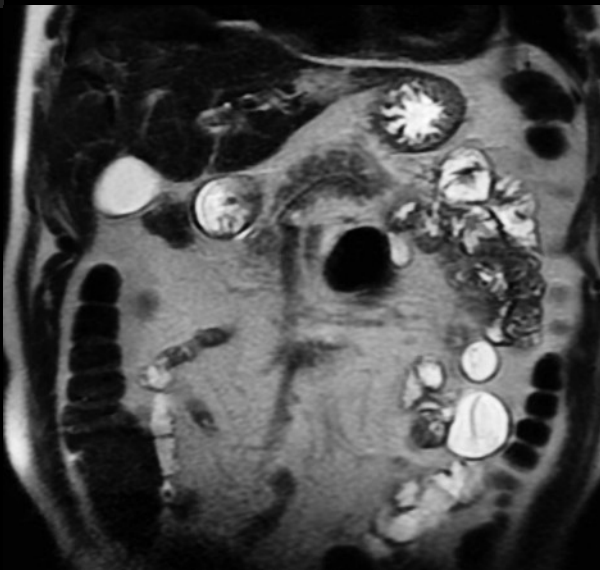
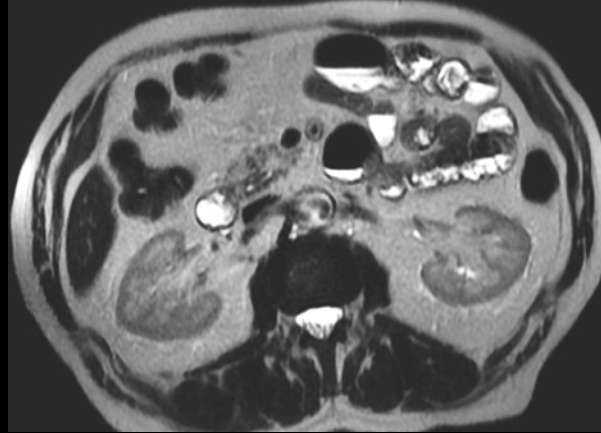


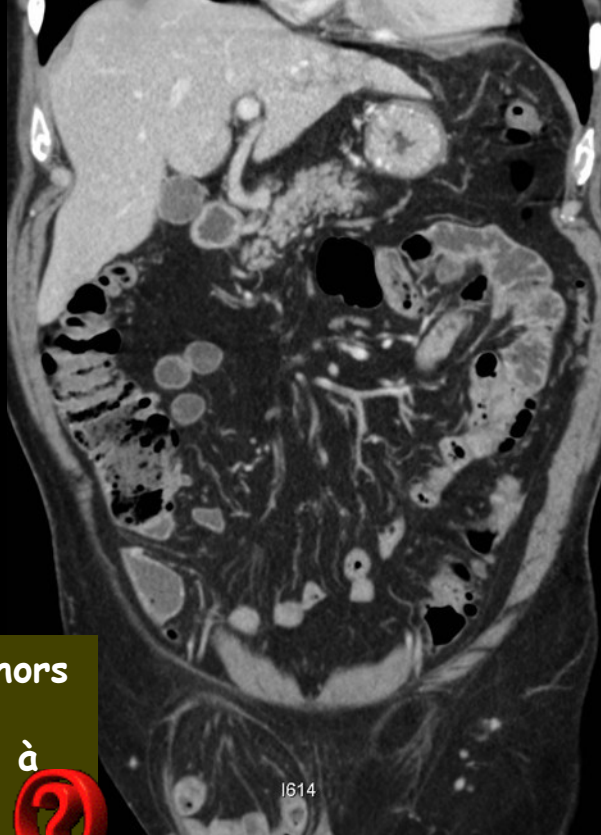
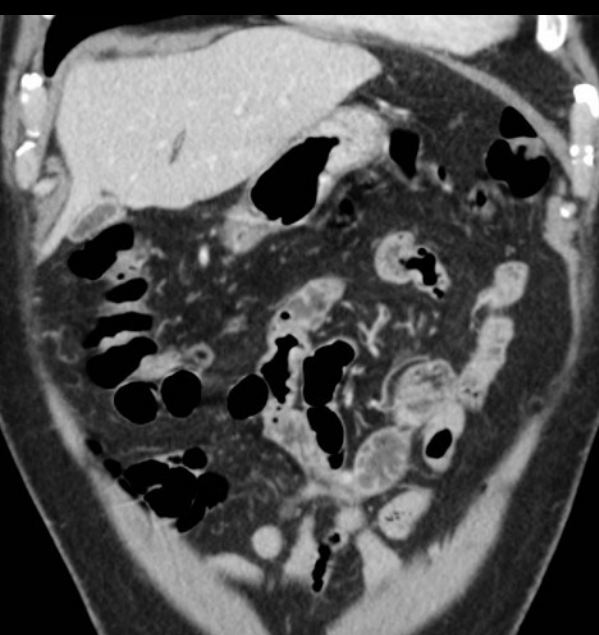
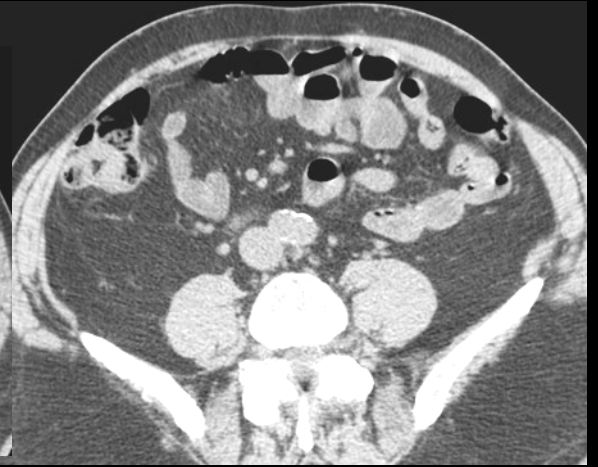
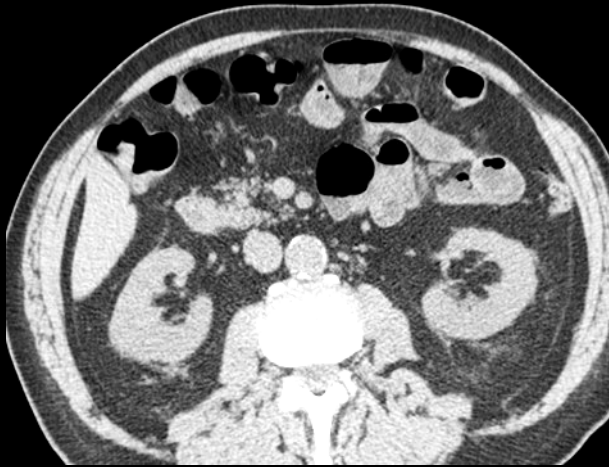
homme 83 ans, en excellent état général, porteur d'une lithiase biliaire vésiculaire .
Angiocholite récente traitée par sphinctérotomie endoscopique et extraction des calculs de la voie biliaire principale .

8 mois auparavant ,le patient avait déjà présenté un tableau de douleurs abdominales fébriles avec perturbations du bilan hépatique .Il est porteur d'une fistule artério-portale congénitale stable du lobe gauche du foie

quelles sont **les anomalies autres que biliaires** à retenir sur la cholangio-IRM pratiquée à ce moment



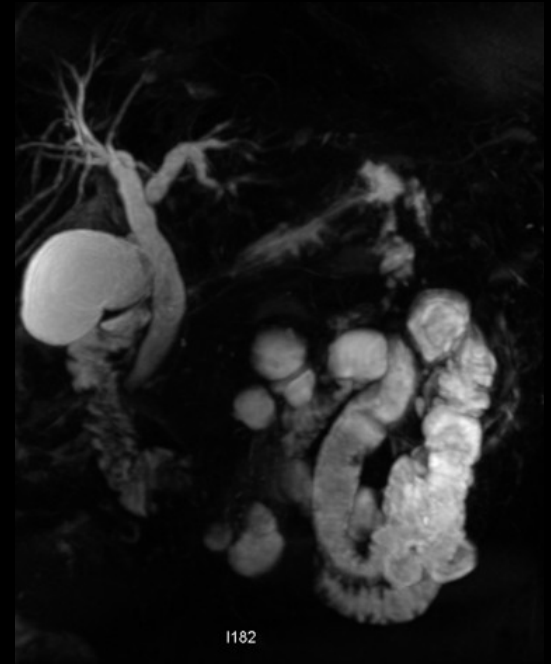
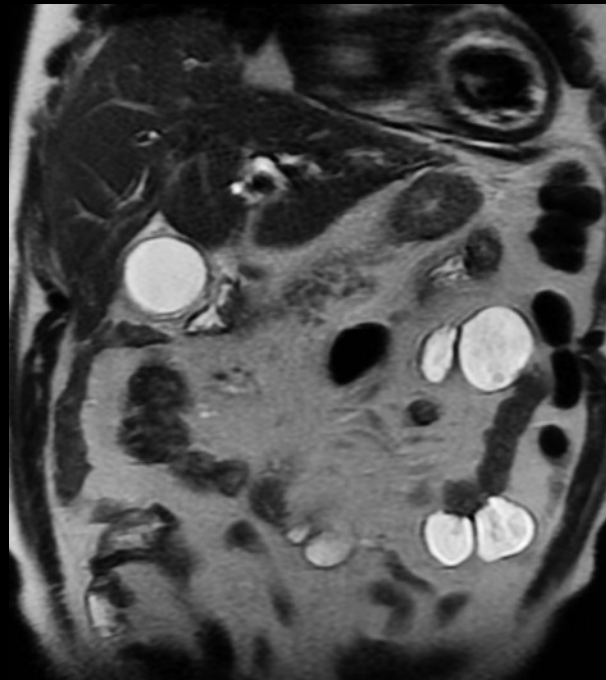
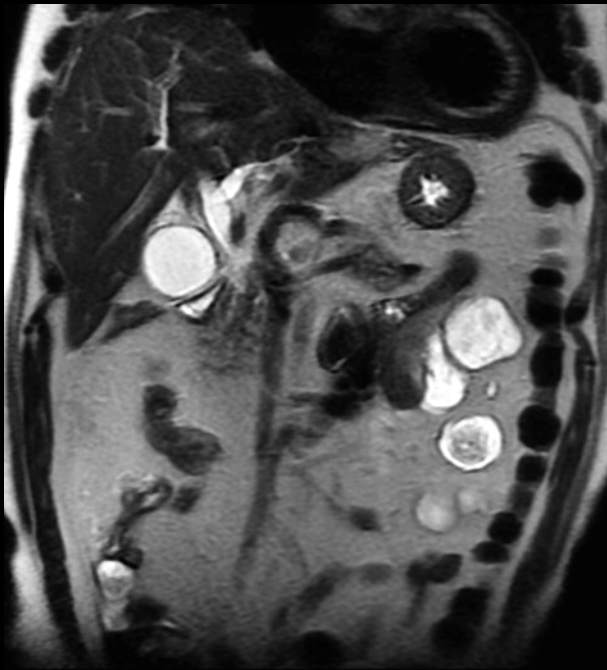
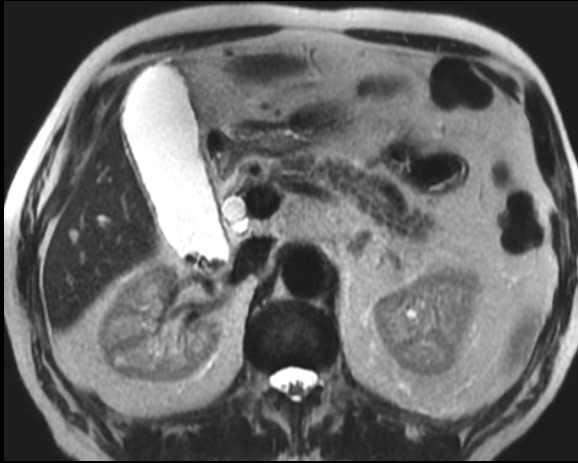
le scanner contemporain de l'IRM précédente a montré les aspects suivants



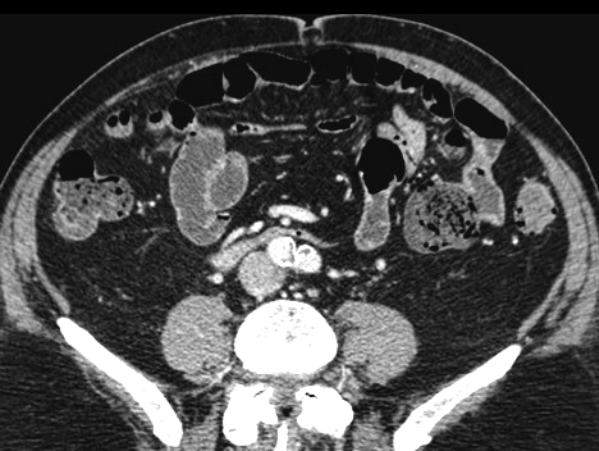
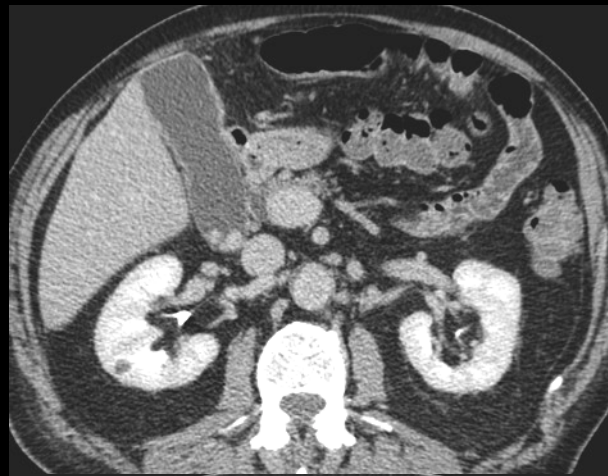
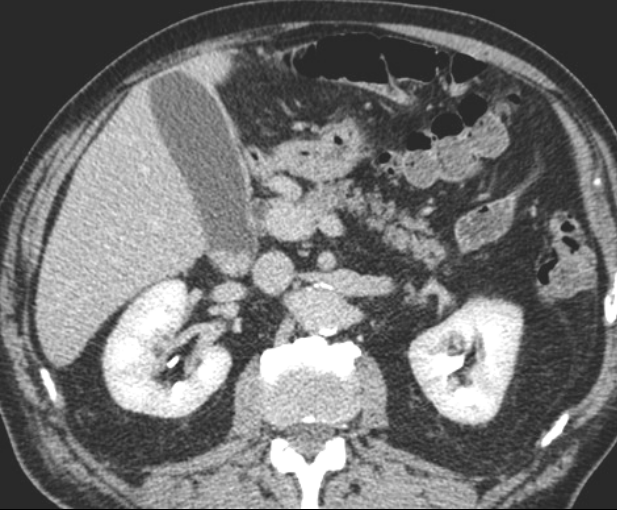
quel est votre diagnostic (en dehors
de celui de volumineuse hernie
inguinale oblique externe droite , à
contenu intestino-mésentérique)



une nouvelle IRM est pratiquée devant le tableau clinico-biologique récent d' angiocholite



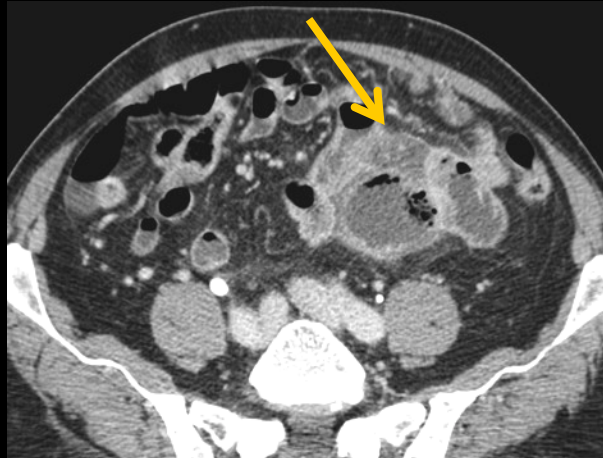
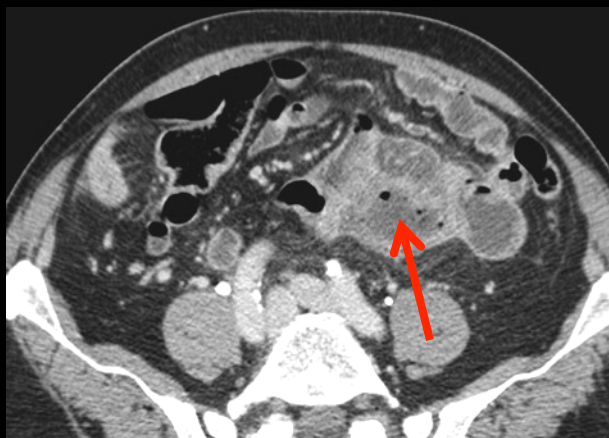
la pathologie biliaire est bien entendu clairement identifiée mais pour le reste , les compte-rendu ne mentionnent toujours aucune anomalie.....



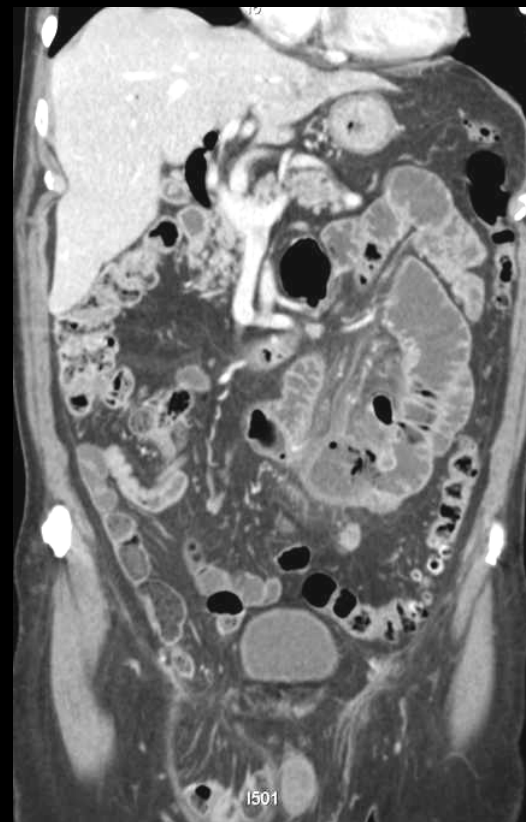
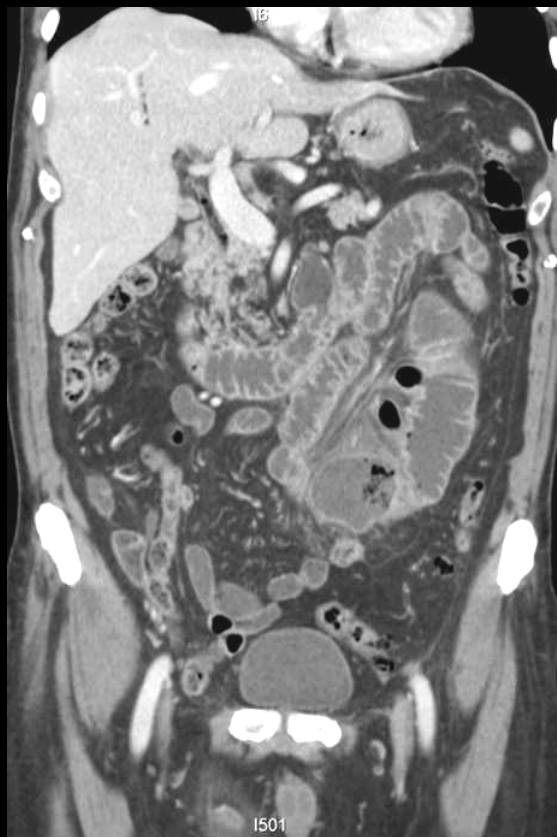
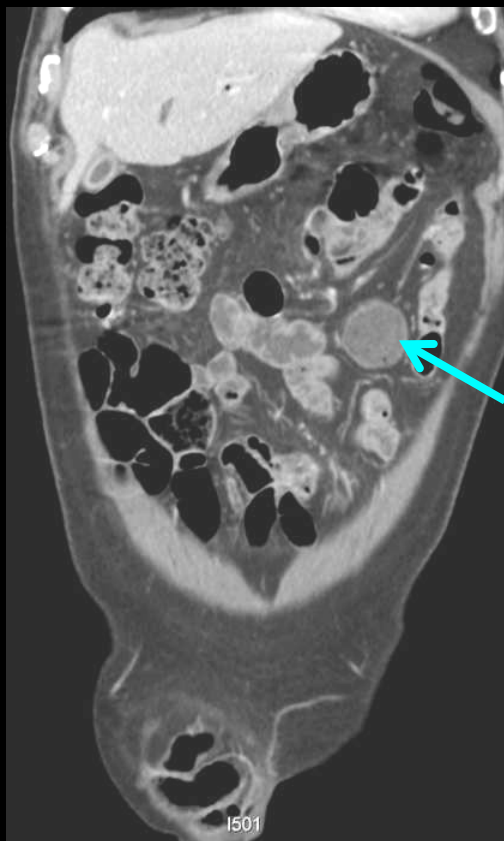
nous sommes au quatrième examen et la pathologie non biliaire n'a toujours pas été mentionnée dans les comptes rendus ...

un nouvel épisode douloureux et fébrile de l'abdomen , survient 3 semaines après l'extraction instrumentale des calculs de la VBP (qui a fait disparaître toute la symptomatologie angiocholitique)

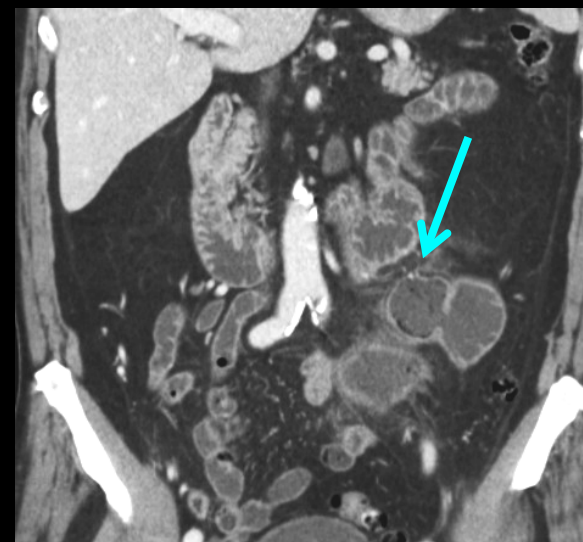
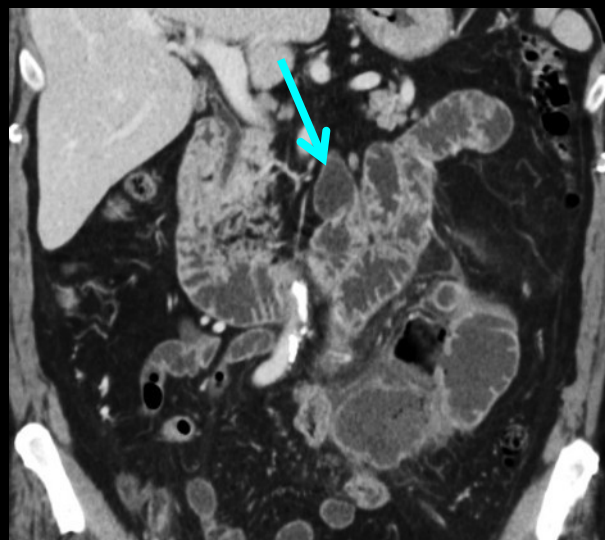
c'est un nouveau scanner en urgence qui fait le diagnostic



il existe bien un foyer de péritonite de l'hypochondre gauche (agglomérat d'anses jéjunales à parois épaissies , infiltration du mésentère au contact).
à l'épicentre , on trouve la cause qui , rétrospectivement , nous nargue sur les examens précédents , en particulier les cholangio IRM , sous forme d'une **diverticulose du grêle** dont le plus volumineux représentant est le siège d'une perforation couverte (le péritoine distant est normal et il n'y a pas de liquide intra-péritonéal



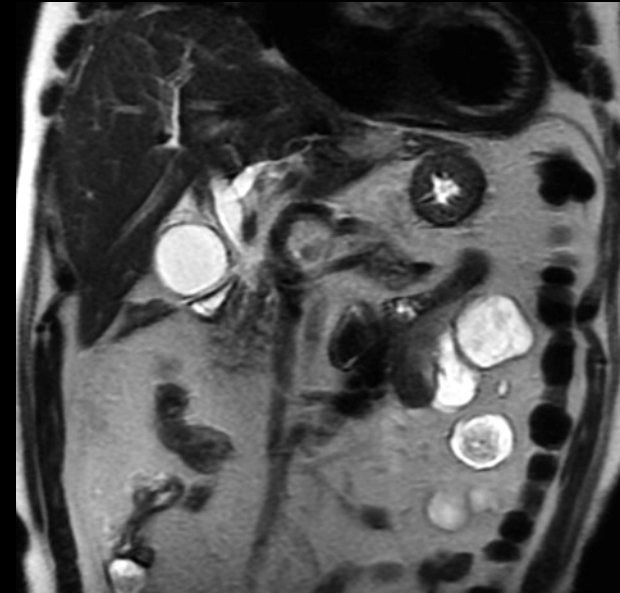
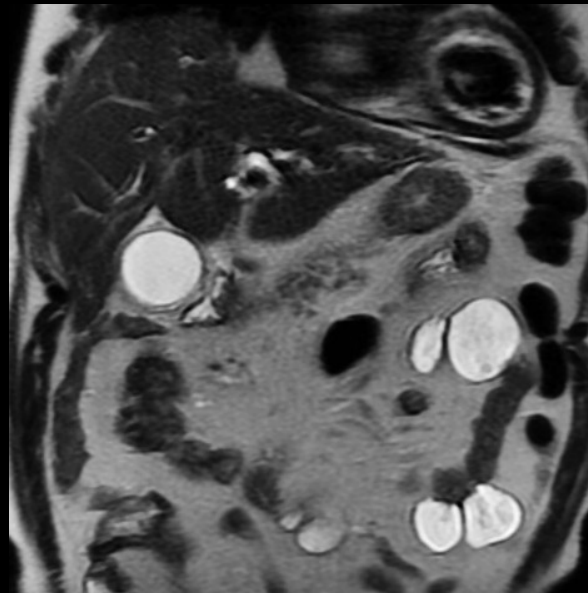
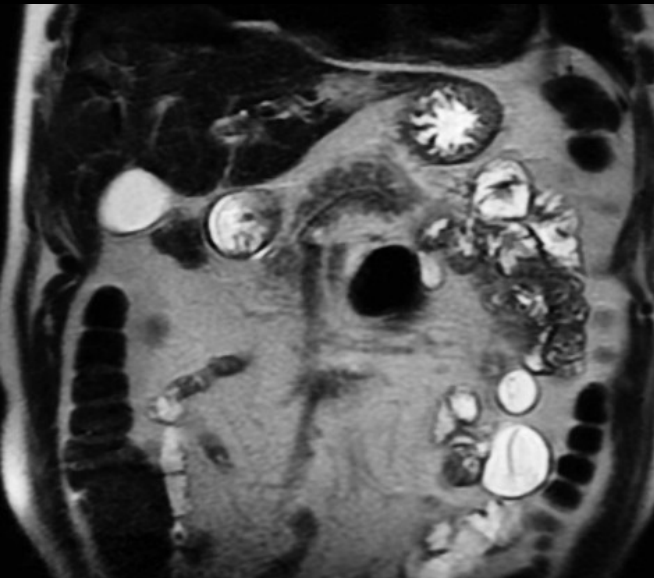
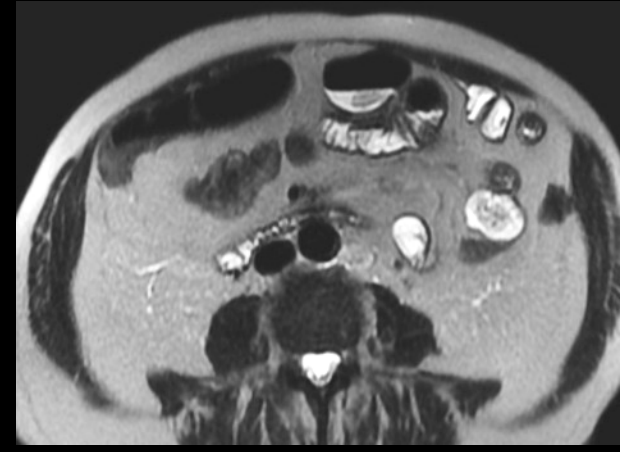
on retrouve bien sur les plus volumineux des diverticules jéjunaux et duodénaux non compliqués



1^{ère} CP-IRM



2^{ème} CP-IRM , 8 mois plus tard



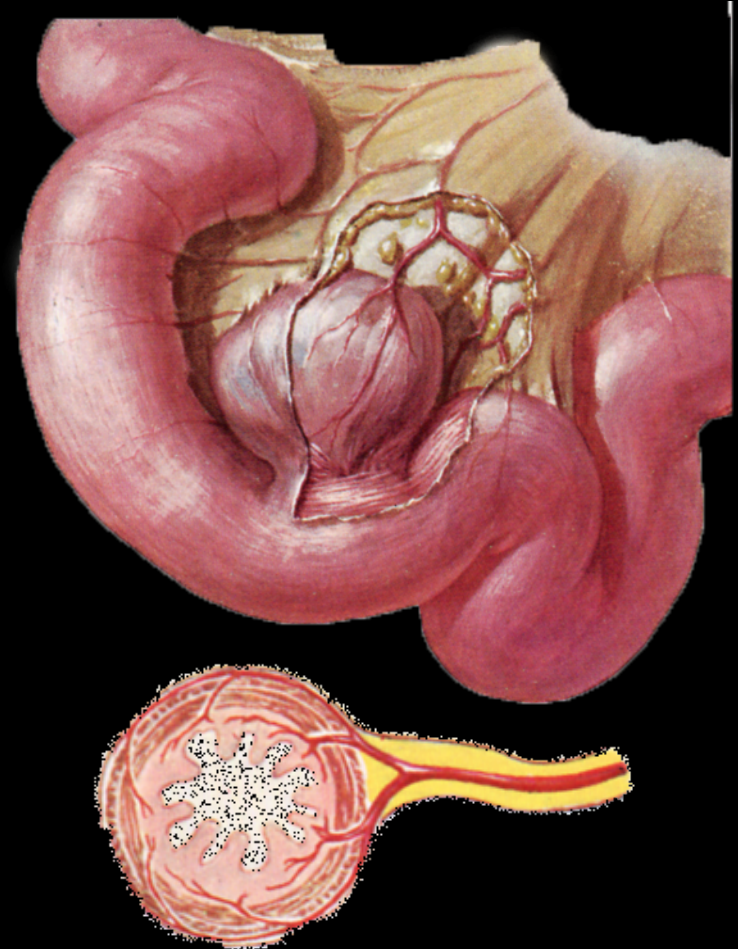
ce sont bien les images de CP-IRM en pondération T2 à TE eff court qui sont les plus évidentes ; le liquide intestinal est "piégé" dans les diverticules et les différents segments coliques restent très à distance .(la graisse mésentérique qui "étale" les structures abdominales est un appont précieux pour la lecture des images

Diverticules et diverticuloses du grêle

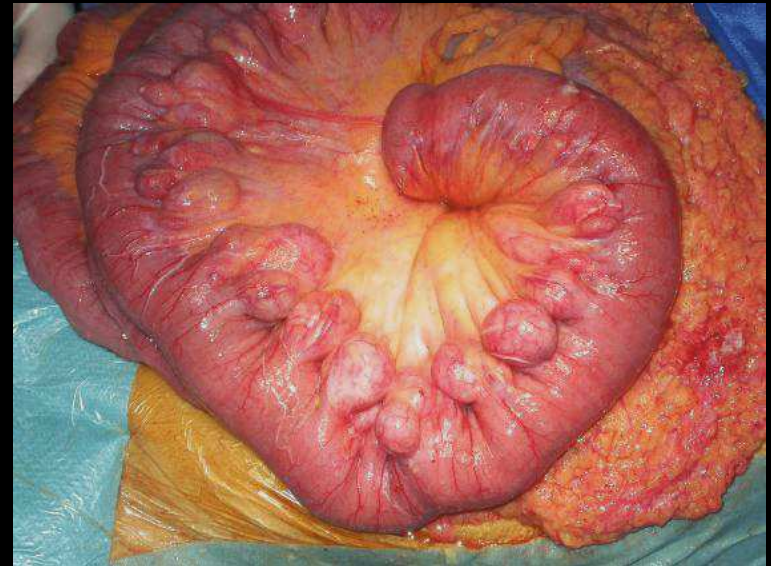
LM CC dig diverticule jéjunal perforé

- Diverticules **acquis** du jéjunum-iléon : incidence de 0,06 à 2,3 % selon les séries
- Ce sont des **pseudo-diverticules** ; comme les diverticules sigmoïdo-coliques : hernies de la muqueuse et de la sous muqueuse à travers la musculuse et la séreuse. Les diverticules vrais (p. ex. Meckel) comportent les 3 couches d'une paroi digestive normale
- Surtout rencontrés au cours des 6^{ème} ou 7^{ème} décennie.
- **hommes** > femmes

voir cas compagnon sur ce même site dans
"cas cliniques -archives
hépato-gastro-entérologie
pathologie du grêle"
ou cas du jour n° 165



- Uniques ou multiples (jusqu'à 100) avec un **nombre moyen de 10-15**. Taille de quelques millimètres à plus de 3 cm.
- Localisés sur le **bord mésentérique** de l'intestin
- Plus nombreux et plus larges sur le **jéjunum proximal**, plus petits et plus rares au niveau de l'iléon
- Physiopathologie :
 - dysfonctions motrices du grêle probables. Rares cas associés à des pathologies neuromusculaires, syndrome d'Ehler Danlos, ou sclérodermie
 - association **diverticules coliques** 35-75 %, diverticules duodénaux 15-42 %, diverticules de l'œsophage 2 %, de l'estomac 2 %; à rapprocher du **vieillessement du tissu conjonctif** ou **herniosis** qui explique l'association fréquente aux hernies (hiatales et pariétales) cf: **cas clinique triade de Saint n° 234**



Le plus souvent asymptomatiques et découverts de façon fortuite :

- 60 % des cas : complètement asymptomatiques
- autres cas : vagues douleurs abdominales ou dyspepsie

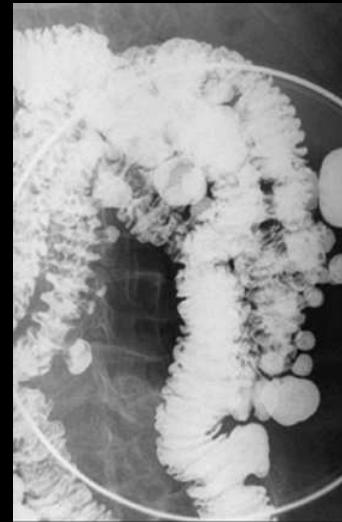
Complications rares 6 à 13 % :

Diverticulite : complication la plus fréquente (2,3-6,4%) résultant d'une pullulation microbienne au sein de la poche diverticulaire et révélée par un abdomen douloureux aigu ou subaigu non spécifique (simulant appendicite, sigmoïdite, cholécystite...)

Perforation, représentant le stade ultime de la diverticulite et se produisant dans 7 % des cas. Complication **grave**. Perforation pratiquement toujours "couverte" (foyer de péritonite localisée sans pneumopéritoine libre de la grande cavité) .

Hémorragie

Malabsorption par pullulation microbienne



Le balisage digestif aux hydrosolubles iodés et les reformations multiplanaires sont les clés du diagnostic des diverticuloses du grêle sur l'imagerie en coupes CT
mais l'IRM en pondération T2 est encore plus simple et plus élégante !!!

- **Tableau clinique variable, non spécifique, souvent trompeur** qui correspond à la propagation transpariétale d'une infection par pullulation microbienne (cad à une microperforation)

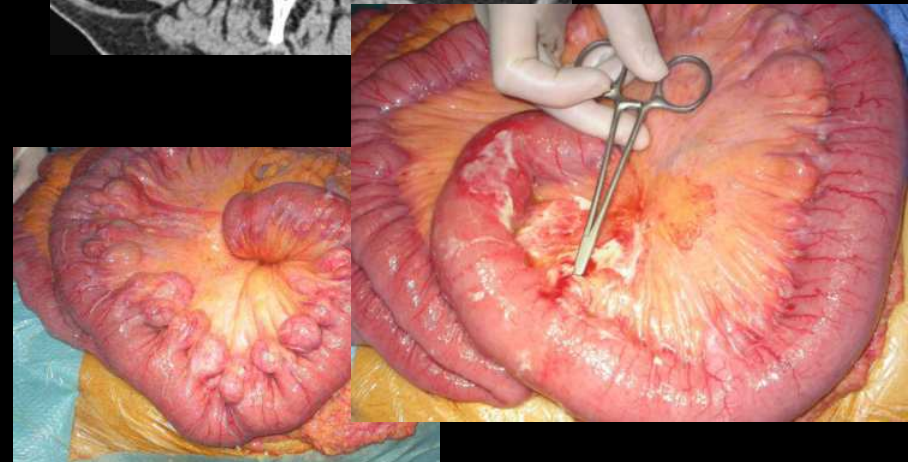
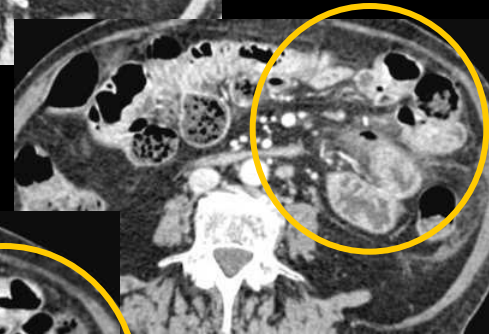
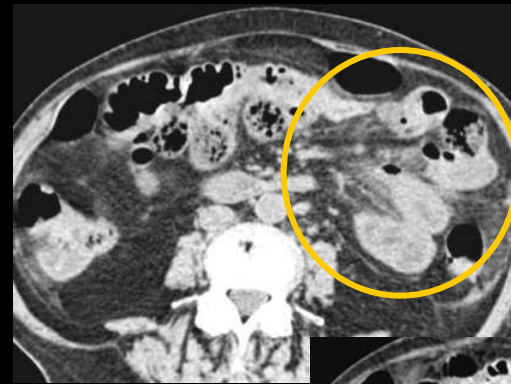
- Diverticule(s) à **parois épaissies**

Infiltration de la graisse péri diverticulaire

Petites bulles de pneumopéritoine, le plus souvent localisées autour des diverticules

- **Traitement : résection chirurgicale du segment digestif atteint avec anastomose directe**

Certains cas de diverticulite peuvent être traités de façon médicale exclusive



messages à retenir

-Les diverticules jéjuno-iléaux sont rarement à l'origine d'une pathologie aiguë. Ils prédominent sur le jéjunum proximal

-Les complications sont observées dans 6 à 13 % des cas

la plus fréquente : diverticulite

la plus grave : perforation, nécessite le plus souvent une intervention chirurgicale avec résection intestinale .

-En scanner le diagnostic des diverticuloses du grêle est très difficile sur les coupes axiales , même avec un balisage correct des lumières digestives . les reformations coronales permettent de faire le diagnostic le plus précis.

-l'IRM en pondération T2 à TE eff court et coupes de 7 mm d'épaisseur est un moyen très efficace et élégant pour faire le diagnostic , même si elle est réalisée dans un autre contexte ,notamment bilio-pancréatique , comme cela est le plus souvent le cas .

-Chez un homme plus ou moins avancé en âge , il faut impérativement regarder soigneusement les structures intestino-mésentériques sur les cholangio-pancréato-IRM. Faire le diagnostic de diverticulose jéjunale n'évitera malheureusement pas les complications puisqu'il n'y a pas de traitement prophylactique envisageable . On pourra néanmoins avertir le patient des symptômes cliniques (douleur abdominale , fièvre) ou biologiques (syndrome inflammatoire) qui devront l'amener à consulter rapidement au stade de diverticulite plutôt qu'à celui de perforation