

Homme de 26ans Pas d'antécédent Se présente aux urgences pour des **douleurs abdominales intenses évoluant depuis plus de 6h.**

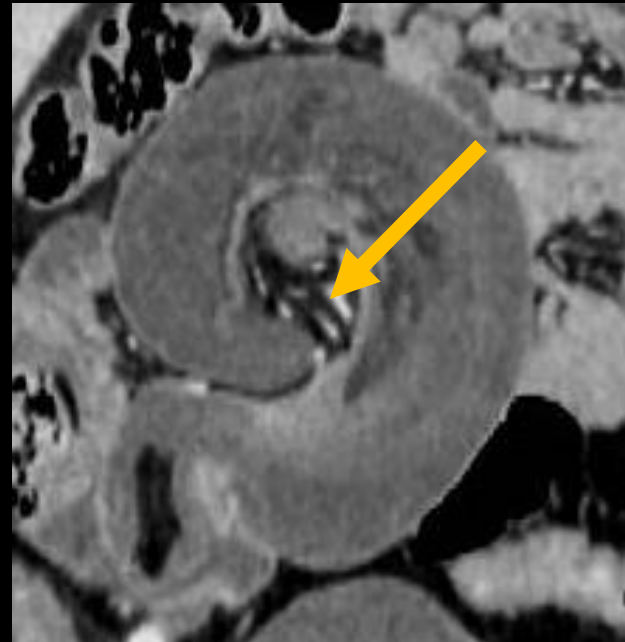
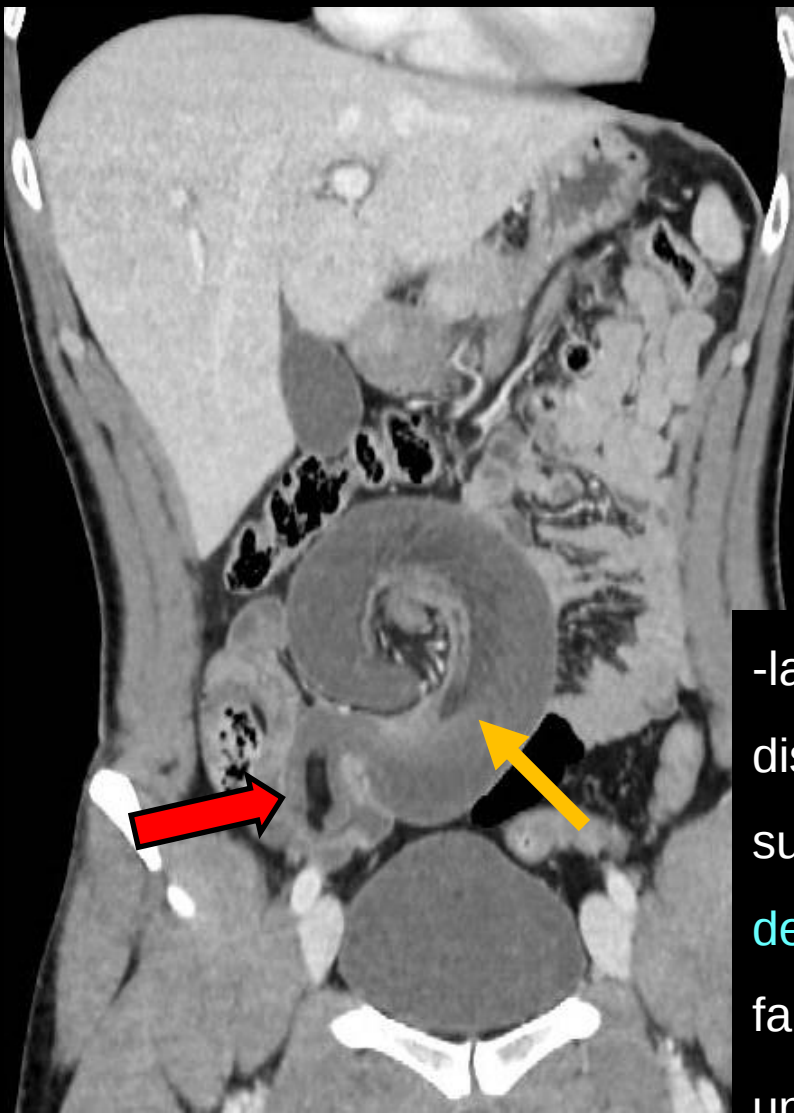
Défense en fosse iliaque droite . Un scanner est réalisé qui montre les images suivantes. Quels sont les items sémiologiques scanographiques significatifs à retenir



Ayla Urbaneja IHN

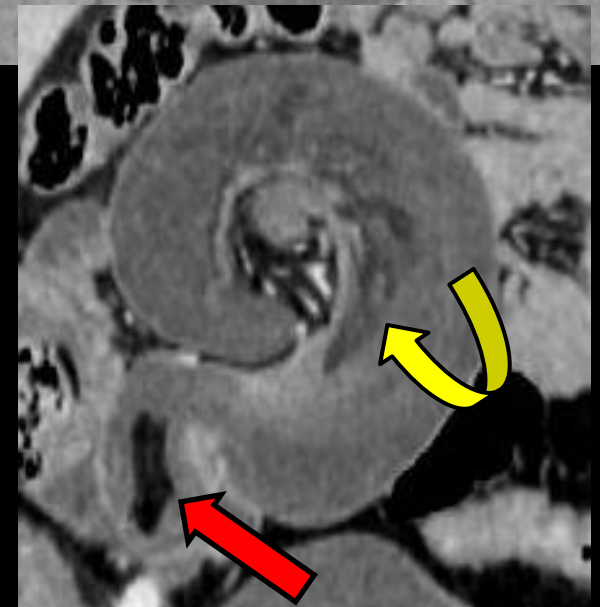
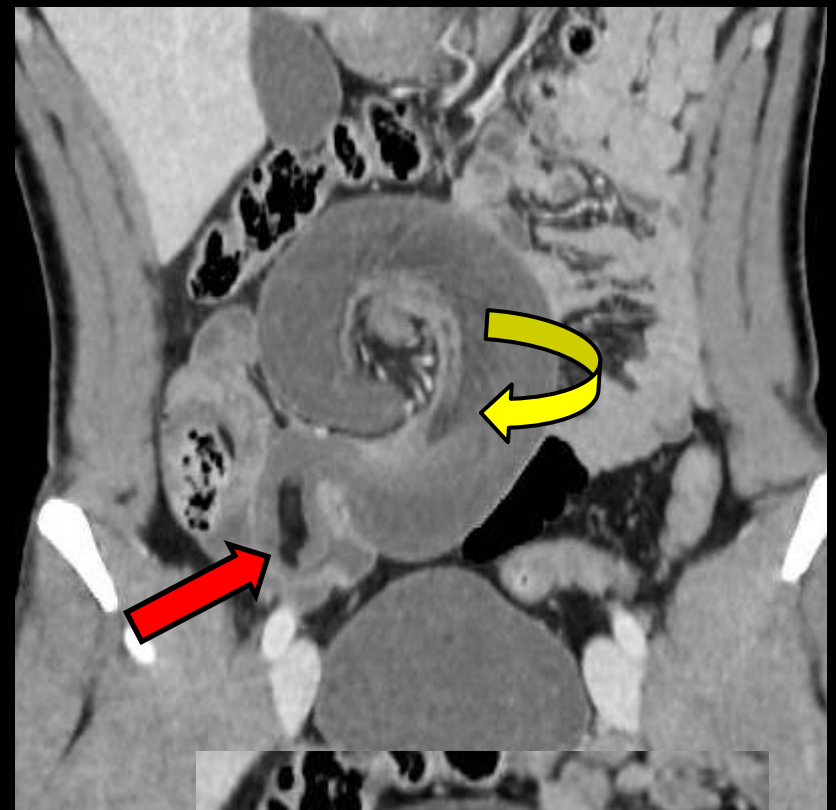
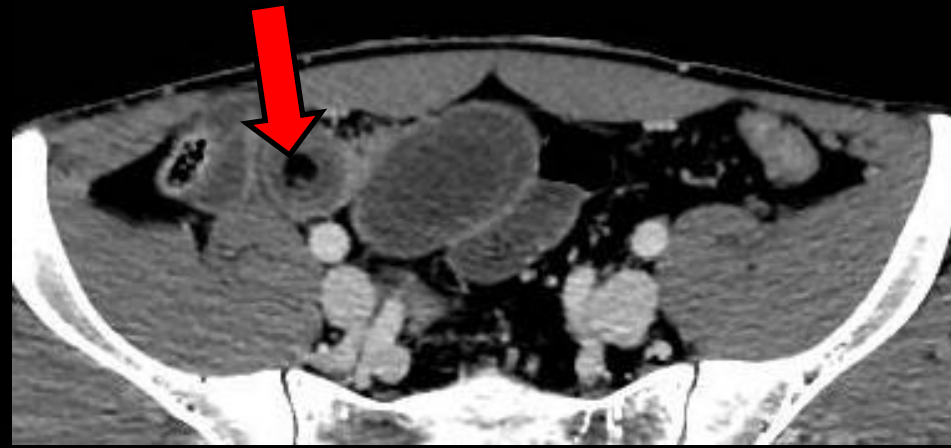
Hélène Ropion ancienne
CCA Solime Nanc

y
Pr Gérard S Schmutz CHU
Sherbrooke

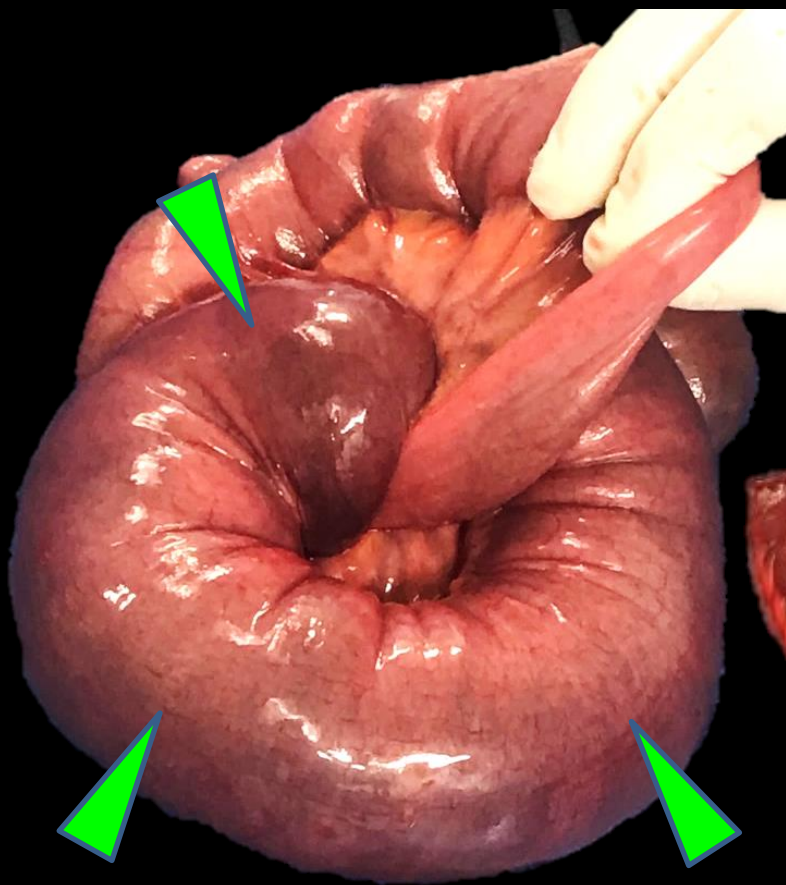


-la disposition radiaire des anses iléales en distension liquide pourrait faire penser à un volvulus sur bride mais l'absence d'infiltration du mésentère de ces anses contrastant avec l'amincissement et le faible rehaussement pariétal doivent orienter vers une **intussusception (invagination) iléo-iléale**.

il faut alors rechercher **au niveau de la tête du boudin d'invagination** une lésion endoluminale, le plus souvent pédiculée à l'origine de cette intussusception



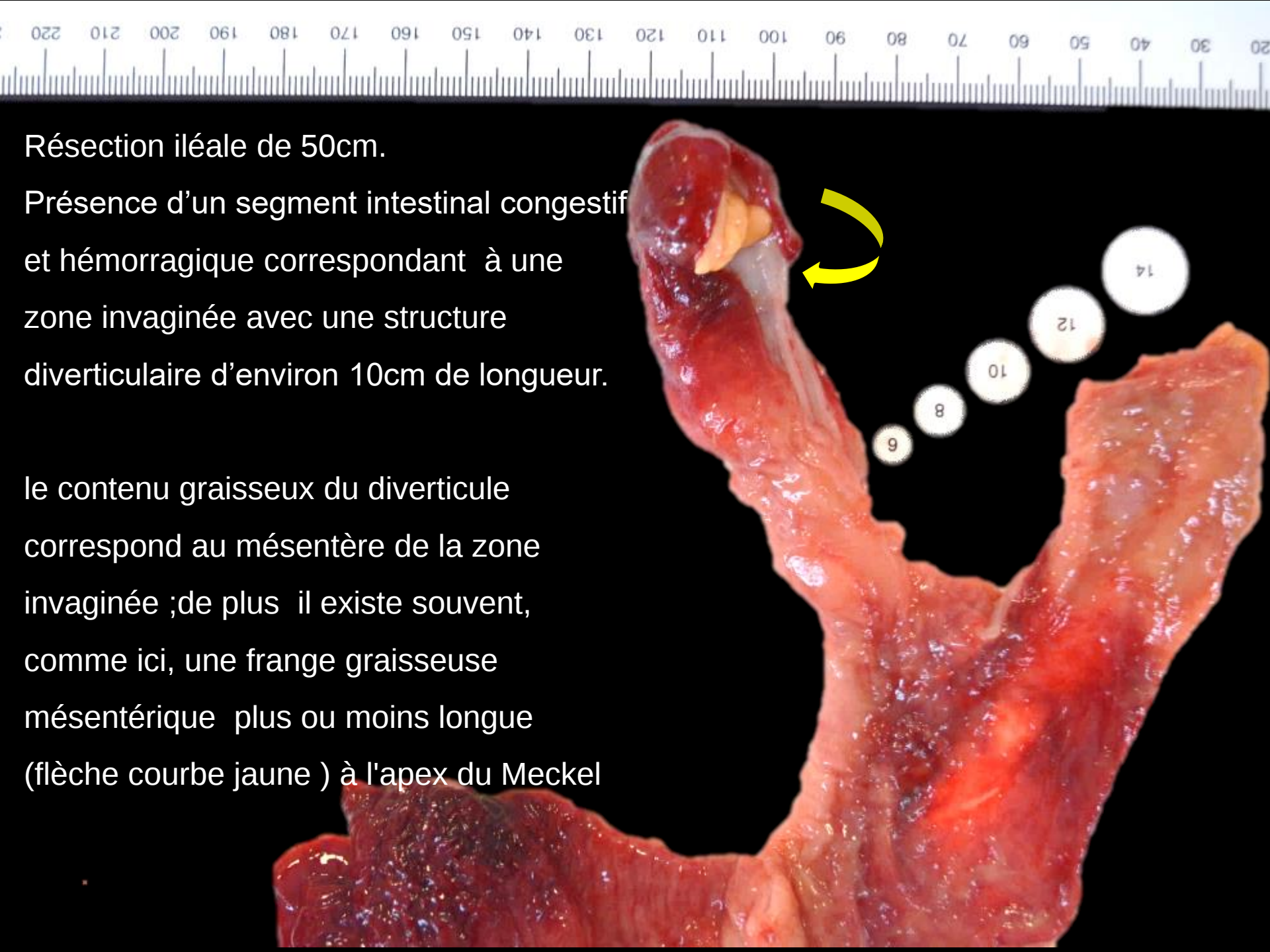
la confrontation des coupes axiales et des reformations coronales permet de préciser la **densité graisseuse du contenu** de la structure endoluminale (flèche rouge) responsable de l'intussusception ainsi que son **aspect tubuliforme (à bords parallèles)**



la vue per-opératoire confirme l'invagination; l'intussusceps est dilaté et sa paroi amincie avec un maximum au niveau de la tête du boudin d'invagination



après désinvagination par le chirurgien , on retrouve l'épaississement pariétal circonférentiel de l'intussusceptum (flèches bleues) correspondant à la souffrance ischémique du grêle invaginé



Résection iléale de 50cm.

Présence d'un segment intestinal congestif et hémorragique correspondant à une zone invaginée avec une structure diverticulaire d'environ 10cm de longueur.

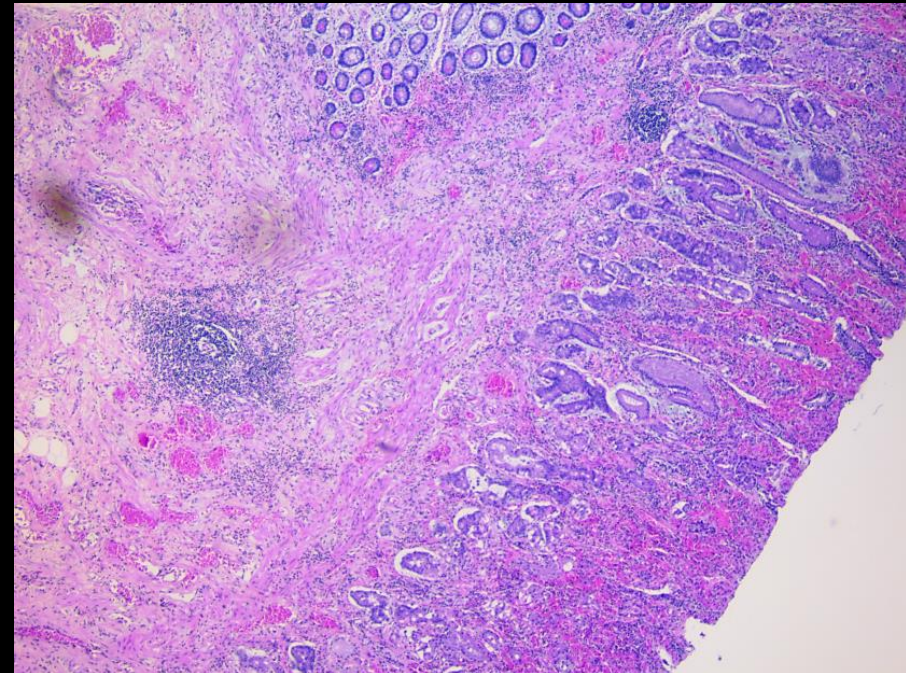
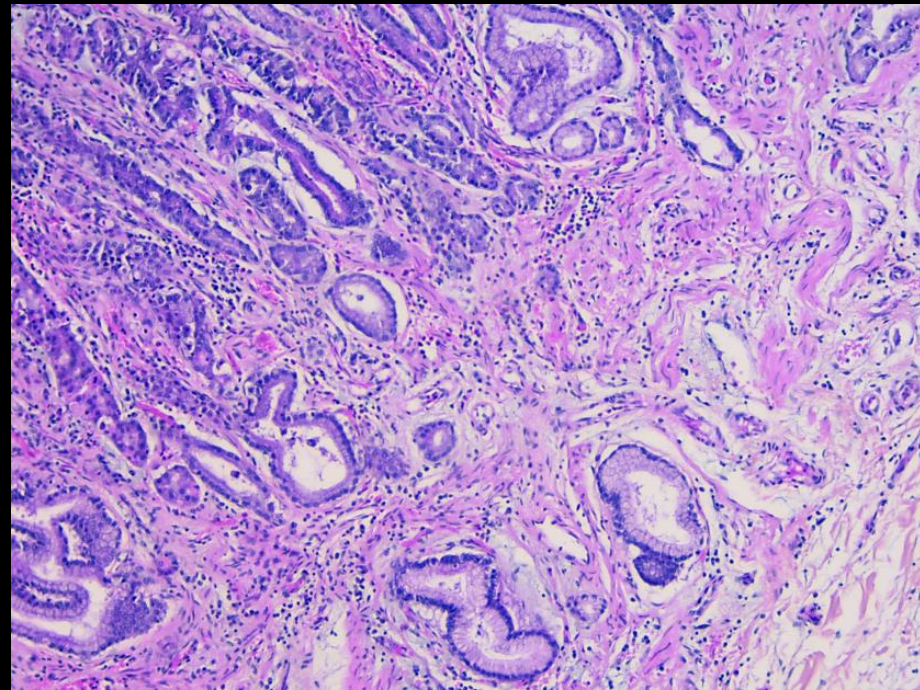
le contenu graisseux du diverticule correspond au mésentère de la zone invaginée ;de plus il existe souvent, comme ici, une frange graisseuse mésentérique plus ou moins longue (flèche courbe jaune) à l'apex du Meckel

Nombreuses plages de suffusion
hémorragique au niveau muqueux et
sous-muqueux et œdème interstitiel
sous-muqueux.

La muqueuse du segment invaginé
comporte de nombreuses zones
d'hétérotopie gastrique.

Zone adipeuse au niveau du segment
invaginé correspondant à du
mésentère.

L'analyse immunohistochimique ne
marque pas au niveau des
adipocytes.

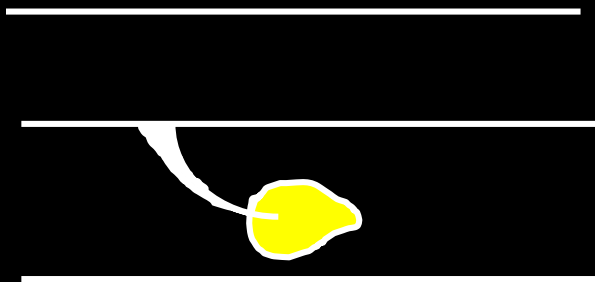


Zoom sur **lipome endoluminal** versus **diverticule de Meckel inversé**

Lipome

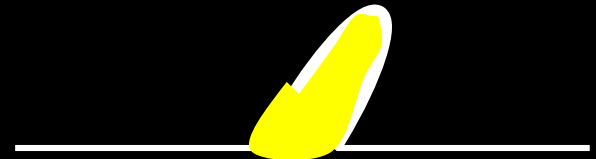


Sous-muqueux, se pédiculise sous l'action mécanique des tractions dues au péristaltisme



devient pédiculé
endoluminal

Diverticule de Meckel



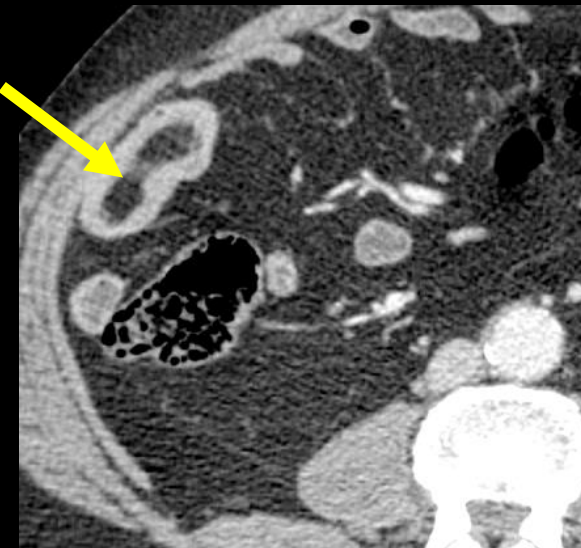
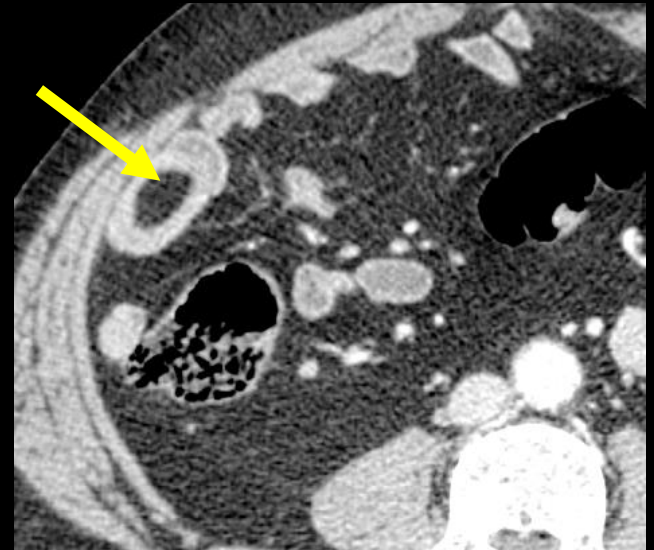
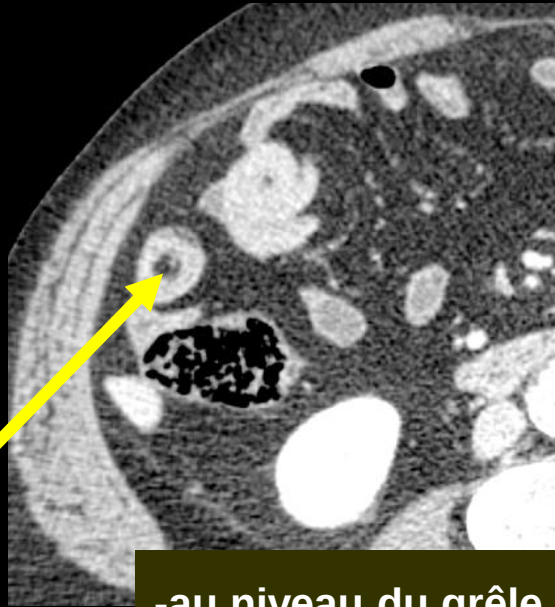
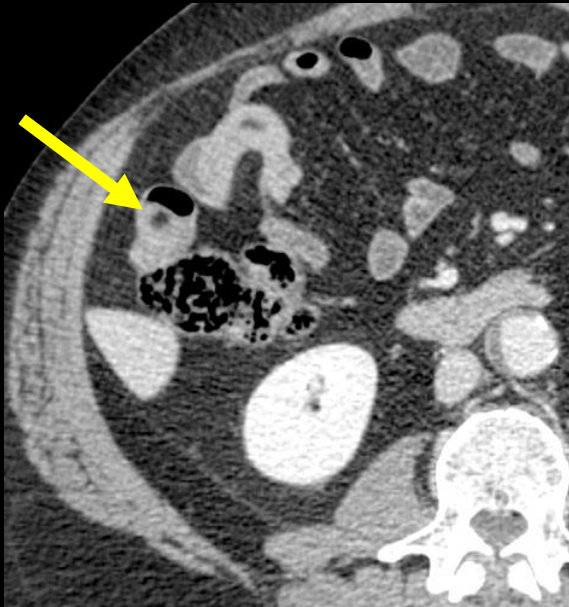
Inversé

Zoom sur lipome endoluminal versus Diverticule de Meckel inversé

- lipome et diverticule de Meckel inversé présentent tous deux un contenu graisseux caractérisable en imagerie (scanner mais également échographie et IRM) ,cependant **leur forme différente +++ permet de les distinguer** :
- le **diverticule de Meckel inversé** : image endoluminale d'aspect **tubulé**
- le **lipome endoluminal** : image endoluminale d' aspect **piriforme** ou "**en battant de cloche**" (car initialement sous-muqueux, il se pédiculise secondairement avec un pédicule qui s'allonge et s'aminci)

Cas compagnons

homme 55ans bilan d'une anémie microcytaire 7,9 g/dL FOGD et coloscope normales .

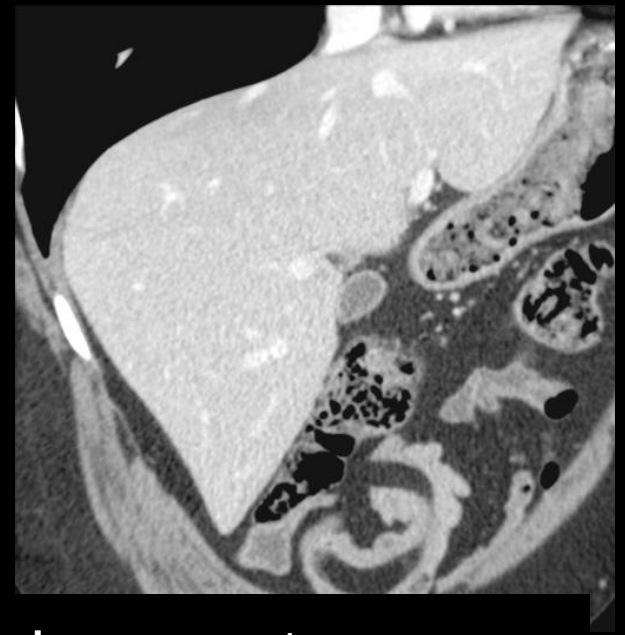
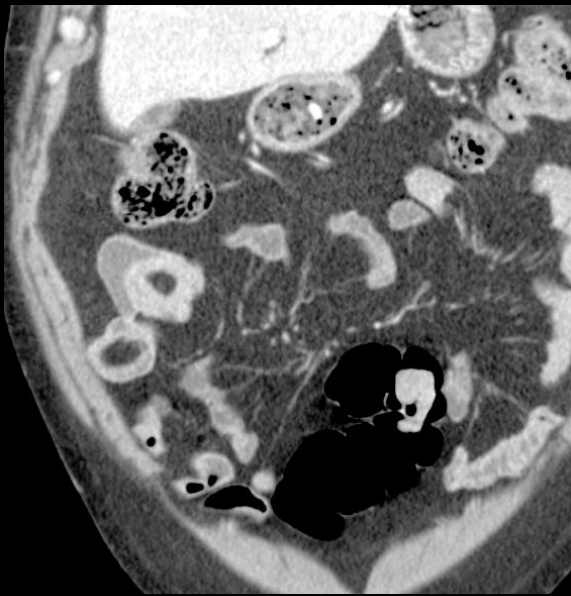


-au niveau du grêle distal il existe une masse oblongue , endoluminale , dont le contenu est de densité nettement grasseuse.

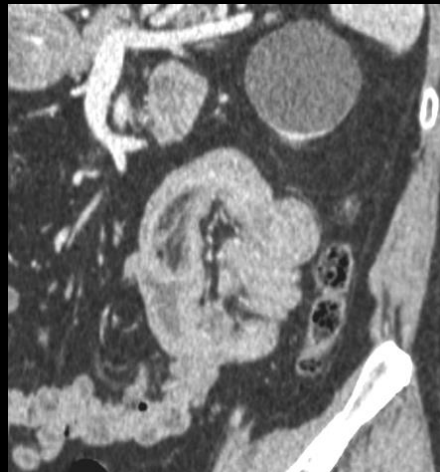
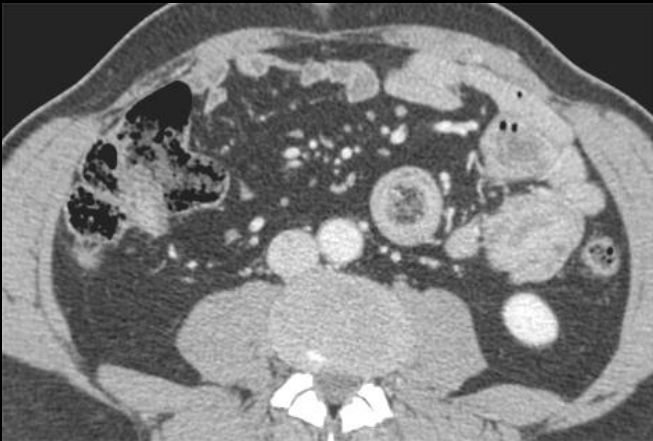
-vous pensez peut-être à **un lipome ou à un polype inflammatoire**



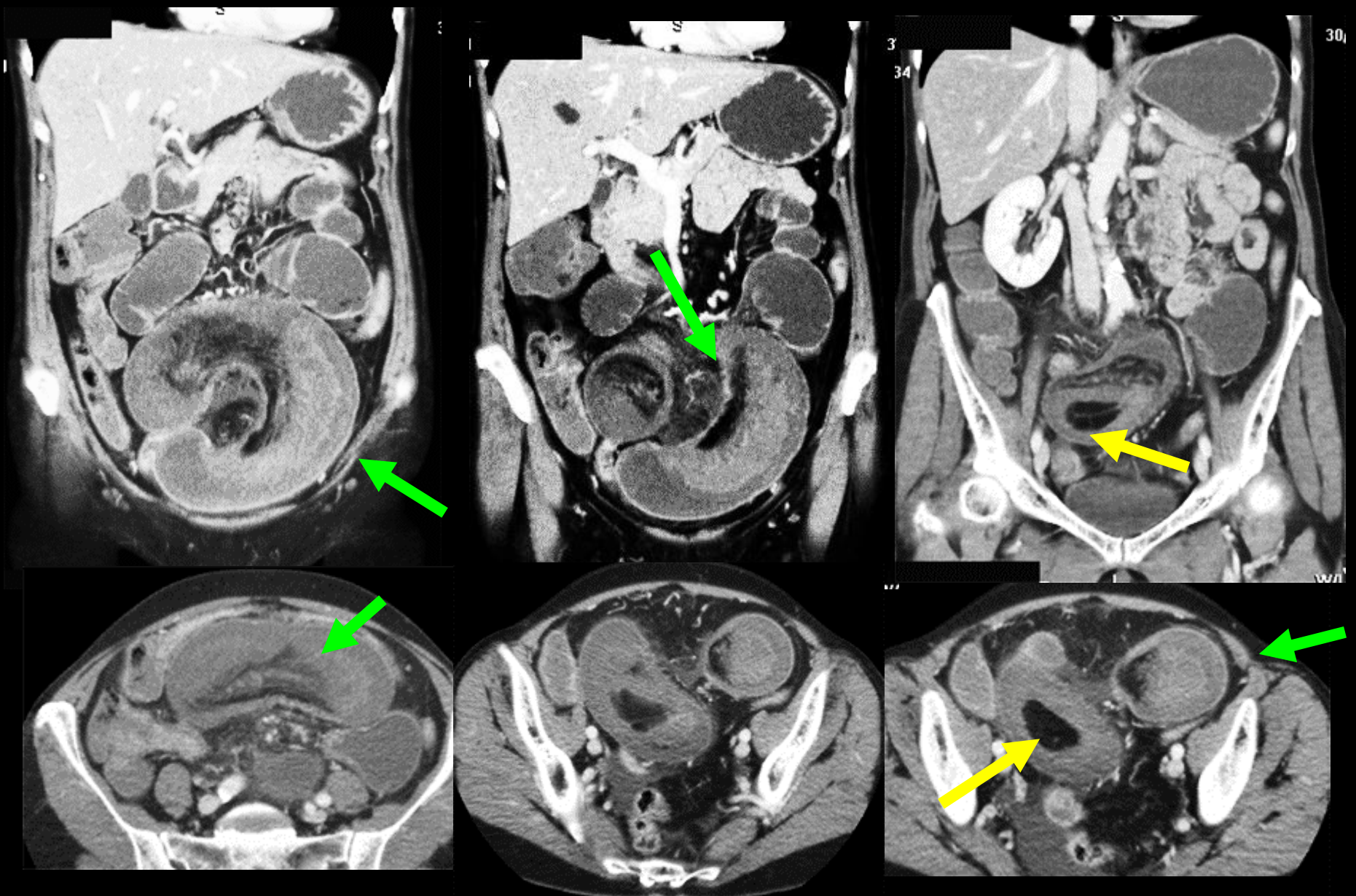
-ce n'est pas le bon diagnostic....what else



les reformations frontales , sagittales permettent d'apporter des arguments
sémiologiques très solides **contre le diagnostic de lipome** et pour le bon diagnostic !!!

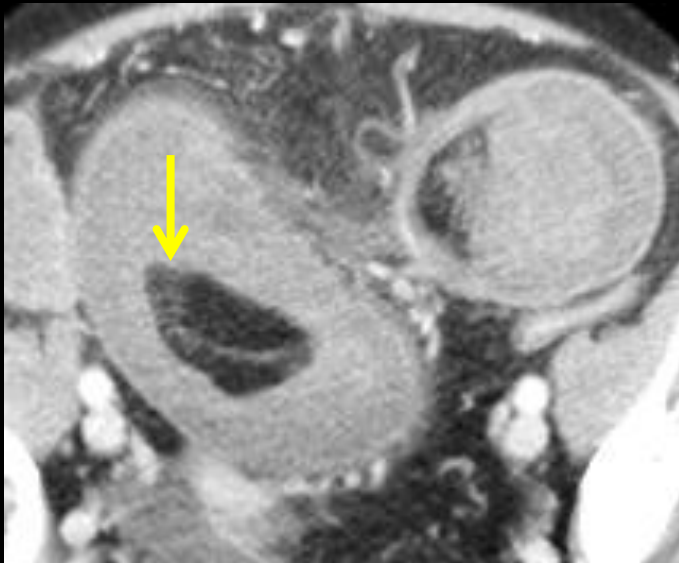


ceci est un vrai lipome iléal avec petite invagination chronique. Voyez vous les différences ?



invagination intestinale aiguë sur **lipome du grêle** , nécrose ischémique de l'intussusceptum et de l'intussusciens

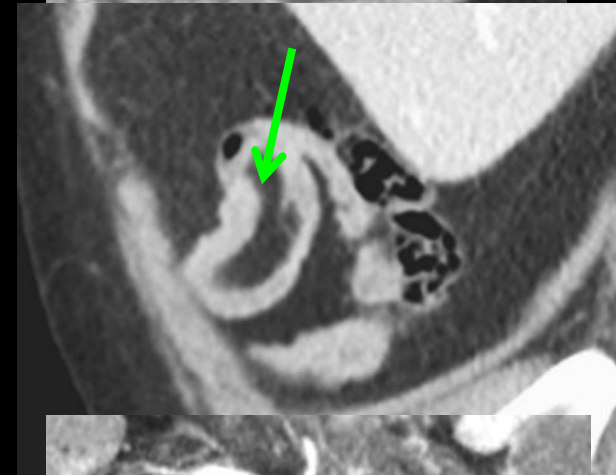
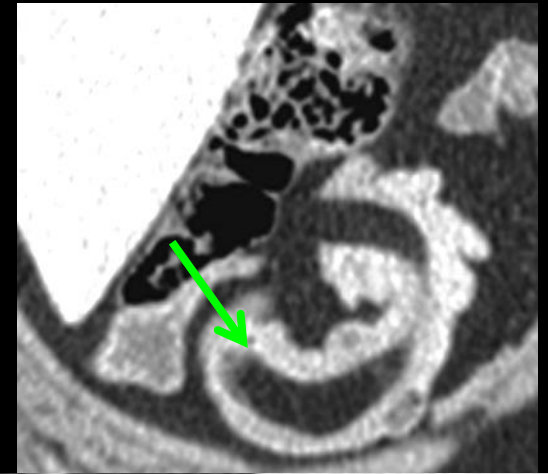




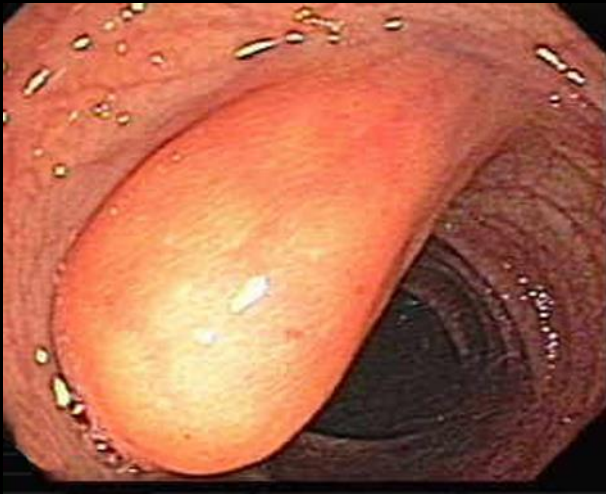
l'agrandissement vous aide -t-il ?

-les lipomes ont un **aspect piriforme** , "en battant de cloche" ; cela est du au fait qu'ils sont initialement sous muqueux puis **se pédiculisent** sous l'action des tractions exercées par les **contractions péristaltiques** . Ces tractions s'accroissent lorsqu'apparaît l'invagination chronique , entraînant un **allongement et un amincissement du pédicule** . Un enclavement aigu non réductible de l'invagination peut s'accompagner d'une ischémie majeure imposant la résection intestinale

-lorsque , l'image endoluminale est **tubulée**, élément sémiologique essentiel qui doit nous faire évoquer le **diverticule de Meckel inversé**



stade de polype sessile



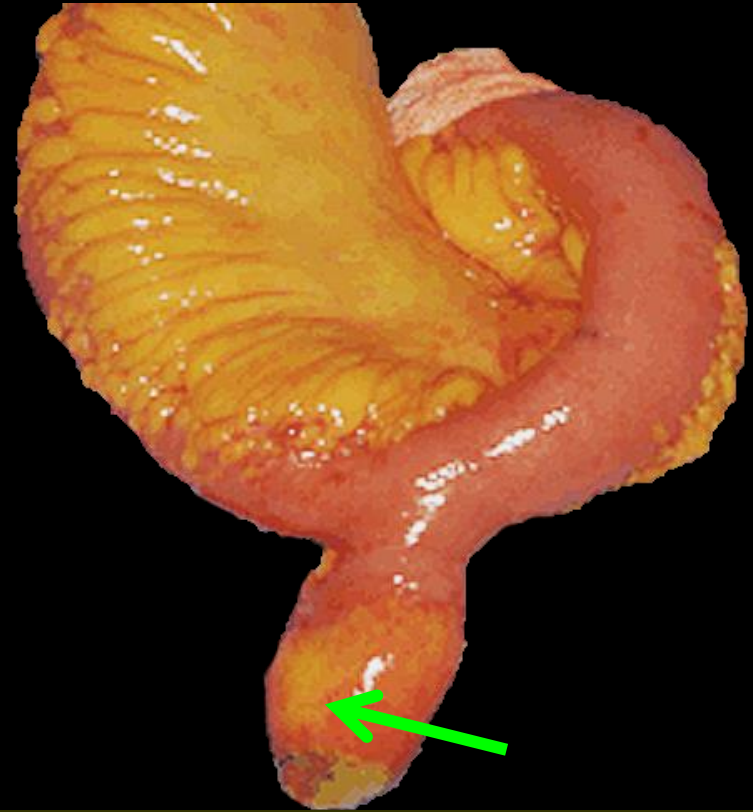
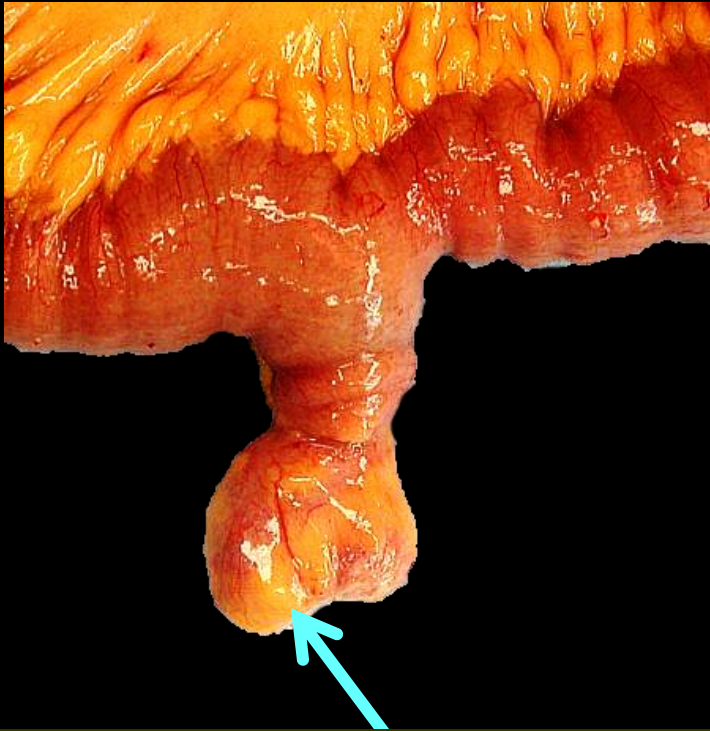
lorsque le volume est suffisant pour que le nodule "amorce" des invaginations spontanément réductibles itératives , le polype se pédiculise



le pédicule s'allonge et s'amincit tandis que la partie nodulaire poursuit sa croissance ; l'ensemble prenant l'aspect typique "en battant de cloche"

http://anabible.webethan.com/spip.php?page=print-article&id_article=573&lang=fr

comment comprendre pourquoi un diverticule de Meckel (segment intestinal plus ou moins long , sans méso propre, par opposition à l'appendice vermiculaire, ,implanté sur le bord antimésentérique de l'iléon , dans les 70 derniers centimètres) peut donner , en se retournant "en doigt de gant" dans la lumière de l'intestin d'aval, une lacune endoluminale tubuliforme à contenu graisseux



dans bon nombre de cas, il existe , à l'apex du diverticule de Meckel , comme on le voit sur ces 2 pièces anatomiques une frange graisseuse de volume et de longueur variables , en fonction des tractions mécaniques (stimulatrices de la lipogenèse) , que les contractions péristaltiques de l'iléon lui auront fait subir dans les phases d'invagination chronique.



exemple de la littérature
montrant bien le caractère
tubuliforme du diverticule de
Meckel inversé et le contenu
grassex par la frange
grassexse apicale
hypertrophiée



From the Archives of the AFIP Meckel Diverticulum: Radiologic Features with Pathologic Correlation¹

Expand

Angela D. Levy, LTC, MC, USA and Christine M. Hobbs, MD

¹From the Departments of Radiologic Pathology (A.D.L.) and Hepatic and Gastrointestinal Pathology (C.M.H.), Armed Forces Institute of Pathology, 6825 16th St NW, Washington, DC 20306-6000; and the Department of Radiology and Nuclear Medicine, Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, Md (A.D.L.). Received August 28, 2003; accepted October 7. Both authors have no financial relationships to disclose. Address correspondence to A.D.L. (e-mail: levya@afip.osd.mil).



obs. Pr GS Schmutz Sherbrooke

autre exemple de diverticule de Meckel inversé avec contenu graisseux du "doigt de gant" correspondant à la frange graisseuse mésentérique apicale inversé ,protruse dans la lumière

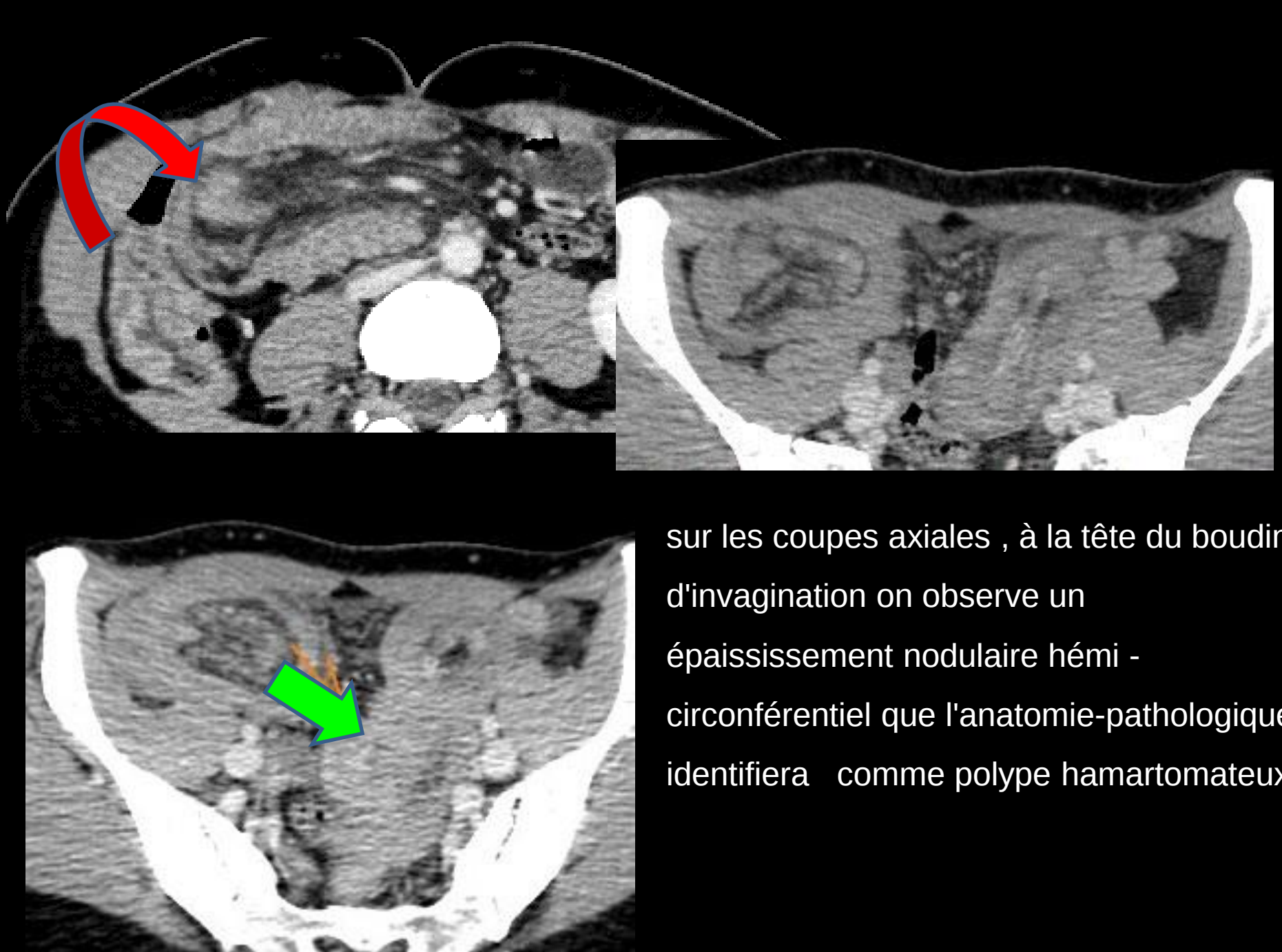
et pour finir....

Patiente de 40ans, douleurs abdominales chroniques depuis 6 mois, intolérance alimentaire depuis 24h.



aspect typique d'intussusception iléale
sans lésion responsable évidente visible

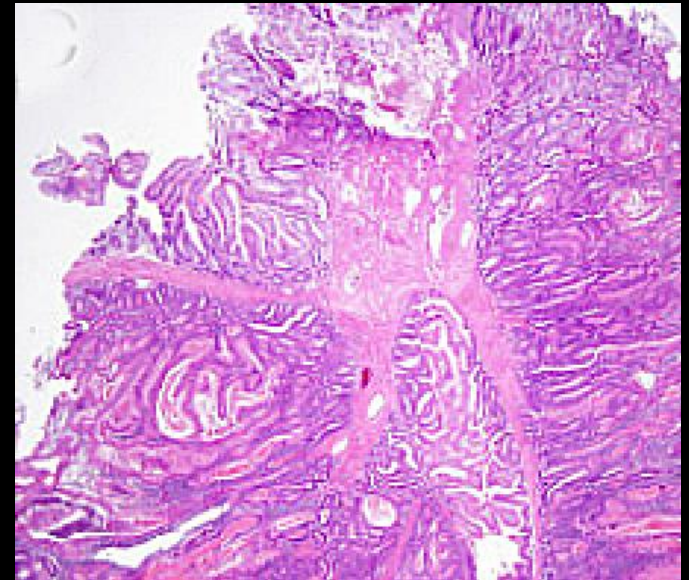




sur les coupes axiales , à la tête du boudin d'invagination on observe un épaississement nodulaire hémi - circonférentiel que l'anatomie-pathologique identifiera comme polype hamartomateux



sur les vues per-opératoires, le chirurgien peut montrer la formation nodulaire polylobée sessile responsable de l'invagination chronique jéjunale que l'ana-path identifiera comme **polype hamartomateux** (polype de Peutz-Jeghers solitaire ou polype juvénile solitaire)



polype hamartomateux (polype de Peutz-Jeghers solitaire ou polype juvénile solitaire) surface nodulaire ou lobulée irrégulière. Transformation maligne exceptionnelle.

Small-Bowel Solitary Peutz–Jeghers–Type Hamartomatous Polyp Treated With Endoscopic Polypectomy

Chia-Hsi Chang,^{*} Ken-Sheng Cheng,^{*,‡} and Jen-Wei Chou^{*,‡,§}

[https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565\(18\)30164-2/pdf](https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565(18)30164-2/pdf)

au total....

-l'intussusception est ,chez l'adulte, pratiquement toujours la conséquence de la présence d'une lésion pariétale sous muqueuse pédiculisée sous l'action des tractions provoquées par le péristaltisme

-les méthodes d'imagerie et en particulier le scanner peuvent identifier la cause de l'invagination lorsqu'on peut identifier un contingent tissulaire caractéristique au niveau de la tête du boudin d'invagination. Le cas le plus facile est l'invagination compliquant un lipome caractérisable par son contenu graisseux et son aspect piriforme.

-il faut cependant éliminer le piège que représente l'invagination sur diverticule de Meckel inversé qui peut être distingué du lipome par son aspect tubuliforme