

OCCLUSION ET IMAGERIE

F. MELLOT
Service de Radiologie
Hôpital FOCH SURESNES

OCCLUSION AIGUE QUELLE IMAGERIE ?

ASP

- Souvent le premier examen demandé
- Souvent informatif dans le cadre de l'occlusion

MAIS

- Souvent insuffisant et devant être complété par d'autres examens plus performants

ASP QUELLES INCIDENCES ?

-Décubitus

-Debout

-Décubitus latéral rayon horizontal

OCCLUSION ET ASP

| | GRELE | COLON |
|--------------|-----------|--------------|
| Valvules | oui | non |
| Haustrations | non | oui |
| Diamètre | <5cm | >5cm |
| Nombre | +++ | + |
| Distribution | centrales | périphérique |
| Rayon | petit | grand |
| Contenu | non | oui |

LE PNEUMOPERITOINE

Visibilité 3 jours après une cœlioscopie

15 % des cas à l'ASP

50% des cas au scanner

ASP DEBOUT ET PNEUMOPERITOINE

-Une faible quantité d'air est détectable en position debout si le patient est dans cette position depuis au moins 20 mn

-Dépend de la qualité du cliché

-Difficile chez le patient obèse

Suspicion de pneumopéritoine SCANNER

**-Examiner les coupes en fenêtres
« pulmonaires »**

**-Rechercher de l'air en avant du
foie en particulier dans le pédicule
et le ligament rond**

ASP ET OCCLUSION

-Permet de rechercher des signes d 'occlusion et d 'avoir une orientation sur le niveau

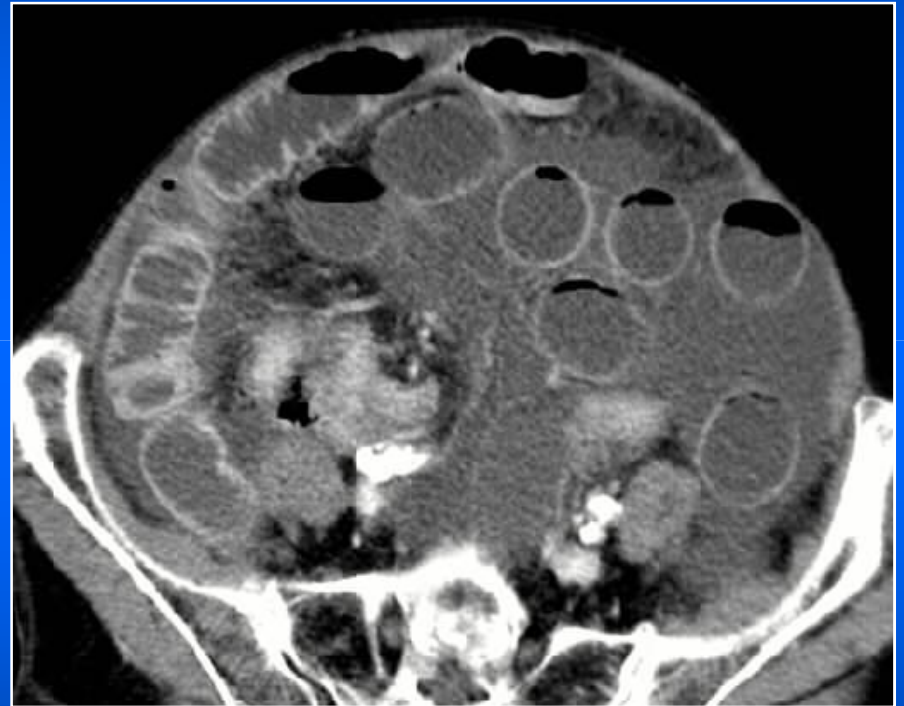
MAIS

-Les NHA peuvent être absents en cas de distension essentiellement liquidienne

-L 'appréciation de la gravité est limitée à la distension

-L 'orientation étiologique est généralement difficile

-Aucun renseignement sur le reste du contenu abdominal



OBJECTIFS DU SCANNER

- Aide à la détermination du type de chirurgie à envisager, de son importance et du délai d'intervention
- Éviter certaines laparotomies

OBJECTIFS DU SCANNER

- Affirmer l'occlusion
- Déterminer son siège
- Déterminer la nature de l'obstacle
- Rechercher les signes de souffrance digestive

Affirmer l'occlusion (1)

- Distension liquidienne ou gazeuse > 3cm
- Suivre les différents segments digestifs
- Rechercher une disparité de calibre

Affirmer l'occlusion (2)

L'importance du volume d'air et de liquide en aval de la zone de transition est proportionnel au degré d'obstruction

Affirmer l'occlusion (3)

La sensibilité du scanner est d'autant plus élevée que l'occlusion est de haut grade (90%)

En cas d'occlusion de bas grade, intérêt de l'opacification par voie haute, éventuellement par entéroclyse.

La topographie de l'occlusion

- Possibilité de suivre la totalité du cadre colique, en particulier sur console de visualisation
- Ne pas faire d'opacification par voie haute dans l'occlusion aiguë
- Éventuellement faire l'examen avant pose de sonde gastrique
- S'aider éventuellement d'une opacification colique par voie basse
- Injection de produit de contraste IV

La topographie de l'occlusion

La détermination du niveau peut être utile pour choisir le type d'intervention voire pour opter entre le traitement médical (proximal) ou chirurgical (distal).

La topographie de l'occlusion

Apprécier la longueur de l'intestin dilaté plutôt que la localisation de la zone de transition

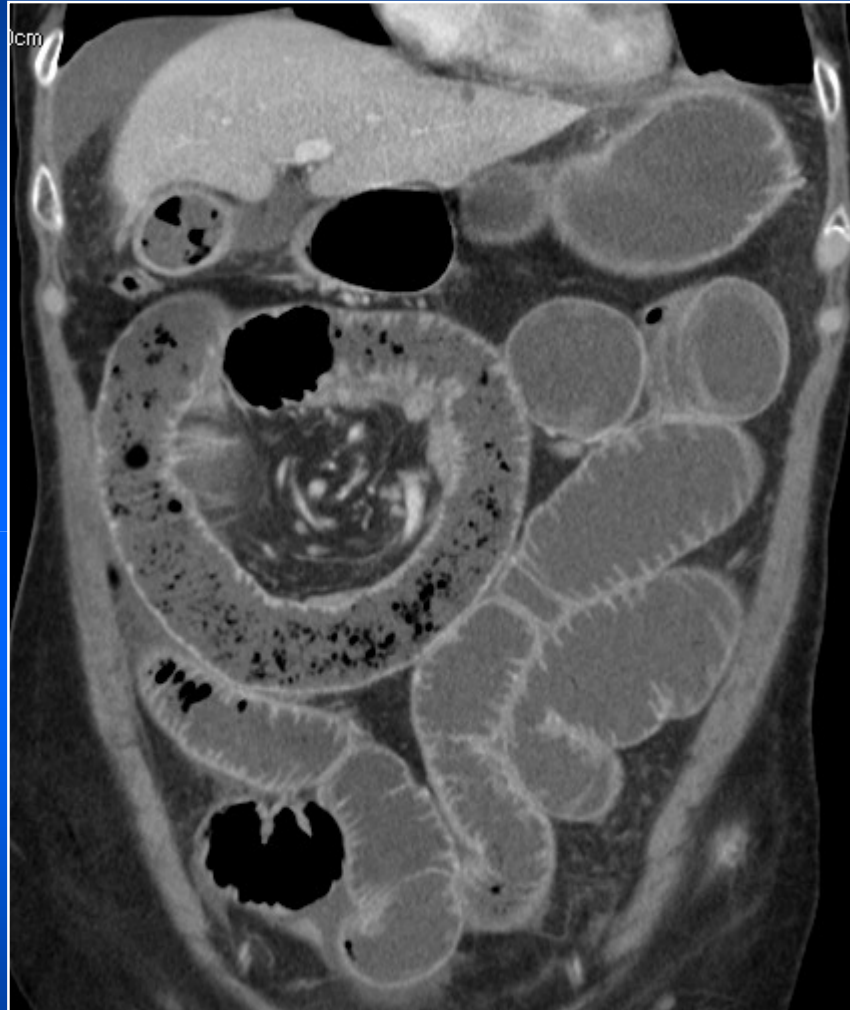
Difficile si plusieurs niveaux d'obstacle ou si occlusion de bas grade

Rechercher la topographie de l'occlusion

Le feces sign

Matières pseudo coliques mixées avec de l'air à proximité de la zone de transition

Faible prévalence mais haute spécificité



Etiologie de l'occlusion

Bride intra péritonéales : 75%

Maladie de Crohn

Néoplasie

Hernies externes ou internes

Divers

Etiologie de l'occlusion

Brides intra péritonéales

80% des cas après une chirurgie abdominales en particulier pelvienne chez la femme

15% au décours d'une péritonite

5% des cas idiopathiques

Etiologie de l'occlusion

Hernies

95 % hernies externes (souvent palpables mais pas toujours : obésité et hernie obturatrice

5% hernies internes : en particulier para duodénales droites ou gauches

Est-ce utile de connaître l'étiologie ?

Chirurgie : hernies

Traitement médical : néoplasie

Brides ?

Recherche de signe de gravité

Ischémie de la paroi digestive

Pronostic+++

Ischémie pariétale digestive

Signes pariétaux

Épaississement de la paroi

Amincissement de la paroi

Signe de la cible

Défaut de rehaussement après injection

Pneumatose

Subjectifs

Ischémie pariétale digestive

Signes extra digestifs

Infiltration du mésentère

Ascite

Pneumopéritoine

Aéroportie et thrombose vasculaire

Dilatation des veines mésentériques

Ischémie pariétale digestive

Le plus sensible
L'infiltration du mésentère

Le moins sensible
L'image en cible

Ischémie pariétale digestive

Les plus spécifiques (>90%)

**Le défaut de rehaussement de la paroi
avec une image en cible**

L'incarcération d'une anse grêle

Une anse quasi totalement remplie de liquide avec des anses non dilatées au pied de l'incarcération

A distance : des anses plus ou moins dilatées en fonction du délai et avec des niveaux

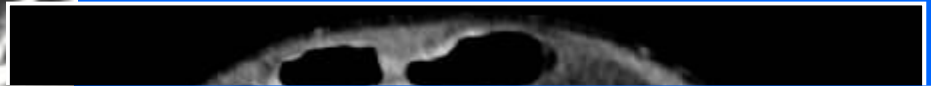
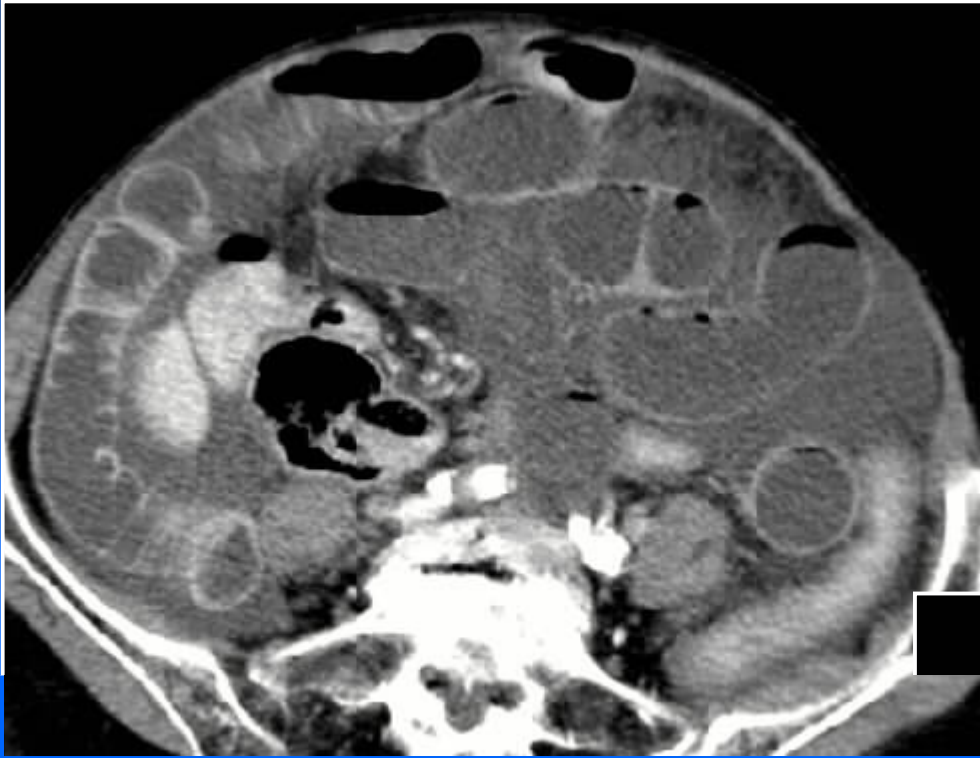
Le volvulus d'une anse grêle

Le signe du tourbillon

**Rotation d'une anse et de son mésentère
autour d'un obstacle fixe : risque
d'étranglement++**







ERROR: stackunderflow
OFFENDING COMMAND: ~
STACK: