

imagerie des occlusions intestinales

"L'occlusion intestinale est un syndrome défini par une gêne à la progression aborale du contenu intestinal, par un obstacle mécanique ou par une défaillance de l'activité musculaire intestinale"

"cahier des charges de Herlinger et Maglinte (1989) ; actualisation de celui de Henri Mondor et Pierre Porcher (1944) :

- .identifier le niveau de l'obstacle
- .différencier une occlusion de haut-grade d'une occlusion incomplète
- .identifier la cause de l'occlusion
- .rechercher les signes de strangulation
- .aider à une bonne prise en charge, soit médicale, soit chirurgicale par laparotomie ou en coeliochirurgie.....

A cette dernière proposition, il faut maintenant, en tenant compte de l'évolution des possibilités de prise en charge, substituer des questions concrètes:

.est-on en présence d'une **occlusion sur bride unique** ou devant des **adhérences multiples disséminées?**

.y-a-t-il une "anse fermée" avec des signes d'ischémie aiguë ?

.quand, dans les cas d'occlusion incomplète du grêle, sans signes de gravité, cliniques, biologiques et d'imagerie, doit-on choisir le traitement conservateur ?

.où se situe le seuil raisonnable de l'indication chirurgicale d'une adhésiolyse et celle-ci paraît-elle réalisable en coeliochirurgie ou faut-il préférer la laparotomie ?

Le radiologue doit s'intégrer dans la chaîne de prise en charge de ces patients et apporter son expertise dans les concertations pluridisciplinaires indispensables pour une médecine de qualité

1-imagerie des occlusions gastro-duodénales

1-1 bases étio-pathogéniques

-3 à 5 % des occlusions intestinales

-gastric outlet syndrome , sténoses pyloriques ..

1-1-1 occlusions gastro-duodénales d'origine extrinsèque

hernies diaphragmatiques +++++

hiatales

rétro-costo-xyphoïdiennes (de la fente de Larrey, de Morgagni)

de Bochdalek

traumatiques (C+++)

hernies pariétales et éventrations (hernies incisionnelles)

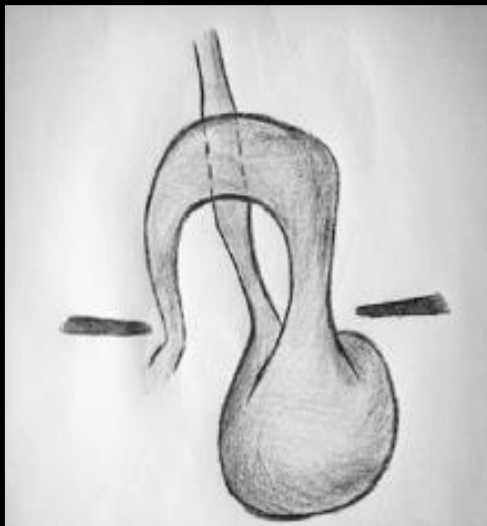
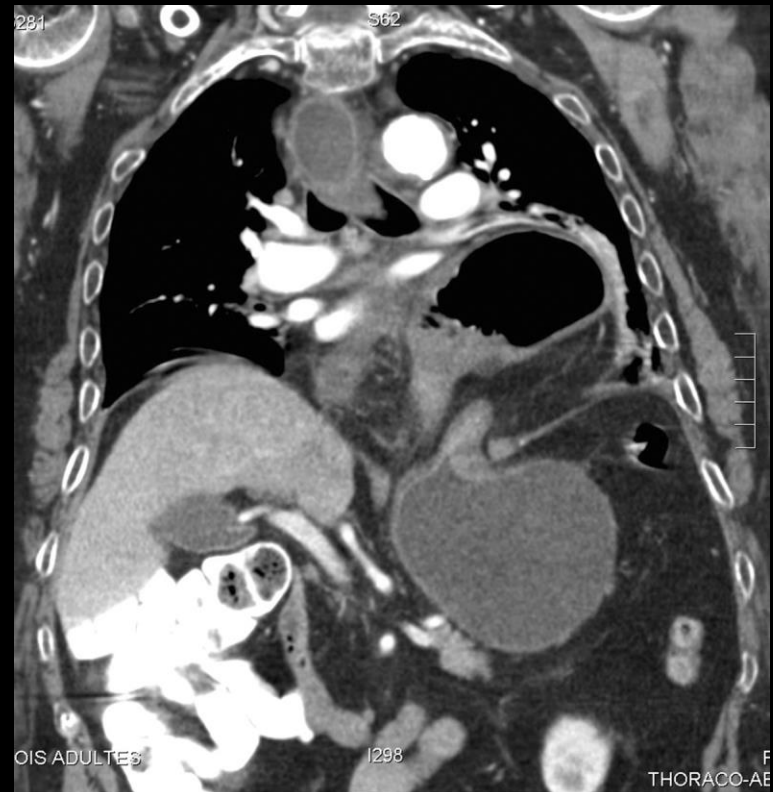
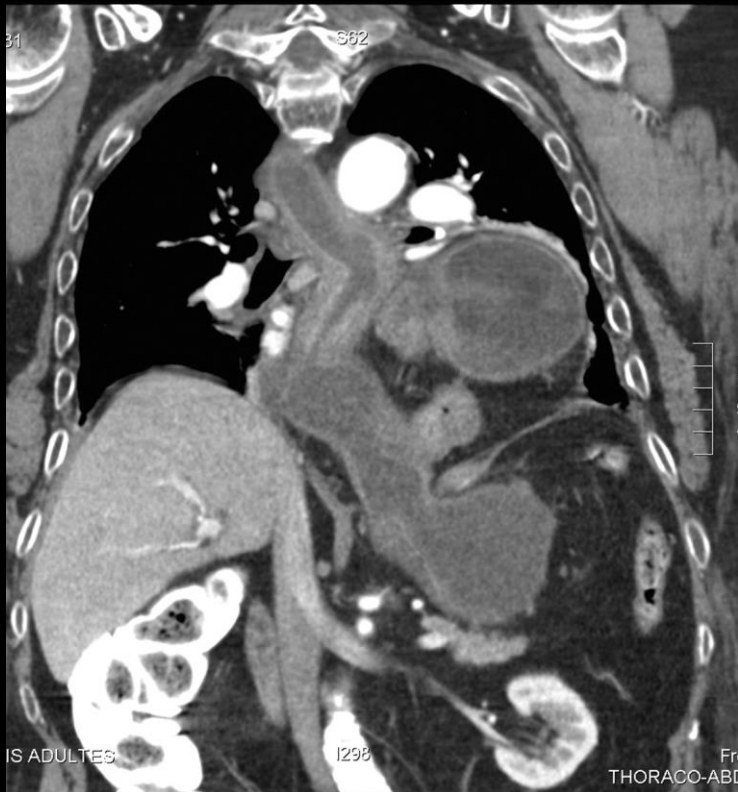
inguinales

lombaires

hernies internes



hernie hiatale par roulement avec volvulus mésentérico-axial du segment
hernié du corps gastrique



à l'origine : malpositions gastriques acquises
, vieillissement tissulaire, "herniosis"

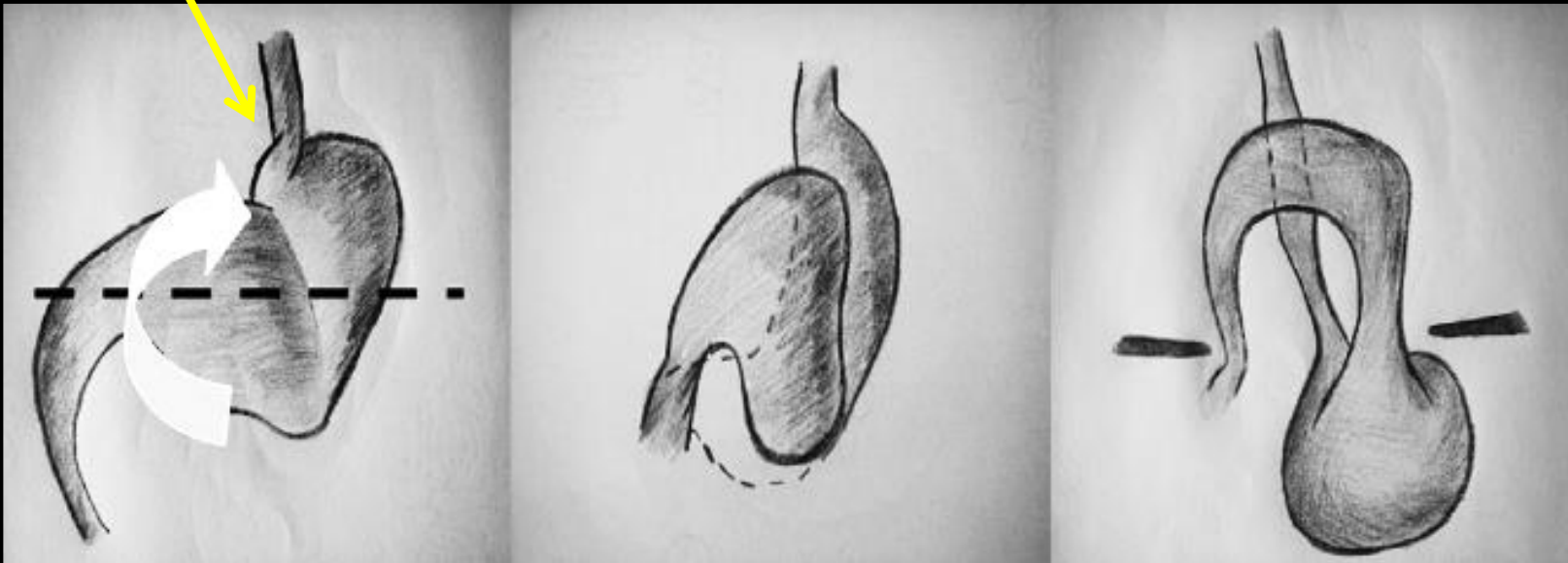
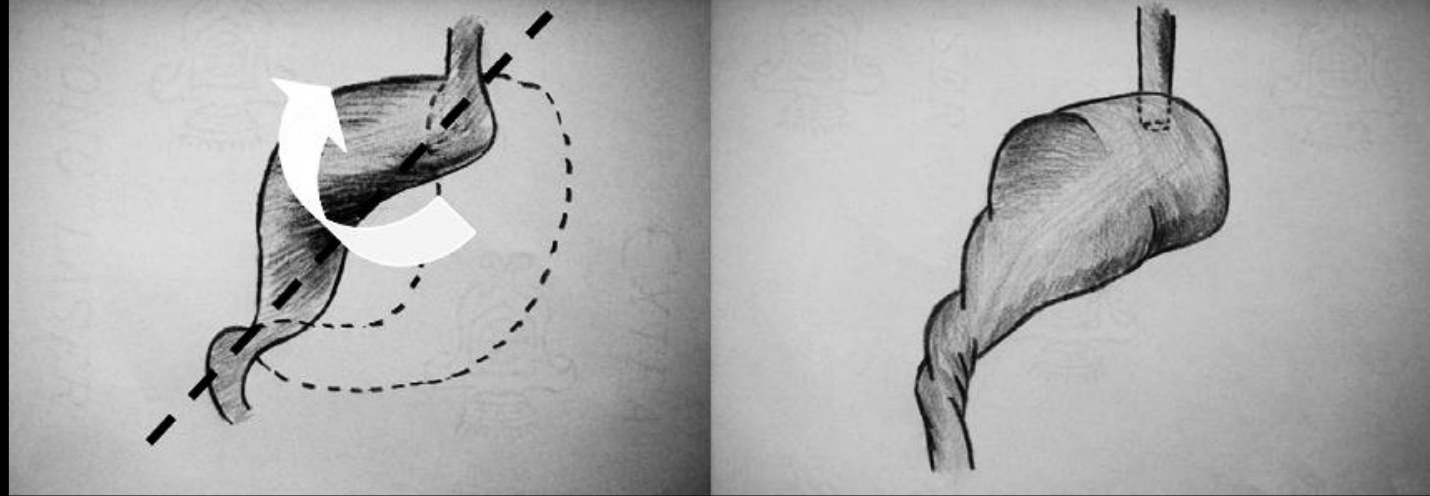
Volvulus gastriques

Organo axial

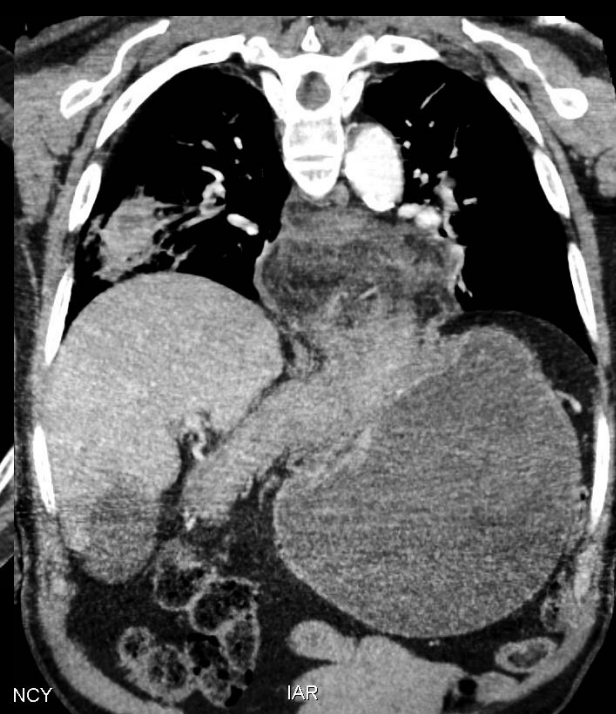
Organo-axial

Mésenterico-axial

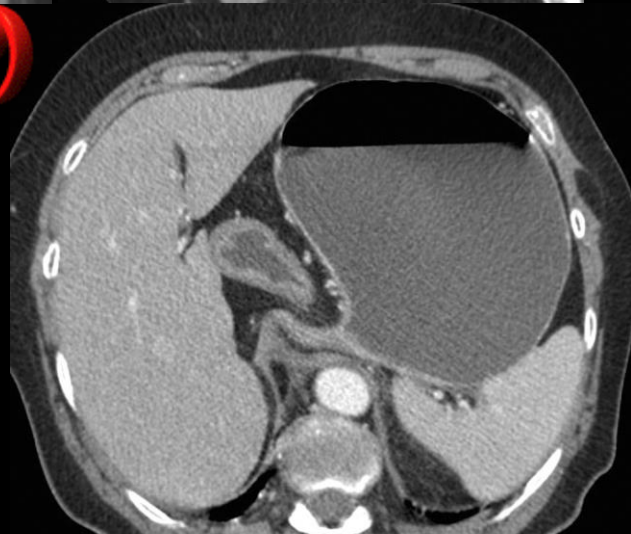
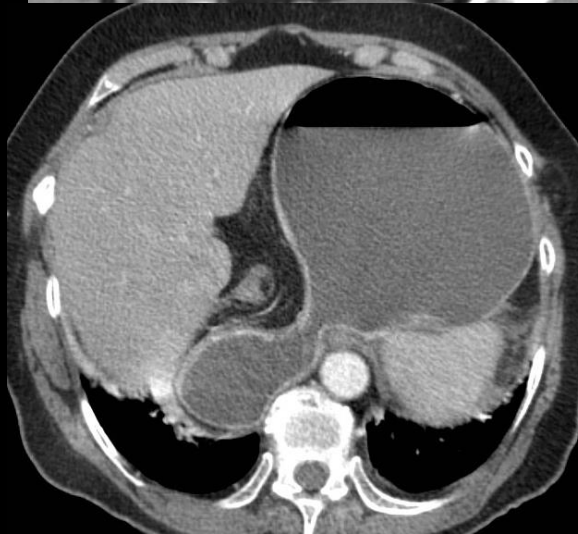
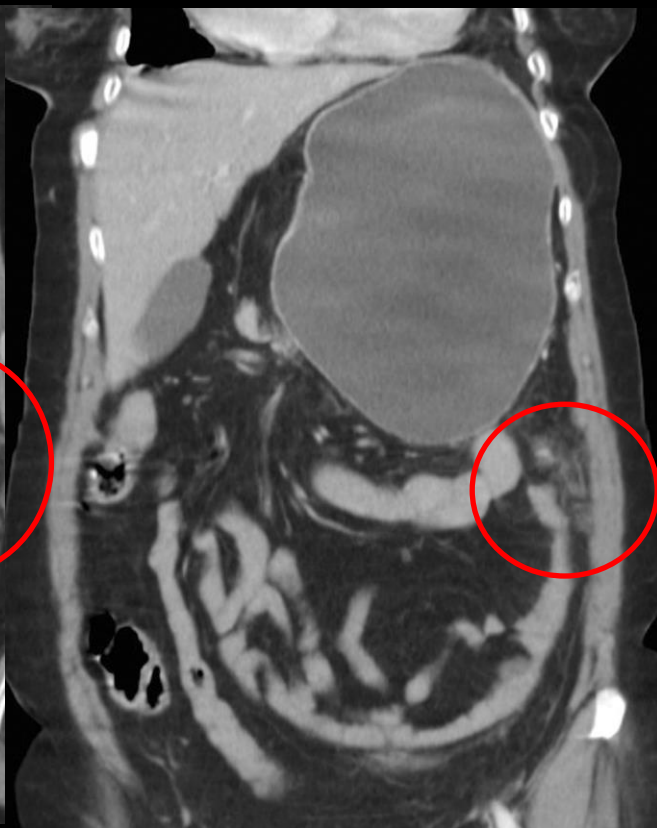
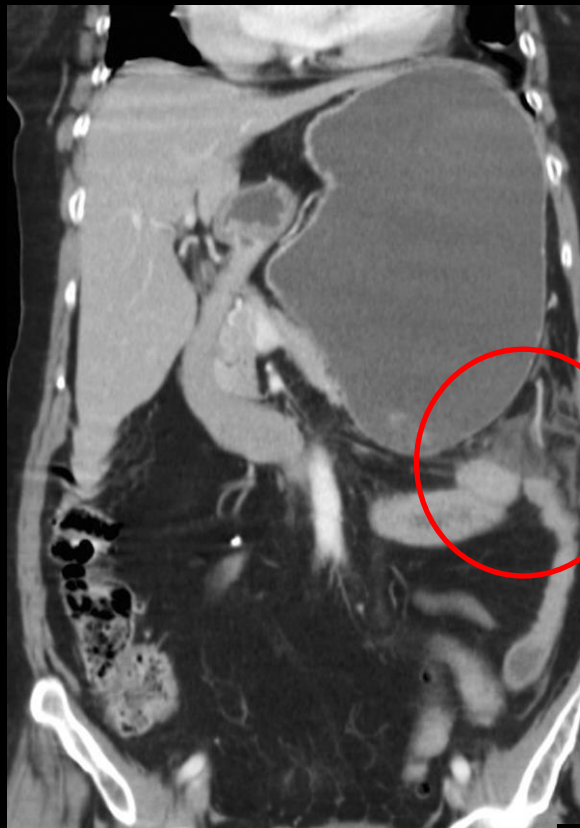
Mixte

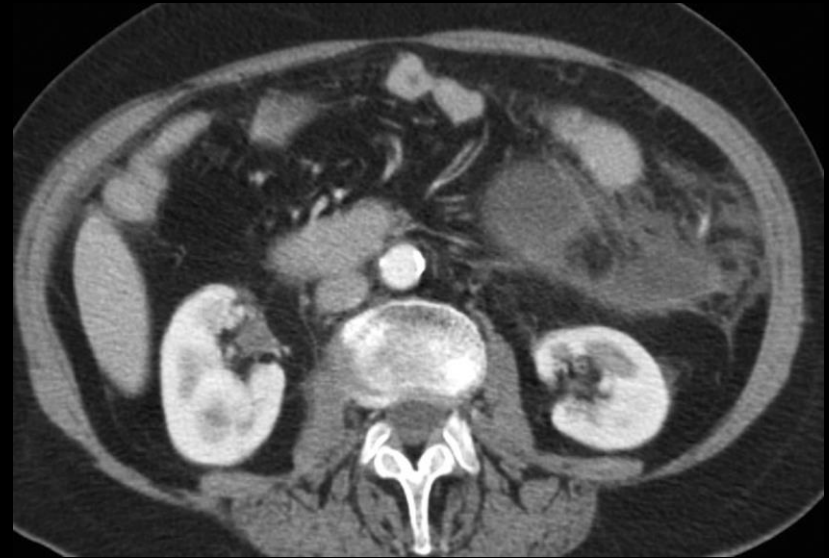


Mésenterico axial

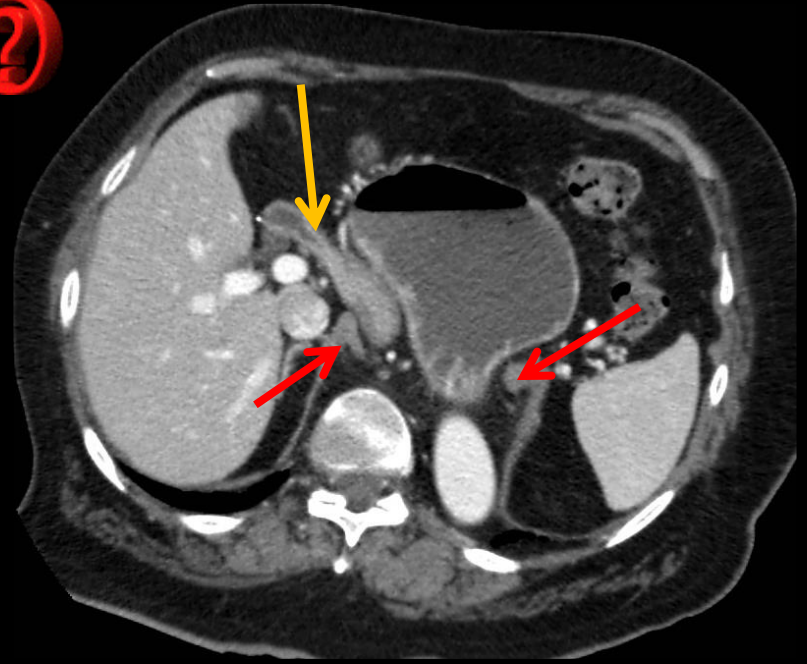
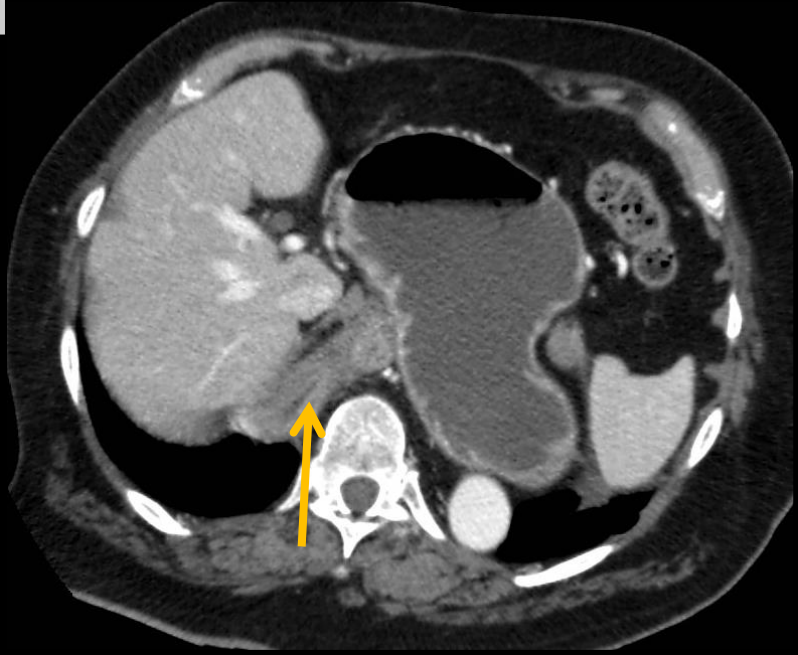
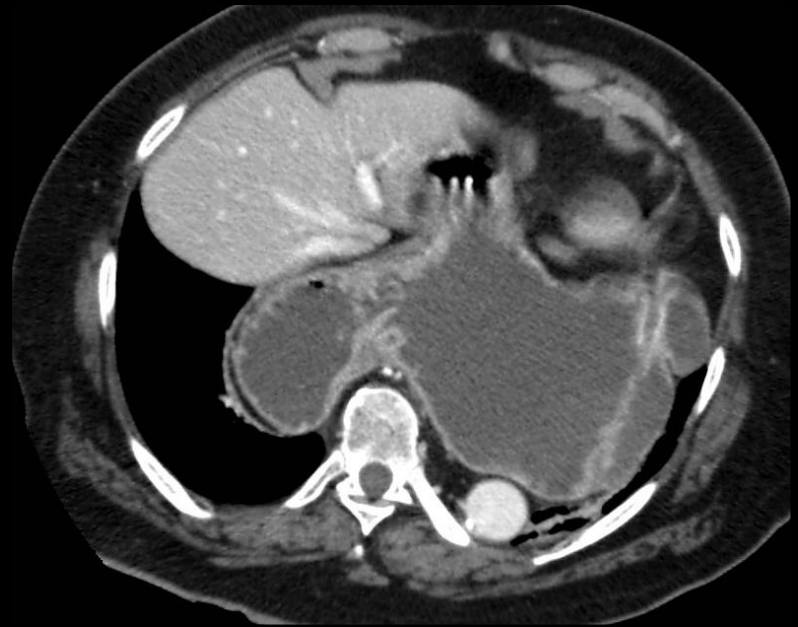
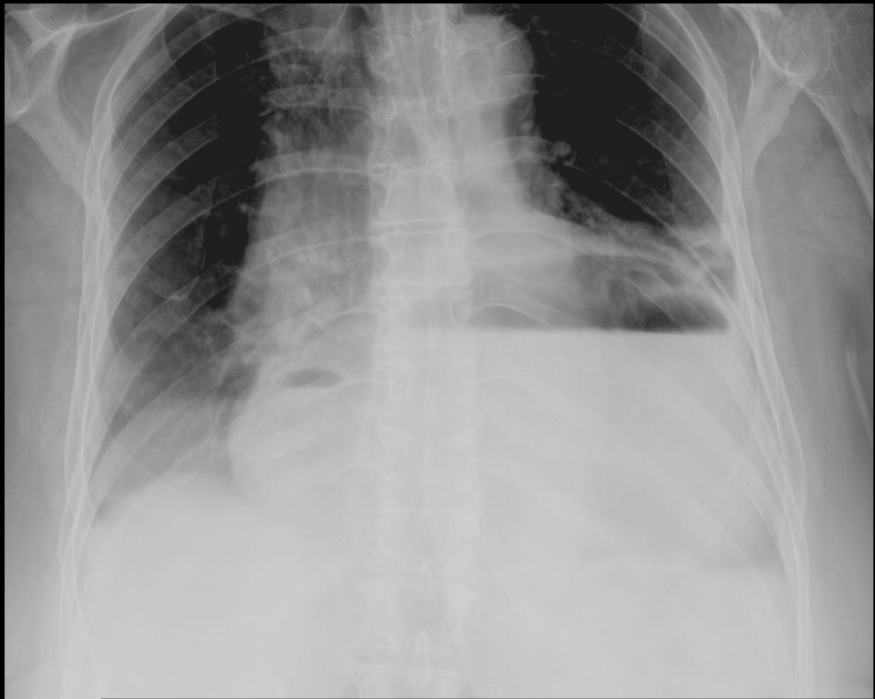


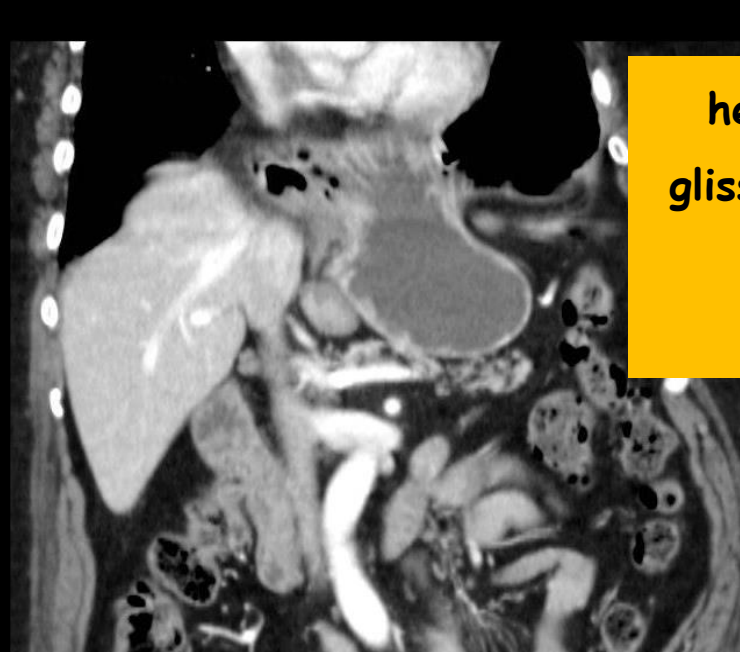
**hernie hiatale par
roulement avec volvulus
mésentérico-axial du
segment hernié du
corps gastrique
et "souffrance" du
ligament gastro-colique
hernié**



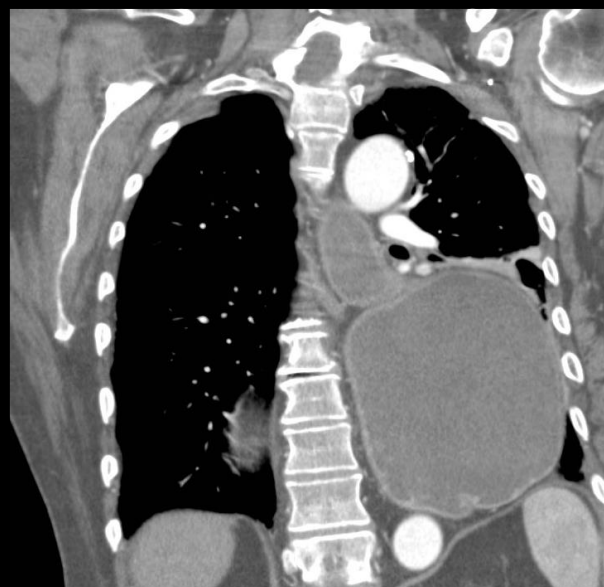
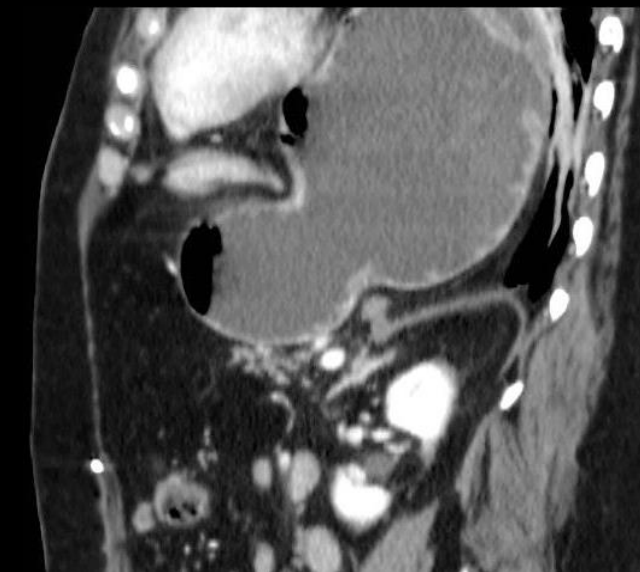


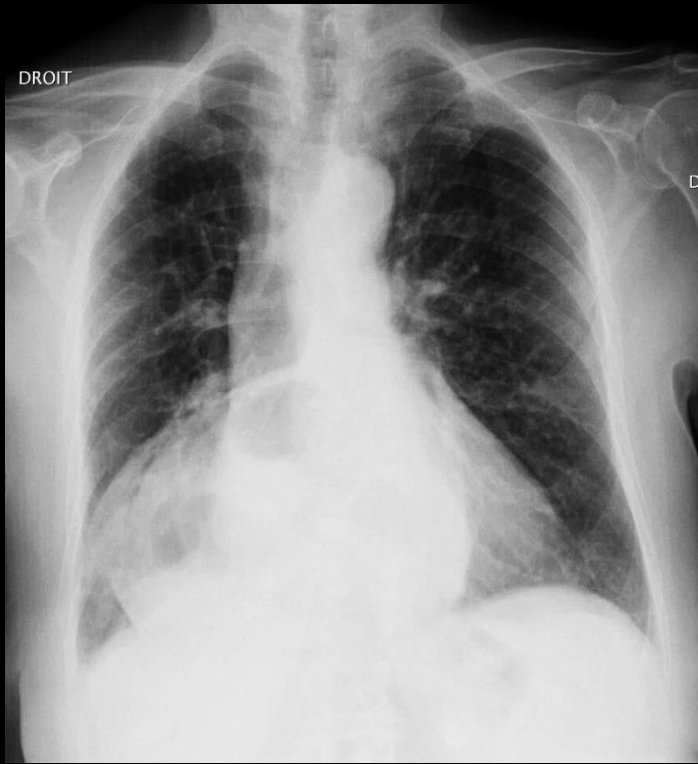
pancréatite aiguë caudale et volvulus mésentérico-axial de l'estomac
"petite hernie par roulement"



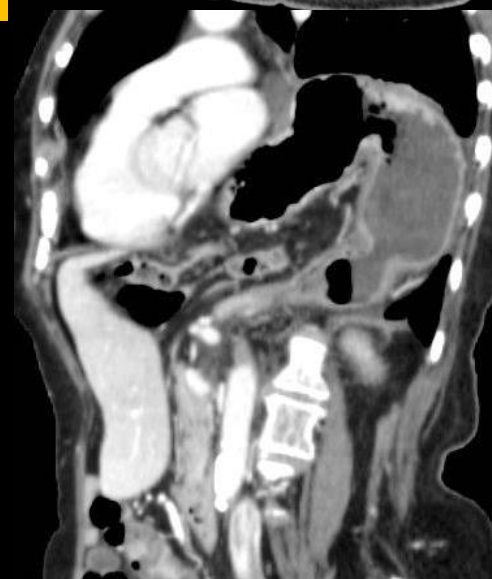


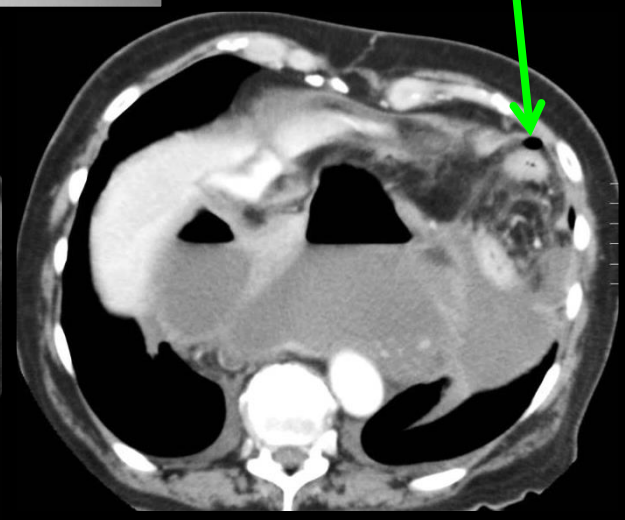
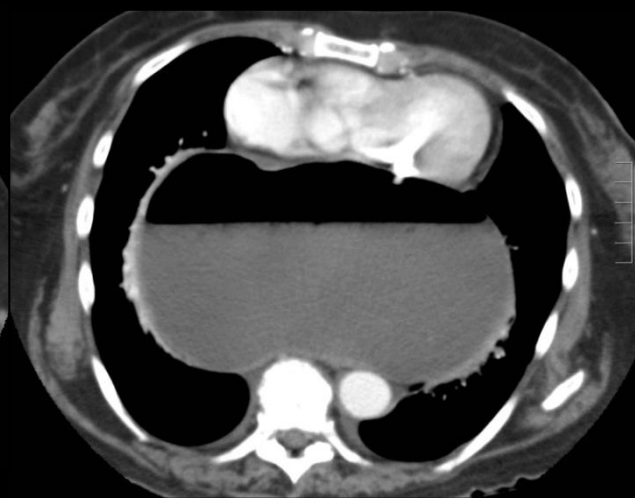
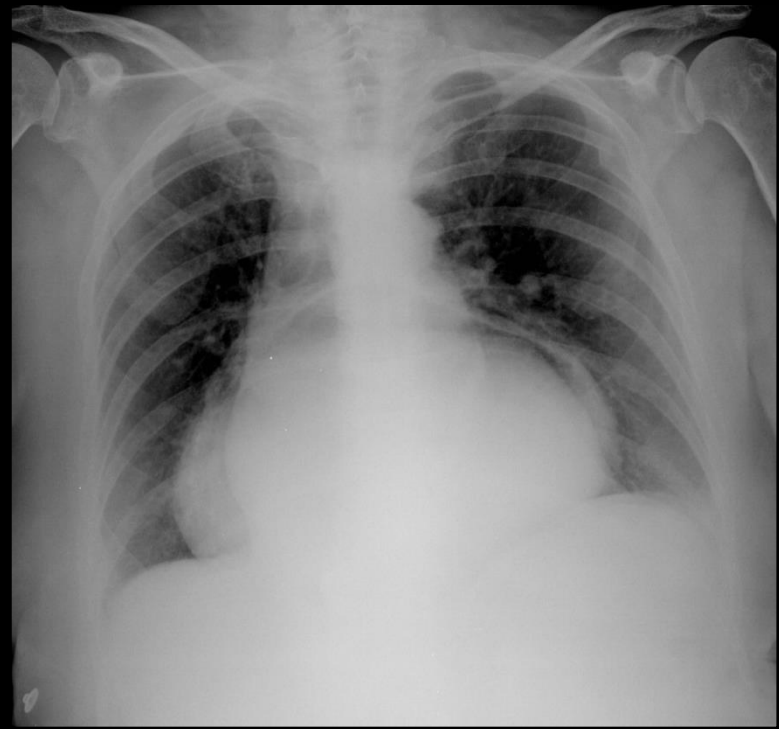
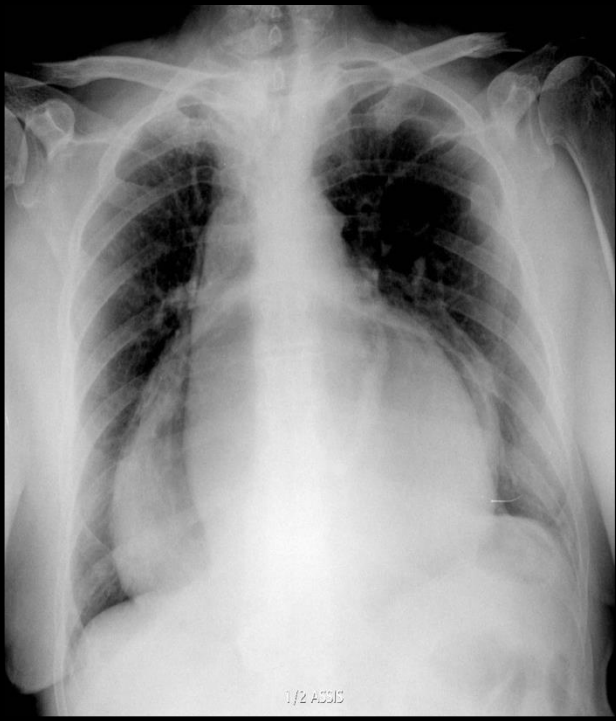
**hernie hiatale par
glissement et sténose
pylorique
"fonctionnelle"**

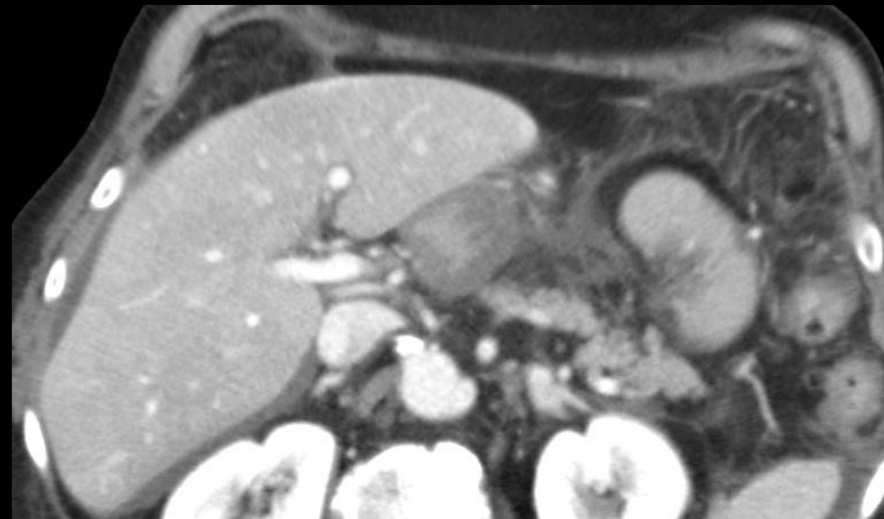
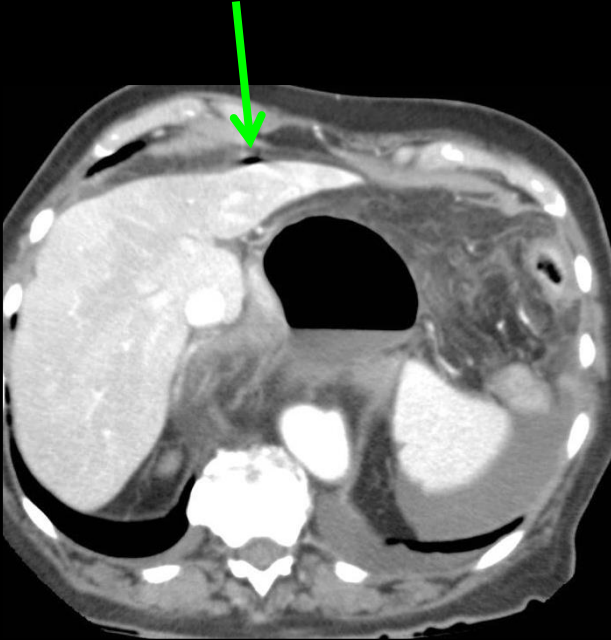




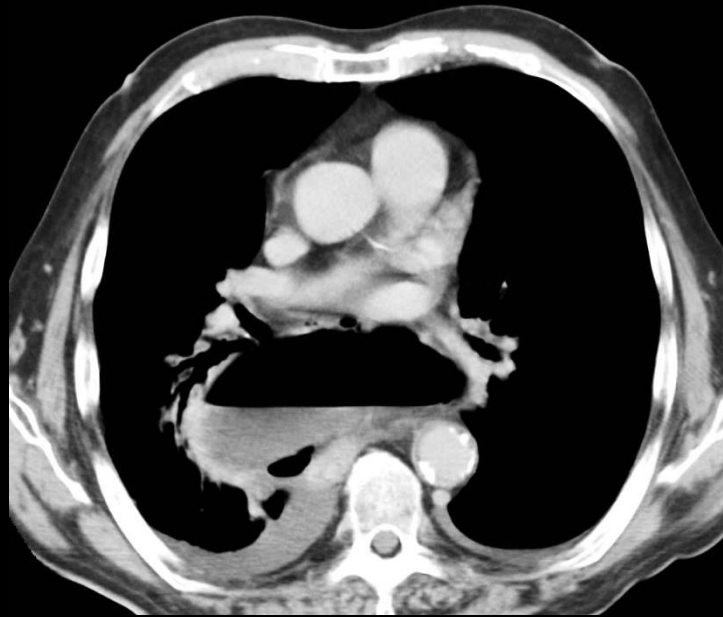
hernie hiatale par roulement à contenu gastrique (volvulus organo-axial), colique; et épiploïque

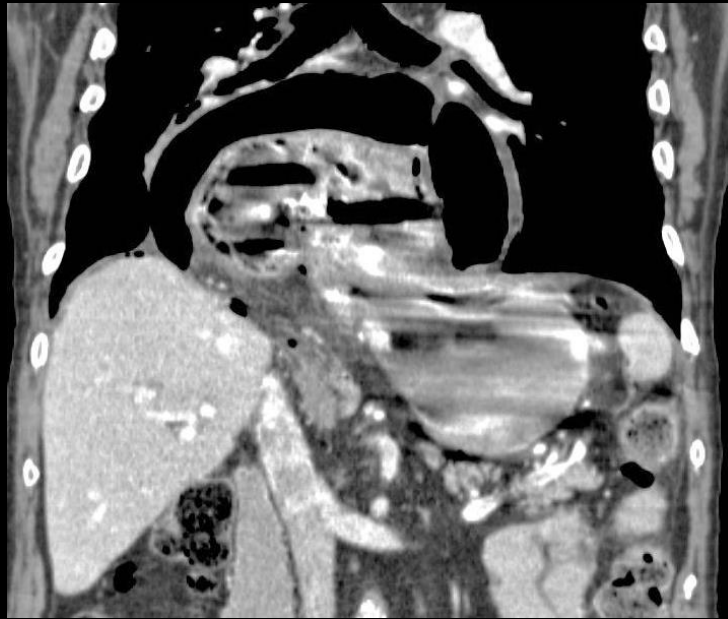
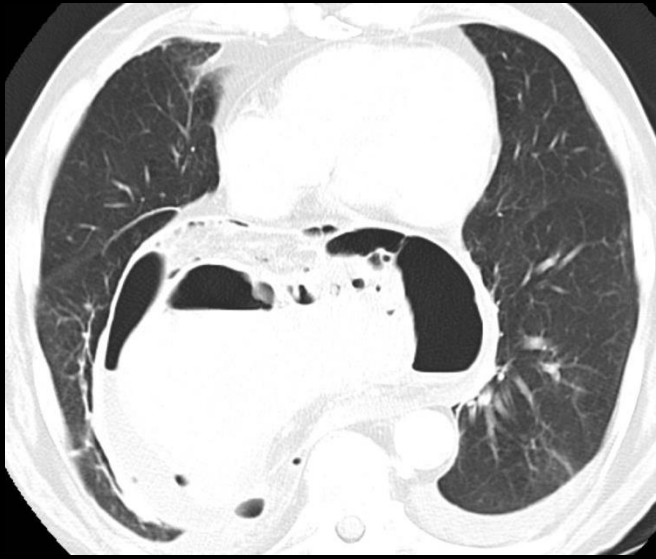


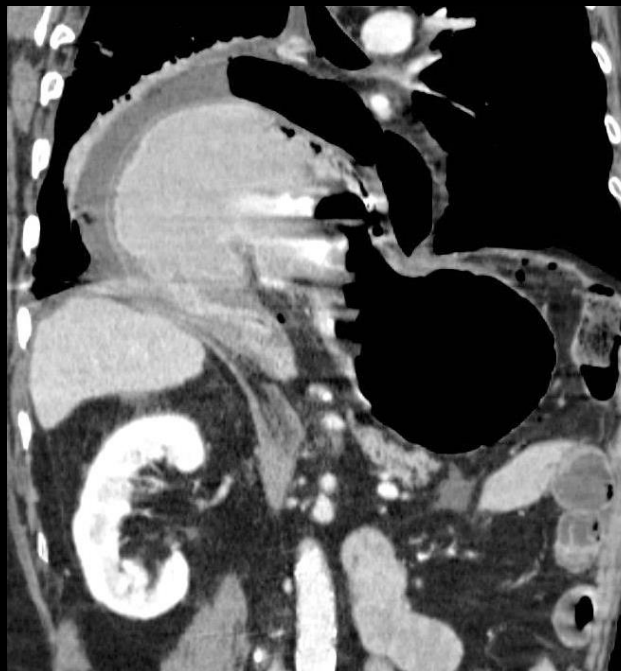
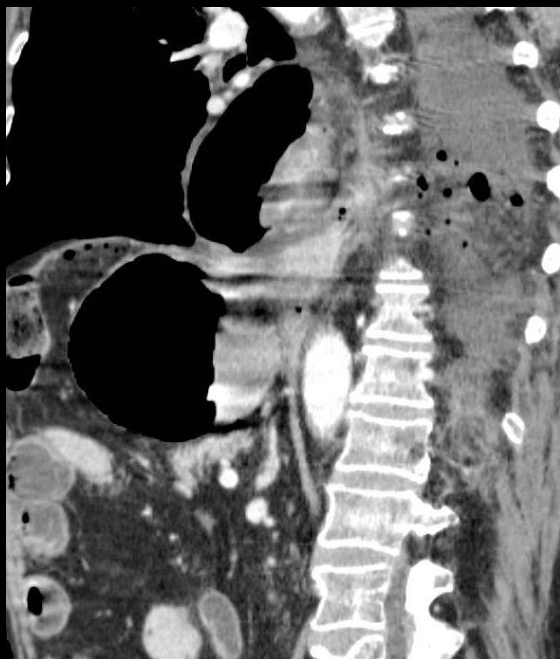
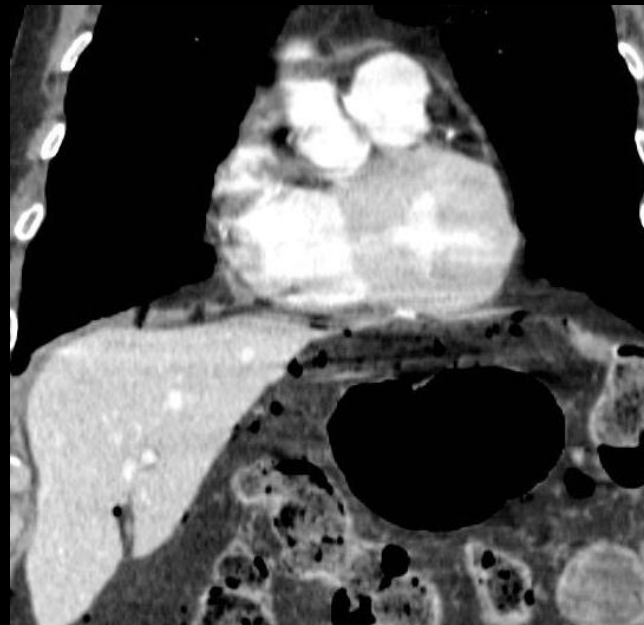
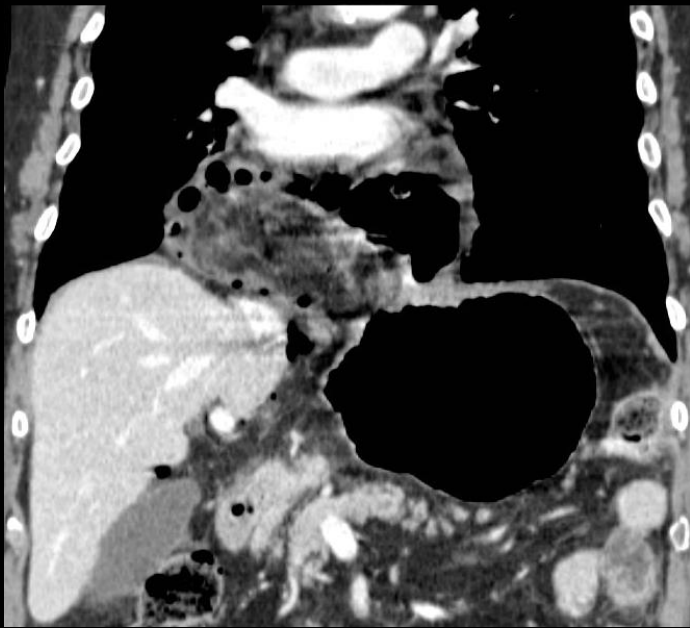




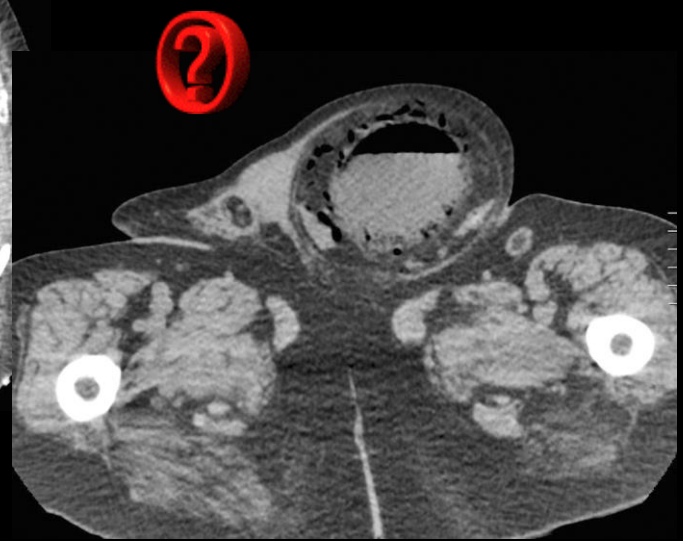
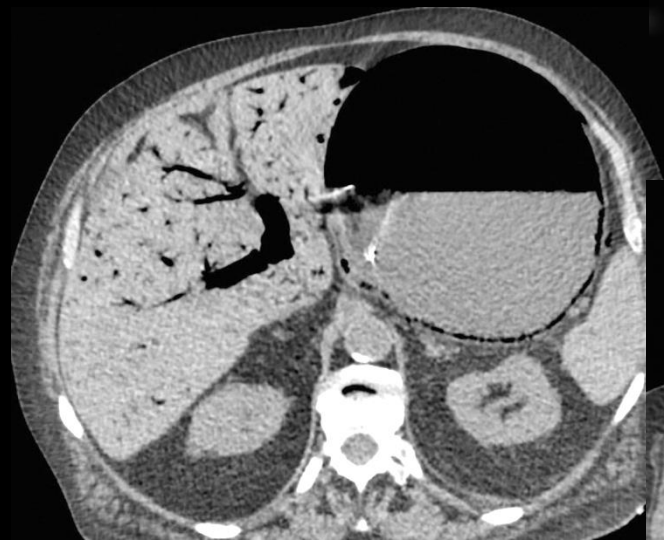
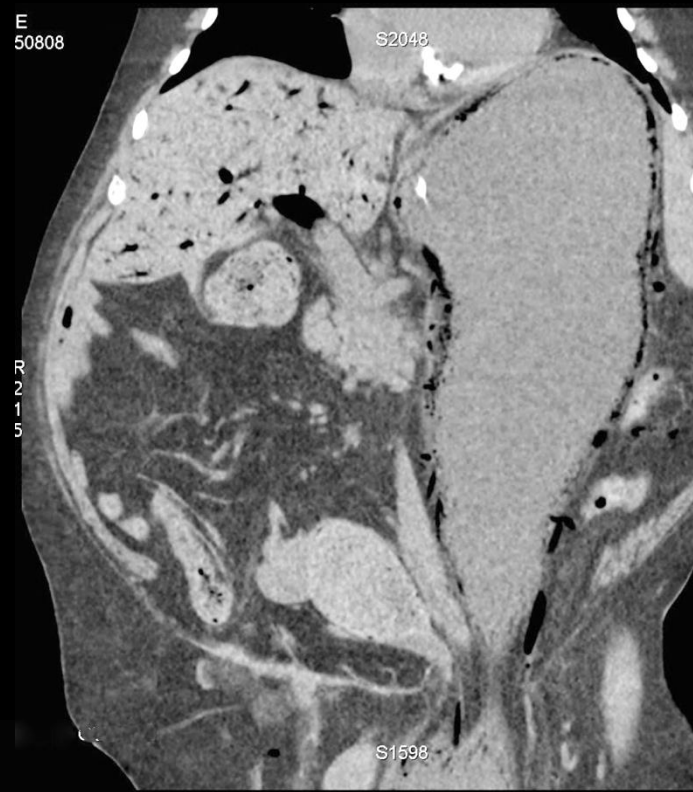
hernie hiatale par roulement, volvulus mésentérico-axial de l'estomac et perforation couverte d'un ulcère du bulbe duodénal ; "misty mesentery"



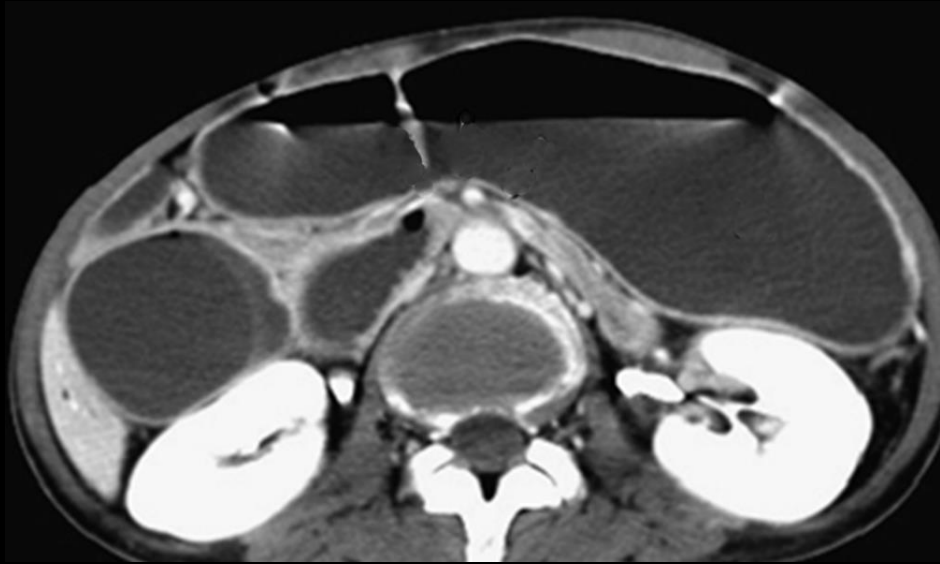


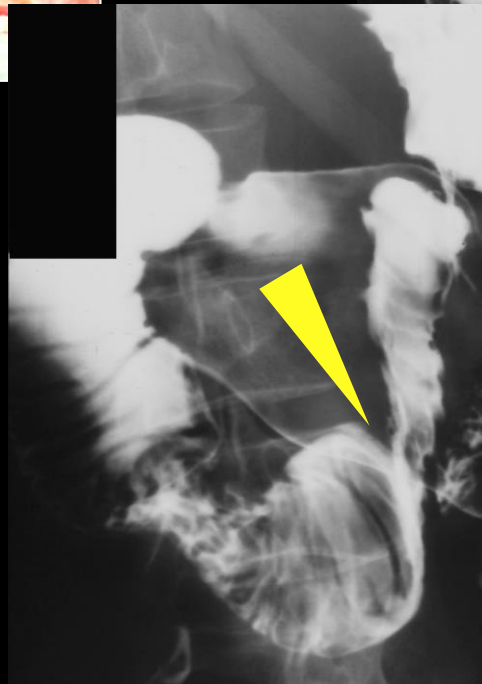
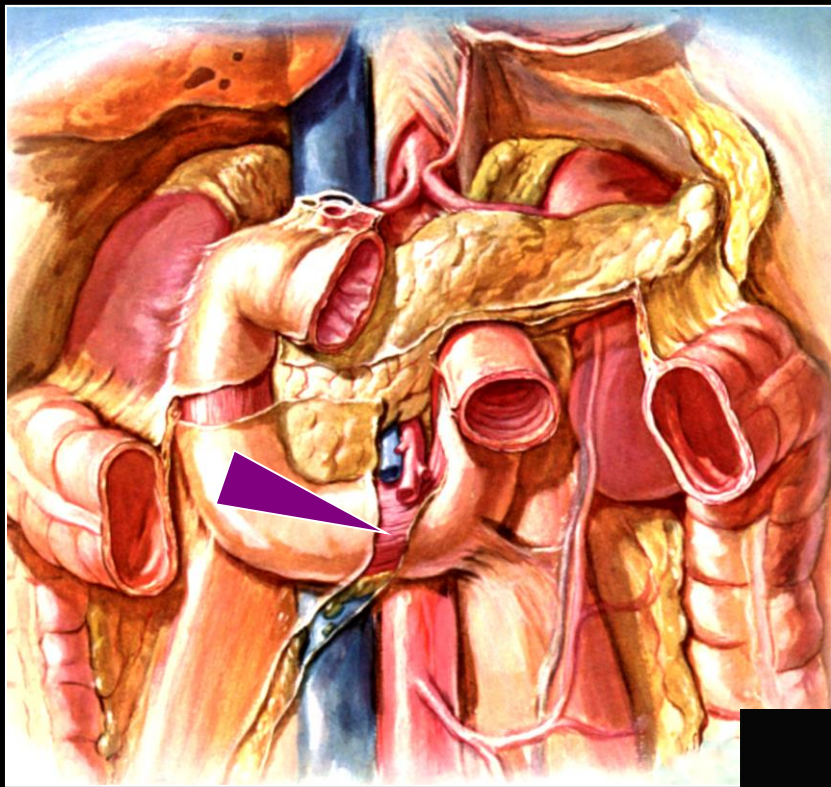


**hernie hiatale par
roulement, volvulus
mésentérico-axial de
l'estomac et
perforation d'un
ulcère gastrique en
péritoine libre**



**hernie inguinale
étranglée à contenu
gastrique
emphysème pariétal
gastrique
aéroportie**





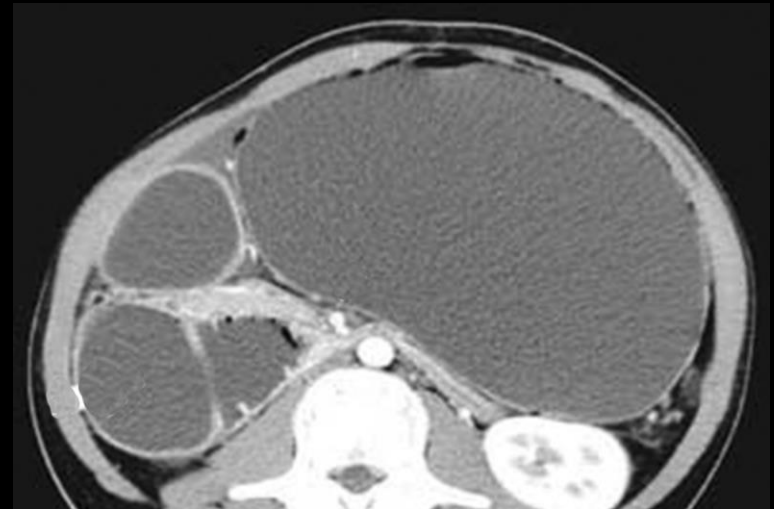
**syndrome de la pince
mésentérique ou
syndrome de Wilkie**

syndrome de la pince
mésentérique ou
syndrome de Wilkie

La graisse et les lymphatiques périvasculaires créent un **coussinet protecteur pour l'AMS**. En cas de perte de poids majeure et rapide , ce coussinet disparaît , ce qui ferme la pince aorto-mésentérique et comprime D3

Cela s'observe dans l'anorexie mentale, au cours des états hypermétaboliques (grands brûlés, chirurgie lourde, cachexie des cancers), malabsorptions, insuffisance cardiaque congestive évoluée

Certains **facteurs anatomiques sont favorisants** :
hyperlordose, origine basse de l'AMS sur l'aorte,
ligament de Treitz court, plâtre thoraco-abdominal

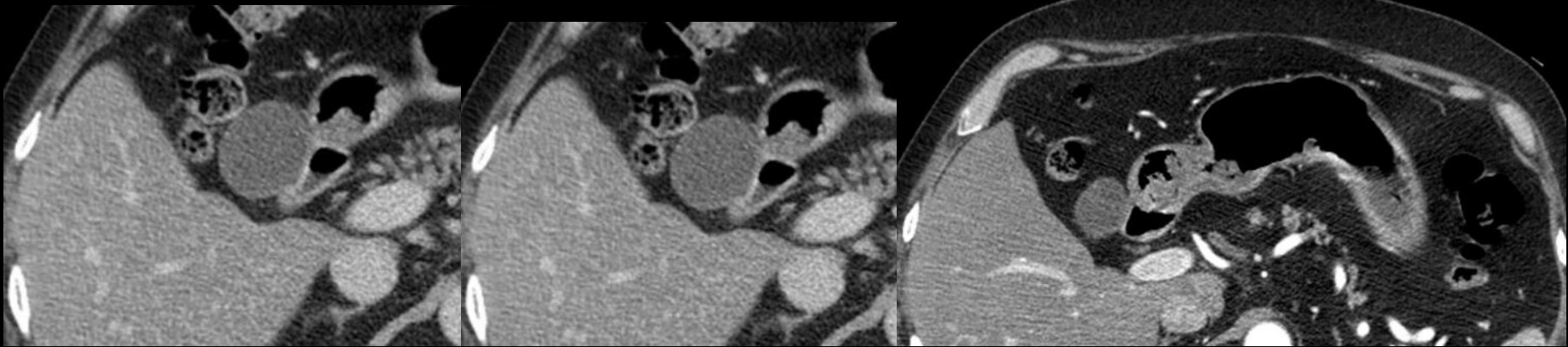


Le syndrome de l'AMS, ne doit pas être confondu avec le syndrome casse-noisette(nutcracker's sd) conséquence d'une obturation de la veine rénale G dans la pince aorto-mésentérique, à l'origine d'hématuries, varices pelviennes , varicocèles

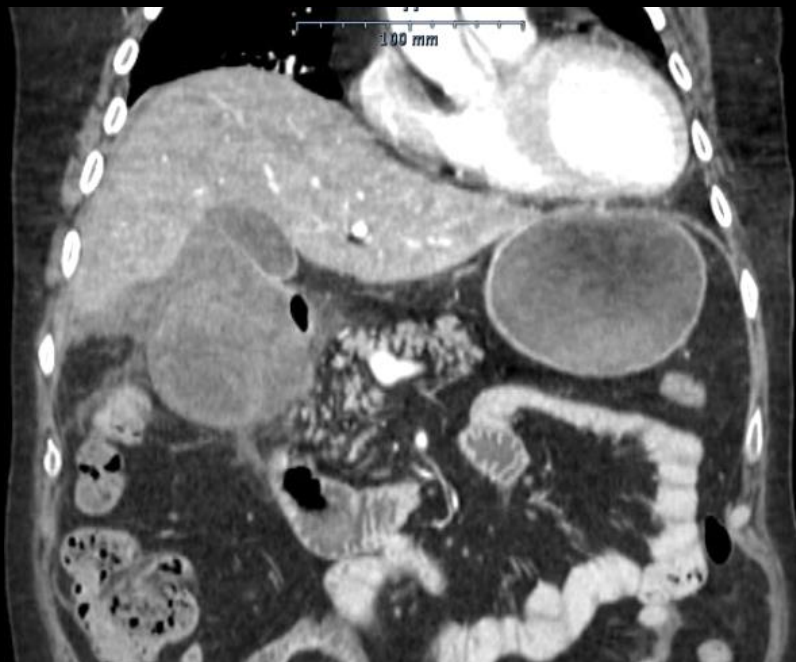
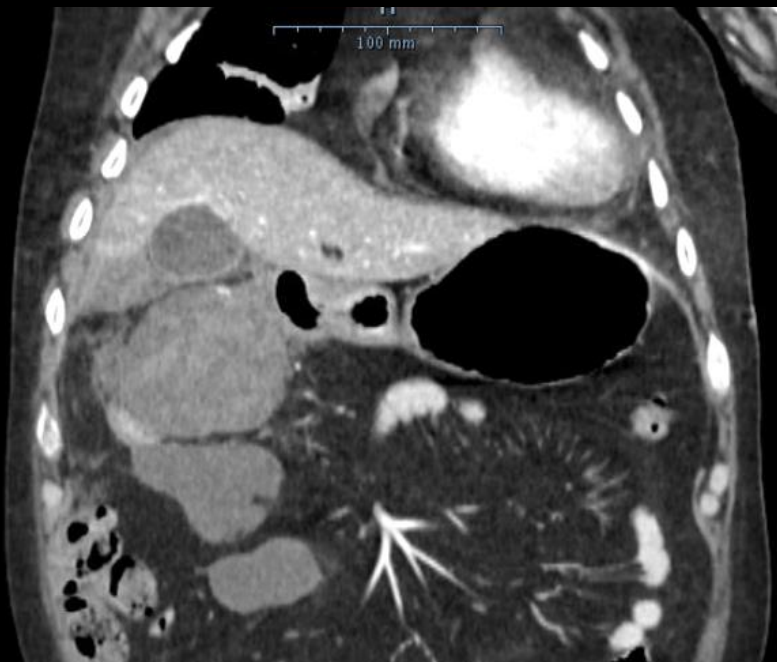


le syndrome de l'AMS a été décrit par von Rokitanski en 1861 . Plus tard Wilkie en a fait une étude clinique , physiopathologique plus poussée à propos d'une série de 60 cas. son nom a été donné à ce syndrome dans la littérature de langue anglaise

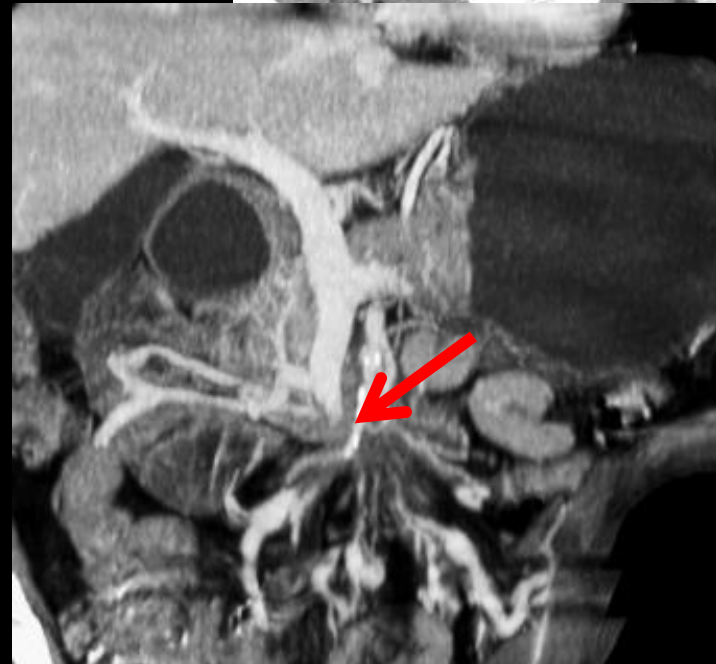
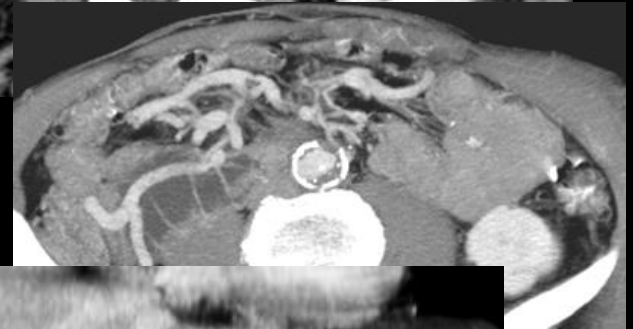
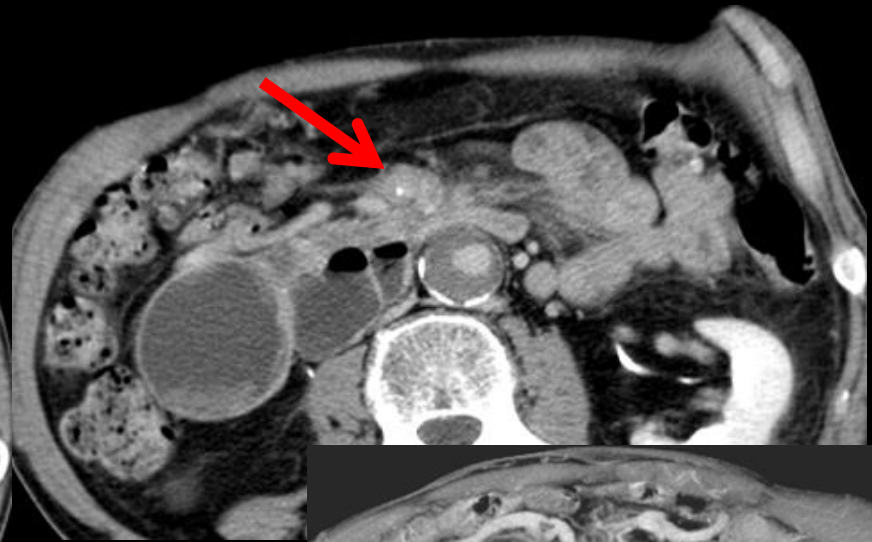
syndrome de la pince
mésentérique ou
syndrome de Wilkie



duplication duodénale compliquée de saignement intra-lésionnel



**duplication duodénale
hémorragique rompue**

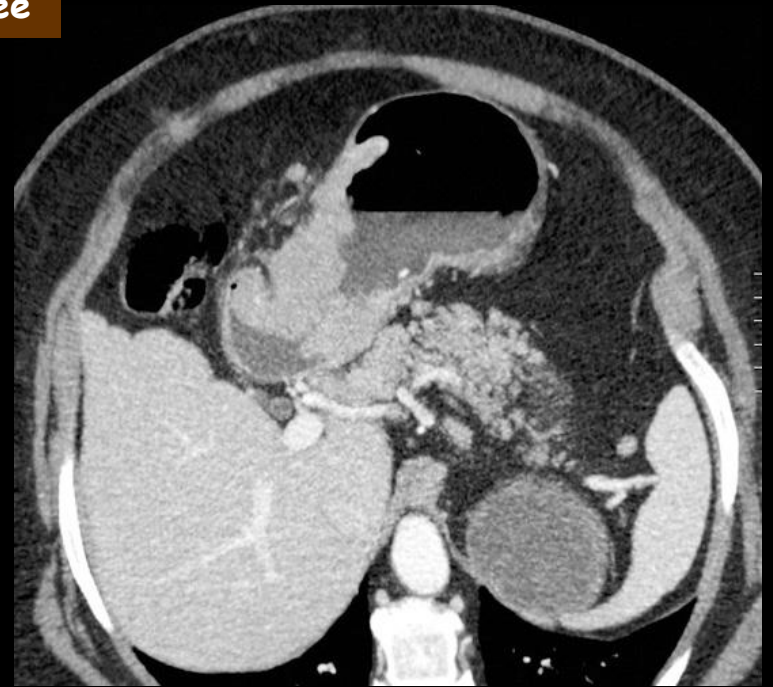


compression D3 par propagation
fibreuse périvasculaire d'un
adénocarcinome ductal du pancréas

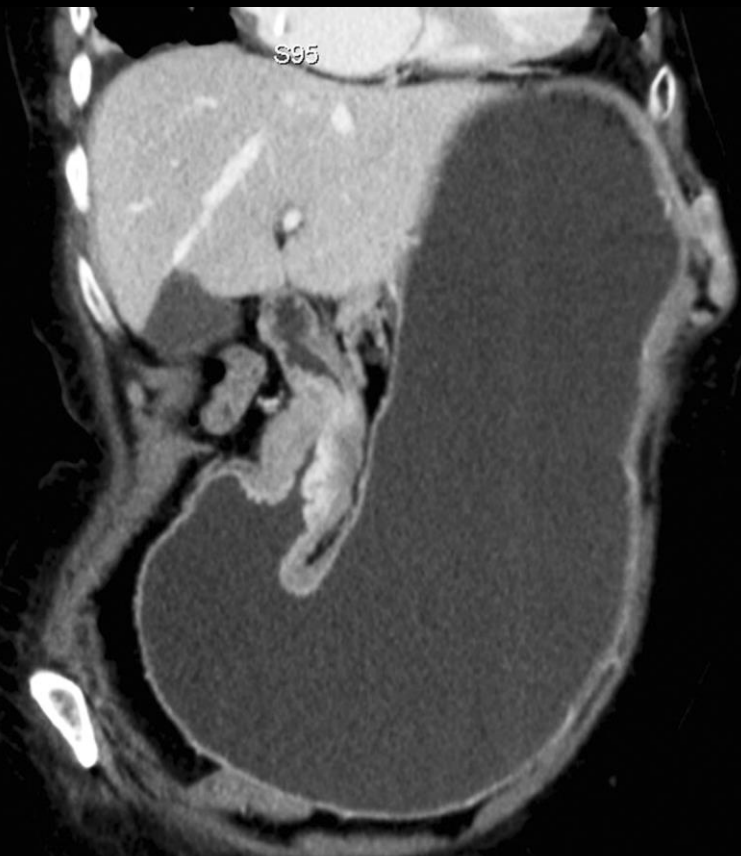
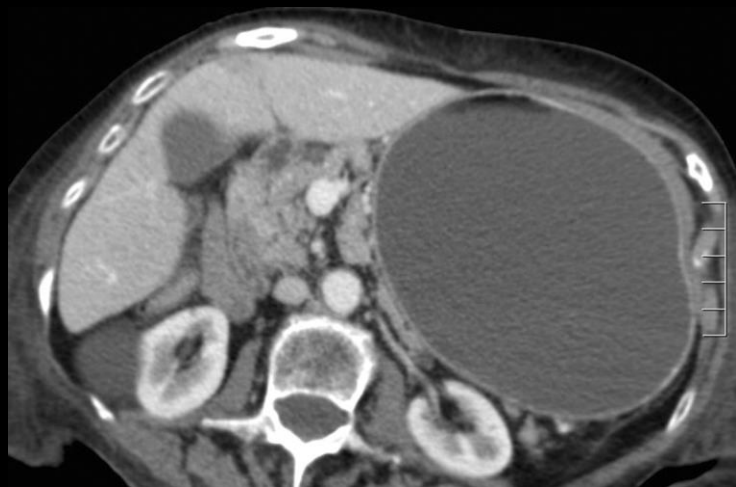
1-1-2 occlusions gastro-duodénales d'origine pariétalee

1-1-2-1 origine pariétale tumorale

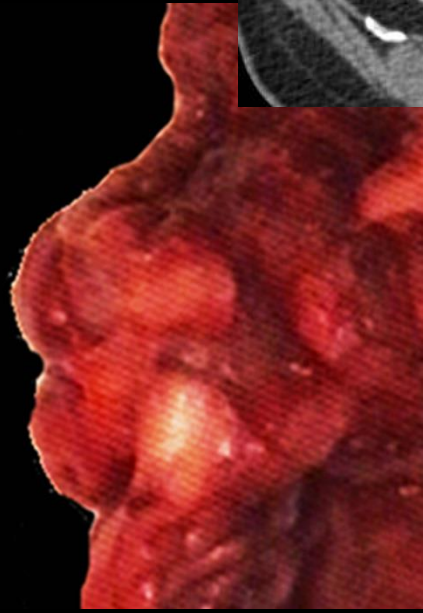
-les lésions malignes pariétales primitives duodénales et de l'antra gastrique et les propagations de lésions malignes des organes adjacents



adénocarcinome
antral sténosant



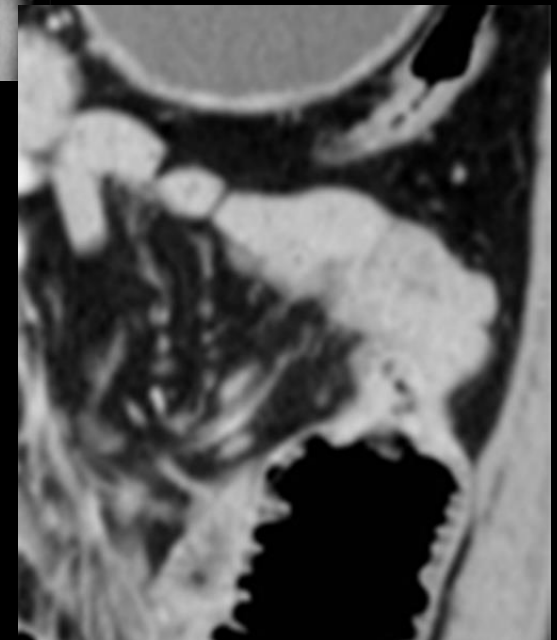
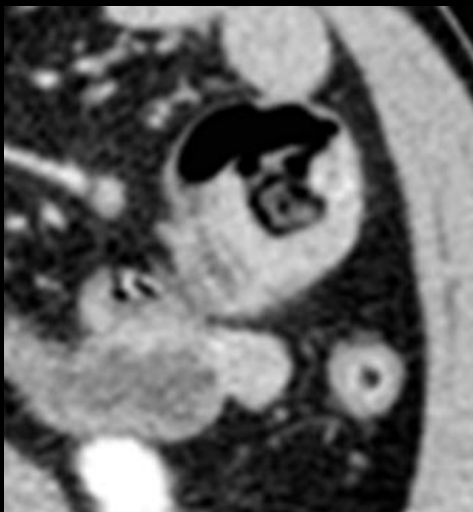
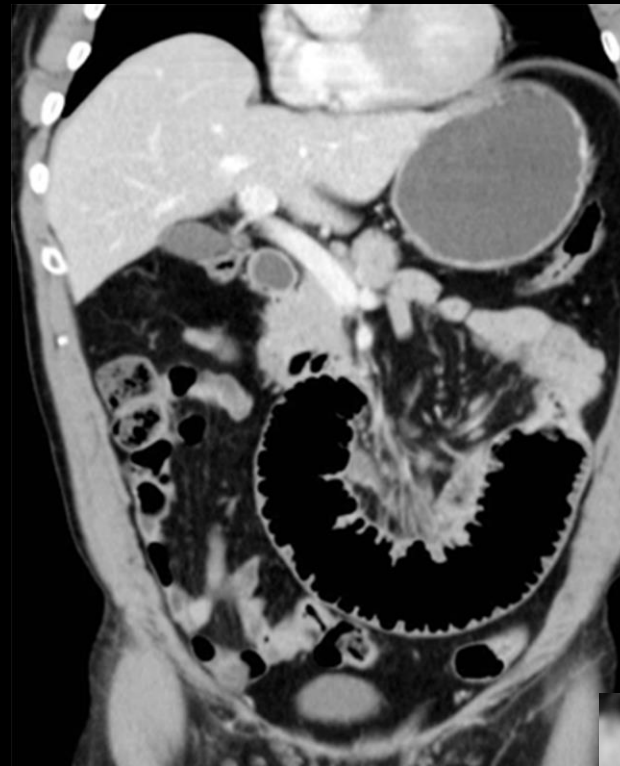
**métastase
hématogène
pseudo-linitique
d'un
adénocarcinome
lobulaire infiltrant
mammaire**



adénocarcinome sténosant de D2

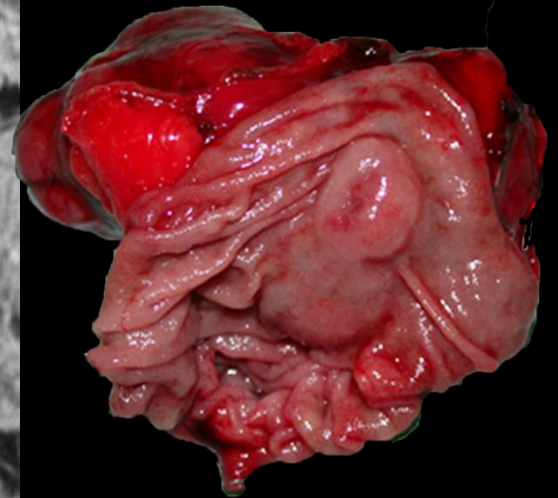
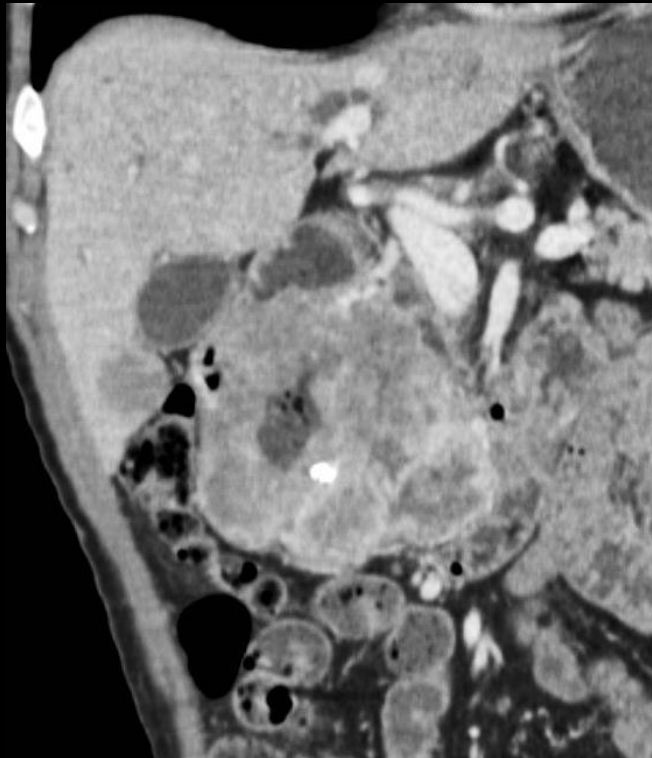
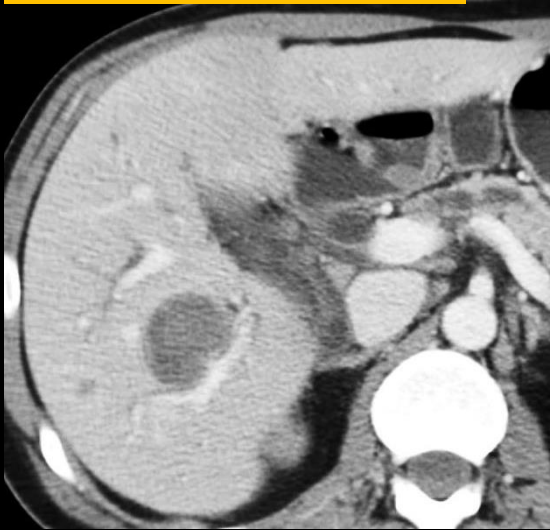


adénocarcinome
sténosant de
l'angle de Treitz





**GIST de D2-D3
métastatique**



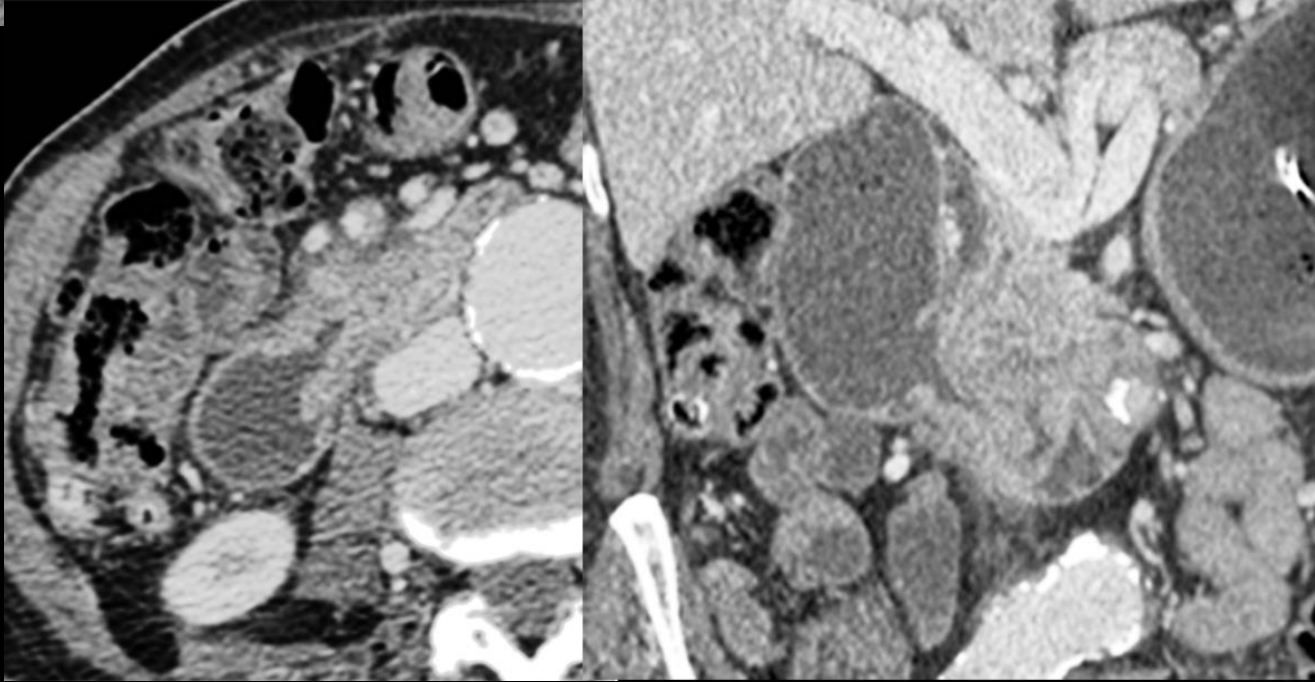


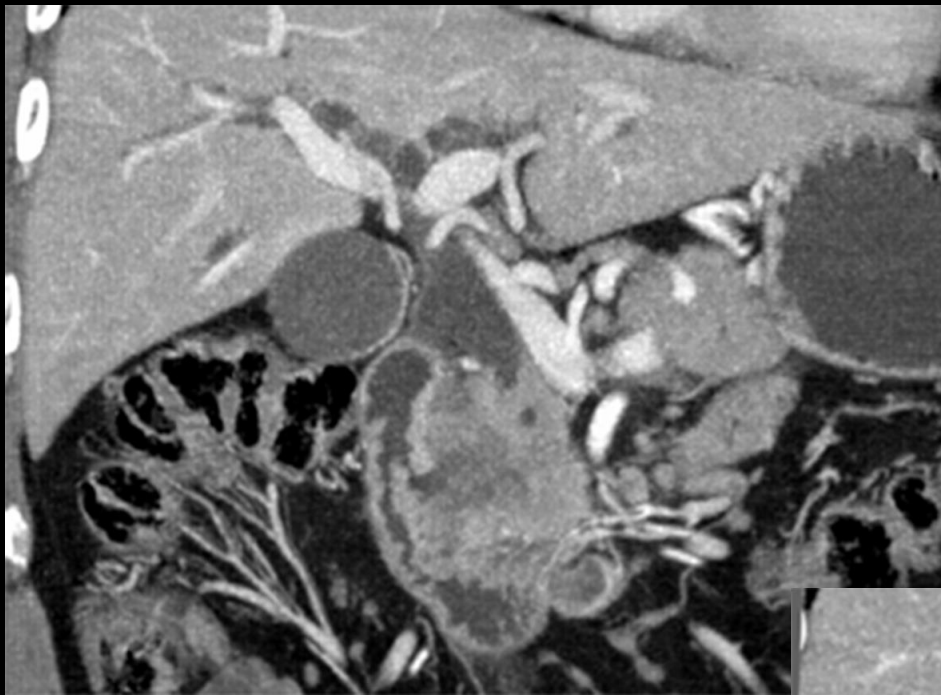
LMNH pyloro-
bulbaire



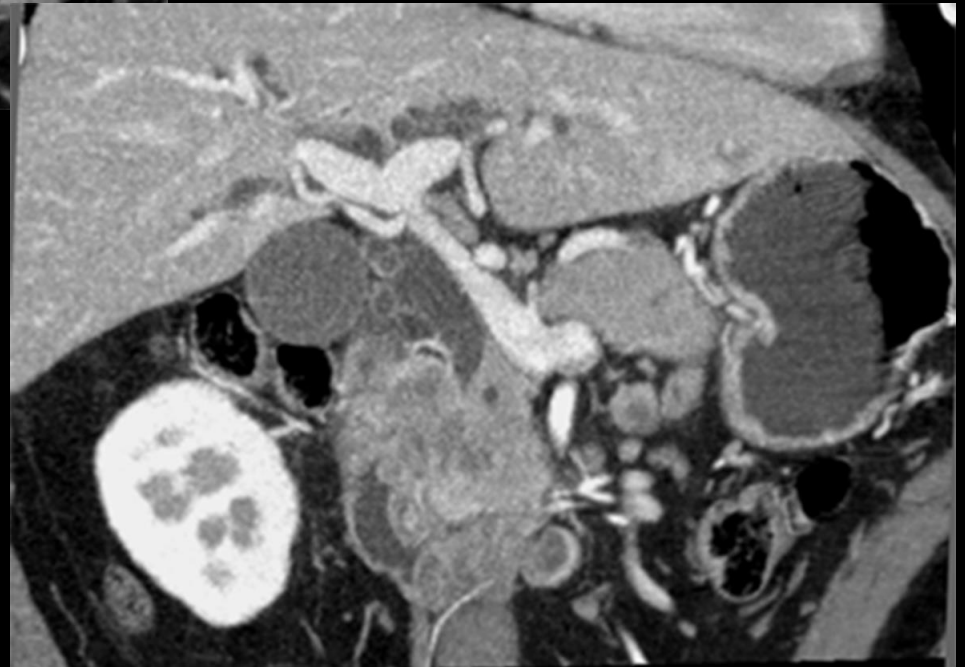


lymphome de Burkitt duodénal

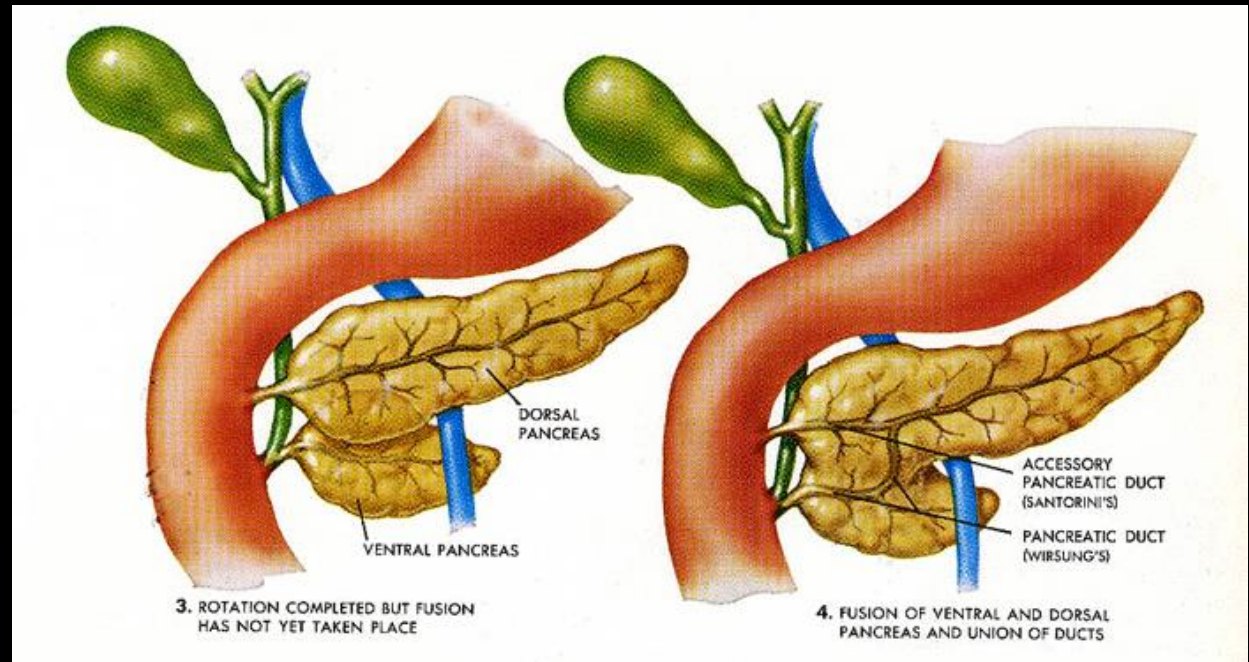
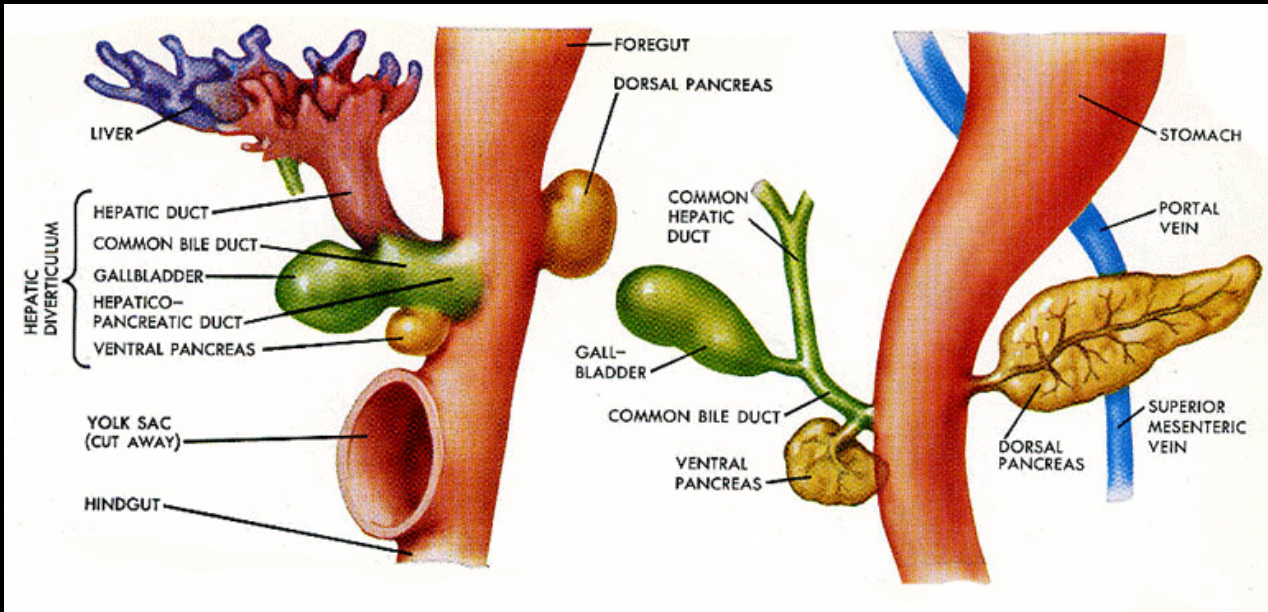




**adénocarcinome ductal du
pancréas céphalique envahissant
la paroi interne de D2**



embryologie



pancréatite paraduodénale

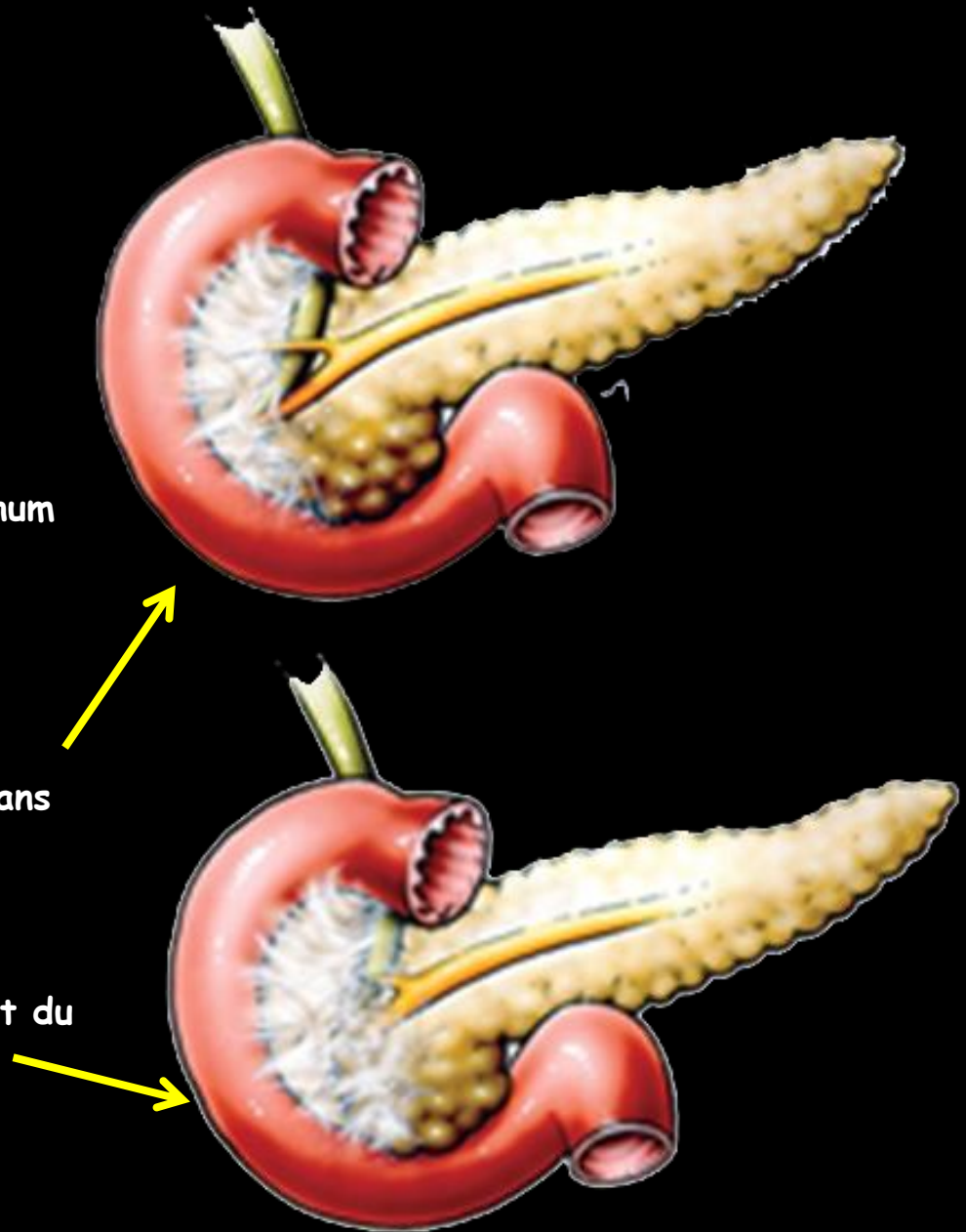
(du sillon, groove pancreatitis, dystrophie kystique sur pancréas aberrant de la paroi duodénale)

"Forme focale de pancréatite chronique atteignant le sillon pancréatico duodénal, localisée entre la tête du pancréas, le duodénum et la voie biliaire principale"

- Deux formes

Forme pure : atteinte limitée au sillon sans atteinte parenchymateuse

Forme segmentaire : atteinte du sillon et du parenchyme pancréatique adjacent; refoulement de la VBP vers la gauche



- 2 points communs aux deux formes

- la topographie des lésions

typiquement l'épicentre des lésions se situe au niveau de la papille mineure, lieu d'abouchement du canal de Santorini (système canalaire du pancréas d'origine dorsale); nettement au dessus de la grande papille



- le terrain

80 % des pancréatites paraduodénales sont observées chez des hommes d'âge moyen (40 ans) , éthyliques et tabagiques chroniques

sur le plan physiopathologique, il est probable qu'un dysfonctionnement de la papille mineure, d'origine anatomique ou fonctionnelle, soit le primum movens, à l'origine d'une pancréatite locale, avec une transformation kystique caractéristique



**Functional / Anatomical
obstruction of MINOR PAPPILA
+
Heterotopic Pancreatic tissue
within the Duodenal wall**



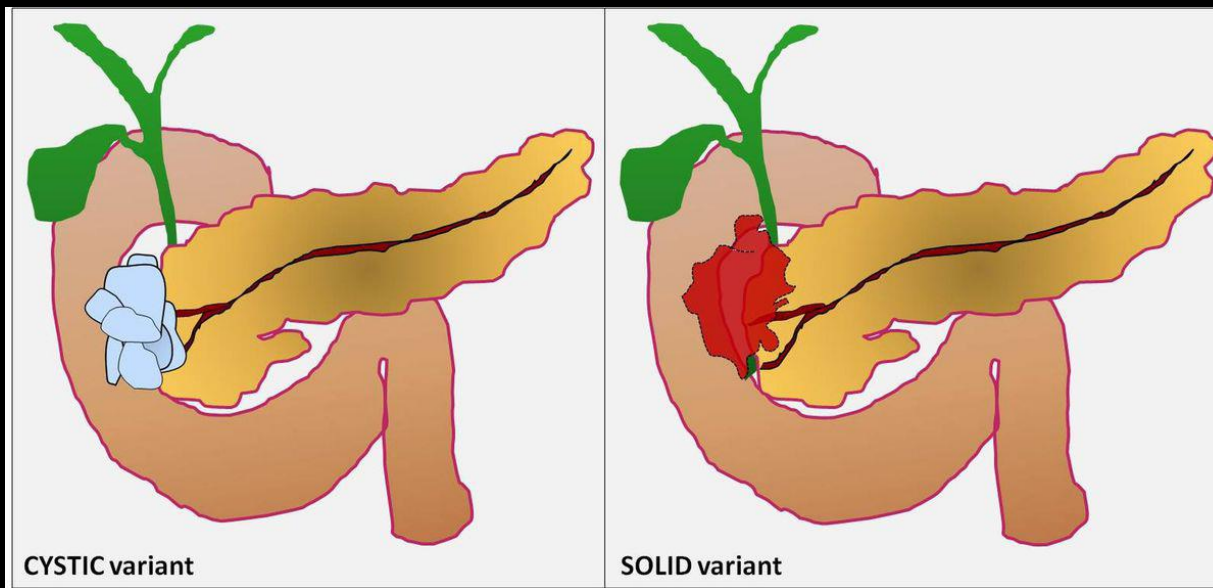
**CHRONIC ALCOHOL
consumption**



Paraduodenal Pancreatitis

file:///C:/Users/XP/Downloads/ECR2013_C-1131.pdf

That the process is often centered at the minor papilla suggests that an anatomic variation may render this area particularly susceptible to the effects of alcoholic injury.



http://poster.ng.netkey.at/esr/viewing/index.php?module=viewing_poster&doi=10.1594/ecr2013/C-1131

les 2 formes décrites par Adsay et Zamboni (2004) correspondent aux différentes présentations macroscopique qui ont été regroupées sous l'appellation "parapluie" de pancréatite paraduodénale

Paraduodenal Pancreatitis



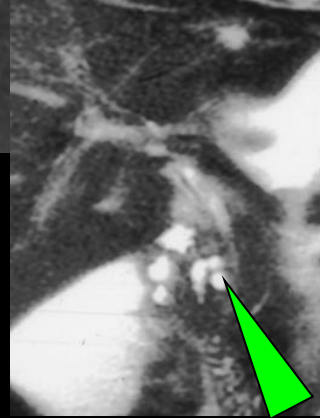
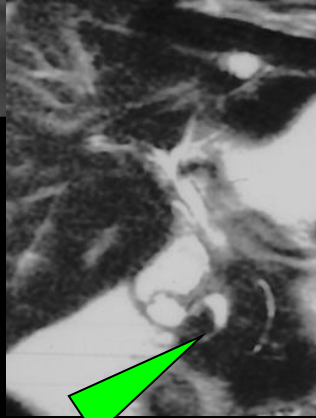
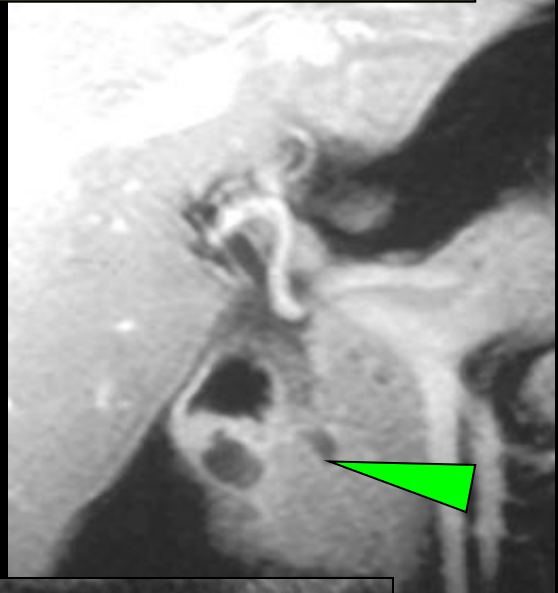
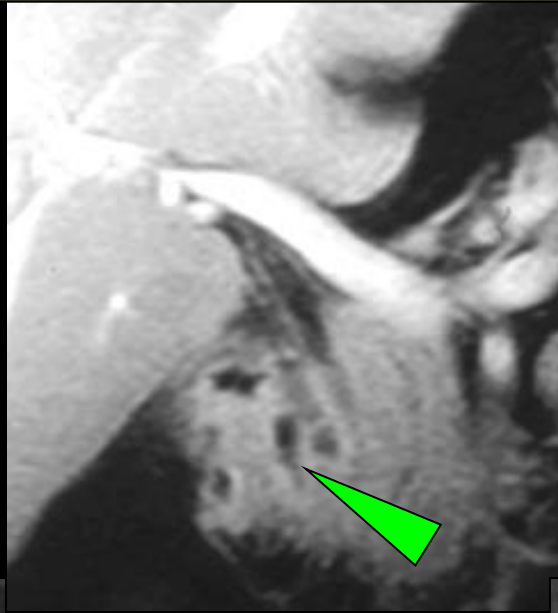
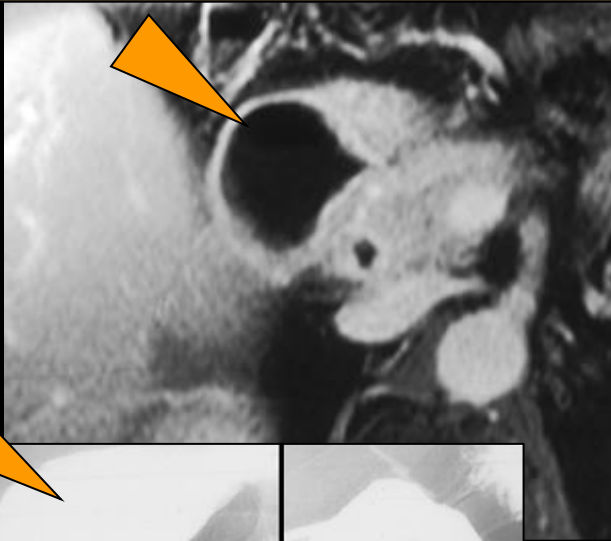
EPOS™
Electronic Presentation Online System

ESR
European Society of Radiology

Paraduodenal pancreatitis: unrecognized or misdiagnosed?

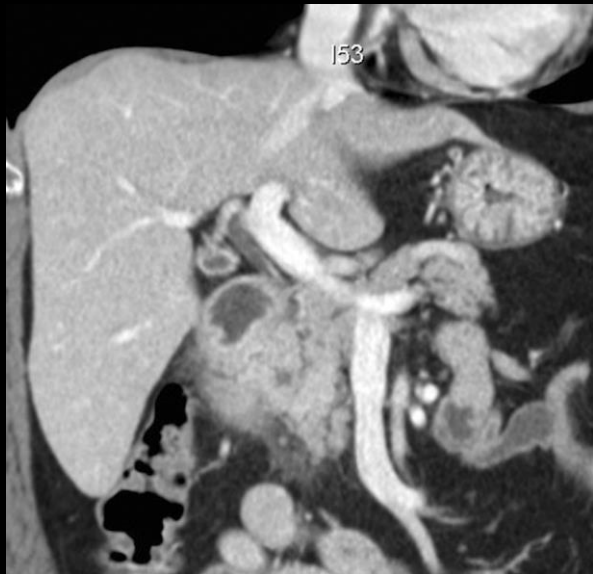
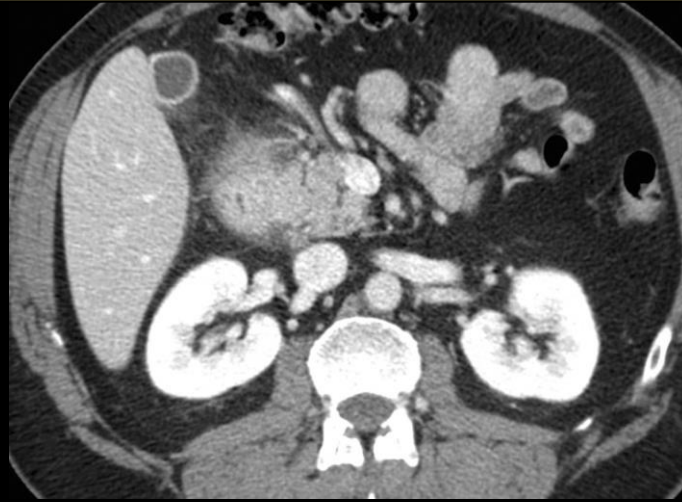
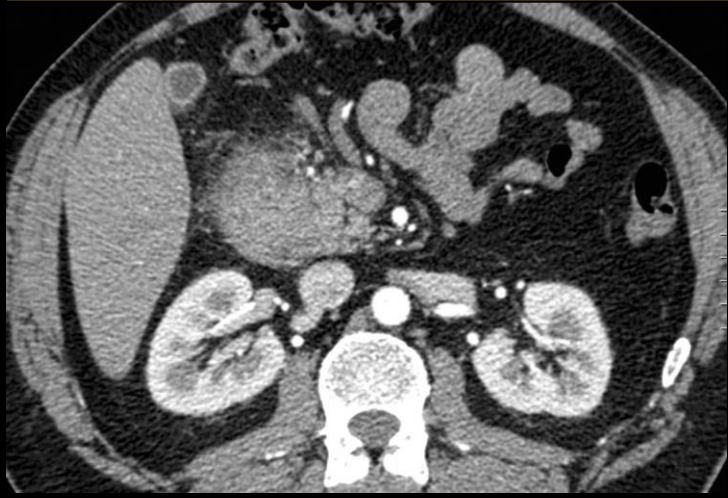
Poster No.: C-1131
Congress: ECR 2013
Type: Educational Exhibit
Authors: A. Arora¹, V. Bhatia¹, A. Mukund¹, A. Dev¹, Y. Petidar², S. T. Thapar¹, S. K. Sarin¹, ¹New Delhi/IN, ²Madhya Pradesh/IN
Keywords: Abdomen, Pancreas, CT, Ultrasound, MR, Diagnostic procedure, Inflammation
DOI: 10.1594/ecr2013/C-1131

dystrophie kystique sur pancréas aberrant de la paroi duodénale

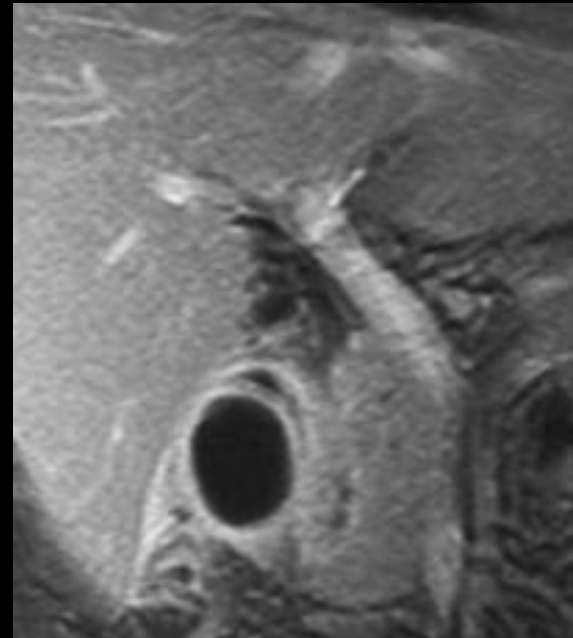
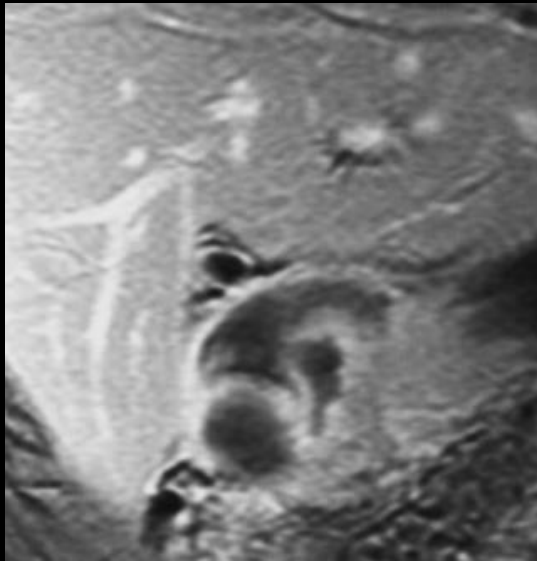
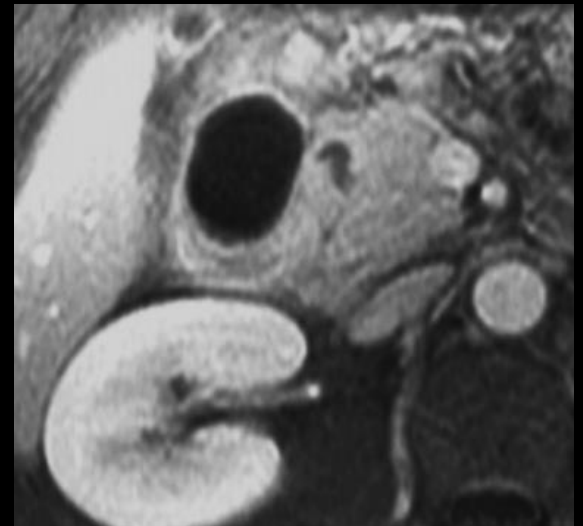


sténose serrée de la région haute de D2 avec dilatation d'amont
épaississement pariétal avec rehaussement retardé progressif caractéristique du tissu fibreux collagène
images kystiques de la région de la papille mineure

myoadénomatose-forme solide

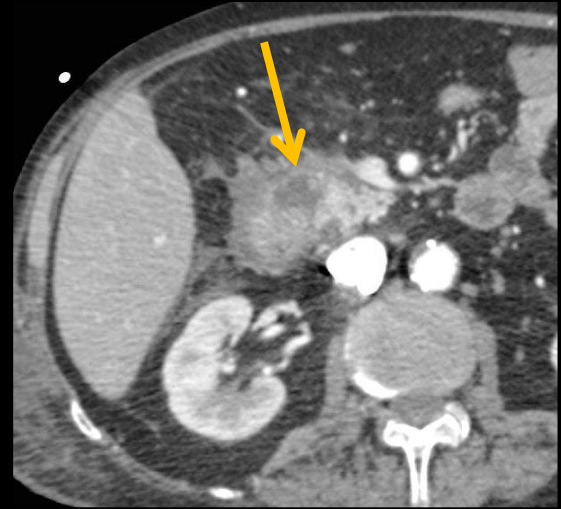
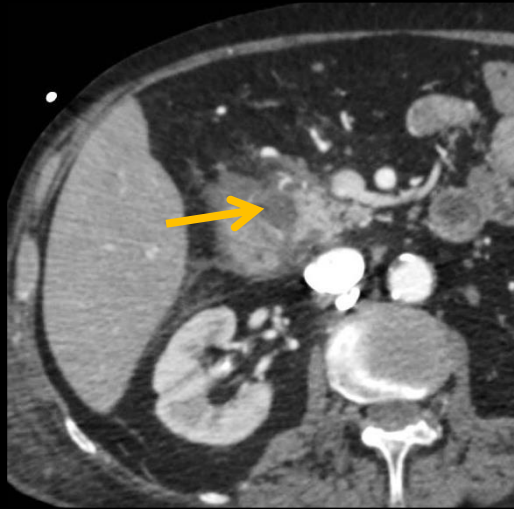
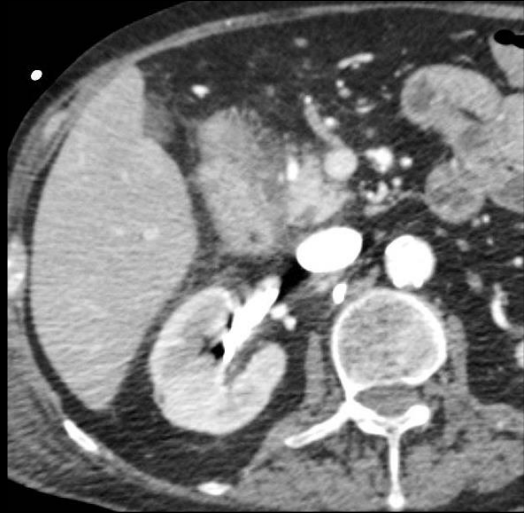


kyste paraduodéal



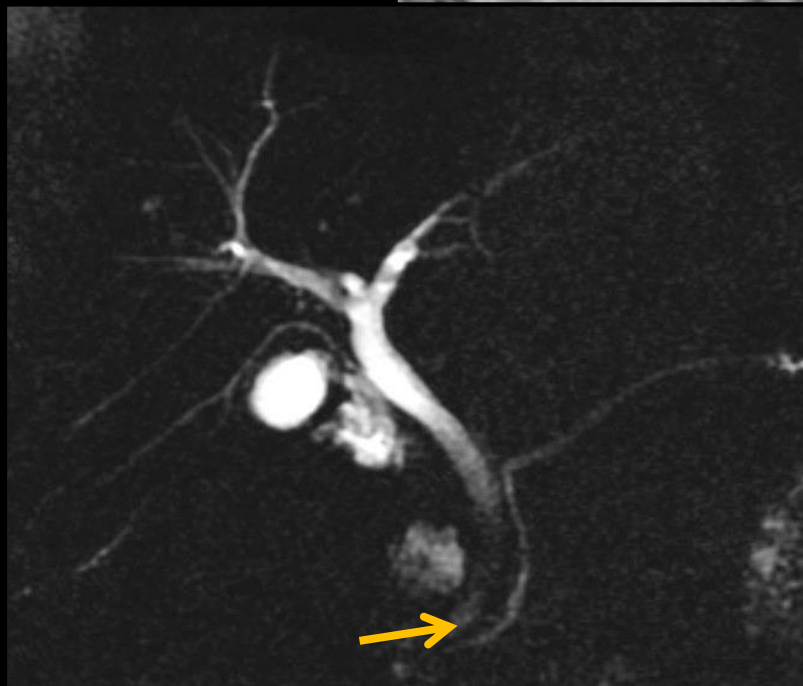
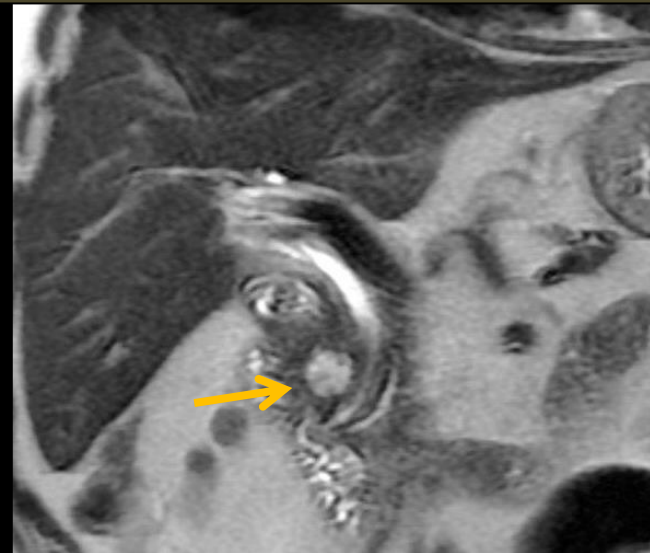
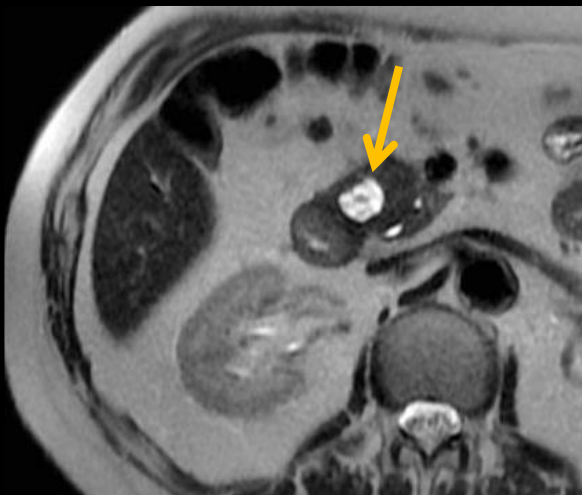
sténose digestive et compression de la VBP

pancréatite du sillon "groove pancreatitis" oedémato-interstitielle



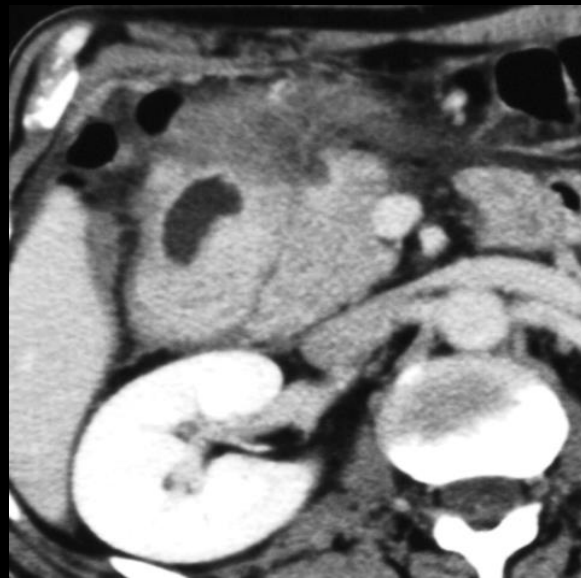
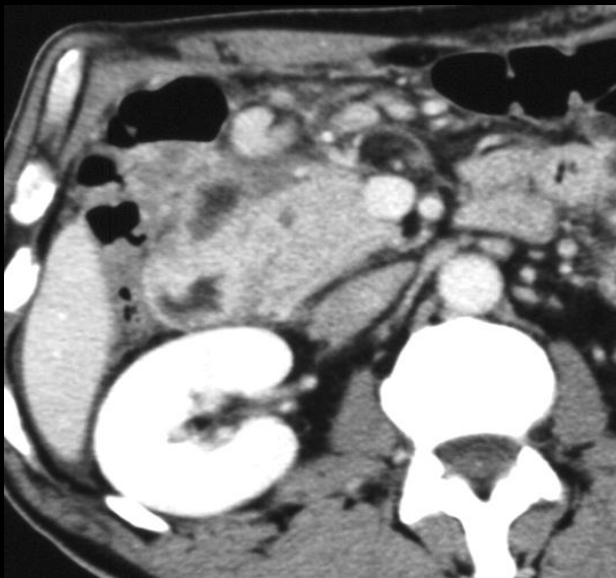
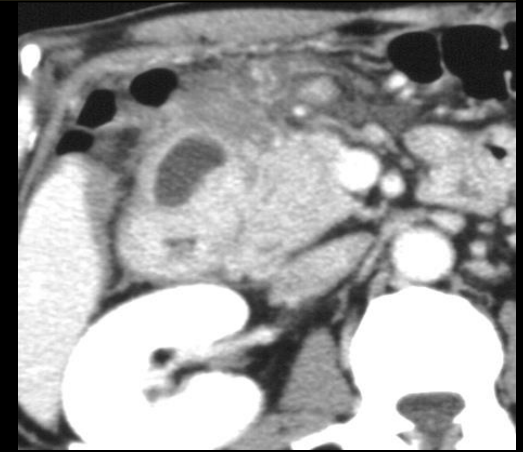
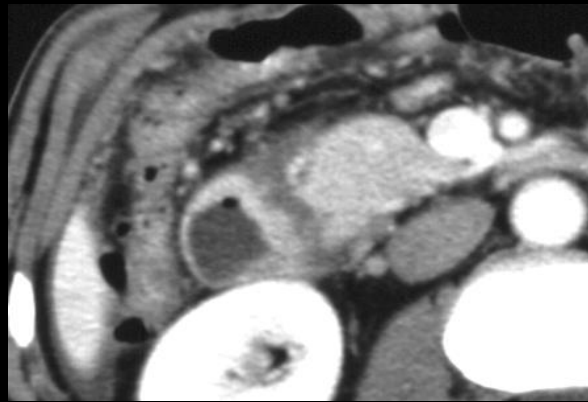
pancréatite paraduodénale évolution

pancréatite du sillon "groove pancreatitis" nécrose kystique organisée

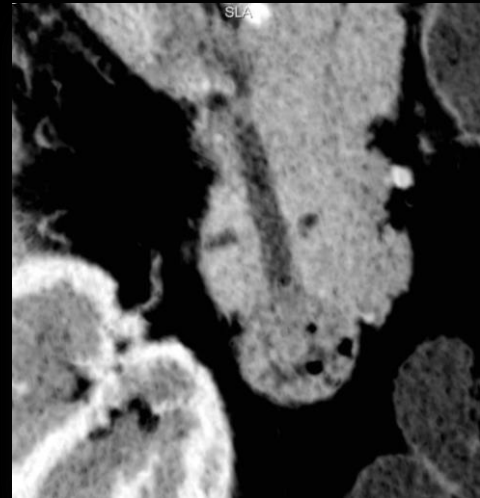
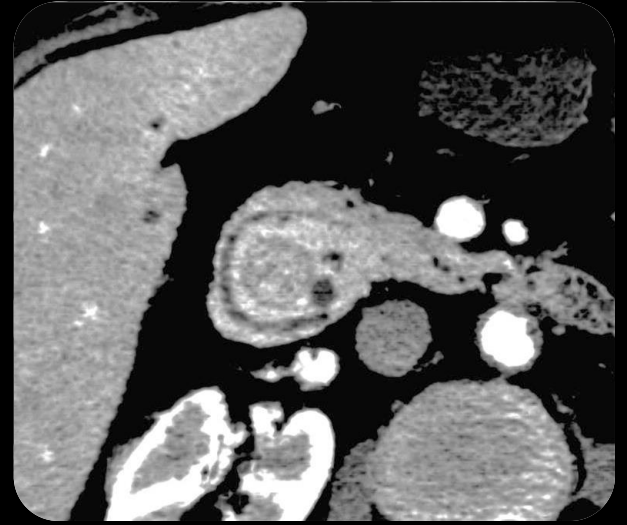


pancréatite paraduodénale évolution 2B

pancréatite du sillon "groove pancreatitis" myoadénomatose forme solide

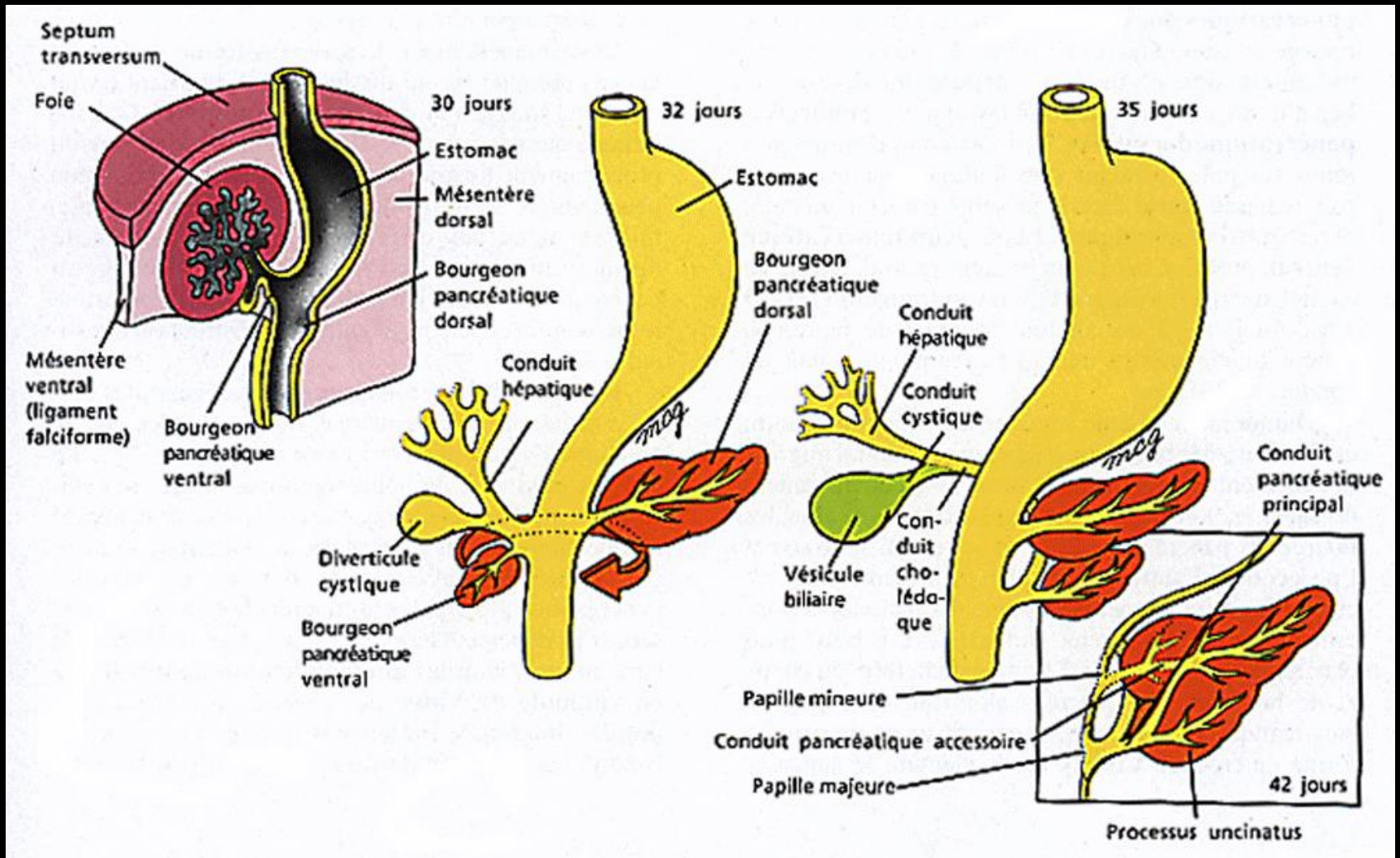


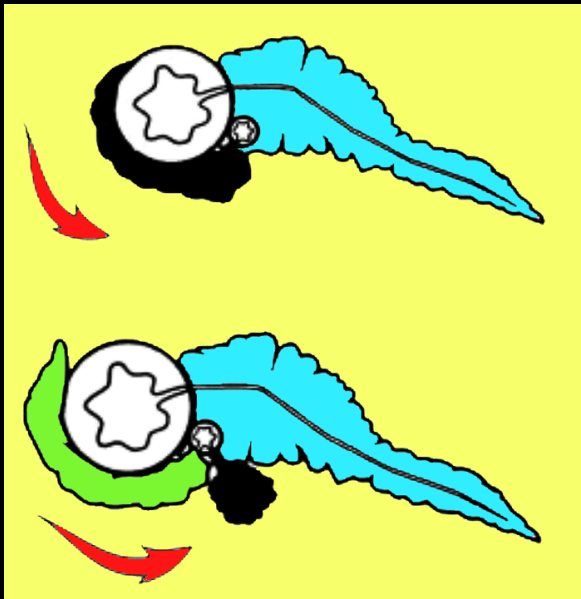
pancréatite paraduodénale sténosante 3



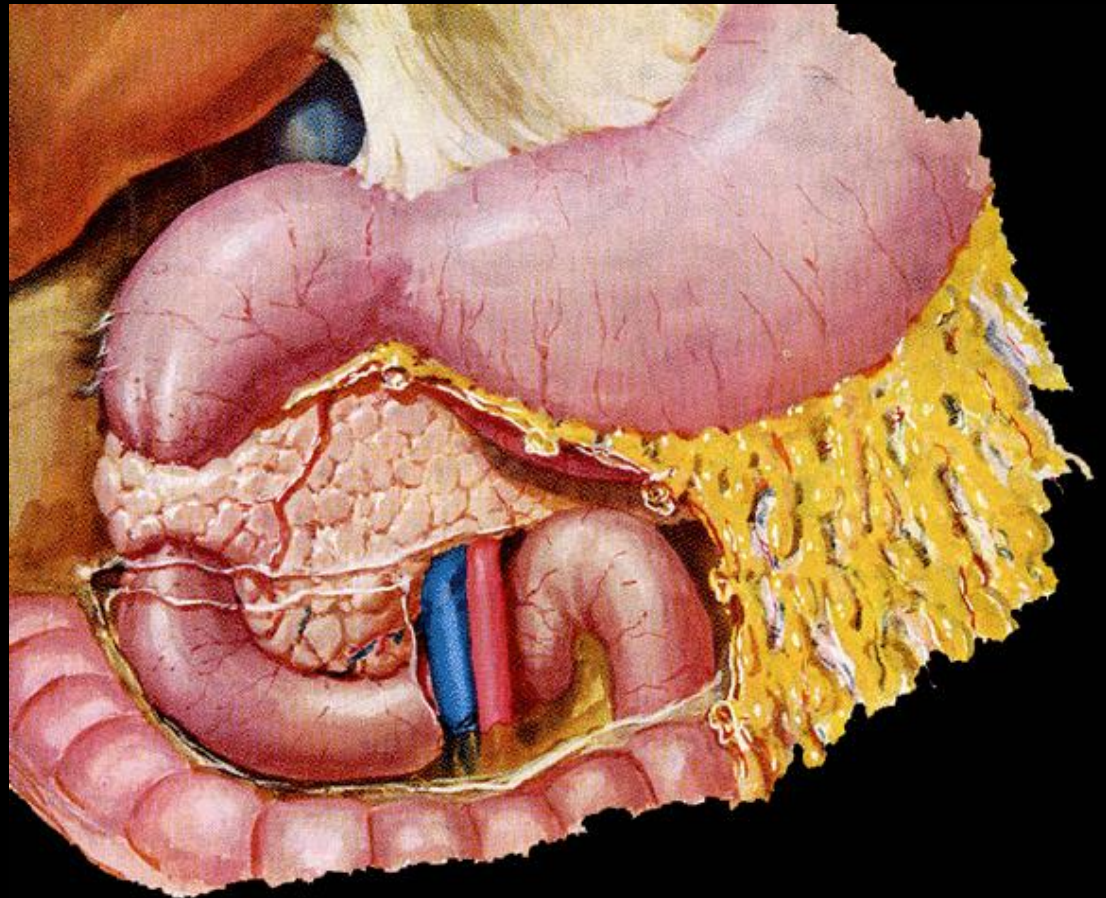
pancréas annulaire

embryologie



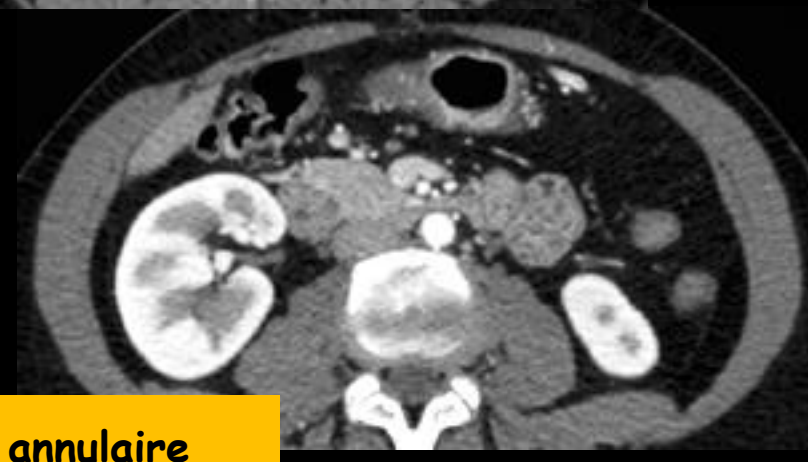
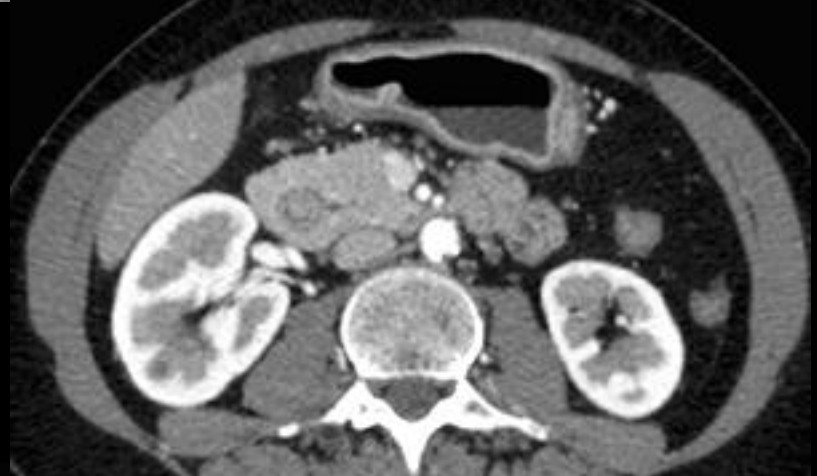


le pancréas annulaire se développe à partir de l'ébauche ventrale qui comporte elle-même 2 bourgeons ,antérieur et postérieur

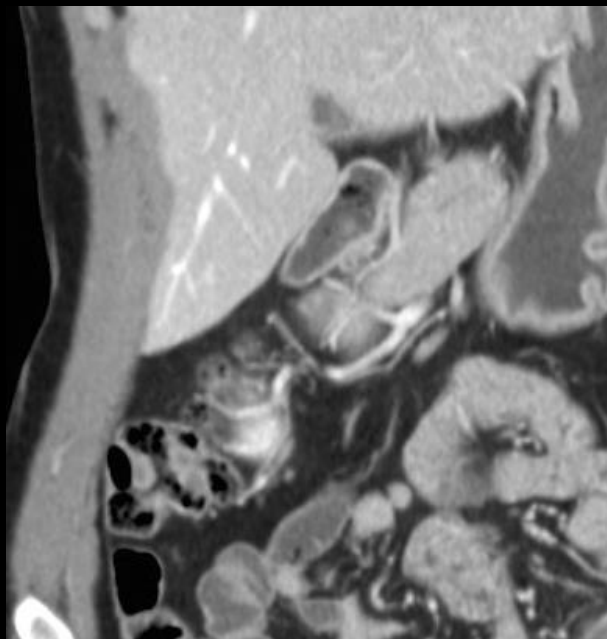
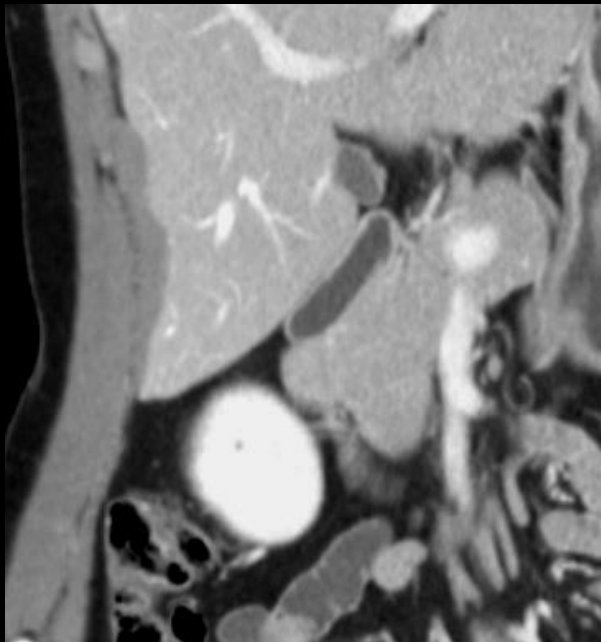
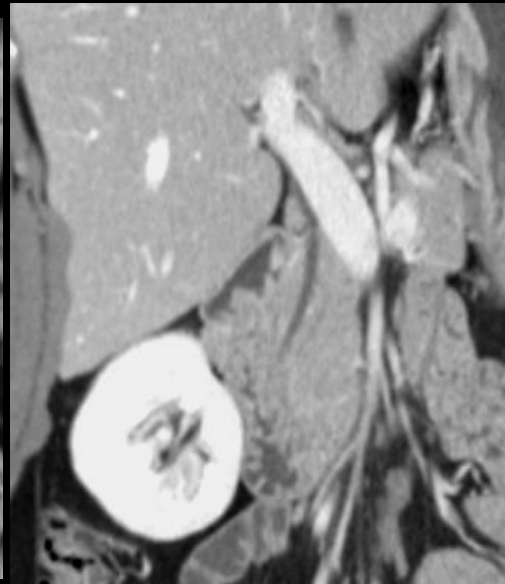
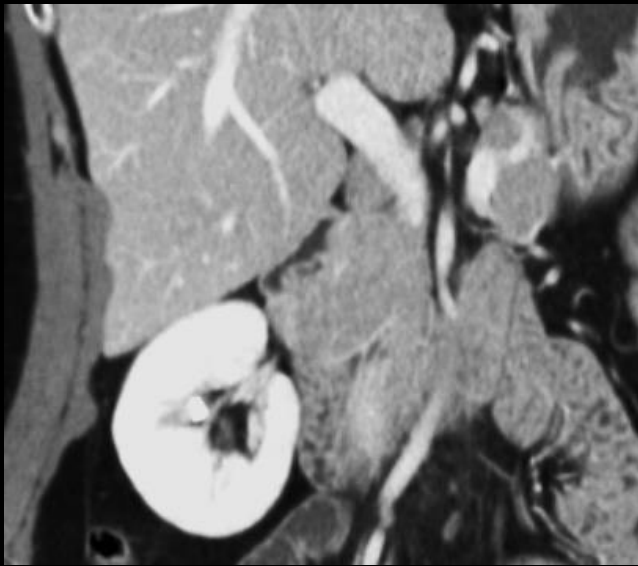




pancréas annulaire



pancréas annulaire



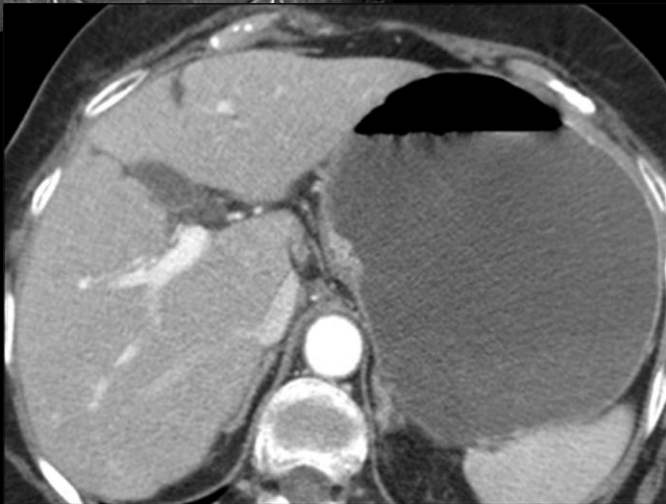
pancréas annulaire



évolution sténosante d'un ulcère pylorique



évolution
sténosante d' un
ulcère de la face
postérieure du
pylore



devant des images d'épaississement diffus des parois digestives (surtout si la stratification est visible, témoin d'une atteinte aiguë) ; pensez aux quatre i !!

inflammation

- maladie de Crohn (atteinte transpariétale)
- grêle radique
- greffon contre l'hôte (peau et foie)
- maladie de Whipple (ganglions hypodenses)
- gastroentérite à éosinophiles, Maladie de Behcet

infiltration

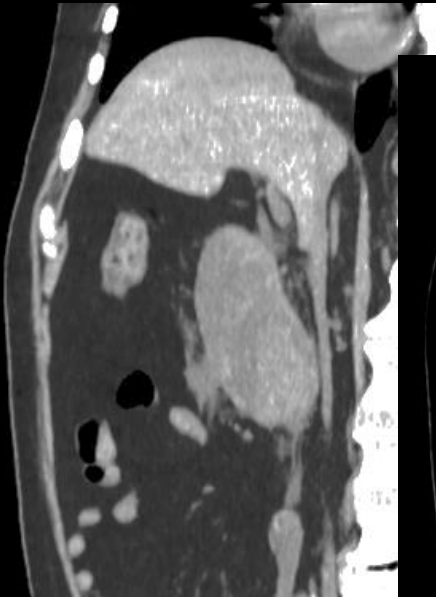
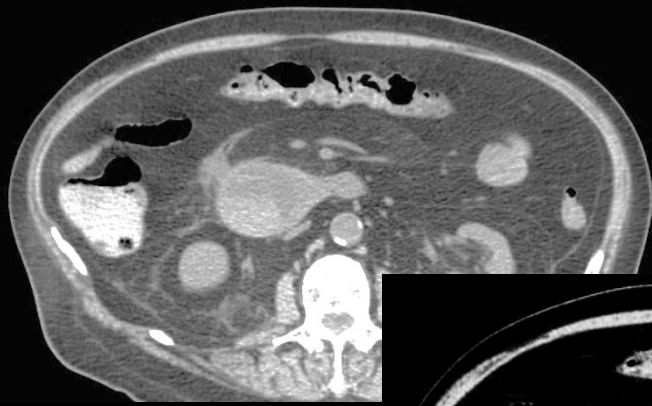
- amylose (biopsie rectale)
- lymphangiectasie intestinale

infection : MAI, CMV, cryptosporidiose

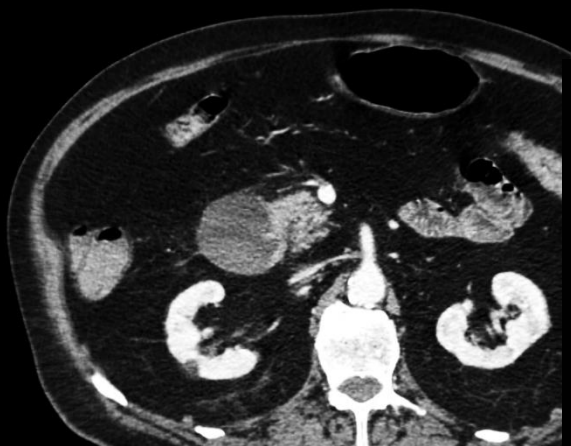
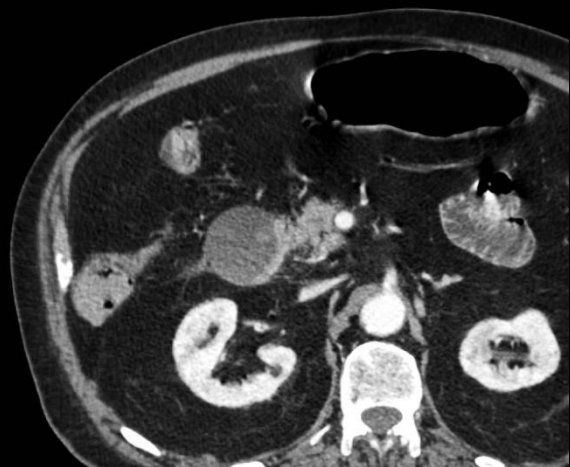
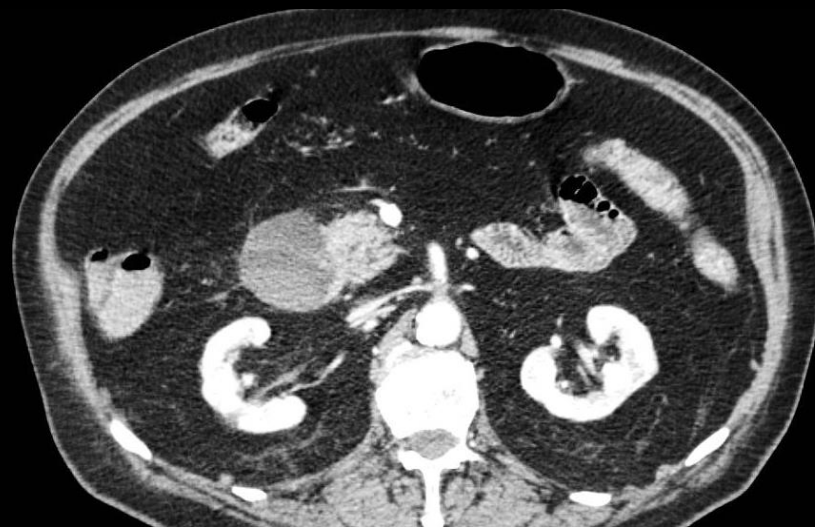
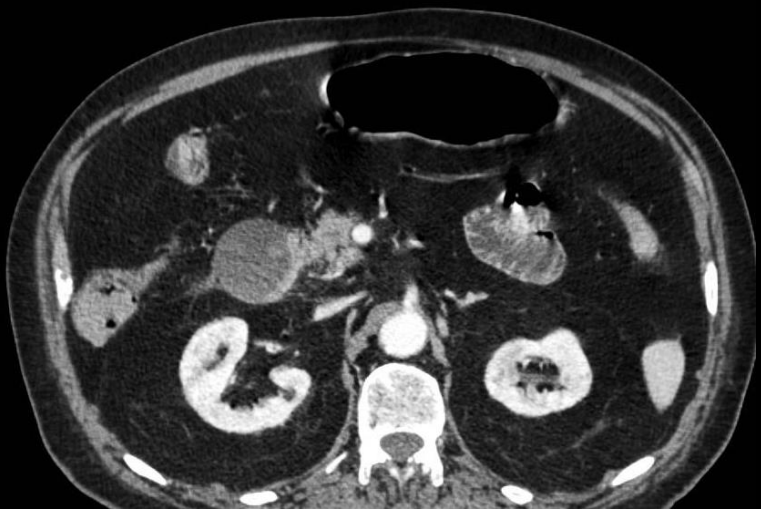
ischémie

– renseignements clinico-biologiques et/ou 2 minutes de discussion avec le patient .

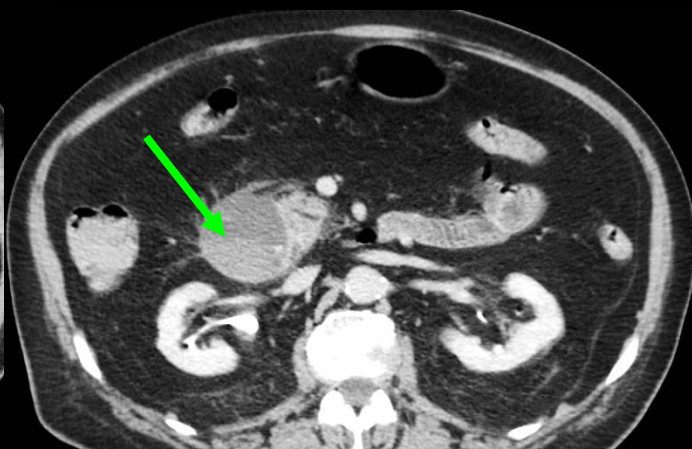
Hématome sous séreux de la paroi du
2^{ème} duodénum
(55 mm de diamètre sur 10 cm de hauteur)
Anémie non compensée



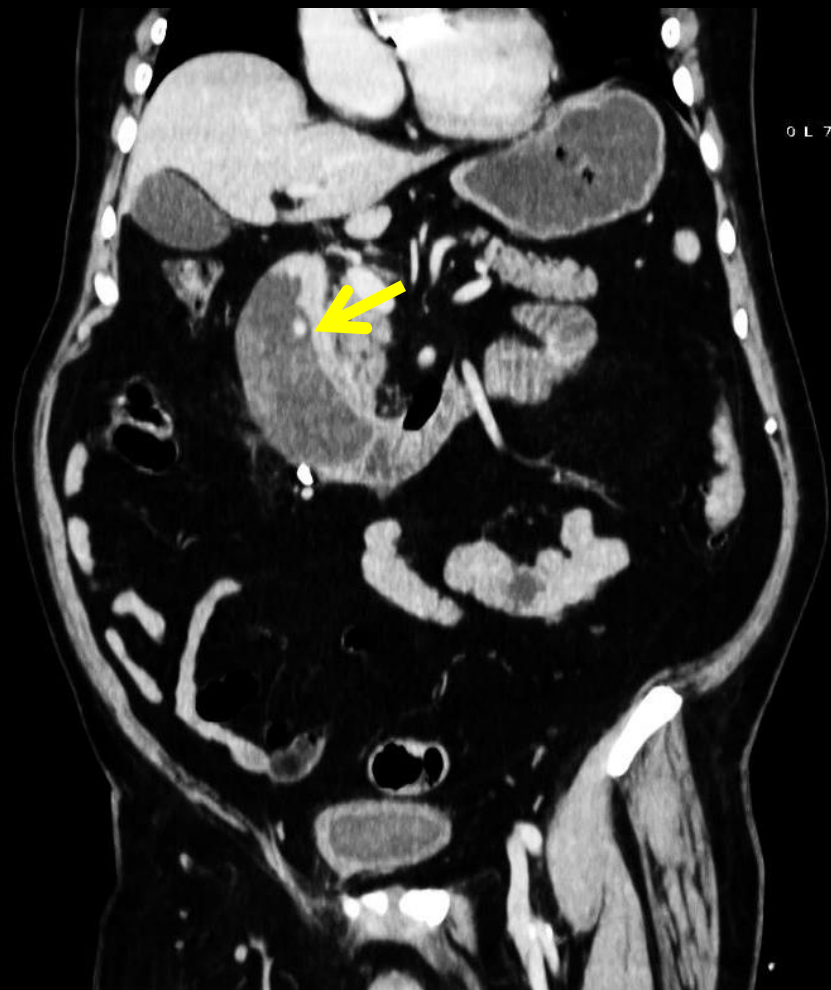
hématome sous séreux duodéнал
(surdosage AVK)



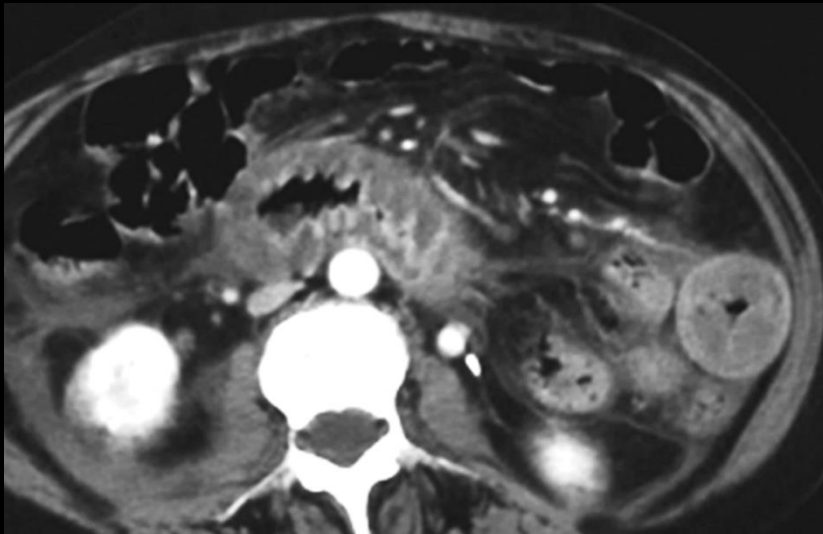
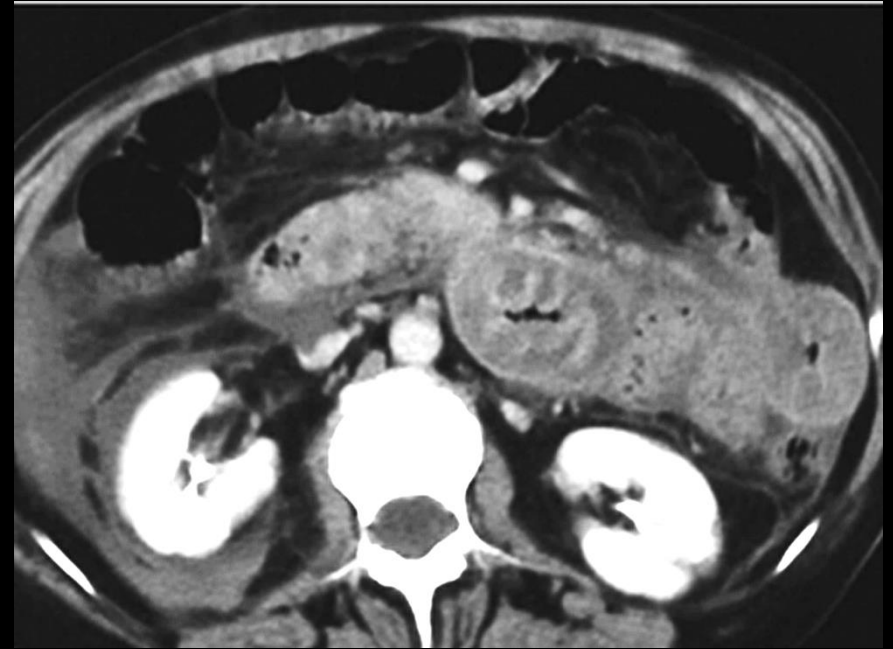
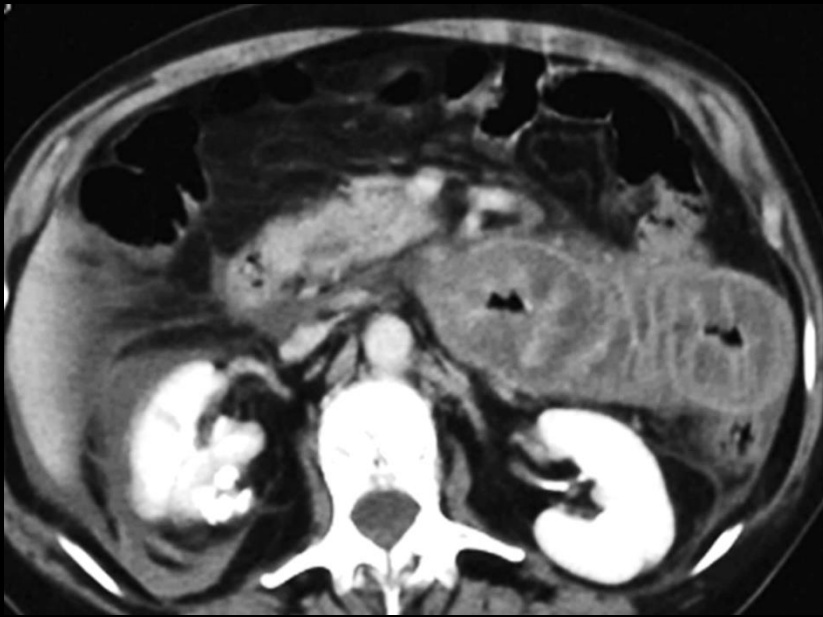
**hématome sous séreux duodénel
(surdosage AVK)**



**hématome sous séreux duodéanal
(surdosage AVK)**



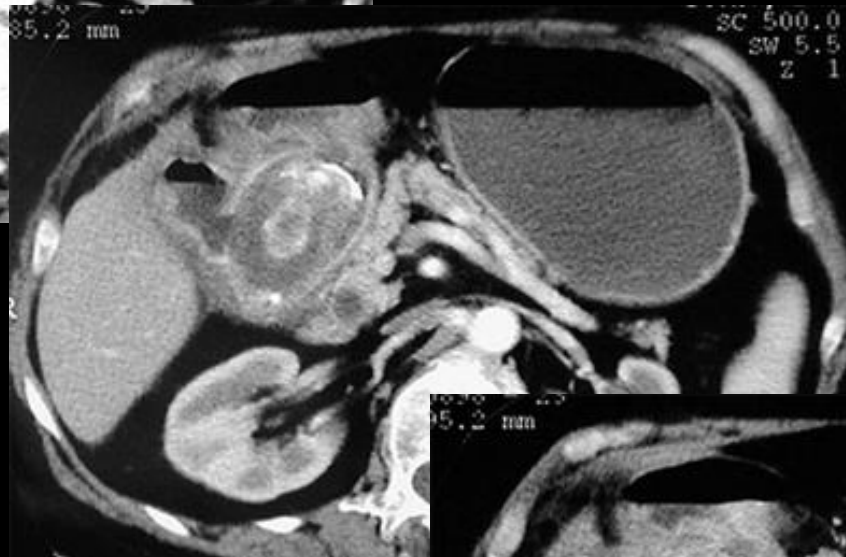
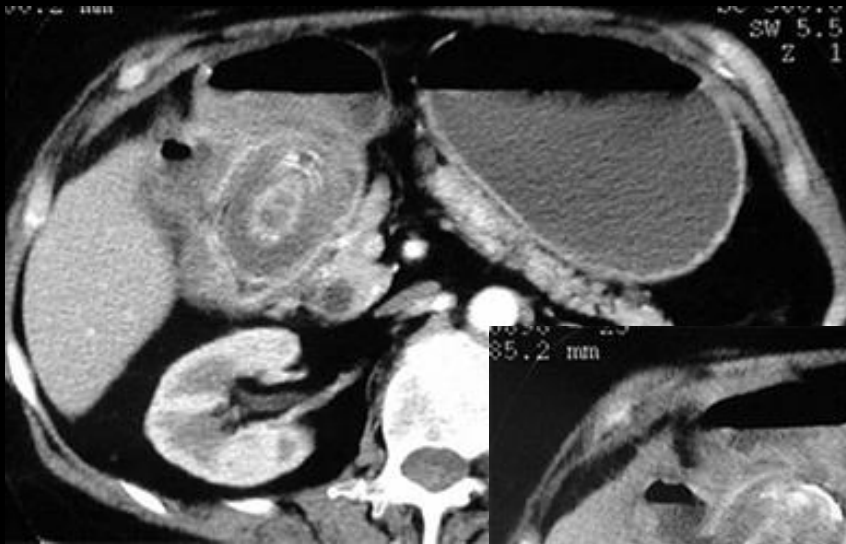
**hématome sous séreux duodénal
(surdosage AVK)**



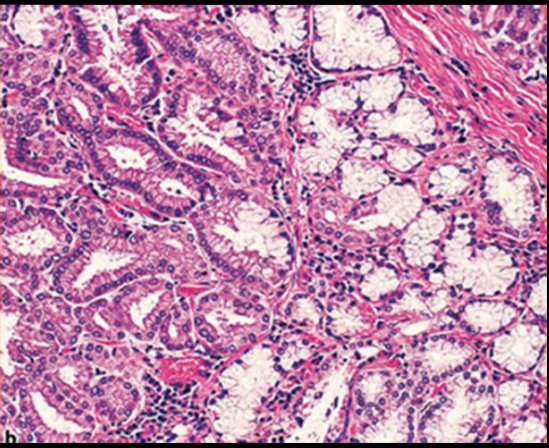
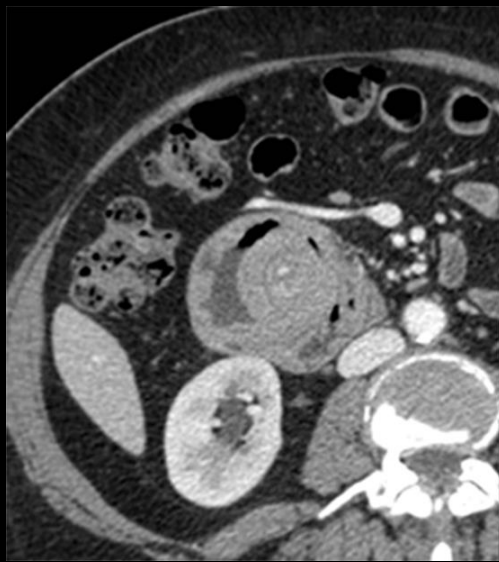
**hématome intramural duodéno-
jéjunal et hématome
rétropéritonéal (surdosage AVK)**



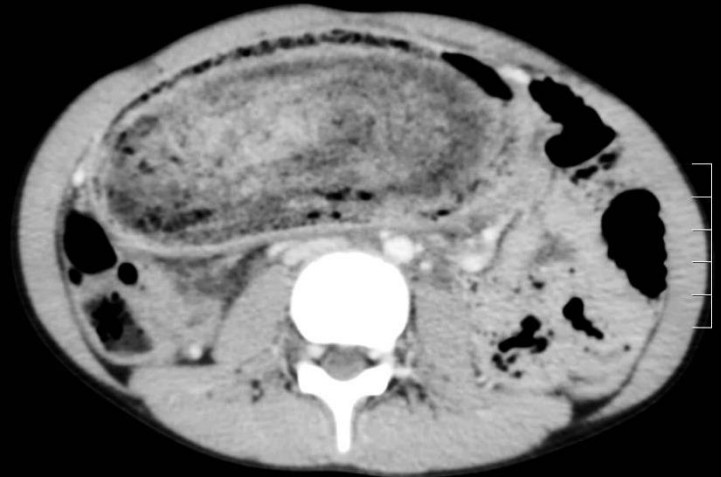
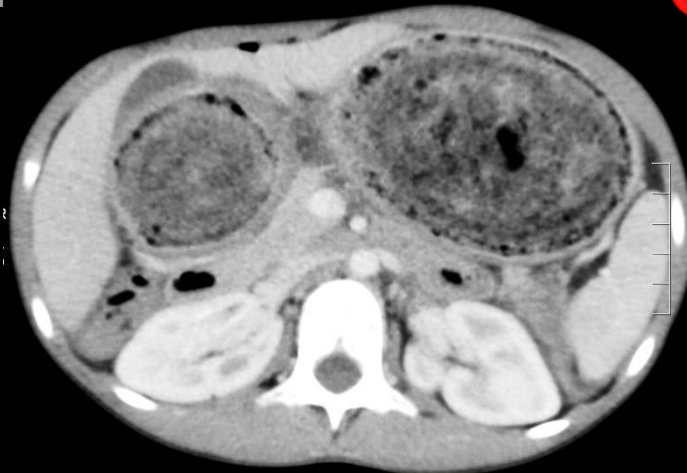
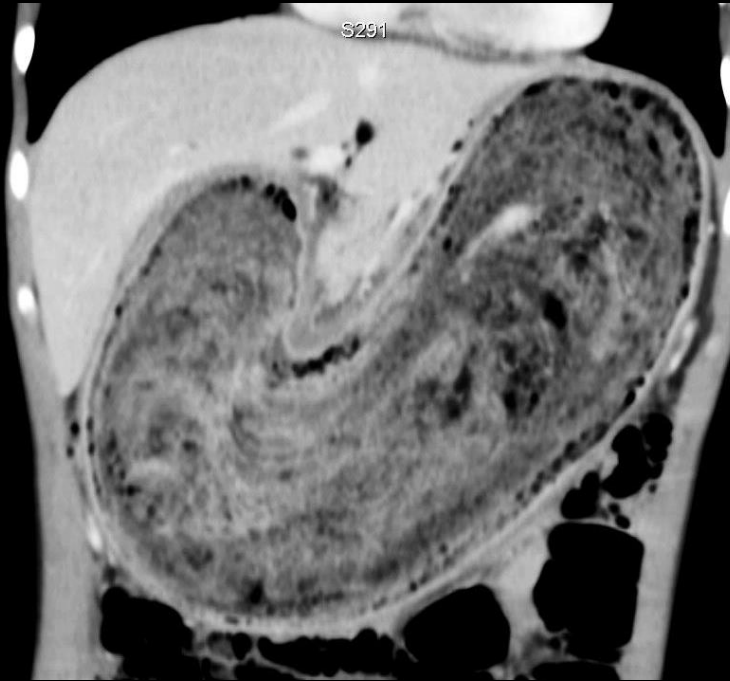
1-1-3 occlusions gastro-duodénales d'origine endoluminale



-ileus biliaire duodéнал
syndrome de Bouveret

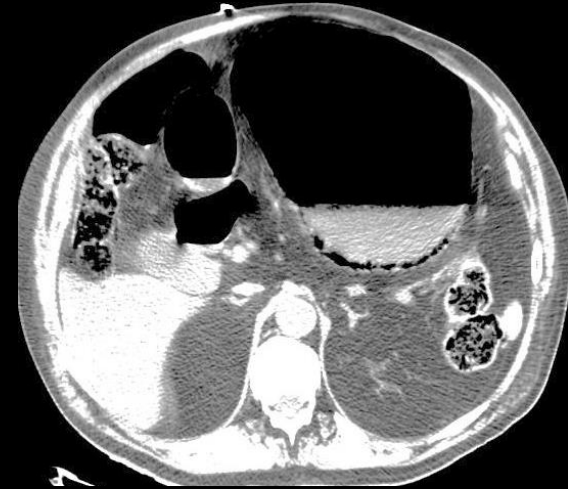
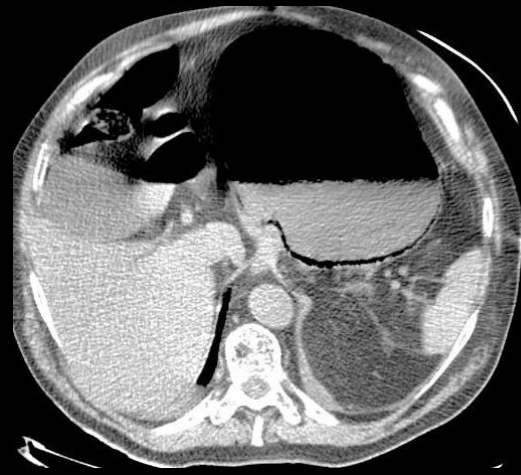


intussusception duodéno-duodénale sur adénome brunnerien de D1



bezoard

1-1-4 occlusions fonctionnelles gastro-duodénales



J3 de la pose d'une PTH chez un sujet diabétique
évolution favorable sous traitement médical



gastroparésie

à suivre

à suivre