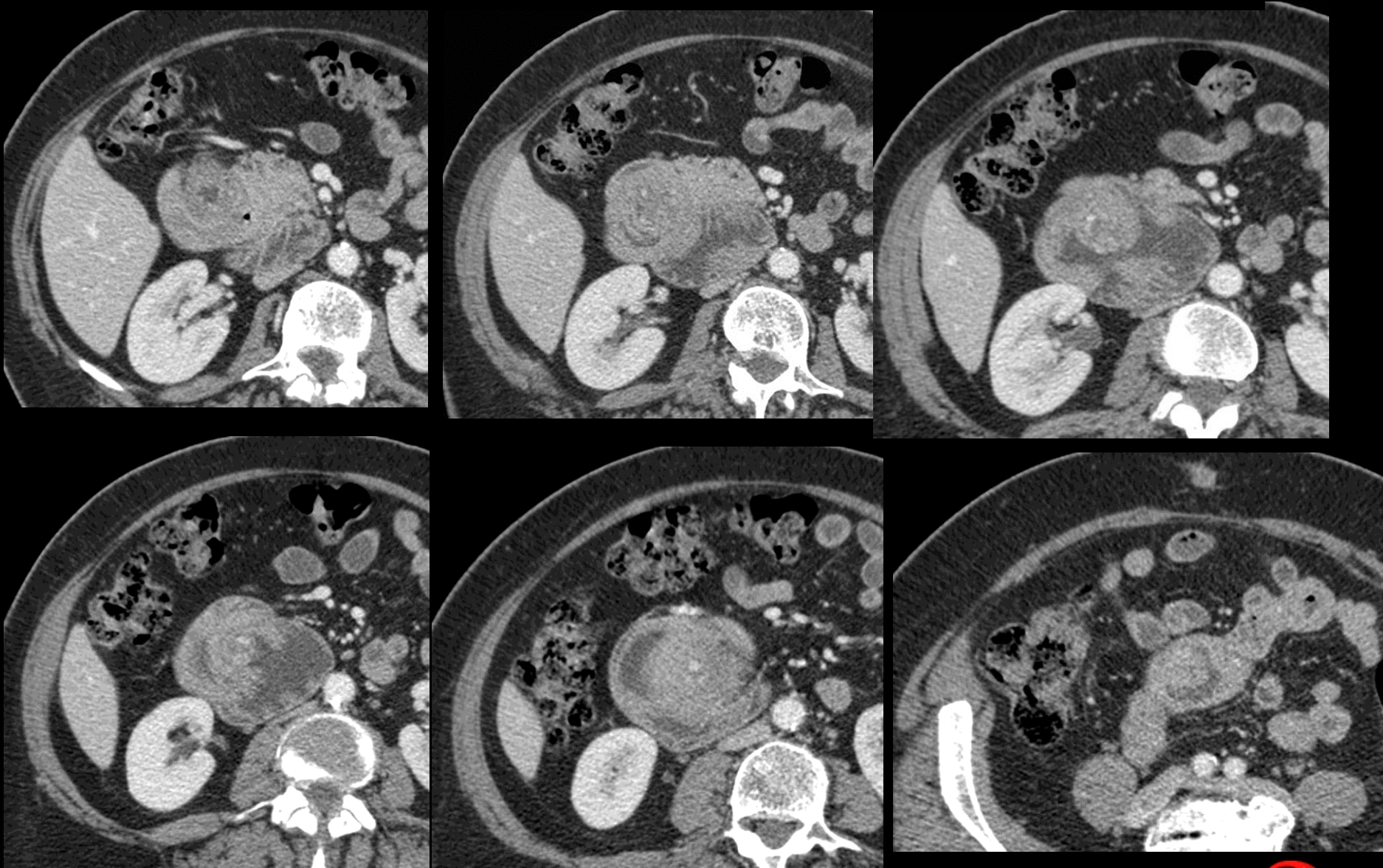


Patiente 61 ans ; bilan d'une anémie ferriprive . Saignements digestifs chroniques
Pas de douleur abdominale

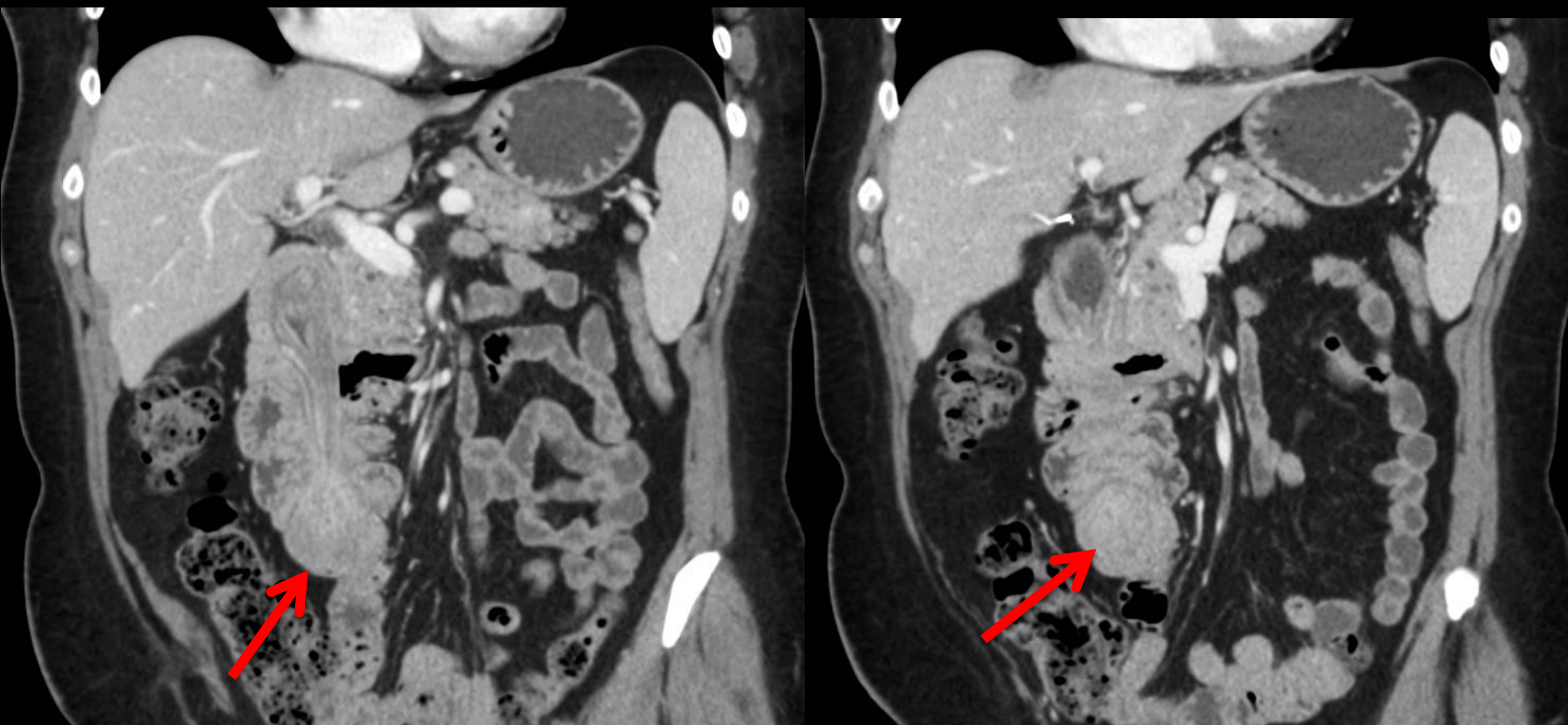


quels sont les principaux éléments sémiologiques à retenir et quel est votre diagnostic lésionnel





les aspects " en cible " du processus endoluminal de D2 (dont le diamètre est considérablement augmenté) sont caractéristiques d'une **intussusception duodéno-jéjunale chronique** à point de départ proche du genu superius



l'intussusception duodénale est rare ; il s'agit en règle d'une forme chronique puisqu'elle nécessite l'allongement progressif de D2 et le décollement du fascia de Treitz sous l'action du péristaltisme.

la lésion responsable doit être pédiculée et de taille suffisante pour amorcer l'intussusception sous l'action du péristaltisme duodénal. Les principales causes d'intussusception duodénale sont :

- .les **polypes hamartomateux de la polypose de Peutz-Jeghers-Touraine** qui sont volumineux et polylobés ...
- .les **adénomes brunneriens** (dont le siège électif est le duodénum sus vatérien) , comme dans cet exemple
- .les **lipomes duodénaux**

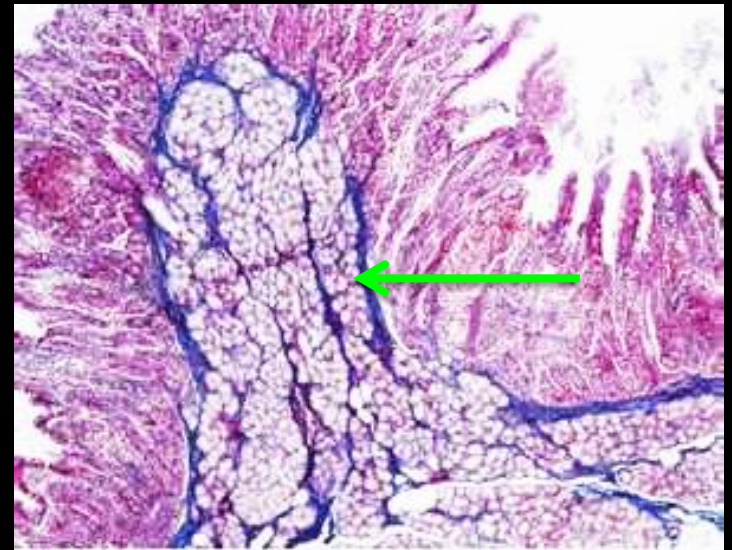
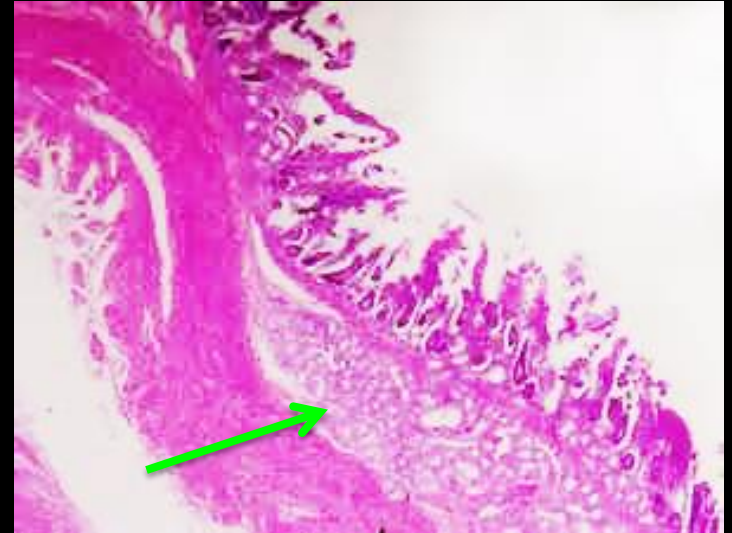
Les glandes de Brunner :

décrites par l' anatomiste suisse Johann Conrad Brunner (1653-1727) sous la dénomination de pancréas secundarium

constituées de **glandes mucoïdes** acino-tubuleuses et ramifiées de 0,5 à 1 mm de diamètre siègent électivement dans la partie profonde de la sous-muqueuse duodénale (partie proximale +++) ; elles sont exceptionnellement présentes au début du jéjunum

sécrétion de **mucus à forte concentration bicarbonatée** qui lubrifie le duodénum , neutralise les acides gastriques, crée un milieu alcalin qui favorise l'absorption intestinale.

sécrétion d'**entérogustrone** qui inhibe la sécrétion gastrique



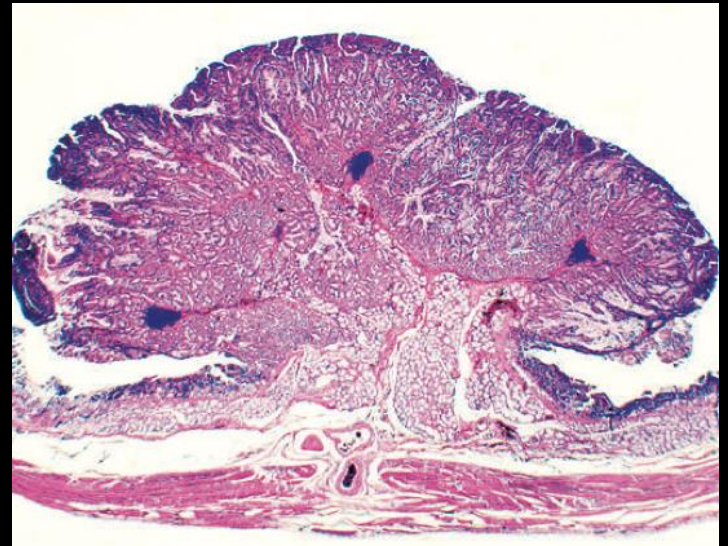
pathologie des glandes de Brunner :

hyperplasie, adénome et, plus rarement adénocarcinome. Il existe également de rares cas où des formations microcarcinoïdes sont observées au sein de plages d'hyperplasie

on pense que cette pathologie des glandes de Brunner est une réaction aux perturbations de la sécrétion peptique gastrique .

l'adénome brunnerien est généralement unique,; sa taille va de 0,7 à 12 cm (en moyenne 4 cm) , le plus souvent pédiculé

il s'agit plus d'un hamartome que d'un adénome , en raison de la présence fréquente de fibres musculaires lisses et de tissu graisseux ,de l'absence de capsule fibreuse.

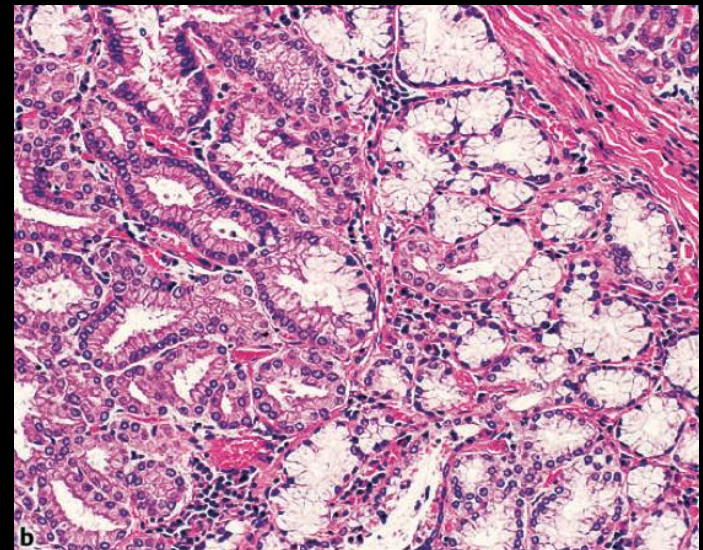


l'adénome (hamartome) brunnerien

il représente 5 à 10 % des tumeurs duoénales bénignes

la révélation clinique peut être;

- .un syndrome occlusif
- .des saignements
- .une invagination
- .parfois un ictère ou des pancréatites oedémato-
intersitielles récidivantes



messages à retenir

l'intussusception duodénale ne peut se produire qu'avec des **lésions endoluminales pédiculées** qui , par les épisodes successifs d'invagination résolutifs provoqueront la distension et le décollement de la partie duodénale du fascia de Treitz

la pathologie des glandes de Brunner paraît liée à une exagération de la sécrétion muco-bicarbonatée en réponse à une hypersecretion acide gastrique .Le plus souvent il s'agit d'une **hyperplasie micronodulaire en nappe** visible à l'endoscopie et, autrefois, sur les opacifications en double contraste du duodénum

l'adénome brunnerien est une présentation macroscopique polypeuse pédiculée plus rare . Il **représente 5 à 10 % des tumeurs bénignes du duodénum** et peut se révéler par une **invagination duodénale ou duodéno-jéjunale**

