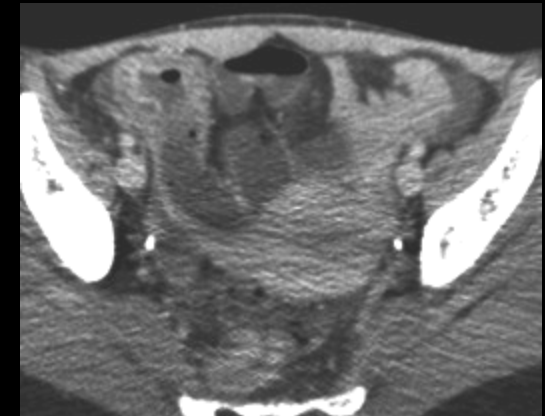
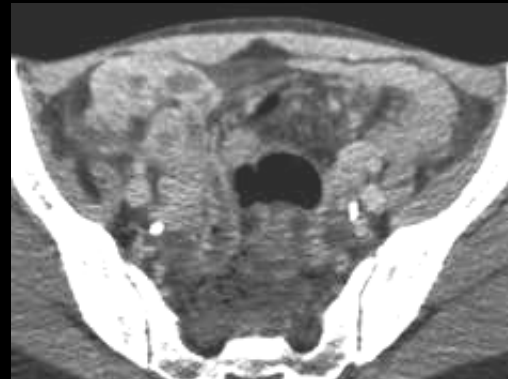
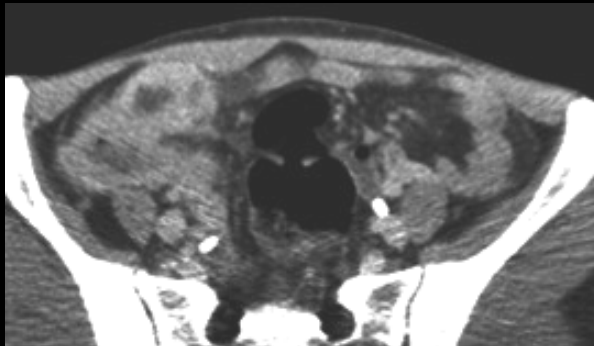
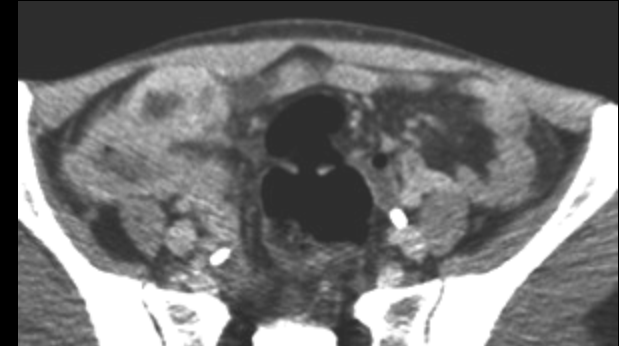
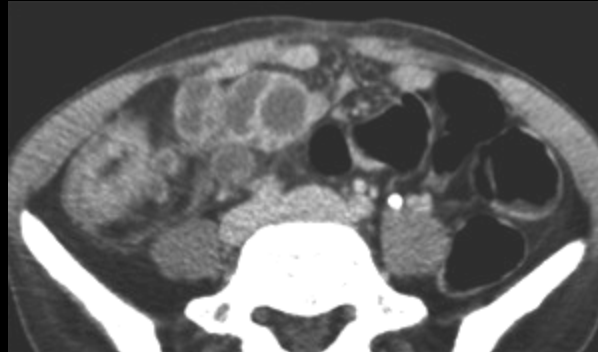
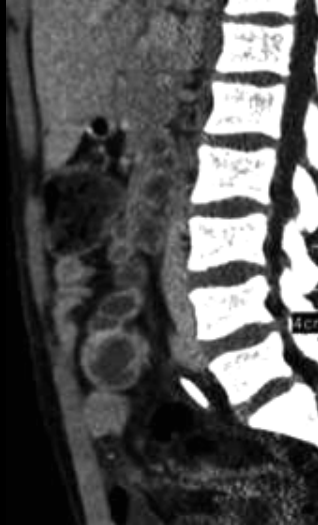
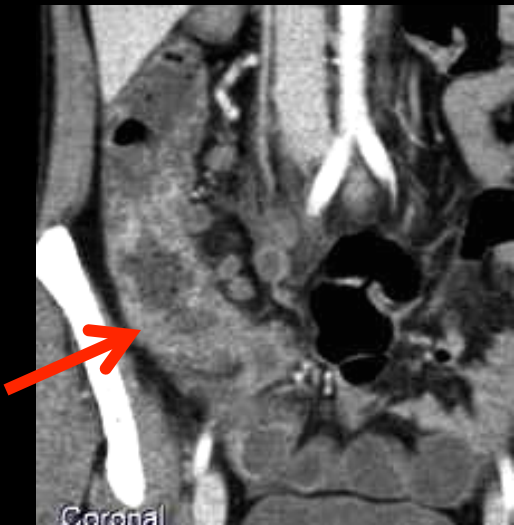
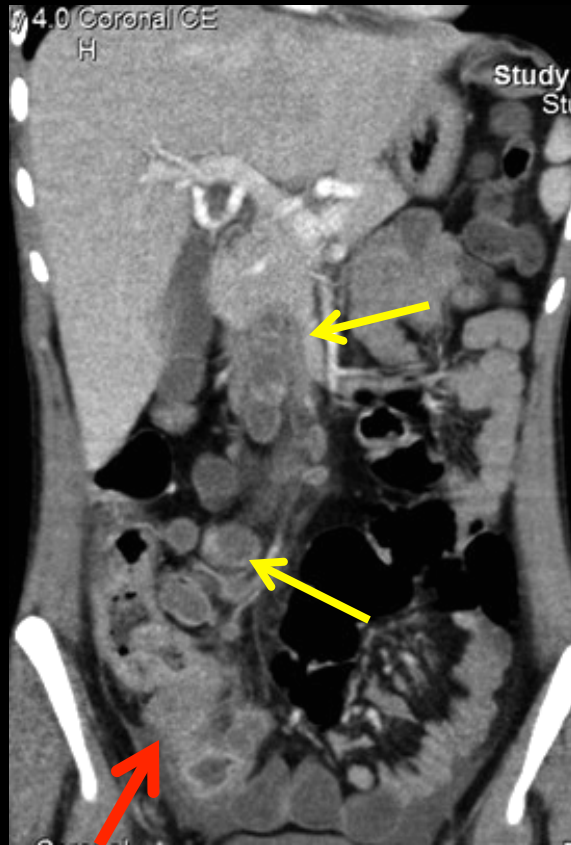


femme de 52 ans ; amaigrissement et asthénie évoluant depuis 4 mois ; douleurs abdominales localisées en fosse iliaque droite.



(obs . A Mgembe Dakar)



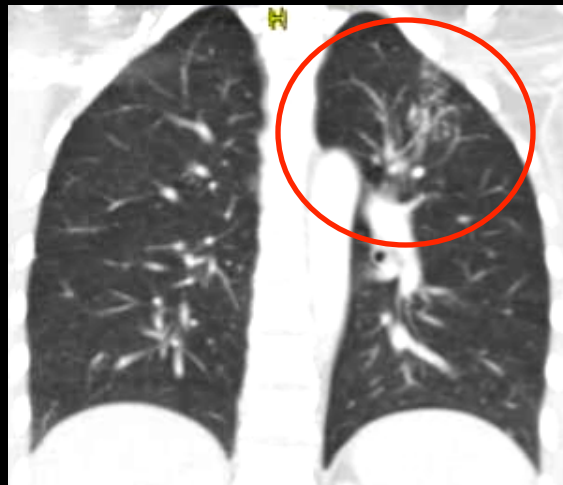


éléments sémiologiques
significatifs à retenir



.épaississement pariétal circonférentiel
homogène avec rehaussement majoré et
persistant du caeco-ascendant

.adénopathies à centre non rehaussé du
mésentère , ascite



tuberculose iléo-caecale et pulmonaire

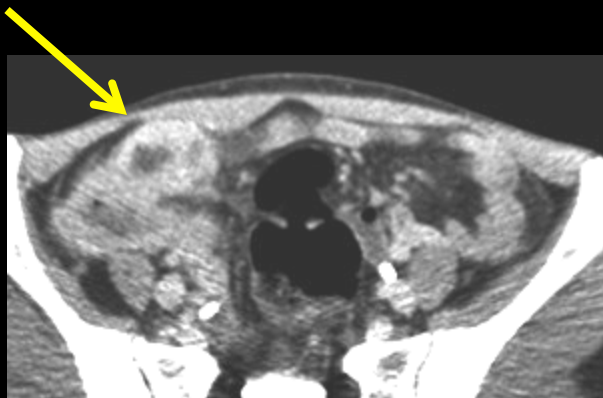
à discuter ;

Crohn iléo-caecal + adénocarcinome
adénocarcinome caecal
LMNH

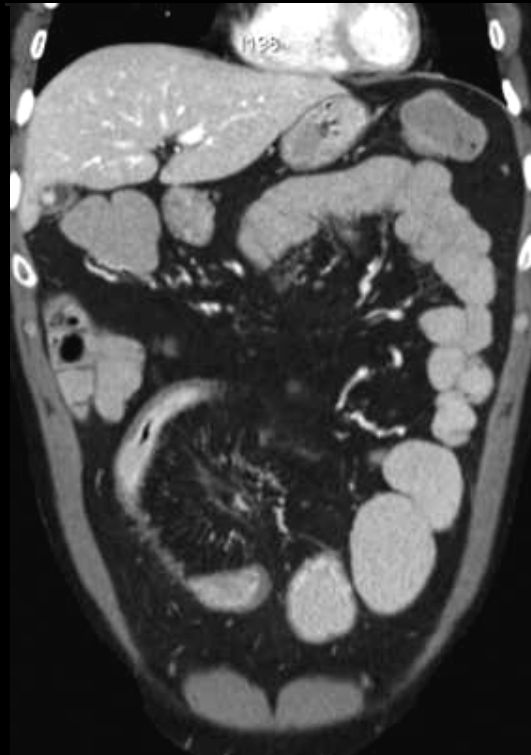
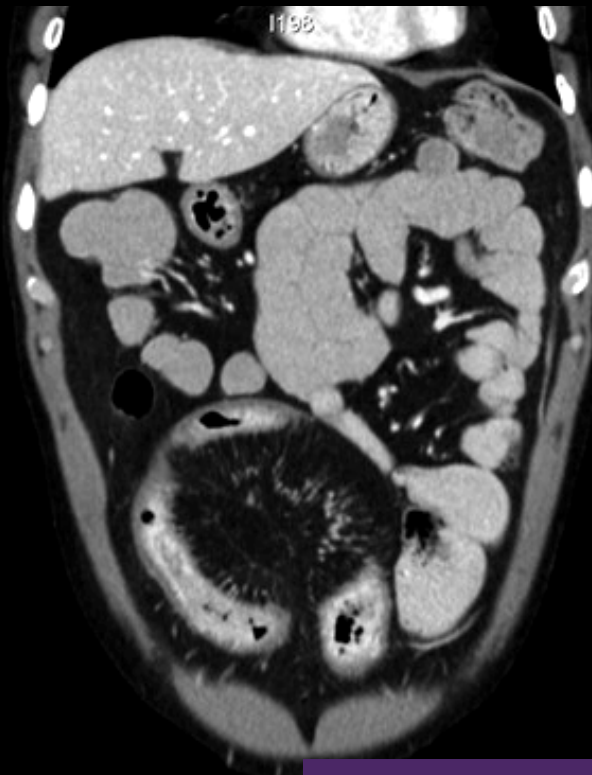
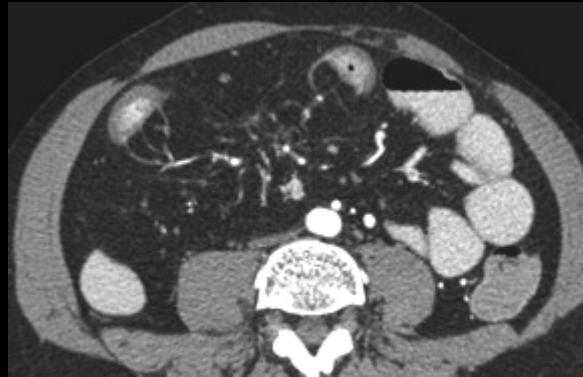
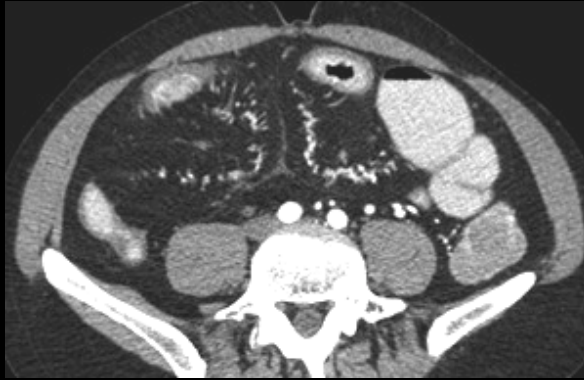
ischémie caeco-colique droite

iléo-colite infectieuse bactérienne (*C difficile*,
Campylobacter, *Yersinia*, *Salmonelles*, *Shigelles*, *E coli* ... , *K*
oxytoca) ou virale (CMV, HSV, ...) ou parasitaire
(amibiase, schistosomiase)

analyse soigneuse de l'épaississement pariétal pour différencier
les atteintes aiguës : œdème sous muqueux circonférentiel ,
image en double cible , des atteintes subaiguës et chroniques



homme 43 ans ; amaigrissement ,douleurs abdominales et diarrhée depuis plusieurs années ; vomissements et sd de König.



iléite de Crohn (granulomateuse) , en poussée

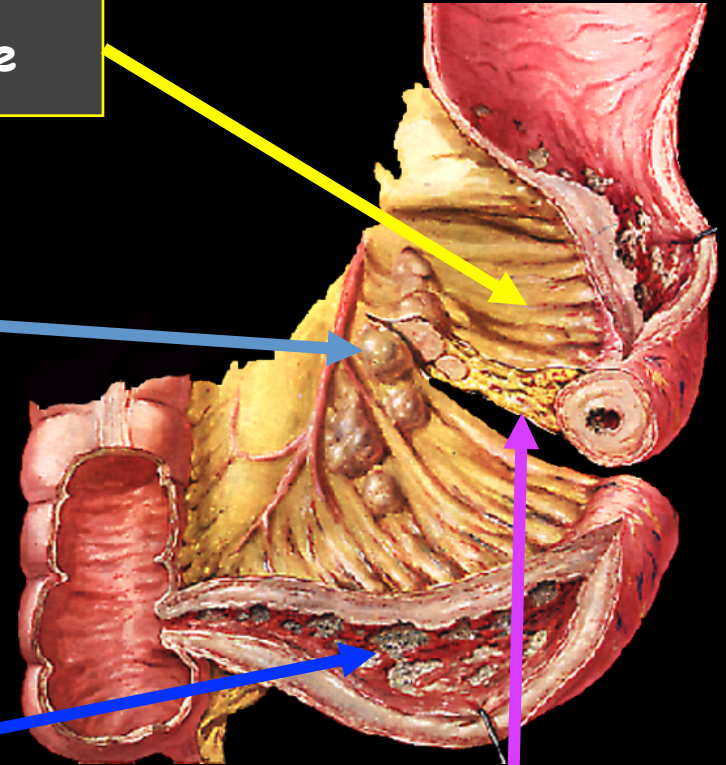
- prolifération fibro-graisseuse du mésentère

- adénopathies

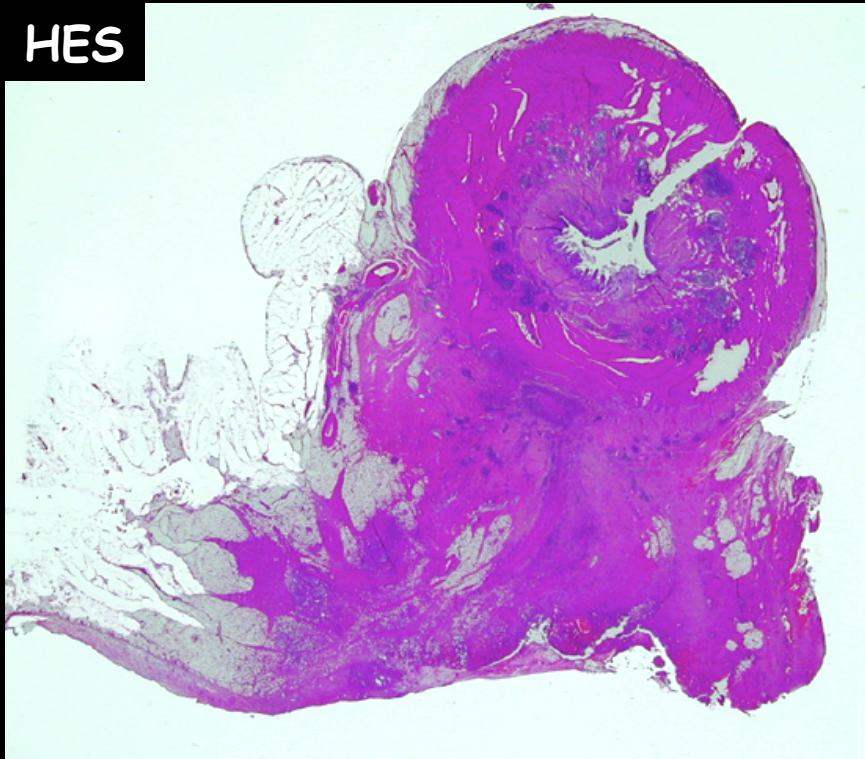
- lésions ulcéro-bourgeonnantes iléales

- fissurations transmursales + fibrose
- ulcérations aphtoïdes

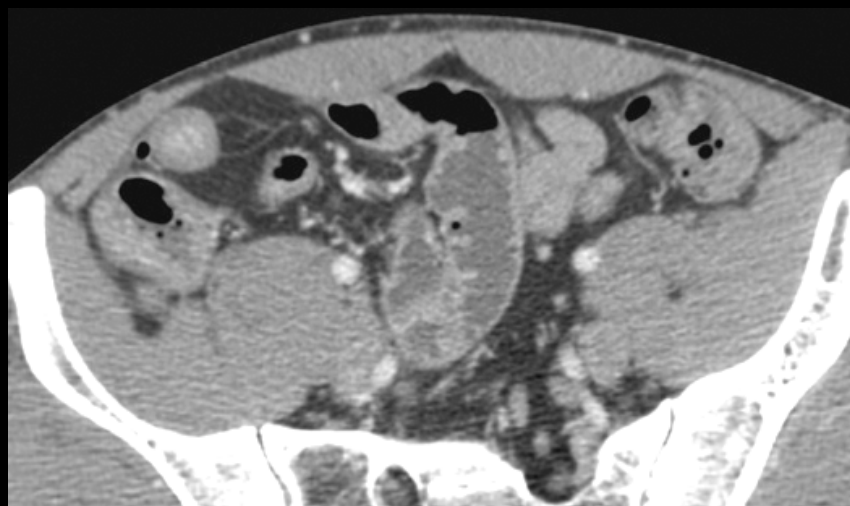
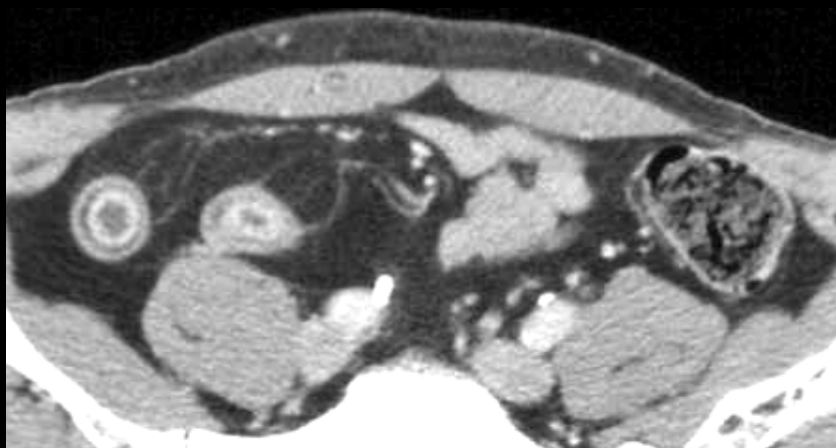
- jéjunisation vasculaire de l'iléon
- signe du peigne +++



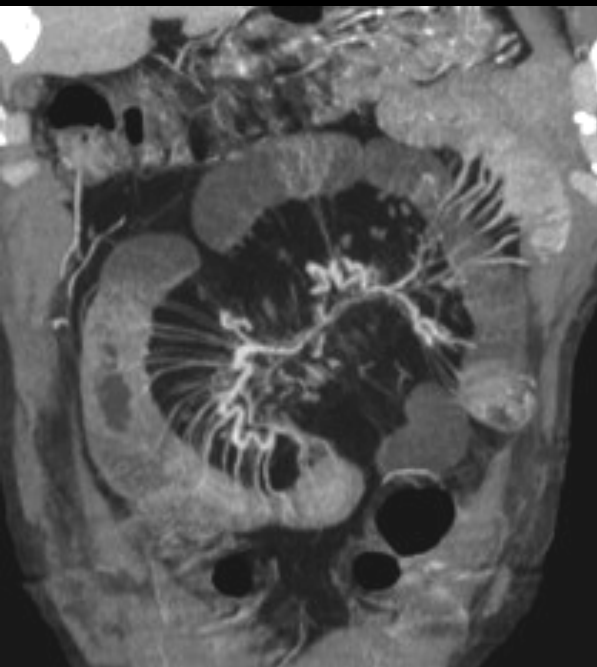
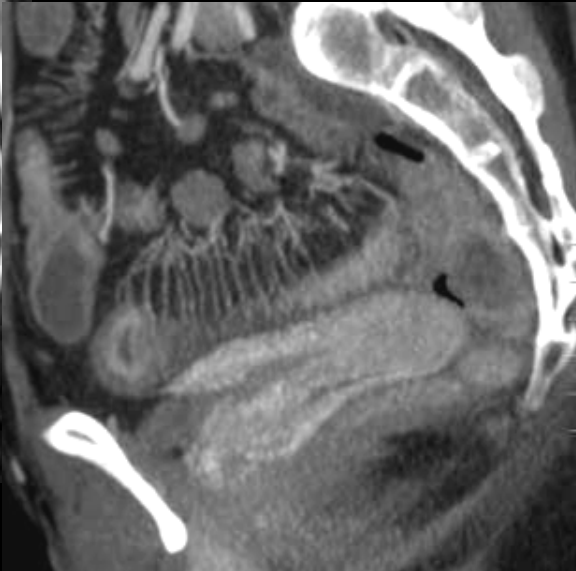
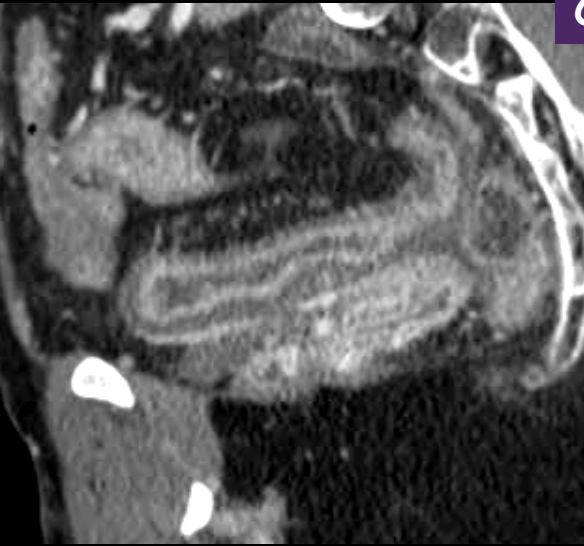
HES



rouge Sirius



Crohn post-traitement et signe du peigne





critères d'identification de la maladie de Crohn

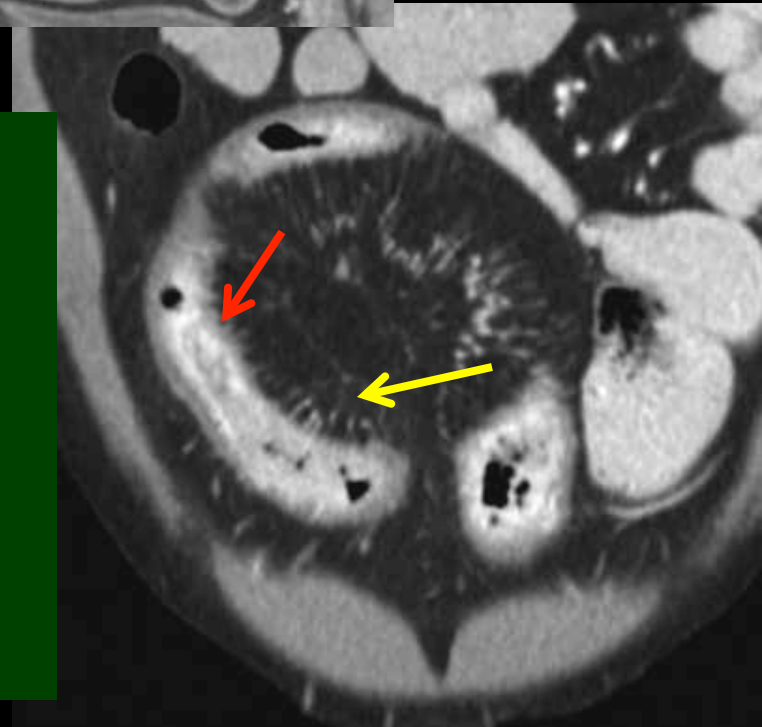
caractère transmural : spiculations du bord mésentérique avec "signe du peigne" (comb sign)

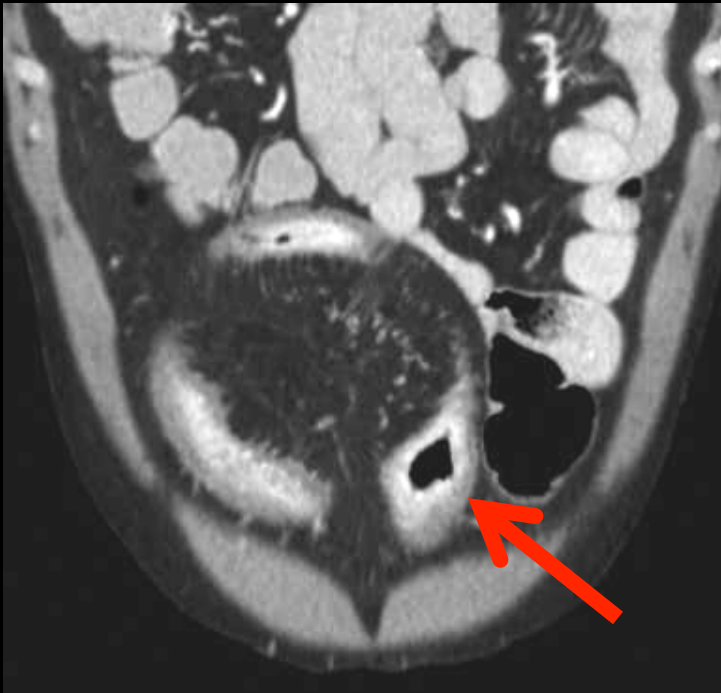
chronicité de l'atteinte inflammatoire

- .prolifération fibro-graisseuse du mésentère
- .rétraction en longueur avec "jéjunisation vasculaire" de l'iléon

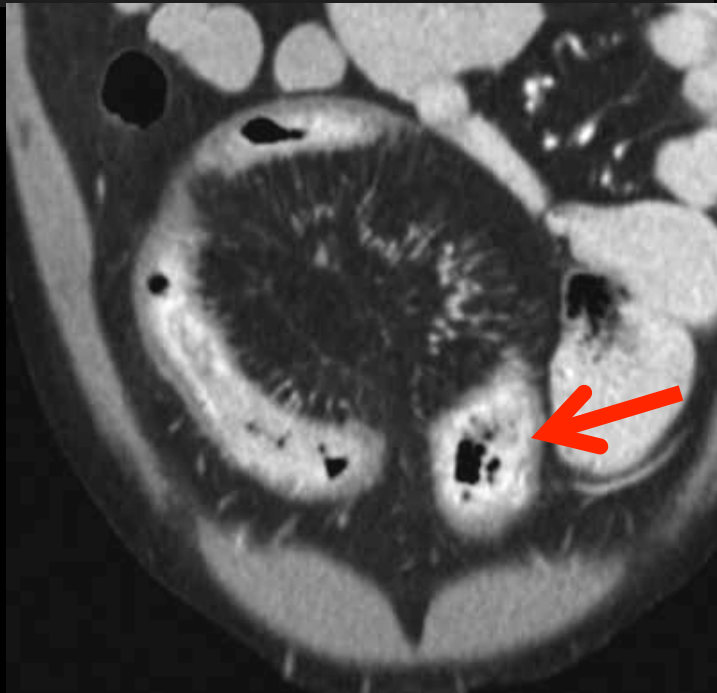
évolutivité actuelle de la maladie

- .prise de contraste de la muqueuse
- .polypes inflammatoires

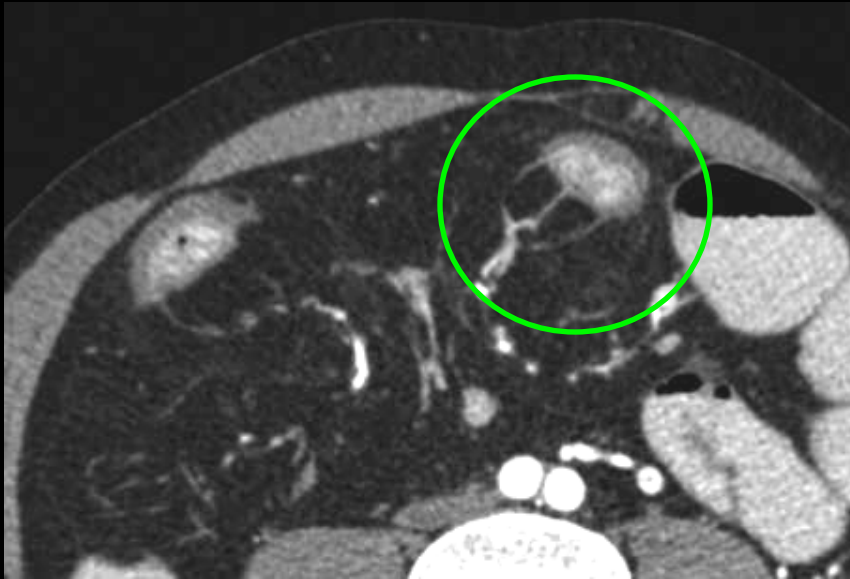




adénocarcinome lieberkuhnien compliquant la maladie de Crohn

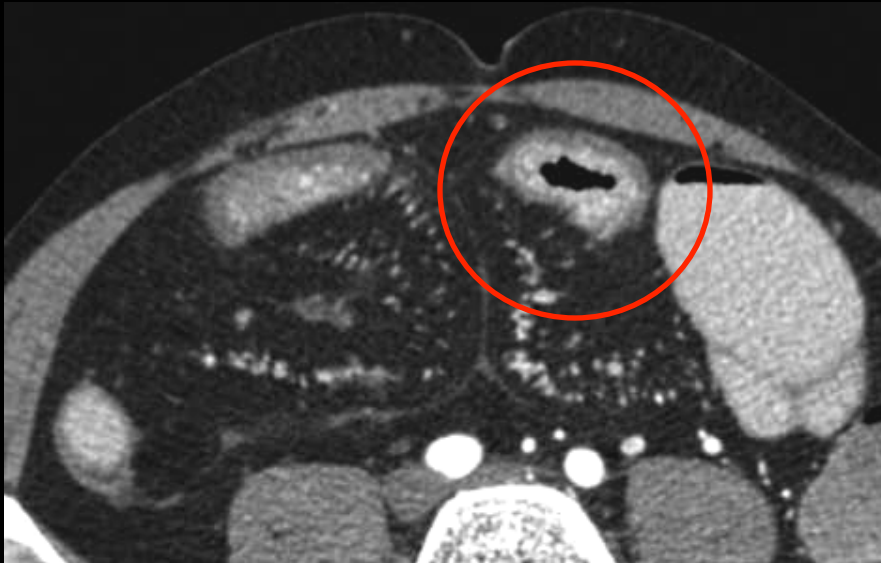


- .ce sont souvent des adénocarcinomes à cellules mucineuses "en bague à chaton"
- .avec une forte stroma reaction collagène
- .la paroi est épaissie avec un rehaussement massif et progressif
- .les dents du peigne disparaissent au niveau de la tumeur

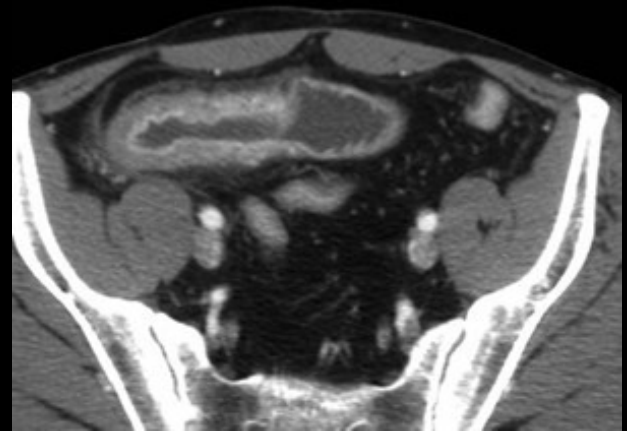
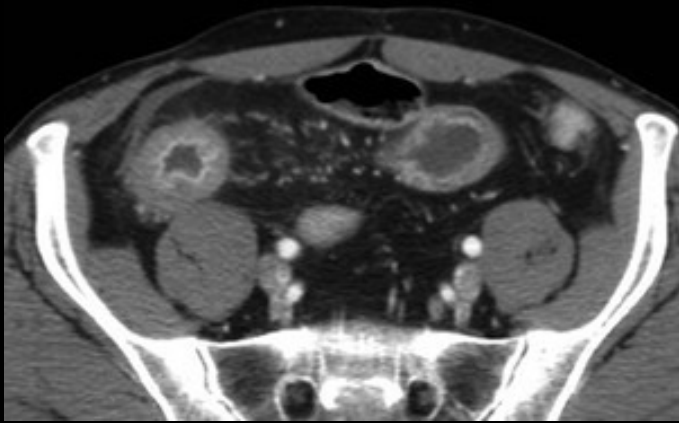


adénocarcinome lieberkuhnien
compiquant la maladie de Crohn

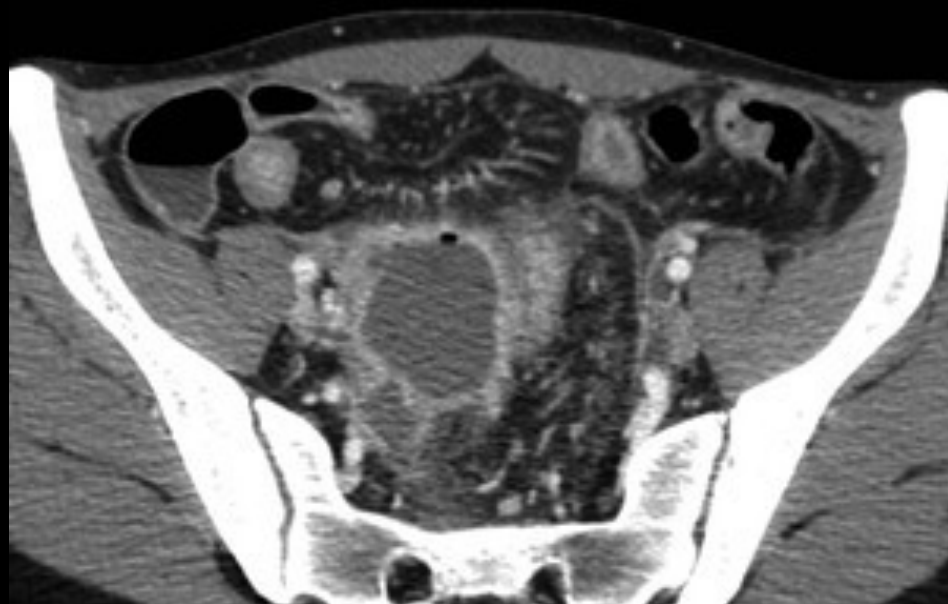
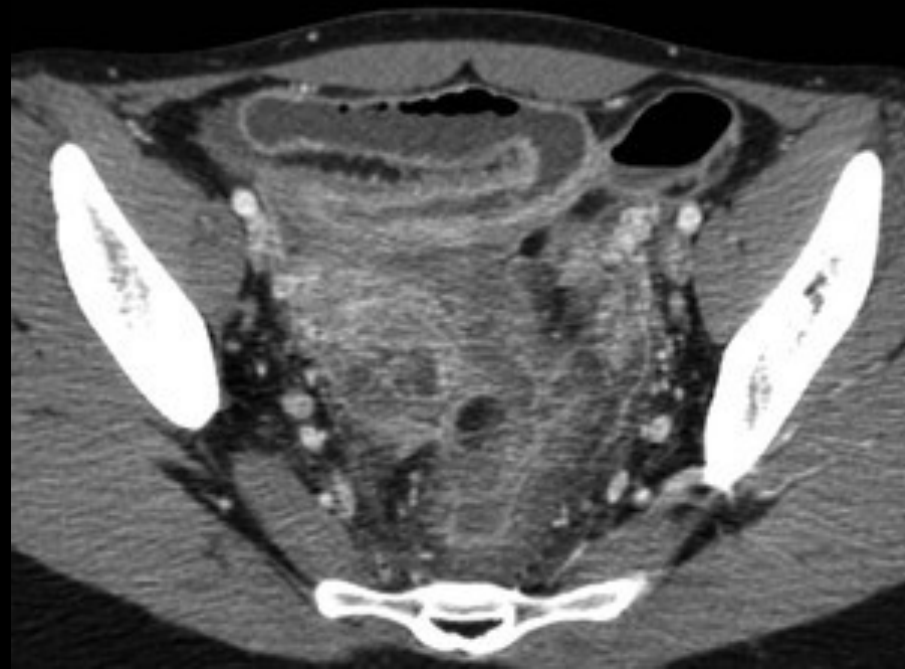
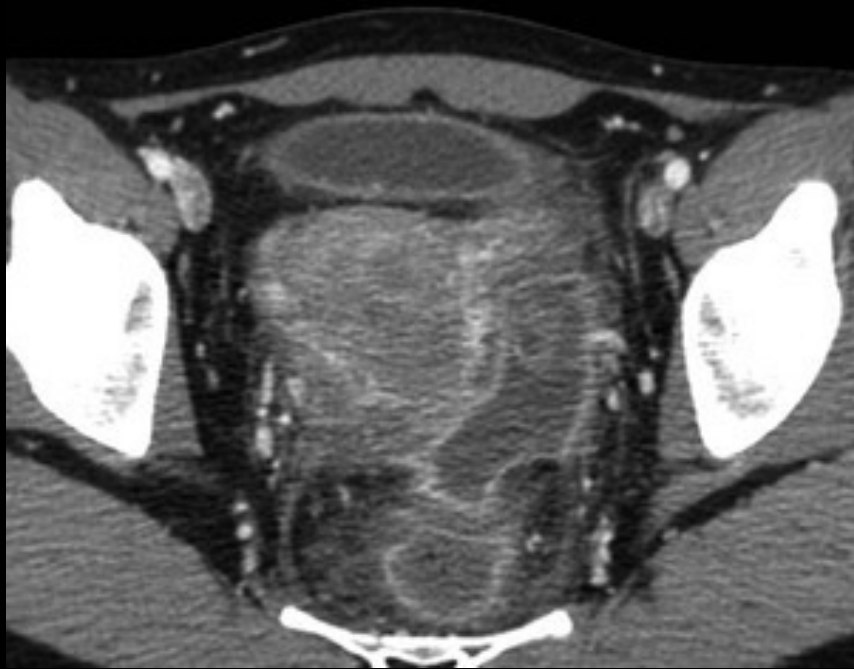
Crohn iléal ; les dents du
peigne (vasa recta entourés de tissu
fibro inflammatoire et environnés
de graisse mésentérique) sont
présentes



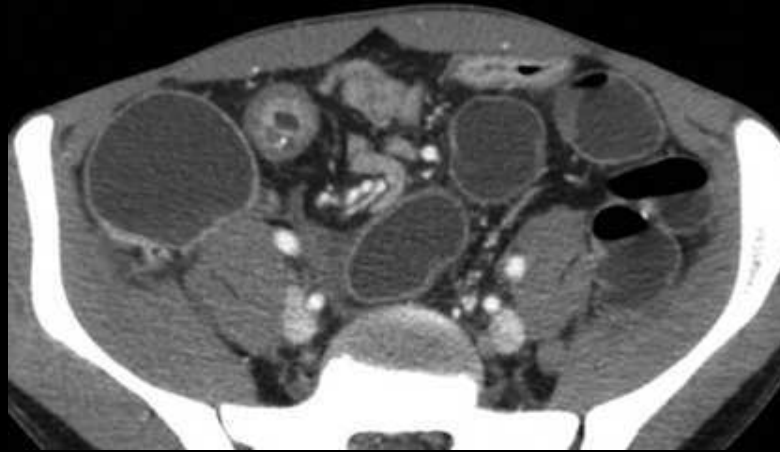
**adénocarcinome à cellules
mucineuses dissociées**
paroi épaissie asymétrique ;
absence de dents de peigne sur le
versant mésentérique



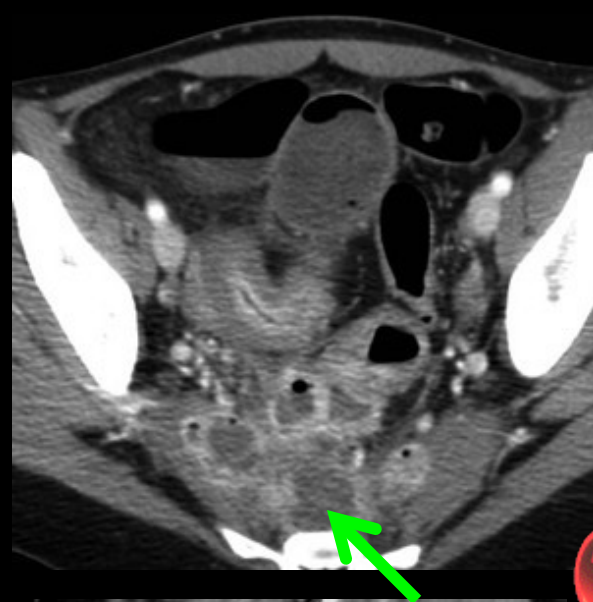
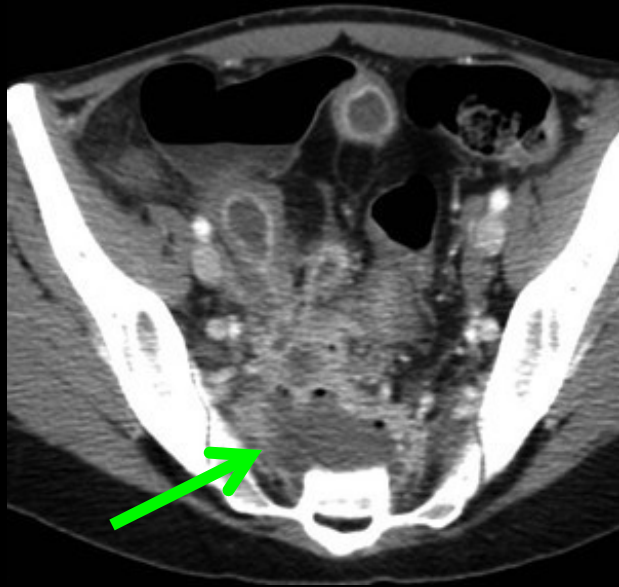
Crohn iléal étendu en poussée



pelvi-péritonite abcédée chez une jeune femme porteuse d'une maladie de Crohn étendue de l'iléon



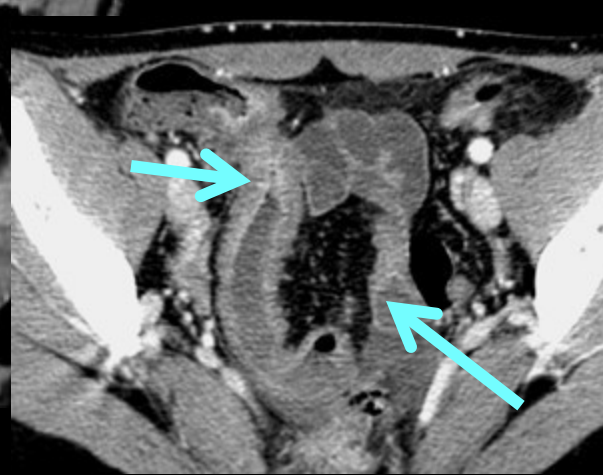
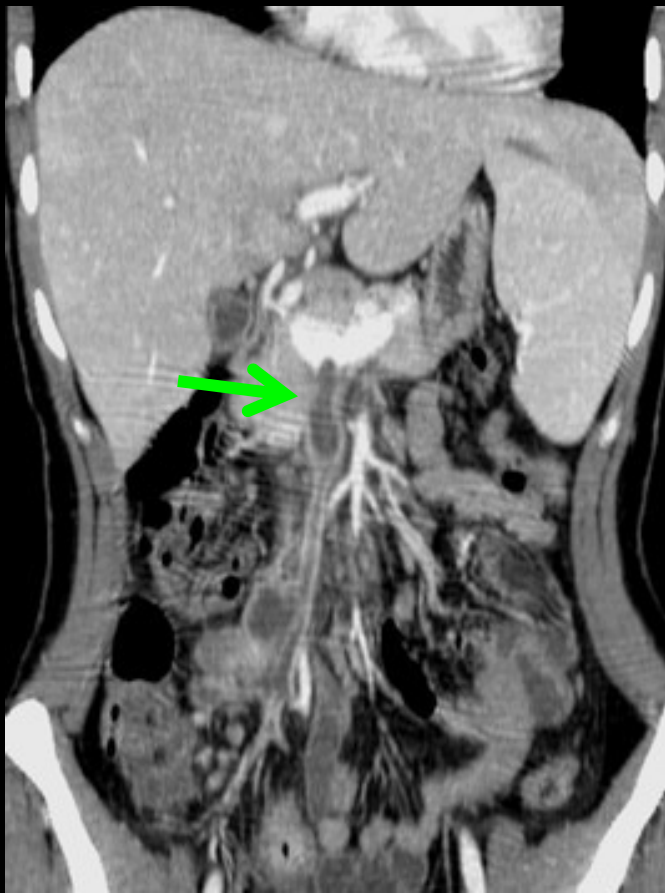
Crohn sévère inflammatoire ,
" phlegmoneux' ,
de l' iléon étendu
du rectosigmoïde



Crohn sévère inflammatoire; multiples fistules et abcès pelviens



Le balisage opaque des anses améliore la visibilité des fistules mais rend plus difficile l'étude du rehaussement des différentes couches pariétales



thrombose veineuse mésentérique
supérieure révélatrice d'une maladie
de Crohn iléale

Peut (doit)-on substituer l'IRM au CT pour évaluer l'évolution de la maladie sous traitement ; quel protocole choisir

entéro IRM sans entéroclyse ; réalisation pratique

mélanger 1 grand et un petit sachet de **Klean Prep®** (colopeg) dans 1 litre d'eau froide.

commencer à faire boire le patient 45 minutes à 1/2 heure avant le début de l'examen, le dernier 1/4 de litre devant être absorbé dans le dernier 1/4 d'heure avant l'examen (ceci afin d'assurer un bon remplissage du jéjunum)(un verre d'eau toutes les 5 min)

perfuser le patient (prévoir une injection de 15 ml de Gadolinium à 2 ml/sec)

Spasfon® IV ou sublingual (Spasfon lyoc)

décubitus (procubitus) , bras au dessus de la tête



T2W ;TE eff long ,
20 mm épaisseur nominale
SS FSE T2,
TSE T2
HASTE *hydro MR*

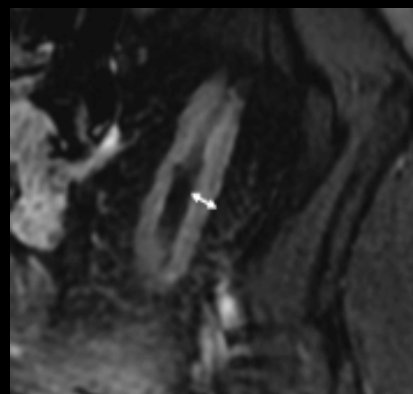
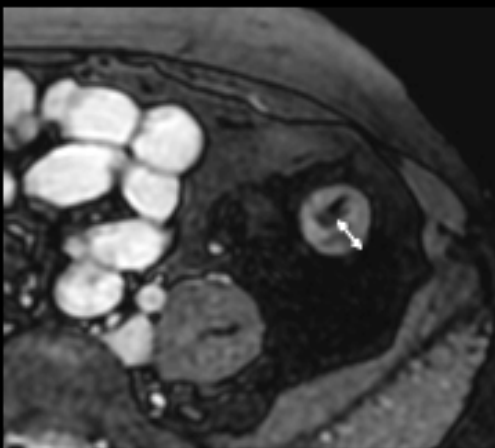
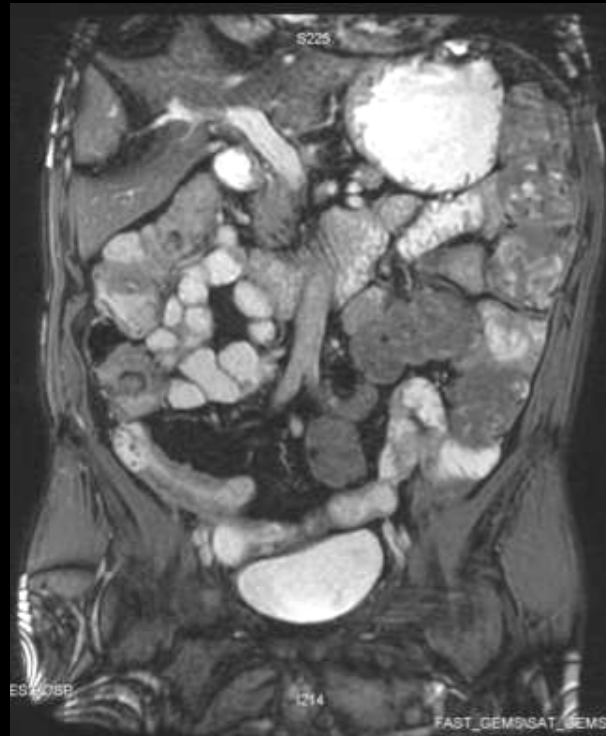
Séquences :

- SS-FSE T2 TE eff long** (évaluation du remplissage ; axiales et frontales)
 - à l'état d'équilibre** : **2D Fiesta**, **Balanced FFE**, **True FISP**, axiales et frontales , avec saturation du signal de la de graisse
 - SS DWI EPI** , plan axial avec trigger respiratoire ; séquences " de diffusion "
-
- EG T1 3D après injection chélates de gadolinium** (dynamiques ou multiphasiques :3 acquisitions)
 - EG T1 2D** plan axial et frontal



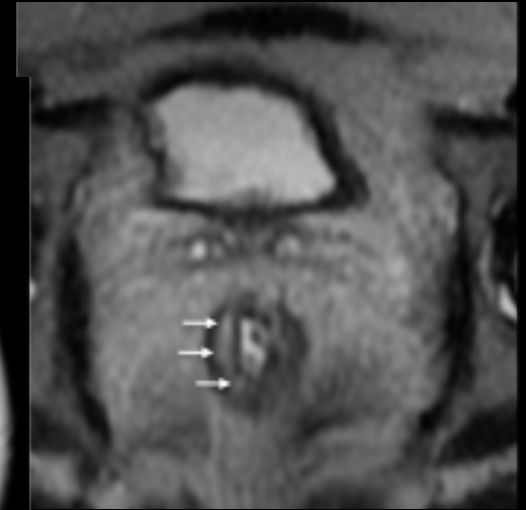
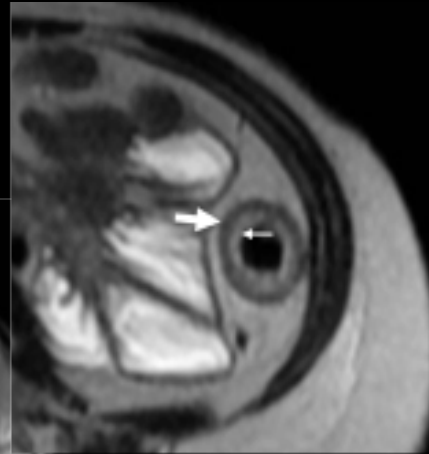
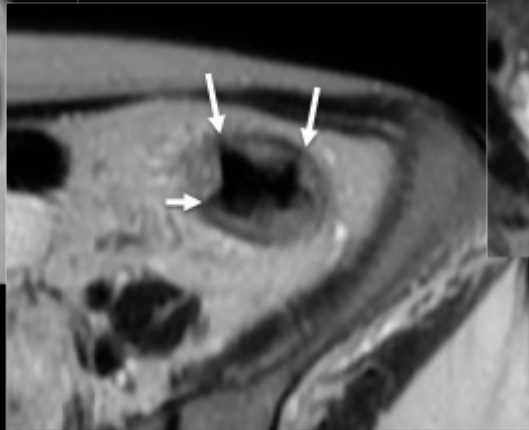
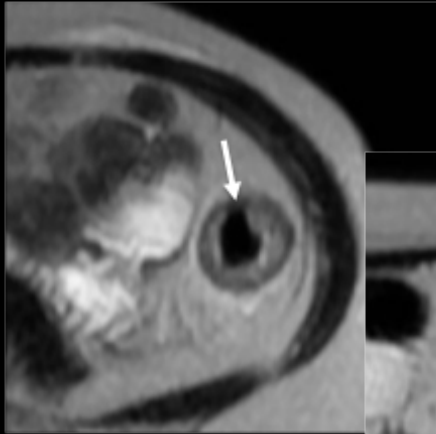
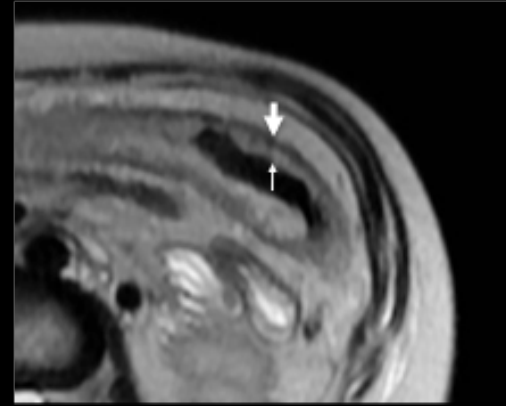
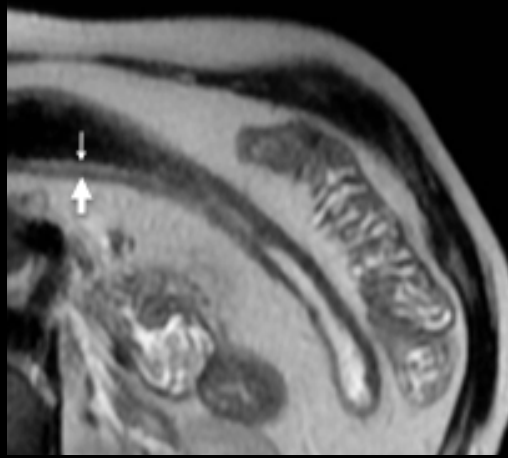
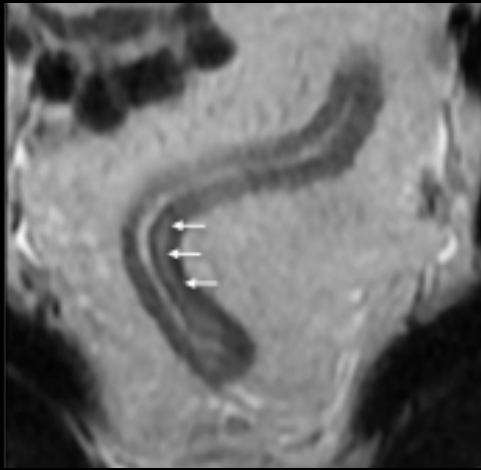
T2/T1W (SS FP)
2D Fiesta
Balanced FFE
True FISP

pour le suivi des MICI et l'évaluation précoce de la réponse aux antiTNF alpha (Remicade®), ces 3 séquences suffisent ; l'injection IV de gadolinium est inutile



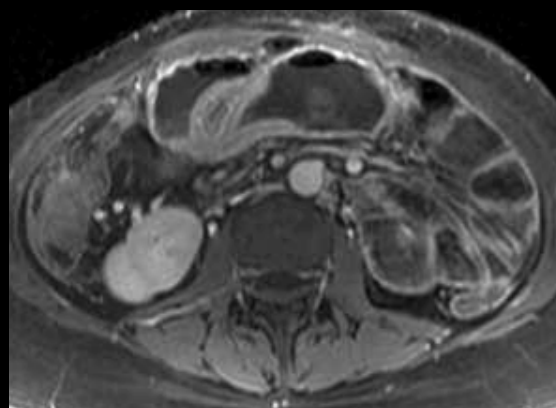
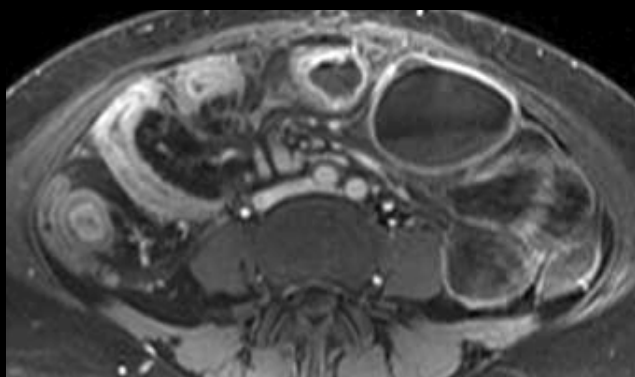
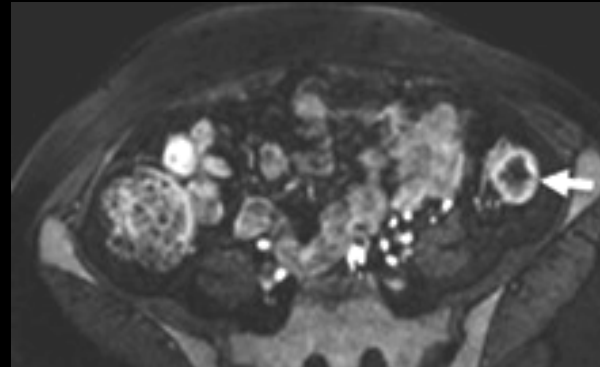
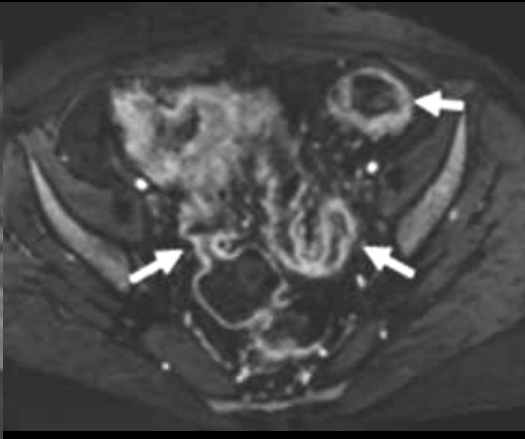
T2/T1W (SS FP)
2D Fiesta
Balanced FFE
True FISP

Séquence pondérée T2/T1 (Fiesta) : étude des parois épaissies

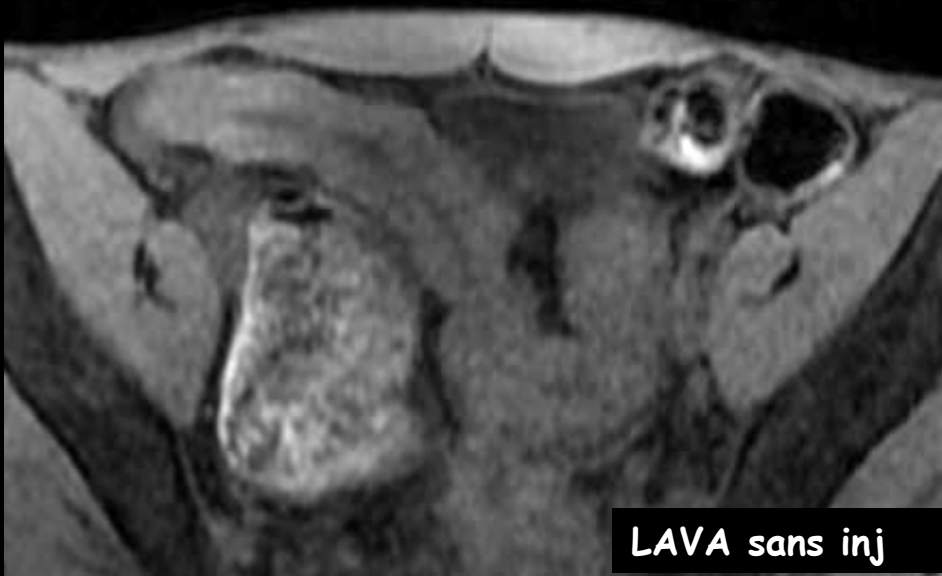


T2 SS FSE TE eff court

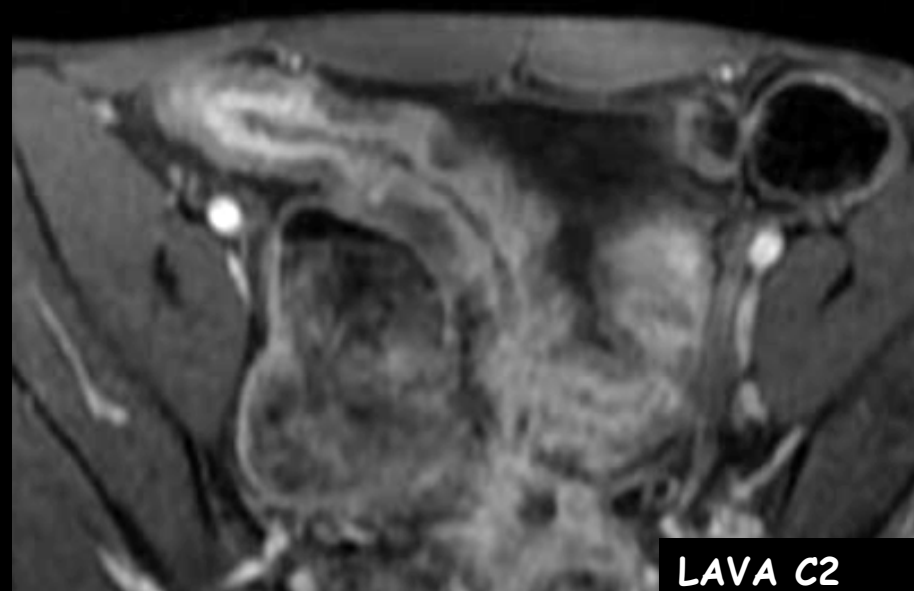
Séquence pondérée T2 ; SS FSE TEeff court: étude des parois épaissies
; distinction complexe muco-sous-muqueux œdémateux et musculuse propre



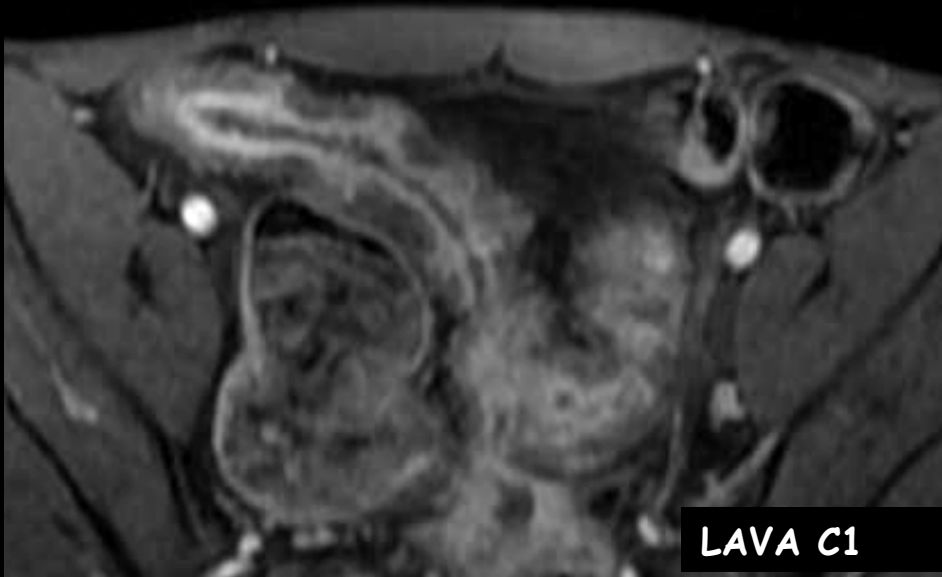
EG T1 Fat Sat 3D
Lava
Vibe
3D TSE



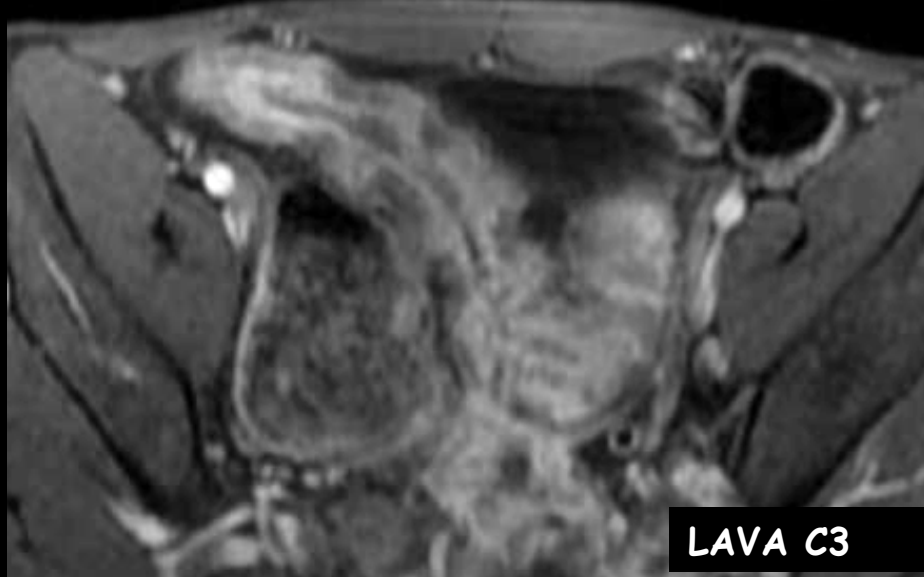
LAVA sans inj



LAVA C2



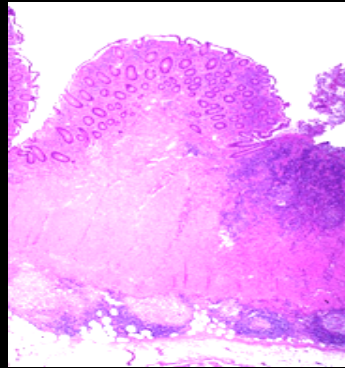
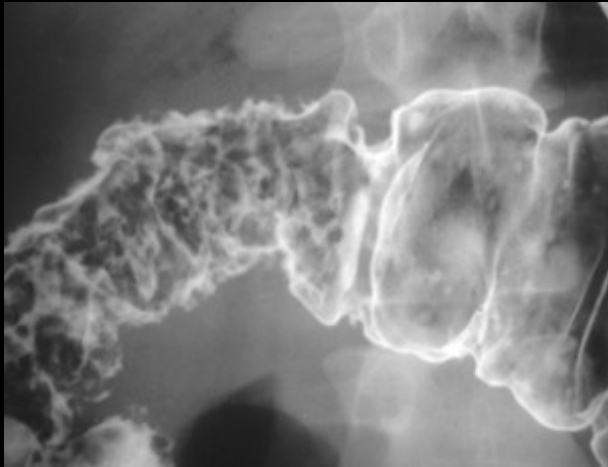
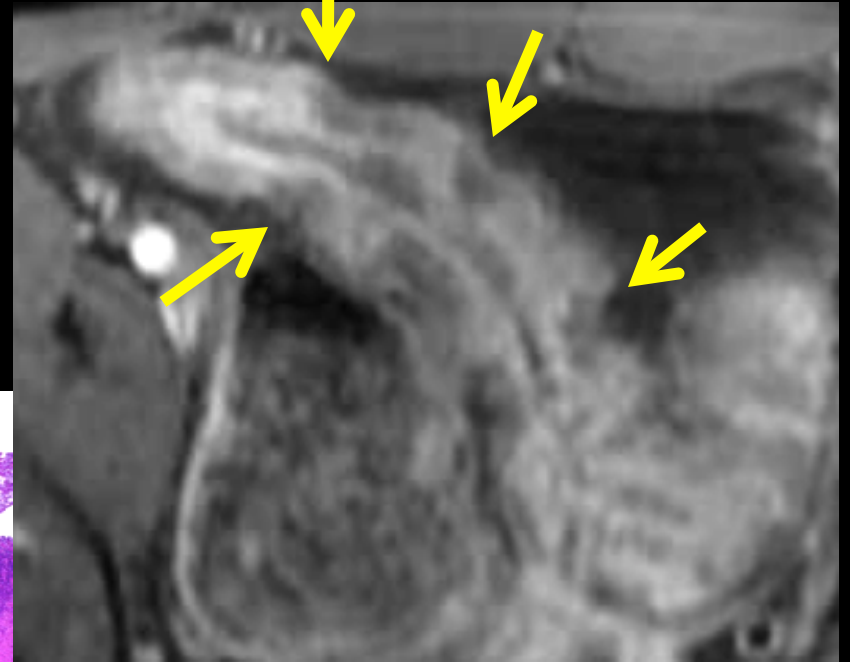
LAVA C1



LAVA C3

EG T1 Fat Sat 3D ; acquisition multiphasique après injection de gadolinium
Lava , Vibe , 3D TSE ...

Polypes inflammatoires et ulcérations profondes juxtaposées constituent les images "en pavés du Roy", bien visibles sur les IRM "haute-résolution" actuelles, comme lors de la période barytée !!!



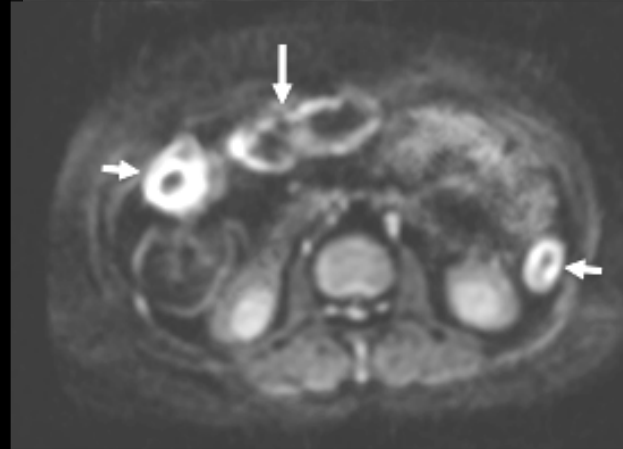
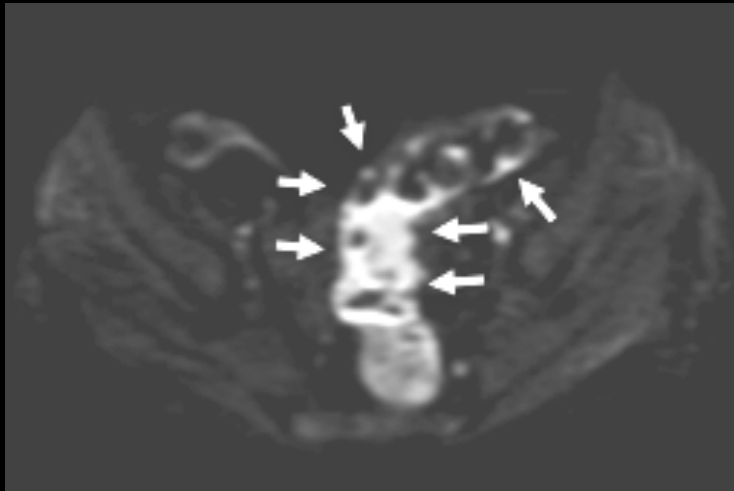
rhagade



pavés du Roy



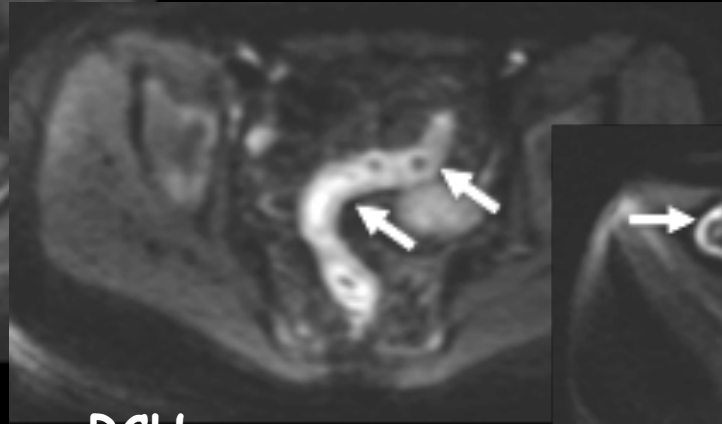
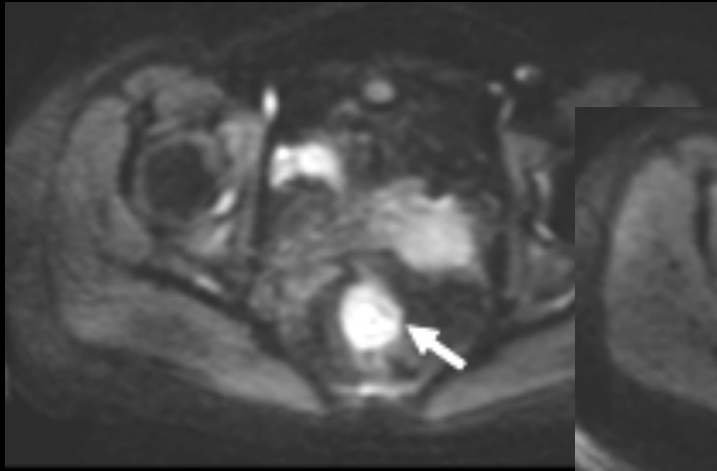
EG T1 Fat Sat 3D
Lava ,Vibe ,3D TSE



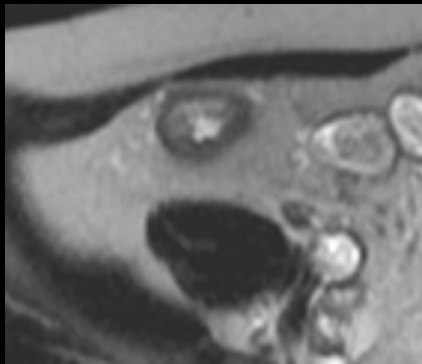
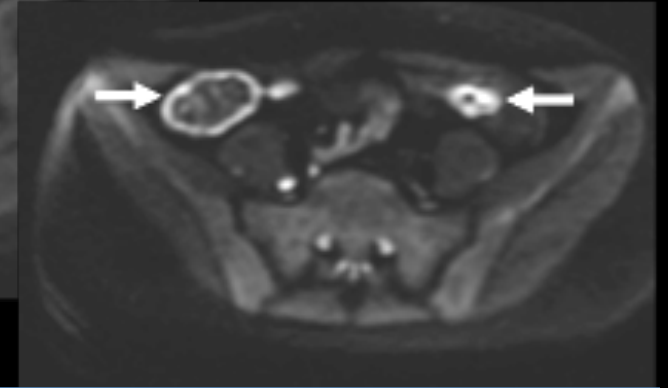
maladies de Crohn iléale et coliques

DWI b=600 axiales jointives

épaisseur de coupe : 7 mm



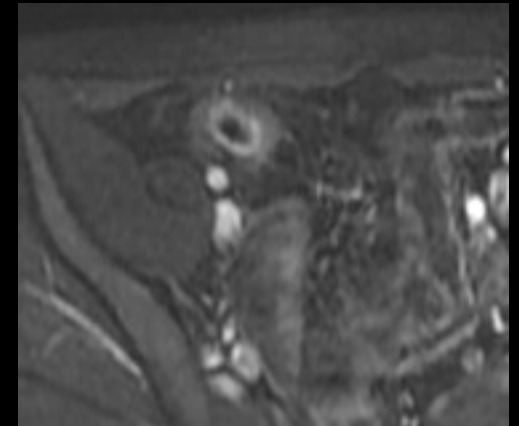
RCH



T2 TE eff court

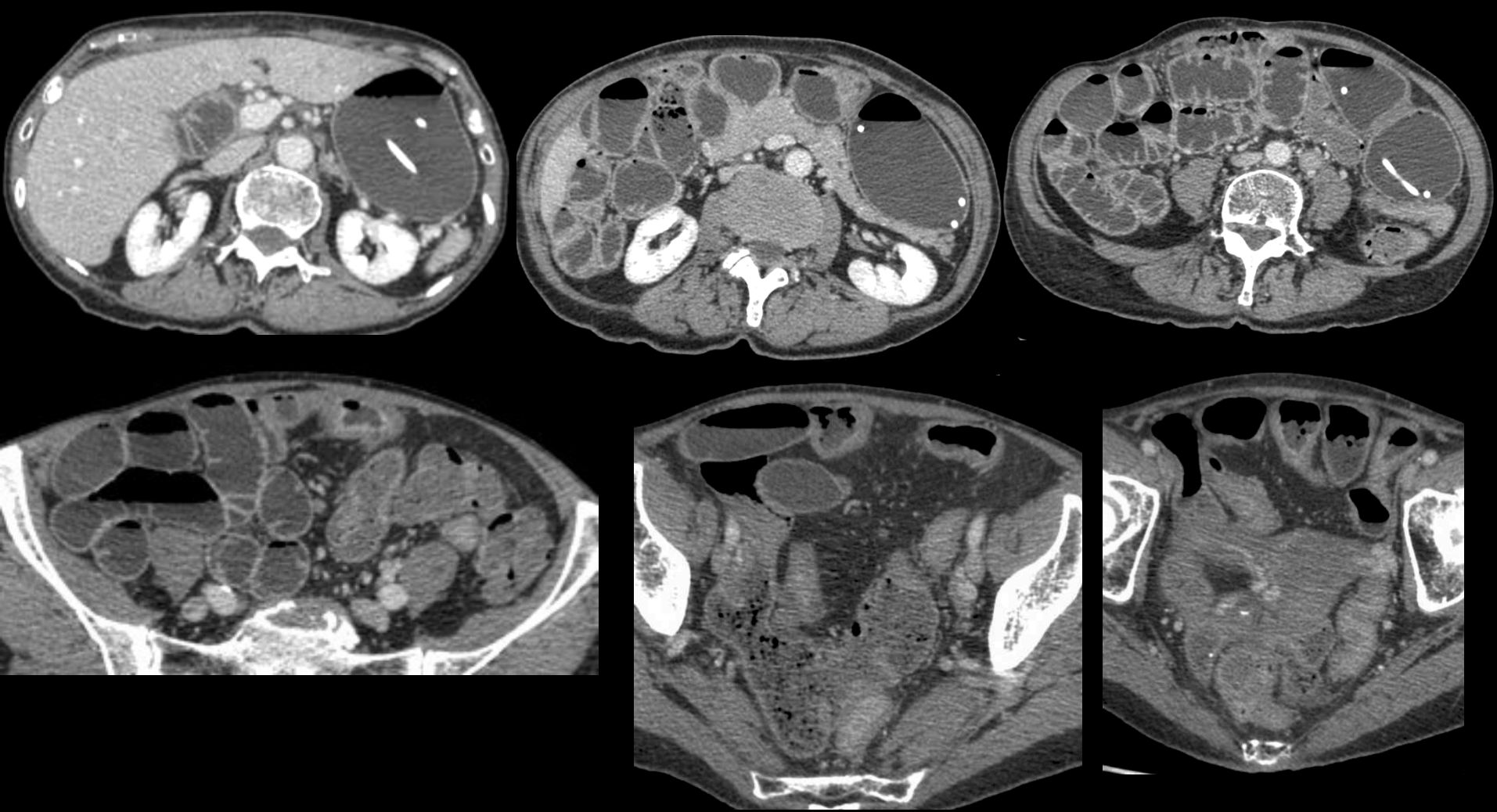


DWI



3D T1 gado FatSat

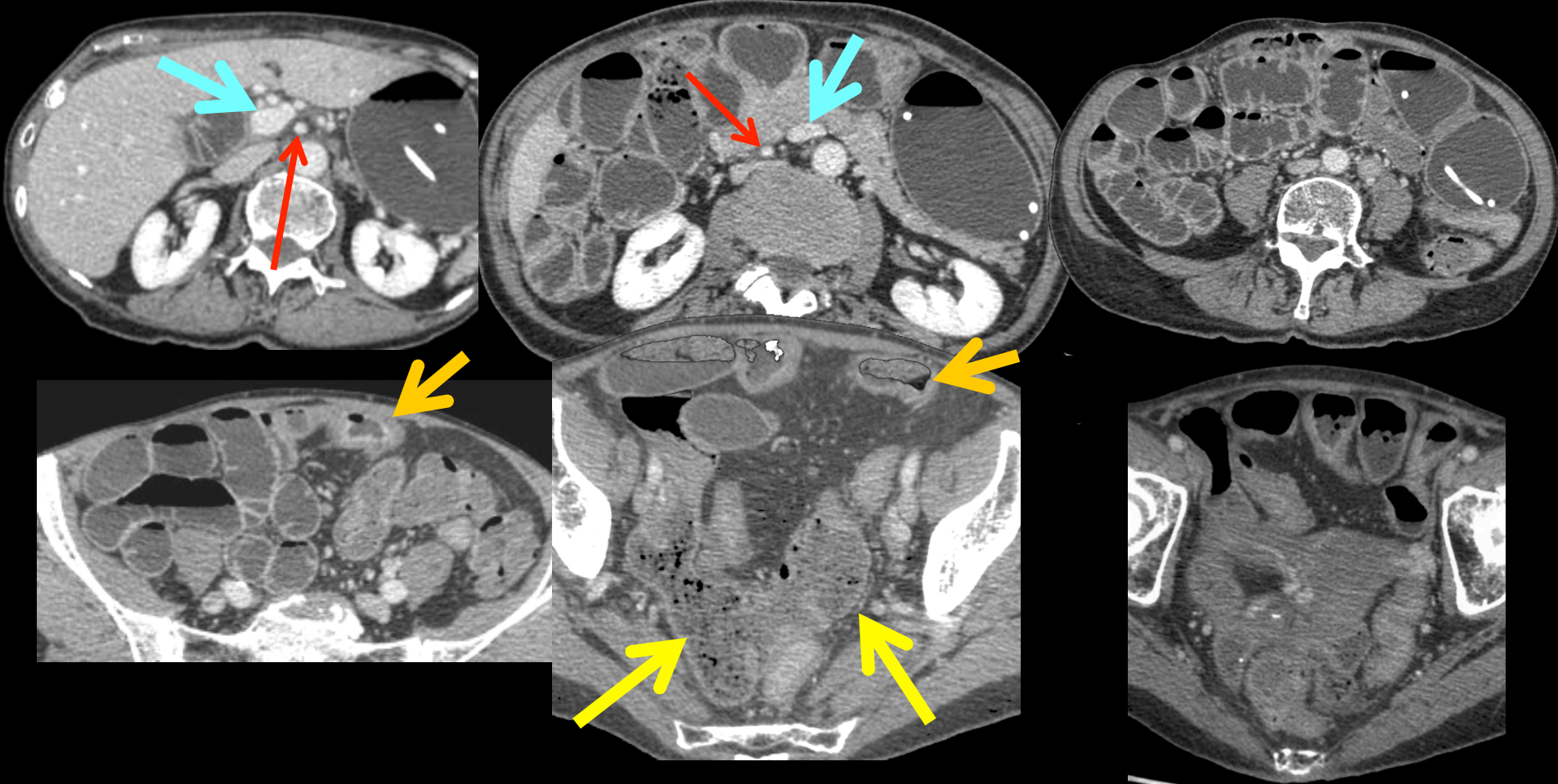
Pour le suivi des MICI et l'évaluation précoce des sujets bon répondeurs aux anti TNF alpha



entéros scanner chez une femme de 42 ans pour douleurs abdominales **chroniques** de la **fosse iliaque gauche** évoluant depuis plusieurs mois avec **épisodes diarrhéiques** ; état général médiocre; sd inflammatoire biologique.

comment commencer l'analyse d'un "abdomen difficile"

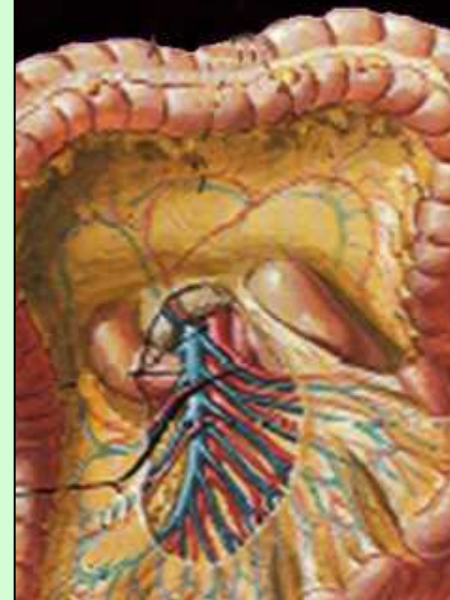
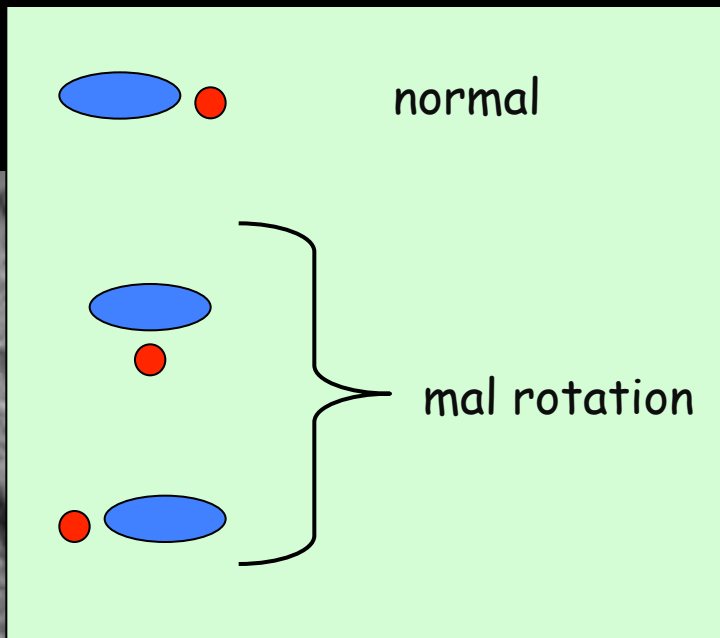
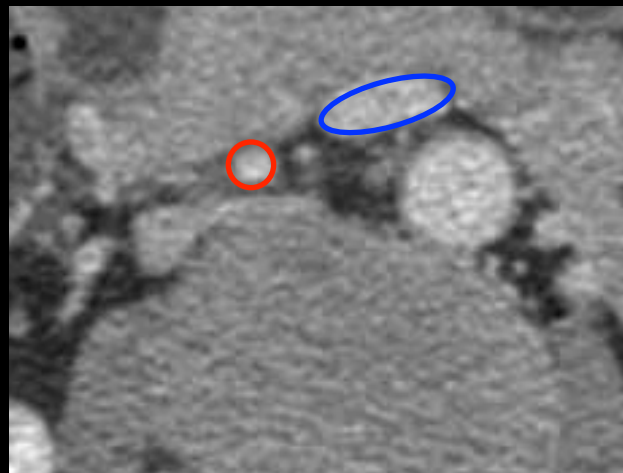
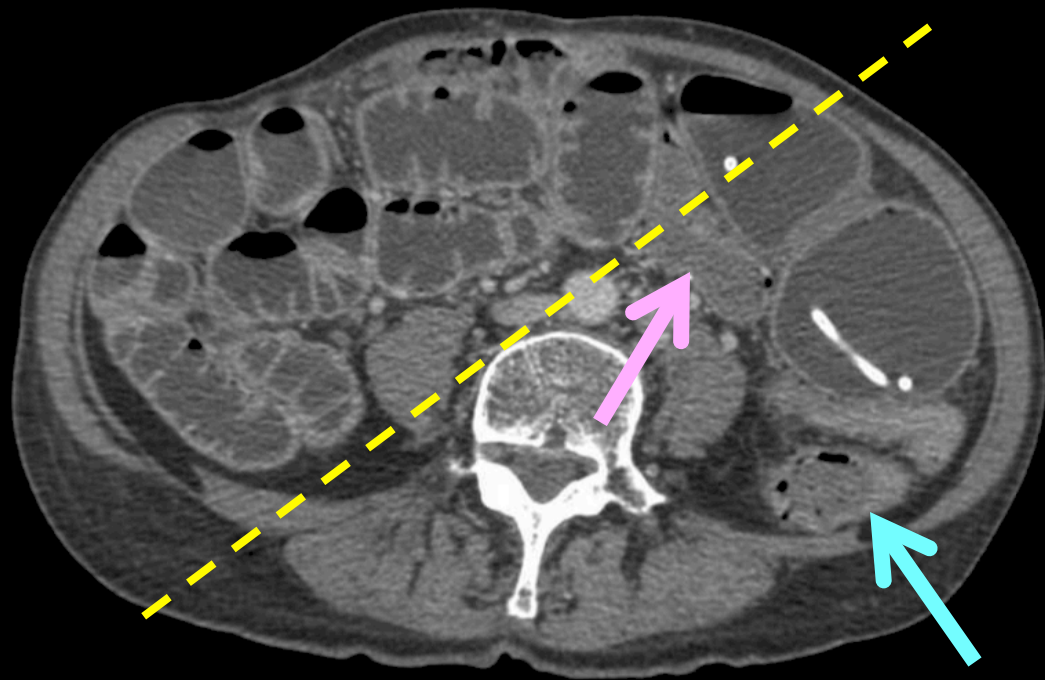




-d'abord localiser le caecum ; clé de l'analyse de l'étage sous mésocolique ;
comme il se trouve en situation pelvienne, puis vérifier la position des nases grêles
par rapport à la paroi abdominale droite

-confirmez par l'analyse des rapports du pédicule mésentérique supérieur

iléite de Crohn sur mésentère commun complet !



take home message

- dans les atteintes inflammatoires subaiguës du carrefour iléo-caecal , ne pas oublier la tuberculose
- la maladie de Crohn est une atteinte inflammatoire transmurale ; ce qui lui confère une sémiologie particulière quasi spécifique
- le scanner s'impose pour l'exploration des formes compliquées fébriles de maladie de Crohn
- l'entéroscanner ne doit pas être recommandé en raison de l'irradiation délivrée ; l'entéro IRM doit lui être substituée , en particulier pour l'évaluation des problèmes mécaniques sans contexte infectieux
- l'imagerie de diffusion associée aux images en pondération T2 est un moyen efficace , précis et non irradiant pour surveiller la maladie de Crohn et pour évaluer la réponse aux traitements

