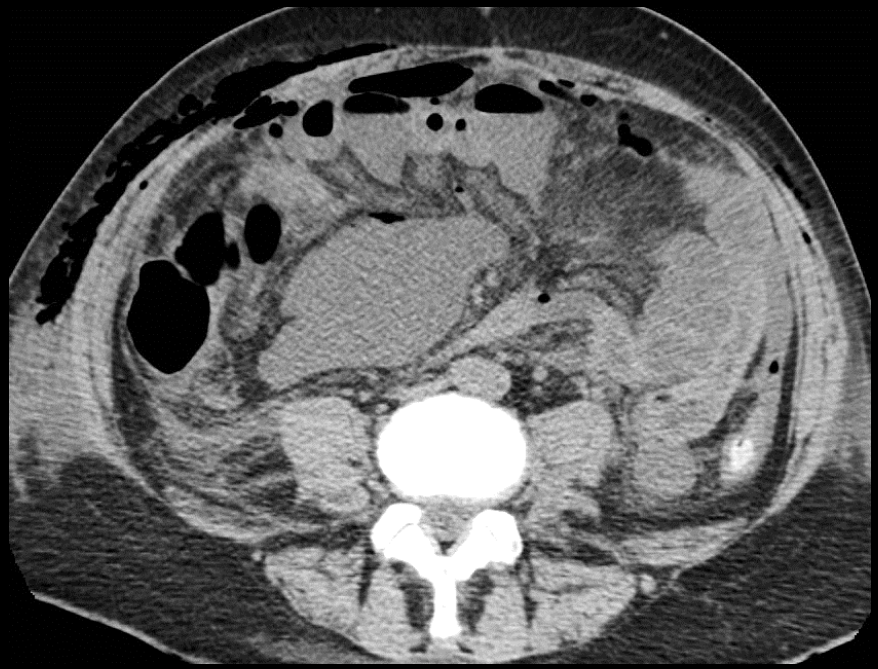
Femme 61 ans . Cure de **rectocèle antérieure + entérocèle** en chirurgie assistée par robot.Pas de reprise de transit à J+3; apyrétique. Douleur de la FID, sans contracture ni défense;; CRP à 450 isolée (pas d'hyperleucocytose)

Nikias Colignon IHN

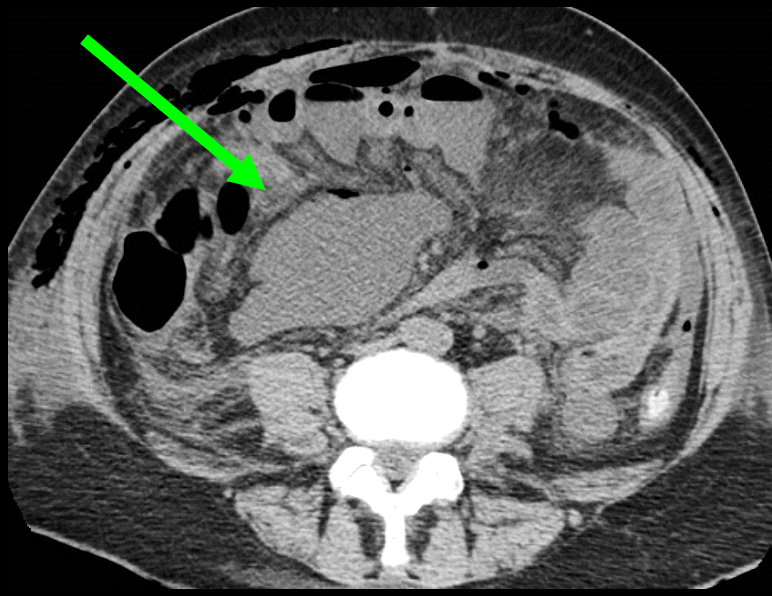
1ère poussée

2ème poussée

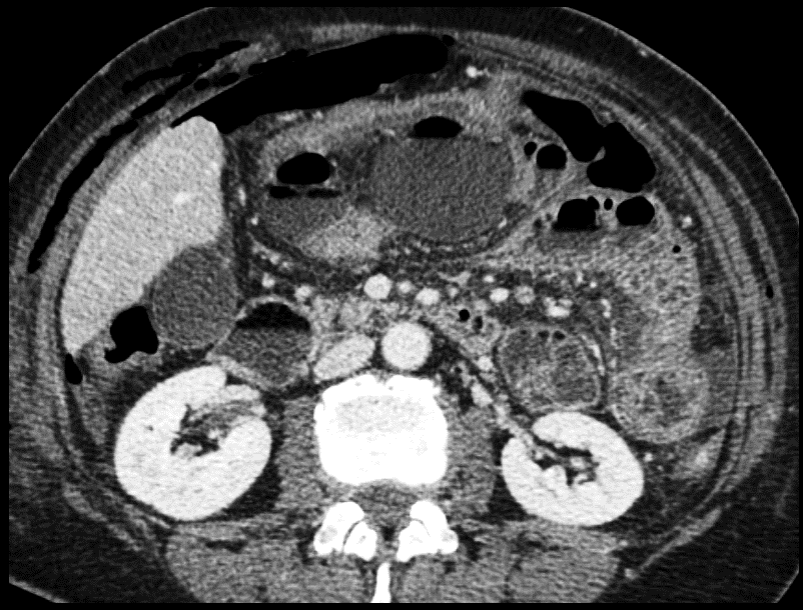


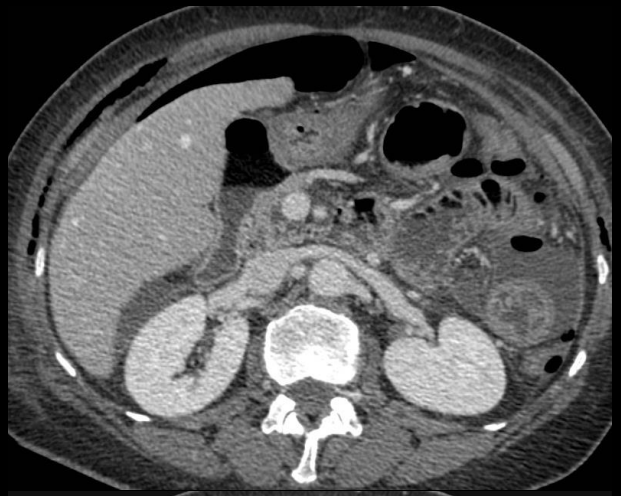
sans injection

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



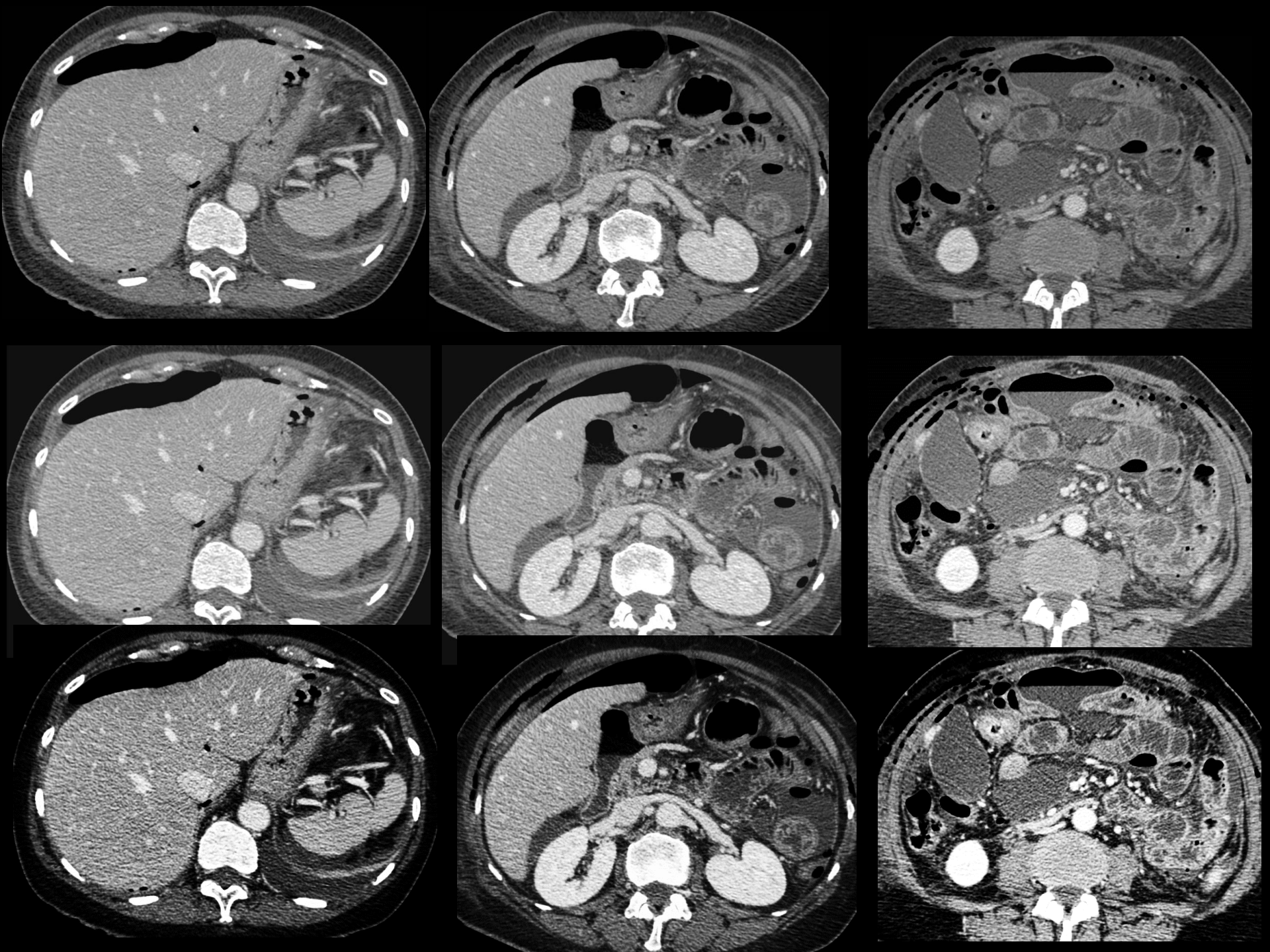
après injection et au temps portal, **surtout si l'on, pince bien les fenêtres de visualisation** (Oncle Paul radote mais pluri quotidiennement ,dans la lecture courante des images en échelles de gris , comme dans leur reproduction dans des publications ou sur internet, on peut constater les "ravages" 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" !





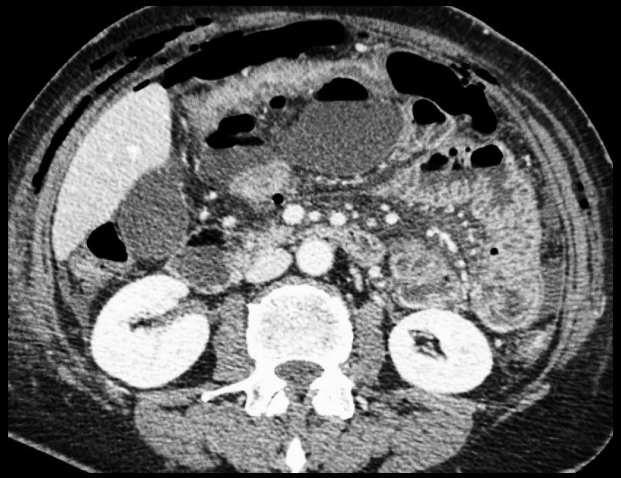
les 3 images ci contre sont de simples variations du contraste et de la densité moyenne comme il est impératif de le faire si l'on veut tirer la quintessence des informations contenues dans l'image numérisée .

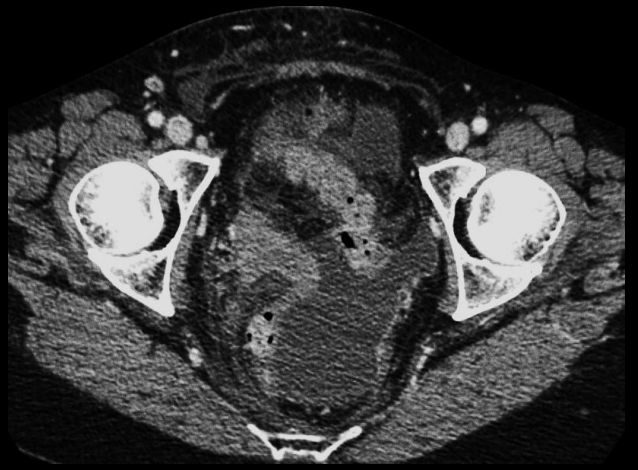
on amplifie ainsi le contraste entre les différents composants des "tissus mous" (qui se comportent par définition comme l'eau puisque la TDM est une densitométrie relative, rapportée à la densité de l'eau, pour les rayons X) : l'épanchement liquide péritonéal est rendu analysable avec une précision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



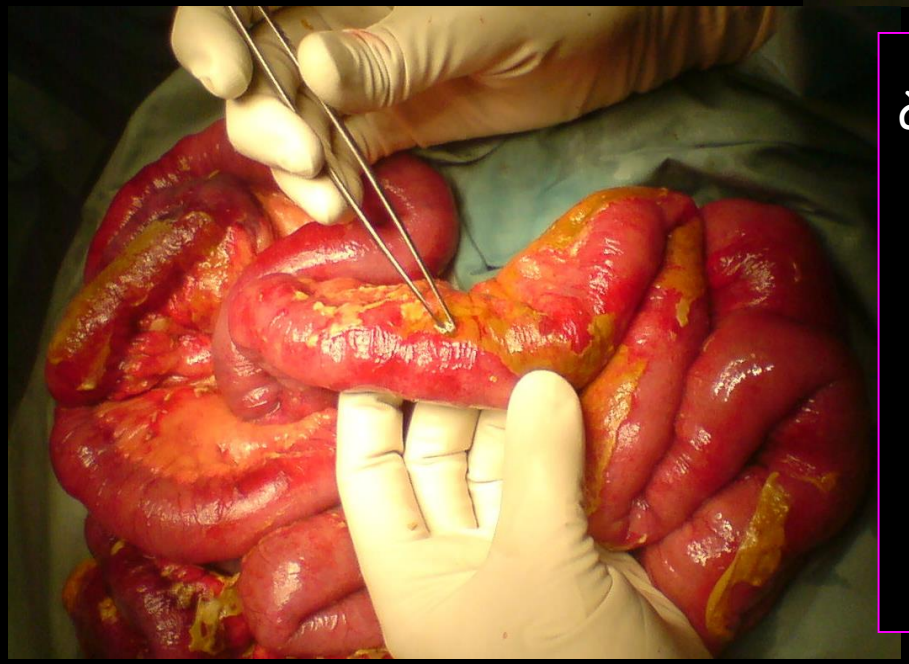
la densité de référence pour les tissus mous peut être considérée en vision analogique comme celle des muscles pariétaux ou para-épineux (ils sont peu rehaussés après injection)

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

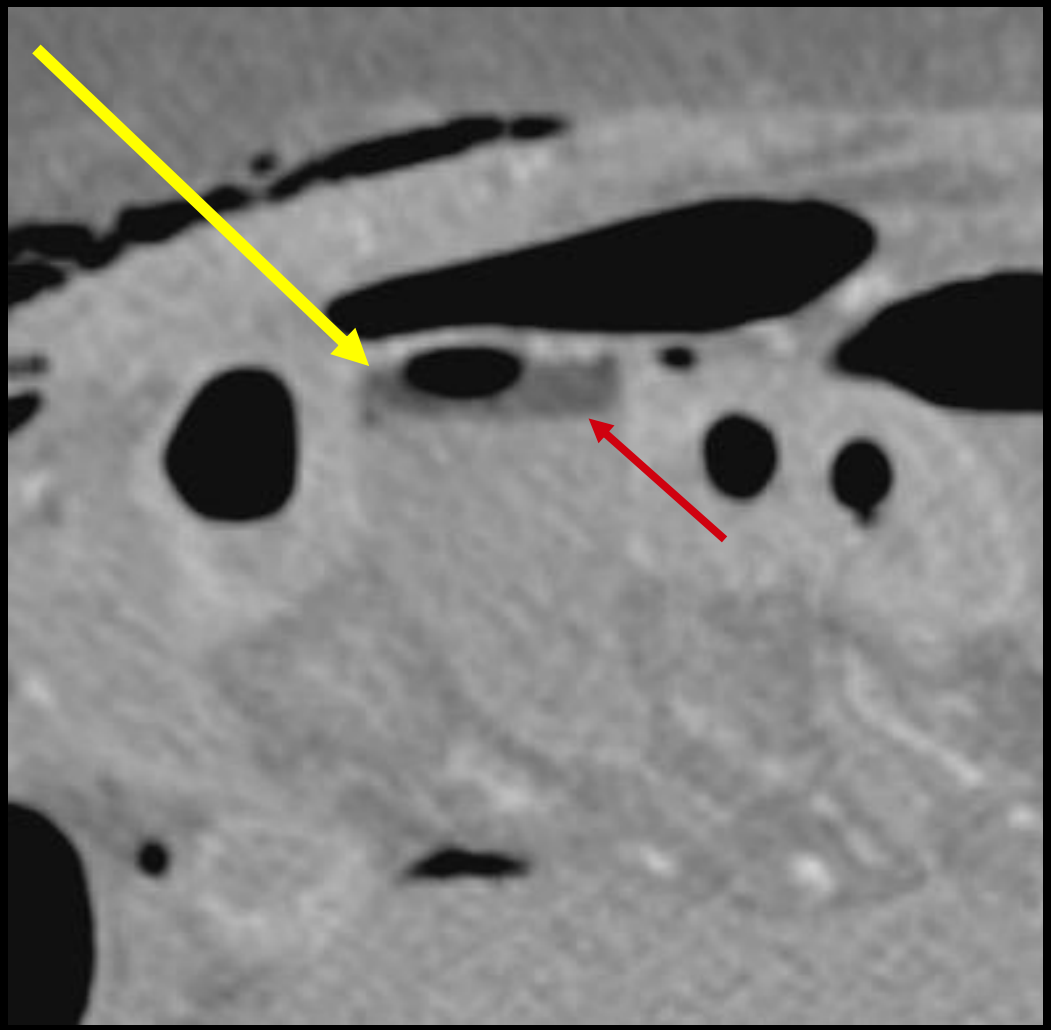
adhérences interanses, des fausses

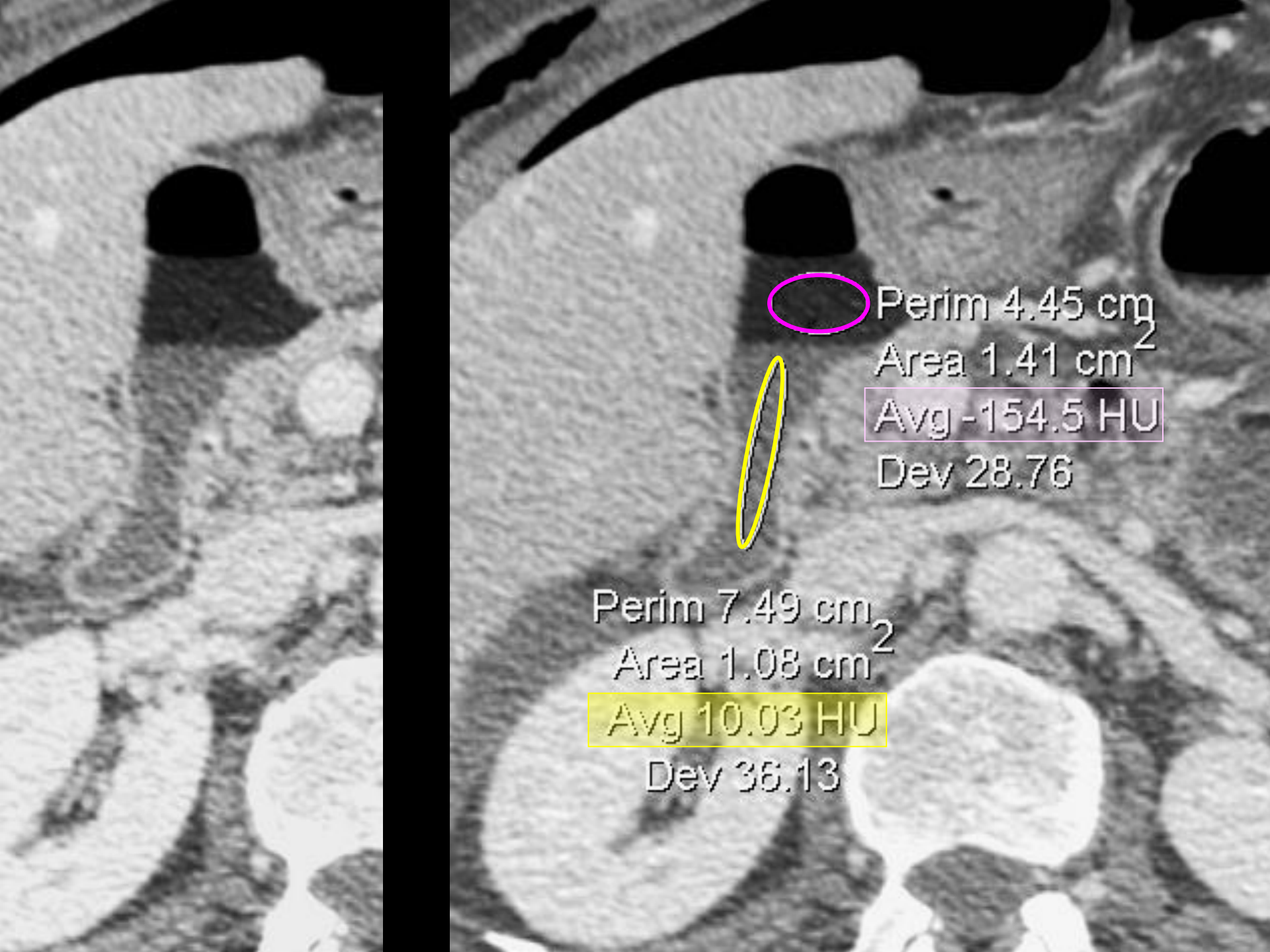
membranes et une perforation

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,

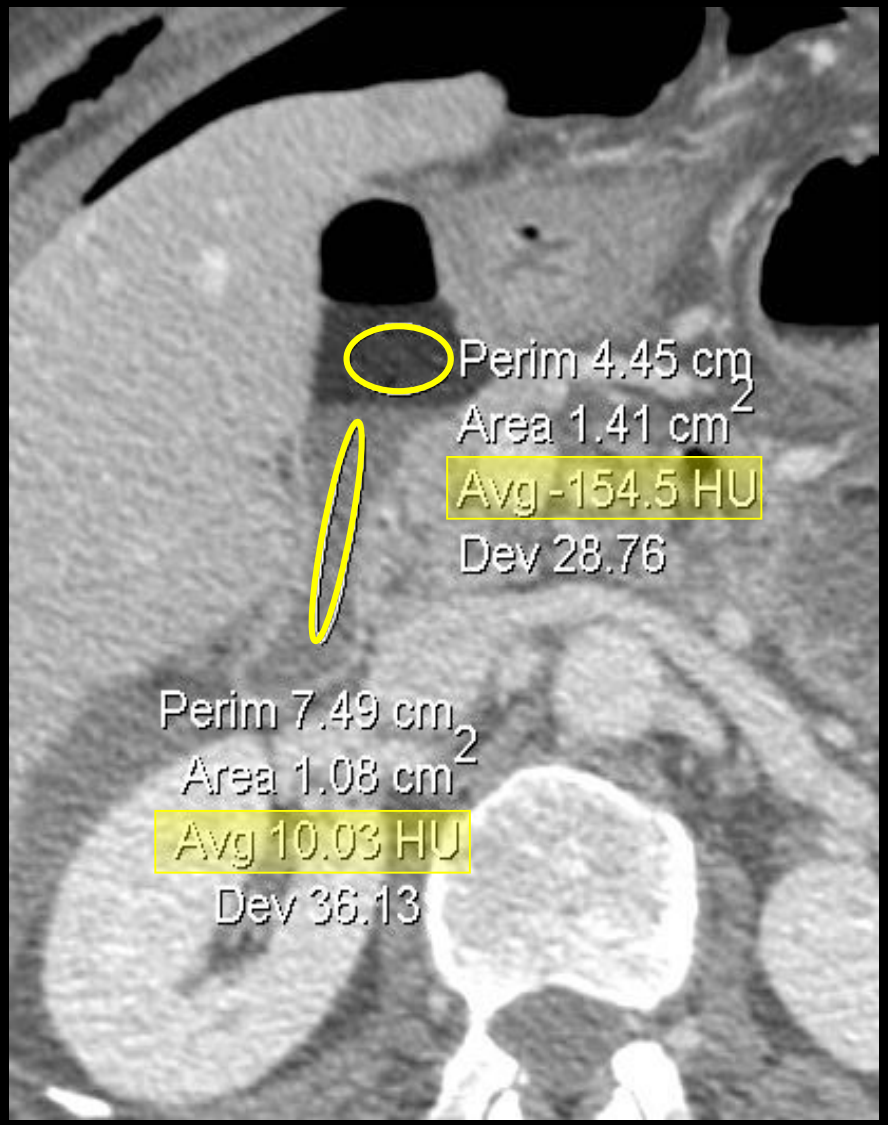
<u>Huile de paraffine:</u>

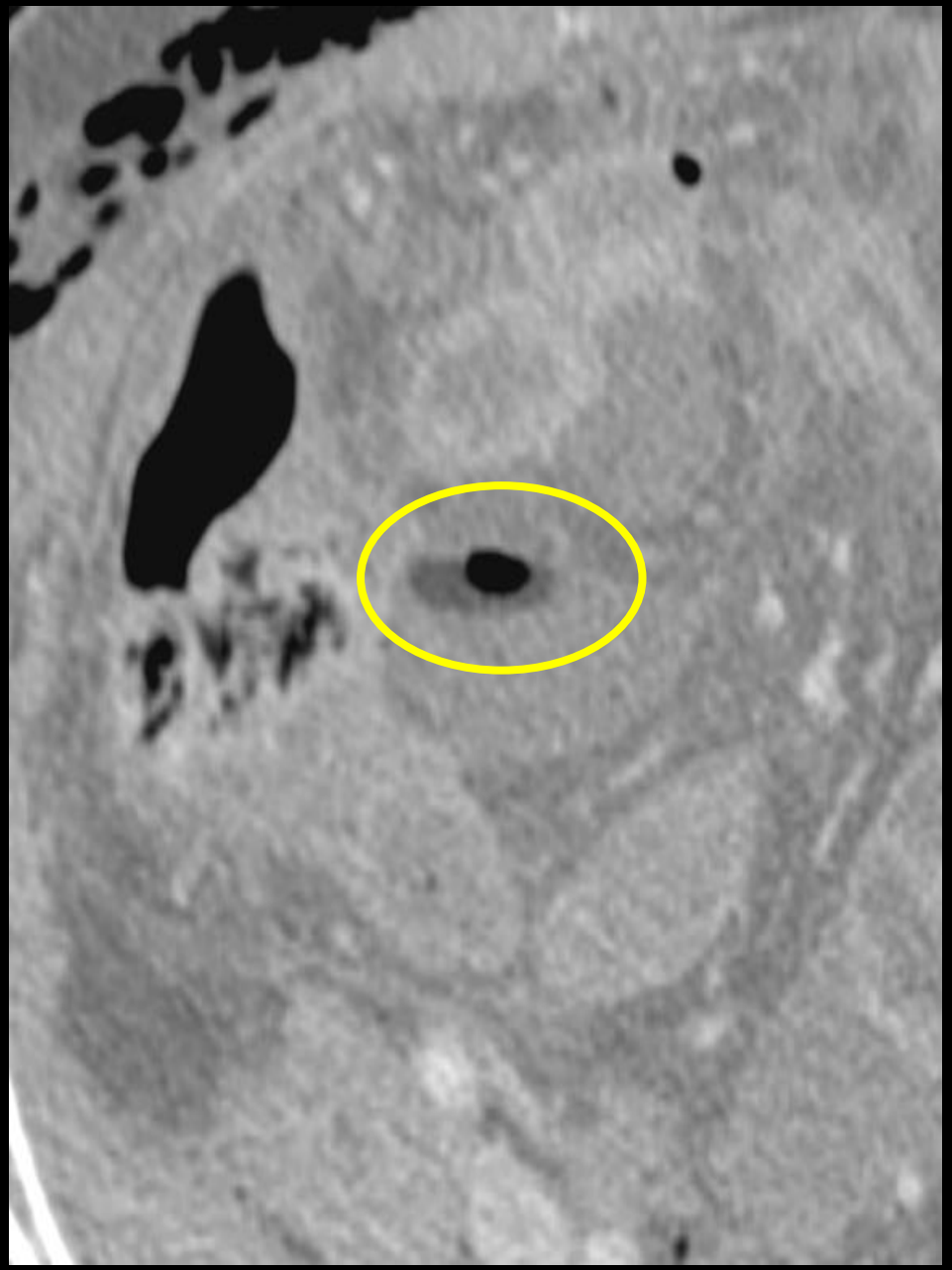
-seule huile minérale comestible
(=>hydrocarbures/ ne pas chauffer)

-propriétés laxatives

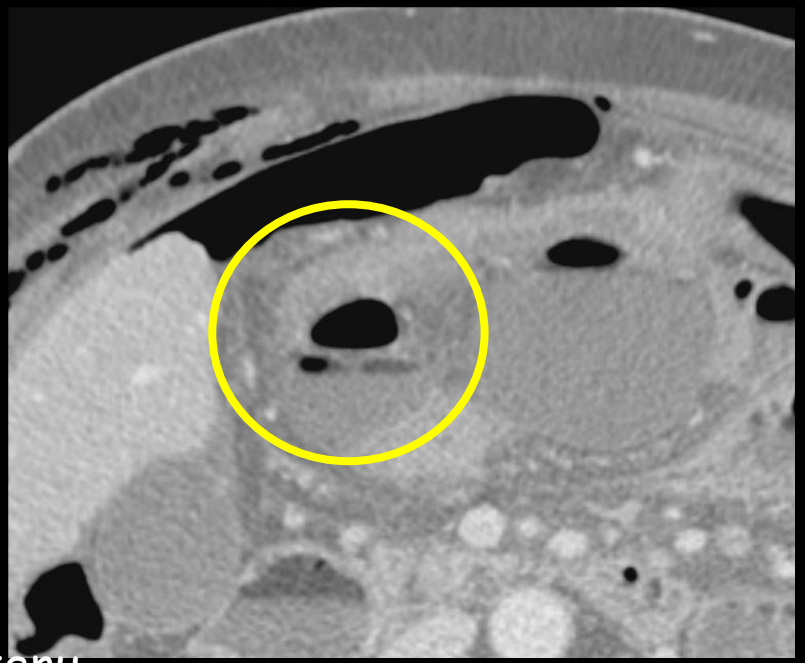
-assaisonnement dans les régimes

-réduction de l'absorption des vitamines liposolubles (A, D, E, K) en cas d'utilisation prolongée


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



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 cœliac 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_Dysmnotility_Insufficiency_Part1.original.1427479660.pdf