Leyde.

Fils d' un pasteur hollandais, Boerhaave perd à dix-huit ans le père qui avait surveillé son éducation et l' avait orienté vers l' état ecclésiastique.

Devenu étudiant en philosophie à l' université de Leyde, il soutient en 1689 une thèse sur la distinction de l' esprit et du corps. En 1690, il partage son intérêt entre la théologie, la chimie, la botanique et la médecine, vers laquelle il se tourne définitivement après sa thèse de médecine à l'université d'Harderwijk en 1693: "De utilitate explorandorum in aegris excrementorum ut signorum".

En 1709, il est nommé à la chaire de botanique et médecine. C'est à cette époque qu'il publia les deux ouvrages qui ont consacré sa renommée, *Institutiones medicae in usum annuae exercitationis* ("Principes médicaux", 1708) et *Aphorismi de cognoscendis et curandis morbis* ("Aphorismes sur le diagnostic et le traitement des maladies", 1709), qui furent le fondement de son enseignement et légitimèrent sa renommée.

**Professeur de botanique**, il a la charge du jardin botanique de l' université. Les deux catalogues qu' il en publie en 1710 et 1720 montrent qu' avec plus de deux mille espèces de plus en dix ans, le jardin en a presque doublé le nombre. Il publia également des contributions dans le domaine de la botanique.

**Professeur de médecine**, il emprunte aussi bien à Hippocrate qu' aux Modernes les faits bien établis qu' il enseigne. Comme Borelli, il est **iatromécanicien**, c' est-à-dire qu' il explique la physiologie par la mécanique du corps vivant et les maladies par les dérèglements de celle-ci. Pour joindre la pratique à la théorie, Boerhaave fonda un hôpital et introduit la méthode clinique dans l'éducation médicale. Il développe la clinique et les observations au lit du malade.

**Professeur de chimie**, c' est là peut-être que son œuvre est scientifiquement la plus importante. Il introduit des méthodes quantitatives exactes. On sait le rôle que jouait le mercure dans les transmutations des alchimistes: il a fait de très patientes recherches sur le mercure. Mais la chimie a aussi une part importante dans sa médecine. Il publia en 1732, *Elementa chemicæ* ("Éléments de chimie"), un ouvrage qui contribua beaucoup à la clarté et à l'intelligibilité de la chimie, comprenant cinq parties :

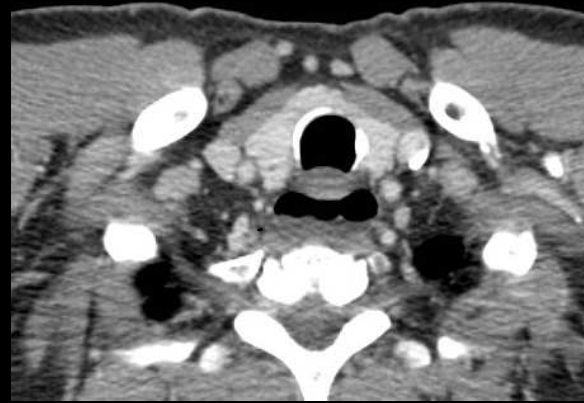
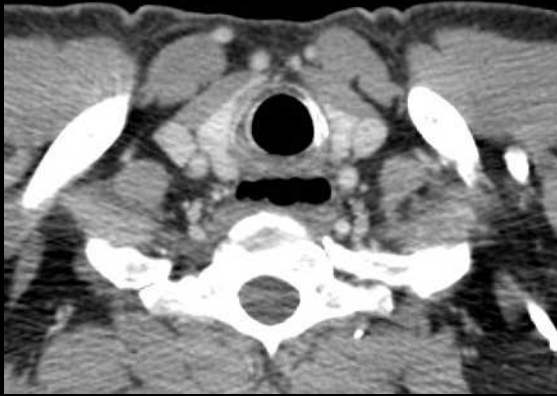
le traité du Feu, le traité de l' Air, le traité de l' Eau, le traité de la Terre, le traité des Menstrues (un menstrue (masculin) désignait tout liquide capable de liquéfier un solide).

DC en 1738 des suites d' un abcès pulmonaire et d' une goutte.

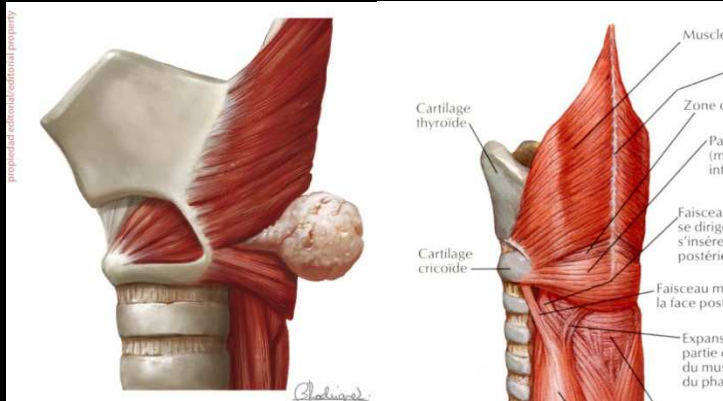
**Sd de Boerhaave**: DC des suites d' une rupture de l' œsophage du Baron Johannes von Wassenaar, Grand Amiral de la flotte hollandaise, survenue après un repas copieux, à la suite duquel il souffrait de dyspepsie qu' il soigna par émétiques.



## 1.3 Perforations



- Diverticule de pulsion, situé à la face postérieure de la jonction pharyngo-oesophagienne
- Résultant de la protrusion de la muqueuse entre le muscle constricteur inf du pharynx et le crico-pharyngien
- Légèrement latéralisé à gauche et **toujours en situation postérieure**



## Diverticule de Zenker

Défaut d'ouverture du M. **cricopharyngien** lors de la déglutition.

Théorie du dysfonctionnement neuromusculaire : hypertonie du muscle CP et/ou incoordination entre sa contraction et celle des muscles constricteurs du pharynx

Involution du muscle CP avec dégénérescence fibreuse

Anomalie anatomique de la paroi postérieure du pharynx

Association avec RGO et hernie hiatale

## 1.3 Perforations

FRIEDRICH A. V. ZENKER.



Dr. A. Zenker

Friedrich Albert von Zenker est né à Dresde en Allemagne le 13 mars 1825.

Entre 1843 et 1849 il étudia la médecine à Leipzig et à Heidelberg. Pendant son séjour à Leipzig il fut quelques temps assistant de Justus Radius au Leipziger Georgen-Hospital.

Après avoir été reçu à son doctorat à Leipzig en 1851, Zenker se rendit à Vienne pour suivre un enseignement en pathologie. la même année il obtint le poste de prosecteur (préparateur en anatomie) à l'hôpital municipal de Dresde, où il a enseigné à titre de Dozent (enseignant non rémunéré) de 1853 à 1855, puis à titre de **professeur de pathologie générale et d'anatomie pathologique** à l'Académie médico-chirurgicale de cette ville. Il conserva ce poste jusqu'en 1863, quand il prit la chaire à Erlangen, menant de pair avec succès ses fonctions de professeur et de chercheur pendant plus de 30 ans.

En 1865 Zenker reçut le prix Monthyon et la Croix de l'Ordre Bavaois. Retraité en 1895, Zenker est mort le 13 juin 1898 lors d'un déplacement à Mecklenburg.

Parmi ses principaux apports figure la **description définitive de la trichinose**: il fit la démonstration de l'existence d'une maladie chez l'homme par passage de l'intestin aux muscles, de trichines (ver présent en Europe Centrale, en Amérique du Nord et en Inde). Après l'avoir clairement différencier de la fièvre typhoïde, il lui donna le nom de trichinose. Ce fut la première maladie générale décrite chez l'homme dont la cause est un microparasite. Il publia le résultat de ses investigations en 1860 dans un article intitulé: "Uber die Trichinenkrankheit des Menschen".

Il réalisa également **la première description de l'embolie pulmonaire graisseuse**, publiée à Dresde en 1862.

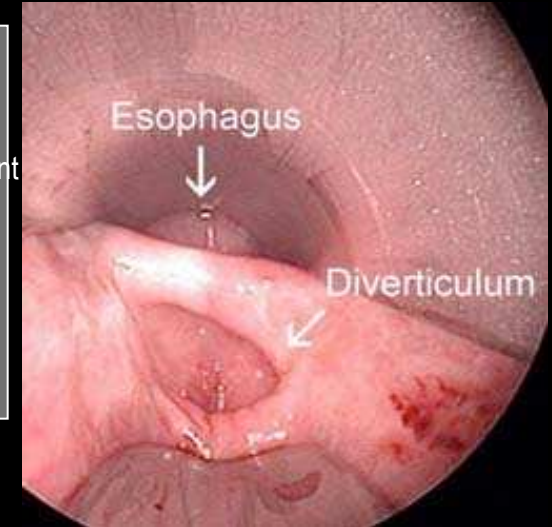
Trois ans plus tard il commença à publier le Deutsche Archiv für klinische Medizin, revue qui s'est maintenue jusqu'en 1897 qu'il codirigea avec son collègue de l'Institut de Pathologie, de Erlangen, Hans Wilhelm Ziemssen. **C'est avec Ziemssen qu'il publia le travail qui comprend la description du diverticule qui porte son nom.**

Diagnostic: TPO, FOGD, scanner  
Traitement : chirurgical ou endoscopique

# 1. Douleurs d'origine oesophagienne

Terrain: homme > 50 ans, race blanche

Dysphagie intermittente cervicale: « boule dans la gorge » puis blocages alimentaires augmentant fréquence et en intensité

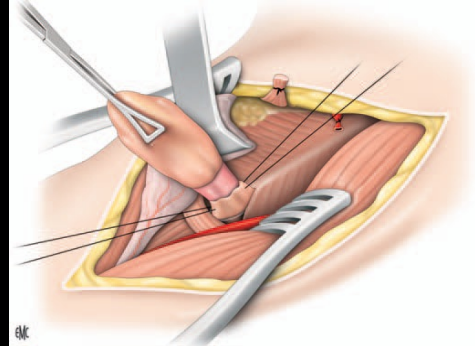
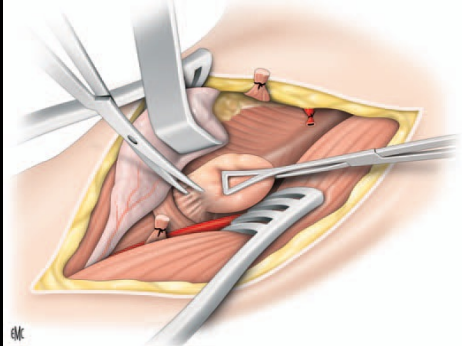
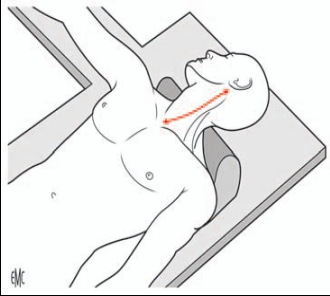


Risque infectieux: diverticulite, perforation avec abcès, médiastinite

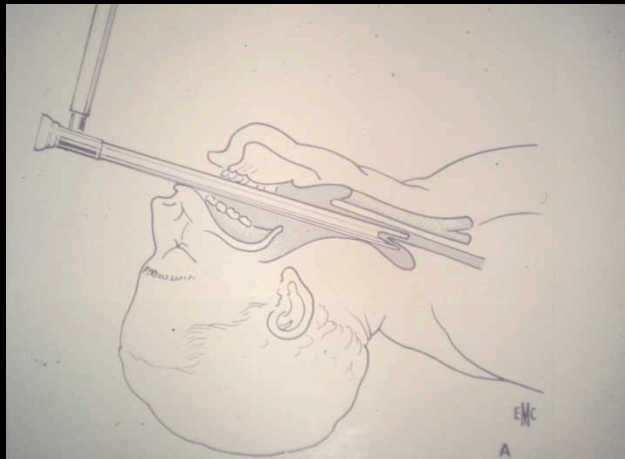
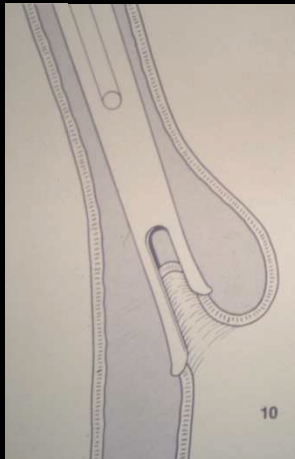
Risque infectieux: diverticulite, perforation avec abcès, médiastinite

## 1.3 Perforations

Chirurgie: diverticulectomie et myotomie du crico-pharyngien



Ttt endoscopique



- AG + courte
- Reprise plus précoce de l' alimentation
- Durée hospitalisation inférieure
- Succès fonctionnel identique
- Moins de complication

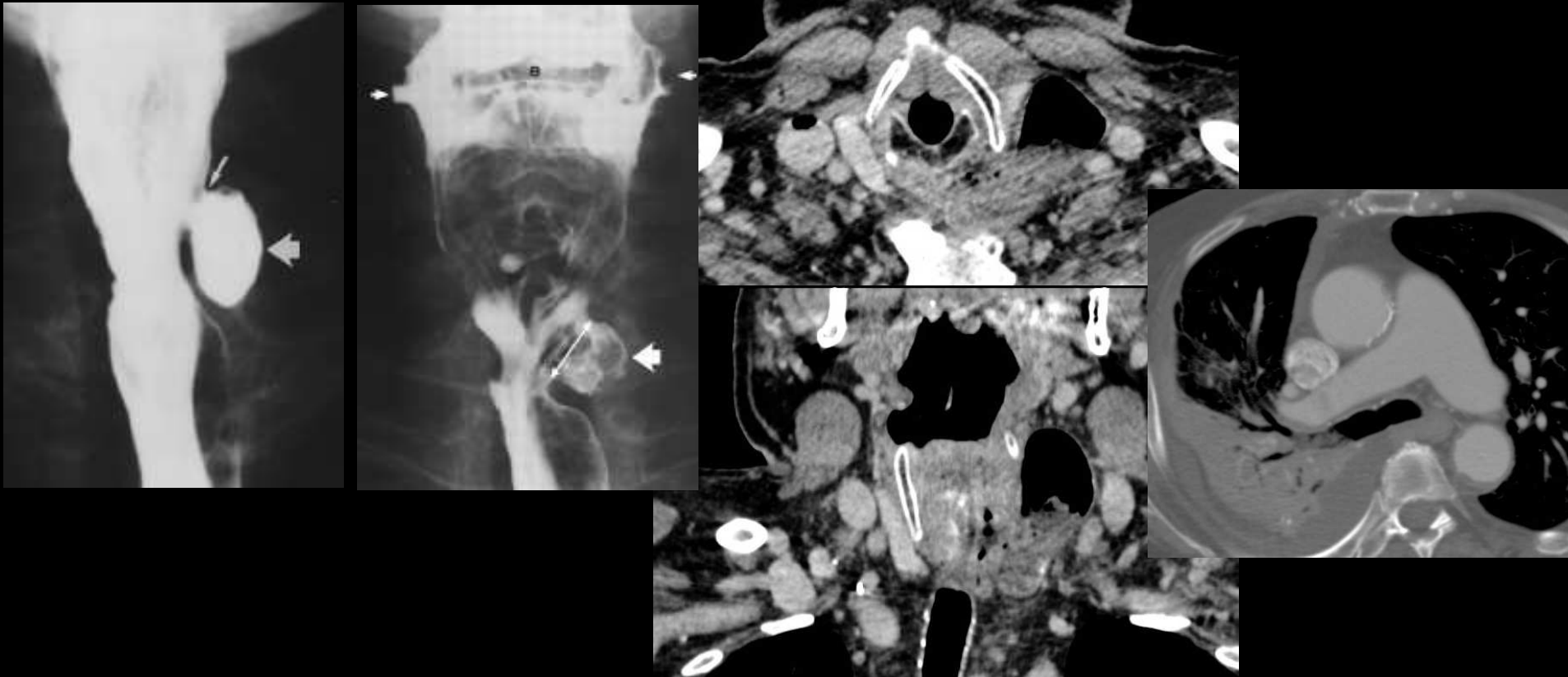


## 1.3 Perforations

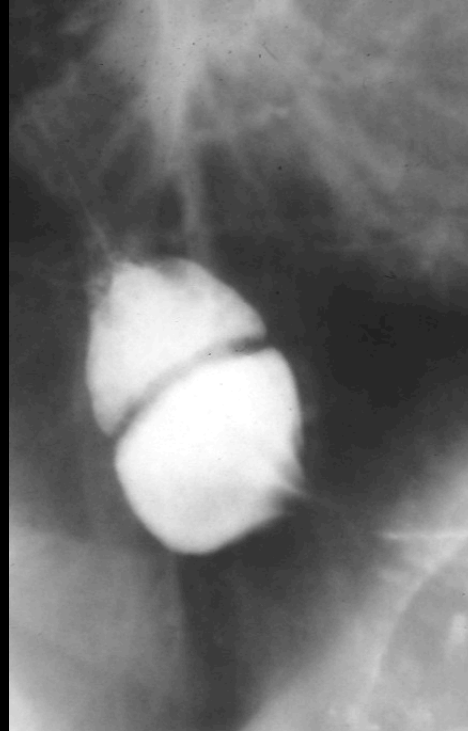
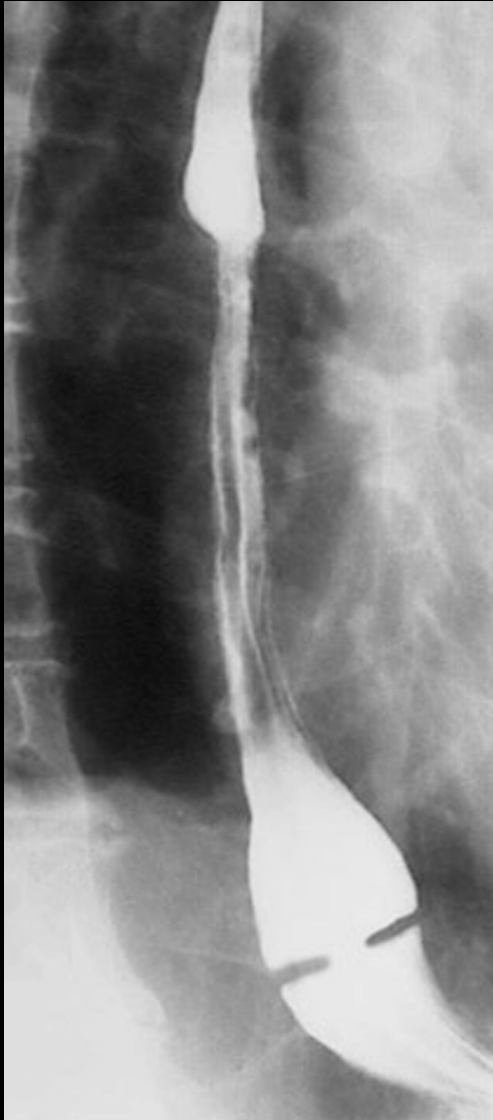
### Diagnostic différentiel : diverticule de Killian-Jamieson

- pseudo-diverticule de pulsion
- protrusion transitoire ou définitive d'une portion oesophagienne à travers l'espace de Killian-Jamieson (cervical antérolatéral)
- en-dessous du muscle crico-pharyngien
- plus rare

Développé à la **partie antéro-latérale de l'œsophage cervical**



## 1.4 Troubles de la motilité



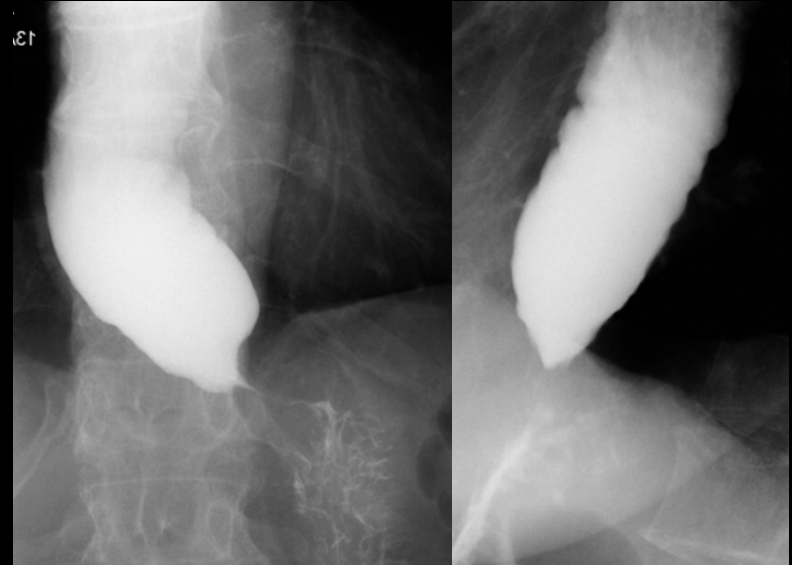
DT basses avec odynophagie

- Anneau de l'oesophage inférieur
- Associé à une hernie hiatale sous-jacente
- Tapissé d'un **épithélium œsophagien au-dessus, gastrique en-dessous**
- **Fréquent** : 10 % de tous les clichés opacifiés du tube digestif supérieur
- Traitement : bris de l'anneau à l'aide d'une bougie de grand diamètre ou d'un ballonnet de dilatation

**Anneau de Schatzki**

## 1.4 Troubles de la motilité

- Défaut de relaxation du sphincter inférieur de l'œsophage, défaut d'innervation intrinsèque et extrinsèque, apéristaltisme du corps œsophagien
- Dysphagie intermittente, paradoxale, douleurs, toux nocturne, pneumopathies à répétition, ...
- FOGD, manométrie +++
- TPO: œsophage « en chaussette »



**Méga œsophage**

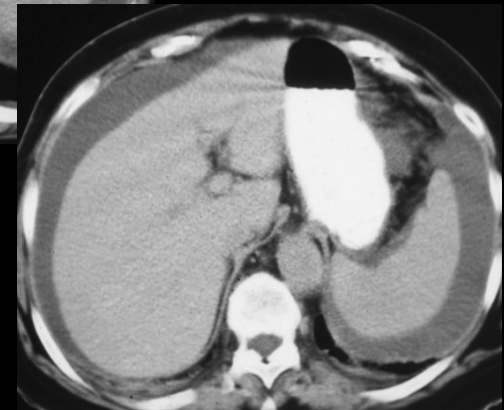
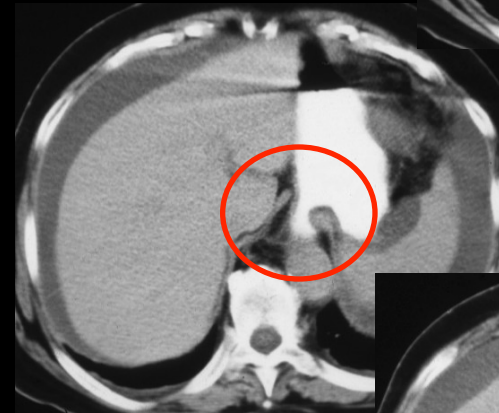
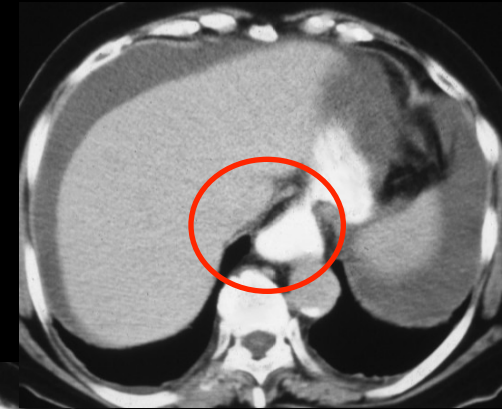
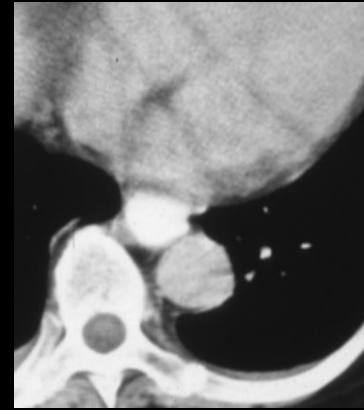
## 1.4 Troubles de la motilité

### Spasmes œsophagiens et RGO

- Douleur thoracique constrictive ressemblant à une douleur angineuse (constriction et pesanteur), également **habituellement sensible à la trinitrine**.

- MAIS non déclenchée par les efforts, souvent facilitée par la déglutition. Pyrosis et régurgitations acides en cas de RGO

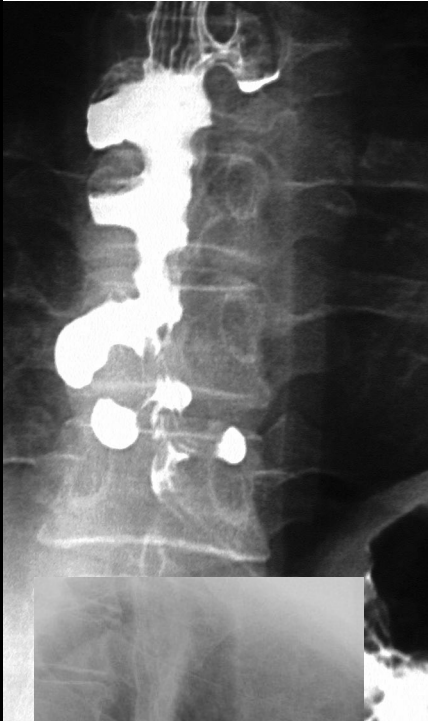
- FOGD, pHmétrie, manométrie
- TOGD



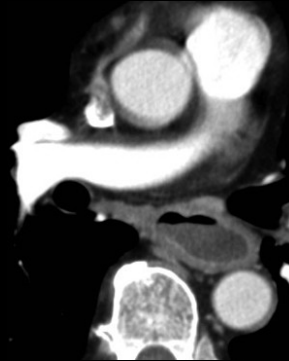
**RGO spontané  
Malposition cardio-tubérositaire, sans hernie hiatale vraie**

# 1. Douleurs d'origine oesophagienne

## 1.4 Troubles de la motilité

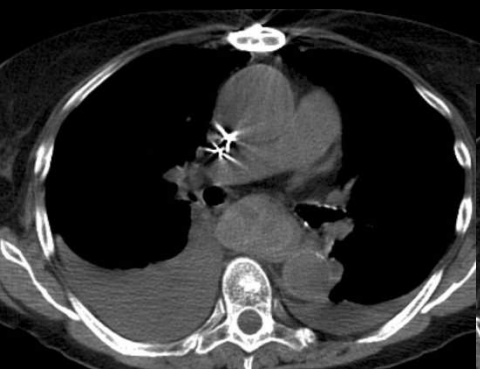


- Douleur, dysphagie
- Rare, **> 60 ans mais pas toujours !**
- Manométrie : contractions amples et non propagées d'aspect souvent polyphasique alternant avec des séquences péristaltiques normales
- 1/3 inf de l'œsophage
- SIO normal



**Spasmes étagés de l'œsophage  
= Sd de Barsony-Teschendorff**

1.5 Autres

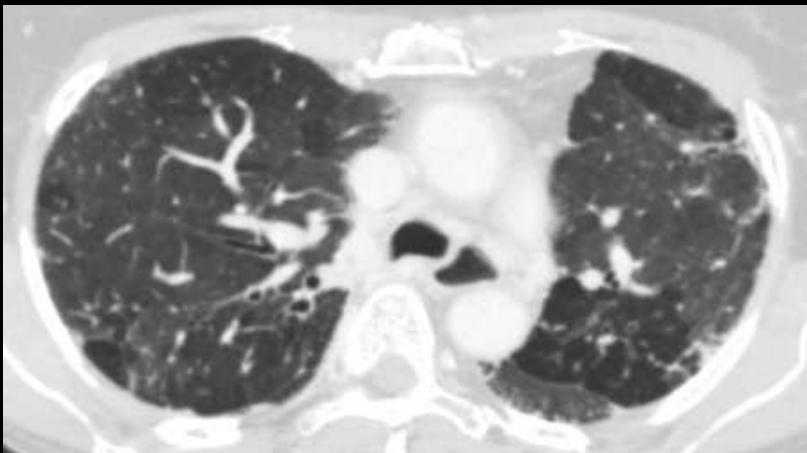
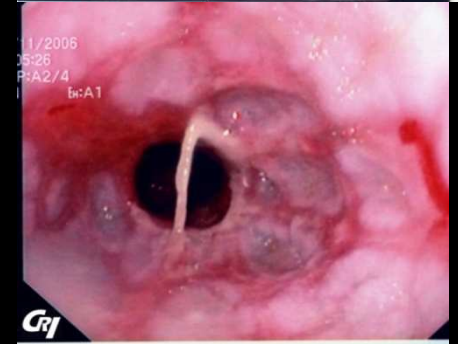
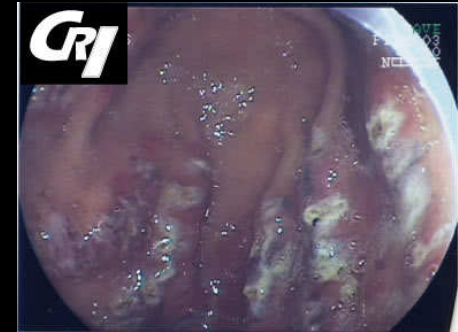
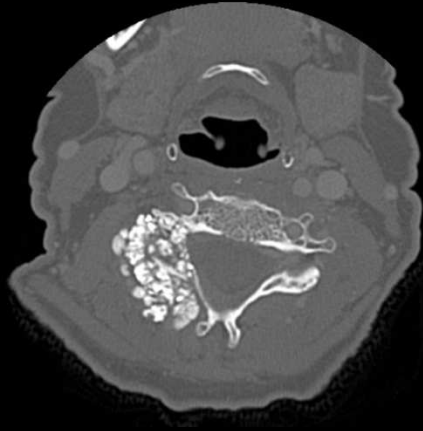


Hématome pariétal de l'oesophage



# 1. Douleurs d'origine oesophagienne

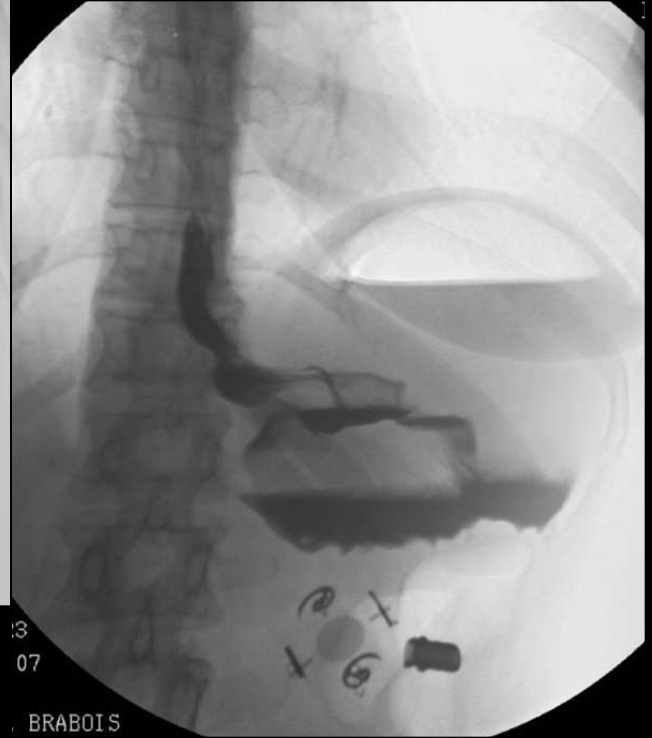
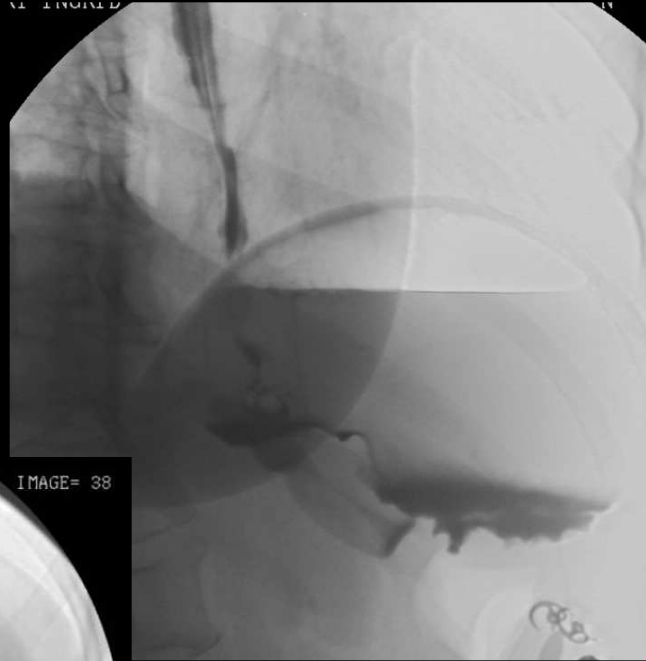
## 1.5 Autres



- Décrit en 1910 par Thibierge et Weissenbach
- Également appelé sclérodémie limitée, forme particulière de sclérodémie
- Acronyme :
  - Calcinose sous-cutanée: doigts, coudes et genoux +++
  - Raynaud
  - Atteinte oEsophagienne: dilatation, RGO, dysphagie, tb de la déglutition, ...
  - Sclérodactylie
  - Télangiectasies
- Ces cinq signes ne sont pas forcément tous présents.

CREST syndrome

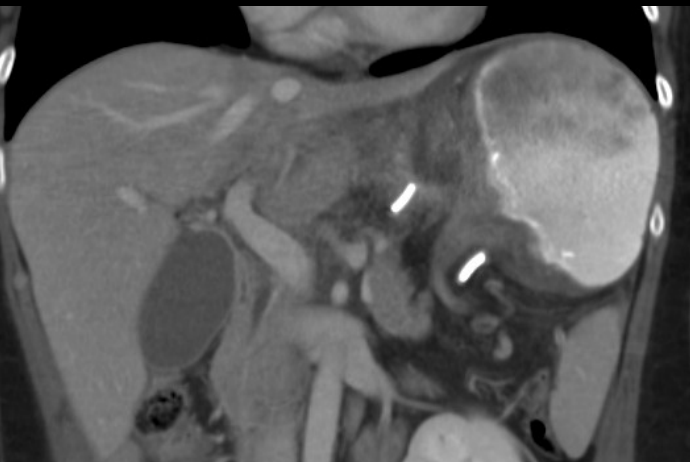
1.1 Divers



Volvulus gastrique ???

ATCD d'anneau gastrique. Douleurs thoraciques  
Stase et distension gastrique, pas de franchissement du PDC en aval de l'anneau

1.1 Divers

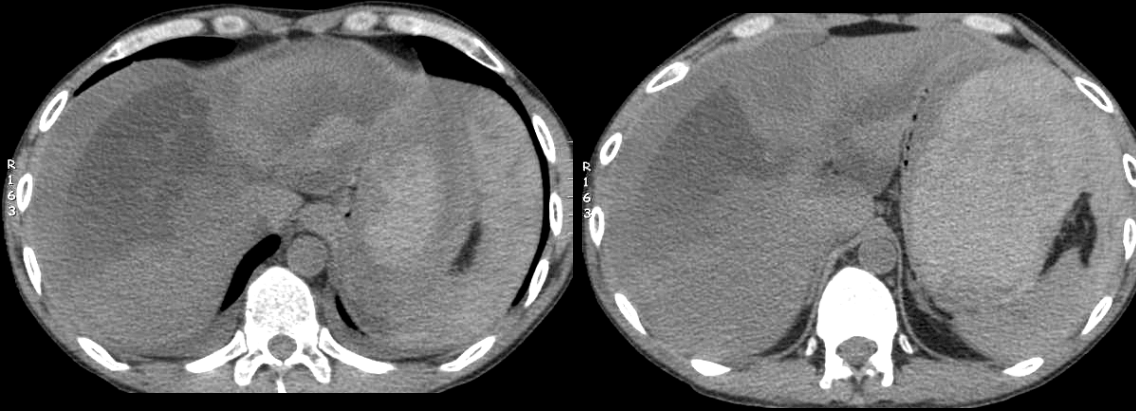


« Hernie » de la quasi-totalité de l'estomac en amont de l'anneau gastrique, sans volvulus ni signe de souffrance

« Slipped » stomach

## 2. Douleurs d'origine gastro-duodénale

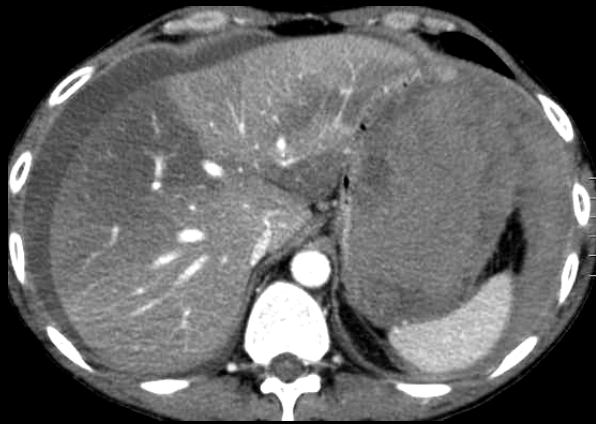
### 1.1 Divers



38 ans, douleurs thoraciques

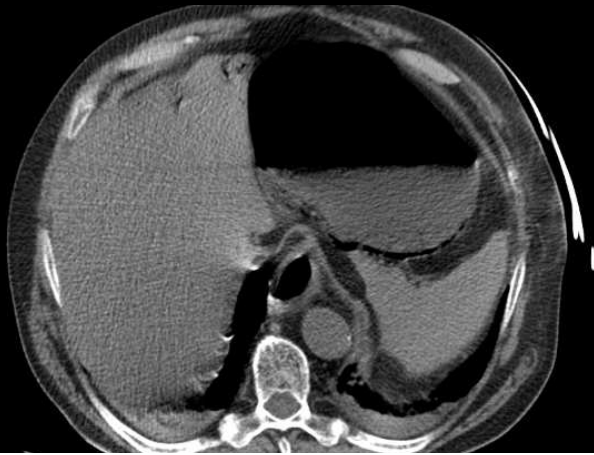
ATCD: ancien toxicomane, sous SUBUTEX.

24h après son admission, recrudescence des douleurs épigastriques et déglobulisation à 5 g/dl.



Hématome pariétal sous-séreux de l'estomac

1.2 Ischémies & infections



73 ans, J3 d'une PTH, diabète. Douleurs thoraciques

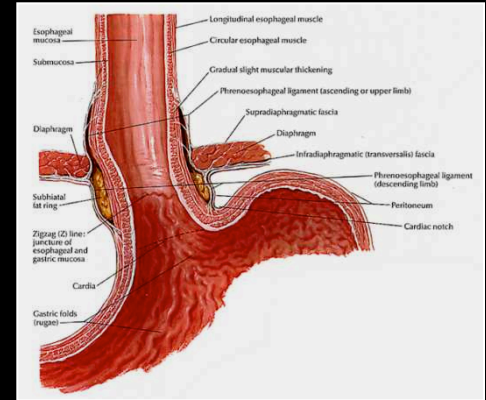
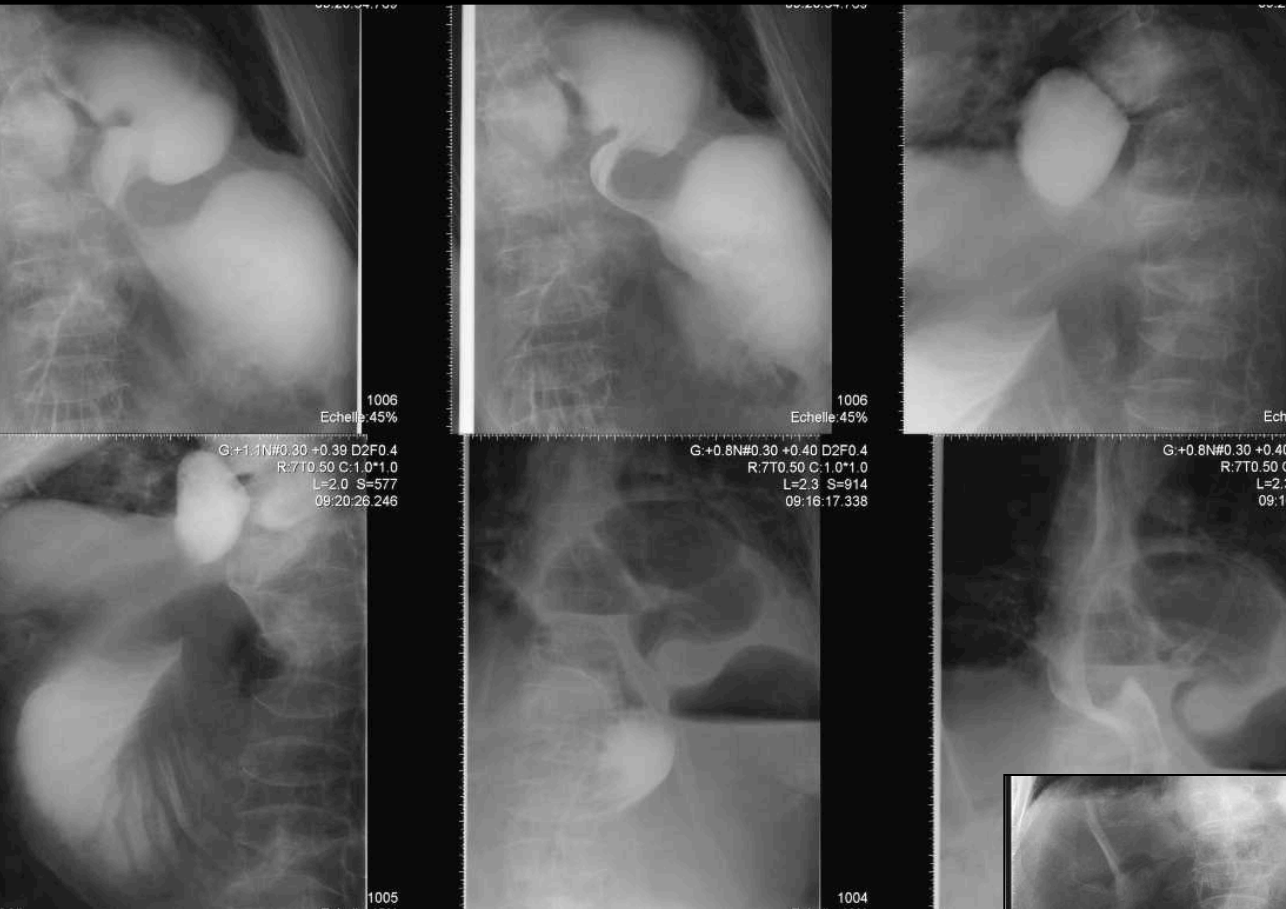


**Gastrite emphysémateuse**

Probable complication d'une gastroparésie diabétique. Évolution favorable après aspiration gastrique (intervention chir : pas de nécrose de la paroi gastrique)

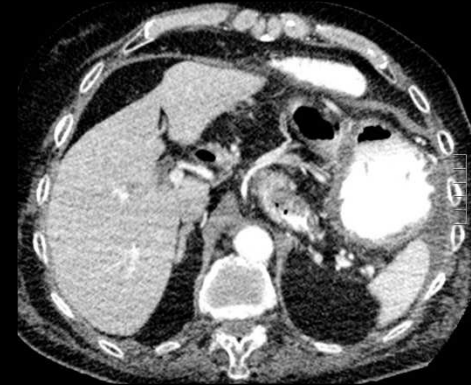


### 1.3 Hernies hiatales

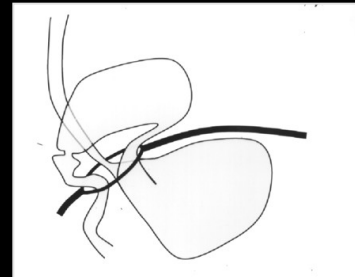
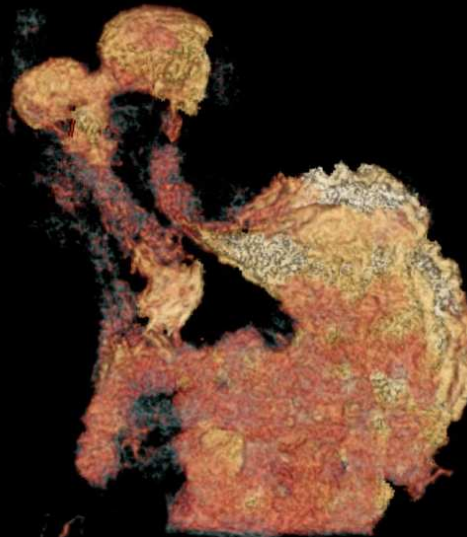


Douleurs thoraciques basses brutales  
HH connue

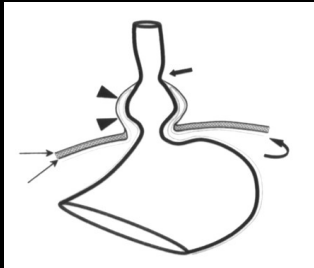
1.3 Hernies hiatales



Hernie hiatale par roulement avec rotation mésentérico-axiale de l'estomac, à contenu antro-pyloro-bulbaire



### 1.3 Hernies hiatales

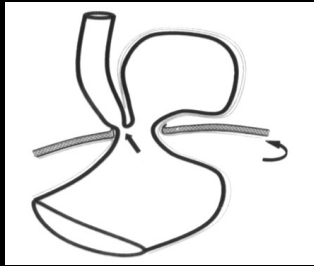


**type 1: 95% des cas**

**hernie hiatale par glissement (ou « axiale »)**

Jonction oeso-gastrique (cardia) déplacée dans le thorax

Association au dysfonctionnement du SIO >> reflux

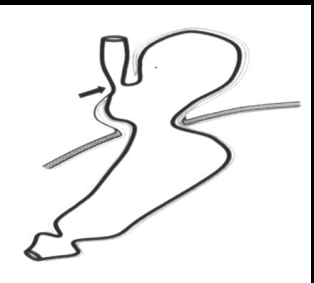


**type 2**

**hernie hiatale par roulement (ou para oesophagienne)**

fundus +- autre portion de l'estomac herniée dans le thorax par un défaut antérieur et latéral de la membrane oeso-diaphragmatique

Jonction oeso-cardiale reste en position normale sous diaphragmatique



**type 3**

**Hernie mixte** déplacement du cardia et du fundus

Plus fréquente que la hernie par roulement pure

Risque important de rotation gastrique

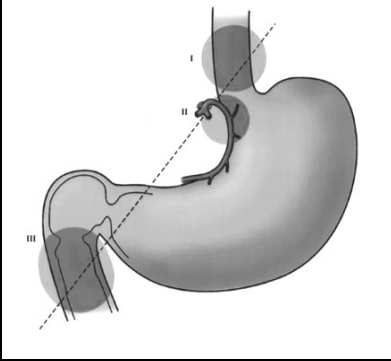


**type 3+ ou 4**

**hernie hiatale associée à une hernie viscérale.**

Quand le hiatus est très élargi (colon, foie, grêle, épiploon)

### 1.3 Hernies hiatales

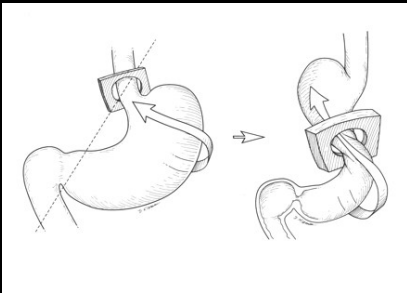


**Position normale de l'estomac:** le grand axe de l'estomac passe par 3 points anatomiques

I = face postérieure du bas oesophage,

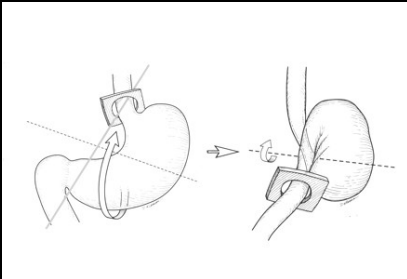
II = artère gastrique gauche

III = fixation rétro péritonéale du duodénum.



**Rotation organo-axiale :** dans l'axe longitudinal

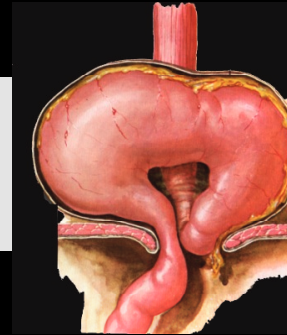
Type de rotation **la plus fréquente** car la grande courbure est l'élément le plus mobile ; rotation essentiellement antérieure (exceptionnellement postérieure)



**Rotation mésentéro-axiale.**

Moins fréquente

Possible tableau chronique

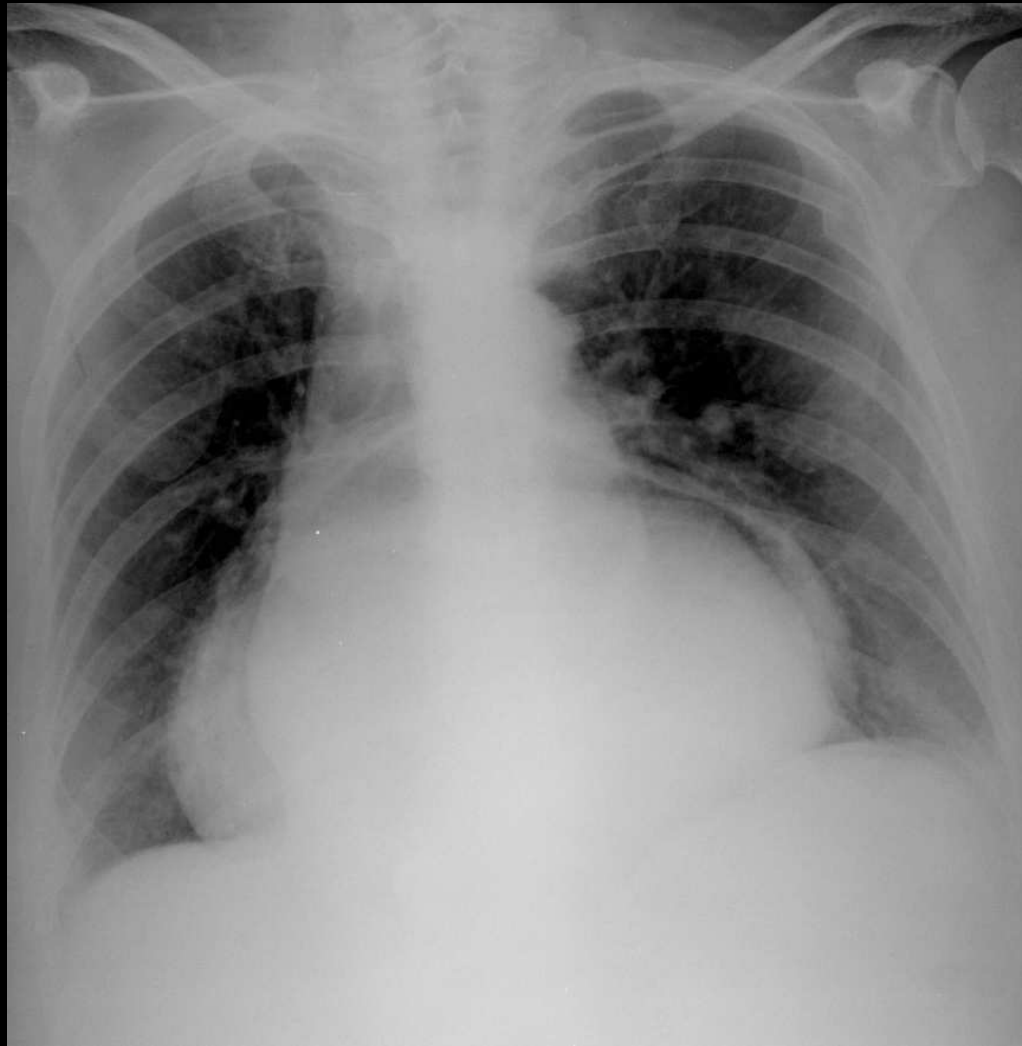


Au cours d'une hernie, l'estomac, mal fixé, peut faire une rotation sur l'un de ces axes

On ne parle de « **volvulus gastrique** » qu'en cas de **retentissement mécanique et d'occlusion**

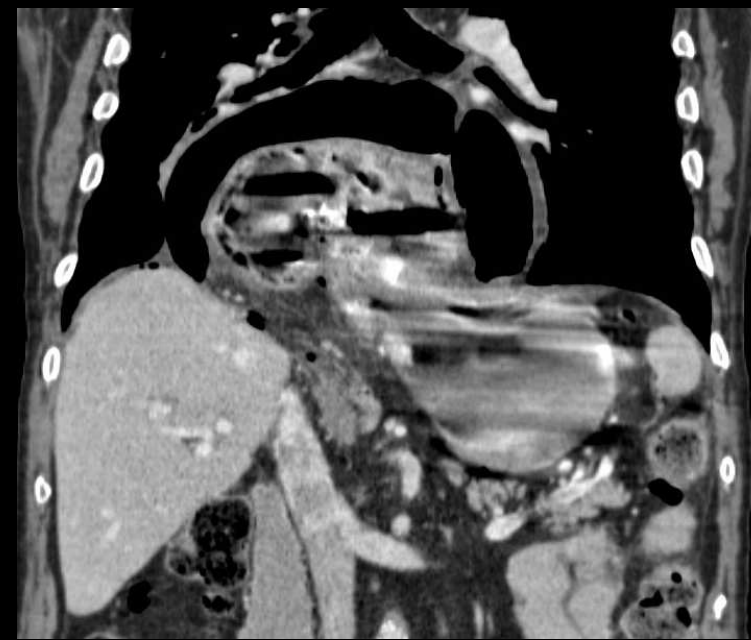
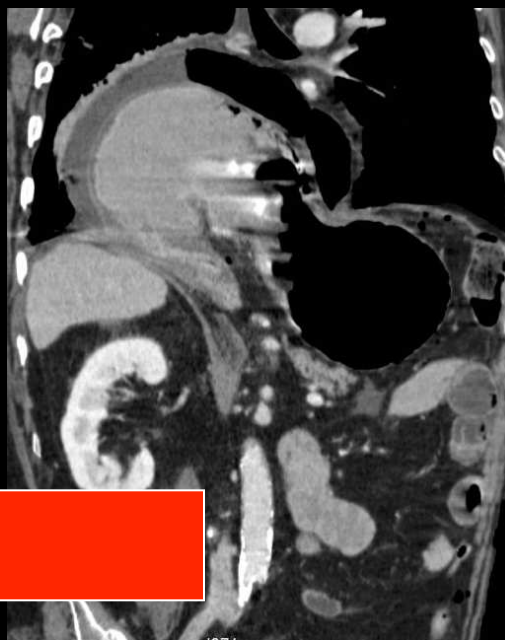
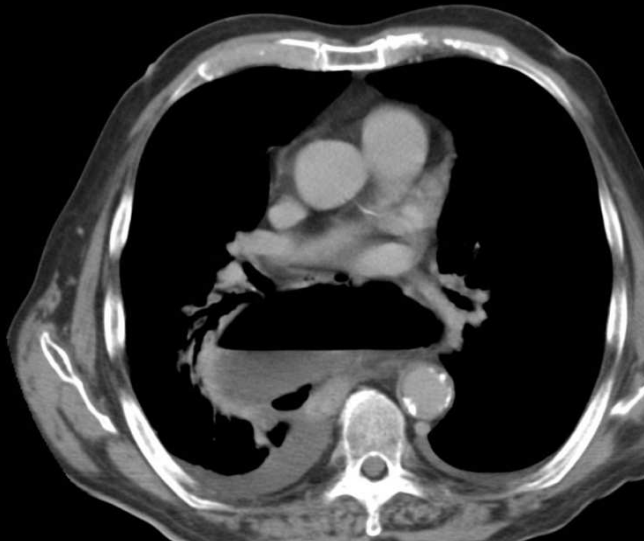
**Triade de Borchardt (1904) : douleur épigastrique, vomissements, impossibilité de poser une sonde naso-gastrique.**

1.3 Hernies hiatales



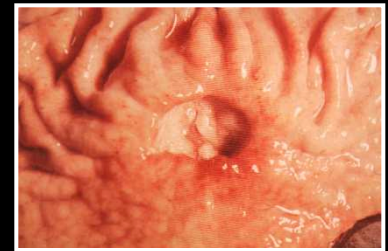
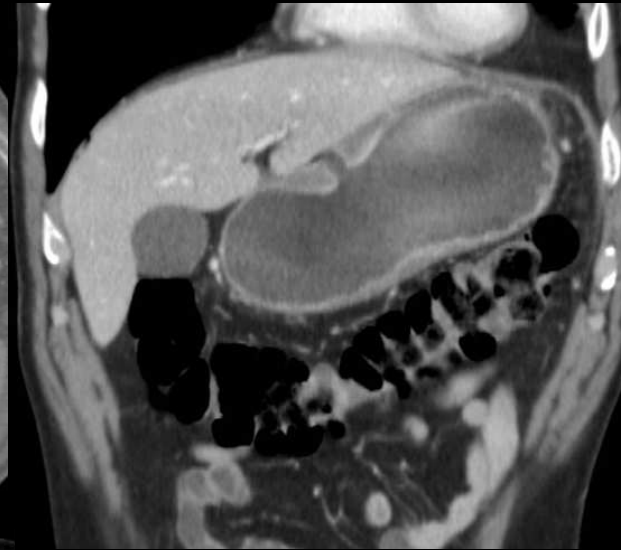
72 ans, ATCD de hernie hiatale  
Douleurs épigastriques

1.3 Hernies hiatales



**Volvulus gastrique aigu**  
**Perforation antrale intra-thoracique**

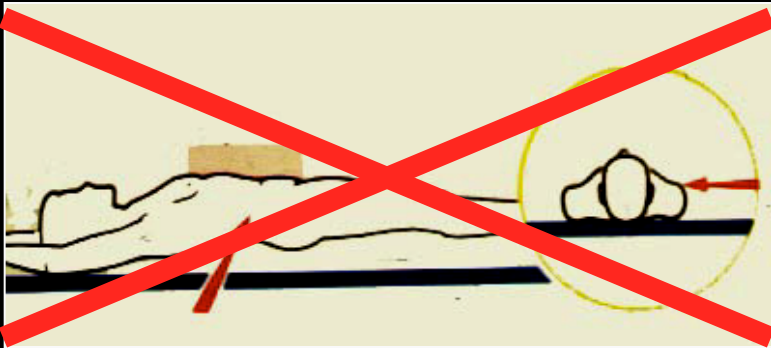
1.4 Ulcères



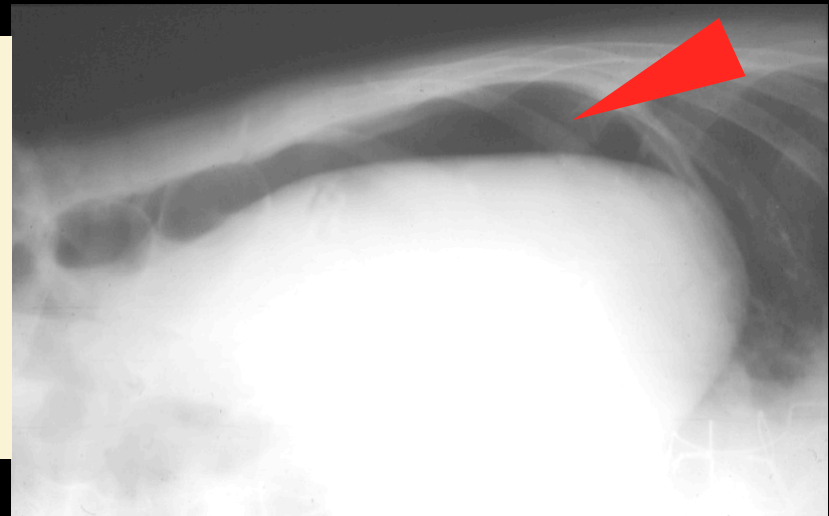
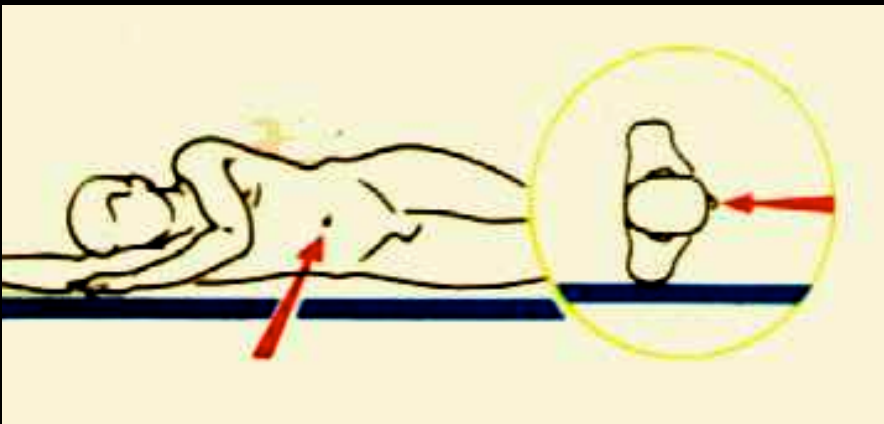
Perforation ulcéreuse de la petite courbure

1.4 Ulcères

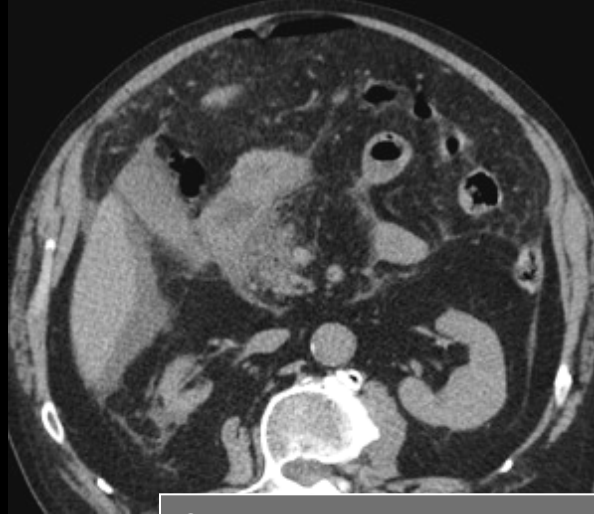
Perforations en péritoine libre



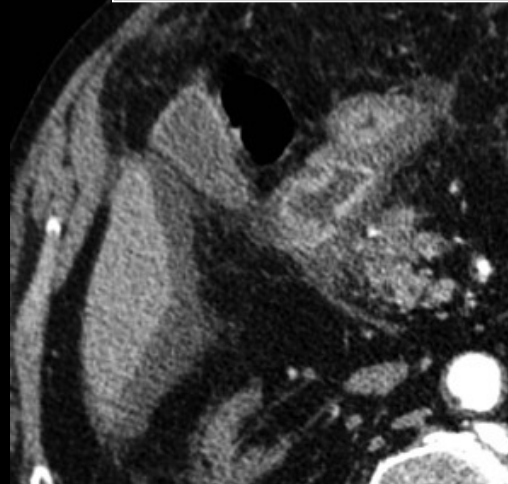
latéro-cubitus GAUCHE !



1.4 Ulcères

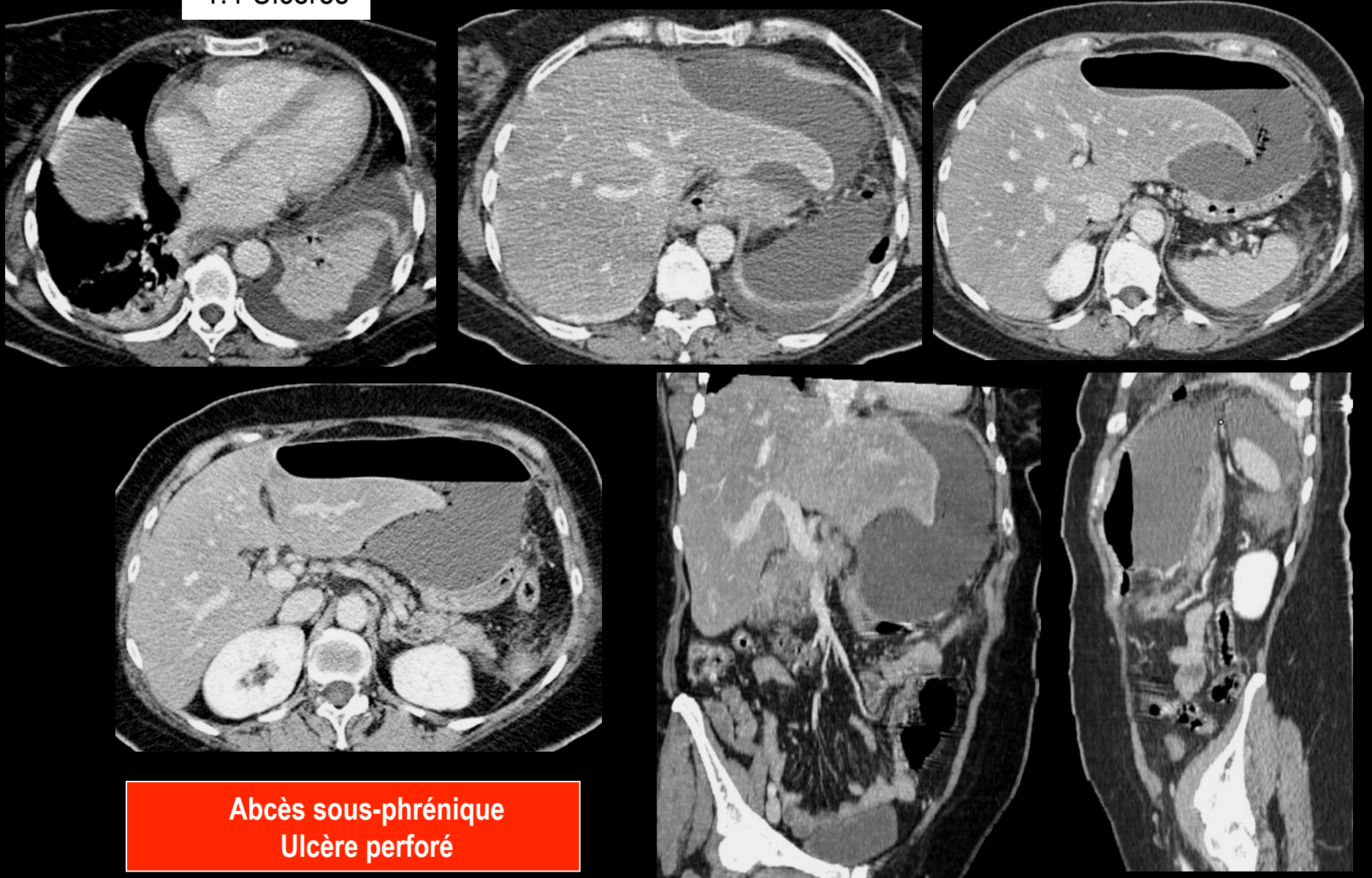


Comblement « liquidien » du sillon et épaissement inflammatoire de la paroi



Perforation d'un ulcère de la face postérieure du bulbe duodénal

1.4 Ulcères



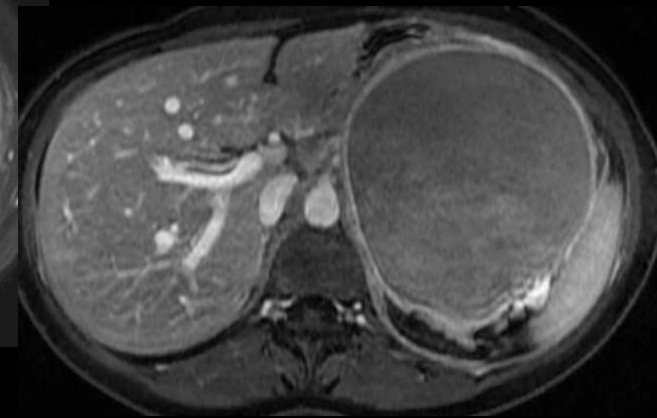
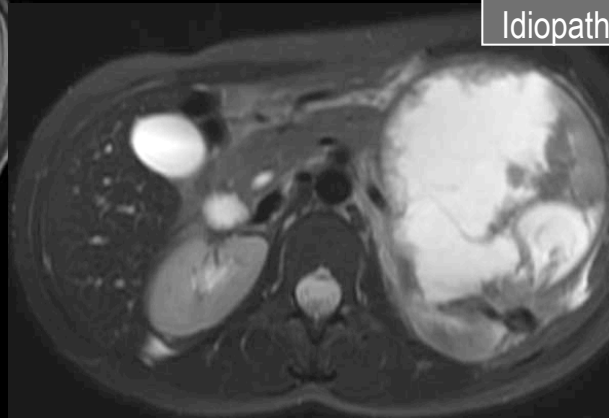
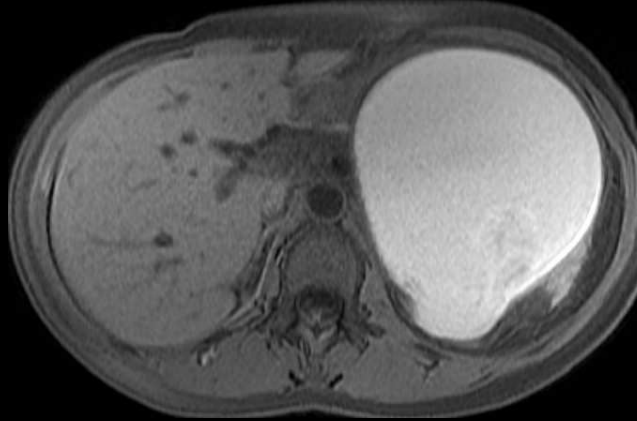
Absès sous-phrénique  
Ulcère perforé

### 3. Douleurs « projetées »

Césarienne il y a 2 mois  
Douleurs basi-thoraciques gauches

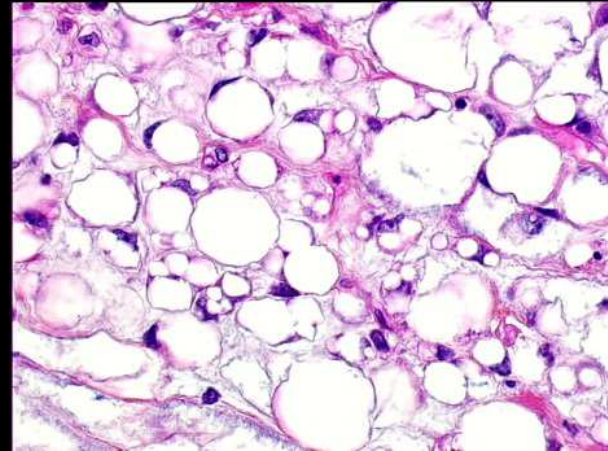


Stress, chirurgie, sepsis, grossesse, hypotension  
Troubles de l'hémostase, ttt anticoagulant  
CIVD  
Stress néonatal  
Thrombose de veine rénale  
Tumeur sous-jacente  
Idiopathique



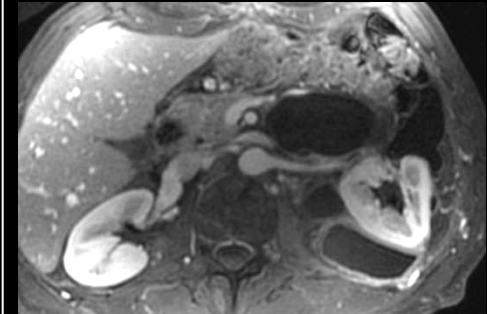
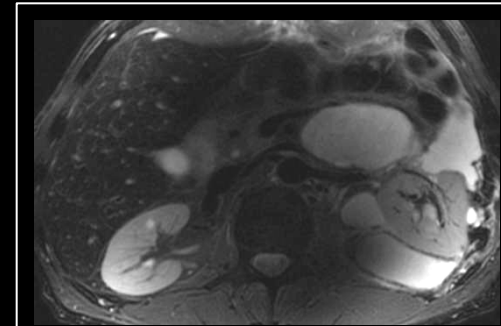
**Hématome surrénalien G**

### 3. Douleurs « projetées »

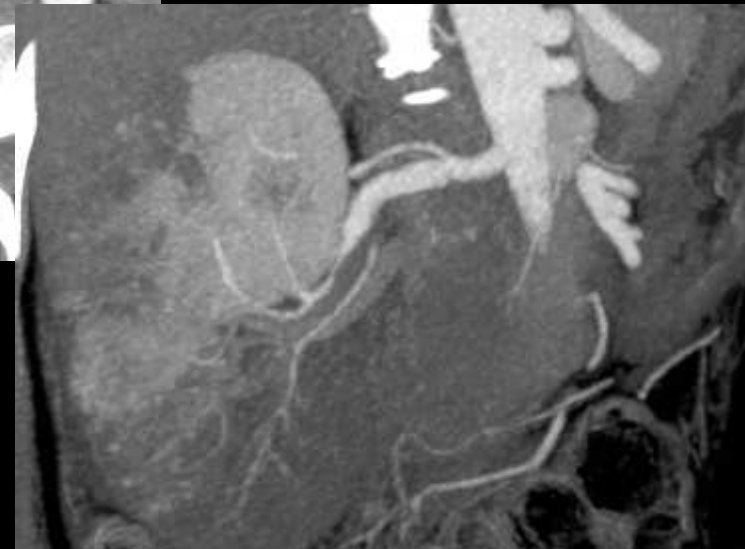
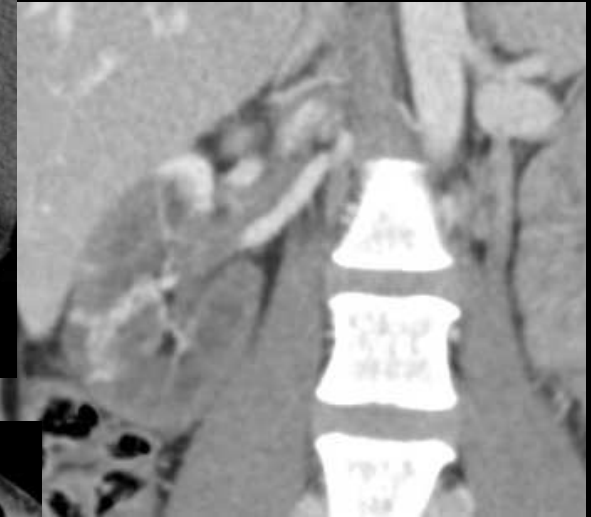
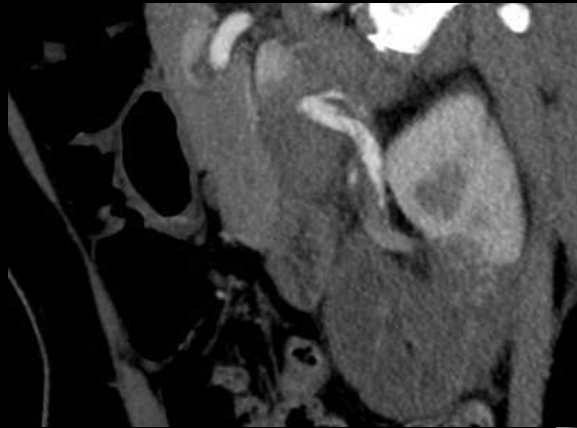


Lésion kystique, multi-cloisonnée avec septas prenant le contraste, rétropéritonéale

**Liposarcome RP**



### 3. Douleurs « projetées »

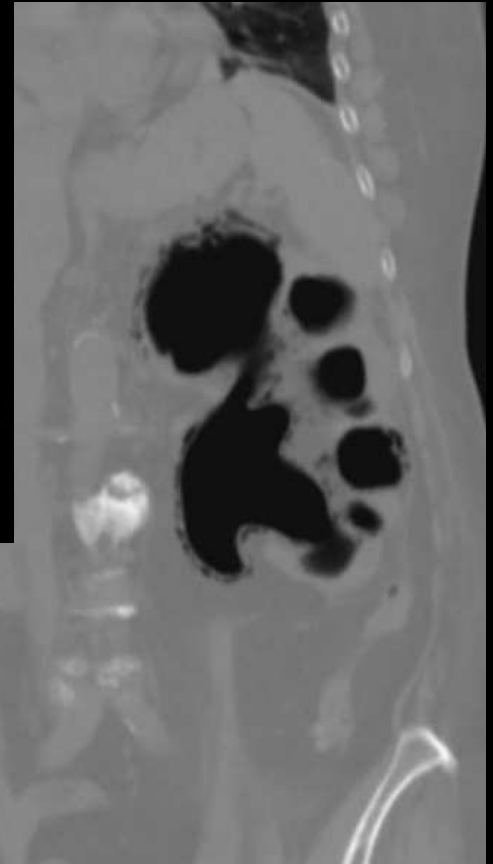
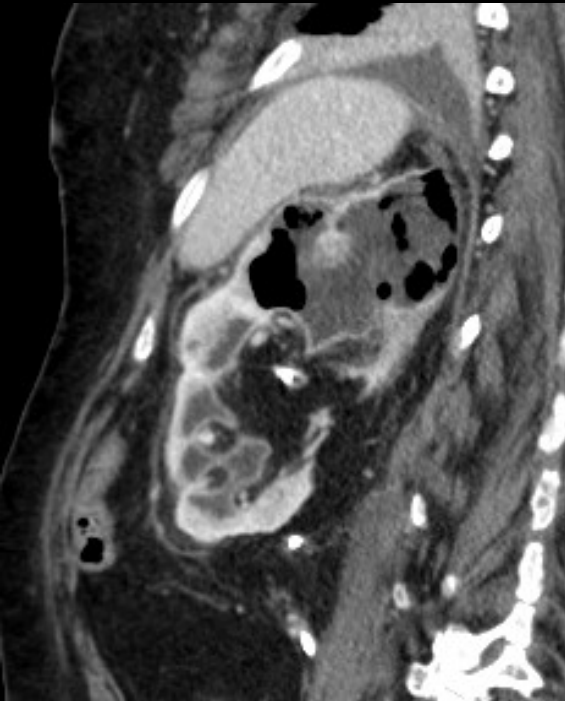


Infarctus rénal D, par dissection de l'artère rénale droite à son tiers distal



Thrombose aiguë de l'ARD sur stent

### 3. Douleurs « projetées »



85 ans, douleurs thoraciques gauches... suspicion de pneumopathie à la RT...

**Pyonéphrose « emphysémateuse »**



Femme 25 ans, douleurs thoraciques bipostéro-basales. Suspicion d' EP...



**Pyélonéphrite aiguë bilatérale multifocale, non compliquée**

### 3. Douleurs « projetées »



35 ans, DT basales droites intermittentes

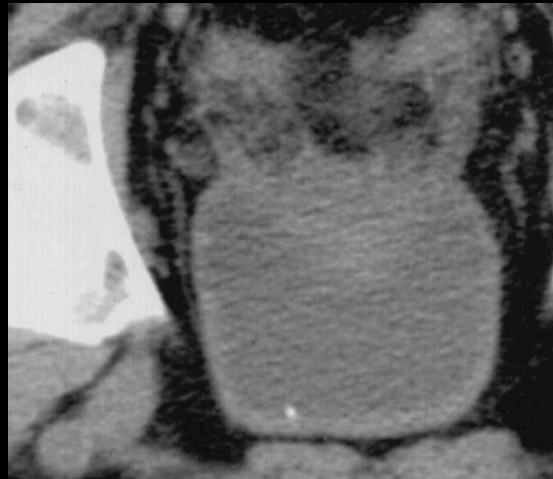


Sd de JPU droit, révélé par l'hyperdiurèse

### 3. Douleurs « projetées »



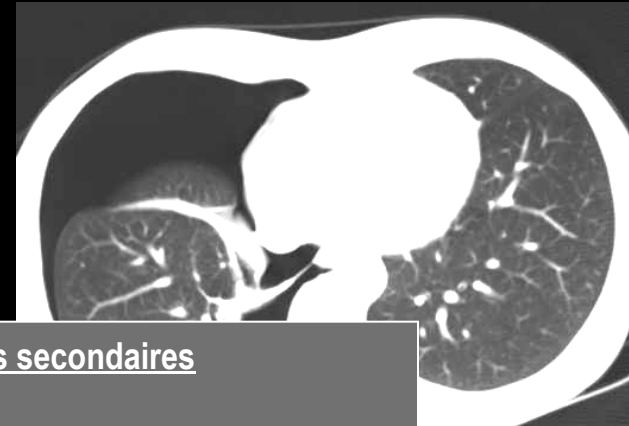
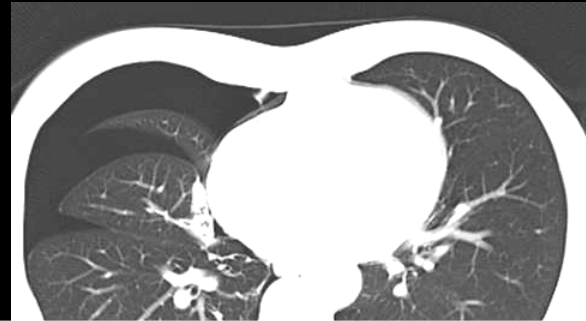
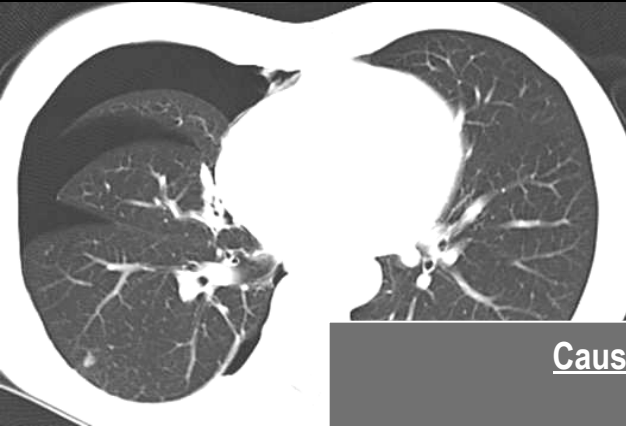
... on dit pas « des lithiases » mais « des calculs » !!



#### Causes d'obstruction urinaire aiguë:

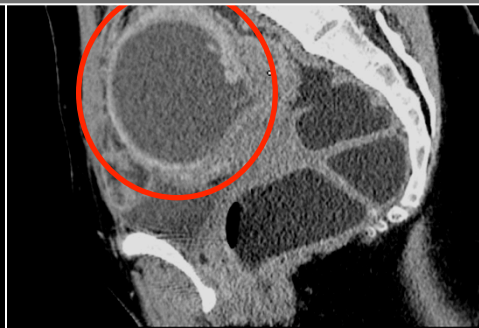
- Intraluminaire : calcul, caillot, nécrose papillaire, fungus ball
- Pariétale
  - Tumeurs urothéliales
  - Tuberculose
  - Sténose post-chirurgicale,...
- Extraluminaire
  - Tumeurs pelviennes et rétropéritonéales
  - Fibrose rétropéritonéale
  - Pathologies gynécologiques et gastro-intestinales
  - Pathologies vasculaires

**Colique néphrétique D sur calcul méatique**

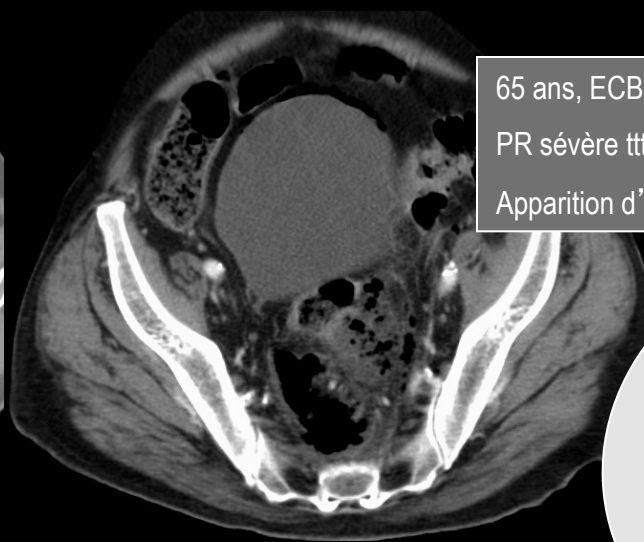


#### Causes potentielles de pneumothorax spontanés secondaires

métastases juxta pleurales (ostéosarcome)  
pneumocystose  
tuberculose  
mucoviscidose  
Emphysème - BPCO  
pneumonie nécrosante  
toutes les pneumopathies infiltrantes  
hamartomes kystiques mésenchymateux  
cannabis  
syndrome de Birt Hogg Dubé (fibrofolliculomes cutanés et prédisposition au cancer du rein )

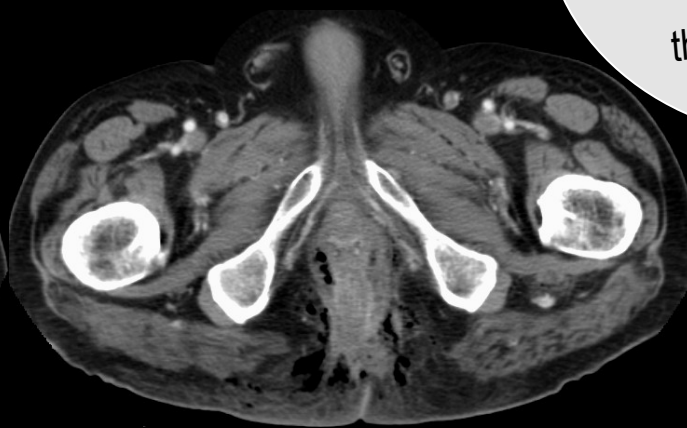


### 3. Douleurs « projetées »



65 ans, ECU positif, ttt antibiotique depuis 15 jours  
PR sévère ttt par immunosuppresseurs  
Apparition d'une douleur thoracique

... il faut toujours faire l'abdo-pelv face à un pneumomédiastin d'origine non évidente sur le thorax... même si ça fait pas plaisir !!!



**Abcès ischio-anal perforé avec pneumomédiastin**



### 3. Douleurs « projetées »

65 ans, ATCD :

Tuberculose dans les années 1960

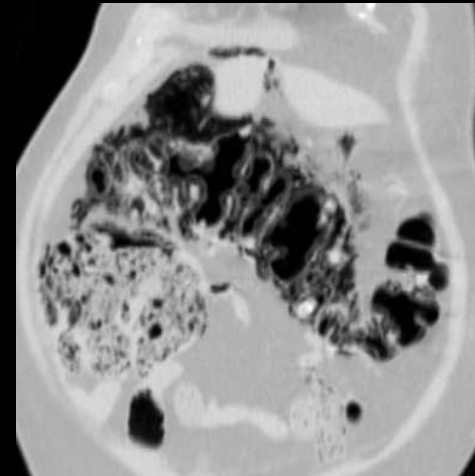
BPCO nécessitant une oxygénothérapie depuis 6 ans

DT avec insuffisance respiratoire aiguë: dyspnée, hypoxémie

EP ?



Pneumatose kystique colique avec perforation sous-péritonéale, et pneumomédiastin



*Siège: de l'œsophage au rectum*

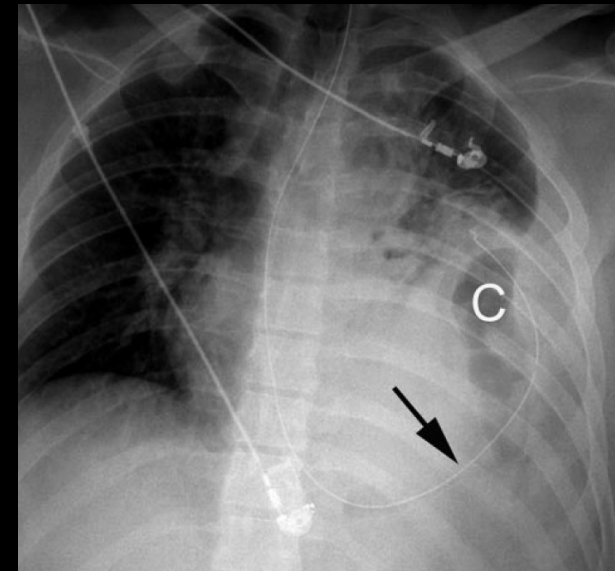
- **grêle (42%)**: bulles sous-séreuses sur le bord mésentérique, migration vers l'espace sous-péritonéal mésentérique: **rétro-pneumopéritoine « médical »**
- **côlon (36%)**: « pseudo-nodules » polypoïdes sessiles sous-muqueux (dolichosigmoïde)



### 3. Douleurs « projetées »



Hernie de l'estomac ou du colon dans le thorax  
SNG dans l'estomac en position intrathoracique  
Déviation médiastinale

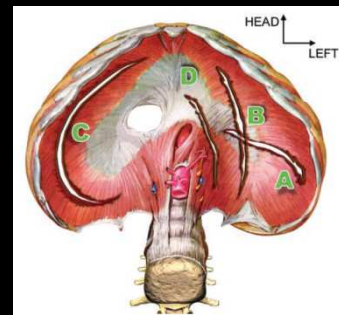
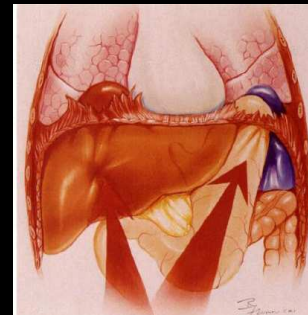


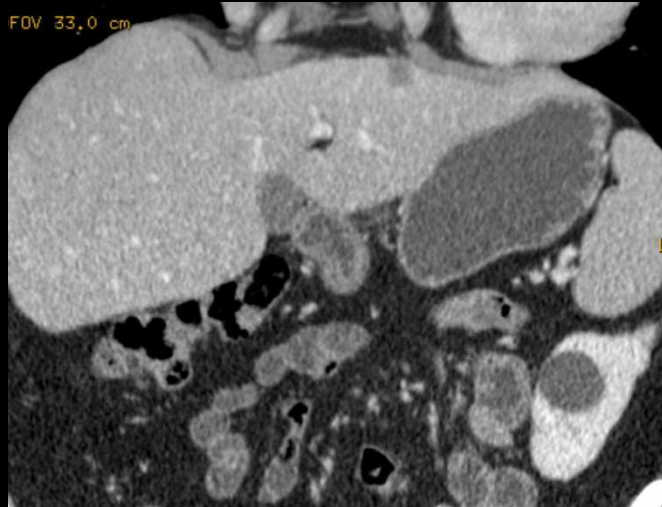
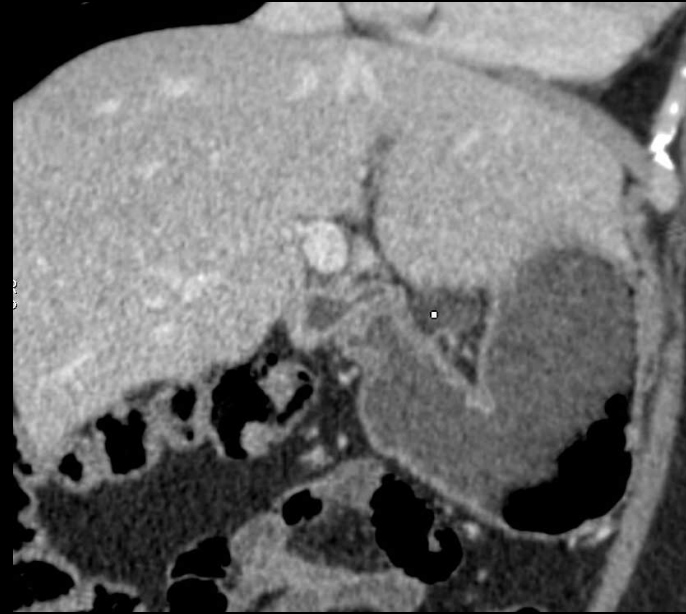
### Hernie diaphragmatique post-traumatique

Plus fréquent à G

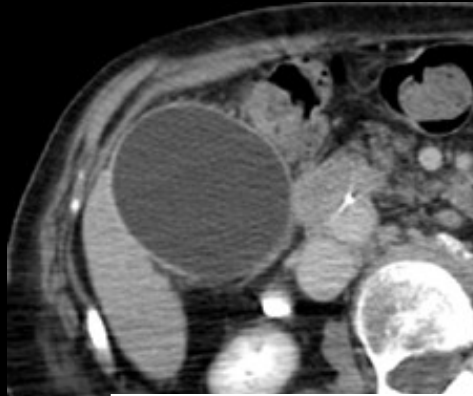
Souvent méconnu sur les clichés standards

Ttt chirurgical

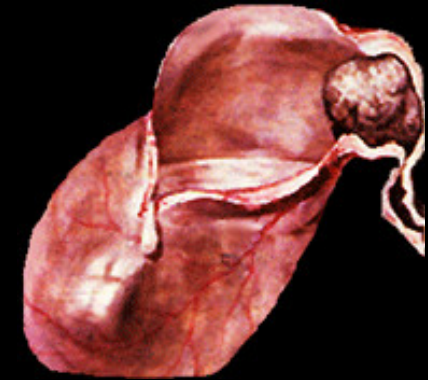




**Infarctus limité du petit omentum  
(ou ligament hépato-gastrique)**



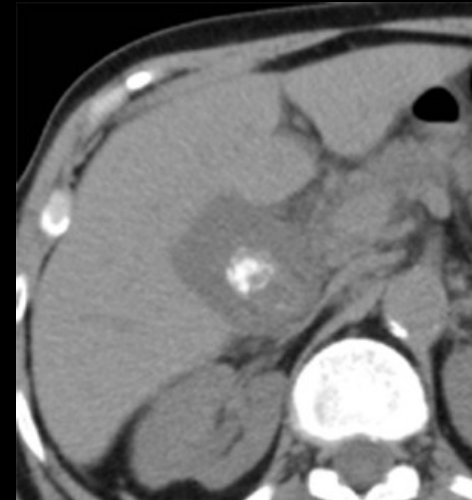
Hydrocholécyste



Douleur biliaire = cause la plus fréquente de douleur abdominale nécessitant la chirurgie chez le sujet âgé

Les complications de la cholécystite aiguë s'observent chez plus de 50% des patients après 65 ans

L'ileus biliaire représente 30% des occlusions aiguës chez la femme âgée

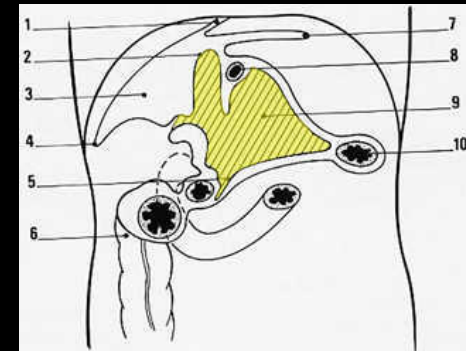


Cholécystite aiguë lithiasique



25% des patients n'ont pas de douleurs  
< 50% ont de la fièvre, des vomissements ou une polynucléose

Douleur médio-thoracique  
Diarrhée



Extension médiastinale d' un PK pancréatique

- Fréquence des douleurs thoraciques d'origine non cardio-pulmonaire ou pleurale
- Ne pas hésiter à opacifier le tube digestif supérieur au scanner
- Il reste une place aux opacifications standards notamment pour les troubles de la motilité oesophagienne
- Penser à rechercher des bulles gazeuses extra-digestives y compris dans le thorax
- **Toujours faire une acquisition abdomino-pelvienne quand l'étiologie d'une douleur thoracique reste inconnue sur le scanner thoracique**
- **Et toujours faire une hélice thoracique sans injection en cas de douleur thoracique aiguë (hématome intra-mural de l'aorte... mais aussi de l'oesophage ou de l'estomac !!!)**

**Merci !**