

# 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

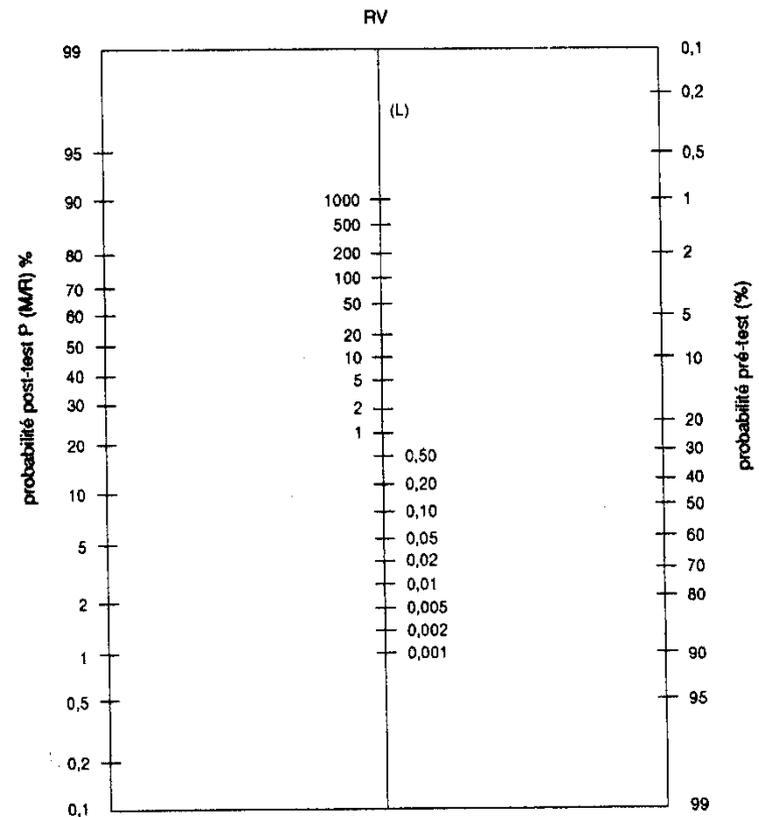
Cote post-test, examen négatif = cote pré-test x  
RVN

## 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)

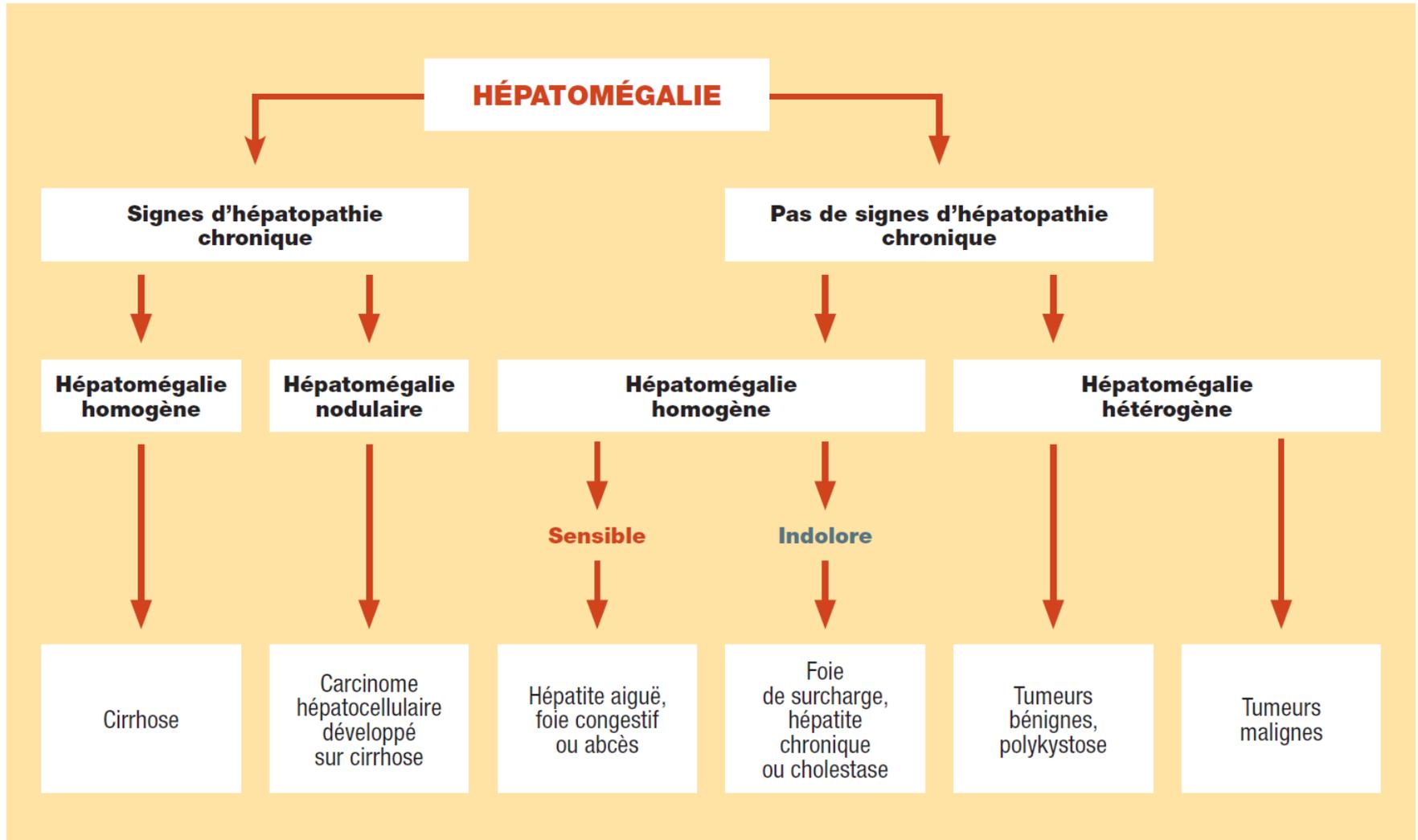
Signes d'examen physique	Nombre d'études	Nombre de patients	RV+ (IC95)	RV- (IC95)
Leuconychie	2	912	16 - 22 (a)	0,57 - 0,58 (a)
Gynécomastie	2	912	5,8 - 35 (a)	0,43 - 0,84 (a)
Distension des veines de la paroi abdominale	4	1 208	11 (2,7 à 44)	0,72 (0,57 à 0,91)
Signes d'encéphalopathie	5	622	10 (1,5 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

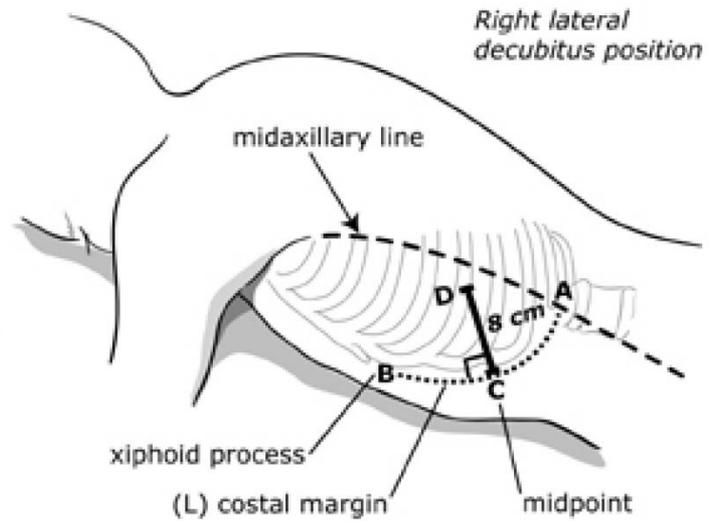
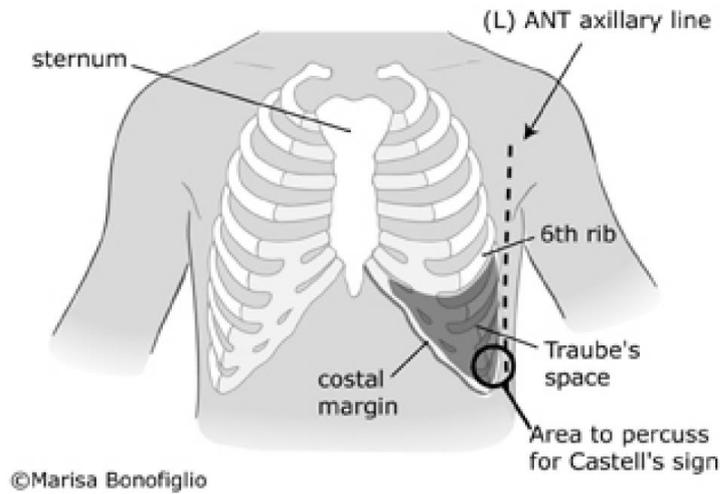


# Splénomégalie

# 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. hypertriglycérédémie et/ou hypofibrinogénémié ( $< 150$  mg/dl)
5. hémophagocytose
6. taux bas ou nul de cellules NK
7. hyperferritinémie ( $> 500$   $\mu$ 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.

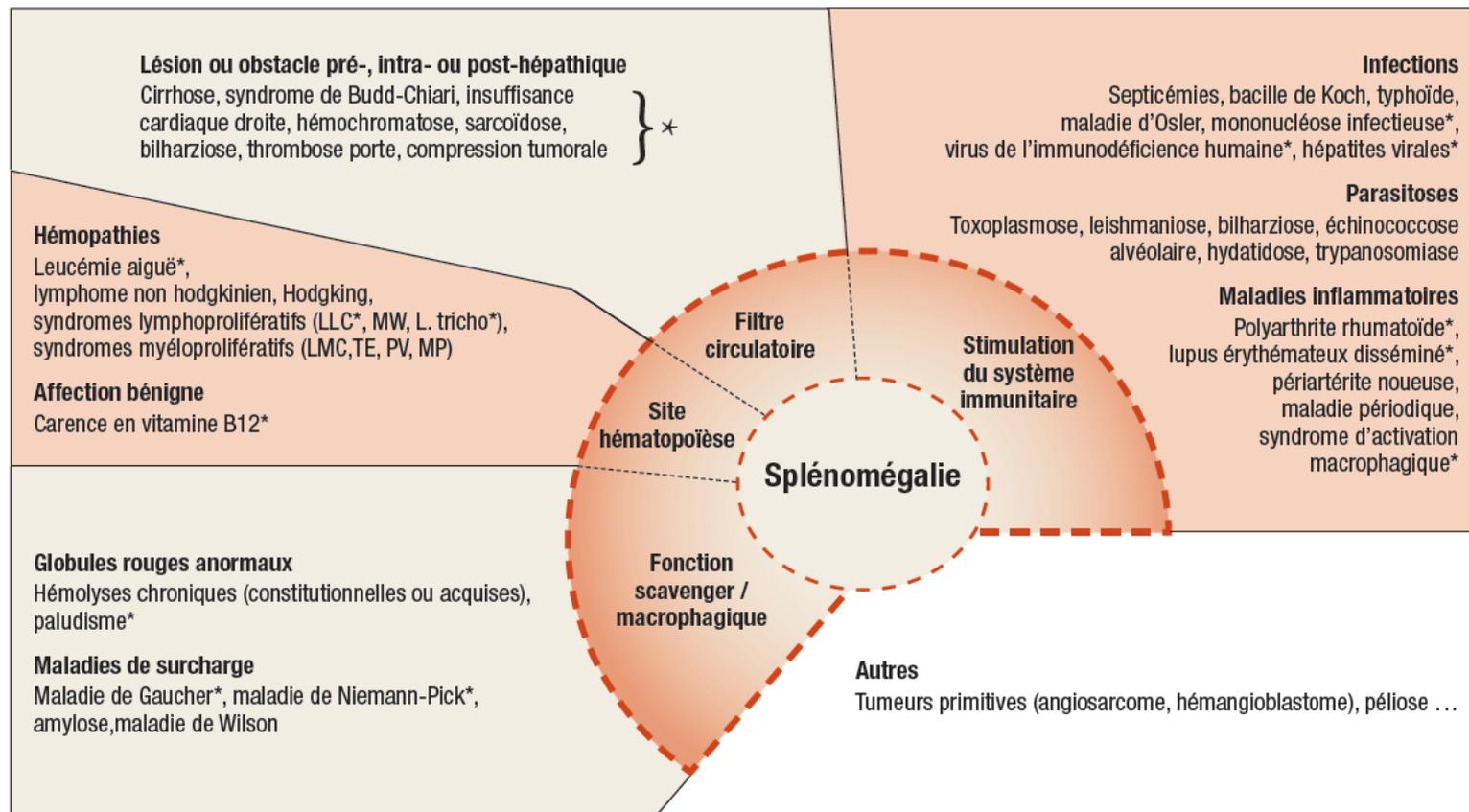
**Toute augmentation du volume de la rate entraîne un hypersplénisme responsable d'une pancytopénie modérée.**

# Splénomégalie avec ictère

- Hépatopathie
- Hémolyse

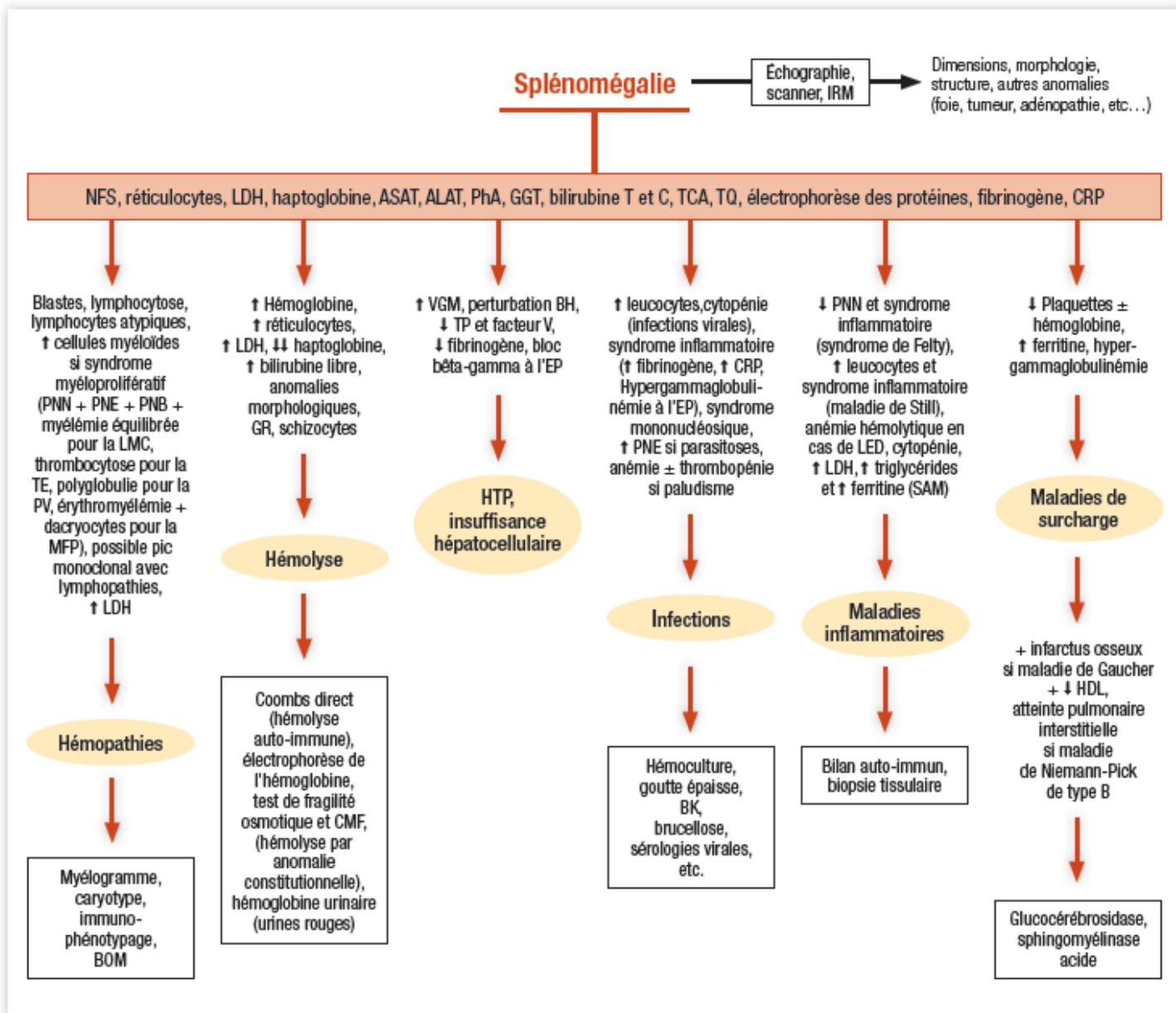
# Splénomégalie avec anomalies cutanéomuqueuses

- 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.



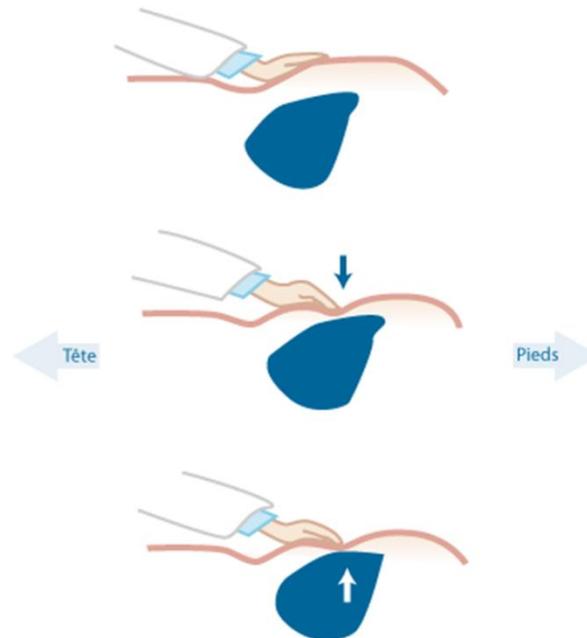
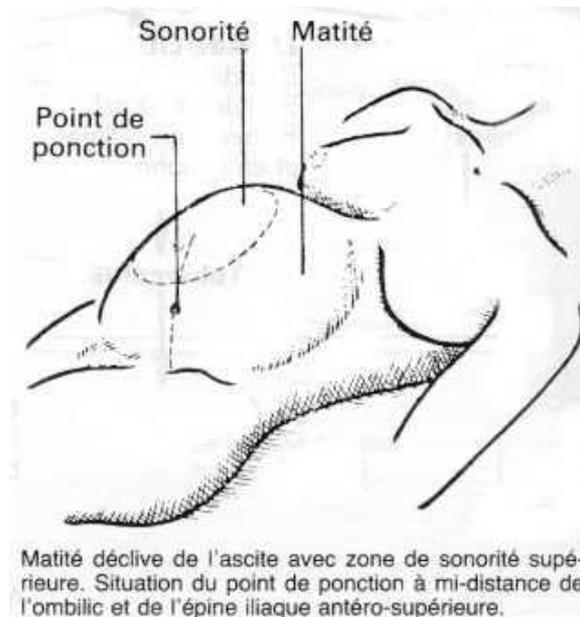
**FIGURE 2 | Explorations complémentaires – Stratégie et principaux résultats.**

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

**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
<b>Bruits hydroaériques</b>	Diminués	Augmentés
<b>Niveaux liquides</b>	Aéro-iléie et/ou aérocolie diffuse	Localisés
<b>Aspiration digestive</b>	Claire, peu productive	Abondante, fécaloïde
<b>Signes généraux</b>	Fonction de l'étiologie	Présents

## Occlusion du grêle ou du côlon ?

	Occlusion du grêle	Occlusion colique
<b>Vomissements</b>	Précoces	Tardifs
<b>Arrêt des matières et des gaz</b>	Tardif	Précoce
<b>Signes généraux</b>	Présents	Absents
<b>Niveaux hydroaériques</b>	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 ?

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

## Principales causes des occlusions intestinales

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

# Ileus mécanique

## Présentation clinique :

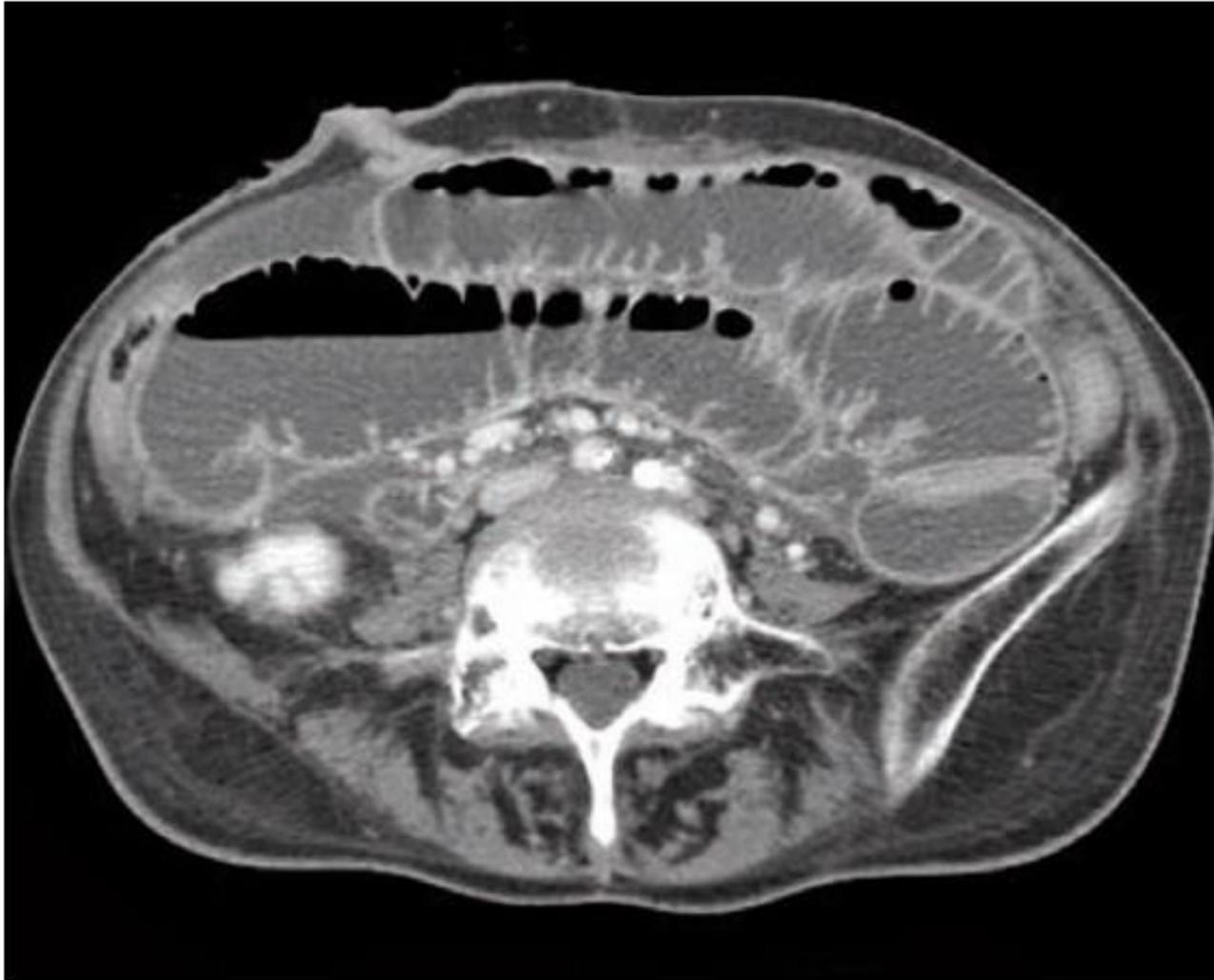
- Douleurs de type colique durant quelques secondes à quelques minutes
- Début progressif en cas d'obstacle mécanique, début brutal en cas d'étranglement
- Vomissements
- Arrêt des matières et des gaz
- État de choc (3e espace)
- Péristaltisme accru

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



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



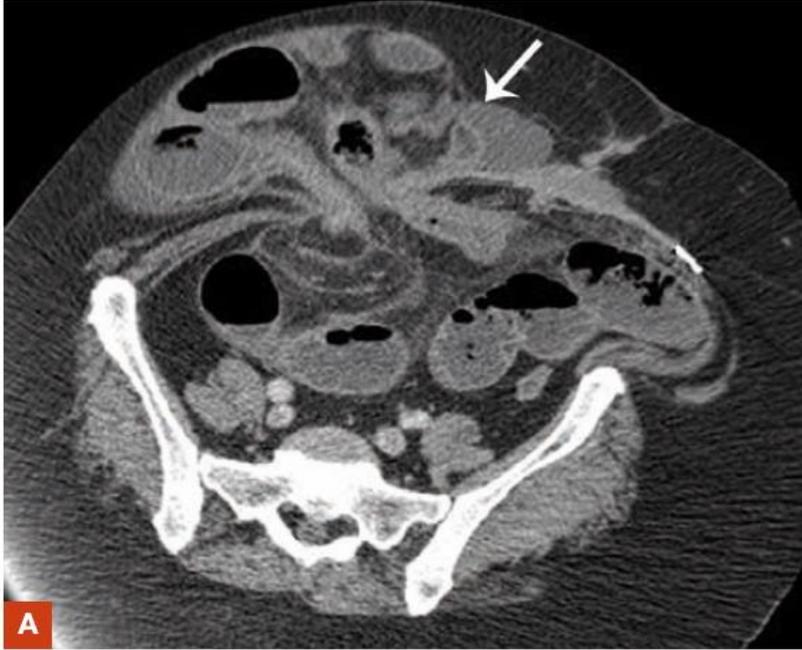
**FIGURE 7** **Invagination intestinale aiguë.** Aspect en cocarde caractéristique du « boudin » d'invagination avec visualisation de la graisse mésentérique incarcérée au sein du boudin.



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

# 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

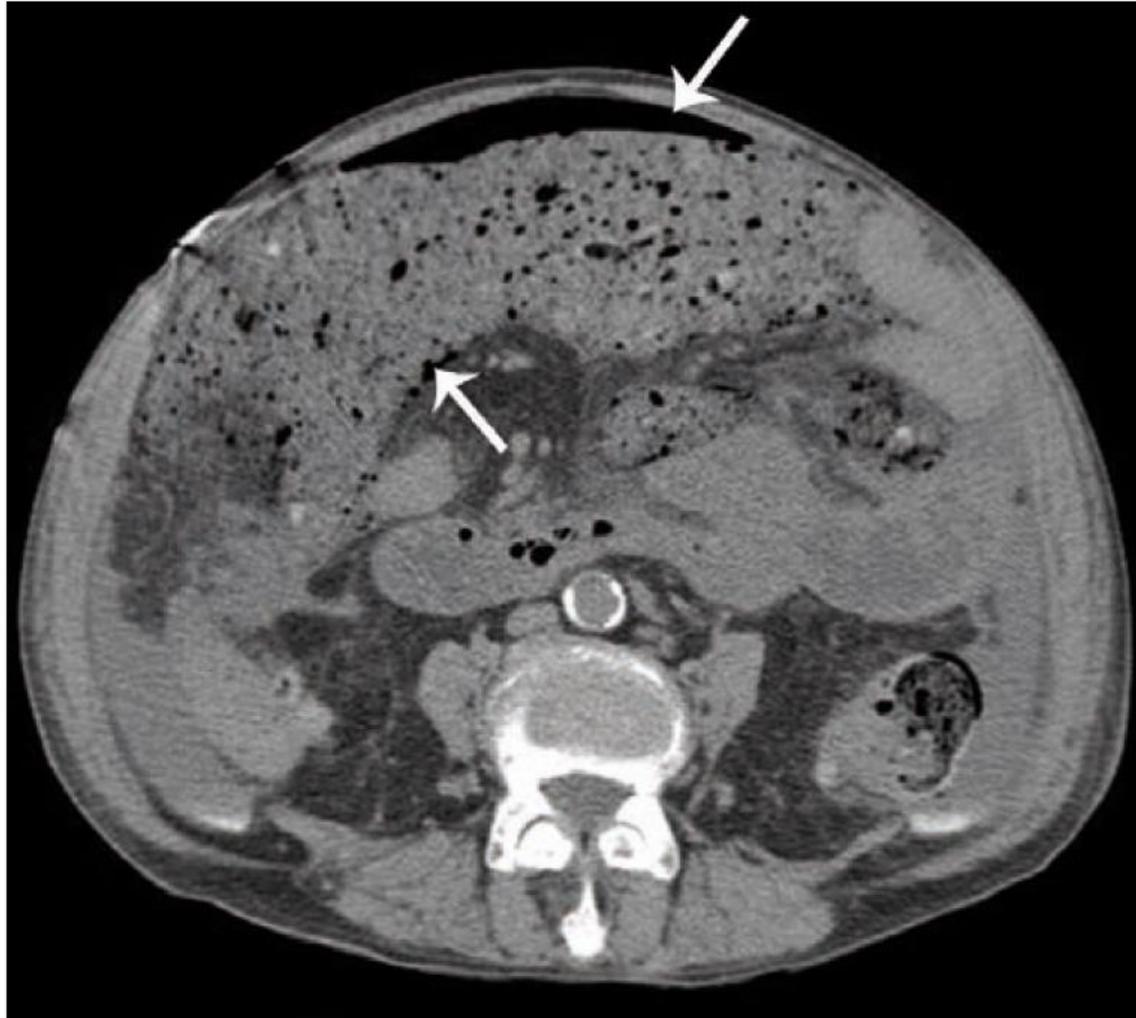
# Perforation digestive

## Présentation clinique :

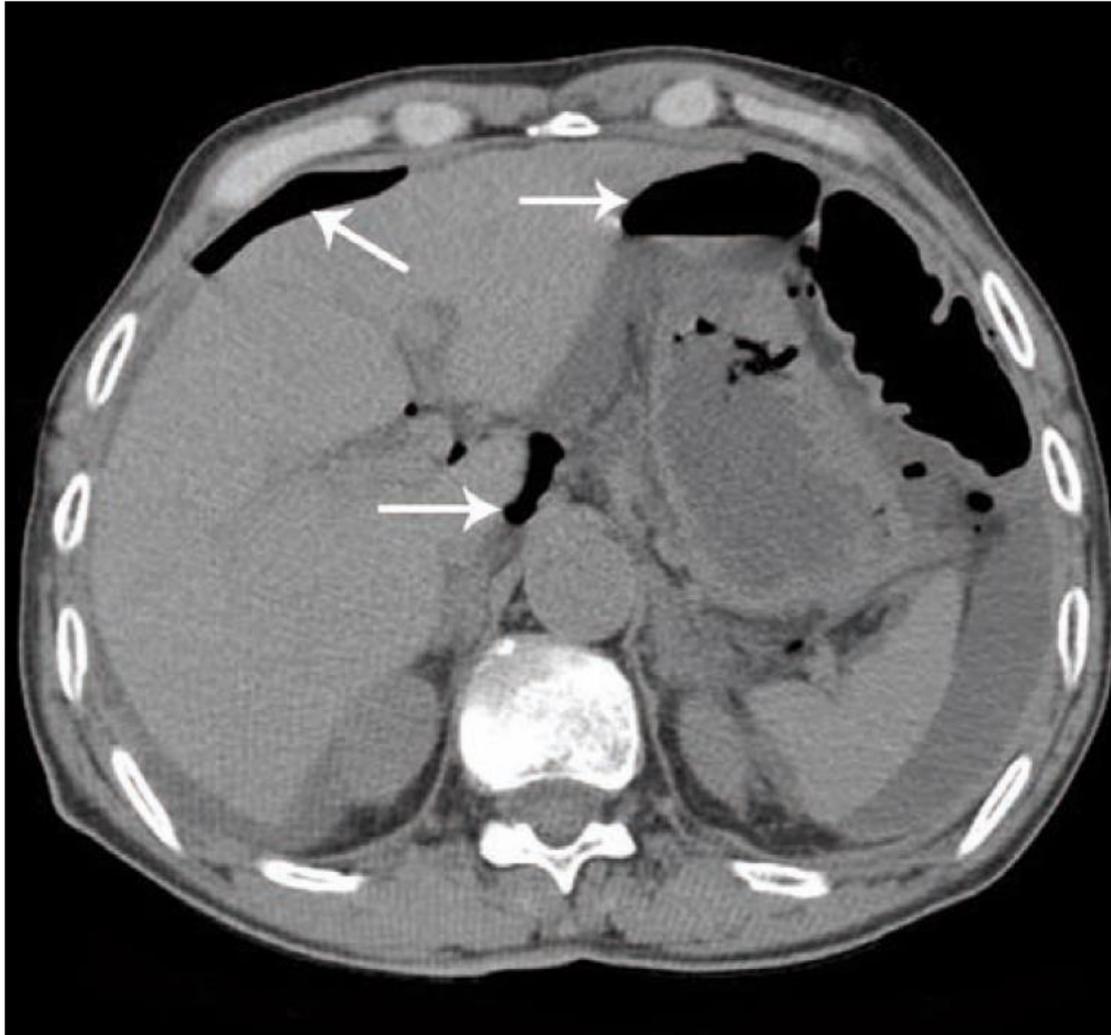
- Douleurs abdominales initialement souvent localisées puis généralisées
- Fièvre (peut manquer)
- Ileus paralytique
- Abdomen figé avec contracture et défense
- Diagnostic: TR, abdomen à blanc (air sous les coupes)

# 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