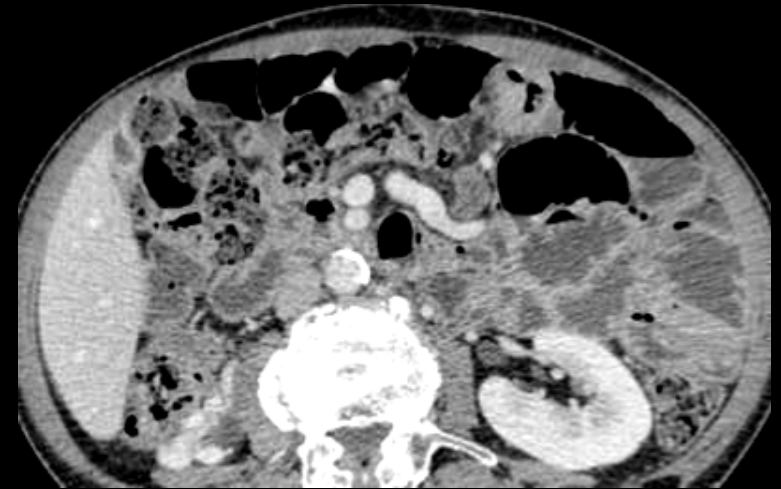
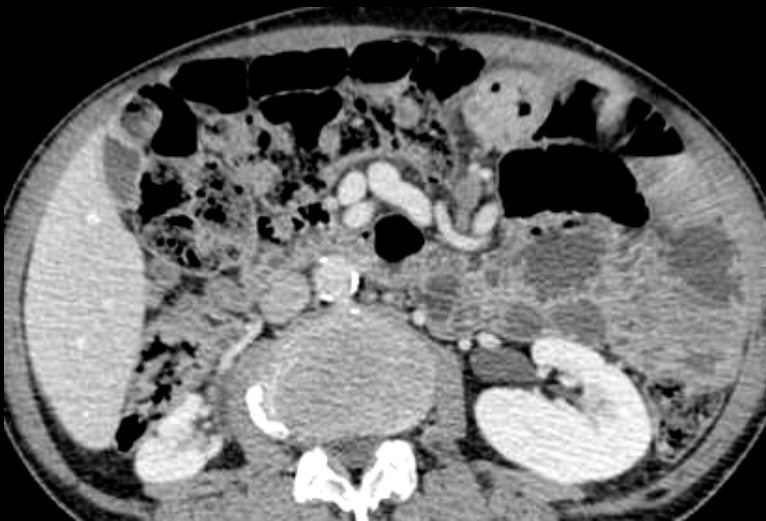
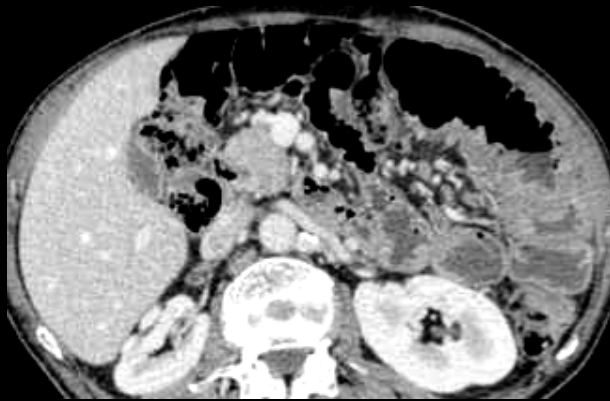


Homme , 72 ans .Bilan d'anémie ferriprive chronique
Pas d'ATCD digestif connu



quels éléments sémiologiques peut-on retenir sur ces
images , concernant le grêle et le mésentère





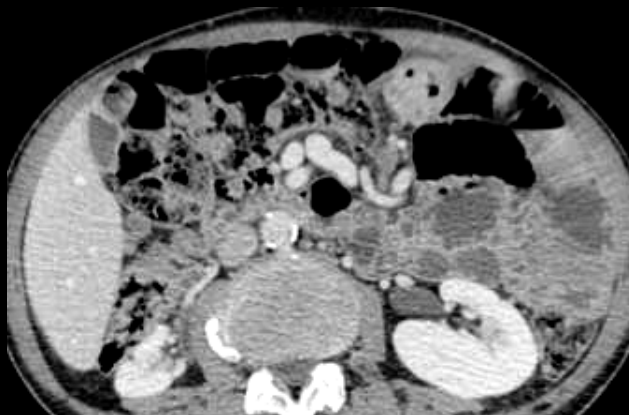
graisse profonde (en particulier mésentérique) et graisses sous cutanée très peu abondante.

anses grêles à parois épaisses avec dilatations segmentaires par un contenu liquide abondant , dilatation de la veine mésentérique supérieure



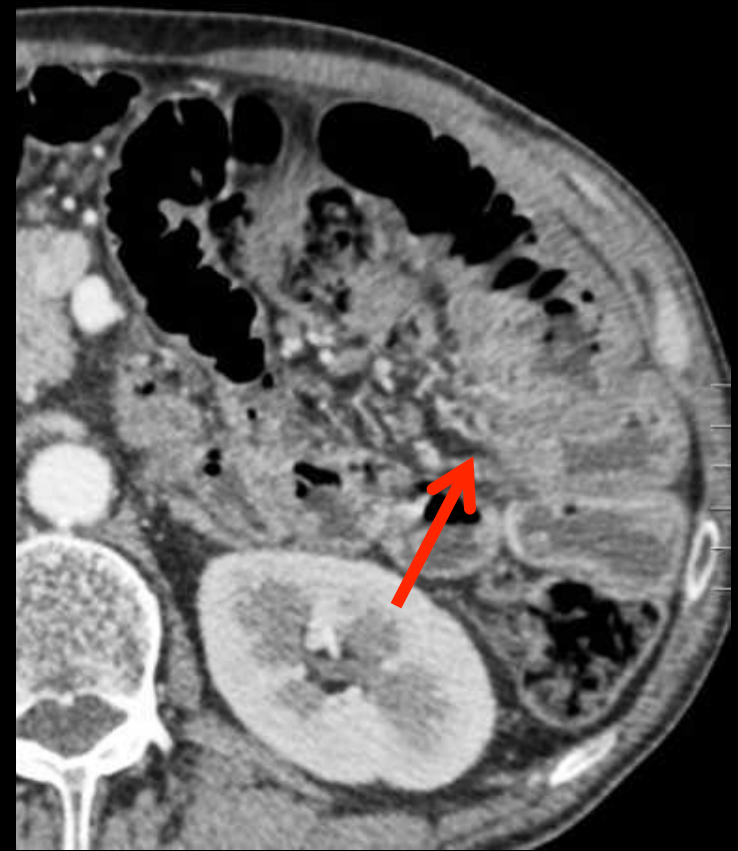
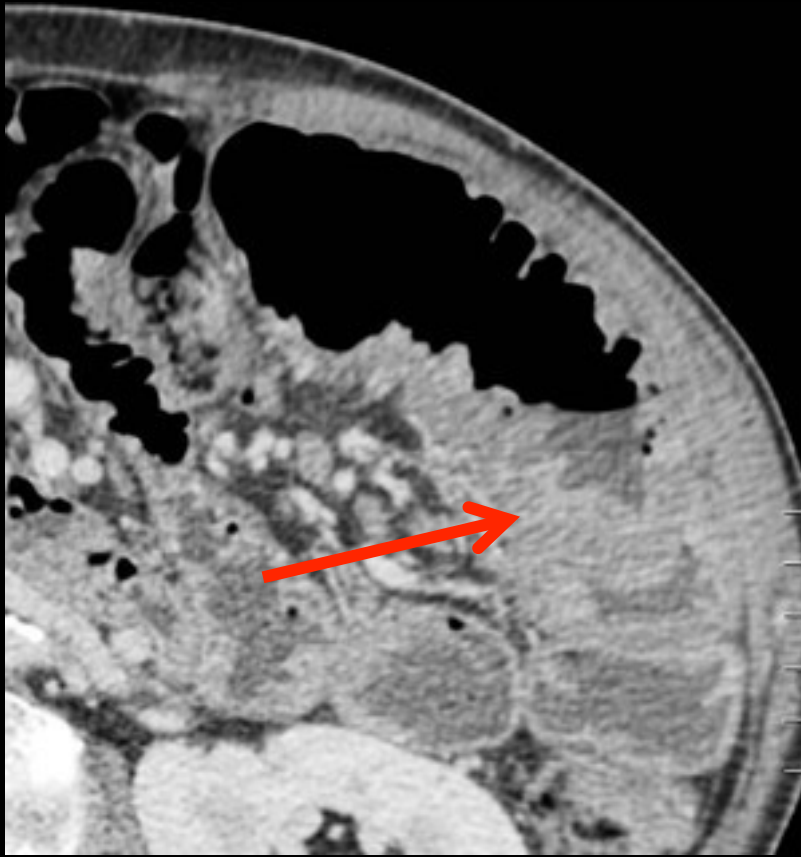
encombrement stercoral colique

petit rein droit harmonieux , normalement perfusé et hypertrophie compensatrice du rein gauche



aspect d'iléo-jéjunopathie chronique

rate non vue sur les coupes de l'étage sus mésocolique



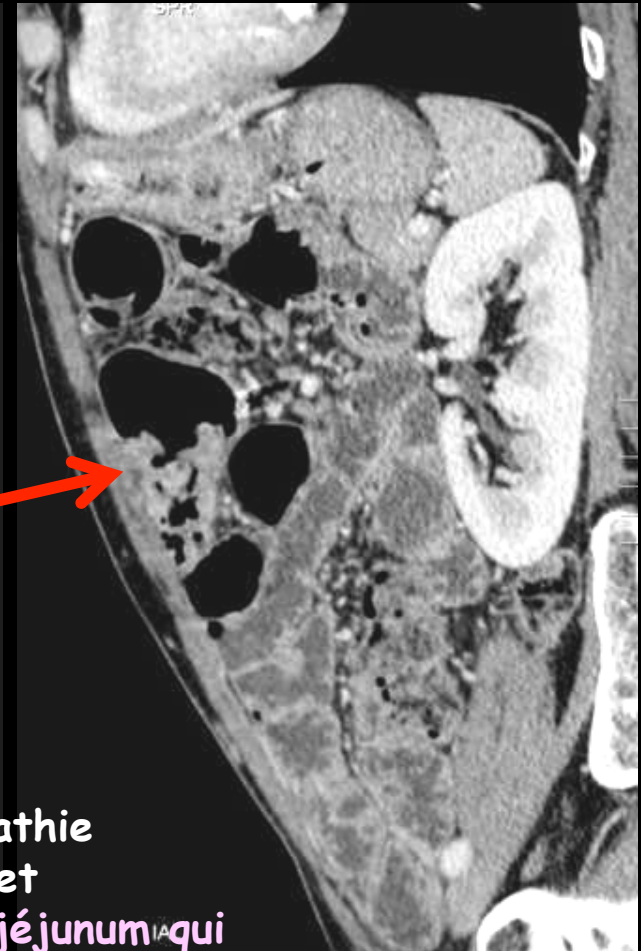
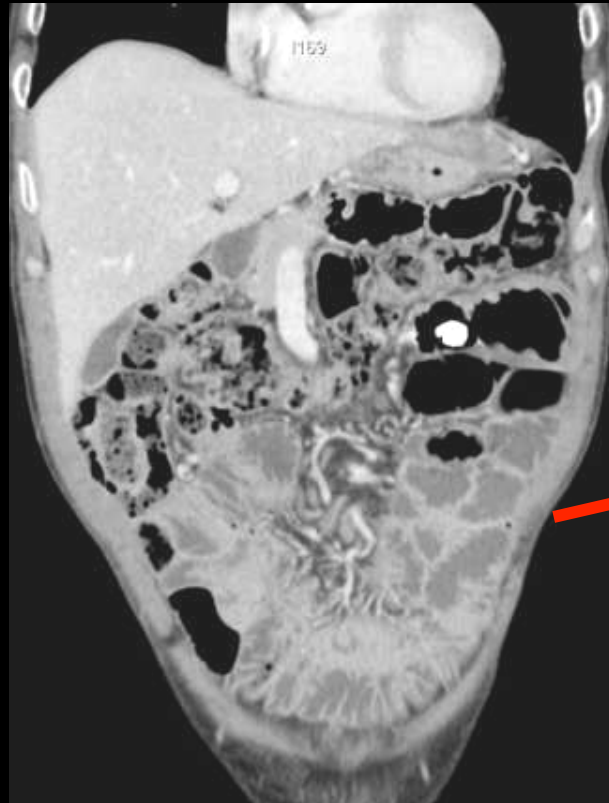
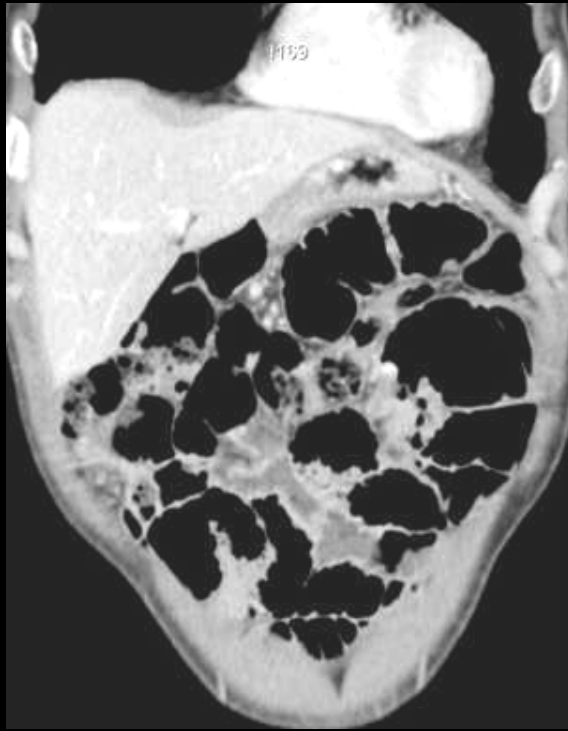
il faut savoir s'aider du zoom de visualisation et du fenêtrage pour améliorer l'analyse des images

- il y a de petits ganglions dans le mésentère

- les **valvules conniventes** du grêle sont **épaissies de façon diffuse**

tout le grêle semble être le siège de valvules conniventes ; cet aspect de "jéjunisation de l'iléon", sans signes d'inflammation transmurale, dans ce contexte de très faible "masse grasse" doit faire évoquer un diagnostic : lequel

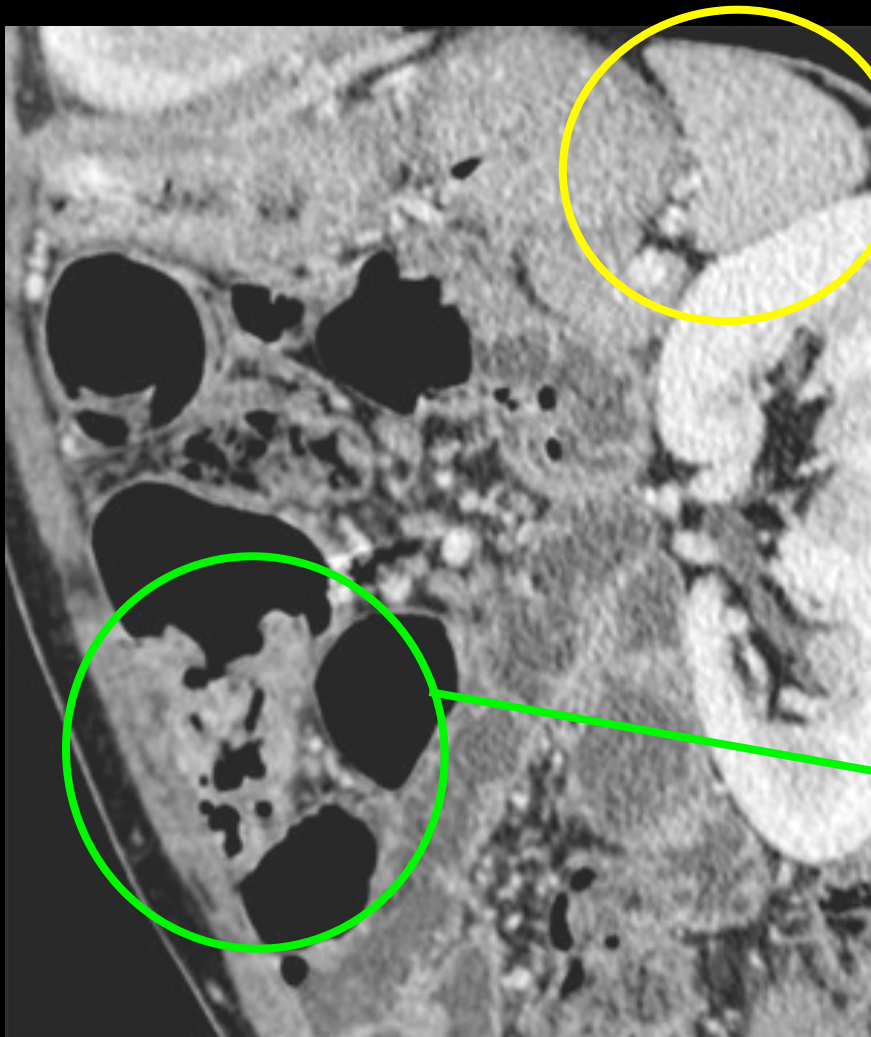




les reformations coronales montrent mieux l'iléo-jéjunopathie diffuse avec épaississement des parois des anses grêles et hypertrophie des valvules conniventes , y compris sur le jéjunum qui en est normalement dépourvu . L'entéroscopie (Pr G Gay) confirme ces aspects

cette "jéjunisation de l'iléon " observée dans ce contexte doit faire évoquer une **maladie coeliaque (intolérance au gluten , sprue)** et chercher des arguments complémentaires ainsi que des signes de complications

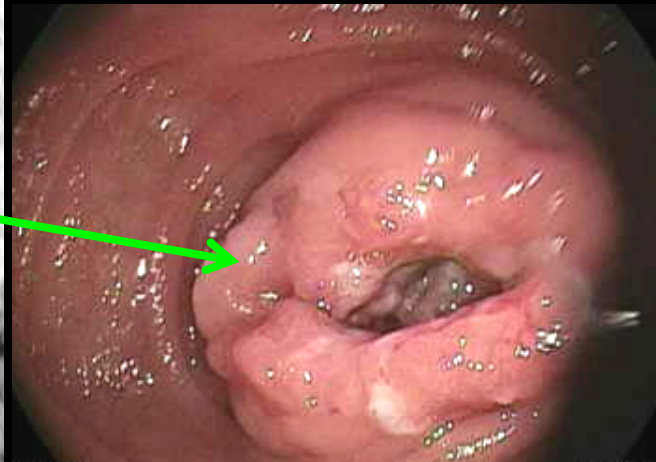




-il existe une **rate chétive**

-l'examen soigneux des anses grêles montre une **sténose circonférentielle tumorale typique dans le jéjunum** , que confirme l'entérosopie

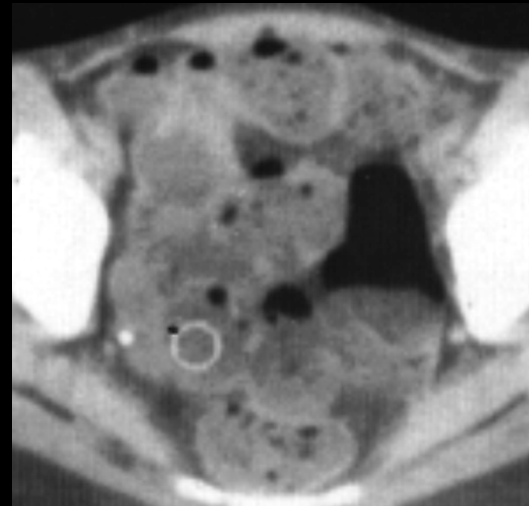
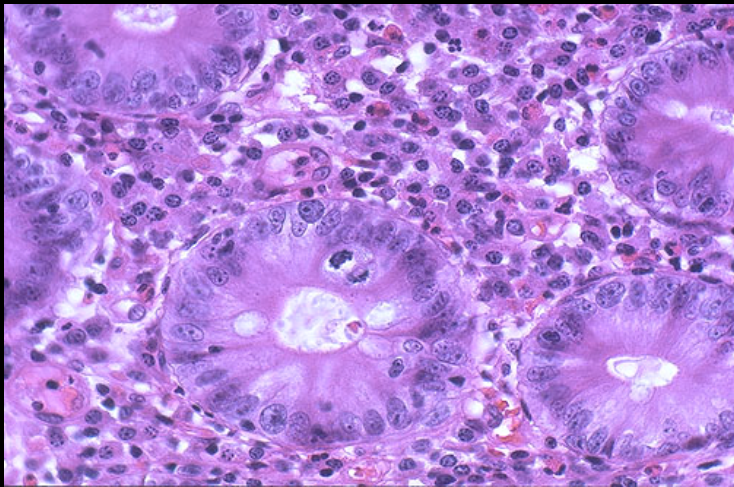
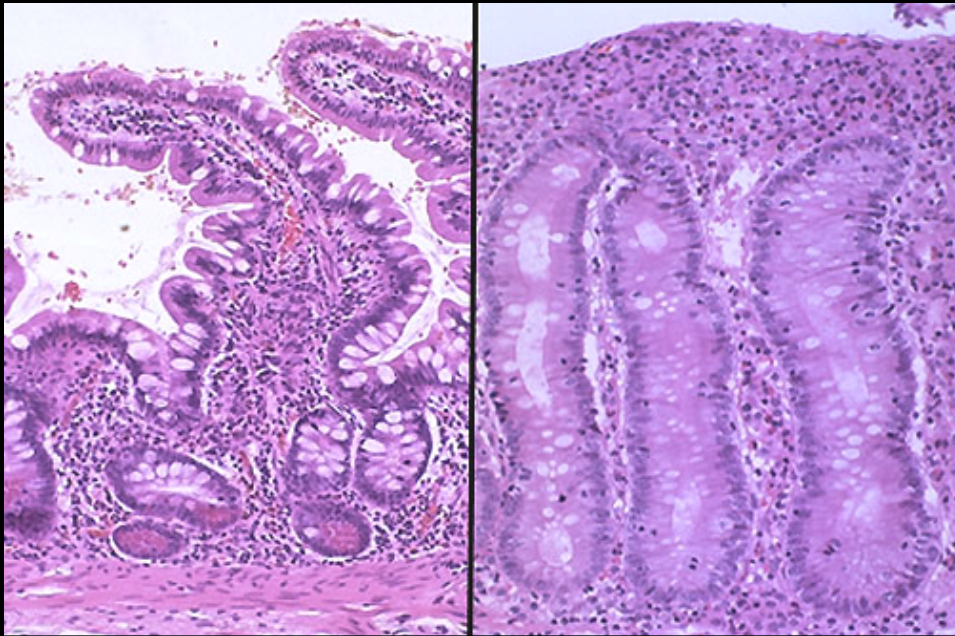
quel(s) diagnostic(s) pouvez vous proposer



adénocarcinome sténosant circonférentiel du grêle sur maladie coéliquue

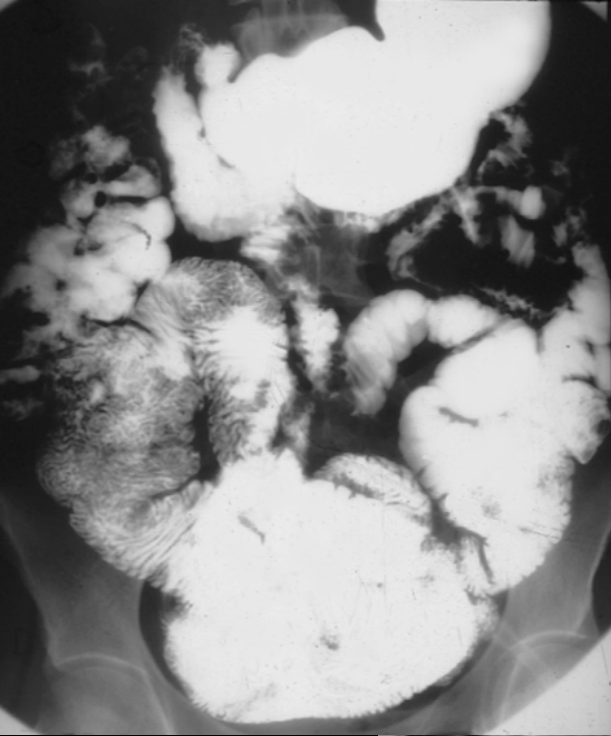
1- la maladie coéliquue vue (pas toujours !!!) par le radiologue

- .malabsorption de mécanisme immunologique (gluten et protéines apparentées) ; terrain génétique particulier HLA DQ2 positif chez 95% des patients ; probable facteur déclenchant infectieux (adénovirus type 12)
- .distribution bimodale enfant et adulte (avec légère prédominance féminine chez l'adulte) ;surtout en Europe du nord
- .diarrhée , malabsorption , stéatorrhée , douleurs abdominales , perte de poids , anémie , ostéoporose ++
- .IgA anti transglutaminase tissulaire (tTG) sensible et spécifique (90%) ; IgA anti-endomysium (EMI)
- .diagnostic souvent très tardif ; complications :
 - lymphome T associé à l'entéropathie au gluten (EATCL enteropathy associated T cell lymphoma)
 - adénocarcinome du grêle
 - carcinomes tête et cou ; jéjuno-iléite ulcéreuse



maladie coéliquaue

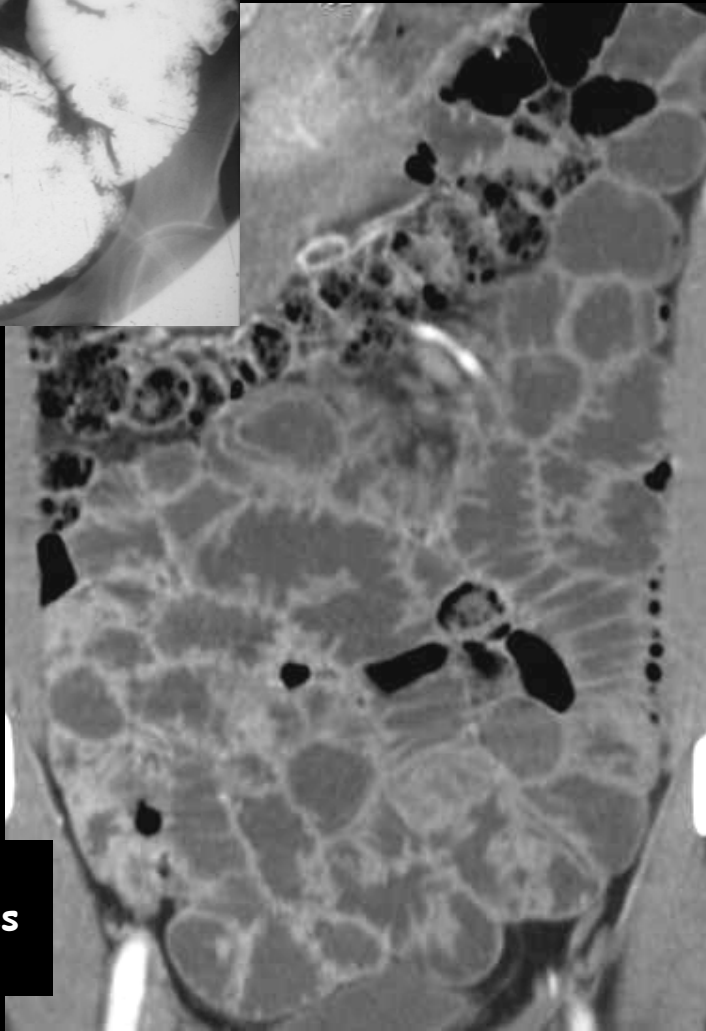
stéatorrhée CT ; mesurez la
densité moyenne du contenu
recto-sigmoïdien !



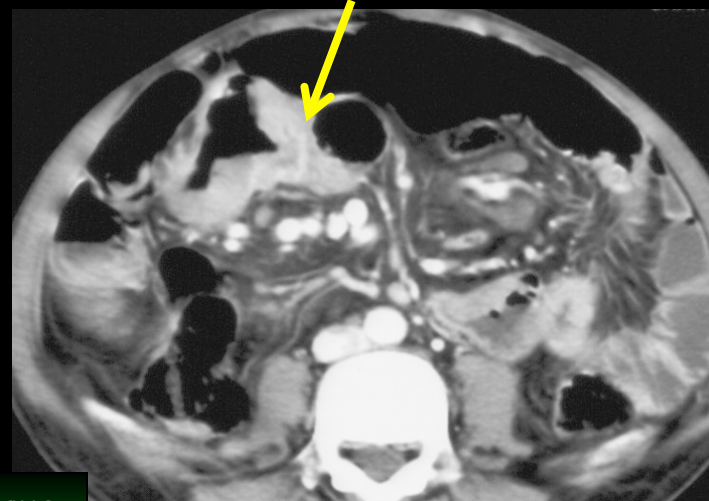
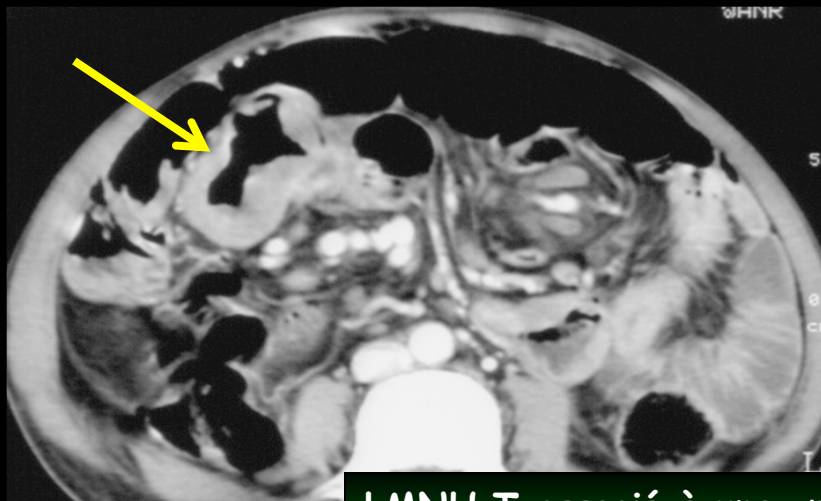
maladie cœliaque

" grêle inversé "

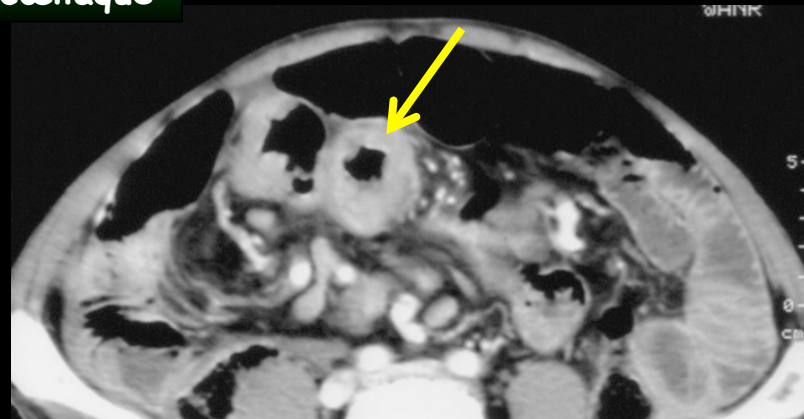
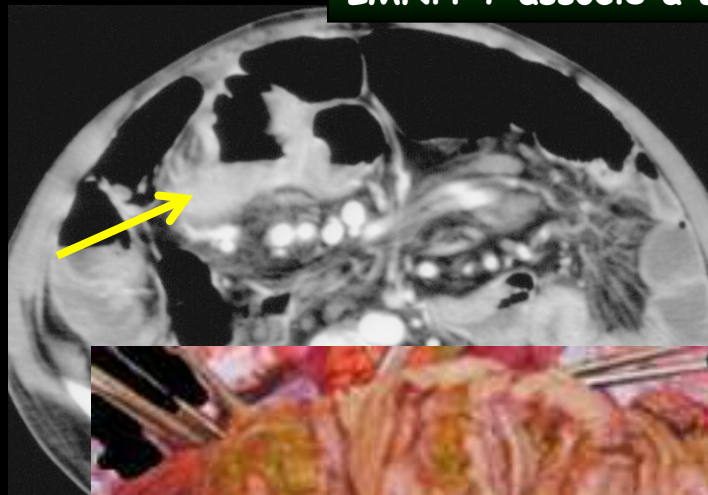
.jéjunum à parois "lisses"
.dilatation des vaisseaux
mésentériques supérieurs



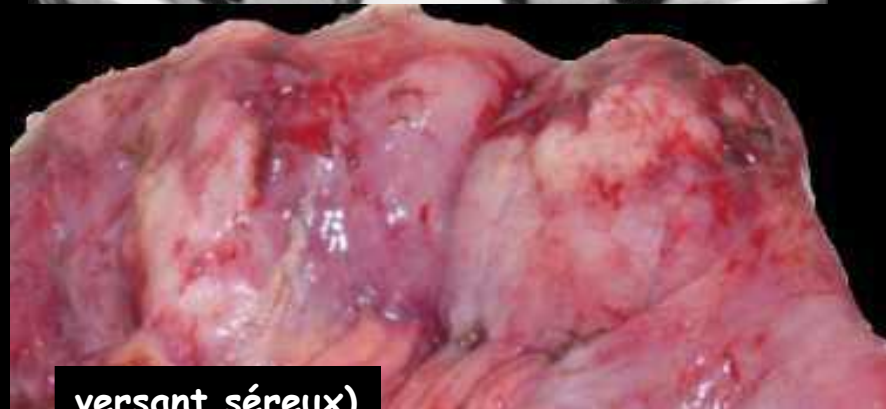
iléon avec
nombreuses valvules
conniventes



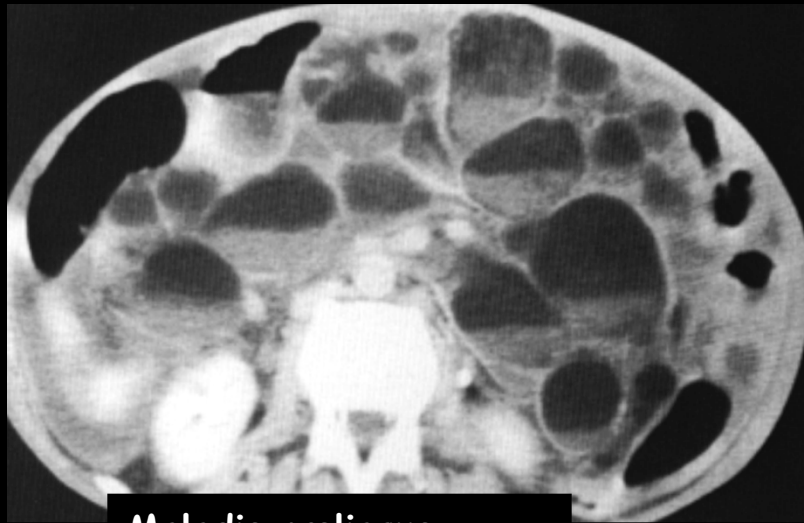
LMNH T associé à une maladie cœliaque



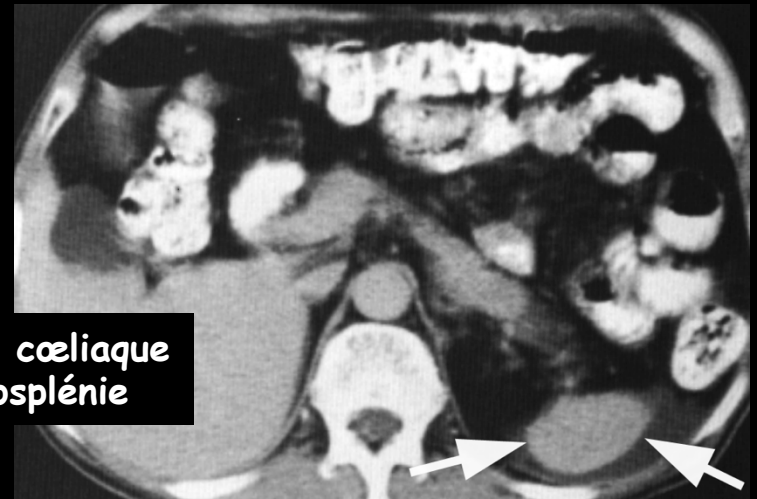
versant muqueux)



versant séreux)

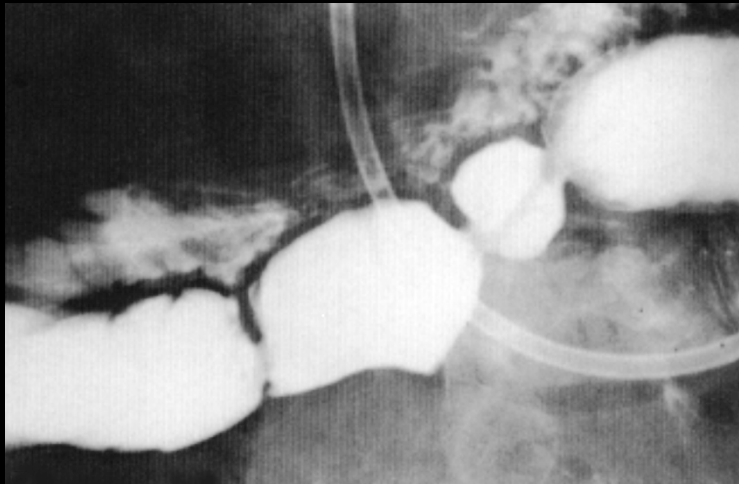


Maladie cœliaque
cavitation ganglionnaire



Maladie cœliaque
hyposplénie

Maladie cœliaque
entérite ulcéreuse
maladie de Jeffries



Maladie cœliaque
entérite sténosante ; maladie de Jeffries



les manifestations radiologiques évocatrice ou qui doivent faire penser à la maladie coéliquue

.le contexte clinique +++++ même pour le radiologue doit d'abord être clinicien !

.distensions liquidiennes segmentaires d'anses intestinales à parois épaissies, avec dilatations tronculaires des vaisseaux mésentériques supérieurs

."grêle inversé" avec jéjunisation de l'iléon (qui est le siège de valvules conniventes hypertrophiées alors que celles-ci ont disparu à l'étage jéjunal

. invaginations fonctionnelles (images "en cible" ,généralement sans distension d'amont .

.atrophie splénique

.cavitations ganglionnaires (exceptionnelles)

.toute masse mésentérique ganglionnaire importante , sténose à parois épaissies , occlusion intestinale doit faire évoquer une complication néoplasique (lymphome T ou adénocarcinome du grêle) , surtout si elle est observée dans un contexte d'échappement au régime sans gluten

2- les adénocarcinomes du grêle ; quelques données générales

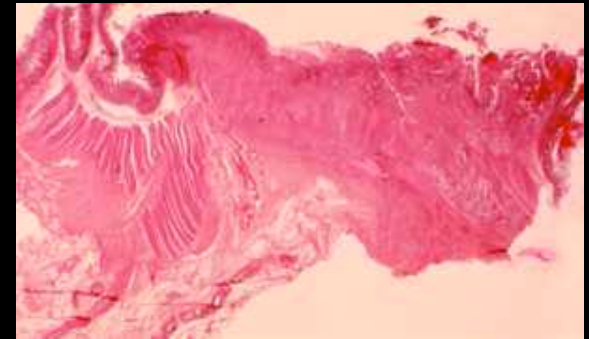
facteurs de risque ;

- .Crohn (issu d'adénomes et de dysplasies dans ce cas)
- .maladie coeliaque risque relatif X 10 à 80
- .polyposes diverses :
 - polypose adénomateuse familiale
 - syndrome de Lynch (HNPCC)
 - syndrome de Peutz-Jeghers-Touraine
 - neurofibromatose de type I

2,4 % des cancers du tube digestifs 2H / 1F

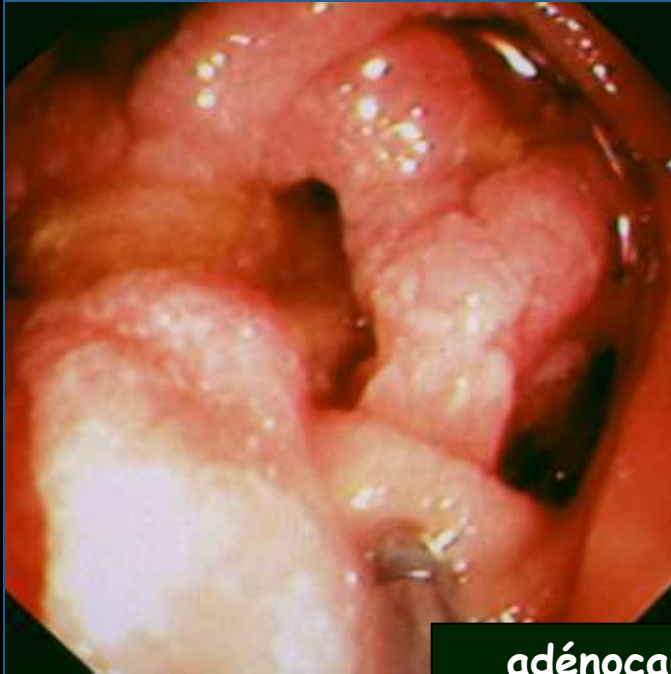
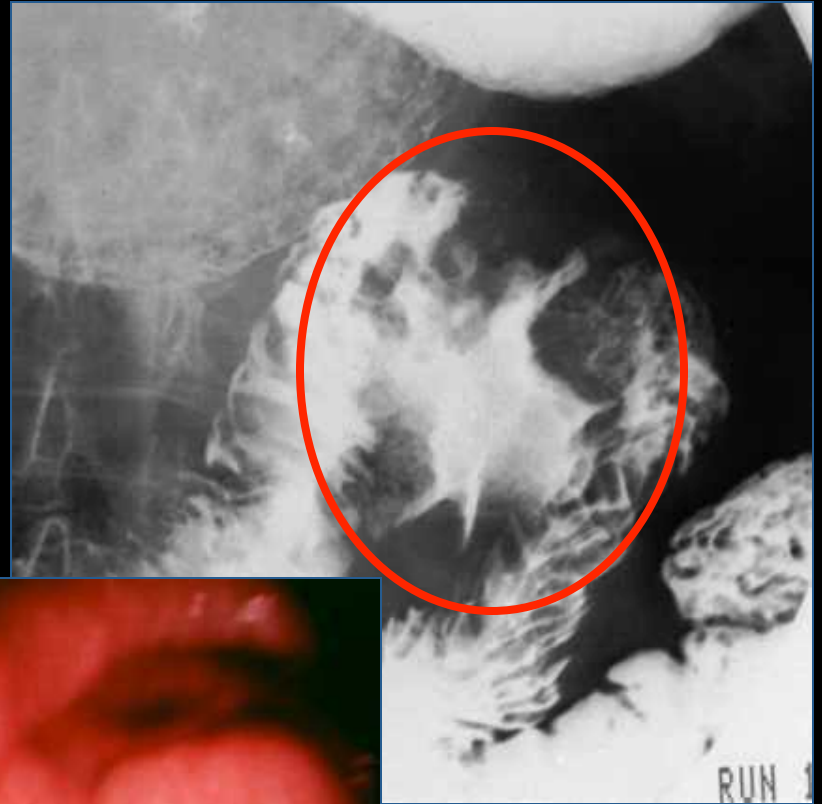
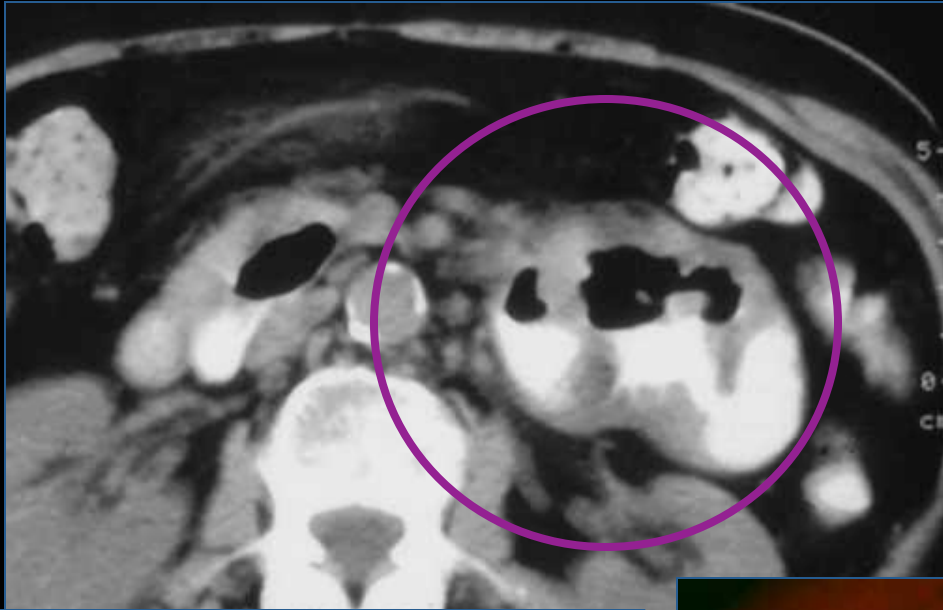
siège

- .duodenum 55 %
- .jejunum 18 %
- .iléon 13 %
- .multifocaux 14 %

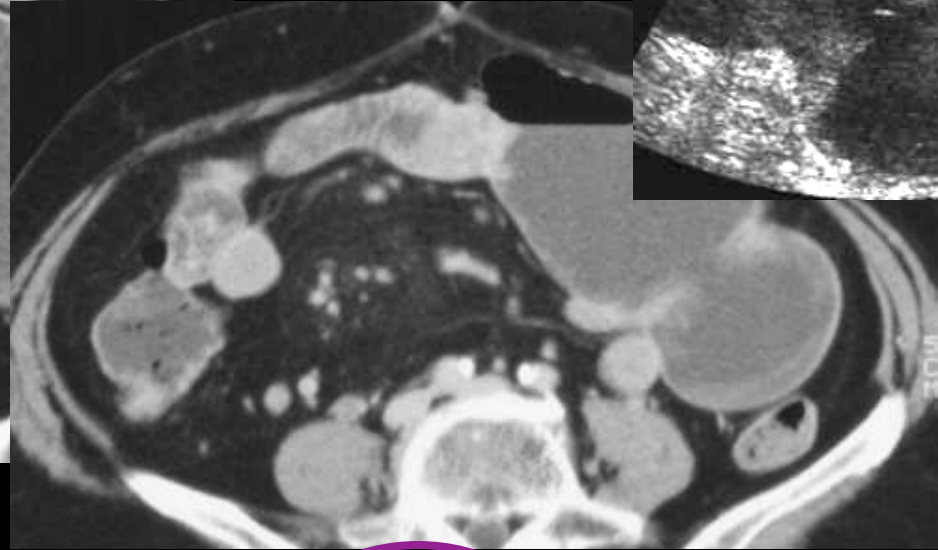
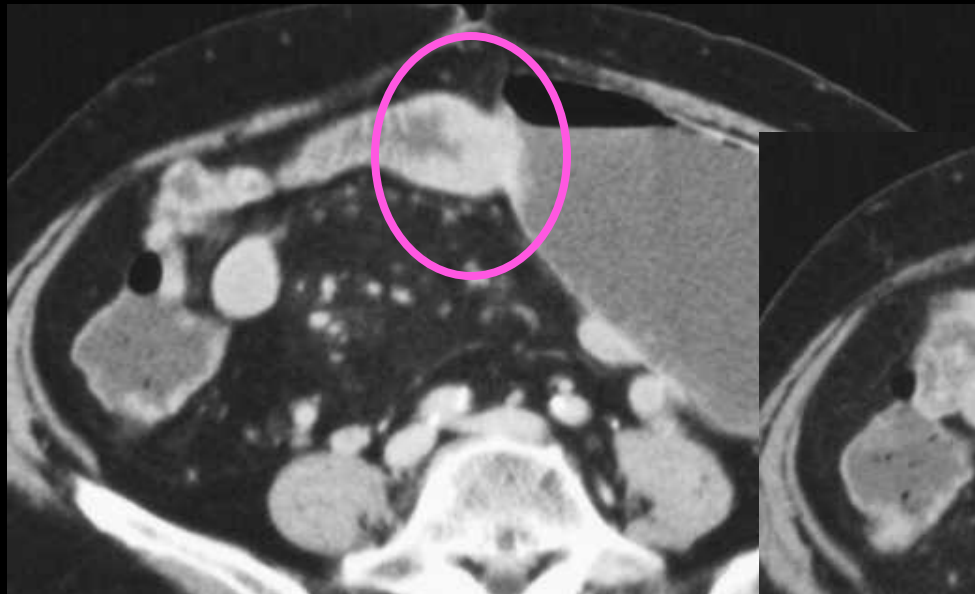


pronostic 30,5 % de survie à 5 ans ; durée moyenne de survie 19,7 mois

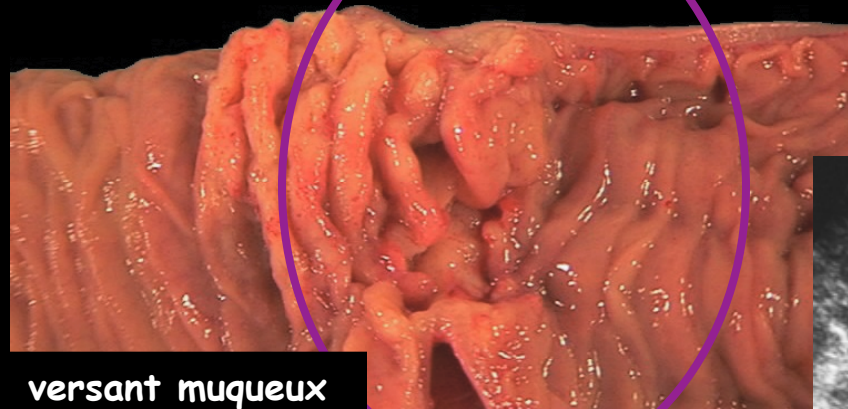
morphologiquement identique aux ADK coliques sur le plan macroscopique .



adénocarcinome ulcéro-bourgeonnant du jéjunum proximal



versant séreux)



versant muqueux



adénocarcinome sténosant circonférentiel court jéjunal haut (napring adenocarcinoma)