

## SYNDROMES OCCLUSIFS

- Occlusion intestinale aiguë = arrêt brutal et complet du transit des matières et des gaz
- 20% douleurs abdominales aiguës de l'adulte
- 60 à 80% : intestin grêle
- Femmes > Hommes
- > 50 ans

- 4 symptômes clés :
  - 1) douleur abdominale (svt 1<sup>er</sup> signe présent)
  - 2) vomissements : fréquents  
précoces si grêle  
tardifs si colon
  - 3) arrêt des matières et des gaz (signe majeur formel)
  - 4) météorisme abdominal (retardé)

Association au moins 2 symptômes : très évocateur du diagnostic

- Auscultation abdominale :  
borborygmes (obstruction)  
silence « sépulcral » (strangulation)

Touchers pelviens ++

Examen cicatrices opératoires et orifices herniaires+++

Palpation : pas de défense ni contracture sauf si participation péritonéale  
+/- masse si invagination intestinale aiguë

## ABDOMEN SANS PREPARATION ASP

Place à réévaluer

Rendement diagnostique faible

Cliché à rayon directeur horizontal

face debout ou face décubitus latéral gauche

Cliché à rayon directeur vertical

face couché

+/- cliché centré sur coupes rayon horizontal

## ABDOMEN SANS PREPARATION ASP

Argument principal :

NHA = Niveau Hydro Aérique

Sur cliché rayon directeur horizontal

## ABDOMEN SANS PREPARATION ASP

Cliché à rayon directeur vertical

Différencier

valvules conniventes grêle  
haustrations colon

Volvulus colon

## ECHOGRAPHIE

- Barrage gazeux
- Anses dilatées
- Expérience opérateur pathologie tube digestif



## OPACIFICATIONS DIGESTIVES CONVENTIONNELLES

- Indication résiduelle : volvulus colon  
sigmoïde

Contre-indication formelle si suspicion de complication ou de souffrance digestive

## TOMODENSITOMETRIE TDM

- Examen de référence
- Supériorité au couple clinique- ASP
- Objectifs :
  - diagnostic positif : organique (mécanique)  
ou fonctionnel
  - diagnostic topographique
  - diagnostic étiologique
  - diagnostic de gravité
  - aide à la prise en charge thérapeutique

## TOMODENSITOMETRIE PROTOCOLE

- Pas de balisage digestif
- Acquisitions volumiques abdomino pelviennes :
  - sans injection : coupes épaisses  
diminution dose
- après injection : 1,5 ml/kg pdc à 350 ou 400mg I/ml  
temps portal parenchymateux 70 à 80 S  
Visualisation coupes 2 à 3 mm

## TOMODENSITOMETRIE PROTOCOLE

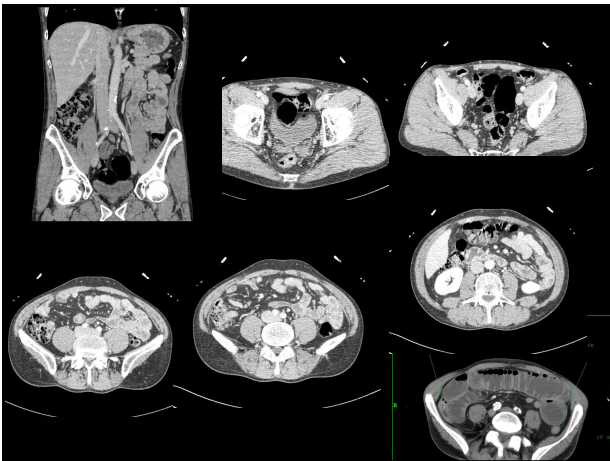
- Reconstructions multiplanaires
- Fenêtrage adapté : 500 - 50  
+ large si nécessaire  
pour recherche pneumopéritoine  
pneumatose pariétale  
colon

## TOMODENSITOMETRIE METHODE DE LECTURE

- Analyse retrograde du tube digestif
- Rectum: distension – contenu
- Colon : siège periphérique : en cadre
  - parois : haustrations
  - contenu : matières fécales – gaz
- Sigmoïde : FIG diverticules
  - longueur variable ( FID – épigastre )
- Colon gauche : siège postérieur
  - espace para-rénal postérieur G

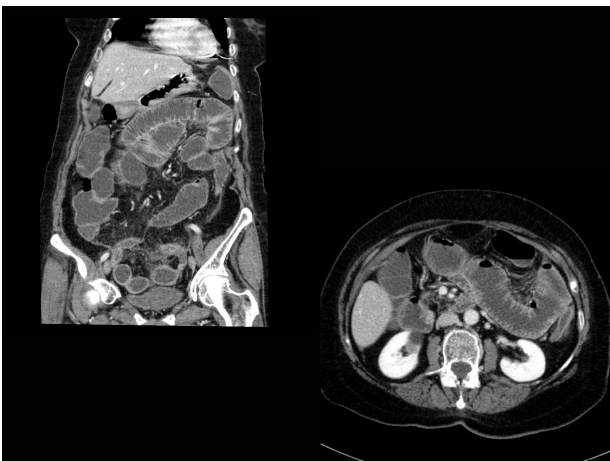
## TOMODENSITOMETRIE METHODE DE LECTURE

- Colon transverse : distension gazeuse
  - différenciation difficile avec anses grêles antérieures (+/- estomac )
  - position variable : selon longueur et degré de distension
- Caecum ++ : FID – valvule Bauhin
  - lipomateuse
  - relief haustral marqué
  - contenu hétérogène mixte
  - ectopique : sous-hépatique pelvien



## TOMODENSITOMETRIE METHODE DE LECTURE

- Analyse retrograde du tube digestif
- Grêle: siège central
  - dernière anse grêle ( appendice )
  - iléon → jéjunum
- anses collabées ou contenu liquidien
  - valvules conniventes : bien visibles si anses dilatées
  - plus importantes en nombre et en taille sur jéjunum

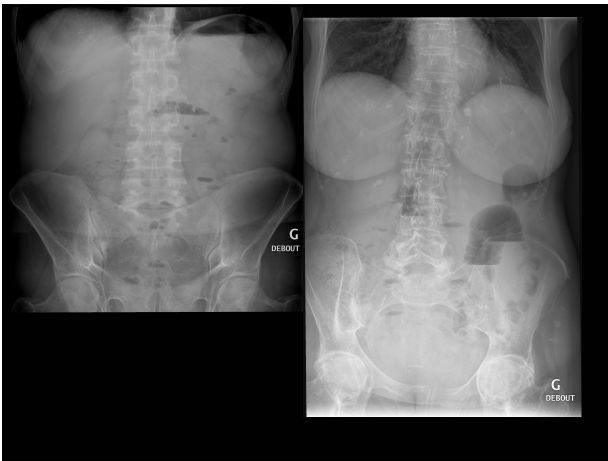


## OCCLUSIONS GRELES MECANIQUES

## ABDOMEN SANS PREPARATION ASP

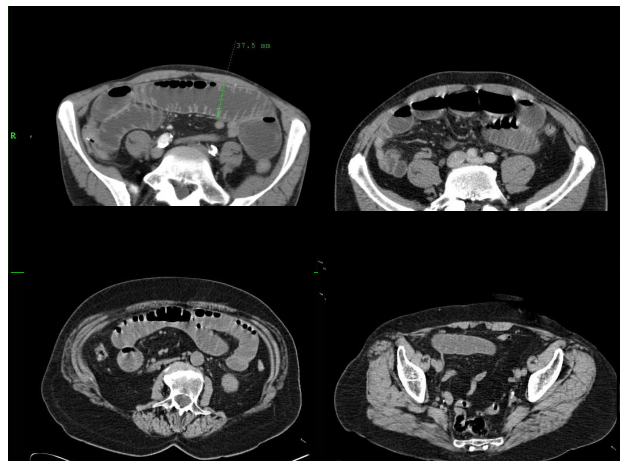
Occlusion grêle :

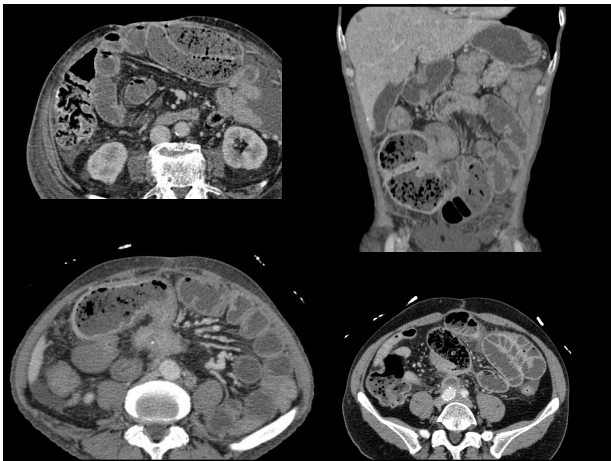
NHA nombreux  
plus larges que hauts  
en situation centrale



## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC POSITIF

- Dilatation grêle > 25 mm
- Disparité calibre nette entre anses grêles proximales dilatées et anses grêles distales dilatées
- -----> zone transitionnelle = caractère mécanique organique de l'occlusion
- Small bowel feces sign : juste en amont de la zone transitionnelle



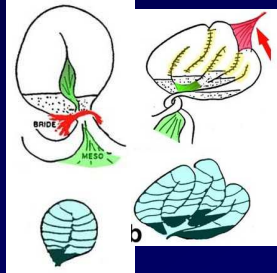


## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE

- -----> zone transitionnelle = sépare segment intestinal d'amont dilaté / segment d'aval collabé plat
- Brutale ou progressive
- Topographie anses svt modifiée : bascule anses jéjunales dans pelvis et anses iléales dans quadrant supérieur droit

## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC DE GRAVITE

- Secondaire à une **strangulation** des vx mésentériques
- volvulus avec torsion pédicule vasculaire
- > incarceration anse sous une bride ou un orifice herniaire pariétal ou hernie interne



## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC DE GRAVITE

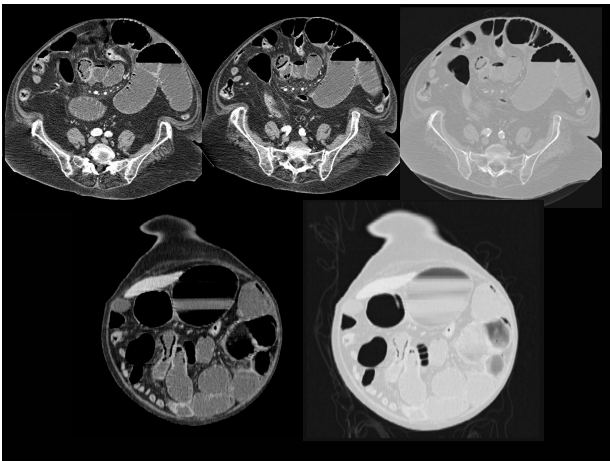
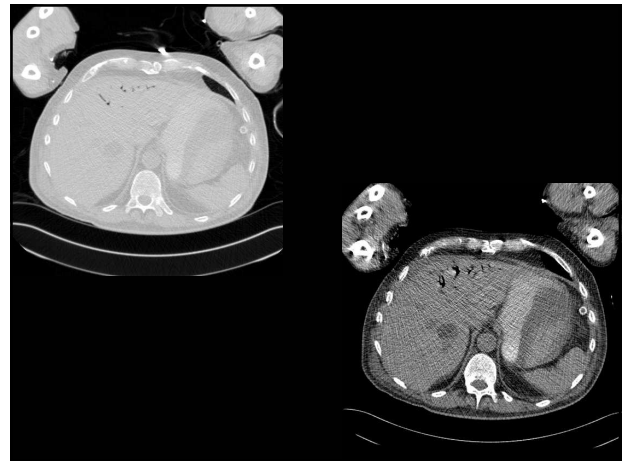
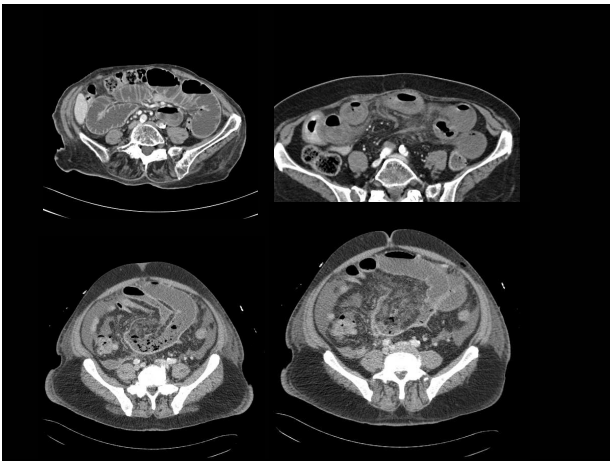
- Secondaire à une **strangulation** des vx mésentériques
- → modifications de la paroi :
  - épaissement pariétal > 3 mm ++
  - circonférentiel en cible avec œdème muqueux
  - ischémie sub-aiguë
  - défaut réhaussement ++
  - paroi virtuelle < 1mm ++ - ischémie aiguë
  - Pneumatose pariétale (air dans la paroi digestive-linéaire > bulleuse (faux +)- isch.A

## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC DE GRAVITE

- Secondaire à une **strangulation** des vx mésentériques
- → modifications vx mésentériques:
  - turgescence veineuse
  - aéromésentérie - isch. A
  - aéroportie - isch. A

## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC DE GRAVITE

- Secondaire à une **strangulation** des vx mésentériques
- modifications péritoine :
  - infiltration mésentérique
  - épanchement liquidien
  - pneumopéritoine (perforation)



**TOMODENSITOMETRIE  
DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE**

- Obstructions et strangulations de cause extrinsèque :
  - Brides et adhérences péritonéales
  - Hernies externes (95%)  
internes (1% occlusions)

**TOMODENSITOMETRIE  
DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE**

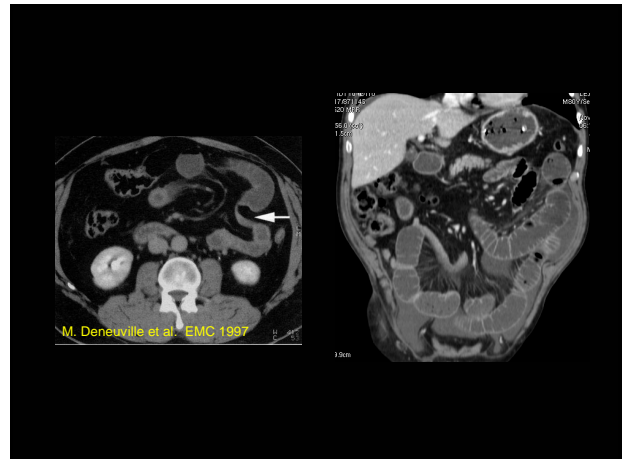
- Obstructions de cause endoluminale :
  - iléus biliaire
  - Parasites
  - Bezoard
  - Corps étrangers

**TOMODENSITOMETRIE  
DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE**

- Obstructions de cause pariétale :
  - Tumeurs malignes
  - Hématomes pariétaux
  - Maladies inflammatoires (maladie de Crohn)
  - Enterite radique
  - Invagination intestinale aiguë (intussusception)

## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Obstructions et strangulations de cause extrinsèque :
- Brides et adhérences péritonéales :
- 1<sup>ère</sup> cause occlusions grêle
- 80% secondaires à atcds chirurgicaux
- 1) occlusion simple :
  - zone transitionnelle brutale
  - signe du bec fréquent
  - dilatation marquée du grêle d'amont
  - grêle d'aval plat

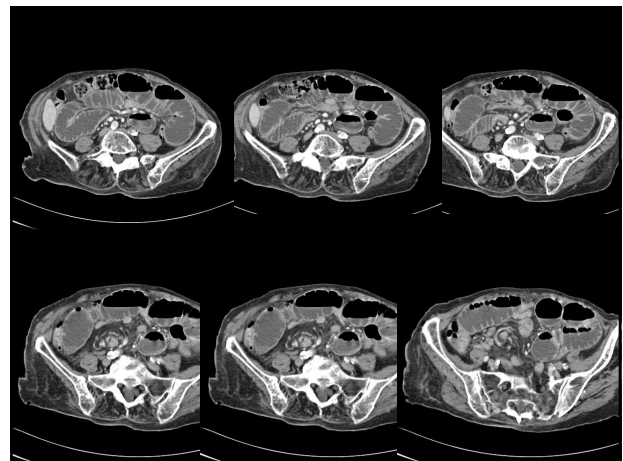
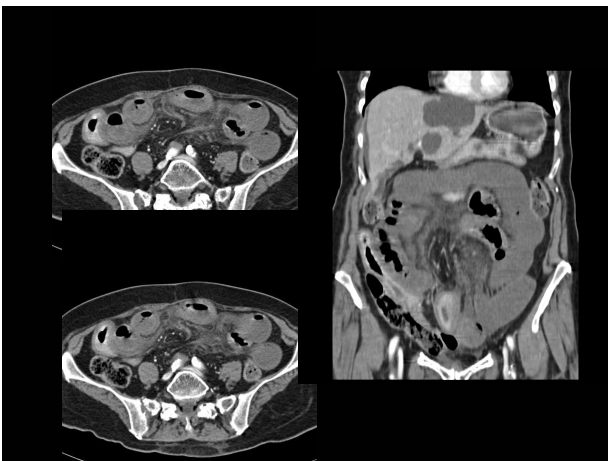
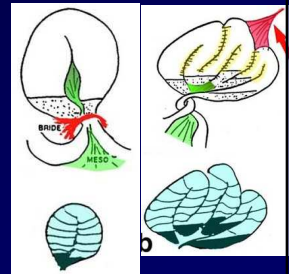


## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Obstructions et strangulations de cause extrinsèque : Brides et adhérences péritonéales
- 2) occlusion à anse fermée
- - distribution en C
  - Convergence des vx mésentériques
  - Infiltration de la graisse mésentérique locale / épanchement intra-péritonéal
  - Signe du tourbillon si volvulus
  - +/- signes de gravité : modifications pariétales

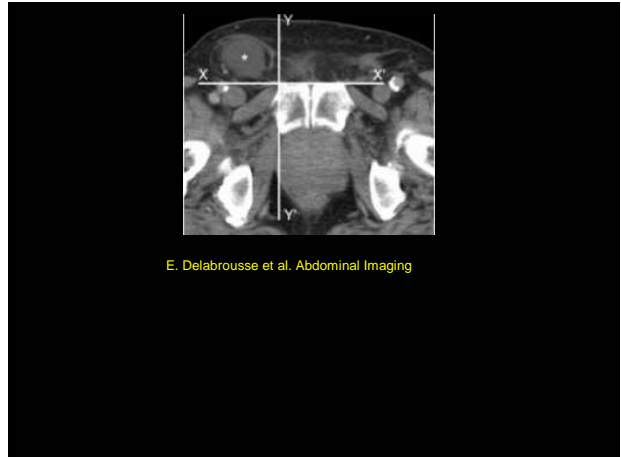
## TOMODENSITOMETRIE

- Obstruction à anse fermée :
  - Distribution des anses dilatées en C
  - Convergence radiaire des vx mésentériques
  - Double signe du bec
  - +/- signe du tourbillon ou « whirl sign »
  - volvulus surajouté



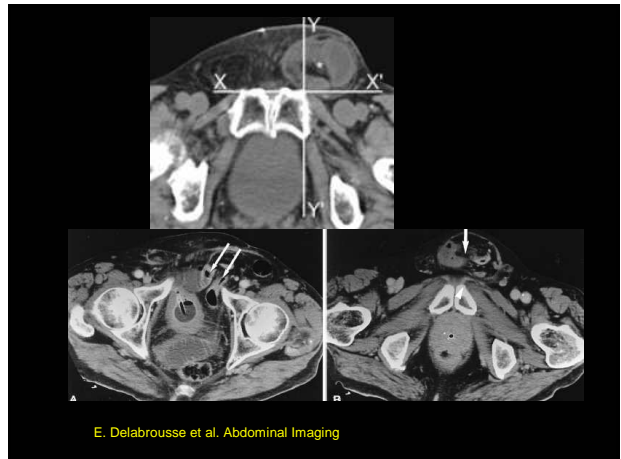
## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Obstructions et strangulations de cause extrinsèque : Hernies :
    - 1) inguinales
    - Hernie inguinale directe (oblique externe) :
      - segment digestif au-dessus puis en avant plan horizontal épine pubis
      - ne franchit pas la ligne verticale passant par l'épine du pubis
- +/- signes de souffrance



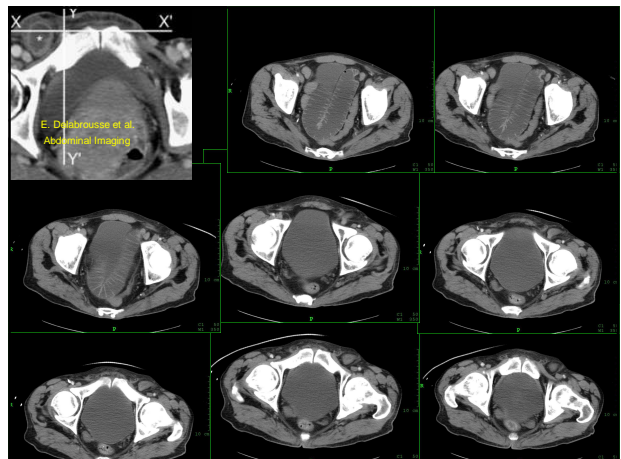
## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Obstructions et strangulations de cause extrinsèque : Hernies :
    - 1) inguinales
    - indirecte (oblique interne) :
      - segment digestif au-dessus puis en avant plan horizontal épine pubis
      - franchit au moins en partie la ligne verticale passant par l'épine du pubis
- +/- signes de souffrance



## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Obstructions et strangulations de cause extrinsèque : Hernies :
    - 2) fémorale
    - femme > homme
    - segment digestif en avant muscle pectiné
    - en arrière ligne horizontale pubis
    - en dehors ligne verticale pubis
    - au contact vx fémoraux +/- effet de compression sur veine fémorale
- +/- signes de souffrance





## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

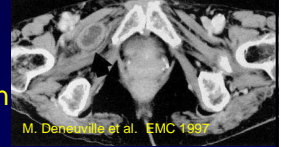
- Obstructions et strangulations de cause extrinsèque : Hernies :
  - 3) ombilicale : courte portion d'anse au sein de l'orifice ombilical – signes de souffrance



E. Delabrousse JFR 2008

## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

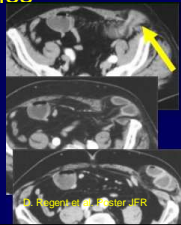
- Obstructions et strangulations de cause extrinsèque : Hernies :
  - 4) obturatrice : femme âgée maigre anse incarcerated au sein d'un trou obturateur s'insinue jusqu'en arrière du muscle pectiné et en avant du muscle obturateur externe signes de souffrance



M. Denouville et al. EMC 1997

## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

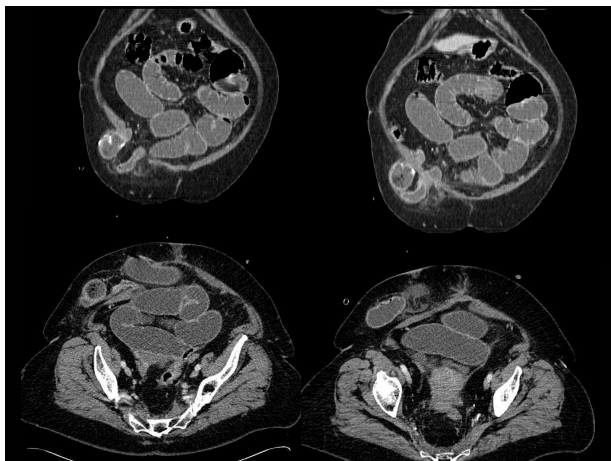
- Obstructions et strangulations de cause extrinsèque : Hernies :
  - 5) de Spiegel : ligne semi-lunaire – sépare muscles droits / muscles obliques et tranverse – signes de souffrance



Pr. Régent et Pr. Pastor JFR

## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

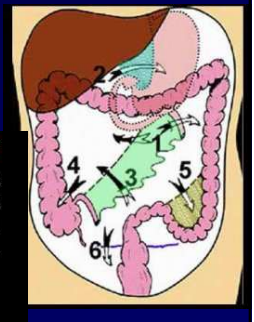
- Obstructions et strangulations de cause extrinsèque : Hernies :
  - 6) incisionnelle ( « éventration » )
  - sur trajet chirurgical de chirurgie abdominal
  - Orifice de stomie
  - Hernie para stomiale
  - +/- signes de souffrance



## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Obstructions et strangulations de cause extrinsèque : Hernies :
- 7) internes : Poster  
Pr. D. Régent JFR 2007

type de hernie	fréquence relative
para duodénales(1)	50 - 55 %
péritrocanéales(4)	10 - 15 %
transmésentériques(3)	8 - 10 %
foramen de Winslow(2)	6 - 10 %
intersigmoïdiennes(5)	4 - 8 %
pelviennes (6)	6 %
dont ligament large	4 - 5 %

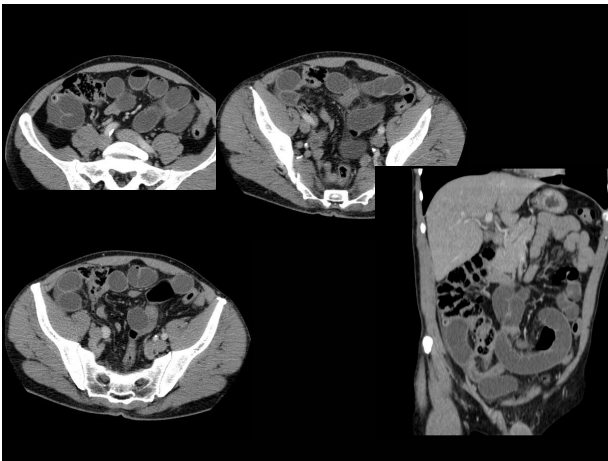


## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Obstructions et strangulations de cause extrinsèque : Hernies :
- 7) internes : 1% occlusions
  - amas d'anses en situation anormales
  - refoulant structures viscérales de voisinage
  - +/- signes de souffrance

## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Hernies internes développées à travers un orifice normal ou paranormal du péritoine:
- Aspect de pseudo-sac ou « sac like » sphérique ou ovoïde
- H. du hiatus omental
  - H. paraduodénales antérieures D et G
  - H. rétro et para caecales
  - H. inter-sigmoïdiennes

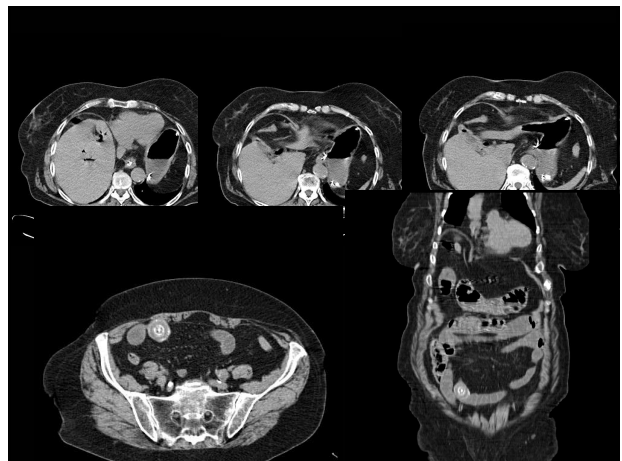


## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Hernies internes développées à travers un orifice anormal du péritoine:
- Aspect de volvulus du grêle sur obstacle
- H. du ligament falciforme
  - H. trans-mésentériques
  - H. trans-ometales
  - H. du ligament large
  - H. para-vésicales et para-rectales

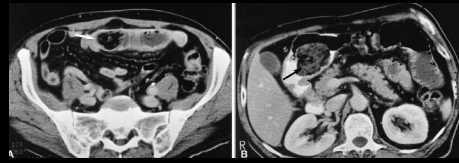
## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Obstructions de cause endoluminale :
  - iléus biliaire
  - Femme âgée
  - Migration au travers d'une fistule bilio-digestive d'un macro-calcul vésiculaire
  - Occlusion grêle mécanique
  - Aérobilie
  - Fistule duodéno-vésiculaire
  - Calcul ectopique enclavé dans la lumière digestive

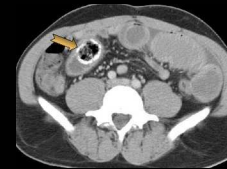


## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Obstructions de cause endoluminale :  
Bézoard  
Concrétion gastrique de fibres alimentaires =  
phytobézoard  
Régime végétarien – chirurgie gastrique –  
gastroparésie  
Cheveux = trichobézoard  
Trichotillomanie  
Parfois migration dans l'intestin grêle  
Masse ovoïde emprisonnant du gaz dans la  
lumière digestive au contact de la zone  
transitionnelle +/- calcif. périphériques



E. Delabrousse et al. Abdominal Imaging 2003



C. Ridereau-Zins et al, M. Zins Poster JFR

## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

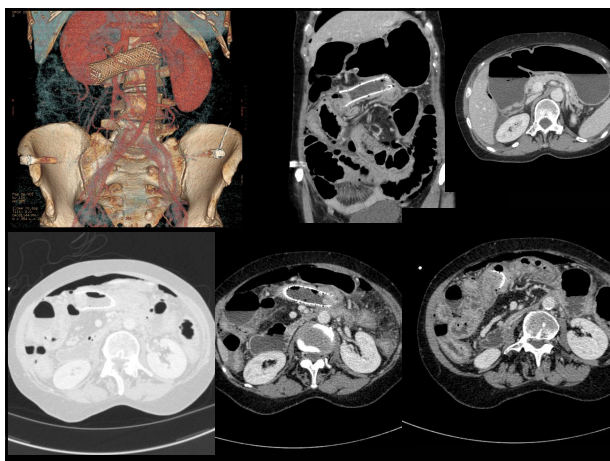
- Obstructions de cause endoluminale :  
Parasites  
Gros parasites ascaris lumbricoïdes  
Images pseudo-tubulaires  
dans la lumière jéjunale  
(vers enchevêtrés)  
Épaississement  
inflammatoire  
réactionnel de la paroi  
intestinale en  
région lésionnelle



P.J. Sauvage et al. J. Radiol. 2005

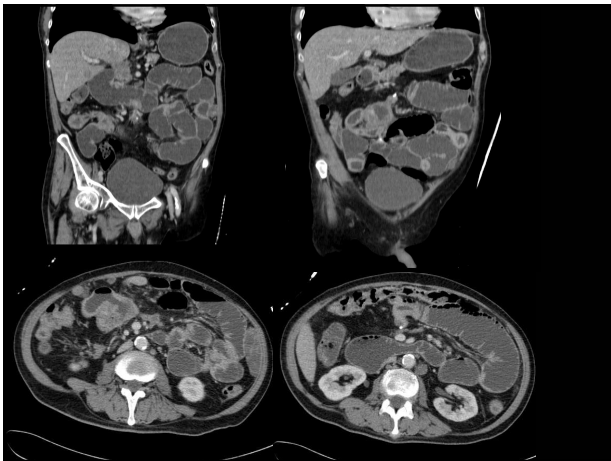
## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Obstructions de cause endoluminale :  
Corps étrangers  
cure dents  
épingles  
autres (pathologie psychiatrique)  
iatrogène



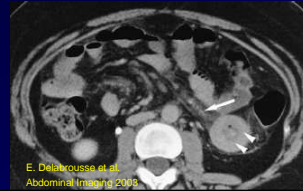
## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Obstructions de cause pariétale :  
Tumeurs malignes  
- Masse tissulaire pariétale sténosante  
réhaussée après injection  
- Adénopathies  
- Métastases



## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

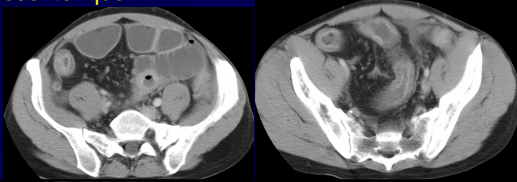
- Obstructions de cause pariétale :  
Hématomes pariétaux  
Ttt anticoagulant +++  
Épaississement régulier circonférentiel  
spontanément hyperdense (60-70 UH) de une ou  
plusieurs anses le plus souvent jéjunales



E. Débarousse et al  
Abdominal Imaging 2015

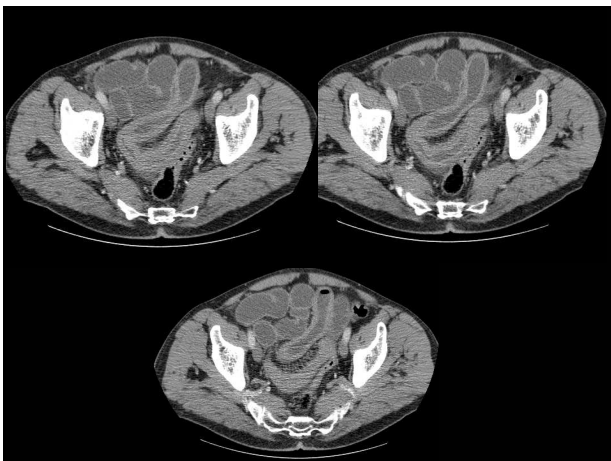
## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Obstructions de cause pariétale :  
Maladie de Crohn  
Dernière anse  
Sténose fibreuse  
Sclérolipomatose mésentérique  
Aspect « peigné » des vx sur le versant  
mésentérique



## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Obstructions de cause pariétale :  
Enterite radique  
atcd de radiothérapie le + svt pelvienne+++  
atteinte iléale  
zones d'épaississement pariétal avec  
stenose, longues +/- étagées  
aspect rigide, anguleux des anses atteintes  
(rétraction mésentérique locale)

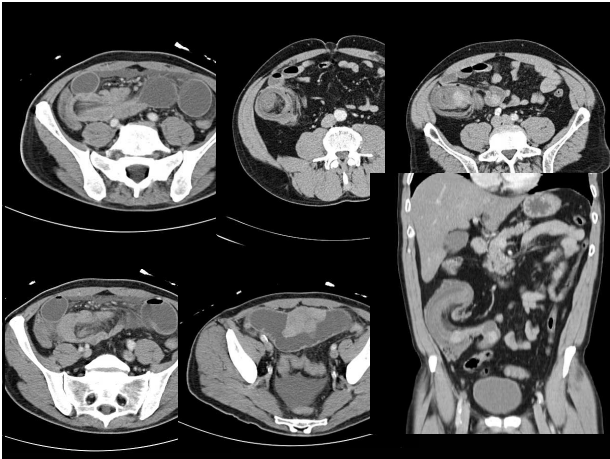


## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Obstructions de cause pariétale  
Invagination intestinale aiguë  
(intussusception):  
Adulte 80% cause organique  
Lipome – métas mélanomes  
Diverticule de Meckel



Image en cocarde ou en sandwich (boudin  
d'invagination) avec zone grasseuse  
Intermédiaire +/- lésion sous-jacente



## OCCLUSIONS GRELES FONCTIONNELLES ( PARALYTIQUES )

### 1) Iléus réflexe

laparotomie

traumatisme abdominal, bassin, rachis  
pancréatite aiguë – colique néphrétique

distension vésicule, vessie

torsion kyste ovarien

hémopéritoines traumatiques ou non  
certaines maladies hormonales et  
métaboliques

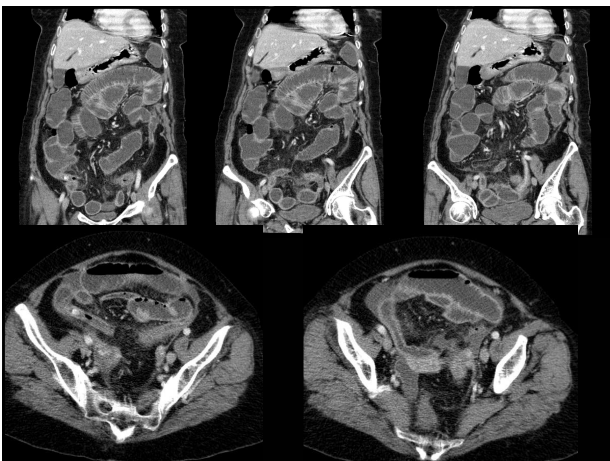
### 2) Iléus d'origine inflammatoire ou infectieuse

foyers septiques intrapéritonéaux :

appendicite aiguë – diverticulite aiguë –  
salpingite aiguë – cholécystite aiguë –  
cholécystite aiguë – pelvipéritonite d'origine  
annexielle ou utérine

--> occlusion mécanique ou mixte

pyélonéphrite aiguë



### 3) Iléus d'origine ischémique

ischémie mésentérique artérielle ou veineuse  
bas débit circulatoire

### 4) Iléus d'origine médicamenteuse

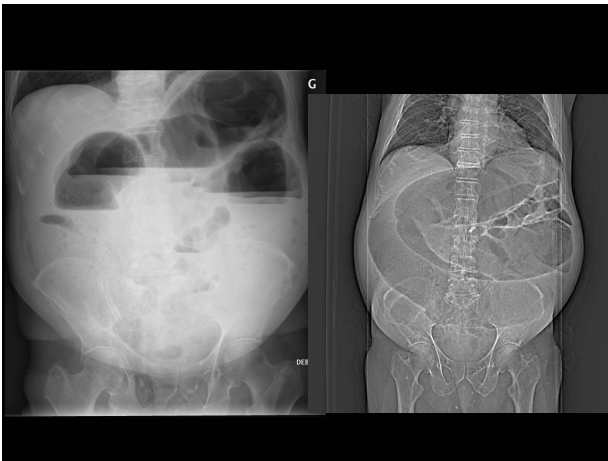
opiacés – neuroleptiques – antidépresseurs  
anticonvulsivants – antiparkinsoniens  
diurétiques

## OCCLUSIONS COLIQUES MECANIQUES

## ABDOMEN SANS PREPARATION ASP

Occlusion colique :

NHA peu nombreux  
plus larges que hauts  
en situation périphérique



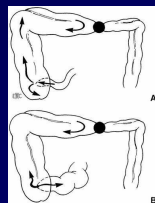
## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC POSITIF

- Dilatation colique segmentaire ou diffuse > 6 cm
- Disparité calibre entre colon proximal d'amont plat / colon distal d'aval plat
- La lésion responsable doit être visible au niveau de la zone transitionnelle

## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC DE GRAVITE

Caecum diastatique > 12 cm  
Valvule iléo-caecale continente (60% cas)  
→ hyperpression intra-caecale

Défaut réhaussement pariétal  
Pneumatose pariétale  
aéroportie – aéromésentérie  
pneumopéritoine



## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Obstructions de cause pariétale :
  - 1) Adénocarcinomes coliques +++
  - 2) Diverticulite sigmoïdienne aiguë
  - 3) endométriose colique
  - 4) Actinomycose
  - 5) Crohn – RCUH
  - 6) Colite radique

## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

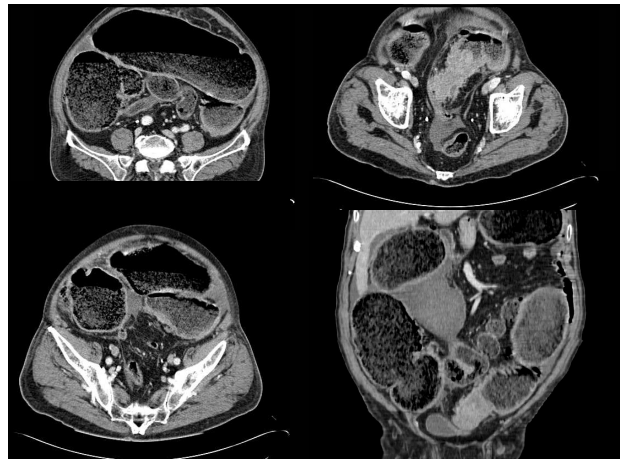
- Strangulations
  - 1) Volvulus du colon sigmoïde
  - 2) Volvulus du caecum
- Obstruction de cause endoluminale : fécalome

## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Obstructions de cause pariétale :
  - 1) Adénocarcinomes coliques
    - 70% occlusions coliques
    - 75 % sigmoïdiens
    - Sd de masse tissulaire pariétal réhaussé +/- circonférentiel
    - Sténose courte et de raccordement brutal
    - Importante dilatation d'amont avec granité stercoral

## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Obstructions et strangulations de cause pariétale :
  - 1) Adénocarcinomes coliquesautres causes tumorales :
  - LMNH : terrain immuno-déprimé
  - extension recto-sigmoïdienne des cancers pelviens
  - Carcinose péritonéale

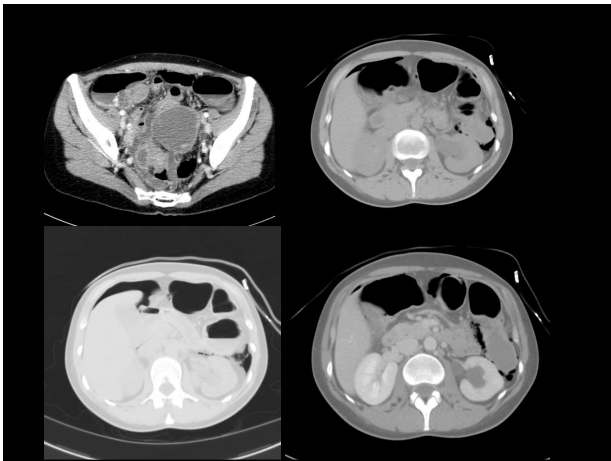


## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Obstructions et strangulations de cause pariétale :
  - 2) Diverticulite sigmoïdienne aiguëDg diff. Cancer sigmoïdien surinfecté


## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Obstructions et strangulations de cause pariétale :
  - 3) endométriose colique
    - femme < 50 ans
    - atcds endometriose
    - Infiltration de tissu endométrial charnière recto-sigmoïdienne – aspect pseudo-nodulaire - réhaussement



### TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Obstructions et strangulations de cause pariétale :
  - 4) Actinomycoïse
    - maladie infectieuse chronique
    - femme jeune
    - DIU +++
    - Infiltration péritonéale
    - aspect pseudo-tumoral



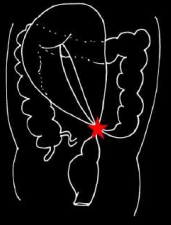

E. Delabrousse, JFR 2009

### TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Obstructions et strangulations de cause pariétale :
  - 5) Crohn – RCUH
  - 6) Colite radique

### TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

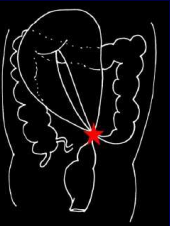
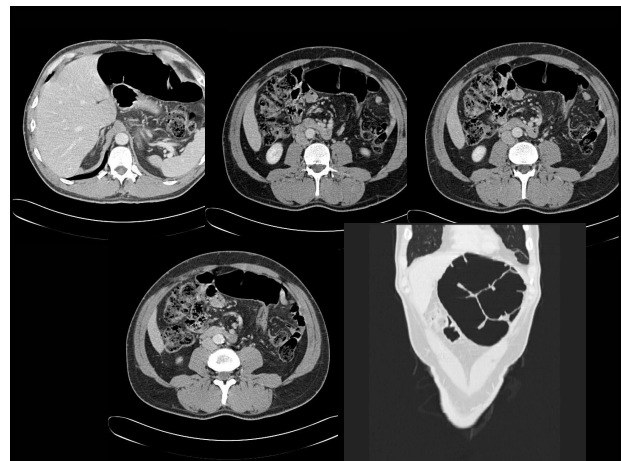
- Strangulations
  - 1) Volvulus du colon sigmoïde
    - 7% occlusions coliques
    - dolichosigmoïde – sujet âgé
    - forme la plus fréquente : volvulus mésentérico-axial
    - occlusion à anse fermée
    - ASP : aspect en « grain de café »
    - gazeux pelvi-abdominal
    - lavement opaque hydrosolubles : arrêt
    - colonne opaque et signe du bec au point de torsion

E. Delabrousse SIAD 2008

### TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Strangulations
  - 1) Volvulus du colon sigmoïde
    - TDM :accolement des 2 jambages sigmoïdiens
    - double signe du bec
    - signe du tourbillon ou whirl sign (360°)
    - ou croisement (180°)
    - déplace en hauteur le bord supérieur du colon transverse
    - topographie normale du reste du cadre colique +/- signes de souffrance



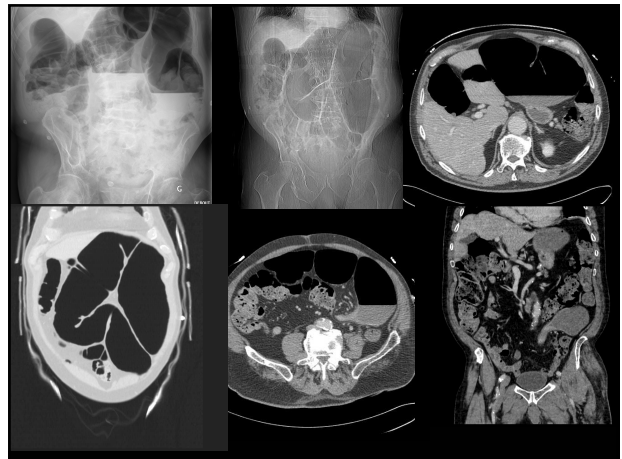
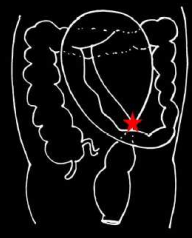
## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Strangulations

- 1) Volvulus du colon sigmoïde

variante : volvulus organo-axial

pas de participation du jambage descendant au volvulus



## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Strangulations

- 2) Volvulus du caecum

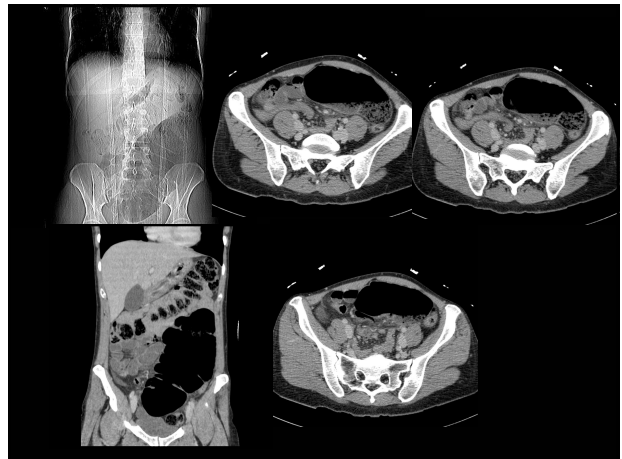
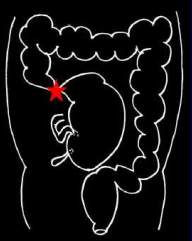
défaut accolement caecum (10 à 30%)

- 45% type axial

distension caecale en situation ectopique pelvienne

topographie conservée des autres segments coliques

signes du bec – whirl sign de sens horaire – pas de participation iléale au volvulus



## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Strangulations

- 2) Volvulus du caecum

défaut accolement caecum (10 à 30%)

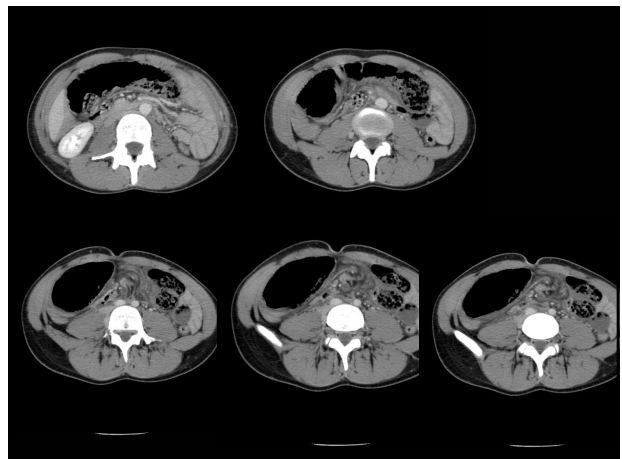
- 45% type « loop »

distension caecale en situation ectopique haute

topographie conservée des autres segments coliques

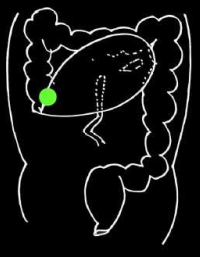
whirl sign de sens anti-horaire

participation iléale au volvulus (dilatation grêle)



## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Strangulations
- 2) Volvulus du caecum



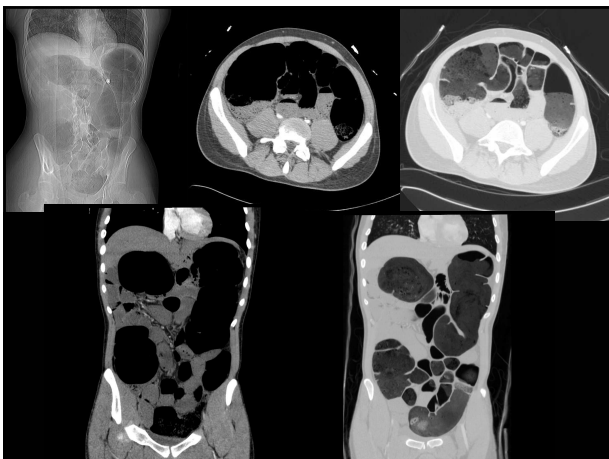
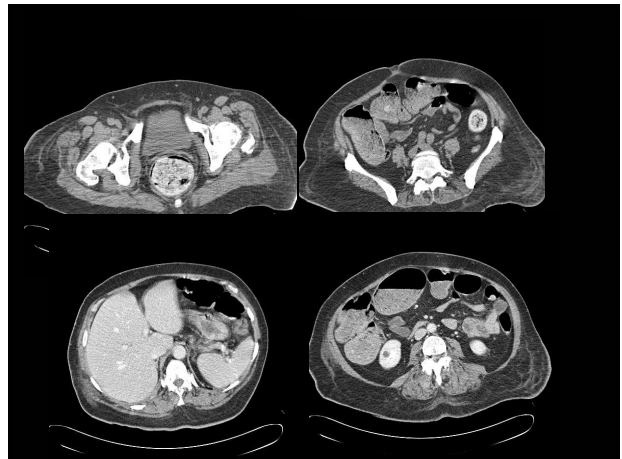
- 10% bascule caecale  
sans rotation  
moins de complications

## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- **Obstruction de cause endoluminale : fécalome**  
= accumulation anormale matières fécales dans ampoule rectale
- svt etiologie medicamenteuse (opiacés, neuroleptiques, anti-dépresseurs)
- granité stercoral – distension rectale
- volumineux fécalomes peuvent --> véritable sd occlusif colique
- peuvent s'étendre au reste du cadre colique
- peuvent ---> souffrance pariétale ischémique  
---> perforation

## TOMODENSITOMETRIE DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- **Pseudo-obstruction colique : colectasie primitive aiguë ou sd d'Ogilvie**
- chirurgie abdominale récente – tt médicamenteux (opiacés – neuroleptiques- antidépresseurs)
- distension colique essentiellement gazeuse préférentiellement sur colons droit et transverse
- changement brutal de calibre au niveau de l'angle colique gauche
- pas de lésion organique au niveau de la zone transitionnelle => fonctionnelle



## PERFORATIONS DIGESTIVES

## ASP

ASP Face Debout ou DLG : croissant clair gazeux sous diaphragmatique faux +



ASP Face decubitus dorsal : visualisation deux versants parois digestives hypertransparence loge hépatique



faux – si faible abondance

## TDM :SIGNES DE LOCALISATION

Visualisation d'un conglomérat de bulles extradigestives ++

Défaut focal dans la paroi intestinale++ (reconstructions multiplanaires)

Epaississement intestinal segmentaire

## TDM: SIGNES DE LOCALISATION

Défaut de réhaussement de la paroi perforée

Densification de la graisse péritonéale

Bulles d'air intra-pariétales

Epanchement liquidien intra-péritonéal

## DUODENUM

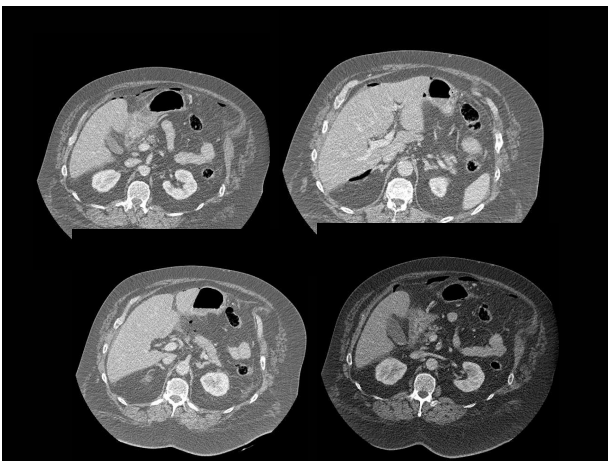
Ulcère gastro-duodéal

Pneumopéritoine sus-mésocolique isolé

Air dans scissure du ligament rond

Signes de localisation

+/- rétropneumopéritoine à droite : perforation endoscopique (perforation colon droit)



## COLON

Diverticulite sigmoïdienne aiguë

Pneumopéritoine plus abondant sus-mésocolique et sous mésocolique

+ rétropneumopéritoine à gauche

Signes de localisation

Signes associées (abcès – adénopathies)

## COLON

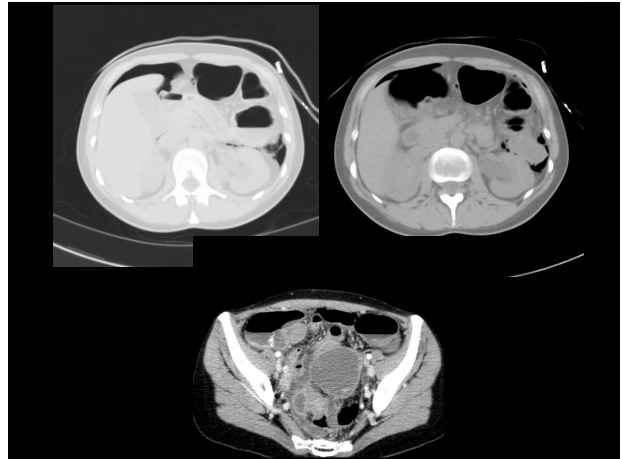
Néoplasie colique

Ischémie

Geste endoscopique

Corps étranger : recto-sigmoïde

Occlusion mécanique : perforation caecale



## GRELE

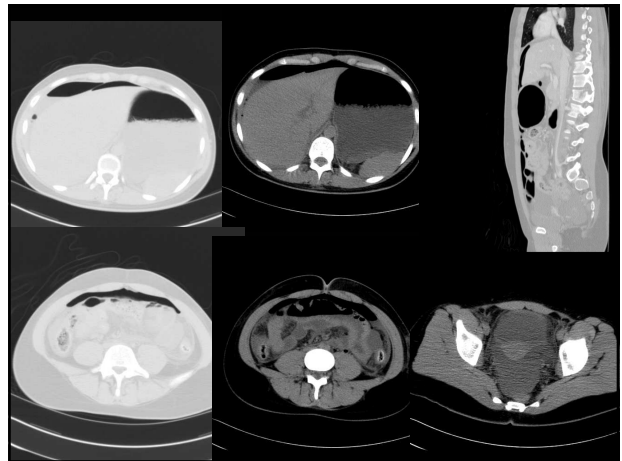
Occlusion Volvulus

Ischémie

Crohn

Corps étranger

Traumatisme



## Gaz extra-digestif sans perforation

### - Pneumatose Intestinale Kystique Chronique

cf Cangemi C. Feuillet Radiologie 2006

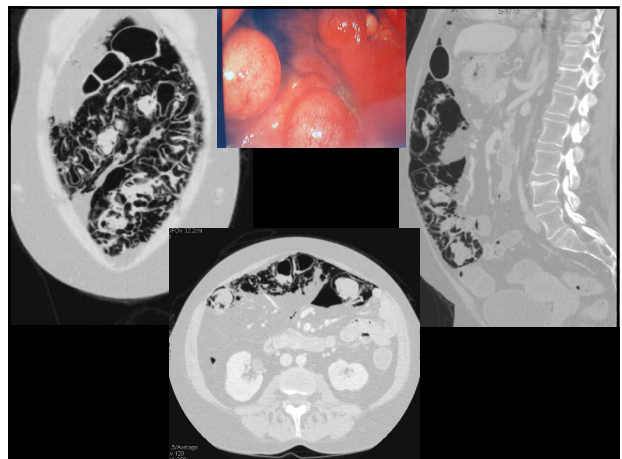
Régent D. Poster JFR 2006

Kystes gazeux sous-séreux et sous-muqueux dans la paroi digestive

Pneumopéritoine – Rétropneumopéritoine

Théories mécaniques – Théorie bactérienne

Principal facteur favorisant : Insuffisance respiratoire chronique



## Gaz extra-digestif sans perforation

- Diffusion aérique d'origine thoracique
- Investigation gynécologique par voies naturelles