

Ischémies, Hématomes, Hémorragies digestives

A.OLIVER

Ateliers Urgences digestives

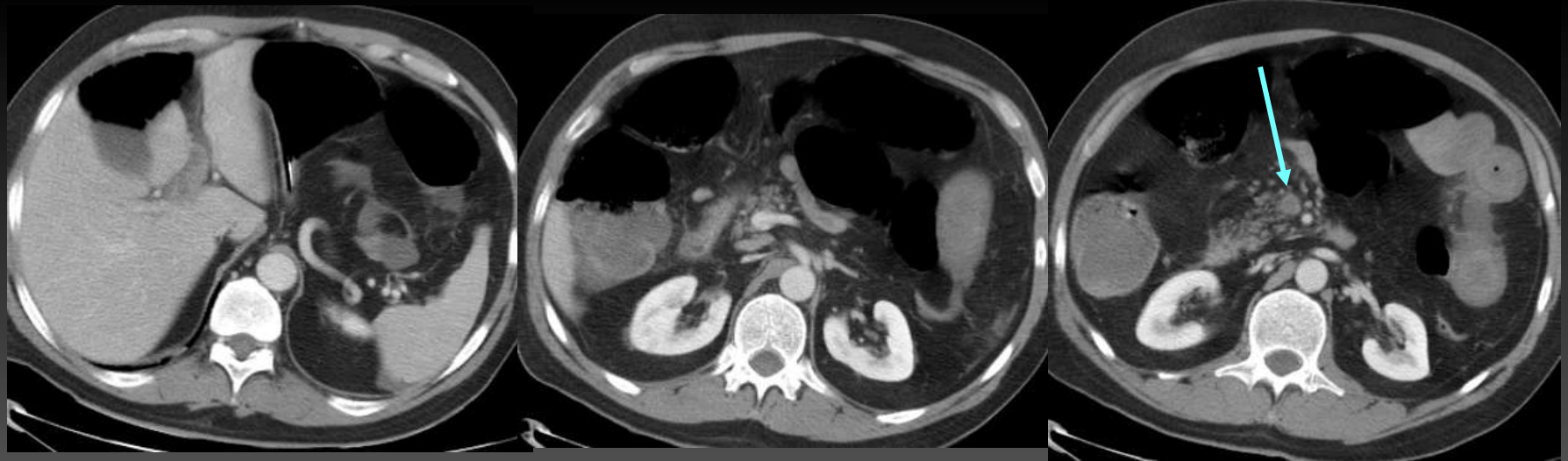
MARS 2012



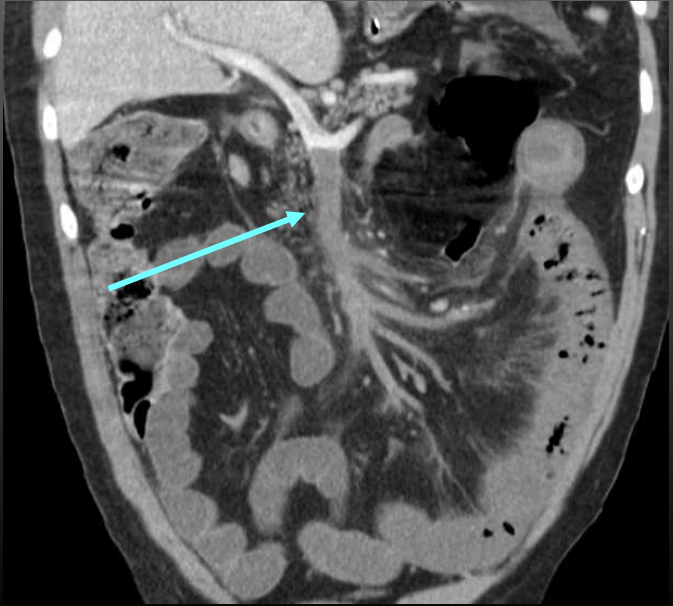
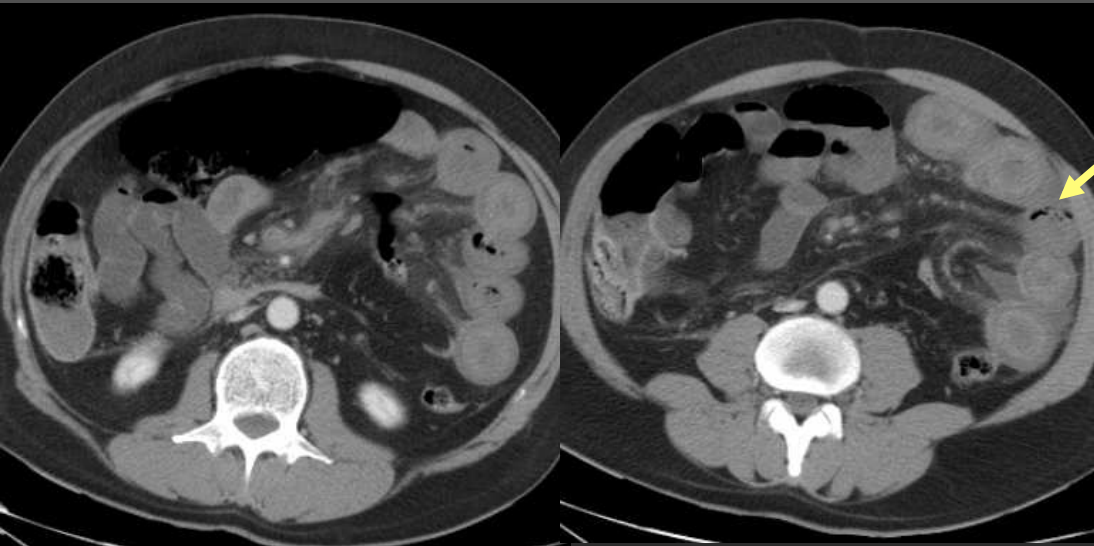
Cas 1 : Homme 54 ans

Sans Injection

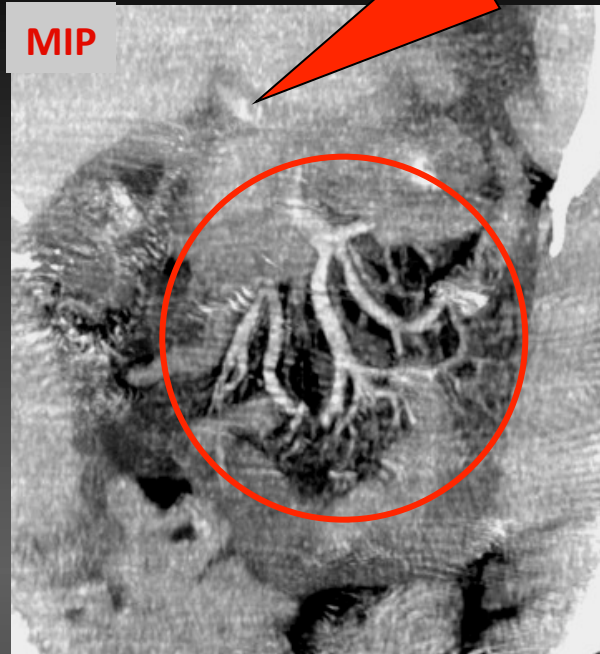
- Douleurs abdominales diffuses depuis 2 jours



Temps portal

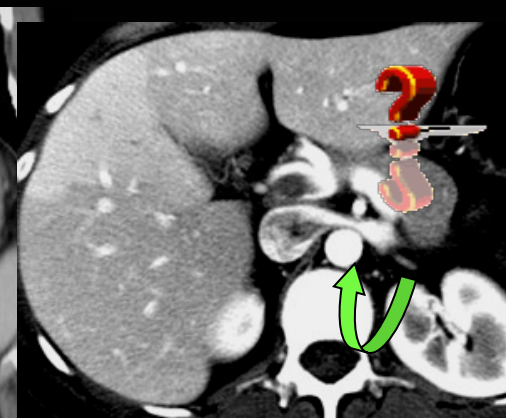
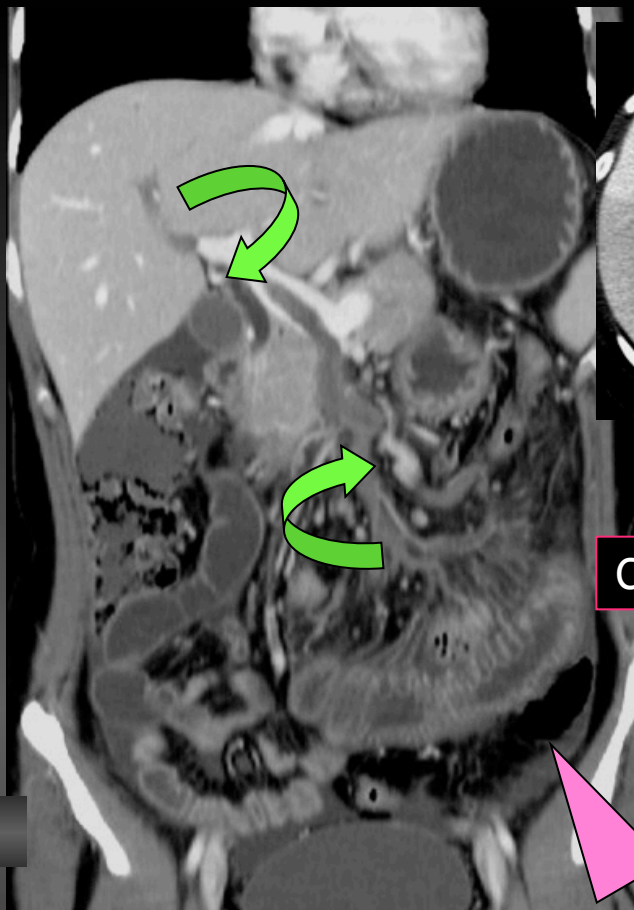


- Ischémie veineuse



MIP

diagnostic sans injection de PC !!

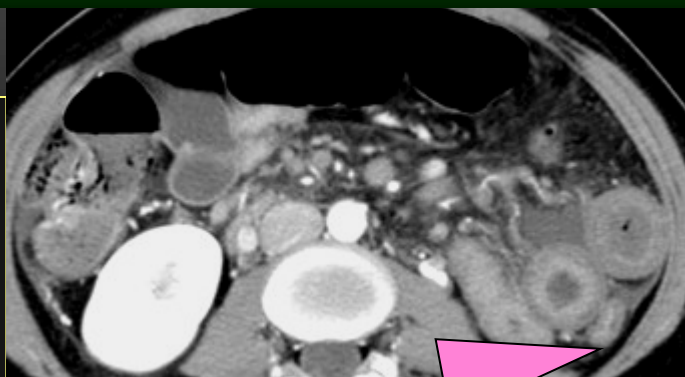


Cas 1bis : Homme 54 ans

Obs. Y Menu
Hop Beaujon

ischémie veineuse et thrombose portale intra hépatique

- Douleurs abdominales diffuses, peu intenses évoluant depuis 8 jours
- Abdomen souple
- Transit normal
- Pas d'antécédent



Ischémies veineuses

Points clés :

- Hyperdensité spontanée caillot VMS/TP : **SANS INJECTION ++**
- **Epaississement** étendu des anses grêles
- **Epanchement intrapéritonéal et mésentère congestif**
- Signe de la cible après injection = **œdème sous-muqueux**

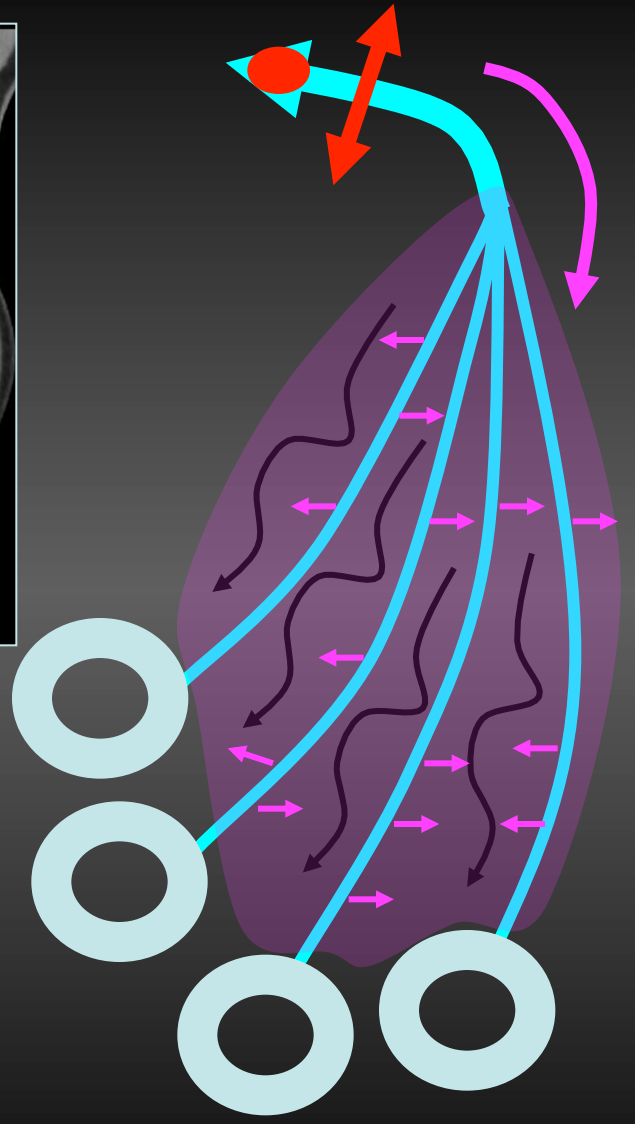
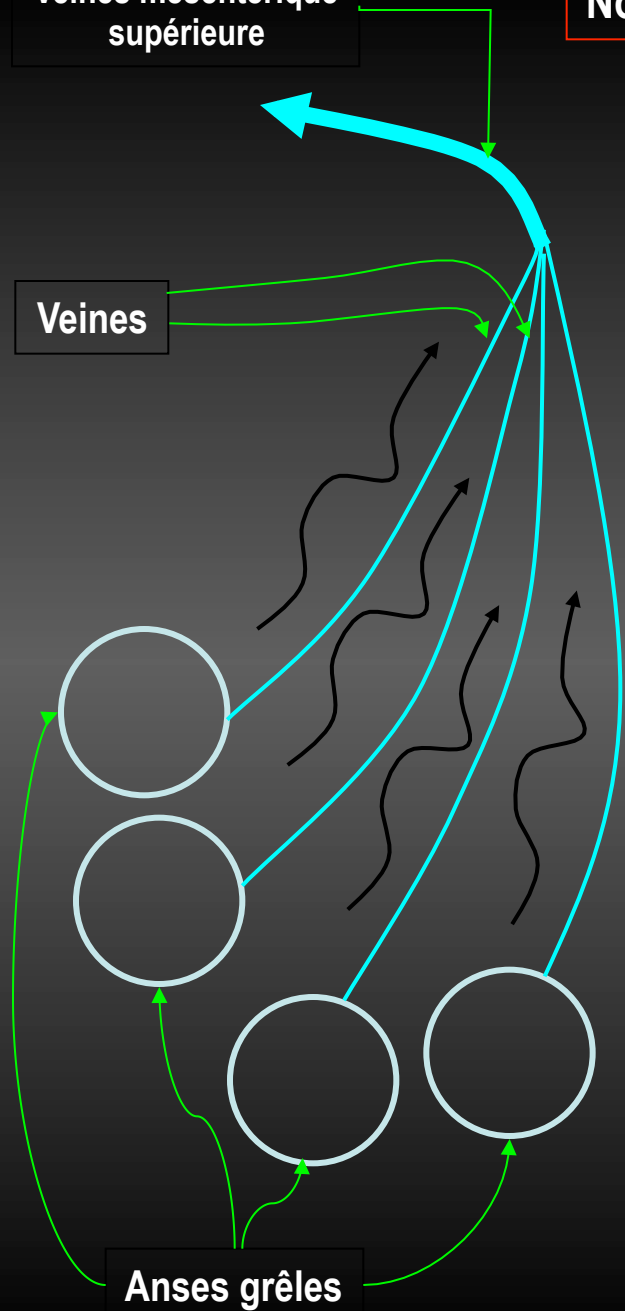
Veines mésentérique supérieure

Normal

Ischémie intestinale aiguë veineuse

Veines

Anses grêles



Ischémies veineuses

Points clés :

- Hyperdensité spontanée caillot VMS/TP : **SANS INJECTION ++**
- **Epaississement** étendu des anses grêles
- **Epanchement intrapéritonéal et mésentère congestif**
- Signe de la cible après injection = **œdème sous-muqueux**

Quel traitement?

TTT médical ?

TTT chirurgical ?

Ischémies veineuses : ttt médical +++

Seulement 25% d'évolution péjorative

Chir si présence certaine d'une anse nécrosée

Ischémies veineuses

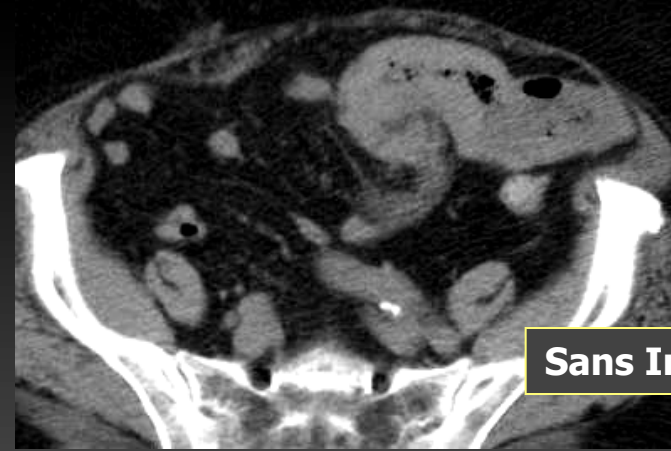
Rechercher une cause locale +++

- **foyer infectieux** intra-abdominal
- maladie inflammatoire (Crohn, sigmoïdite, maladie de Behçet)
- chirurgie abdominale (surtout **splénectomie** avec une classique thrombocytose transitoire)
- **cancer** (principalement colique ou pancréatique),
- pancréatite aiguë ou chronique
- pathologie hépatique avec **hypertension portale**
- **Cause générale : thrombophilie**

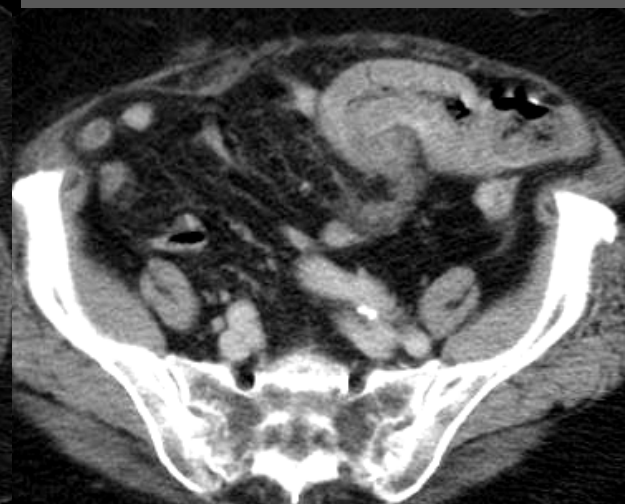
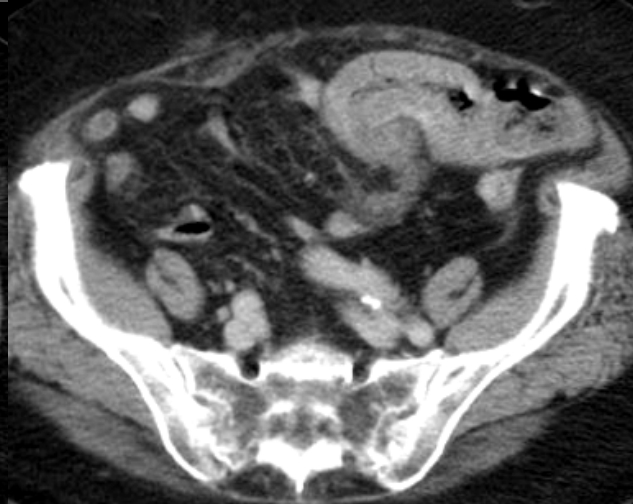
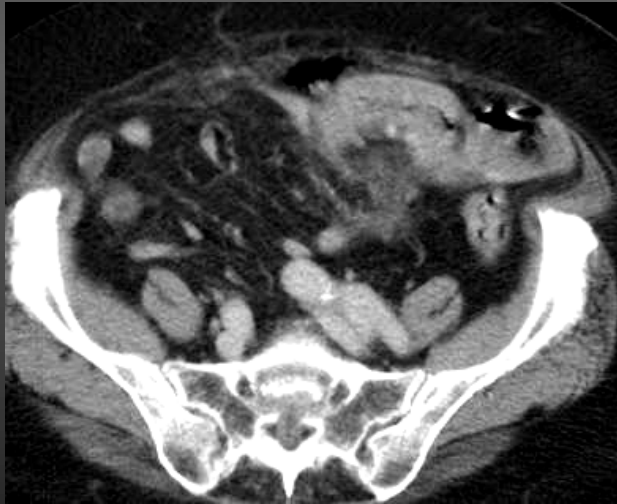


Cas 2 : Femme 72 ans

- Douleurs abdominales du flanc gauche
- Apyrexie
- Vomissements
- Défense localisée en FIG
- ATCD de valve cardiaque



Sans Injection



Temps portal

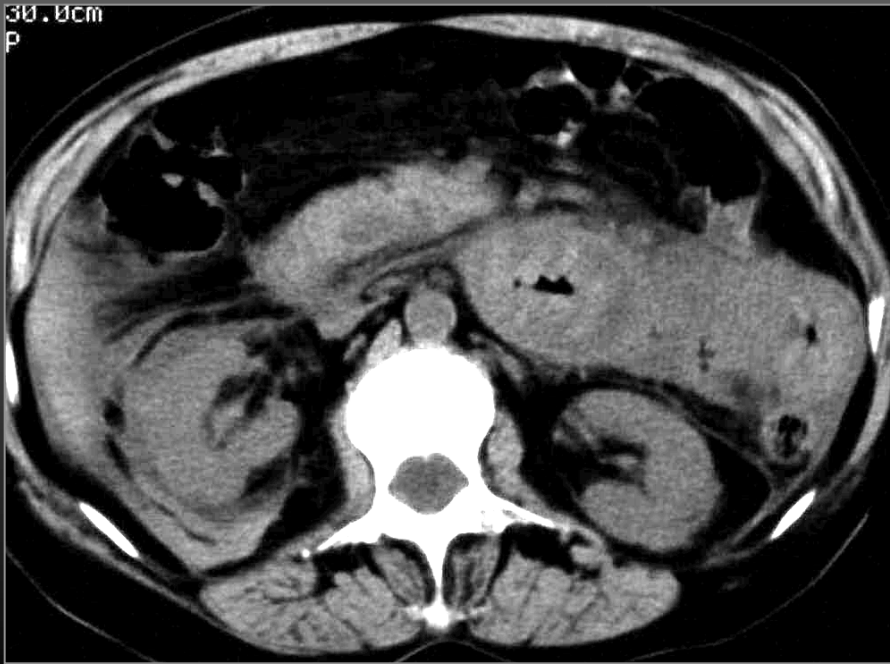
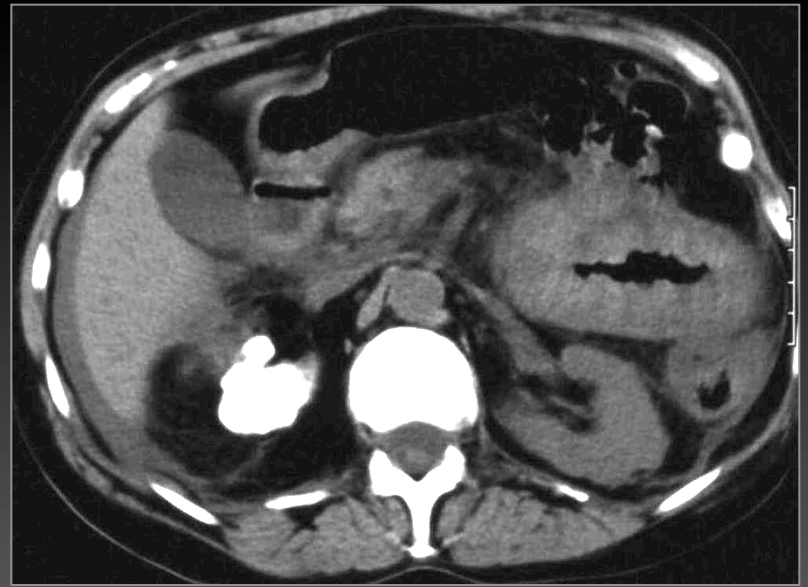
DIAGNOSTIC

Hématome de la paroi du grêle secondaire surdosage AVK

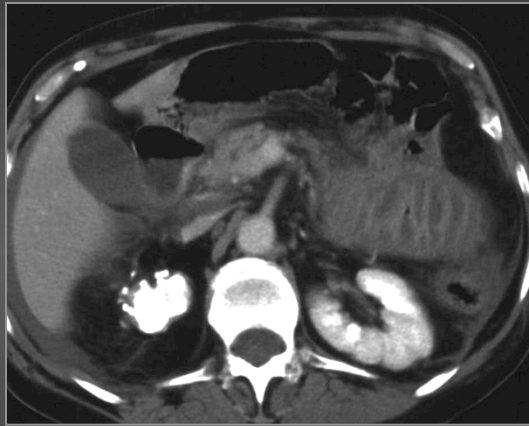
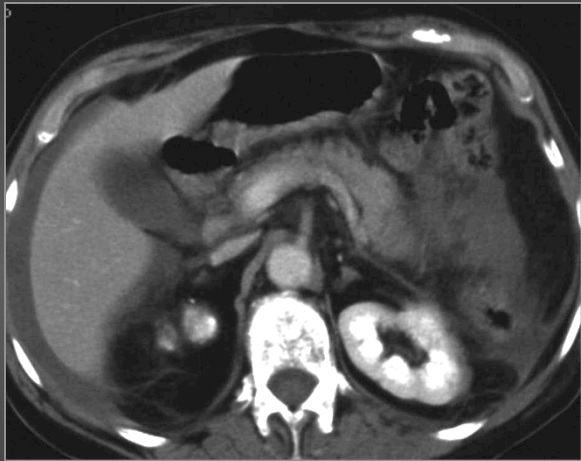
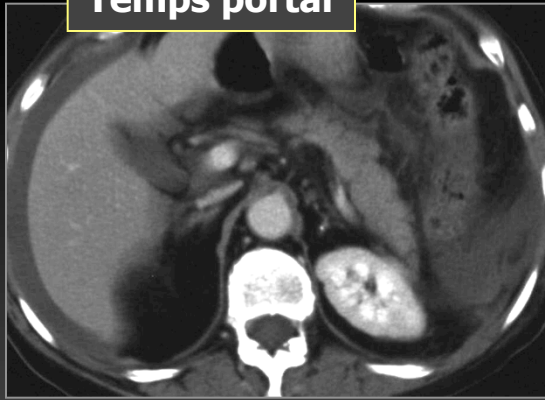
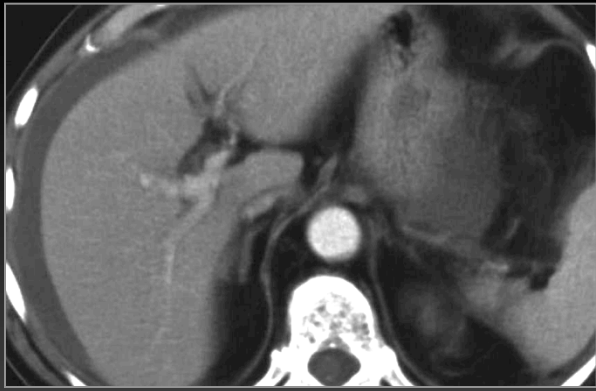
Cas 2 bis : Femme 75 ans

- Douleurs abdominales
- Défense épigastrique
- Apyrexie
- ATCD récent de phlébite du membre inférieur droit

Sans Injection



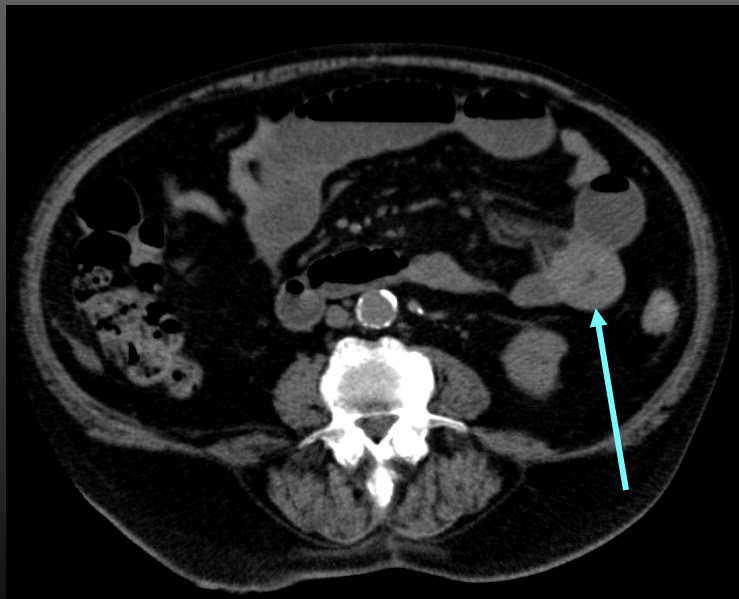
Temps portal



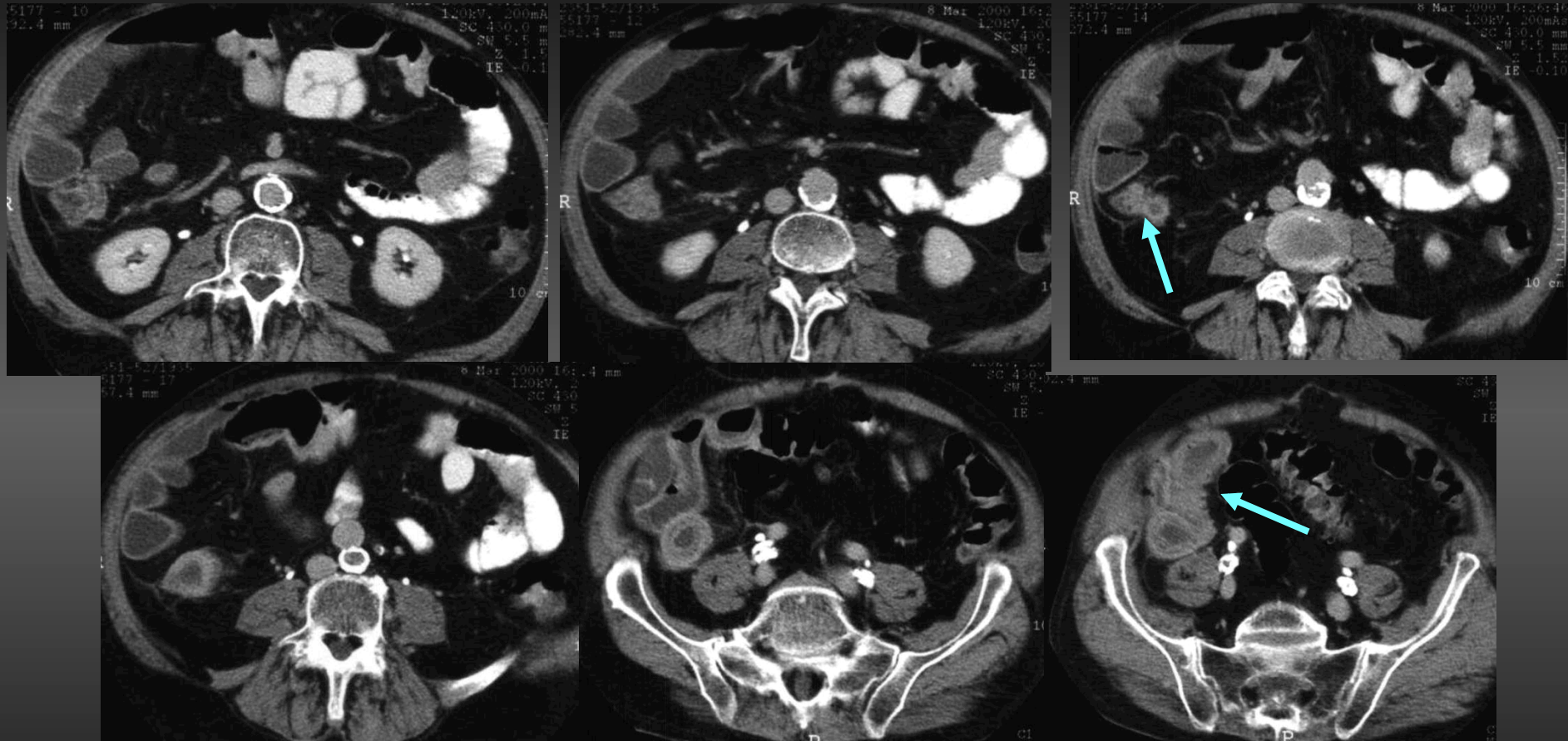
DIAGNOSTIC
Hématome pariétal du grêle sur AVK

Hématome pariétal du grêle

Hyperdensité spontanée ++
Contexte



Cas 3 : Homme 60 ans, douleurs en FID

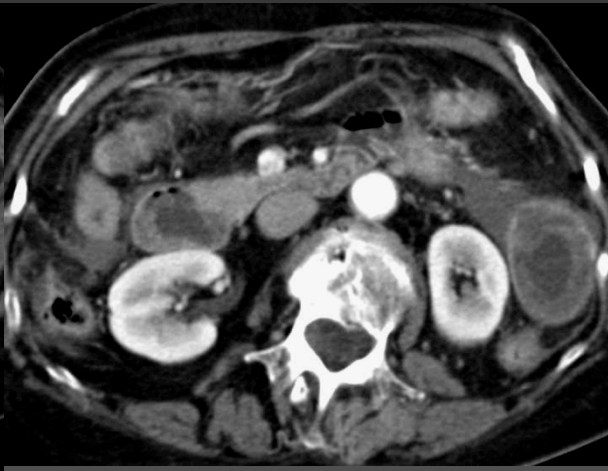
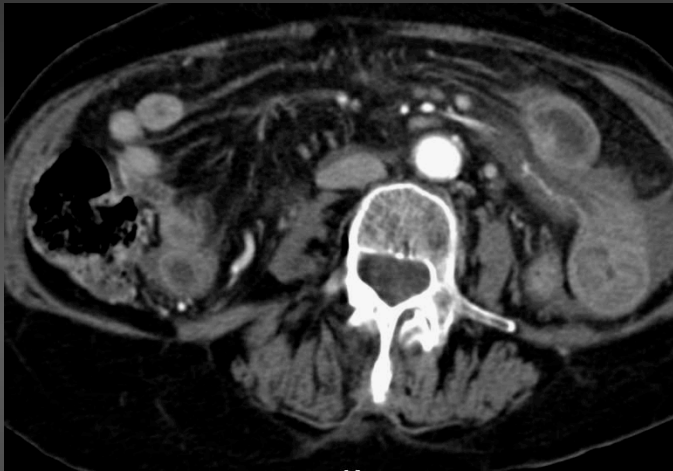


DIAGNOSTIC

ADK valvule iléo caecale, responsable d'une ischémie sub aiguë d'amont

Cas 4 : Femme 31 ans

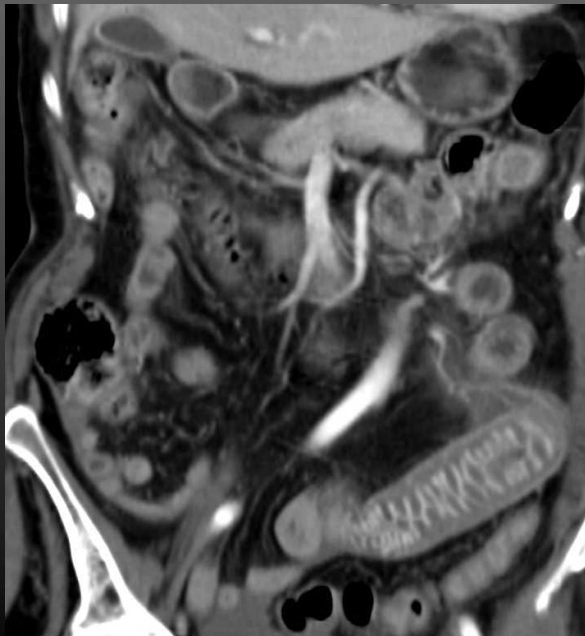
- Douleur abdominale aiguë flanc G
- Pas de fièvre
- État sub-occlusif
- ACFA



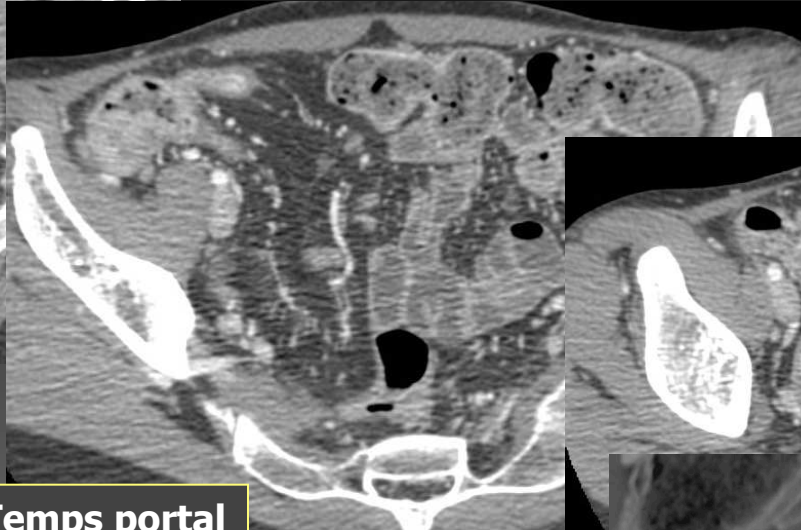
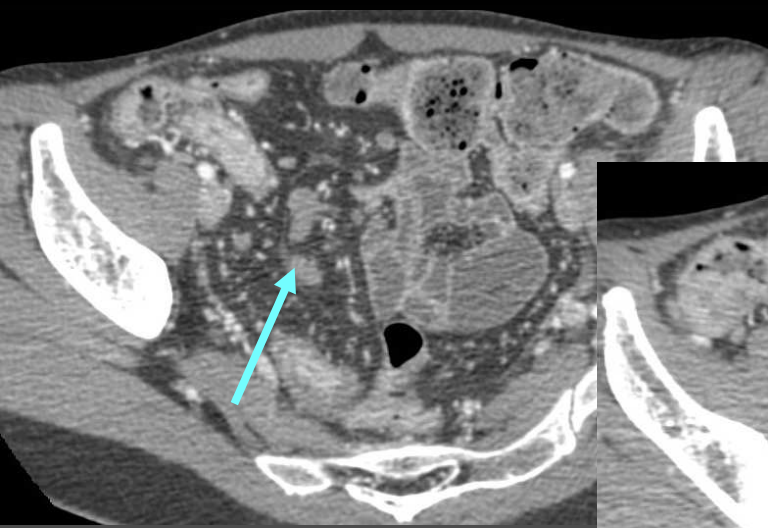


INR : 4,7...

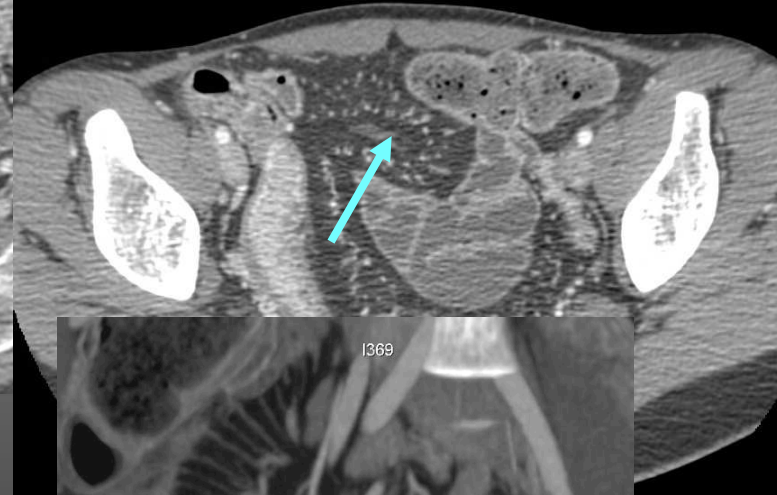
DIAGNOSTIC
Hématome pariétal du
grêle sur AVK



Cas 5 : Femme 32 ans
Douleurs pelviennes

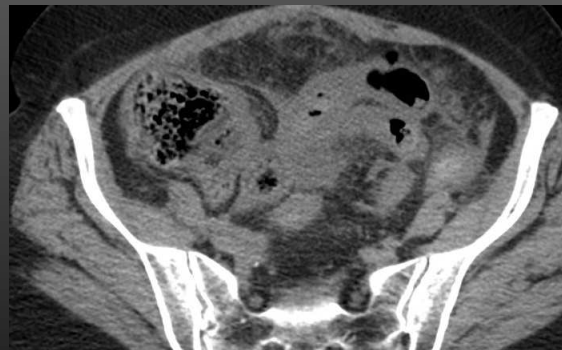
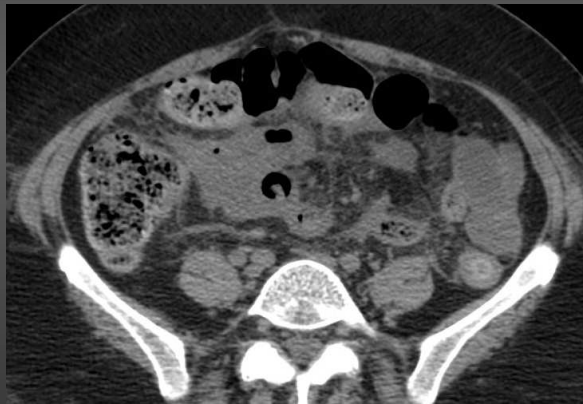
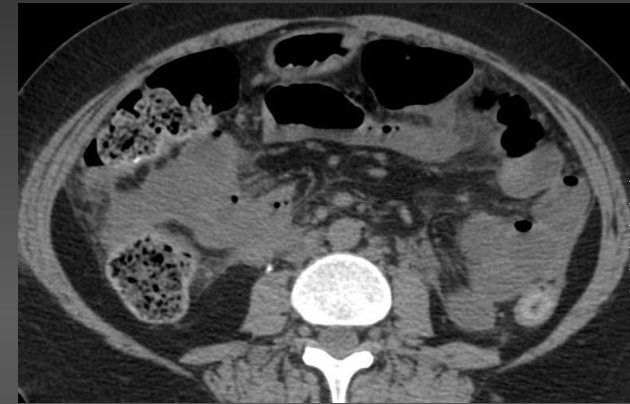
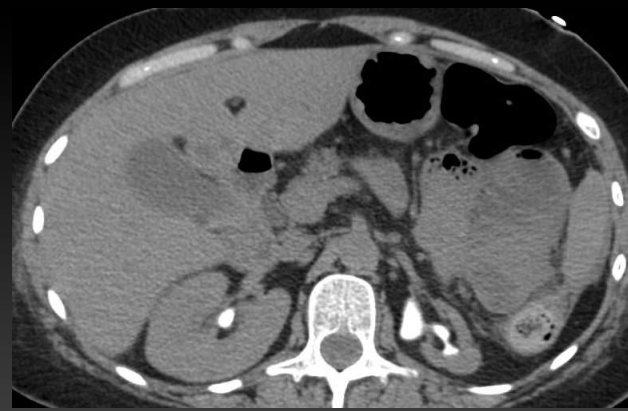


Temps portal

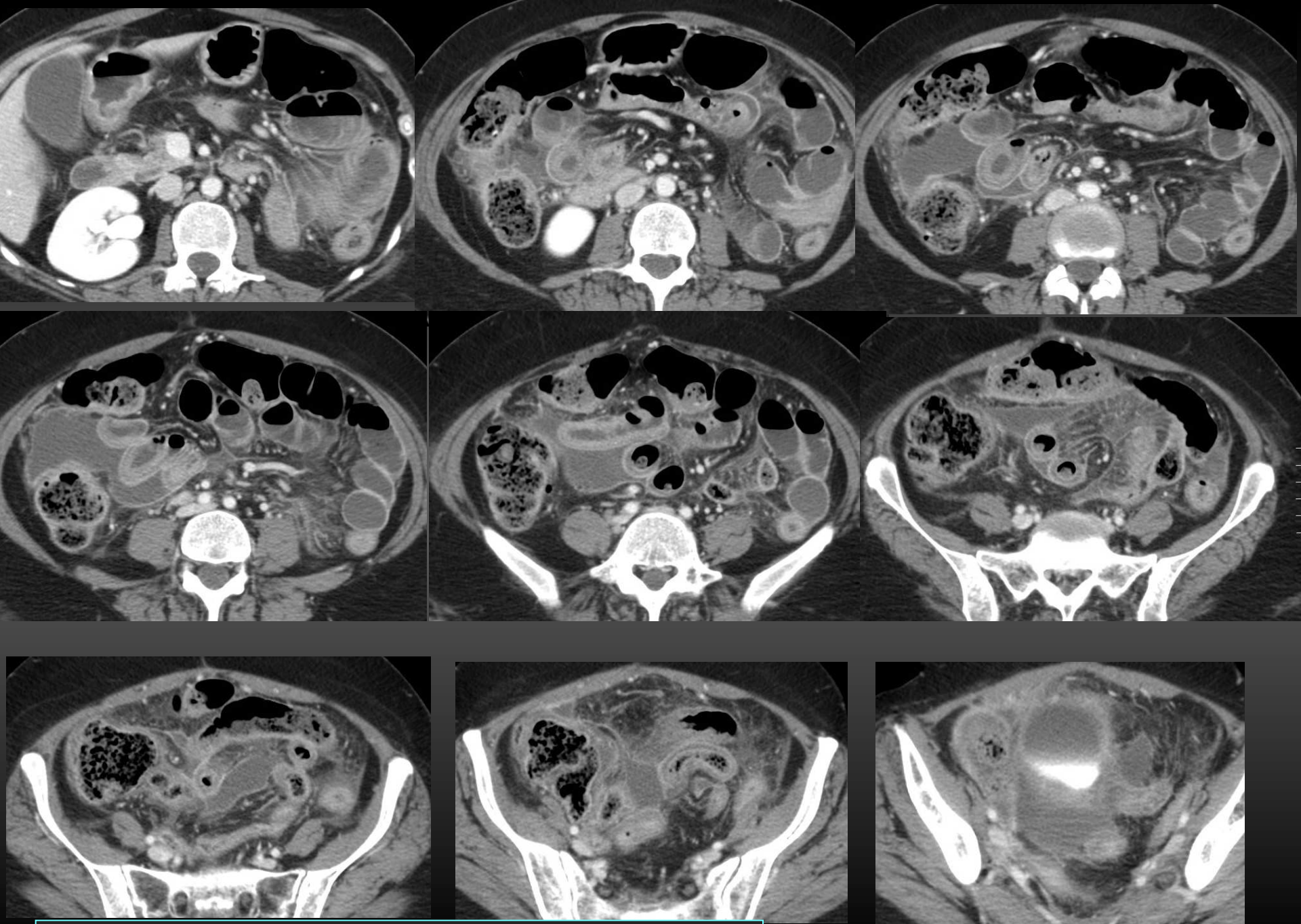


DIAGNOSTIC
Poussée inflammatoire de maladie de Crohn

Cas 6 : Femme 32 ans
Douleurs pelviennes



ATCD cancer col utérin
hyperthermie, douleurs abdominales



DIAGNOSTIC : entérite radique (laparotomie)

Cas 6 bis : Femme 60 ans
Diarrhée



RT 2 mois auparavant pour
ADK rectal

Grêle radique

Ischémie sub-aiguë

Artérite distale (endartérite oblitérante)

Iléon +++ (RT pelvienne)

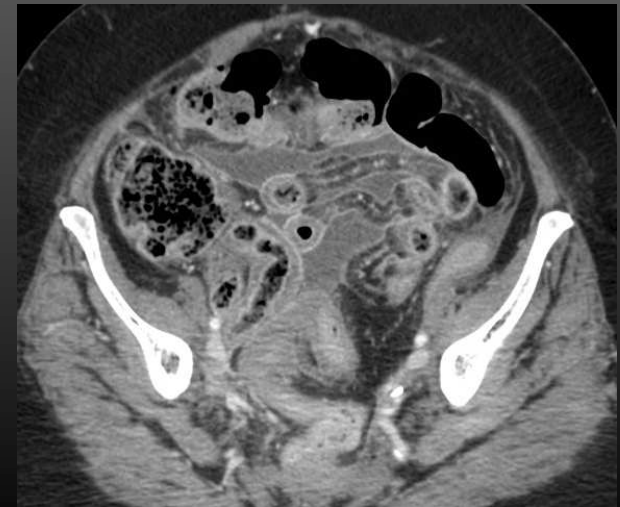
Œdème sous-muqueux, stratification préservée

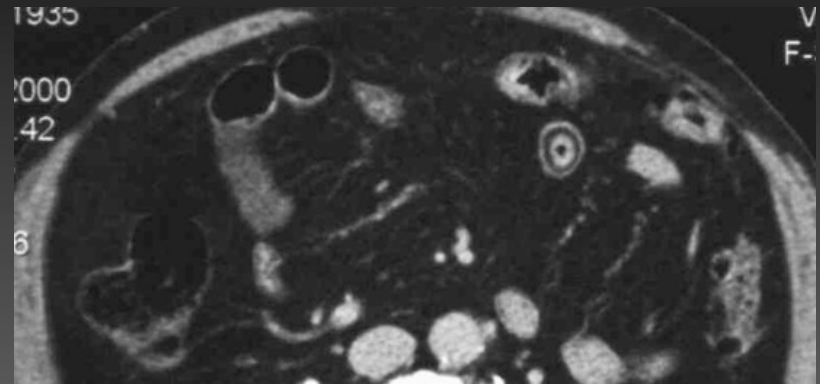
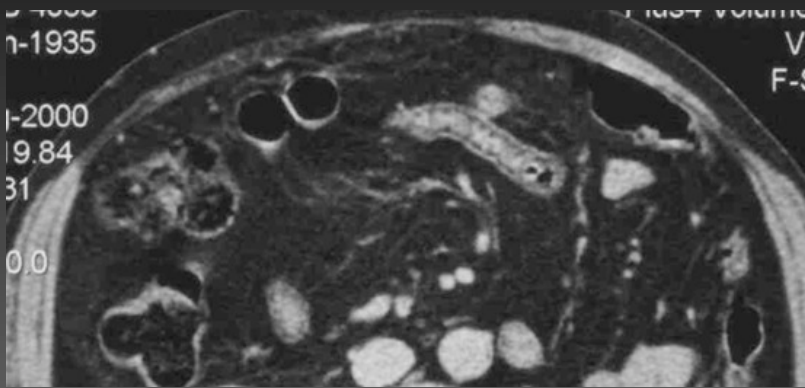
Paroi + mésentère +++

Entérite aiguë : jusqu' à 2 mois

Stade sub-aigu : quelques mois à quelques années

Stade chronique : sténoses





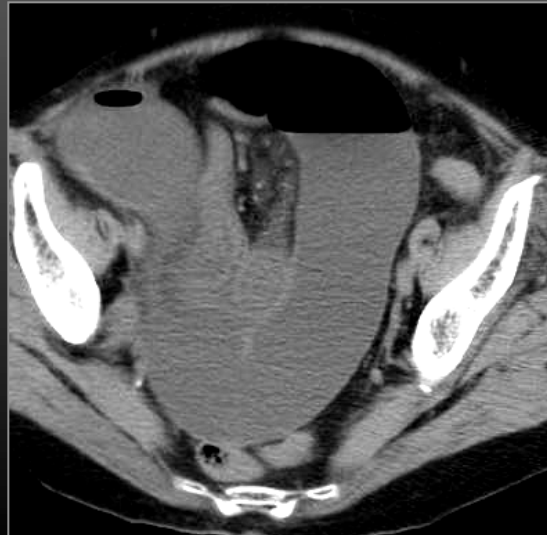
Cas 7 : H 65 ans
Douleurs abdominales

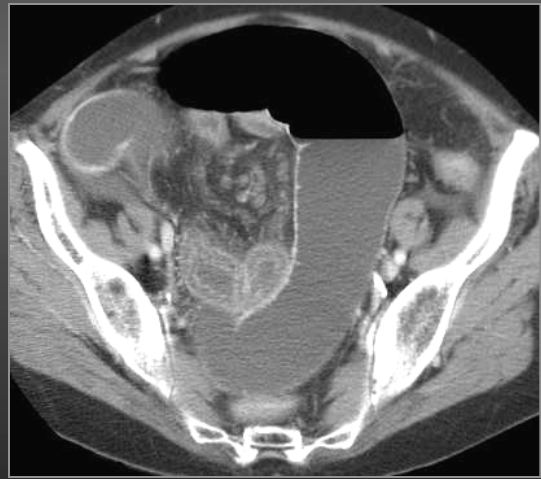
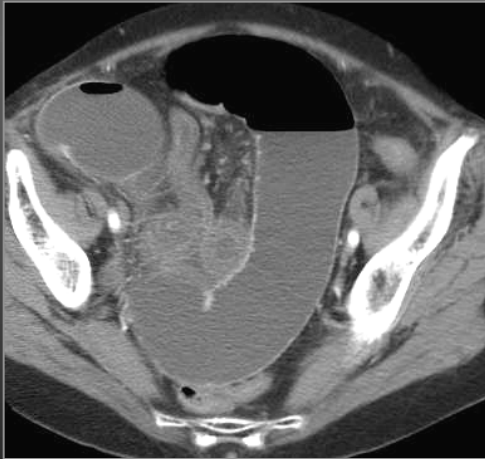
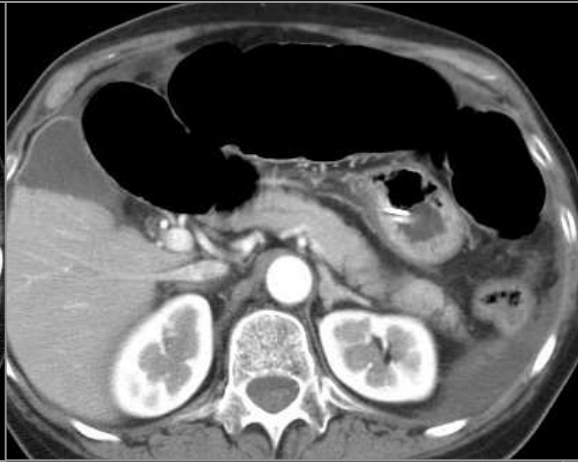


DIAGNOSTIC
Métaplasie graisseuse
(Douleurs : embolie pulmonaire)

Cas 8 : Femme 75 ans

- Douleurs abdominales épigastriques , vomissements +++
- Arrêt des matières et des gaz





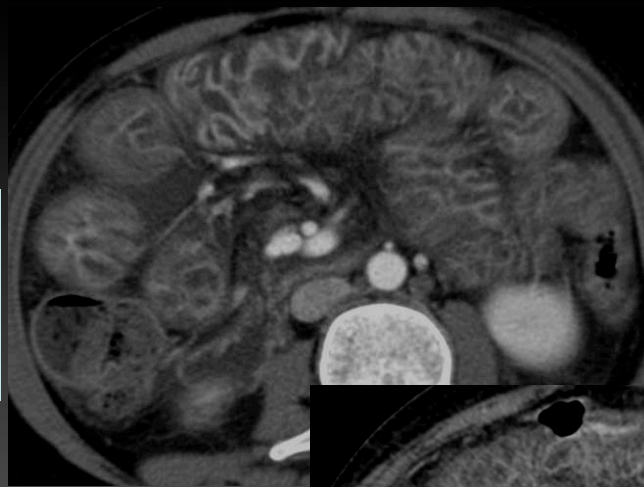
DIAGNOSTIC

Occlusion sur bride avec congestion veineuse

Cas 9 : Homme 40 ans

Douleurs abdominales brutales

- Apyrexie
- Rectorragies



Temps portal



DIAGNOSTIC
Purpura rhumatoïde
Jéjunum, iléon +++

Œdème sous-muqueux du grêle

Métaplasie graisseuse = faux oedème

Hématome pariétal

• Regarder à blanc +++ : hyperdensité ? Graisse ?

• TTT anticoagulant ?

Ischémie veineuse

• Rechercher **thrombose mésentérique**, épanchement abondant, HTP

• **Obstacle** : bride, hernie, sténose

Ischémie sub-aiguë

• Contexte : vascularites, grêle radique

• Sclérolipomatose, ADP

Crohn

• Corps étranger intra-luminal

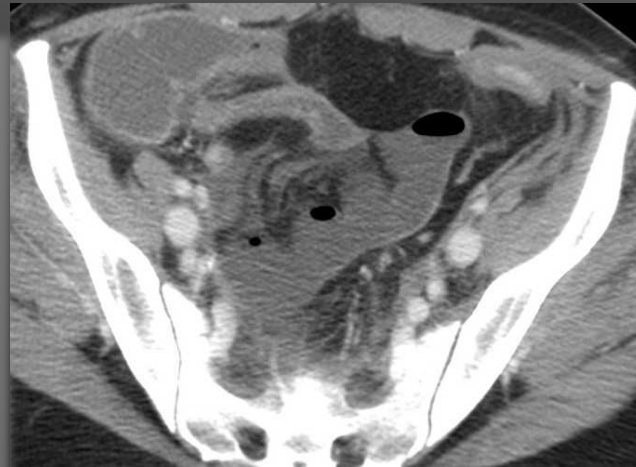
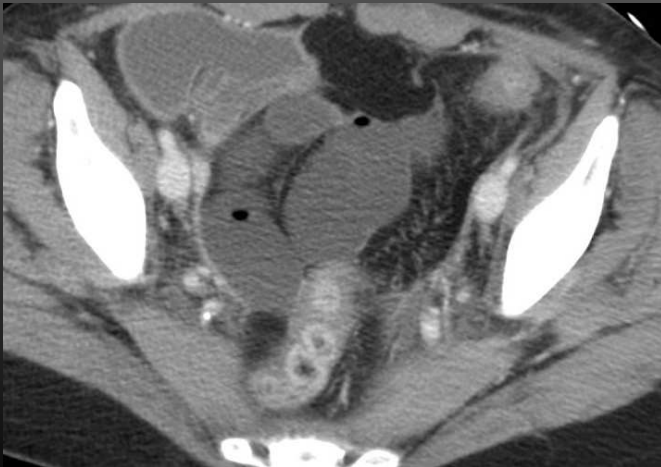
• Entérite infectieuse

Cas 10 : Femme 47 ans



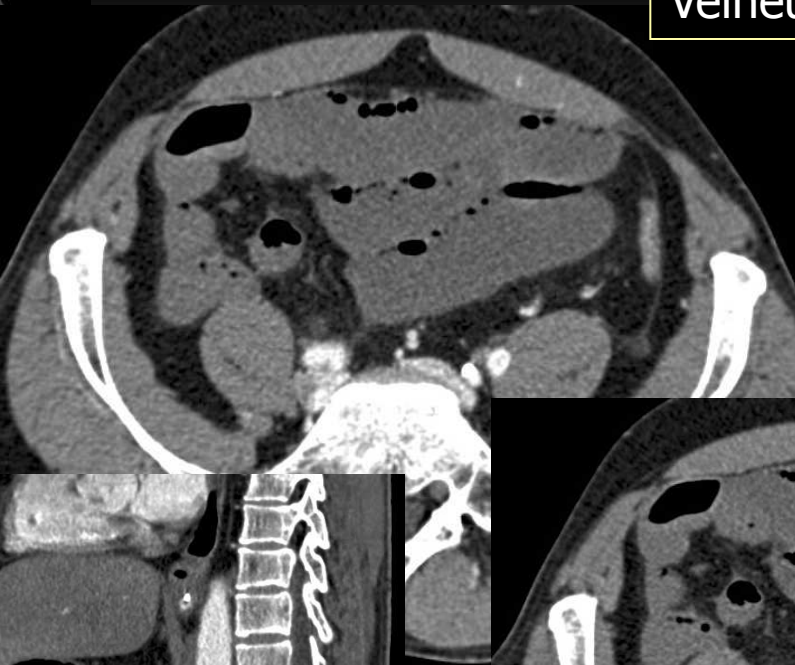
Post-opératoire
d'angioplastie aortique

Ischémie mésentérique aiguë
Nécrose de la dernière anse grêle





Artériel

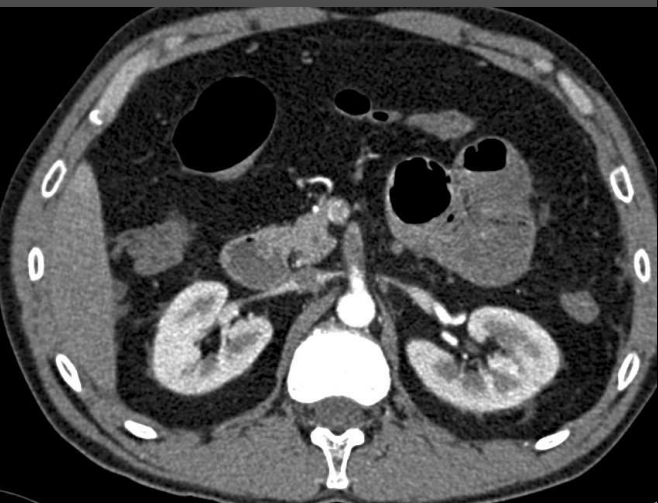


Veineux

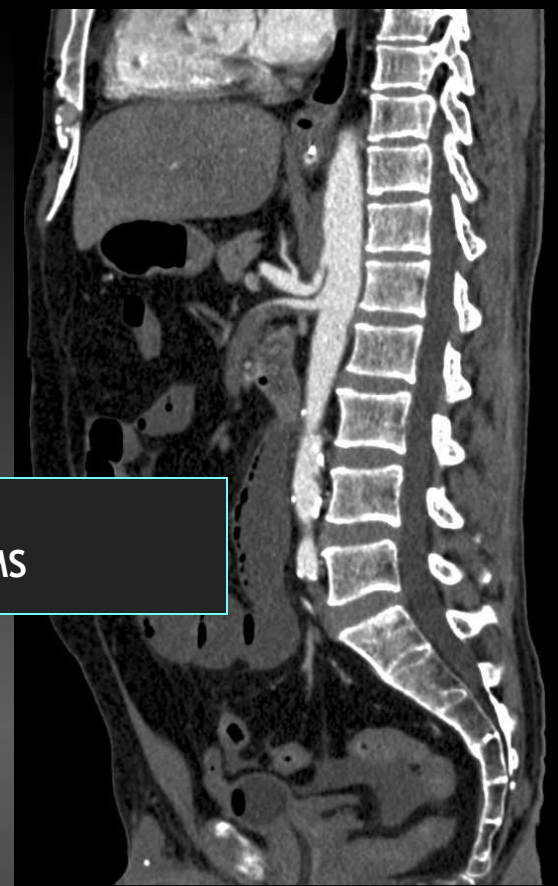
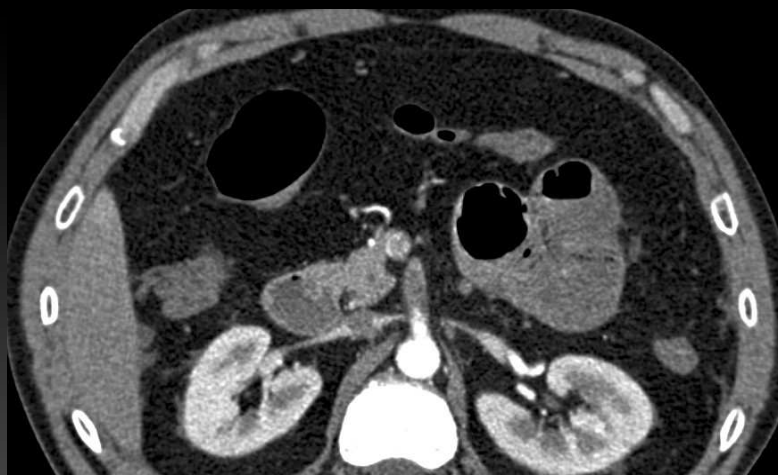


Tardif

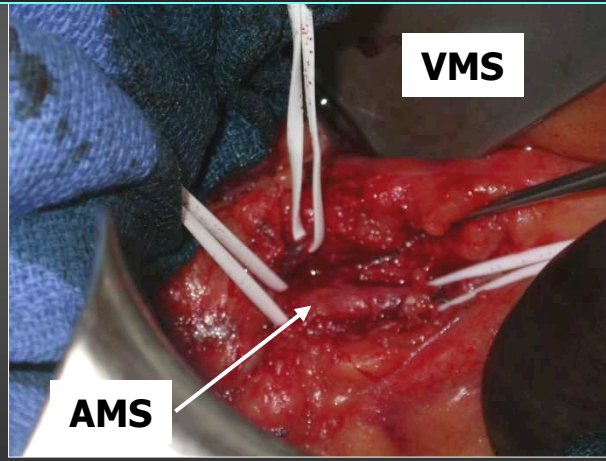
Cas 11 : Homme 47 ans



- Tabagisme, pas d' autre ATCD
- Douleurs abdominales diffuses et brutales
- Diarrhée, vomissements, fièvre
- Défense



Diagnostic
Infarctus transmural étendu du grêle par occlusion de l' AMS



Thrombectomie / Fogarty



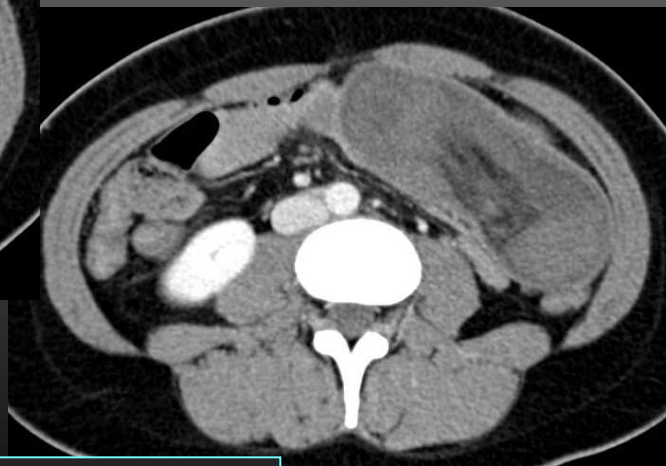
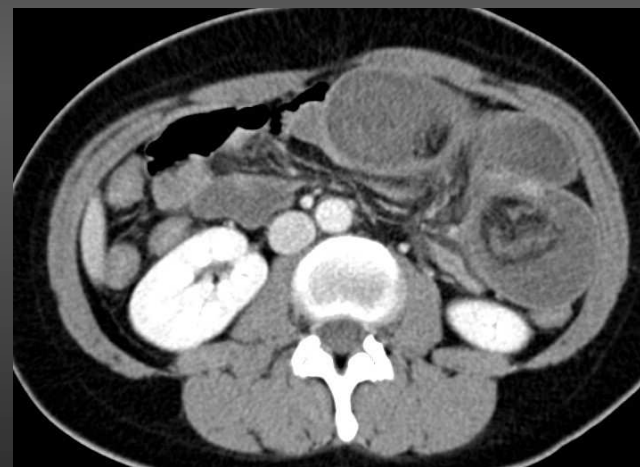
Réséction 70 cm grêle



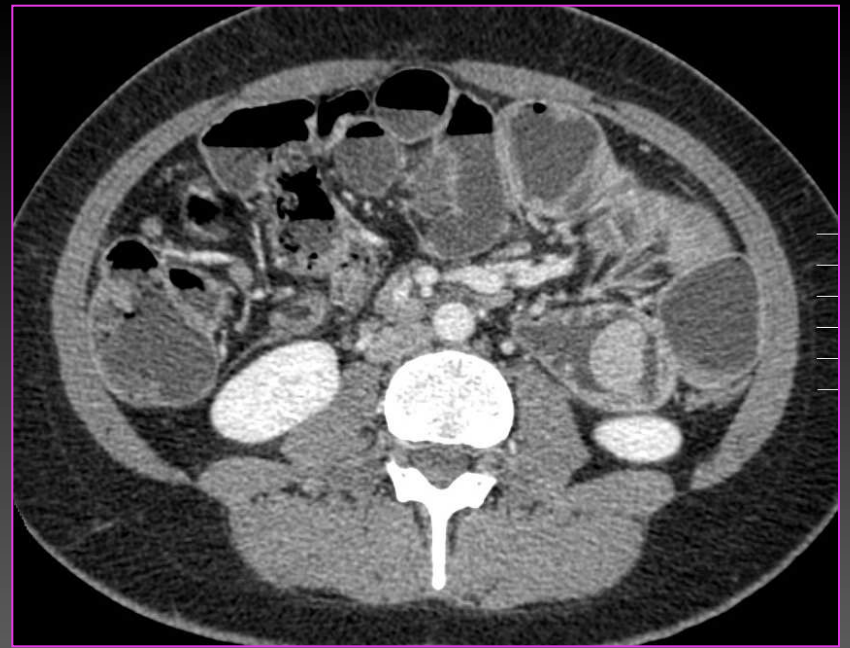
Reprise chirurgicale à J+1

Cas 12 : Femme de 45 ans
Douleurs abdominales
brutales

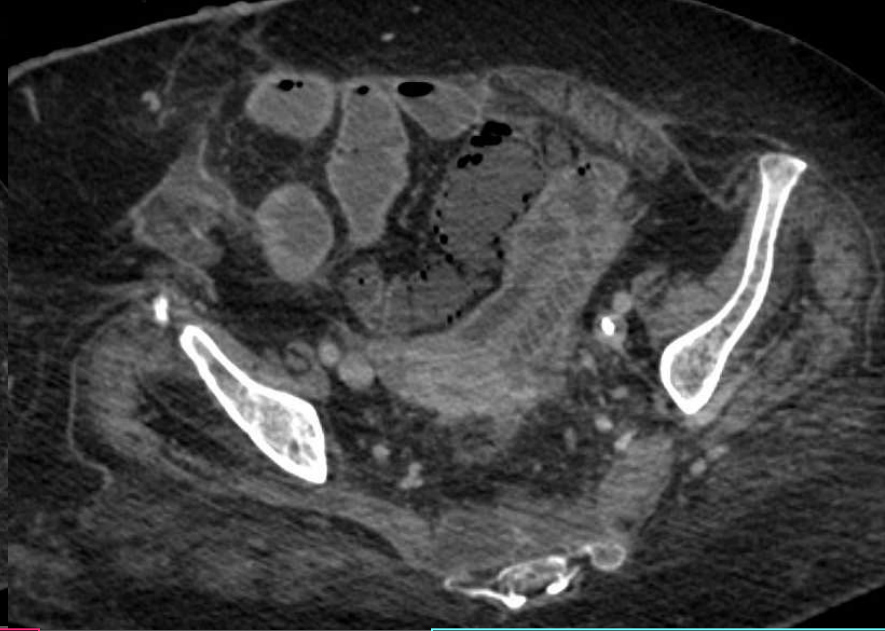




Diagnostic
IIA avec necrose de l'anse invaginée

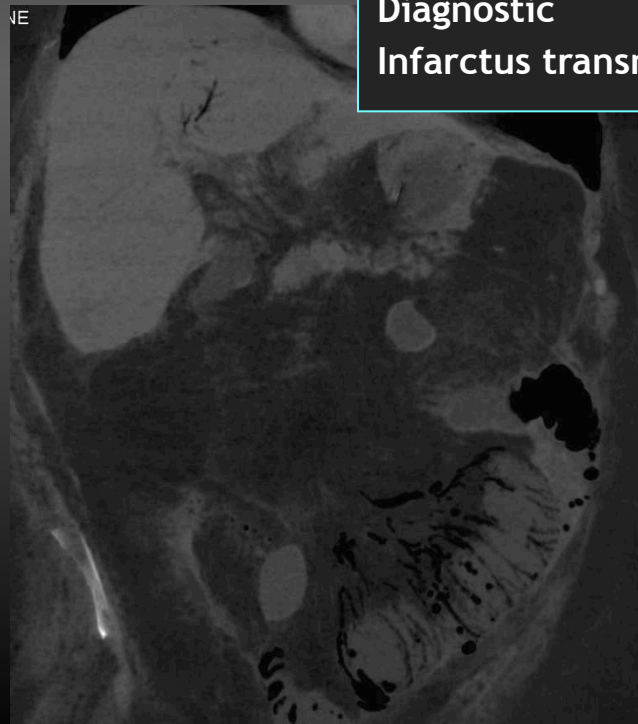


JUILLET 2007



Cas 13 : Femme de 74 ans
Etat septique post-colectomie D

Diagnostic
Infarctus transmural du grêle



ADULTES

THORAX

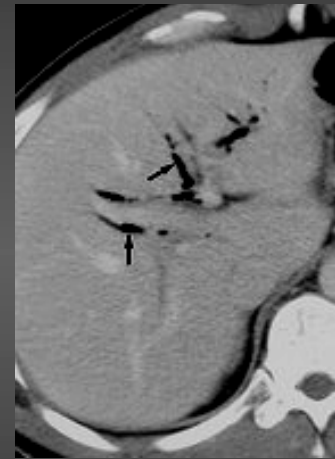
AEROPORTIE

- Foie G +++
- Aspect tubulé ramifié
- Distribution **périphérique** jusqu' à la capsule
- Gaz dans le réseau mésentérique d' amont



AEROBILIE

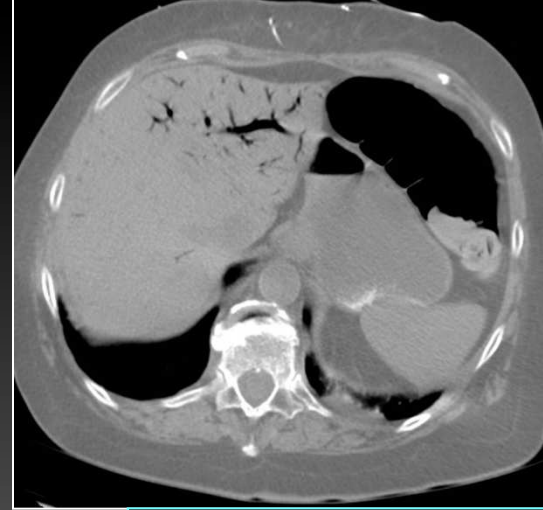
- Foie G
- Distribution plus centrale
- Respecte la périphérie
- ATCD



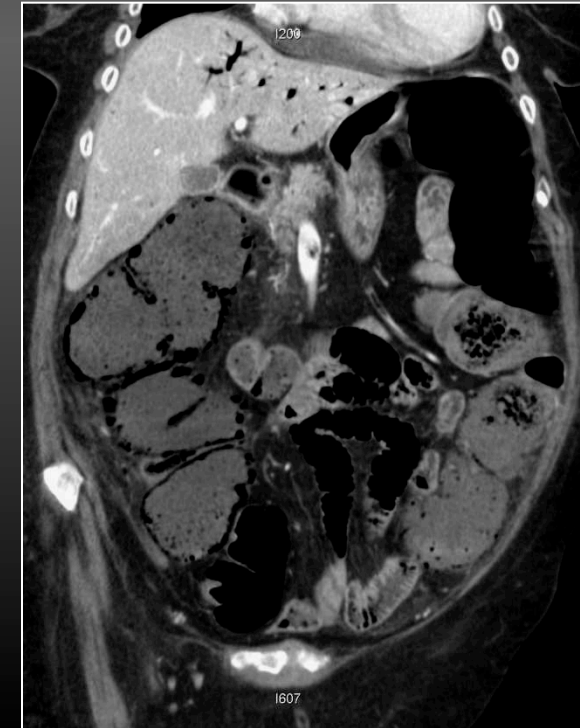
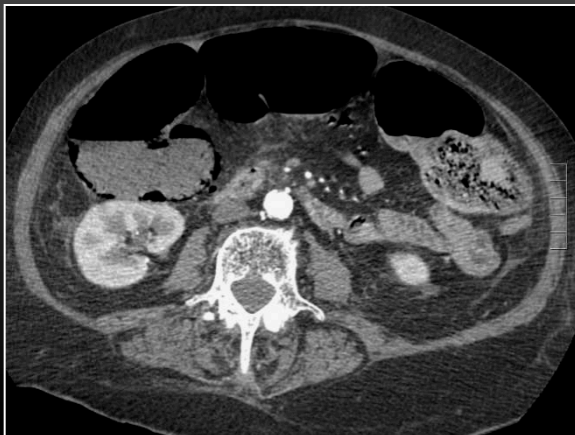
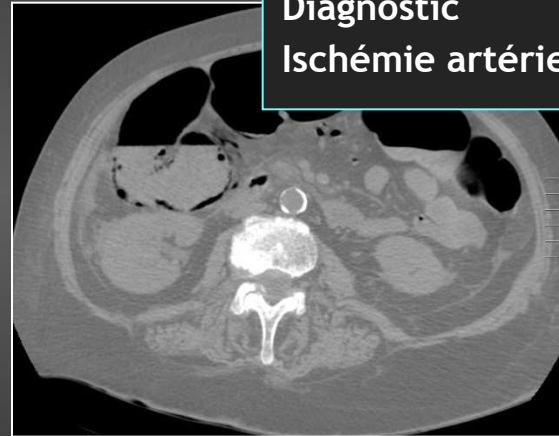
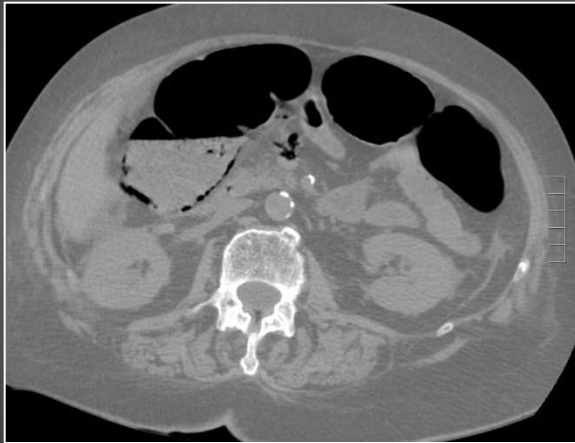
Causes

- Altération de la **paroi** digestive : augmentation de la perméabilité (ischémies, MICI)
- Distension chronique** : iatrogène (endoscopies), iléus paralytique / colectasie, obstacles
- Infections** : diverticulite, colite, angiocholite, abcès mésocoliques : bactériémie favorise la fermentation endoluminale
- BPCO** / corticothérapie / Chimiothérapie / Transplantations

Cas 13 bis : Femme de 75 ans
J12 remplacement valvulaire
Douleurs abdominales diffuses, défense
Pas de fièvre
Lactates normaux



Diagnostic
Ischémie artérielle aiguë du territoire de l'AMS

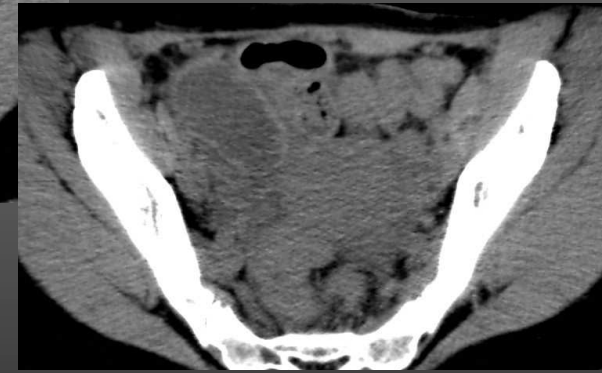


Cas 14 : Femme de 34 ans

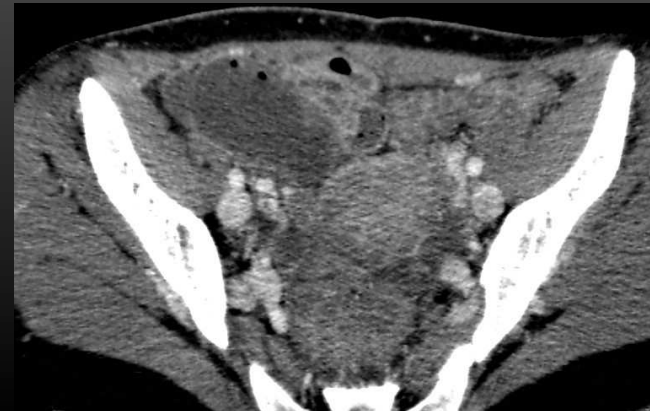
- Douleur brutale et défense en FID, vomissements
- Métrorragies depuis une dizaine de jours
- PCR < 5, GB 12000, T° 37, BHCG -
- ATCD de péritonite appendiculaire (1985)

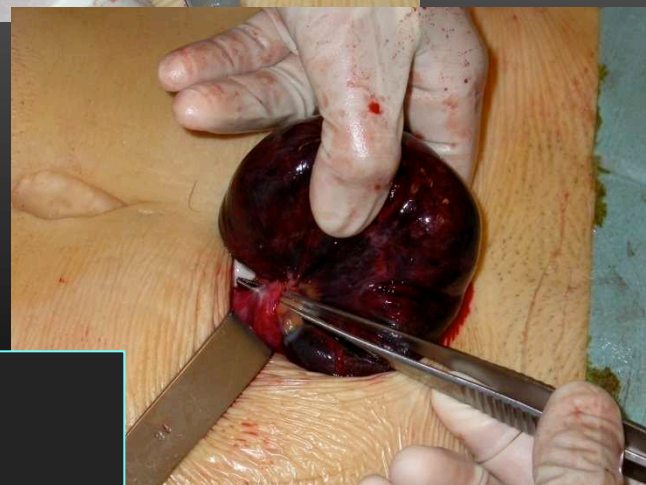
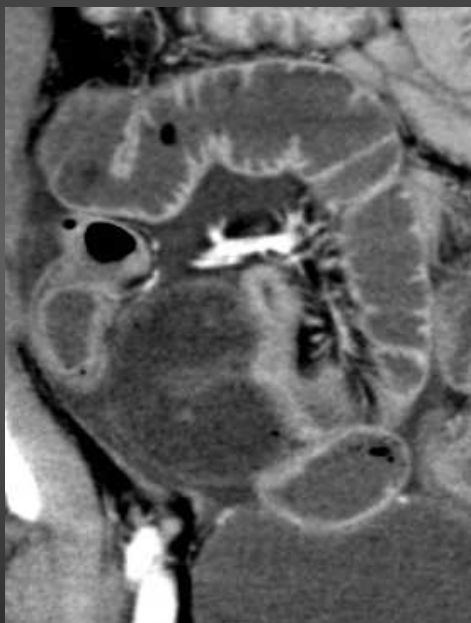
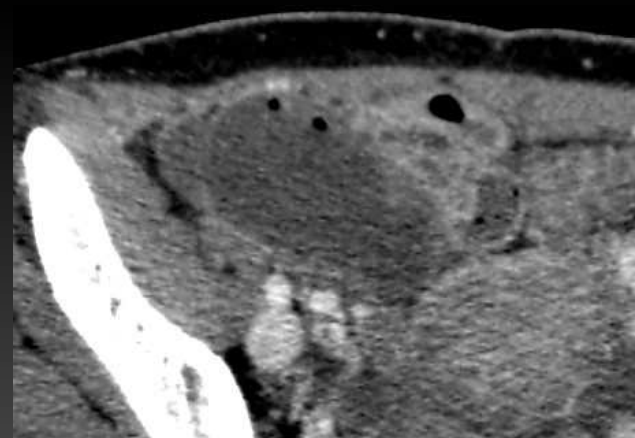
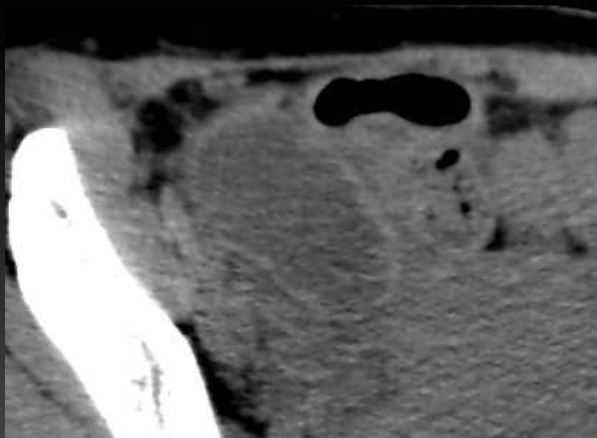


Sans Inj



Tps portal



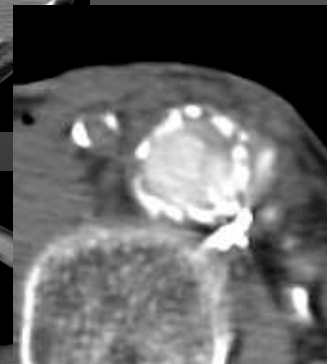
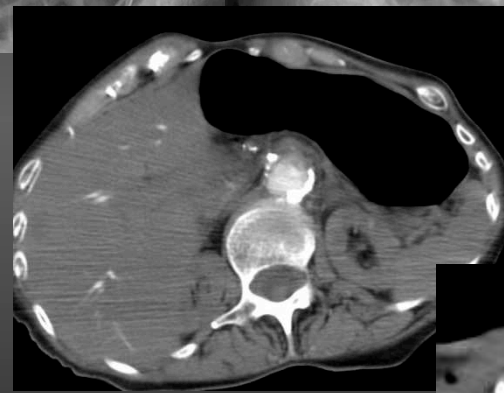
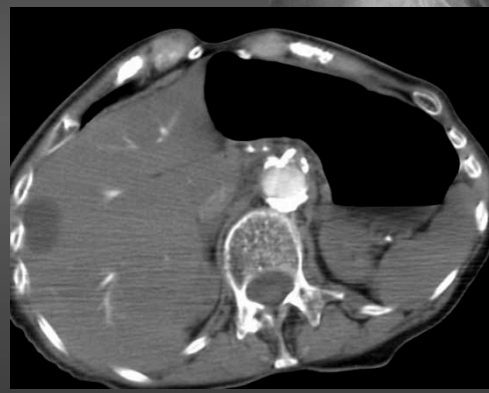
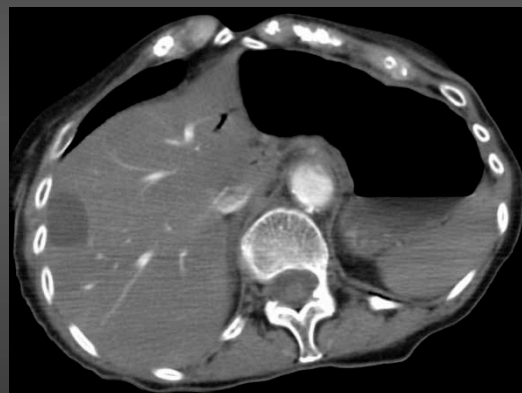


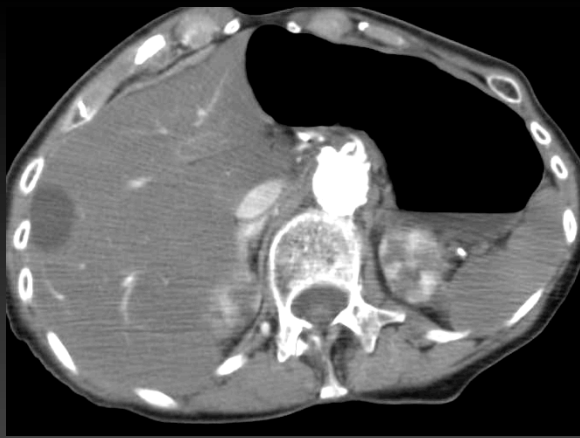
Diagnostic
Nécrose focale d' une anse incarcerationée sur bride

Cas 14 bis : Femme de 80 ans

Bilan de cytolyse majeure ...
(transaminases à 6000)

IV





IV



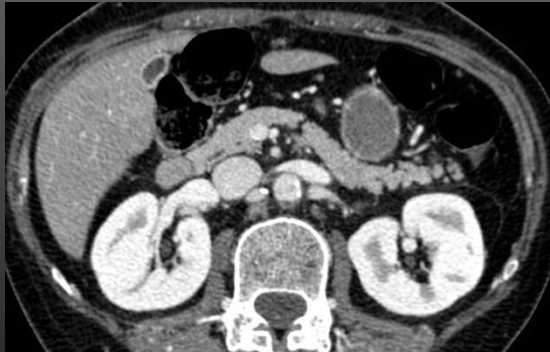
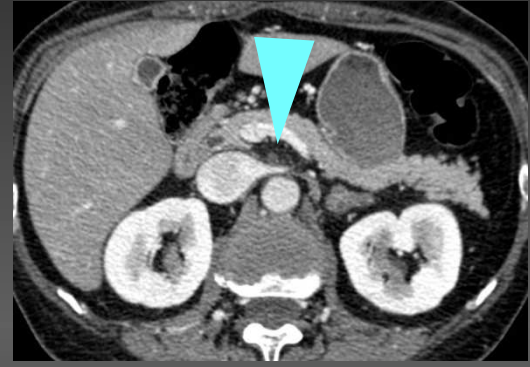
Diagnostic
Infarctus mésentérique massif
Thrombose AMS + Bas débit circulatoire

Cas 14 ter : Femme de 49 ans

- Douleurs abdominales diffuses

- AOMI

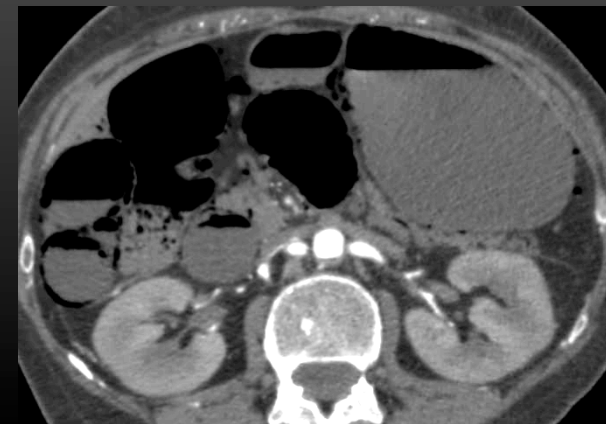
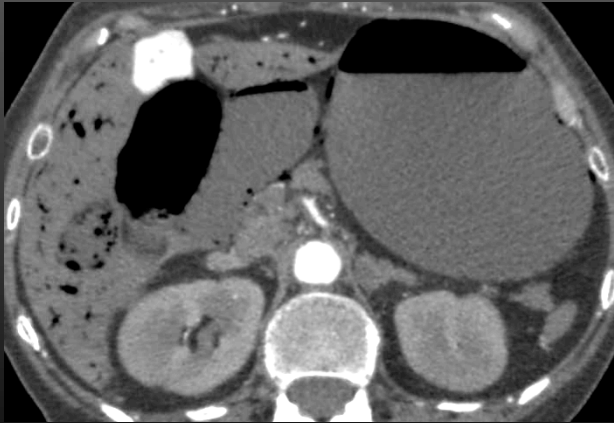
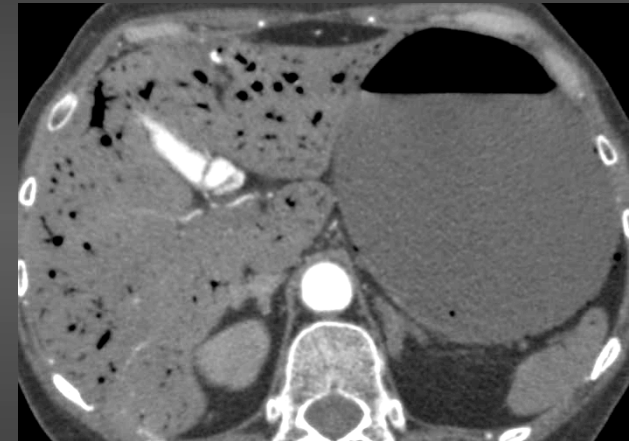
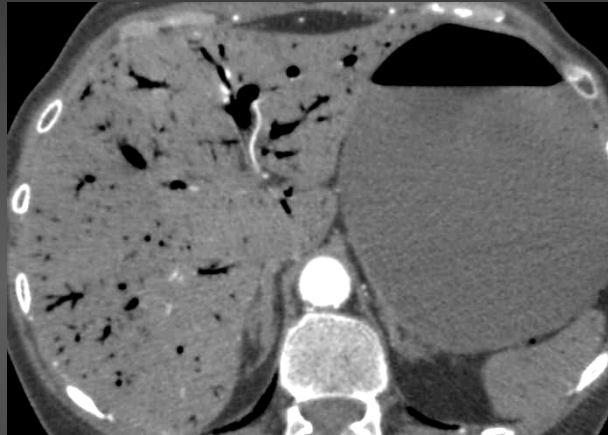
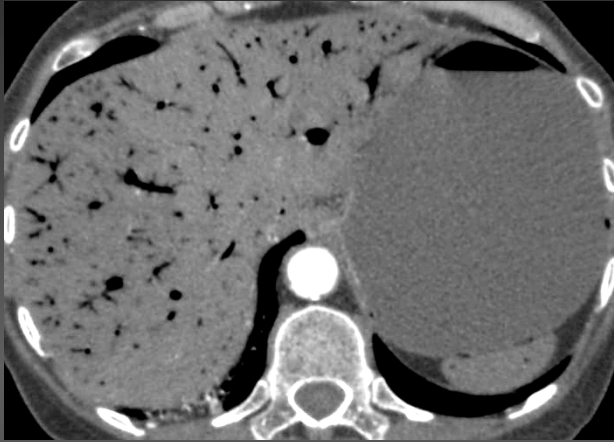
Tps portal

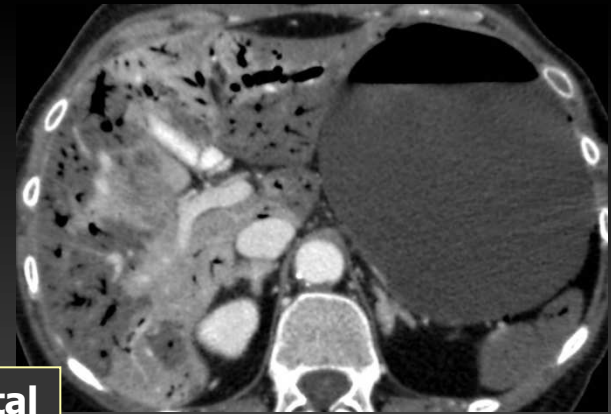


2 jours plus tard...

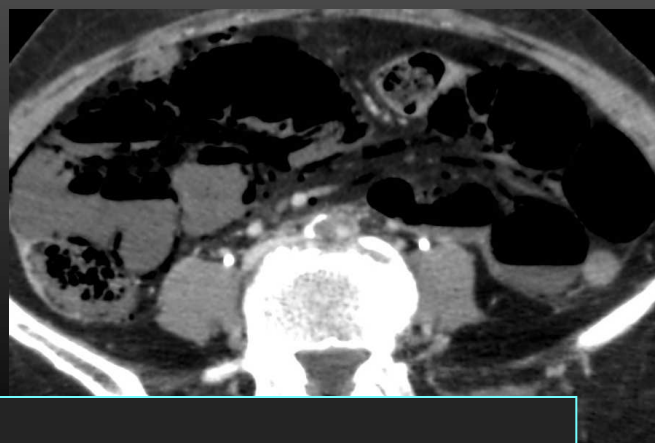
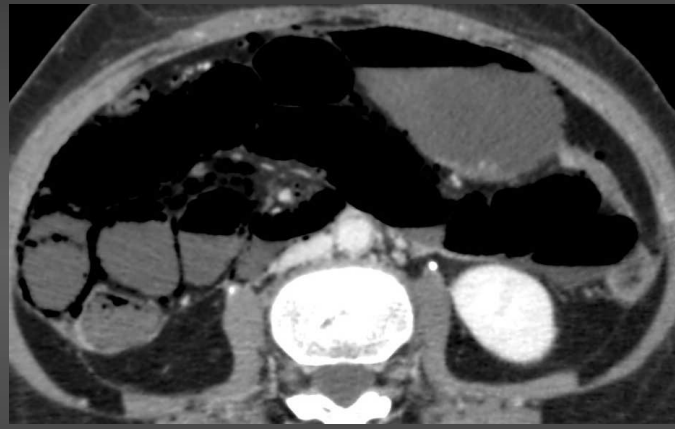
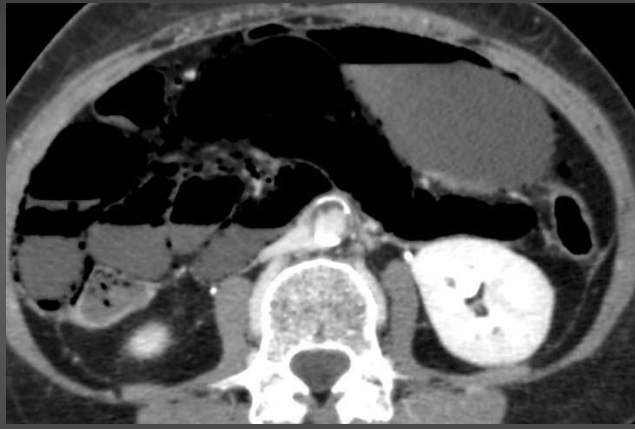
- Douleurs abdominales plus intenses
- Abdomen distendu

Tps artériel





Tps portal



Diagnostic
Infarctus mésentérique massif

Ischémies artérielles aiguës

- **AMS souvent normale +++** (embolie distale, bas débit), parfois thrombus tronculaire
- **Peu ou pas d'épanchement péritonéal**
- **Distension des anses**
- **Absence de rehaussement** et **amincissement** de la paroi des anses
- Importance de la **stratification** persistante ou non pour le pronostic
- Pneumatose pariétale des anses
- Aéroportie, aéromésentérie

1- Embolie (FA+++)

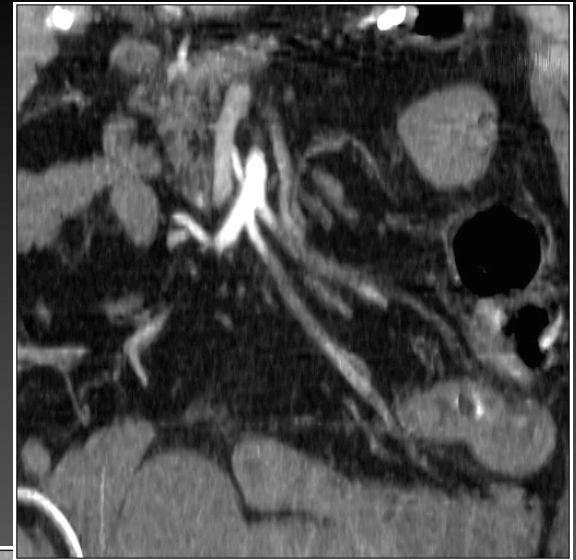
2- Bas débit circulatoire : atteinte multi-territoriale (TC, AMS, AMI), dépendant de la qualité du réseau de vicariance

3- Thrombose tronculaire

Signes directs

Embolie de l'AMS

Rare...et non obligatoire +++

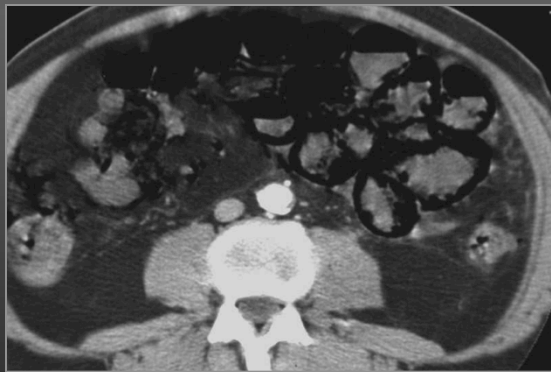


Signes indirects : paroi

Nécrose = infarctus transmural

Étendu... ou segmentaire

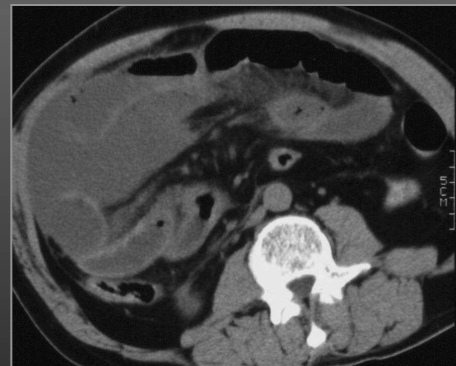
Pneumatose
pariétale



Absence de
rehaussement des
parois



Distension du
segment nécrosé



Contenu
fécaloïde



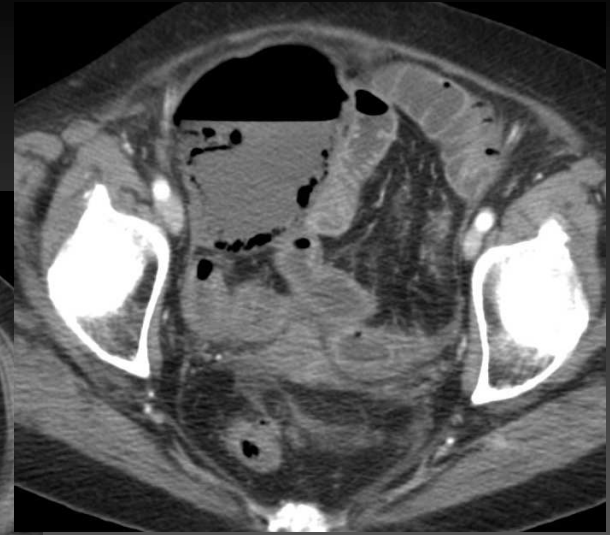
Anses « atones »,
niveaux



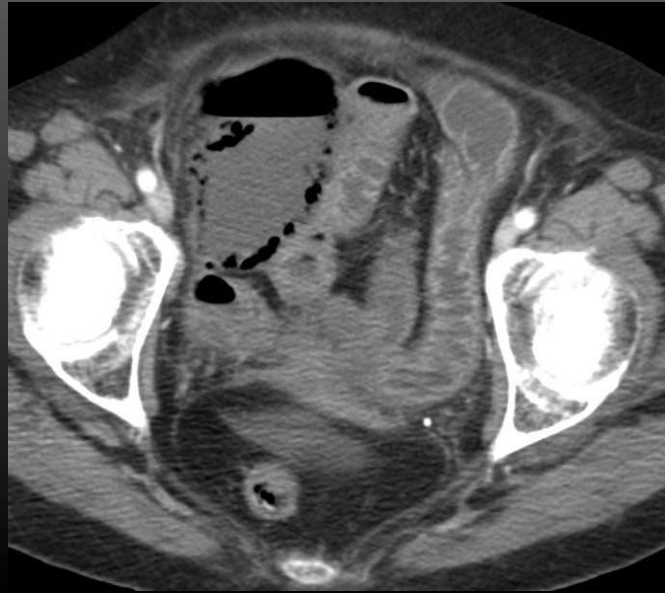
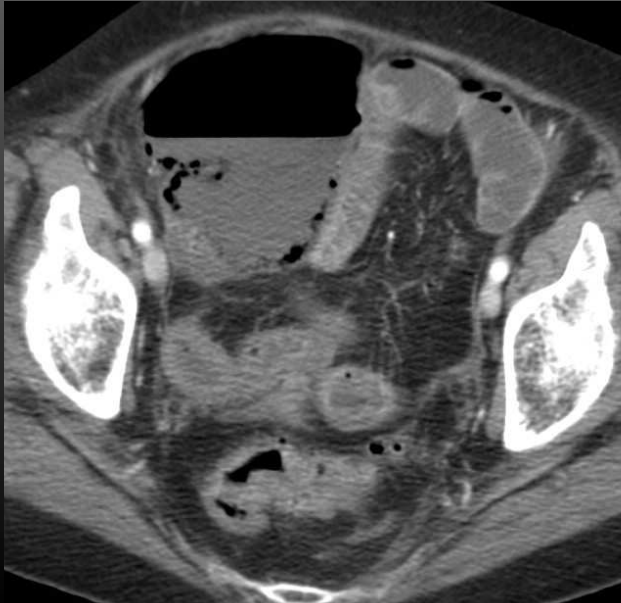
Hyperdensité spontanée
: diathèse hémorragique

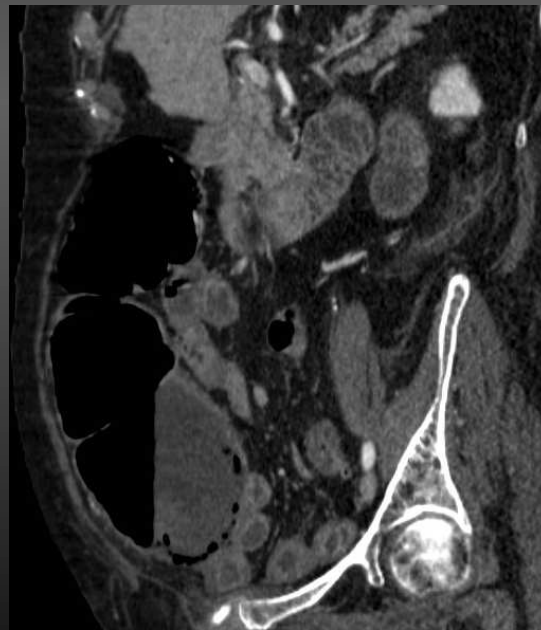
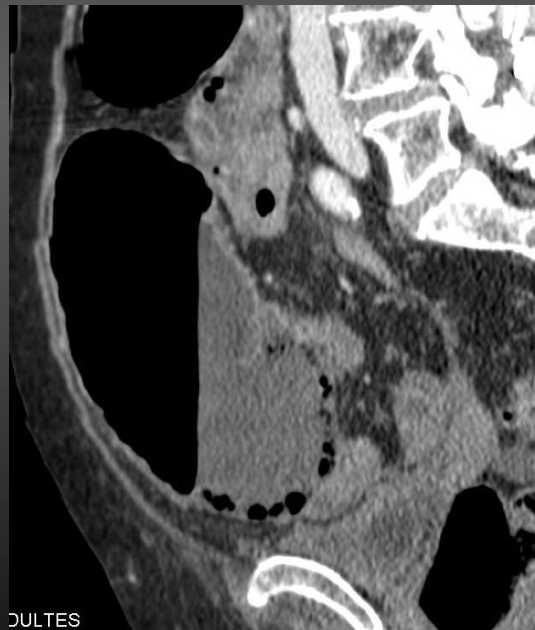
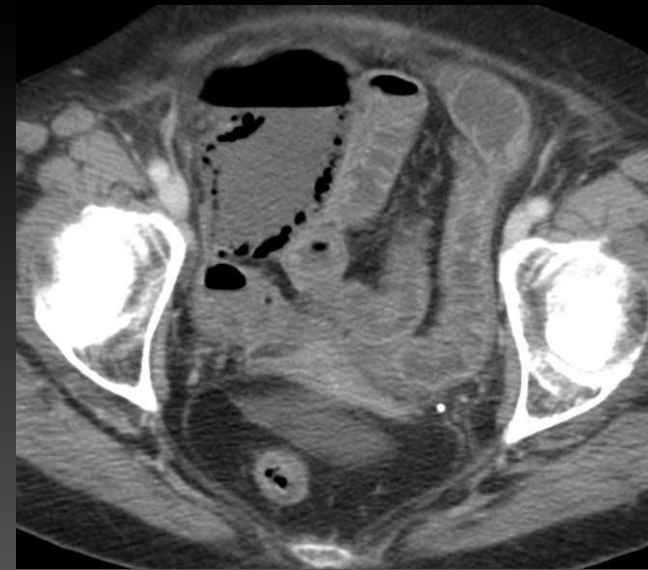
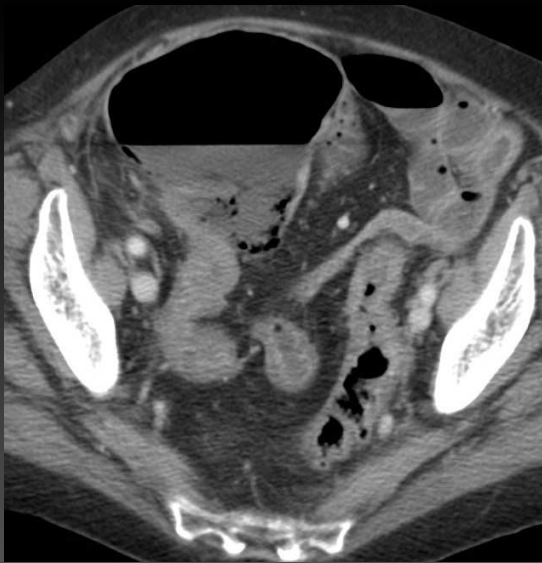
Cas 14 : Femme 81 ans

- Opérée d'un RAC serré il y a 6 jours
- Syndrome occlusif depuis 72 heures



Artériel





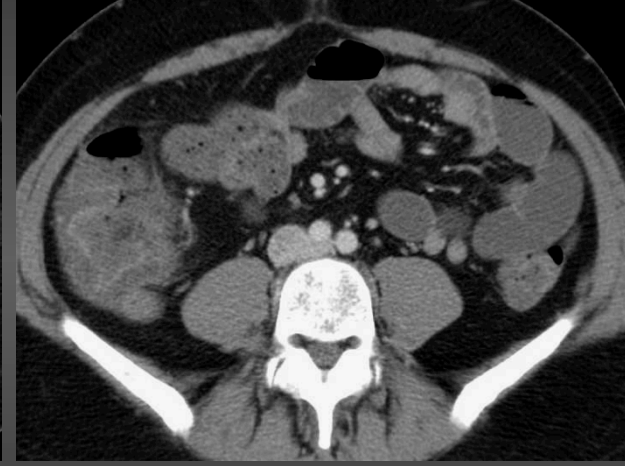
Veineux

Diagnostic
Nécrose iléo-caecale sur bas débit

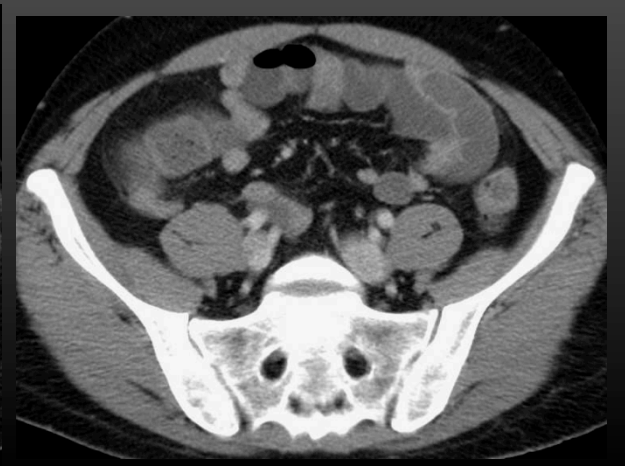
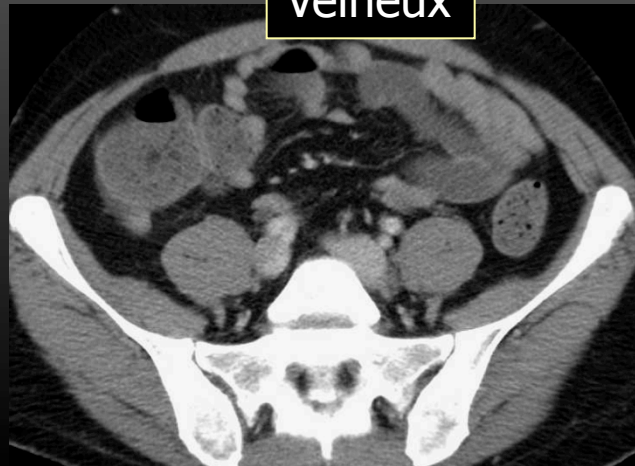
Cas 15 : Homme de 36 ans

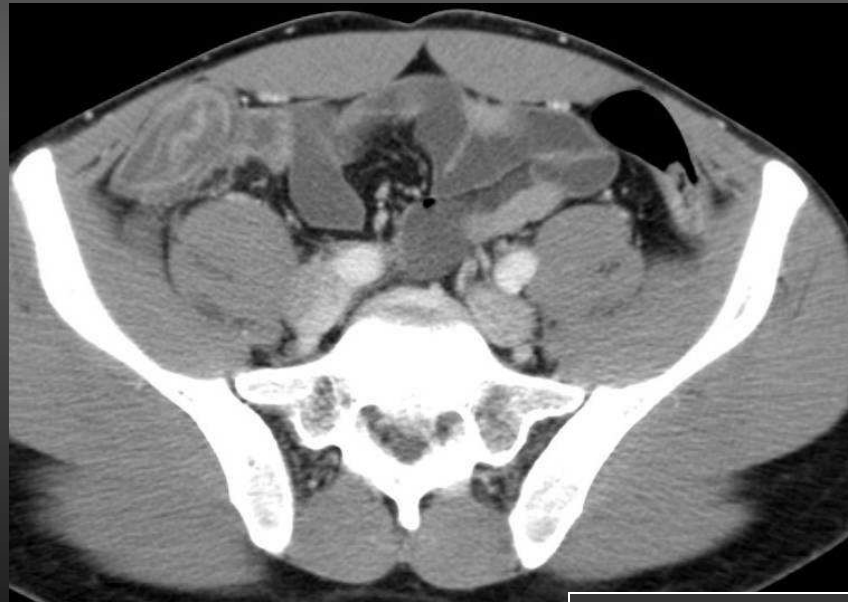
- Syndrome infectieux
- Douleur du flanc droit
- ATCD: LAL avec pancytopénie

Diagnostic
Colite neutropénique (typhlite)



Veineux





Cas 15 bis

Leucémie, lymphome, anémie
aplasique, post-transplantation,
ischémie ou infection

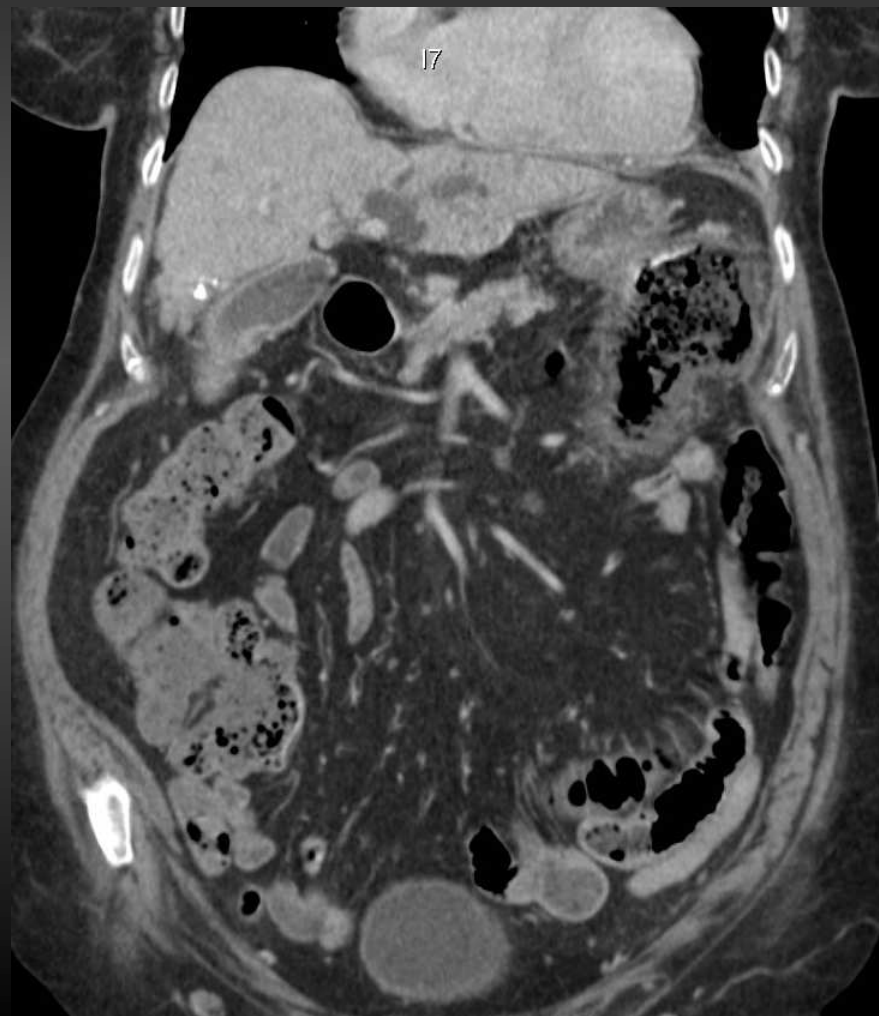
artériel



tardif



portal



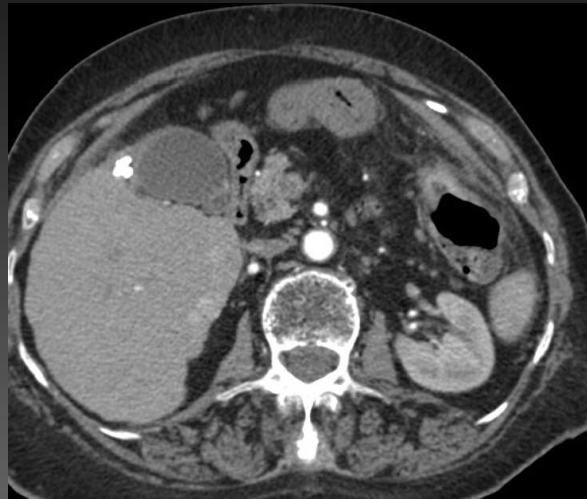
Cas 16

Femme 82 ans

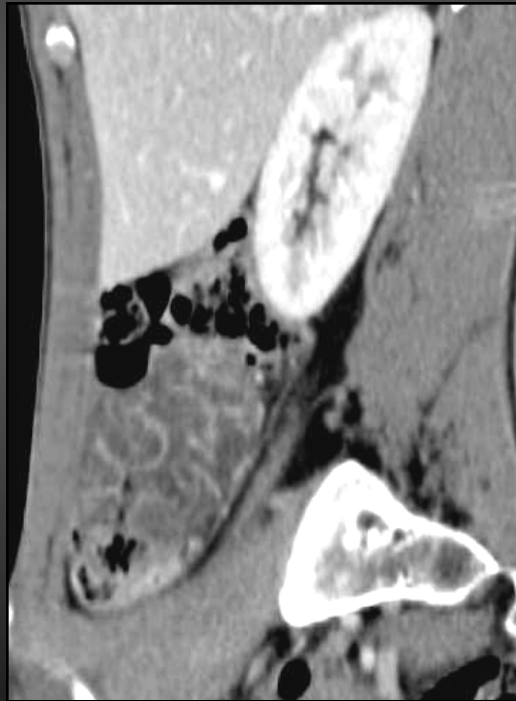
Douleurs
abdominales
diffuses

Diagnostic
Sténose ischémique angulaire gauche séquellaire

Contrôle à distance



Cas 17 : Femme 27 ans



Sportive
Colite du marathonien

Vasoconstriction, hypovolémie
Angle colique G et caecum



Cas 18

Colite ischémique

Ischémies sub-aiguës

- Athérome sténosant : colites ischémiques +++
- Vascularites : Lupus, PR, PAN, Wegener, amylose
- Radiques
- Obstructions artérielles avec réseau de vicariance
- Bas débit cardiaque chronique
- Amont d' un cancer
- Distension colique (obstruction)

Angle colique G, sigmoïde

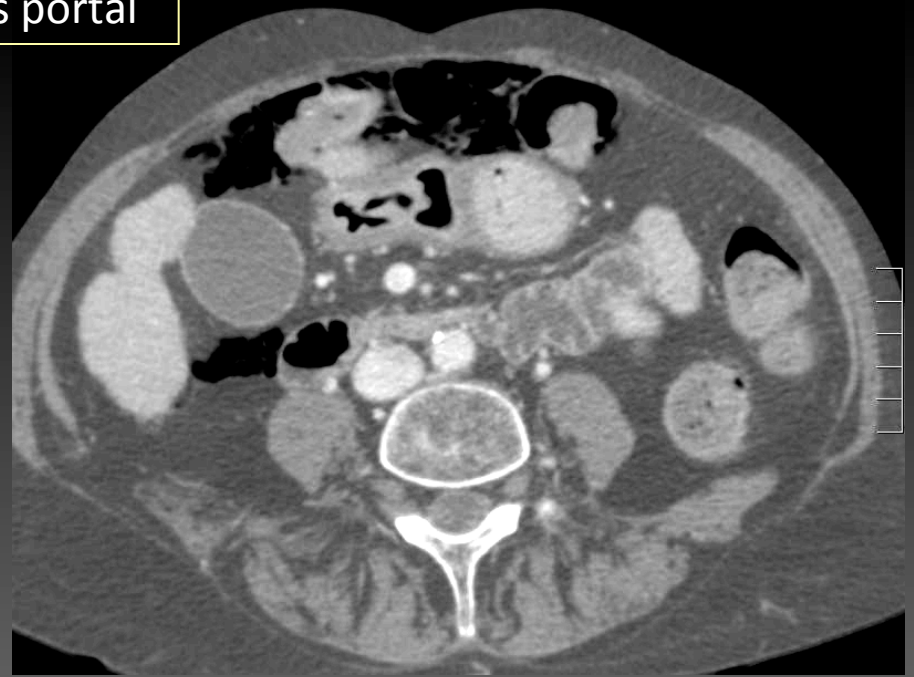
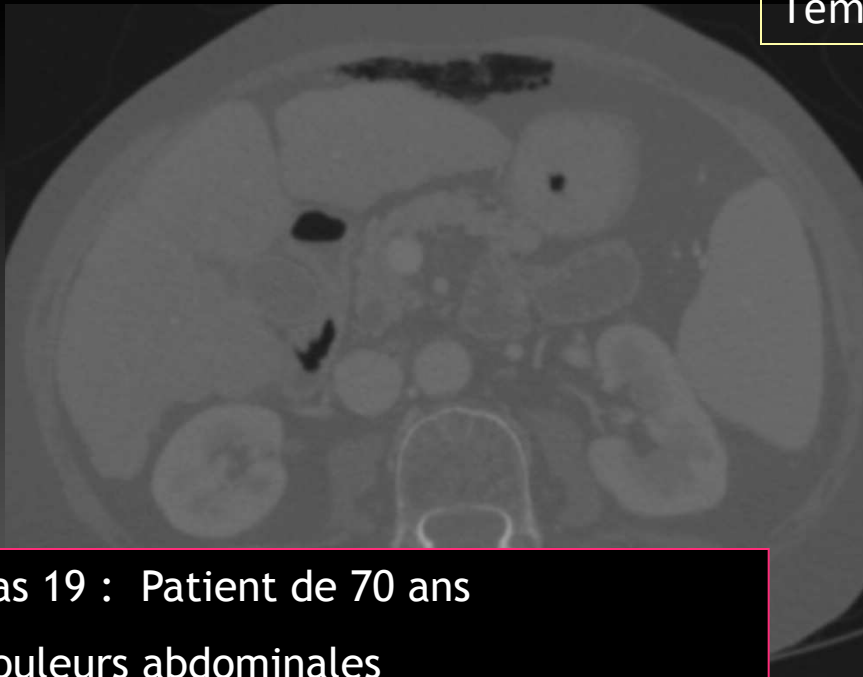
Sensibilité particulière du *caecum* +++ jeune

Pas d' amincissement pariétal

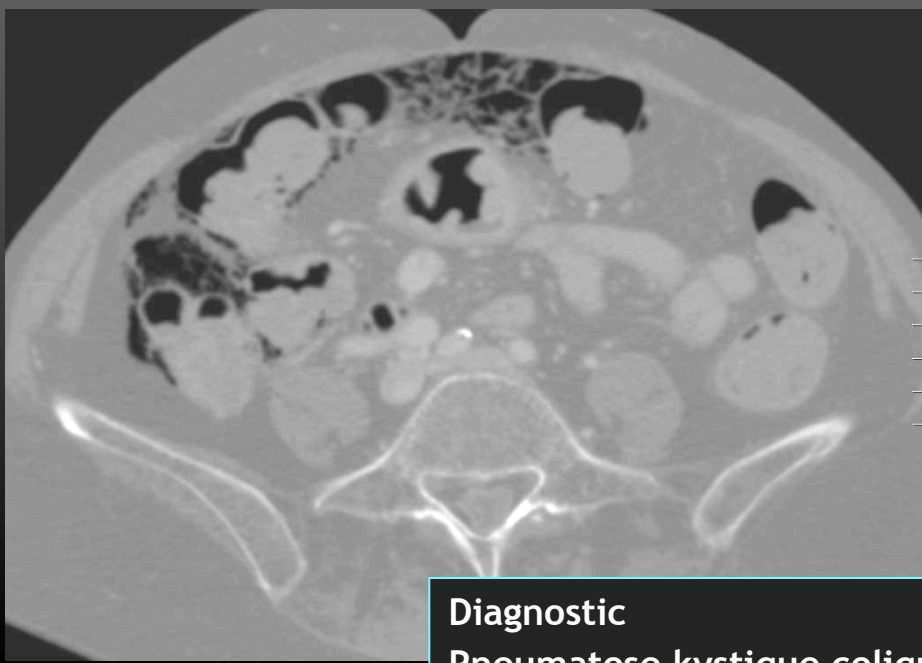
Œdème sous-muqueux

Sténoses++

Temps portal



Cas 19 : Patient de 70 ans
Douleurs abdominales

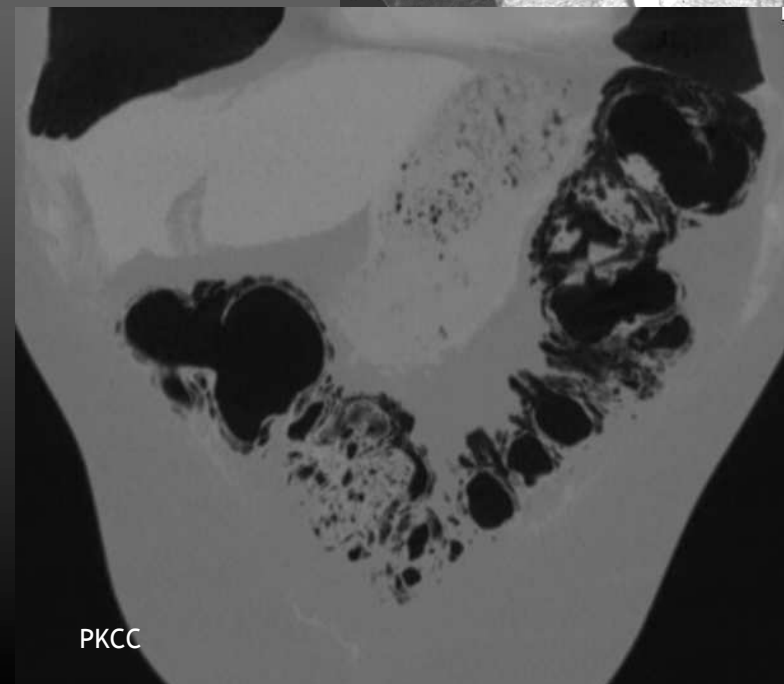
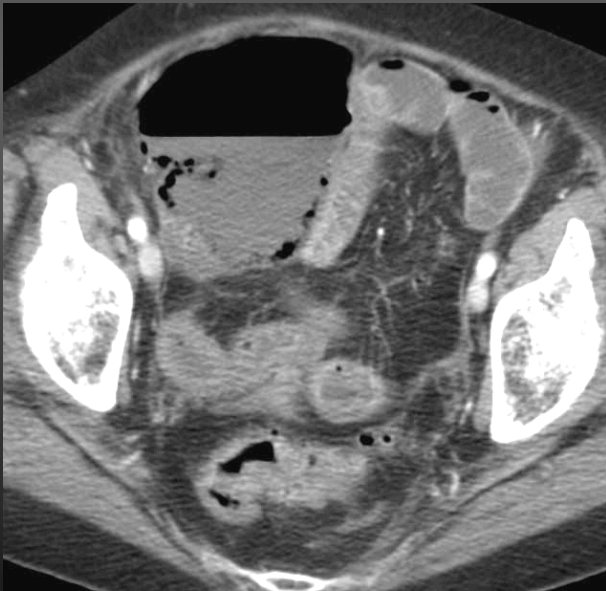
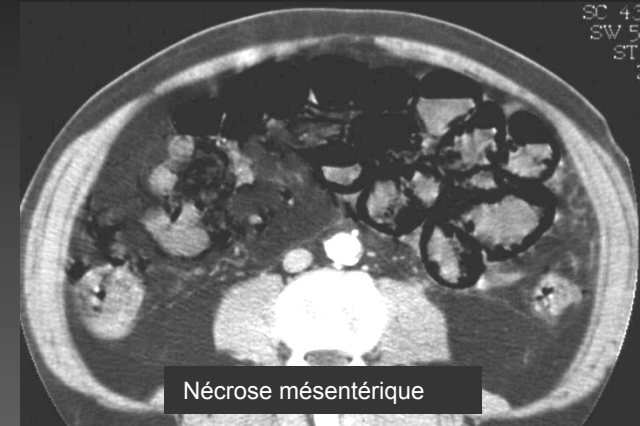


Diagnostic
Pneumatose kystique colique de l'adulte

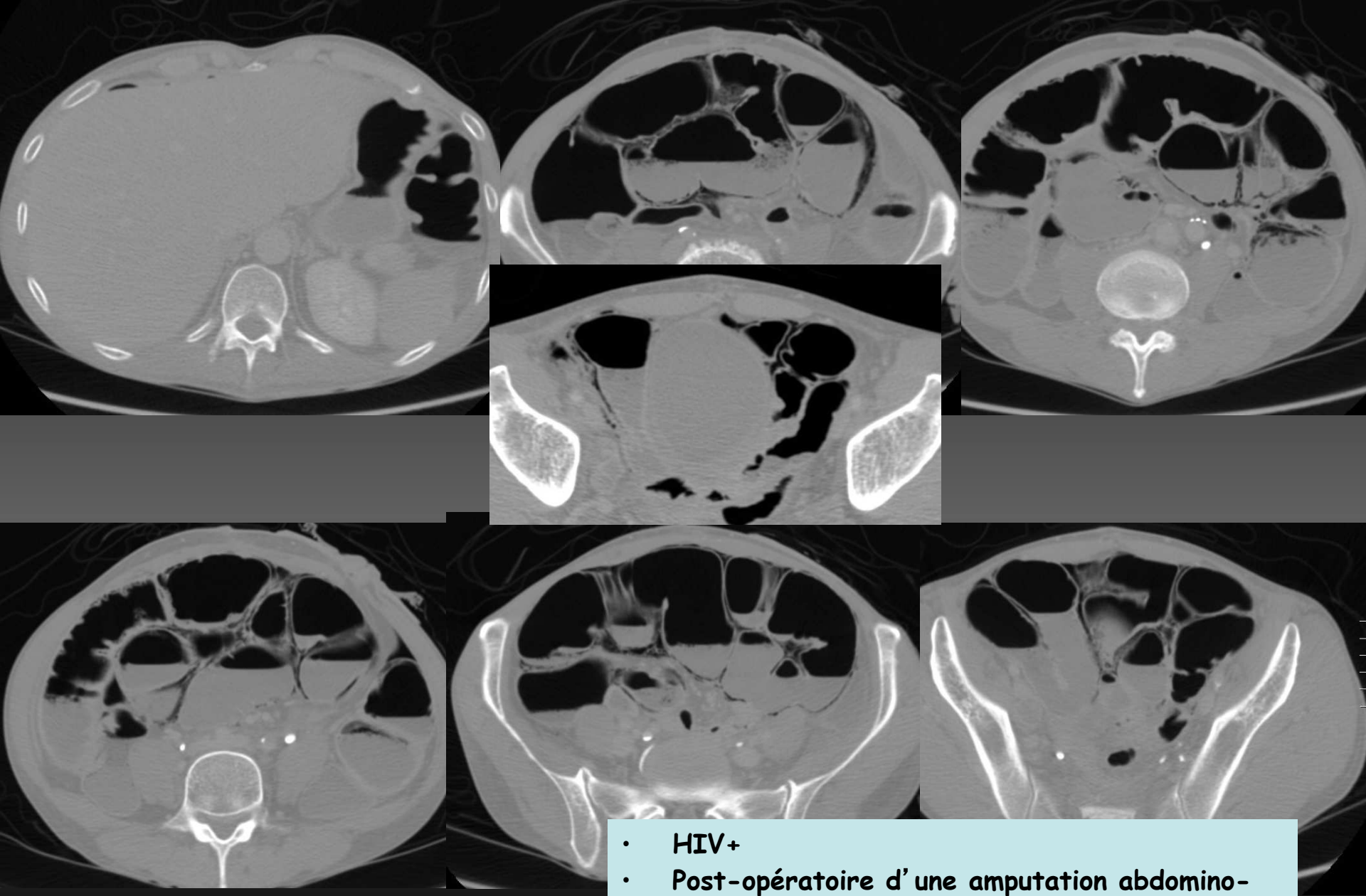
Pneumatose digestive

- altérations paroi intestinale
- distension
- infection

ischémique
Inflammatoire
infectieux
traumatique

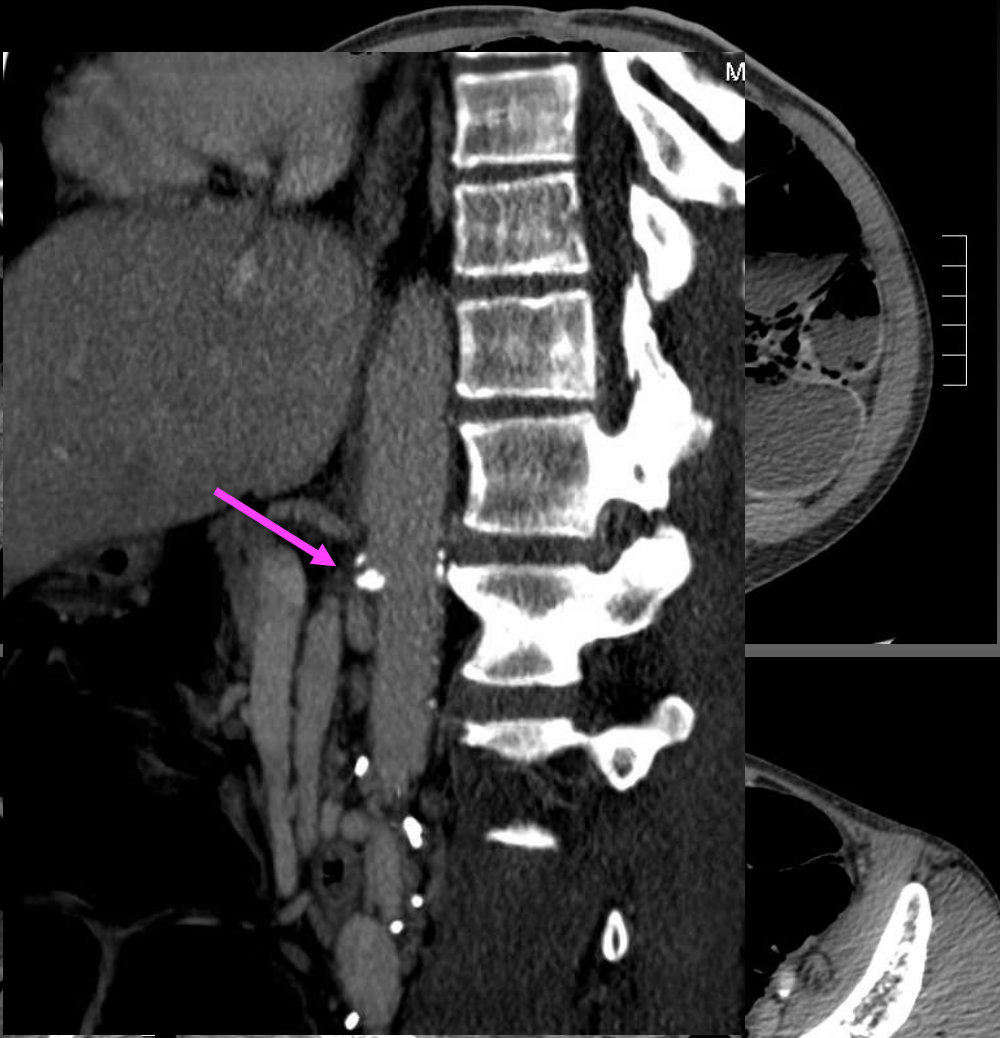


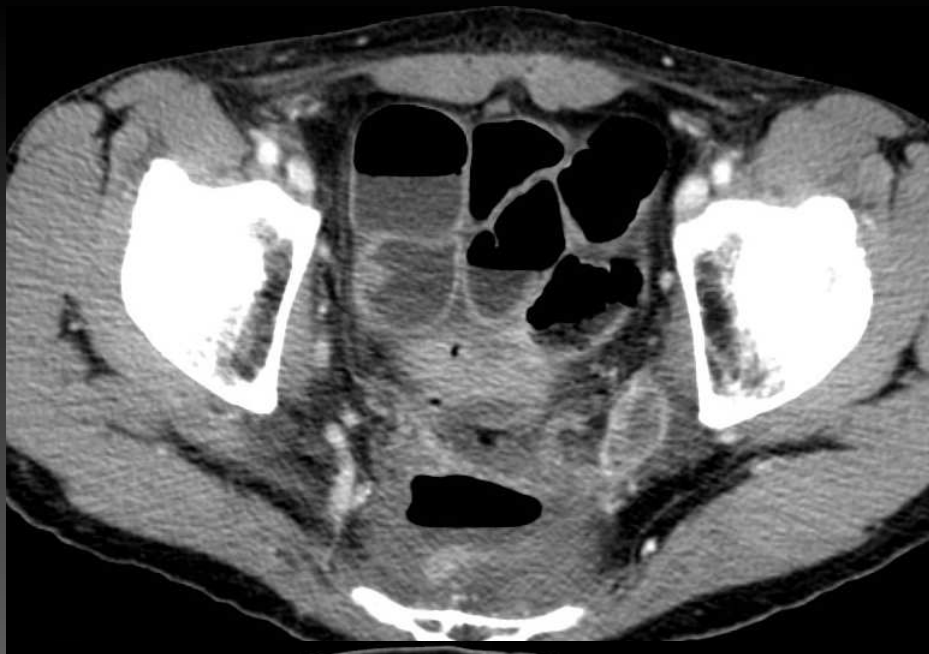
C' est parfois plus compliqué...



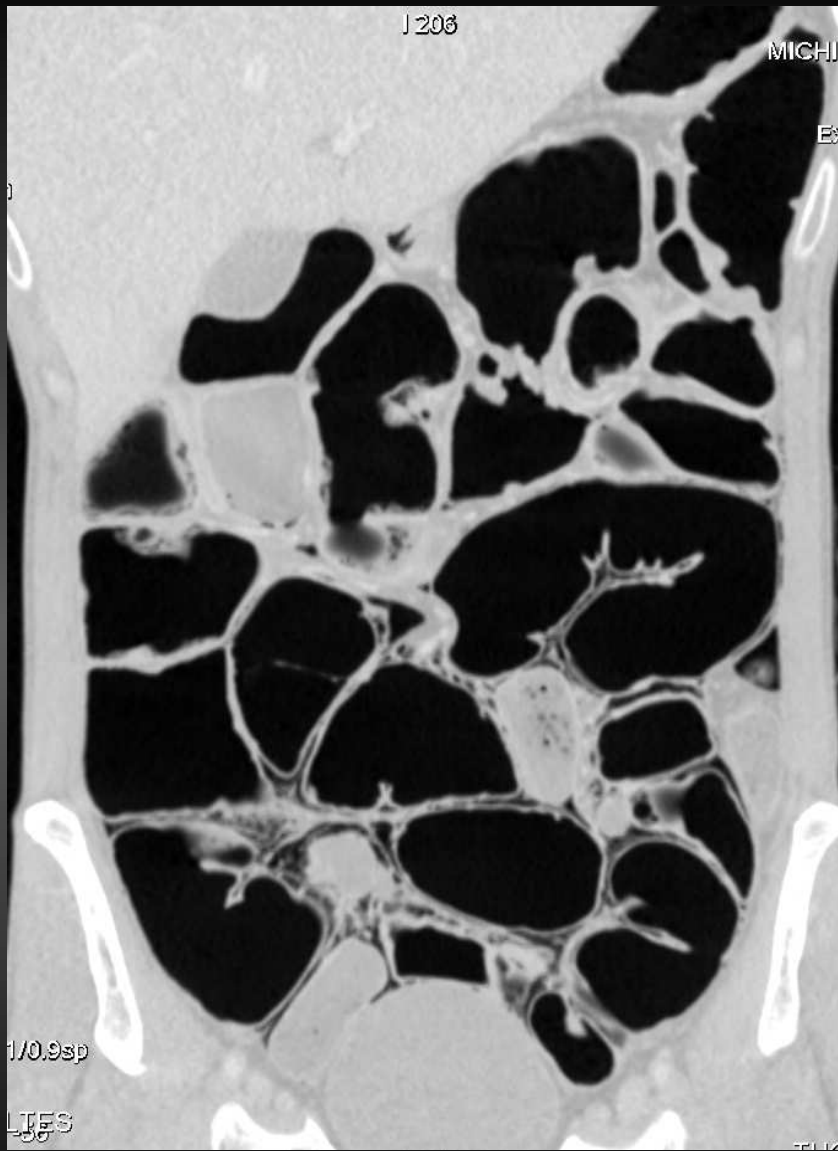
Cas 20 : Homme 46 ans

- HIV+
- Post-opératoire d'une amputation abdomino-périnéale (cancer canal anal)
- Reprise à 1 mois pour fistule grêle
- Occlusion : contrôle





(10 J auparavant)



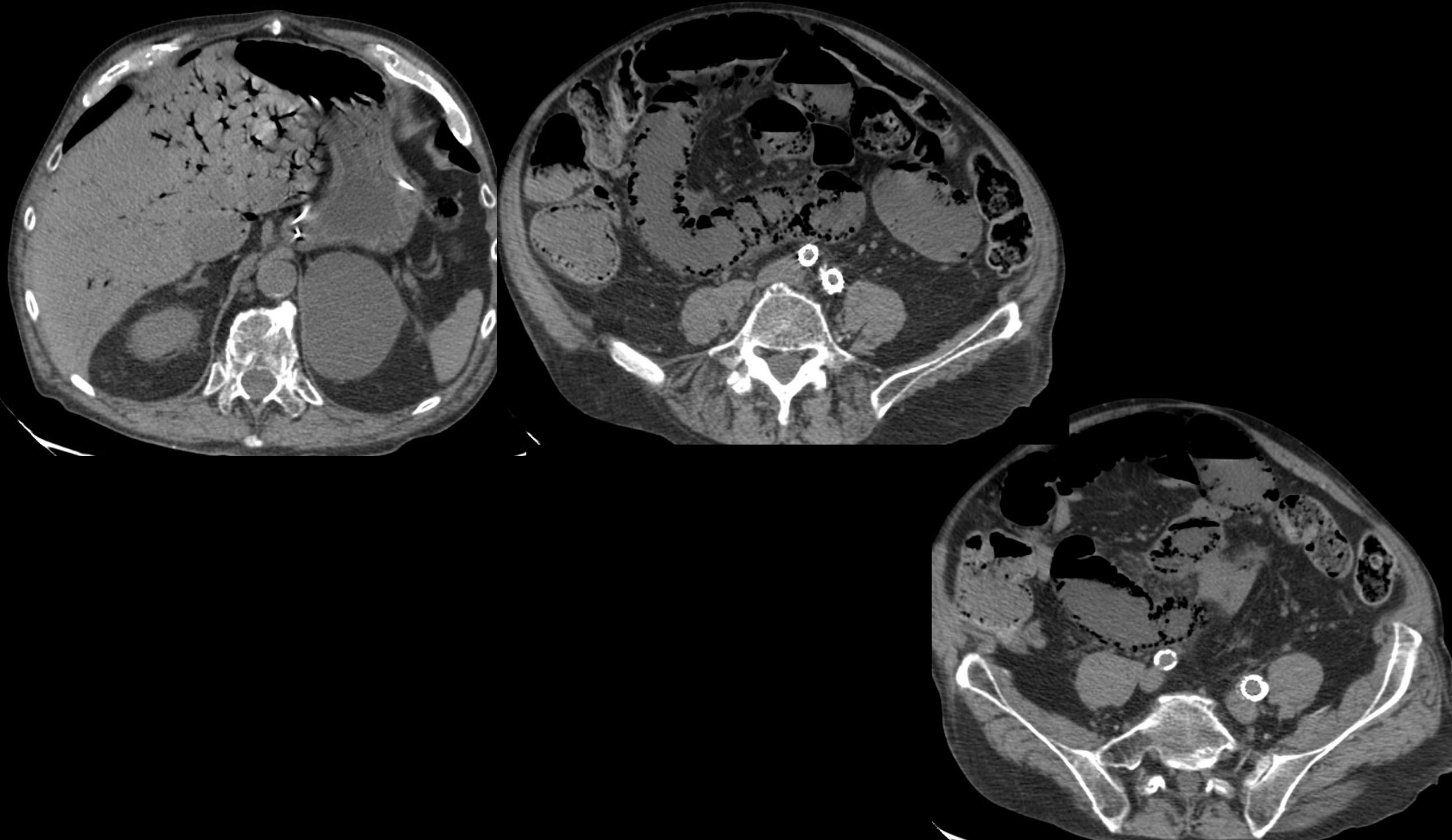
Pneumatose intestinale sans nécrose digestive

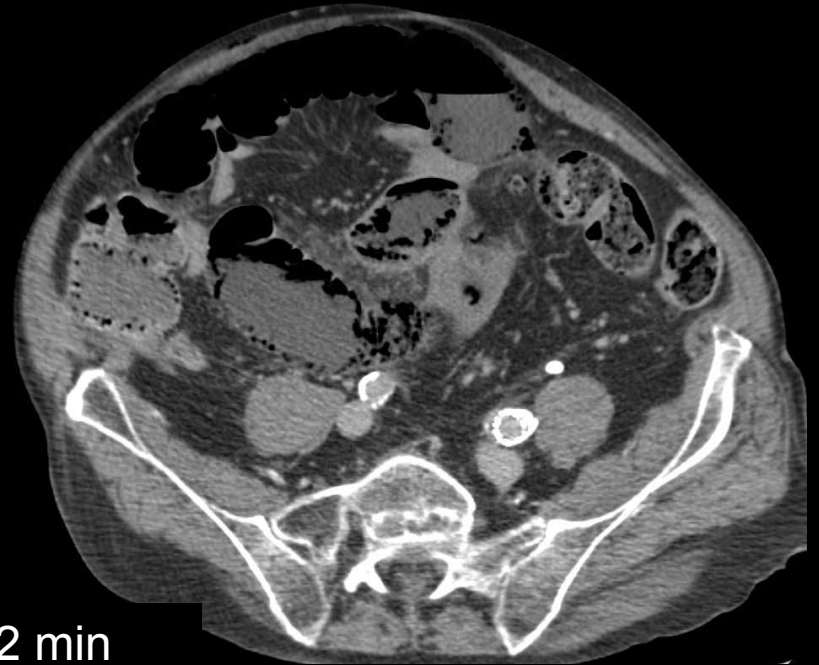
Évolution favorable...

Cas 21 : Homme 70 ans

Carcinome ORL + Métastases pulmonaires

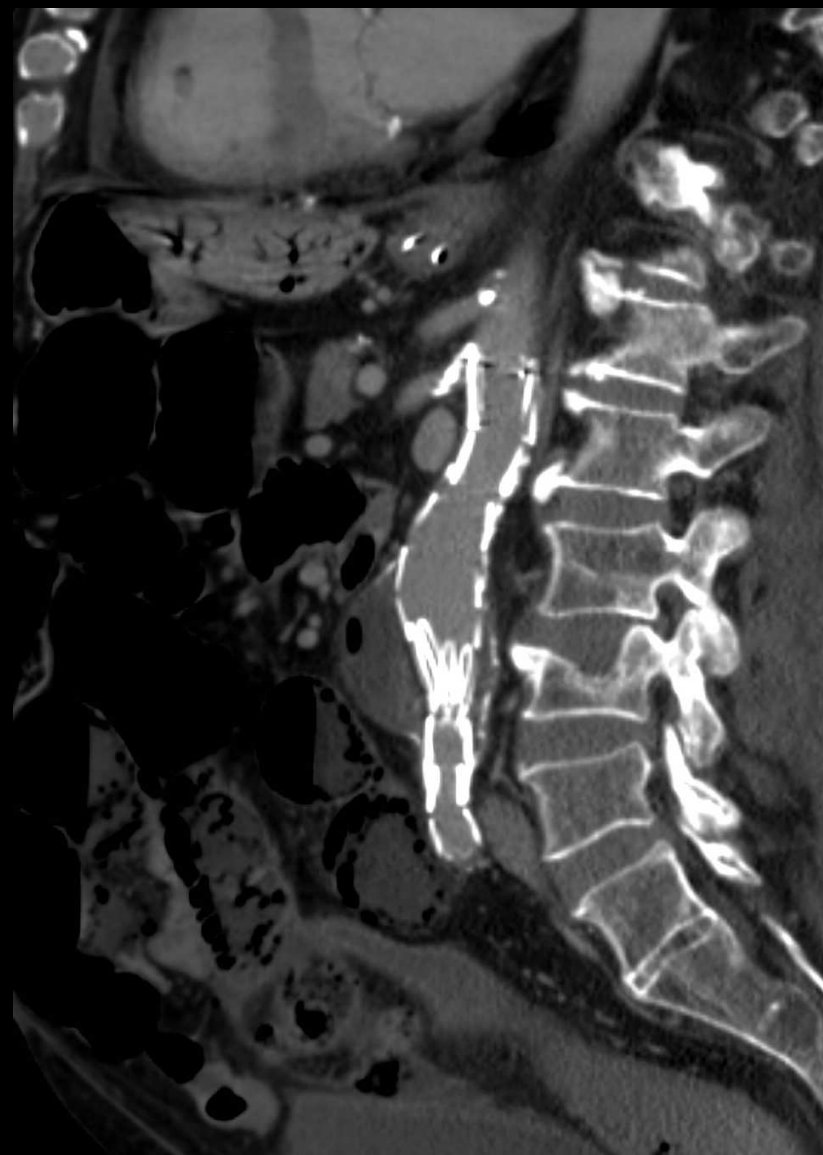
J7 Post-opératoire d'un anévrisme de l'aorte abdominale (endoprothèse)





Sans IV

2 min



Sténose serrée ostiale de l' AMS

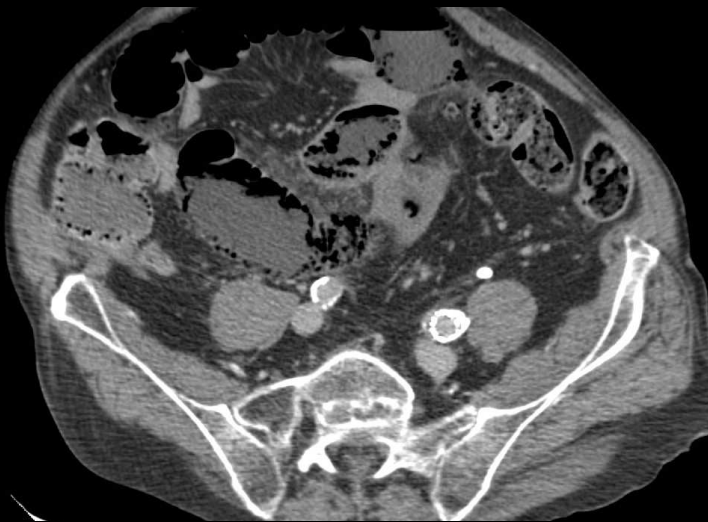
Diagnostic : ischémie colique D et grêle,
infarctus du grêle

Pas d' intervention en urgence

Contrôle 4 jours + tard

- Disparition de la pneumatose
- Rehaussement pariétal normal
- Péritonite stercorale sur perforation sigmoïdienne
- Chir : perforation sigmoïdienne, pas d'ischémie

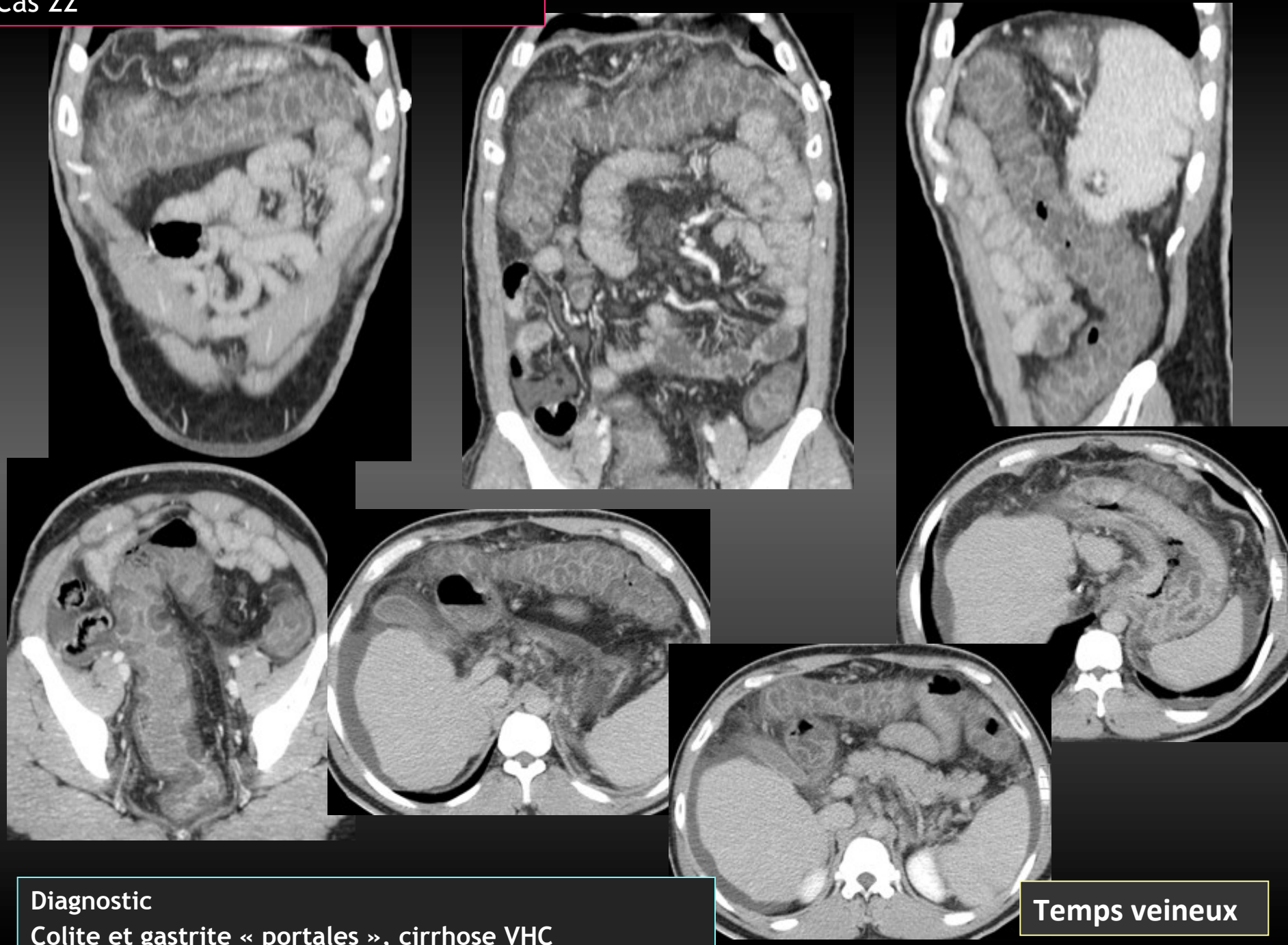
... Origine de la pneumatose initiale : infarctus? Pullulation?



J7



J11



Diagnostic
Colite et gastrite « portales », cirrhose VHC

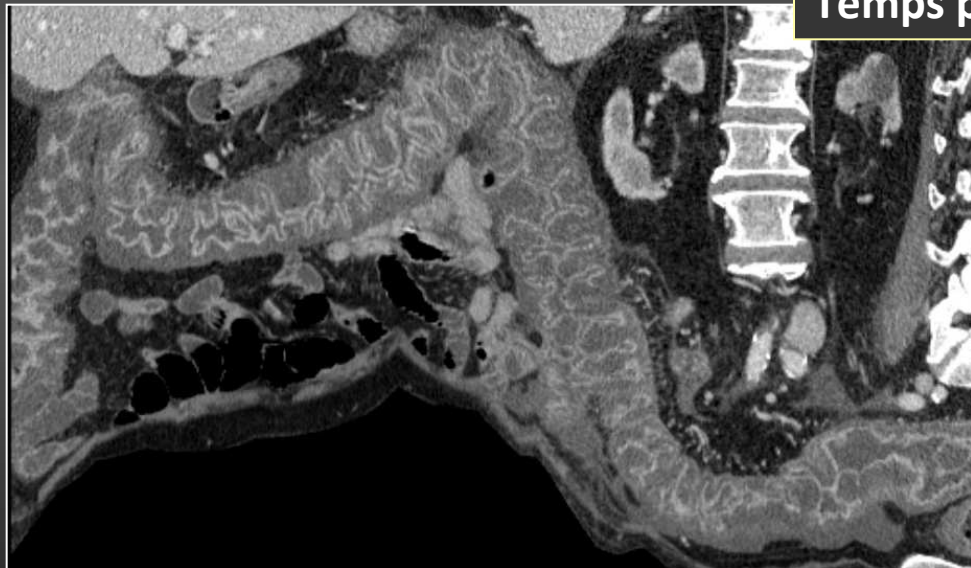
Temps veineux

Cas 23

- Diarrhée fébrile depuis 10 jours
- ATCD : diabète, Polyarthrite rhumatoïde sous Cortancyl



Temps portal



Diagnostic
Colite pseudo-membraneuse

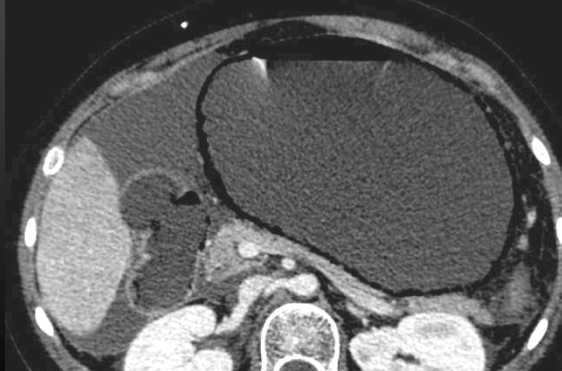


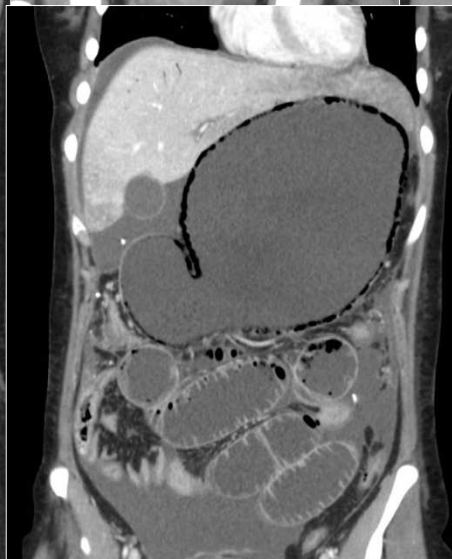
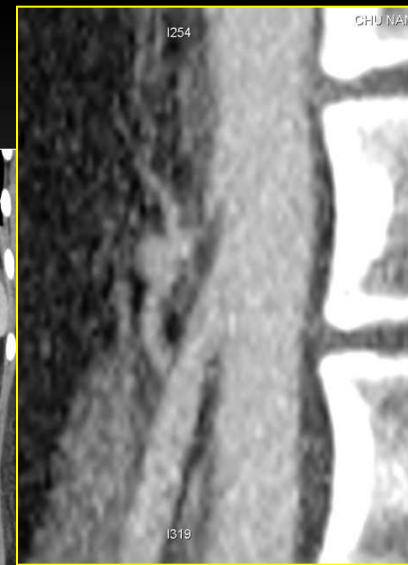
Cas 24 : Jeune femme de 24 ans

- **ATCD** : tumeur cérébelleuse dans l'enfance, dérivation ventriculo-péritonéale
- **Arrêt des matières et des gaz depuis 2 jours**
- **Abdomen tendu et douloureux**
- **Fébricule**
- **CRP à 150 mg/L**
- **Thrombocytose à 1.600.000/mm³**
- **Cytolyse et cholestase**

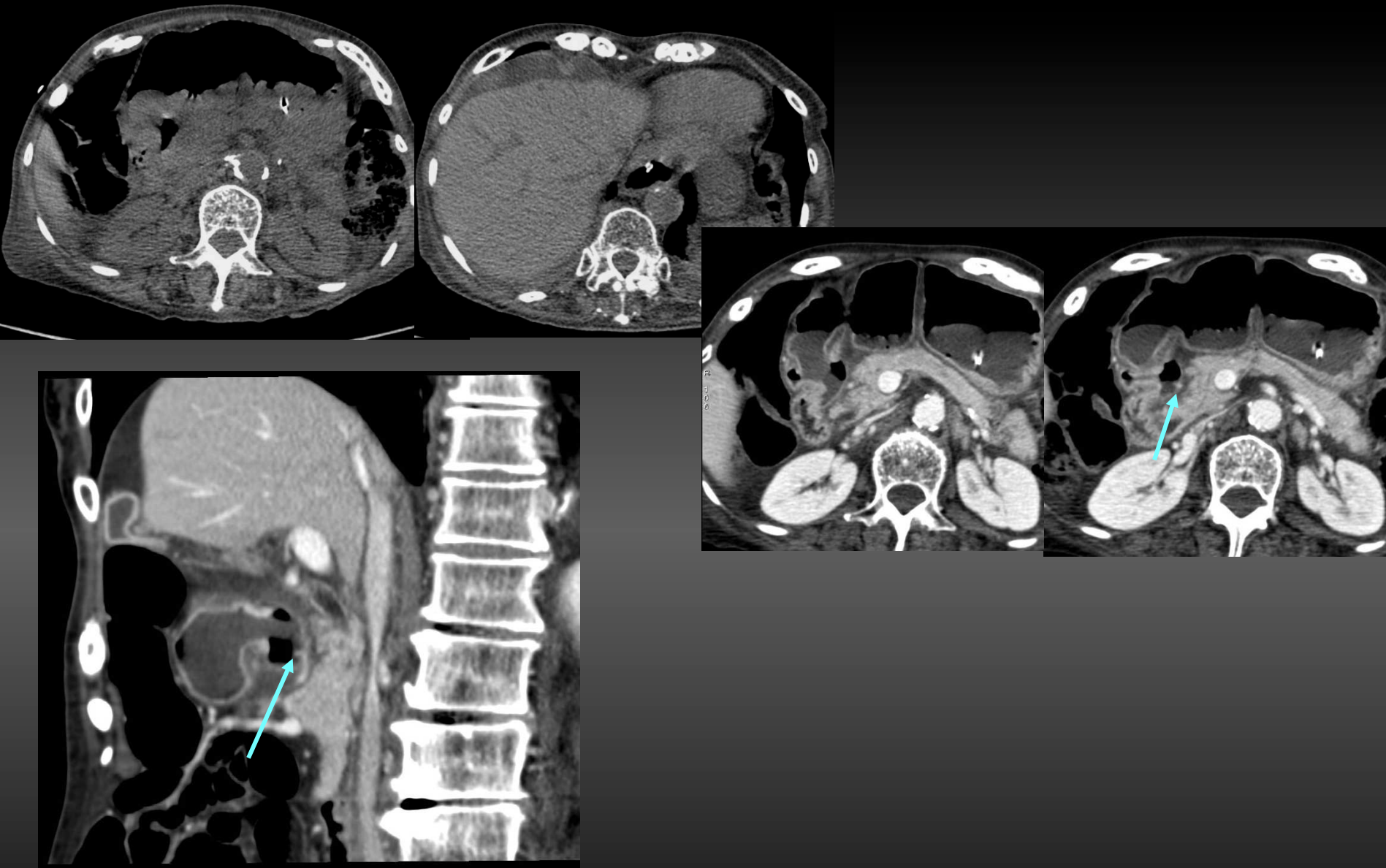


Temps portal





Diagnostic
Nécrose gastrique totale (thrombocytose + sténose serrée TC)
Nécrose hépatosplénique partielle



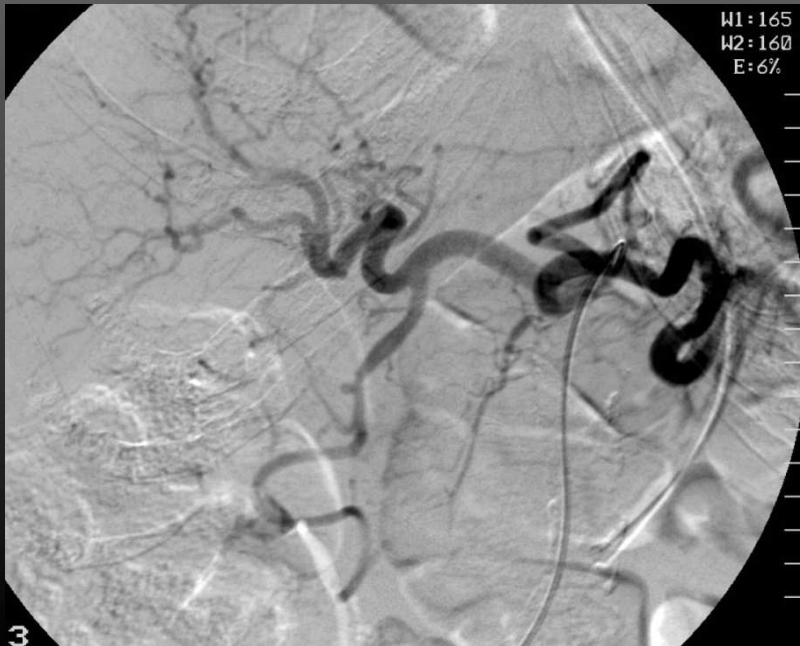
Cas 25 : Femme 82 ans

Ulcère bulbaire et faux anévrisme de l' artère gastro-duodénale

Hémorragie digestive haute abondante ; échec de traitement endoscopique



Traitement endovasculaire

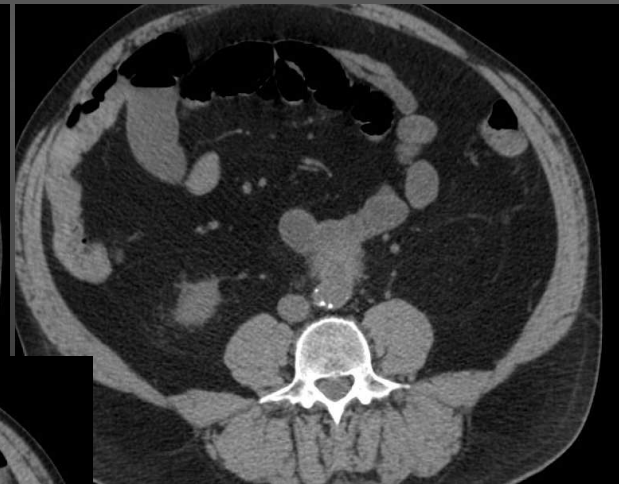
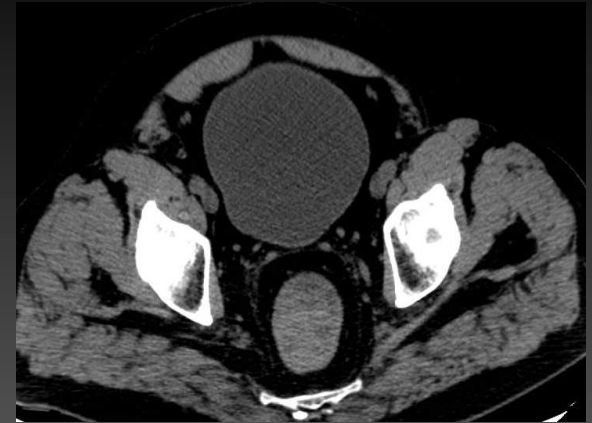


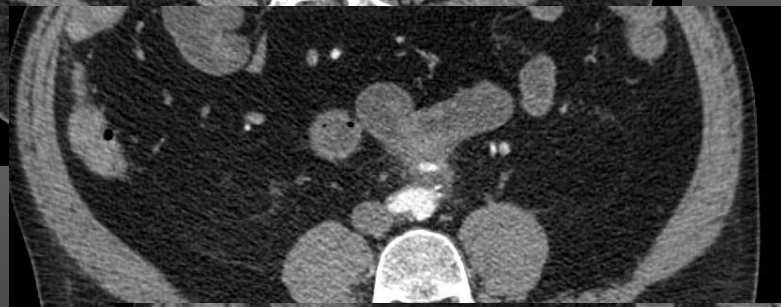
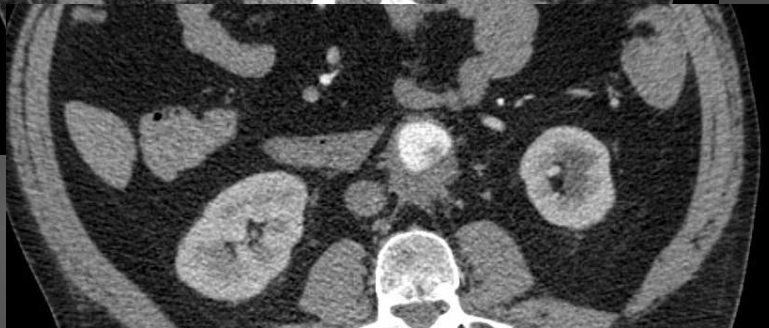
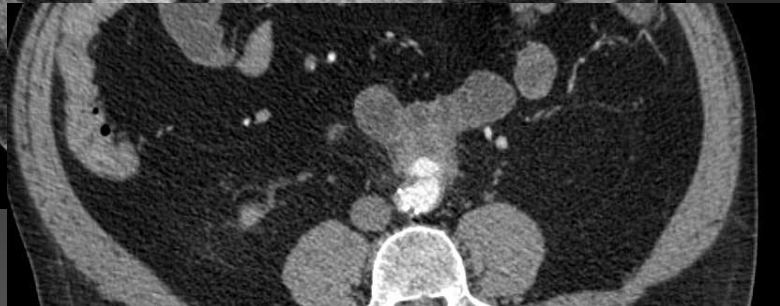
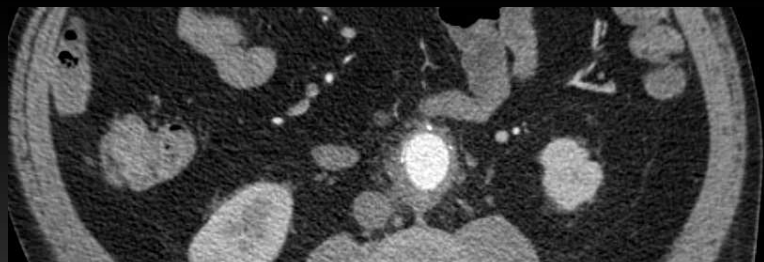
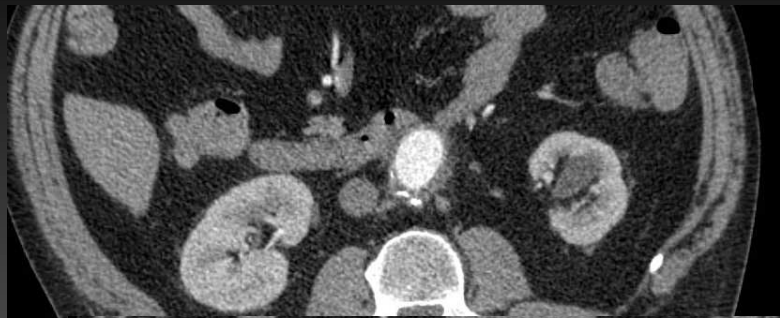
Cas 26 : Homme 65 ans

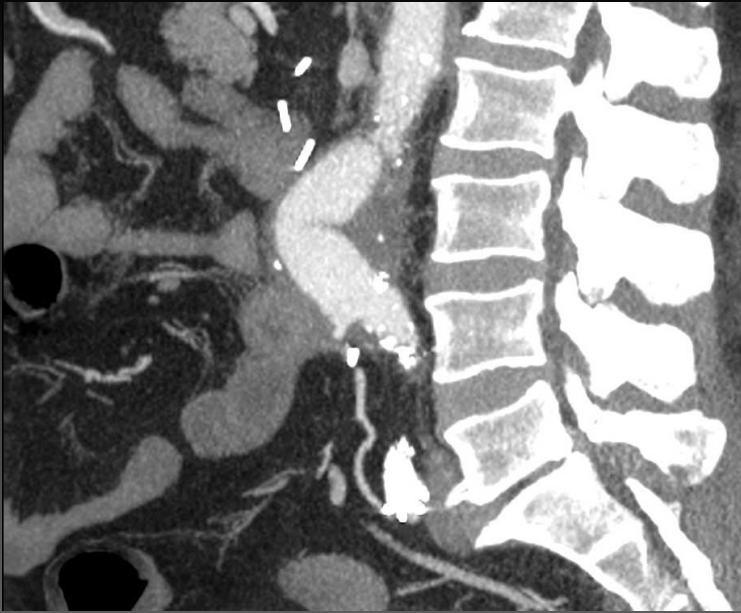
- Rectorragies intermittentes abondantes, avec déglobulisation
- Antécédent de cure d'anévrisme de l'aorte sous rénale en 2005
- Gastroskopie normale
- Coloscopie :
 - Sang
 - Pas de lésion hémorragique visible

Vidéo-capsule endoscopique

-Hématome postérieur de la paroi jéjunale







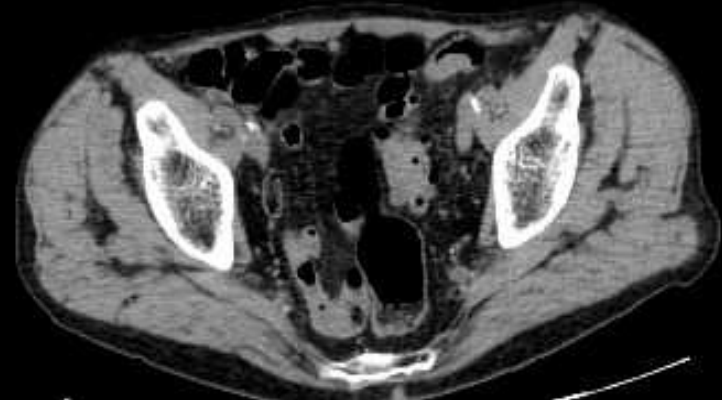
Fistule aorto-digestive



Critères d'infection prothétique :

- présence d'images gazeuses au sein de la collection péri-prothétique
 - épaissement et rétraction des parois intestinales au contact
 - présence d'un faux anévrysme
 - collection liquidienne péri-prothétique
-
- l'extravasation de produit de contraste dans la lumière intestinale n'est quasiment jamais visualisée, son absence ne doit surtout pas remettre en cause le diagnostic de fistule aorto-entérique
 - la ponction d'une collection péri-prothétique peut permettre de confirmer l'infection et de préciser le germe en cause

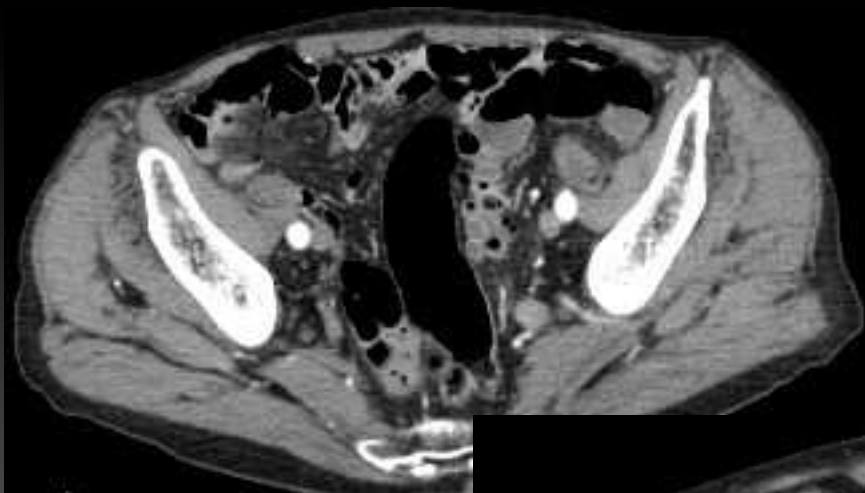
Cas 26 : Homme 73 ans



Sans Injection

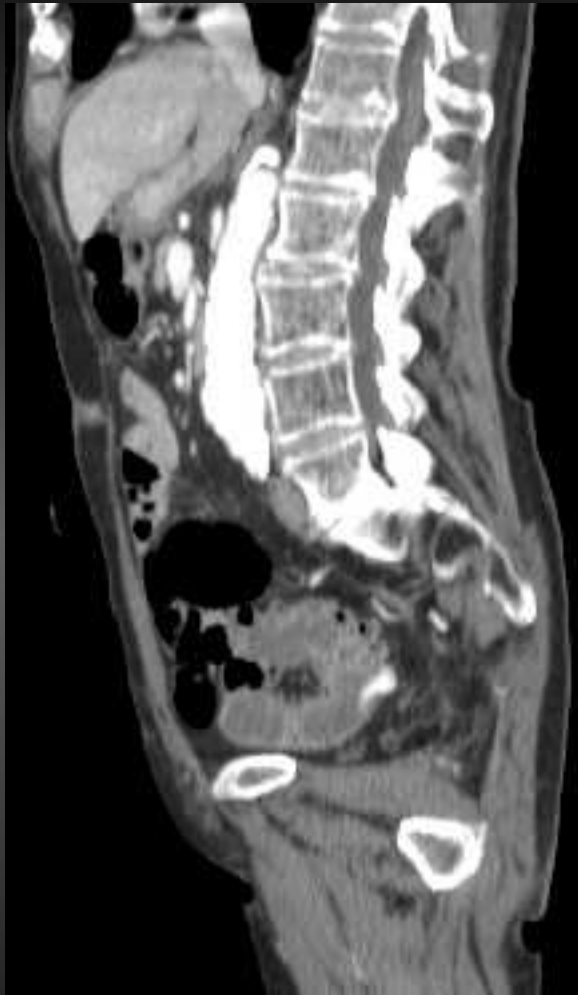
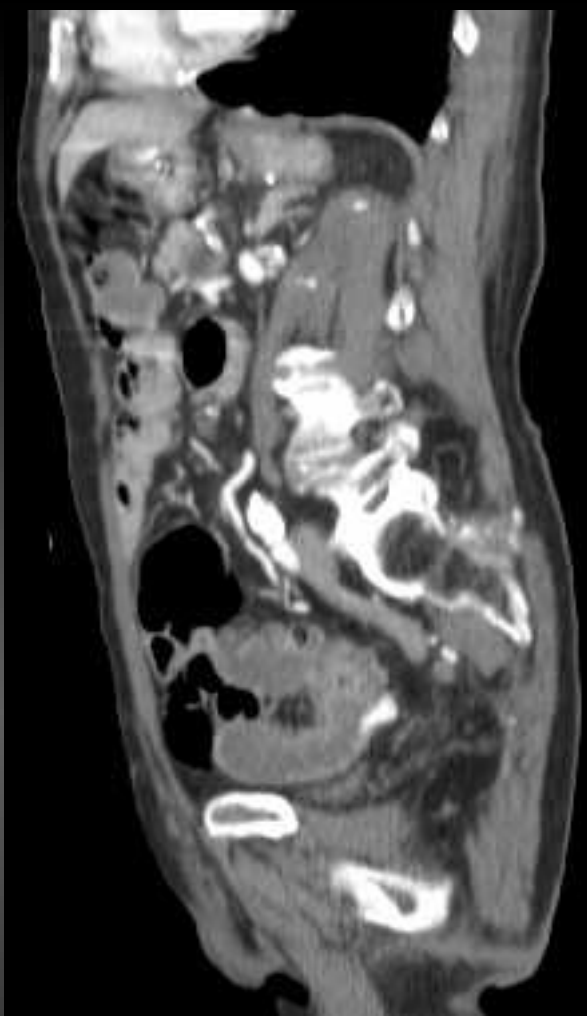
Rectorragies





Artériel





Diagnostic
Diverticule sigmoïdien hémorragique

Merci de votre attention

