

Gros ventre et masses abdominales

En cas de gros ventre, penser à

- Obésité abdominale
- Grossesse
- Événtration, hernie
- Organomégalie :
 - Hépatomégalie
 - Splénomégalie
 - Globe vésical
- Masse abdominale
- Ascite
- Ballonnement :
 - Iléus
 - Occlusion
 - Météorisme

Masse abdominale

- Siège ?
- Pariétale ? Intra-abdominale ?
- Mobilité ?
- Consistance ?
- Caractère régulier ?
- Sensible ?
- Signes d'accompagnement (digestifs, urinaires, gynécologiques) ?

Hypochondre droit

- Hépatomégalie
- Grosse vésicule
 - Hydrocholécyste
 - Cholécystite aiguë (signe de Murphy)
 - Obstacle tumorale en dessous du confluent hépatico-cystique (signe de Courvoisier-Terrier)
- Tumeur rénale
- Tumeur surrénale

Région épigastrique

- Tumeur gastrique
- Tumeur pancréatique
- (faux) kyste pancréatique
- Gros foie

Hypochondre gauche

- Splénomégalie
- Tumeur rénale
- Tumeur surrénale

Fosse iliaque droite

- Cancer du caecum
- Plastron appendiculaire
- Appendicite pseudotumorale
- Maladie de Crohn

Fosse iliaque gauche

- Sigmoidite diverticulaire, abcès sigmoïdien
- Cancer du colon gauche

Région périombilicale

- Tumeurs mésentériques : lymphangiome kystique, fibrome, sarcome
- Anévrisme de l'aorte abdominale

Région hypogastrique

- Fibrome utérin
- Tumeurs ovariennes
- Globe vésical
- Grossesse

Masses non systématisées

- Carcinomatose péritonéale
- Tumeurs desmoïdes
- Métastases
- Adénopathies
- Matières fécales

Masses pariétales

- Lipomes
- Hématomes
- Tumeurs
- Hernies

Les rapports de vraisemblance

Abord probabiliste du diagnostic
(approche bayésienne)

Analyse bayésienne

- Intègre le résultat d'un test diagnostique à l'ensemble du tableau clinique
- Plus explicite et plus exacte que ce qui est fait intuitivement en clinique
- Utilise les taux de vraisemblance pour estimer la probabilité d'un événement
- Importance de connaître la prévalence des maladies ainsi que la sensibilité et la spécificité des tests

Test : sensibilité, spécificité, valeurs prédictives et rapports de vraisemblance pour chaque possibilité de résultat

	Test de référence	
Résultat du test	Maladie présente	Maladie absente
Positif	VP	FP
Négatif	FN	VN

Sensibilité, spécificité et valeurs prédictives d'un test

	Test de référence	
Résultat du test	Maladie présente	Maladie absente
Positif	VP	FP
Négatif	FN	VN

Exactitude = $VP + VN$ / nombre de tests effectués

$$VPP = VP / VP + FP$$

$$VPN = VN / VN + FN$$

$$Se = VP / VP + FN$$

$$Sp = VN / VN + FP$$

Probabilité a priori (pré-test)

- **Prévalence**: probabilité a priori d'une maladie chez un groupe de sujets
$$= (VP + FN) / (VP + FP + VN + FN)$$
- **Cote (odds) pré-test de la maladie**: rapport du nombre de malades au nombre de non malades
$$= (VP + FN) / (VN + FP)$$

$$= \text{prévalence} / (1 - \text{prévalence})$$

Rapports de vraisemblance = RV (« likelihood ratio » = LR)

- **RVP (LR+)** = VP/FP

= proportion des tests positifs chez les malades sur celle des tests positifs chez les non-malades

$$= P(T+/M+)/P(T+/M-)$$

- **RVN (LR-)** = FN/VN

= proportion des tests négatifs chez les malades sur celle des tests négatifs chez les non-malades

$$= P(T-/M+)/P(T-/M-)$$

Rapports de vraisemblance

	Test de référence	
Résultat du test	Maladie présente	Maladie absente
Positif	VP	FP
Négatif	FN	VN

Cotes ou « odds »

$$RV+ = VP/FP$$

$$RV- = FN/VN$$

Probabilité a posteriori (post-test)

Peut se calculer de deux façons:

- 1) Par les valeurs prédictives (théorème de Bayes)
- 2) Par les rapports de vraisemblance
 - A. Cotes post-test
 - B. Probabilité a posteriori : cf nomogramme de Fagan

1) Par les valeurs prédictives

Théorème de Bayes



Probabilité a posteriori :

- Si le test est positif :

$$P(M+/T+) = \frac{P(T+/M+) \times P(M+)}{P(T+/M+) \times P(M+) + P(T+/M-) \times P(M-)}$$

- Si le test est négatif :

$$P(M+/T-) = \frac{P(T-/M+) \times P(M+)}{P(T-/M+) \times P(M+) + P(T-/M-) \times P(M-)}$$

2) Par les rapports de vraisemblance

A. Cotes (odds) post-test

Cote post-test, examen positif = cote pré-test x
RVP

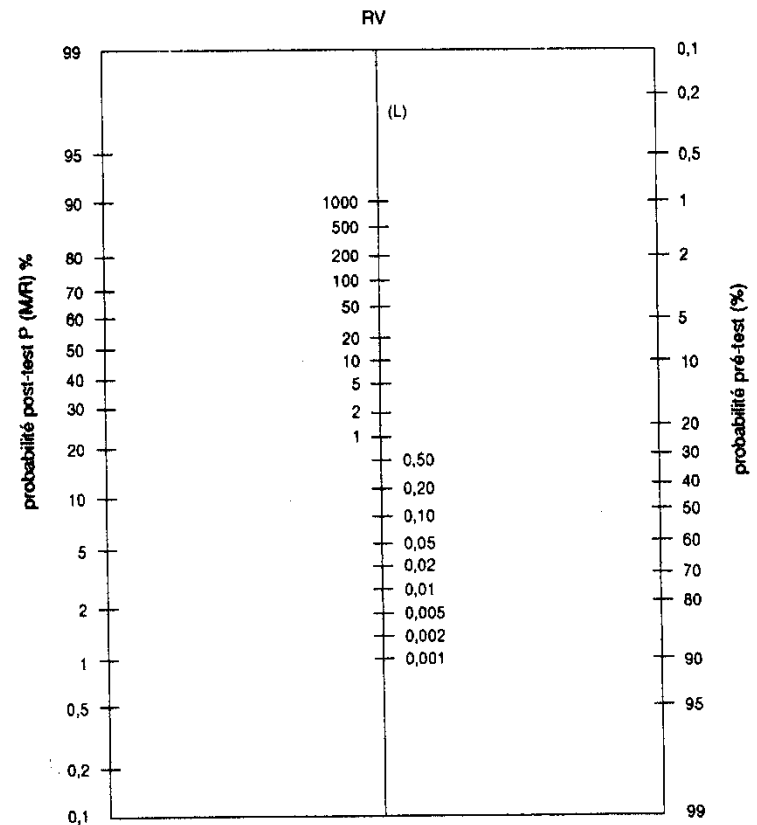
Cote post-test, examen négatif = cote pré-test x
RVN

2) Par les rapports de vraisemblance (suite)

B. Probabilité post-test (« a posteriori »)

= cotes post-tests / (cotes post-tests + 1)

Nomogramme de Fagan



Hépatomégalie

Rappel sémiologique

- Palper avec (la paume et) le bout des doigts posés à plat sur le ventre, en demandant au patient de respirer, la bouche ouverte
- Le bord du foie vient buter contre les doigts
- Noter (en cm) la mesure du foie à partir de l'appendice xyphoïde sur la ligne médiane et à partir du gril costal sur la ligne médio-claviculaire
- Chercher le reflux hépato-jugulaire et le signe de Murphy
- La percussion sera réalisée sur la ligne médio-claviculaire
- Particulièrement importante pour déterminer le bord supérieur du foie
- On percute au niveau thoracique de haut en bas en évitant de percuter trop fort
- Le bord supérieur du foie coïncidera avec l'apparition d'une matité d'habitude située à hauteur du mamelon
- Le bord inférieur du foie en percutant l'abdomen à partir du niveau de l'ombilic le long de la ligne médio-claviculaire. On comparera le niveau de l'apparition de la matité avec celui obtenu par la palpation

Signes à la loupe



Signes d'hépatomégalie chez les adultes

Ne pas trop compter sur l'examen
physique

● Quand on recherche une hépatomégalie chez un adulte, la perception du bord inférieur du foie par palpation abdominale contribue faiblement à retenir une hépatomégalie (RV+ d'environ 2).

● L'absence de perception du bord inférieur du foie contribue faiblement à écarter une hépatomégalie (RV- d'environ 0,4).

● La percussion semble peu fiable pour estimer les dimensions du foie. Les résultats de cette estimation sont peu concordants entre praticiens.

Rechercher

- Souple ? Ferme ? Dure ?
- Sensible ? Dououreuse ?
- Homogène ? Hétérogène ? Nodulaire?
- Rechercher signes d'hépatopathies

Signes d'hépatopathie sous-jacente

- Ascite
- Encéphalopathie hépatique
- Ictère
- Angiomes stellaires
- Érythème palmaire
- Gynécomastie
- Splénomégalie, circulation veineuse collatérale (HT portale)

En cas d'hépatopathie préexistante

- Cirrhose
- Carcinome hépatocellulaire

Cirrhose

Rapports de vraisemblance des informations recueillies par l'entretien et l'examen physique, à la recherche d'une cirrhose chez les adultes (1)

Symptômes ou autres informations recueillies lors de l'entretien	Nombre d'études	Nombre de patients	RV+ (IC95)	RV- (IC95)
Antécédent d'épistaxis ou de saignement des gencives	1	277	1,6 (0,99 à 2,6)	0,89 (0,79 à 1,0)
Antécédent d'hémorragie digestive haute	2	340	0,70 - 1,4 (a)	0,92 - 4,9 (a)
Antécédent de diabète	8	1 518	2,8 (1,5 à 4,0)	0,75 (0,58 à 0,91)
Antécédent de consommation à risque d'alcool	10	2 547	1,5 (1,0 à 2,0)	0,76 (0,52 à 1,0)
Fatigue	3	438	1,3 (1,1 à 1,6)	0,80 (0,53 à 1,2)
Faiblesse musculaire	2	377	1,1 - 1,2 (a)	0,64 - 0,94 (a)
Prurit	2	364	0,69 - 2,0 (a)	0,92 - 1,2 (a)
Anorexie	2	364	0,56 - 1,2 (a)	0,93 - 2,5 (a)

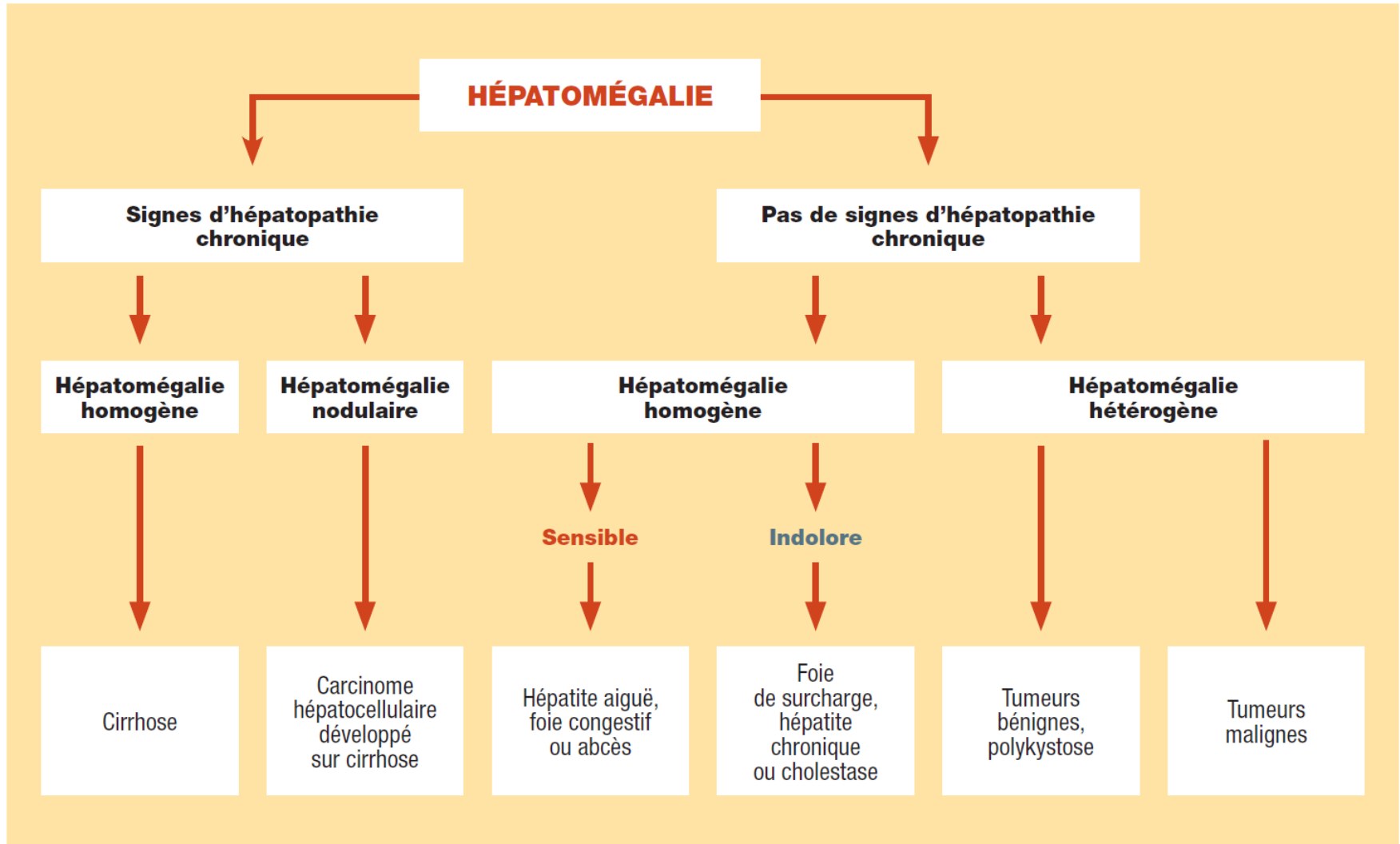
Signes d'examen physique	Nombre d'études	Nombre de patients	RV+ (IC95)	RV- (IC95)
Leuconychie	2	912	16 - 22 (a)	0,57 - 0,58 (a)
Gynécomastie	2	912	5,8 - 35 (a)	0,43 - 0,84 (a)
Distension des veines de la paroi abdominale	4	1 208	11 (2,7 à 44)	0,72 (0,57 à 0,91)
Signes d'encéphalopathie	5	622	10 (1,5 à 77)	0,86 (0,76 à 0,95)
Hypopilosité	3	973	9,0 (6,4 à 13)	0,65 (0,51 à 0,84)
Ascite	11	1 198	7,2 (2,9 à 12)	0,69 (0,59 à 0,78)
Télangiectasies faciales	2	912	5,9 - 10 (a)	0,20 - 0,31 (a)
Atrophie testiculaire	1	303	5,8 (2,4 à 14)	0,84 (0,74 à 0,96)
Érythème palmaire	7	1 795	5,0 (0,8 à 9,1)	0,59 (0,39 à 0,79)
Angiomes stellaires	13	1 821	4,3 (2,4 à 6,2)	0,61 (0,54 à 0,68)
Ictère	5	1 425	3,8 (2,0 à 7,2)	0,82 (0,77 à 0,88)
Splénomégalie	13	1 707	3,5 (1,8 à 5,2)	0,74 (0,61 à 0,86)
Dureté du foie	4	849	3,3 (2,3 à 4,7)	0,37 (0,31 à 0,43)
Œdèmes des membres inférieurs	3	455	3,0 (1,9 à 4,8)	0,71 (0,56 à 0,91)
Hépatomégalie	10	1 558	2,4 (1,2 à 3,6)	0,37 (0,24 à 0,51)
Obésité	3	241	1,3 (1,1 à 1,6)	0,76 (0,49 à 1,2)

RV+ : rapport de vraisemblance positif ; RV- : rapport de vraisemblance négatif ; IC95 : intervalle de confiance à 95 %.

En l'absence d'hépatopathie préexistante

- Stase (HM homogène et douloureuse) :
 - Insuffisance cardiaque droite
 - Syndrome de Budd-Chiari
 - Maladie veino-occlusive
- HM homogène et non douloureuse:
 - Cholestase extrahépatique prolongée
 - Surcharge : stéatose, amylose, maladie de Gaucher, hémochromatose, maladie de Wilson
 - Hémopathies
- HM hétérogène
 - Tumeurs malignes : métastases, hépatocarcinomes, cholangiocarcinomes
 - Tumeurs bénignes : kystes, abcès, hémangiomes géants, kystes hydatiques

Orientation diagnostique

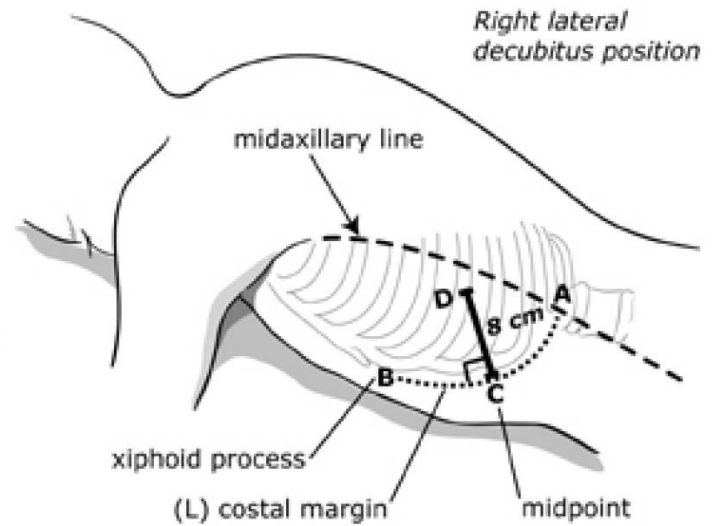
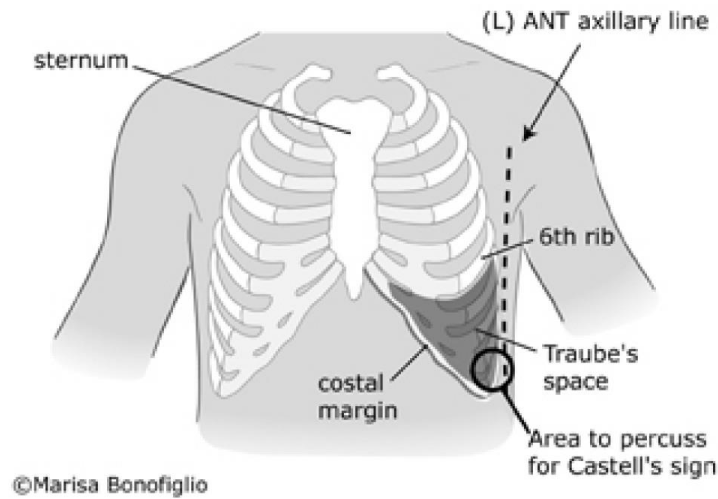


Splénomégalie

Rappel sémiologique

- palpation légère (danger de rupture en cas de mononucléose) en décubitus dorsal et en décubitus latéral droit (plus précis).
- masse superficielle, mobile à la respiration, dont l'extension se fait vers le bas et vers la ligne médiane.
- noter le volume, la consistance, la sensibilité

Repères



Technique 1 :

patient en décubitus dorsal

- examinateur à droite du malade couché à plat sur le dos
- palpation de la main droite mise à plat au niveau de l'hypocondre gauche de façon à percevoir le bord inférieur de la rate
- Commencer suffisamment bas pour ne pas manquer le bord en cas d'élargissement important de l'organe

Technique 2 :

patient en décubitus latéral droit

- les cuisses repliées sur l'abdomen, le bras gauche étendu au-dessus de lui
- examinateur placé à gauche du patient
- les 2 mains de l'examineur sont placées sous le rebord costal gauche et remontent pour accrocher le bord de la rate
- patient respire profondément pour rendre la rate palpable

Rapports de vraisemblance des informations recueillies par l'examen physique, à la recherche d'une splénomégalie (1)

Signes physiques révélés par des techniques de percussion	Nbre d'études	RV+ (IC95)	RV- (IC95)
Matité par percussion de l'espace de Traube	3	2,3 (1,8 à 2,9)	0,48 (0,39 à 0,60)
Matité par percussion selon la méthode de Nixon	1	3,6 (1,8 à 7,3)	0,41 (0,26 à 0,64)
Matité par percussion selon la méthode de Castell	1	1,2 (0,98 à 1,6)	0,45 (0,19 à 1,1)
Signes physiques révélés par des techniques de palpation	Nbre d'études	RV+ (IC95)	RV- (IC95)
Perception du pôle inférieur de la rate par palpation à une main	4	8,2 (5,8 à 12)	0,41 (0,30 à 0,57)
Perception du pôle inférieur de la rate par palpation selon la méthode en crochet de Middleton	1	6,3 (3,1 à 15)	0,16 (0,08 à 0,32)

RV+ : rapport de vraisemblance positif ; **RV-** : rapport de vraisemblance négatif ; **IC95** : intervalle de confiance à 95 %

Rechercher

- Fièvre ?
- Ascite ?
- Adénopathies périphériques ou profondes?
- Anomalies de la formule sanguine ?
- Ictère ?
- Anomalies cutanéomuqueuses?

Splénomégalie fébrile

- Infections :
 - Bactériémie, endocardite
 - Paludisme
 - Fièvre typhoïde, brucellose
 - Infection virale : mononucléose, CMV
 - Tuberculose (rare)
 - Kala-Azar (rare)
- Hémopathies malignes : leucémies, lymphomes
- Syndrome d'activation macrophagique

Syndrome d'activation macrophagique

Cinq au moins parmi les huit critères suivants

1. fièvre (> 7 jours)
2. splénomégalie
3. bicytopenie : Hb < 9 g/dl ; plaq $< 100.000/mm^3$; PN $< 1100/mm^3$
4. hypertriglycéréémie et/ou hypofibrinogénéémie (< 150 mg/dl)
5. hémophagocytose
6. taux bas ou nul de cellules NK
7. hyperferritinémie (> 500 μ g/l)
8. taux élevé de CD-25 solubles (> 2400 UI/ml)

Splénomégalie avec ascite

- Pathologie hépatique avec hypertension portale

Splénomégalie avec polyadénopathies

- Hémopathies malignes
- Infection virale
- Sarcoidose
- Syphilis secondaire

Splénomégalie avec anomalies de la formule sanguine

- Hyperleucocytose avec myélémie, érythromyélemie, polyglobulie, thrombocytose : syndrome myéloprolifératif ?;
- Blastes circulants : leucémie aiguë ?
- Hyperlymphocytose : leucémie lymphoïde chronique ?
- Lymphocytes anormaux circulants : hémopathie lymphoïde ?
- Tricholeucocytes : leucémie à tricholeucocytes ?
- Grands lymphocytes activés : syndrome mononucléosique des infections virales ?
- Anémie régénérative : hémolyse ?
- Hyperéosinophilie : infection parasitaire ?
- Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles : infection bactérienne.

Toute augmentation du volume de la rate entraîne un hypersplénisme responsable d'une pancytopénie modérée.

Splénomégalie avec ictère

- Hépatopathie
- Hémolyse

Splénomégalie avec anomalies cutanéomuqueuses

- vespertilio, vascularite cutanée : lupus érythémateux disséminé ?
- papules urticariennes et pigmentées : mastocytose ?
- éruption des paumes et des plantes : syphilis secondaire ?
- angines à fausse membrane : mononucléose infectieuse ?
- purpura ou lésions infiltrées : hémopathie ?

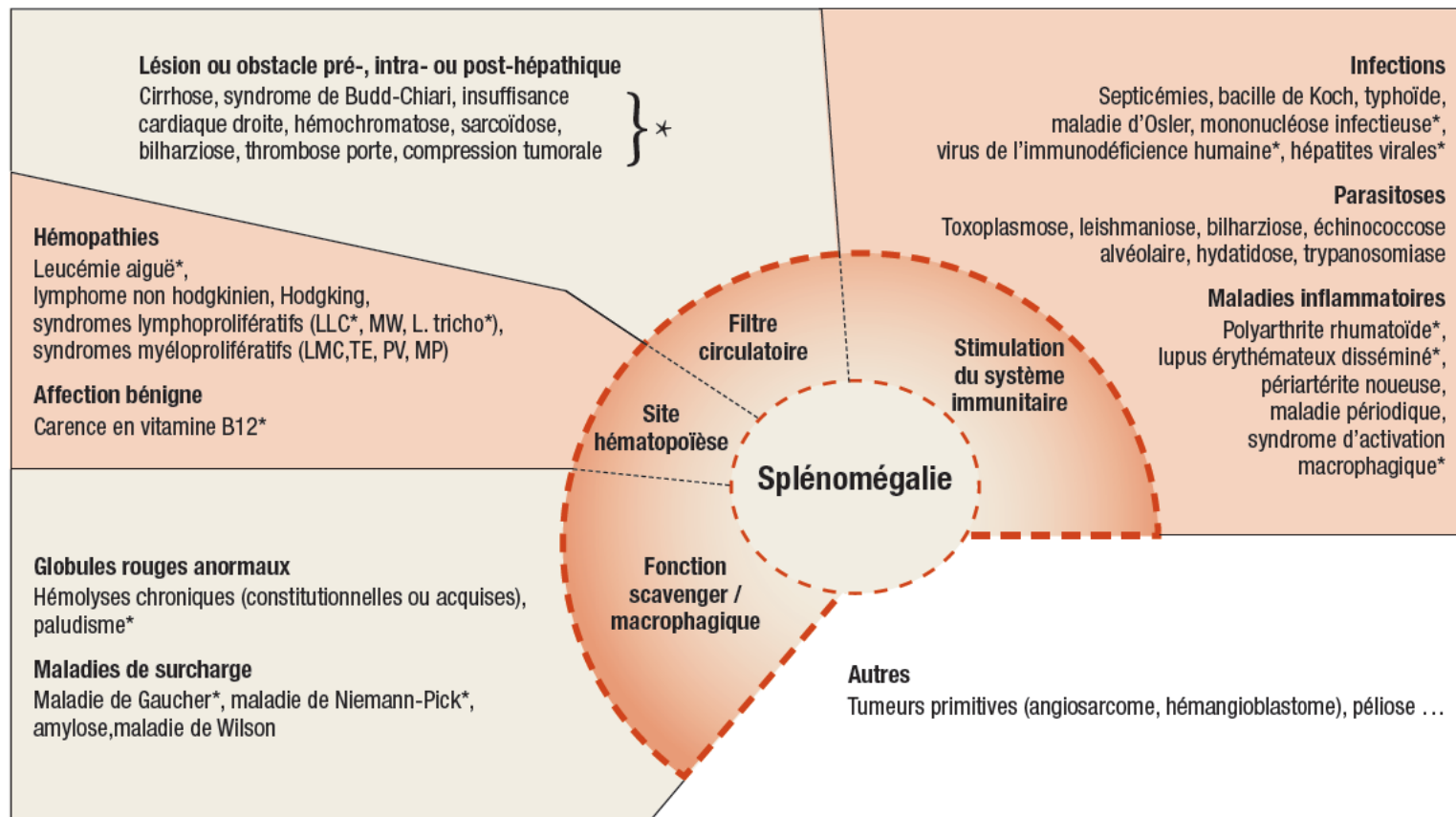


FIGURE 1 Fonctions spléniques et principales étiologies d'une splénomégalie. Distribution des différentes étiologies d'une splénomégalie selon la principale fonction splénique impliquée dans le processus physiopathologique.

LLC : leucémie lymphoïde chronique ; LMC : leucémie myéloïde chronique ; L. tricho : leucémie à tricholeucocytes ; MP : myélofibrose primitive ; MW : maladie de Waldenström ; PV : polyglobulie de Vaquez ; TE : thrombocytémie essentielle. * Pathologies pouvant associer splénomégalie + thrombopénie.

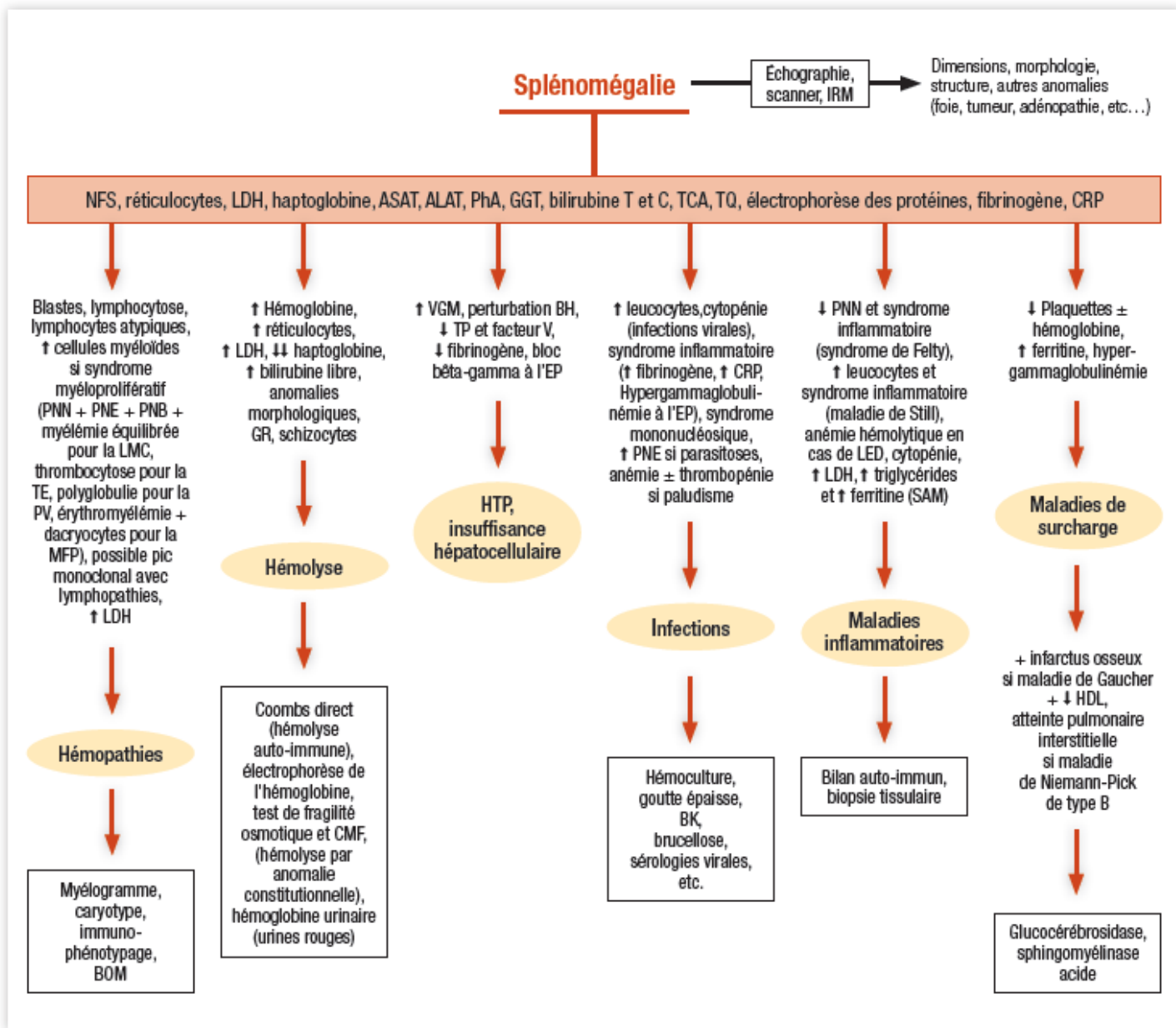


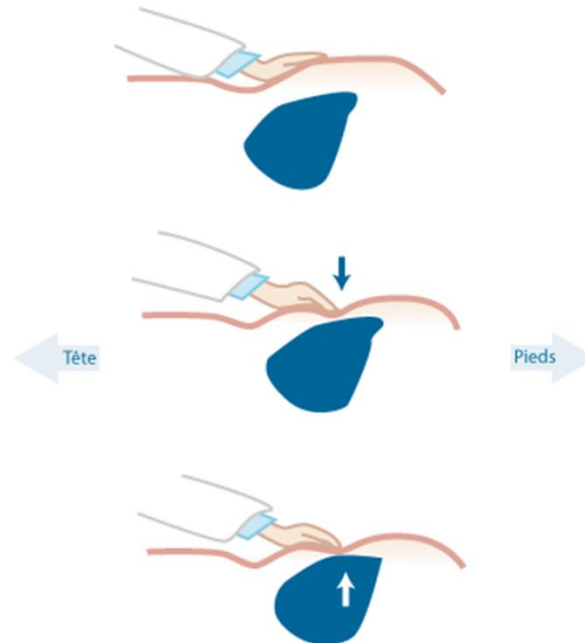
FIGURE 2 | Explorations complémentaires – Stratégie et principaux résultats.

BH : bilan hépatique ; BK : bacille de Koch ; BOM : biopsie ostéo-médullaire ; CMF : cytométrie en flux ; EP : électrophorèse des protéines ; GR : globules rouges ; LMC : leucémie myéloïde chronique ; MFP : myélofibrose primitive ; PNB : polynucléaires basophiles ; PNE : polynucléaires éosinophiles ; PNN : polynucléaires neutrophiles ; PV : polyglobulie de Vaquez ; SAM : syndrome activation macrophagique ; TE : thrombocytémie essentielle ; VGM : volume globulaire moyen.

Ascite

Rappel sémiologique

- Matité déclive mobile des flancs
- Signe du flot
- Signe du glaçon



Rapports de vraisemblance des informations recueillies par l'entretien et l'examen physique, à la recherche d'une ascite (1)

Symptômes ou caractéristiques des patients	Nbre d'études	Nbre de patients	RV+ (IC95)	RV- (IC95)
Augmentation récente du périmètre abdominal (rapportée par les patients)	1	64	4,1 (2,3 à 7,4)	0,17 (0,05 à 0,62)
Prise de poids récente	1	64	3,2 (1,7 à 6,2)	0,42 (0,20 à 0,87)
Apparition d'œdème malléolaire (rapportée par les patients)	1	64	2,8 (1,8 à 4,3)	0,1 (0,01 à 0,67)
Antécédent d'hépatite	1	64	3,2 (NR)	0,80 (NR)
Antécédent de cancer	1	64	0,91 (NR)	1,00 (NR)
Alcoolisation chronique importante	1	64	1,4 (NR)	0,69 (NR)
Antécédent d'insuffisance cardiaque	1	64	2,0 (NR)	0,73 (NR)

Signes d'examen physique	Nbre d'études	Nbre de patients	RV+ (IC95)	RV- (IC95)
Bombement des flancs	4	372	1,8 (1,4 à 2,5)	0,48 (0,28 à 0,83)
Matité des flancs (percussion)	3	192	1,7 (1,0 à 2,7)	0,44 (0,20 à 1,00)
Variation de la matité abdominale par pesanteur (matité déclive)	4	372	2,1 (1,6 à 2,9)	0,4 (0,21 à 0,78)
Sensation de flot abdominal	4	372	5,3 (2,9 à 9,5)	0,57 (0,38 à 0,85)
Œdème des membres inférieurs	1	63	3,8 (2,2 à 6,8)	0,17 (0,05 à 0,50)
Percussion auscultatoire (patient à quatre pattes)	3	172	1,3 (0,93 à 2,0)	0,79 (0,59 à 1,1)
Percussion auscultatoire (patient assis ou debout)	1	66	1,3 (0,85 à 2,0)	0,71 (0,39 à 1,3)

Rechercher

- signes de cirrhose ?
- signes d'anasarque ?
- signes d'insuffisance cardiaque droite ?
- signes de maladie péritonéale ?
- signes généraux ? Tuberculose !
- signes pancréatiques ?

**S'aider de la ponction d'ascite : aspect,
transsudat vs exsudat**

Analyse du liquide d'ascite

Cytologie : seuils de numération :

- leucocytes $< 500/\text{mm}^3$ dont < 250 neutrophiles par mm^3
- leucocytes $> 1\,000/\text{mm}^3$ avec au moins 70 % de lymphocytes : ascite lymphocytaire
- globules rouges $< 1\,000$ hématies par mm^3

Bactériologie :

- examen direct avec coloration de Gram et culture sur milieux standard
- coloration de Ziehl-Neelsen et les cultures sur milieu de Löwenstein-Jensen (ascite lymphocytaire ou suspicion tuberculose)

Biochimie :

- dosage des protéines, donnée fondamentale pour l'orientation diagnostique
 - $> 30\text{ g/L}$: exsudat ;
 - $< 30\text{ g/L}$: transsudat.

NB . le seuil peut varier selon les auteurs entre 20 et 30 g/L

- dosage de lipase ou d'amylase (des taux 5 fois supérieurs aux taux sériques sont en faveur d'une origine pancréatique) ;
- lipides : ascite chyleuse définie par un taux de lipides $> 1\text{ g/L}$ dont plus de 75 % de triglycérides

Sur hypertension portale

- Cirrhose (rechercher facteurs déclenchants)
- Hépatite grave
- Budd-Chiari
- Maladie veino-occlusive.

Ascite péritonéale

- Carcinomatose péritonéale
- Tuberculose
- Mésothéliome péritonéal

Ascite ovarienne

- Cancer de l'ovaire
- Syndrome de Demons-Meigs (tumeur ovarienne souvent bénigne associée à ascite et épanchement pleural)
- Hyperstimulation ovarienne grave

Ascite pancréatique

- Au cours des pancréatites aiguës ou chroniques
- Par rupture de faux kystes, nécrose pancréatique ou rupture du canal de Wirsung

Ascite chyleuse

- Altération du drainage du canal thoracique par
 - adénopathies néoplasiques
 - atteinte tumorale du mésentère
 - thrombose de la veine sous-clavière.
- Traumatiques
- Par augmentation de production lymphatique :
 - cirrhose
 - insuffisance cardiaque droite avec augmentation de la pression cave
 - fibrose pulmonaire avec obstruction du canal thoracique
 - syndrome de Budd-Chiari.

Ascite de l'insuffisance cardiaque droite

Au cours d'une poussée de décompensation
cardiaque

Causes rares

- maladie gélatineuse du péritoine (pseudomyxome péritonéal)
- hypoprotidémie majeure
- myxoedème thyroïdien
- maladie périodique
- vascularites
- gastroentérite à éosinophiles
- maladie de Whipple
- sarcoïdose

Ballonnement abdominal

Distinguer

- Iléus paralytique (fonctionnel)
- Iléus mécanique (occlusion)
- Météorisme

Occlusion fonctionnelle ou organique ?

	Fonctionnelle (iléus réflexe)	Organique
Bruits hydroaériques	Diminués	Augmentés
Niveaux liquides	Aéro-iléie et/ou aérocolie diffuse	Localisés
Aspiration digestive	Claire, peu productive	Abondante, fécaloïde
Signes généraux	Fonction de l'étiologie	Présents

Occlusion du grêle ou du côlon ?

	Occlusion du grêle	Occlusion colique
Vomissements	Précoces	Tardifs
Arrêt des matières et des gaz	Tardif	Précoce
Signes généraux	Présents	Absents
Niveaux hydroaériques	Nombreux, centraux, plus larges que hauts Pas de gaz colique Haustrations de grêle fines et circonférentielles	Peu nombreux, périphériques en cadre, plus hauts que larges Haustrations coliques espacées non circonférentielles

TABLEAU 3

Occlusion par obstruction ou par strangulation ?

	Obstruction	Strangulation
Début des signes	Progressif	Brutal
Signes généraux	Modérés	Présents, voire état de choc
Péristaltisme	Augmenté	Arrêt

Principales causes des occlusions intestinales

	Intestin grêle	Côlon
Strangulation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volvulus sur bride ■ Torsion dans le collet d'une hernie ou d'une éventration ■ Invagination intestinale aiguë 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volvulus du côlon droit ■ Volvulus du sigmoïde ■ Invagination
Obstruction	Obstacle intraluminal <ul style="list-style-type: none"> ■ Iléus biliaire, corps étranger, bézoard 	Obstacle intraluminal <ul style="list-style-type: none"> ■ Corps étranger rectal, fécalome
	Lésion pariétale <ul style="list-style-type: none"> ■ Sténose séquellaire ou inflammatoire (post-radique, maladie de Crohn) ■ Tumeurs malignes ou bénignes ■ Hématome intramural ■ Parasitose 	Lésion pariétale <ul style="list-style-type: none"> ■ Cancer colique ■ Polypes ■ Sténose ischémique ■ Sténose post-radique
	Compression extrinsèque <ul style="list-style-type: none"> ■ Carcinose péritonéale ■ Cancer de voisinage ■ Tuberculose péritonéale 	Compression extrinsèque <ul style="list-style-type: none"> ■ Carcinose péritonéale ■ Cancer de voisinage ■ Kyste de l'ovaire ■ Endométriose
Fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Postopératoire ■ Foyer septique intra-abdominal : appendicite, sigmoïdite, cholécystite, pancréatite aiguë, salpingite ■ Pathologie rétropéritonéale : colique néphrétique, pyélonéphrite, hématome ■ Sclérose en plaques, maladie de Parkinson ■ Médicaments : opiacés, anticholinergiques, neuroleptiques ■ Métaboliques : hypothyroïdies, diabète, hypokaliémie ■ Syndrome d'Ogilvie (colique) 	

Ileus mécanique

Présentation clinique :

- Douleurs de type colique durant quelques secondes à quelques minutes
- Début progressif en cas d'obstacle mécanique, début brutal en cas d'étranglement
- Vomissements
- Arrêt des matières et des gaz
- État de choc (3e espace)
- Péristaltisme accru

Principales étiologies à rechercher

- bride postchirurgicale
- tumeur primitive ou métastatique de l'intestin
- carcinomatose péritonéale
- invagination, volvulus
- hernie étranglée
- diverticulite
- iléite radique
- fécalome

Principales causes d'occlusion mécanique

Causes intraluminales	Causes pariétales	Causes exoluminales
<ul style="list-style-type: none"> ■ Calcul vésiculaire (iléus biliaire) ■ Corps étranger ingéré ■ Phytobézoard ■ Parasitose (<i>Ascaris lumbricoides</i>) ■ Invagination intestinale aiguë ■ Fécalome ■ Tumeurs bénignes ou malignes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hématome intramural ■ Entérite postradique ■ Entérite de Crohn ■ Entérite tuberculeuse ■ Colite ischémique ■ Diverticulite sigmoïdienne ■ Sténose post-anastomotique ■ Endométriose ■ Diverticule du grêle 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Adhérences péritonéales ■ Hernies externes ■ Hernies internes ■ Événtrations ■ Volvulus du côlon ■ Compression tumorale extrinsèque primitive ■ Carcinose péritonéale ■ Abscess

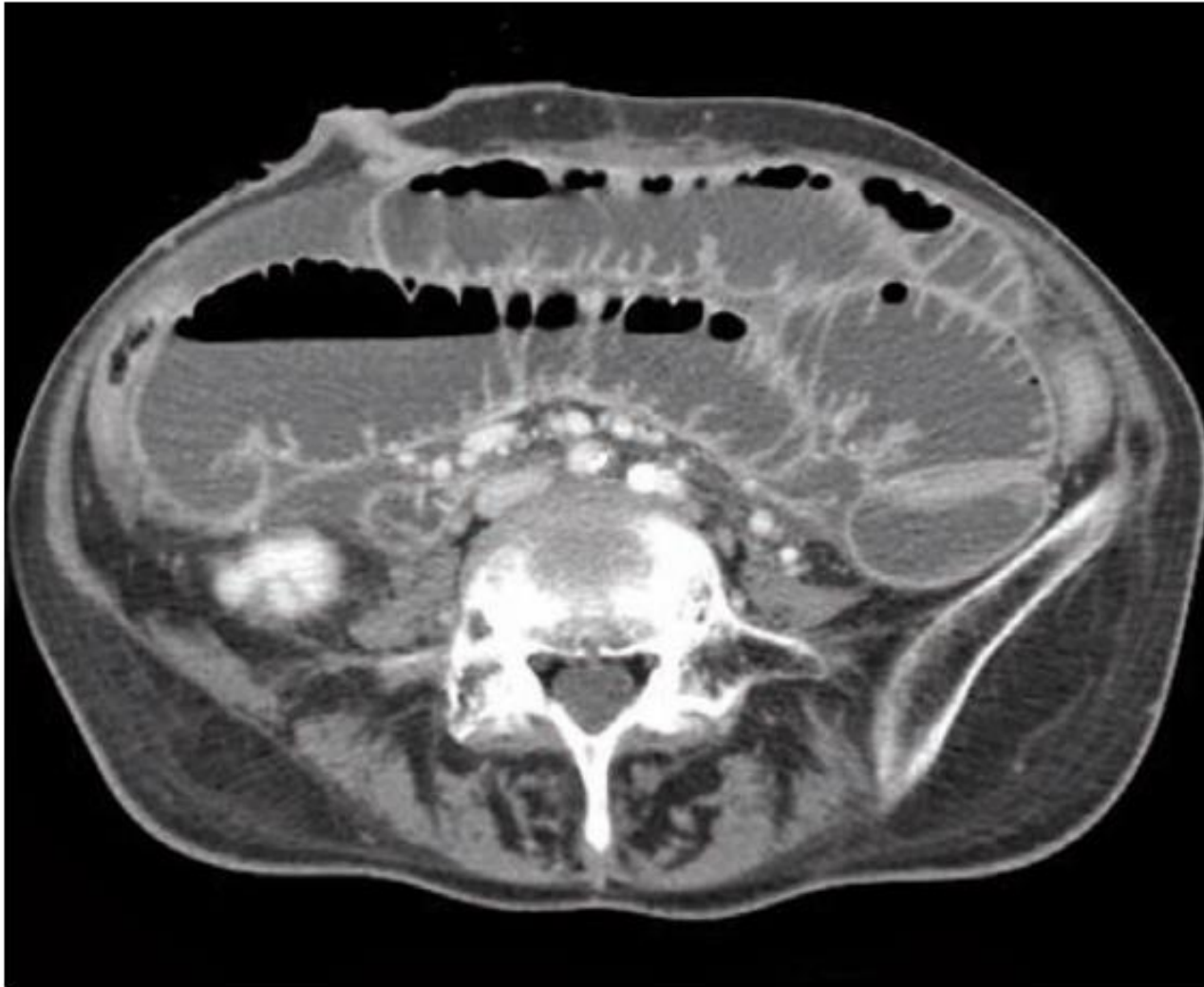


FIGURE 6 Dilatation des anses grêles avec un diamètre transverse supérieur à 30 mm et niveaux hydro-aériens, signant l'occlusion intestinale.



FIGURE 7 **Invagination intestinale aiguë.** Aspect en cocarde caractéristique du « boudin » d'invagination avec visualisation de la graisse mésentérique incarcérée au sein du boudin.



FIGURE 8 Occlusion sur bride. Vue sagittale objectivant la transition (flèches) entre les anses intestinales plates et dilatées, en faveur d'une occlusion mécanique sur bride.



FIGURE 10 **Hernie inguinale gauche étranglée.** Incarcération d'une anse digestive ayant des parois épaissies avec infiltration de graisse en faveur d'une souffrance pariétale (flèche).

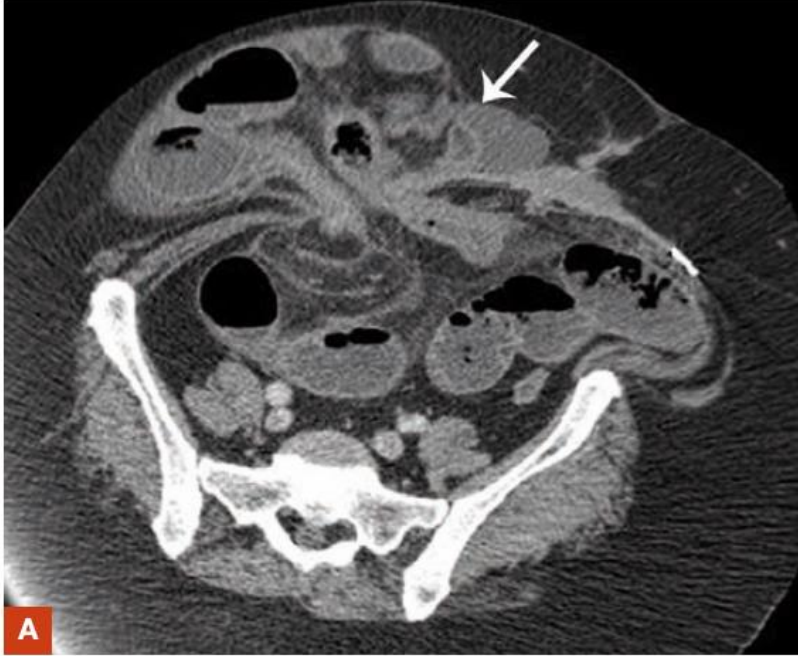
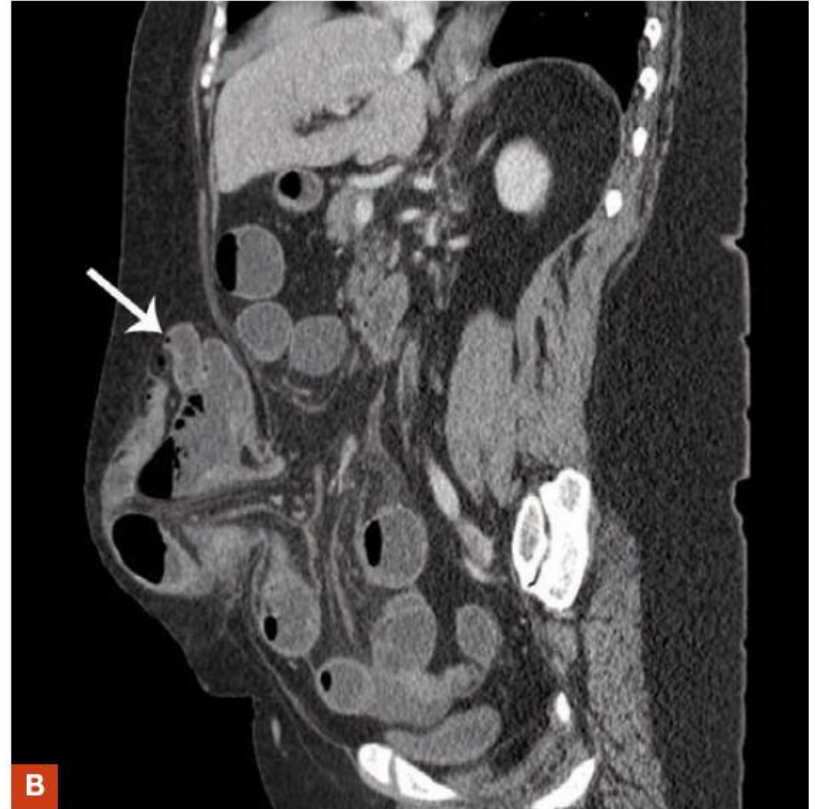


FIGURE 9 Hernie ombilicale.

A) Volumineuse hernie ombilicale avec incarceration d'anses digestives (flèche) et niveaux hydro-aériens grêles en amont dans la cavité abdominale, signant l'occlusion.

B) Reconstruction sagittale objectivant l'importance de la hernie ombilicale.



B

Fécalome

- Étiologie fréquente d'occlusion
- Conséquences potentiellement graves
- Diagnostic clinique aisé : toucher rectal
- Facteurs favorisants :
 - Maladie neurologique (AVC, SEP, Parkinson, myopathie, neuropathie périphérique sur diabète ou alcoolisme)
 - médicamenteuse (neuroleptiques, tricycliques, anticholinergiques, opiacés, antidiarrhéiques)
 - Sujets âgés : immobilisation, déshydratation et erreurs alimentaires
 - Hypothyroïdie, hypercalcémie, hypomagnésémie, insuffisance rénale chronique, pseudo-obstruction intestinale chronique, endométriose
 - Cause locale : fissure ou sténose anale, tumeur, compression du bas rectum ou rectocèle, prolapsus, mégarectum

Ileus paralytique

Présentation clinique :

- douleurs persistantes, rarement sous forme de coliques
- abdomen ballonné
- vomissements, arrêt des matières et des gaz
- état de choc
- péristaltisme diminué ou absent

Principales étiologies à rechercher

- péritonite
- hypercalcémie
- stade terminal de l'ileus mécanique
- infarctus mésentérique
- hypokaliémie
- chimiothérapie (alcaloïdes de la pervenche : VCR, VBL, VDS, VNR)
- coma diabétique
- morphiniques (VMI)

Principales causes d'iléus fonctionnels

Principales causes	Causes endocriniennes ou métaboliques	Foyers septiques intrapéritonéaux	Causes neurologiques
<ul style="list-style-type: none"> ■ Laparotomie ■ Hématomes rétropéritonéaux d'origine traumatique ou non ■ Colique néphrétique ■ Pancréatite aiguë ■ Hydrocholécyste ■ Rétention aiguë d'urines ■ Torsion de kyste ovarien 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hypoparathyroïdie, hypothyroïdie ■ Hypokaliémie, hypocalcémie, acidose ■ Tumeurs endocriniennes : phéochromocytome, VIPome, glucagonome ■ Diabète 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Appendicite mésocœliaque ■ Sigmœidite diverticulaire ■ Pelvipéritonite d'origine annexielle ou utérine ■ Cholécystite ■ Diverticulite de Meckel 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Maladie de Parkinson ■ Maladie de Steinert
Origine vasculaire	Origine médicamenteuse	Maladie de système	Autres affections
<ul style="list-style-type: none"> ■ Ischémie aiguë ■ Bas débit vasculaire ■ Anévrisme de l'aorte fissuré ■ Dissection aortique ■ Ganglioneuromatose 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Antidépresseurs ■ Neuroleptiques ■ Analgésiques ■ Opiacés ■ Vagolytiques ■ Sels d'aluminium ■ Anticonvulsivants ■ Antiparkinsoniens ■ Diurétiques ■ Hypotenseurs 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sclérodémie ■ Dermatopolymyosite ■ Lupus érythémateux aigu disséminé (LEAD) ■ Syndrome d'Ehlers-Danlos 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Syndrome paranéoplasique ■ Porphyrie aiguë ■ Saturnisme

Pseudo-obstructions intestinales et syndrome d'Ogilvie

= dilatation colique qui survient sans obstruction mécanique sur un côlon antérieurement sain

- épisodes de subocclusion sans obstacle lésionnel
- séparés par des périodes de diarrhée
- avec altération de l'état général, le plus souvent dans un contexte d'alitement prolongé, de polytraumatisme ou de traitement par neuroleptiques
- risque de perforation diastatique du cæcum par distension gazeuse
- décompression en première intention par coloscopie

Perforation digestive

Présentation clinique :

- Douleurs abdominales initialement souvent localisées puis généralisées
- Fièvre (peut manquer)
- Ileus paralytique
- Abdomen figé avec contracture et défense
- Diagnostic: TR, abdomen à blanc (air sous les coupes)

Principales étiologies à rechercher

- perforation d'ulcère gastroduodénal
- sigmoïdite, perforation de diverticule
- appendicite
- tumeur digestive (colique)
- évolution compliquée d'une obstruction digestive
- péritonite biliaire (ileus biliaire)

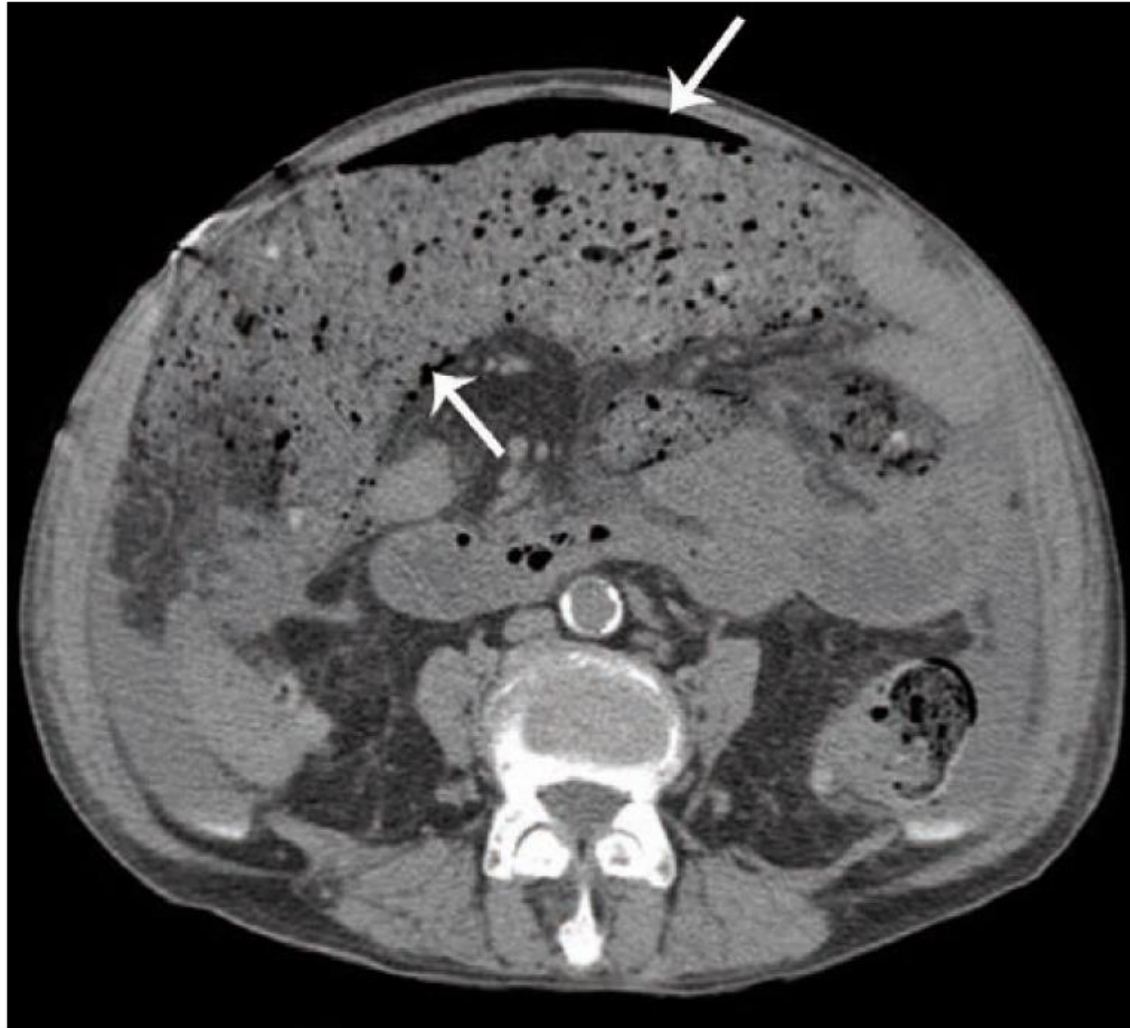


FIGURE 1 Péritonite stercorale. Pneumopéritoine et matière fécale (flèches) dans la cavité abdominale, secondaire à une perforation colique. La graisse mésentérique apparaît infiltrée avec des épanchements liquidiens dans les gouttières pariétocoliques.

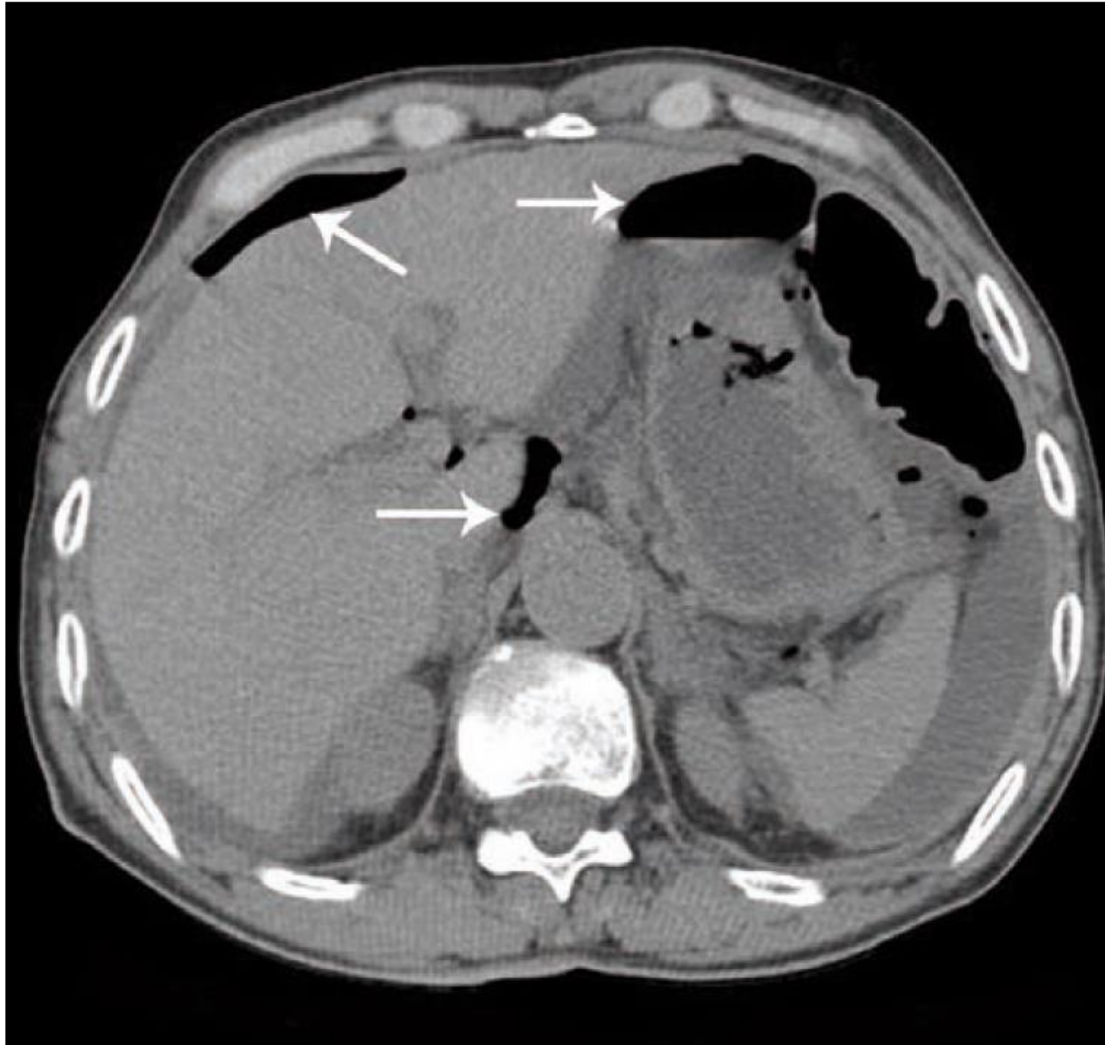


FIGURE 2 Pneumo- et rétropneumopéritoine. Présence d'air extradiigestif dans la cavité péritonéale en avant du foie mais aussi en rétropéritonéale (flèches) devant faire rechercher une perforation duodénale.

Diagnostic différentiel

- péritonite primitive
- hématomes pariétaux ou rétropéritoneaux sous anticoagulants
- autres causes d'ileus paralytique

Ballonnement sur météorisme

Inconfort abdominal à répétition :

- douleurs ou inconfort (sans lien avec les règles chez les femmes)
- ballonnements et gaz (alias flatulences)
- troubles du transit, avec modification de la fréquence et de l'aspect des selles : constipation, diarrhées, ou alternance des deux

syndrome de l'intestin irritable ou colopathie fonctionnelle

△△ :

- Intolérance au gluten (maladie cœliaque)
- Médicaments : atropiniques, opioïdes, sétrons, inhibiteurs calciques ...
- Dysthyroïdie