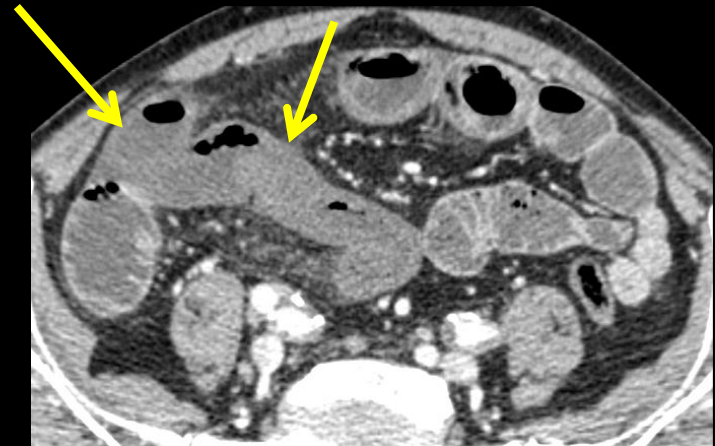
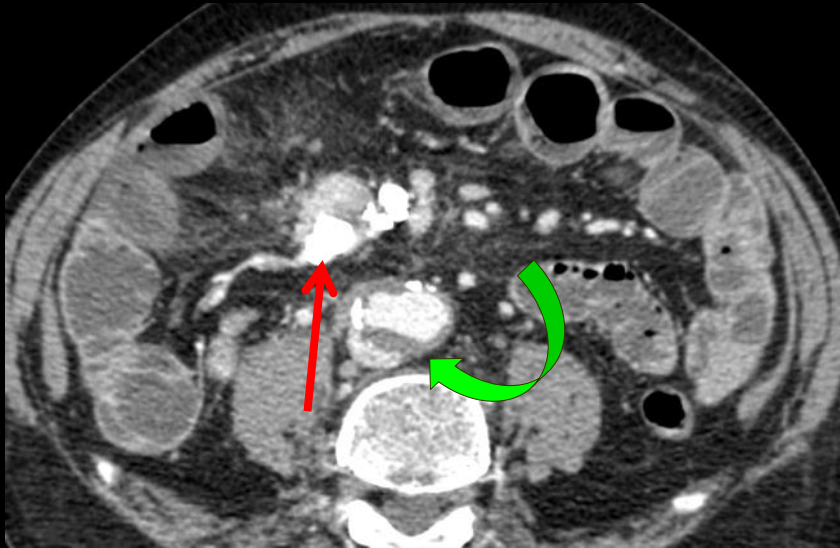
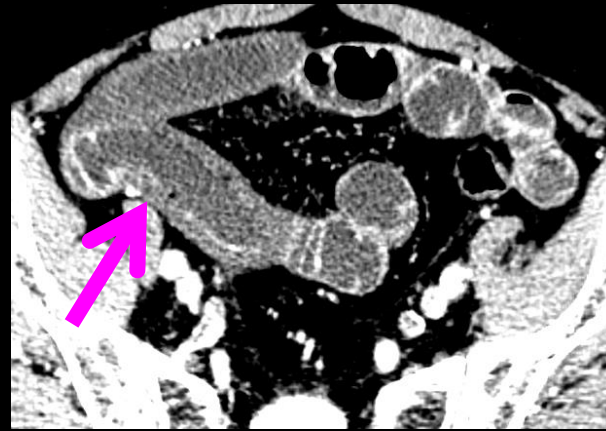
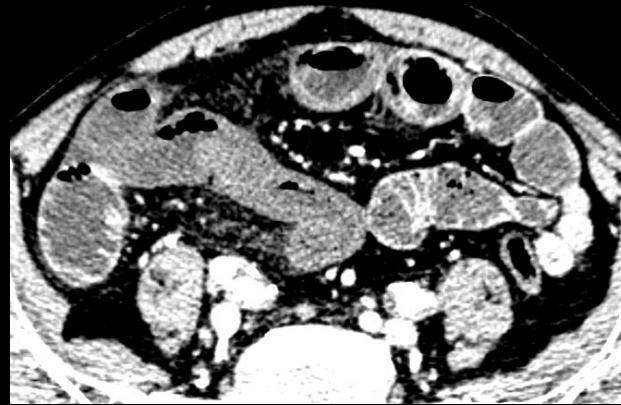
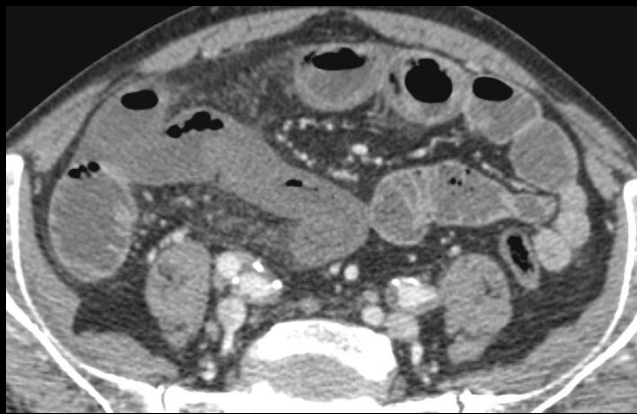


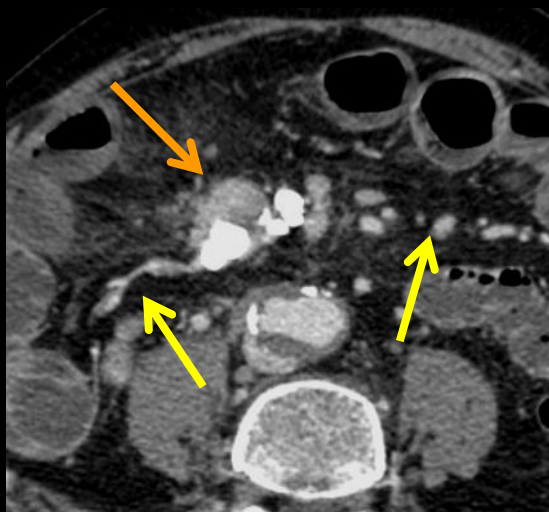
Patient de 76 ans , douleurs abdominales de révélation brutale .Le scanner est rapidement réalisé .Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir pour le diagnostic



- présence de calcifications volumineuses du mésentère : adénopathies ?
- athérome calcifié aorto-iliaque ; anévrysme de l'aorte abdominale sous rénale
- net défaut de rehaussement des parois des anses grêles du flanc et de la fosse iliaque droite



n'oubliez pas de pincer les fenêtres de visualisation pour mettre en évidence les défauts de rehaussement localisés ou étendus des réseaux capillaires pariétaux (du complexe muco-sous muqueux surtout)

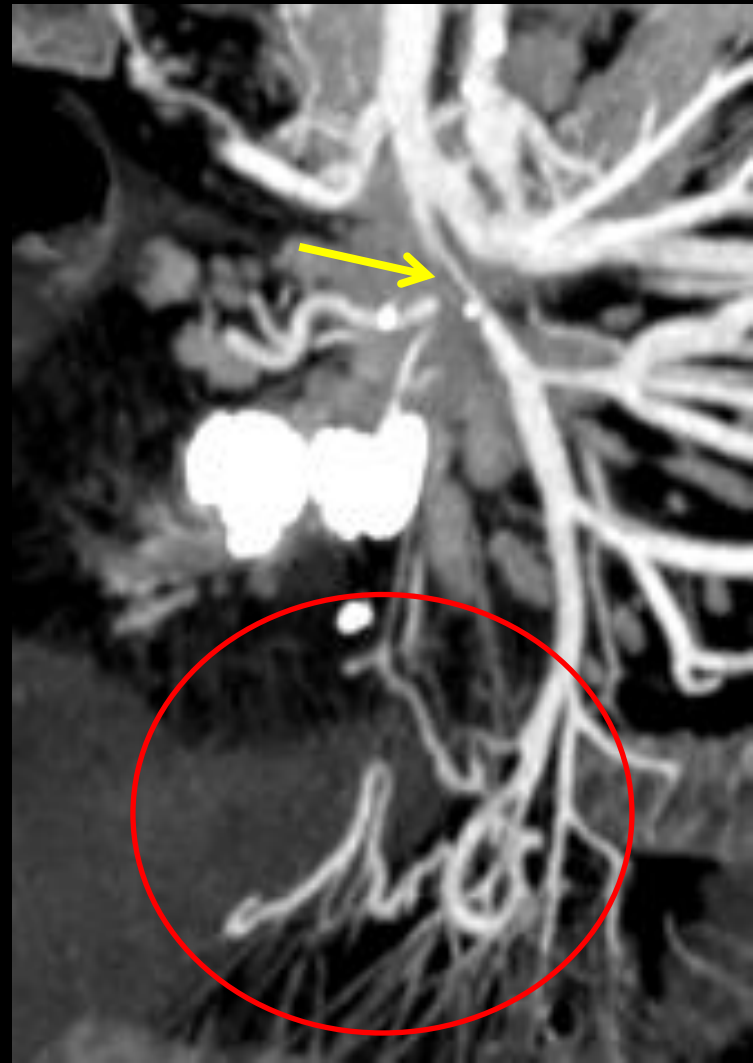


vous avez bien sur vu les deux éléments qui font le diagnostic :

-il ya un nodule polylobé et hypervascularisé accolé à la calcification

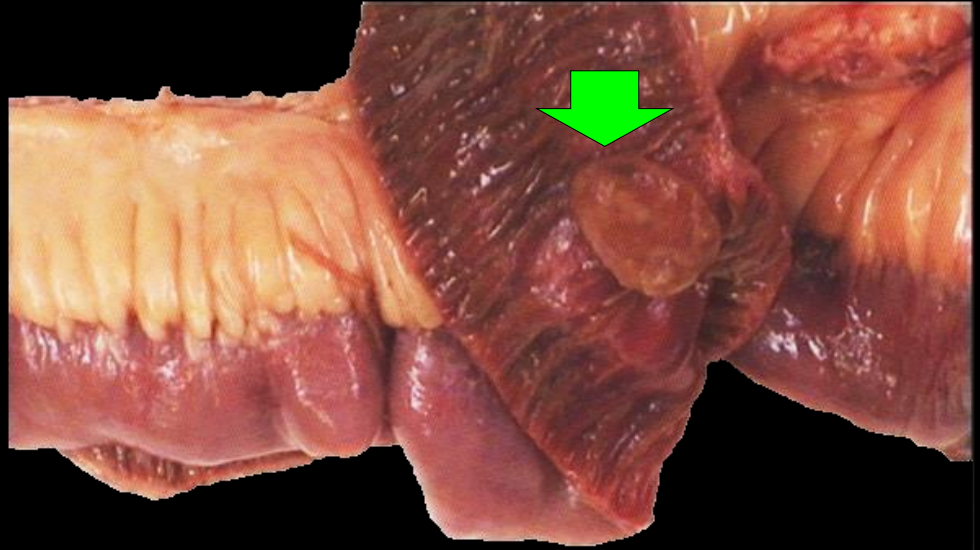
-les vaisseaux sont moniliformes (en chapelet)

il s'agit donc d'une **ischémie aiguë avec nécrose transmurale révélatrice** d'une **tumeur carcinoïde iléale**



les anomalies vasculaires ;

- sténose allongée sur les 5 premiers cm du tronc de l'AMS
- thromboses segmentaires et hypertrophie vicariante des arcades anastomotiques de l'iléon sont bien visibles sur les reformations

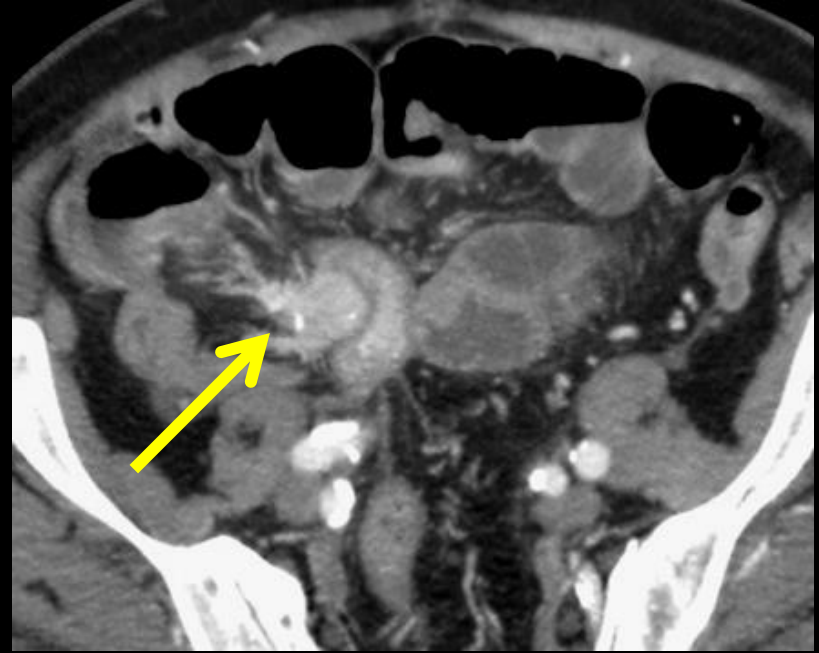


l'absence de rehaussement des parois des anses iléales du flanc droit ,en regard de la masse mésentérique hypervasculaire et massivement calcifiée , contraste avec le rehaussement pariétal normal des anses jéjunales (facilement identifiables grâce aux valvules conniventes)

la pièce opératoire montre le nodule sessile correspondant à la tumeur carcinoïde et les signes d'ischémie de la paroi intestinale

les carcinoïdes iléales et leurs complications vasculaires

- Développées à partir des cellules entérochromaffines
- Sécrétion de polypeptides (**Sérotonine+++**)
- Localisation iléale (20-30%): **deuxième localisation** après l'appendice
- Multicentrique dans 30% des cas
- Clinique**: douleurs abdominales, syndrome occlusif, rectorragies, syndrome carcinoïde (10%)
- Syndrome carcinoïde** : masse tumorale importante, métastases, sécrétion de sérotonine
 - Diarrhée
 - Flush
 - Cardiopathie (fibrose du myocarde, insuffisance cardiaque D à débit conservé)
 - Bronchospasme
 - Crise Aiguë* : flush, HTA rebelle ou hypoTA persistante, tachycardie.
- Biologie**: dosage sanguin de la sérotonine et dans les urines des 24 h de l'acide 5-hydroxy-indol-acétique (5-HIAA).



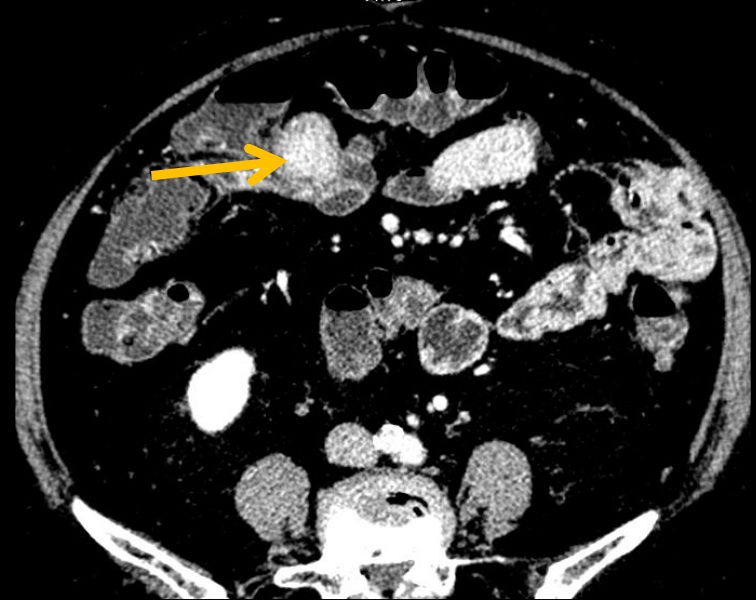
IMAGERIE

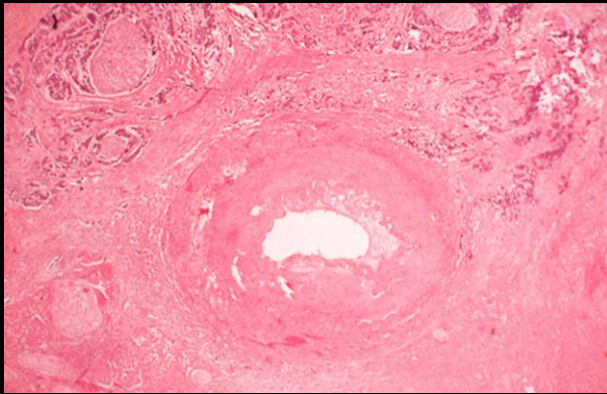
-Entéros scanner++

-Tumeur hypervasculaire sous-muqueuse
rehaussée précocément, de petite taille +++

-Masse mésentérique hypervasculaire, souvent
calcifiée, à contours le plus souvent spiculés

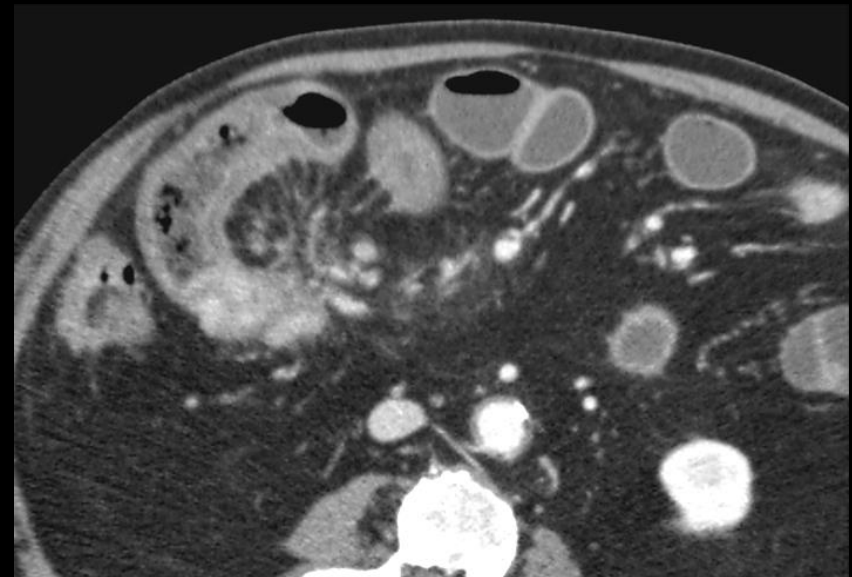
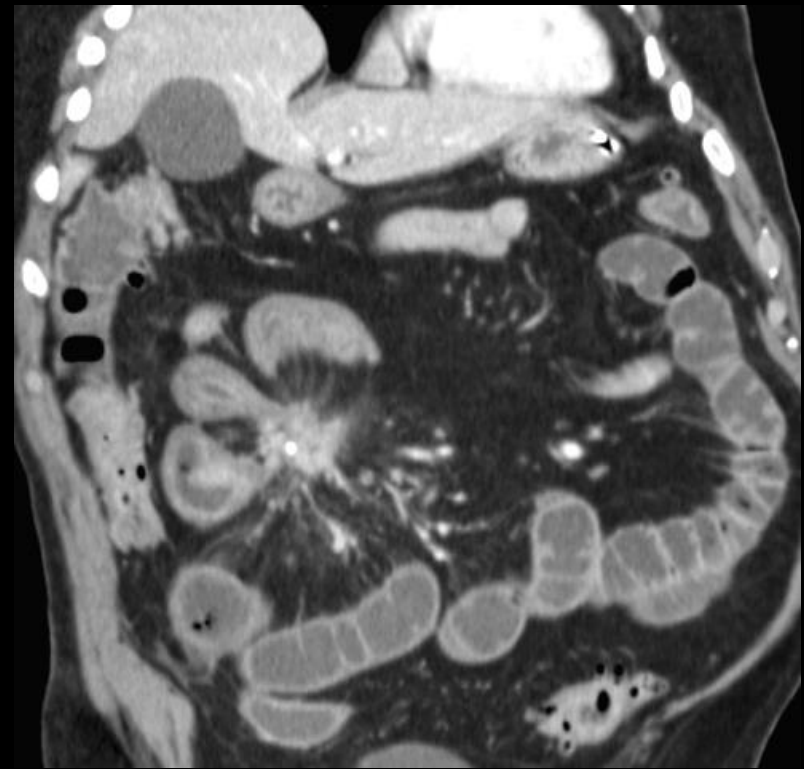
-La masse mésentérique est parfois le seul
élément décelable sur l'imagerie ; elle ne se
développe pas dans les ganglions mais correspond
à du tissu tumoral et une forte réaction collagène





fibrose massive
périvasculaire et
hypertrophie des
couches élastiques
périvasculaires

Caractéristique : **fibrose rétractile du
mésentère** ou "**mésentérite rétractile**" induite
par la **sérotonine** qui stimule la production de
fibres de collagène





hypertrophie majeure de la limitante élastique externe et à un moindre degré de la limitante élastique interne



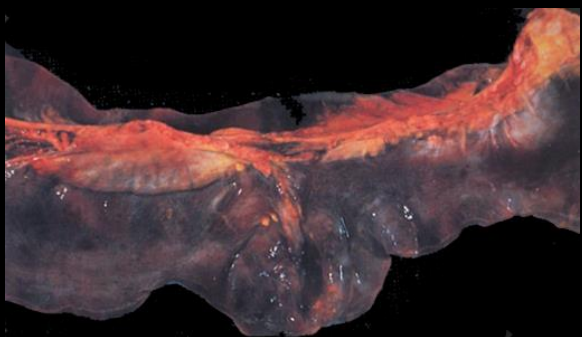
Harvey et Al.

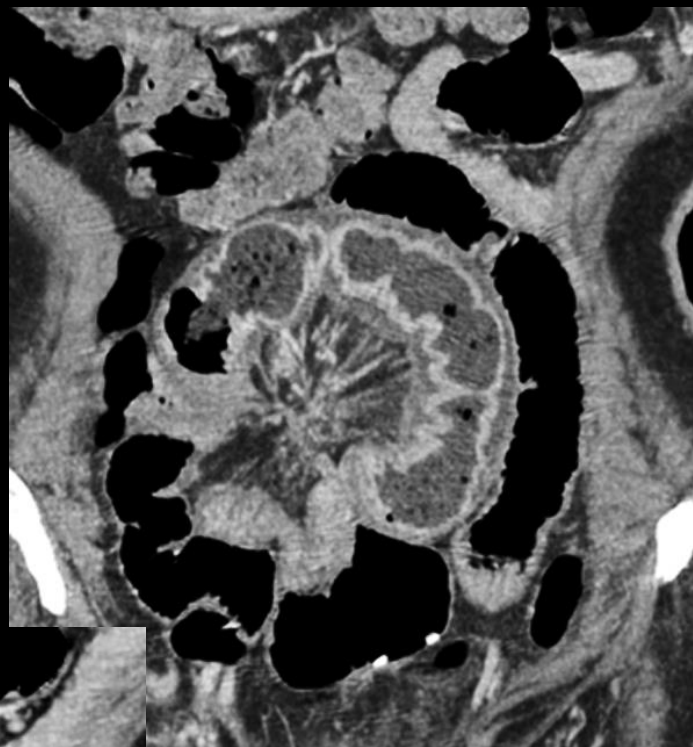
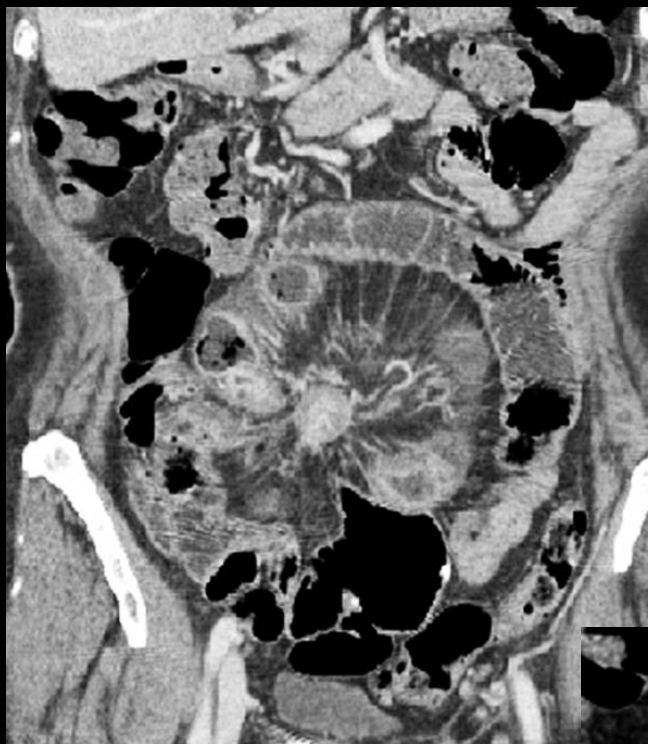
TUMEUR CARCINOÏDE ET ISCHEMIE

- mode de révélation rare des tumeurs carcinoïdes

- ischémie liée à la fibrose élastique des vaisseaux mésentériques(hyperélastogénèse sur les limitantes élastiques interne et externe), décrite pour la première fois par **Anthony et Drury en 1970**

- ischémie généralement subaiguë mais parfois infarctus transmural comme chez notre patient (rôle aggravant du terrain athéromateux?)





messages à retenir

- **toute masse du mésentère**, quelles que soient sa taille, sa forme, le type de ses contours (spiculés au polycycliques lisses +++) faire évoquer et rechercher les éléments cliniques et biologiques d'une tumeur carcinoïde de l'intestin.

ces masses mésentériques ne sont pas des adénopathies, ni des implants péritonéaux mais de véritables " métastases".

-du point de vue scanographique , toute suspicion clinique ou sur l'imagerie (sur les coupes avant injection par exemple) de tumeur carcinoïde impose la réalisation d'une acquisition au temps artériel différé (45 secondes après IV), seule phase au cours de laquelle peut être mise en évidence l'hyper vascularisation de la ou des tumeurs pariétales de l'intestin.

-les **signes indirects** sont importants pour le diagnostic par l'imagerie :

- . **altérations des parois vasculaires** artérielles (irrégularités de calibre variées, sténoses étagées moniliformes, thromboses avec développement de réseaux admirables artériels de suppléance). ces anomalies sont la conséquence de l'hyperélastogénèse au niveau des limitantes élastiques pariétales.

- . la **mésentérite rétractile** se traduit par la fixité et le raccourcissement des anses grêles. Elle accompagne la masse mésentérique, qui peut être calcifiée dans un cas sur trois et les remaniements morphologiques des vaisseaux.

- . les **métastases hépatiques** sont typiquement hypervasculaires mais peuvent se présenter sous des formes différentes notamment massivement kystisées. Elles sont en principe responsables du syndrome carcinoidien. On