

Faculté de médecine

Service central de radiologie et d'imagerie médicale CHU-SBA

Dr Chaker MAHAMMEDI

Module de Radiologie 3^{ème} année

aval

Arceau

Les Occlusions

Air normal dans l'abdomen

Estomac : toujours.

Intestin grêle : 2 ou 3 anses non distendues, calibre normal est de 25mm.

Colon : dans le rectum ou le sigmoïde presque toujours.

Définition: Obstruction du tube digestif, pouvant concerner l'estomac, le duodénum, l'intestin grêle ou le colon, soit par une atteinte organique (obstacle tumoral, ou ischémie dans l'infarctus mésentérique), soit par une atteinte fonctionnelle (iléus paralytique).

Clinique : vomissements + arrêt des matières et des gaz + distension abdominale.

A / Les occlusions mécaniques :

Quels que soient la nature et le siège de l'obstacle sur le tube digestif, il en résulte 3 phénomènes importants : une distension du tube digestif en amont de l'obstacle, une vacuité d'aval et parfois la visualisation de l'obstacle.

* Une distension du tube digestif en amont de l'obstacle, avec présence de niveaux hydroaériques sur l'ASP debout.

Cette distension est peu apparente ou absente lorsque le délai d'installation de l'occlusion est court ou lorsque le niveau de l'obstacle est haut situé, du fait des vomissements fréquents.

Il est important de caractériser les structures digestives distendues afin de situer le niveau de l'obstacle, sur le grêle, le colon ou l'estomac.

L'estomac distendu est reconnaissable du fait de sa topographie et de sa morphologie globale.

Les anses grêles présentent un plissement fin, régulier, rapproché et circonférentiel. Leur topographie est centrale ou étagée de l'hypochondre gauche à la fosse iliaque droite.

Le colon présente des haustrations formées de plis épais, incomplets et espacés par des bosselures à convexité externe. Sa topographie, en cadre, est périphérique.

Lorsque la distension est importante, il peut être difficile de reconnaître la nature du segment distendu.

* Une vacuité du tube digestif d'aval. Cette vacuité n'est pas totale si l'installation de l'obstacle est récente, incomplète ou si l'y a eu introduction d'air à la suite d'un geste médical (toucher rectal, prise de température, lavement évacuateur).

* Le mécanisme et la nature de l'obstacle peuvent être analysés grâce à l'ASP couché et aux clichés positionnel, voire examen Tomodensitométrie abdomino-pelvien (Scanner) pour un diagnostic précis.

a) Obstacle gastro-duodénal :

Rare. Il peut s'agir soit d'une strangulation (volvulus gastrique ou hernie étranglée) soit d'une obstruction (sténose ulcéreuse, néoplasique ou par phytobézoard (Bézoard)).

L'estomac distendu est assez caractéristique du fait de sa topographie, son plissement et sa morphologie générale ; son contenu peut être hétérogène. Les clartés intestinales sont rares ou absentes.

b) Obstacle sur le grêle :

Par strangulation : volvulus sur bride post-opératoire, hernie interne ou externe étranglée.

L'aspect radiologique, obtenu sur l'ASP couché, est celui d'une anse dilatée en « arceau » ou en « grain de café » vers laquelle convergent les anses grêles dilatées d'amont. L'ASP debout objective les niveaux hydroaériques. En aval, il y a une vacuité du reste du tube digestif.

Par Obstruction : l'obstacle est en rapport avec une sténose tumorale, inflammatoire, un calcul biliaire, un bézoard ou un corps étranger quelconque.

Les anses grêles d'amont, dilatées, présentent des niveaux hydroaériques sur l'ASP debout. Sur l'ASP couché, leur topographie est habituelle (pas de convergence).

Il y a une vacuité en aval (absence d'air dans le colon, en particulier).

En cas d'iléus biliaire par fistule bilio-digestive, on peut mettre en évidence une aérobilie et le calcul au niveau de la fosse iliaque droite associée à l'occlusion du grêle.

c) Obstacle sur le colon :

Par strangulation : les volvulus du sigmoïde et du caecum.

Le volvulus du sigmoïde ou du colon pelvien se présente sur l'ASP couché comme une volumineuse clarté en arceau, s'étendant du pelvis à la coupole diaphragmatique gauche. L'accolement des 2 jambes de cet arceau forme une bande opaque médiane qui plonge vers le pélvis (image en grain de café). L'ASP debout situe les niveaux hydro-aériques au sein de ces 2 jambes.

Le volvulus du caecum ou du colon droit montre, sur l'ASP couché, une volumineuse clarté unique, sans branches, au niveau de l'hypochondre gauche avec absence de granité caecal. L'ASP debout objective les images de niveau.

Dans les 2 cas, il y a vacuité du colon en aval. En amont, le colon est distendu. Le retentissement sur le grêle dépend de la contenance de la valvule de Bauhin et de la durée de l'évolution.

Par Obstruction : l'obstacle est en rapport avec une sténose tumoral (surtout), inflammatoire ou un fécalome. Il se produit dans ces cas, une importante distension du colon avec niveaux en amont de l'obstacle. Selon la contenance de la valvule de Bauhin et de la durée d'évolution de l'occlusion, des images de niveau apparaissent au niveau du grêle. La vacuité d'aval d'installe également, sauf si l'obstacle est incomplet.

Les clichés positionnels peuvent préciser le siège et la nature de l'obstacle en moulant celui-ci. Même le caractère incomplet de la sténose peut être mis en évidence. L'image du fécalome peut être objectivée mais sa responsabilité quant à l'occlusion doit être prouvée ; le fécalome peut en effet se former en amont d'un obstacle bas situé.

Dans le doute, un lavement opaque prudent confirme l'occlusion colique, situe son siège et précise éventuellement sa nature.

Les lois du tube digestif

Les anses en amont de l'obstacle → dilatées

Les anses en aval de l'obstacle → vides

Les anses les plus dilatées → en amont et proximité de l'obstacle (commencement de la distension)

B/ Les occlusions fonctionnelles : iléus fonctionnel

1/ Iléus généralisé adynamique :

L'occlusion fonctionnelle ou iléus réflexe est en rapport avec une diminution ou une perte de la contractilité du tube digestif.

Cette inhibition réflexe du péristaltisme est due à un grand nombre d'affections chirurgicales ou médicales (pancréatites aiguës, abcès intra ou rétropéritonéaux, traumatismes, colique néphrétique, colique hépatique, infarctus du myocarde, affections neurologiques, pleuro-pulmonaires, métaboliques...).

L'iléus réflexe est observé chez tous les malades juste après chirurgie abdominale.

Il se traduit par une distension aérique diffuse, étendue à l'ensemble du tube digestif (grêle, colon, voire estomac). Les niveaux hydro-aériques, lorsqu'ils existent, sont peu nombreux et contiennent plus d'air que de liquide. D'un examen à un autre, les modifications des images sont peu importantes et lentes à se constituer. Pour éliminer une occlusion organique bas située, il est indispensable de mettre en évidence la présence d'air dans le rectum grâce aux clichés positionnels (debout, couché, décubitus ventral, latéral).

2/ Iléus fonctionnel localisé (anse sentinelle) : L'occlusion réflexe peut être localisée à un segment du tube digestif. C'est le cas des distensions avec ou sans niveaux d'une ou de quelques anses grêles localisées à une région donnée ; l'hypochondre pour la pancréatite aiguë, la fosse iliaque droite pour l'appendicite, la fosse iliaque pour une atteinte annexielle et en para vertébral pour la colique néphrétique ou la contusion rénale. On peut rencontrer également une distension localisée au colon (syndrome d'OGILVIE) avec risque de perforation si le calibre atteint 10cm. L'estomac peut être intéressée aussi.

C/ Les occlusions inflammatoires :

En rapport avec un foyer infectieux (un abcès appendiculaire par exemple), ces occlusions sont au début purement fonctionnelles ; mais, elles peuvent devenir mécanique par agglutination d'anses autour du foyer infectieux par la suite.

D/ Diagnostic différentiel :

En cas de diarrhées ou après un lavement évacuateur, des images de niveau hydroaériques peuvent se voir en l'absence d'occlusion. En règle, il n'existe pas de distension.

	Air dans le Rectum ou Sigmaïde	Air dans le Grêle	Air dans le Colon
Iléus localisé	OUI	2 ou 3 anses distendues	Air dans le Rectum ou Sigmaïde
Iléus généralisé	OUI	Plusieurs anses distendues	OUI Distendu
Occlusion Grêlique	NON	Plusieurs anses dilatées	NON
Occlusion Colique	NON	Aucune - si valvule ileocaecale continente	OUI Dilaté