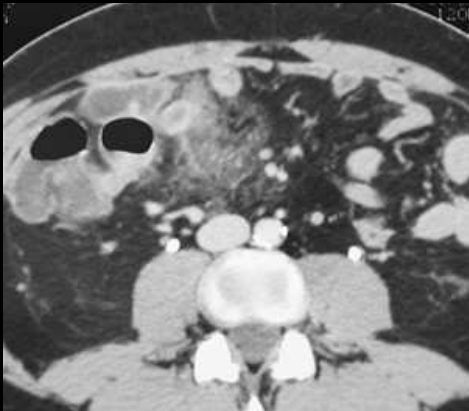
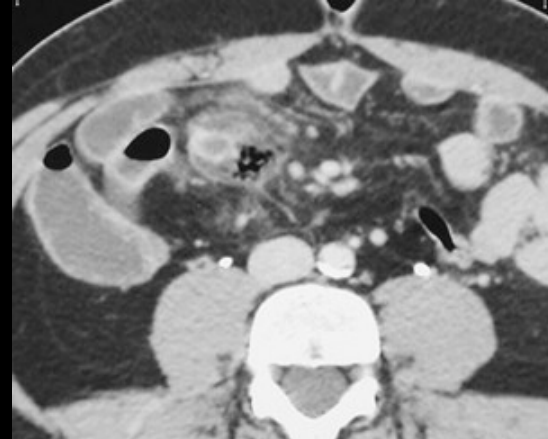
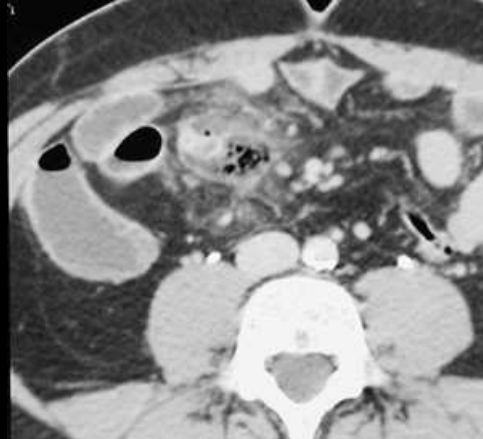
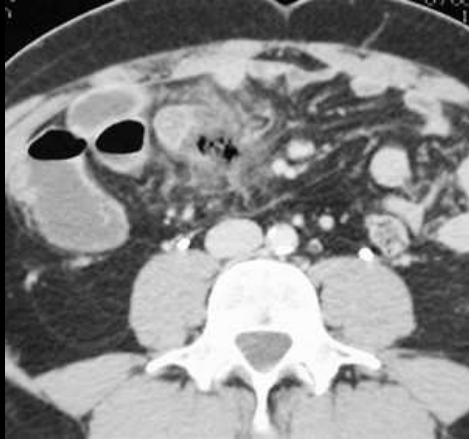
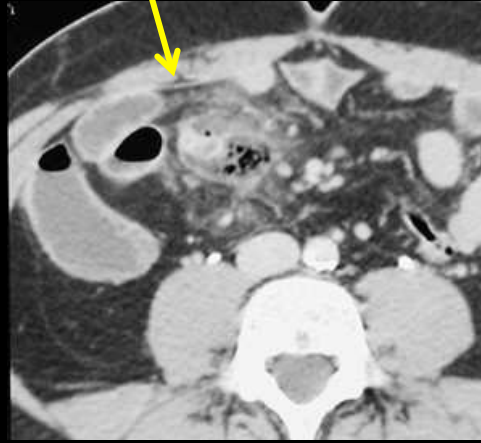


• homme 27 ans , sans antécédents , syndrome douloureux abdominal fébrile avec défense péri ombilicale évoluant en s'aggravant depuis 5 jours , polynucléose neutrophile , CRP modérément élevée . ?



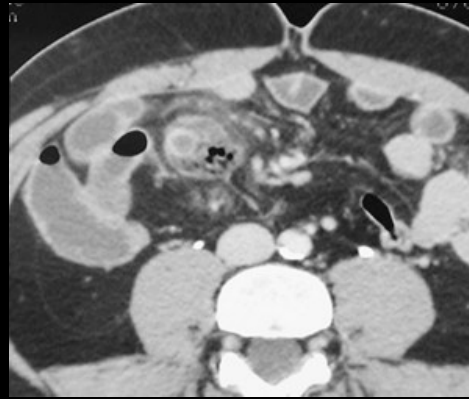
décrivez les principaux éléments sémiologiques et discutez l'étiologie

*obs. Dr M. Deneuille  
CHR Metz Bonsecours*



il y a de toute évidence une **péritonite localisée mésoœliaque droite** qui se traduit par :

- .une infiltration limitée du péritoine (essentiellement mésentère)
- .un épaissement avec prise de contraste du péritoine pariétal antérieur qui explique bien les douleurs et la défense
- .une transparence graisseuse normale du péritoine dès qu'on s'éloigne du foyer +++



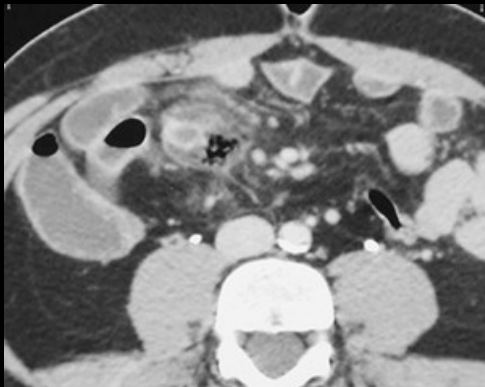
à l'**épicentre du foyer** de péritonite localisée, on voit :

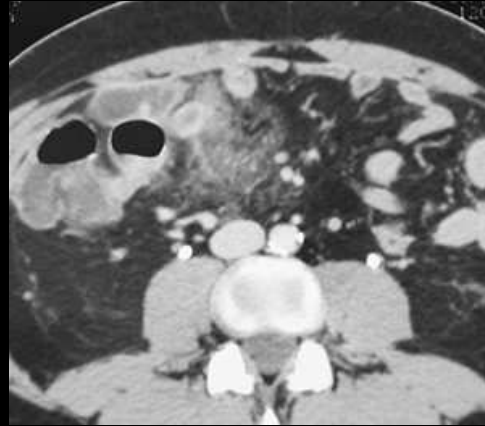
- .des bulles gazeuses groupées
- .au contact d'une **structure tubulée à parois plus épaisses et plus rehaussées que les parois intestinales à distance**

on peut donc conclure à une péritonite localisée en relation avec une **perforation digestive "couverte"**, sans signe de diffusion (pas d'épanchement liquide péritonéal, pas de collections à distance)

chez un sujet jeune, sans antécédent et devant ces images on doit évoquer 2 hypothèses :

- appendicite mésoœliaque** (sur caeco-ascendant mobile par défaut d'accolement du fascia de Toldt droit)
- perforation d'un diverticule de Meckel** ("diverticulite")





toutes les structures intestinales avoisinant le foyer de péritonite sont de type grêle (iléales puisqu'elles ne comportent pas de valvules conniventes).

Le caeco ascendant n'est pas visible ; il ne peut donc pas s'agir d'une appendicite et la structure tubulée est bien un diverticule de Meckel perforé



la photo per opératoire confirme:

.la présence d'un **diverticule de Meckel** à très large base d'implantation sur le bord antimésentérique de l'iléon terminal

.la présence d'une **perforation**

.la présence d'une **inflammation régionale majeure** intéressant aussi bien le diverticule que le grêle adjacent (hypervascularisation, oedème +++)

# physiopathologie des "diverticulites" sur diverticule de Meckel

il est utile de s'intéresser à la physiopathologie des perforations des diverticules de Meckel pour comprendre pourquoi elles sont très différentes des autres complications perforatives diverticulaires observées en pathologie digestive

1. les diverticules de Meckel sont des **diverticules vrais**, dysembryoplasiques ; leurs parois comportent les 3 couches normales d'une paroi intestinale, à l'inverse des **diverticules coliques et du grêle** qui sont des **pseudo-diverticules** ne comportant que 2 couches (muqueuse et sous muqueuse) évaginées dans des zones de faiblesse de la musculature

2. ils sont dans 30 à 40 % des cas le siège de **foyers ectopiques de tissus gastrique et/ou pancréatique fonctionnels** secrétant entre autres de l'acide chlorhydrique et des enzymes protéolytiques ( trypsine en particulier) qui agressent directement la muqueuse intestinale (puisque'il n'y a pas comme dans le duodénum, de sécrétion bicarbonatée par les glandes sous muqueuses duodénales de Brunner pour "tamponner" le pH acide ).

3. rappelons que ces foyers de tissu gastrique ectopique sont à l'origine de l'utilisation de la **scintigraphie au pertechnetate de  $^{99m}\text{Tc}$**  pour le diagnostic de diverticule de Meckel ; l'isotope étant un traceur de la muqueuse gastrique

ilot de pancréas ectopique

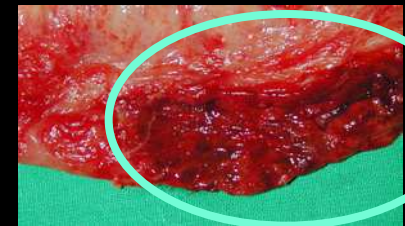
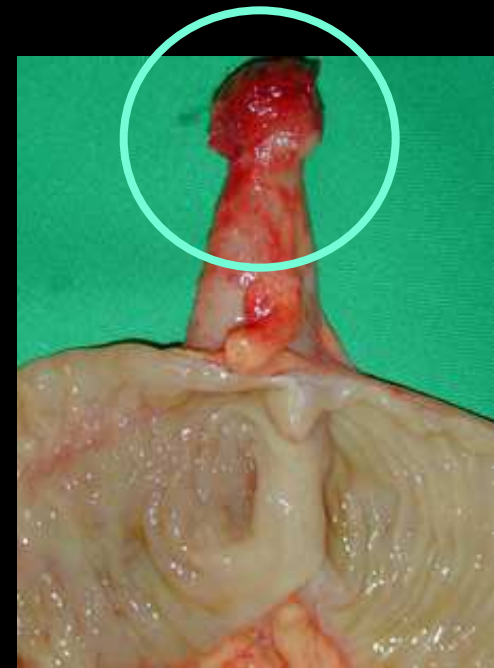


zones de métaplasie gastrique



4. à l'inverse des appendicites et perforations appendiculaires qui sont des complications initialement "mécaniques" ; un obstacle endoluminal (coprolithe) ou pariétal (hypertrophie des plaques de Peyer ; adénocarcinome caecal..) empêchant l'évacuation du contenu par le péristaltisme appendiculaire , à l'origine d'une stase , surinfectée par la pullulation microbienne , **les perforations du diverticule de Meckel sont d'origine chimique !** ce sont des lésions "caustiques" de la paroi intestinale analogues à celles qu'on peut observer dans le tractus oeso-gastro-duodénal après ingestion accidentelle ou volontaire de bases ou d'acides concentrés . Rappelons que dans les diverticuloses du colon et du grêle , c'est également la pullulation microbienne engendrée par la stase endoluminale qui est à l'origine des "diverticulites"

5. la nature "chimique" de l'agression pariétale explique la très importante réaction inflammatoire observée tant dans la paroi diverticulaire que sur l'intestin et le péritoine alentour ainsi que le caractère fréquemment hémorragique des lésions . Rappelons que le diverticule de Meckel est la première cause à évoquer devant des rectorragies massives chez l'enfant et l'adolescent



## take home message

les complications perforatives du diverticule de Meckel sont surtout observées chez l'adulte (3H / 1F) .Elles sont pratiquement toujours "couvertes" ,comme la très grande majorité des perforations du grêle et se caractérisent cliniquement par leur sévérité , en raison de remaniements inflammatoires et parfois hémorragiques majeurs qui peuvent également être à l'origine de difficultés opératoires

la physiopathologie permet de comprendre pourquoi ces perforations du diverticule de Meckel sont très différentes des perforations appendiculaires ou des diverticulites sigmoïdiennes , jéjunales ou duodénales qui sont de mécanisme infectieux par pullulation microbienne secondaire à une stase intra diverticulaire

dans le diverticule de Meckel , ce sont les sécrétions acide et d'enzymes protéolytiques dus à des ilots ectopiques pancréatiques et/ou à des zones de métaplasie gastrique de la muqueuse qui sont à l'origine d'une perforation ulcéreuse chimique ,caustique à l'origine d'une réaction inflammatoire majeure du péritoine voisin



zones de métaplasie gastrique dans un diverticule de Meckel



diverticule de Meckel perforé