

Femme 61 ans . Cure de **rectocèle antérieure + entérocele** en chirurgie assistée par robot.Pas de reprise de transit à J+3; apyrétique. Douleur de la FID, sans contracture ni défense;; CRP à 450 isolée (pas d'hyperleucocytose)



Nikias Colignon IHN

1ère poussée

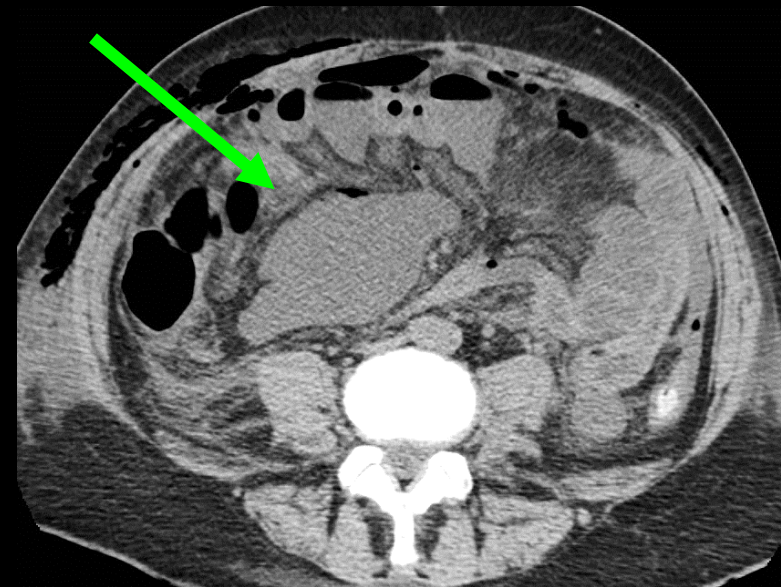


2ème poussée

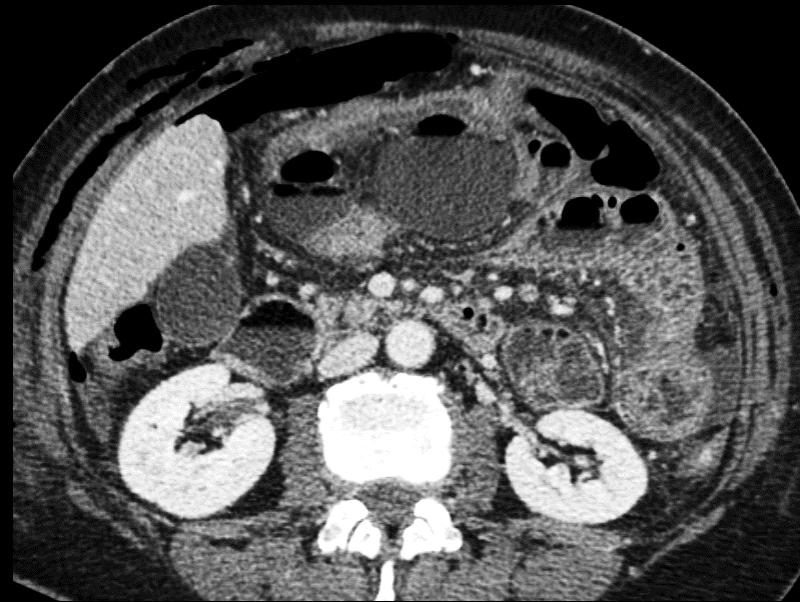


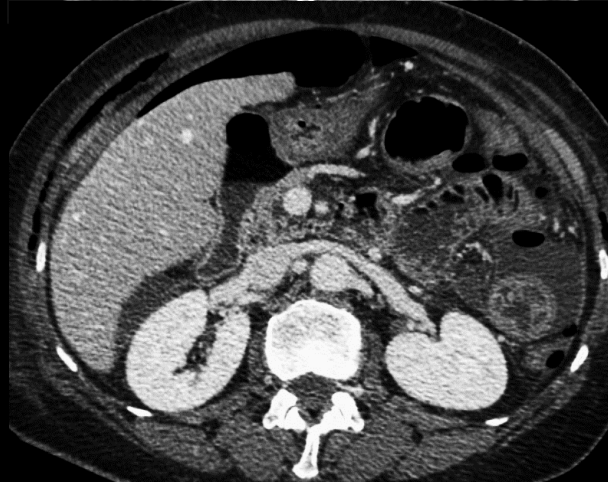
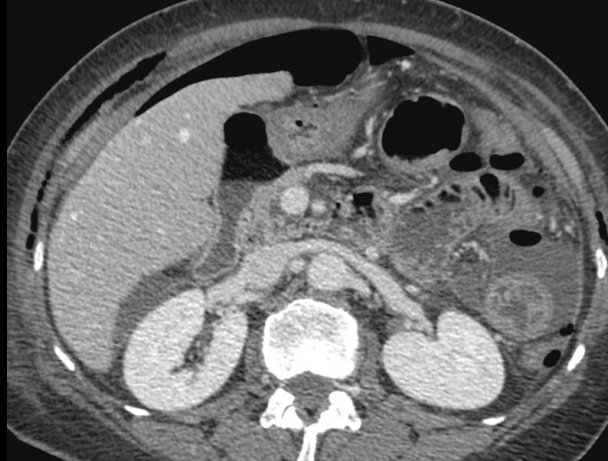
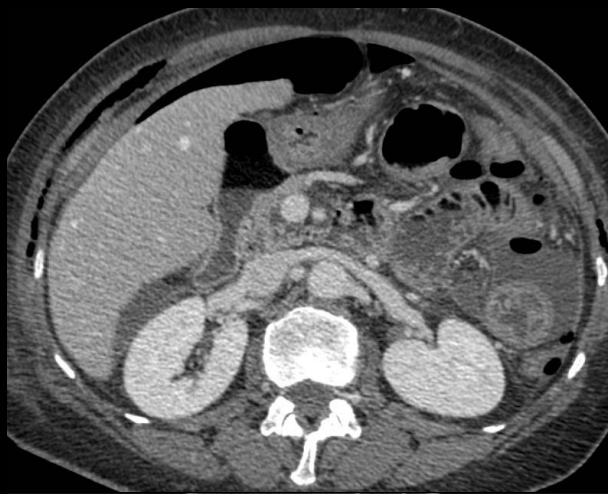
sans injection

La persistance d'un assez **important pneumopéritoine à J4** après une chirurgie assistée sous laparoscopie, de même que la dissection gazeuse de la paroi abdominale antérieure à proximité de l'orifice d'introduction d'un trocart sont inquiétantes . **La totalité du mésentère infiltré** , la présence d'une **volumineuse collection liquide interanses** surmontée d'une bulle de gaz et le syndrome inflammatoire biologique , sont caractéristiques d'une péritonite , malgré l'examen clinique plutôt rassurant



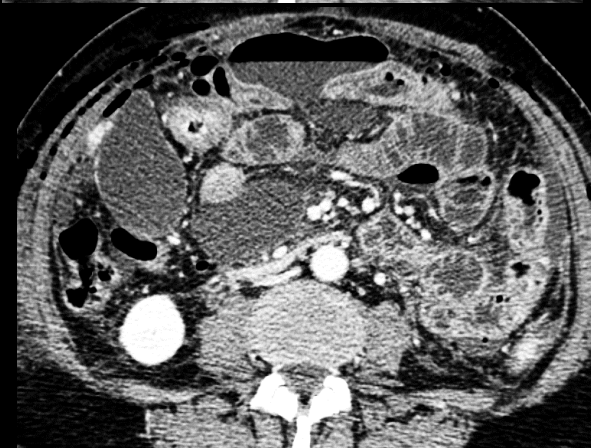
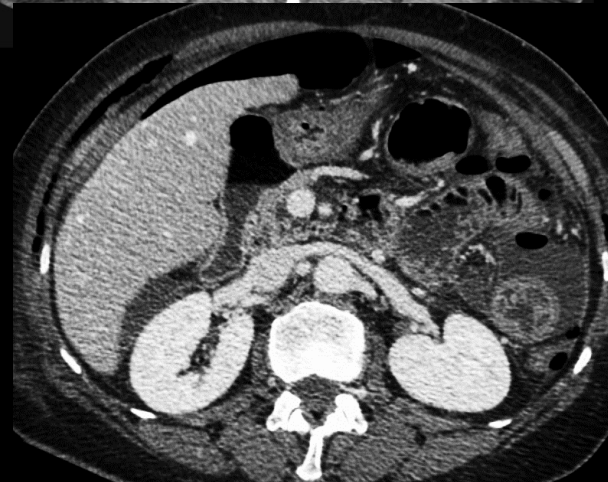
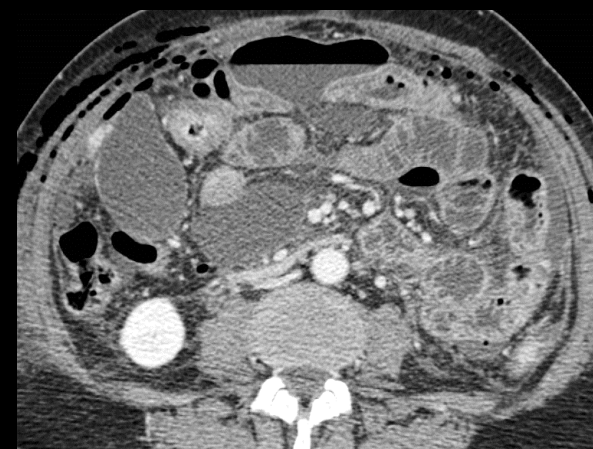
après injection et au temps portal, **surtout si**
l'on, pince bien les fenêtres de
visualisation (Oncle Paul radote mais pluri
quotidiennement ,dans la lecture courante
des images en échelles de gris , comme dans
leur reproduction dans des publications ou
sur internet, on peut constater les "ravages"
diagnostiques chez celles et ceux qui n'ont
pas su éduquer leur "œil
densitométrique"...ici, apparaissent des
éléments sémiologiques de grand intérêt **qui**
doivent vous "sauter aux yeux" !





les 3 images ci contre sont de **simples variations du contraste et de la densité moyenne** comme il est impératif de le faire si l'on veut tirer la quintessence des informations contenues dans l'image numérisée .

on **amplifie ainsi le contraste entre les différents composants des "tissus mous"** (qui se comportent par définition comme l'eau puisque la TDM est une densitométrie relative, rapportée à la densité de l'eau, pour les rayons X) : l'épanchement liquide péritonéal est rendu analysable avec une précision décuplée



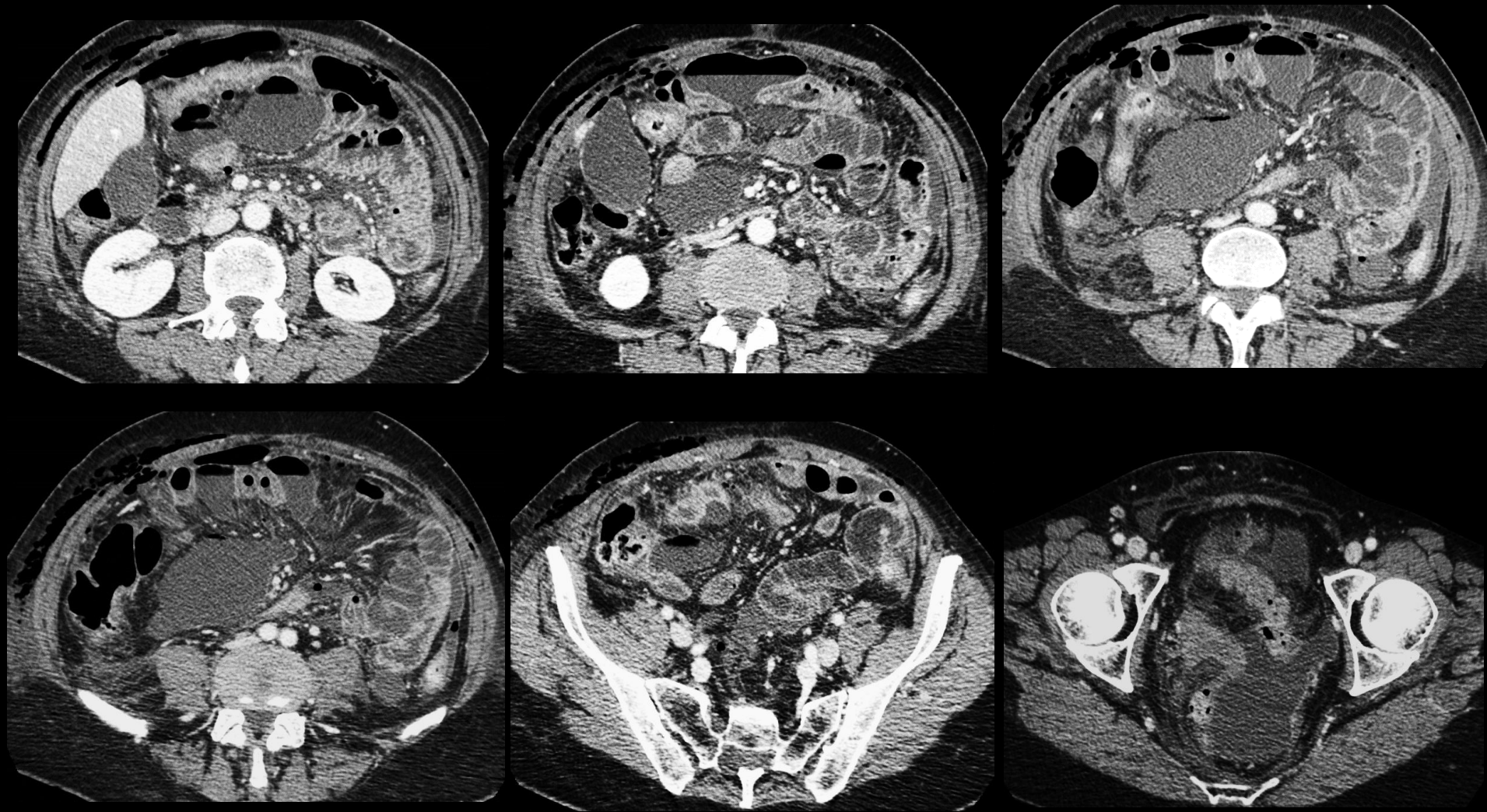
la densité de référence pour les tissus

mous peut être considérée en vision analogique comme celle des muscles pariétaux ou para-épineux (ils sont peu rehaussés après injection)

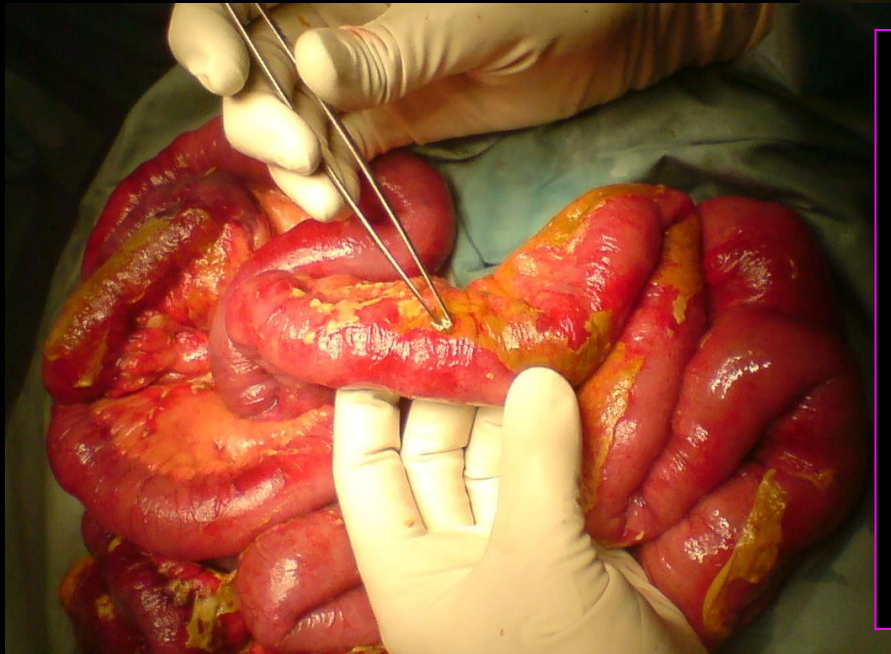
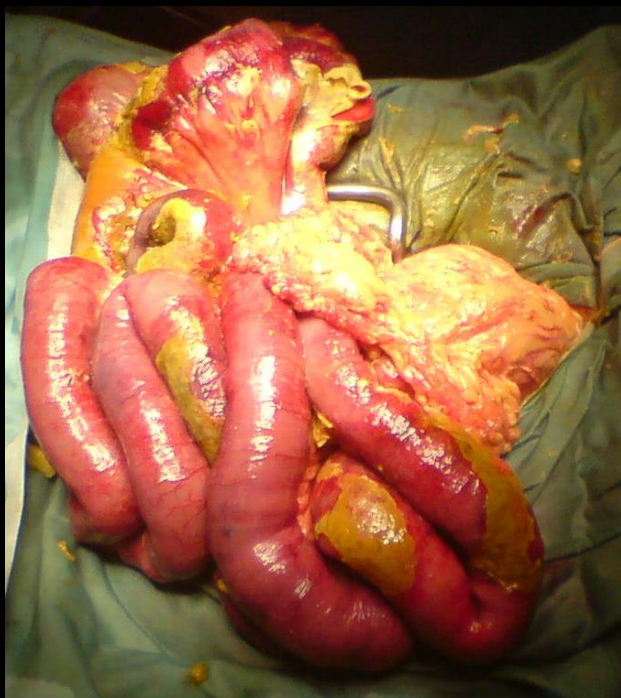
avec une fenêtre de visualisation

optimisée, la densité du liquide intrapéritonéal est nettement plus basse que celle de tous les autres composants des tissus mous a ou paucivasculaires





la densité basse du liquide péritonéal (<10 UH) doit faire rechercher la présence dans ce liquide d'un composé lipidique (ascite chyleuse ? ? ?)



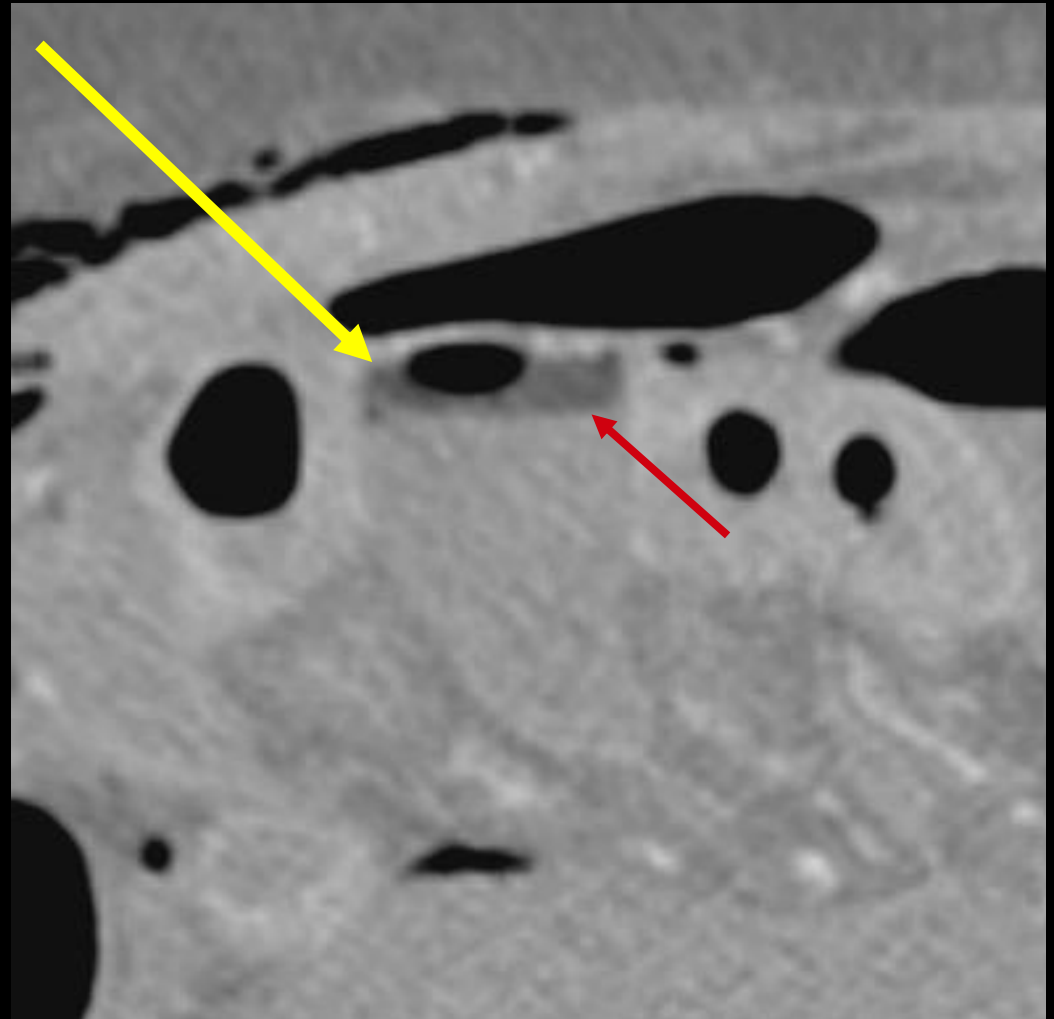
à l'intervention , on trouve une
péritonite diffuse avec des
adhérences interanses, des fausses
membranes et une perforation
transmurale post-chirurgicale

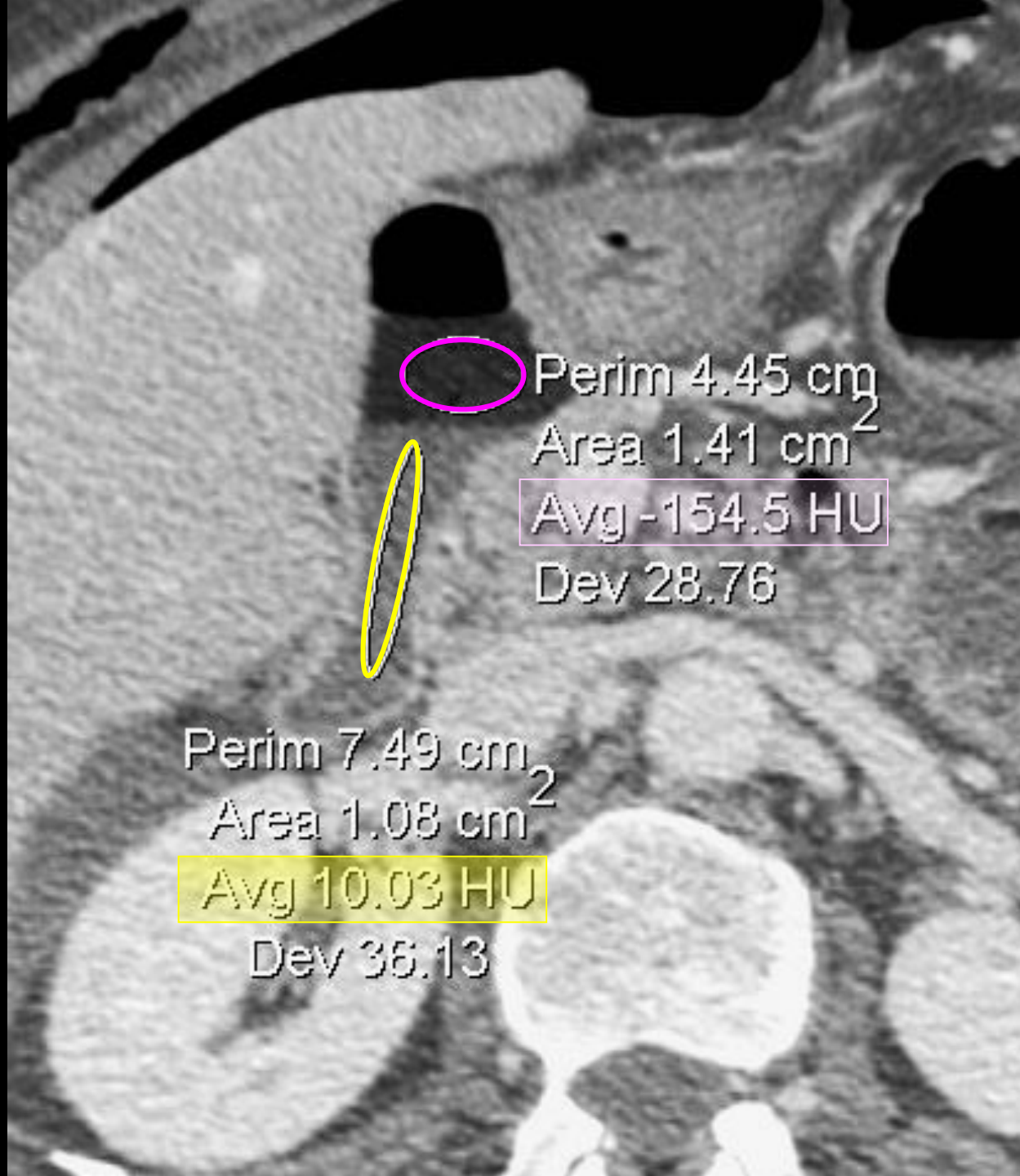
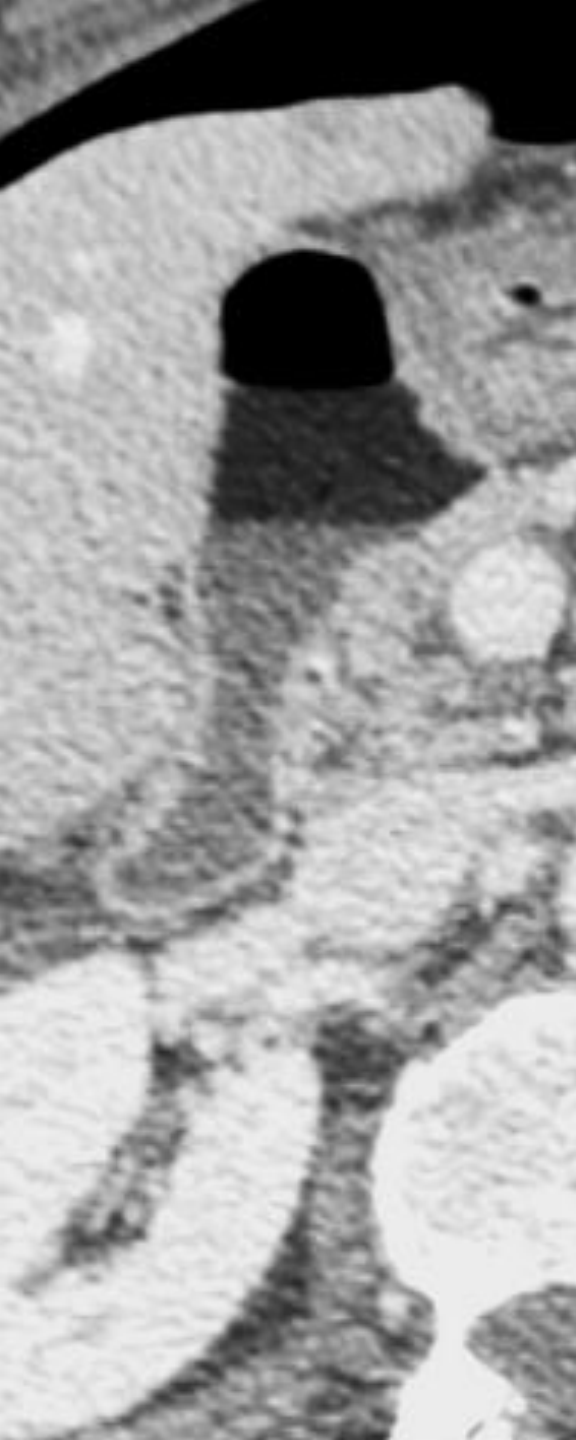
pensez vous avoir exploité au maximum les
renseignements fournis par le scanner



il reste une étape, presque
systématiquement "scotomisée"
par nous tous (ou presque) :
l'examen du contenu des anses
intestinales grêliques et / ou
coliques avec un fenêtrage et un
agrandissement adaptés pour les
images de faible densité: gaz et
graisses.

on objective ainsi un surnageant
lipoïdique (-15 UH) au dessus de
l'ascite "huileuse".





Perim 4.45 cm
Area 1.41 cm²
Avg -154.5 HU
Dev 28.76

Perim 7.49 cm
Area 1.08 cm²
Avg 10.03 HU
Dev 36.13

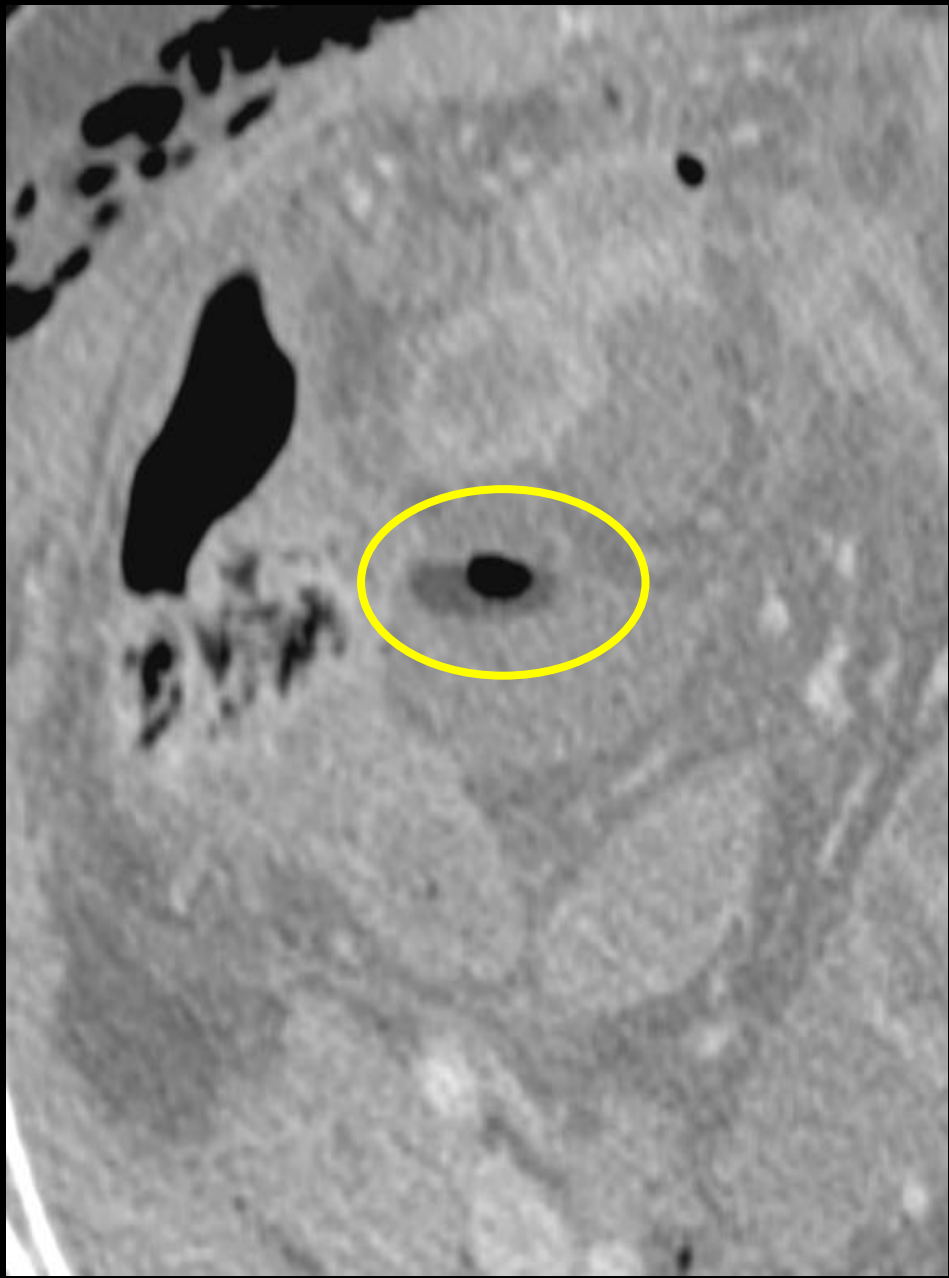
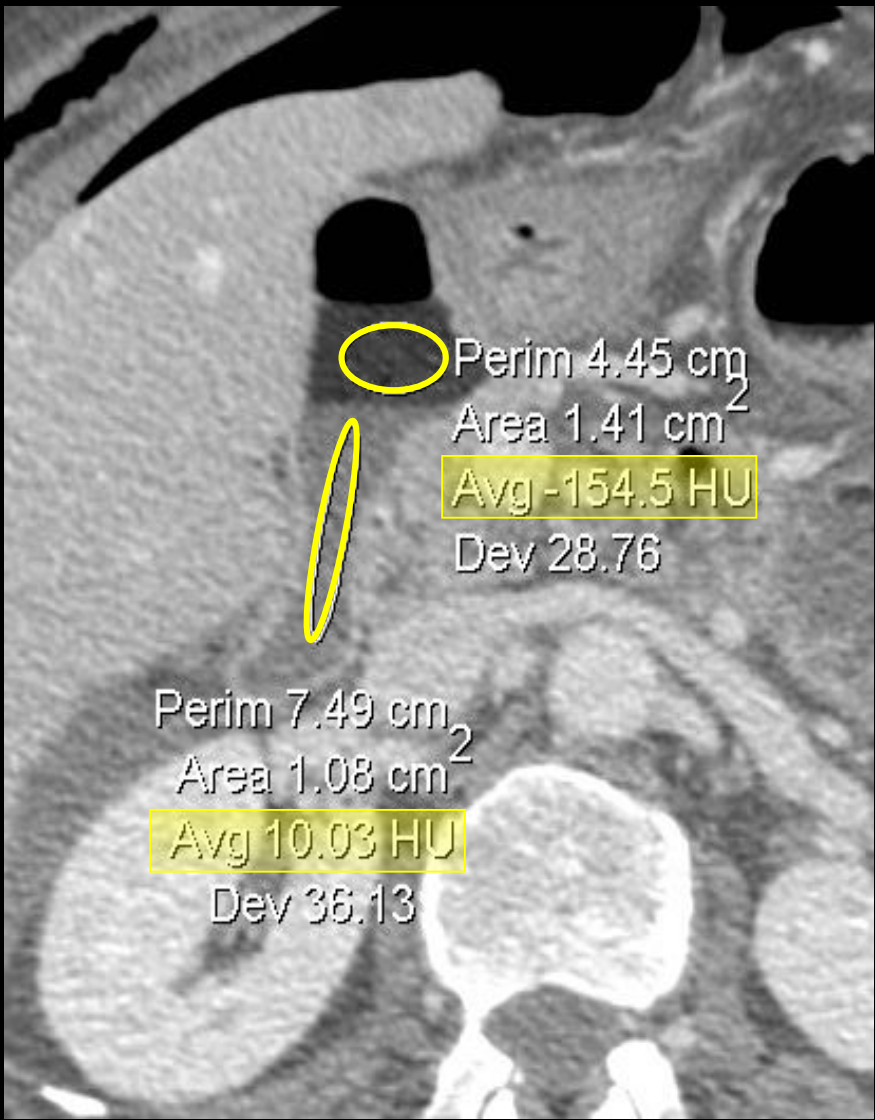
l'interrogatoire orienté confirme que la patiente a repris, **dès J2 post-op** le traitement de sa dyschésie par l'ingestion quotidienne de **3 capsules de gel oral d'huile de paraffine**,



Huile de paraffine:

- seule huile minérale comestible
(=>hydrocarbures/ ne pas chauffer)
- propriétés laxatives
- assaisonnement dans les régimes
- réduction de l'absorption des vitamines liposolubles (A, D, E, K) en cas d'utilisation prolongée





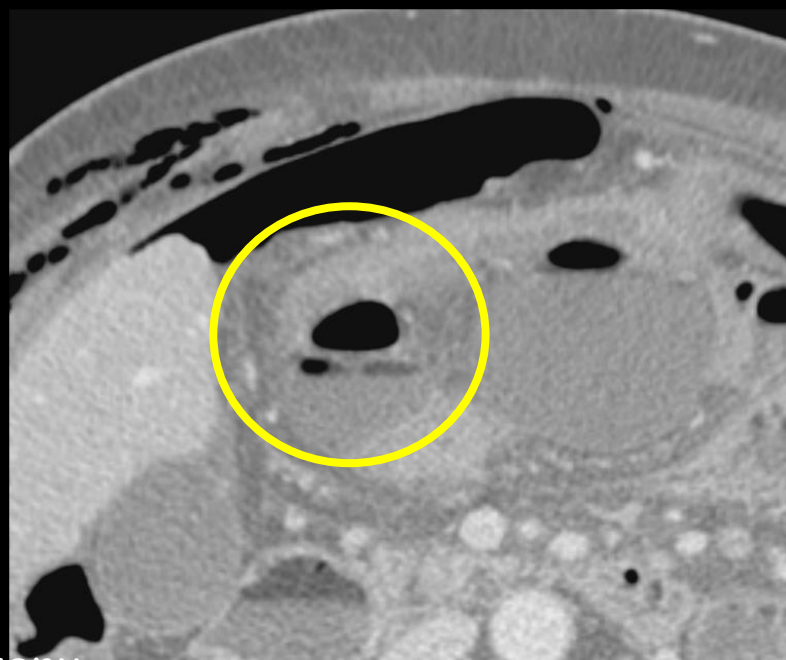
au total

péritonite par perforation du
grêle post chirurgicale

ascite huileuse liée à la poursuite
du traitement oral de la
dyschésie par Lansoyl®

l'exploration scanographique du contenu
des anses intestinales grêles et/ou
coliques est insuffisamment exploité,
particulièrement en cas de
stéatorrhée (maladie cœliaque et
intolérance au gluten)

cf. cours AIRP 2015 Scholz FJ celiac
disease and patterns of malabsorption,
dysmotility and insufficiency



file:///C:/Users/XP/Desktop/DOSSIERS%20EN%20COURS/Washington%20contenu%20digestif/GI_Scholz_Celiac_Disease_and_Patterns_of_Malabsorption_Dysmotility_Insufficiency_Part1.original.1427479660.pdf