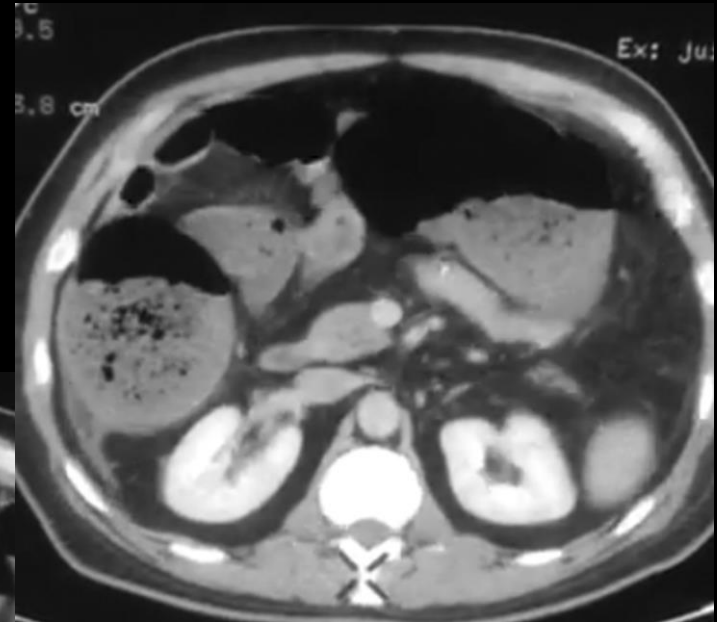
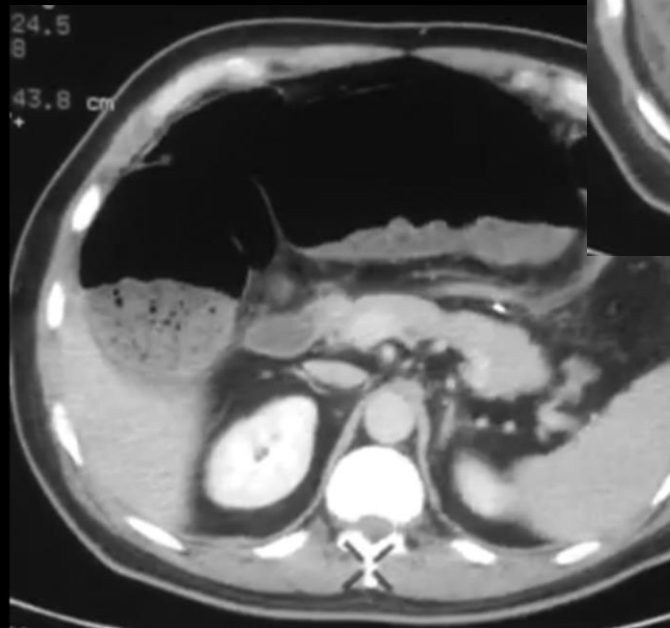
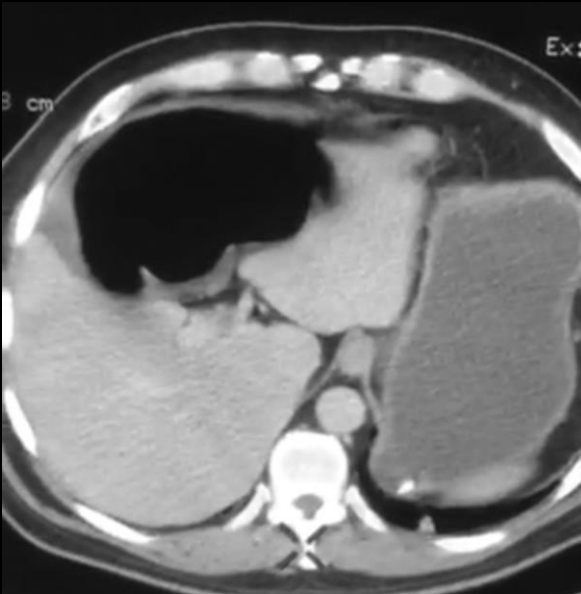
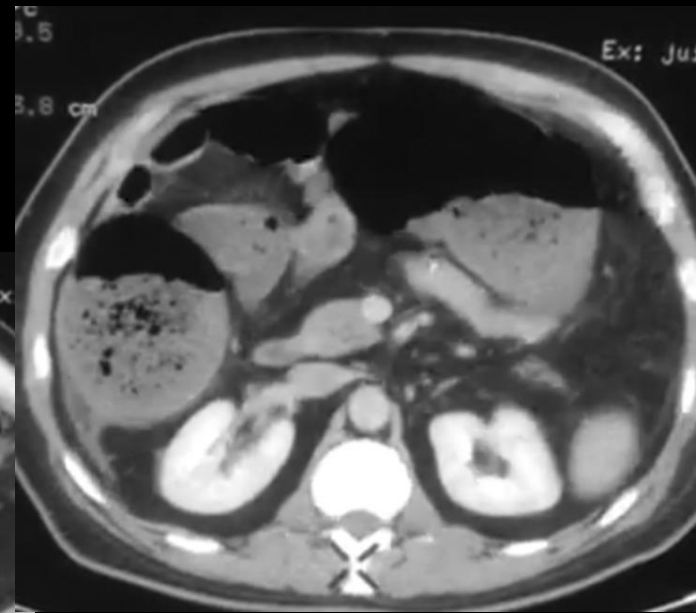
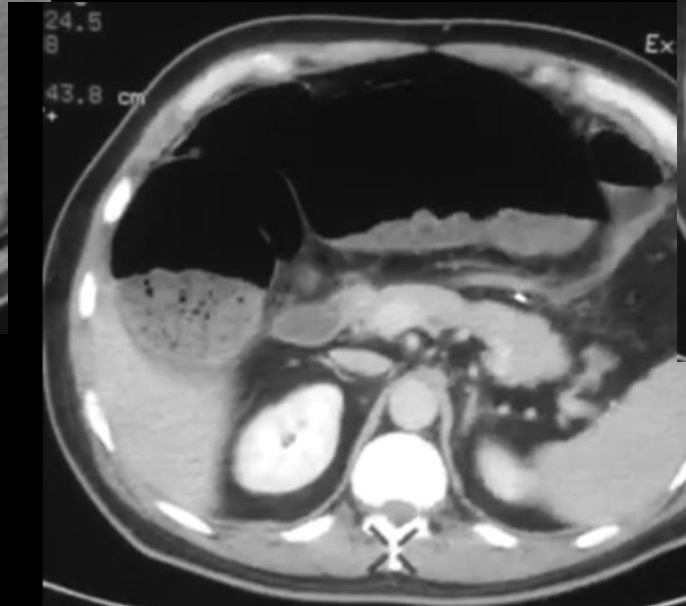


patient âgé de 63 ans ; J15 post traitement chirurgical d'un adénocarcinome lieberkühnien du colon transverse

douleurs du flanc droit et vomissements .

Quels items sémiologiques significatifs peut-on retenir sur les images scanographiques ?



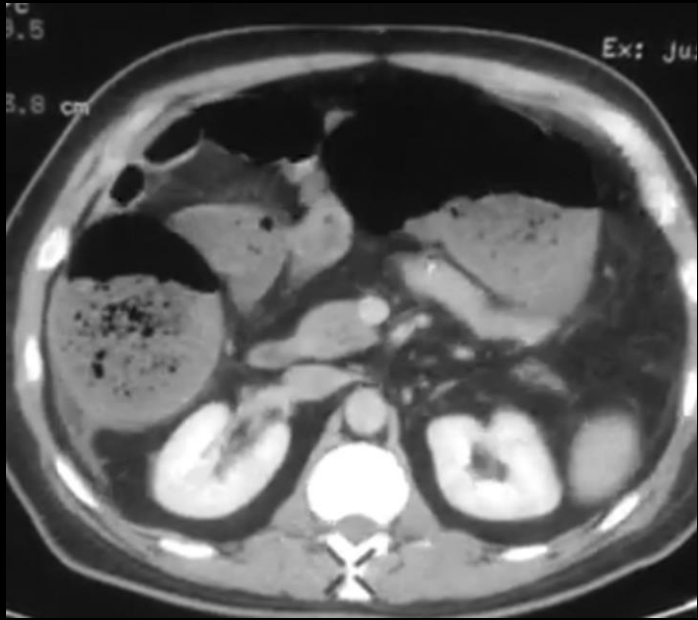


la distension majeure du colon droit et du transverse restant, jointe à la stase stercorale sont des éléments sémiologiques majeurs pour confirmer le syndrome d'obstacle colique ou rectal.

elle impose de rechercher les signes de la complication redoutée d'une telle situation, **la perforation diastatique du caecum** qui doit être la hantise de tous les acteurs de la prise en charge de tels patients.

Y-a-t-il chez ce patient des éléments permettant de craindre cette complication



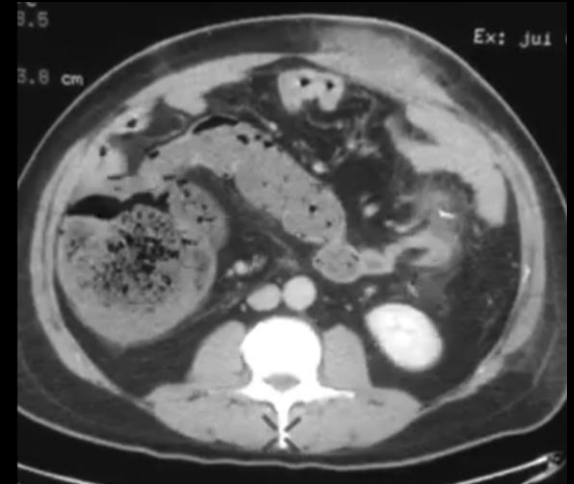
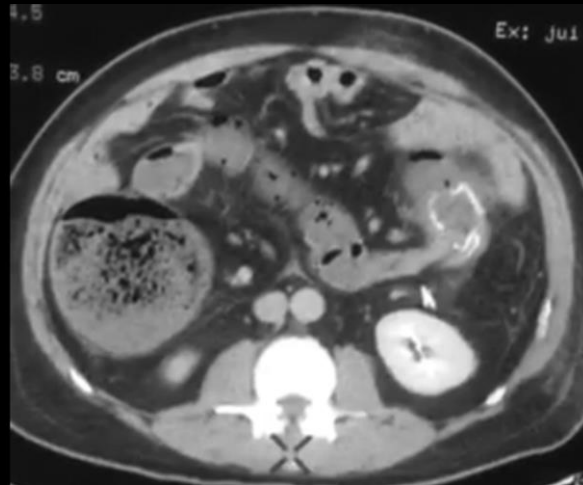


2 signes de la plus haute importance doivent être signalés dans le compte-rendu et **imposent de contacter le demandeur de l'examen en personne pour lui signifier oralement** le très haut risque de perforation diastatique du caecum, **en plus du compte-rendu écrit.**

l'évolution défavorable est souvent à l'origine de poursuites médico-légales , les images scanographiques et le compte-rendu seront alors revus par les experts, faisant du radiologue, en cas d'omission, un parfait coupable et un pilier de la défense pour les avocats des cliniciens...

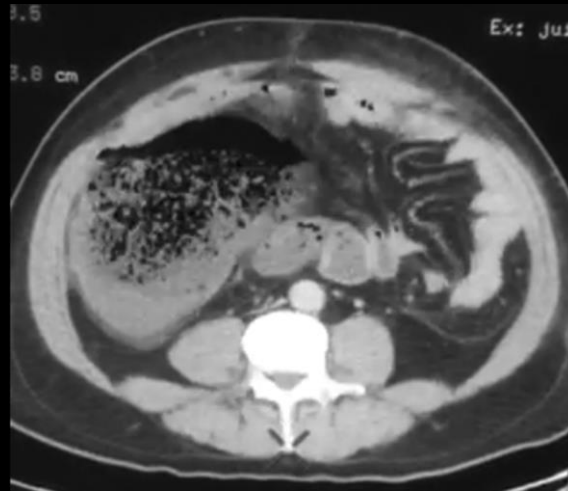
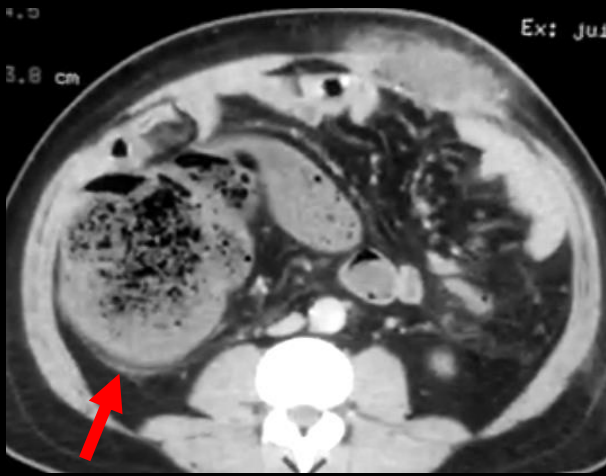
les 2 signes à décrire sont:

- la **stase stercorale** du caeco-ascendant, avec **épaississement circonférentiel de la paroi intestinale**
- la présence de signes de réaction de inflammatoire du péritoine , au voisinage immédiat des parois intestinales épaissies : infiltration, épanchement de la gouttière pariéto-colique droite



l'analyse du colon distendu, facilitée par la stase stercorale , permet de situer l'obstacle au niveau de la zone d'anastomose, facilement identifiée par les agrafes métalliques .

Le mécanisme, comme souvent dans les complications post-opératoires précoces , est multifactoriel associant œdème de la zone anastomotique et composant endoluminal de type bezoard.

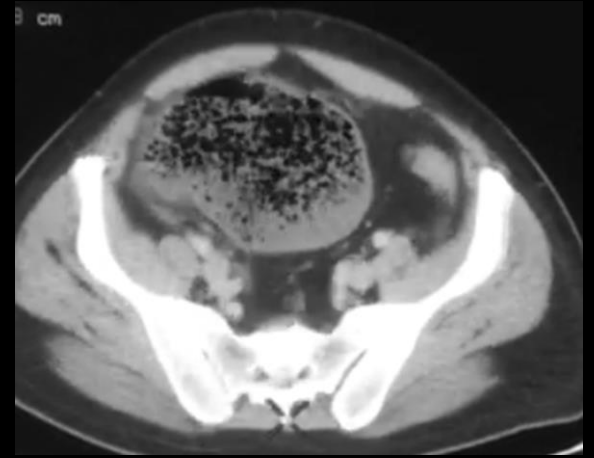
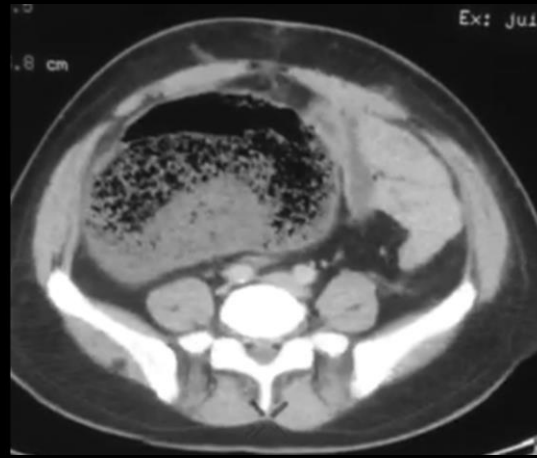
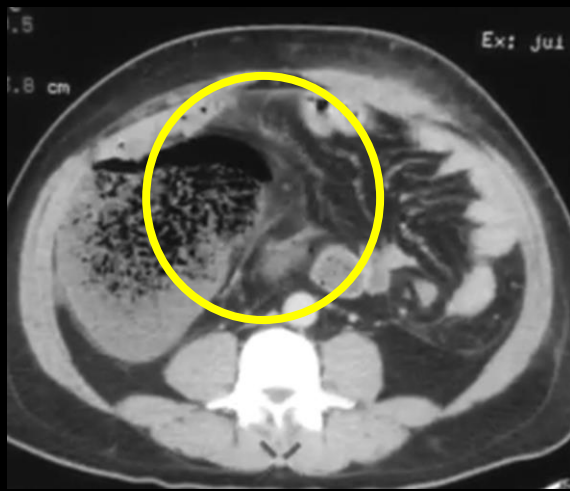


l'exploration de la fosse iliaque droite

- confirme la distension majeure du caecum et la stase stercorale

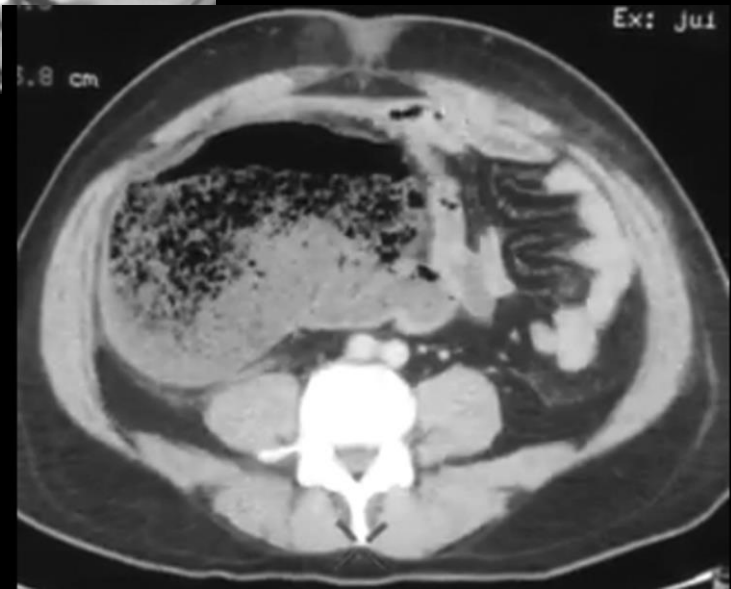
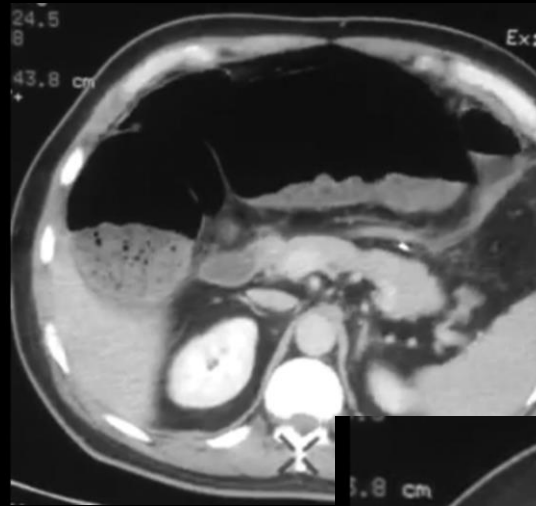
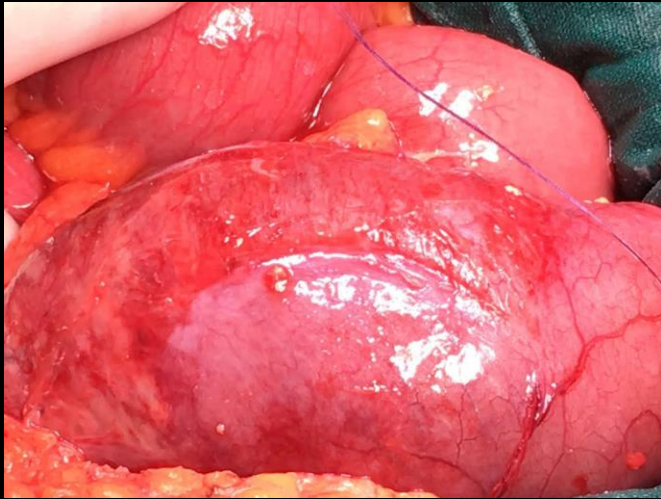
- montre l'absence de reflux caeco-iléal, donc la continence de la valvule de Bauhin, facteur favorisant la survenue d'une perforation diastatique du caecum

- la présence d'une infiltration du péritoine péricaecal, témoin d'une complication perforative en évolution

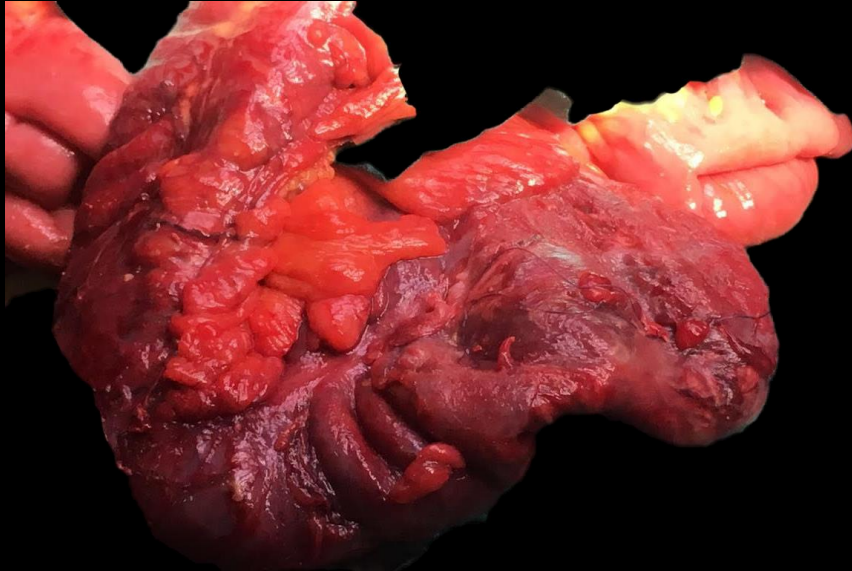


le tableau clinique dissocié, faussement rassurant, comme c'est souvent le cas, fait hésiter; d'autant qu'il n'y a pas de pneumopéritoine évident alors que la règle générale lorsque la perforation siège sur la face antérieure du caecum est la présence d'un volumineux pneumopéritoine

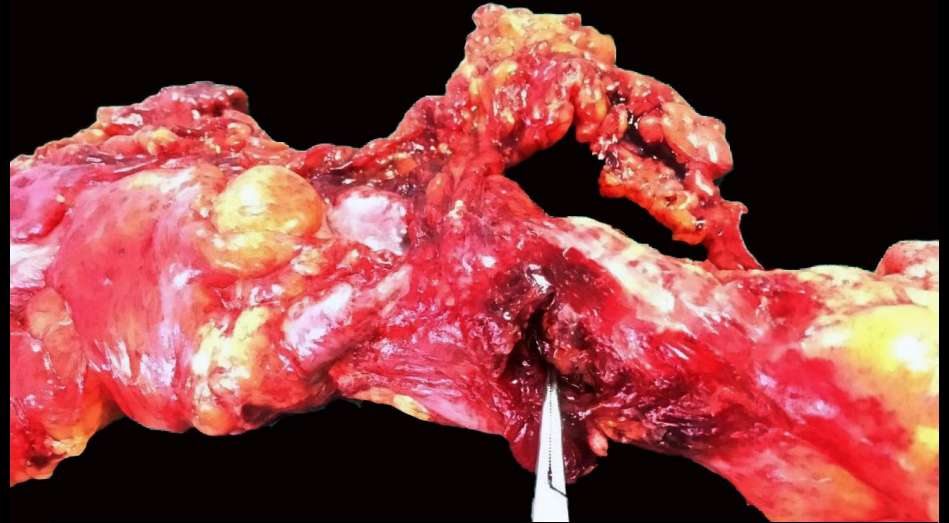
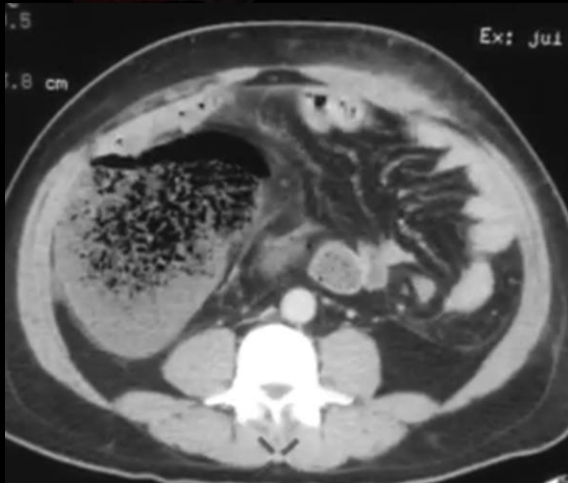
La réintervention pratiquée confirme la présence d'une sténose inflammatoire serrée de l'anastomose et permet de découvrir une petite perforation caecale



distension massive du caecum
avec signes de souffrance
vasculaire sur le versant séreux



paroi caecale épaissie et
congestive ; ischémie de type
veineux -versant séreux



perforation probablement majorée
par rapport au moment de la
réalisation du scanner

la perforation diastatique du caecum

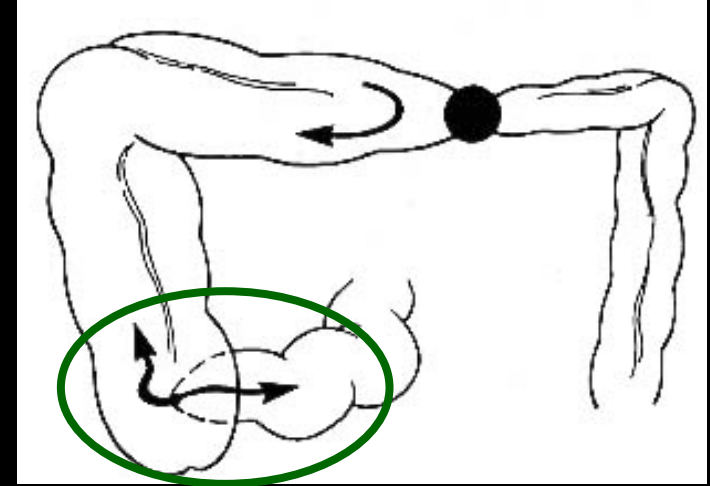
-du grec ancien diastasis : séparation, écartement

-perforation **d'origine ischémique**, consécutive à une distension

subaiguë du colon droit, quelle qu'en soit la cause.

-le plus souvent la perforation diastatique du caecum **complice un adénocarcinome sténosant circonférentiel serré colo-rectal** (sigmoïde+++ ,angles coliques gauche et droit , colon transverse) mais elle peut compliquer une distension chronique fonctionnelle (syndrome d'Ogilvie+++)

-sa survenue est favorisée par une valvule de Bauhin **continente** , empêchant que le reflux iléo-colique permette au grêle de jouer le rôle de vase d'expansion pour le contenu colique



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

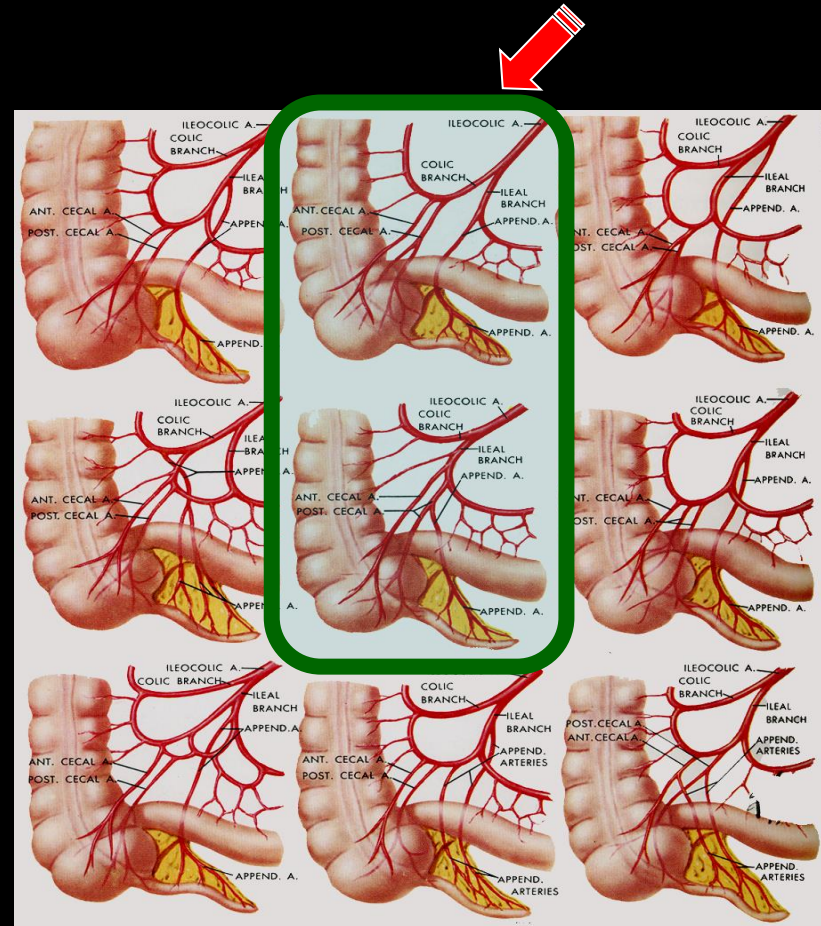
bases physiopathologiques de la perforation diastatique du caecum

-le caecum est le site électif de la perforation diastatique pour plusieurs raisons:

.il est le **segment colique** qui a le plus grand **diamètre**, à l'état normal, comme lors des distensions gazeuses, liquidiennes ou mixtes, quels que soient la cause et le siège de l'obstacle

. il est aussi le **segment colique le plus exposé à l'ischémie** car

- il a les vaisseaux droits les plus longs
- les variantes de distribution artérielles y sont nombreuses et certaines exposent plus que d'autres à des ischémies sévères (absence de branches anastomotiques ➡ vascularisation de type terminal) en cas d'hypoxémie par stase veineuse ou bas débit d'origine artérielle.



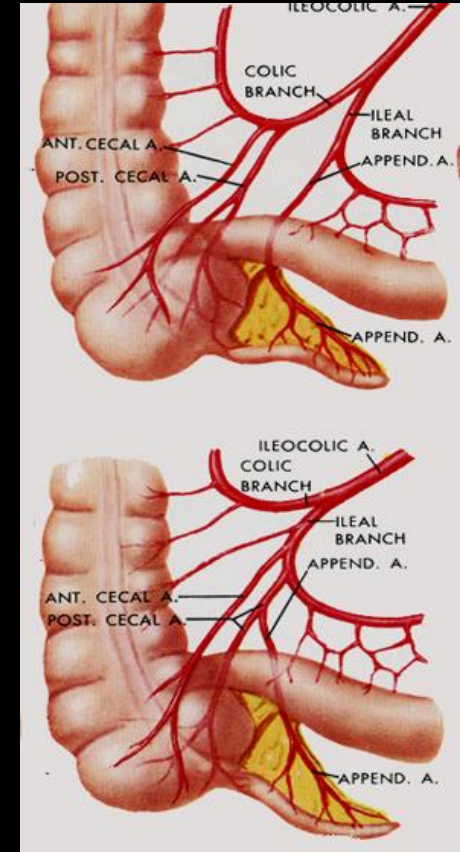
-enfin et surtout. **toute distension de la lumière entraîne une majoration des forces tensionnelles intramurales, proportionnelle au rayon** (loi de Laplace).

Les conséquences de cette majoration sur les réseaux capillaires pariétaux vont s'exprimer

.sur les efférences veineuses , conduisant à un **épaississement pariétal congestif**

. ou sur les afférences artérielles entraînant un **amincissement pariétal avec défaut de rehaussement,**

en fonction du degré de distension et des capacités de vicariance loco-régionales

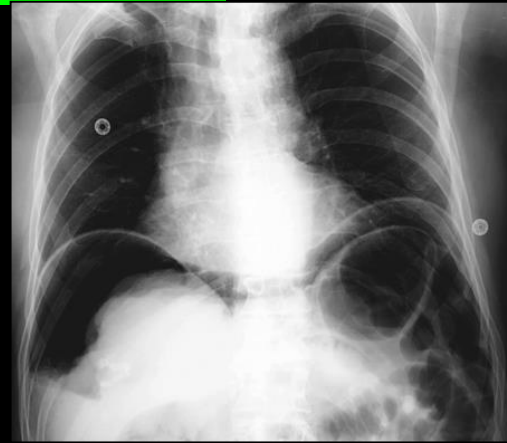


diagnostic de la perforation diastatique du caecum

Le tableau clinico-radiologique est variable, car il dépend du siège de la brèche pariétale et de son étendue, ainsi que des capacités des structures avoisinantes à "couvrir" la solution de continuité.

schématiquement une large brèche sur la paroi antérieure du caecum conduit à un pneumopéritoine massif et à un diagnostic facile

une petite brèche sur la paroi postérieure du caecum constitue une perforation plus ou moins complètement couverte conduisant à un foyer inflammatoire péritonéal plus ou moins bien limité, avec un pneumopéritoine de faible abondance qui peut même être absent



la coexistence d'un volumineux pneumopéritoine et d'un syndrome occlusif organique colique permet de poser le diagnostic de perforation diastatique du caecum sur occlusion mécanique basse avec valvule de Bauhin incompétente

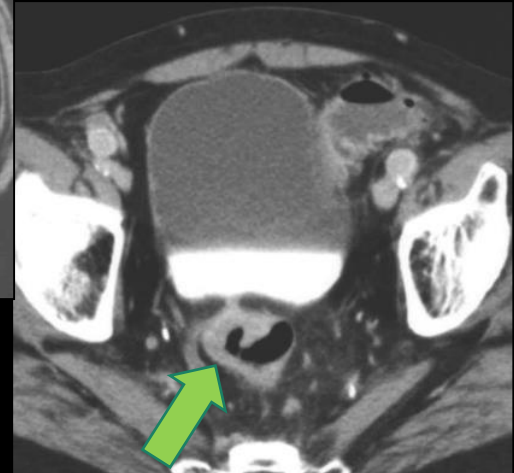
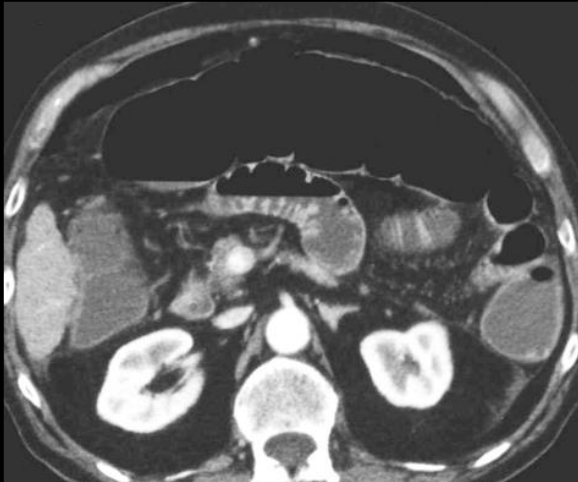
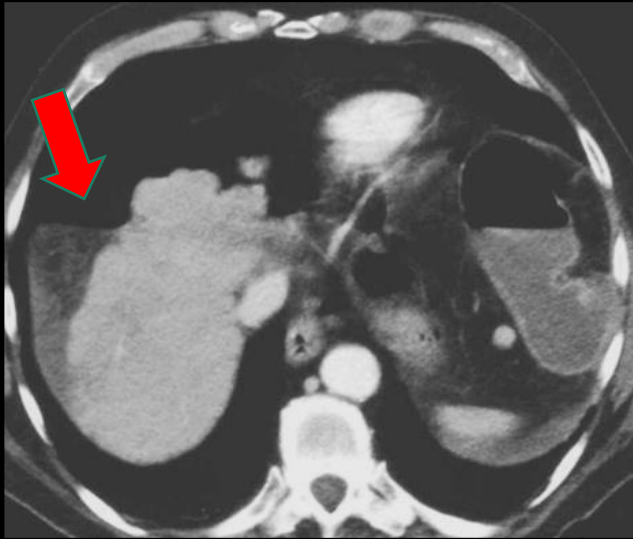


le scanner confirme
l'épanchement péritonéal gazeux
et stercoral →

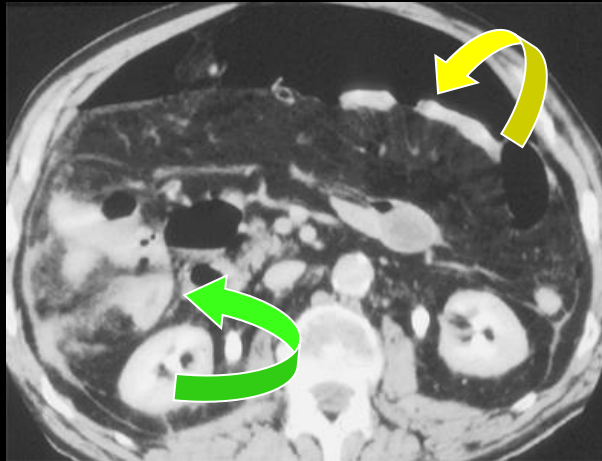
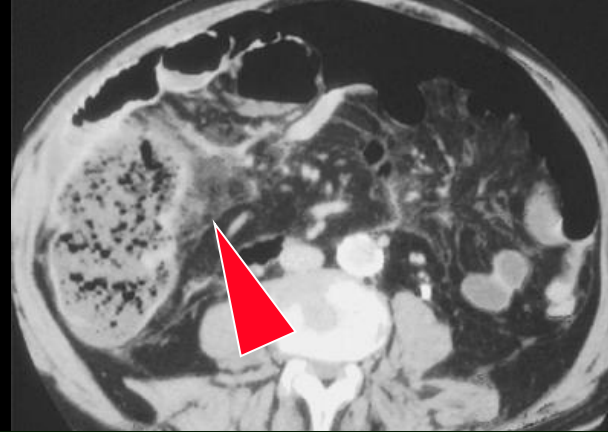
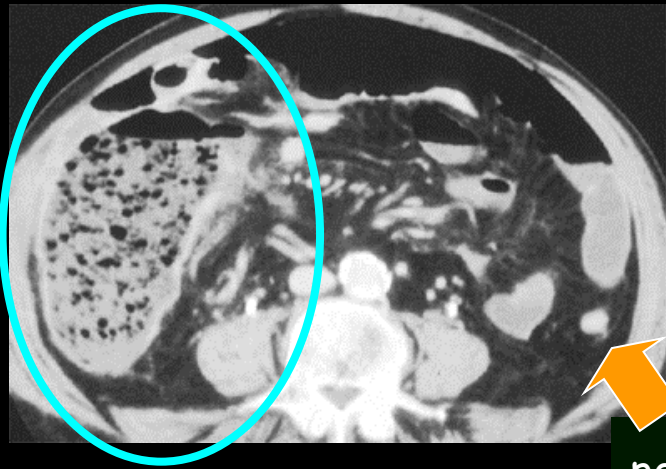
la distension mécanique des anses
grêles jéjunales

le caecum distendu avec signes de
souffrance pariétale

la présence d'un adénocarcinome
sténosant du moyen rectum



NB cirrhose éthylique avec hypertension portale
et lithiase pigmentaire vésiculaire

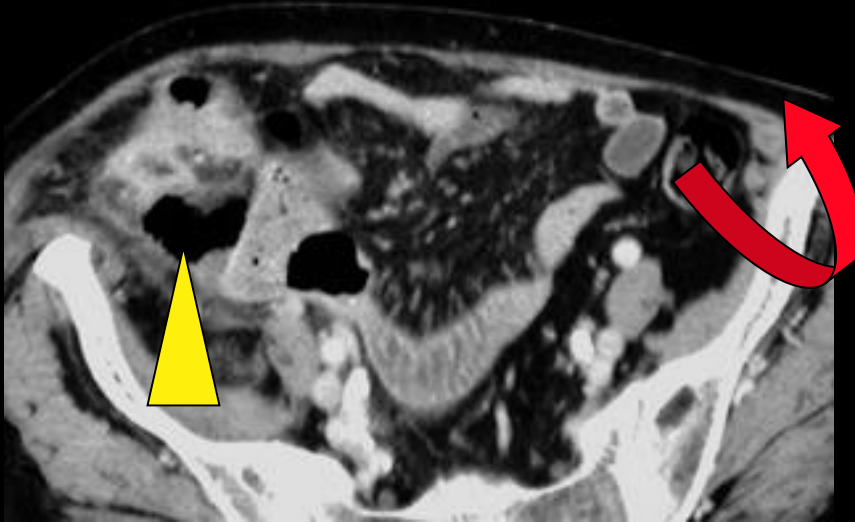
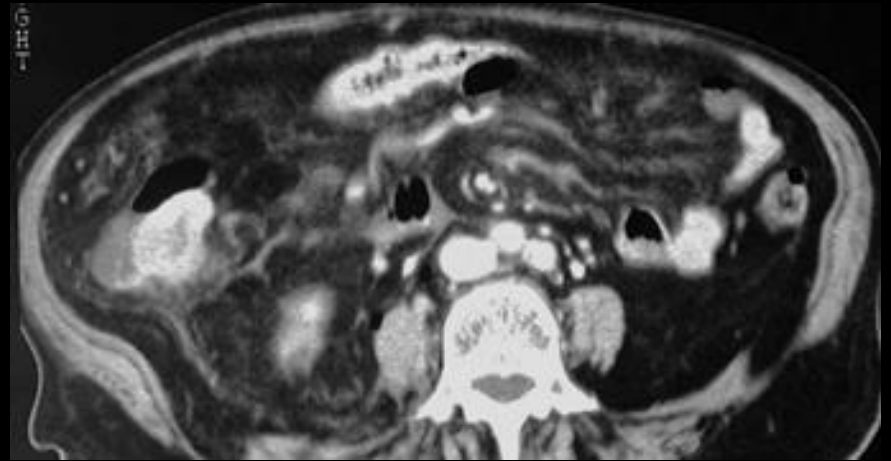
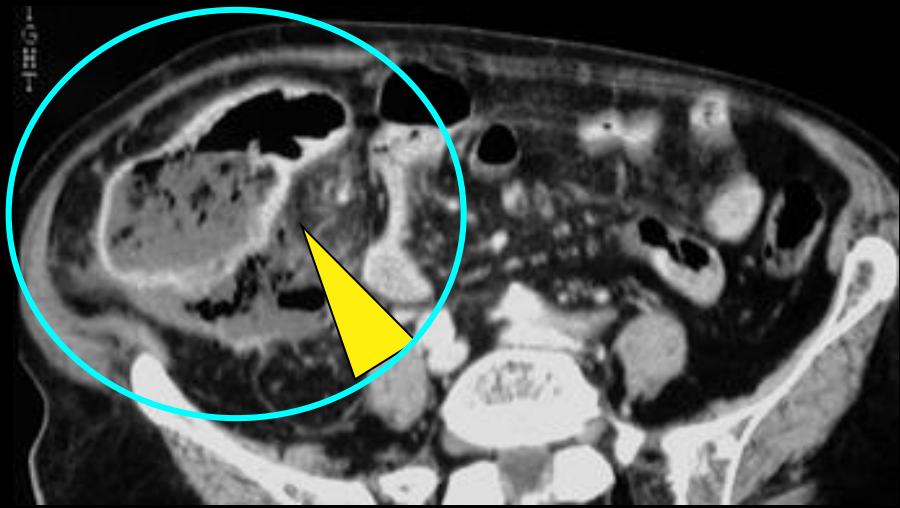


perforation diastatique du caecum sur adénocarcinome de l'angle droit ; valvule de Bauhin continente : pas de distension des anses grêles

volumineux pneumopéritoine, stase stercorale et distension du caecum contrastant avec le colon gauche normal

paroi caecale épaissie ; infiltration du mésocolon droit (fascia de Toldt) du bord médial dans la région sous angulaire

adénocarcinome sténosant serré sous-angulaire droit avec carcinose



perforation diastatique "couverte" sur adénocarcinome sténosant du colon ascendant

le diagnostic initialement évoqué avait été abcès appendiculaire rétrocaecalen raison
e la méconnaissance de la sténoses fibreuse due au

Au total -take home messages

-la perforation diastatique du caecum est la conséquence d'une dilatation importante et durable de la lumière colique ,de cause organique (le plus souvent carcinome sténosant sigmoïdien ou colique angulaire. On peut également l'observer dans des dilatations organo-fonctionnelles de type Ogilvie

-c'est l'ischémie pariétale multifactorielle qui est à l'origine d'une nécrose transmurale du caecum, dont les conséquences sont variables en fonction du siège et de la taille de la brèche qui déterminent les possibilités de "couverture" de cette lésion hyperseptique

Le radiologue a un rôle majeur dans le diagnostic et porte une lourde responsabilité car il laisse beaucoup plus de traces vérifiables par les experts et les juges, que les autres acteurs de la prise en charge du patient

la présence d'une distension gazeuse du caecum sur le cliché d'abdomen urgent (ou la scout view) doit impérativement être signalée par écrit et confirmée téléphoniquement si elle dépasse le seuil de 12 cm de diamètre (9 cm pour d'autres)

les perforations ischémiques de la paroi postérieure du caecum sont généralement de taille réduite et facilement couvertes. Elles se traduisent par un foyer de péritonite juxta-caecal, facilement confondu avec une appendicite

la stase stercorale en amont d'une lésion sténosante est un argument fort en faveur d'une occlusion mécanique colique et pour la localisation de l'obstacle .L'examen attentif et comparatif du contenu des différents segments coliques doit être un souci constant pour le radiologue en raison de la fréquence de la pathologie néoplasique colo-rectale

enfin comme le montre l'observation rapportée tout obstacle au transit du contenu colique peut se compliquer d'une perforation diastatique du caecum, qu'il soit de nature organique ou de mécanisme fonctionnel