

Le tube digestif et ses alentours: pelvipéritonite et syndrome inflammatoire pelvien

Dr **Caroline Mandoul**, Pr Ingrid Millet
Hôpital Lapeyronie, CHU Montpellier

Pelvi-péritonite et SI pelvien

🎬 Clinique:

- Douleur pelvienne
- Sepsis clinico-biologique

🎬 Imagerie:

- Infiltration de la graisse pelvienne (mésentérique, épiploon inférieur, méso-sigmoïde ...)
- +/- Feuilletés péritonéaux pelviens épaissis et rehaussés
- +/- Epanchement liquidien (Douglas, péri-digestif...)
- +/- Collection organisée (abcès)

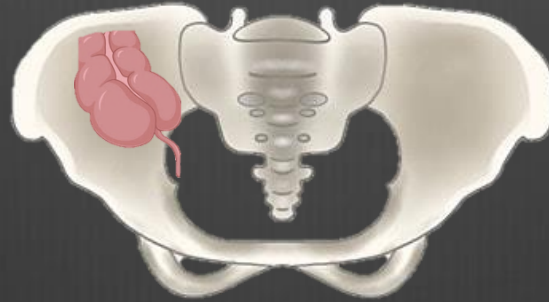
Douleur pelvienne et sepsis



Douleur pelvienne et sepsis

1

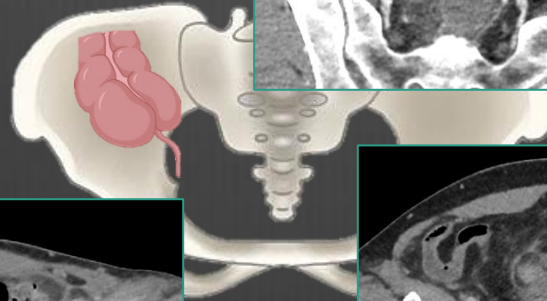
- Appendicite pelvienne
- Sigmoidite (diverticule ++)
- Iléite



Douleur pelvienne et sepsis

1

- Appendicite pelvienne
- Sigmoidite (diverticule ++)
- Iléite



Digestif

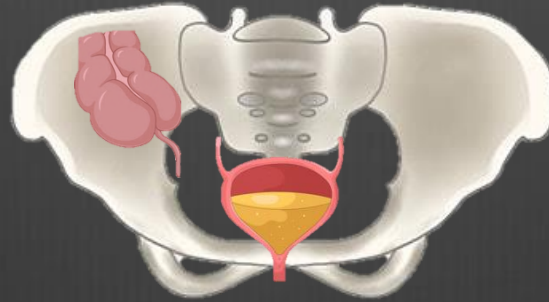


- ⚙️ Les 3 infections digestives pelviennes les plus fréquentes:
 - Appendicite
 - Sigmoidite (diverticulaire ++)
 - Iléite
- ⚙️ Traquer le stercolithe
- ⚙️ Traquer l'air extra-digestif: si présent alors très souvent origine digestive à l'infection
- ⚙️ Si les 3 sites digestifs sont normaux OU que des organes de voisinages sont anormaux : penser aux autres causes

Douleur pelvienne et sepsis

1

- Appendicite pelvienne
- Sigmoidite (diverticule ++)
- Iléite



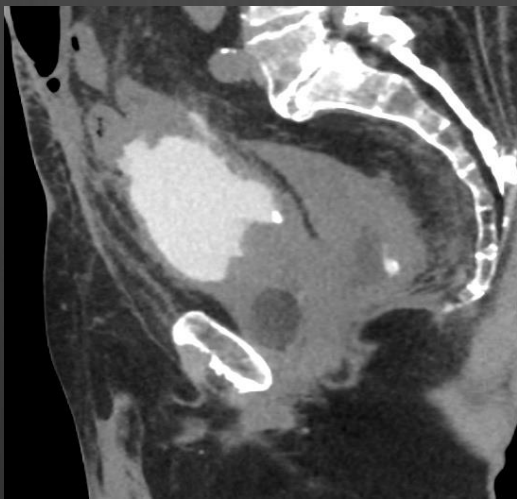
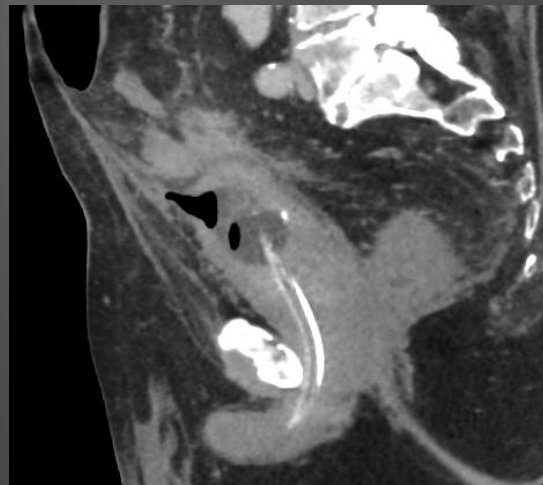
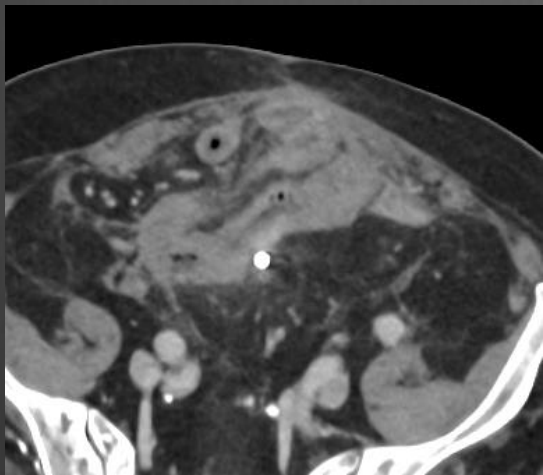
2

Vessie
(Prostate)

Vessie



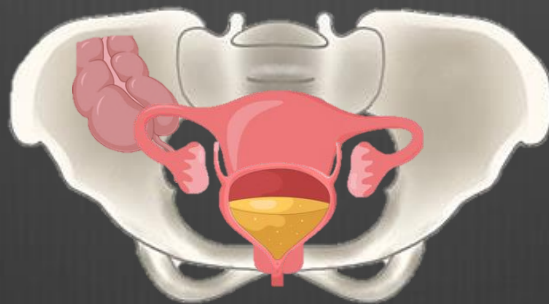
- ⦿ Plutôt rare
- ⦿ Causes possibles:
 - (Cystite)
 - Perforation vésicale
- ⦿ Le tube vient essayer de « colmater » l'organe inflammé
- ⦿ Epanchement pelvien liquidien (hors contexte d'ascite) et pas de liseré graisseux entre vessie et liquide
- ⦿ Vérifier la continuité des parois vésicales → cystoscan si besoin



Douleur pelvienne et sepsis

1

- Appendicite pelvienne
- Sigmoidite (diverticule ++)
- Iléite



3

Utérus et annexes

2

Vessie
(Prostate)

Utérus et annexes



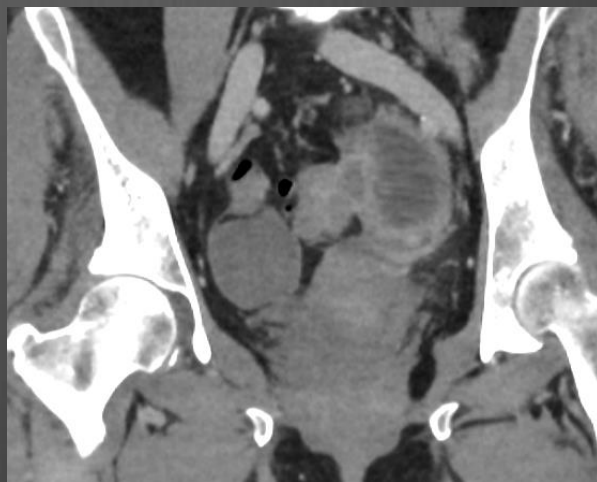
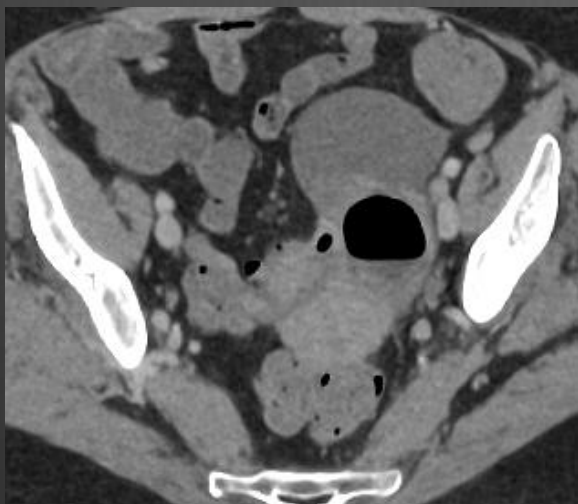
Utérus et annexes



Ménopausée



- ❁ Pas d'IGH par voie ascendante (sauf si DIU en place...)
- ❁ 2 causes principales:
 - Diverticulite (ou appendicite) perforée dans l'annexe



Exploration :

- Pseudokyste péritonéal en fosse iliaque gauche séquellaire de sa péritonite diverticulaire en 2023
- Sigmoides inflammatoire et fixée en fosse iliaque gauche et abcès tuboovarien gauche

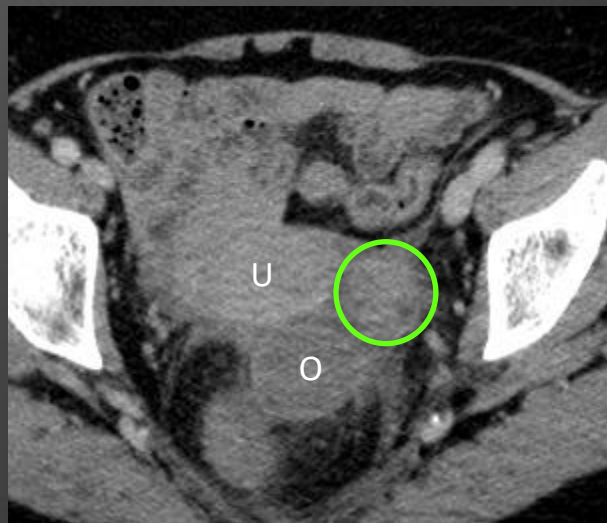
Utérus et annexes

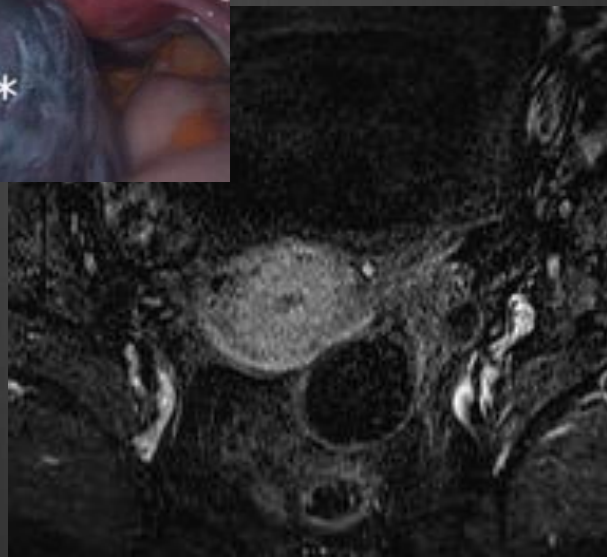
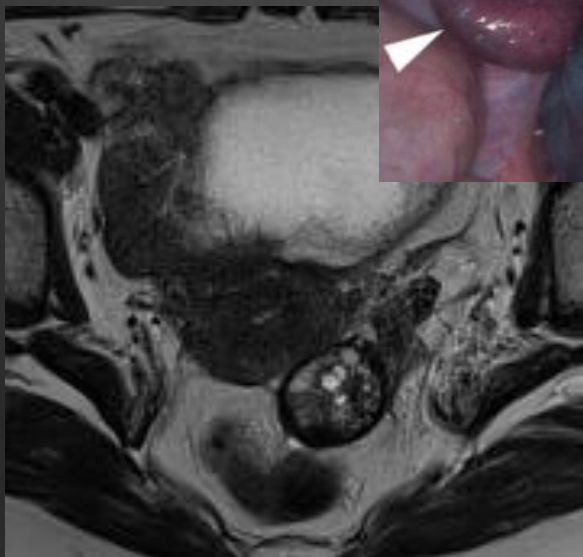
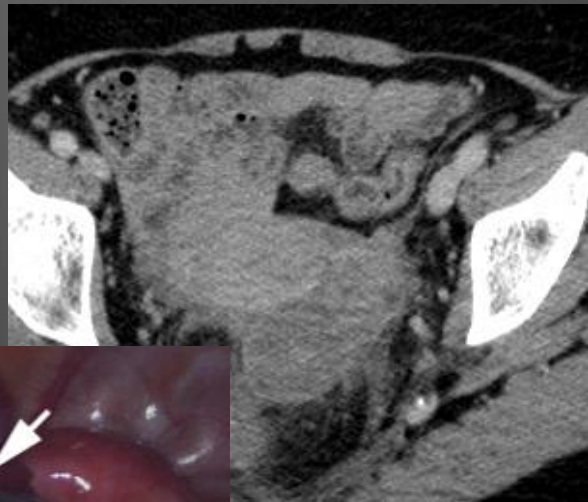
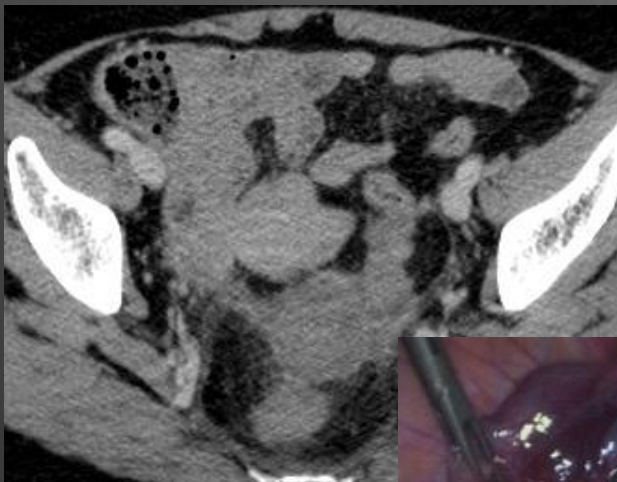


Ménopausée

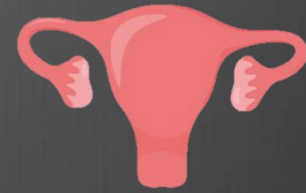


- ⚙️ Pas d'IGH par voie ascendante (sauf si DIU en place...)
- ⚙️ 2 causes principales:
 - Diverticulite (ou appendicite) perforée dans l'annexe
 - Torsion annexielle « dépassée »





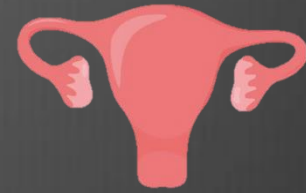
Utérus et annexes



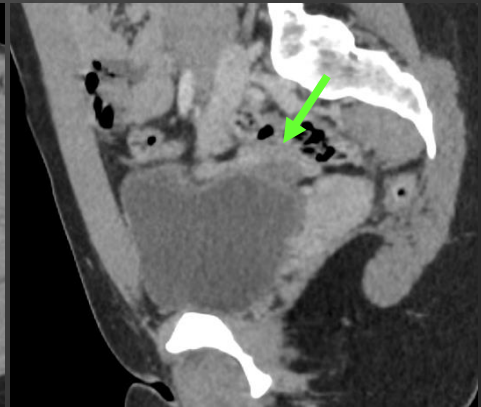
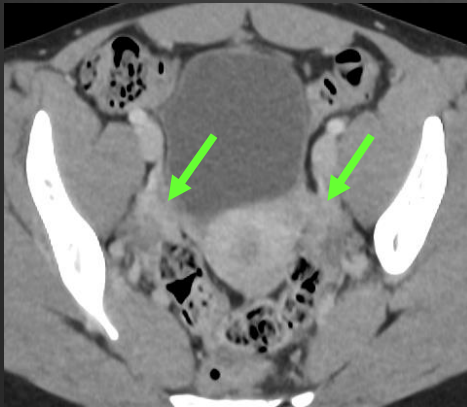
Non ménopausée



Utérus et annexes



Non ménopausée



Utérus et annexes



Non ménopausée



⚙️ Fréquent +++

⚙️ Causes:

➤ IGH ++++++++

Utérus et annexes



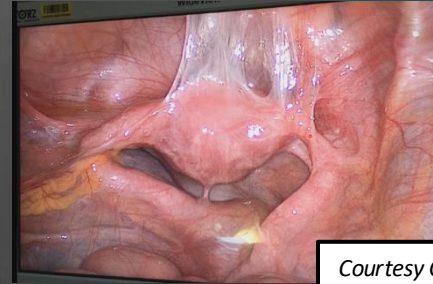
Non ménopausée

IGH

- ⚙ La cause la plus fréquente de douleur pelvienne aigue de la femme en activité hormonale
- ⚙ Attention: discordance clinico-biologique-radiologique

Problématique de l'IGH ?

- ⊗ 2/3 non symptomatique
- ⊗ Maladie sexuellement transmissible (MST)



Courtesy C. Vincens

Elle donne des **complications**, il est estimé pour 100 000 patientes :

- 8 550 **GEU**
- 16 800 **infertilité tubaire** (hydrosalpinx, adhérences pelviennes)
- 18 600 **douleur pelvienne chronique**

- Quand l'IGH est symptomatique, le risque d'infertilité tubaire = 20% ! *
- Grossesse spontanée après ATO < 15%
- 10% risque de GEU après une IGH symptomatique vs. 1% dans la population

* PEACH study, 2005

Contexte clinique

- 15 – 29 ans ++++++
- Douleur pelvienne
- Pertes vaginales
- Douleur à la mobilisation du col
- Contexte « septique » ... ou non !

Symptômes modérés et non spé

Diagnostic simple: prélèvement vaginal

2 formes:

- Non compliquée → AB oraux
- Compliquée
 - Présence de pus collecté (dans la trompe, dans les adhérences pelviennes, dans le péritoine...)
 - Et/ou associée à un syndrome de Fitz-Hugh-Curtis

Hospitalisation
AB IV / Drainage des
abcès / +/- Chirurgie



Une absence de sepsis
n'exclut pas une IGH...

Un examen d'imagerie
normal non plus ...

Mme M, 42 ans,
Douleur pelvienne gauche avec fièvre. GB = 12000 / mm³.
Echo endovaginale normale. Suspicion de diverticulite













































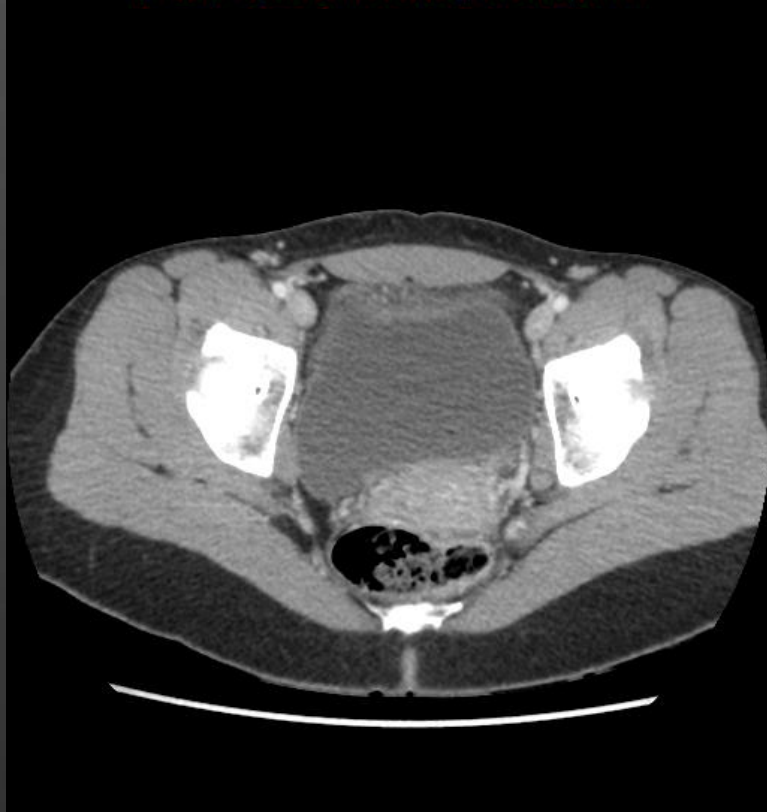














*

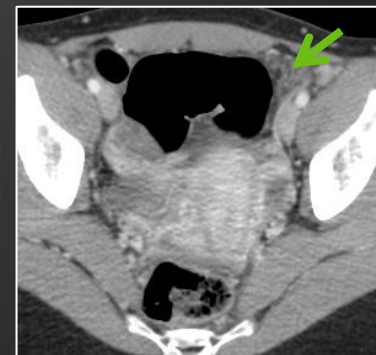
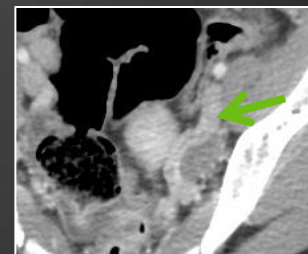




Salpingite - TDM

L'injection de contraste est obligatoire pour la détection des éléments rehaussés inflammatoires !

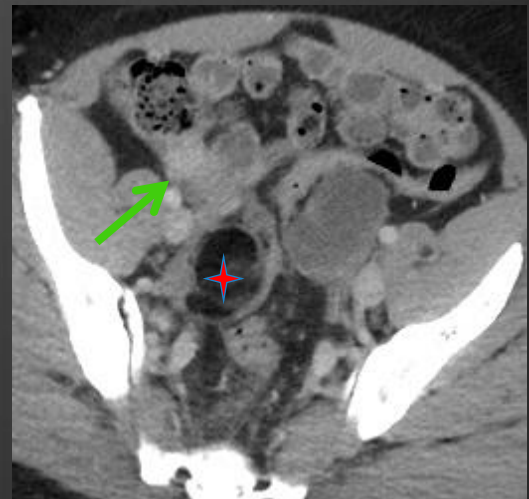
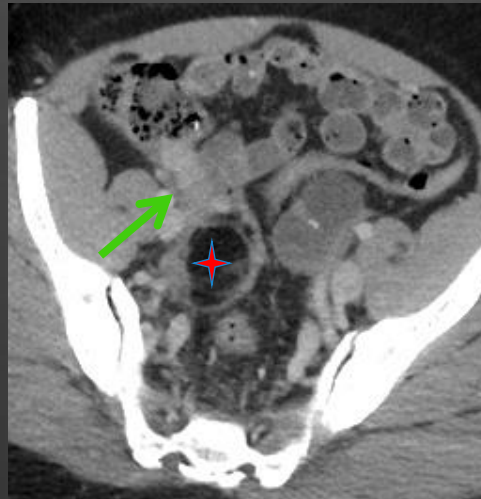
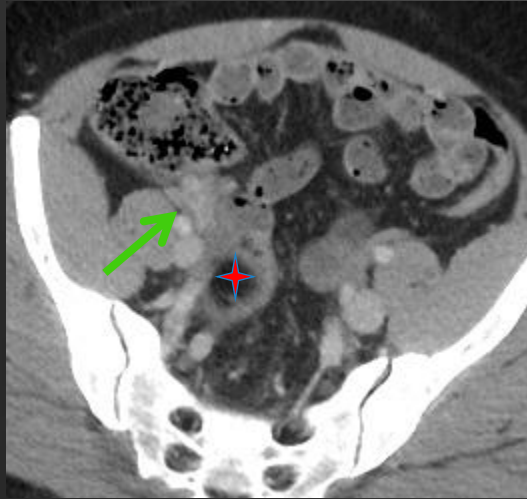
- ⊗ **Epaisseur tubaire > 5 mm et trop rehaussée** : le meilleur signe d'IGH *
- ⊗ Souvent bilatéral, mais pas toujours symétrique
- ⊗ **Infiltration de la graisse pelvienne antérieure**
 - ⊗ Signe le plus sensible * (≈ 60-65%)
 - ⊗ Correspond à la partie basse du grand épiploon
- ⊗ Epaissement et rehaussement des feuillets péritonéaux et de la séreuse utérine





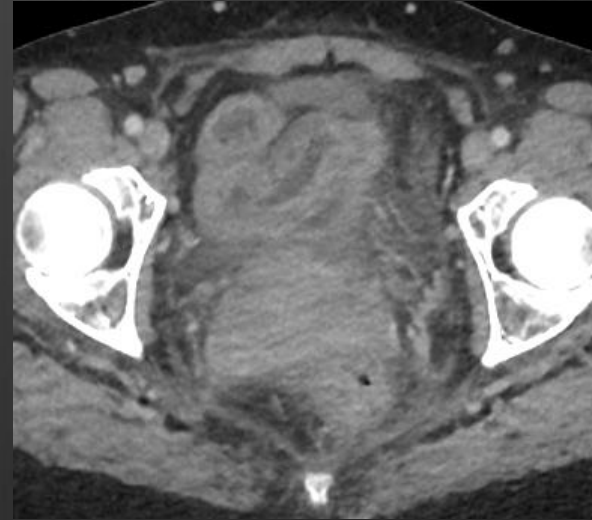
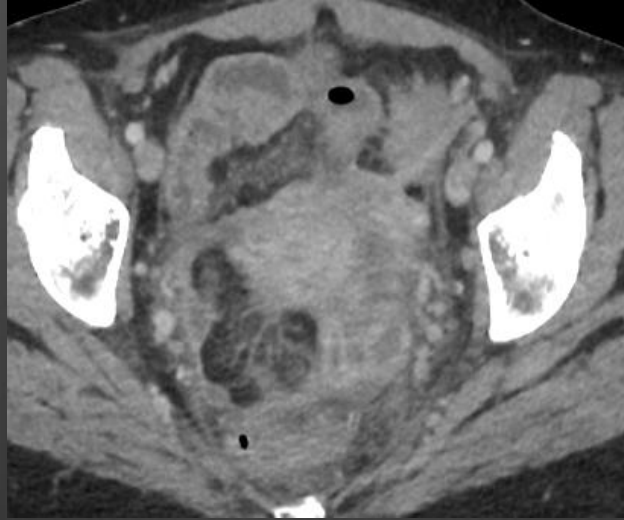
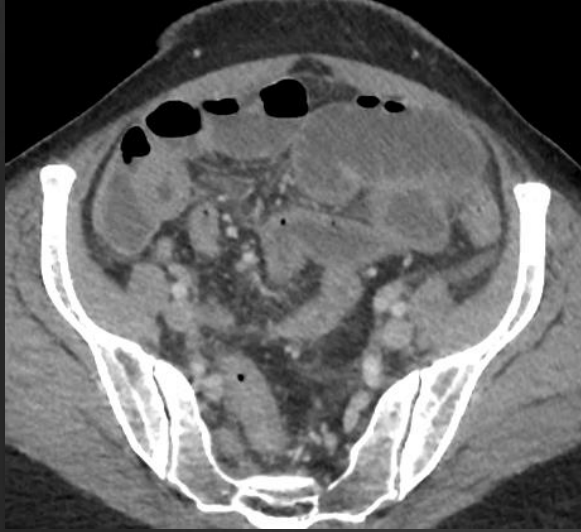
Trompe épaisse

- ⊗ A ne pas confondre avec une trompe œdématisée liée à une torsion



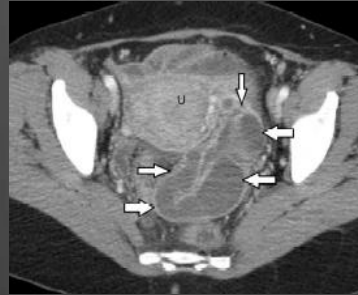
Torsion = pas d'infiltration de la graisse, trompe non inflammatoire

+/- Iléus associé



IGH compliquée – TDM

- ⊗ **Abcès pelvien**
 - ⊗ Pyosalpinx
 - ⊗ ATO
 - ⊗ CDS Douglas...



- ⊗ **Pelvi-péritonite**



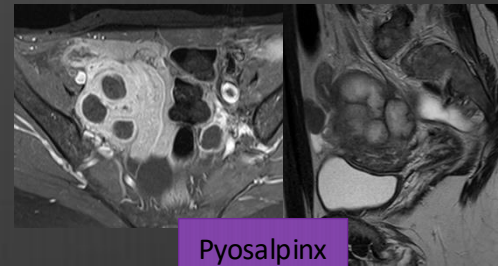
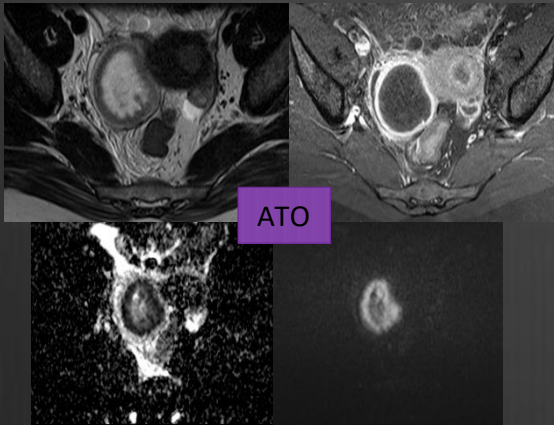
IGH compliquée – IRM

- 3 plans T2w
- Ax T1w Dixon
- Diffusion
- Injection

Utile pour caractériser une masse pelvienne +++

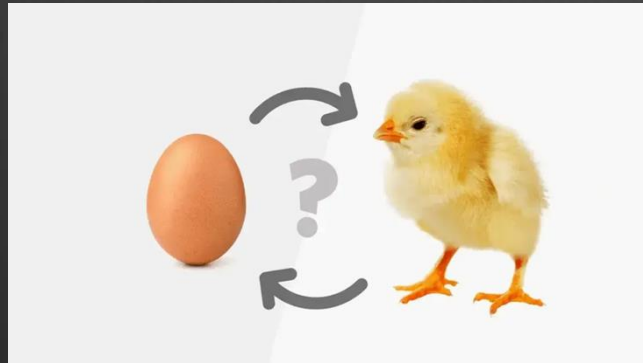
⚙️ Abcès pelviens

- ⚙️ Masse complexe avec un contenu en signal intermédiaire « sale » en T2w et une paroi épaisse fortement rehaussée
- ⚙️ Pas de rehaussement du contenu / Contenu avec hypersignal diffusion et chute ADC marqués *



* Li, Abdom Imaging, 2013

Salpingite ou appendicite ?



Salpingite ou appendicite ?

🎬 Appendicite

- 🎬 Diamètre app $\geq$ (7) 10 mm
- 🎬 +/- Epaissement pariétal du caecum
- 🎬 Infiltration asymétrique de la graisse
- 🎬 Air ou stercolithe dans l'abcès

🎬 Salpingite

- 🎬 Diamètre app $<$ (7) 10 mm
- 🎬 +/- Epaissement pariétal du sigmoïde
- 🎬 Infiltration **symétrique** de la graisse
- 🎬 Contenu « pur » de l'abcès

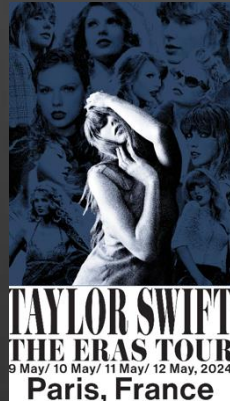
Salpingite ou appendicite ?

1. Si $\varnothing$ appendice ≥ 10 mm alors APPENDICITE
2. Regarder **la trompe gauche**, si $\varnothing \geq 10$ mm alors SALPINGITE *



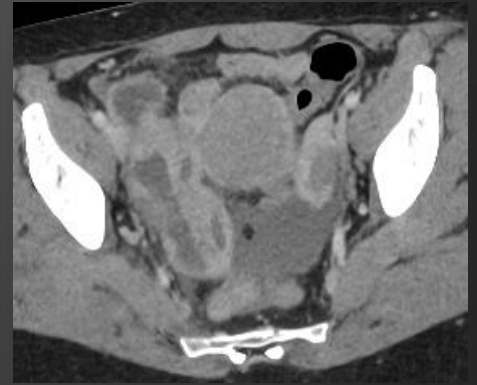
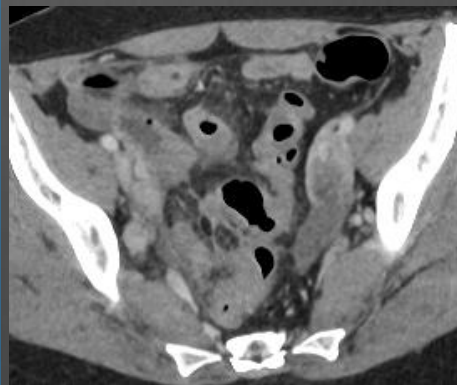
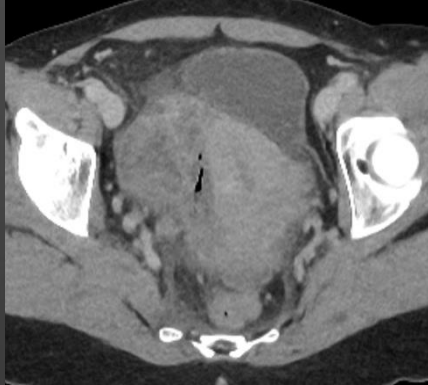
Salpingite ou appendicite ?

3. Qui attire le plus l'œil ?

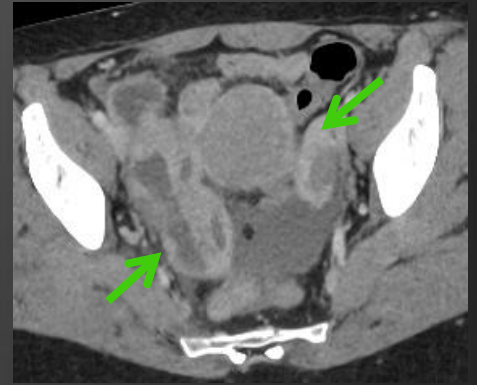
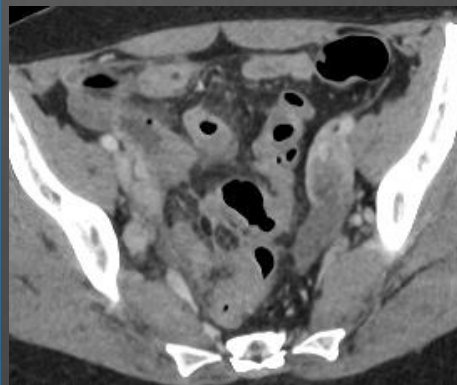
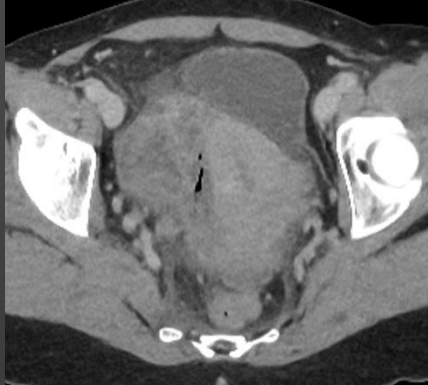


Quel est l'organe le plus inflammatoire ?

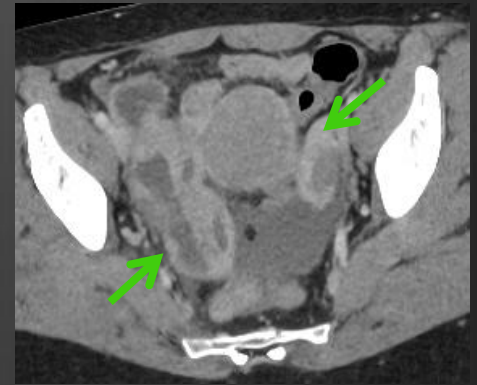
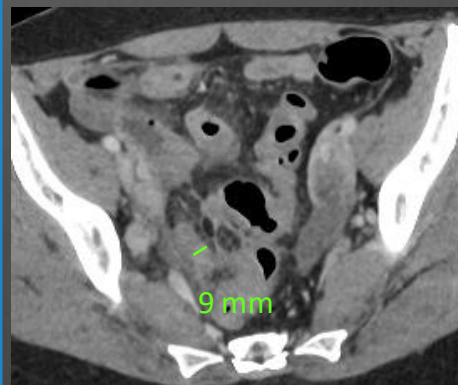
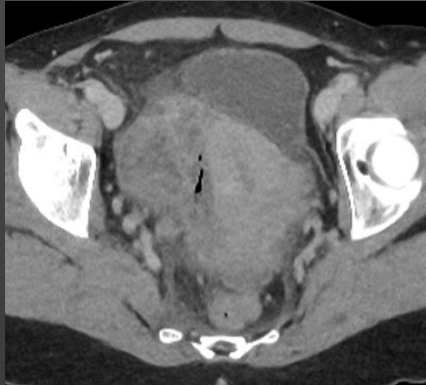
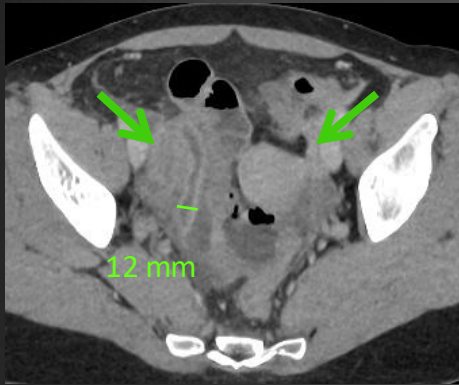
Salpingite ou appendicite ?



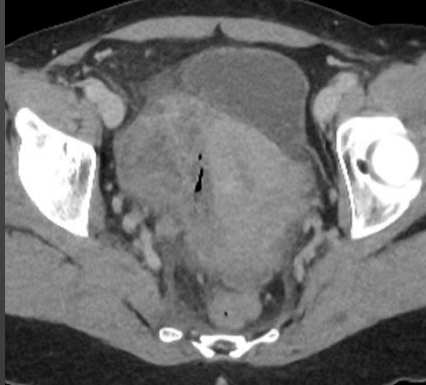
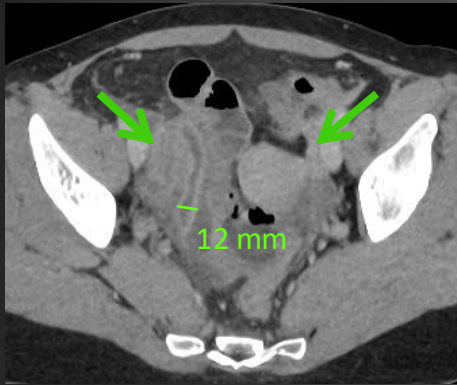
Salpingite ou appendicite ?



Salpingite ou appendicite ?



Salpingite ou appendicite ?

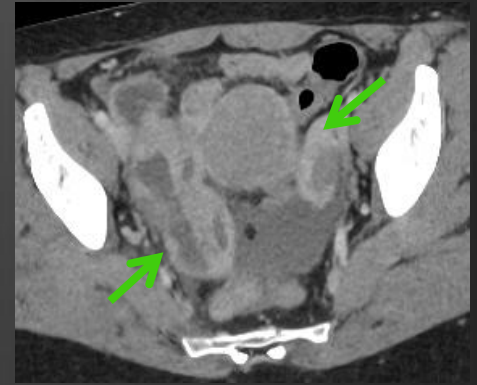
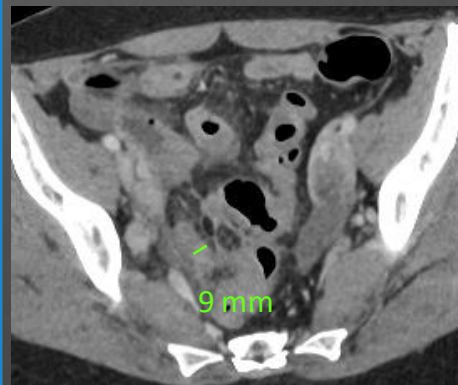


APPENDICITE

Open coelioscopie ombilicale, accès prudent à la cavité abdominale.

Epanchement intra péritonéal de faible abondance séro hématique prélevé et envoyé en bactériologie et mycologie.

L'exploration de la cavité abdominale retrouve une appendicite phlegmoneuse avec une base appendiculaire pré perforative, associée à un abcès purulent au niveau de sa pointe également prélevé en envoyé en bactériologie et mycologie.



SALPINGITE

1. Appendicectomie / coelio appendice

Macroscopie

Appendice parvenu à 52 mm de long. Les parties les plus étagées du corps ont été réalisées avec incision longitudinale à 11 mm de la pointe.

Microscopie

Les prélèvements ont porté sur une paroi appendiculaire dont la muqueuse est limitée par un épithélium non ulcéré. Le chorion est le siège d'un infiltrat inflammatoire lymphoplasmocytaire et à polynucléaires éosinophiles avec présence de follicules lymphoïdes à centres clairs germinatifs. Absence de polynucléaires neutrophiles.

La musculeuse et la sous séreuse sont sans particularité. La séreuse est œdémateuse et surmontée par un enduit fibrinoleucocytaire épais riches en polynucléaires altérés.

Absence de lésion tumorale.

PERIAPPENDICITE. Absence de lésion d'endoappendicite.

2. Trompe droite

Macroscopie

Trompe de 7 cm de long et de 3.5 cm de plus grand diamètre parvenue perforée avec fausses membranes.

La pièce a été échantillonnée en trois blocs.

Microscopie

Le revêtement tubaire et partiellement ulcéré et les villosités sont élargies par un œdème et un important tissu de granulation inflammatoire riche en polynucléaires neutrophiles avec foyers suppurés. Ces remaniements atteignent l'ensemble de la paroi jusqu'à la séreuse réalisant d'importantes lésions de péritonite.

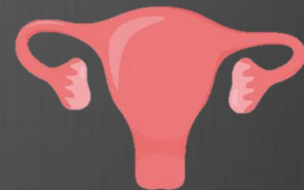
Absence d'agents pathogènes spécifiques identifiables.

Absence de lésion tumorale. Absence de tissu ovarien.

SALPINGITE SUPPUREE AVEC PERITONITE.

Absence de signes histologiques de malignité.

Utérus et annexes



Non ménopausée

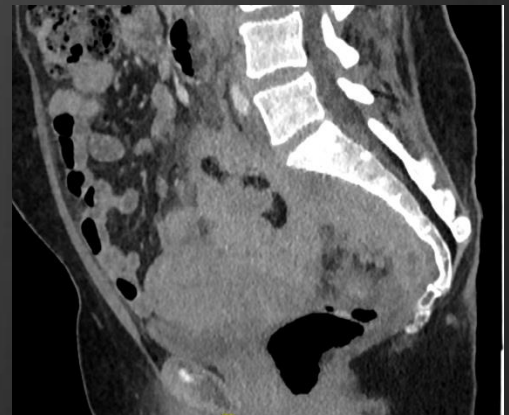
IGH

- ⚙ La cause la plus **fréquente** de douleur pelvienne aigue de la femme en activité hormonale
- ⚙ Attention: discordance clinico-biologique-radiologique
- ⚙ Formes typiques:
 - Simple: salpingite
 - Compliquée: Abcès (tubo-ovariens, pyosalpinx, Douglas...)
- ⚙ Formes particulières:
 - Actinomyose, tuberculose, surinfection d'endométriome...

Actinomycoze

- ⚙ Formes pseudo-tumorales
- ⚙ Signes inflammatoires +++: rehaussement très marqué
- ⚙ Fistules digestives
- ⚙ Si doute: IRM +++

Actinomycose



Utérus et annexes



Non ménopausée



⚙️ Fréquent +++

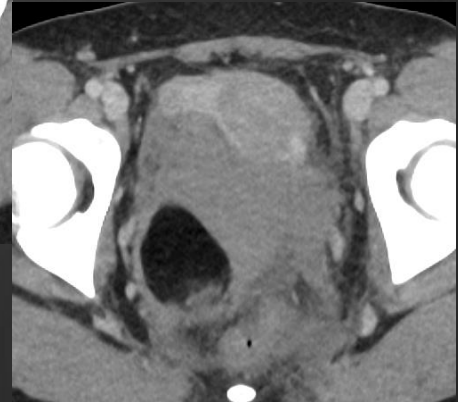
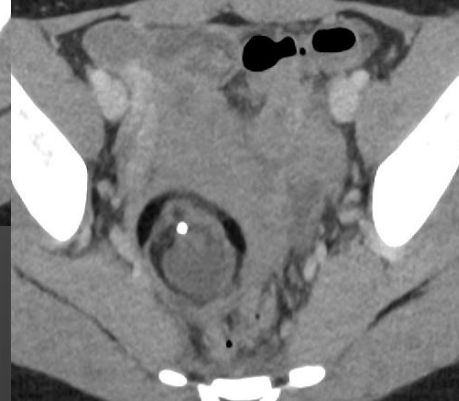
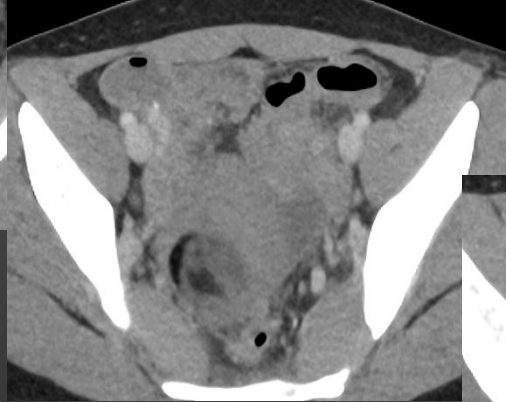
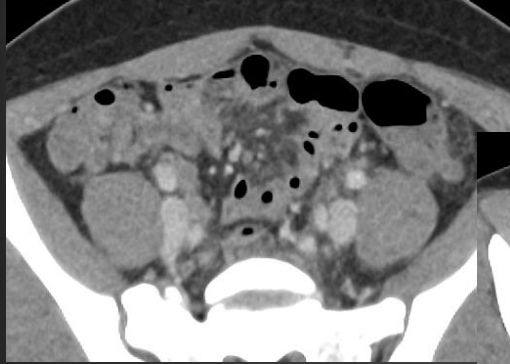
⚙️ Causes:

- IGH ++++++++
- Rupture de masse annexielle (dermoïde, endométriome)
- Torsion d'annexe « dépassée »
- Nécrobiose de myome

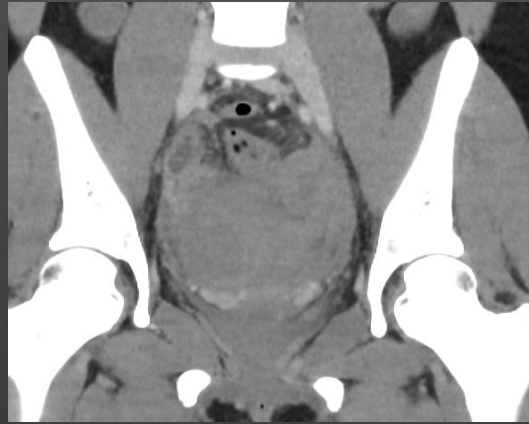
Rupture de masse annexielle



Torsion annexielle dépassée

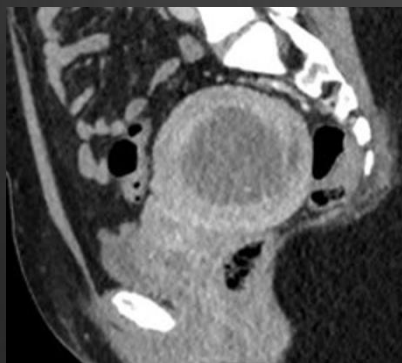


Torsion annexielle dépassée



Tour de spire

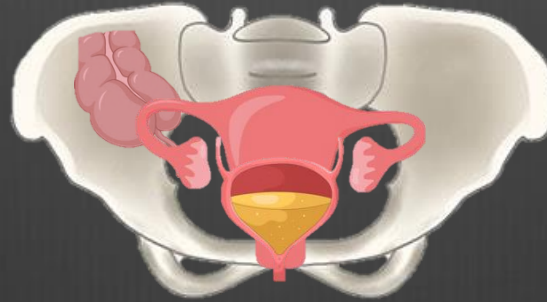
Nécrobiose de myome



Douleur pelvienne et sepsis

1

- Appendicite pelvienne
- Sigmoidite (diverticule ++)
- Iléite



2

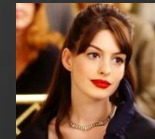
Vessie
(Prostate)

3

Utérus et annexes

Non ménopausée

- **IGH +++++**
- Rupture masse annexielle
- Torsion dépassée
- Nécrobiose de myome



Ménopausée

- Diverticulite perforée dans annexe
- Torsion dépassée



Douleur pelvienne et sepsis

- En 1: rechercher les 3 causes fréquentes

- Appendicite – sigmoïdite – iléite



- Si ces 3 sites sont normaux OU si un organe de voisinage n'est pas normal:

- Non ménopausée: **IGH +++++** (épiploon et trompes+++)
- Ménopausée: Diverticule perforé dans annexe – torsion dépassée
- Penser au reste: vessie ...



- IGH: vrai challenge !! Y penser +++: avoir une sensibilité de détection élevée car impact fertilité ++ surtout si diag tardif, alors que le diagnostic bactérien (PV) et le TTT sont « faciles »



MONTPELLIER JUIN 2026 !!!

