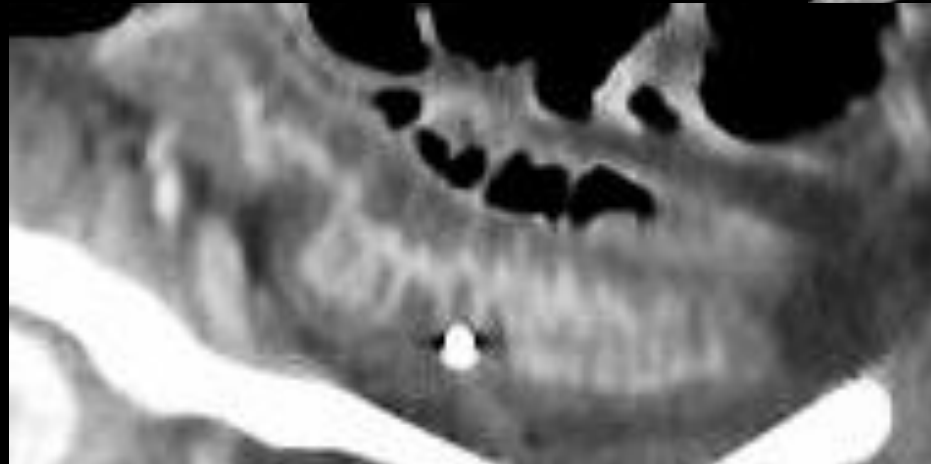
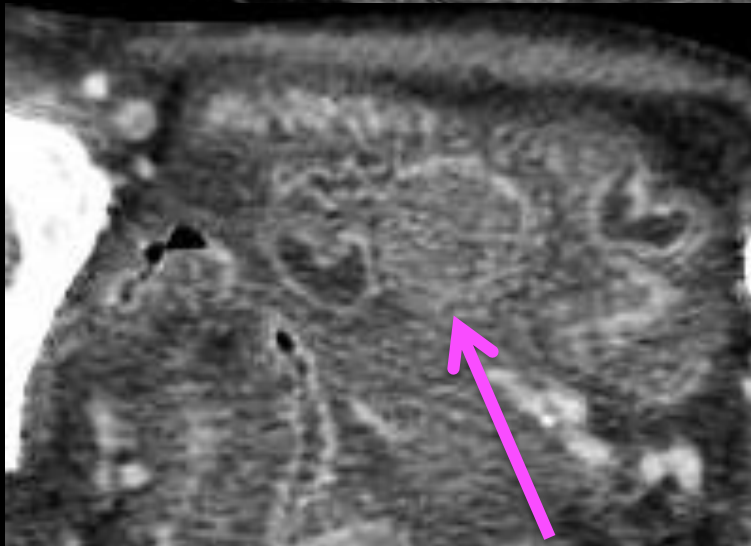
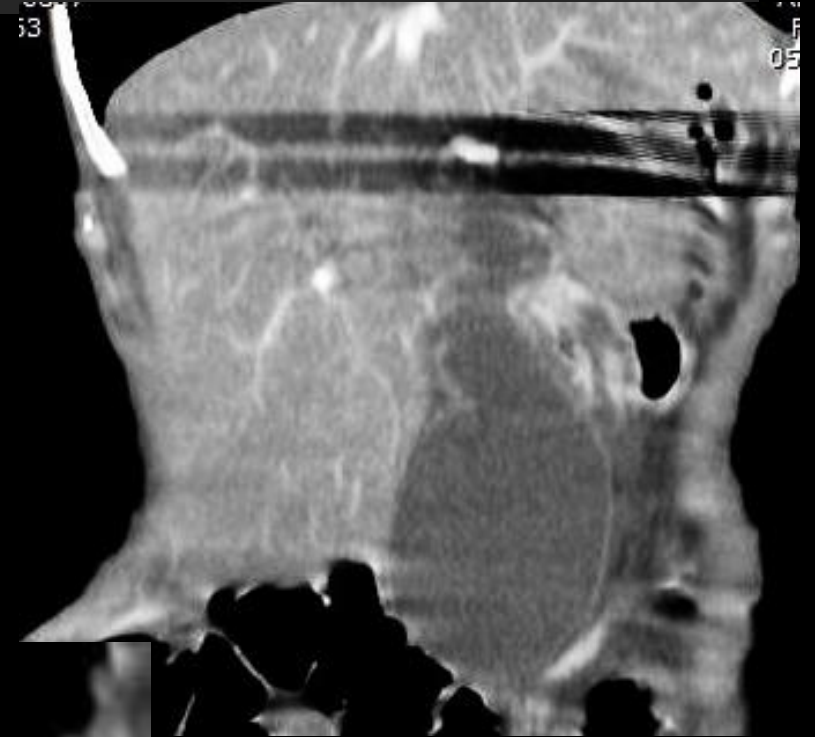
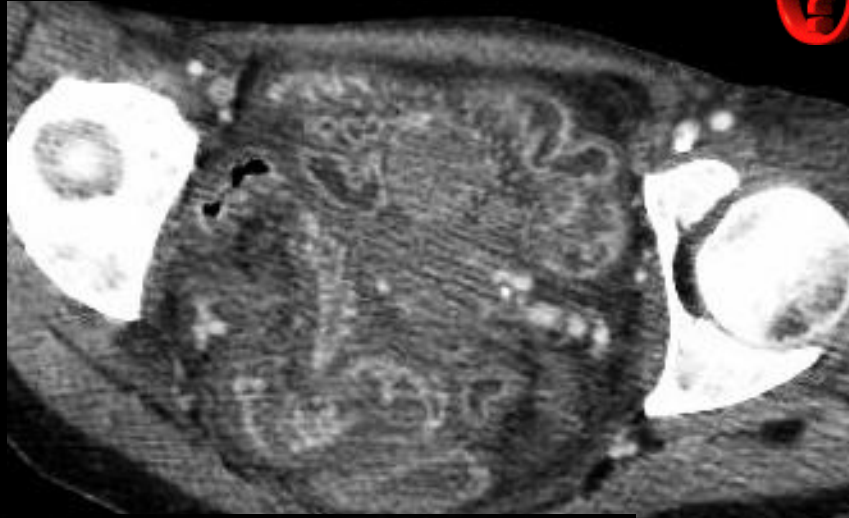


Homme de 51 ans. Séropositif au VIH au stade SIDA. Altération de l'état général avec diarrhée cholériforme. Quels sont les éléments sémiologiques radiologiques à retenir, compte tenu du contexte, pour orienter le diagnostic



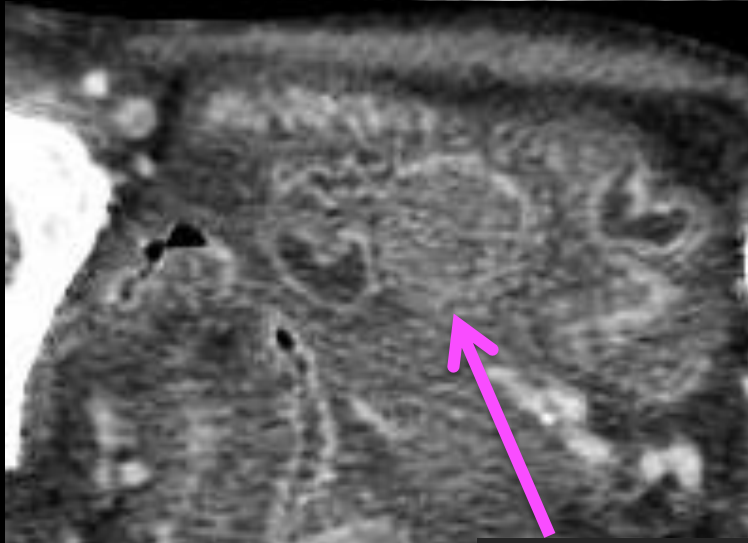
Laureline Simon IHN

Cachexie : rendant les images difficiles à exploiter



oedème sous-muqueux
circonférentiel diffus du
grêle et prise de contraste
intense et persistante du
réseau capillaire muco-
sous-muqueux

**hypertrophie des
valvules conniventes +++**

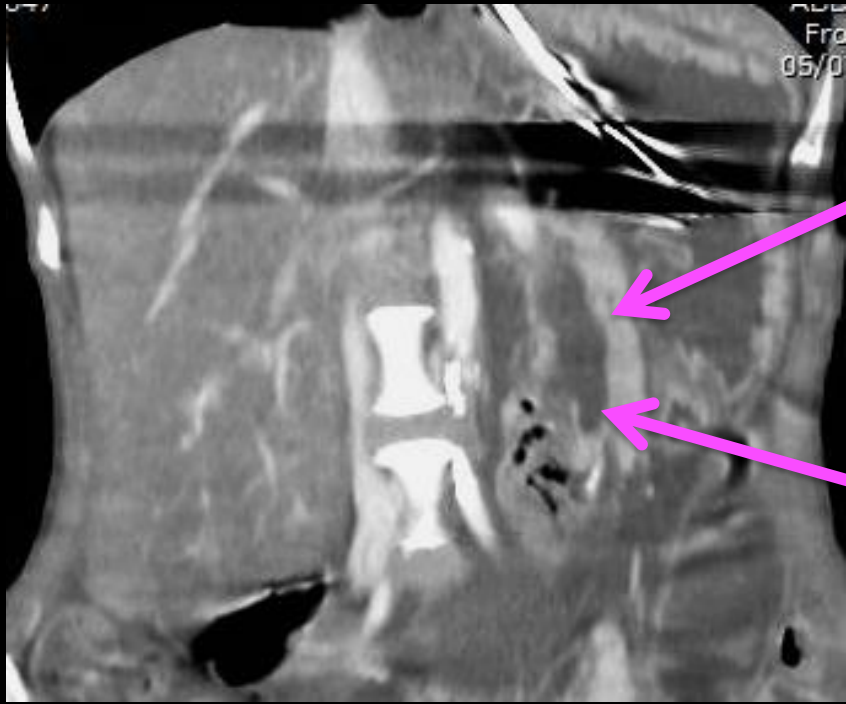


adénomégalies

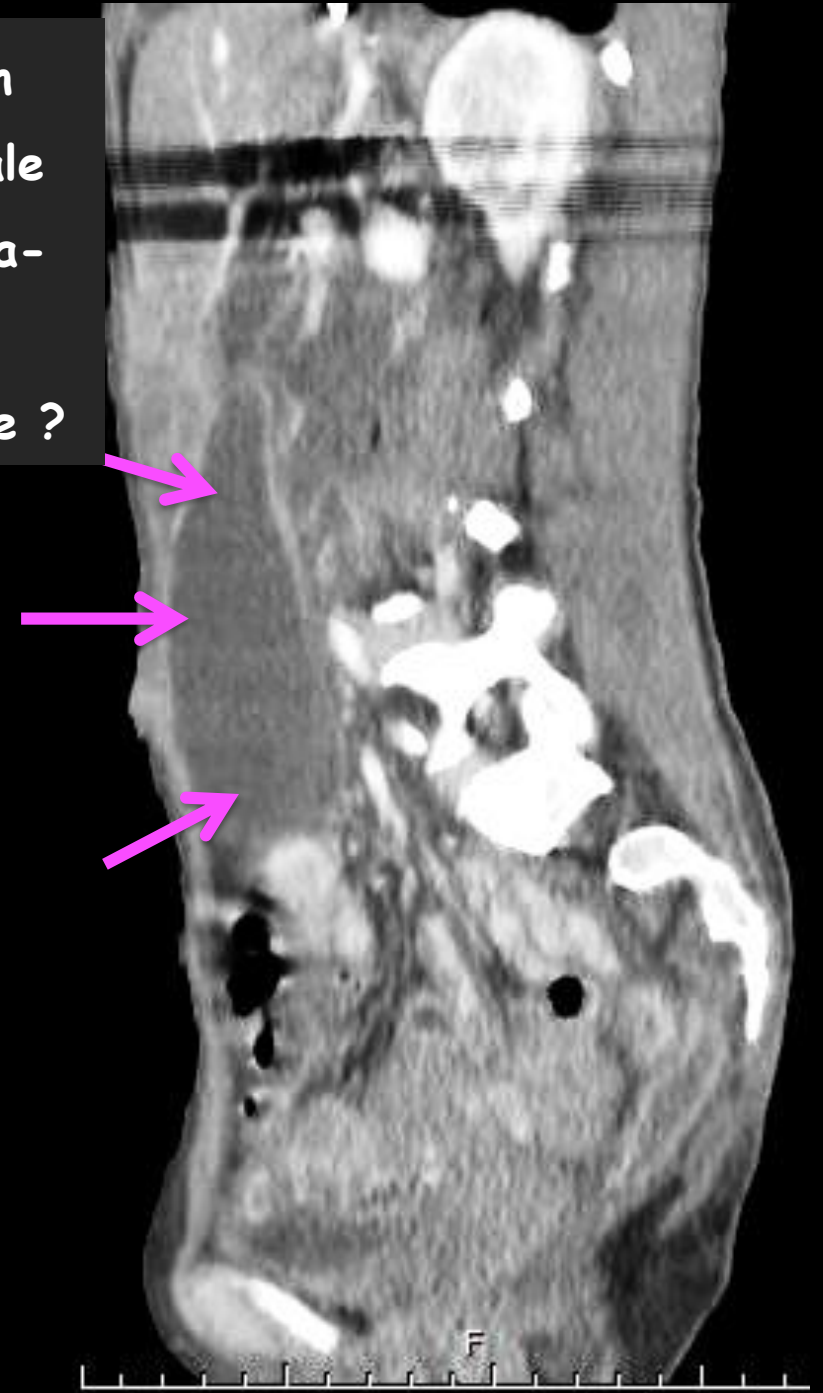
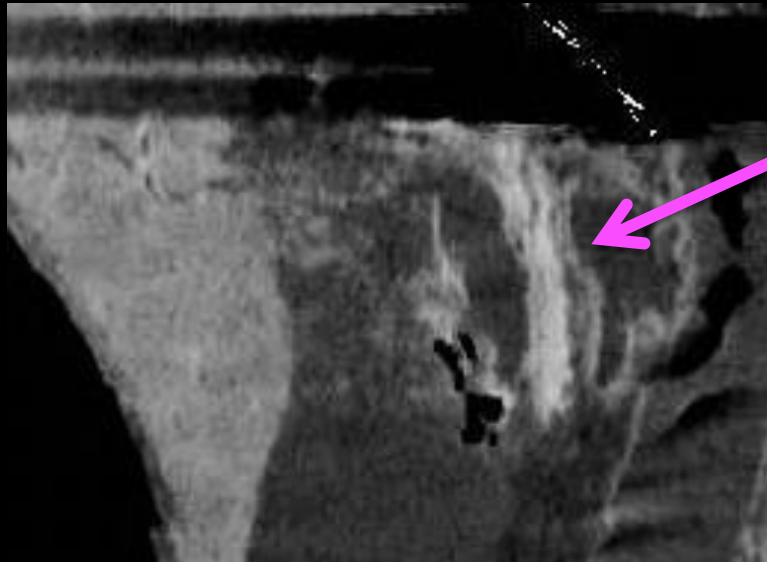


grosse vésicule biliaire
distendue sans
obstacle organique
visible

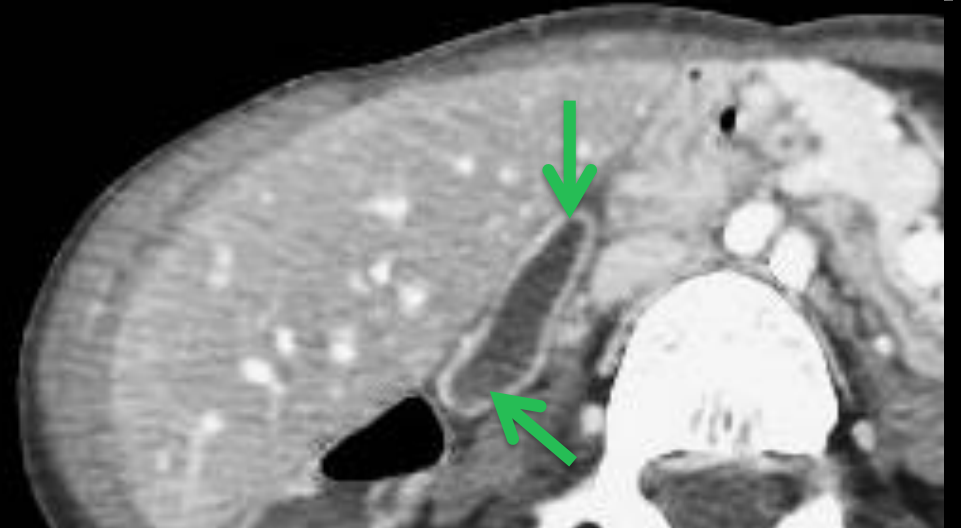
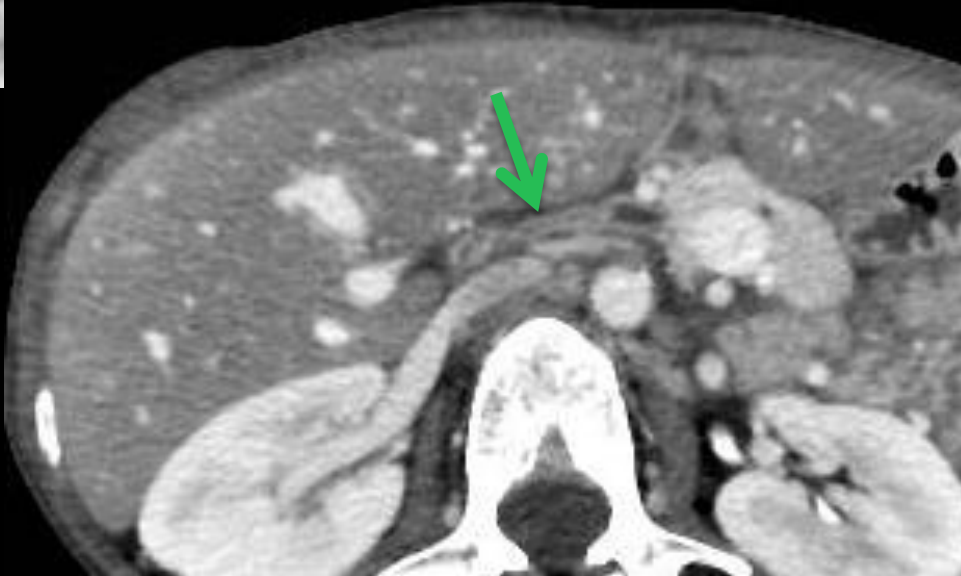
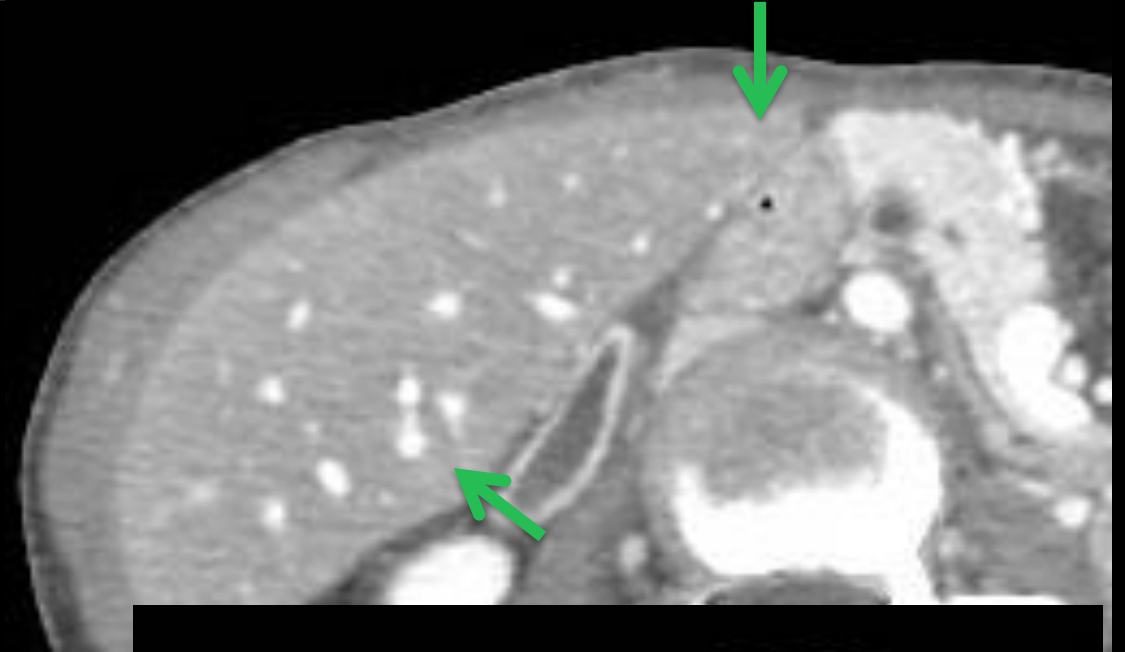
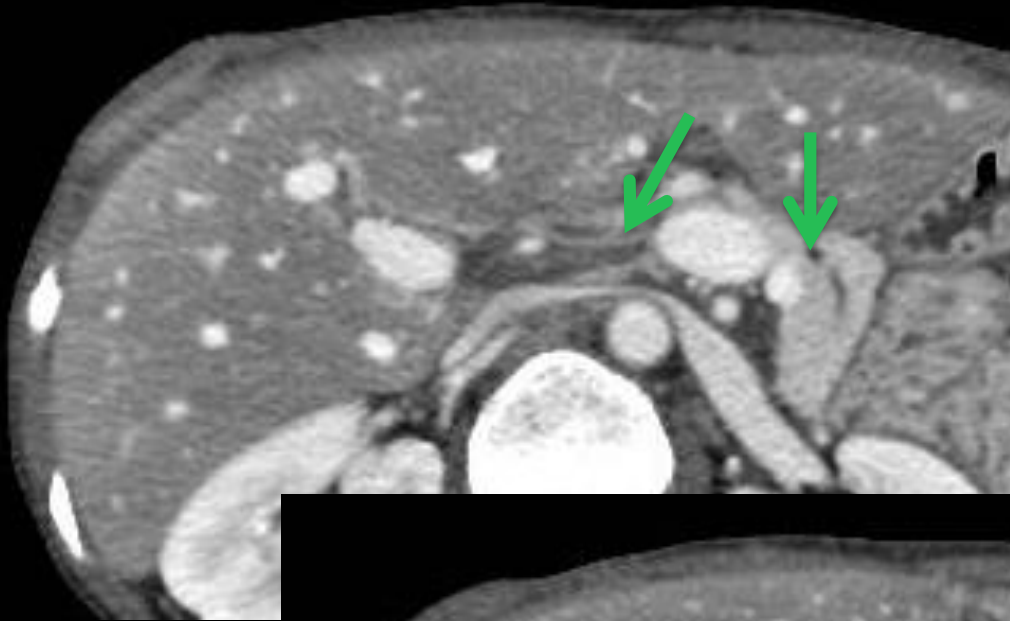
+ J10



Apparition d'une dilatation
de la voie biliaire principale
et des voies biliaires intra-
hépatiques :
sténose du bas cholédoque ?



TDM réalisée 10 jours plus tôt, pour le même motif ...



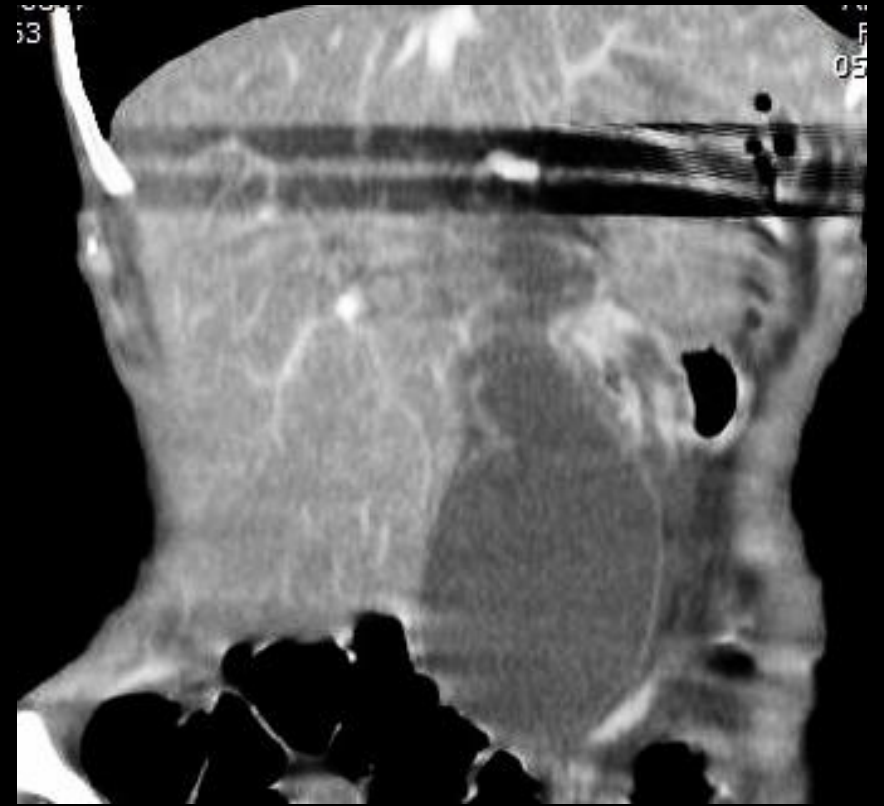
Epaississement et prise de contraste des voies biliaires intra- et extra-hépatiques

entérite aiguë



rehaussement capillaire

oedème sous muqueux ciconférentiel surajouté



cryptosporidiose

Confirmée par l'examen
parasitologique des selles



Entérite aiguë infectieuse chez un patient immuno-déprimé au stade SIDA

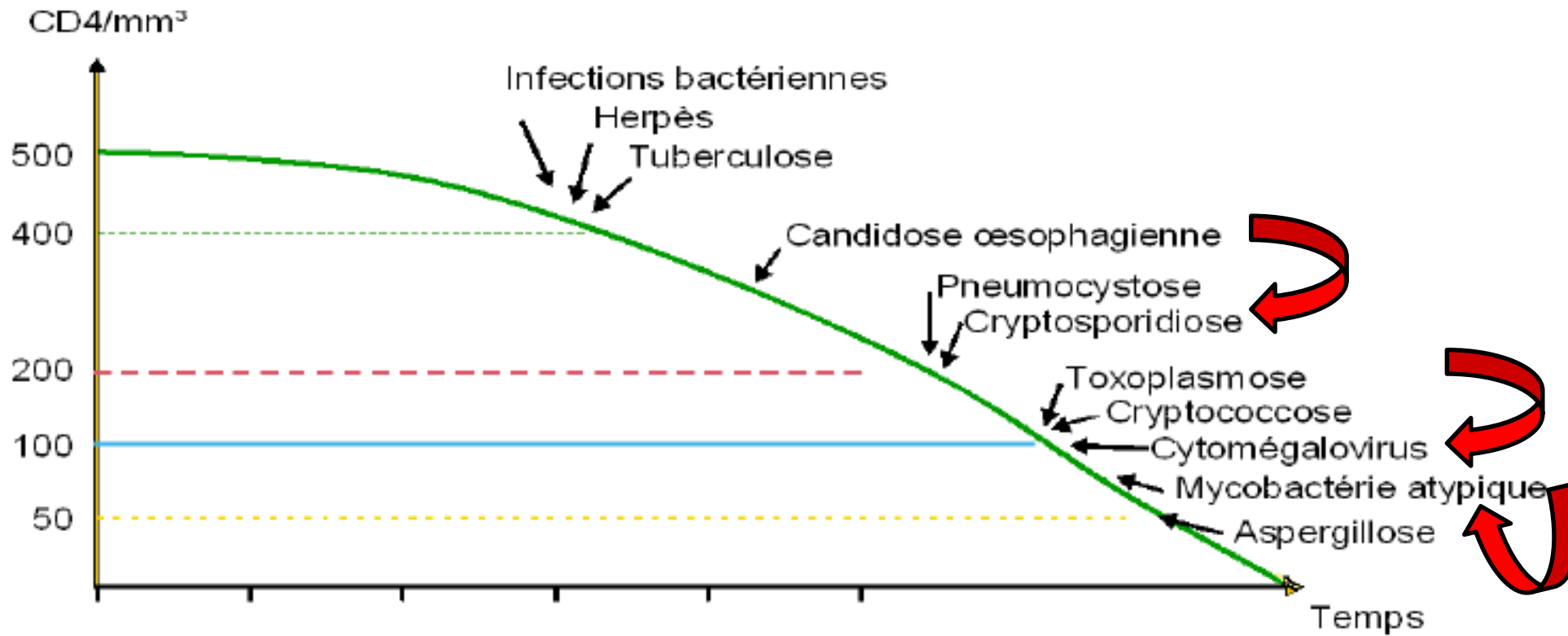
Diarrhée aiguë fébrile

Douleurs abdominale+/- FID pseudo-
appendiculaire

Retentissement sur l'état général

Diagnostic étiologique dépend du degré
d'immunodépression (lymphocytes CD4)

Survenue des infections opportunistes en fonction du taux de CD4



Girard PM et al. In Doin SIDA 1996

les atteintes infectieuses aiguës du tube digestif chez les sujets VIH+.

La localisation des lésions apporte une orientation étiologique :

- Jejunité ou iléite diffuse : mycobactéries atypiques (MAI)
- Atteinte proximale : duodénum, jéjunum, grêle haut : cryptosporidiose
- Caeco-ascendant, pancolite : CMV
- Iléon terminal, colon ascendant : tuberculose, histoplasmosse

Chez les patients immunodéprimés

Evolution ++ prolongée et/ou agressive

=> Imagerie : recherche d'une complication aiguë (perforation) ou éliminer une atteinte inflammatoire chronique

Cryptosporidiose

Protozoose due à une coccidie de petite taille, *Cryptosporidium* spp, qui se développe dans les cellules épithéliales de l'intestin de l'homme et d'une grande variété d'animaux.

Taux d'infection : 0,6 - 2% /pays industrialisés et 4%-32% / PVD.

Tous les âges de la population, cosmopolite , sous forme sporadique ou épidémique (réservoir d'eau de consommation, piscines, interhumaine directe, animaux infectés...).

C. hominis (homme uniquement) et *C. Parvum* (hommes+bovins,ovins)

Chez l'immunocompétent: asymptomatique ou gastro-entérite banale

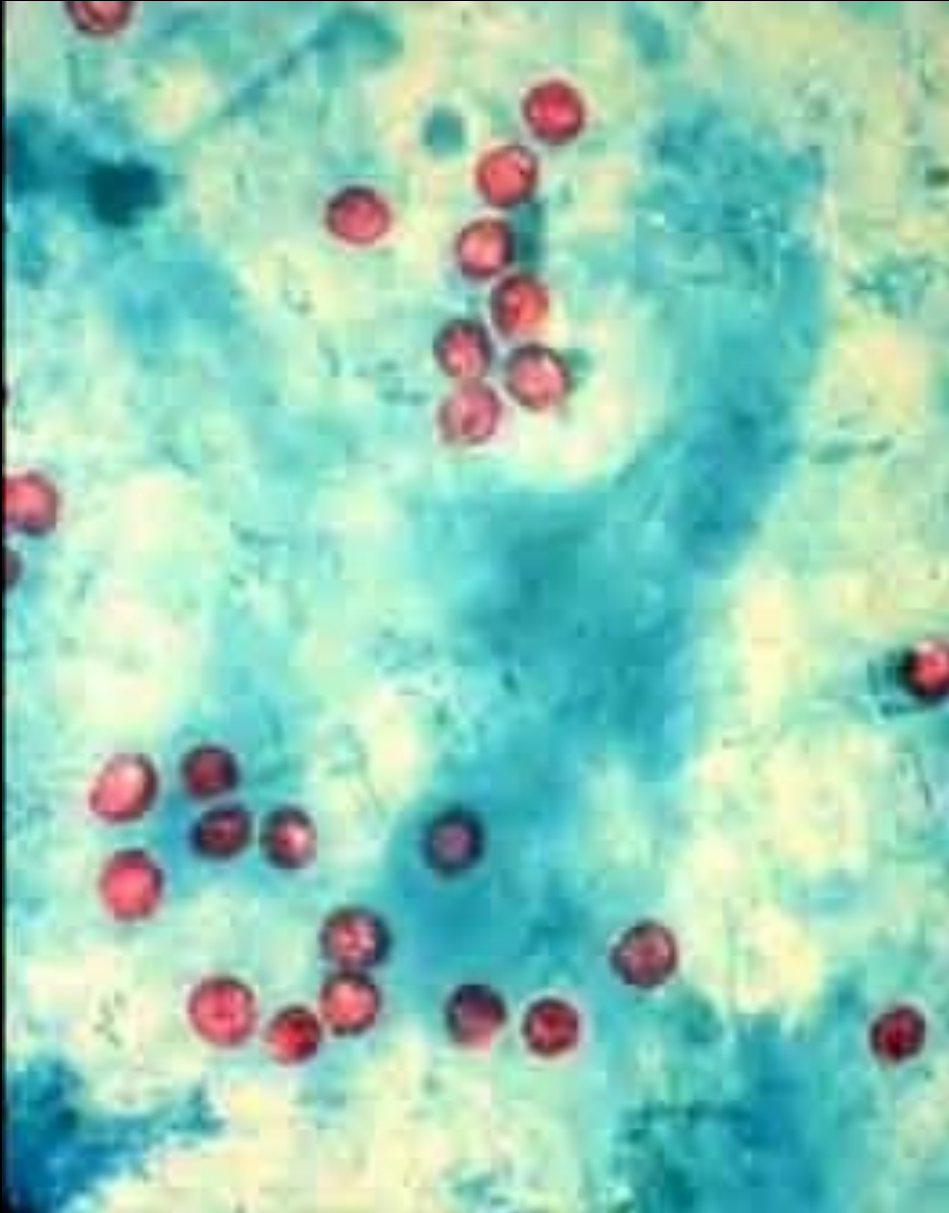
Chez l'ID : diarrhées fébriles sévères parfois cholériformes, pouvant nécessiter plusieurs mois de nutrition par perfusion.

Diagnostic : mise en évidence du parasite dans les selles ou biopsies intestinales.

Aucun traitement à visée curative n'est totalement efficace.

La **prévention** consiste à réduire le risque de contamination par des oocystes, en respectant les règles d'hygiène alimentaire et en évitant l'ingestion d'eau ou d'aliments pouvant être souillés par des matières fécales. (+++)

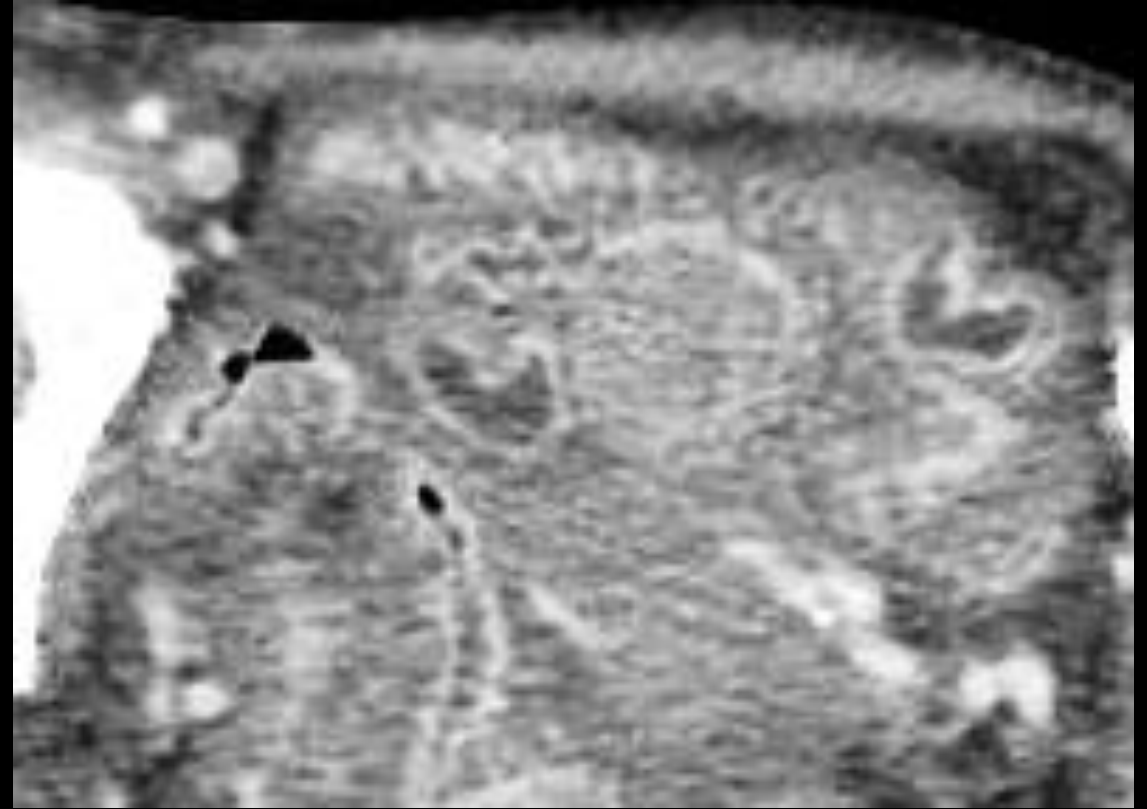
Mise en jeu du pronostic vital chez l'ID / bénigne chez l'IC.



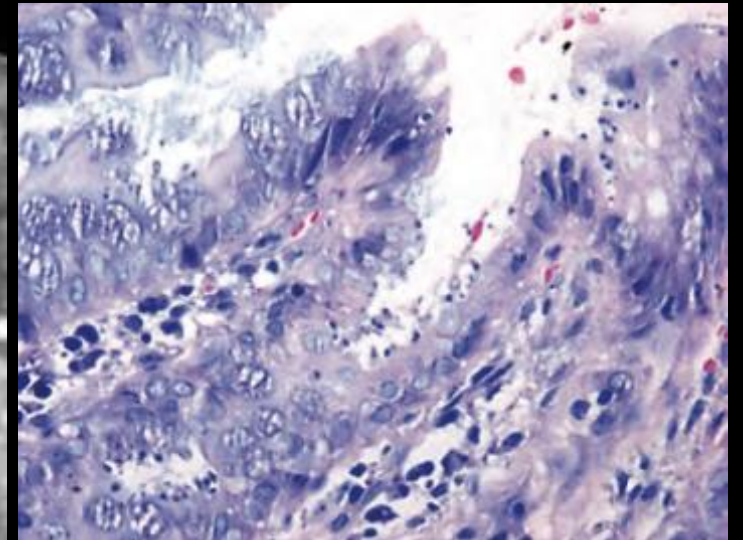
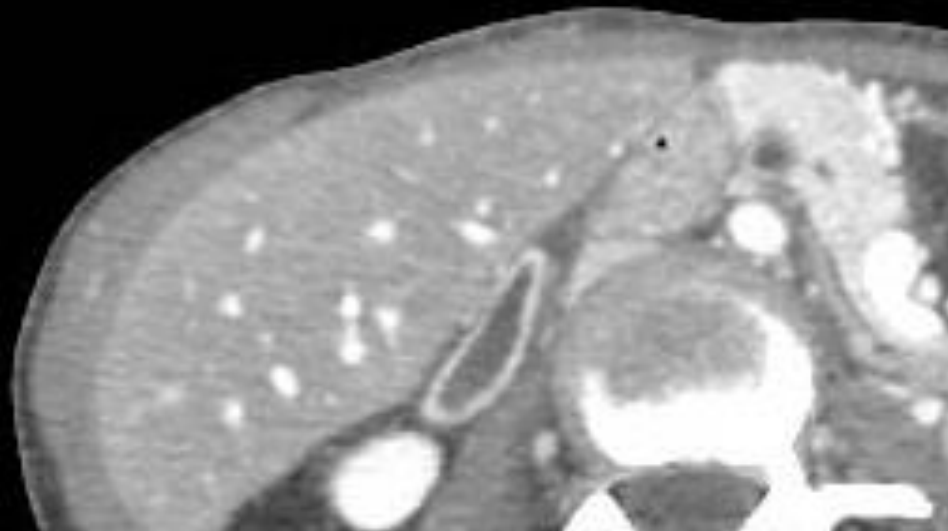
cryptosporidiose

Le parasite décrit un cycle asexué à l'intérieur de la cellule intestinale, puis un cycle sexué aboutissant à la libération d'oocystes infectieux. L'homme se contamine par ingestion de ces oocystes.

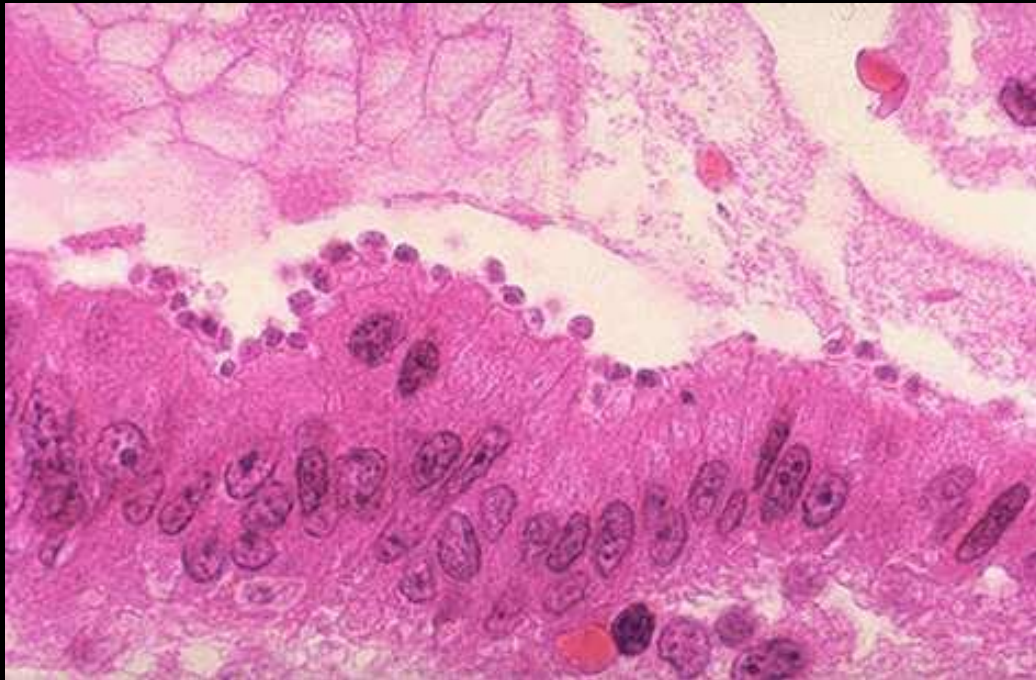
L'ensemble du tube digestif peut être infecté mais l'atteinte intestinale est plus fréquente que celle de l'œsophage ou de l'estomac. Les voies biliaires intra- ou extra-hépatiques, le pancréas, et les voies respiratoires ou ORL peuvent être touchées.

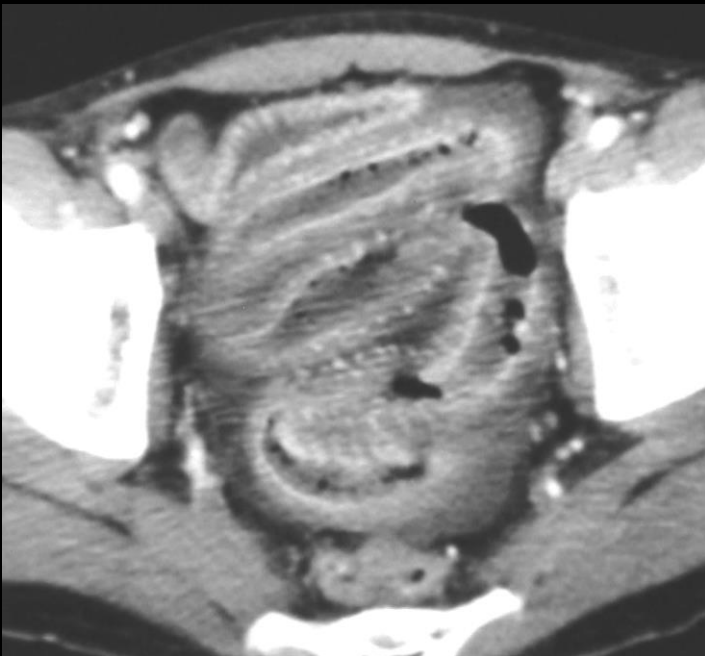
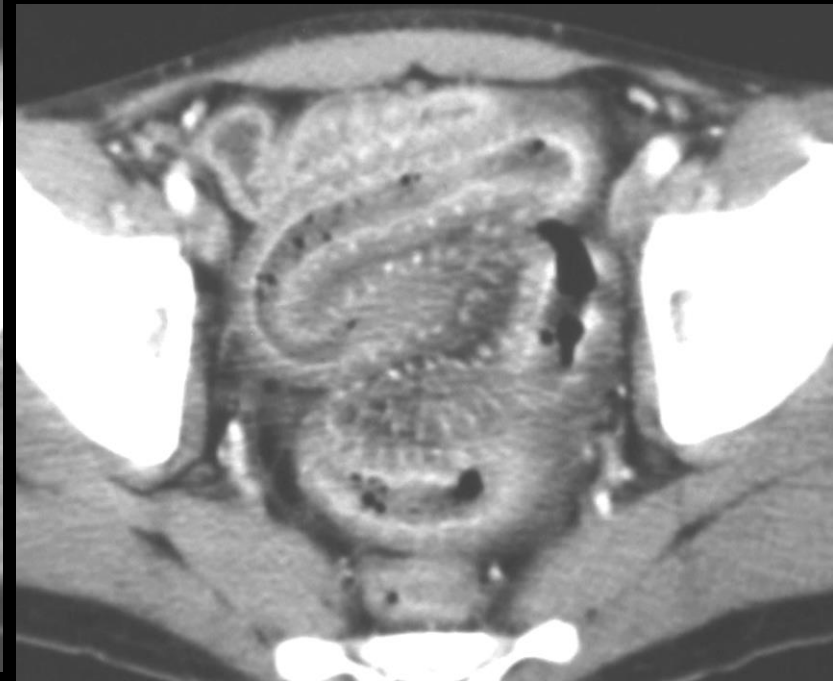
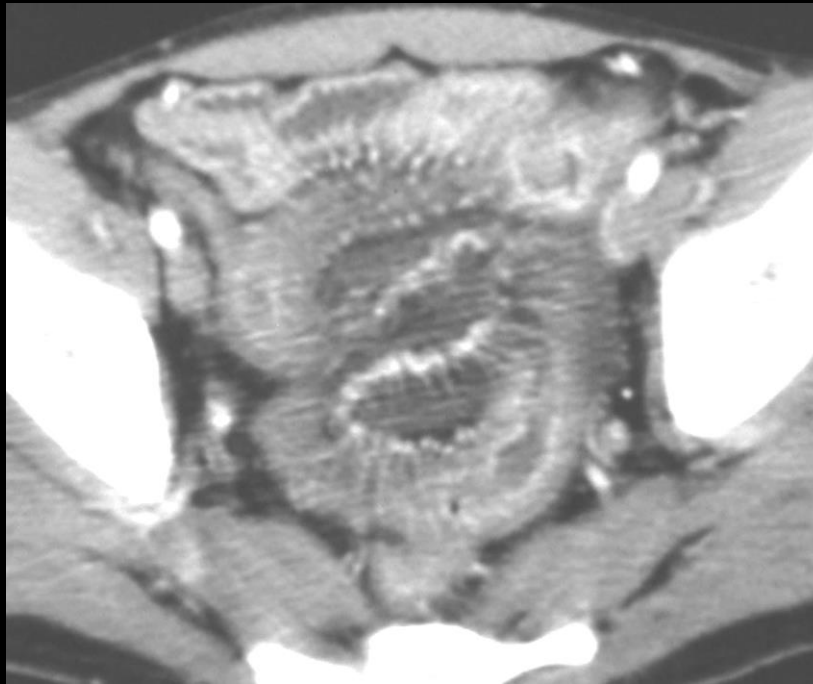


Cryptosporidiose



cryptosporidiose; cas compagnon





diarrhée cholériforme au cours d'un SIDA maladie CD4 effondrés
l'hypertrophie des valvules conniventes signant l'atteinte jéjunale
est un bon élément d'orientation diagnostique, tout comme l'atteinte
des voies biliaires

Cryptosporidiose

Infection à Mycobactéries atypiques (mycobactérium avium)

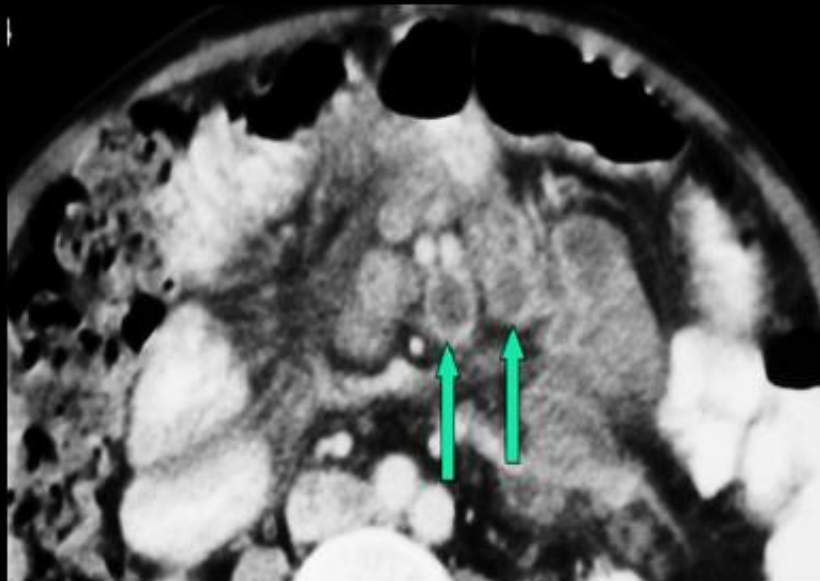
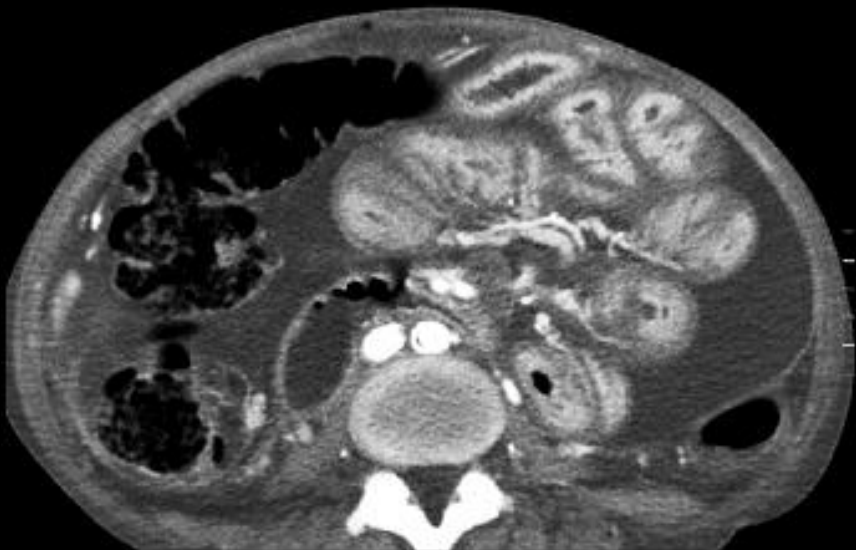
Devant un tableau clinico-radiologique de maladie de Whipple

Chez un patient séropositif au VIH -> penser aux MAI en 1^{ère} hypothèse ++

En comparaison des autres infections, s'ajoutent volontiers :

Splénomégalie

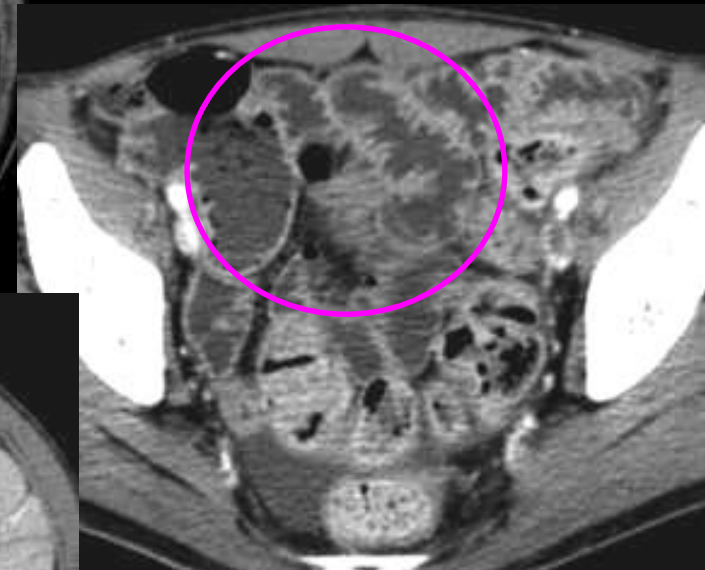
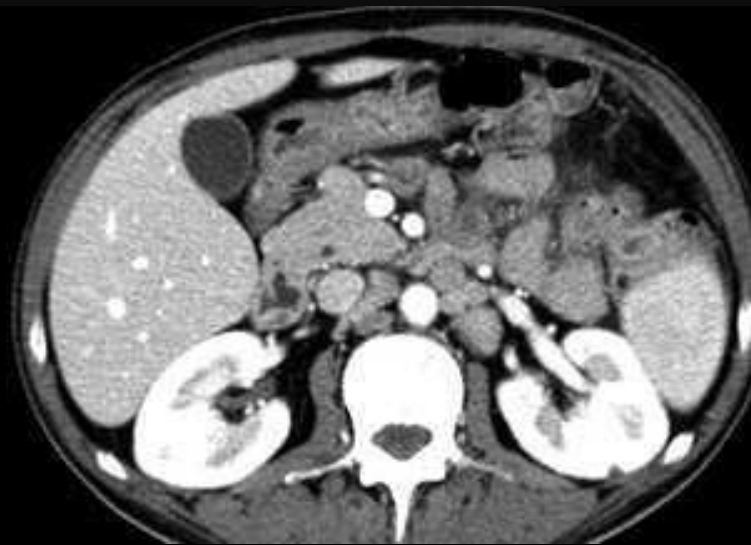
Adénomégalies mésentériques et rétro-péritonéale à centre lipidique hypodense



"pseudo-Whipple"

résidus bactériens
lipidiques intra et extra
macrophagiques PAS +
drainés par les
lymphatiques péritonéaux

homme 38 ans ,**HIV+** , fièvre et douleurs abdominales ,baisse de l'état général,
CD4<50/mm³



11 01 2008

adénopathies
mésentériques à
centre hypodense
(après contraste)
adénopathies
rétropéritonéales
épaississement des
valvules conniventes
jéjunales
épanchement
péritonéal liquide



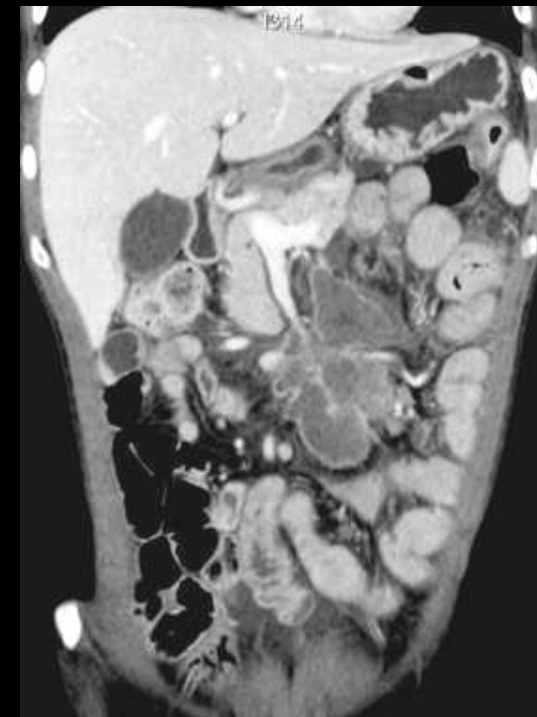
11 01 2008



04 07 2008



17 03 2009

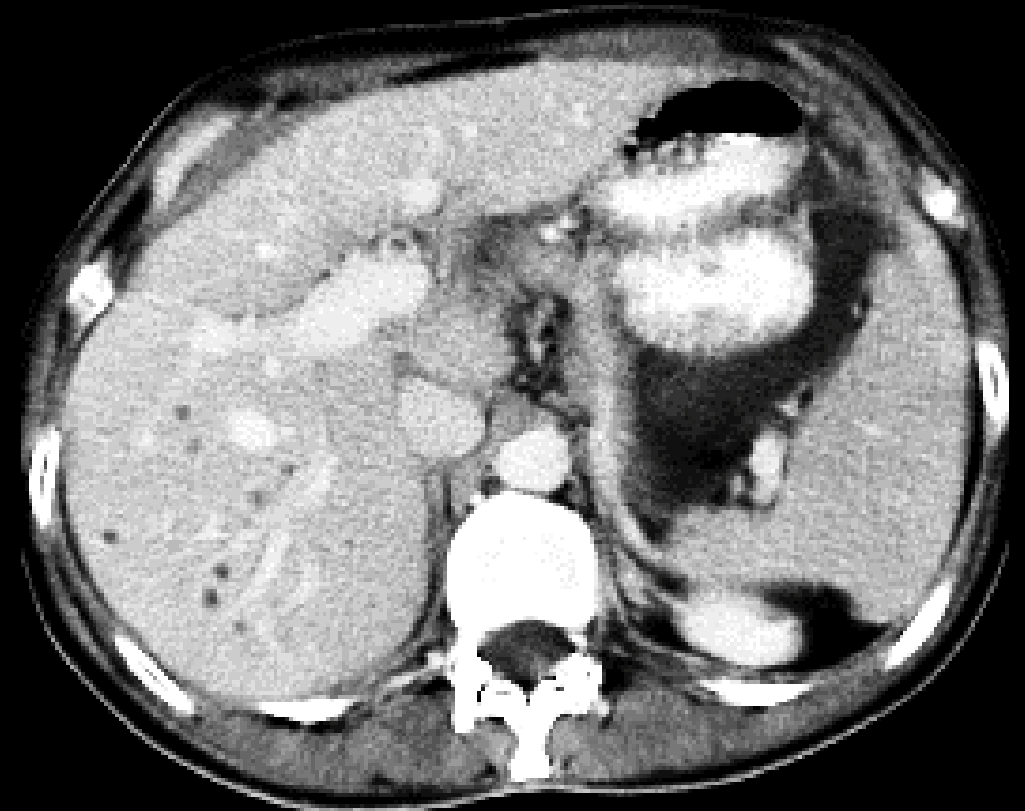
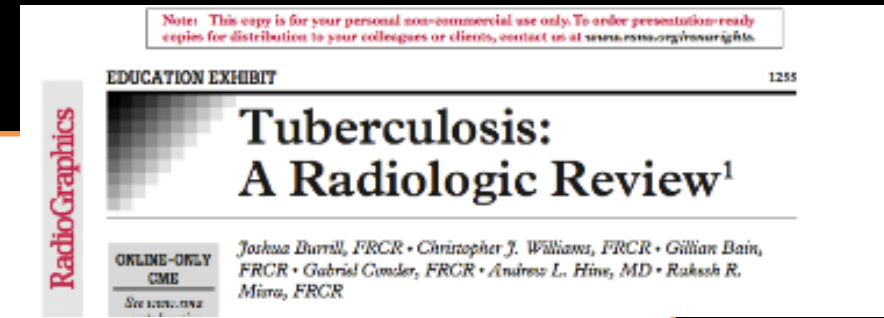


entérite à mycobactéries atypiques (MAC)

évolution vers l'hypodensité lipidique pseudo-
liquidienne des adénopathies CD 4 < 50/mm³

Tuberculose et histoplasmosse

Epaississement pariétal concentrique et régulier du grêle distal
Infiltration du mésentère adjacent, ascite inflammatoire
Adénomégalies mésentériques et rétro-péritonéales hypodenses
Nodules focaux infectieux hépatiques, spléniques, surrénaliens



Diarrhée chez le patient au stade SIDA

Plainte fréquente (50 à 90%) +++

Les causes infectieuses sont multiples :

bactéries (Shigella, Salmonella, Escherichia coli, Campylobacter, Mycobacterium avium intracellulare, Clostridium difficile, autres),

parasites (Giardia lamblia, Cryptosporidium, Microsporidium, Isospora belli, Entamoeba histolytica, autres),

virus (CMV, HSV, VIH, autres) et

mycoses (Histoplasma capsulatum, C neoformans, autres).

Dans 20 à 30% des cas, il n'y a pas d'agent pathogène détectable.

Diarrhée chez le patient au stade SIDA

Les inhibiteurs de protéases, tout particulièrement le Nelfinavir et le Ritonavir, peuvent être en cause.

Au stade terminal du SIDA, le CMV et le MAI (*Mycobacterium avium intracellulare*) sont les plus fréquents. Leur diagnostic nécessite des biopsies.



Cholangiopathie + entérite opportuniste = cryptosporidiose ou CMV

```
graph TD; A[Cholangiopathie + entérite opportuniste = cryptosporidiose ou CMV] --> B[Cryptosporidiose]; A --> C[CMV];
```

Cryptosporidiose

Epaississement pariétal modéré et régulier
grêlique. Hypertrophie des valvules
conniventes qui n'existent que dans le jejunum !

Possible dilatation des voies biliaires par
sténose du bas cholédoque

CMV

Aspect régulier et marqué de
l'épaississement pariétal **colique**
Pas d'adénomégalies

Cholangites infectieuses chez les sujets VIH +

Patients immunodéprimés

Germes opportunistes:

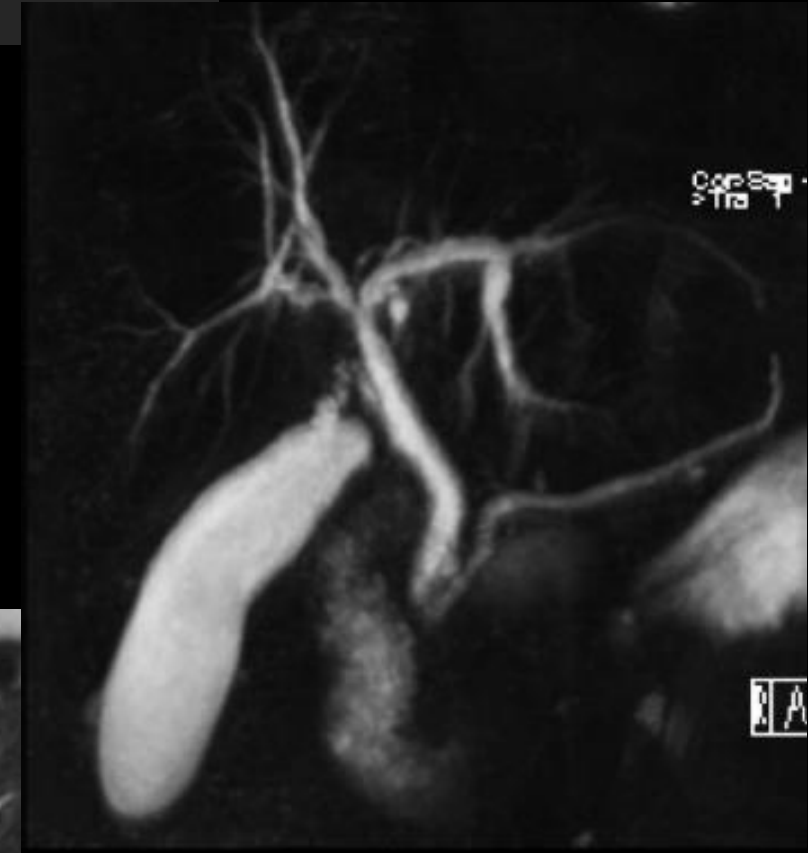
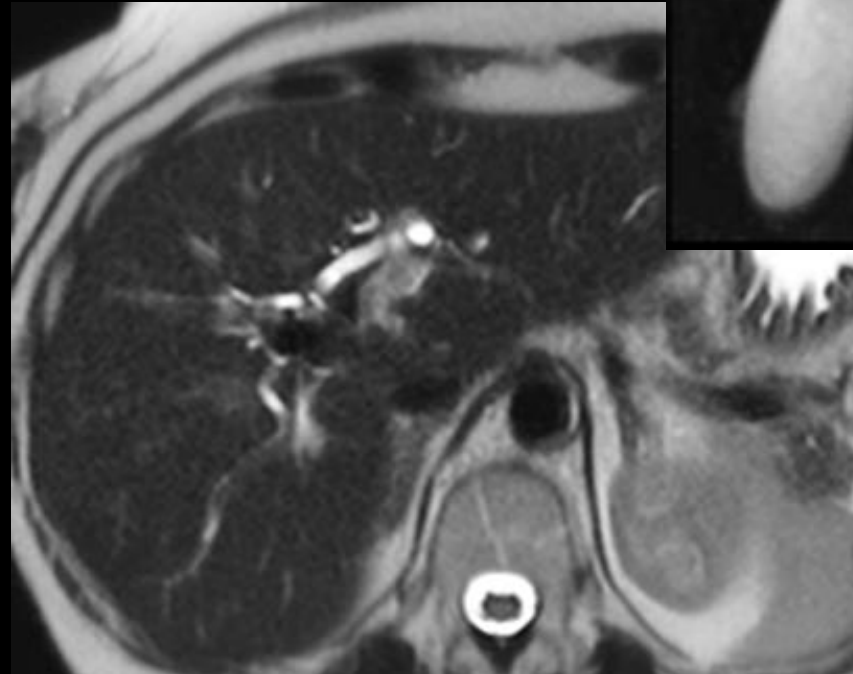
cytomégalovirus,

cryptosporidium

Cholangite due au VIH

Diminution de la fréquence des
cholangites depuis la trithérapie

Atteinte des voies biliaires intra-
hépatiques diffuse, **sténose de la
papille** fréquente entraînant une
dilatation de la VBP



"Take Home Messages"

Entérite aiguë infectieuse chez le patient ID au stade SIDA

La localisation des lésions apporte une orientation étiologique :

- Jejunum ou iléite diffuse : mycobactéries atypiques (MAI)
- Atteinte proximale : duodénum, jéjunum, grêle haut : cryptosporidiose
- Caeco-ascendant, pancolite : CMV
- Iléon terminal, colon ascendant : tuberculose, histoplasmosse

Chez les patients immunodéprimés

Evolution ++ prolongée et/ou agressive

⇒ Imagerie :

.recherche d'une complication aiguë (perforation) ou

.éliminer une atteinte inflammatoire chronique

Cholangiopathie + entérite opportuniste = cryptosporidiose ou CMV