

pathologies aiguës de l'étage sous mésocolique Q 224 appendicites



- éléments anatomiques importants

participation du méso-appendiculaire à la réaction inflammatoire régionale

prédominance distale fréquente de l'atteinte inflammatoire

l'appendicite distale épargne les 3 centimètres proximaux de l'appendice : difficulté potentielle de l'imagerie



2 .pathologies aiguës de l'étage sous mésocolique Q 224 appendicites



- éléments anatomiques importants

participation du méso-appendiculaire à la réaction inflammatoire régionale

prédominance distale fréquente de l'atteinte inflammatoire



l'appendicite distale épargne les 3 centimètres proximaux de l'appendice : difficulté potentielle de l'imagerie



-les formes anatomo-cliniques de l'appendicite aiguë sont très variées ; l'imagerie ct permet de mieux les diagnostiquer et d'optimiser leur prise en charge thérapeutique

- chez l'adulte et surtout le sujet âgé, 30 à 50 % des tumeurs appendiculaires se manifestent cliniquement par un tableau d'appendicite aiguë conduisant à la réalisation d'un scanner

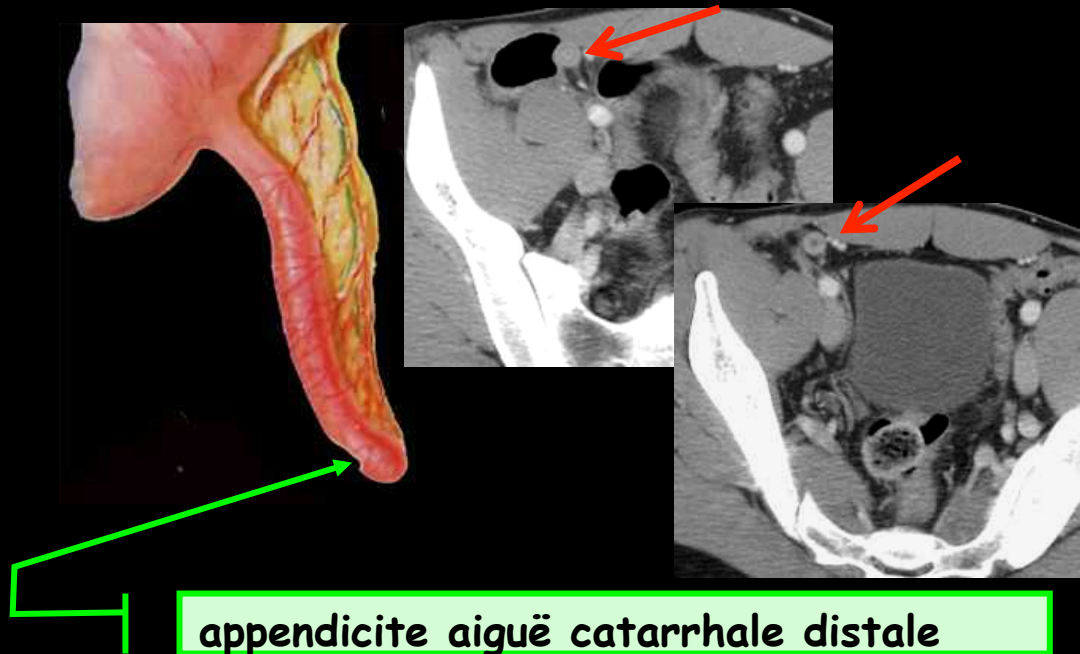
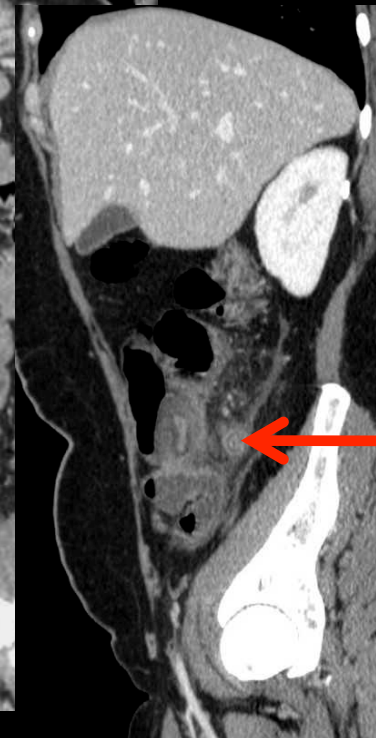


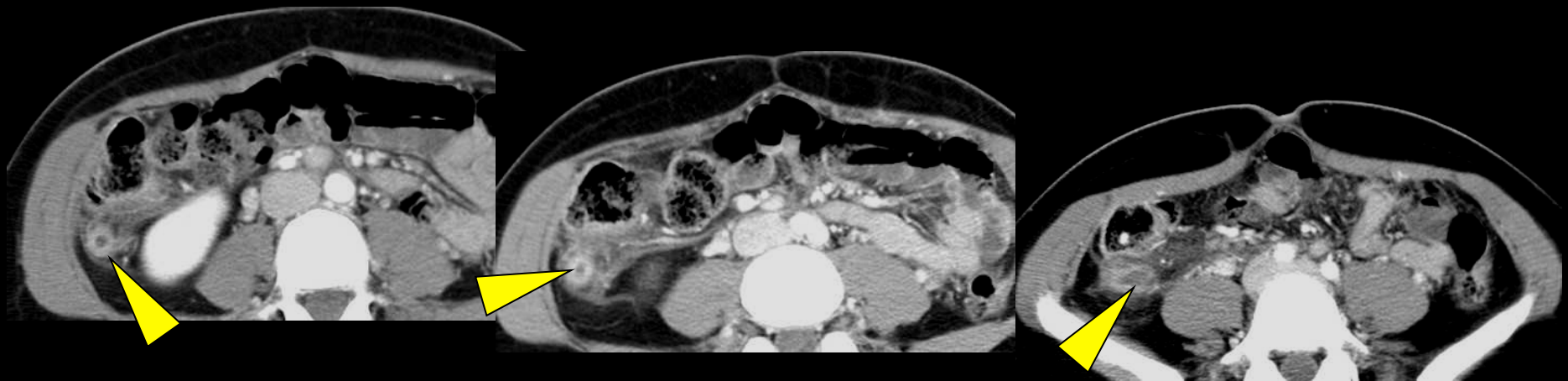
tableau clinique classique

- douleur à point de départ épigastrique migrant en FID; --
- vomissements; ATCD de douleurs identiques
- défense en FID, fébricule à 38°C

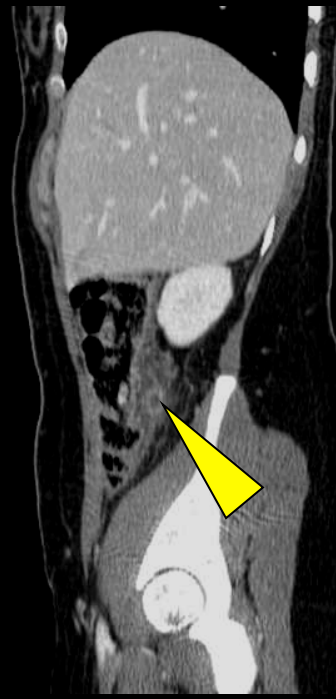
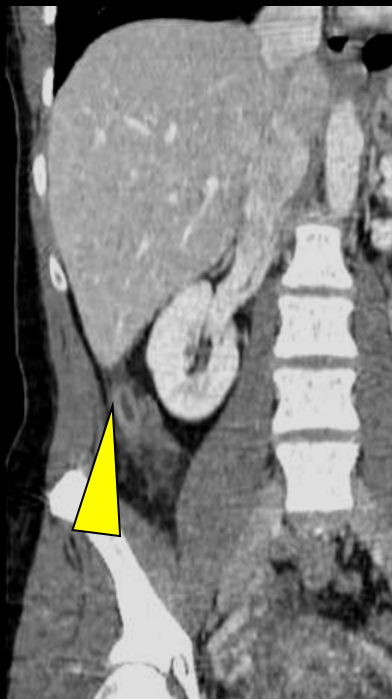


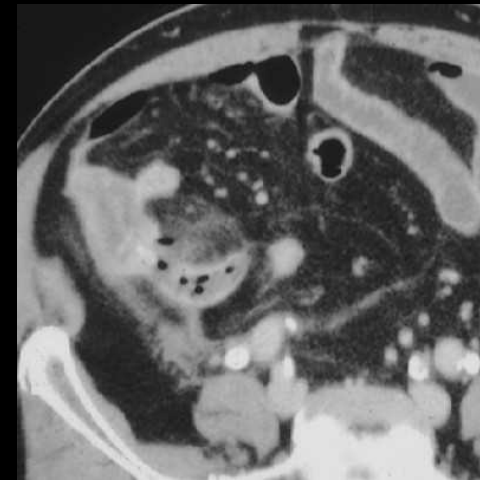
appendicite aiguë
rétro caecale





appendicite **rétro-caecale** , sous hépatique

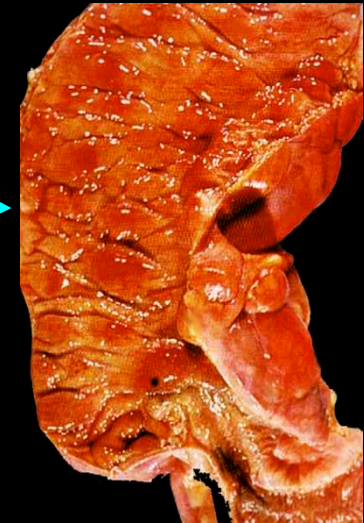
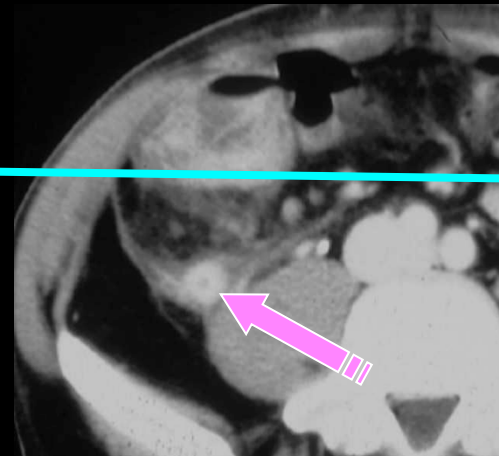
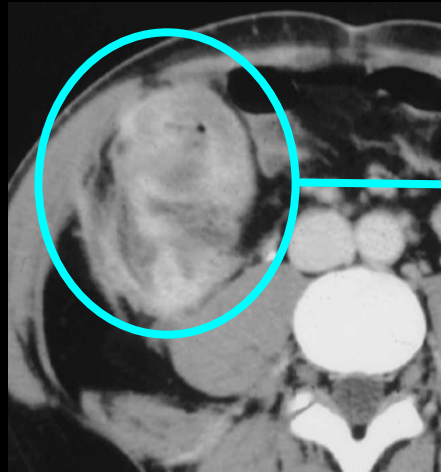




appendicite perforée (gangréneuse)))

tableau clinique sévère évoluant le plus souvent depuis plus de 48 heures (perforation couverte ; péritonite localisée marquée)

- fièvre hectique
- baisse de l'état général
- facies terreux
- défense à la palpation de la FID +++



inflammation trans séreuse de la paroi caecale ; "typhlite" réactionnelle associée à un abcès appendiculaire; appendice rétro-caecal

abcès appendiculaire:

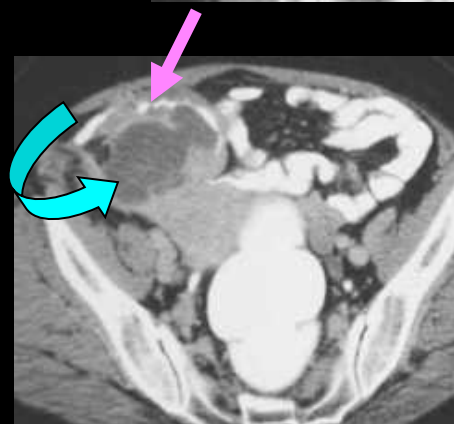
- douleurs pulsatiles et insomniantes,
- fièvre oscillante,
- iléus paralytique,
- faciès terreux.

En l'absence de drainage précoce:

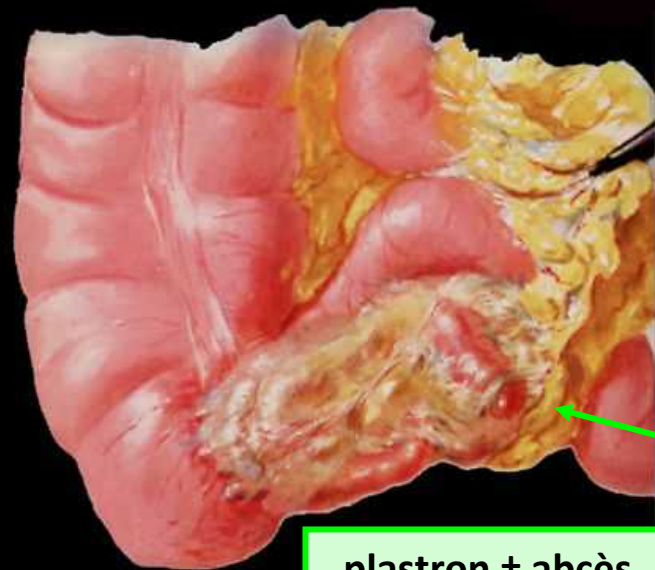
- fistule à la peau,
- fistule dans un viscère creux,
- diffusion dans la grande cavité péritonéale: redoutable **péritonite en 3 temps**

- éléments anatomiques importants

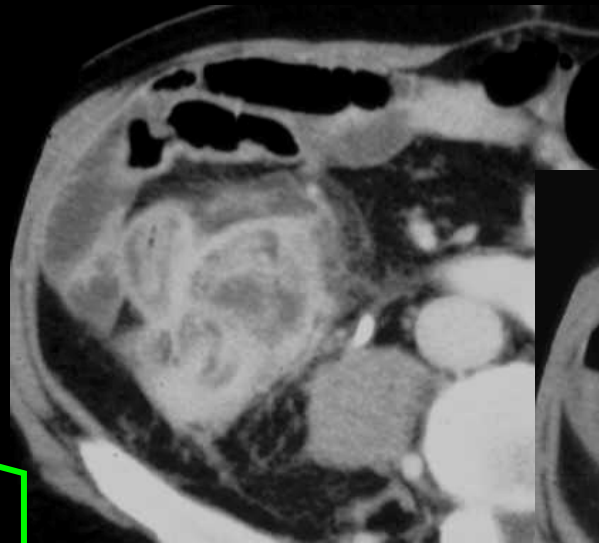
le type de complication rencontré en cas de retard diagnostique dépend de la **situation anatomique de l'appendice inflammatoire** (en particulier de son extrémité distale)



abcès appendiculaire rétro-caecal



plastron ± abcès
appendiculaire

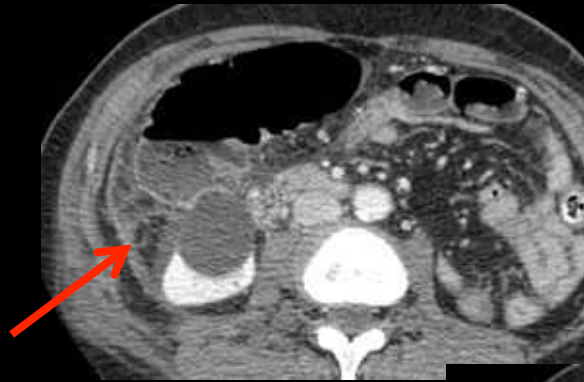


plastron appendiculaire:

- crise initiale méconnue ou négligée ("gastro-entérite")
- évolue en 3-4 jours vers la constitution d'un empâttement profond
- en l'absence de traitement, il évolue vers l'abcès appendiculaire

péritonite appendiculaire = extension de l'infection à toute la séreuse péritonéale

péritonite purulente primitive: douleur inaugurale en coup de poignard, atteinte de l'état général rapide, contracture abdominale généralisée, fièvre à 39°C

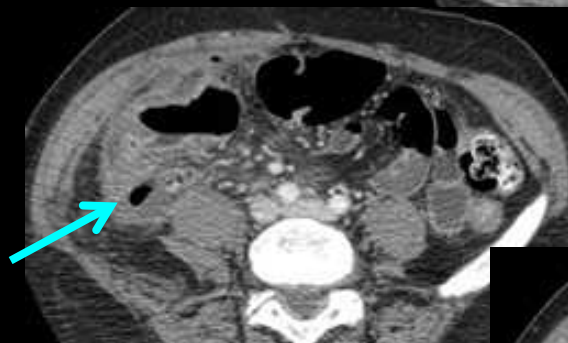


femme 60 ans ;
douleurs FID et
brulures
mictionnelles ;diagn
ostic probabiliste de
pyélonéphrite ..CT au
quatrième jour !!

péritonite putride: AEG₊₊₊, douleurs abdominales violentes, météorisme, apyrétique ou subfébrile



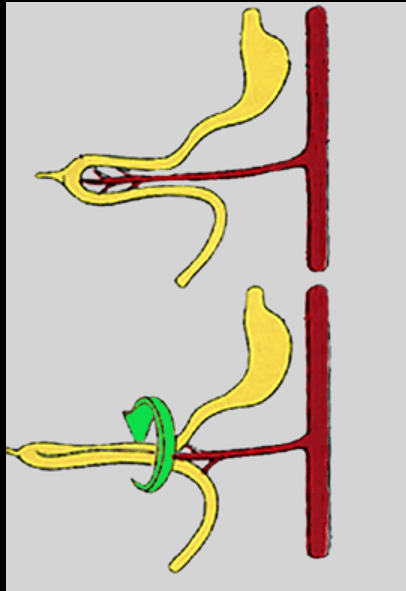
péritonite progressive en un temps: les signes fonctionnels persistent et s'aggravent, la température s'élève, AEG, contracture extensive, douleur très vive du cul de sac de Douglas au TR



péritonite en 2 temps: rémission trompeuse des symptômes initiaux (accalmie traîtresse de Dieulafoy) surtout si antibiothérapie intempestive, douleur brutale au 3ème ou 4ème jour, contracture généralisée



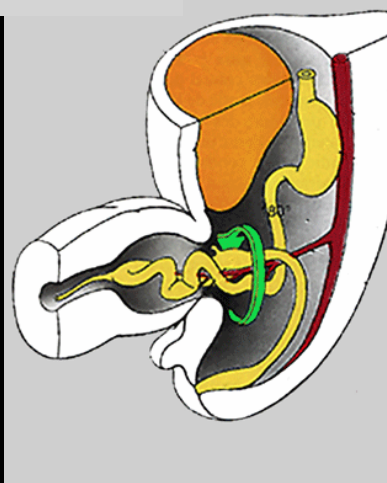
- **défauts d'accolement** des fascias péritonéaux et **malrotations** de l'anse intestinale primitive ; conséquences sur la **situation de l'appendice vermiculaire**



1

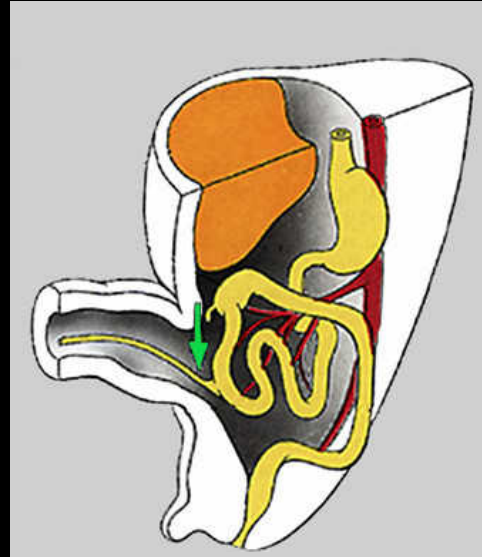
2

90°



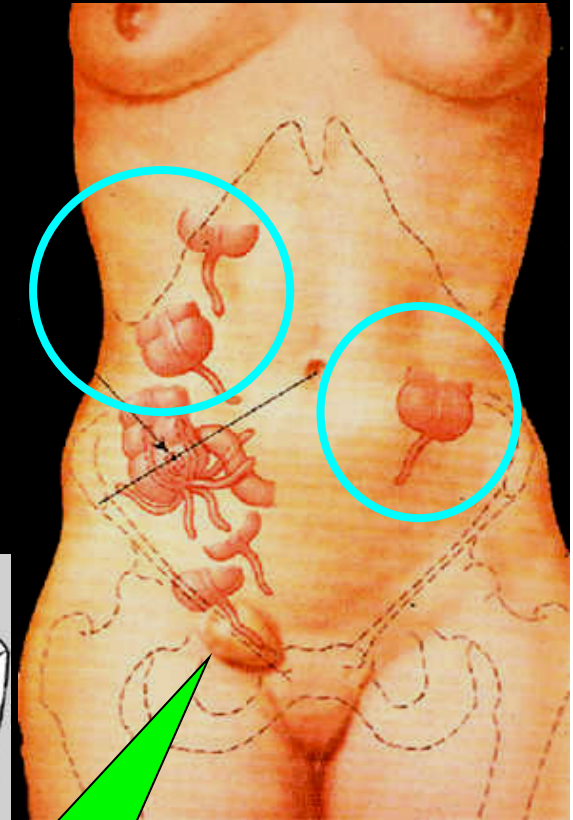
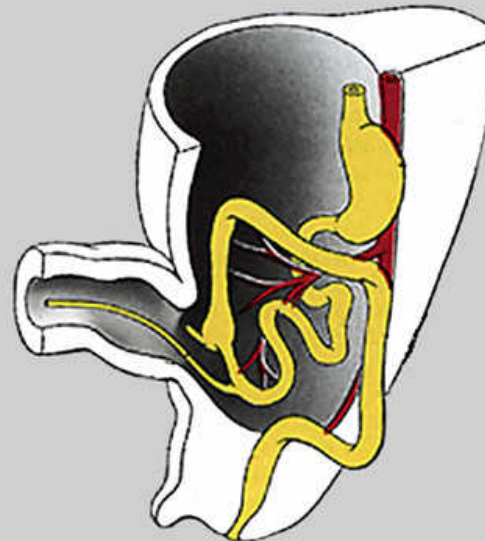
3

180°

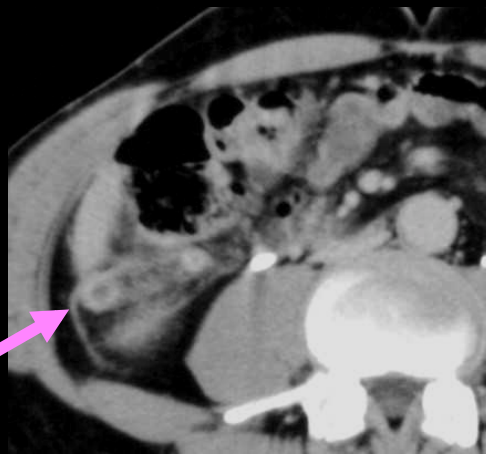
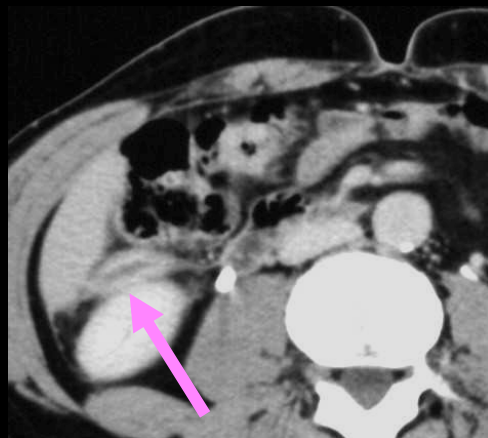


4

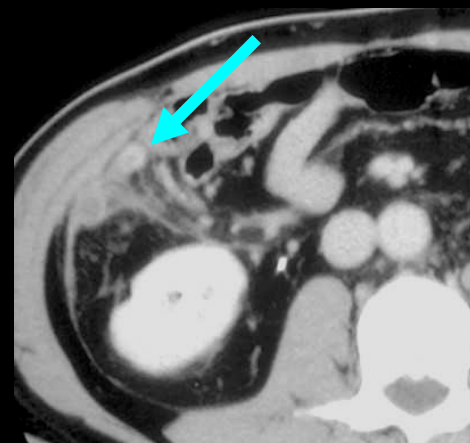
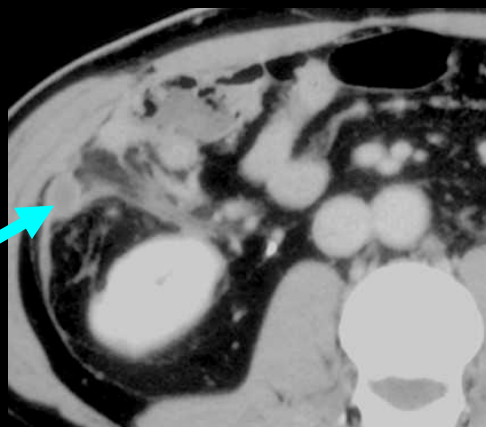
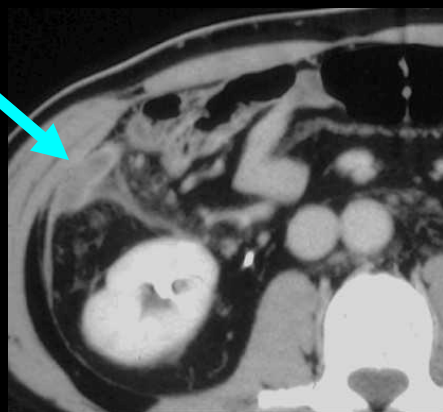
270°



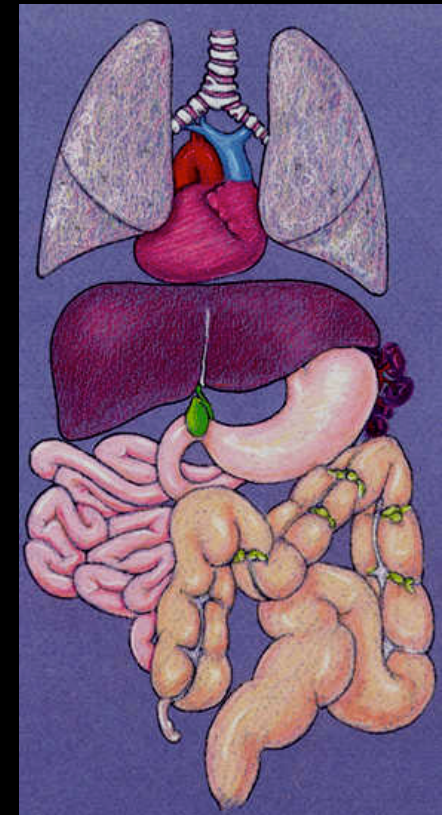
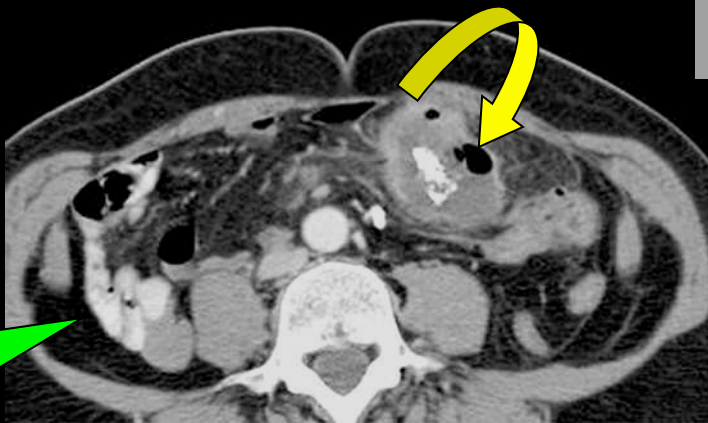
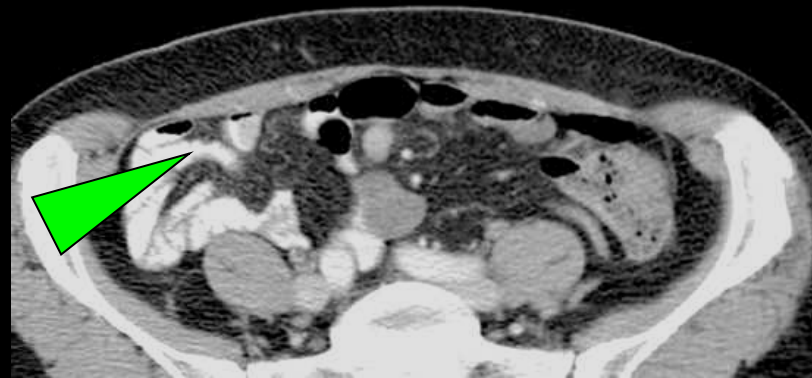
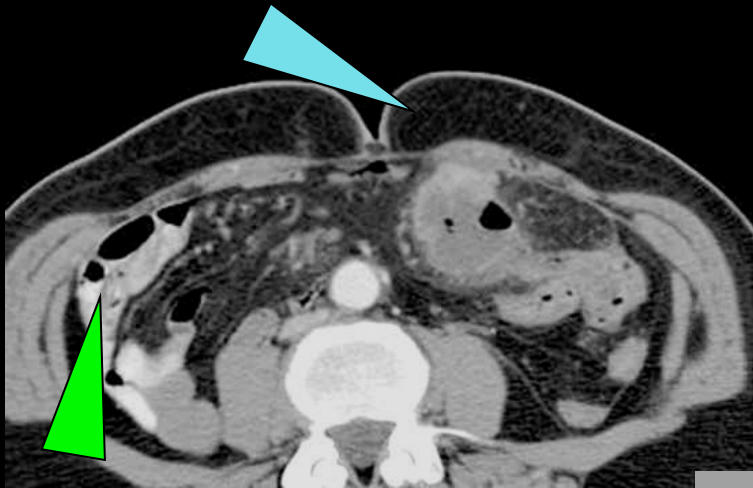
diagnostic



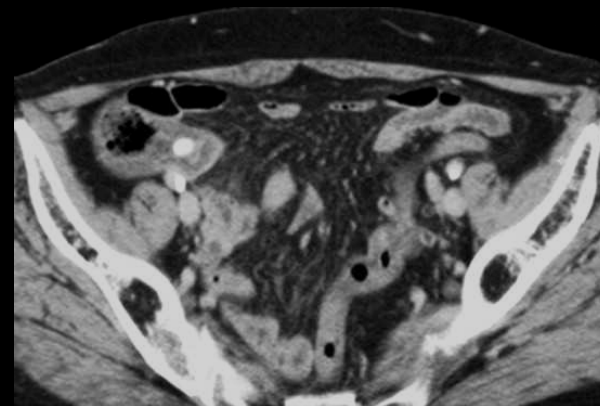
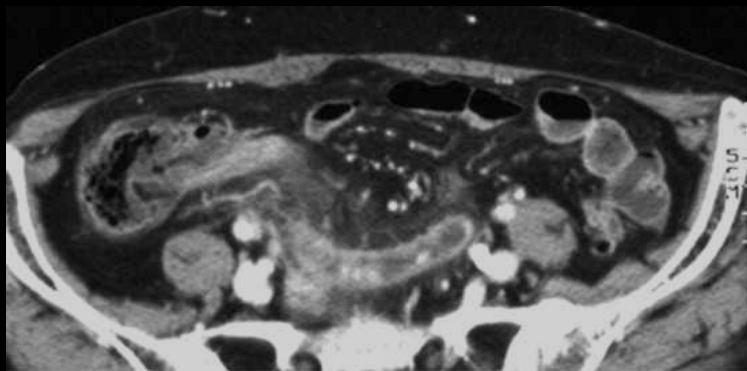
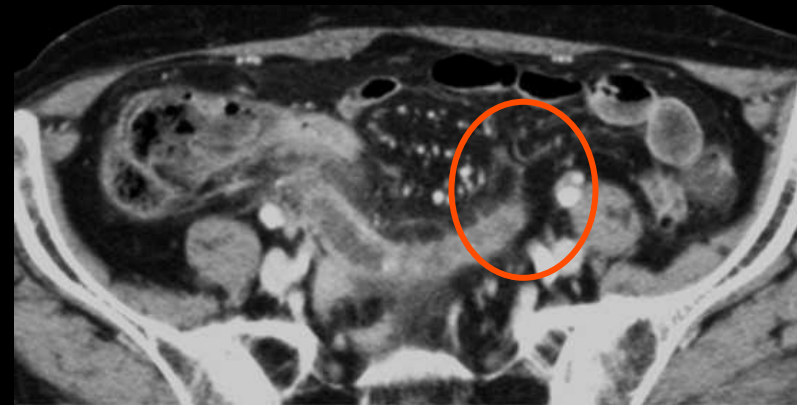
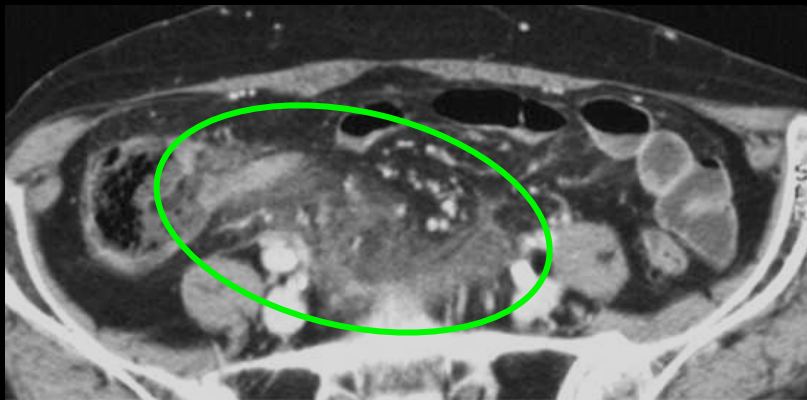
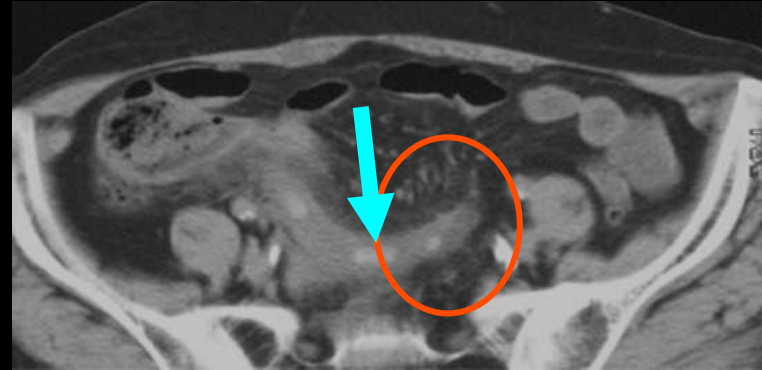
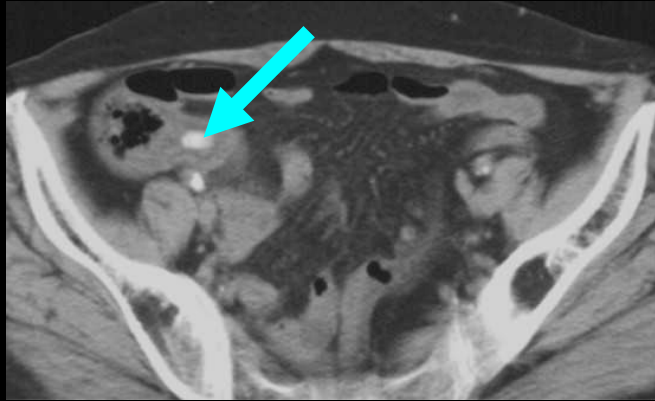
appendicite sous-hépatique **rétro-colique**



appendicite sous-hépatique **pré-colique**

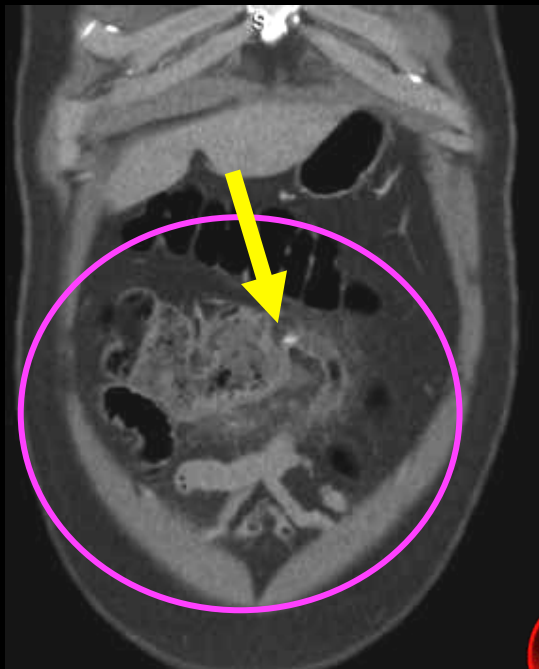
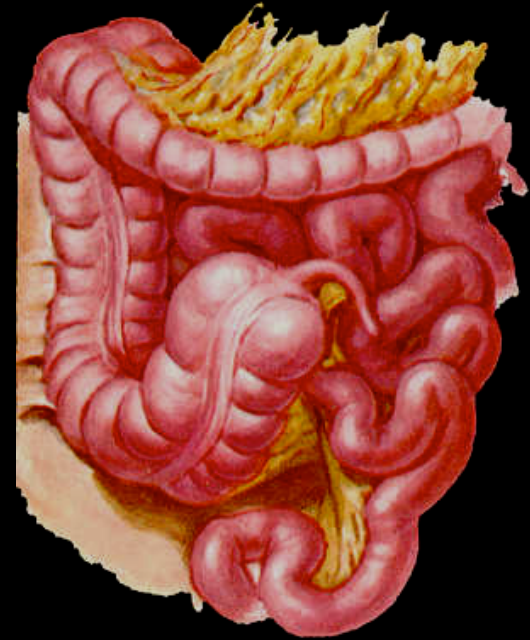
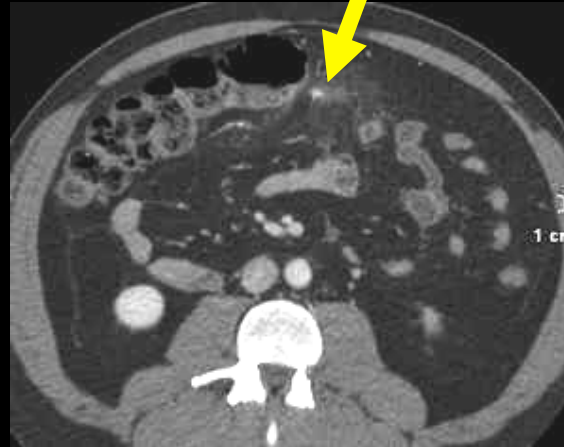
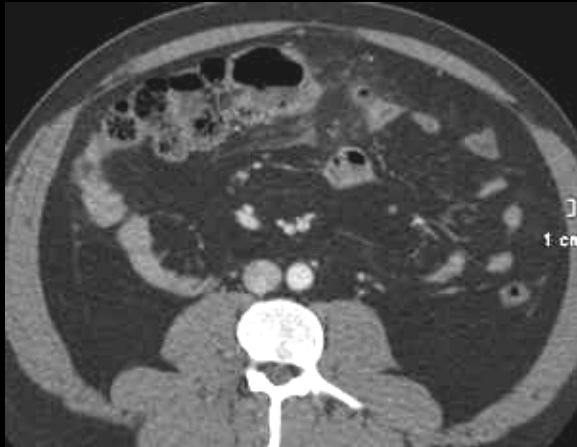


cæcum ectopique : appendicite méso-cœliaque sur **mésentère commun**



cæcum orthotopique : appendicite méso-cœliaque sur **appendice très long**

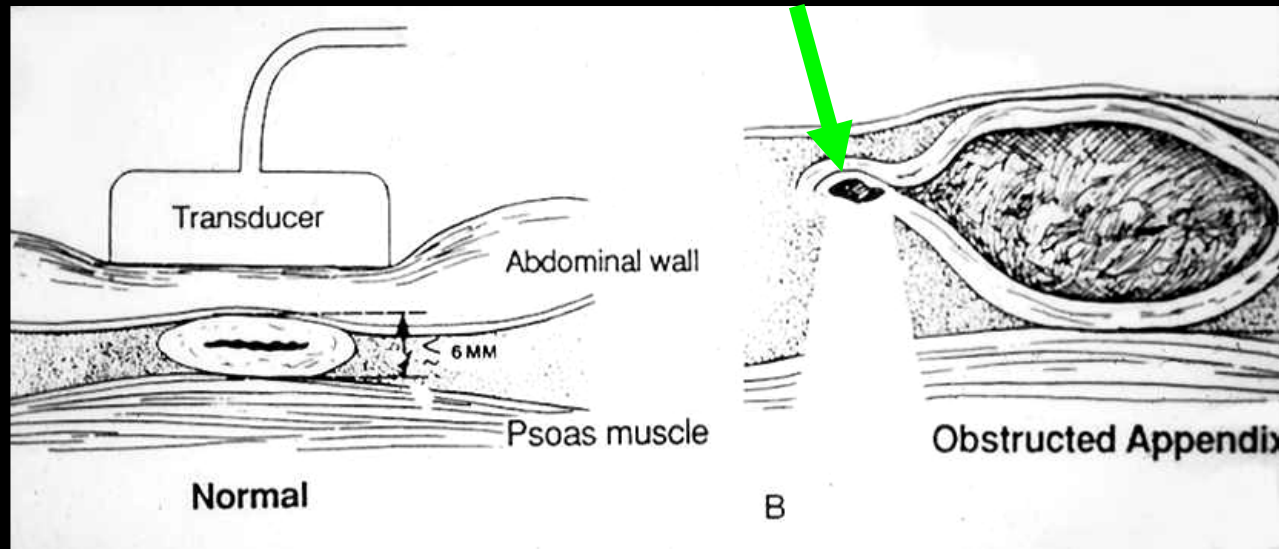
homme 41 ans , sd douloureux abdominal fébrile avec polynucléose ; défense à la palpation de la région ombilicale



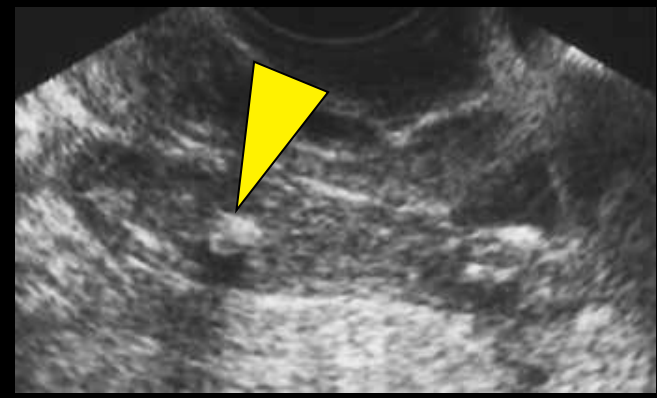
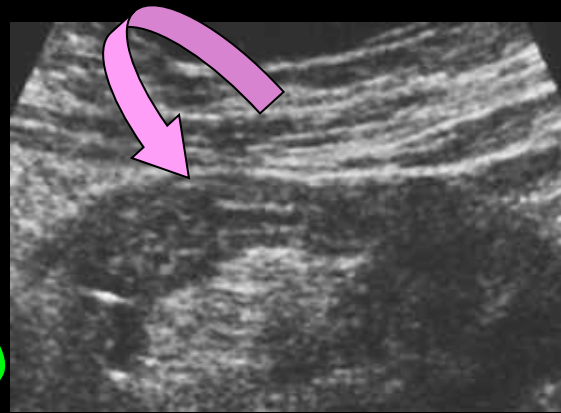
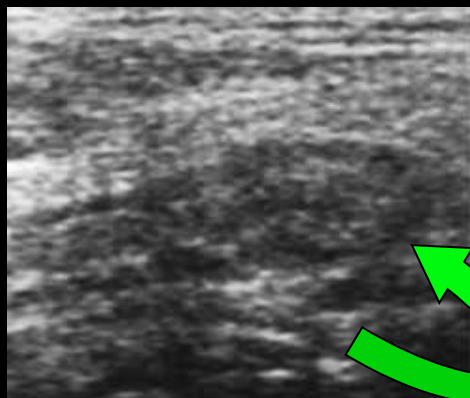
appendicite méso cœliaque sur caecum (ou caeco-ascendant) mobile par défaut d'accolement du fascia de Toldt droit

cause la plus fréquente d'appendicite mésocoliques

échographie de l'appendicite +++ sonde de haute fréquence (5 à 7 MHz)+++



- appendice diamètre > 6mm ; paroi > 3mm
perte de la stratification pariétale
- non compressible +++++
- stercolithe



scanner de l'appendicite

US

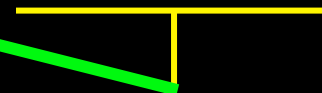
CT

enfant +++++++

femme jeune +++++

symptomatologie < 24 h

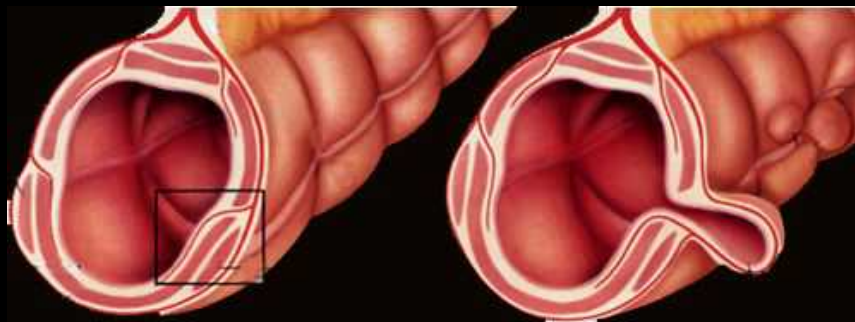
âge > 45 ans
évolution clinique > 24 h
surcharge pondérale
femme jeune et écho négative
avec forte suspicion clinique



pathologies aiguës de l'étage sous mésocolique

Q 234 diverticulose et sigmoïdite

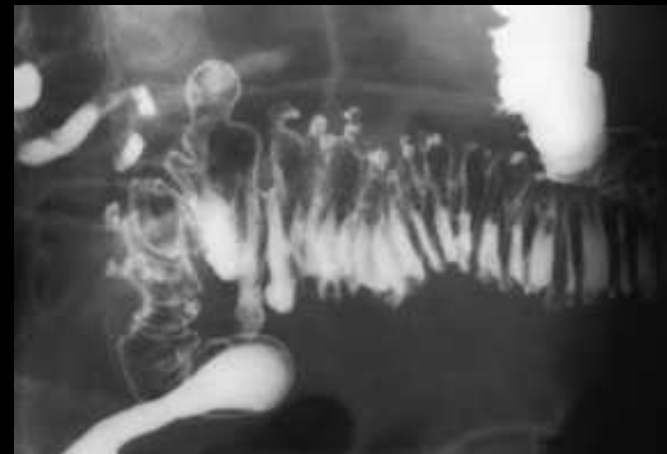
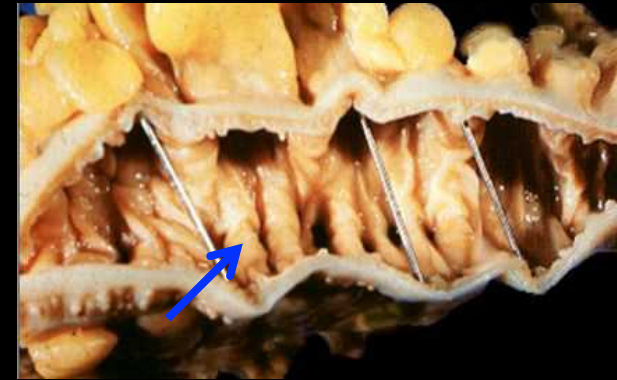
- très fréquente chez les sujets âgés
 - 10 % avant 40 ans
 - 30 % à partir de 60 ans
 - 40 % après 80 ans
- = **vieillesse colique** dans les pays industrialisés
- siège préférentiel : le sigmoïde (90 %)
- pseudo-diverticules**: car diverticules acquis, de pulsion, en regard de points de faiblesse -> **points d'entrée des vasa recta dans la musculuse**



-le primum movens anatomique est une **hypertrophie majeure de la couche circulaire interne de la musculature propre du sigmoïde** (> 10 fois la normale = myochose) qui est à l'origine de l'hyperpression endoluminale

-les diverticules se développent ensuite soit vers la graisse du méso colon soit sur le bord libre du colon

-la diverticulose se complique dans 10 à 30% des cas d'infections (diverticulite ou sigmoïdite diverticulaire) donnant des tableaux aigus sévères dans 10 % des cas



-les complications de la maladie diverticulaire du colon (en particulier du sigmoïde) sont une des indications majeures du scanner en urgence

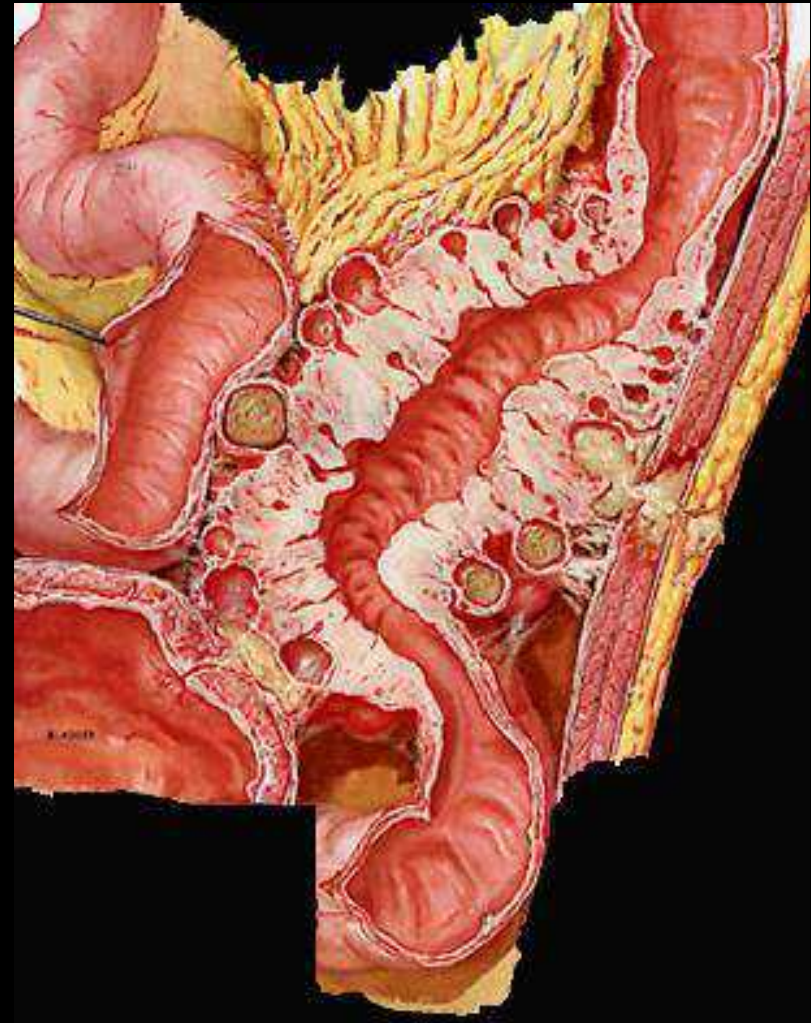
le CT a transformé la prise en charge thérapeutique de ces atteintes par une évaluation précise et atraumatique de la gravité ,selon **Hinchey** (péritonite localisée ou diffuse)

.stade 1 **phlegmon ou abcès du méso sigmoïde** ; traitement médical ; ± drainage si taille >5 cm

.stade 2 **abcès à distance** , abdominal , pelvien ,rétropéritonéal ; drainage

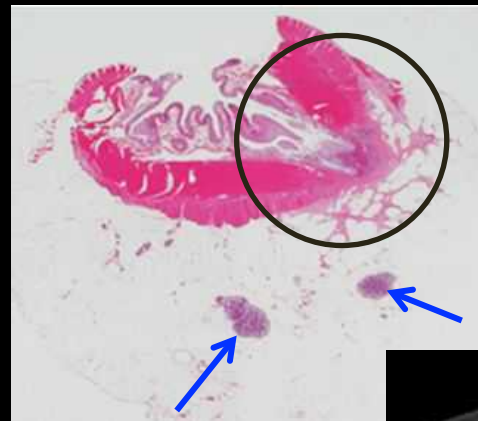
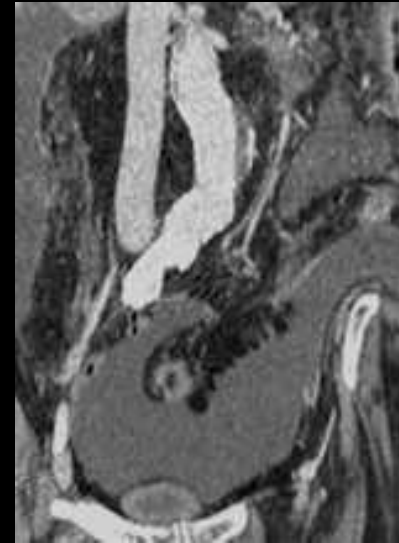
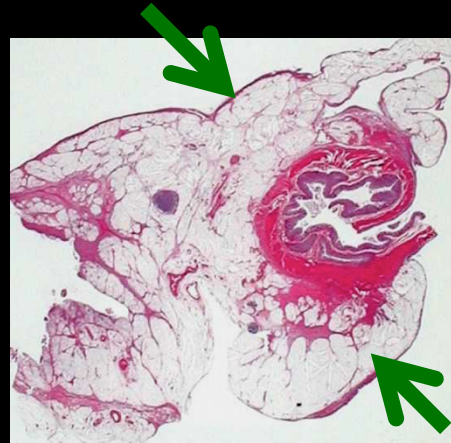
.stade 3 **péritonite purulente** ou

.stade 4 **péritonite stercorale** ; traitement chirurgical : intervention de Harteman ou résection - anastomose sous couvert d'une colostomie transitoire

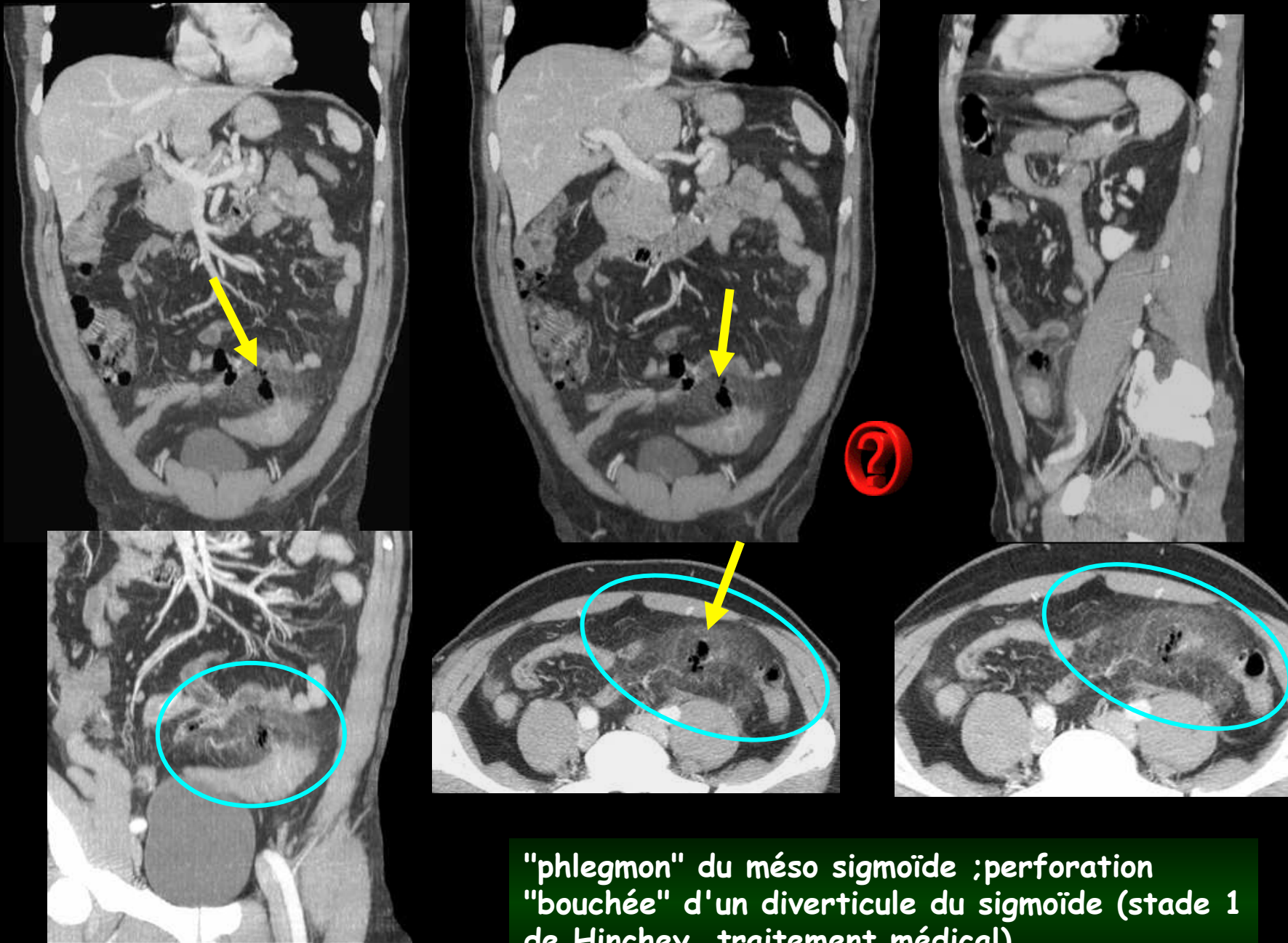


-le plus souvent la perforation diverticulaire est "couverte" car elle se produit dans le méso sigmoïde grasseux qui entoure le sigmoïde sur 270°. Le traitement est médical (antibiothérapie par voie IV , glace ..) ; le scanner permet d'authentifier et d'évaluer la gravité de la poussée . La sigmoïdectomie sera pratiquée à distance de l'épisode aigu , en règle générale par coeliochirurgie , dans un but de prophylaxie des récides

-lorsque le diverticule perforé siège sur le bord libre du sigmoïde ; on peut avoir une perforation en péritoine libre avec pneumopéritoine (généralement petit !!!) et péritonite stercorale qui impose le traitement chirurgical d'urgence

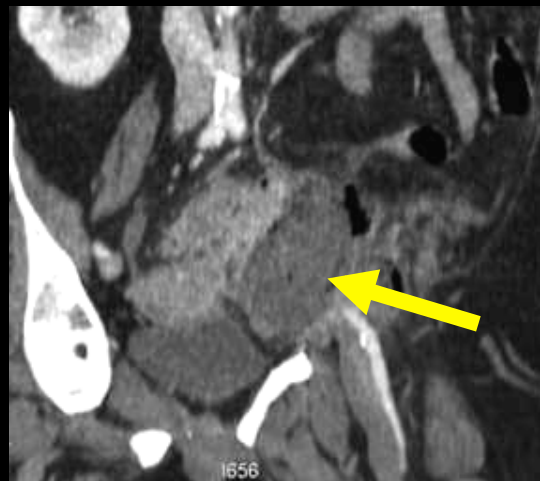
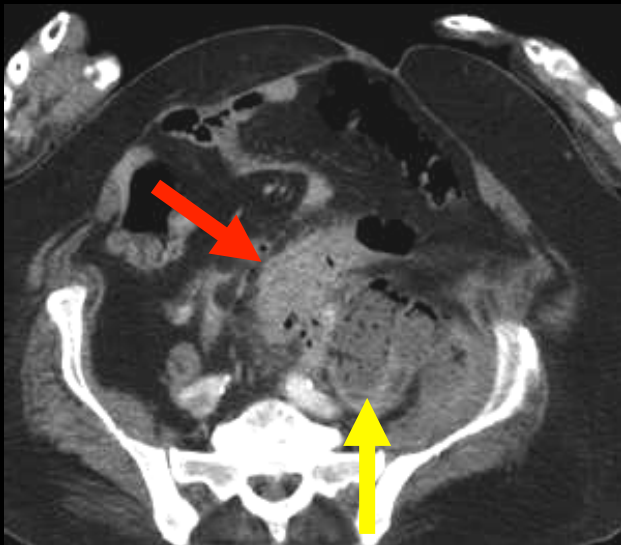
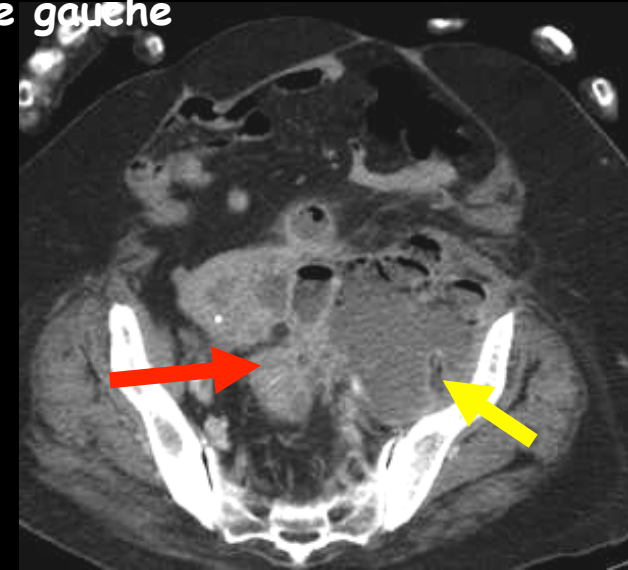
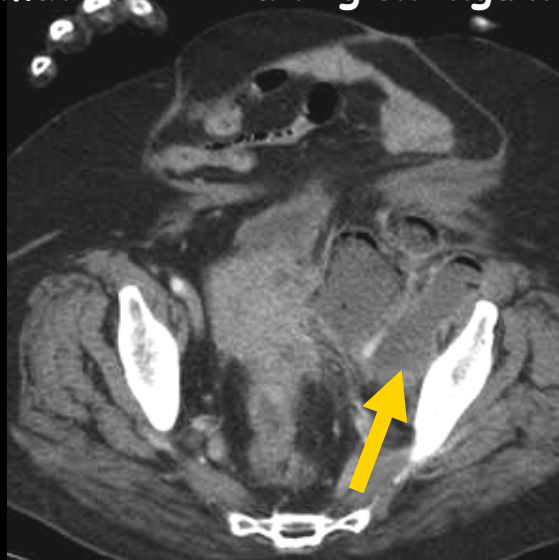
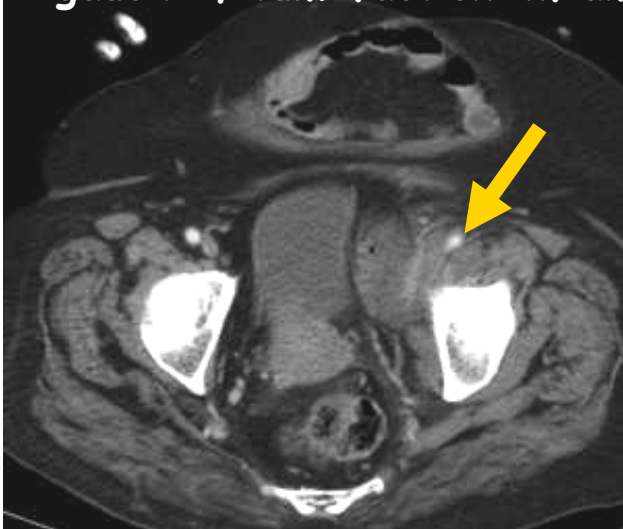


homme 42 ans syndrome douloureux fébrile et défense de la fosse iliaque gauche



"phlegmon" du méso sigmoïde ;perforation
"bouchée" d'un diverticule du sigmoïde (stade 1
de Hinchey ,traitement médical)

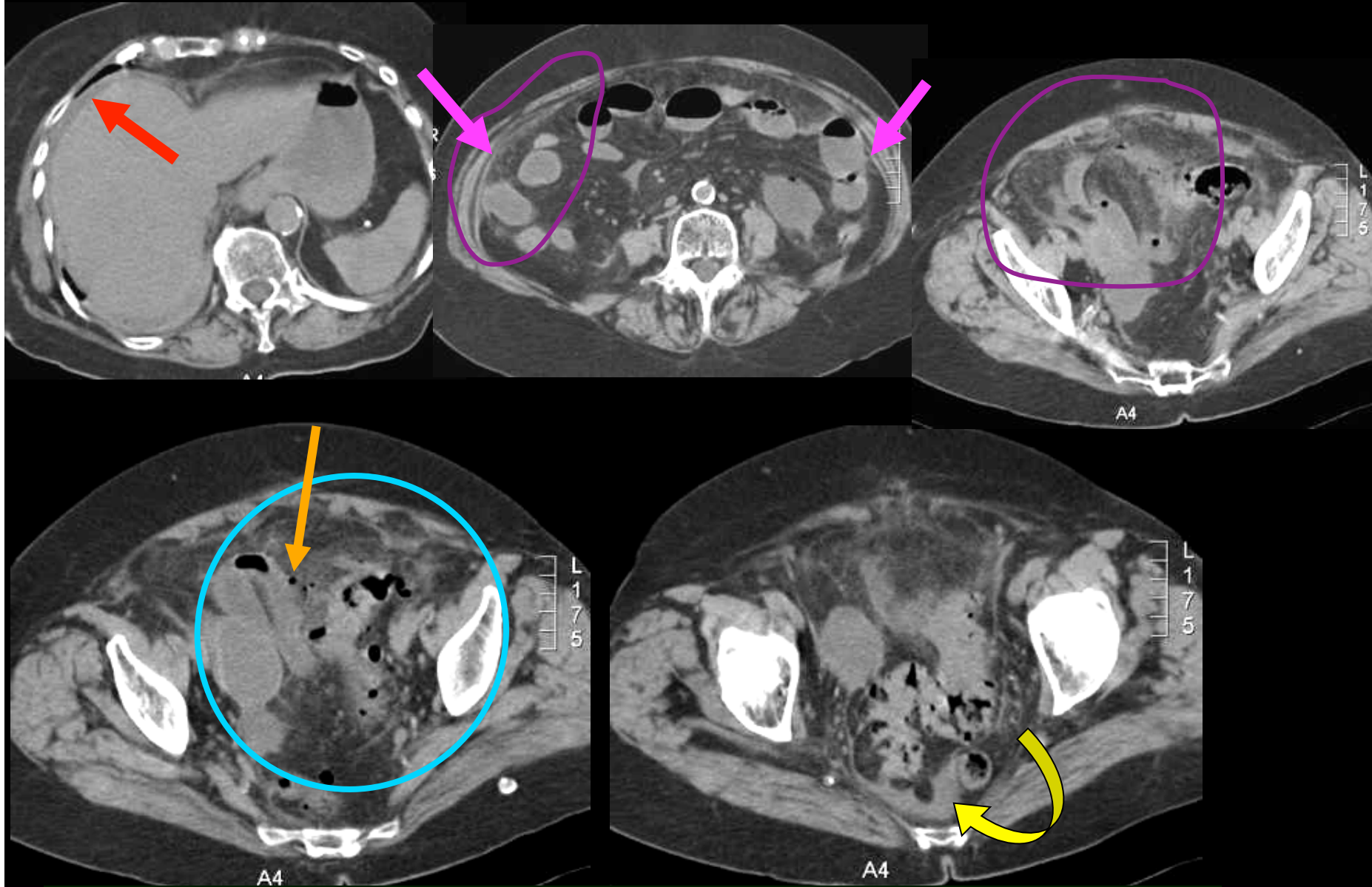
femme 69 ans syndrome douloureux fébrile et défense de la fosse iliaque gauche ; tuméfaction inflammatoire de la région inguinale gauche



abcès pelvien compliquant une diverticulite (stade 2 de Hinchey ,traitement médical + drainage)

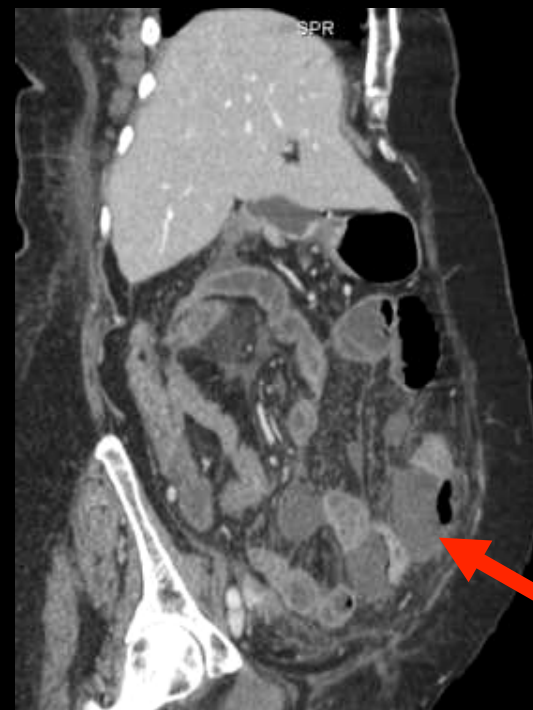
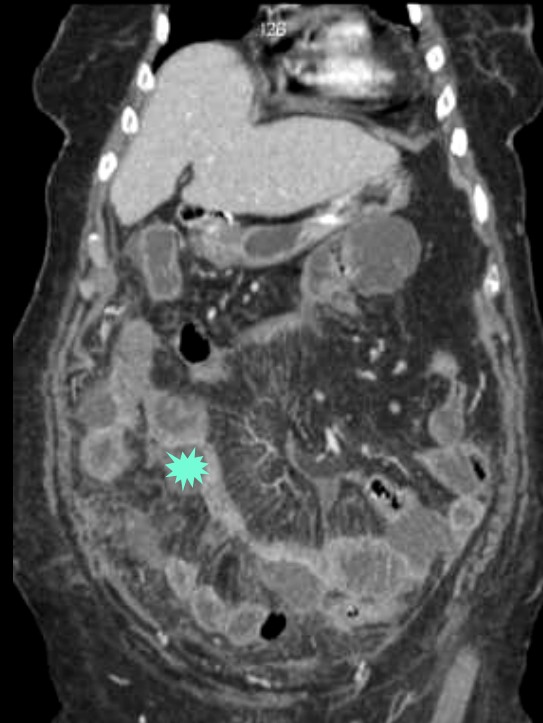
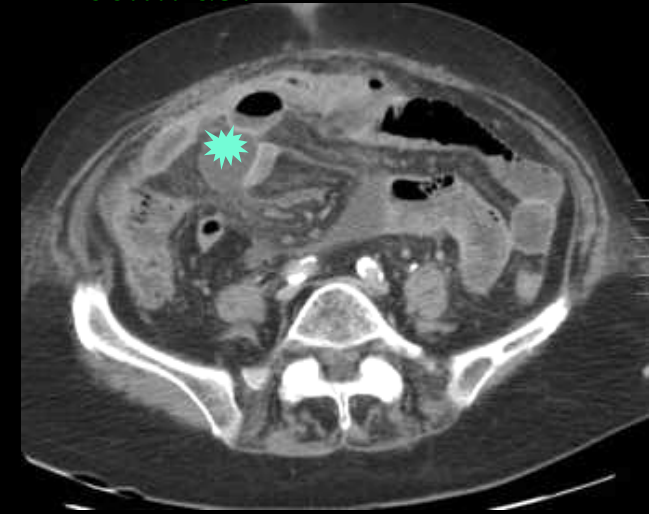
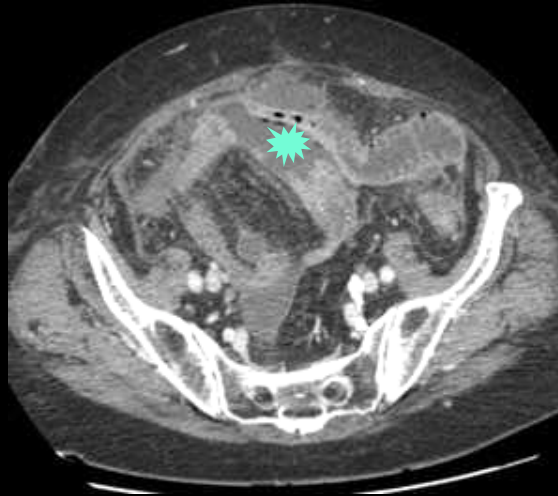
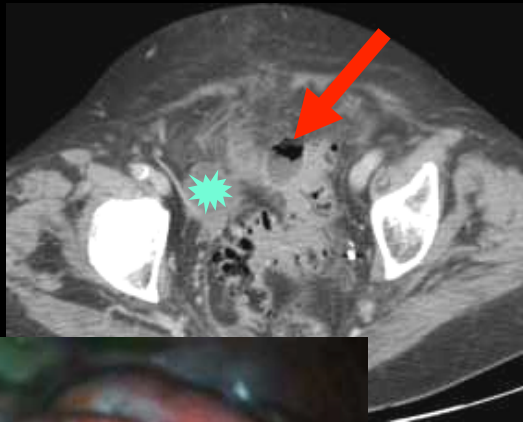


femme 82 ans, hospitalisée pour syndrome occlusif fébrile; insuffisance rénale

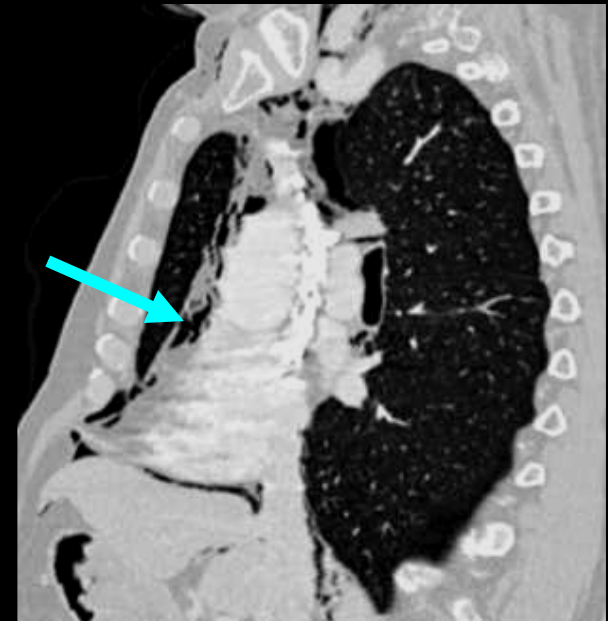
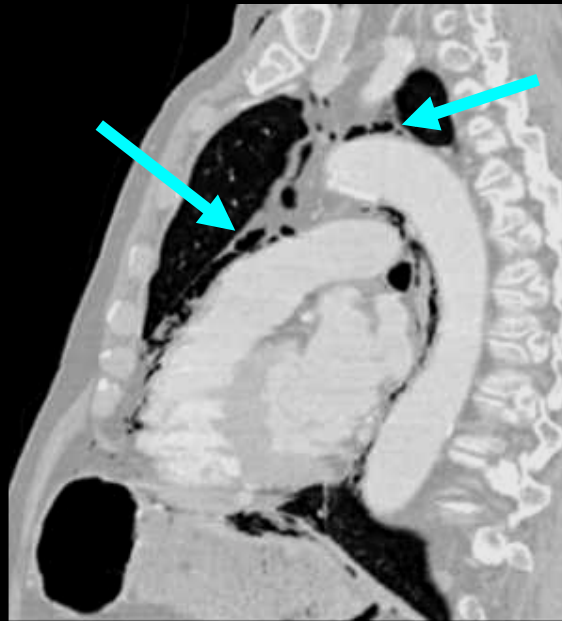
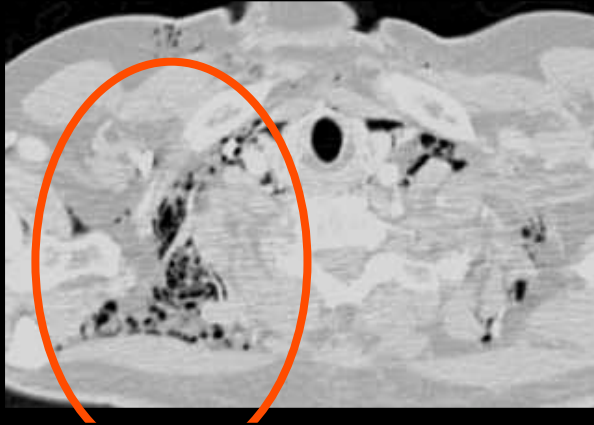


pas de signes cliniques "péritonéaux" ; diagnostic "radio-clinique" de
sigmoïdite non compliquée ; traitement médical... ..

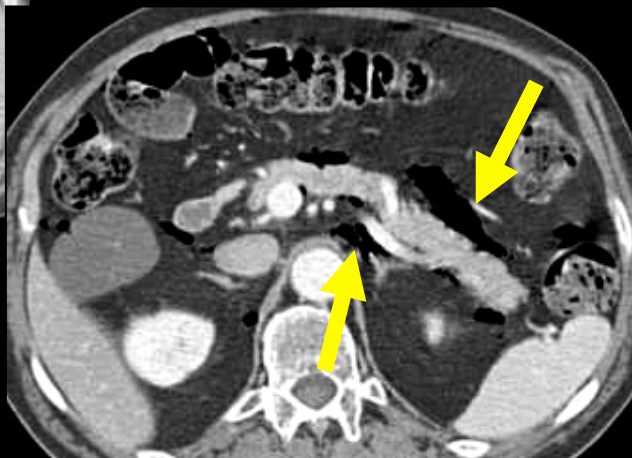
en 48 heures , nette aggravation de l'état général ; défense abdominale , sans contracture ; 2^{ème} scanner (J3) avec injection de produit de contraste



péritonite
stercorale
par
perforation
d'une
sigmoïdite
diverticulaire
; stade 4 de
Hinchey;
intervention
de Hartmann



2



homme 72 ans , syndrome douloureux abdominal fébrile
emphysème sous cutané axillaire (crépitation neigeuse à la
 palpation) et des creux sus claviculaires

