

3-imagerie des occlusions basses

Les occlusions basses , de siège colo-rectal, représentent 25 à 35 % de l'ensemble des occlusions digestives .

la grande majorité d'entre elles correspond à la complication révélatrice d'un adénocarcinome lieberkühnien circonférentiel sténosant colique ou rectal .70 % d'entre eux % siègent sur le recto-sigmoïde . La complication majeure mettant la vie du malade en danger est la perforation diastatique du caecum qui doit être la hantise de tous les médecins prenant le malade en charge ,mais surtout du radiologue car il est le seul qui laisse des traces (images et compte-rendu) ce qui l'expose particulièrement en cas de suites médico-légales , non exceptionnelles.

les occlusions coliques aiguës avec possible ischémie par strangulation vasculaire sont représentées essentiellement par les volvulus des segments libres, non accolés, du colon .et les invaginations iléo-coliques et colo-coliques

3-1 bases étiopathogéniques des occlusions basses

il est préférable d'adopter un raisonnement analytique des causes d'occlusion basse fondé sur des éléments anatomiques plutôt que sur des données épidémiologiques.

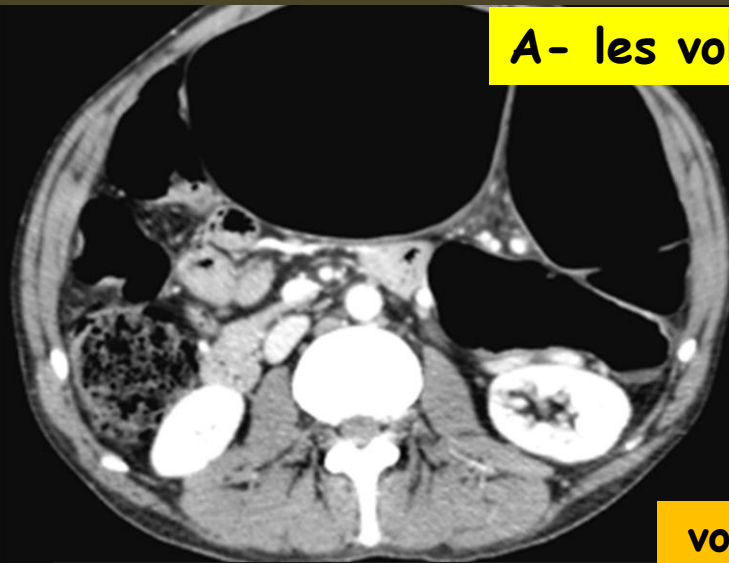
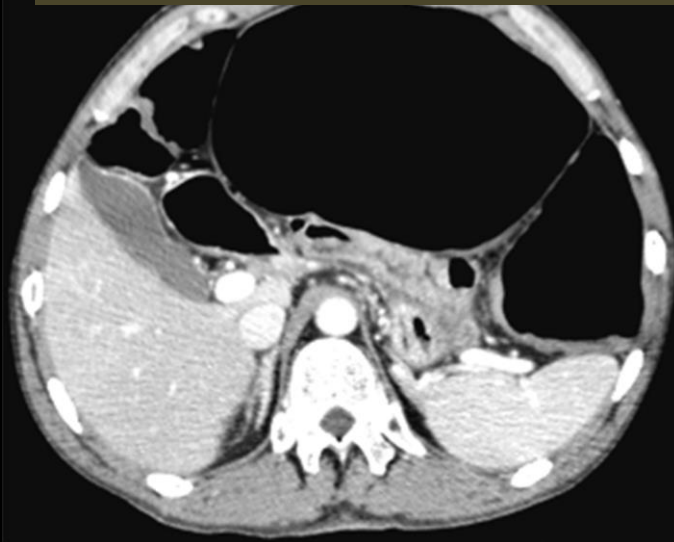
3-1-1 les occlusions basses d'origine extrinsèque

ne sont pas les plus fréquentes mais sont celles qui exposent à une ischémie aiguë
elles comportent :

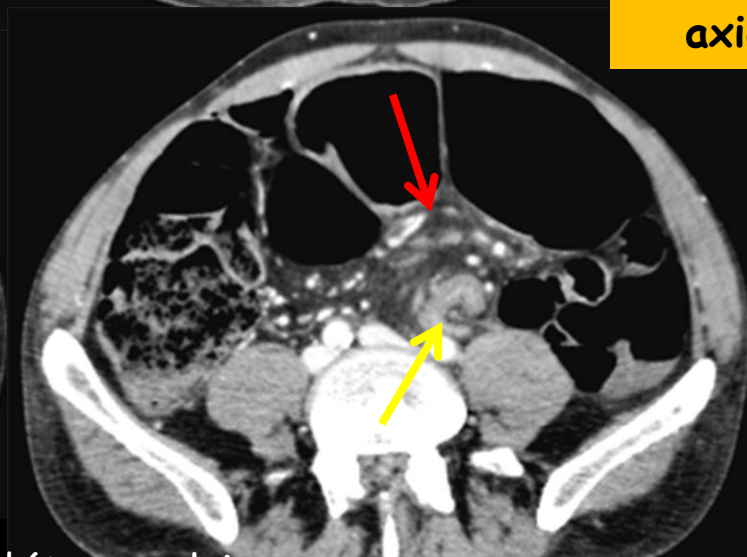
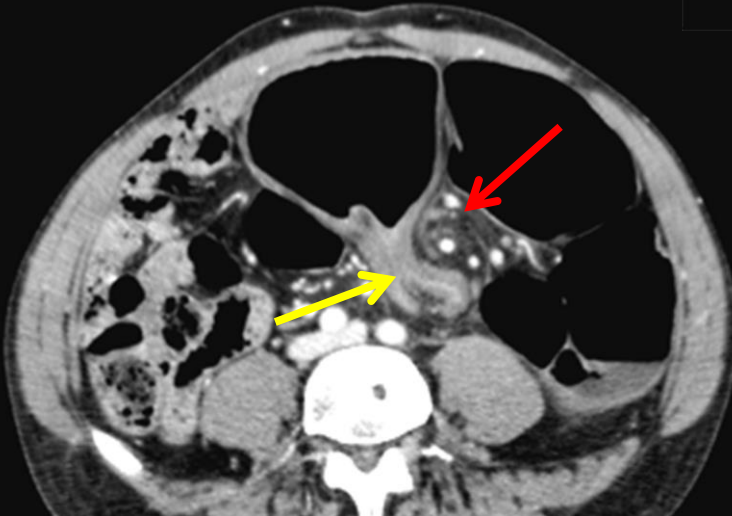
- . les **volvulus segmentaires coliques** qui touchent des segments mobiles et allongés (dolicho) exposant à 2 types de torsion ; volvulus organo-axial et volvulus mésentérique axial
sont concernés le sigmoïde, le caeco-ascendant et beaucoup plus rarement un segment du colon transverse
- . les **hernies pariétales** du tronc, y compris les hernies et les ruptures diaphragmatiques
- . certaines **hernies internes** comme la hernie du hiatus omental de type 2 et 3d Blandin de type II

3-1-1-1 les occlusions par volvulus segmentaires coliques

A- les volvulus du sigmoïde

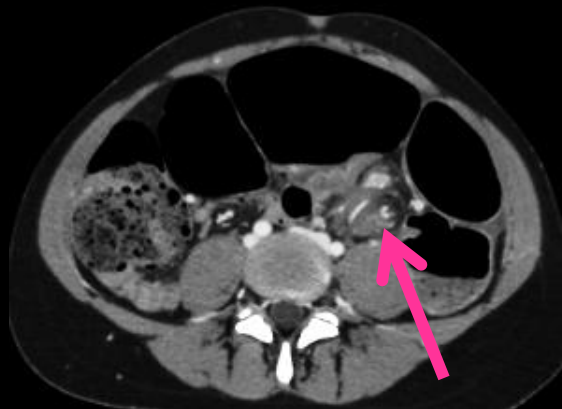
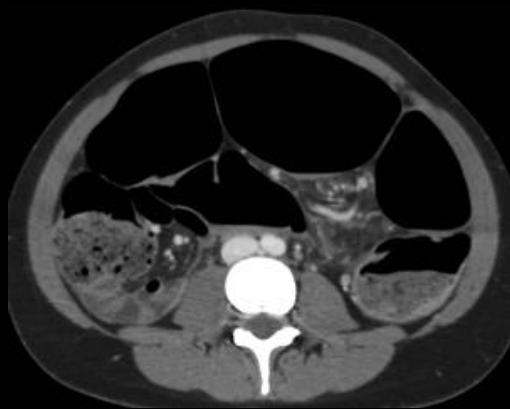
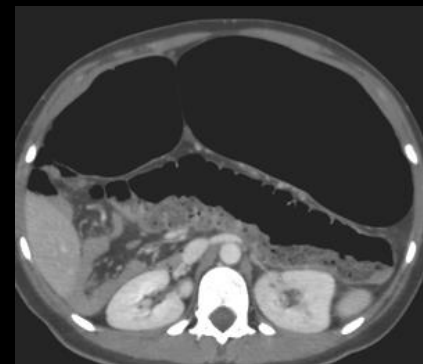


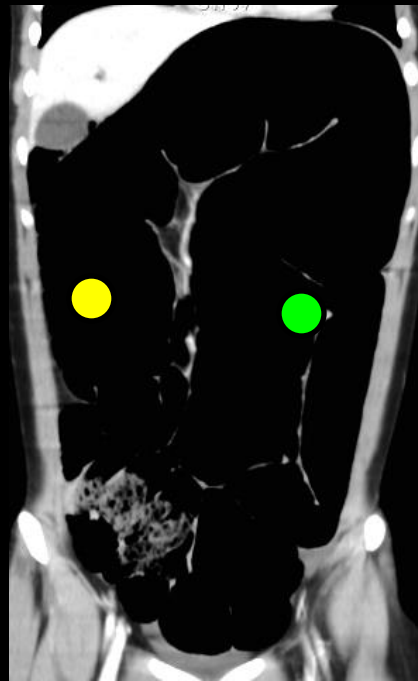
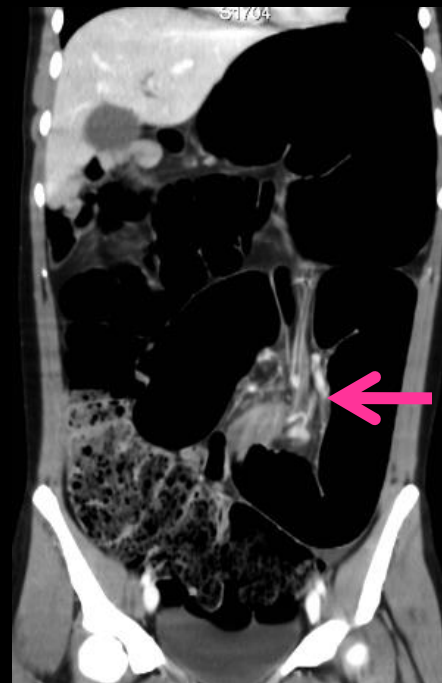
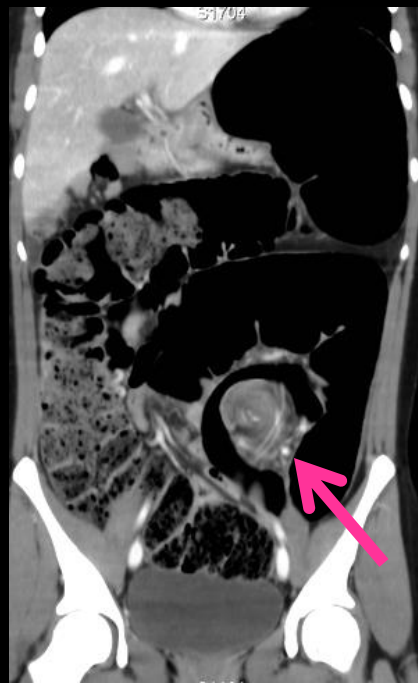
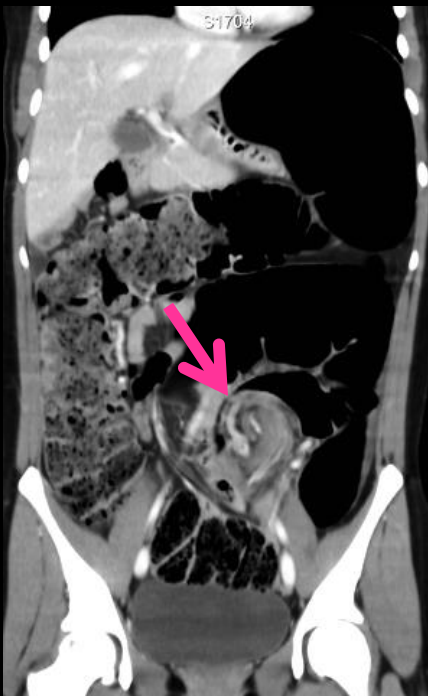
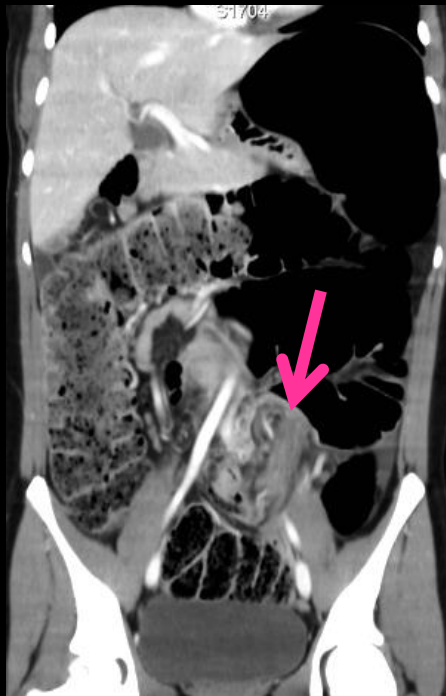
volvulus mésentérico-axial du sigmoïde



- croisement des 2 jambages à l'étage pelvien
- signe du tourbillon (whirl sign)
- bon rehaussement des parois

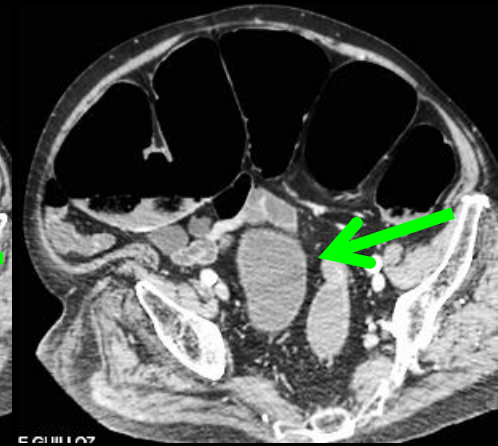
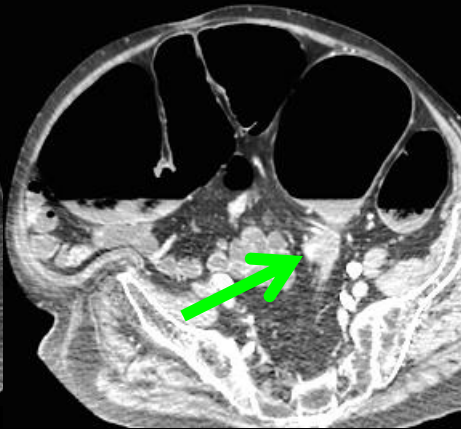
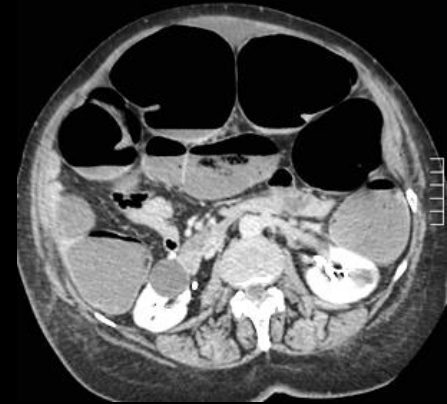
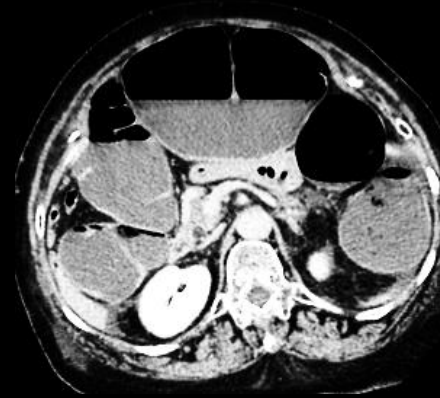
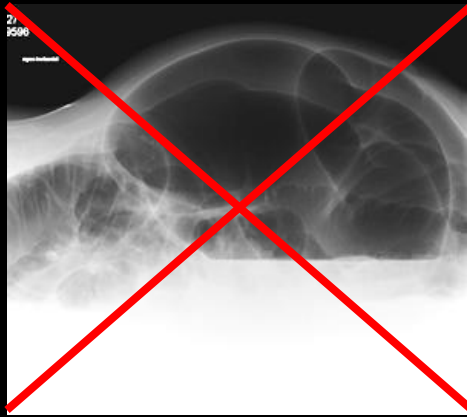
jeune femme 20 ans , syndrome occlusif avec ballonnement abdominal





volvulus mésentérico
-axial

homme 83 ans , météorisme abdominal douloureux , arrêt des matières et des gaz
 , vomissements fécaloïdes

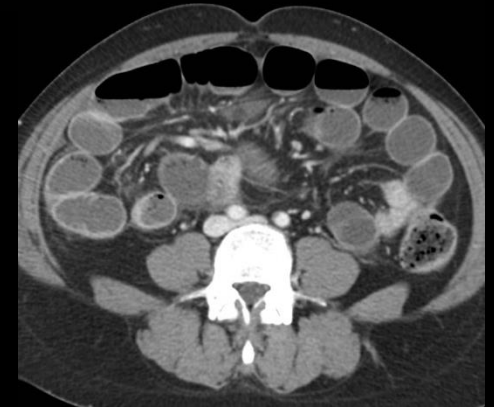
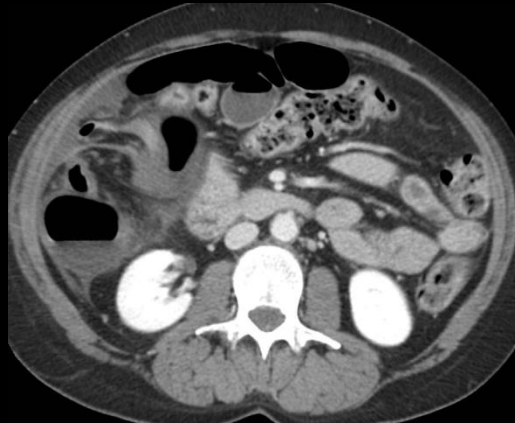
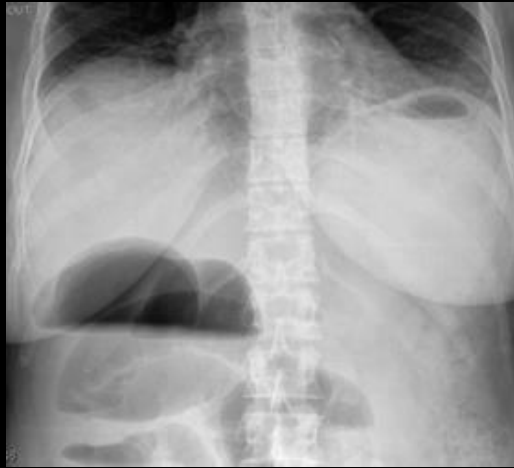


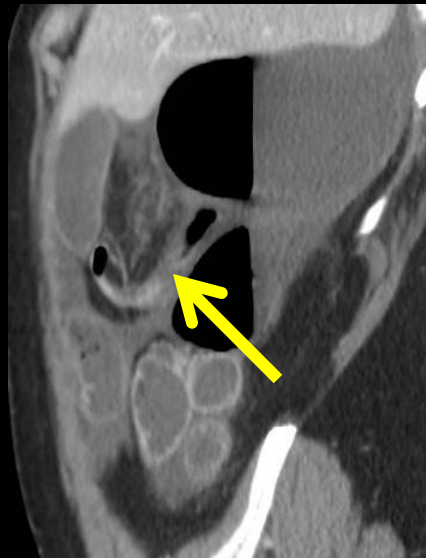
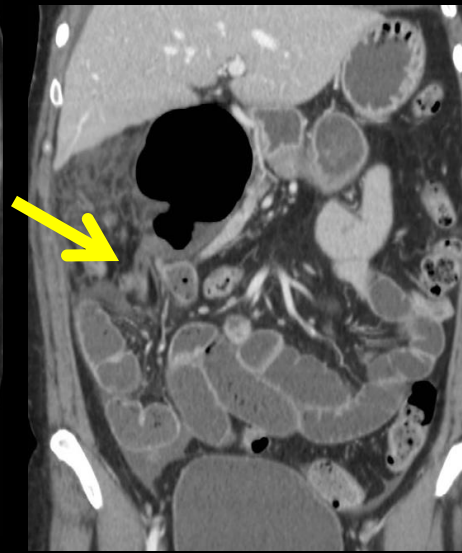
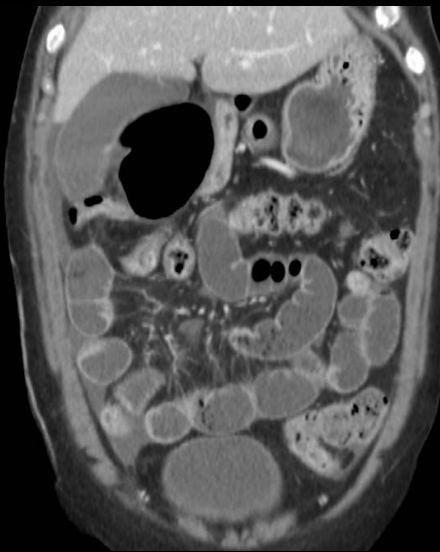
une seule image "en bec d'oiseau"
pas de croisement de jambes à l'étage pelvien

volvulus organo-axial



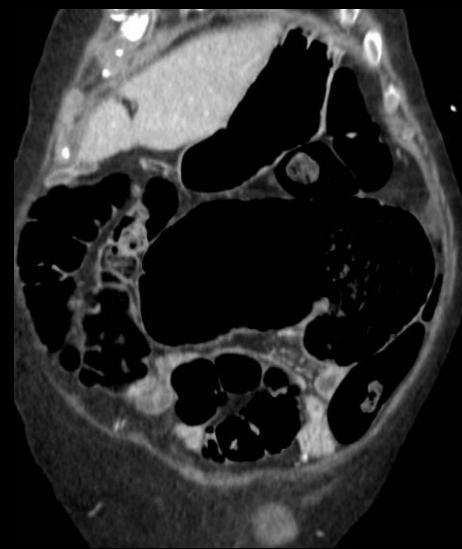
femme 43 ans , douleurs abdominales aiguës insomniantes et arrêt des matières et des gaz depuis 48 heures ; intoxication éthylique chronique

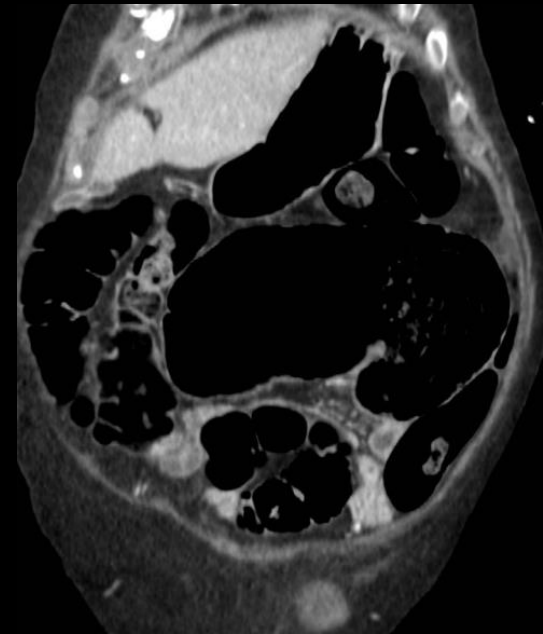




whirl sign sous angulaire droit

volvulus organo -axial du caecum

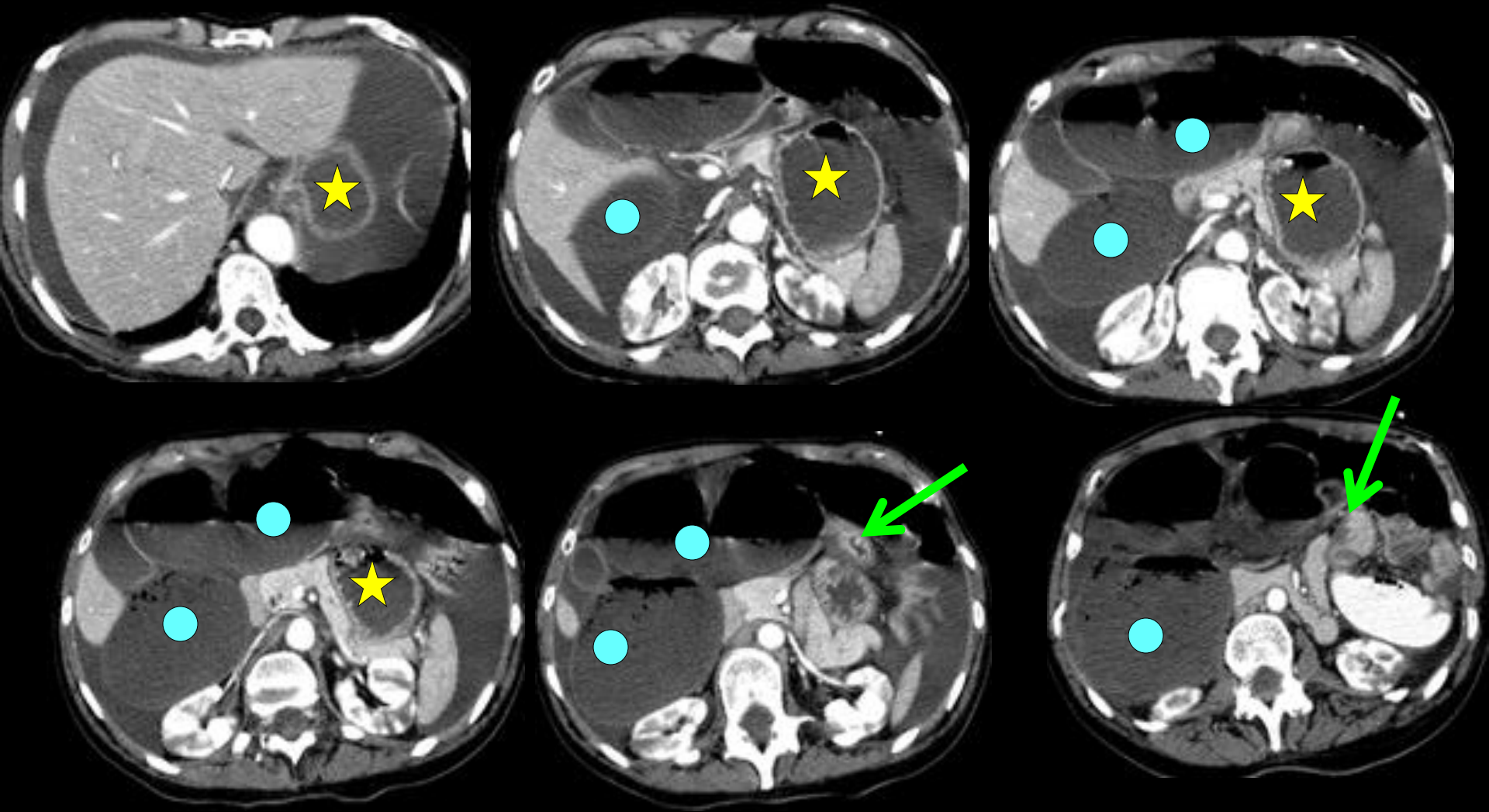




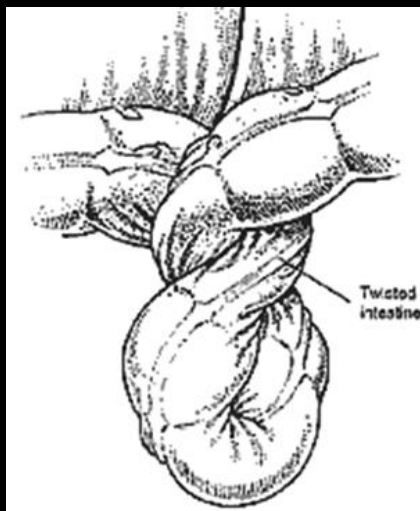
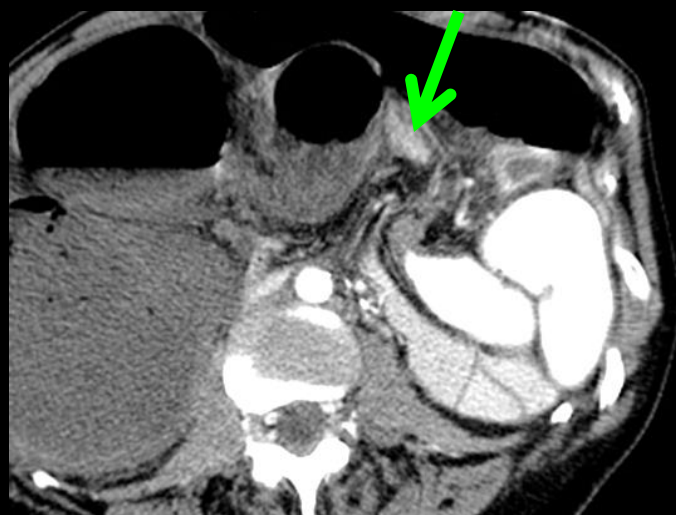
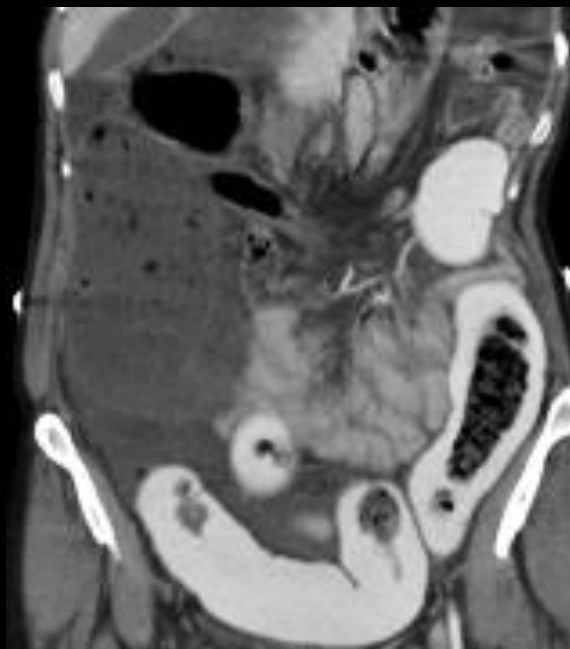
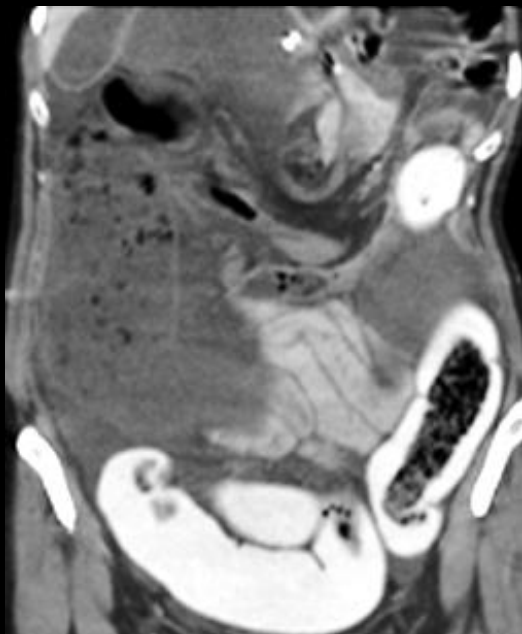
pas de whirl sign ; plicature caecale

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

obs. M. Zins St Joseph Paris



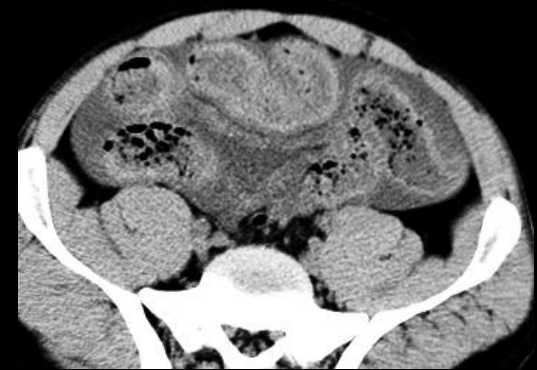
whirl sign dans la moitié gauche du colon transverse



volvulus mésentérico-axial du colon transverse

*Obs. Marc Zins
Hôpital St Joseph
Paris*

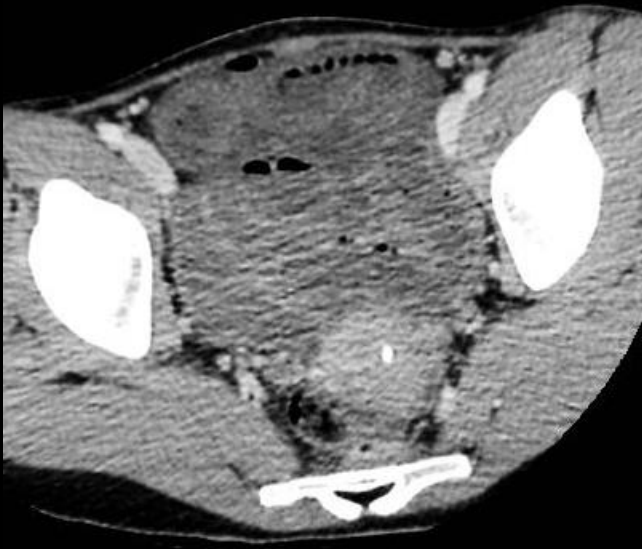
3-1-1-3 double volvulus



*Obs. Marc Zins
Hôpital St Joseph Paris*



double nœud iléo-sigmoïdien
(iléo-sigmoïd knot double
volvulus : du grêle et du
sigmoïde)



jeune femme 32 ans

sd douloureux suraigu
nocturne avec
contracture
silence sépulchral

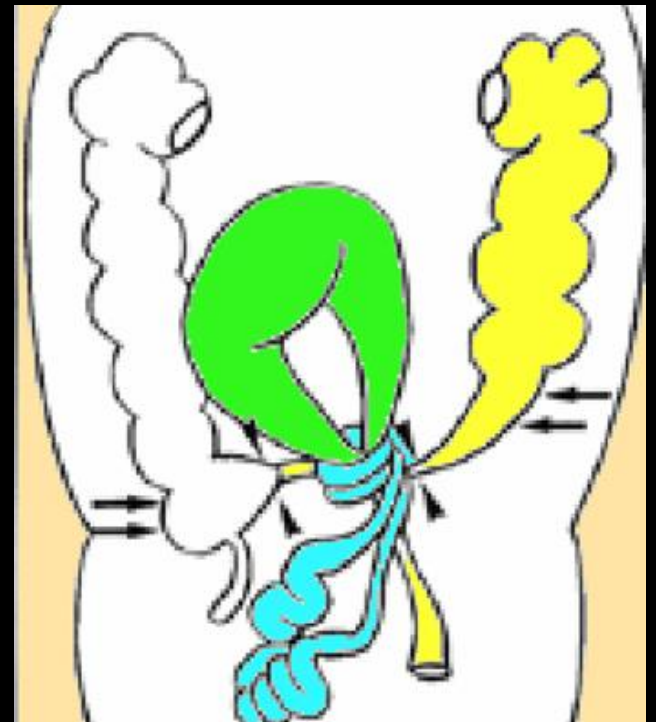
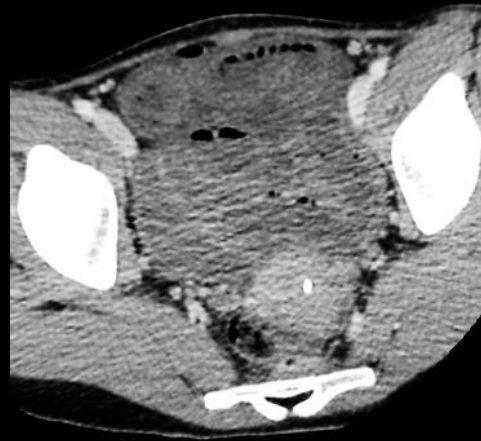
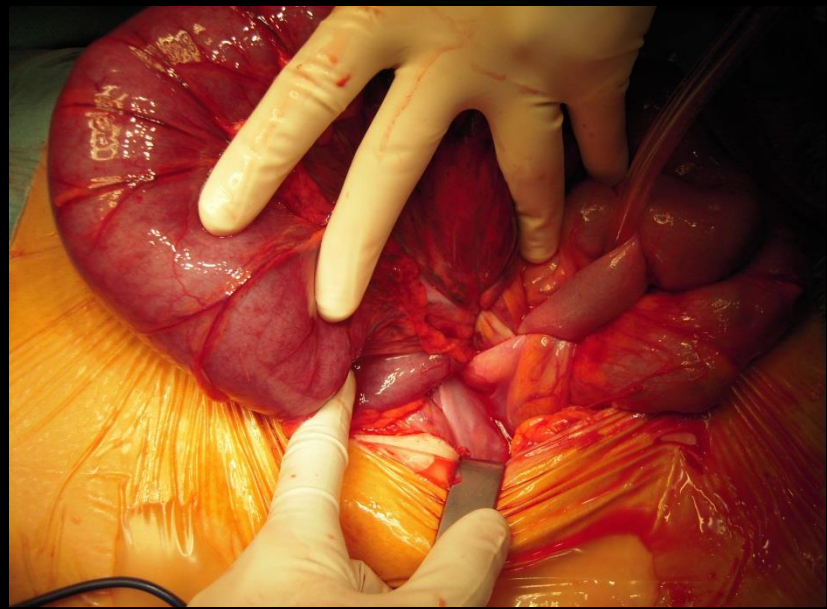
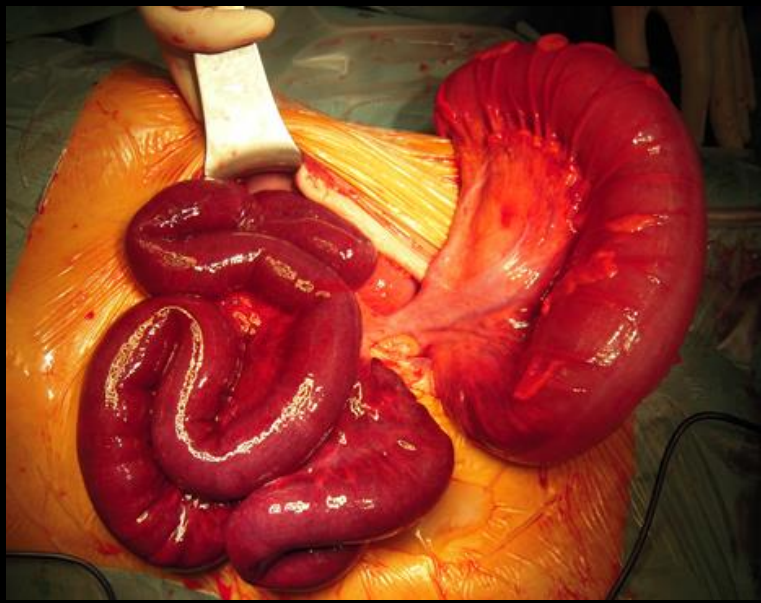


2



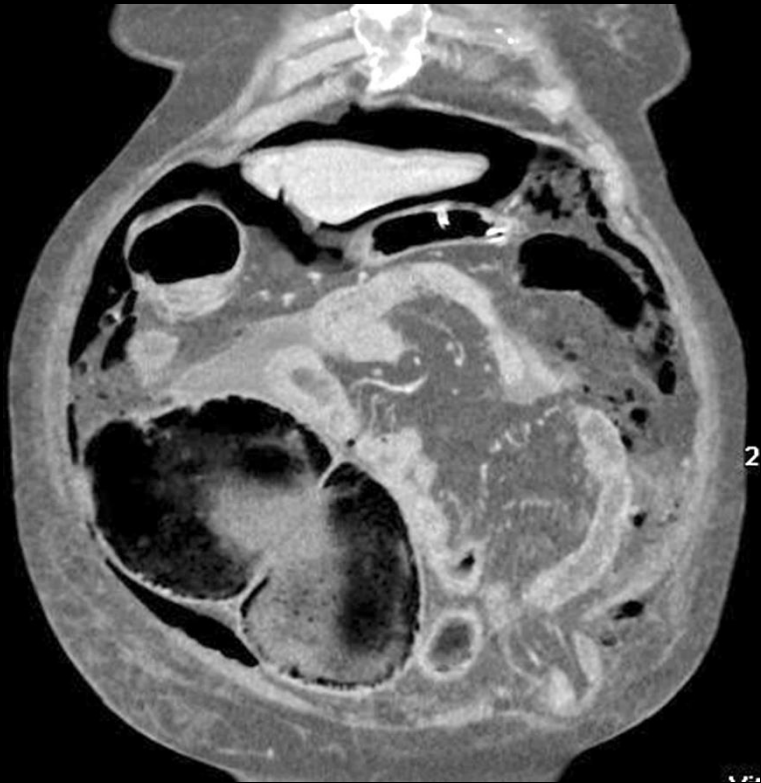


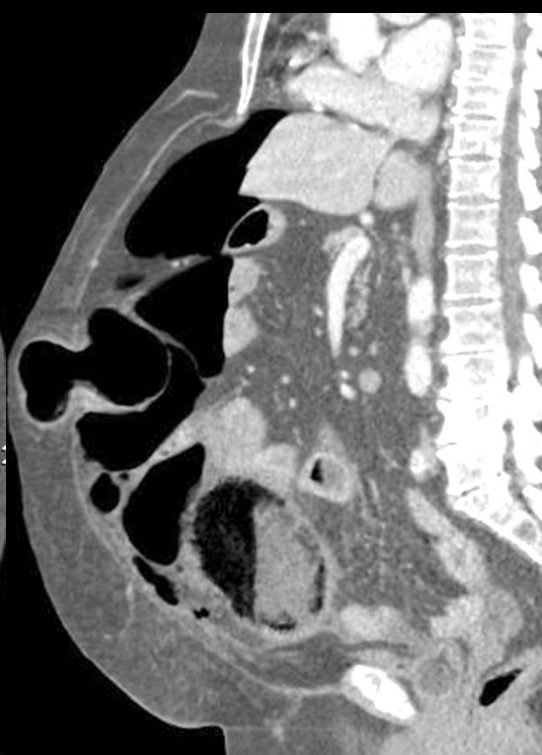
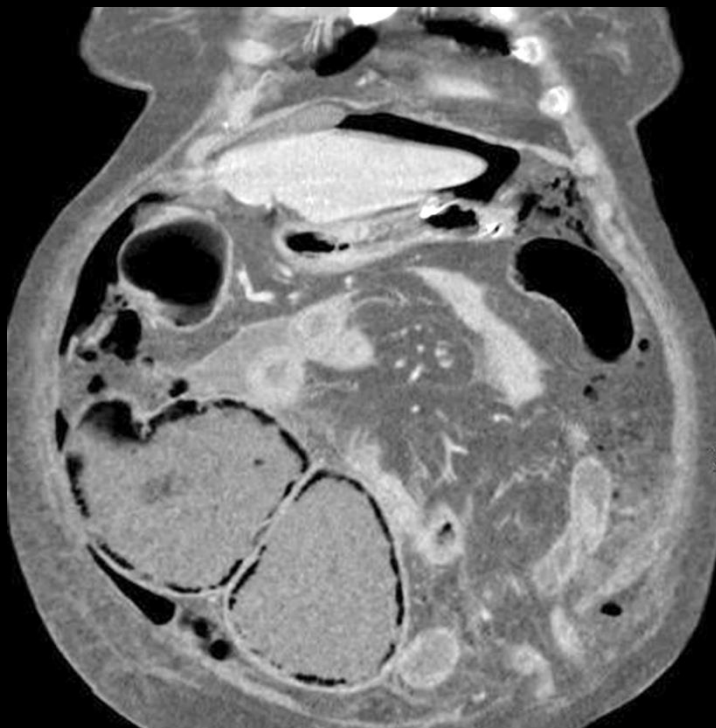
aspect de **dolichosigmoïde vertical avec volvulus mésentérico-axial** et d'ischémie globale des anses grêles avec "**tourbillon vasculaire**" autour de l'artère mésentérique supérieure"(whirl sign vasculaire) caractéristique d'un **volvulus total du grêle** compliquant une rotation incomplète de l'anse intestinale primitive de type 180°; l'intervention confirme le double volvulus iléo-sigmoïdien



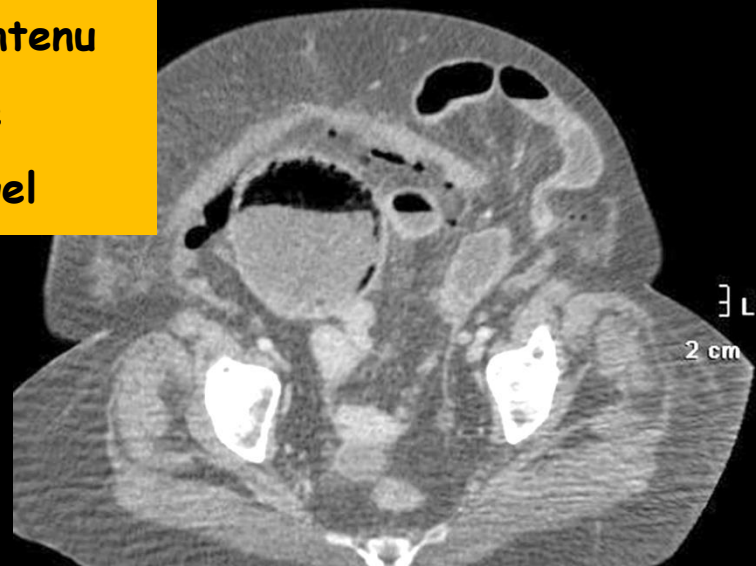
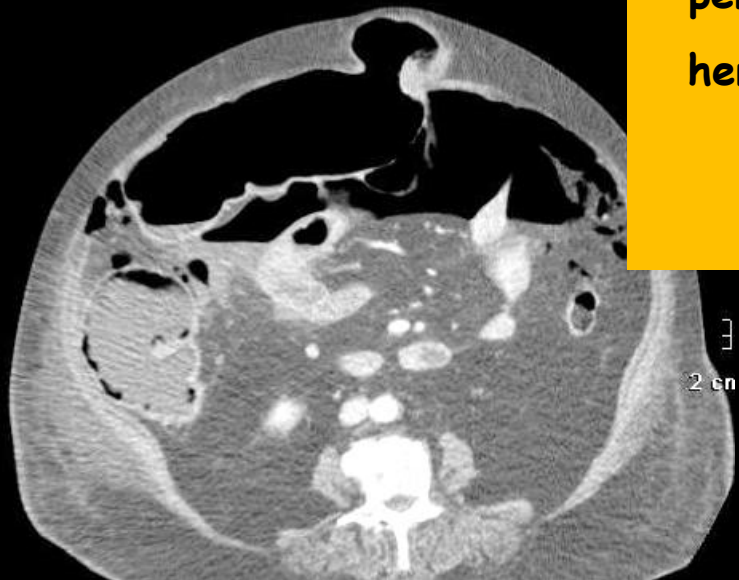
**double nœud iléo-sigmoïdien (iléo-sigmoïd knot
double volvulus : du grêle et du sigmoïde)**

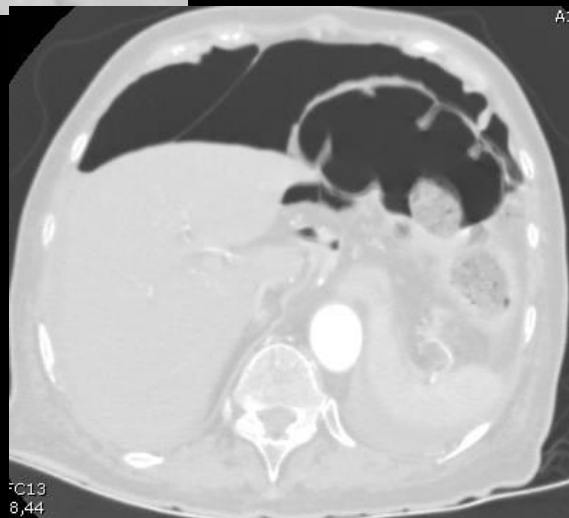
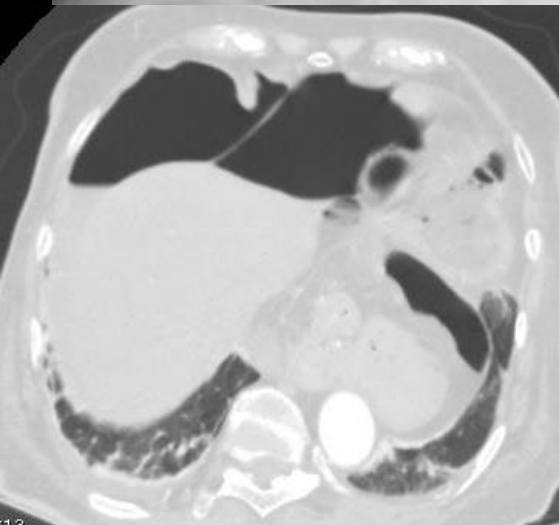
3-1-1-2 hernies pariétales

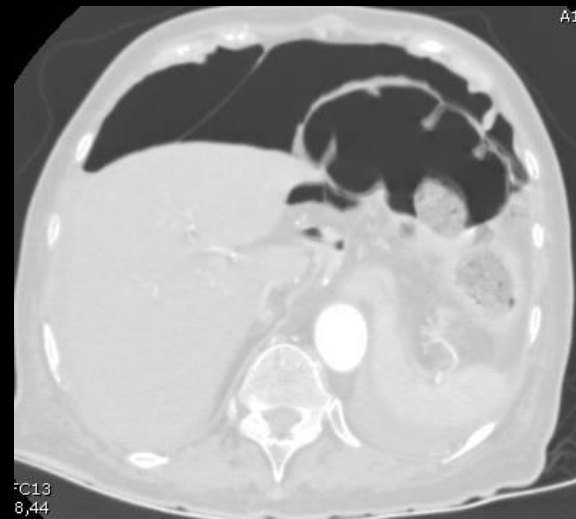
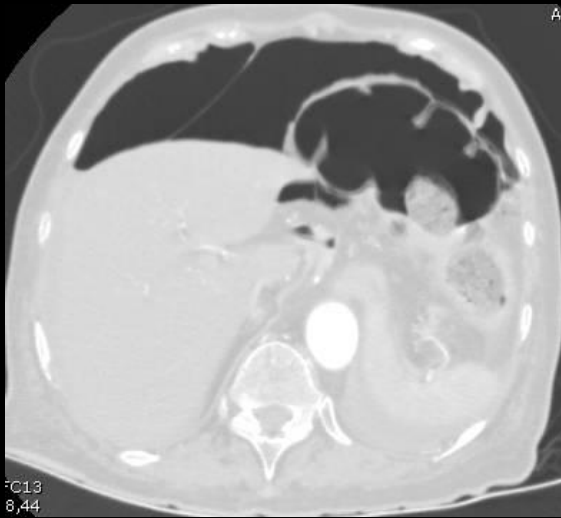




**perforation diastatique sur
hernie ombilicale à contenu
colique transverse
+ hernie de Spiegel**

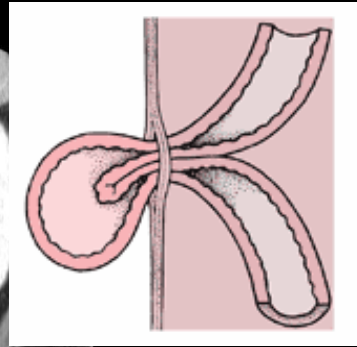
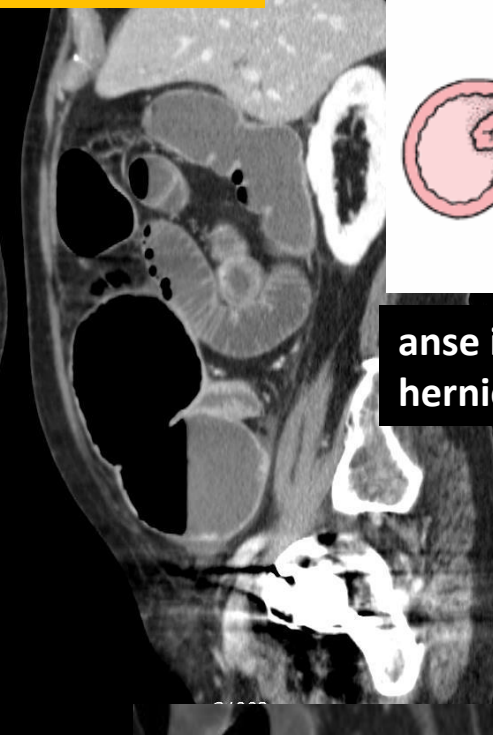
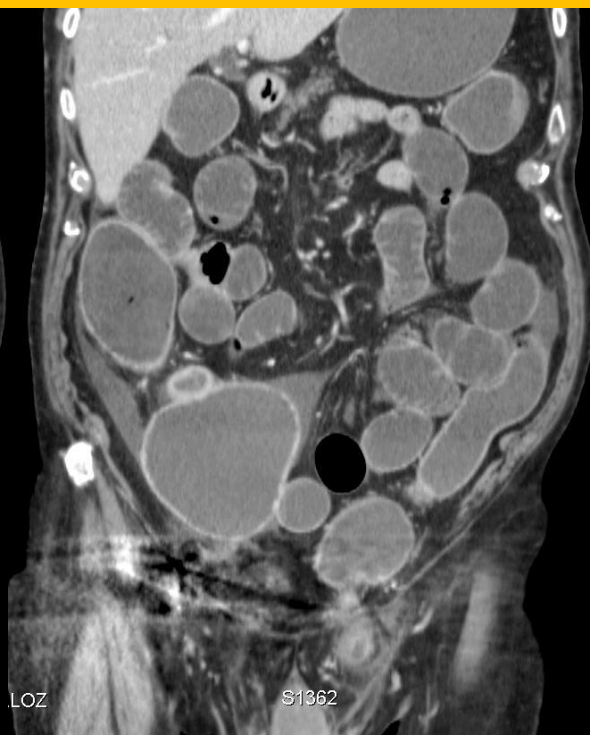
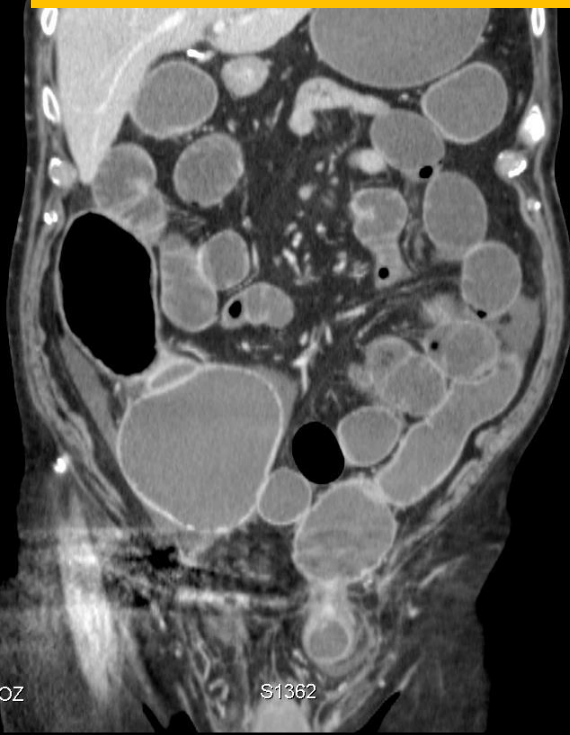




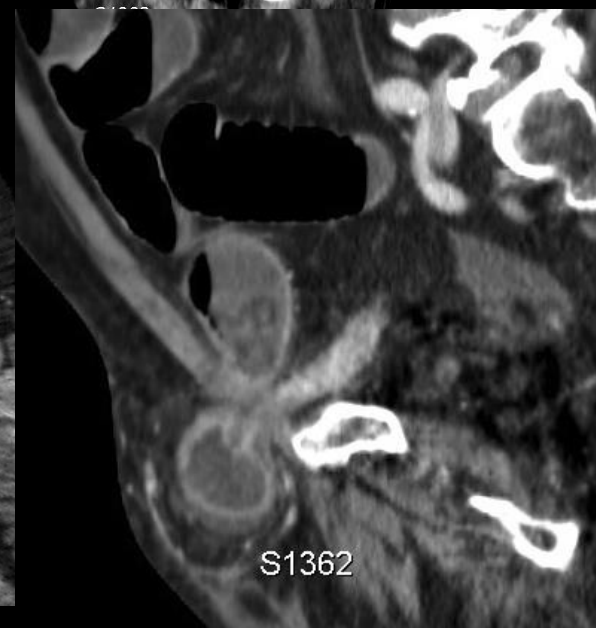
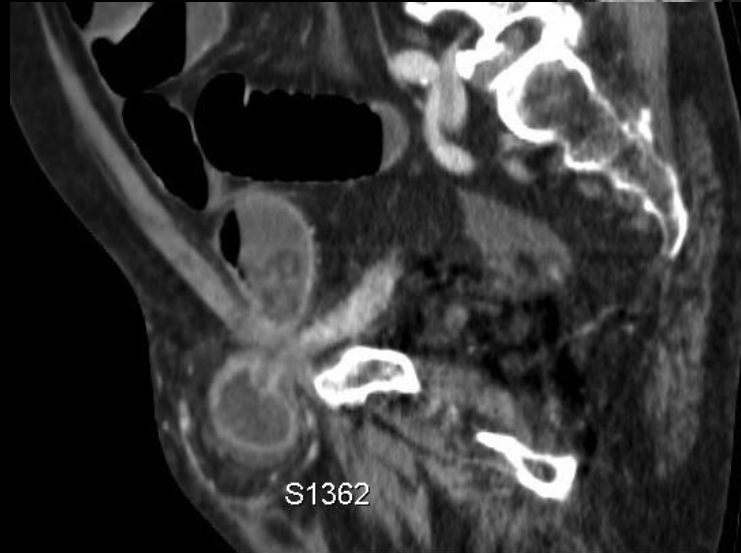


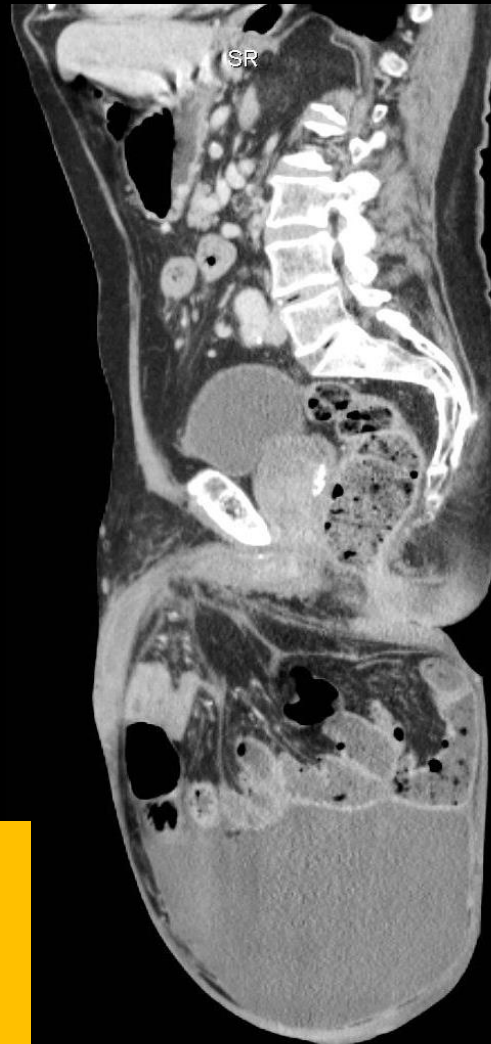
**hernie hiatale par glissement et pneumopéritoine abondant
(perforation diastatique du caecum)
le colon transverse n'accompagne pas l'estomac dans le sac
herniaire**

hernie inguinale oblique externe avec incarceration du sigmoïde

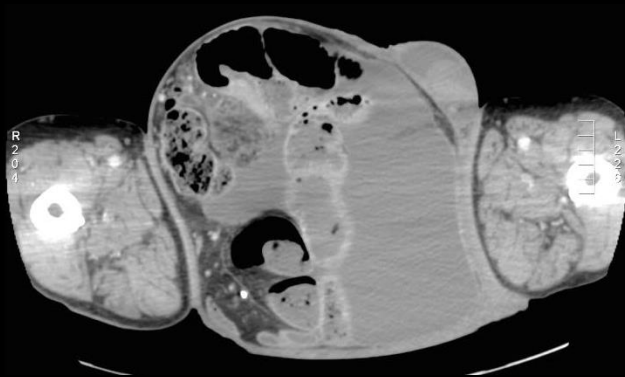
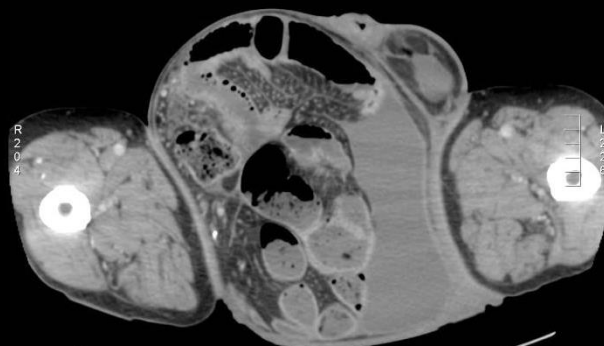
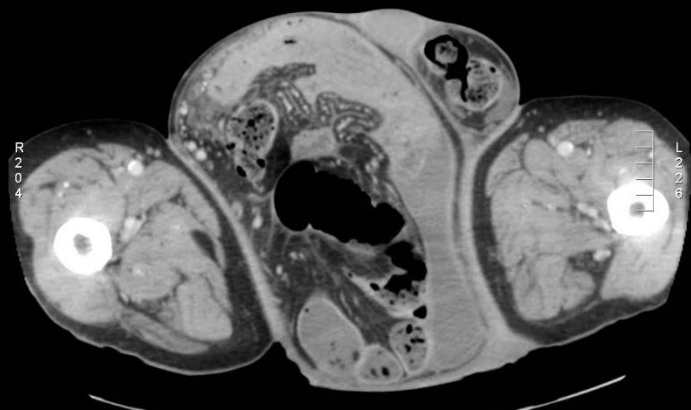
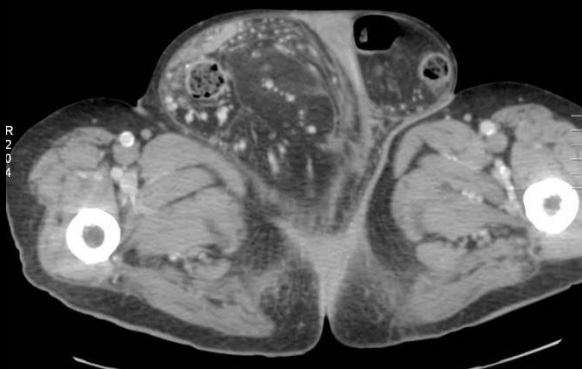
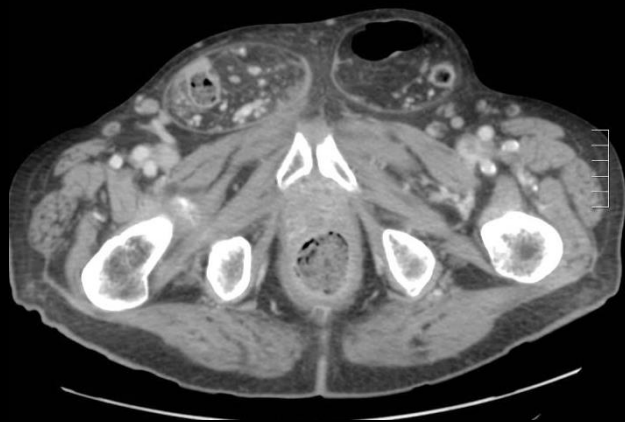


anse incarcerée
hernie étranglée



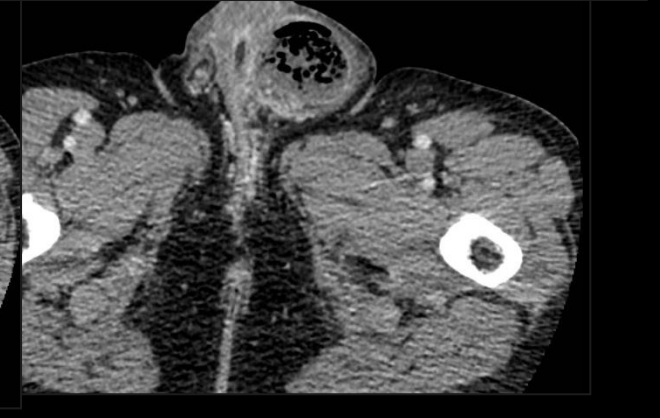
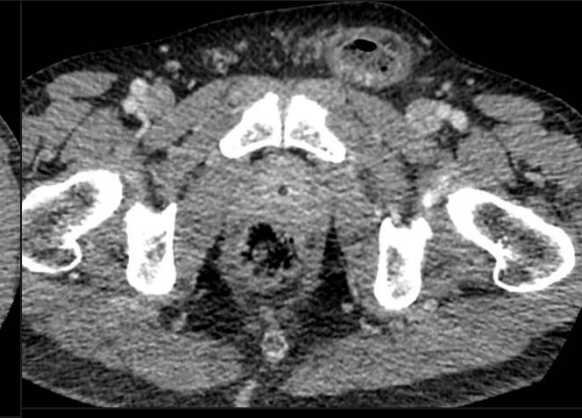
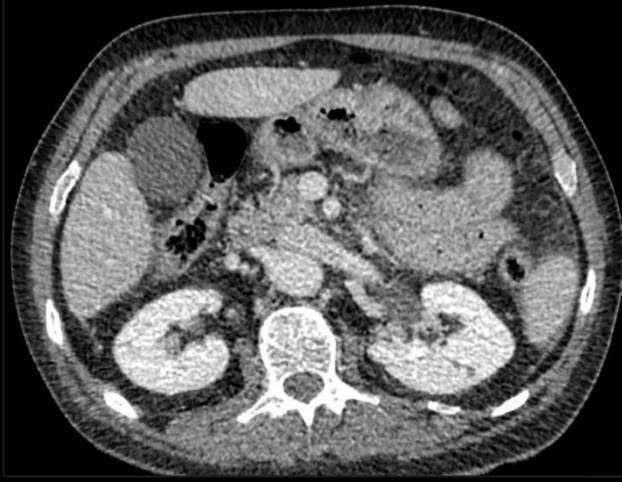


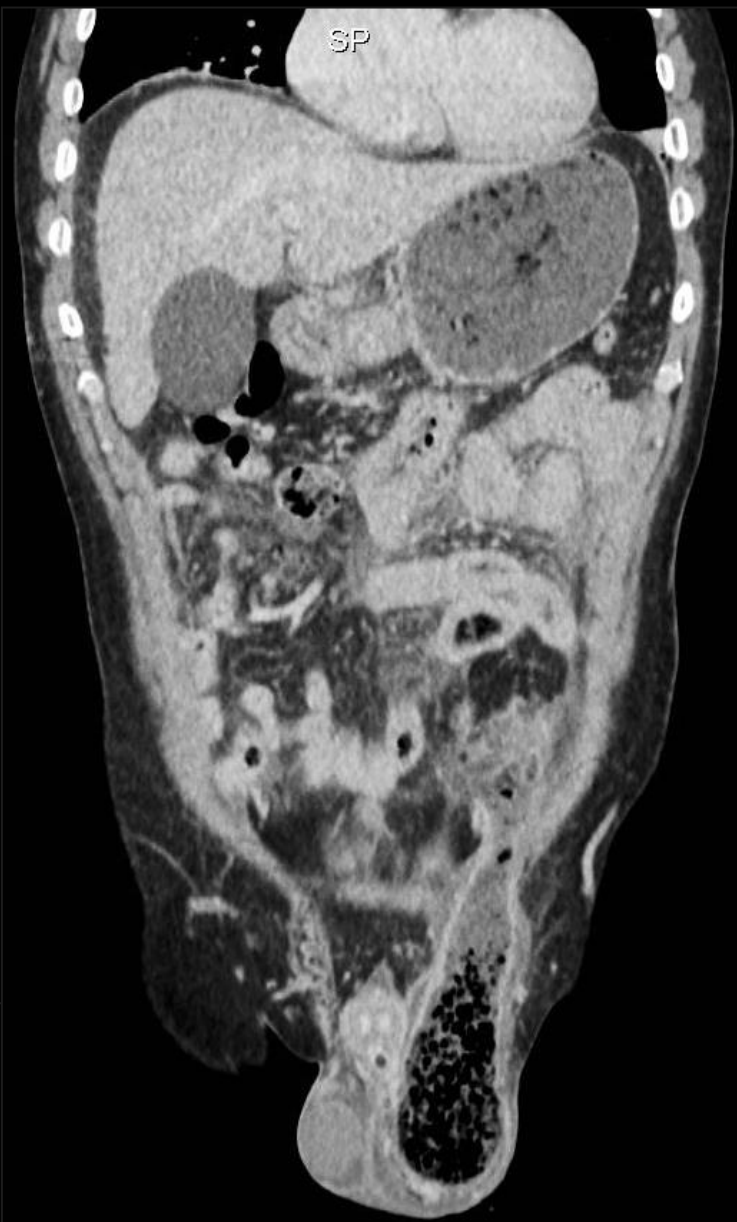
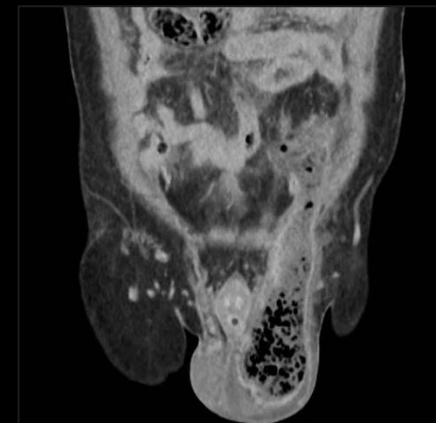
**volumineuse hernie inguino-
scrotale oblique externe à
contenu épiploïque , grêle et
colique +hydrocèle**



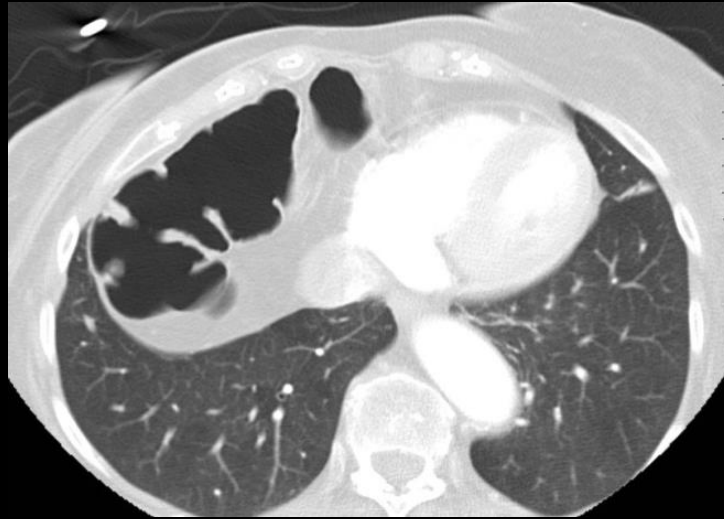
**volumineuse hernie inguino-
scrotale oblique externe à
contenu épiploïque , grêle et
colique +hydrocèle**

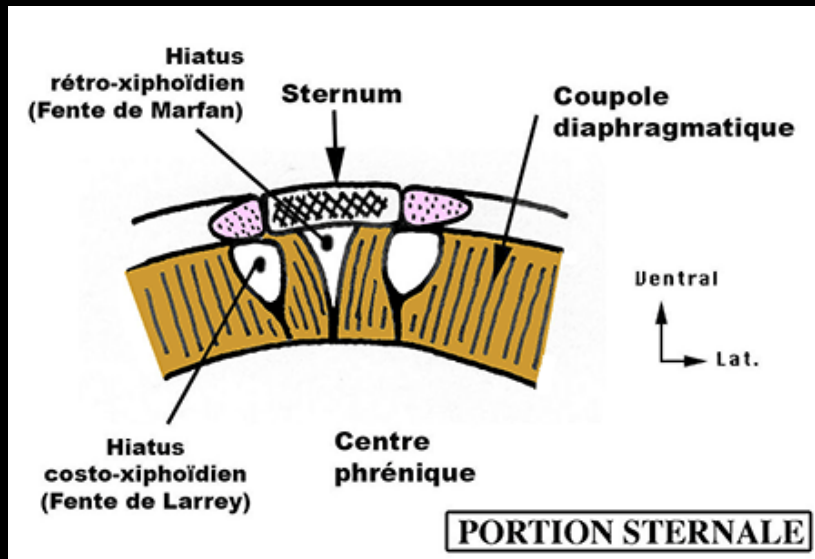
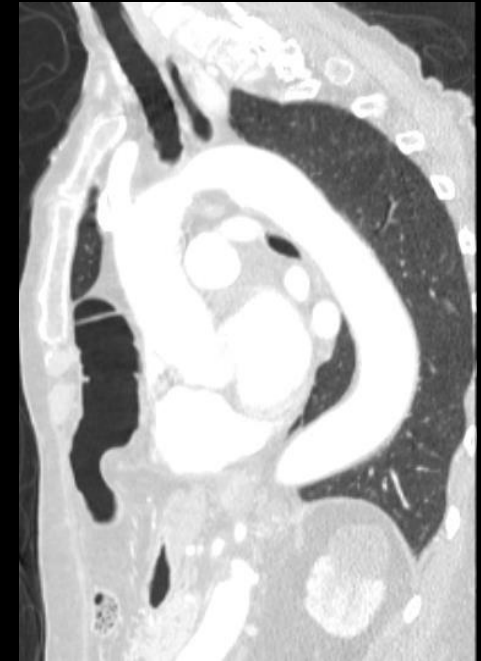
traumatisme inguinal (écrasement)





rupture du sigmoïde intra-herniaire après contusion
inguinale (hernie inguinale oblique externe)

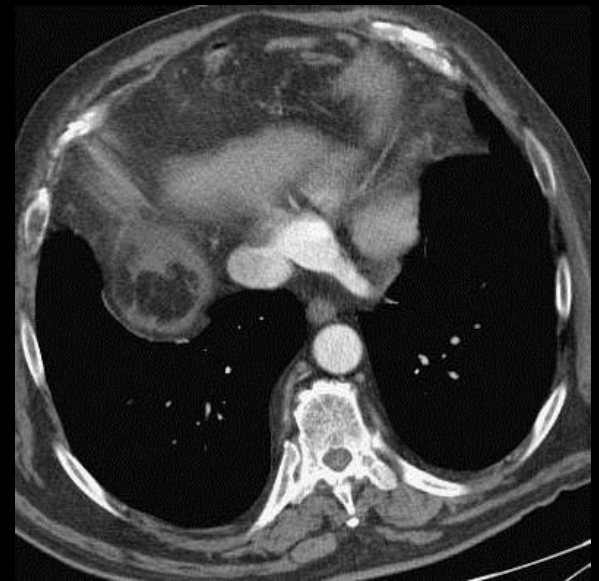
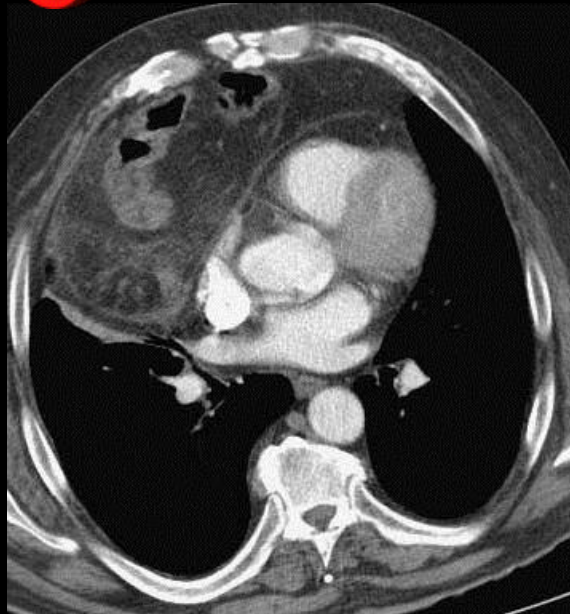
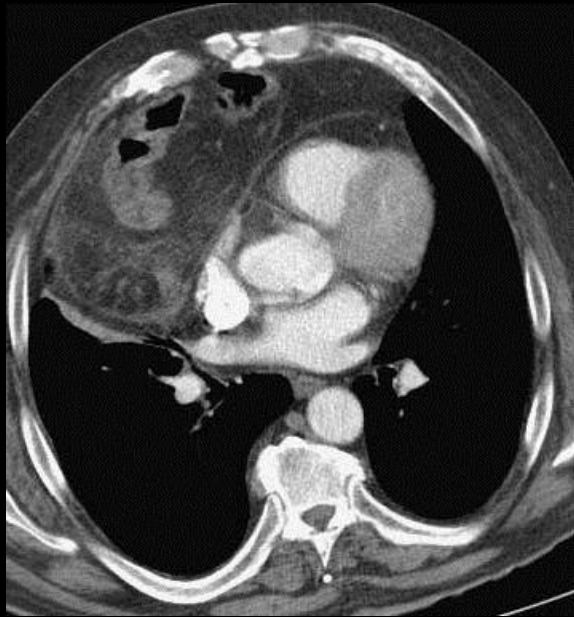
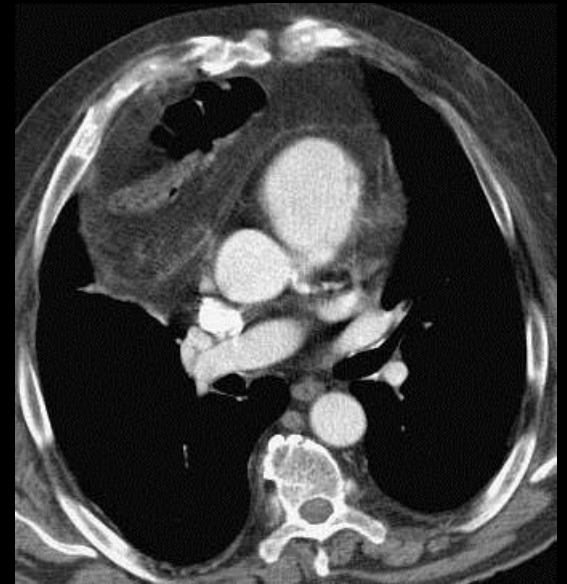
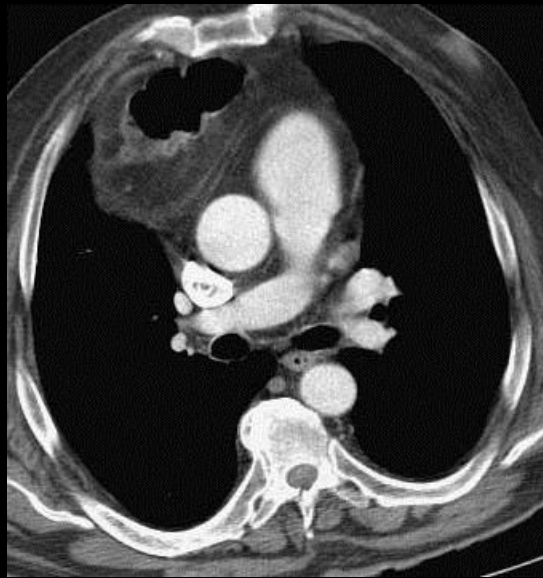
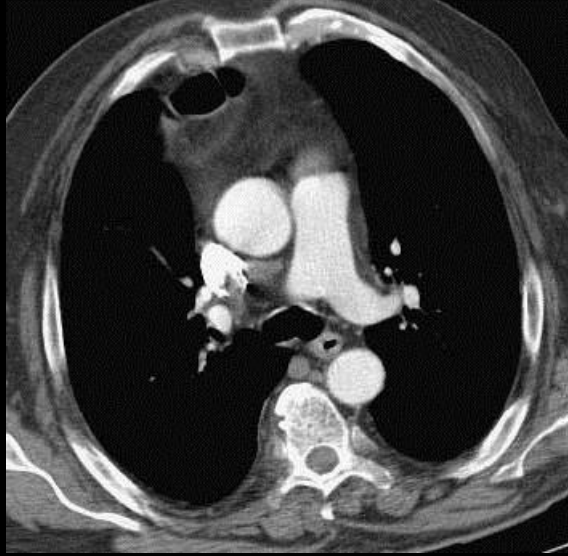


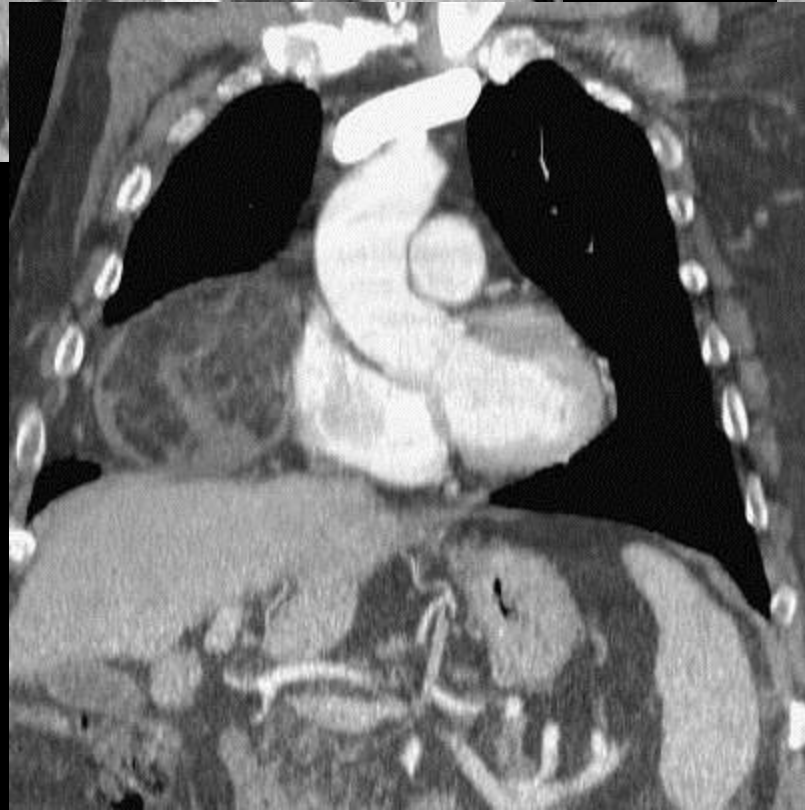


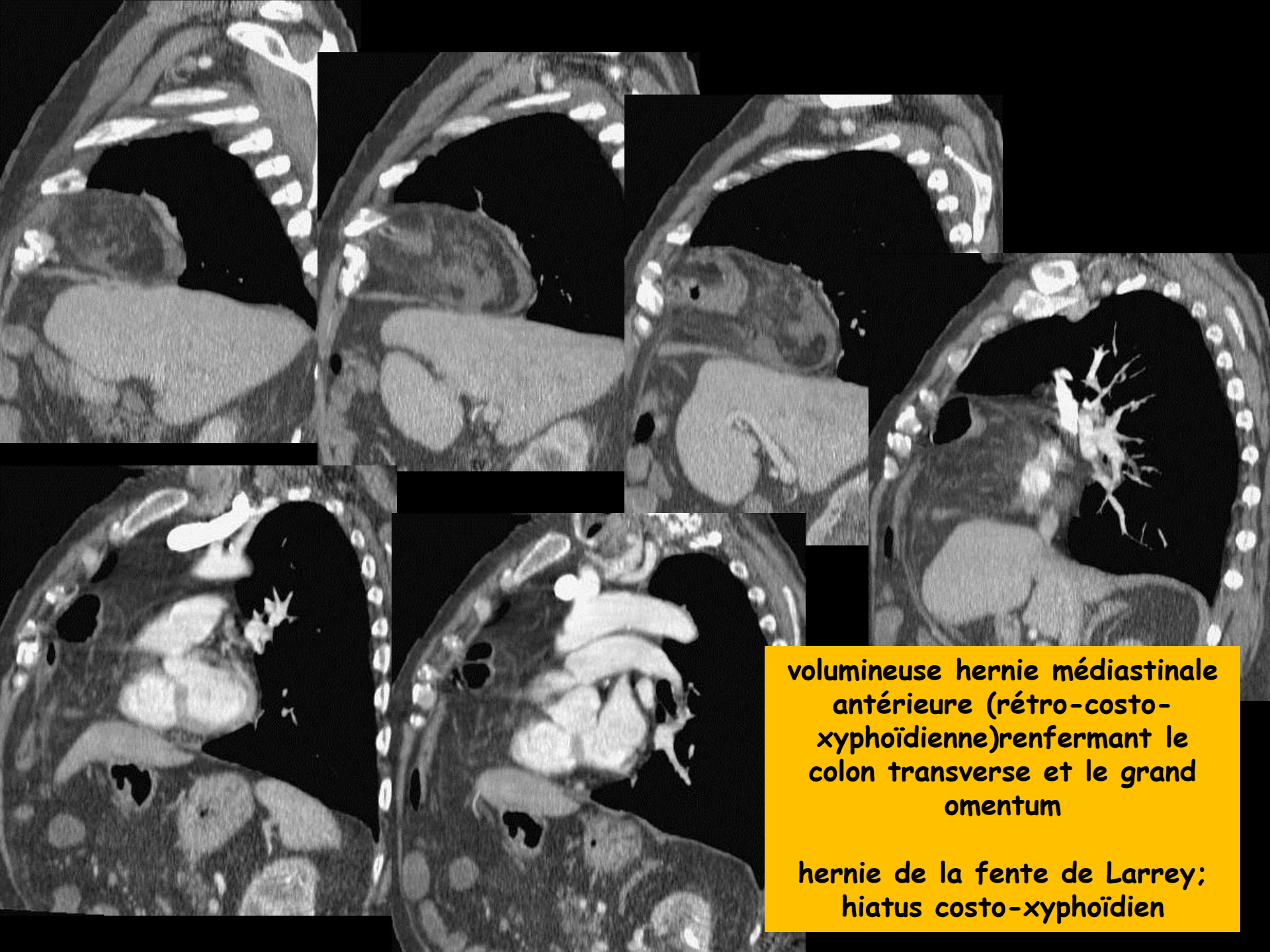
**volumineuse hernie
médiastinale antérieure
(rétro-costo-xyphoïdienne)**

**hernie de Morgagni fente de
Marfan (médiane)
hiatus rétro-xyphoïdien**

**hernie de la fente de Larrey;
hiatus costo-xyphoïdien**

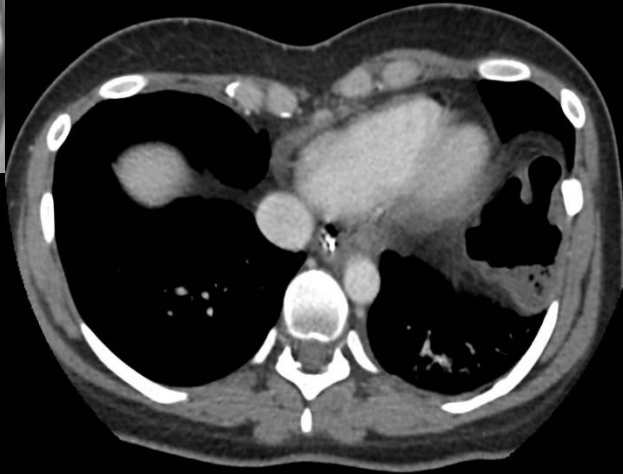


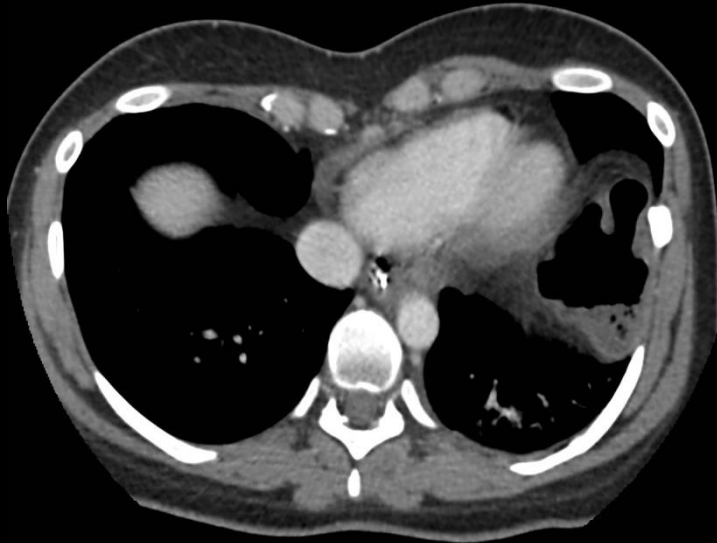




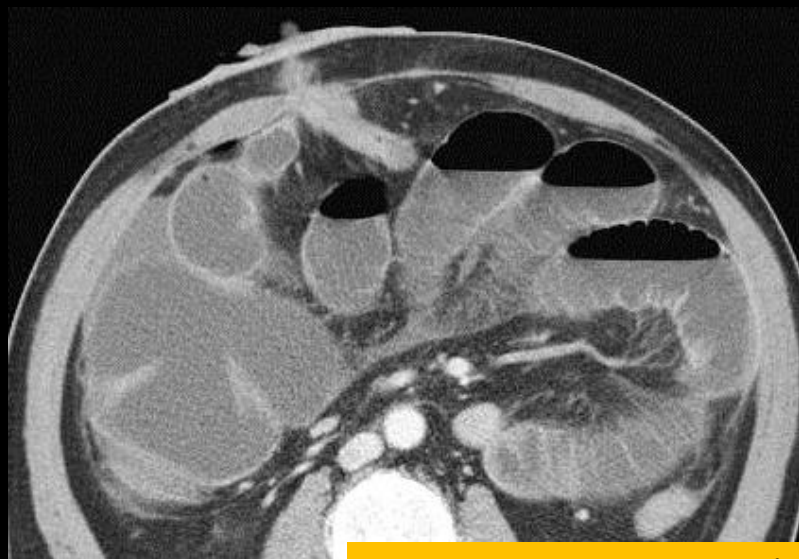
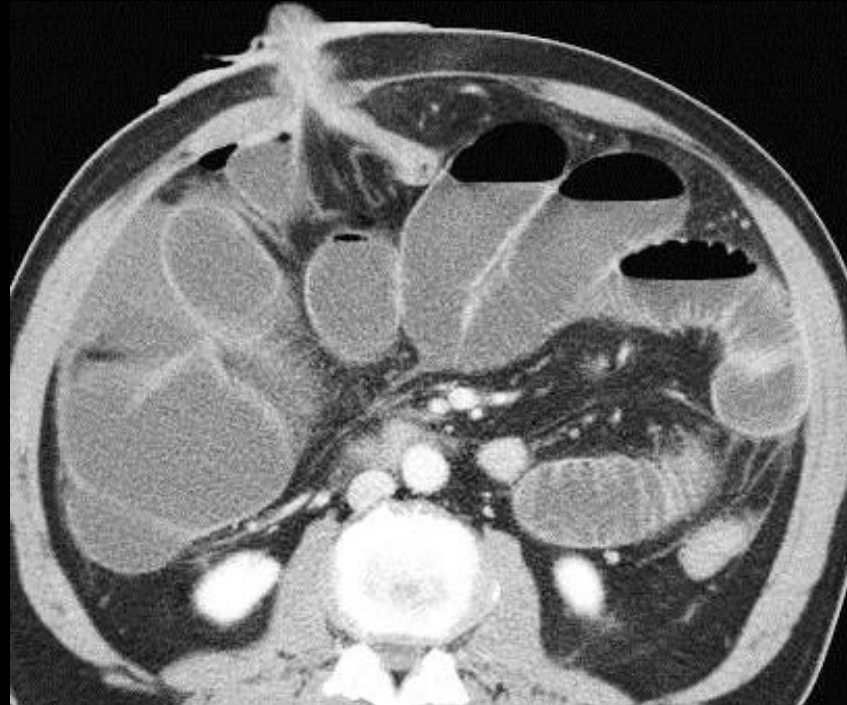
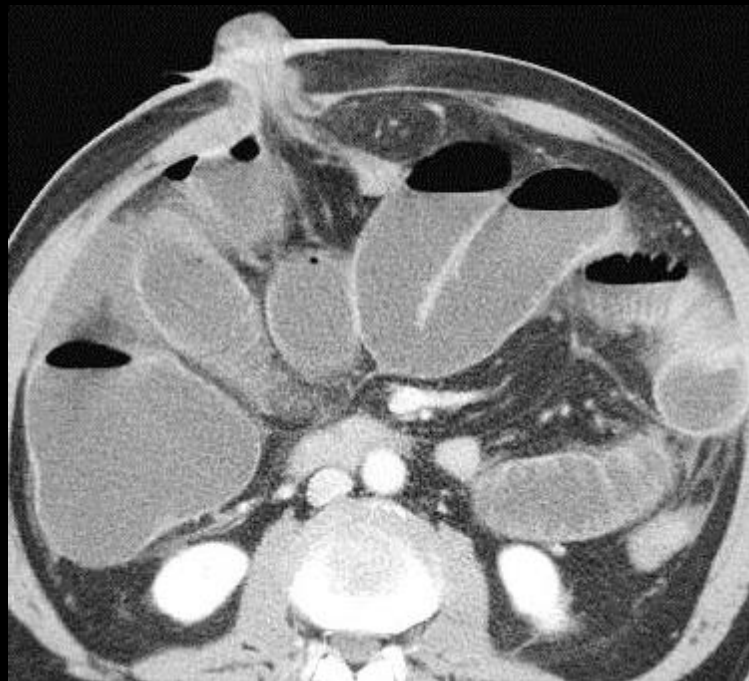
**volumineuse hernie médiastinale
antérieure (rétro-costo-
xyphoïdienne) renfermant le
colon transverse et le grand
omentum**

**hernie de la fente de Larrey;
hiatus costo-xyphoïdien**



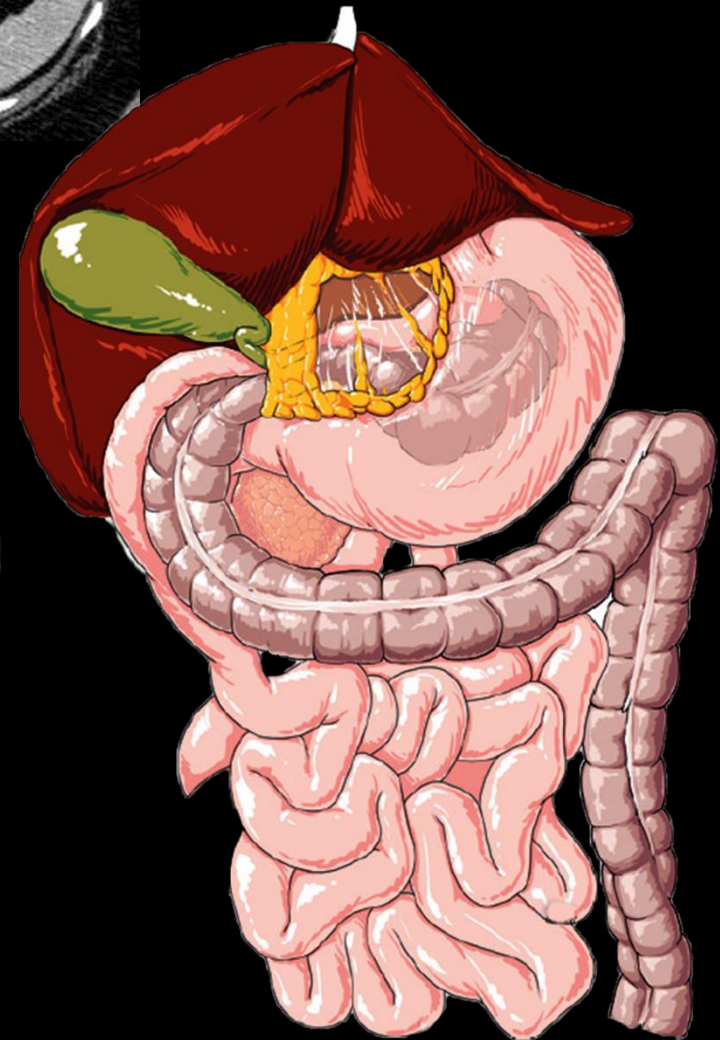
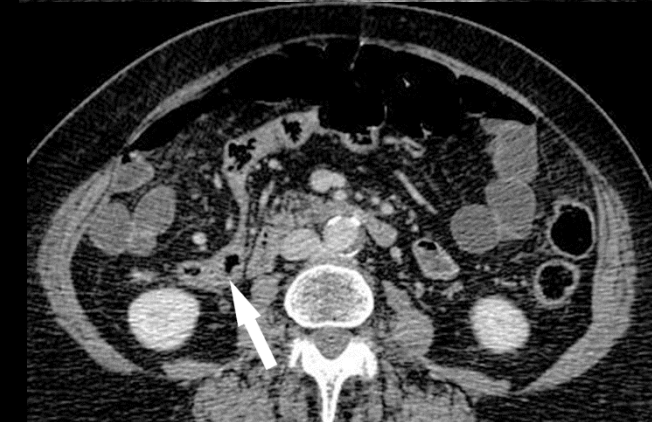


occlusion colique par incarceration de l'angle gauche dans une rupture ancienne de l'hémicoupole gauche (chute de cheval avec piétinement)



occlusion colique précoce (J3) après
colostomie transverse (Adk rectal)

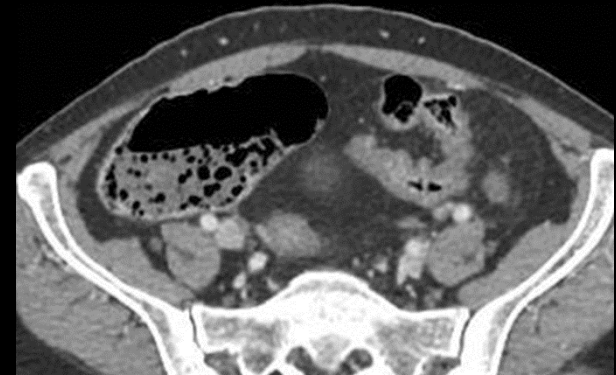
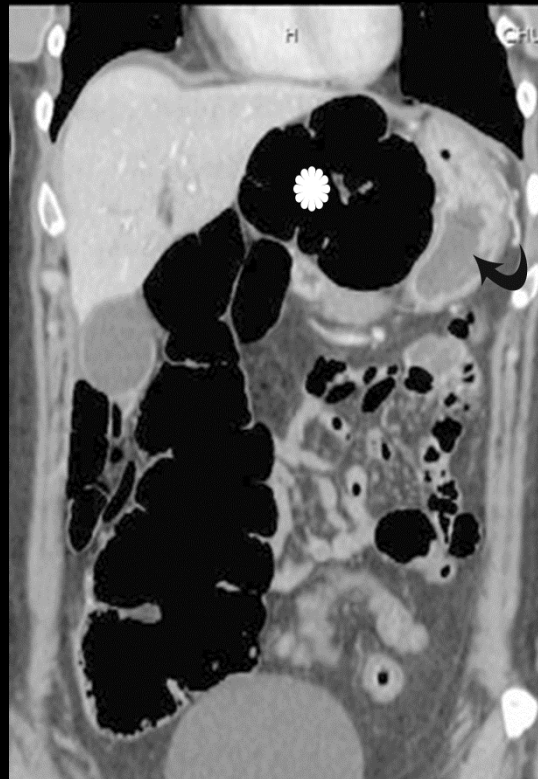
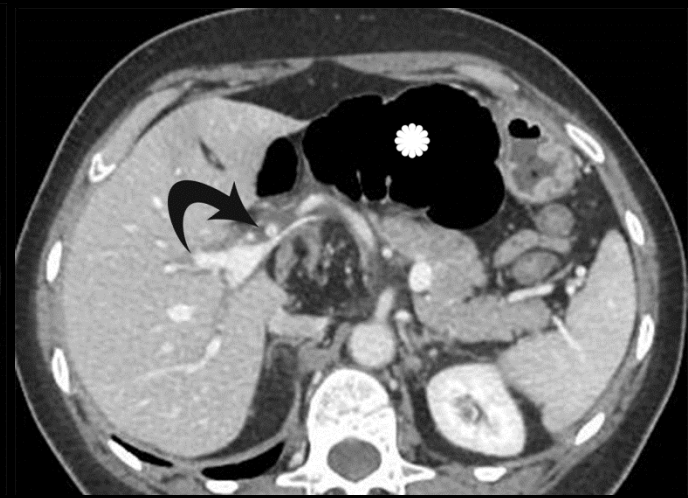
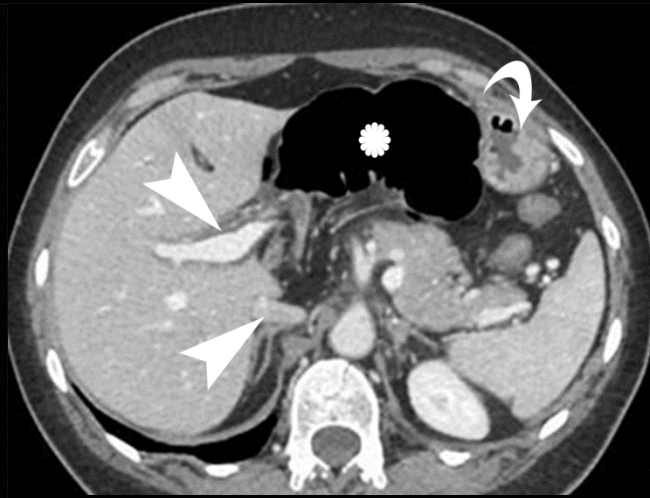
1-1-4 hernies internes





Obs. JL Bertrand CH Perpignan

**hernie du carrefour iléo-caecal
par le hiatus ommental; Blandin
type II)**



hernie du côlon
transverse par le
hiatus de Winslow
hernie de Blandin
type III

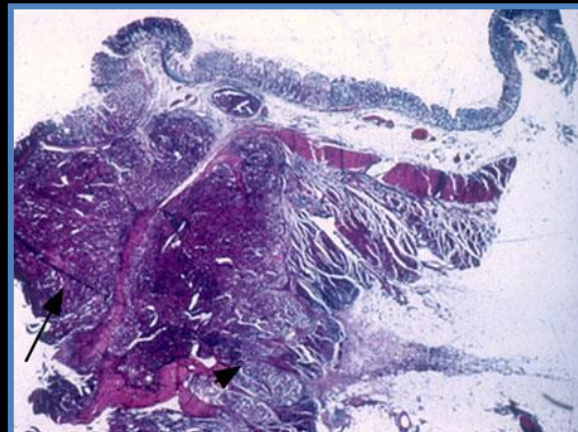
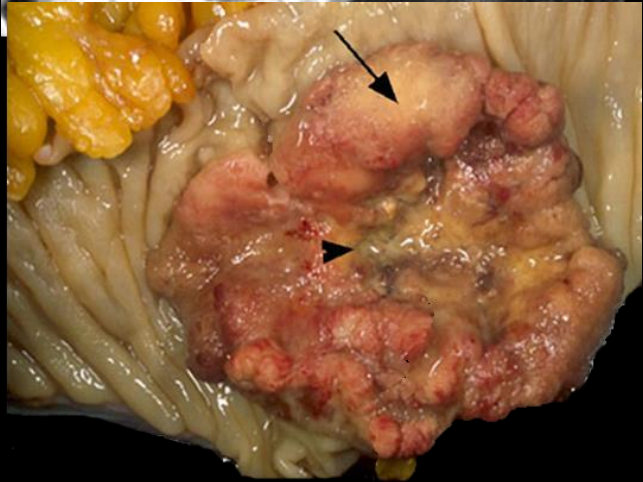
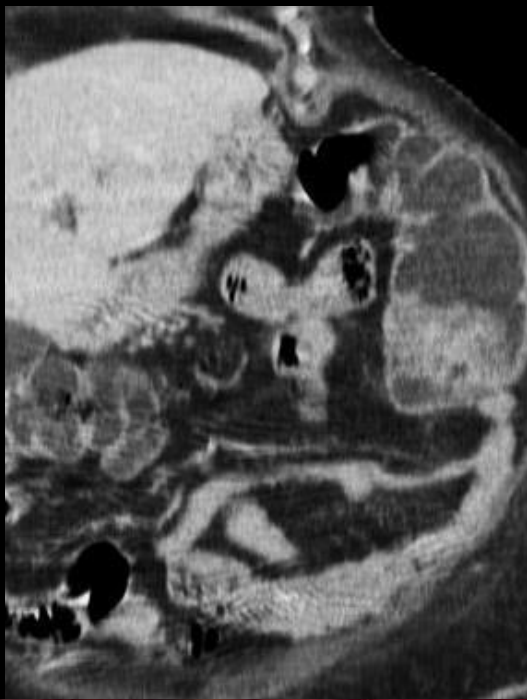
3-1-2 occlusions colo-rectales d'origine pariétale

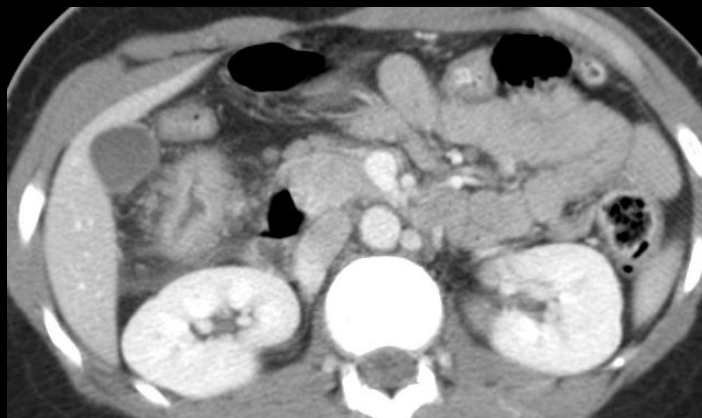
3-1-3-1 lésions pariétales sténosantes colo-rectales tumorales

ce sont bien sur les **causes les plus fréquentes d'occlusion basse**, en relation avec un **adénocarcinome lieberkühnien circonférentiel sténosant**, siégeant 3 fois sur 4 dans les 70 derniers centimètres du colon mais pouvant être trouvé en n'importe quel endroit du cadre colique : dans l'angle droit pré et sus hépatique lors d'un syndrome de Chilaïditi, dans le thorax lorsque le transverse accompagne une volumineuse hernie hiatale ...

le problème essentiel est l'évaluation du risque de perforation diastatique du caecum, spontanée ou favorisée par l'insufflation lors de la pose d'une endoprothèse de décompression, "pont" vers une chirurgie d'exérèse réglée (bridge to surgery)

la recherche d'une deuxième localisation tumorale colique ou rectale fait également partie des objectifs de l'imagerie en coupes



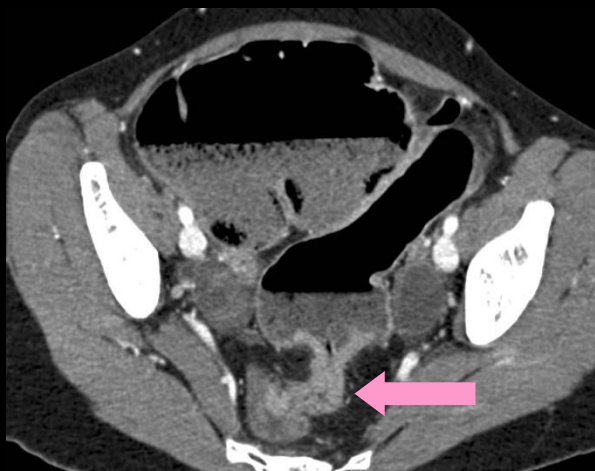


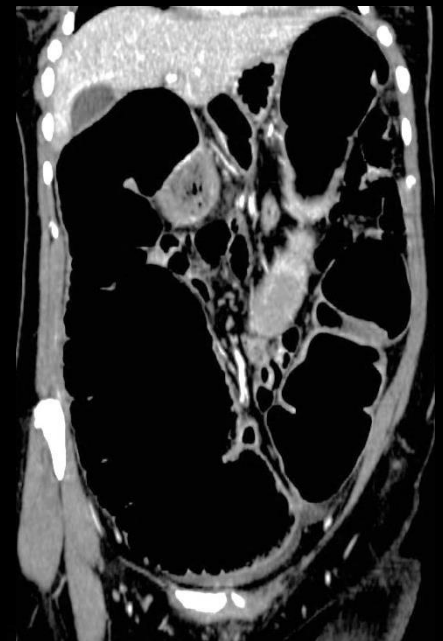
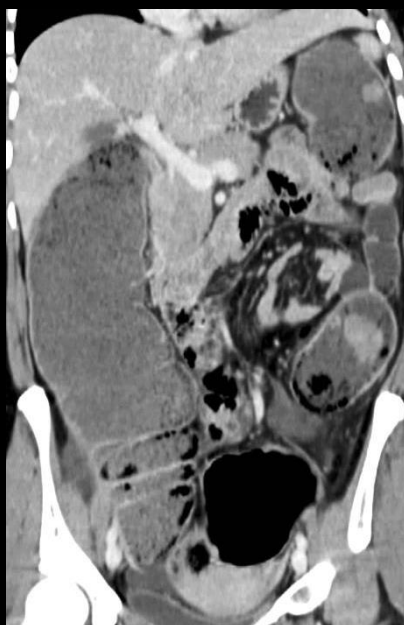


adénocarcinome sténosant
de l'angle colique
droit(adénocarcinome
moyennement différencié,
pT4) chez un homme de
24 ans

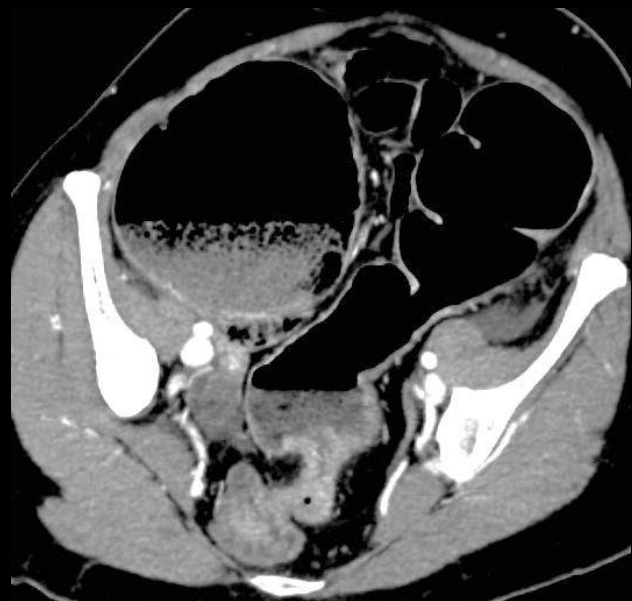
rechercher caractère
familial (sd de Lynch)

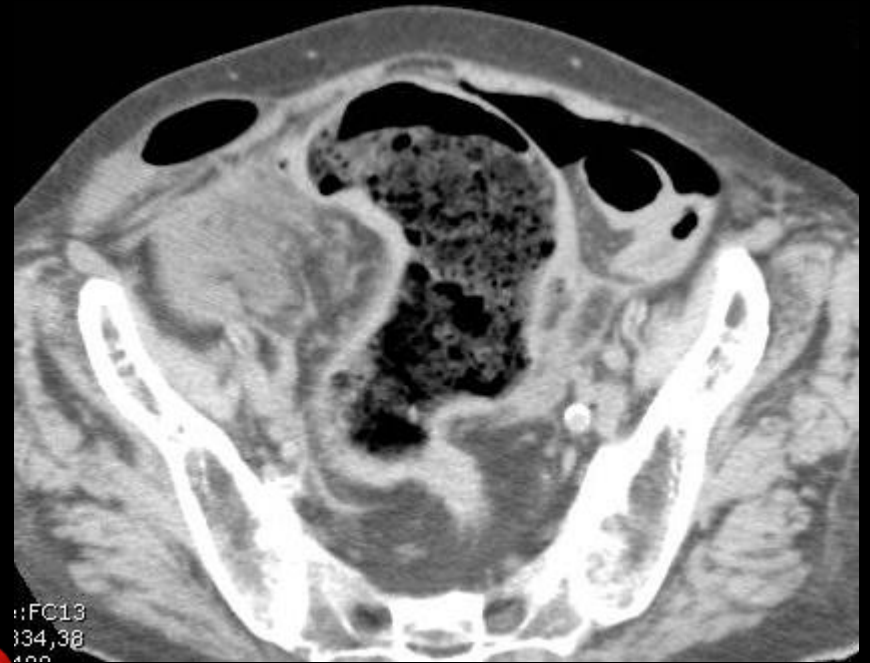
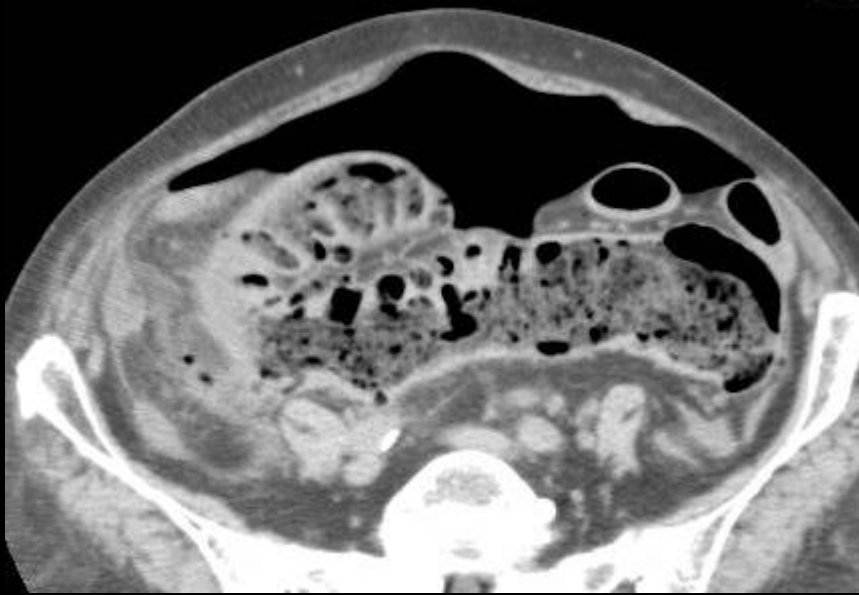




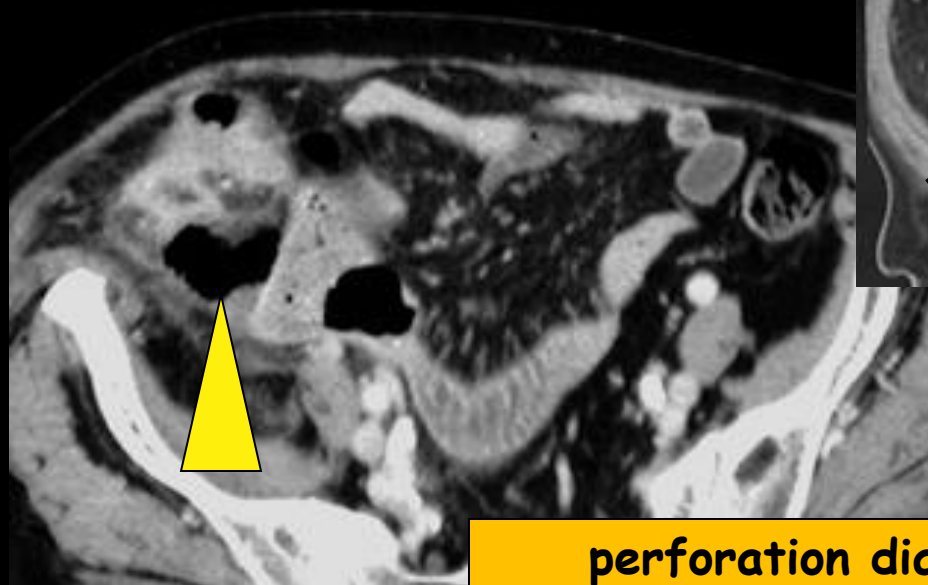
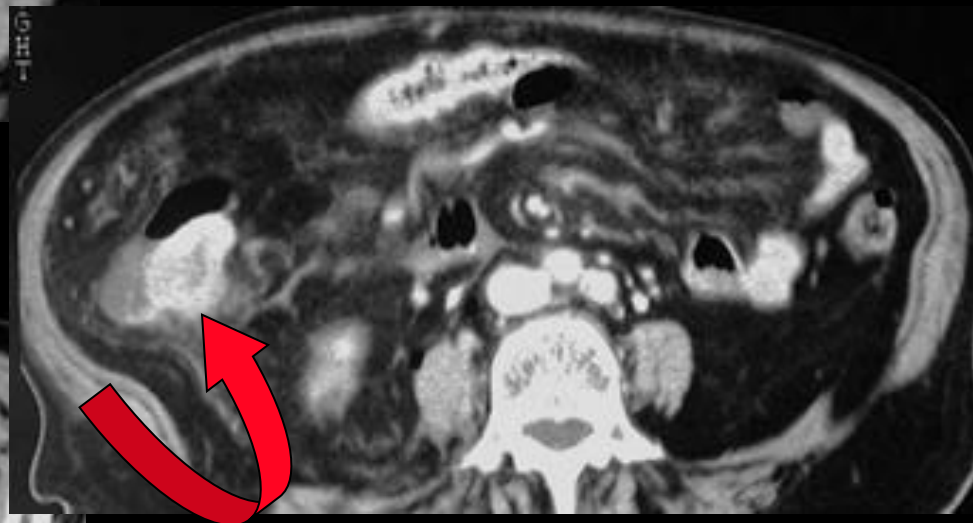
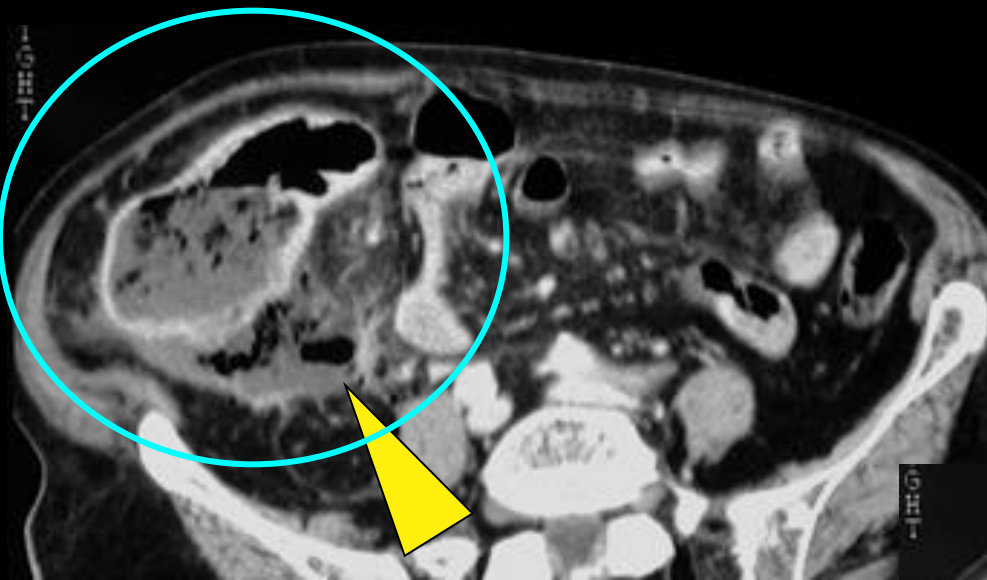


homme 34 ans, adénocarcinome sténosant de la
charnière recto-sigmoïdienne; PARC familiale

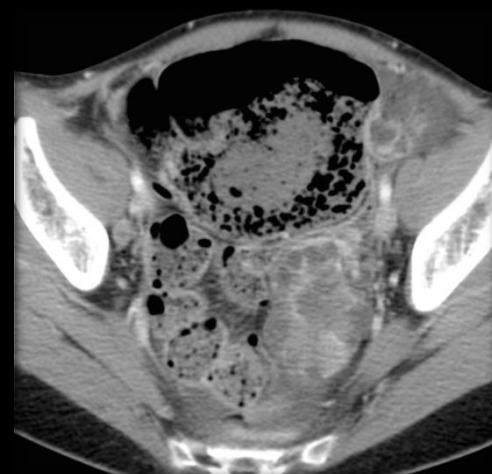
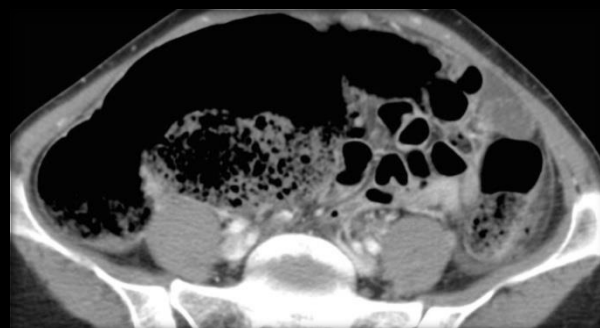
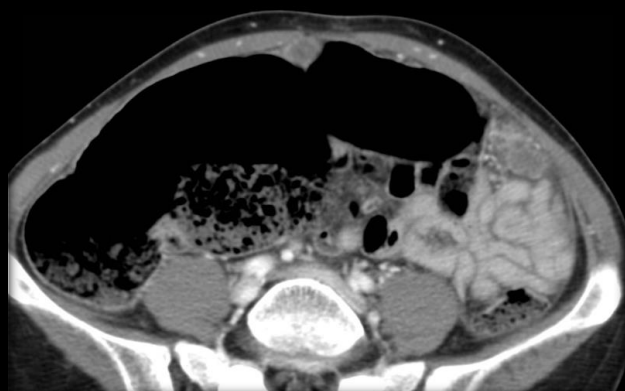
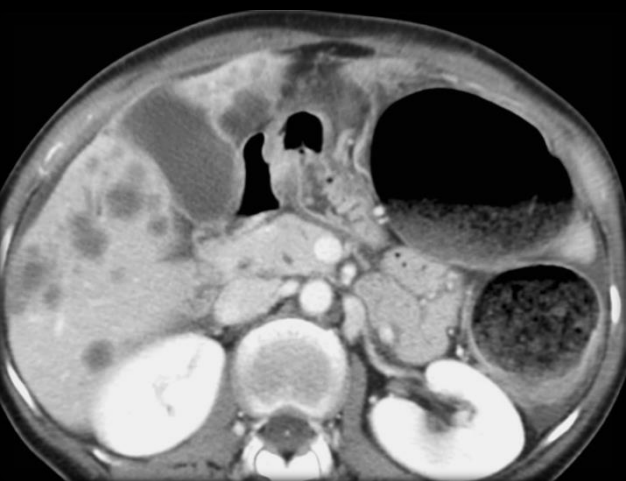


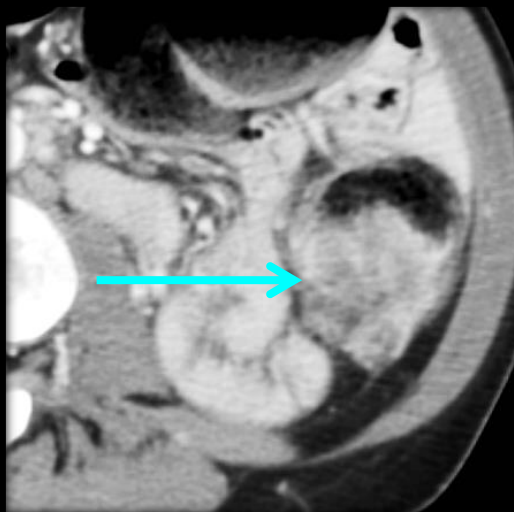


**perforation diastatique sur
adénocarcinome sténosant de
la charnière recto-
sigmoïdienne**



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

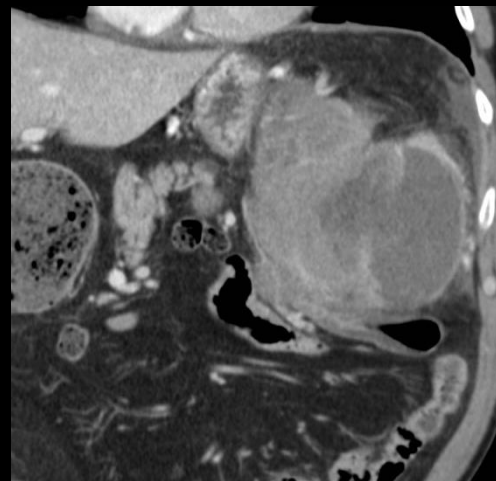
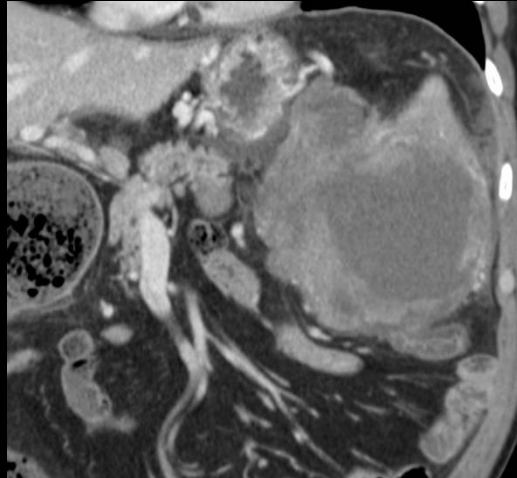
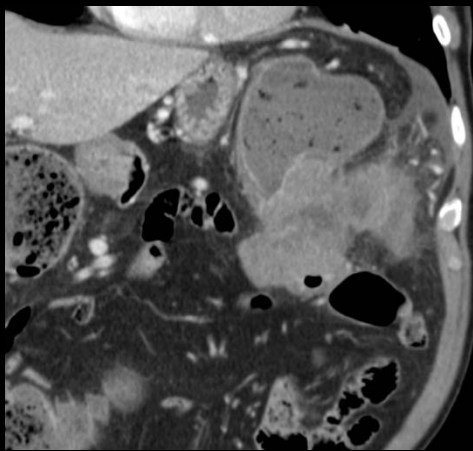
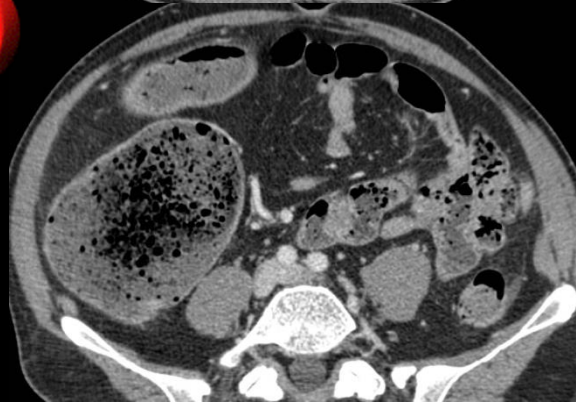
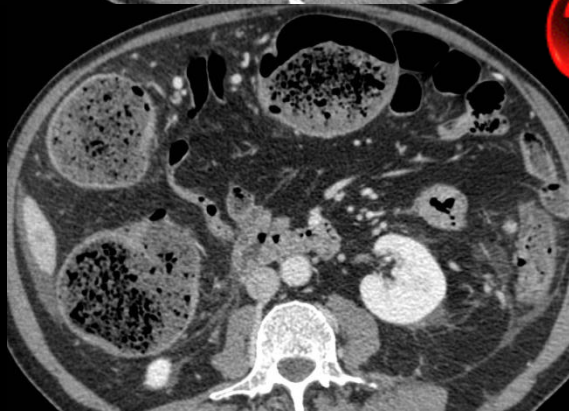
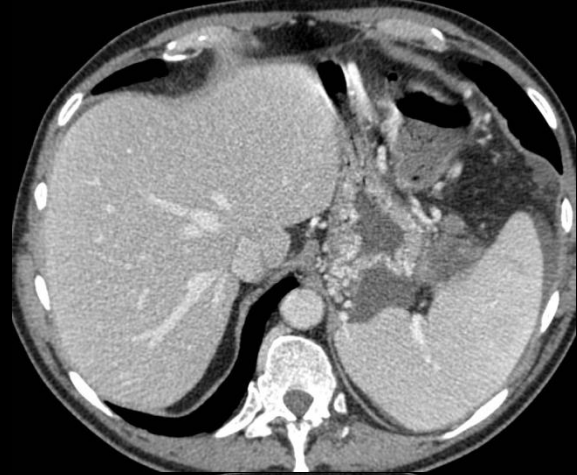


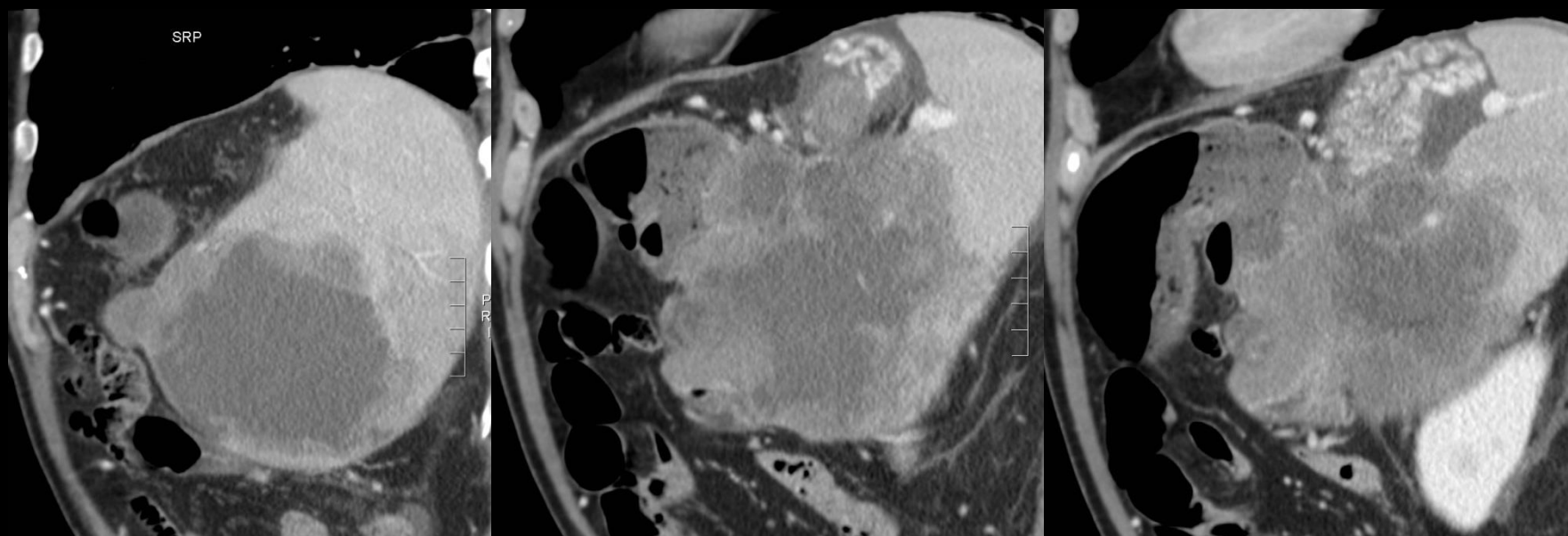
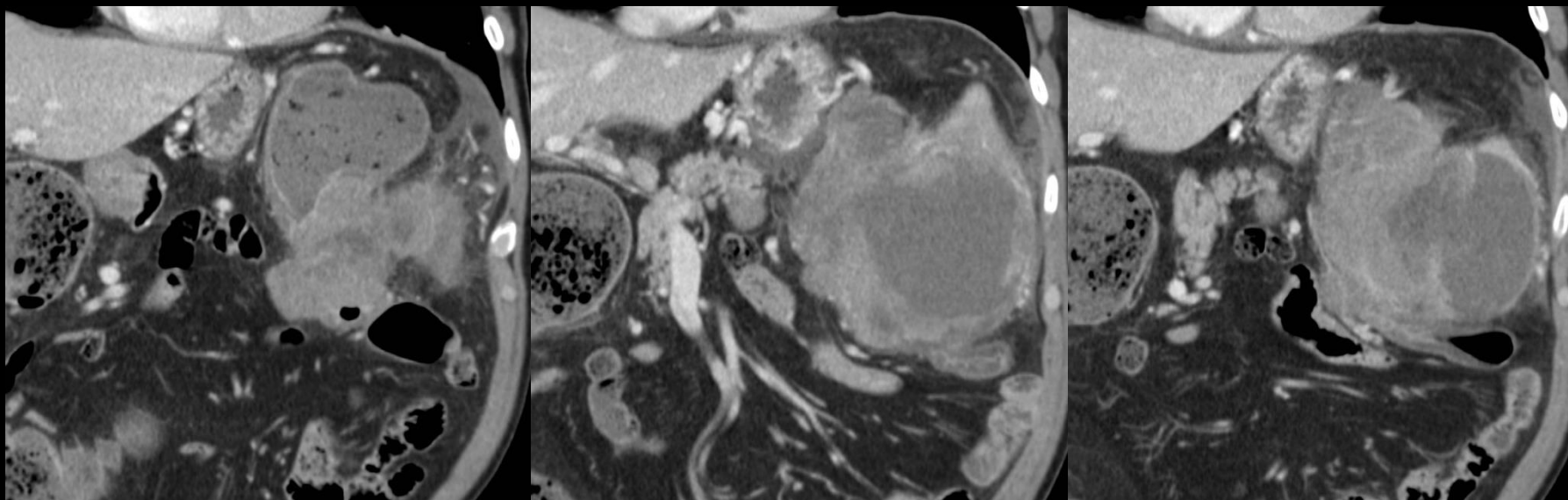


**Sténose circonférentielle serrée du colon
gauche par adénocarcinome lieberkuhnien
parois coliques épaisses ; stase stercorale**

les autres causes de sténose tumorale colique sont représentées par les **extensions de contiguïté à la paroi recto-colique de néoplasies pelviennes** (ovaires, prostate, bas appareil urinaire....).

Toutes les grosses **masses tumorales malignes de la cavité péritonéale** en particulier de la région splénique et du pancréas caudal, mais aussi du deuxième duodénum et de la région sous hépatique peuvent s'étendre au colon, de même que les **atteintes carcinomateuses de l'étage sous mésocolique** ou du rétropéritoine .





extension en un mois d'un LMNH B diffus grandes cellules splénique à l'angle colique gauche

3-1-3-2 lésions pariétales sténosantes colo-rectales non tumorales

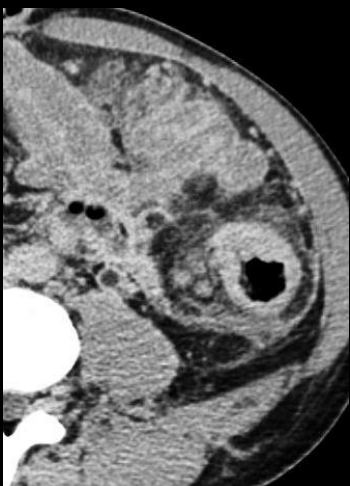
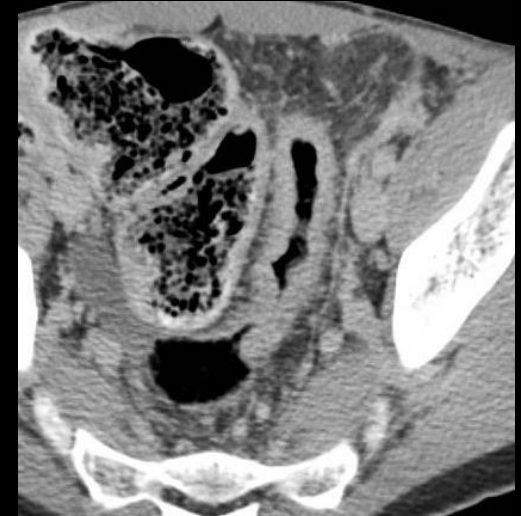
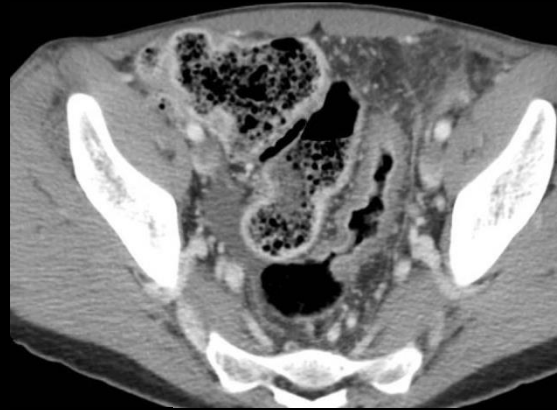
Parmi les causes de sténose inflammatoire ou infectieuse, on retiendra les MICI, en particulier la maladie de Crohn, qu'elle corresponde à une atteinte colique primitive ou à la propagation d'une atteinte iléale vers le sigmoïde.

Les complications sténosantes de la diverticulose du sigmoïde ne sont pas exceptionnelles et sont souvent à l'origine de difficultés diagnostiques. La plupart des syndromes occlusifs fébriles observés dans ce contexte de diverticulite sigmoïdienne sont en fait des occlusions du grêle par extension trans séreuse de l'inflammation péri sigmoïdienne à la paroi des anses grêles accolées..

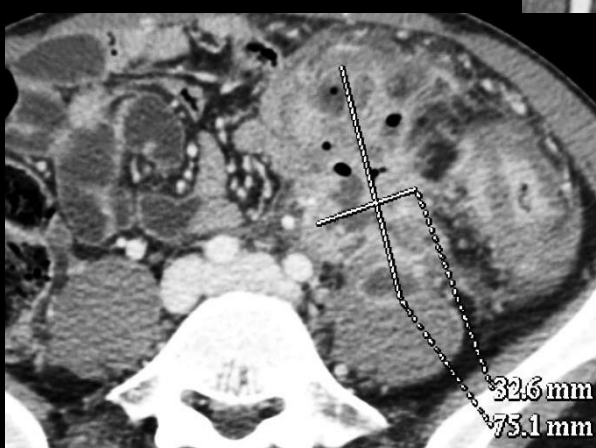
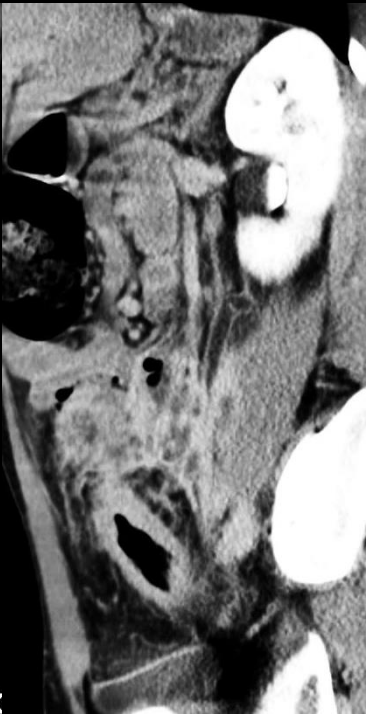
L'**actinomyose pelvienne** est une infection subaiguë s'accompagnant d'une fibrose inflammatoire majeure. Elle est souvent en relation avec la présence d'un DIU contraceptif en place depuis plusieurs mois ou années mais peut apparaître dans des conditions d'emploi normales, voire après le retrait du dispositif.

Parmi les autres causes de sténose chronique de la jonction recto-sigmoïdienne, avec dilatation marquée de l'ensemble du cadre colique, chez une jeune femme se plaignant de douleurs pelviennes rythmées par le cycle menstruel et d'une constipation opiniâtre, il faut évidemment penser à l'**endométriiose pelvienne profonde** qu'il ne faut pas confondre avec une atteinte néoplasique. Elle se traduit par des masses fibreuses homogènes développées dans les régions annexielles, les récessus para-rectaux et, à partir des localisations à la partie haute de la cloison recto-vaginale, vers le cul de sac vaginal postérieur et la face antérieure de la charnière recto-sigmoïdienne. Il y a, de façon non exceptionnelle, une urétéro-hydronéphrose par compression du bas-uretère et des endométriomes ovariens.

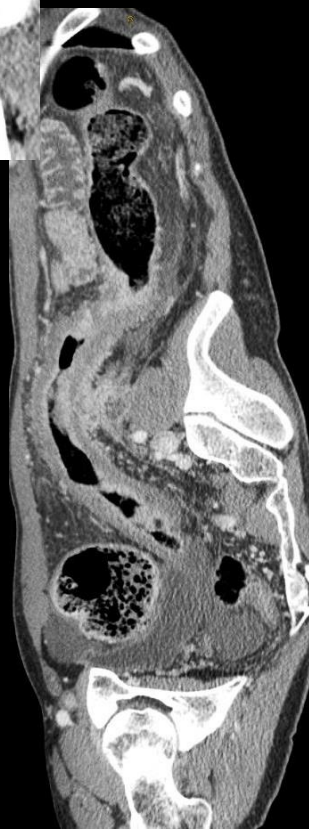
3-1-3-1 lésions pariétales sténosantes colo-rectales non tumorales

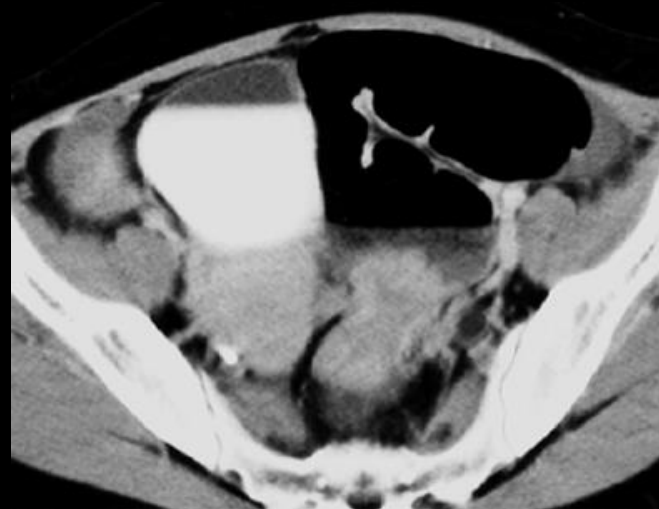
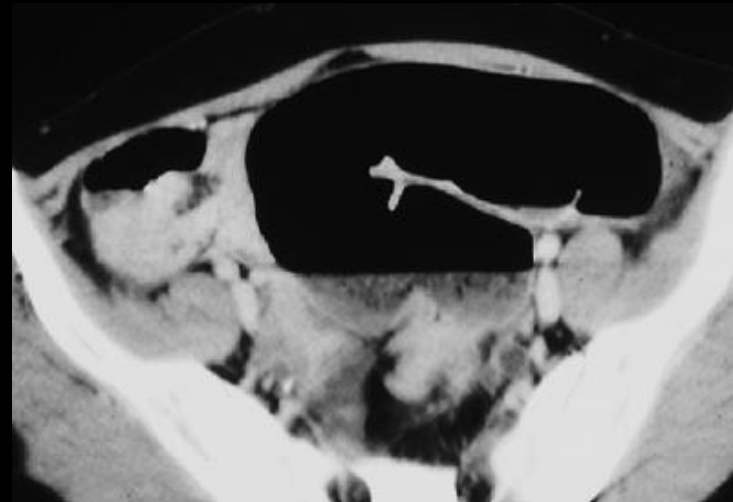


Crohn colique à forme
sténosante +
urétéro_hydronéphrose gauche
homme 28 ans



**Crohn colique à forme
sténosante +
urétéro_hydronéphrose gauche
homme 28 ans**





**endométrios pelvienne profonde -extension à la
face antérieure e la charnière recto-
sigmpïdienne -urétéro-hydronéphrose**