

Douleur abdominale particulière

P Taourel (Montpellier)



Douleur abdominale aiguë inquiétante

- Association à un état de choc
- Association à une contracture : perforation
- Discordance entre un examen clinique pauvre et des signes généraux bruyants : ischémie digestive (ischémie aiguë du mésentère, colite ischémique grave)
- Douleur thoraco-abdominale : syndrome aortique

Cas 1

- Homme 55 ans
- atcd diarrhée récente
- Douleur abdominale brutale
- Défense hypogastrique, contracture



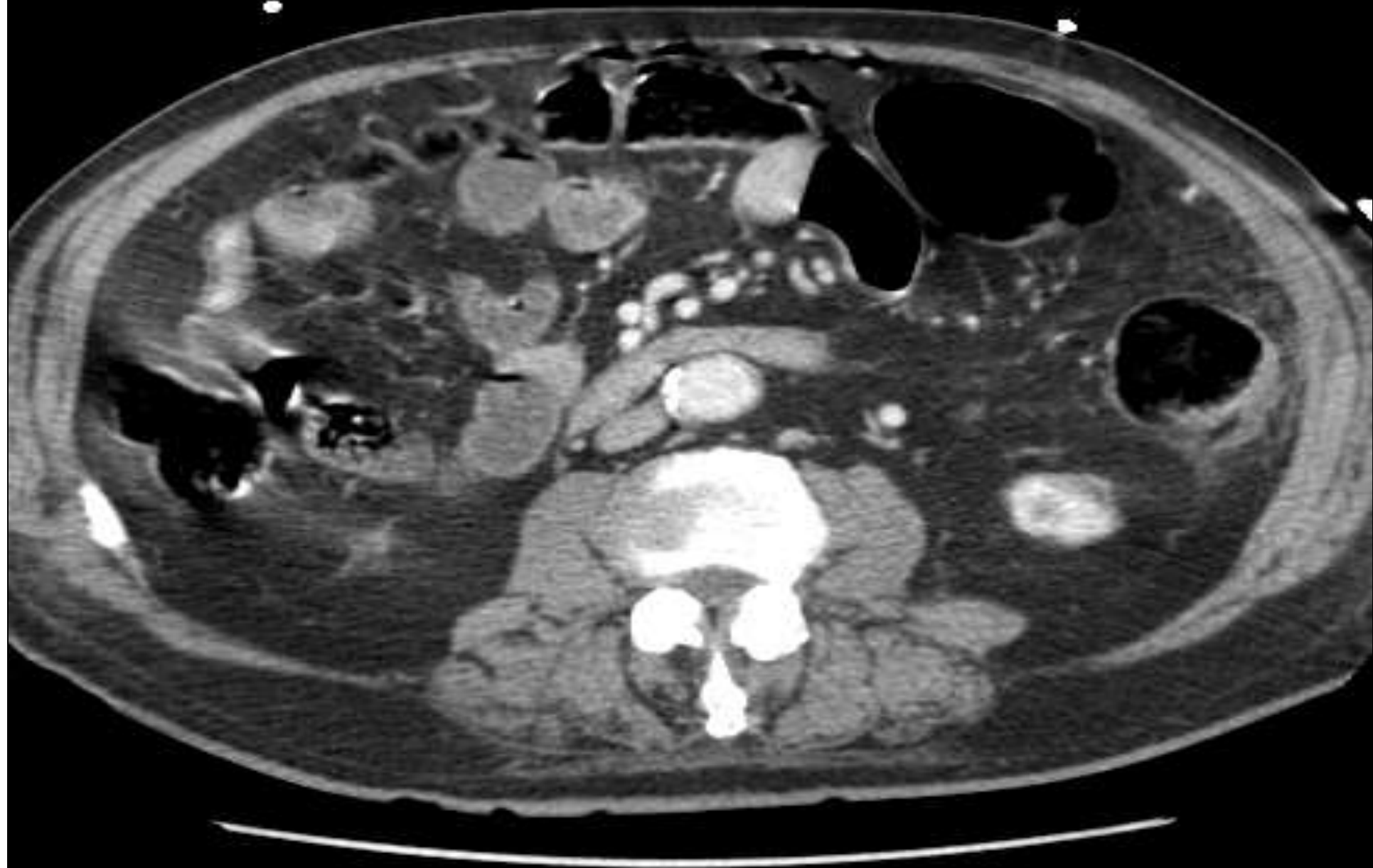


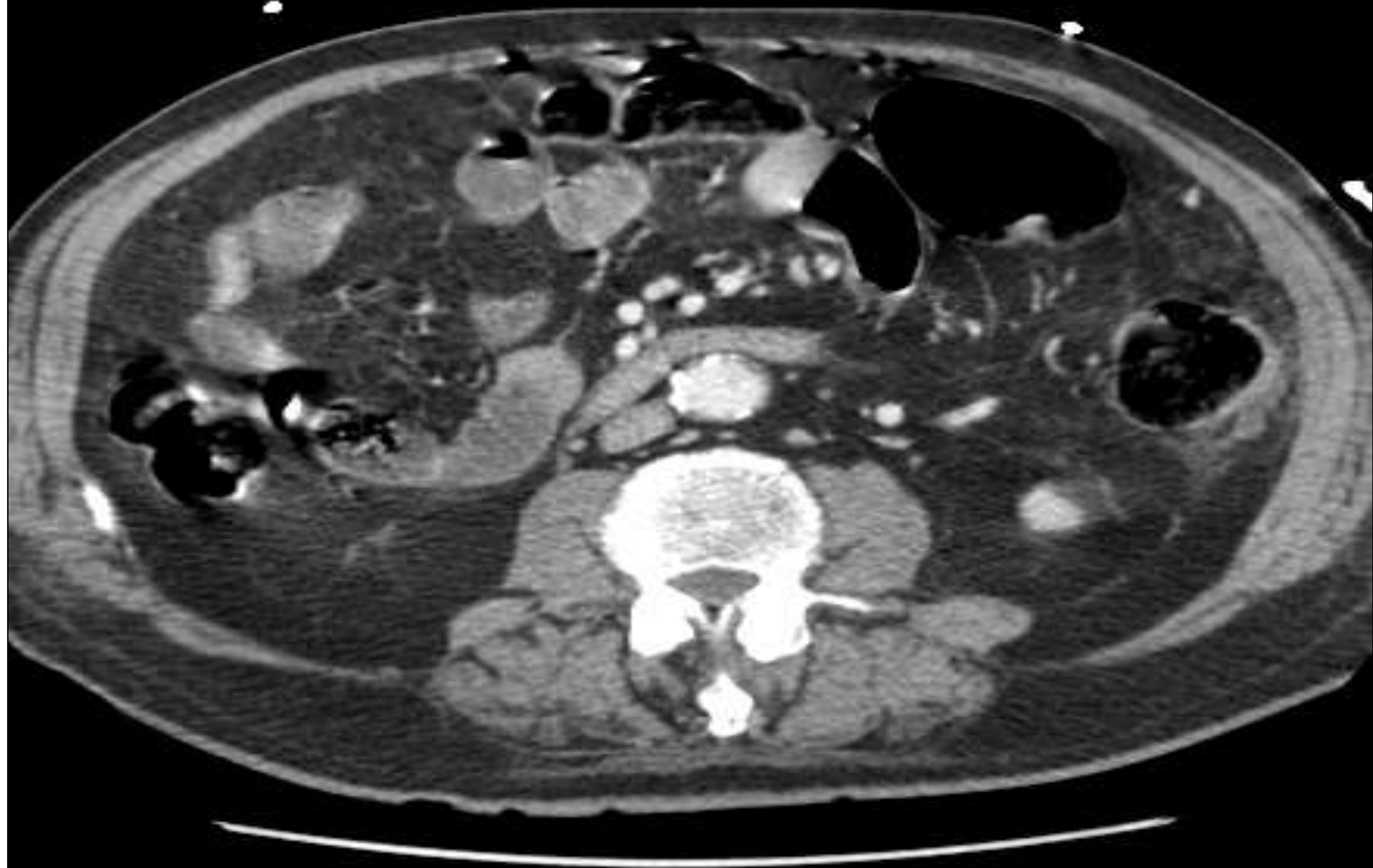








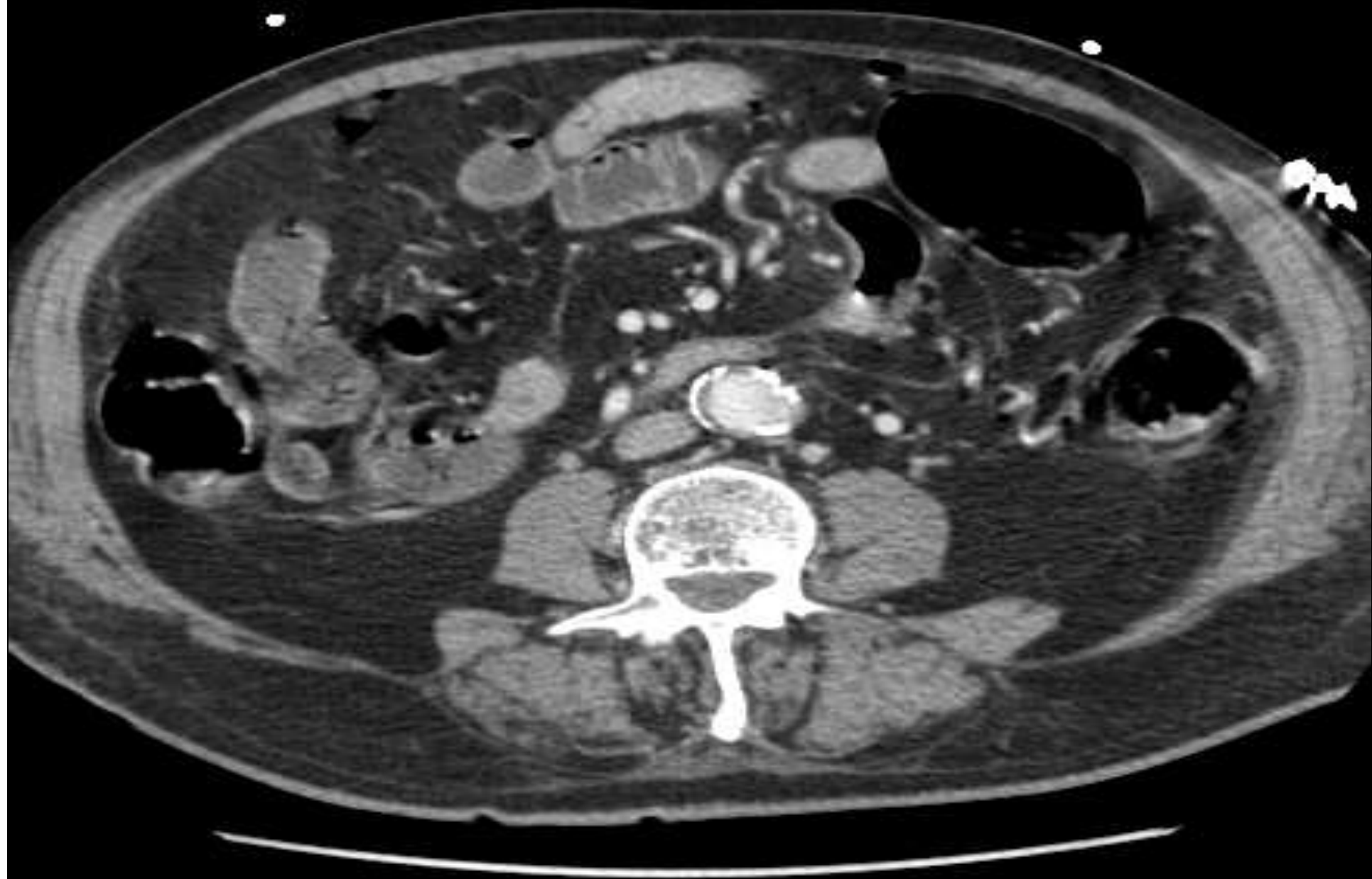


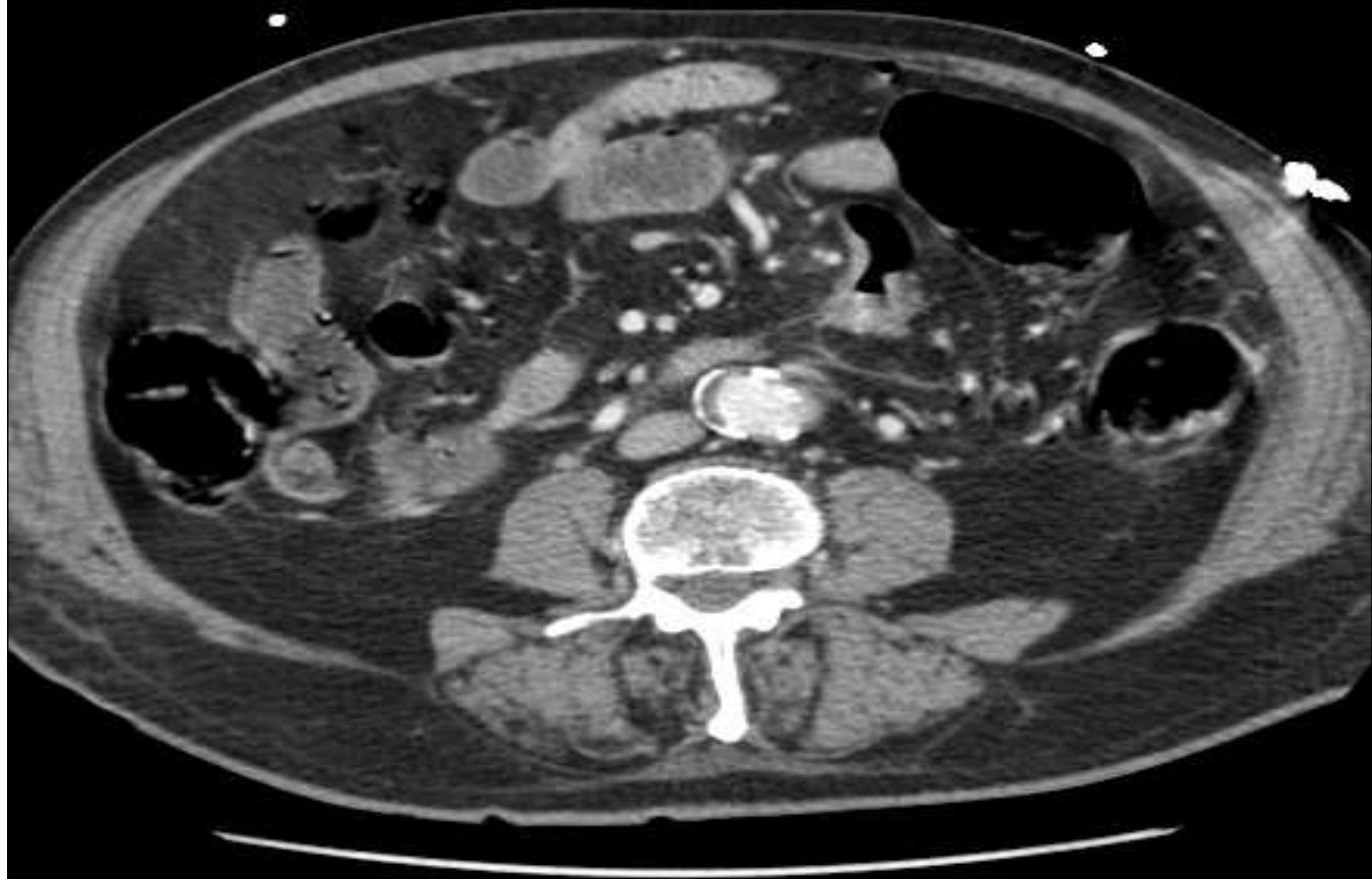
















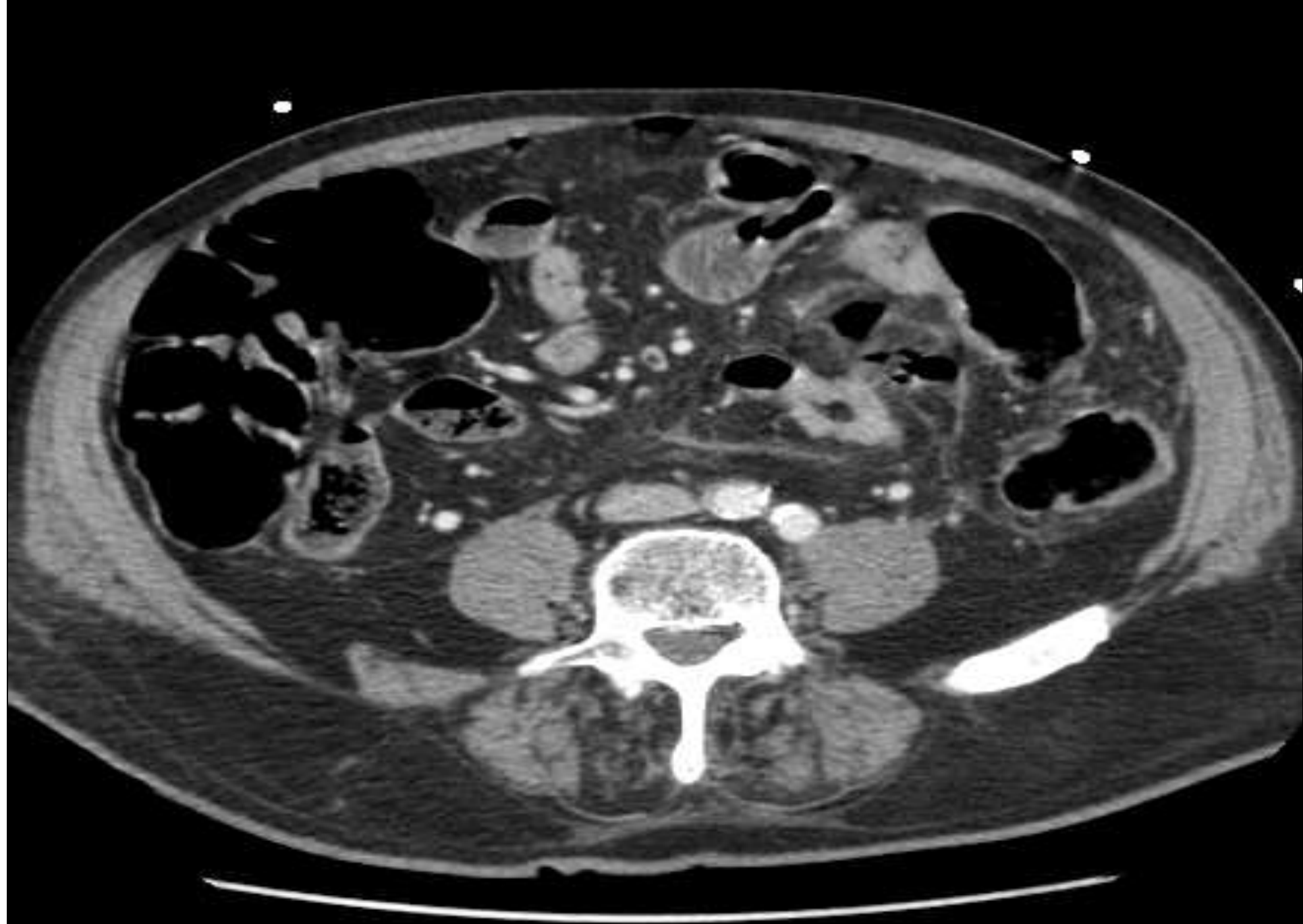














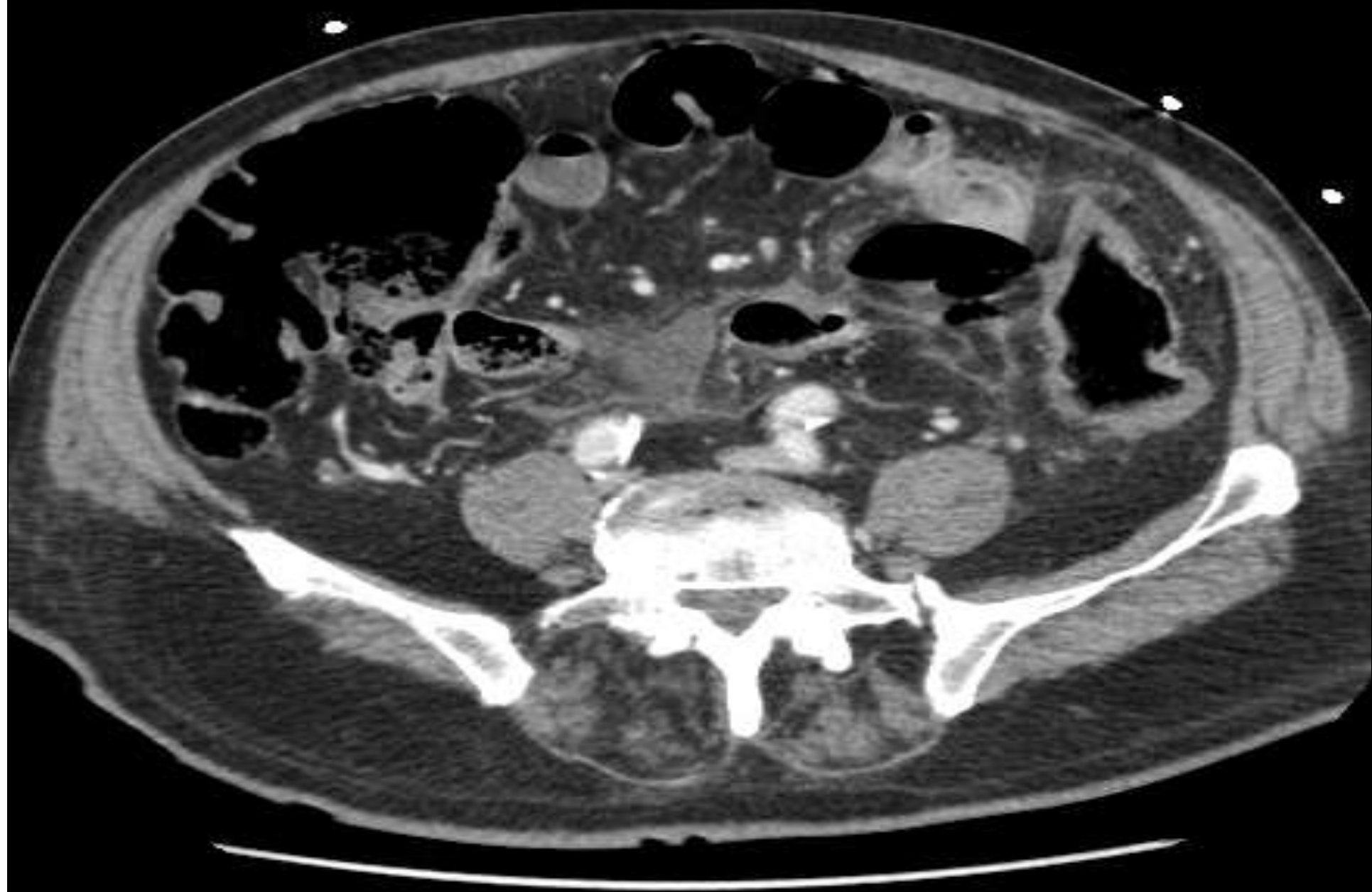


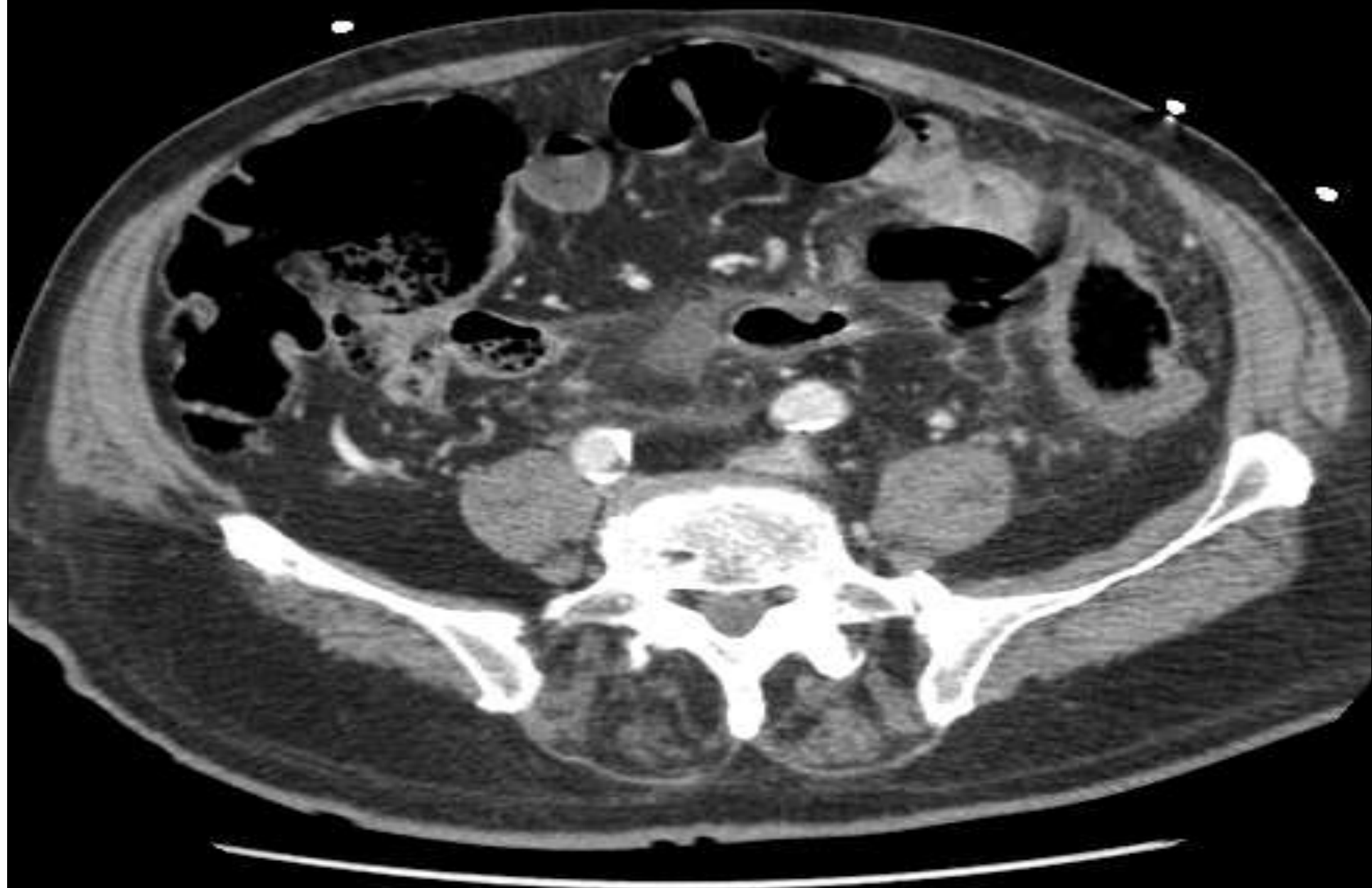
















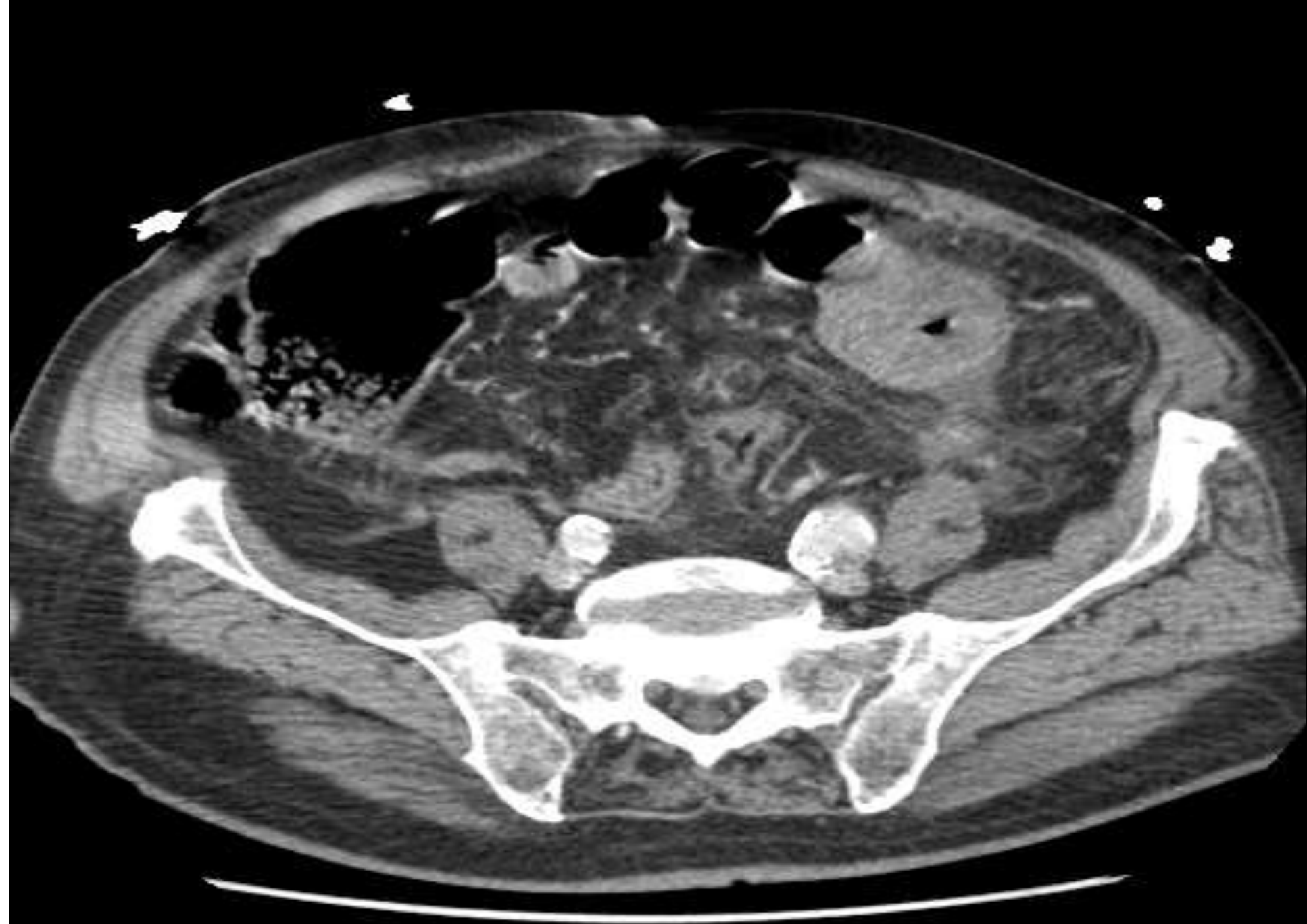


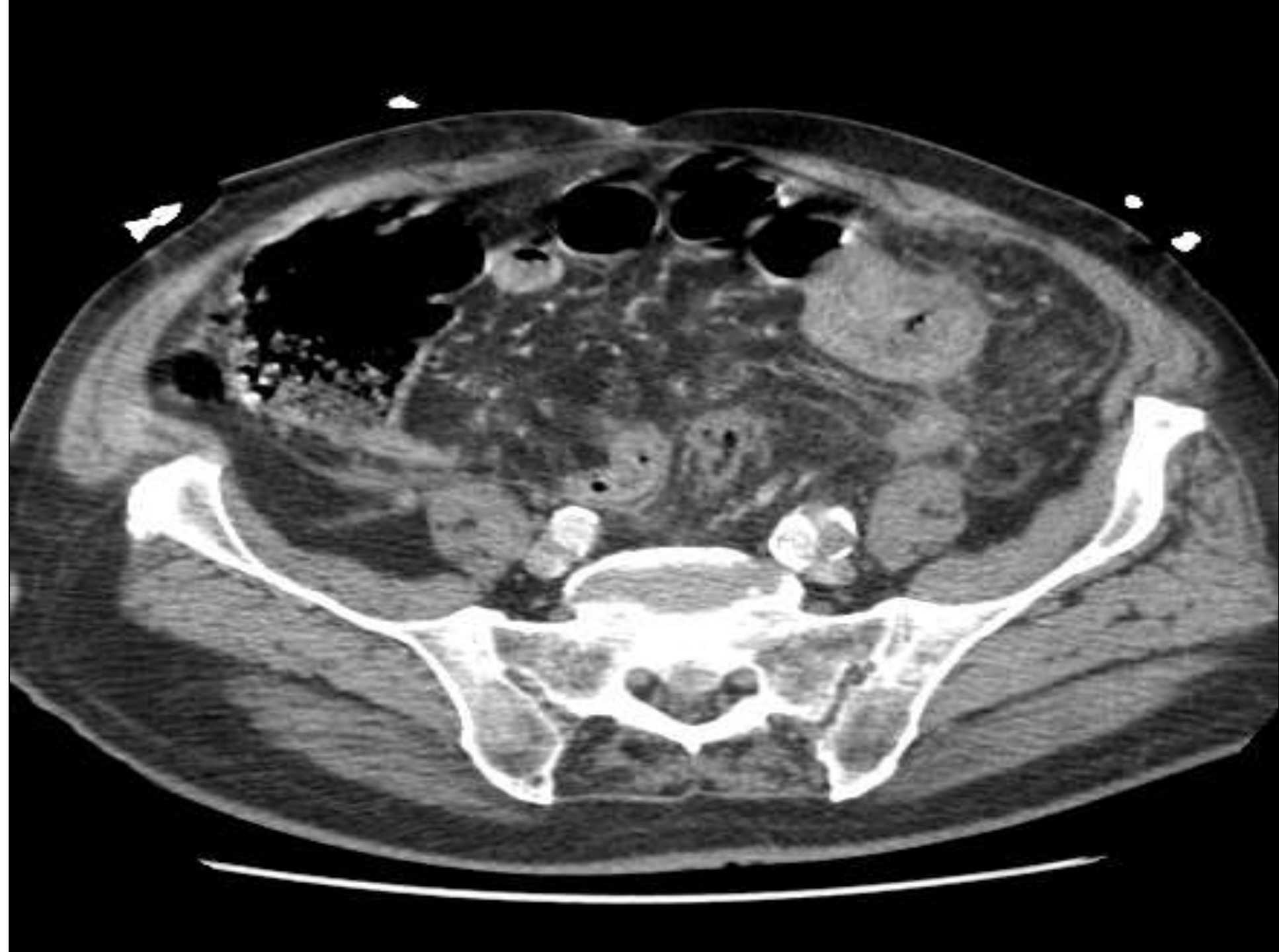




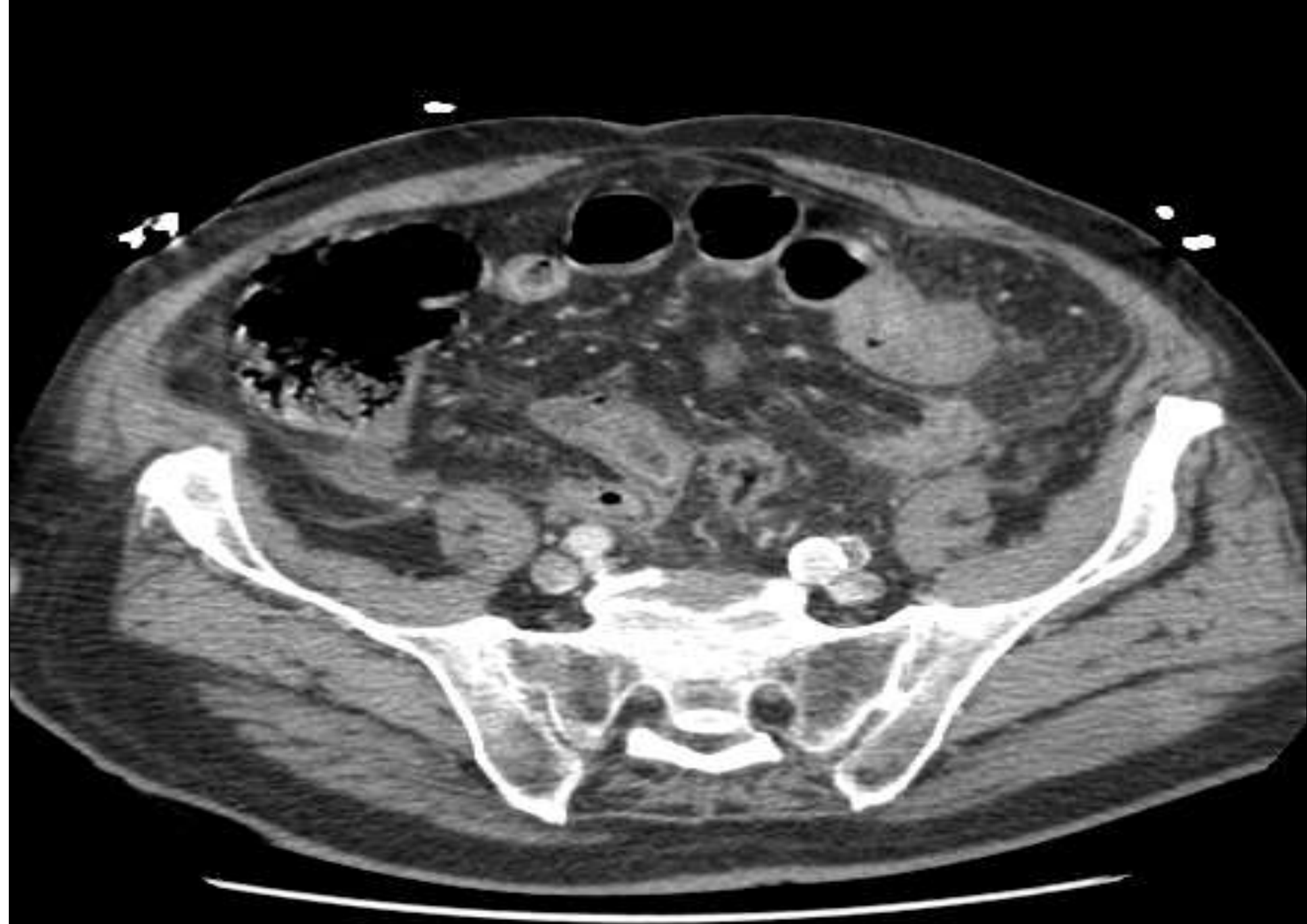




















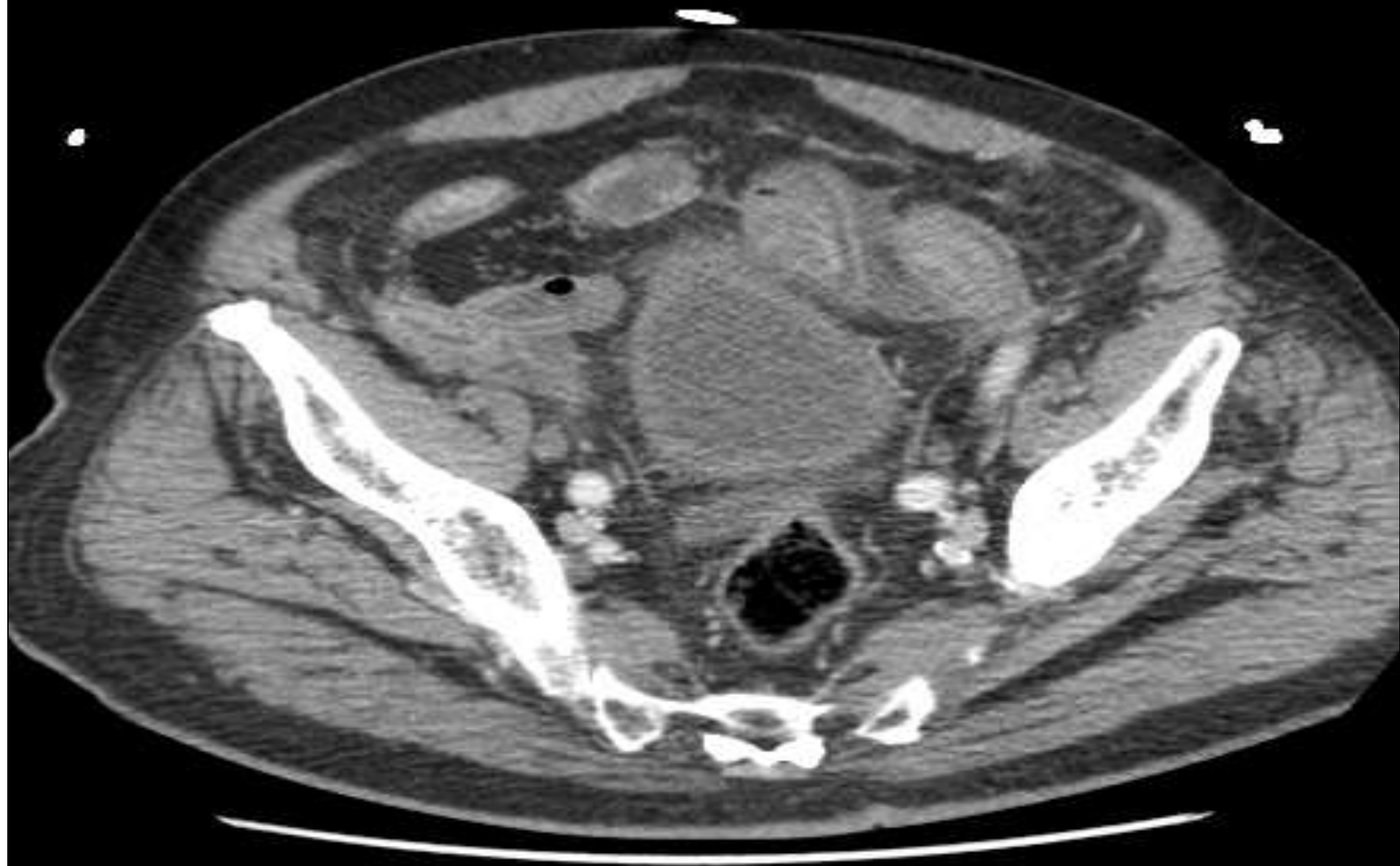








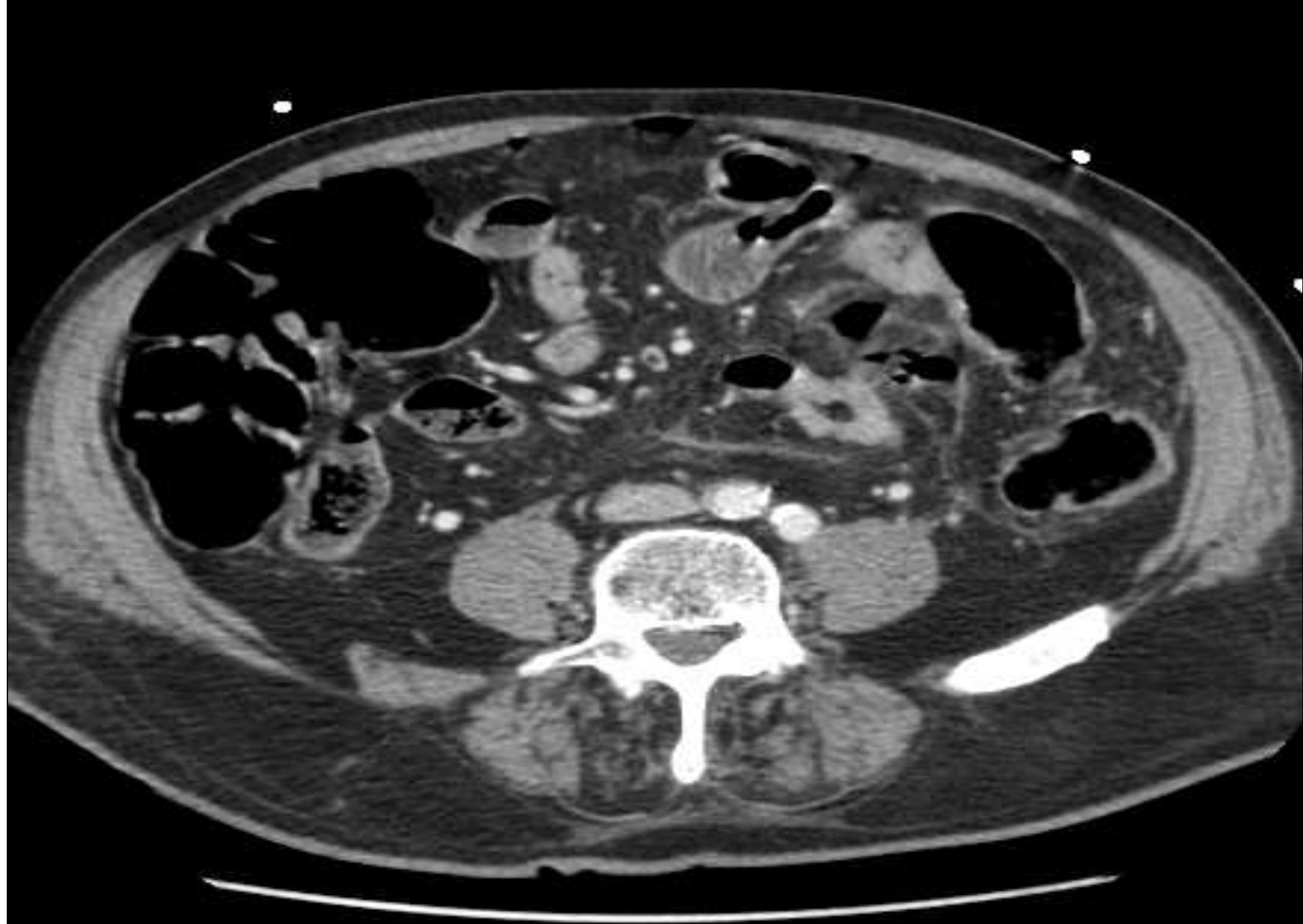










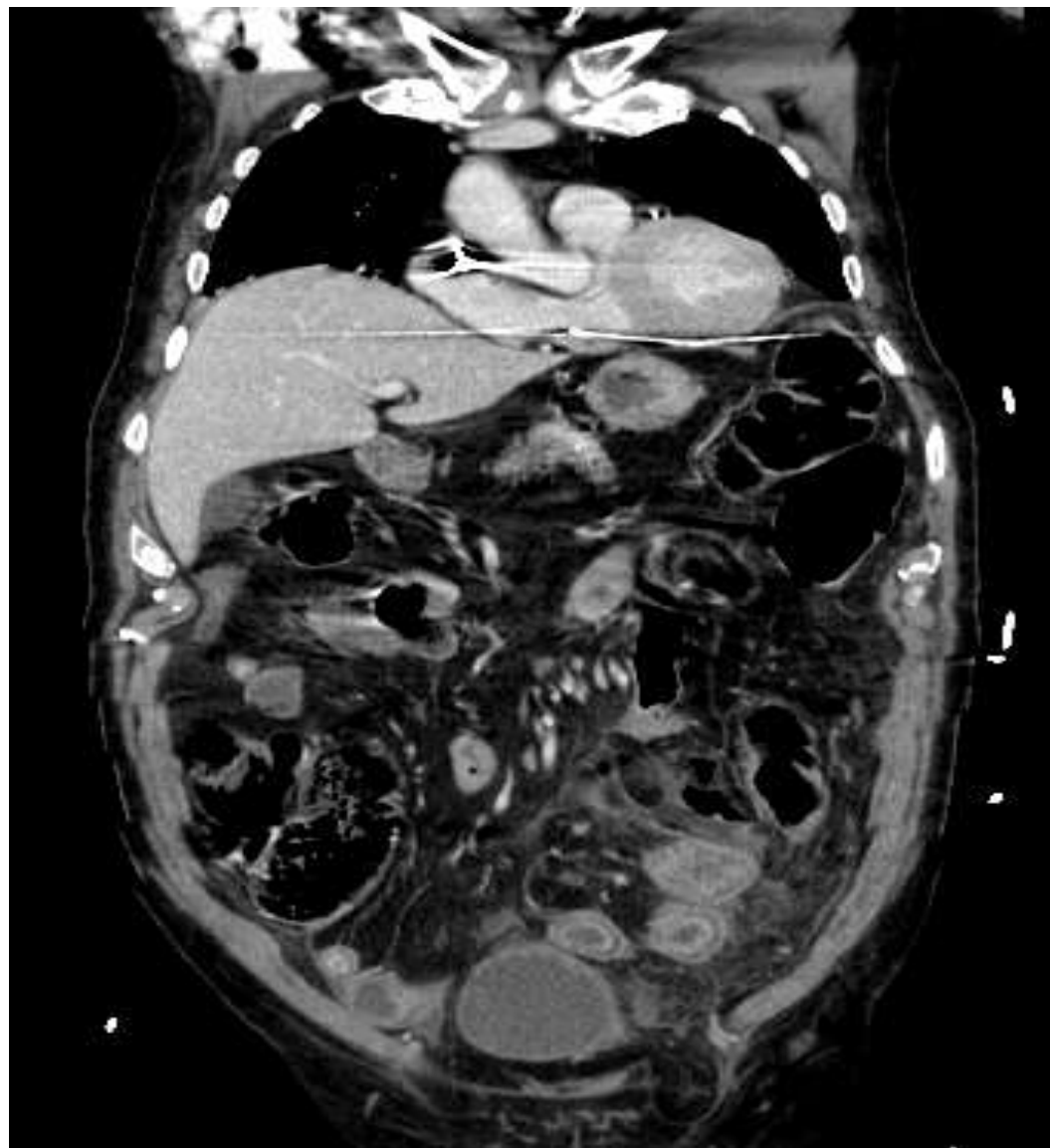












- Un pneumopéritoine libre
- Une collection hydro-aérique dans le mésentère
- Un épaissement irrégulier du colon sigmoïde
- Un corps étranger intraluminal colique
- Un épaissement en double cible étendu du grêle

- Un pneumopéritoine libre
- Une collection hydro-aérique dans le mésentère
- Un épaissement irrégulier du colon sigmoïde
- Un corps étranger intraluminal colique
- Un épaissement en double cible étendu du grêle

Diagnostic = cancer du colon sigmoïde perforé avec réaction pariétal de l'intestin grêle

Une pathologie relativement fréquente

- 1-3% des abdomen aigus
- Ubiquitaire
 - Œsophage : spontané =sd de Boerhaave, corps étranger, cancer
 - GD :
 - ulcère (AINS, cocaïne, ZE, Crohn)
 - cancer : adk, leiomyosarcome, lymphome
 - volvulus
 - diverticule Duodéal
 - IG :
 - ischémie, inflammatoire, infectieux, lymphome
 - diverticulite, vascularite, corps étranger
 - Appendicite (25%)
 - Colon :
 - diverticulite
 - cancer
 - Ischémie
 - colite stercorale
 - Rectum : CE et manoeuvre instrumentale

Perforation colique

- Causes dominées par :
 - les perforations sur diverticulites sigmoïdiennes
 - les perforations tumorales dont le mécanisme est double
 - les perforations sur colites ischémiques
- Signes directs : visualisation directe du trajet de la perforation
- Signes indirects

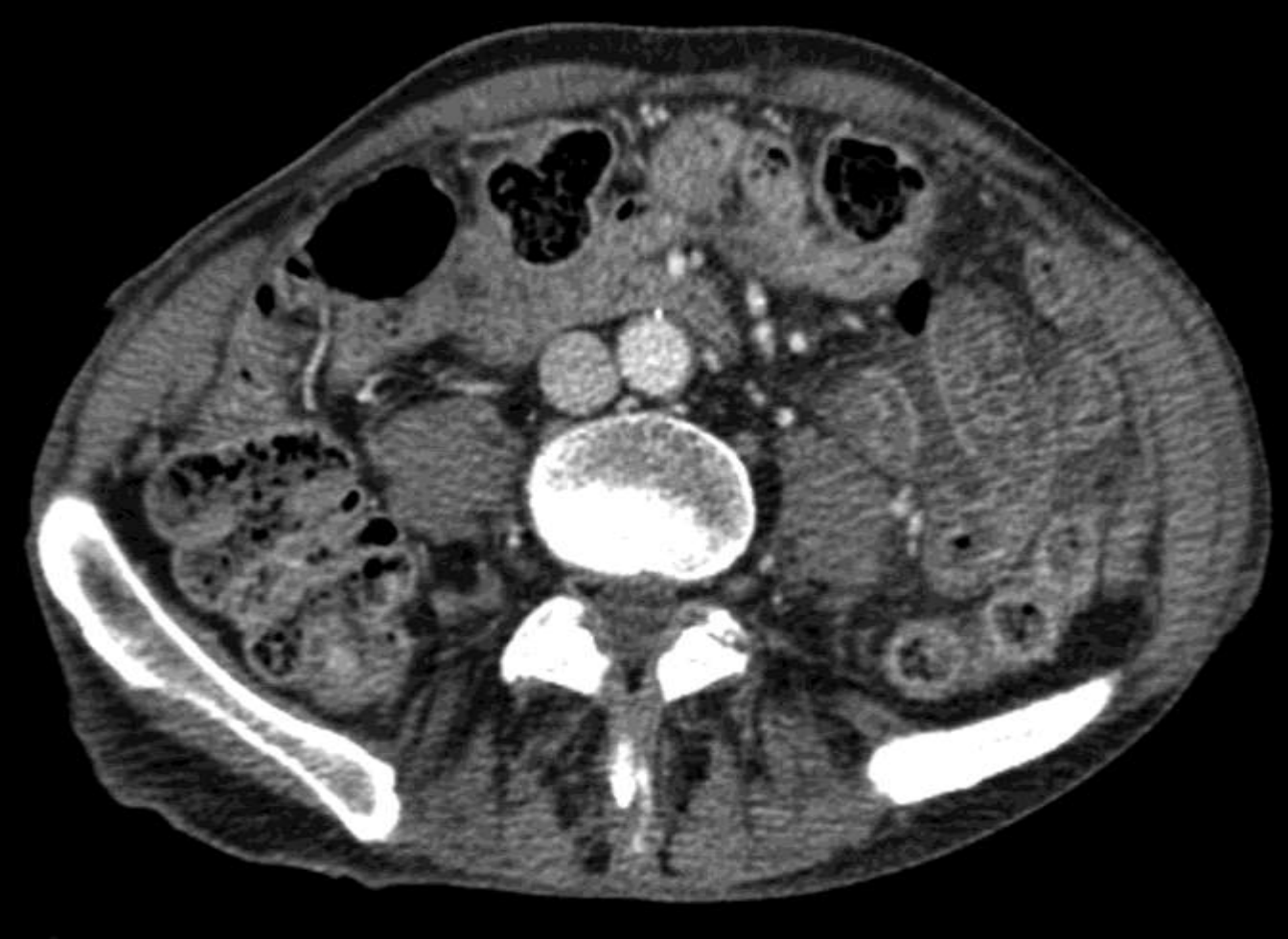


Perforation colique sur
colite ischémique

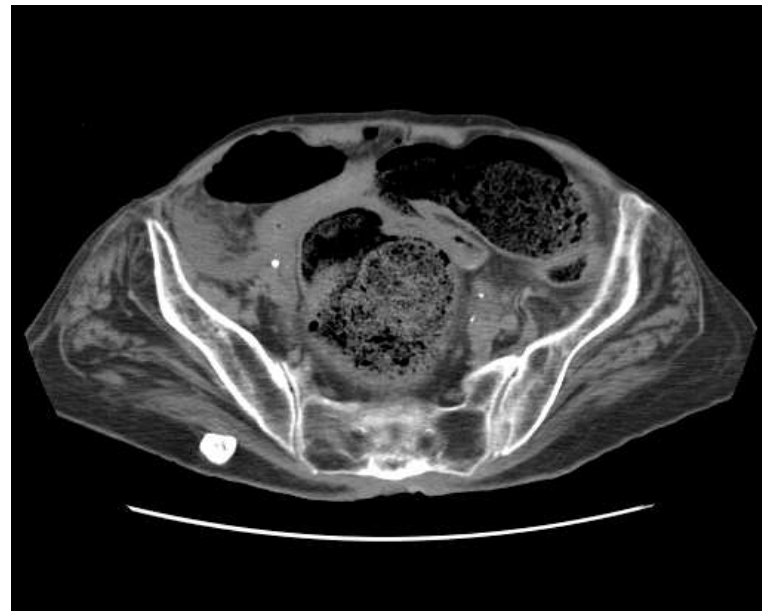
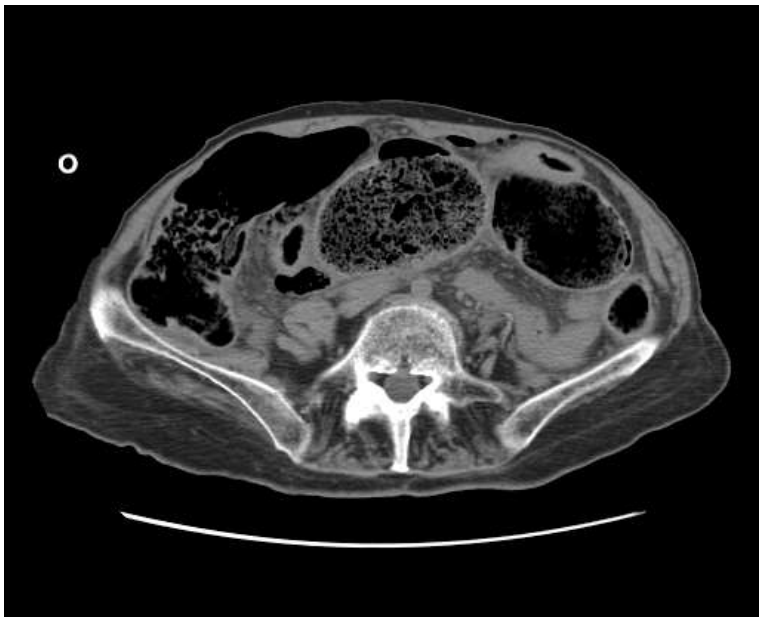


Perforation colique : les difficultés

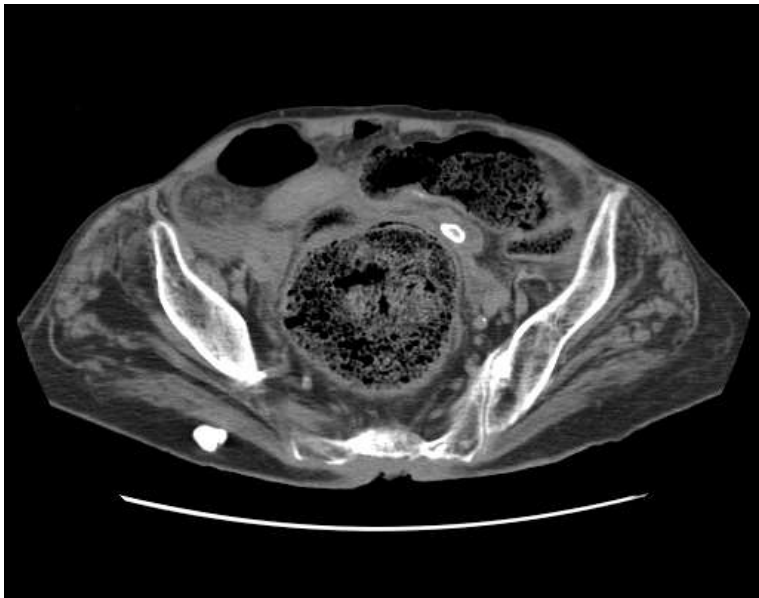
- Epaissement réactionnel à la péritonite ou témoignant de la maladie
- Diagnostic différentiel tumeur/colite ischémique/colite infectieuse ou inflammatoire
- Certaines entités moins connues

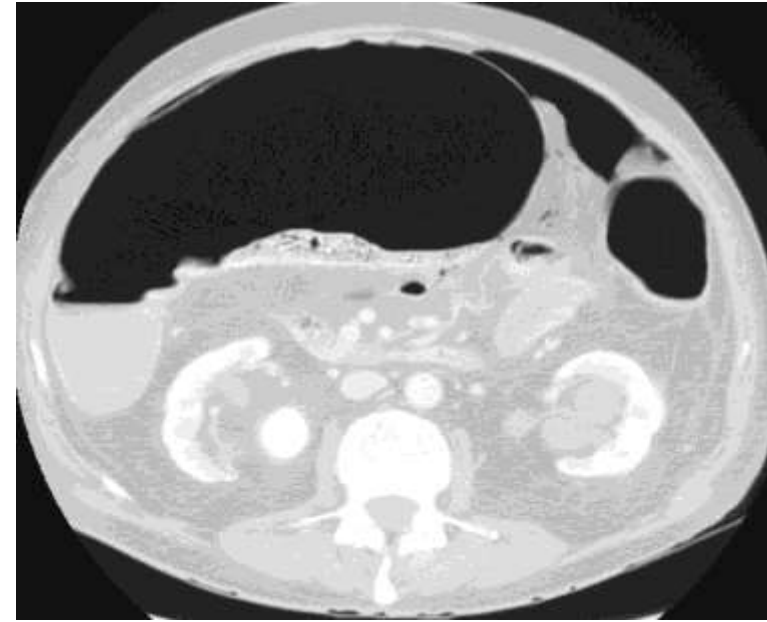


Perforation sur diverticulite
sigmoïdienne avec réaction de l'I Grêle



Péritonite compliquant
une colite stercorale
AJR 2005;184:1189-93





Perforation sur distention
caecale idiopathique

Cas 2

- Douleur péri-ombilicale brutale
- Patiente de 50 ans

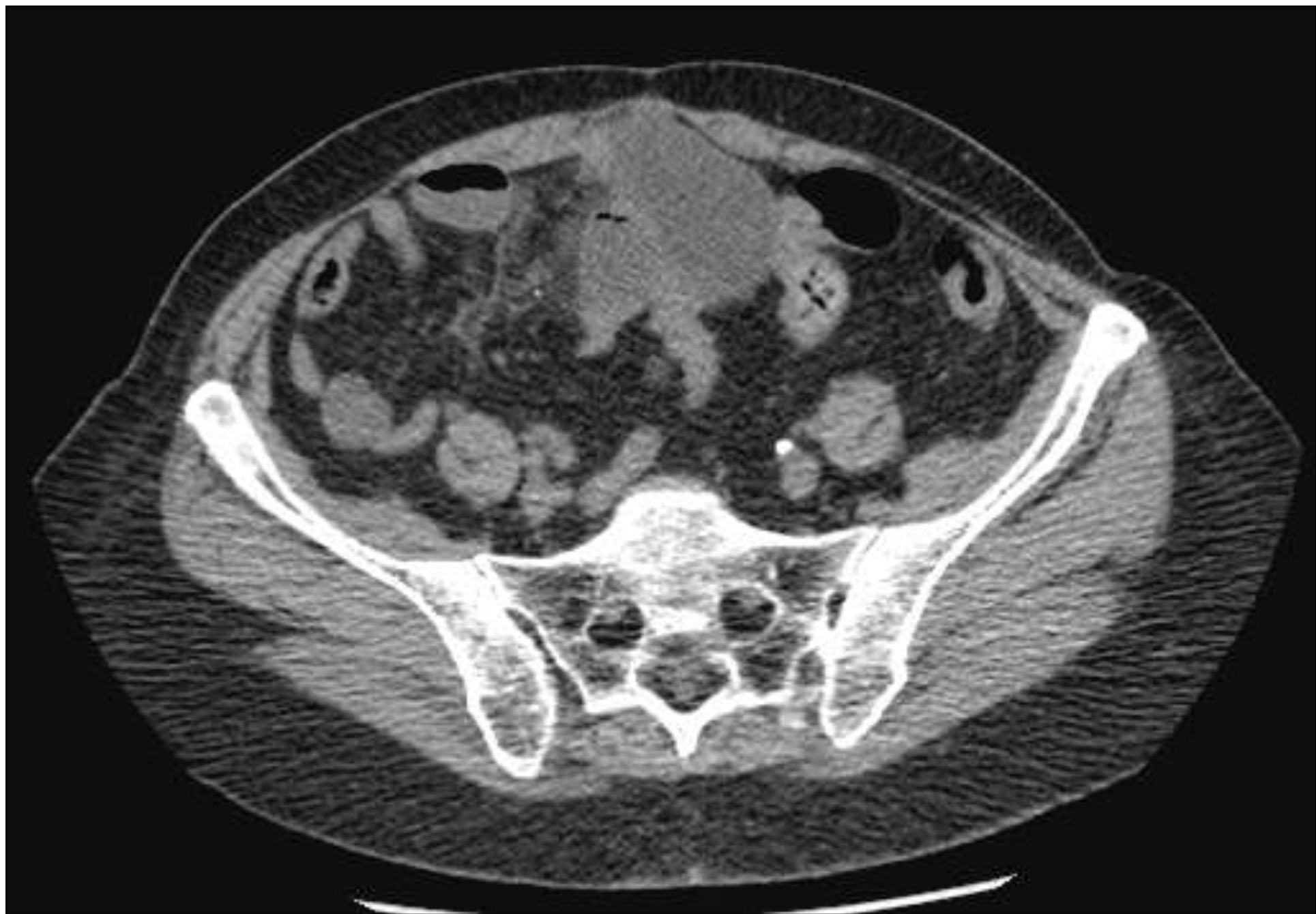






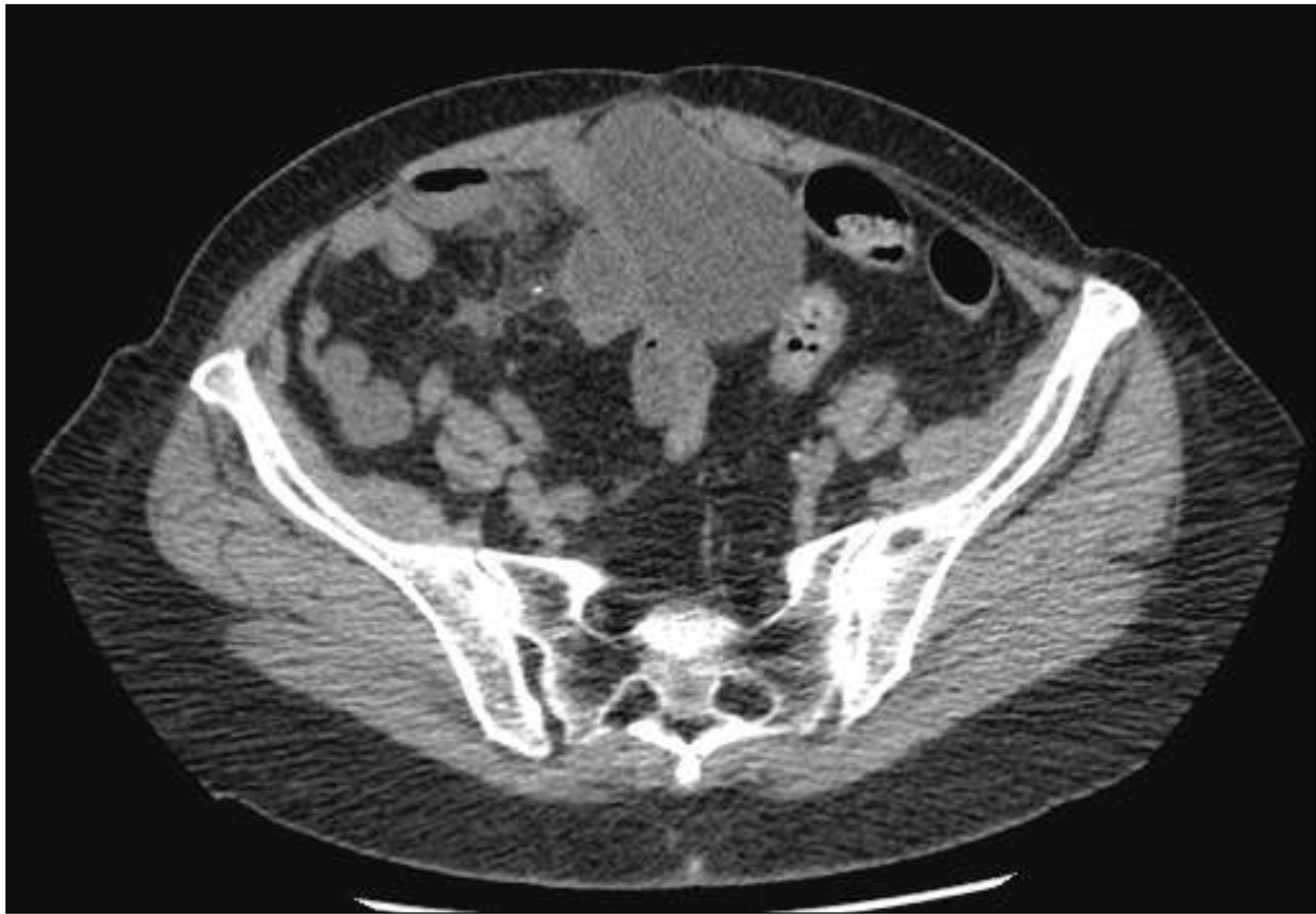


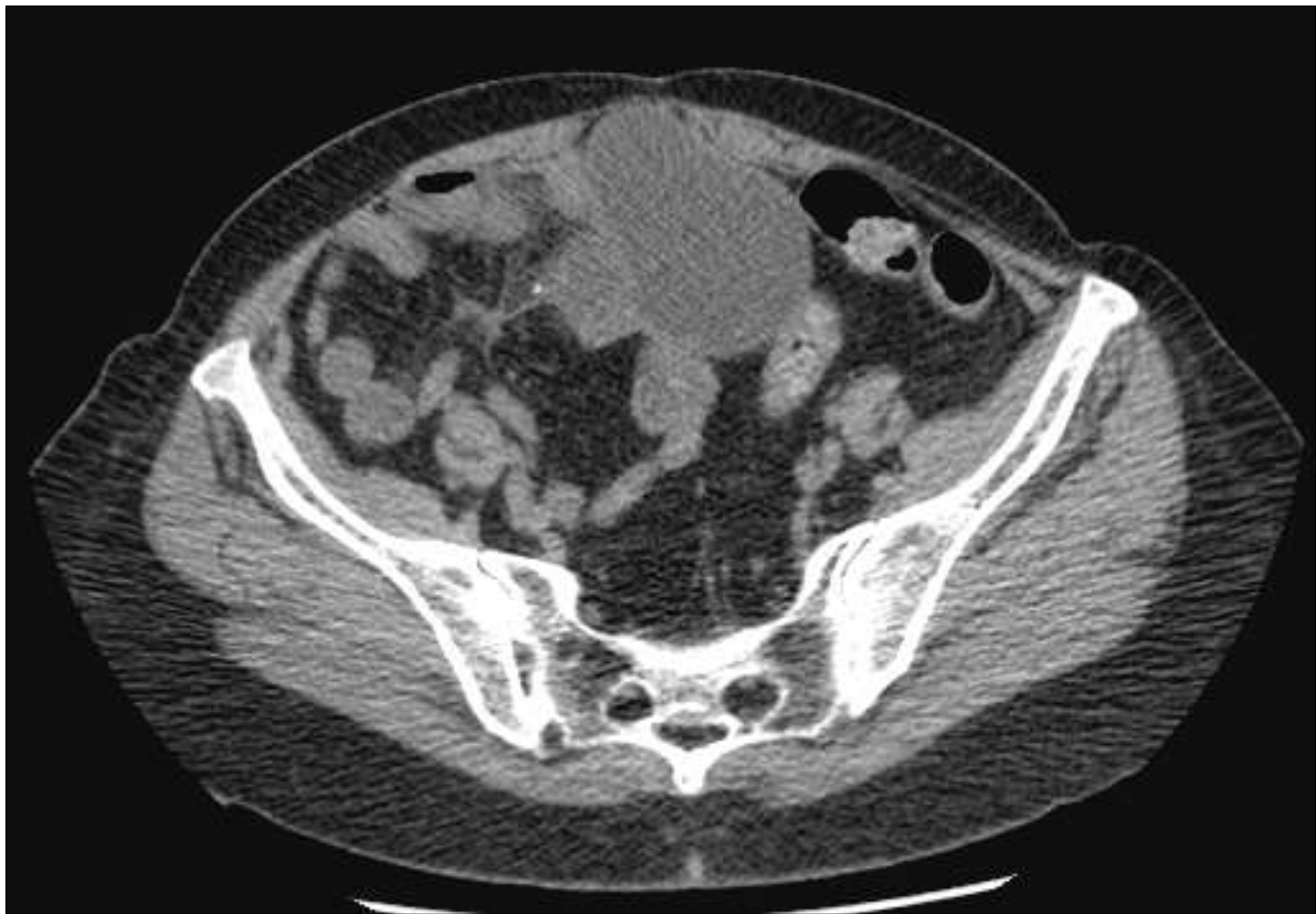






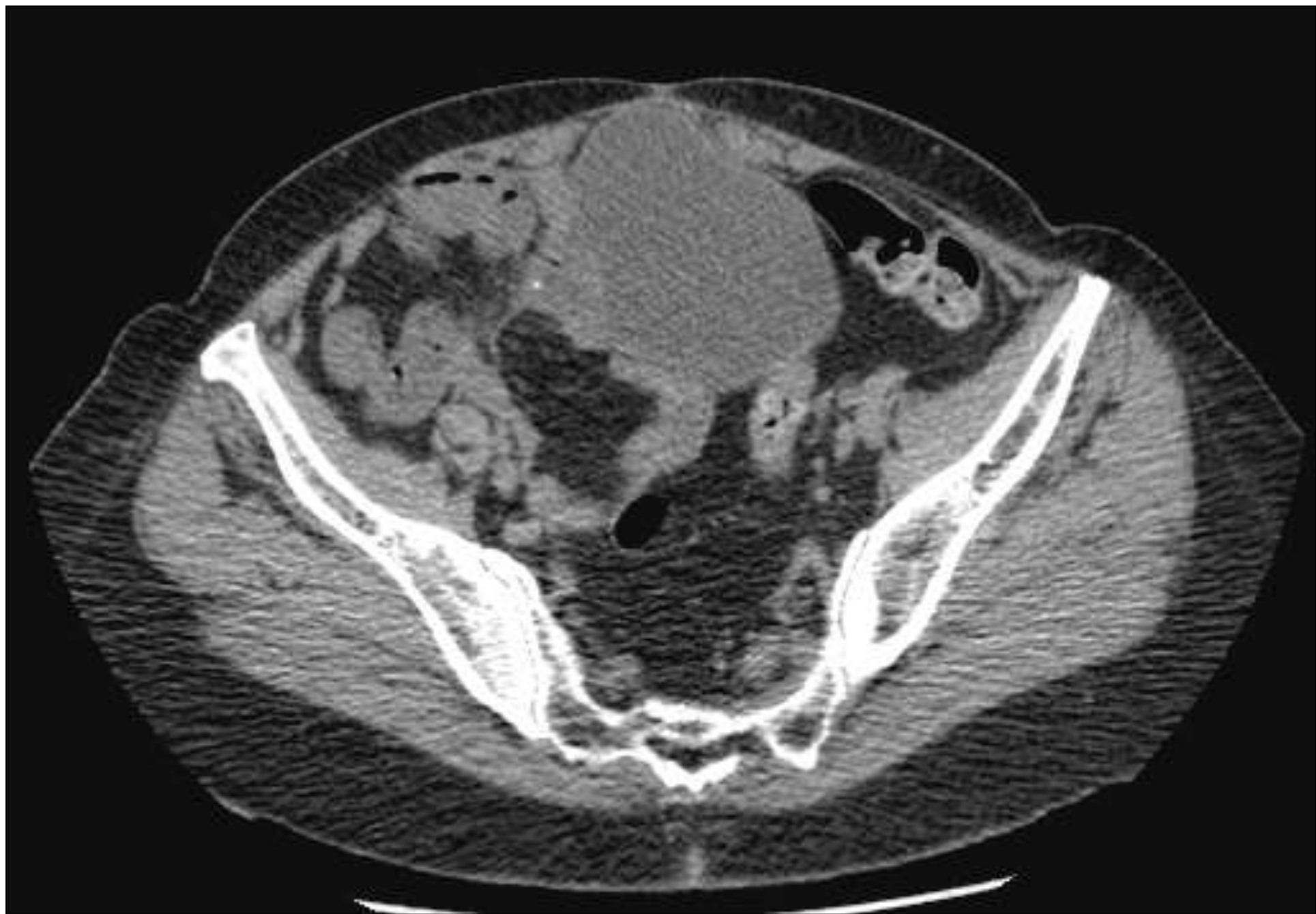




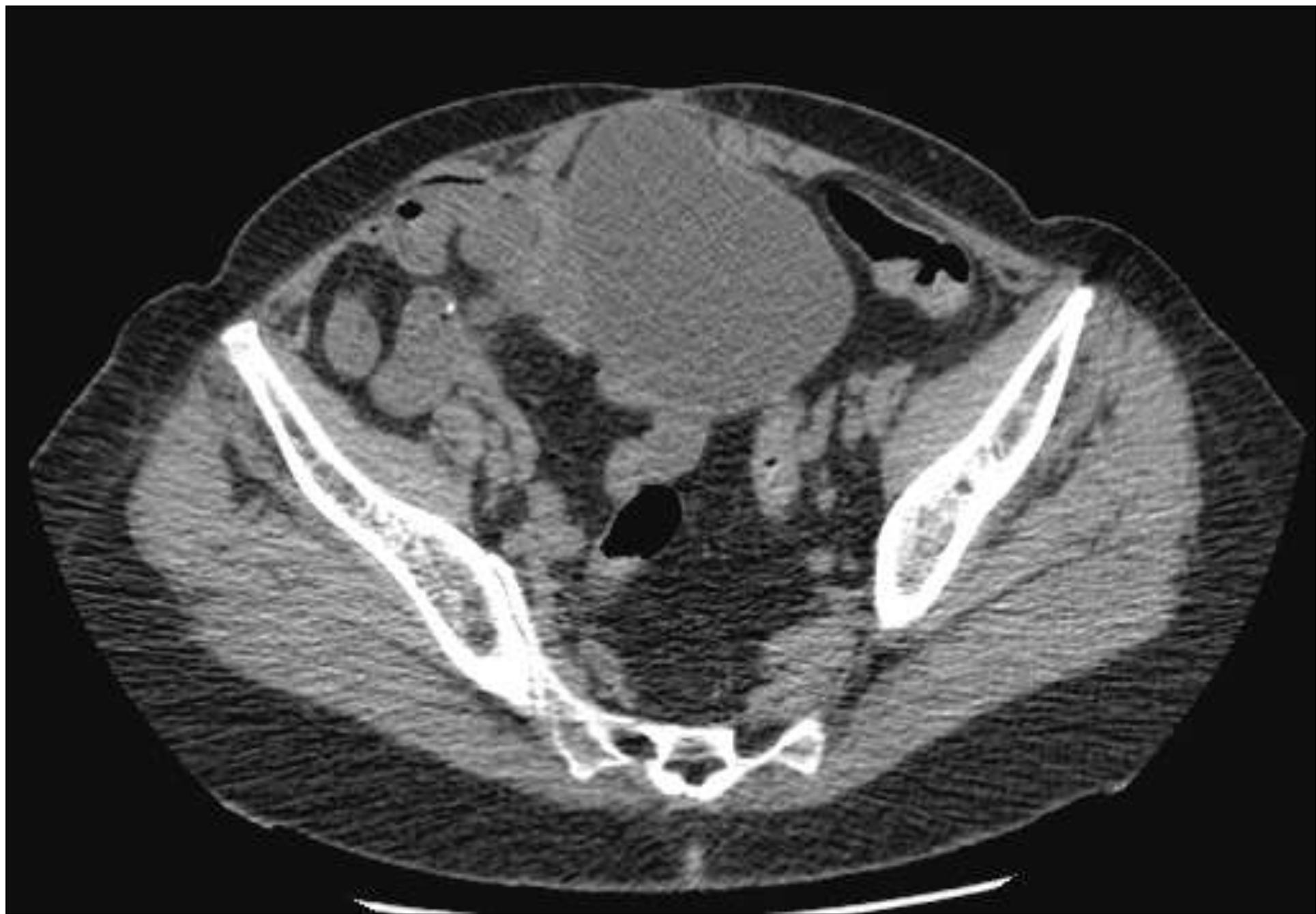


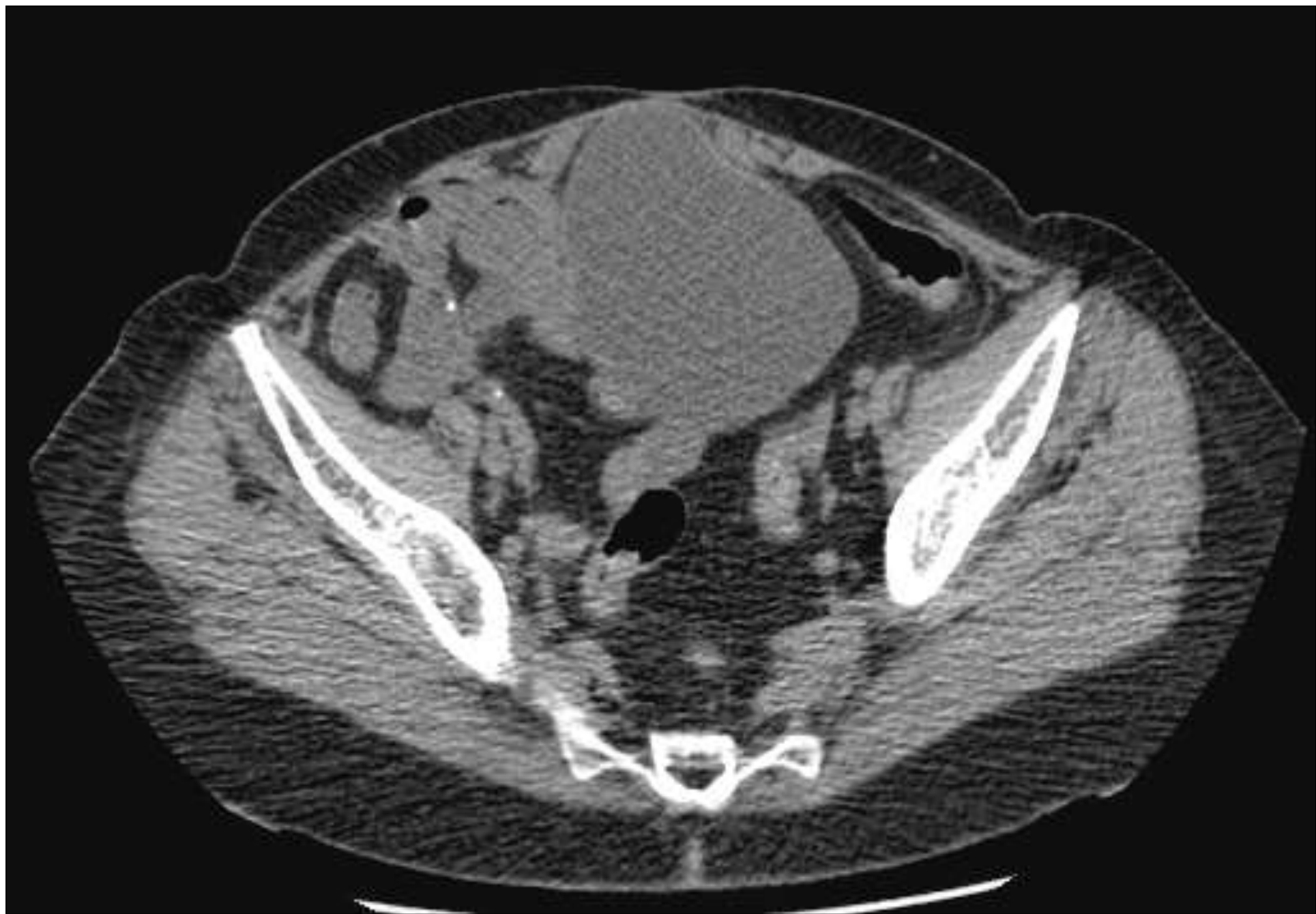








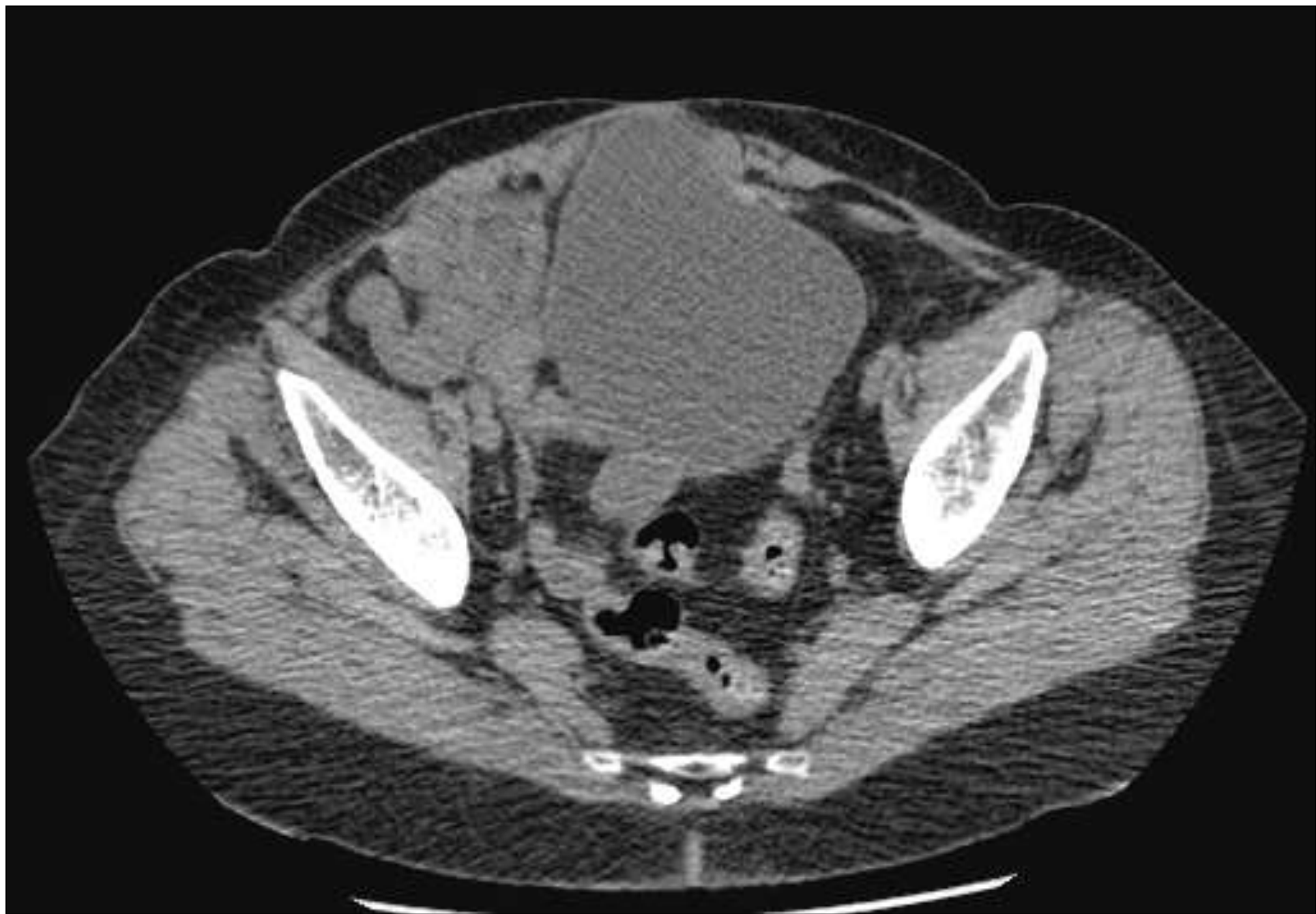


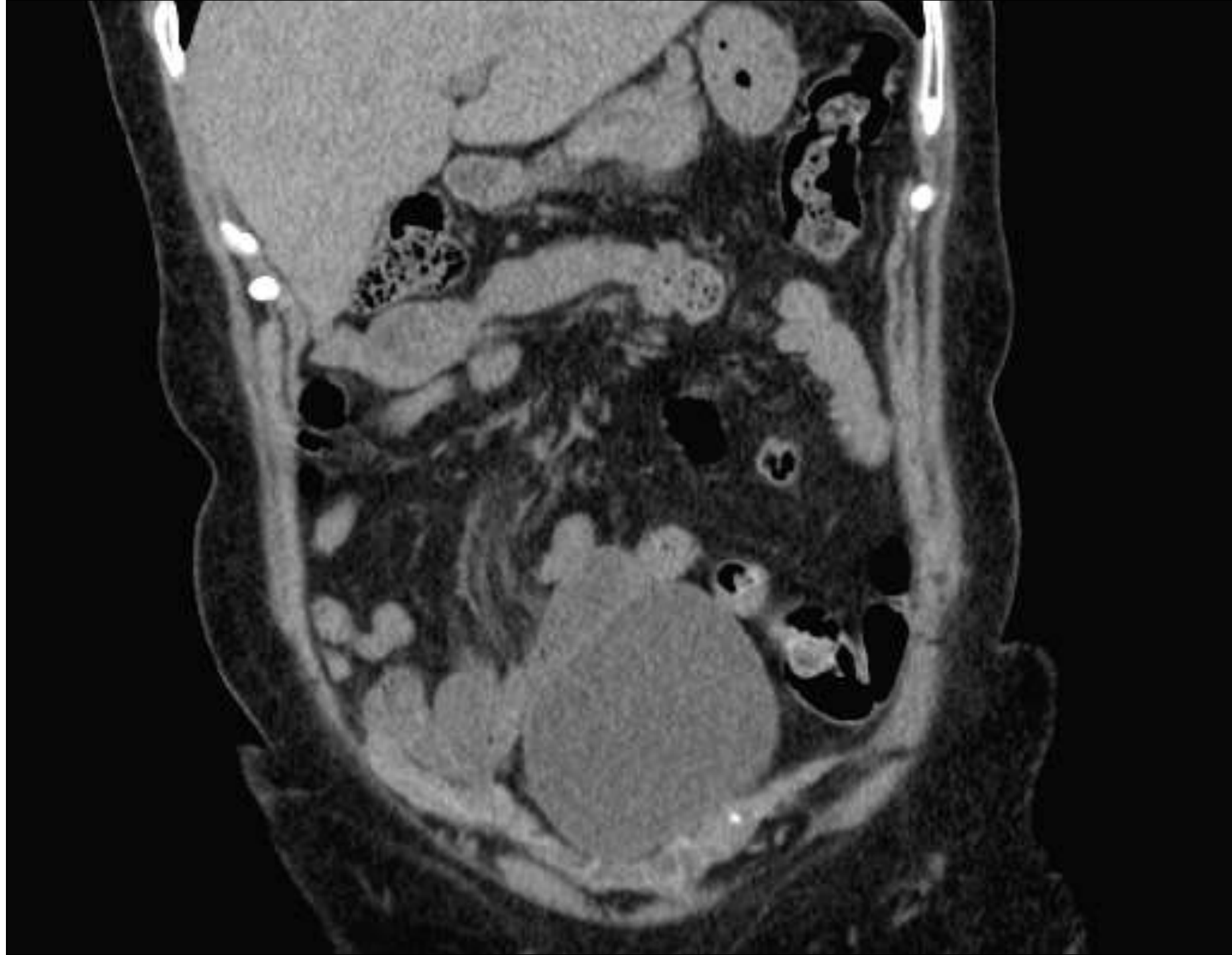


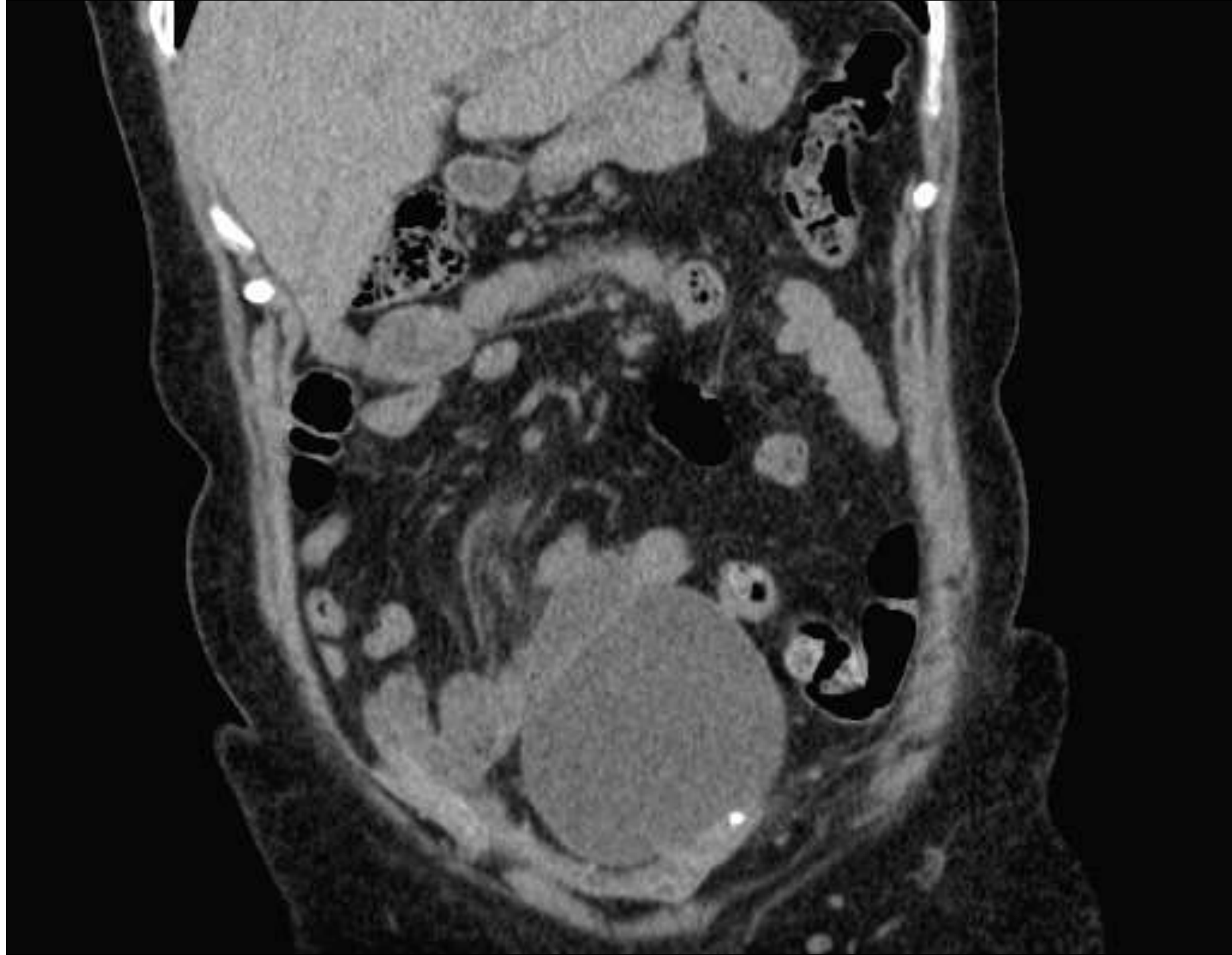


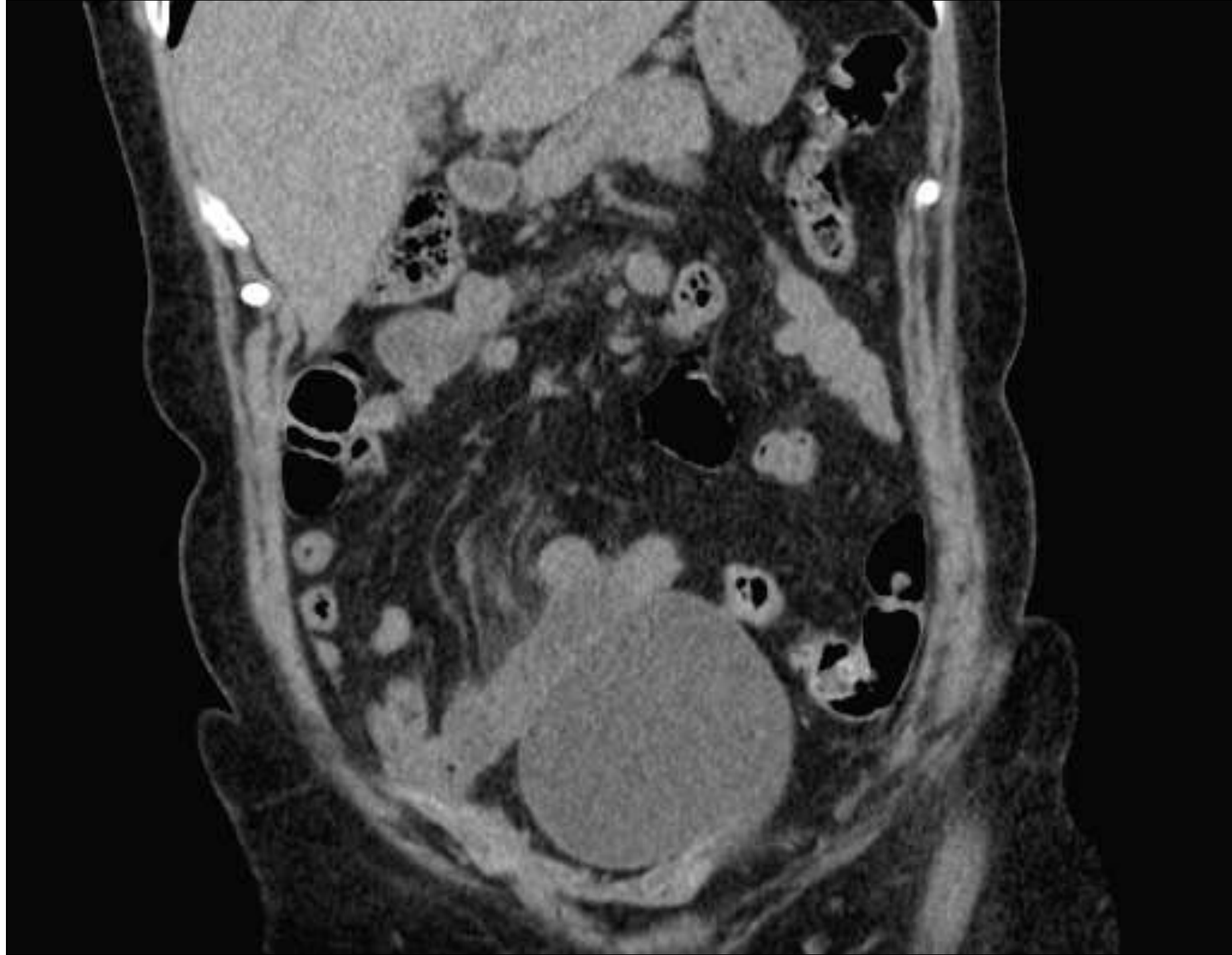


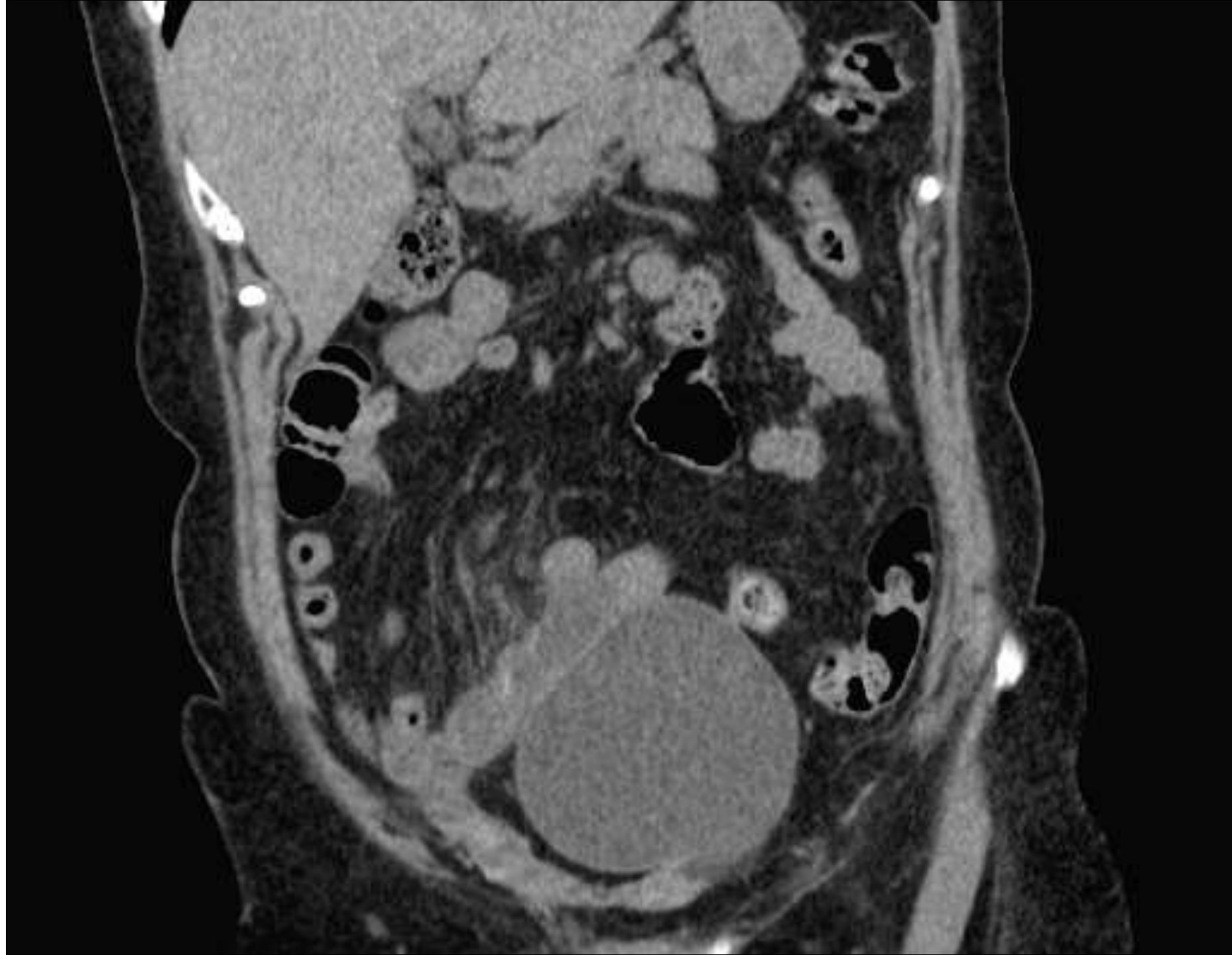


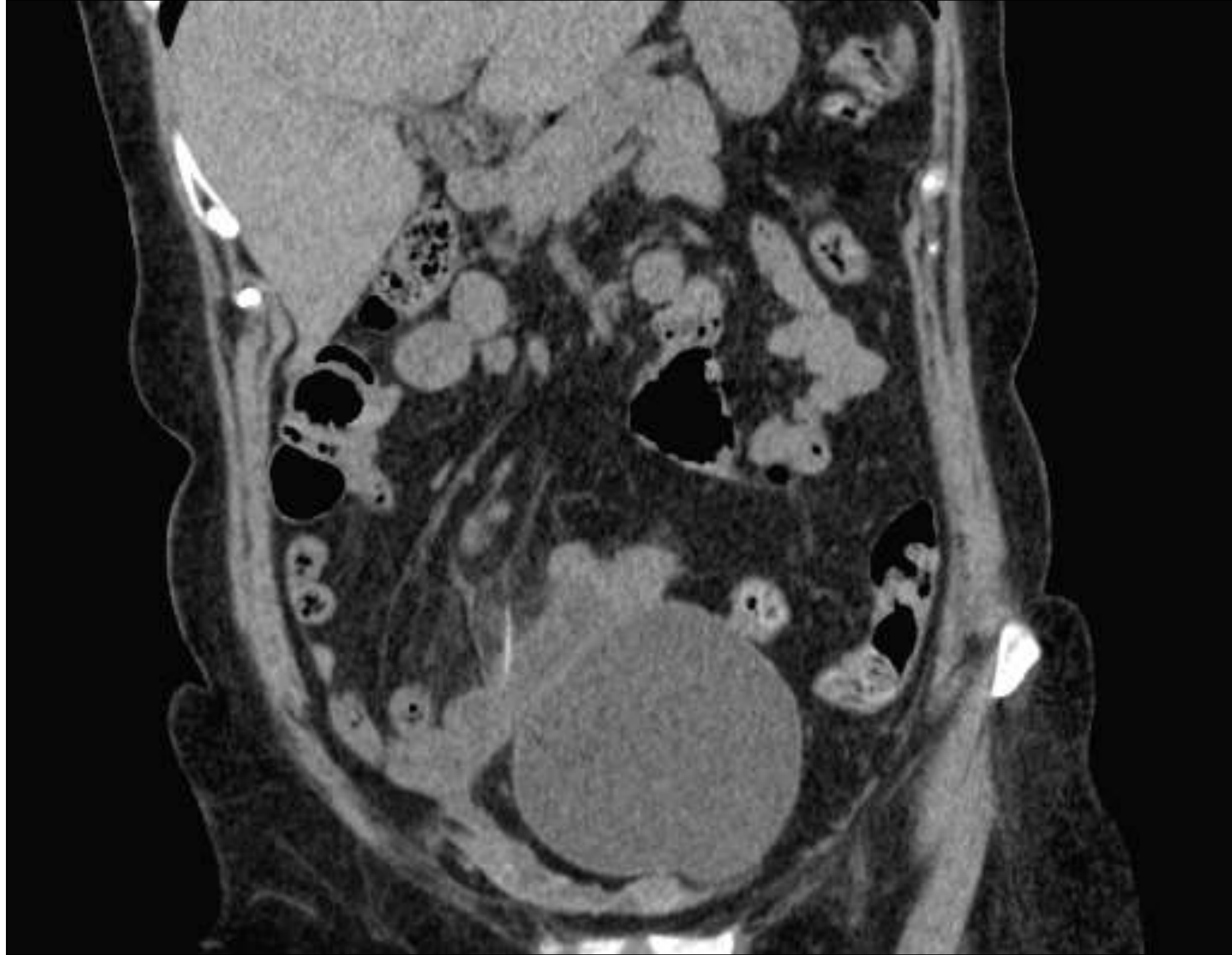


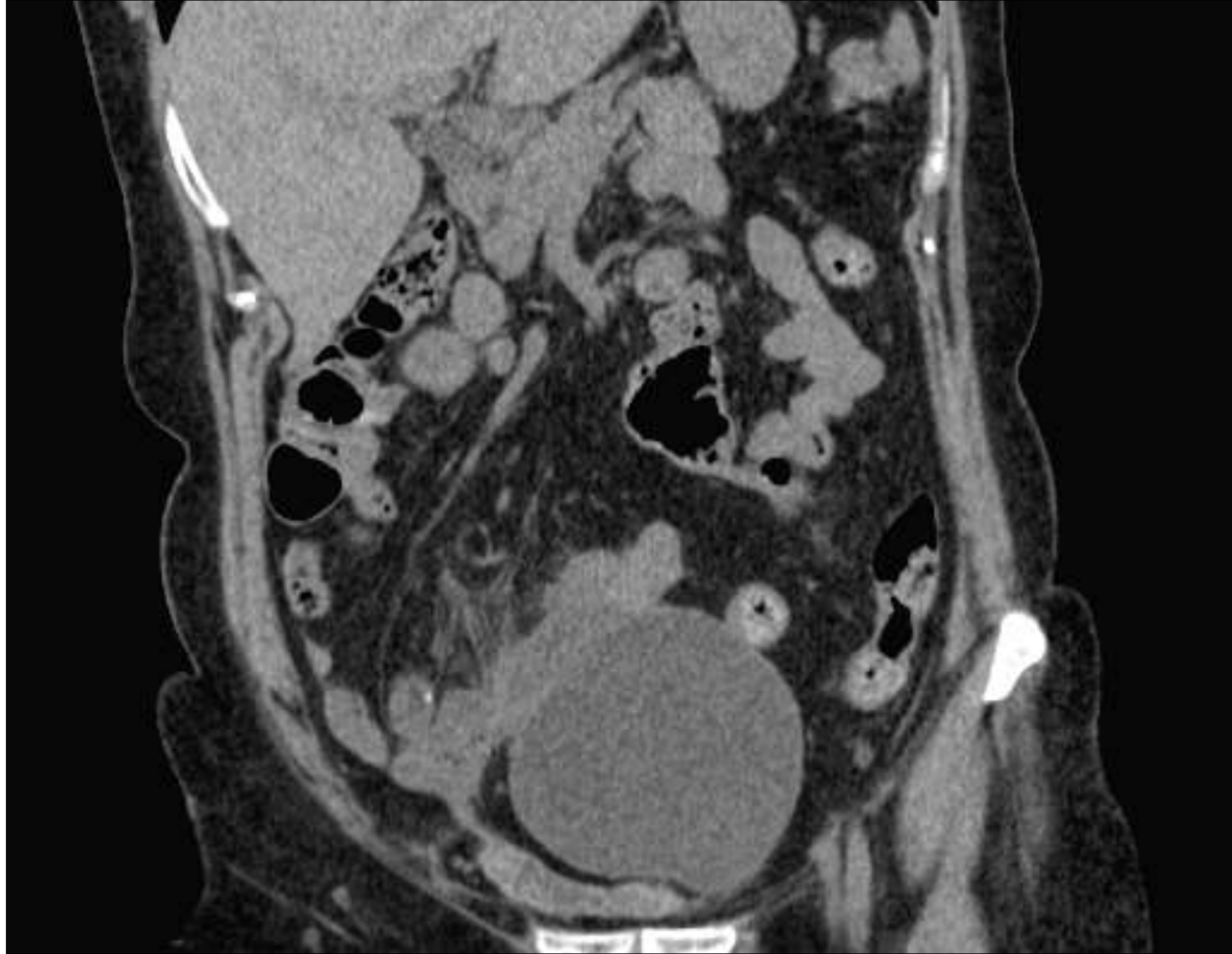


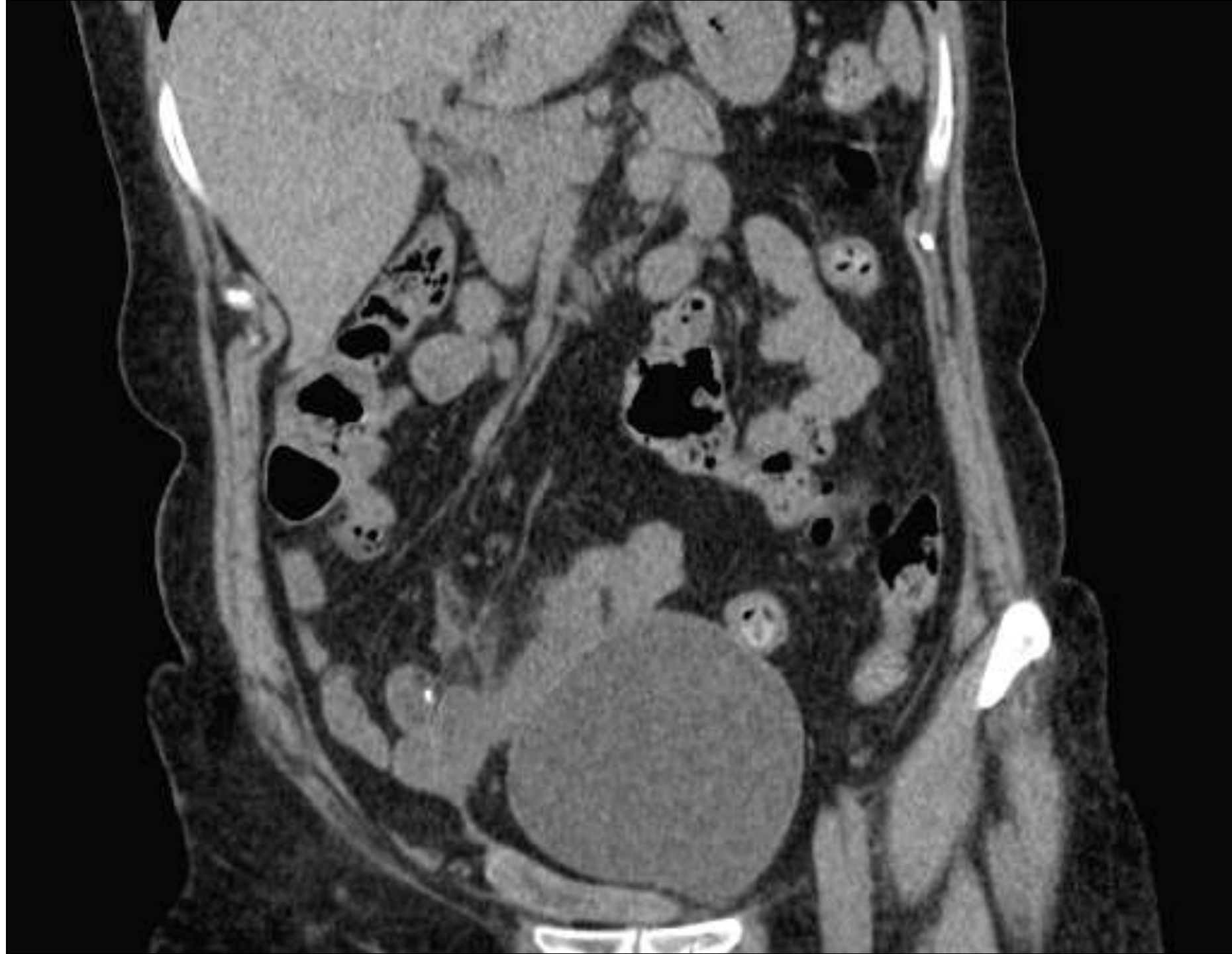




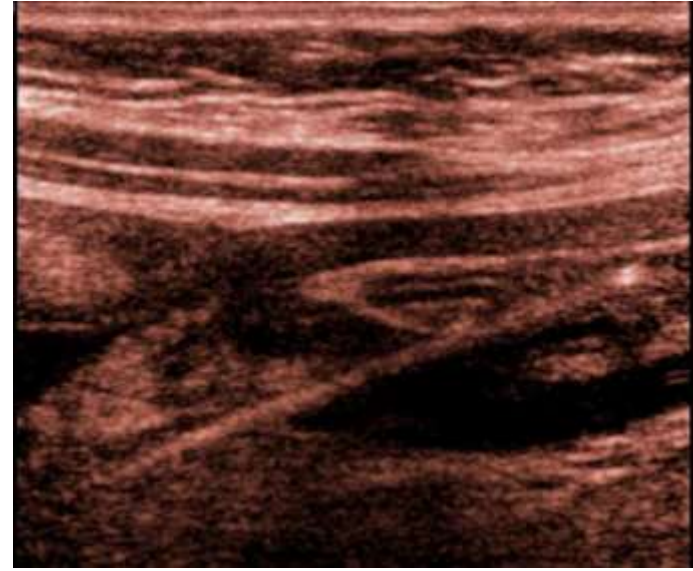
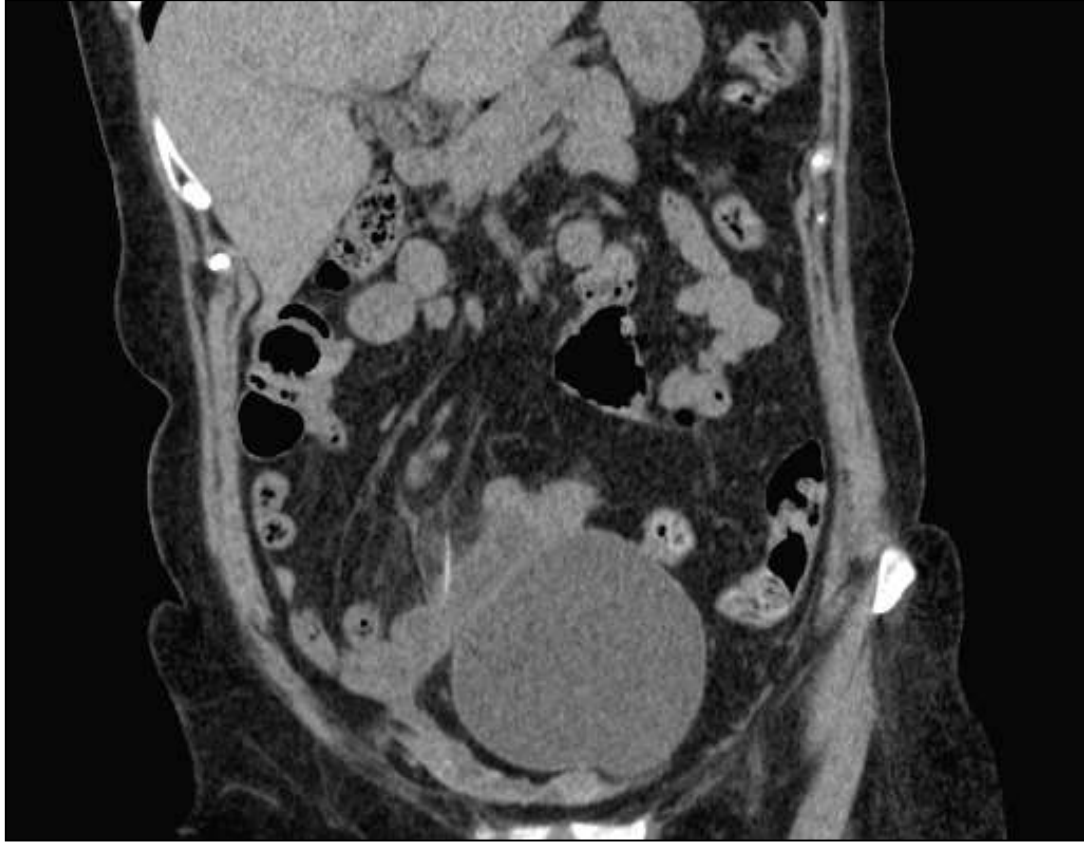












Cas 3

- Douleur hypogastrique brutale
- Altération de l'état général



L



L





L



L



L



L











L



L





L



L



L

















L



L



L













L















L



L









Greffe (double)
Collection hydro-aérique (volumineux) mésentère
Infiltration +++ mésentère
Épaississement paroi iléale

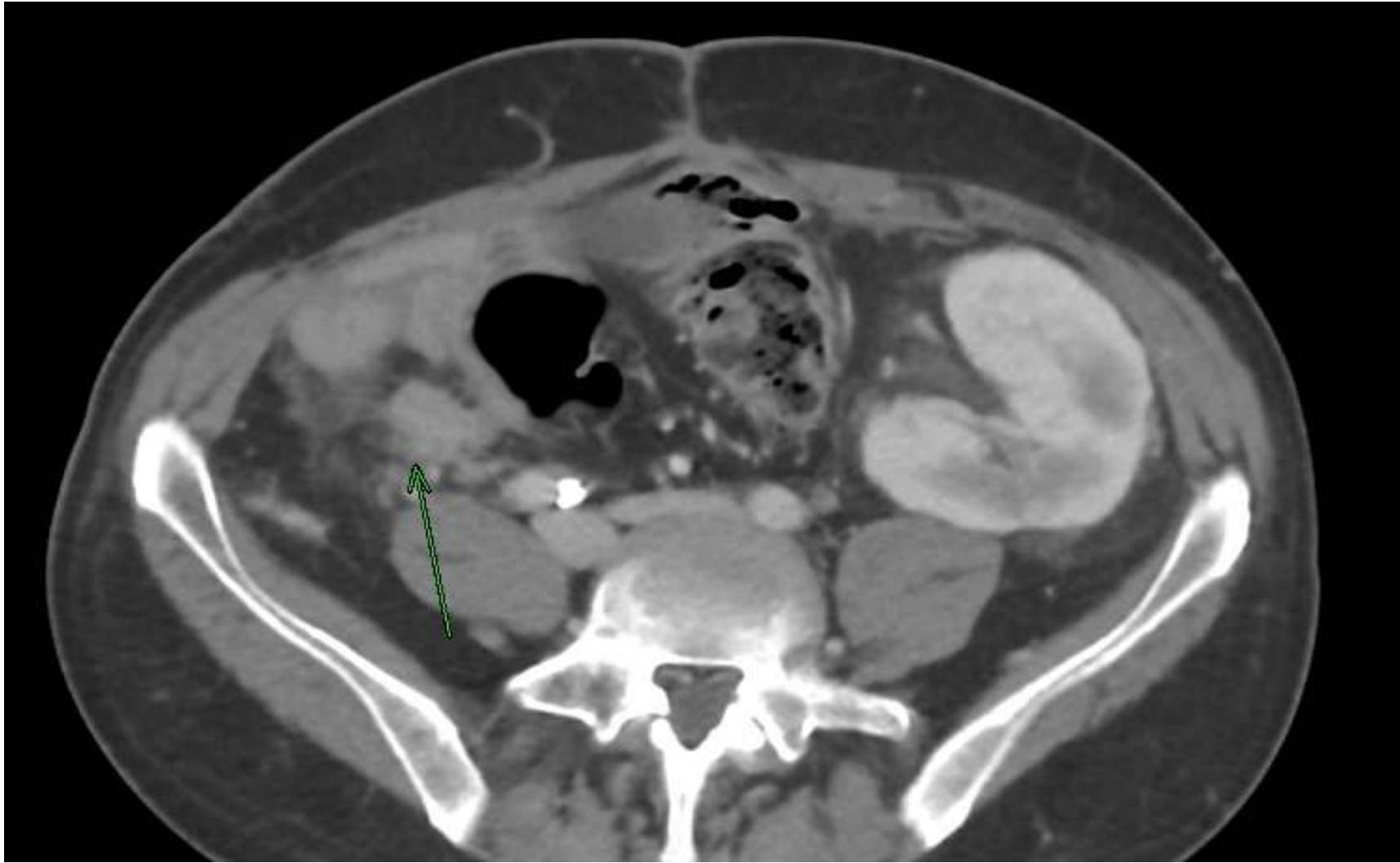




Greffe (double)
Collection hydro-aérique mésentère
Infiltration +++ mésentère
Epaississement paroi iléale

Lymphome digestif





1 an plus tard

Une pathologie relativement fréquente

- 1-3% des abdomen aigus
- Ubiquitaire
 - Œsophage : spontané =sd de Boerhaave, corps étranger, cancer
 - GD :
 - ulcère (AINS, cocaïne, ZE, Crohn)
 - cancer : adk, leiomyosarcome, lymphome
 - volvulus
 - diverticule Duodéal
 - IG : - ischémie, inflammatoire, infectieux, lymphome
diverticulite, vascularite, corps étranger
 - Appendicite (25%)
 - Colon :
 - diverticulite
 - cancer
 - Ischémie
 - colite stercorale
 - Rectum : CE et manoeuvre instrumentale

Une pathologie relativement fréquente

- 1-3% des abdomen aigus
- Ubiquitaire
 - Œsophage : spontané =sd de Boerhaave, corps étranger, cancer
 - GD :
 - **ulcère** (AINS, cocaïne, ZE, Crohn)
 - cancer : adk, leiomyosarcome, lymphome
 - volvulus
 - diverticule Duodéal
 - IG :
 - ischémie, inflammatoire, infectieux, lymphome
 - diverticulite, vascularite, corps étranger
 - Appendicite (25%)
 - Colon :
 - diverticulite
 - cancer
 - Ischémie
 - colite stercorale
 - Rectum : CE et manoeuvre instrumentale

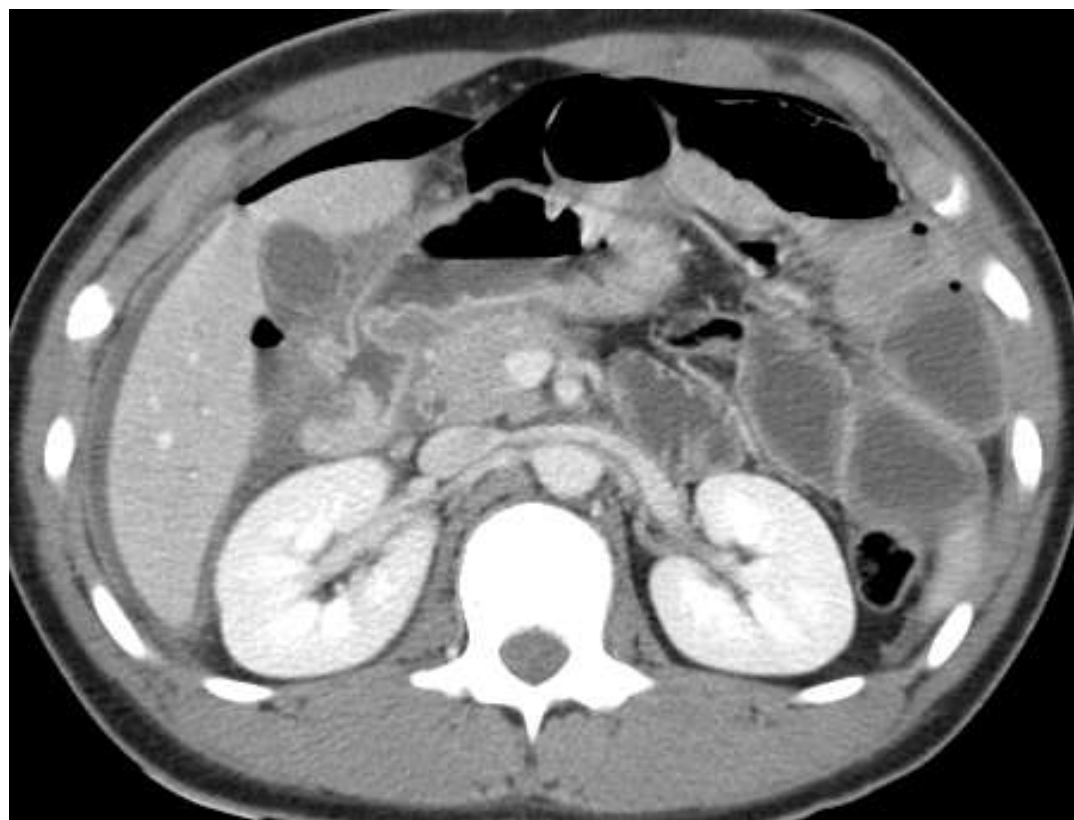
Arguments diagnostiques pour les perforations d'UGD

- Visualisation directe de l'ulcère
- Signes indirects :
 - épanchement interduodéno-pancréatique
 - épaissement de la paroi G-D + infiltration de la graisse duodéno-pancréatique
 - pneumopéritoine abondant











Signes directs perforations UGD

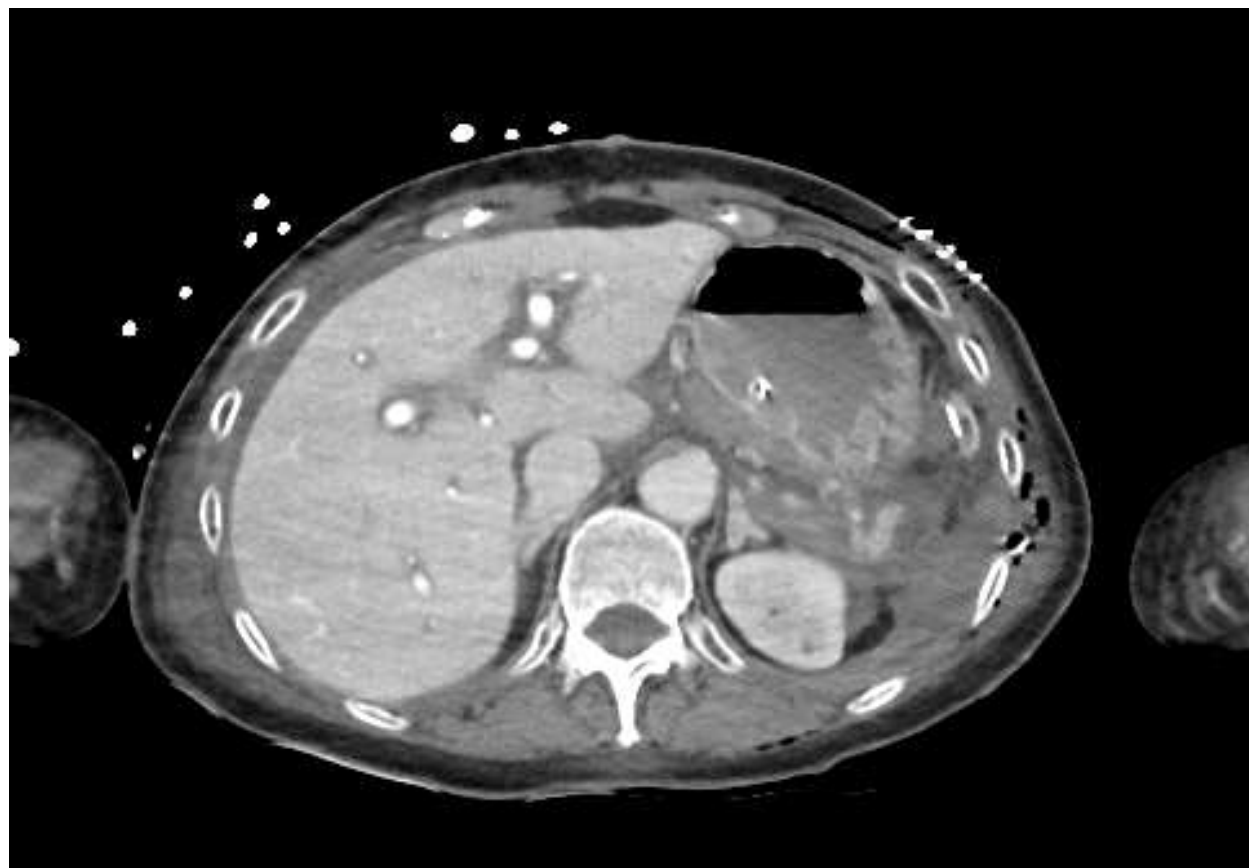
- Visualisation directe de l'ulcère chez 35% des patients en coupes de 5 mm d'épaisseur
- Apport des coupes fines 15%
- Apport des reconstructions pour les perforations face supérieure et face inférieure 10%

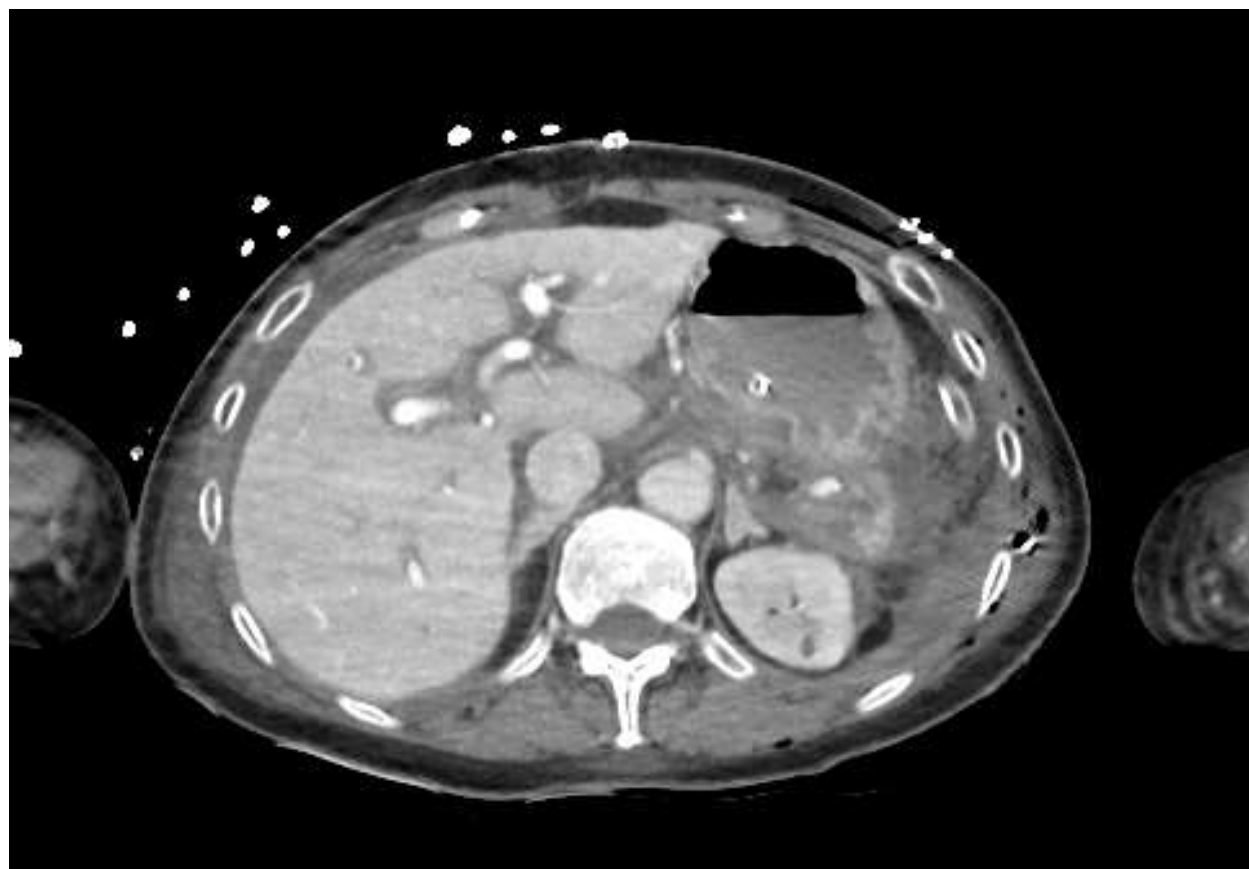
Cas 4

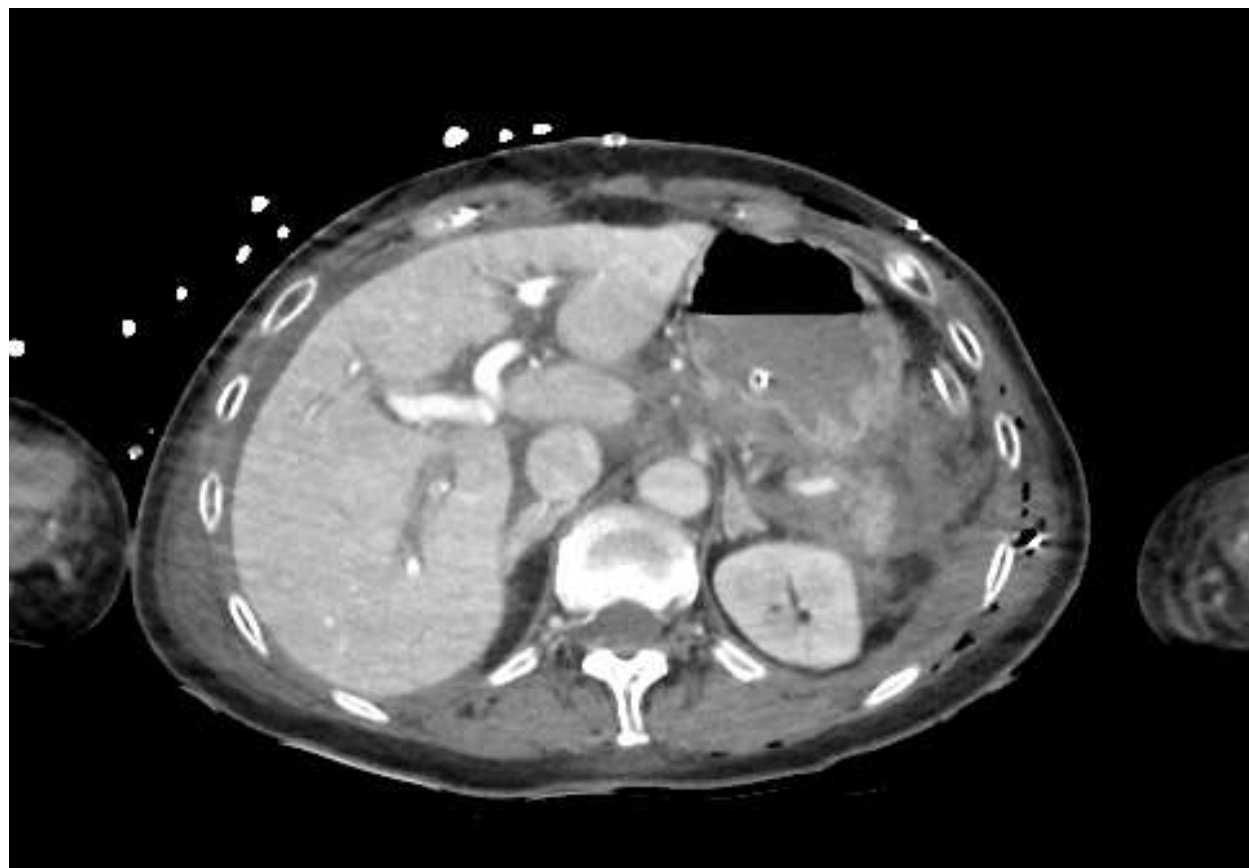
- Douleur abdominale et état de choc
- Le radiologue de garde dans un hôpital périphérique ne veut pas faire de scanner

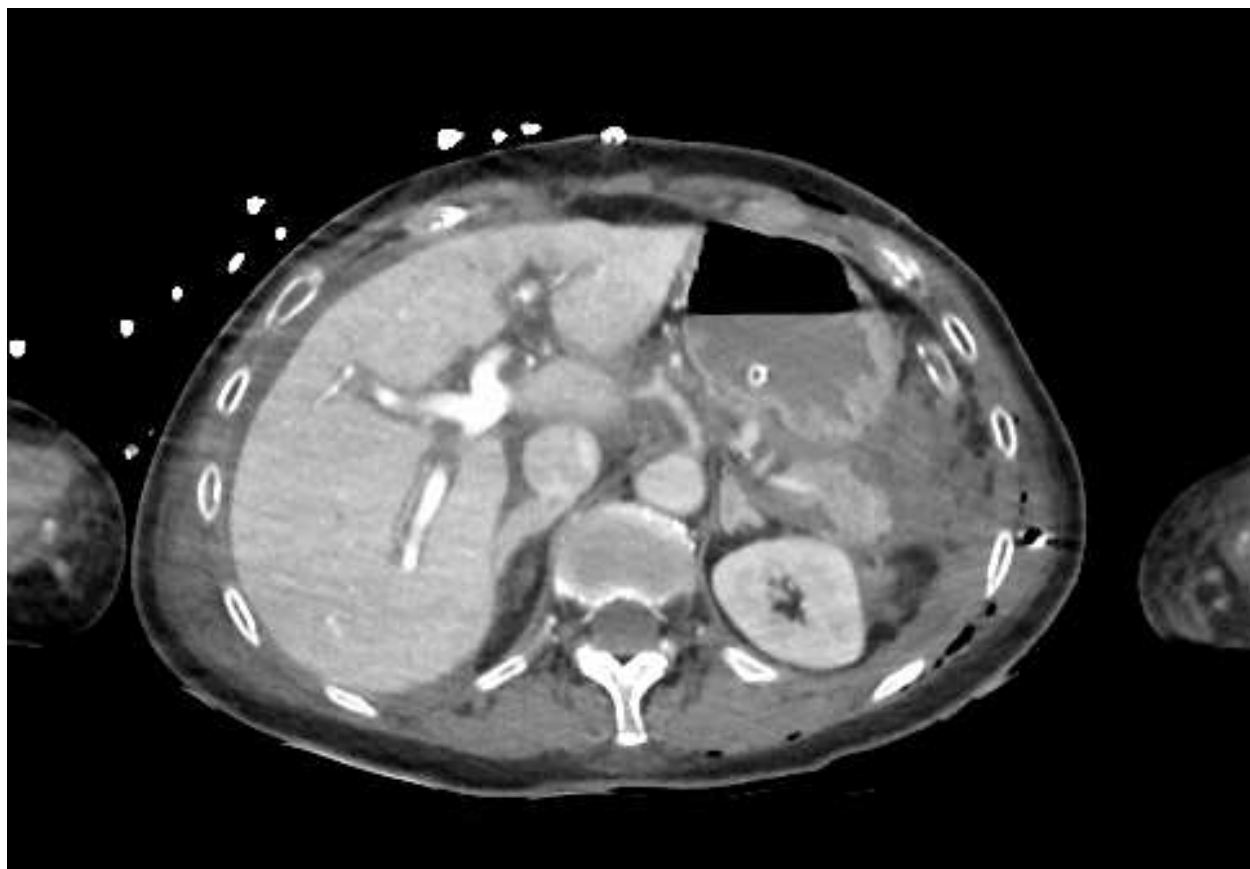


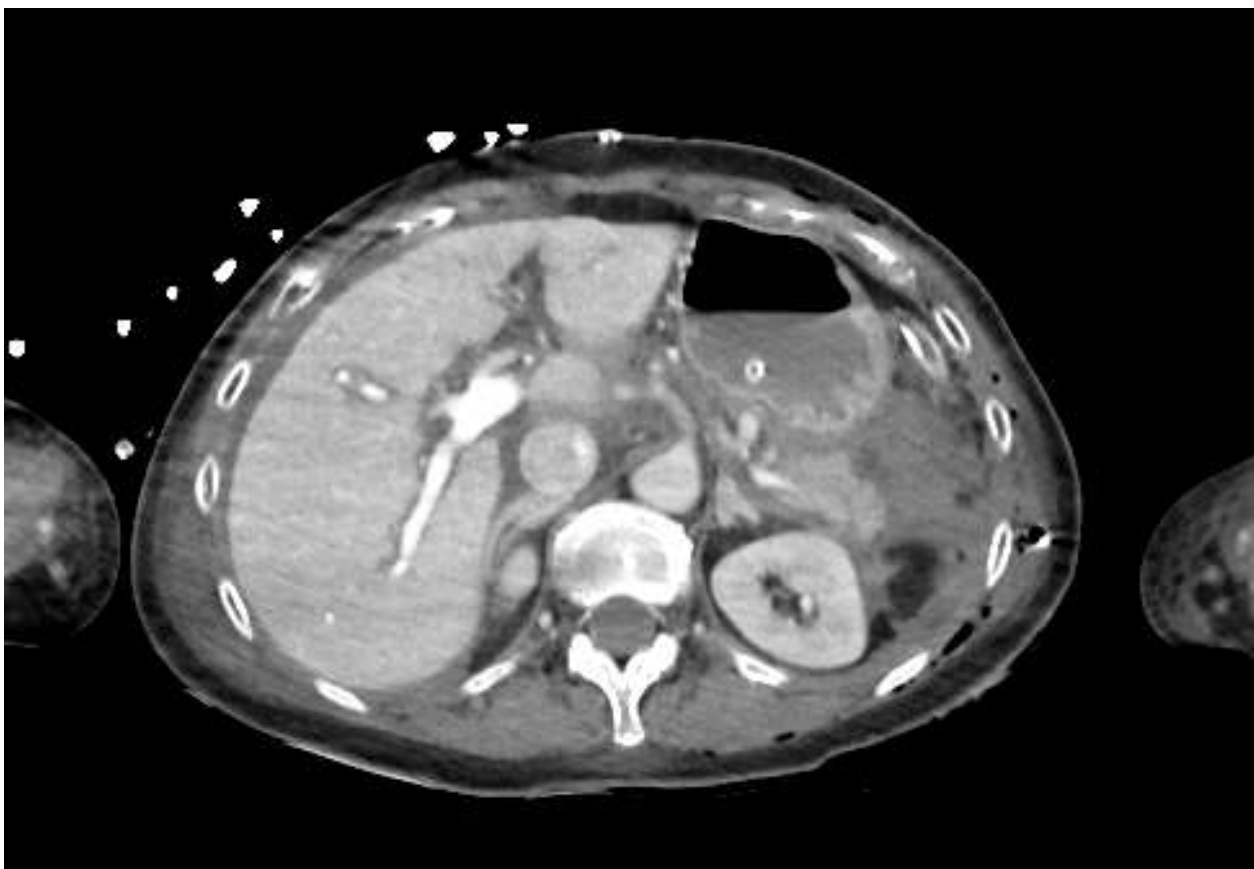
- Rupture d'un anévrisme de l'artère splénique
- Ligature de l'artère splénique
- J2 post-op : troubles hémodynamiques

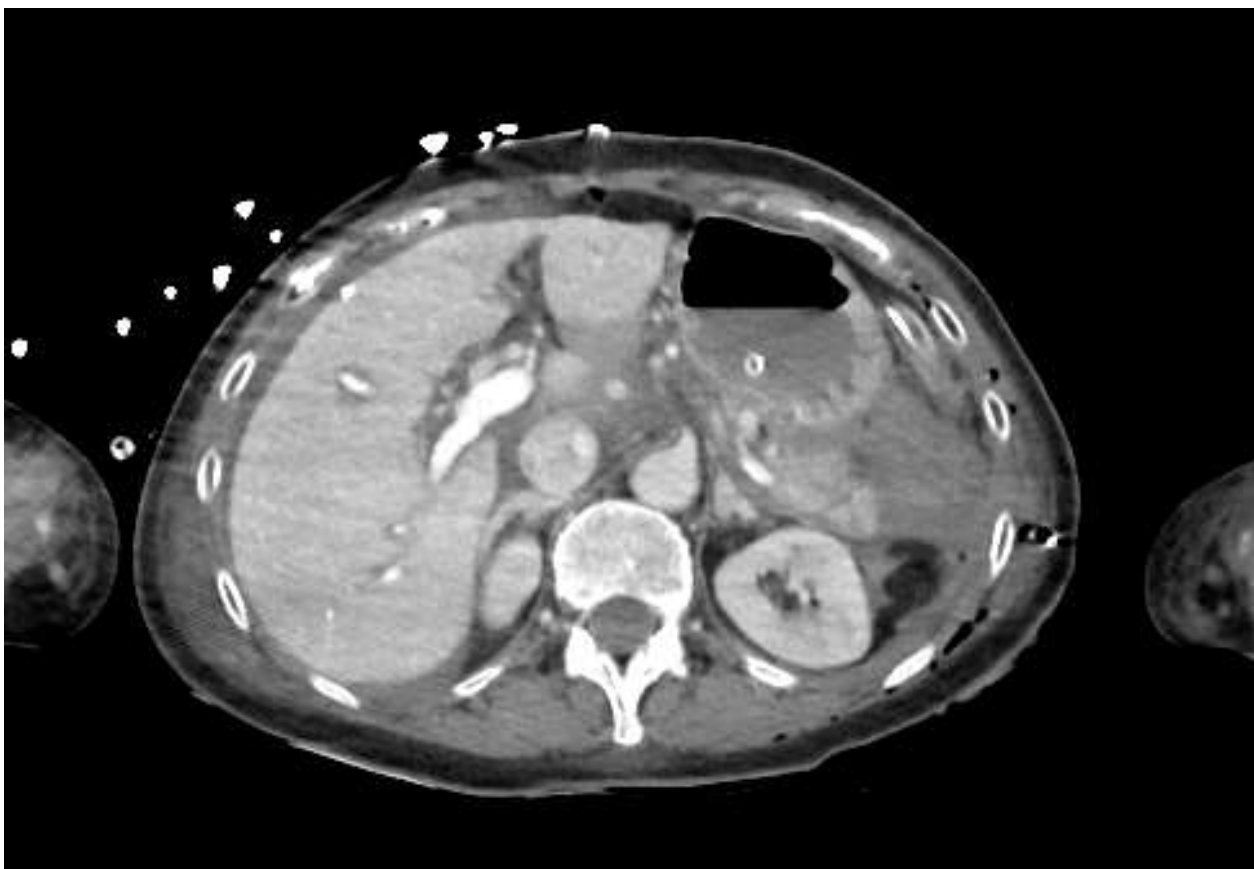


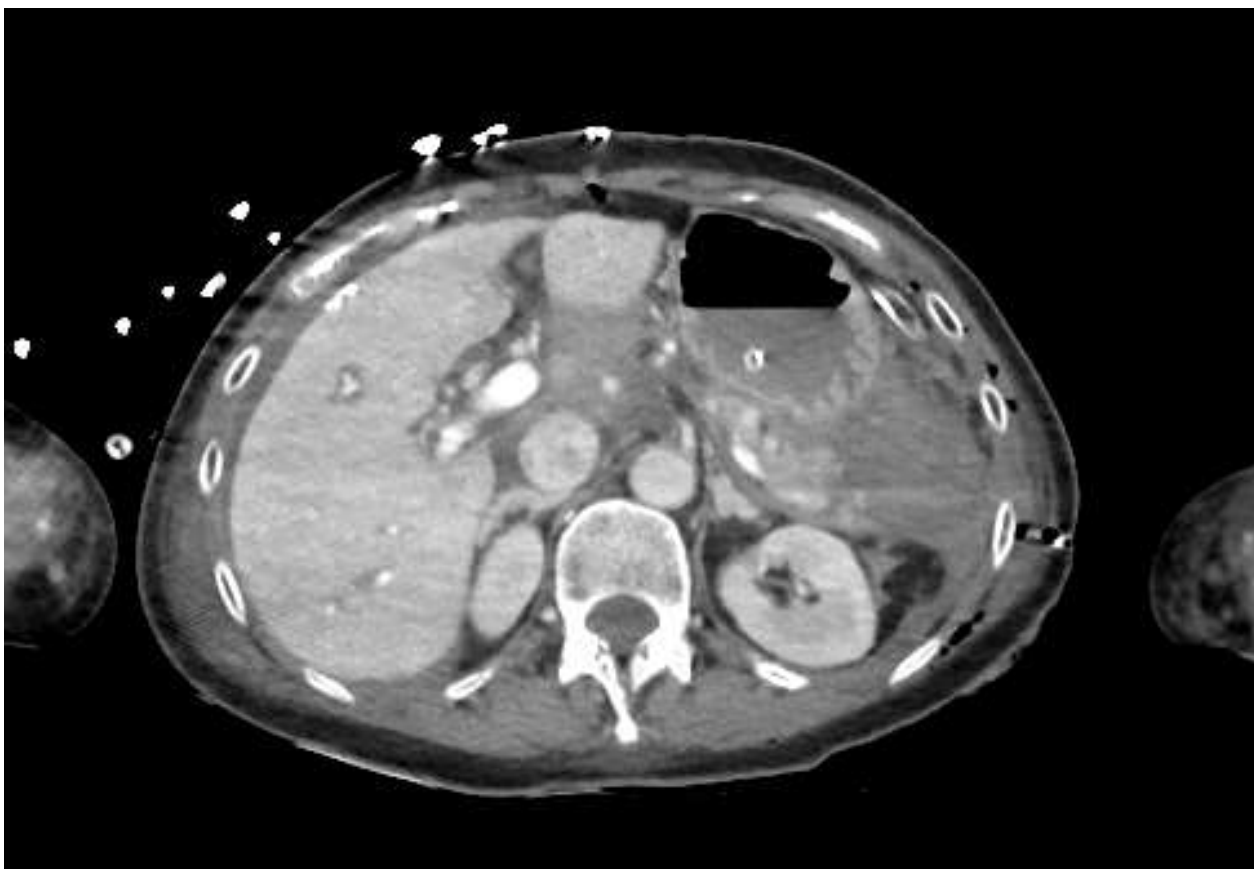


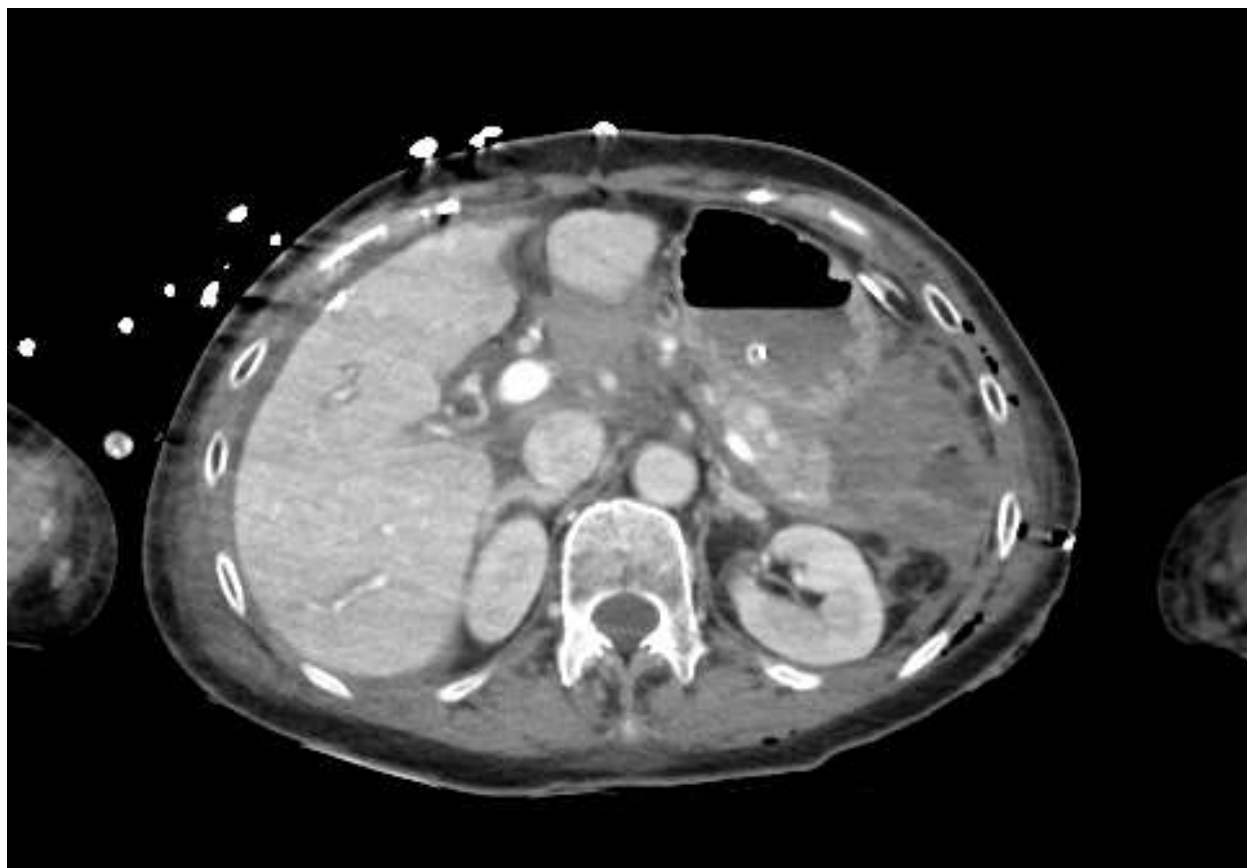


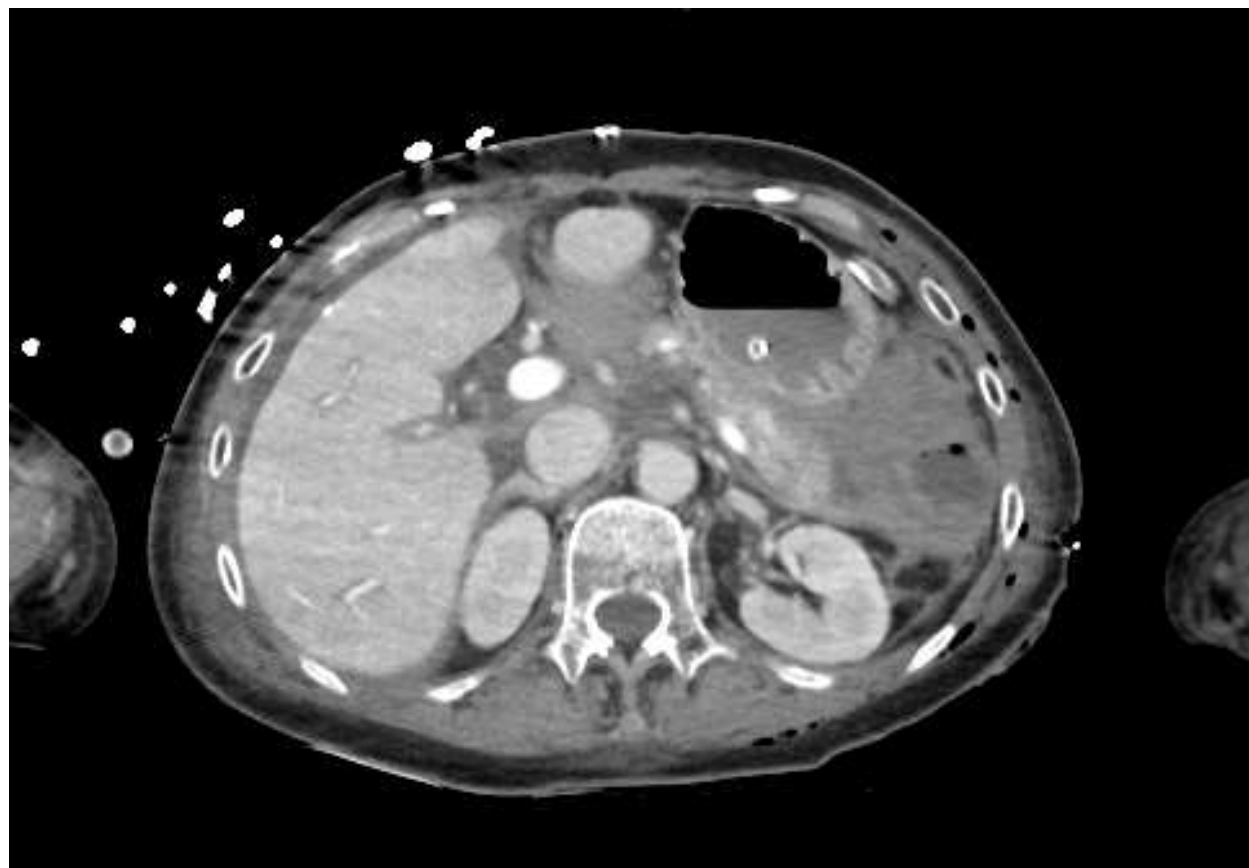


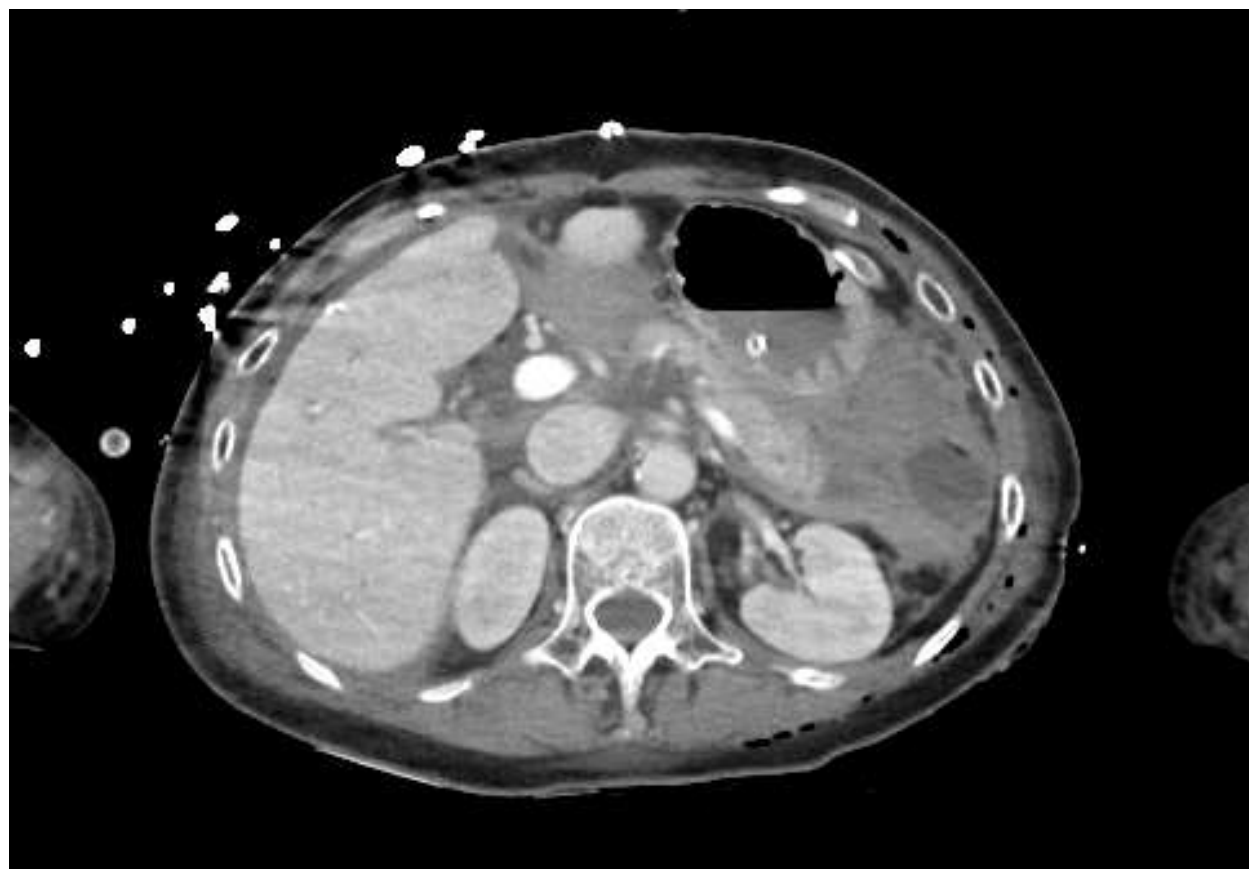


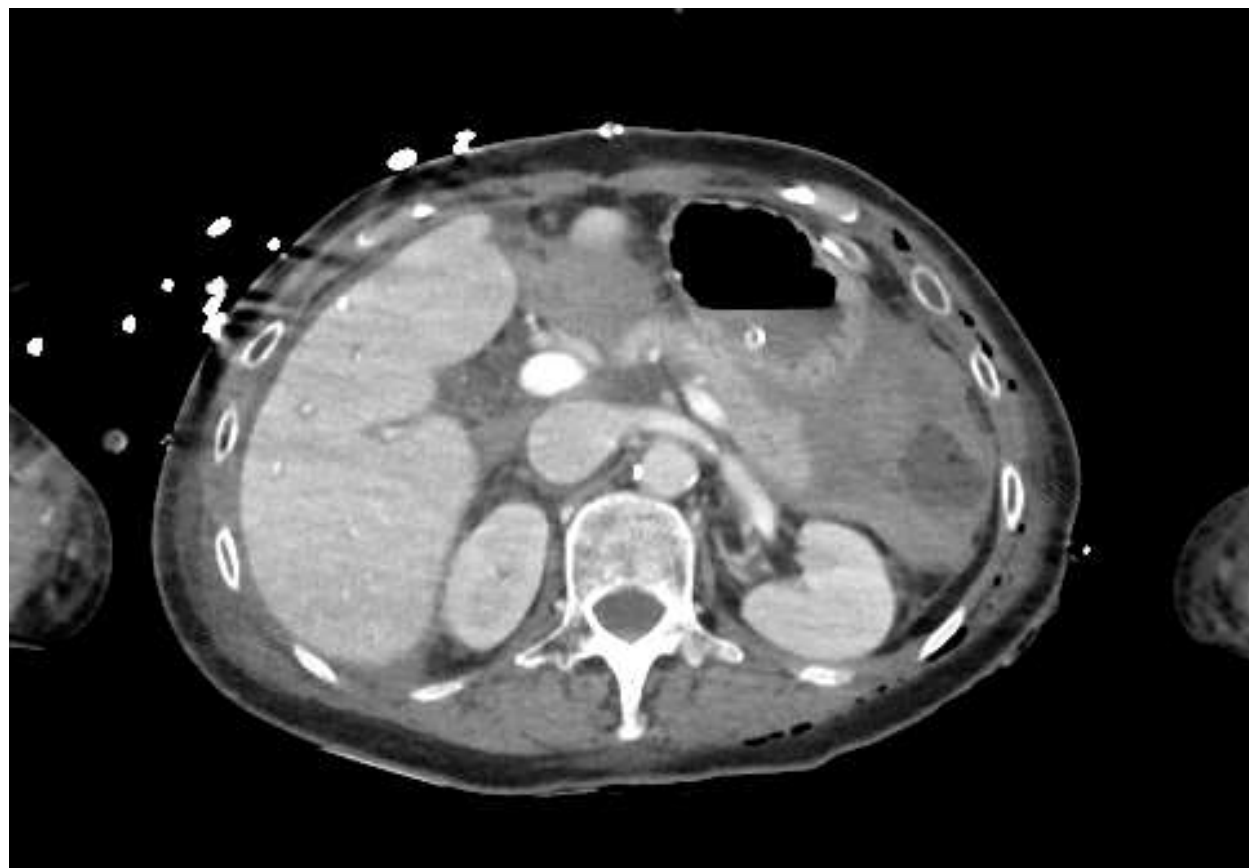


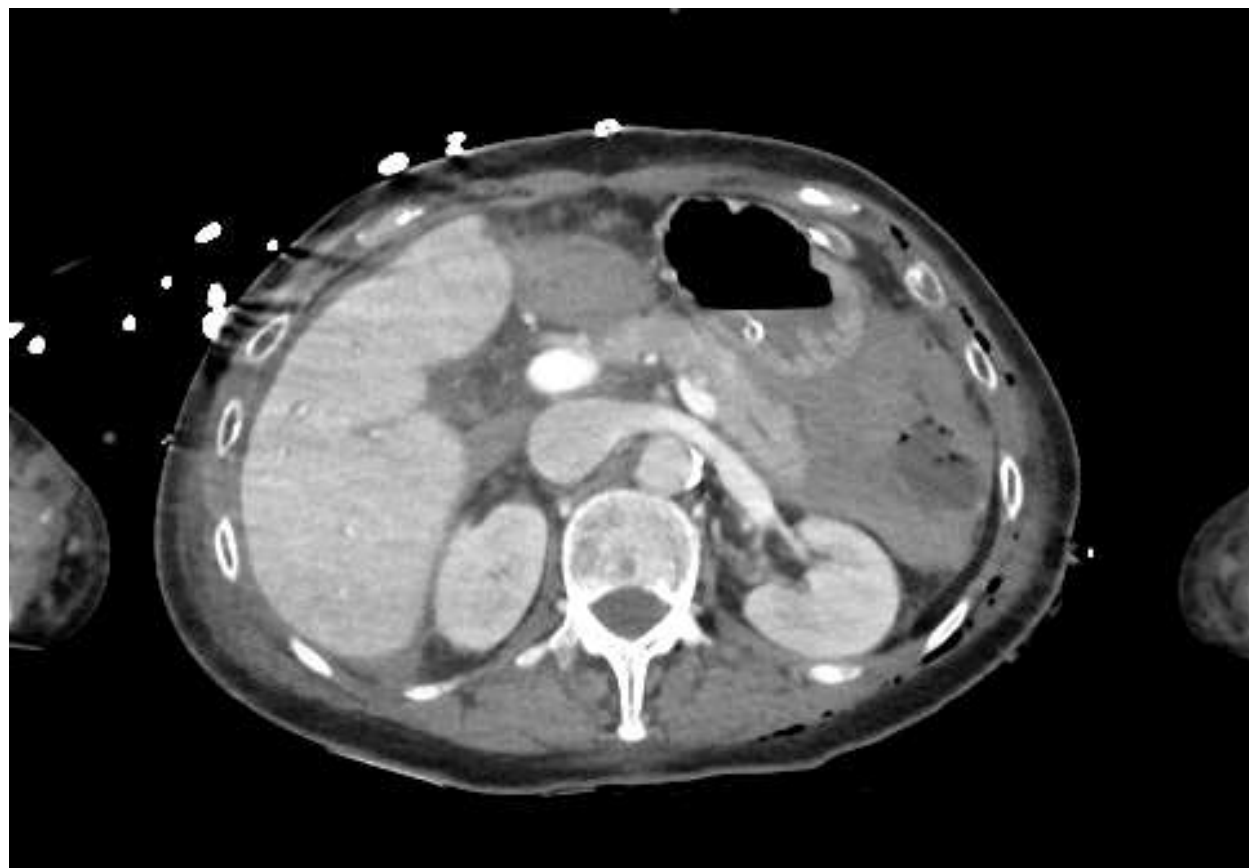


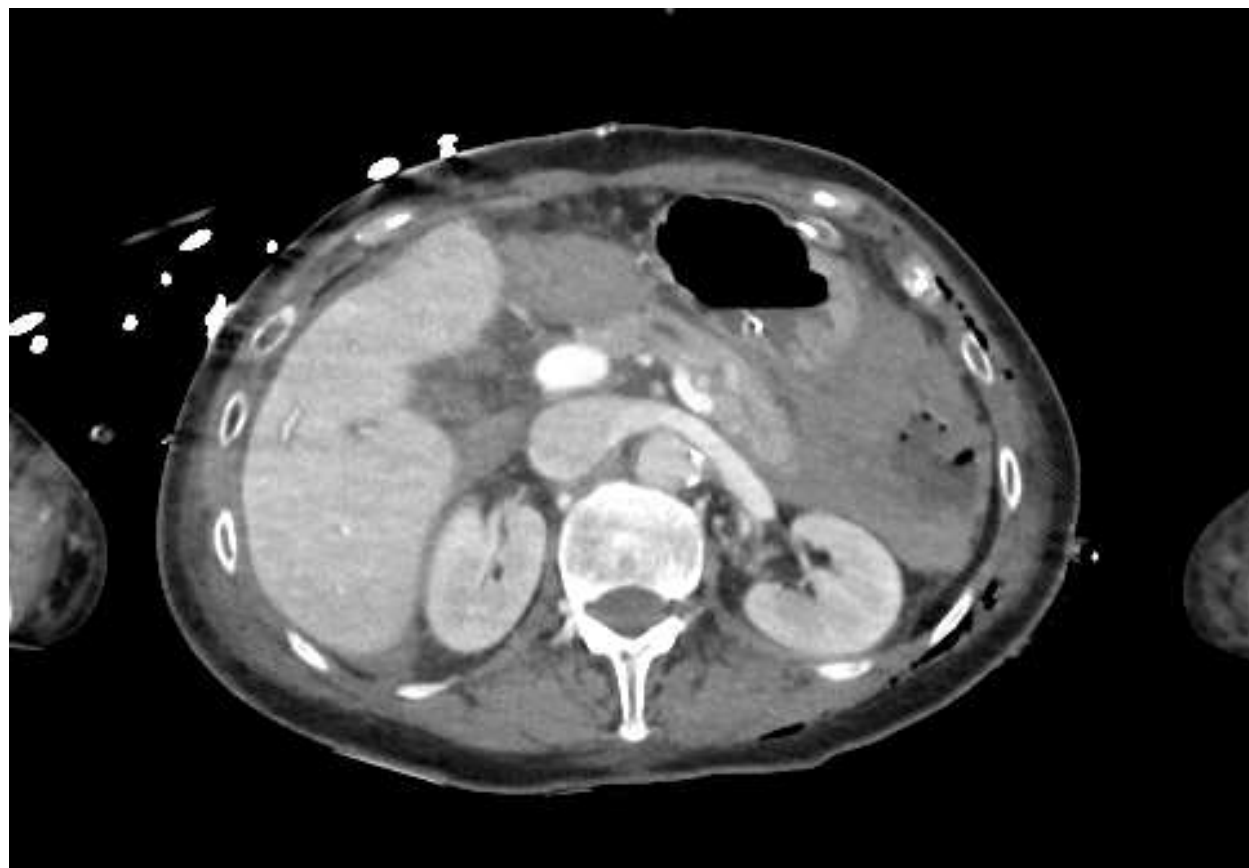


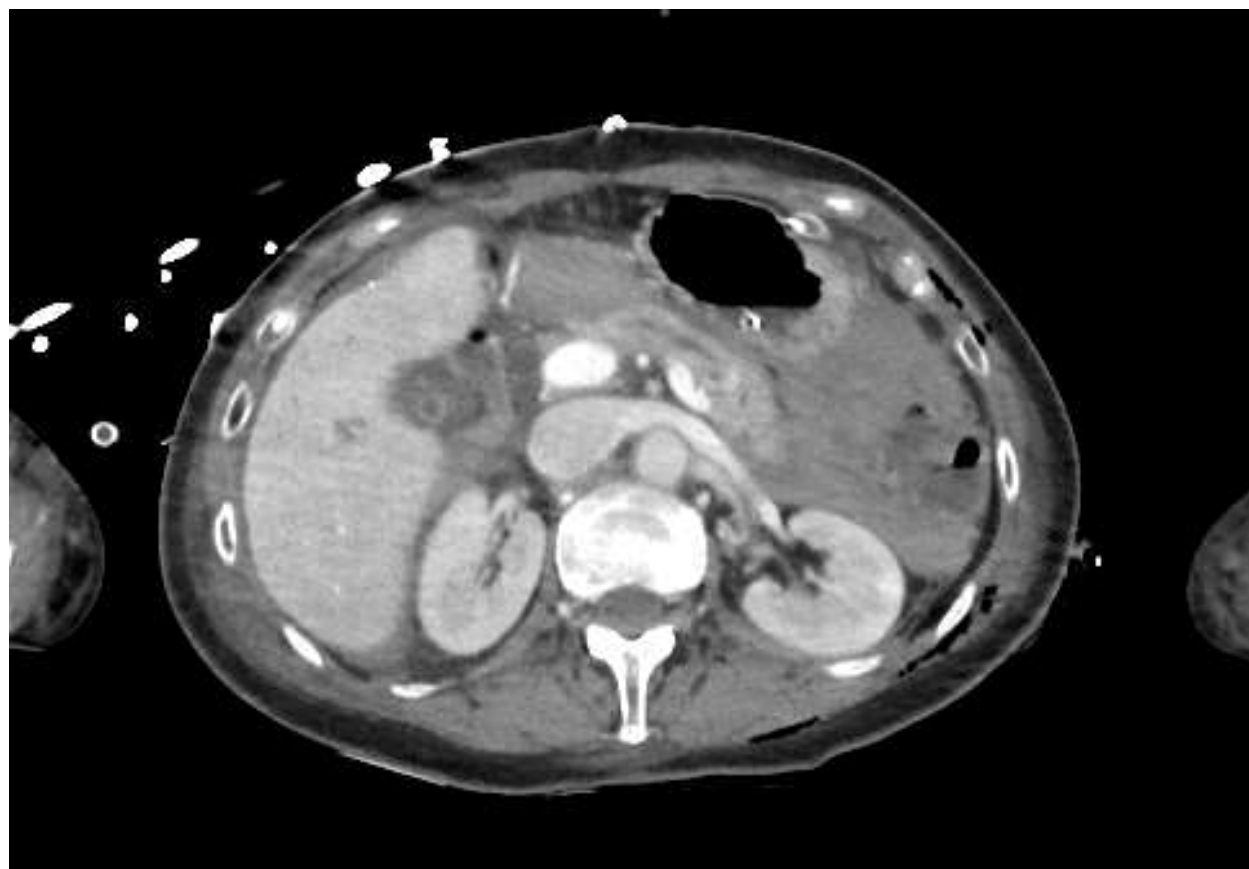


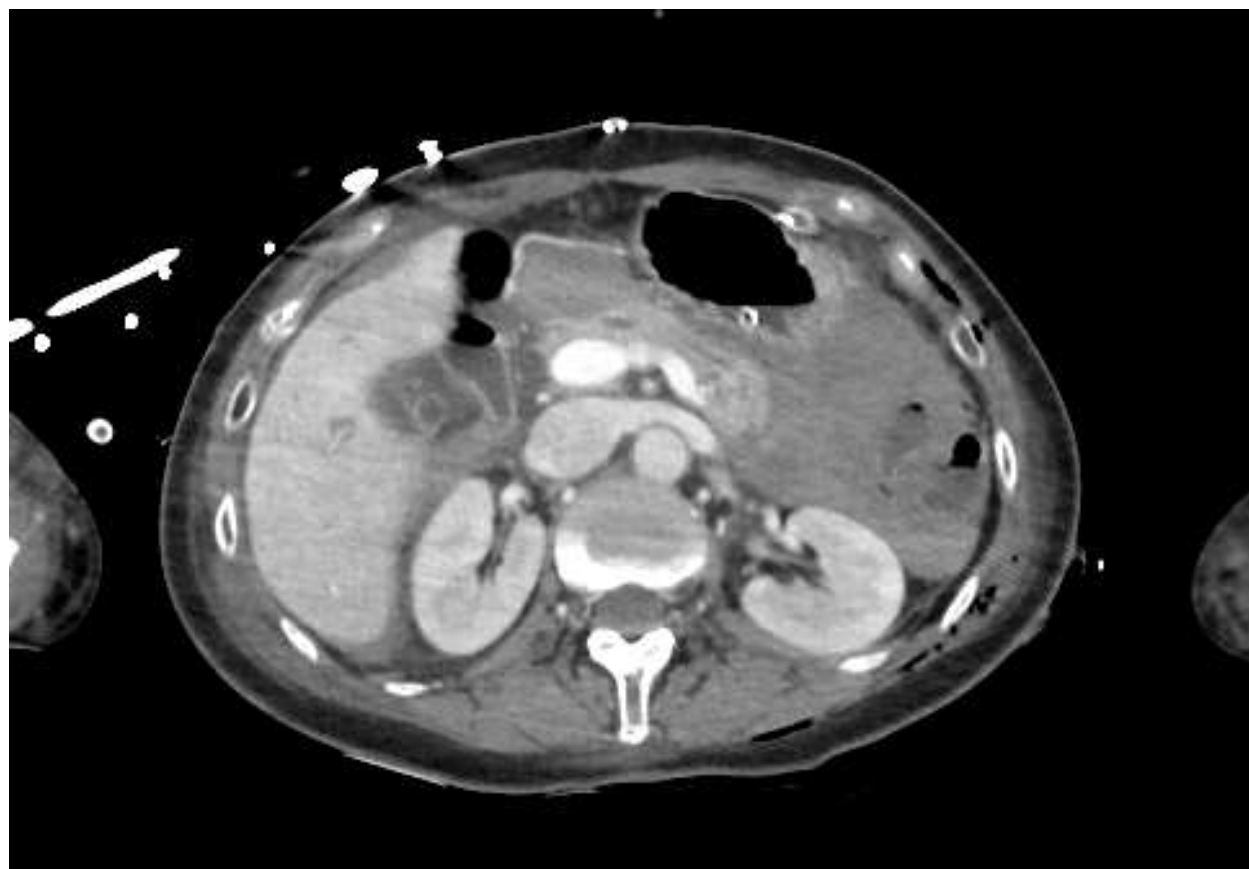


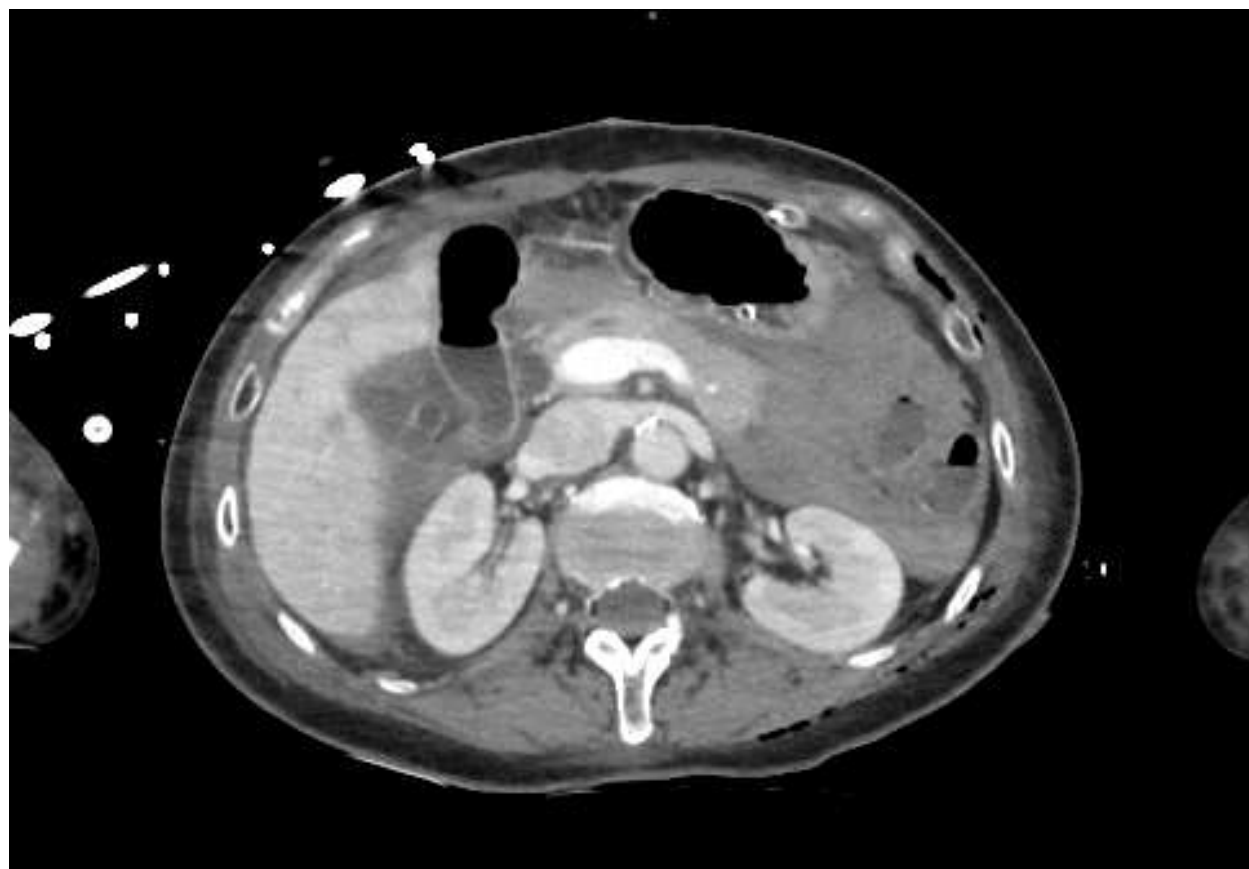




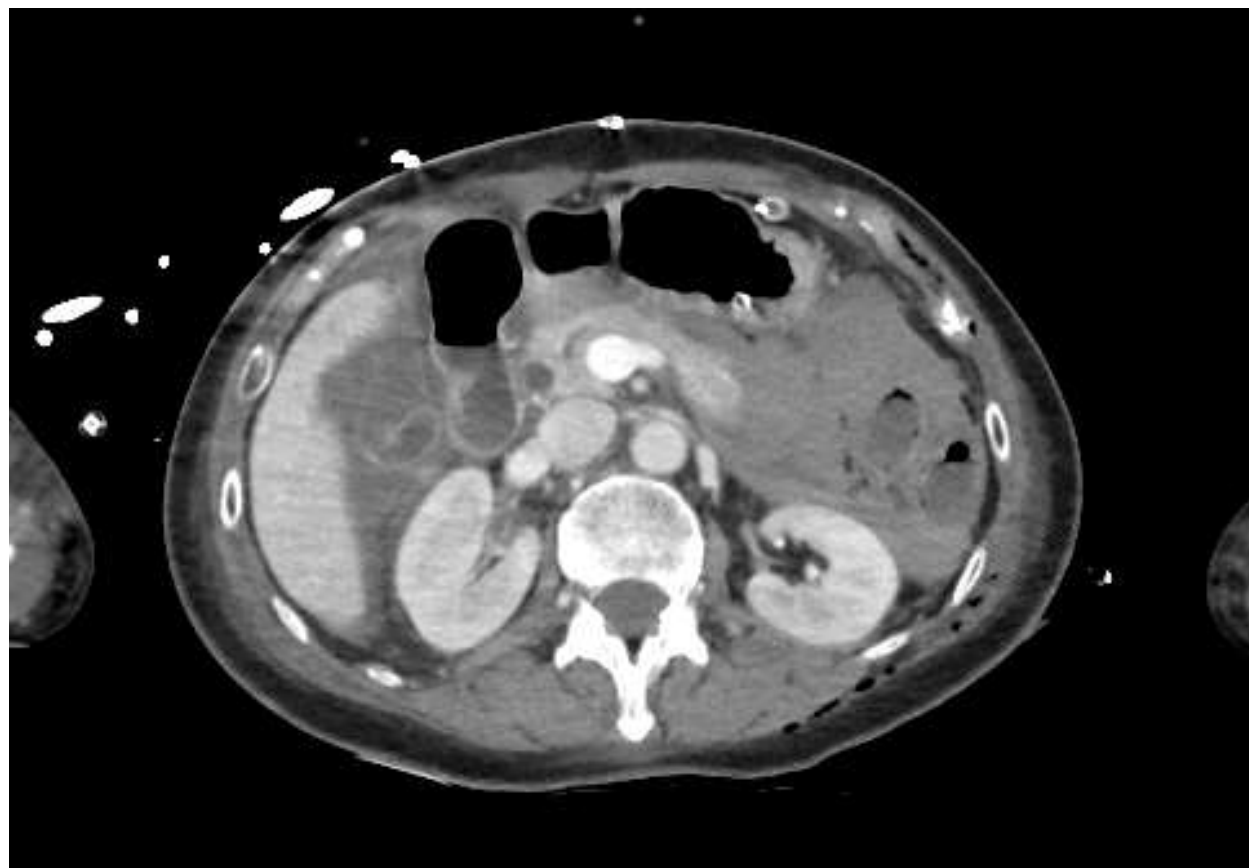


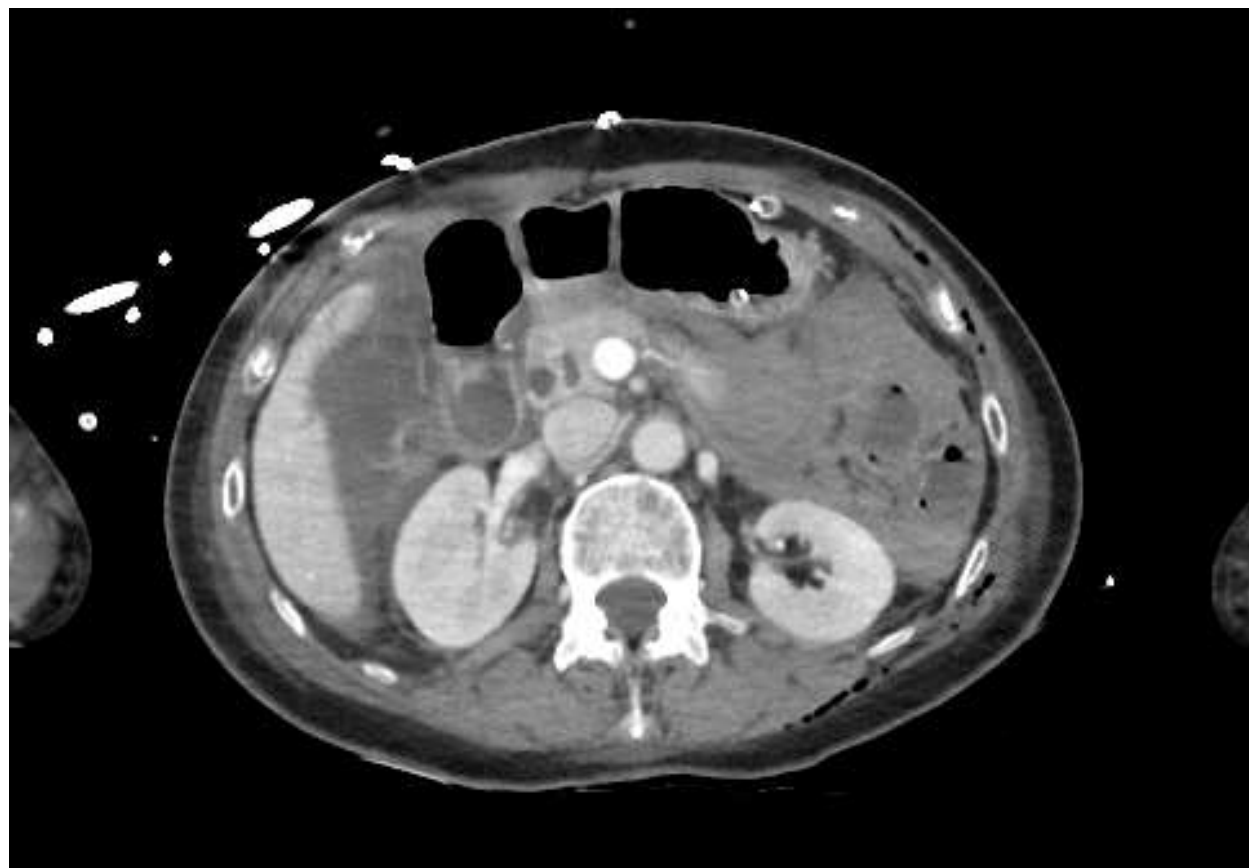




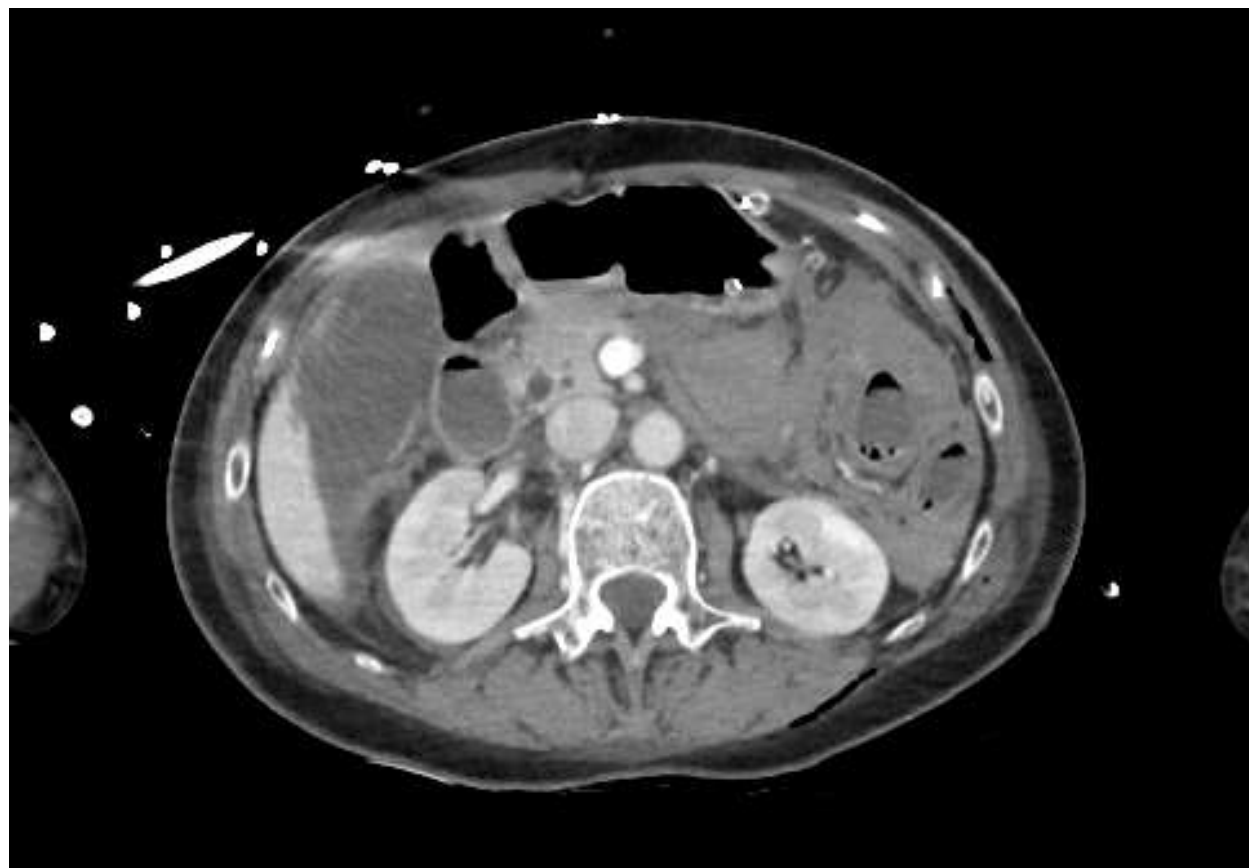






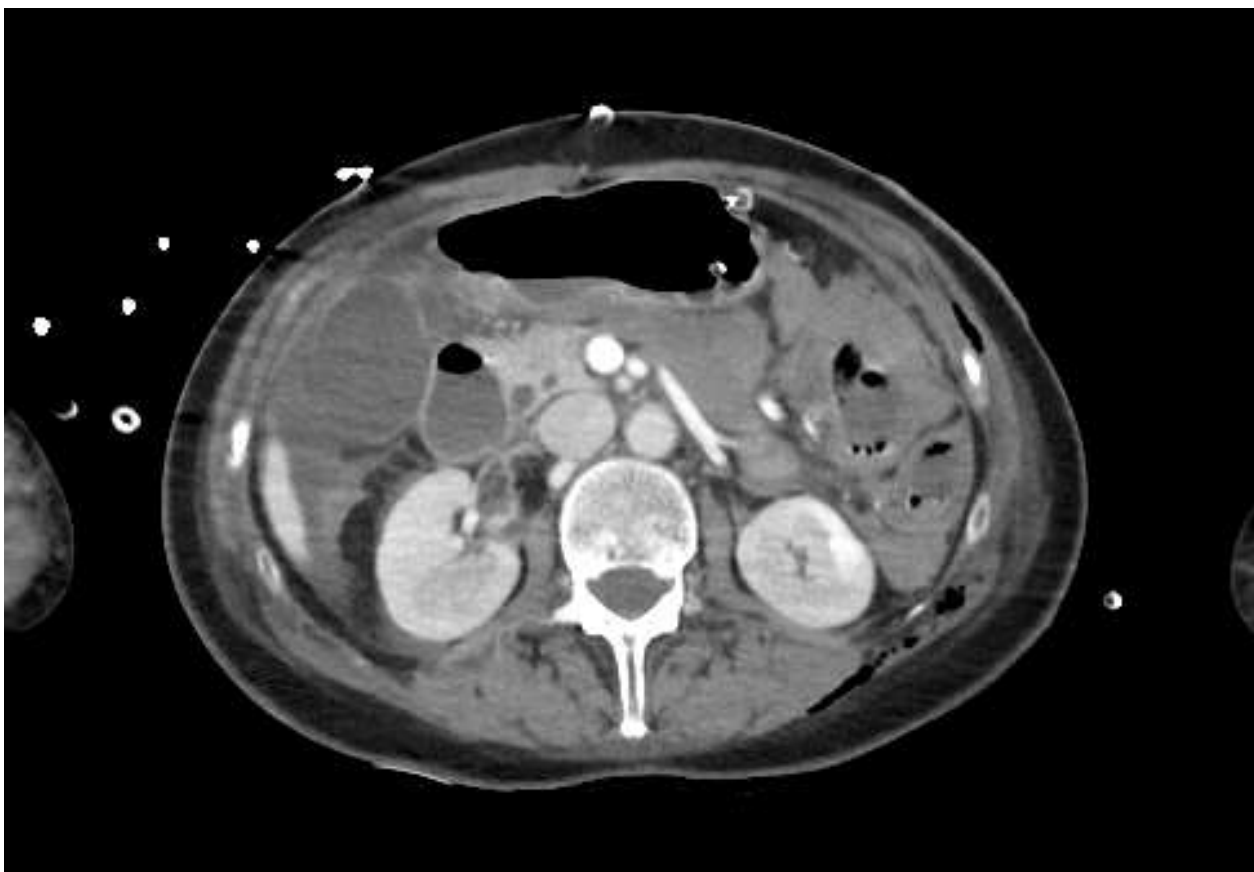




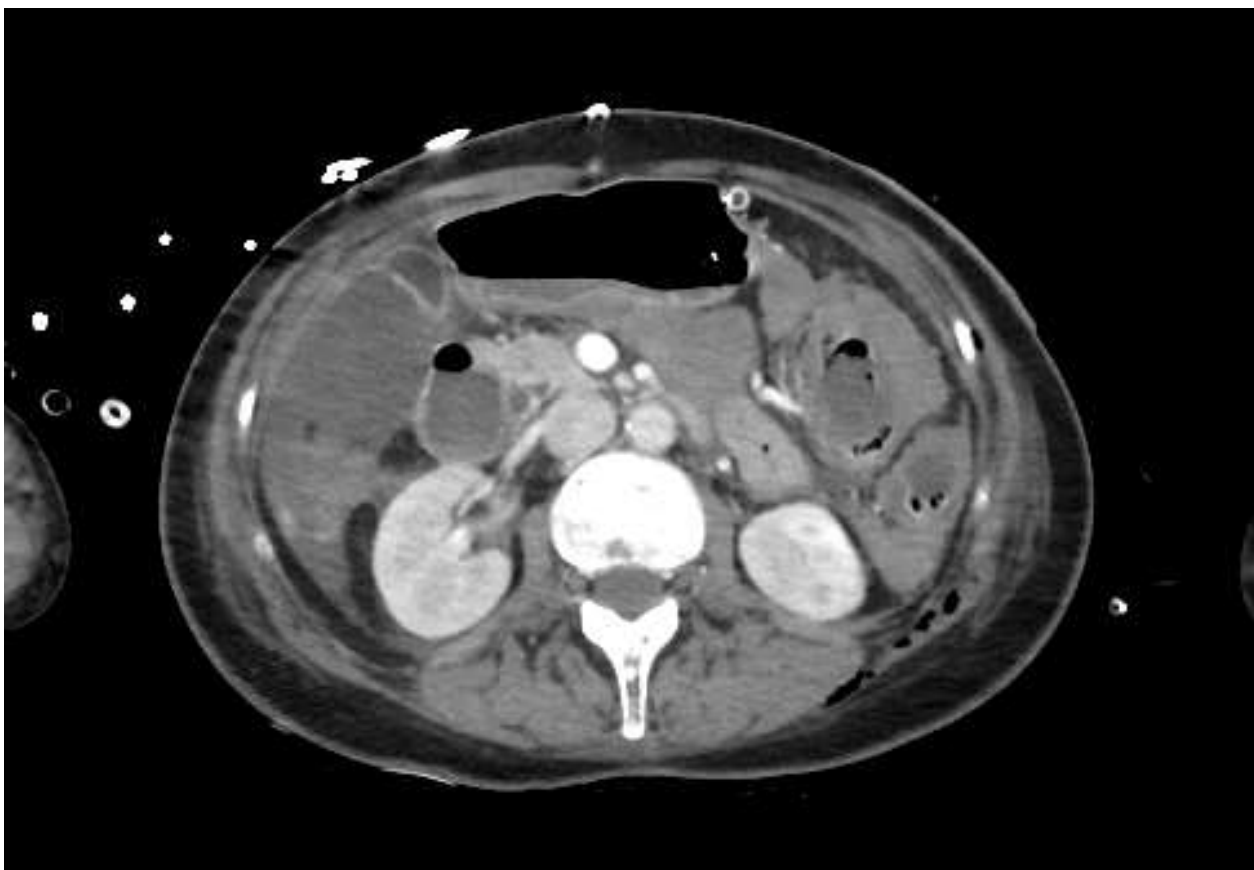


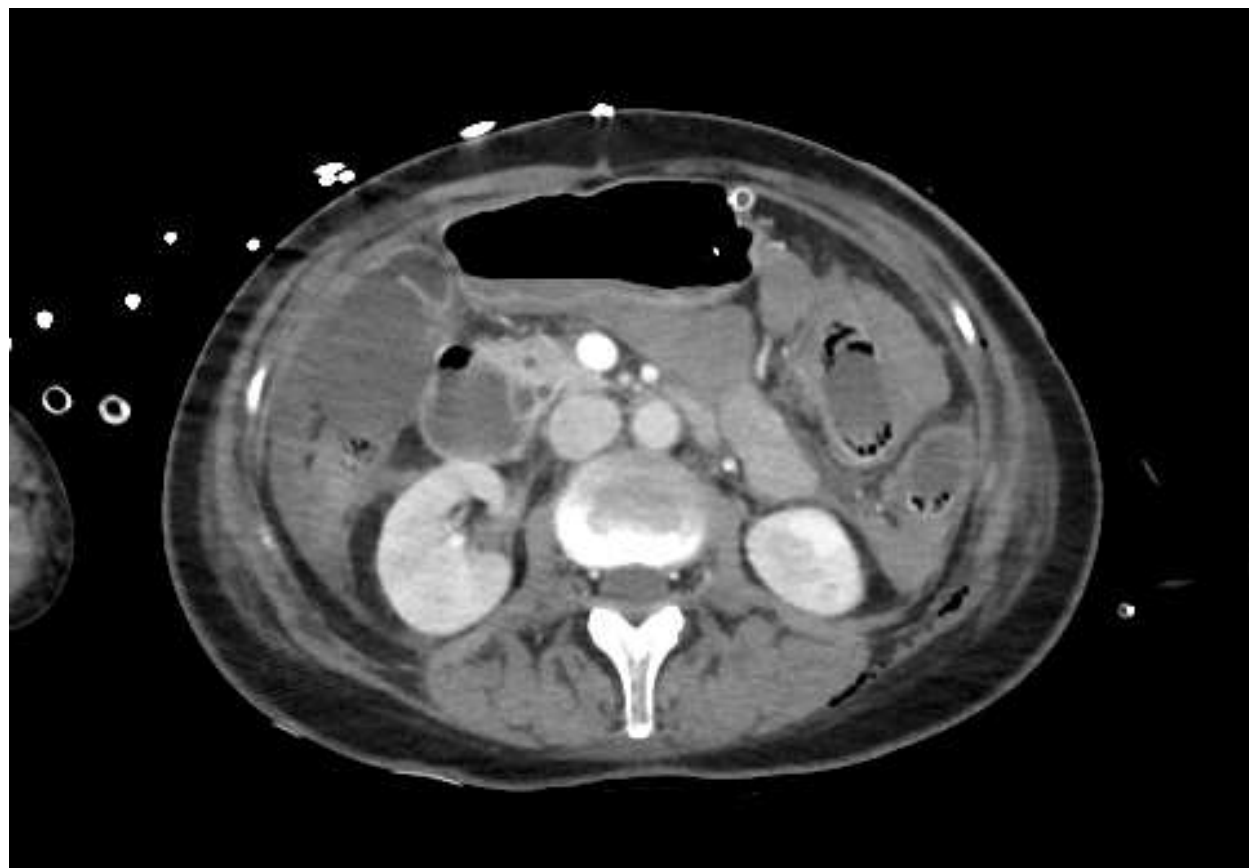


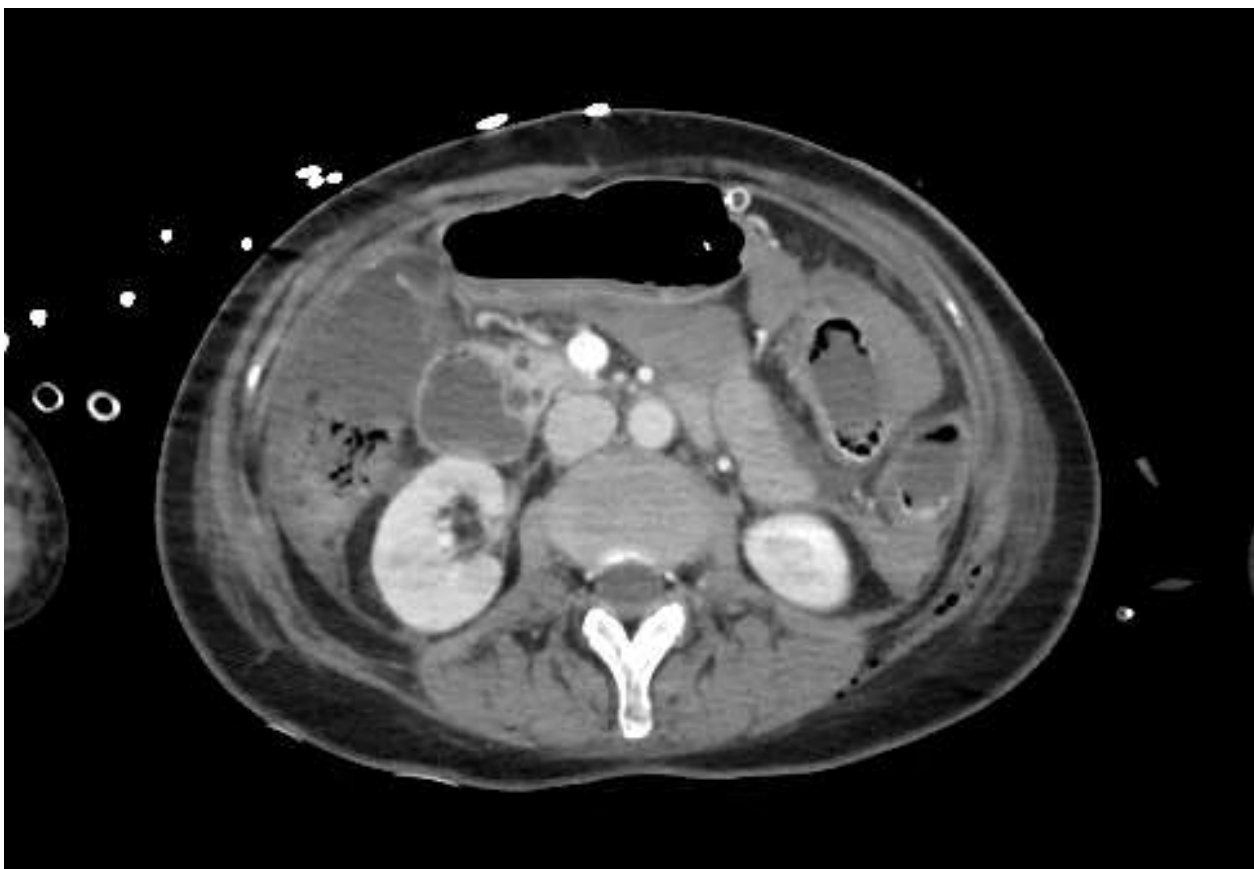


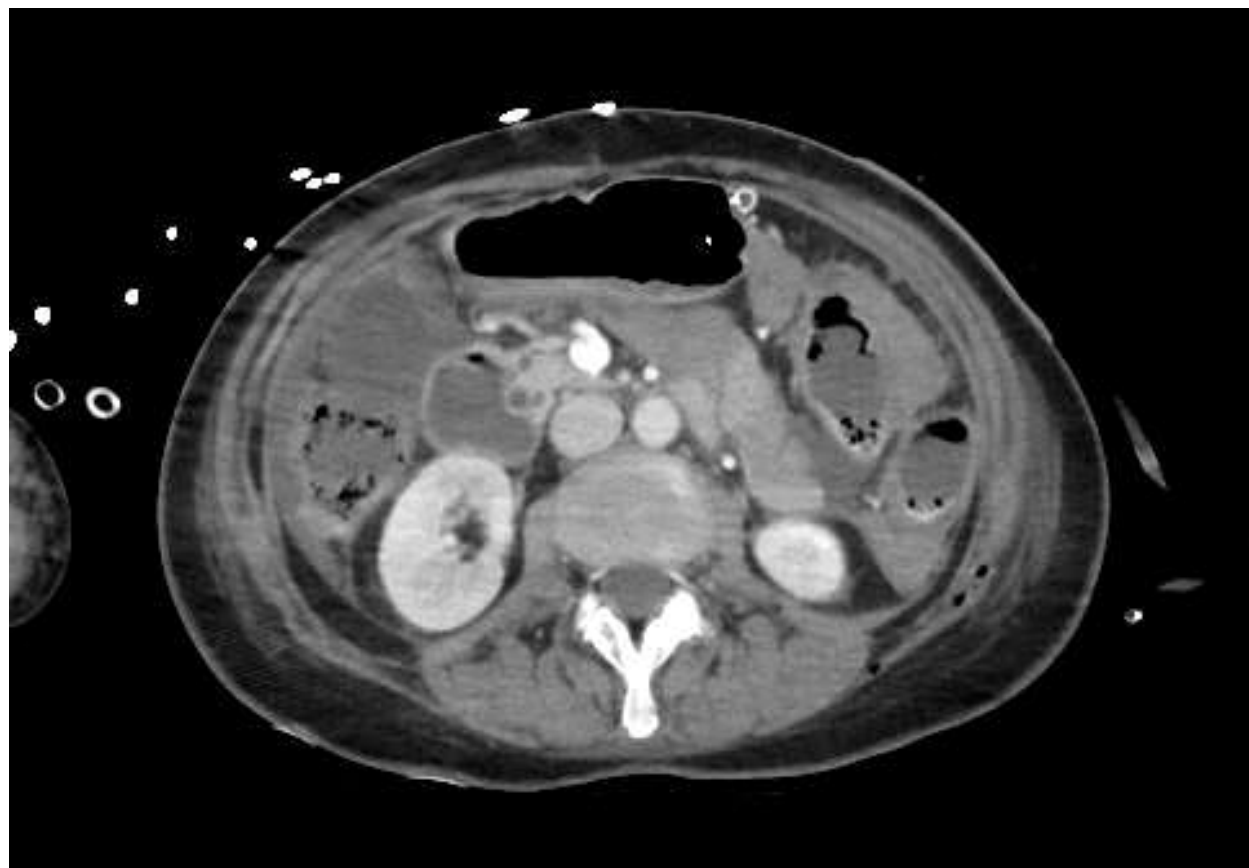














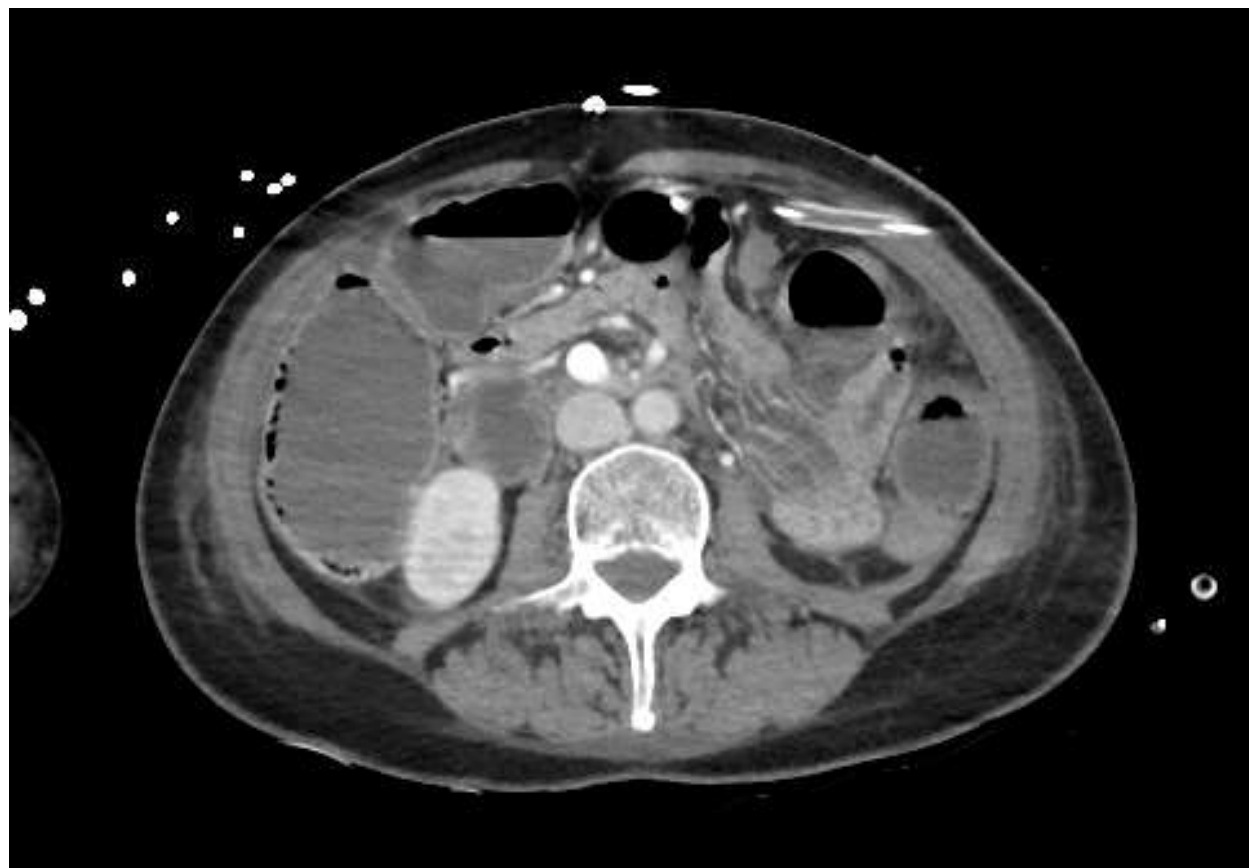


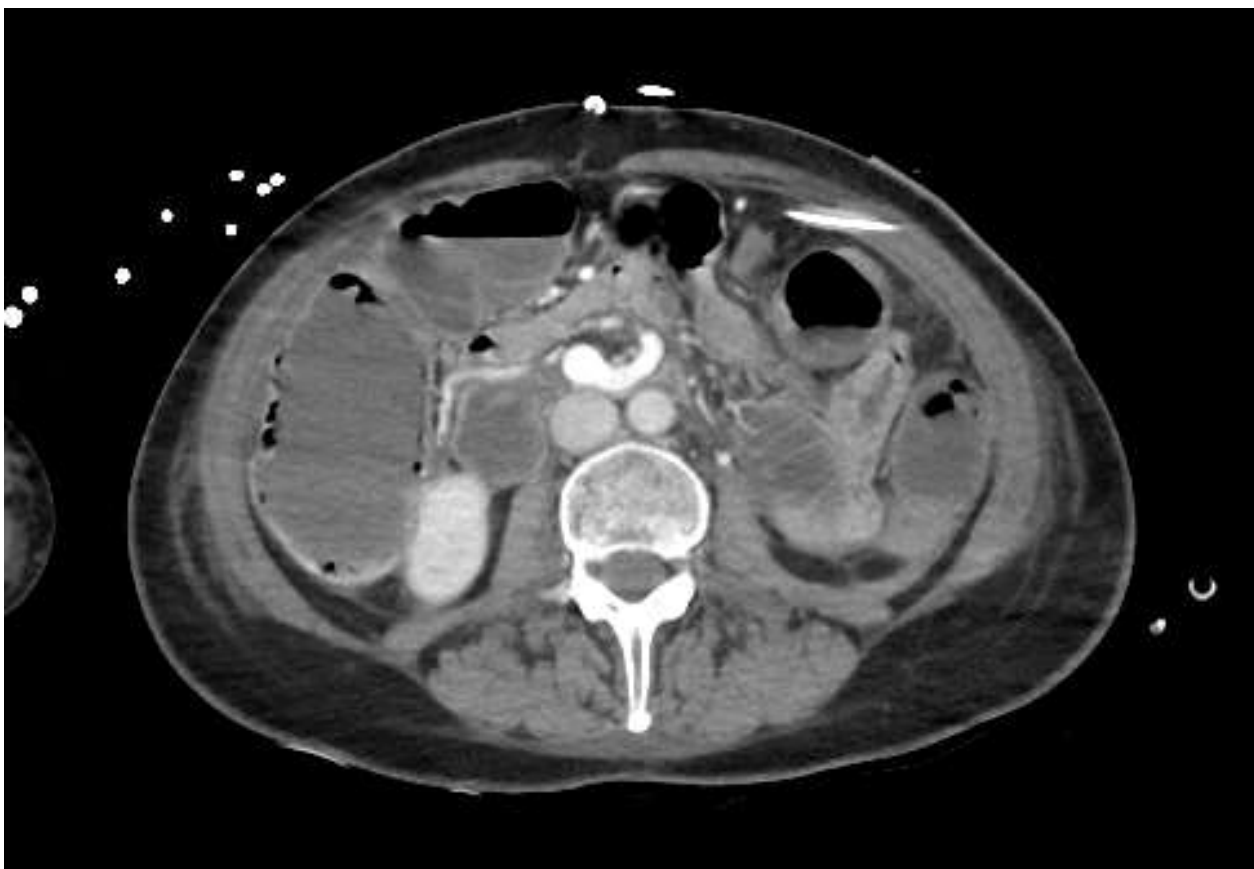




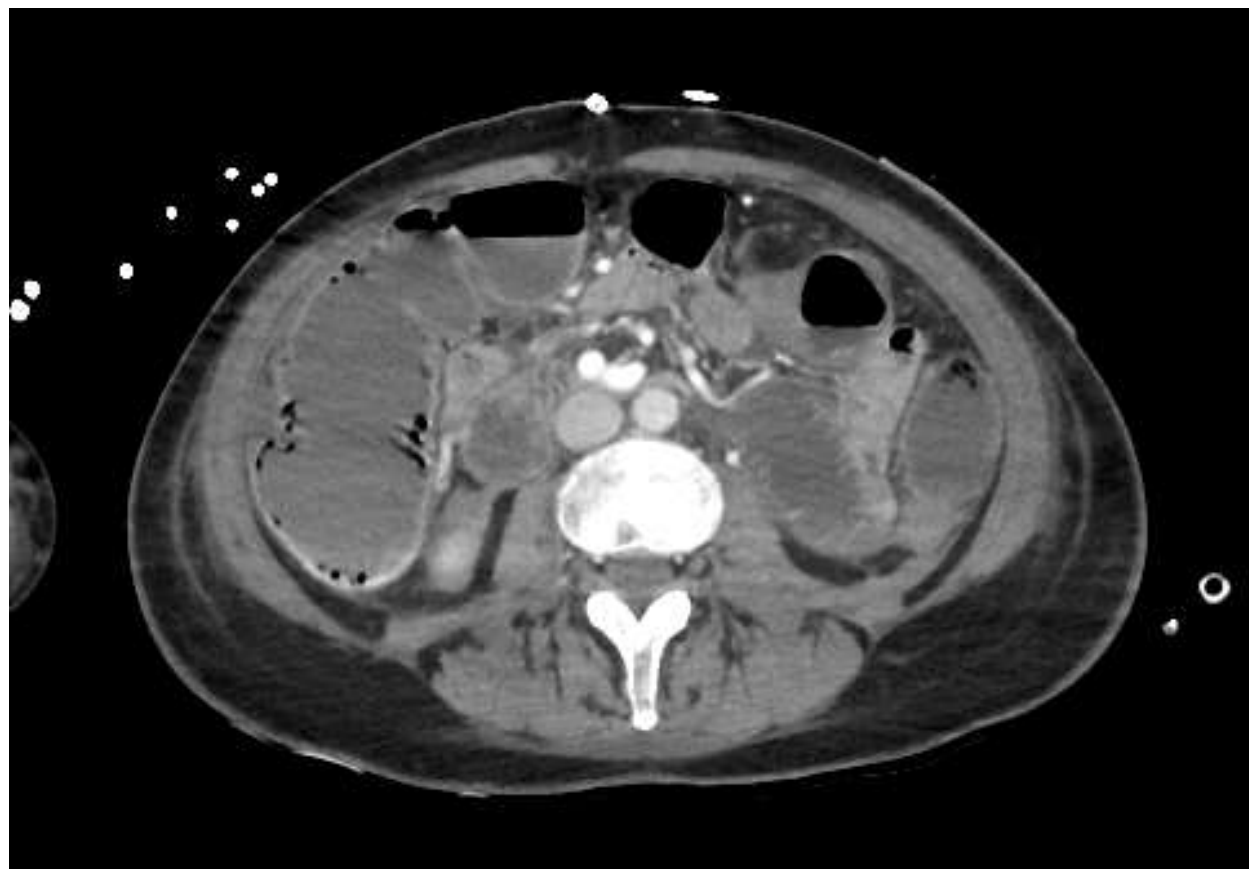


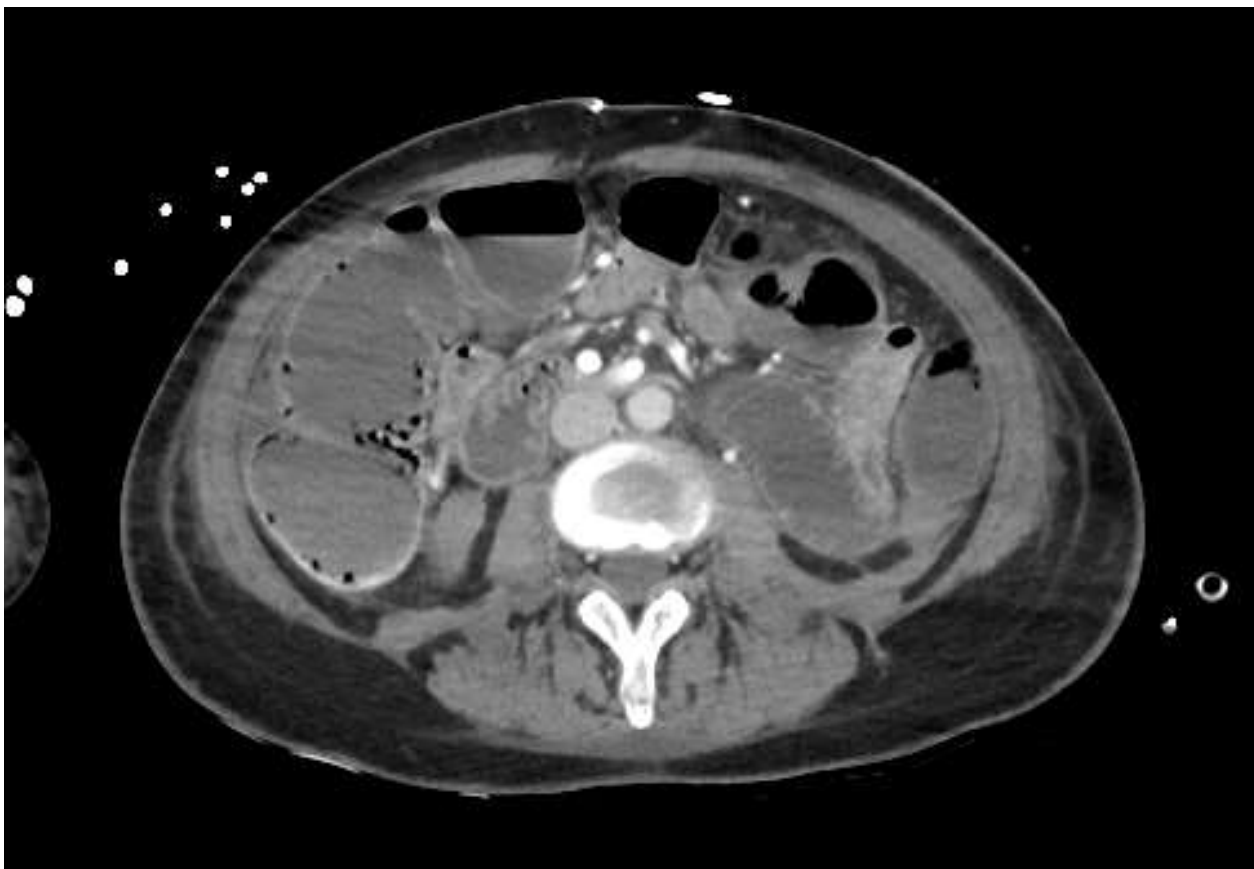




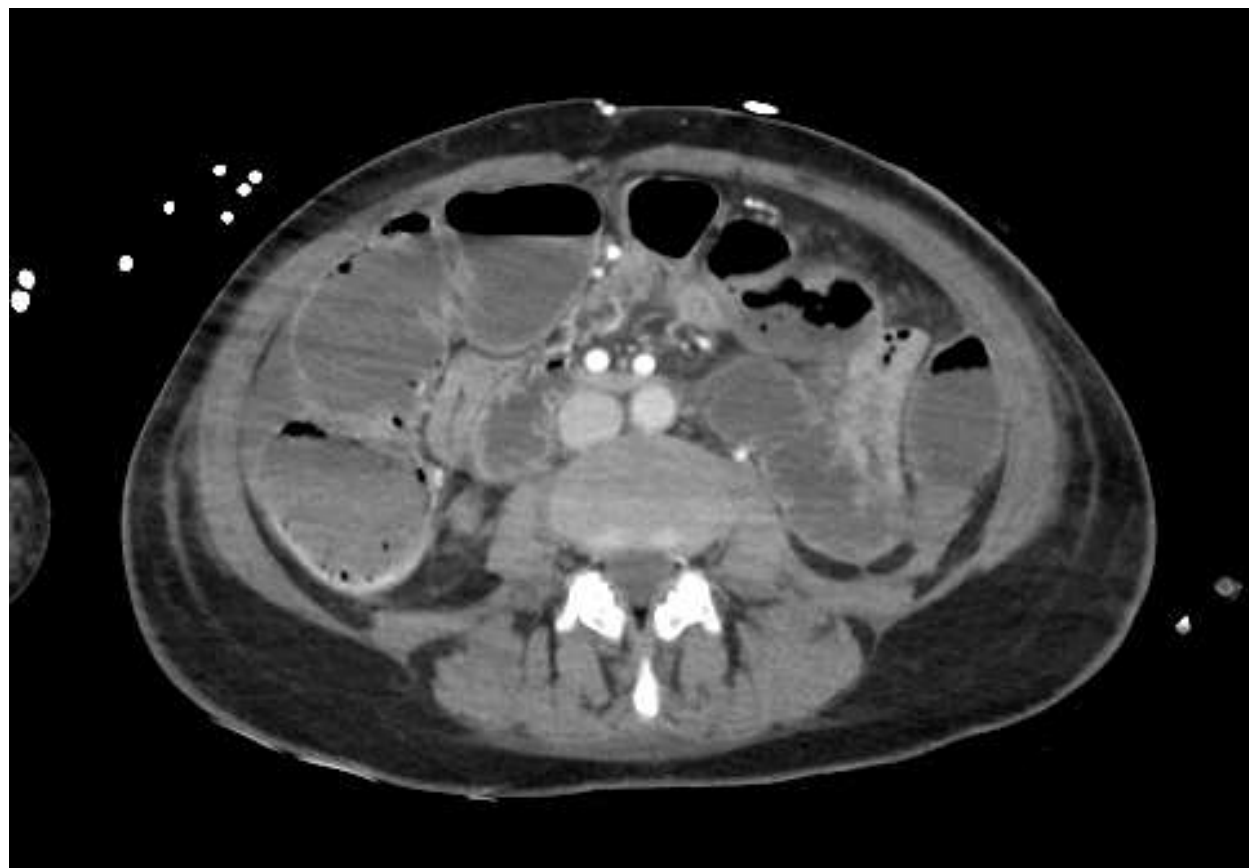


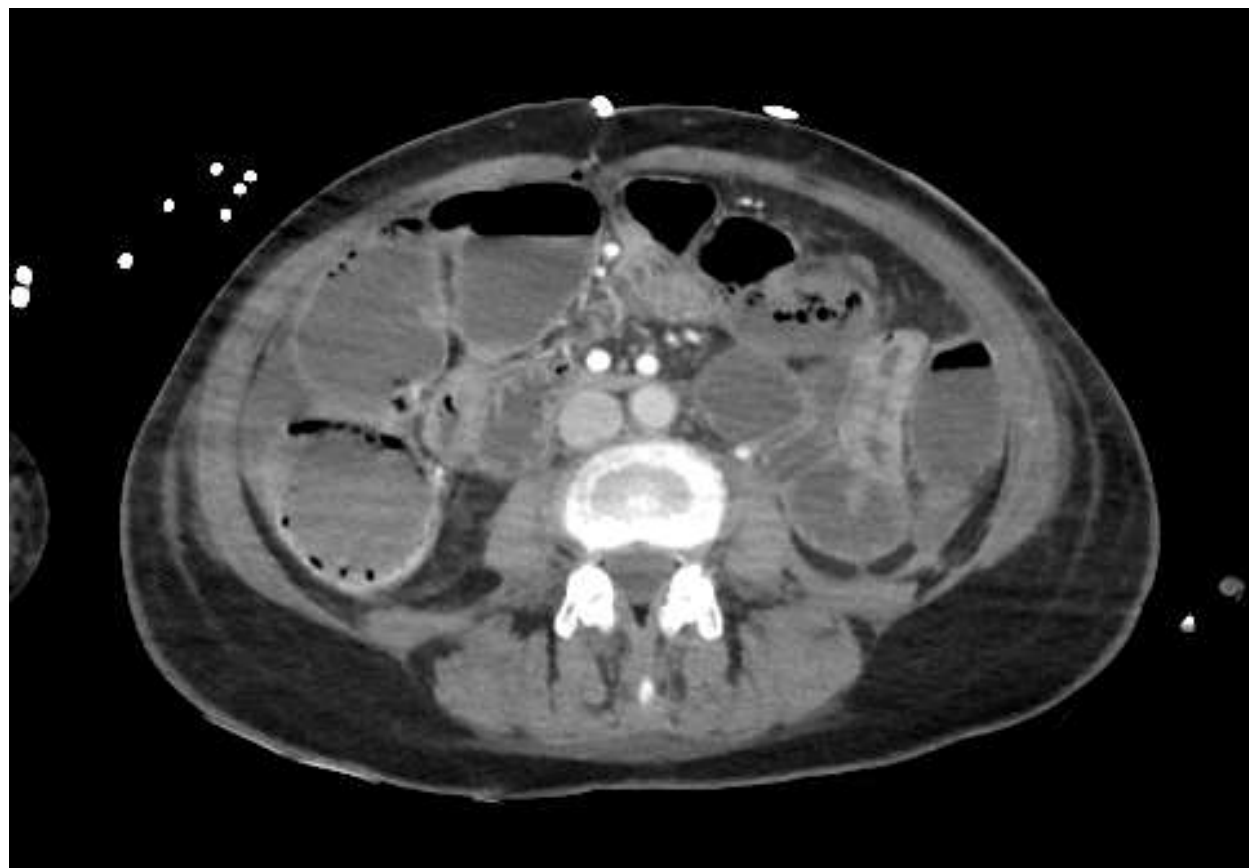










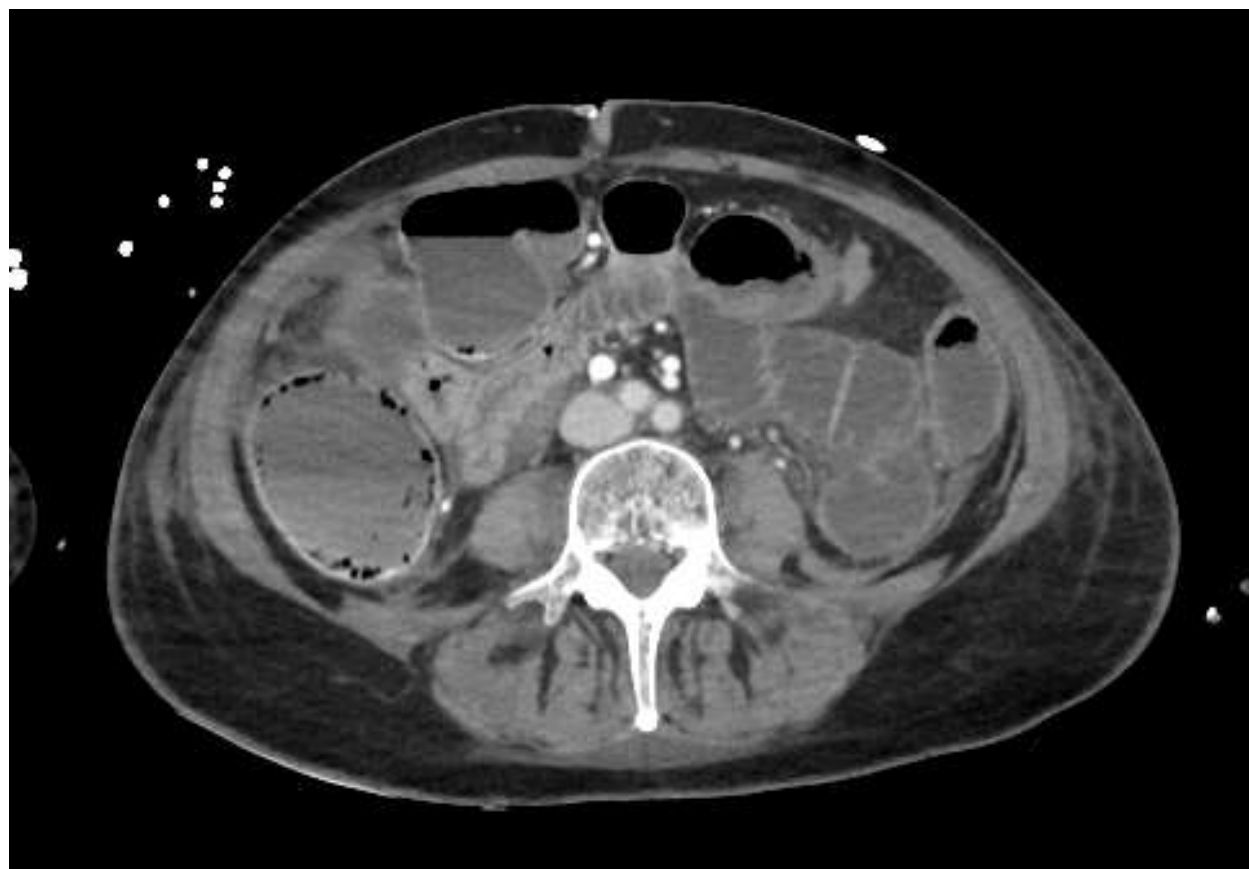


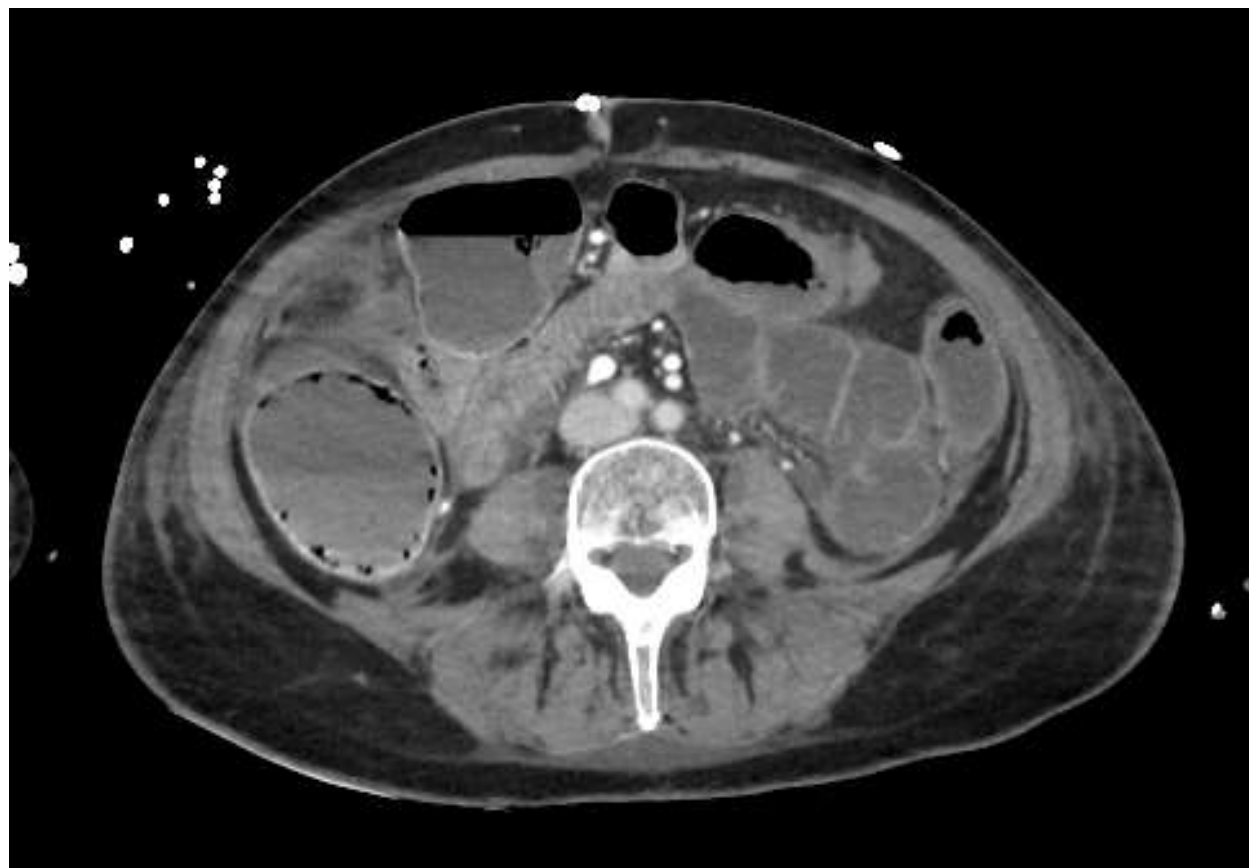


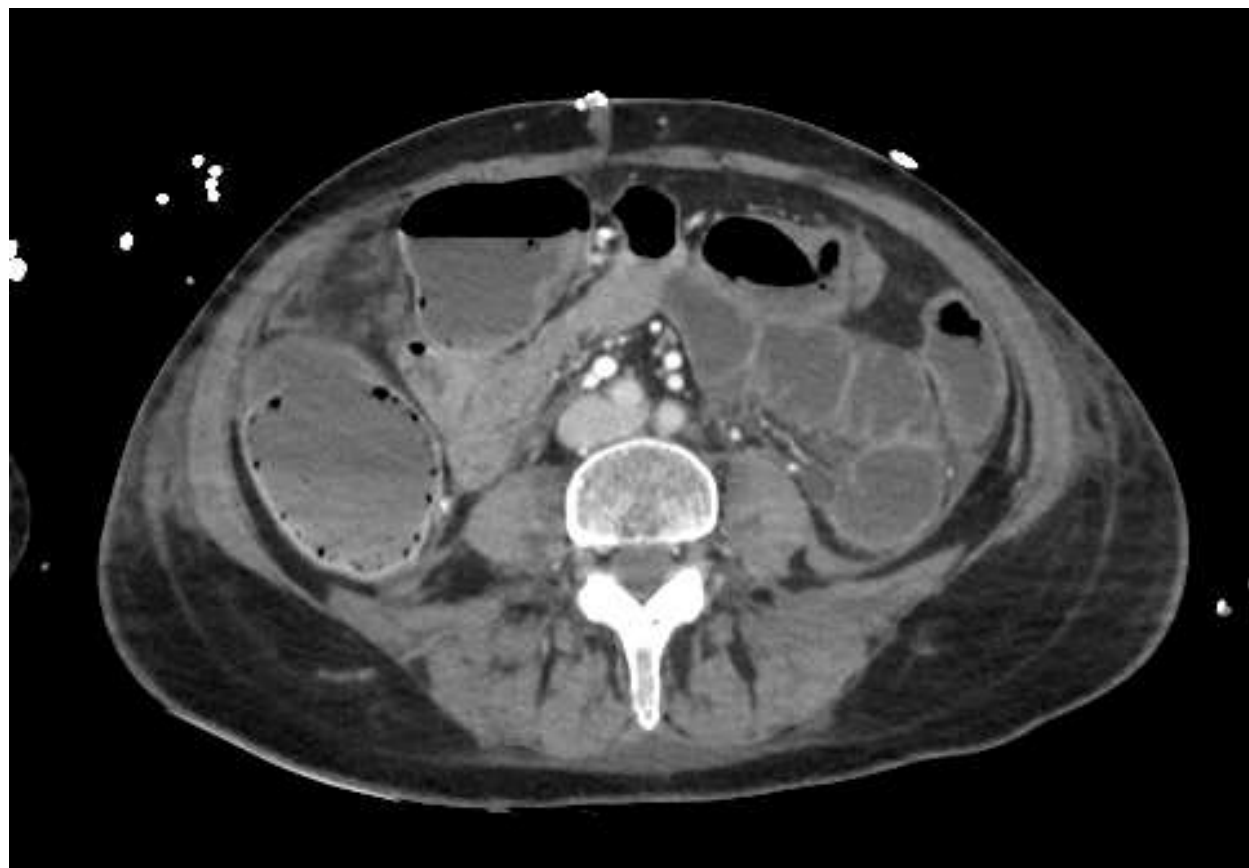


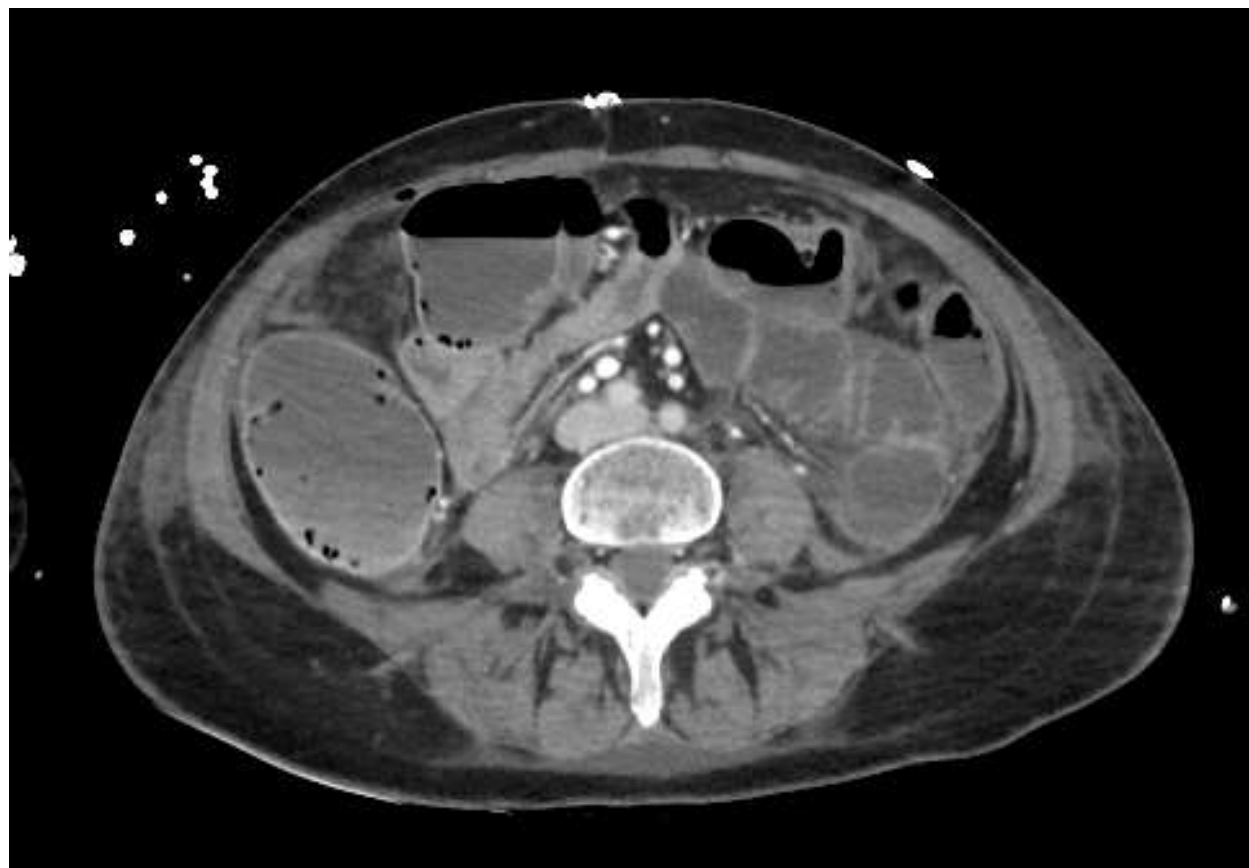


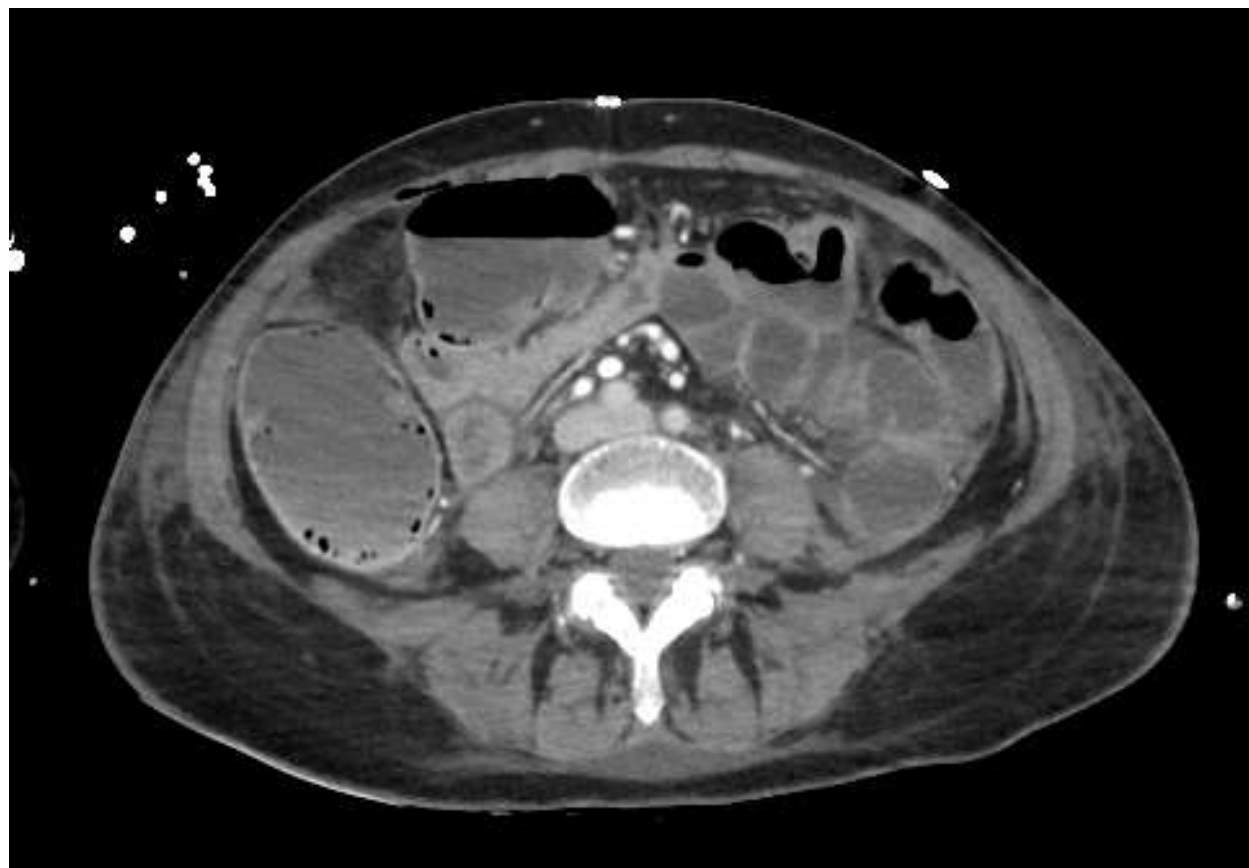


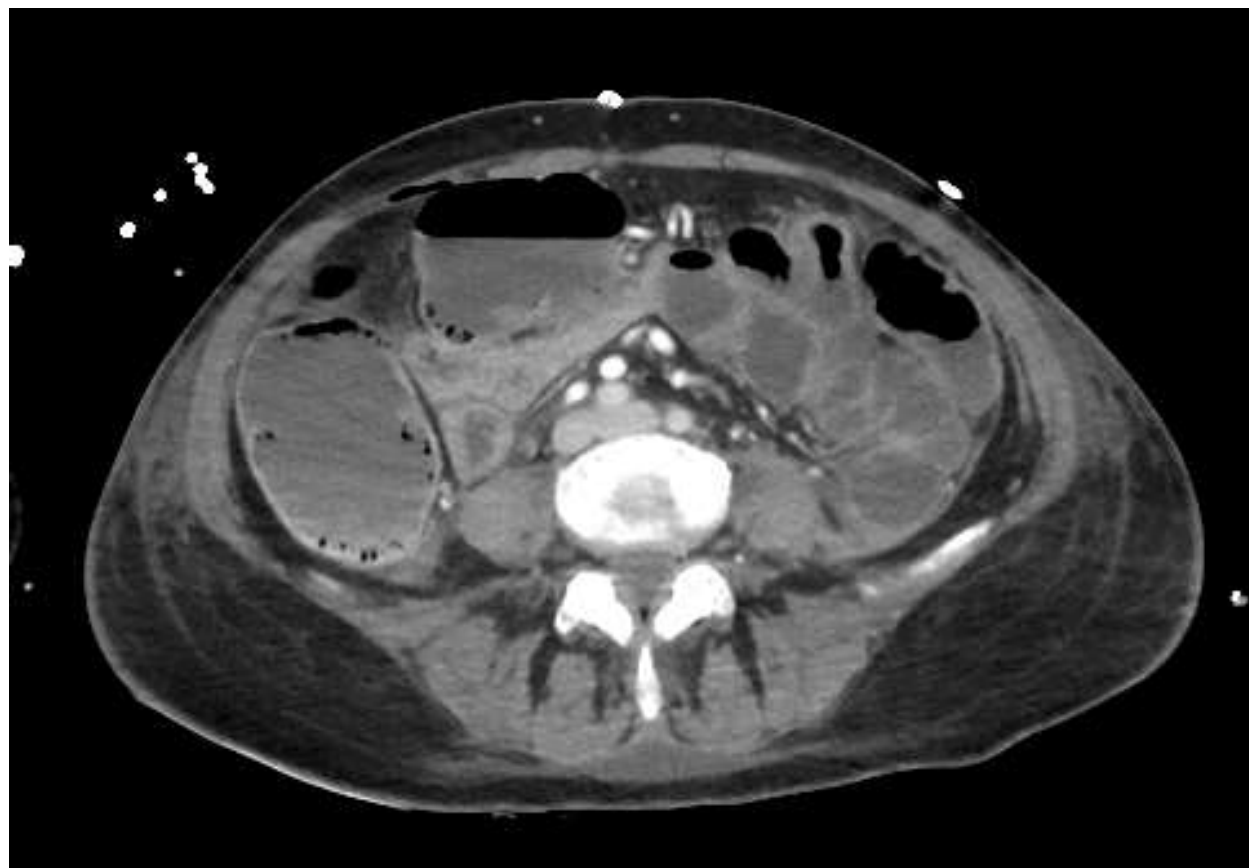


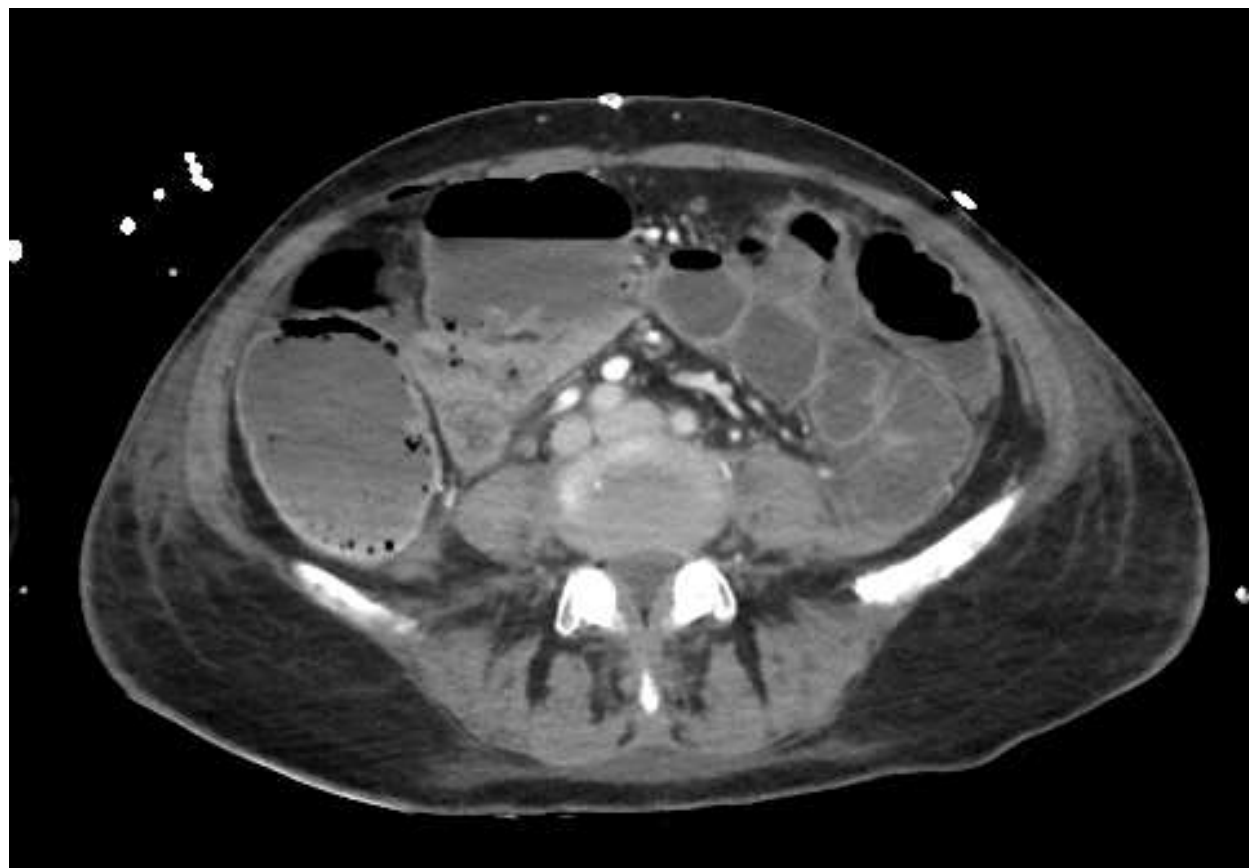


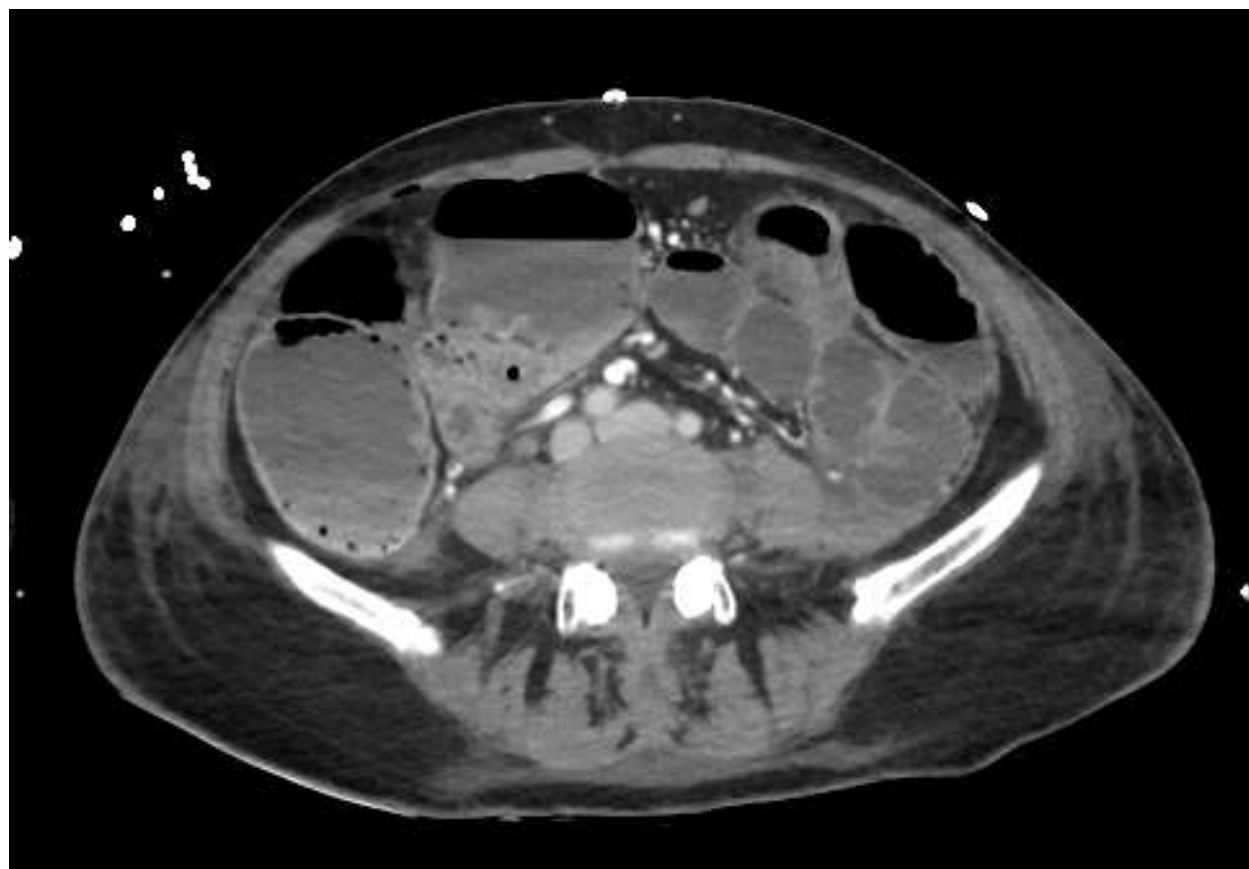


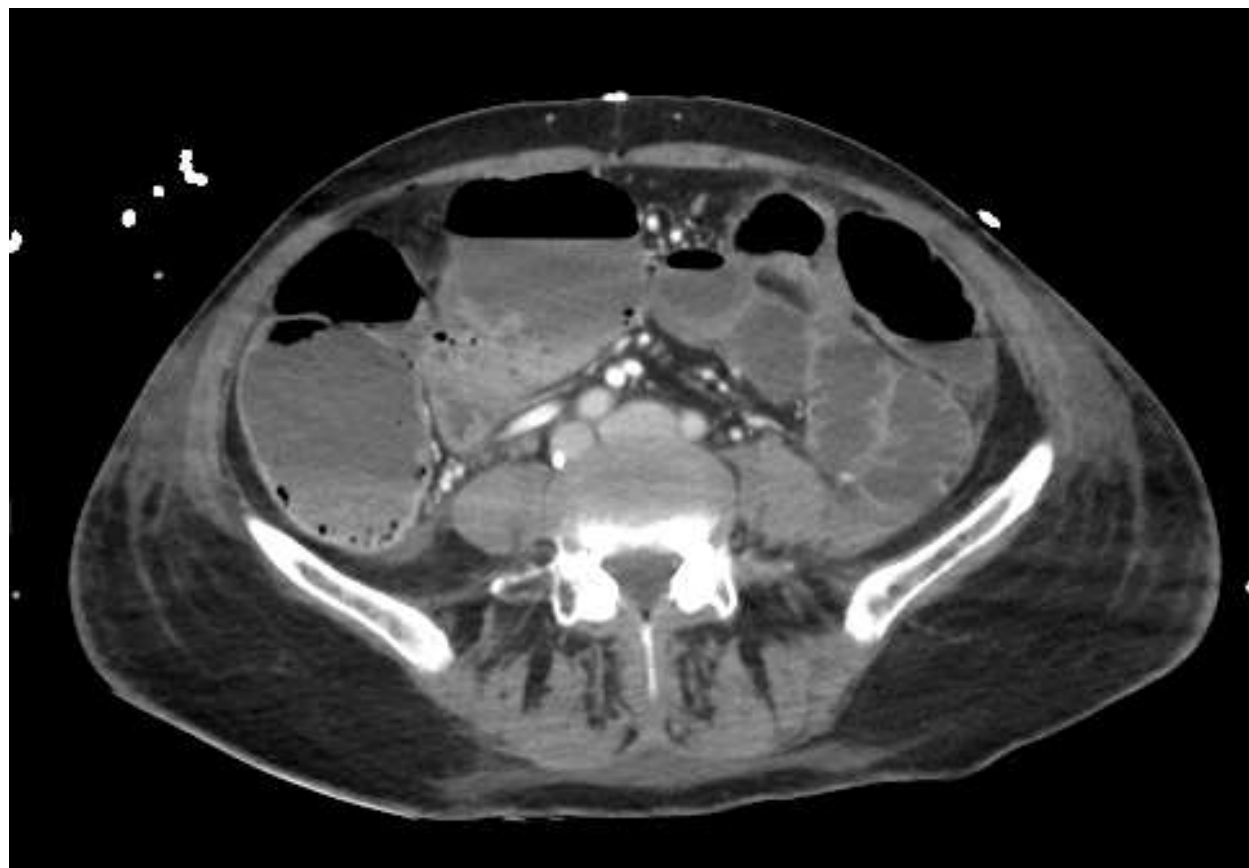


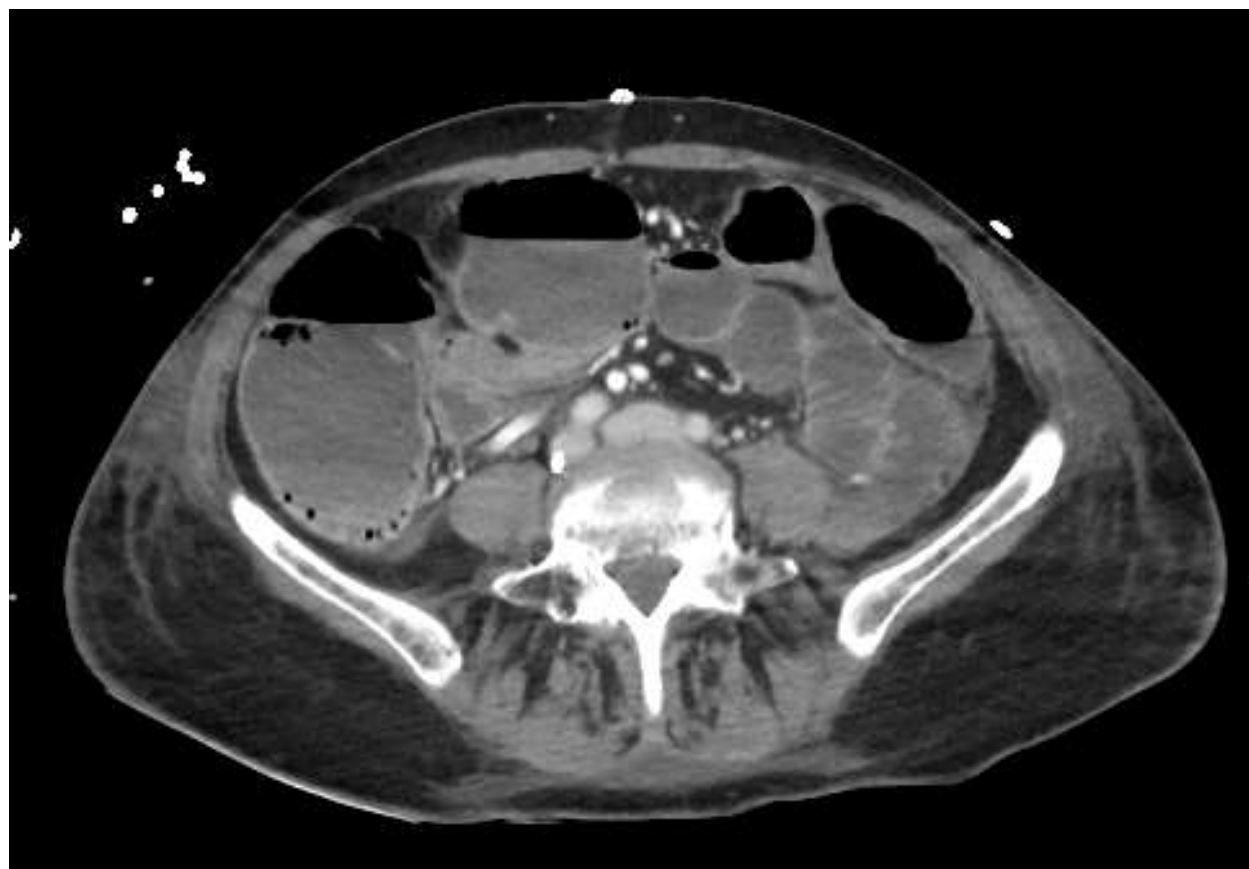


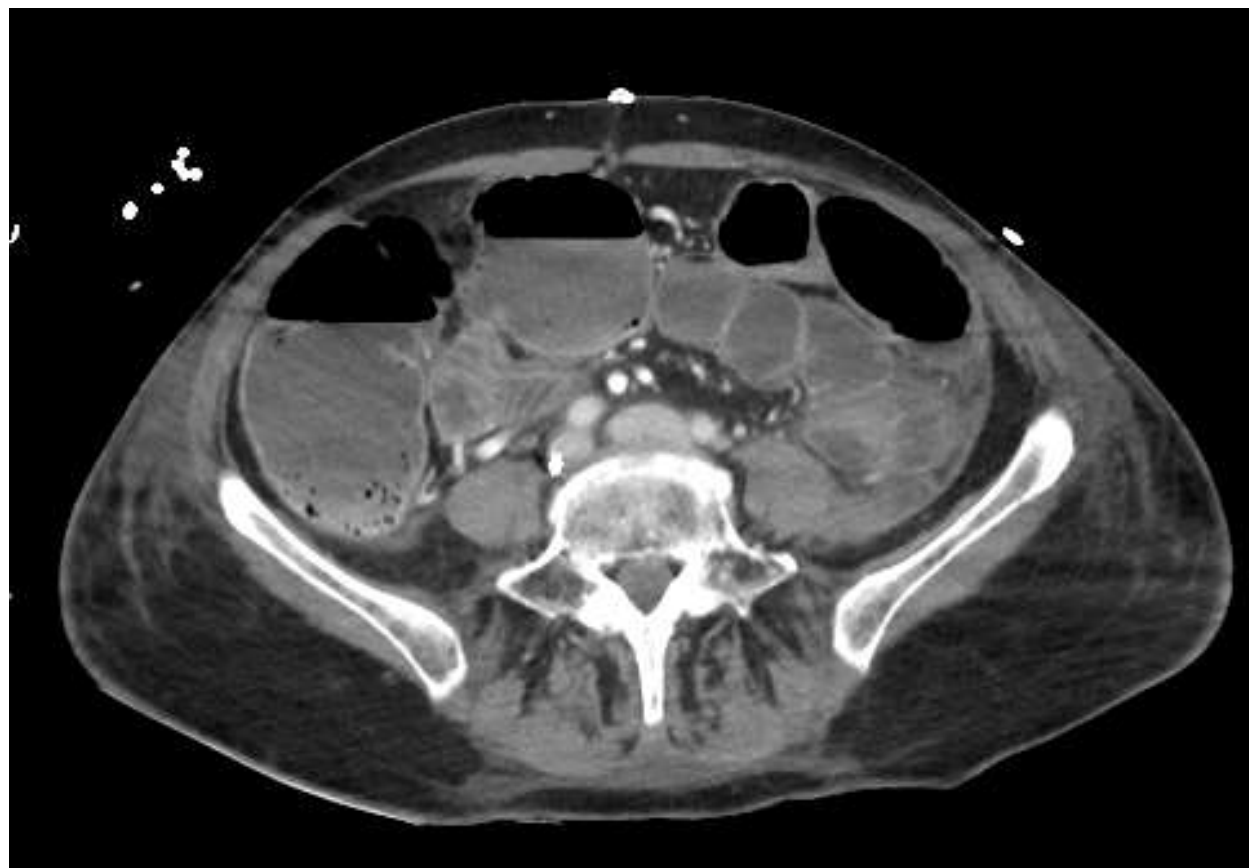




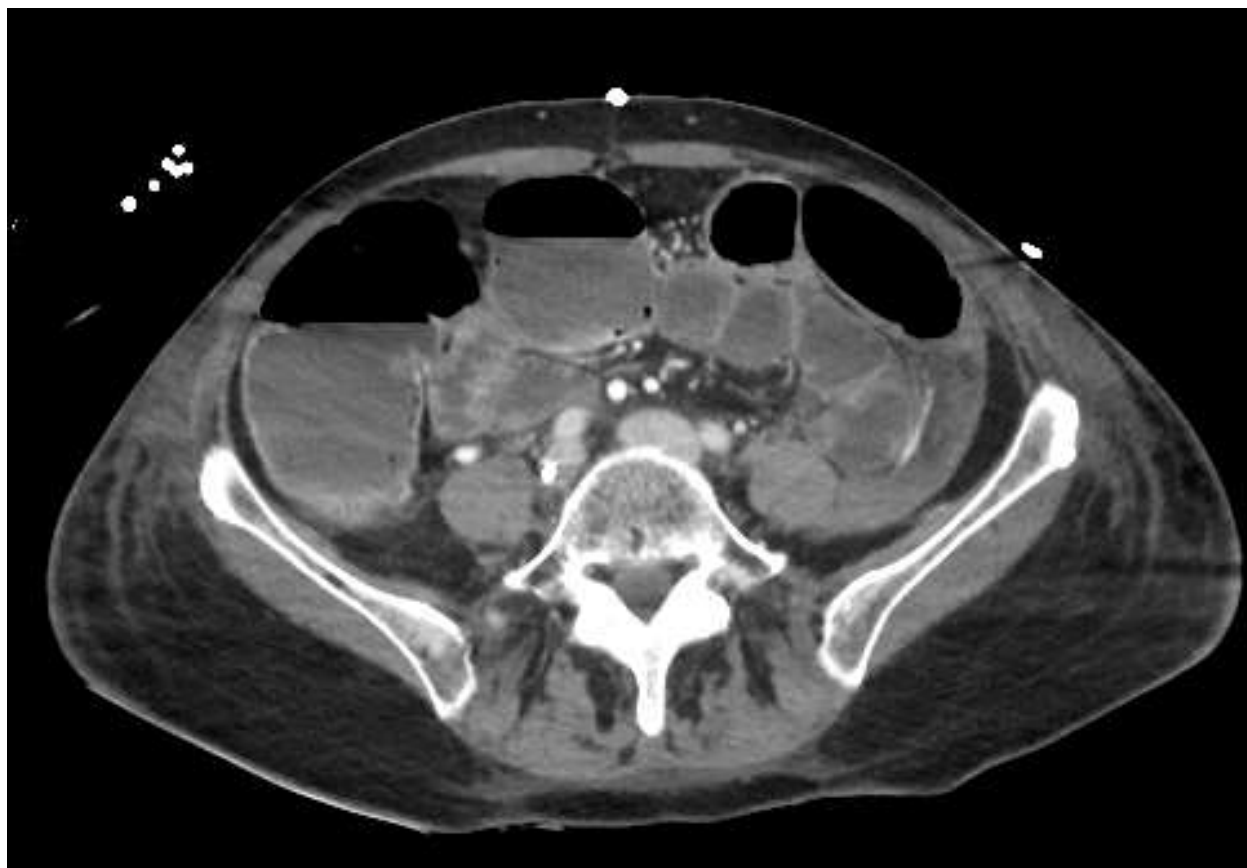


















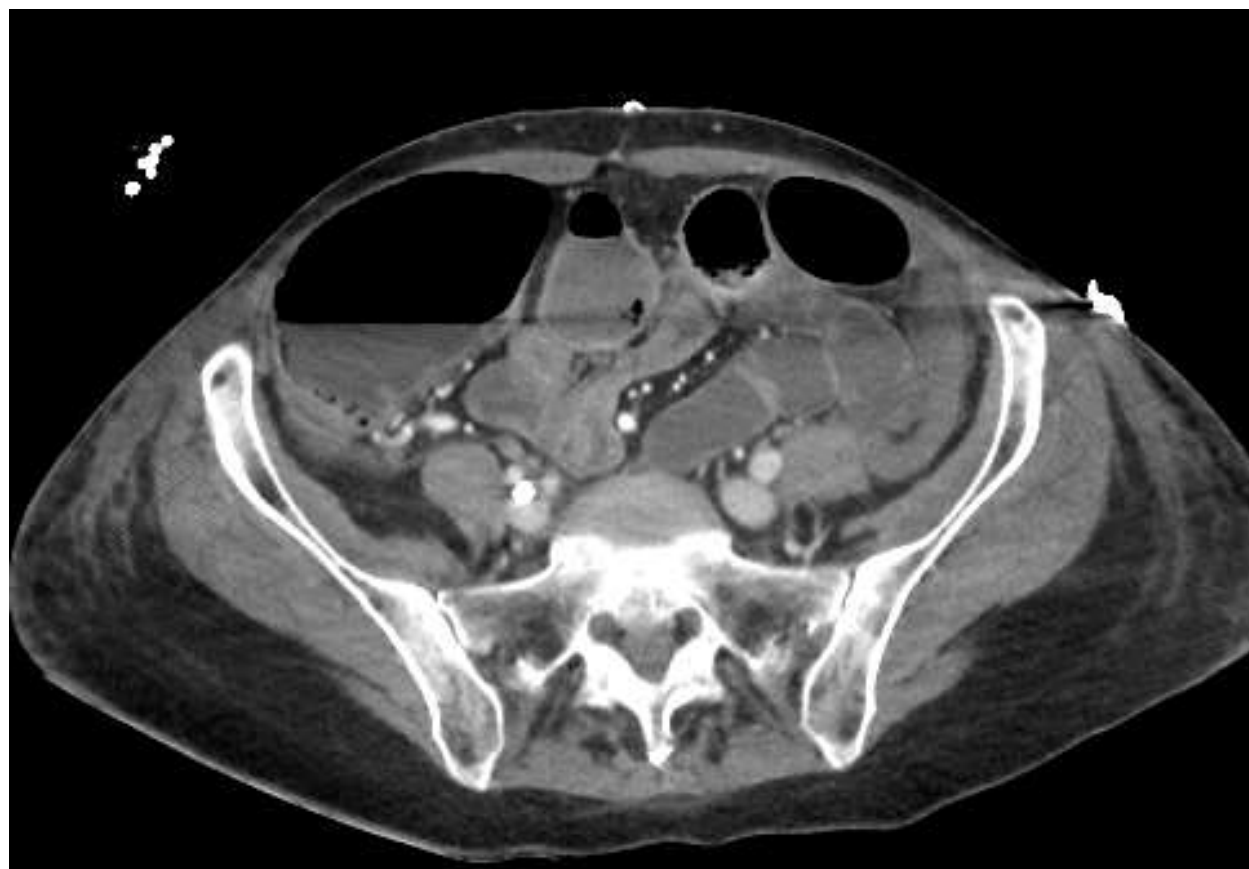












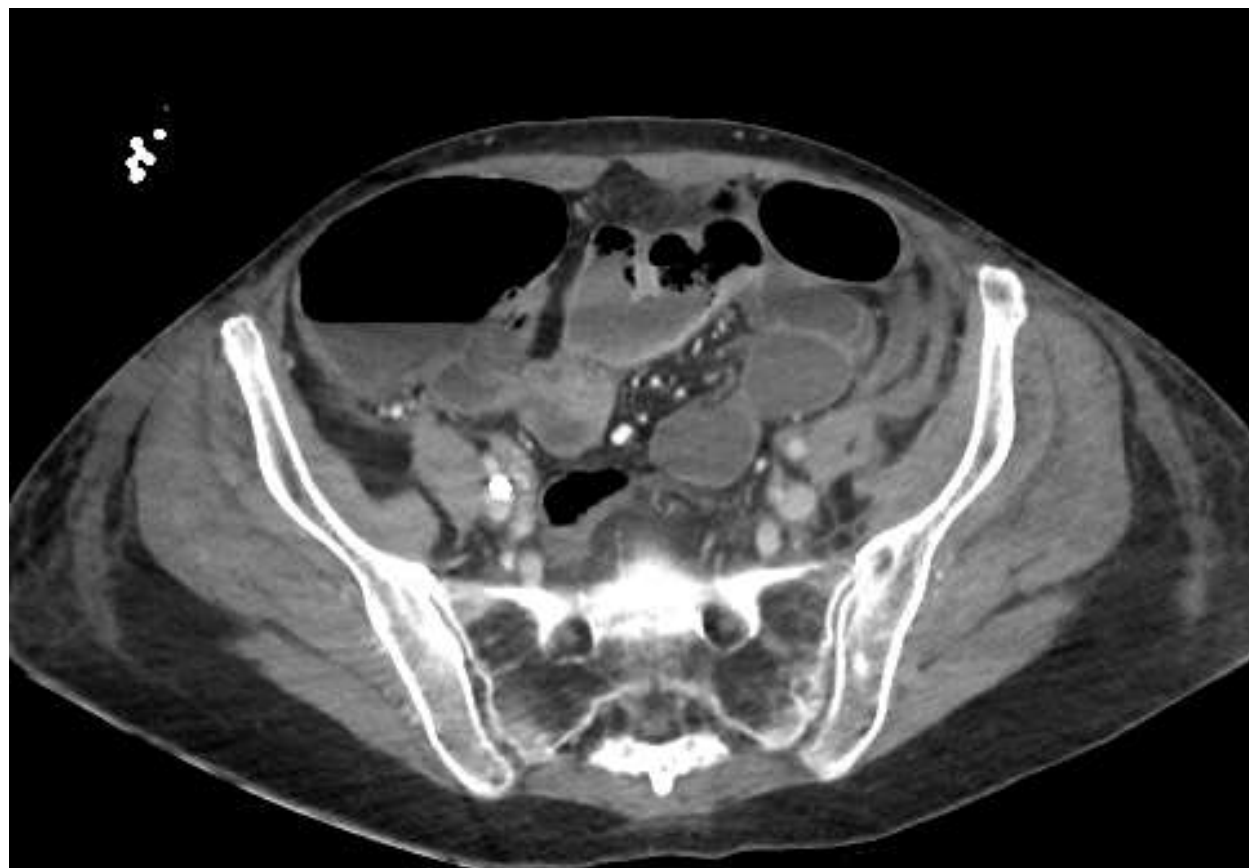


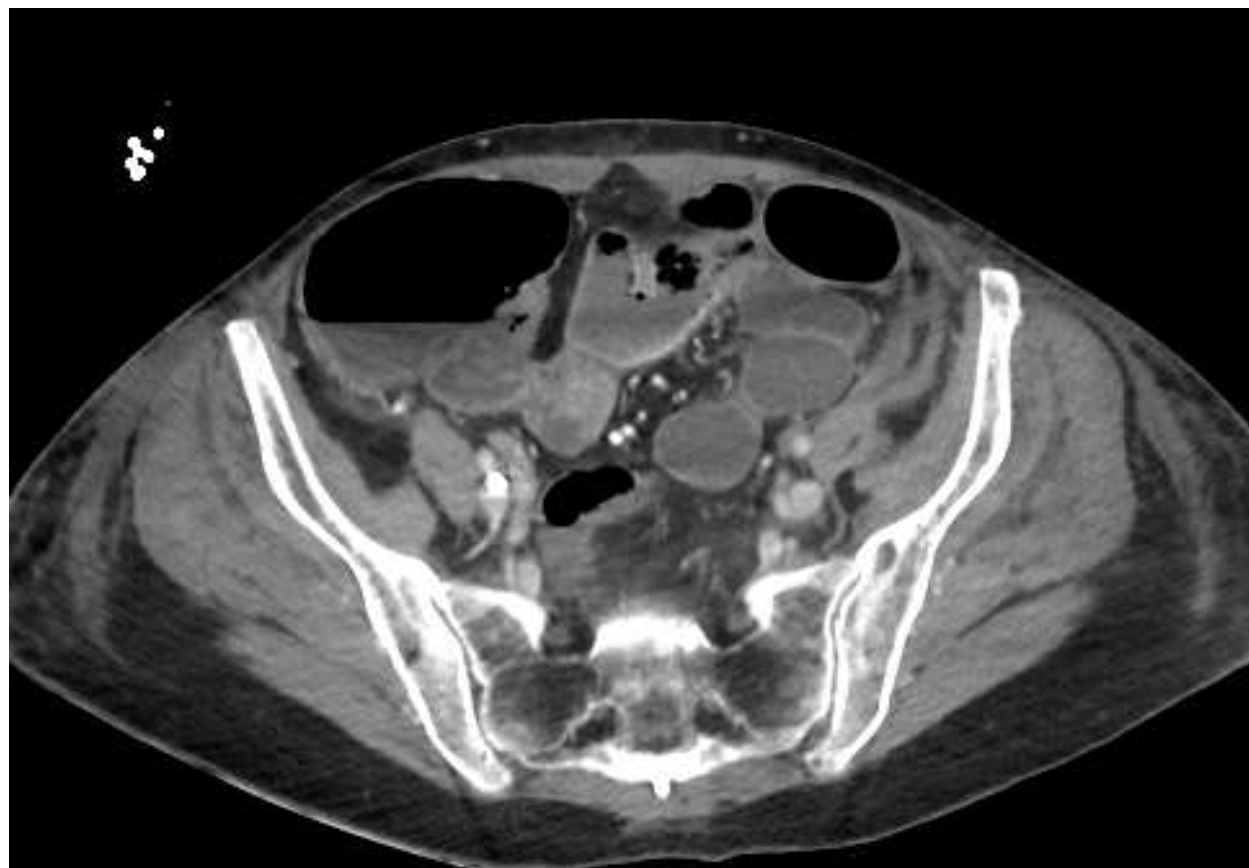


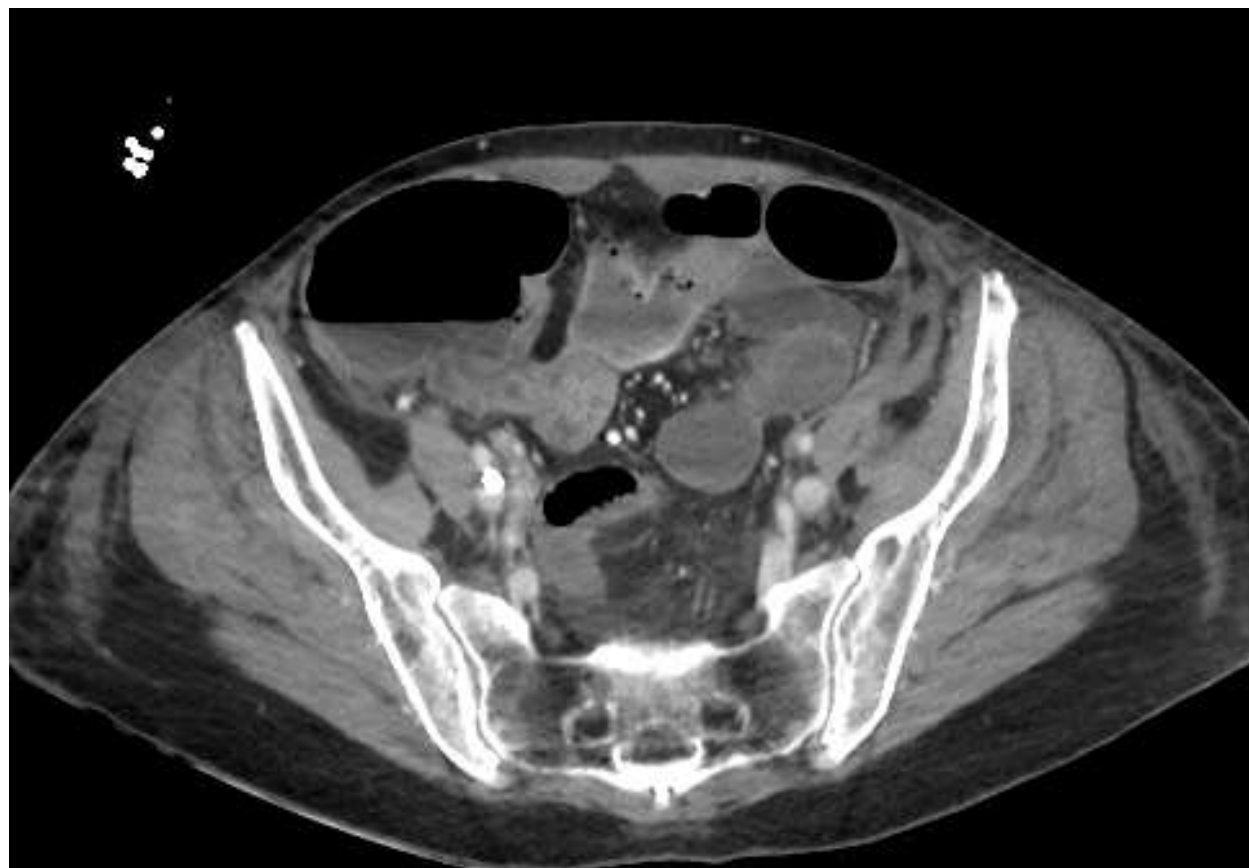


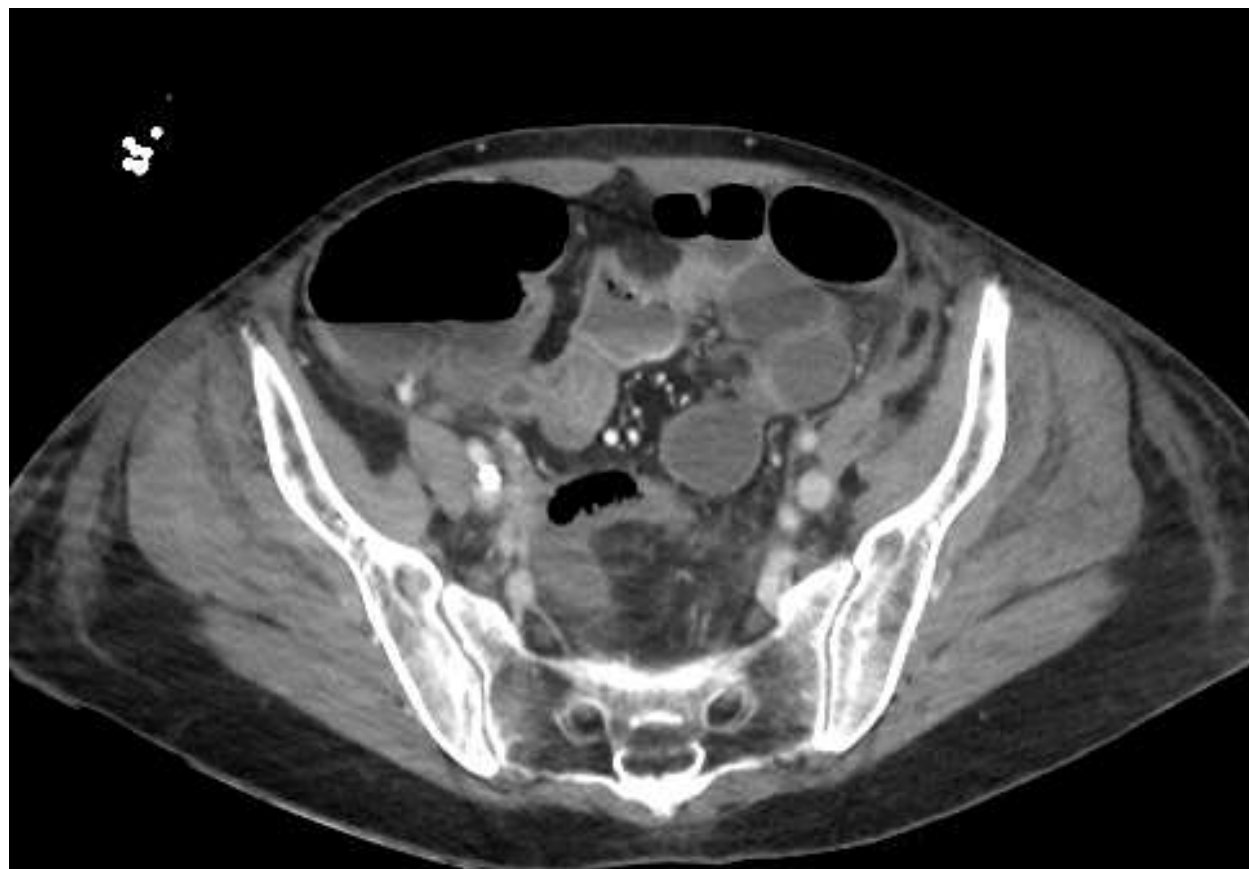




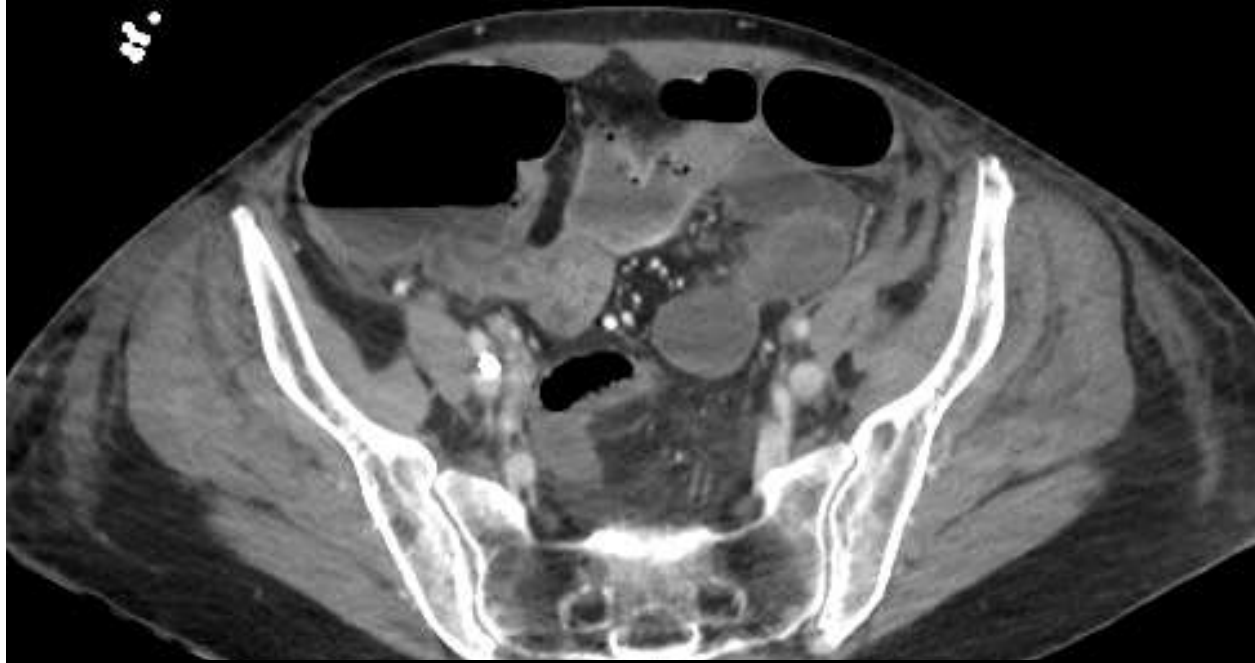












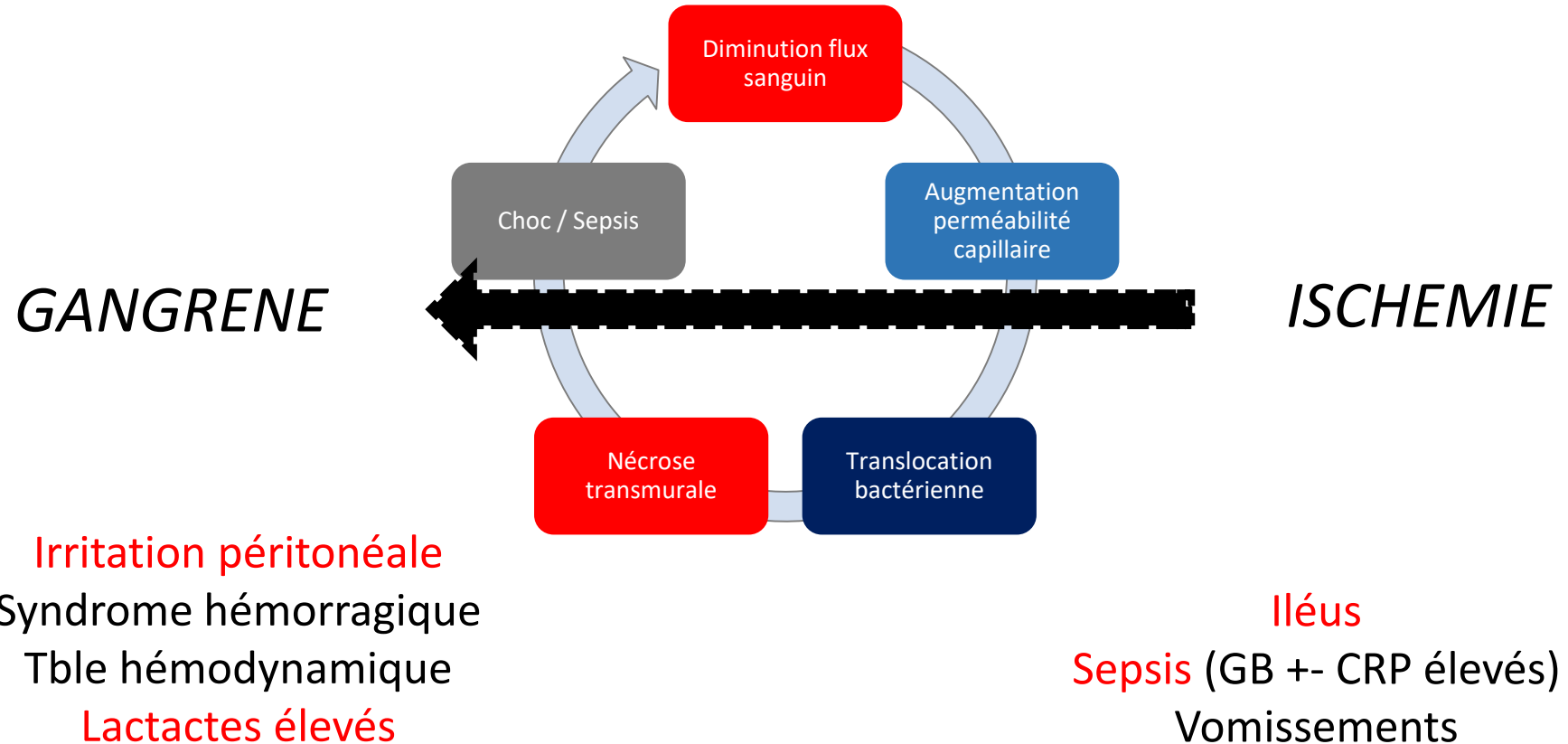


Colite ischémique gangréneuse + cholécystite ischémique gangréneuse

Clinique

Silence sépulcral
Défaillance hémodynamique
IRA, thrombopénie, hypoxie

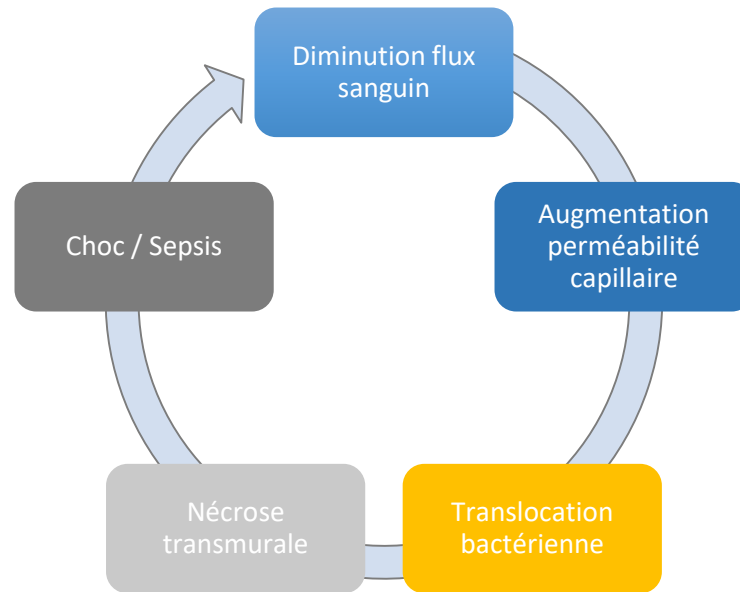
Hypermotilité intestinale
DOULEUR AIGUE et INTENSE
Examen clinique pauvre !



Scanner

Signes de bas débit
Distension liquidienne globale
digestive sans rehaussement

Epaissement pariétal
Hyperdensité spontanée



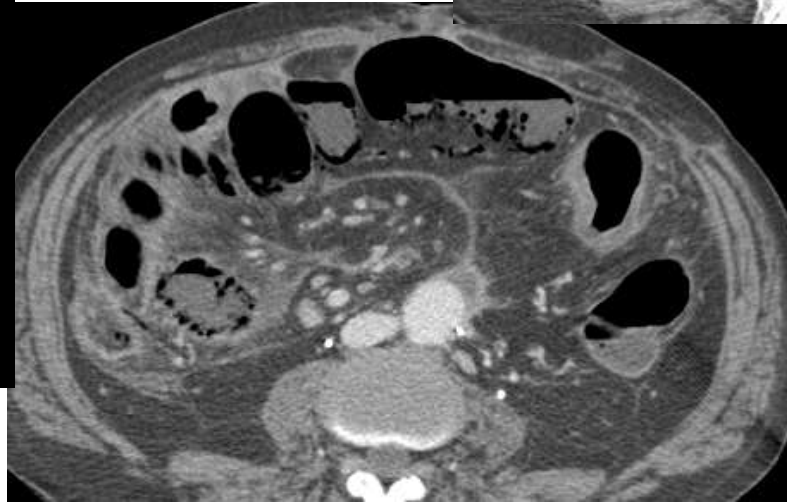
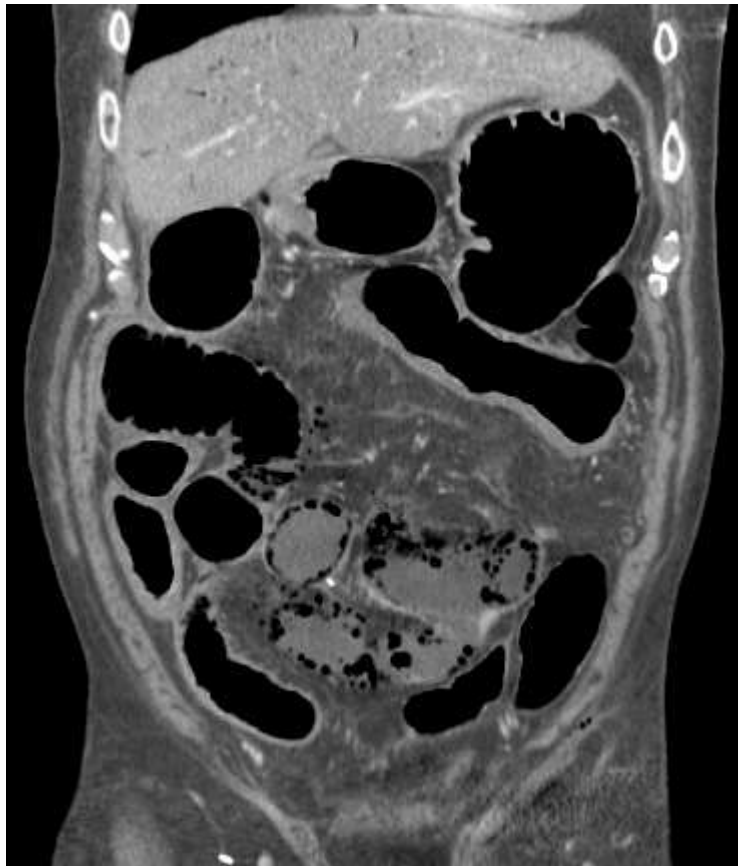
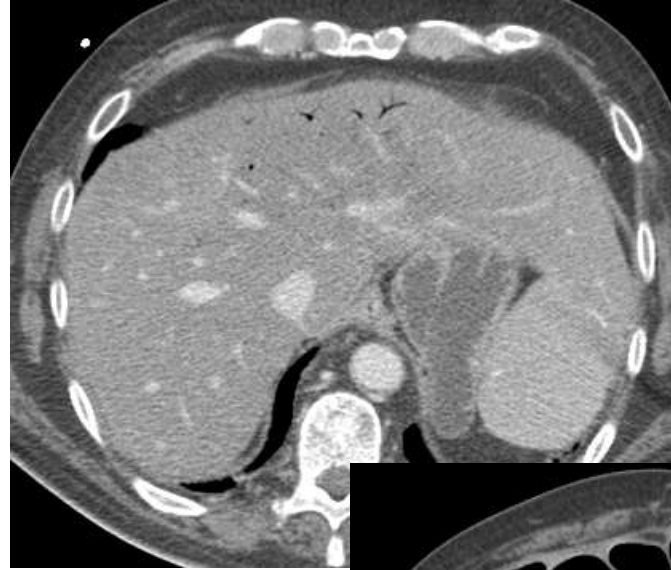
Iléus
Pneumatose / aéromésentérie
Altération du rehaussement
pariétal

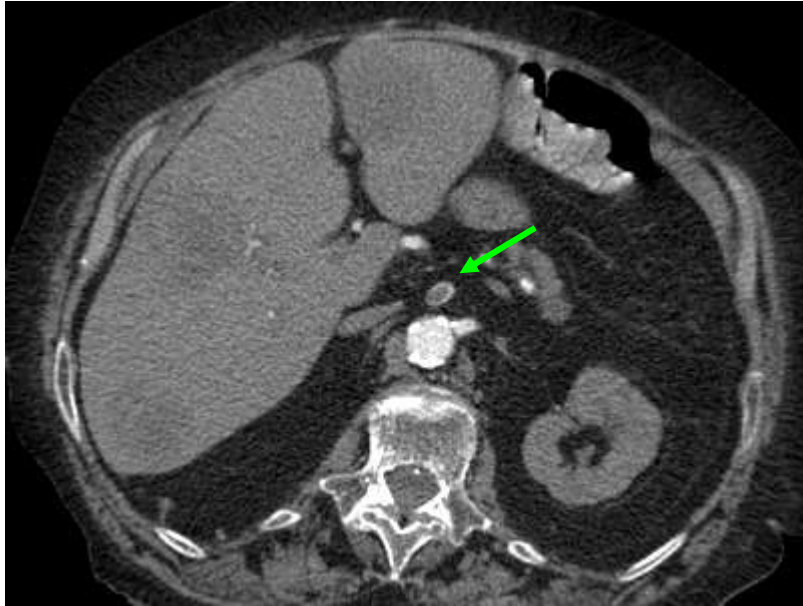
Analyse scanner : faisceau de signes

Très évocateurs	Évocateurs	Associés
Occlusion / embol AMS Absence de rehaussement pariétal Hyperdensité spontanée paroi <i>Iléus / fecès sign / Nv liq (+ cx clinique)</i>	Pneumatose pariétale Aéroportie/mésentérie Épaississement pariétal Athérome diffus	Epanchement intra-péritonéal Signes viscéraux de bas débit Signes de péritonite

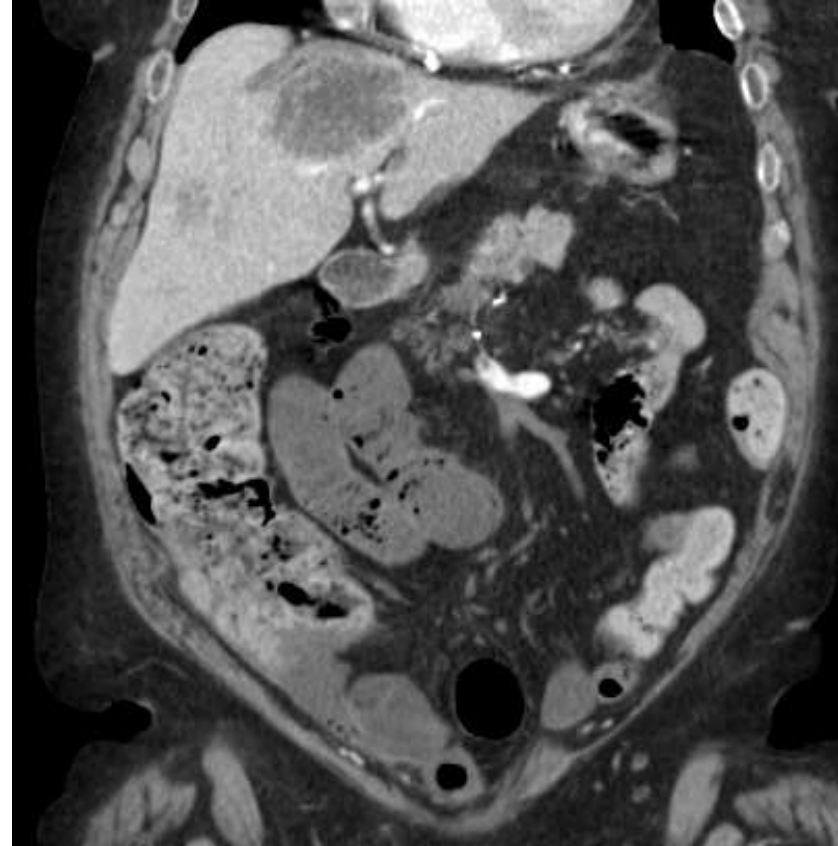
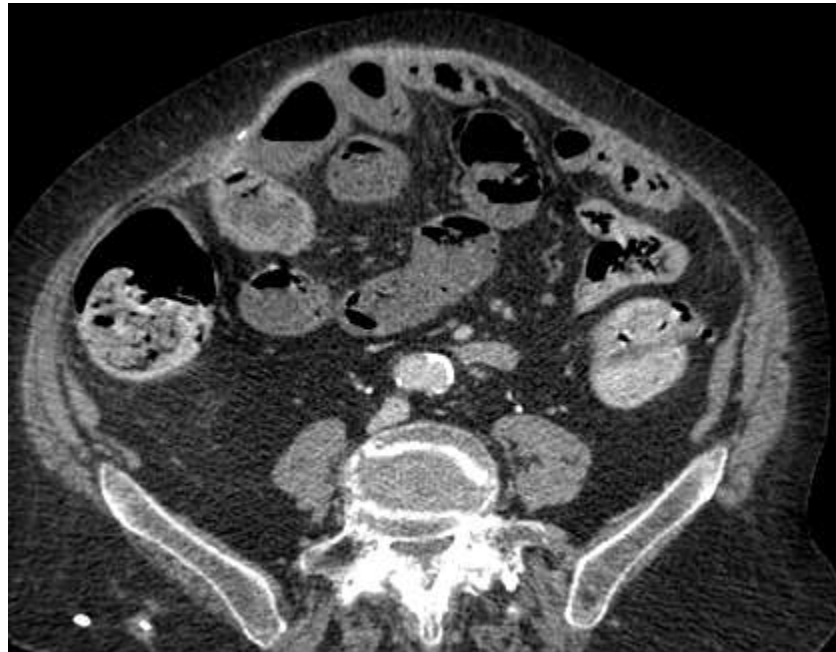
Signes TDM classiques

- Pneumatose / aéromésentérie / aéroportie
- Défaut de rehaussement paroi
- Signes de péritonite



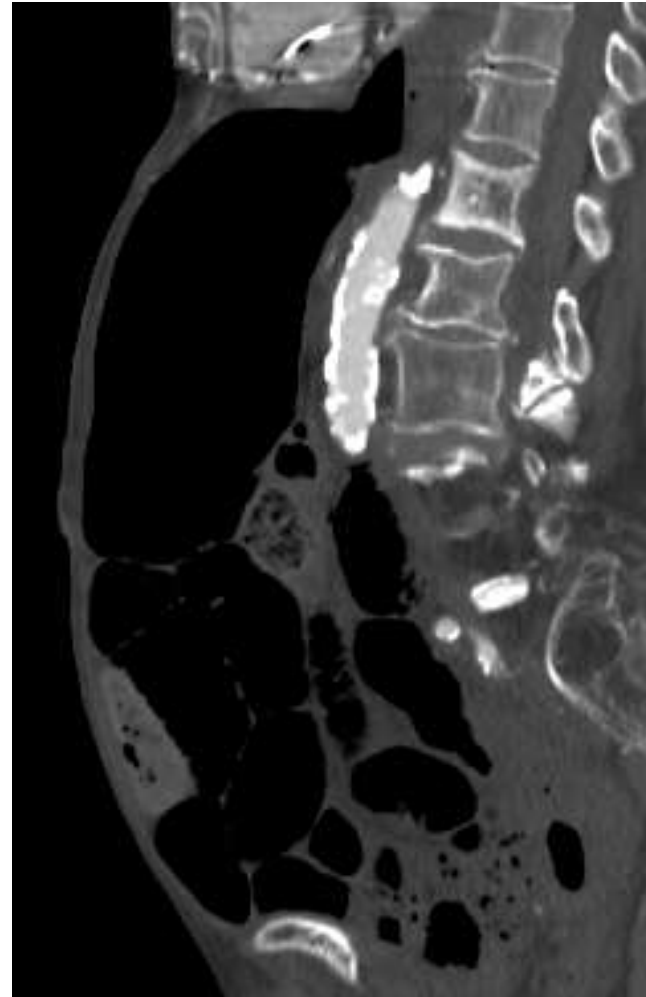


Ischémie mésentérique typique
d'origine artérielle avec **embol** à
l'ostium de l'AMS



Analyse scanographique

1. Regarder les artères



53 ans, DI abdo intense avec SIB et IRA, lactates 2.9, insuffisant respiratoire chronique



2 m iléon bleuté, le grêle est tonique
Pas de résection





Thrombus stable

Anses s'épaississent... 2^{ème} look opératoire stabilité des lésions.

A J4, 3^{ème} look et décision **résection 20 cm d'iléon** avec anapath : **nécrose incomplète** paroi et résection des **thrombi mésentériques**. Evolution favorable.

Pas de vascularite.



Thrombus stable

Anses s'épaississent... 2^{ème} look opératoire stabilité des lésions.

A J4, 3^{ème} look et décision **résection 20 cm d'iléon** avec anapath : **nécrose incomplète** paroi et résection des **thrombi mésentériques**. Evolution favorable.

Pas de vascularite.



Thrombus stable

Anses s'épaississent... 2^{ème} look opératoire stabilité des lésions.

A J4, 3^{ème} look et décision **résection 20 cm d'iléon** avec anapath : **nécrose incomplète** paroi et résection des **thrombi mésentériques**. Evolution favorable.

Pas de vascularite.

Cas 5

- Mr RJ, 87 ans,
- Douleur péri ombilicale apparue le matin après le déjeuner avec vomissements, EVA 8/10
- Examen clinique normal (sensibilité diffuse abdominale, HTA)
- Bio : CRP N, lipasémie 2.5N, GB 13500/mm³
- Hypothèses diagnostiques:
 - Entérocolite?
 - Migration lithiasique biliaire?

Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



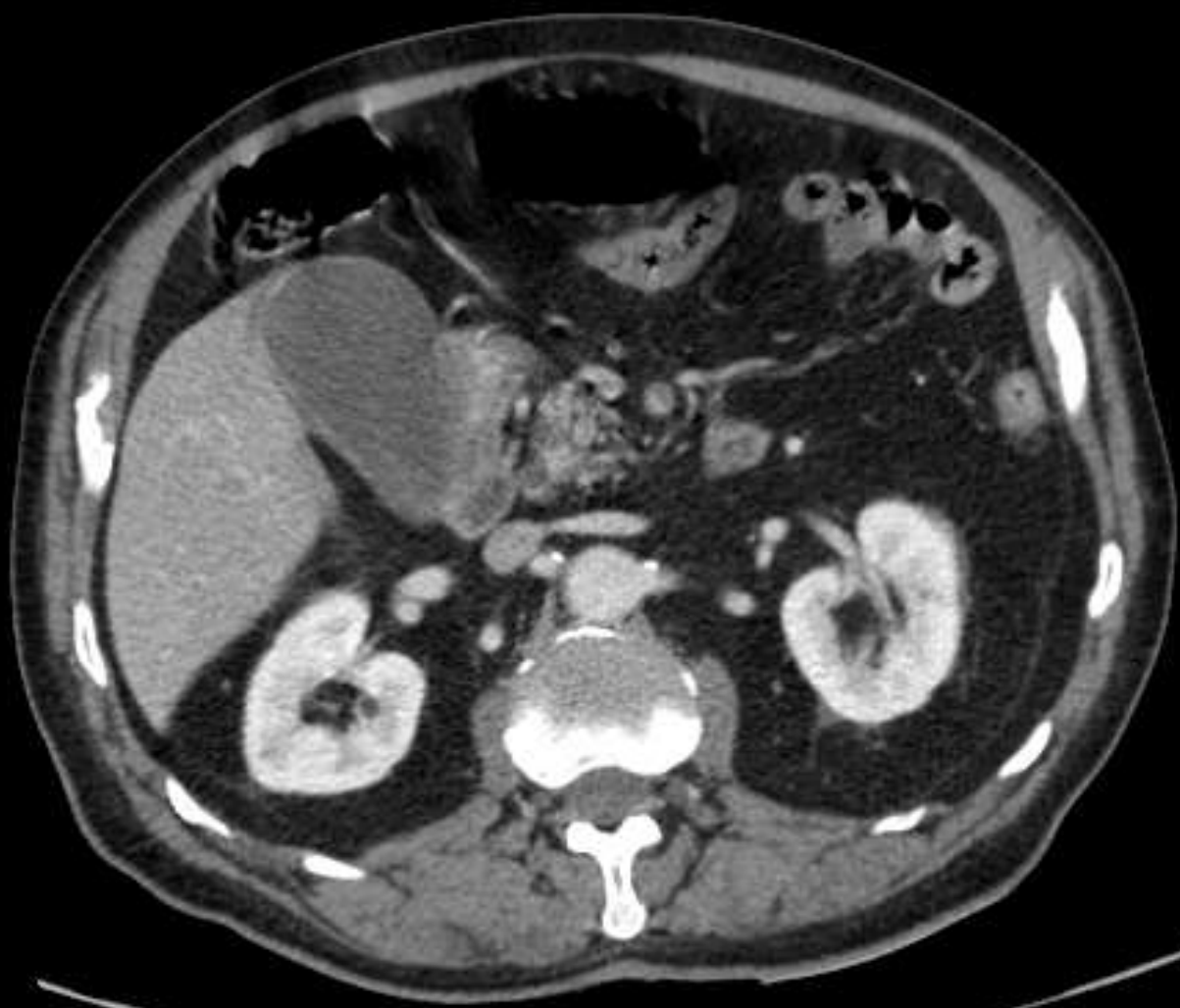
Avert: Non à usage diagnostique



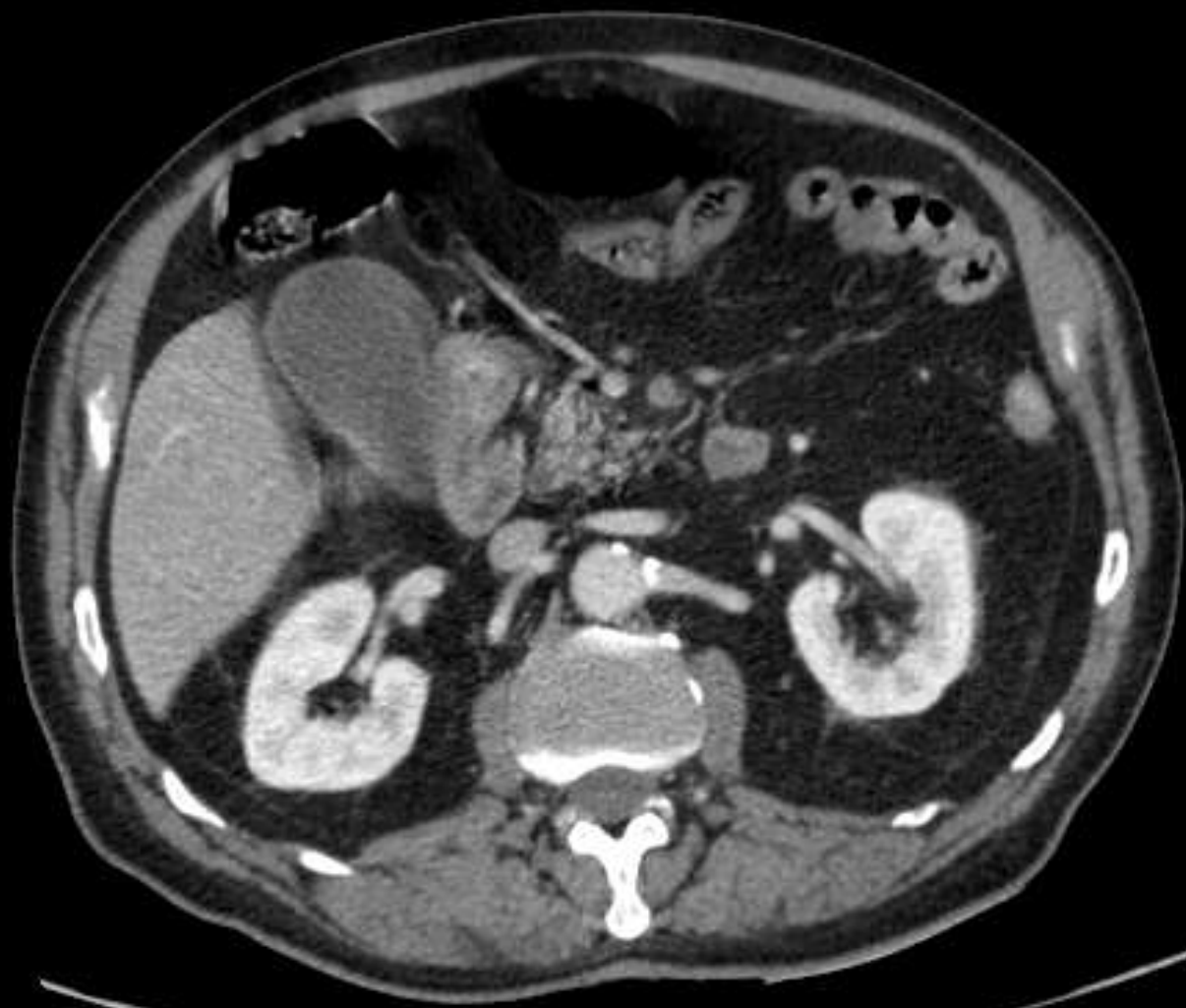
Avert: Non à usage diagnostique



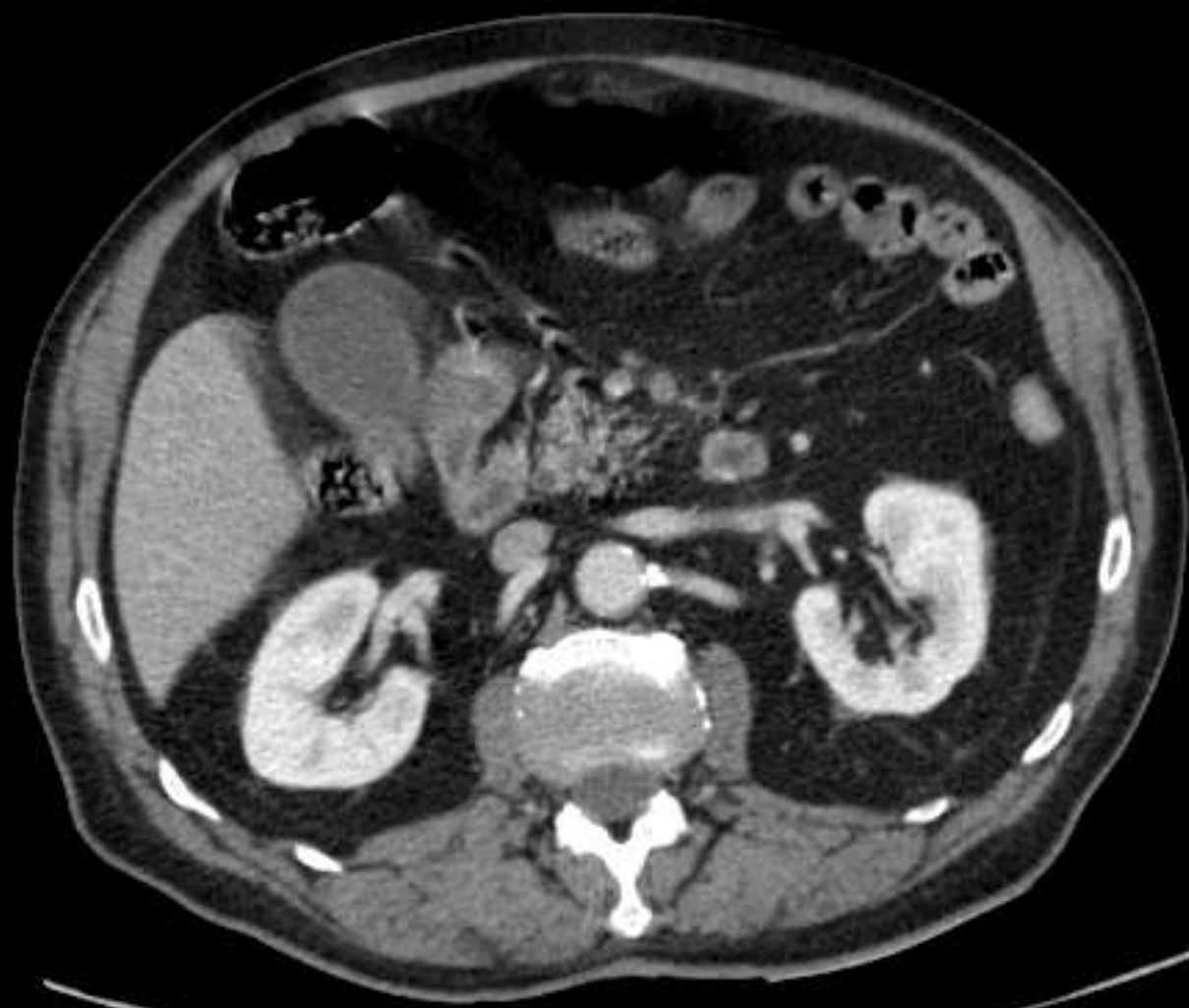
Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique





Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



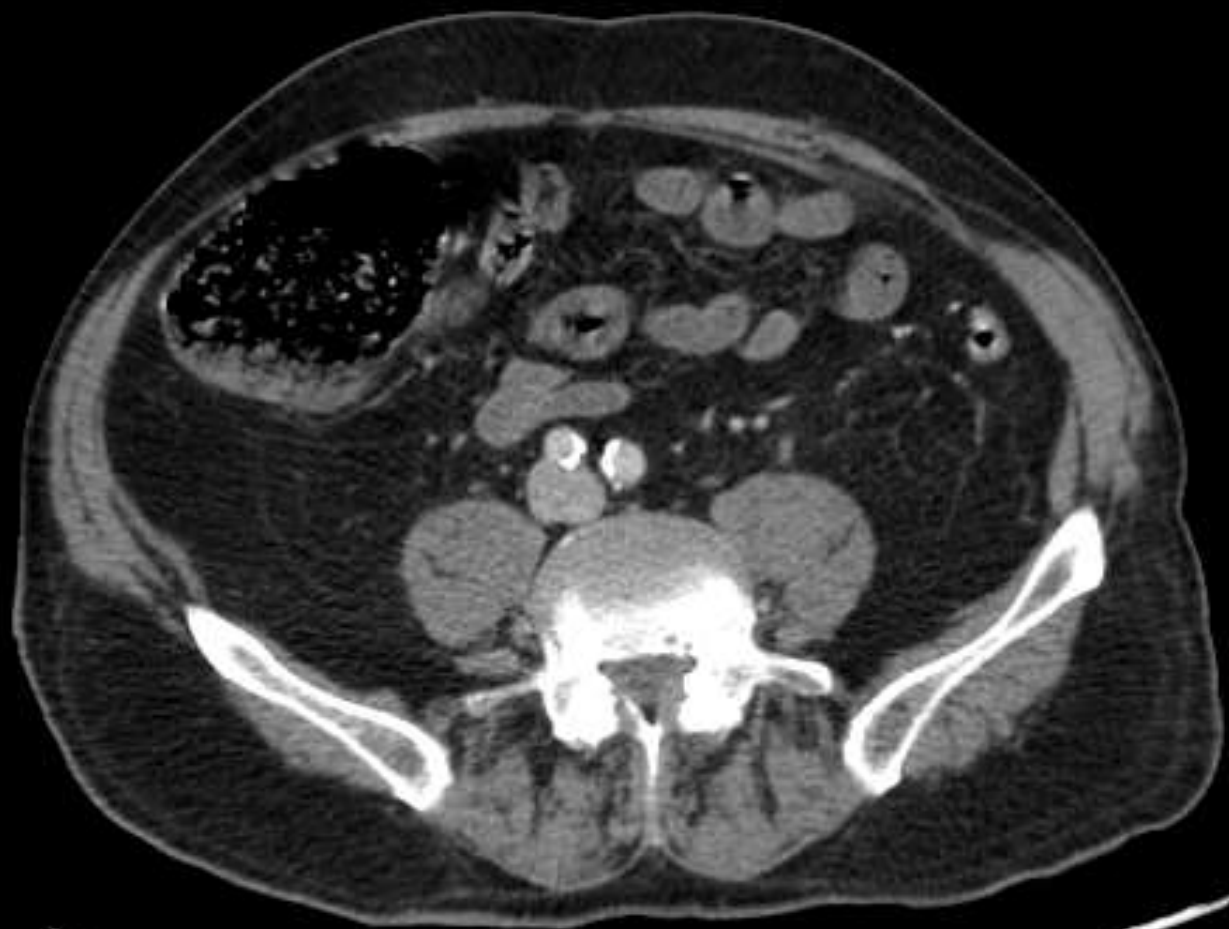
Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique



Avert: Non à usage diagnostique

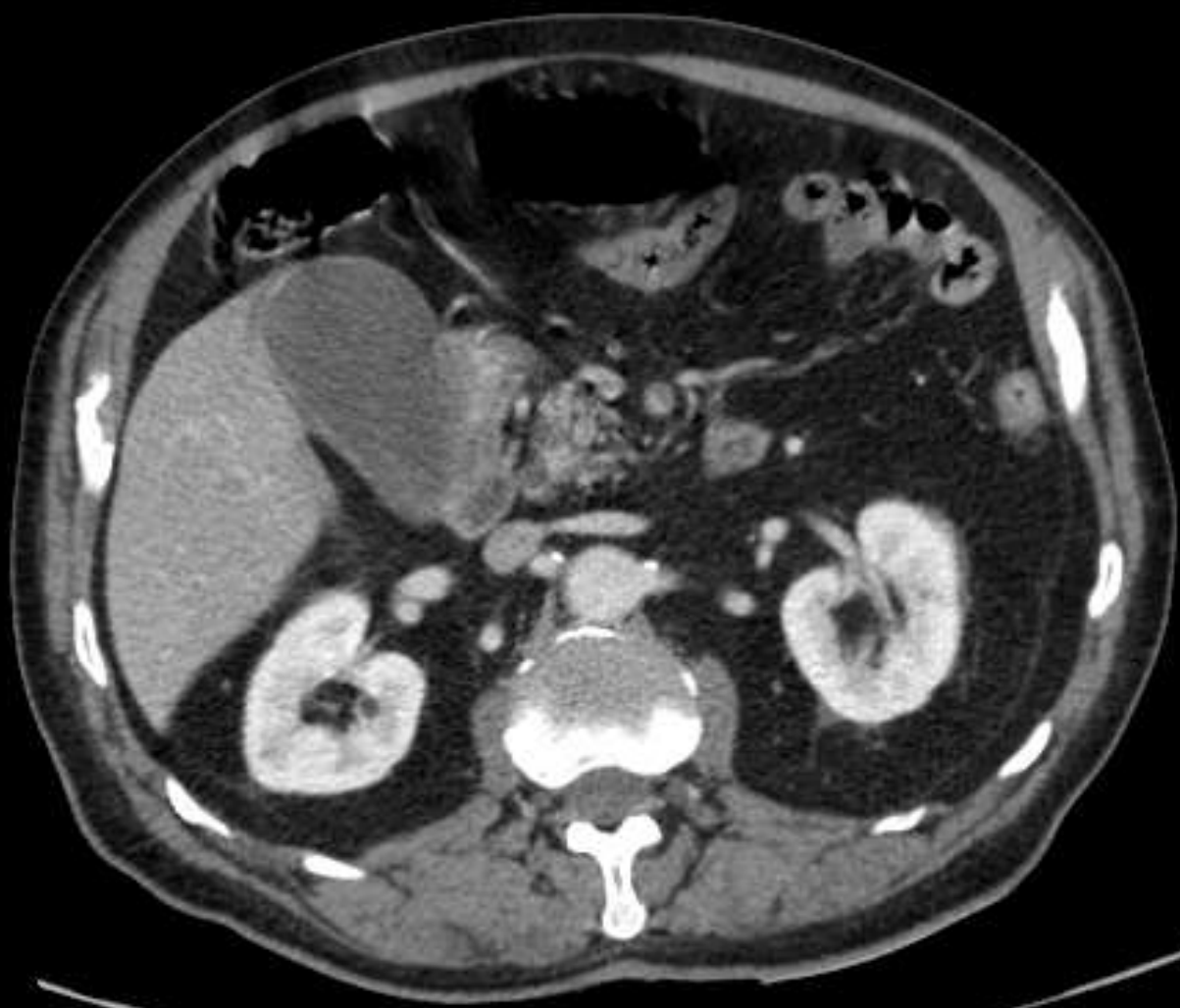








Avert: Non à usage diagnostique



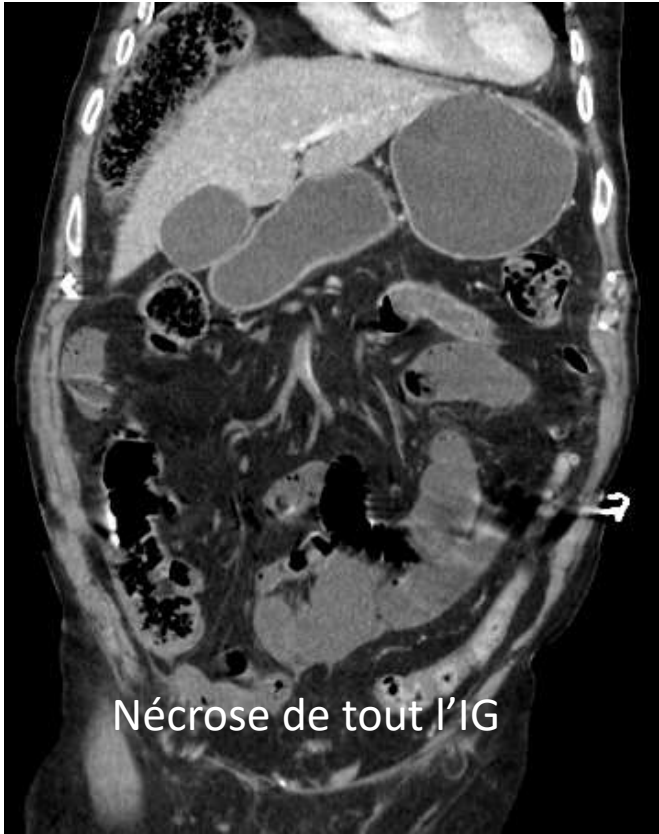
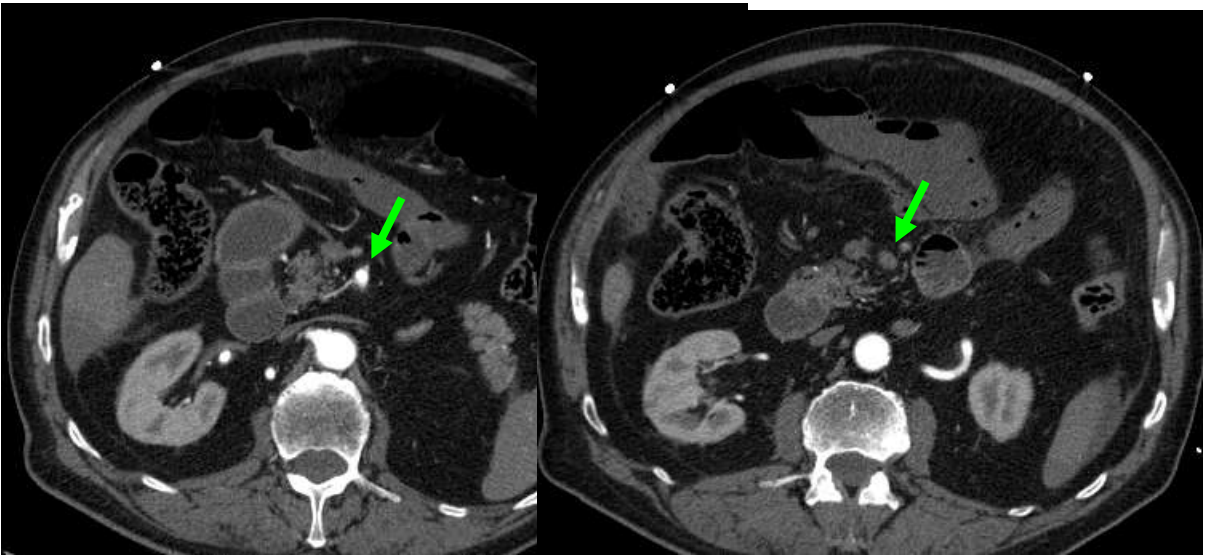


Regarder
systématiquement
les vaisseaux
mésentériques
même lorsque le
diagnostic
d'ischémie aiguë
du mésentère
n'est pas évoqué

- Sortie avec un diagnostic d'entérocolite inflammatoire...
- Retour aux urgences 24h plus tard avec troubles de l'élocution et déficit du MSG.
- Assymétrie tensionnelle, défense abdominale diffuse et aspect cyanosé de la peau, marbrures
- CRP=240mg/l, IRA, GB=23000mm³, lactates=7.8

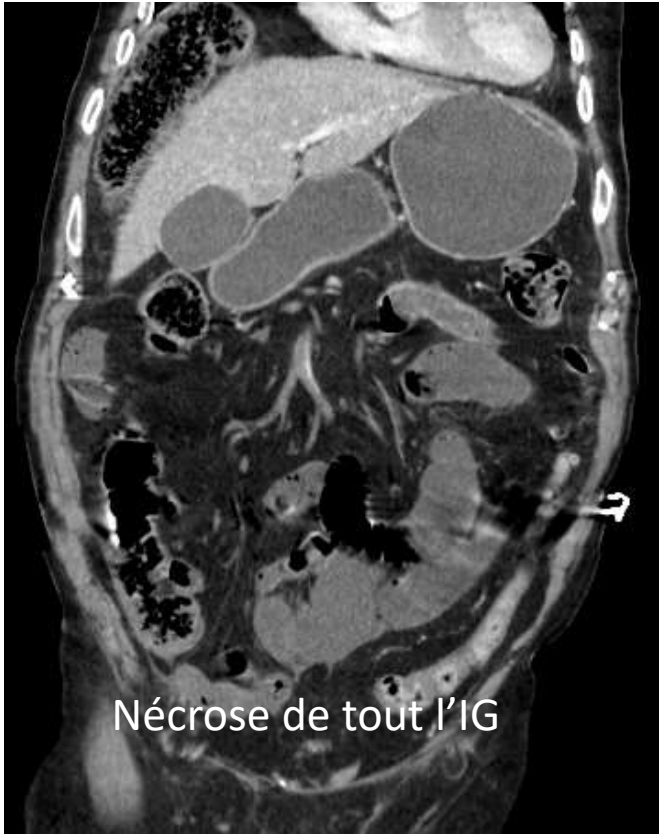
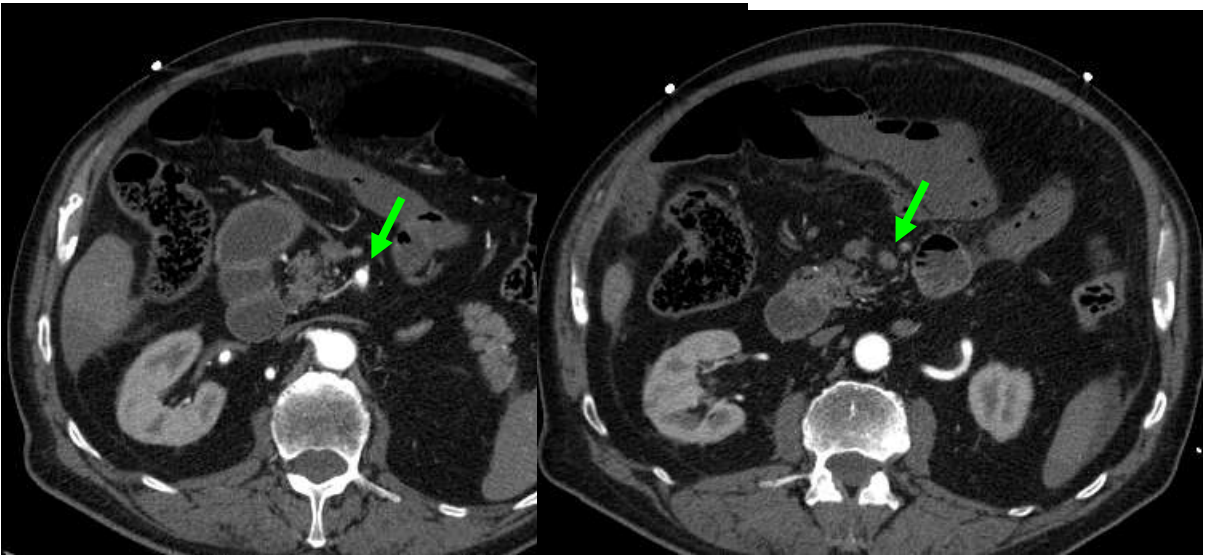


Jamais d'artéfact de flux dans une artère
mésentérique au temps portal !!





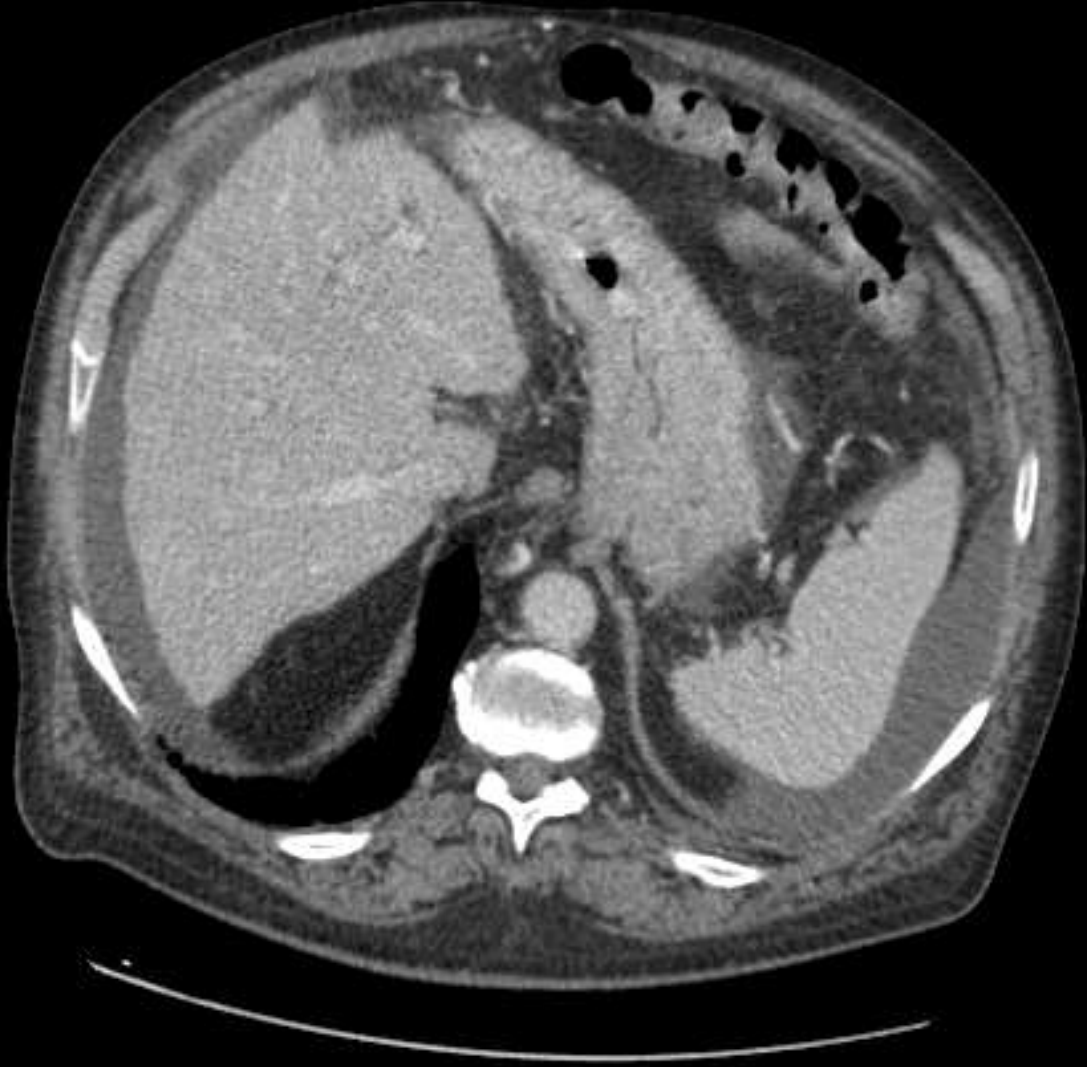
Quand c'est facile, c'est trop tard



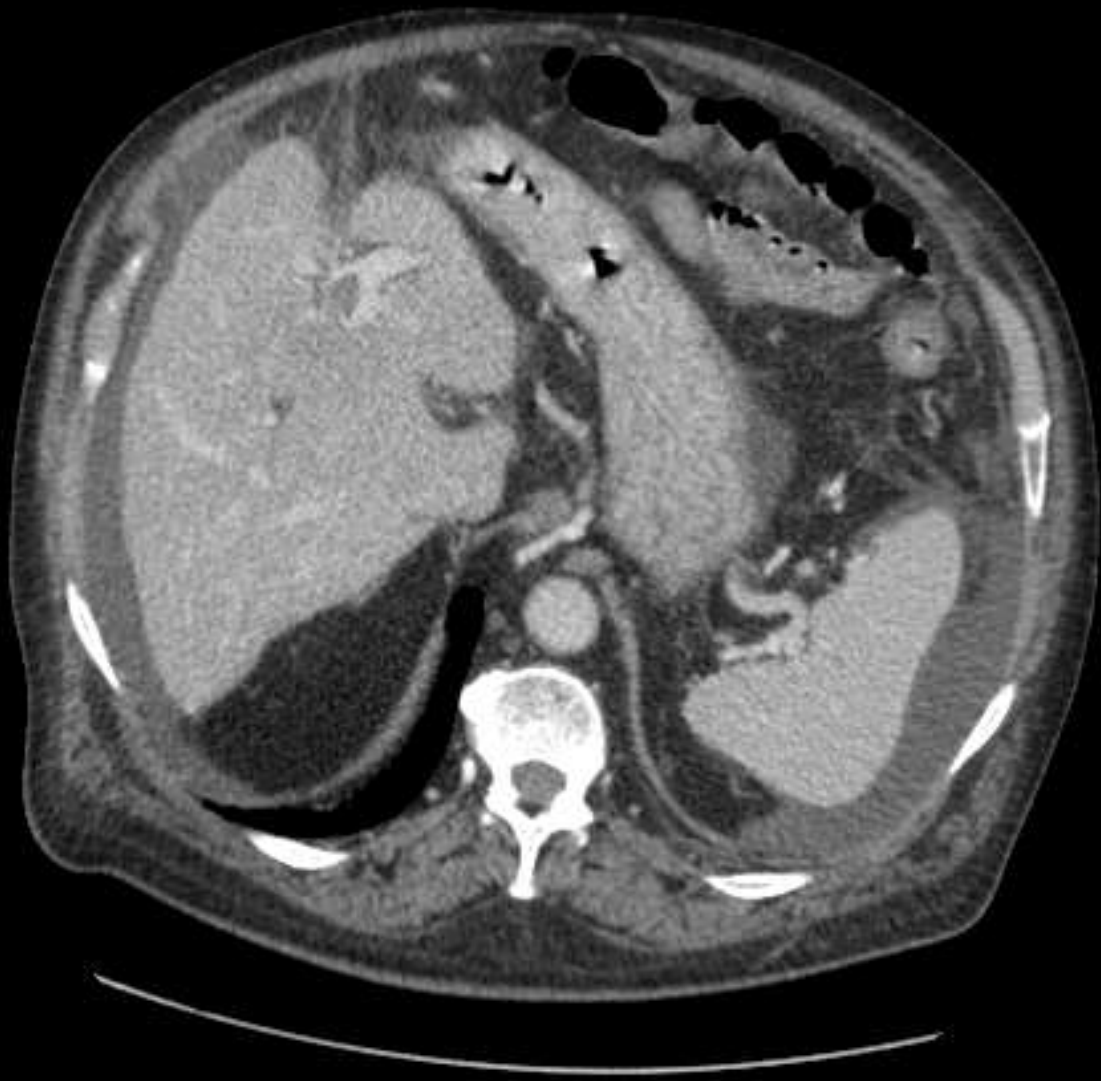
Nécrose de tout l'IG

Cas 6

- Douleur abdominale depuis 5 j chez un homme de 76 ans
- Cs son MT : **suspicion de syndrome occlusif**
- ATCD :
 - FA
 - DNID
 - 3 épisodes de TVP avec bilan thrombophilie négatif
 - Appendicectomie, cholécystectomie, PTH

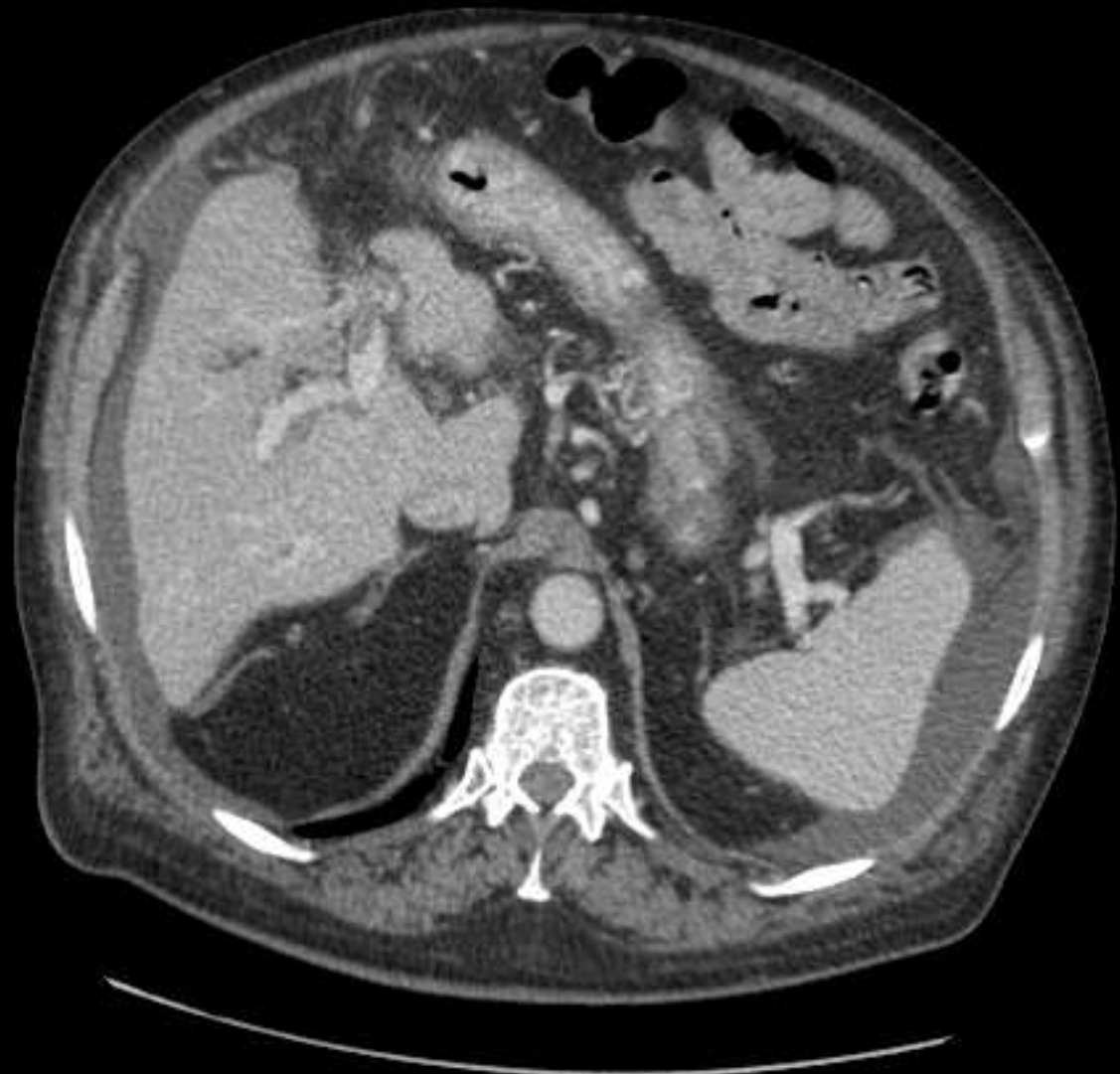










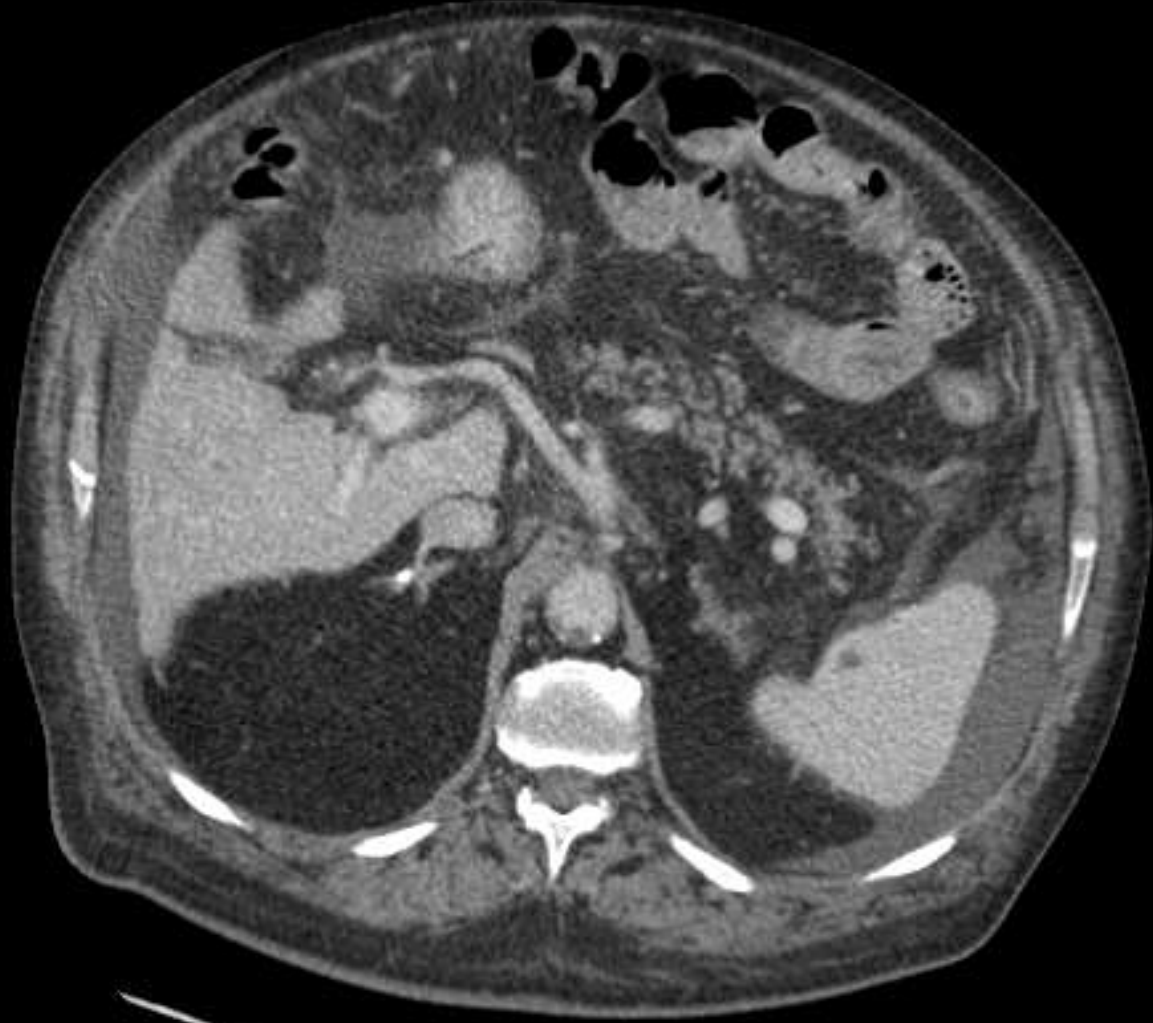




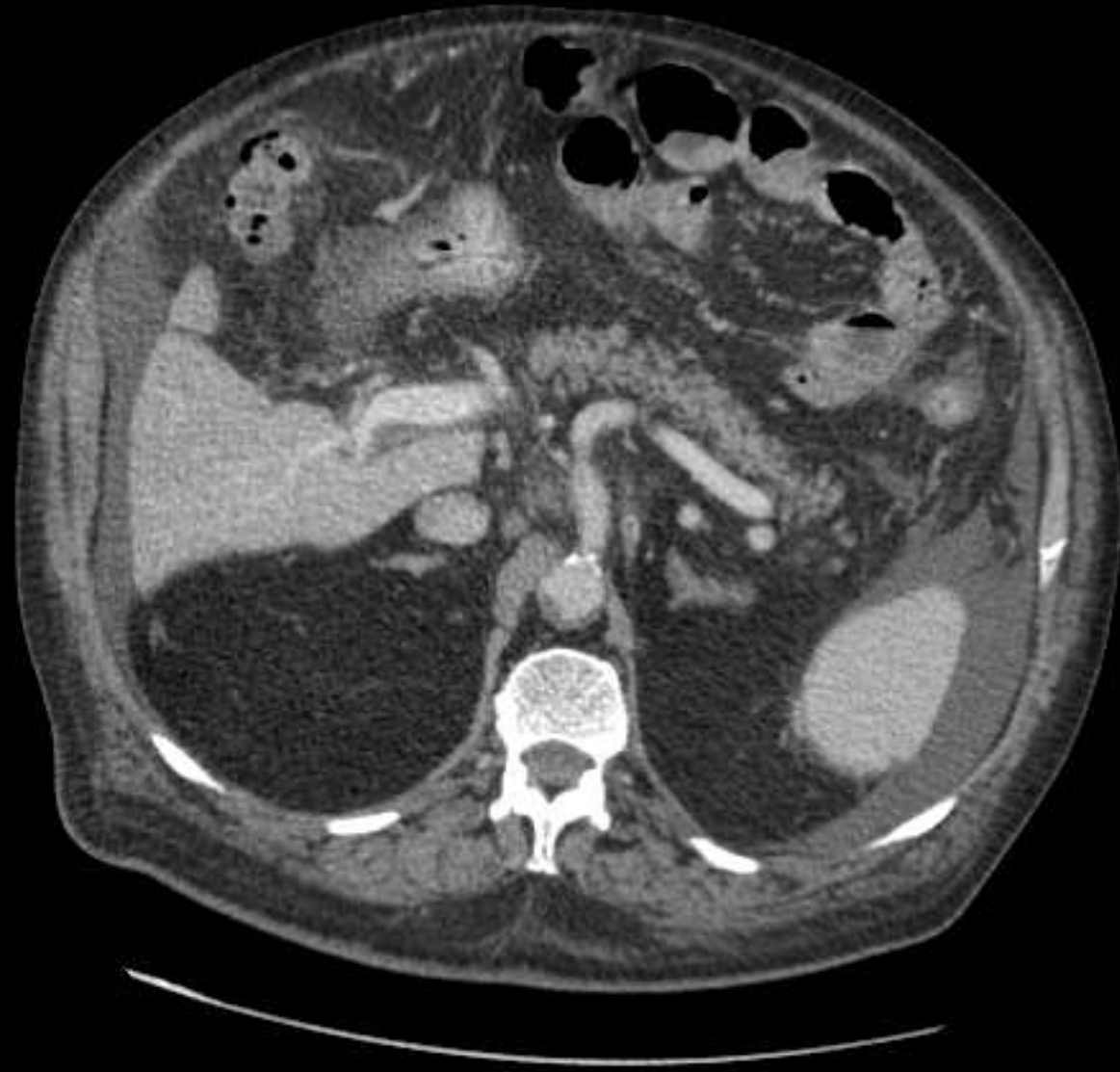


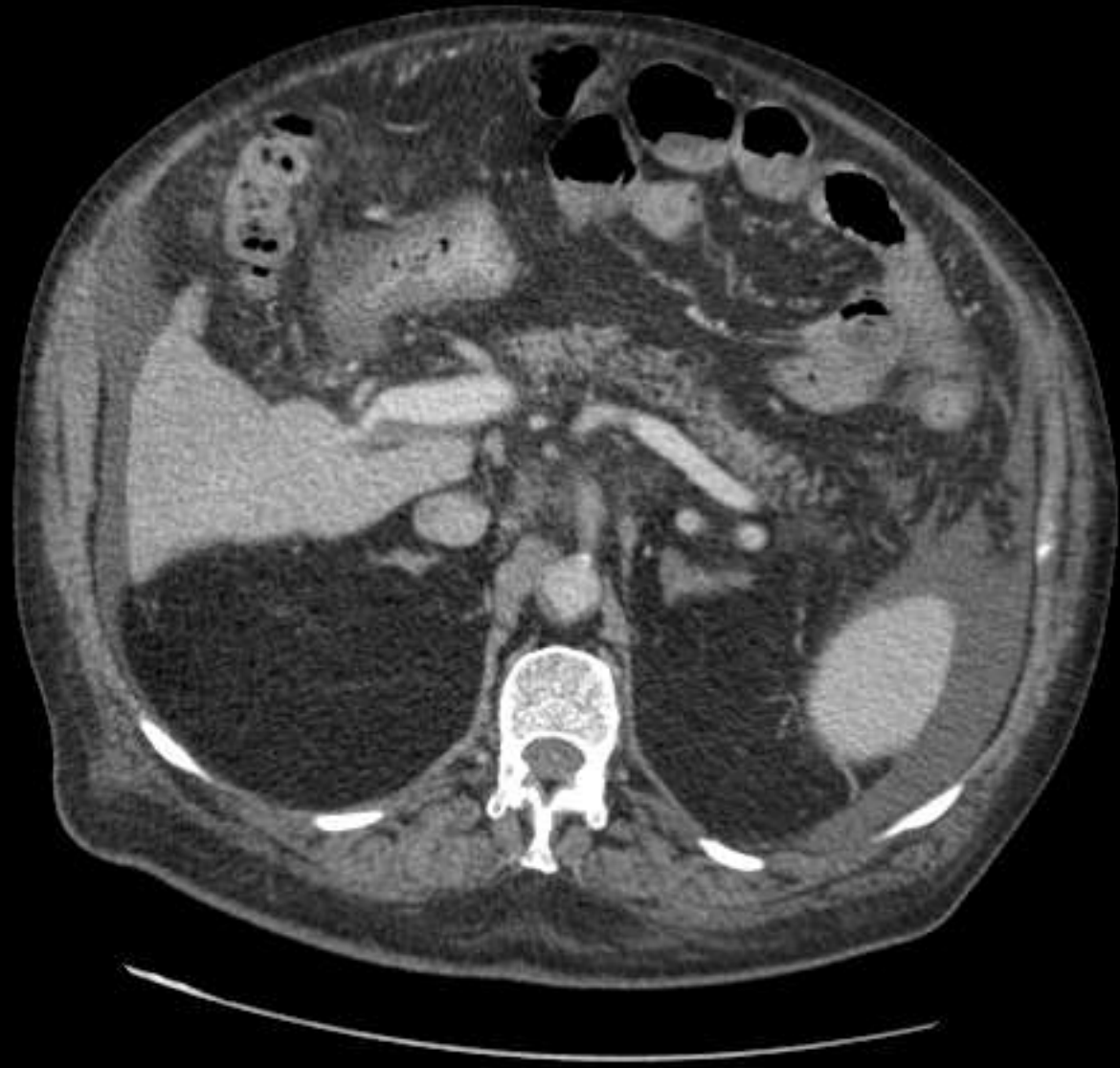


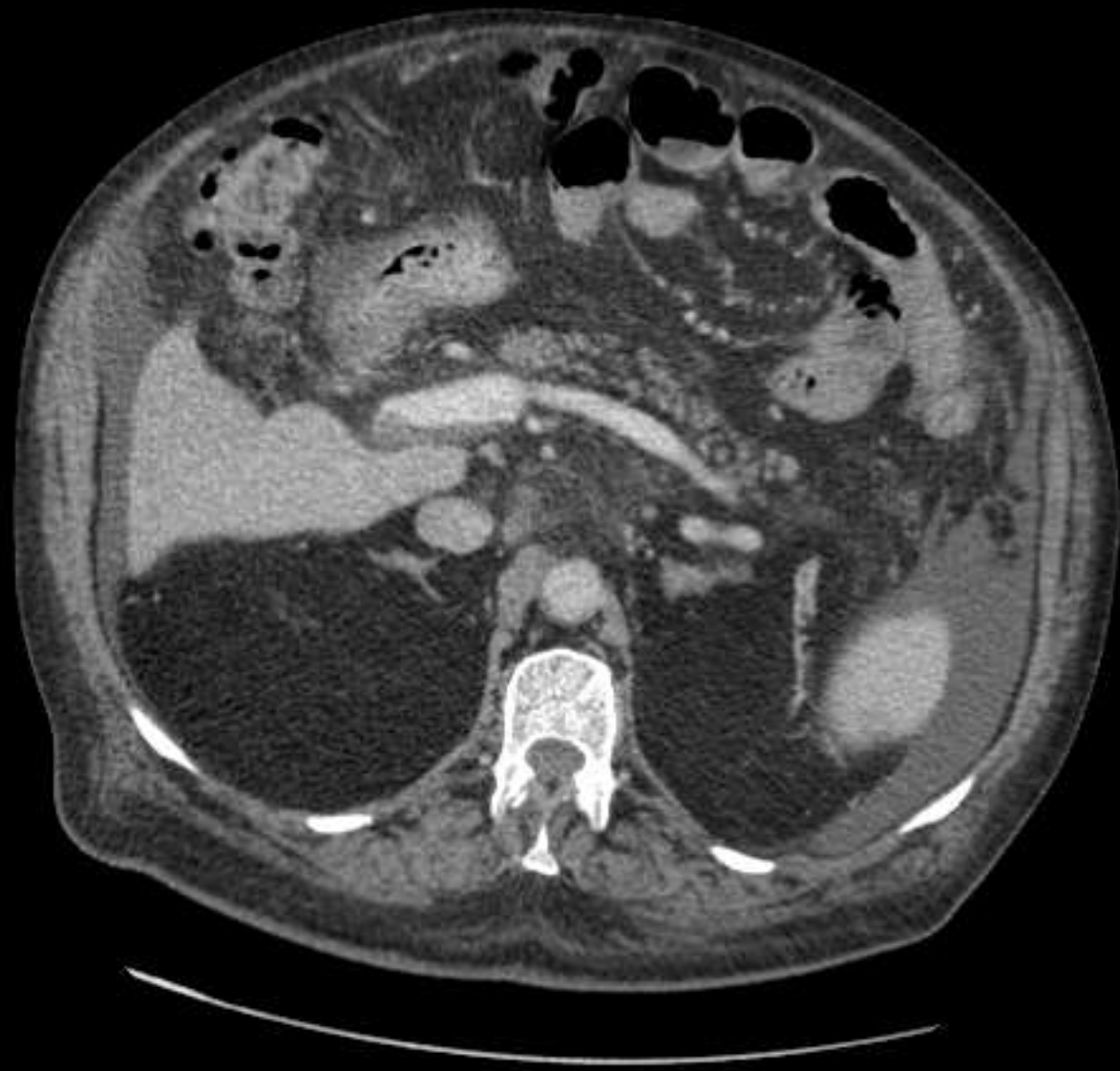


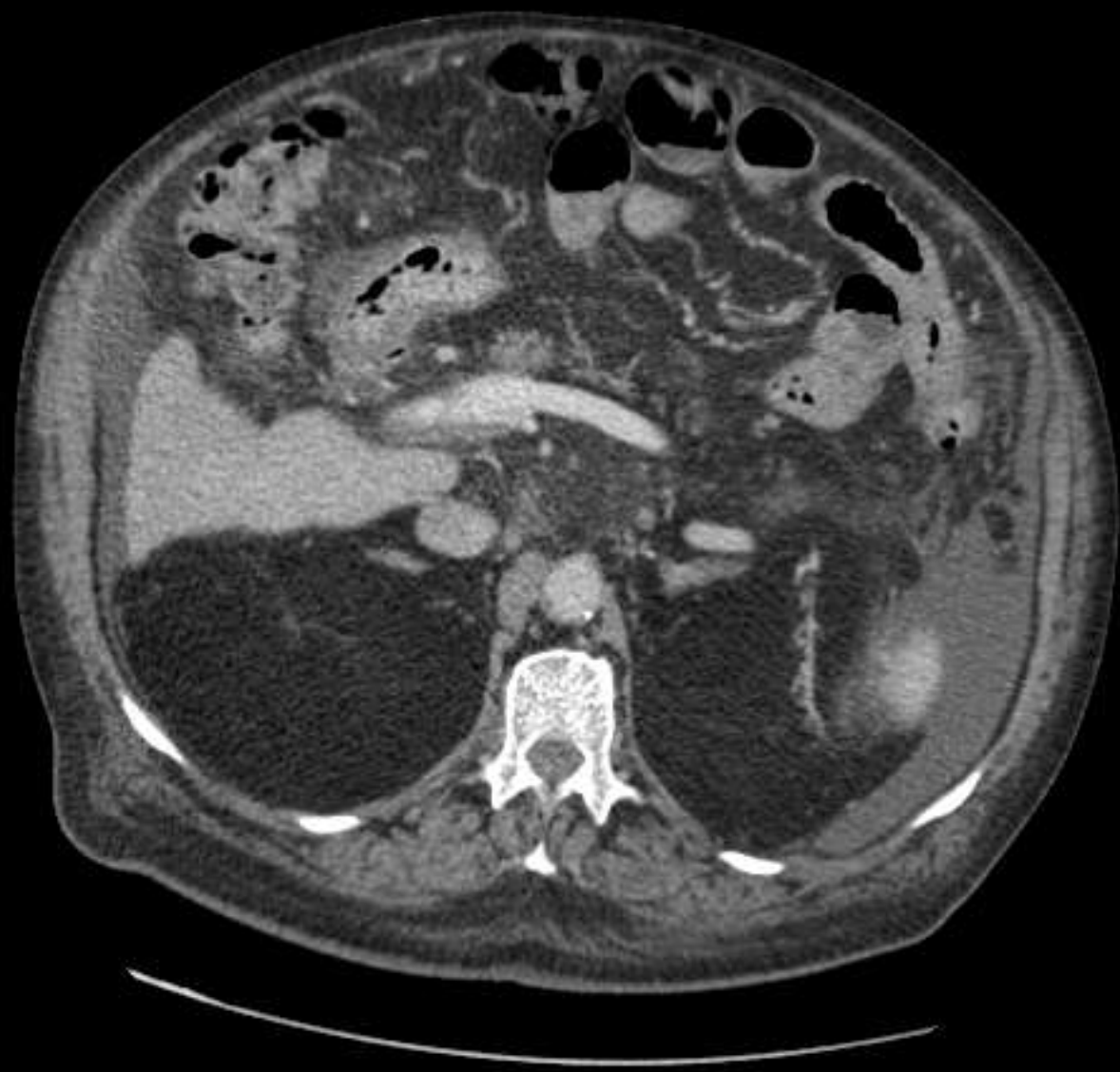


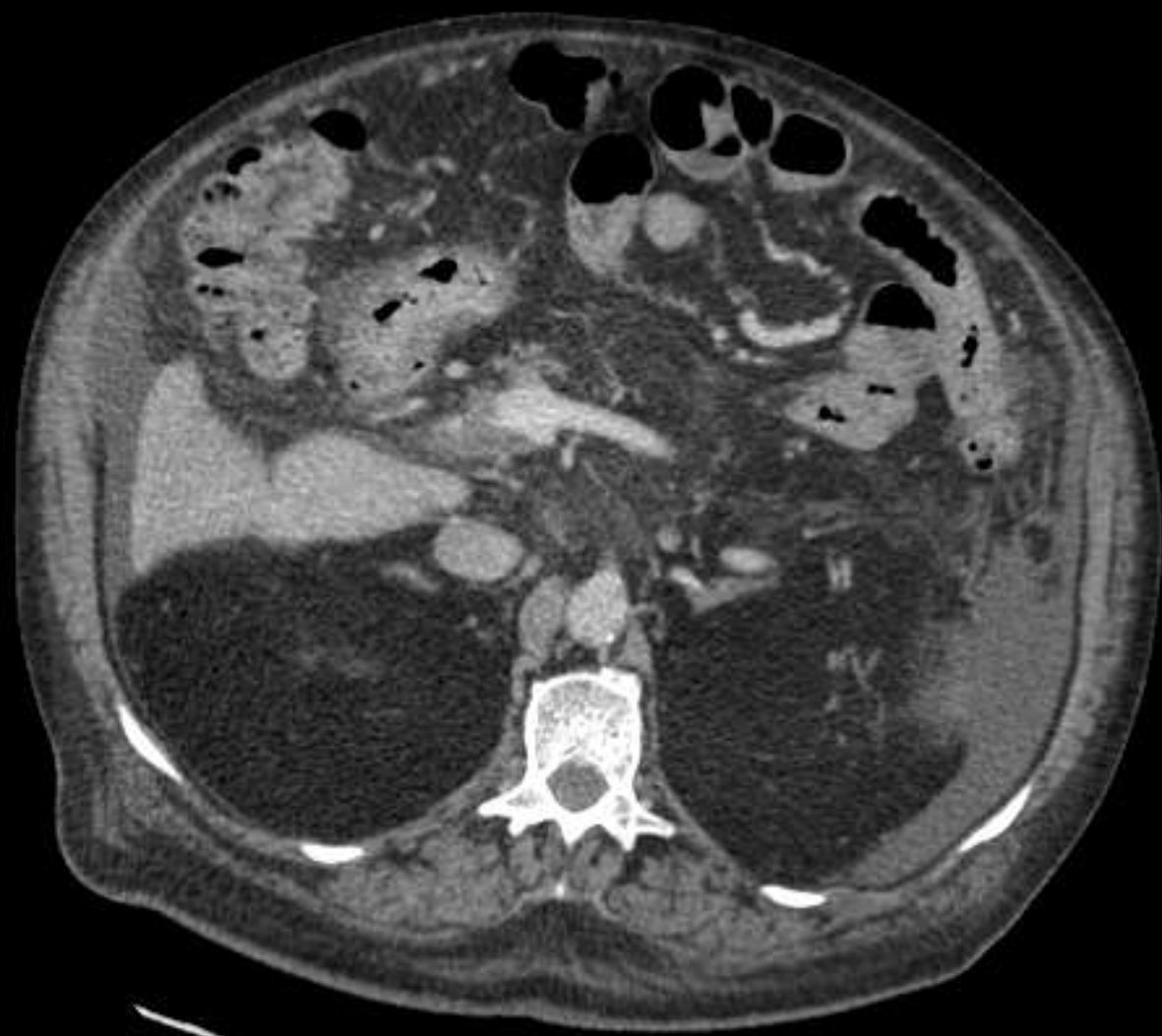


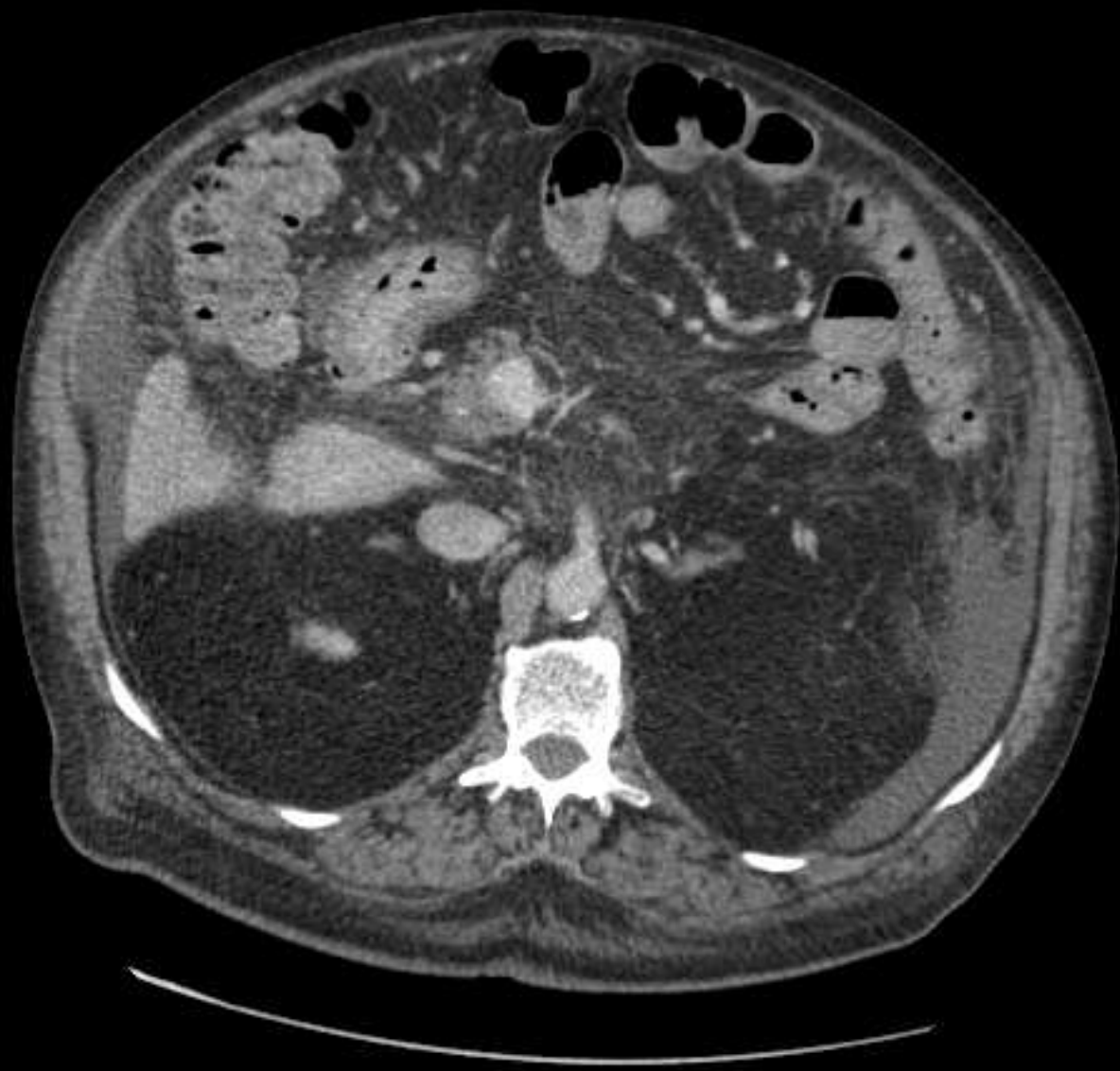


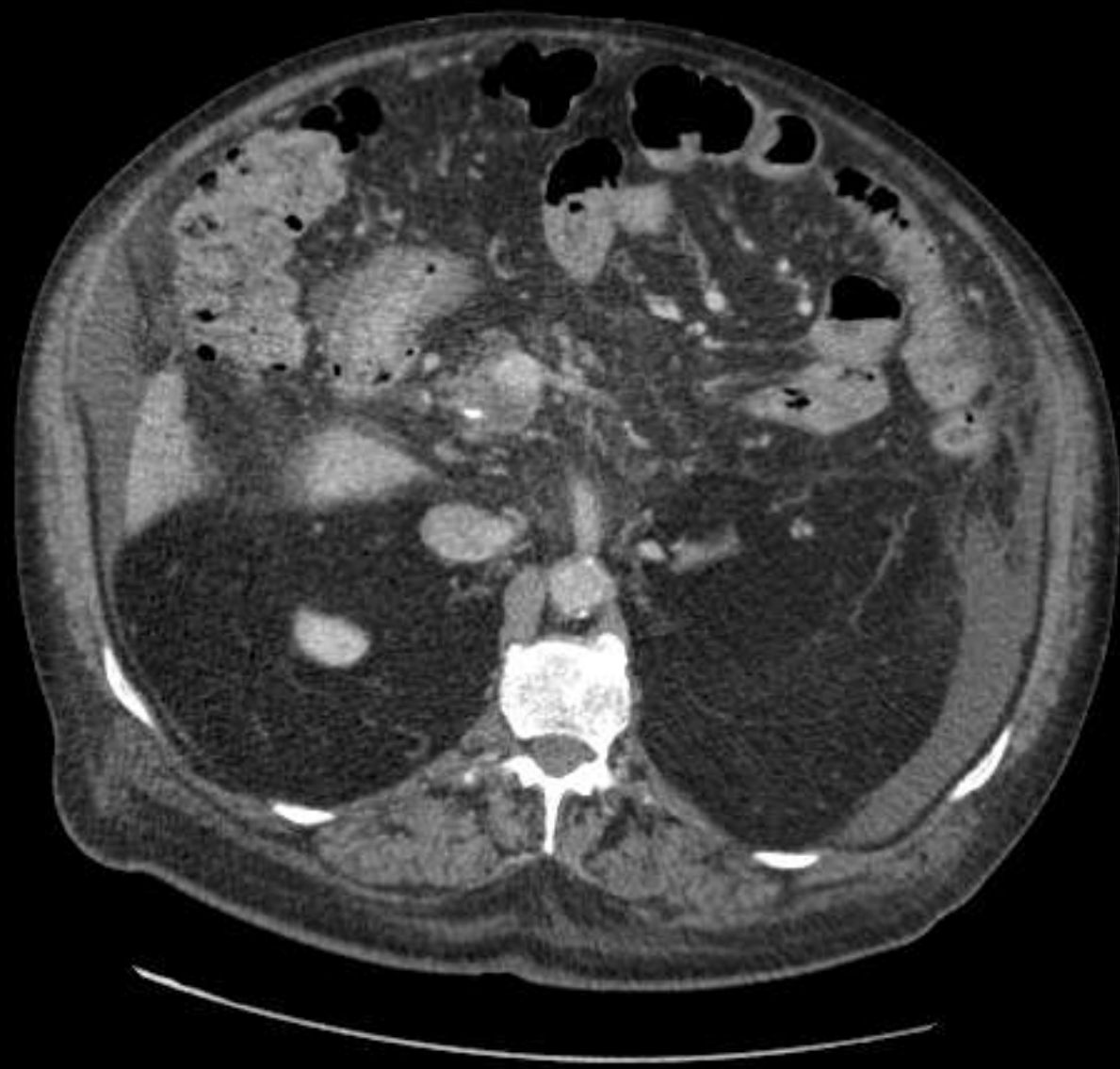


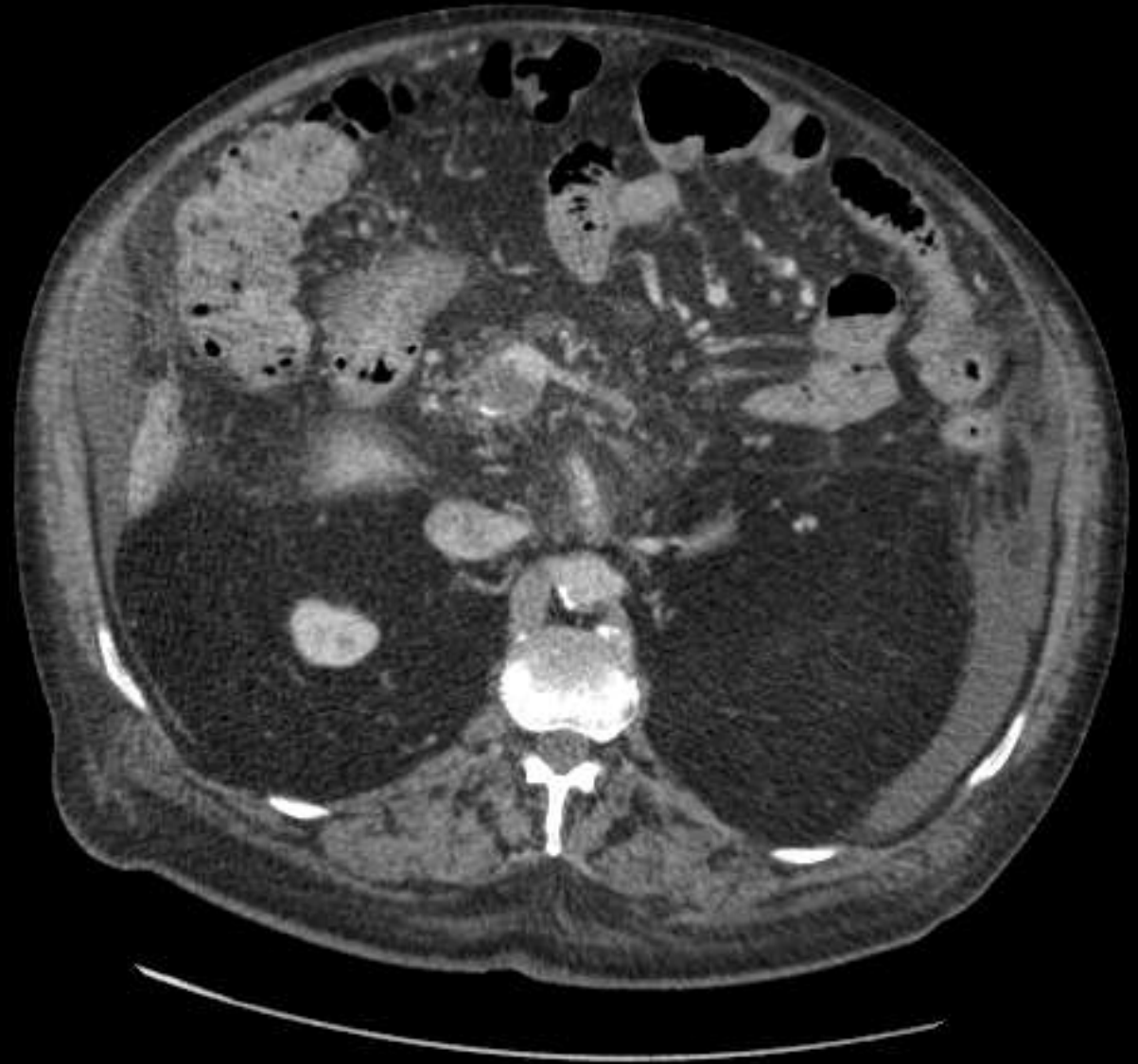


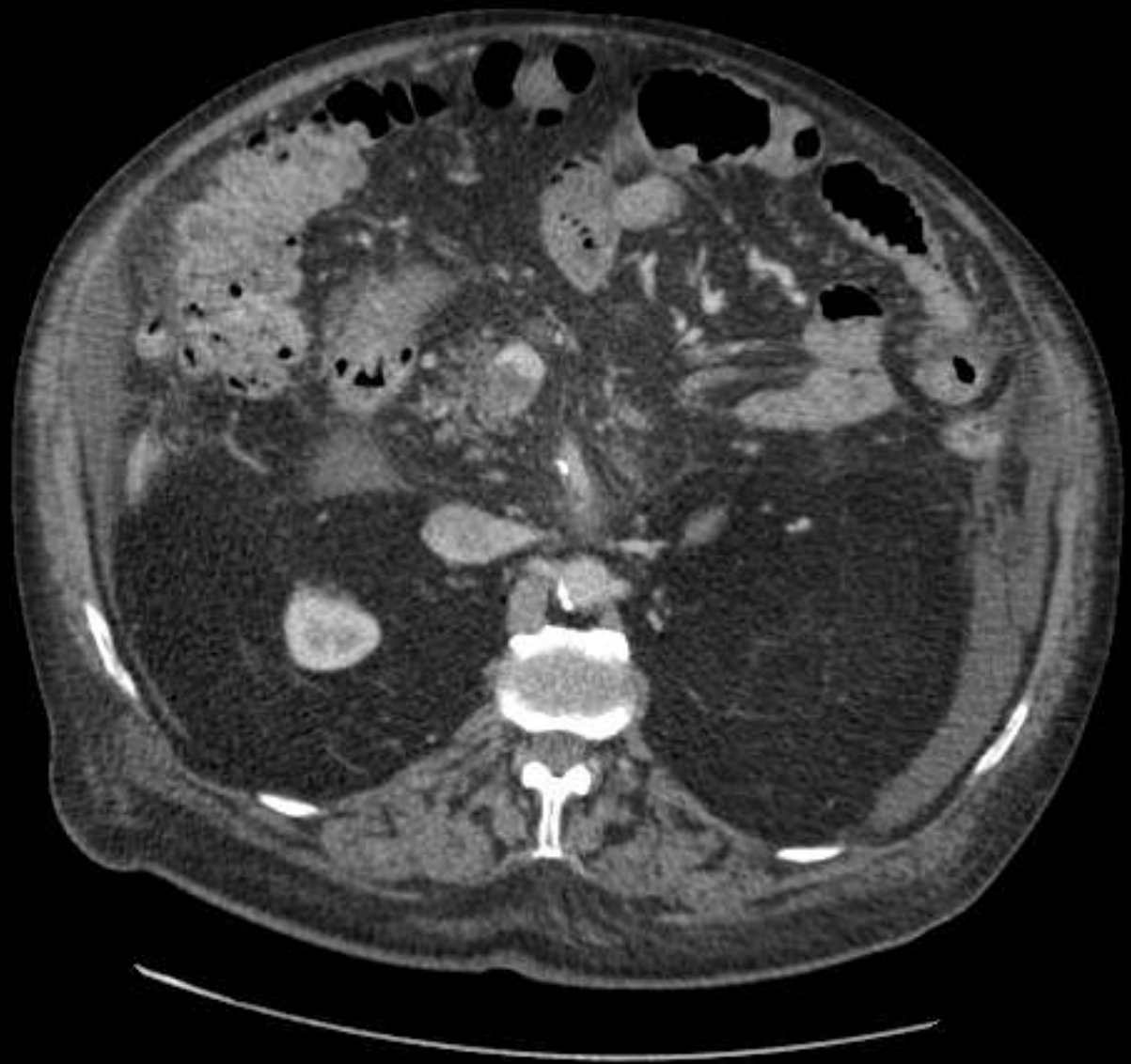


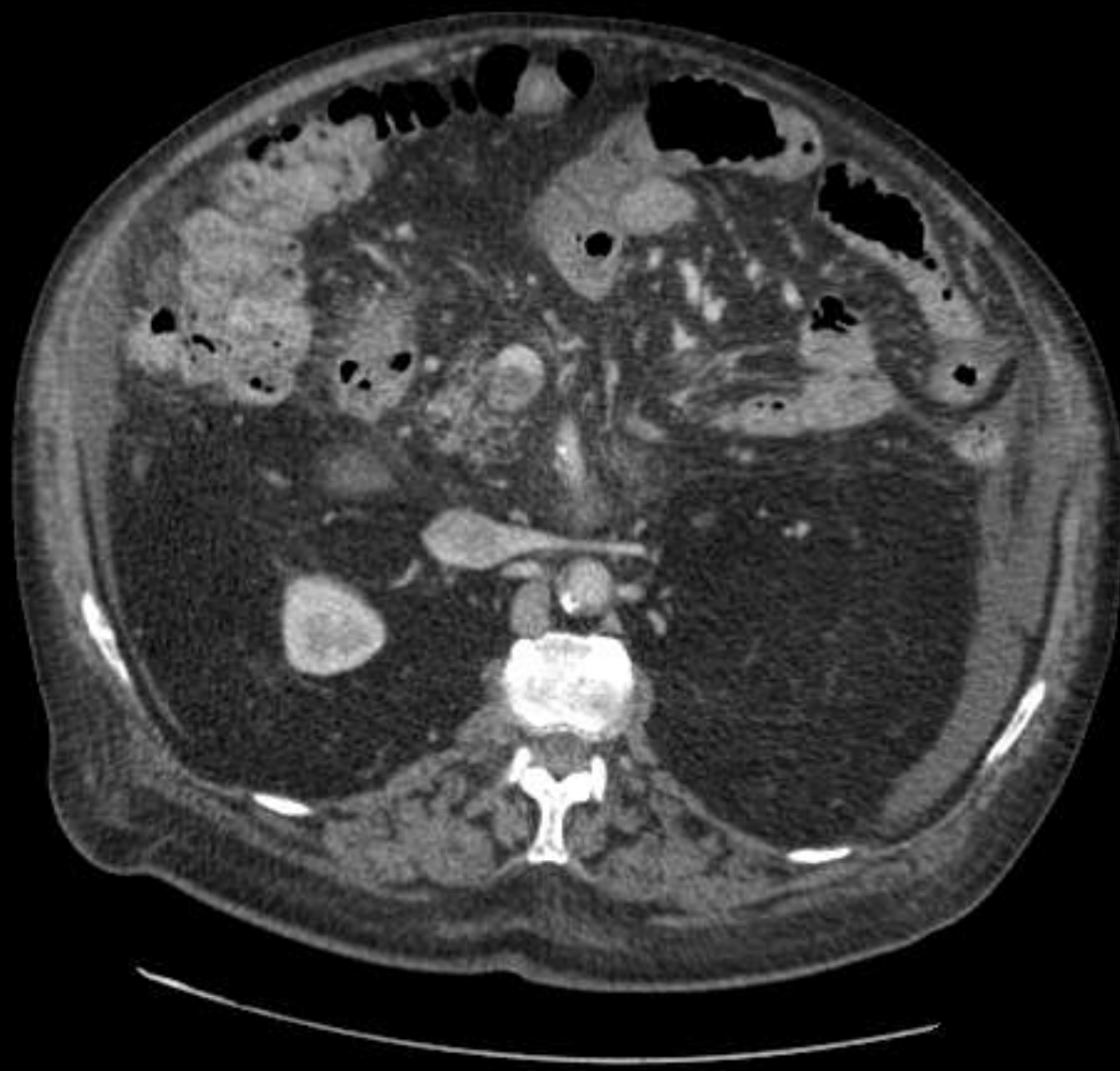












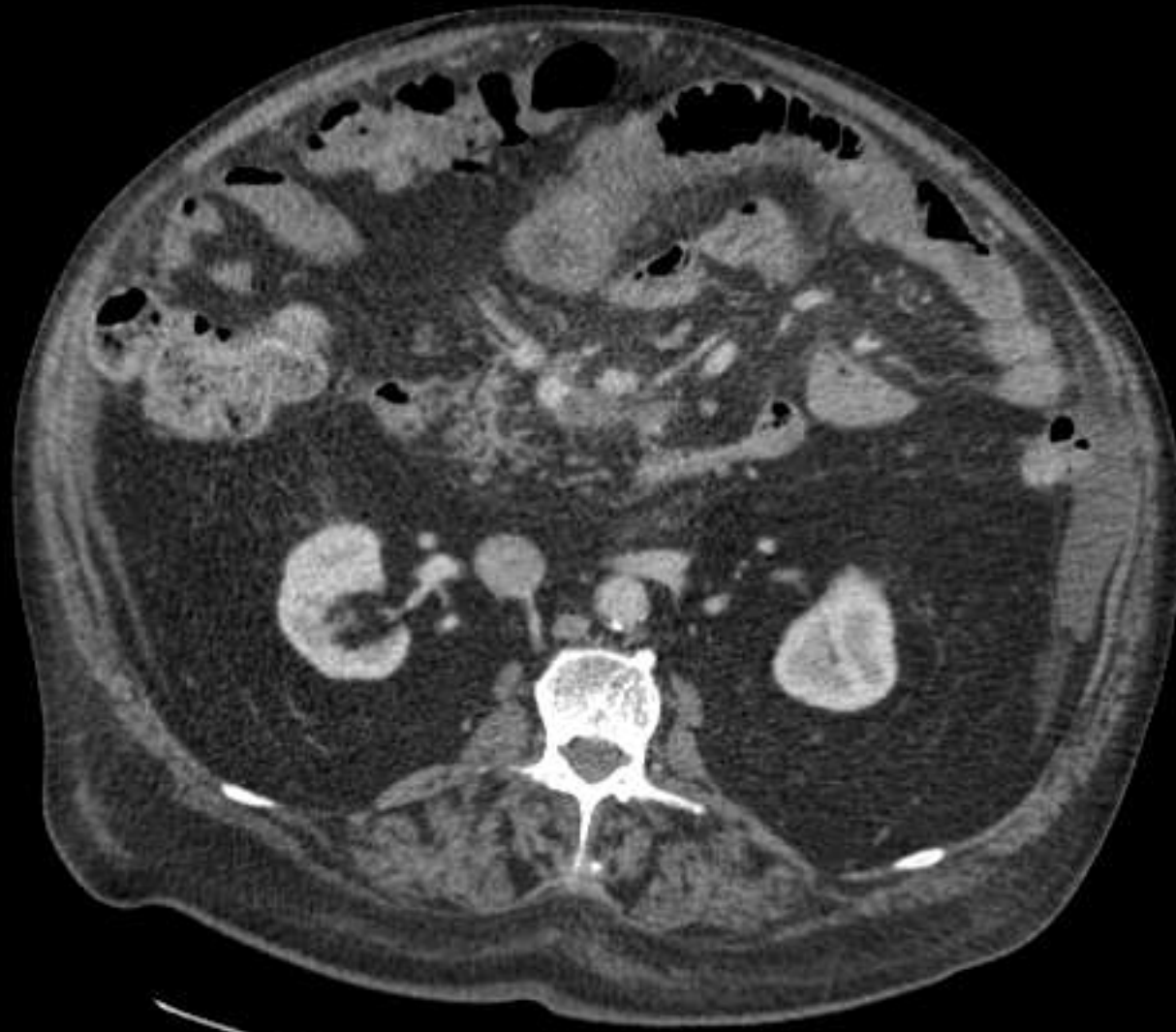






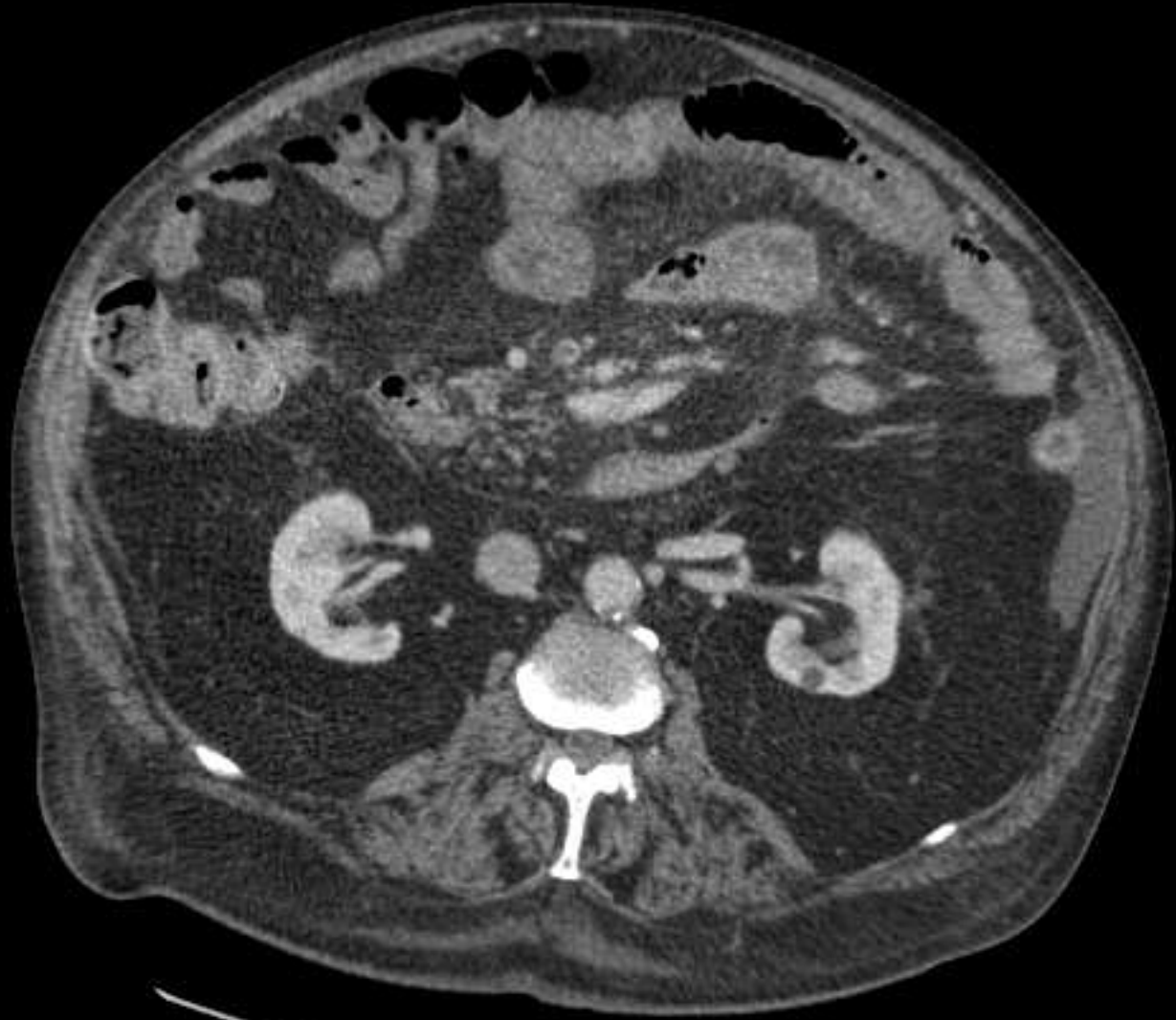








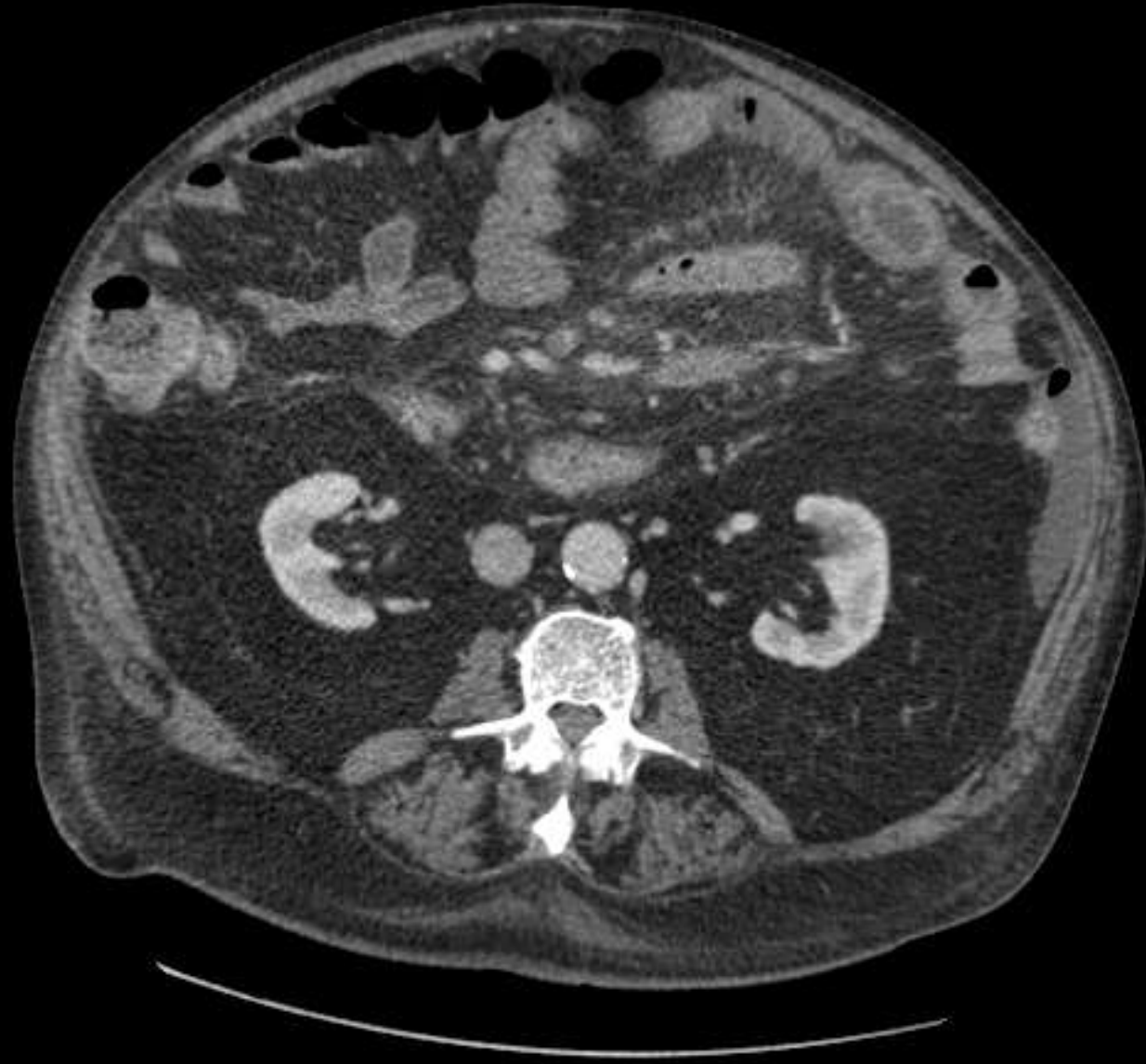


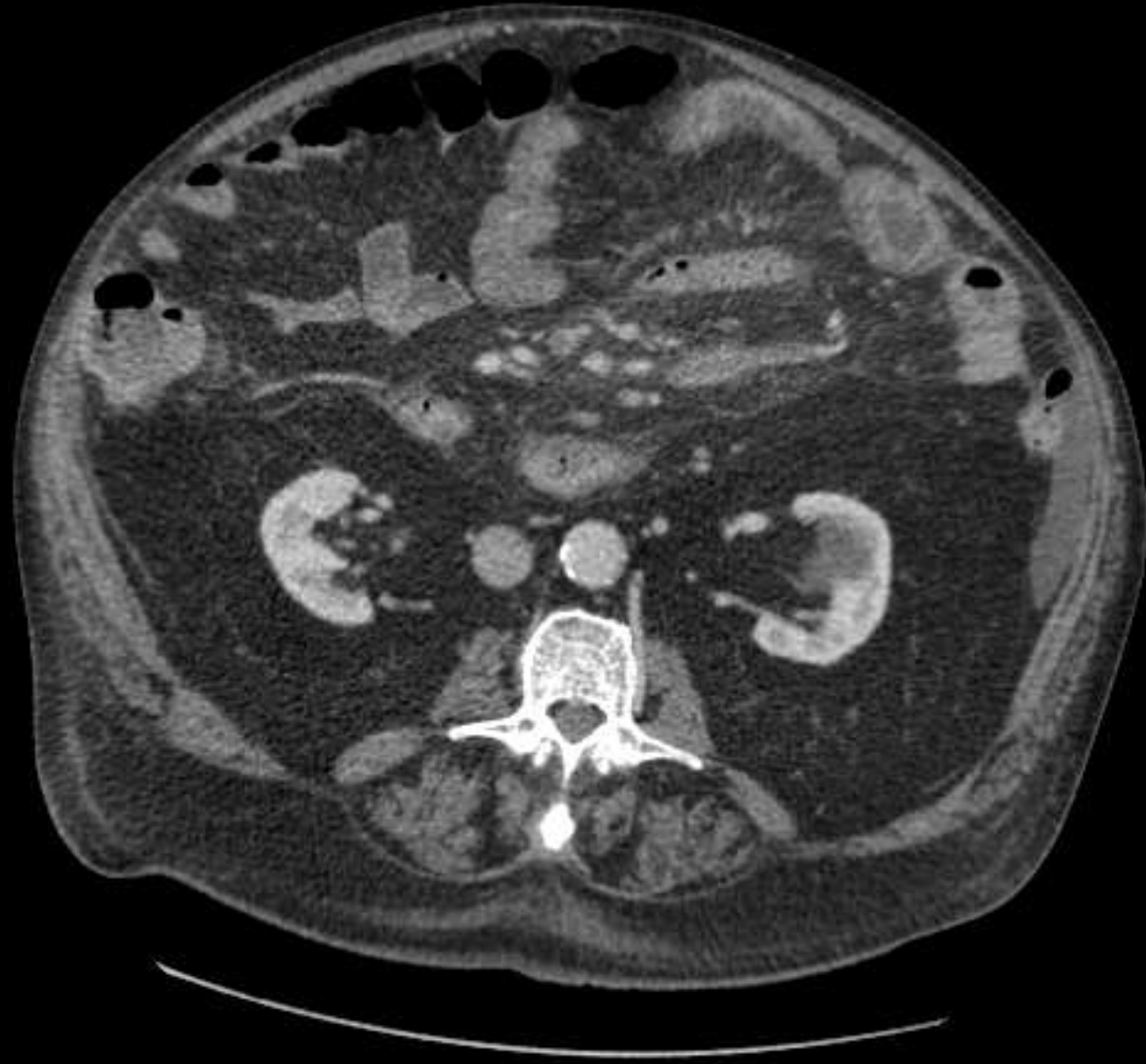


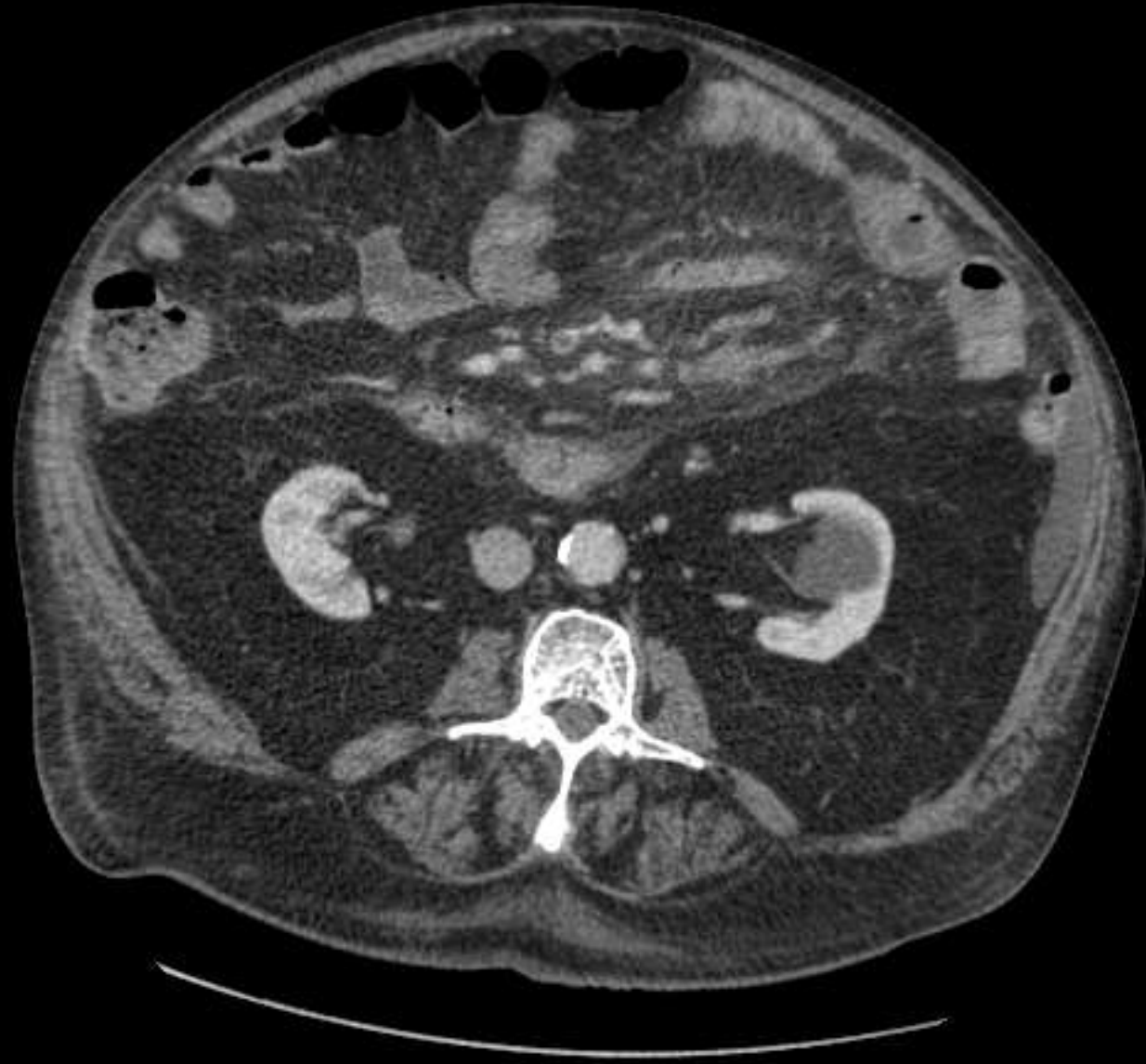




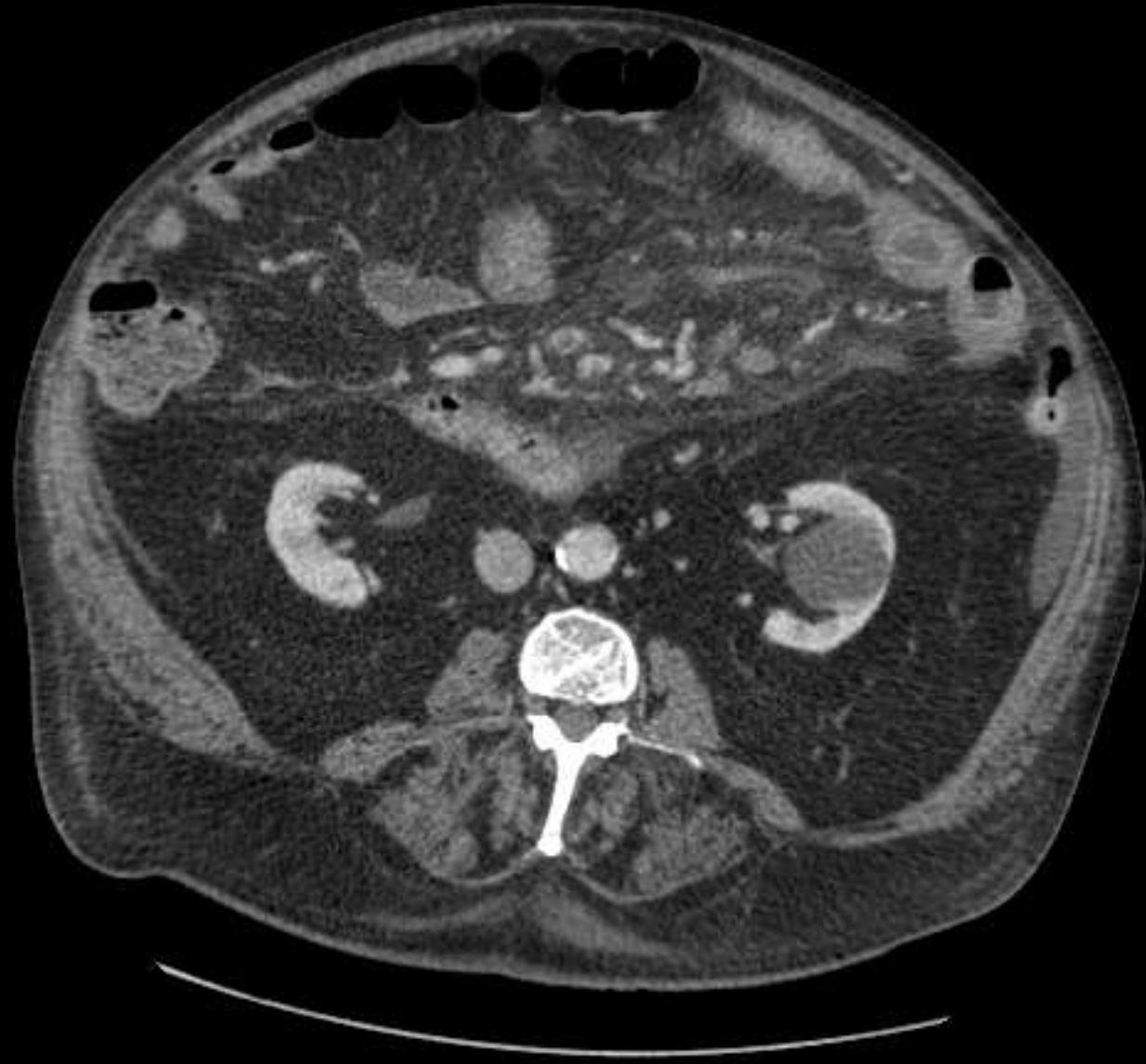




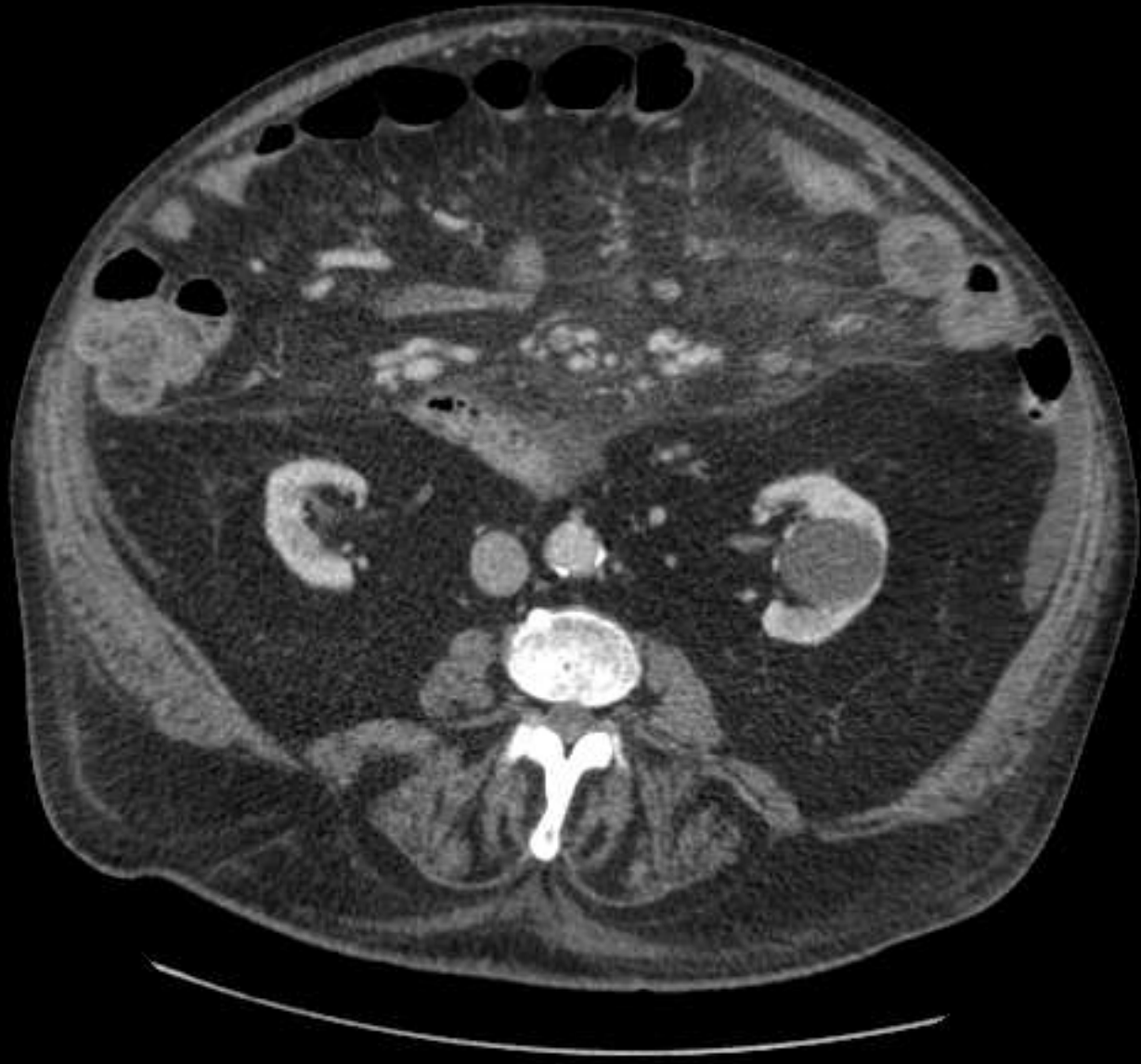


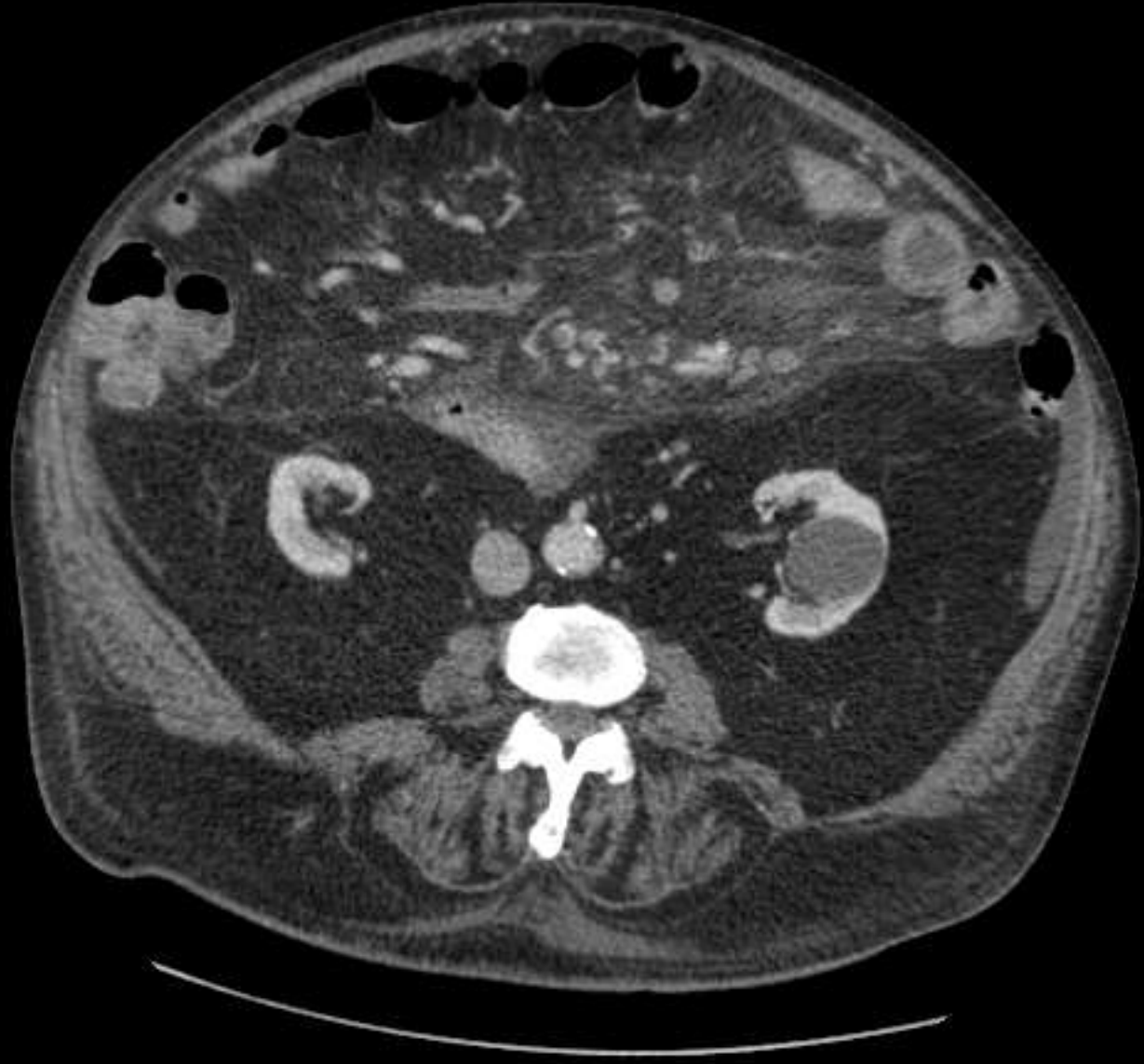




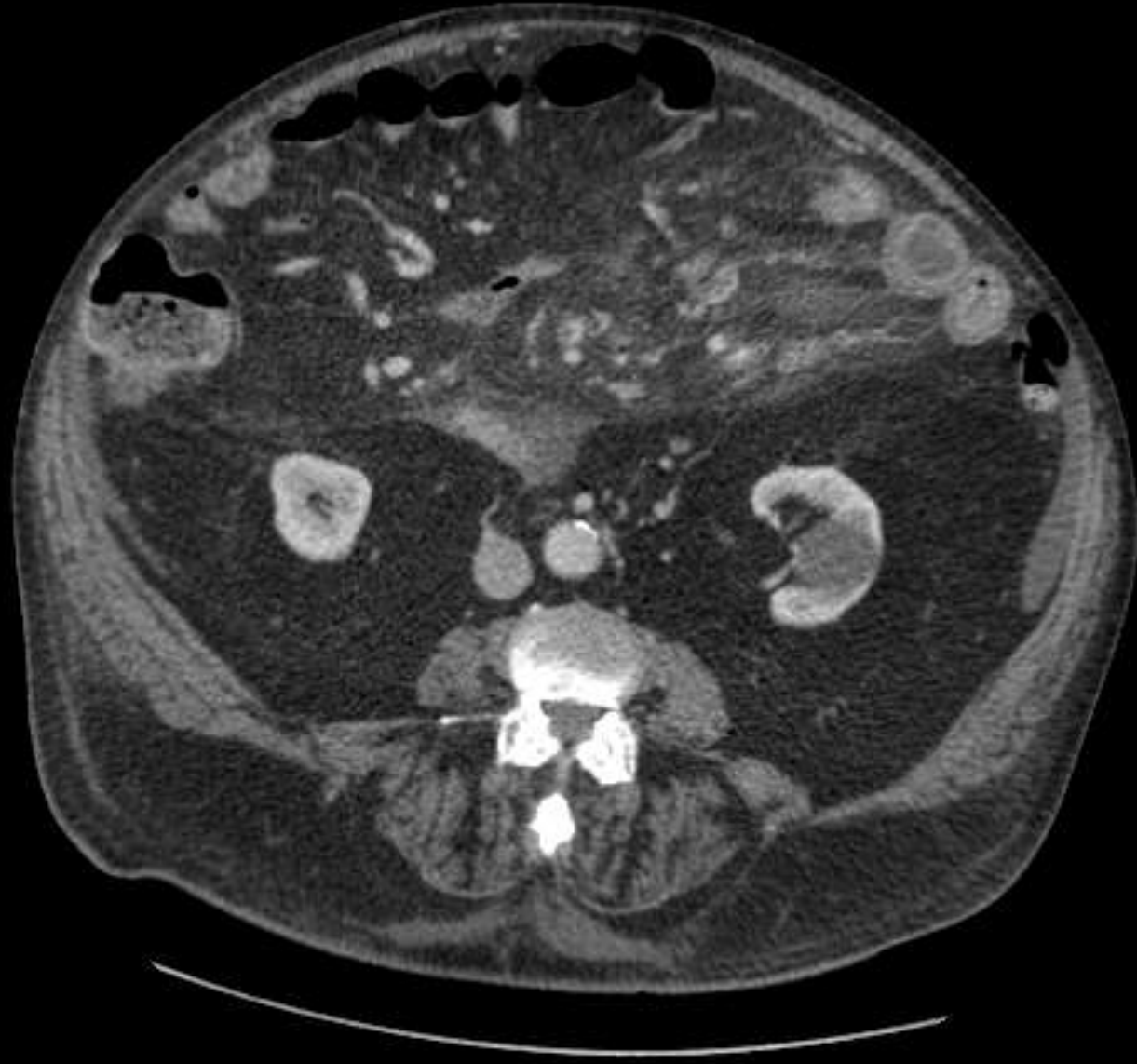










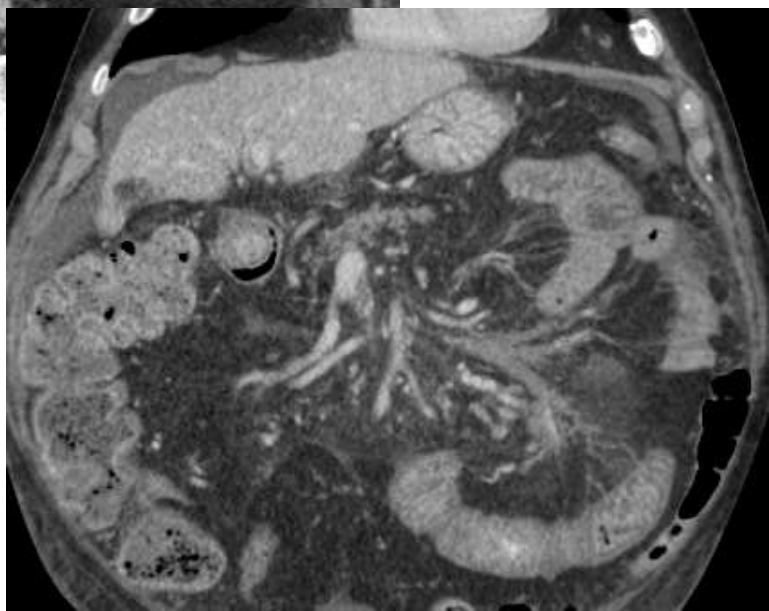
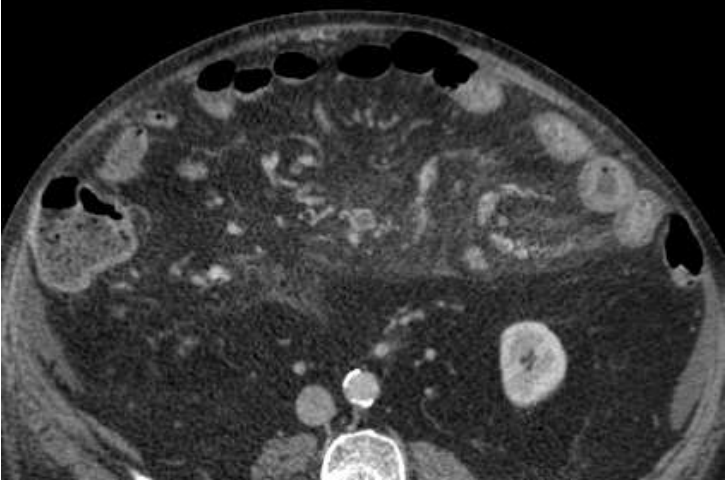
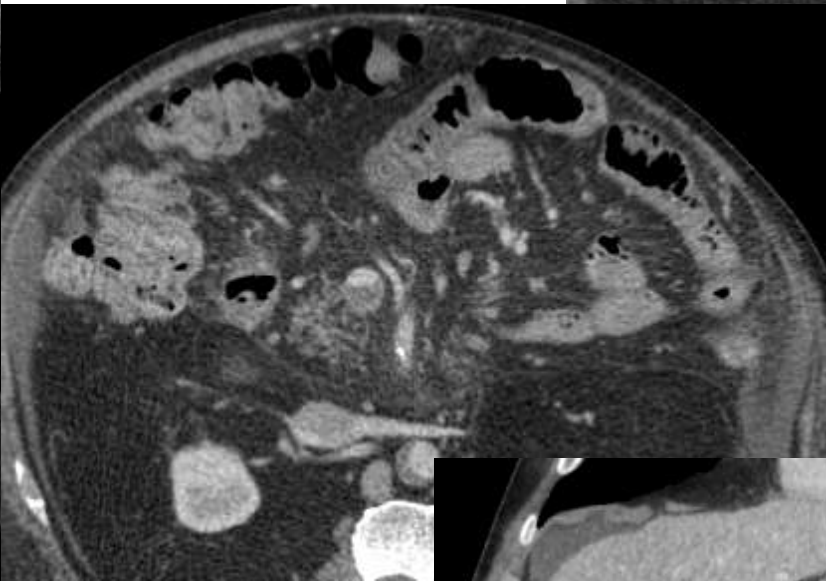
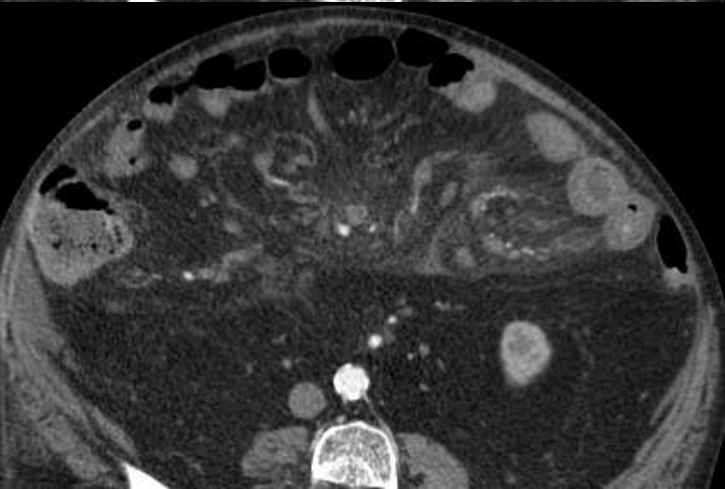
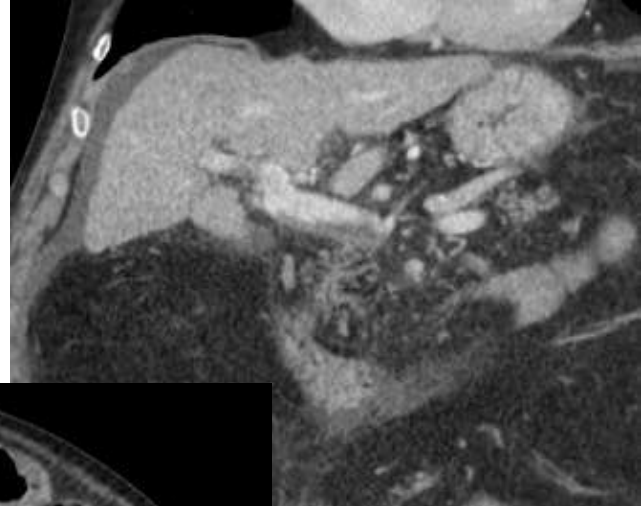
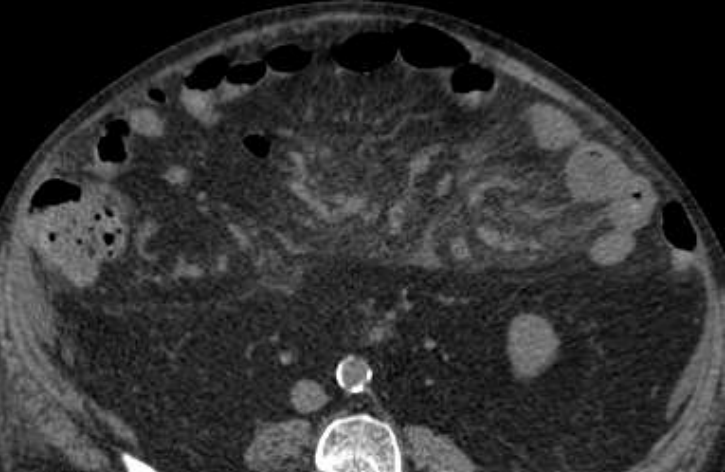


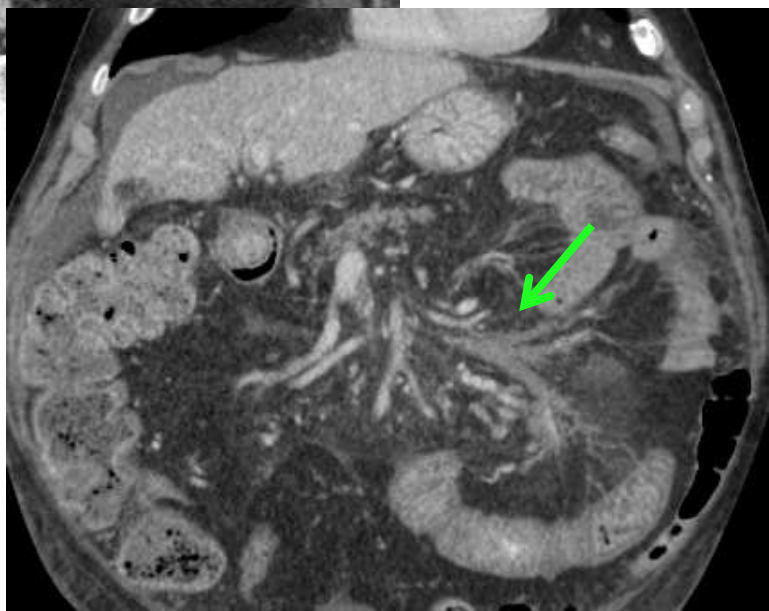
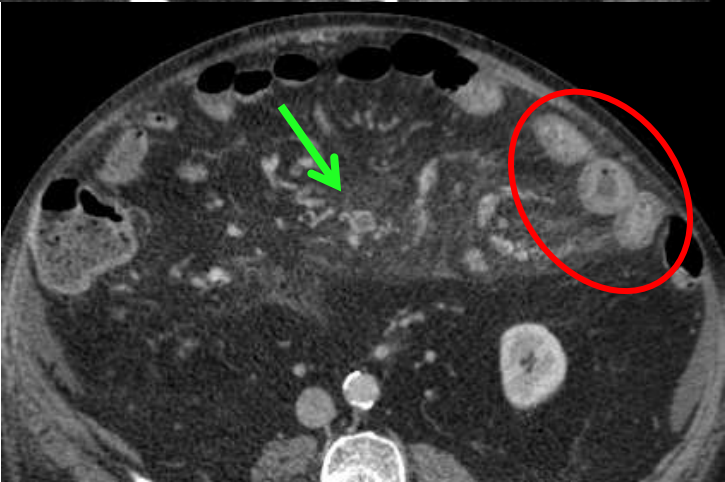
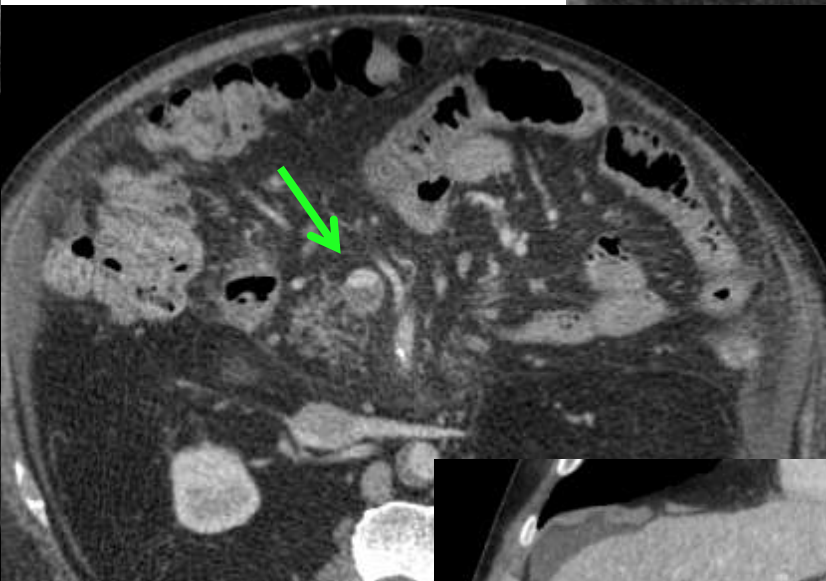
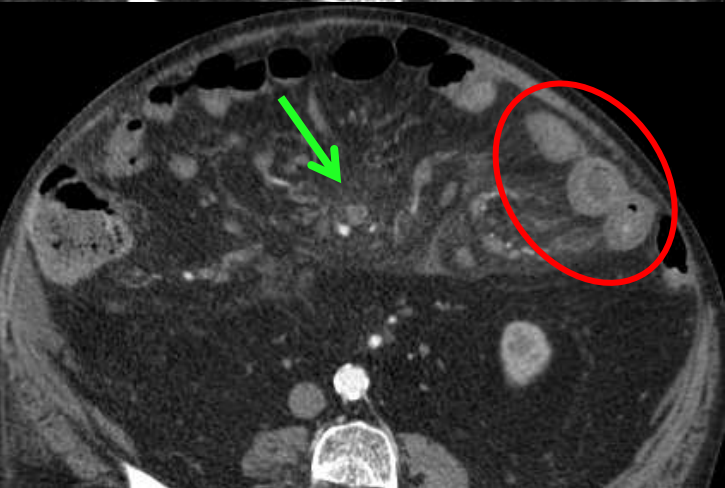
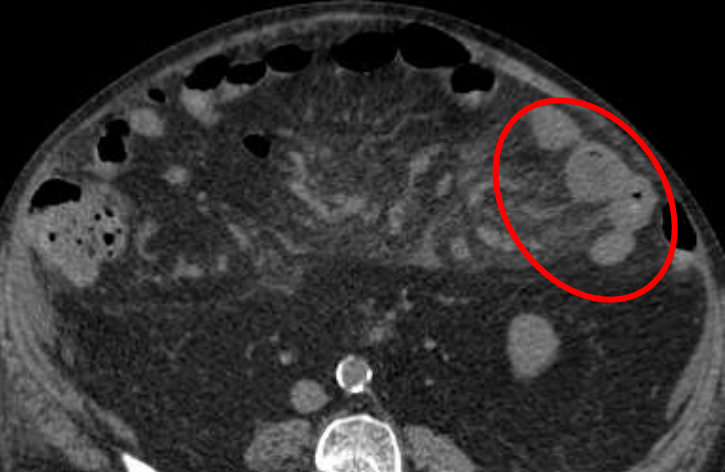




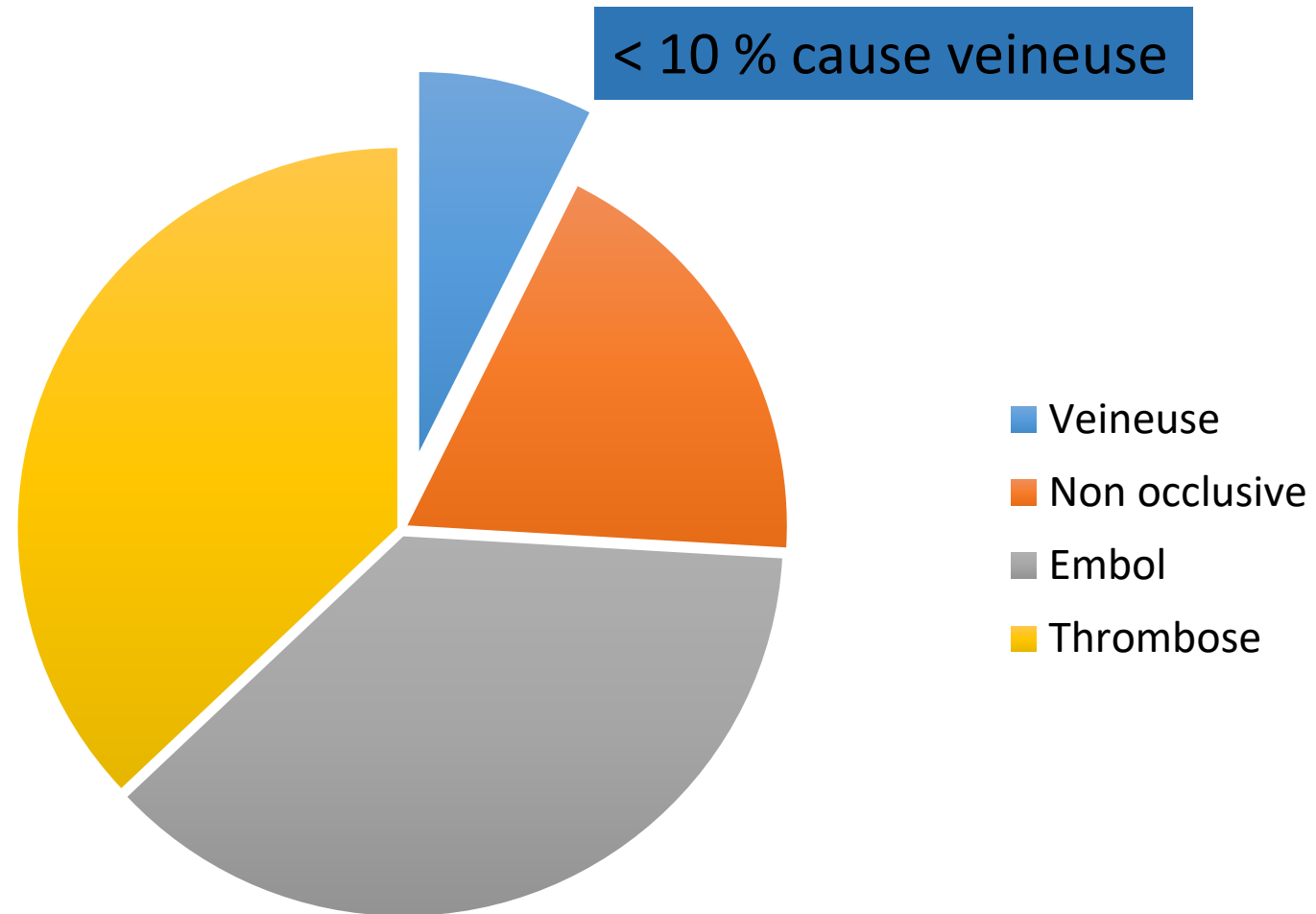








Ischémie mésentérique



Pièges de l'imagerie

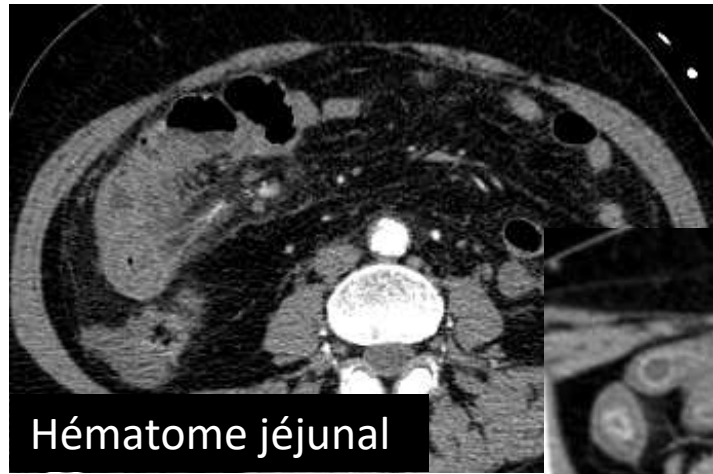
- Artéfact de flux sur les temps trop précoces



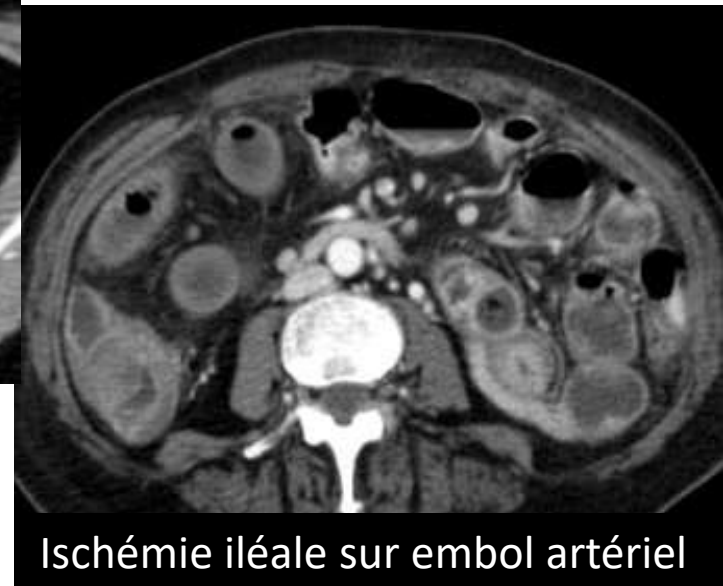
Savoir faire des temps tardifs au moindre doute +++

Épaississement digestif d'autres causes...

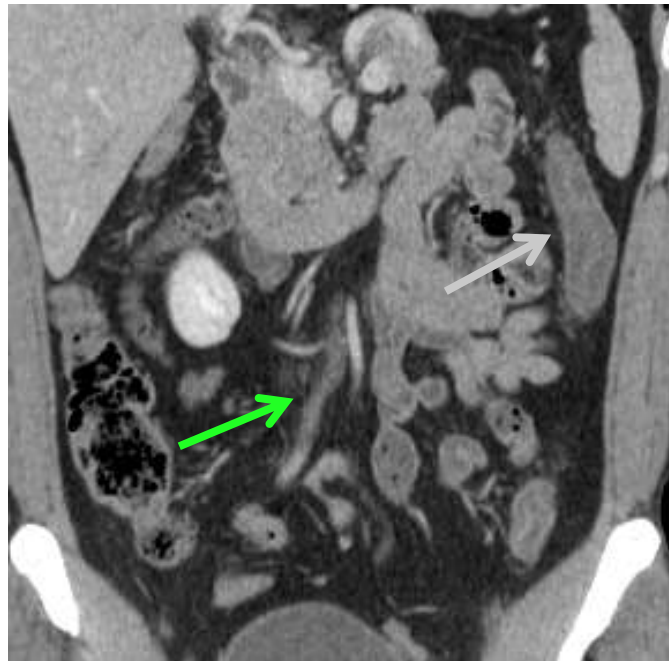
- Veines mésentériques perméables !



Contexte clinique ++



Pyléphlébite



En faveur pyléphlébite :

- Rehaussement inflammatoire en périphérie du thrombus
- Présence d'air dans le thrombus
- Présence d'un foyer infectieux intra abdominal

Cas 7

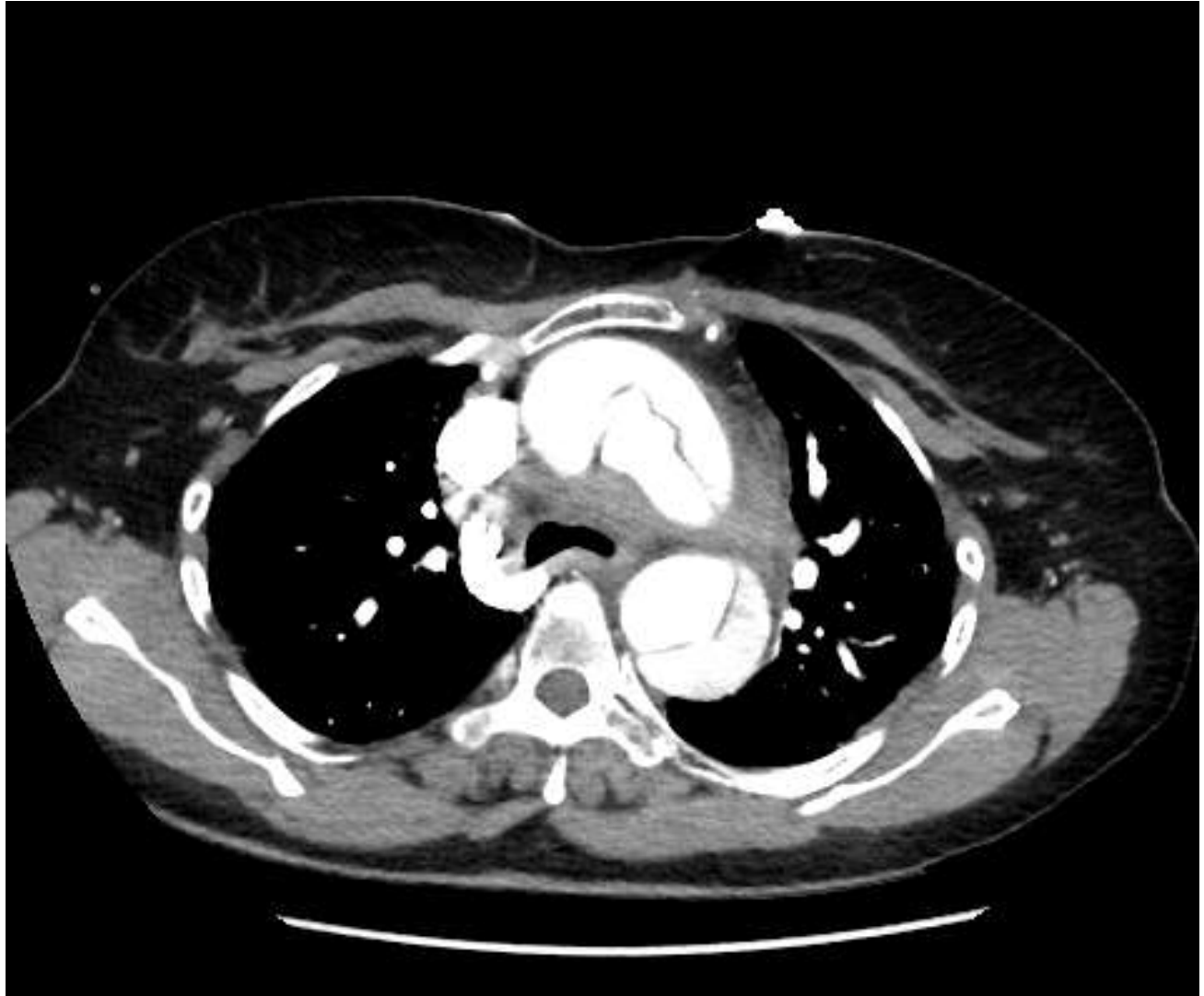
- Douleur thoraco-abdominale

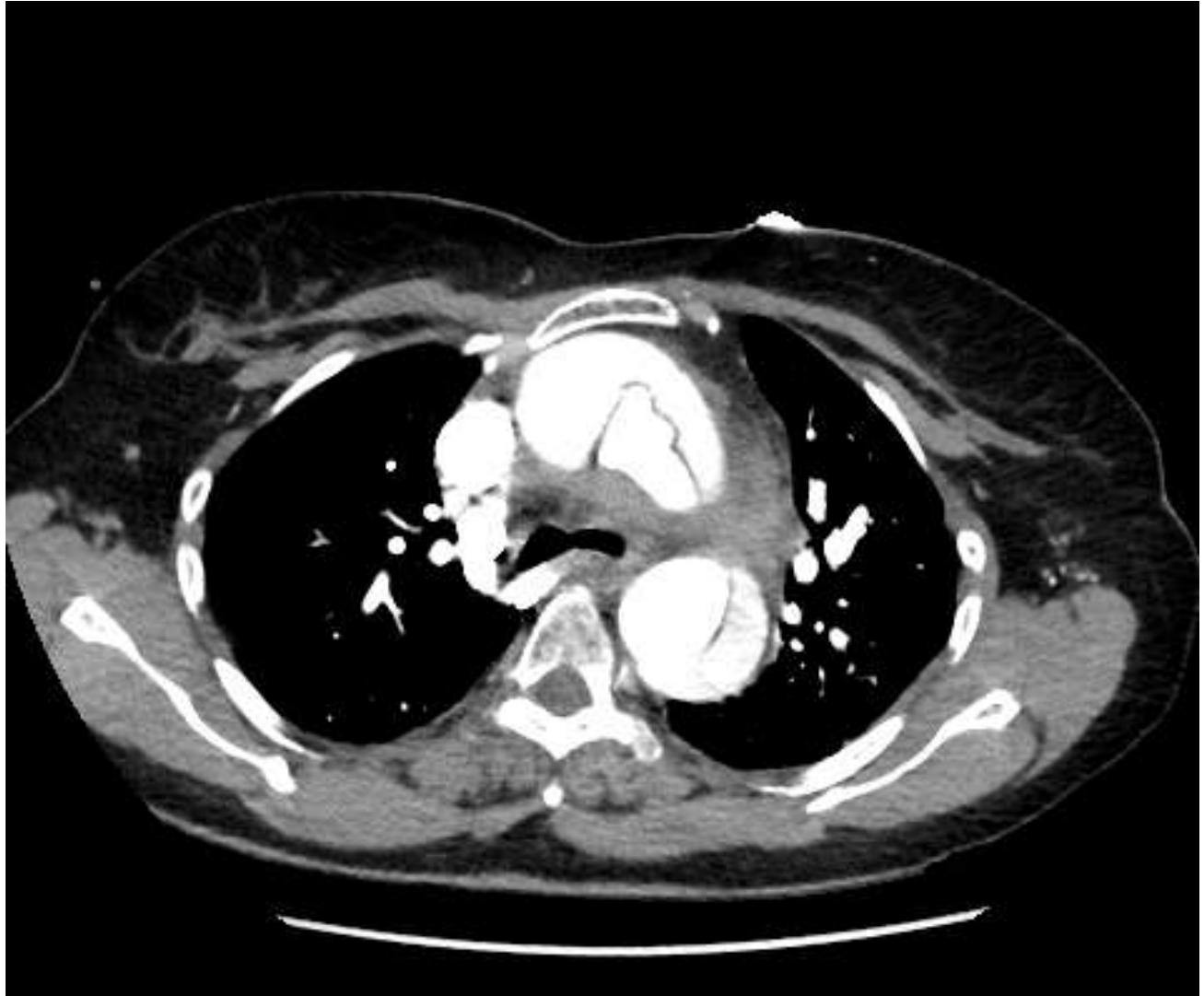






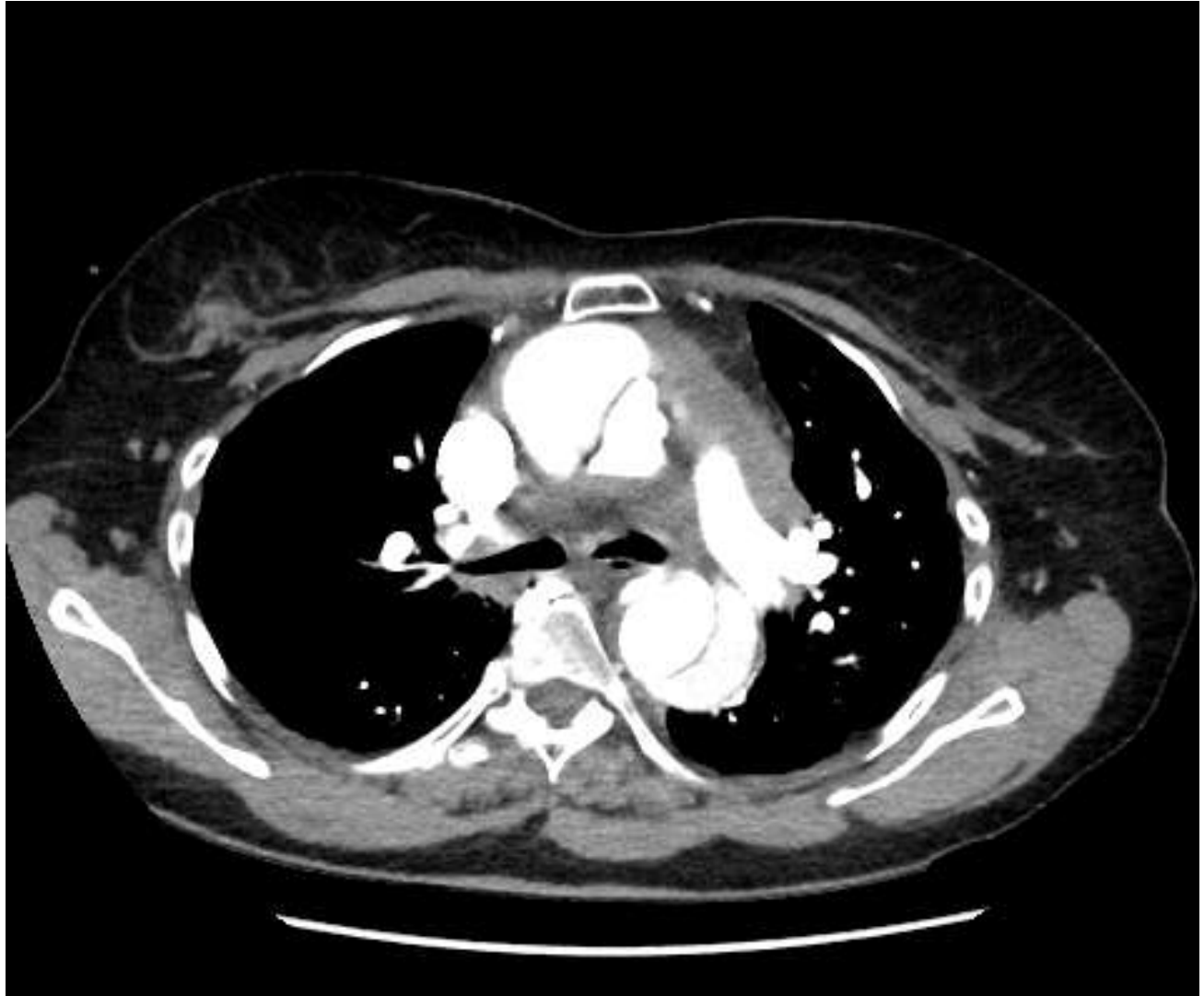


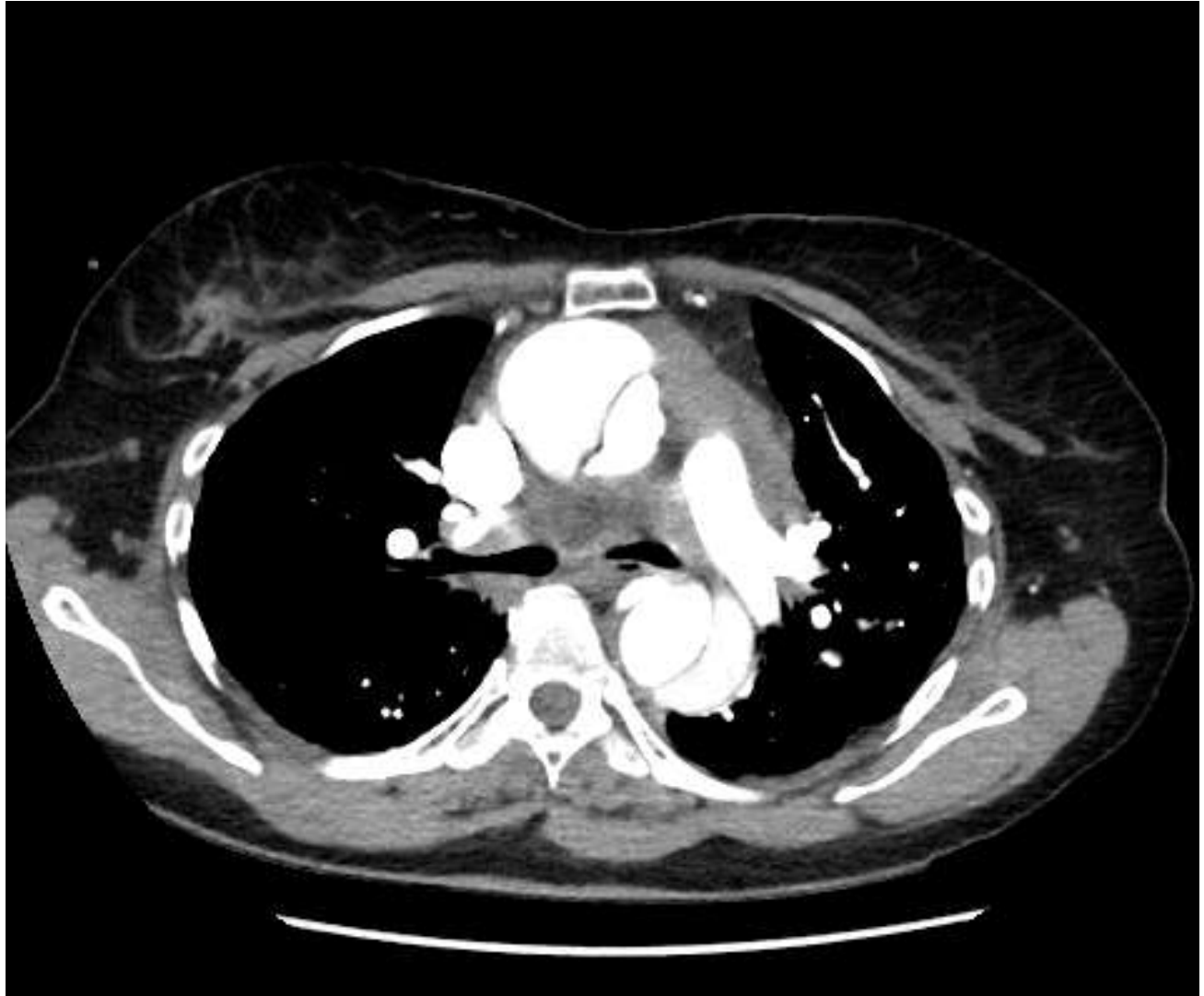




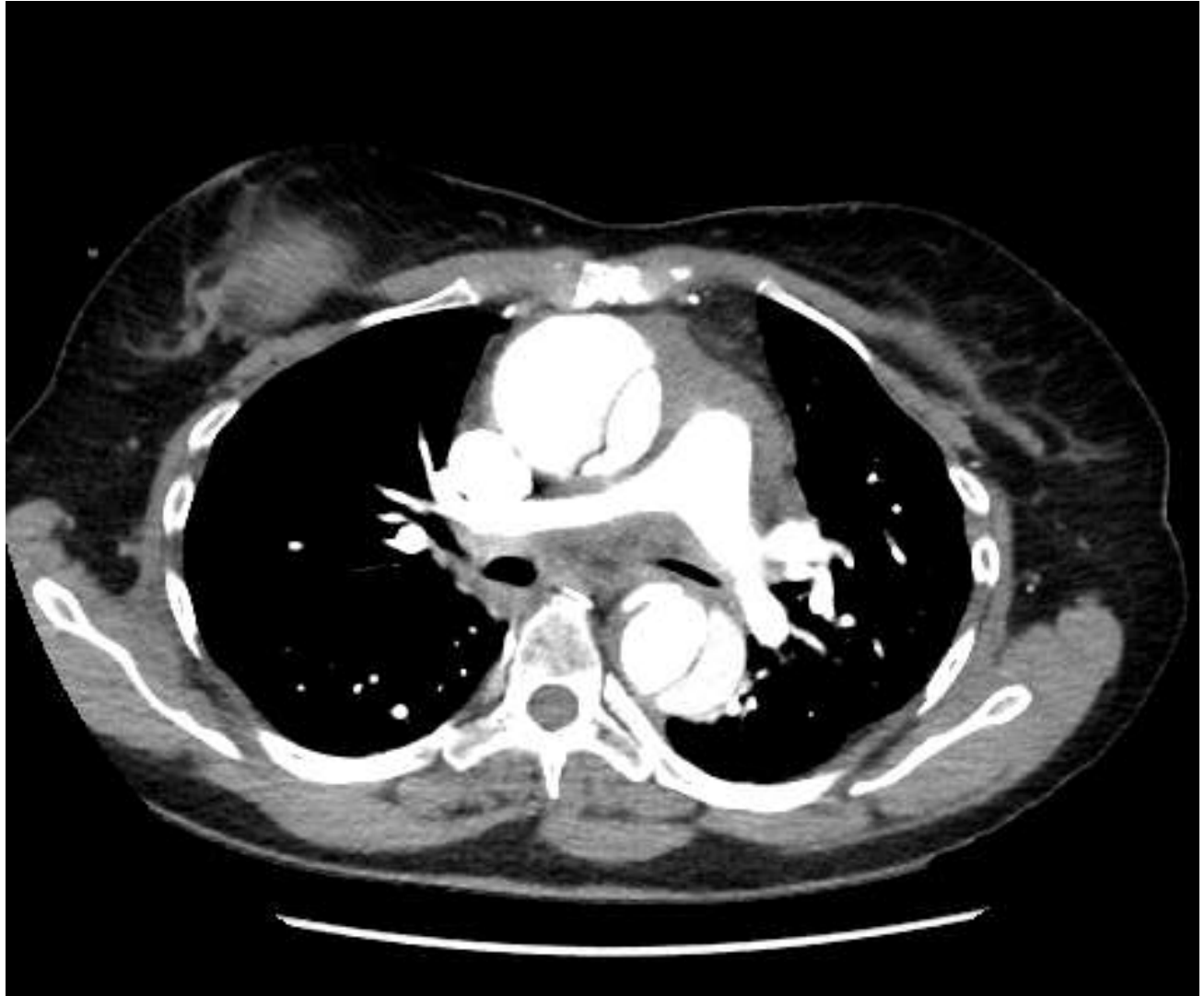


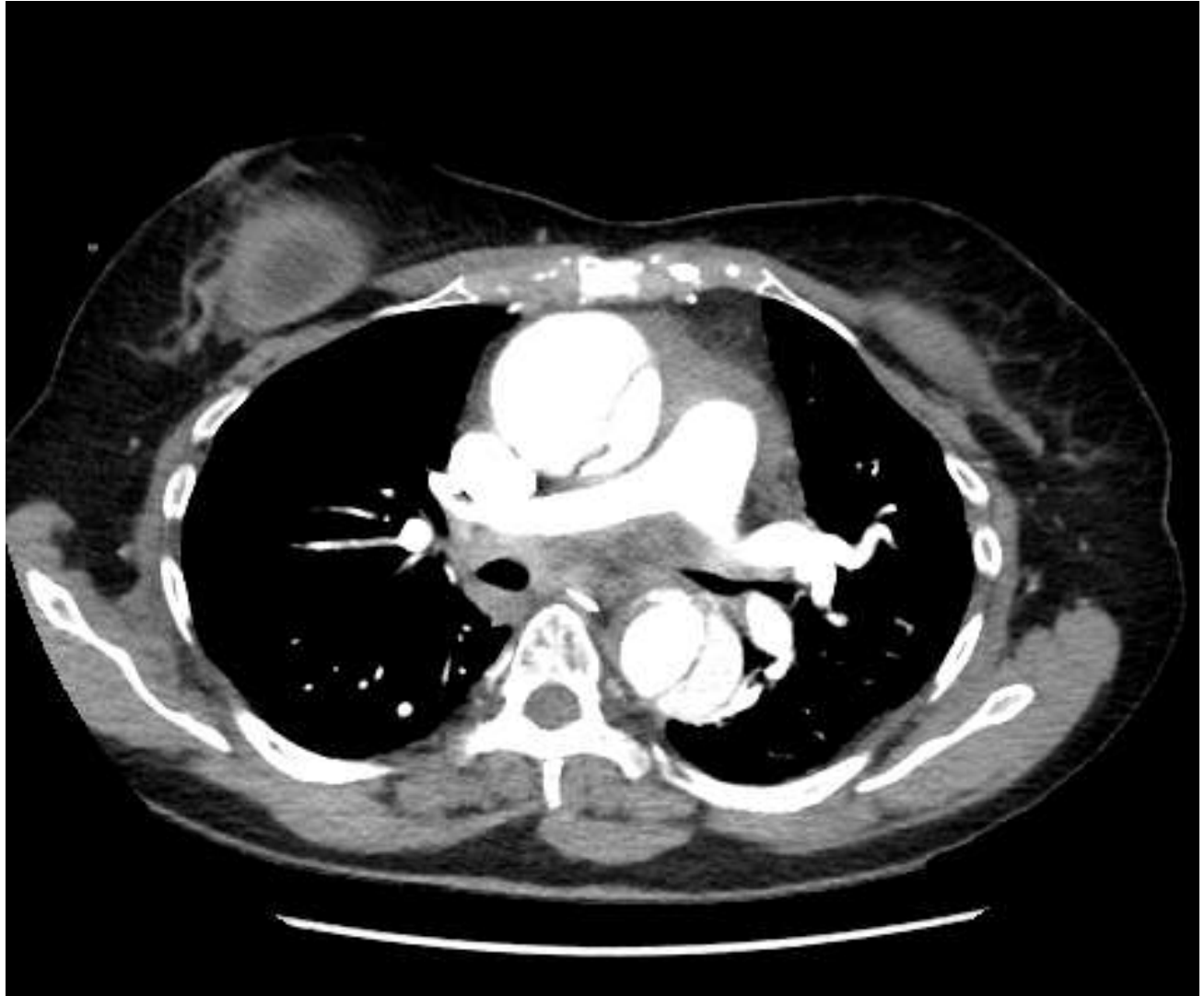


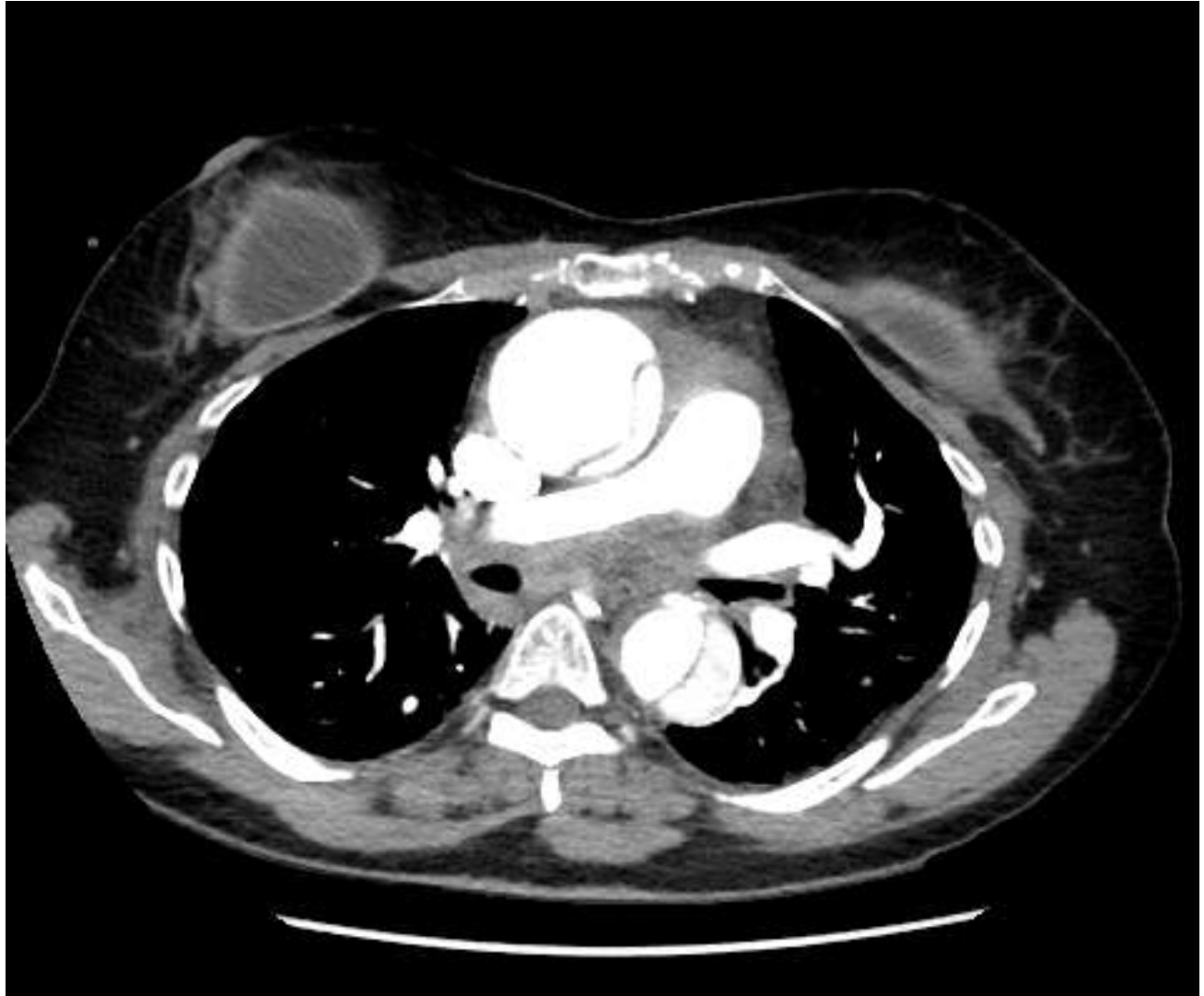


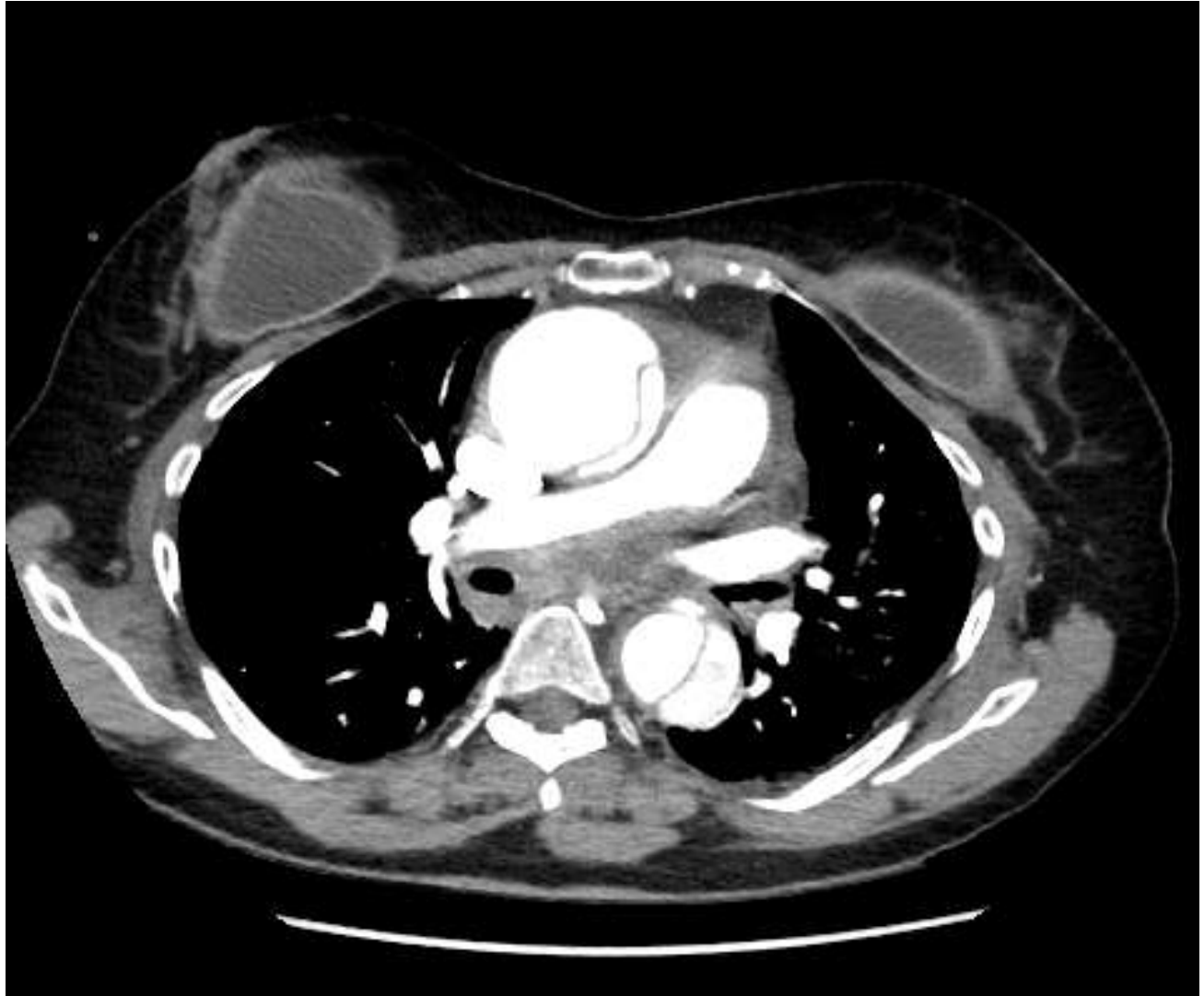




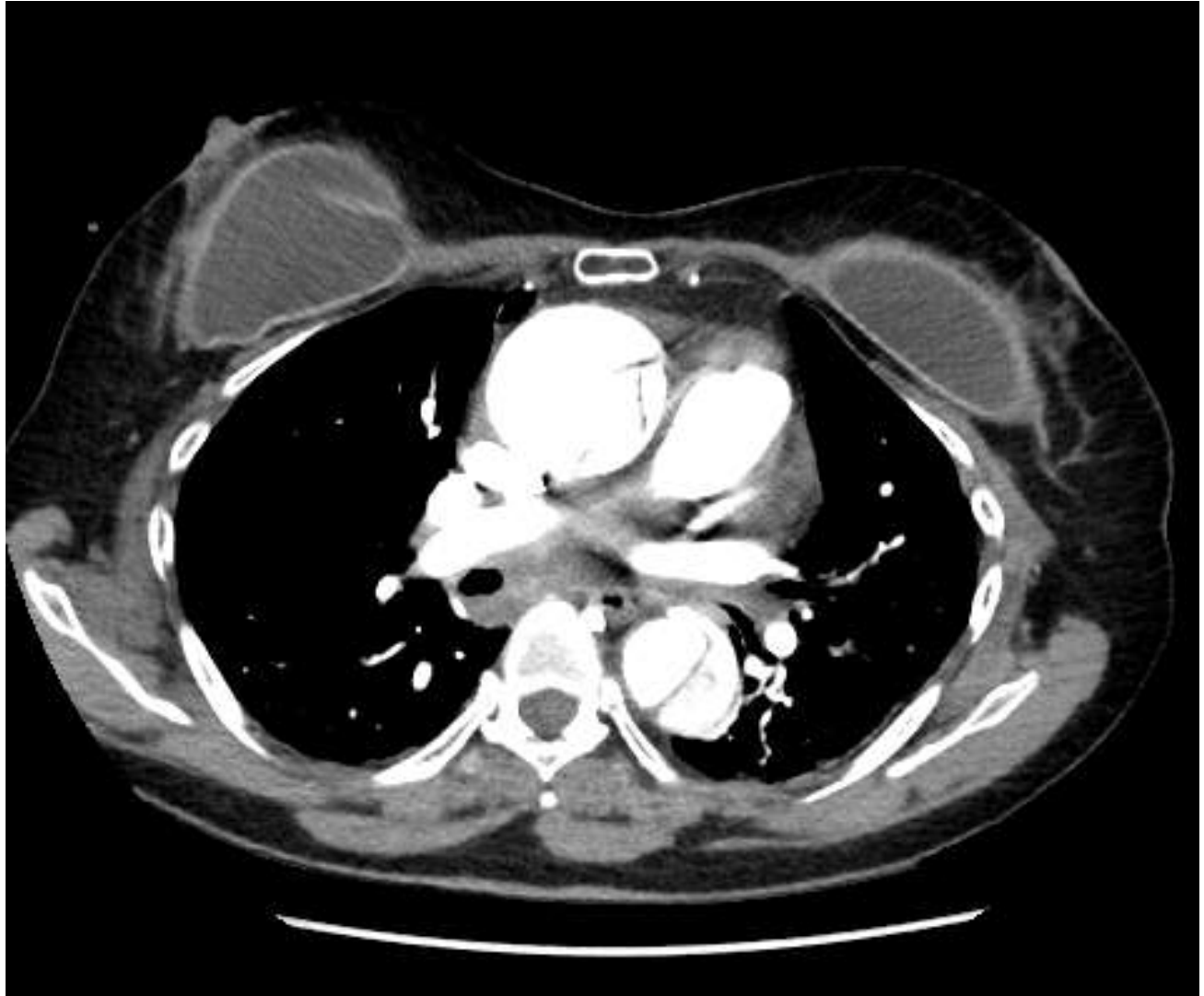


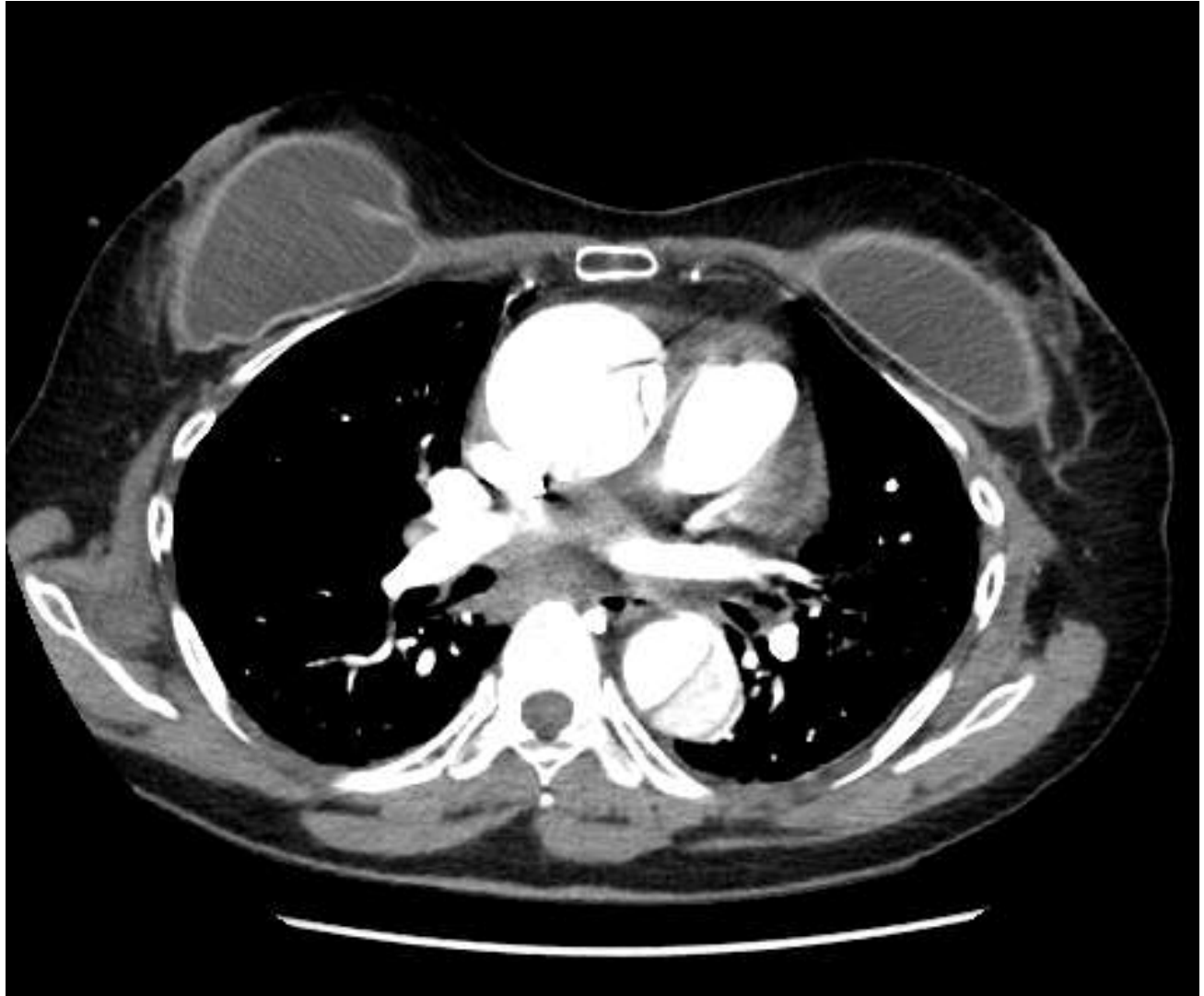


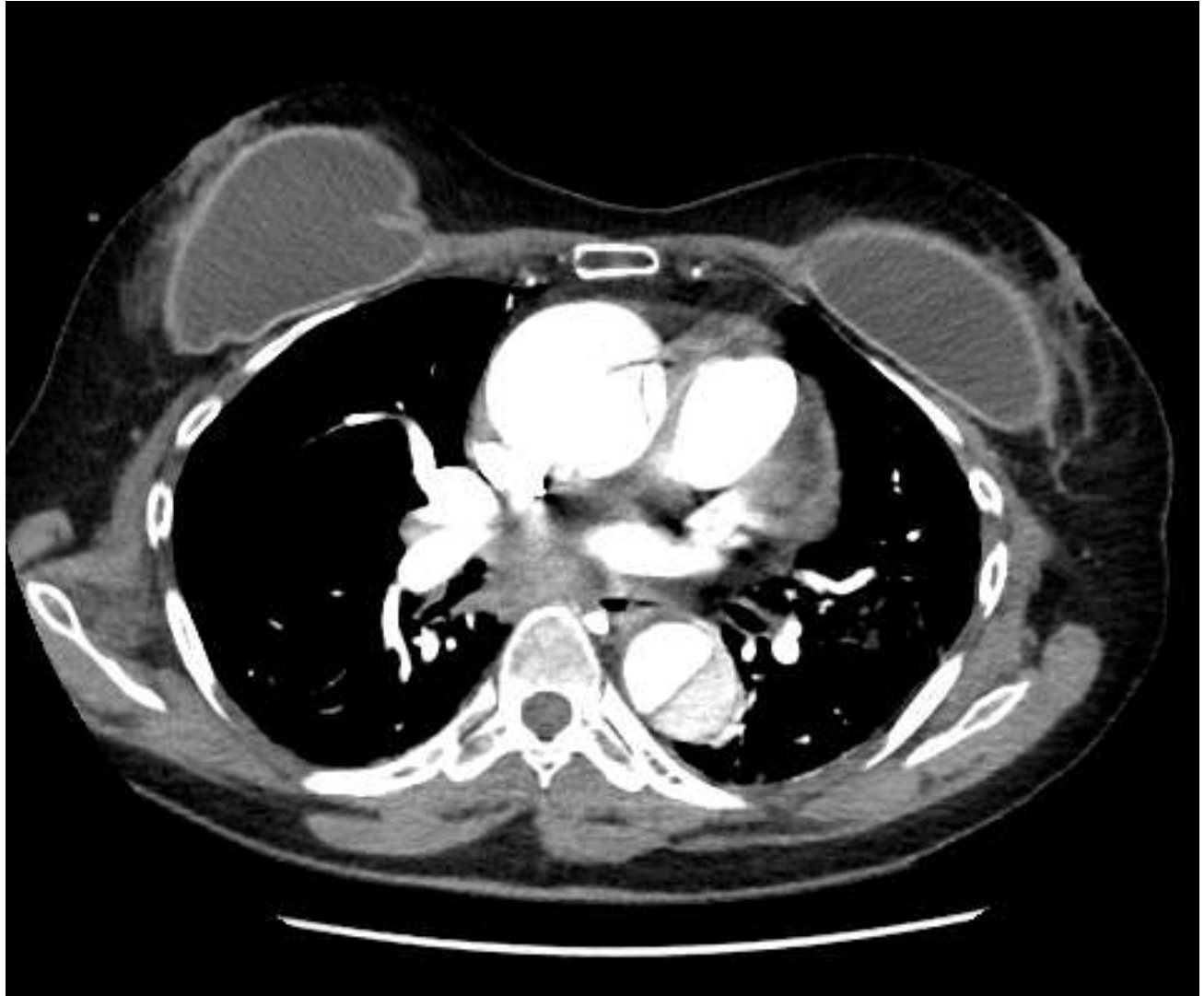


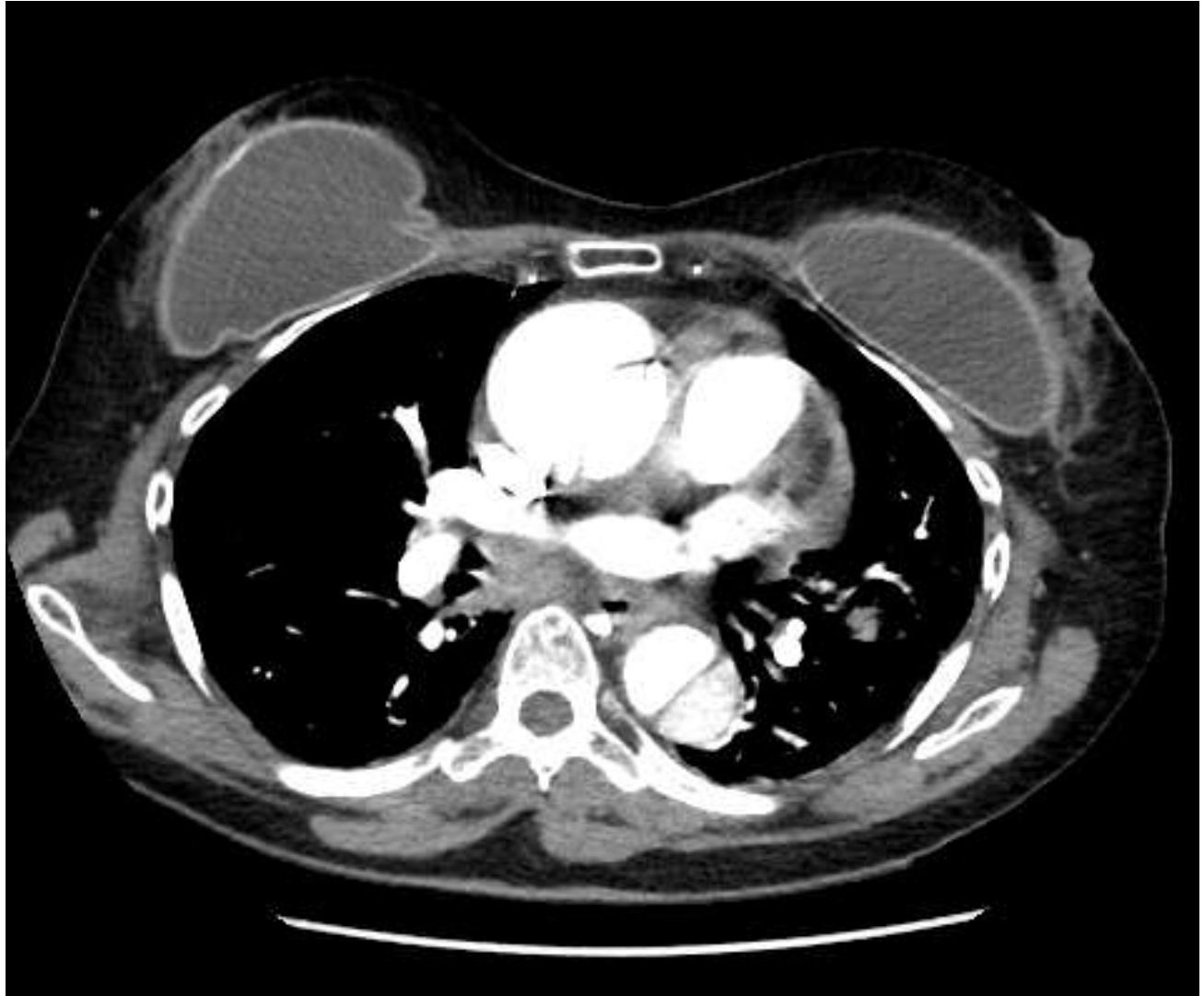


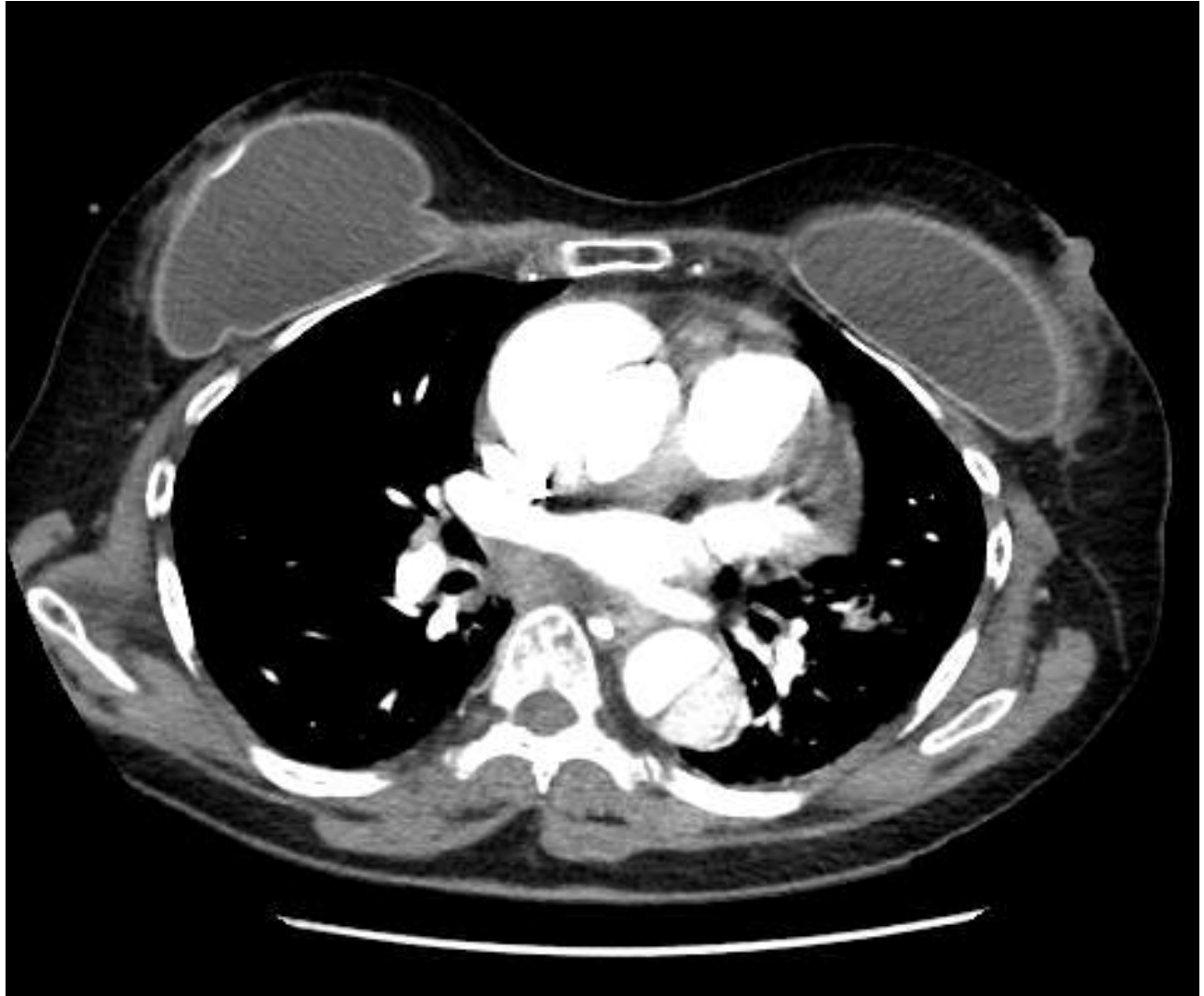




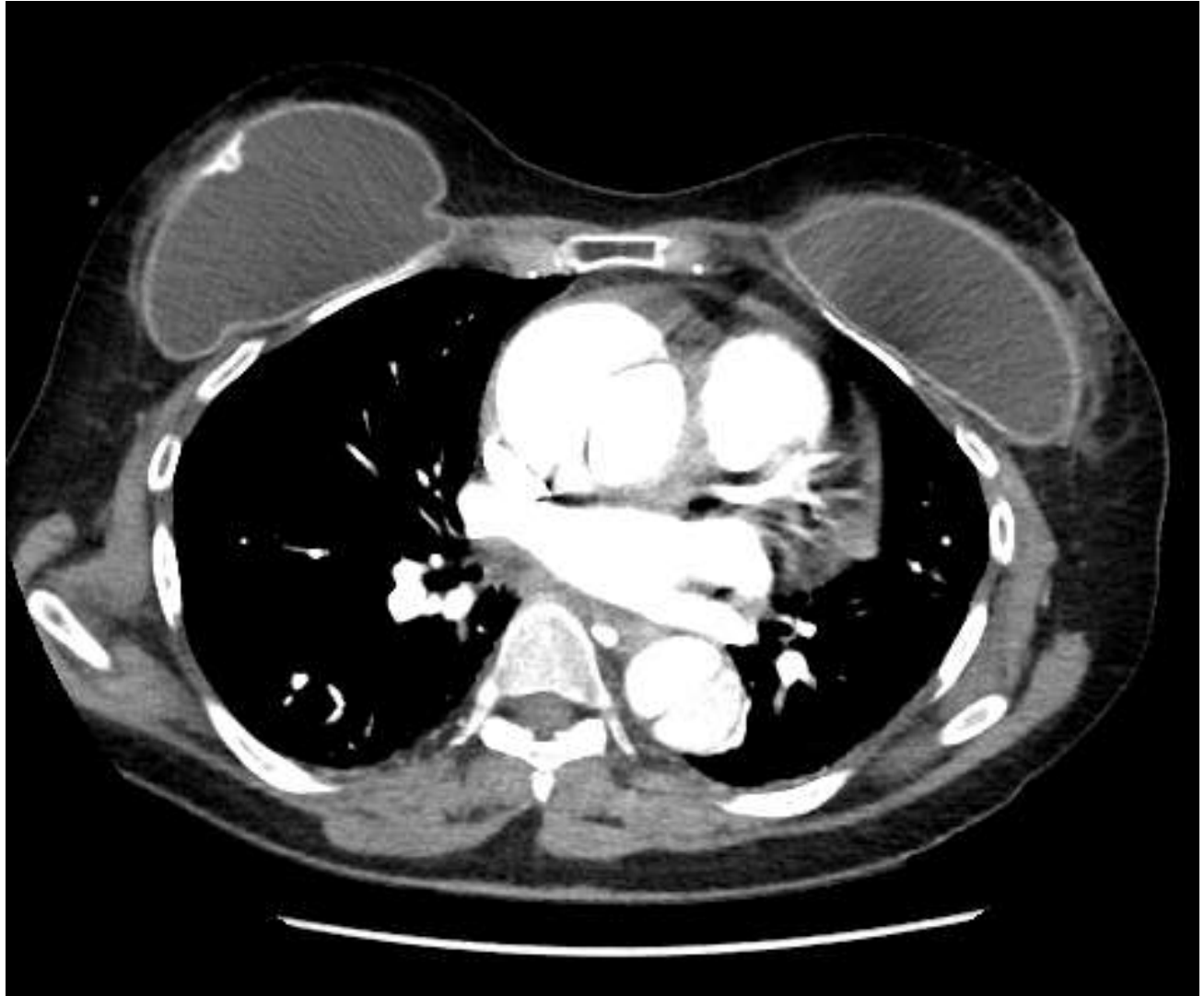


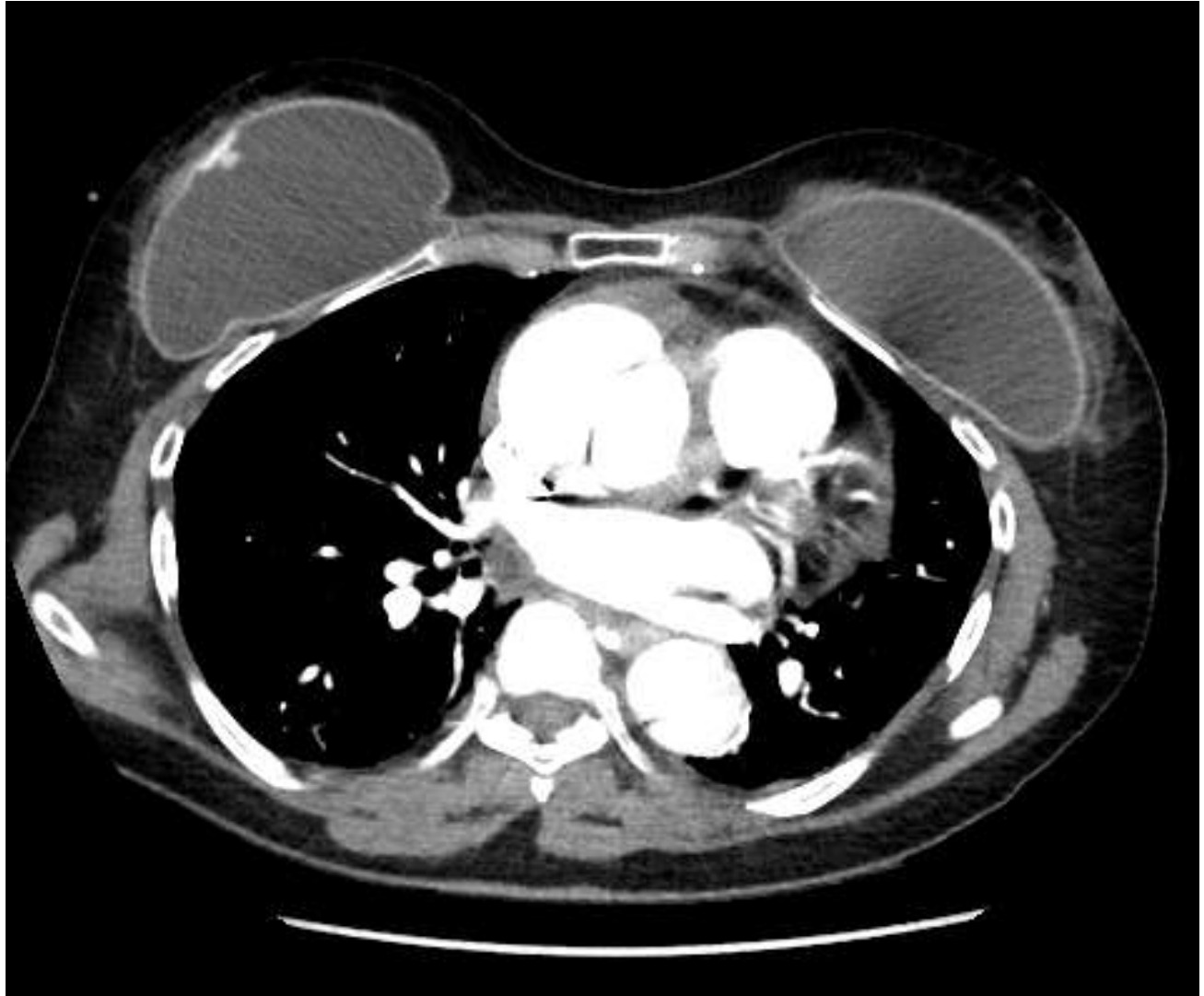


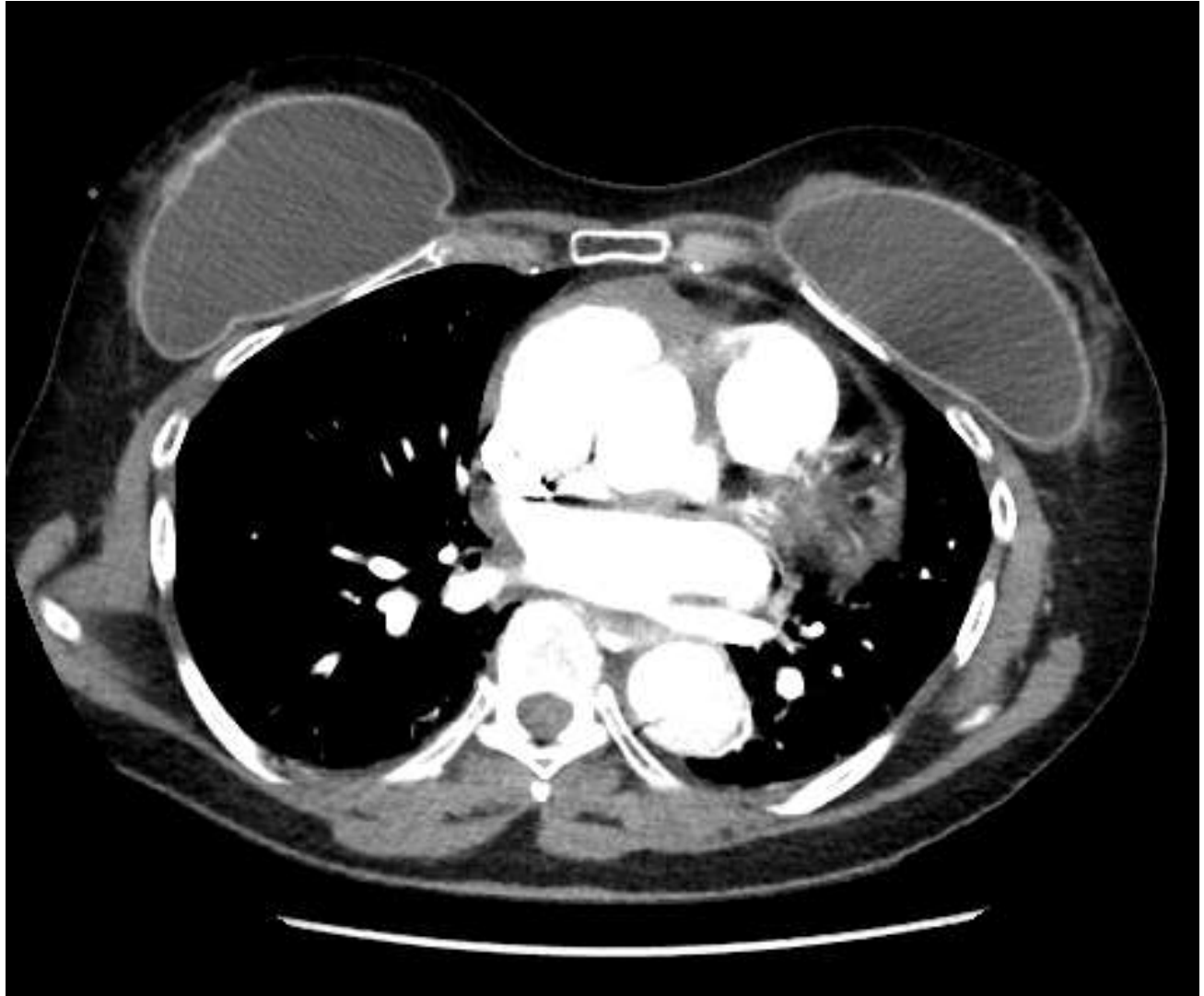


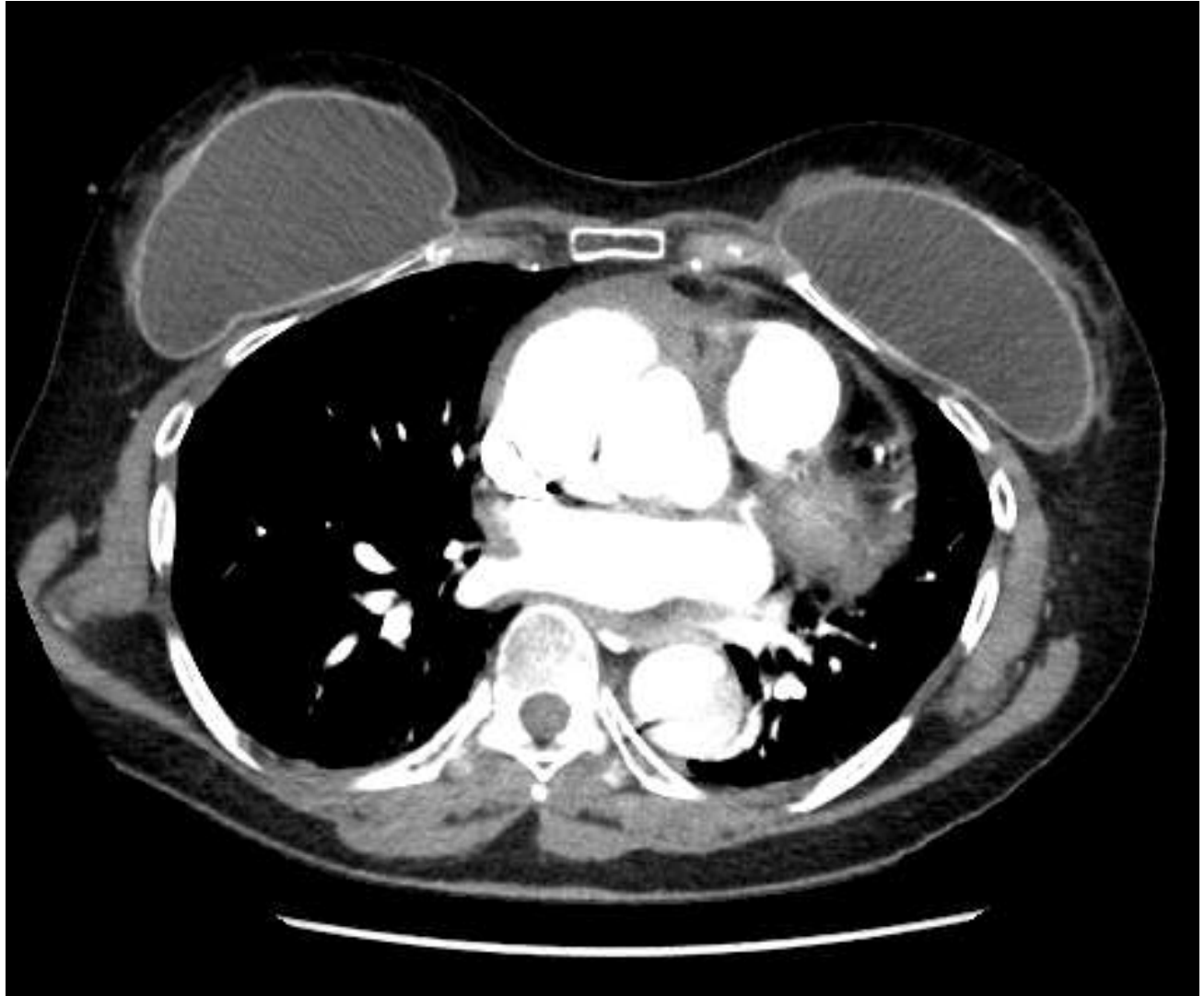


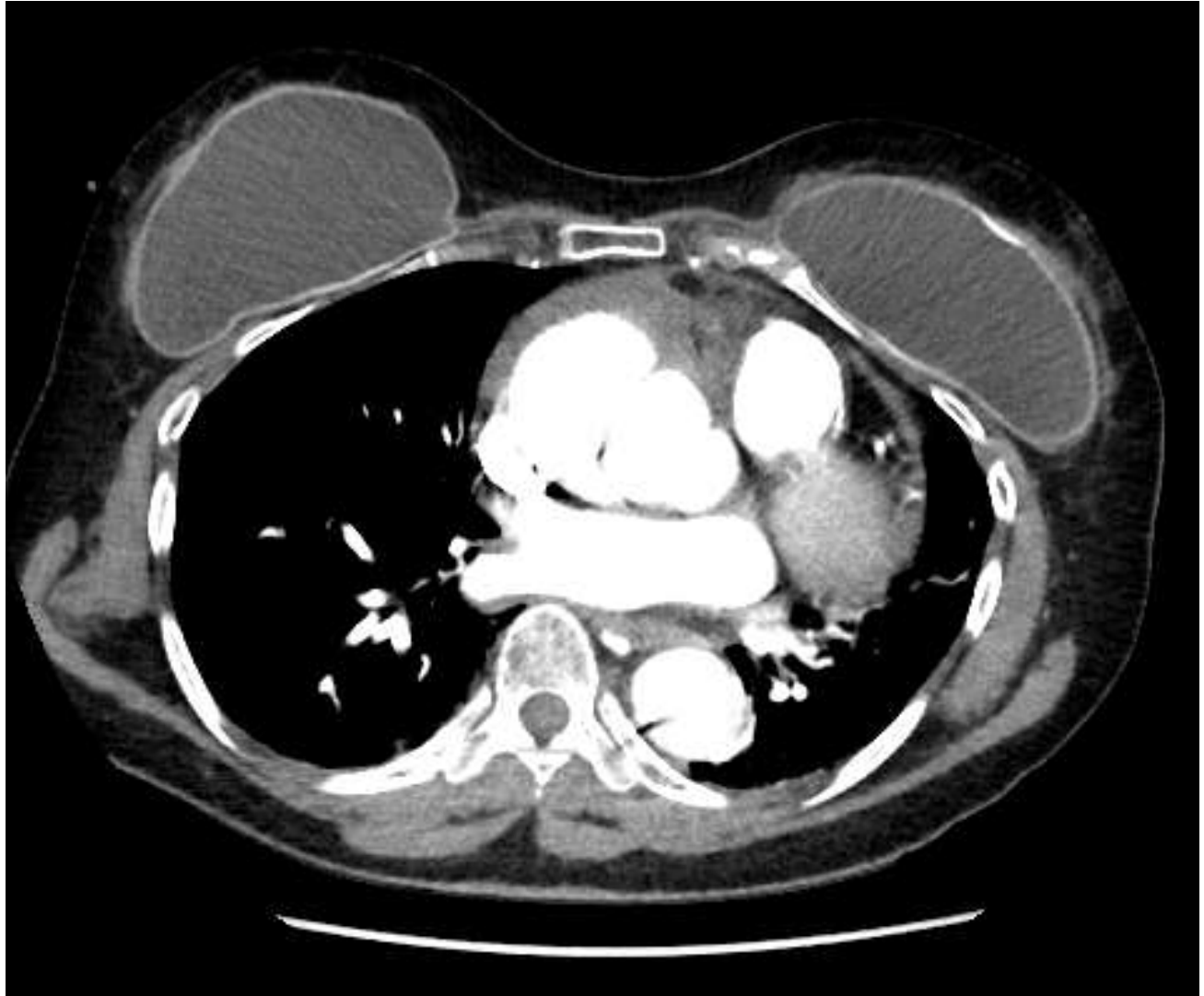












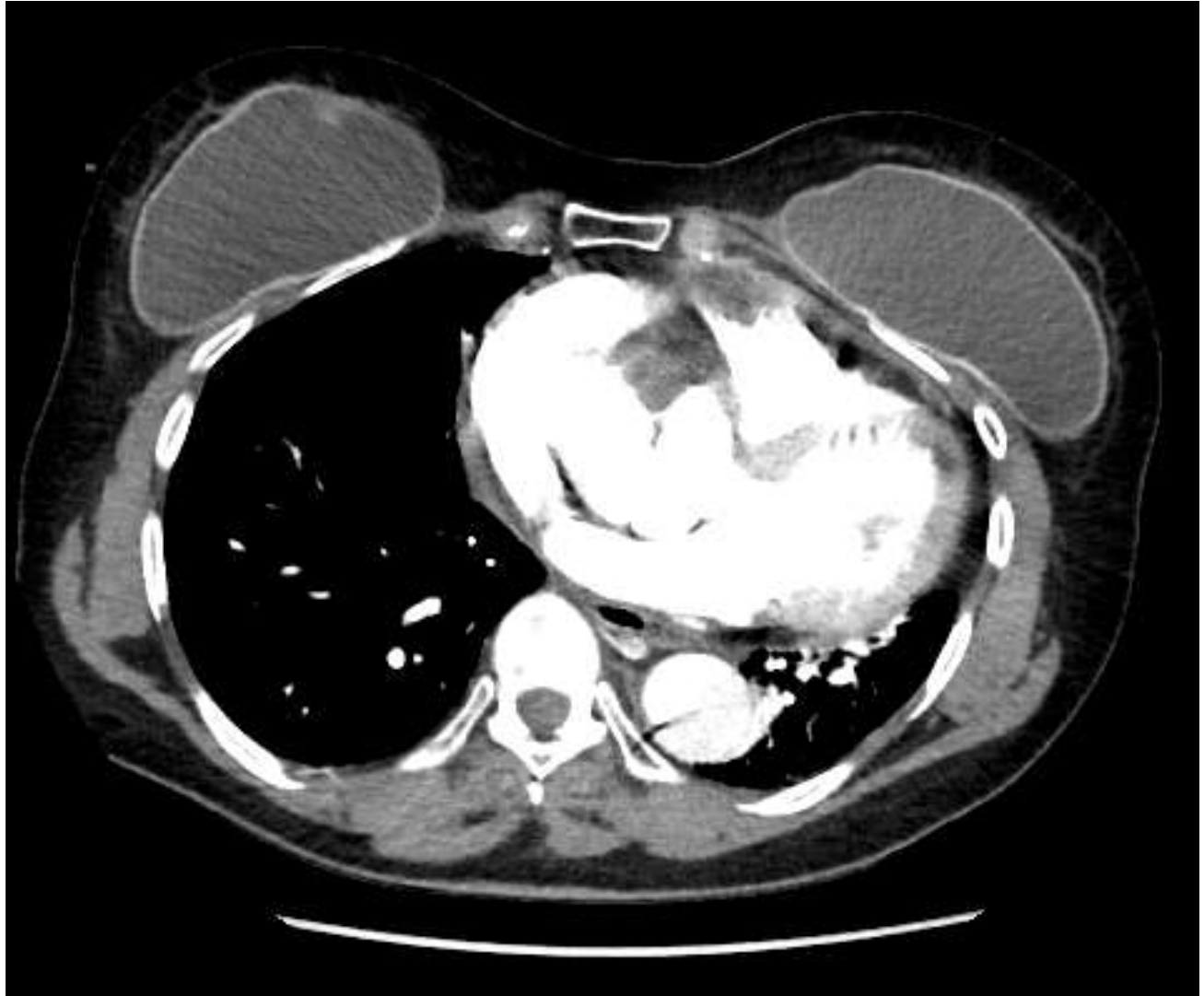


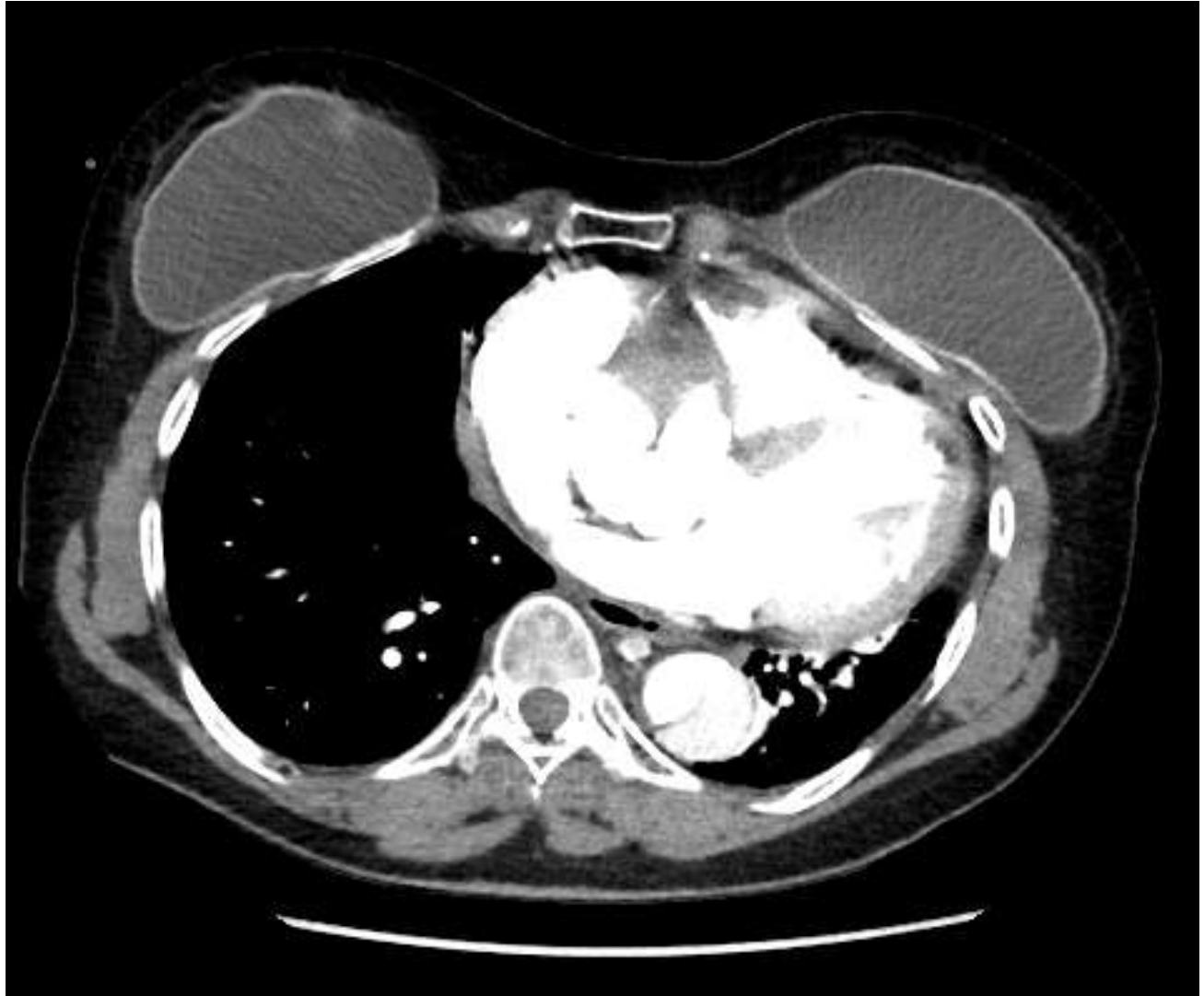






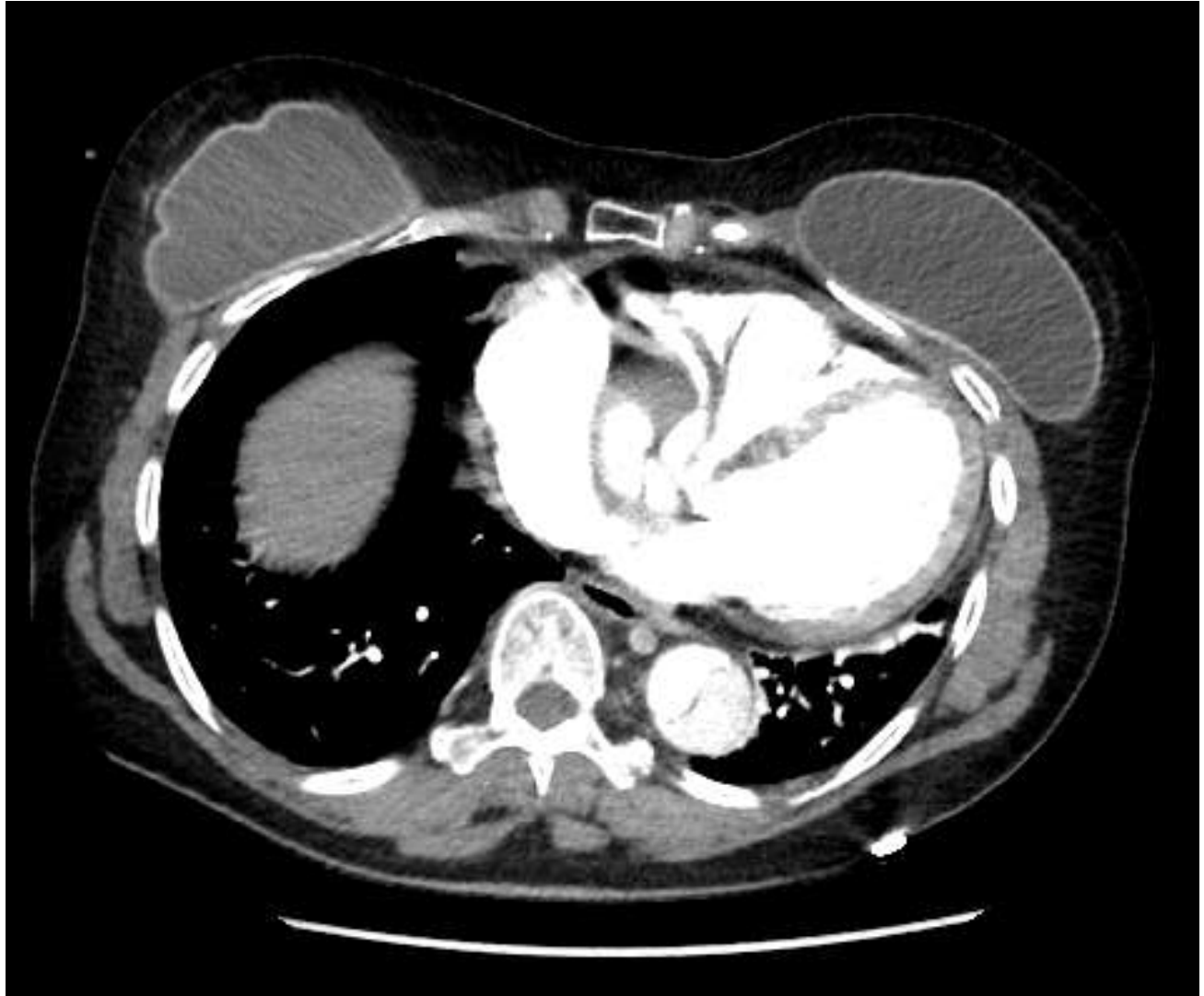








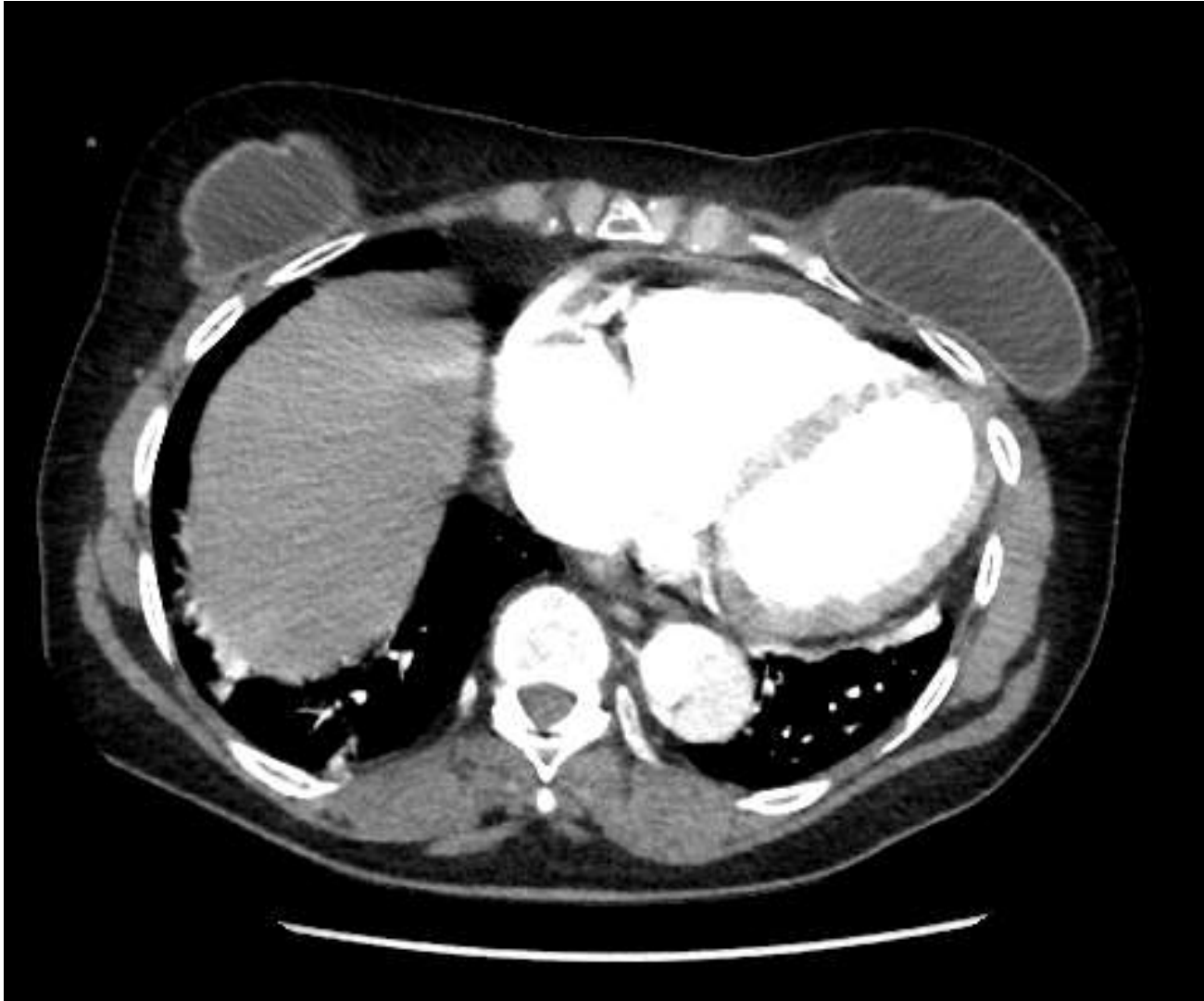


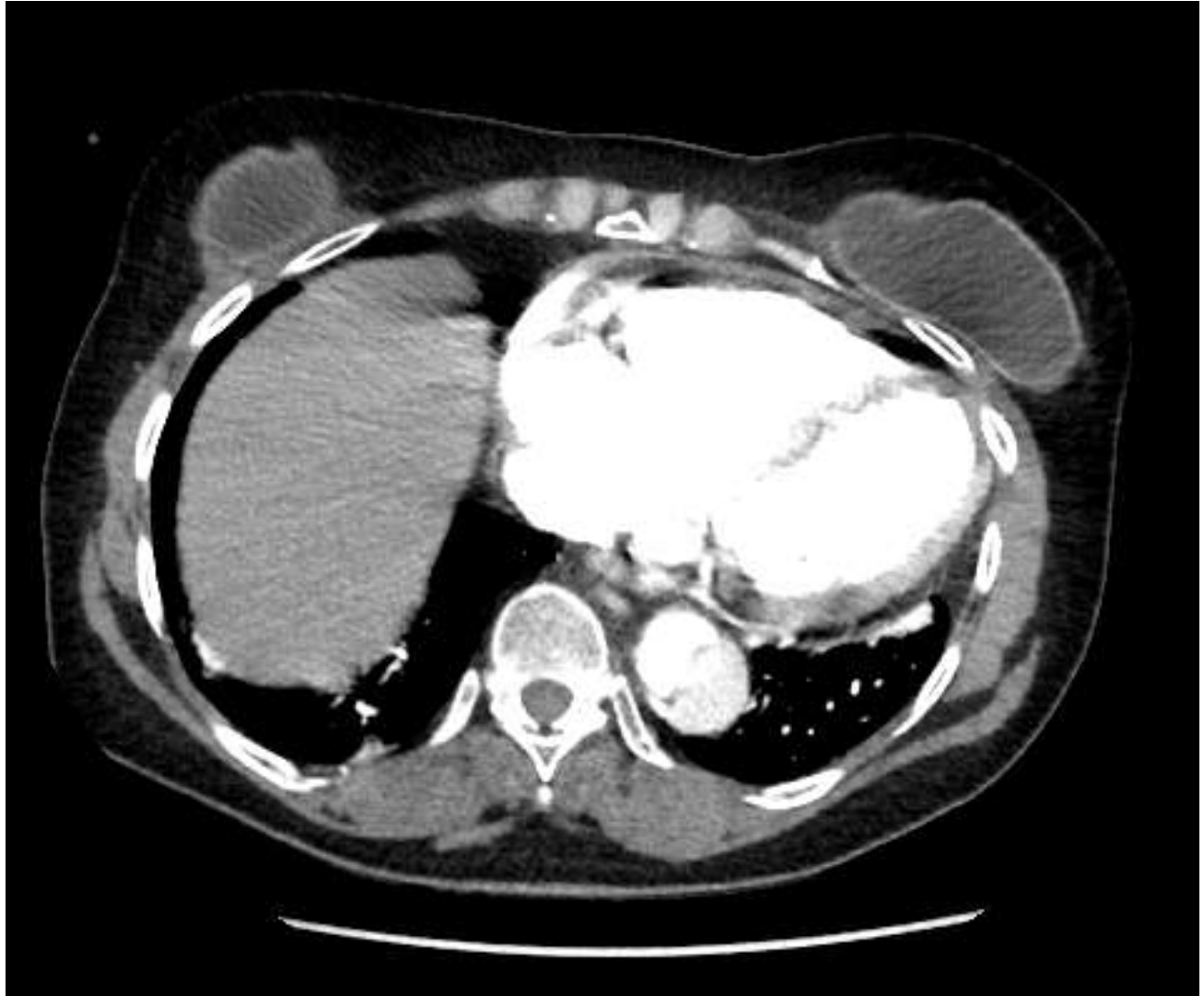


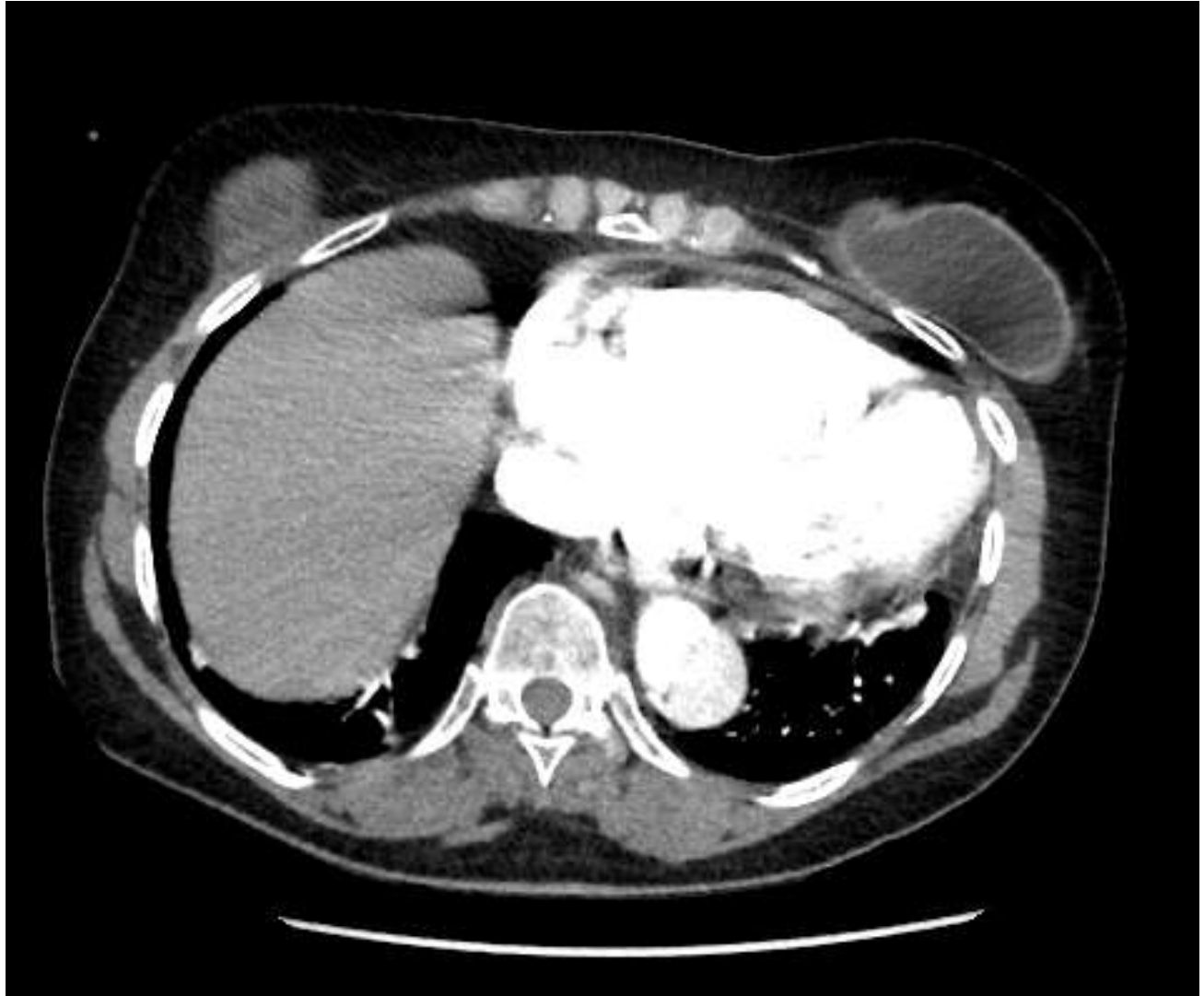






















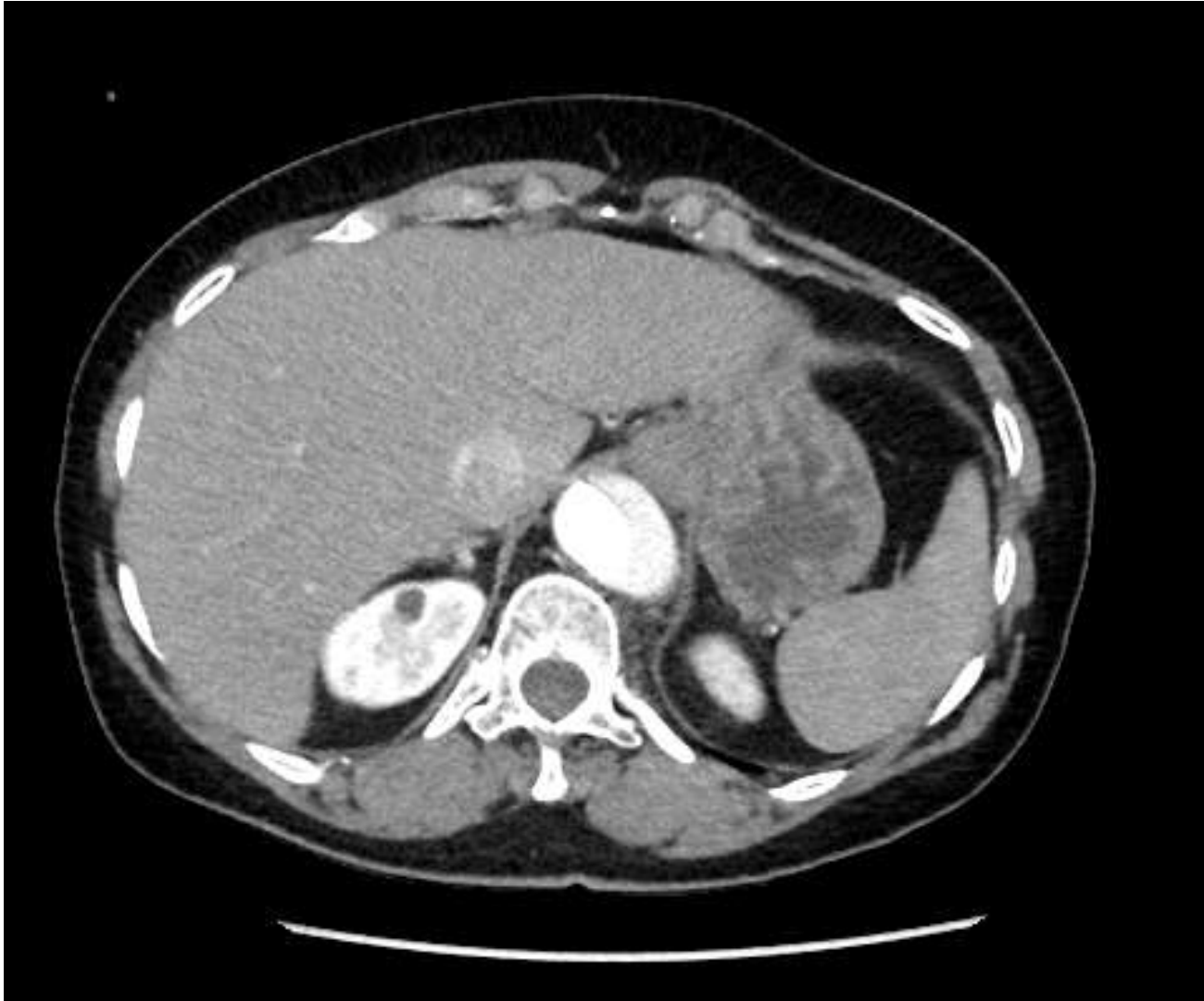


















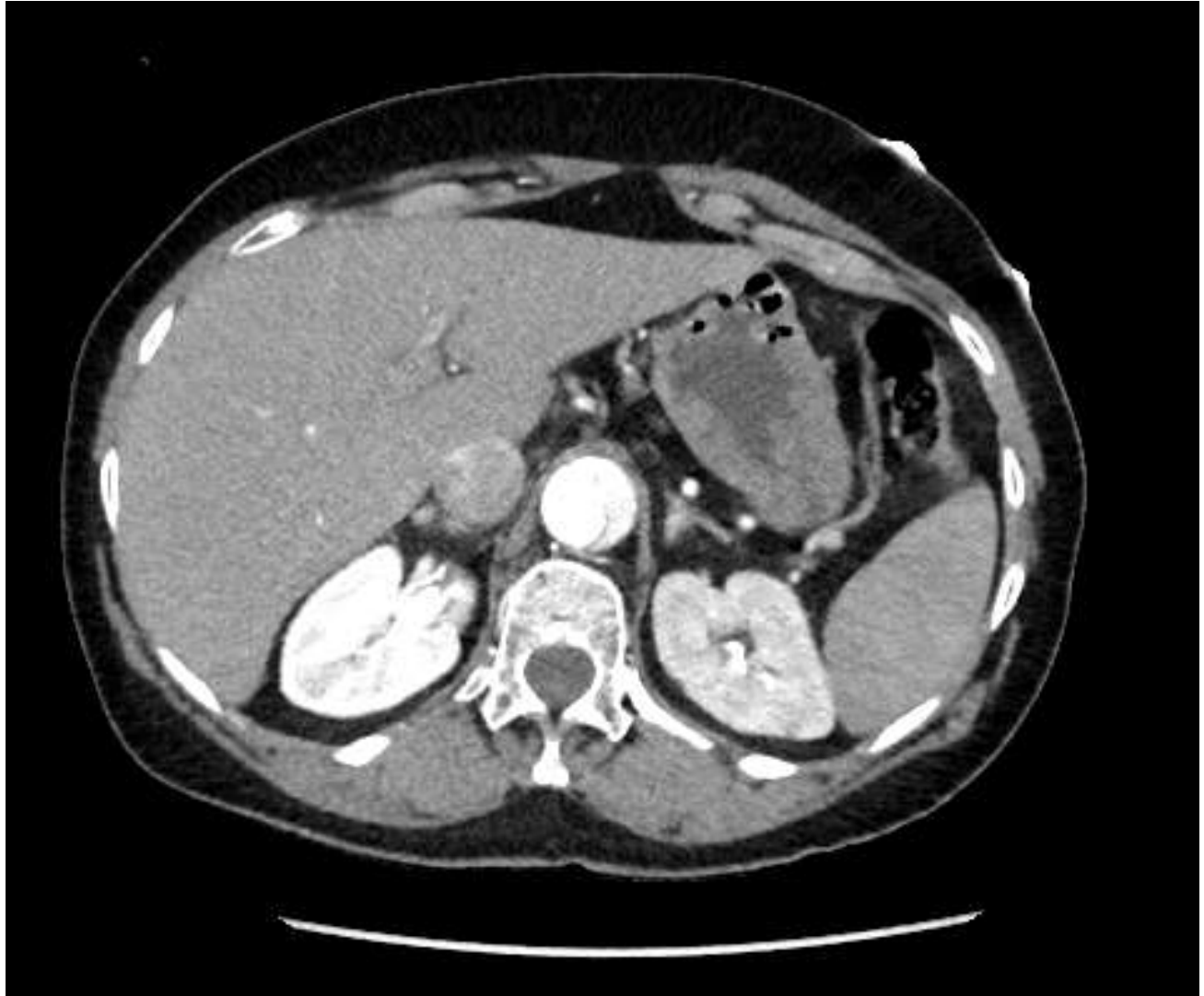
















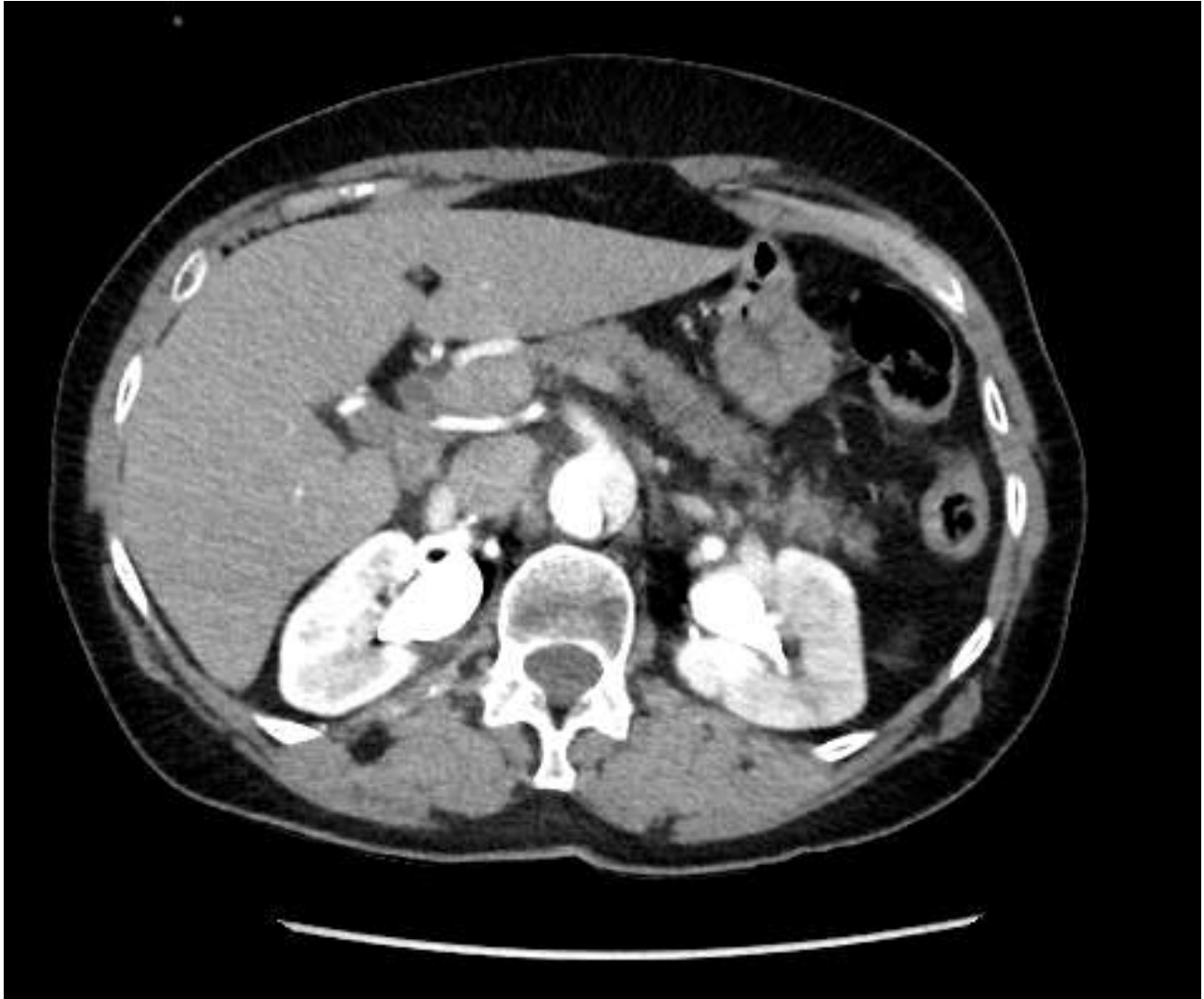




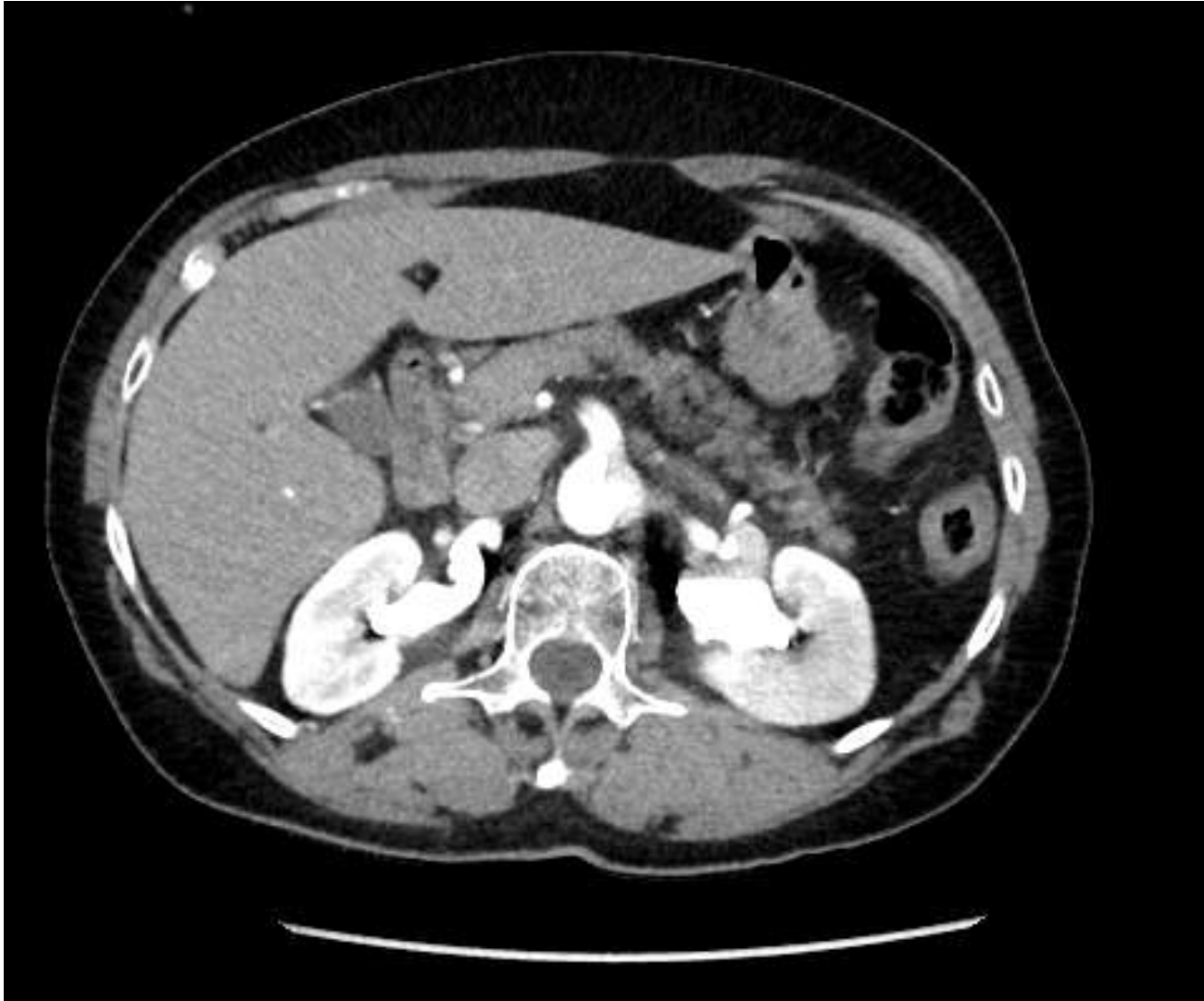












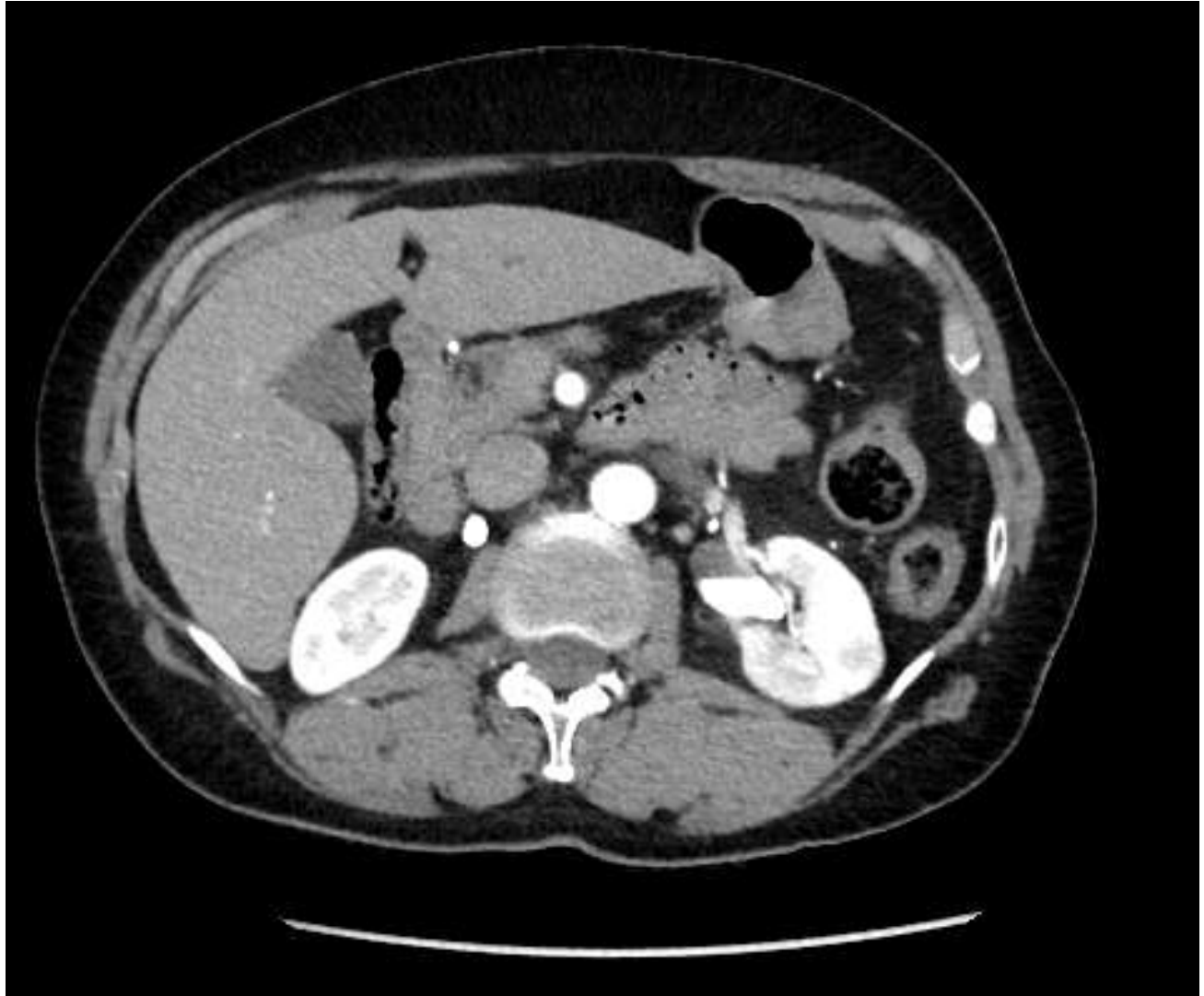




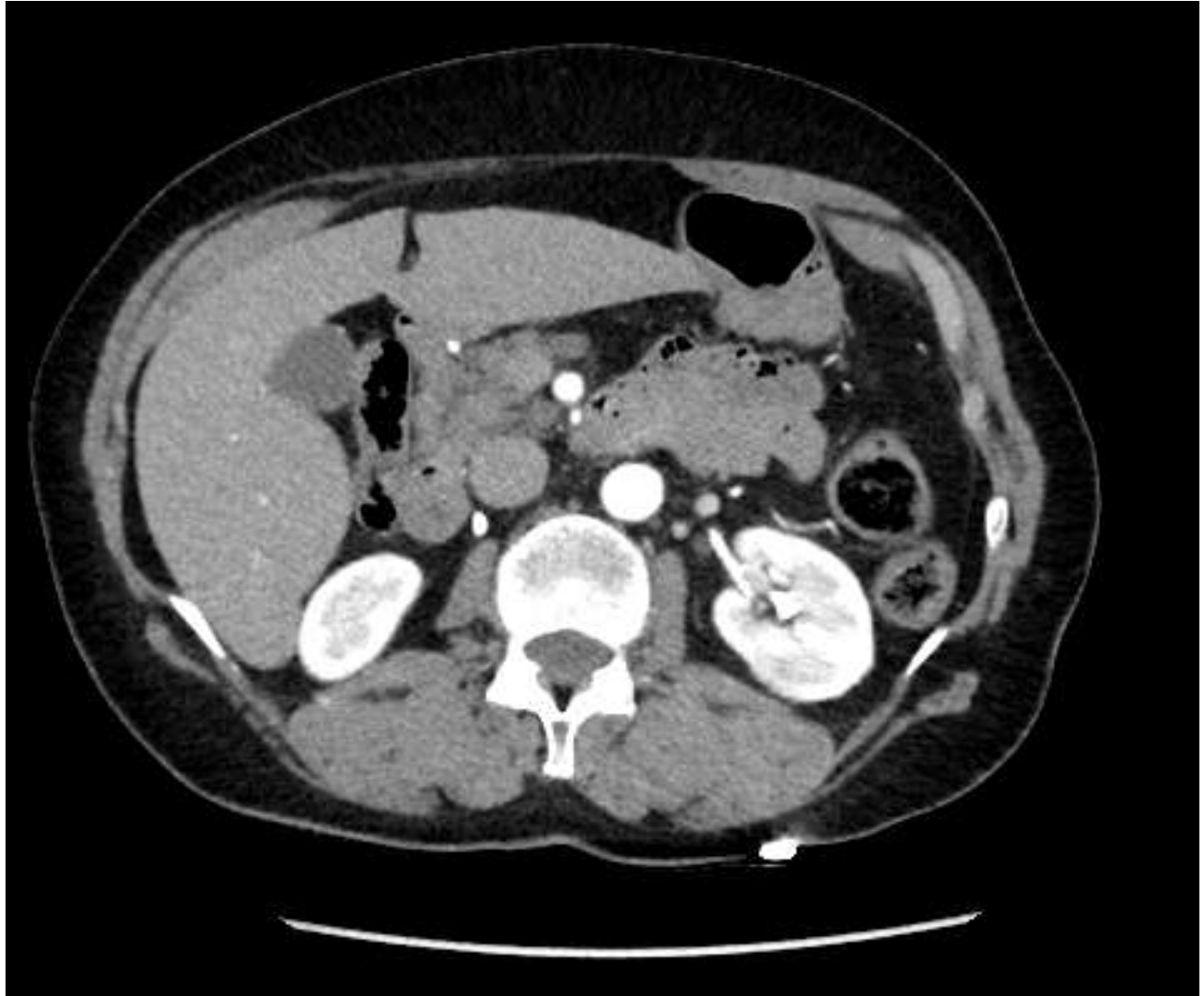


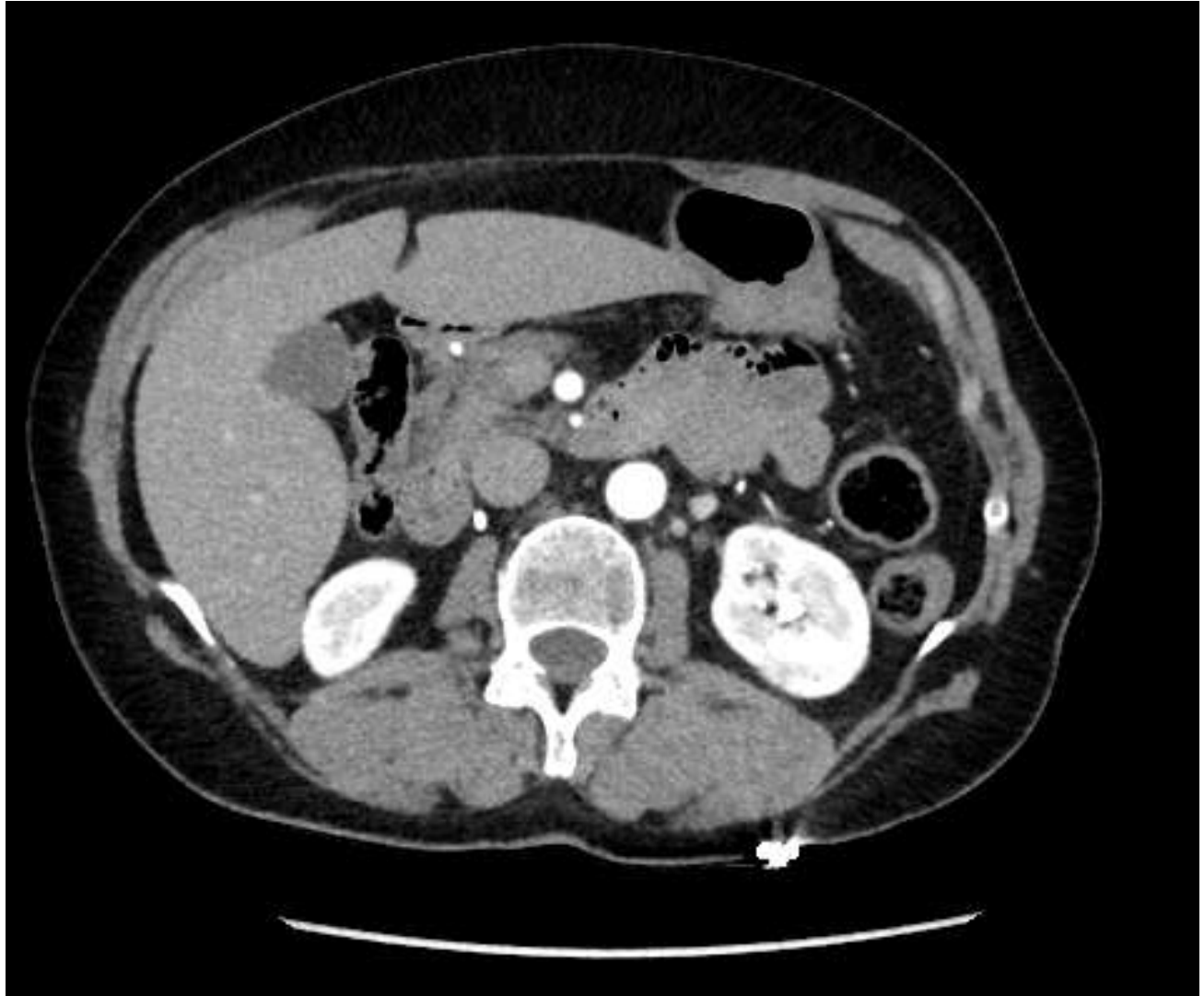








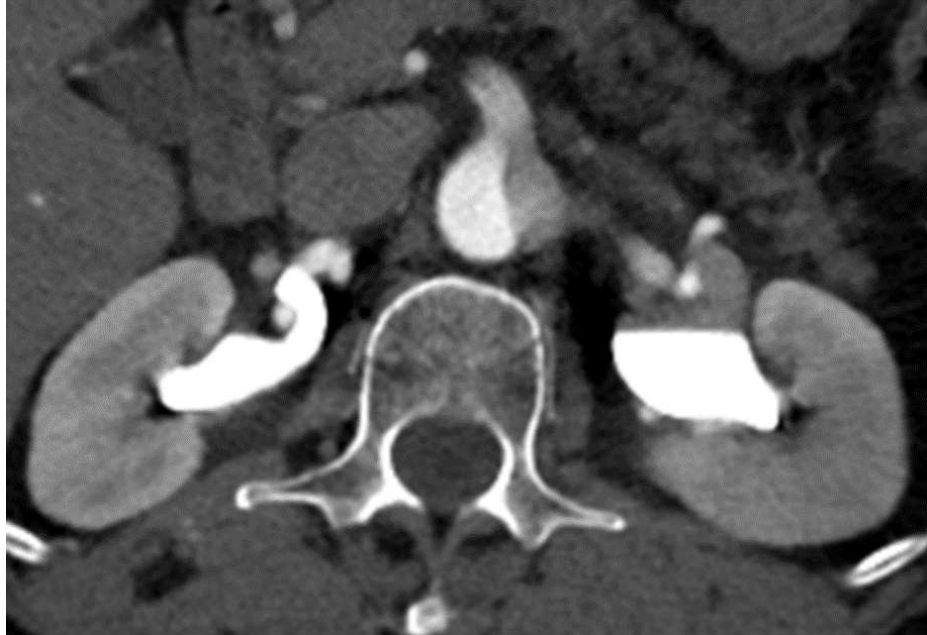






Quelle anomalie voyez vous sur le rein gauche ?





Pathologie aiguë de l'aorte abdominale

- Dissection aortique
- Hématome intra mural (non circulant)
- Ulcère pénétrant athéro-scléreux

Quelques messages

- Dans les perforations, attention à ne pas se faire tromper par un épaissement réactionnel du grêle
- Cherchez l'interruption de la paroi digestive (plus fréquent sur UGD)
- Le plus gros piège en TD urgence = prendre une collection hydro-aérique pour une anse digestive
- Ischémie : regardez le rehaussement de la paroi digestive
- Regardez les vaisseaux mésentériques surtout quand on vous le demande pas
- Colite ischémique gangréneuse, pas si facile, regardez aussi la vésicule
- Les pathologies aiguës de l'aorte thoracique : prolongement abdominal et vx du cou