

difficultés , pièges et images-clé en pathologie du tube digestif

Côlon 1

volvulus caecal



parois caecales inflammatoires et
ischémiques



invaginations coliques



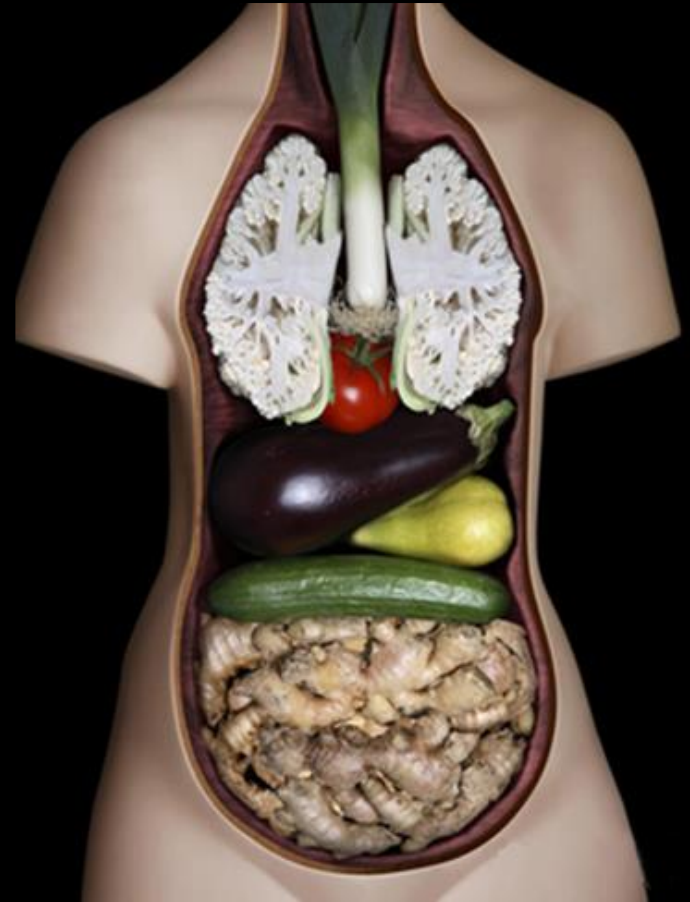
colites à gros plis



pneumatose kystique colique



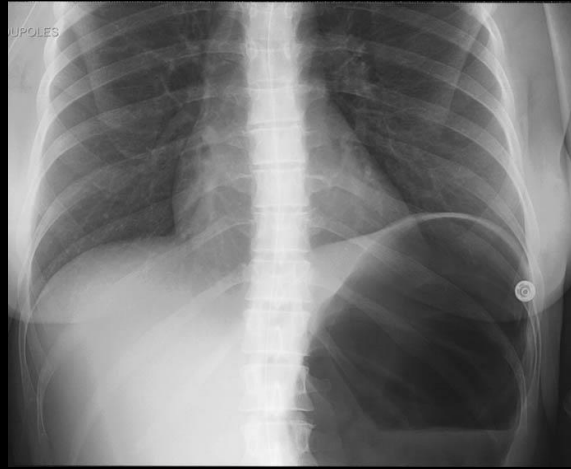
occlusions coliques endoluminales



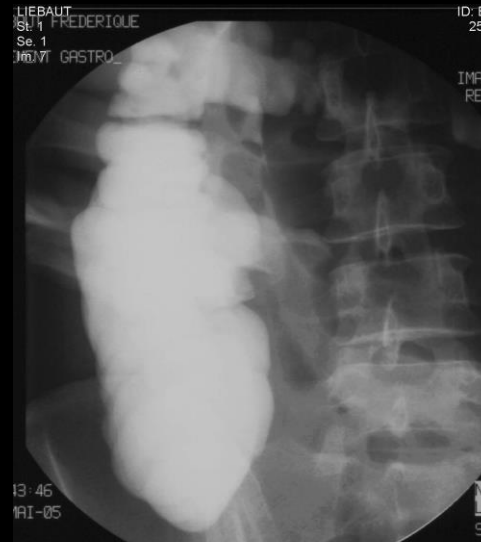
femme 35 ans douleurs épigastriques aiguës récentes , vomissements



station verticale , RD horizontal



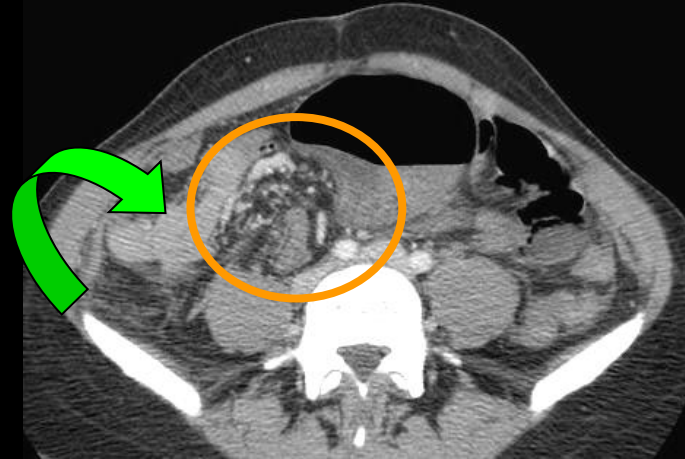
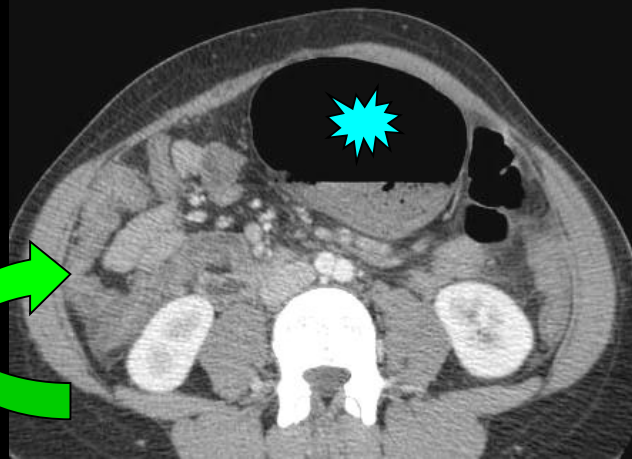
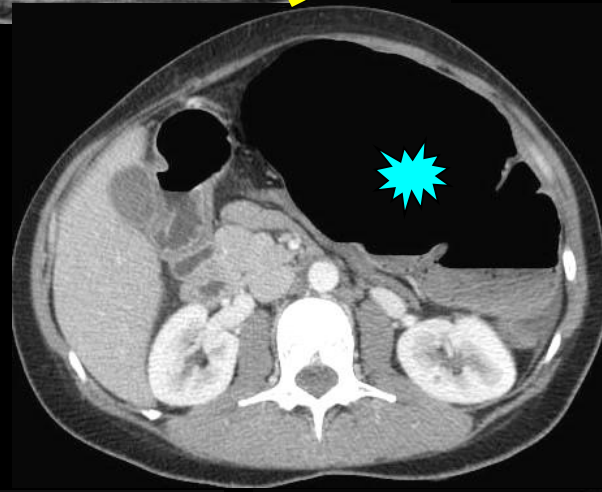
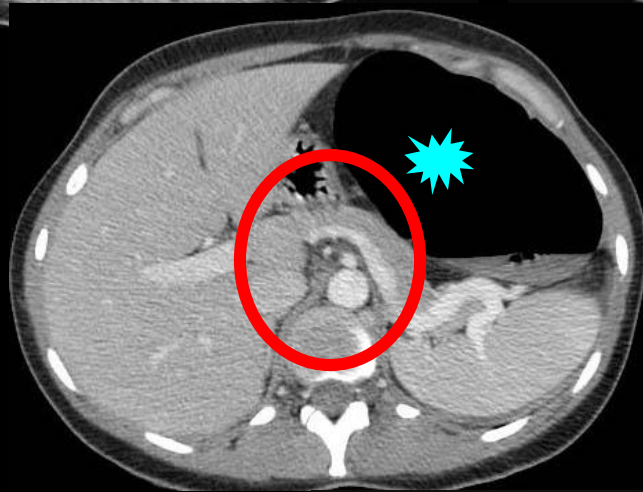
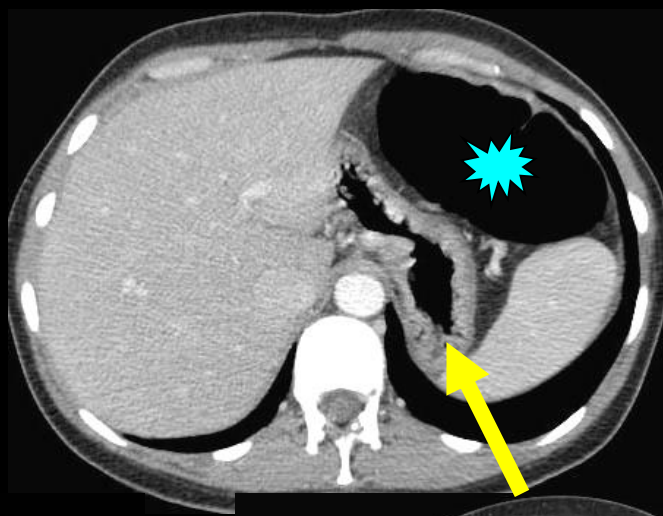
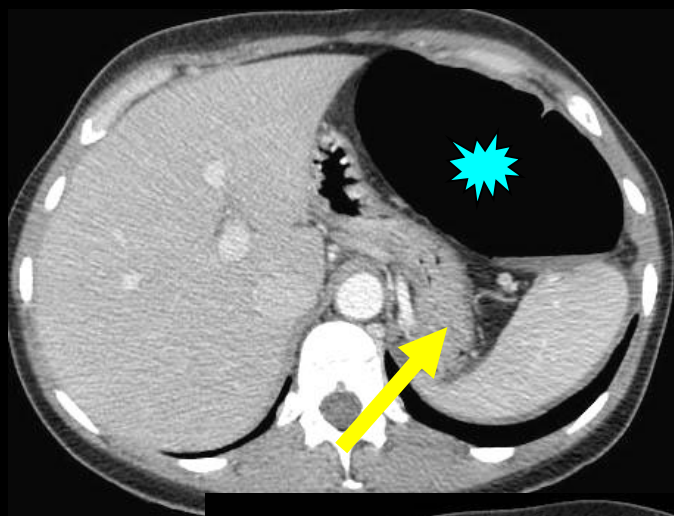
décubitus RD vertical

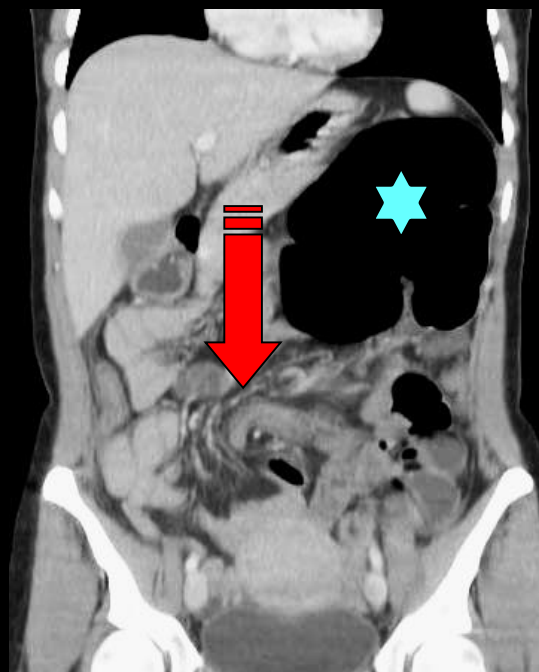
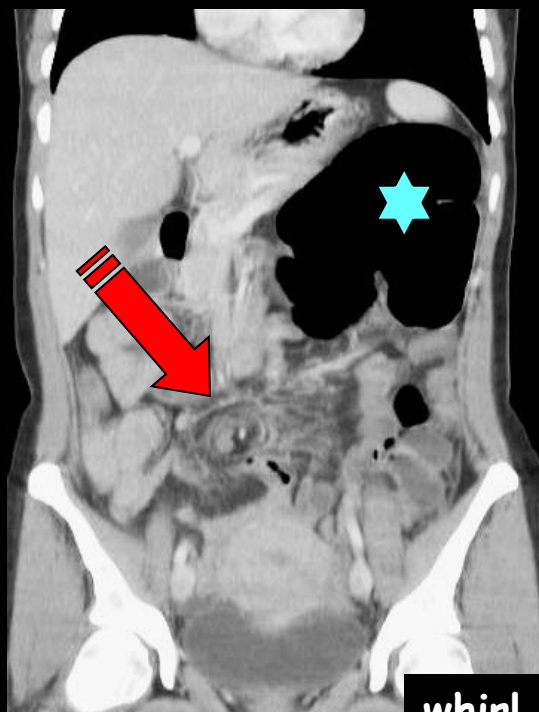


lavement opaque (hydrosolubles iodés) pratiqué quelques jours auparavant

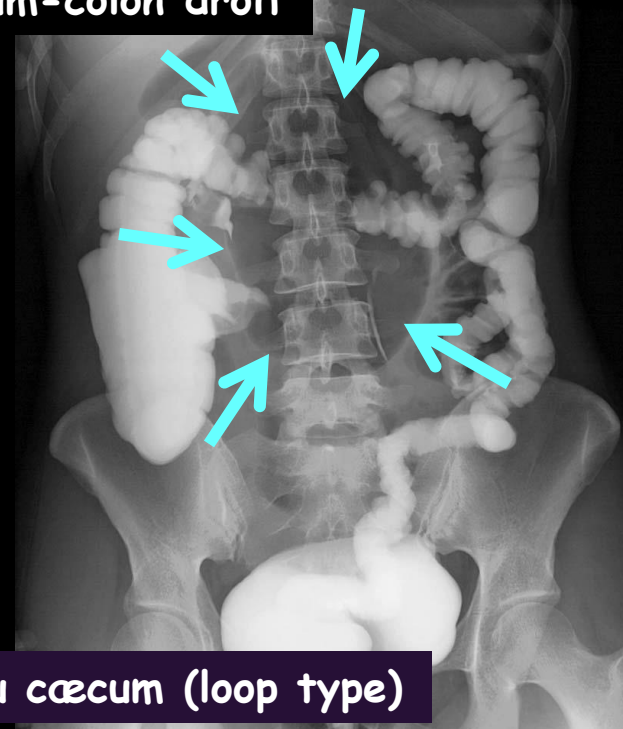
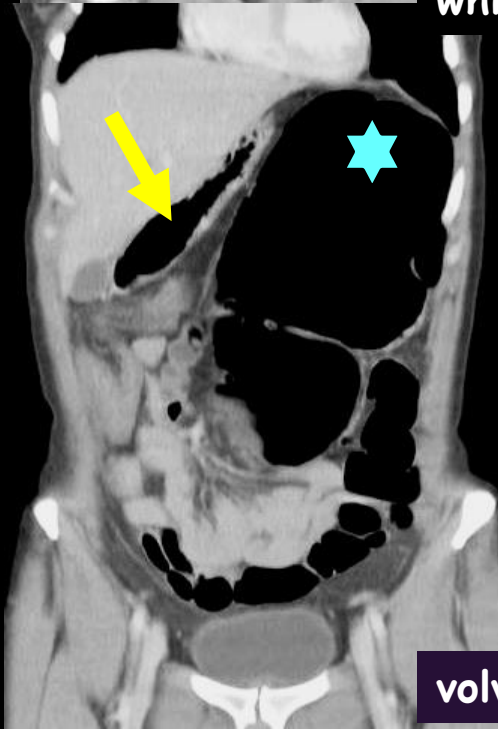
diagnostic



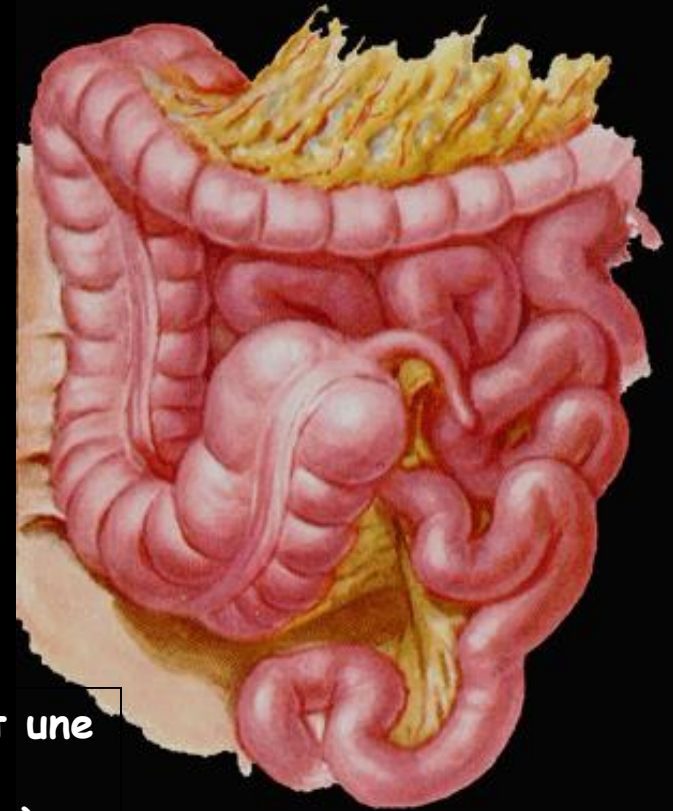
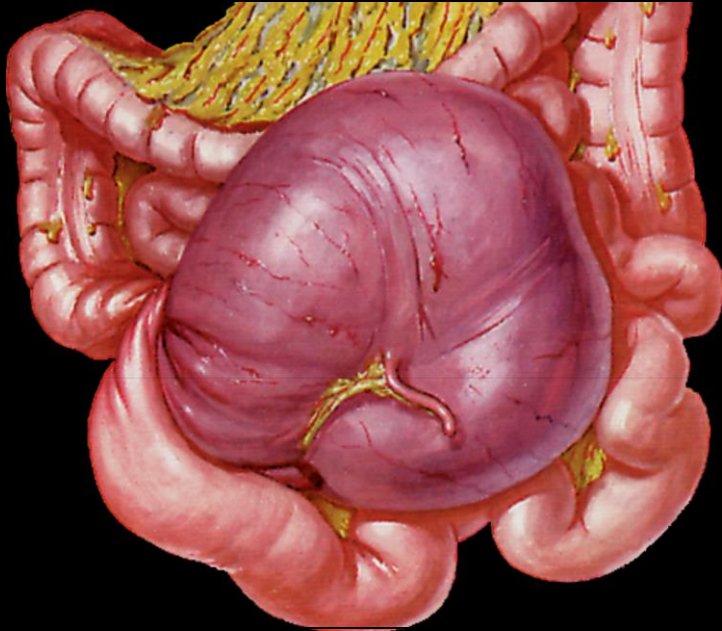




whirl sign à la jonction caecum-colon droit



volvulus méésentérico-axial du caecum (loop type)



le volvulus **mésentérico-axial du caecum** ($\pm$ du grêle) est une des complications du caeco-ascendant mobile par **défaut d'accolement du fascia de Toldt droit** (présente chez 10 à 22 % des adultes)

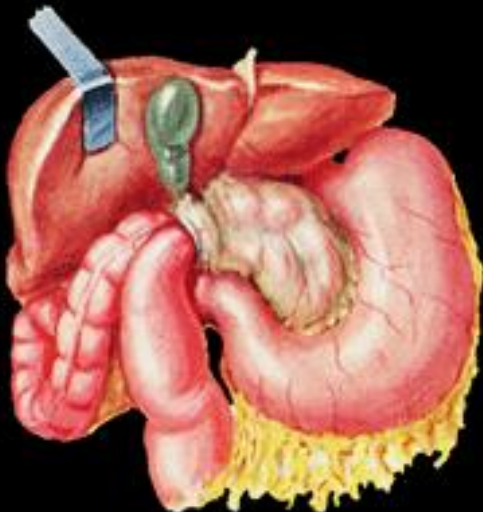
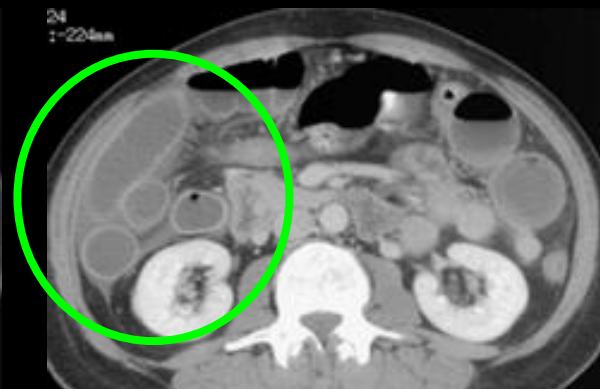
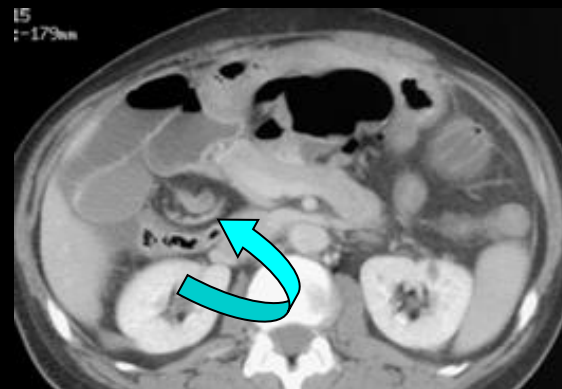
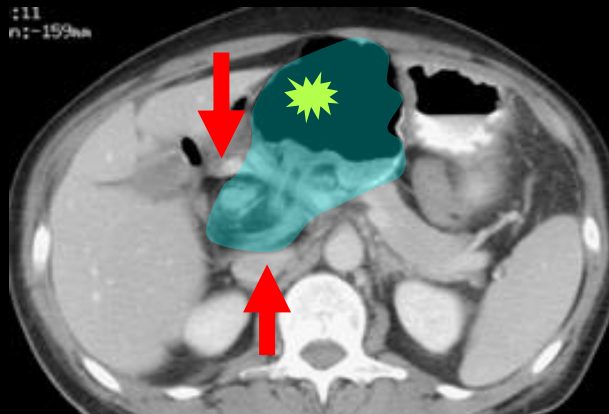
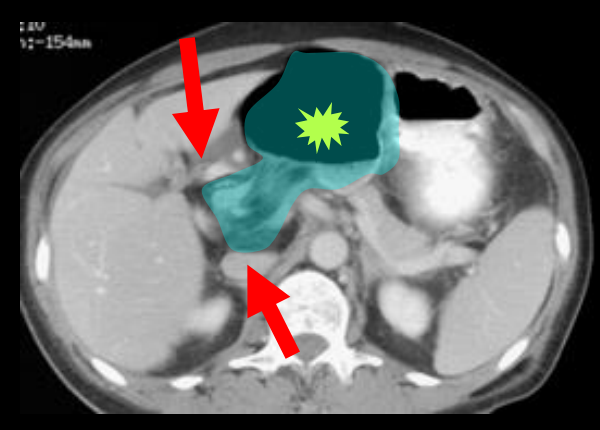
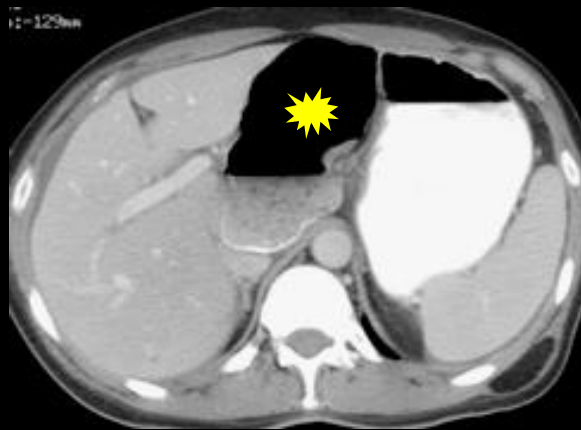
pouvez vous en citer d'autres



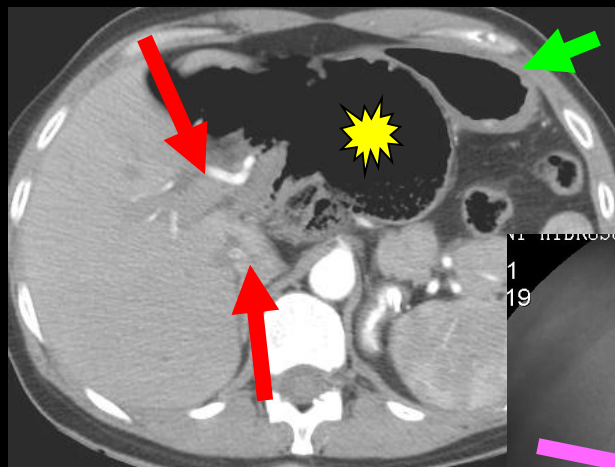
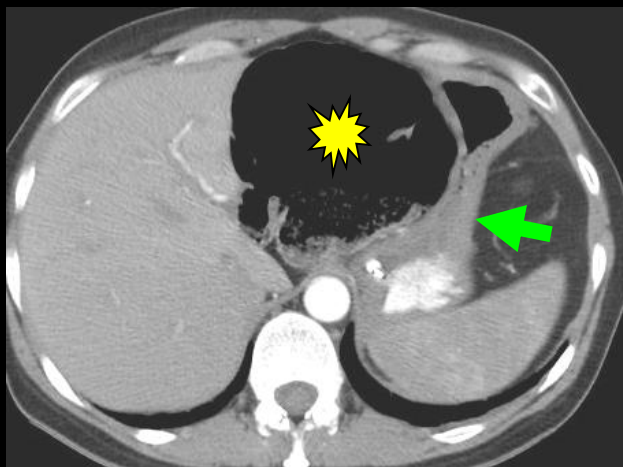
-**appendicite mésocoelique**

-**hernie du hiatus de Winslow à contenu iléo-colique** (hernie de Blandin)

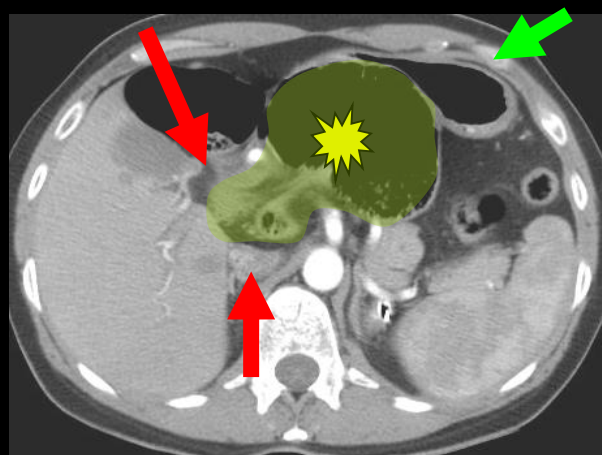
-**hernie de Morgagni à contenu gastrique et iléo-colique**



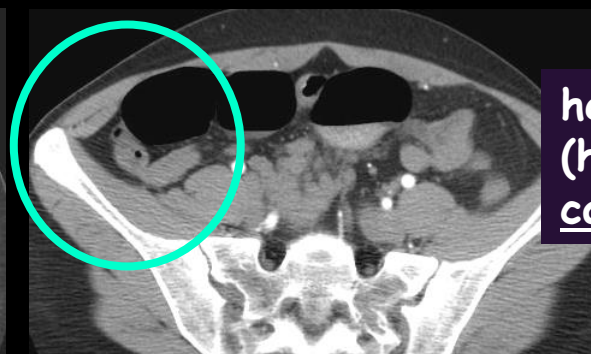
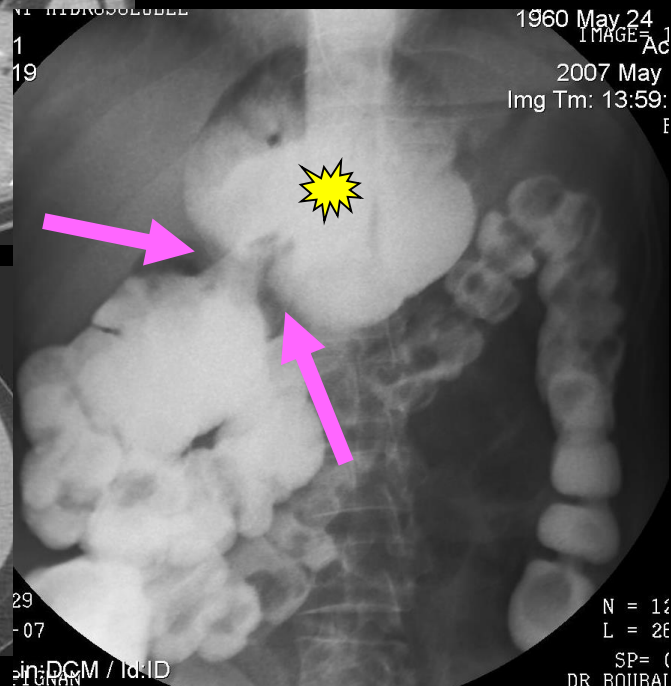
hernie du foramen omental (hiatus de Winslow), à contenu caecal
hernie de Blandin



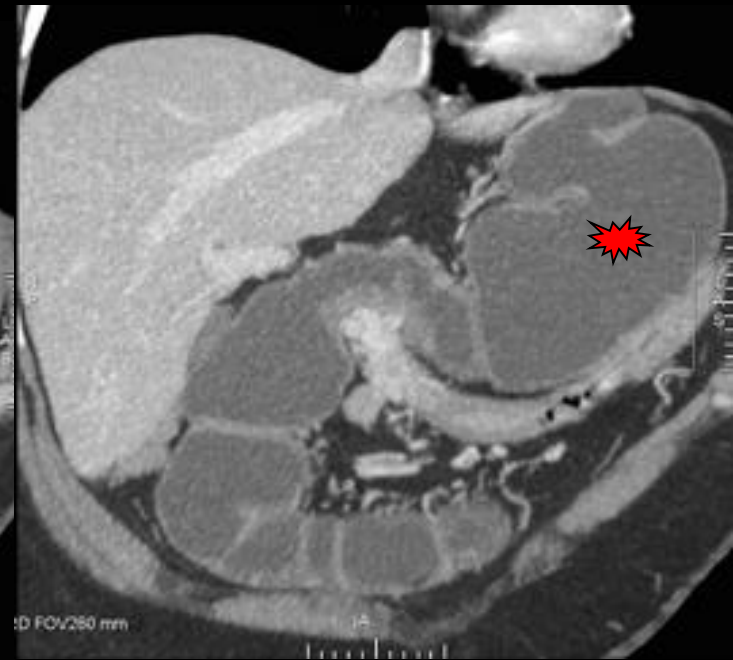
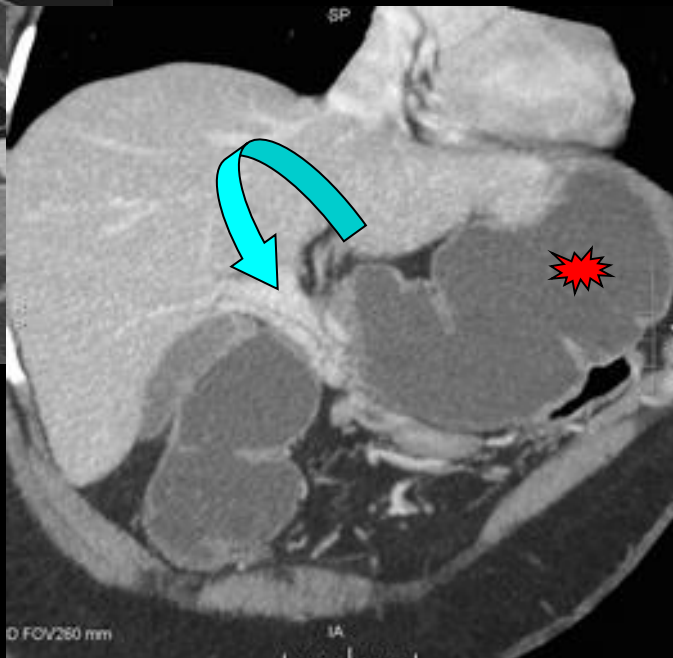
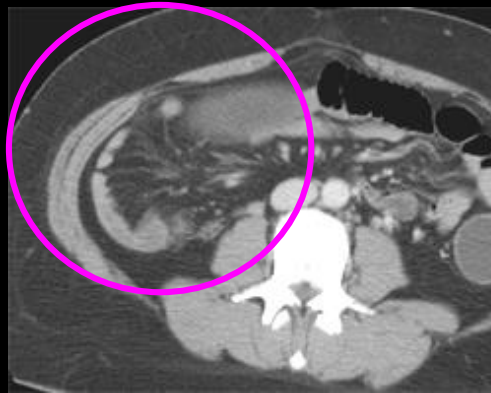
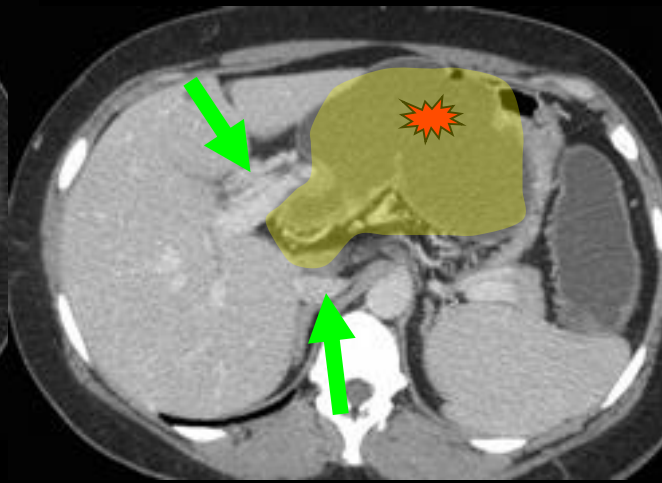
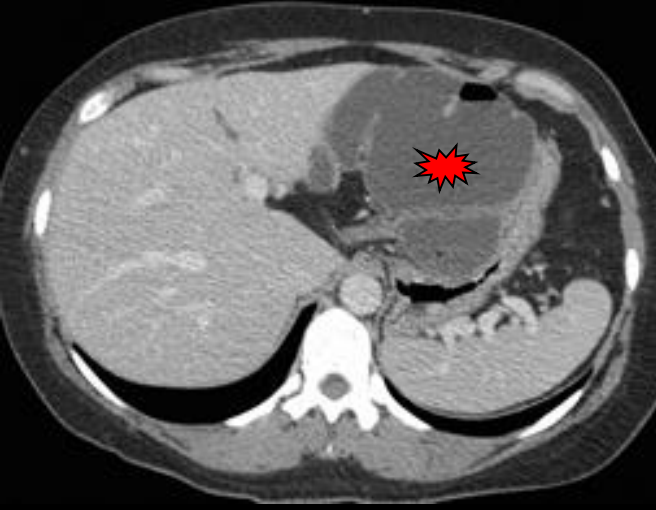
Obs. JL Bertrand CH Perpignan



femme 47 ans



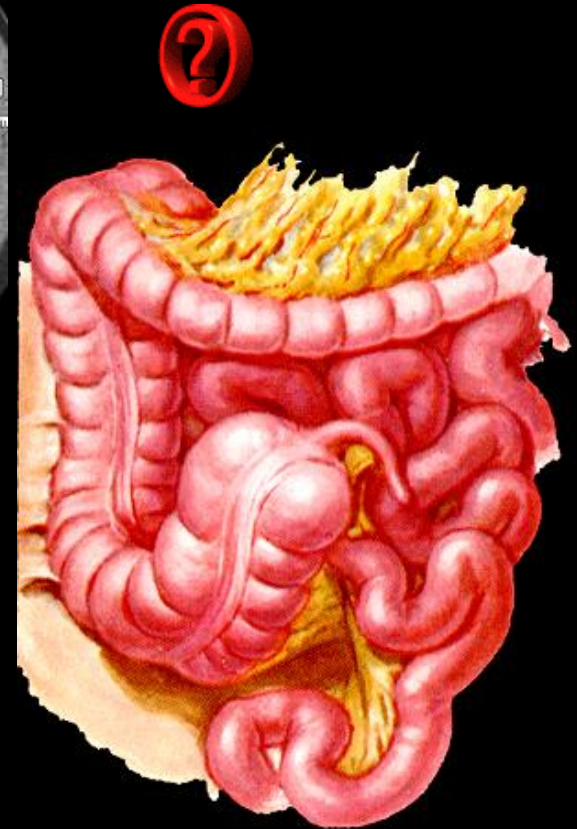
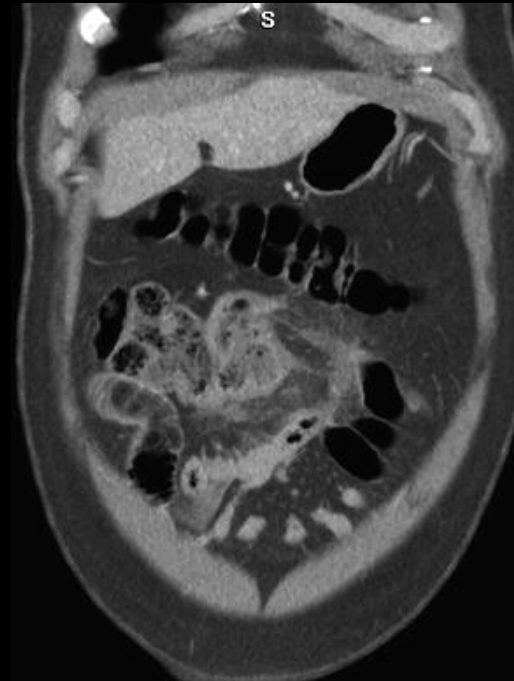
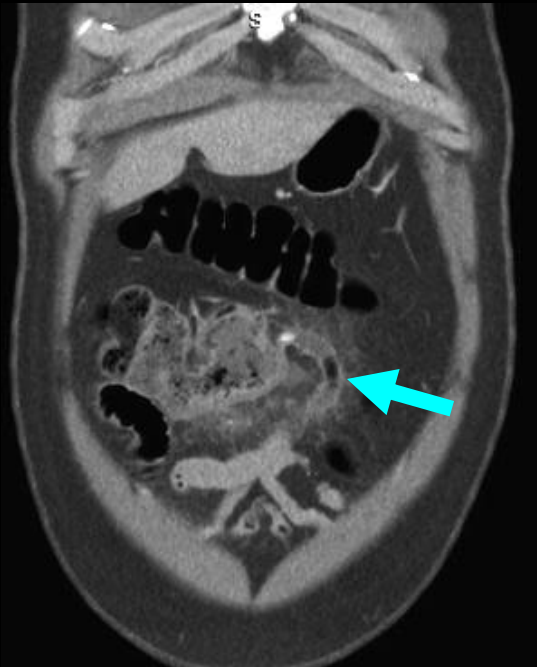
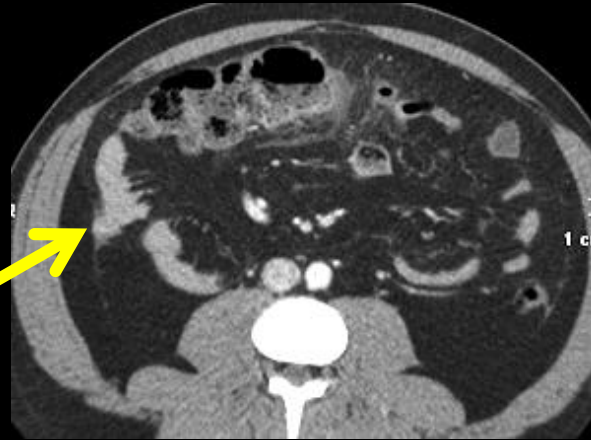
hernie du foramen omental
(hiatus de Winslow) ,à contenu
caecal ; hernie de Blandin



femme 35 ans
colo CT à l'eau

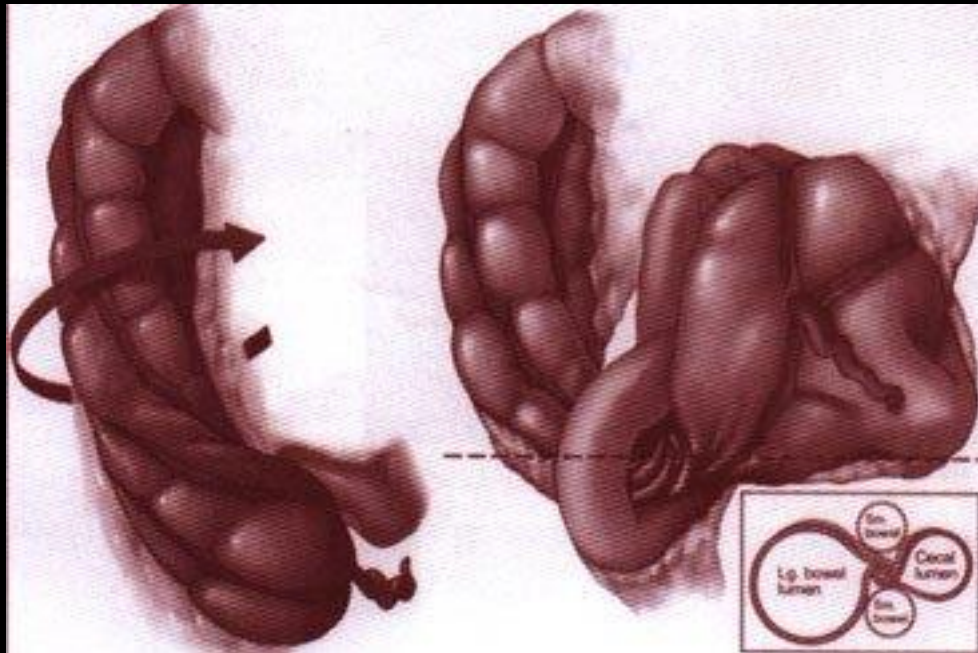
hernie du foramen omental (hiatus de Winslow) à contenu caecal (hernie de Blandin)
+ déhiscence du petit omentum (hernie du petit omentum)

homme 43 ans ;douleurs épigastriques fébriles , vomissements ,diarrhée .



appendicite méso coeliaque sur
caecum mobile par défaut
d'accolement du fascia de
Toldt droit

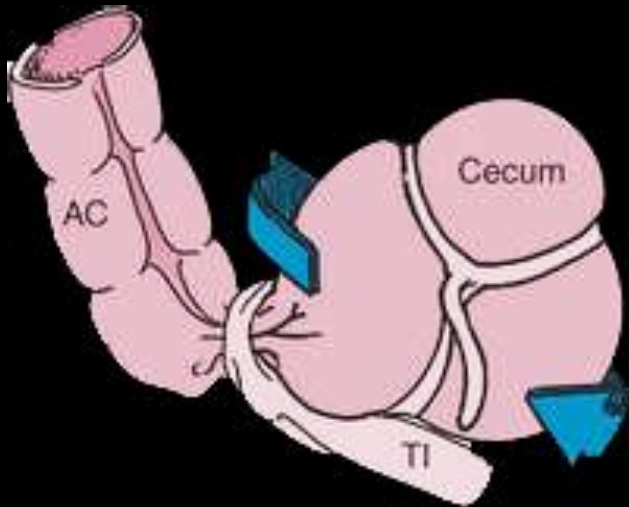
volvulus caecal
organo axial



volvulus caecal
méésentérico
axial

on décrit 3 types de volvulus du caecum :

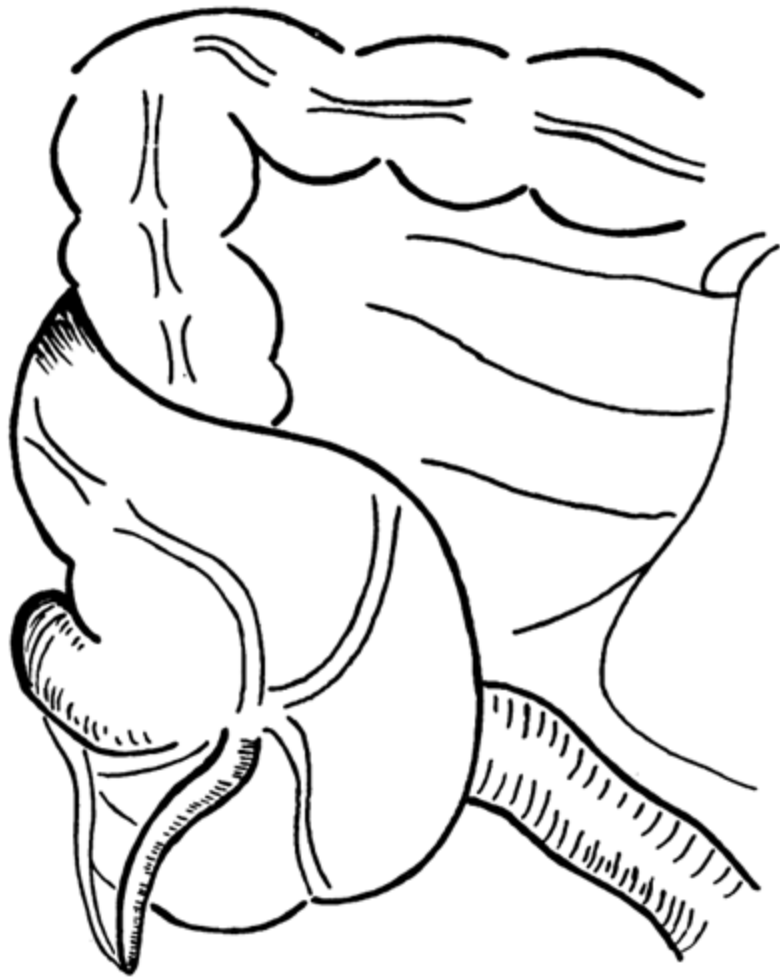
- le type mésentérico-axial concerne le cæcum $\pm$ du grêle ; il amène le caecum dans l'hypochondre G ou dans la région mésocoeliaque ;
- le type organo-axial laisse le caecum dans la FID
- la plicature caecale s'effectue dans un plan sagittal , d'arrière en avant



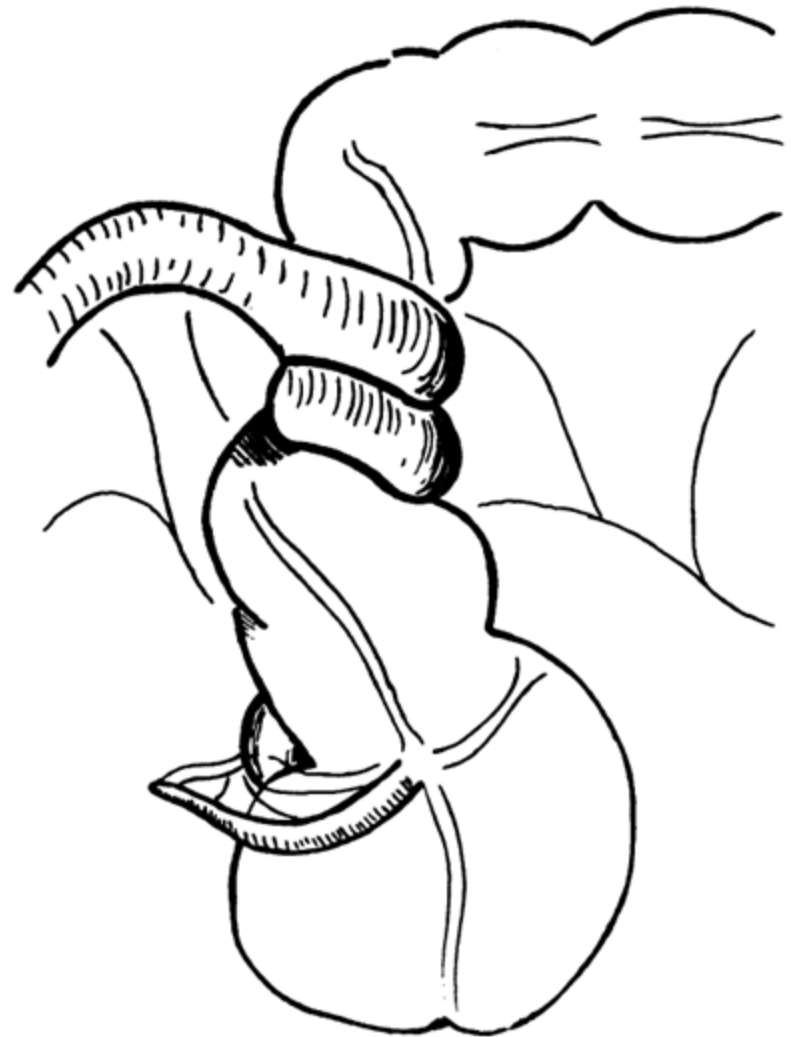
**volvulus caecal
mésentérico
axial**

loop type

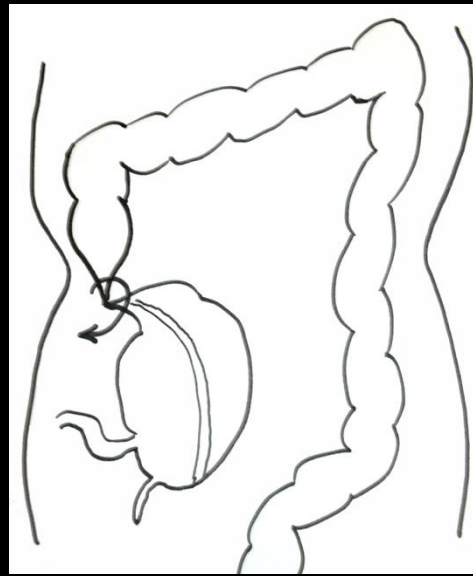
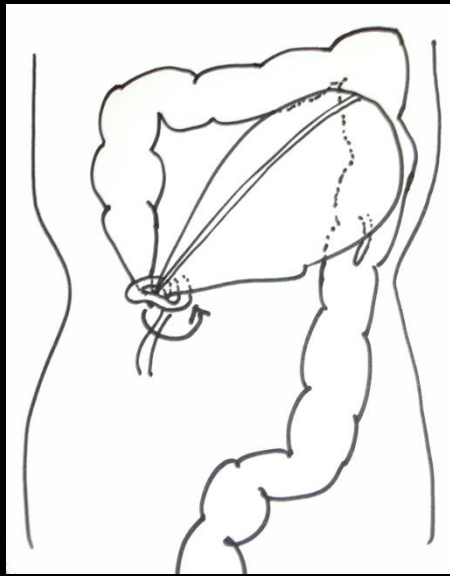
le plus fréquent



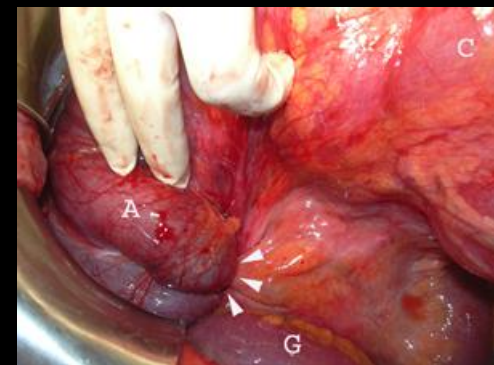
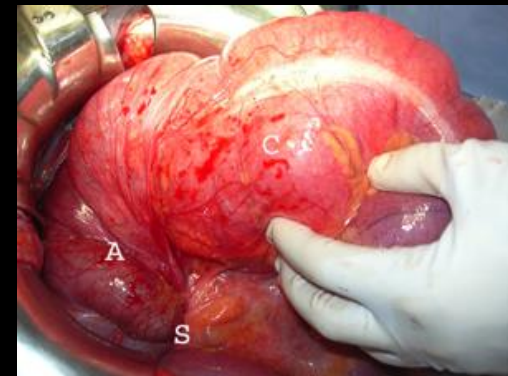
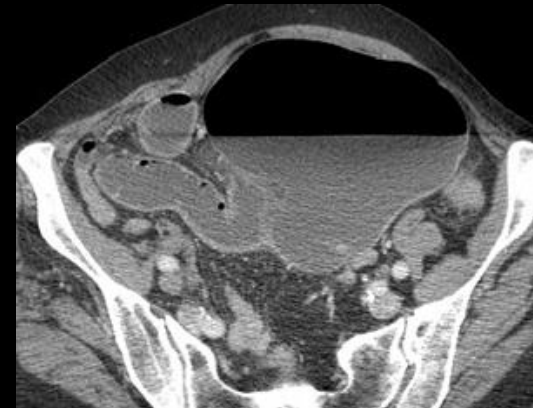
Axial rotation (uncommon).



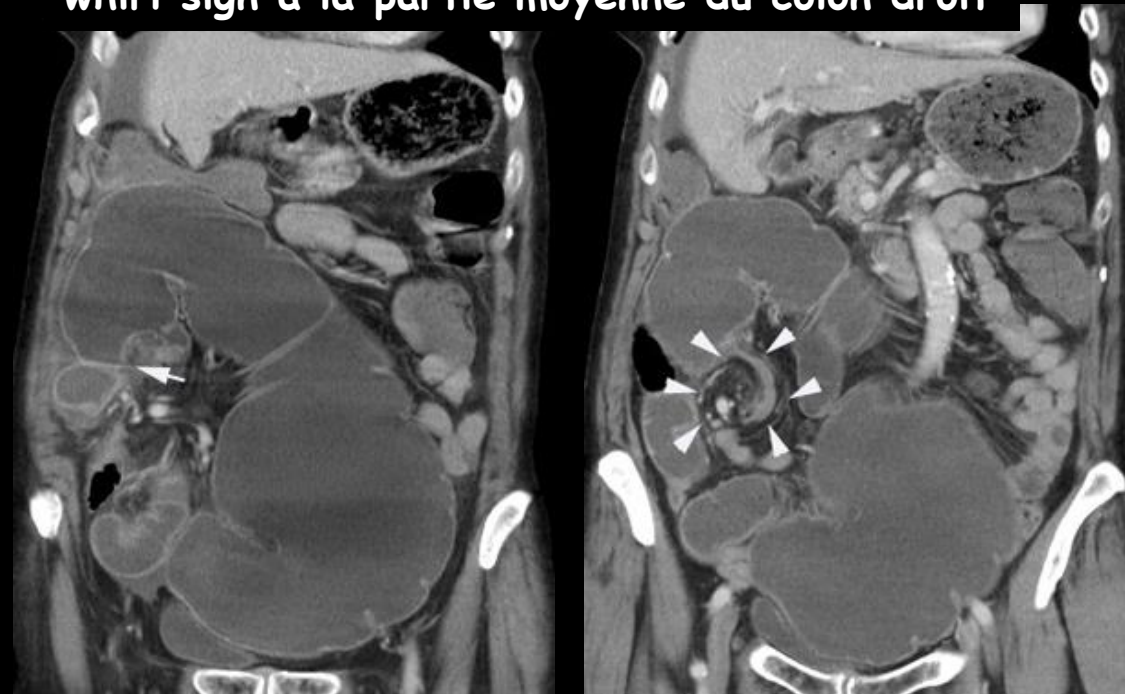
'Loop' type (commonest).



whirl sign à la partie moyenne du colon droit



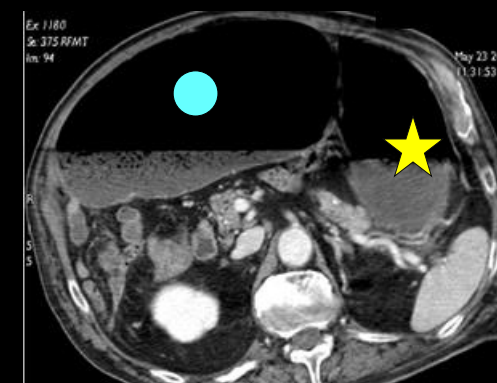
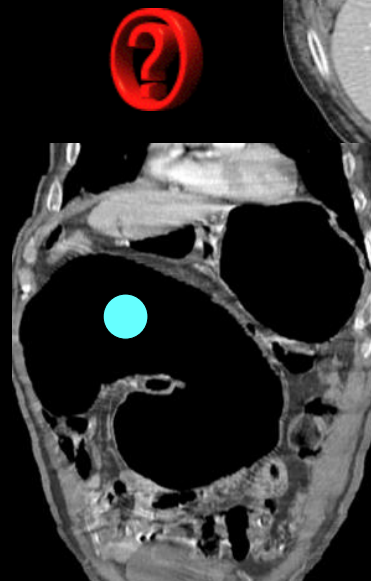
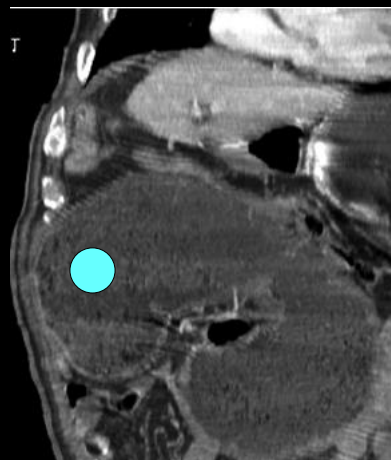
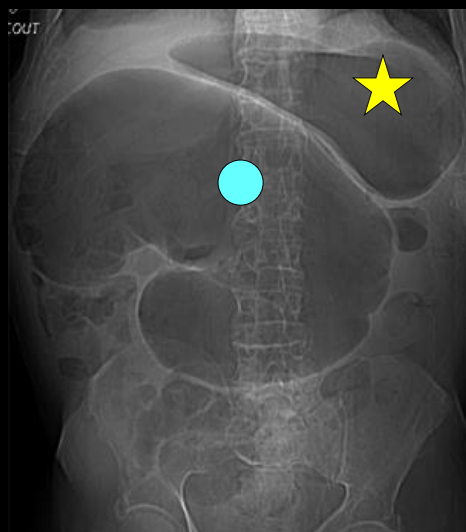
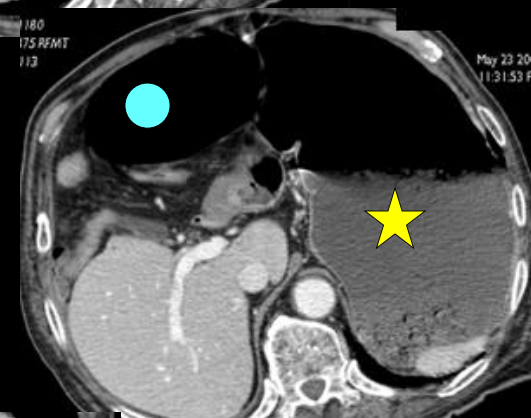
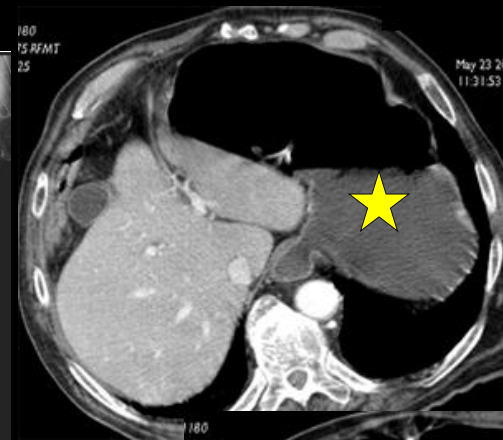
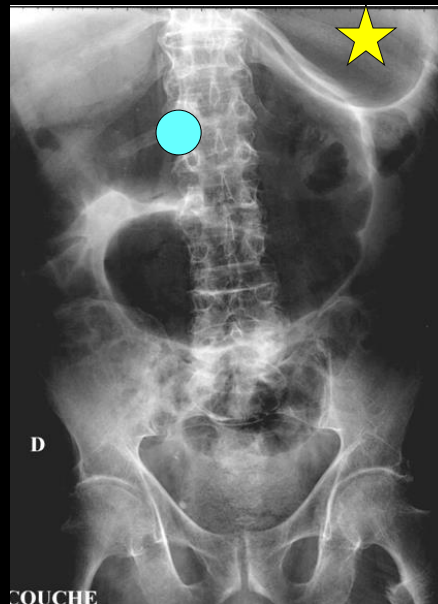
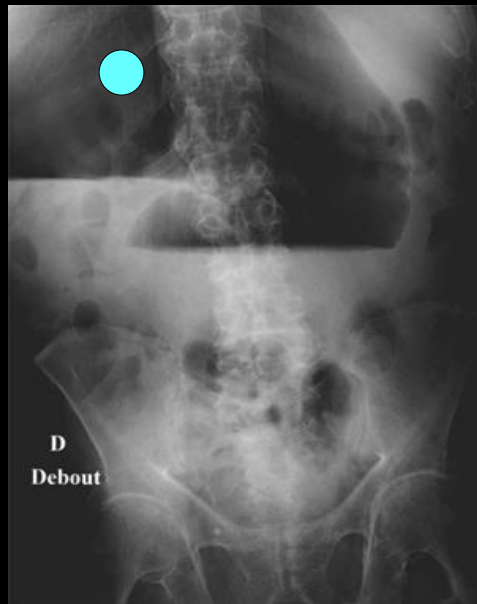
volvulus méésentérico-axial du caecum

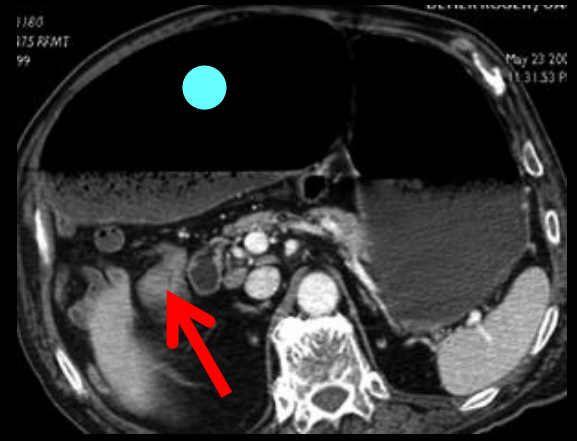
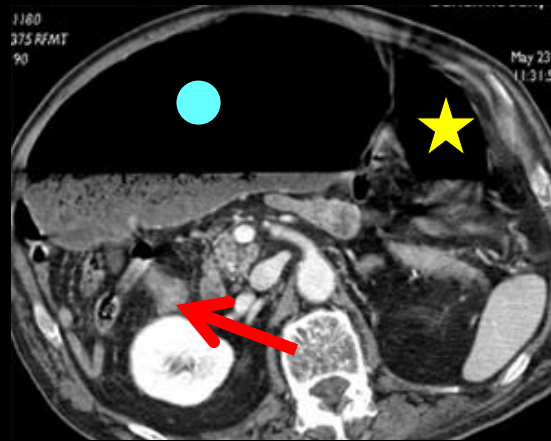


obs. Dr LE chirurgien , Montargis

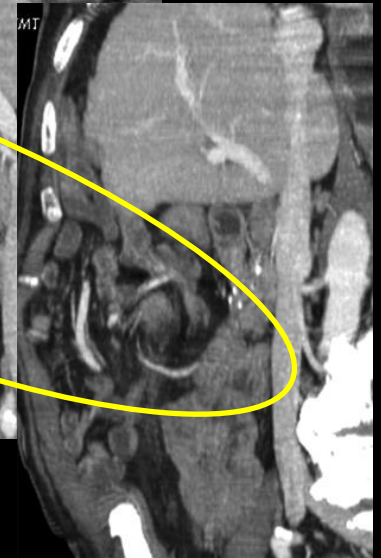
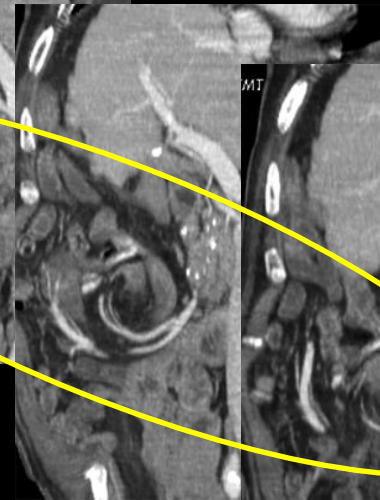
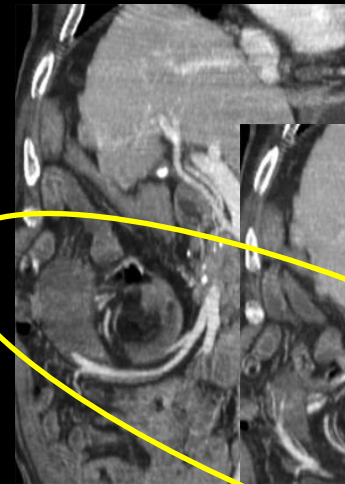
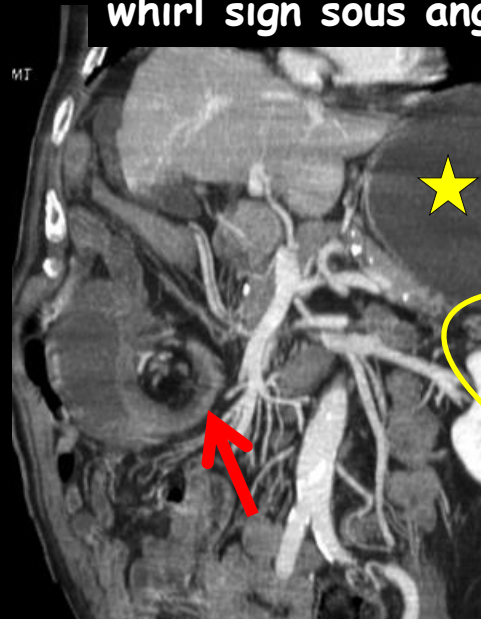
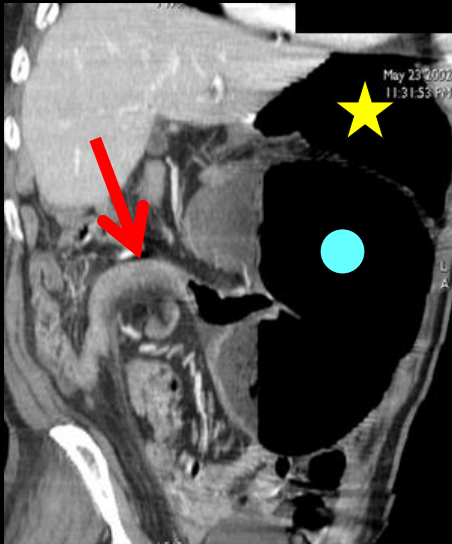
PLE@ch-montargis.fr

homme 70 ans douleurs abdominales depuis 15 jours ; météorisme abdominal ; orifices herniaires libres



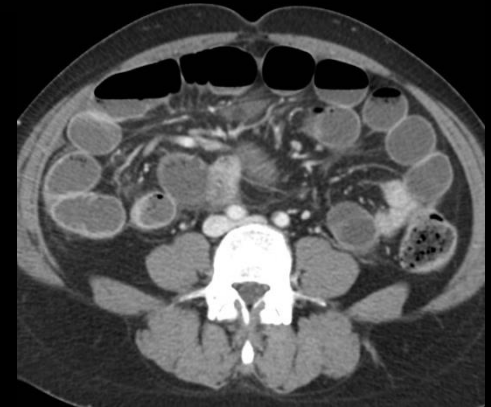
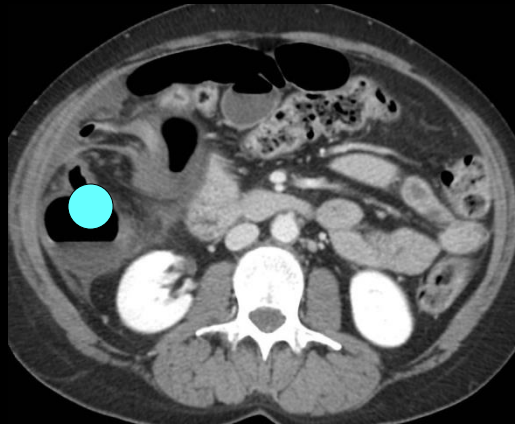
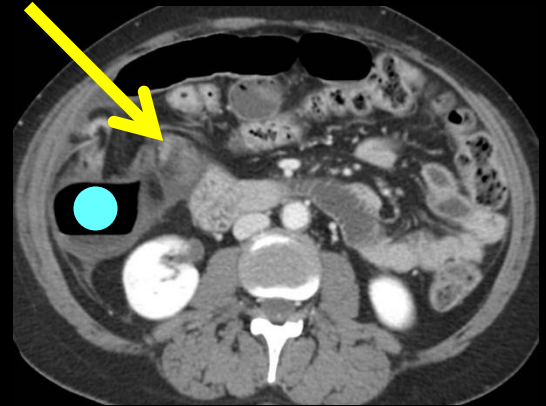
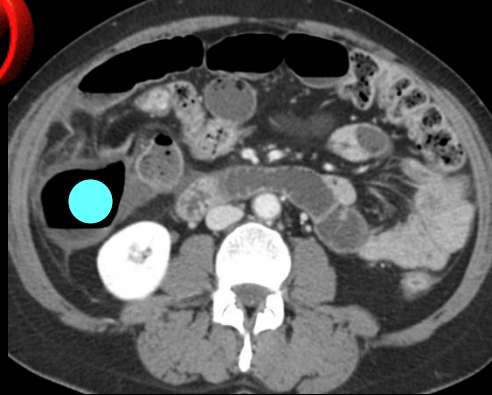
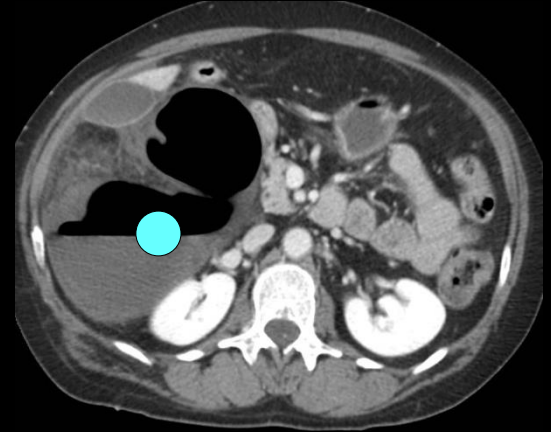
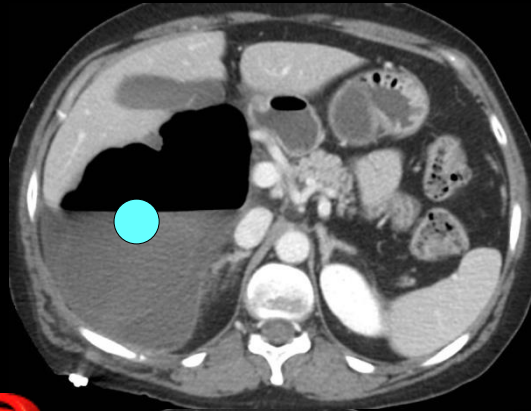
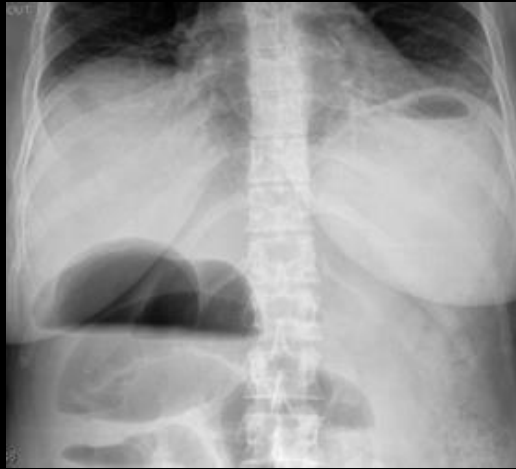


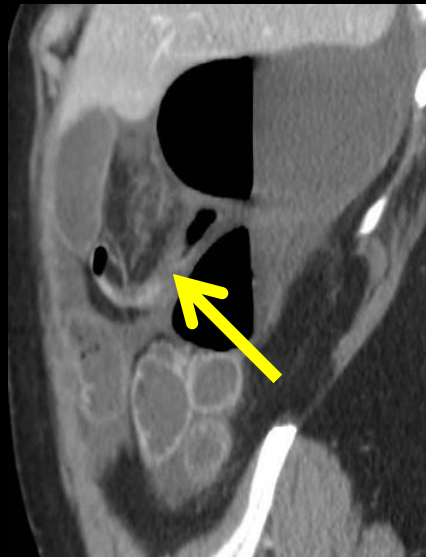
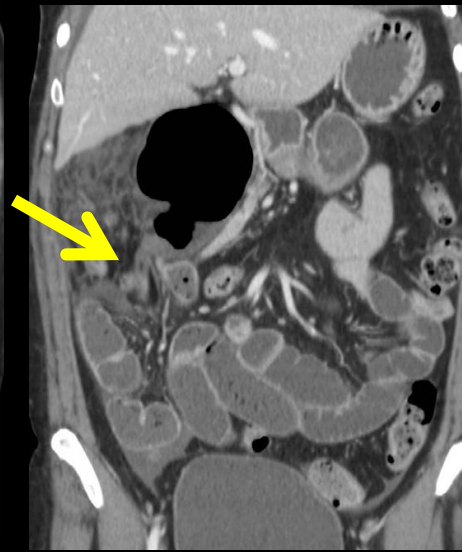
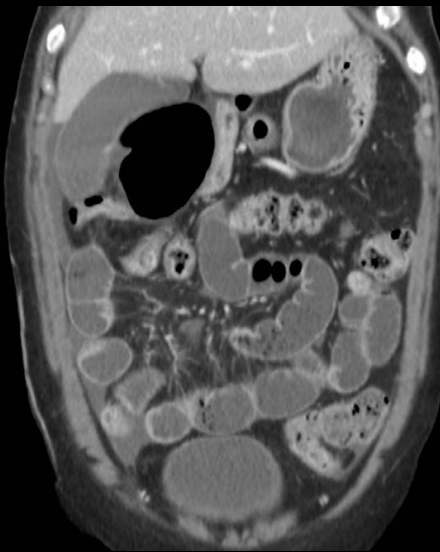
whirl sign sous angulaire droit



volvulus mésentérico-axial du caecum

femme 43 ans , douleurs abdominales aiguës insomniantes et arrêt des matières et des gaz depuis 48 heures ; intoxication éthylique chronique



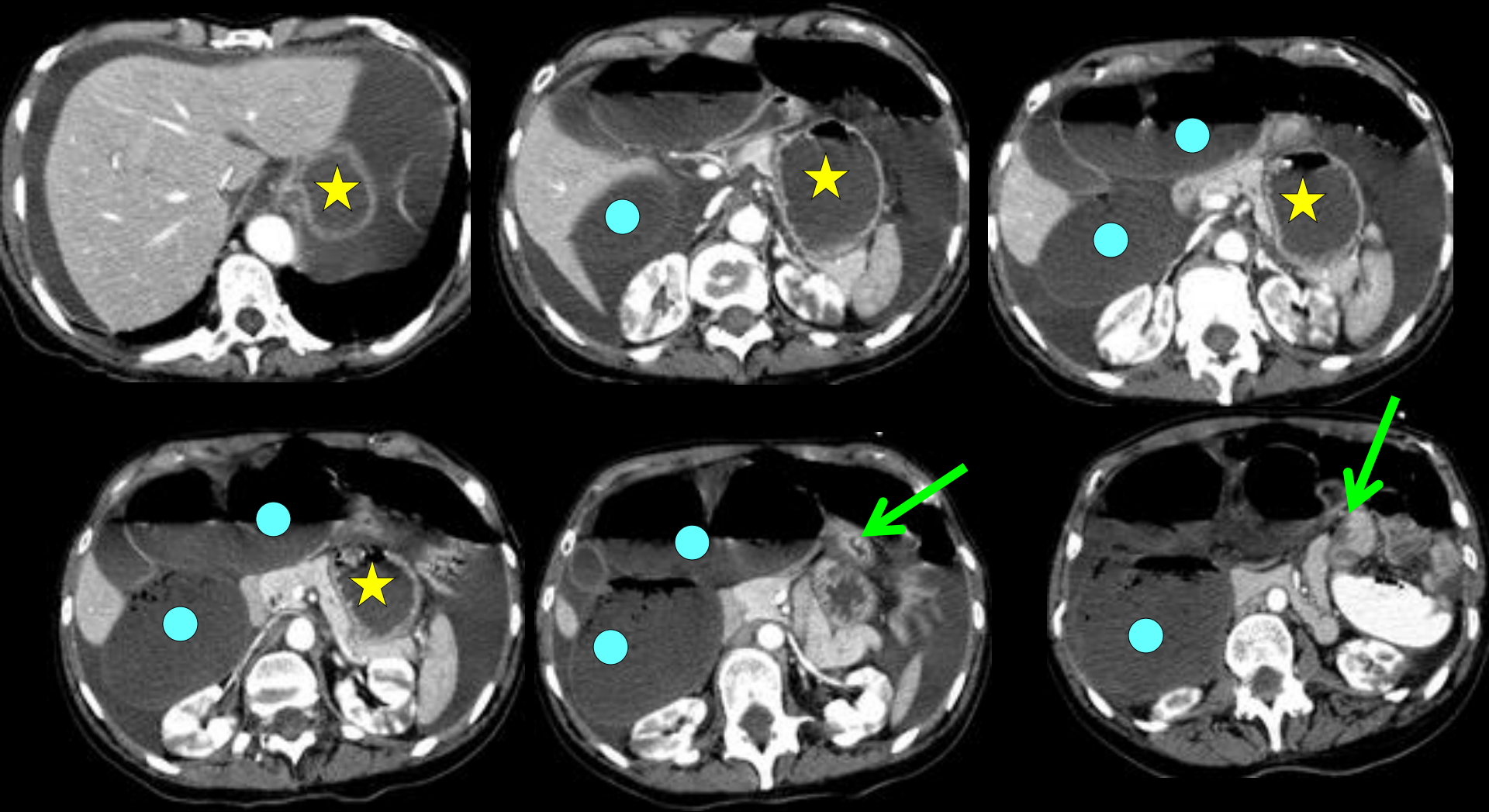


whirl sign sous angulaire droit

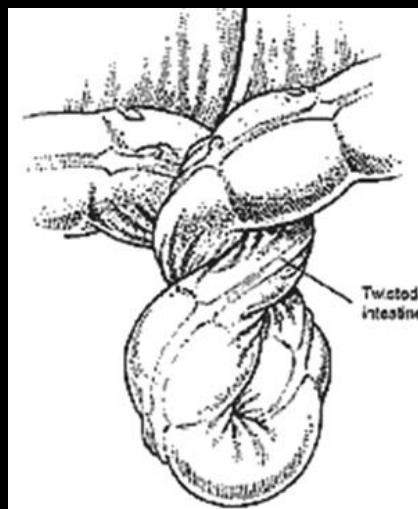
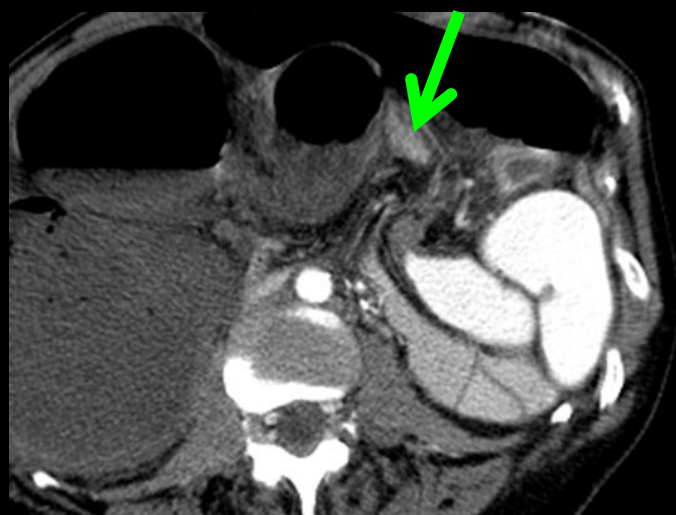
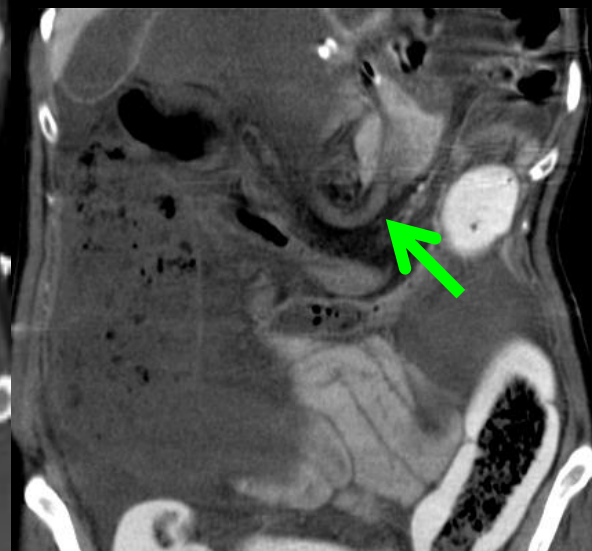
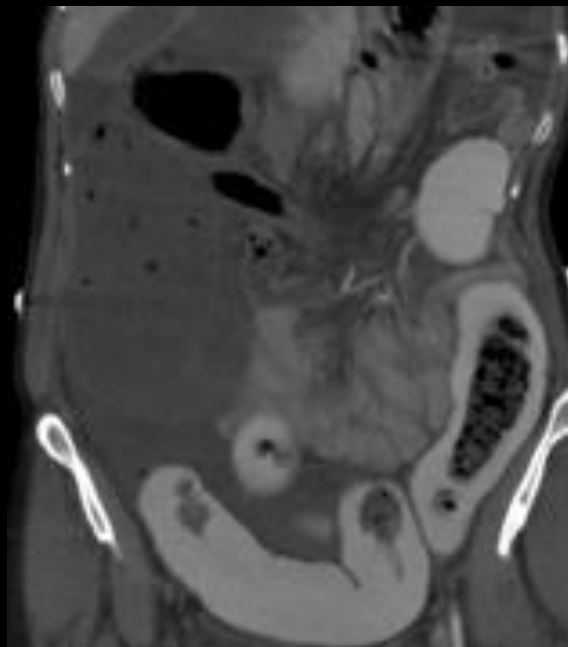
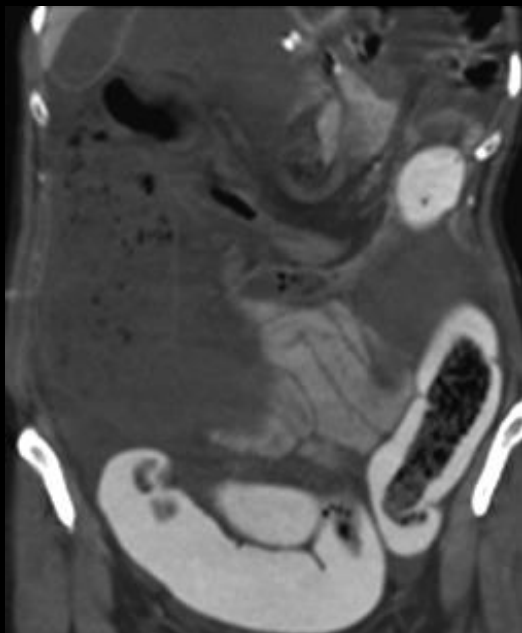
volvulus mésentérico-axial du caecum

femme 59 ans , constipée chronique , parkinsonienne ; syndrome abdominal
hyperalgique à début brutal avec choc .

obs. M. Zins St Joseph Paris



whirl sign dans la moitié gauche du colon transverse



volvulus mésentérico-axial du colon transverse

Obs. Marc Zins
Hôpital St Joseph
Paris

take home message

-le volvulus du caecum est une pathologie non exceptionnelle du sujet d'âge moyen. Il implique une mobilité anormale du caeco-ascendant par défaut d'accolement plus ou moins étendu du fascia de Toldt droit

-2 types ont été décrits de longue date:

.le volvulus **mésentérico axial** ou "loop type", le plus fréquent

.le volvulus **organo axial**

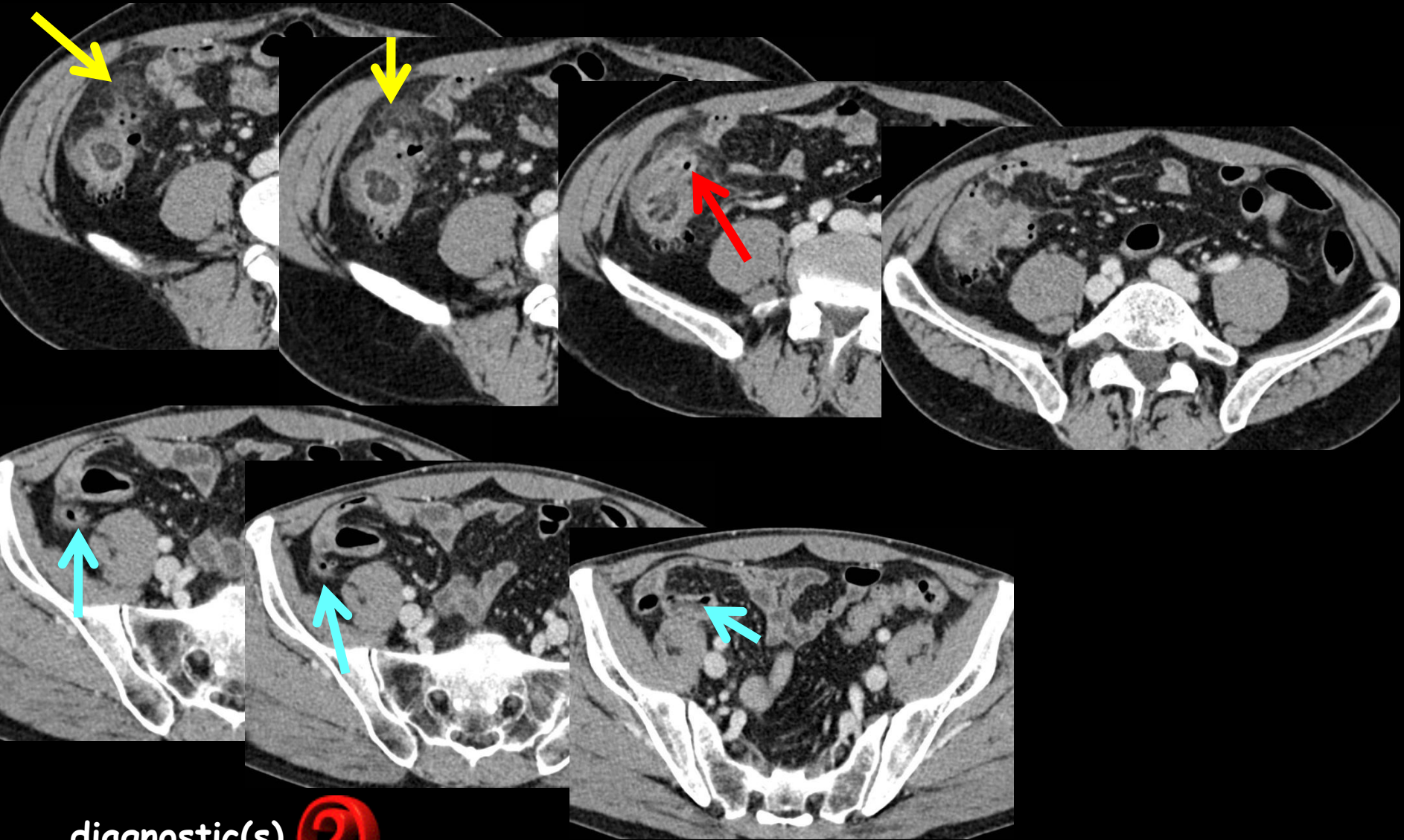
-parmi les autres anomalies liées à un défaut d'accolement du fascia de Toldt droit, on retiendra:

.les appendicites mésocoeliques

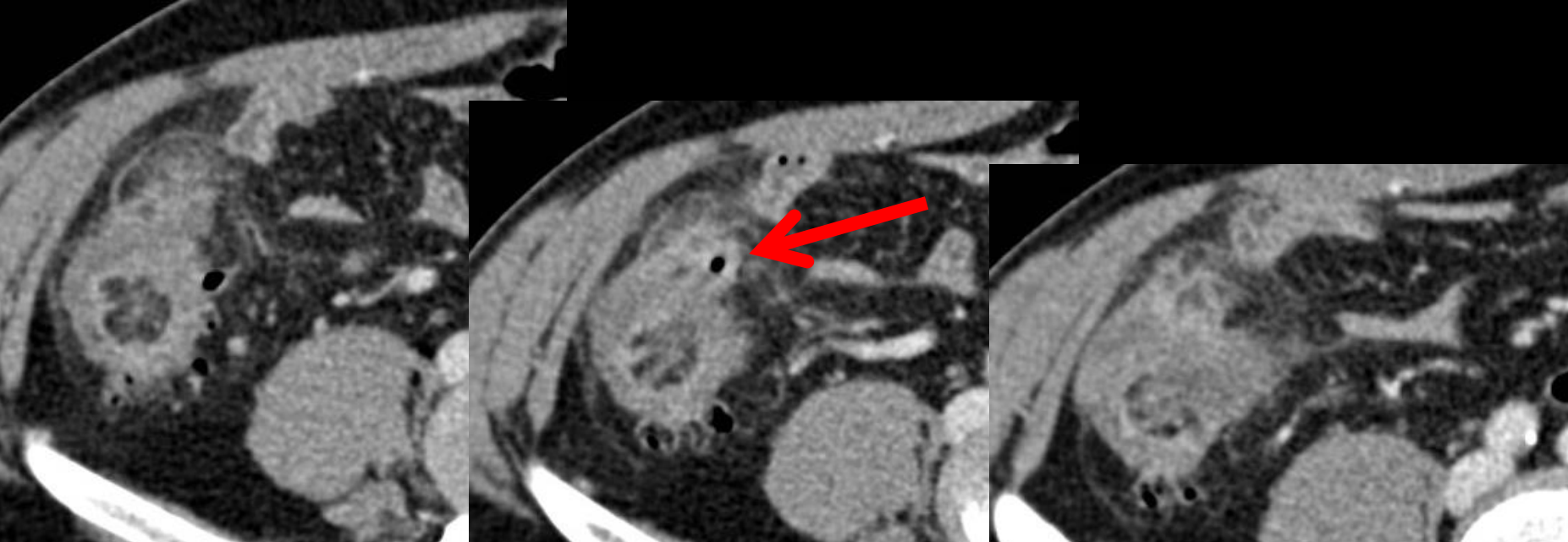
.les hernies du hiatus de Winslow (foramen omental), à contenu iléo-colique (hernies de Blandin)



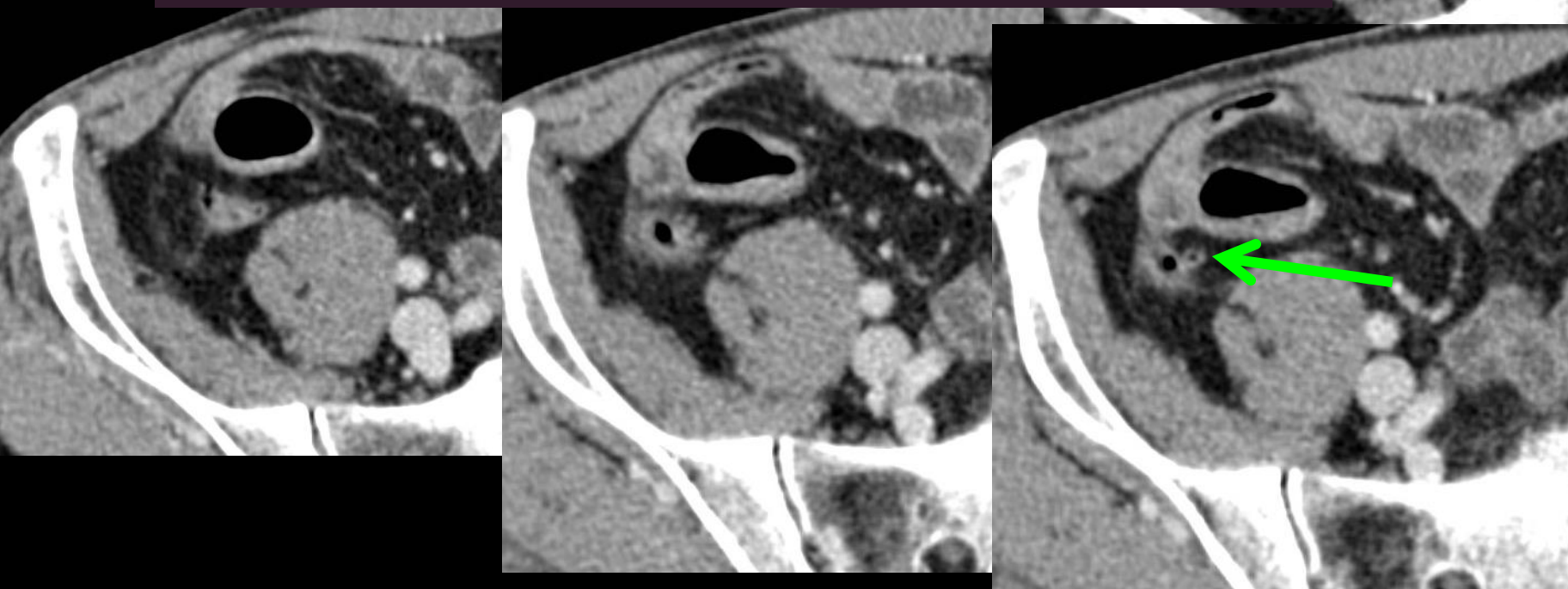
patient de 50 ans , douleurs FID , Sd inflammatoire . GB: 14000 , ATCD
diverticules coliques .Écho: appendicite



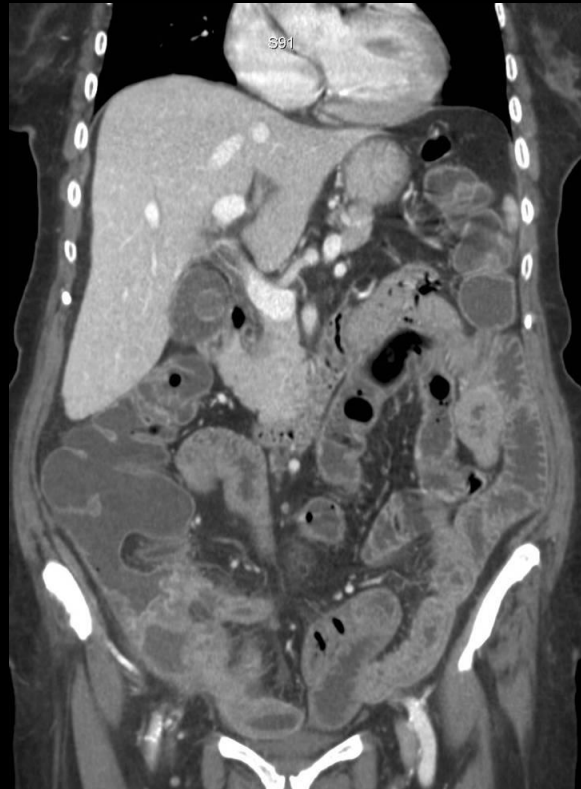
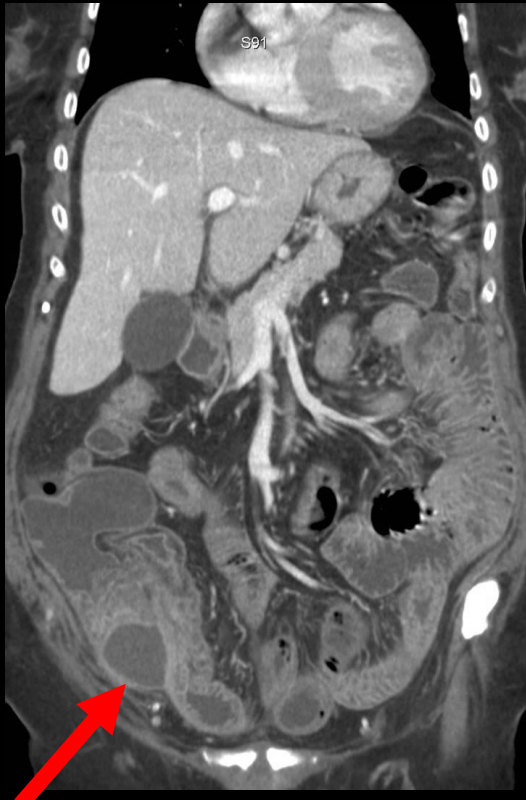
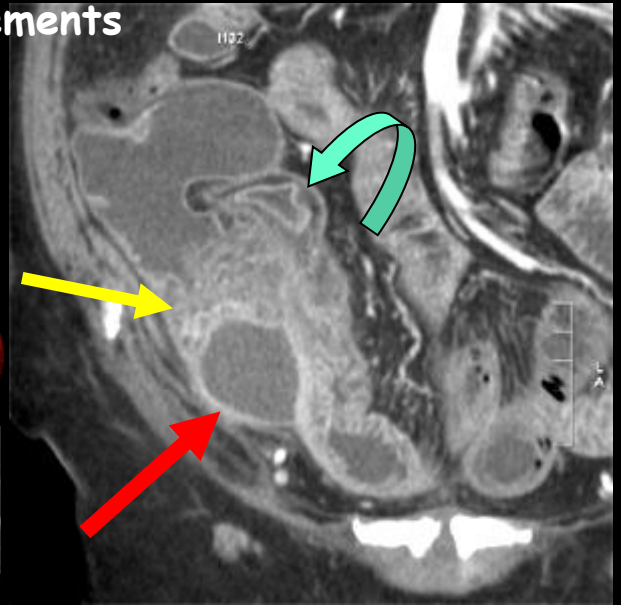
diagnostic(s) 



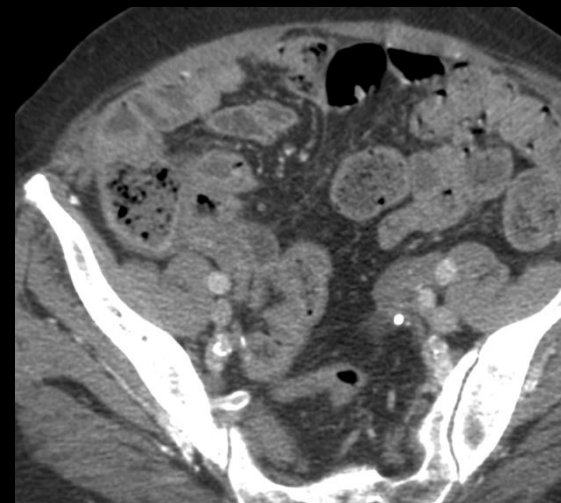
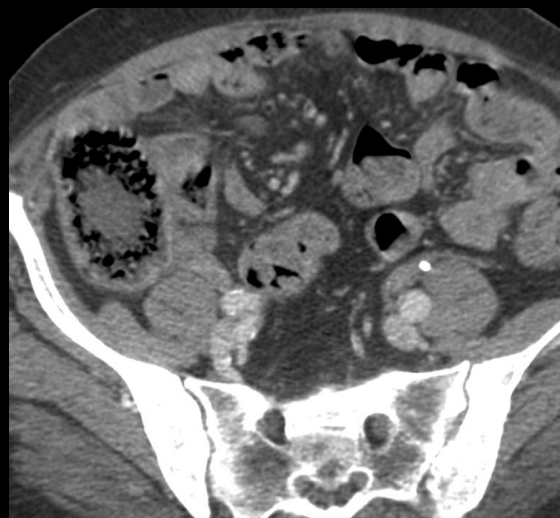
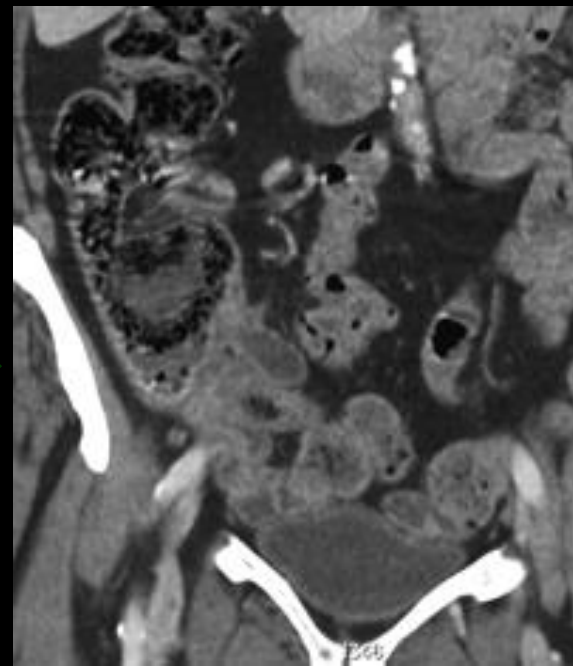
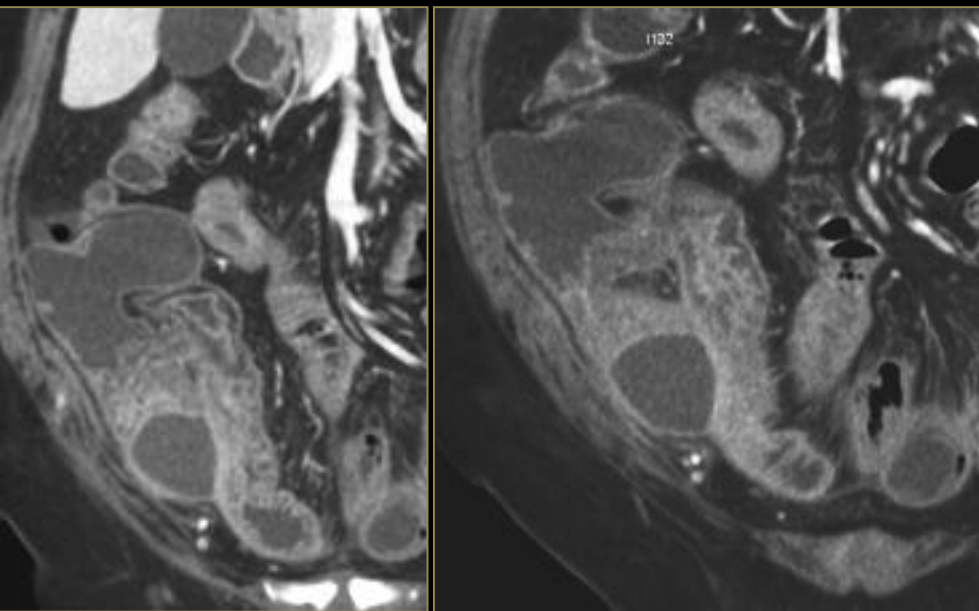
diverticulite caecale et diverticule de l'appendice vermiculaire



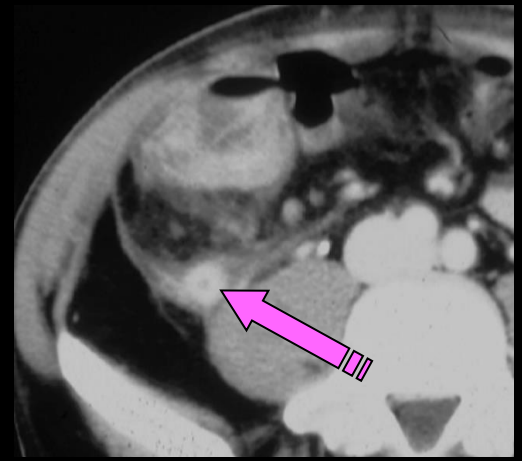
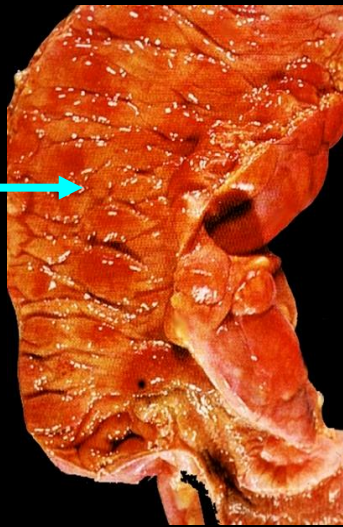
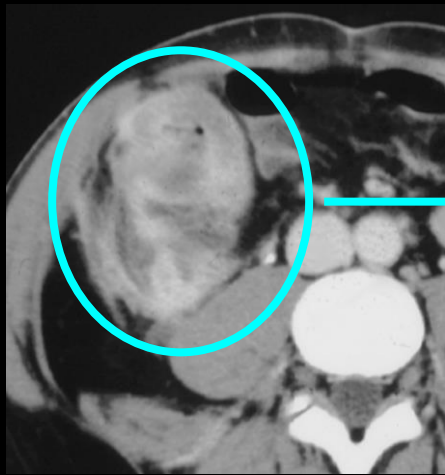
femme de 64 ans diabétique , hospitalisée pour insuffisance rénale aiguë et déshydratation dans un contexte de diarrhée avec vomissements



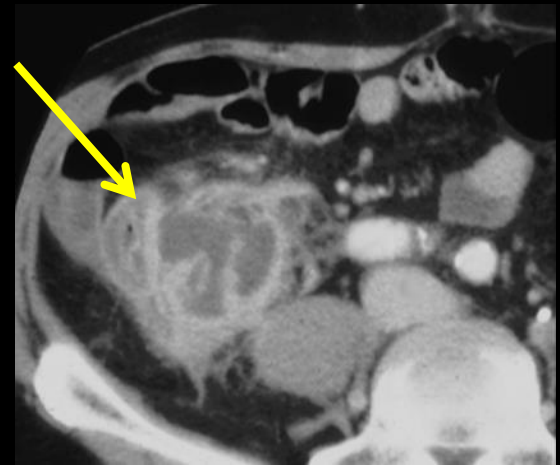
abcès appendiculaire sur plastron ,distension hydrique spontanée du caecum et épaissement oedémateux de la paroi(typhlité par vois trans séreuse)



traitement médical :antibiothérapie IV une semaine ; contrôle à 6 semaines

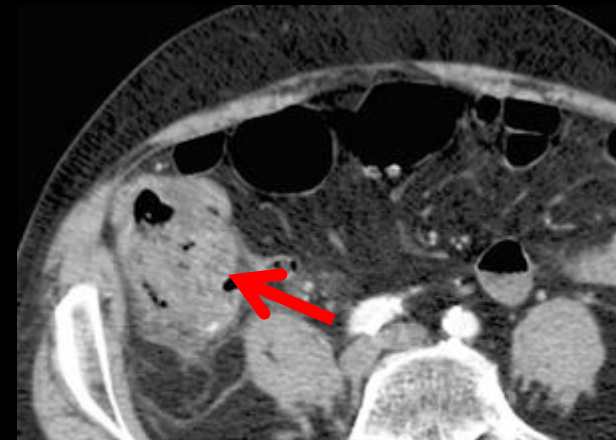
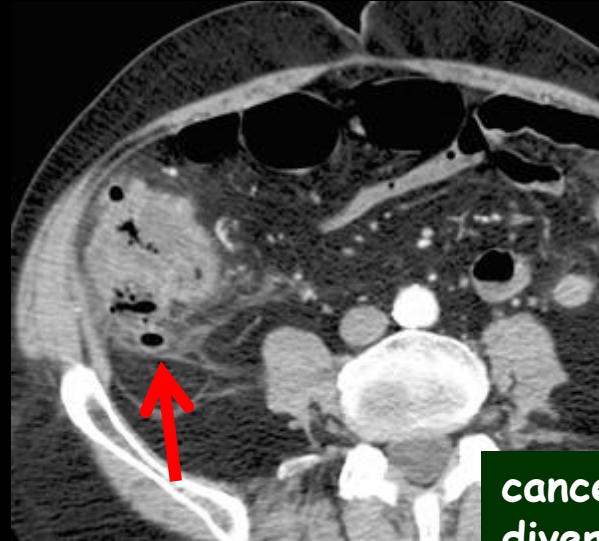


inflammation trans séreuse de la paroi caecale = "typhlite" réactionnelle associée à un abcès appendiculaire; appendice rétro-caecal

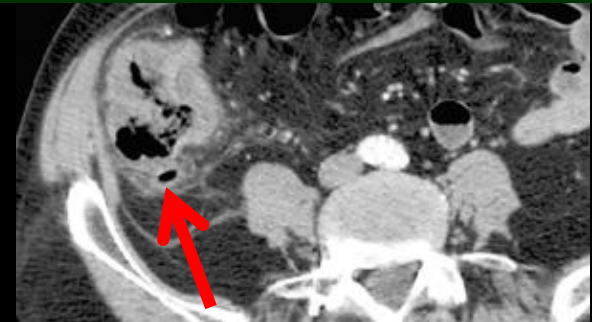
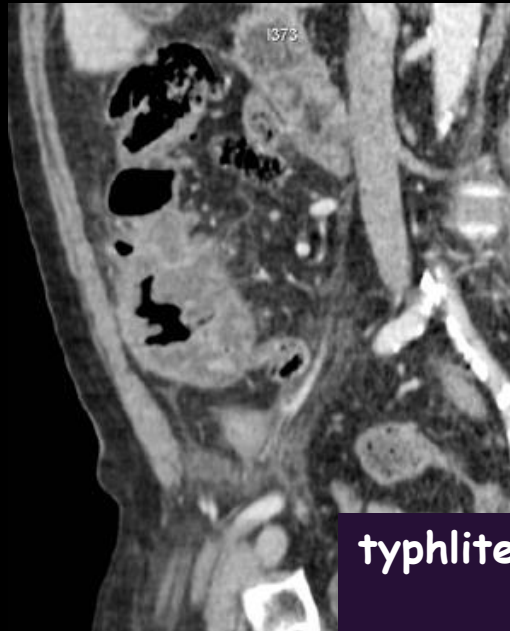
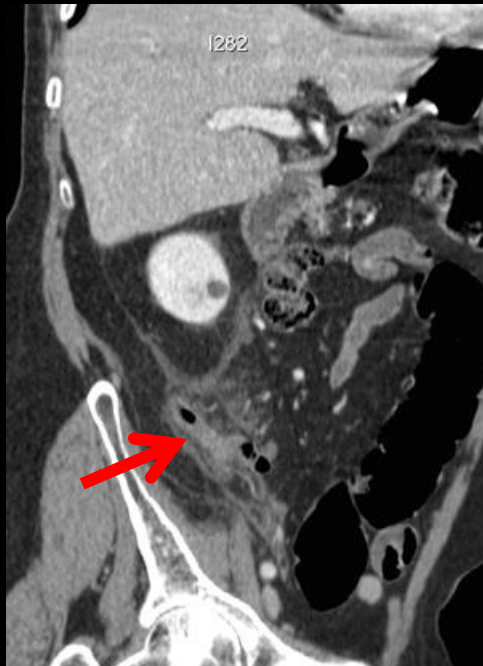


plastron appendiculaire abcédé; tableau clinique évoluant depuis plusieurs jours; appendice orthotopique ;typhlite satellite

homme 68 ans; masse sensible de la FID ; syndrome infectieux depuis 8 jours CRP élevée ; diagnostics probabilistes

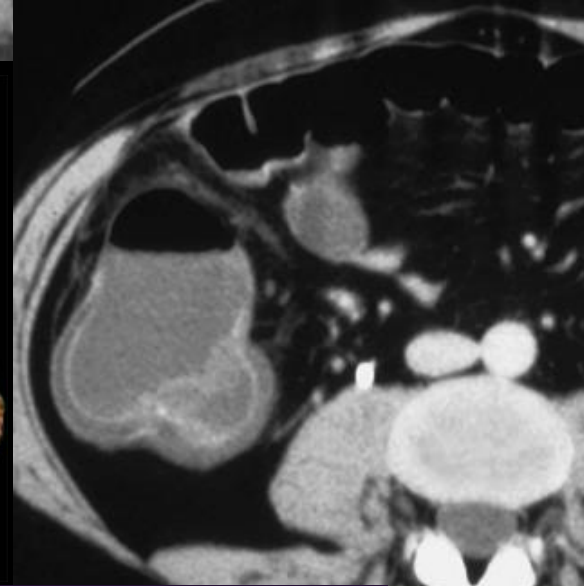
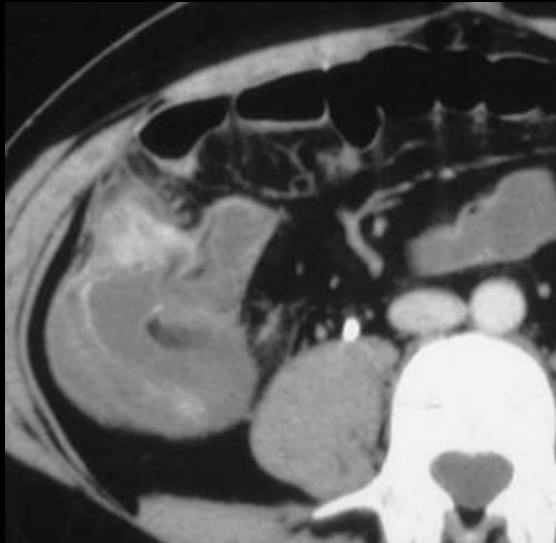
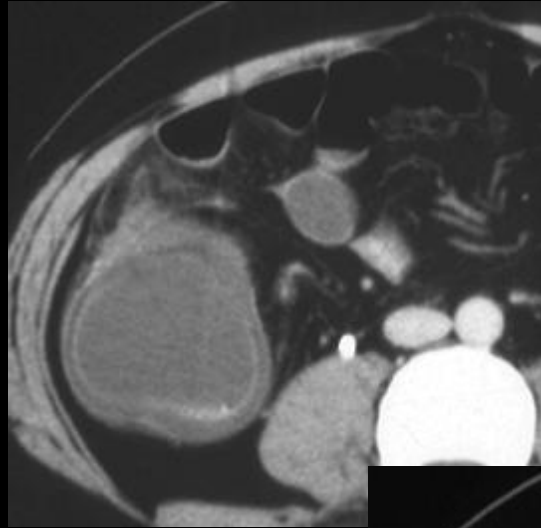


cancer caecal infecté
diverticulite du caecum
typhlite infectieuse bactérienne
ischémie chronique pseudo-tumorale
lymphome caecal
....



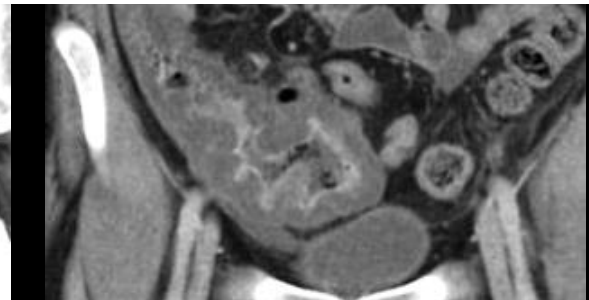
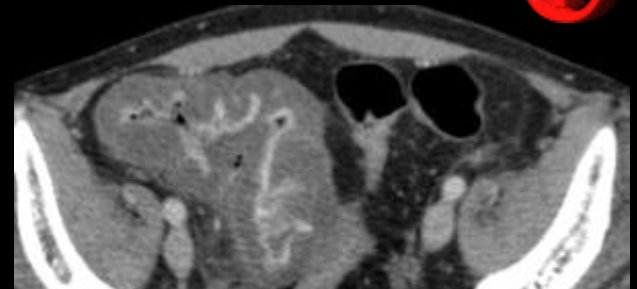
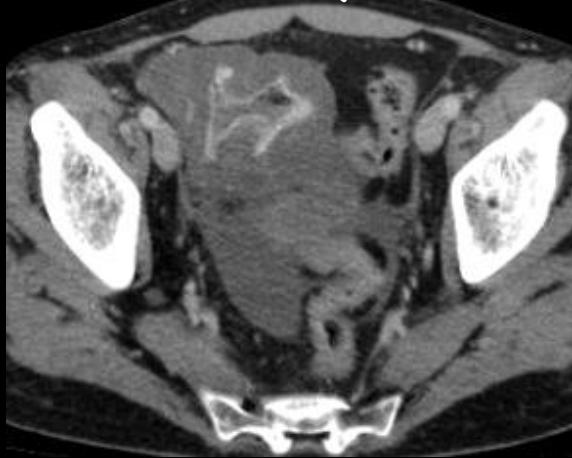
typhlite réactionnelle pseudo tumorale sur
appendicite rétro caecale

patient de 35 ans , syndrome douloureux et fébrile d'allure appendiculaire chez un sujet traité par transplantation de cellules souches hématopoïétiques pour une leucémie myéloïde chronique acutisée.



typhlite (entérocolite) neutropénique post aplasie médullaire

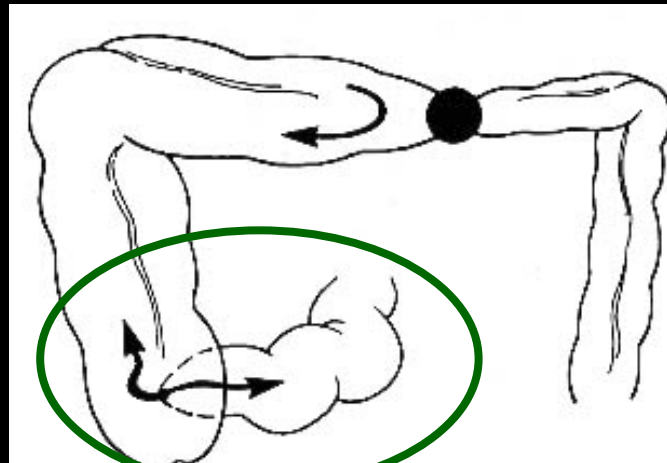
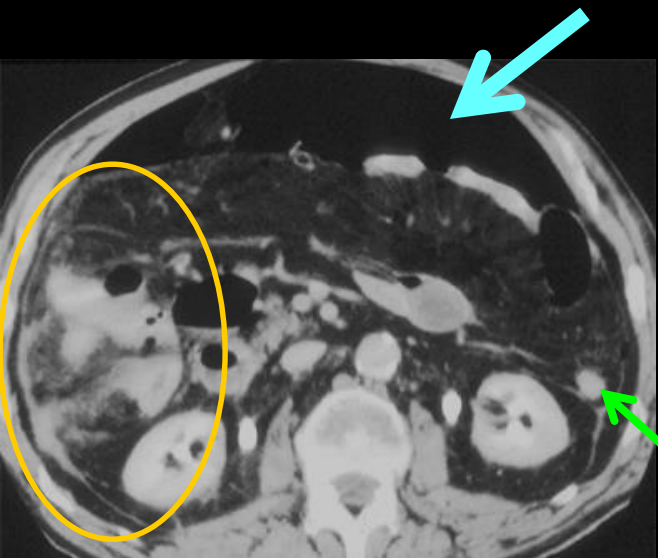
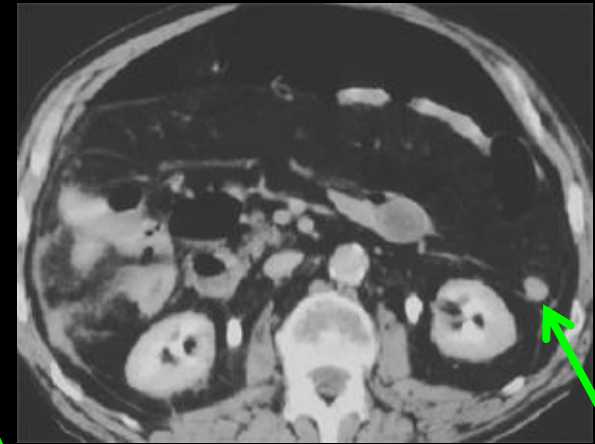
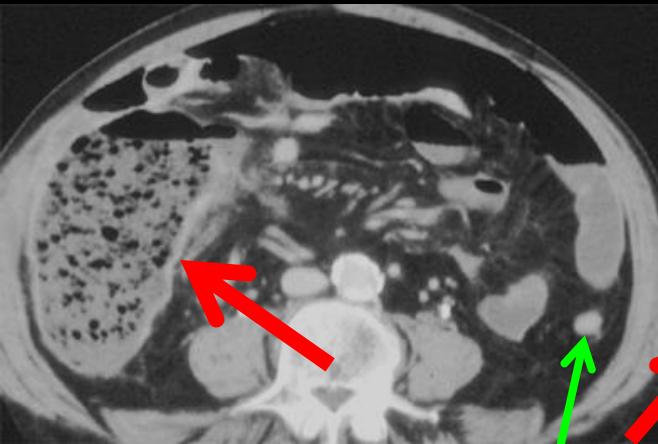
patient de 53 ans , LAM ,sd douloureux fébrile de la FID post allogreffe de moelle ; Quelles sont les hypothèses diagnostiques à envisager



Salmonella typhi et *Salmonella paratyphi*
Salmonella non typhi
Escherichia coli entérohémorragique
Clostridium difficile
Klebsiella oxytoca
Cytomégalo virus
Herpes simplex virus
Amoëbose (amibiase)

colite pseudomembraneuse et colites infectieuses (bactériennes et virales)
entéro colite neutropénique
réaction du greffon contre l'hôte (GVH)

homme 75 ans ; arrêt des matières et des gaz ; abdomen ballonné,
baisse de l'état général , constipation récemment aggravée

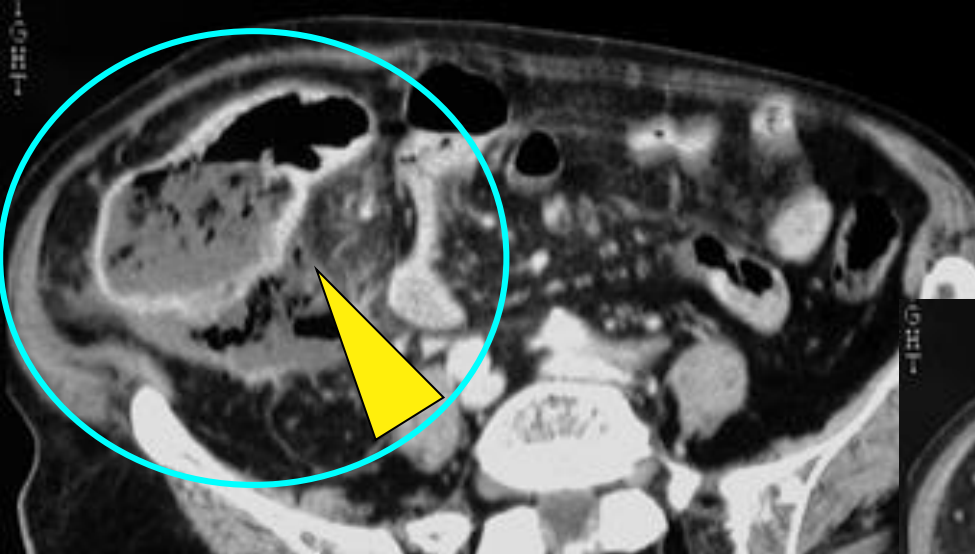


valvule de Bauhin incontinente
,"forcée" : distension du grêle

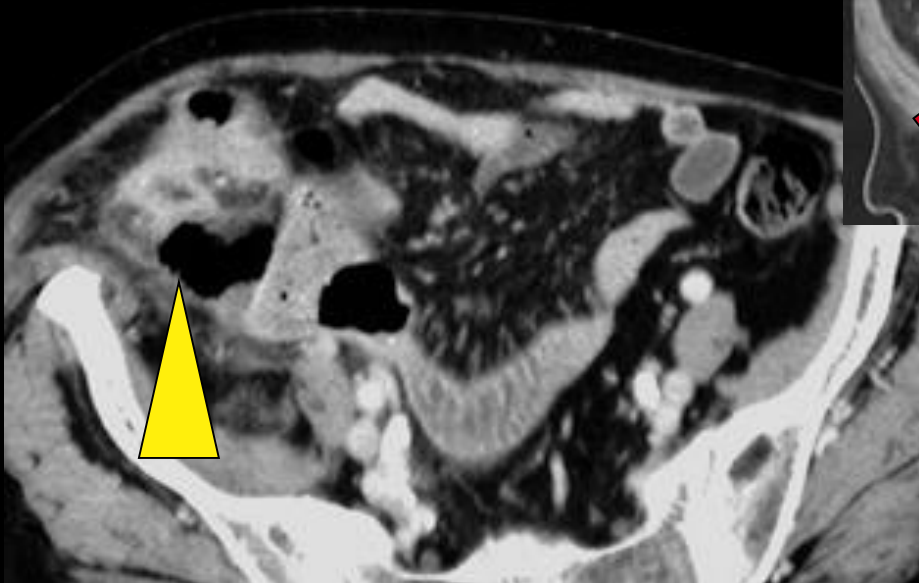
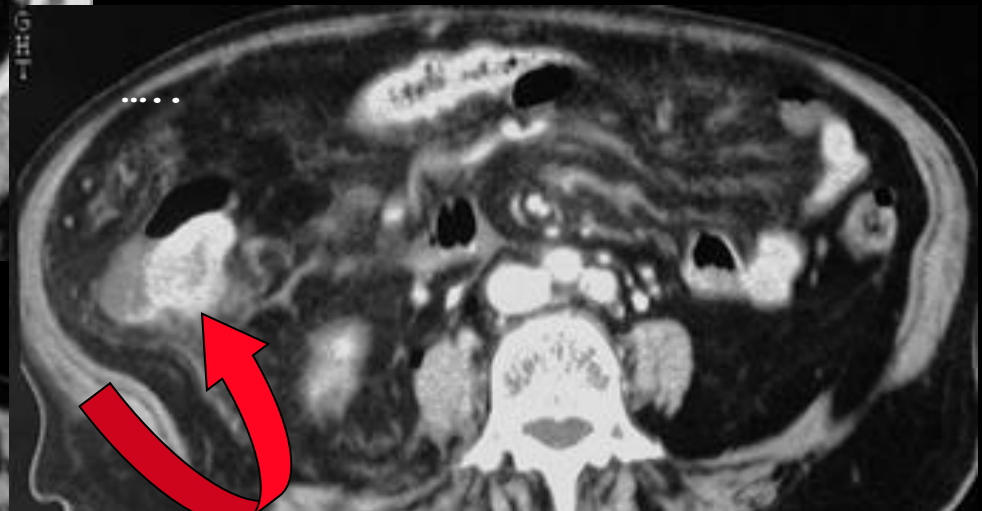


perforation diastatique sur adénocarcinome sténosant de l'angle droit avec
carcinomatose péritonéale ; valvule de Bauhin continente

femme 82 ans ; , baisse de l'état général , fièvre et polynucléose neutrophile
,masse de la FID .Evolution depuis 2 semaines . Hypothèses diagnostiques

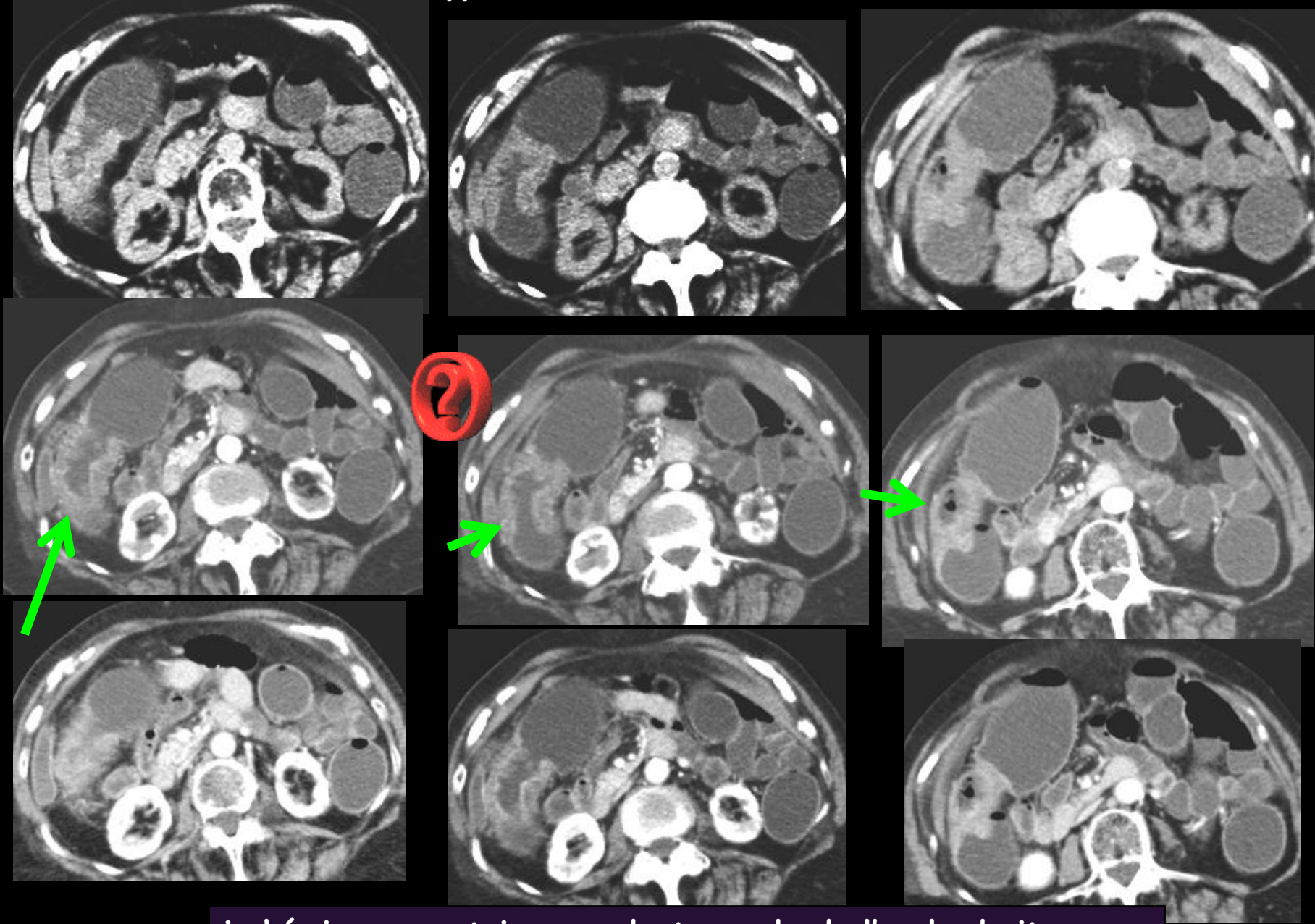


adénocarcinome caecal infecté
appendicite aiguë rétrocaecale abcédée
ischémie caecale
diverticulite caecale
typhlite infectieuse ...

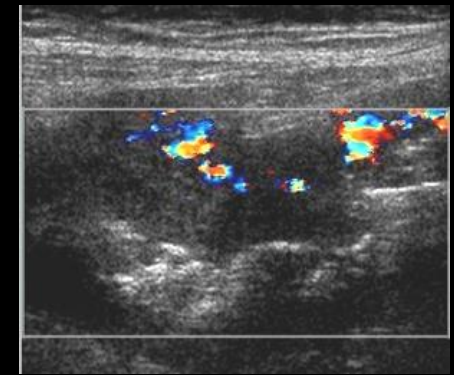
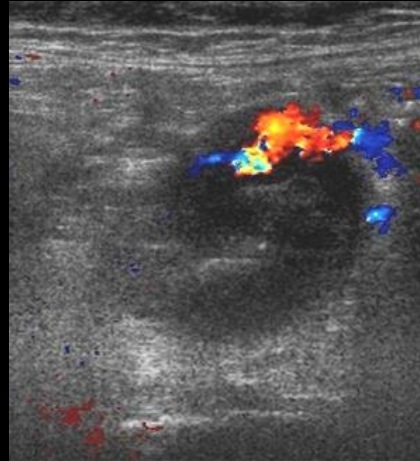
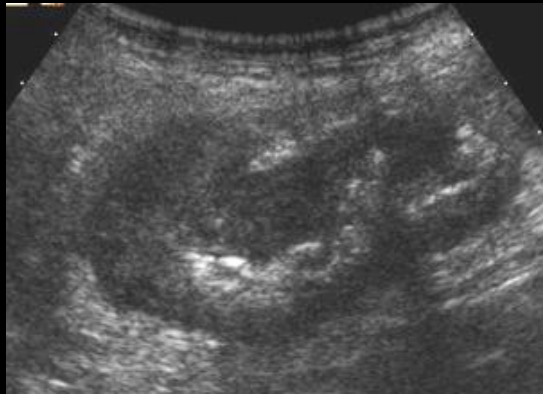
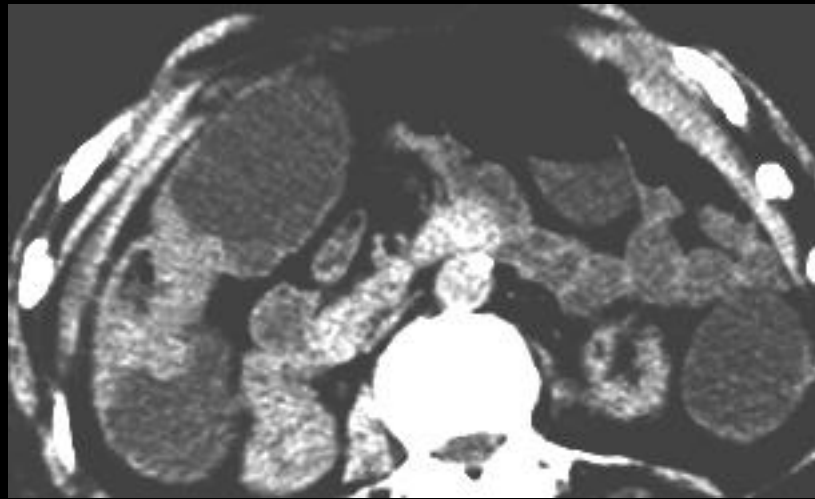
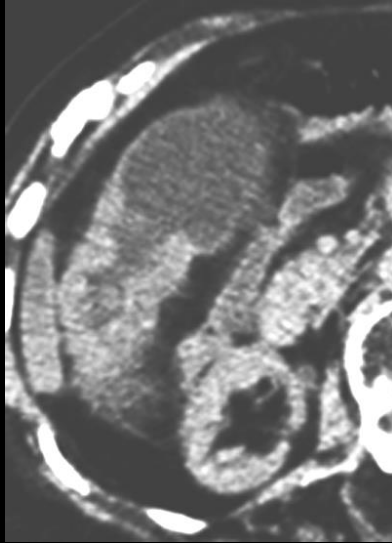


perforation diastatique "couverte" du
caecum sur ADK sténosant du colon
ascendant

homme 72 ans ; douleurs de l'hypochondre droit



ischémie segmentaire pseudo-tumorale de l'angle droit



- la sémiologie de la sténose , l'hyperdensité de la paroi avant injection
- l'absence de retentissement mécanique notable en amont de la sténose
- l'exploration vasculaire pariétale par US avec codage coloré des flux (Doppler couleur et Doppler puissance)

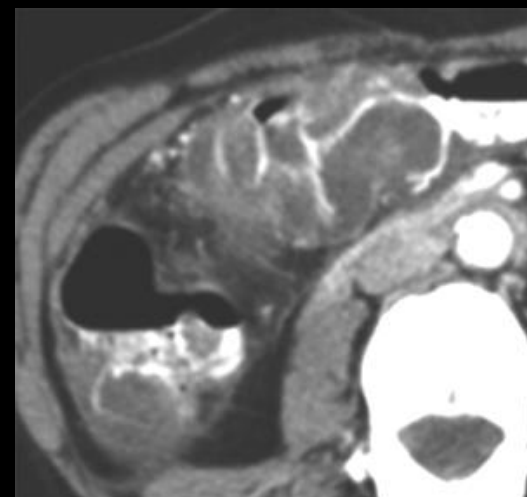
sont des éléments importants pour suggérer le diagnostic d'ischémie segmentaire pseudo-tumorale du **colon droit**

- colite aiguë (ischémique, infectieuse à *C difficile* , virale ...)
- LMNH
- adénocarcinome mucineux
- adénocarcinome anaplasique
- ischémie segmentaire pseudo tumorale

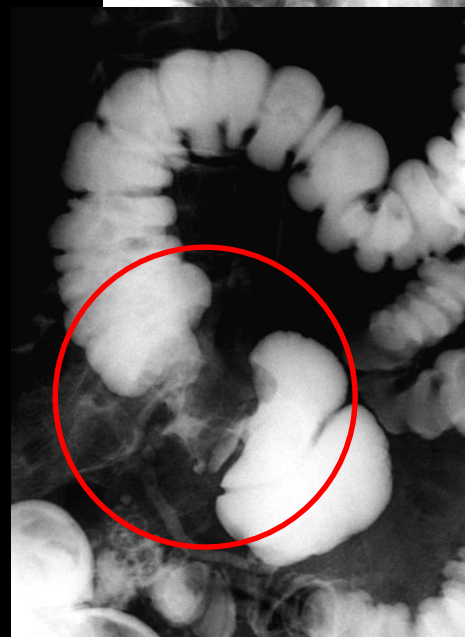
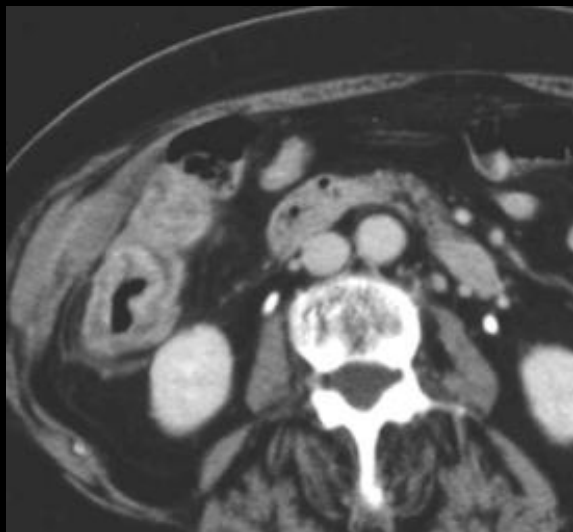
Vos suggestions diagnostiques



Obs. E Teil CHU Grenoble

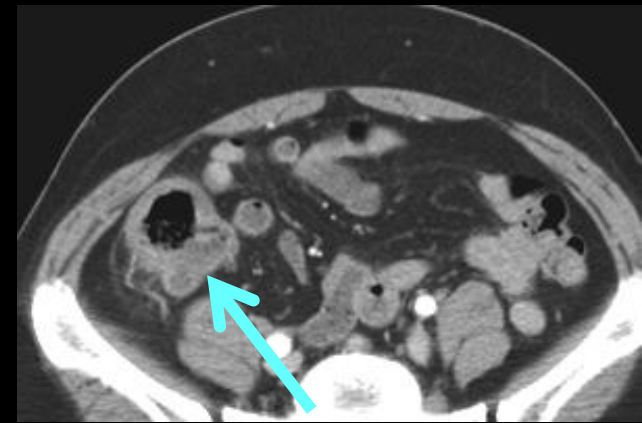
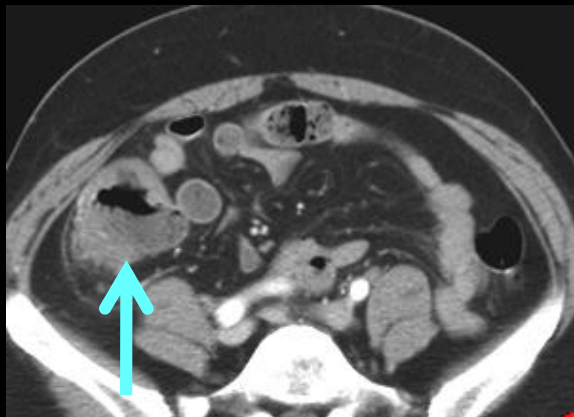
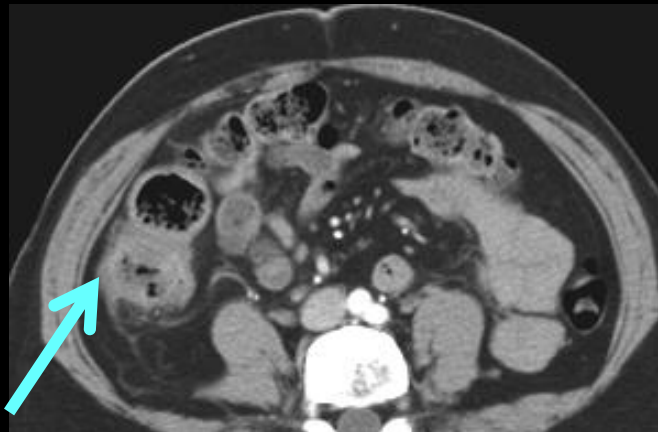


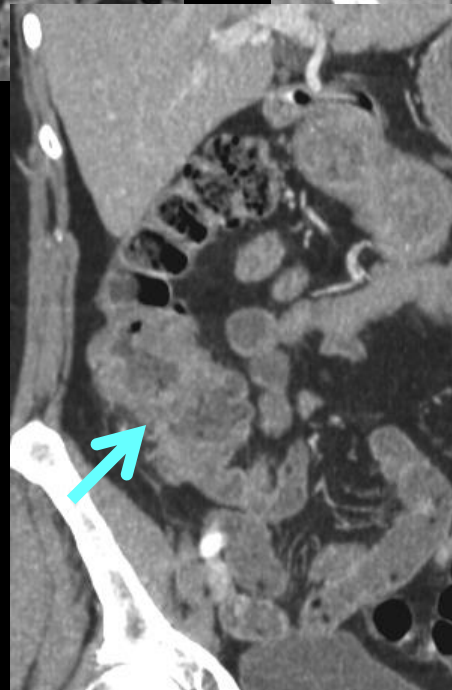
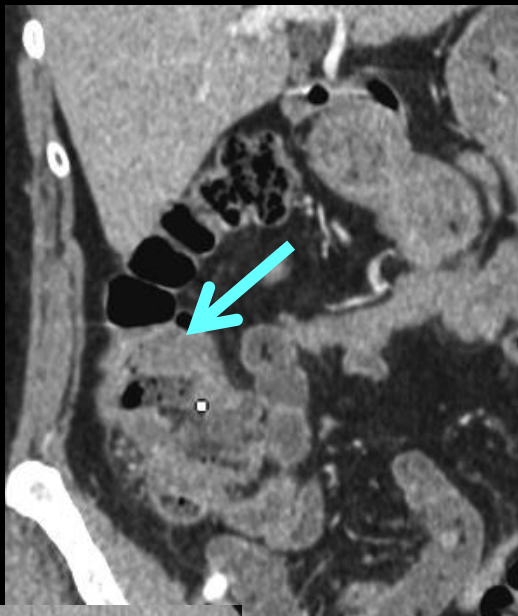
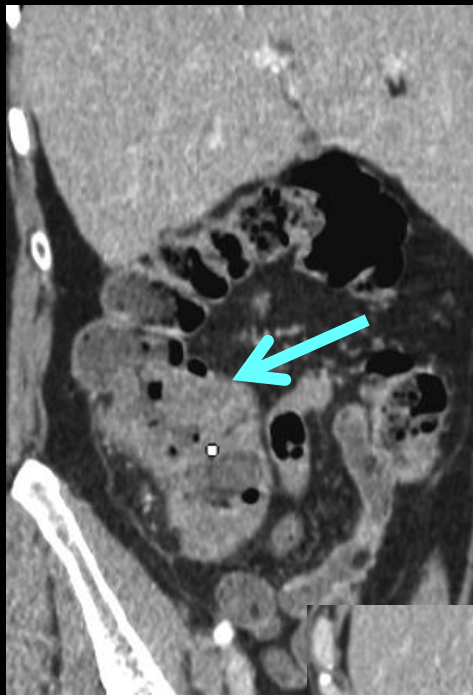
ischémie colique droite subaiguë (colite ischémique) pseudo-tumorale



ischémie subaiguë segmentaire du colon
ascendant ; aspect pseudo-tumoral

femme 54 ans ; pesanteur de l'hypochondre droit depuis 2 semaines

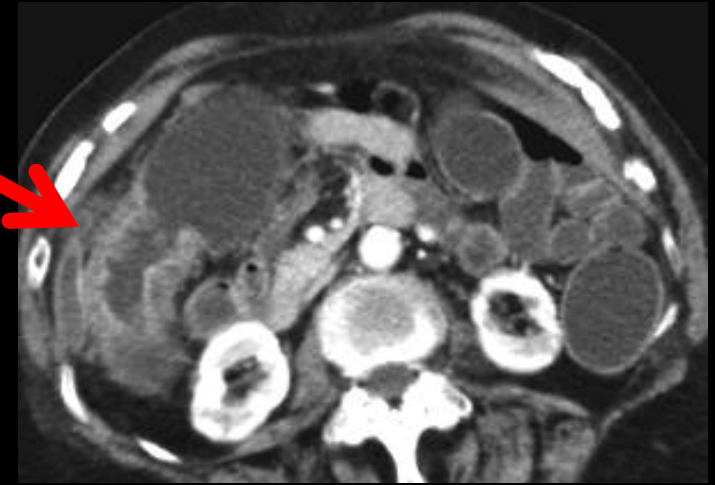




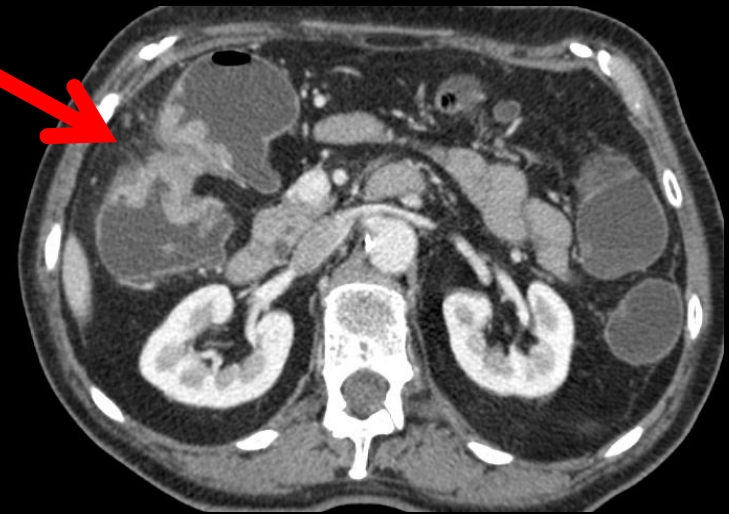
ischémie
segmentaire
pseudo-tumorale
de caeco-
ascendant

take home message

- penser aux ischémies segmentaires coliques, en particulier au niveau du colon ascendant et de l'angle droit
- rechercher les nuances cliniques : douleurs récentes sans sd occlusif vrai ; pas d'atteinte de l'état général
- affiner la lecture sémiologique des images :
 - .hyperdensité des parois épaissies
 - .possible asymétrie de l'épaississement pariétal
 - . rehaussement "en cible" avec stratification pariétale préservée dans les formes aiguës
 - .discordance entre les anomalies pariétales et l'absence de distension d'amont
- faire une acquisition retardée (3 à 5 minutes) pour caractériser le socle collagène des lésions sténosantes néoplasiques



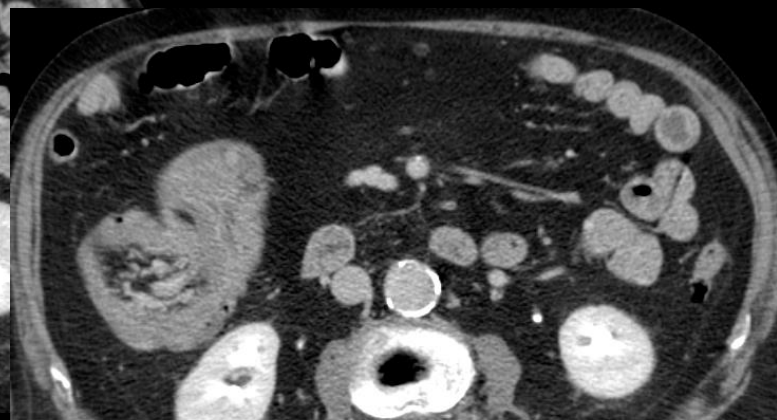
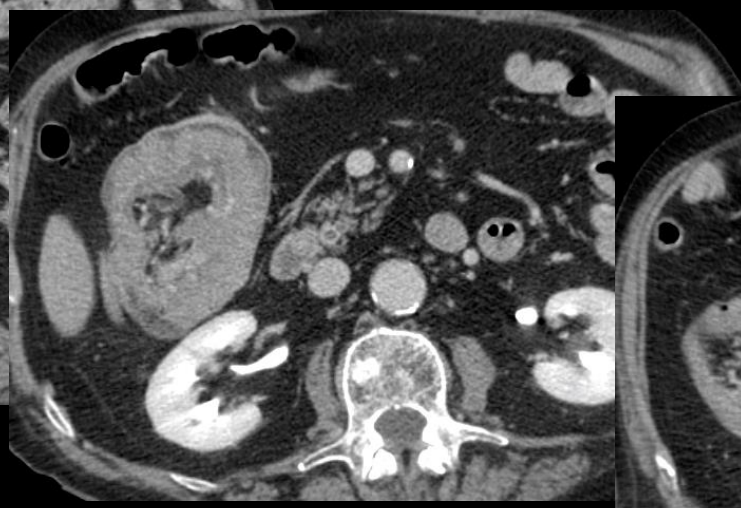
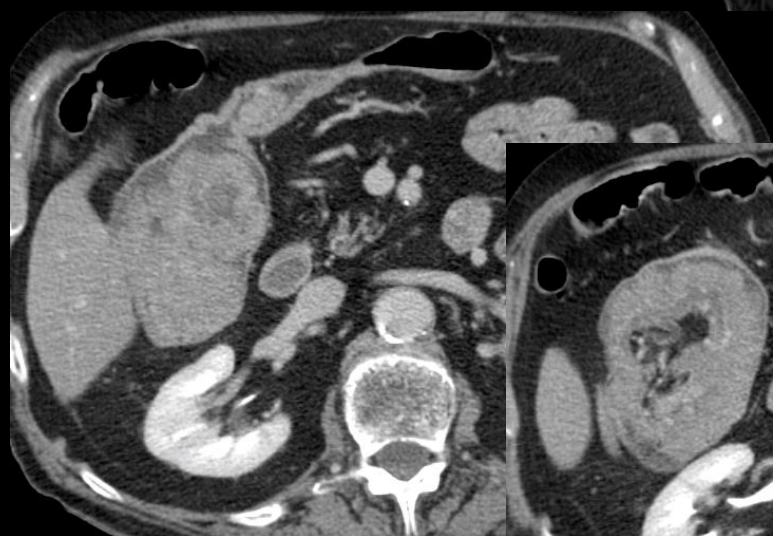
ischémie colique pseudo tumorale de l'angle droit



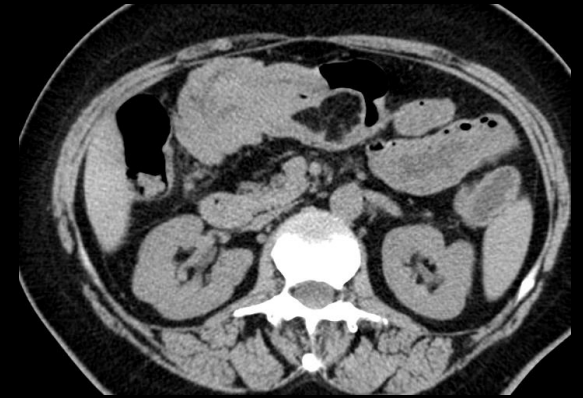
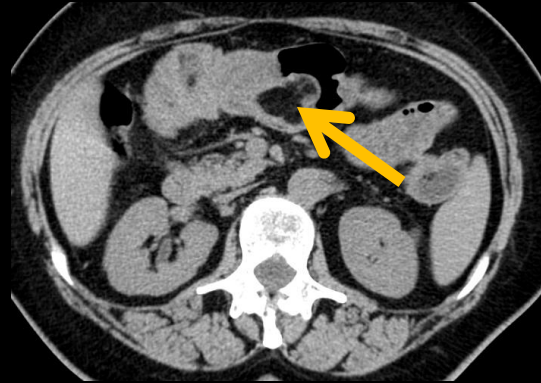
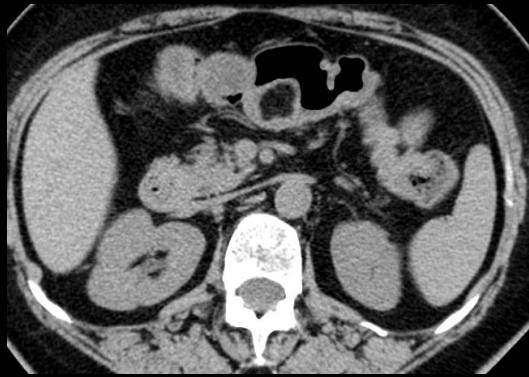
adénocarcinome lieberkuhnien sténosant de l'angle droit



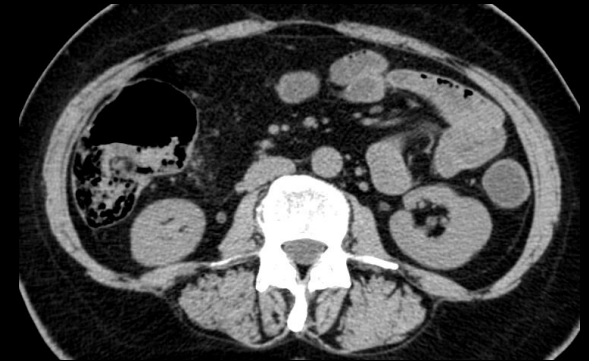
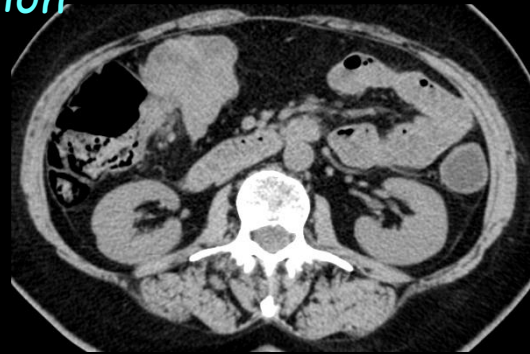
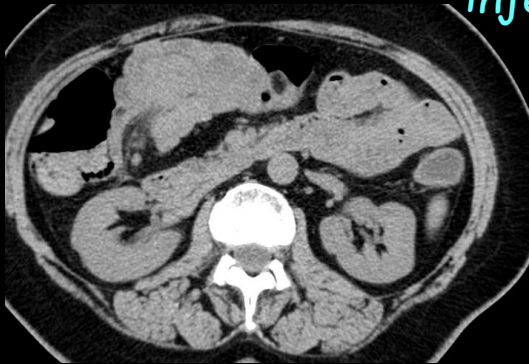
femme 59 ans , douleurs de l'hypochondre droit , anémie



invagination iléo-caecale sur ADK du bas-fond caecal avec métastases hépatiques

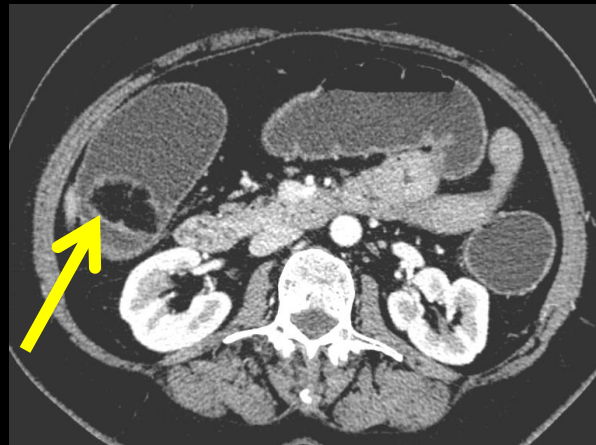
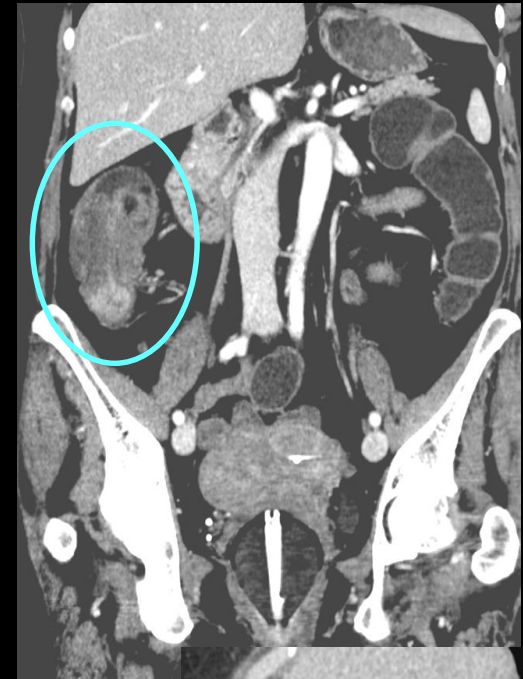
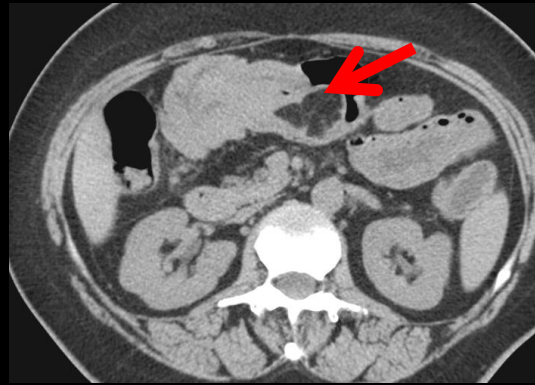
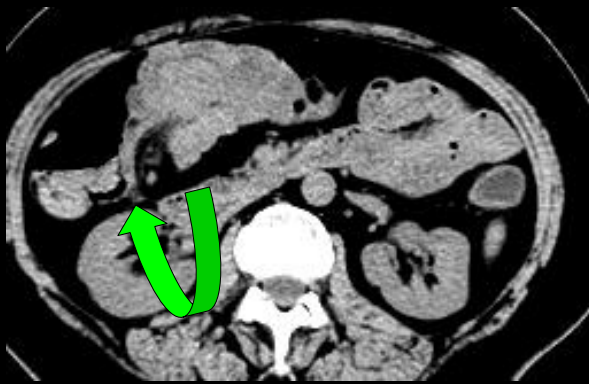


avant
injection



femme 58 ans , crises douloureuses abdominales à type de coliques , depuis plusieurs mois . EG conservé ,anémie 9,5 g/l
Quel est le diagnostic ; comment le confirmer



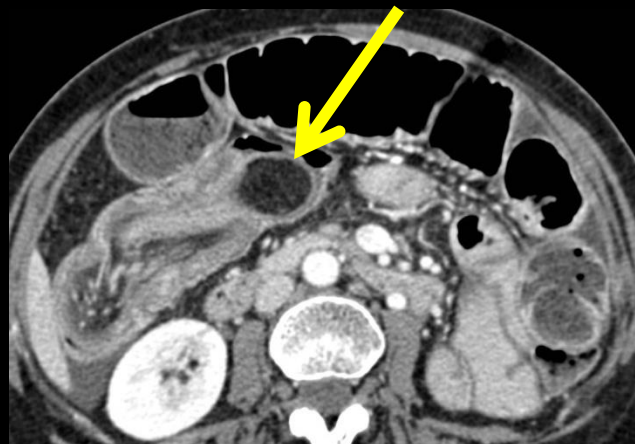


colo CT à l'eau

invagination colo-colique
chronique sur lipome;

quelles sont les autres causes
possibles d'invagination iléo-colique
(ou colo-colique droite)

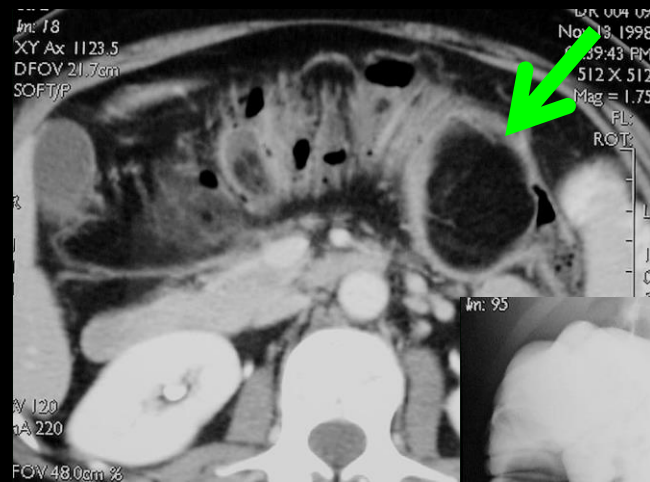
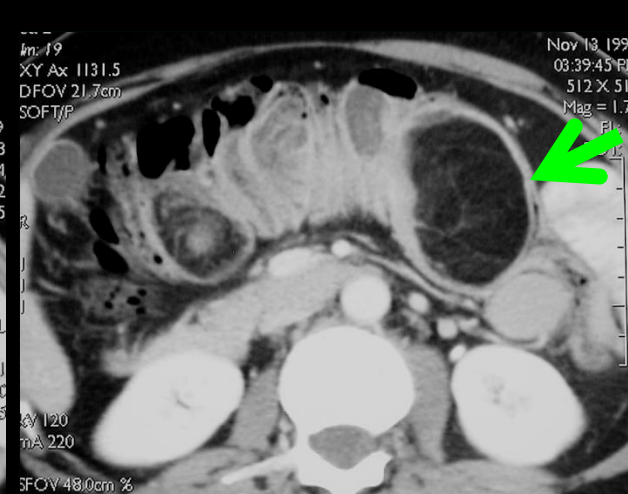
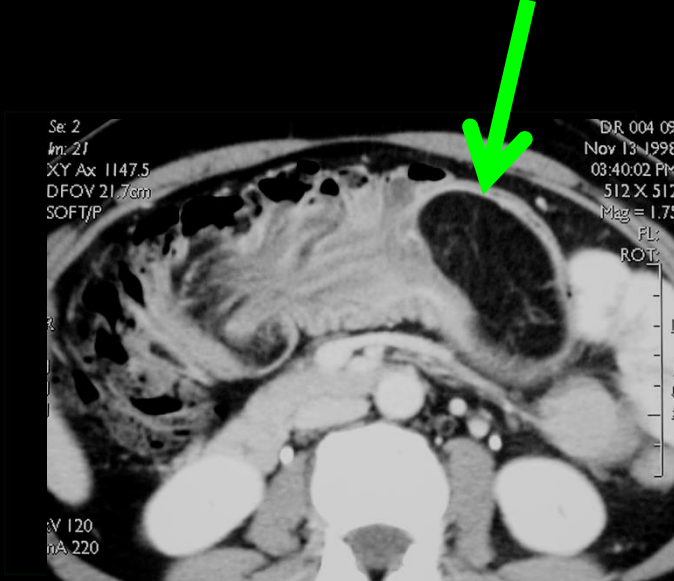




femme, 57 ans
syndrome sub-occlusif
évoluant depuis 15 j
masse palpée en FID

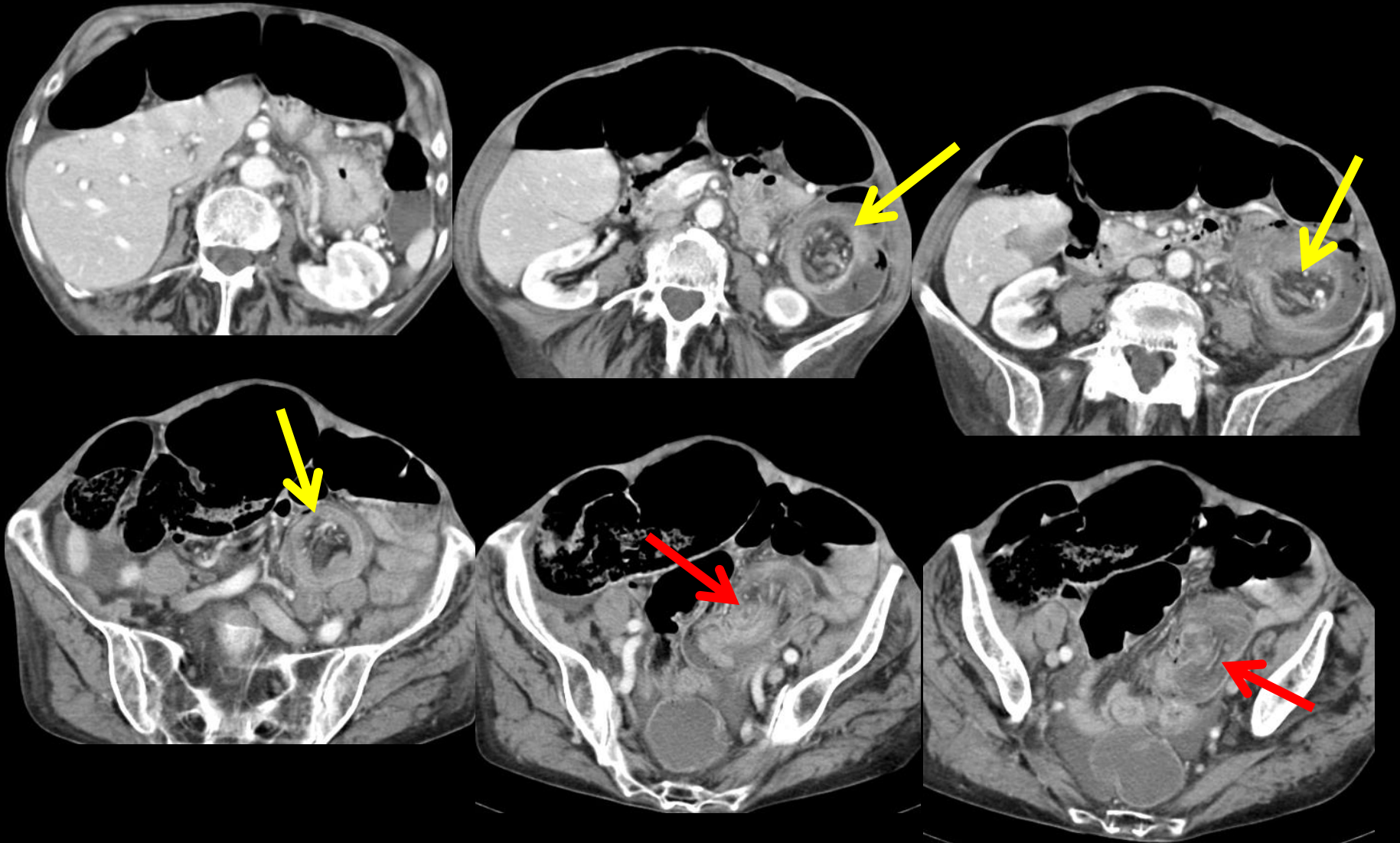
invagination colo-colique
chronique sur lipome caecal

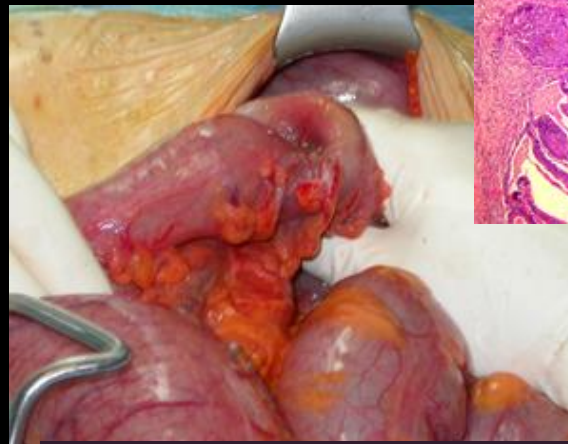
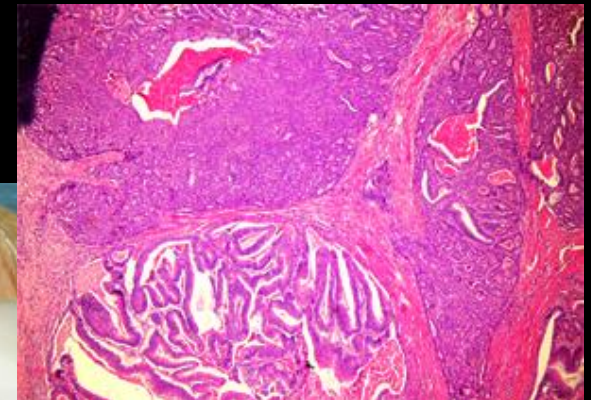
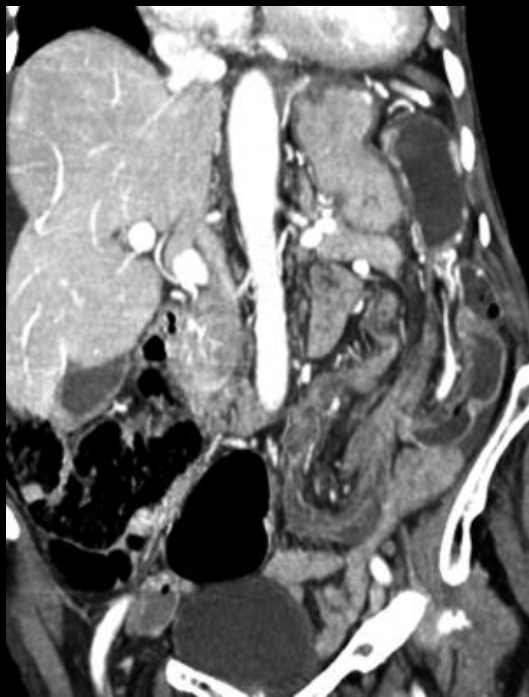




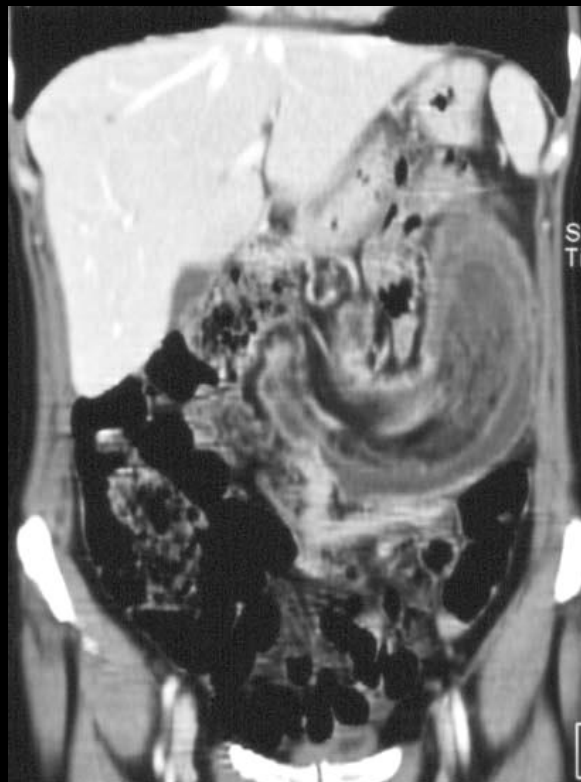
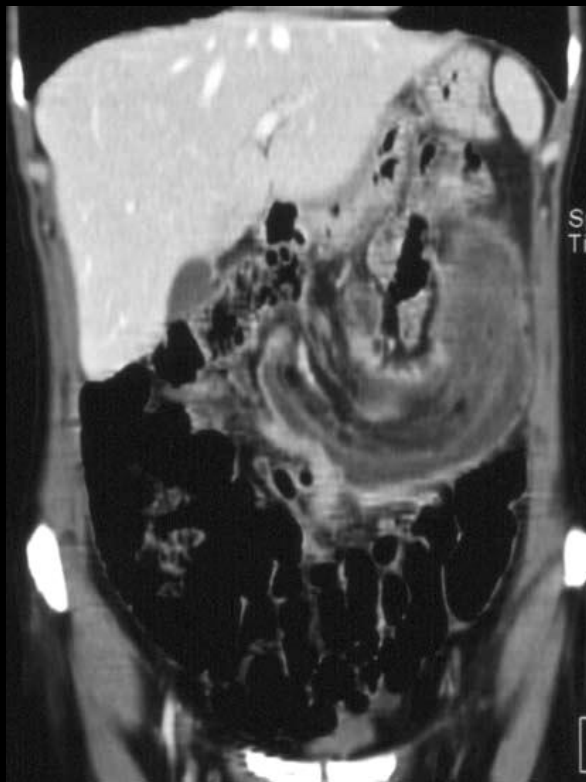
invagination chronique
sur lipome du colon ascendant

femme 82 ans , crises douloureuses abdominales à type de coliques ,
depuis plusieurs mois ; anémie 6 g/l ; baisse de l'état général
Quel est le diagnostic ; comment le confirmer



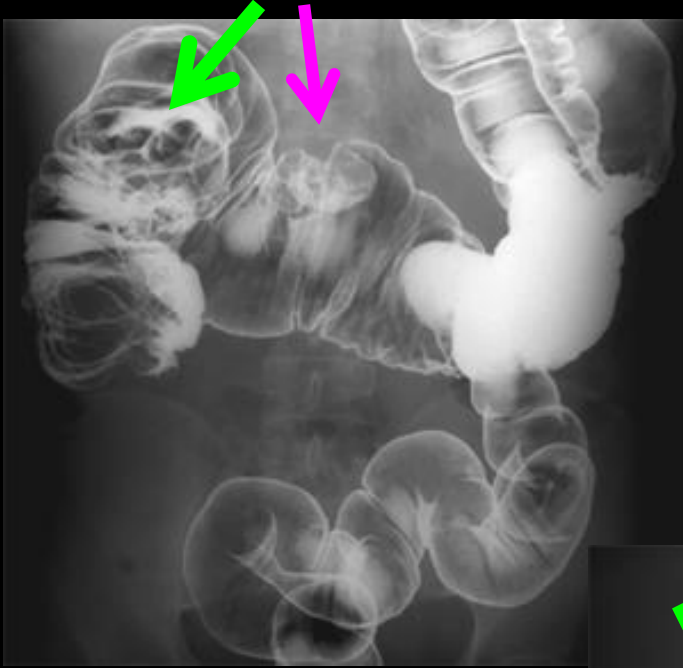


invagination colo-colique chronique sur
adénocarcinome lieberkuhnien de la valvule de
Bauhin

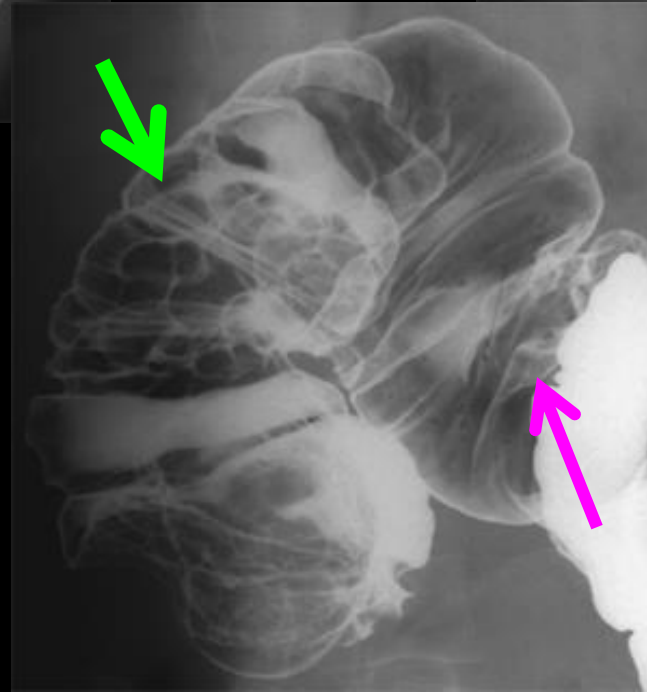


invagination colo-colique sur adénocarcinome sténosant du caecum

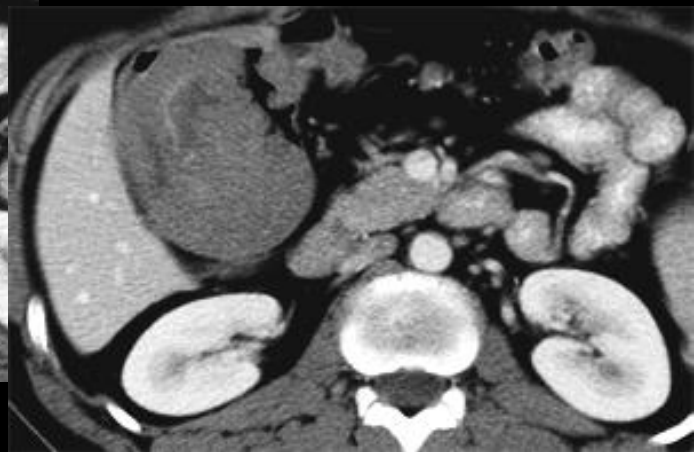
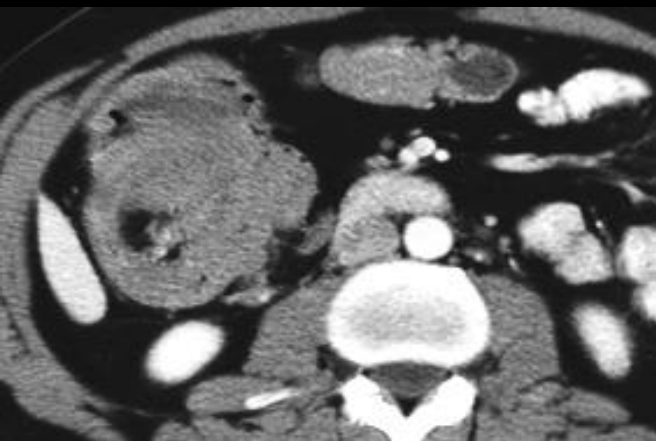
homme 41 ans, douleurs abdominales diffuses évoluant depuis quelques semaines , rectorragies



diagnostic de nature de la lésion en cause , et du mécanisme de sa révélation clinique

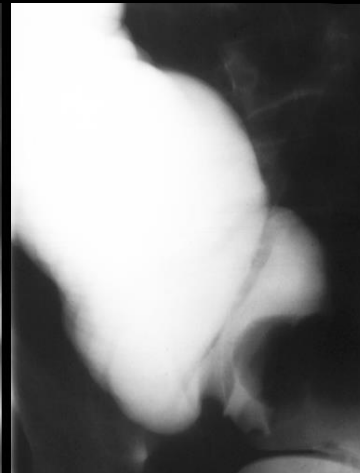
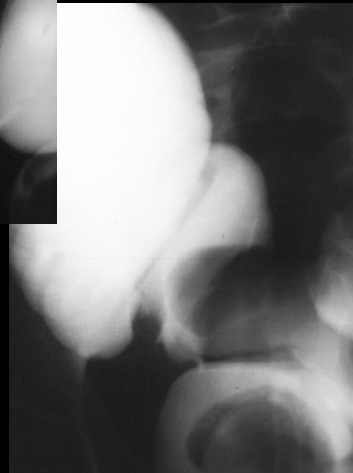
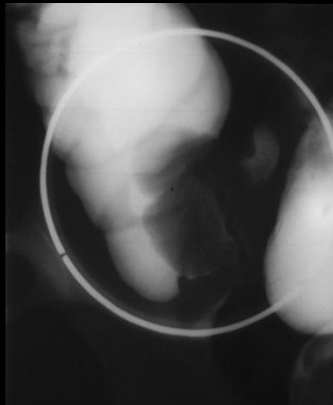
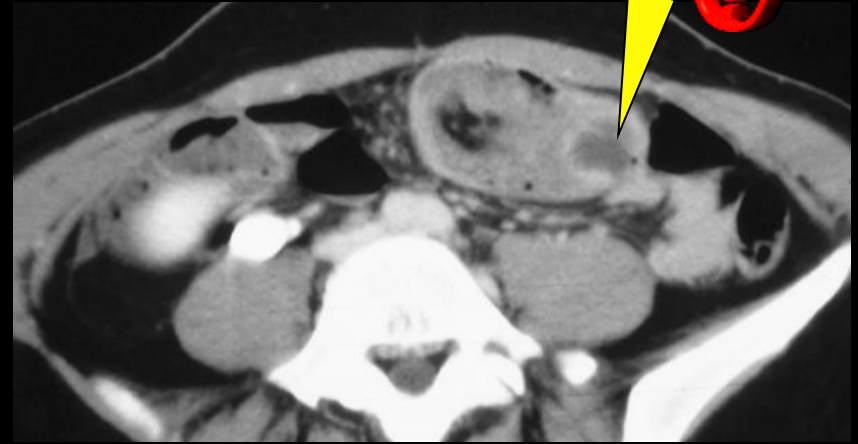
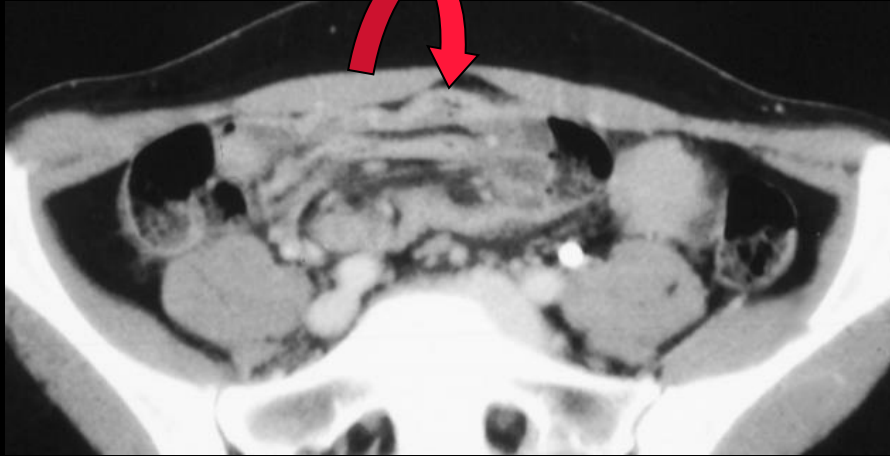


invagination colo-colique
sur LMNH colique
multifocal



invagination colo-colique sur localisation
caecale d'un LMNH stade IV à petites cellules
(lymphome du manteau)

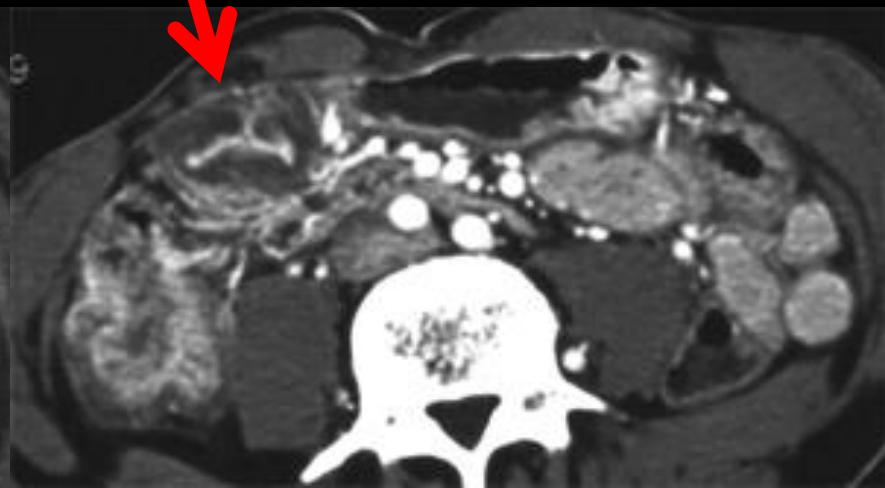
femme 37ans ; sd douloureux chronique hypogastrique



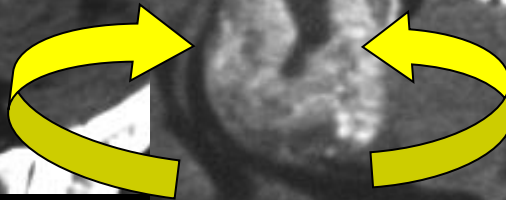
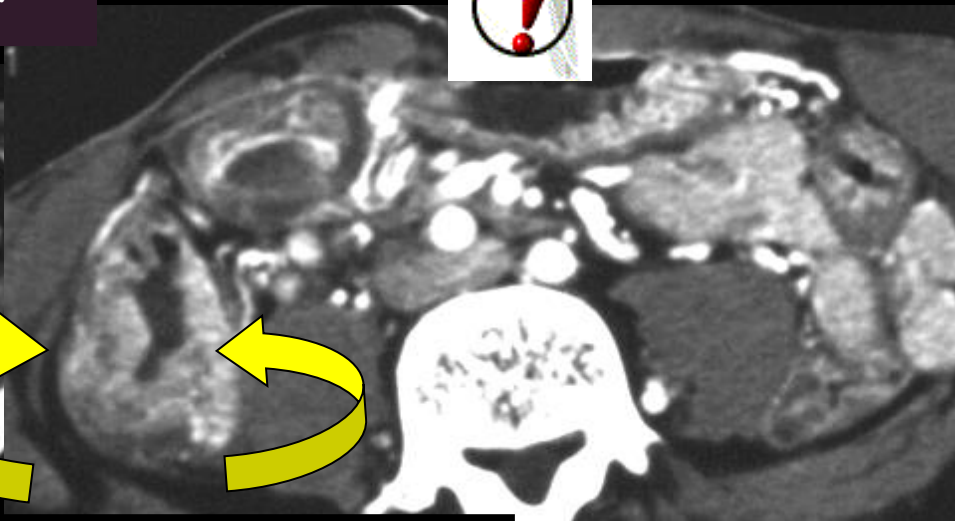
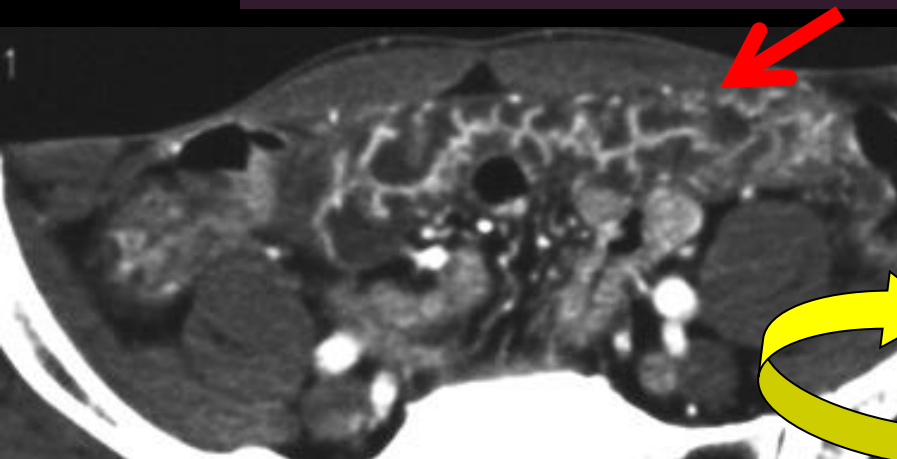
invagination iléo-colique
chronique sur mucocèle
appendiculaire



homme 70ans ; crises douloureuse récidivantes dont une récente sévère



invagination chronique colo-colique
sur ADK caecal "désinvaginée"



ischémie subaiguë colique en aval d'un ADK caecal ; mécanisme
physiopathologique

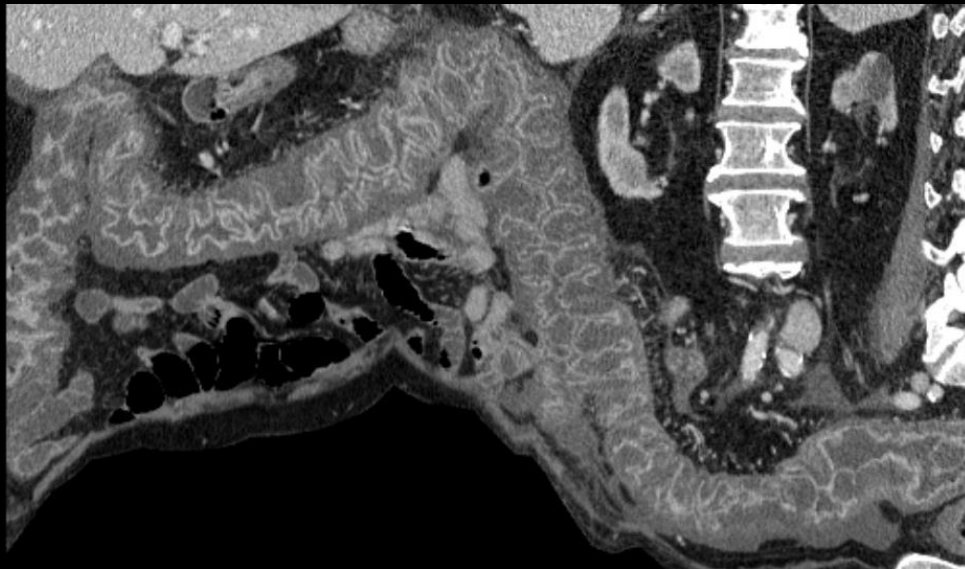


take home message

- les invaginations coliques (et iléo-coliques) sont le plus souvent **chroniques** ,car elles supposent un décollement progressif du fascia de Toldt droit sous l'action du péristaltisme
- le **lipome colique** est la seule cause formellement identifiable par l'imagerie
- certaines autres causes: **mucocèle appendiculaire** , **lymphome de l'iléon distal** peuvent être plus ou moins facilement reconnues.
- en l'absence de cause évidente et en raison de sa fréquence , **un adénocarcinome lieberkuhnien de la valvule de Bauhin ou du caecum** doit être supposé responsable de l'invagination colique , jusqu'à preuve du contraire .



femme 90 ans ,diarrhée
fébrile depuis 10 jours
;diabète, polyarthrite
rhumatoïde sous Cortancyl

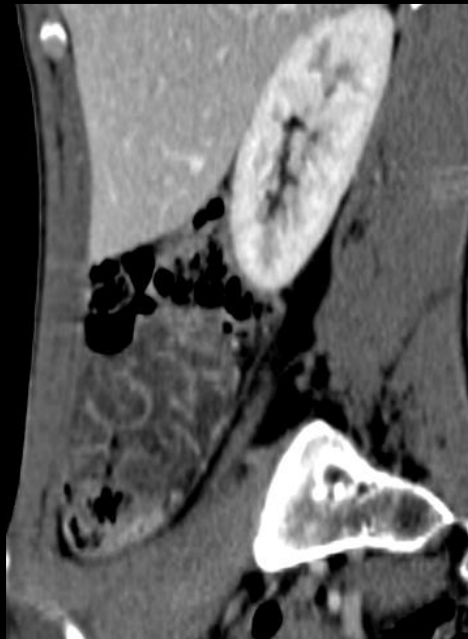


Colite pseudomembraneuse

signe de l'accordéon
concertina like aspect

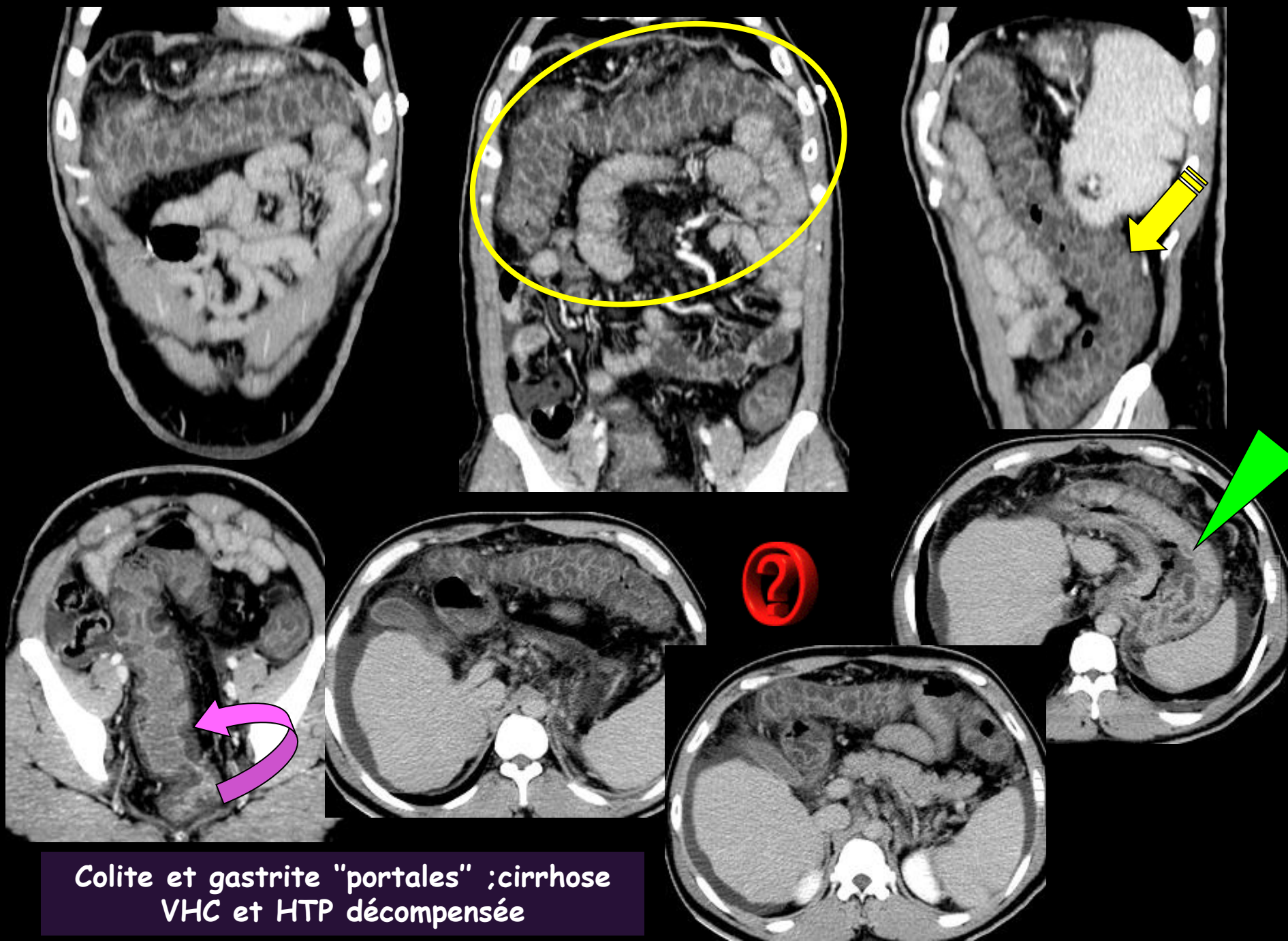


jeune femme 27ans ; sd douloureux abdominal aigu "crampiforme" de survenue très récente. Pas de syndrome infectieux ni de diarrhée . Quelle(s) question(s) poser lors de l'enquête étiologique

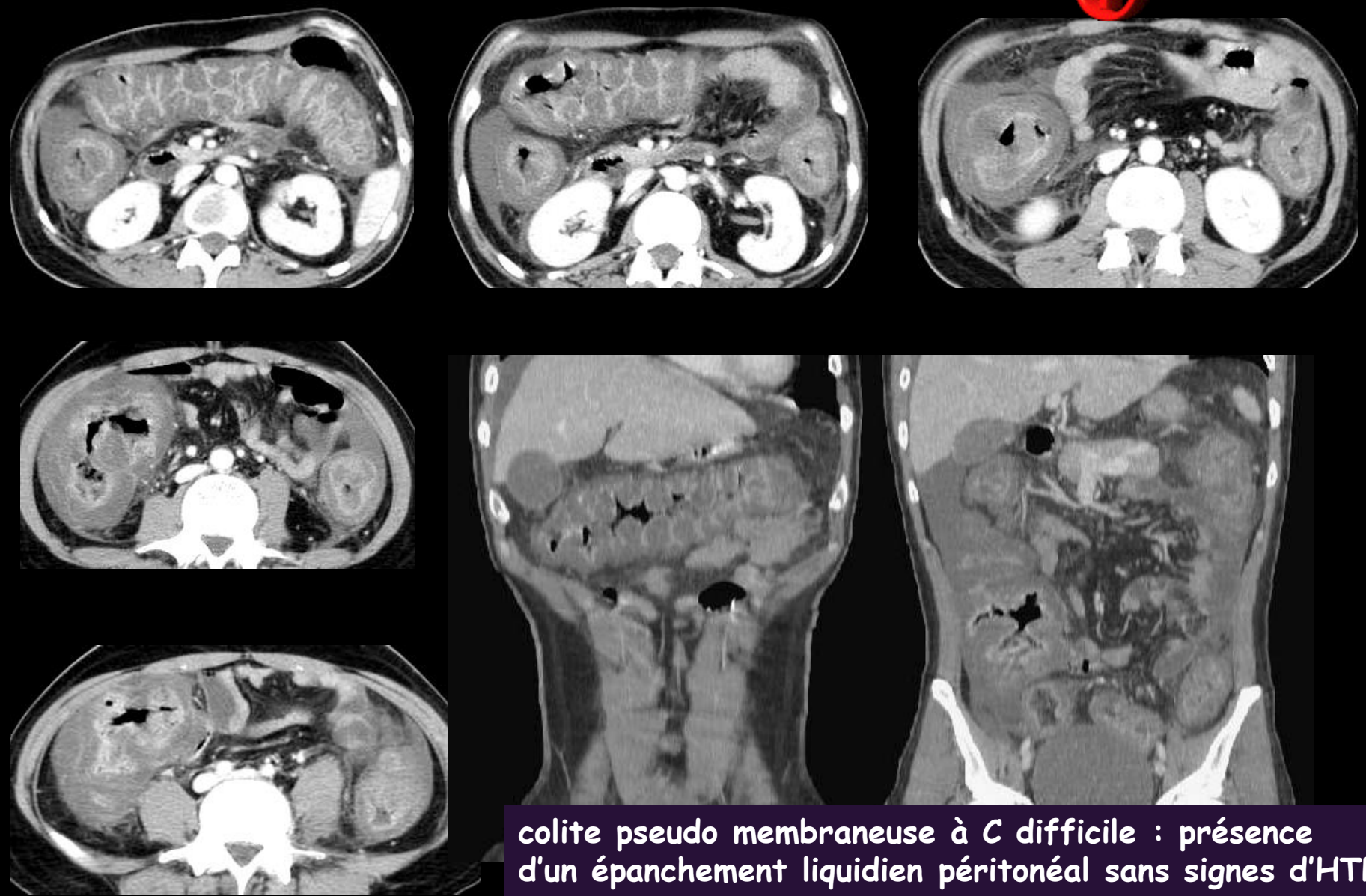


- prise d'antibiotiques (colite pseudomembraneuse)
- épreuve sportive d'endurance récente

colite du marathonien



homme 31 ans ; sur quel argument d'imagerie peut-on éliminer une colite ischémique ; quelle est ici l'hypothèse la plus vraisemblable



colite pseudo membraneuse à C difficile : présence d'un épanchement liquidien péritonéal sans signes d'HTP

take home message

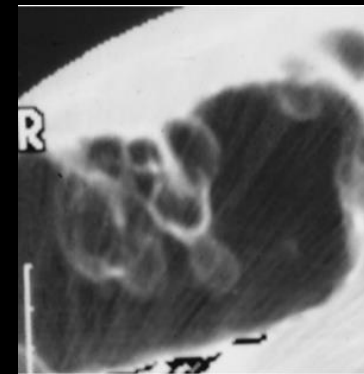
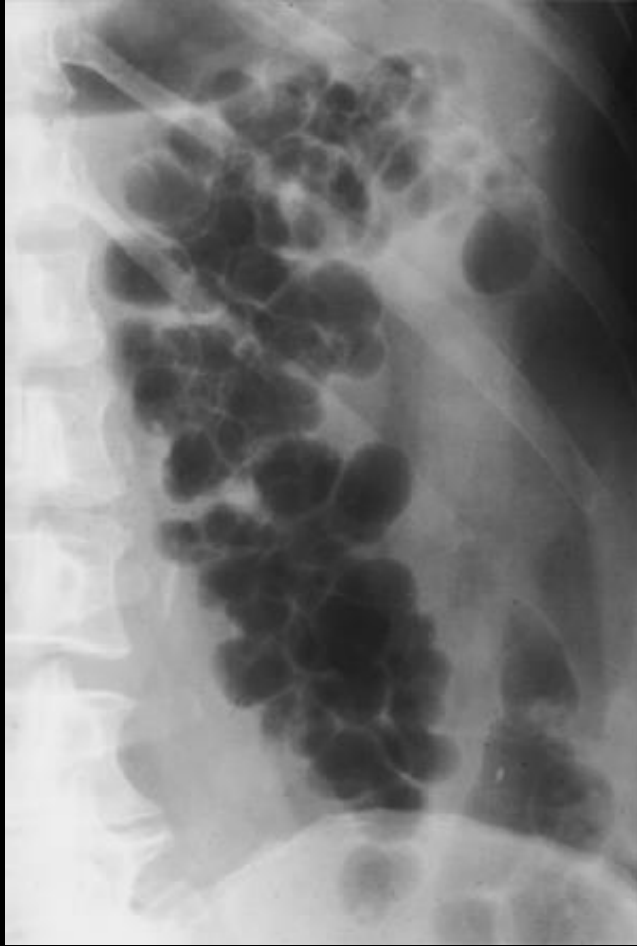
-les aspects de colite aiguë avec gros plis "en accordéon" (concertina-like) sont classiquement observés dans les **colites pseudo-membraneuses** à *Clostridium difficile*. Dans les formes graves, ils peuvent s'accompagner d'un épanchement liquidien péritonéal

-on peut également des gros plis en accordéon dans certaines colites ischémiques non obstructives comme la **colite du marathonien** (vol de la circulation splanchnique)

-on peut enfin voir des images analogues dans les hypertensions portales en décompensation oedémato-ascitique souvent désignées comme **"colites portales"**



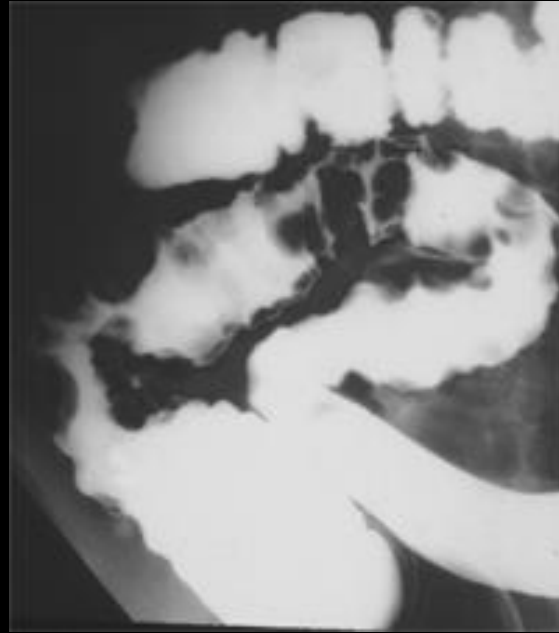
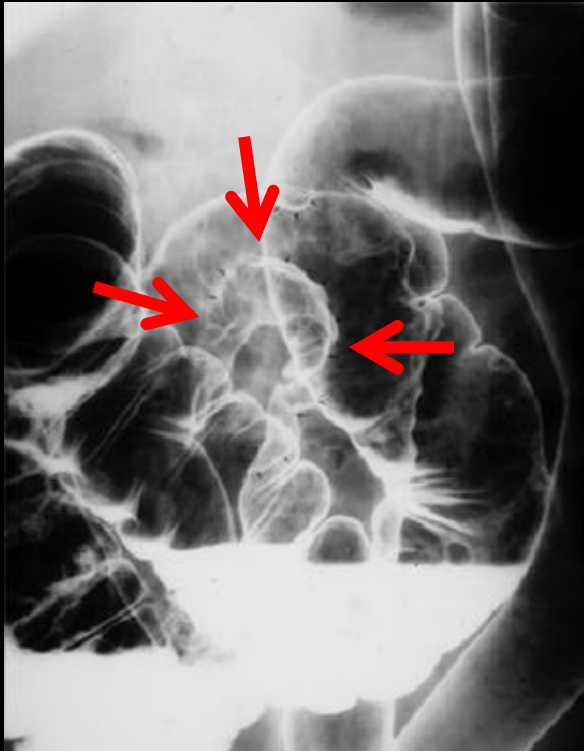
femme 62 ans ,douleurs abdominales chroniques et troubles du transit de type
TFI (troubles fonctionnels intestinaux)



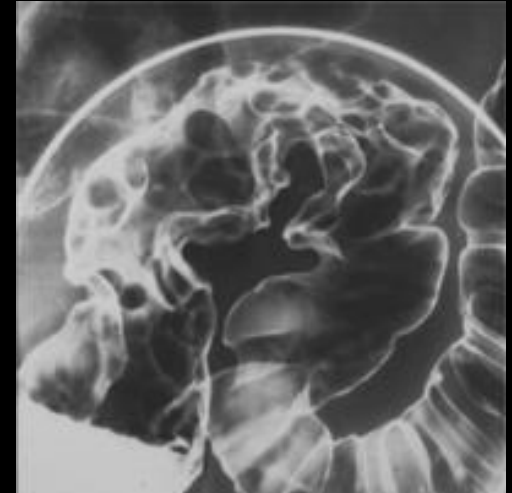
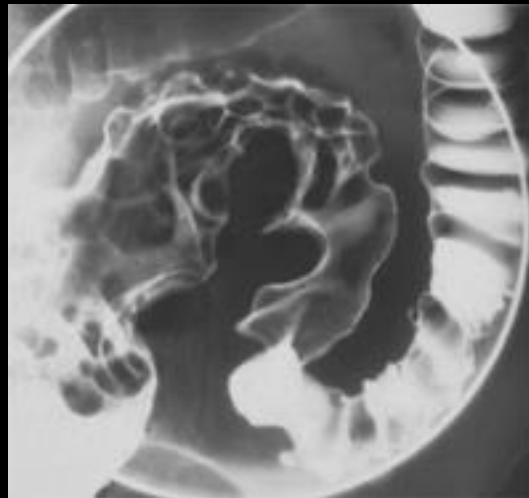
diagnostic



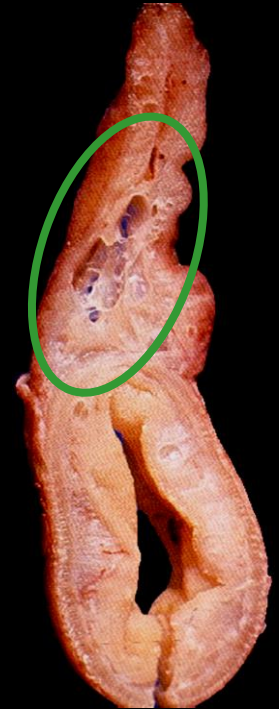
pneumatose kystique chronique colique sur
dolichosigmoïde vertical



pneumatoses kystiques chroniques coliques



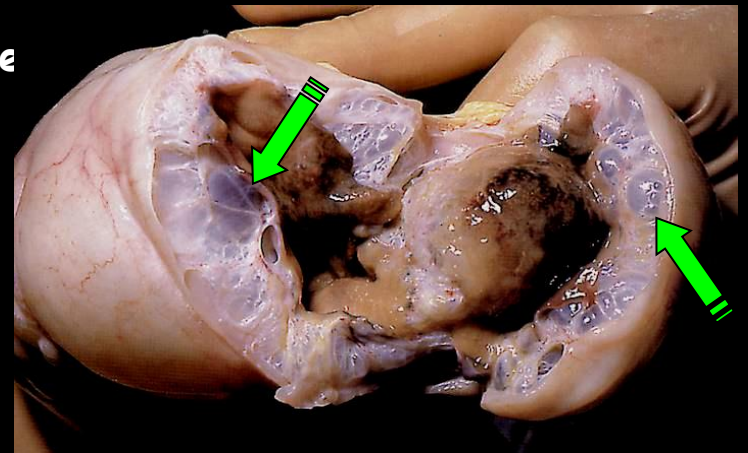
femme 47 ans ,douleurs abdominales chroniques
 ,quelle(s) question(s) faut-il lui poser

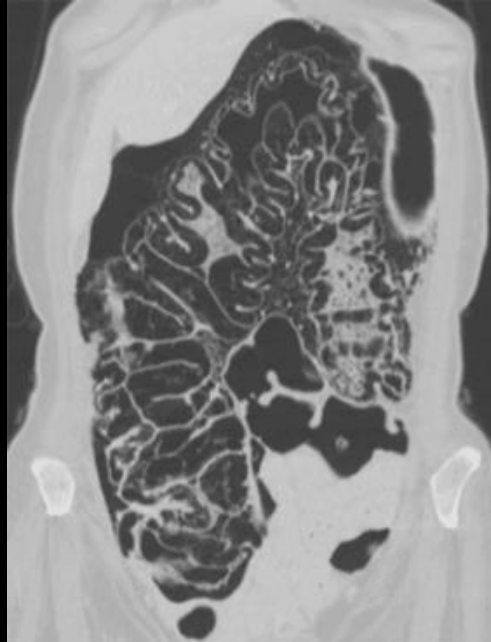
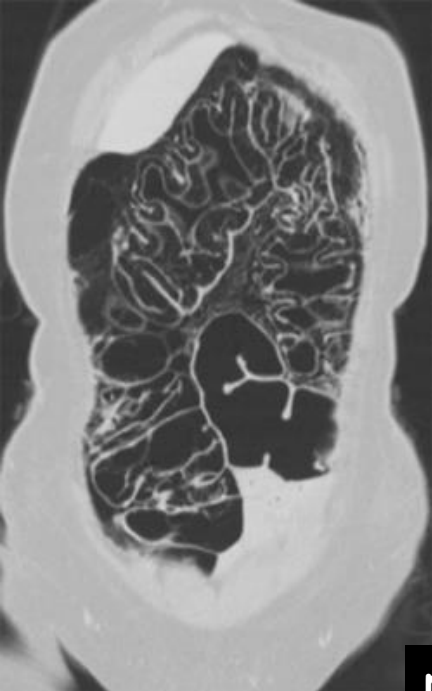


avez-vous une symptomatologie respiratoire
(BPCO, tabagisme ...) ??

pneumatose kystique chronique pancolique

- localisations sous muqueuses polypoïdes
- localisations sous séreuses :pneumopéritoine "médical"





regardez bien ; n'oubliez rien
!!!



pneumatose kystique colique chronique de
l'adulte ; rétro pneumopéritoine de
l'espace para rénal postérieur droit, IRC
chronique , tabagisme+++, hypoxie chronique

obs. A. Rodde Clinique
du Kirschberg
Luxembourg

les circonstances très variées au cours desquelles on peut observer des formations gazeuses dans les parois digestives ont fait l'objet de multiples travaux ,bien répertoriés dans la revue générale de Patenotte et Bigard en 2000 , dans l'EMC

Tableau I. — Affections associées à la pneumatose kystique intestinale

Affections digestives

- sténose oesophagienne [20]
- ulcère gastroduodénal, sténose pylorique, cancer gastrique [33, 45]
- diverticulose jéjunale [46]
- entérocolite nécrosante [8]
- maladies inflammatoires cryptogénétiques de l'intestin
- pseudo-obstruction intestinale chronique [4,71], iléus intestinal (quadriplégie) [20]
- anastomoses intestinales [20], court-circuit jéuno-iléal (pour obésité) [15], grêle court
- occlusion intestinale, volvulus, strangulation
- diverticulite colique, abcès péricolique, appendicite
- dolichocôlon [20,33, 51]
- maladie de Hirschsprung, mégacôlon idiopathique [20], fécalome [42], périnée descendant [20]
- tuberculose intestinale, mégacôlon toxique, colite pseudomembraneuse, sprue rétractaire [20]
- maladie coeliaque [63]
- cancer du côlon, métastase du mésentère [65]
- traumatisme abdominal [20]
- lithiase biliaire [20]
- hépatopathies [42]

Bronchopneumopathie chronique obstructive et cardiopathies (dont mucoviscidose, dystrophie myotonique de Steinert) [6,27,33]

Gestes invasifs

- endoscopie [26,35,66]
- lavement baryté [26]
- cathéters jéjunaux [20,69]

Médicaments

- corticothérapie
- anti-inflammatoires non stéroïdiens [25]
- chimiothérapies : méthotrexate, daunorubicine, cytosine-arabinoside [67], 5-fluorouracile, cyclophosphamide, mercaptopurine
- ciclosporine [1]
- lactulose, monoxyde d'azote [70], practolol

Toxiques

- trichloréthylène [3,17,64]

Transplantations d'organes [20]

- moelle osseuse [12,72,78], rein [1,73], foie [34], cœur [2], poumon [49]

Hémodialyse au long cours [9]

Maladies de système

- polyartérite noueuse [26]
- sclérodermie [26,33,57]
- dermatomyosite [16,52,54]
- lupus érythémateux disséminé [26]
- connectivites mixtes [75]
- syndrome néphrotique [32]

Infections

- *Clostridium perfringens* [26]
- cytomégalovirus, sida [20,26]
- cryptosporidiose [26]
- autres : *Candida albicans*, Staphylocoques à coagulase négative, *Lactobacillus*, *Klebsiella*, virus varicellozoteux, rotavirus [26]

si l'on s'en tient aux pneumatoses kystiques chroniques de l'intestin, les circonstances favorisantes sont beaucoup moins nombreuses et paraissent **nettement dominées par l'insuffisance respiratoire chronique**.

les hypothèses physiopathologiques émises au sujet de la PKCI sont habituellement regroupées sous 3 mécanismes principaux :

a-théories mécaniques, les plus communément admises autrefois

-**théorie mécanique digestive** :

petites ruptures muqueuses et hyperproduction de gaz endoluminaux (pullulation microbienne)

-**théorie mécanique pulmonaire** :

l'air proviendrait du poumon par des déchirures microscopiques alvéolaires
expérimentalement chez l'animal , on a pu créer une pneumatose kystique intestinale à partir d'un pneumo médiastin

mais on ne peut expliquer la régression durable , observée sous traitement, alors que l'insuffisance respiratoire persiste .

De plus ce mécanisme n'explique pas la teneur en hydrogène du gaz des kystes beaucoup plus élevée que celle de l'air alvéolaire .



PKCI pancolique chez une insuffisante respiratoire

Le rétro pneumopéritoine prédomine dans la fosse iliaque (→)

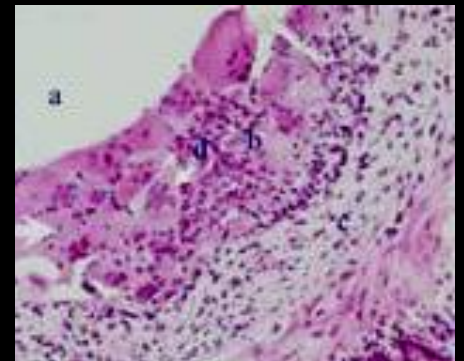
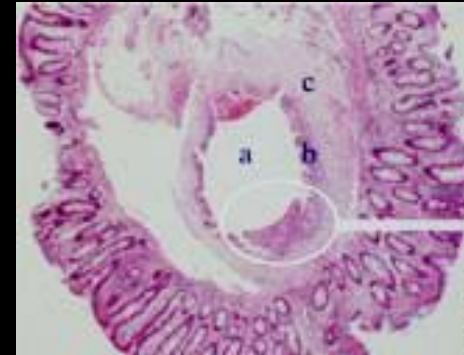
b.théorie bactérienne

proposée malgré l'absence de germes dans les kystes ,en raison de la **présence d'une forte teneur en hydrogène** , (50 à 70%) dans certaines cavités kystiques, alors que **ce gaz n'est produit que par les bactéries après fermentation de glucides** essentiellement

reproduction de la maladie chez des animaux par injection de bactéries(en particulier *C. perfringens*) dans la sous-muqueuse intestinale .

régression possible des kystes lors d'une alimentation sans résidus, et **constatation d'une hyperactivité bactérienne en étudiant l'excrétion pulmonaire d'hydrogène** .

à l'encontre de cette théorie, on retient la **stérilité des cultures** en cas de PKCI ; l'absence de péritonite à la rupture des kystes ; l'absence d'éléments histologiques patents en faveur d'une inflammation



kyste entouré par des cellules géantes, des macrophages et un infiltrat inflammatoire

c. théories modernes ,multifactorielles

la lésion initiale répond à la conjonction d'une **brèche muqueuse** et d'une **activité bactérienne productrice de gaz** .

La flore colique transforme l'hydrogène en méthane , en sulfites ou en corps cétoniques. **Les porteurs de PKCI seraient de gros producteurs d'hydrogène** (jusqu'à 10/15 fois la normale).

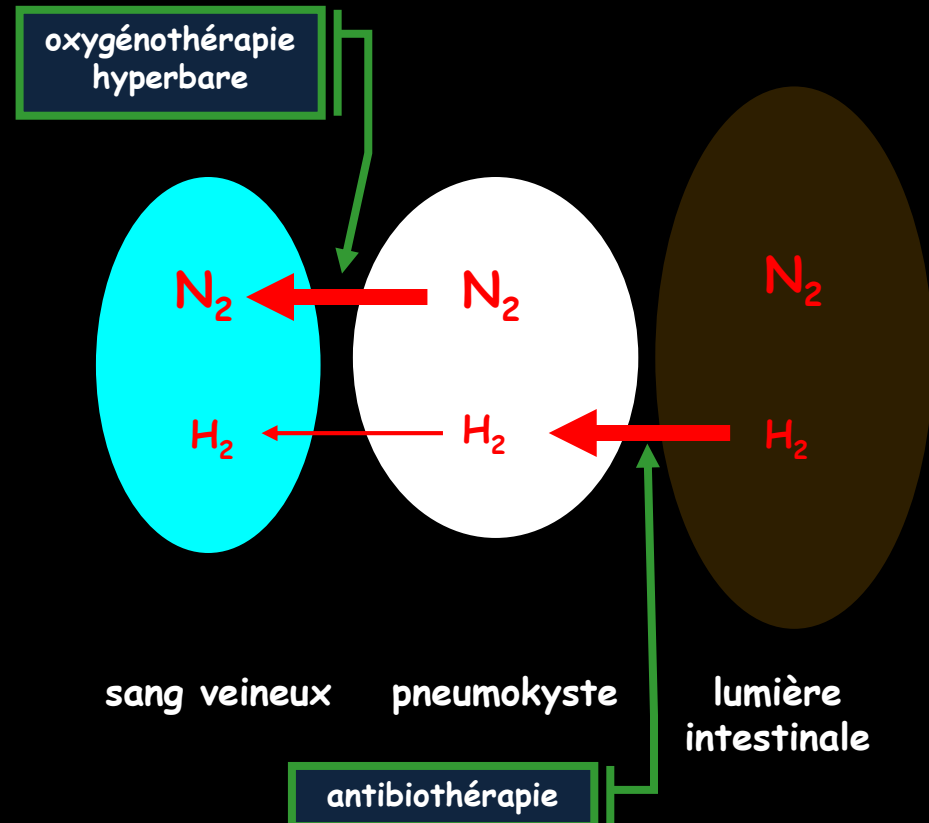
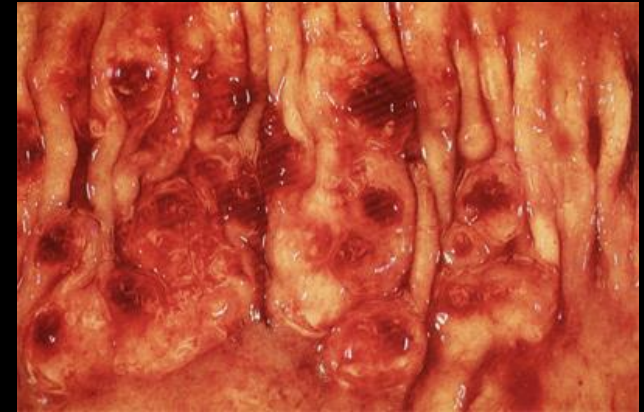
L'absence de germes producteurs de méthane et réducteurs de sulfates en sulfites serait responsable d'un **défait de dégradation de l'hydrogène** .

Des gradients de pression et des différences de diffusibilité des 4 principaux gaz présents dans la paroi colique :

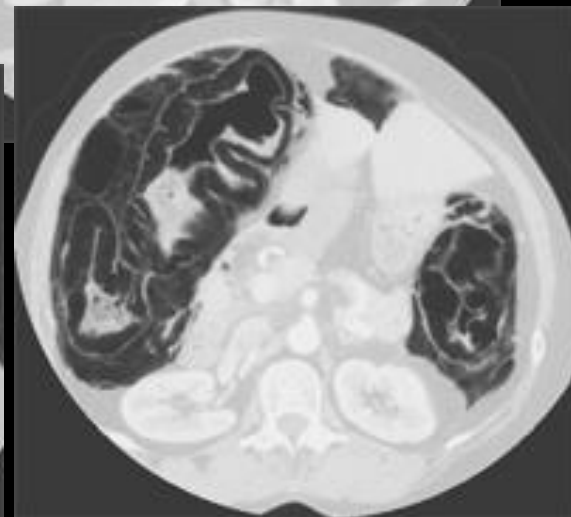
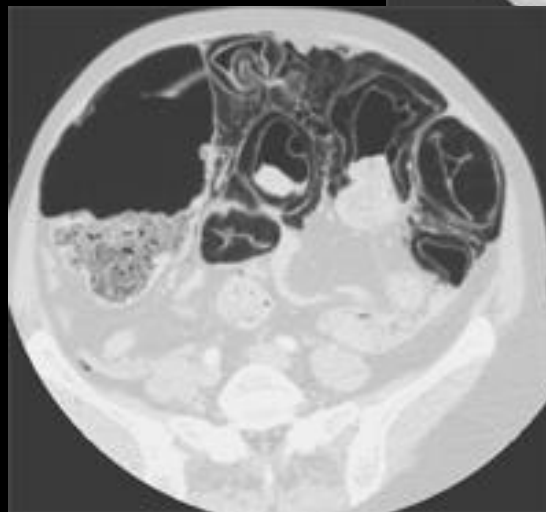
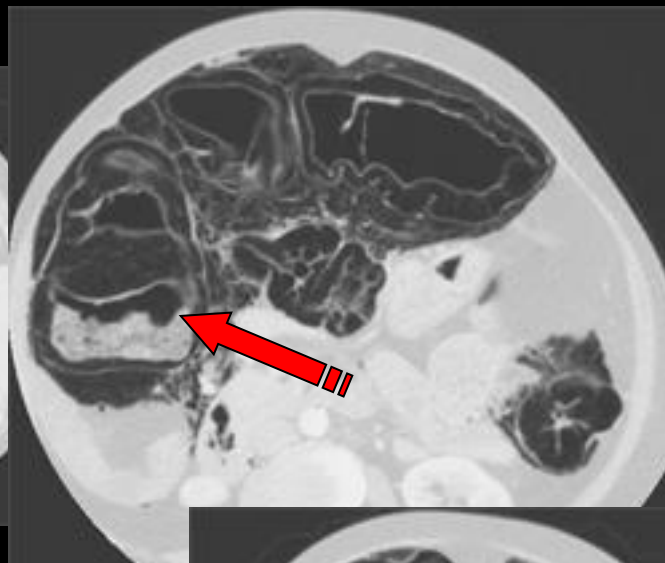
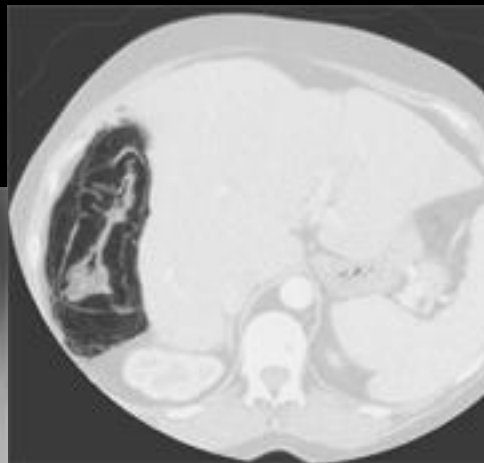
- .O₂ et CO₂ très concentrés dans le sang et très diffusibles d'un côté;
- .N₂ d'origine sanguine (atmosphérique) et H₂ d'origine intestinale, tous 2 peu diffusibles de l'autre

expliqueraient l'élévation permanente de la pression partielle d'H₂ empêchant la rétro diffusion de N₂ des kystes vers le sang

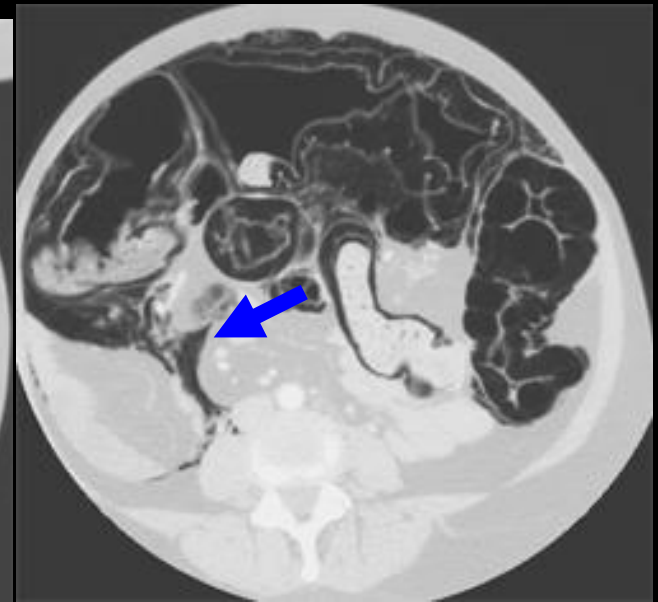
L'hypoxie chronique aggraverait le phénomène en diminuant la teneur des tissus en O₂, gaz consommable et diffusible.



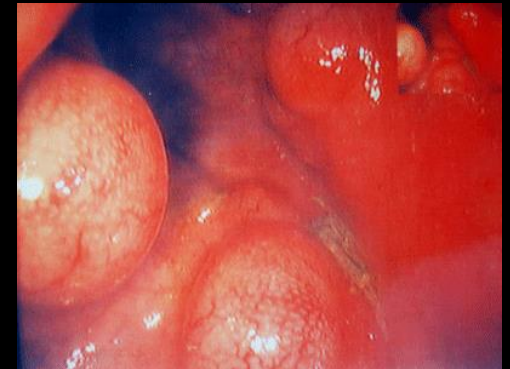
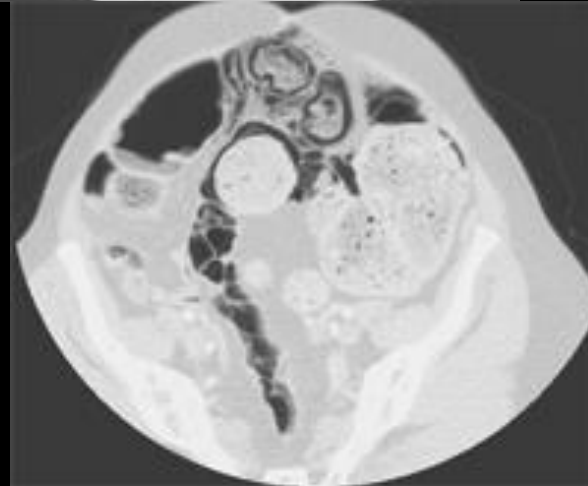
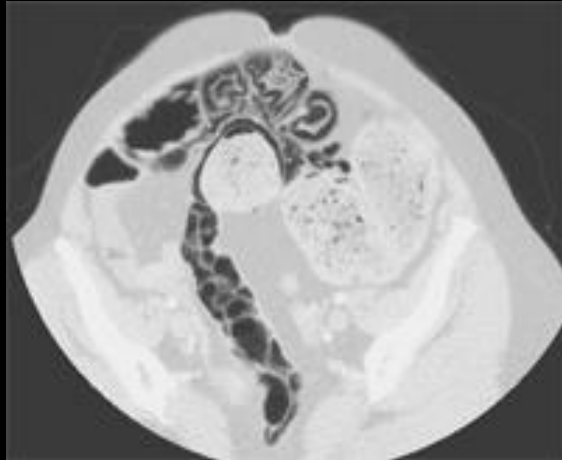
femme 55 ans ; douleurs abdominales modérées , persistantes; suivie pour asthme. Recrudescence récente de la symptomatologie



obs. C. Cangemi CHU de
la cavale Blanche Brest

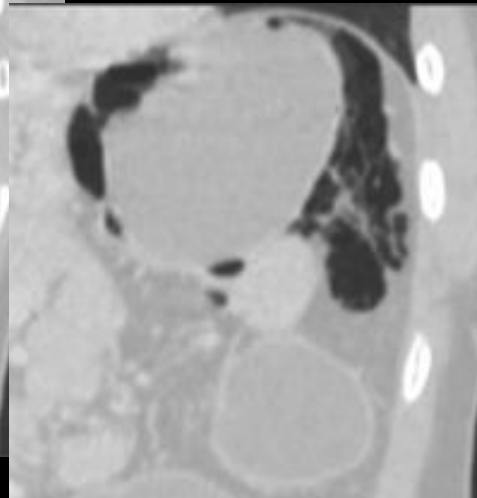
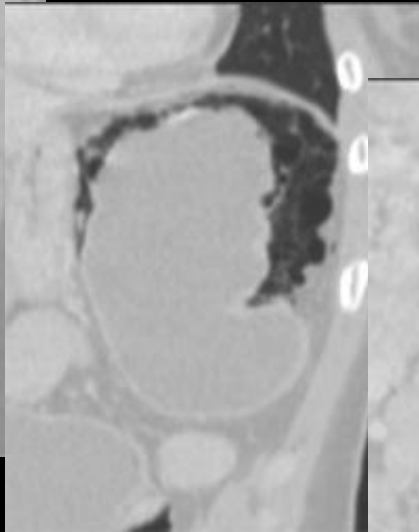
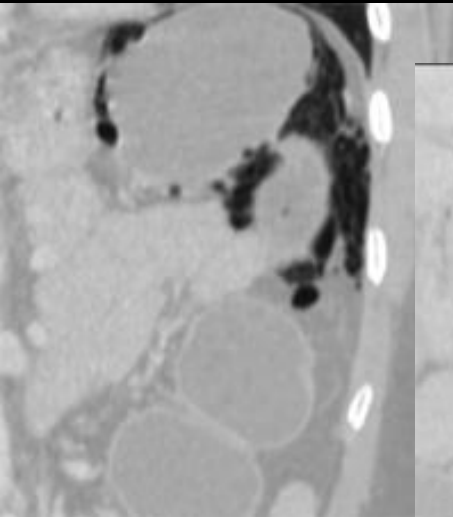
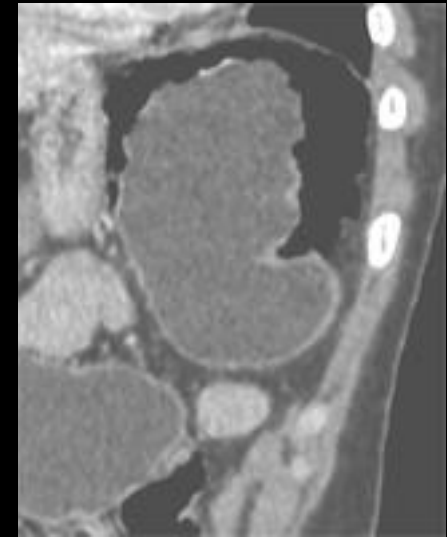
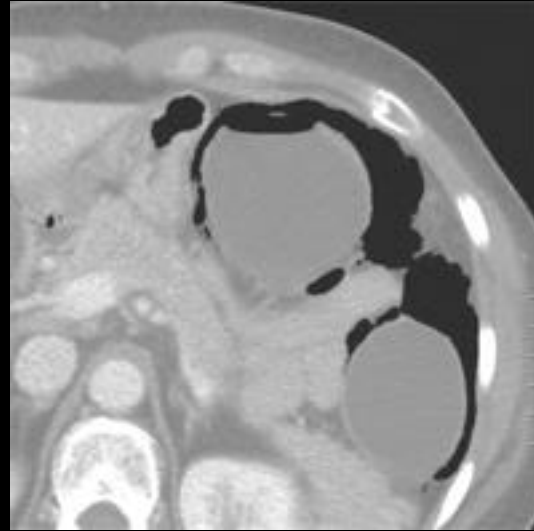


rétro pneumopéritoine



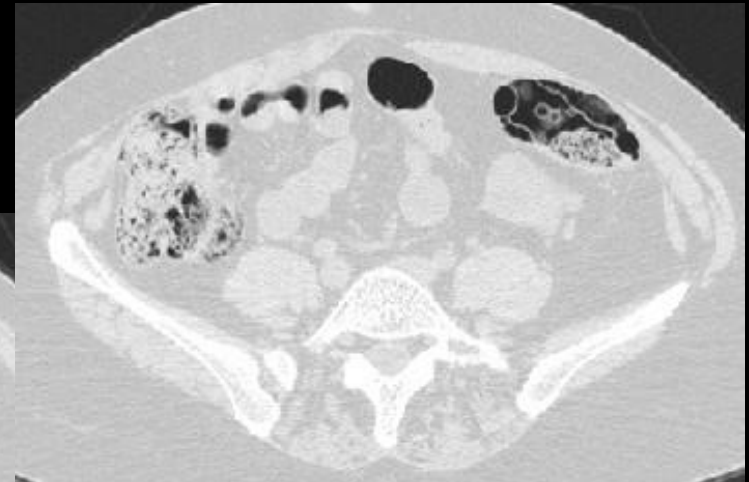
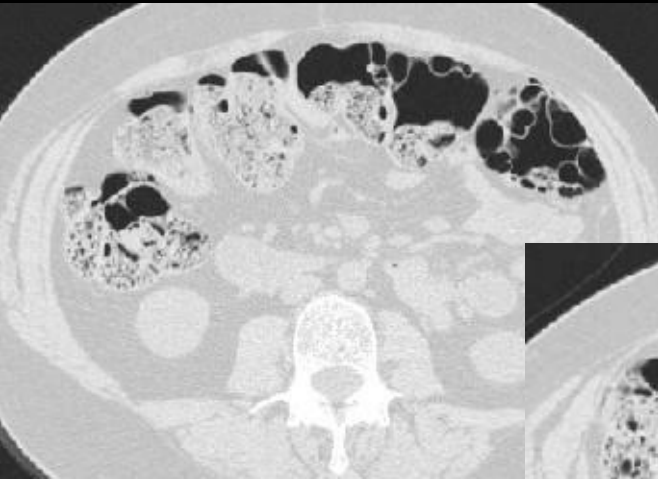
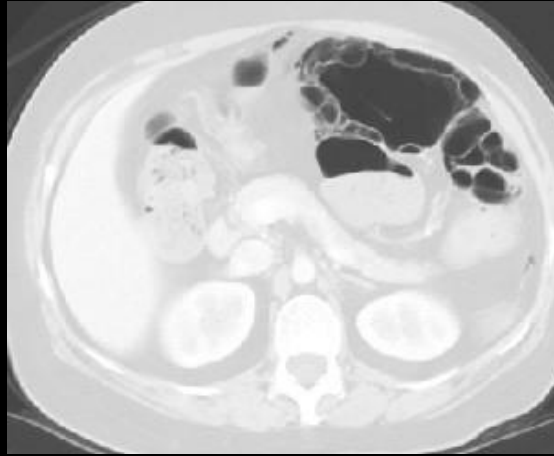
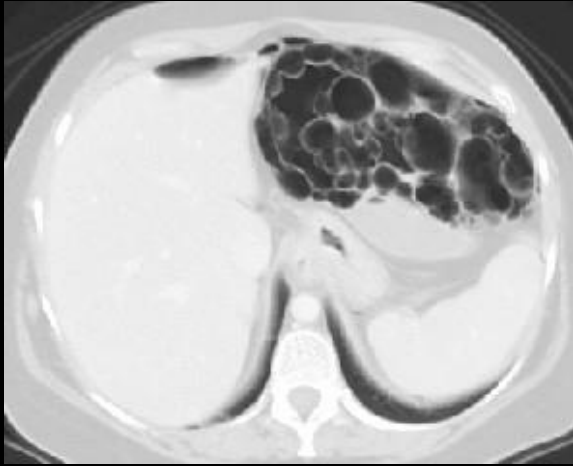
*obs. C. Cangemi
CHU de la cavale
Blanche Brest*

EFR : syndrome obstructif périphérique modéré sans signe de distension, légèrement amélioré par les broncho-dilatateurs
pneumatose kystique chronique colique prenant un aspect polypoïde au niveau du sigmoïde;
 présence d'un rétro pneumopéritoine dans la fosse iliaque droite



femme 54 ans **PKCI colique limitée à la région angulaire gauche** , asymptomatique
.le fenêtrage adapté permet d'identifier les formations gazeuse kystiques .

femme 50 ans constipation chronique ;épisode douloureux aigu récent résolutif



PKCI colique diffuse polypoïde.

take home message

- la pneumatose kystique chronique du colon est une entité particulière qui doit être formellement distinguée des autres formes et localisations des pneumatoses intestinales
- elle est a ou pauci symptomatique, constituant généralement une découverte d'endoscopie ("polypes" avec popping sign à la biopsie) ou, plus souvent encore de scanner
- l'hypoxie chronique est un facteur déterminant;
l'analyse du gaz contenu dans les kystes ayant montré qu'il ne s'agit pas d'air mais de gaz provenant du métabolisme microbien colique
- la stase colique constitue un facteur favorisant et la pneumatose kystique peut être localisée à un dolichosigmoïde



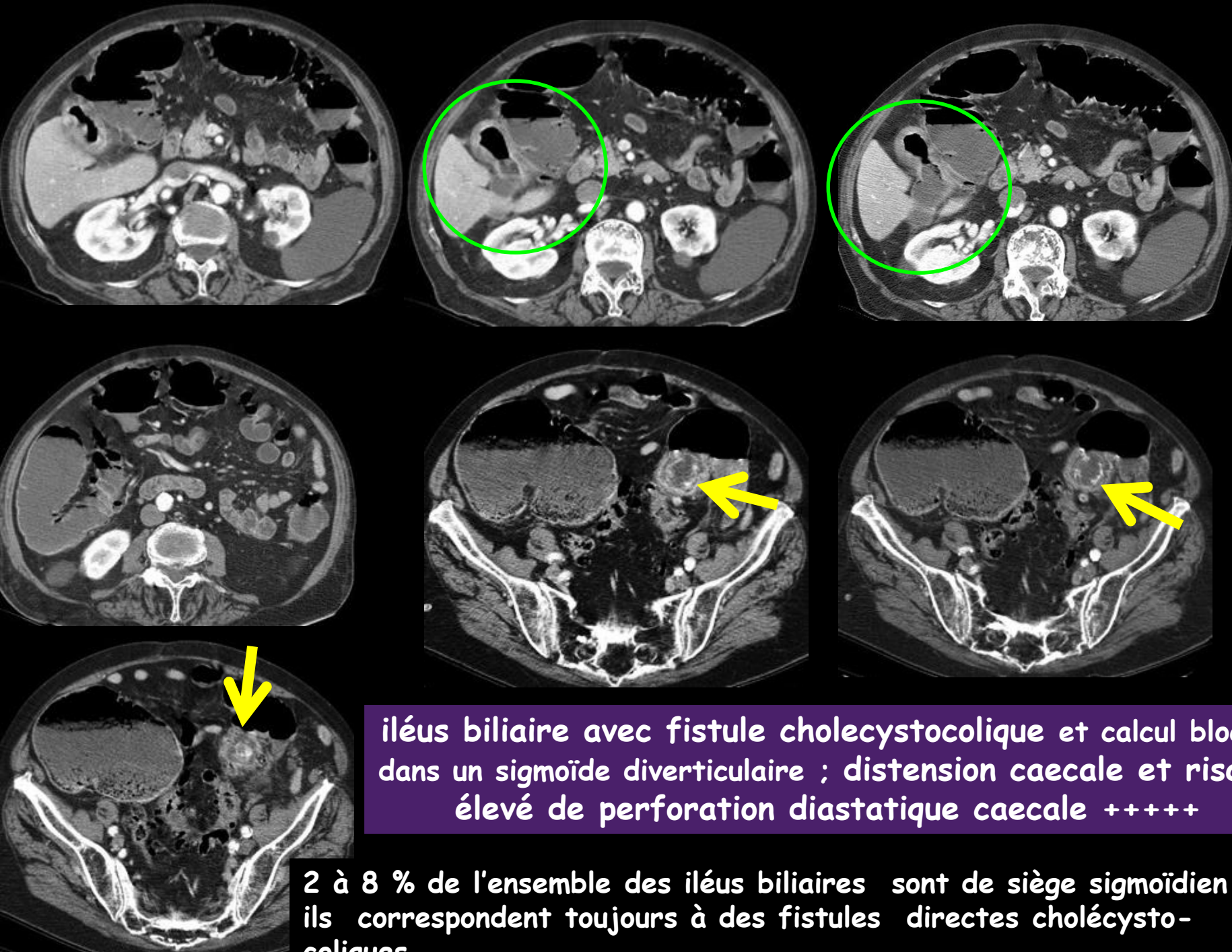
patiente de 83 ans , syndrome occlusif de survenue brutale sans signes infectieux; anémie



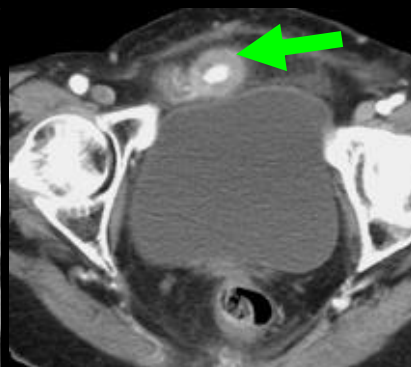
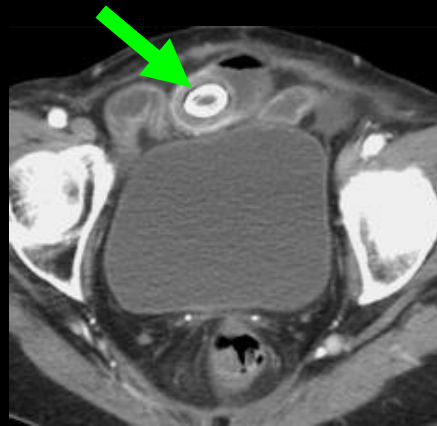
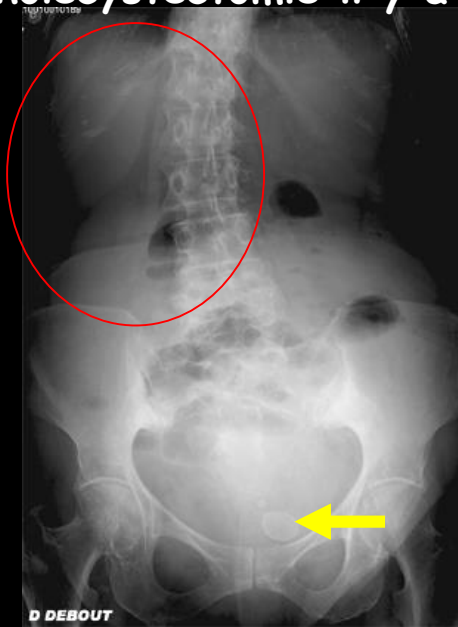
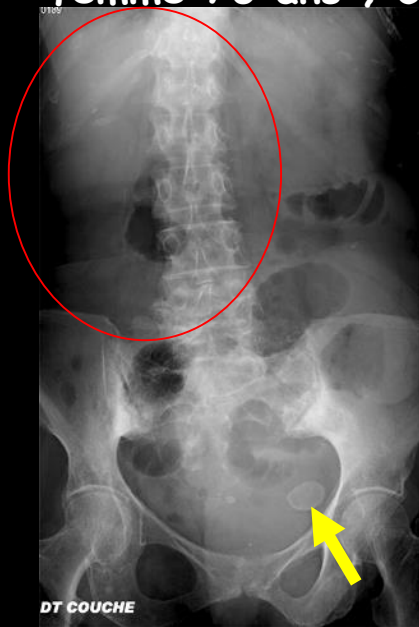
diagnostic



y-a-t-il quelque chose d'inhabituel dans cet iléus biliaire , en dehors de l'absence d'aérobilie intra-hépatique ?



femme 76 ans ; cholécystectomie il y a 15 ans ; syndrome occlusif de révélation brutale



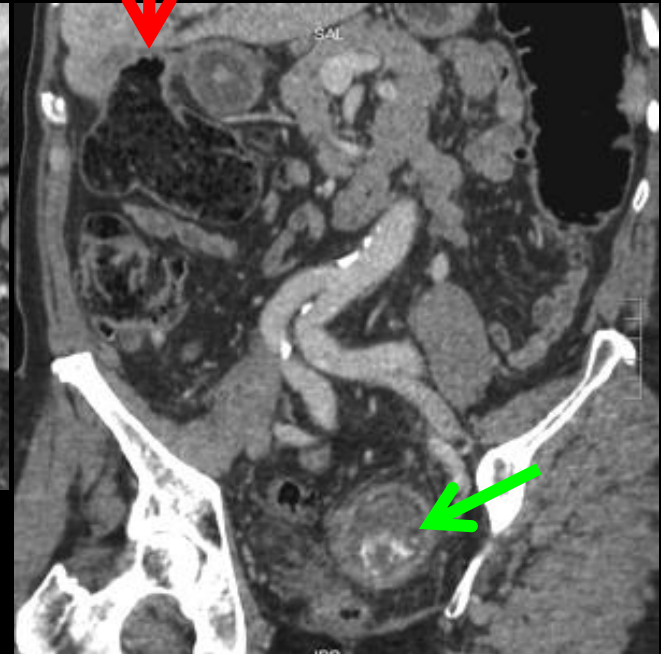
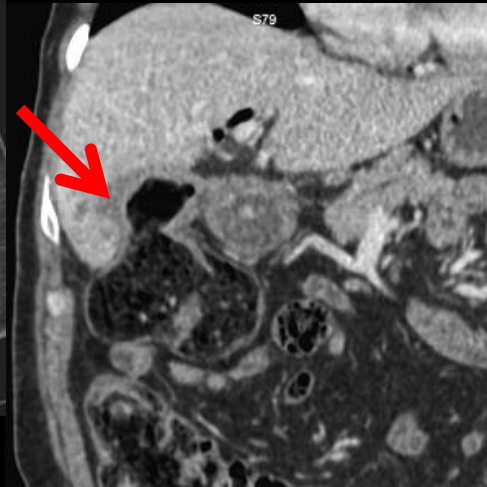
noyau de fruit
dégluti , pétrifié,
bloqué dans l'iléon
distal



2 hypothèses :

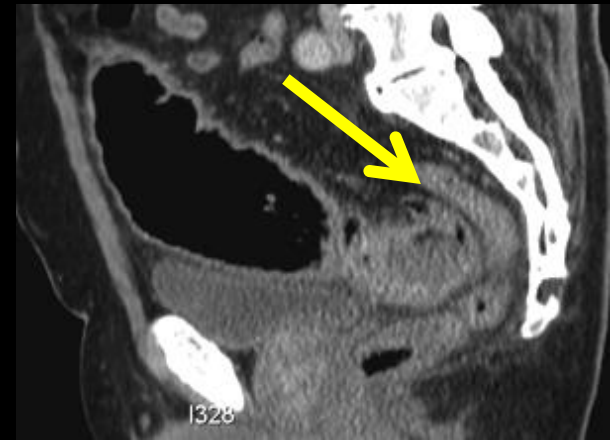
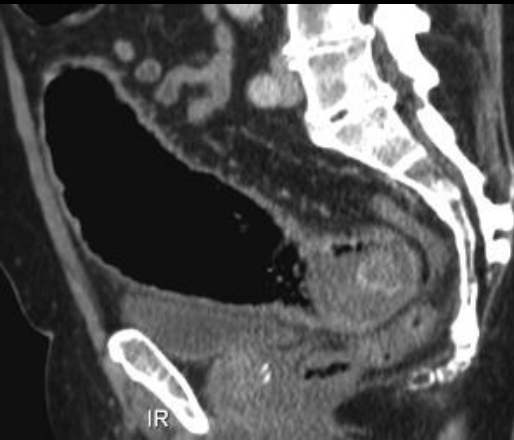
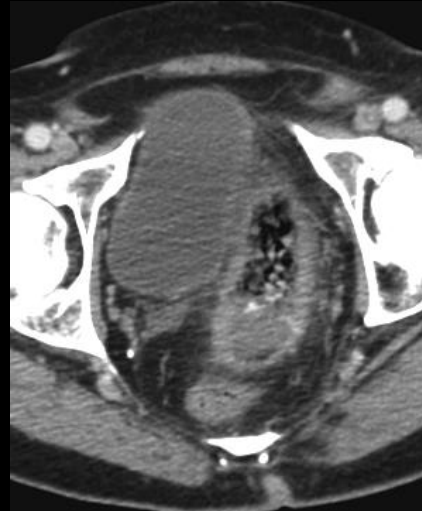
- coprolithe ;chercher un (des)diverticule(s) du grêle
- corps étranger dégluti (noyau de fruit "pétrifié")

patient de 77 ans , syndrome occlusif fébrile avec douleurs pelviennes



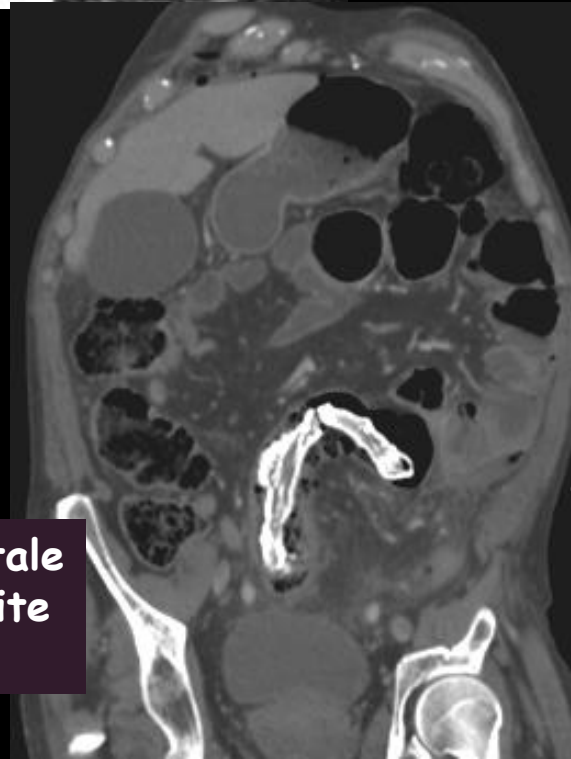
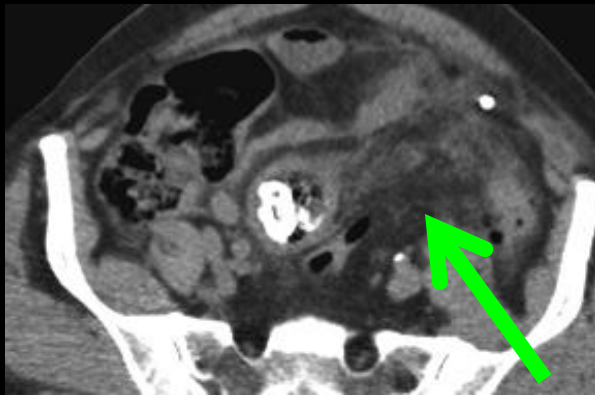
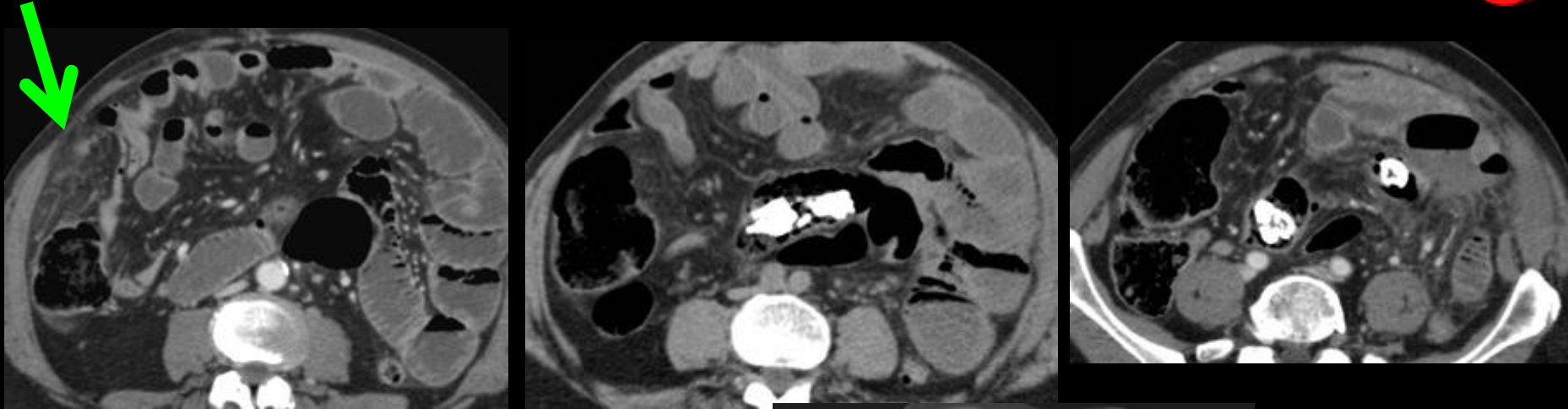
obs. Dr Damien Goudot

où le calcul pelvien est-il bloqué ?



iléus biliaire avec fistule cholecystocolique et calcul bloqué dans le sigmoïde ; résection sigmoïdienne nécessaire en raison de l'état de la paroi .

patient de 67 ans , douleurs et défense de la FIG avec sd occlusif ; CRP élevée , polynucléose neutrophile . Quelle question faut-il poser au patient



Migration after open mesh plug inguinal hernioplasty: a review of the literature. Jeans S. et Al. Am Surg. 2007 ;207-9. Review.

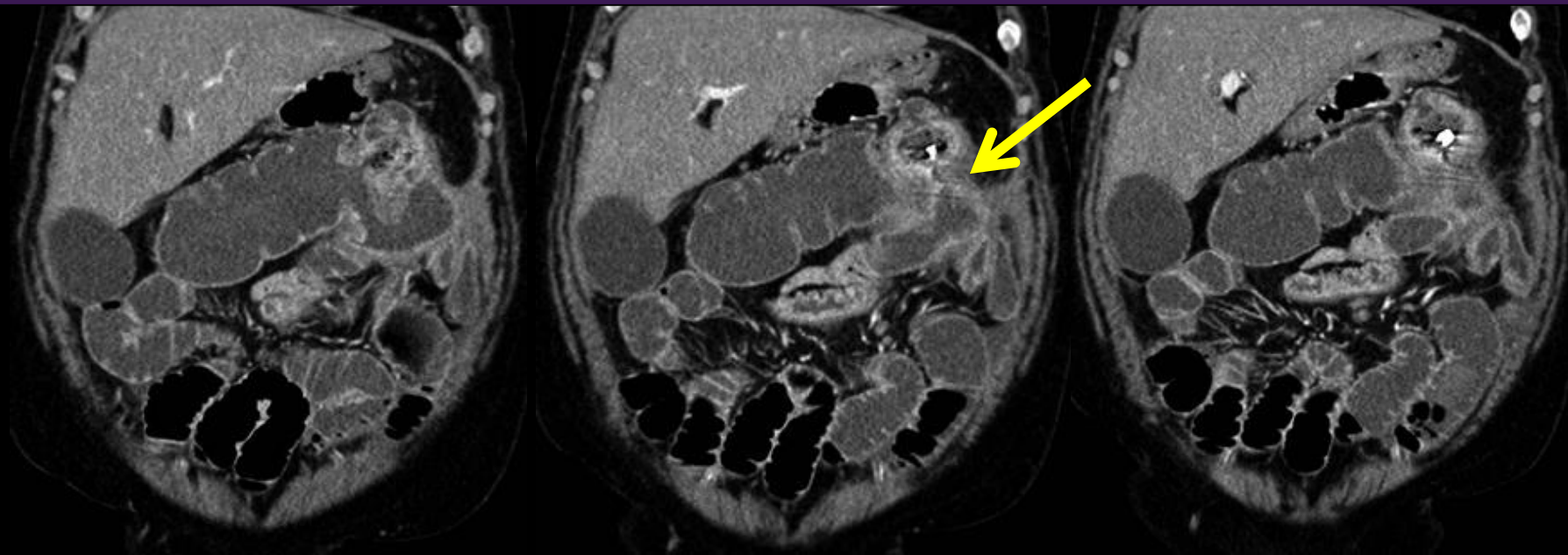
migration sigmoïdienne d'une prothèse pariétale pour cure de hernie inguinale , avec péritonite ;résection sigmoïdienne

femme 59 ans ,sd douloureux abdominal chronique
; tableau occlusif récent





champ opératoire (corpus alienum ou gossypibome) migrant avec fistulisation grêlo-colique et occlusion colique endoluminale de l'angle gauche



take home message

-les occlusions coliques par obstacle endoluminal sont peu fréquentes ;

-parmi les causes possibles ,on retiendra:

.les iléus biliaires coliques par fistule cholécysto-colique

.les migrations coliques de coprolithes (généralement issus de diverticules (de Meckel , du grêle ou du duodenum)

. les migrations de matériel chirurgical (prothèses pariétales , champs ...)

.les corps étrangers végétaux déglutis (noyaux de fruits)



