

# **CAT devant un colon dilaté**

**Dr F CESSOT, Dr JC LETARD**

**CHU Limoges, Polyclinique Poitiers**

**FMC 2-3 Avril 2005**

# INTRODUCTION

→ Dilatation colique = diversité des étiologies

**Occlusion fonctionnelle** : péritonite, pancréatite, appendicite, patho  
rétro péritonéale

➤ Colite aiguë grave: avec possibilité d'un mégacolon toxique

➤ Iléus: Pseudo-occlusion colique (syndrome d'Ogilvie)

**Occlusion mécanique** :

➤ Strangulation → volvulus

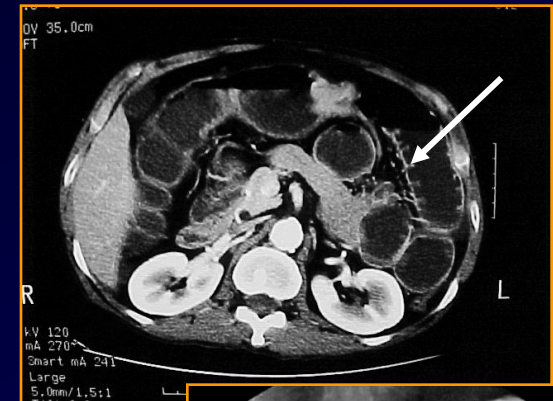
➤ Obstruction → cancer

# DIAGNOSTIC

- Symptomes
- Ex clinique complet
- ASP: contenu, diffus ou localisé



- TDM: Etiologie, diamètre intestinal

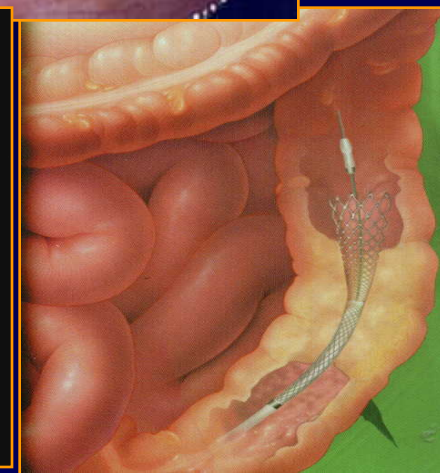
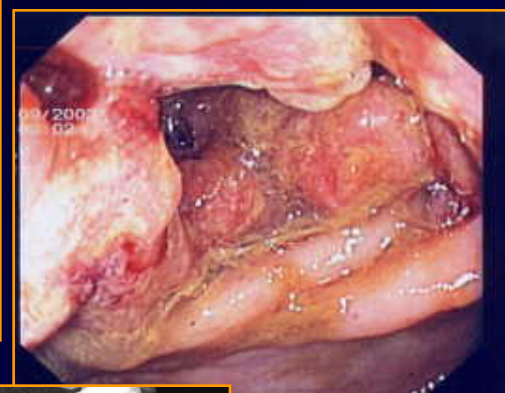
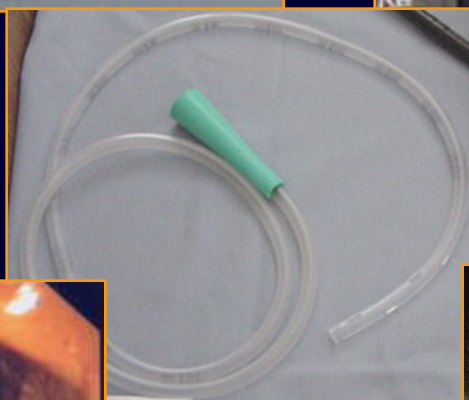


- Lavement aux hydrosolubles

localisation, aspect, hauteur



# ENDOSCOPIE Diagnostique & Thérapeutique



# Cas Clinique N°1

Patient de 57 ans

## ➤ Antécédents

Néant

## ➤ HDM

Troubles du transit constipation

AMG depuis 48h

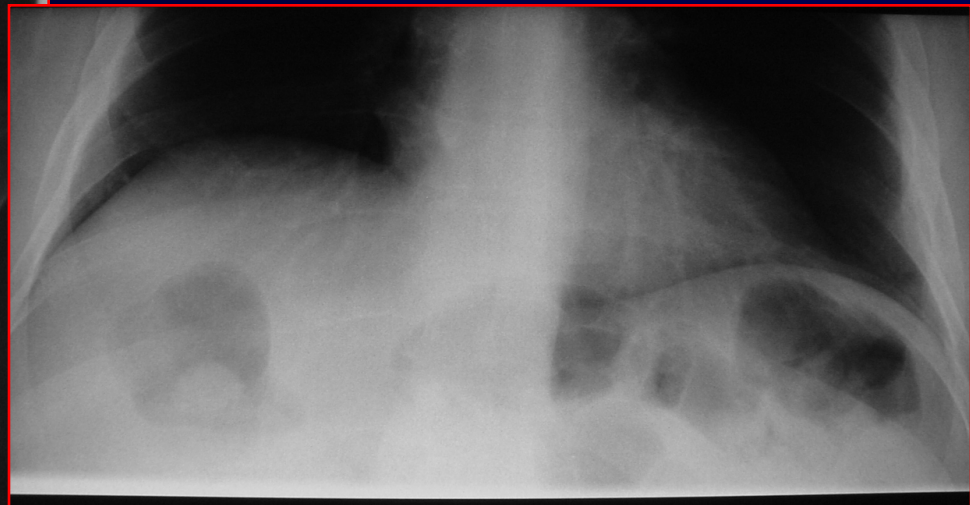
➤ Examen Dr FIG & flanc gauche

Météorisme

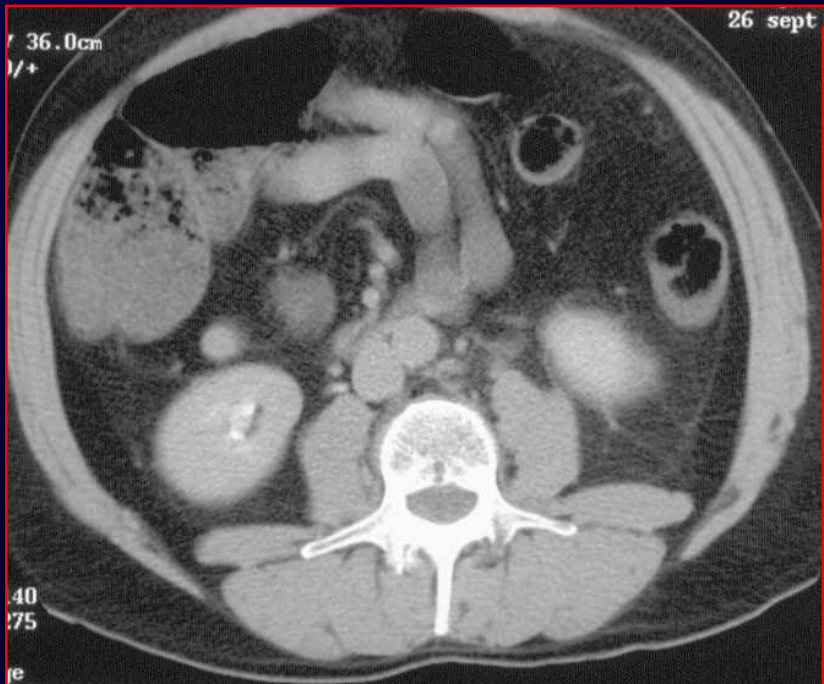
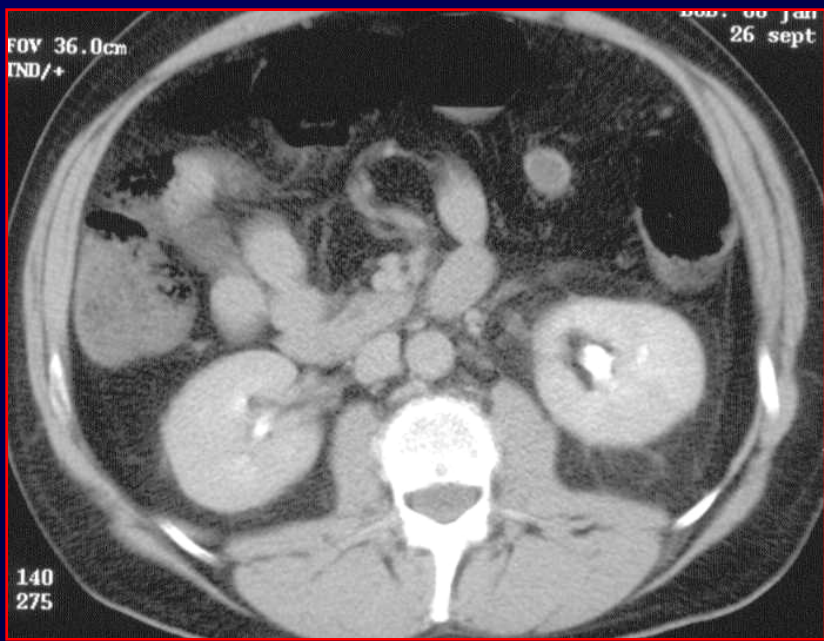
pas d'AEG, pas de signes urinaires

➤ Biologie CRP 25, GB 15 000, BH N1, lipase N

ECBU -

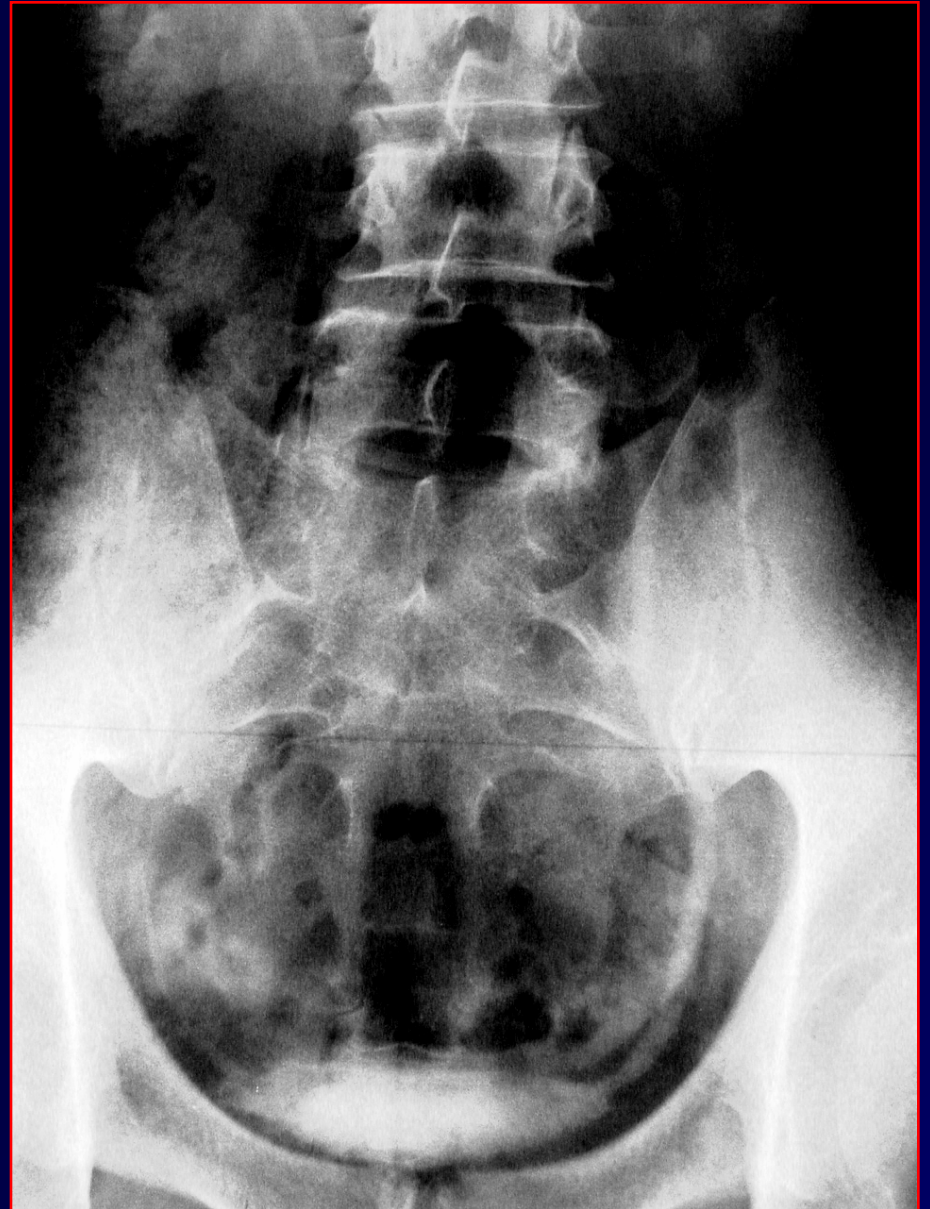


# Scanner



UIV

Retard de sécrétion au niveau  
des voies excrétrices Gauches





# OCCLUSION FONCTIONNELLE

## ➤ REFLEXE A UN FOYER INFLAMMATOIRE

➤ Foyer infectieux : appendicite, péritonite

➤ Foyer inflammatoire : pancréatite

➤ Pathologie péritonéale : colique hépatique, carcinose péritonéale

➤ Pathologie rétropéritonéale : colique néphrétique, hématome pelvien, pathologie aortique

## ➤ OCCLUSIONS FONCTIONNELLES IATROGENES

➤ Morphiniques, neuroleptiques, hypokaliémie (diurétiques)

# Cas Clinique N°2

Patient de 47 ans

## ➤ Antécédents

H Hiatale par glissement, Tabagisme arrêté il y a 1 an

## ➤ HDM

Rectorragies depuis 3 semaines

Troubles du transit constipation

➤ Examen Dr FIG & flanc gauche

Météorisme

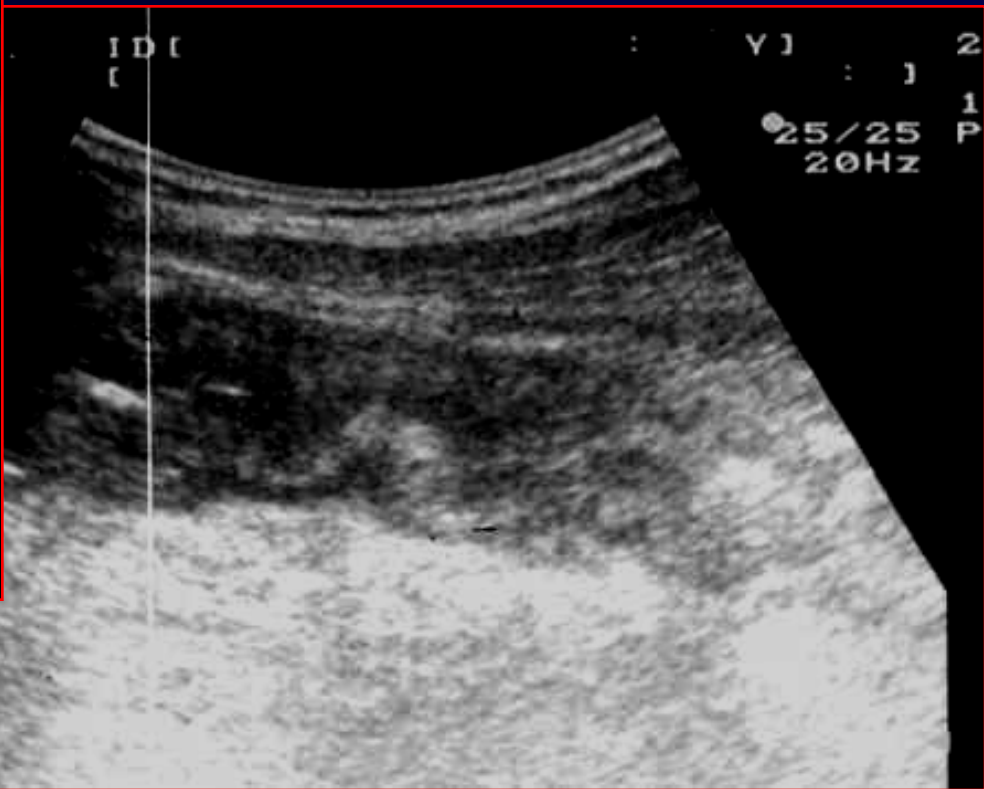
pas d'AEG

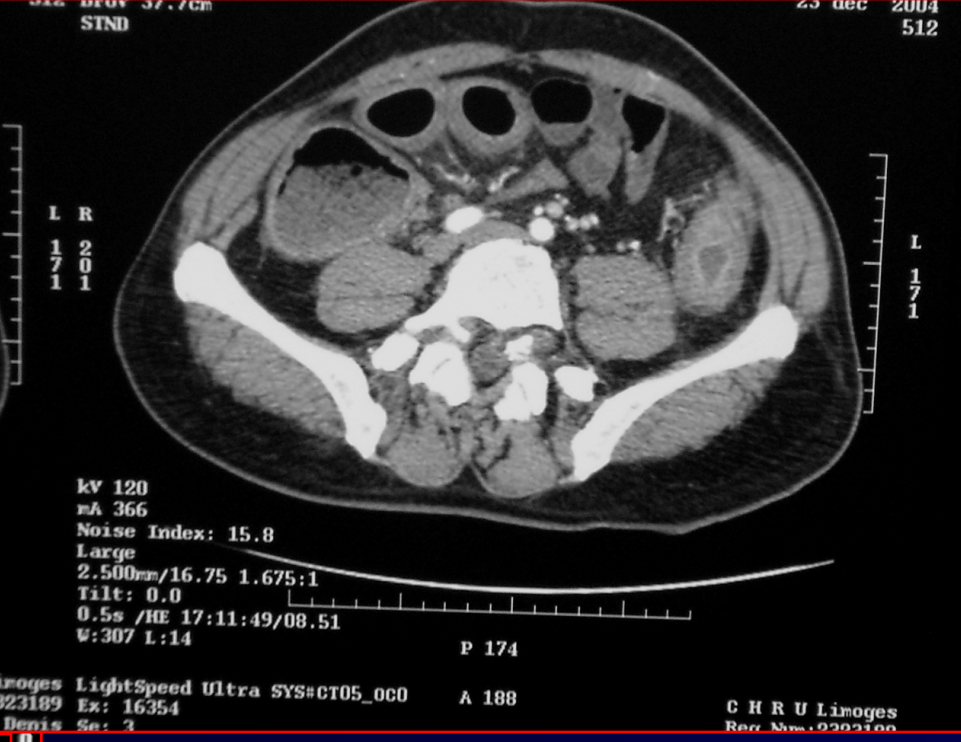
➤ Biologie CRP 250, GB 15 000, BH N1



ASP

Echo

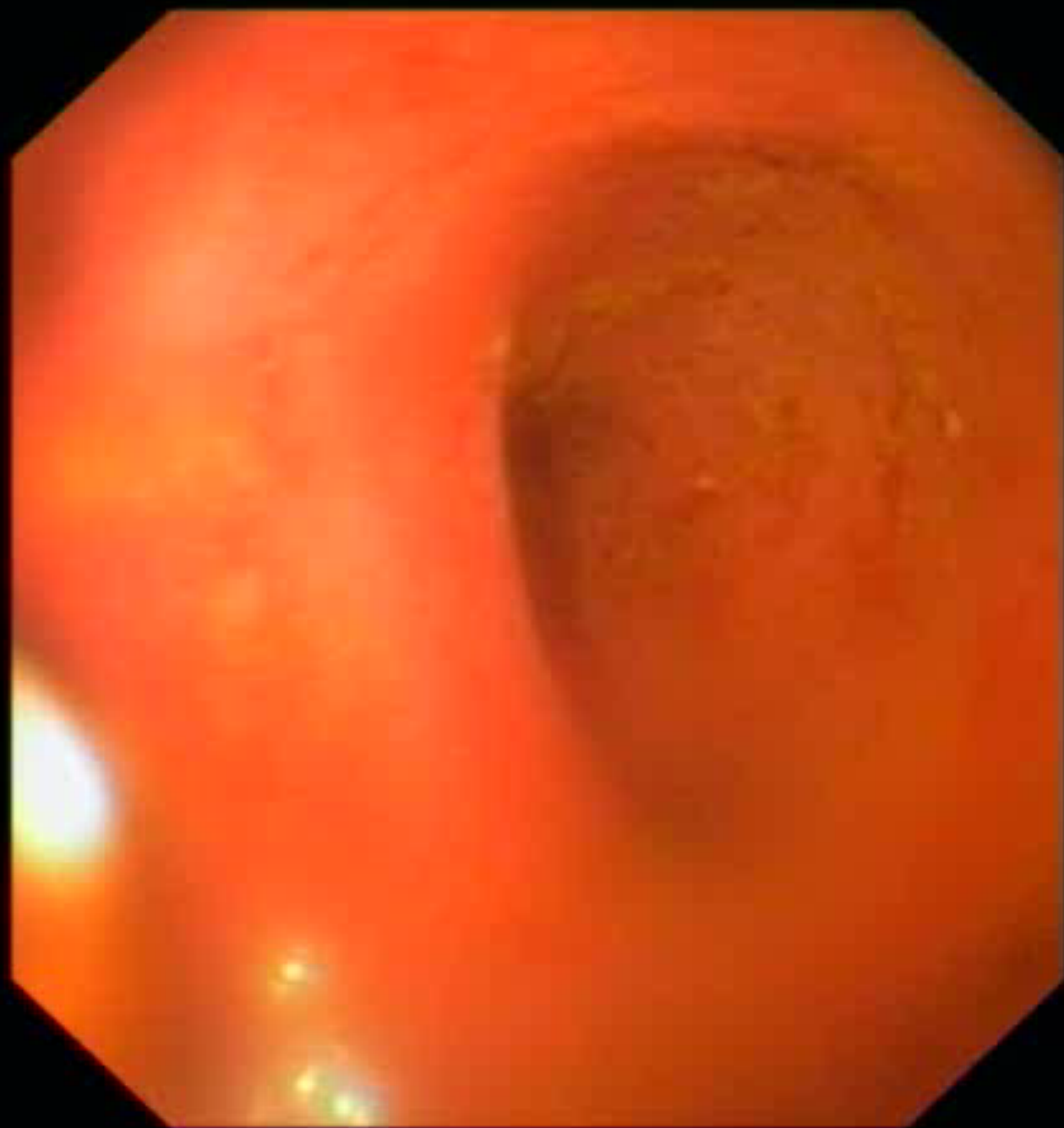




Scanner

22/12/2004  
16:53:07

CVP:  
D. F:  
Et:3 Cr:N



# Cas Clinique N°2

## DIAGNOSTIC

Recto Colite Hémorragique révélée  
par une colite aiguë grave

Bactériologie négative, Biopsie

## ➤ TRAITEMENT

Prednisolone 1mg/k/j IV

## ➤ EVOLUTION

Défavorable    Contrôle à 6 jours aspect identique  
                          Persistance de la diarrhée

Coloproctectomie totale Anastomose Iléo-anale

Anapath : Importantes lésions de RCH  
prédominant dans la région caecale et sigmoïdienne

# COLITE AIGUË GRAVE

- Sd abdominal grave : Dr abdominale, diarrhées sérosanglantes, distension abdominale, parfois défense péritonéale
- ASP distension colique prédominante sur le transverse & colon droit
- Prélèvement bactériologique, virologique & parasitologique
- Coloscopie -endoscopiste entraîné  
-définit le type et la topographie des lésions

# ETIOLOGIE d'une COLITE AIGUË GRAVE

## ➤ MICI

Atcd épisodes récurrents, épisode actuel évoluant de + de 15j,

Localisations périnéales ou extra digestives

Biopsies :

Classification de Buckell en 3 grades d'intensité dégressive

## ➤ Colites Infectieuses

Salmonelle, Shigelle, Campylobacter jejuni, Coli B, C Difficile, CMV, Herpès virus rarement amibiase, anguillulose



# ETIOLOGIE d'une COLITE AIGUË GRAVE

## ➤ Colites ischémiques

-colite segmentaire & suspendue respectant le rectum

-aspect endoscopique évoluant de la cyanose, nécrose lie de vin suivies par des ulcérations longitudinales

## ➤ Colites diverticulaires

-Zone inflammatoire au niveau des diverticules , la distension colique peut siéger à distance des diverticules

## ➤ Colites Médicamenteuses

prise de cocaïne, sels d'or, AINS, ergotamine, oestroprogestatifs, amphétamines, digitaliques, isotrétinoïde, phénothiazine, Antibiotiques, αméthyldopa ou méthotrexate.

# Cas Clinique N°3

Patient de 76 ans hospitalisé en médecine physique pour rééducation après fracture du col fémoral

## ➤ ANTECEDENT :

Adénome de prostate opéré en 2000

Parkinson traité

## ➤ HDM

Survenue d'un épisode occlusif

Examen clinique météorisme diffus

TR Ampoule vide

# Cas Clinique N°3

➤ ASP



➤ COLOEXSUFFLATION

08/11/2004  
18:24:50

CVP:  
D. F:  
EtH:8 Cr:N



# PSEUDO-OCCLUSION

Dilatation massive colique en absence d'obstacle mécanique

But du traitement  Diminuer la distention colique

Diamètre colique >10-12cm pendant + de 6 jours

- perforation spontanée : 3% -15%
- Ischémie du colon droit : 10%
- Risque de mortalité : 50%

Réanimation médicale

Efficacité 30%

Lavement hydrosolubles

Efficacité 83%

Néostigmine IV 2 mg / 3 mn  
(Ponc R.J, al: N Engl J Med, 1999, 341)

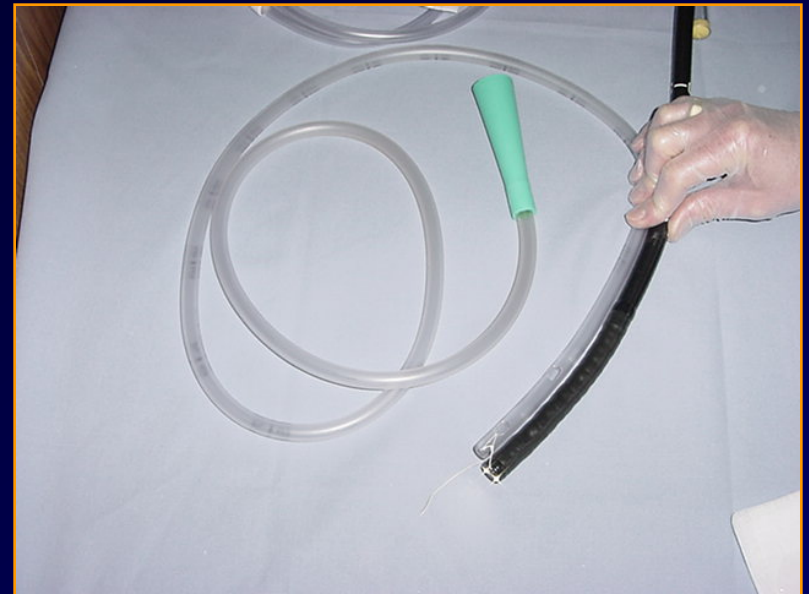
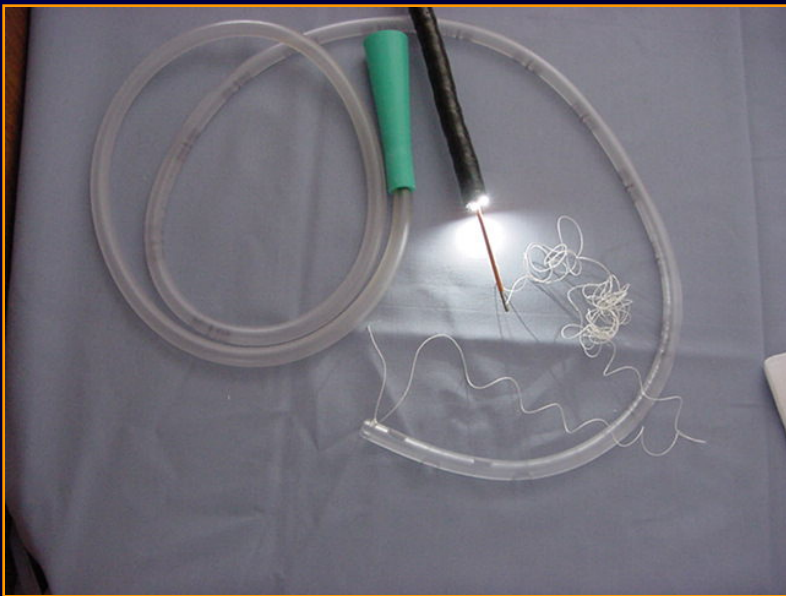
Efficacité 80%-90%

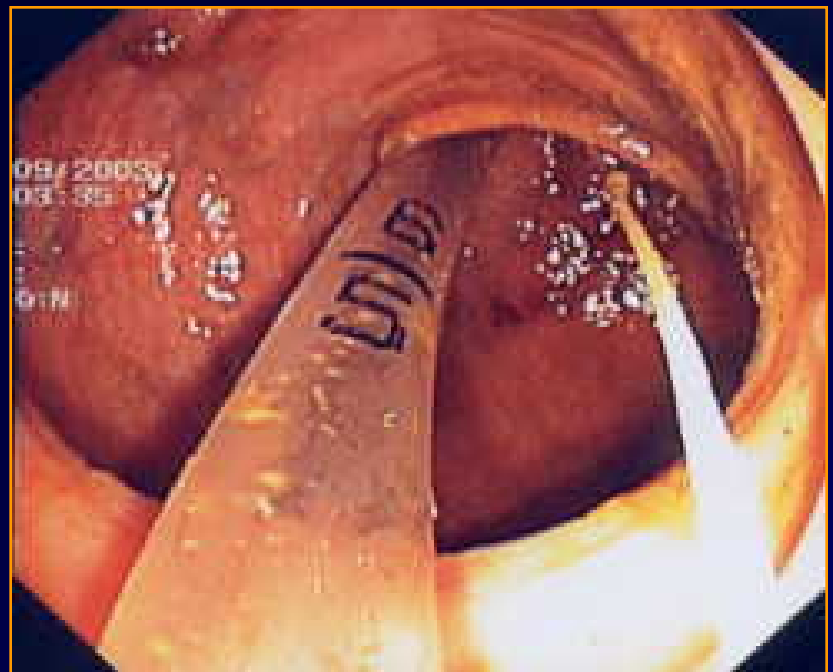
Colo Aspiration

Efficacité	65%
Récidive	30%
Amélioration clinique	84%

Caecostomie chirurgicale  
Caecostomie transcutanée

# Exsufflation colique et mise en place du tube de Faucher

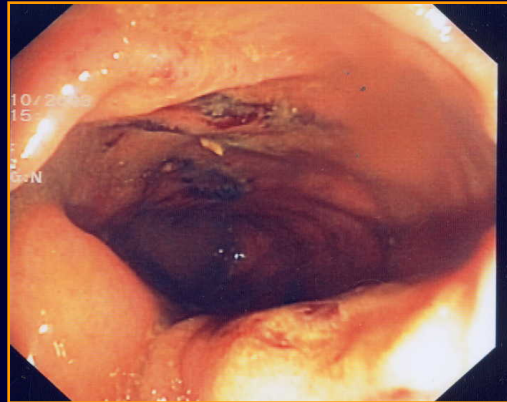






## Exsufflation colique et mise en place du tube de Faucher(2)

- Rigidifier l'endoscope en y introduisant un guide rigide
- Raidisseur pour passer le sigmoïde
- Passer la sonde sur le guide à l'intérieur de l'over tube
- **!!! Arrêter la coloscopie en cas de nécrose pariétale !!!**



### Complications

Perforation: 3%

Mortalité < 5%

# Cas Clinique N°4

Patient de 76 ans

➤ Antécédents

Constipation

➤ HDM

Rectorragies depuis 3 semaines  
Arrêt des matières et des gaz

➤ Examen

Dr diffuse  
Météorisme très marqué  
pas d'AEG

# VOLVULUS



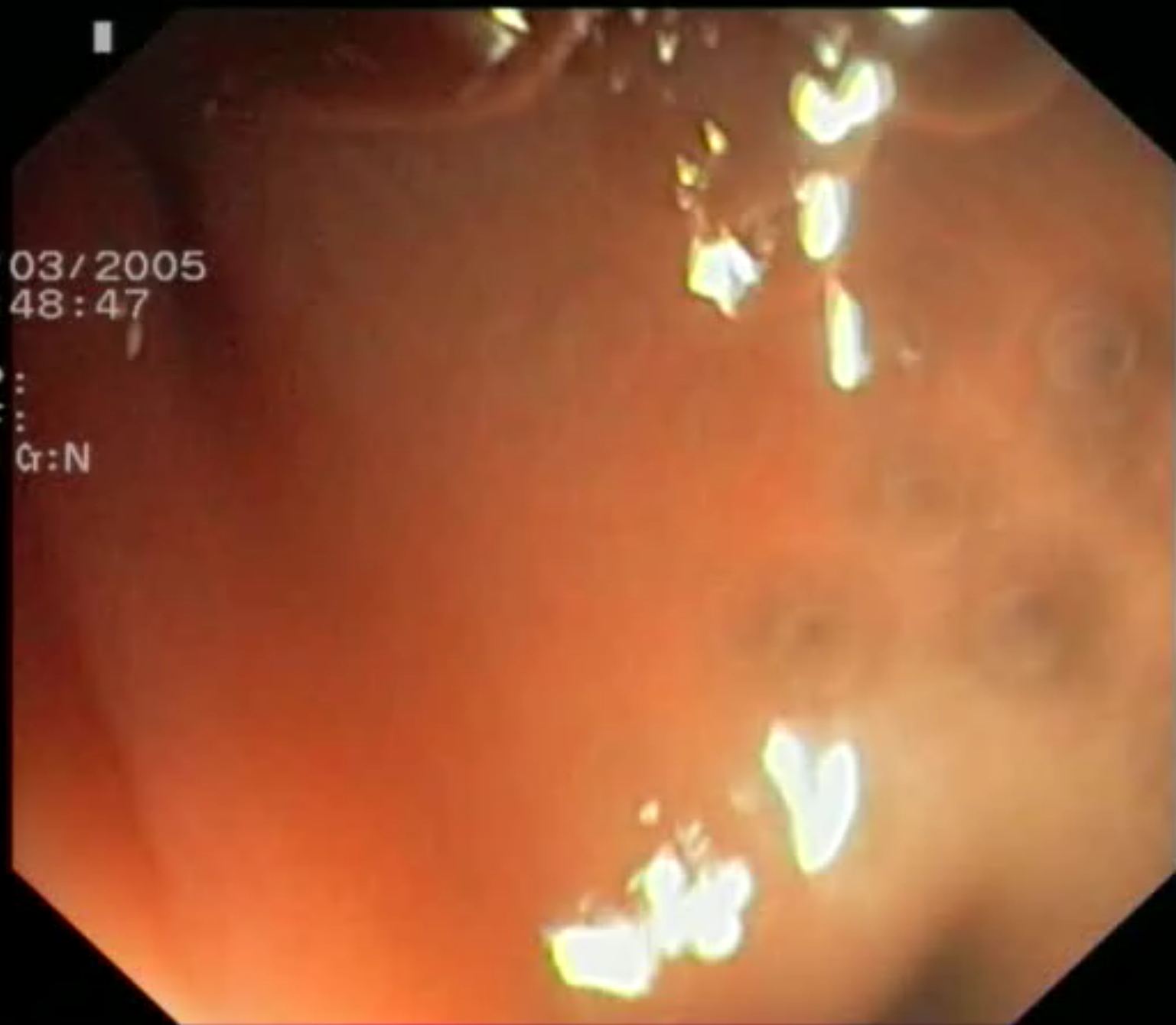
ASP



Lavement aux hydrosolubles

14/03/2005  
22:48:47

CVP:  
D.F:  
Et:5 Cr:N



## Site du volvulus Colique

### ➤ Site du volvulus:

- ✓ Sigmoides: 43- 74%
- ✓ Caecum, colon droit: 15- 52%
- ✓ Colon transverse, angle splénique: 3%

### ➤ Traitement chirurgical en urgence:

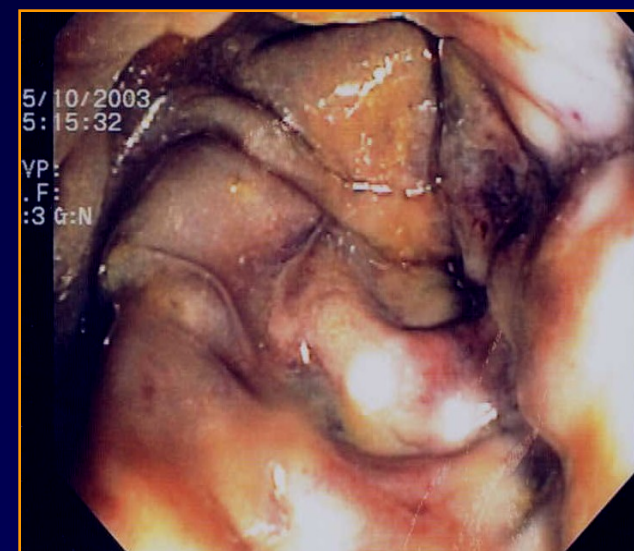
- ✓ Mortalité: 24- 33% (41% si nécrose)
- ✓ Morbidité : 43- 75%

# Réduction du volvulus Colique

traitement précoce si possible sans signe évident d'ischémie

- ✓ Endoscope souple
  - ✓ Insufflation minimale
  - ✓ Passage en douceur de la zone spirée
  - ✓ Aspiration maximale au niveau de la zone volvulée
- Réduction du volvulus

**!!! Savoir s'arrêter en cas d'ischémie ou de nécrose !!! → Chirurgie**



# Tt Endoscopique du volvulus: résultats

- Efficacité :

- Volvulus Sigmoidien : 58- 81%

- Volvulus Caecal : 0% - 33%

- Récidive : 30% - 90%

- Dévolvulation endoscopique avec ou sans insertion de tube

- Complication : perforation

- Mortalité: 0- 12%

Chirurgie seconde  Faible mortalité (2- 12%)

10/09/2008  
18:56:16

CVP:  
D. F:  
EtH:8 Cr:N





## Cas Clinique N°5

# Anamnèse

Patient de 67 ans

Rectorragies depuis 6 mois, suivi d'une constipation récente

Survenue d'un épisode sub occlusif il y a 15 jours

Ictère apparu depuis 8 jours

# Ex Clinique & Biologique

- Météorisme avec ascite
- Ictère cutanéomuqueux
- Biologie
  - GB 10 300/mm
  - Bili T 540
  - Hb 11 g/100mL  
TP74%



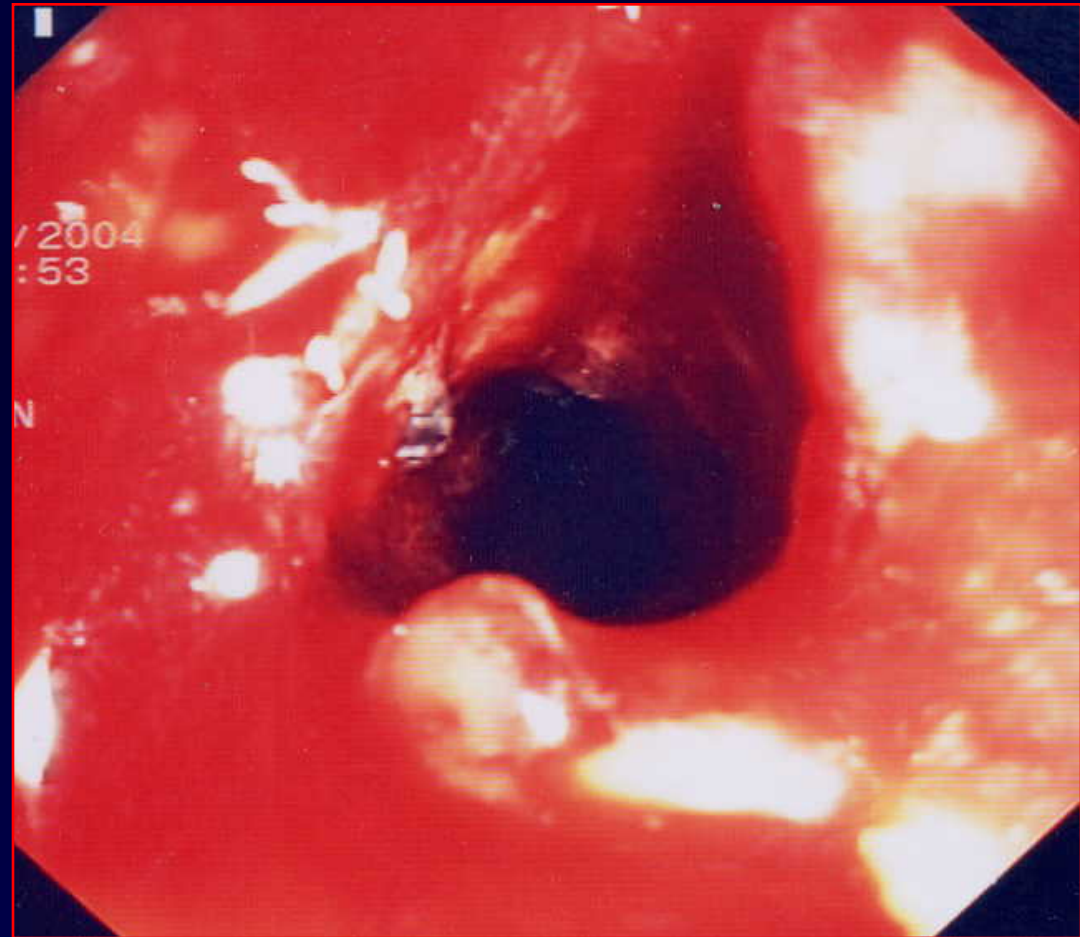
# Echographie



Dilatation débutante des VBIH sans dilatation de la VBP  
Multiples nodules hypo échogènes intraparenchymateux + ép Péritonéal

***Rectosigmoidoscopie :***  
sténose bourgeonnante  
située à 30cm de la  
marge anale n'admettant  
pas le coloscope

***Biopsies :***  
Adénocarcinome  
Lieberkühnien



# Lavement aux hydrosolubles



Sténose irrégulière excentrée sigmoïdienne

# Évolution

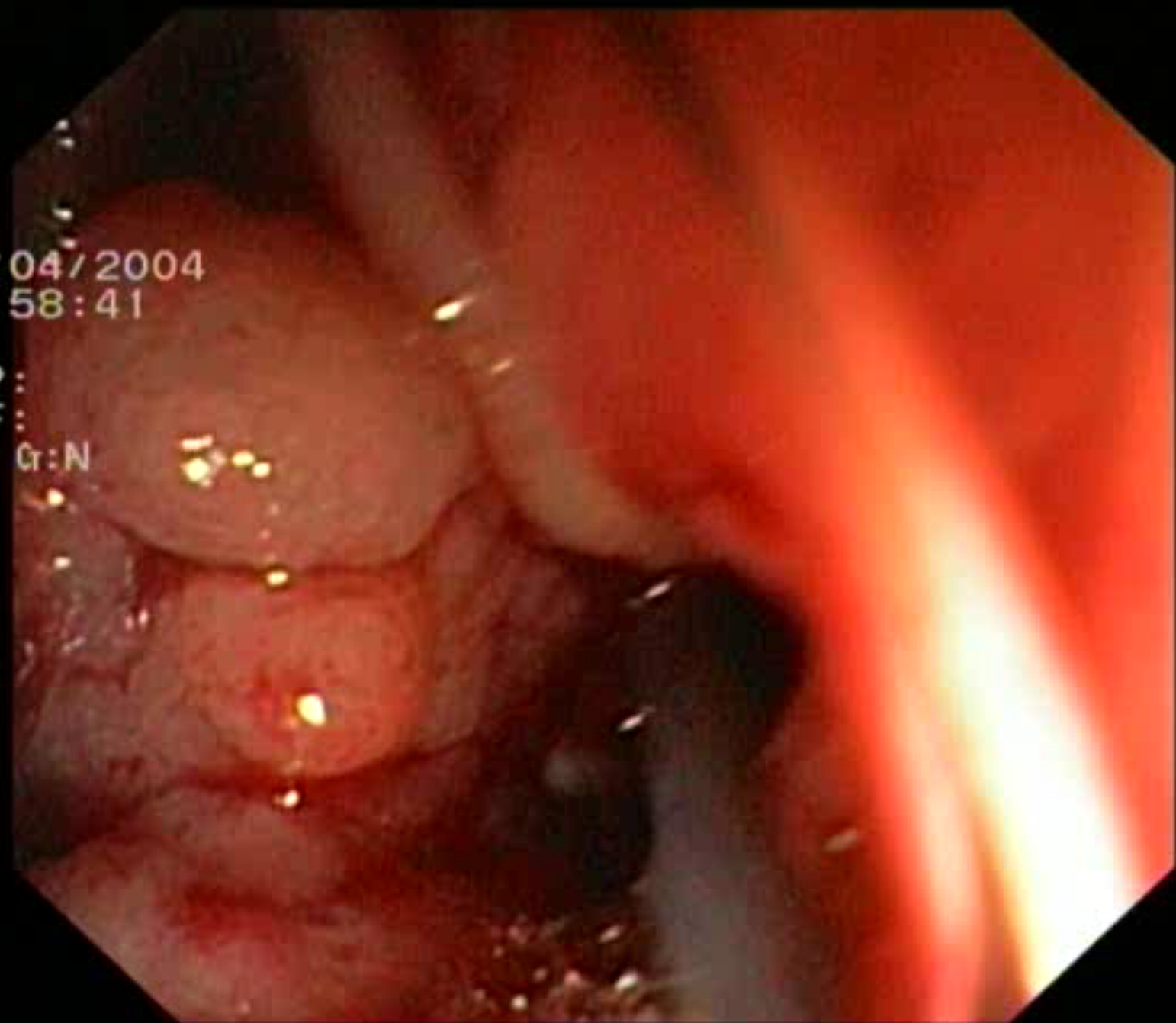
En raison du caractère évolué de la maladie,

décision d'un traitement palliatif

par une endoprothèse Wallstent

20/04/2004  
17:58:41

CVP :  
D. F :  
Et: 3 Cr: N



# OCCLUSION / OBSTRUCTION

- Cancer colo-rectal : le plus fréquent, 15% de tous les cancers ts sexes confondus
- Cancer occlusif: stade avancé de la maladie  
15% - 20% au moment du diagnostic
- Cancer colo-rectal: 1<sup>ère</sup> cause d'occlusion colique

## Chirurgie curative ou palliative

- ✓ Différentes techniques chirurgicales
- ✓ Morbidité: 44% (chirurgie curative)  
60% (chirurgie palliative)
- ✓ Mortalité: 18% (chirurgie curative)  
22% (chirurgie palliative)



# OCCLUSION COLIQUE NEOPLASIQUE

- 2 indications:
  - ✓ Traitement palliatif définitif
  - ✓ Traitement d'urgence de décompression avant résection chirurgicale
- Stents TTS ou OTW
- Coloscope CO 4.2 mm
- Examen endoscopique avec/sans Radio
- Préparation colique → 1-2 l de lavement à l'eau
- Douleur Abdominale Rx → perforation (contre-indication)

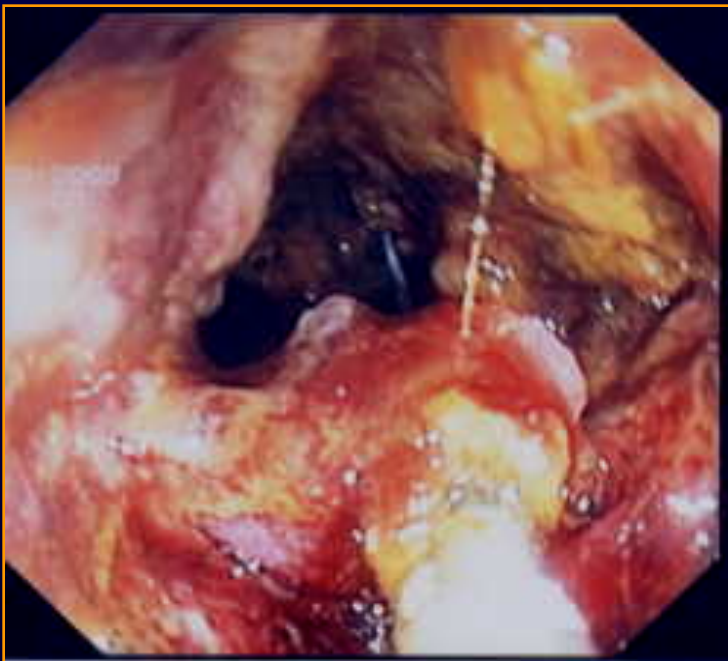
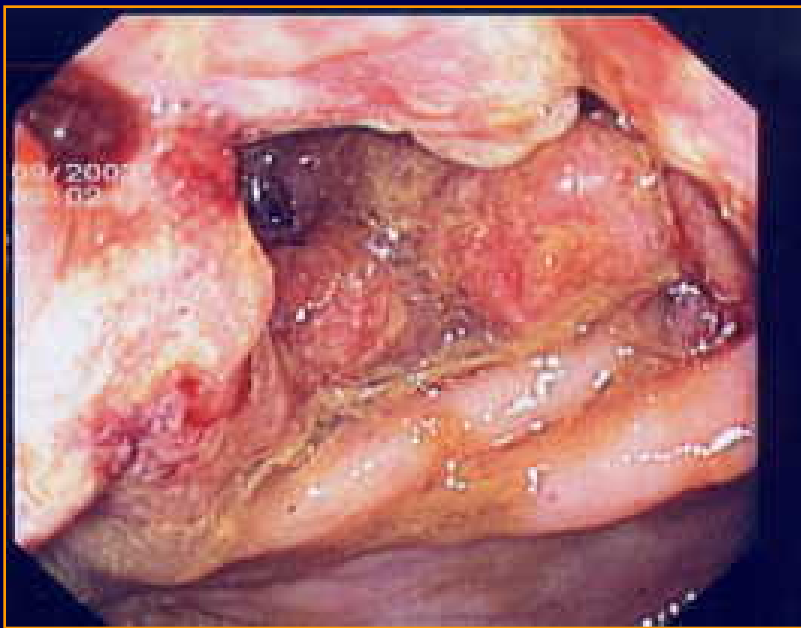
➤ Lavement aux hydrosolubles

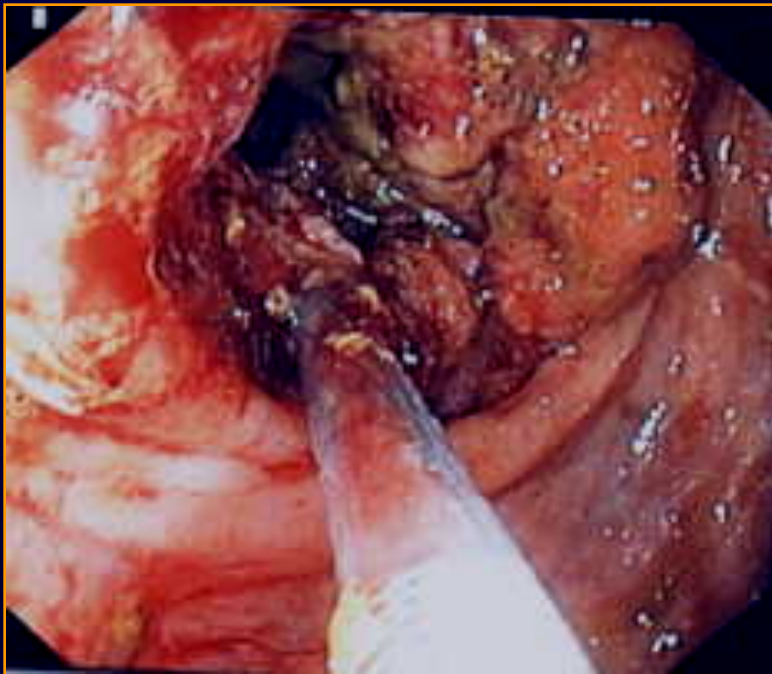
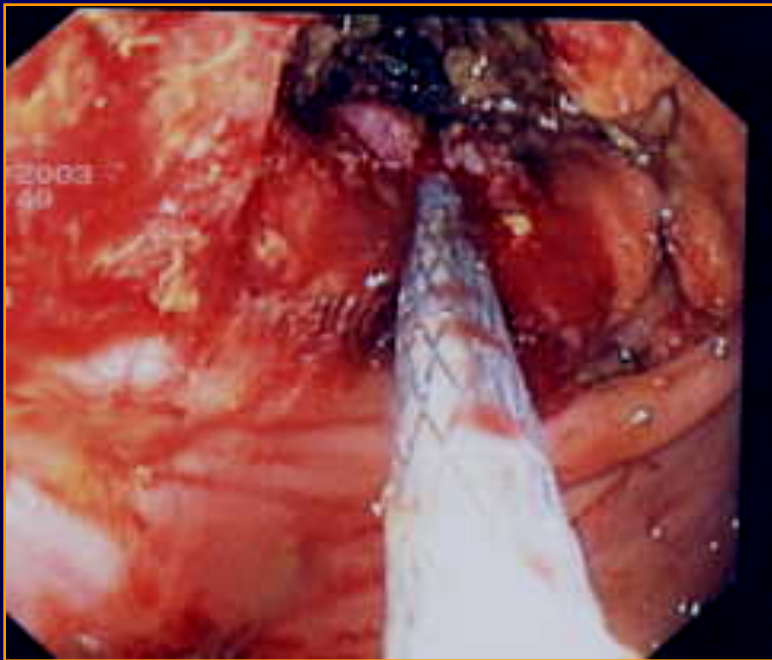
- ✓ Localisation tumorale, hauteur, aspect → choix du ou des stents
- ✓ Sténoses multiples → contre-indication

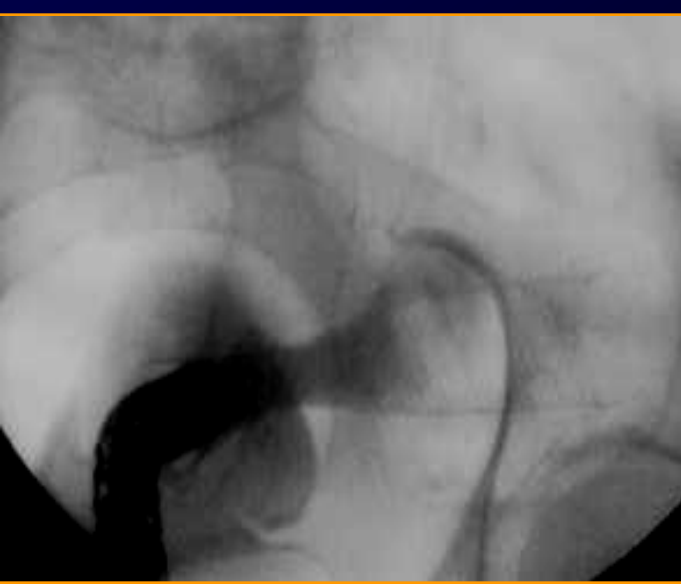
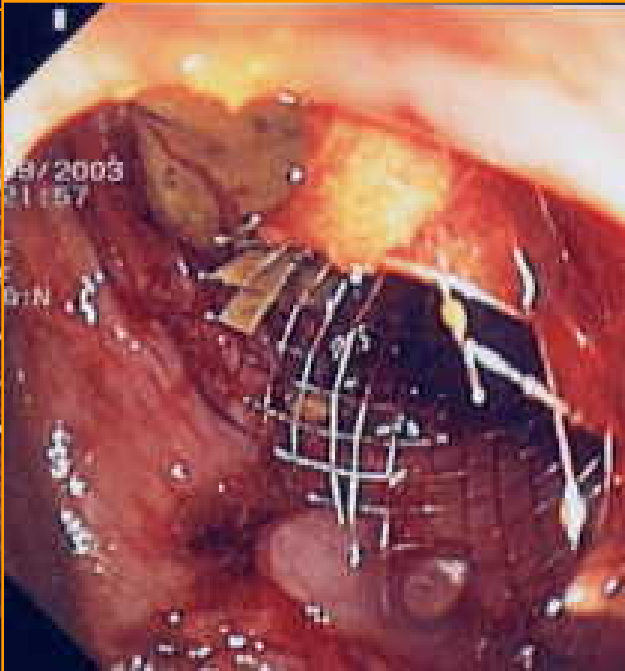


➤ Antibioprophylaxie recommandée

➤ Ne jamais dilater la sténose → Important risque de perforation







# OCCLUSION COLIQUE NEOPLASIQUE : Résultats

➤ Succès : 75- 100%

Echec: impossibilité de passer le fil guide au dessus de la sténose, notamment en cas de fixation du colon ou d'angulation sévère

➤ Efficacité clinique : 75- 96% en 48 h

Pas de levée d'obstacle: autre sténose, carcinose péritonéale, impaction d'une extrémité du stent sur la paroi (2<sup>ème</sup> stent), mauvaise expansion

➤ Mortalité: 0- 10%

➤ Complications majeures: 5%

**Perforation 5%: (stent, dilatation), Hémorragie**

➤ Complications mineures: 20%

**Douleurs abdominales (3-5 j), syndrome rectal (stent < 4cm MA), migration**

Traitement alternatif → Colostomie de décompression

Chirurgie réglée après 5-10 jours

**Réduction du coût de la procédure stent-chirurgie > 28%**

**liée à une réduction de la durée d'hospitalisation**

**(Binkert C.A., al.: Radiology, 1998, 206)**

Dilatation Colique

Météorisme

Dilatation

colique à la radiologie

Anamnèse

Clinique

Echo/Scanner

Lavement hydrosoluble

Occlusion fonctionnelle

Appendicite, péritonite,  
pancréatite, pathologie rétro  
péritonéale

Dilatation colique

Endoscopie diagnostique et thérapeutique

Colite Aiguë Grave

Sd Ogilvie

Obstruction

Volvulus