



Imagerie des occlusions intestinales hautes de l'adulte[☆]

Imaging high intestinal obstruction in adults

A. MBengue^a, A. Ndiaye^a, S. Maher^a, G. Schmutz (Professeur de radiologie)^b, Y. Ranchoup (Ancien chef de clinique assistant et praticien hospitalier)^c, A. Blum (Professeur des Universités, praticien hospitalier, chef de service)^d, D. Régent (Professeur des Universités, praticien hospitalier honoraire)^{d,*}

^a Département d'imagerie, Hôpital Principal de Dakar, route de la Corniche-Estate, Dakar, Sénégal

^b Département de radiologie, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Sherbrooke, Canada

^c Groupe clinique du Mail, 19, avenue Marie-Reynoard, 38100 Grenoble, France

^d Service de radiologie Guilloz, Hôpital Central de Nancy, 29, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 54000 Nancy, France

Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Abstract

For the radiologist, it is a major challenge to answer all the strategy-determining questions raised by surgeons and intensivists faced with an acute abdomen apparently related to high small-bowel obstruction. Although many authors, e.g. Didier Sicard, have deplored the fact that physical examination has become the first complementary exploration ordered after the computed tomography scan, its widespread use in the emergency setting has become an indispensable element for evidence-based decision making. Technique is thus in the forefront. Multiplanar reconstruction, appropriate contrast modulation, and adequate magnification are fundamental, requiring precise well-executed protocols. Detailed analysis of the clinical and imaging findings combined with a thorough understanding of the pathophysiological implications and the statistical limitations is the foundation of the diagnostic reasoning necessary for quality care. Recent advances in imaging techniques concerning intestinomesenteric adhesions and oral gastrographic radiology

Résumé

Répondre à toutes les questions légitimes des chirurgiens et des réanimateurs devant un tableau occlusif aigu de l'intestin grêle demeure encore un des principaux défis en matière d'« abdomen urgent » pour le radiologue. Même si, dans la pratique, comme l'a déploré, après bien d'autres, Didier Sicard, « l'examen clinique est souvent devenu le premier examen complémentaire après le scanner ! ». Force est de reconnaître que ce recours très libéral au scanner en urgence dans les tableaux occlusifs aigus a permis, par la coopération des radiologues avec les chirurgiens, des anesthésistes-réanimateurs avec les urgentistes, de définir les éléments sémiologiques scanographiques essentiels sur lesquels on peut établir des bases fiables pour des décisions rationnelles, permettant d'optimiser le moment et la façon de traiter les patients. Il est donc fondamental que la technique d'exploration scanographique, l'exploitation des images avec le recours systématique aux reformations multiplanaires ainsi qu'aux modulations appropriées du

[☆] Cet article est paru initialement dans l'EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Radiologie et imagerie médicale - abdominale - digestive 2015;10(3):1-25 [Article 33-710-A-10]. Nous remercions la rédaction de l'EMC-Radiologie et imagerie médicale pour son aimable autorisation de reproduction.

* Auteur correspondant.

e-mail : regentdenis@gmail.com (D. Régent).

have improved radiographic performance for high intestinal obstruction in adults.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Small bowel obstruction, Closed loops, Intestinomesenteric adhesions, Intussusception of the small intestine, Internal hernias, Sclerosing encapsulating peritonitis, Oral gastrografi

contraste et de l'agrandissement soient parfaitement précisées et protocolées. L'analyse précise des items sémiologiques et la bonne compréhension de leur signification physiopathologique, en n'omettant pas les limites statistiques de leur valeur diagnostique sont les piliers du raisonnement diagnostique dont dépend en grande partie la qualité de la prise en charge thérapeutique. Des apports récents de l'imagerie des occlusions intestinales hautes concernent la sémiologie des adhérences intestinomesentériques et la place du test aux hydrosolubles tri-iodés hyperosmolaires dans leur prise en charge thérapeutique.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Occlusion du grêle, Anses fermées, Adhérences intestinomesentériques, Intussusceptions du grêle, Hernies internes, Péritonite sclérosante encapsulante, Test à la Gastrografine®

Introduction

Malgré les progrès qu'ont permis plusieurs décennies de pratique des différents examens, et en particulier du scanner, les syndromes occlusifs dans leur ensemble restent les problèmes d'imagerie les plus délicats à résoudre parmi toutes les urgences abdominales. Les occlusions hautes (gastroduodénales et de l'intestin grêle) se caractérisent par leur fréquence, leur présentation clinique le plus souvent aiguë et leur gravité potentielle lorsqu'une strangulation vasculaire artérielle compromet à très court terme la vitalité de l'intestin. À côté de ces manifestations aiguës, et malgré leur moindre fréquence, grâce entre autres au développement de la cœliochirurgie, les tableaux douloureux subaigus et chroniques liés au développement d'adhérences intestinomesentériques et à leurs conséquences mécaniques demeurent des problèmes difficiles à prendre en charge mais pour lesquels les travaux récents ont permis de mieux préciser l'apport potentiel de l'imagerie.

L'occlusion intestinale est un syndrome défini par une gêne à la progression aborale du contenu intestinal, par un obstacle mécanique ou par une défaillance de l'activité musculaire intestinale. Les causes sont multiples et les conséquences variables selon le siège et le mécanisme de l'occlusion. Le développement des techniques d'imagerie en coupes a totalement transformé la prise en charge de cette pathologie, mais il reste encore des difficultés importantes au quotidien pour satisfaire les attentes légitimes de ceux qui ont la responsabilité des décisions à prendre chez ces patients.

L'analyse des images ne peut être correctement réalisée qu'à la lumière de connaissances précises sur la physiopathologie des occlusions intestinales, qu'elles intéressent le tractus gastroduodénaux, l'intestin grêle ou le côlon. Il faut bien sûr, pour le diagnostic étiologique, prendre en compte les

éléments épidémiologiques (prévalence des principales causes d'occlusion intestinale en fonction de l'âge, du sexe, des antécédents, du tableau clinique, des facteurs favorisants liés aux habitudes de vie, à l'environnement, etc.).

Les objectifs de l'imagerie des syndromes occlusifs ont évolué en fonction des acquisitions techniques de la chirurgie mais également des progrès de l'endoscopie interventionnelle, par exemple dans le « stenting » des sténoses néoplasiques.

Herlinger et Maglante [1] avaient proposé, en 1989, de « révisiter le cahier des charges » des radiologues qu'Henri Mondor et Pierre Porcher avaient défini en 1944, en suggérant les objectifs suivants :

- confirmer qu'il s'agit bien d'une occlusion mécanique et éliminer un iléus fonctionnel ;
- identifier le niveau de l'obstacle ;
- différencier une occlusion de haut grade d'une occlusion incomplète ;
- identifier la cause de l'occlusion ;
- rechercher les signes de strangulation ;
- aider à une bonne prise en charge, soit médicale, soit chirurgicale par laparotomie ou en cœliochirurgie.

À cette dernière proposition, et en particulier pour les occlusions intestinales hautes de l'intestin grêle, il faut maintenant, en tenant compte de l'évolution des possibilités de prise en charge, substituer des questions concrètes :

- est-on en présence d'une occlusion sur bride unique ou devant des adhérences multiples disséminées ?
- y a-t-il une ou des « anse(s) fermée(s) » et quel est le degré de retentissement vasculaire : congestion par gêne à l'efférence veineuse ou ischémie par strangulation artérielle ?
- quand, dans les cas d'occlusion incomplète du grêle, sans signes de gravité cliniques, biologiques et d'imagerie, doit-on choisir le traitement conservateur ?

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3468669>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3468669>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)