

Occlusions basses

Points clés

bases **anatomo-physio-pathologiques** des occlusions du colon

protocole de lecture des images en coupes dans les syndrome occlusifs coliques

Dans les syndromes subocclusifs: rôle des opacifications basses ; **coloCT++**

Symptomatologie

Occlusions coliques généralement dues à des cancers sténosants du recto sigmoïde qui se développent lentement

- **douleurs sourdes**, installées progressivement +++
- **vomissements rares et tardifs** souvent remplacés par un état nauséux
- **arrêt des matières et des gaz** souvent **net**
- l'interrogatoire permet souvent de préciser l'apparition **récente** de **troubles défécatoires** : constipation ou alternance diarrhée-constipation, selles rubanées...

D'autres causes peuvent être à l'origine d'une symptomatologie plus **aiguë**, en particulier les volvulus!

L'ASP et l'échographie ne sont pas recommandés !!!

Le scanner multiphasique

- technique de choix
- acquisition multiphasique
- sans préparation

Le coloscanner à l'eau

- indication : les syndromes subocclusifs à la recherche d'un cancer (si coloscopie non réalisable ou incomplète ou nécessité de topographier la lésion) ou à la recherche d'une compression extrinsèque.
- pas d'indication en cas d'occlusion aiguë!

Méthodologie de raisonnement

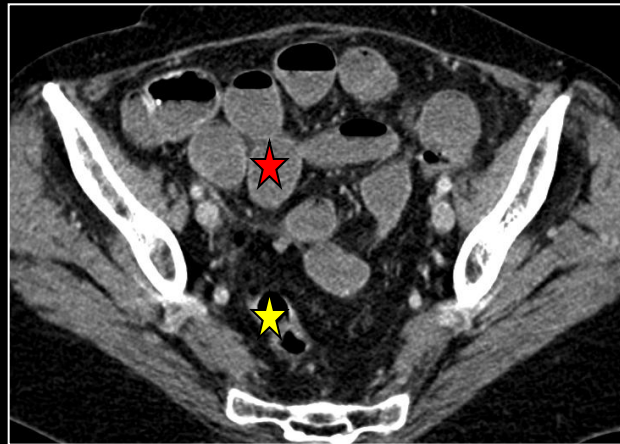
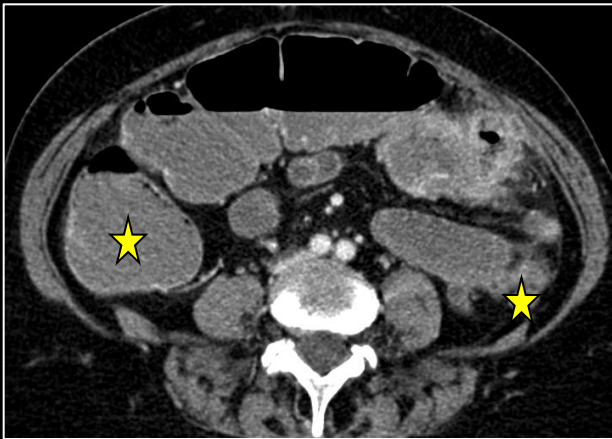
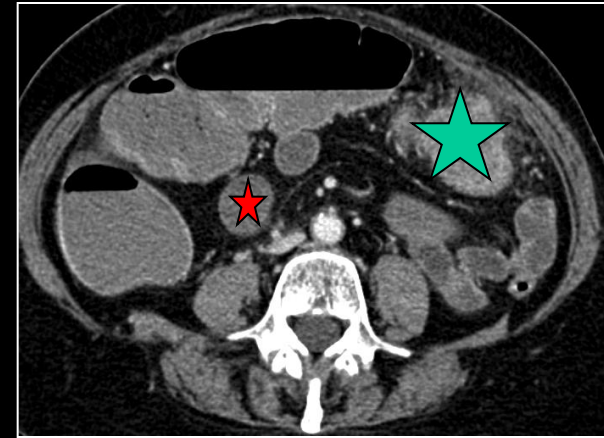
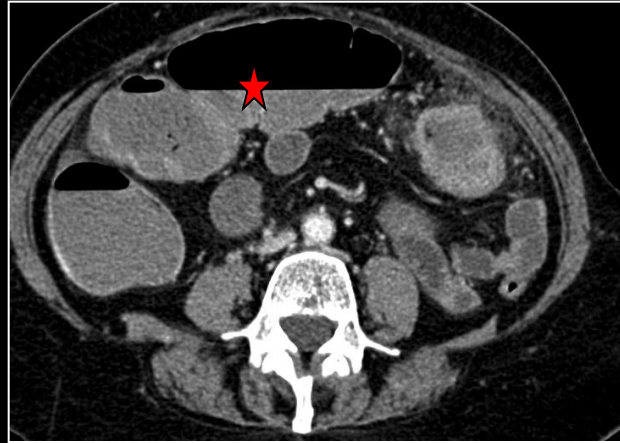
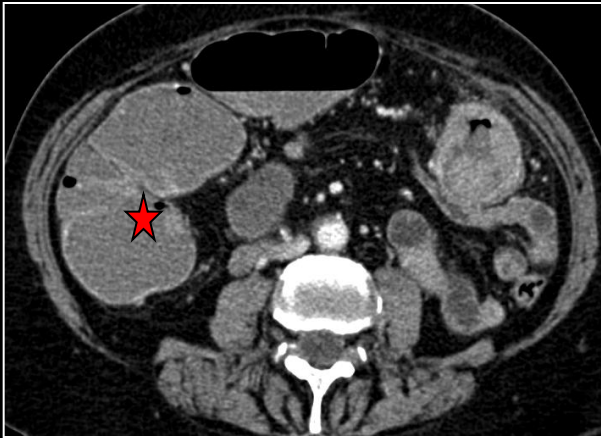
1ère étape : affirmer le syndrome occlusif colique et rechercher le niveau transitionnel. **Exemple des causes tumorales**

2ème étape : ne pas méconnaître une forme atypique **d'occlusion basse**. **Exemple des invaginations intestinales**

3ème étape : chercher les causes non tumorales. **Exemple des volvulus, des strangulations** (hernies, éventrations) **des obstacles endoluminaux** (corps étrangers, fécalomes), et **des compressions extrinsèques** (endométriose pelvienne).

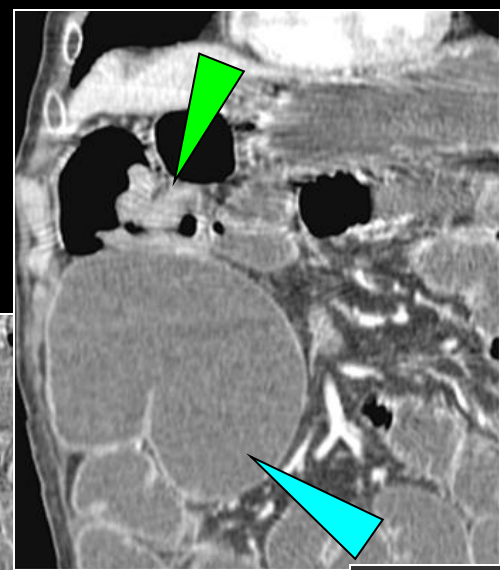
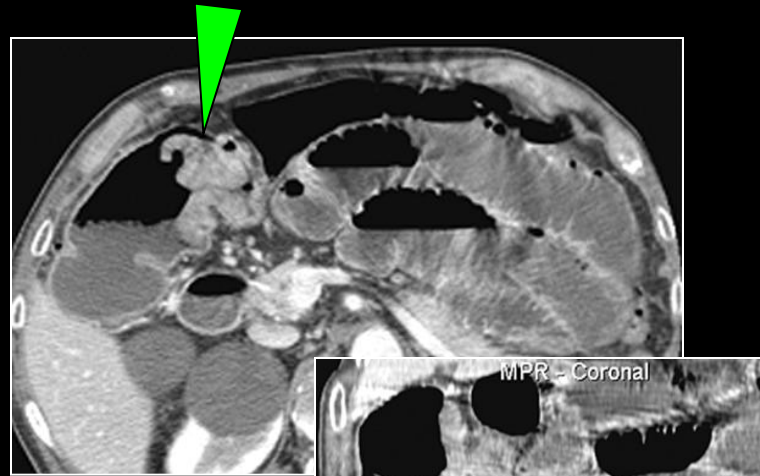
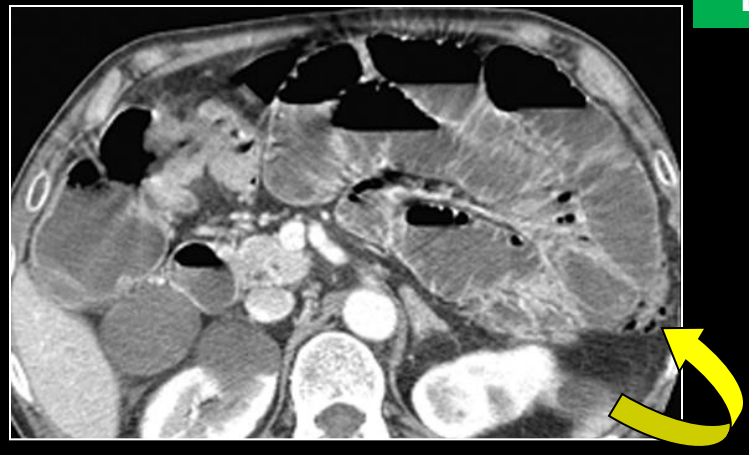
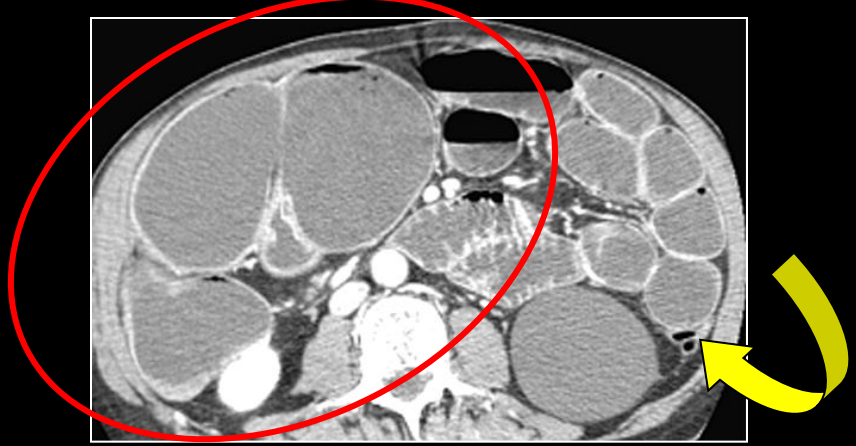
4ème étape : reconnaître les occlusions "**fonctionnelles**"

1ère étape : affirmer le syndrome occlusif colique

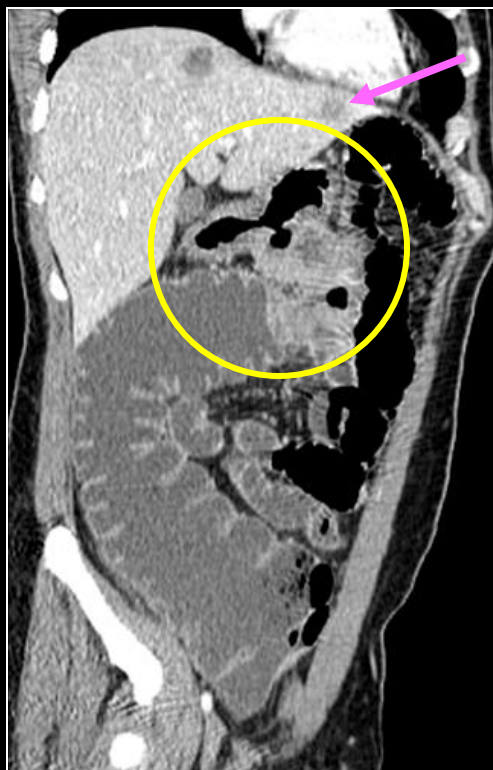
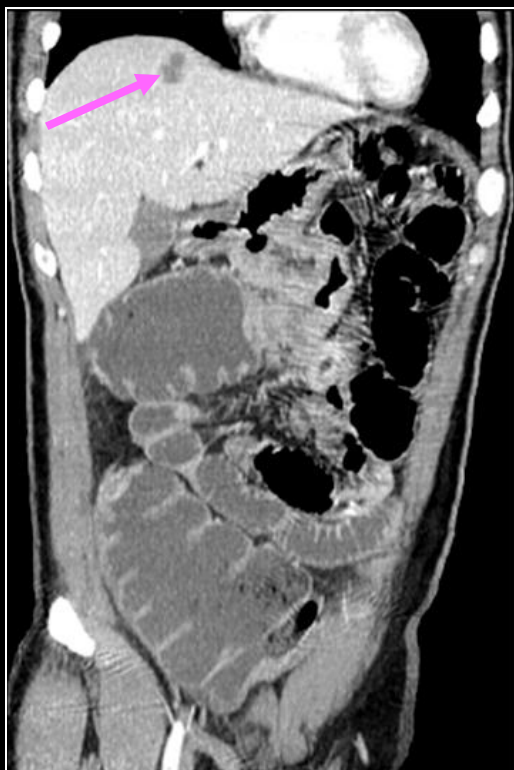
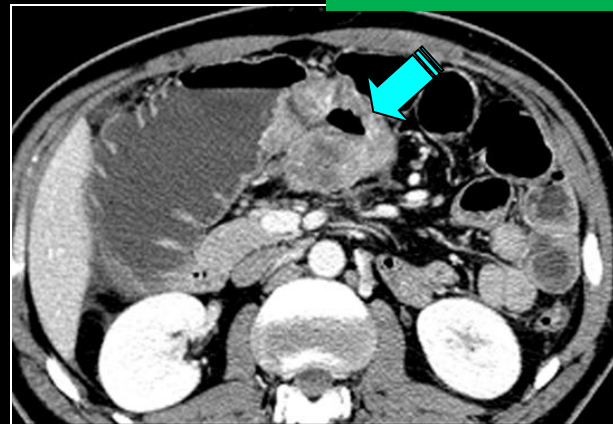
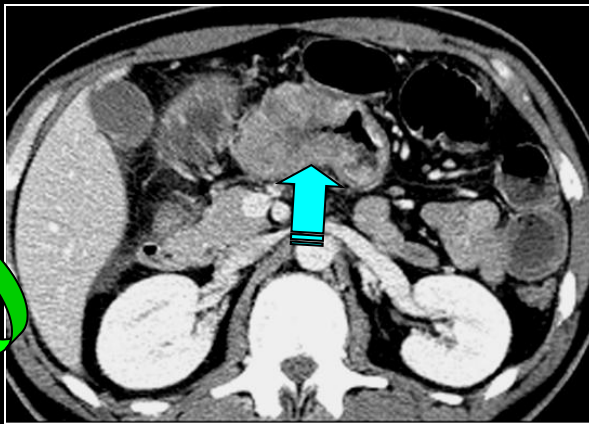
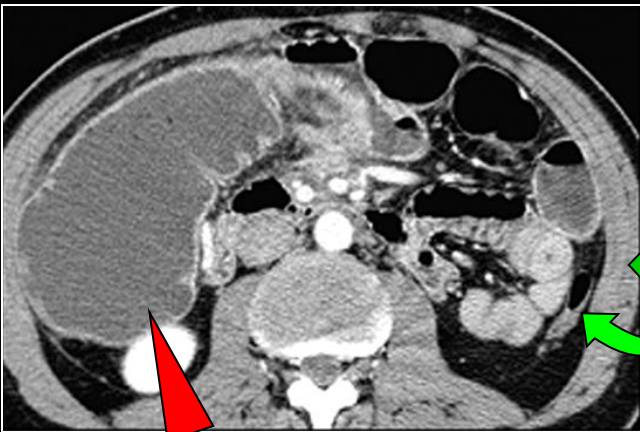


la distension cœcale avec stase stercorale est la clé du diagnostic des occlusions basses

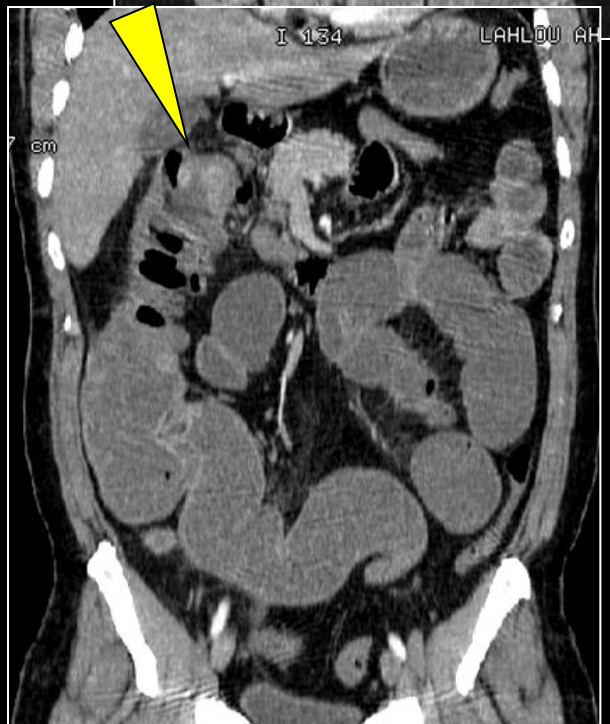
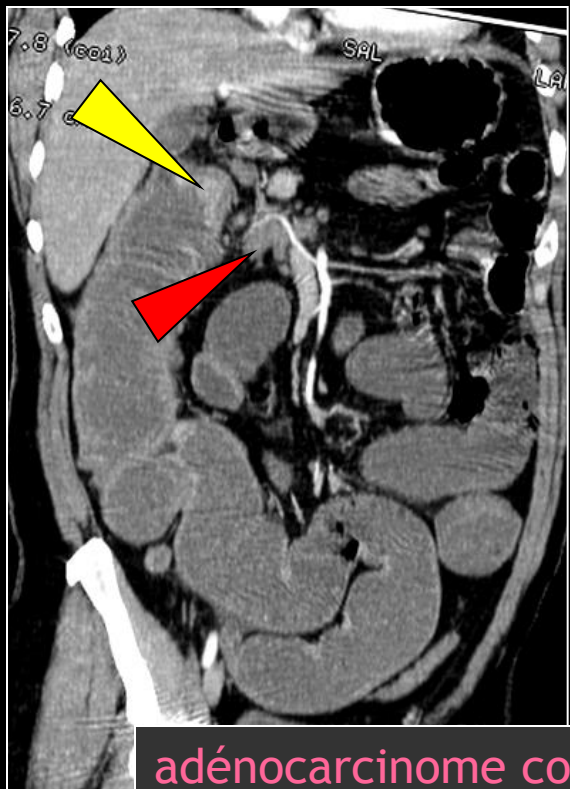
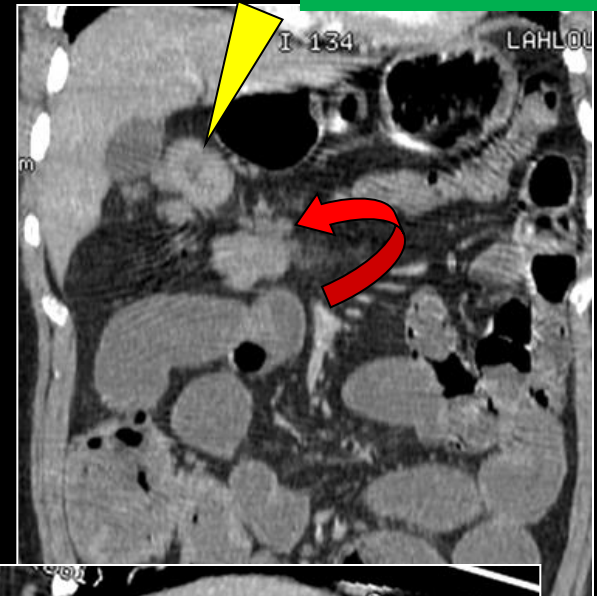
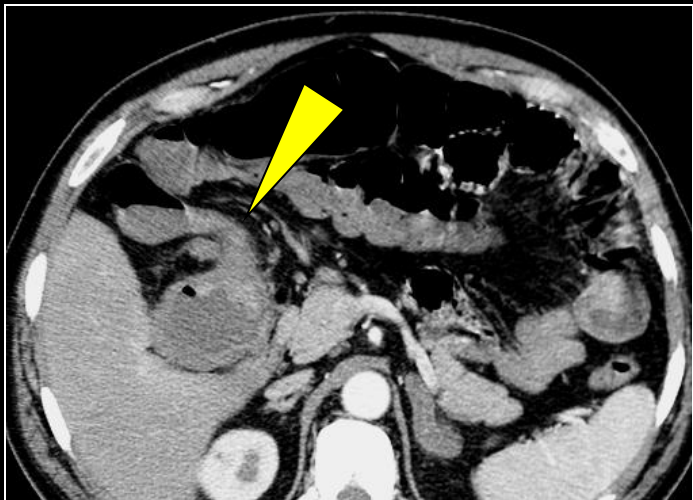
Le niveau transitionnel est colique !



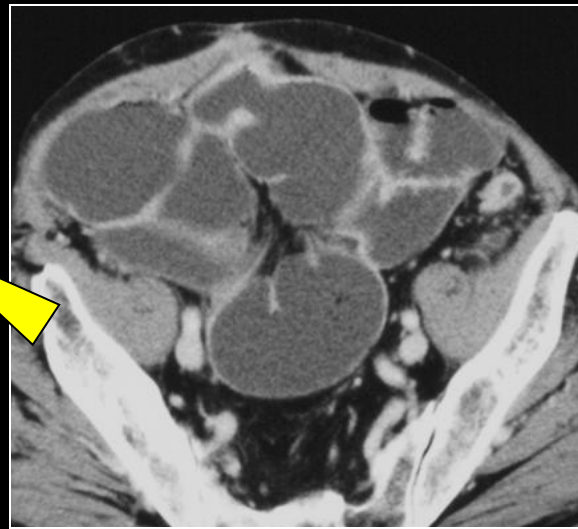
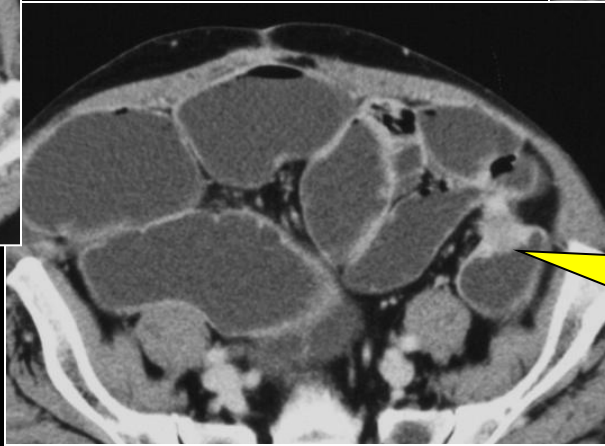
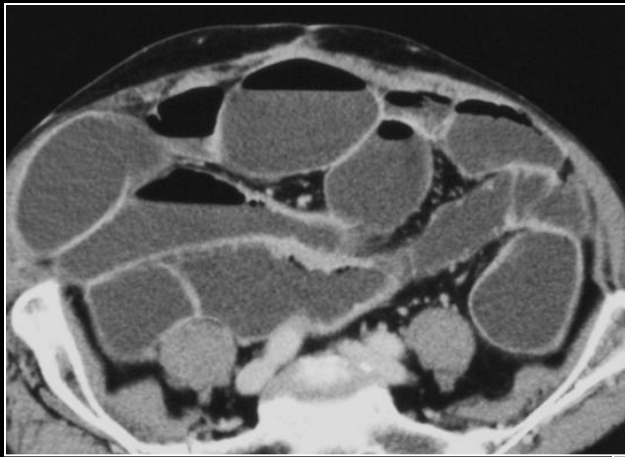
Occlusion sur ADK sténosant de l'angle droit
Plicature cæcale par défaut d'accolement du fascia de Toldt



ADK colique droit étendu à l'estomac et métastases hépatiques ; sd de Lynch

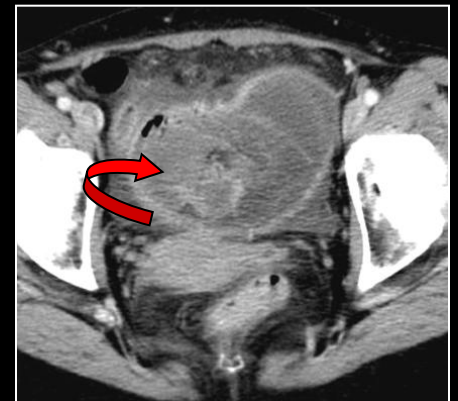
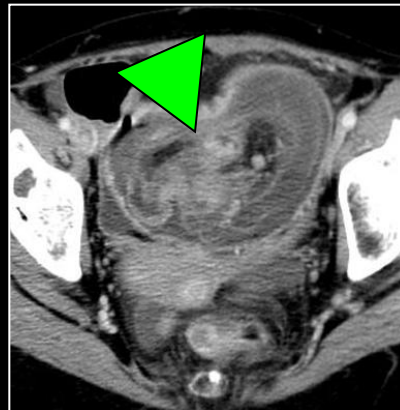
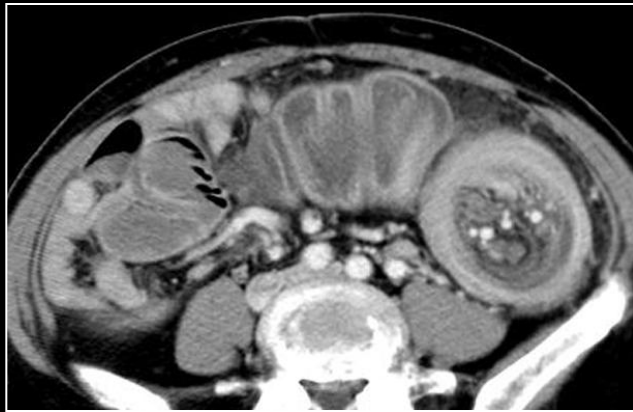
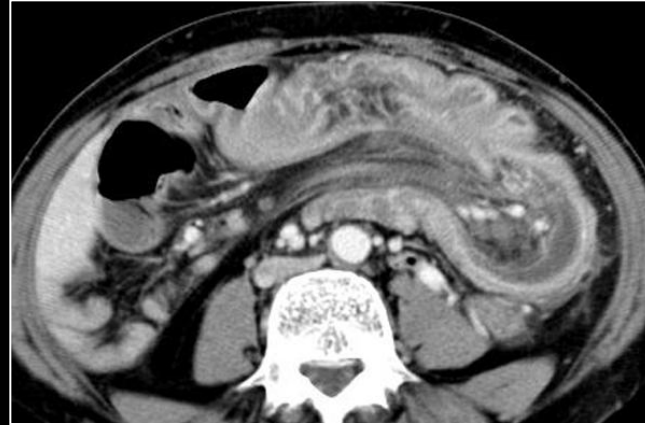
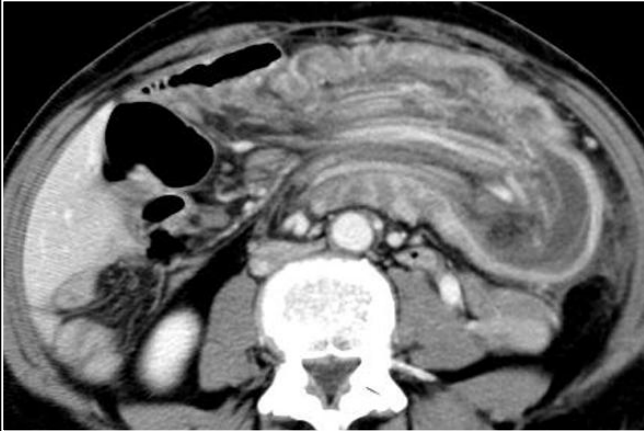


adénocarcinome colique angulaire droit, adénopathies locales

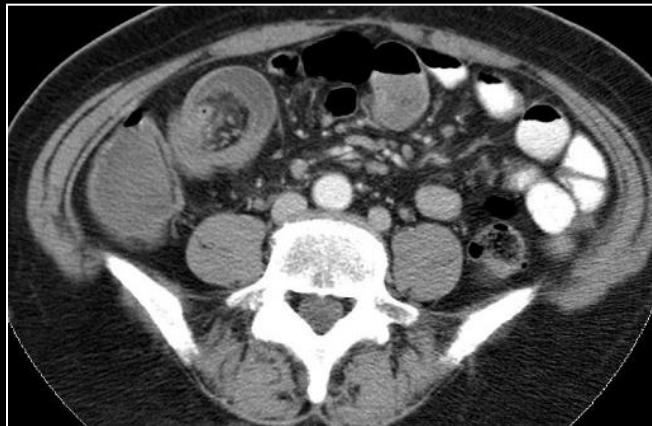
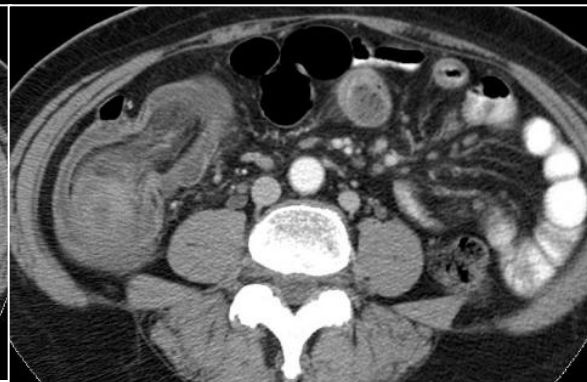


occlusion basse sur adénocarcinome sténosant du colon gauche

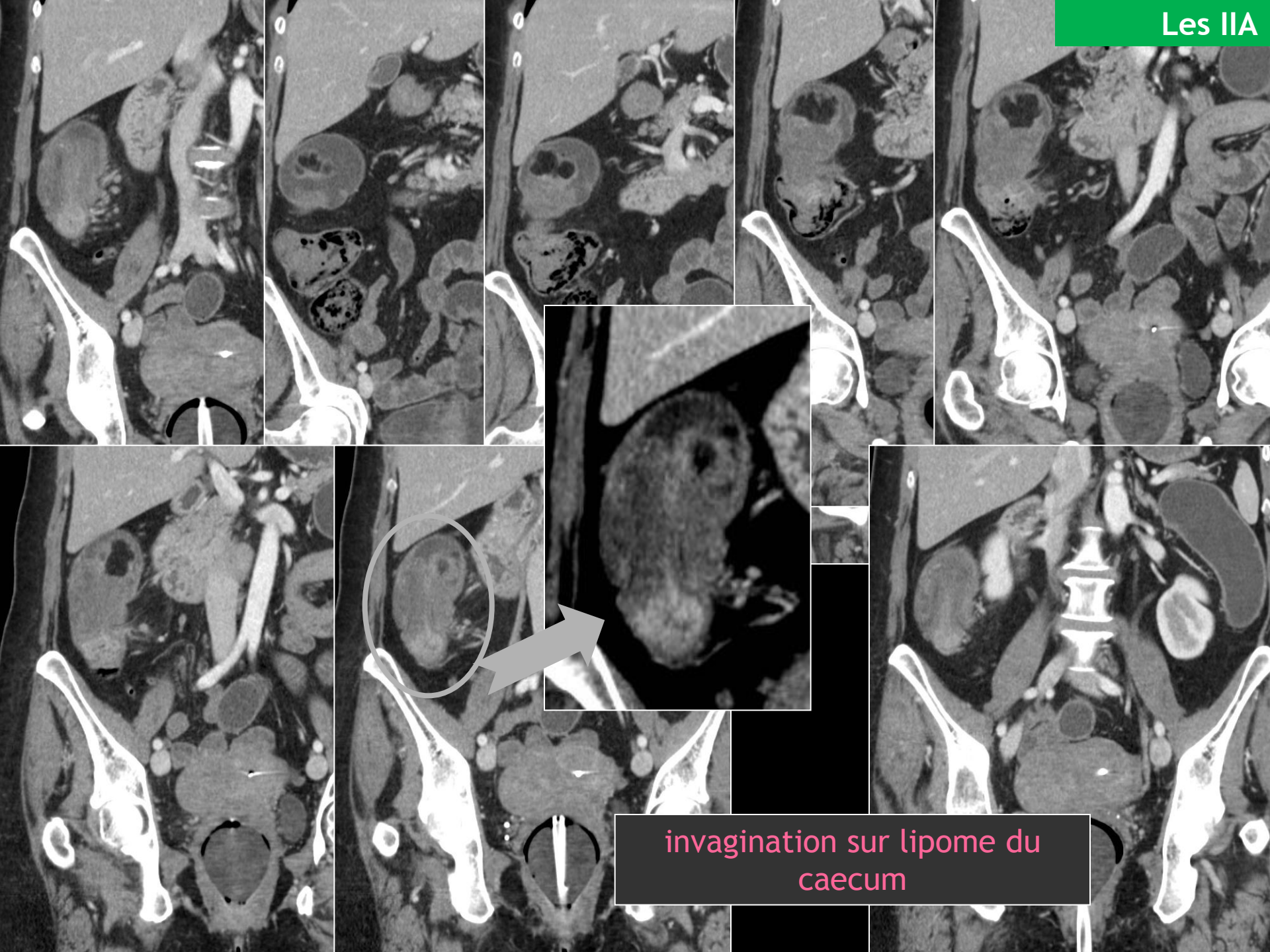
2^{ème} étape : ne pas méconnaître une forme atypique d'occlusion basse



invagination iléo-colique sur adénocarcinome de la valvule de Bauhin

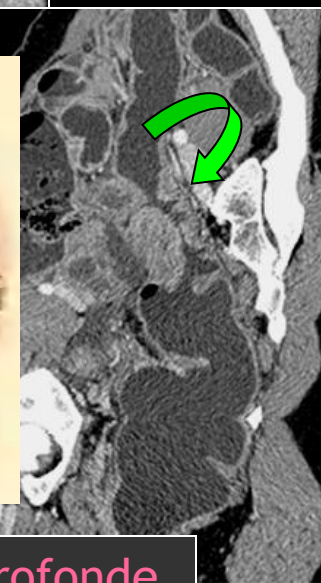
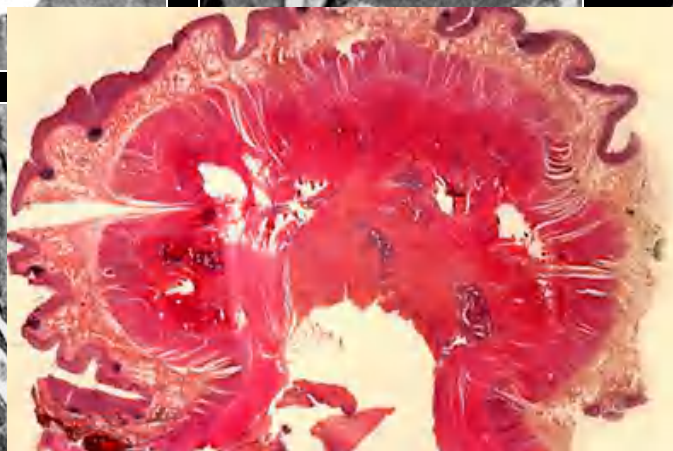
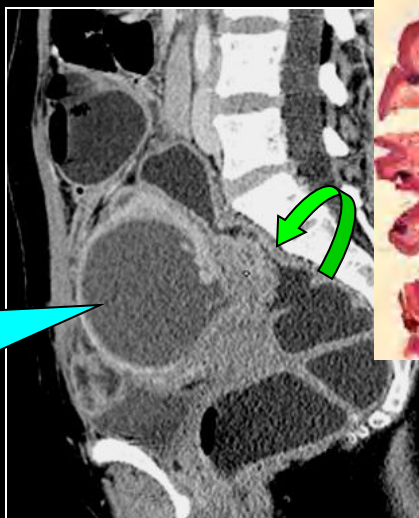
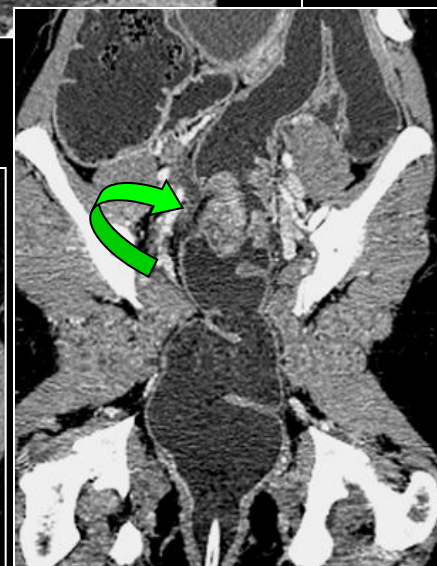


invagination sur
adénocarcinome du caecum



invagination sur lipome du caecum

3^{ème} étape : chercher les causes non tumorales



reformatons
« courbes »

Endométriose pelvienne profonde
: « cancer bénin !! » ;
endométriome ovarien +++

Endométriose

Épidémiologie

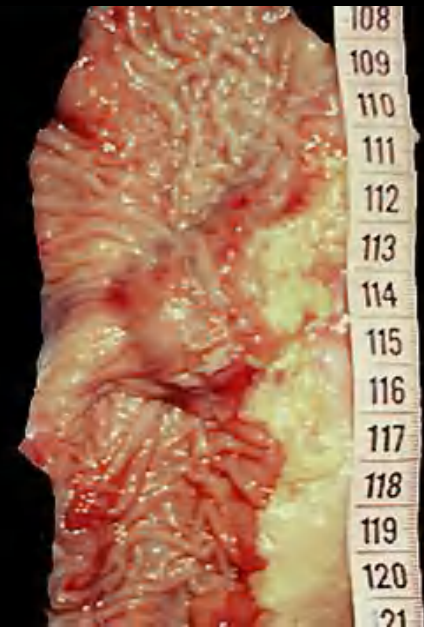
- femme en âge de procréer **pic 25-29 ans**
mais peut exister chez l'adolescente
- 50 % des algies pelviennes et des dyspareunies chez moins de 20 ans
- 5% post ménopausiques (estrogènes)
- rarement homme sous estrogénothérapie (ttt adk prostate)

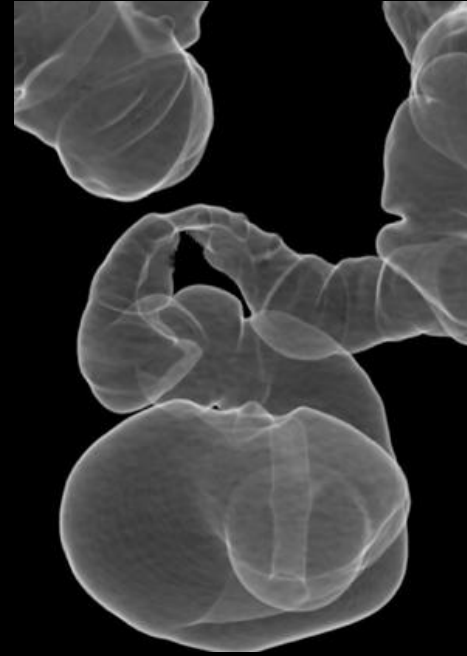
séries laparoscopiques :

- **4% d'atteinte chez patientes asymptomatiques**
- 24% dans douleurs pelviennes chroniques
- 20% bilans d'infertilité

prévalence population générale **5-10 %**

facteur favorisant : cycles longs supérieurs à 28 jours?

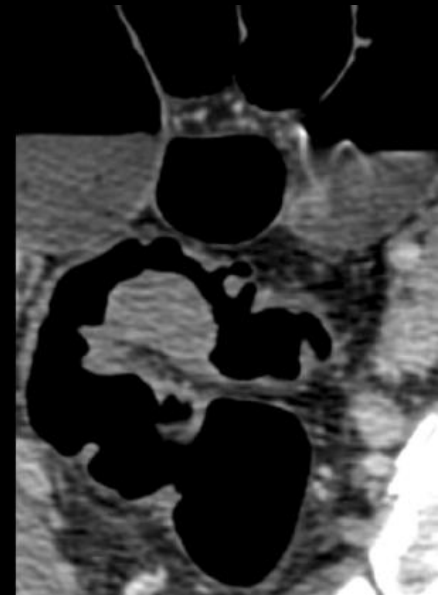


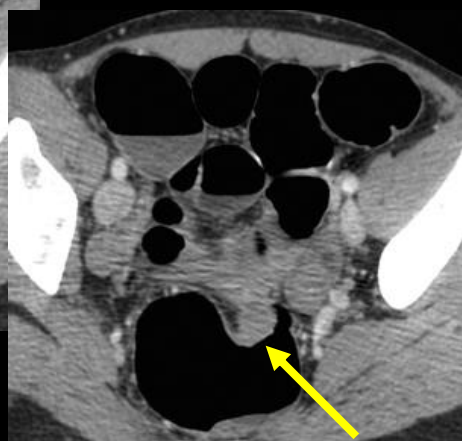
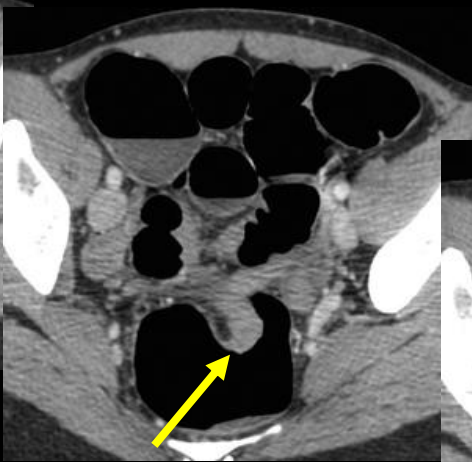
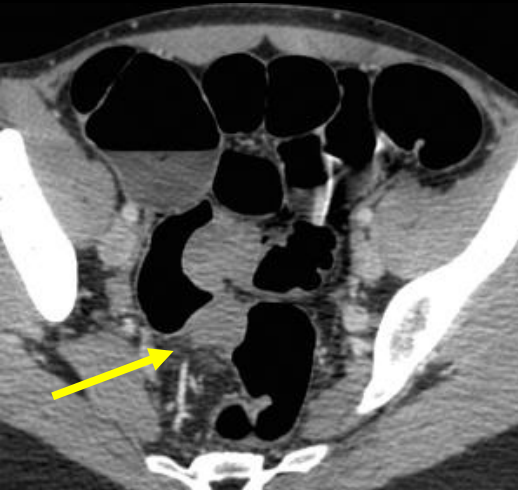
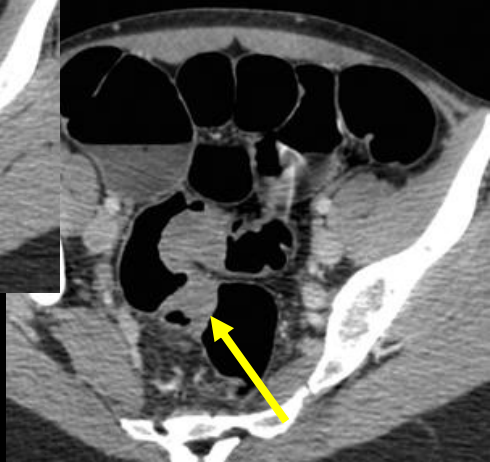
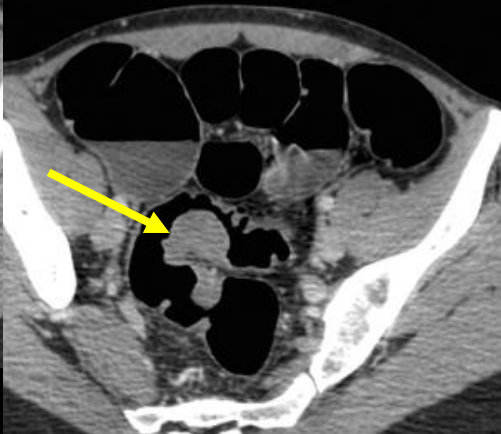
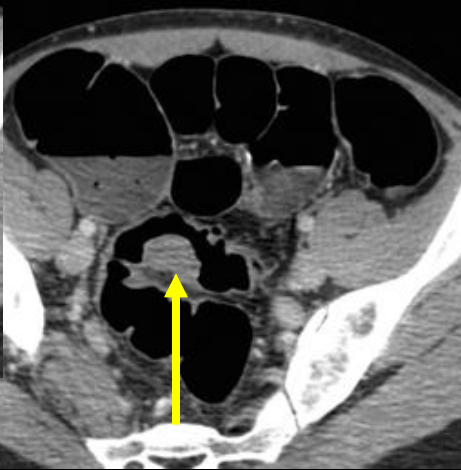


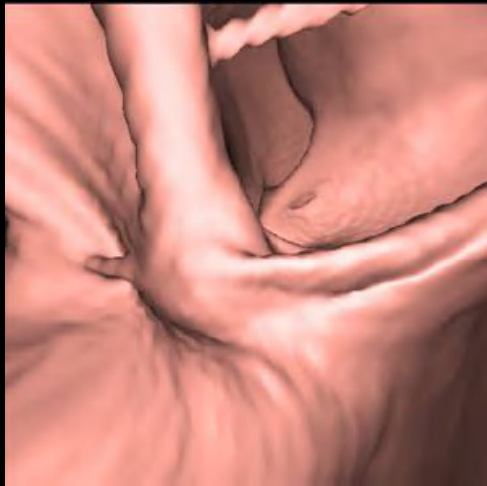
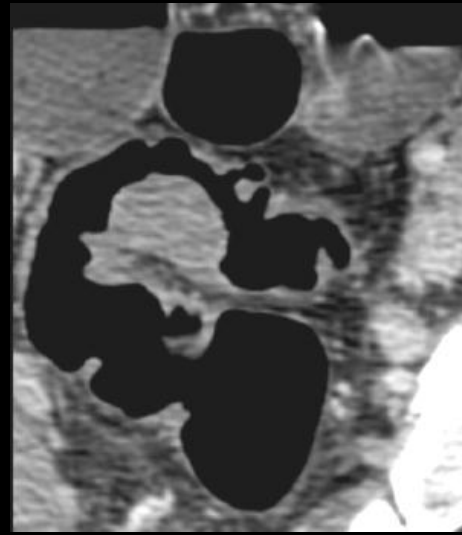
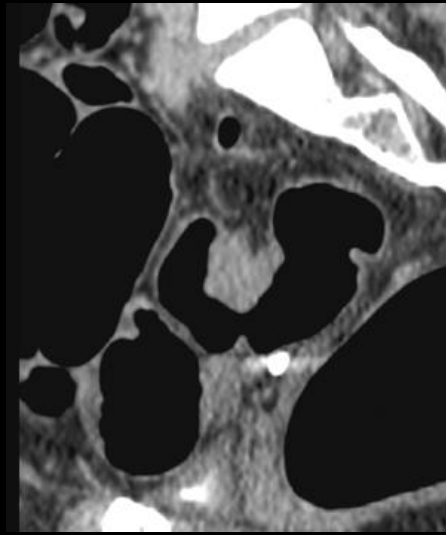
1.2sp

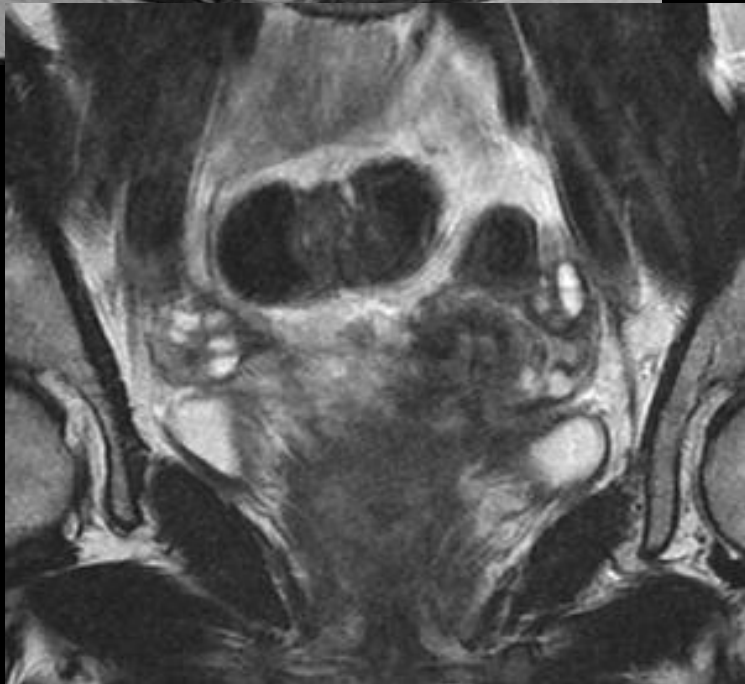
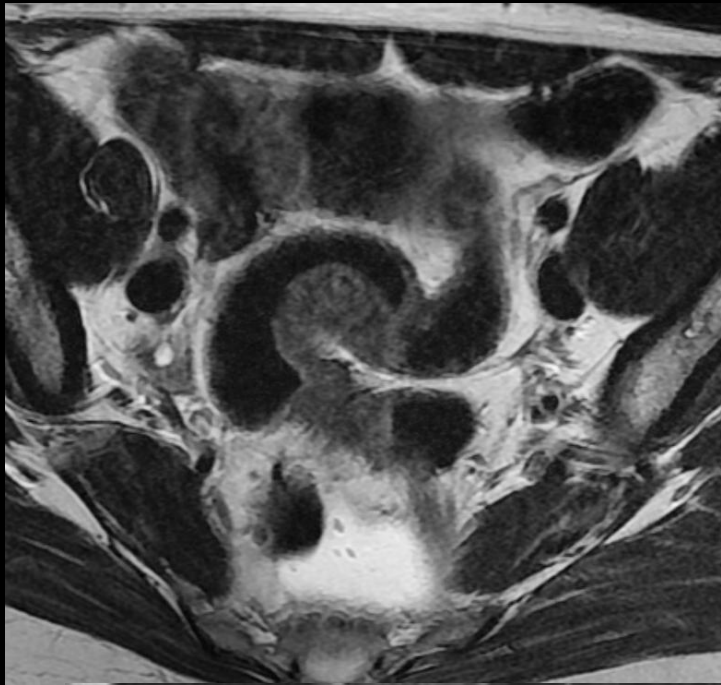
nodule pariétal sigmoïdien sans ulcération muqueuse ;
sténose courte à muqueuse saine (défaut d'expansion
permanent et enraidissement des contours

spiculations des bords = atteinte "extrinsèque" à
composante fibreuse rétractile



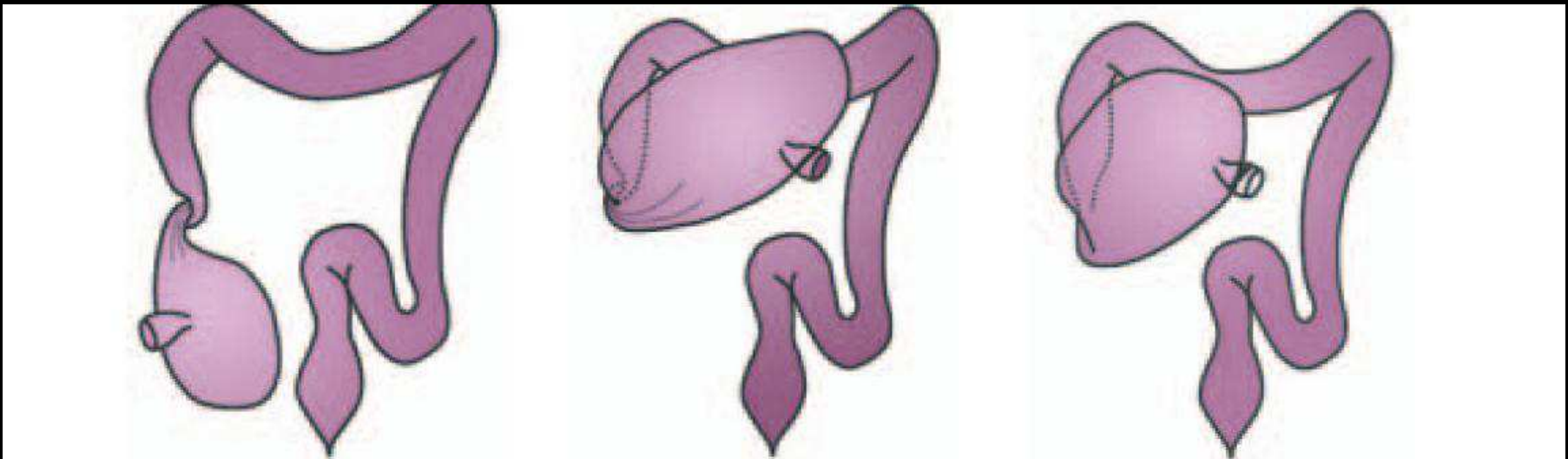


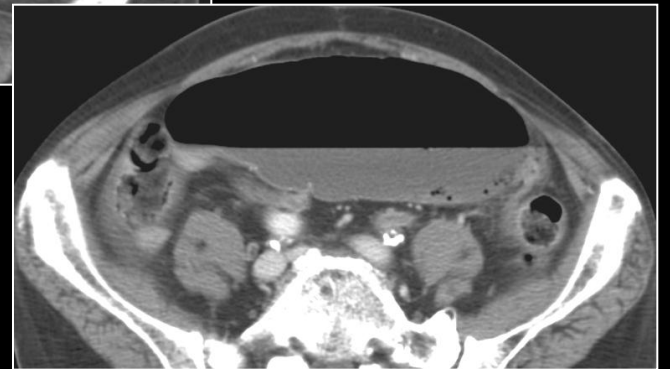
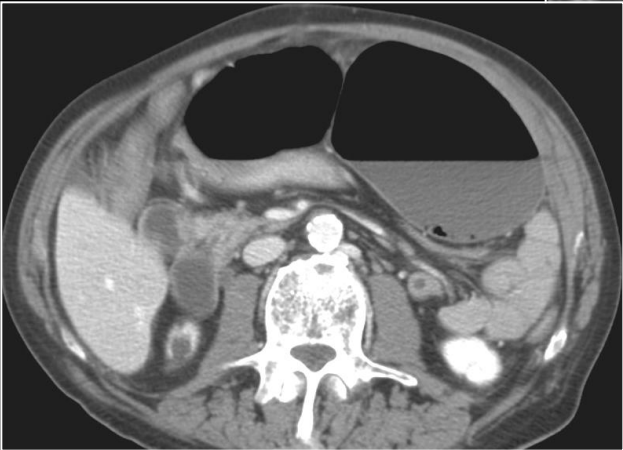
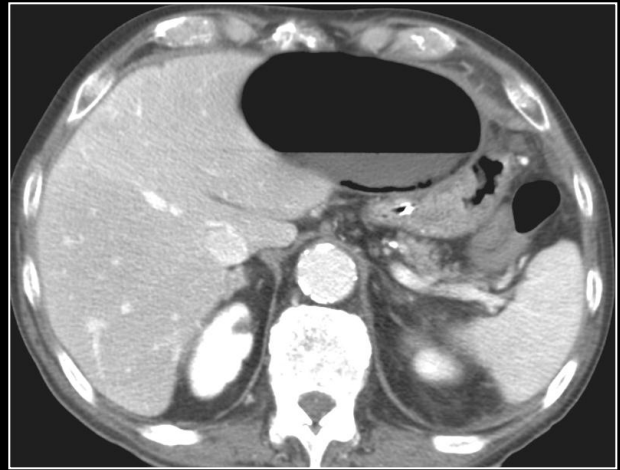


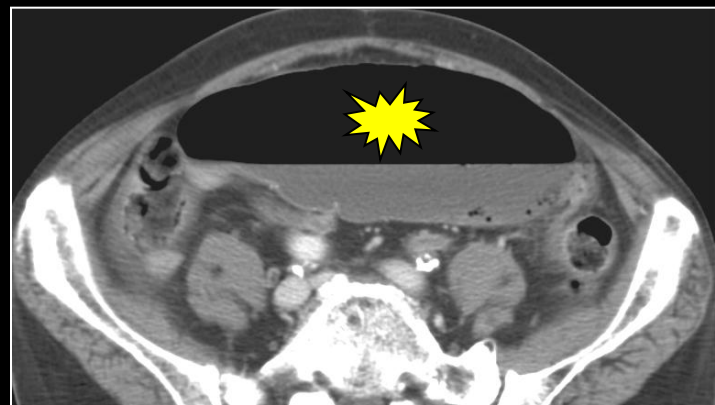
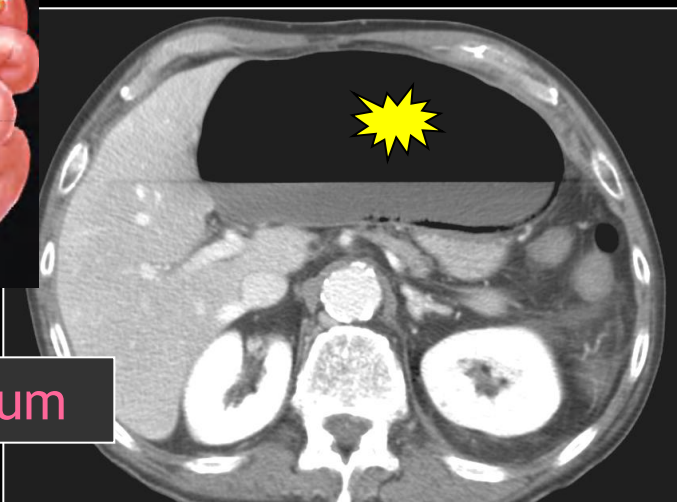
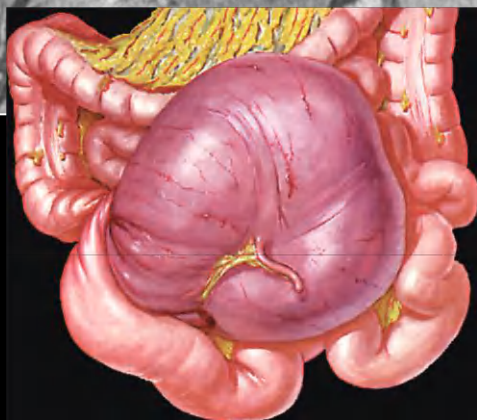
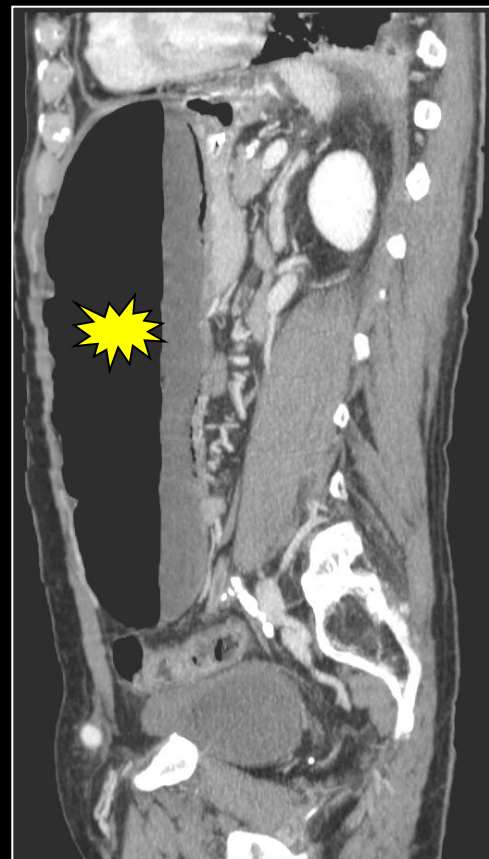


- Rare : < 1% des pathologies organiques
- **Facteurs favorisants**
 - **Anatomiques** :
 - défaut d'accolement associé ou non à des défauts de rotation de l'anse intestinale primitive
 - ATCD de chirurgie abdominale
 - **Médicaux** : constipation chronique, médicaments ralentissant le transit, retard mental
- **Volvulus sigmoïdiens**
 - 60 à 75% des cas
- **Volvulus caecum**
 - 25 à 40% des cas

- Trois types :
 - Axial : rotation du caecum sur son axe vertical
 - Loop : rotation et bascule antérieure
 - Bascule : repliement du caecum sans rotation



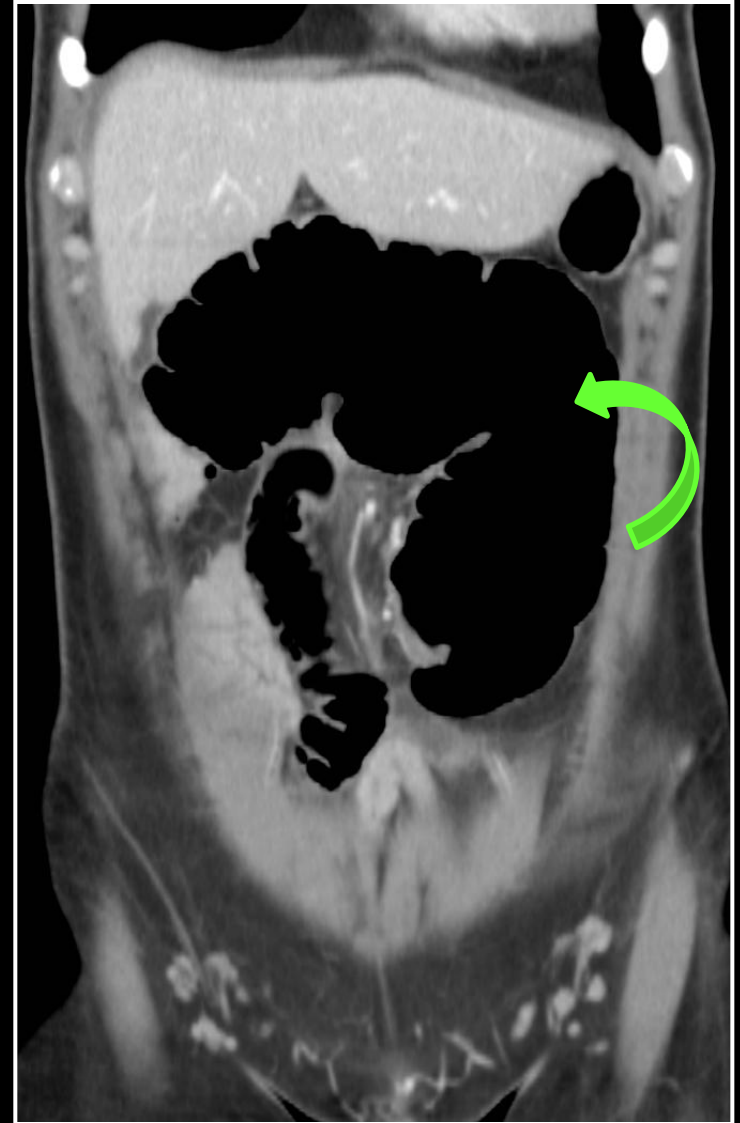
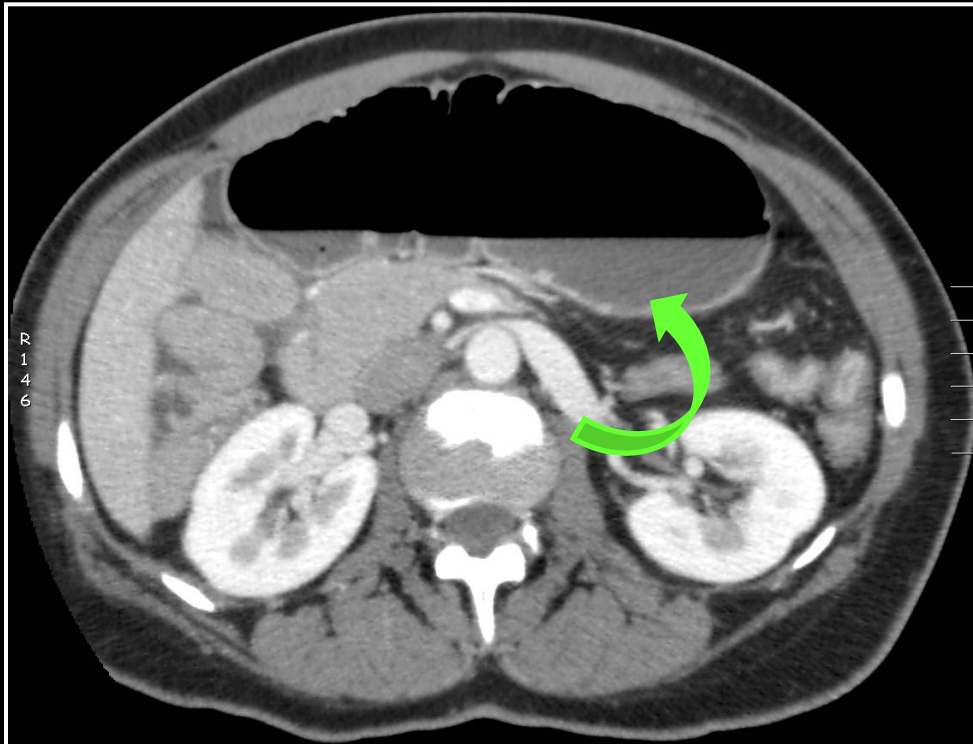


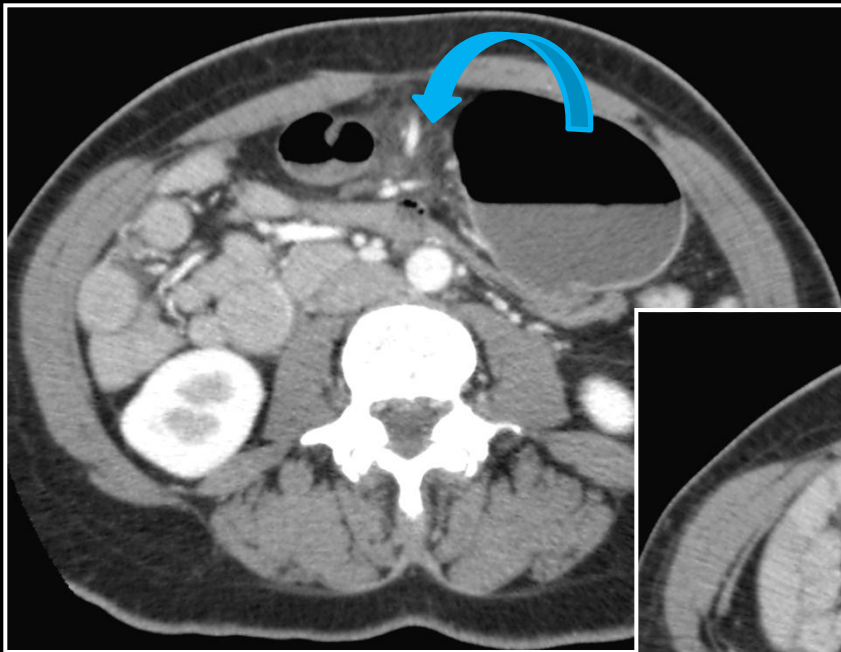


Volvulus du cæcum

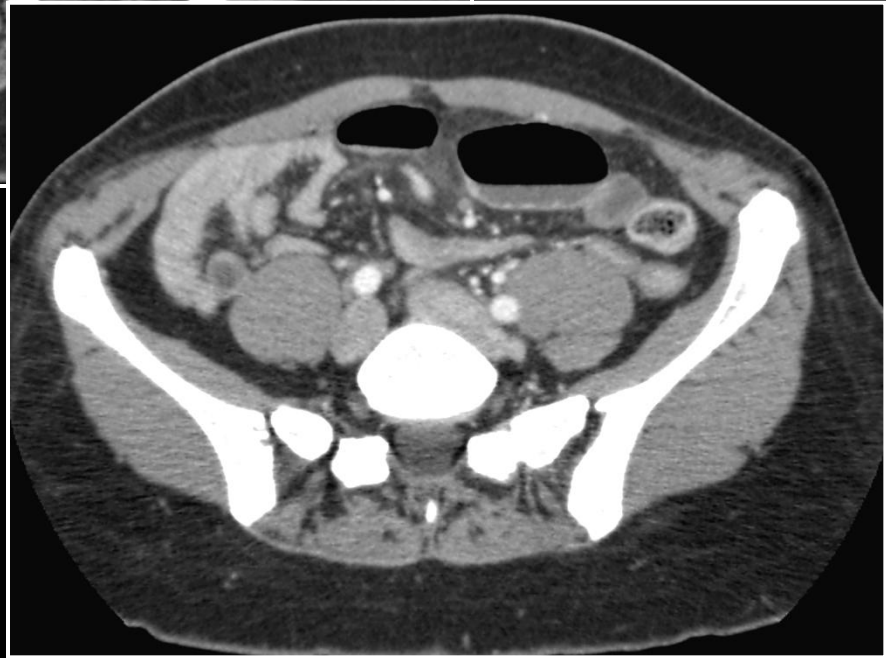
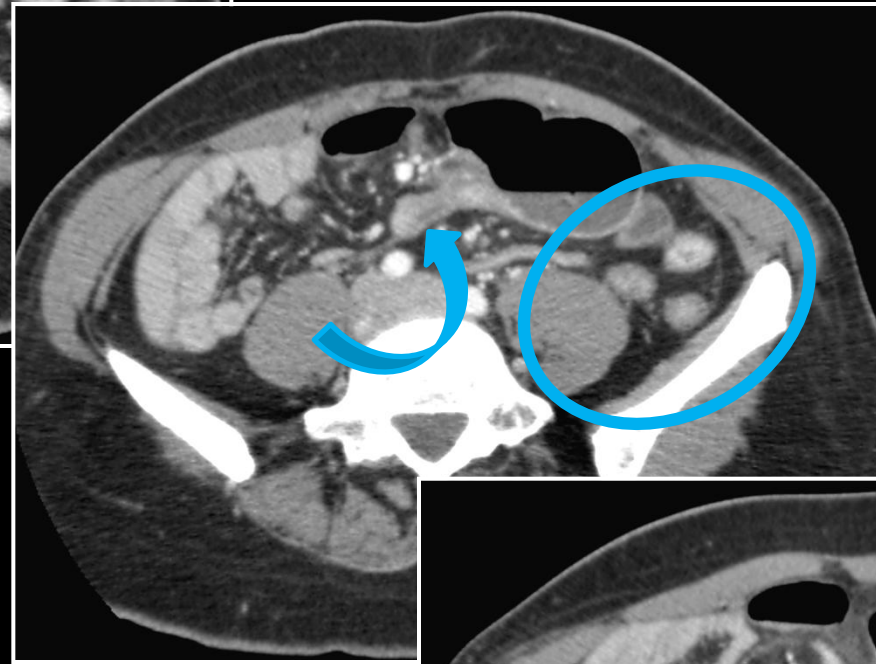
Volvulus du cæcum

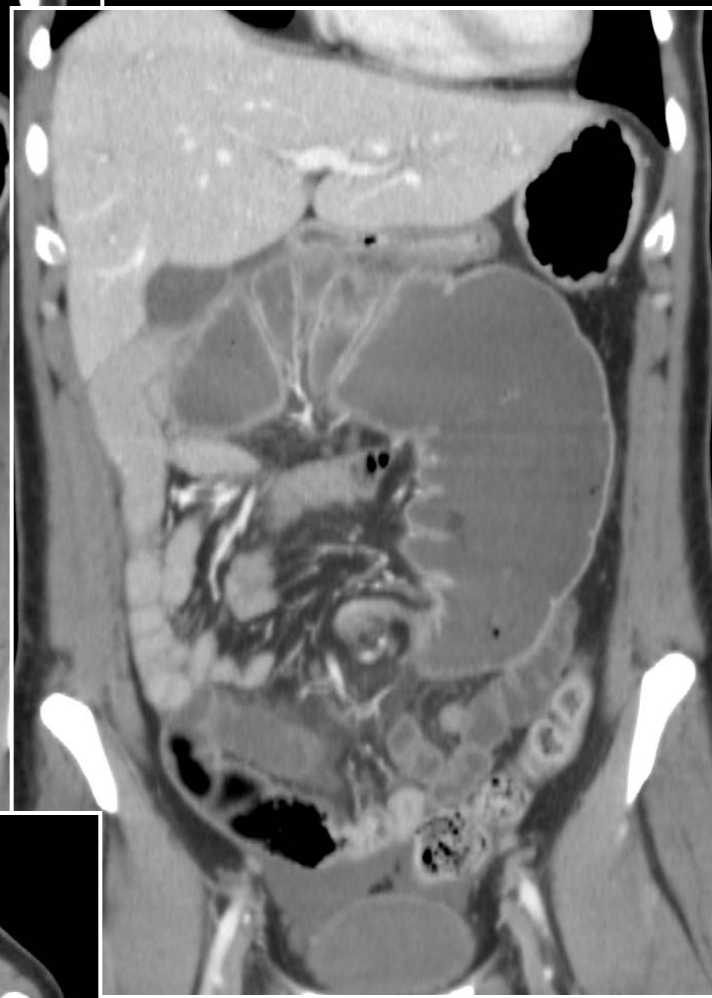
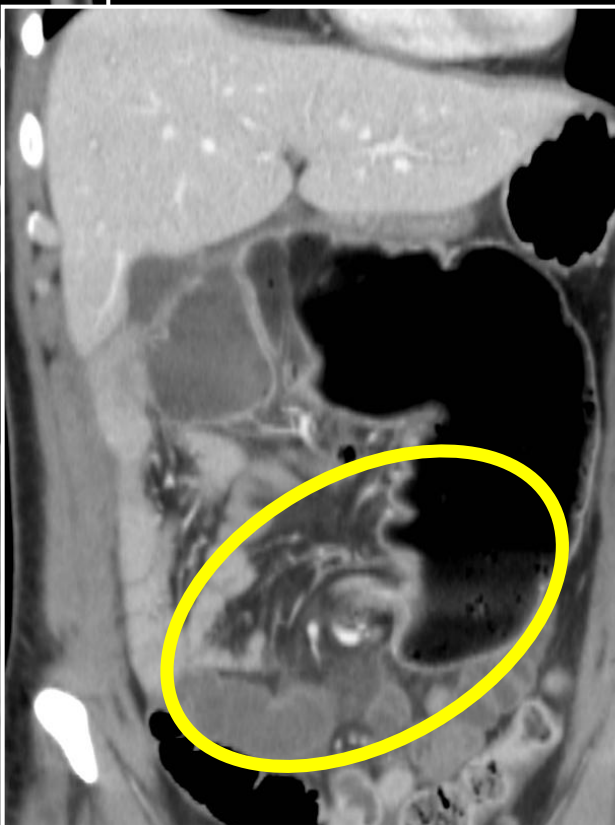
- Patiente de 45 ans
- Douleurs abdominales brutales
- Pas d'antécédent médico chirurgical
- Hyperleucocytose 14 000 GB

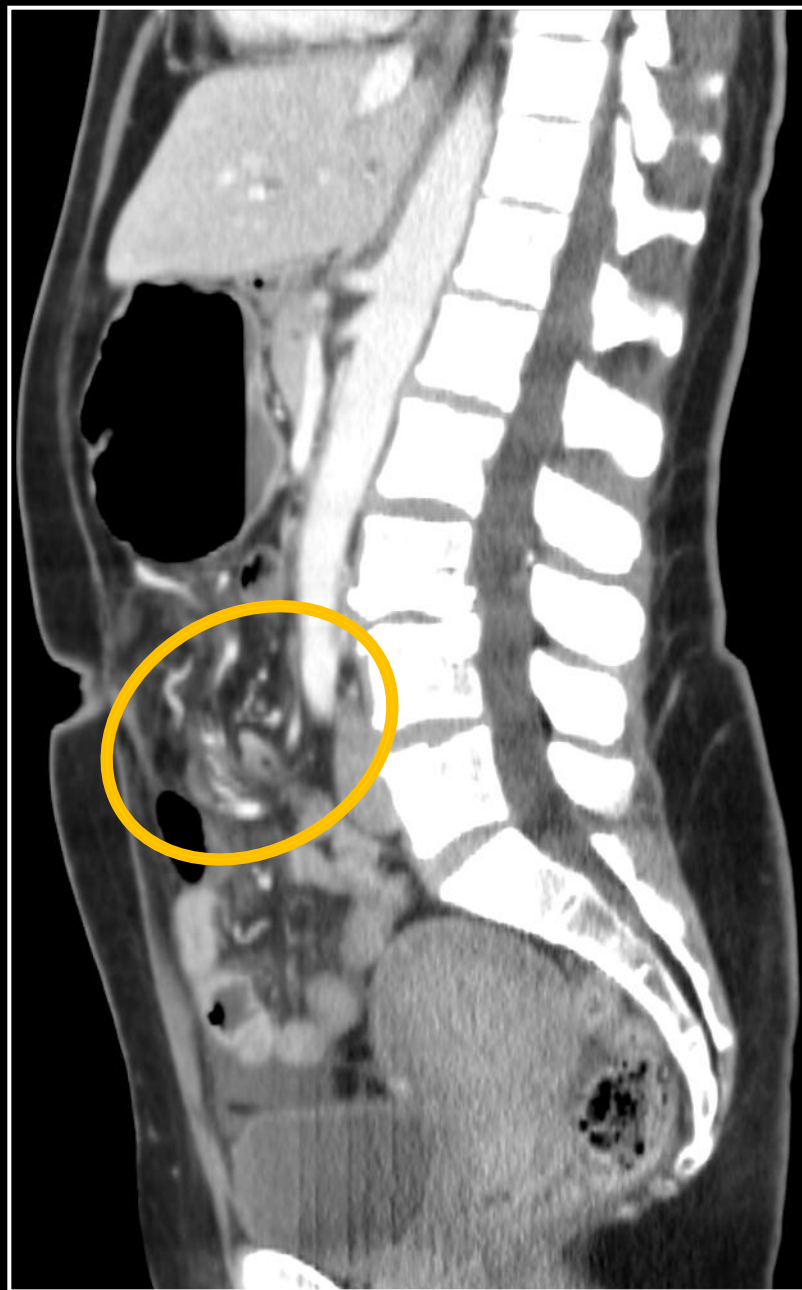
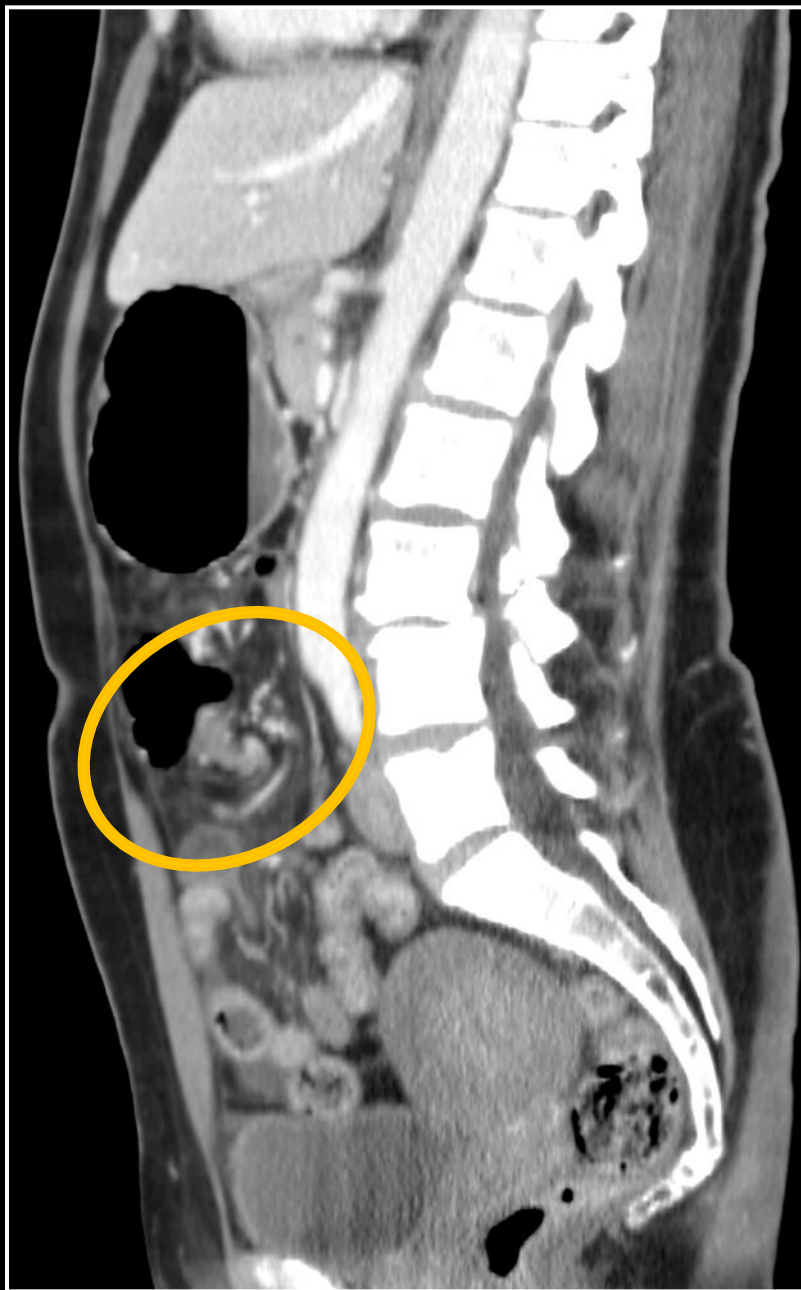




TDM IV+ portal

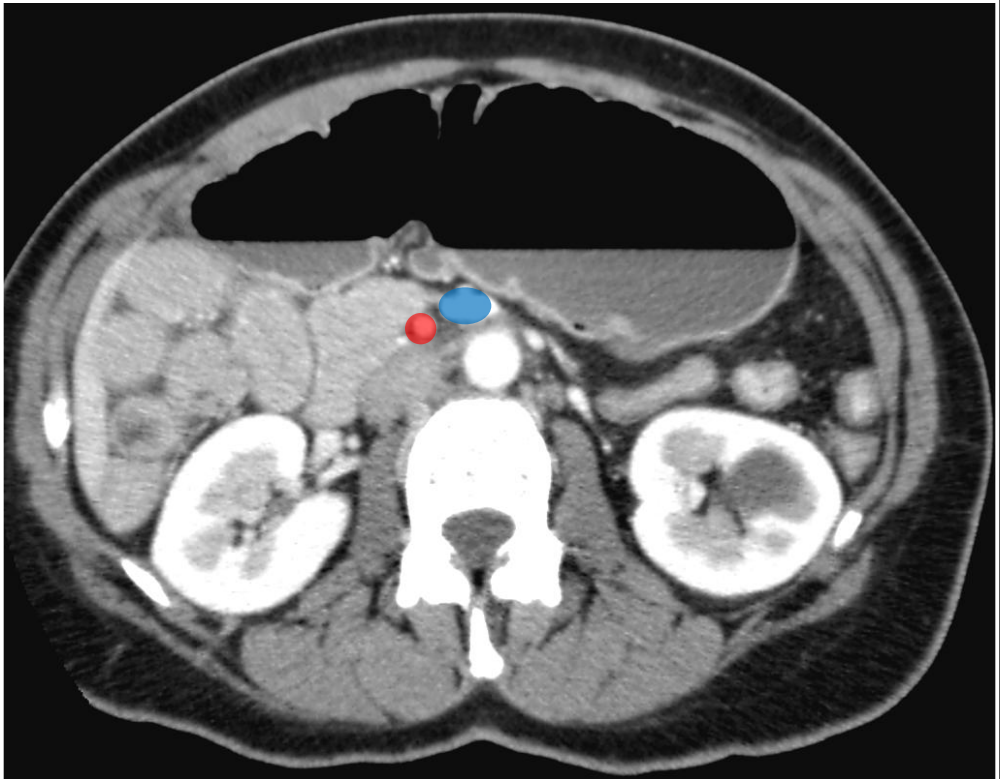
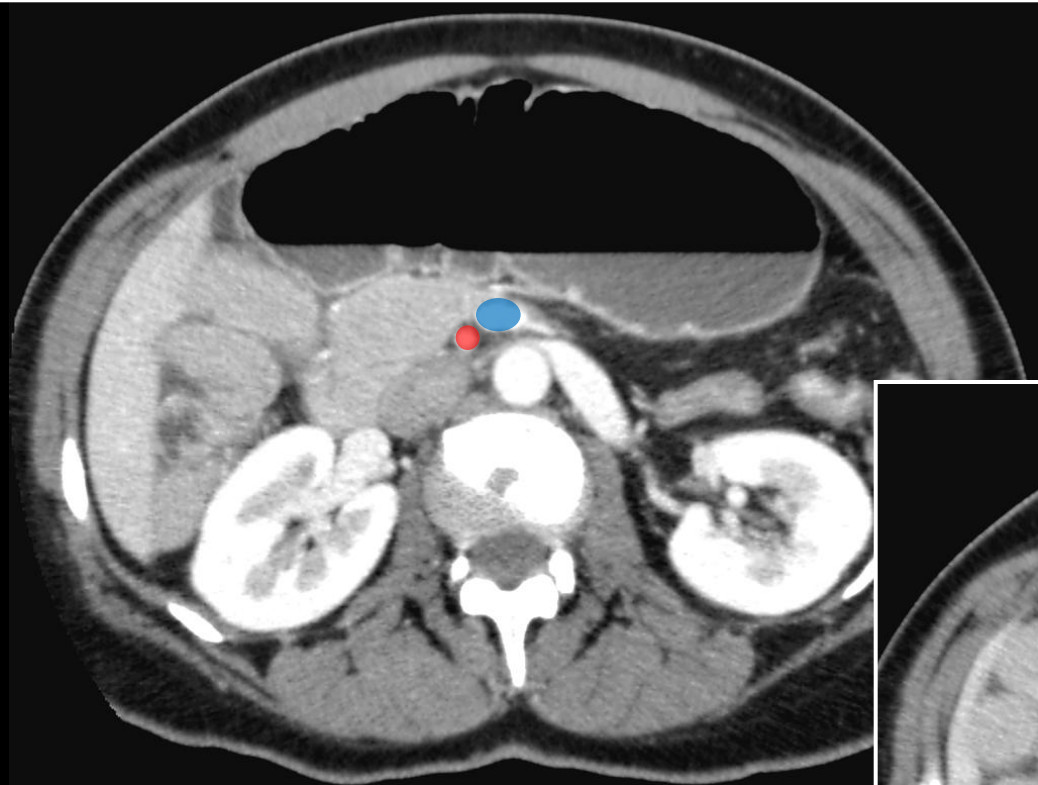






AMS

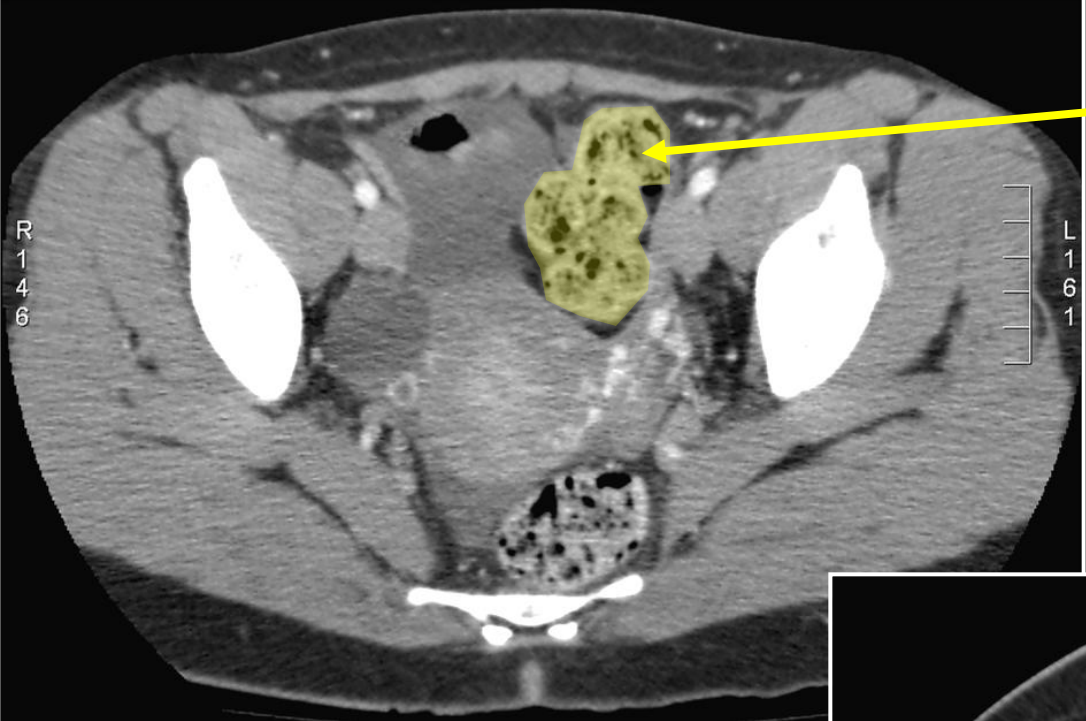
VMS





AMS

VMS



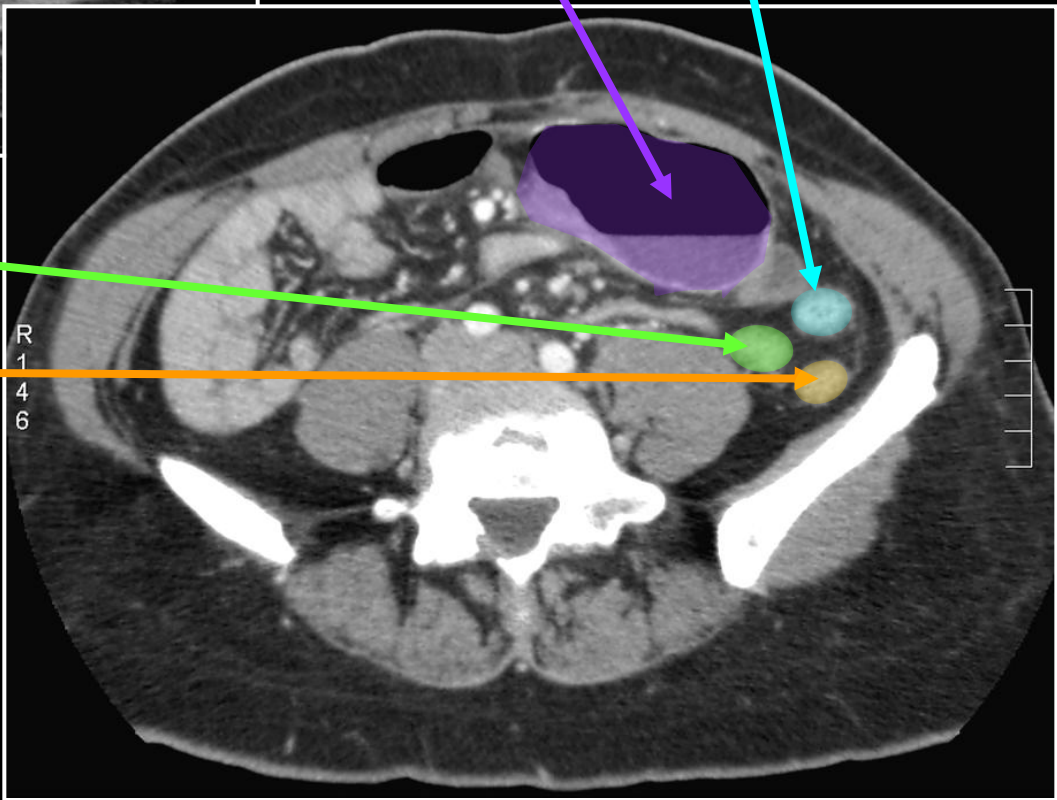
sigmoïde

Colon gauche

Caecum

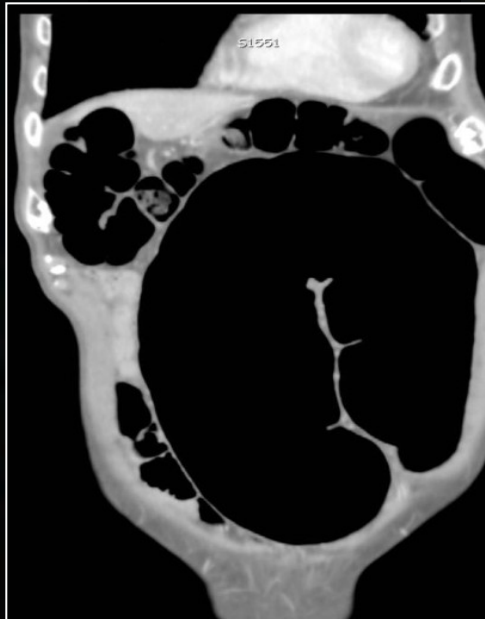
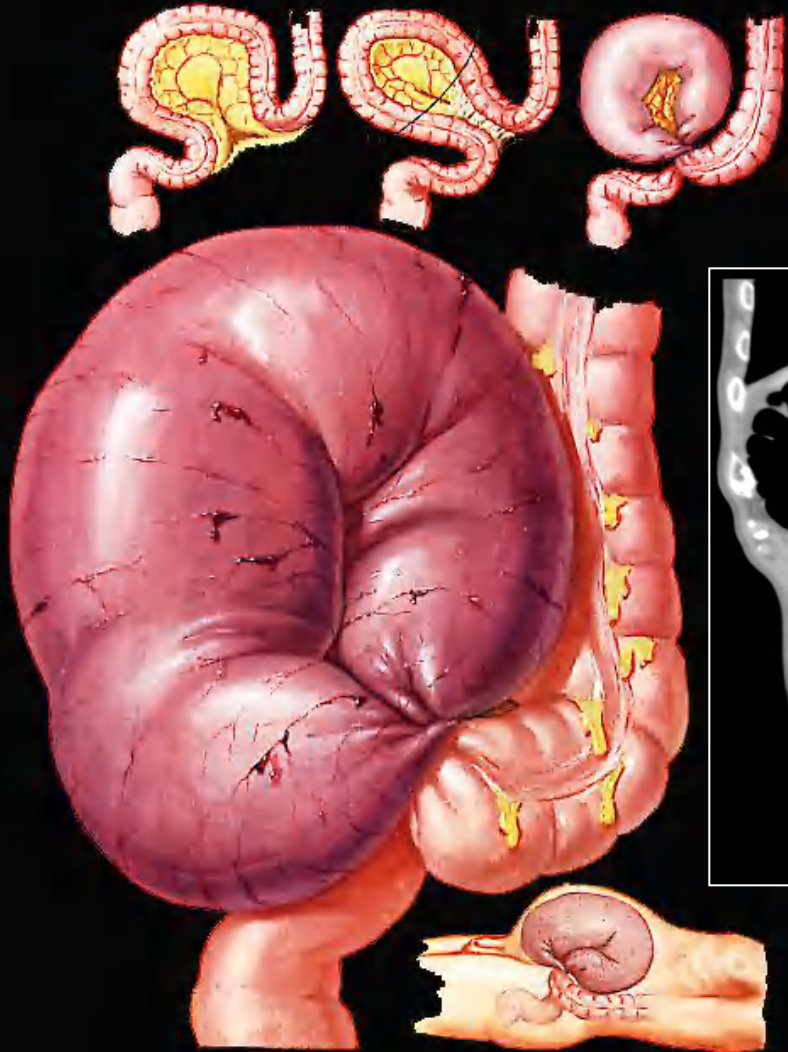
Colon transverse

Colon droit



TDM IV+ portal

Volvulus sigmoïde



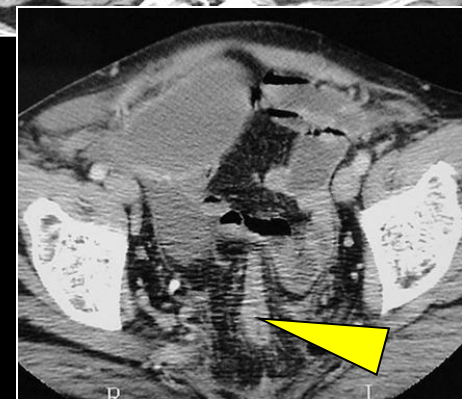
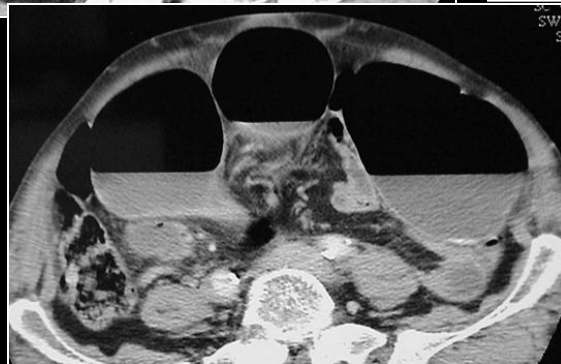
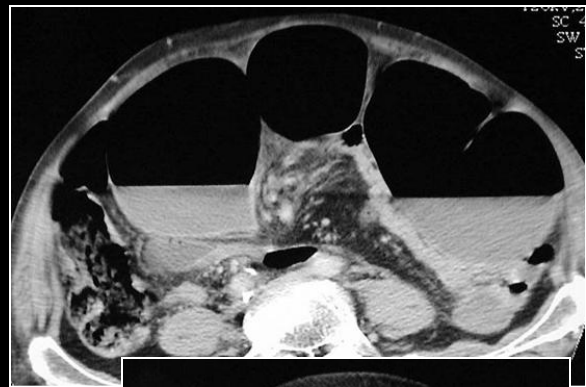
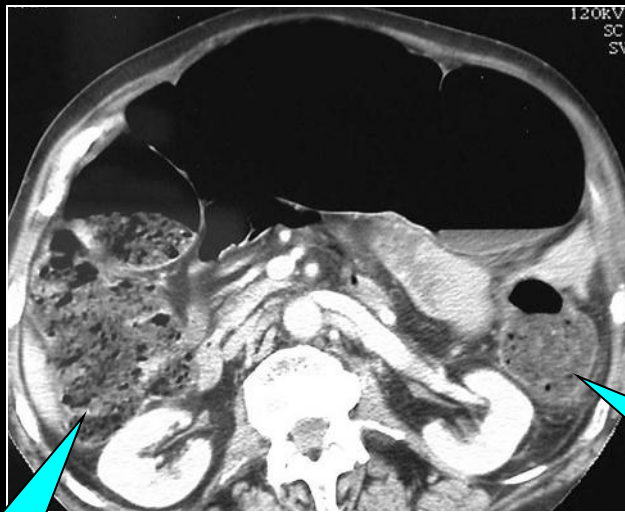


Deux formes volvulus sigmoïde

Forme classique mésentérico-axiale :
2 zones transitionnelles avec une
occlusion à anse fermée

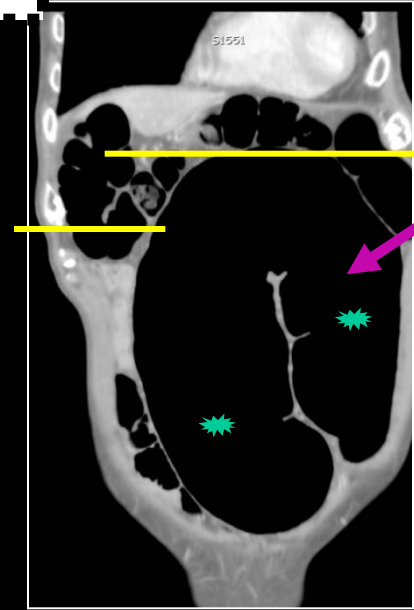
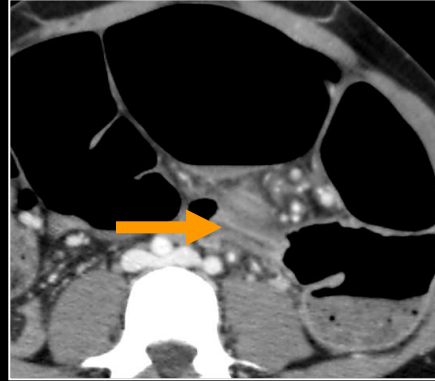
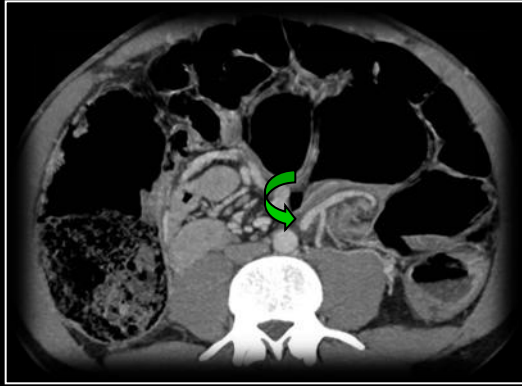


Forme organo-axiale : 1 zone
transitionnelle. Rotation dans l'axe
longitudinal du segment distal du
sigmoïde, le segment proximal passant
à distance du point de rotation.



Volvulus du sigmoïde

Forme mésentéro-axiale



Signe du grain de café →

Double jambage *

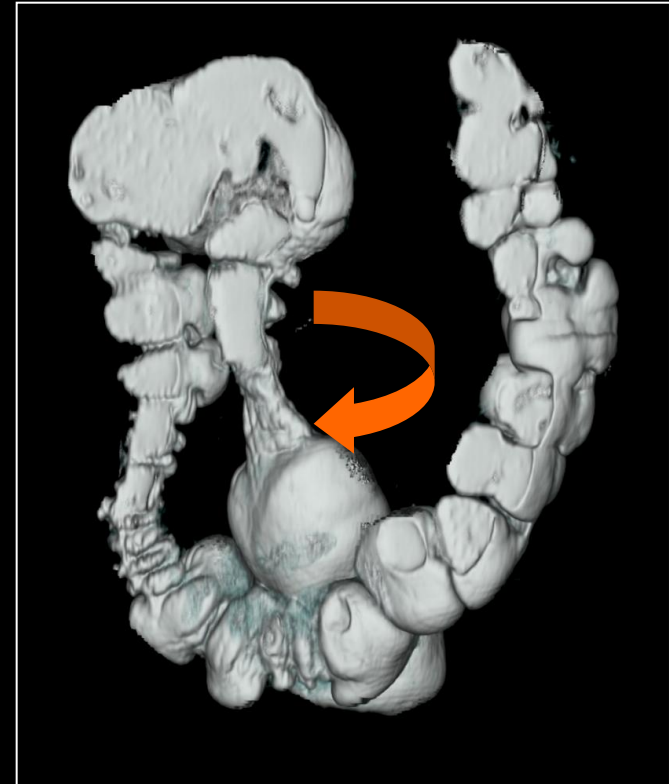
Northern exposure sign —

Whirl sign: rotation des vaisseaux du mésosigmoïde ↻

X-marks-the-spot sign: 2 points de transition sigmoïdienne projetés au même endroit →

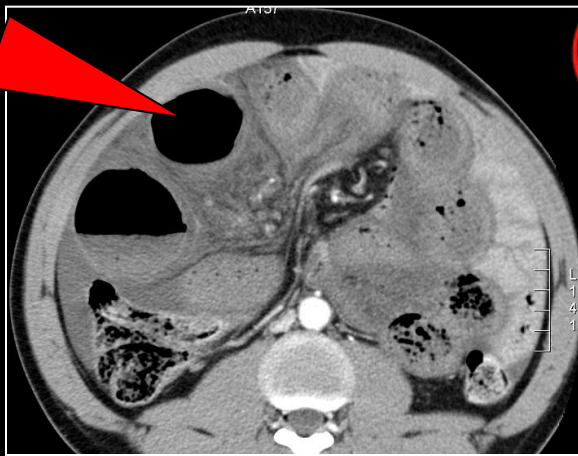
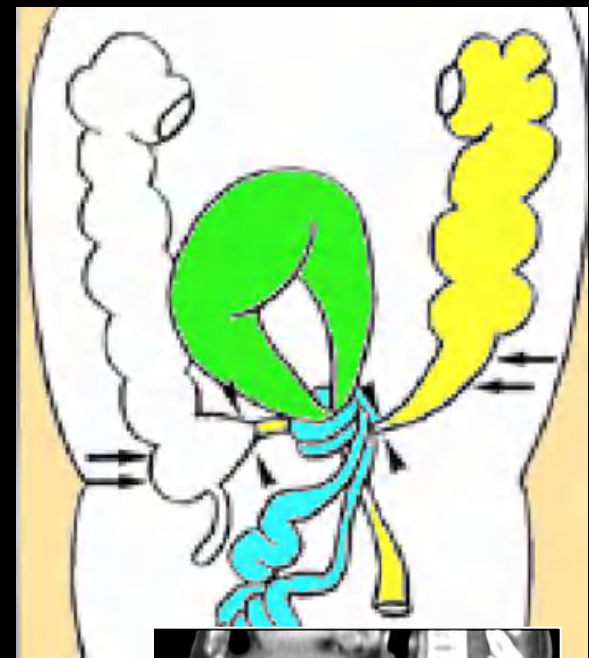
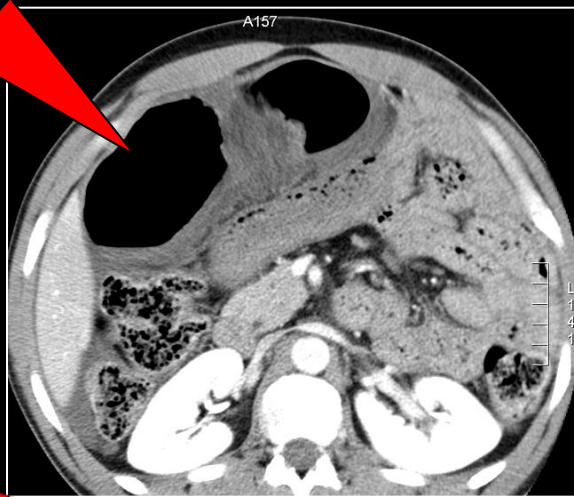
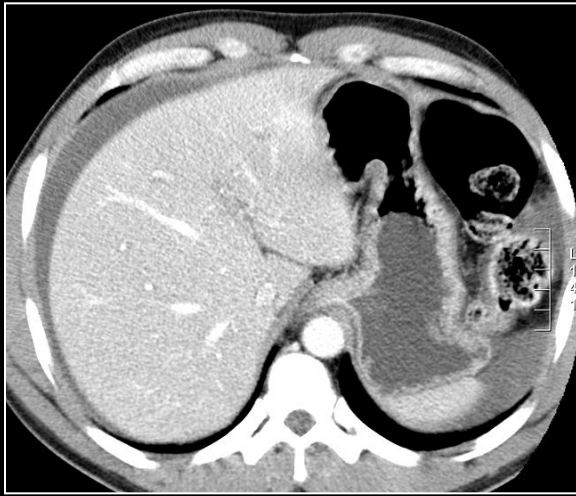
**VOLVULUS DU SIGMOÏDE
FORME MESENTERICO AXIALE**

Forme organo-axiale

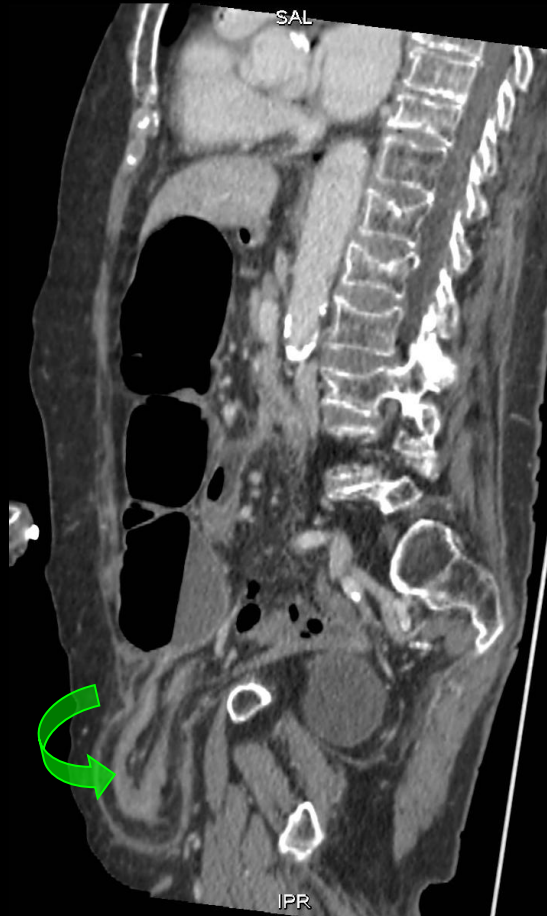
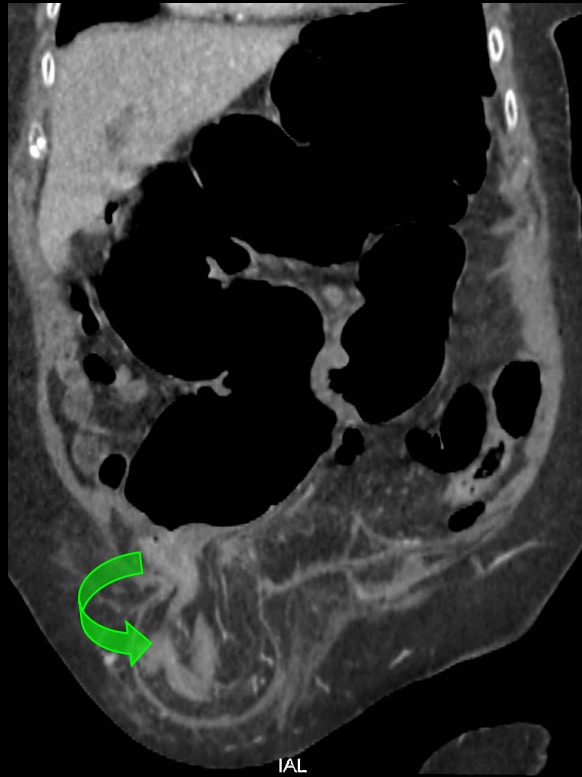


Analyse ciné view
pour la forme OA

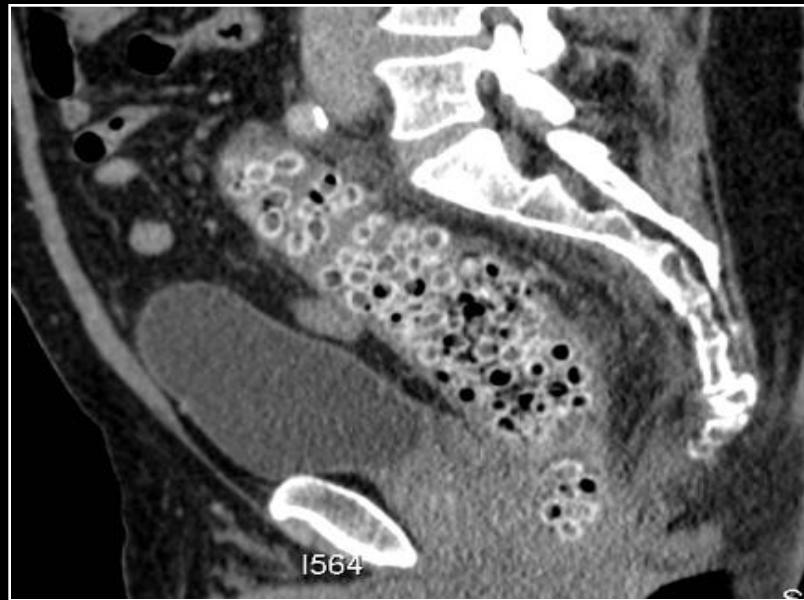
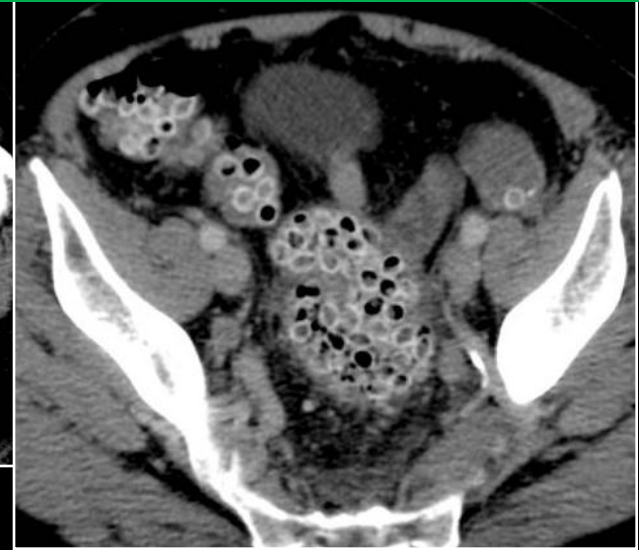
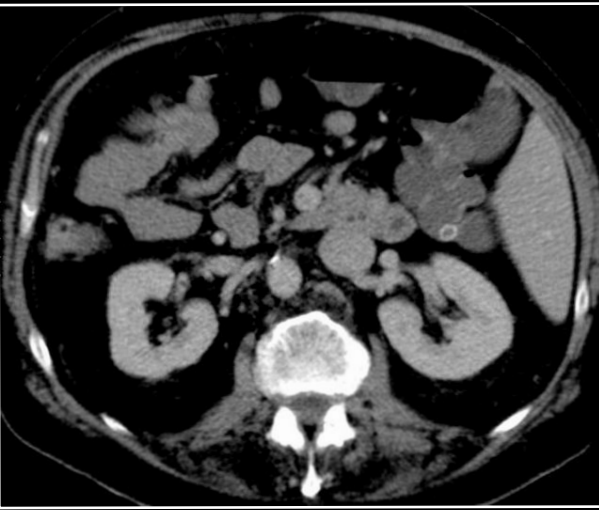




Nœud iléo-sigmoïdien



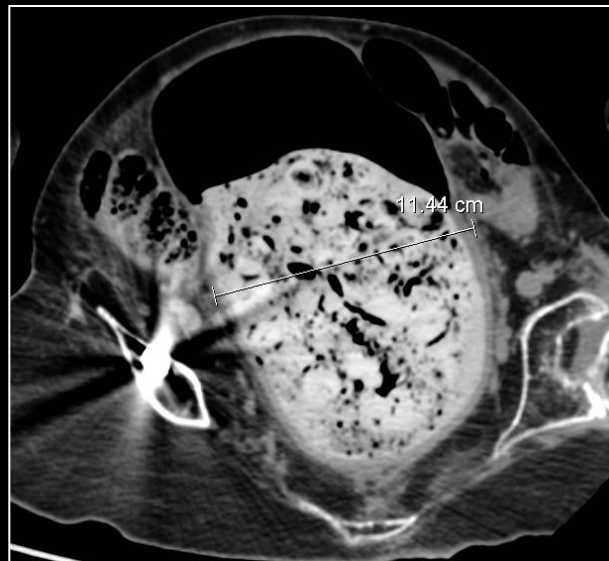
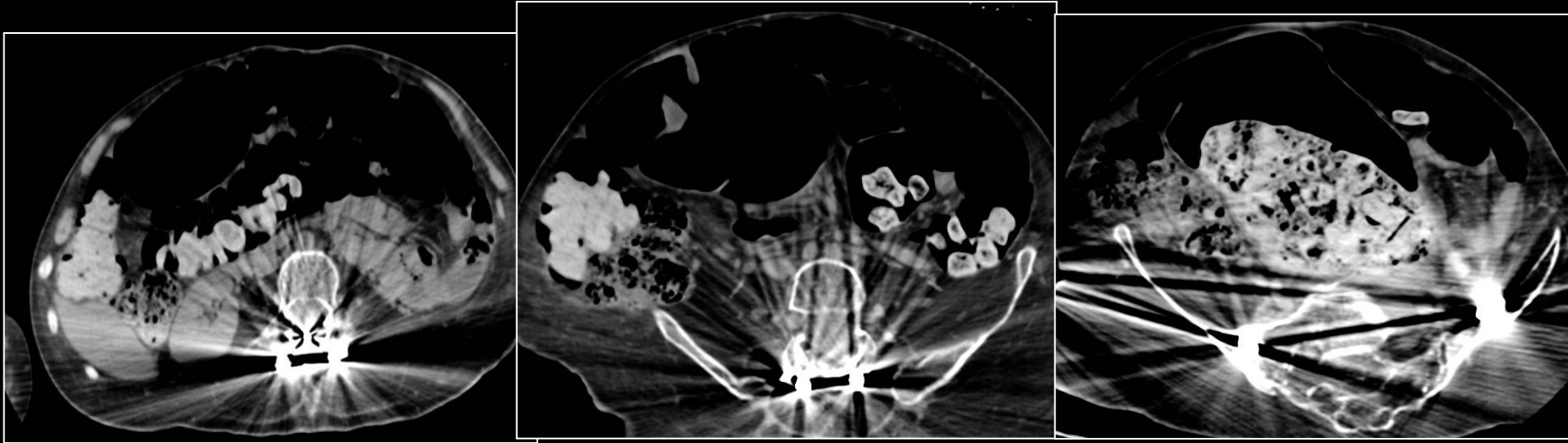
Hernie inguinale droite étranglée (côlon droit)



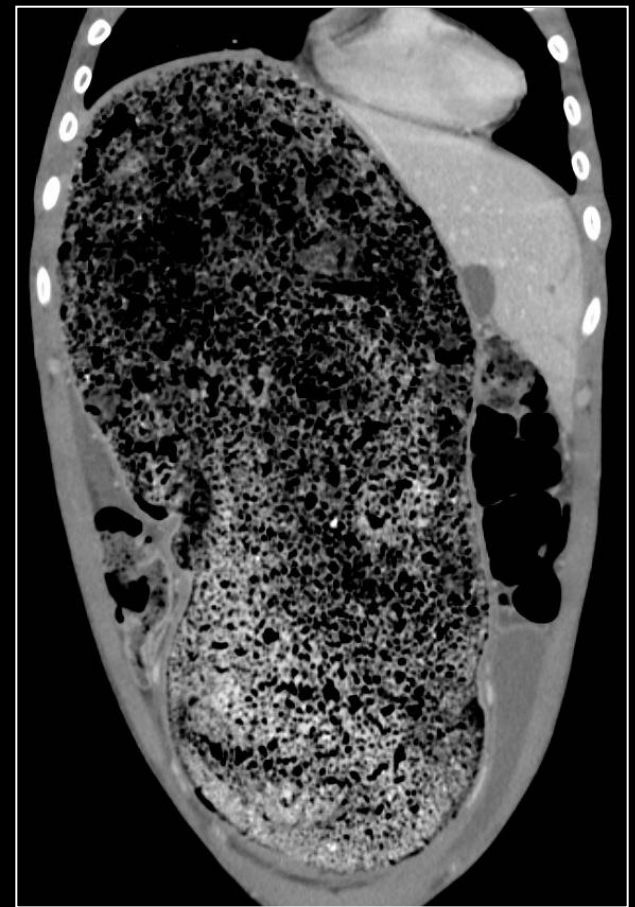
Homme 69 ans. Arrêt des matières et des gaz.



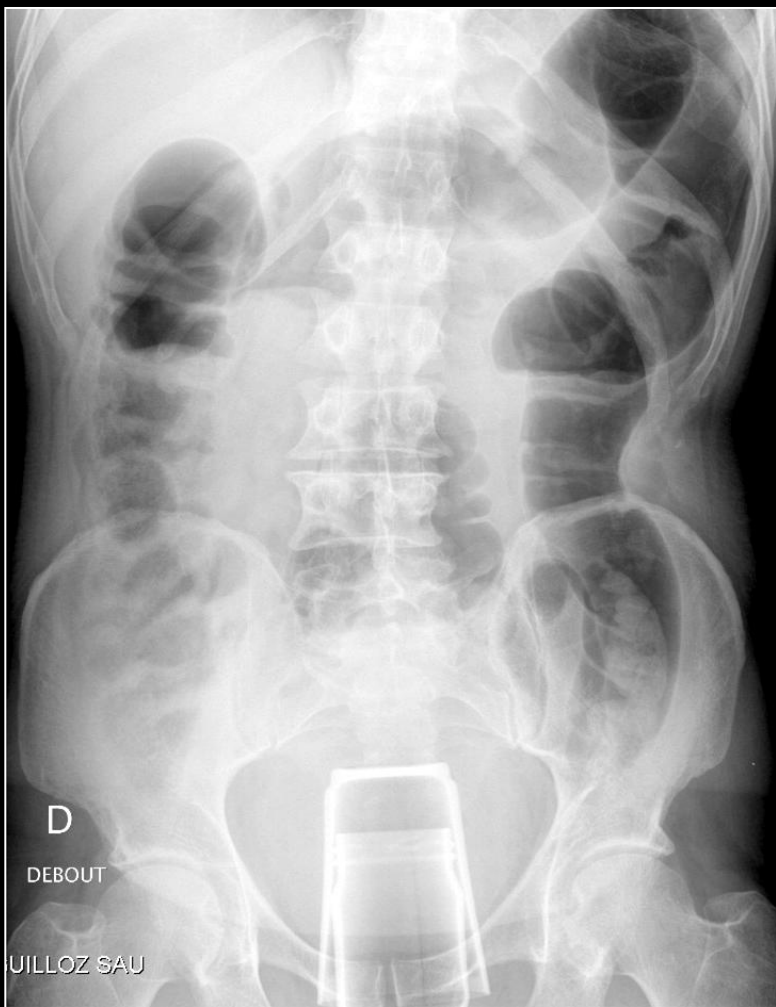
Noyaux de cerise !!!!
+ adénocarcinome
hémi-circonférentiel
du moyen rectum



Fécalome chez un patient porteur d'une myopathie de Duchenne

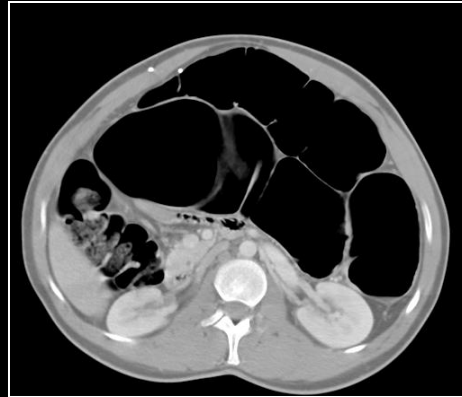


Fécalome historique!



Pot de sauce tomate intra rectal chez un patient schizophrène de 42 ans

4^{ème} étape : reconnaître les occlusions "fonctionnelles"



Les occlusions fonctionnelles

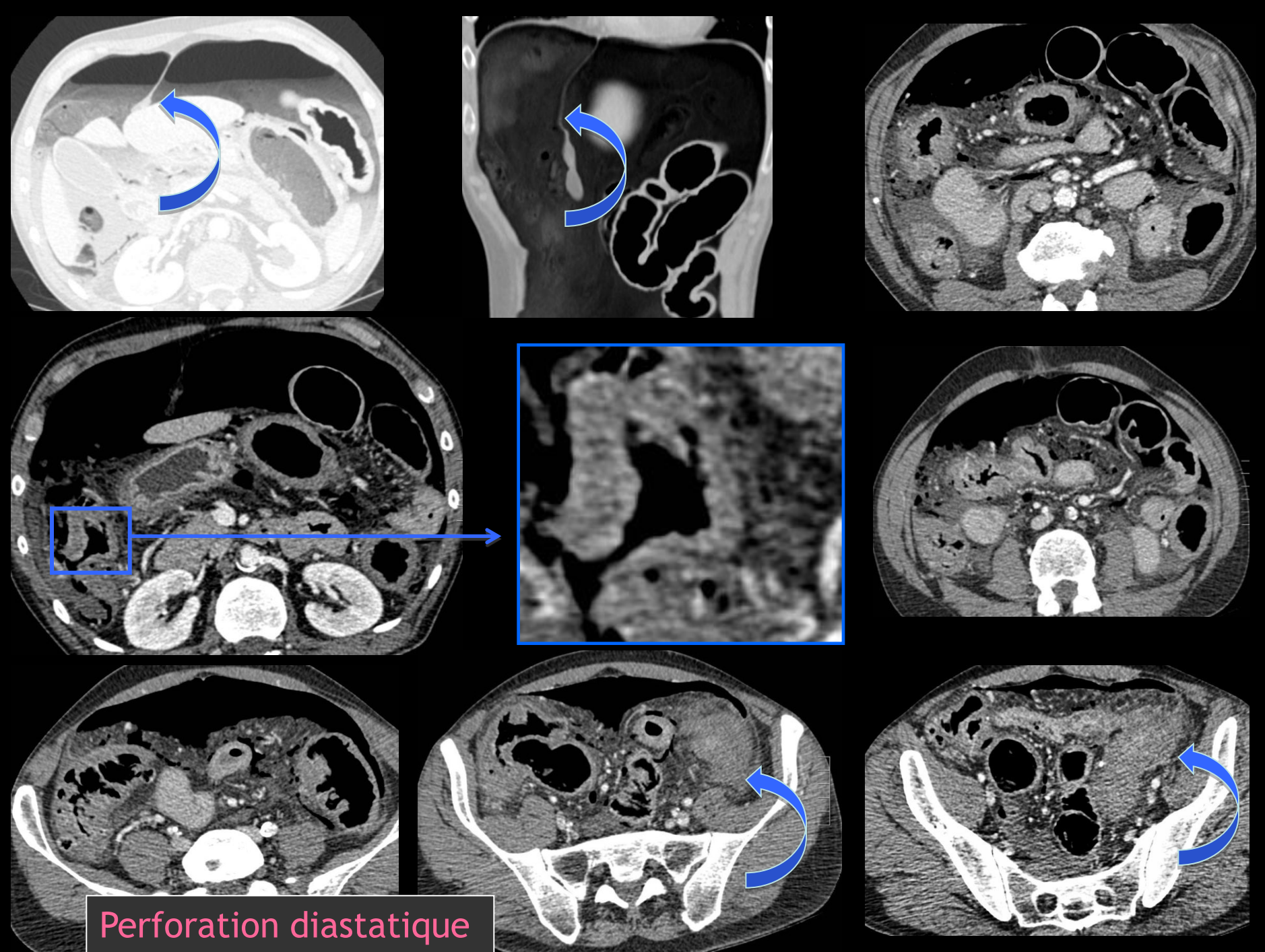
Sd d'Ogilvie chez un patient IMC de 26 ans sous neuroleptiques

5^{ème} étape : rechercher des signes de gravité

Savoir dépister les complications ou les risques de complications :

ischémie des parois de la /des anses distendues

perforation des segments distendus : perforation **diastatique**
du **caecum** dans les occlusions coliques + + +)



Perforation diastatique

Conclusion

- Imagerie utile: **TDM et parfois colo-TDM en cas de syndrome subocclusif**
- Démarche diagnostique toujours la même:
 - Reconnaître l'occlusion**
 - Déterminer le niveau transitionnel**
 - Déterminer la cause**
 - Tumeurs
 - Invagination
 - Strangulation
 - Compression extrinsèque
 - Obstacle endoluminal
 - Fonctionnelle
 - Rechercher des facteurs de gravité**

Merci de votre attention