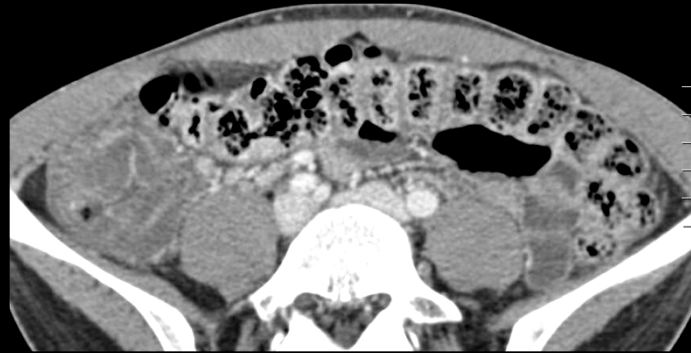
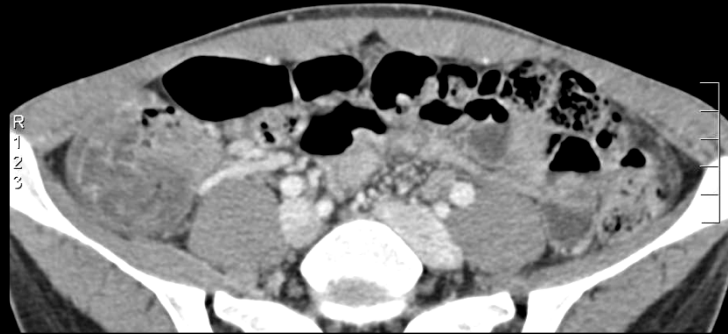
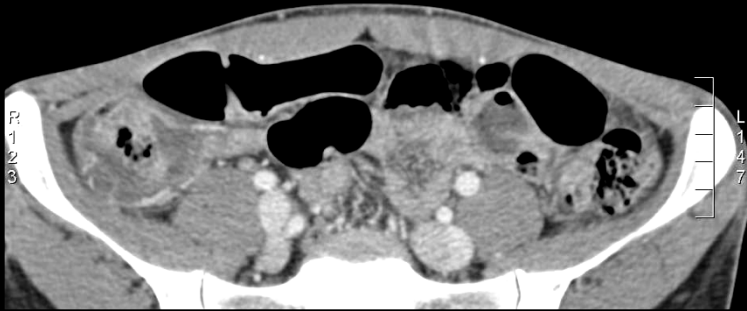


Jeune fille de 22 ans, consulte aux urgences devant des douleurs abdominales aiguës, en FID. . Vomissements, diarrhée. avec impériosités défécatoires .Pas de contracture, pas de défense. T° 37°5-38°.aucun antécédent digestif



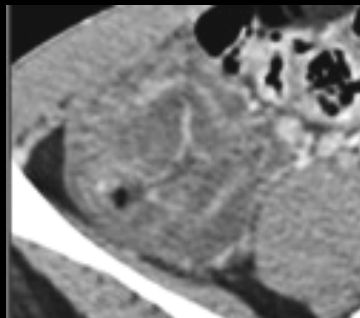
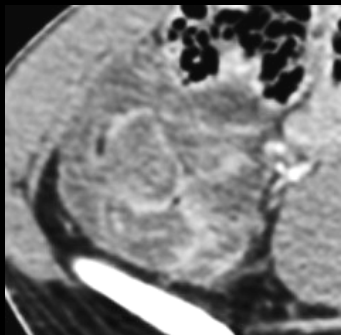
quels sont les éléments sémiologiques radiologiques à retenir et quelles sont les principales questions à poser à cette patiente



-présence d'un épaississement circonférentiel et nodulaire par un important œdème sous muqueux, particulièrement visible au niveau du caecum.

-devant un tel tableau aigu et de telles images on doit se poser la question d'une **origine infectieuse** (y a-t-il une **épidémie de "gastro-entérites"** en cours ?, y a-t-il eu une prise récente d'antibiotiques ?, Y a-t-il eu **ingestion récente de viande mal cuite** de type hamburger ? y a-t-il des manifestations analogues chez ceux ou celles avec lesquels elle a partagé ses repas récents)

il y a mieux à faire si l'on examine de près images du caeco-ascendant



si ces images vous évoquent une fleur et si vous êtes aussi romantique et imaginaire que Stefania Romano et coll. qui ont décrit ce signe, à quelle fleur pensez-vous



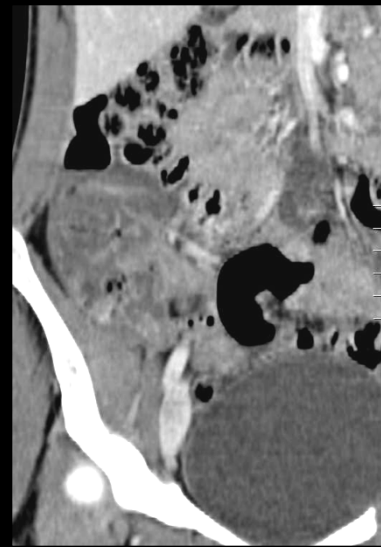
gagné ! Le **"signe de la petite rose"**, "little rose sign", décrit dans un article de Eur J. radiol.

2007,61:433-441, correspond à une **colite ischémique** et traduit le caractère nodulaire de l'épaississement oedémateux de la sous muqueuse associé à l'hyperdensité de la muqueuse qui correspond à l'infiltration hématique sur les coupes avant injection de produit de contraste et à la prise de contraste capillaire muco-sous muqueuse sur les images injectées



ces images se différencient de l'**aspect en cible** (ou en double halo) correspondant à la superposition de trois couches concentriques **d'épaisseur régulière**, l'une centrale hypodense oedémateuse, entouré des réseaux artériolo-capillaires rehaussés du complexe muco-sous muqueux et de la séreuse. Cet aspect est visible dans toutes les atteintes subaiguës intestinales (infectieuses, ischémiques artérielles, ischémiques veineuses, hyperperméabilité capillaire, hypertension portale, hypoprotidémie, infiltrations hématiques....

les images en halo correspondent à la visibilité de deux couches concentriques, d'épaisseur régulière au niveau des parois intestinales



il reste une dernière question à poser à cette jeune patiente bien musclée avec **rapport masse grasse / masse maigre** (facile à évaluer en regardant les parois abdominales et la ceinture pelvienne et en comparant l'importance volumique des masses musculaires par rapport au degré d'adiposité) **très évocatrice d'une adepte des épreuves d'endurance** ce qui, dans notre cas, doit nous mettre sur la piste.



Notre patiente pratique **le marathon**. L'interrogatoire confirme qu'elle avait la veille couru cette épreuve , dans des conditions difficiles .

La colite du marathonien est presque un modèle expérimental de colite ischémique ambulatoire. Les mécanismes physiopathologiques en cause sont multiples :

- hypoperfusion splanchnique (vasoconstriction) de longue durée liée à l'intensité et à la durée de l'effort musculaire en particulier des membres inférieurs
- déshydratation** et **perturbations hydro-électrolytiques** , pas toujours facile à compenser dans le feu de l'action, même pour des adeptes parfaitement informés et soucieux de se ravitailler correctement durant la course.
- hyperviscosité sanguine** liée à la **polyglobulie** des sports d'endurance

CT findings in runner's colitis. Kyriakos R et al. Abdominal imaging 2006 ;31:54-56.

- Diagnostic suggéré dans un **contexte clinique évocateur** et devant l'association dlrs abdominales, nausées, vomissements et **diarrhée sanglante**.
- Scanner réalisé essentiellement pour éliminer les diagnostics différentiels: appendicite aiguë, maladies inflammatoires intestinales(Crohn, RCH...) ou **d'autres pathologies rares rencontrés chez les coureurs de marathon** :
 - .infarctus du grand omentum,
 - .pancréatite aiguë,
 - .insuffisance hépatique avec thrombose portale.

Résultats TDM:

- .épaississement circonférentiel de la paroi colique à type d'œdème sous-muqueux, sans défaut de rehaussement pariétal. **+ "signe de la petite rose"....**
- .localisations préférentielles: angle colique G(jonction territoire AMS et AMI), caecum moins fréquemment rectosigmoïde.
- .**typiquement, évolution rapidement favorable sous traitement symptomatique seul:** réhydratation et rééquilibration électrolytique IV.

"et rose elle a vécu ce que vivent les roses....."

la colite ischémique "ambulatoire" .

Sur le plan topographique on retiendra sa localisation plus fréquente au **colon gauche** en raison de "lignes de partage des eaux" entre les territoires mésentériques supérieurs et inférieurs à l'angle gauche (point de Griffith)) d'une part et entre les territoires mésentériques inférieurs et hypogastrique à la jonction rectosigmoïdienne (point de Südeck) .

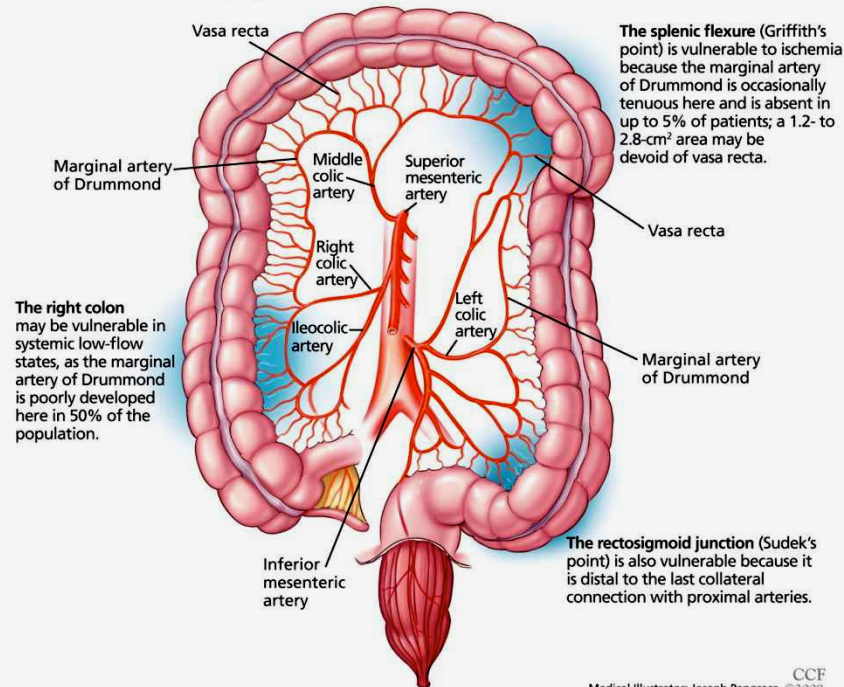
Il s'agit là de données classique qui ne se vérifient que très approximativement en pratique courante, le colon droit étant ,notamment dans les états de bas débit circulatoire, celui qui est le plus fréquemment touché. Cela s'explique par des données anatomiques : longueur des vasa recta, forces de tension intra pariétales élevées, variantes des anastomoses entre les branches irriguant le carrefour iléo-caecal. Les atteintes du colon droit sont plus sévères que celles du colon gauche

Le rectum est en principe peu concerné par les phénomènes ischémiques en raison de la multiplicité des sources de sa vascularisation artérielle.

L'infiltration de la graisse péri colique s'observe dans 60 % des cas de colite ischémique, tandis que l'épanchement péritonéal de faible abondance se rencontre dans 30 % des cas

■ Why some areas of the colon are prone to ischemia

The colon is protected from ischemia by a collateral blood supply via the marginal artery of Drummond, a system of arcades connecting the major arteries. The anatomy is highly variable, however, and certain areas are more vulnerable in some people.



les autres causes des colites ischémiques sont nombreuses et la colite ischémique est la plus fréquente (et la moins grave!) de toutes les ischémies intestinales aiguës

Thrombose de l'AMI

causes obstructives

Embole dans l'AMI, embolies de cholestérol, TACFA

Chirurgie : pontages, chirurgie aortique, reconstruction aorto-iliaque, colectomie avec ligature de l'AMI, chirurgie gynécologique

Vascularites : lupus, périartérite noueuse, thrombo-angéite oblitérante, vascularite rhumatoïde

Troubles de la coagulation : déficit en protéine C, S, antithrombine III, hémoglobinurie paroxystique nocturne,

résistance à la protéine C activée, sd des antiphospholipides, mutation de JAK2

Hernie étranglée , volvulus

Traumatisme

causes non obstructives

Bas débit cardiaques : états de choc (septique, hémorragique, hypovolémique)

Substances médicamenteuses : AINS +++ , sérotoninergiques pour le traitement des TFI, digitaliques, estrogènes, antihypertenseurs, cocaïne, métamphétamine, pseudo éphédrine, immunosuppresseurs, psychotropes

Marathon

facteurs favorisants : âge , HTA , diabète

Autres : tumeurs coliques, lavements barytés, idiopathique

Take home message

- la colite ischémique "ambulatoire" est la plus fréquente de l'ensemble des atteintes ischémiques de l'intestin. Elle est aussi celle qui a le meilleur pronostic puisqu'elle évolue spontanément de manière favorable dans plus de 85 % des cas
- la forme typique s'observe chez le sujet âgé, généralement hypertendu. Elle se caractérise par une triade classique : "douleurs, diarrhée, rectorragies".
- les lésions s'observeraient préférentiellement sur le colon gauche et le sigmoïde, surtout dans les formes mineures et de bon pronostic, les localisations au caeco-ascendant étant généralement de présentation clinique et de pronostic moins favorable.
- la constatation chez un sujet jeune d'arguments échographiques ou scanographiques en faveur d'une colite aiguë, sans contexte infectieux ni toxi-alimentaire patent doit faire évoquer la colite ischémique surtout si l'on observe le caractère modulaire de l'œdème de la sous muqueuse qui se traduit par le signe de la petite rose de Romano et al.
- dans ces conditions on évoquera une vascularite s'il existe un syndrome inflammatoire, une thrombocytose si la biologie amène des arguments....
- lors de l'enquête étiologique et s'il constate un morphotype "coureuse de fond", le clinicien (et le radiologue doit aussi avoir le "coup d'oeil" clinique) pensera à s'enquérir d'une pratique plus ou moins intense et récente d'une épreuve d'endurance.