

# Douleur fébrile de la FIG

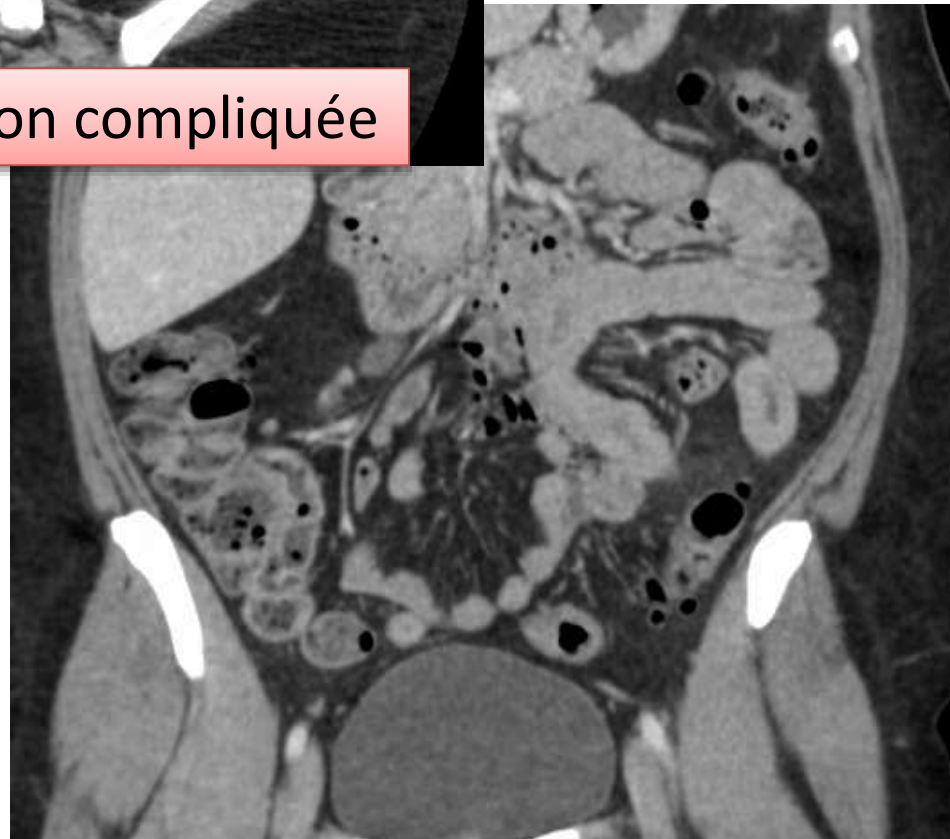
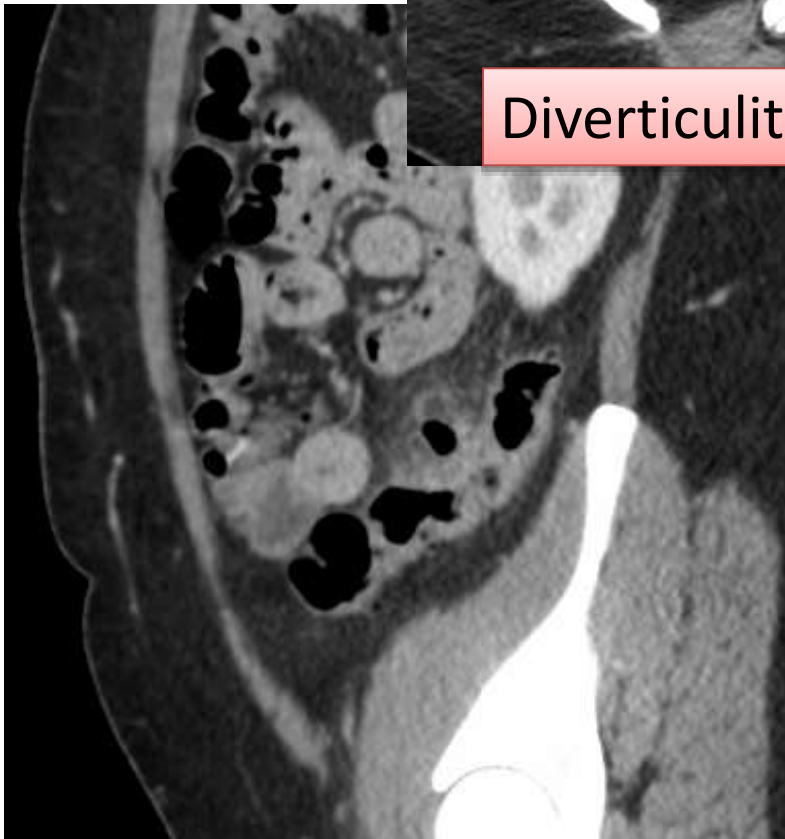
I. Millet, MD PhD

CHU Lapeyronie, Montpellier, France





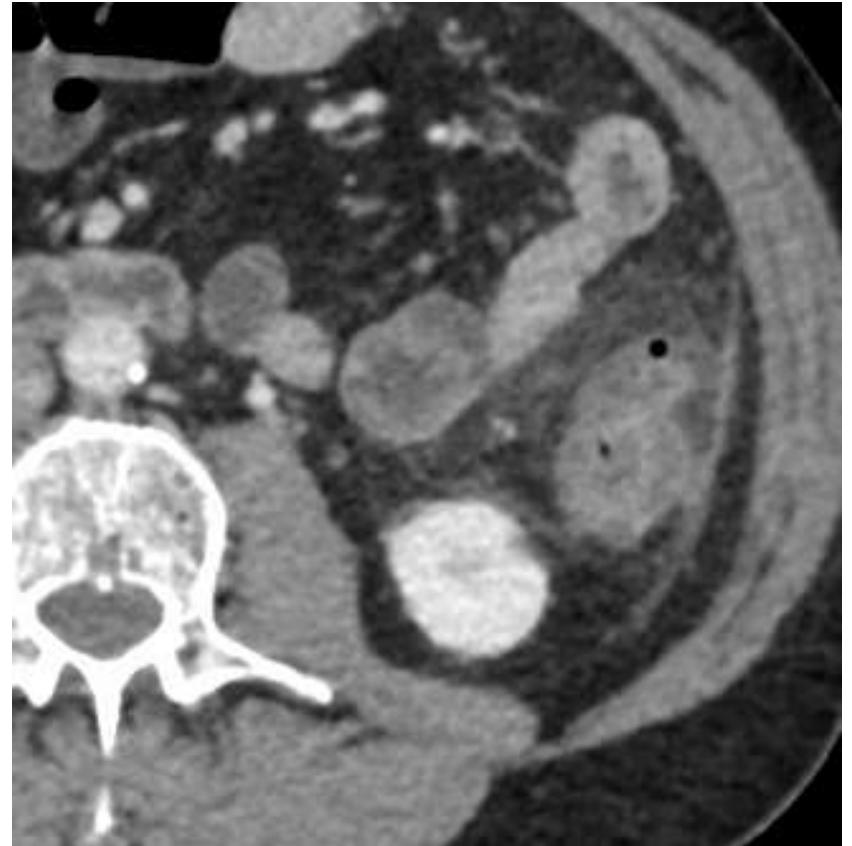
Diverticulite non compliquée



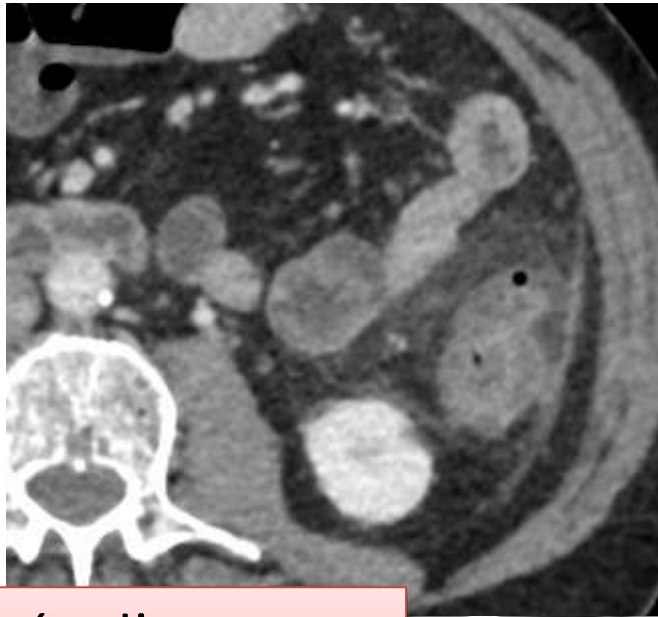
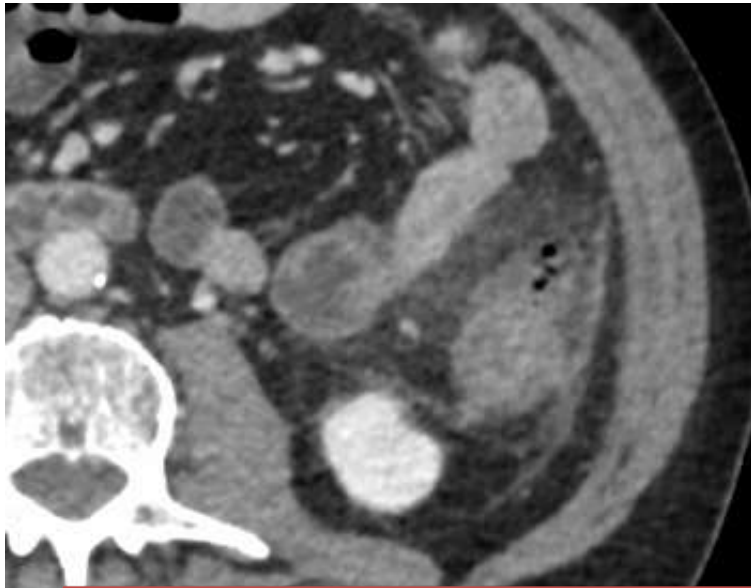
# Quelle différence entre ces 2 patients ?



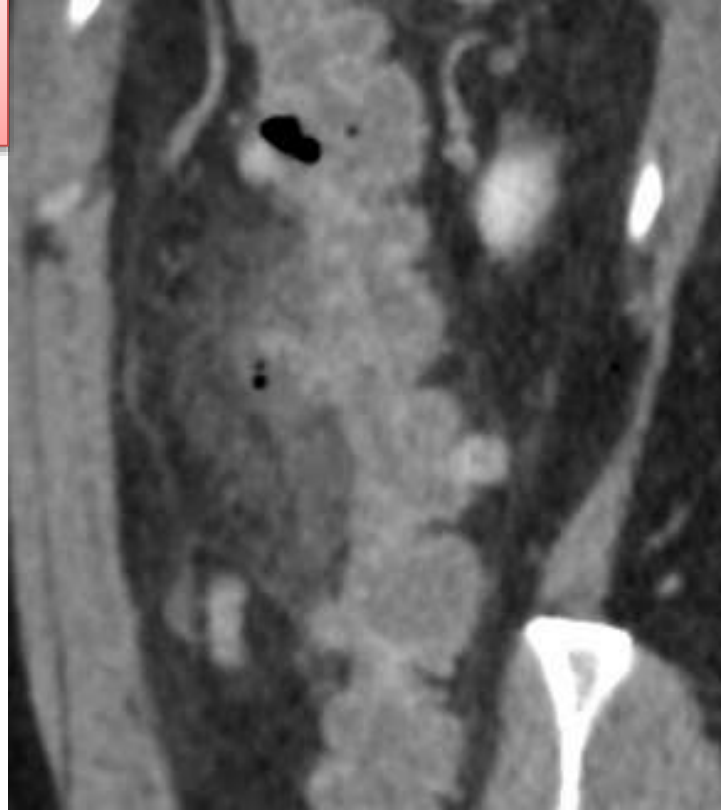
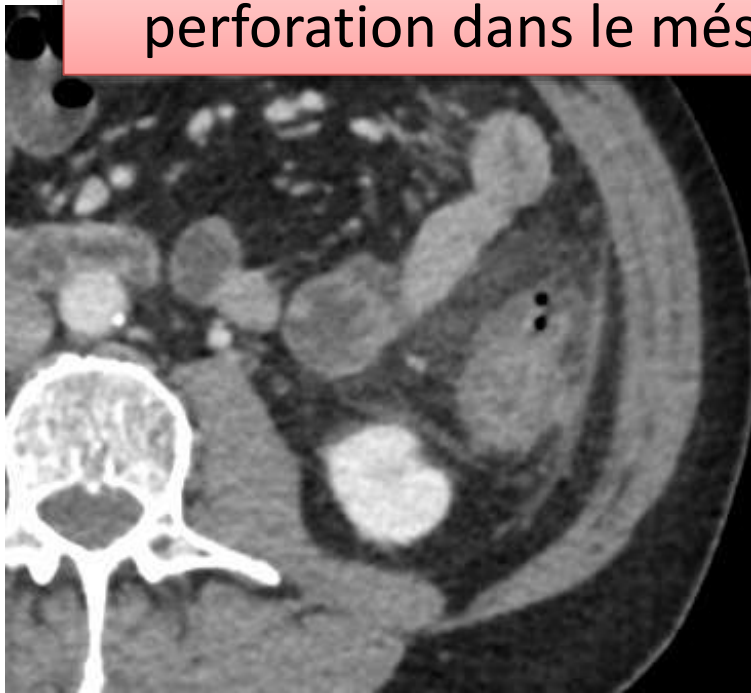
Diverticulite simple non compliquée



Diverticulite compliquée,  
perforée dans le méso.  
Hinchey 1



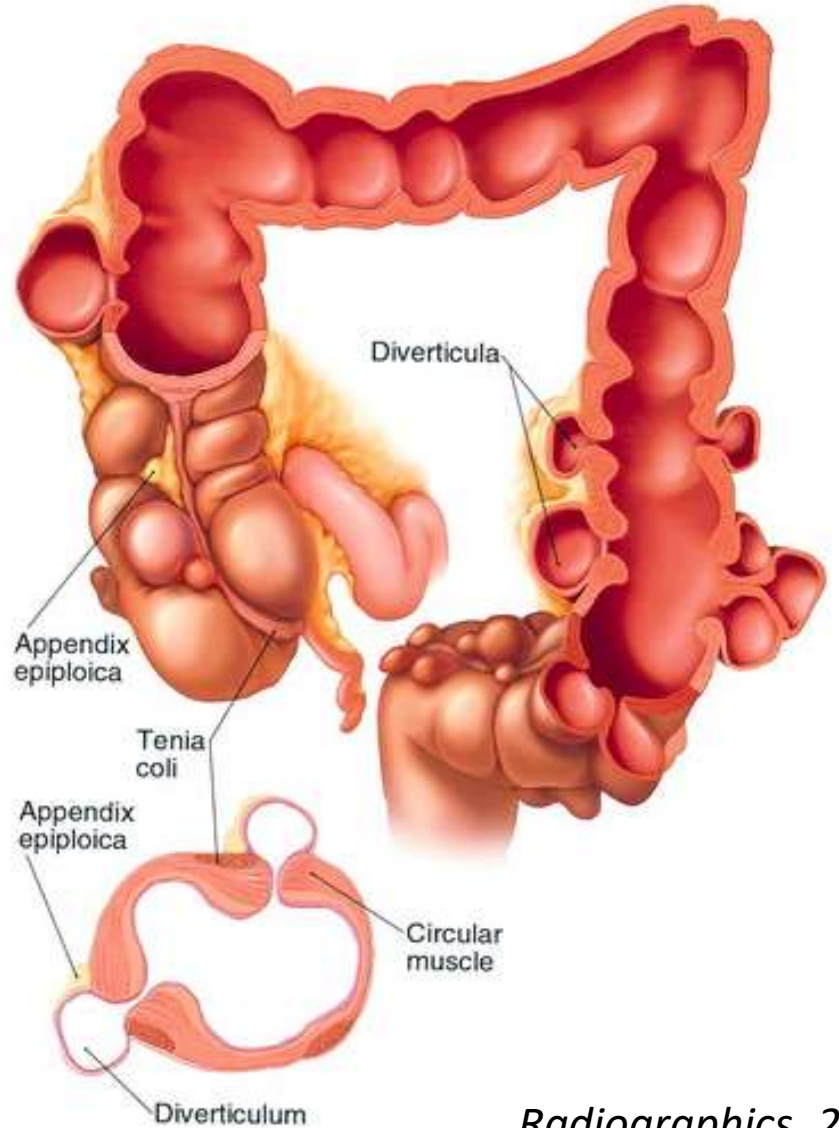
Diverticulite compliquée d'une perforation dans le méso (Hinchey 1)



# Diverticulose colique

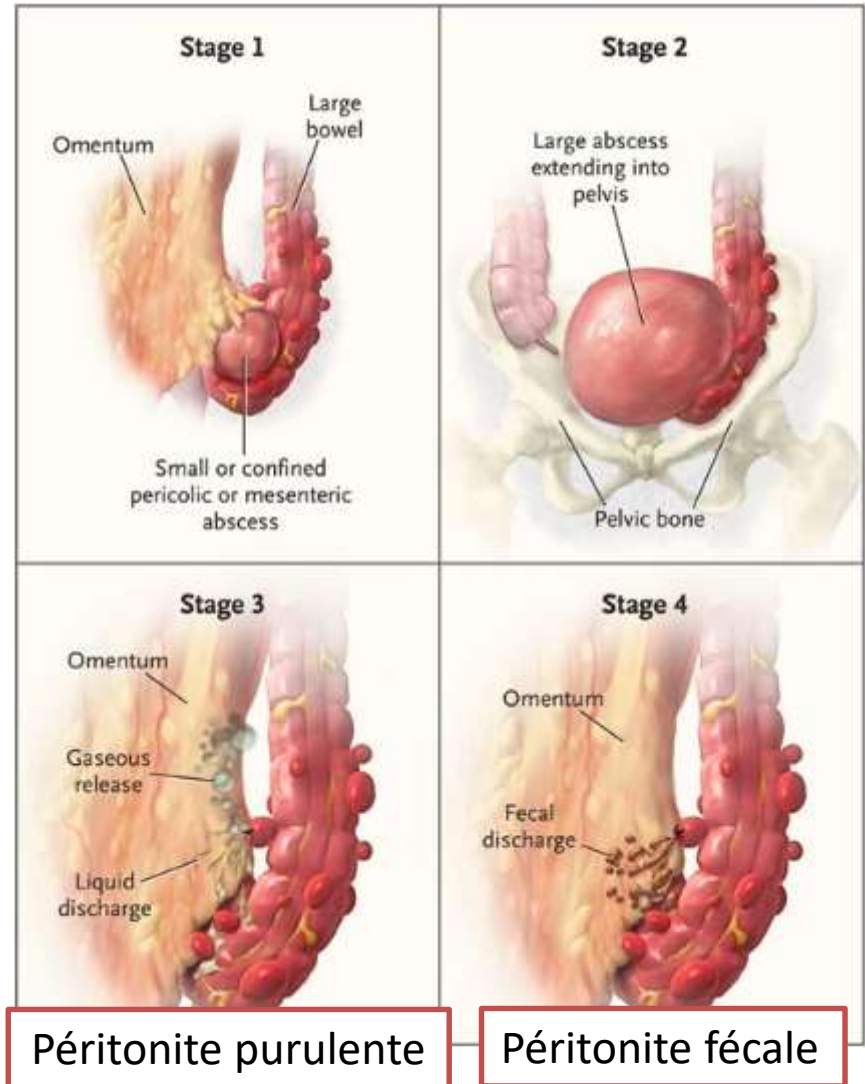


*Courtesy Dr Lebert*



# Diverticulite aiguë

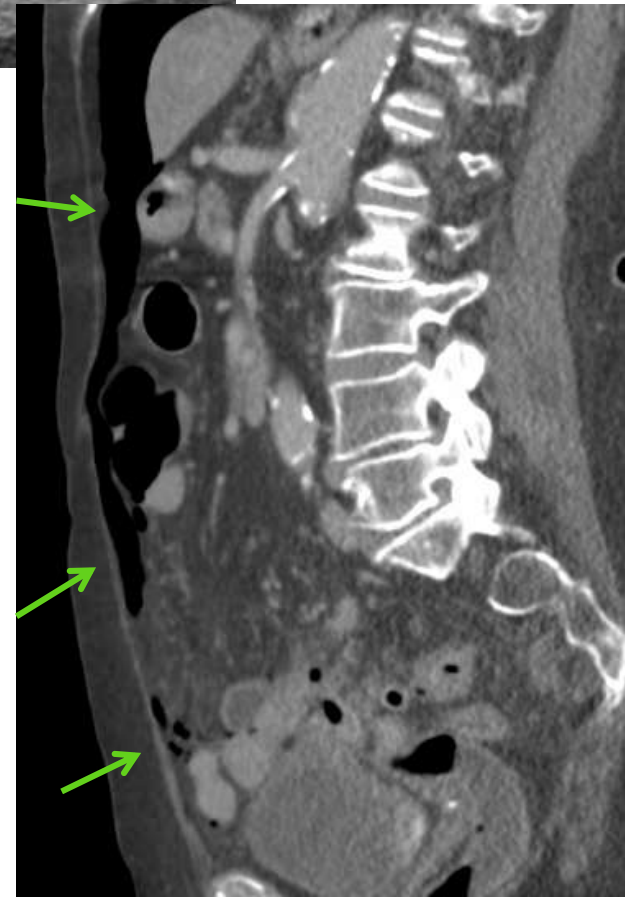
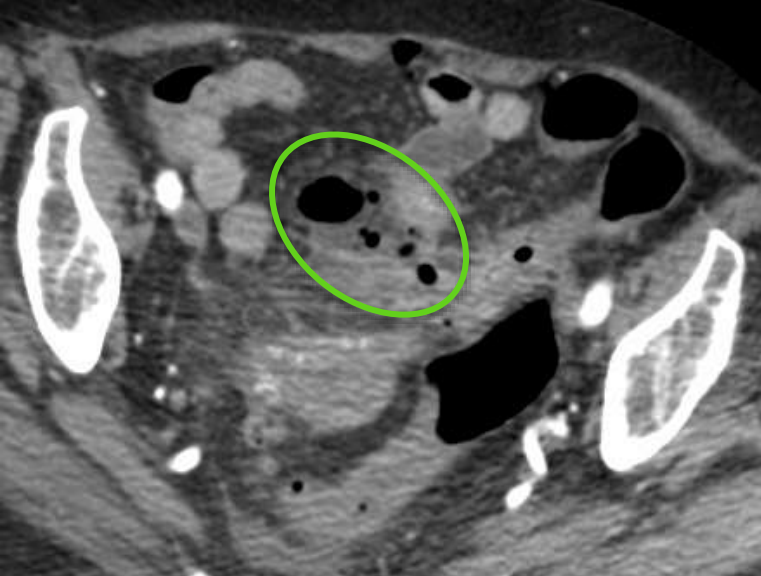
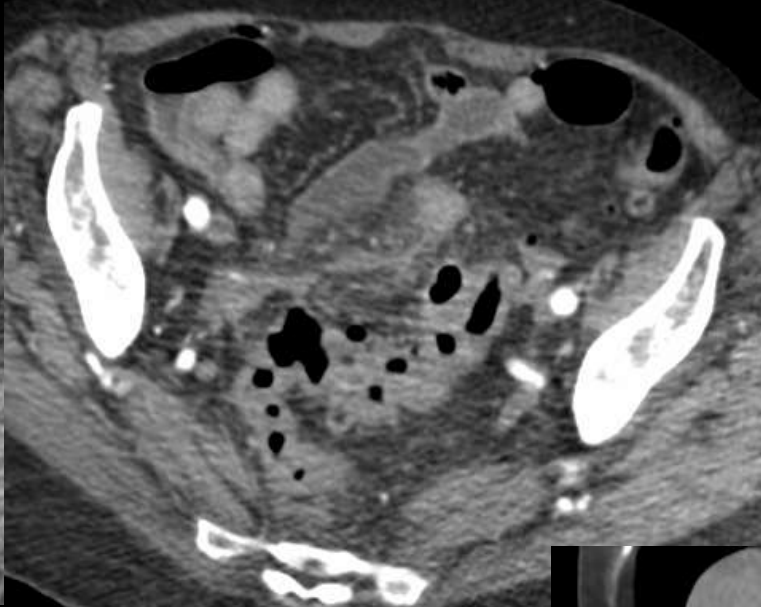
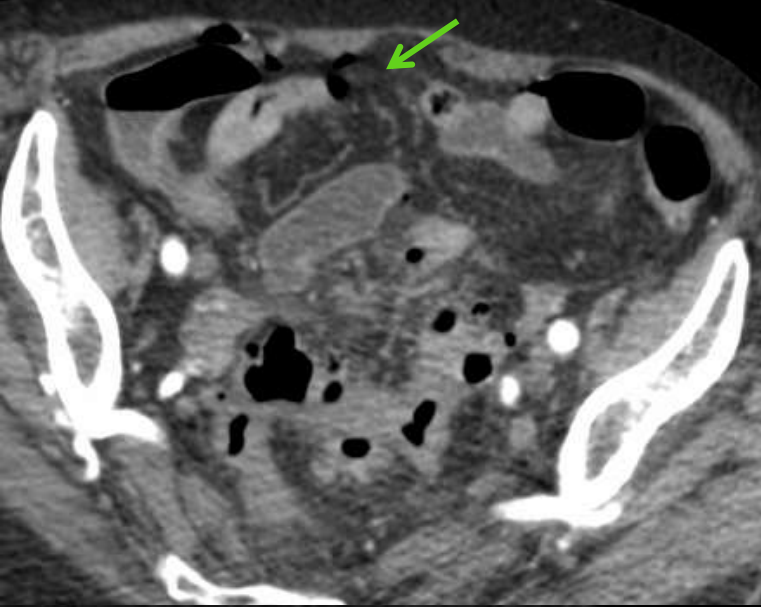
- Inflammation d'un diverticule
- Compliquée ou pas



# Diverticulite aiguë

## *Recommandations \**

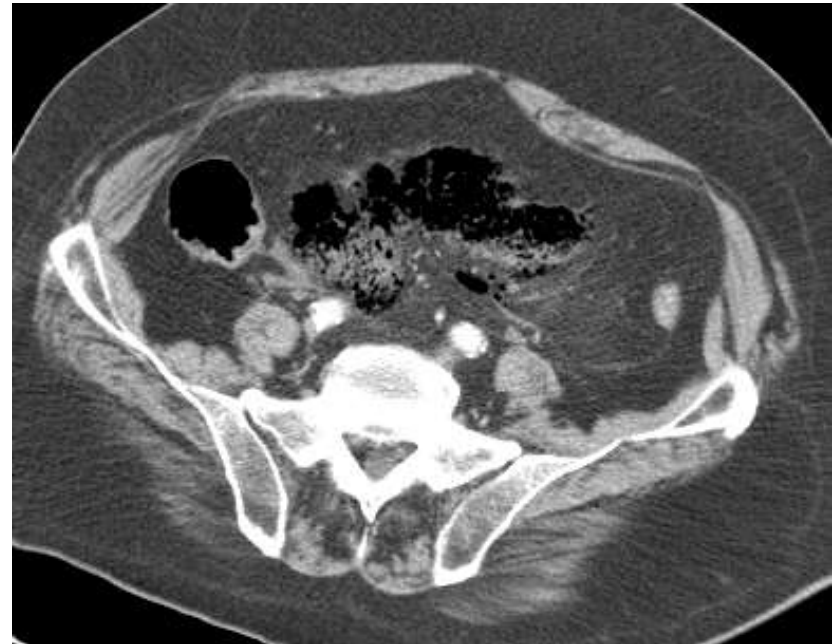
- **Scanner = GOLD STANDARD**
  - Quand ?
    - Devant toute suspicion clinique
  - Comment ?
    - **Plutôt avec injection** / Pas d'opacification basse ni de lavement
  - Pourquoi ?
    - Bilan des **complications** (stades de Hinchey, fistules, pyléphlébite)
    - Diagnostic différentiel



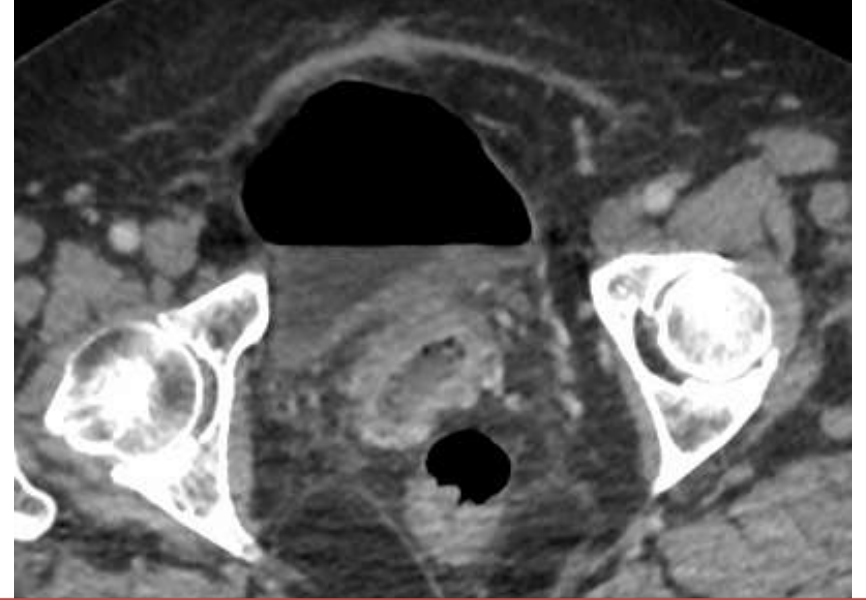
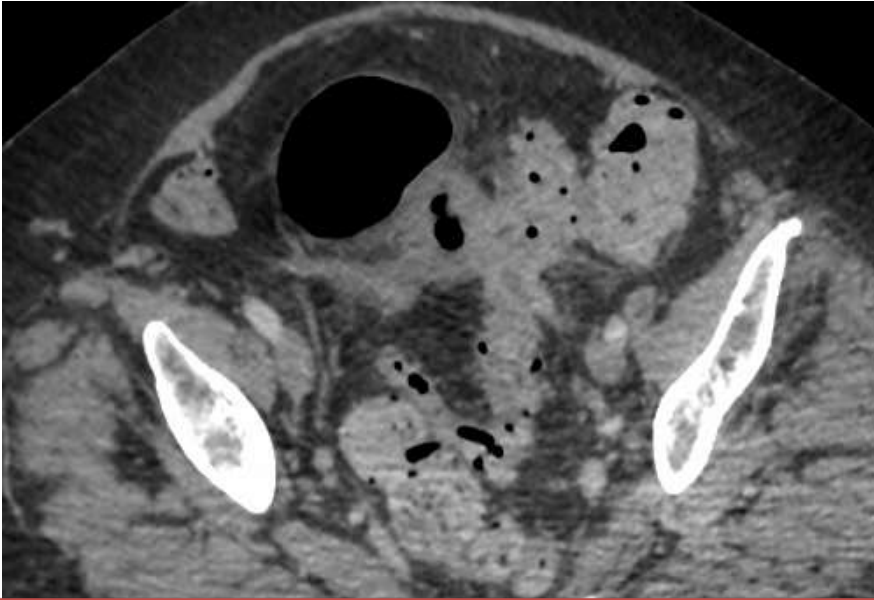
Diverticulite compliquée Hinchey 3



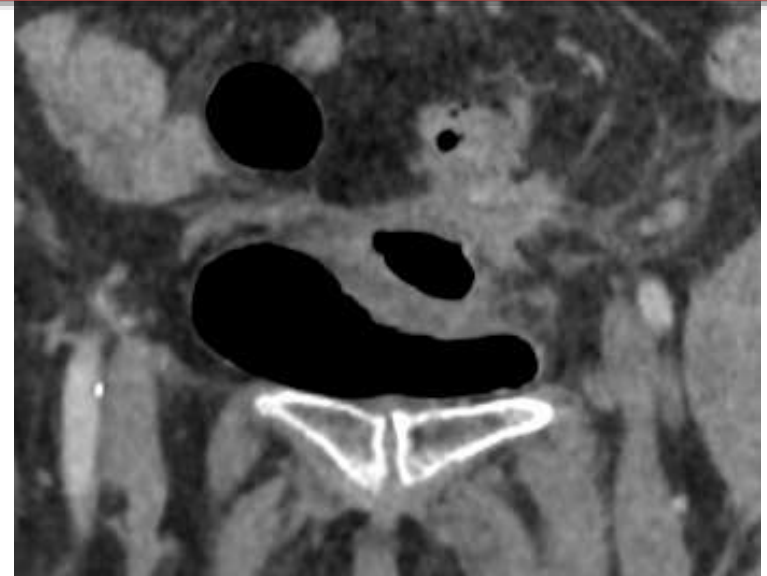
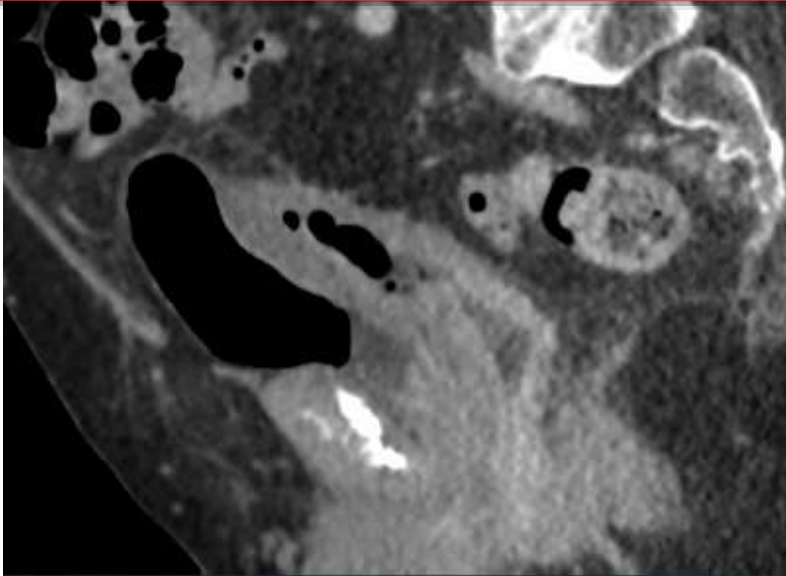
# Gravité= péritonite stercorale Hinchey 4



Mme C, 84 ans, fécalurie et douleurs chroniques de la FIG



Diverticulite « chronique » compliquée de fistule sigmoïdo-vésico-vaginale



# Diverticulite aiguë

## *Recommandations \**

- Rôle du radiologue dans la thérapeutique
  - Drainage des formes abcédées si techniquement possible
- Pas de suivi en imagerie si pas de point d'appel clinique (quel que soit le stade initial)
- Coloscopie à distance SI et SEULEMENT SI c'est un stade compliqué.
- Bulles d'air péricolique ou à distance = ttt conservateur si pas de signe clinique de péritonite.
- Chirurgie en urgence si péritonite clinique ou péritonite stercorale en scanner.

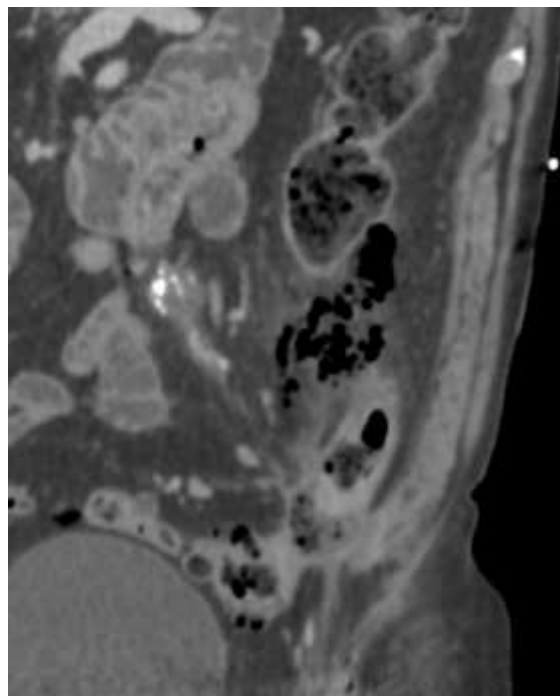
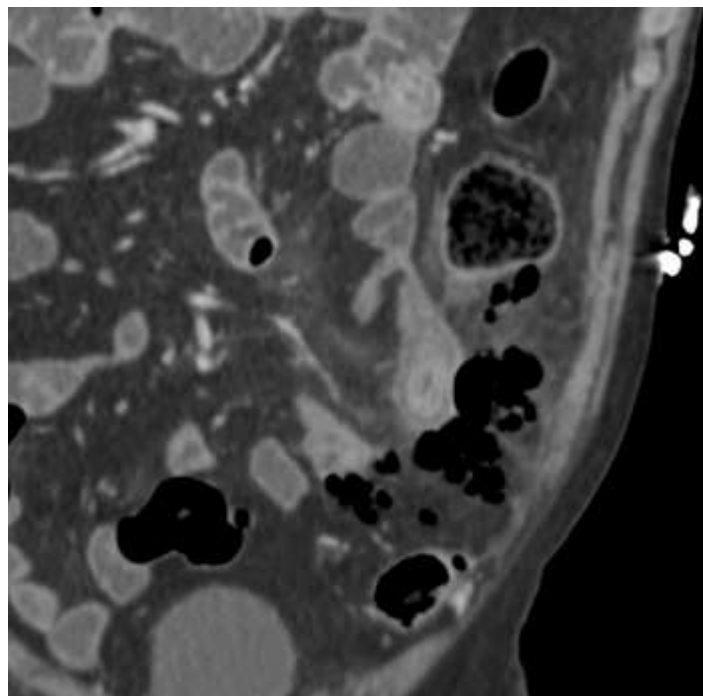
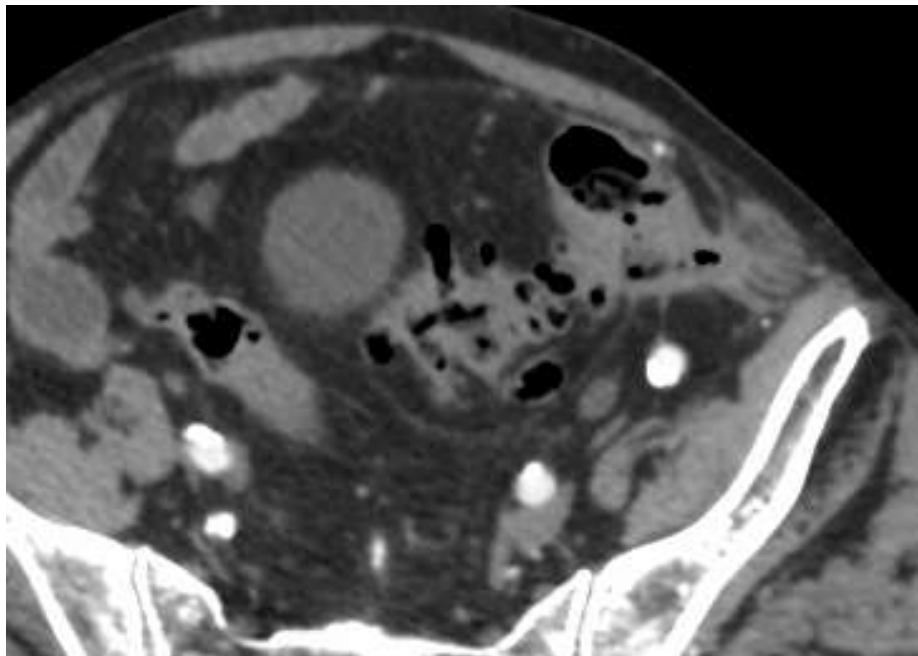
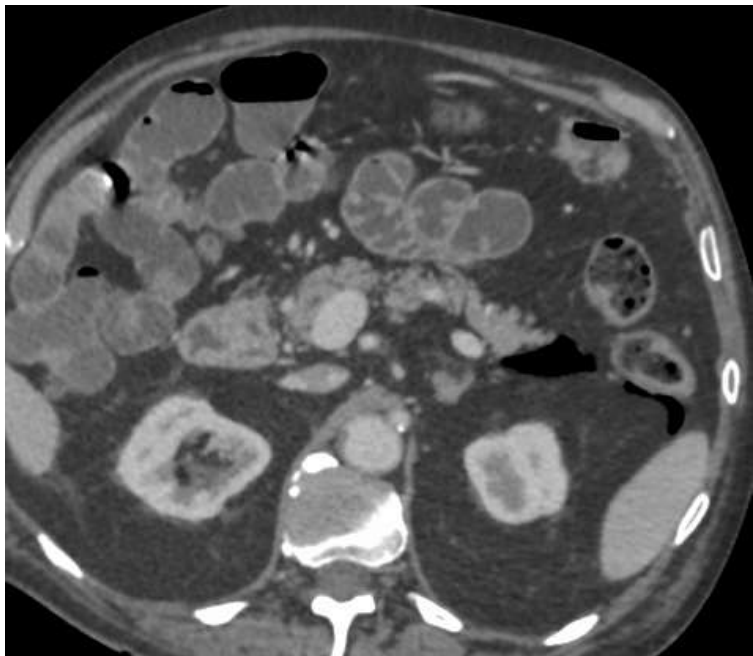
# Diverticulite aigüe

## *Quel CR ?*

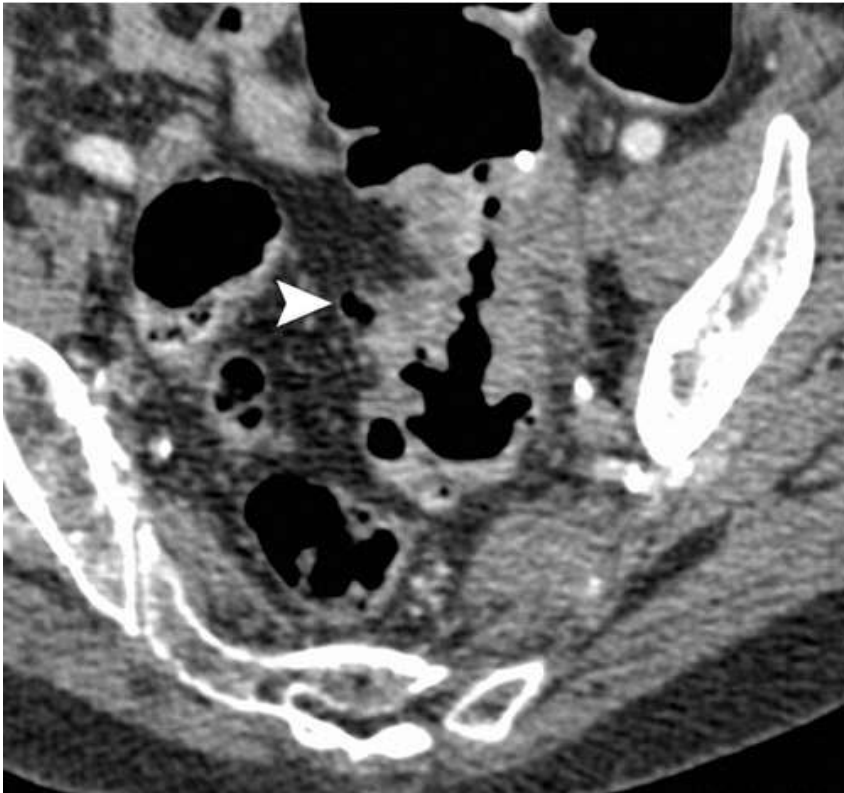
- Diagnostic positif
- Complications ?
  - Abscès / perforation ? *Stade de Hinchey*
  - Air localisé ou à distance ?
  - Fistule ? *Vessie / OGI / digestive / cutanée*
  - Pyléphlébite ?

Mr D, 50 ans, Douleur fébrile de la FIG





# En faveur d'un cancer de révélation aigüe



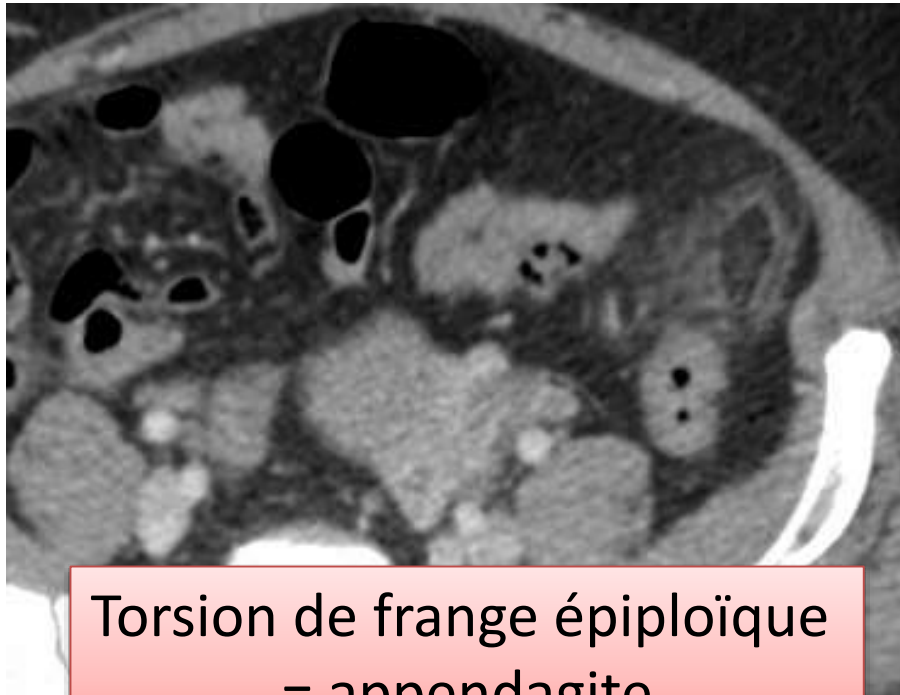
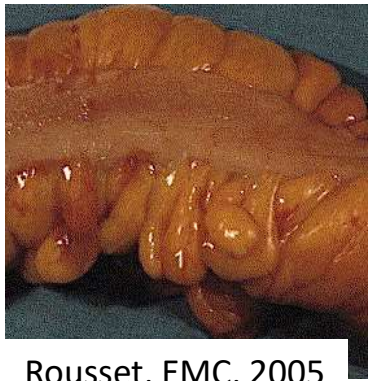
- Epaissement court < 10 cm
- Bords anguleux
- PAS de diverticule
- Destruction des replis muqueux
- Ganglions ronds > 5 mm

Rechercher loca II<sup>re</sup> (foie, carcinose, 2<sup>nde</sup> localisation colique)

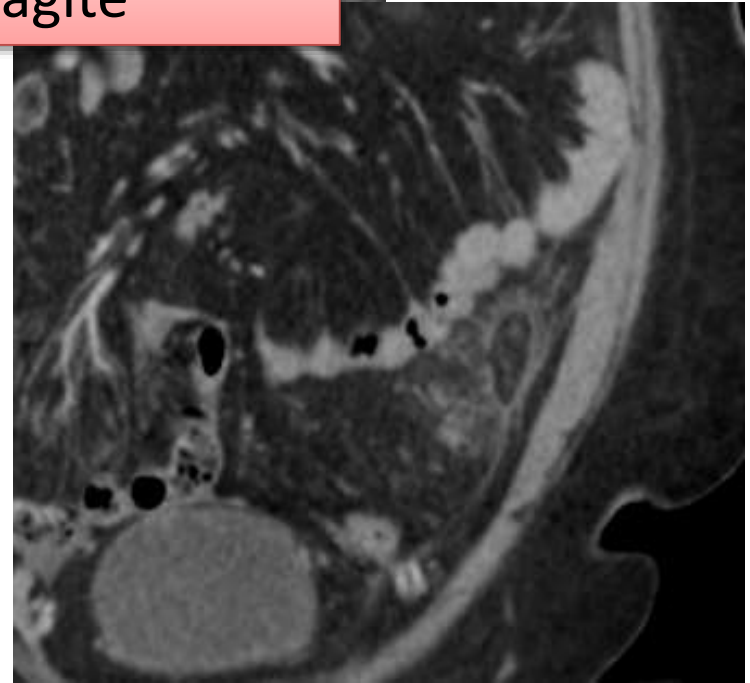
Douleur de la FIG, 47 ans







Torsion de frange épiploïque  
= appendagite

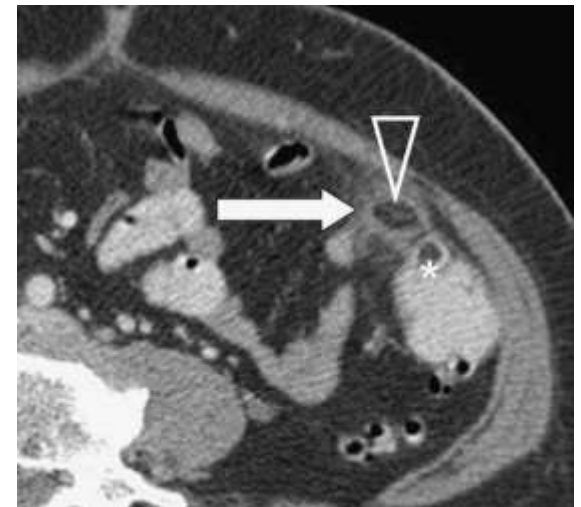


Rousset, EMC, 2005

# Torsion d'appendice épiploïque

- Plus fréquent à **GAUCHE**
- Lésion **graisseuse « en navette »**
- < 5 cm
- Halo hyperdense
- Infiltration de la graisse adjacente
- Central dot sign (54-75 %)

Traitement = AINS



Mme G, douleur fébrile FIG



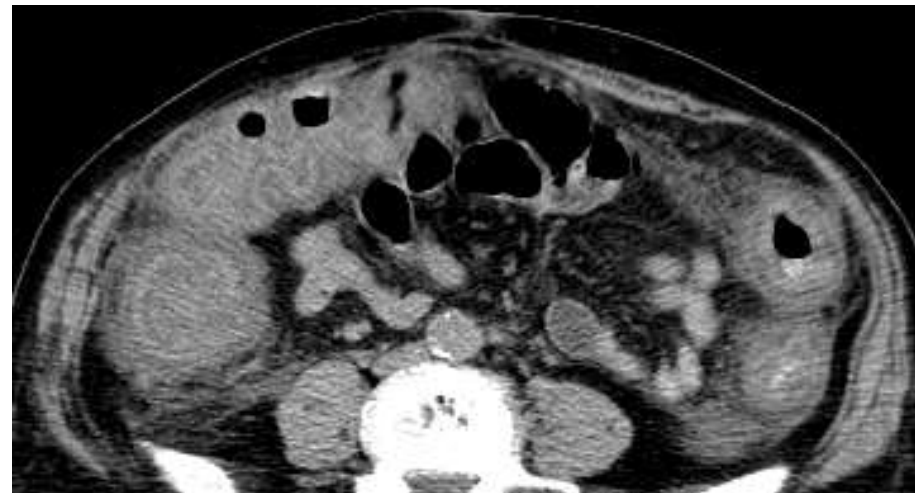
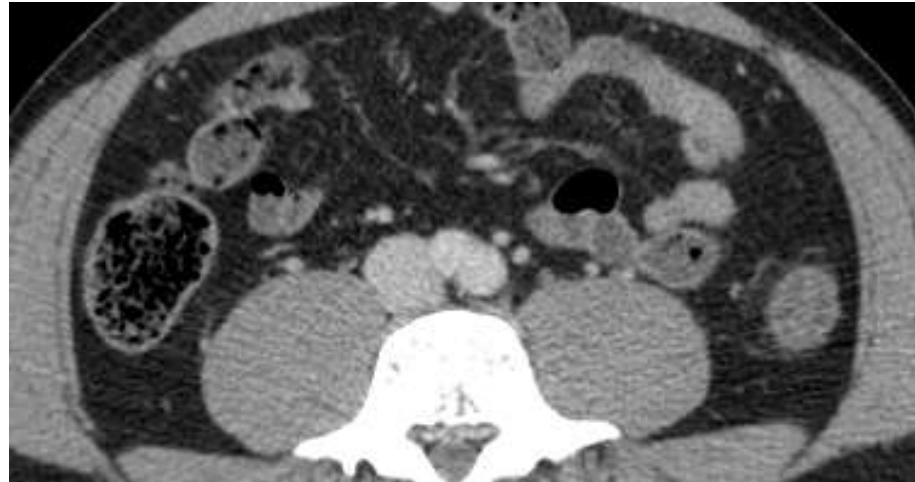
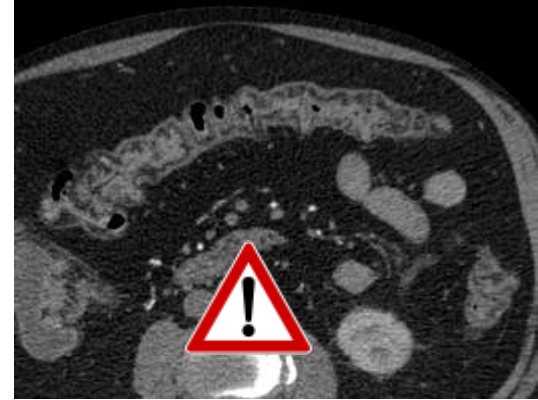
Colite infectieuse



# Colite

## Infectieuse

- Droite ou gauche ou pancolique
- A gauche : Schistosome / shigelle
- Tableau infectieux avec diarrhées
- Rehaussement muqueux marqué, graisse infiltrée



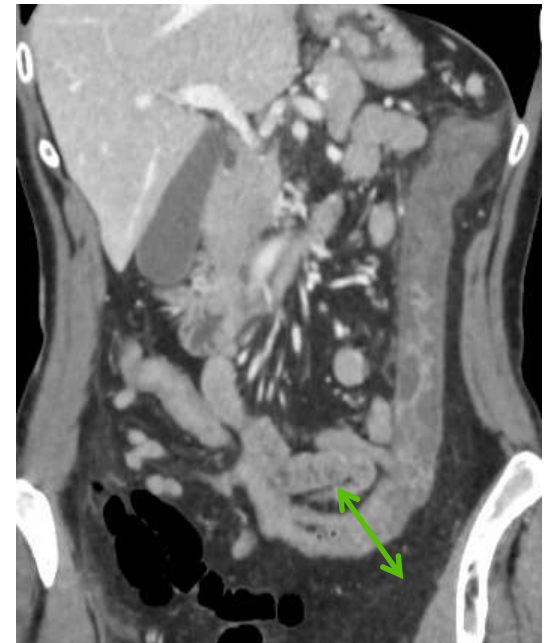
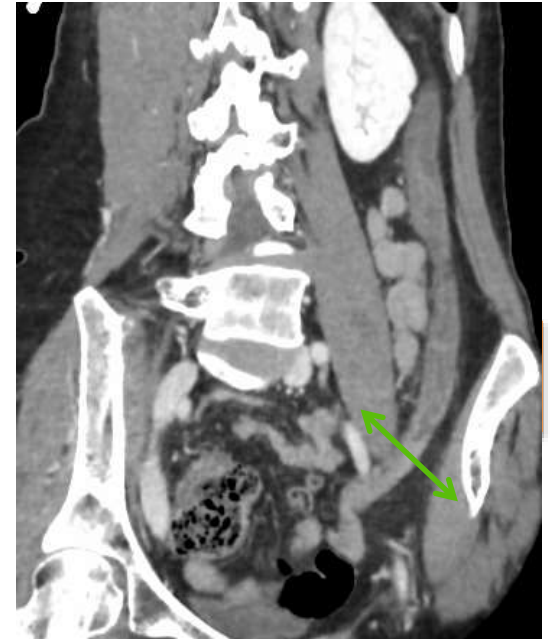
# Colite

Infectieuse



Ischémique

- Segmentaire +++ à gauche (angle G et Jct sigmoïdo-colique)
- Patient AGÉ +++ avec FDR cardio-vasculaires
- Rectorragies associées



# Colite

## Infectieuse

- Droite ou gauche ou pancolique
- A gauche :  
Schistosome / shigelle
- **Tableau infectieux**  
avec diarrhées
- **Rehau muqueux,**  
**graisse infiltrée**

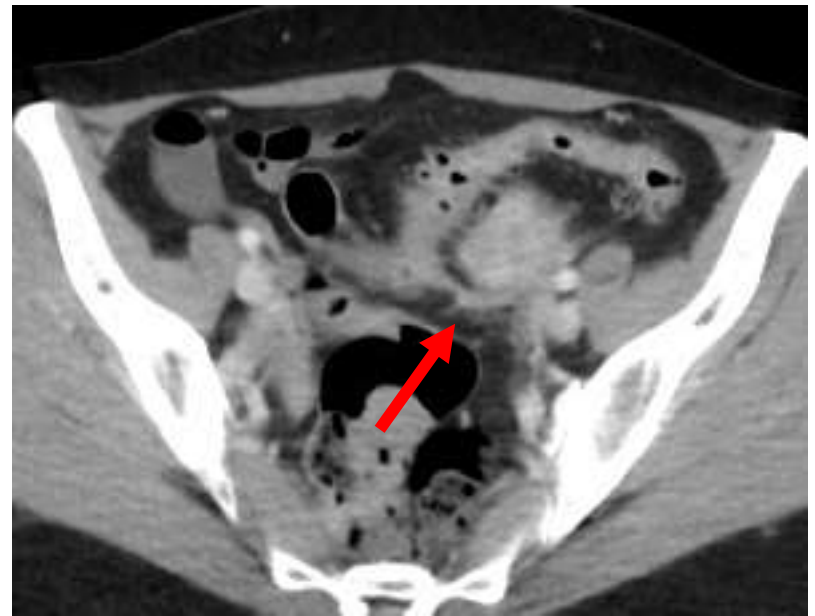
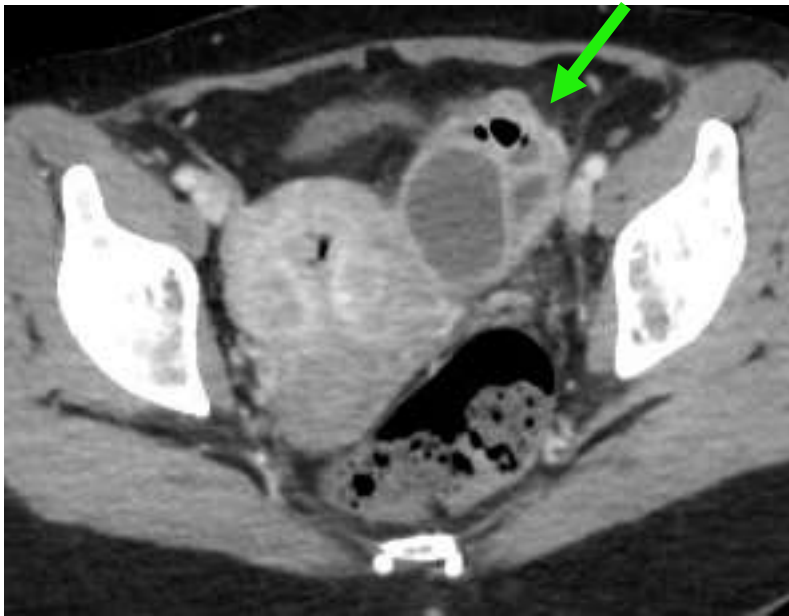
## Ischémique

- **Segmentaire +++** à gauche (angle G et Jct sigmoïdo-colique)
- **Patient AGÉ +++** avec FDR cardio-vasculaires
- **Rectorragies** associées

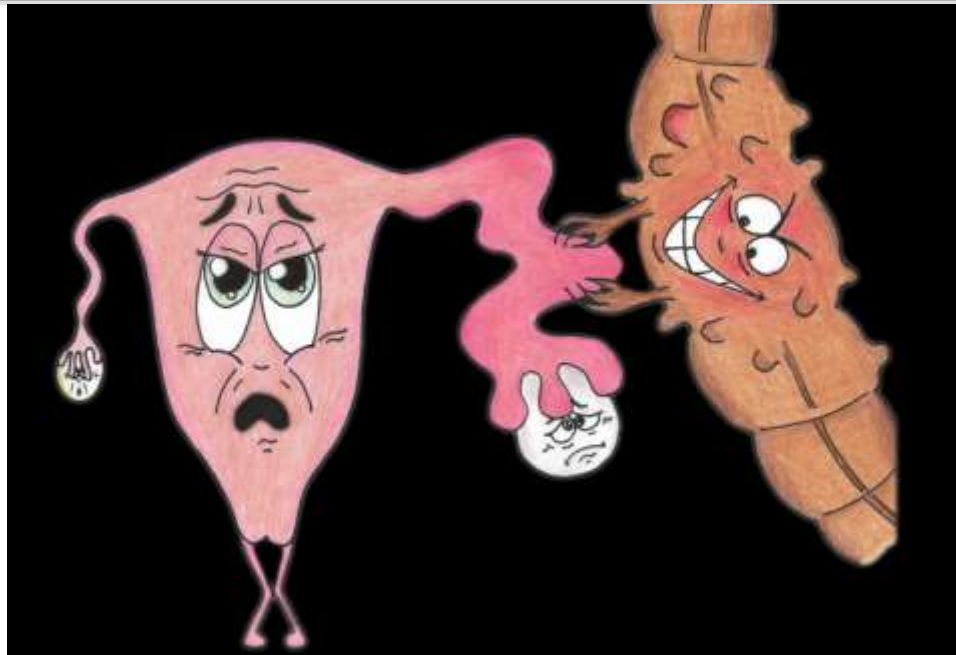
## Inflammatoire

- **RCUH +++**
- Atteinte **CONTINUE** depuis le rectum
- Pas de fistule ni abcès





Diverticulite perforée dans l'annexe gauche



# Conclusion

## *Douleur fébrile de la FIG*

- Rechercher d'abord une **diverticulite sigmoïdienne**
  - Faire le bilan des complications (Stade de Hinchey)
- Savoir **reconnaître un cancer** du sigmoïde de révélation aiguë sur un mode **inflammatoire**
  - S'il y a peu ou pas de diverticule
  - S'il l'épaississement est court et irrégulier
  - S'il y a bcp de ganglions ronds et gros
- Penser aux principaux **diagnostics différentiels**
  - Infection génitale haute
  - Colites de tous types
  - *PNA, torsion d'annexe dépassée, myome en nécrobiose...*



