

tableau clinique d'occlusion abdominale aiguë fébrile, douloureuse, chez une patiente âgée de 80 ans , porteuse d'un anévrysme de l'aorte abdominale sous rénale. La douleur évolue depuis 72 heures . Polynucléose neutrophile et syndrome inflammatoire biologique. Quels éléments sémiologiques peut-on retenir des clichés d'"abdomen urgent"



obs. Pr Gérard Schmutz CHU Sherbrook ;Ca)

L'exploration d'un abdomen urgent par **les 3 clichés classiques**:

- station verticale et rayon directeur horizontal centré sur l'ombilic
- station verticale et rayon directeur horizontal centré sur les hémicoupoles diaphragmatiques
- decubitus et rayon directeur vertical

paraît une technique ringarde à reléguer au rayon des souvenirs avec la marine à voile et le chant des équipages.

Ces images en projection ne sont en effet pas indiquées lorsqu'on dispose d'un accès facile et rapide à l'imagerie en coupes du scanner

Lorsque ce n'est pas le cas, par exemple pour aider à la décision du transfert vers un centre hospitalier d'un malade "institutionnalisé" (long séjour, EPHAD) mais aussi centres de réadaptation, cet examen peut



le cliché en station verticale, rayon directeur horizontal, centré sur les hémicoupoles utilise un centrage et un contraste optimisés pour **rechercher un éventuel croissant clair, gazeux, sous-diaphragmatique**, traduisant un pneumopéritoine (et signant donc une **perforation en péritoine libre**) qui n'existe pas ici



le cliché en station verticale, rayon directeur horizontal, centré sur l'ombilic montre des images hydro-gazeuses grêles et coliques qui, confrontées aux données cliniques sont en faveur d'une **occlusion fébrile basse** conséquence d'un **obstacle siégeant en aval de l'angle colique gauche** (image hydro(gazeuse) la plus distale



le cliché en station verticale, rayon directeur horizontal, centré sur les hémicoupoles utilise un centrage et un contraste optimisés pour **rechercher un éventuel croissant clair, gazeux, sous-diaphragmatique**, traduisant un pneumopéritoine (et signant donc une **perforation en péritoine libre**) qui **n'existe pas ici**



le cliché en decubitus avec rayon directeur vertical (équivalent de la " scout view" du scanner) améliore la visibilité et l'identification des segments digestifs en distension gazeuse contribuant ainsi à optimiser le diagnostic topographique (du siège de l'obstacle)

il apporte ici un renseignement fondamental et sans équivoque qui permettrait à un plombier connaissant l'anatomie élémentaire du tube digestif de faire le diagnostic exact de la cause de cette occlusion fébrile basse

à Vous de désigner et d'expliquer cette clé du diagnostic !!!



le caecum (se projette dans la région mésocoelique et l'hypochondre gauche alors que l'angle droit et le colon transverse sont en place. les anses grêles distales distendues de situent dans le flanc droit et viennent au contact de la paroi latérale droite de l'abdomen



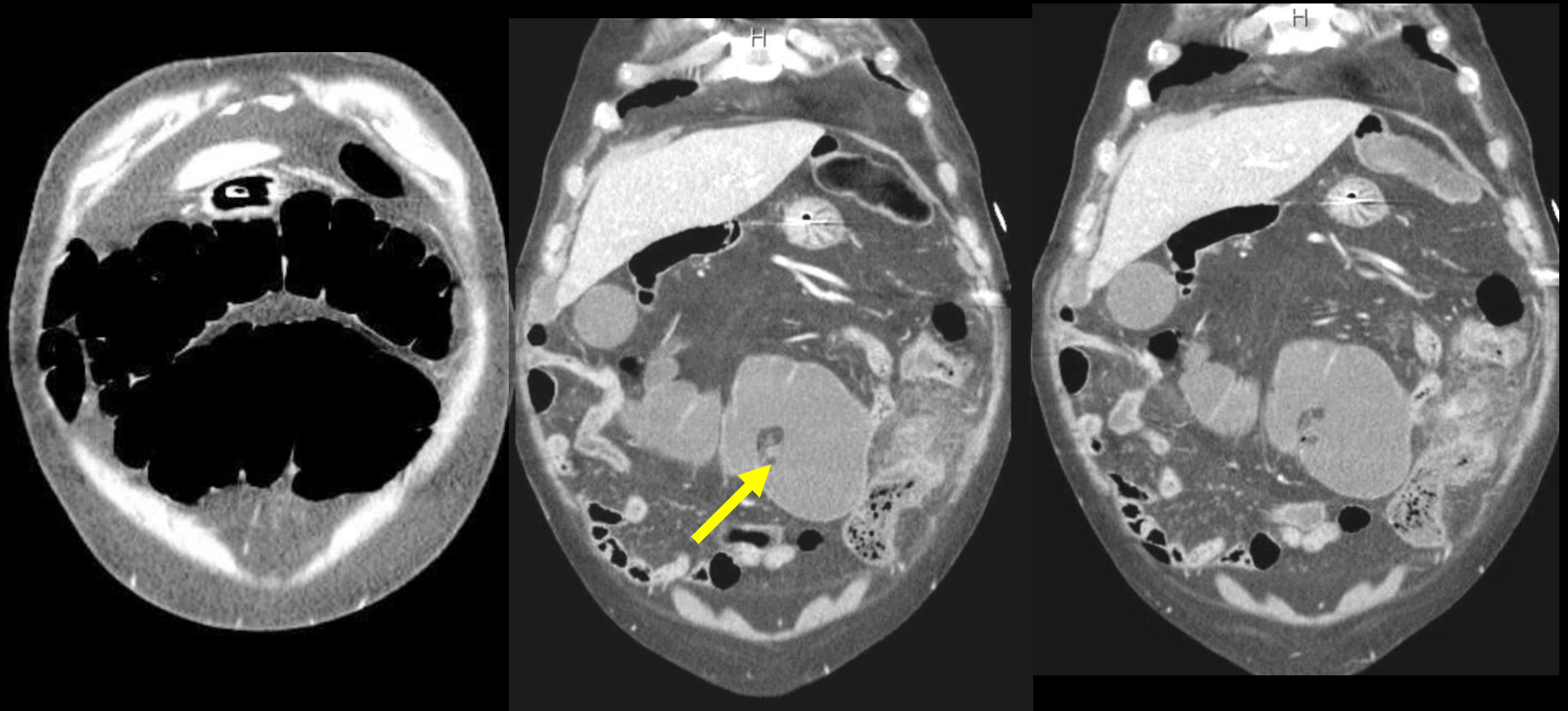
Quel diagnostic devez vous porter devant **cette anomalie positionnelle du caecum** qui est une des variantes les plus fréquente après l'appendice rétro-caecale





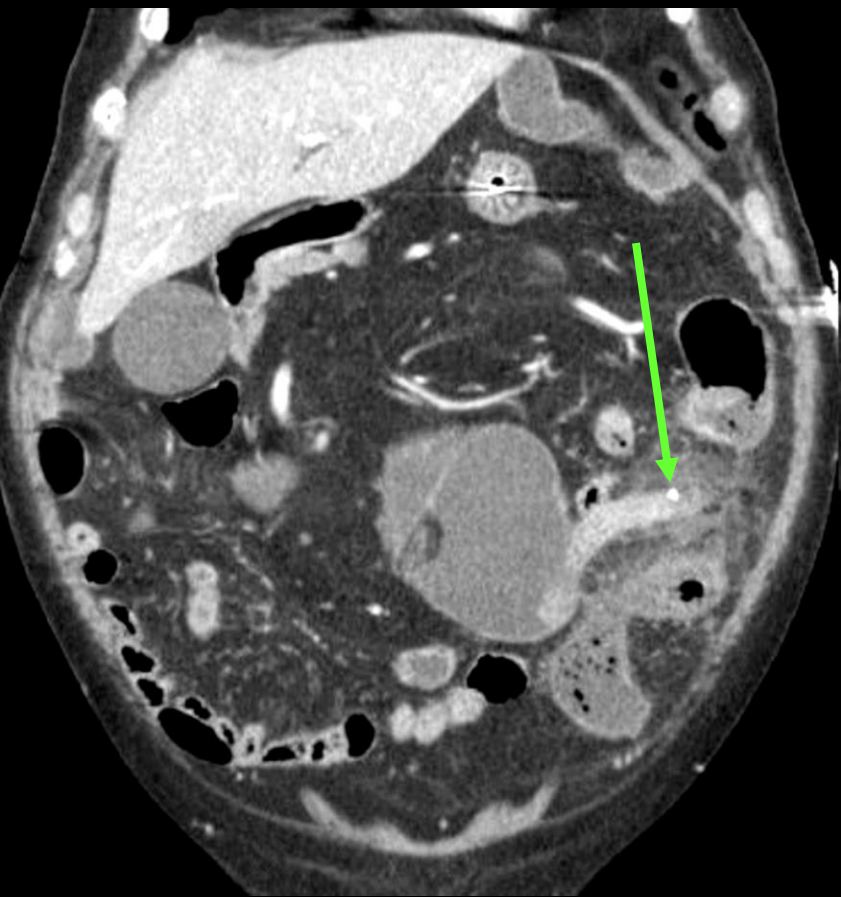
Il s'agit bien sur d'un **colon caeco-ascendant mobile** par défaut d'accolement partiel du fascia de Toldt droit

Dans ce contexte, Le carrefour iléo-caecal et bien entendu l'appendice vermiculaire sa complice siègent dans la partie gauche de l'abdomen, à hauteur de l'ombilic

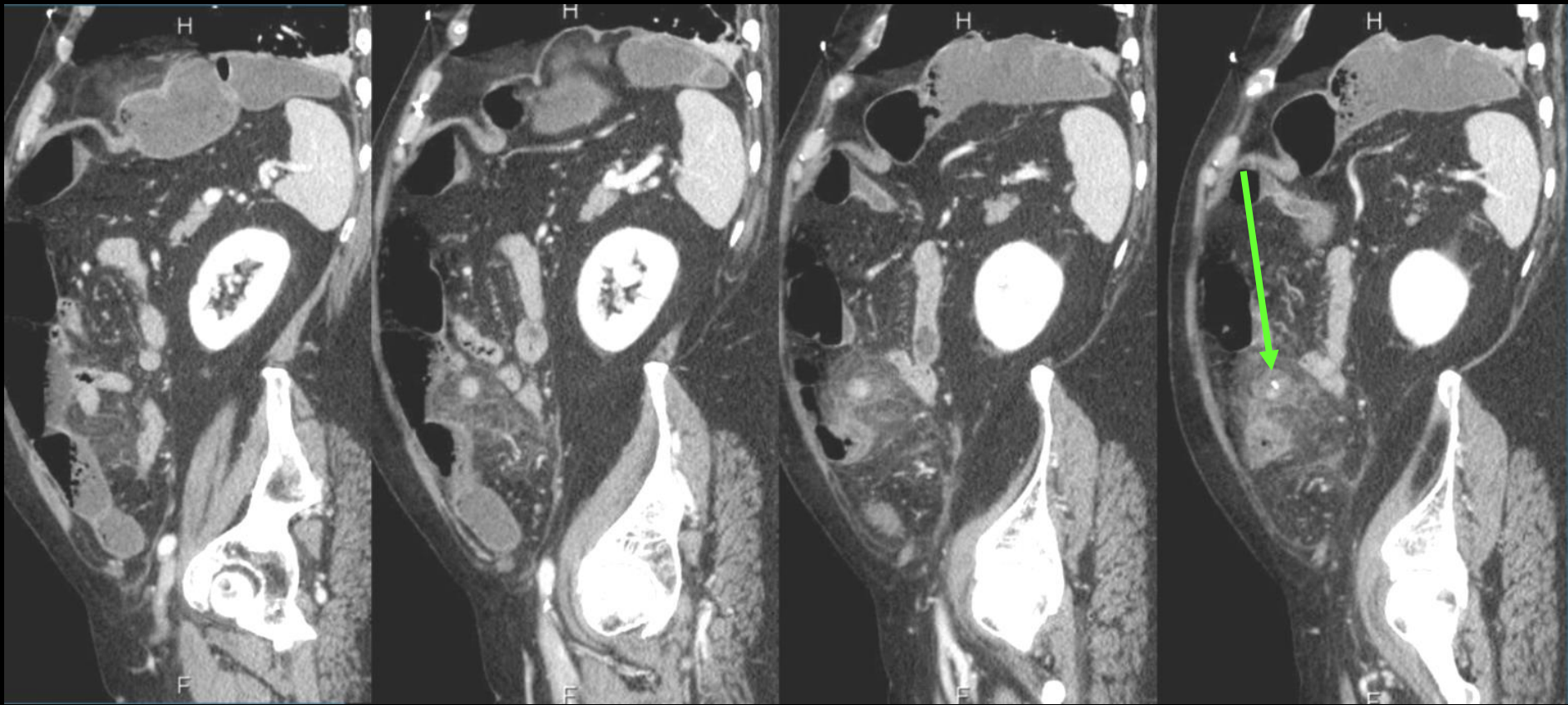


les reformations coronales montrent bien la caecum et la valvule de Bauhin
flèche jaune, en situation mésocolique .

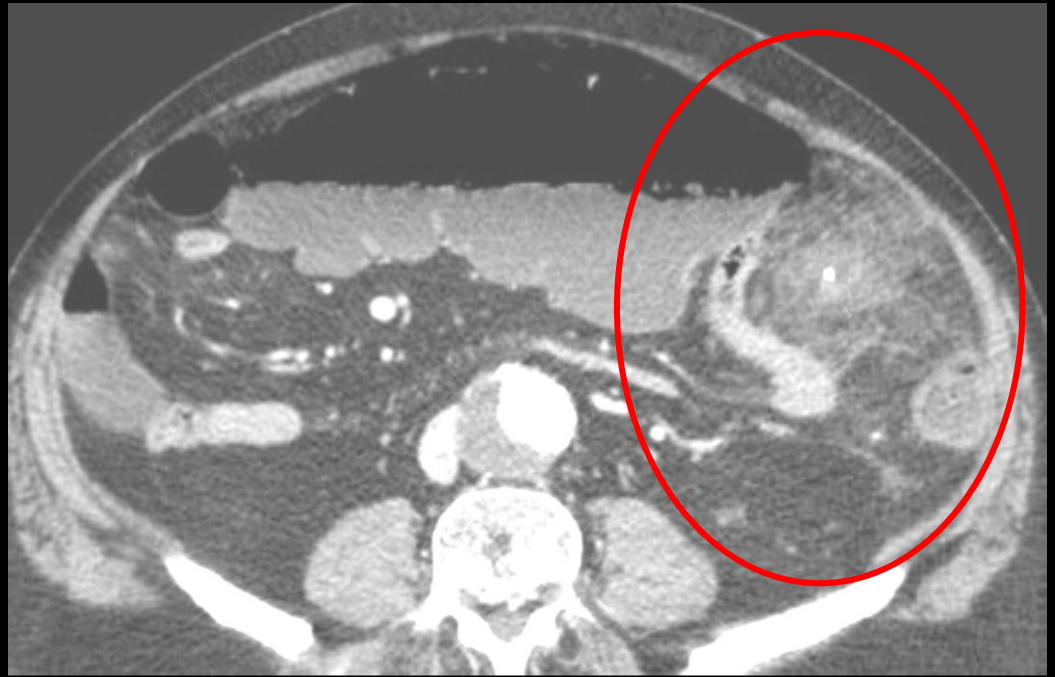
Un infiltrat inflammatoire s'est développé en regard du carrefour iléo-caecal, englobant une anse grêle dont la paroi est circonférentiellement épaissie (début de plastron)



un **petit appendicolithe** est visible à la partie moyenne de l'appendice. La distension liquide colique est en relation directe avec le foyer inflammatoire (**phlegmon ou plastron péri-appendiculaire**) de la fosse iliaque **gauche**



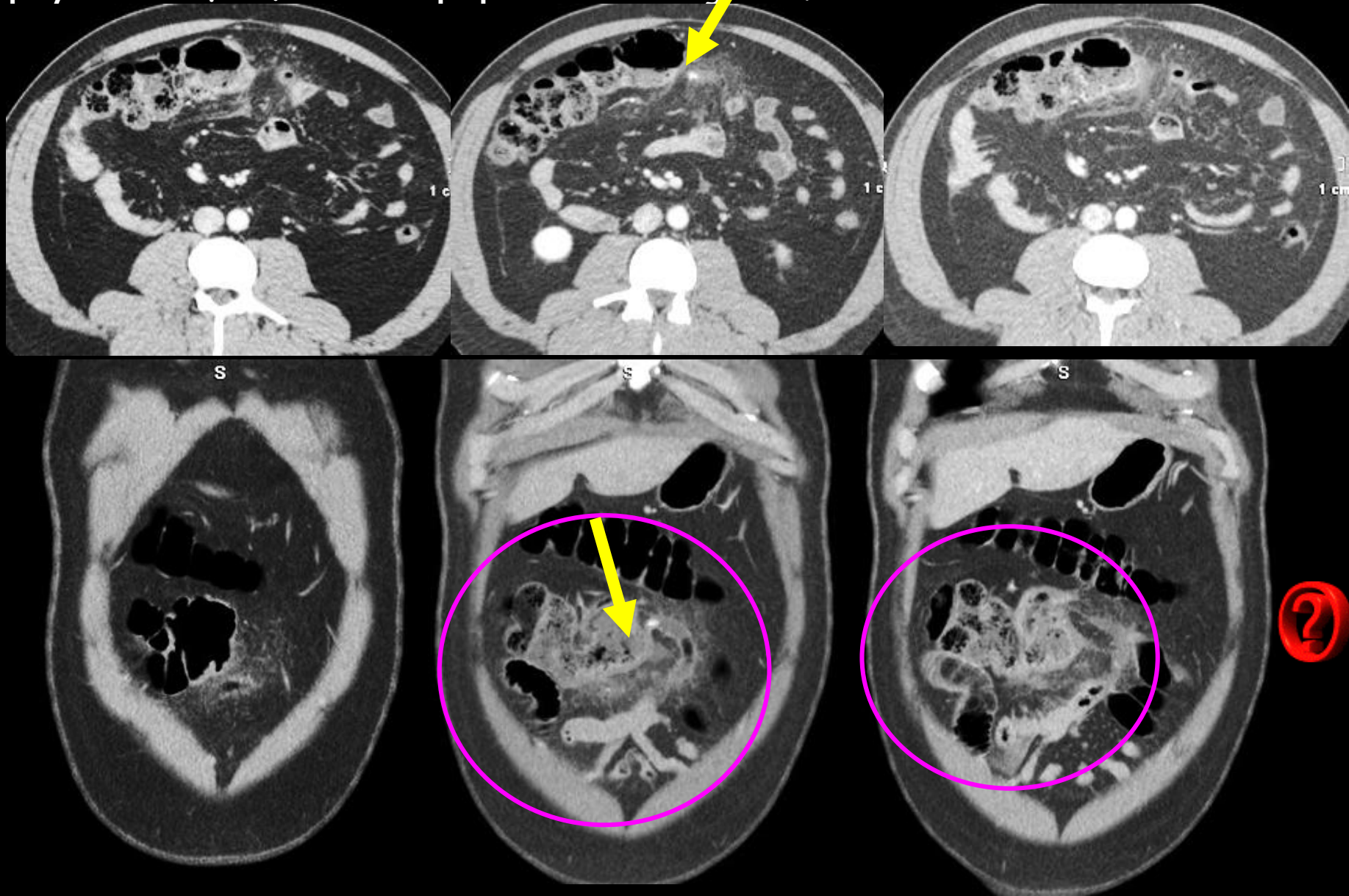
l'appendicolithe et l'infiltration inflammatoire du péritoine avoisinant sont bien visibles sur les reformations sagittales

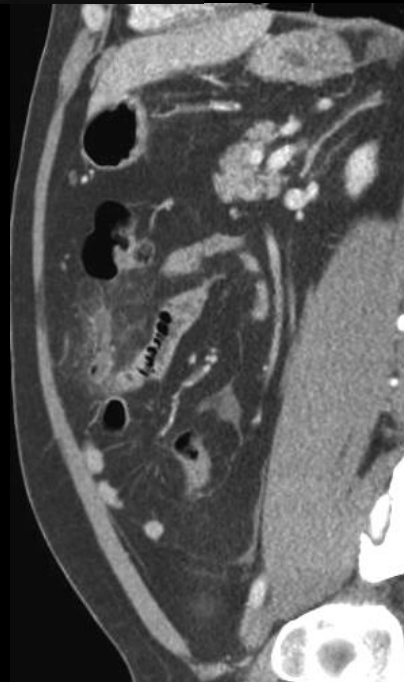
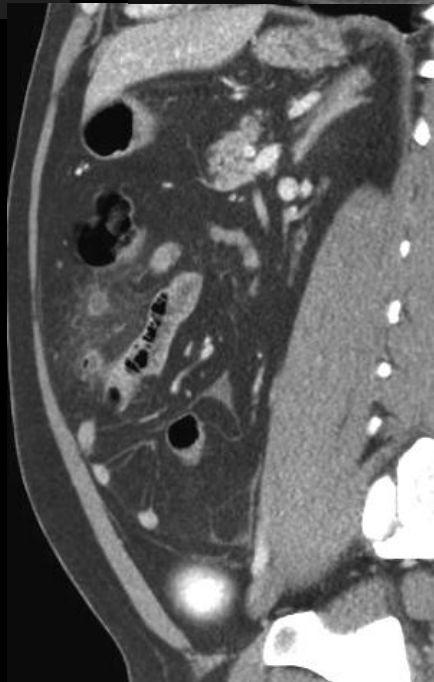
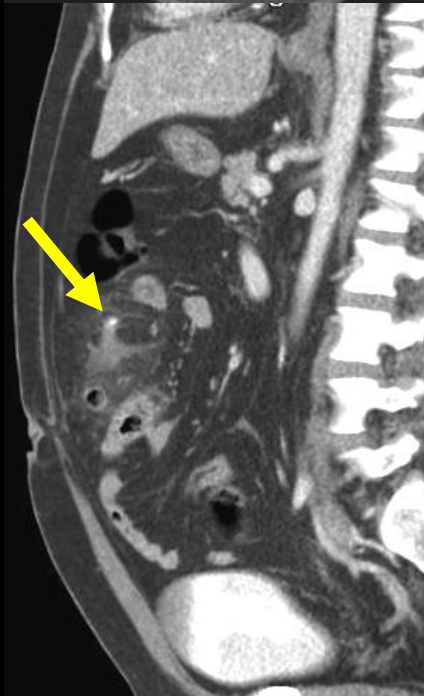
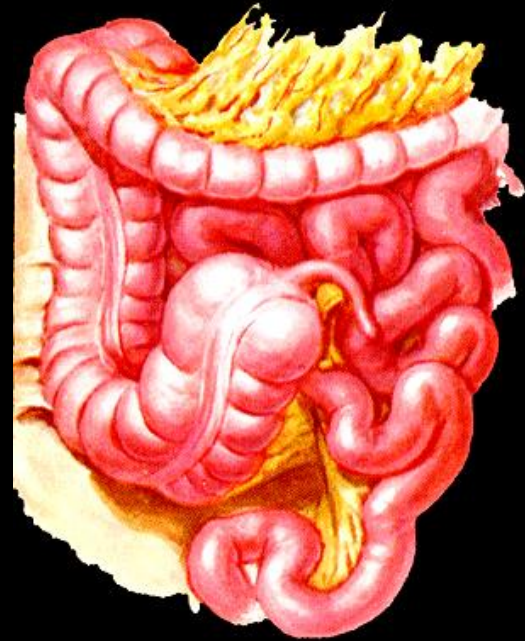


une occlusion fébrile colique gauche n'est donc pas toujours liée à une pathologie colique tumorale ou inflammatoire

une atteinte inflammatoire de la fosse iliaque gauche peut être en relation avec une appendicite

Cas compagnon n°1 homme 41 ans , sd douloureux abdominal fébrile avec polynucléose ; défense à la palpation de la région ombilicale





appendicite méso
coélique sur
caeco-ascendant
mobile par défaut
d'accolement du
fascia de Toldt
droit

Au total

- dans la lecture des images scanographiques de l'étage sous-mésocolique l'abdomen, le premier souci du radiologue doit être de repérer le caecum. Si le caecum n'est pas à sa place , il faut le chercher à distance ,dans la région épigastrique (hernie du foramen de Winslow de type II) ou dans l'hypochondre gauche (volvulus mésentérico-axial du caecum), ou encore dans la région hypogastrique (volvulus organo-axial du caecum)
- Devant les multiples causes d'occlusion fébrile d'origine colique, i faut,à côté des complications des diverticules, penser aux causes plus rares (MICI, adénocarcinomes infectés, mais également aux occlusions organo-fonctionnelles dans les atteintes infectieuses extra-coliques (infections annexielles, appendicites rétro-caecales et appendicites ectopiques

- Parmi les **appendicites ectopiques**, les **formes mésocaeliaques** sont souvent délicates à distinguer des complications perforatives du diverticule de Meckel ("diverticulites", "Meckelites...")

Les **principales causes d'appendicite mésocaeliaques** et/ou de la partie gauche de l'abdomen sont:

- le **caeco-ascendant mobile** par défaut d'accolement (ou décollement) du fascia de Toldt droit
- le **mésentère commun complet** (arrêt de rotation de l'anse intestinale primitive à 90°, carrefour iléo-caecal et tout le colon dans la partie gauche de l'abdomen ; tout le grêle dans la partie droite)
- l'**appendice long** (il peut mesurer jusqu'à 20 cm de longueur et comme le maximum des lésions se situe en distalité, on peut alors avoir une appendicite mésocoeliaque ou une appendicite pelvienne profonde avec un caecum orthotopique, dans la fosse iliaque droite).