

# L'IMAGE DU MOIS

## Perforation intestinale grêle sur corps étranger

J. MAQUET (1), Y-G. BOULANGER (2), M. MILICEVIC (3)

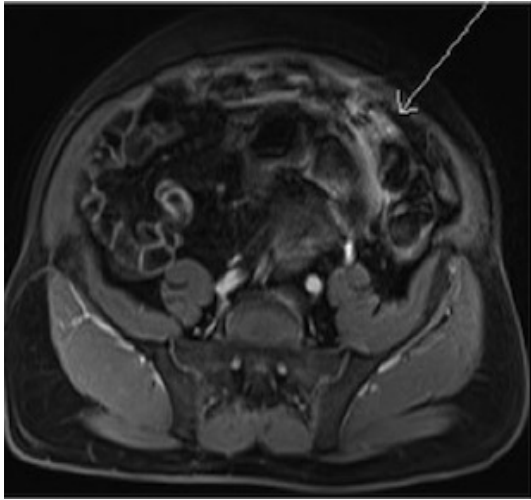


Figure 1. Entéro-IRM, coupe axiale, séquence T1 après injection IV de Gadolinium et saturation de graisse. Prise de contraste mal délimitée de la graisse en fosse iliaque gauche au contact d'anses grêles et du côlon gauche, sans épaissement de celles-ci.

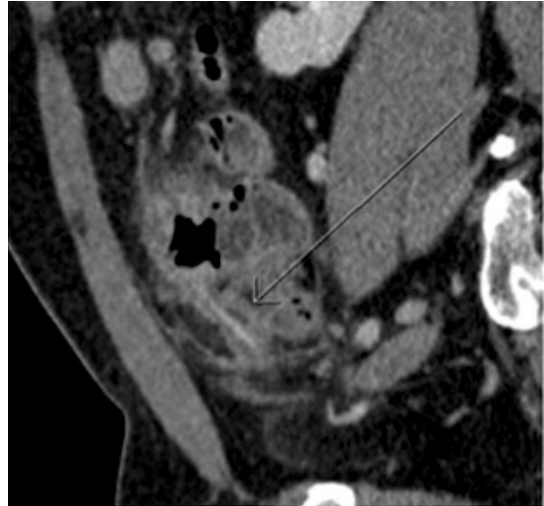


Figure 2. CT-scanner abdominal, coupe oblique, en phase portale, après injection de produit de contraste iodé. Présence d'une infiltration de la graisse anti-mésentérique grêle en fosse iliaque gauche avec épaissement pariétal des anses grêles voisines normalement rehaussées. Présence d'adénopathies réactionnelles encerclant une formation linéaire de densité environ 200 UH, orientée selon un axe crâno-caudal.



Figure 3. CT-scanner abdominal, coupe coronale, en phase portale après injection de produit de contraste iodé. Présence d'une infiltration de la graisse localisée au sein de la région rétro-ombilicale gauche, au versant mésentérique du tiers proximal du sigmoïde, dans un contexte de dolicho-sigmoïde, sans formation diverticulaire. Rétrospectivement, le corps étranger est suspecté.

### PRÉSENTATION CLINIQUE

Un patient de 52 ans est envoyé par son gastro-entérologue pour réaliser une entéro-IRM dans le cadre de douleurs localisées en fosse iliaque gauche depuis plus de 9 mois. L'examen met en évidence une prise de contraste mal délimitée de la graisse dans la fosse iliaque gauche, au contact d'anses grêles, sans épaissement de celles-ci (Figure 1). Ces anomalies entraînent la relecture des examens précédents.

Un scanner avait été réalisé 3 mois auparavant, à l'occasion d'un passage aux urgences du patient. A l'admission aux urgences, celui-ci présentait déjà des douleurs abdominales localisées dans la fosse iliaque gauche, avec nausées et vomissements, sans modification du transit intestinal. Le patient était apyrétique. L'examen abdominal mettait en évidence une sensibilité de la fosse iliaque gauche sans défense ni contracture et la biologie démontrait un syndrome inflammatoire modéré. Parmi ses antécédents, le patient avait souffert d'une néoplasie colique traitée par résection de 25 cm d'intestin et par chimiothérapie.

(1) Etudiante en Médecine, Faculté de Médecine, Université de Liège, Belgique.

(2) Assistant, (3) Chef de clinique, Service d'Imagerie Médicale, CHU de Liège, Site Sart Tilman, Liège, Belgique.

Le scanner réalisé démontrait une infiltration de la graisse anti-mésentérique grêle dans la fosse iliaque gauche, avec épaissement pariétal des anses grêles voisines normalement rehaussées et des adénopathies réactionnelles encerclant une formation linéaire proche d'une densité de 200 UH, orientée selon un axe crânio-caudal (Figure 2).

Un scanner abdominal réalisé en ambulatoire, un mois avant l'admission aux urgences du patient, démontrait une sémiologie similaire, mais localisée au sein de la région rétro-ombilicale gauche, au versant mésentérique du tiers proximal du sigmoïde, dans un contexte de dolicho-sigmoïde, sans formation diverticulaire. Cet examen illustre le caractère migrant de la formation, correspondant à un corps étranger de type arête de poisson ou osselet (Figure 3).

Il est à noter qu'une colonoscopie avait été réalisée et avait été décrite comme étant strictement normale jusqu'au bas-fond caecal.

## DISCUSSION

Les perforations intestinales grêles sont rares, contrairement aux perforations gastroduodénales et coliques, avec une incidence d'un cas par an pour une population de 350.000 personnes (1). Les principales causes de perforation sont ischémiques, vasculaires (artérielles, veineuses, hémodynamiques), occlusives, inflammatoires (maladie intestinale chronique inflammatoire, diverticulite de Meckel), infectieuses (tuberculose, fièvre typhoïde), tumorales (lymphome) ou traumatiques (accident de roulage, corps étranger, ...).

Les perforations sur corps étranger peuvent toucher n'importe quel segment du tube digestif, mais prédominent aux zones jonctionnelles (iléo-caecale, recto-sigmoïdienne,...) ou peuvent traverser l'appendice, un diverticule congénital ou acquis, voire une hernie. Les corps étrangers déglutis ne suivent pas toujours la lumière digestive, mais peuvent traverser les anses intestinales et progresser en ligne droite, à l'origine d'adhérences par perforations pariétales successives.

La majorité des perforations de l'intestin grêle sont couvertes (2), avec une symptomatologie aspécifique. Le tableau clinique est rarement d'apparition brutale, les symptômes s'installant généralement de manière subaiguë, voire chronique, compte-tenu du caractère couvert de ces perforations. Néanmoins, la perforation de l'intestin grêle sur corps étranger est

à évoquer systématiquement devant un tableau d'abdomen aigu et, particulièrement, lorsque la cause n'apparaît pas évidente.

Les deux principales étiologies à rechercher face à une perforation grêle couverte en l'absence d'antécédent notable chez un adulte sont la perforation d'un diverticule congénital sur poussée de diverticulite et la perforation pariétale par un corps étranger (2).

Les facteurs de risques de la perforation couverte par un corps étranger sont principalement les pathologies psychiatriques et les patients aux âges extrêmes de la vie.

L'imagerie médicale, en particulier le scanner abdominal, est l'élément incontournable pour le diagnostic (3). Les modalités techniques de sa réalisation seront adaptées à l'âge du patient et à ses éventuels antécédents médico-chirurgicaux. Le scanner abdominal sans injection de produit de contraste permet, le plus souvent, de visualiser directement le corps étranger et l'injection de contraste met en évidence les signes indirects de perforation. Néanmoins, une perforation grêle par un corps étranger peut ne pas être visualisée, surtout lors d'une perforation couverte.

En cas de perforation ouverte, on recherche un pneumopéritoine, un épanchement péritonéal, voire des signes de péritonite loco-régionale sous forme d'un épaissement et d'un rehaussement des feuillets viscéraux, ainsi qu'une interruption de la paroi. Celle-ci est, toutefois, rarement directement visible. En cas de perforation couverte, on recherche plutôt une infiltration mésentérique loco-régionale sous forme de plastron témoignant de la présence du corps étranger ou d'un diverticule. Des petites bulles de gaz peuvent être également détectées au sein du mésentère, à proximité de l'orifice de perforation.

Beaucoup de corps étrangers sont radio-opaques mais ceux-ci sont rarement détectés en routine car ils sont de petites tailles et de faible radio-opacité. Les plus fréquents sont les pièces de monnaie, les piles, les arêtes de poisson, les os et les cure-dents. Ils sont, la plupart du temps, exonérés spontanément (80-90 % des cas), mais nécessitent parfois une extraction manuelle non chirurgicale (10-20 % des cas) ou chirurgicale (moins de 1 % des cas) (4).

## CONCLUSION

Les perforations intestinales grêles sont rares et sont majoritairement couvertes. Leur symptomatologie est aspécifique. Face à une perforation grêle couverte en l'absence d'antécédent notable chez un adulte, la perforation d'un diverticule congénital sur poussée de diverticulite et la perforation pariétale par un corps étranger sont les deux principaux diagnostics à évoquer.

Le scanner abdominal, sans et avec injection de produit de contraste, est l'élément clé du diagnostic. Il met en évidence, le plus souvent, un plastron en cas de perforation couverte sur corps étranger. Toutefois, celle-ci peut passer inaperçue. Dans le cas illustré, les examens d'imagerie ont permis de montrer le caractère migrant du corps étranger ainsi que les signes indirects d'une perforation couverte. Cependant, en l'absence de données anamnestiques spécifiques, il peut être difficile d'établir la nature exacte du corps étranger.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Kimchi NA, Broide E, Shapiro M, et al.— Non-traumatic perforation of the small intestine. Report of 13 cases and review of the literature. *Hepato gastroenterol*, 2002, **49**, 1017-1022.
2. Balaj C, Ottenin MA, Gervaise A, et al.— *Scanner des perforations couvertes de l'intestin grêle : les 10 commandements*. Journées Francophones de Radiologie, 2011. <http://pe.sfrnet.org/ModuleConsultationPoster/posterDetail.aspx?intIdPoster=4722>
3. Cleve Nicolodi G, Trippia CR, Caboclo MF et al.— Intestinal perforation by an ingested foreign body. *Radiol Bras*, 2016, **49**, 295-299.
4. Letard JC.— *Les corps étrangers ingérés*. Recommandations de la Société Française d'Endoscopie digestive, sept 2004. [http://www.sfed.org/files/documents\\_sfed/files/recommandations/Corpsetranger\\_ingere\\_v2.pdf](http://www.sfed.org/files/documents_sfed/files/recommandations/Corpsetranger_ingere_v2.pdf)

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr M. Milicevic, Service d'Imagerie médicale, CHU de Liège, Site Sart Tilman, 4000 Liège, Belgique.  
Email : mladen.milicevic@chu.ulg.ac.be