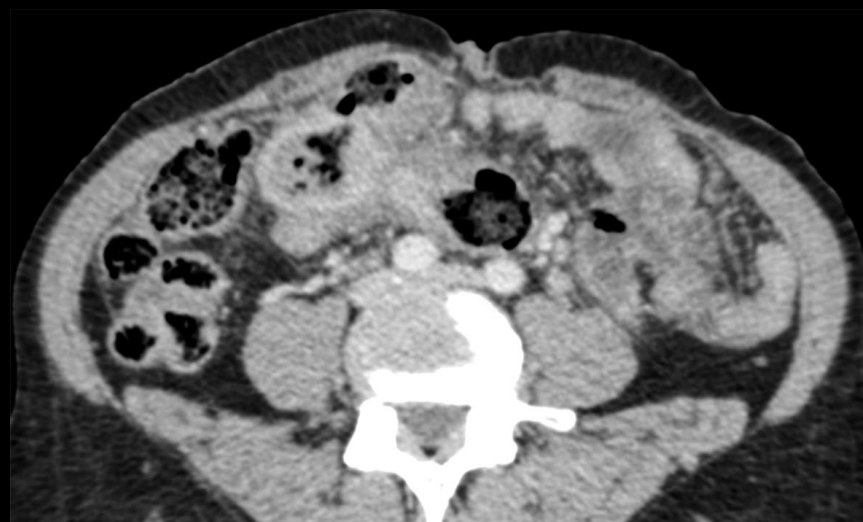
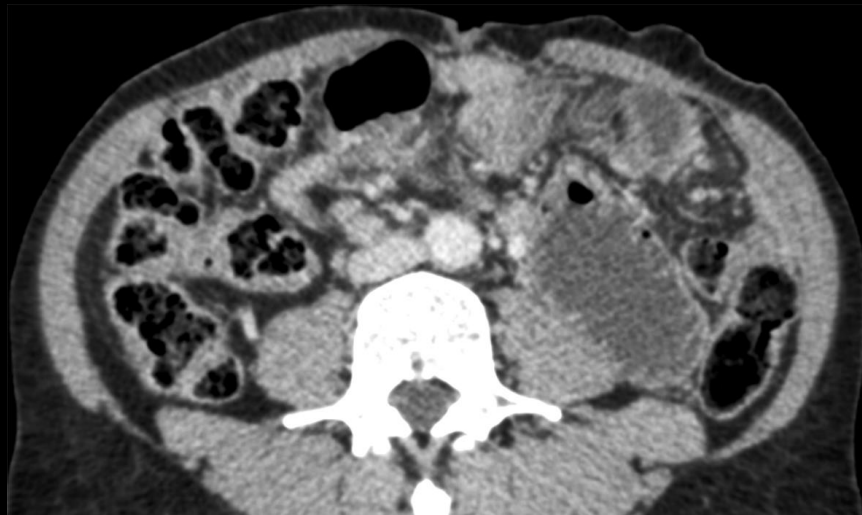
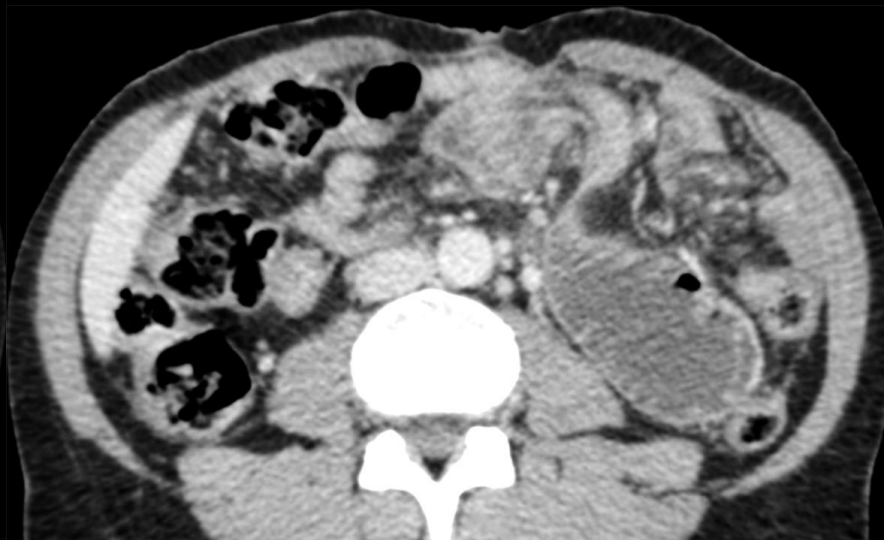
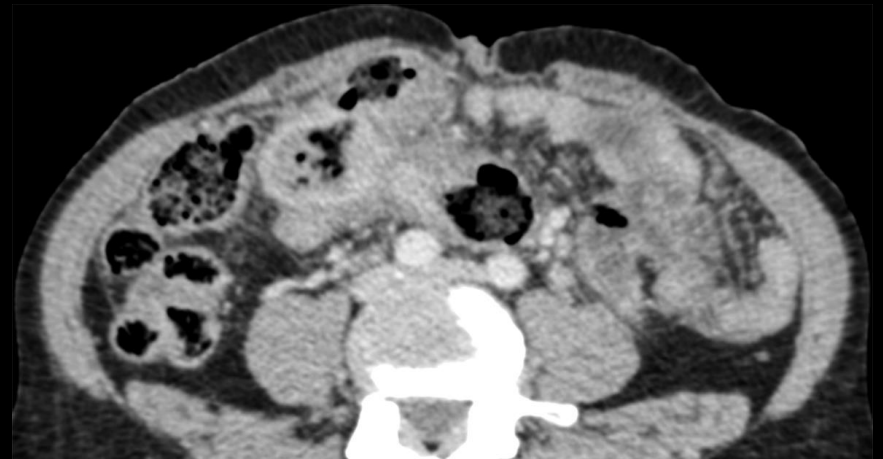
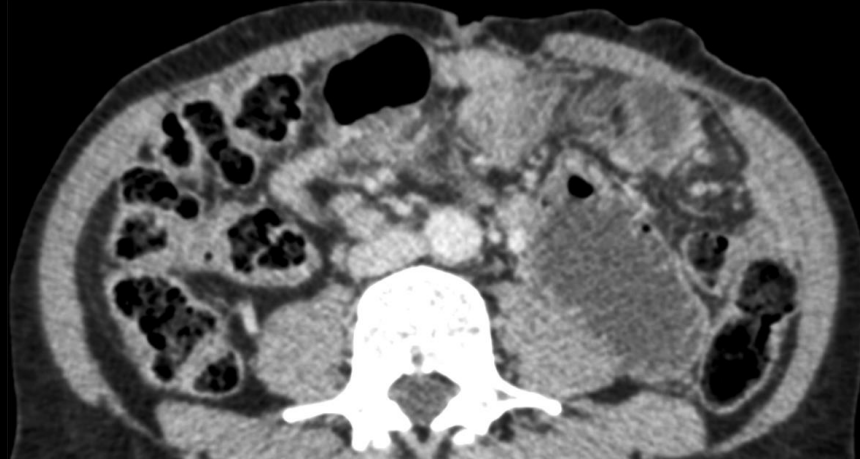
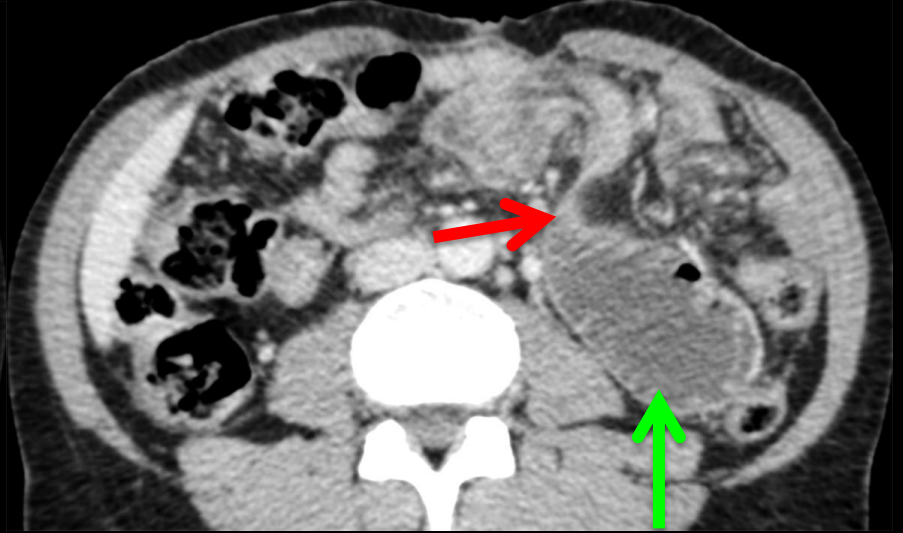


Femme de 42, antécédents de myomectomie . Douleurs abdominales évoluant depuis 72h,
Un épisode de vomissement . Pas d'arrêt des matières et des gaz.
quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir sur le scanner



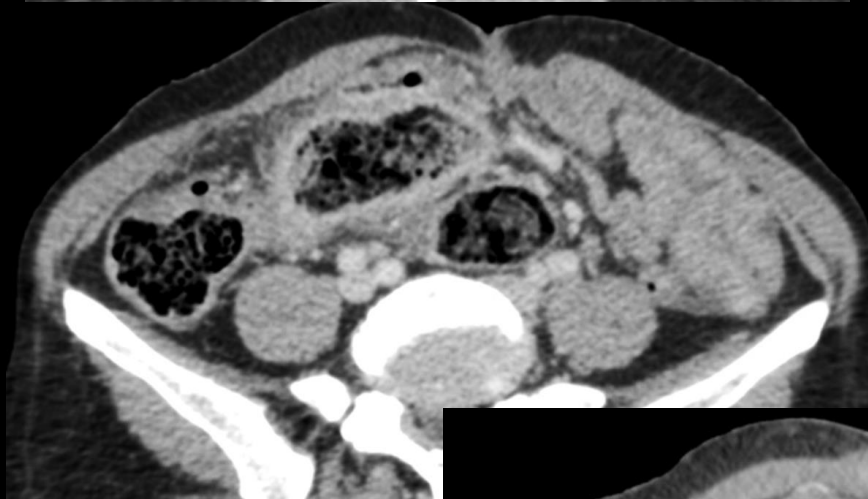
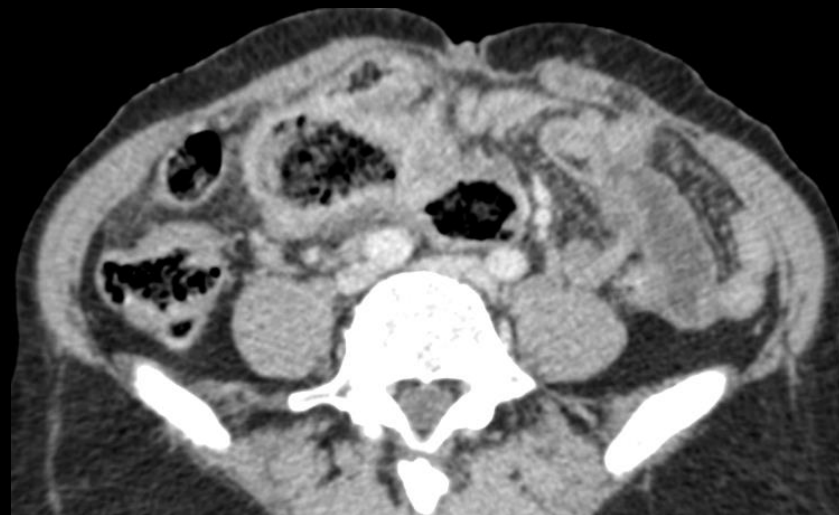
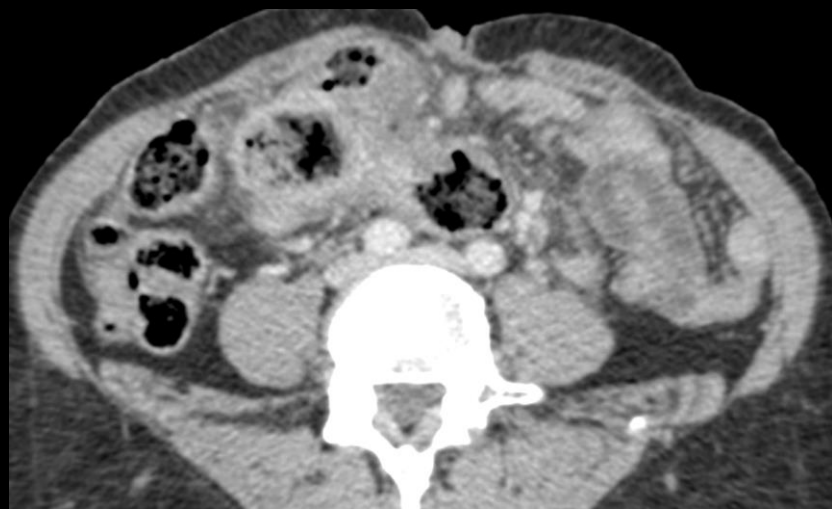
obs. :Dr Ababacar Mbengue Dakar

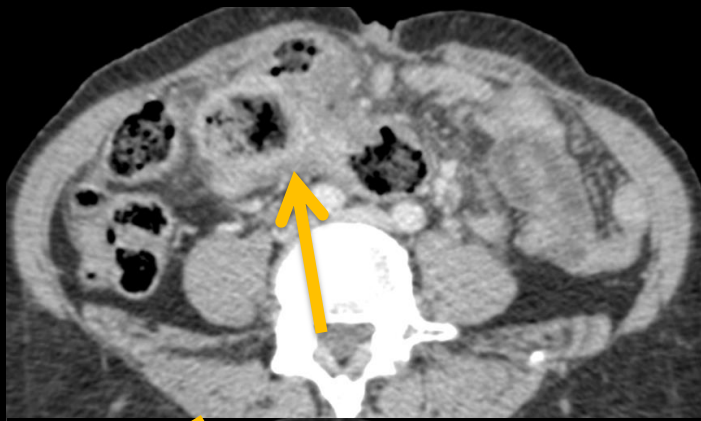




présence d'une anse jéjunale distendue (valvules conniventes), en amont d'une image de compression extrinsèque avec "empreinte graisseuse"(fat notch sign) permettant de confirmer le diagnostic d'occlusion à ventre plat sur bride unique , sans strangulation vasculaire

par ailleurs agglutination d'anses dans la région épigastrique et adhérences à la paroi abdominale antérieure

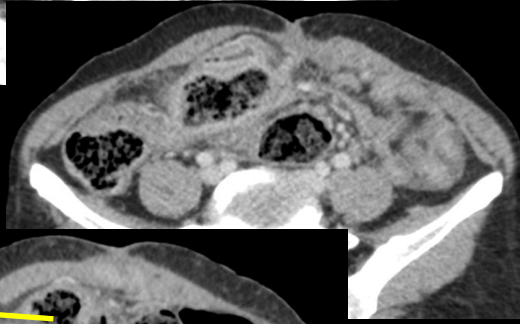
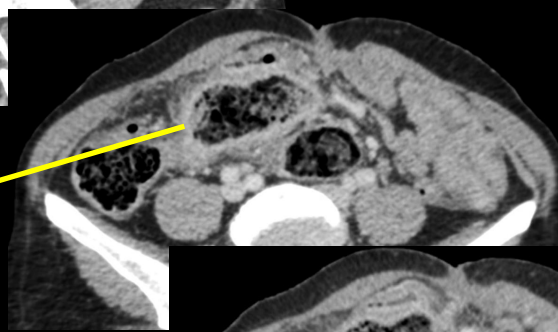
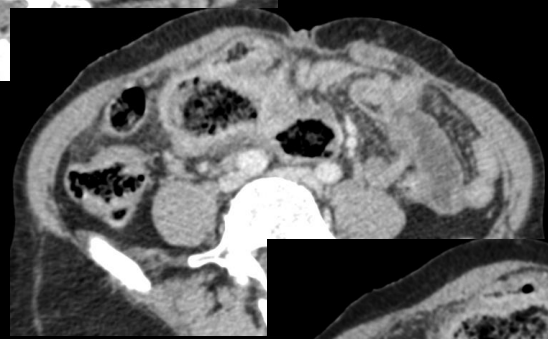
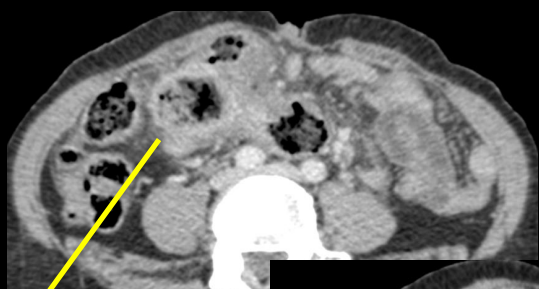
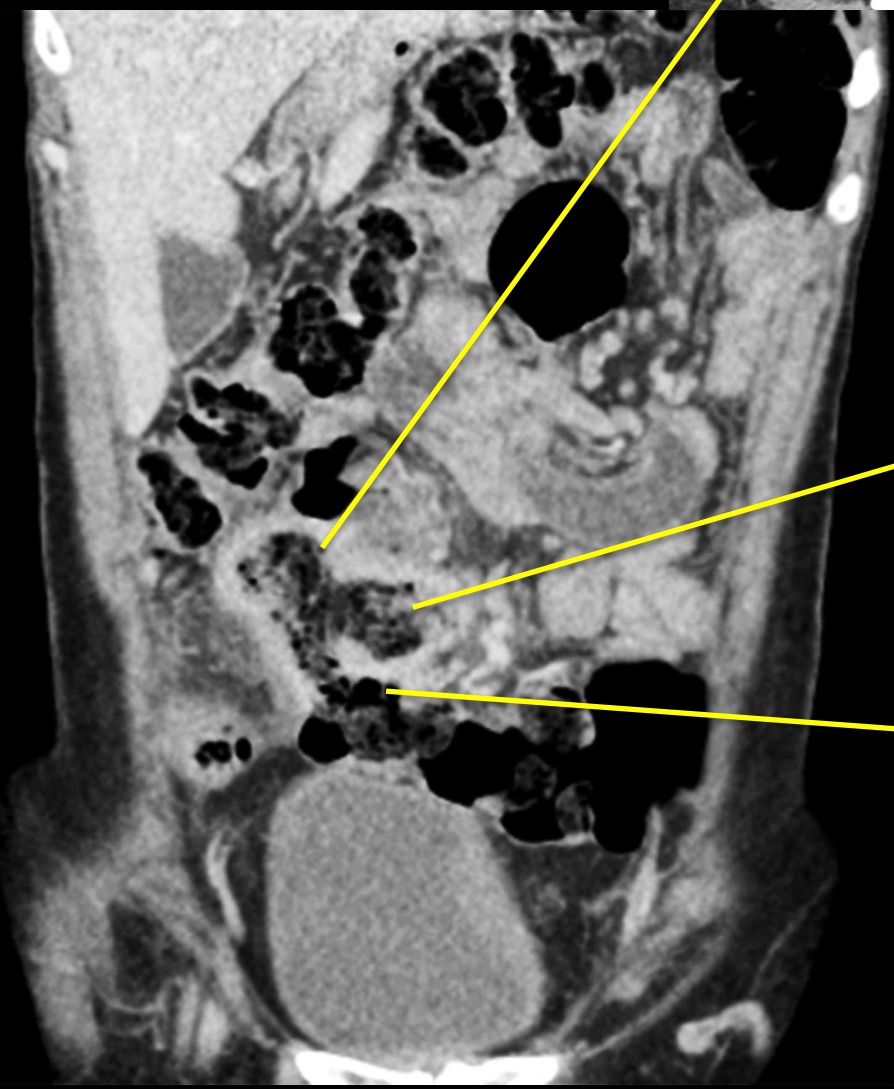




présence d'une structure intestinale à parois épaissies ,
prenant le contraste de façon plus intense et plus durable
que le colon droit et dont la lumière est occupée par un
contenu hétérogène

le péritoine est infiltré autour de ce segment intestinal dont
la paroi présente des signes d'inflammation chronique

la reformation frontale s'impose pour comprendre les coupes
axiales





★ Textilome

→ Sigmoide

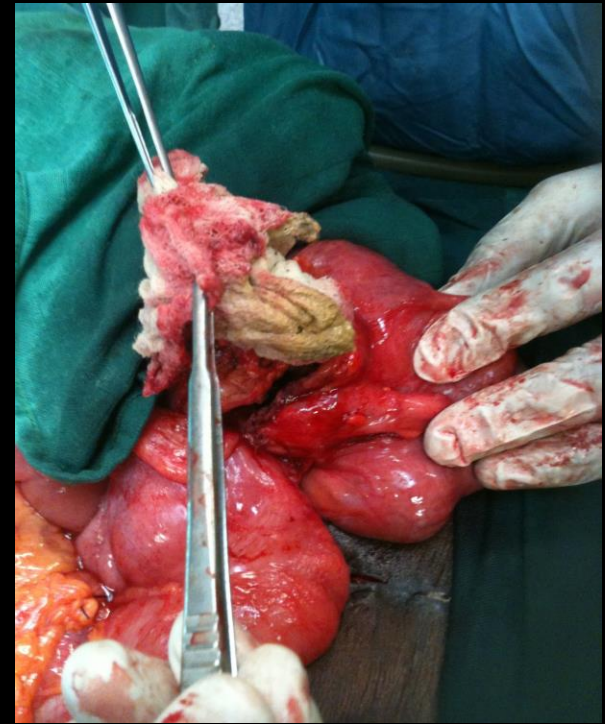
le segment digestif à paroi épaissie et au contenu hétérogène différent de celui du colon transverse correspond bien à la moitié distale du sigmoïde

CR opératoire:

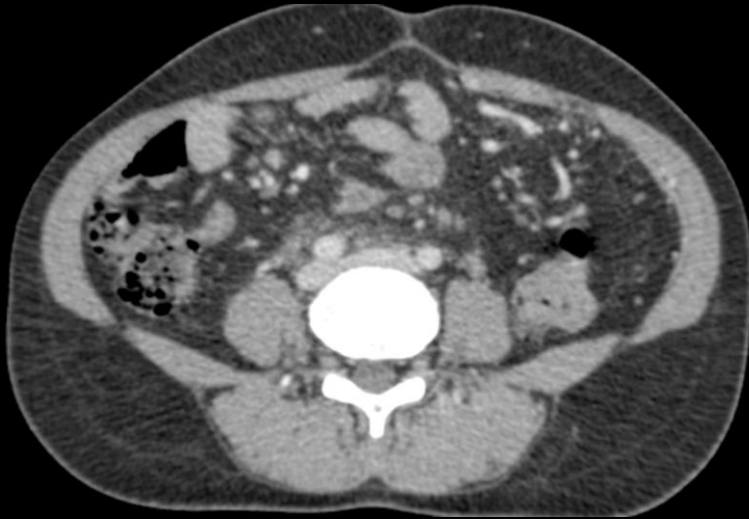
Confirmation d'une occlusion sur bride sans signe de signe de souffrance.

Textilome migré dans la lumière du sigmoïde.

Agglutination de l'épiploon et de la dernière anse.



cas compagnon n° 1 Jeune femme 30ans, **antécédent de césarienne**. Syndrome dysentérique évoluant depuis 6 jours. Quels items sémiologiques faut-il retenir



13% Angle : 358



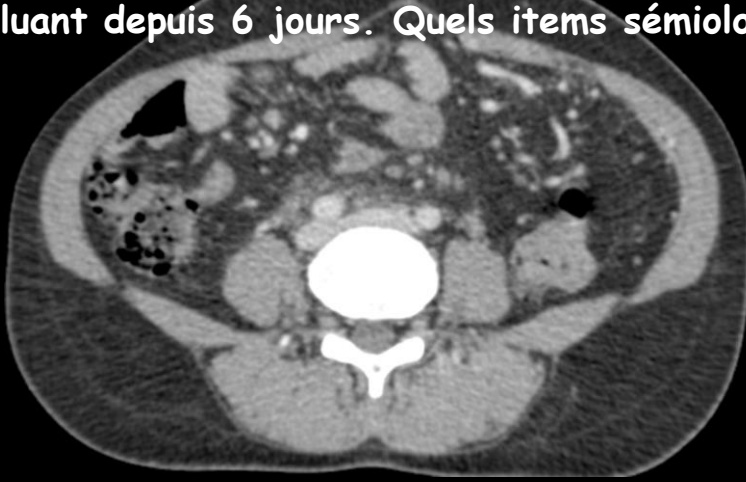
143% Angle : 358



143% Angle : 358

obs. :Dr Ababacar Mbengue Dakar

cas compagnon n° 1 Jeune femme 30ans, **antécédent de césarienne**. Syndrome dysentérique évoluant depuis 6 jours. Quels items sémiologiques faut-il retenir



13% Angle: 358



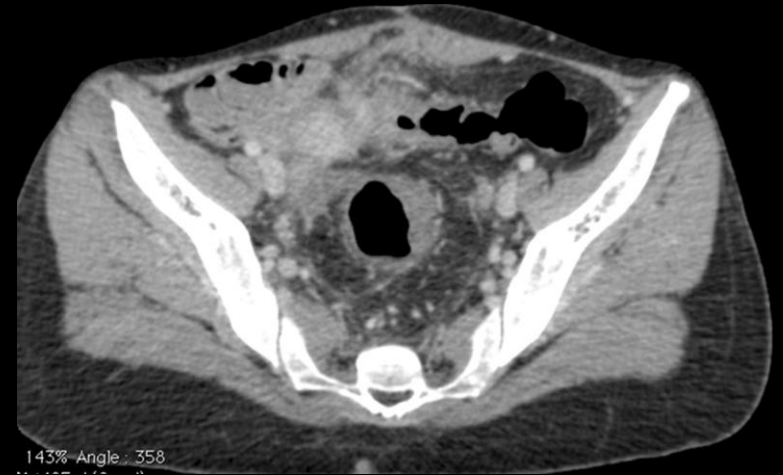
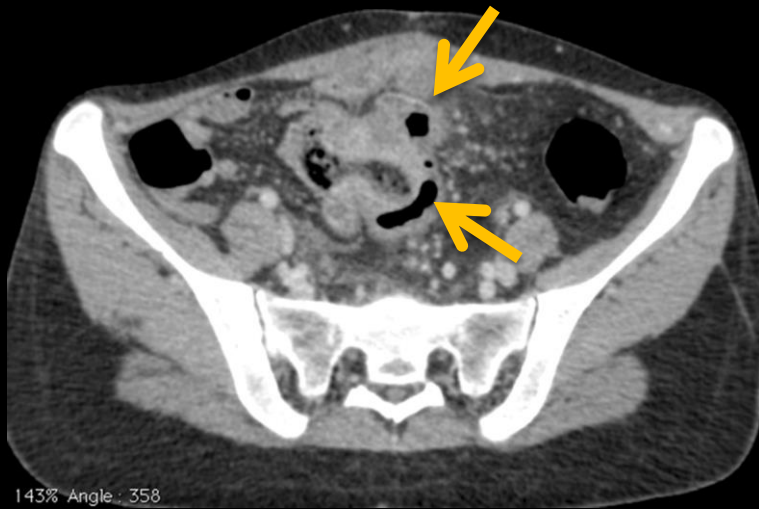
143% Angle: 358



143% Angle: 358

présence d'une structure intestinale à paroi très épaissie et contenu endoluminal hétérogène. Le versant séreux de la paroi est flou et s'accompagne d'une infiltration du péritoine adjacent, confirmant le caractère inflammatoire de l'épaississement pariétal.





une structure intestinale de plus petit calibre vient s'accoler à la formation précédemment décrite l'ensemble évoque une fistule grêlo-sigmoïdienne.

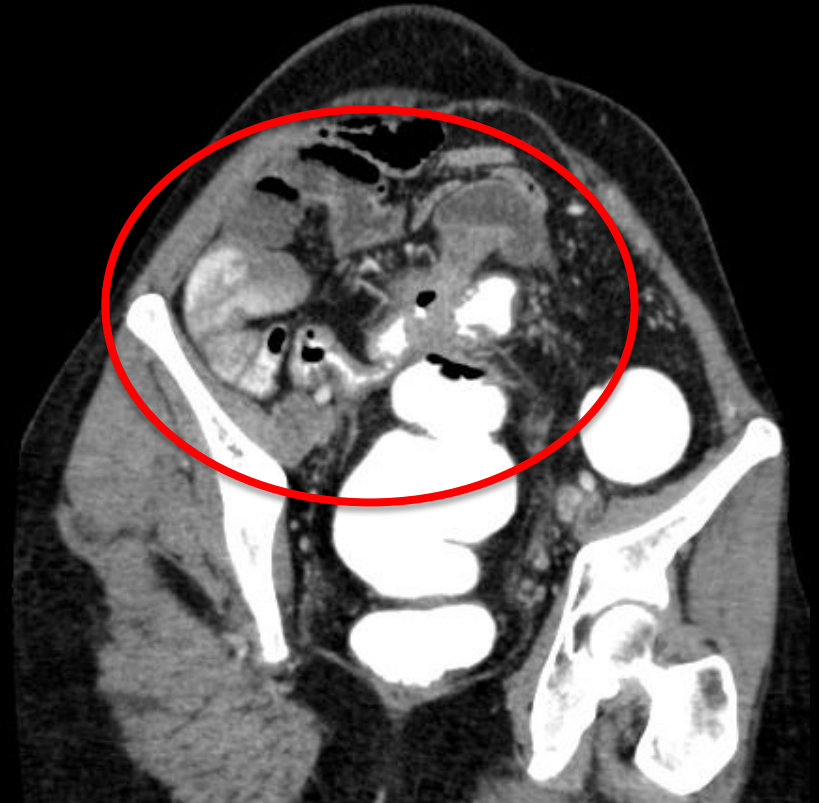


les reformations coronales viennent corroborer cette hypothèse de fistule grêlo-sigmoïdienne sans retentissement mécanique d'amont sur le grêle tandis que le colon gauche est le siège d'une distension liquidienne.

Le lendemain: **expulsion spontanée d'une compresse** par voie basse (dans les toilettes).
On réalise alors un scanner avec balisage opaque par lavement aux hydrosolubles iodés



le balisage opaque par voie rectale confirme la fistule grêle-sigmoïdienne et objective l'apparition d'une distension du grêle afférent , tout en confirmant la distension liquide du côlon descendant



la reformation coronale objective
parfaitement le trajet fistuleux et
l'épaississement pariétal
inflammatoire du grêle distal au
contact du sigmoïde.

cas compagnon n°3 : homme. 67 ans Douleurs de la fosse iliaque gauche depuis 48h avec arrêt des gaz et des matières.

Défense en fosse iliaque gauche et hypogastre

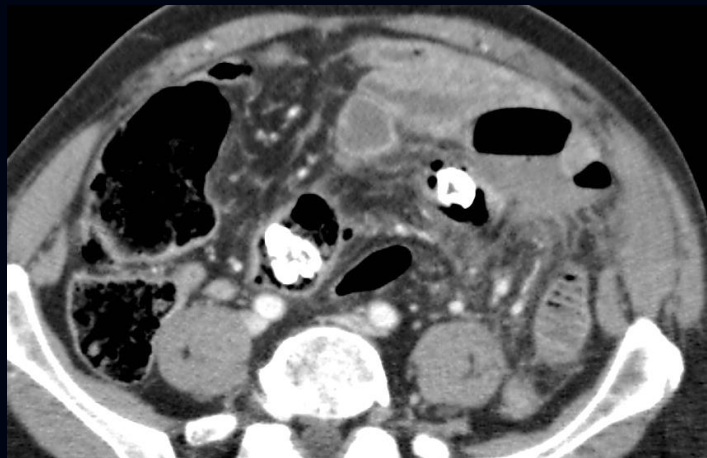
Syndrome inflammatoire biologique : CRP 35mg/l et 12500 GB/mm³

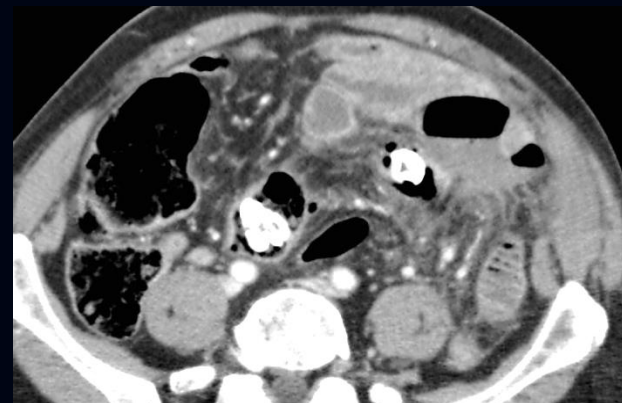
ATCD : Cure de hernie inguinale bilatérale en 2006



François Jausset

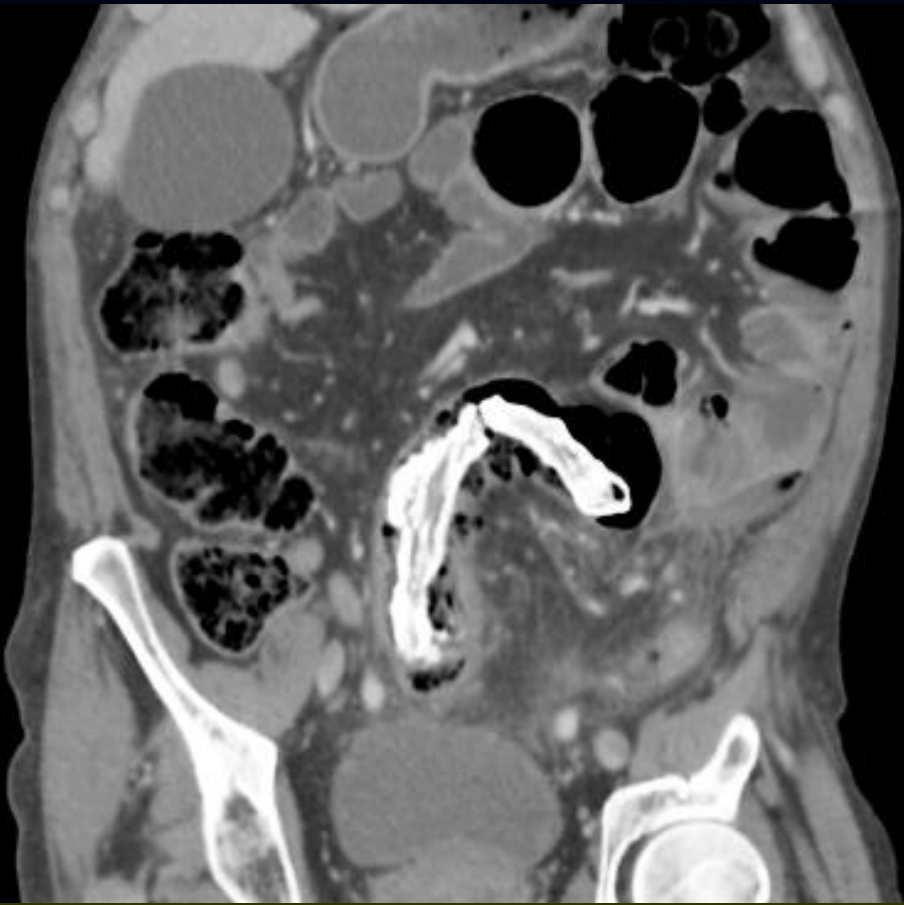
IHN





corps étranger endoluminal, siège d'une incrustation calcique massive ,se situant dans le sigmoïde

importante réaction inflammatoire locorégionale du péritoine, à l'entour de l'extrémité du corps étranger avec épaissement circonférentiel de la paroi sigmoïdienne

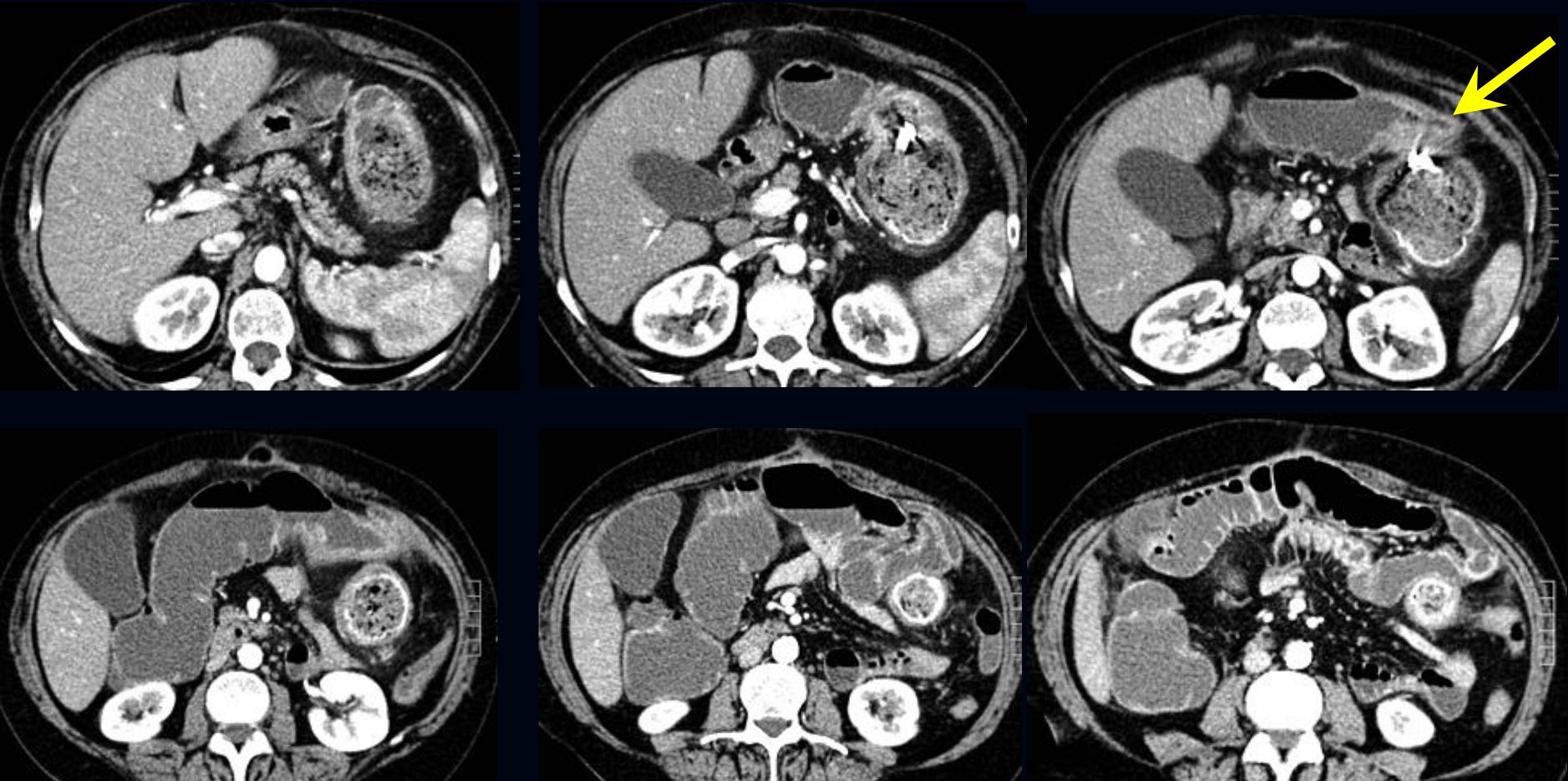


l'ensemble est caractéristique d'une **perforation couverte du sigmoïde sur un corps étranger textile migré dans la lumière digestive** puisqu'il s'agit d'une prothèse de paroi mise en place 4 ans plus tôt lors d'une cure chirurgicale de hernies inguinales obliques externes bilatérales

la péritonite est limitée à la région péri sigmoïdienne, sans collection ni signes de diffusion

le patient est traité par sigmoïdectomie avec rétablissement de continuité d'emblée

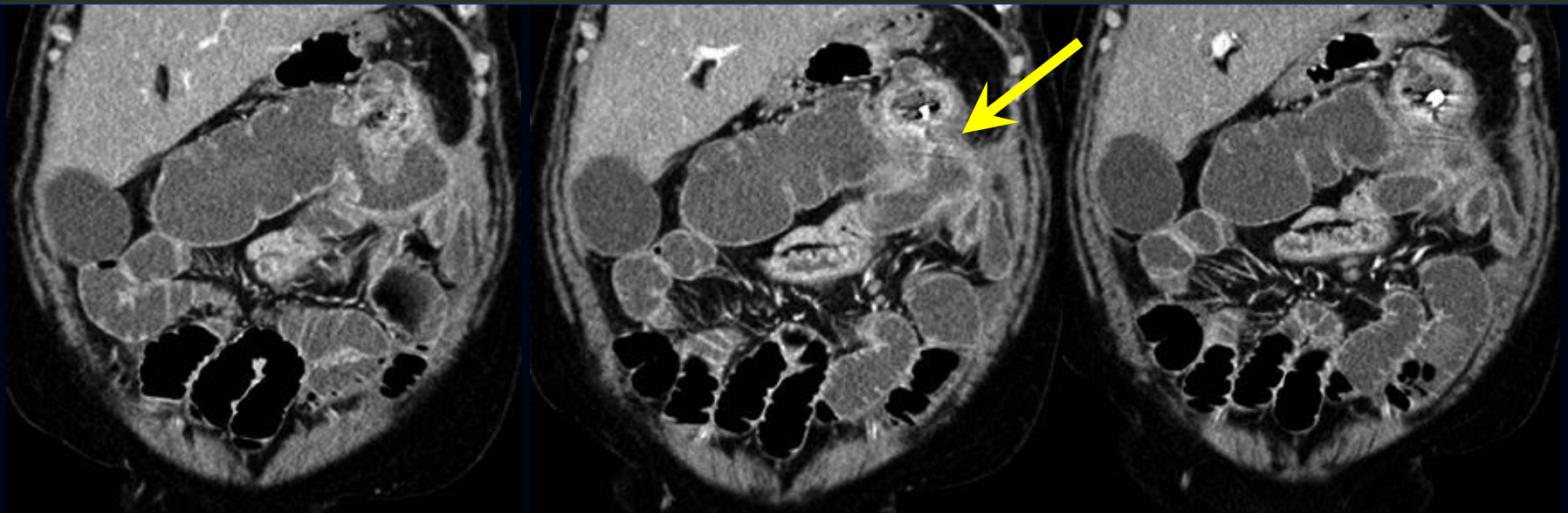
cas compagnon n°4 : femme 59 ans ,sd douloureux abdominal chronique ; tableau occlusif récent .antécédent de sigmoïdectomie pour complications d'une diverticulose



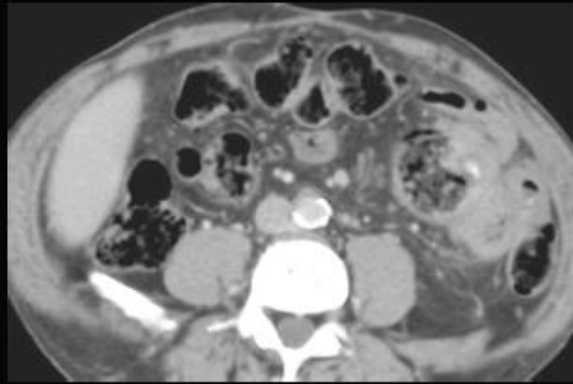
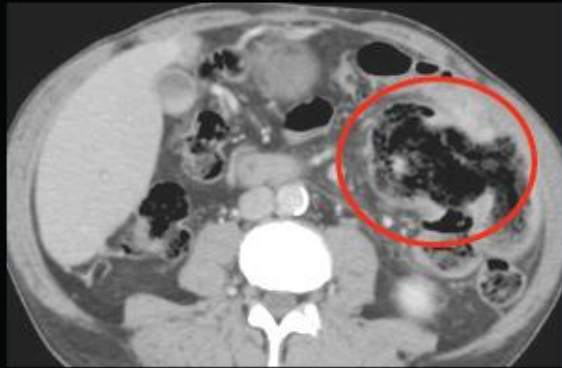
distension massive de l'angle colique gauche dont les parois sont très épaissies, avec prise de contraste intense. Le contenu endoluminal est très hétérogène avec des éléments métalliques qui doit faire évoquer d'emblée les repères radio-opaques des linges chirurgicaux (compresses, champs). retentissement mécanique important avec stase liquide tant au niveau du colon que du grêle situés en amont de la région fistuleuse



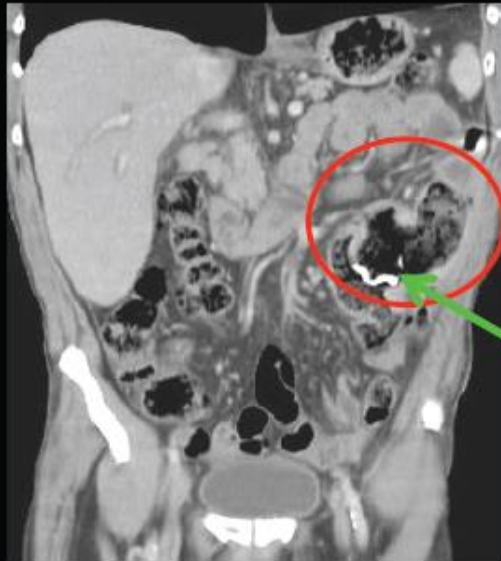
les reformations frontales montrent de façon claire un large trajet fistuleux entre le grêle et l'angle colique gauche; les parois de ces deux structures étant épaissies avec prise de contraste intense et durable confirmant un état inflammatoire chronique.
 À noter également la présence d'adhérences interanses sur le grêle adjacent à la fistule.
 L'intervention confirme bien évidemment la migration d'un champ opératoire dans l'angle colique gauche, à partir du grêle



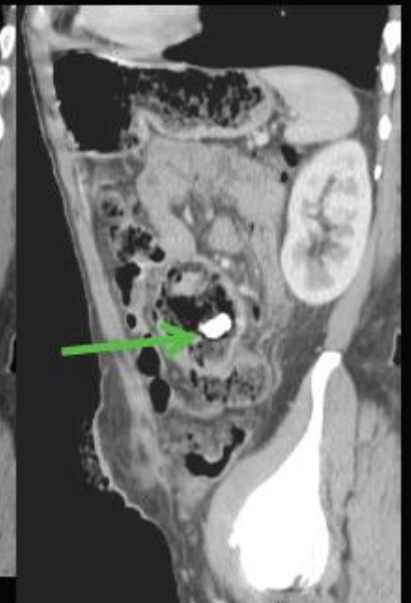
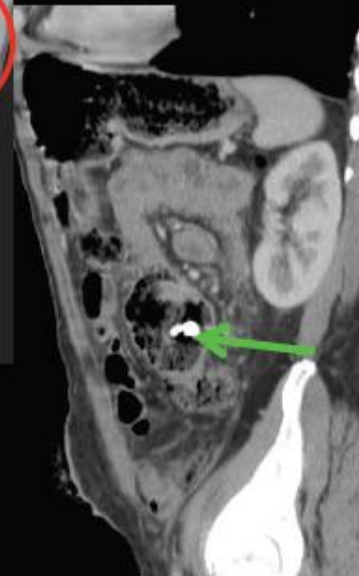
cas compagnon n°5 homme 47 ans , douleurs abdominales chroniques , syndrome inflammatoire biologique



ici encore , c'est corps **étranger métallique** qui permet d'identifier le contenu colique hétérogène avoisinant avec important contingent gazeux comme un corps étranger textile post chirurgical



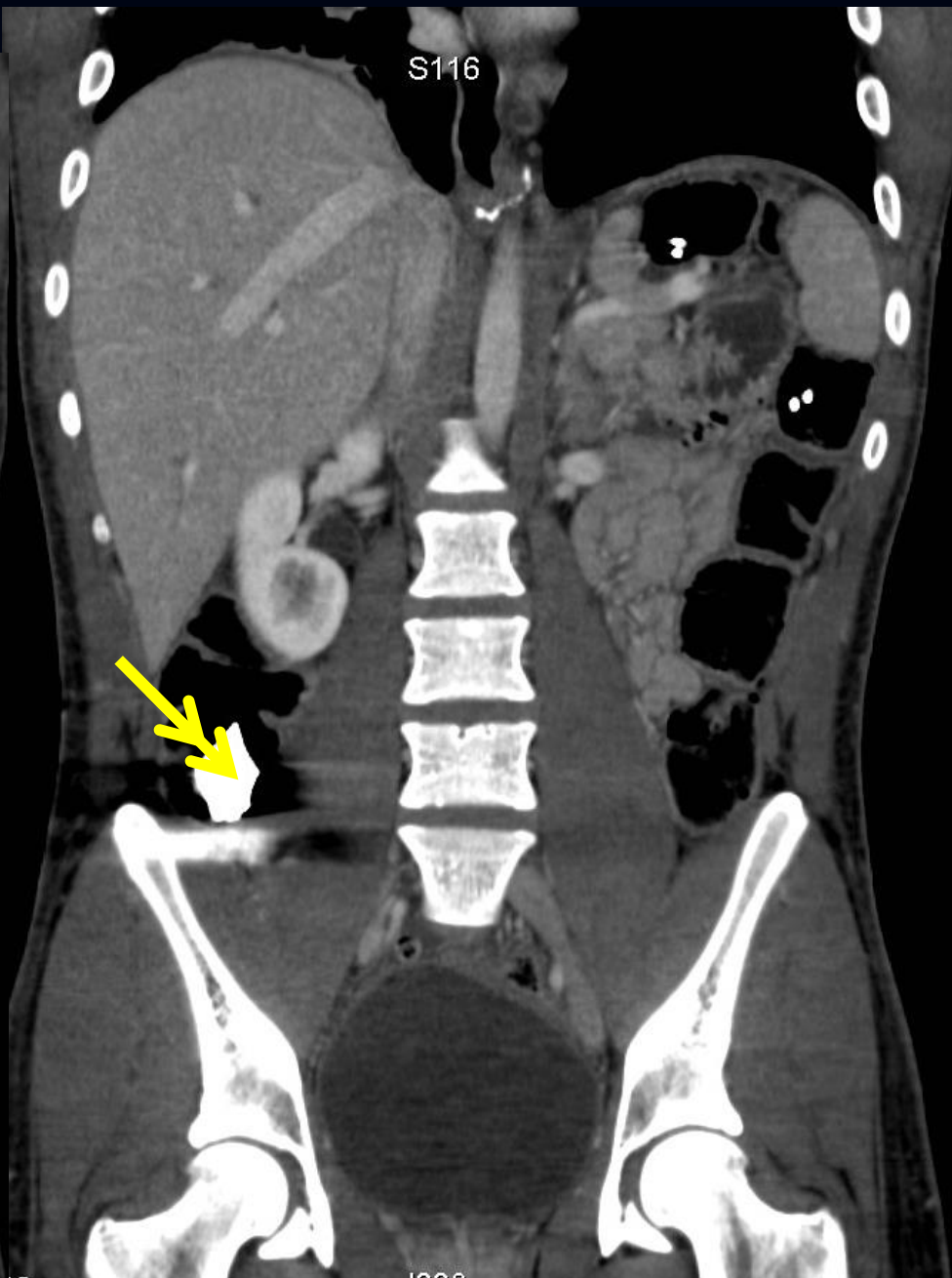
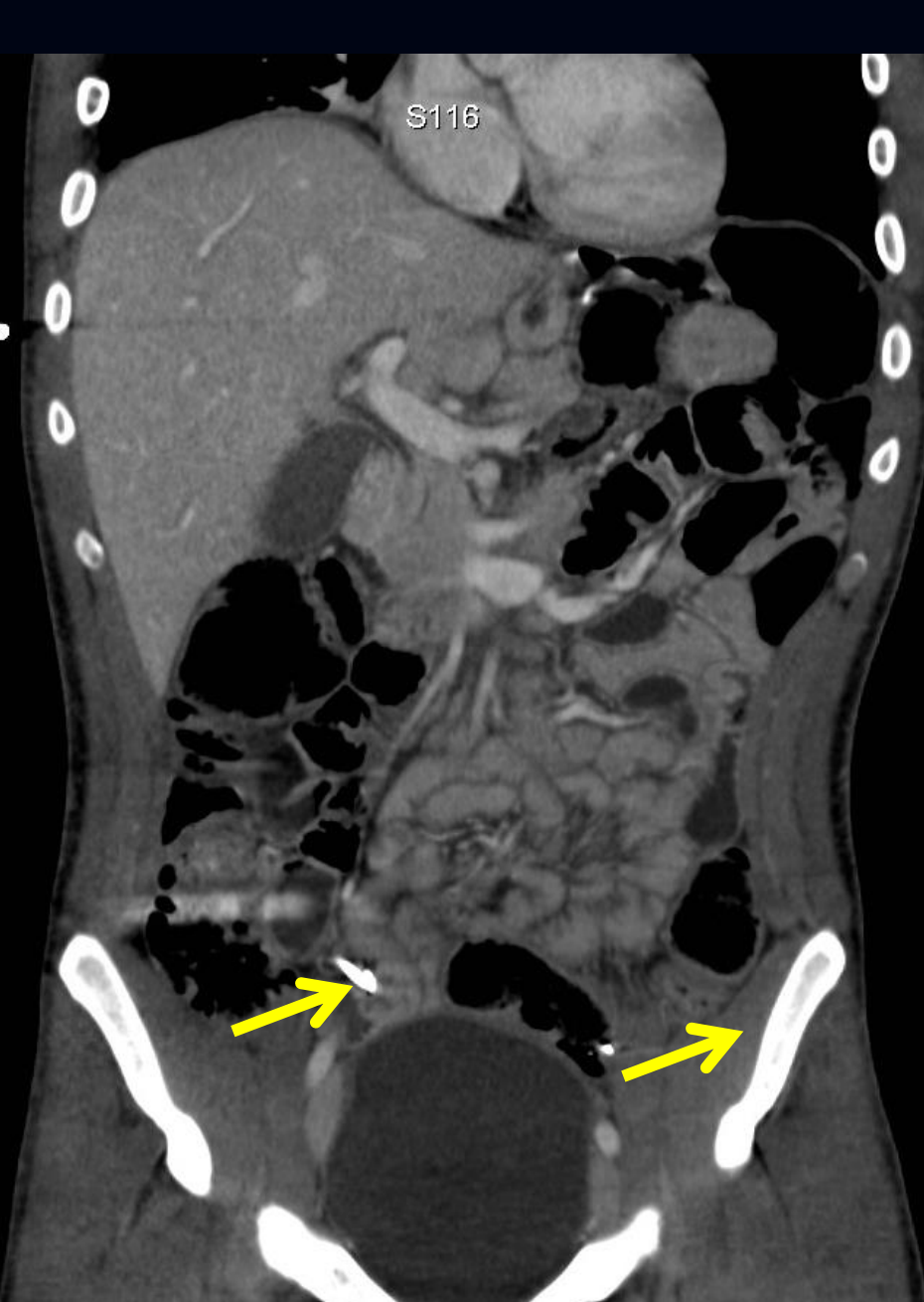
dans ce cas il n'y a pas d'occlusion colique mais seulement une stase stercorale modérée



corpus alienum textile (sigmoïdectomie)
avec migration endoluminale colique

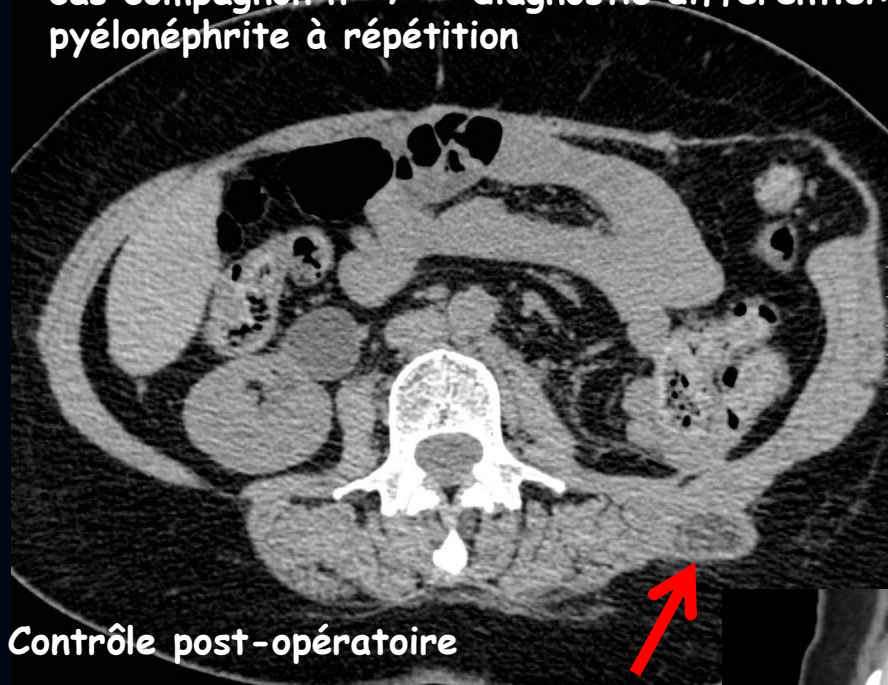
cas compagnon n°6 syndrome occlusif antécédent de cure chirurgicale 'une éventration abdominale



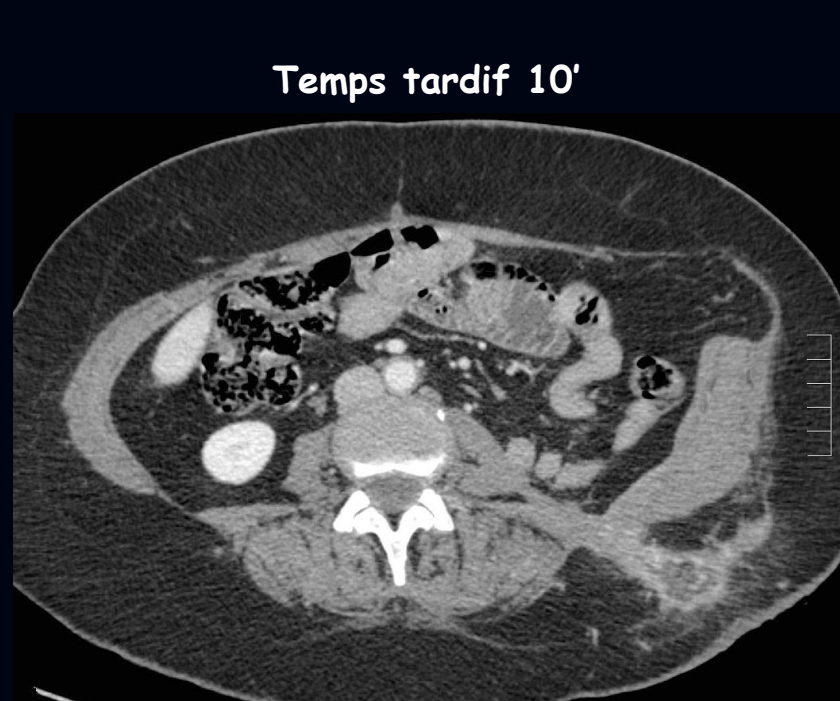
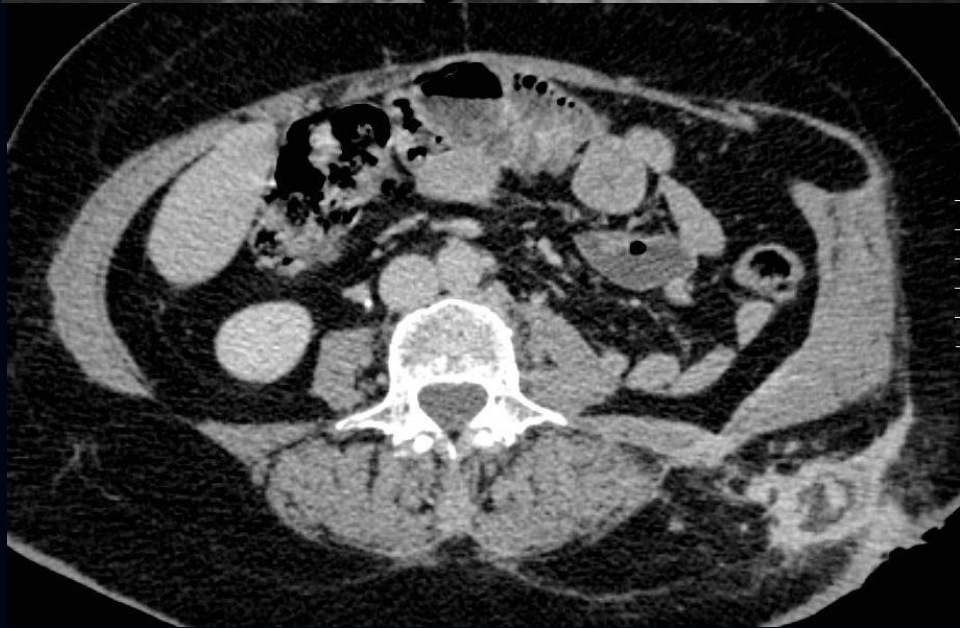
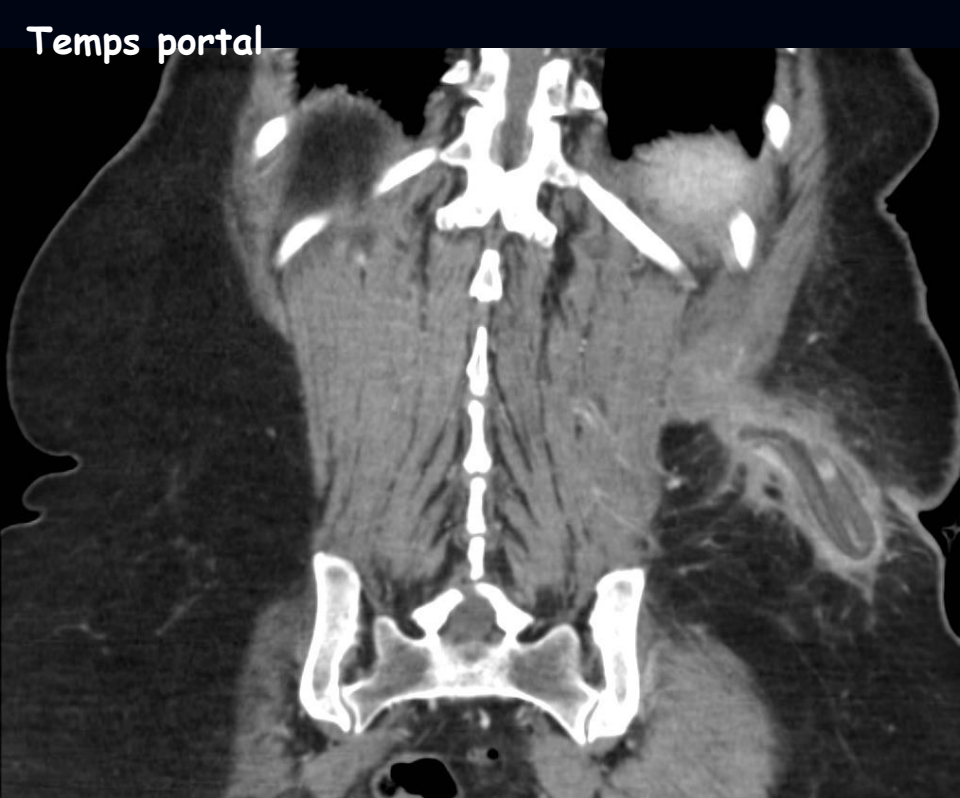


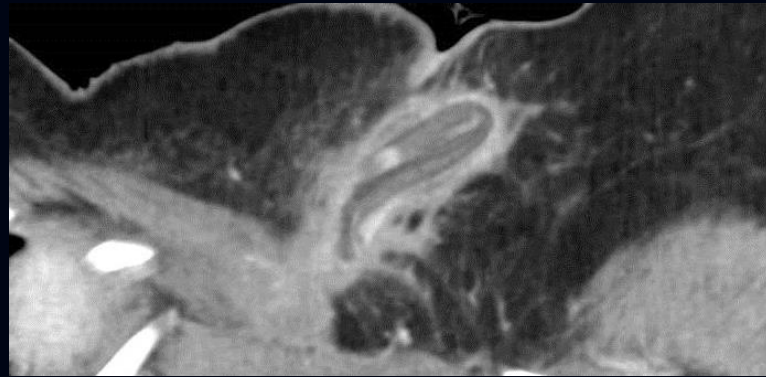
migration dans la cavité abdominale puis la lumière iléale et colique de corps étrangers correspondant à une prothèse de paroi abdominale fragmentée . Par de retentissement mécanique d'amont

cas compagnon n° 7 diagnostic différentiel: antécédent de néphrectomie gauche pour pyélonéphrite à répétition



Contrôle à 3 mois





extériorisation spontanée dans la fosse lombaire d'un textilome d'origine urologique

l'aspect "rubané" et les images linéaires de couches juxtaposées sont très évocatrices du diagnostic

cet exemple montre bien la capacité de déplacement "automoteur" des corps étrangers d'origine chirurgicale à la faveur de la réaction inflammatoire aseptique qu'ils suscitent

messages à retenir

Les corps étrangers d'origine chirurgicale (gossypibomes, corpus alienum...) migrant dans le tube digestif seraient observés dans 1/100 1/3000 interventions. Ils sont à l'origine de retentissements mécaniques responsables de **tableaux occlusifs** dans la plupart des cas et, de façon devenue exceptionnelle, **peuvent s'extérioriser spontanément** par voie rectale .

Dans la plupart des cas il s'agit de **corps étranger de nature textile**, mais on peut observer des faits analogues avec des corps étrangers métalliques notamment des instruments chirurgicaux.

Les **sites de migration** observés sont essentiellement le colon et l'intestin grêle; beaucoup plus exceptionnellement le duodénum, l'estomac, la vessie et les parois abdominales. Les interventions responsables sont classiquement **la chirurgie gynécologique (en particulier la césarienne)** et la **cholécystectomie**. Les **prothèses pariétales** utilisées dans la chirurgie des hernies et des éventrations paraissent être, à l'heure actuelle, une cause plus fréquente de migration de corps étrangers. Le délai d'apparition par rapport aux gestes chirurgicaux peut varier de quelques mois à quelques années

Dans tous les cas, la migration transpariétale intestinale nécessaire pour que le corps étranger gagne la lumière viscérale, s'effectue à très bas bruit sur le plan clinique car il s'agit **d'une réaction inflammatoire aseptique essentiellement fibreuse** qui entraîne des adhérences multiples précédant la constitution de la fistule.



il existe parfois une **péritonite localisée** se manifestant par le contexte clinicobiologique classique (syndrome douloureux occlusif fébrile, élévation persistante de la CRP, polynucléose neutrophile). Elle est la traduction d'une **perforation couverte** dans la zone fistuleuse, mais il n'y a qu'exceptionnellement formation d'abcès.

le **diagnostic** des corps étrangers chirurgicaux migrés dans le tube digestif est de difficulté variable.

la présence de **marqueurs métalliques** représentent bien sûr un élément décisif

en leur absence, ce sont les remaniements inflammatoires et fibreux des parois digestives sous forme d'un **épaississement à contour externe flou avec un rehaussement marqué et persistant** du contraste dans un segment intestinal distendu renfermant un **contenu endoluminal très hétérogène** qui doivent faire évoquer le diagnostic. il est parfois possible de distinguer les plis des corps étrangers de nature textile.

Le retentissement mécanique d'amont, tant sur le grêle que sur le colon est fréquent, de la variable.

l'**aspect de calcification réticulée arciforme périphérique** a été décrit comme spécifique du gossypibome+++

la meilleure **prévention des migrations transpariétales de corps étrangers textiles chirurgicaux** réside dans le **comptage** scrupuleux des matériels utilisés durant l'intervention et dans l'emploi systématique de **marqueurs métalliques** permettant le diagnostic sur et précoce de cette complication.

