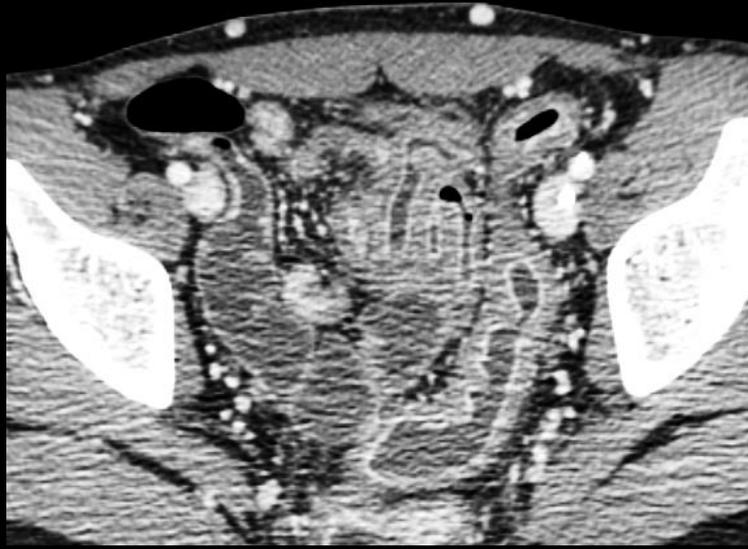


homme, 22 ans ; 2 semaines après allogreffe de moelle osseuse pour LMNH

Diarrhée aiguë sanglante avec douleurs abdominales aiguës;

Un scanner est pratiqué, qui montre les images suivantes. Quels sont les items significatifs à retenir pour le diagnostic étiologique





épaississement diffus et régulier des parois du grêle et du colon avec liseré de prise de contraste au niveau du complexe capillaire muco-sous muqueux . Raccourcissement du grêle entraînant une juxtaposition des vaisseaux droits dilatés(signe du peigne)

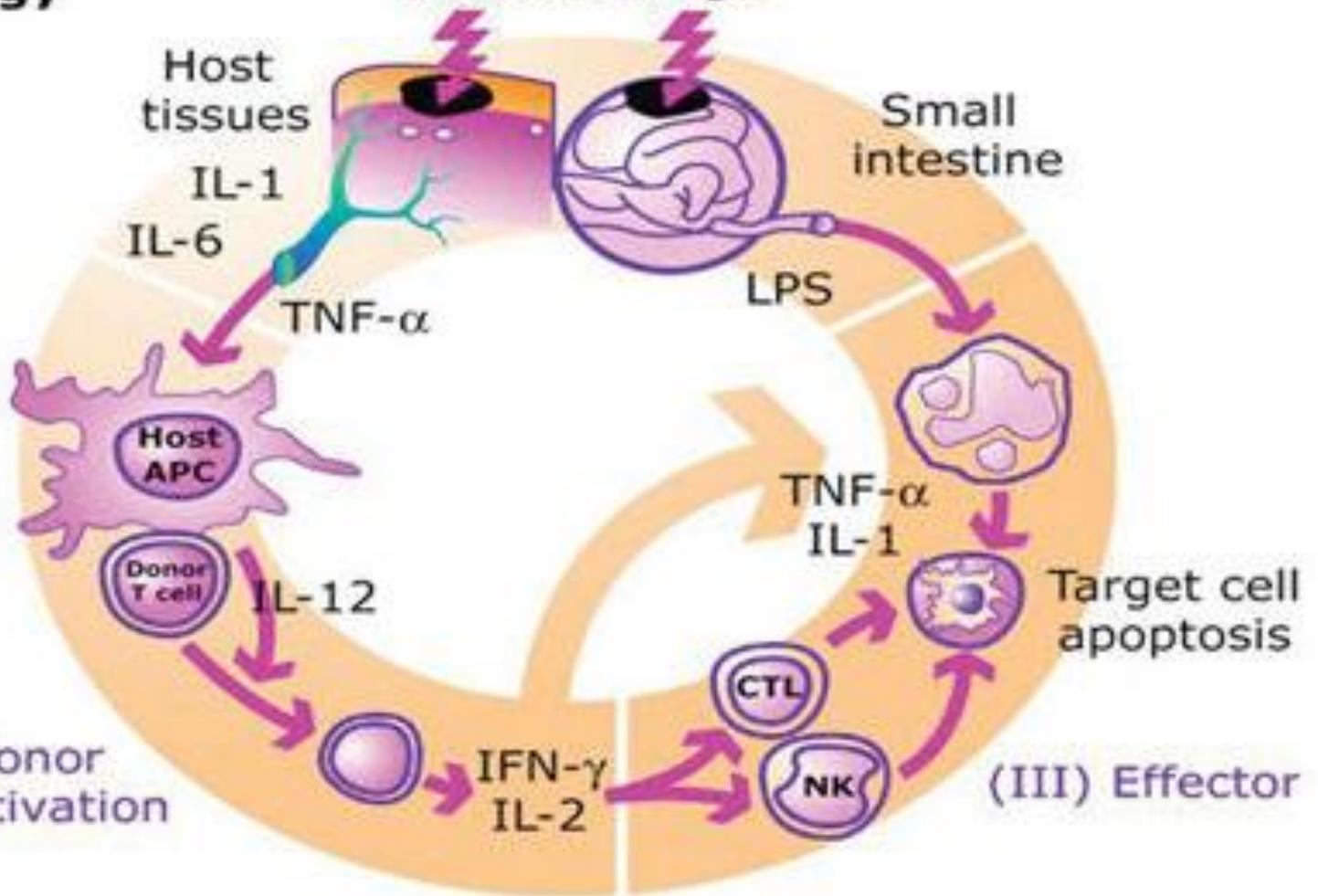
l'ensemble traduit une **atteinte aiguë** (entérite) obéissant à la **règle des 4 i** : inflammation, infection, ischémie, infiltration



les reformations multiplanaires objectivent l'aspect colitique du colon gauche et du recto-sigmoïde qui sont tubulisés et raccourcis, comme dans une MICI en poussée

GVHD pathology

(I) Recipient conditioning tissue damage



GVH (Graft Versus Host)

Maladie du greffon contre l'hôte :

Liée à la reconnaissance d'Ag mineurs d'histocompatibilité du receveur par les lymphocytes T du donneur

Greffe de moelle allogénique

Transplantation d'organe

Transfusion de produits sanguins non irradiés chez un immunodéprimé

3 conditions nécessaires

- une différence d'histocompatibilité entre donneur et receveur ;
- la présence de cellules immunocompétentes dans le greffon capables de réagir contre les antigènes de l'hôte
- une impossibilité du receveur de rejeter la greffe.

GVH aiguë

- 2 à 5 semaines post-greffe
- Fréquence: 25 à 75%
- les lymphocytes T du donneur entraînent une destruction de l'épithélium des organes du receveur

3 organes cibles



TUBE DIGESTIF

Diarrhée aigue

Vomissements

Hémorragies digestives

PEAU

Erythème

Eruption maculo
papuleuse

Lyell

FOIE

Cholestase

IHC par nécrose
hépatocytaire



Plus rarement
syndrome de fuite
capillaire

GVH aiguë en 4 stades cliniques

| STADE | Peau | Foie | Intestin |
|----------|--|-------------------------|--|
| 1 | Éruption maculopapuleuse ≤ 25 % surface corporelle | Bilirubine 2-3 mg/dl | Diarrhée > 500 ml/jour ou nausée, ou vomissement. |
| 2 | Éruption maculopapuleuse entre 25 % à 50 % | Bilirubine 3,1-6 mg/dl | Diarrhée > 1000 ml/jour |
| 3 | Éruption maculopapuleuse ≥ de 50 % | Bilirubine 6,1-15 mg/dl | Diarrhée > 1500 ml/jour |
| 4 | Erythrodermie généralisée | Bilirubine >15 mg/dl | Diarrhée > 1500 ml/jour + douleurs abdominales +/- iléus |

Pronostic: mortalité de 90% si stade 4

*Glucksberg H et al, Transplantation 1974;18:295
Armitage JO,NEJM 1994; 330 : 827-838*

GVH chronique

- Survenue **au moins 100 jours après la greffe**
- Précédée d'une GVH aiguë ou de novo
- Tableau clinique polymorphe:
 - type auto-immun: **Lupus, Sclérodémie, Sjögren**
 - **pneumonie organisée (ex BOOP)**
 - **syndrome de malabsorption**

GVH aiguë

Histologie:

- destruction sélective des **cellules épithéliales**
- remplacées par un infiltrat lymphoïde.

Worawattanakul S, and all Magn Reson Imaging 1996

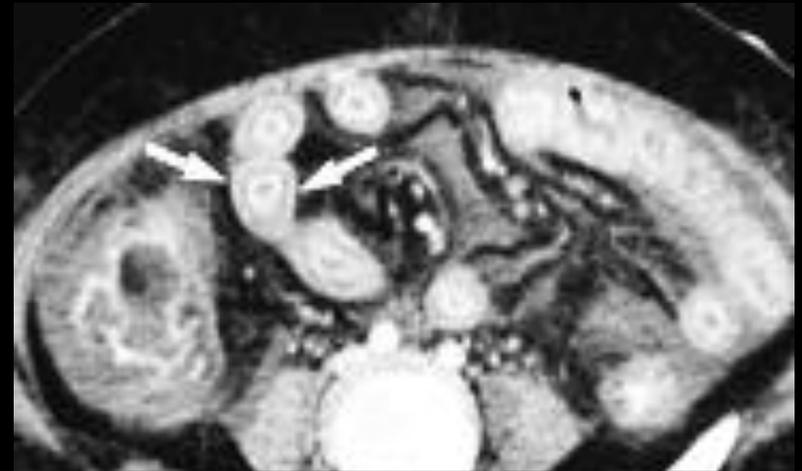
- Oedème de la sous-muqueuse

Imagerie

Associe de façon variable:

- épaissement pariétal circonférentiel
- rehaussement anormal de la paroi intestinale
- distension liquidienne des anses intestinales
- l'atteinte touche à la fois le grêle et le colon plus rarement l'œsophage et l'estomac.

- Epaississement pariétal 100%
discontinu dans 41%
- Grêle 100% ; colique 59%
- engorgement vx mésentériques 91%
- Infiltration graisse mésentérique 71%
- Œdème de la paroi vésiculaire



Série de 22 patients



CT Features with Pathologic Correlation of Acute Gastrointestinal Graft-Versus-Host Disease After Bone Marrow Transplantation in Adults

Babak N. Kalantari¹
Koenraad J. Mortelé¹

OBJECTIVE. This study was conducted to describe the CT features of acute gastrointestinal graft-versus-host disease in adults and to correlate these findings with the pathologic

Diagnostic différentiel

- Entérocolites infectieuses
- Colite neutropénique

Traitement

Préventif:

- Traitement immunosuppresseur en post-greffe:
- Irradiation des produits de transfusion

Curatif (si grade >I):

- **Corticothérapie**
- Si échec: Sérum anti-lymphocytaire ou **Ac monoclonaux anti-Réc IL2**