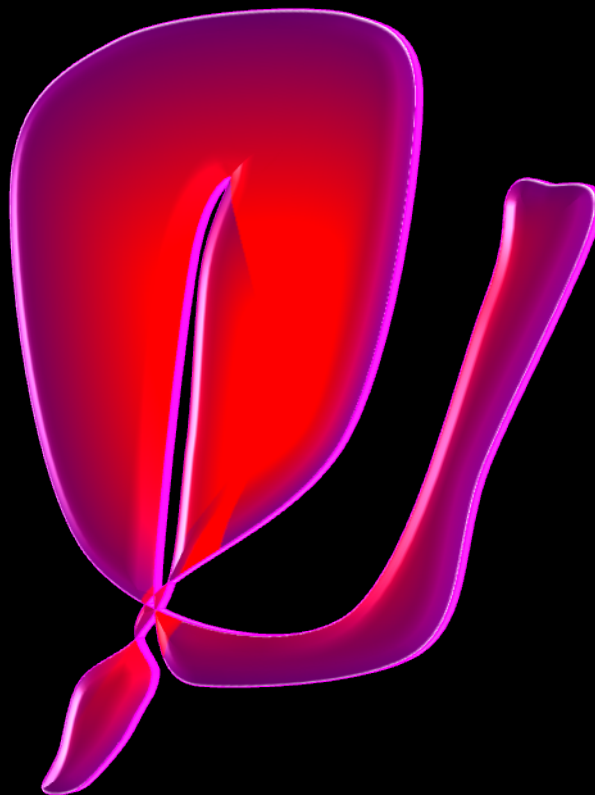
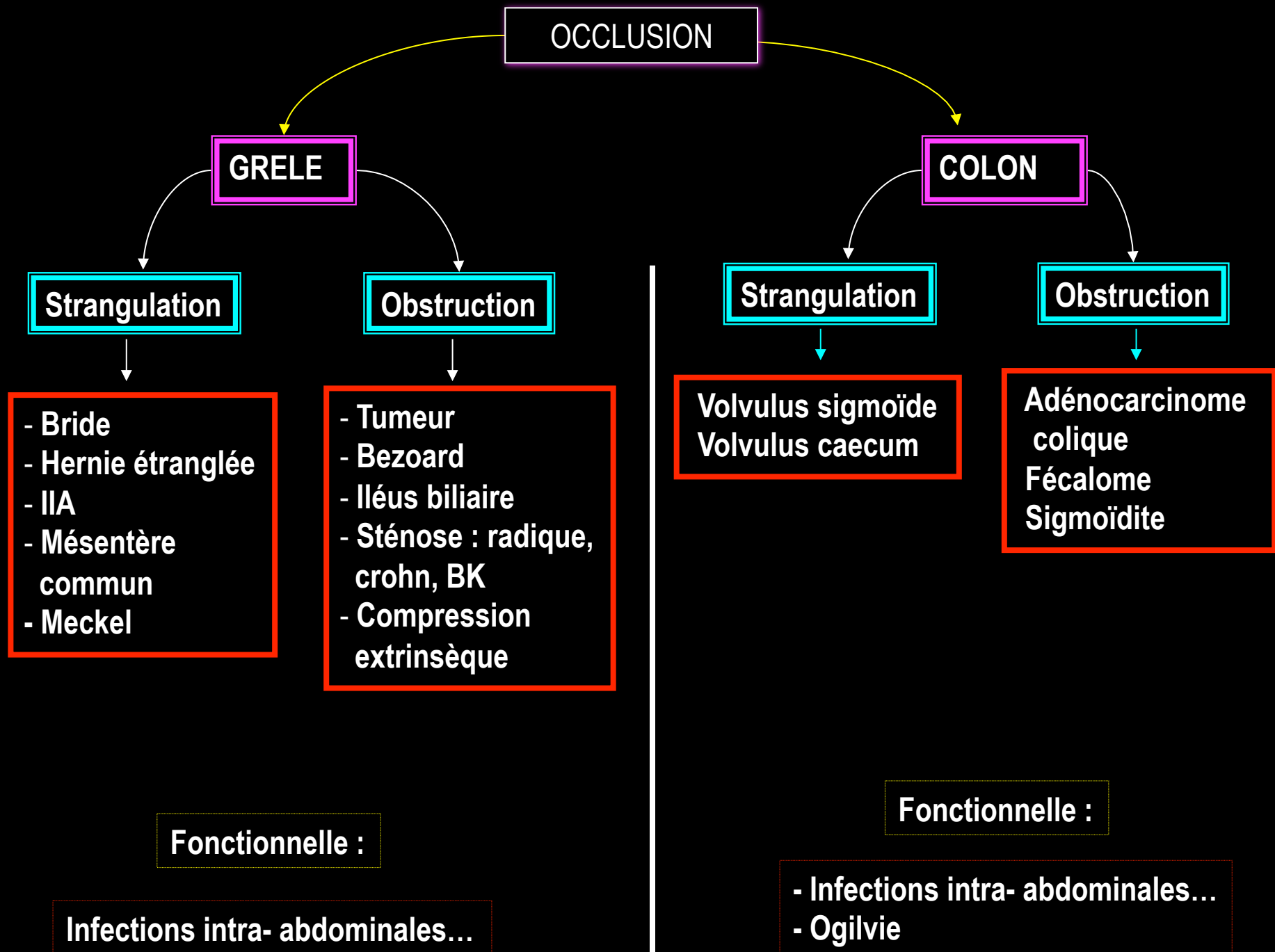




ED Occlusions

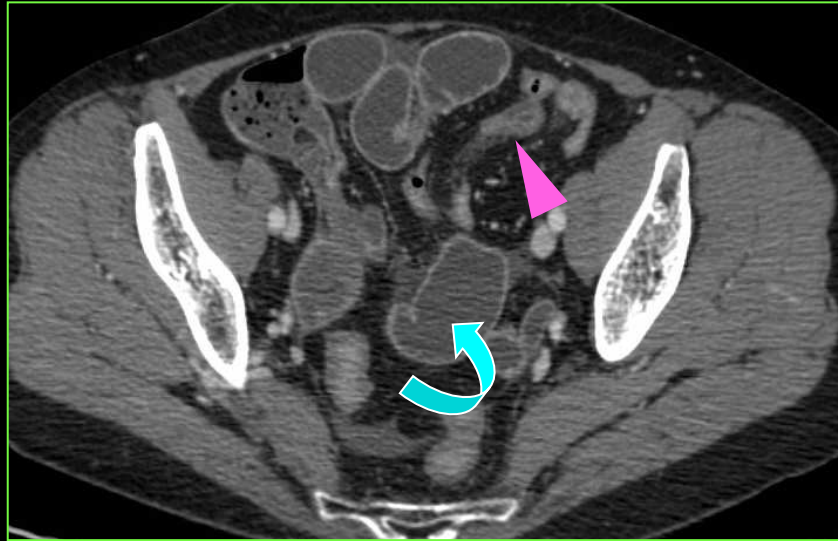


Ateliers Urgences Abdominales CT
Mars 2012



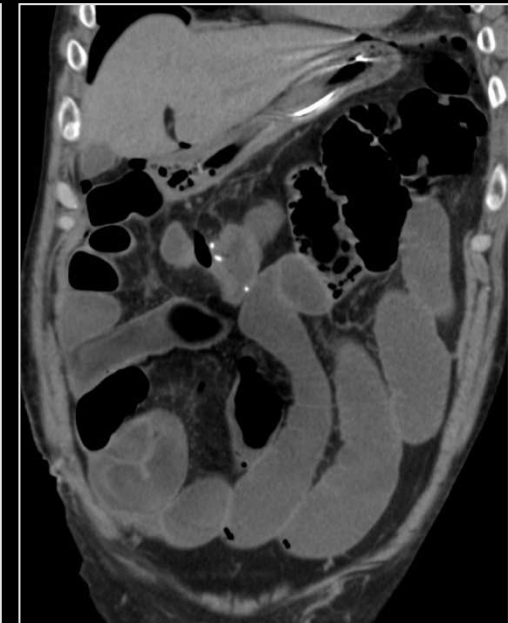
1ère étape: affirmer le syndrome occlusif

éliminer un iléus fonctionnel !!! affirmer la présence de segments non distendus



Occlusion fonctionnelle :

- Distension aérique diffuse
- Peu ou pas de niveaux HA / faible rétention liquidienne
- Absence de niveau transitionnel



Occlusion →

Les dix points clés...



① Distension colique ?



② Iléus biliaire ?



③ Adhérences ?



④ Vx mésentériques ?



⑤ Position du caecum ?



⑥ Orifices herniaires ?



⑦ Hernie interne ?



⑧ Volvulus sigmoïde ?



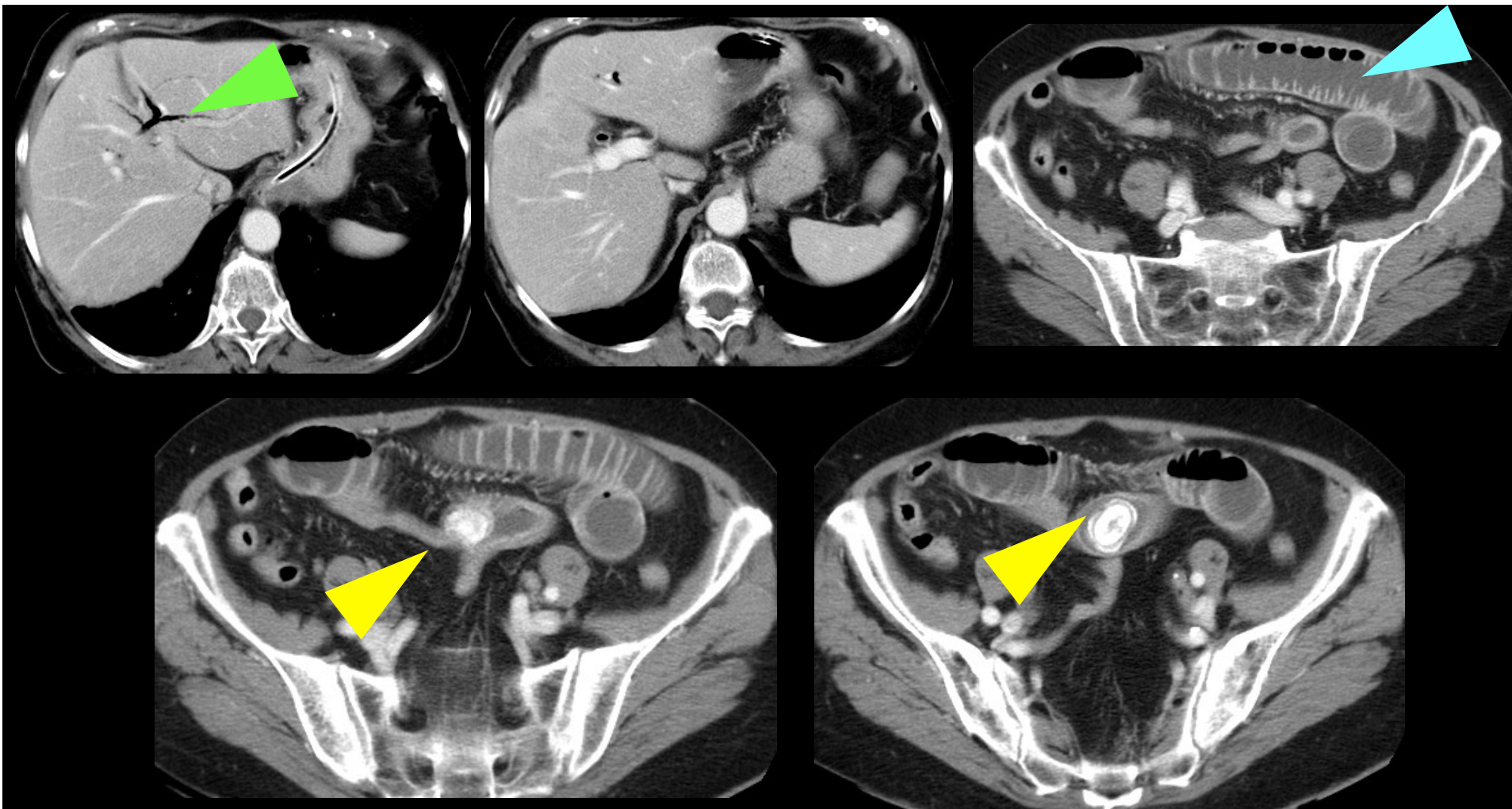
⑨ Signes de gravité ?



⑩ Caecum diastatique ?

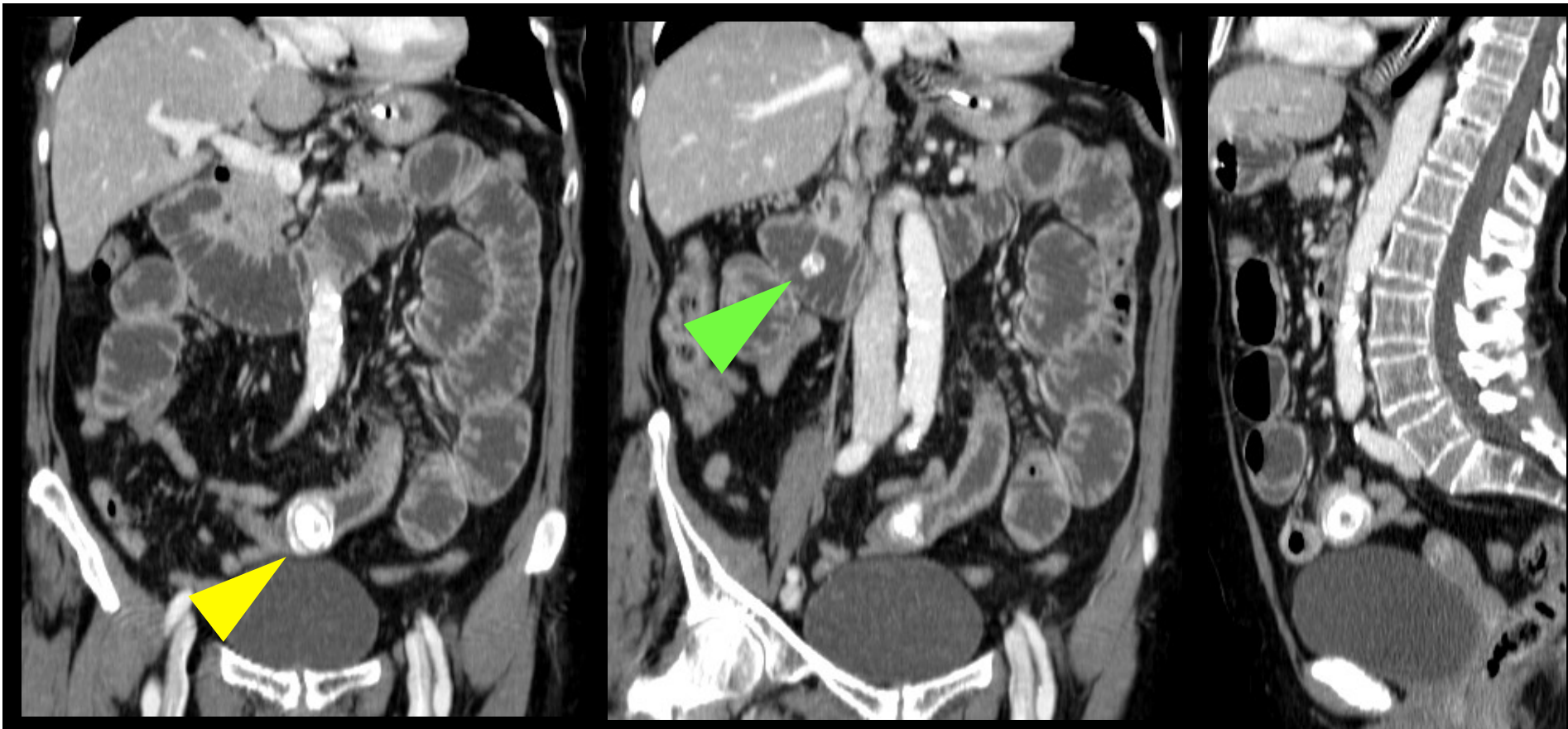


Dernière hypothèse
= la bride!!!



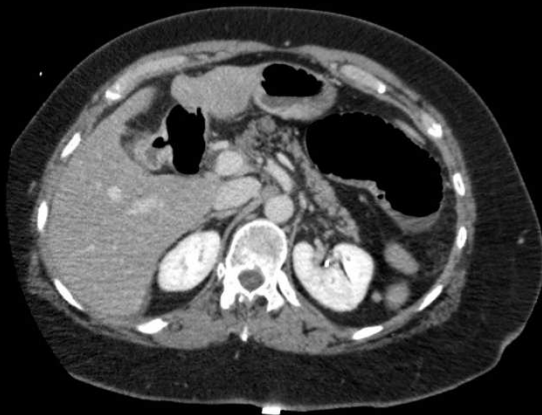
Femme 74 ans. Syndrome occlusif

?



ILEUS BILIAIRE

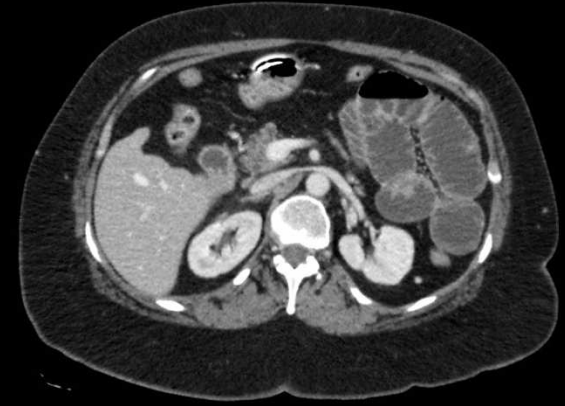
- ⇒ Calcul d'origine biliaire enclavé au niveau jéjunal
- ⇒ Distension du grêle d'amont
- ⇒ 2^{ème} calcul biliaire en D3



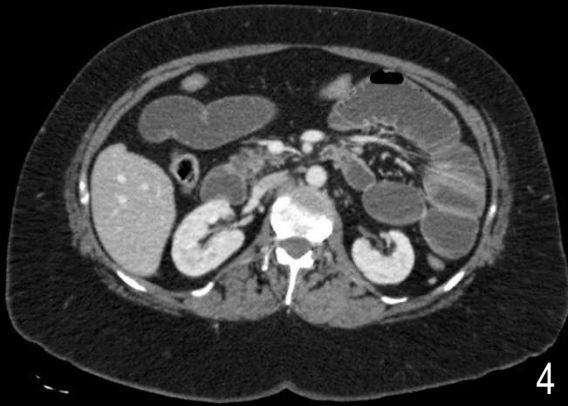
1



2



3



4



5



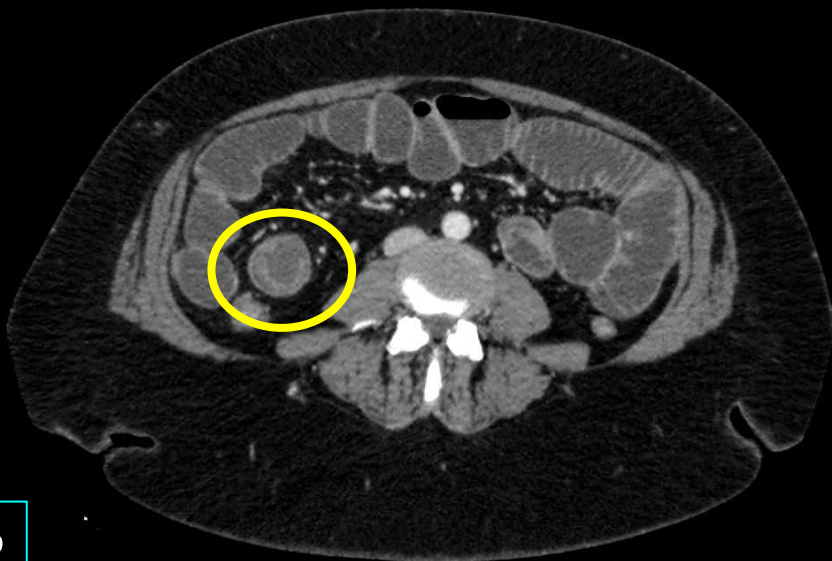
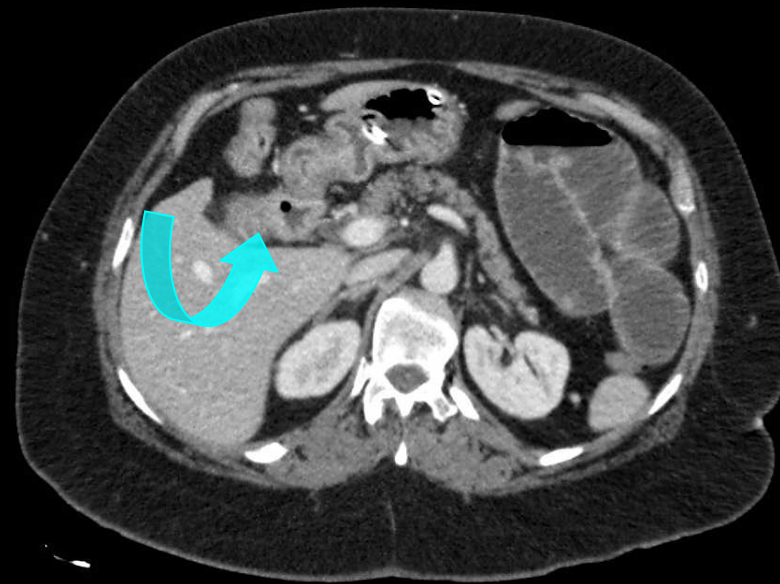
6



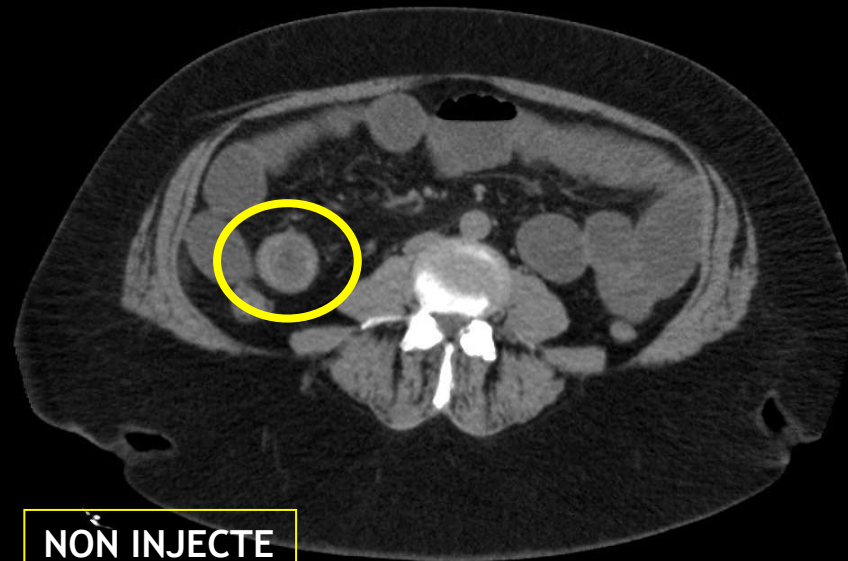
7

?

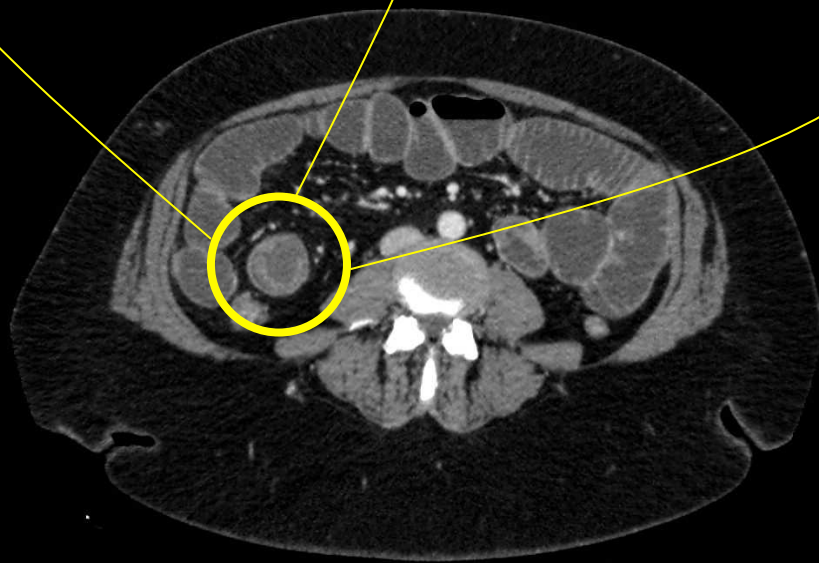
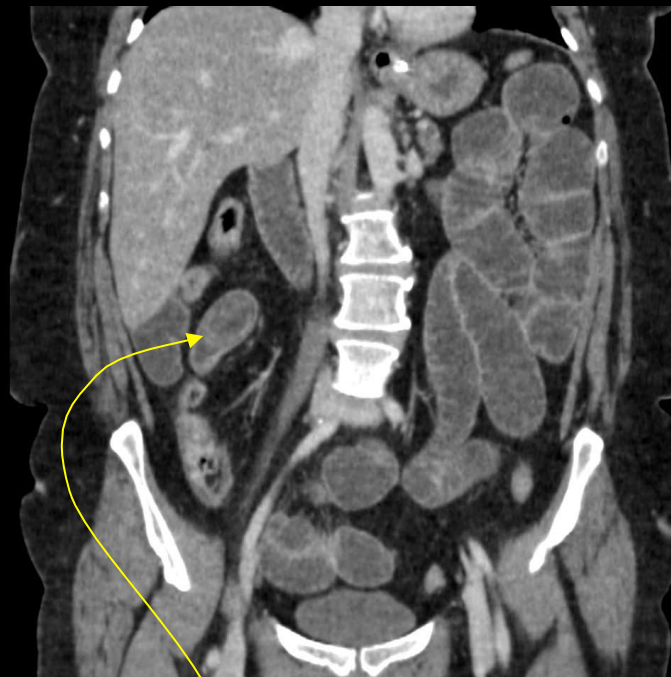
- Femme de 75 ans sans antécédent
- Vomissements depuis 24h00
- Pas de syndrome inflammatoire
- Syndrome occlusif

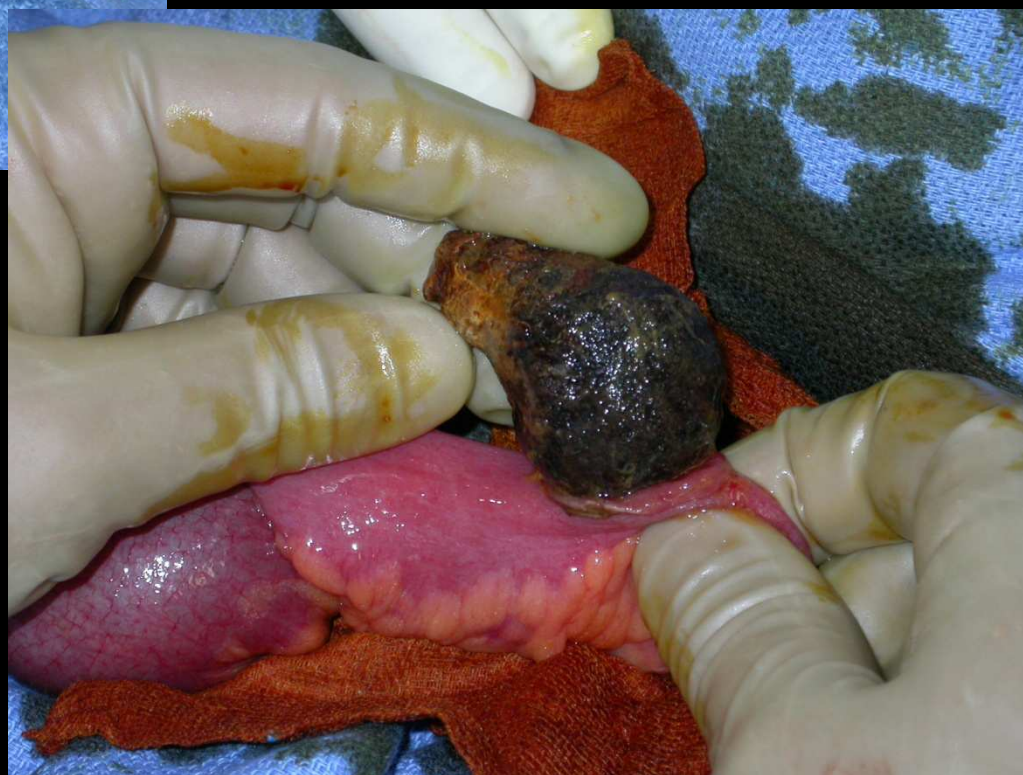
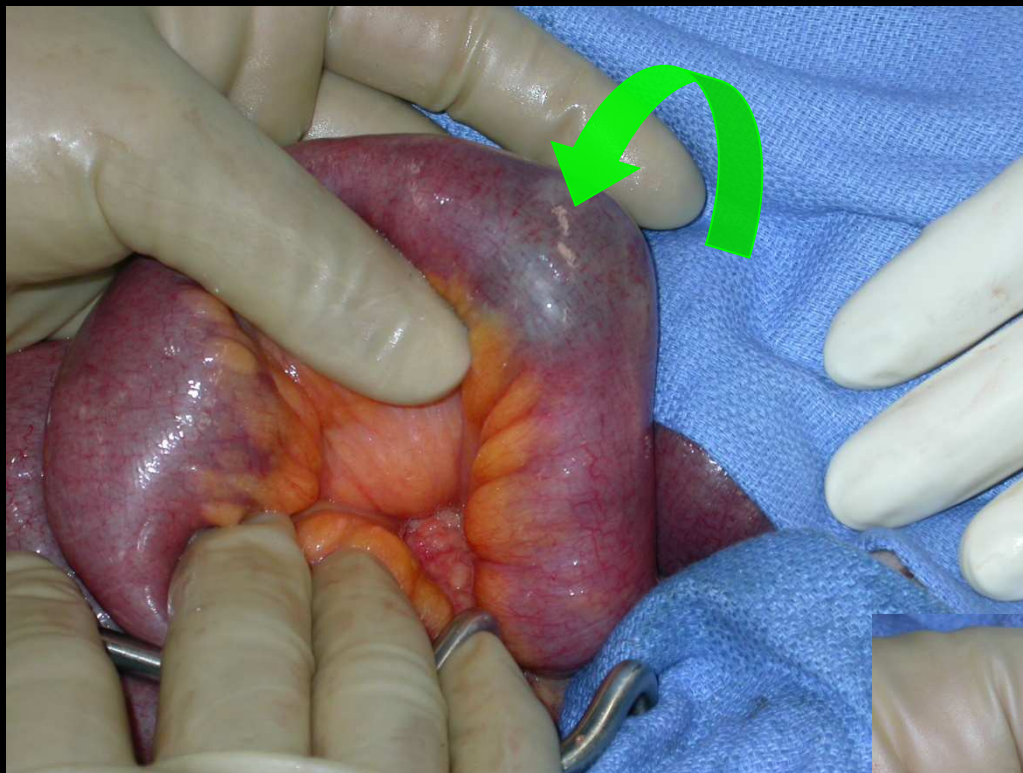


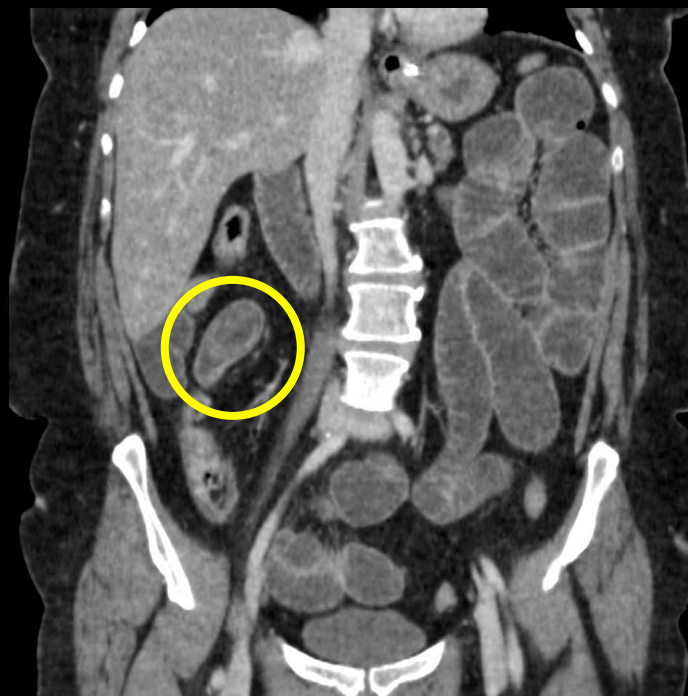
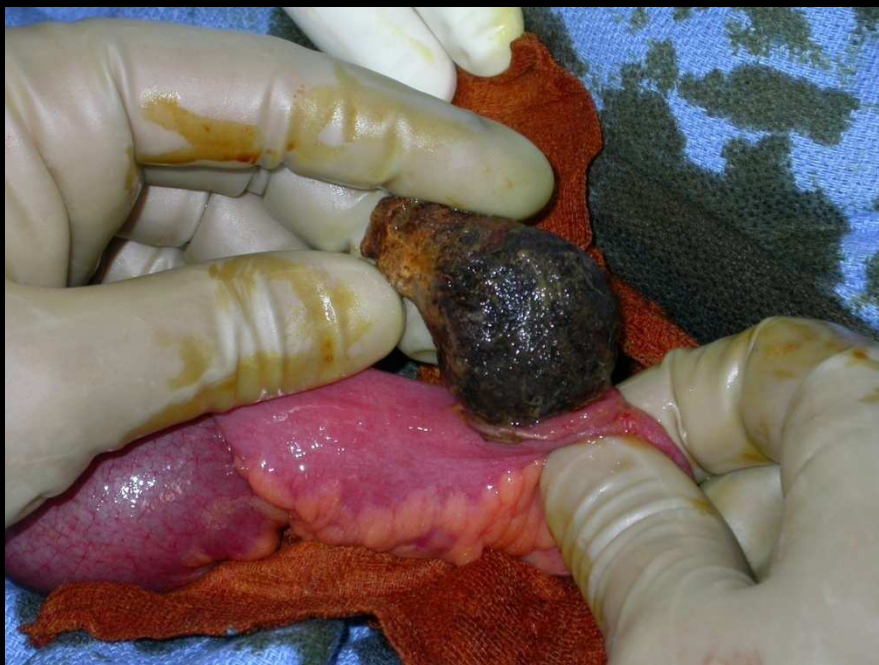
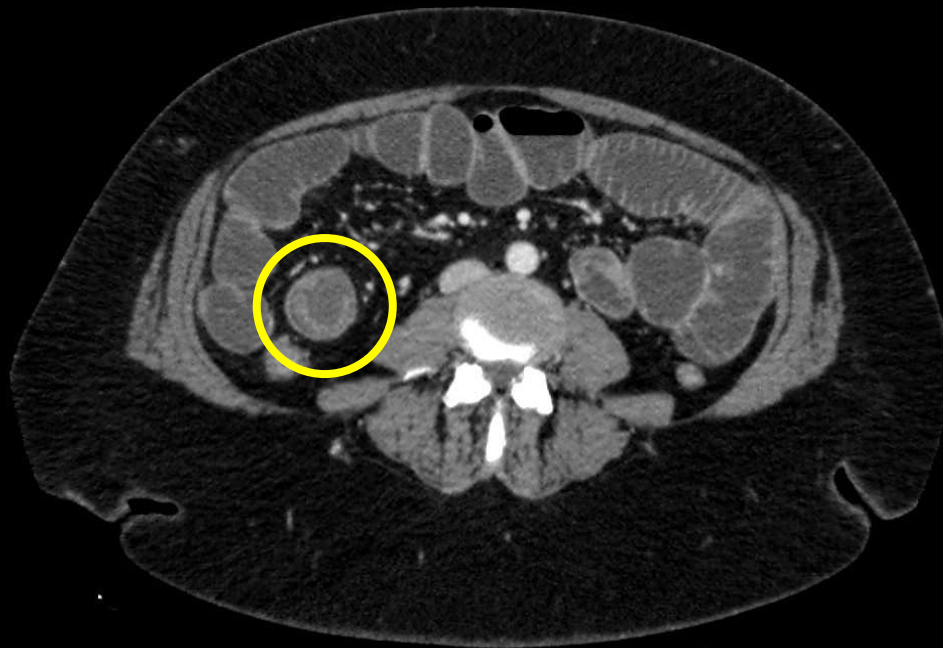
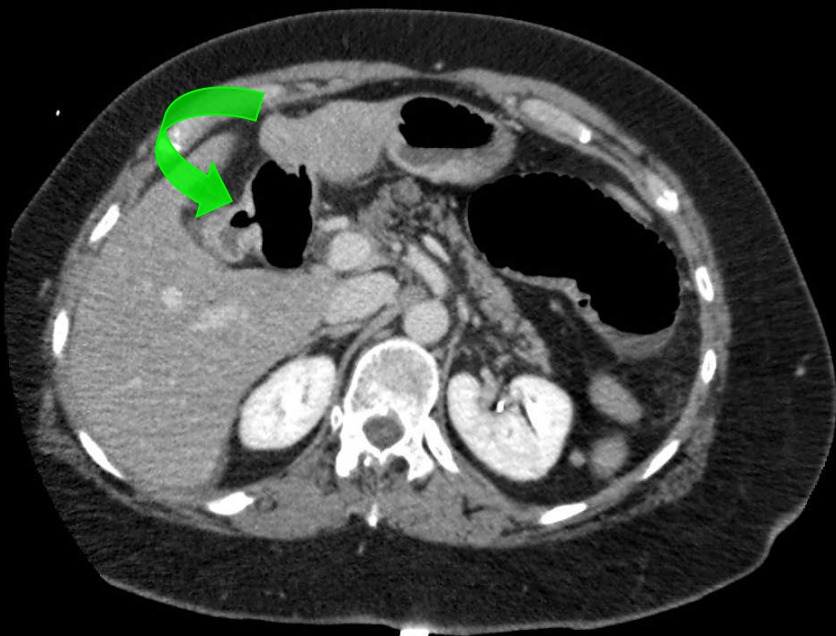
?

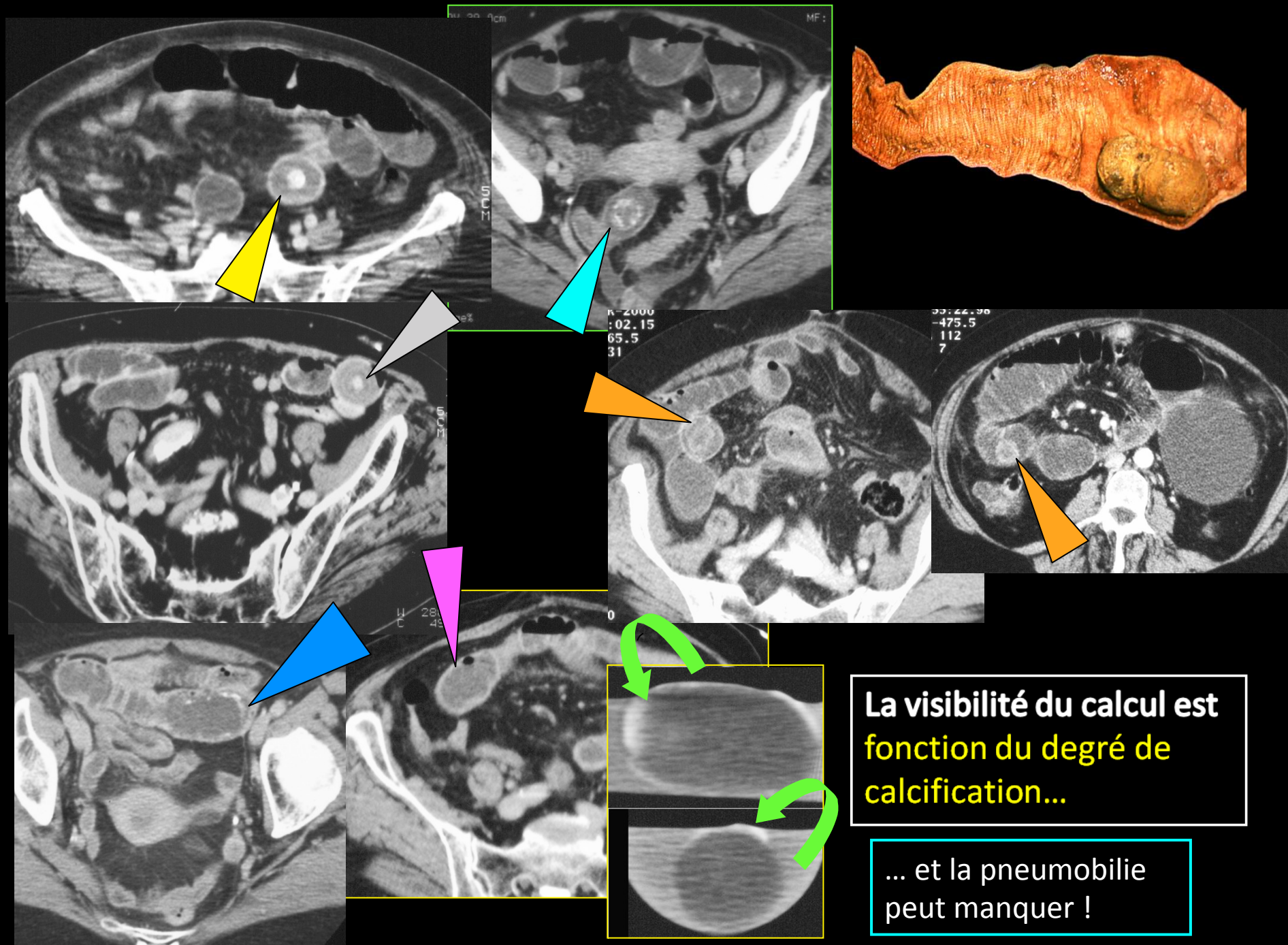


NON INJECTE



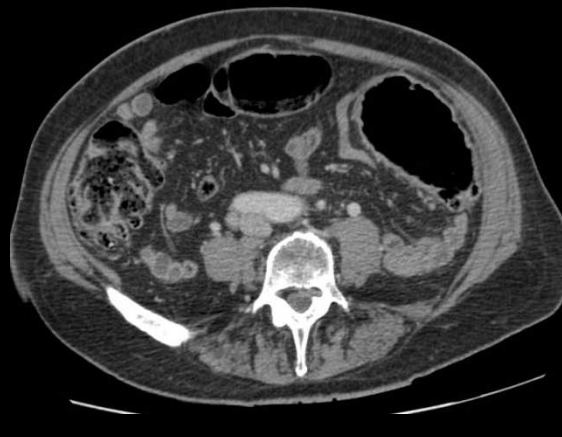






La visibilité du calcul est
fonction du degré de
calcification...

... et la pneumobilie
peut manquer !

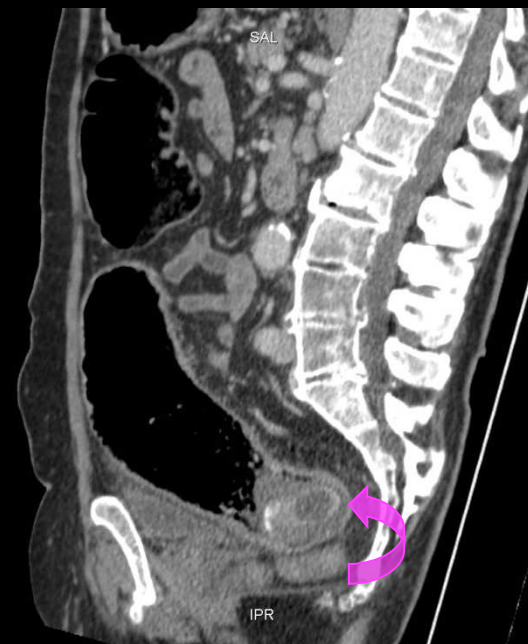
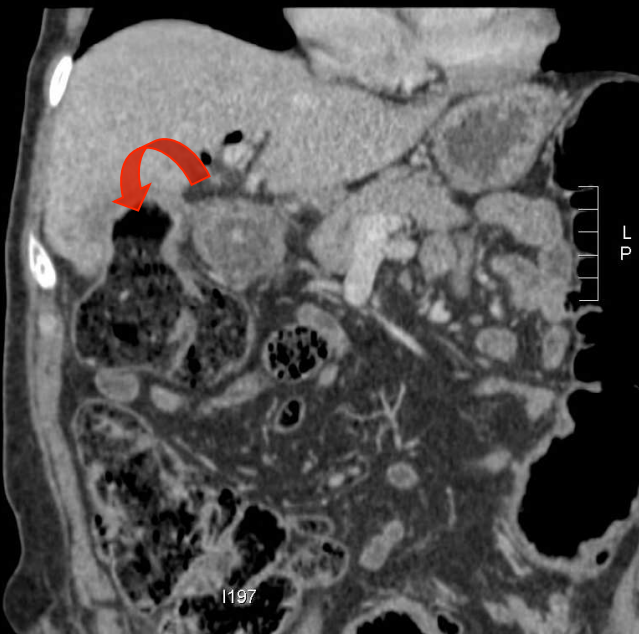


?

Homme 70 ans.

Syndrome occlusif

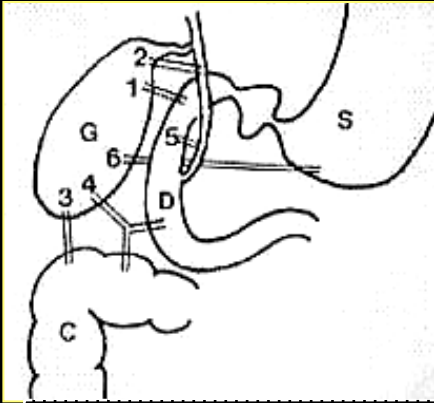
Pas d'hyperthermie



Fistule cholecysto-
colique



Calcul enclavé rectum



Trajets des fistules bilio-digestives spontanées

ILEUS BILIAIRE :

Occlusion mécanique de l'intestin grêle par un volumineux calcul d'origine vésiculaire

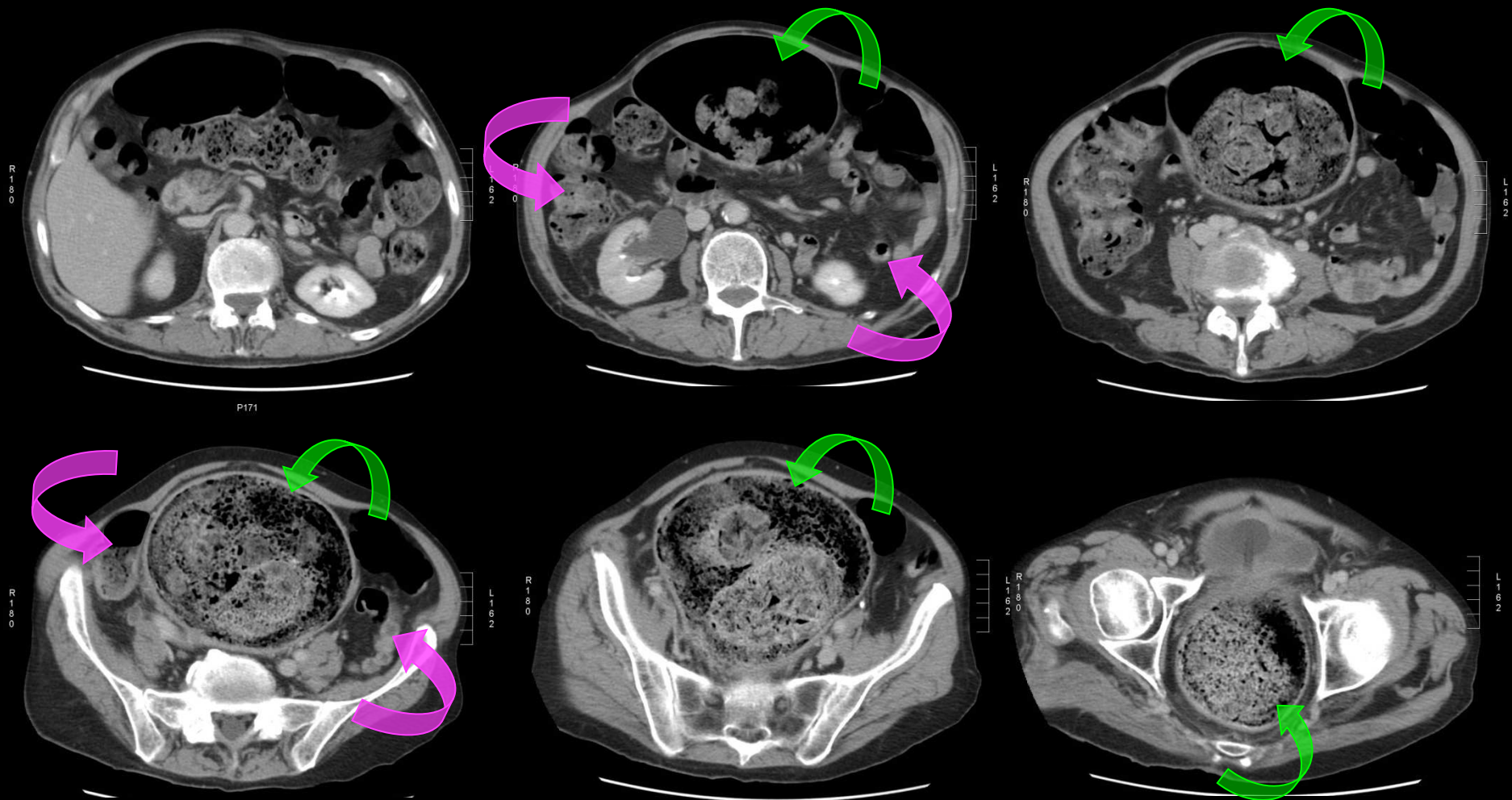
- Femme âgée ++
- Siège du blocage du calcul : **iléon dans plus de 60 % des cas.**
- Les autres sites possibles d'arrêt sont :
 - le jéjunum : 16 %
 - l'estomac : 14 %**
 - le colon : 4 %**
 - le duodénum : 3 % Sd de Bouveret**
- Les signes radiologiques de l'iléus biliaire correspondent à la **triade de Riegler (1941)** :
 - **pneumobilie**
 - **occlusion mécanique de l'intestin grêle**
 - **présence d'une image calculeuse « ectopique » abdominale** ou migration abdominale d'une image calculeuse vésiculaire connue



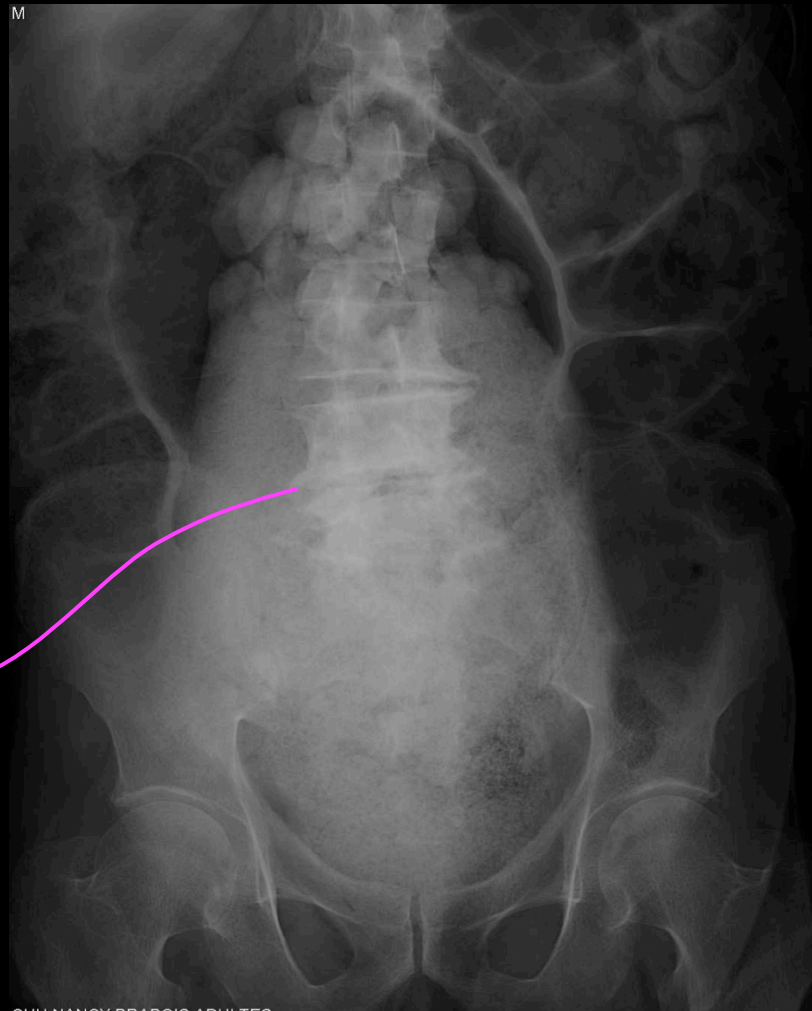
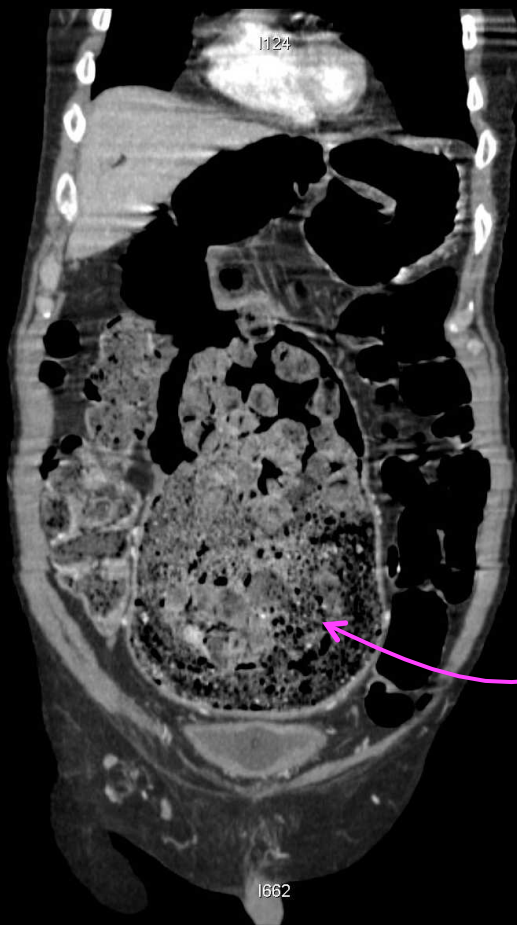


?

Homme 76 ans. Syndrome occlusif

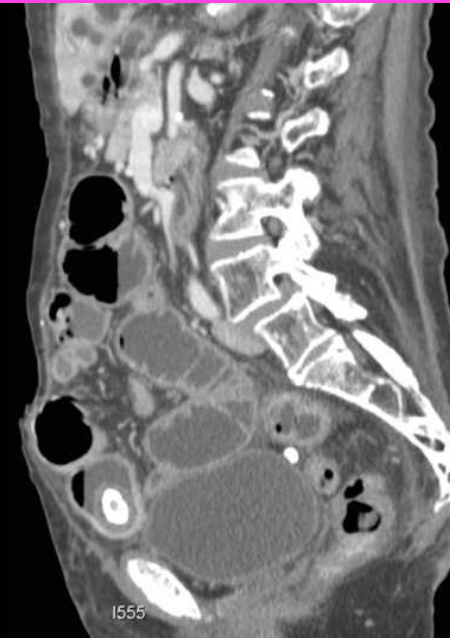


Fécalome « historique » !

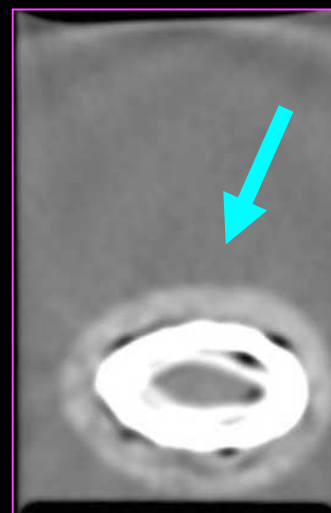
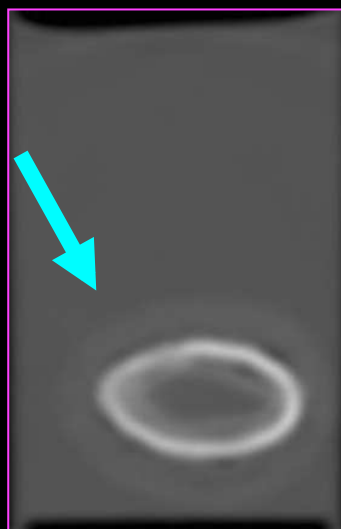
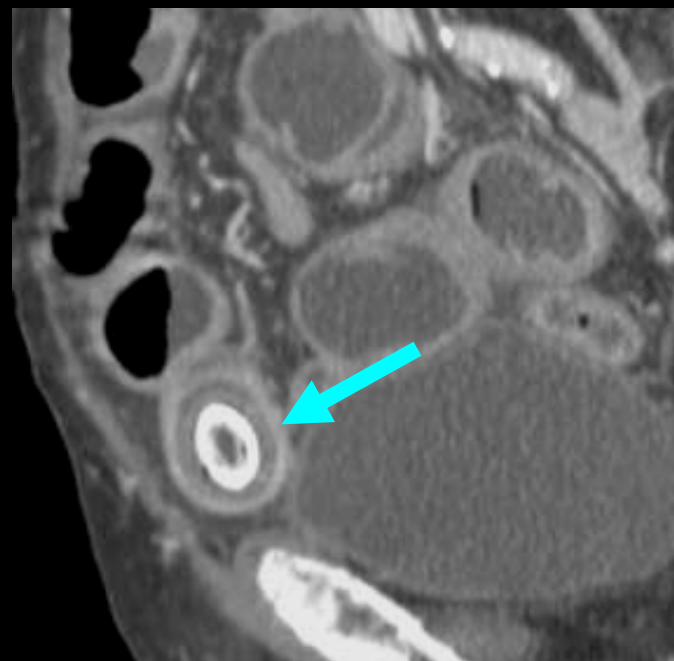
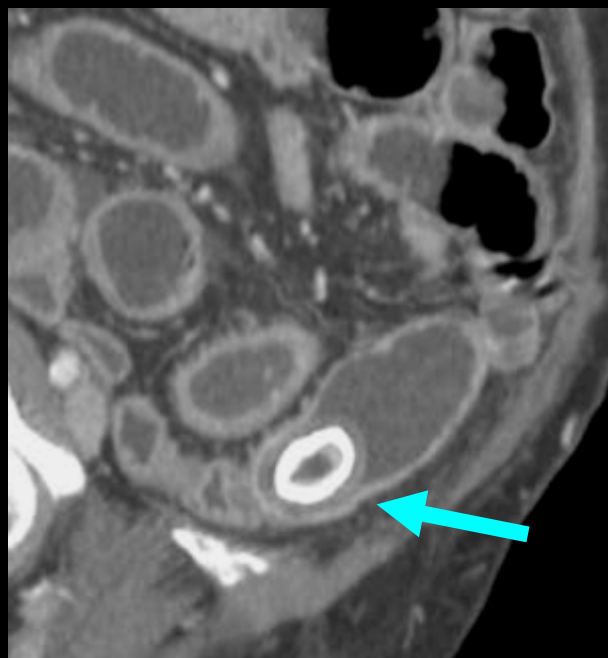


Fécalome « historique » !

Femme 74 ans



?



Occlusion intestinale sur **corps étranger végétal ingéré !**



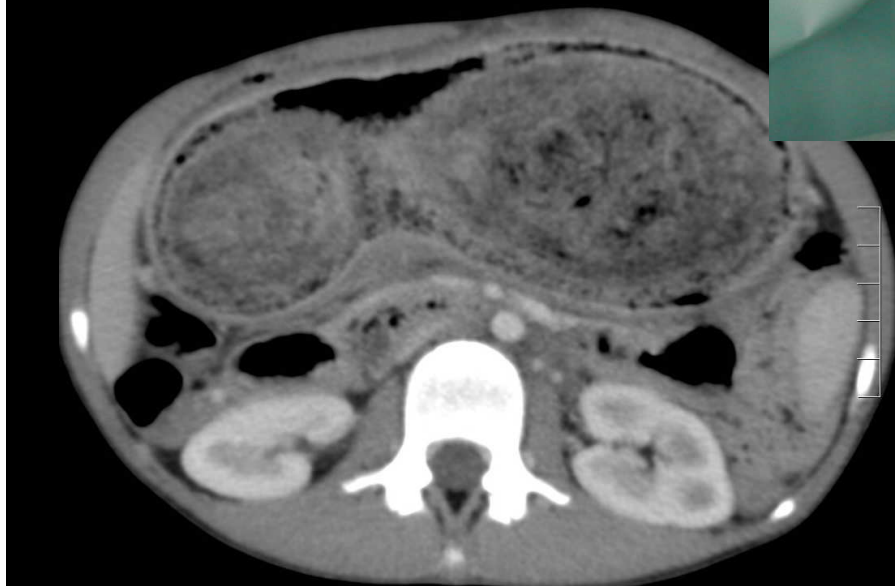
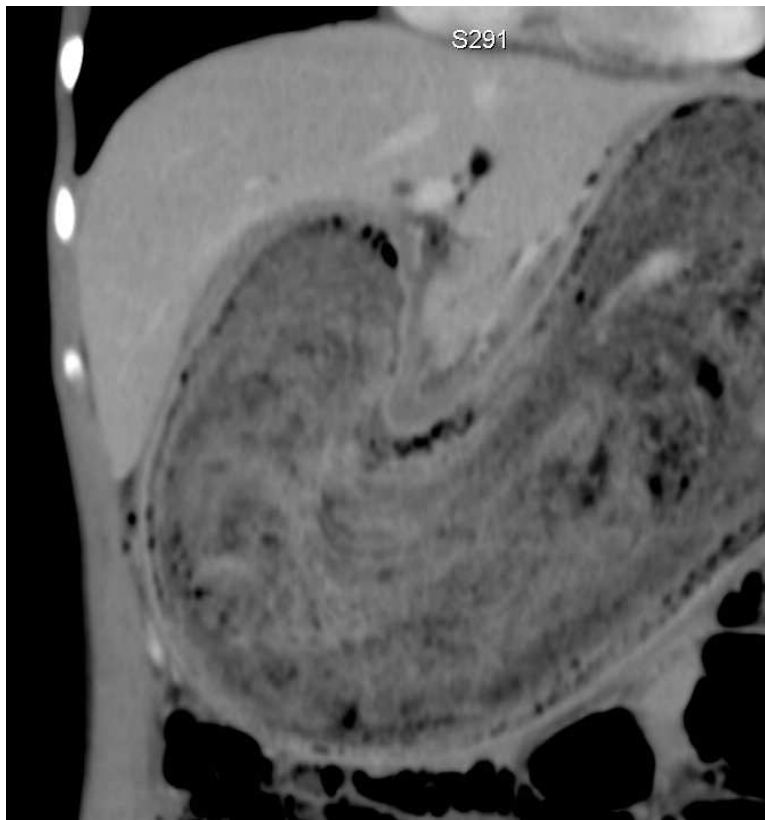
?

Patient de 17 ans, autiste.
Vomissements, suspicion de syndrome occlusif

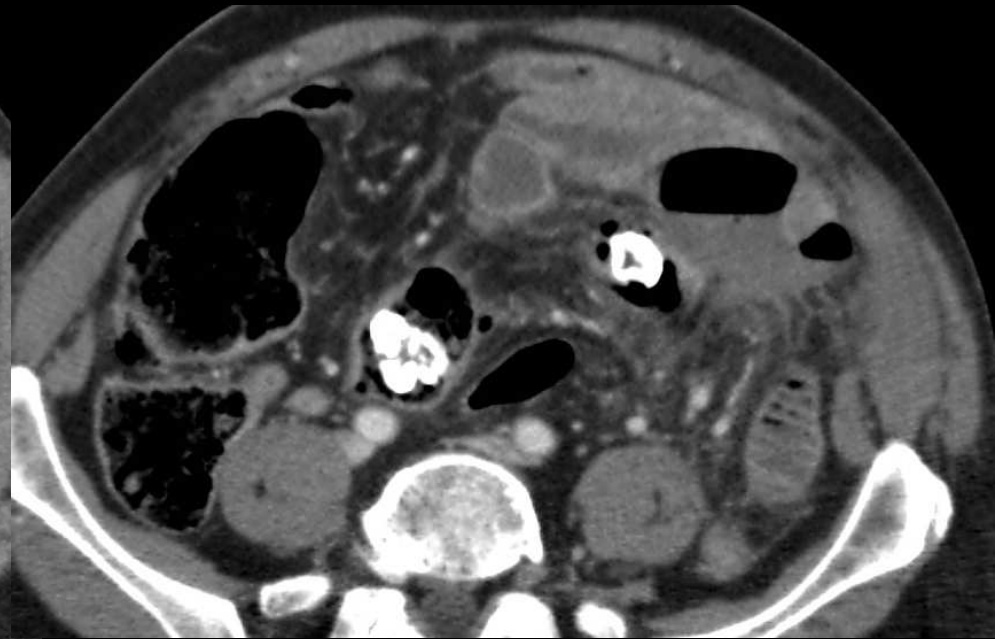
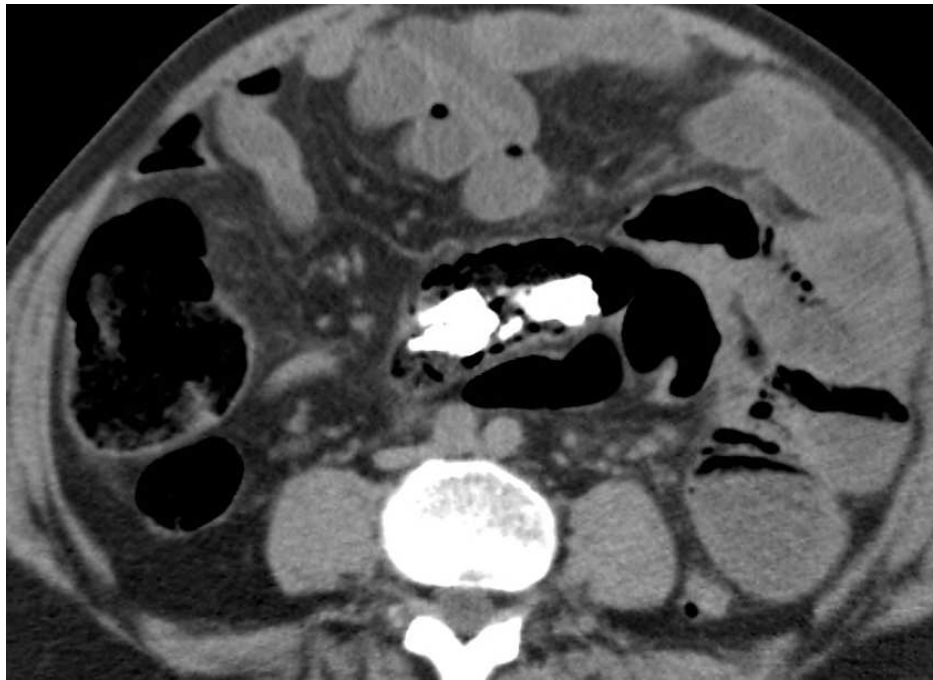




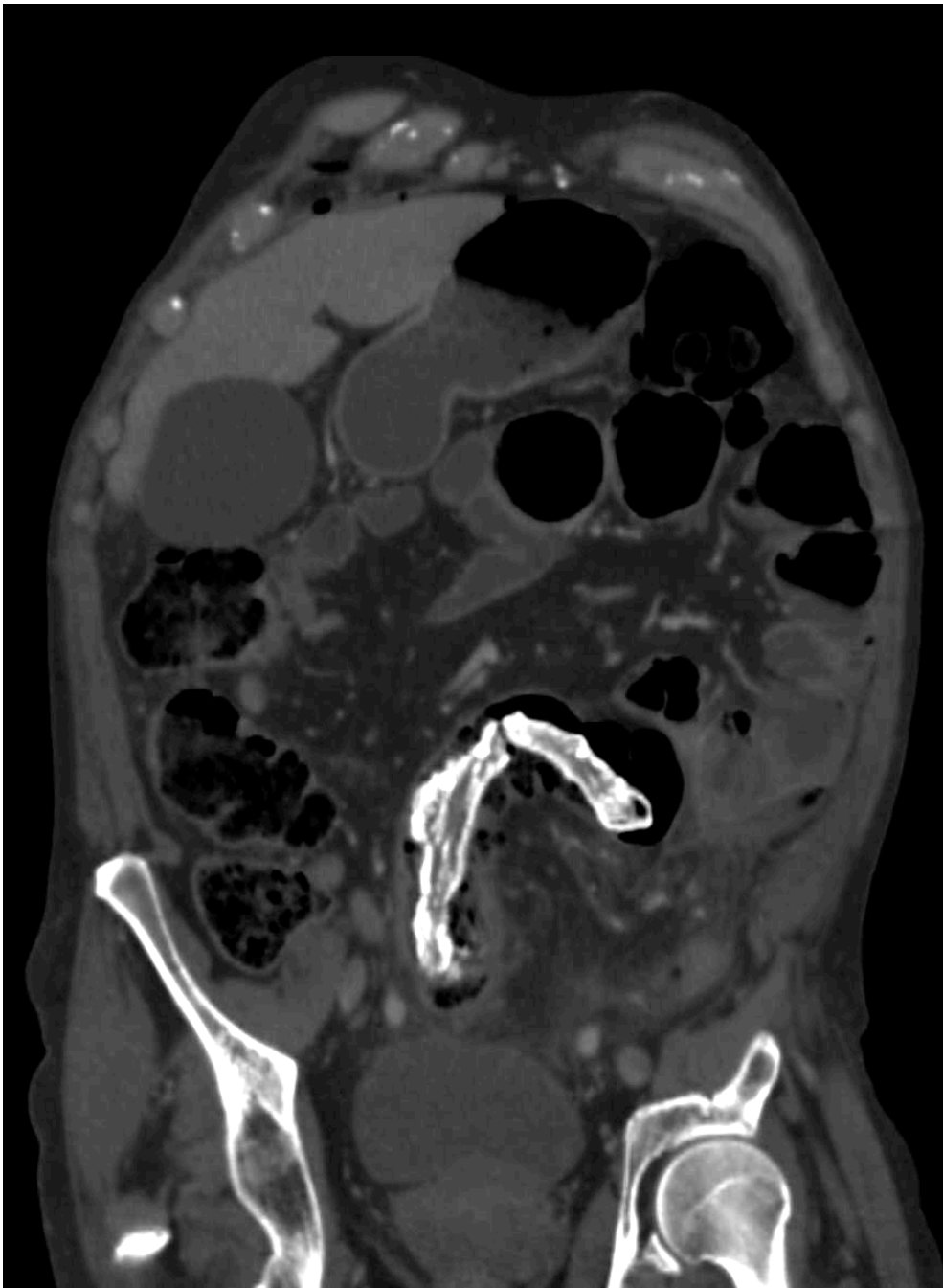
Occlusion grêlique sur ingestion corps étranger : tétine...!!!



Bézoard



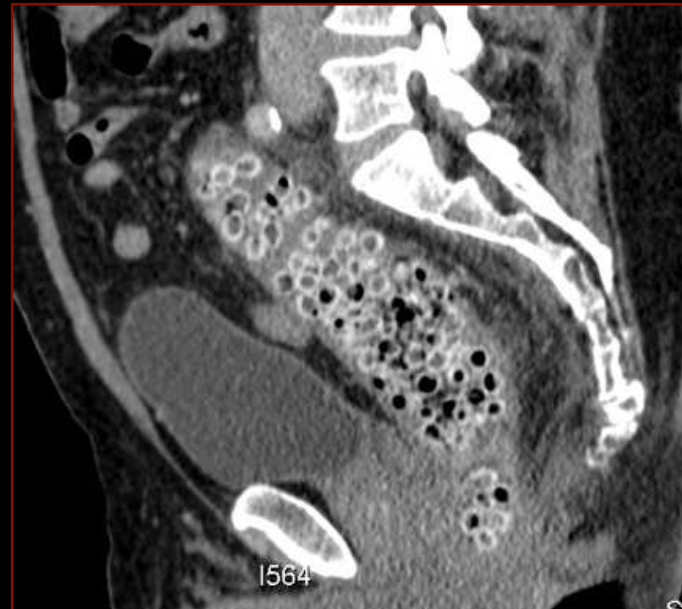
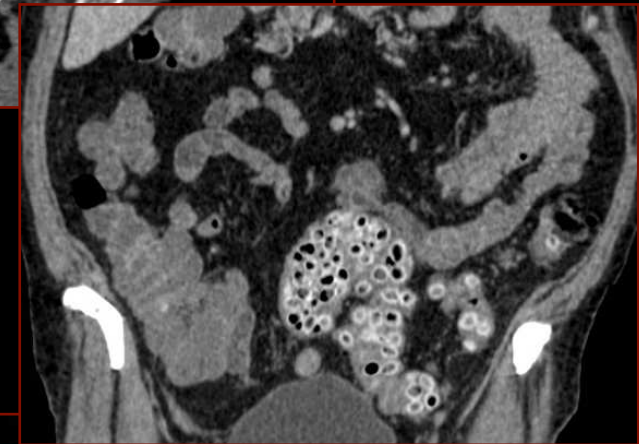
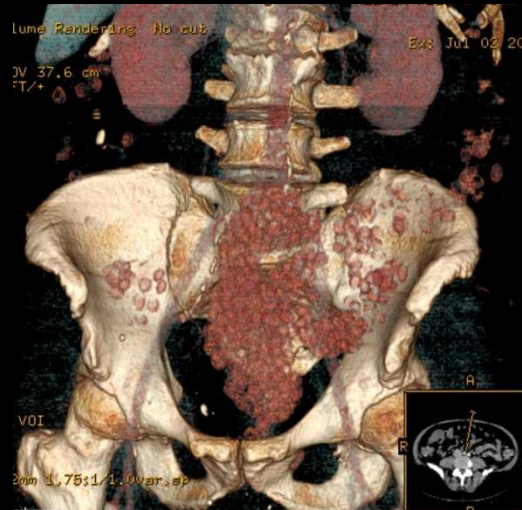
-67 ans
-Douleurs de la FIG et
syndrome subocclusif
-Syndrome inflammatoire
-ATCD cure de hernie inguinale
bilatérale



Péritonite sur perforation
sigmoïdienne en rapport
avec la **migration**
endoluminale de plaques
de hernie

Homme 64 ans, Constipation aiguë
associée à des rectorragies
non explorées

?





RECTOSIGMOIDOSCOPIE.

Indication :

Constipation d'apparition très récente;;rectorragies non investiguées...

Description de l'examen :

Examen de la MA : Normal.

TR:noyaux?.

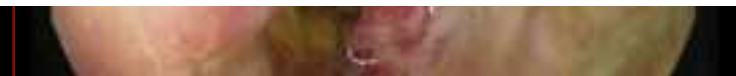
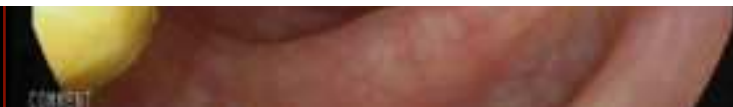
Progression de l'endoscope jusqu' au niveau du côlon sigmoïde.

Une cinquantaine à centaine de noyaux bloquent la progression à travers le sigmoïde.

Présence d'une virole ulcérée sur ¾ de la circonférence du rectum inférieur;biopsies;odeur néoplasique!

Conclusion :

Cancer rectal sténosant évolué localement à mon avis;pas d'examen du colon possible;
blocage du recto-sigmoïde par des noyaux de cerise!!!



A RETENIR +++



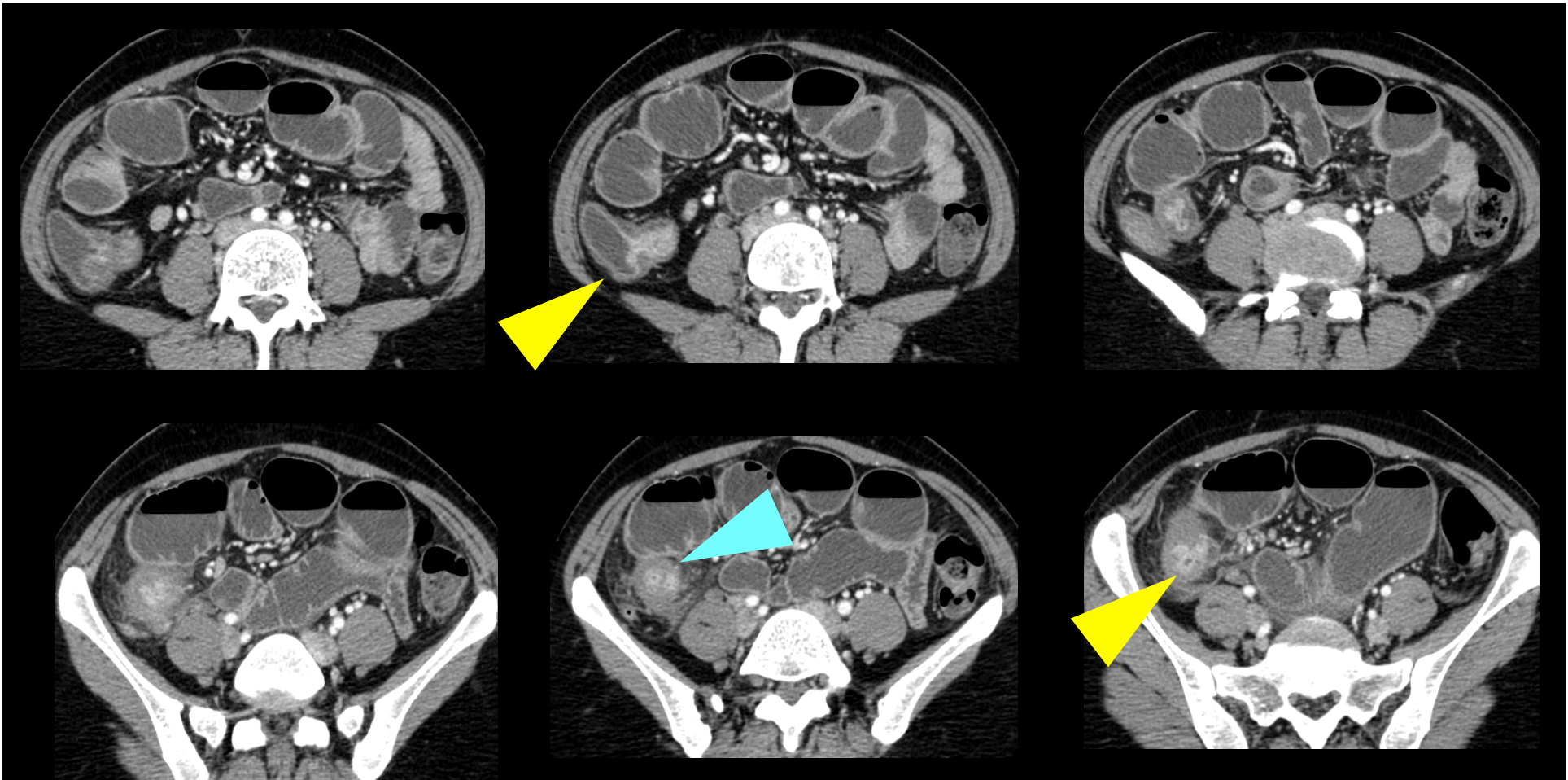
Causes Obstructives endoluminales :

- ⇒ Iléus Biliaire
- ⇒ Bézoard
- ⇒ Corps étrangers



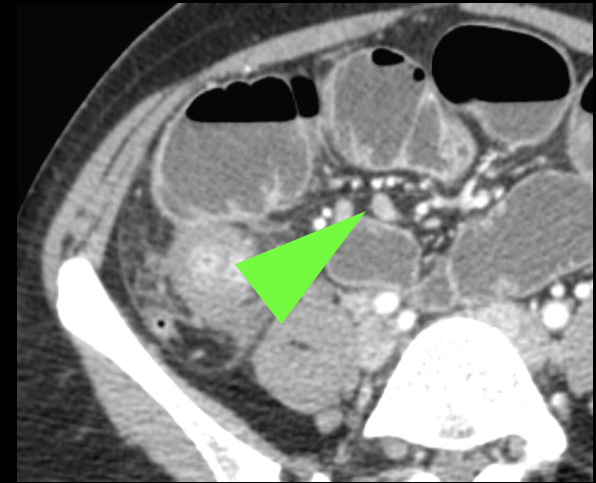
Trichobezoar
This is a trichobezoar that was removed from the stomach of a 12-year-old girl who ate her hair for six years. The hair took the shape of her stomach. Trichotillomania is defined as the self-pulling of body hair. Hair is resistant to human digestion and when eaten excessively it can form a bezoar (undigested mass) in the stomach.





Homme 24 ans, occlusion fébrile d' apparition récente

?

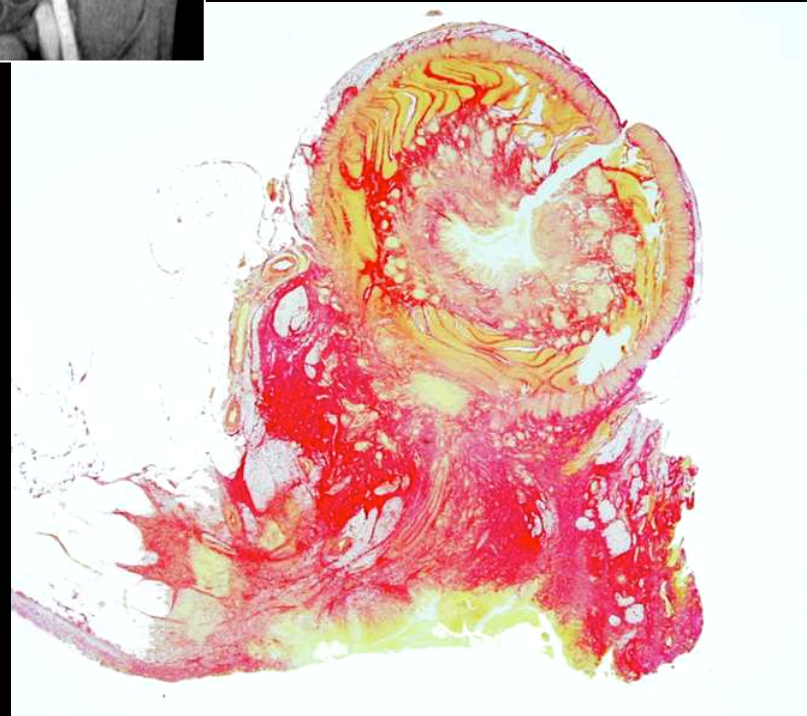


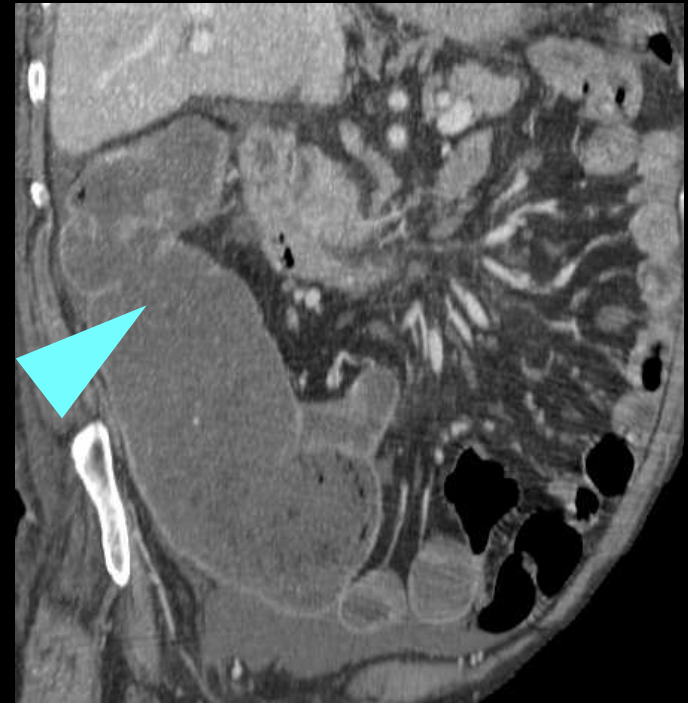
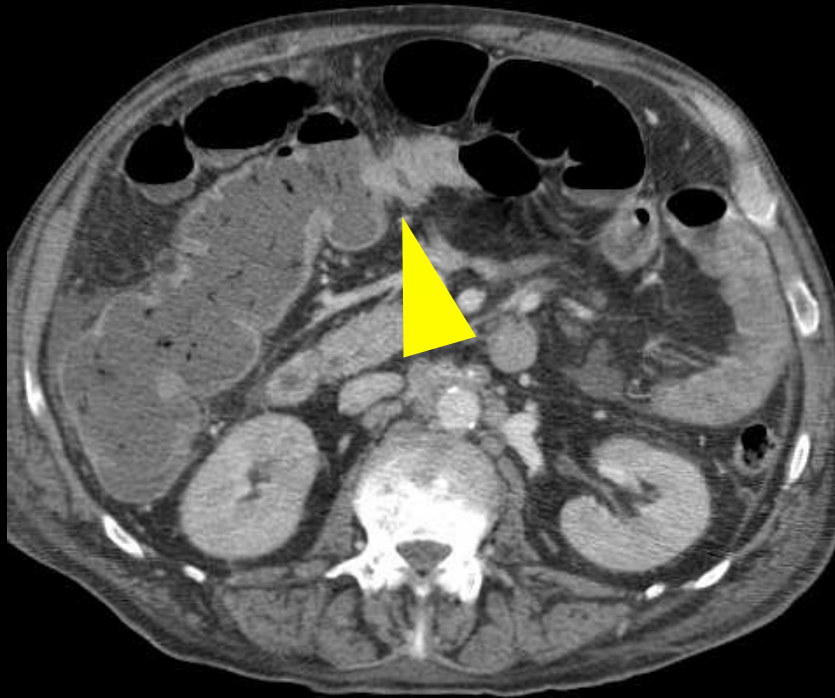
Maladie de Crohn
iléale



Anatomo-pathologie (Crohn):

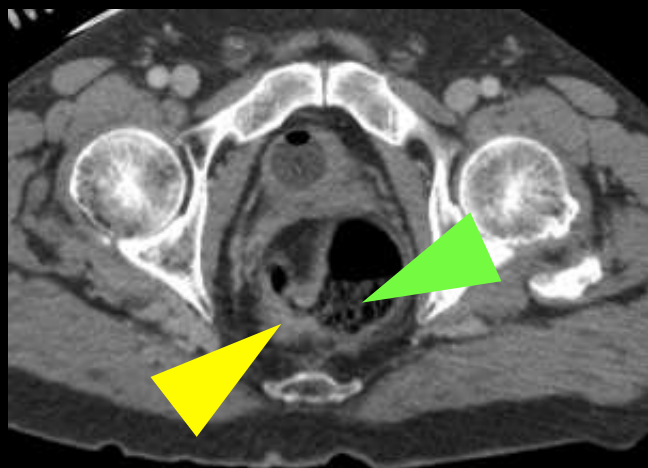
- Ulcérations plus ou moins profondes,
- Quadrillage par des fissures d'une Muqueuse boursouflée (aspect pavé).
- Paroi intestinale épaissie (**inflammation peut affecter toute la paroi**)
- Mésos siège d'une scléro-lipomatose.





?

Occlusion colique sur ADK
du transverse

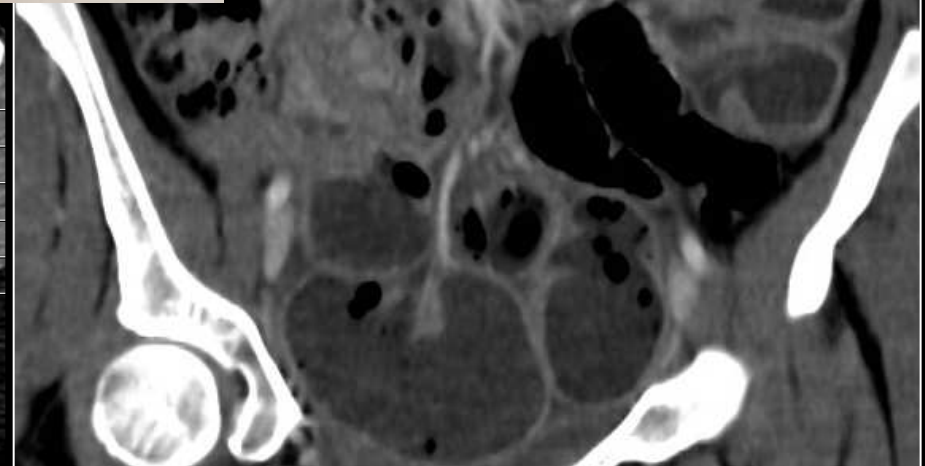


Occlusion colique sur
**ADK en virole du
rectum**

?



Endométriose
iléale



Femme 35 ans, Sd occlusif depuis 4j

A RETENIR +++

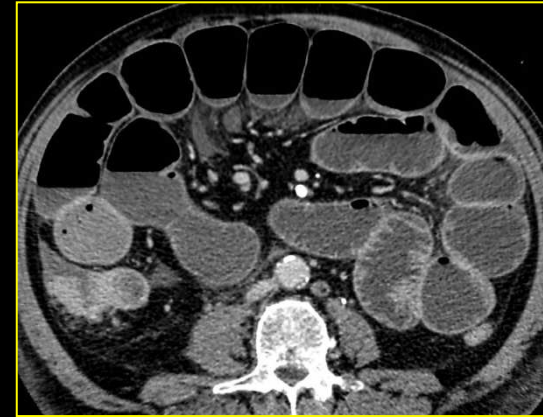


Obstructions par atteinte pariétale

- ⇒ Tumeurs
- ⇒ Inflammations/MICI

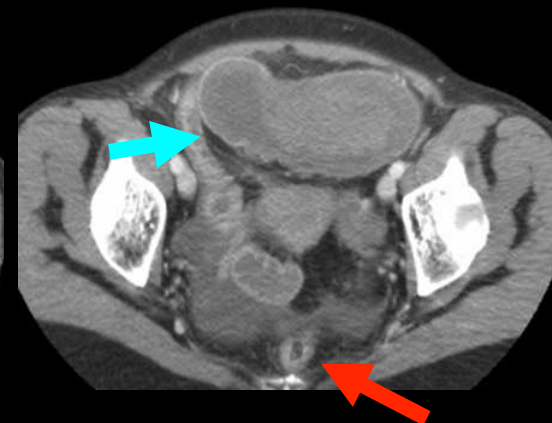
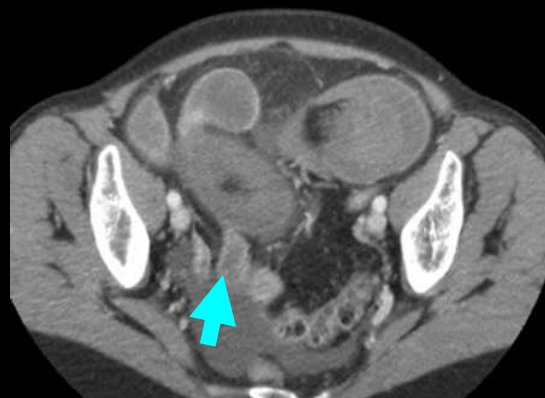
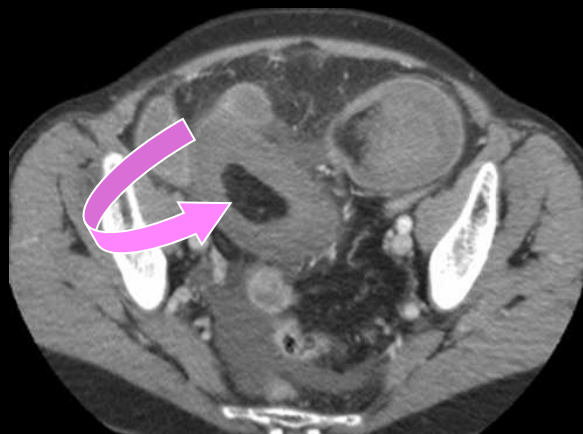
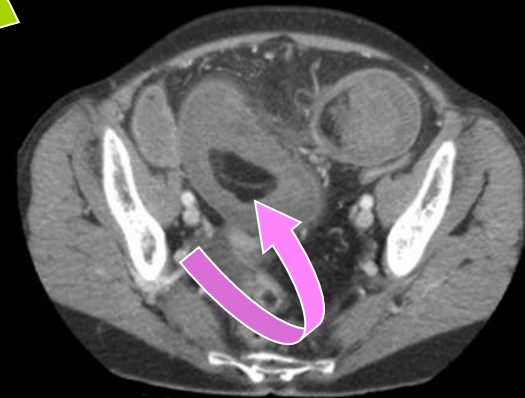
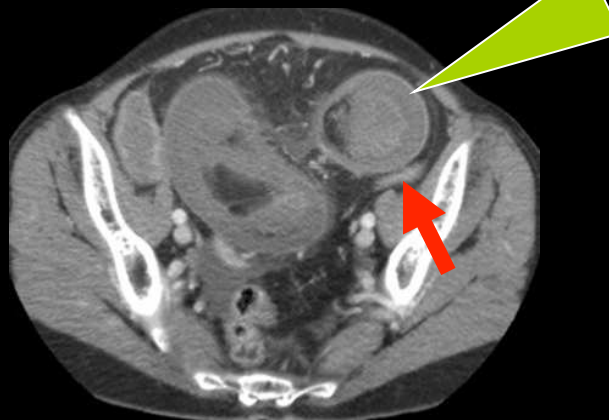
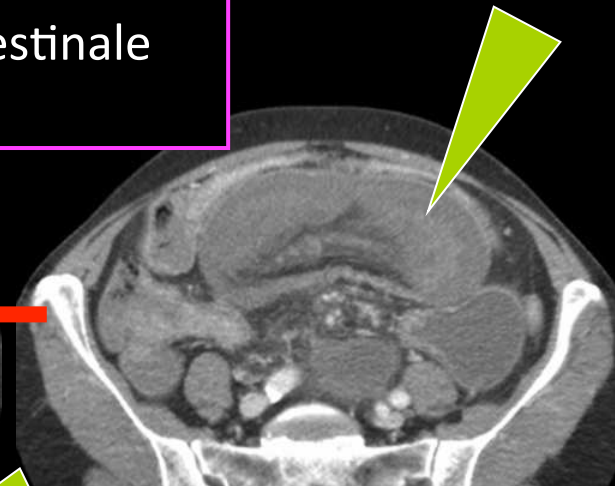
par compression extrinsèque

- ⇒ Tumeurs Voisinage
- ⇒ Carcinose
- ⇒ Foyers Infectieux, adhérences
- ⇒ Et brides...



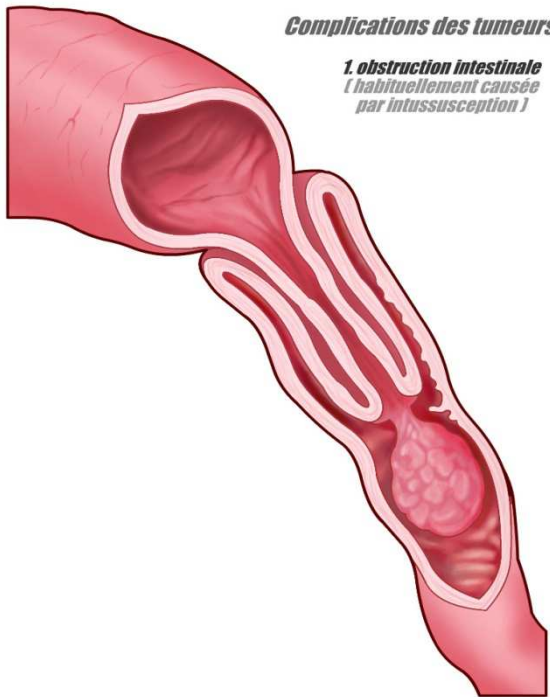
?

Femme 70 ans, occlusion intestinale
aiguë hyperalgique

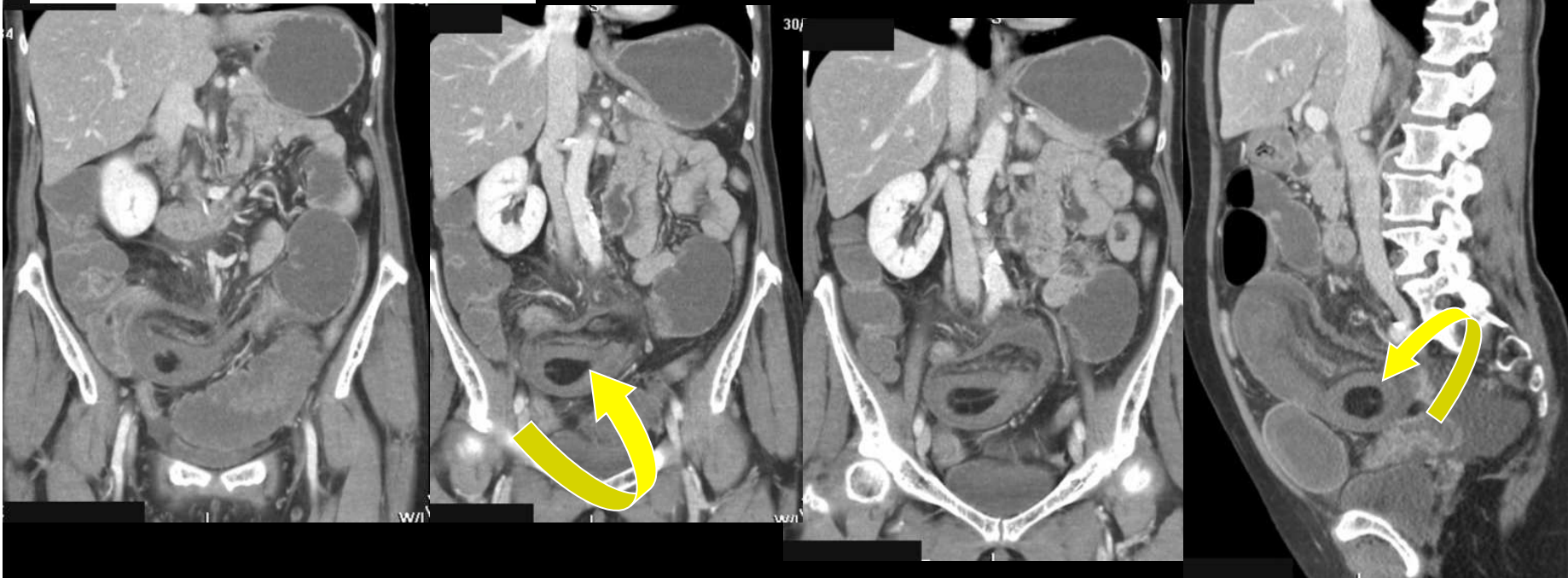
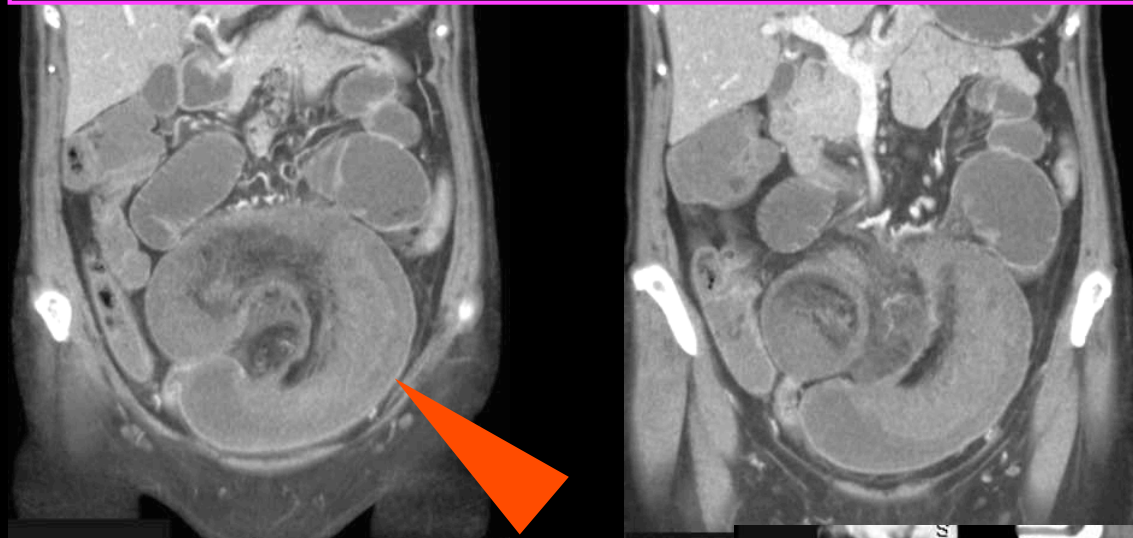


Complications des tumeurs

1. obstruction intestinale
(habituellement causée
par intussusception)



Invagination intestinale aiguë **sur lipome du grêle**
avec ischémie artérielle aiguë



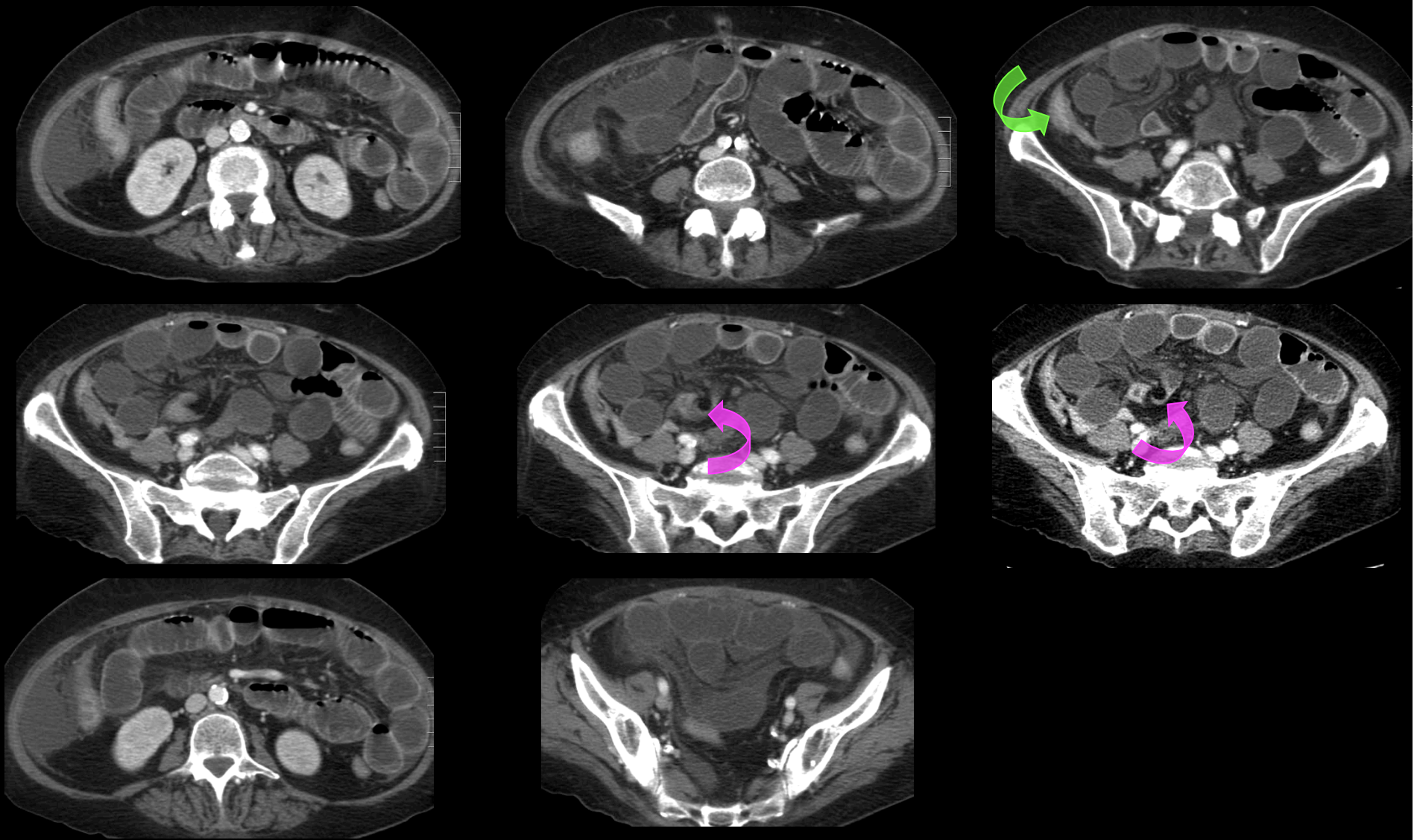


?

Homme 62 ans, douleurs abdo aiguës et sd occlusif
ATCD de chirurgie abdominale.



Occlusion par **volvulus sur bride** sans souffrance vasculaire

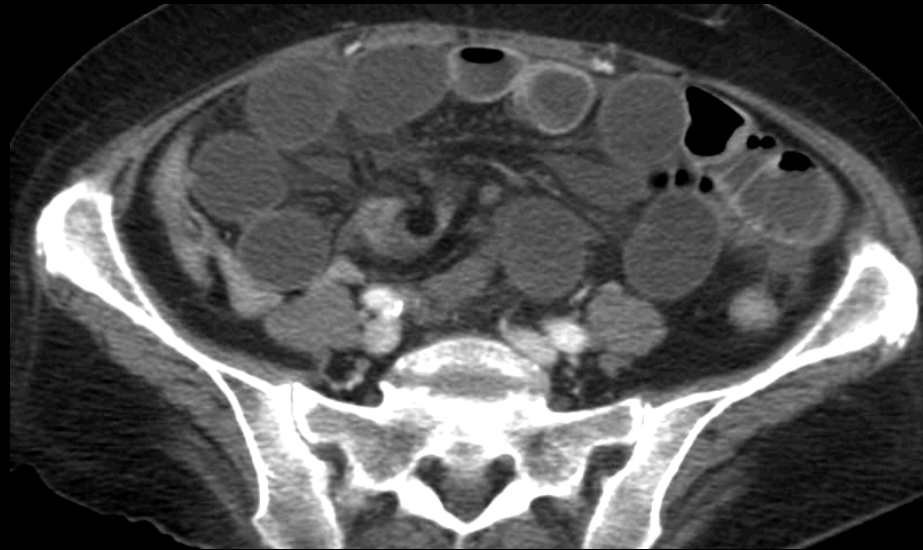


?

Femme 65 ans, douleurs abdo aiguës et sd occlusif
ATCD d' hystérectomie.



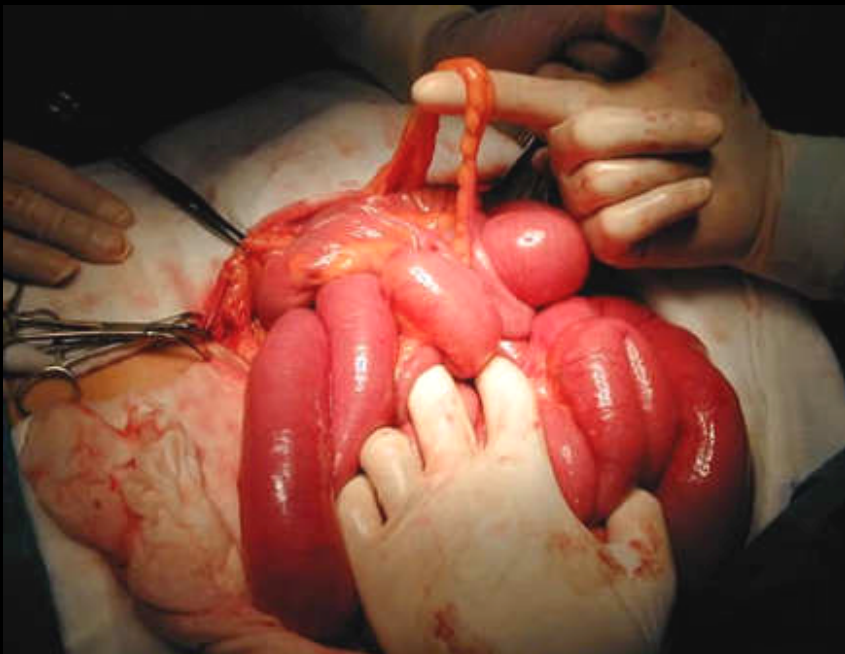
Fat notch sign



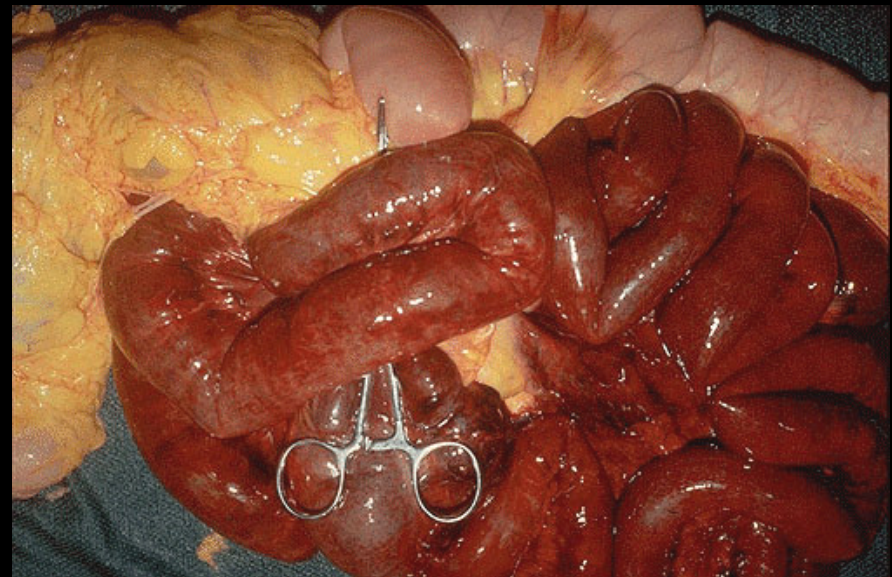
- Occlusion par **volvulus sur bride avec début de souffrance vasculaire.**
- Chir : bride très serrée de l' iléon distal avec début de nécrose.

Les brides

Sans strangulation



Avec strangulation



Brides et adhérences : 50% des occlusions intestinales

TDM:

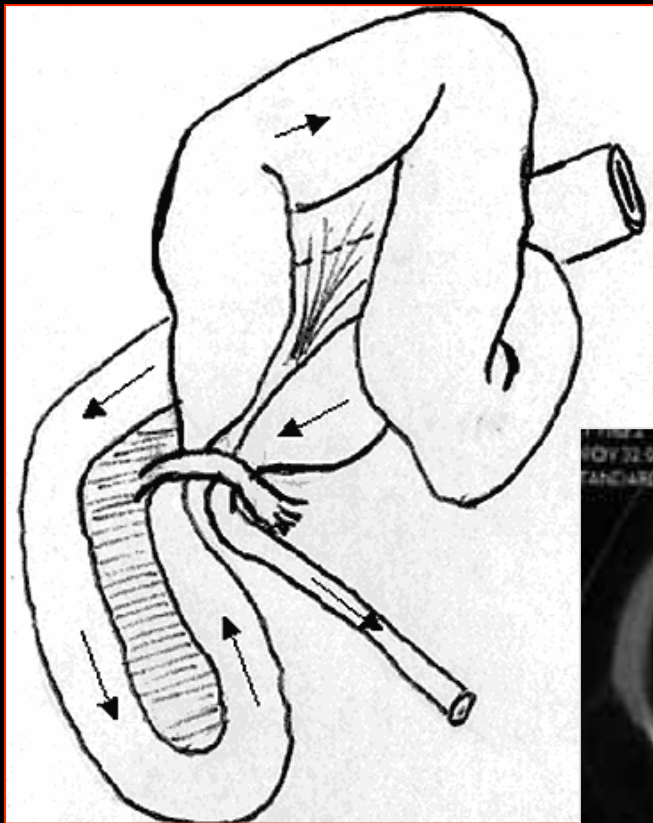
- Zone de transition sans cause visible
- **Signe du bec**: diminution progressive du calibre intestinal induite par la bride (effilement en pointe)
- Fèces sign



Brides et adhérences : 50% des occlusions intestinales

TDM:

- Occlusion sur bride **avec incarceration (closed loop)**: anse incarcerated en forme de C ou de U, remplie quasi totalement de liquide, distribution radiaire des vaisseaux mésentériques vers le site d'incarcération.



Incarcération d'une anse digestive = segment d'intestin grêle occlus en deux points sur sa longueur

⇒Bride

⇒Hernies internes et externes



Brides et adhérences : 50% des occlusions intestinales

TDM:

- **Volvulus** du grêle sur bride : signe du tourbillon ou «whirl sign »

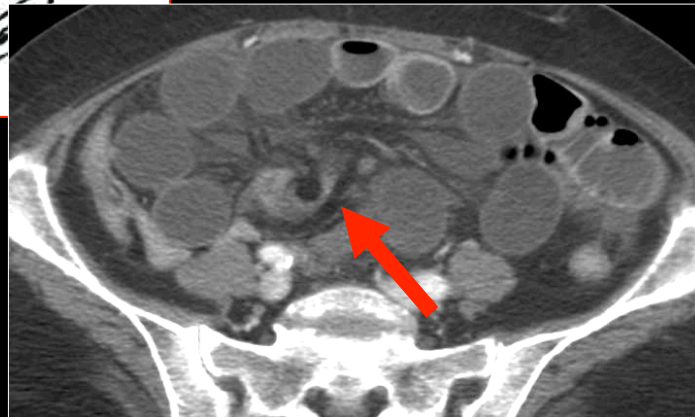


Volvulus sur bride

Volvulus = rotation d'anses grêles afférente et efférente et de leur mésentère autour d'un obstacle fixe

volvulus primaire (idiopathique)

volvulus secondaire : **brides post-opératoires, hernies avec incarceration d'anses grêles.**



Brides et adhérences

Pronostic: occlusion simple Vs occlusion avec strangulation = rechercher signes de gravité!!!!

Ischémie

torsion de l'anse = strangulation
mécanique

distension de l'anse

⇒ stase veineuse

⇒ blocage de la microcirculation

⇒ anoxie

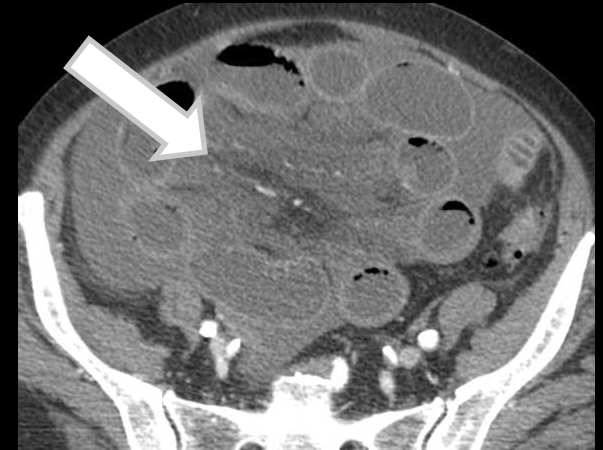
Signes tomodensitométriques évocateurs d'une ischémie digestive.

Signes extra digestifs en rapport avec l'ischémie digestive

- Infiltration œdémateuse du mésentère, épanchement liquidien mésentérique
- Dilatation de veines mésentériques
- Ascite
- Aéroportie, thromboses vasculaires
- Pneumopéritoine

Signes pariétaux d'ischémie de l'intestin grêle

- Épaisseur supérieure à 3 mm ou inférieure à 1 mm
- Aspect en coupe transversale de halo ou de cible
- Hyperdensité spontanée
- Défaut de rehaussement après injection iodée intra-veineuse
- Pneumatose



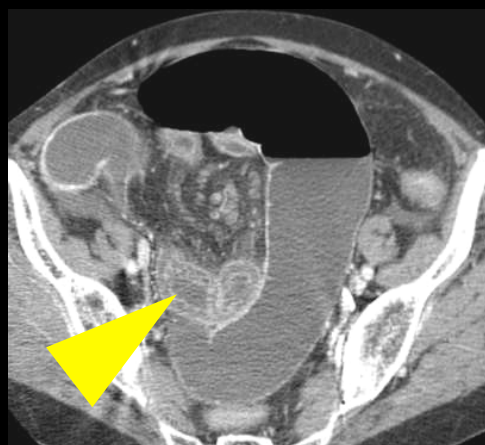
?

Femme 82 ans, sd occlusif. ATCD sigmoïdectomie

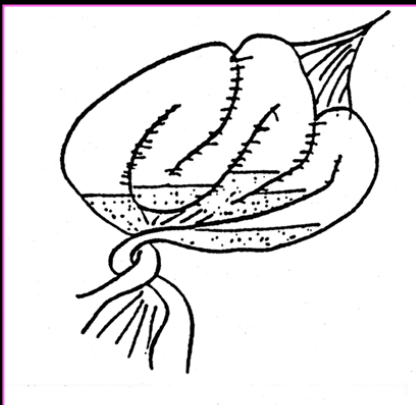
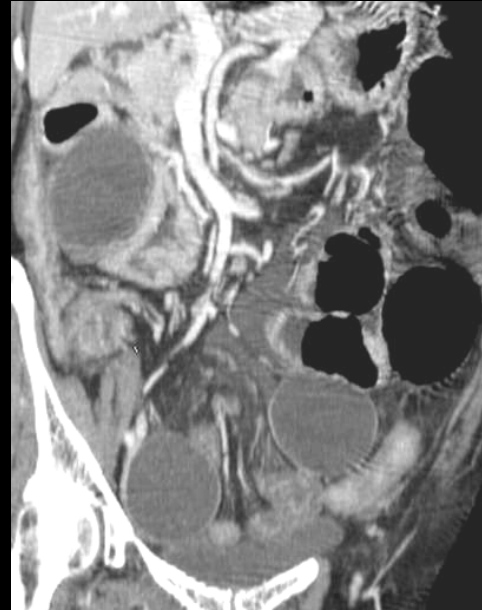
Occlusion grêle
Volvulus sur bride



?



Femme 57 ans, sd occlusif franc. ATCD
appendicectomie

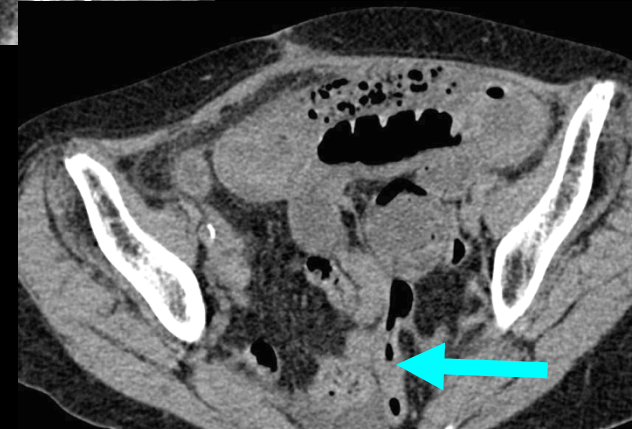
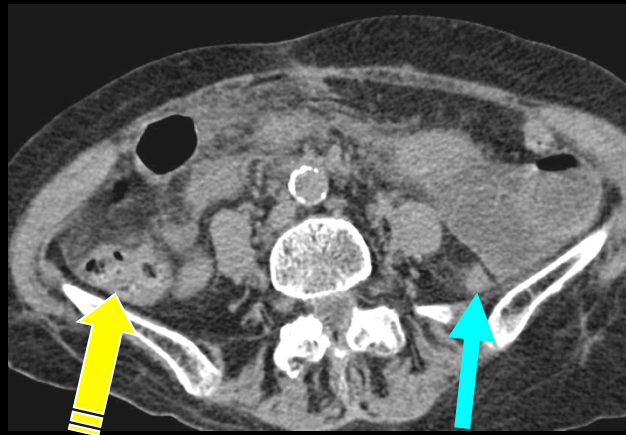
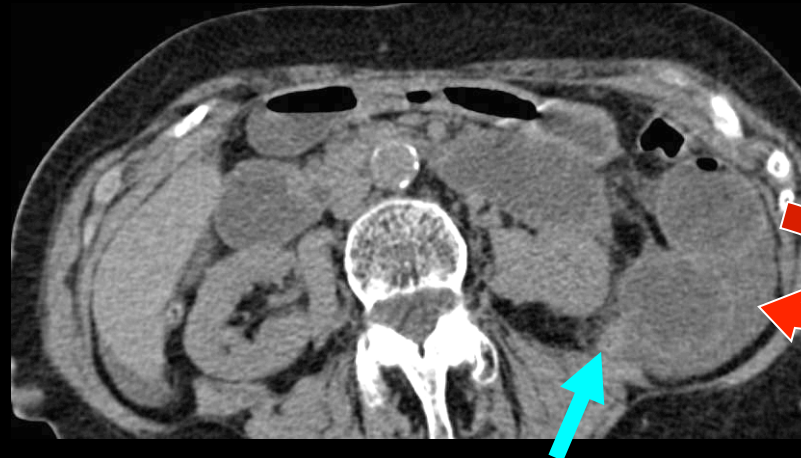


Occlusion du grêle par **volvulus sur bride**

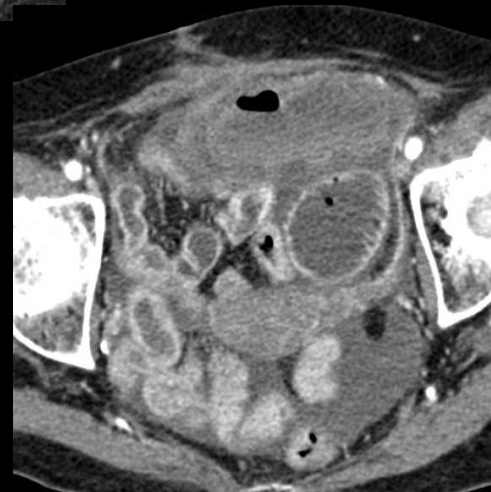
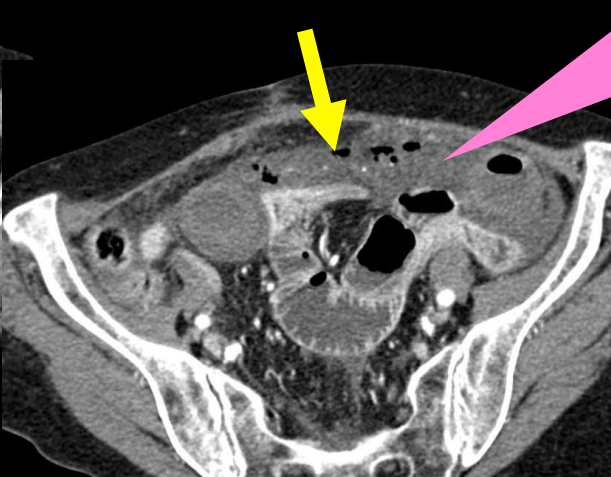
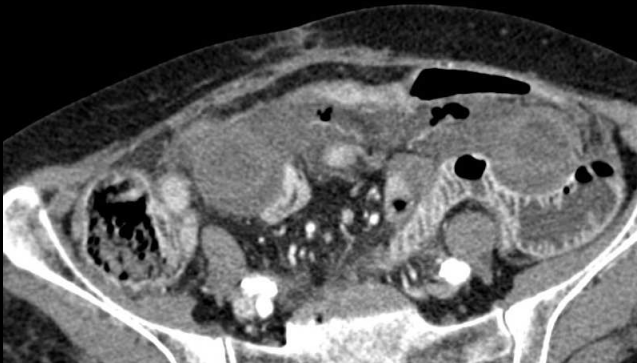
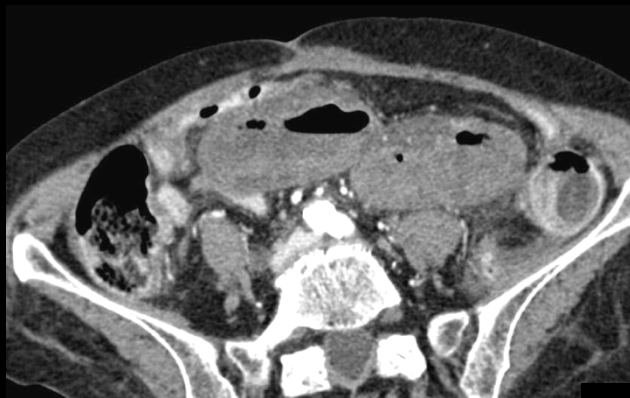
Signes de strangulation:

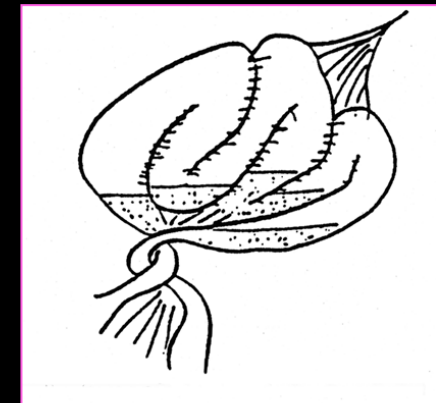
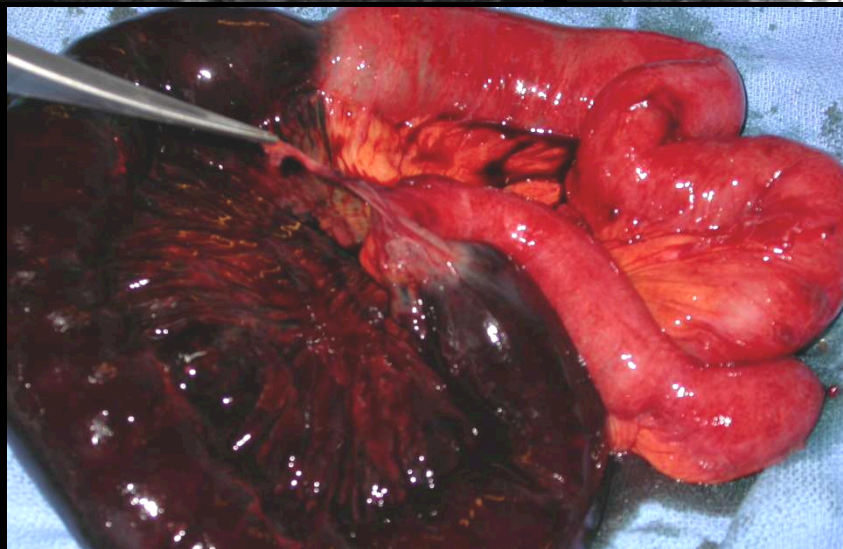
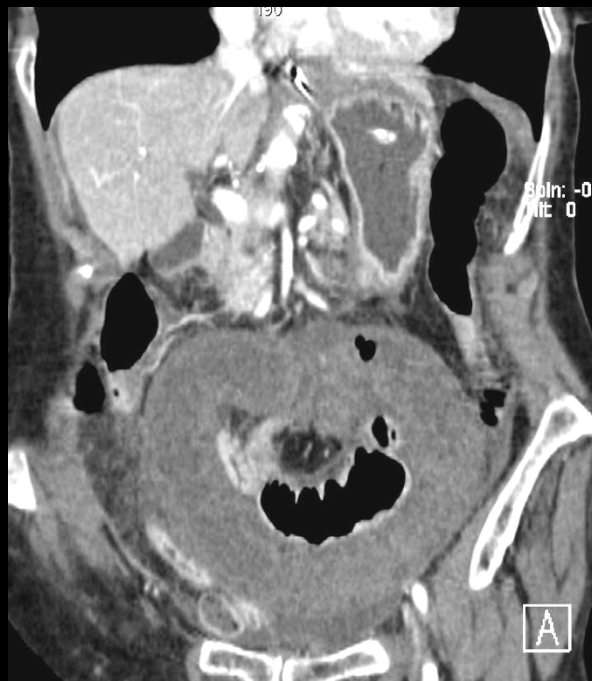
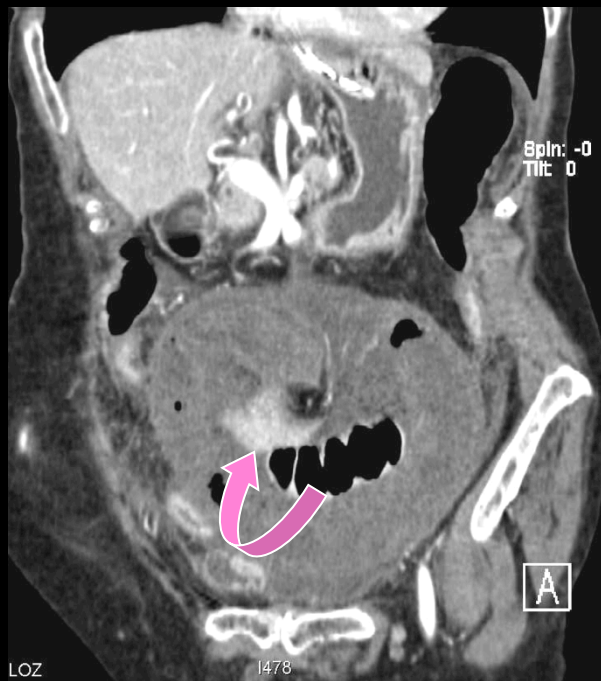
- Congestion du mésentère
- Œdème sous muqueux « en cible » des anses
- Épanchement péritonéal
- Épanchement séro hémattique (dense) inter-anses

Homme 84 ans, masse épigastrique et douleurs abdominales depuis plusieurs jours



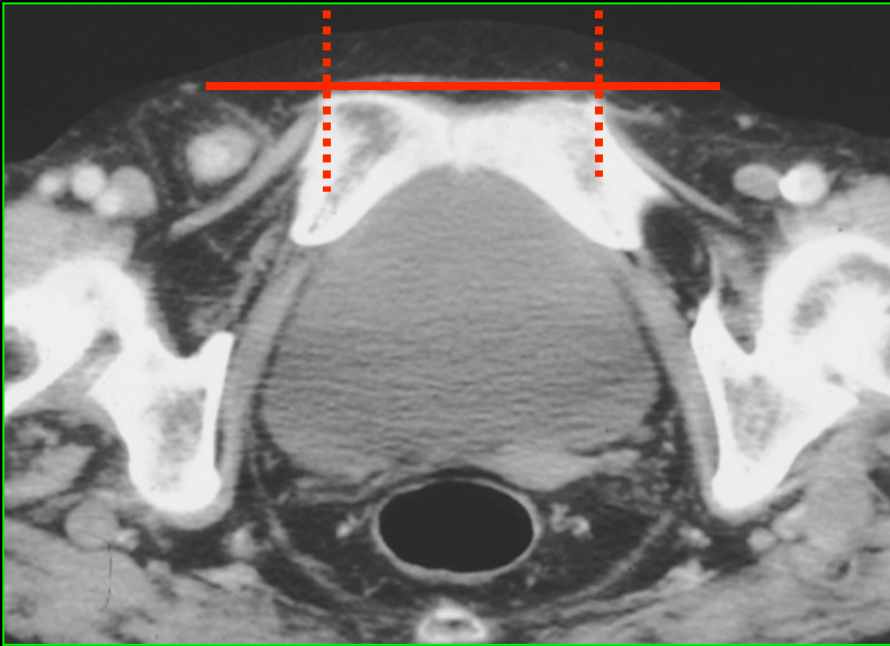
?





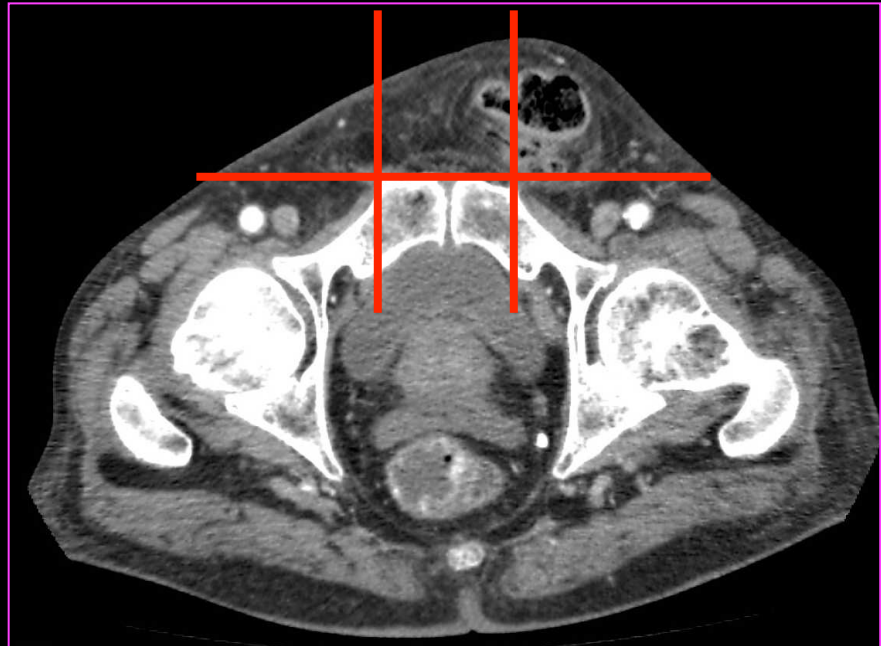
Volvulus sur bride avec strangulation : nécrose ischémique intestino-mésentérique

De quel type de hernies s'agit-il ?



Fémorale (= crurale)

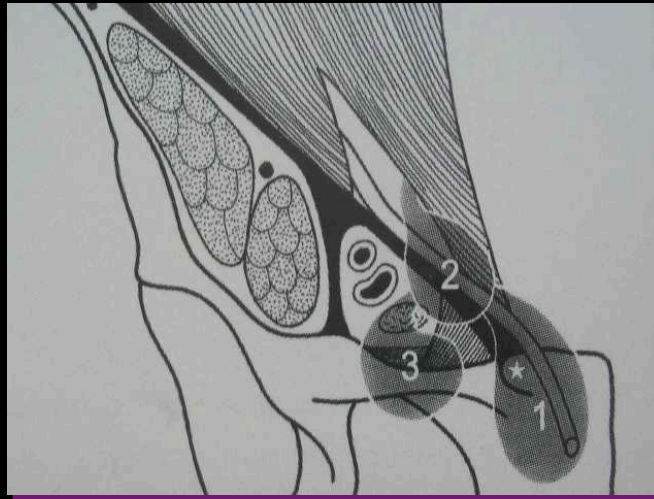
Point centrale de l'anse herniée en arrière de la ligne de repère de l'épine du pubis



Inguinale

Directe: en DD de l'artère épigastrique inférieure

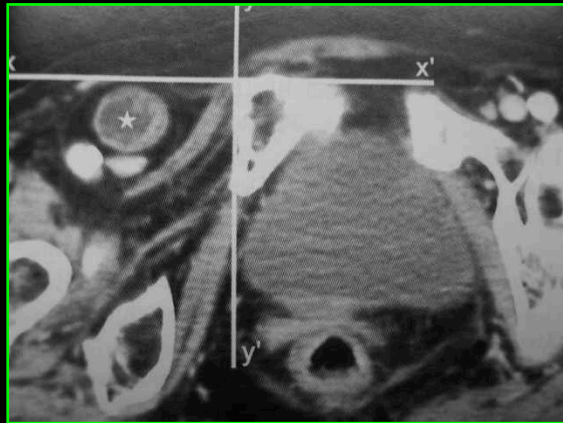
Indirecte: en DH de l'artère, franchit en DD le plan de l'épine du pubis



3

2

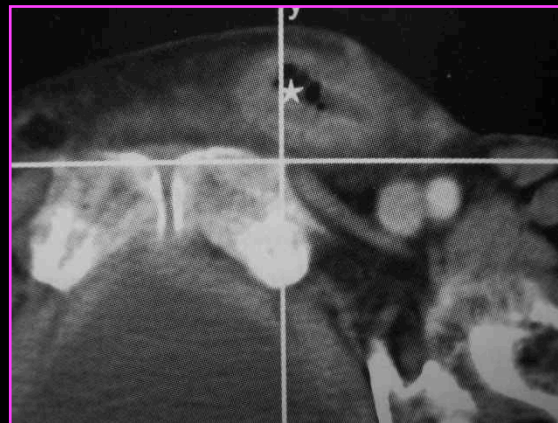
1



Fémorale



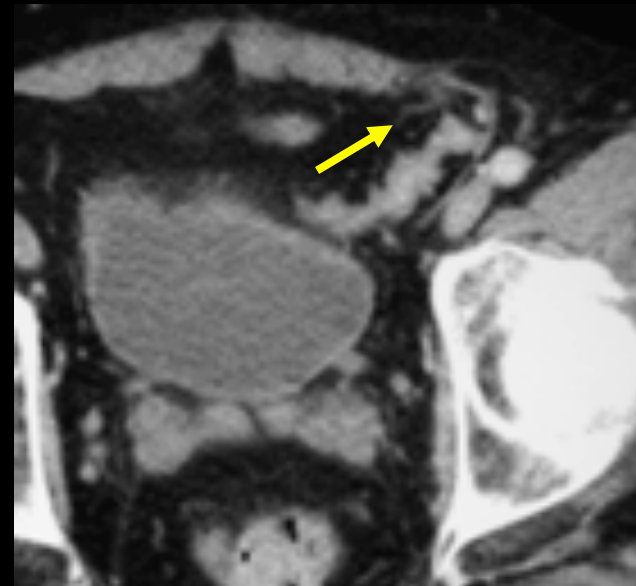
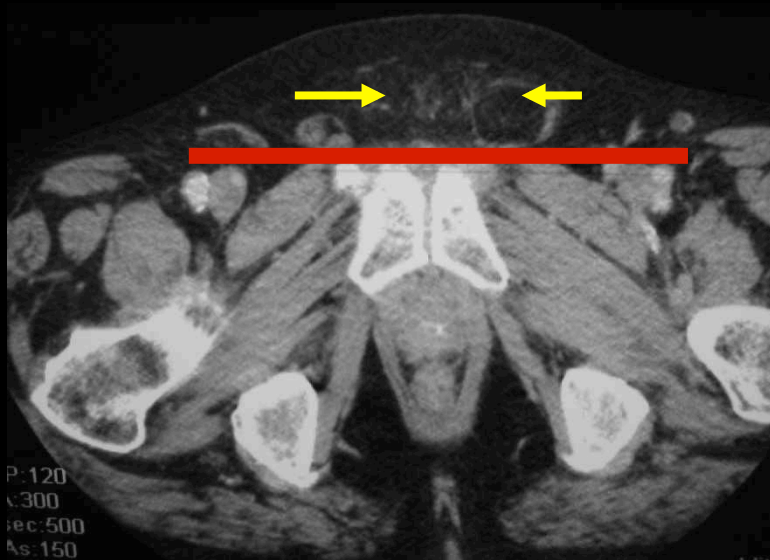
Inguinale indirecte

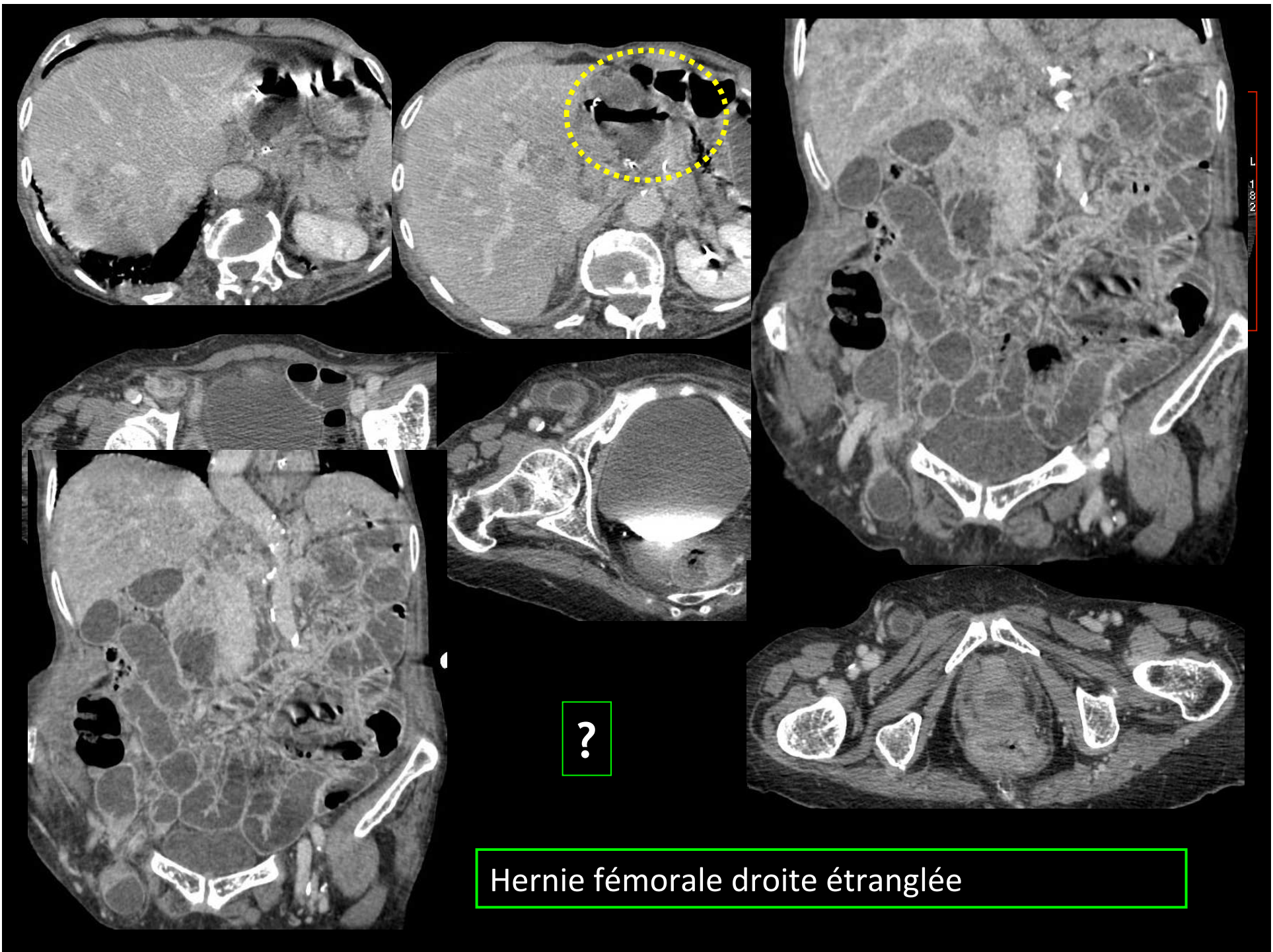


Inguinale directe

Formes habituelles de hernie inguinale

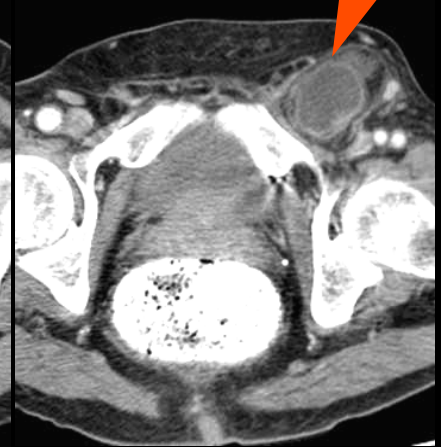
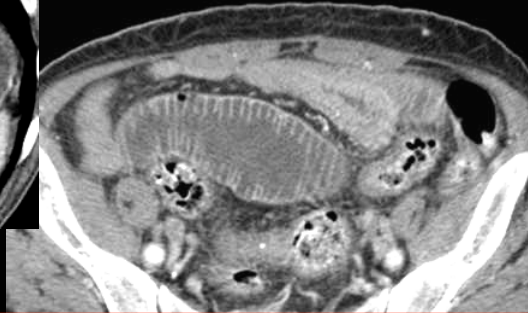
Lipomes pré-herniaires







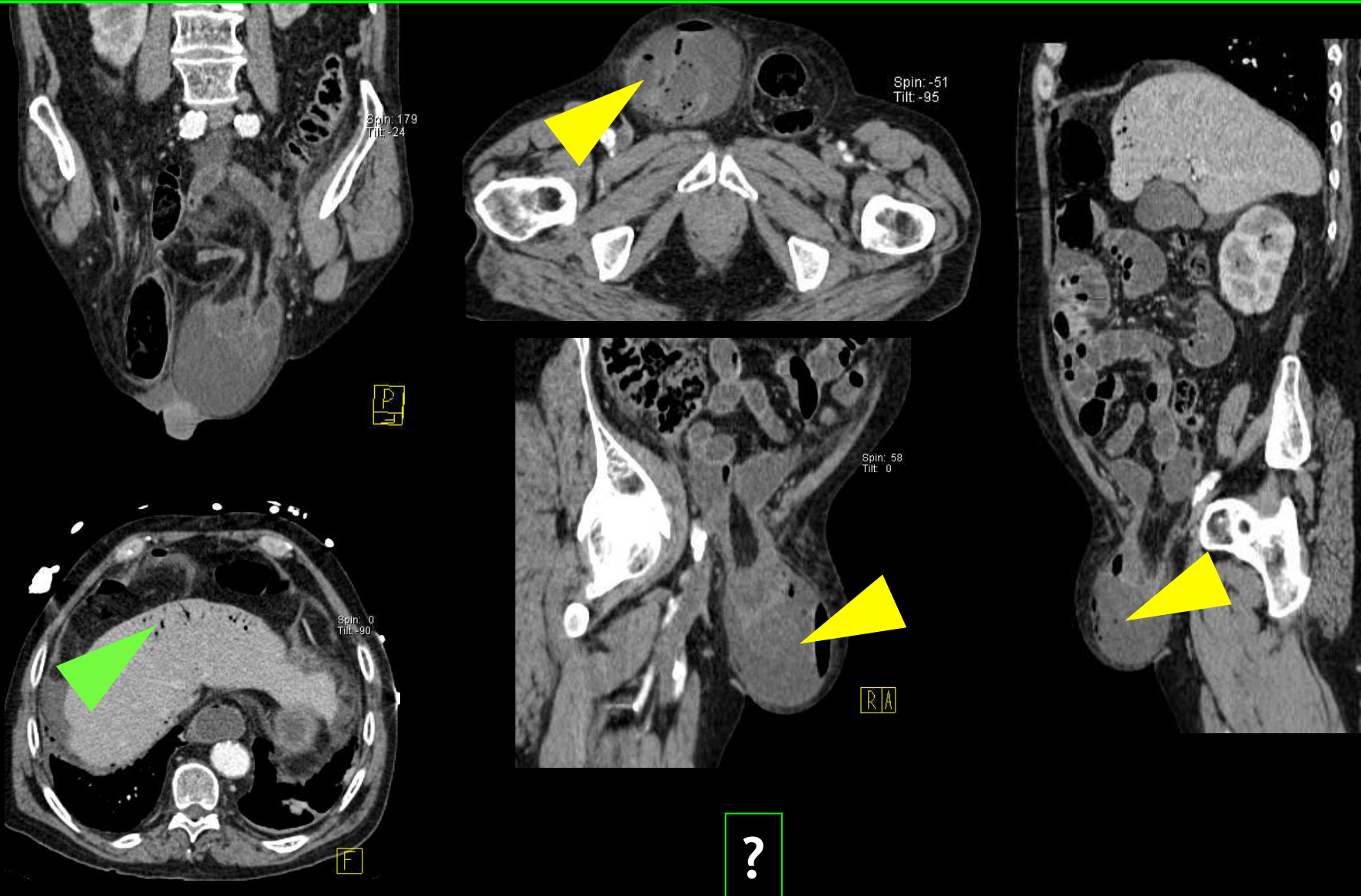
?

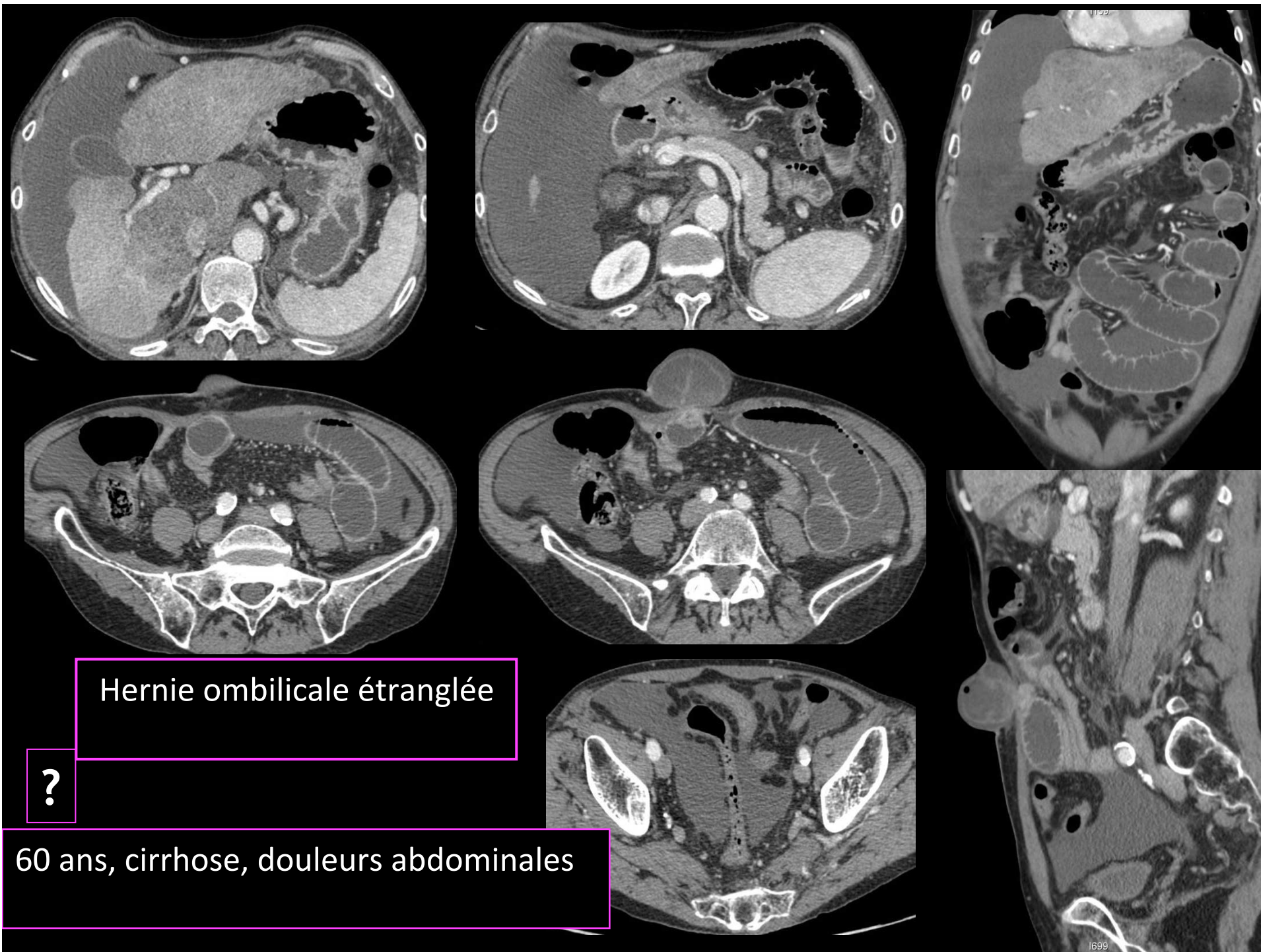


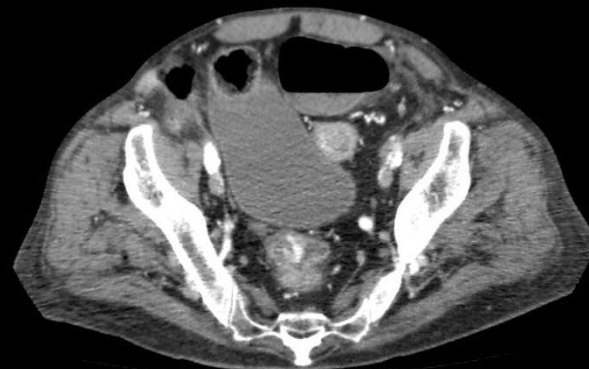
Hernie inguinale gauche étranglée



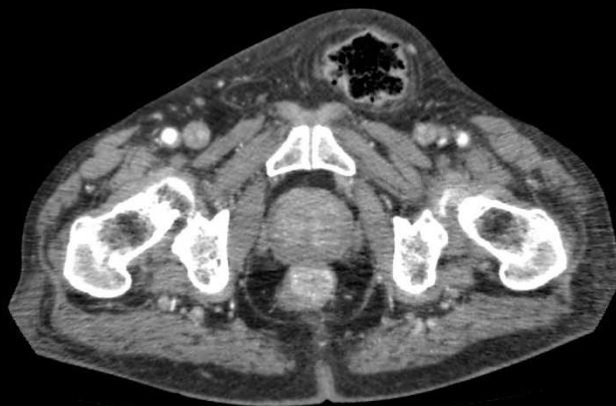
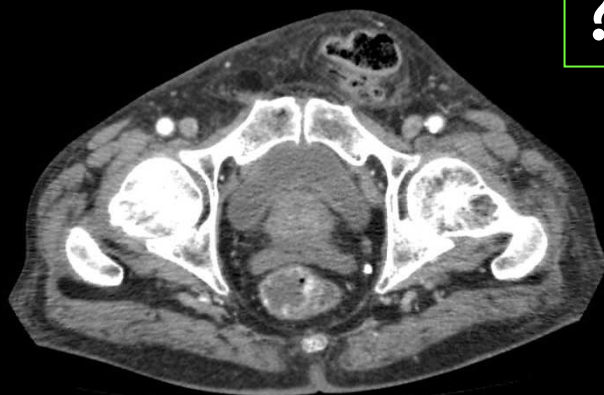
Hernie inguino-scrotale étranglée, avec souffrance digestive sévère et perforation

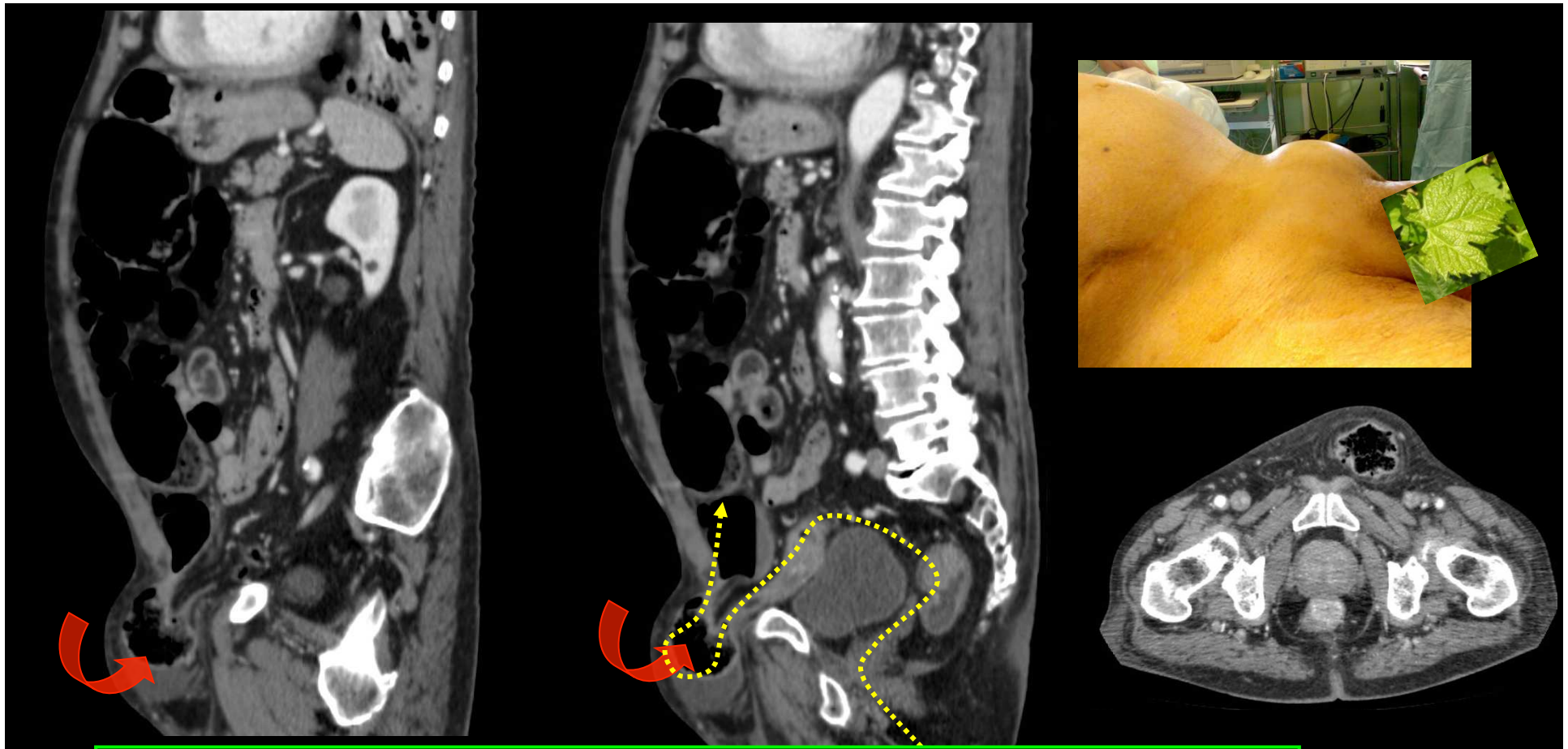




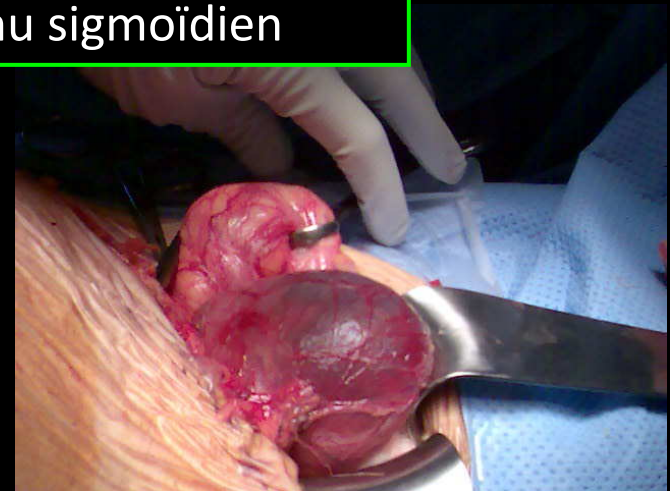


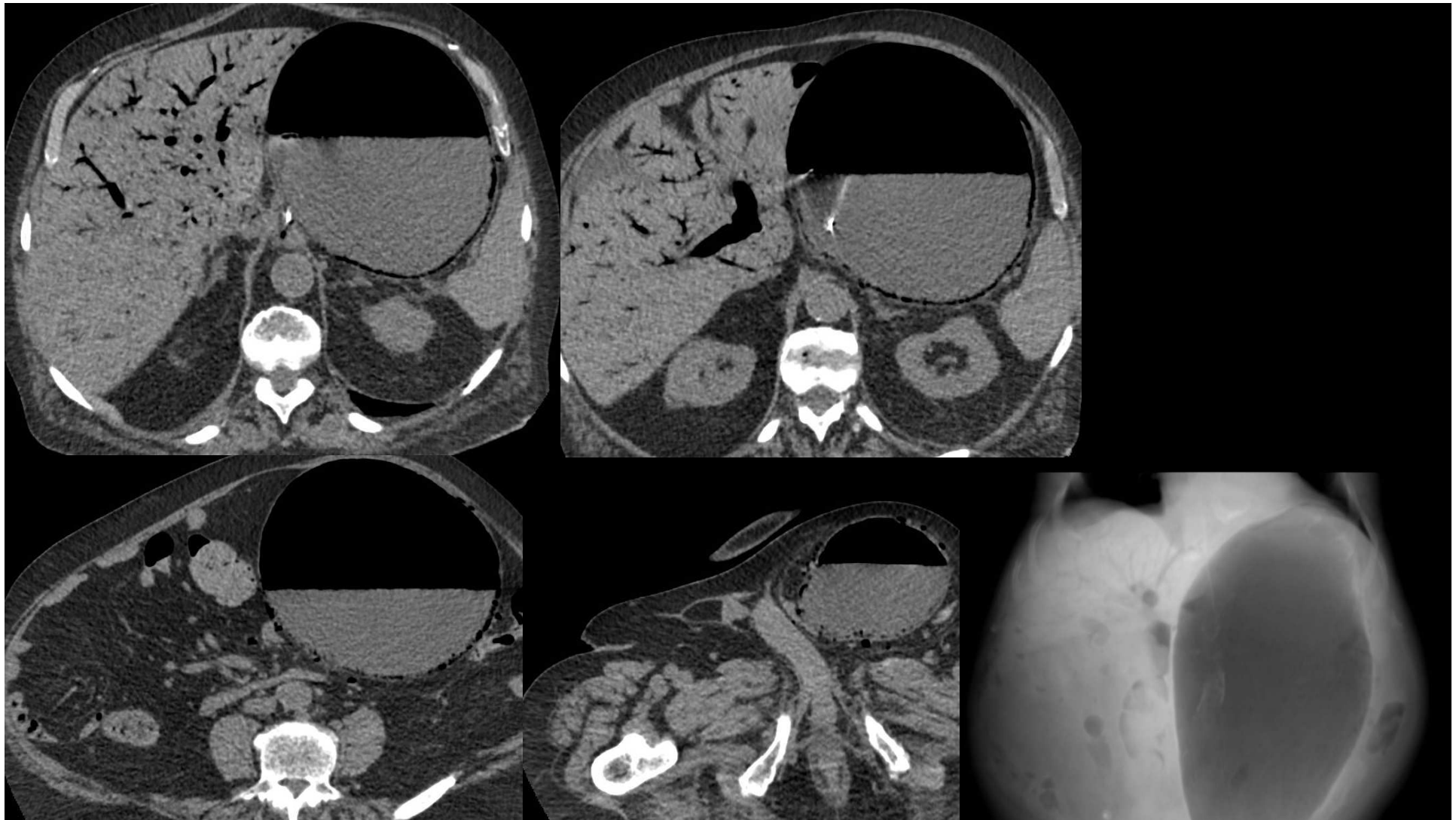
?



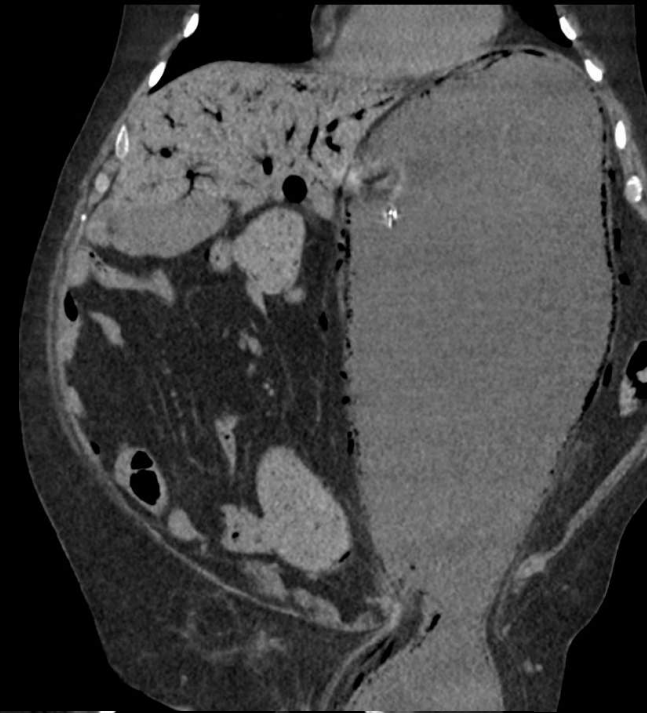
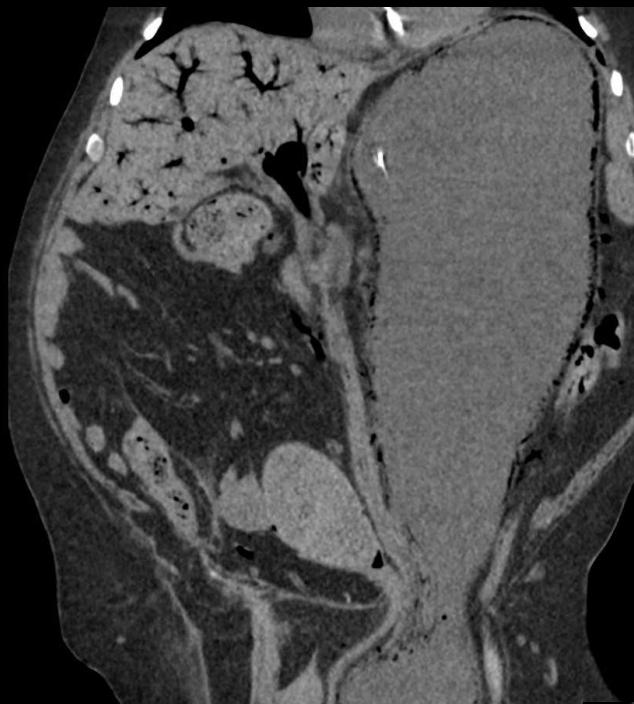


Hernie inguinale gauche étranglée à contenu sigmoïdien



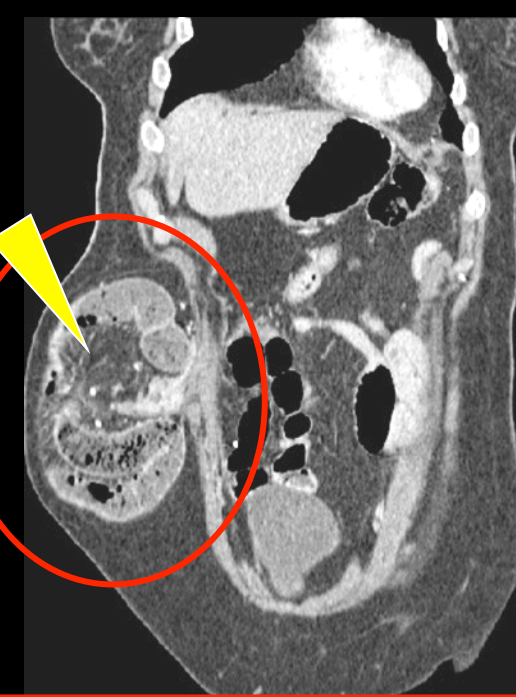
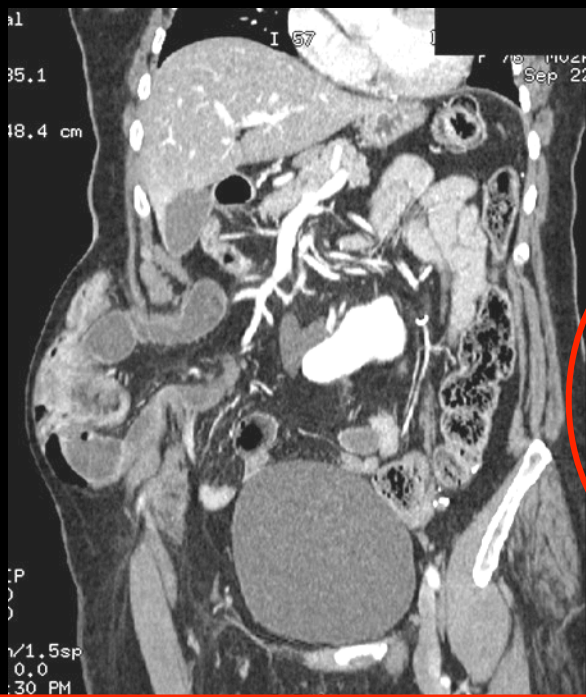


75 ans
Syndrome occlusif
Pas de défaillance hémodynamique



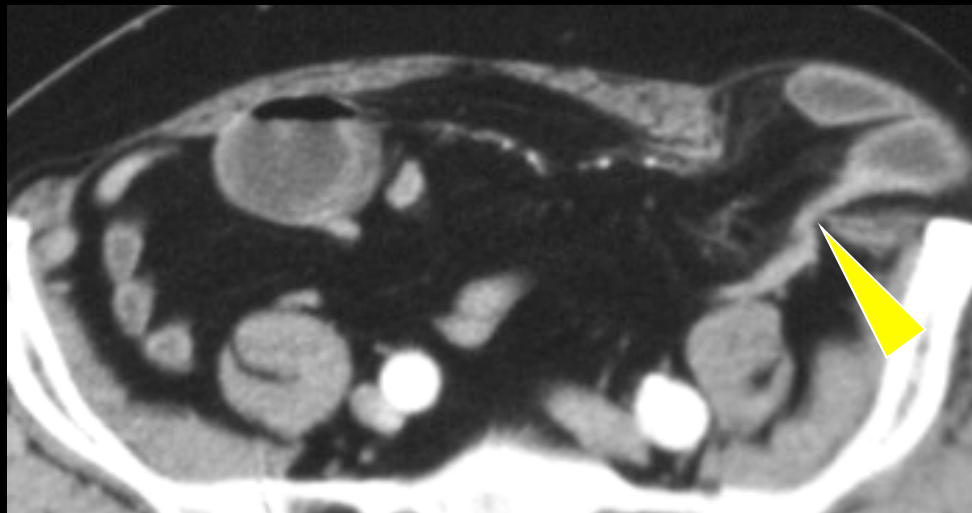
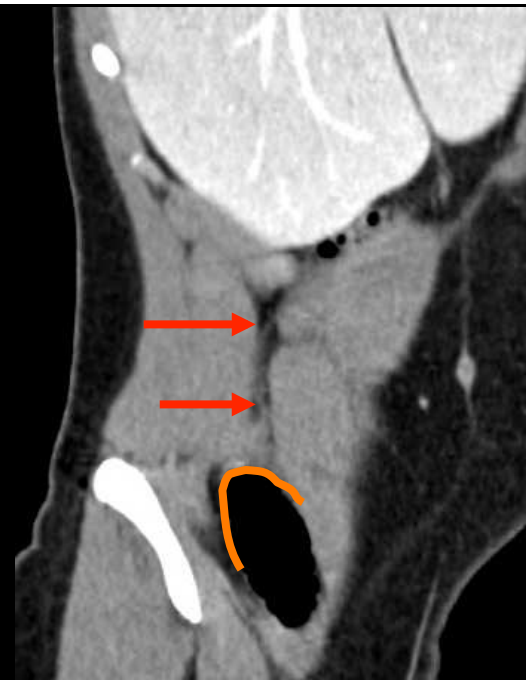
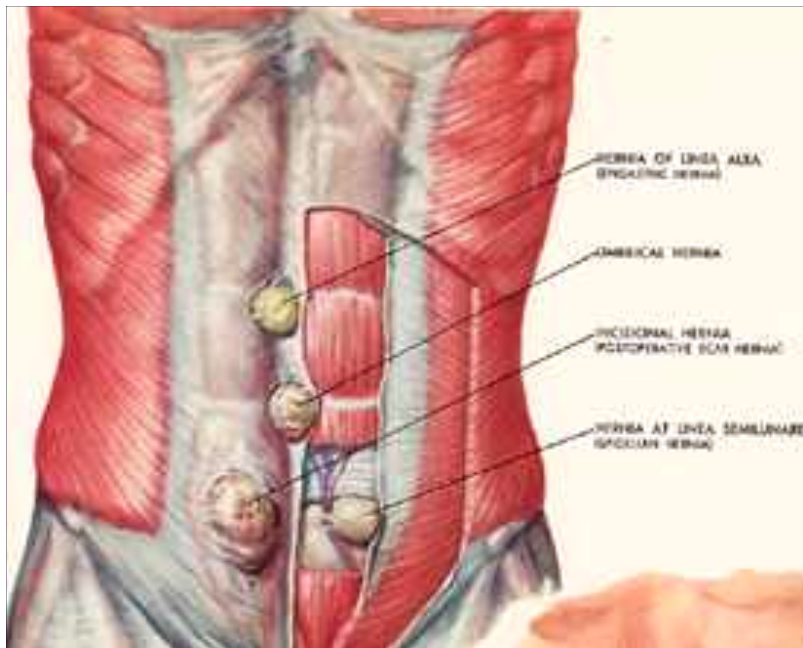
Chirurgie : réduction de la hernie.
Pas de nécrose gastrique : gastrite
emphysémateuse
Contrôle à 15j





Hernie de Spiegel (para rectale) droite engouée et reins en fer à cheval





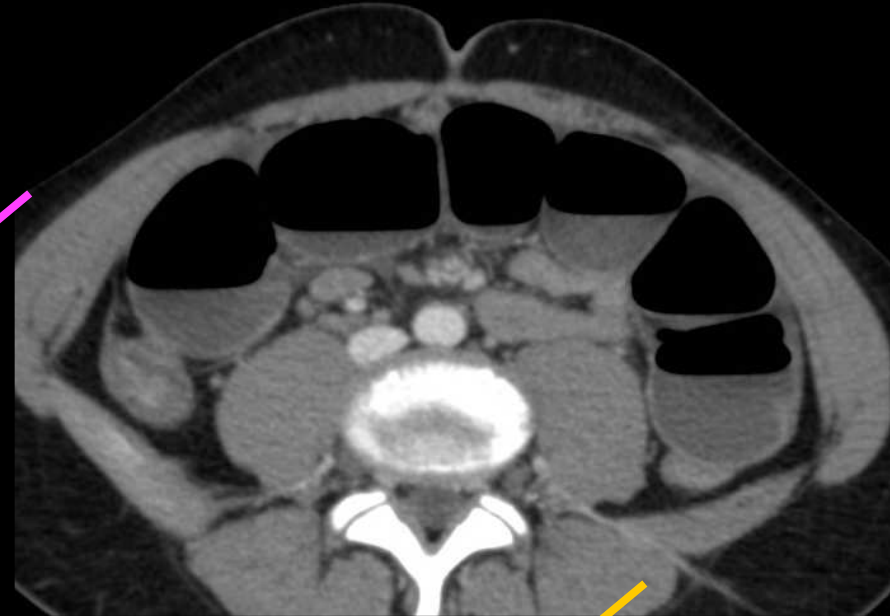
Elle peut apparaître tout le long de la ligne blanche externe, mais siège principalement sous la ligne semi-lunaire.

Hernie de Spiegel

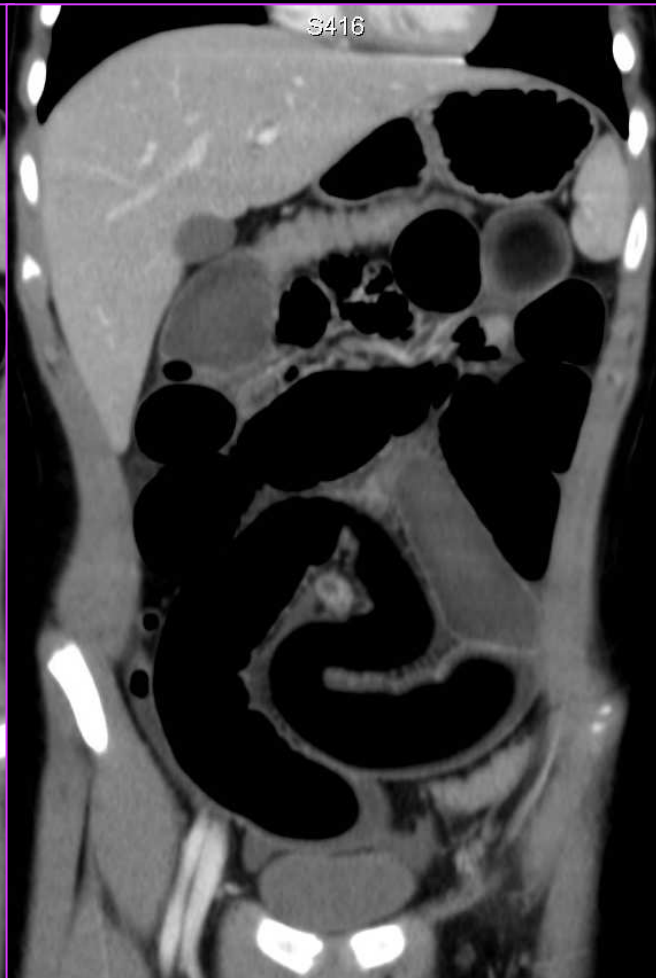
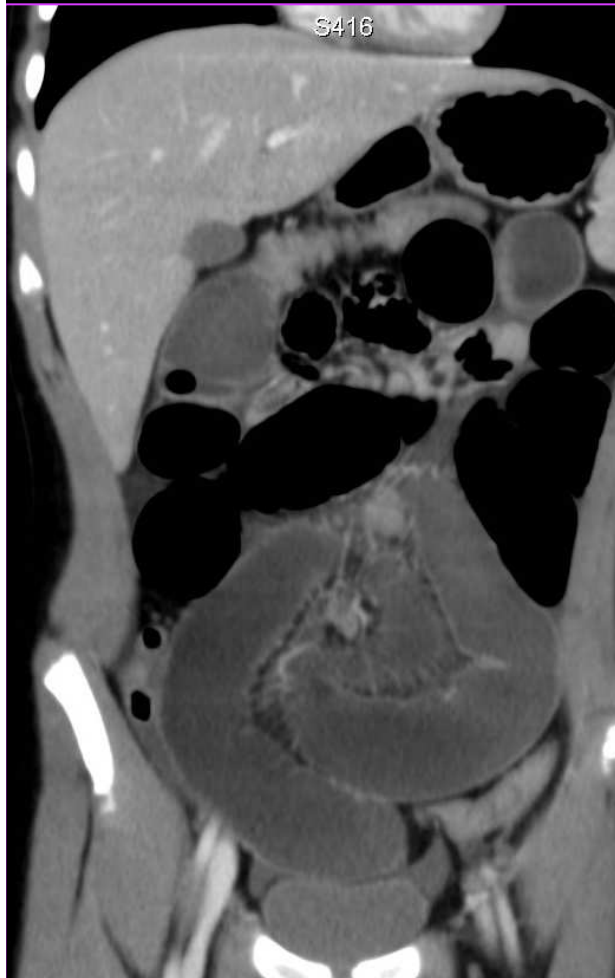
?

2

- Patient 10 ans
- Douleurs abdominales et Sd occlusif



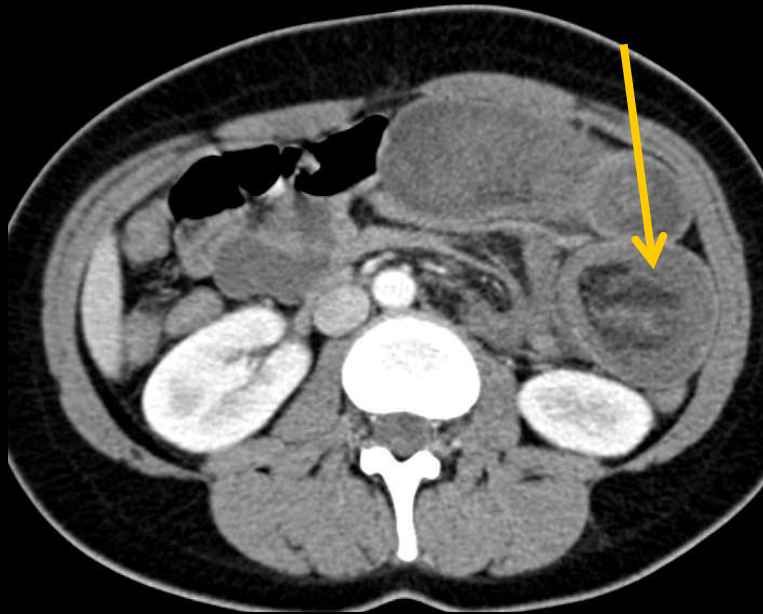
- Occlusion du grêle
- Structure tubulée prenant le contraste



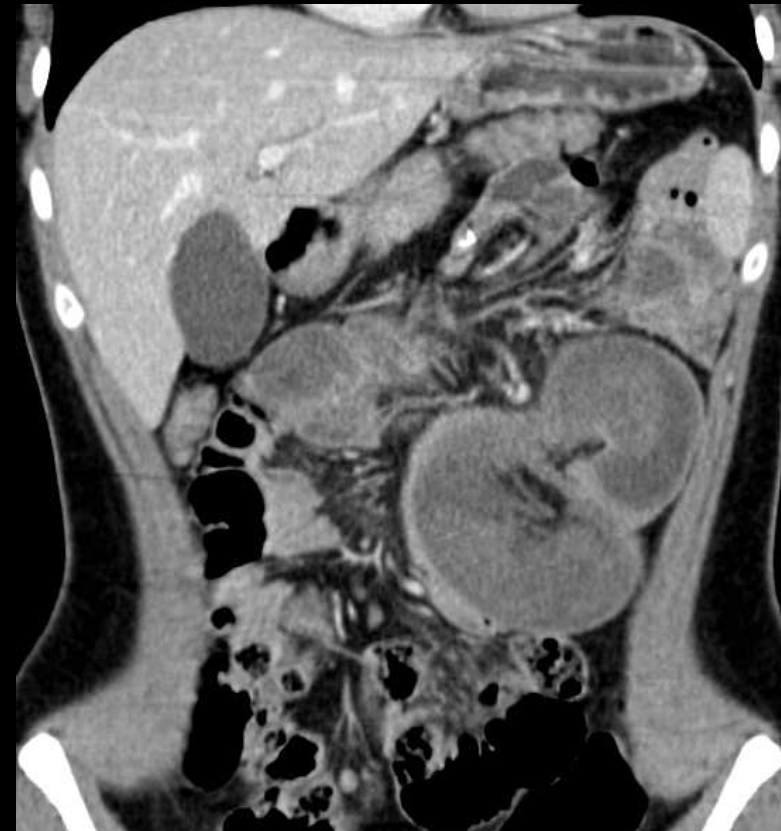
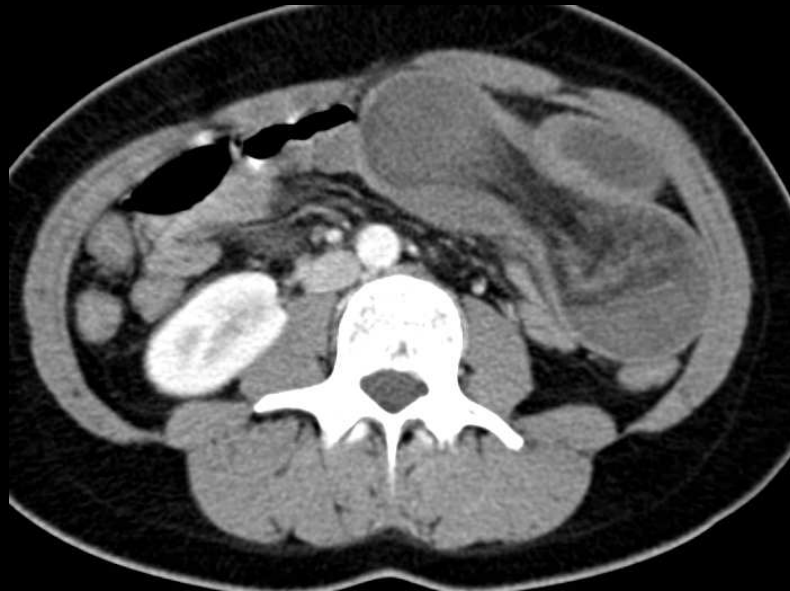
Volvulus sur diverticule de Meckel



- Patiente 27 ans
- Douleurs et vomissements

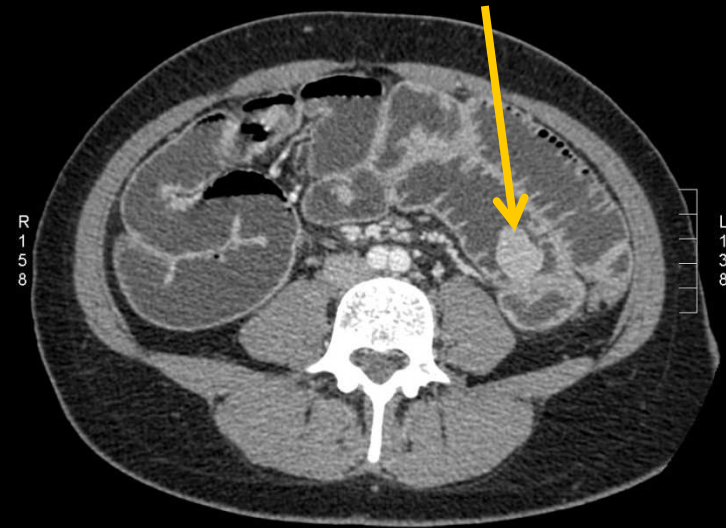


- **Invagination jéjuno-jéjunale aiguë**





3 mois auparavant

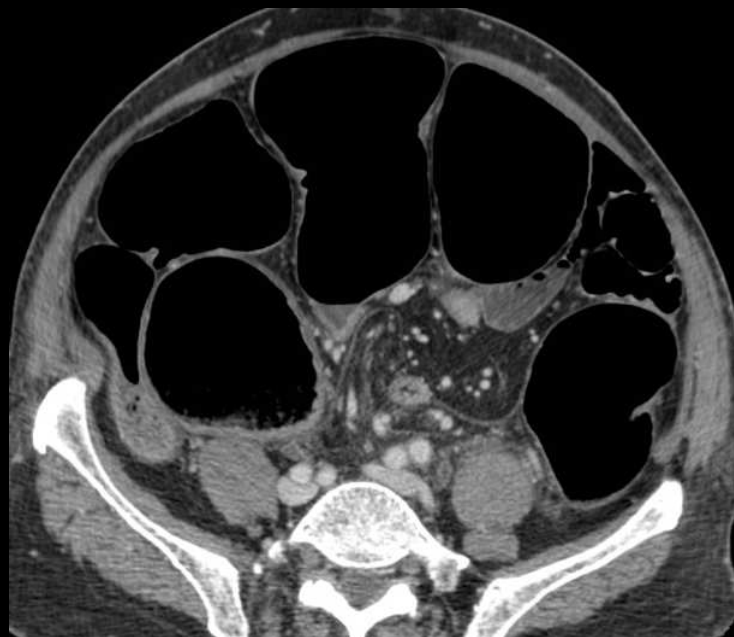
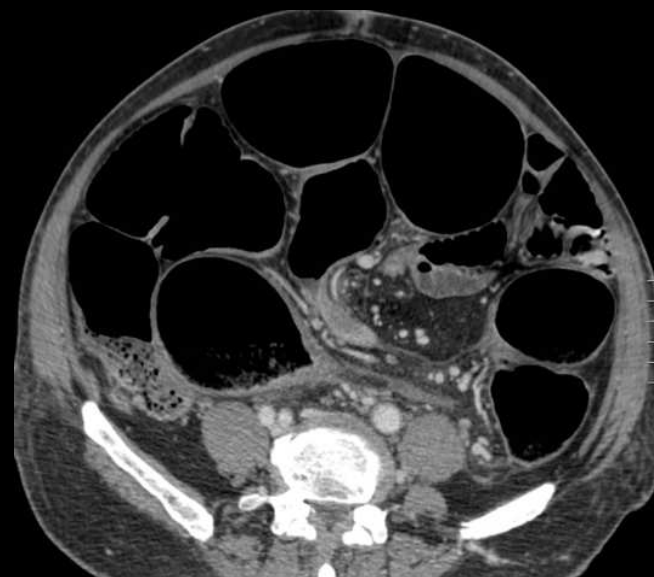
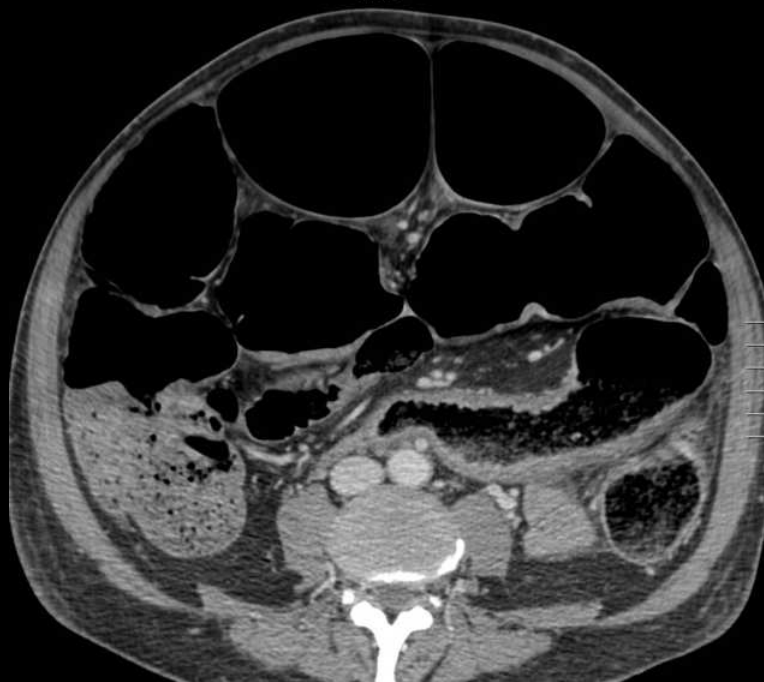


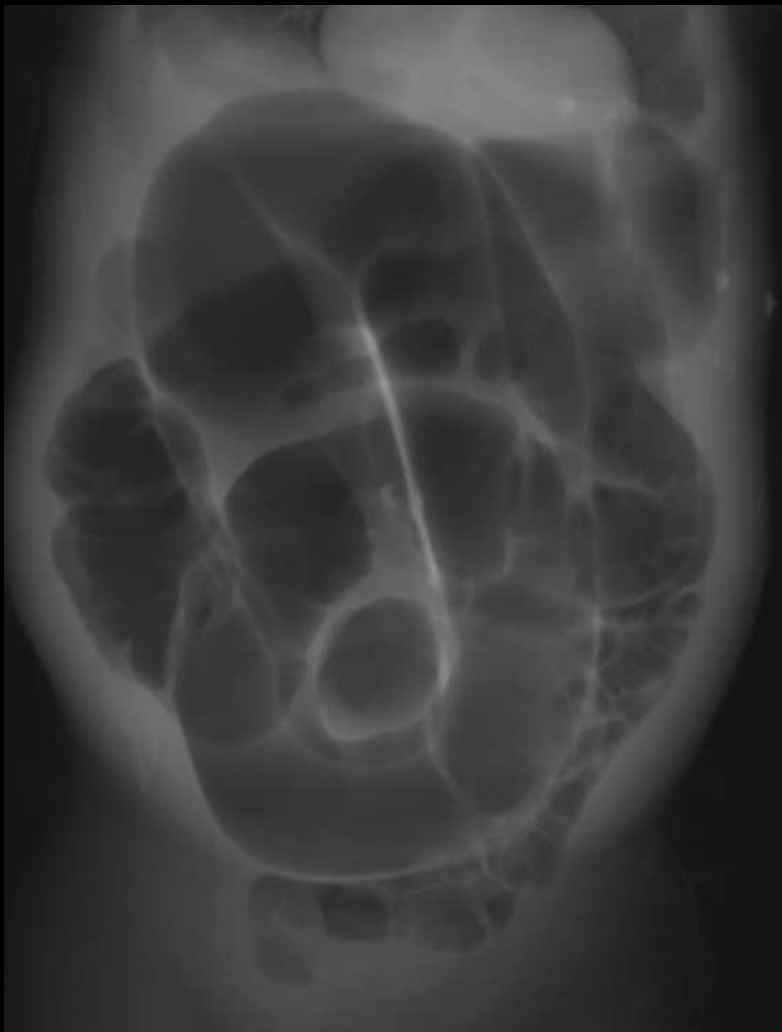
**Multiple polypes du
jéjunum : Peutz-
Jeghers**





- Patient 77 ans
- Sd occlusif

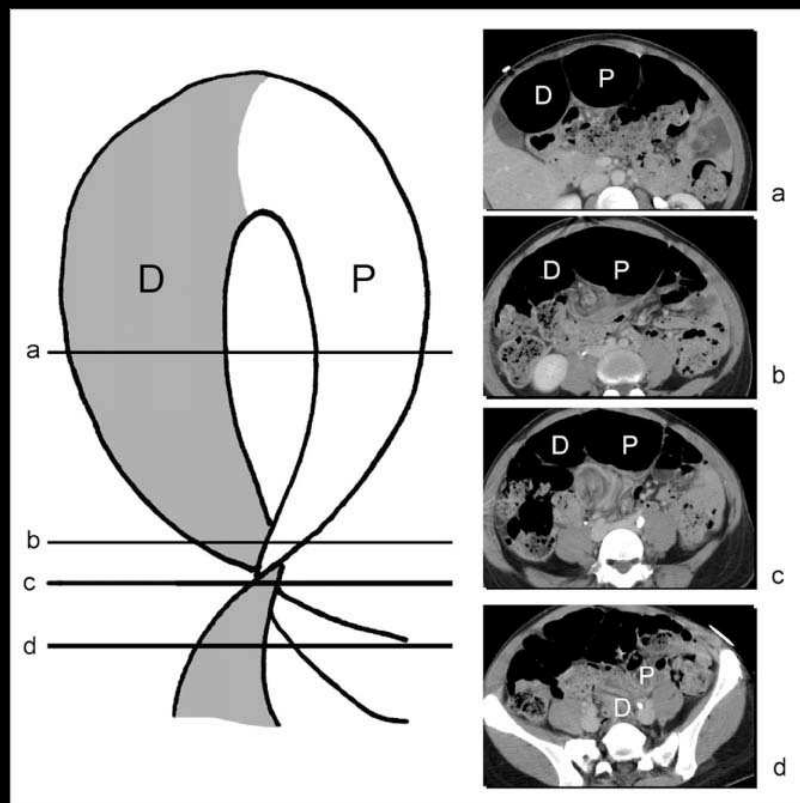




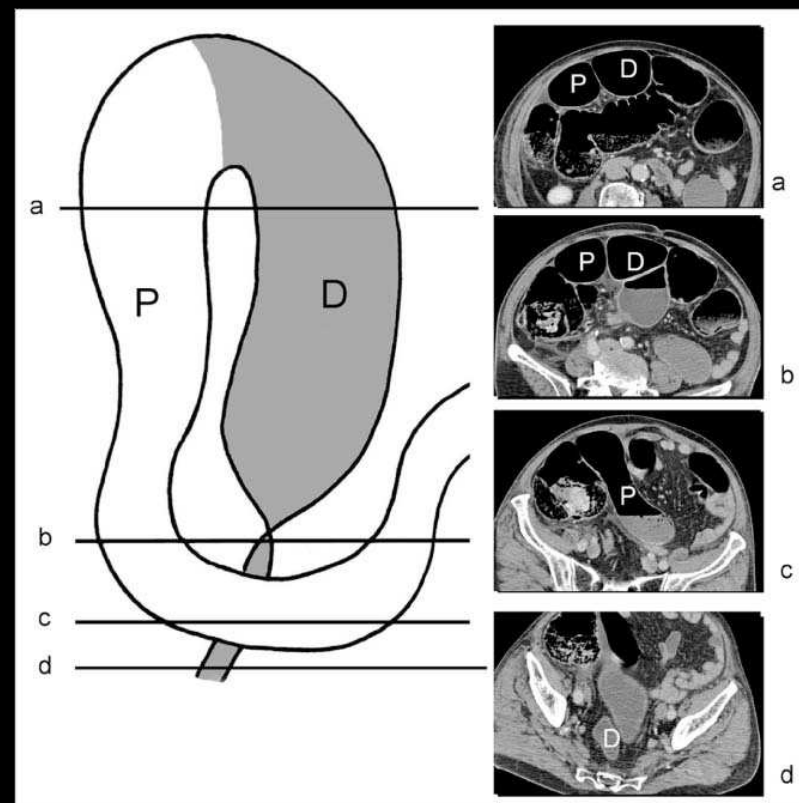
Volvulus du sigmoïde organo-axial

Apport du scanner multi-détecteurs dans la prise en charge des volvulus du sigmoïde

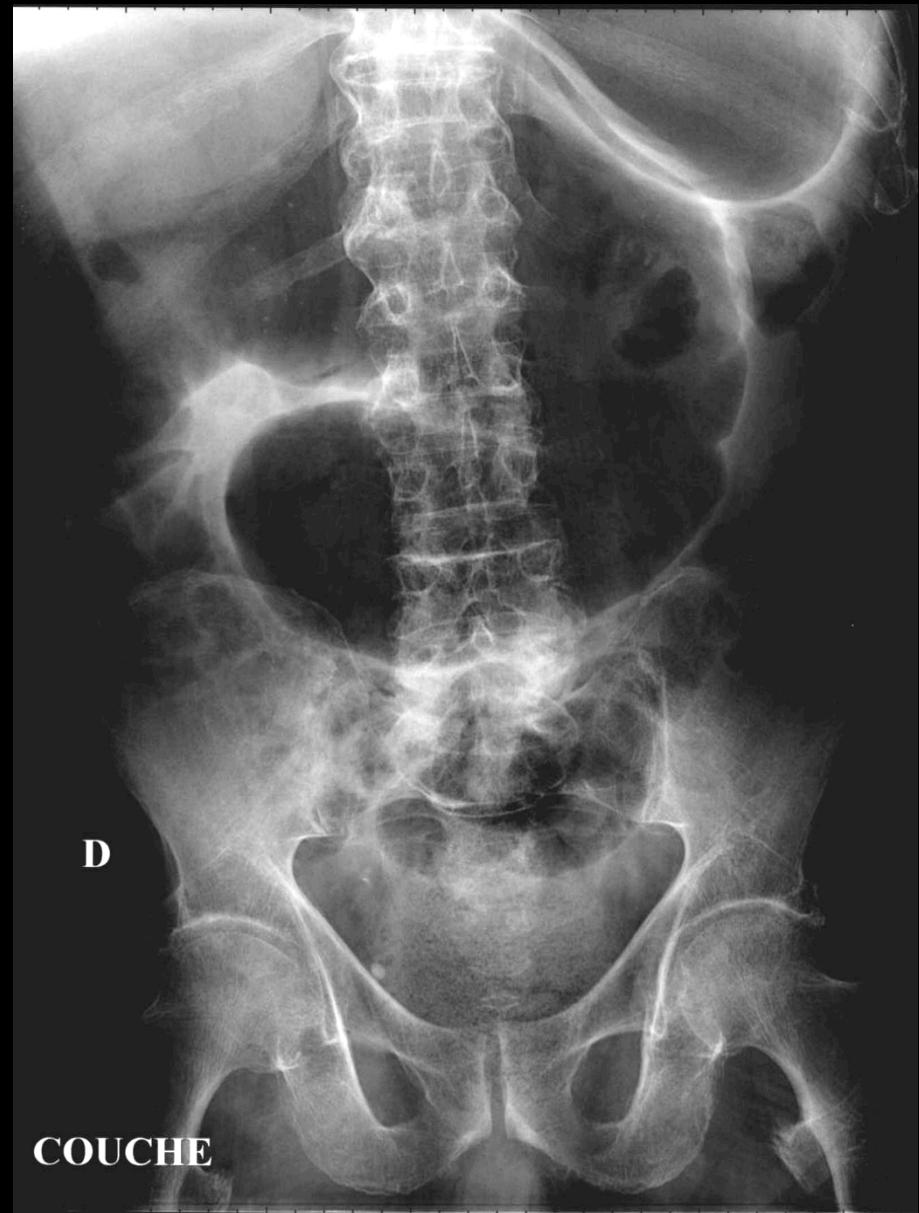
C Bernard (1), J Lubrano (2), V Moulin (1), G Mantion (2), B Kastler (1) et E Delabrousse (1)



Forme mésentérico-axiale

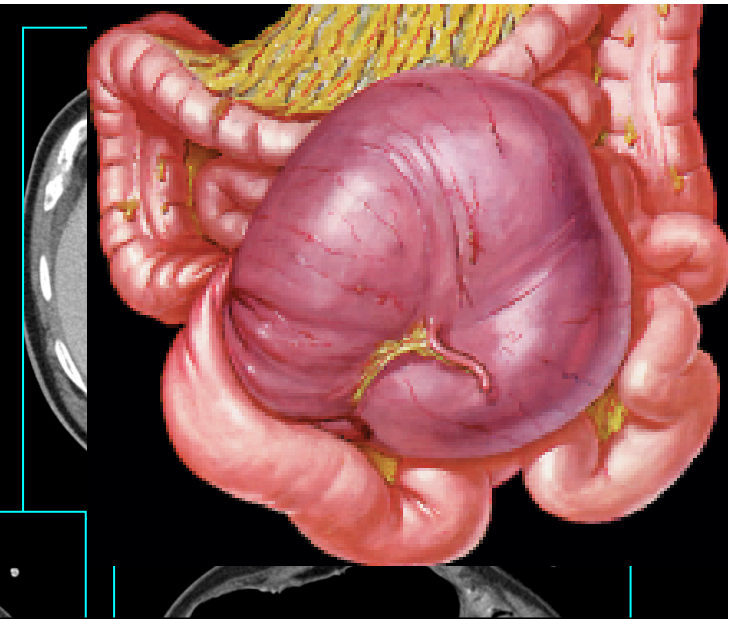
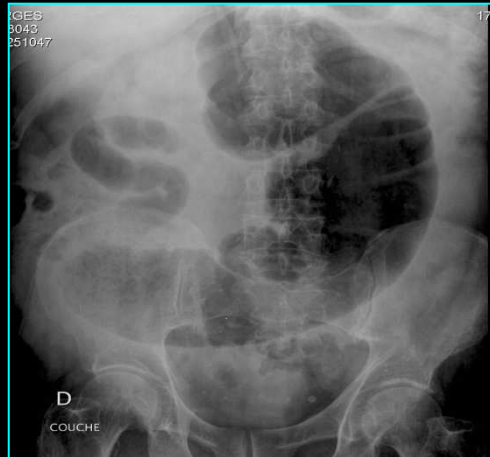


Forme organo-axiale



?

Douleurs abdominales diffuses, évoluant depuis 15 jours
Météorisme abdominal, orifices herniaires libres



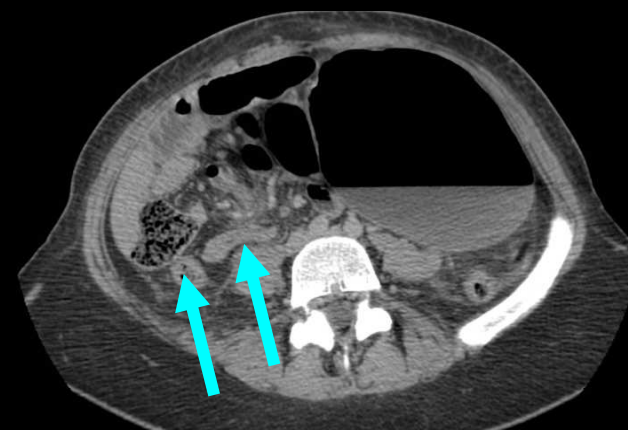
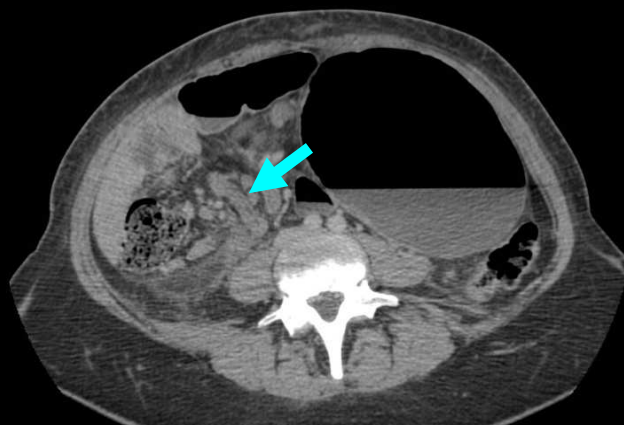
- Défaut d'accolement du colon droit associé ou non à une anomalie de rotation de l'anse ombilicale :
Mobilité du cæcum (10 à 22% des adultes)
- Atteinte associée du colon ascendant et de la dernière anse iléale
- **Facteurs favorisants** : trouble du transit, brides, ATCD chirurgicaux du cæco-colon droit

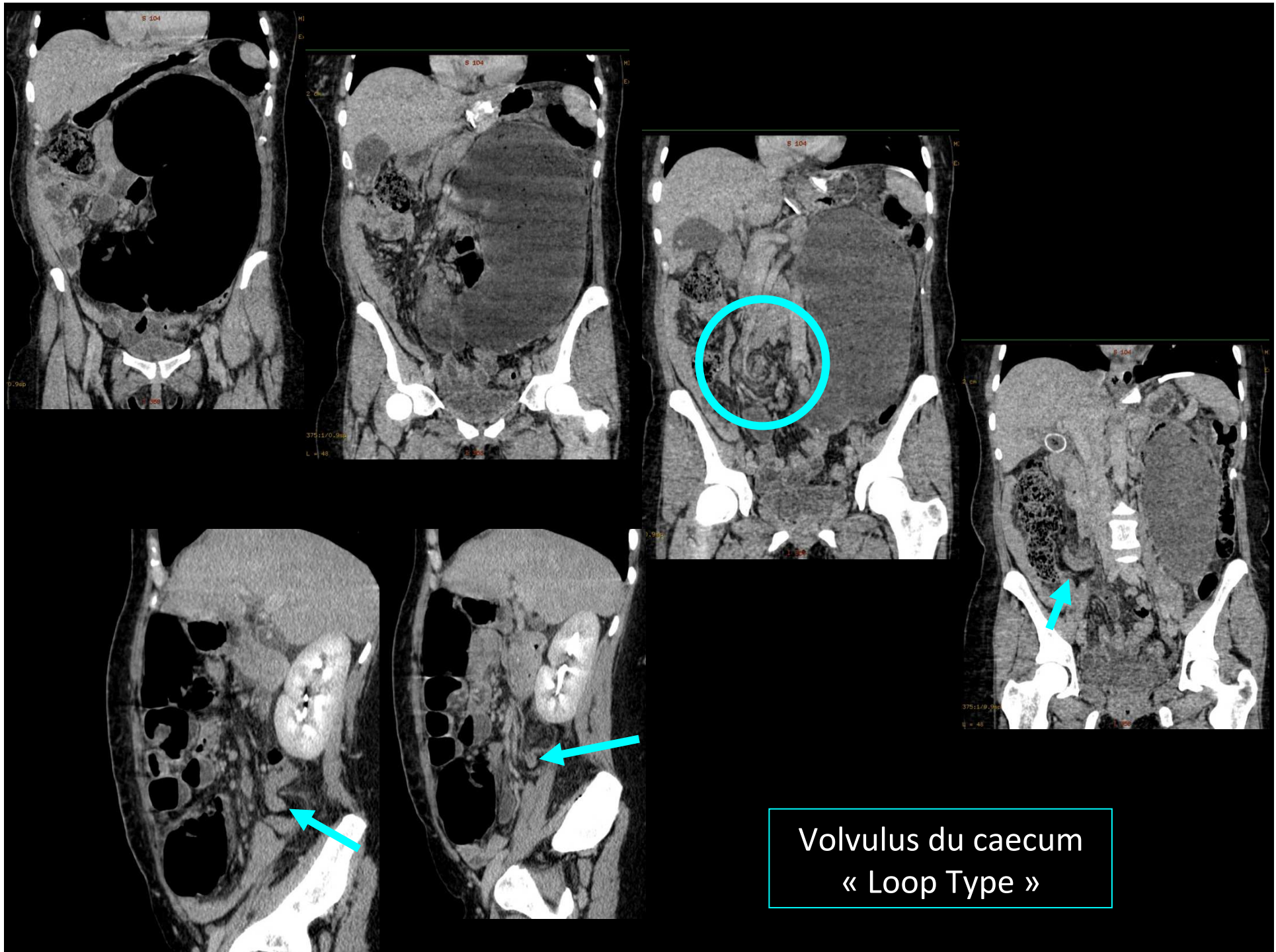


Cas 25
Volvulus du caeco-ascendant

Femme 35 ans
DA aiguës
Atcd anneau
gastrique

?





Volvulus du Caecum= classification



- Axial type (45 %)
 - Rotation du caecum sur son axe vertical
 - Le caecum distendu reste dans la partie inférieure de l'abdomen plutôt à droite
- Loop type (45 %)
 - Rotation du caecum et inversion par bascule antérieure
 - Le caecum distendu se retrouve en projection de la partie supérieure de l'abdomen et plutôt à gauche
- Bascule (10 %)
 - Le caecum présente un repliement antérieur, sans réelle rotation (pas de whirl sign)
 - Le caecum se retrouve la encore en projection de la partie supérieure de l'abdomen.

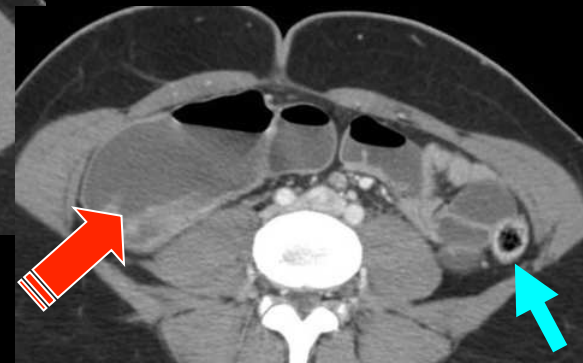
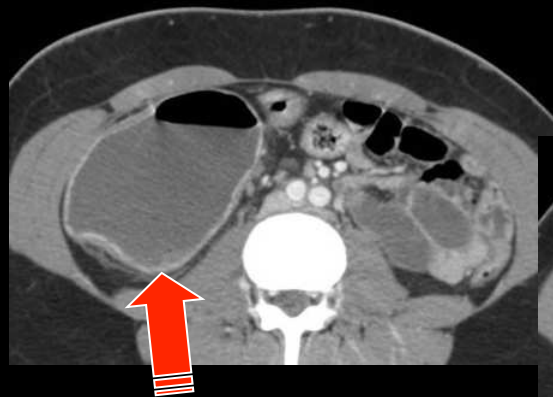
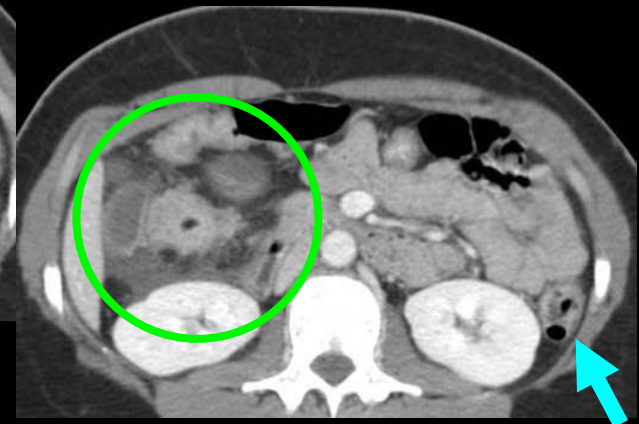
A RETENIR +++



Les Occlusions Coliques :

- ⇒ Plus rares
- ⇒ Volvulus sigmoïde / caecum
- ⇒ Expression clinique tardive
- ⇒ Tumeurs ++/Inflammations
- ⇒ Perforation Caecale

Femme 24 ans, occlusion de révélation brutale.



?

Cancer colo-rectal héréditaire sans polypose (HNPCC) = Syndrome de Lynch

3 critères stricts d'Amsterdam :

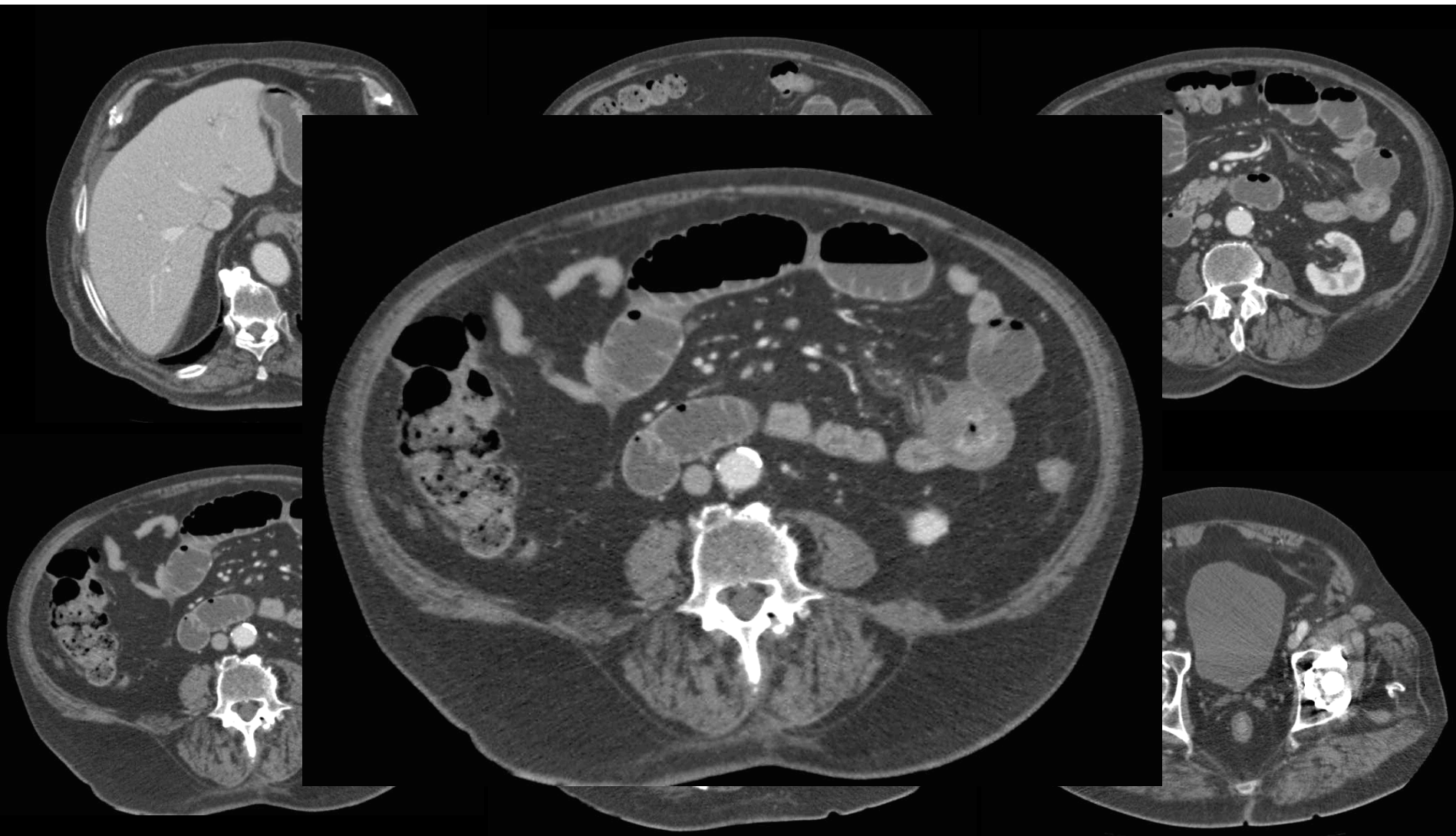
- 3 sujets atteints de CCR, dont l'un est uni aux 2 autres par un lien du 1er degré.
- 2 générations successives concernées.
- diagnostic de CCR porté avant 50 ans chez au moins 1 des malades.

Lynch I : prédisposition au CCR uniquement

Lynch II : prédisposition aux cancers de l'endomètre, de l'ovaire, de l'estomac.

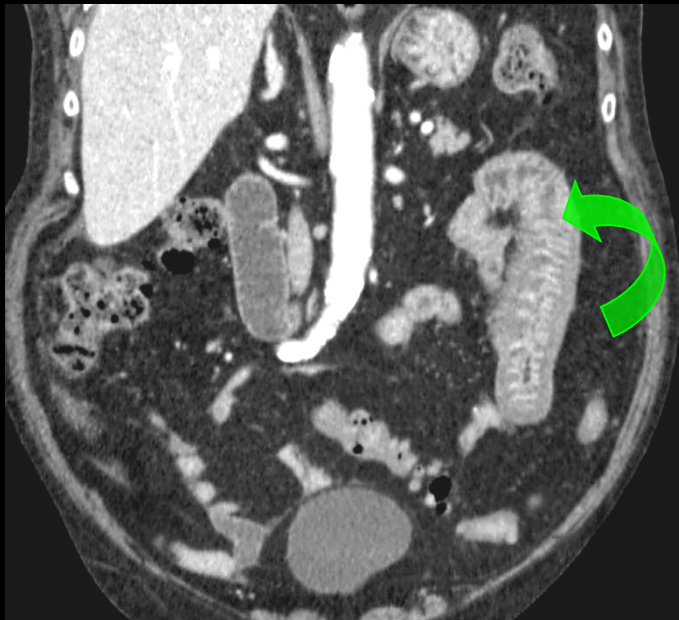


Adénocarcinome sténosant de l'angle droit

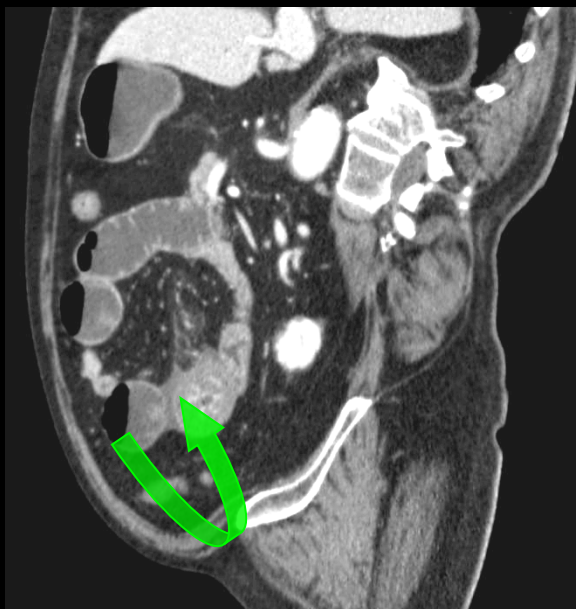


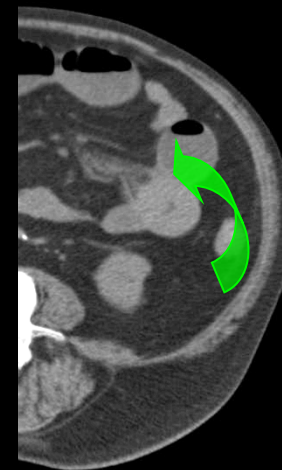
Homme 79 ans.
Syndrome occlusif depuis 24h.
Poly-vasculaire avec multiples pontages.
Pas d' ATCD chirurgicaux viscéral par ailleurs.
Pas d' hyperthermie ni syndrome inflammatoire biologique.

?



?

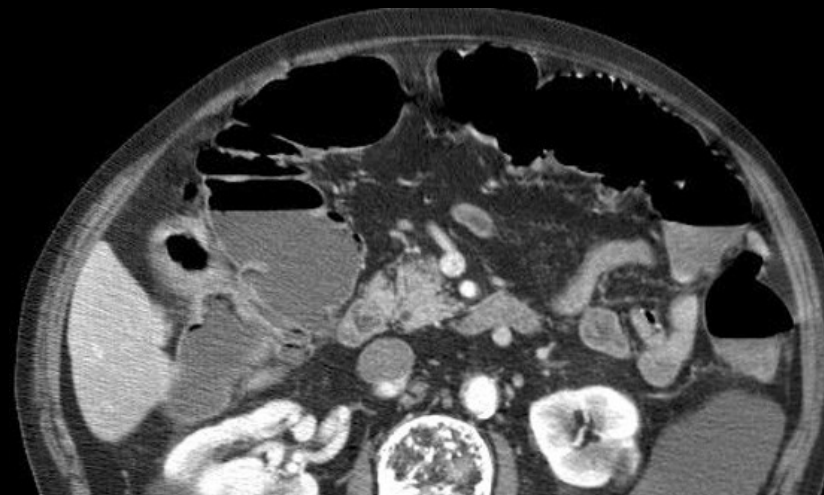
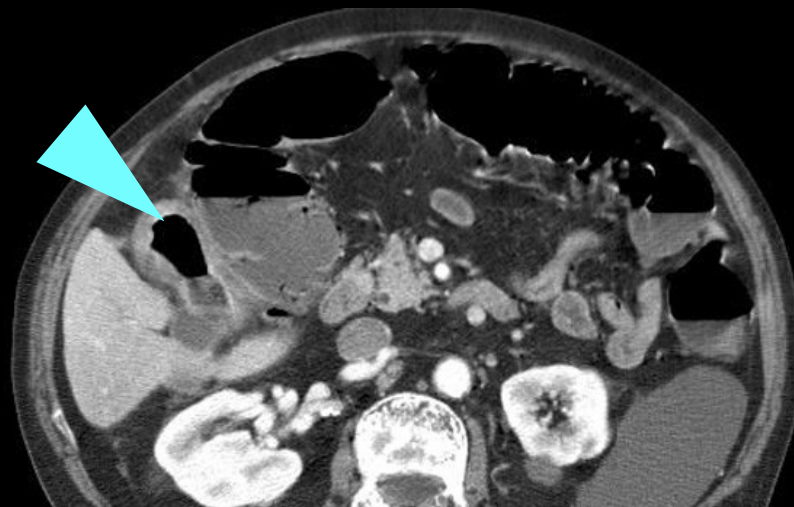
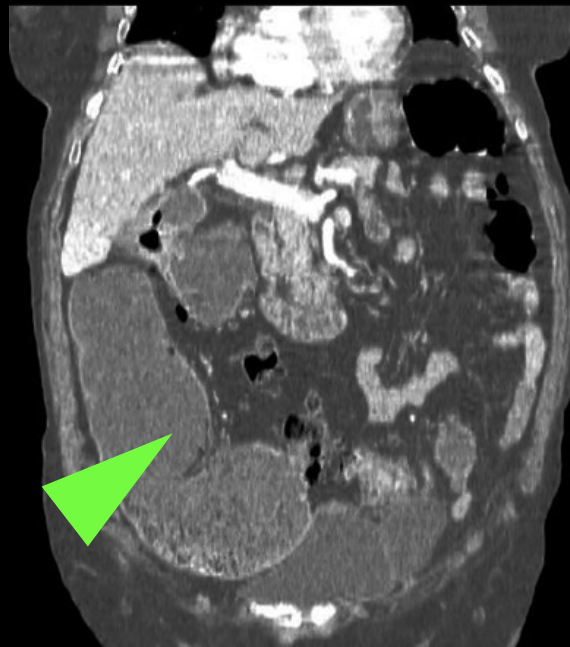
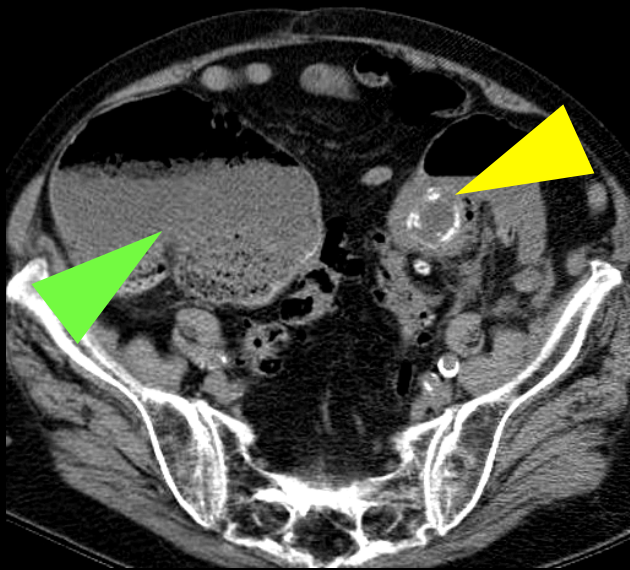




SCANNER NON INJECTE



Hématome pariétal du grêle sous AVK... surdosage avec INR à 9 !!!!



... fistule cholécysto-
colique

Calcul biliaire « ectopique »
sigmoïdien et occlusion colique...

Hernies internes abdominales

0,2 à 1% des autopsies cadavériques
0,5 à 3% des occlusions aiguës du grêle

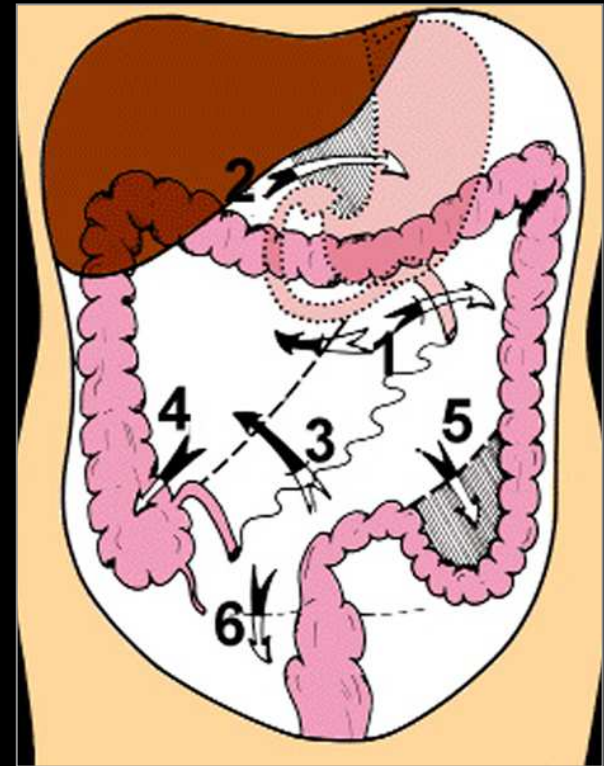
Classification :

6 groupes de fréquences très différentes

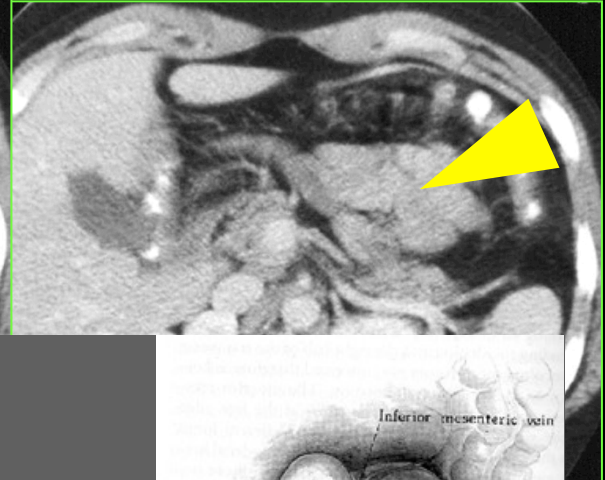
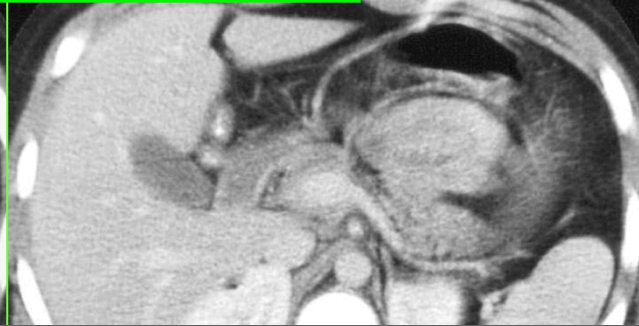
- H. para-duodénales 50-55 %
- H. péri cæcales 10-15 %
- H. trans-mésentériques et trans-mésocoliques 8-10%
- H. intersigmoïdiennes 4-8%
- H. du foramen omental 6-10%
- H. pelviennes (ligt large et sus vésicales) 4-8%

• Diagnostic différentiel des volvulus sur bride chez les sujets jeunes

• A évoquer systématiquement devant un tableau d'occlusion avec strangulation artérielle siégeant ailleurs que dans la fosse iliaque droite



Hernie para-duodénale gauche (G. Genin)



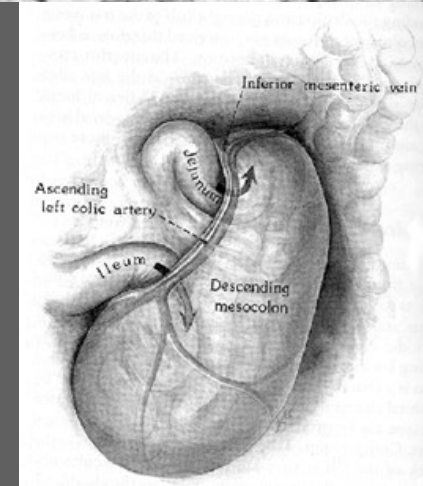
Hernies para-duodénales

50 à 55% de l'ensemble des hernies internes

75 % du côté GAUCHE, 25% du côté droit !!

1. Hernies para-duodénales gauches

- retrouvées dans **2%** des autopsies cadavériques
- siègent dans la fossette de Landzert, à gauche de D4, sous un repli qui renferme **la veine mésentérique inférieure** et **l'artère colique supérieure gauche**
- le contenu est généralement jéjunal ; elles se développent en arrière et vers la gauche, dans le mésocolon descendant et la partie gauche du mésocolon transverse



?

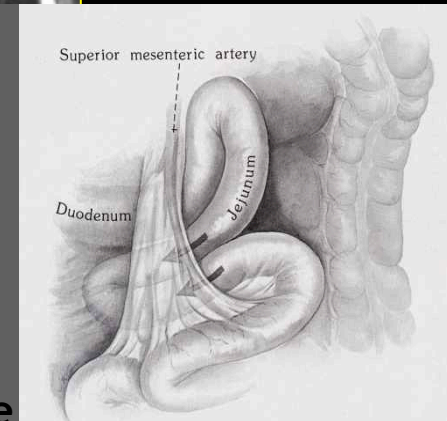
fossette de
Landzert

2. Hernies para-duodénales droites

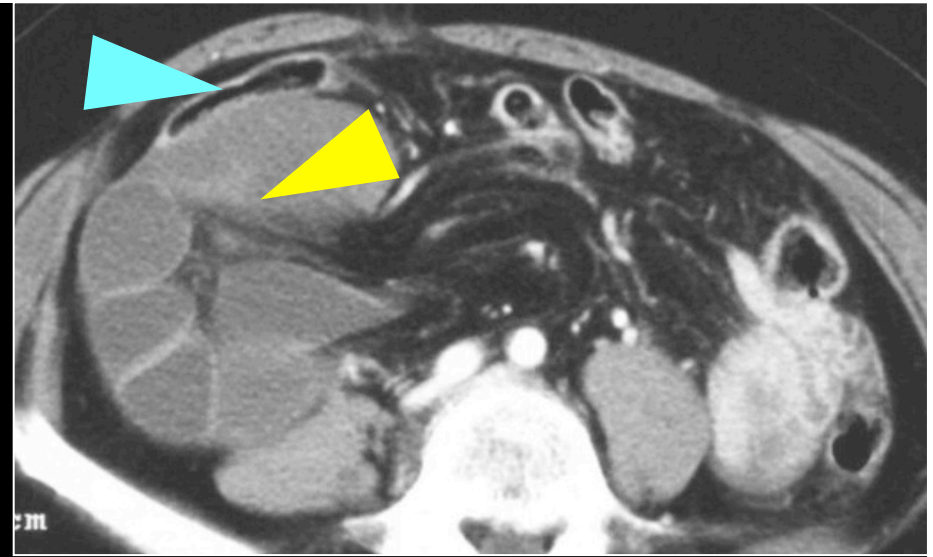
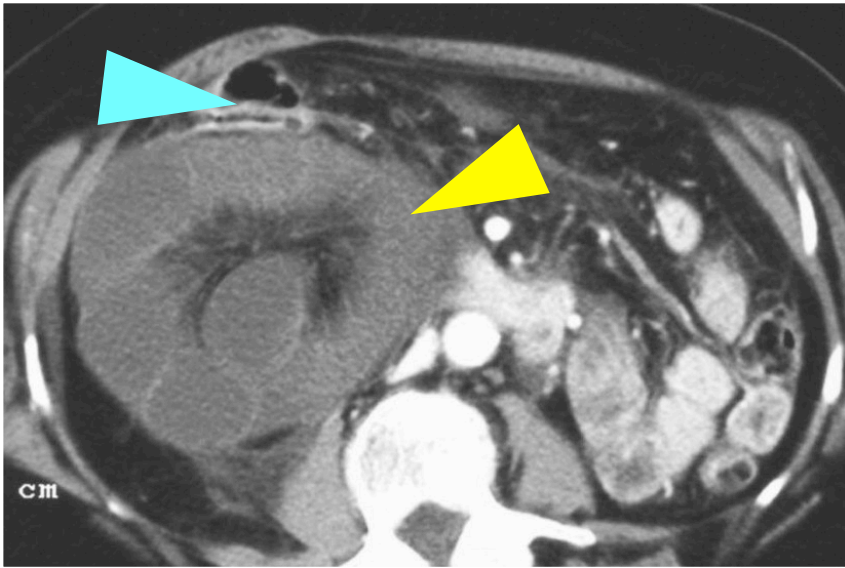
retrouvées dans 1% des autopsies cadavériques

- siègent dans la fossette de Waldeyer, sous D4 dans la racine l'AMS

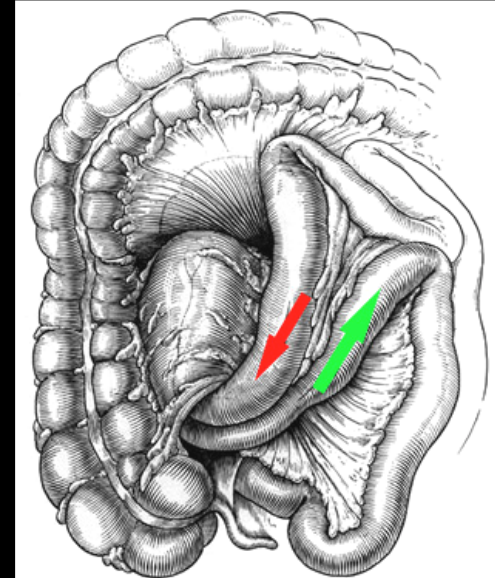
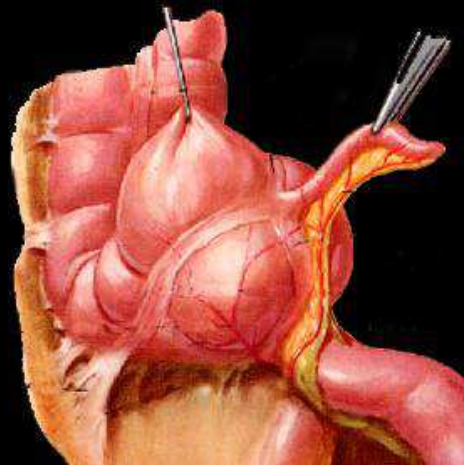
- elles se développent vers la droite et l'arrière, en avant du péritoine pariétal postérieur



Hernie para-duodénale droite



Hernie **rétro-caecale** étranglée



?

Femme 73 ans, ATCD de cure de prolapsus



?

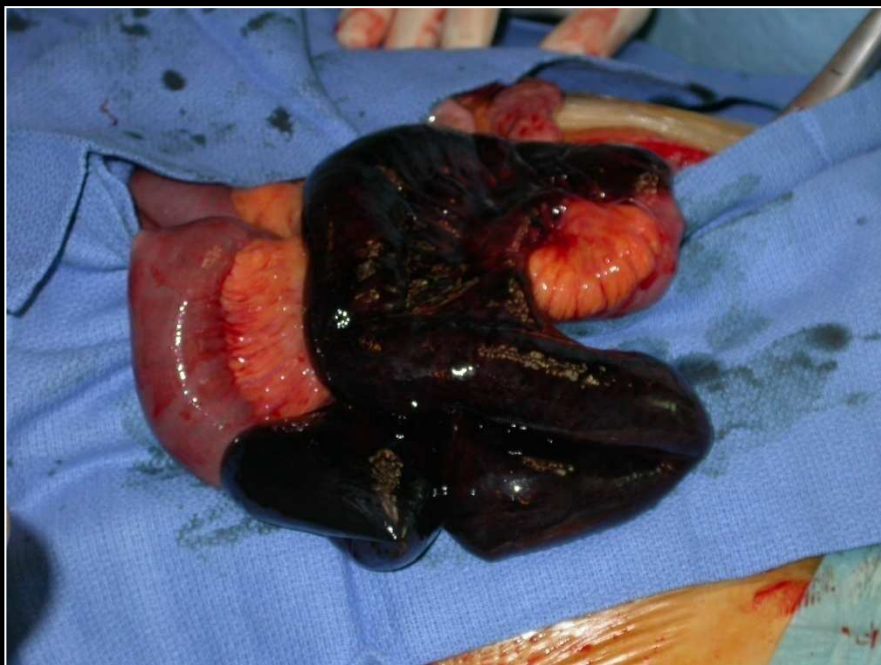


Diagnostic

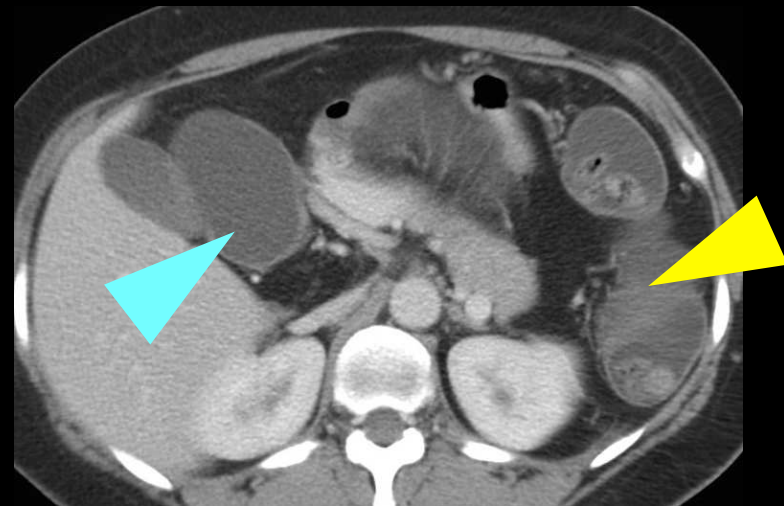
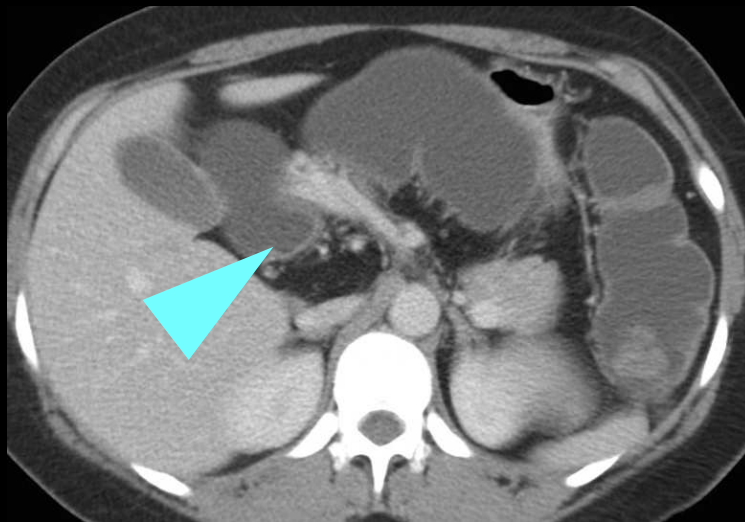
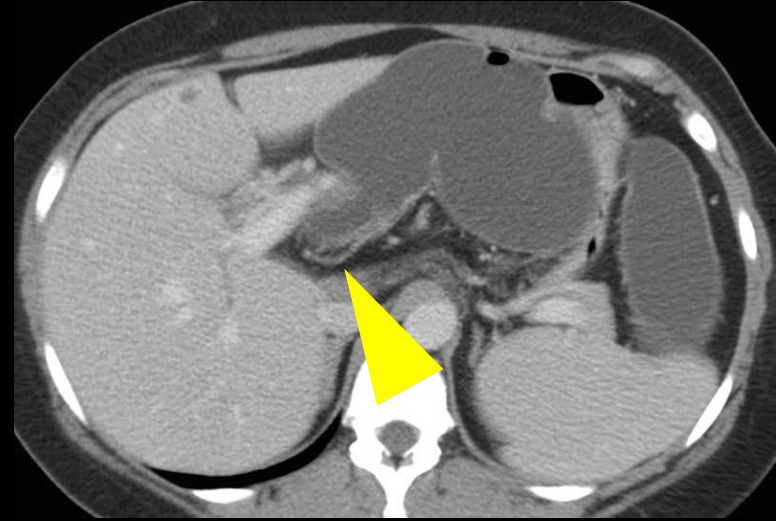
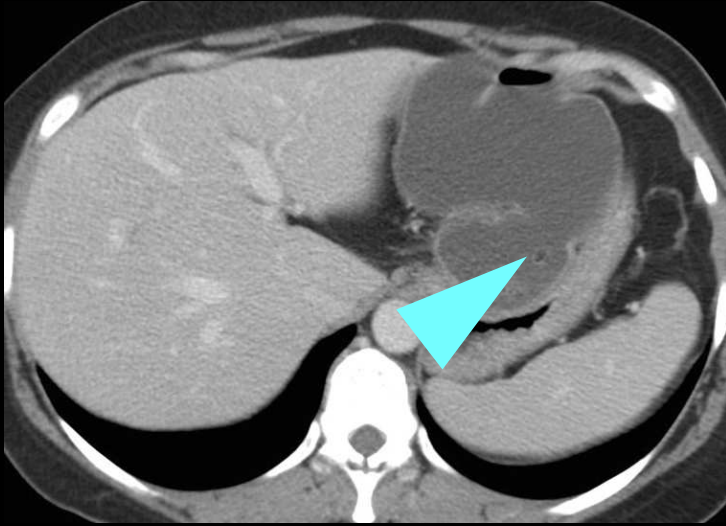
Ischémie grêle

Hernie interne sur hystéropexie





Femme 38 ans, colo-scanner à l' eau



?

- **6 à 10 %** de l'ensemble des hernies internes

- Le foramen omental (de Winslow) fait communiquer la bourse omentale (ACE) avec le compartiment sous-hépatique postérieur (ou poche de Rutherford-Morison) de la grande cavité péritonéale.

- Il est limité par le tronc porte en avant et la VCI en arrière.

- Le contenu herniaire est **grêle dans 60-70%** des cas, **iléo-colique droit dans 25-30%**. On peut trouver le colon transverse, le grand épiploon, la vésicule biliaire.

- **Facteurs prédisposants :**

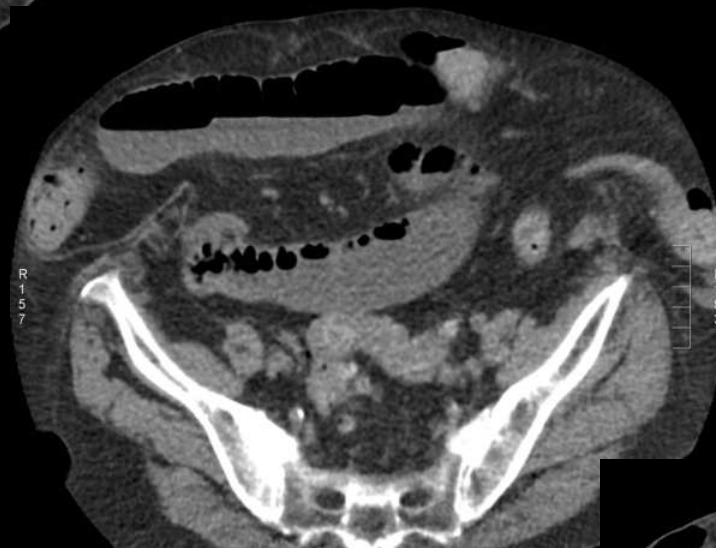
- grande taille du hiatus
- mésentère long et mobilité accrue des anses
- défaut d'accolement du fascia de Toldt droit
- élévation de la pression abdominale (accouchement, constipation...)

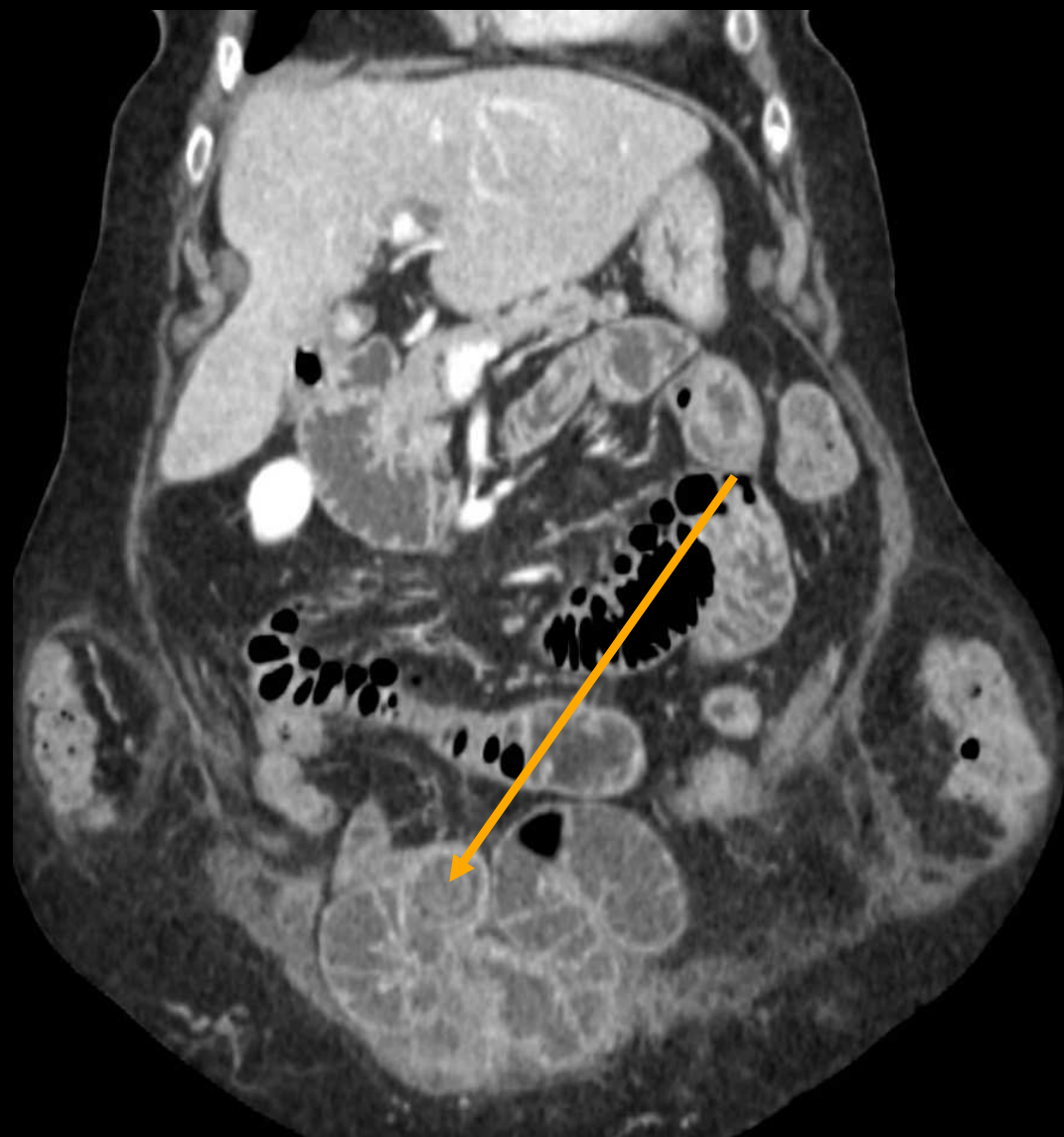


Hernie interne par le foramen omental (de Winslow)
(hernie de Blandin)

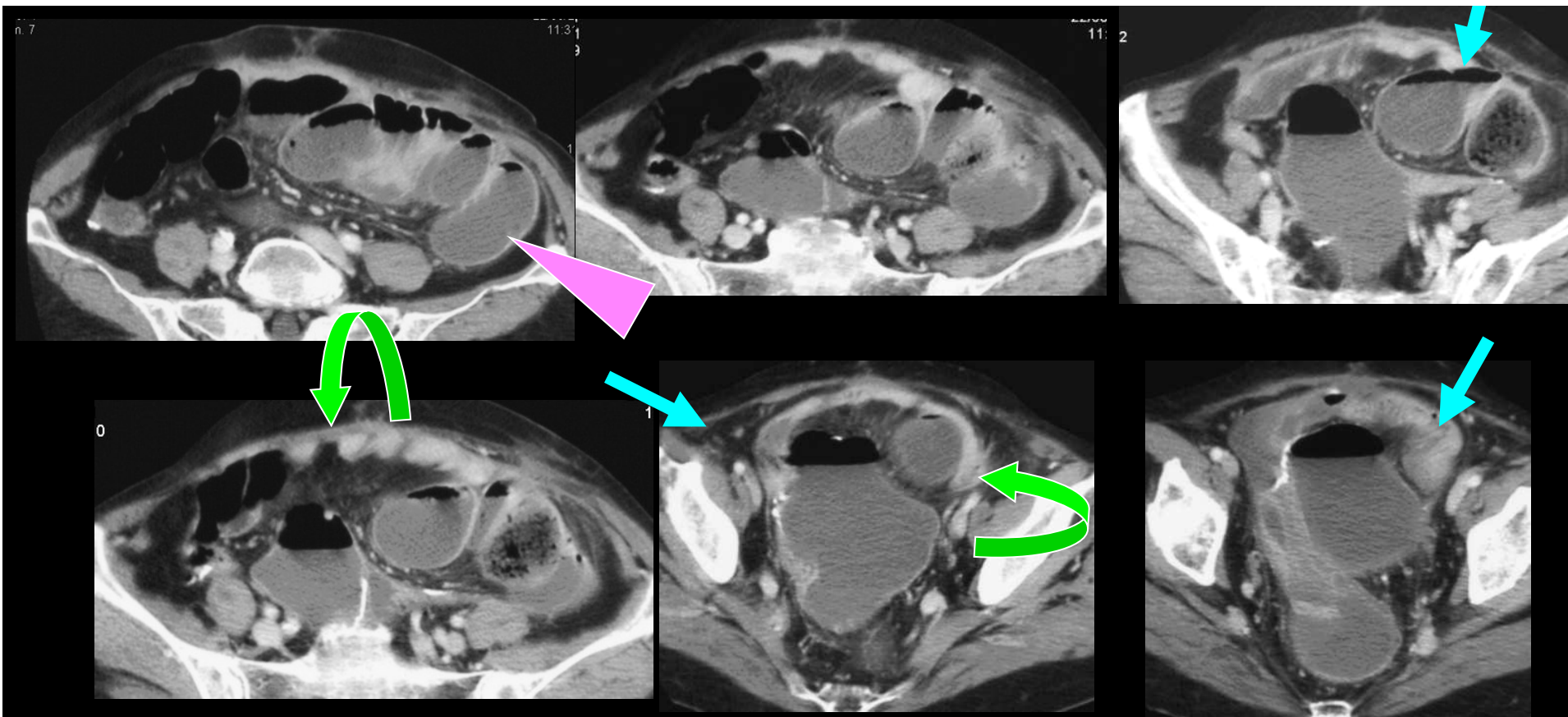
Femme de 81 ans,
syndrome occlusif







Iléus biliaire



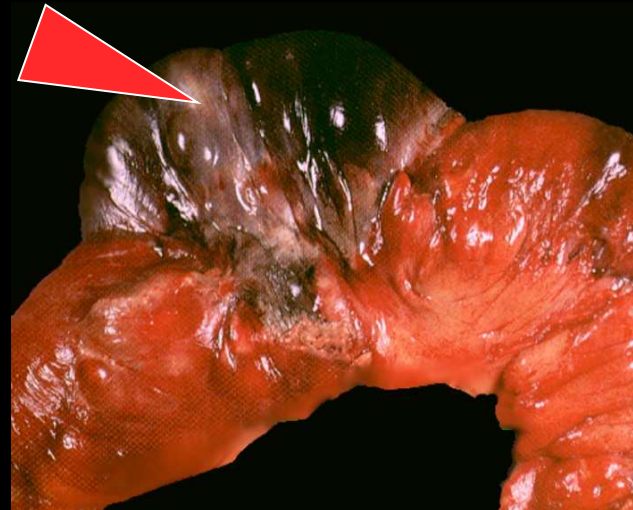
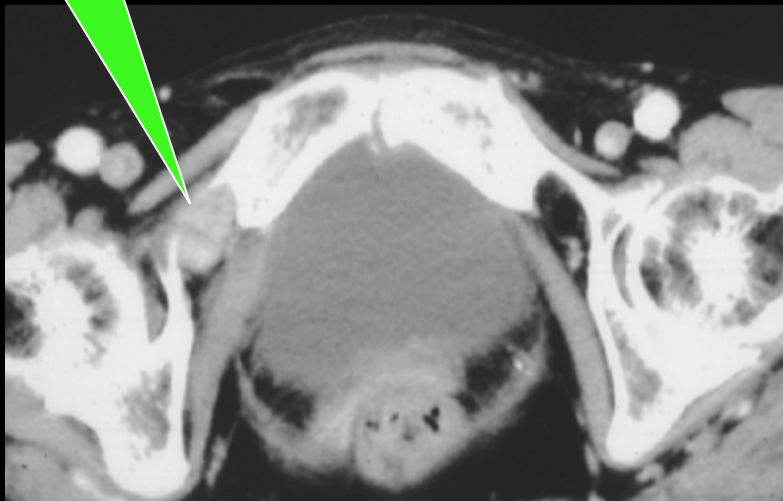
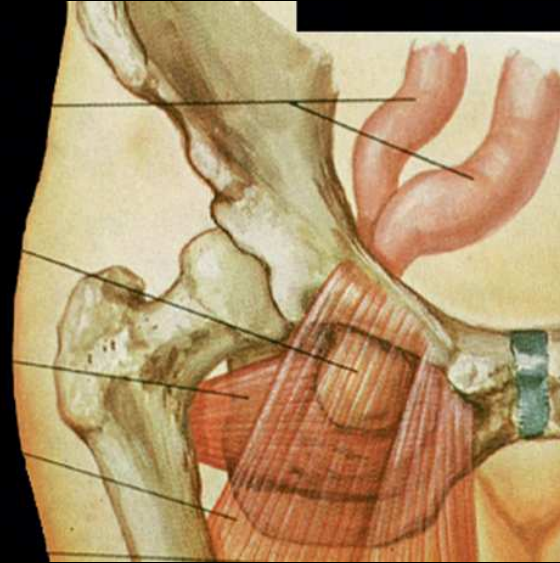
Femme 78 ans, multiopérée dont colectomie, sd douloureux abdominal et état subocclusif

?

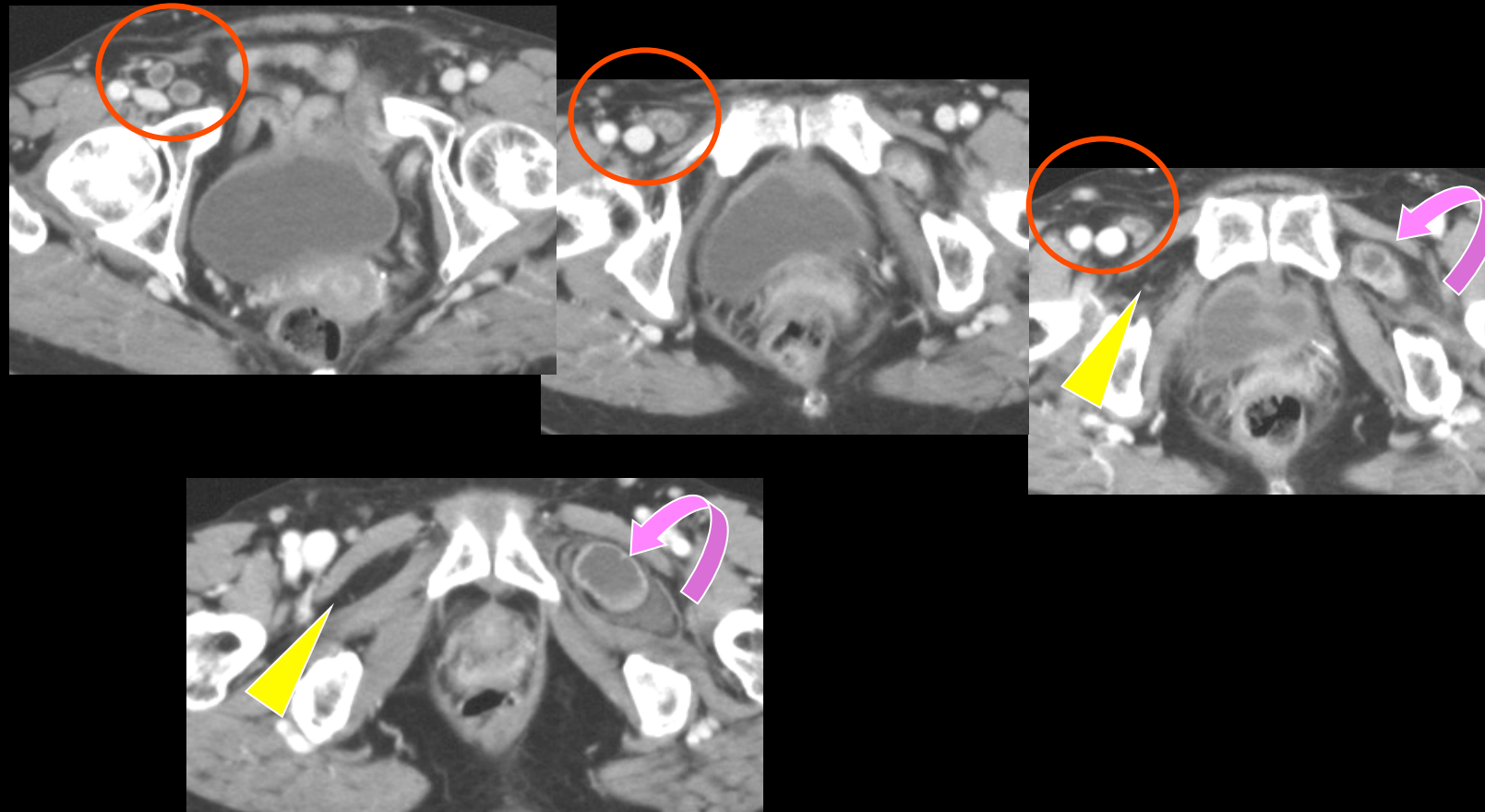
Adhérences intestino-mésentériques



?

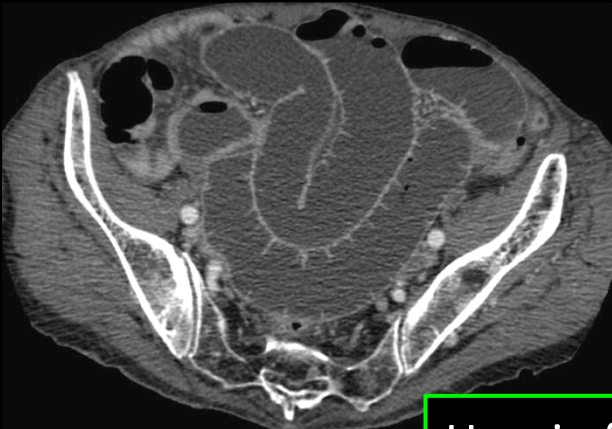
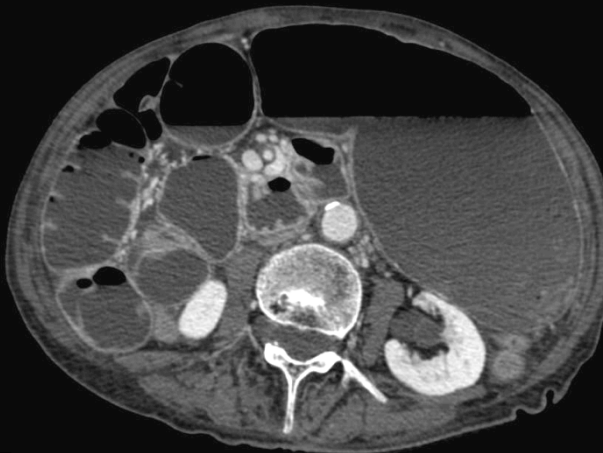
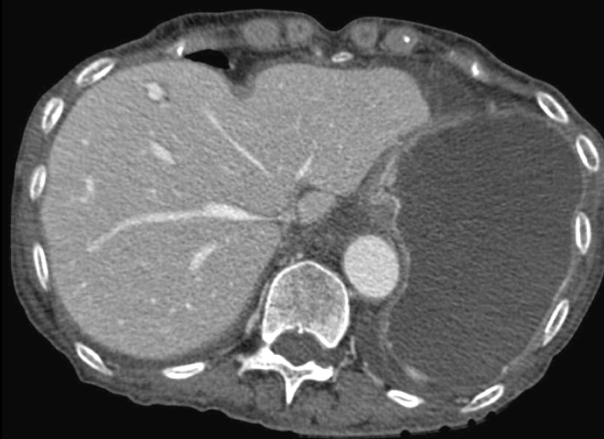


Hernie obturatrice : pincement latéral de l'anse sur son bord anti-mésentérique = **hernie de Richter** (l'une des 3 hernies qui doivent leur nom à leur contenu (avec **Littre** (contient un diverticule de Meckel), **Claudius Amyand** (appendice herniaire)))

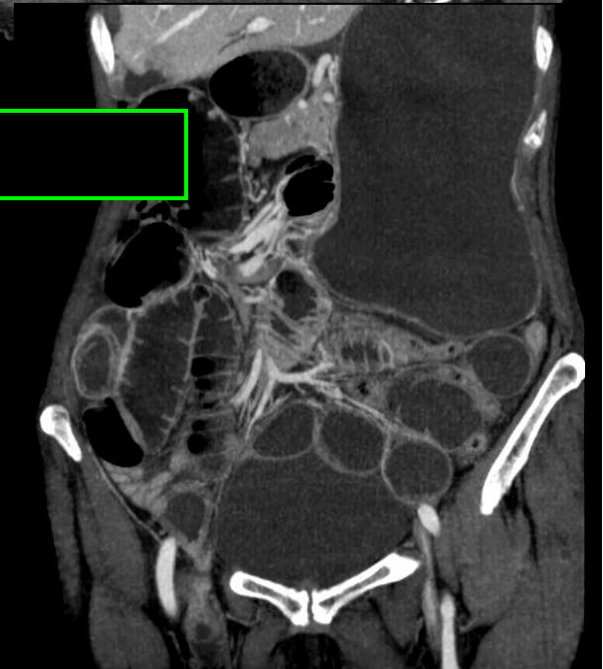
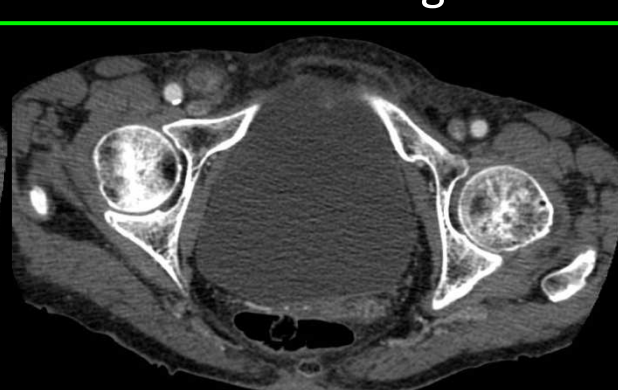
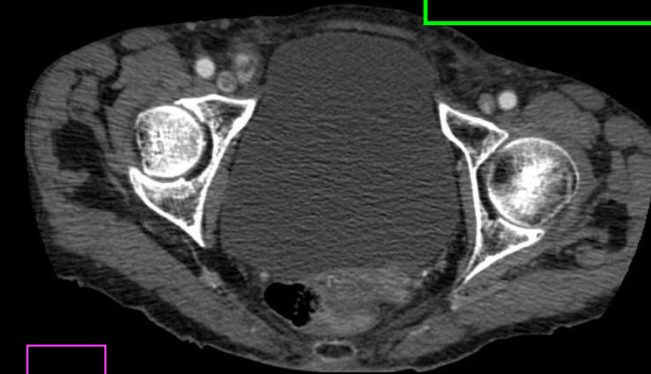


1. Hernie obturatrice gauche avec strangulation veineuse de l'anse
(cliniquement : signe de Howship-Romberg)
2. Lipome pré-herniaire d'une hernie obturatrice controlatérale
3. Hernie fémorale droite non occlusive !!!

?

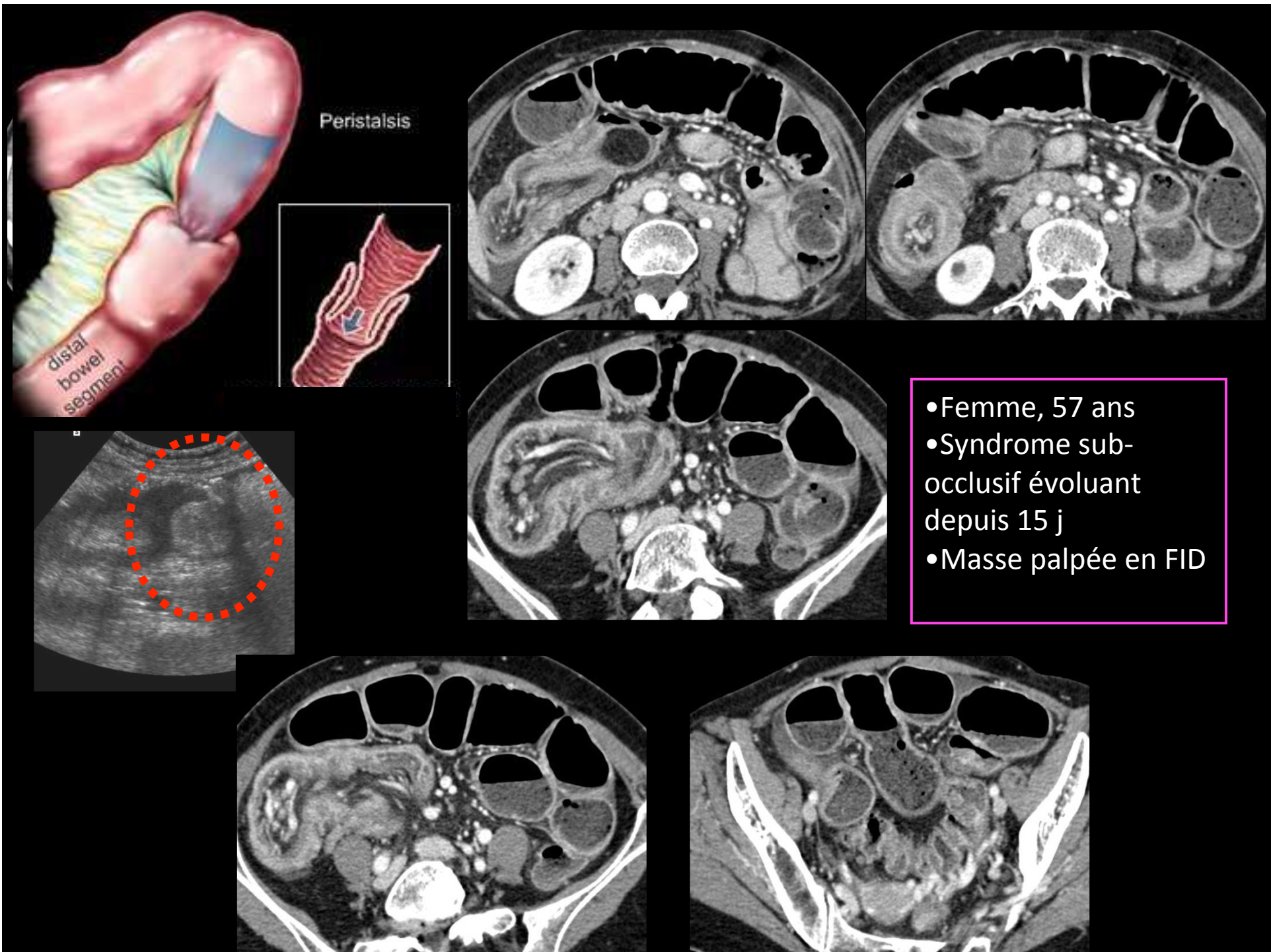


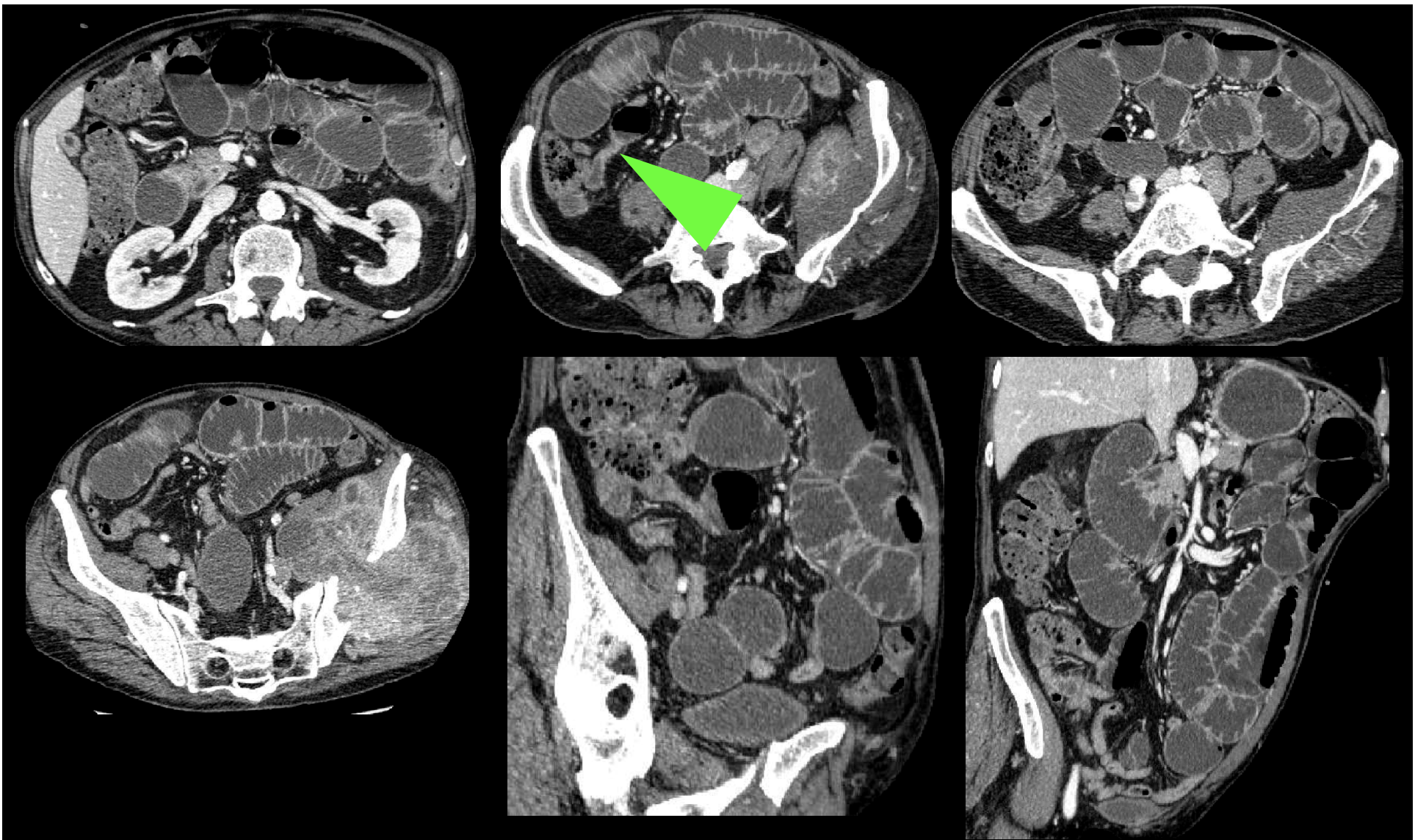
Hernie fémorale droite étranglée



?

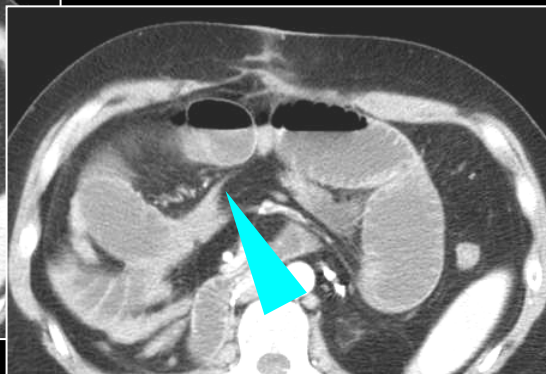
84 ans, sd occlusif





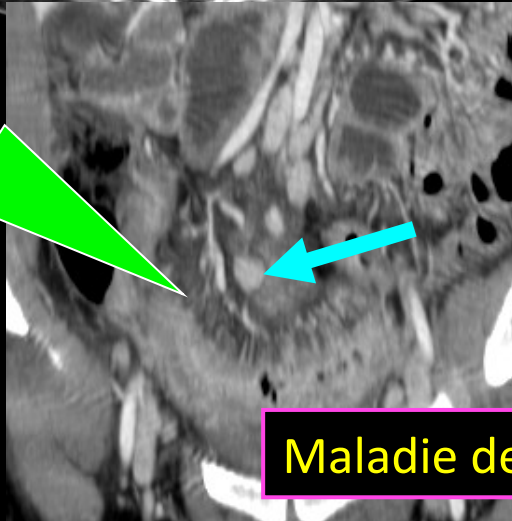
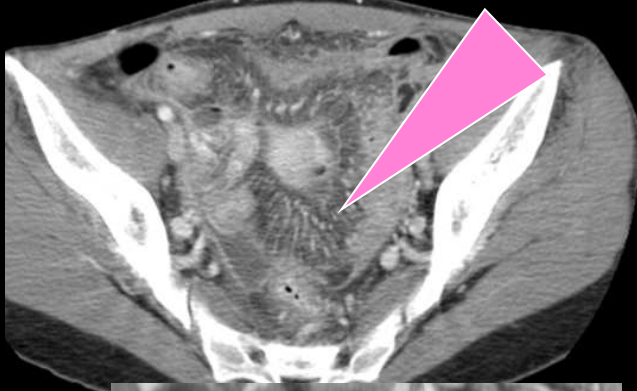
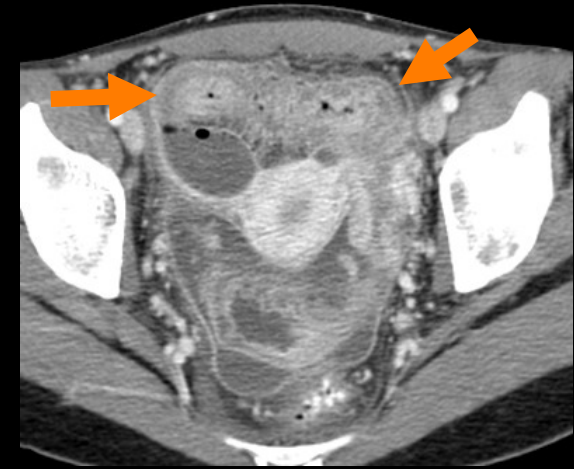
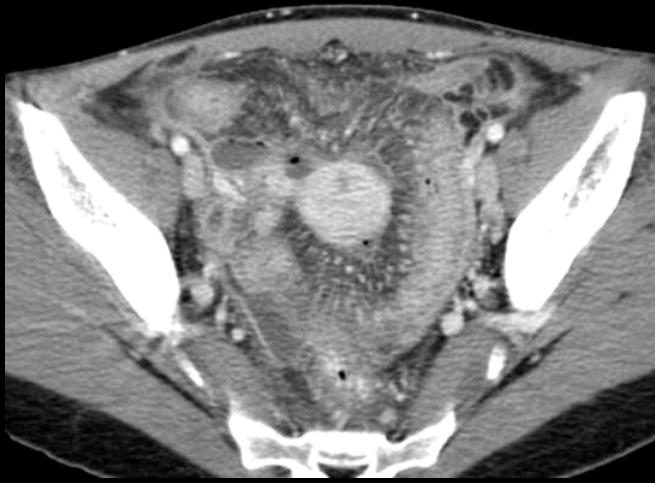
Occlusion sur bride sans signe de strangulation vasculaire... et métastases osseuses diffuses (ADK sans primitif)

?



?

Occlusion par volvulus sur bride sans signes
de strangulation vasculaire
atcd: 2 transplantations rénales



?

Maladie de Crohn iléale, pelvipéritonite et abcès pelviens