

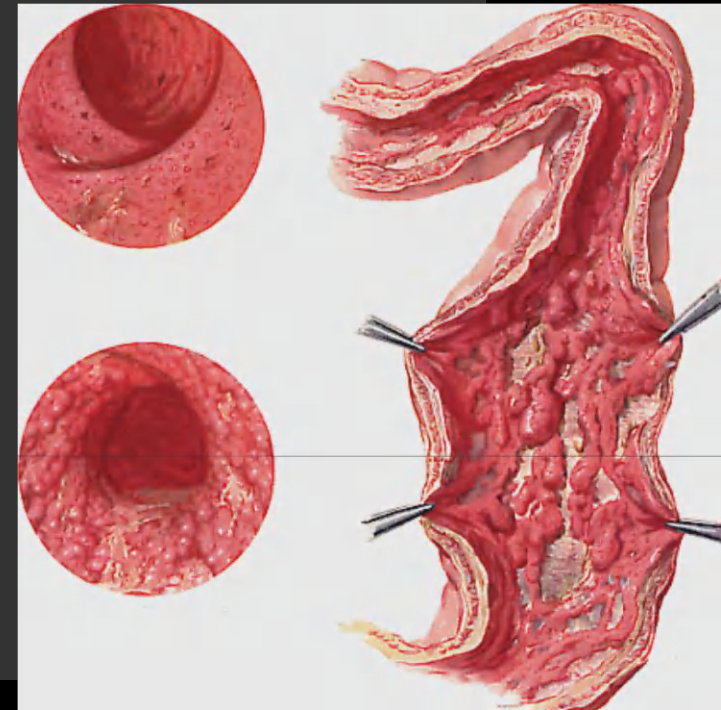
Colites et ischémie

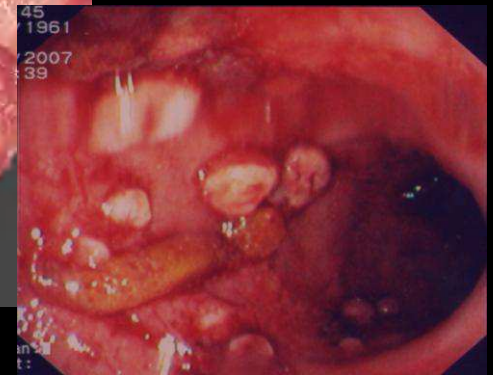
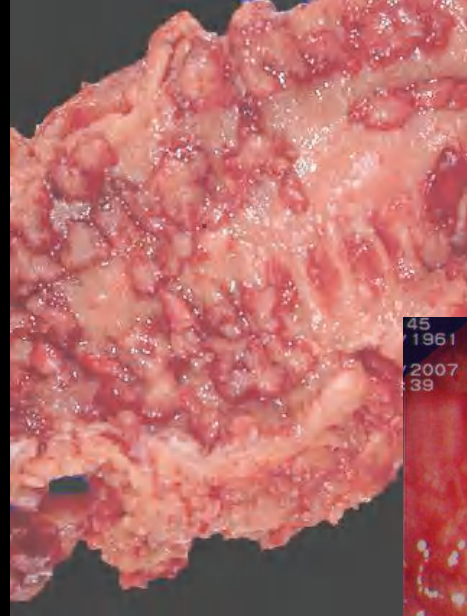
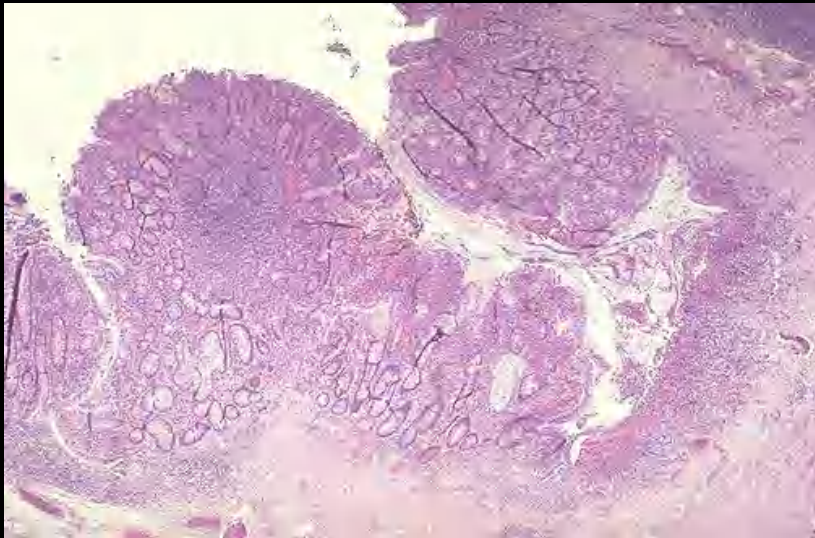
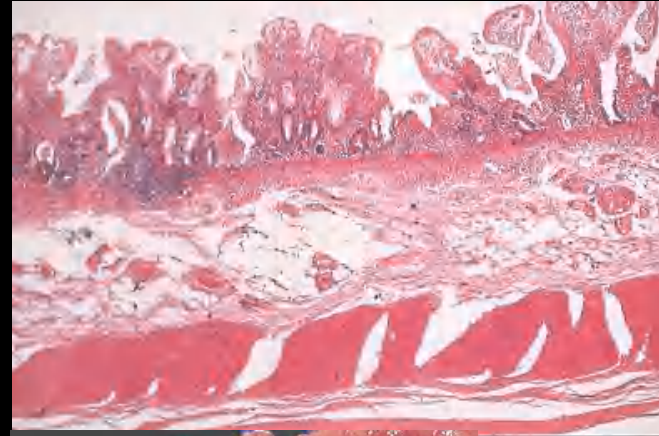
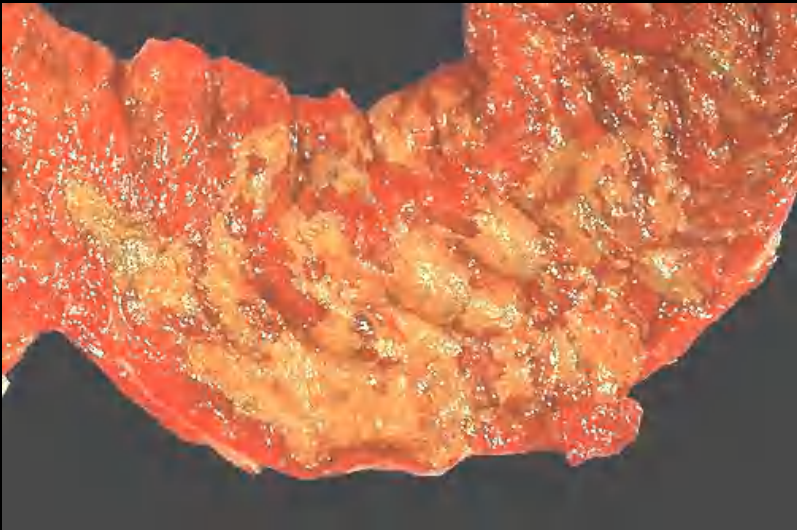
Pathologies inflammatoires

RCH

Généralités

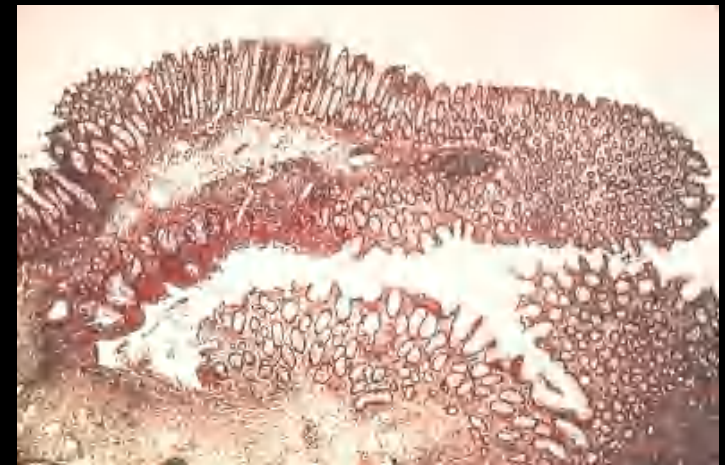
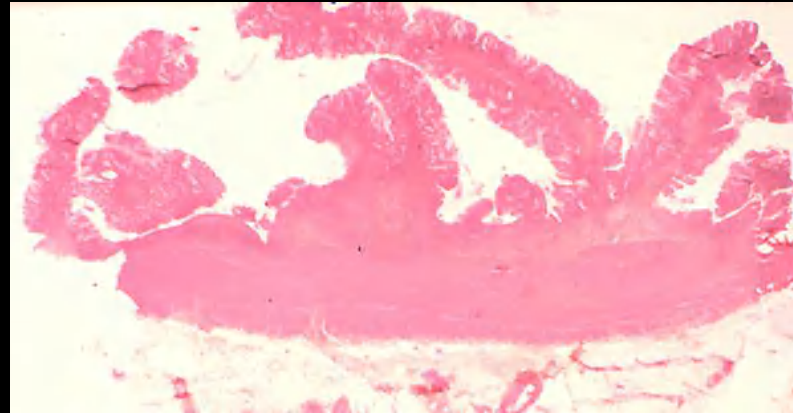
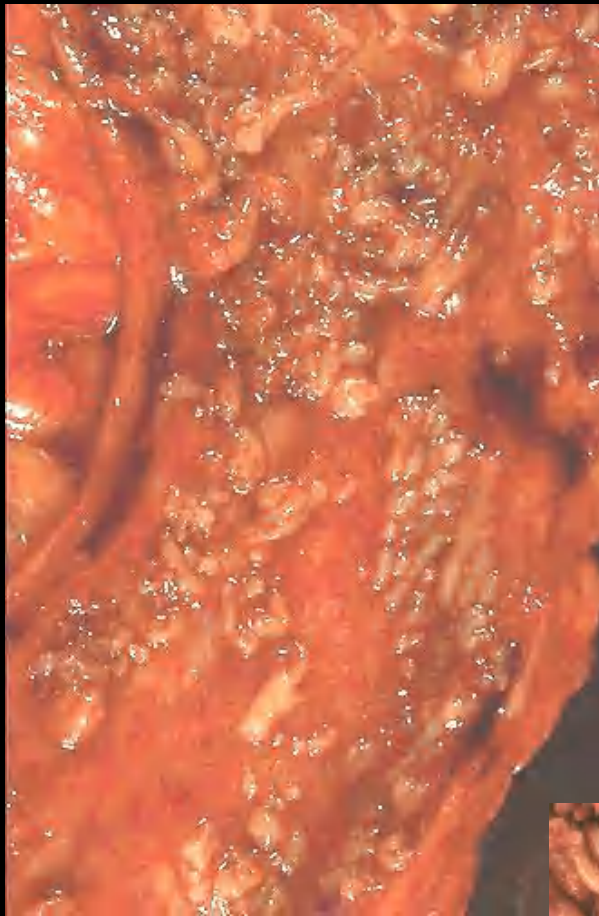
- RCH : maladie chronique d'étiologie indéterminée
- Atteinte du **cadre recto-colique**, rectale et colique G principalement
- Atteinte cste du rectum
- Epidémiologie
 - F > H
 - Sujets 20-25 ans
- **Début** au **niveau rectal**, extension de proche en proche
- **Pas d'intervalle de muqueuse saine**
- Muqueuse : siège d'une infiltration par des granulocytes et des lymphocytes
- Sous muqueuse : discret oedème
- Phase aiguë :
 - formation de petites ulcérations, limités à la muqueuse
 - Pas de fistule, pas d'abcès, pas de granulome
- Phase chronique :
 - épaissement fibreux de la paroi sans vraie sténose
- **Complications évolutives de la maladie**
 - Méga colon toxique
 - ADK colique
 - CSP et CCK sur CSP





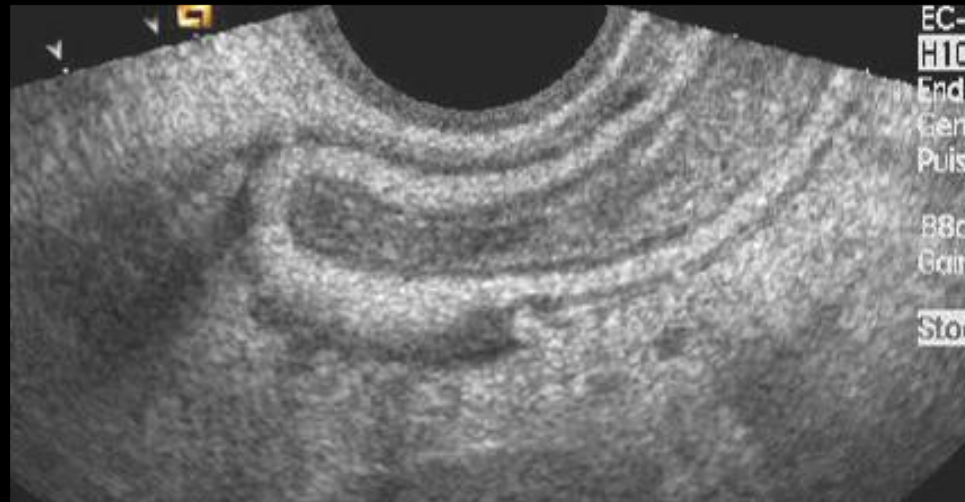
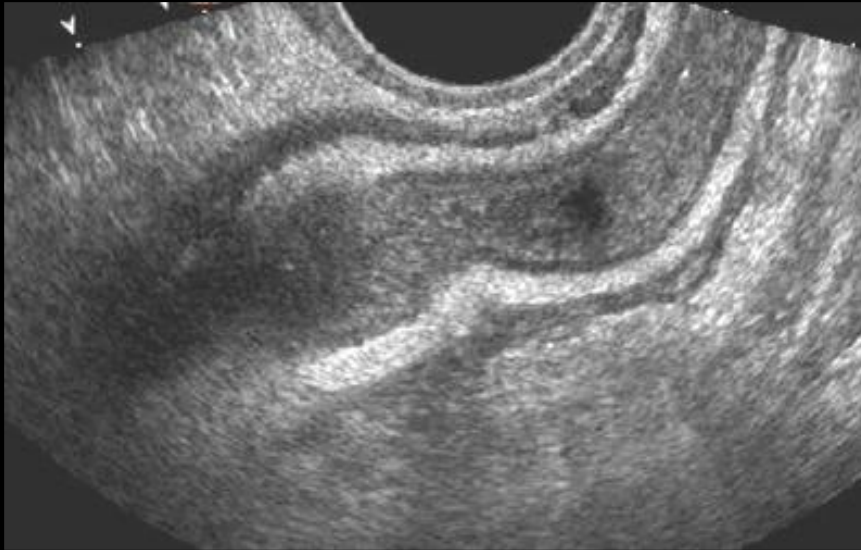
Ulcérations + polypes de régénération : « cobble stones »

Lésions muqueuses et sous-muqueuses : pas d'atteinte transmurale



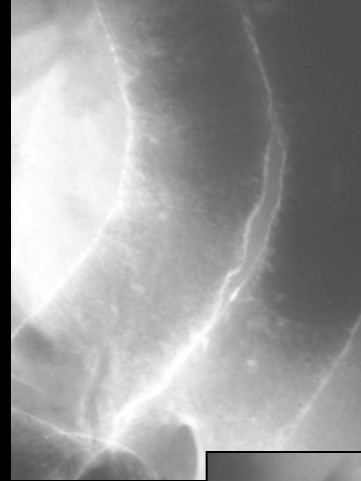
Polypes inflammatoires « en pont » et « en bâtonnets »
= lambeaux de muqueuse décollés et ré-épithélialisés

US examples

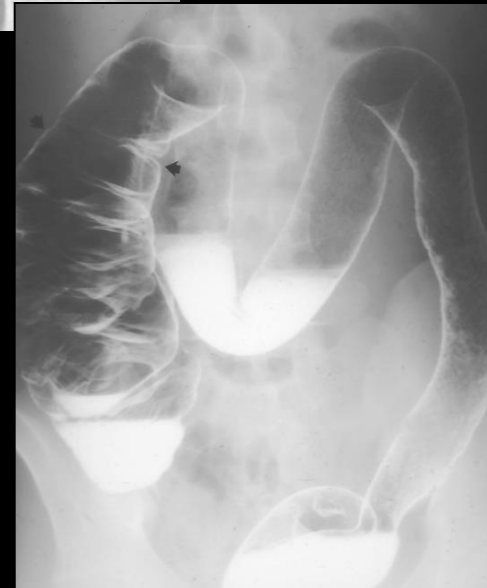


Lavements barytés exemples

granité muqueux et micro-ulcérations

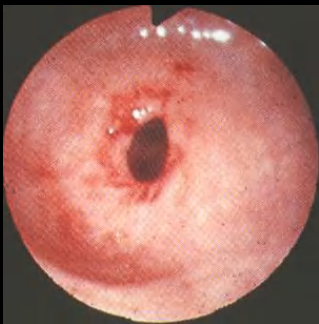


extension « en nappe » à partir du rectum
sans intervalle de muqueuse saine

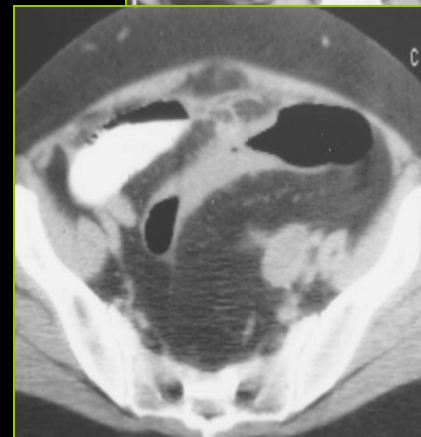


microrectum et sigmoïde tubulé

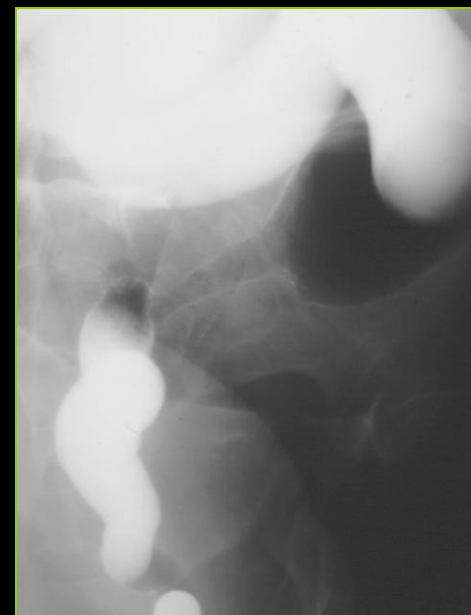
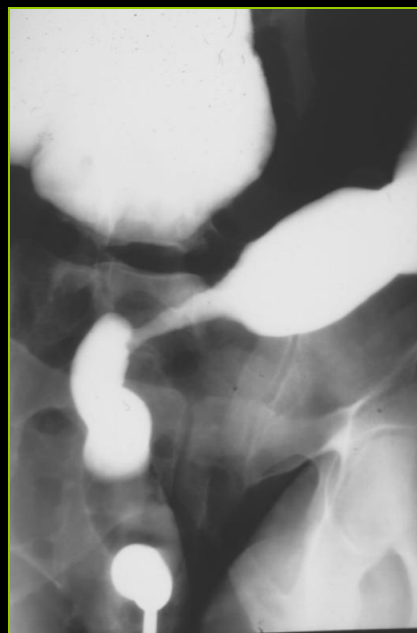




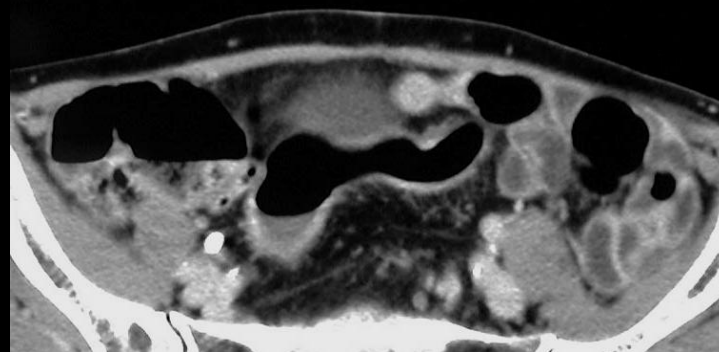
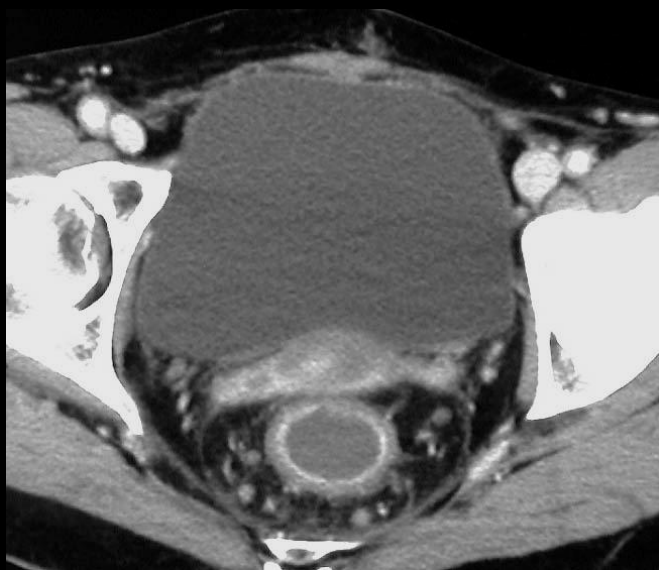
sténose fibreuse sur RCH



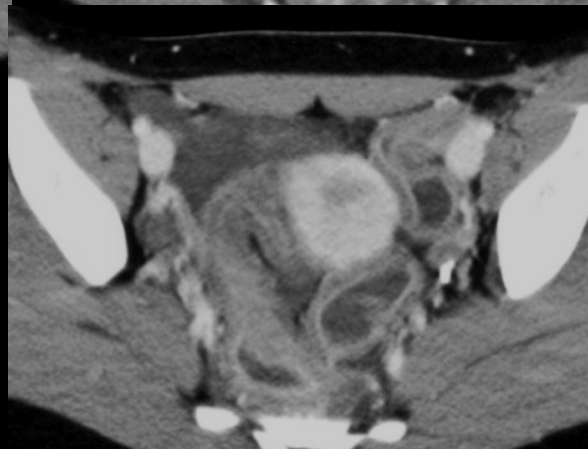
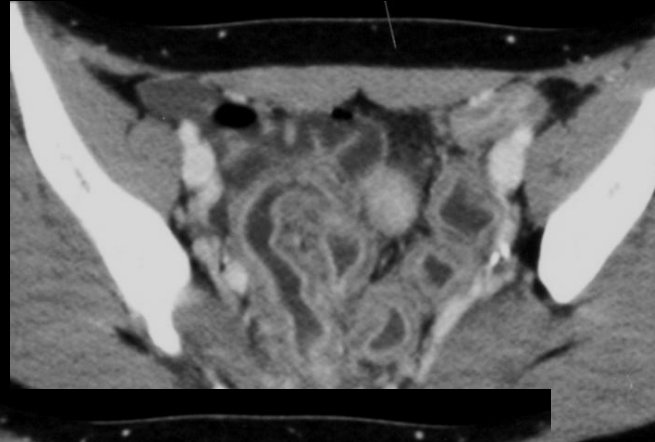
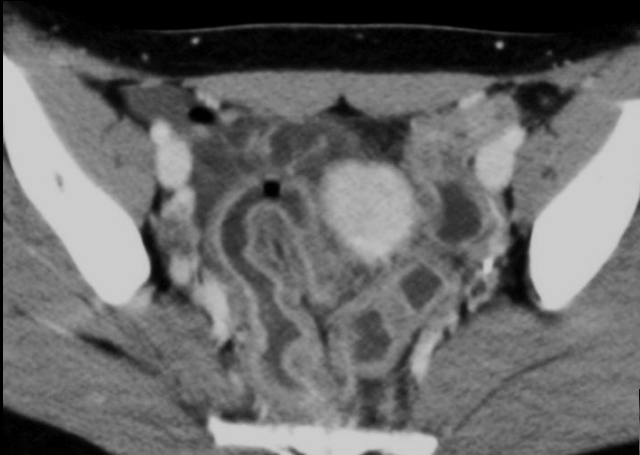
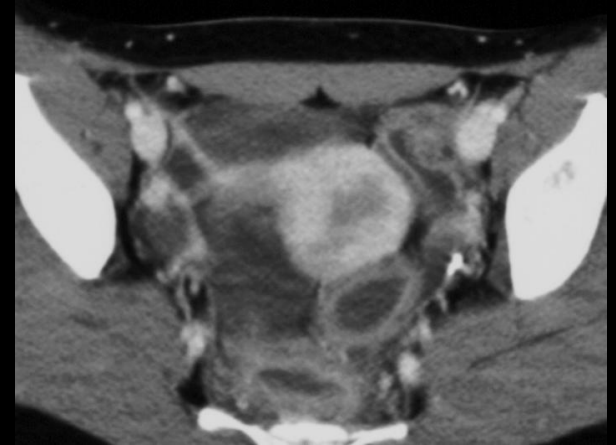
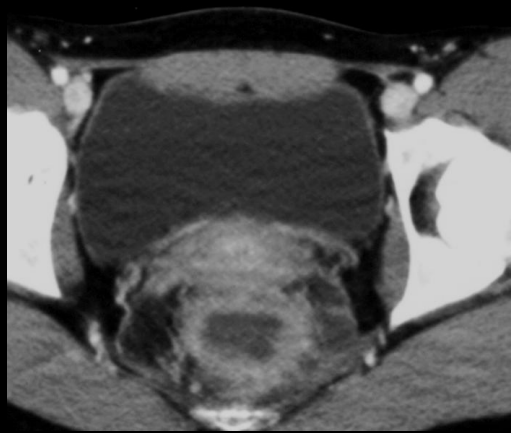
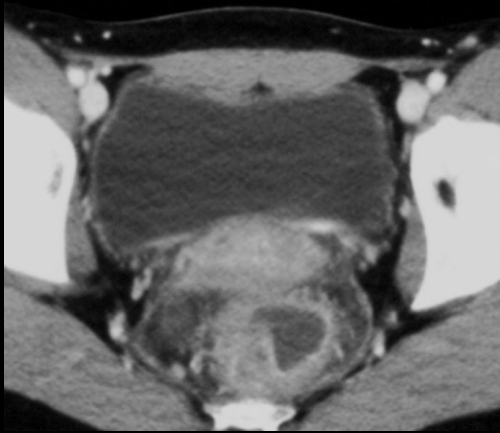
adénocarcinome sigmoïdien sur RCH



TDM exemples



RCH en poussée



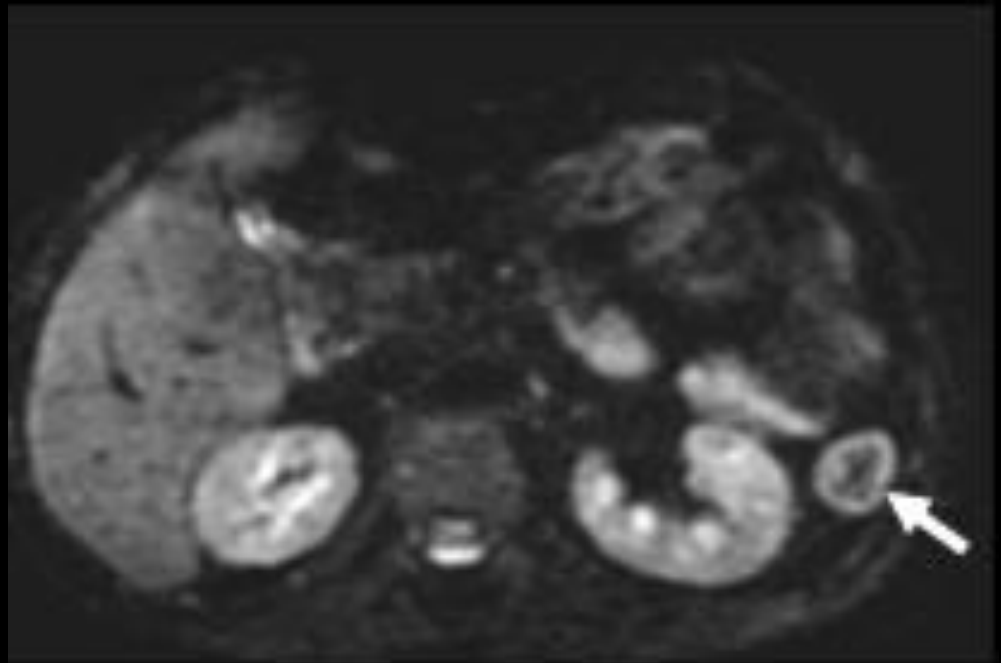
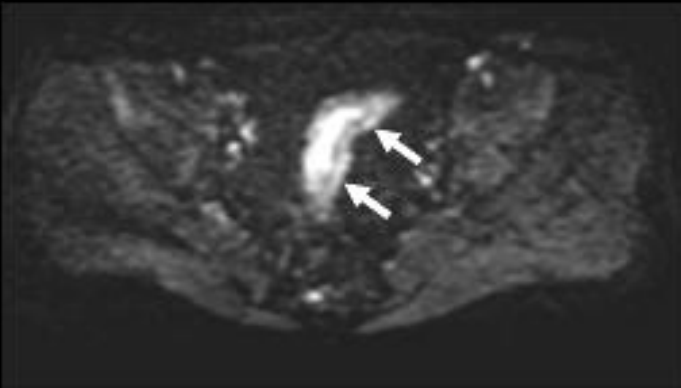
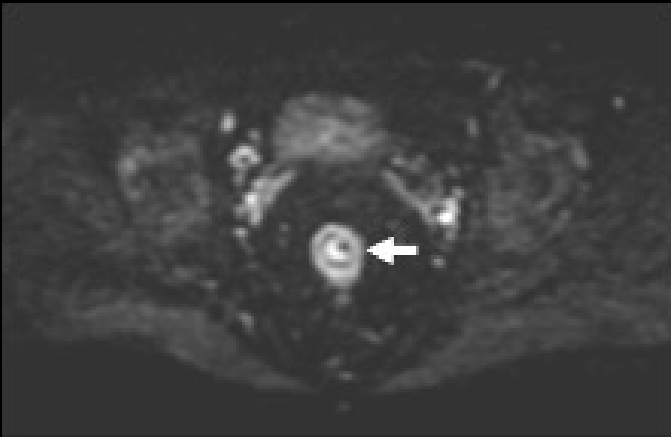
RCH en poussée



RCH phase chronique

IRM exemples

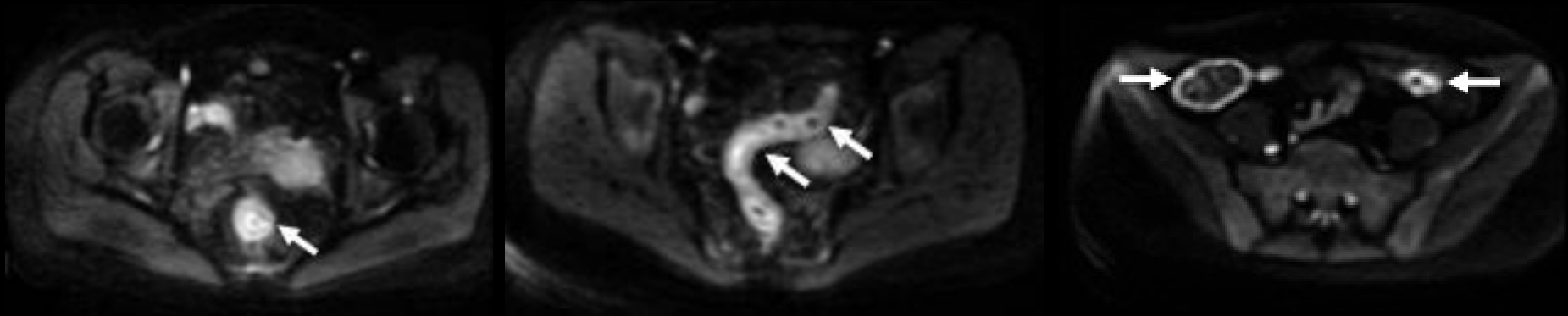
RCH : Cas clinique n°1



DWI : hypersignal du rectum, du sigmoïde, et du colon gauche

RCH avec atteinte du rectum, du sigmoïde et du côlon gauche
Score-IRM-T de 20/30

Cas clinique n°2

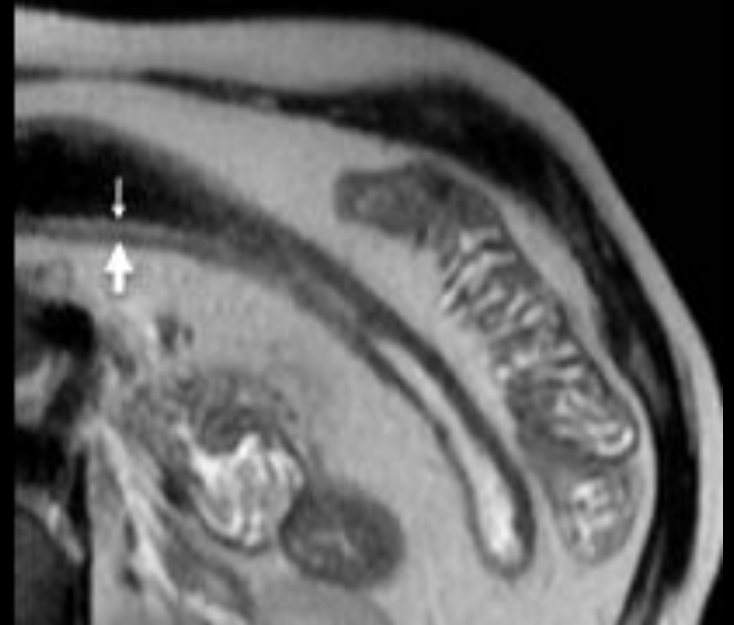
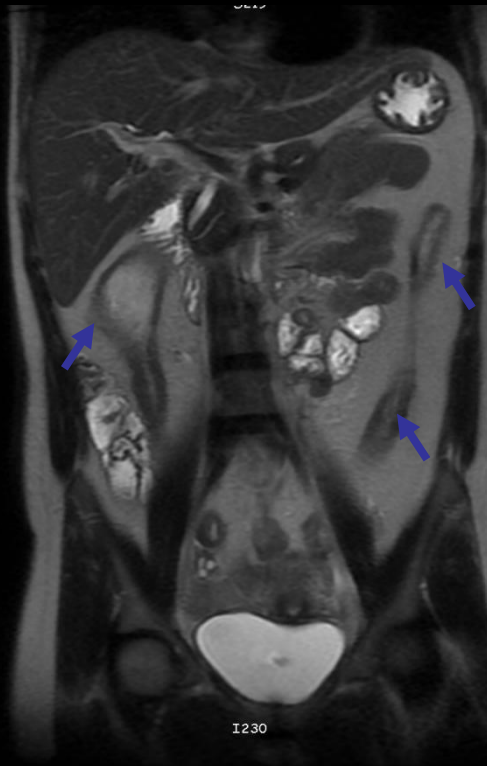


DWI : hypersignal du rectum, du sigmoïde, du colon gauche et du colon droit

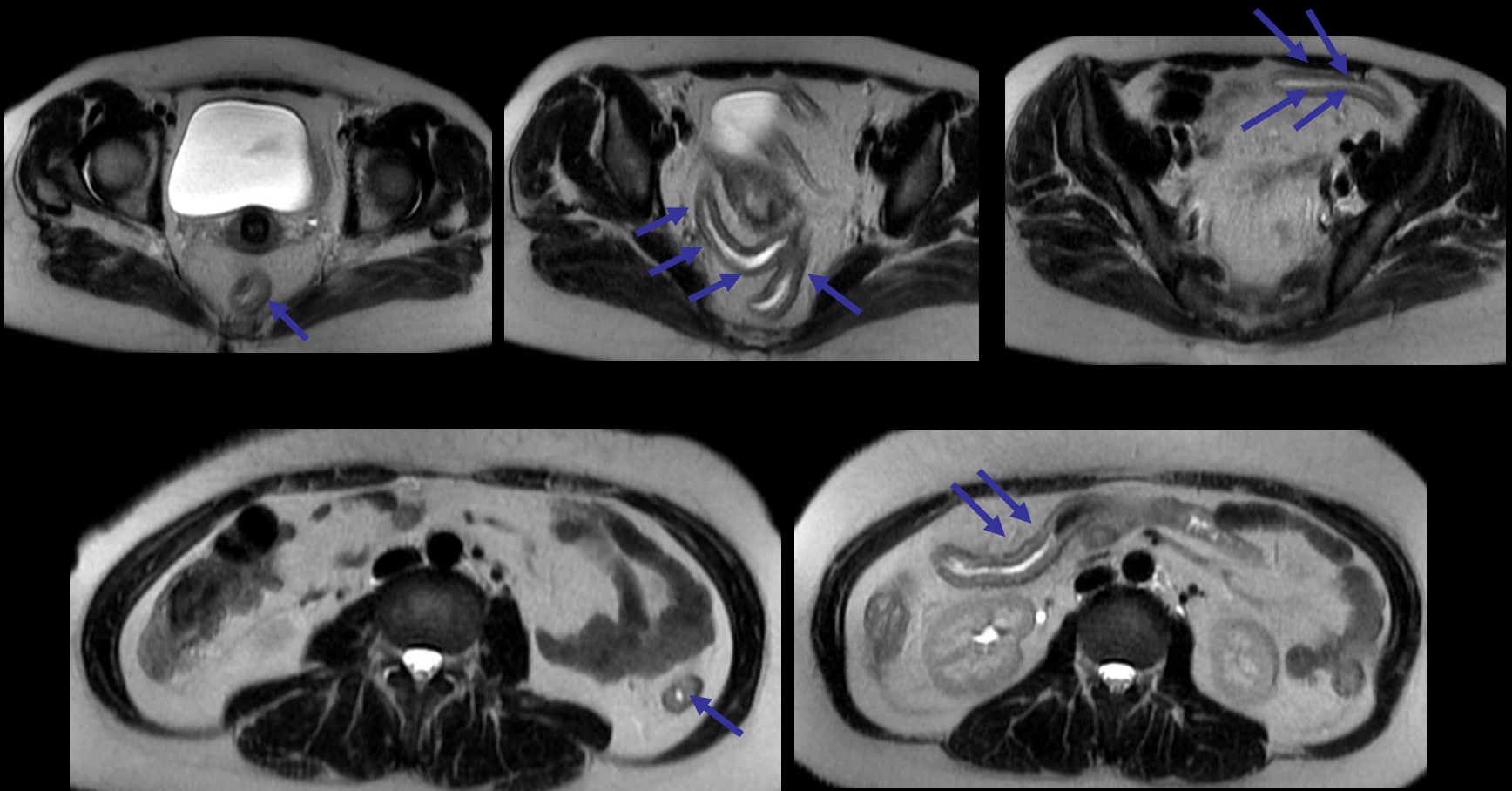
RCH avec atteinte du rectum, du sigmoïde, du côlon gauche et droit
Score-IRM-T de 25/30

RCH : Cas clinique n°3

RCH avec atteinte pancolite fibreuse ancienne, très évoluée
Score-IRM-T de 20/36

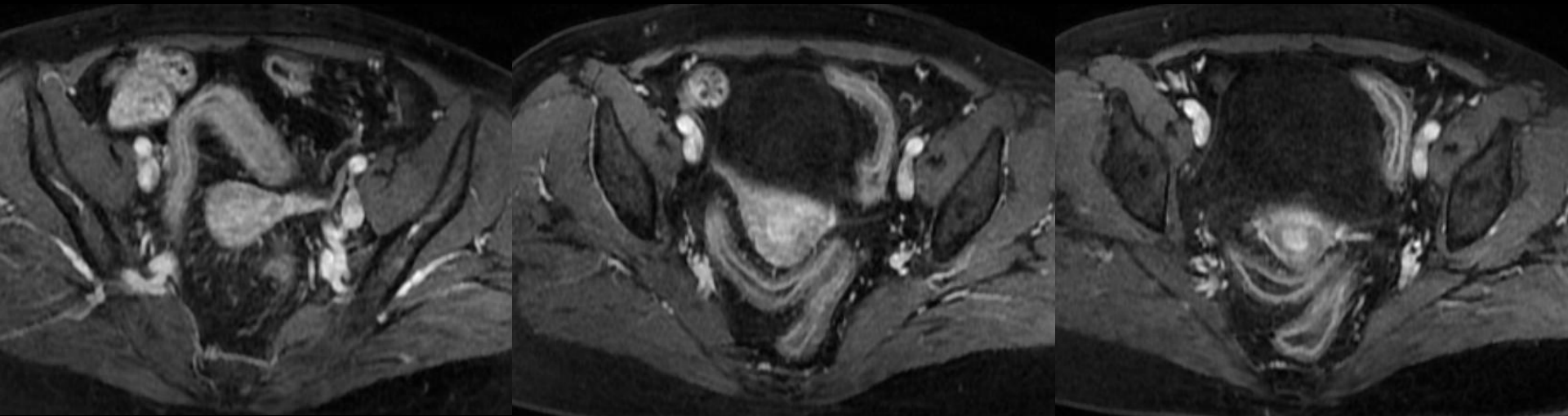


RCH : Cas clinique n°4



SS FSE Te eff court : oedème, dissociation complexe muco sous muqueux, épaissement peu marqué

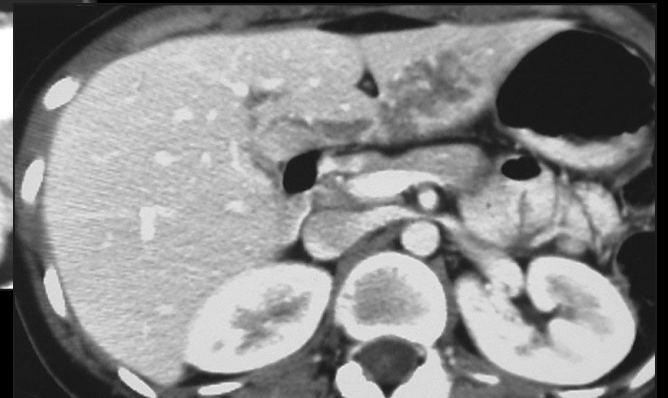
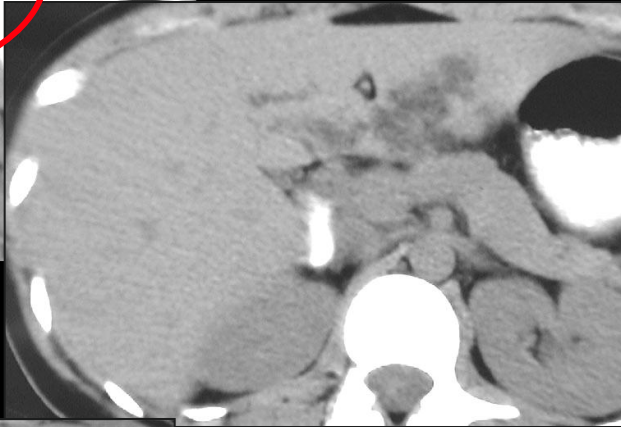
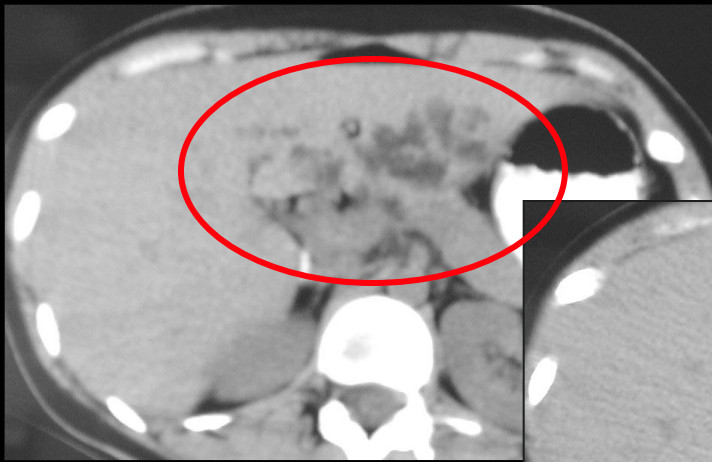
Même patient



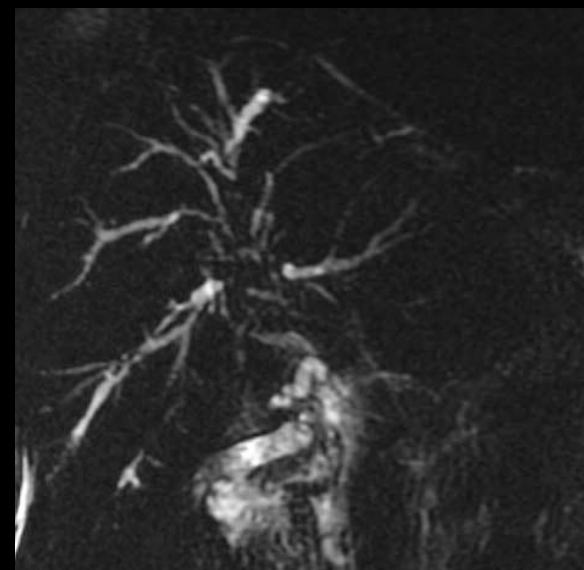
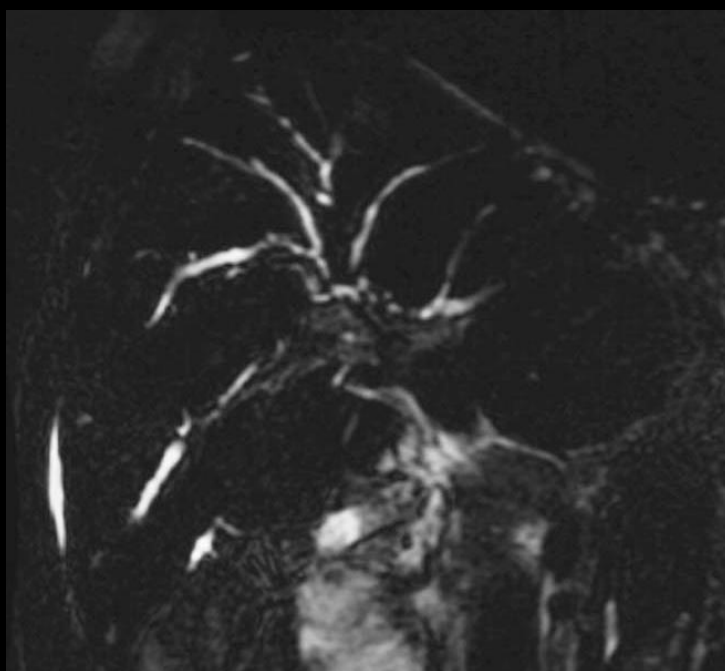
Diffusion : hypersignal des parois pathologiques (correspondant à la dissociation du complexe muco sous muqueux individualisée en SS FSE Te eff court)

RCH avec atteinte pancolite très sévère
Score-IRM-T de 27/36

Complications RCH

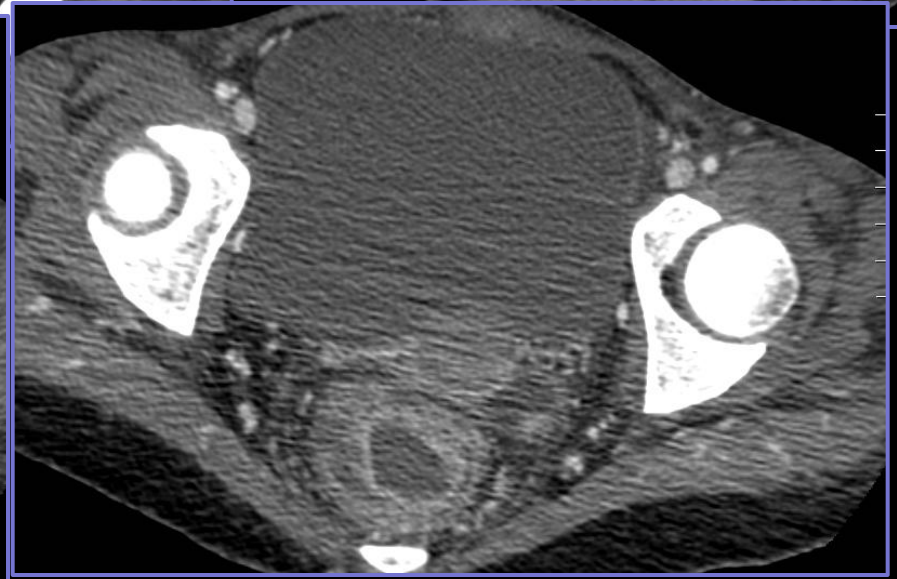
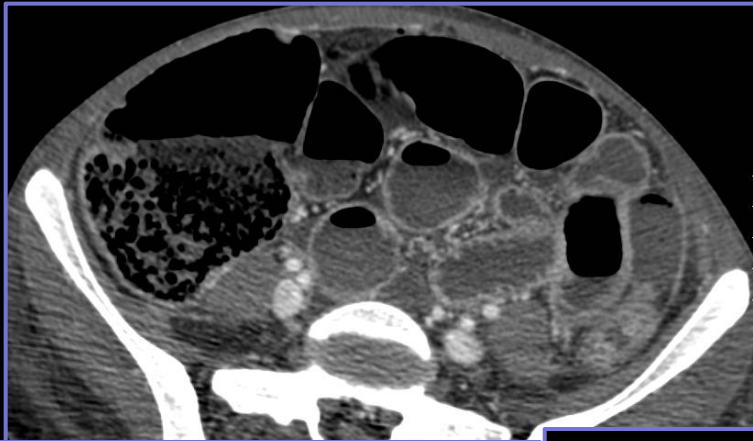


stéatose focale hépatique

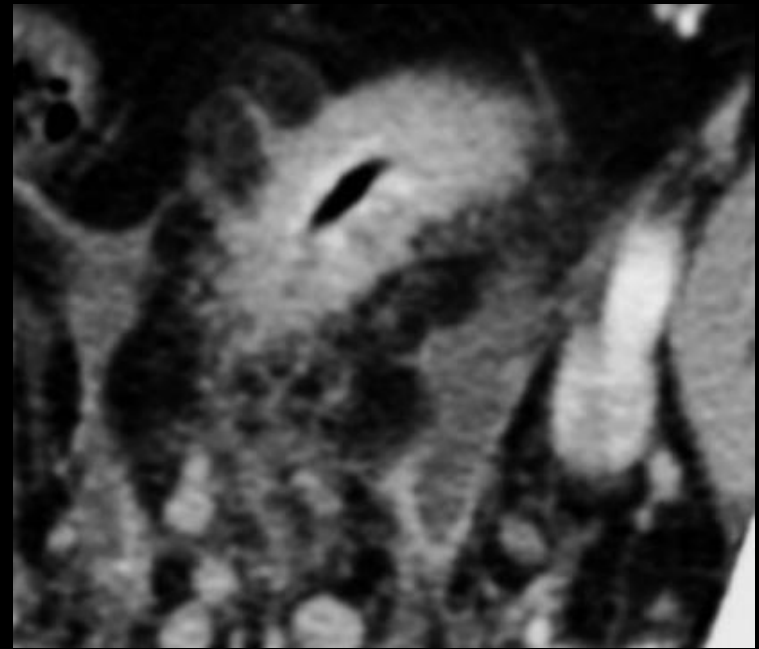


CSP

Mégacôlon toxique



adénocarcinome



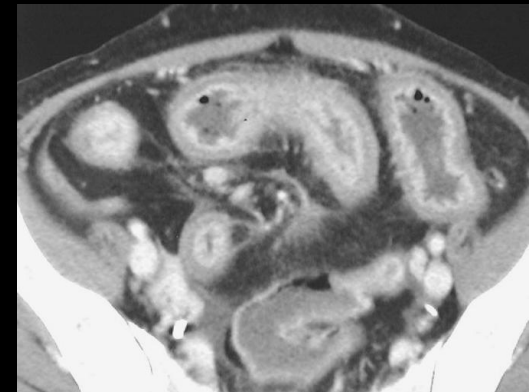
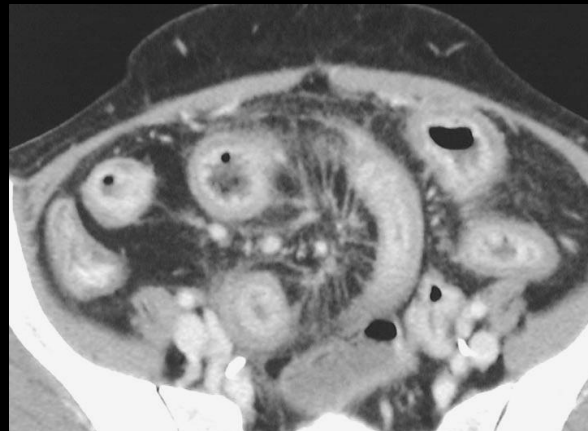
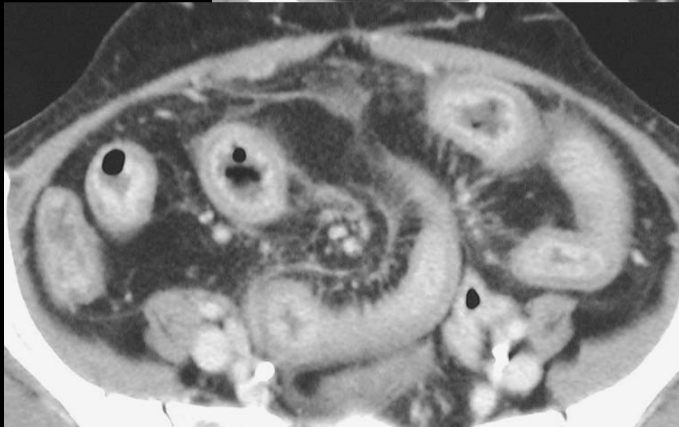
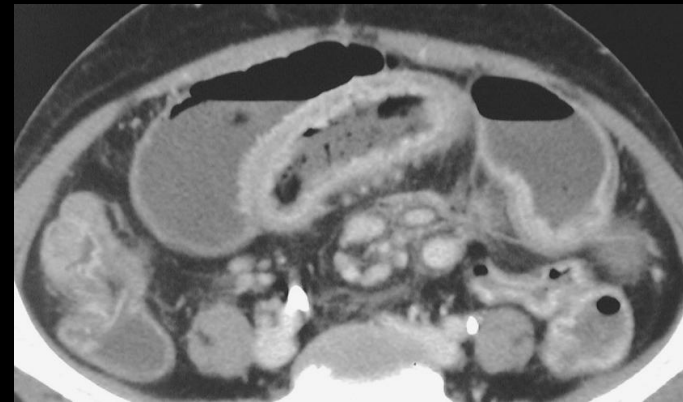
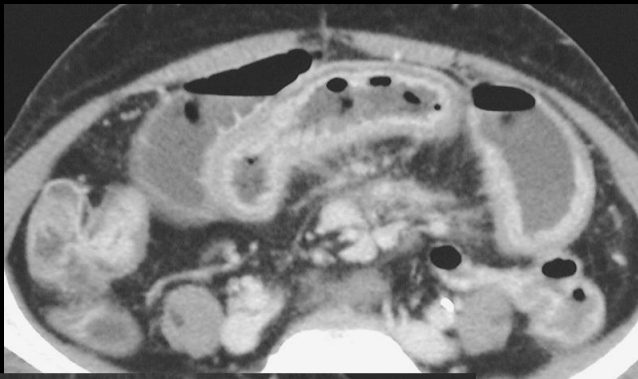
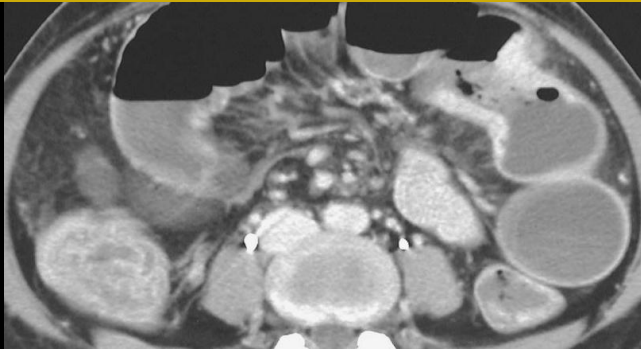
Homme 38 ans. RCH depuis 14 ans. ADK en bague à chatons

Crohn

Généralités

- Atteinte de **tout segment** du tube digestif
- **Intervalles** sains
- Atteinte histologique **transmurale**
- Stéatose focale, lithiase urinaire
- Cholangite sclérosante/CCK, SPA,...
- **Dégénérescence : LMNH, ADK**

Aspect TDM



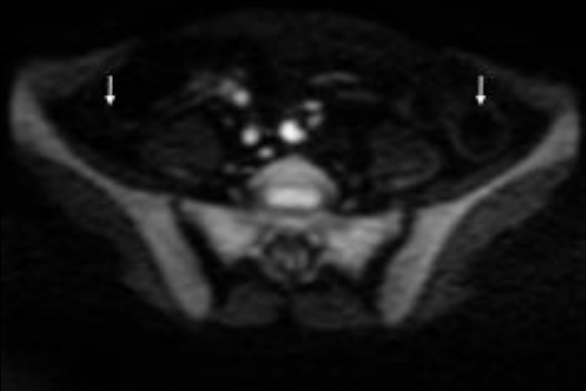
MDC en poussée + occlusion

IRM exemples

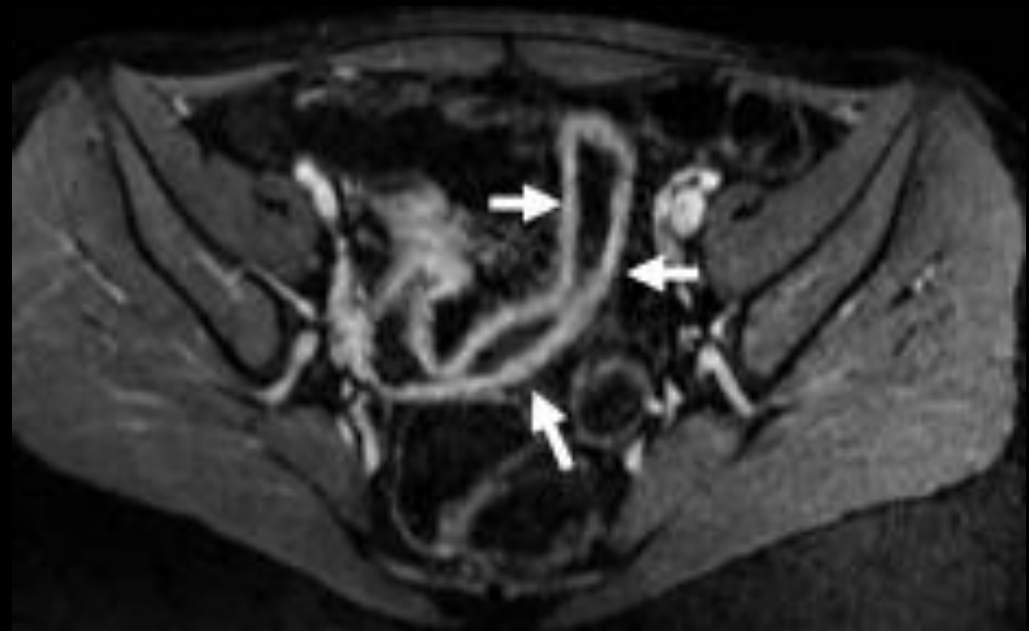
Patient, 26 ans
Cas clinique n°1



DWI : hypersignal isolé de la dernière anse



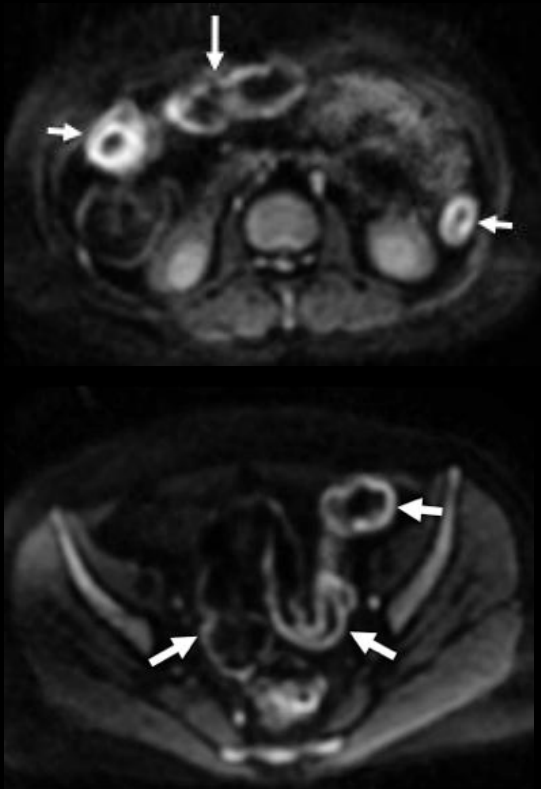
DWI : cadre colique en hyposignal = pas d'atteinte



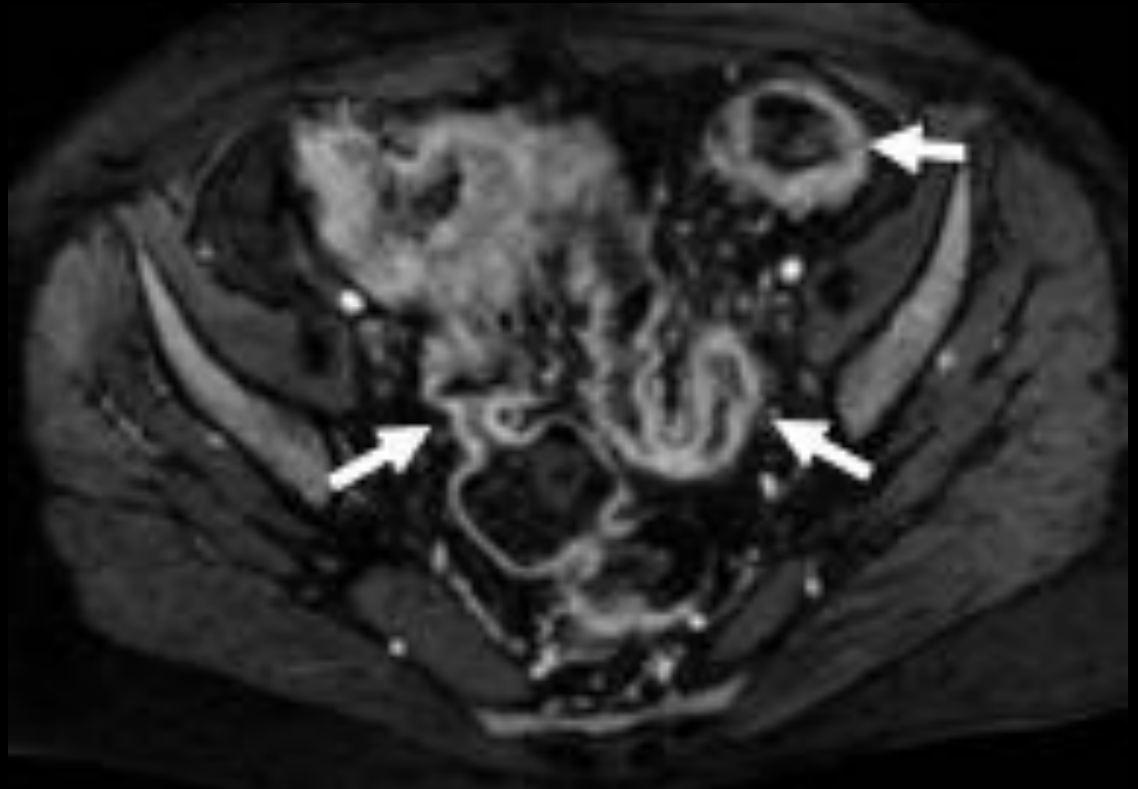
3DT1 EG + : prise de contraste de la paroi , un seul segment atteint

MC avec atteinte isolée de la dernière anse grêle
Score-IRM-T de 8/36.

Patiente 35 ans
Cas clinique n°2



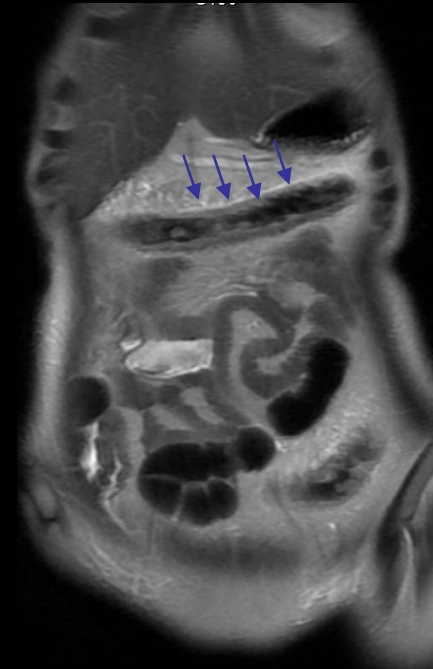
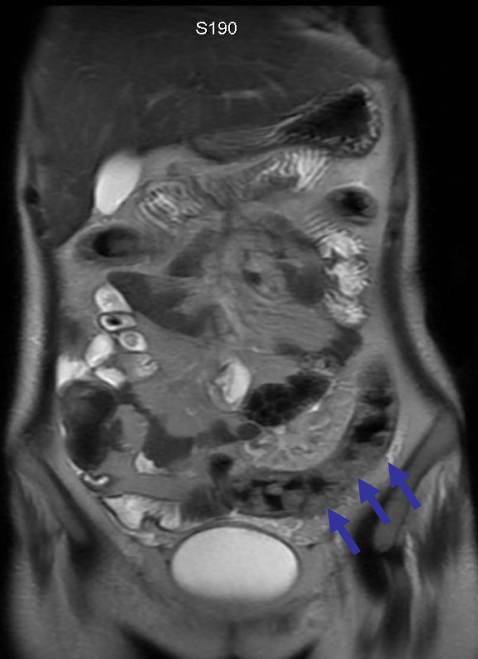
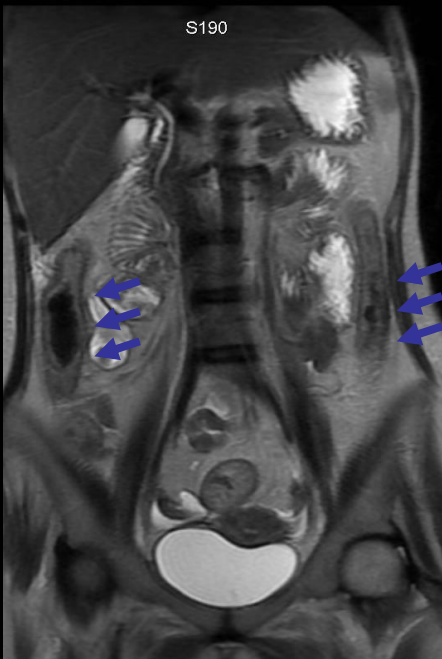
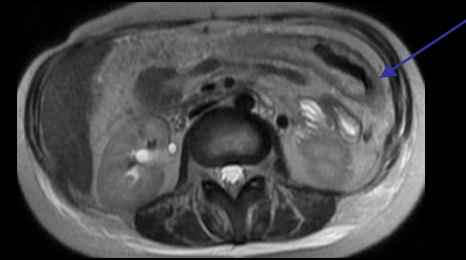
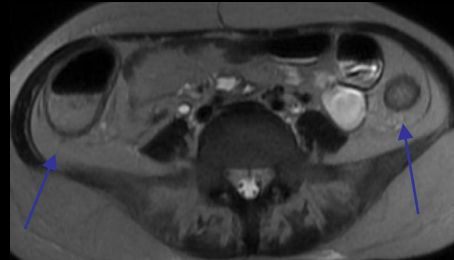
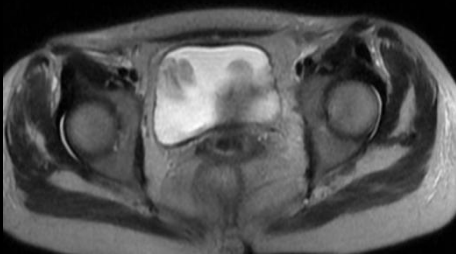
DWI : hypersignal pancolique et de la dernière anse



3DT1 EG + : pancolite sévère, prise de contraste pariétale précoce

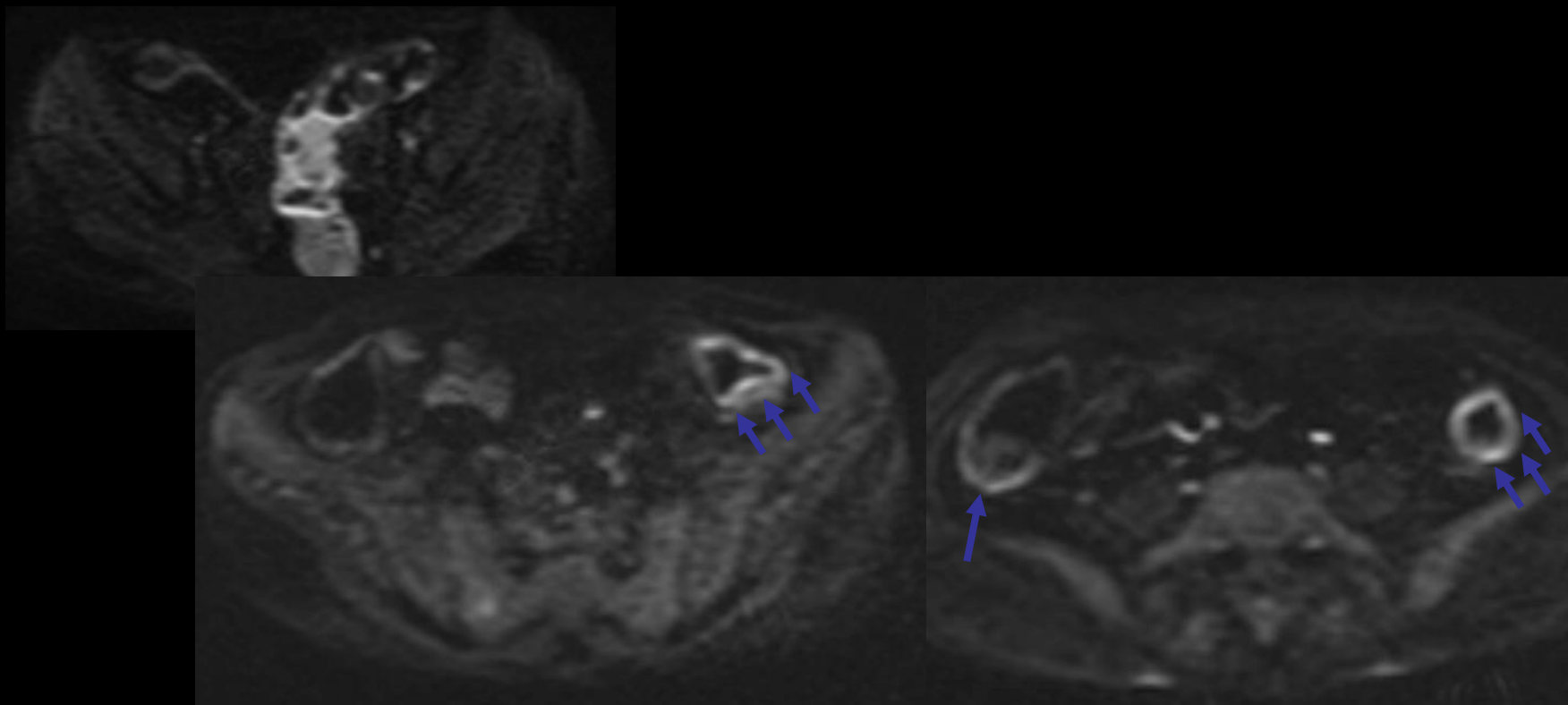
MC avec atteinte pancolite et de la dernière anse
Score-IRM-T de 34/36

Patiente 24 ans
Cas clinique n°3



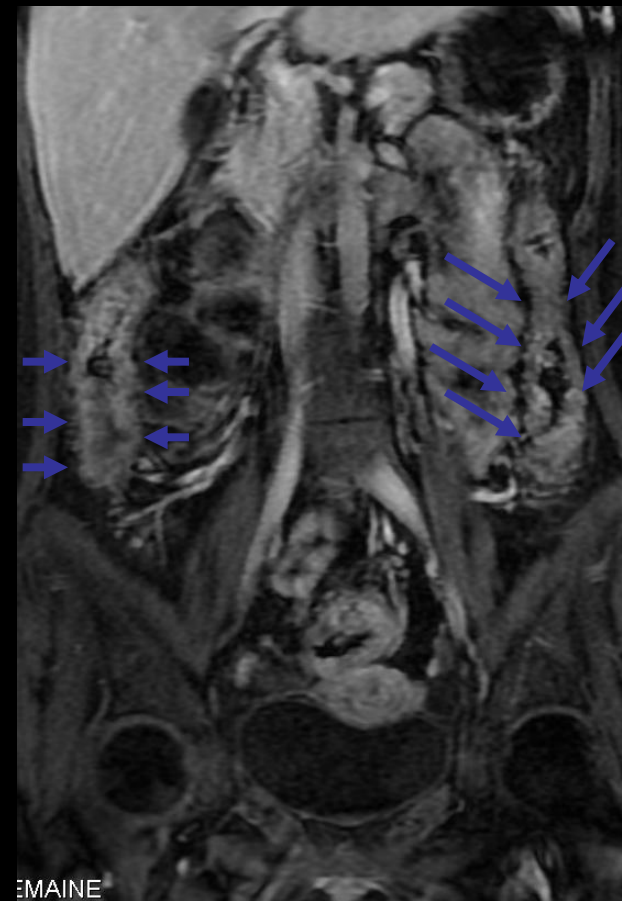
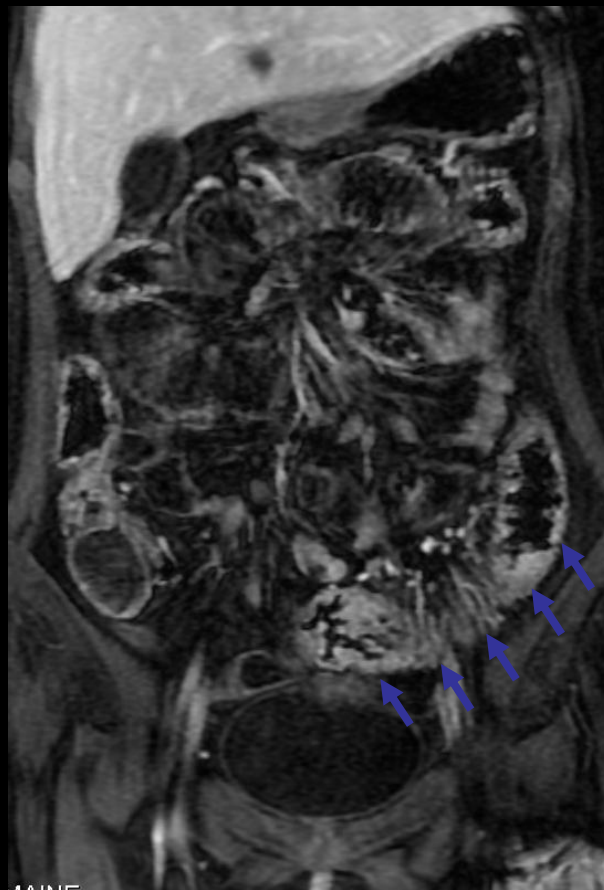
SS FSE T2 eff court : épaissement de la paroi, oedème, dissociation complexe muco sous muqueux et ulcération

même patient que précédemment



DWI : hypersignal pancolique

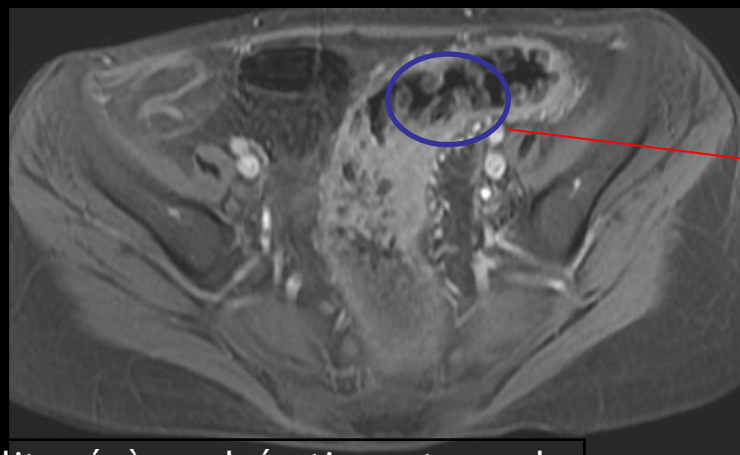
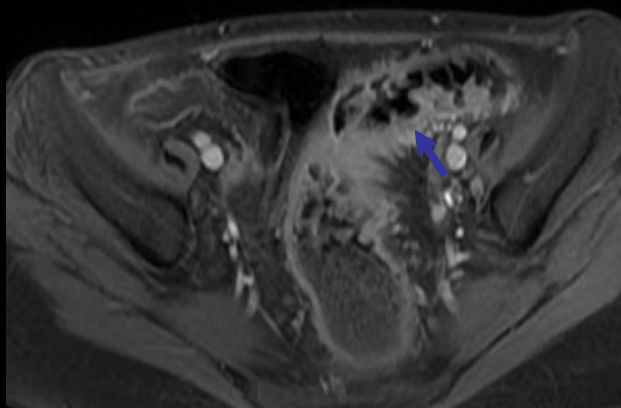
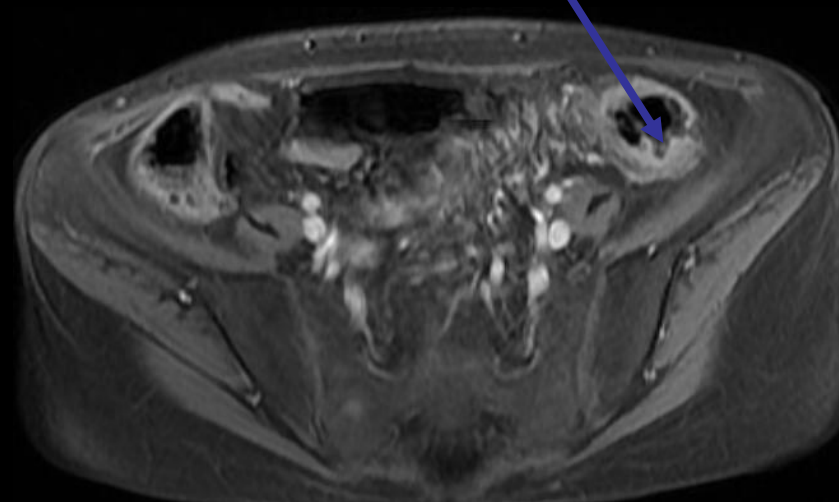
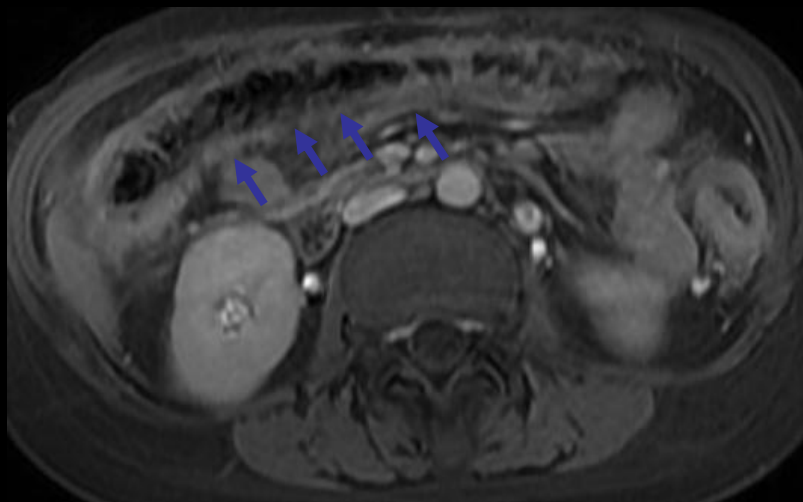
même patient que précédemment



3DT1 EG + plan coronal :pancolite sévère

Patiente 24 ans
Cas clinique n°3 (même patiente que précédemment)

Ulcérations
creusantes



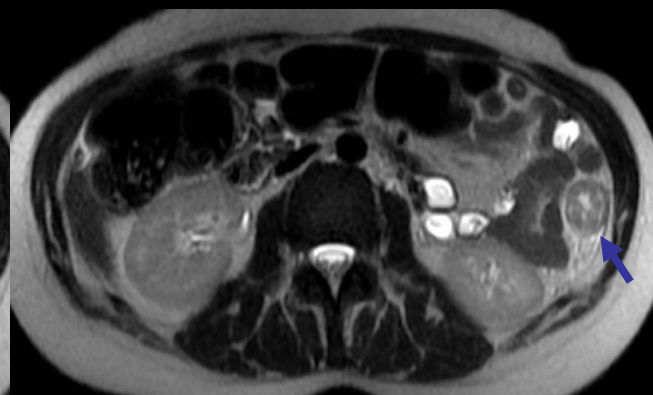
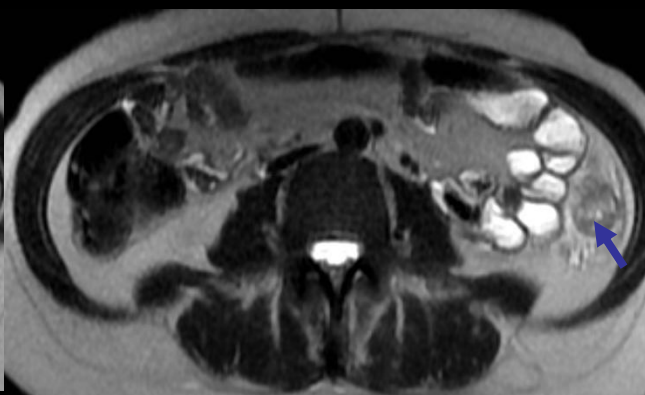
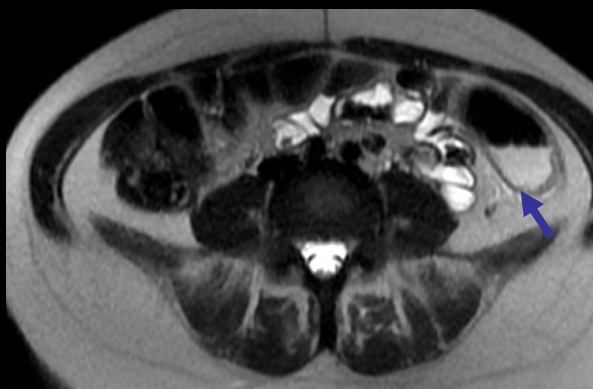
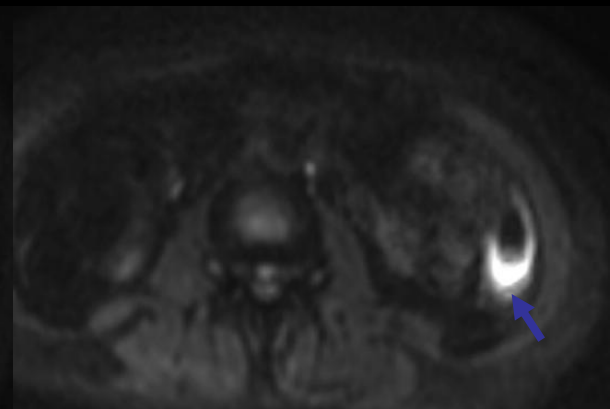
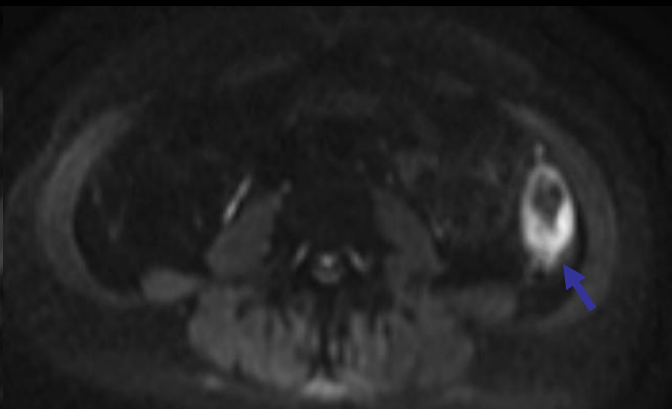
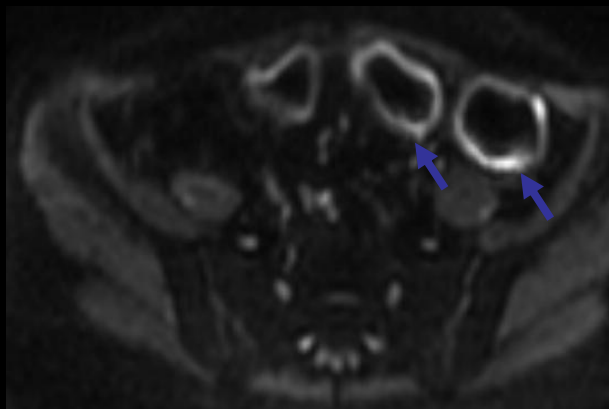
Pseudo polypes
inflammatoires

2DT1 EG + plan coronal : pancolite sévère, ulcérations et pseudo
polypes

MC avec atteinte pancolite très sévère
Score-IRM-T de 34/36

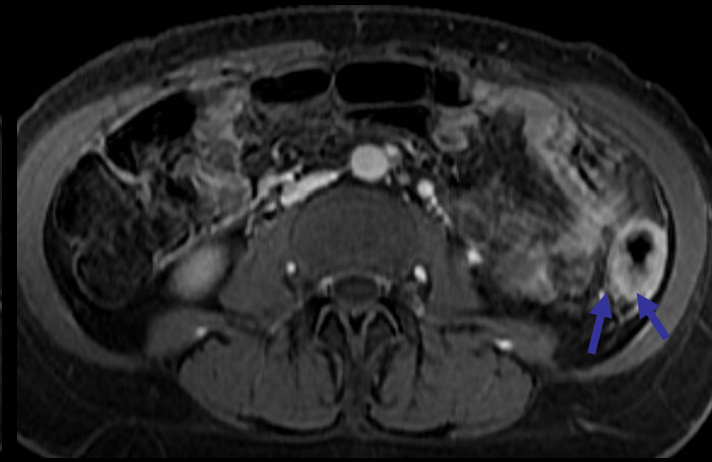
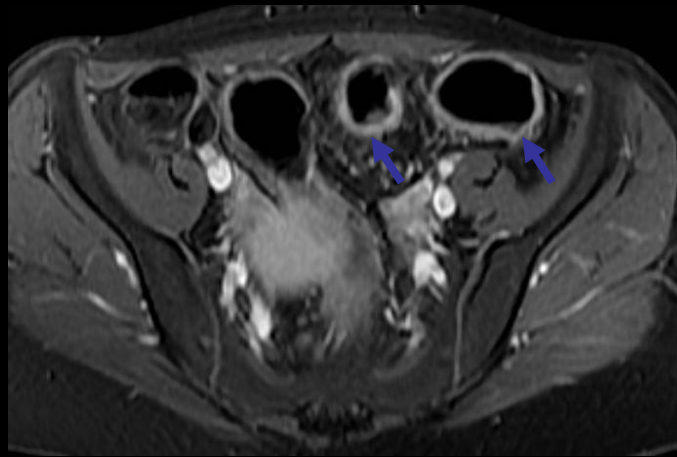
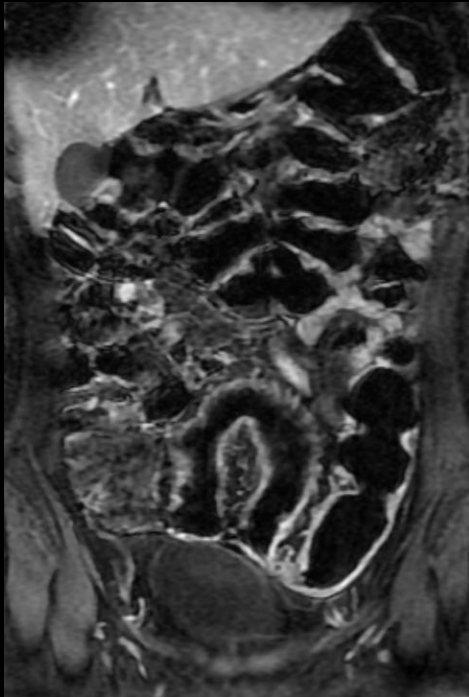
**Patiente 25 ans
Cas clinique n°4**

DWI : hypersignal limité au sigmoïde et au colon gauche



MC active avec atteinte segmentaire sigmoïdienne et colique gauche (2 segments atteints)
Colon droit et transverse indemnes de toute lésion aigue
Score-IRM-T de 12/36

Patiente 25 ans
Cas clinique n°4 (même patiente que dia précédente)



3DT1 EG + plans coronal et axial : atteinte segmentaire colique gauche et sigmoïdienne

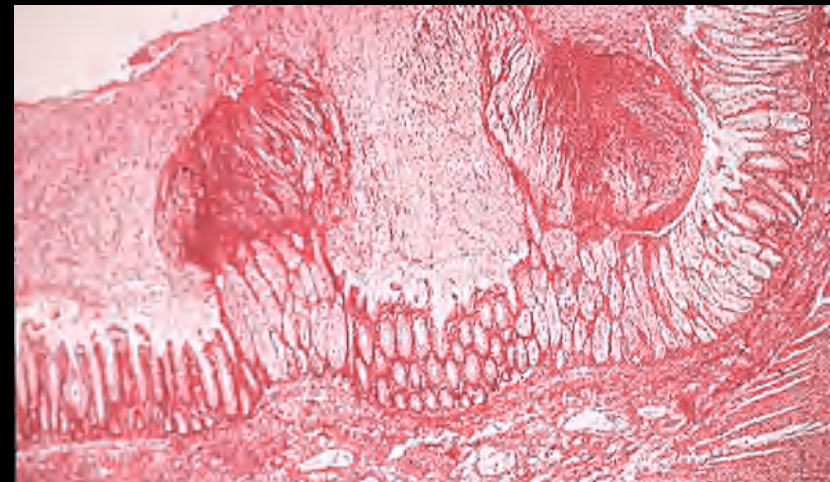
MC active avec atteinte segmentaire sigmoïdienne et colique gauche (2 segments atteints)
Colon droit et transverse indemnes de toute lésion aigue
Score-IRM-T de 12/36

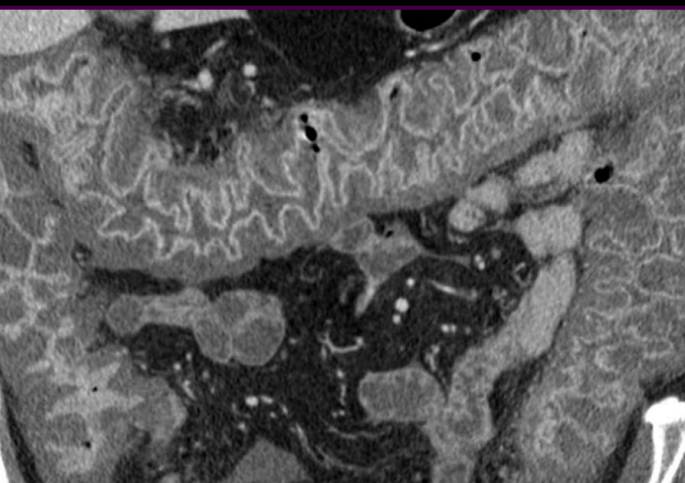
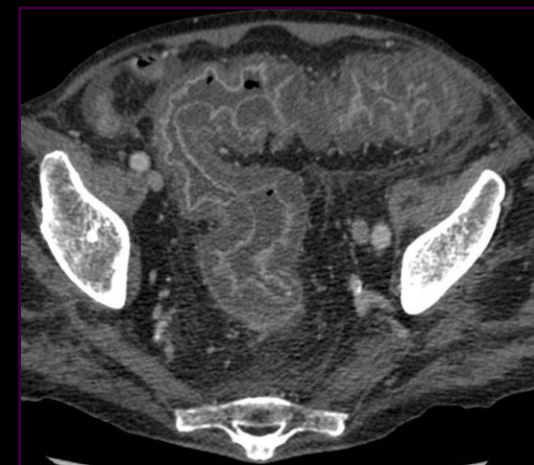
Pathologies infectieuses

- **Diagnostic étiologique :**
 - coproculture
 - Coloscopie avec biopsies
- **Sémiologie commune :**
 - Épaississement de la paroi
 - Infiltration de la graisse
 - Epanchement intra péritonéal
- **Topographie :** aide au diagnostic étiologique

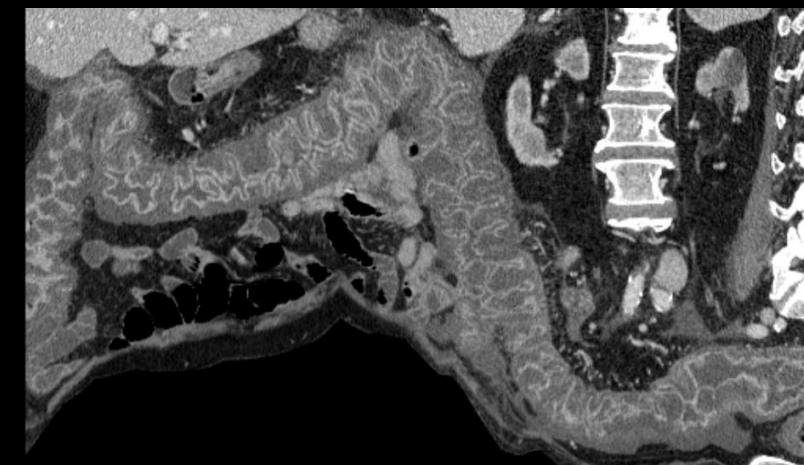
Colite pseudo-membraneuse

- Survient après TTT AB
- 3 à 10 jours jusqu'à 6 semaines
- Libération de substances cytotoxiques liées au *Clostridium difficile*
- Mise en évidence du germe dans les coprocultures ou aspect de fausses membranes à la coloscopie optique
- Rôle de l'imagerie : recherche de complications
- TDM +++
- Epaissement régulier de la paroi de l'ensemble du cadre colique





Colite pseudo-
membraneuse



Colite neutropénique ou typhlite

- Inflammation aigue du caecum
- Patients porteurs d'une leucémie ou sous traitement immunosuppresseur ou sous chimiothérapie
- Etiopathogénie méconnue : phénomènes ischémiques, infectieux, CMV associés

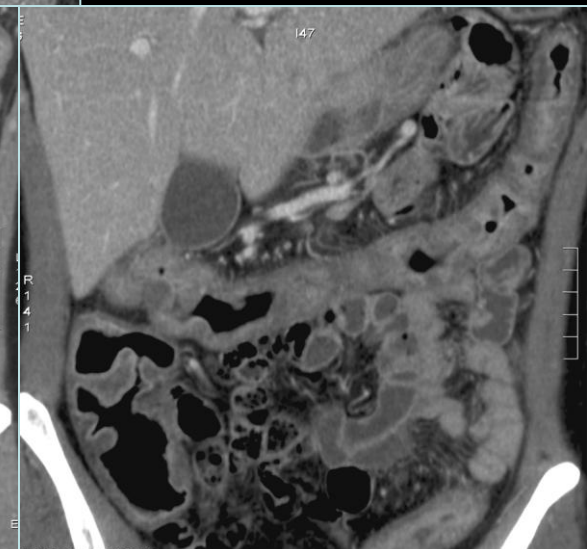
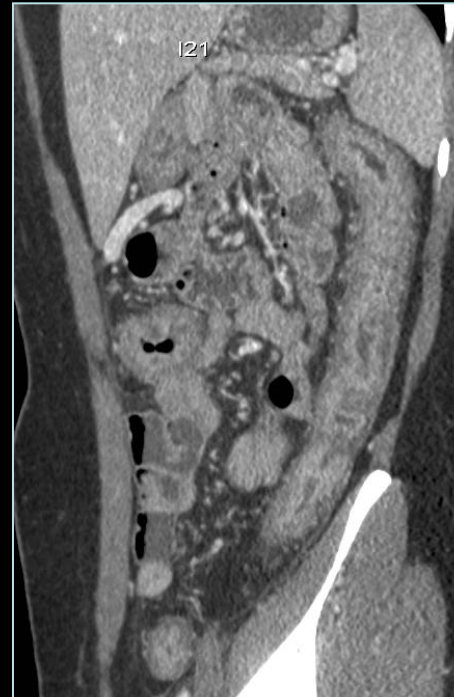


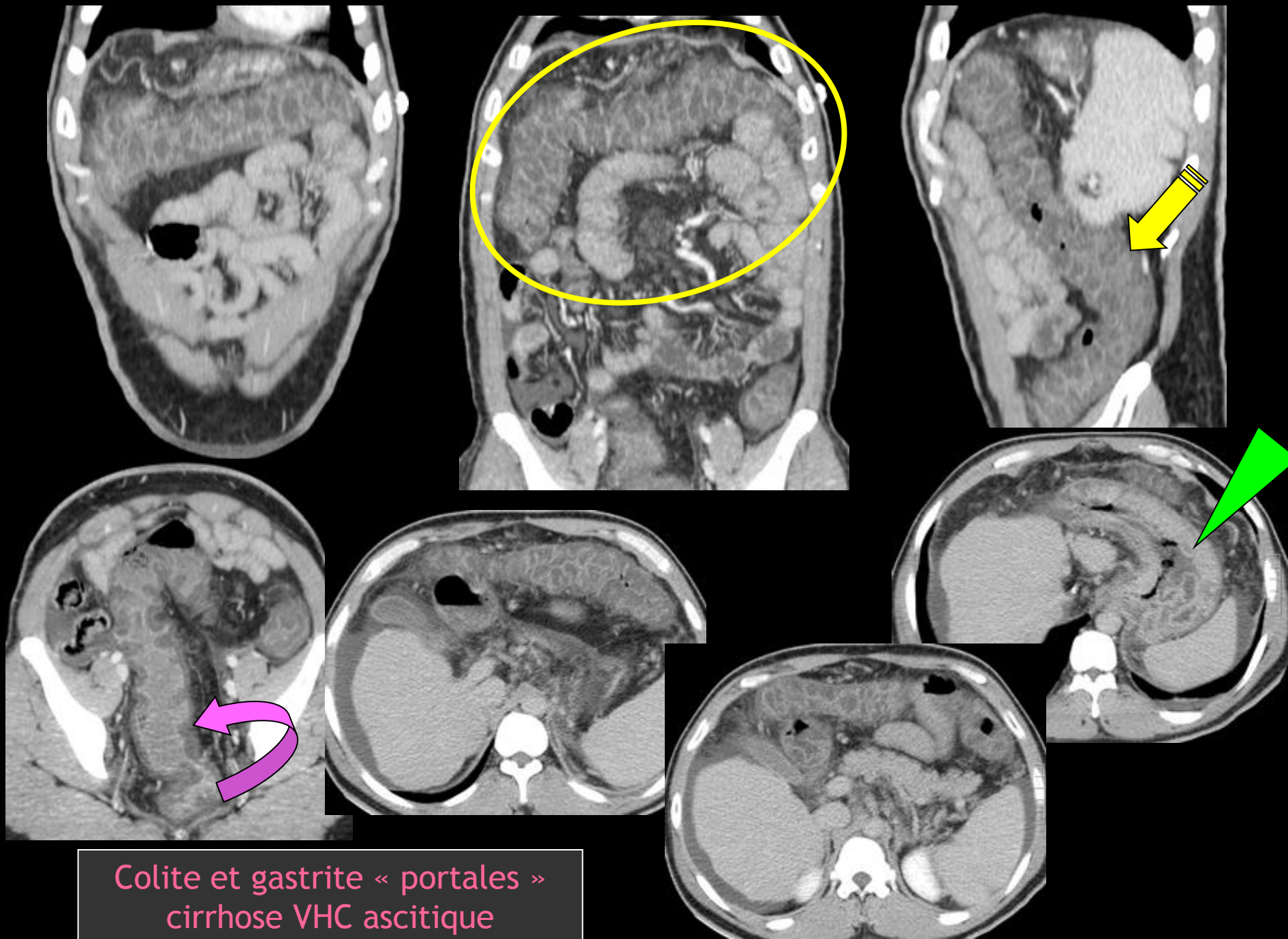
Leucémie, lymphome, anémie
aplasique, post-transplantation,
ischémie ou infection

Typhlite

Colite amibienne

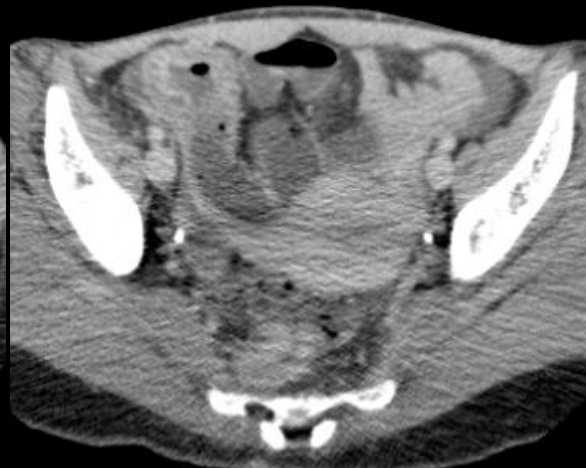
- Pancolite ou atteinte segmentaire possible à drte
- Ulcérations ++++++
- Entamoeba histolytica
- Masses denses dans la paroi colique
- Diagnostic : contexte +++ et sérologie





Tuberculose iléo caecale

- Rare,
- Contamination par voie digestive
- Atteinte segmentaire, caecale
- Importante réaction fibreuse de la paroi avec sténose possible
- ADP hypodenses



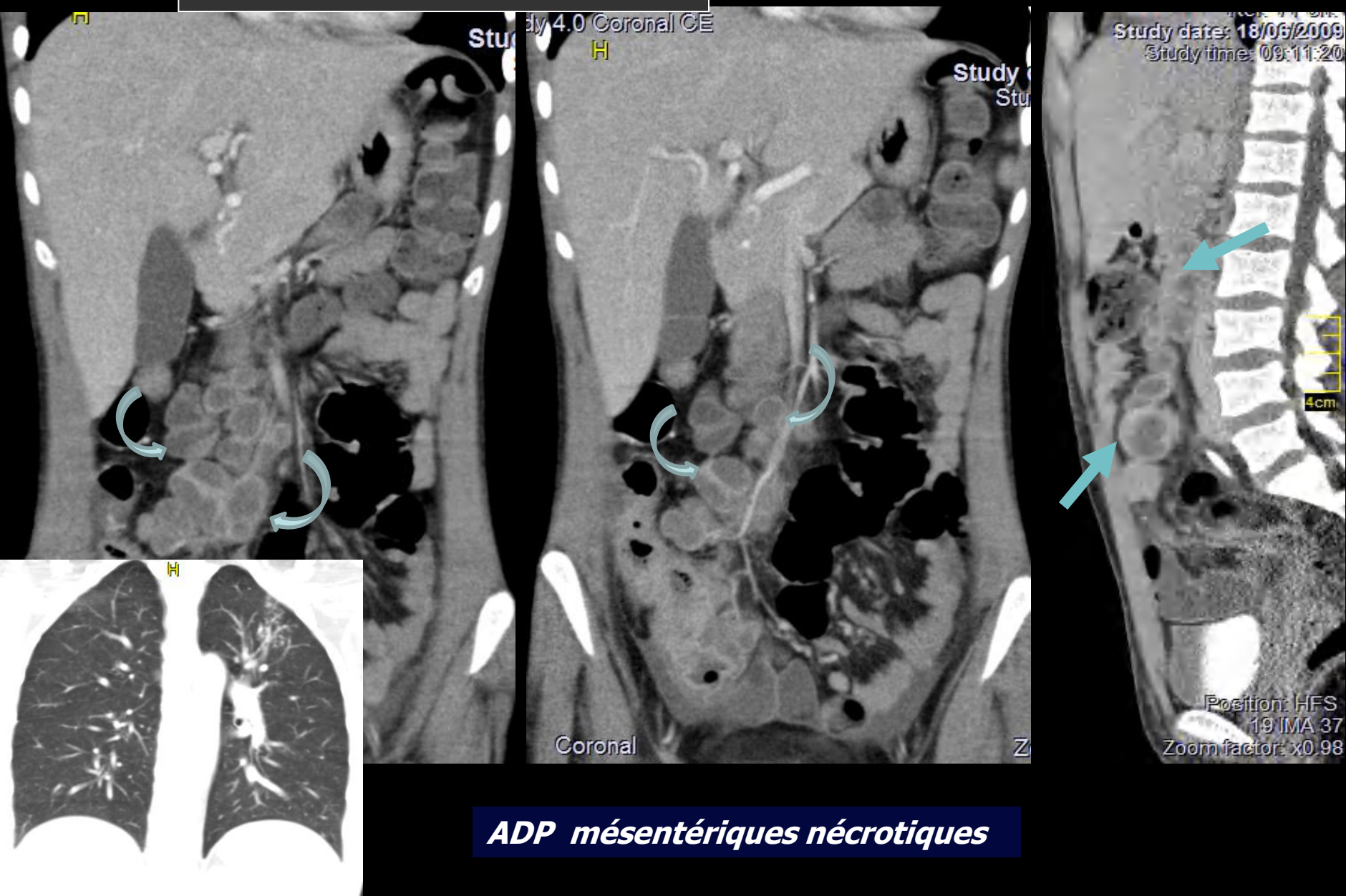
C60

Positi

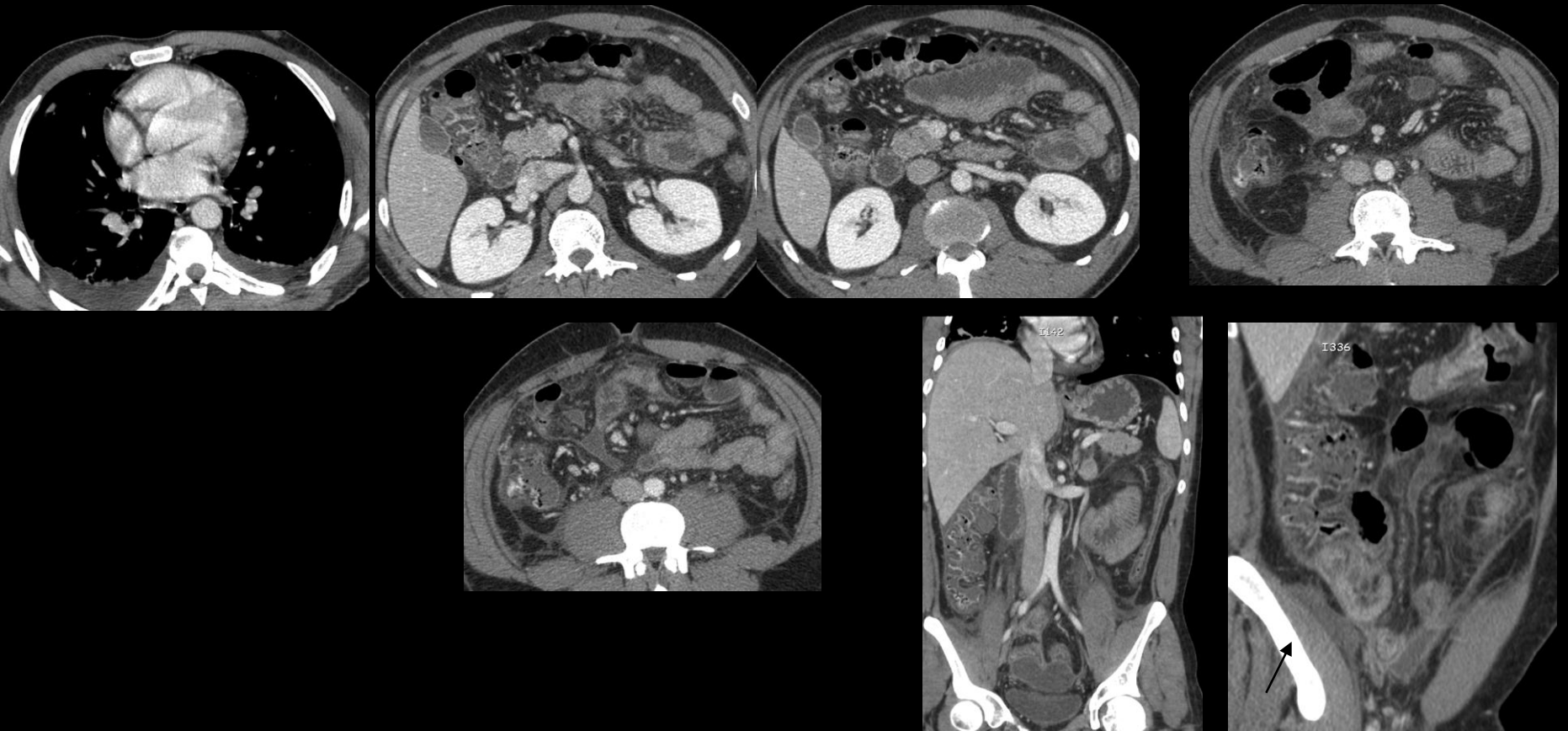
2004.07.18.00

7.18.00

Tuberculose iléo caecale



Colite à Salmonelles



- Jeune homme 34 ans : douleurs abdominales apparues env. 1h après ingestion d'un kebab
- Vomissements et douleurs abdominales périombilicales initiales, actuellement douleurs plutôt localisées en FID.
- Pas de fièvre, pas de contracture, pas de défense.
- Hyperleucocytose à 18000 GB.

Ischémie artérielle aiguë

Sémiologie radiologique

Pneumatose
pariétale et
aéromésentéroportie

Sémiologie complète de l'infarctus mésentérique

Protocole d'exploration:
2mL / kg
2 à 4 mL/sec
Acq 30s, 70s et 3min

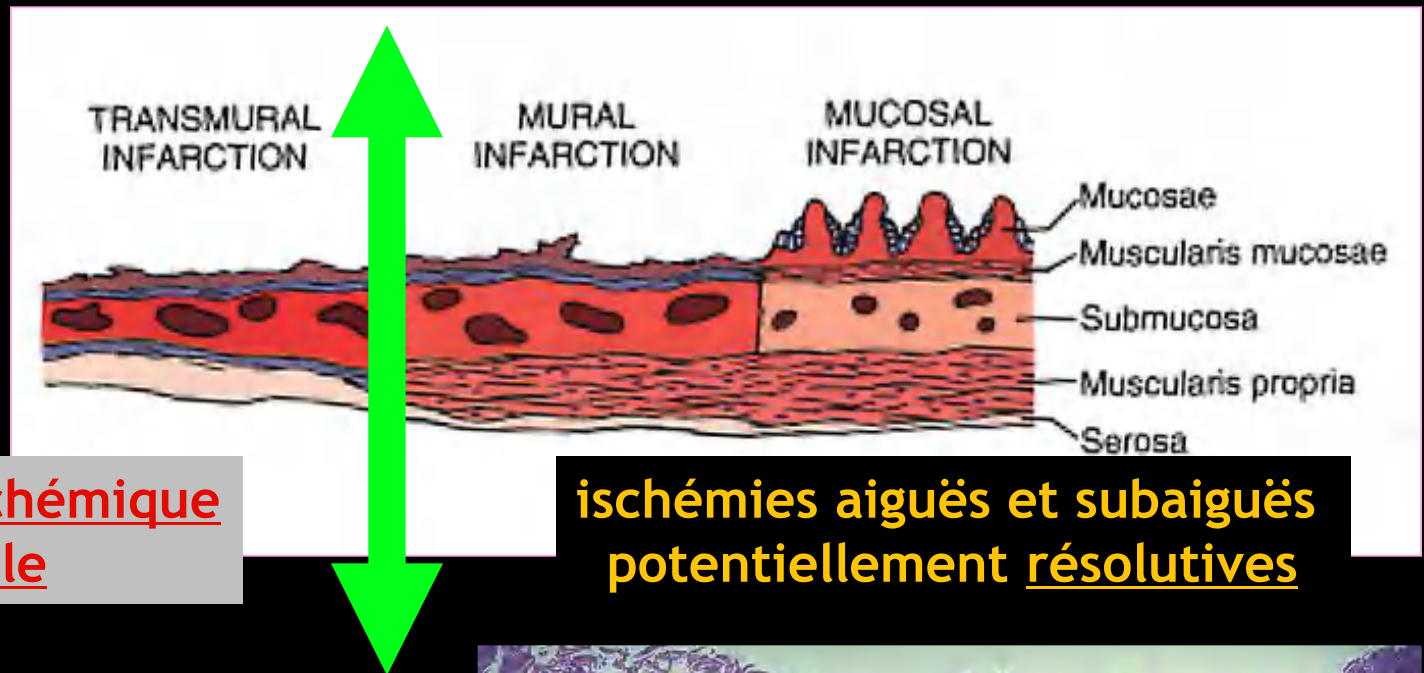
Absence de
rehaussement des parois

Distension du segment
nécrosé (disparition des fibres
nerveuses et musculaires)

Contenu fécaloïde

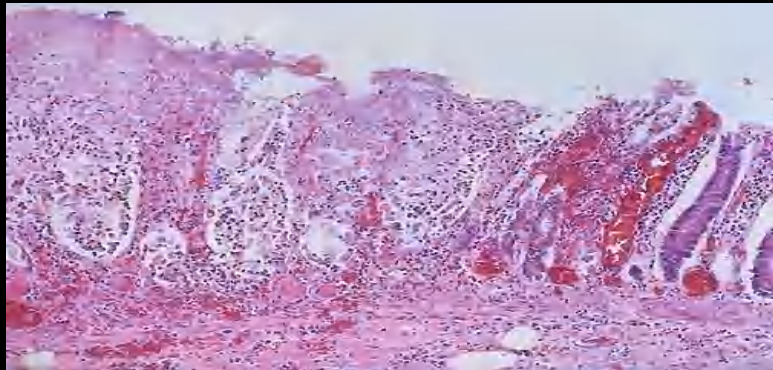
- **AMS souvent normale +++** (embolie distale, bas débit), parfois thrombus tronculaire
- **Peu ou pas d'épanchement péritonéal**
- Distension des anses
- **Absence de rehaussement** et **amincissement** de la paroi des anses
- Importance de la **stratification** persistante ou non pour le pronostic
- Pneumatose pariétale des anses
- Aéroportie, aéromésentérie

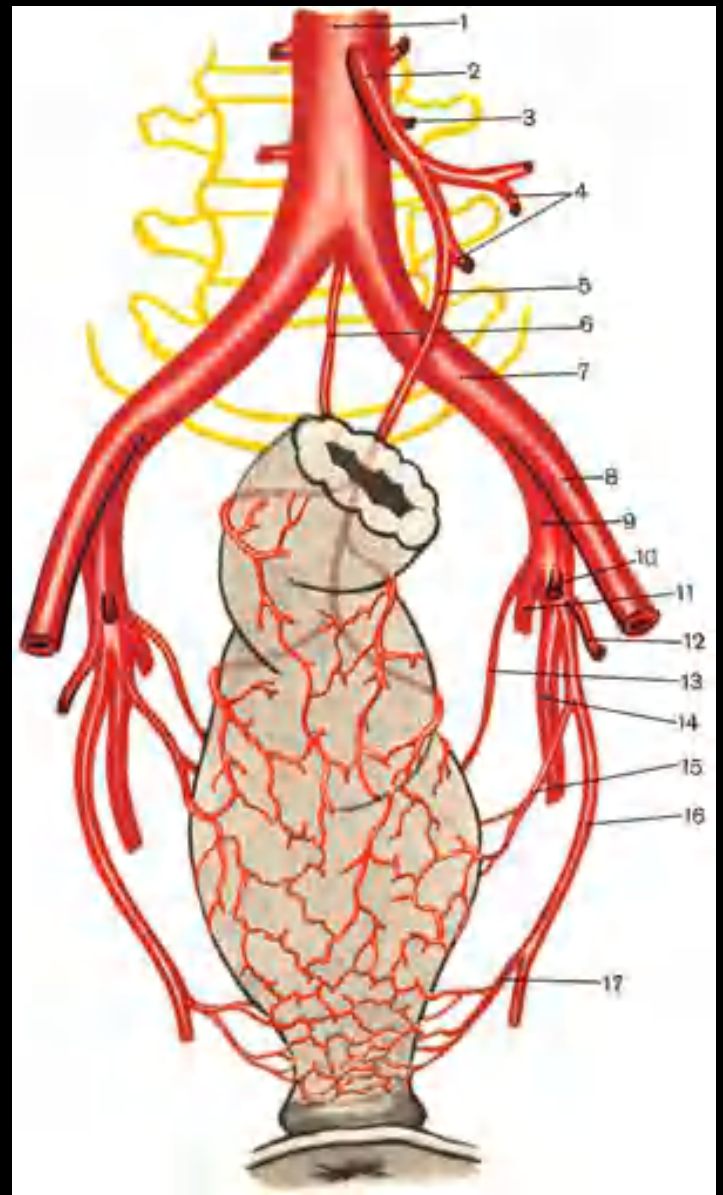
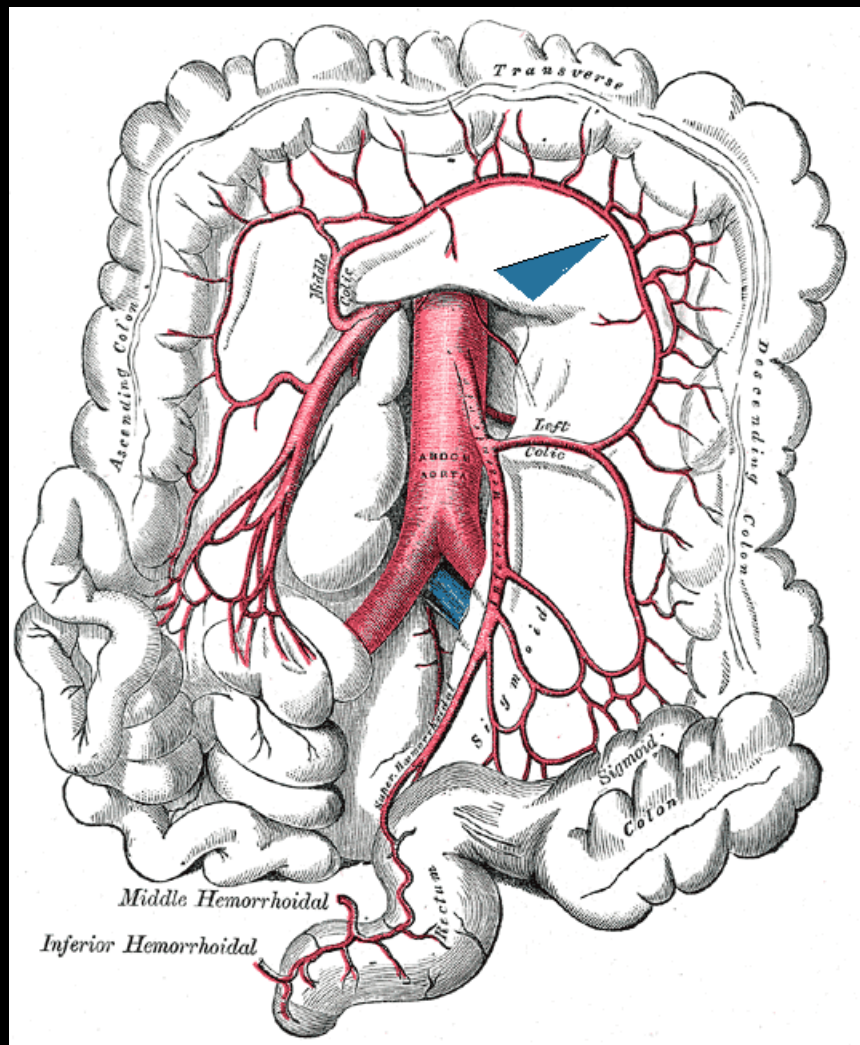
Anses « atones »,
niveaux

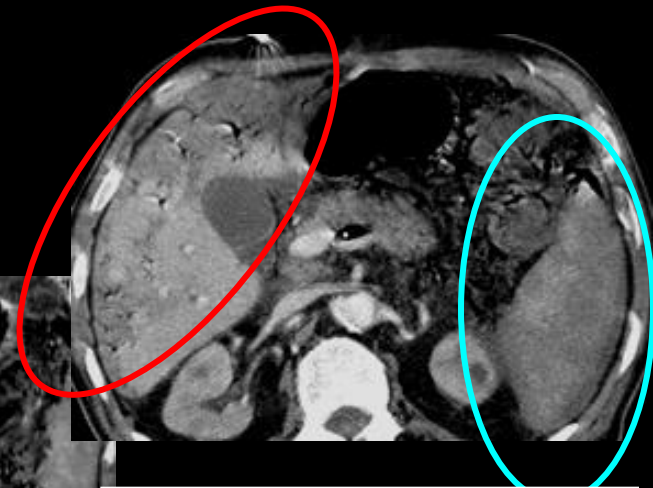
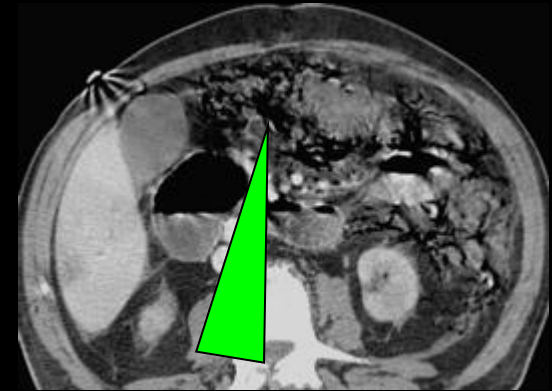
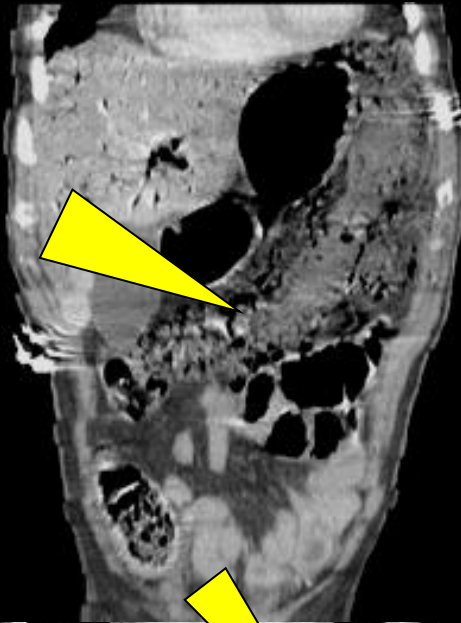


nécrose ischémique
irréversible

ischémies aiguës et subaiguës
potentiellement résolutives



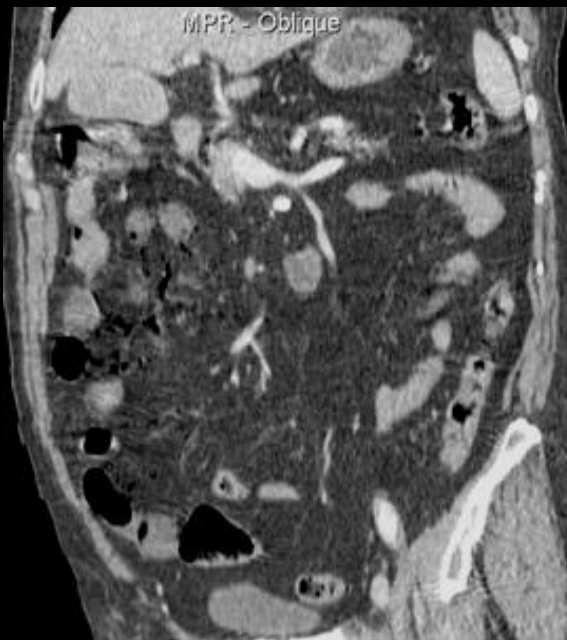
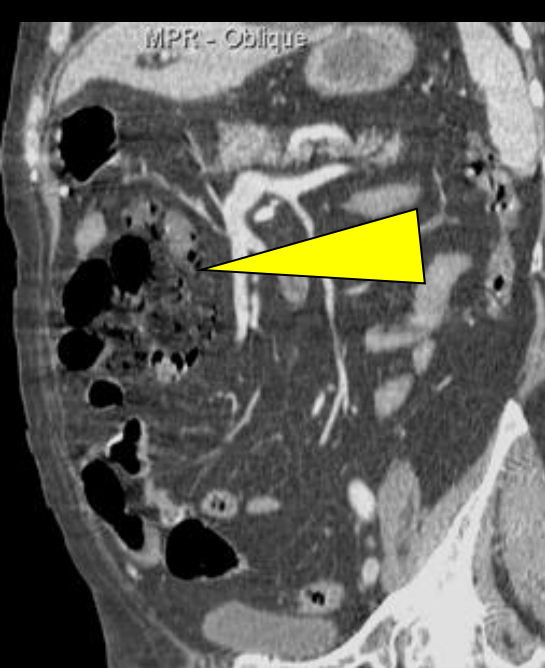
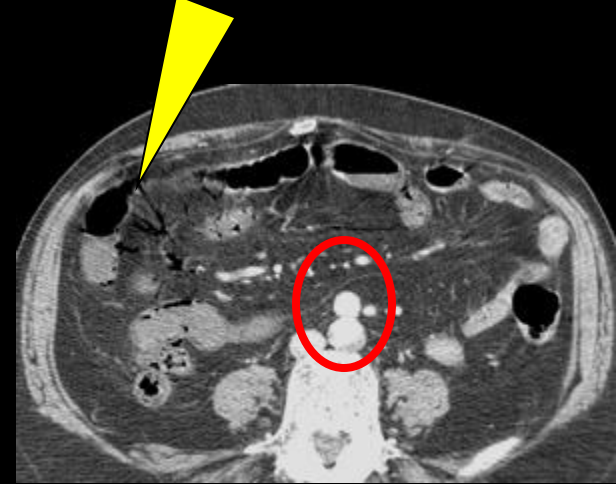
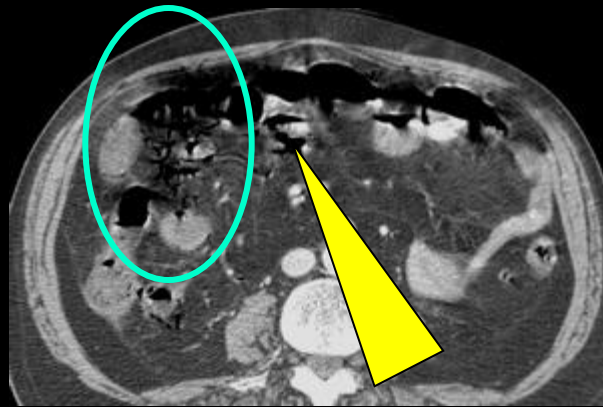
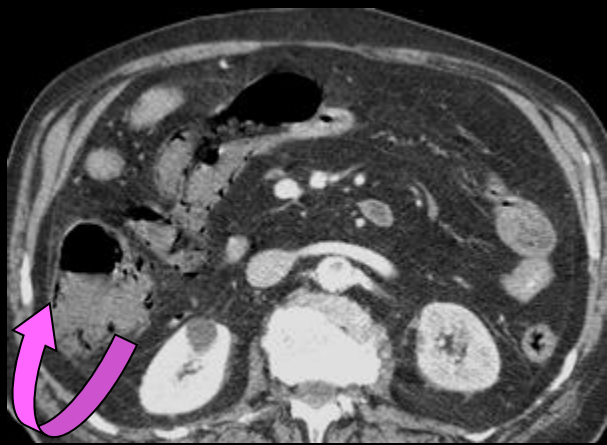




Infarctus colique angulaire gauche et aéroportie

Infarctus hépatique et splénique

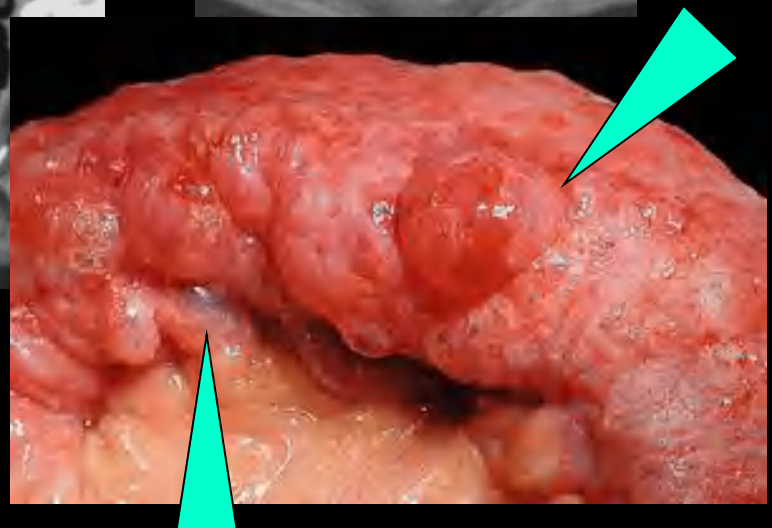
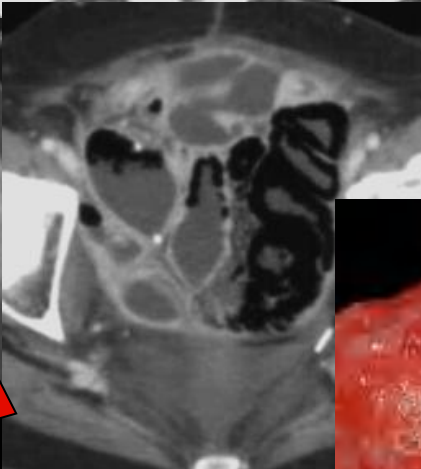
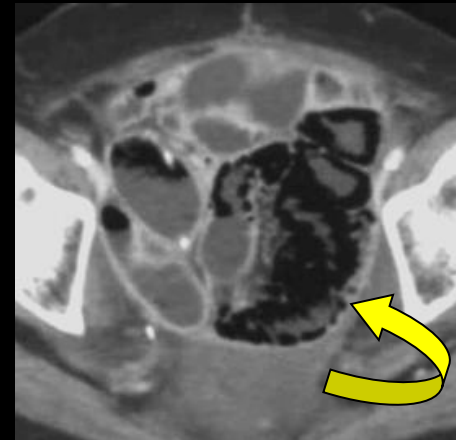
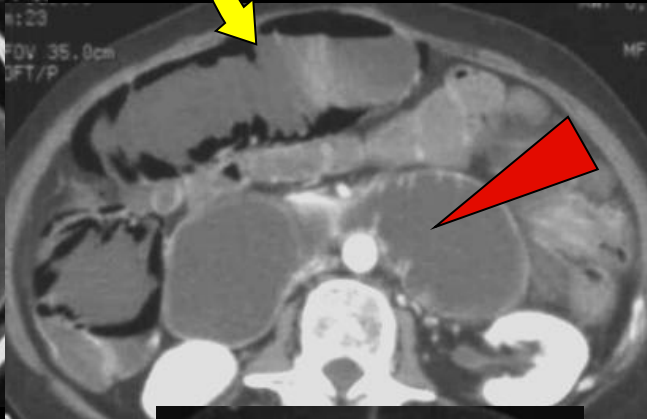
(Bas débit circulatoire)



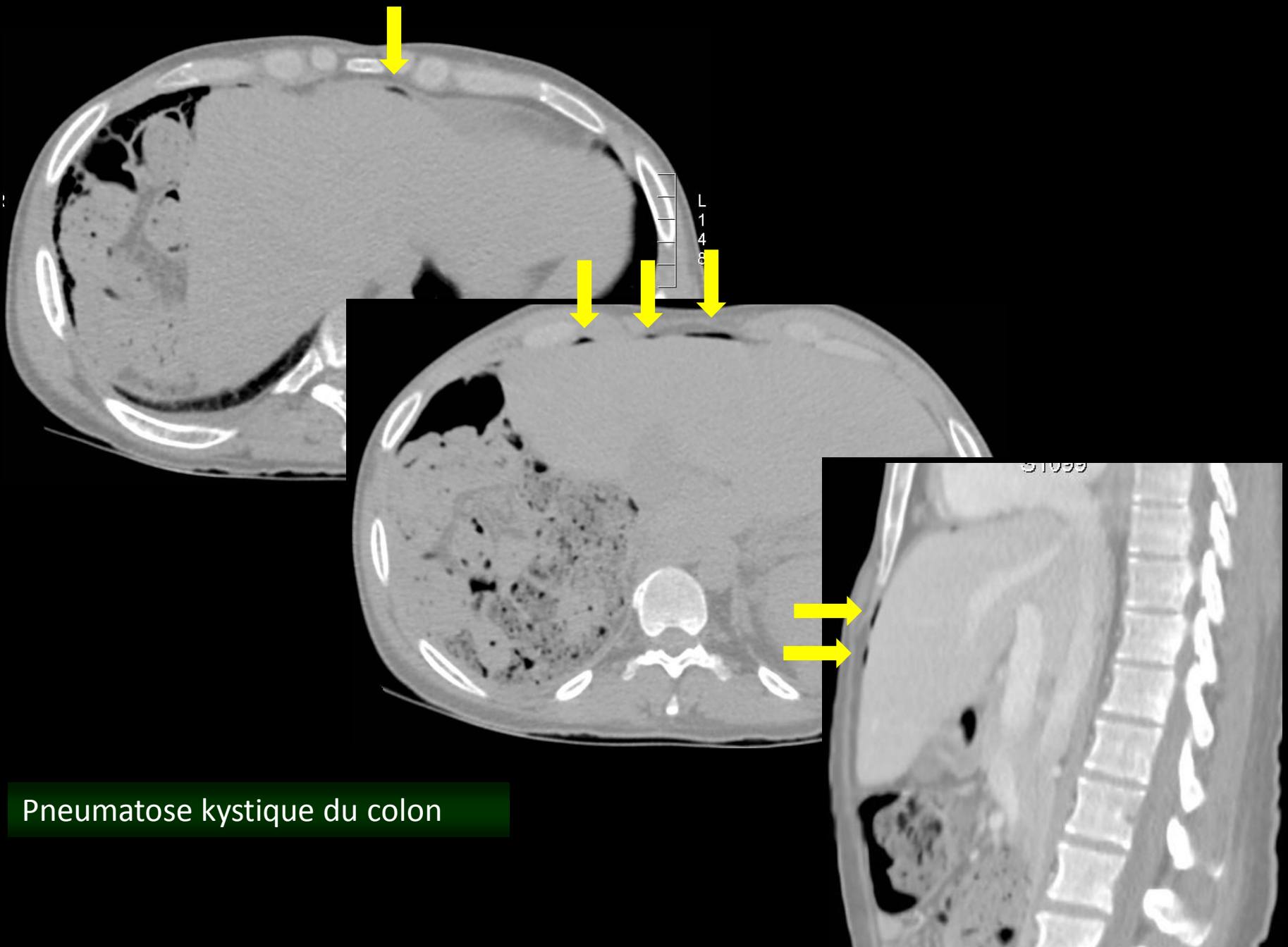
Nécrose ischémique étendue colique droite (bas débit circulatoire)

Ischémie artérielle aiguë

Diagnostics différentiels

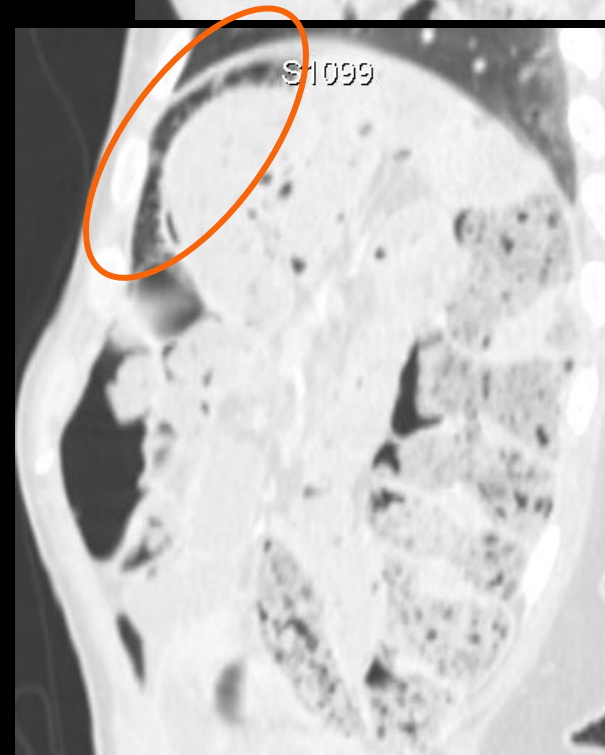
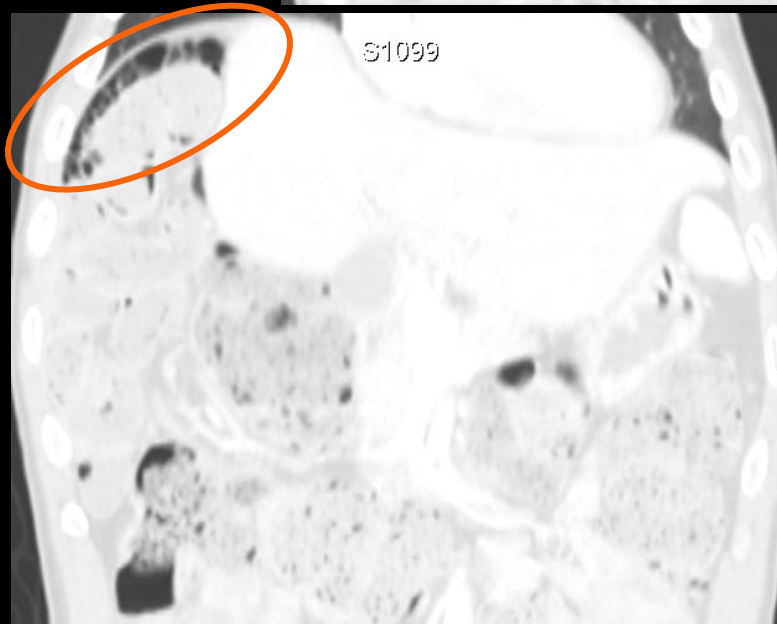
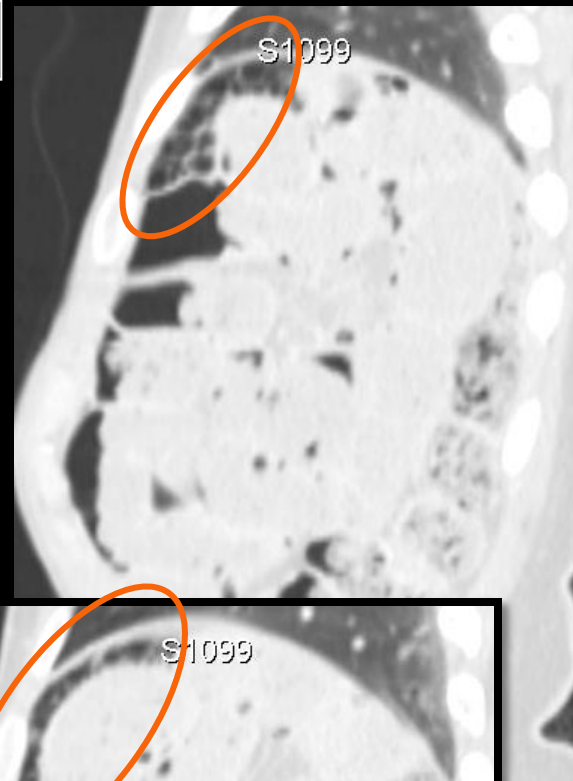
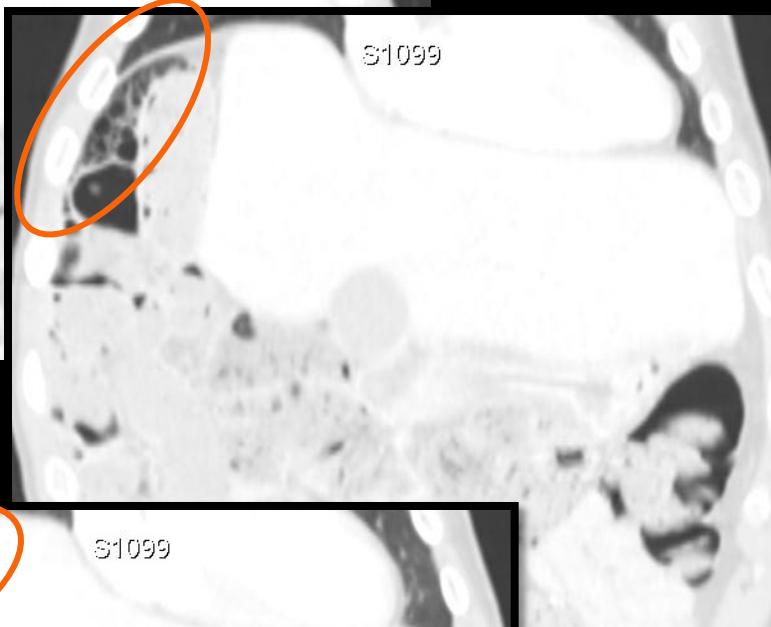
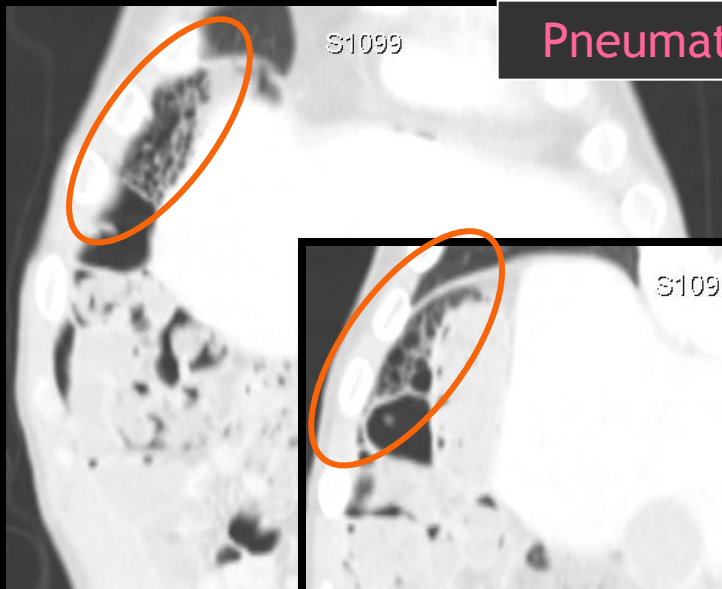


occlusion du grêle par adhérences post-chirurgicales et pullulation microbienne avec pneumatose pariétale



Pneumatose kystique du colon

Pneumatose kystique du colon



❑ *Définition:*

Présence de multiples kystes gazeux dans la paroi digestive (côlon/ grêle +++)

- Côlon → sous muqueux (aspect polypoïde)
- Grêle → sous séreux (grappe de raisin)

❑ *Physiopathologie:* multifactorielle

- Perte de l'intégrité de la muqueuse
- Elévation de la pression endoluminale
- Modifications de la flore bactérienne
- Hyperproduction de gaz intestinaux avec perturbations de leurs mécanismes de dégradation

❑ *Epidémiologie:*

- Rare, âge au diagnostic=40/50 ans, SR=1- 3,5

❑ *Etiologies:*

- Peut être secondaire à de nombreuses affections digestives ou extra-digestives mais idiopathique +++

Affections associées à la pneumatose kystique intestinale

Affections digestives

- sténose œsophagienne [20]
 - ulcère gastroduodénal, sténose pylorique, cancer gastrique [33, 45]
 - diverticulose jéjunale [46]
 - entérocolite nécrosante [8]
 - maladies inflammatoires cryptogénétiques de l'intestin
 - pseudo-obstruction intestinale chronique [4, 71], iléus intestinal (quadriplégie) [20]
 - anastomoses intestinales [20], court-circuit jéjuno-iléal (pour obésité) [15], grêle court
 - occlusion intestinale, volvulus, strangulation
 - diverticulite colique, abcès péricolique, appendicite
 - dolichocôlon [20, 33, 51]
 - maladie de Hirschsprung, mégacôlon idiopathique [20], fécalome [42], périnée descendant [20]
 - tuberculose intestinale, mégacôlon toxique, colite pseudomembraneuse, sprue réfractaire [20]
 - maladie coeliaque [63]
 - cancer du côlon, métastase du mésentère [65]
 - traumatisme abdominal [20]
 - lithiase biliaire [20]
 - hépatopathies [42]
- Bronchopneumopathie chronique obstructive et cardiopathies** (dont mucoviscidose, dystrophie myotonique de Steinert) [6, 27, 33]
- Gestes invasifs**
- endoscopie [26, 35, 66]
 - lavement baryté [26]
 - cathéters jéjunaux [20, 69]

Médicaments

- corticothérapie
- anti-inflammatoires non stéroïdiens [25]
- chimiothérapies : méthotrexate, daunorubicine, cytosine-arabine [67], 5-cyclophosphamide, mercaptopurine
- ciclosporine [1]
- lactulose, monoxyde d'azote [70], practolol

Toxiques

- trichloréthylène [3, 17, 64]

Transplantations d'organes [20]

- moelle osseuse [12, 72, 78], rein [1, 73], foie [34], cœur [2], poumon [49]

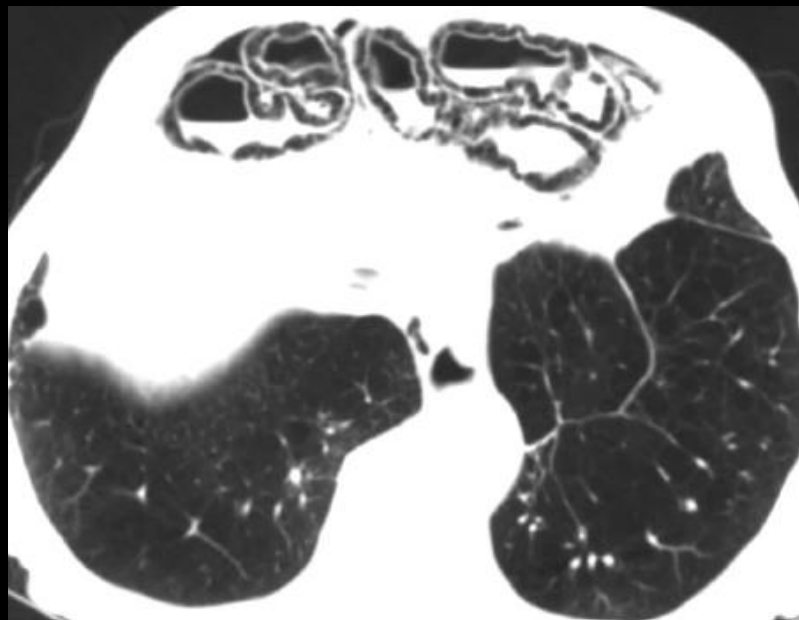
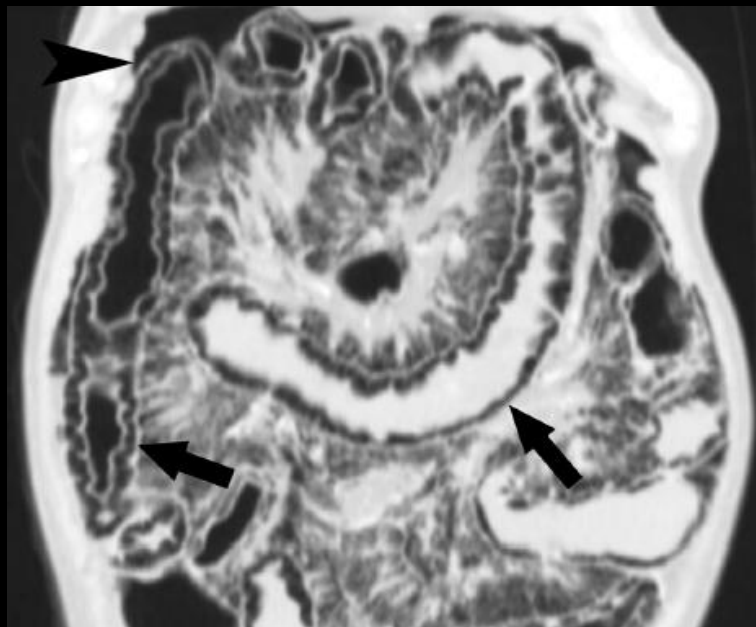
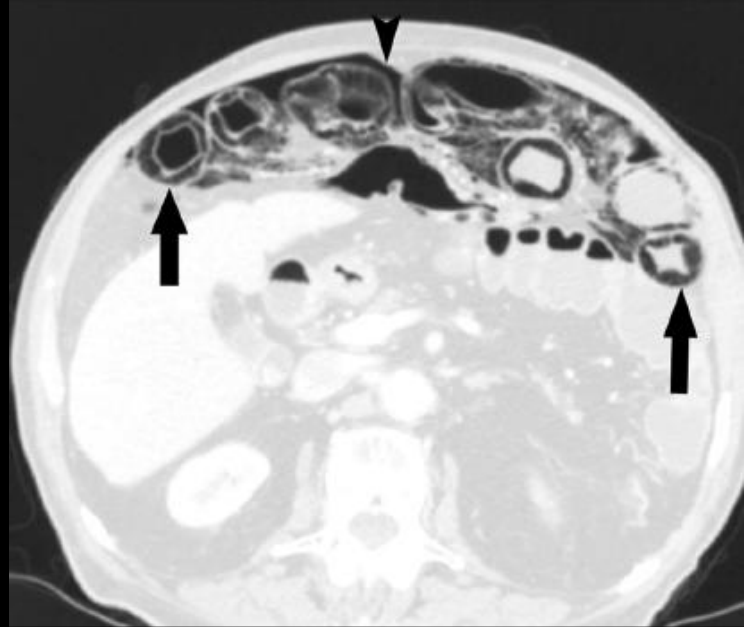
Hémodialyse au long cours [9]

Maladies de système

- polyartérite noueuse [26]
- sclérodémie [26, 33, 57]
- dermatomyosite [16, 52, 54]
- lupus érythémateux disséminé [26]
- connectivites mixtes [75]
- syndrome néphrotique [32]

Infections

- *clostridium perfringens* [26]
- cytomégalovirus, sida [20, 26]
- cryptosporidiose [26]
- autres : *candida albicans*, Staphylocoques à coagulase négative, *Lactobacillus*, virus varicellozoteux, rotavirus [26]



Ischémie artérielle subaiguë

Etiologie

- Athérome sténosant : colites ischémiques
+++
- Vascularites : Lupus, PR, PAN, Wegener, amylose
- Radiques
- Obstructions artérielles avec réseau de vicariance
- Bas débit cardiaque chronique
- Amont d'un cancer
- Distension colique (obstruction)

Ischémie artérielle subaiguë

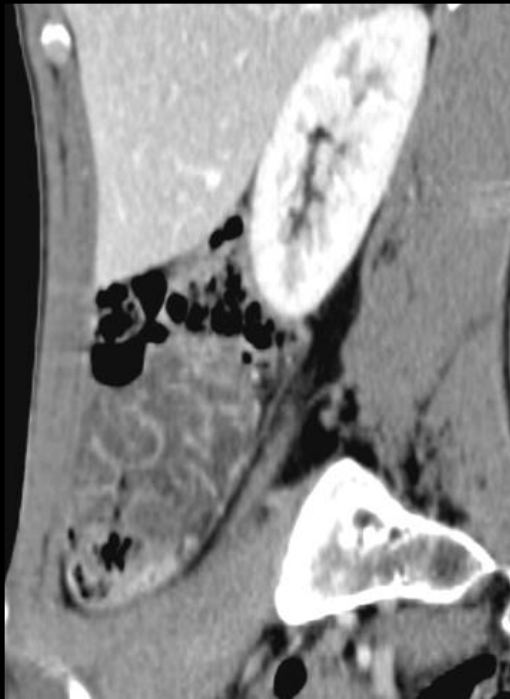
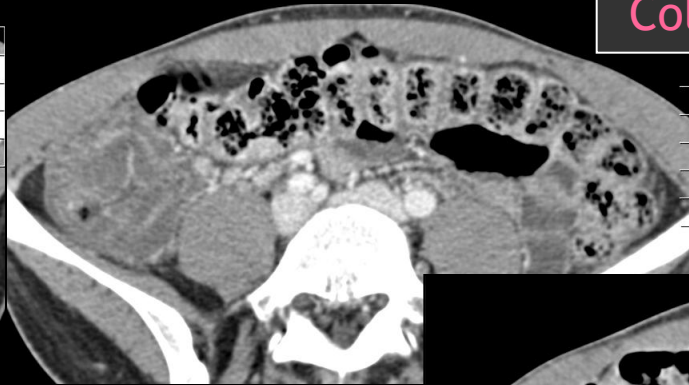
Sémiologie radiologique

Ischémie artérielle subaiguë



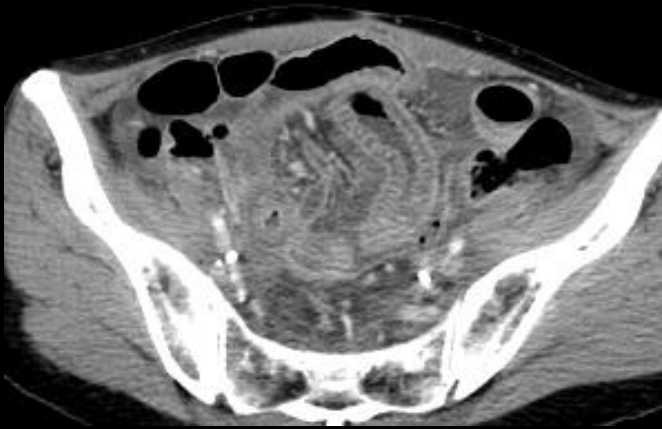
Pas d'amincissement pariétal
Œdème sous-muqueux (reperfusion)
Hyperhémie muqueuse
Sténoses cicatricielles

Colite du marathonien



Fille 27 ans,
sportive

Vasoconstriction, hypovolémie
Angle colique G et caecum



F 61 ans
Grêle radique aigu
(cancer du col utérin)

Conclusion

- Colite inflammatoire:

- topographie
- signes associés
- anamnèse

Difficulté pour le diagnostic différentiel

- inflammatoire
- infectieux
- ischémique subaigu

Les formes les plus reconnaissables:

- 1/ Crohn en cas d'atteinte discontinue, de la dernière anse et ADP.
- 2/ ischémie aiguë
- 3/ colite pseudomembraneuse

Le reste du temps: données cliniques, paracliniques, coloscopie et/ou coproculture

Merci de votre attention