



## Perforations du tube digestif<sup>☆</sup>

### Perforations of the gastrointestinal tract

Denis Regent\*, Clémence Balaj, François Jausset, Alexandre Oliver,  
Caroline Sellal-Aubriot, Valérie Croise-Laurent

*Service de radiologie adultes, CHU Nancy-Brabois, rue du Morvan, 54511 Vandœuvre cedex,  
France*

Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**

[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

#### Summary

Perforations of the gastrointestinal tract are generally considered to include those freely opening into the peritoneal cavity (free perforations), mainly involving the abdominal and pelvic segments. This classical presentation resulted from the very limited means once available to explore gastrointestinal perforations, i.e. when it was routine to order an acute abdomen x-ray to search for a pneumoperitoneum or possibly a swallowed radiopaque foreign body. Since the advent of computed tomography (CT) and broader indications for the acute abdomen, progress in our understanding of the epidemiology and pathophysiology of “contained” perforations (that means that contiguous intestino-peritoneal structures such as mesentery, great omentum, visceral peritoneum... are able to wall off the area of inflammatory reaction due to mural full-thickness-hole created by perforation) .The capacity of CT scan to easily identify these localized peritonitis and to precise their exact significance has totally transformed the positive and etiologic diagnosis of these conditions. At the present time, most acute abdomens can be safely managed without open surgery, thus enabling a more optimal approach in terms of the best therapeutic option and schedule. Improved management practices for these conditions, dominated by the perforative complications of diverticular sigmoid disease, have totally revolutionized early explorations of acute abdominal syndromes. In routine practice, open surgery can generally be safely avoided, making emergency exploratory laparotomy an almost extinct species in these acute situations. It is therefore important to recognize inaugural pain

#### Résumé

Les perforations du tube digestif sont habituellement envisagées essentiellement sous la forme des perforations en péritoine libre, concernant donc surtout les segments abdominopelviques du tube digestif. Cette présentation classique est la conséquence des moyens très restreints dont on disposait autrefois pour explorer les perforations digestives, puisque la radiologie se limitait en pratique aux clichés d’« abdomen urgent », à la recherche d’un pneumopéritoine ou, éventuellement, de corps étrangers déglutis radio-opaques. Depuis l’avènement du scanner et l’évolution de plus en plus libérale de ses indications dans les tableaux abdominaux urgents, les progrès dans la connaissance de l’épidémiologie et de la physiopathologie des perforations « couvertes » du tube digestif ont totalement transformé le diagnostic positif et étiologique de ces affections que l’on peut, à l’heure actuelle, très facilement faire « à ventre fermé », ce qui permet d’en optimiser la prise en charge tant en ce qui concerne les moyens thérapeutiques que le moment de les appliquer. Le pronostic de ces affections, au premier rang desquelles se situent les complications perforatives de la maladie diverticulaire sigmoïdienne, a été totalement transformé par les explorations scanographiques précoces des syndromes abdominaux aigus, en particulier lorsqu’elles permettent en toute sécurité d’éviter les interventions exploratrices en urgence qui ont, heureusement, presque totalement disparu de la pratique quotidienne. Il est donc important d’insister sur les tableaux douloureux et fébriles derrière lesquels se révèlent des perforations en grande partie ou totalement « couvertes » par les

<sup>☆</sup> Cet article est paru initialement dans l’EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Radiologie et imagerie médicale (abdominale – digestive)* RADIO4 33-705-A-15 (2012). Nous remercions la rédaction de l’EMC-Radiologie et imagerie médicale pour son aimable autorisation de reproduction.

\* Auteur correspondant.

e-mail : [regentdenis@gmail.com](mailto:regentdenis@gmail.com) (D. Regent).

and fever symptoms caused by perforations largely or completely “contained” by adjacent intestinal or mesenteric structures. The CT scan is the key examination, allowing accurate visualization of inflammatory reactions of adjacent structures (mediastinum for esophageal perforations, abdominal or pelvic mesenterico-intestinal structures for perforations of other segments). The observed alterations may be located in the immediate proximity of the perforation or on the contrary very remote, resulting from the dissemination of intra- and/or retroperitoneal air-fluid mixtures or fluid collections that must be carefully identified and linked to their cause. The CT scan is essential to visualize etiologies such as sharp swallowed foreign bodies still in an endoluminal position, inflammatory processes related to tumor, trauma, or iatrogenic events (surgery, complicated endoscopic or radiological interventional procedures).

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Keywords:** contained perforations, free perforations, perforations, topography: oesophagus, small bowel, colon, sigmoid diverticulitis, rectum, perforations, imaging: plain film abdomen radiography, CTscan

structures intestino-mésentériques adjacentes. Dans ces circonstances en effet, le scanner est l'examen clé qui permet d'objectiver les réactions inflammatoires au voisinage de la perforation (médiastinales pour les perforations de l'œsophage, péritonéales abdominales et/ou pelviennes pour les autres segments digestifs). Les remaniements observés peuvent se situer au pourtour immédiat du site de la perforation (allant d'une simple perte de transparence de la graisse à des remaniements plus importants dans un contexte clinique plus sévère: phlegmon, abcès) ou très à distance, sous forme de diffusion des fluides gazeux intra- et/ou rétropéritonéale, d'organisation de collections liquides qu'il faudra rechercher avec soin et savoir rapporter à leur cause. Le scanner sera en outre très précieux pour objectiver les causes endoluminales telles que corps étrangers acérés déglutis, les causes pariétales inflammatoires, tumorales ou traumatiques accidentelles ou encore d'origine iatrogène (complicant des gestes chirurgicaux ou interventionnels, endoscopiques ou radiologiques).

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** perforations couvertes, perforations en péritoine libre, perforations, topographie: œsophage, intestin grêle, colon, maladie diverticulaire sigmoïdienne, rectum, perforations, imagerie: abdomen sans préparation, scanner thoraco-abdomino-pelvien

## 1. Introduction

Les perforations du tube digestif peuvent se présenter sous des tableaux cliniques extrêmement variés dans lesquelles l'imagerie radiologique, au premier rang de laquelle s'impose le scanner thoraco-abdomino-pelvien, joue un rôle de tout premier plan non seulement pour le diagnostic positif, mais également pour optimiser la prise en charge thérapeutique tant en ce qui concerne le moment que la manière [1,2].

Il faut en effet insister d'emblée, à côté des classiques tableaux aigus « chirurgicaux » des perforations en péritoine libre des viscères creux de l'abdomen, sur l'importance des perforations « couvertes » qui se présentent cliniquement comme des douleurs abdominales fébriles résistantes aux traitements antibiotiques probabilistes et pour lesquelles l'origine abdominale elle-même n'est souvent pas évidente.

Il faut envisager les perforations du tube digestif segment par segment car à chaque étage les données étiologiques, épidémiologiques et les conséquences physiopathologiques des accidents perforatifs sont particulières et constituent des éléments très importants à prendre en compte dans la démarche diagnostique par l'imagerie, pour le choix des examens comme pour leur réalisation pratique

## 2. Perforations de l'œsophage

### 2.1. Étiologie

Les circonstances cliniques de survenue d'une perforation œsophagienne sont très variables et leur connaissance est déterminante sur le plan du diagnostic.

À l'heure actuelle, la plupart des perforations œsophagiennes sont en relation avec des gestes endoscopiques thérapeutiques (dilatations de sténoses œsophagiennes par bougirage ou sonde à dilatation pneumatique, traitement endoscopique de varices œsophagiennes, endoprothèses, sonde de Sengstaken-Blakemore), ou diagnostiques (fibroscopie œsophagienne ou échographie transœsophagienne) ou encore après des gestes chirurgicaux (lâchage de suture). Ce sont alors les suites anormalement douloureuses de ces gestes qui motivent les examens d'imagerie ayant pour but de confirmer le diagnostic de rupture et si besoin de préciser son siège. La plupart des perforations endoscopiques siègent sur la paroi postérieure de l'œsophage cervical, au niveau du muscle crico-pharyngien. Les autres perforations iatrogènes siègent à proximité de la jonction œsogastrique ou au niveau des zones de rétrécissement physiologique de l'œsophage (empreinte du bouton aortique et de la bronche souche gauche) et surtout au niveau des lésions sténosantes qui ont fait l'objet des manœuvres instrumentales.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3469258>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3469258>

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