

JOURNÉE DE PRINTEMPS 2026

**L'ABDOMEN ASSIÉGÉ : LES INFECTIONS
ABDOMINALES SOUS TOUTES LEURS FORMES**

**Première étape : s'assurer qu'il
s'agit bien d'une infection**

Mohamed Amine HAOUARI

Isabelle BOULAY, Marc ZINS



Société d'Imagerie
Abdominale et
Digestive

HÔPITAUX Paris
Saint-Joseph
Marie-Lannelongue



SOCIÉTÉ FRANÇAISE
DE RADIOLOGIE
& D'IMAGERIE MÉDICALE

Infection digestive ?

Faux positif

Oui

Quelle étiologie ?
Quelle gravité ?

Chirurgie

+

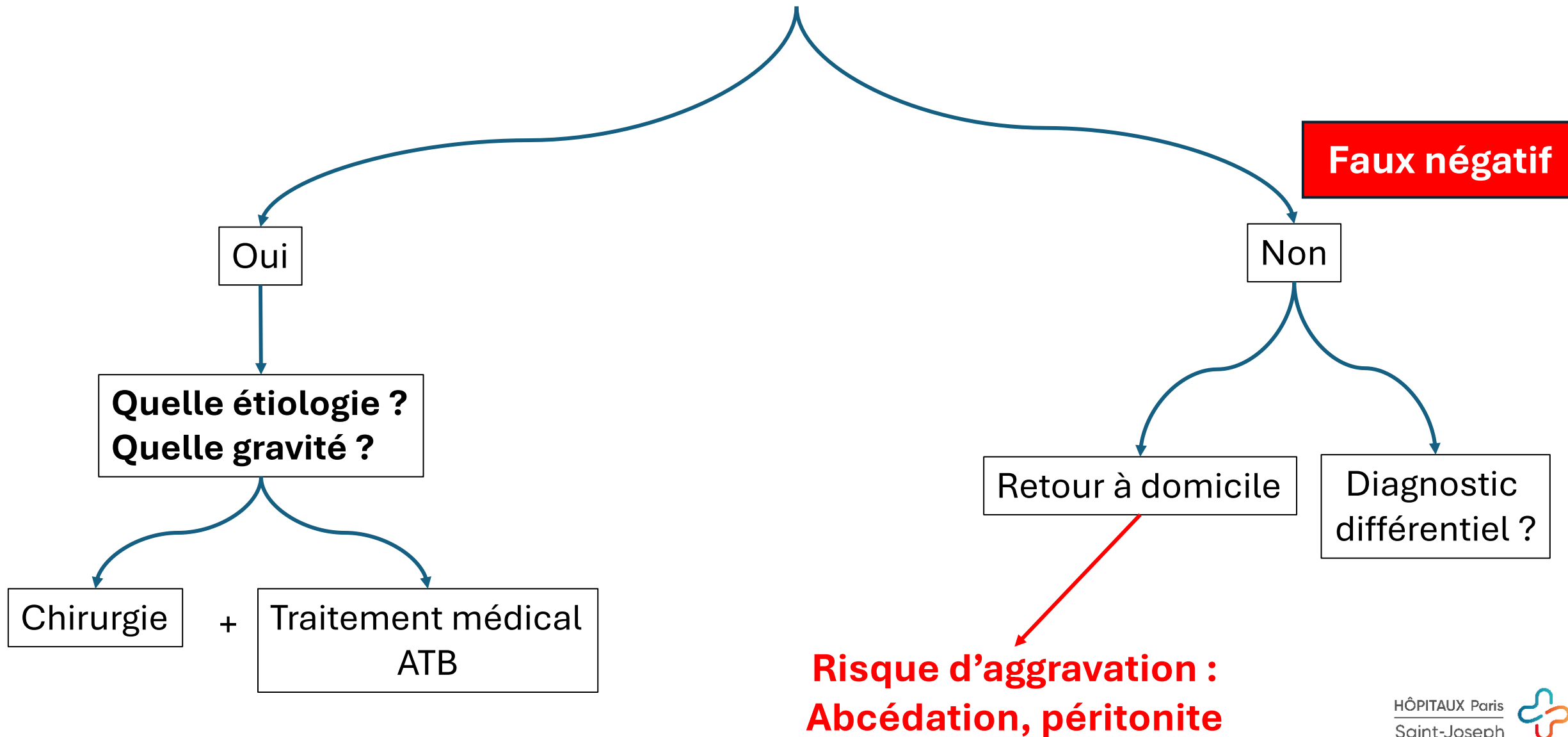
Traitement médical
ATB

Mauvais diagnostic d'infection. Et alors?

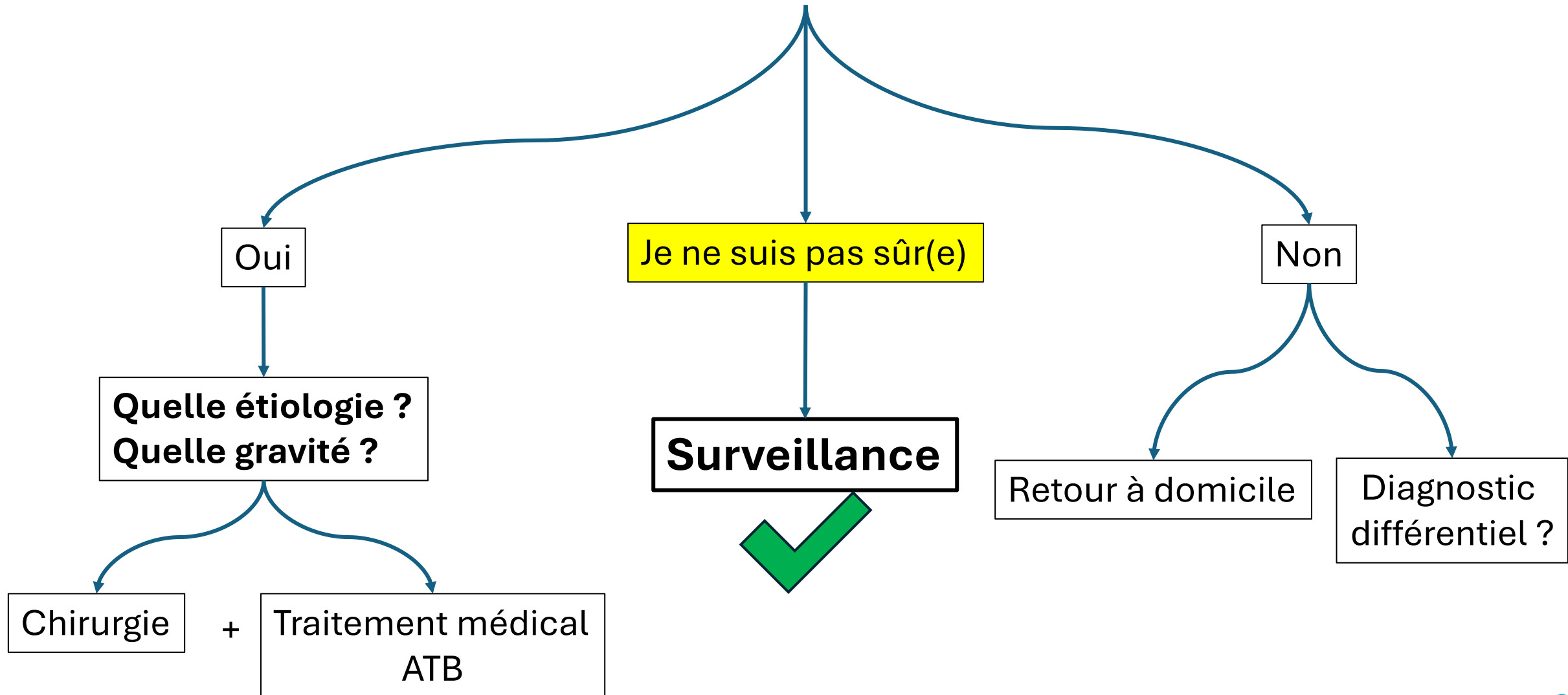
Quels risques?

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 1. Chirurgie blanche | Morbidité de l'anesthésie / la chirurgie |
| 2. Chirurgie néfaste | Aggravation de la pathologie non infectieuse (Crohn) |
| 3. Dissémination tumorale | Maladie gélatineuse du péritoine (Rupture de Mucocèle) |
| 4. Retard diagnostic grave | Colite ischémique |
| 5. Effets indésirables ATB | Allergie, néphrotoxicité, colite à Clostridium |

Infection digestive ?



Infection digestive ?



Présentation clinique typique

	Tableau typique Infection digestive
Symptômes	Fièvre
	Troubles du transit (diarrhée)
	Douleurs abdominales
	AEG
Examen clinique	Défense, contracture
	État de choc
Biologie	Syndrome inflammatoire
Bactériologie	Coproculture, hémoculture

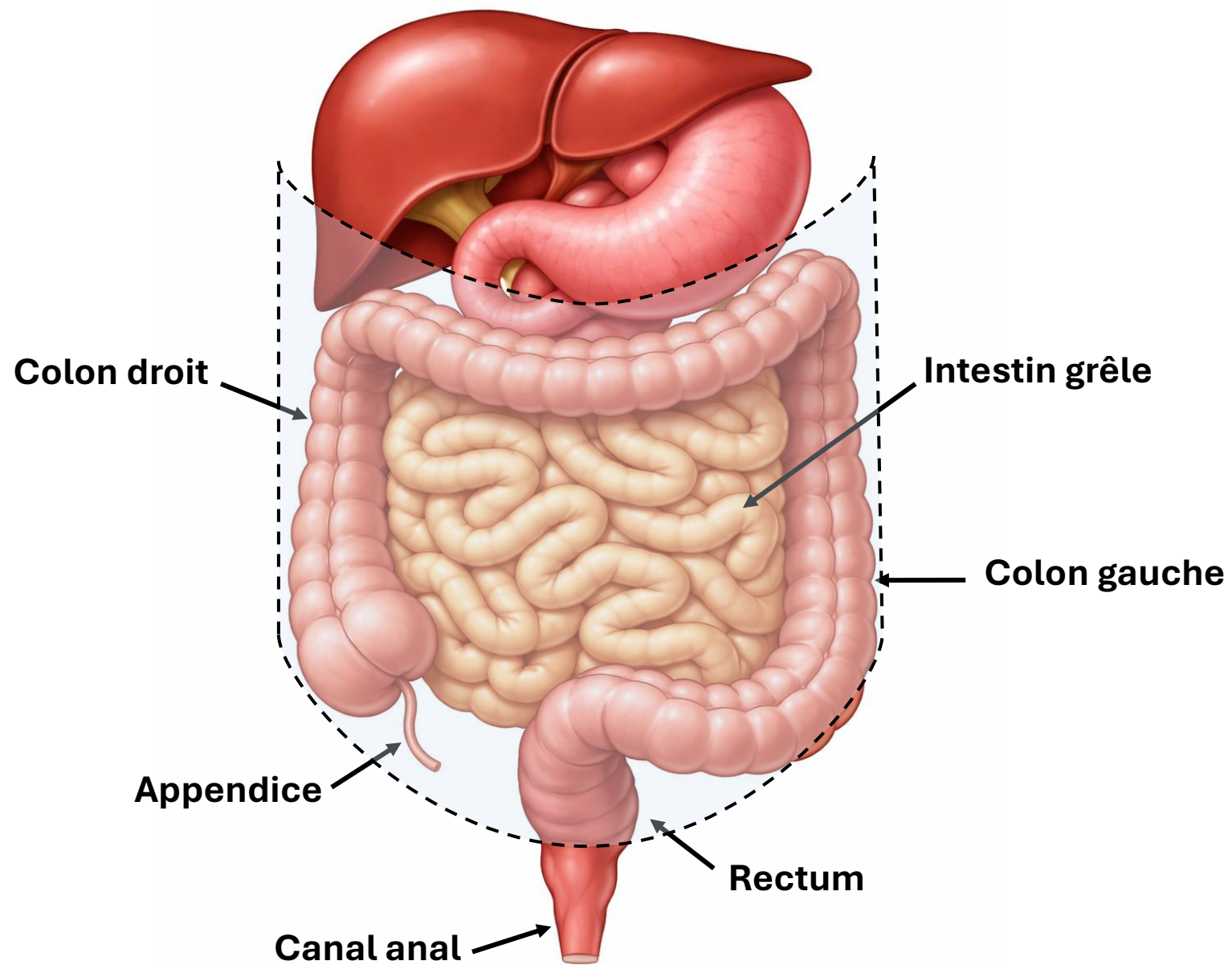
Présentations cliniques

	Tableau typique Infection digestive	Médecine interne	Immunodéprimé/ Oncologie	Patients graves/ Réanimation
Symptômes	Fièvre	X		
	Troubles du transit (diarrhée)			
	Douleurs abdominales			
	AEG		X	
Examen clinique	Défense, contracture			
	État de choc			X
Biologie	Syndrome inflammatoire	X		
Bactériologie	Coproculture, hémoculture			X

Présentation

	Tableau typique	Diagnostics différentiels
Symptômes	Fièvre/ fébricule	Maladie de système
	Troubles du transit (diarrhée)	Maladie inflammatoire, ischémie
	Douleurs abdominales	Occlusion, ischémie mésentérique, coliques...
	AEG	Maladie endocrinologique, oncologique, de système...
Examen clinique	Défense, contracture	Perforation, infection gynécologique
	État de choc	Sepsis non abdominal
Biologie	Syndrome inflammatoire	Maladie de système, pancréatite, autres foyers infectieux
Bactériologie	Hémoculture	Sepsis d'autre origine





Infection intestinale : Éléments sémiologiques

Paroi intestinale

- Épaississement pariétal circonférentiel régulier +/- étendu
- Rehaussement muqueux intense + Œdème sous muqueux

Mésentère et péritoine

- Densification de la graisse adjacente
- Hyperhémie
- Épaississement et rehaussement inflammatoire du péritoine
- Épanchement intra péritonéal libre
- Collection organisée (abcès)
- Pneumopéritoine
- Ganglions mésentériques inflammatoires

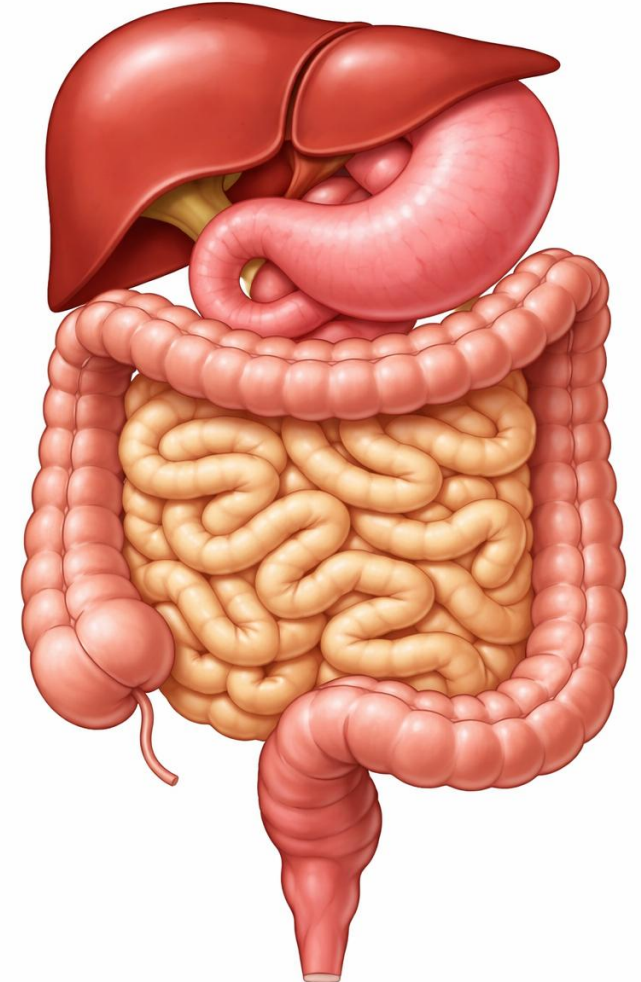
Vaisseaux

- Pyléphlébite



Foie

Abcès +/- aéroportie



Jéjunite infectieuse : Éléments sémiologiques

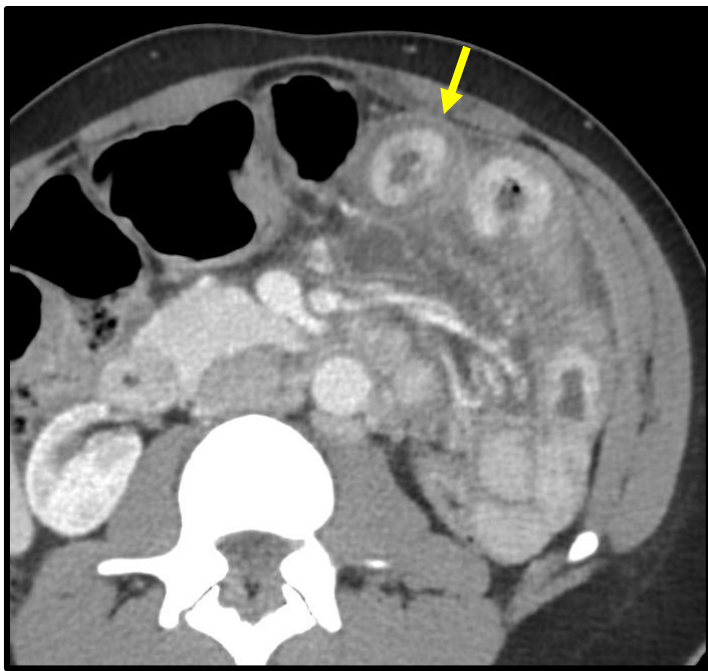
- Épaississement pariétal circonférentiel régulier
- Rehaussement muqueux intense
- Œdème sous muqueux
- **Stratification pariétale conservée**
- Hyperhémie mésentérique
- Densification de la graisse péri-jéjunale (modérée)
- Ganglions mésentériques
- +/- Épanchement intra péritonéal

Mais



Jéjunite infectieuse : Aspect souvent non spécifique

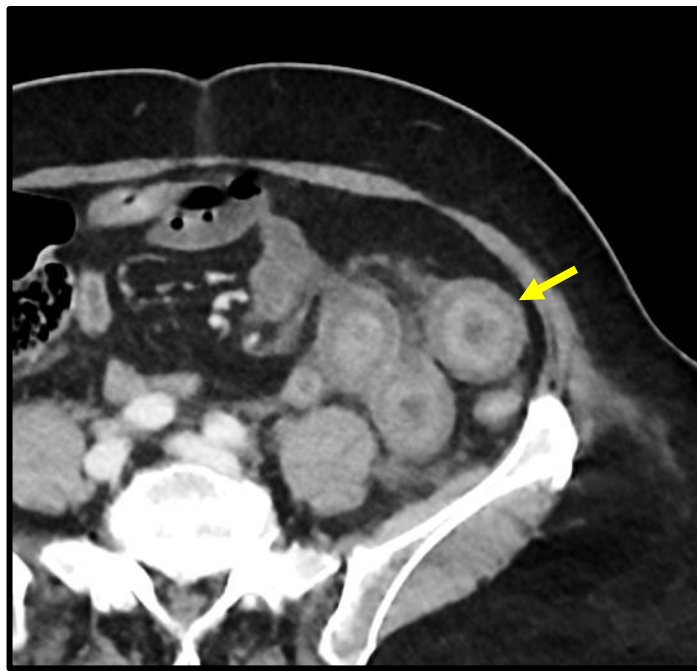
- Épaississement pariétal circonférentiel régulier
 - Rehaussement muqueux intense
 - Œdème sous muqueux
 - Stratification pariétale conservée
 - Hyperhémie mésentérique
 - Densification de la graisse péri-jéjunale (modérée)
 - Ganglions mésentériques
 - +/- Épanchement intra péritonéal
- 
- Inflammatoire Crohn
 - Vascularite
 - Maladie coéliqua compliquée
 - Médicamenteuse
 - Radique
 - Infiltrative
 - Ischémique



Infectieuse

CRP à 25 puis 75 puis

473 mg/l en 48h



Vascularite à IgA

- **Purpura cutanée**
- CRP 34 mg/L
- **Ac antinucléaire**
positif 1/80



Crohn

- **Crohn connu et traité**
- CRP à 0,8 mg/l
- **Atteinte asymétrique** (↖)
- **Sténose + rétrodilataion**

Carrefour iléo-cæcal : Éléments sémiologiques

Densification de
la graisse

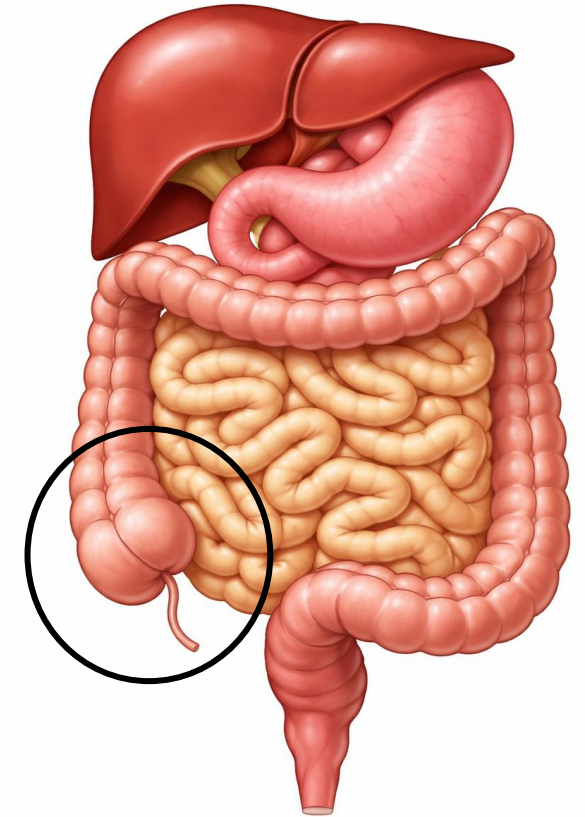
Épanchement
intra-péritonéal

Abcès

Épaississement
pariétal
Caecum, grêle

Gaz extra-digestif

Appendice distendu à
parois épaissies



Appendicite aiguë

Tableau clinique

- Fièvre modérée (**absente au début**)
- Douleurs à début péri-ombilical ou épigastrique puis migration en fosse iliaque droite (FID)
- Anorexie
- Nausées +/- vomissements
- Constipation ou diarrhée (appendice pelvien)
- Psoïtis (rétrocaecal)

Tableau complet moins de 50–60 % des cas

Examen clinique

- Signes d'irritation péritonéale
 - › De Mac Burney
 - › De Rovsing
 - › De Blumberg
- Sensibilité, défense ou contracture

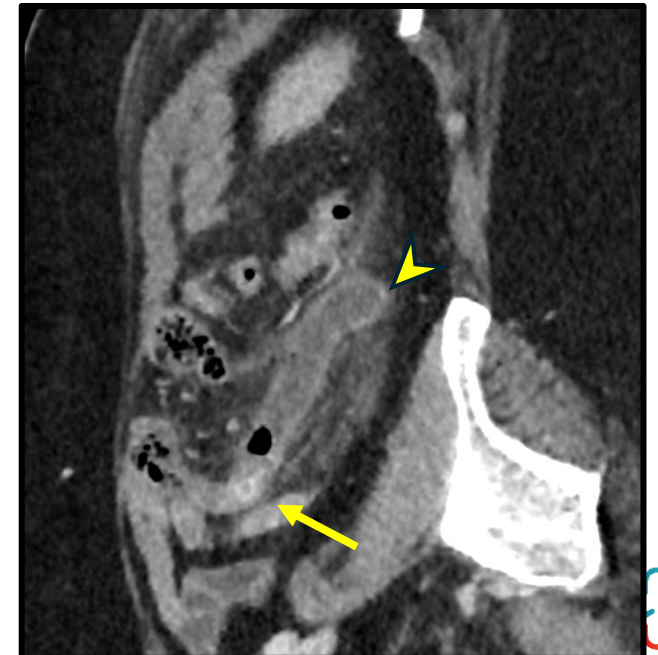
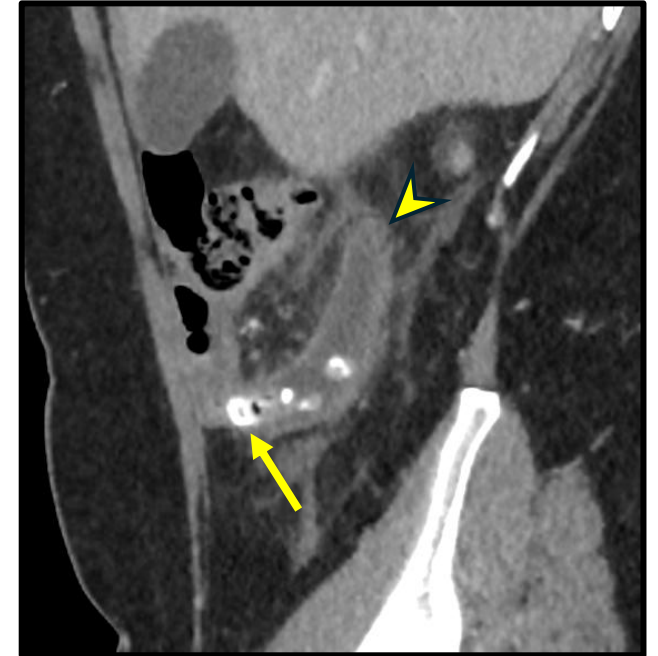
Biologie

- Hyperleucocytose fréquente
- CRP +/- élevée (**normale au début**)

Appendicite aiguë

Forme simple

- **Distension appendiculaire ≥ 8 mm**
- Épaississement pariétal appendiculaire
- **Densification de la graisse péri-appendiculaire**
- Lame d'épanchement
- Contenu liquidien (non aérique)
- +/- **Stercolithe obstructif**
- +/- Iléite terminale réactionnelle

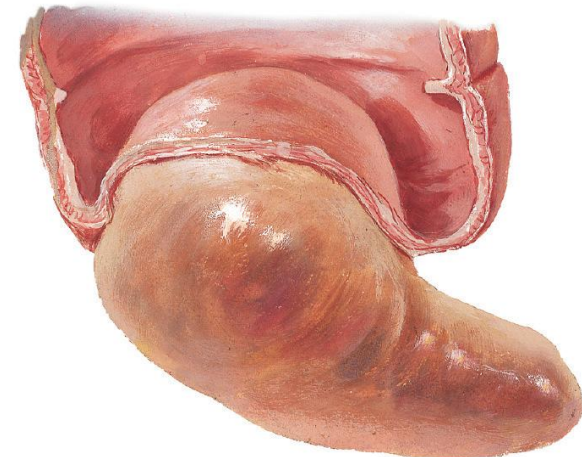
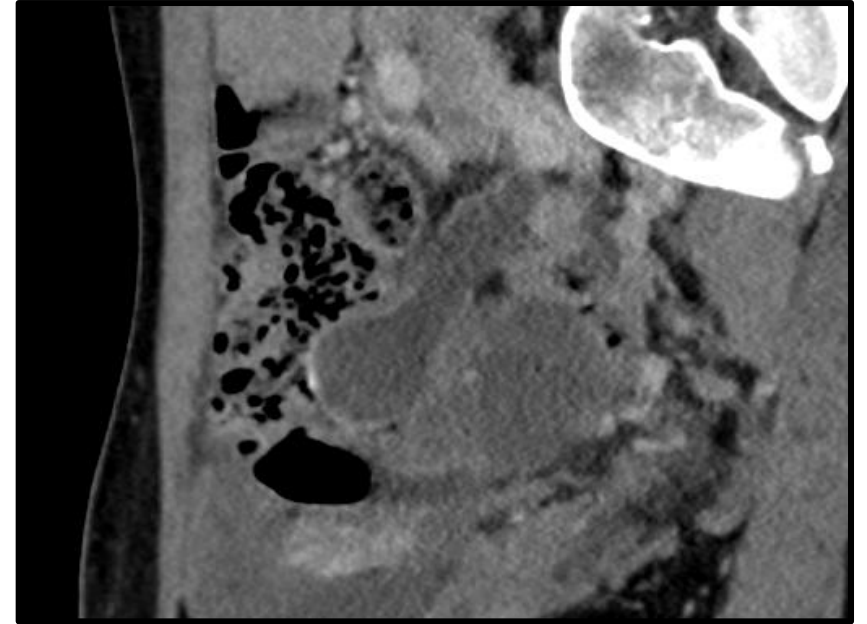


Appendicite aiguë : Diagnostics différentiels

	Infection digestive	Traitement médical	Chirurgie adaptée
Appendicite infectieuse	Oui	Couverture ATB	Oui
Mucocèle	Non	Non	Appendicectomie prudente
Diverticulite	Oui	Oui	Non
Appendagite	Non	Oui	Non
Appendicite réactionnelle	Secondaire	Oui	Non
Adénite mésentérique	Secondaire	Oui	Non
Iléite Inflammatoire	Non	Oui	Non
Iléite infectieuse	Oui	Oui	Non

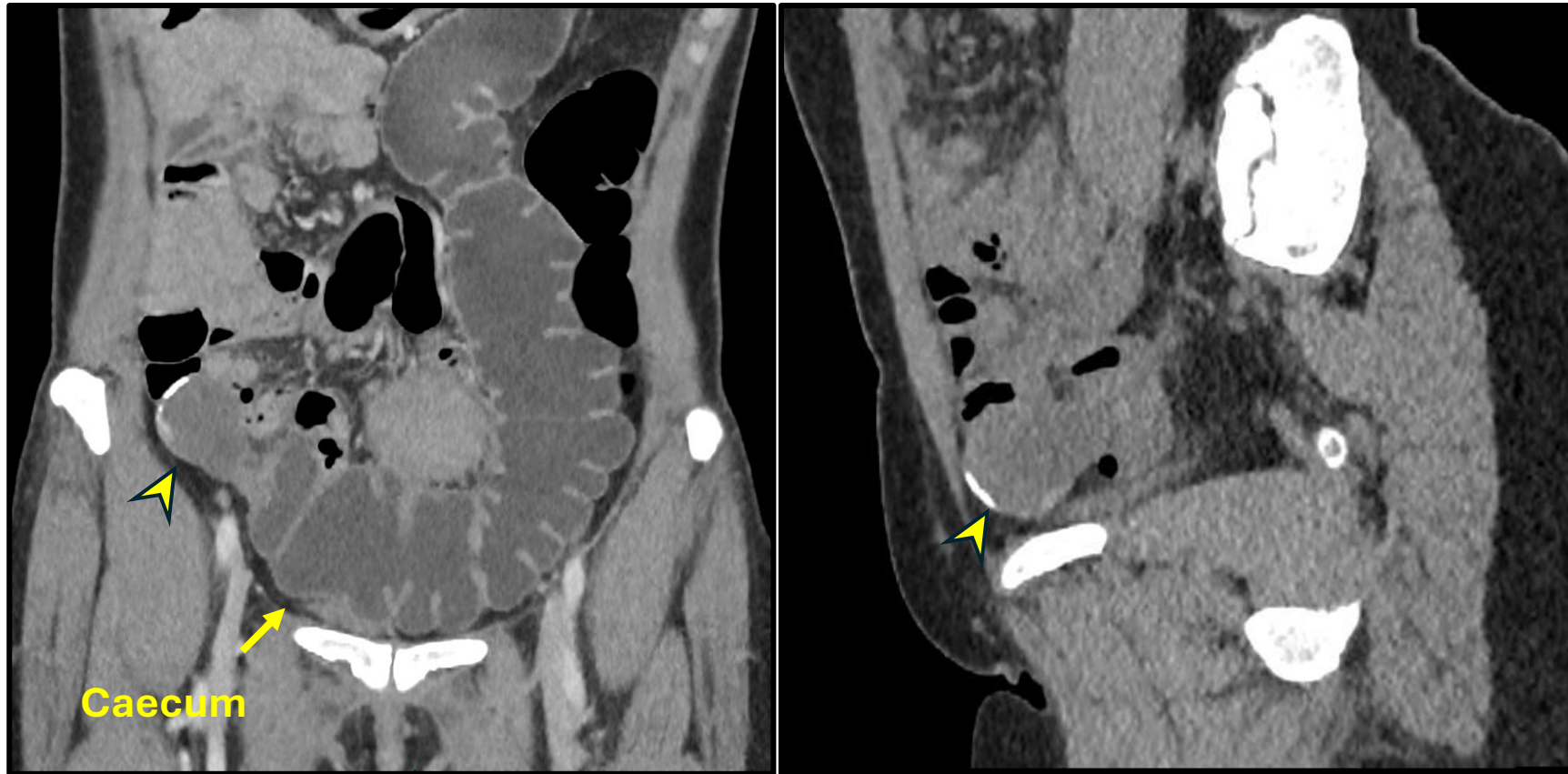
1. Mucocèle appendiculaire

- Appendice augmenté de volume (**au moins en partie**), de **contenu liquidien mucineux**, avec des parois rehaussées avec parfois une **calcification pariétale très évocatrice**
- Généralement pas de stercolithe obstructif
- **Intégrité de la graisse péri-appendiculaire**
- Attention en cas d'épanchement : possible rupture !!!



Appendicite aiguë : Diagnostics différentiels

1. Mucoécèle appendiculaire



1. Mucoécèle appendiculaire: Cas clinique

Observation :

Patient âgé de **27 ans**

Douleurs abdominales du flanc droit depuis 2 jours,

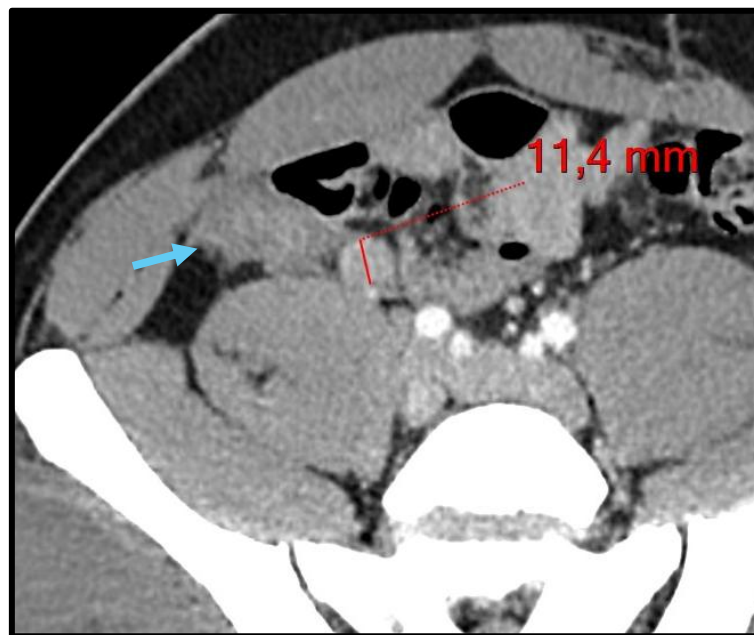
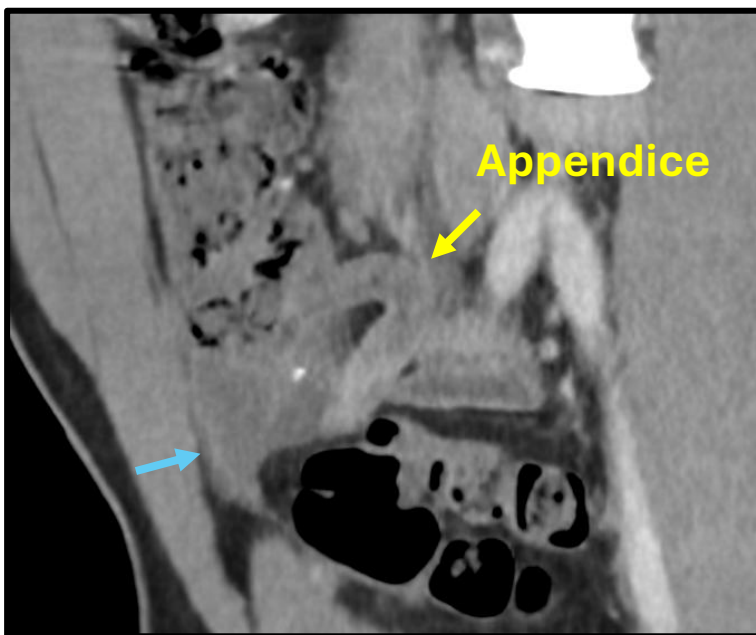
Pas de nausées ni vomissement ni de **fièvre**,

A l'examen : Apyrétique, **défense nette en FIDte**

A la biologie : **CRP < 4 mg/L GB à 9130 G/L**

Appendice distendu, à parois épaissies et rehaussées avec infiltration de la graisse avoisinante en rapport avec une appendicite aiguë.

Épanchement péri-appendiculaire en voie d'organisation.



Conclusion préliminaire

Aspect **d'appendicite aiguë** avec épanchement péri-appendiculaire partiellement organisé.

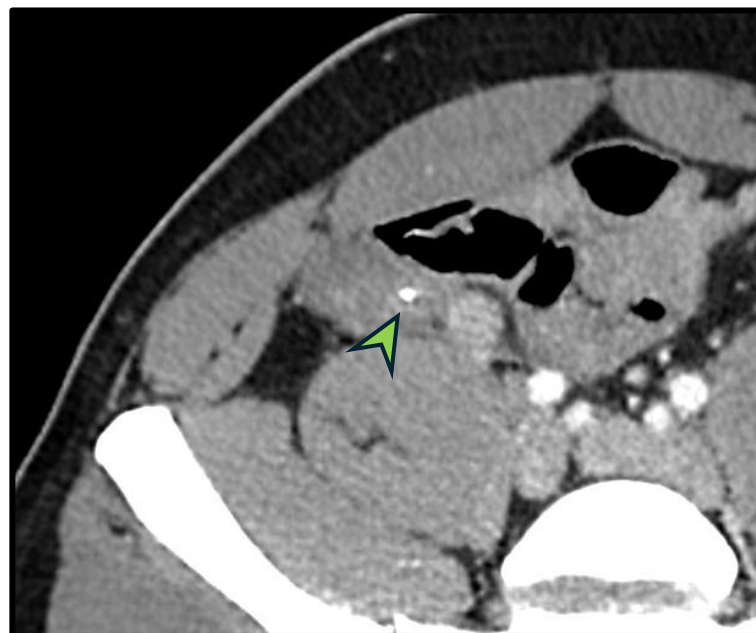
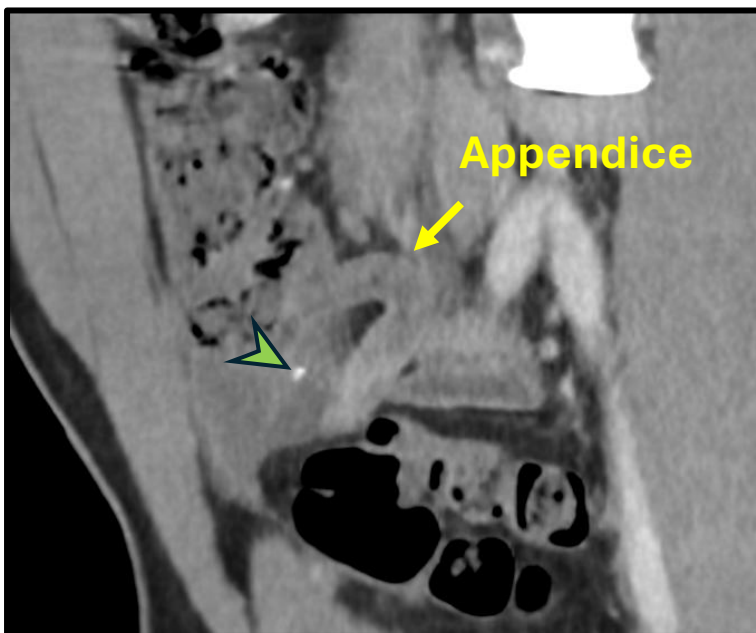
1. Mucocèle appendiculaire: Cas clinique

Lésions observées : on retrouve un appendice en fosse iliaque droite. Celui-ci est augmenté de taille et très peu inflammatoire. La base est saine. On retrouve à la face antérieure de la pointe un aspect mucineux. On retrouvera un épanchement mucineux dans le cul-de-sac de Douglas. Après exploration de la cavité abdominale on retrouvera quelques petites taches blanchâtres sur la coupole droite, sur la capsule hépatique quelques tâches à gauche sur la coupole diaphragmatique.

Diagnostic peropératoire : SUSPICION DE MUCOCELE APPENDICULAIRE ROMPUE.

Index de Sugarbaker PCI = 8

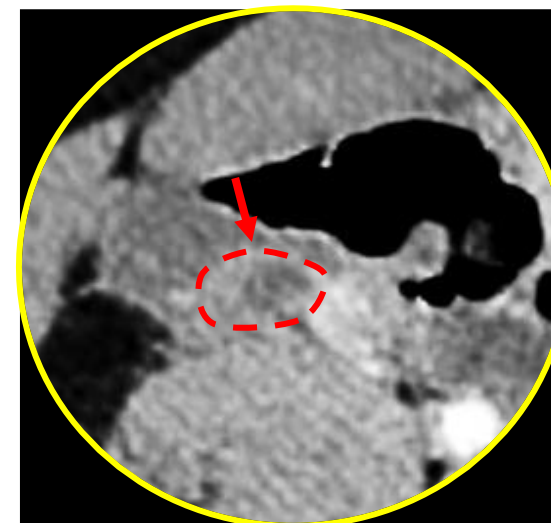
0- central 0	1-hypocondre droit1	2- épigastre 1
3- hypocondre gauche 1	4 -flanc gauche 0	5- fosse iliaque gauche 0
6- pelvis 2	7 -fosse iliaque droite 2	8- flanc droit 1
9- jéjunum proximal 0	10- jéjunum distal 0	11- iléon proximal 0
12- iléon distal 0		



- Appendice épaissie et rehaussé
- Intégrité de la **graisse avoisinante**
- Épanchement péri-appendiculaire **LIBRE.**

Formation liquidienne de la pointe
 appendiculaire siège de **calcifications**
pariétales

- **PAS** de stercolithe appendiculaire



Appendicite aiguë : Diagnostics différentiels

2. Diverticulite droite

Épidémiologie

En Europe : représente ≈ **1 à 5 % des diverticulites**

≠ En Asie : jusqu'à 20–50 % des cas

Profil

Patients jeunes (30–50 ans) avec peu de comorbidités

Tableau

Douleur en **FID**, installation **progressive**

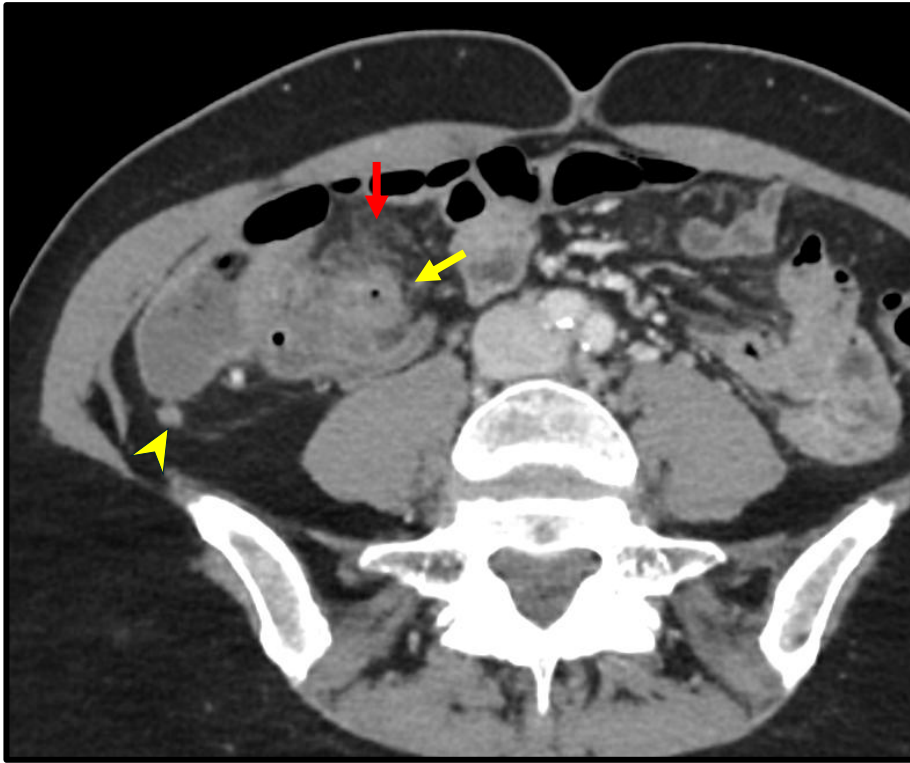
Fièvre absente ou modérée

Nausées/vomissements

Traitement : Généralement **conservateur** : Repos digestif ± régime, **antalgiques, antibiothérapie**

Appendicite aiguë : Diagnostics différentiels

2. Diverticulite droite



Diverticule pathologique avec parois épaissies (**flèche jaune**)

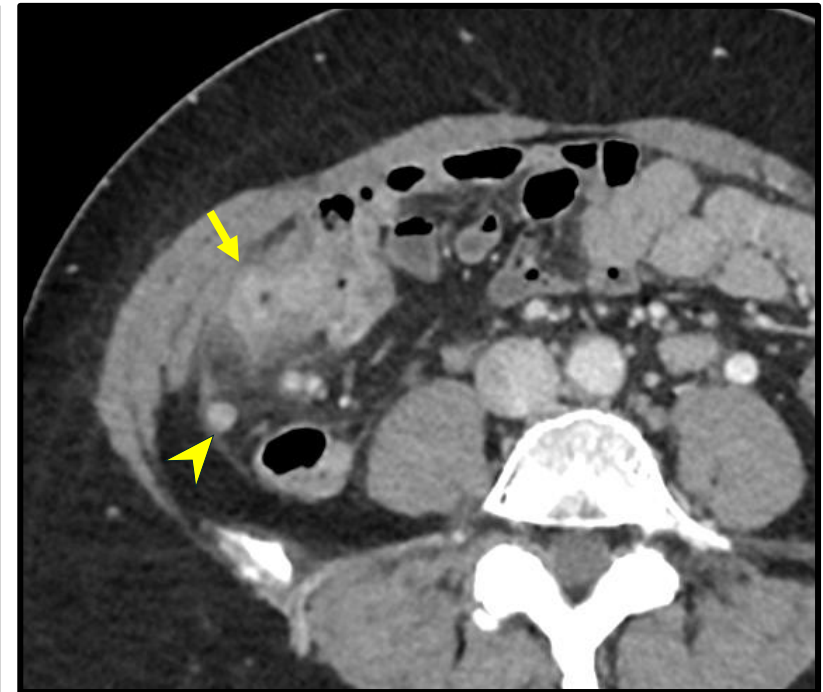
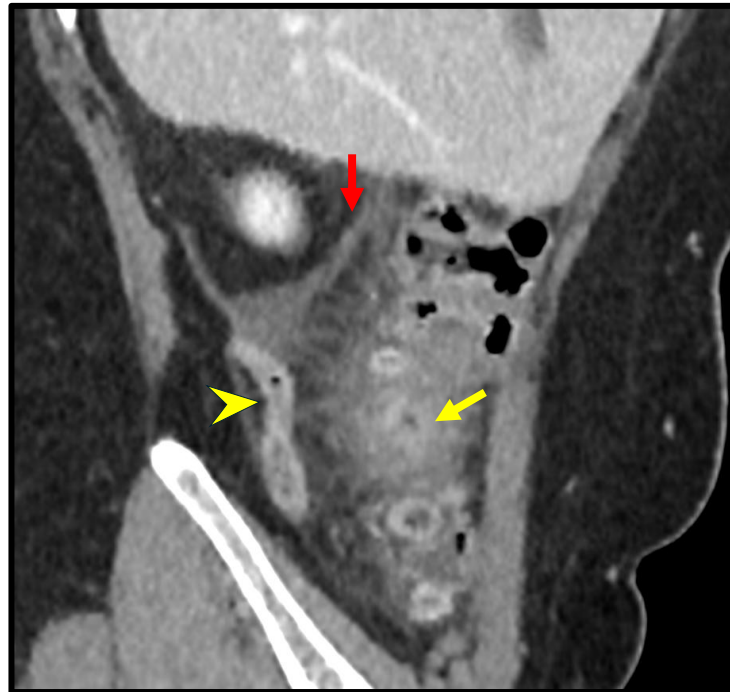
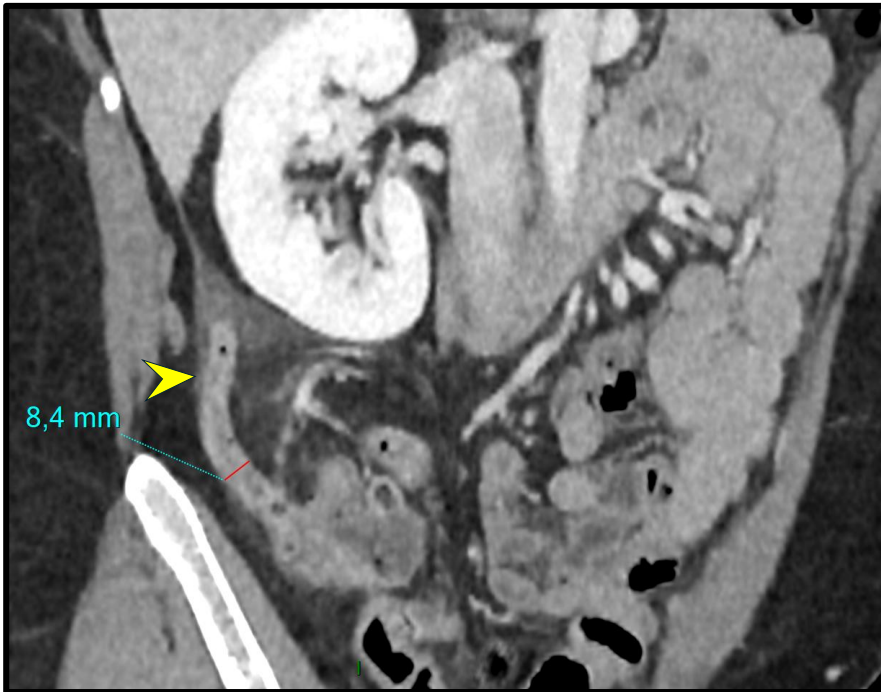
Densification de la graisse péri-diverticulaire (**flèche rouge**)

Dernière anse d'aspect normal

Appendice fin, loin de la densification de la graisse (**tête de flèche**)

Appendicite aiguë : Diagnostics différentiels

2. Diverticulite droite



Diverticule pathologique avec parois épaissies (**flèche jaune**)

Densification de la graisse péri-diverticulaire mais étendue en sous hépatique (**flèche rouge**)

Appendice diamètre limite **MAIS** à parois fines, aéré (**tête de flèche**)

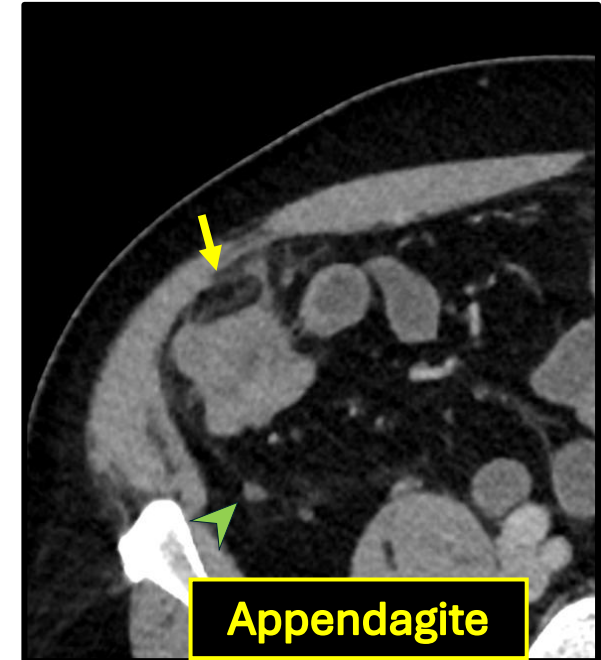
Appendicite aiguë : Diagnostics différentiels

3. Appendagite caecale

- Torsion d'une frange épiploïque péri-colique
- Touche par ordre de fréquence:
 - sigmoïde
 - colon gauche
 - colon droit

Aspect :

- Masse ovale ou fusiforme de densité graisseuse de 1 à 4 cm avec **aspect en "navette"**,
- Thrombose de la veine centrale "**central dot sign**"
- Accolée à la paroi **anti-mésocolique** du colon
- Intégrité de la paroi colique en regard

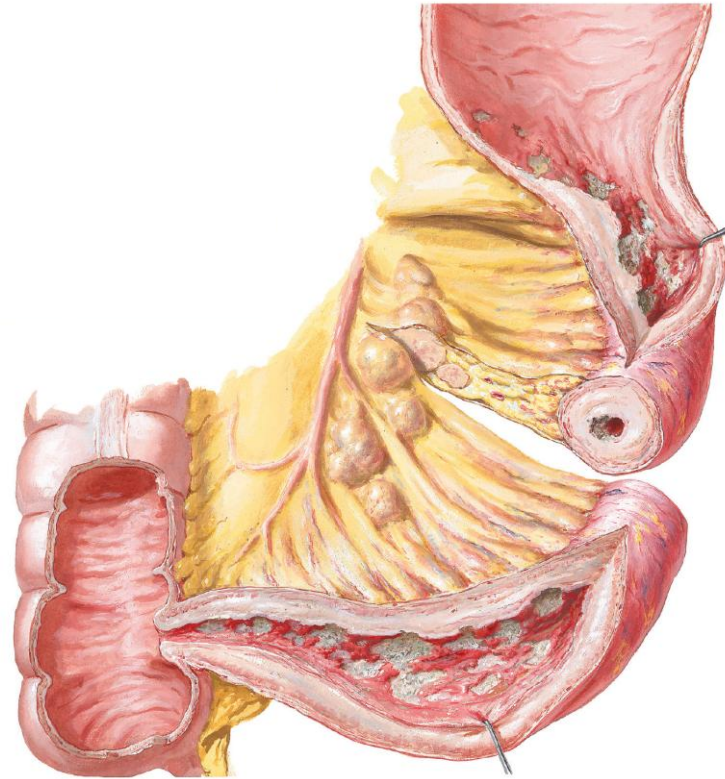


Douleurs brutales en fosse iliaque droite depuis deux jours sans fièvre avec défense.

CRP à 15 mg/L et GB à 7630

Appendicite aiguë : Diagnostics différentiels

4. Iléite terminale inflammatoire



4. Iléite terminale: Cas clinique 1

Observation des urgences :

Patient âgé de 47 ans,

Réveillé à 3h du matin par une douleur abdominale droite.

Consultation médecin dans la matinée prescription :

- Analyse de sang (**CRP à 12 mg/L et GB à 17000**)
- Échographie : **formation de 31 mm de grand axe en FID**. Lithiases vésiculaires non compliquées.

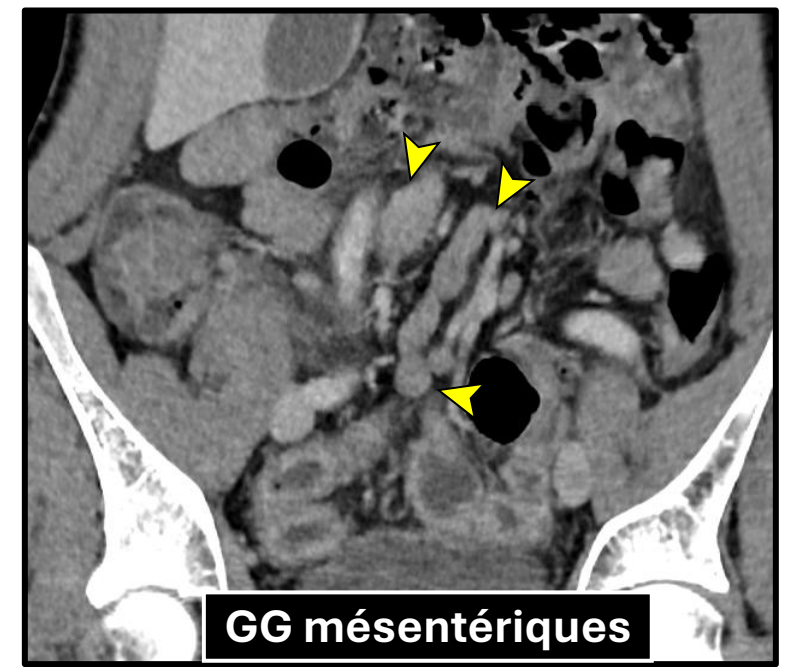
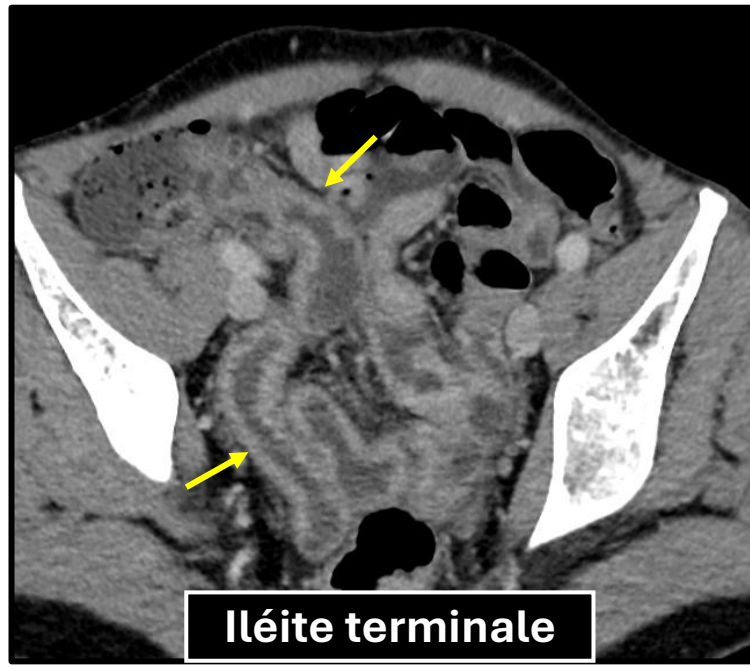
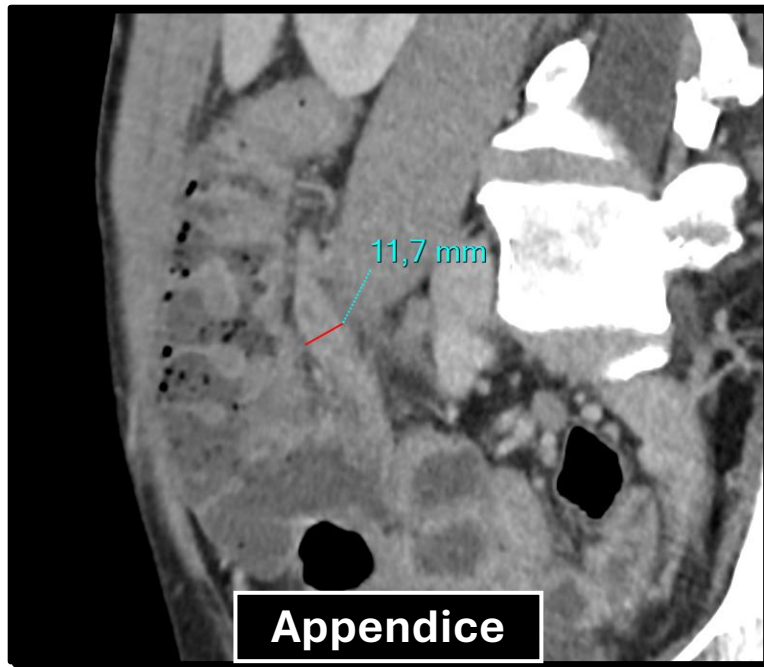
Aux vues de ces résultats, le patient est adressé au SAU par son médecin.

Examen digestif :

- Abdomen souple, dépressible
- **Douleur** à la palpation de la **FID** au point de **Mac Burney** sans défense
- **Douleur augmentée à la flexion de hanche : psoïtis.**
- BHA +

**Demande de scanner abdominopelvien
pour suspicion d'appendicite aiguë.**

Biologie: **CRP = 36,4 mg/L, GB = 12550.** Le reste sans anomalie



Résultat :

Appendice en position rétro-caecale, augmenté de volume, estimée à **10 mm de diamètre**, avec des parois hyperémiques, une infiltration de la graisse péri-appendiculaire.

Pas de signe de perforation ni de collection au pourtour.

Pas d'épanchement ou collection intra-péritonéale.

Multiples formations ganglionnaires méésentériques.

Épaississement pariétal de la dernière anse iléale.

Conclusion préliminaire

Aspect TDM en faveur d'une **appendicite aiguë sans signe de complication.**

4. Iléite terminale: Cas clinique 1

Observation de gastro-entérologie :

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Depuis l'enfance ballonnements et coliques. Depuis 2 ans selles liquides-molles. fecalogramme fait il y a 2 ans normale.

A réalisé coloscopie et EOGD il y a quelques années. Coloscopie normale et fibroscopie ayant trouvée un reflux.

Histoire récente :

Patient qui présente un amaigrissement de 15 kg en 3 mois.

La nuit du 25 au 26 septembre, le patient a été réveillé à 3h du matin par une douleur abdominale droite.

Consultation médecin dans la matinée : prescription analyse de sang + échographie doppler abdominale

A l'échographie : formation de 31 mm de grand axe en FID. Lithiases vésiculaires non compliquées.

Aux vues de ces résultats, le patient est adressé au SAU par son médecin.

GB = 17000 CRP = 12,2

Nouvelle bio au urgences :

CRP = 36,4 GB = 12550

le reste nl

Conclusion :

Aspect TDM en faveur d'une appendicite aiguë sans signe de complication

Mais après une 2 relecture du scanner le diagnostic d'une iléite terminale et appendecite secondaire.

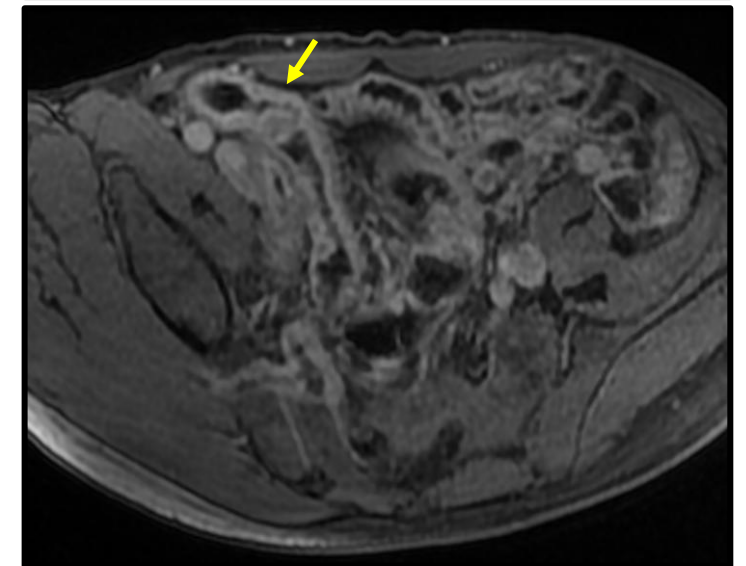
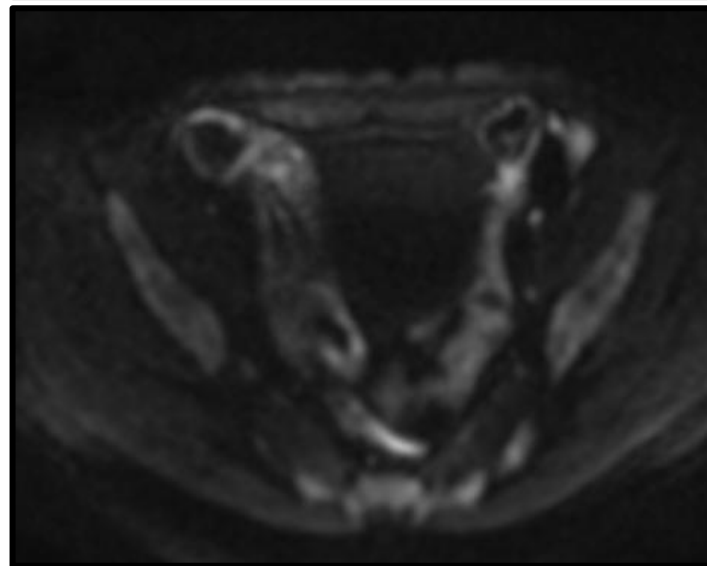
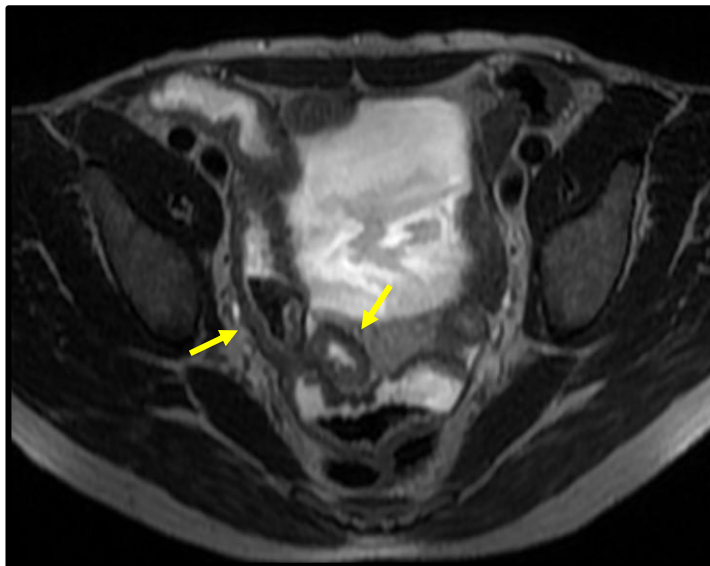
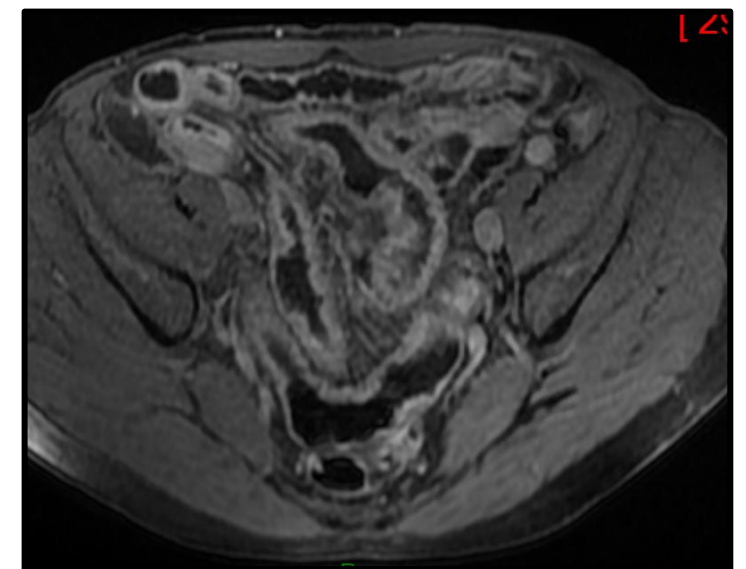
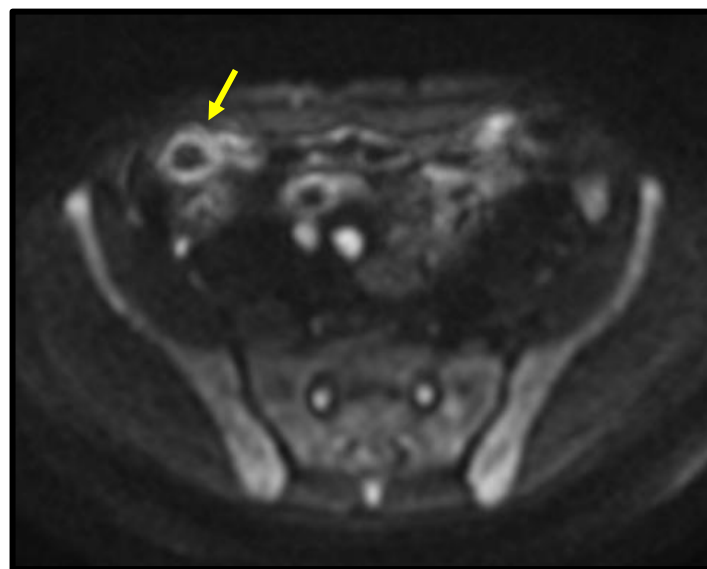
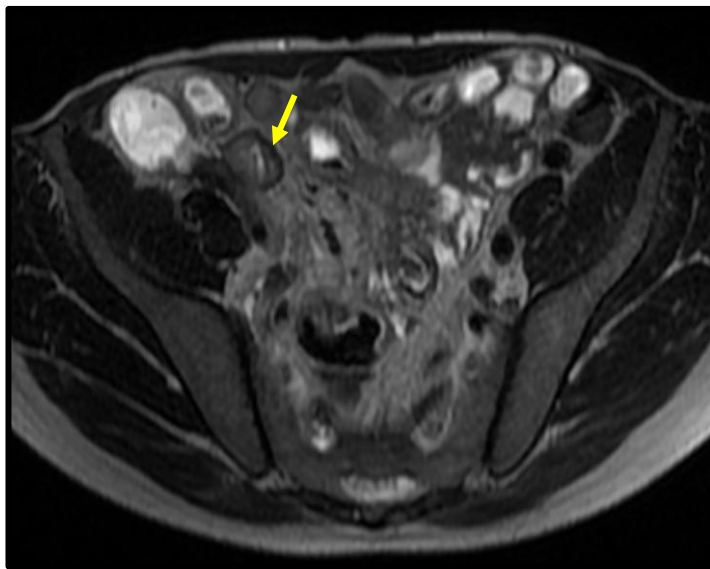
Hospitalisé en gastro pour suite de la prise en charge.

Conduite à tenir

Eliminer les autres causes d'iléite terminale.

Coloscopie et FOGD,enteroscanner.

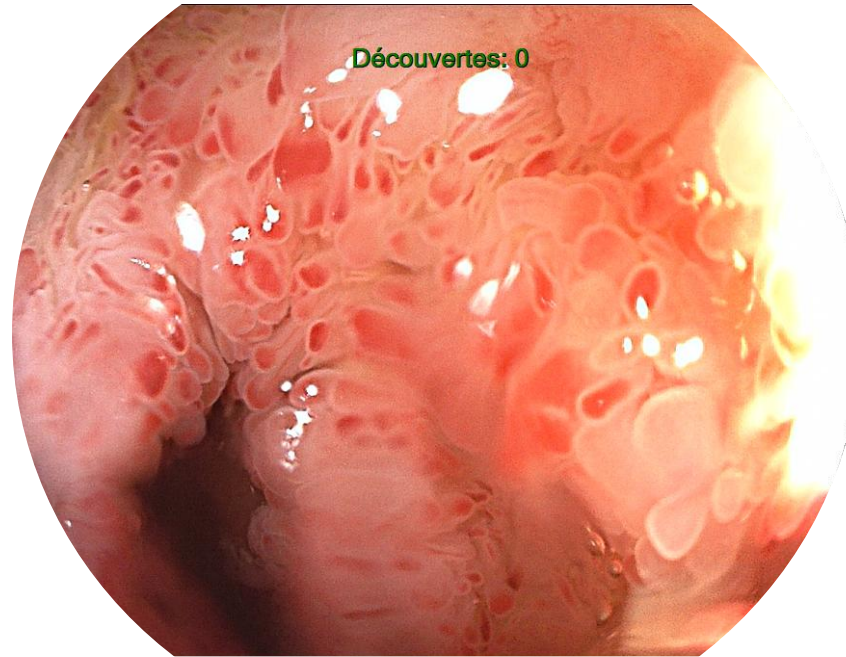
Antibiothérapie.



Conclusion :

Iléite active non sténosante étendue sur plus de 30 cm, sans complication.

Appendicite vraisemblablement inflammatoire.

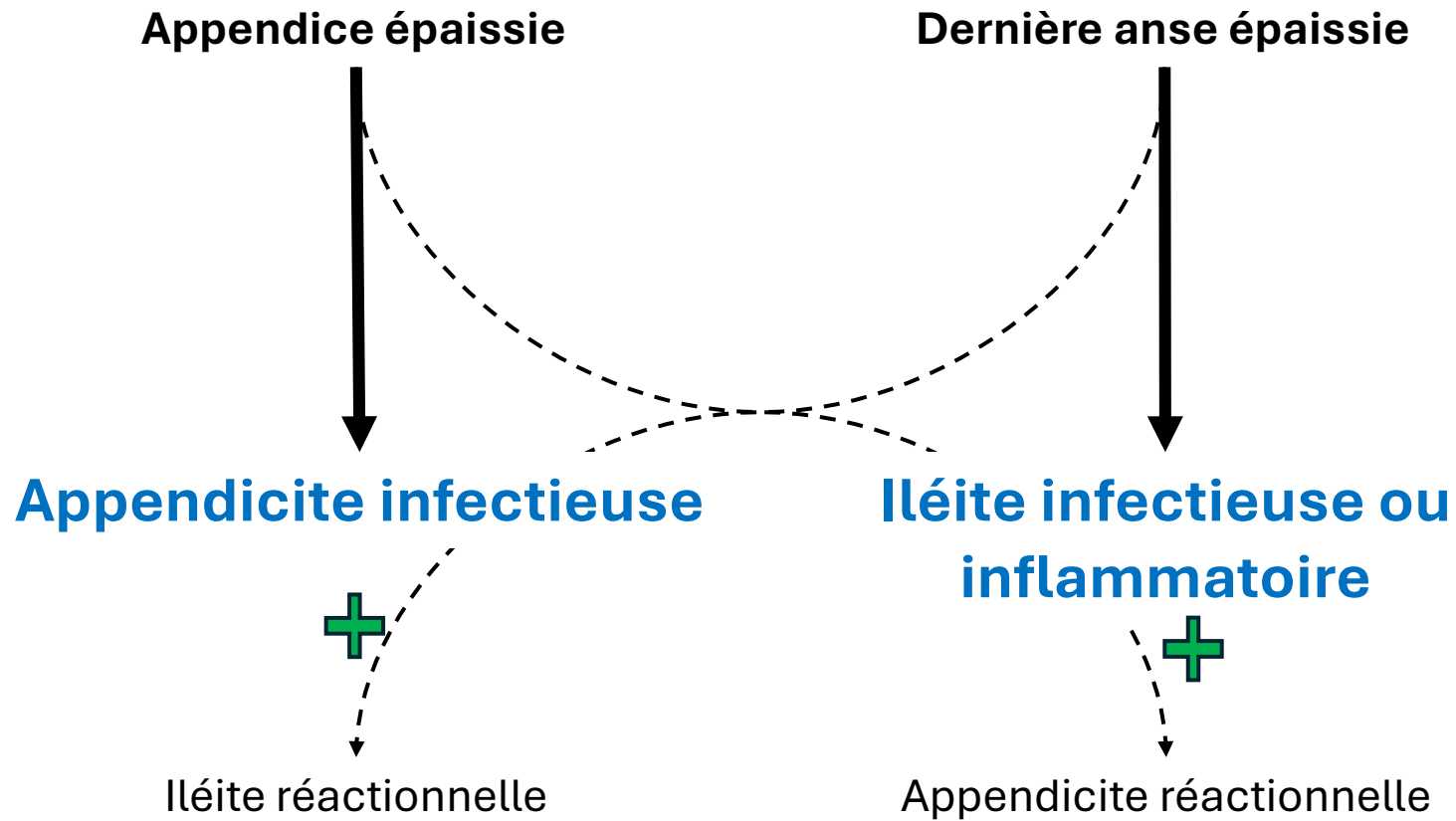


Aspect remanié de l'iléon terminal examiné sur 10 cm avec alternance de villosités congestives, hypertrophiques et érythémateuse et des plages de muqueuse où il existe un aspect décapé, avec disparition des villosités, en phase de cicatrisation. Plages ulcérées de 30 mm: pot1.

En revanche: colon normal sur toute sa hauteur en dehors d'un rectum légèrement érythémateux mais non ulcéré: pot 2.

> Aspect compatible avec une maladie de crohn iléale terminale.

« Appendicite septique » Vs « Iléite de Crohn »



« Appendicite septique » Vs « Iléite de Crohn »

Contexte

- Début **aigu** brutal (< 48 h)
- Douleurs initialement épigastrique (jeunes)
- Pas d'antécédents de troubles du transit
- CRP/leuco subnormales ou élevées selon le début et la forme (simple ou compliquée)

- Douleurs **chroniques** ou **récurrentes**
- **Troubles du transit chronique** avec diarrhée
- **Amaigrissement** récent
- Syndrome inflammatoire avec **CRP élevée**

« Appendicite septique » Vs « Iléite de Crohn »

Imagerie

Appendice pathologique (élément dominant)

- Diamètre > 7 mm
- Paroi appendiculaire épaissie avec rehaussement muqueux intense
- Contenu appendiculaire liquidien non (peu) aérique
- Stercolithe (fréquent)
- Infiltration de la graisse **centrée sur l'appendice**
- Possible abcès ou phlegmon centré sur l'appendice

Appendice réactionnel

- Taille normale ou **légèrement** augmentée peu significative
- Paroi **modérément** épaissie
- Densification de la graisse **discrète** et excentrée
- Pas de stercolithe obstructif

« Appendicite septique » Vs « Iléite de Crohn »

Imagerie

Iléon terminal réactionnel

- Épaississement pariétal modéré (< 5 mm), régulier, circonférentiel, symétrique
- **Atteinte courte** (< 5–10 cm) du segment au **contact de l'appendice**
- **PAS** d'ulcérations, sténose, signes de fibrose
- **PAS** d'atteinte multi-segmentaire

Iléon terminal pathologique (élément dominant)

- Épaississement pariétal iléal > 5–8 mm
- **Atteinte longue** (> 10–15 cm)
- Stratification murale « **aspect en cible** »
- **Hypervascularisation mésentérique** « peigné »
- Densification de la graisse **centrée sur l'anse**
- Adénomégalies FIDte et mésentériques
- **Atteinte multi-segmentaire** possible
- **Possible fistule, abcès, sténose**

« Appendicite septique » Vs « Iléite de Crohn »

Lésions associées de la maladie de Crohn

Ostéo-articulaires

- Enthésites
- Spondylarthrite axiale
- Sacro-iliite inflammatoire

Digestives associées

- Atteintes coliques segmentaires
- Lésions anopérinéales (fistules, abcès)

Toujours regarder les sacro-iliaques sur un scanner abdomino-pelvien de FID chez le sujet jeune

4. Iléite terminale: Cas clinique 2

Patient âgé de 19 ans

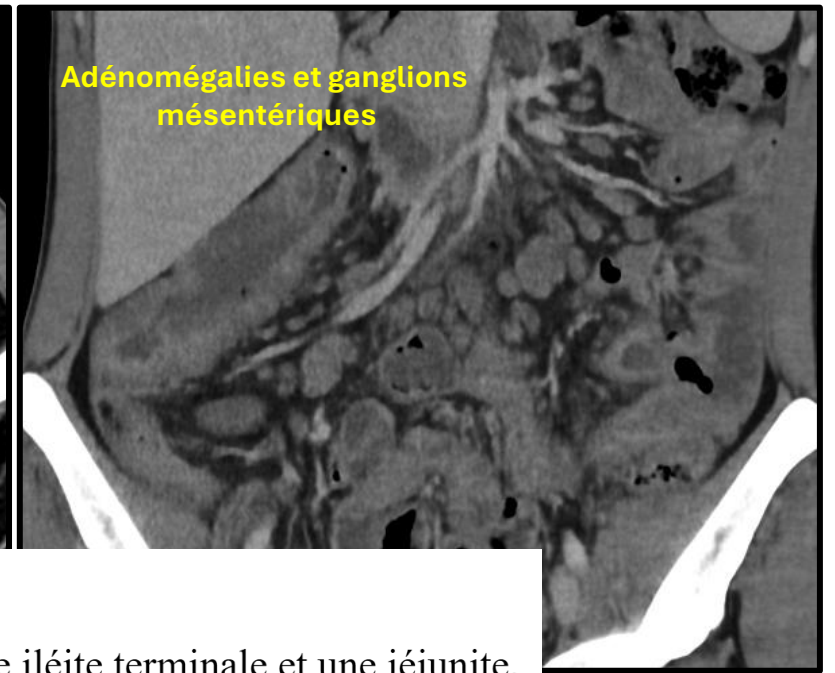
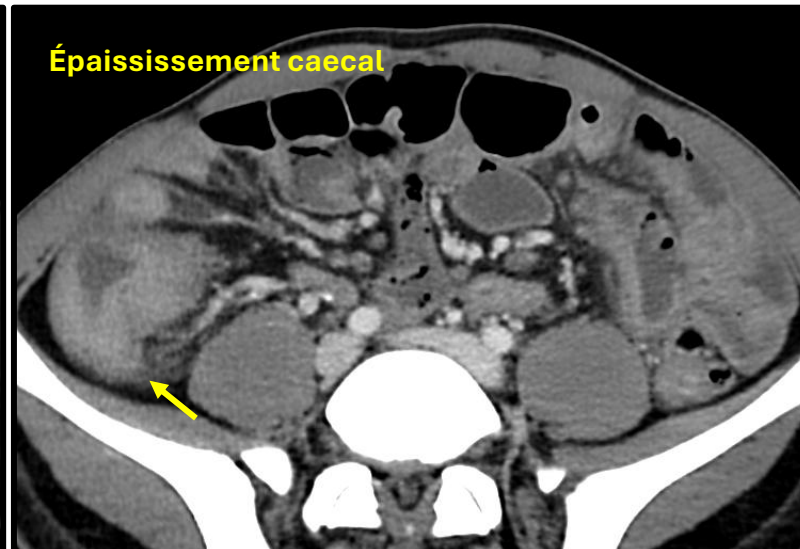
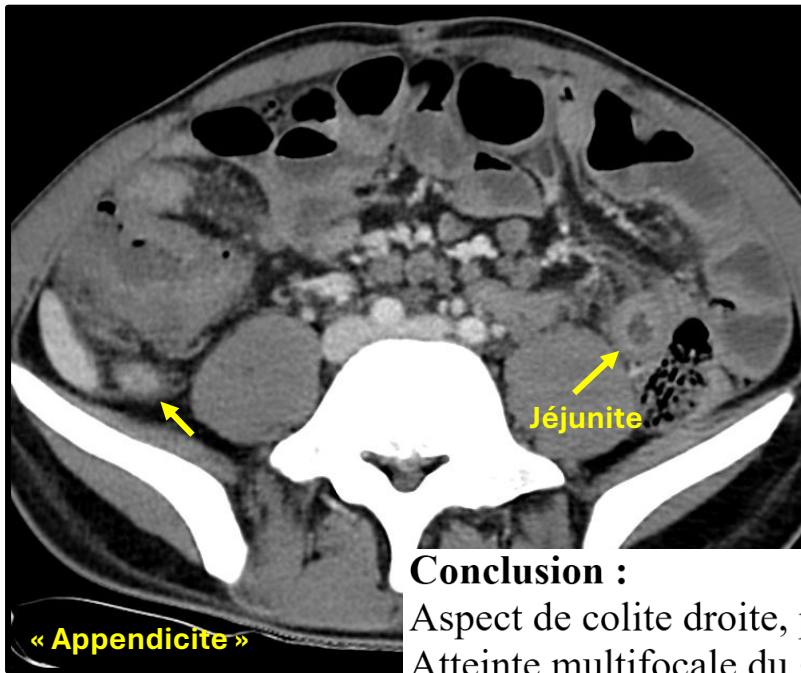
Antécédent de **fissure anale** depuis deux ans.

Altération de l'état général, **perte de 5 kg en une semaine**,

Bilan biologique en ville : **CRP à 70 mg/l et une hypoalbuminémie.**

Pas d'imageries antérieures.

Consulte pour **douleurs abdominales**, **diarrhée** et **douleurs anales.**



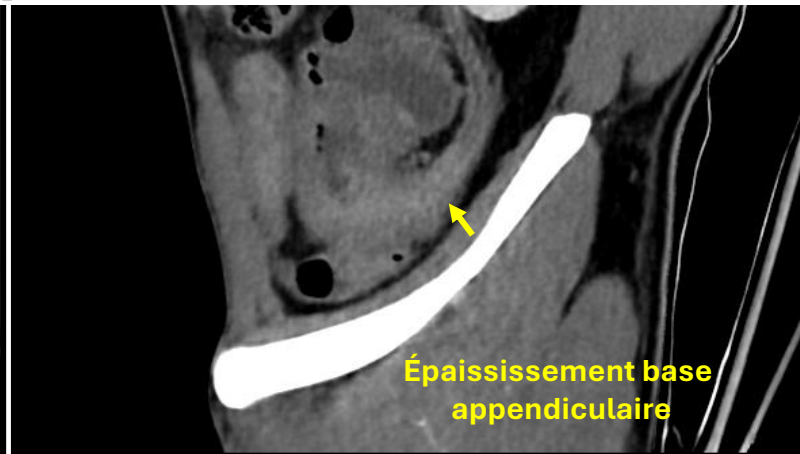
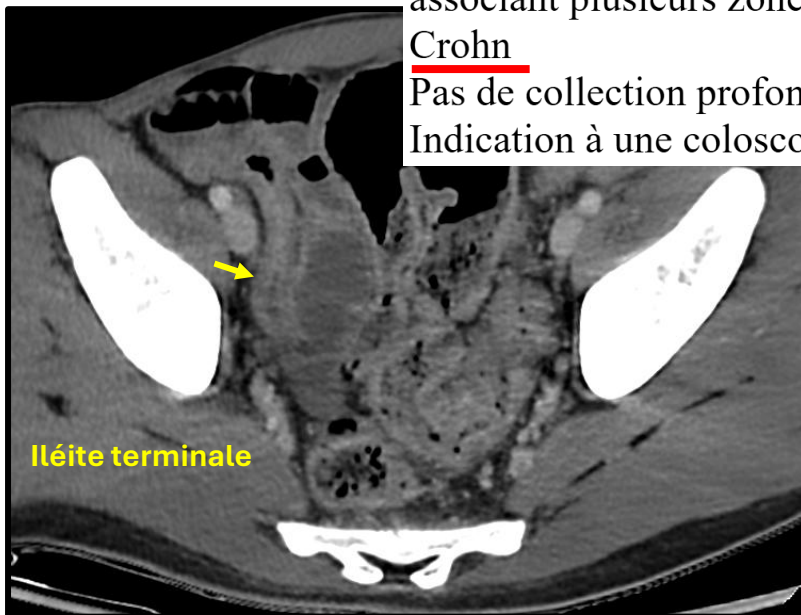
Conclusion :

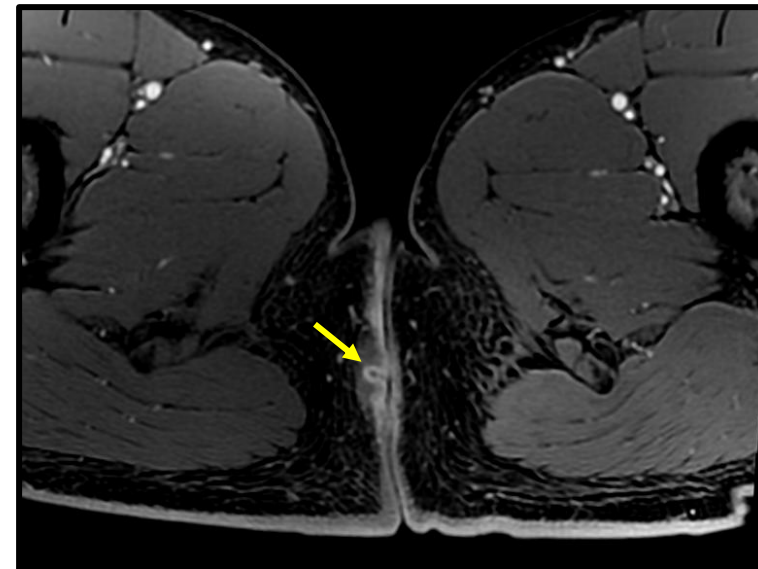
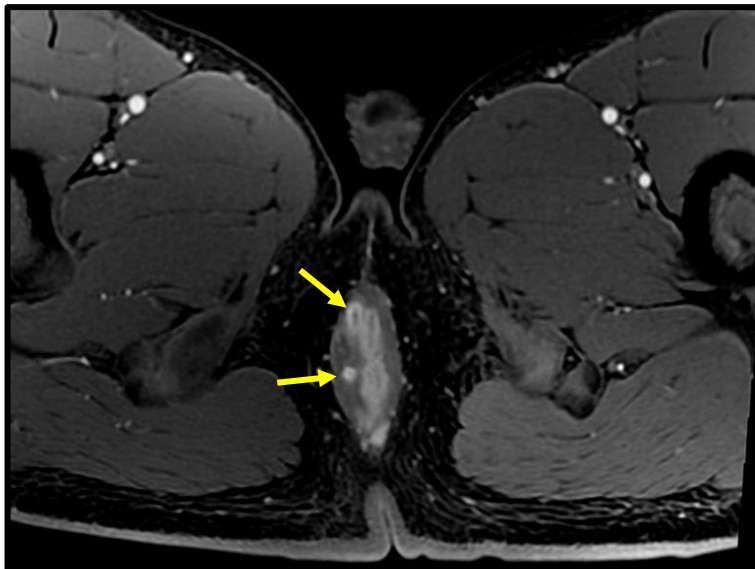
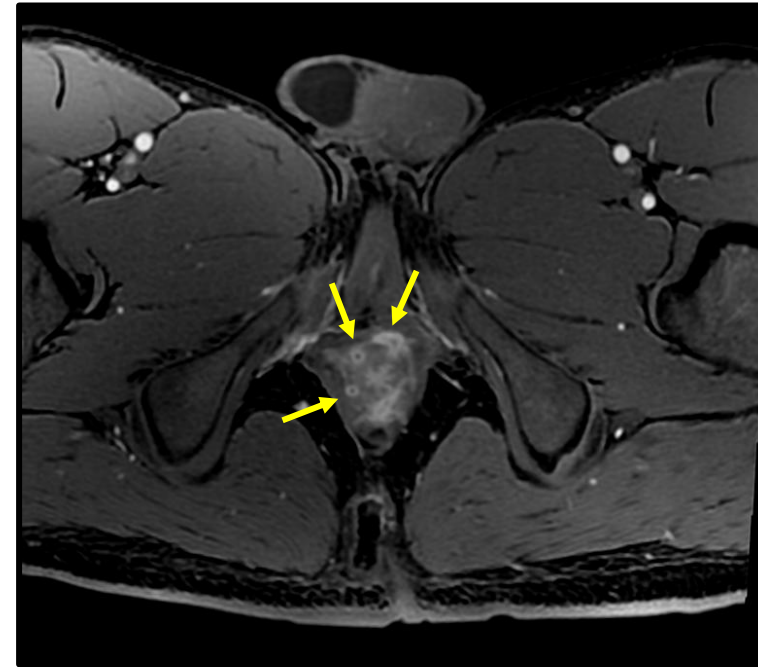
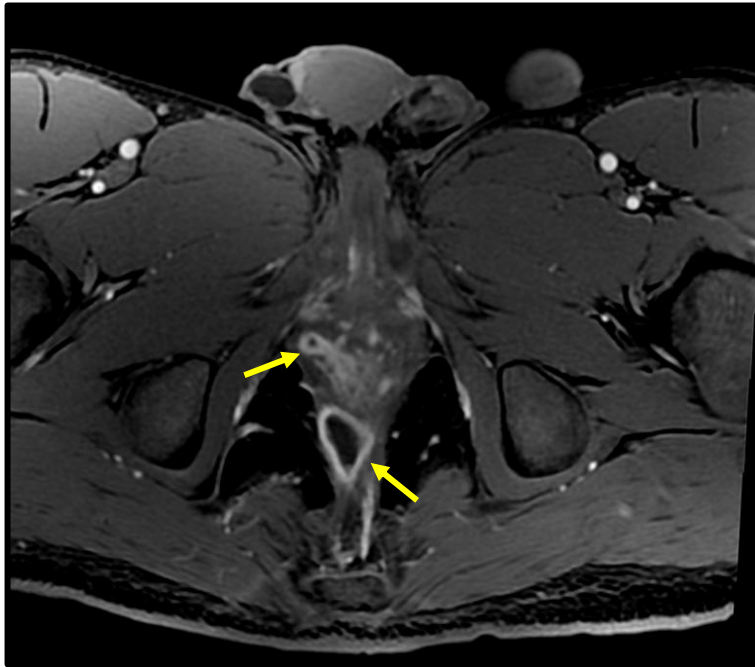
Aspect de colite droite, prédominant sur le cæcum.

Atteinte multifocale du grêle d'aspect inflammatoire, avec notamment une iléite terminale et une jéjunite, associant plusieurs zones de distension, sans franche zone transitionnelle compatible avec une maladie de Crohn

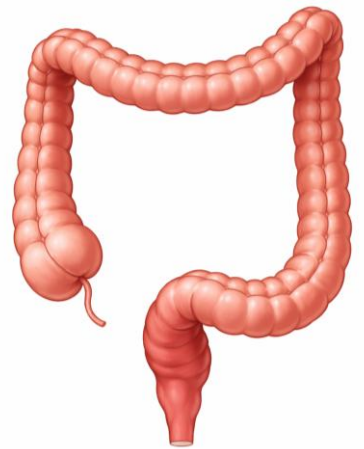
Pas de collection profonde.

Indication à une coloscopie





Colite infectieuse : Éléments sémiologiques



- Épaississement pariétal circonférentiel régulier
- Rehaussement muqueux intense
- Œdème sous muqueux
- **Stratification pariétale conservée**
- **Atteinte droite ou diffuse**
- Densification de la graisse péri-colique (modérée)
- Ganglions mésocoliques et mésentériques
- Épanchement intra péritonéal



Colite : Cas clinique

Prescription scanner 06/11/2025 :

Recherche de **sigmoïdite aiguë** chez une femme âgée de 79 ans présentant une **altération de l'état général depuis 10 jours** associée à une asthénie, une anorexie avec **diarrhée sanglante** et **vomissements** à domicile.

Syndrome inflammatoire biologique associé à une **élévation de la CRP (130 mg/l)** et une **hyperleucocytose**.

< 308 - 165 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:46]

R



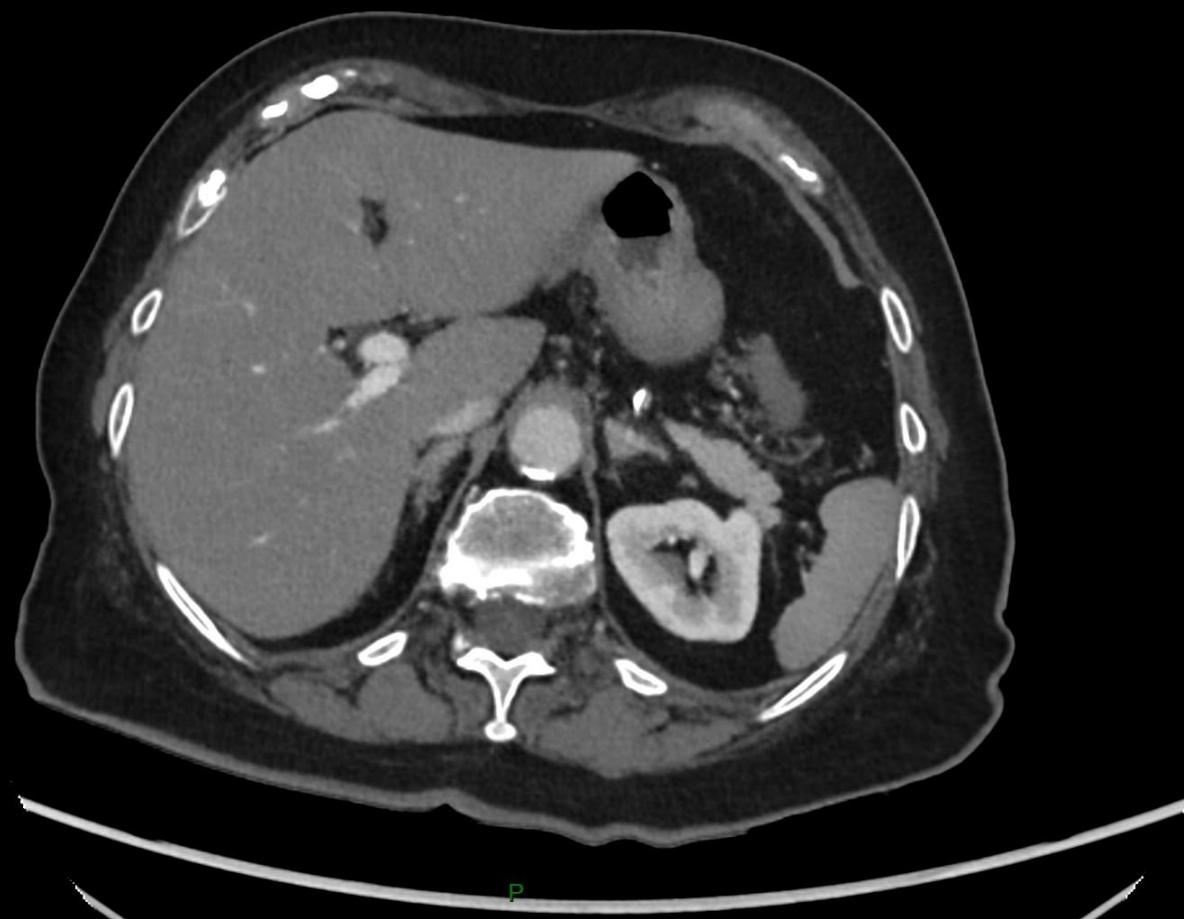
P

< 308 - 168 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:46]

R



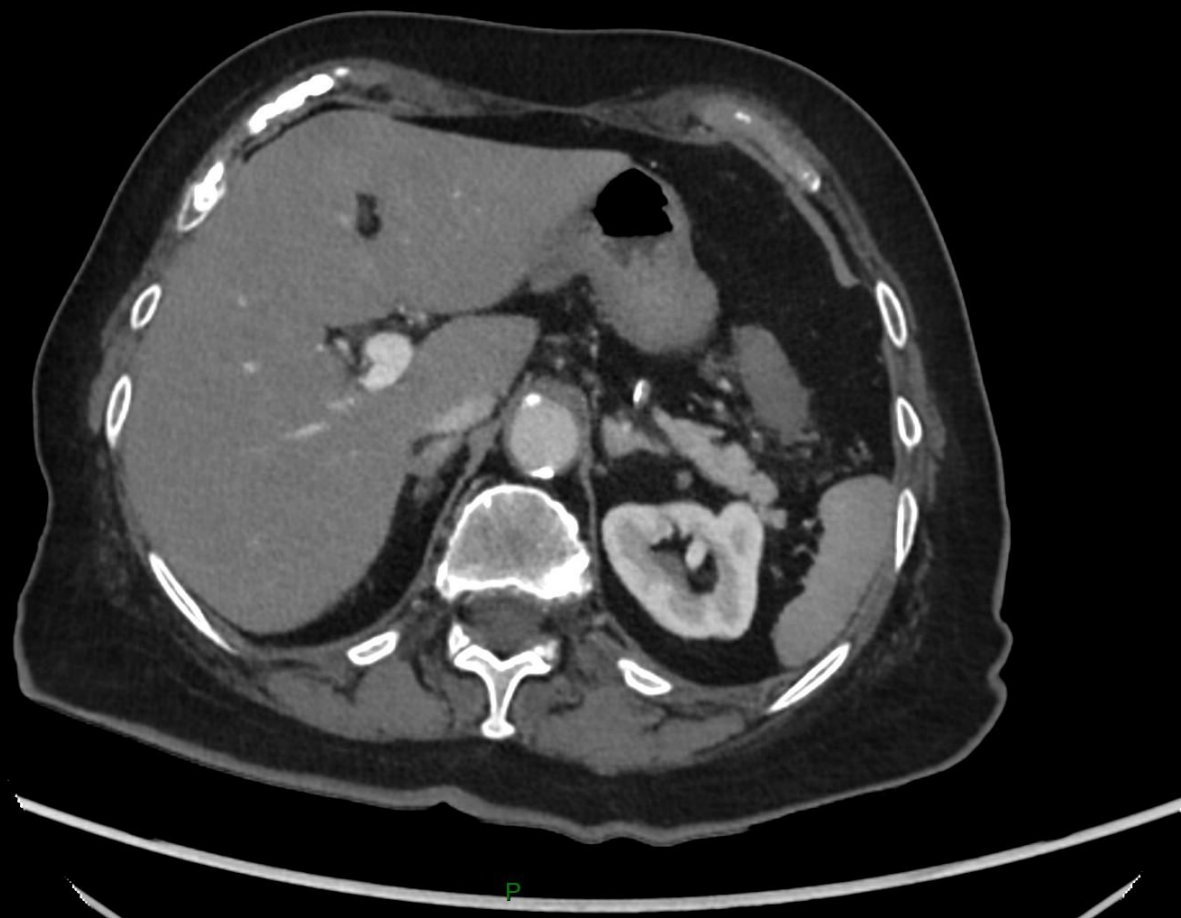
P

< 308 - 171 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:46]

R



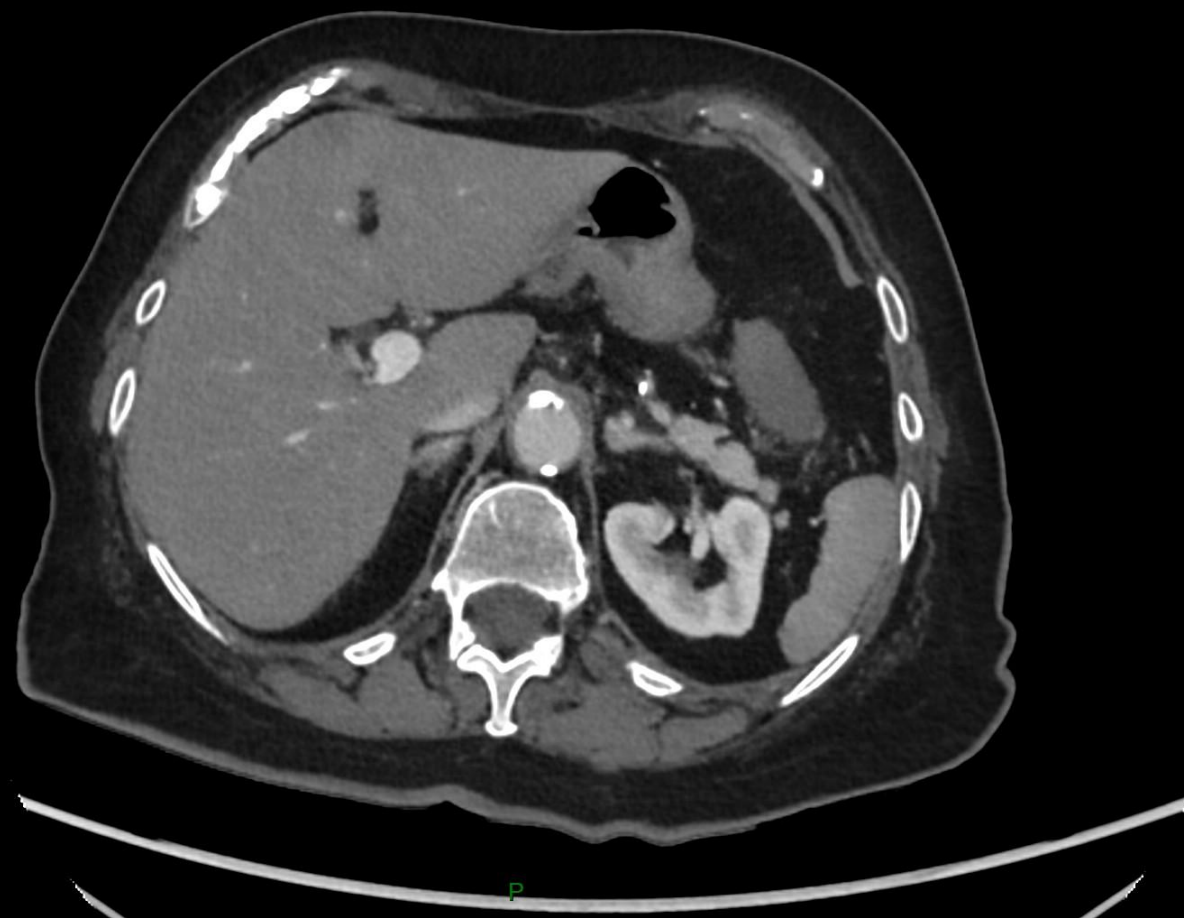
P

< 308 - 174 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:46]

R



P

< 308 - 177 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:46]

R



P

< 308 - 180 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:47]

R



P

< 308 - 189 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:47]

R



P

< 308 - 195 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:47]

R



P

< 308 - 201 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:48]

R



P

< 308 - 207 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:48]

R



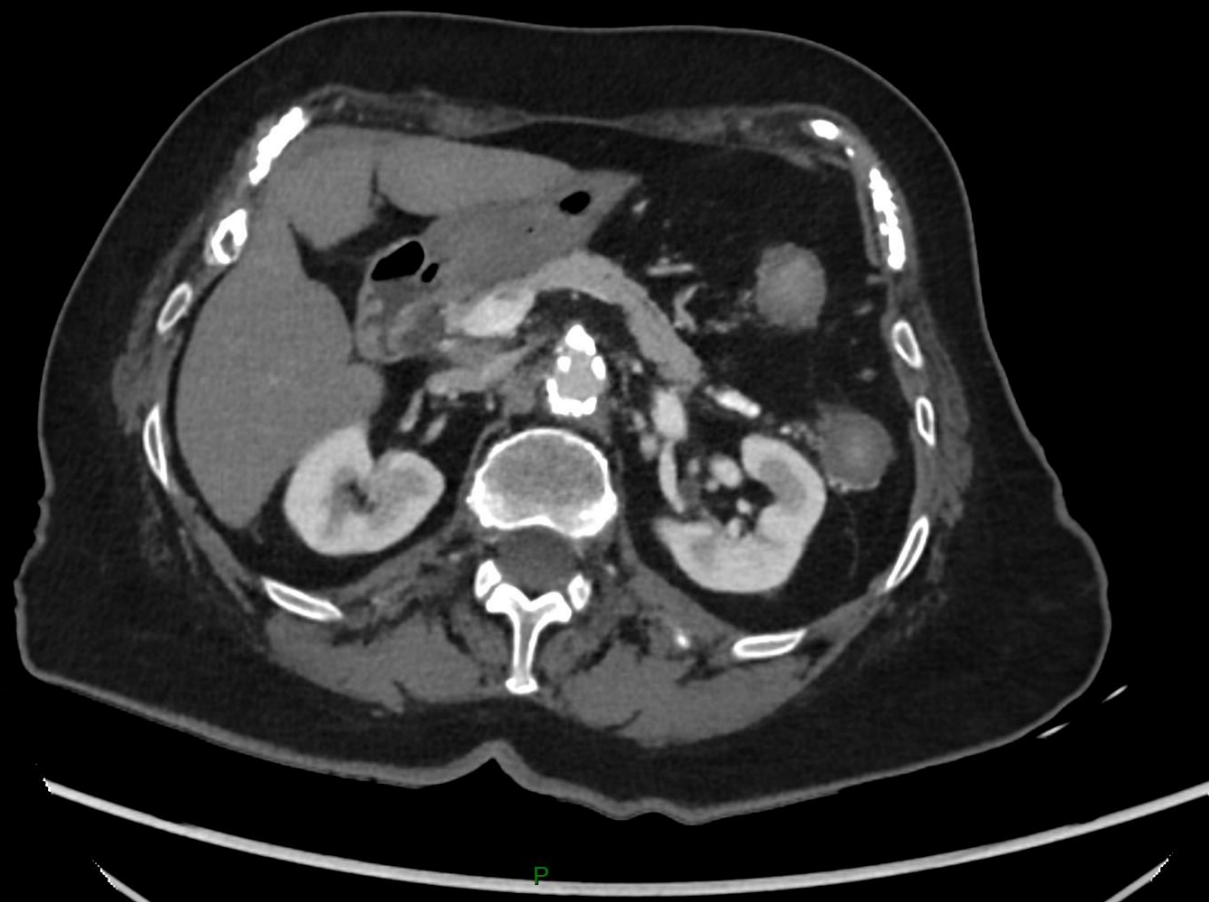
P

< 308 - 213 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:48]

R



P

< 308 - 219 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:48]

R



P

< 308 - 225 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:48]

R



P

< 308 - 231 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:49]

R



P

< 308 - 237 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:49]

R



P

< 308 - 267 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:50]

R



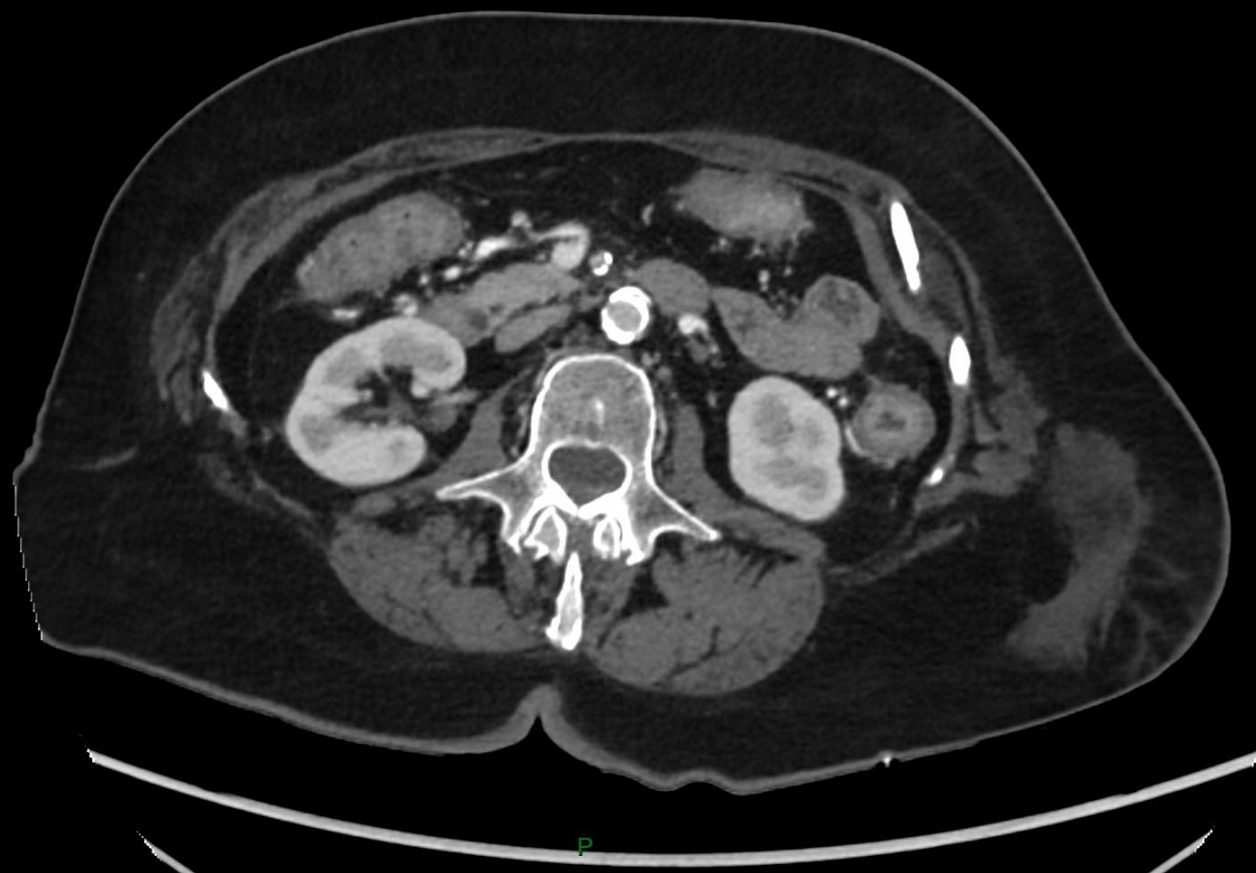
P

< 308 - 273 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:50]

R



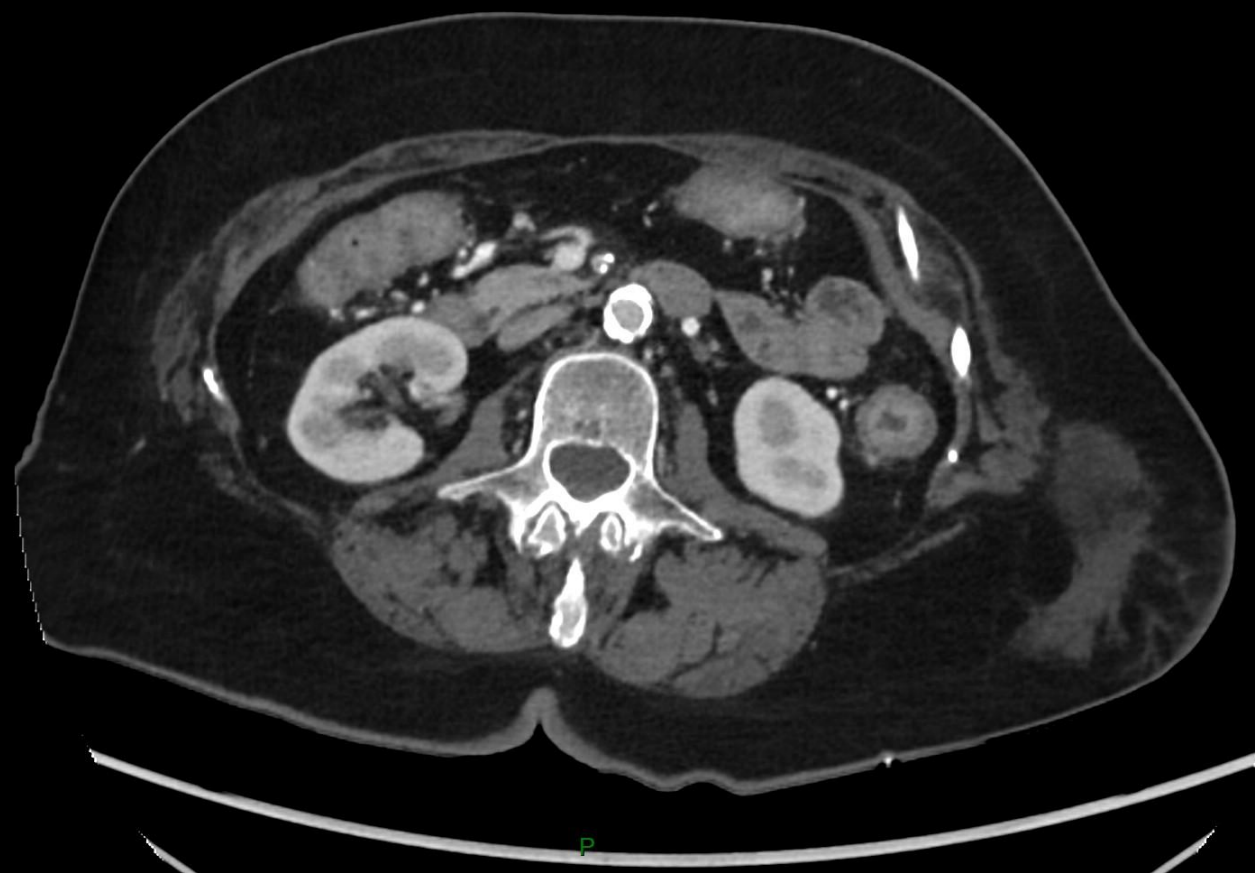
P

< 308 - 276 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:50]

R



P

< 308 - 288 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:51]

R



P

< 308 - 306 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:51]

R



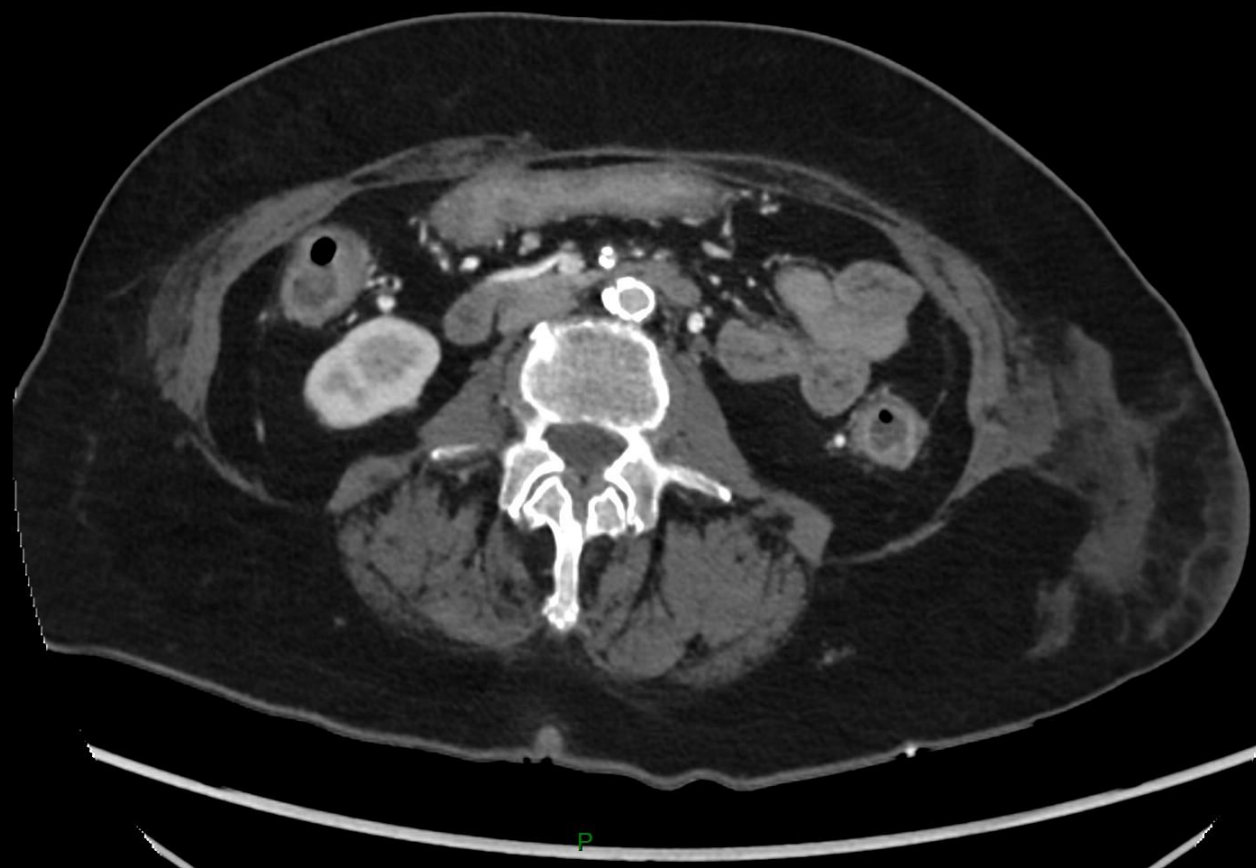
P

< 308 - 309 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:51]

R



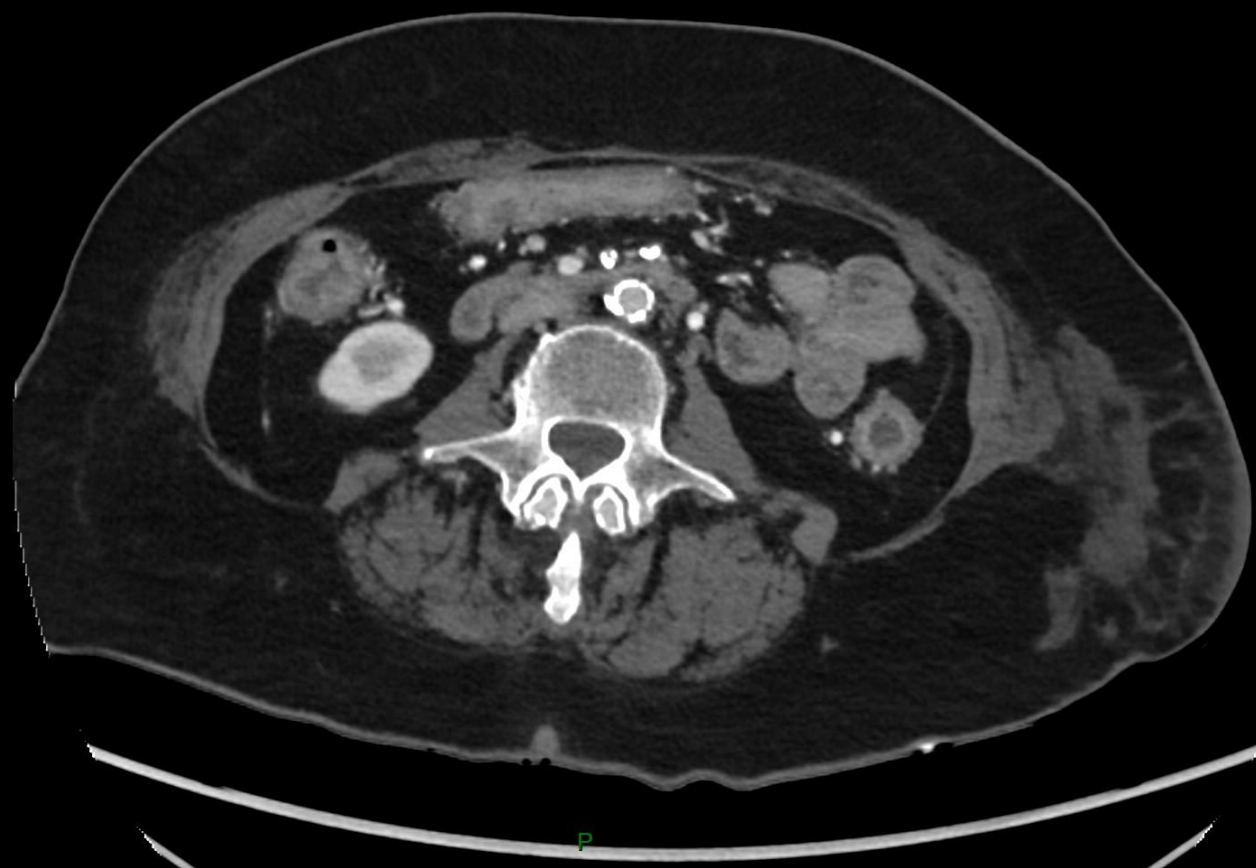
P

< 308 - 315 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:52]

R



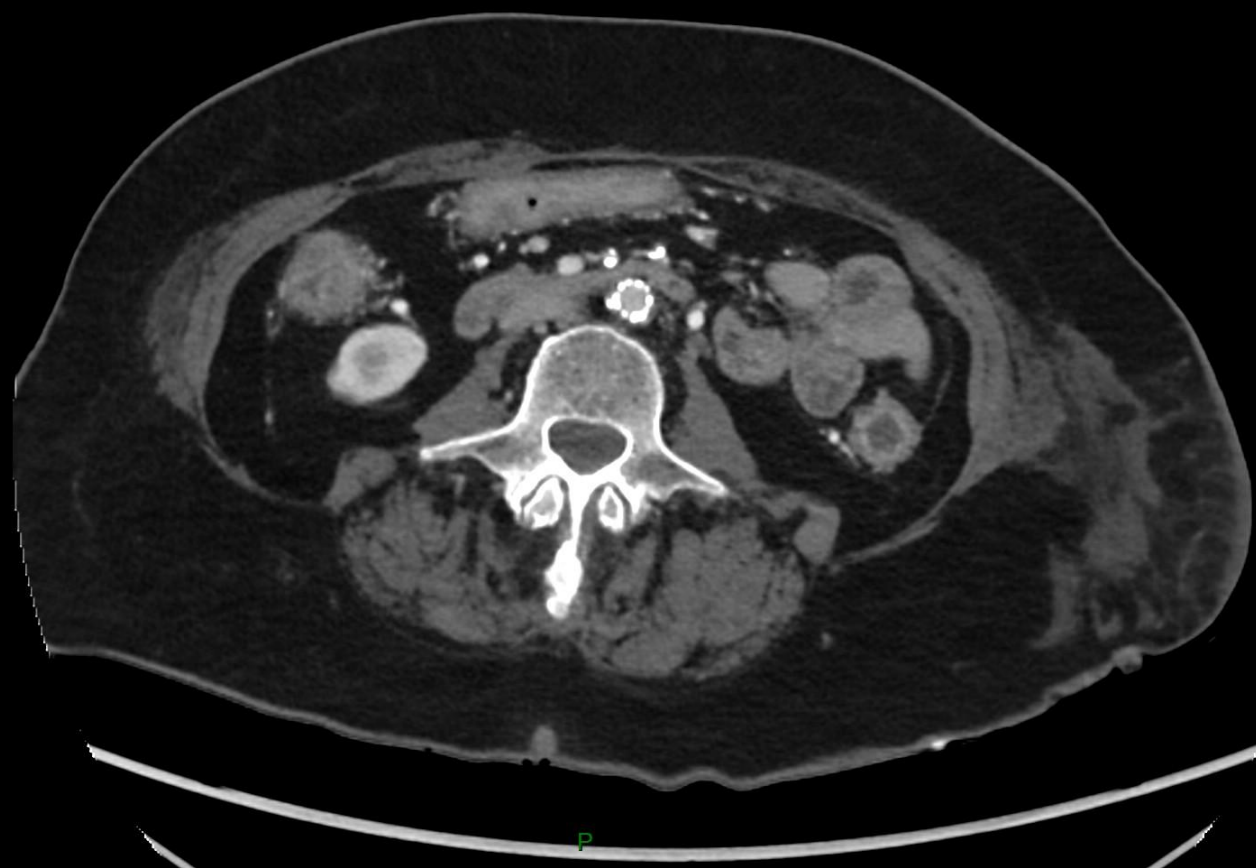
P

< 308 - 318 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:52]

R



P

< 308 - 432 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:56]

R



P

< 308 - 435 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:56]

R



P

< 308 - 438 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:56]

R



P

< 308 - 441 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:56]

R



P

< 308 - 495 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:15:59]

R



P

< 308 - 519 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:16:00]

R



P

< 308 - 531 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:16:00]

R



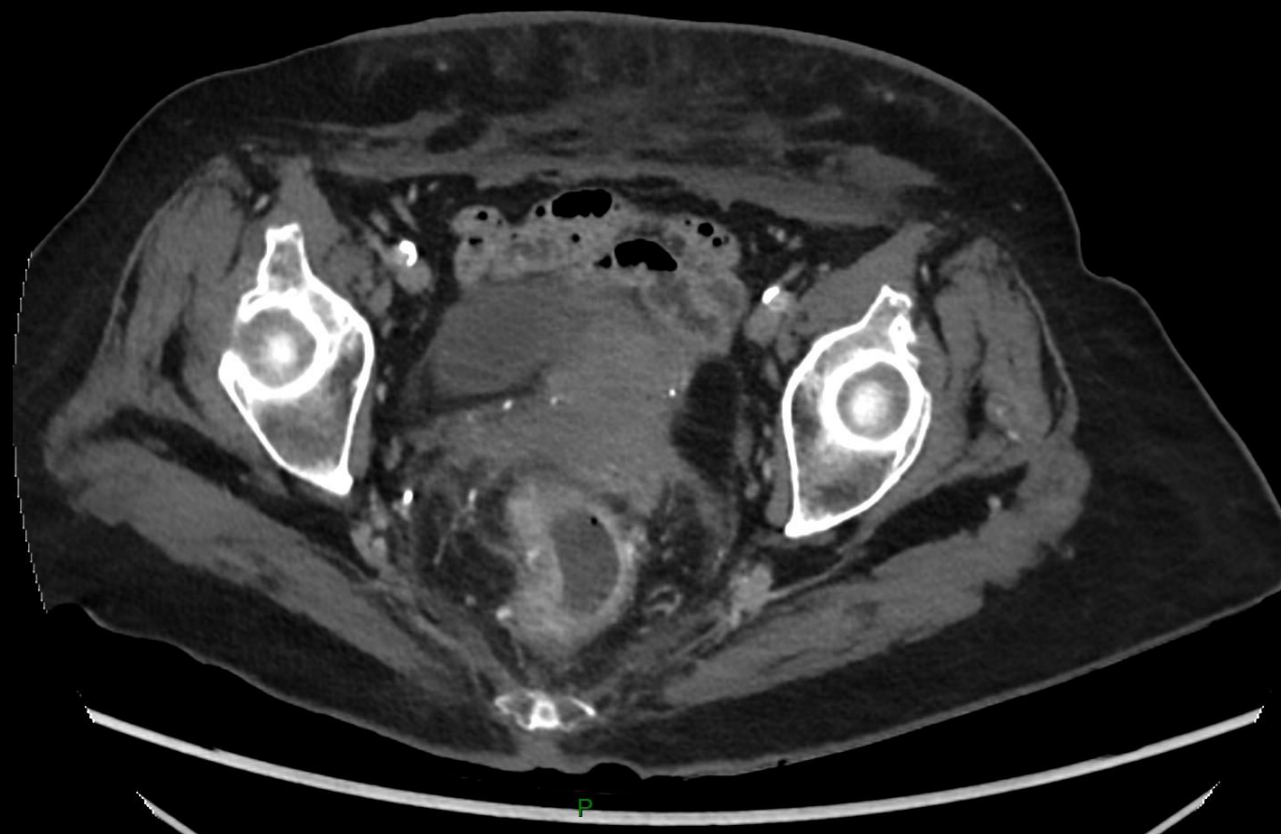
P

< 308 - 561 >

Découvertes: 0

Actuel
[06/11/2025 18:16:01]

R



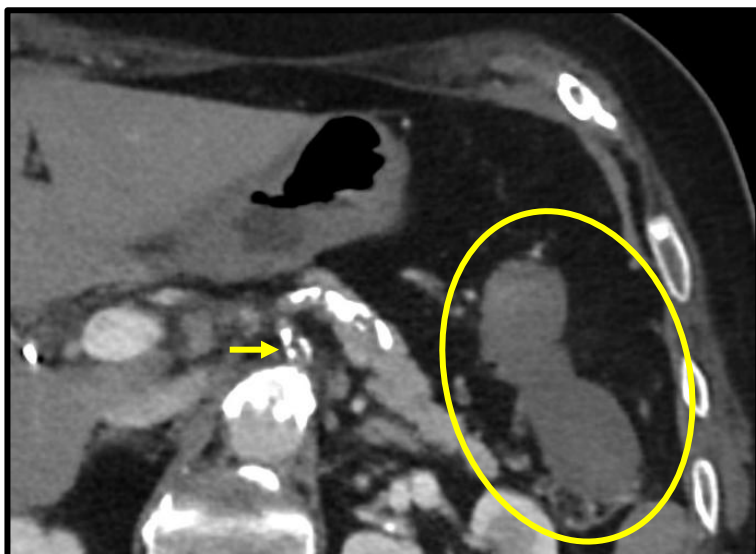
P

Colite : cas clinique

Conclusion scanner du 06/11/2025

Aspect scanographique de **pancolite** sans abcès ni perforation. Pas d'occlusion sous-jacente.

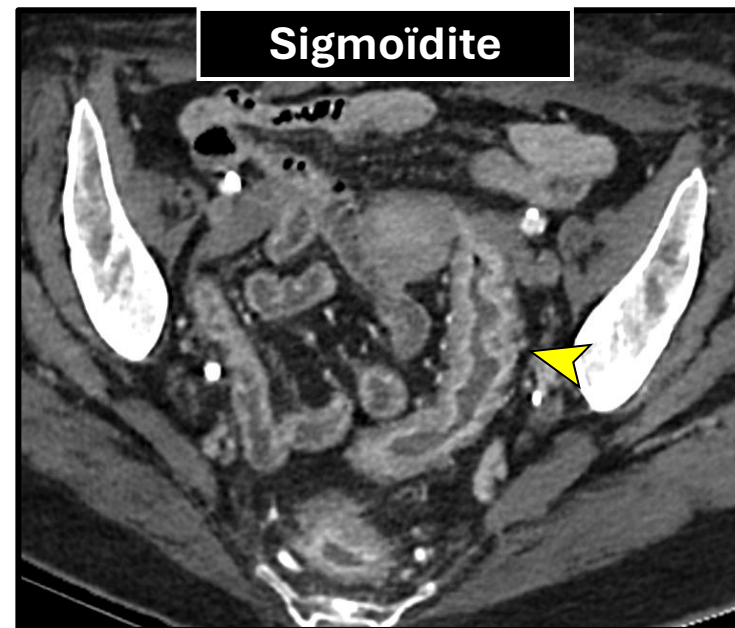




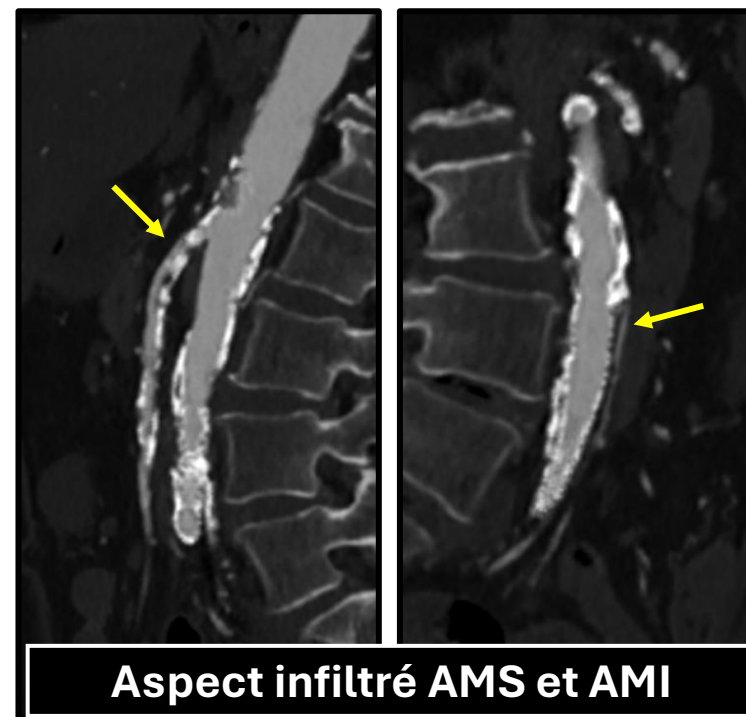
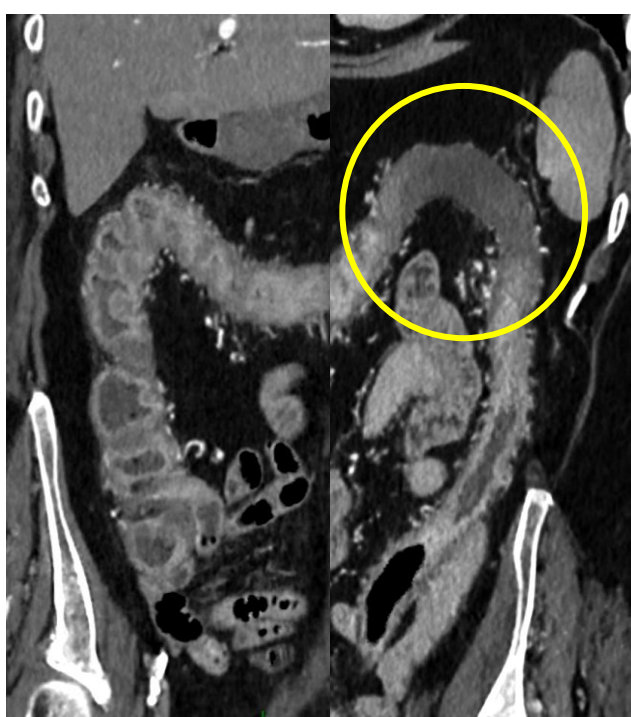
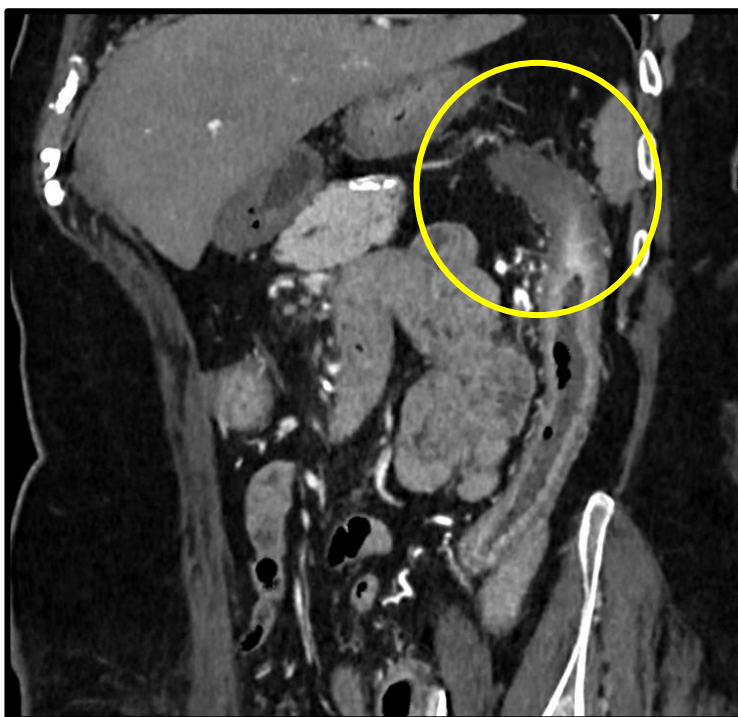
Occlusion du tronc coeliaque



Aspect en cible



Sigmoïdite



Aspect infiltré AMS et AMI

Colite : cas clinique

Observation service de gastro-entérologie:

Patiente initialement admise pour **diarrhée glairo-sanglante**.

Pas de rectorragie objectivée lors de l'hospitalisation.

Réalisation d'un scanner aux urgences le 06/11 retrouvant une **pancolite non compliquée**.

Début d'une antibiothérapie par **ciprofloxacine** aux urgences, relayé par **C3G** et **métronidazole** pendant l'hospitalisation.

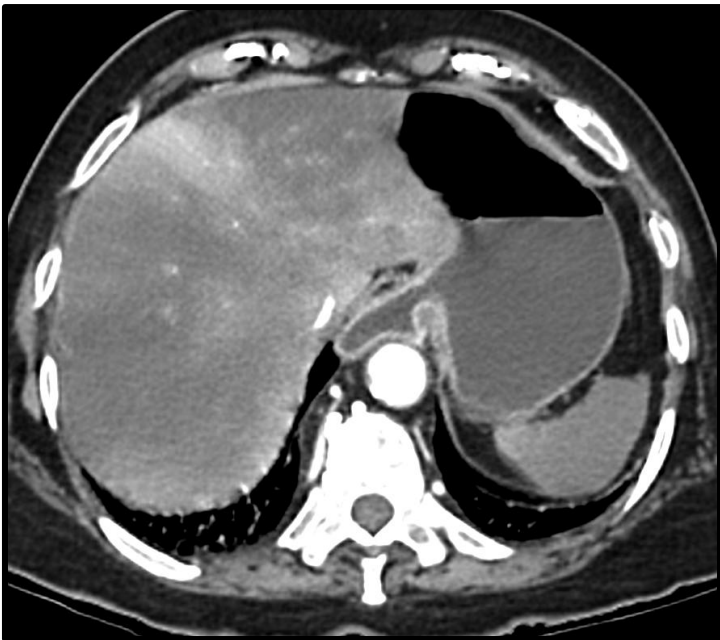
Réalisation d'un bilan infectieux (**hémocultures, coproculture**) **négatif**.

Absence de douleur abdominale à l'admission.

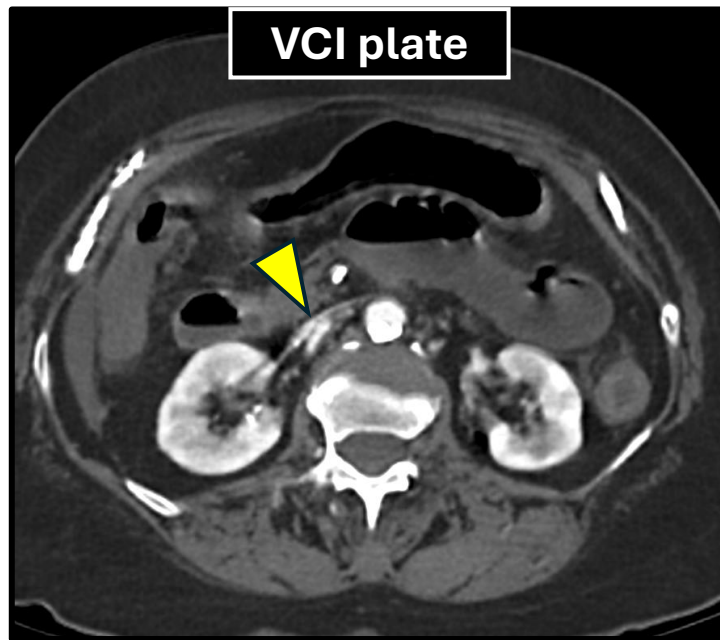
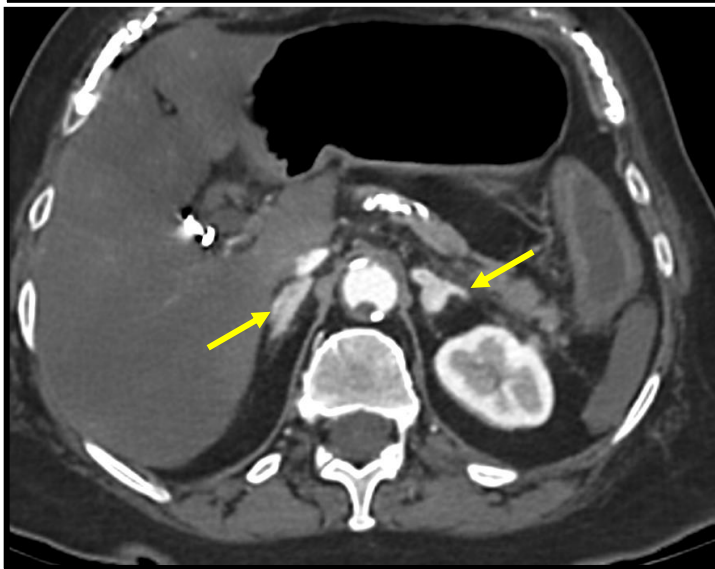
Décision de réalisation d'une rectosigmoïdoscopie le 10/11/2025 à visée étiologie (**probable MICI**)

Évolution défavorable, avec apparition d'une **douleur abdominale intense** le 09/11, et une majoration du syndrome inflammatoire biologique (**CRP à 300 mg/L et leucocytes à 26 000**). À noter également une majoration de la confusion, avec un refus des soins (la patiente a arraché plusieurs fois sa perfusion lors du weekend).

Réalisation d'un scanner abdominopelvien en urgence 09/11 à la recherche d'un foyer septique profond.



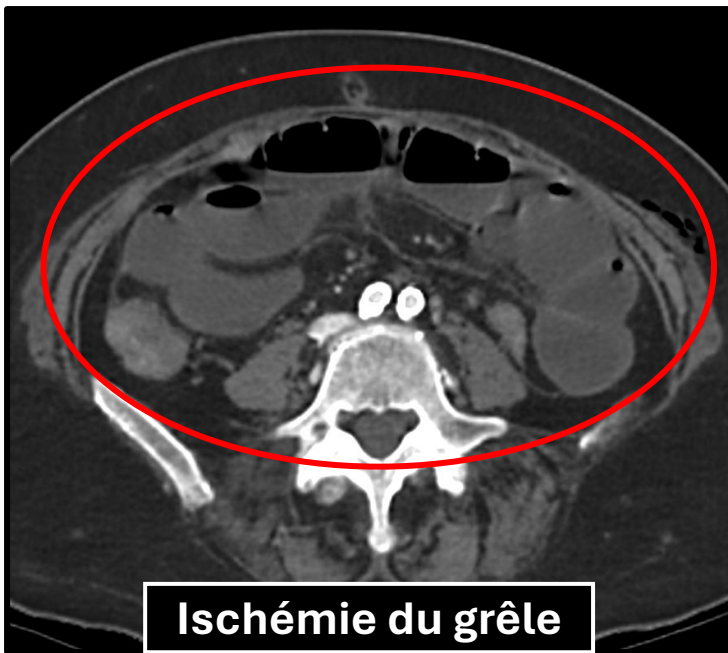
Surrénales hyper-rehaussées



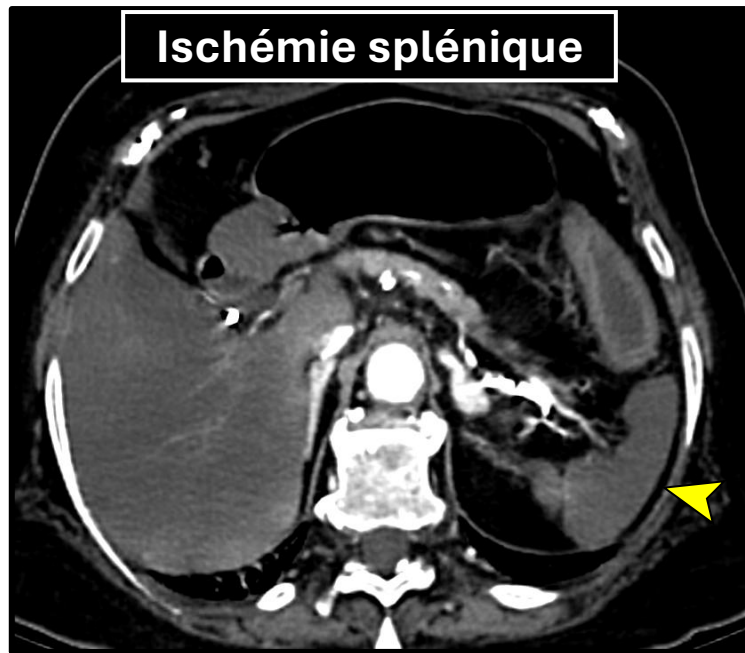
VCI plate



Ischémie du grêle



Ischémie du grêle



Ischémie splénique

Colite : cas clinique

Scanner du 09/11/2025 (J3)

Conclusion :

État de choc hémodynamique avec aspect d'ischémie mésentérique non occlusive majorée par un terrain athéromateux sévère.

Colite : Éléments d'orientation

Critères	 Infectieuse	 MICI (Crohn / RCH)	 Ischémique (wet : congestive)	 Ischémique (dry : hypoperfusé)	 Ischémique (necrose)
 Physiopath	Inflammation aiguë	Inflammation chronique	Reperfusion	Ischémie persistante	Infarctus transmural
 Topographie	Droite ou diffuse	Crohn : iléo-colique RCH : continue, rectum	Gauche ++, zones frontières		
 Longueur	Variable	SEGMENTAIRE (CROHN) CONTINUE (RCH)	Longue (>10 cm)	Longue	Variable
 Épaisseur	↑↑	↑	↑	↑ modérée	↑ ou ↓ (paroi nécrosée)
 Rehaussement	Augmenté	Augmenté	Augmenté	Diminué homogène	✗ Absent
 Stratification	Conservée en cible	Conservée	Conservée en cible	Peu marquée	Absente
 Graisse péricolique	Faible	++ (Crohn)	Modérée	Minime	Variable
 Orientation	Inflammation aiguë hypervasculaire	Contexte chronique	Non spécifique	Plutôt spécifique	Très spécifique

Imaging of Ischemic Colitis

Radiol Clin N Am 46 (2008) 909–924
doi:10.1016/j.rcl.2008.06.003

P. Taourel, MD, PhD^{a,*}, Sophie Aufort, MD^b, Samuel Merigeaud, MD^a,
Fernanda Curros Doyon, MD^a, Marine Devaux Hoquet, MD^a,
Eric Delabrousse, MD^c

KEYWORDS

• Ischemia • Colitis • US • CT

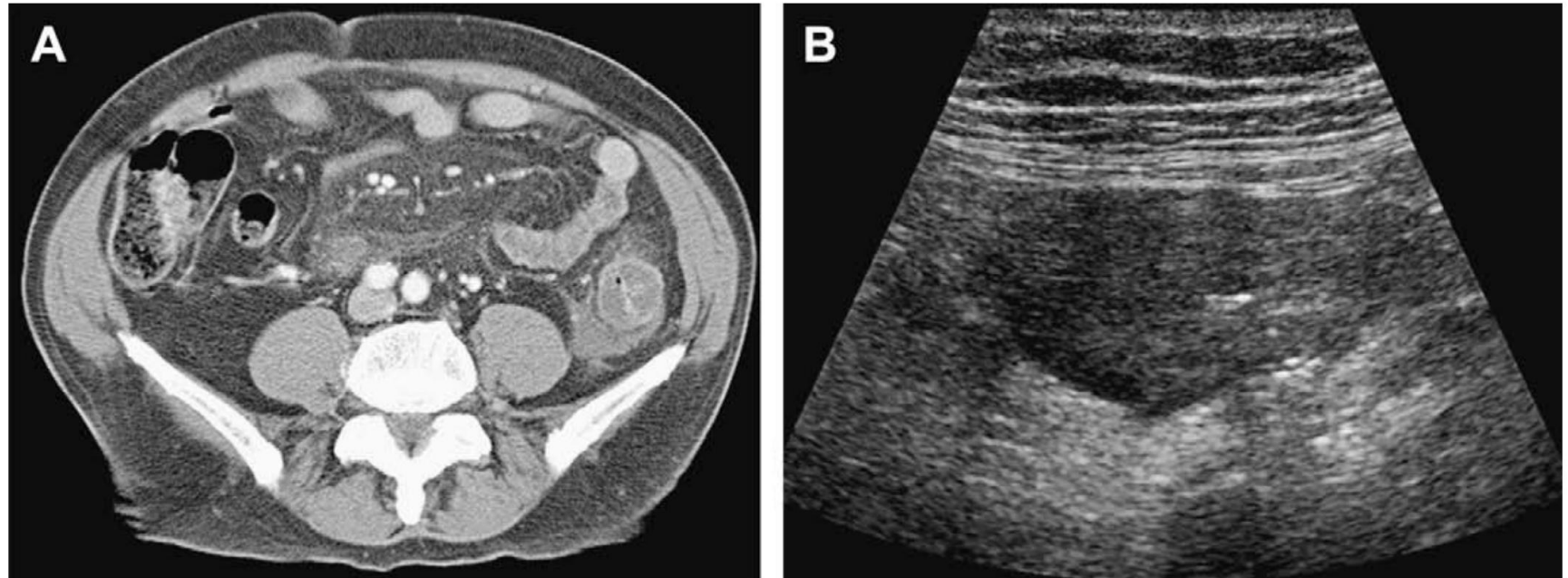


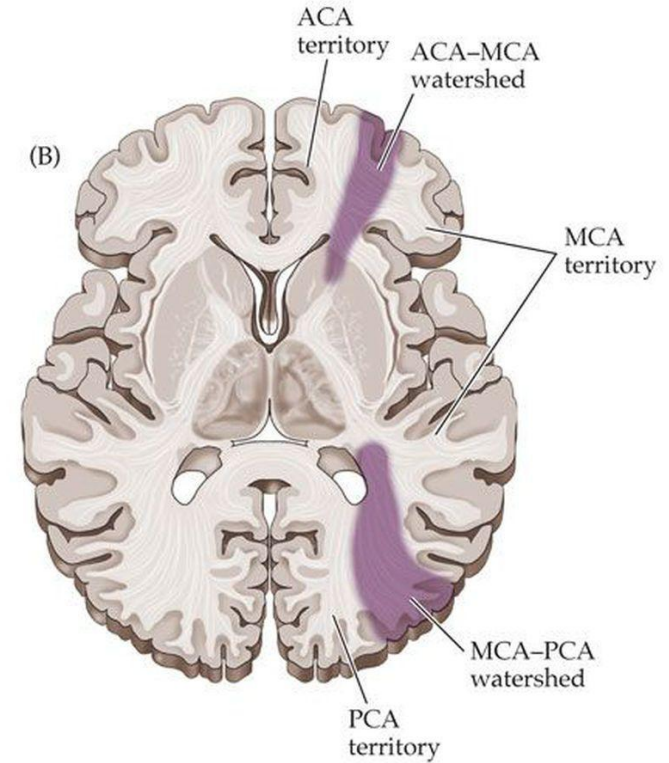
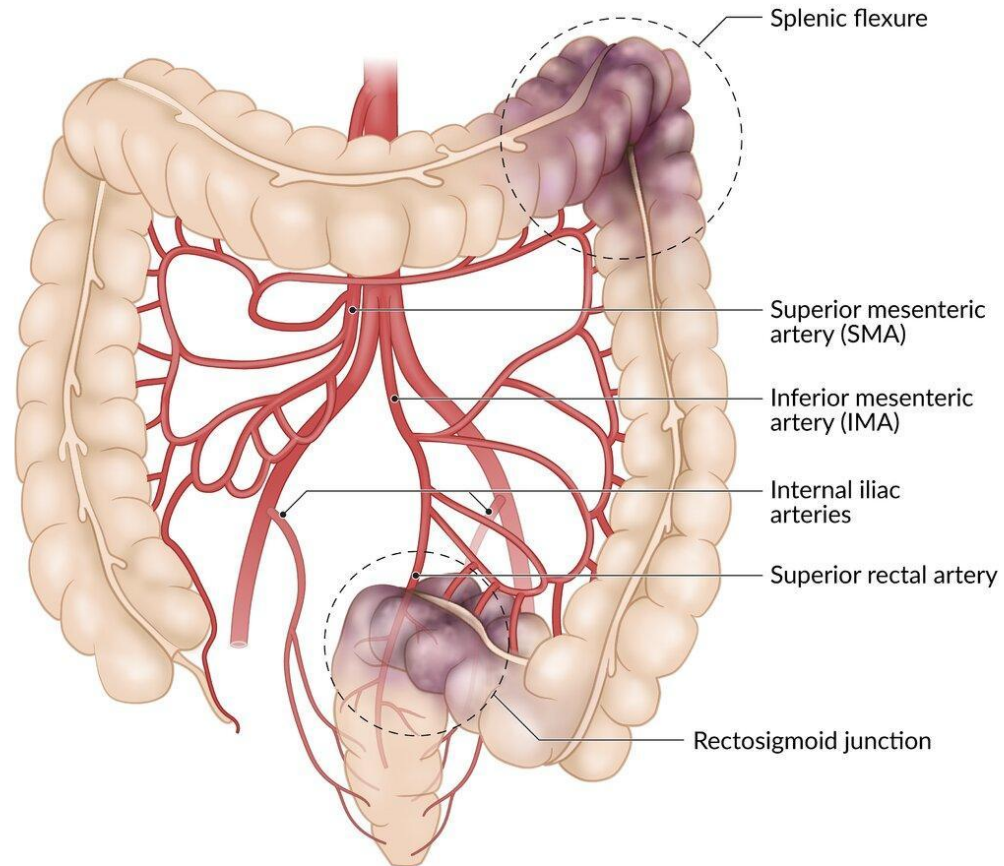
Fig. 5. Wet pattern of ischemic colitis. CT (A) shows a target finding with an enhancement of the mucosal and muscular layers and marked fat stranding. This appearance is not specific to ischemia and may be encountered in infections or inflammatory colitis. The disparity of stratification on US (B) is an argument for the ischemic origin.

Colite : Éléments d'orientation

Le diagnostic repose sur « Pattern TDM + Topographie + Contexte clinique » et pas uniquement sur l'imagerie !!

- Chevauchement des signes (colite ischémique congestive et colite infectieuse)
- Nécessité de corrélation :
 - ✓ Clinique
 - ✓ Biologie (CRP)
 - ✓ Coproculture
 - ✓ Endoscopie

Colite ischémique : zones frontières



© 2002 Sinauer Associates, Inc.

Messages à retenir

- L'interprétation des images ne doit **JAMAIS** être faite sans contexte clinique
- Il vaut mieux ré-analyser les données clinico-biologiques fournies en fonction des images
- Un même aspect en imagerie peut être attribué à plusieurs pathologies infectieuses ou non infectieuses.
- Un diagnostic d'infection digestive posé à tort peut avoir des effets néfastes parfois graves pour le patient (chirurgie blanche, retard diagnostic)
- Ne pas hésiter à dire **JE NE SUIS PAS SÛR(E)** et à évoquer les diagnostics différentiels.
Dans certains cas, seule l'évolution permet de poser le bon diagnostic

Je vous remercie

