

Patiente de 46 ans, maladie de Crohn suivie depuis 1997. Résection iléo-caecale en 2006 pour occlusion sur sténose iléale.

TDM pour douleurs abdominales survenant par crises aiguës, de durée variable. Quels éléments sémiologiques significatifs peut-on retenir sur les coupes non injectées

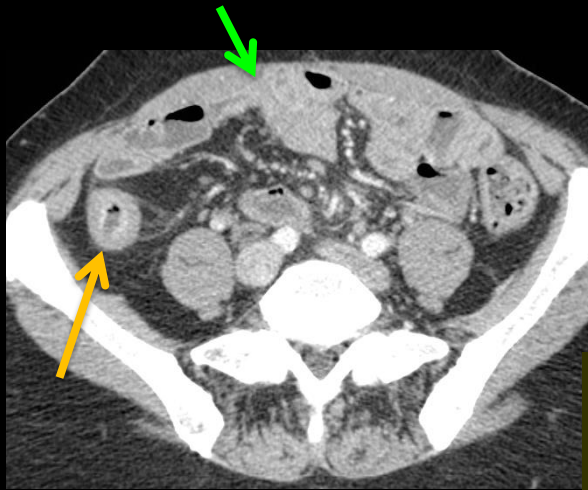


Marie-Alexia
Ottenin IHN

-l'aspect hypodense du sang circulant (visibilité spontanée des branches portales et sus-hépatiques par rapport au parenchyme hépatique ou splénique ou par rapport aux muscles) traduit une anémie .

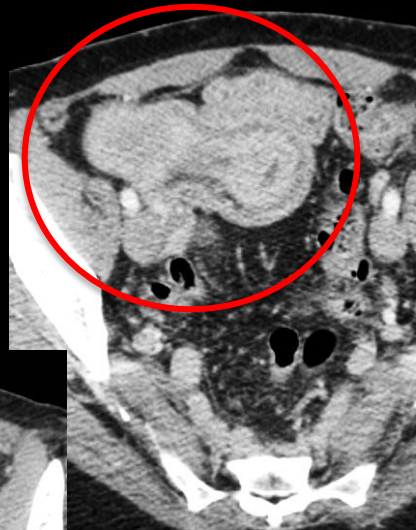
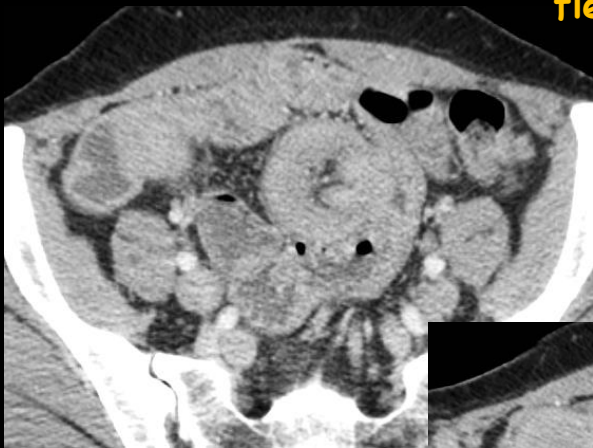
-l'aspect hypodense des reins a la même origine (taux de protéides du sang circulant abaissé ; le principal composant protéidique du sang étant l'hème, fraction protéidique de l'hémoglobine)

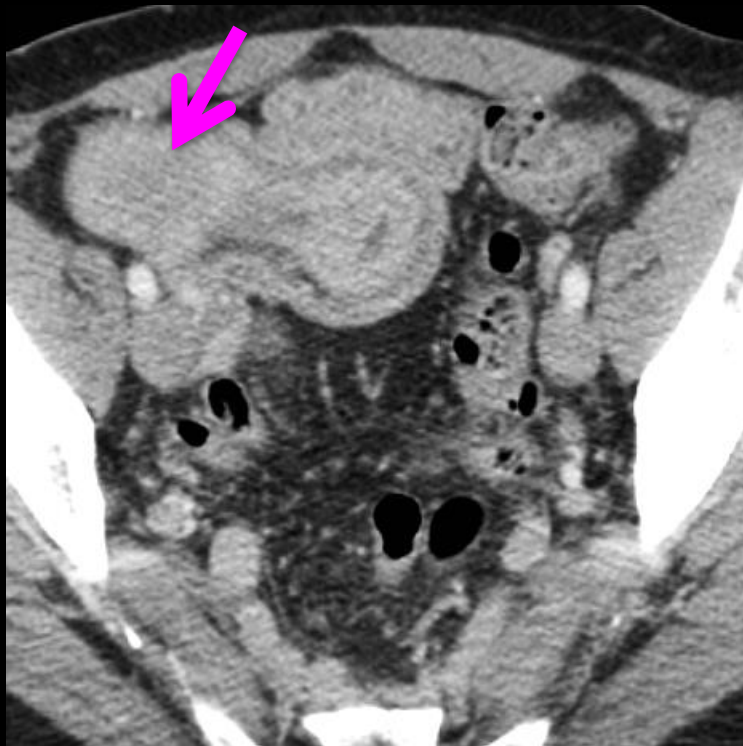
-la prolifération fibro-graisseuse et l'épaississement pariétal des anses iléales dans la FID sont liées à la maladie de Crohn

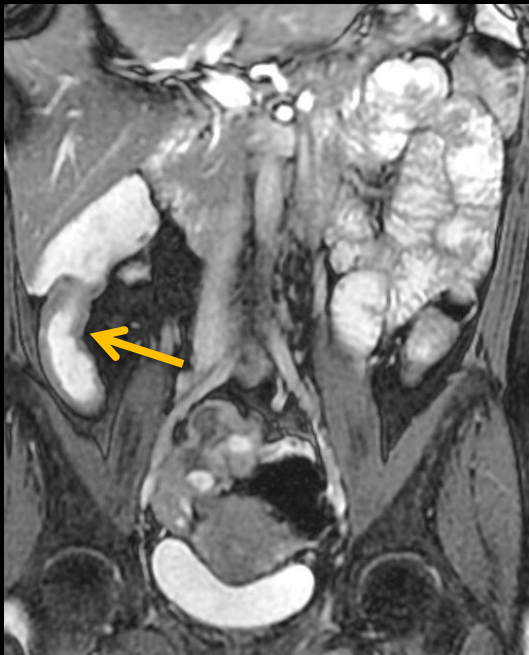
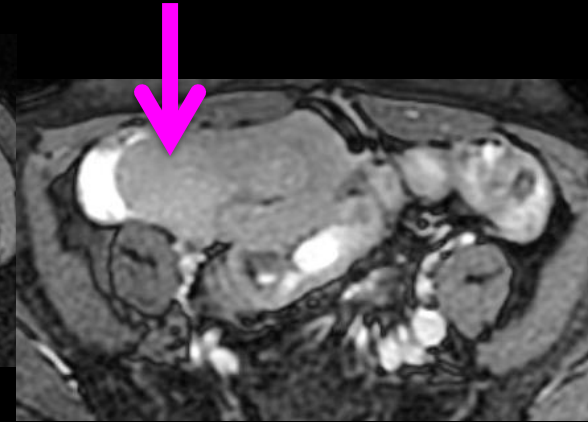
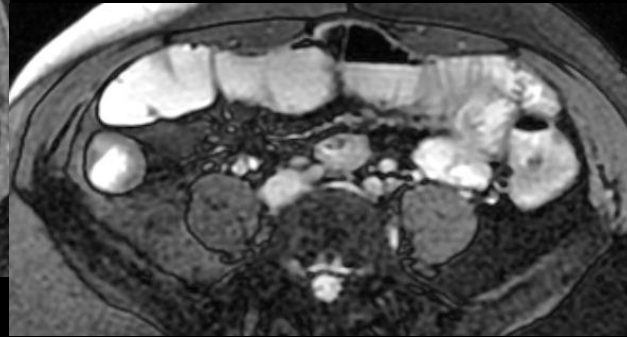


lésions Crohn
flèches oranges

-après injection on objective
un image d'invagination iléale ,
en relation avec une lésion
polypoïde pédiculée ,
endoluminale , non graisseuse
-il existe en outre des
aspects indiscutables
d'adhérences intestino-
mésentériques à la paroi
abdominale antérieure et
interanses (flèches vertes)

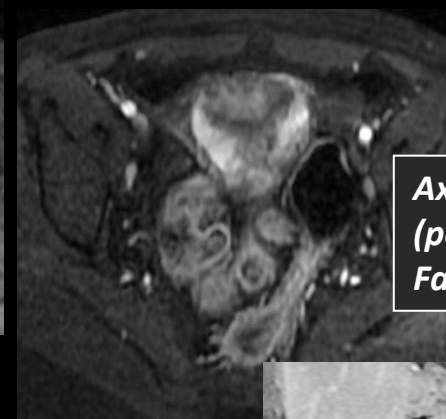
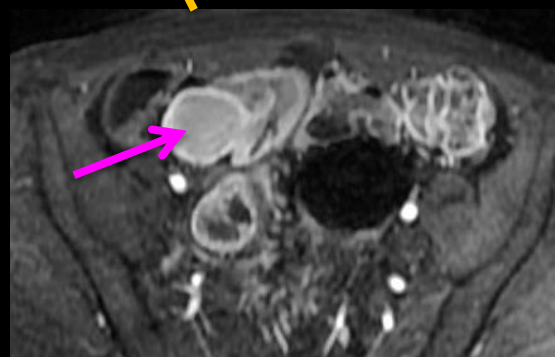
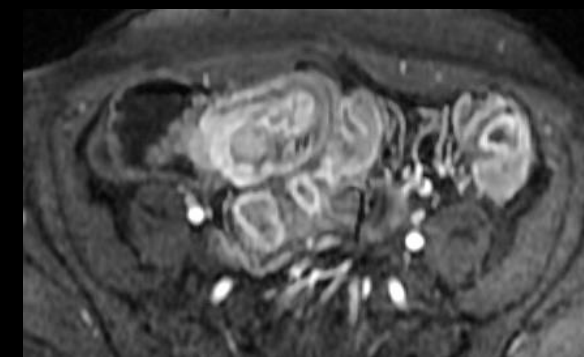
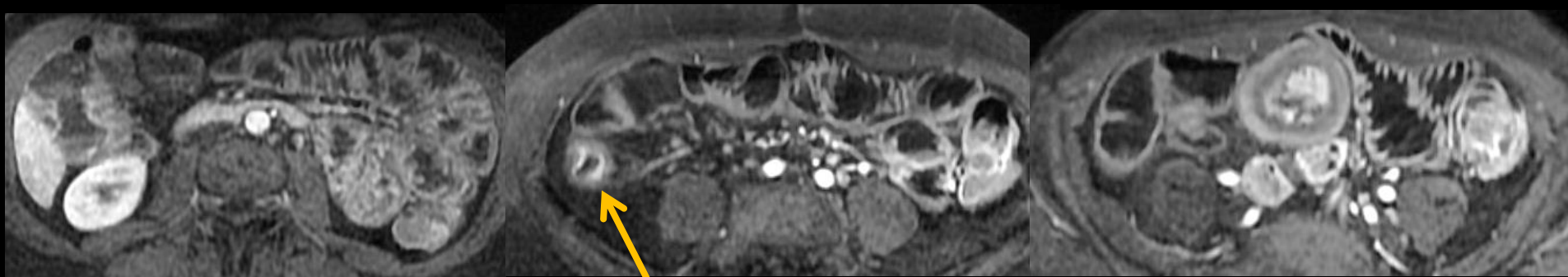




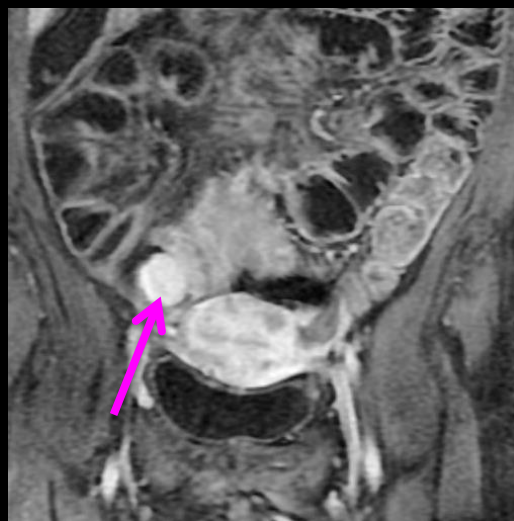
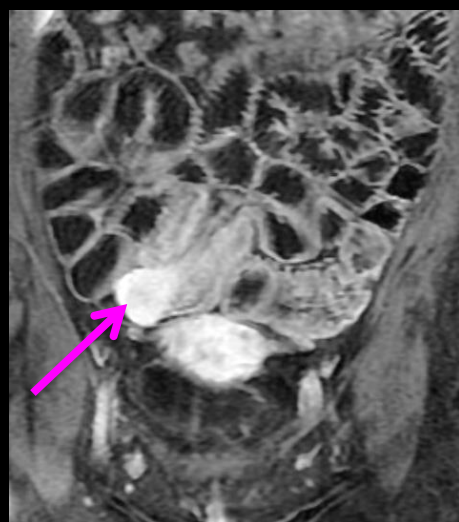


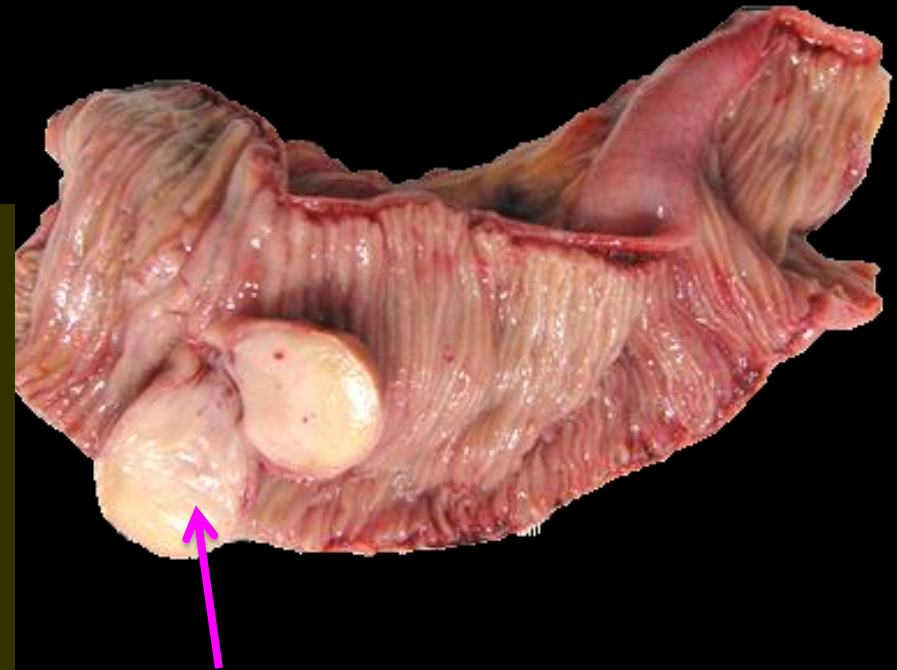
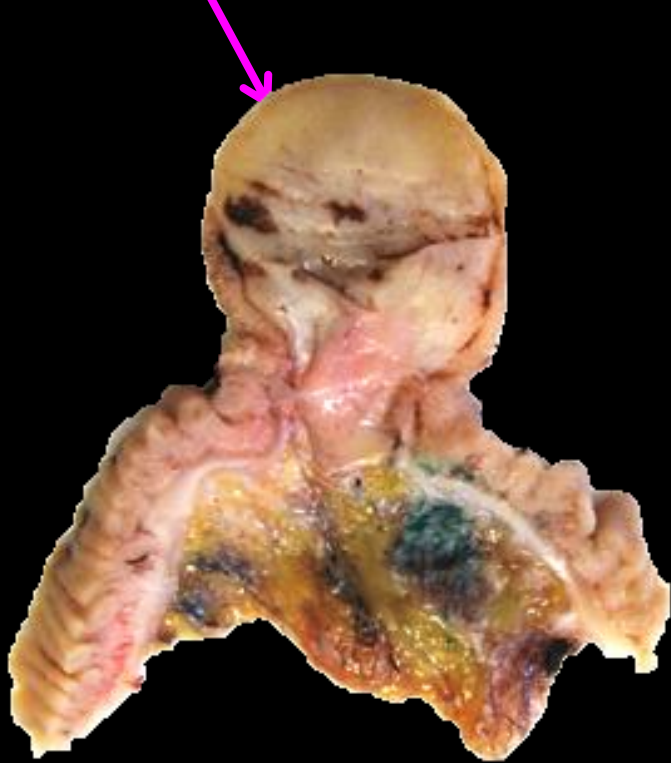
Séquence à l'état
d'équilibre Fiesta

-l'entéroscanner confirme la présence d'une masse endoluminale iléale , à contours réguliers et de structure homogène , à l'origine d'une invagination chronique , sans retentissement mécanique majeur sur l'intestin d'amont



Ax Lava
(pondérée T1
Fatsat)





Tumeur développée au dépend de la paroi digestive, base d'implantation sous séreuse.
Franchissement de la musculature, saillie endoluminale et ulcération muqueuse.
Richement vascularisée.
Cellules épithélioïdes, sans signe de malignité.

polype fibroïde inflammatoire, sans signe de malignité.

⇒ (recherche de la mutation PDGFRA en cours)

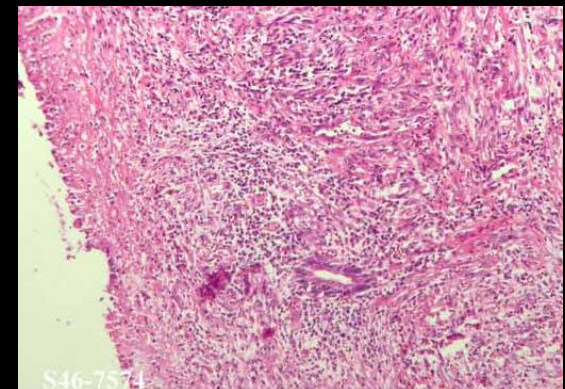
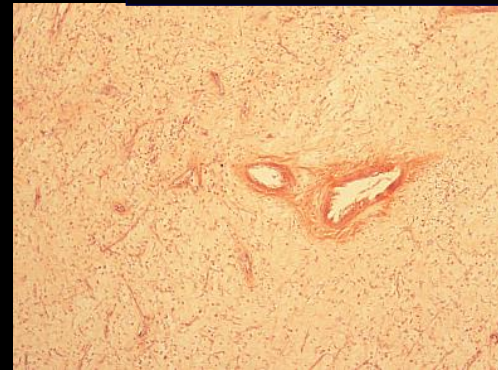
polype fibroïde inflammatoire, (inflammatory fibroid polyp IFP)

-lésion bénigne rare du tractus digestif , de pathogénie très mal connue et controversée , décrite par Vanek en 1949 sous la dénomination de « granulome gastrique sous-muqueux avec éosinophilie »

-macroscopiquement , **masse polypoïde pédiculée, naissant de la sous-muqueuse et développée « en battant de cloche » dans la lumière intestinale** . Son pédicule s'allonge sus l'effet des tractions mécaniques liées au péristaltisme , de façon analogue à ce qui est observé avec les lipomes.

-microscopiquement constitués de cellules fusiformes et/ou étoilées au sein d'un **stroma fibro-myoïde richement vascularisé** ponctué d'un infiltrat inflammatoire à **prédominance de polynucléaires éosinophiles** mais on trouve des plasmocytes des lymphocytes, des macrophages et des mastocytes . En **IHC**, les **cellules tumorales expriment fortement le CD 34**

-le diagnostic différentiel peut être délicat avec certaines tumeurs à cellules fusiformes du tube digestif (jusqu'aux formes sarcomateuses)



-les localisations gastriques des IFP sont les plus fréquentes ; **le grêle est la seconde localisation en fréquence, généralement dans l'iléon distal**

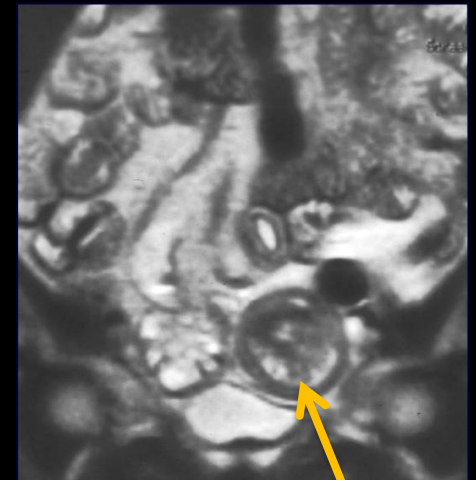
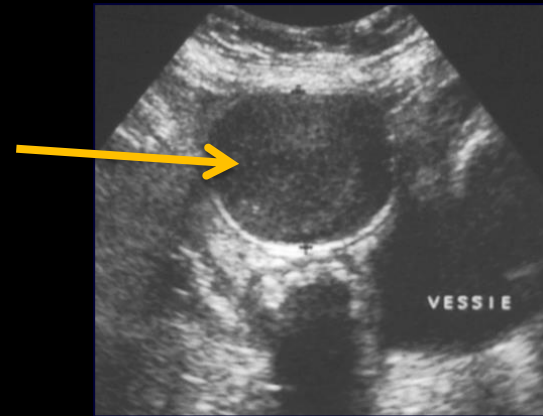
-**l'invagination est la forme habituelle de révélation** des polypes fibroïdes inflammatoires du grêle

-le **pic d'incidence** se situe entre la 6 et la 7^{ème} **décennie** mais on peut le rencontrer à tout âge

-la pathogénie est inconnue mais le développement sur des bases allergiques, une hyperplasie neurale et la formation d'un tissu de granulation sont généralement évoquées

-2 cas de récurrence post-chirurgicale ont été rapportés mais aucune greffe néoplasique n'a été observée

-l'IFP a été décrit sous de **nombreuses terminologies** parfois **trompeuses** ; granulome éosinophile, hémangiopéricytome, fibrome polypoïde, fibrome gastrique avec infiltration éosinophile, gastroentérite à éosinophiles, polypes avec granulome éosinophile, pseudotumeur inflammatoire....



obs. Pr G.S. Schmutz Sherbrooke

messages à retenir

-dans **l'étiologie** des invaginations aiguës ou chroniques du grêle chez l'adulte , **3 causes** doivent être évoquées de prime abord :

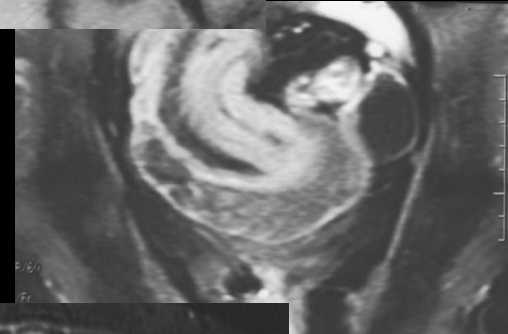
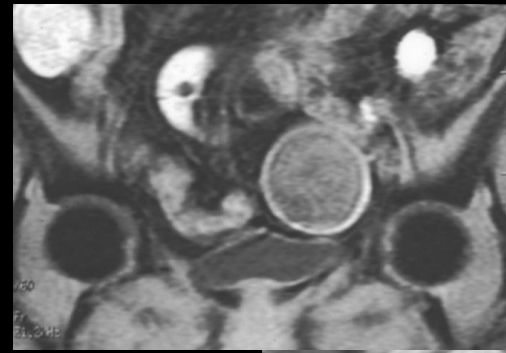
. le **lipome pédiculé endoluminal** , très facilement identifié par son contenu graisseux (seul le diverticule de Meckel inversé peut être discuté)

. le **polype fibroïde inflammatoire** doit être suggéré devant une lésion polypoïde endoluminale non graisseuse et très vascularisée

.la **métastase de mélanome** (qui peut être révélatrice de la maladie)

-chez des sujets plus jeunes il faut d'abord penser au **syndrome de Peutz-Jeghers** et rechercher la lentiginose cutanéomuqueuse péri-orificielle

-le diagnostic histologique du polype fibroïde inflammatoire peut comporter des difficultés avec les autres tumeurs à cellules fusiformes ; le **c-Kit** ou le **PDGFRA** sont alors précieux pour établir le diagnostic de **GIST**



*obs. Pr G.S.
Schmutz
Sherbrooke*

