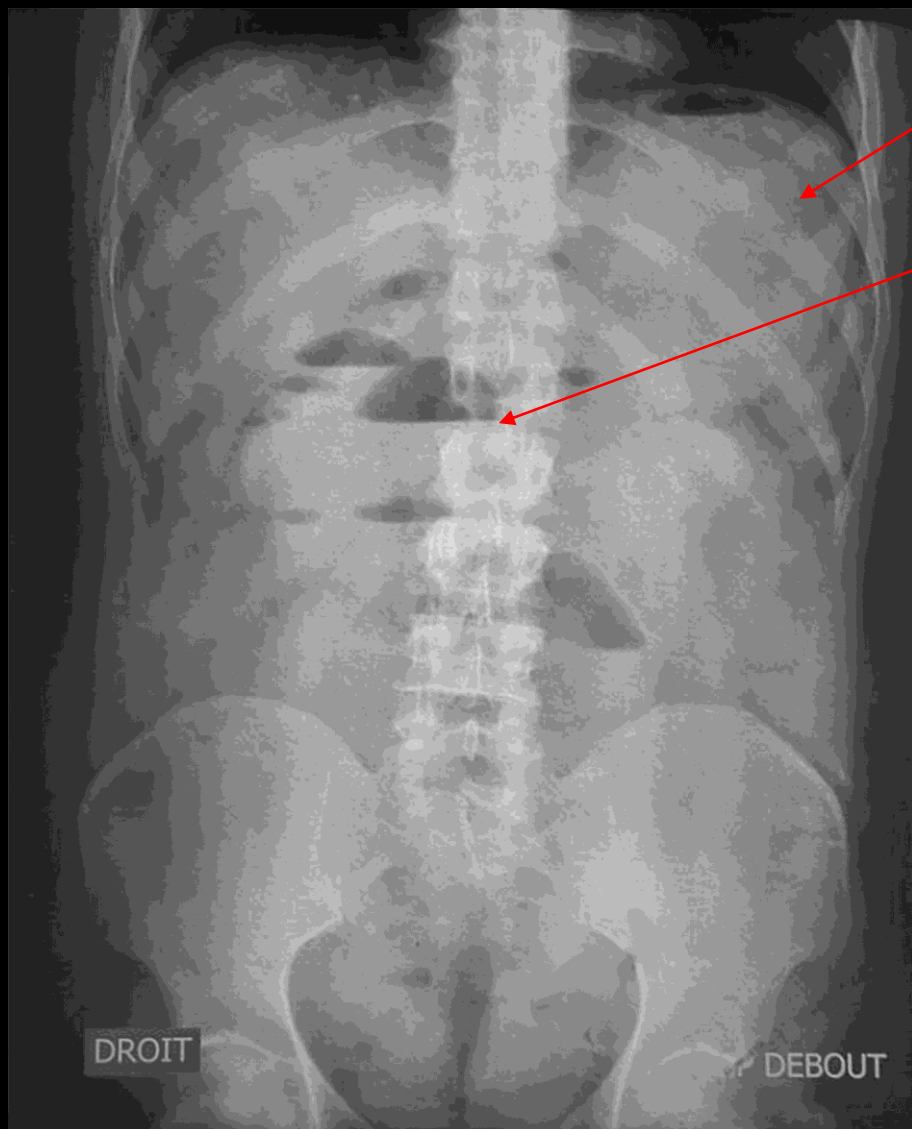




homme 30 ans, syndrome subocclusif évoluant depuis 3 mois ; acutisation récente.

Quels éléments sémiologiques peut-on retenir sur ce seul cliché " d'abdomen urgent" (station verticale, rayon directeur horizontal, centré sur l'ombilic )



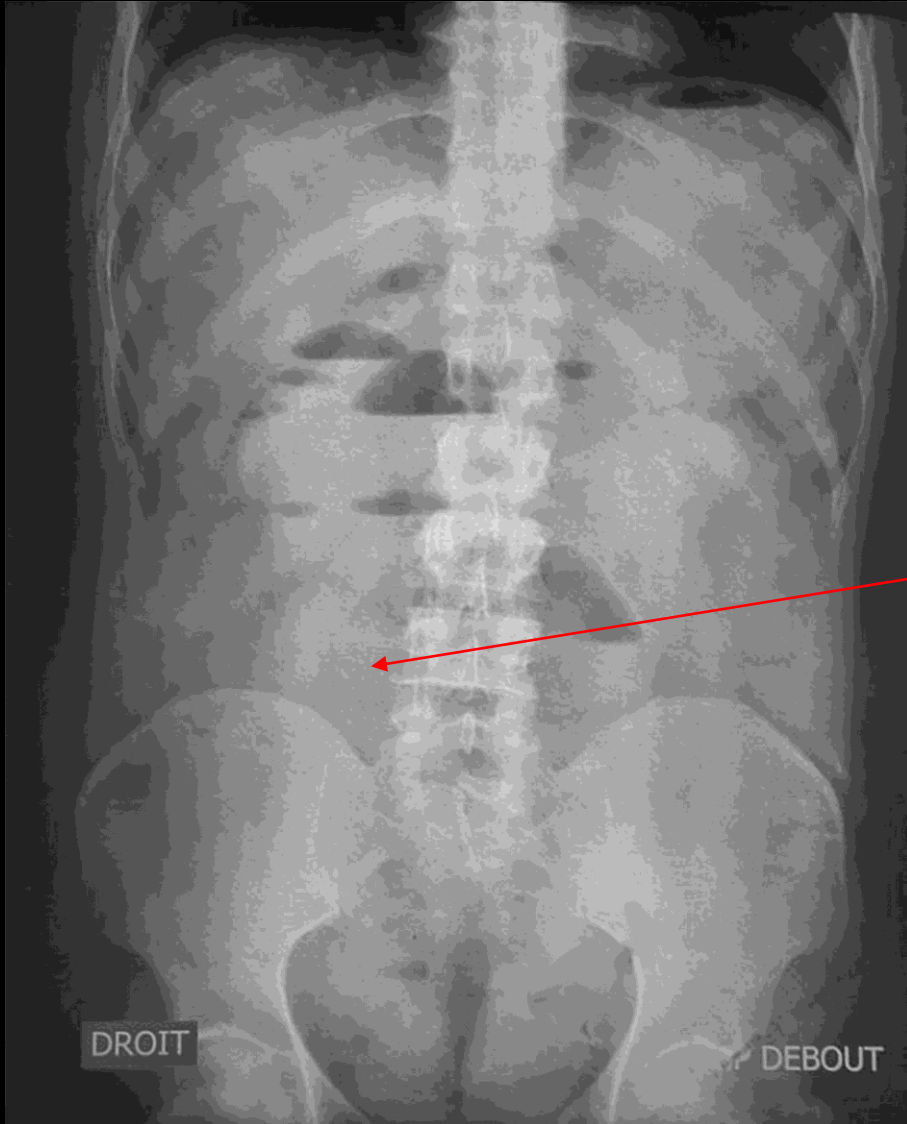


distension liquide de la poche à air gastrique

images hydro-gazeuses étagées de la partie centrale de l'abdomen, plus larges que hautes, traduisant la distension (dilatation maximale) des anses grêles

pas d'image hydro-gazeuses de la périphérie de l'abdomen

on doit donc conclure à une **occlusion organique, mécanique ; aiguë** puisqu'il existe très nettement un **syndrome sus-lésionnel** ; (segments distendus du tube digestif : estomac + grêle) et un **syndrome sous-lésionnel** (segments intestinaux non distendus : colon). C'est le **diagnostic positif** d'une occlusion mécanique (on élimine le diagnostic d'occlusion fonctionnelle ou ileus intestinal)



le siège de l'obstacle se situe au niveau du grêle puisqu'il n'y a pas d'image hydro-gazeuse de type colique , ni d'image gazeuse dans l'ampoule rectale . C'est **le diagnostic topographique de l'occlusion**

le siège exact de l'obstacle sur le grêle est difficile à préciser, en effet une grisaille homogène comme celle-ci a des chances de correspondre à des anses iléales en distension purement liquide

**l'aspiration du contenu gastrique est un impératif** devant un tel tableau (**avant le scanner ! ! ! !**) pour soulager le malade et **limiter le risque d'inhalation massive lors d'un vomissement** (syndrome de Mendelson) potentiellement grave, en particulier chez le sujet âgé et l'enfant



Pour **le diagnostic étiologique de l'occlusion**, toujours **présomptif**, c'est assez rarement sur les images de l'abdomen urgent qu'on pourra l'établir ; les 2 principales exceptions étant ;

- **l'ileus biliaire** (chez la femme âgée) diagnostiqué sur la triade de Riegler: occlusion du grêle + aérobilie + calcul biliaire volumineux ectopique (se projetant à distance de l'aire vésiculaire)

- **l'association pneumopéritoine** (croissant clair gazeux sous phrénique droit) + **occlusion colique** (images hydro-gazeuses coliques et grêles) qui signe la **perforation diastatique du caecum** (secondaire à une lésion néoplasique circonférentielle sténosante colique (sigmoïde, angles coliques droit ou gauche +++))

Pour **le diagnostic étiologique de l'occlusion** en dehors des 2 circonstances évoquées ci-dessus c'est sur une **analyse bayésienne** prenant en compte :

- les **données épidémiologiques** (fréquence des causes évoquées en fonction de l'âge, du sexe, du mode de vie , de l'environnement...)
- les **éléments cliniques et paracliniques (biologiques) du patient**, en particulier
  - .les **antécédents chirurgicaux** (pour les brides et adhérences ) en particulier appendicectomie +++ et chirurgie gynécologique
  - .la brutalité d'installation et le **caractère hyperalgique** en faveur d'une **ischémie** (strangulation artérielle dans les anses incarceratedées (anse en C ou anses fermées) et les volvulus
  - .la présence et le degré de gravité d'un **tableau septique clinique et/ou inflammatoire biologique**
  - .l'état clinique général et **l'évaluation fonctionnelle des grands appareils** (cardio-circulatoire, pulmonaire, rénal, neurologique .....

Pour **le diagnostic étiologique de l'occlusion** le recours à l'imagerie est, en particulier chez l'adulte et le sujet âgé, parfaitement licite et souhaitable, tant il apporte des **renseignements essentiels pour le diagnostic étiologique** mais aussi pour **optimiser la prise en charge thérapeutique** en ce qui concerne les moyens, la façon et le moment de leur mise en œuvre.

"l'examen clinique est souvent devenu le premier examen complémentaire après le scanner" entend-on souvent déplorer les puristes ...mais les mêmes viennent quémander un accès rapide pour eux, leur famille ou leurs amis devant des tableaux bien peu caractéristiques . Pour autant ces examens "placebo" pour le patient et/ou les prescripteurs doivent être réalisés car la pratique montre combien il est présomptueux de préjuger des diagnostics sur les seules données cliniques

Pour le "radiologue" de garde (trop souvent le plus jeune et le moins expérimenté , surtout en période de vacances ou lors des Fêtes carillonnées) **la seule variable d'ajustement est le délai de réalisation de l'examen demandé par l'urgentiste** .C'est donc l'état de gravité clinique du patient qui commande en sachant que:

-dans les tableaux cliniques aigus ou suraigus (composante d'ischémie artérielle sévère) , tout retard à la prise en charge thérapeutique , y compris pour faire le plus brillant diagnostic scanographique peut-être fatal au patient. Une laparotomie d'emblée , même si cela est devenu exceptionnel , ne doit pas être une maladie honteuse . L'accès au scanner si l'indication est maintenue doit être immédiat

**Au total**, dans notre cas les principales causes à évoquer devant le tableau occlusif aigu hyperalgique

doivent tenir compte :

-du jeune âge du sujet

-de l'absence d'antécédents chirurgicaux

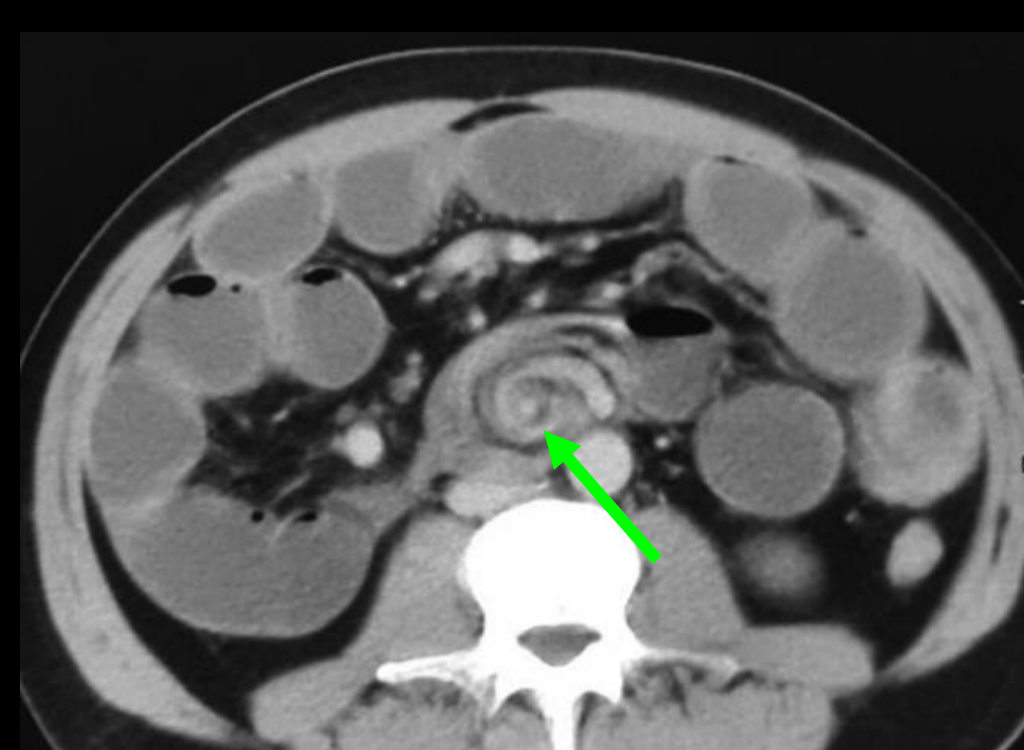
-des éléments cliniques en faveur d'une ischémie aiguë

nous placerons donc **en plus forte probabilité** les causes "embryologiques" , soit

.le **volvulus total du grêle**

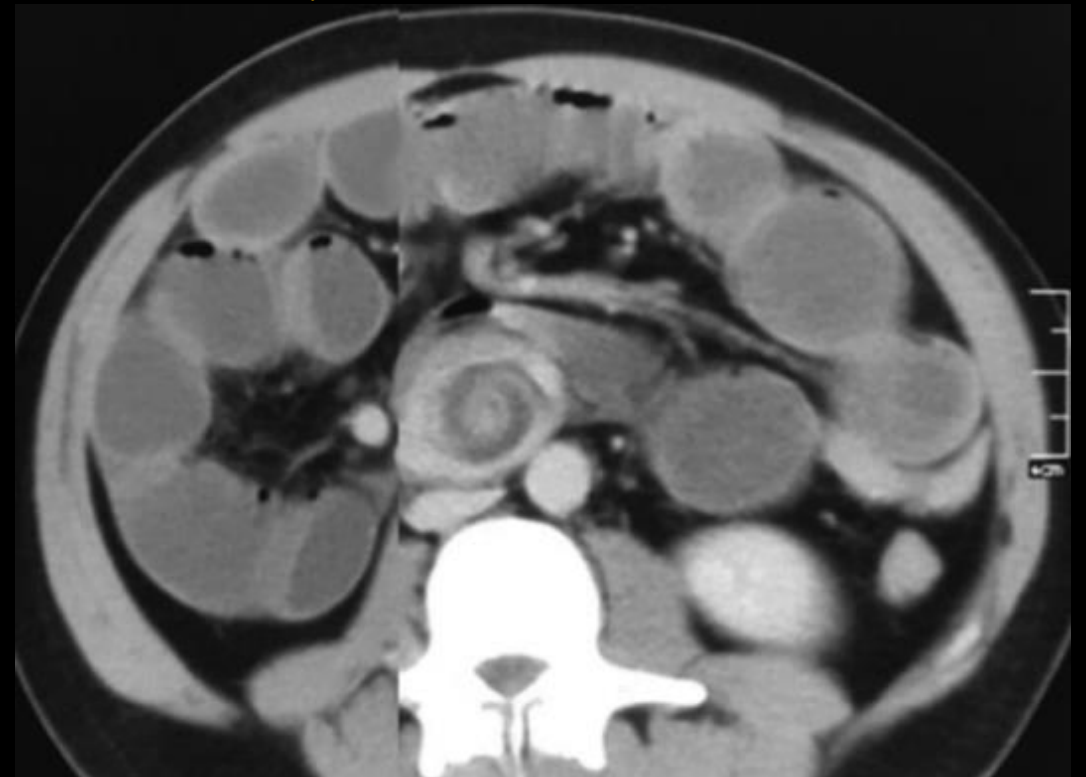
.les hernies internes compliquées, au premier rang desquelles **la hernie transmésentérique**



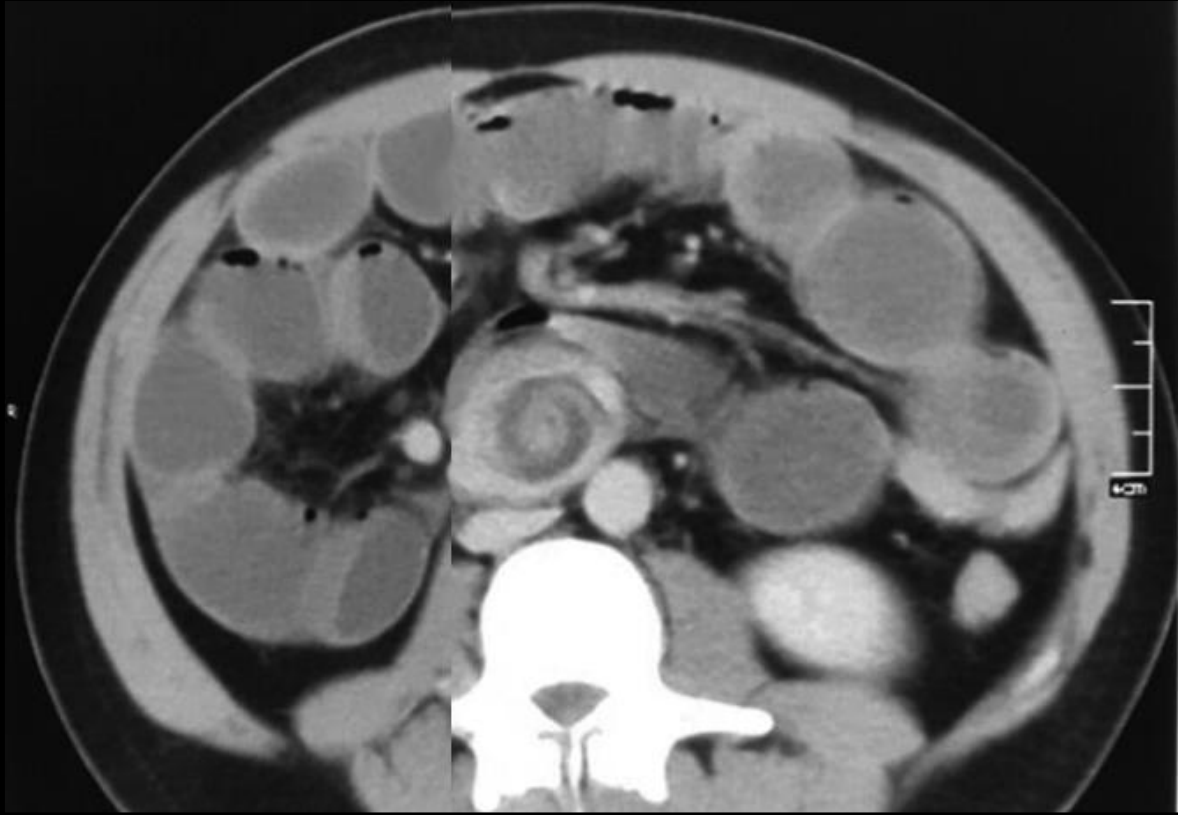


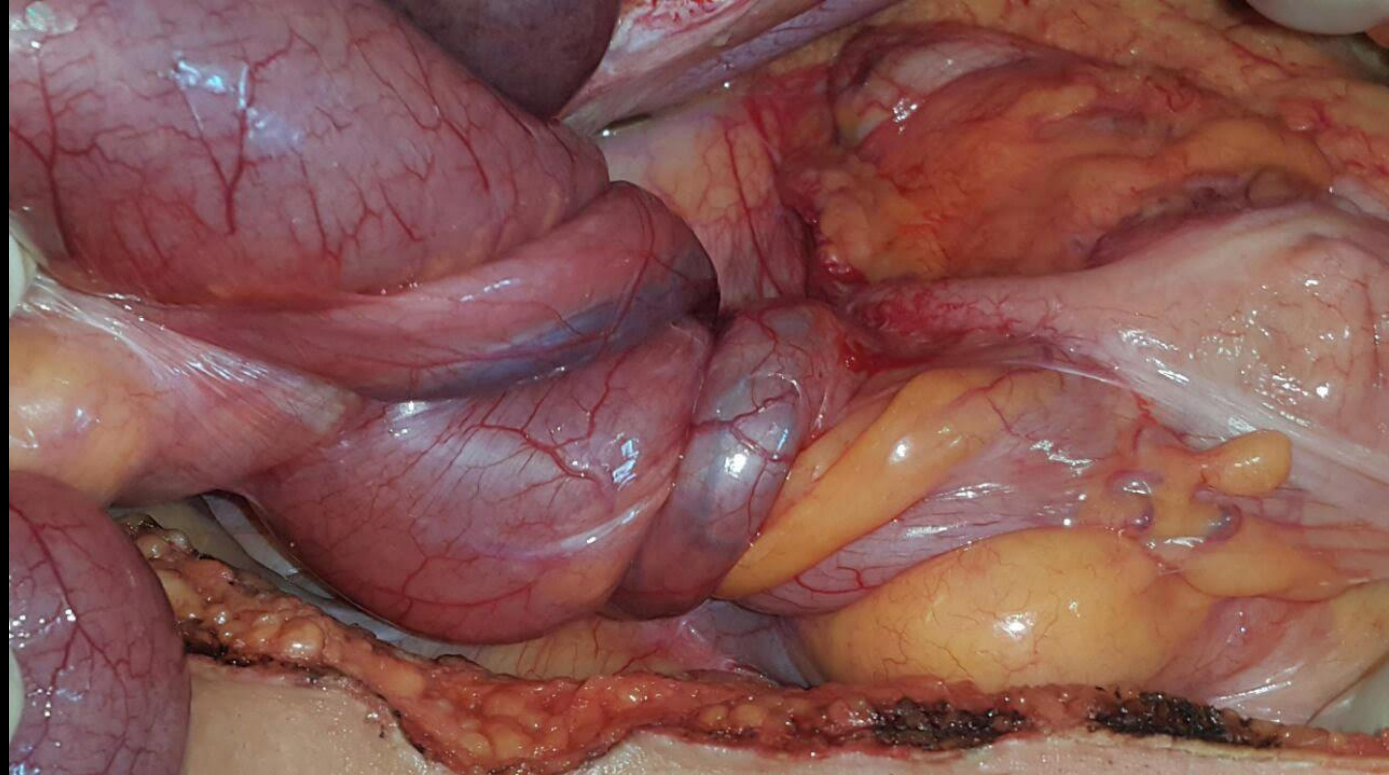
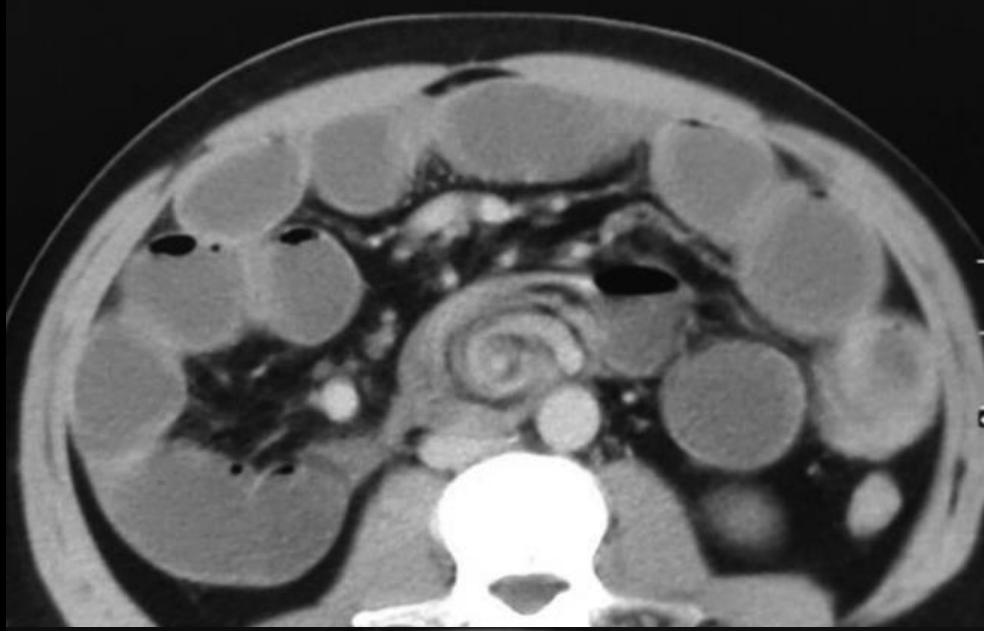
Evidemment, devant une si belle image, aucun doute n'est permis

. Le "whirl sign" ou signe du tourbillon reflète fidèlement l'enroulement des plis méésentériques avec leurs veines dilatées autour de l'axe que représente l'artère méésentérique supérieure

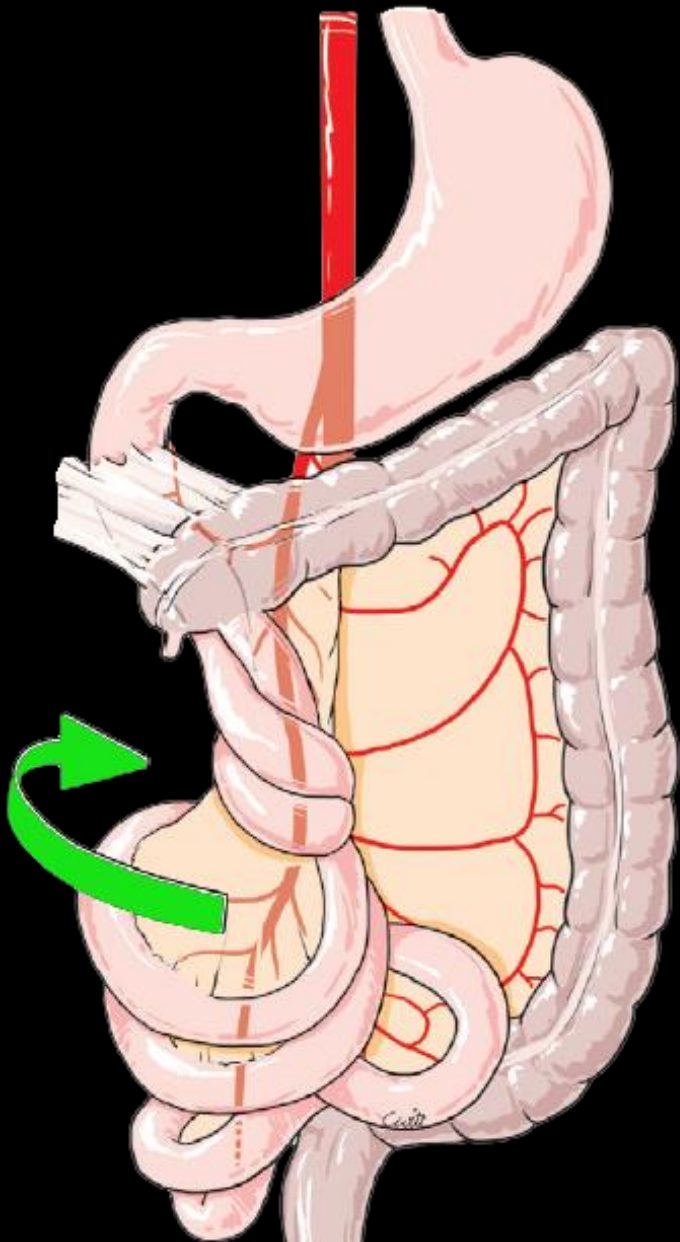


les veines méésentériques sont turgescents mais il n'y a ni œdème des parois des anses ni du méésentère (sauf dans la spirale même), ni exsudation liquide dans la cavité péritonéale





## volvulus total du grêle de l'adulte



le volvulus total du grêle **complice le mésentère commun incomplet** (anomalies de rotation avec arrêt de rotation à 180 °) car **la racine du mésentère** (qui s'étend de la jonction duodéno-jéjunale à l'iléon terminal **est alors très courte**, limitée au péritoine circonscrivant l'origine du pédicule mésentérique supérieur; le duodénum est court, s'interrompant au genu inferius pour se poursuivre par le jéjunum proximal. Cette jonction duodéno-jéjunale et l'iléon terminal sont au contact, à droite ou devant le rachis ; le caecum est en position sous hépatique.

**Les premières anses jéjunales sont les plus affectées par le mécanisme de torsion**

mésentère commun incomplet ; arrêt à 180°

EMC

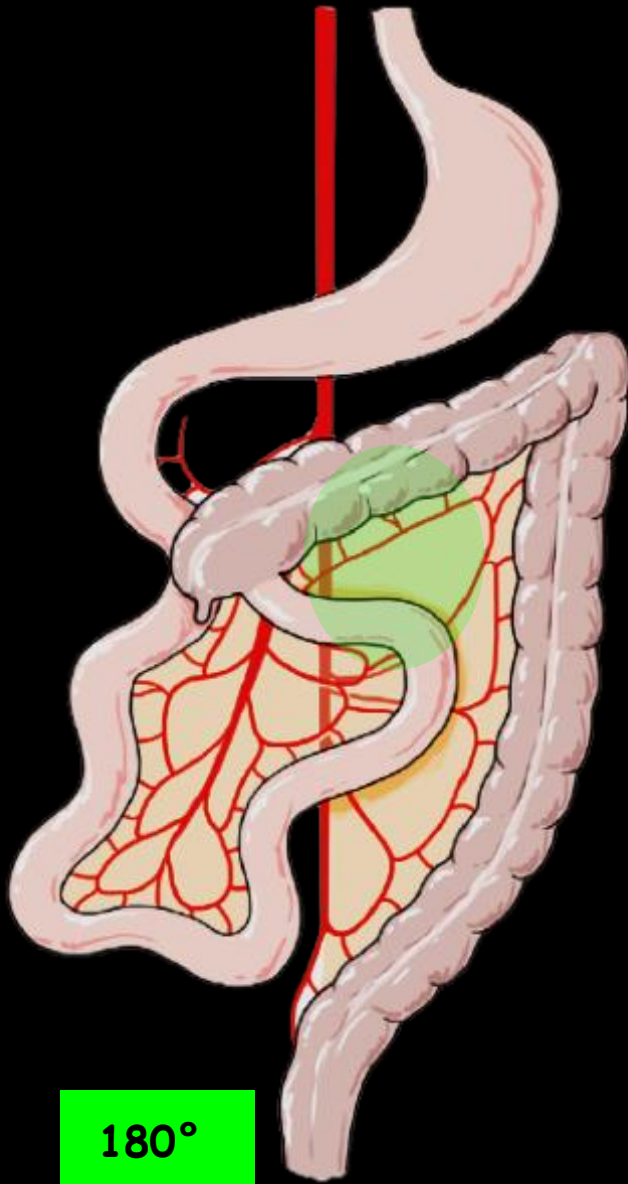
## Complications des anomalies embryologiques de la rotation intestinale : prise en charge chez l'adulte

M. Peycelon, H. Kotobi

EMC - Techniques chirurgicales - Appareil digestif

Volume 7 > n°4 > novembre 2012

[http://dx.doi.org/10.1016/S0246-0424\(12\)60511-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0246-0424(12)60511-1)



le volvulus total du grêle (VTG) a d'autant plus de chances de se produire que la racine du mésentère est courte .

80 % des VTG sont observés dans les premiers mois de la vie ;

en règle générale, la rotation se fait dans le sens horaire.



selon le degré de torsion, l'ischémie résultant du VTG peut-être aiguë artérielle (torsion au moins égale à 360 °) ou, comme dans le cas observé, subaiguë veineuse. Dans les 2 cas, l'évolution peut se faire vers l'infarctus transmural mais avec un délai d'installation plus long et une douleur moins intense dans la cas d'un infarctissement veineux qui peut s'accompagner d'une ascite transudative parfois massive. Une ascite chyleuse peut être observée lorsque la striction prédomine sur les canaux lymphatiques .

le tube digestif, moins "étranglé" que le mésentère et ses vaisseaux peut rester perméable, voir être le siège d'une distension gazeuse trompeuse

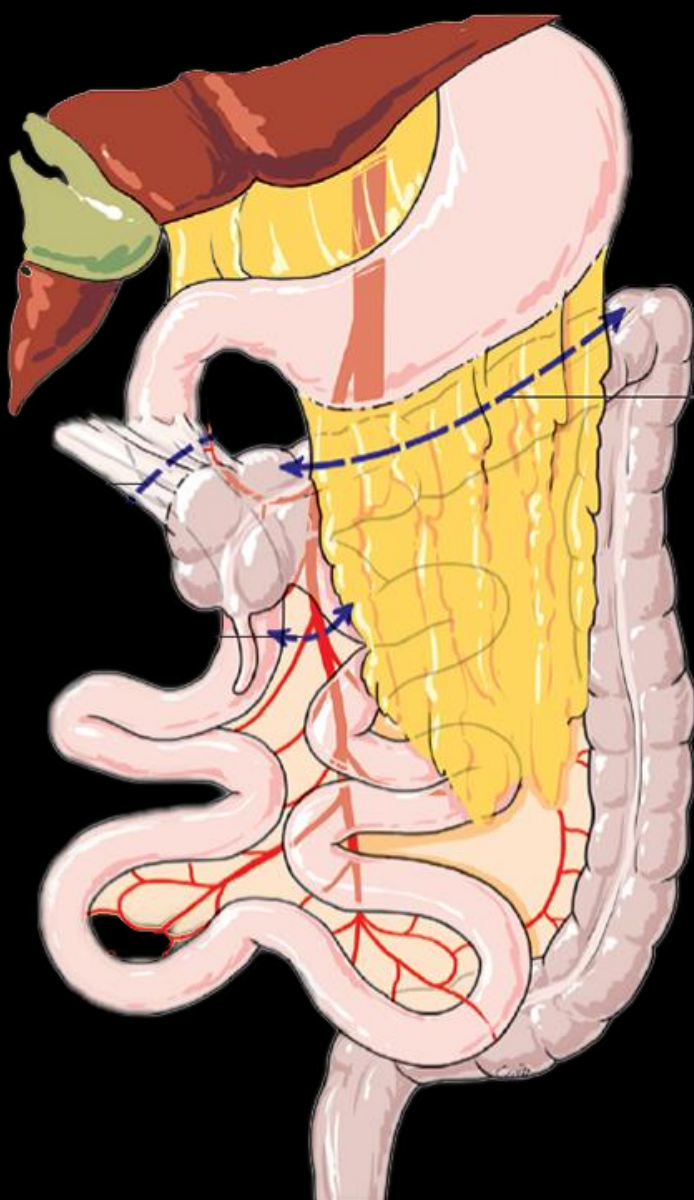


-dans le VTG de l'adulte jeune , l'écho-Doppler peut montrer l'image en cocarde correspondant au "signe du tourbillon" (whirlpool sign ) décrite au scanner qui est l'examen de référence.

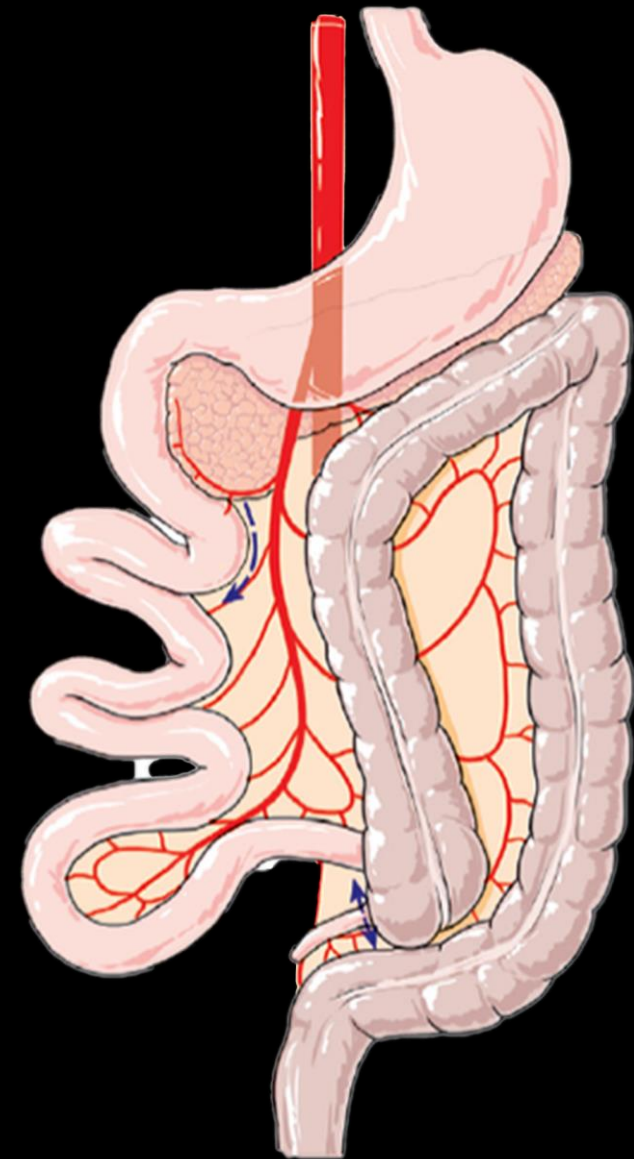
-l'inversion des vaisseaux mésentériques (AMS à droite de la VMS) ou leur verticalisation (AMS derrière la VMS)

-et surtout l'absence de D3 dans la pince aorto-mésentérique avec continuité duodéno-jéjunale au genu inferius (plus facilement objectivée si l'on opacifie le tractus gastro-duodéal),  
constituent les piliers du diagnostic

-rappelons qu'en cas de tableau clinique aigu hyperalgique avec signes de choc présents d'emblée c'est la laparotomie exploratrice en extrême urgence qui s'impose, les examens d'imagerie pouvant faire perdre un temps précieux, préjudiciable au patient, sans apporter d'élément essentiel pour la réalisation du geste .



- le traitement de référence du VTG de l'adulte reste, comme chez l'enfant, la **procédure de Ladd** qui comporte:
  - la réduction du volvulus (extériorisation du grêle et détorsion (dans le sens inverse du volvulus))
  - la libération du caecum (et des brides de Ladd)
  - la libération de la jonction duodéno-jéjunale (au genu inferius)
  - l'appendicectomie systématique
  - le positionnement en mésentère commun complet



**Complications des anomalies embryologiques de la rotation intestinale : prise en charge chez l'adulte**

M. Peycelon, H. Kotobi

EMC - Techniques chirurgicales - Appareil digestif

Volume 7 > n°4 > novembre 2012  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0246-0424\(12\)60511-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0246-0424(12)60511-1)



## -les formes subaiguës et chroniques du VTG de l'adulte

-leur traduction clinique est très variable: occlusions hautes incomplètes itératives, nausées , borborigmes RGO, ascite...qui ont parfois fait porter des diagnostics "parapluies"qui égarent le patient et son médecin ( pancréatite aiguë, Crohn, colopathie fonctionnelle...)

-les formes symptomatiques patentes doivent être opérées en chirurgie réglée ,par un chirurgien formé à cette pathologie, donc ayant de préférence une bonne culture de chirurgie pédiatrique

-le traitement chirurgical des formes asymptomatiques découvertes par l'imagerie reste controversé