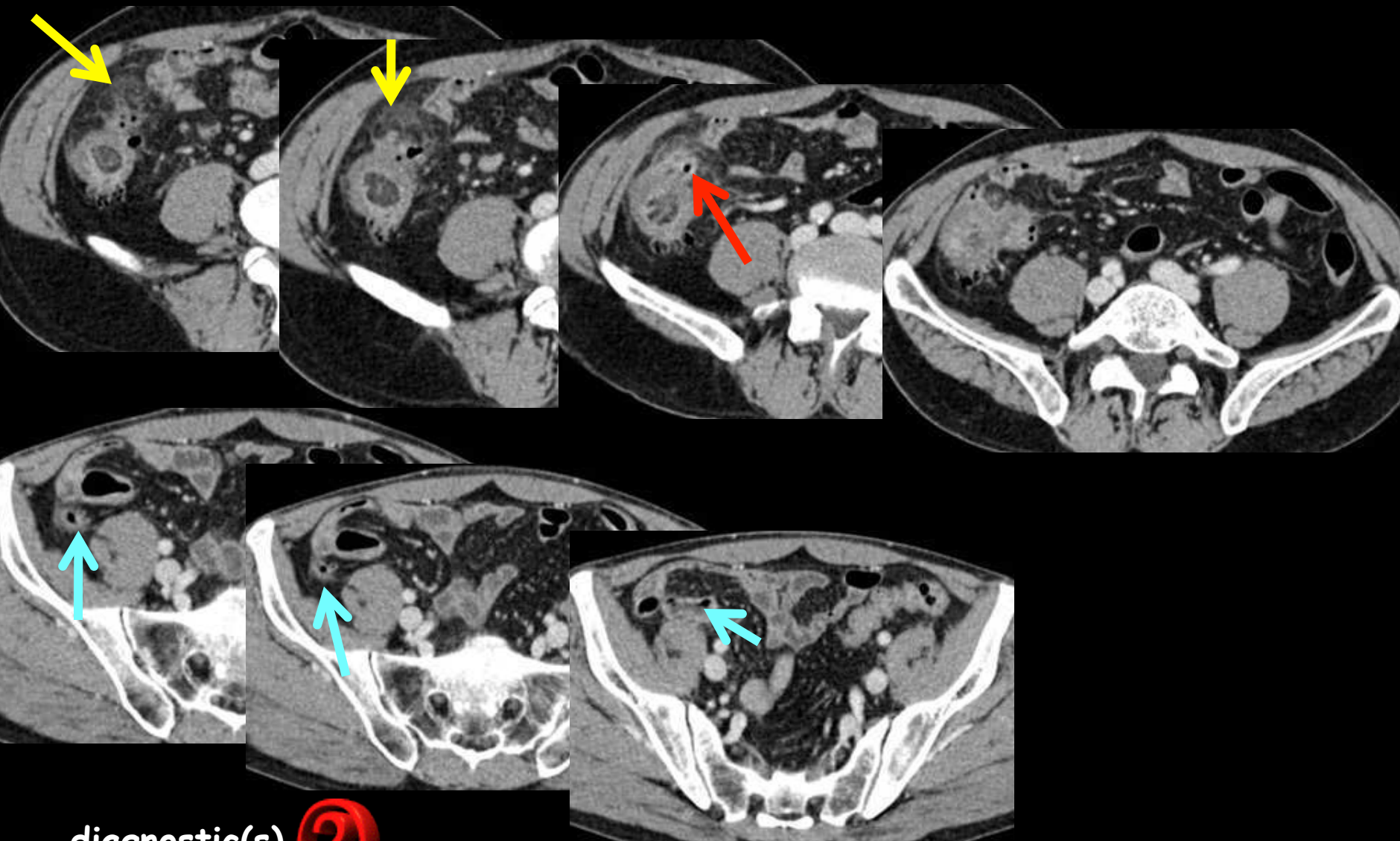
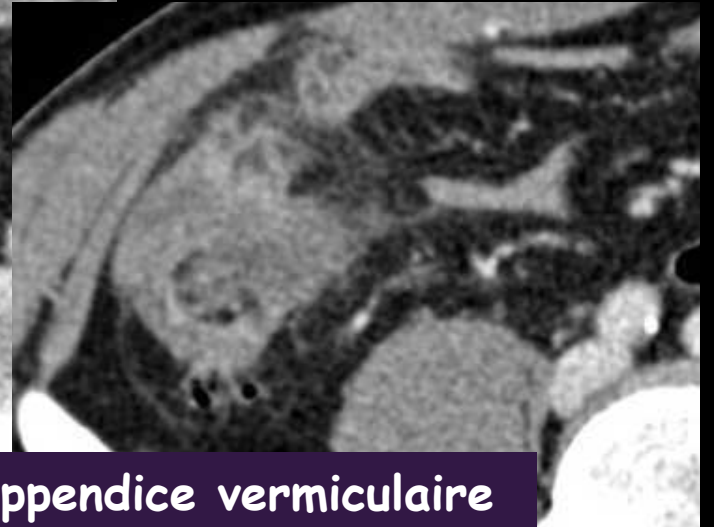
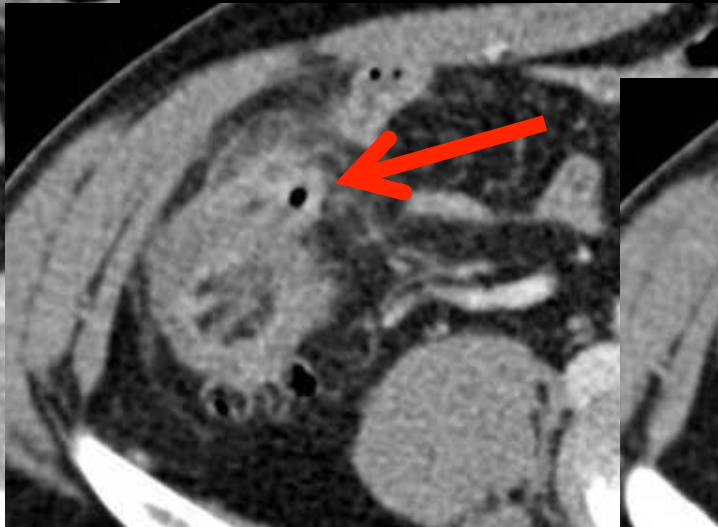
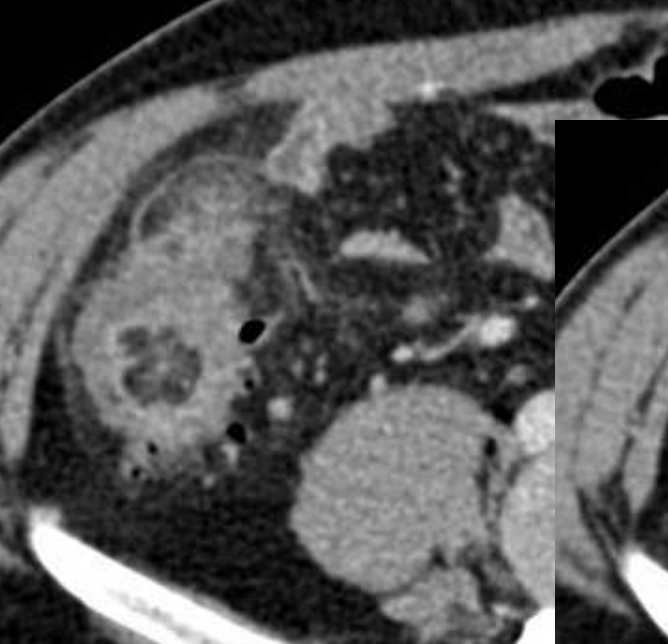


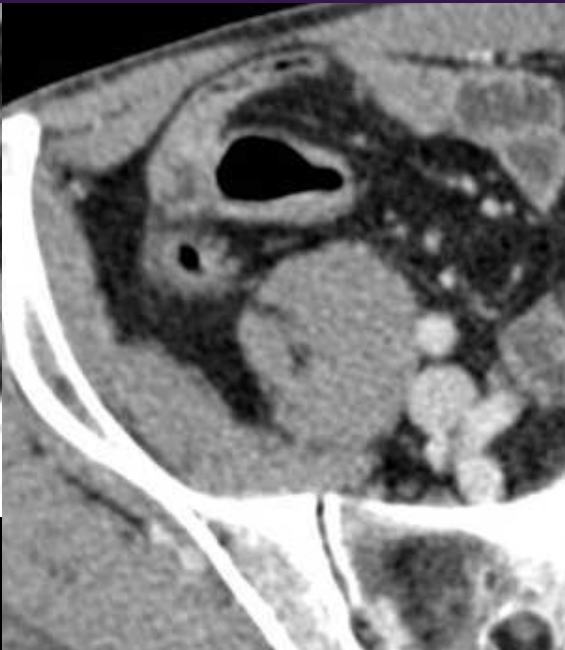
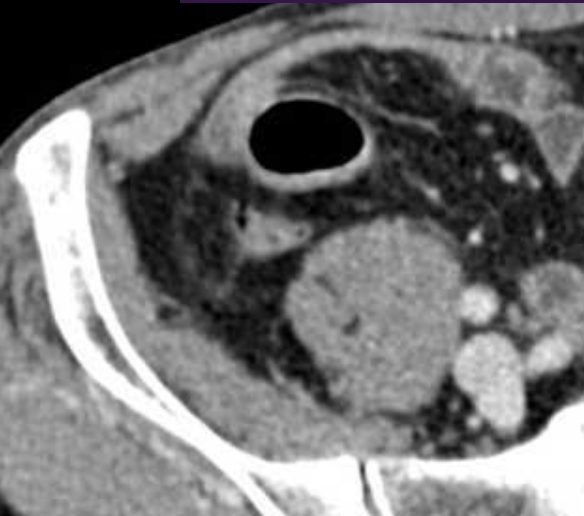
patient de 50 ans , douleurs FID , Sd inflammatoire . GB: 14000 , ATCD
diverticules coliques .Écho: appendicite



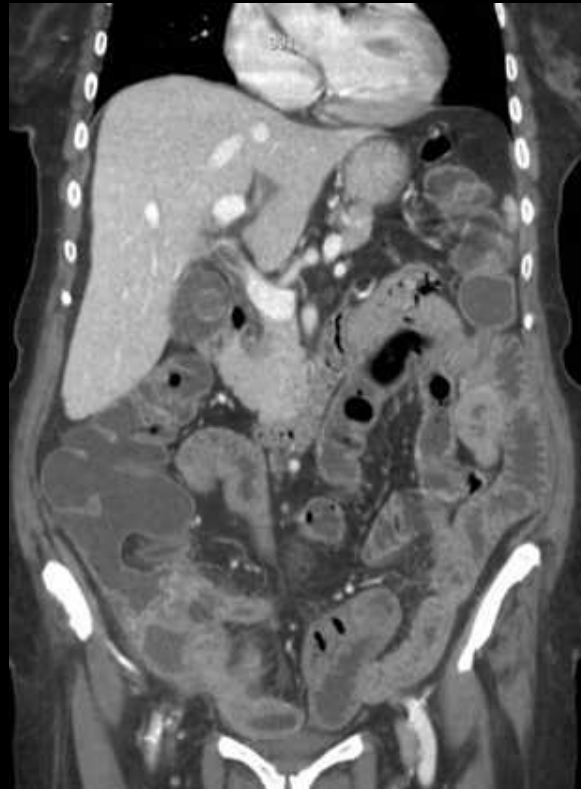
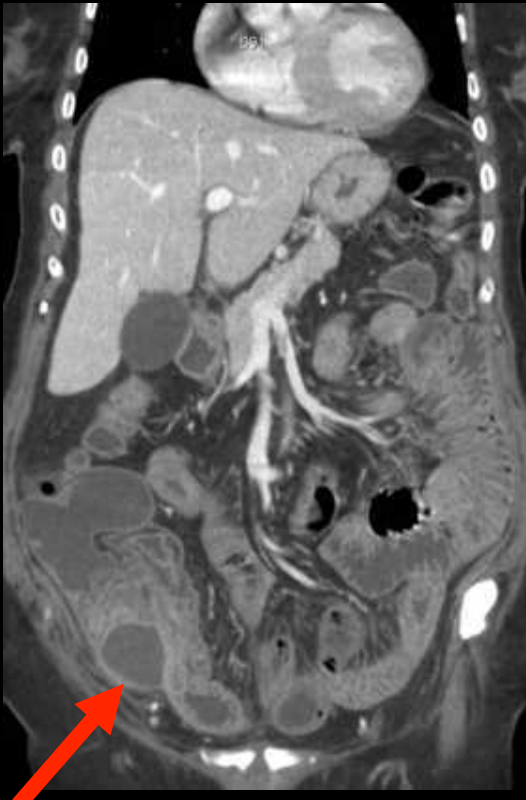
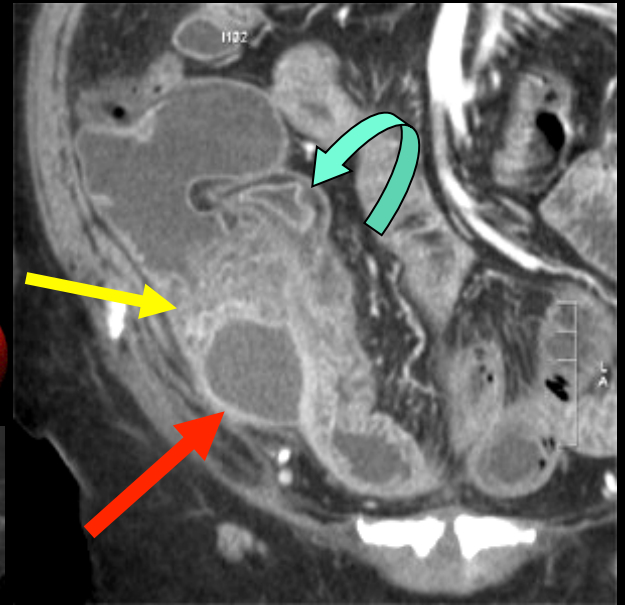
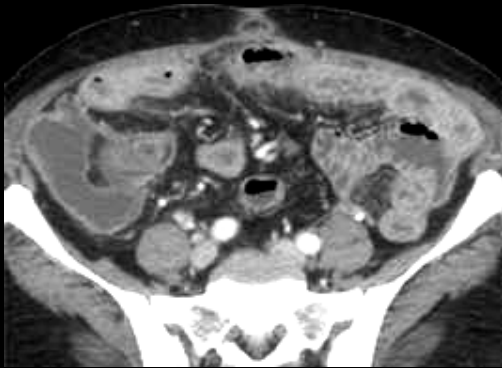
diagnostic(s) 



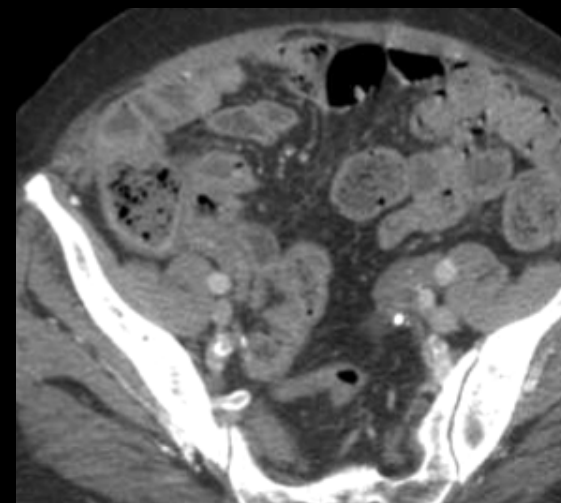
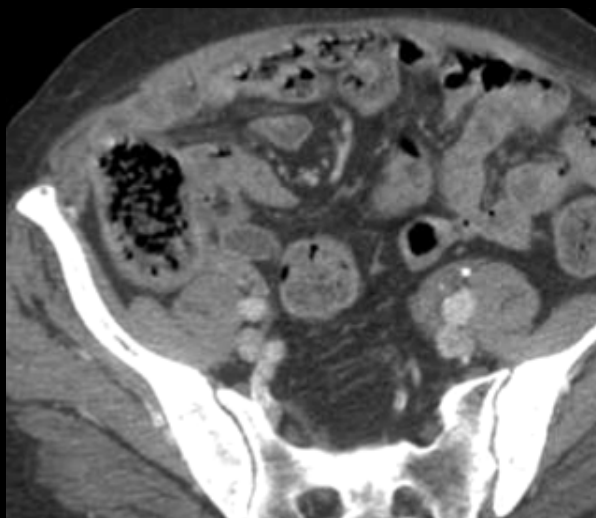
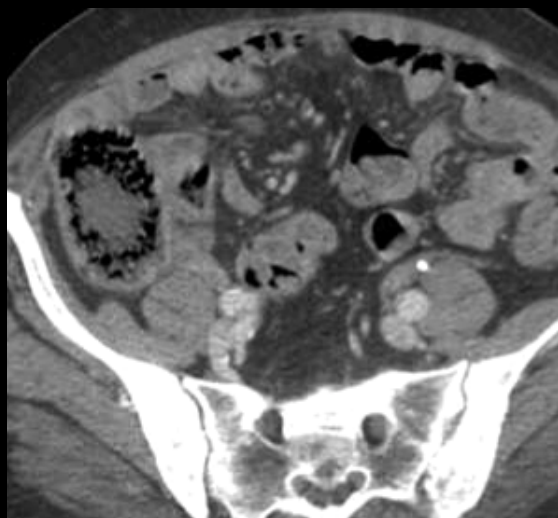
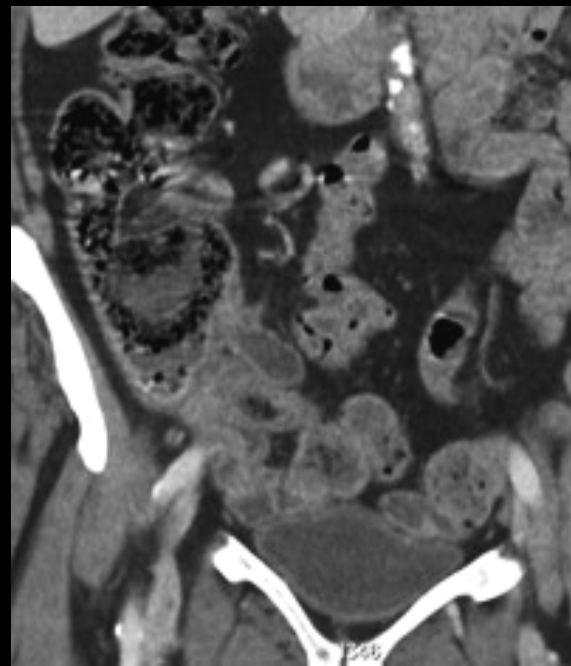
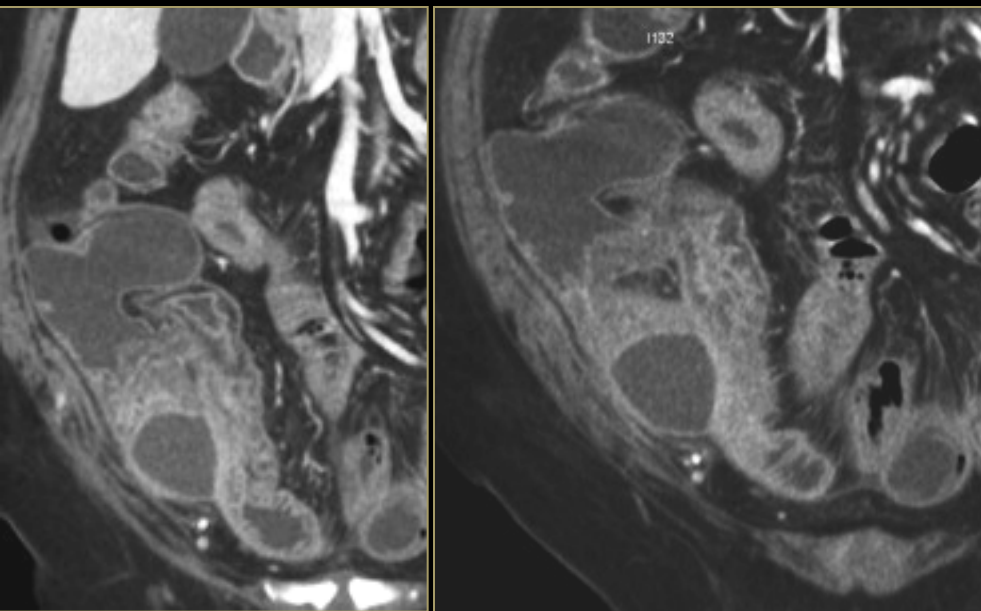
diverticulite caecale et diverticule de l'appendice vermiculaire



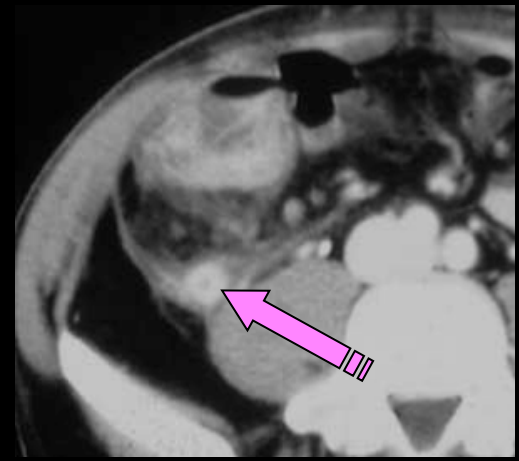
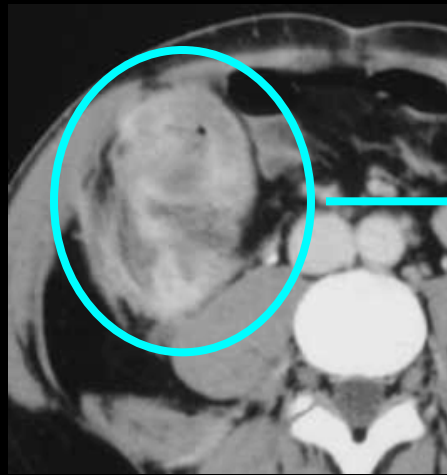
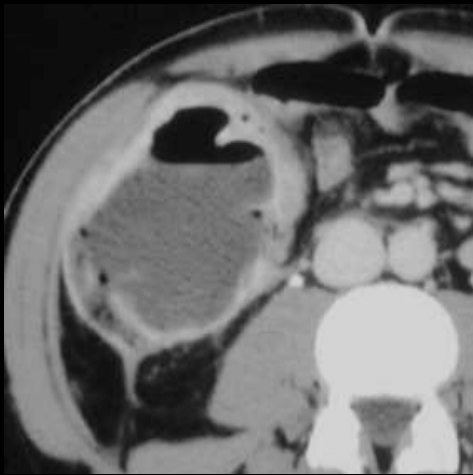
femme de 64 ans diabétique , hospitalisée pour insuffisance rénale aiguë et déshydratation dans un contexte de diarrhée avec vomissements



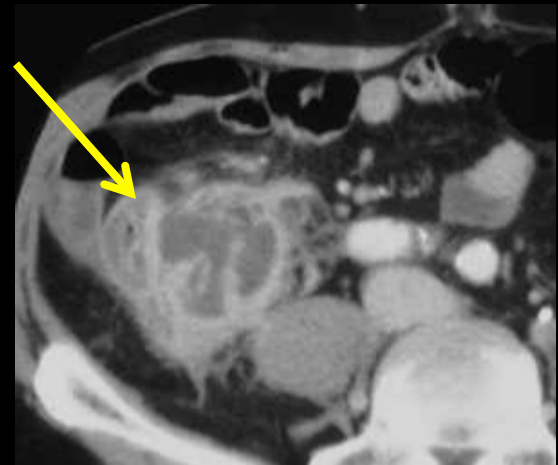
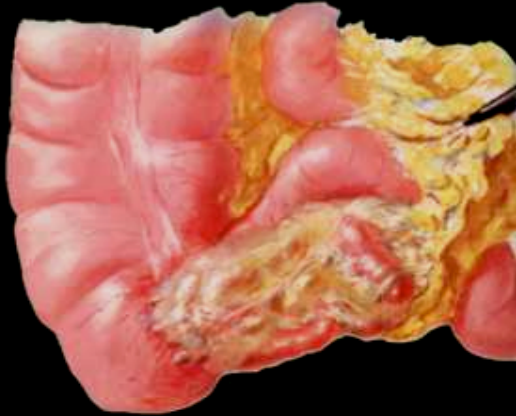
abcès appendiculaire sur plastron ,distension hydrique spontanée du caecum et épaissement oedémateux de la paroi(typhlite par vois trans séreuse)



traitement médical : antibiothérapie IV une semaine ; contrôle à 6 semaines

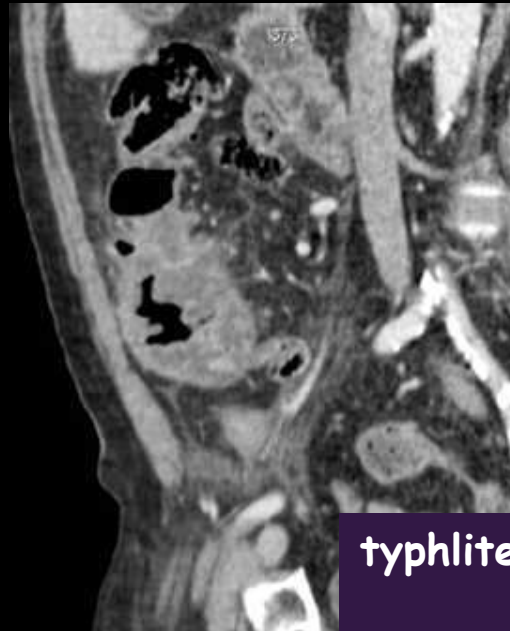
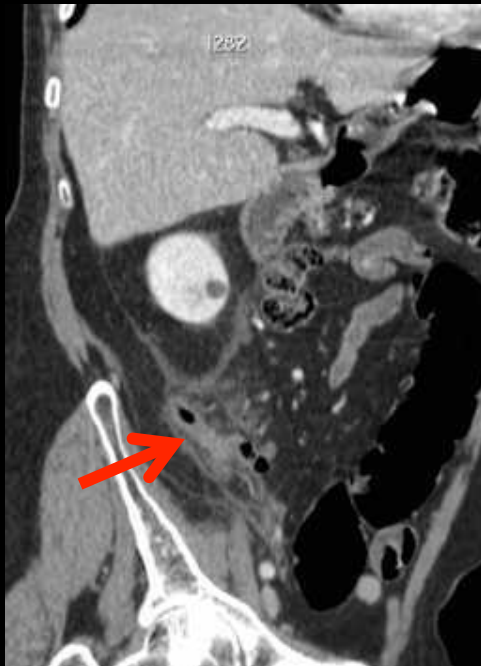
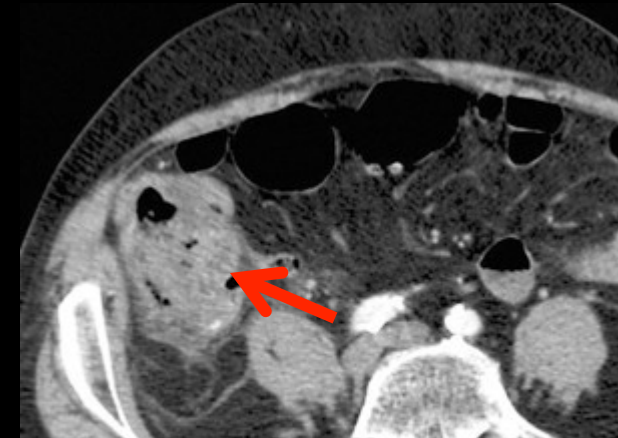
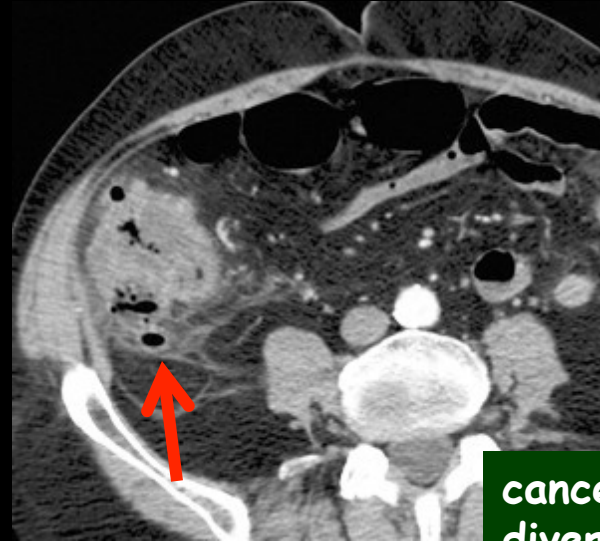
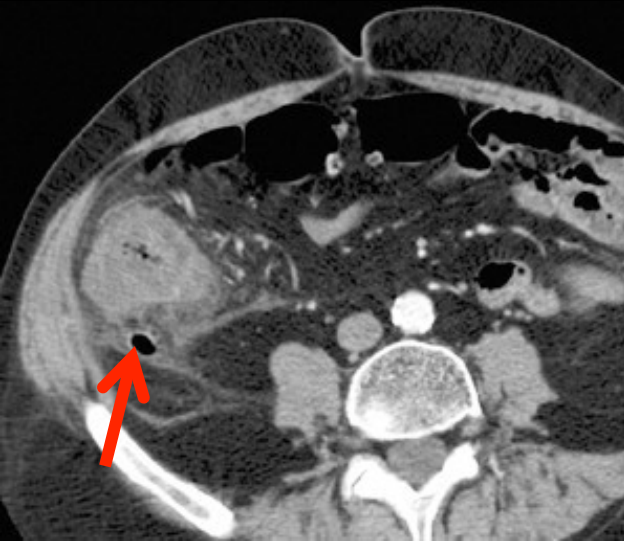


inflammation trans séreuse de la paroi caecale = "typhlite" réactionnelle associée à un abcès appendiculaire; appendice rétro-caecal

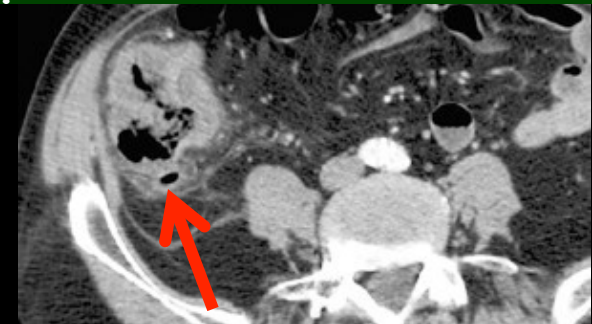


plastron appendiculaire abcédé; tableau clinique évoluant depuis plusieurs jours; appendice orthotopique ; typhlite satellite

homme 68 ans; masse sensible de la FID ; syndrome infectieux depuis 8 jours CRP élevée ; diagnostics probabilistes

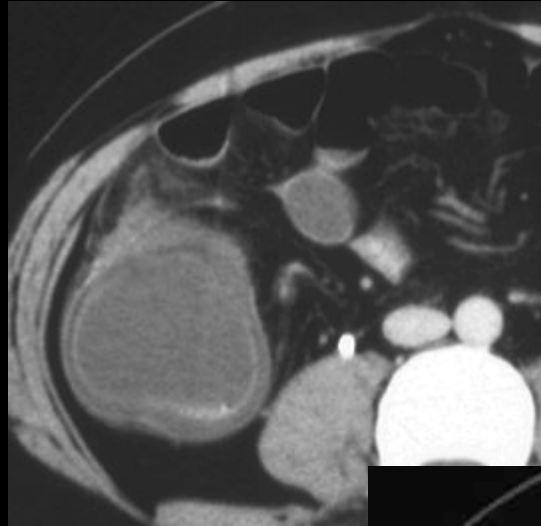


cancer caecal infecté
diverticulite du caecum
typhlite infectieuse bactérienne
ischémie chronique pseudo-tumorale
lymphome caecal
....



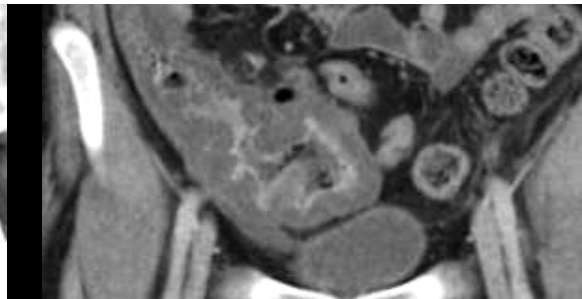
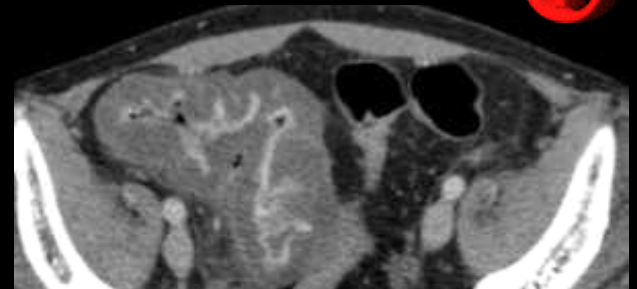
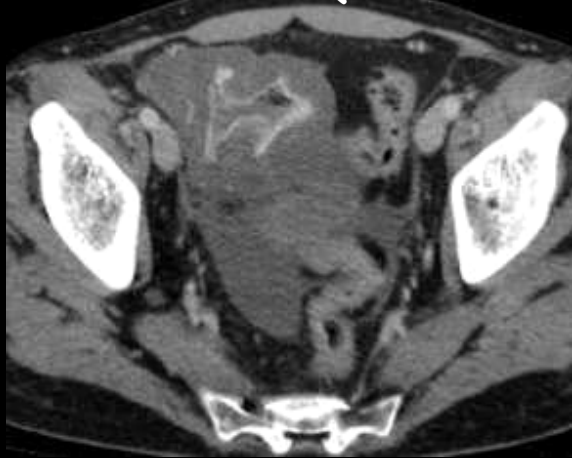
typhlite réactionnelle pseudo tumorale sur
appendicite rétro caecale

patient de 35 ans , syndrome douloureux et fébrile d'allure appendiculaire chez un sujet traité par transplantation de cellules souches hématopoïétiques pour une leucémie myéloïde chronique acutisée.



typhlite (entérocolite) neutropénique post aplasie médullaire

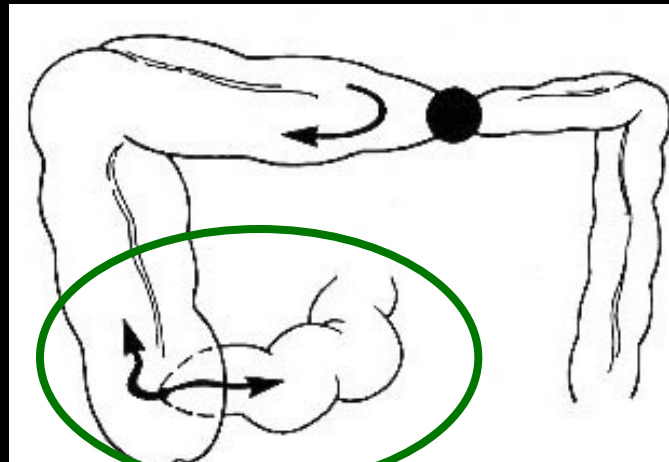
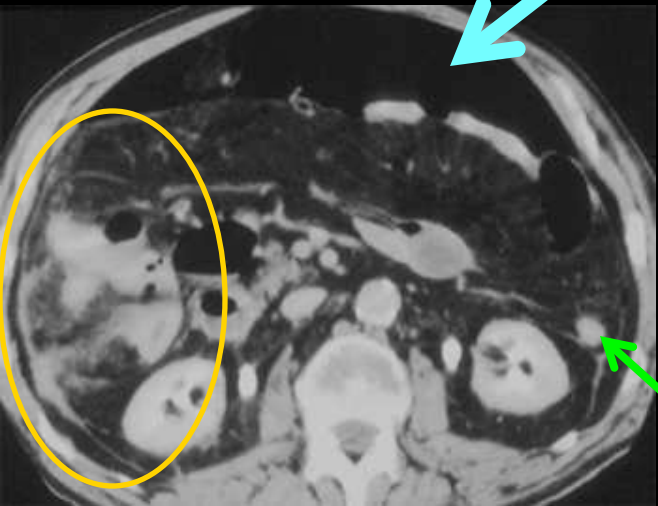
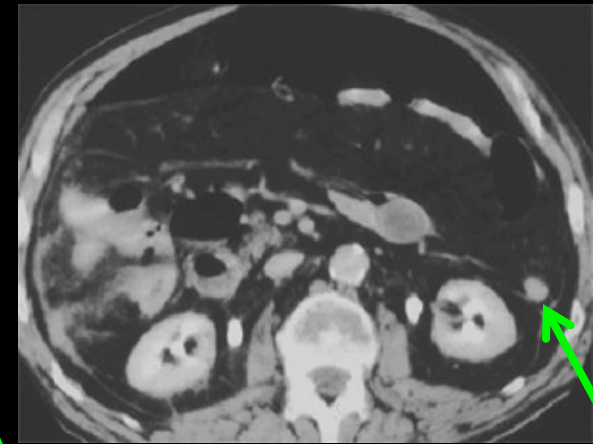
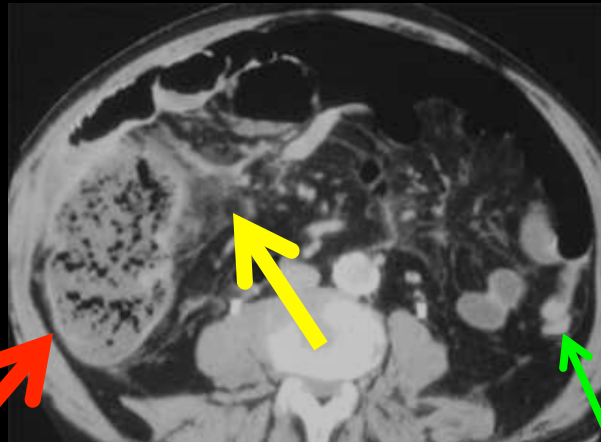
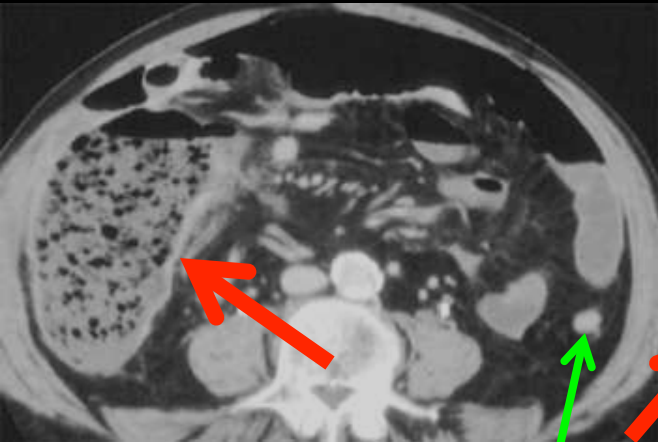
patient de 53 ans , LAM ,sd douloureux fébrile de la FID post allogreffe de moelle ; Quelles sont les hypothèses diagnostiques à envisager



[*Salmonella typhi*](#) et [*Salmonella paratyphi*](#)
[*Salmonella non typhi*](#)
[*Escherichia coli*](#) entérohémorragique
[*Clostridium difficile*](#)
[*Klebsiella oxytoca*](#)
[*Cytomégalovirus*](#)
[*Herpes simplex virus*](#)
[Amoëbose \(amibiase\)](#)

colite pseudomembraneuse et colites infectieuses (bactériennes et virales)
entéro colite neutropénique
réaction du greffon contre l'hôte (GVH)

homme 75 ans ; arrêt des matières et des gaz ; abdomen ballonné,
baisse de l'état général , constipation récemment aggravée

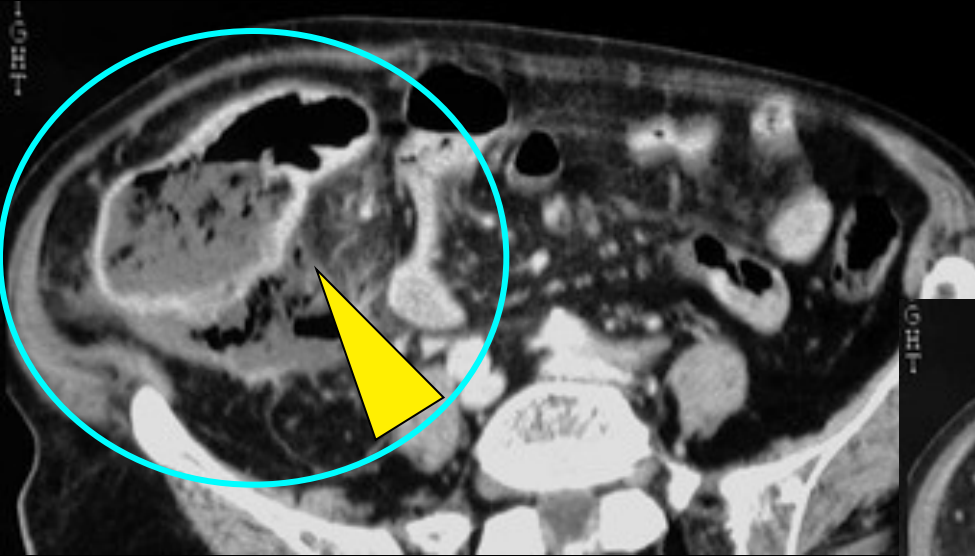


valvule de Bauhin
incontinente , "forcée" : distension
du grêle

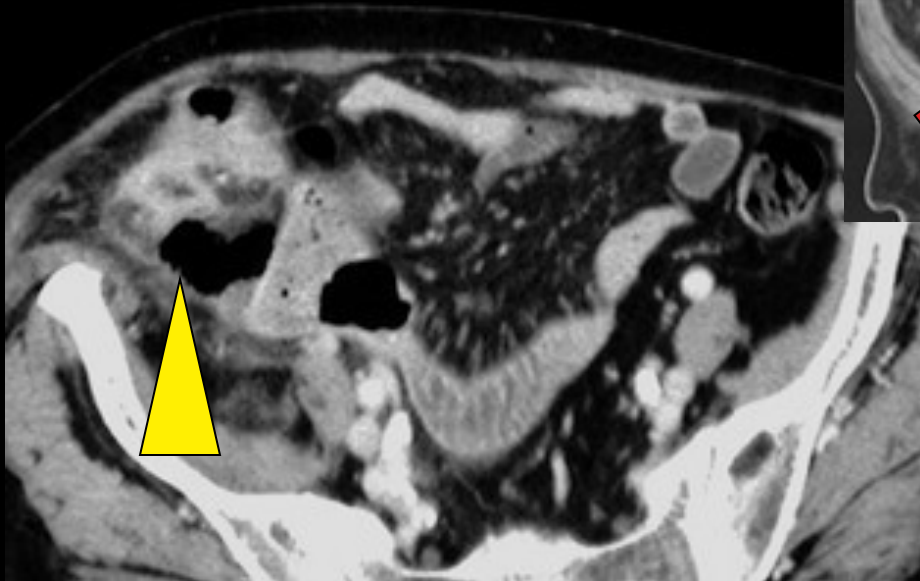
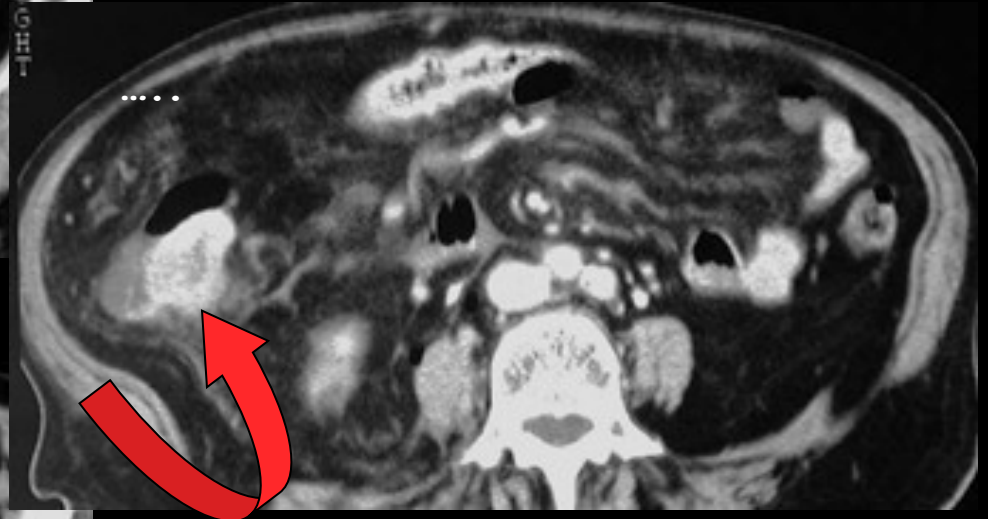
perforation diastatique sur adénocarcinome sténosant de l'angle droit
avec carcinomatose mésentérique ; valvule de Bauhin continente



femme 82 ans ; , baisse de l'état général , fièvre et polynucléose neutrophile , masse de la FID . Evolution depuis 2 semaines . Hypothèses diagnostiques

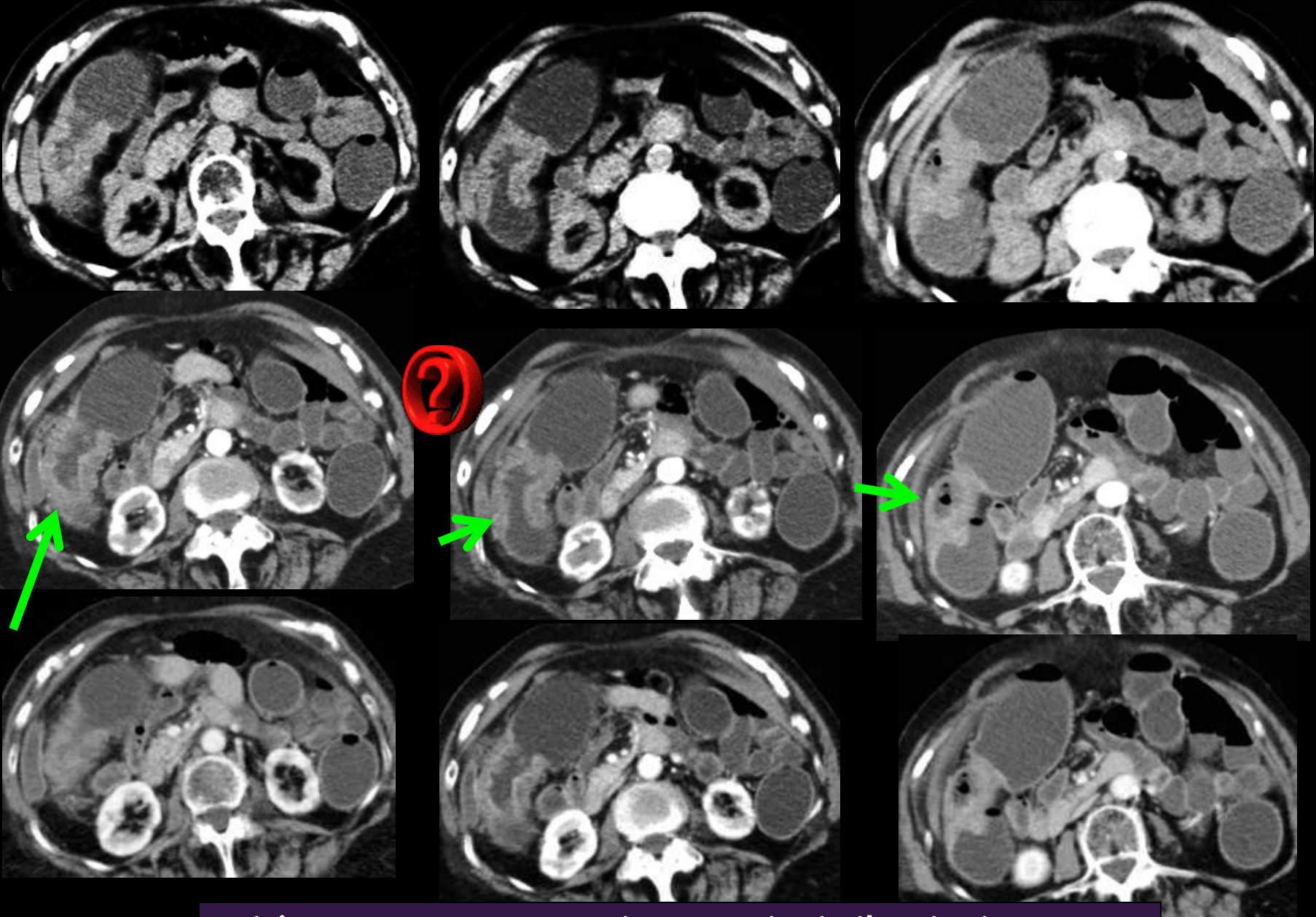


adénocarcinome caecal infecté
appendicite aiguë rétrocaecale abcédée
ischémie caecale
diverticulite caecale
typhlite infectieuse ...

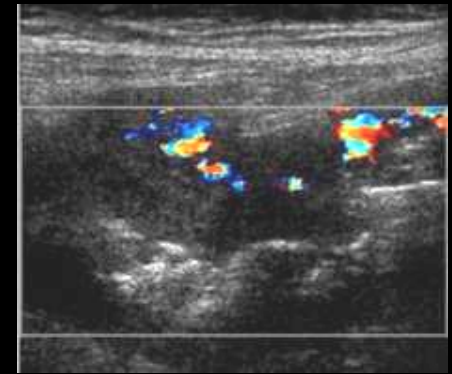
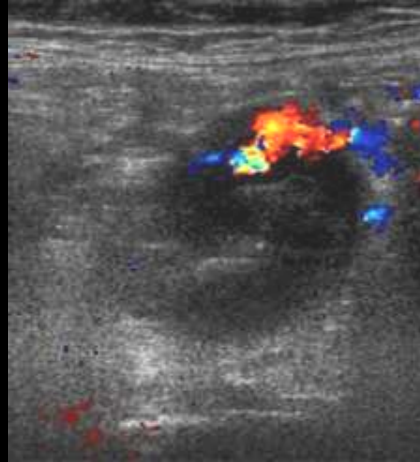
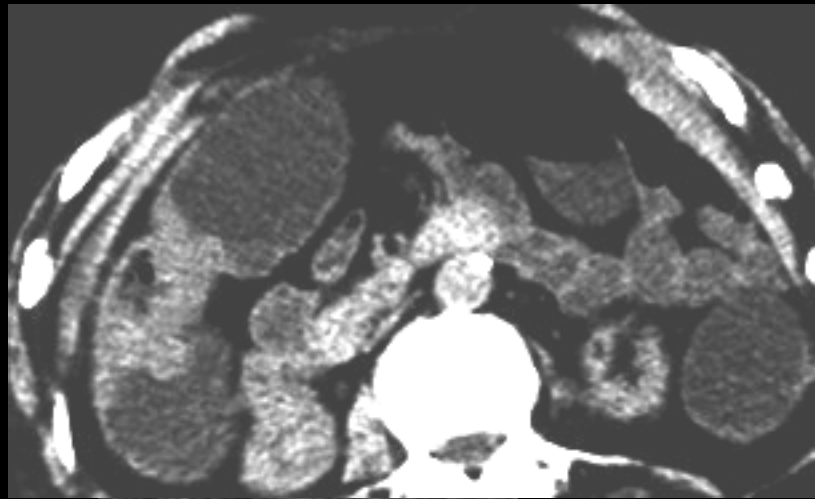
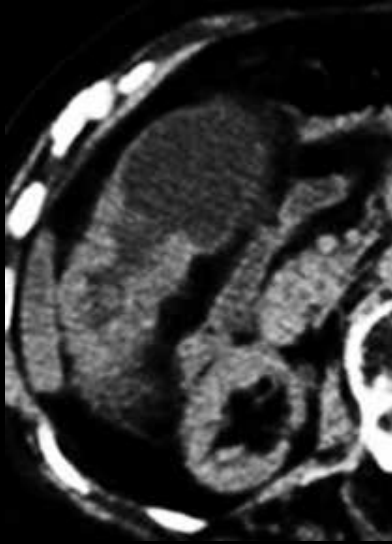


perforation diastatique "couverte"
du caecum sur ADK sténosant du colon
ascendant

homme 72 ans ; douleurs de l'hypochondre droit



ischémie segmentaire pseudo-tumorale de l'angle droit



-la sémiologie de la sténose , l'hyperdensité de la paroi avant injection

-l'absence de retentissement mécanique notable en amont de la sténose

-l'exploration vasculaire pariétale par US avec codage coloré des flux (Doppler couleur et Doppler puissance)

sont des éléments importants pour suggérer le diagnostic d'ischémie segmentaire pseudo-tumorale du colon droit

-colite aiguë (ischémique,
infectieuse à C difficile ,
virale ...)

-LMNH

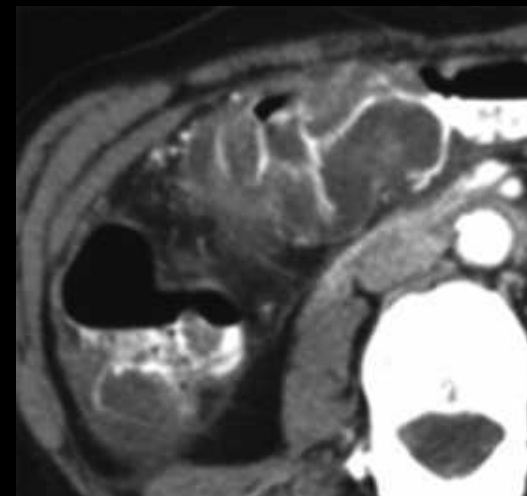
-adénocarcinome mucineux
adénocarcinome anaplasique

-ischémie segmentaire
pseudo tumorale

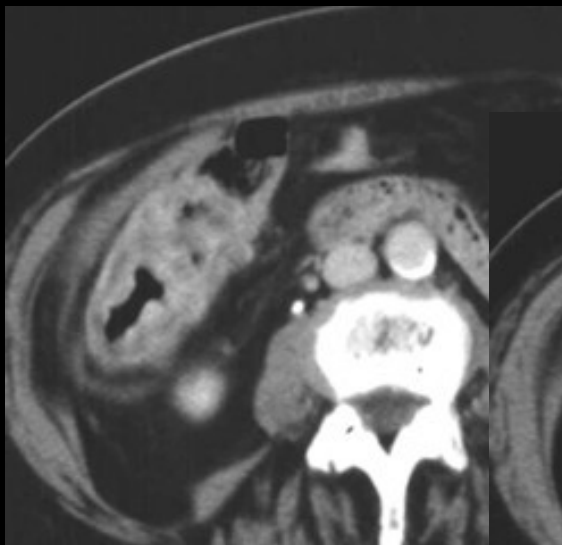
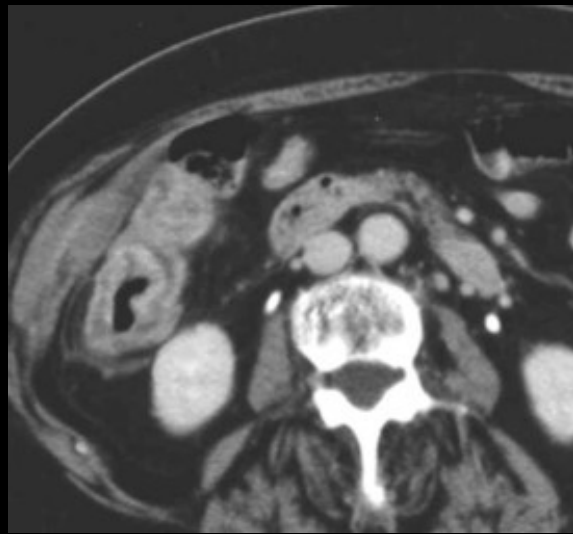
vos suggestions diagnostiques



Obs. E Teil CHU Grenoble

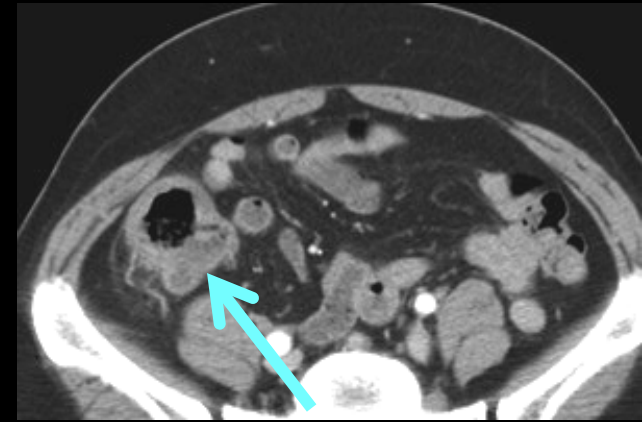
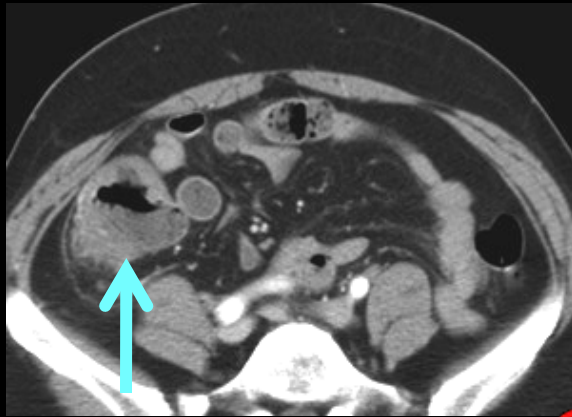
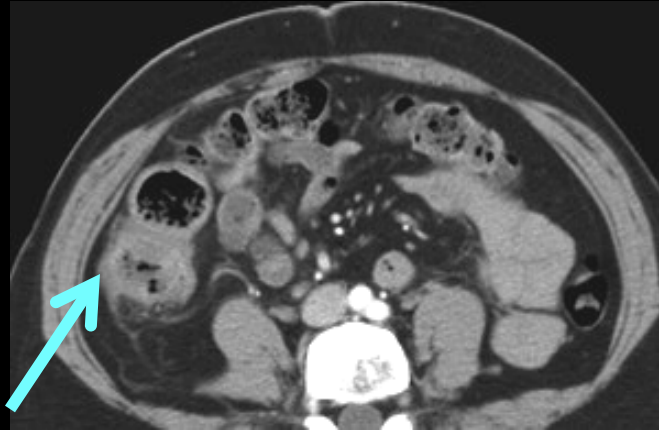
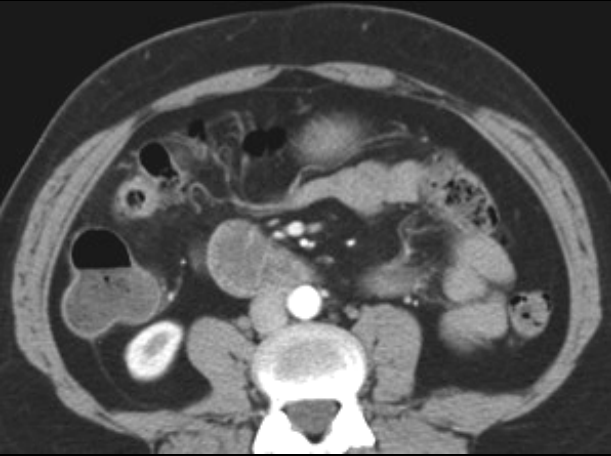


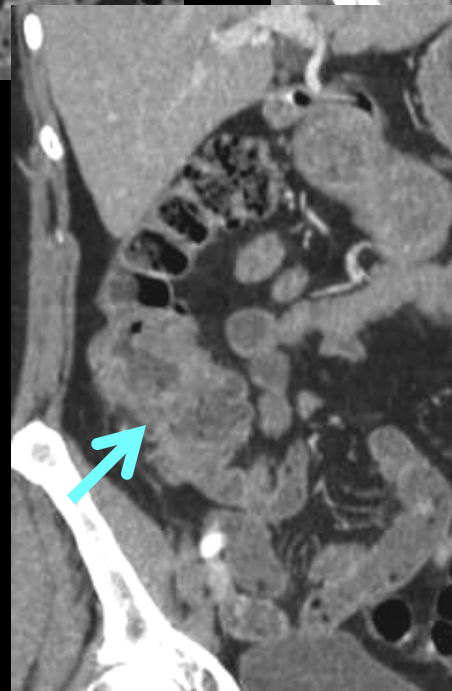
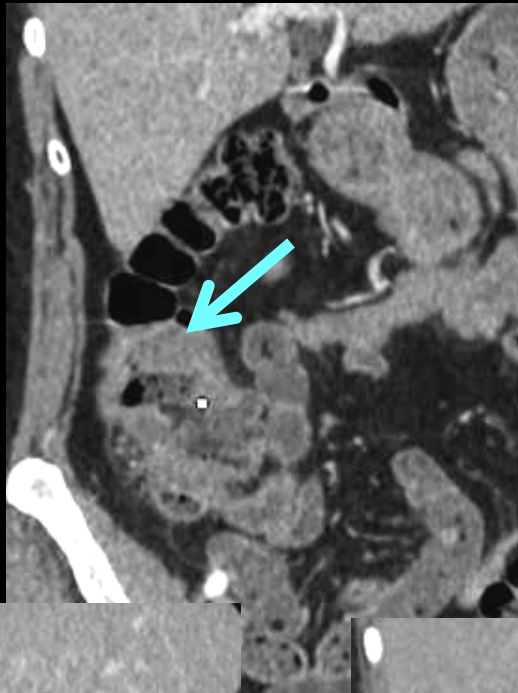
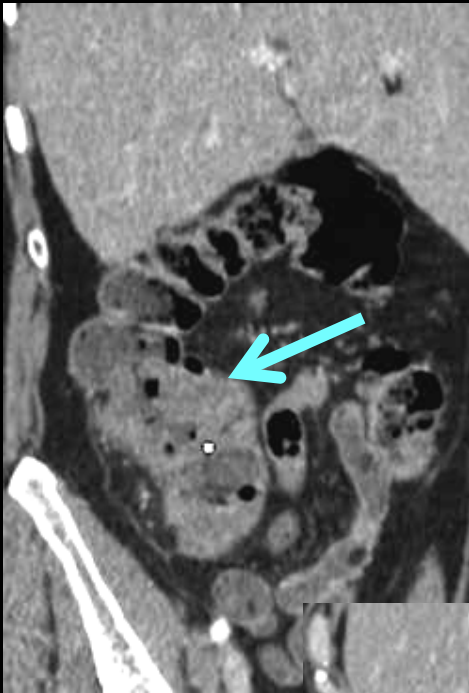
ischémie colique droite subaiguë (colite ischémique) pseudo-tumorale



ischémie subaiguë segmentaire du colon
ascendant ; aspect pseudo-tumoral

femme 54 ans ; pesanteur de l'hypochondre droit depuis 2 semaines

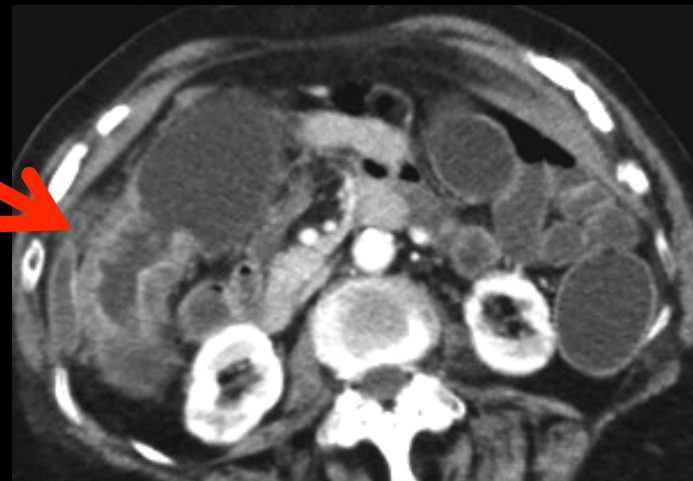




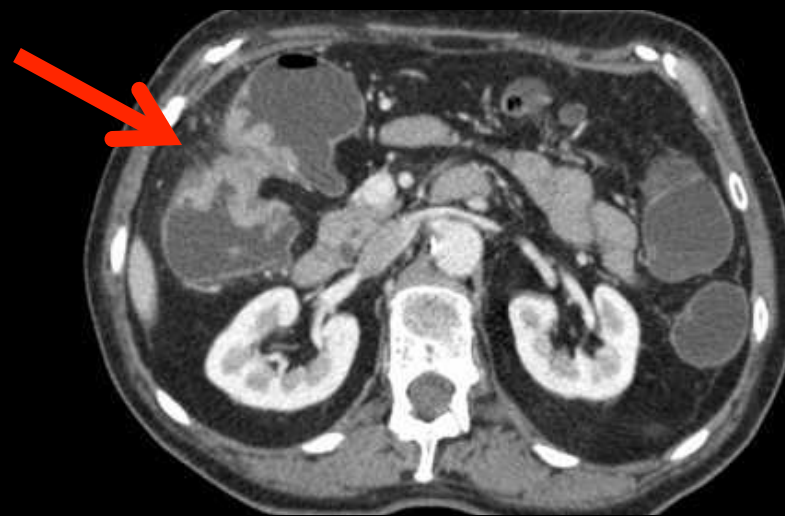
ischémie
segmentaire
pseudo-tumorale
de caeco-
ascendant

take home message

- penser aux **ischémies segmentaires coliques**, en particulier au niveau du **colon ascendant** et de **l'angle droit**
- rechercher les **nuances cliniques** : douleurs récentes sans sd occlusif vrai ; pas d'atteinte de l'état général
- affiner la lecture sémiologique des images** :
 - .hyperdensité des parois épaissies
 - .possible asymétrie de l'épaississement pariétal
 - .rehaussement "en cible" avec stratification pariétale préservée dans les formes aiguës
 - .discordance entre les anomalies pariétales et l'absence de distension d'amont
- faire une **acquisition retardée** (3 à 5 minutes) pour caractériser le socle collagène des lésions sténosantes néoplasiques

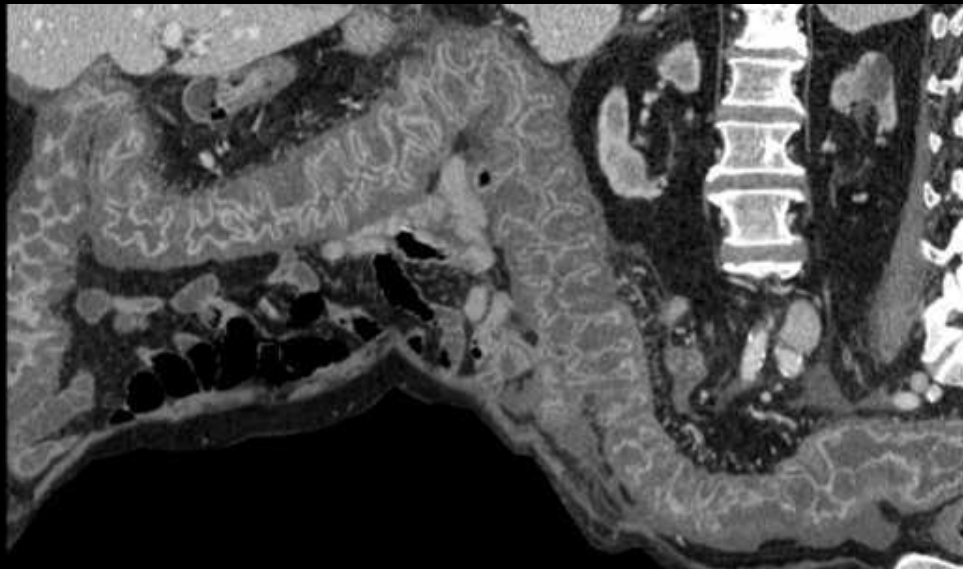
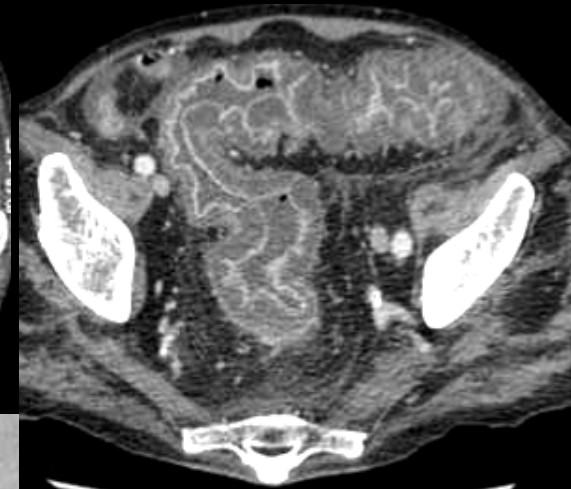


ischémie colique pseudo tumorale de l'angle droit



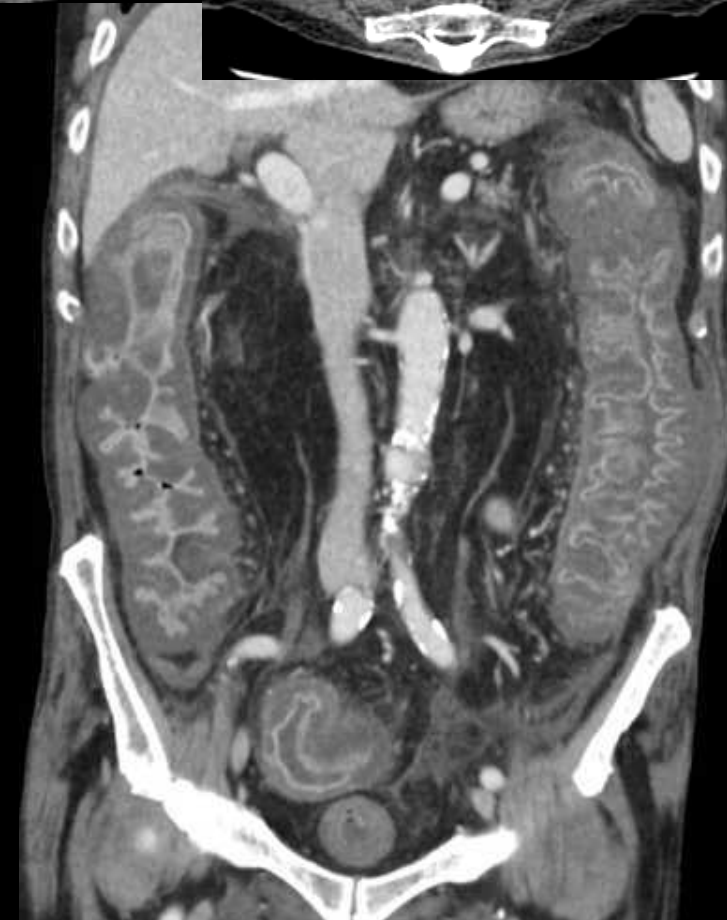
adénocarcinome lieberkuhnien sténosant de l'angle droit

femme 90 ans ,diarrhée
fébrile depuis 10 jours
;diabète, polyarthrite
rhumatoïde sous Cortancyl



Colite pseudomembraneuse

signe de l'accordéon
concertina like aspect

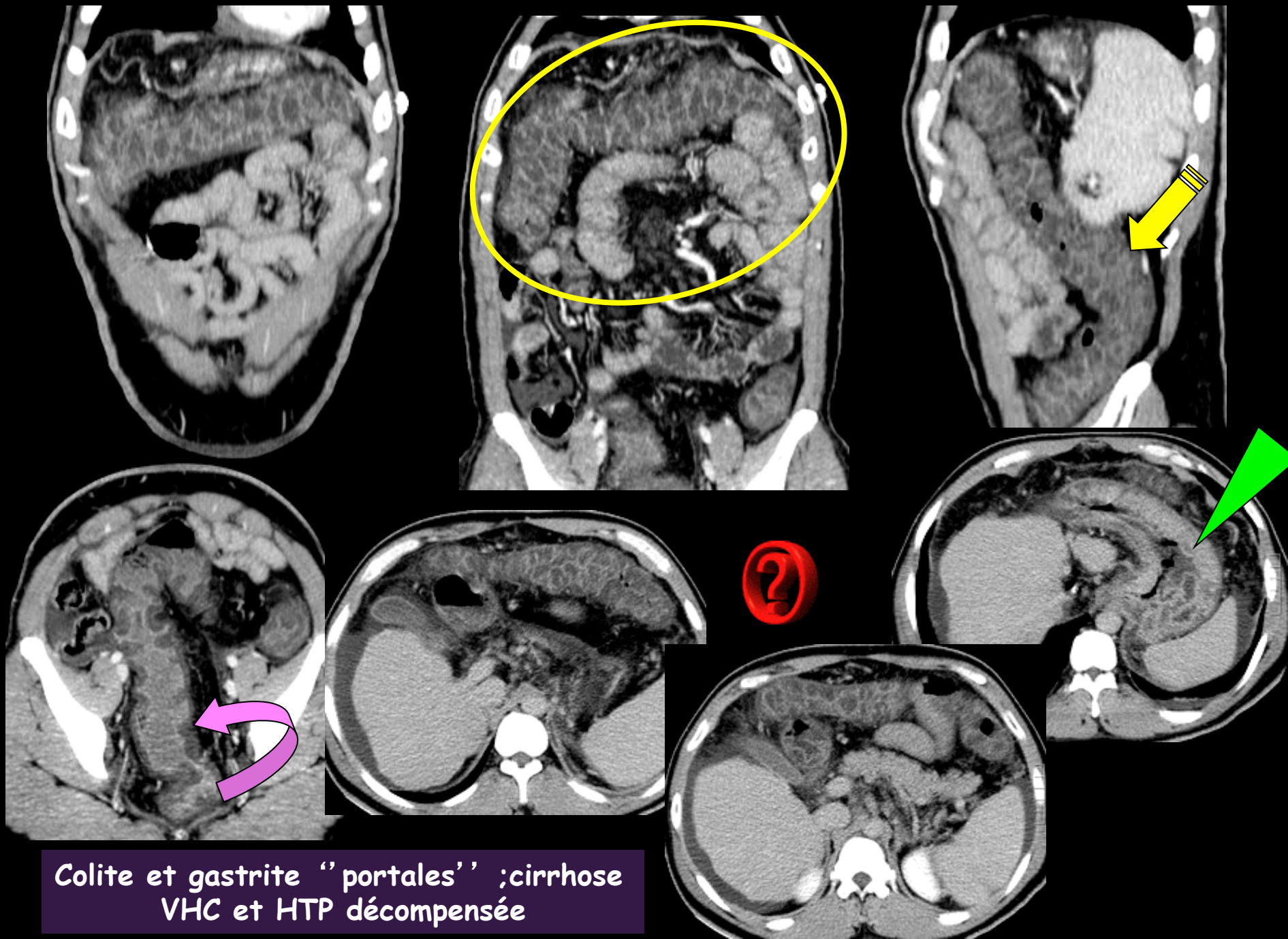


jeune femme 27ans ; sd douloureux abdominal aigu "crampiforme" de survenue très récente. Pas de syndrome infectieux ni de diarrhée .
Quelle(s) question(s) poser lors de l'enquête étiologique



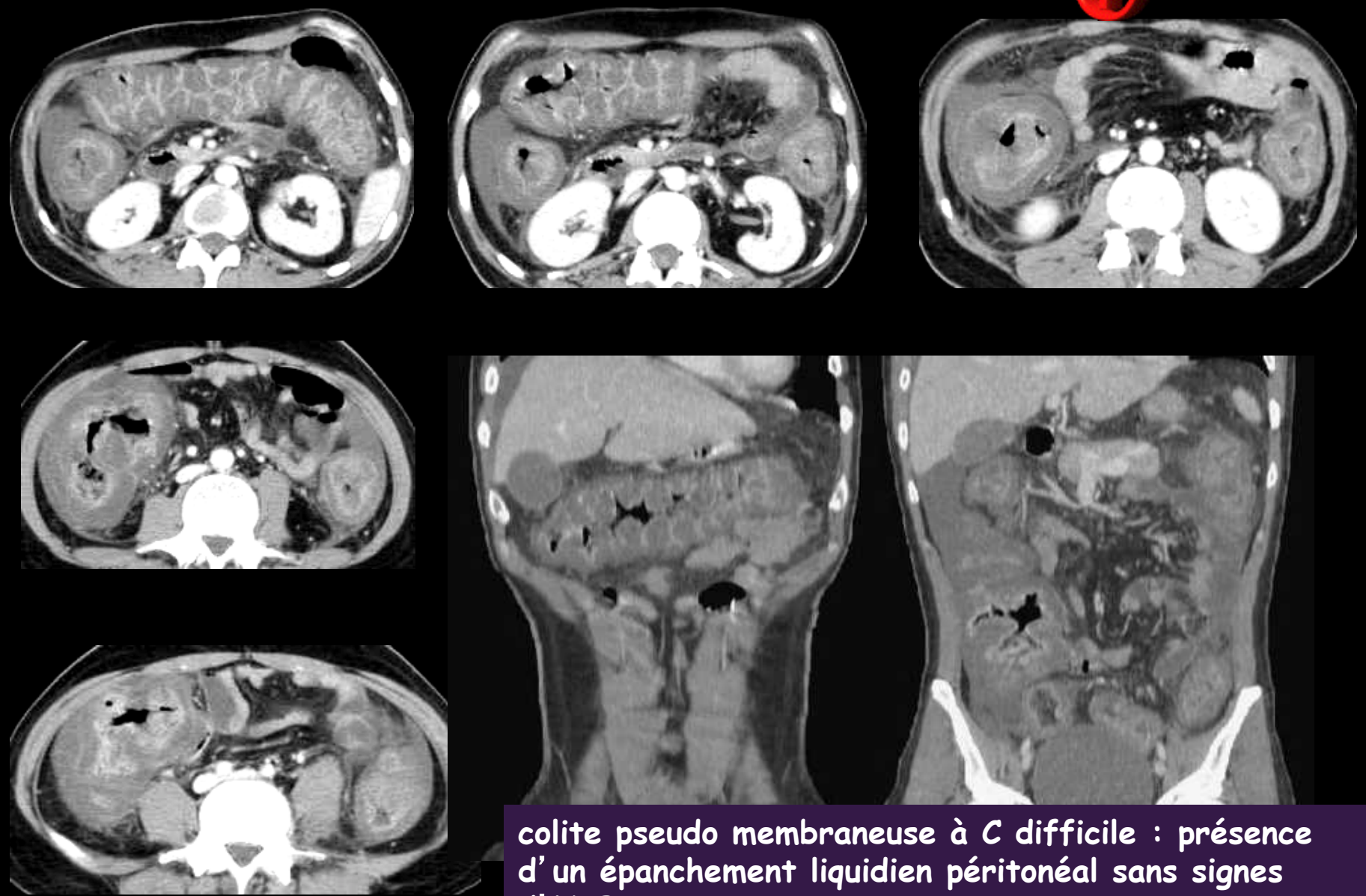
- prise d'antibiotiques (colite pseudomembraneuse)
- épreuve sportive d'endurance récente

colite du marathonien



Colite et gastrite "portales" ; cirrhose VHC et HTP décompensée

homme 31 ans ; sur quel argument d'imagerie peut-on éliminer une colite ischémique ; quelle est ici l'hypothèse la plus vraisemblable



colite pseudo membraneuse à C difficile : présence d'un épanchement liquidien péritonéal sans signes d'HTP

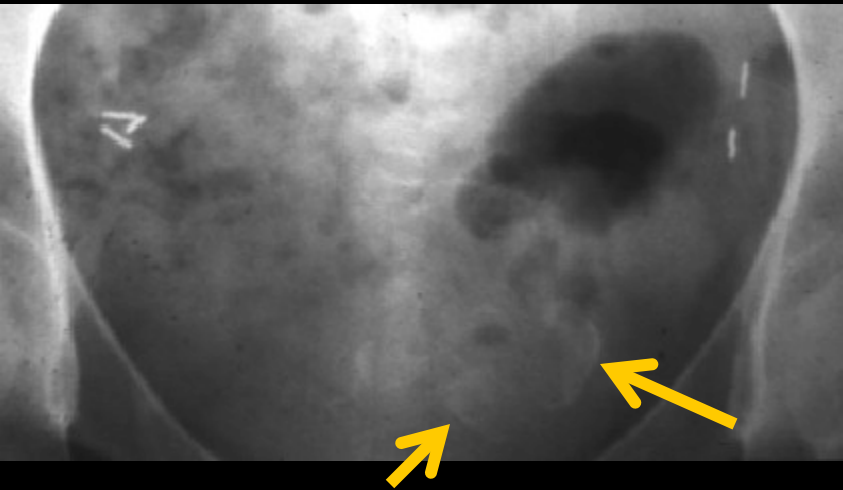
take home message

-les aspects de colite aiguë avec gros plis "en accordéon" (concertina-like) sont classiquement observés dans les **colites pseudo-membraneuses** à clostridium difficile. Dans les formes graves ,ils peuvent s'accompagner d'un épanchement liquidien péritonéal

-on peut également des gros plis en accordéon dans certaines colites ischémiques non obstructives comme la **colite du marathonien** (vol de la circulation splanchnique)

-on peut enfin voir des images analogues dans les hypertensions portales en décompensation oedémato-ascitique souvent désignées comme "**colites portales**"

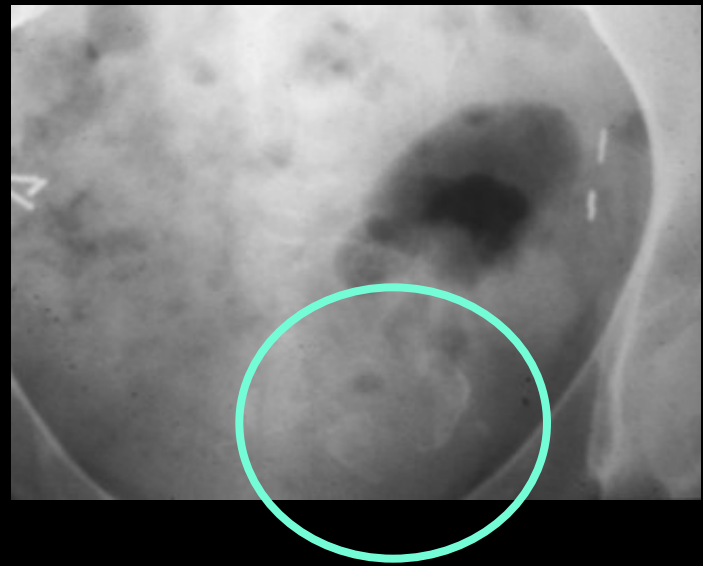
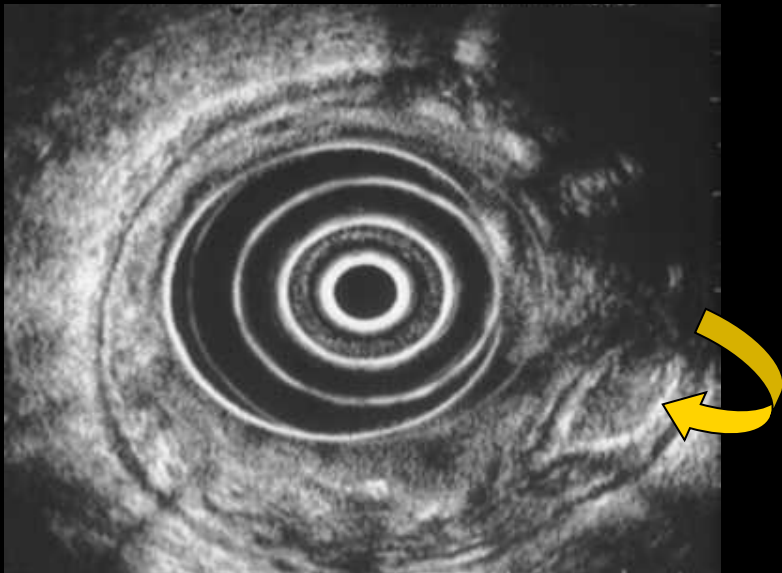
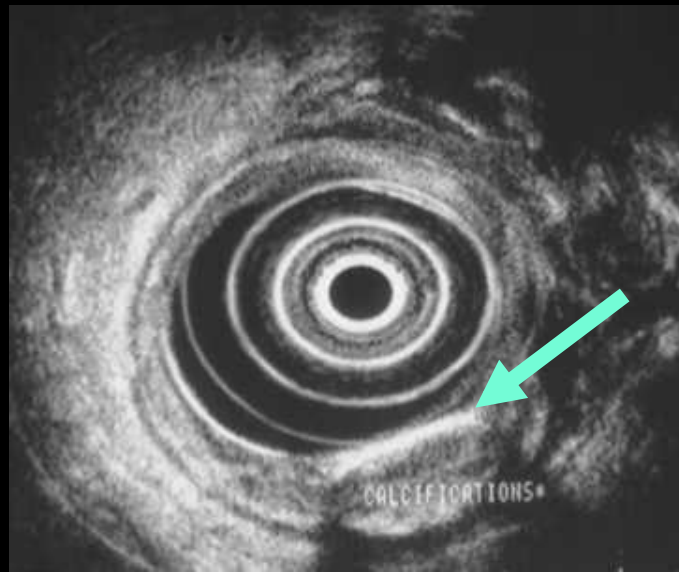
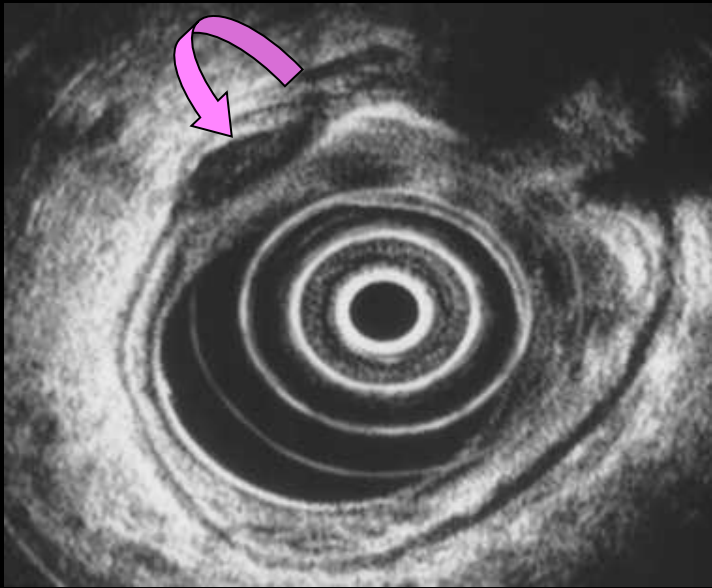


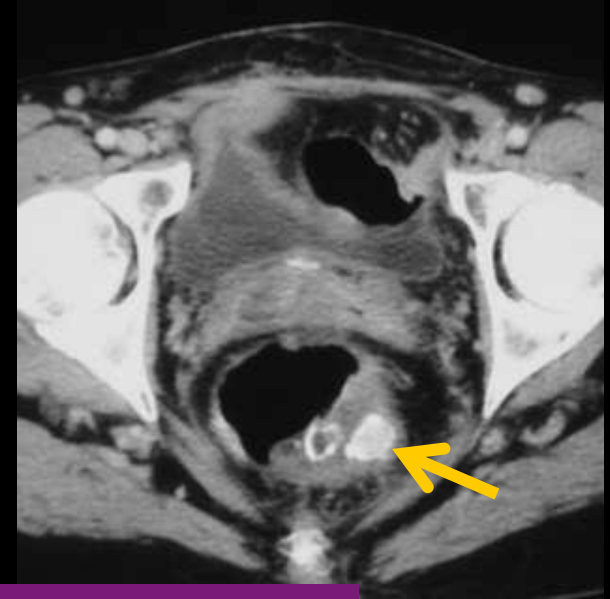
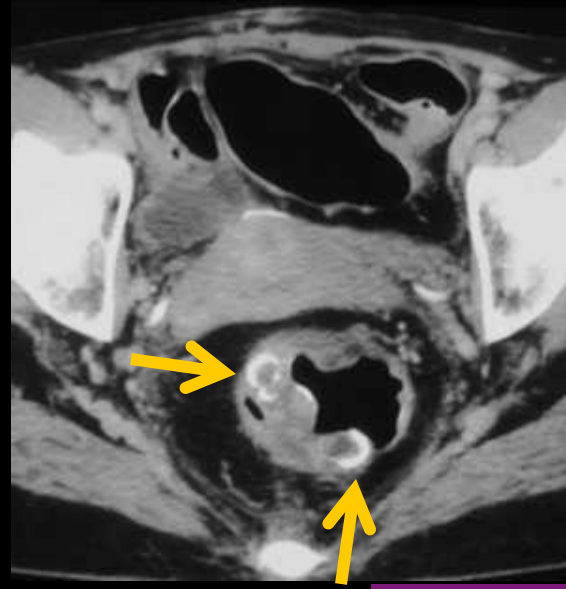
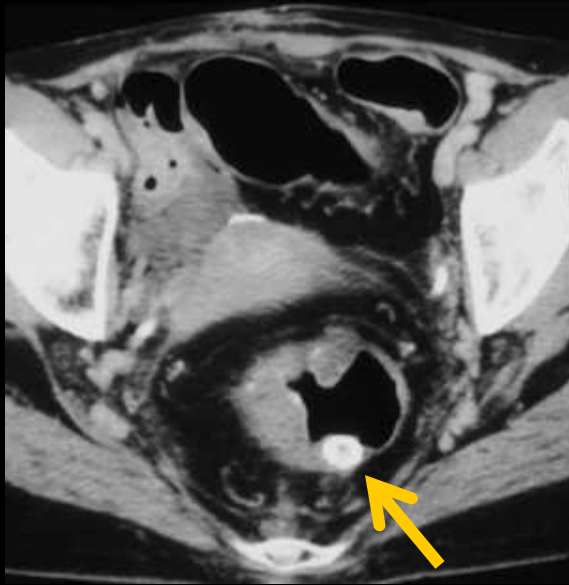


constipée chronique, dyschésique

femme 68 ans, on découvre une tumeur rectale, les biopsies endoscopiques ne mettent pas en évidence de lésion maligne épithéliale, faut-il faire d'autres examens d'imagerie, lesquels et pourquoi





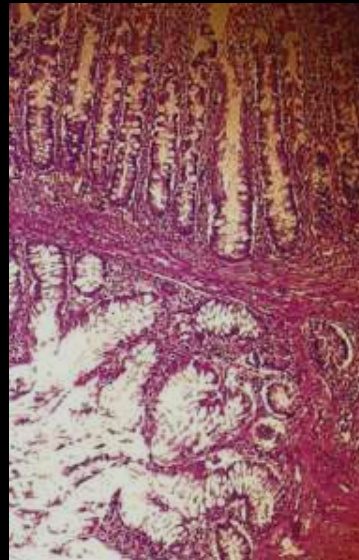
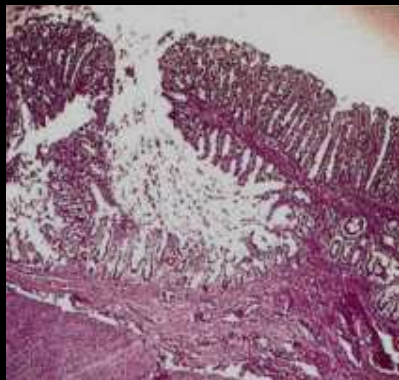


colitis cystica profunda

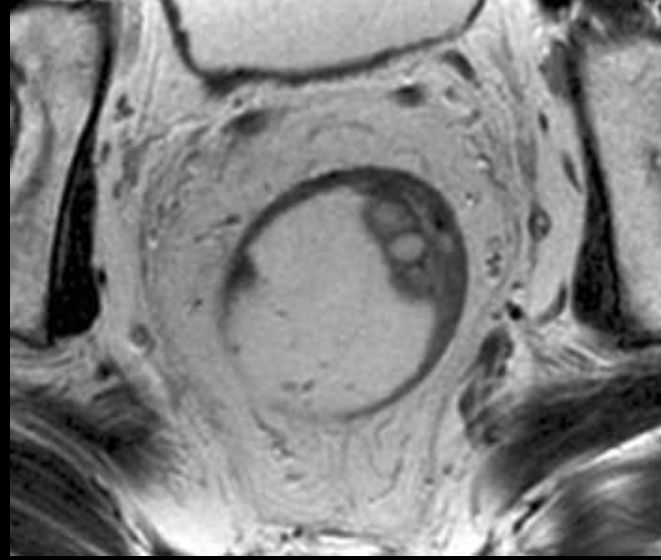
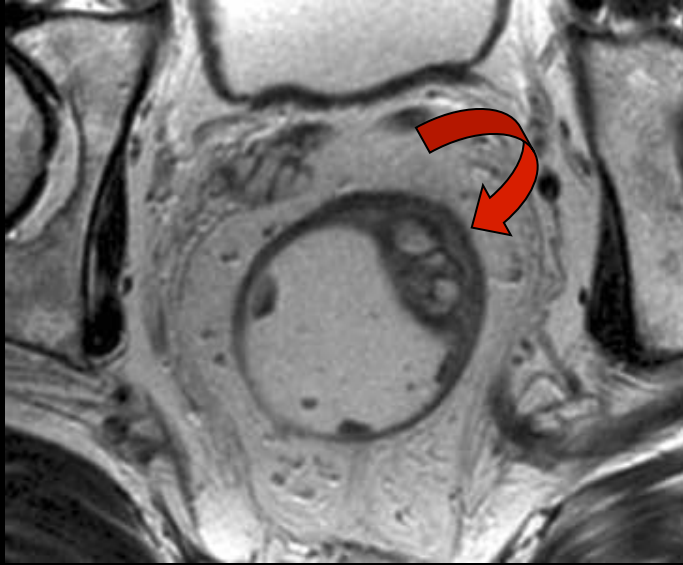
présence de lésions kystiques sous muqueuses ,à contenu mucineux correspondant à inclusions de muqueuse **d'origine mécanique**

observée souvent chez des sujets jeunes constipés chroniques ,dans un contexte de prolapsus muqueux intra anal (forme d'ulcère solitaire du rectum) .

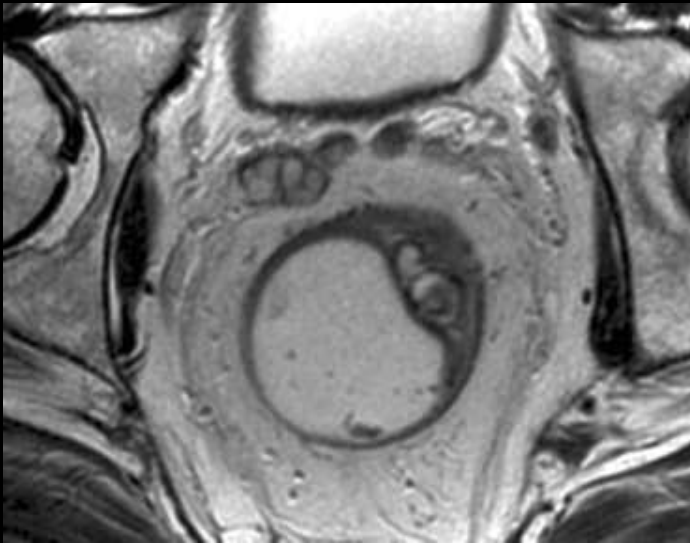
présence de sang dans les selles ;selles glaireuses ,ténésme ...



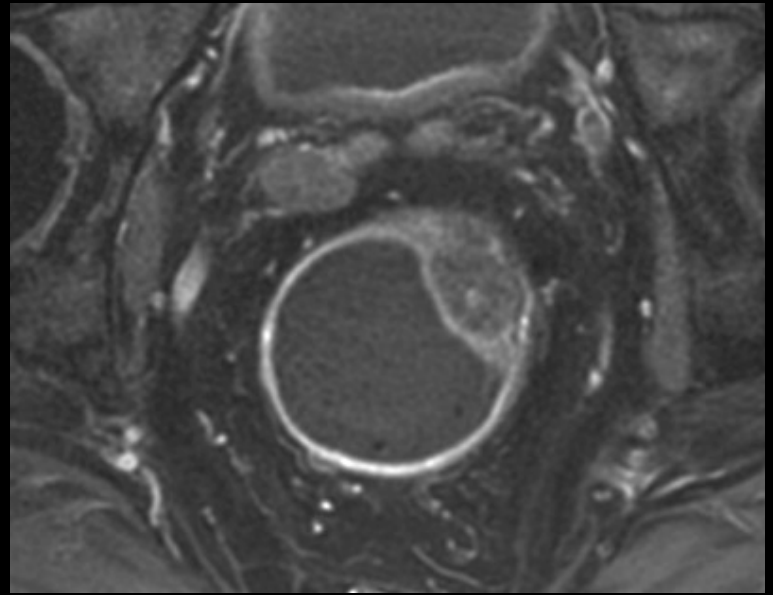
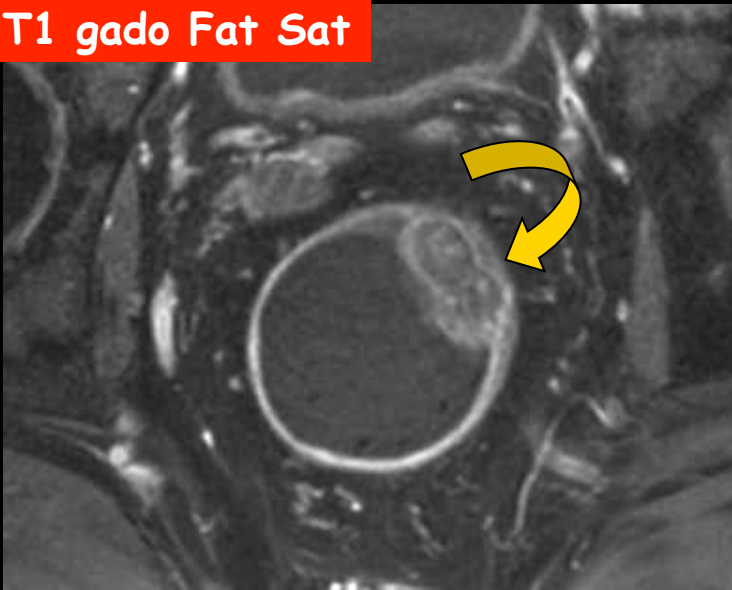
homme 45 ans , cancer colique chez le père , anémie
ferriprive par déperdition chronique.



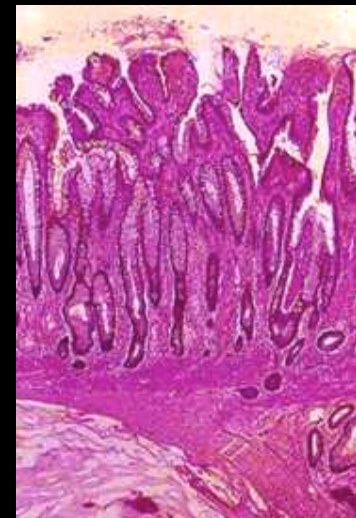
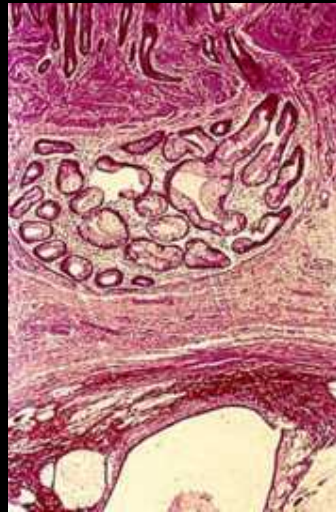
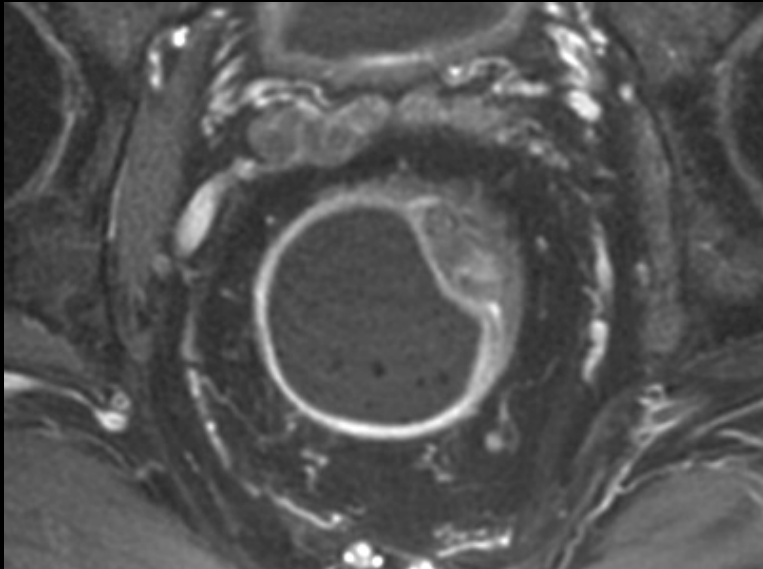
FSE T2



EG T1 gado Fat Sat

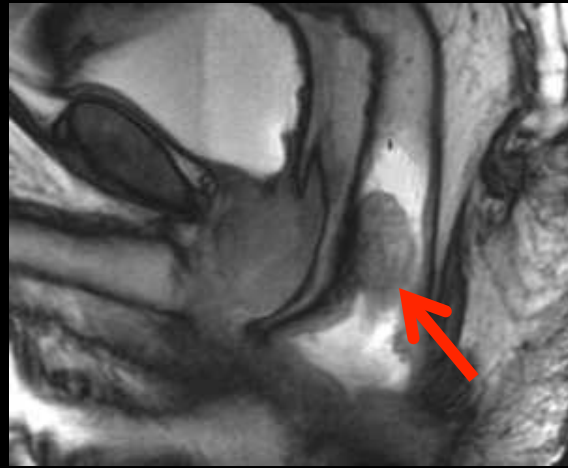
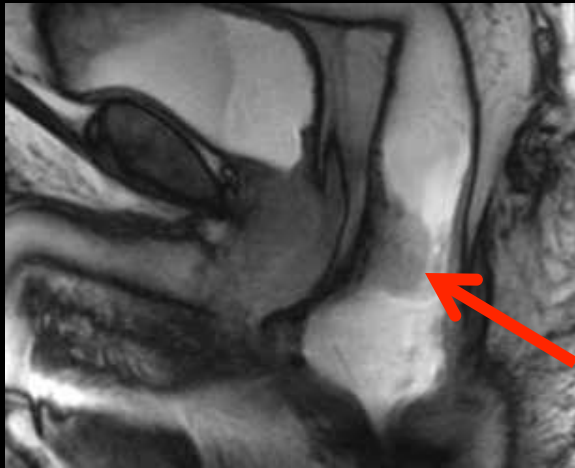


hamartome polypoïde inversé

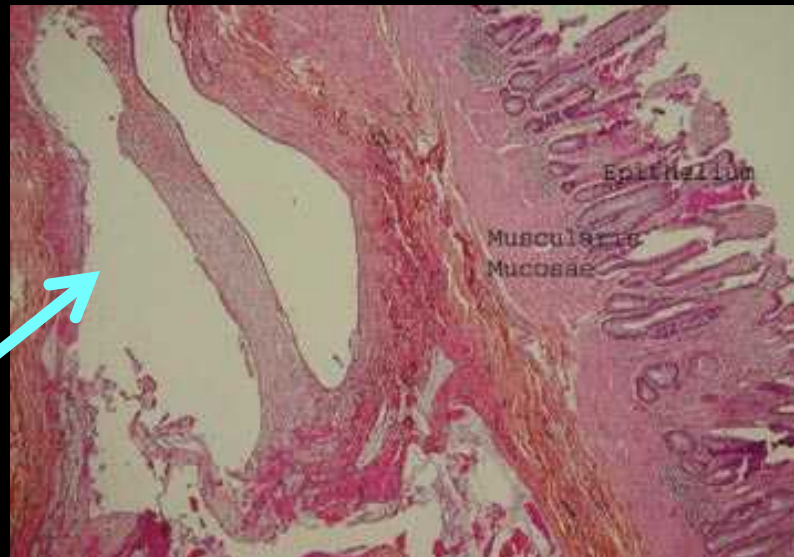


a quel examen d'imagerie peut-on avoir recours pour confirmer la lésion





la déféco-IRM permet d'explorer de façon atraumatique la dynamique d'exonération fécale et de mettre en évidence l'intussusception rectale interne .

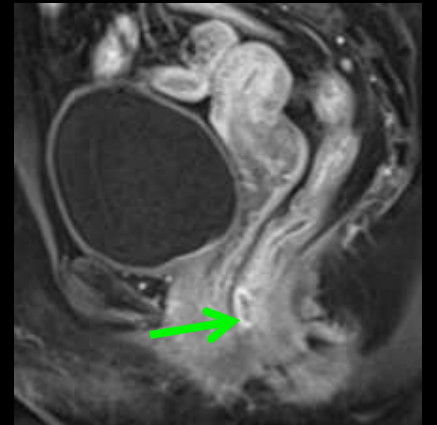
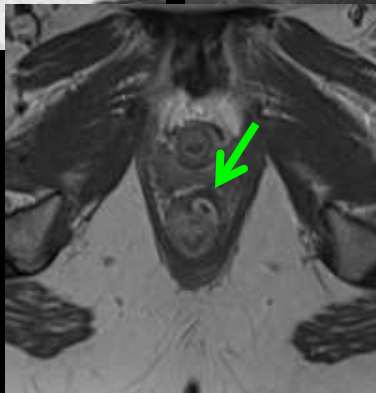
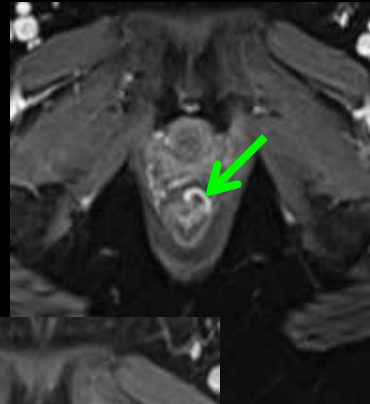
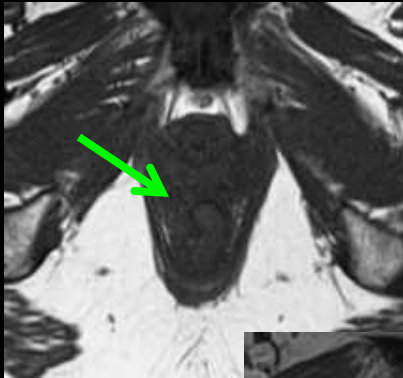


lésions kystique secondaires à l'invagination de muqueuse dans la sous muqueuse ,au delà de la muscularis mucosae

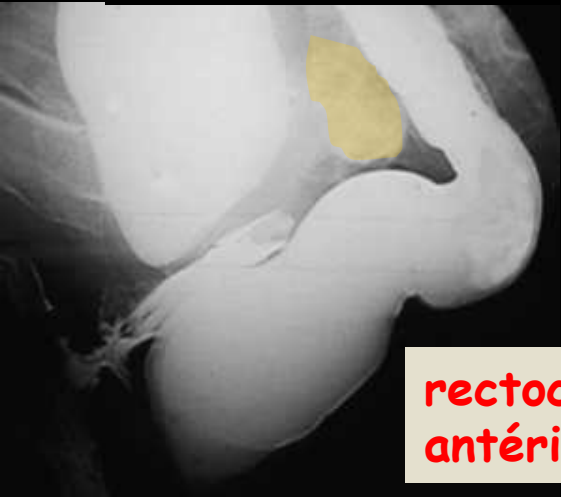
jeune femme 38 ans traitée depuis 10 ans pour maladie de Crohn rectale ,inquiète par la persistance de sang dans les selles .



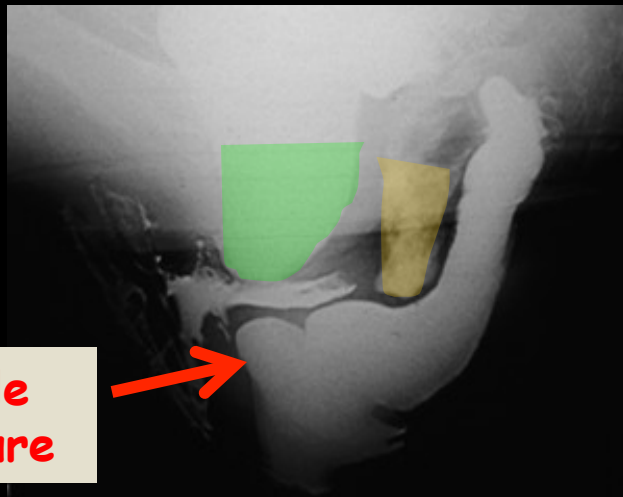
hamartome polypoïde inversé



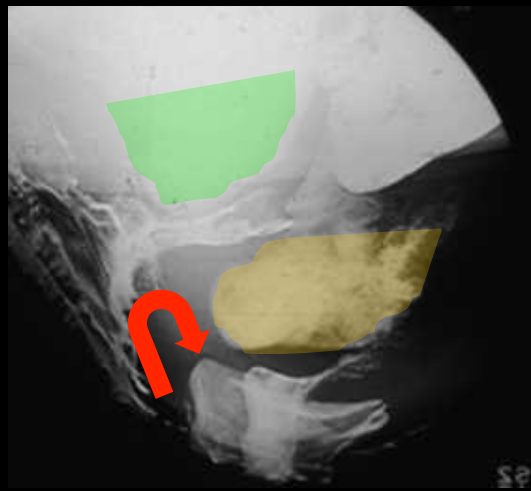
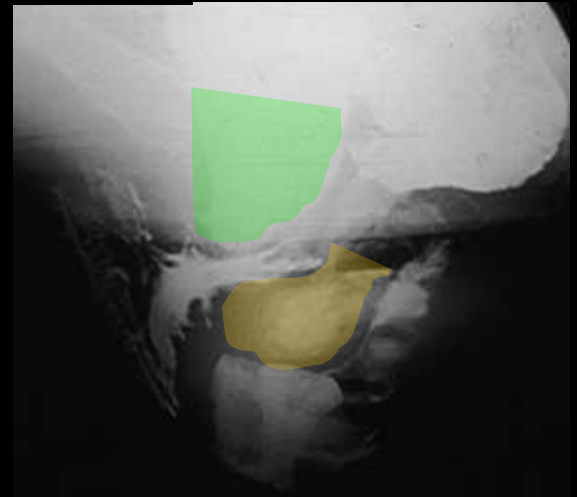
femme 54 ans , multipare , dyschésique . Emissions rectales
glaireuses et douleurs . **colpocystodéféographie**



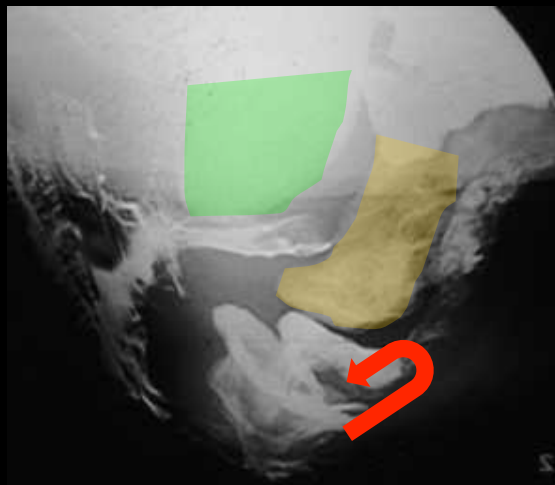
**rectocèle
antérieure**



vessie cystocèle



élytrocèle

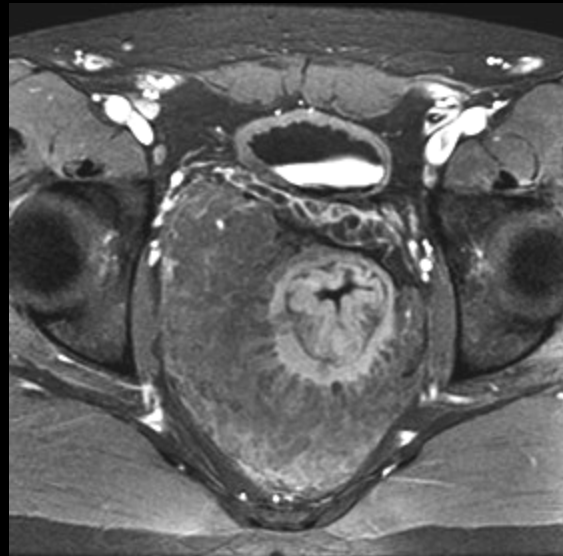
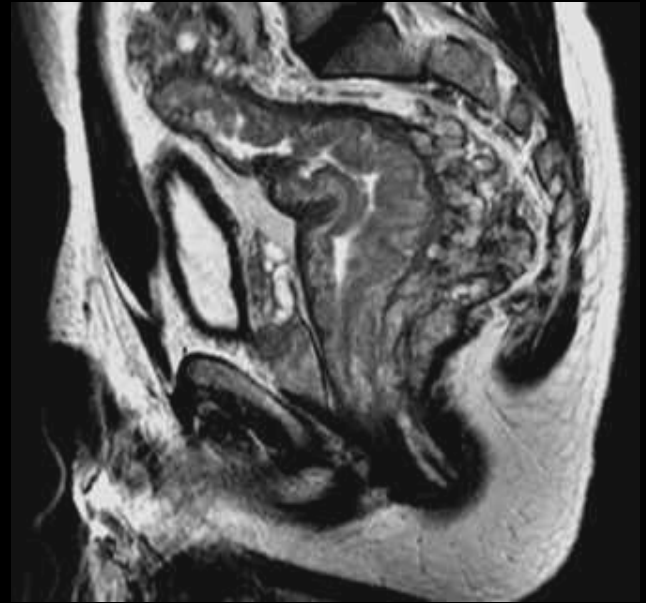
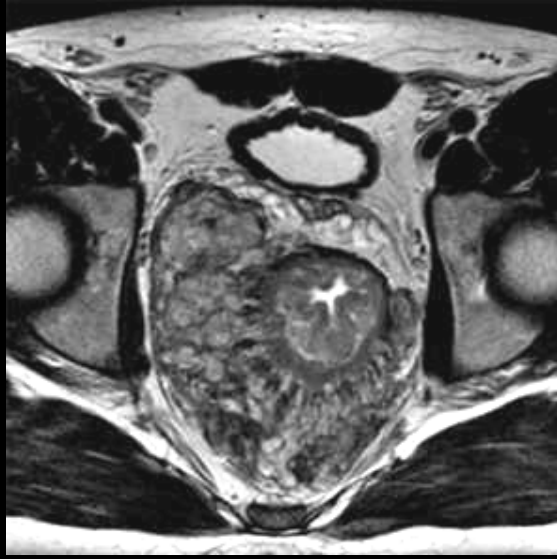
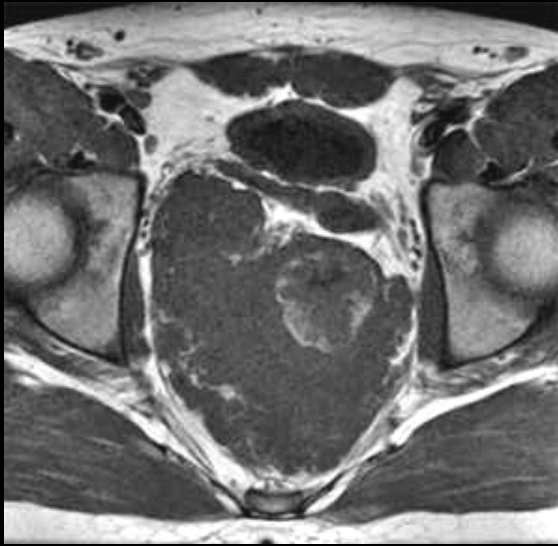


**intussusception
rectale interne**



**syndrome d'ulcère
solitaire du rectum**

jeune homme 27 ans , vague gêne
pelvienne , lésion stable depuis 2 ans

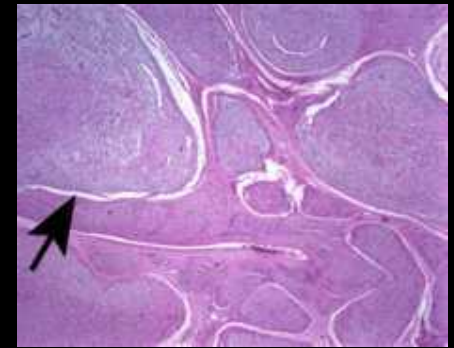
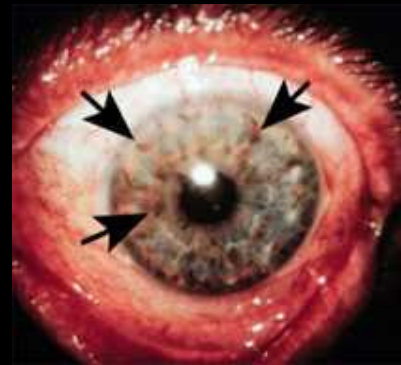


Obs . C Aube et C Ridereau-Zins CHU Angers





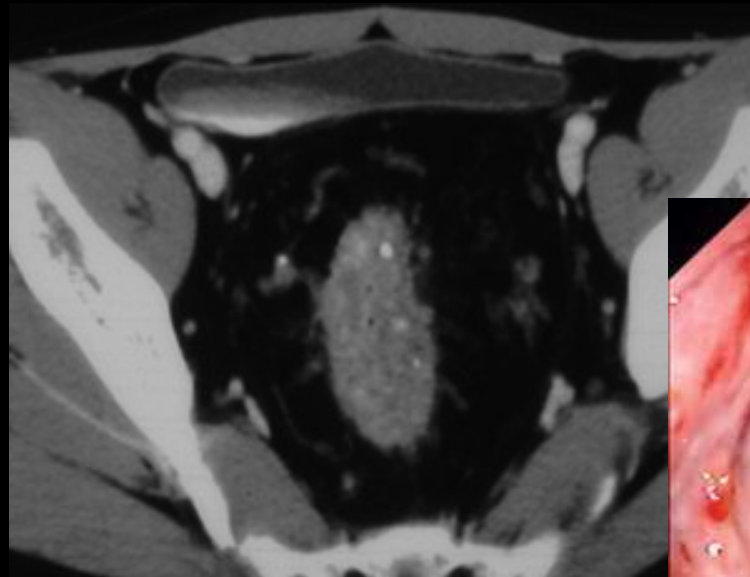
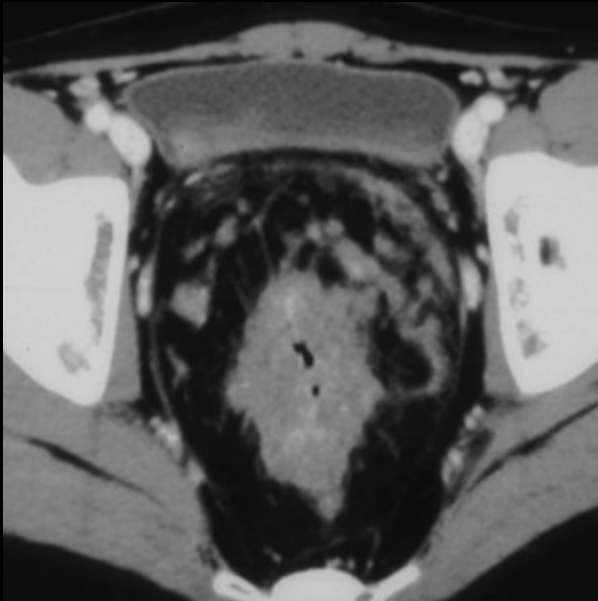
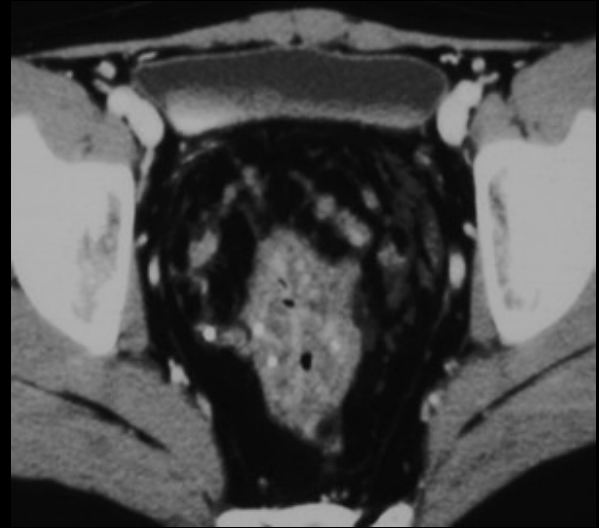
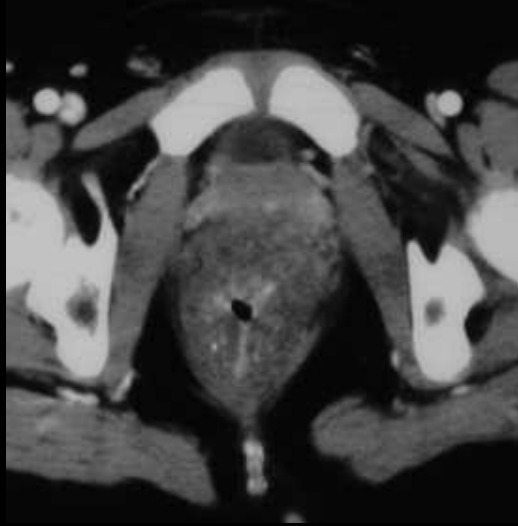
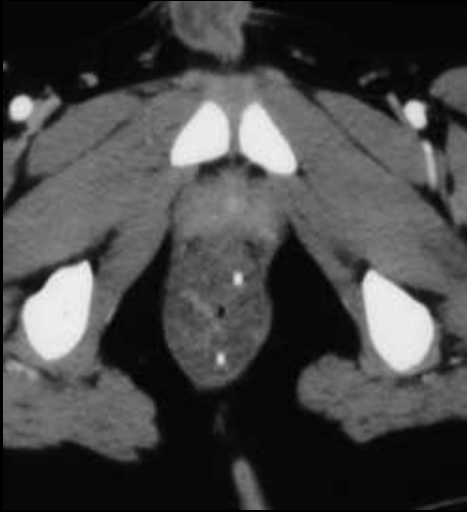
névrome plexiforme péri rectal . neurofibromatose de type I



nodules de Lisch

**neurofibromes cutanés et
taches café au lait**

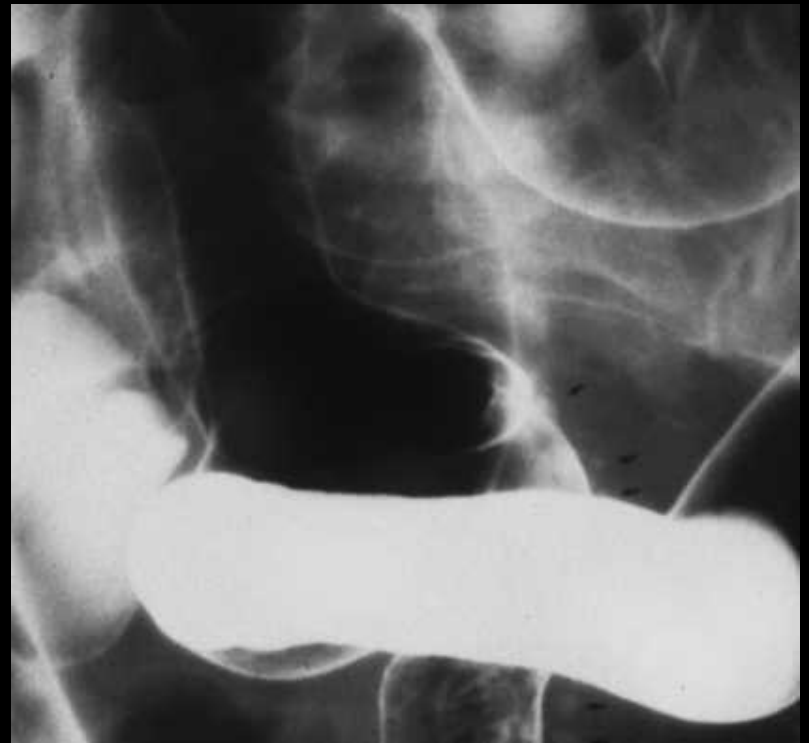
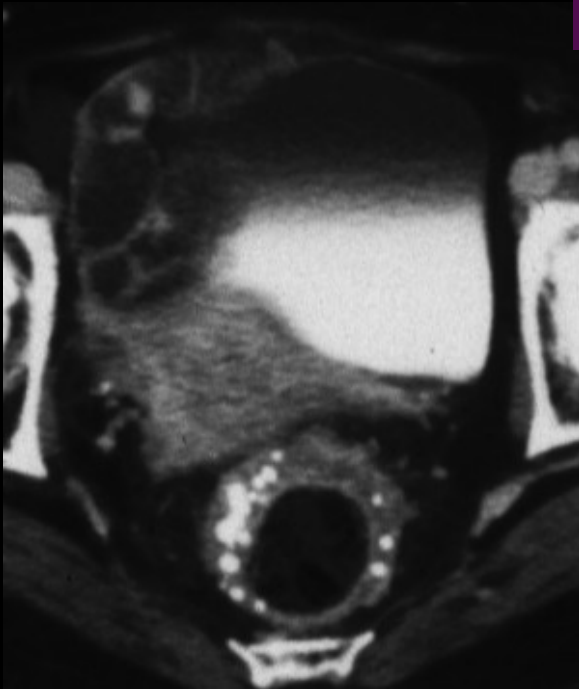
garçon 17 ans rectorragies chroniques



angiome de la paroi rectale

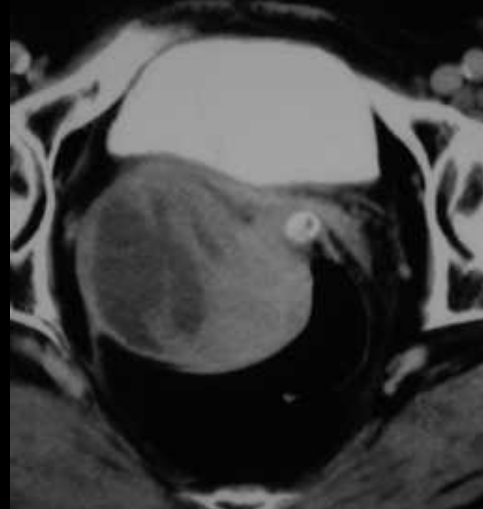
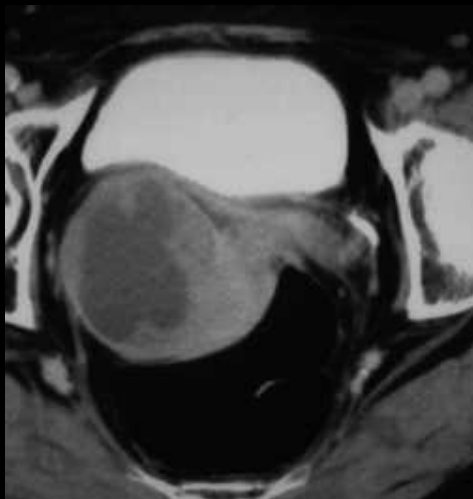
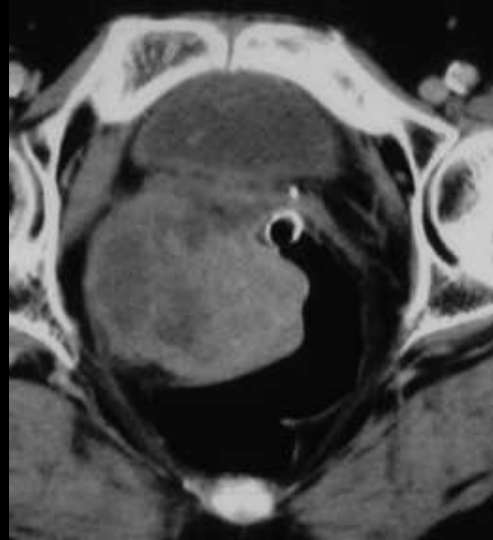
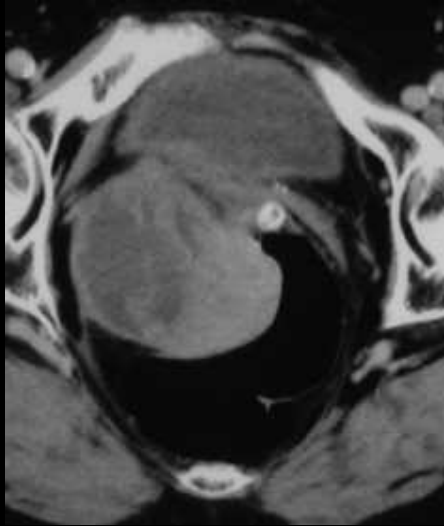


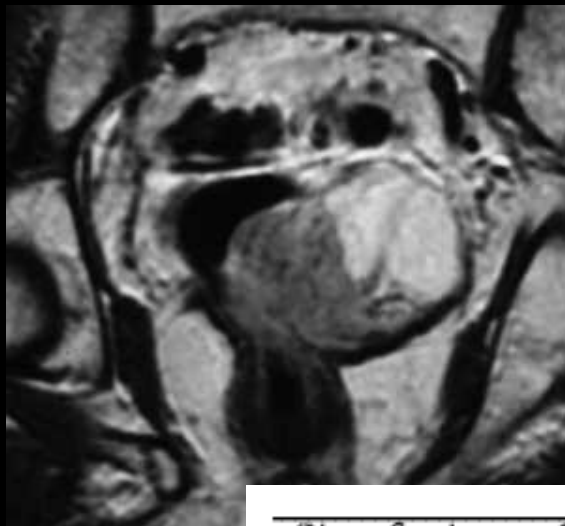
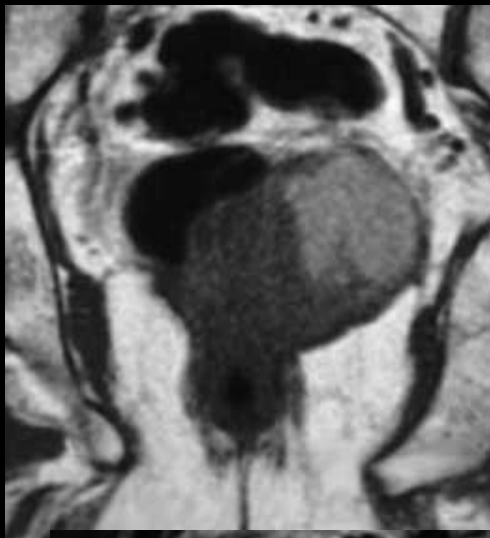
angiome de la paroi rectale



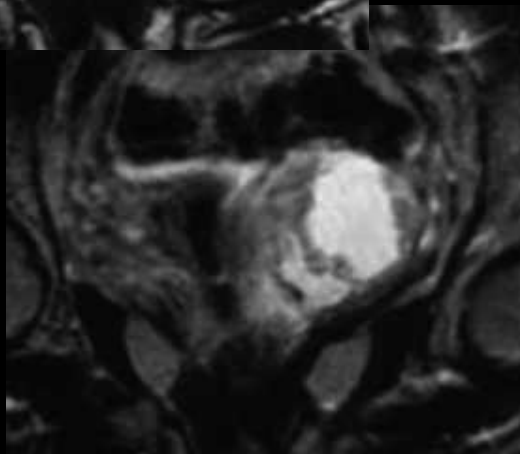
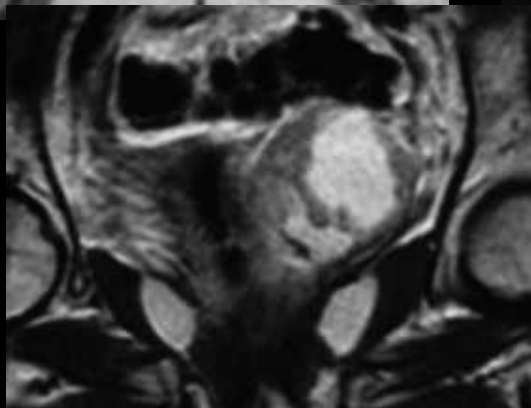
Obs . E. Ponette UKB Leuven

femme 44 ans ; anémie ; masse à contours lisses au TR





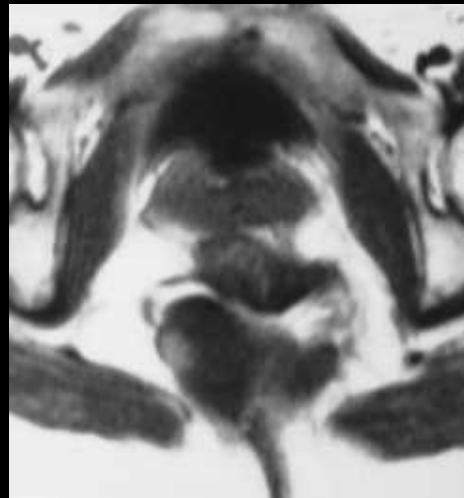
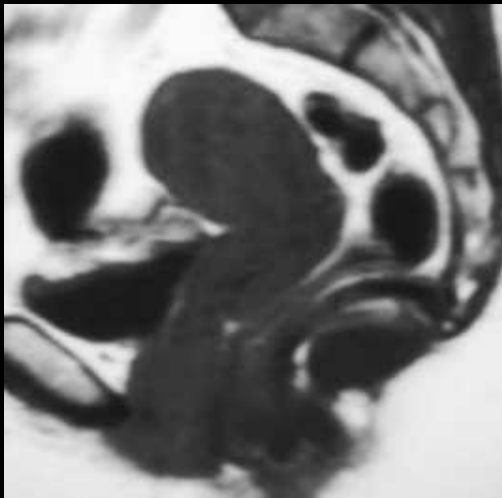
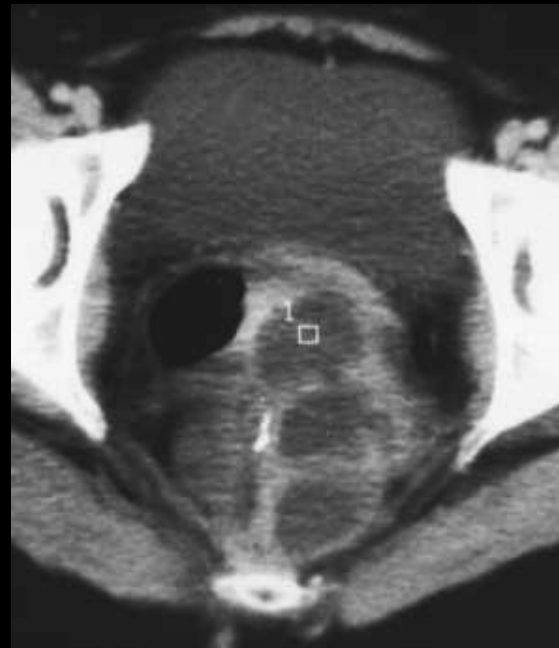
CD 117 +

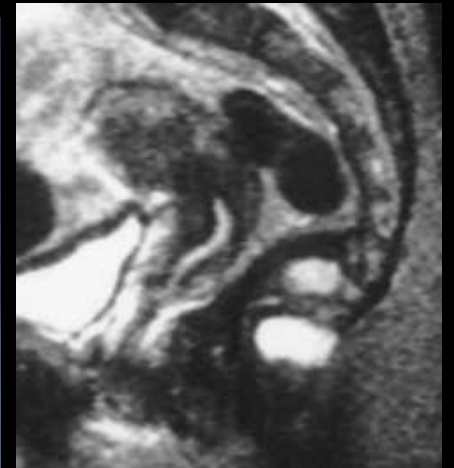
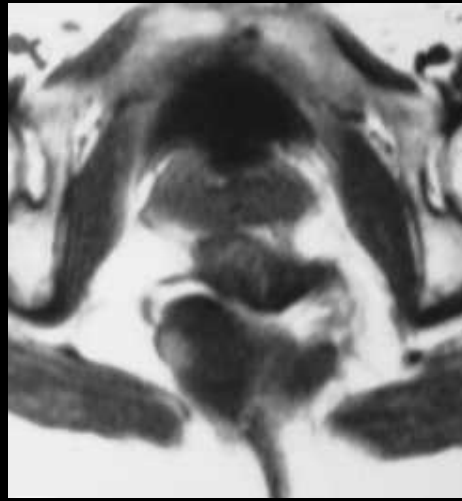


Site of primary GIST	Number/percentage
Stomach	18 (62.1%)
Fundus	7
Body	11
Antrum	0
Small bowel	9 (31%)
Duodenum	3
Jejunum	4
Ileum	2
Anorectum	2 (6.9%)
Oesophagus, colon, mesentery, omentum or retroperitoneum	0

GIST rectale

femme , 36 ans sensation de gêne pelvienne postérieure ; masse dépressible au TR sans lésion muqueuse





hamartome kystique rétro rectal (tail gut cyst)

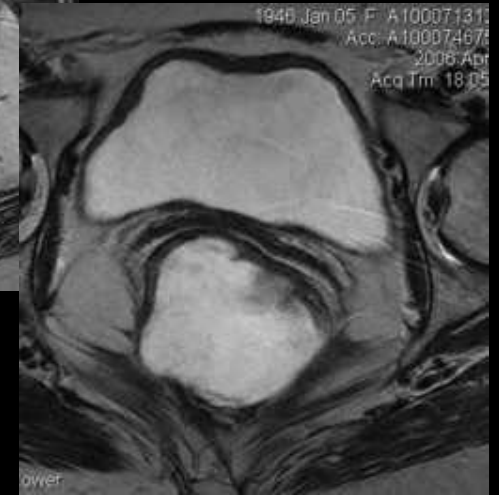
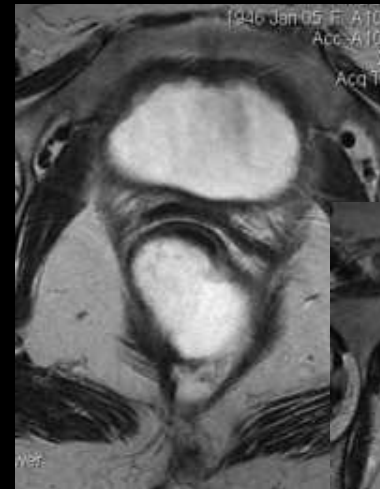
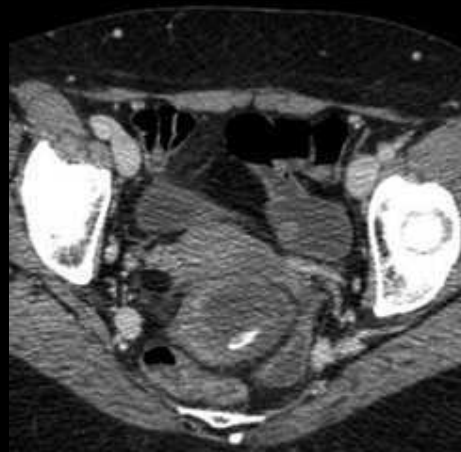
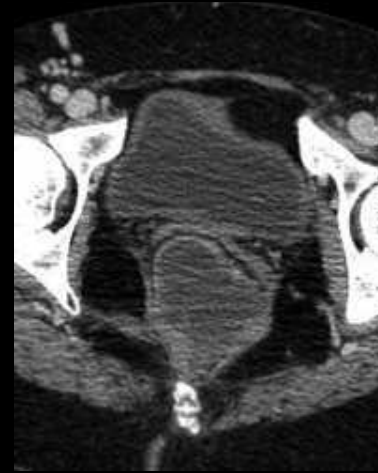
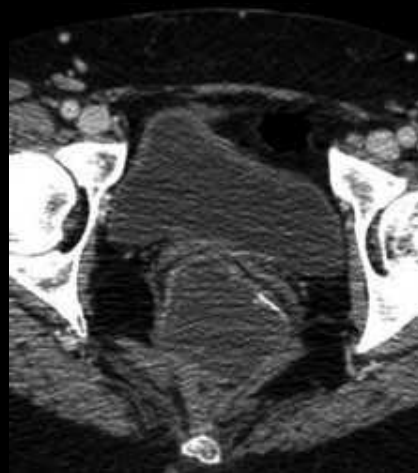
L. Menassa-Moussa
H. Kanso
A. Checrallah
J. Abboud
M. Ghossain

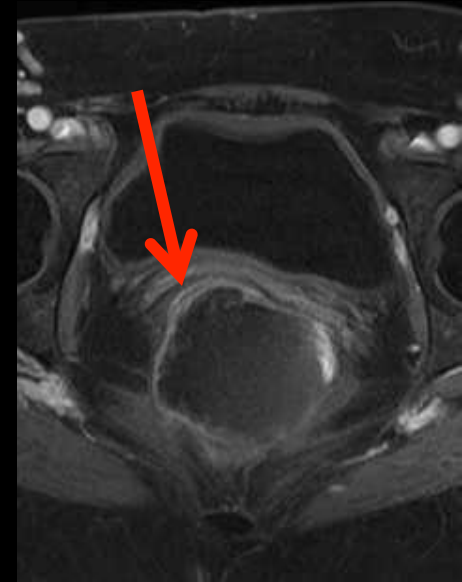
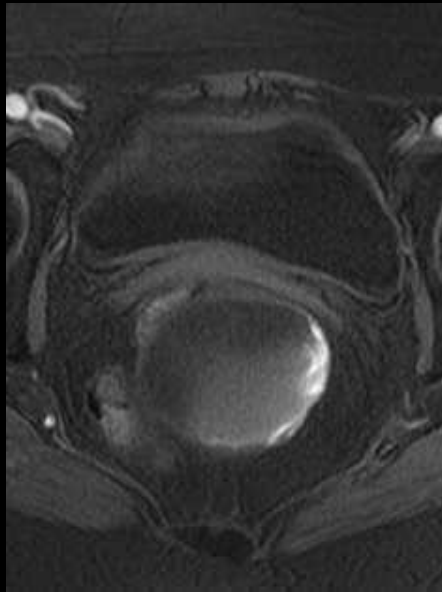
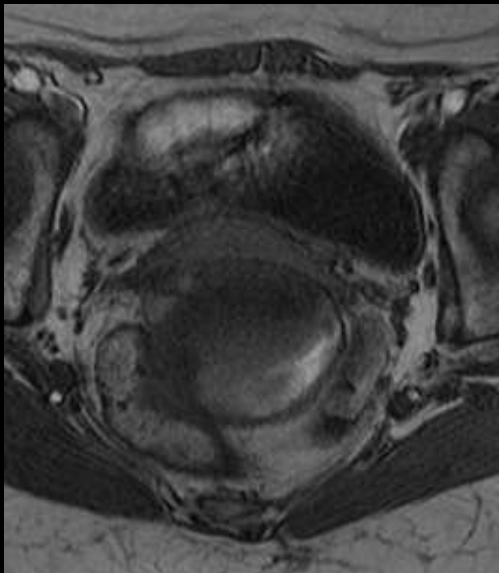
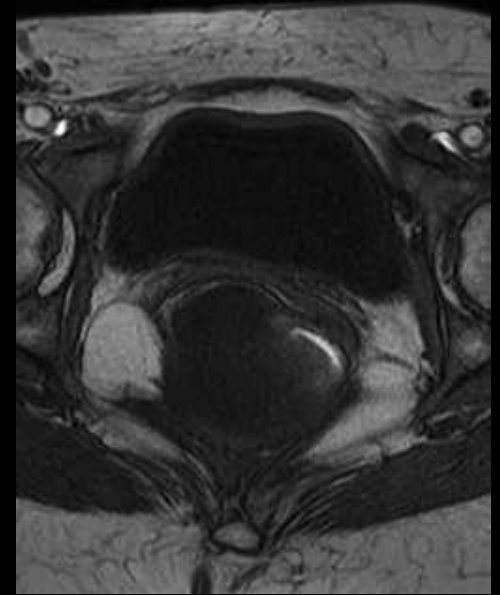
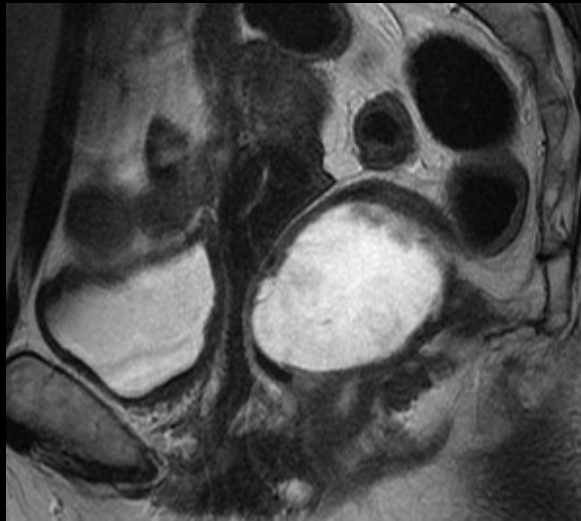
CT and MR findings of a retrorectal cystic hamartoma confused with an adnexal mass on ultrasound

femme , 28 ans , bilan d'hirsutisme



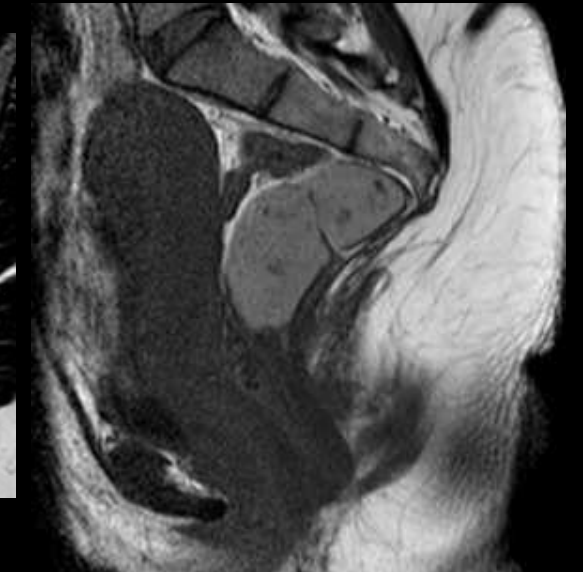
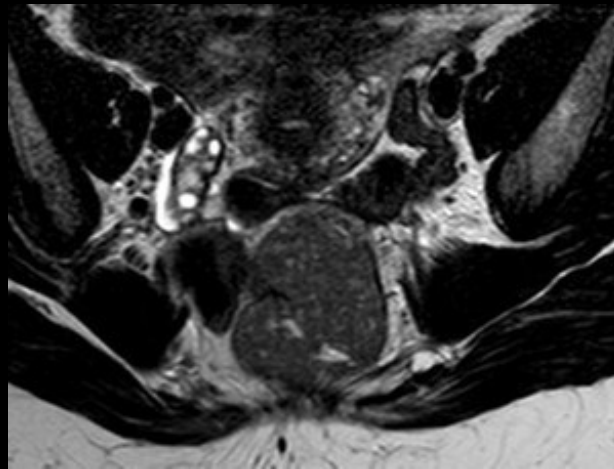
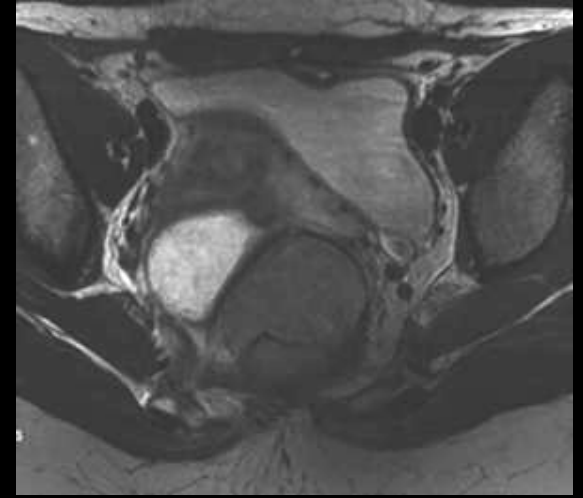
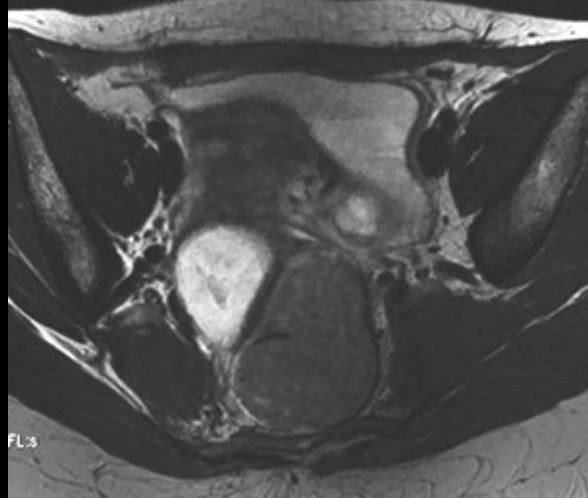
femme, 60 ans , gêne à la défécation , baisse de l'état général

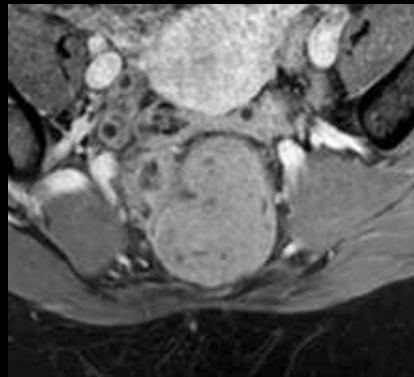
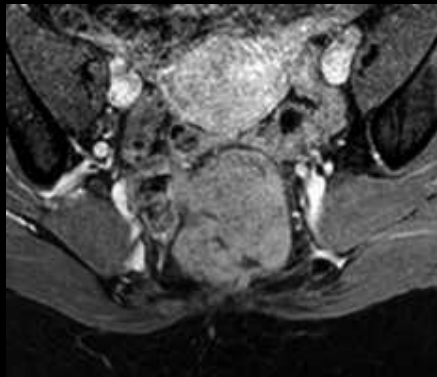
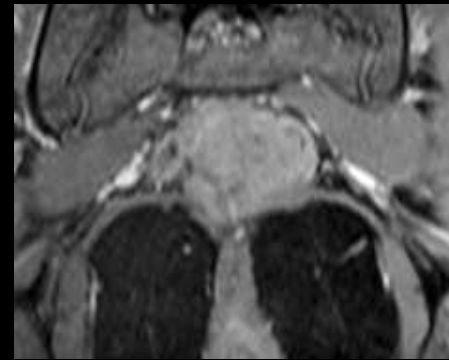
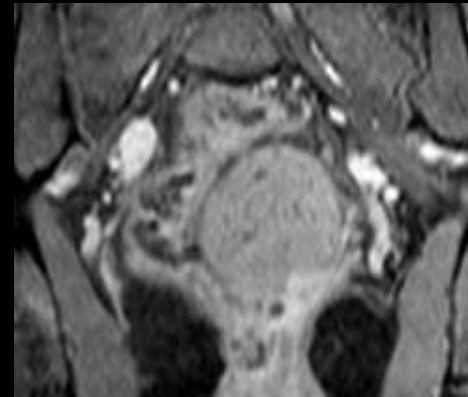
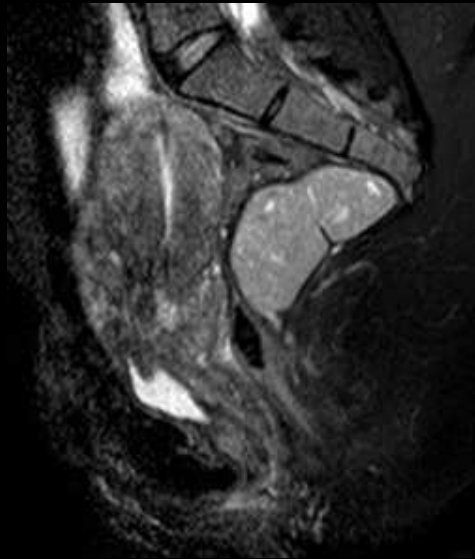
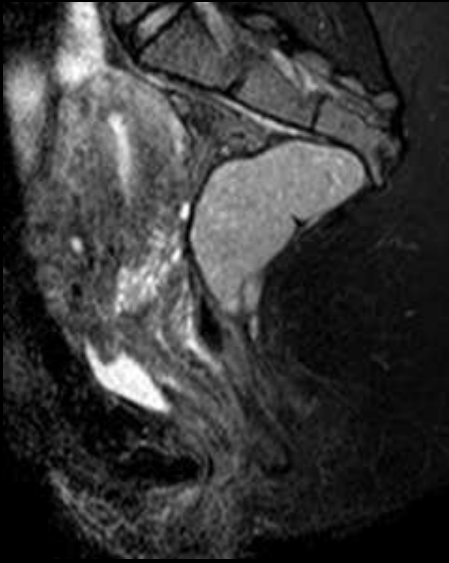




adénocarcinome mucineux rectal

femme, 36 ans , pesanteur pelvienne ,masse au TR





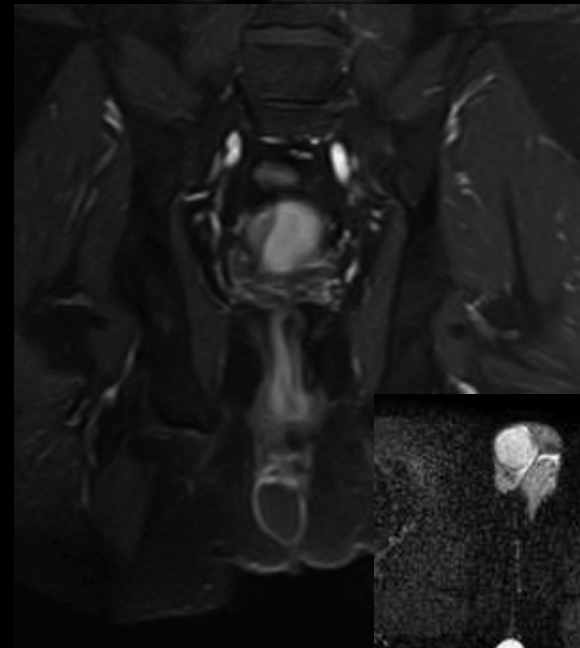
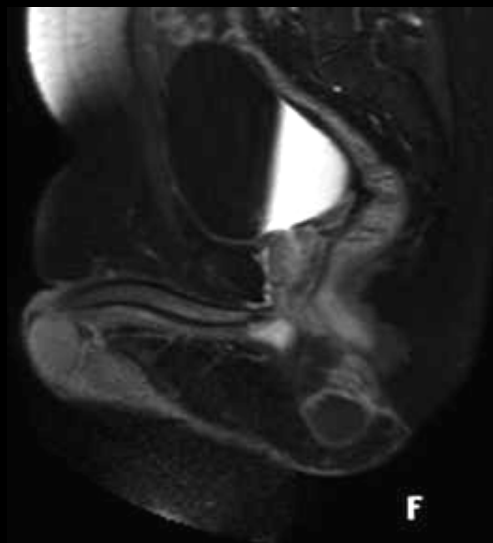
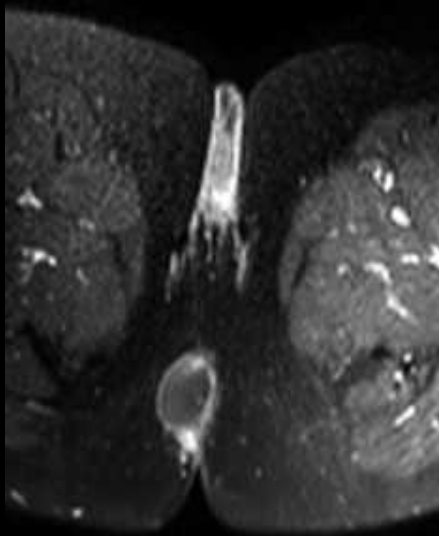
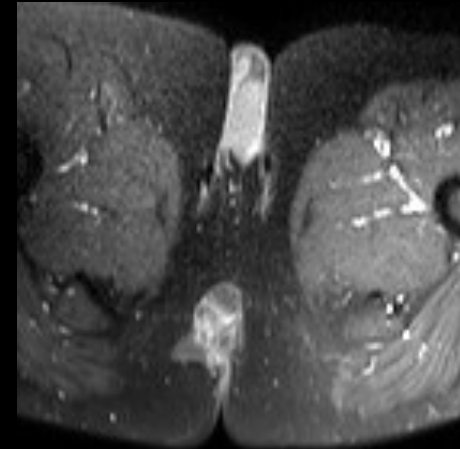
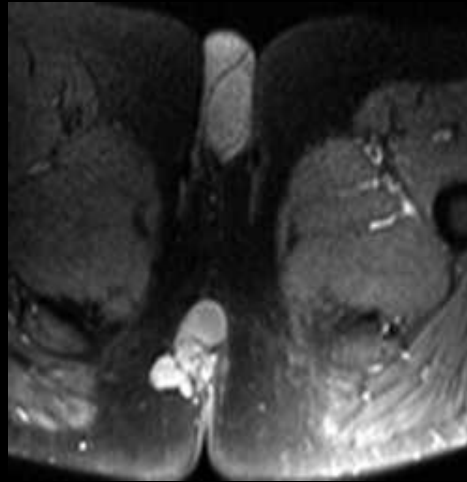
tumeur neuro endocrine
bien différenciée

tumeur rétro rectale isolée charnue
hypervascularisée homogène , à contours
réguliers, d'allure "encapsulée"
Diagnostic probabiliste

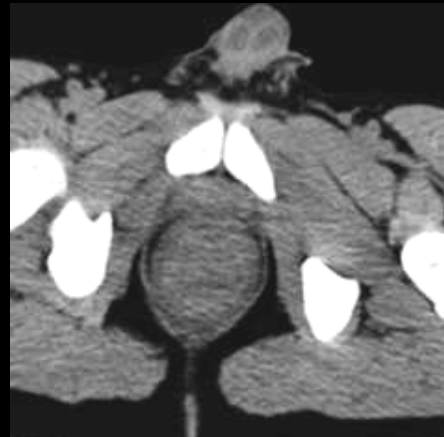
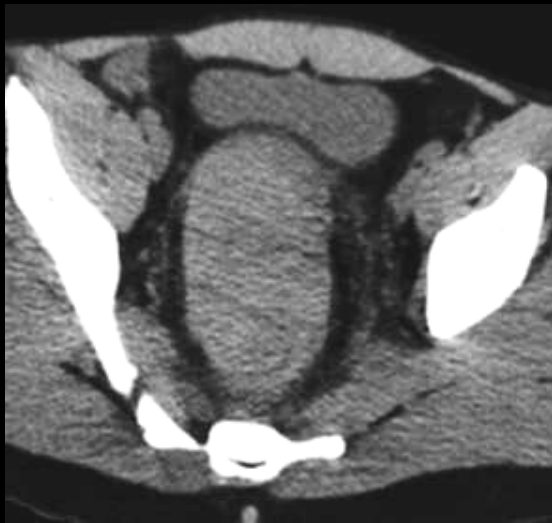


pensez y toujours dans ce
contexte de lésion
hypervascularisées et demandez
les marqueurs en particulier la
chromogranine A

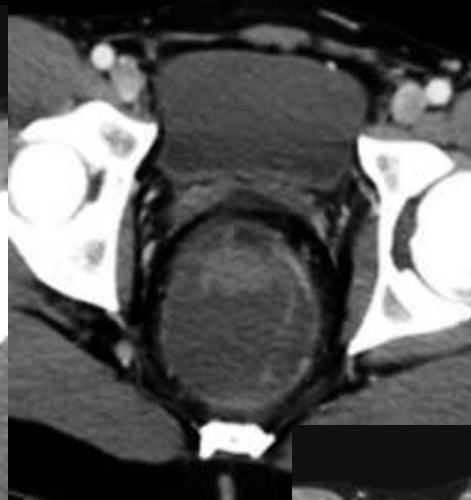
homme 39 ans , nodule gênant du périnée



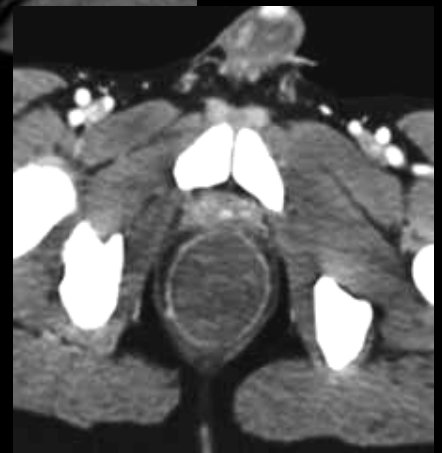
adénocarcinome colloïde mucineux de l'anus



*avant
injection*

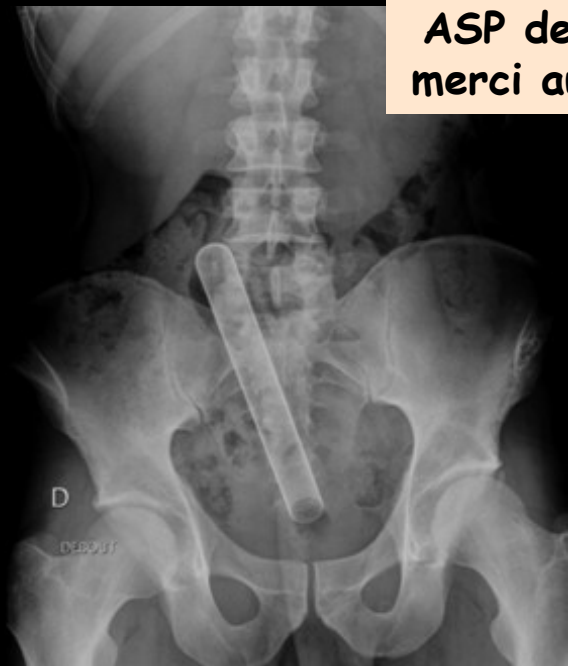


*70s
après IV*



homme ,32 ans , douleurs abdominales aiguës
brutales et défense généralisée avec rectorragies

ASP de 2005 ;
merci au PACS !



plaie du sigmoïde par corps étranger

les patients sont souvent très discrets à l'interrogatoire dans ce genre de circonstances , surtout s'il s'agit de "brimades"



70s
après IV

take home message

-la pathologie de la région ano-rectale oblige à recourir de plus en plus fréquemment à l'imagerie , en particulier à l'**IRM**

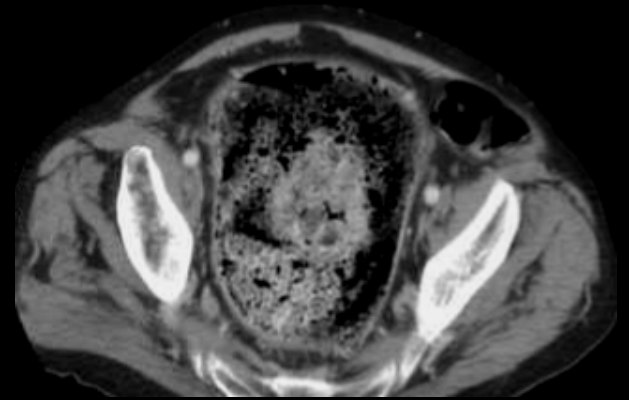
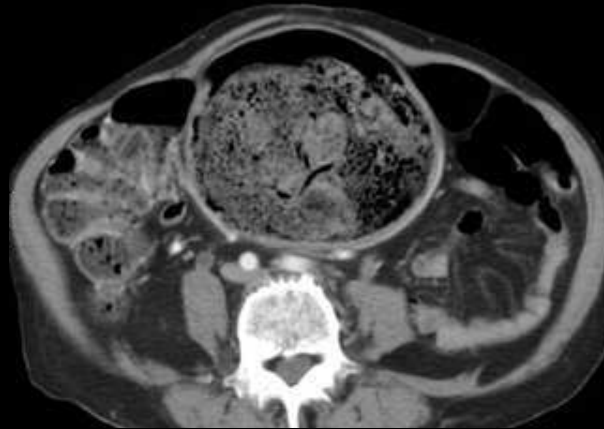
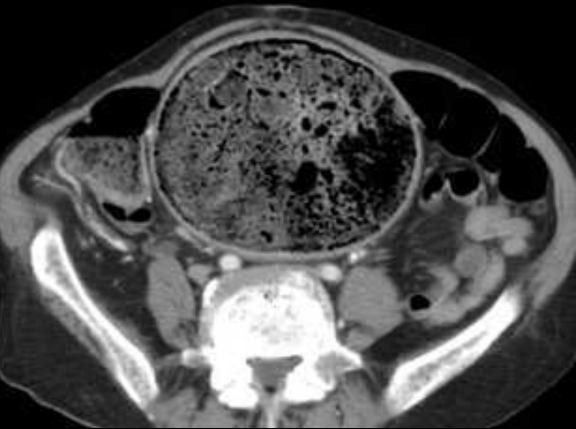
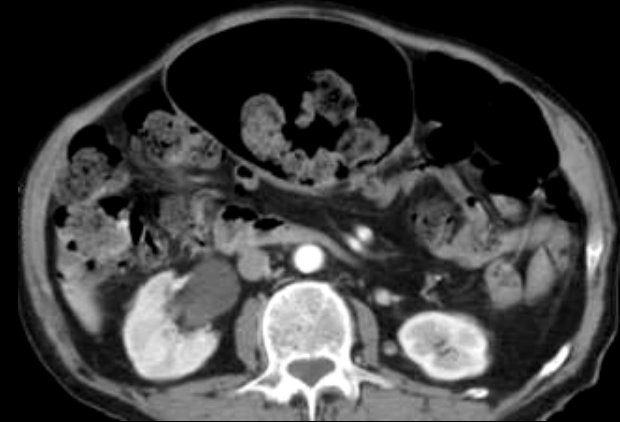
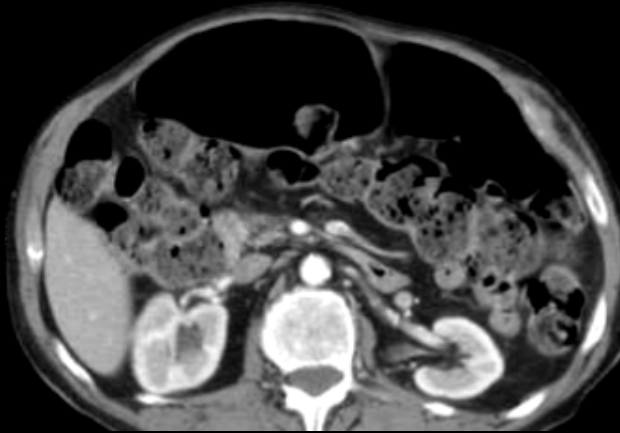
-les complications pseudo-tumorales des dyschésies (colitis cystica profunda et hamartome polypoïde inversé) doivent être connues pour éviter des mutilations non justifiées

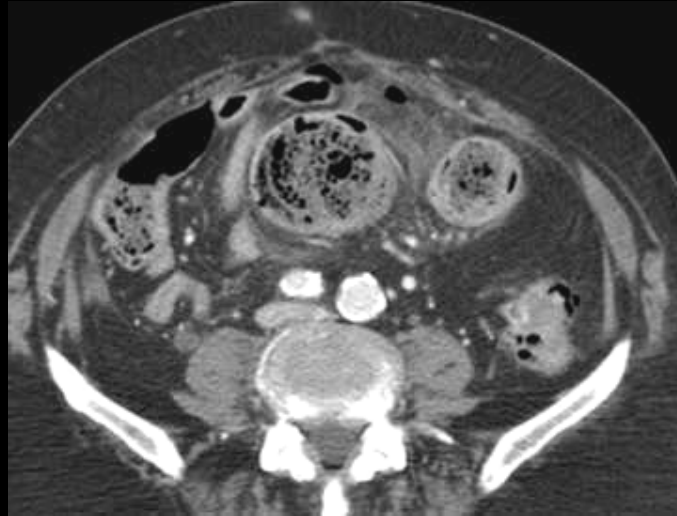
-les dysembryoplasies (hamartome kystique rétro-rectal , duplication..) ne sont pas exceptionnelles ;elles comportent toujours un risque accru de dégénérescence néoplasique

-certaines lésions tumorales ou pseudo tumorales peuvent être suspectées en fonction de leur **morphologie** et en tenant compte de leurs **données épidémiologiques**

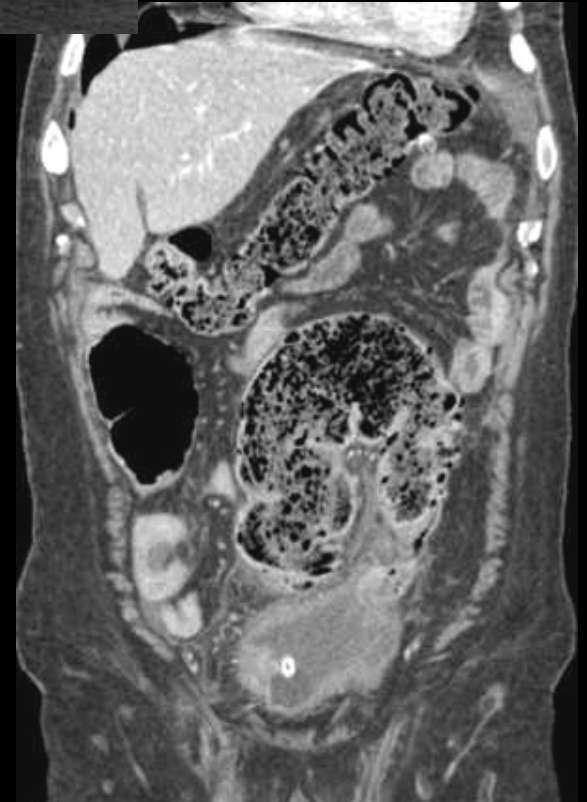


homme 76 ans ,antécédents de tumeur vésicale; constipation ; douleurs abdominales diffuses ; masse palpable .
Quelle est la complication à craindre dans cette situation clinique





obs. P. Taourel Montpellier



ici , la complication est présente ;
comment se nomme-t-elle ; quelle est sa
sémiologie ; quel est son mécanisme
physiopathologique



Stercoral Colitis Leading to Fatal Peritonitis: CT Findings

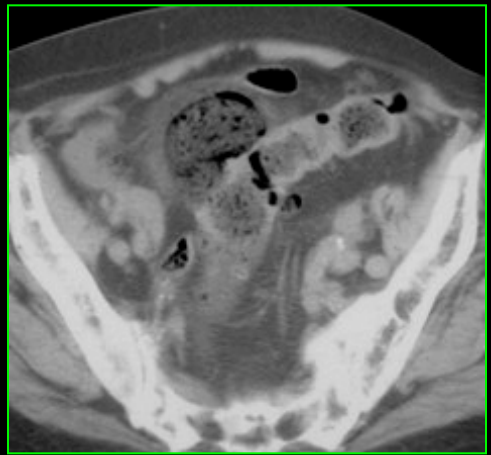
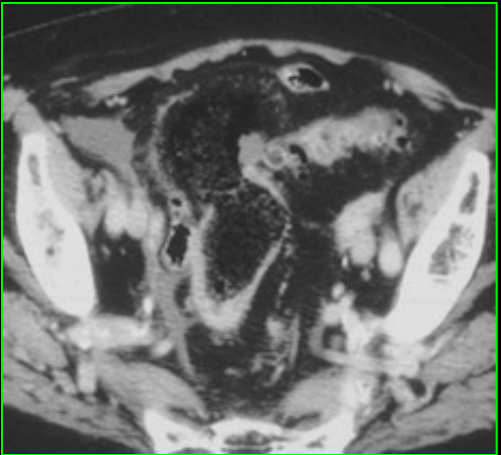
Cathleen Heffernan¹, H. Leon Pachter², Alec J. Megibow¹ and Michael Macari¹

¹ Department of Radiology and Abdominal Imaging, NYU Medical Center, 560 First Ave., Ste. HW 207, New York, NY

² Department of Surgery, NYU Medical Center, New York, NY 10016

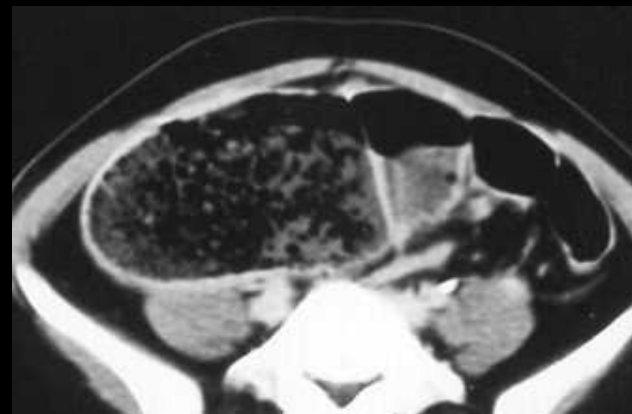
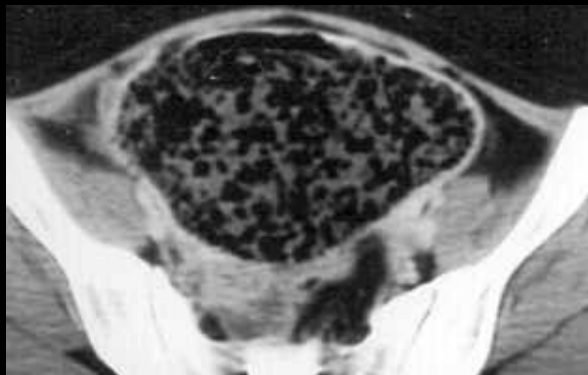
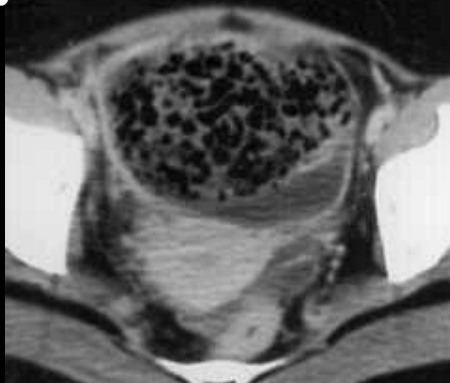


évolution en 3 jours



perforations sur impactions fécales !

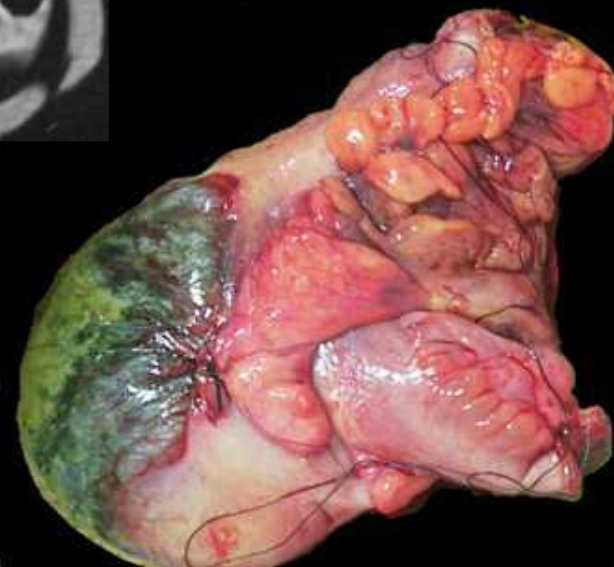
jeune vietnamienne 19 ans ; sd douloureux de la FID



Obs. IN Phi Saigon



**nécrose colique
transmurale sur
impaction fécale**



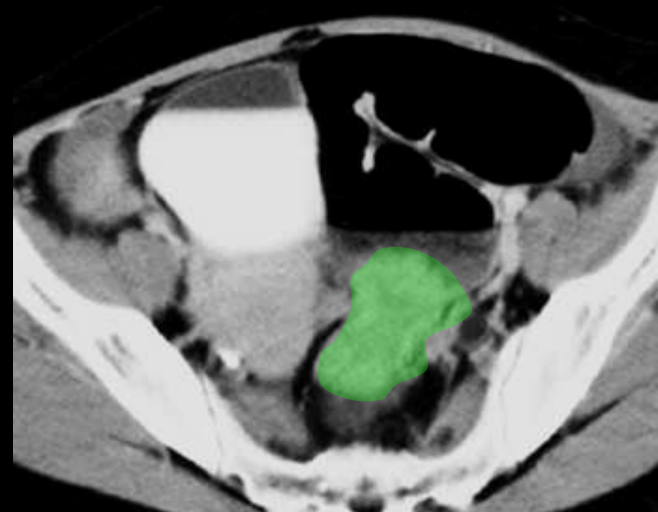
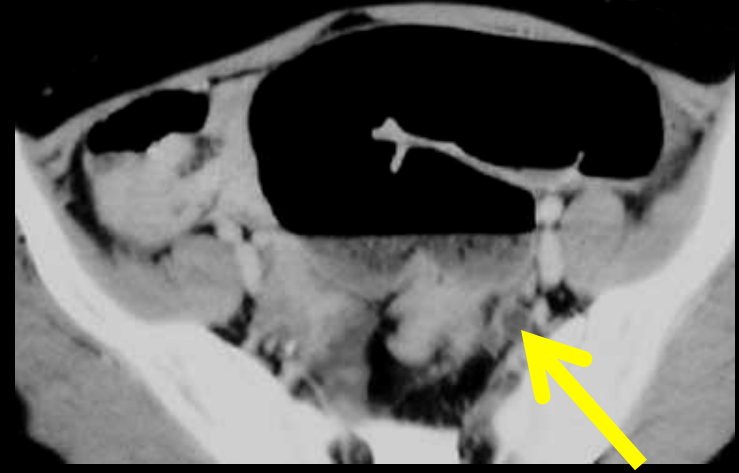
take home message

-l'impaction fécale est une entité qui mérite d' être reconnue dans la nosologie des atteintes digestives recto-coliques

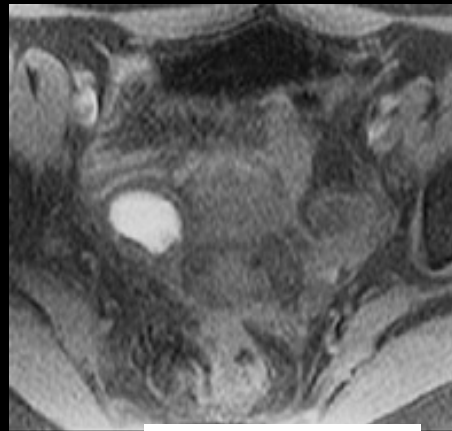
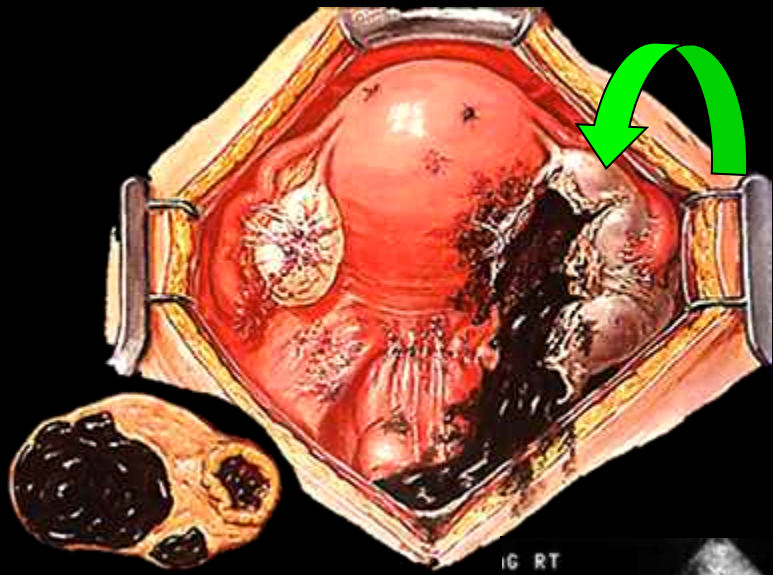
-le **fécalome** , surtout s' il est constitué de matières fécales dures doit être évacué pour éviter la survenue d' une impaction fécale et d' une **péritonite stercorale**



jeune femme 27 ans ,douleurs abdominales et constipation sévère de puis plusieurs mois ;
sténose serrée infranchissable de la charnière recto-sigmoïdienne à la sigmoïdoscopie ;
muqueuse saine dans les endroits accessibles

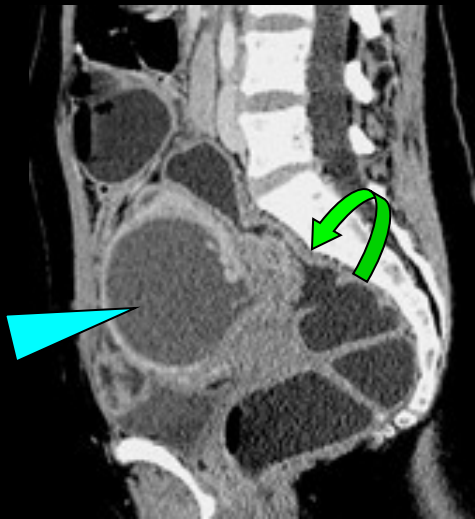
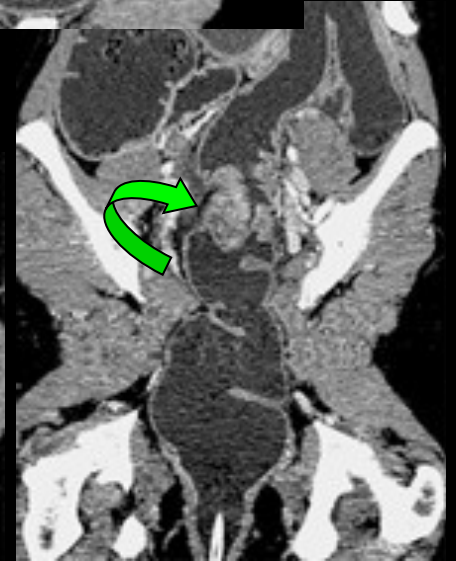
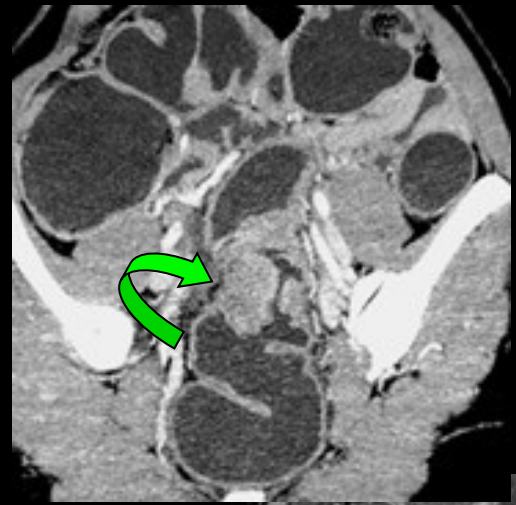


endométriose pelvienne profonde



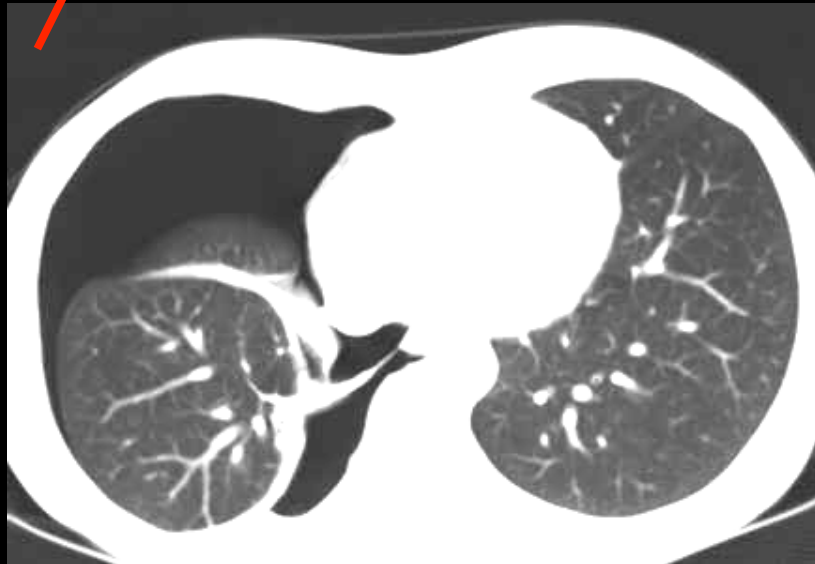
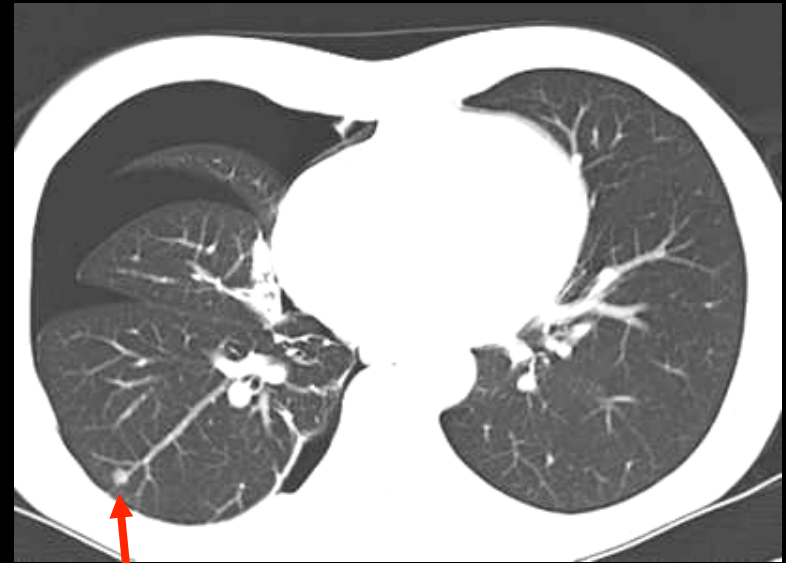
T1 Fat Sat

endométriose pelvienne profonde; endométriomes ovariens



reformations
"courbes"

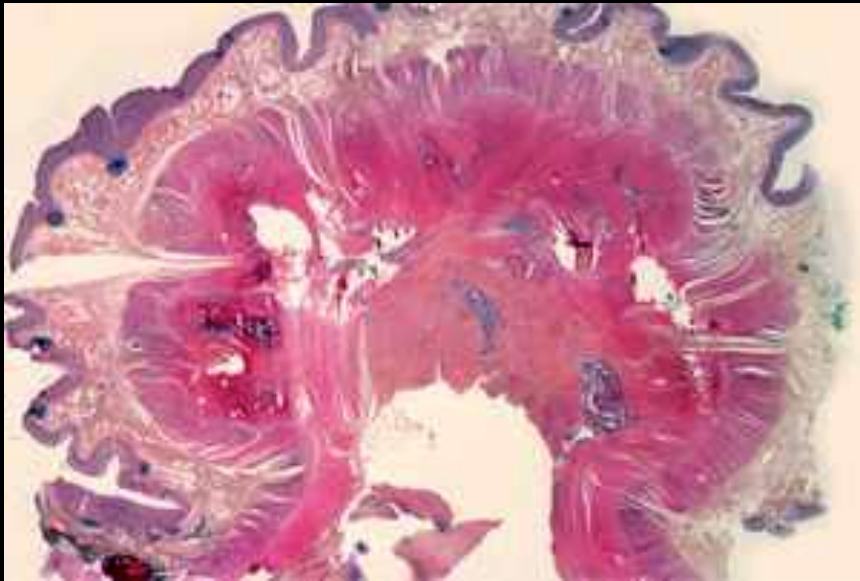
endométriose pelvienne profonde , "cancer
bénin !! " ; endométriome ovarien +++



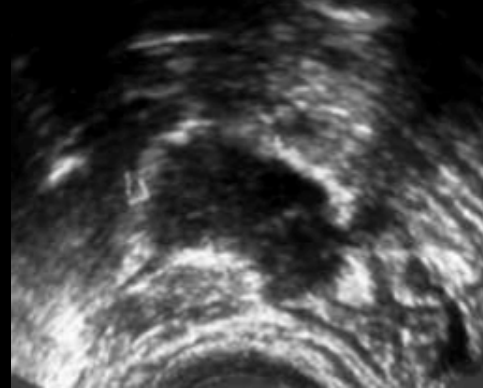
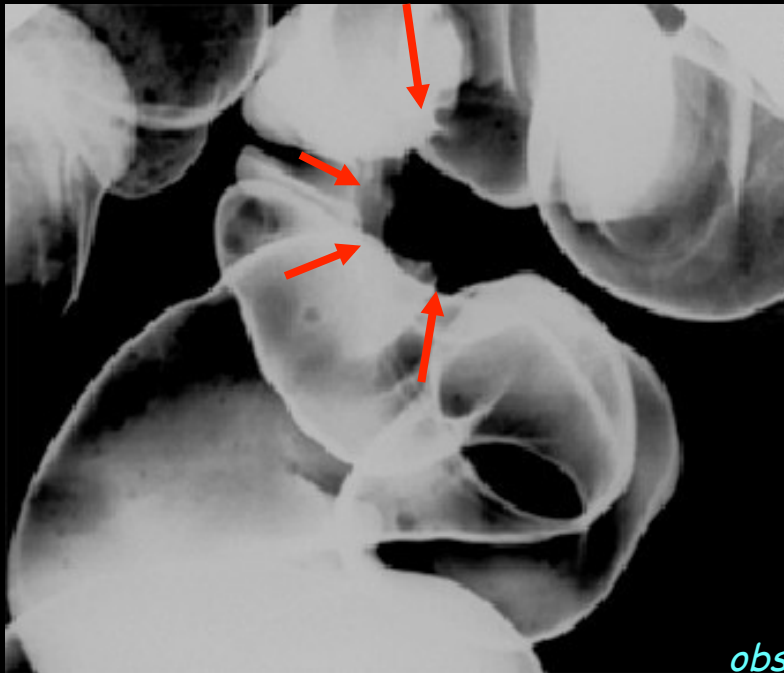
scanner du thorax le même jour
que le colo scanner à l'eau !



endométriose pelvienne profonde avec
endométriome ovarien et
pneumothorax spontanés récidivants
(cataméniaux) par endométriose juxta
pleurale



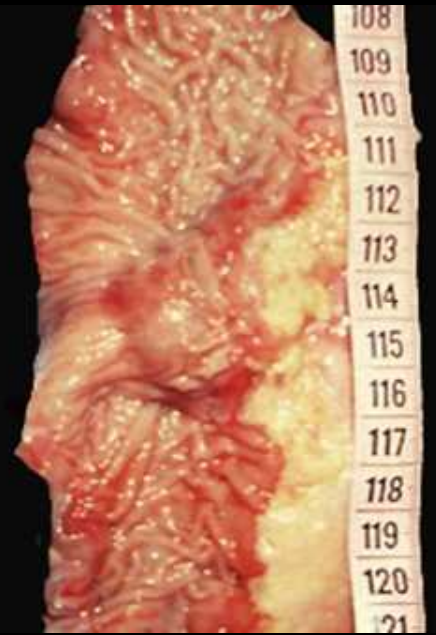
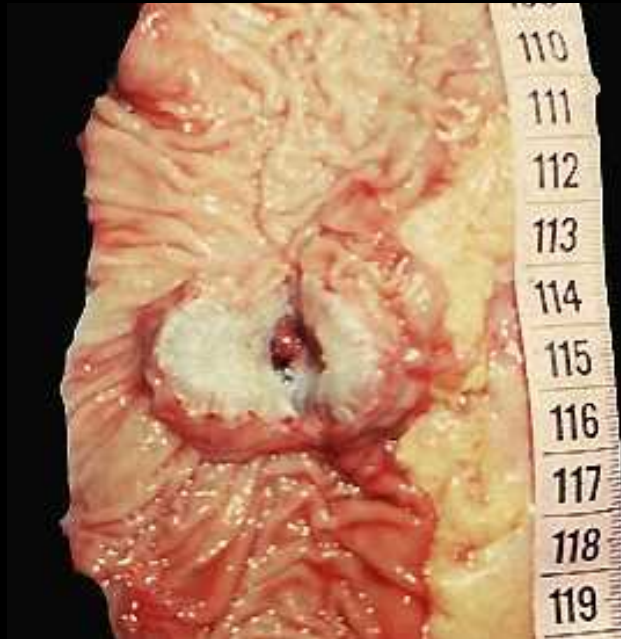
endométriose sigmoïdienne typique



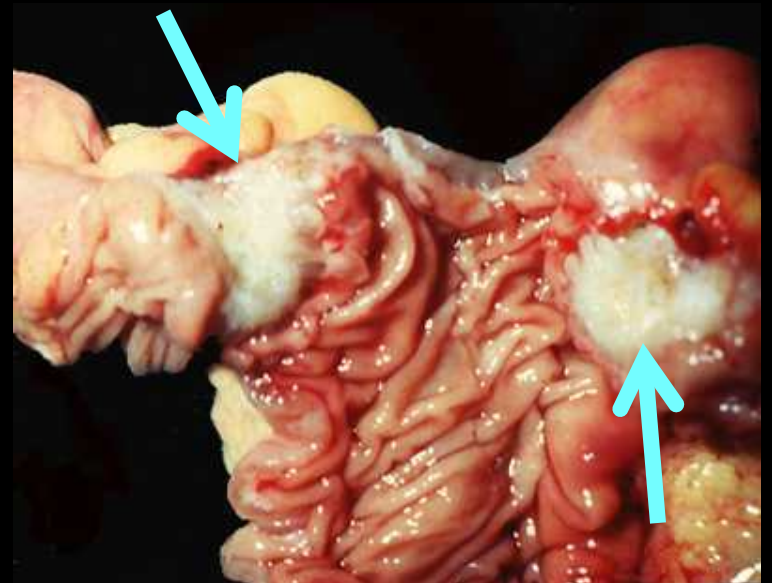
obs. JM Barc Vannes

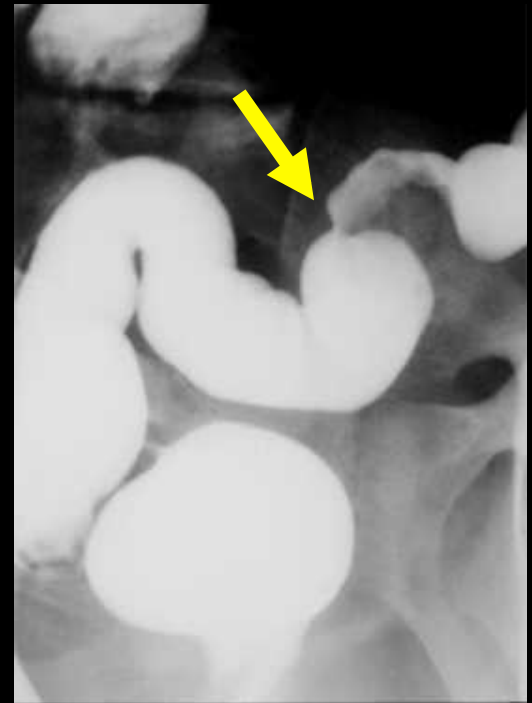
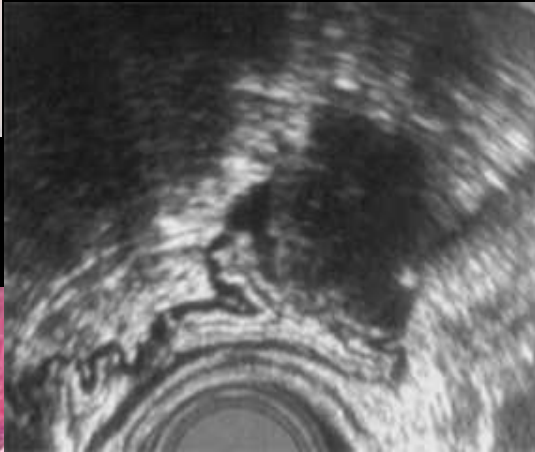
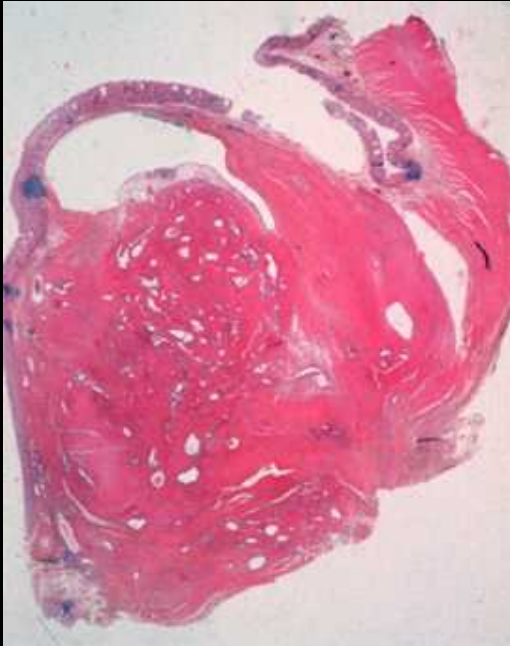


endométriose sigmoïdienne typique



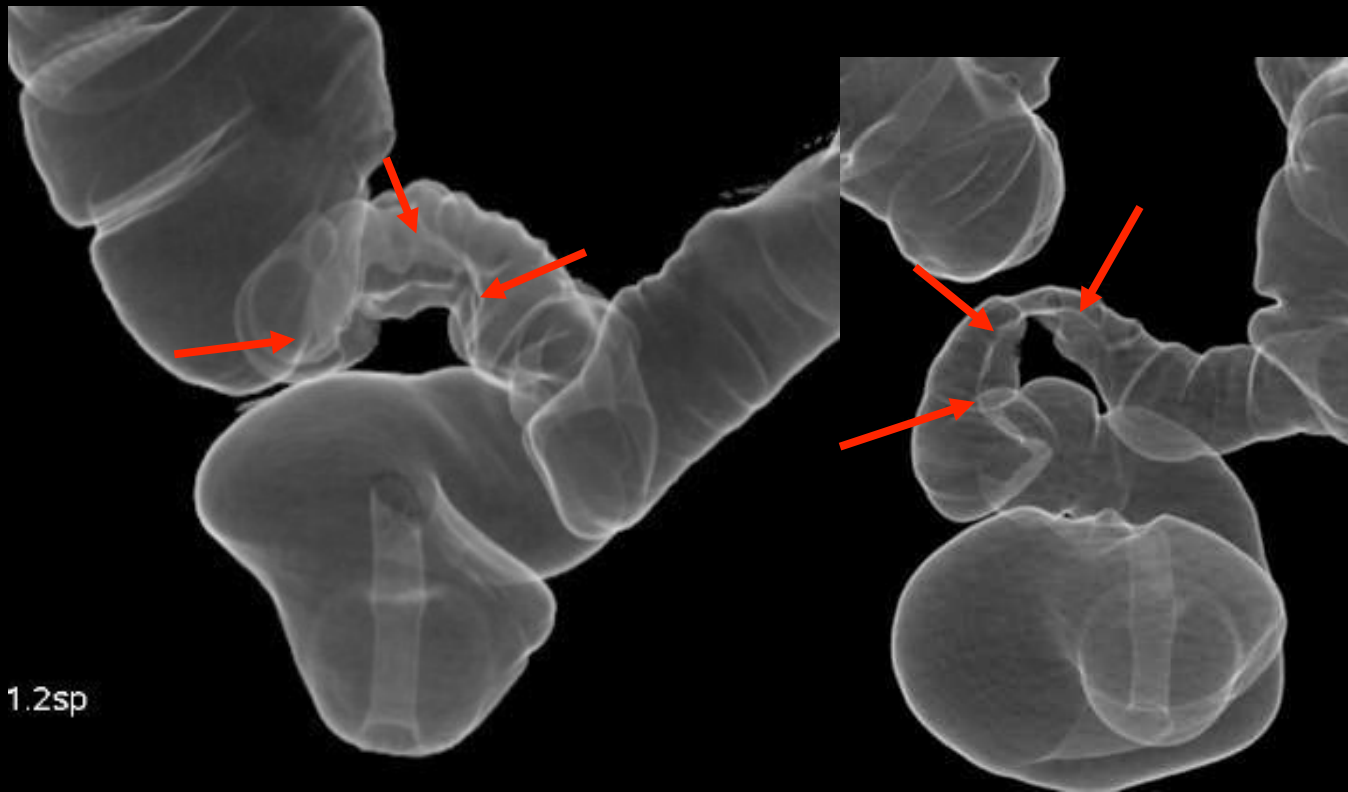
versant séreux





endométriose
sigmoïdienne
typique

obs. JM Barc Vannes

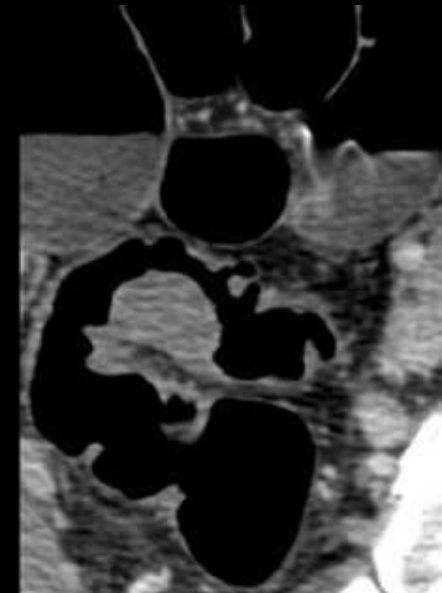


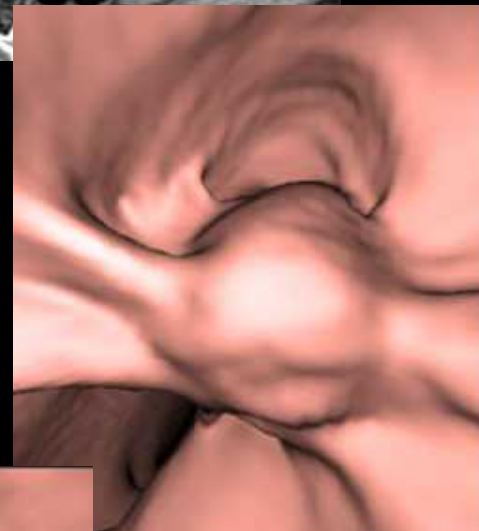
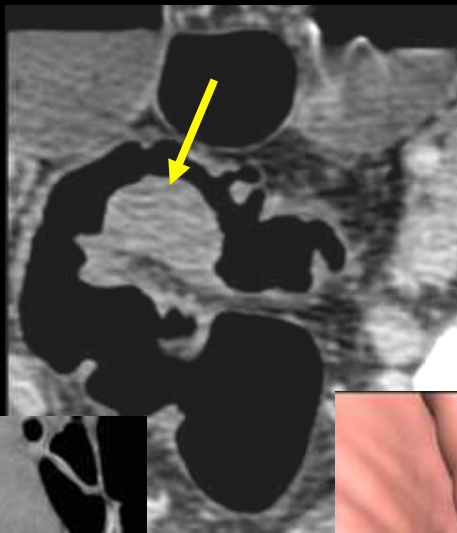
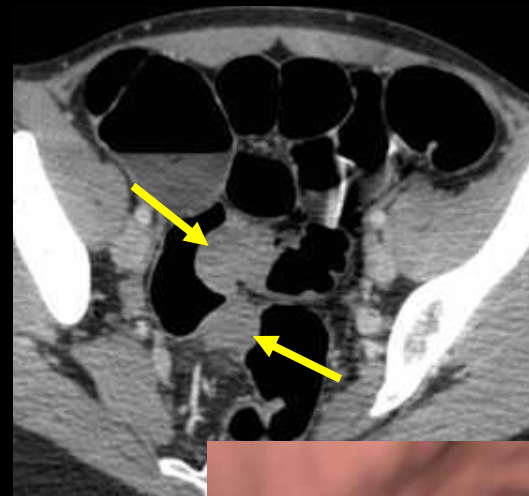
1.2sp

coloscopie virtuelle ; "rendu de volume ; VRT)

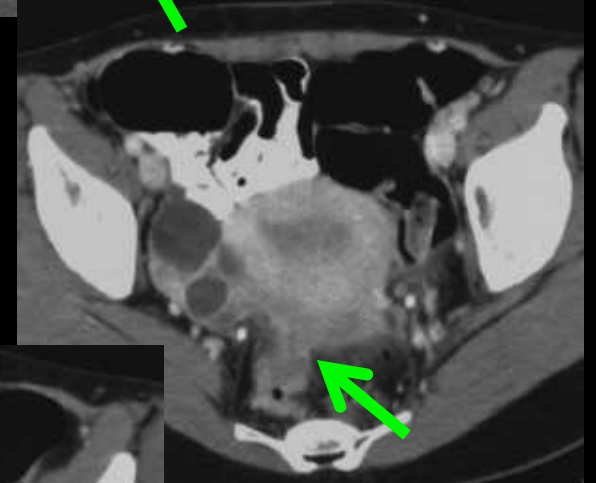
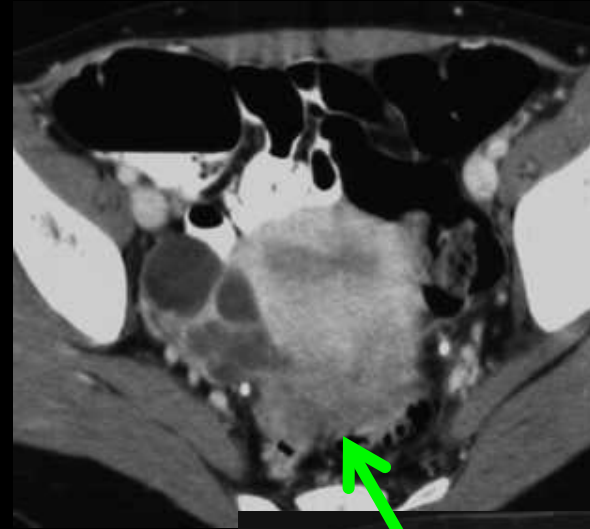
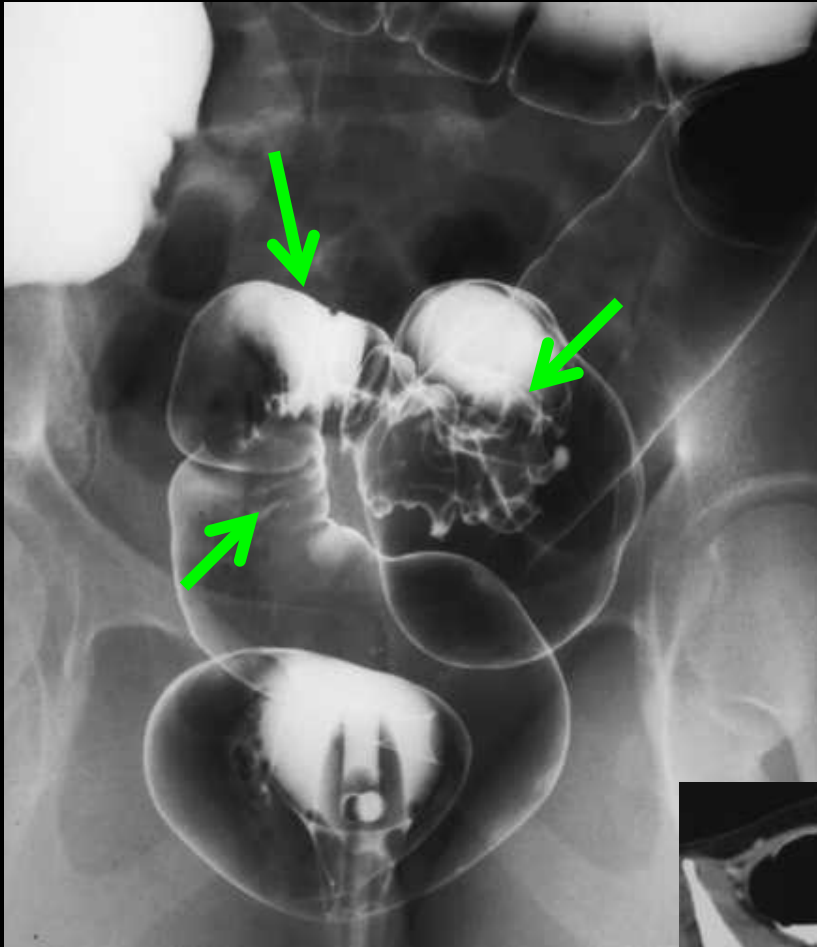
nodule pariétal sigmoïdien sans ulcération muqueuse ; sténose courte à muqueuse saine (défaut d'expansion permanent et enraidissement des contours)

spiculations des bords = atteinte "extrinsèque" à composante fibreuse rétractile

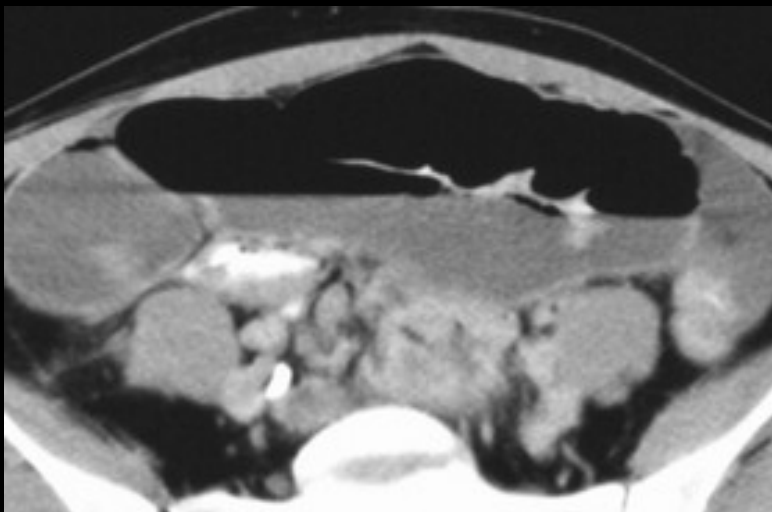




endométriose
sigmoïdienne
bilobée



endométriose pelvienne
profonde avec atteinte
sigmoïdienne

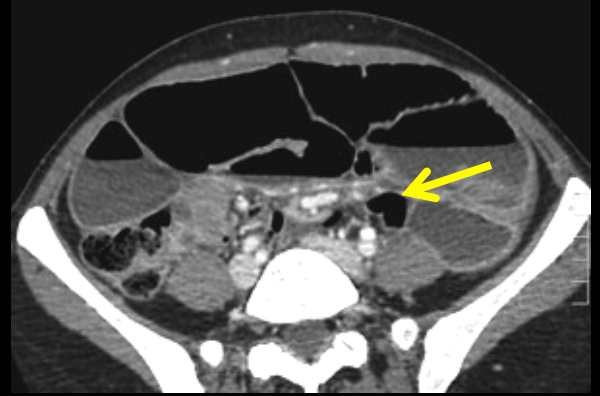


rétraction et fixité des segments digestifs atteints : trajet "en baïonnette" de la charnière recto-sigmoïdienne; extension à l'iléon terminal

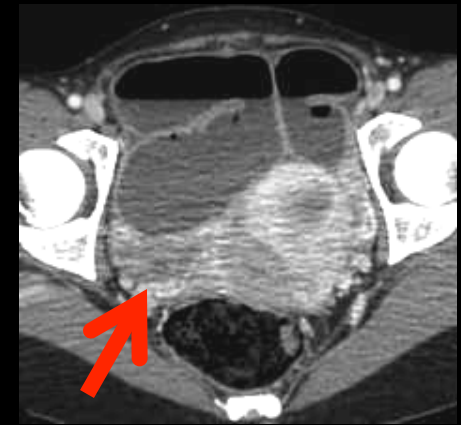
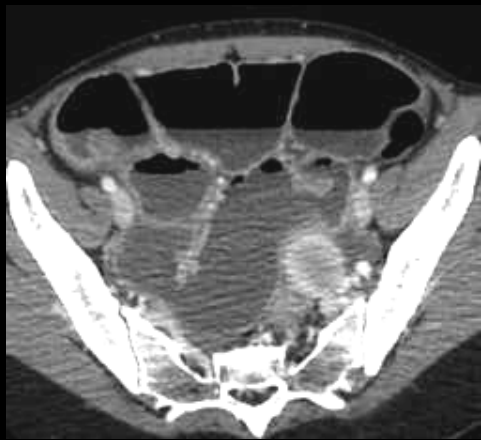
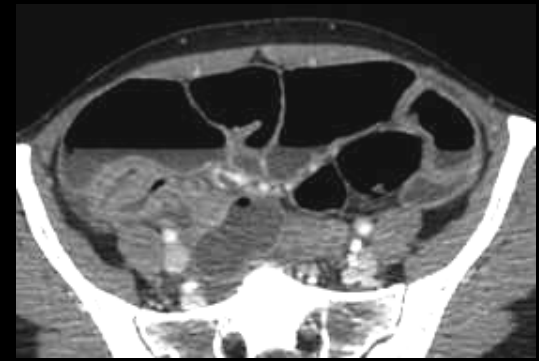
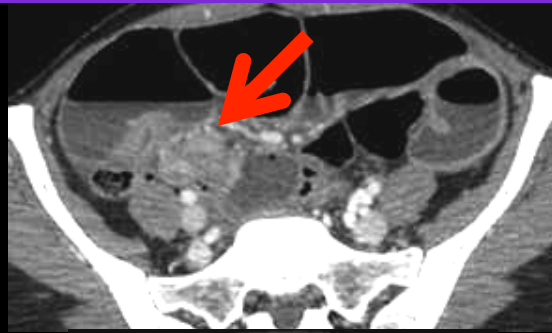
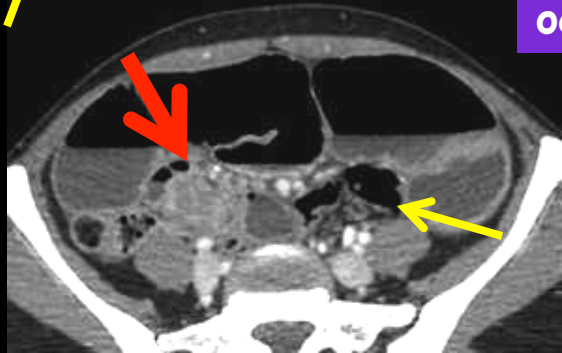


douleurs pelviennes depuis plus de 10 ans résistantes à une prise en charge psychiatrique ... , endométriose pelvienne profonde

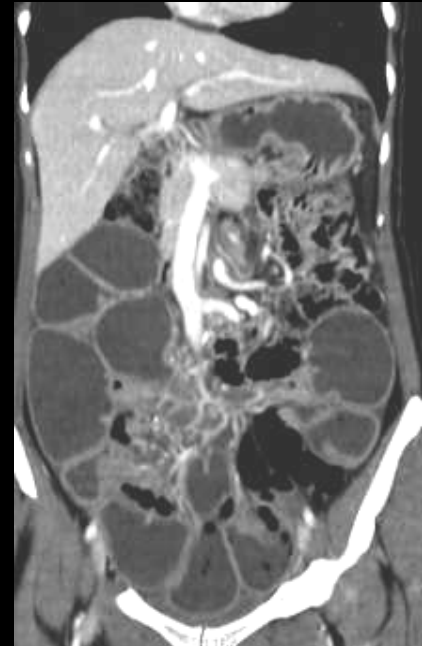
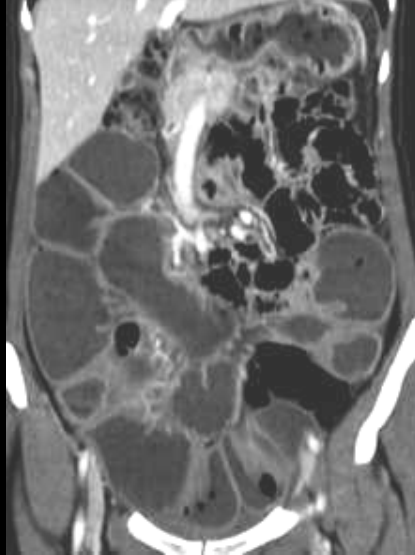
jeune femme 35 ans , constipation chronique , douleurs abdomino-pelviennes chroniques ...dyspareunie , hypofertilité



occlusion chronique du grêle



occlusion chronique du grêle par endométriose
pelvienne profonde étendue au carrefour iléo-caecal



take home message

-l'endométriose pelvienne profonde se manifeste essentiellement par un nodule fibreux développé dans la paroi du sigmoïde , sous une muqueuse saine

-le site de prédilection est la face antérieure de la charnière recto-sigmoïdienne

-la rétraction et la fixité sont des caractères morphologiques essentiels pour le diagnostic

-l'intégrité de la muqueuse explique l'inefficacité de l'endoscopie recto-sigmoïdienne pour le diagnostic ,

-l'association de lésions ovariennes (endométriomes) est précieuse pour le diagnostic par l'imagerie

