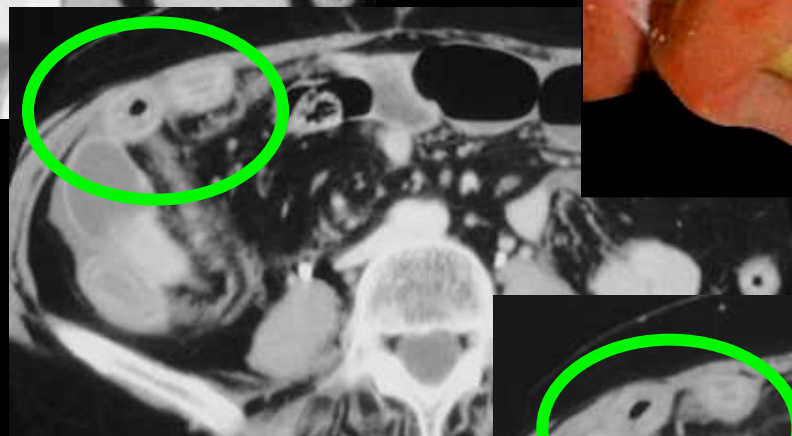
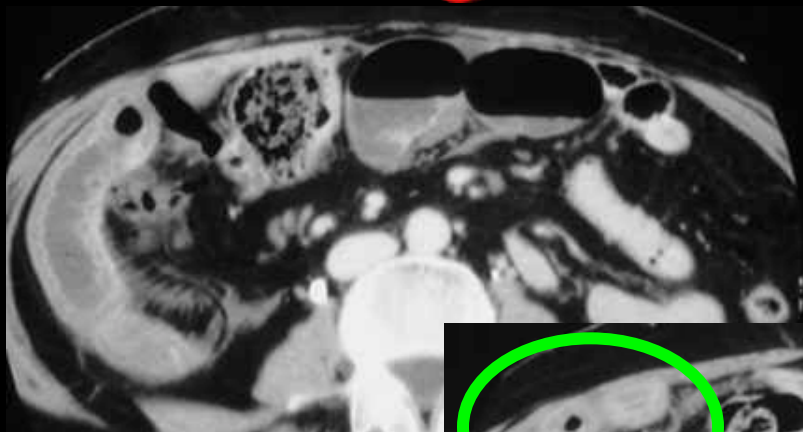
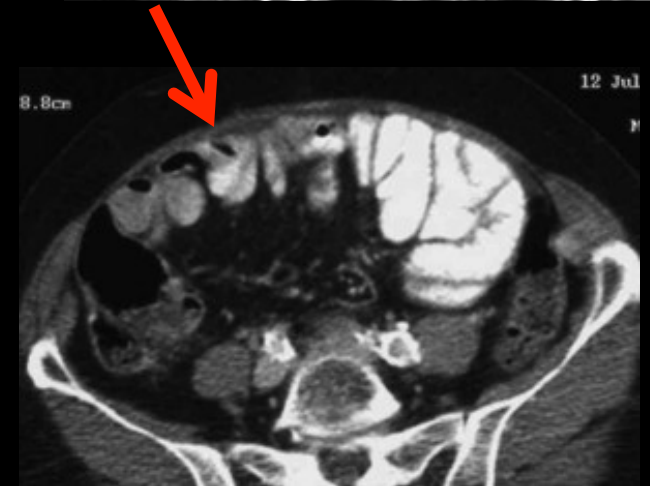
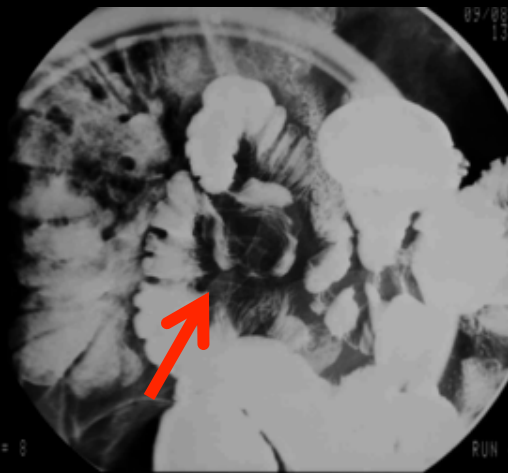
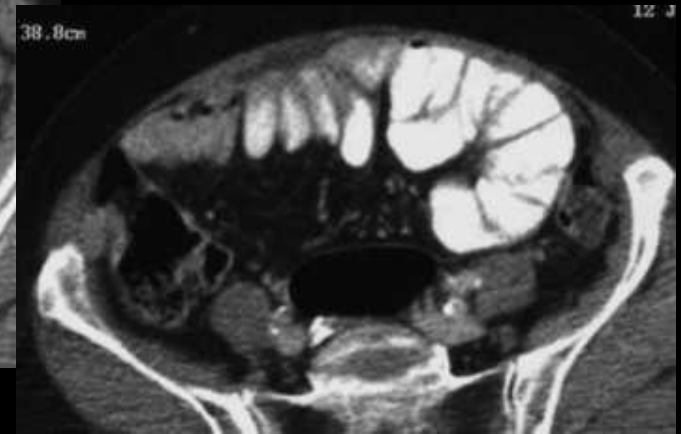
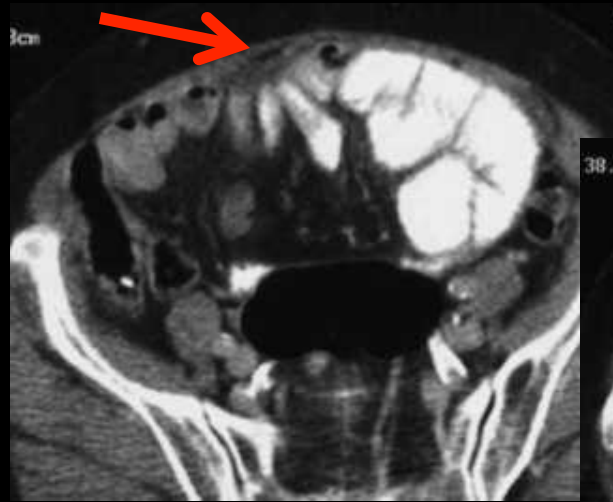


crises douloureuses abdominales fréquentes avec borborygmes et syndrome de König, plus volontiers en période post prandiale ; Quel est votre diagnostic et quel(s) est (sont) le(s) mécanisme(s) en cause

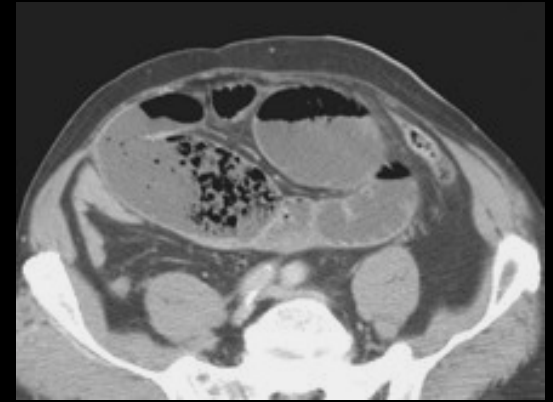


subocclusion (occlusion de bas grade) sur **adhérences** intestino-mésentériques ; l'explication est souvent multifactorielle : plicature avec sténose relative pariétale, fibrose, incarceration pariétale ...

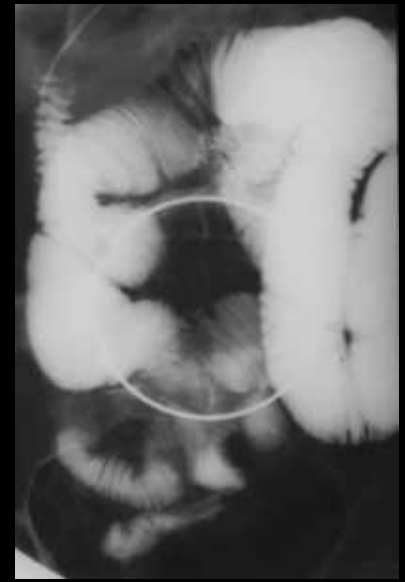
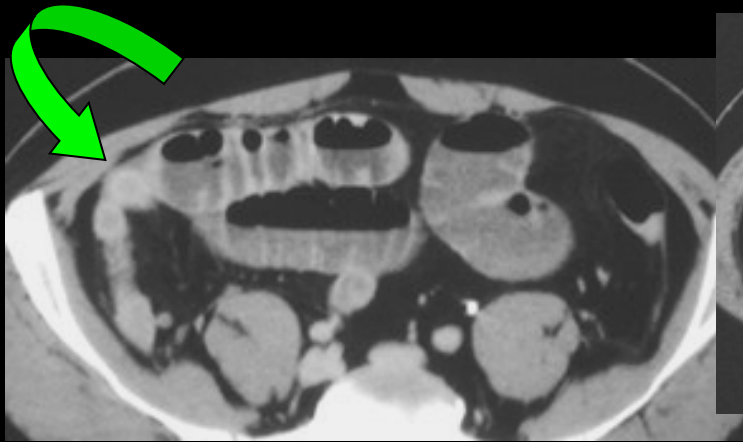
+ composante endoluminale : bezoards (phyto le plus souvent !)



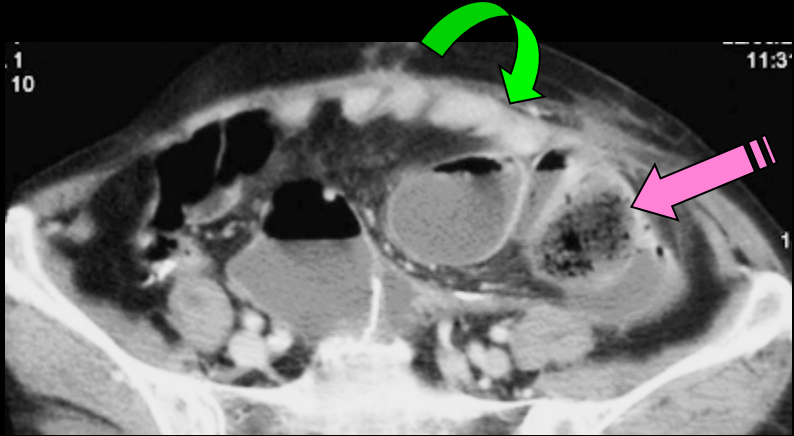
adhérences intestino-
mésentériques pariétales
antérieures et interanses



occlusion sur **adhérences** intestino-mésentériques ; volvulus chronique **sans images de strangulation** ; "**pseudo-féces sign**" occlusion "chronique" ; le degré de distension des anses n'est pas l'élément le plus significatif de la gravité (cf stase urinaire du haut appareil)



adhérences et bézoard



- pas de disposition radiaire des anses
- pas (peu) de "souffrance" vasculaire mésentérique ni intestinale
- anse comprimée en un seul endroit (?)
- composante endoluminale associée fréquente (bezoard)

le diagnostic des adhérences intestino-mésentériques fait partie des **"grands oubliés" des CR scanographiques**

avec :

.la **stéatose hépatique** (une des rares atteintes hépatiques "guérissables")

.l'**athérome calcifié proximal des coronaires** (tronc commun, IVA et segments proximaux des circonflexes) , ainsi que les **RAC**

.les **fractures vertébrales ostéoporotiques**

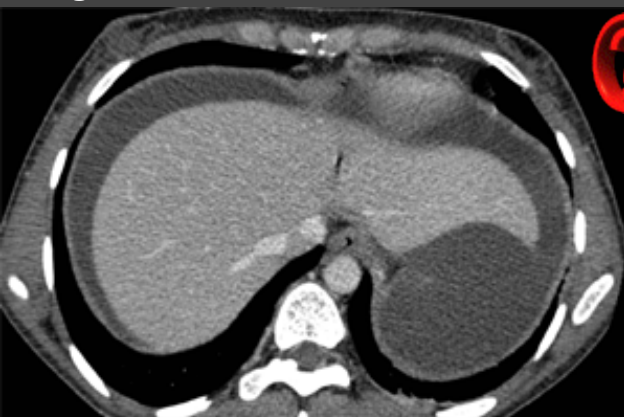
le diagnostic des adhérences intestino-mésentériques est important

.**pour le patient** puisqu'il a une explication de ses douleurs qui ne sont pas liées à une reprise évolutive de l'affection causale opérée , et qu'il pourra atténuer par une adaptation de ses ingesta

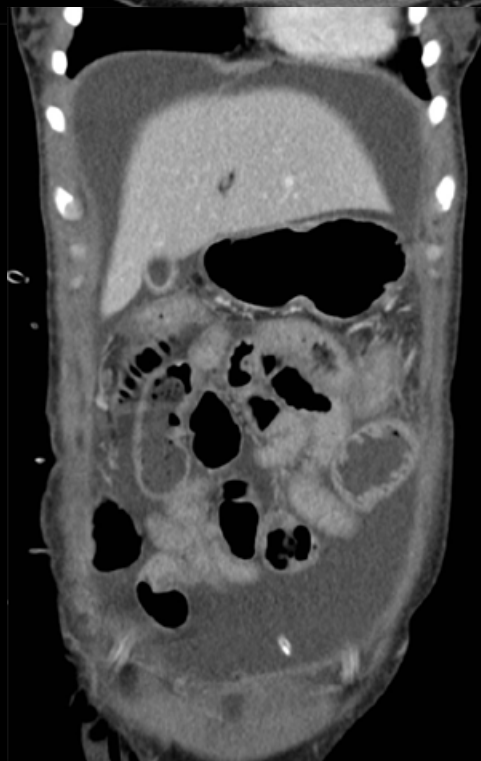
.pour le chirurgien qui saura alors préférer une "open-coelioscopie" à une introduction aveugle classique des trocards



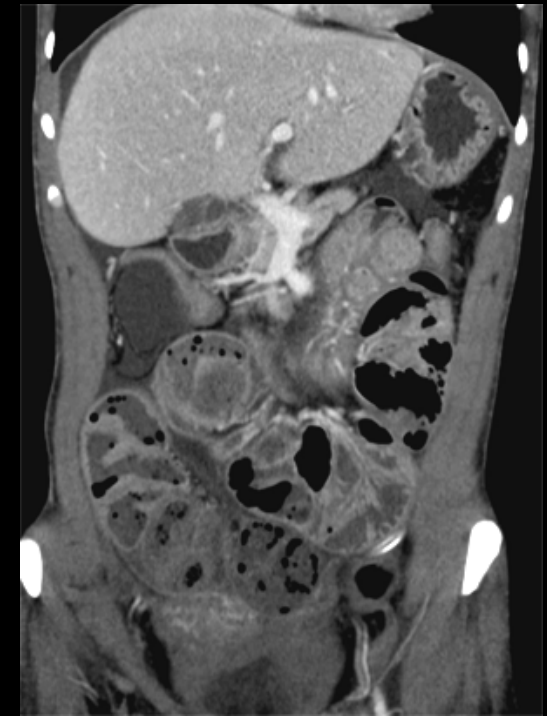
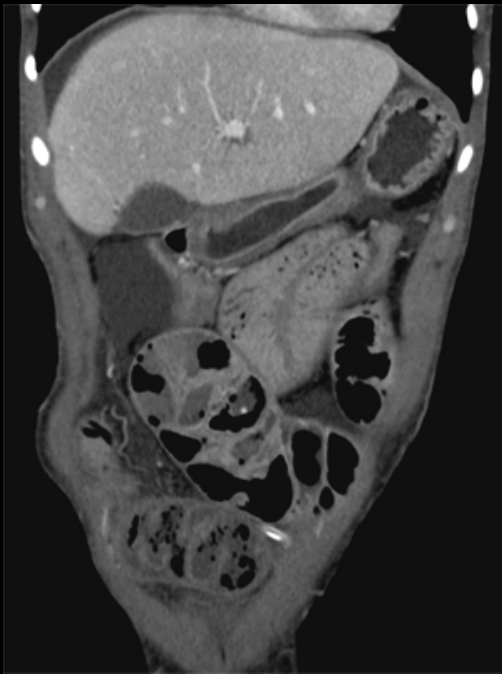
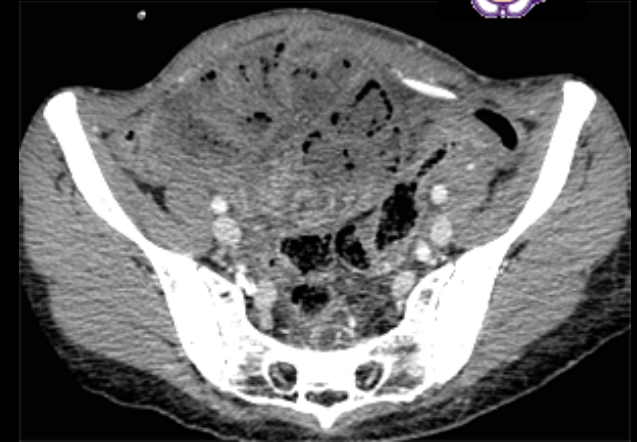
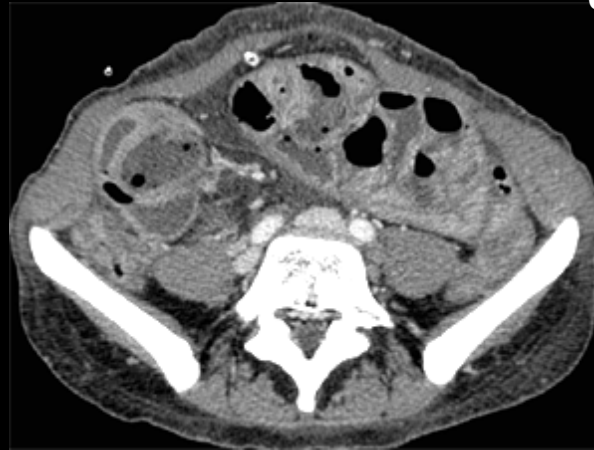
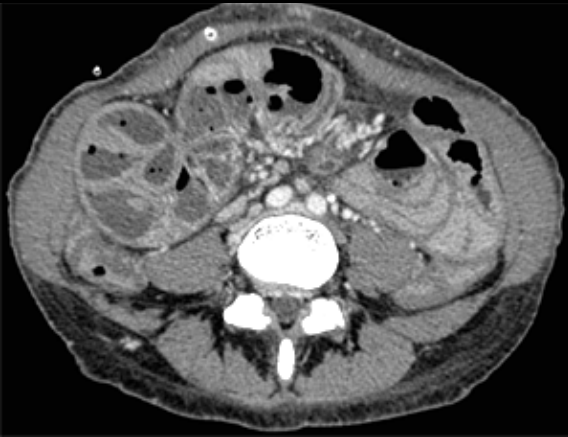
femme 37 ans, diabète de type 1 dialyse péritonéale depuis plusieurs années ; quel est votre diagnostic



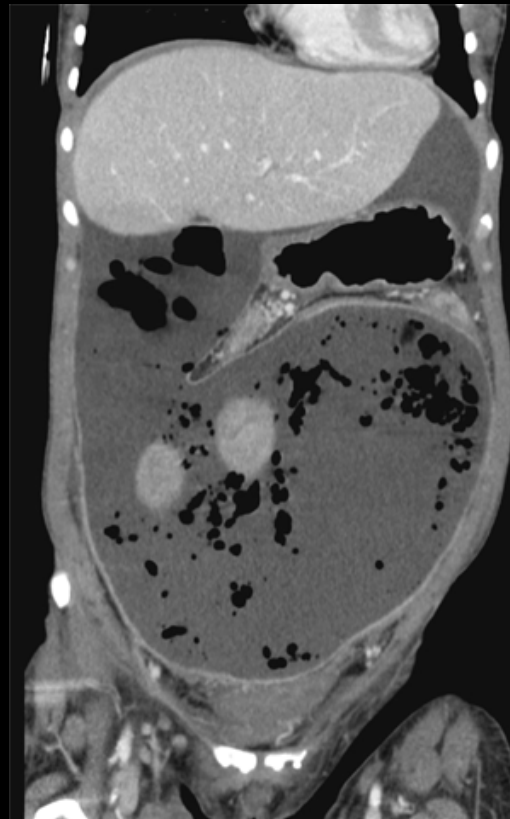
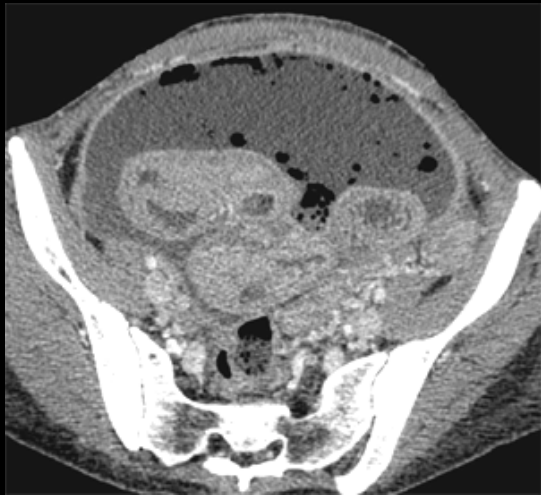
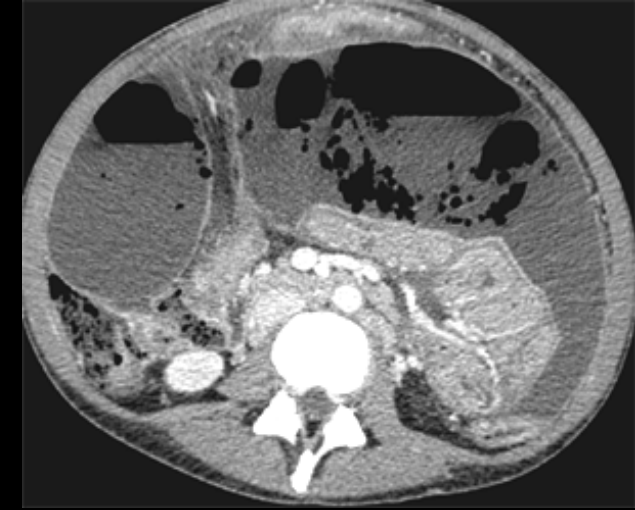
01 2006



01 2007

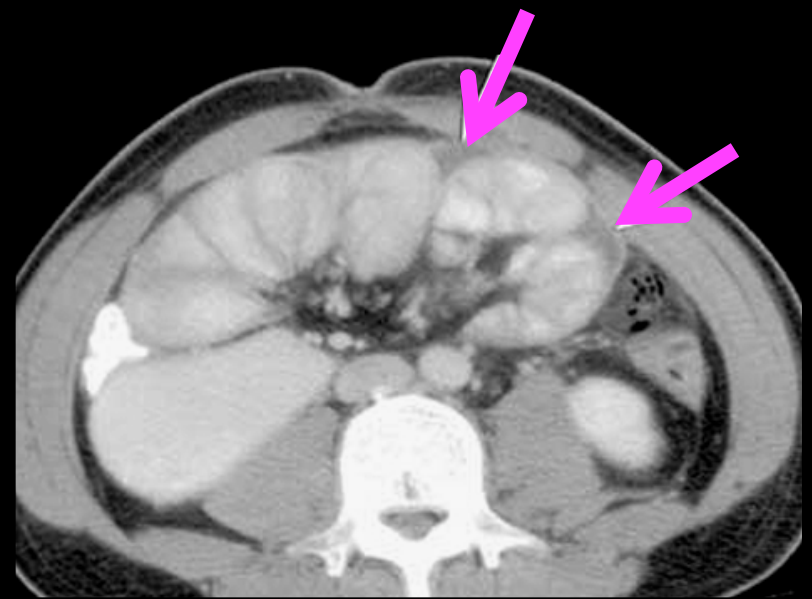


péritonite **encapsulante** (abdominal cocoon)



02 2007

perforation de l'iléon distal
sur péritonite encapsulante



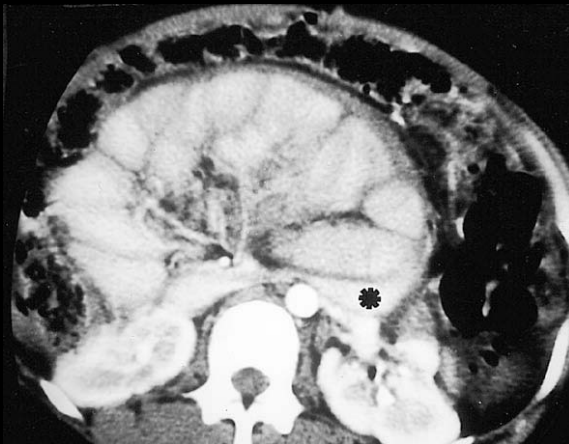
femme de 34 ans , post-partum 4^{ème} pare , douleurs et vomissements bilieux . antécédent de plaie pénétrante de la paroi abdominale sans effraction péritonéale

péritonite **encapsulante** (abdominal cocoon)

fibrose péritonéale extensive qui complique une dialyse péritonéale chronique mais aussi une chirurgie péritonéale , une plaie pénétrant abdominale , un traitement par bêta bloquants ,

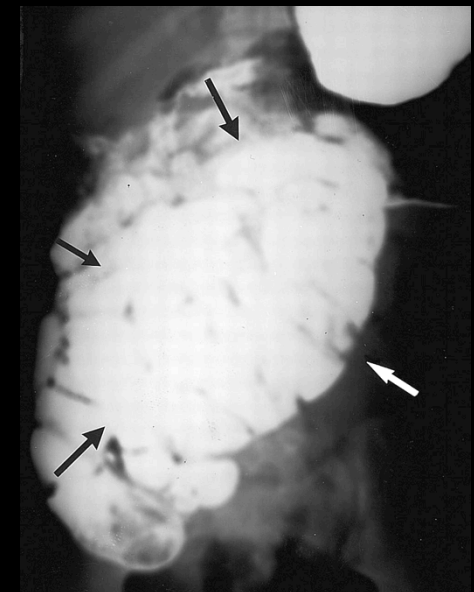
l'"abdominal cocoon est une variante morphologique de la **péritonite sclérosante encapsulante** dans laquelle tout ou une partie du grêle est englobé dans une épaisse membrane fibreuse

C'est aussi une pathologie des régions tropicales et sub-tropicales qui touche préférentiellement les femmes jeunes ce qui a fait incriminer le reflux péritonéal menstruel associé à des infections virales ,voire à une tuberculose...



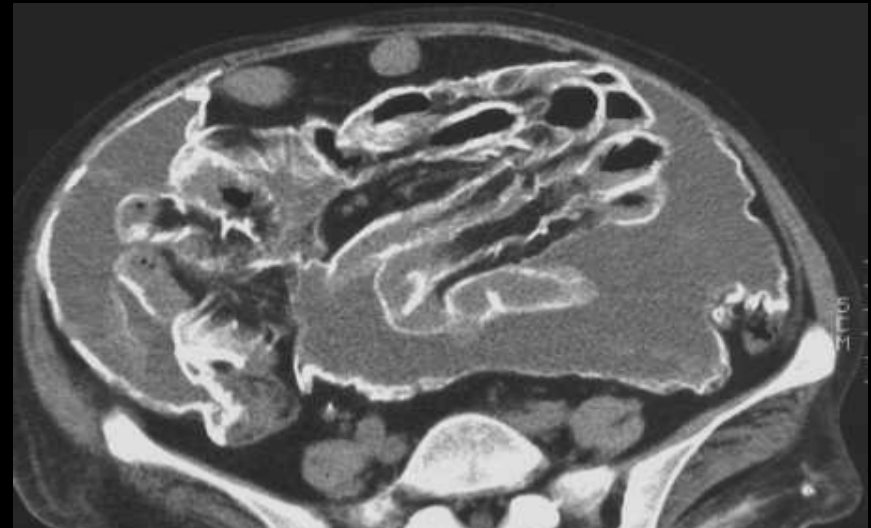
femme 34 ans africaine 4 grossesses à terme.contraception orale depuis 4 ans
Distension abdominale progressive sans fièvre< . .

Scanner et opacification réalisés au décours d'une laparotomie exploratrice





formes calcifiées de péritonite encapsulante chez des dialysés péritonéaux chroniques



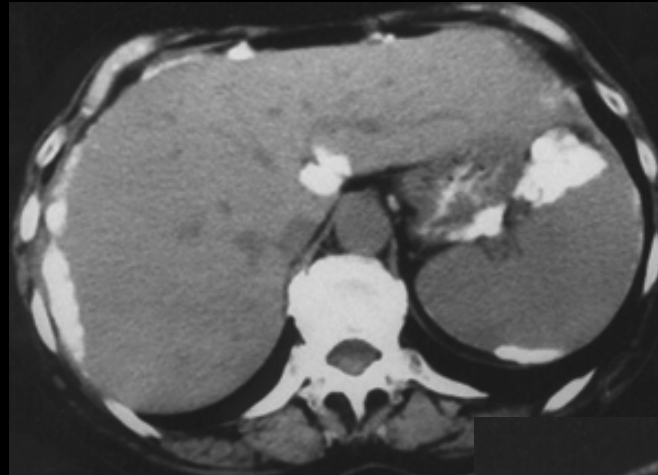
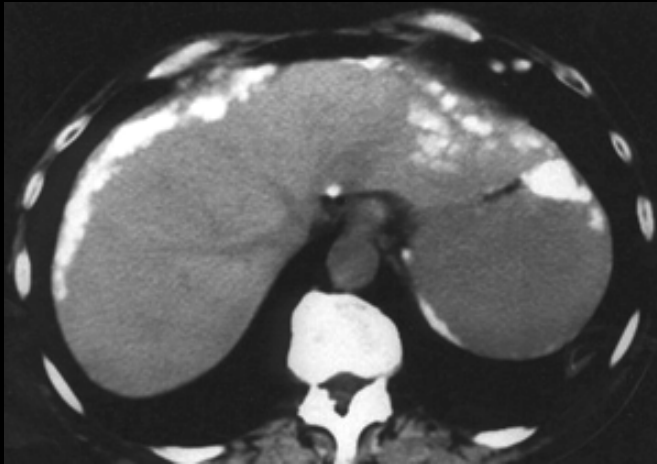
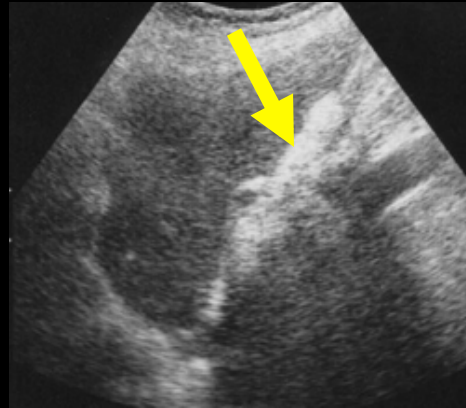
d'autres images de calcifications péritonéales , pathognomoniques !

jeune femme 27 ans ,douleurs abdominales, petite baisse de l'état général , habitant Grenoble , "caucasienne ". diagnostic please



S
Ti

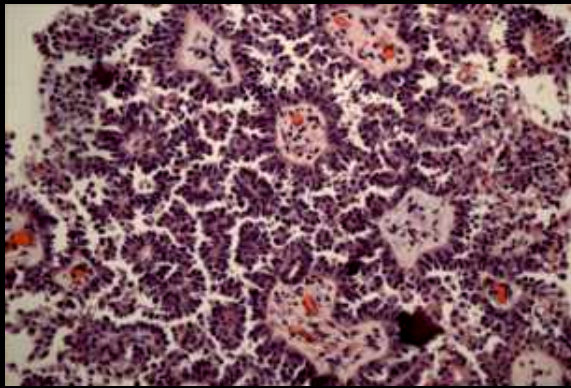




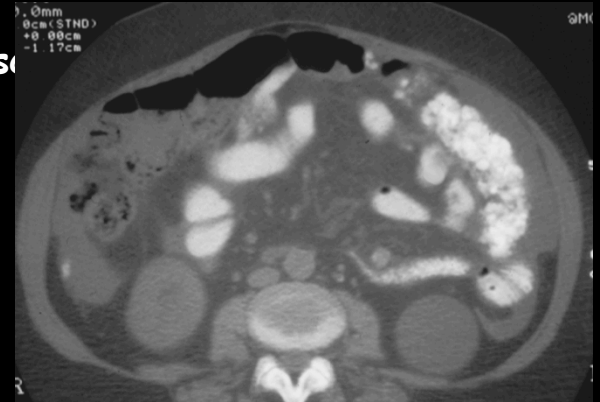
femme 63 ans ;
intervention chirurgicale
18 mois auparavant

même diagnostic





jeune fille 16 ans , douleurs abdominales depuis 5 mois , ascite, calcifications péritonéales



cystadénocarcinome séreux papillaire de l'ovaire

forme la plus commune des carcinomes ovariens.

L'extension métastatique au péritoine est fréquente ,affectant préférentiellement la région sous phrénique droite (signe des calcifications péri hépatiques), le **grand omentum** et le **cul-de-sac de Douglas**, mais on peut en trouver dans tout l'abdomen, l'arrière cavités des épiploons , les gouttières paracoliques , le mésentère, la paroi abdominale, les ganglions lymphatiques...

Les implants péritonéaux calcifiés peuvent intéresser à la fois le **feuillet pariétal** et le **feuillet viscéral** du péritoine et s'étendre dans les **structures adjacentes** (parenchymes pleins, diaphragme)

Les **localisations sous-phréniques gauches et péri- spléniques** sont **rares** peut-être en raison de la présence du ligament phrénico-colique gauche (**sustentaculum lienis**) qui empêche la communication entre les deux étages sus et sous méso colique ,du côté gauche.



NB : en règle pas d'ascite

take home message

-les adhérences intestinales sont un diagnostic majeur ,malheureusement très sous estimé , sinon totalement ignoré en pratique .

L'obstacle crée par la/les plicatures fixées des anses est "relatif" et s'accompagne d'une préservation d'un transit réduit ce qui conduit à des occlusions de bas grade avec épaissement dense des parois des anses distendues et "feces sign" endoluminal .

Les acutisations surviennent en cas de lésions vasculaires surajoutées (volvulus des anse en amont d'une zone de plicature fixée) ou par addition d'autres composantes (bezoard endoluminal)

-les formes extrêmes de lésions fibrosantes péritonéales (péritonite encapsulante ou abdominal cocoon) sont observées dans des circonstances étiologiques particulières (dialyse péritonéale)

-les calcifications disséminées dans le péritoine sont le plus souvent de nature tumorale (carcinome séreux papillaire ovarien)