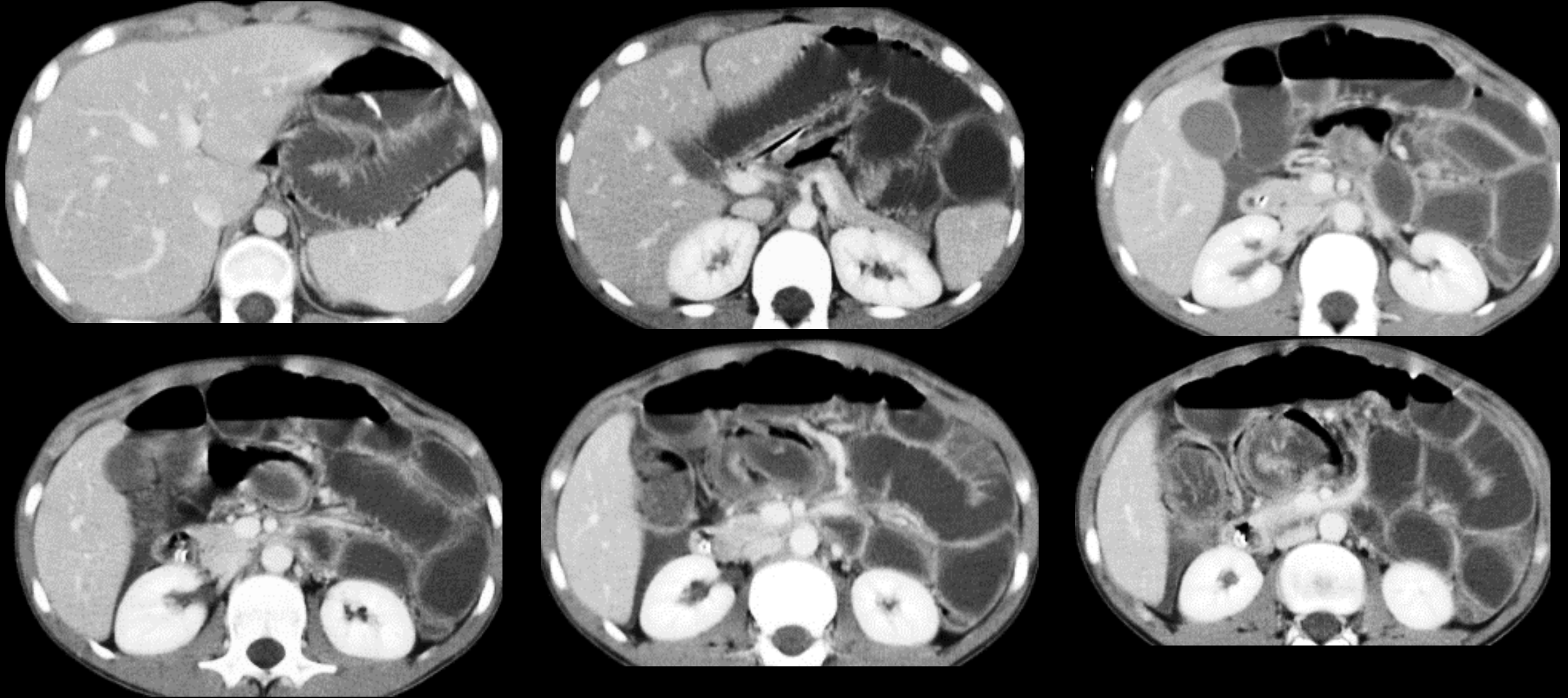
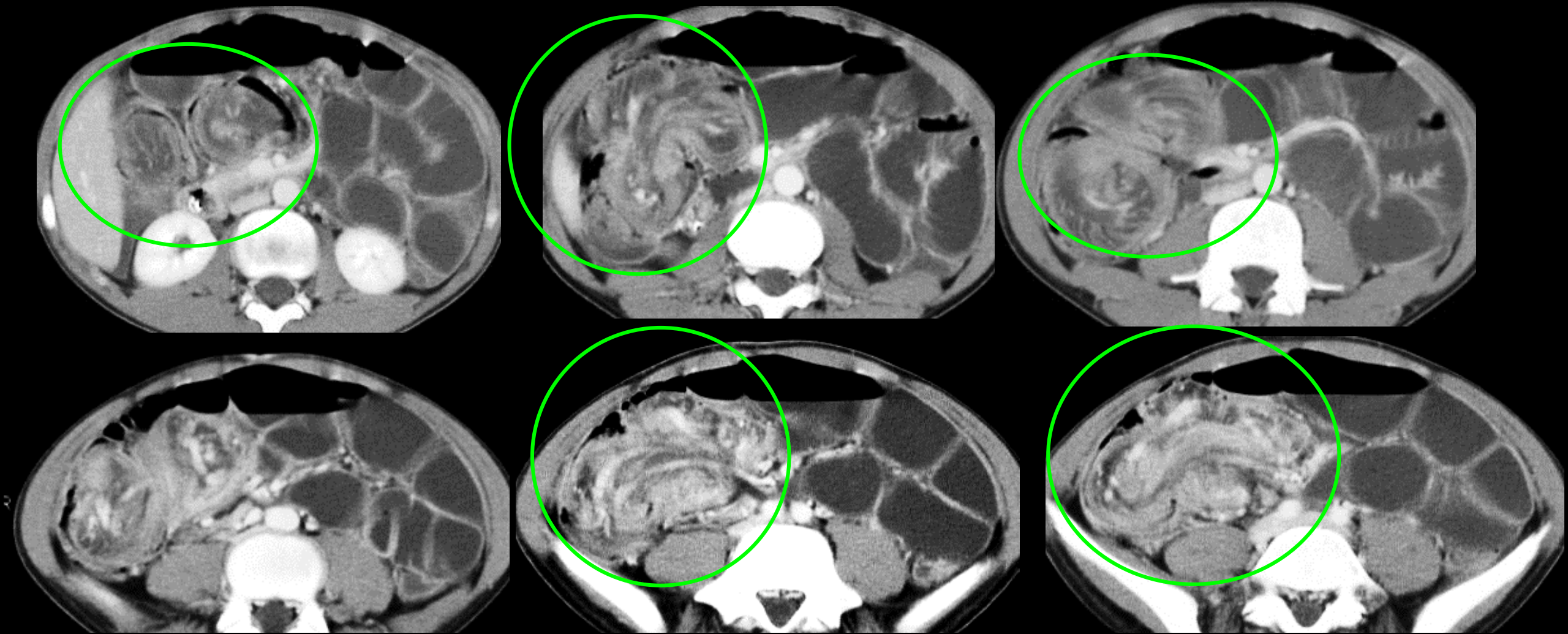


jeune homme 23 ans; crises douloureuses avec épisodes subocclusifs depuis plusieurs mois; pas d'antécédents chirurgicaux abdomino-pelviens. Images d'intussusception à l'échographie

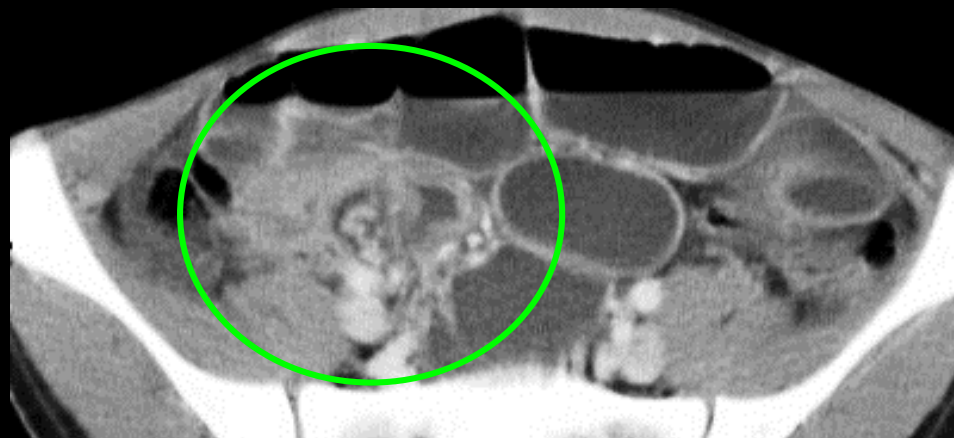


obs.Pr Gérard Schmutz ; CHU Sherbrooke (Ca)

jeune homme 23 ans; crises douloureuses avec épisodes subocclusifs et vomissements depuis plusieurs mois; pas d'antécédents chirurgicaux abdomino-pelviens. Images d'intussusception à l'échographie



un scanner est réalisé; quels éléments de sémiologie allez vous retenir pour orienter la recherche de la cause du tableau clinique observé



la démarche diagnostique doit commencer par une prise en compte des items significatifs sur le plan clinique et l'imagerie

-sujet jeune ,sans antécédents

-tableau clinique subaigu ou chronique, essentiellement douloureux, sans contexte infectieux ni inflammatoire

-distension liquide massive des anses jéjunales hautes ; l'aspiration par la sonde nasogastrique ayant été efficace à l'étage gastro-duodénal. Notons au passage car cela est beaucoup trop rare en pratique, que le scanner n'a été réalisé qu'après l'aspiration du tractus digestif haut , limitant ainsi les risques d'inhalation à l'injection de produit de contraste

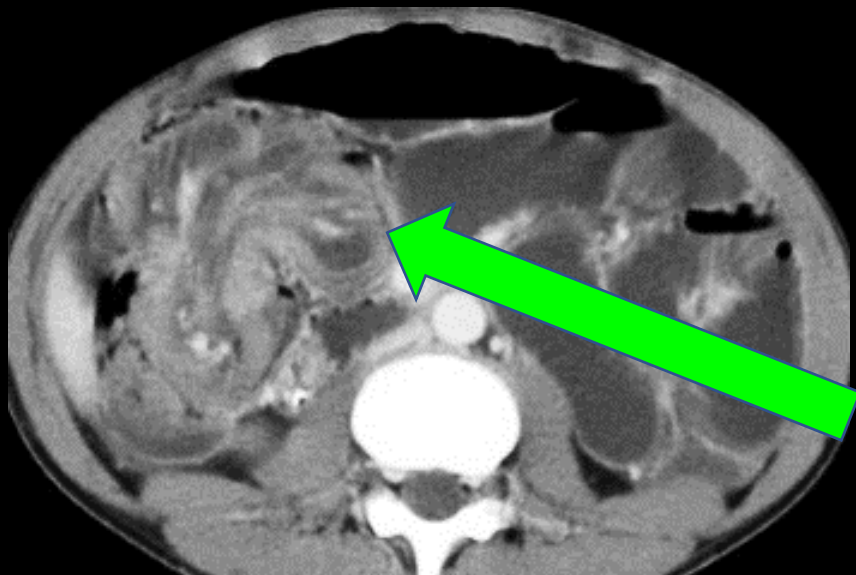
-les images scanographiques , comme les images échographiques mettent en évidence des aspects caractéristiques d'intussusception intestinale occupant la fosse iliaque et le flanc droits



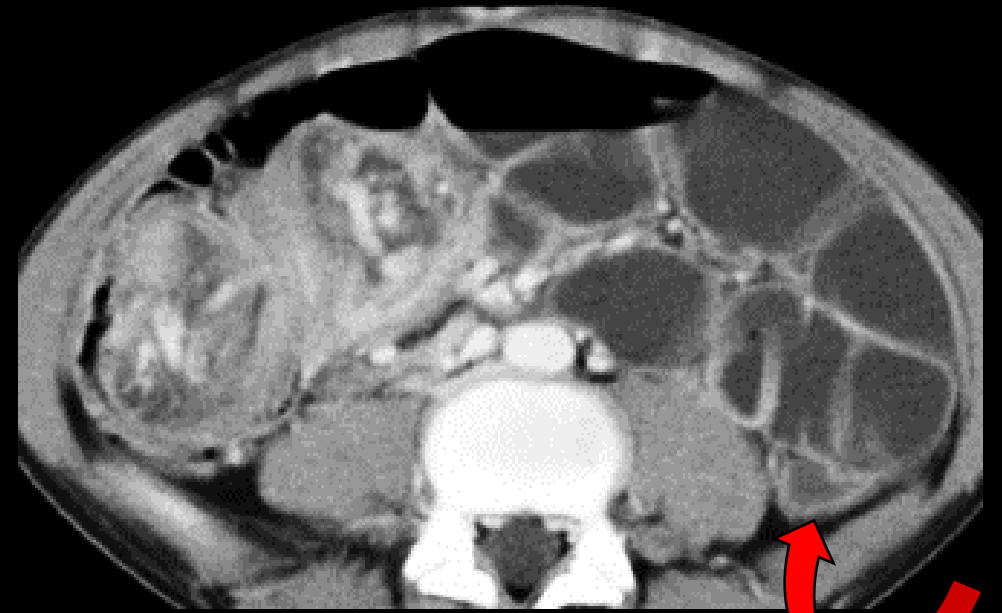
index opaque injecté par la sonde (hydrosolubles iodés)

Comme toujours dans les distensions massives du grêle il faut préciser s'il y a ou non une distension colique associée, donc vérifier le degré de distension du recto-sigmoïde puis du colon descendant puis du colon ascendant et surtout, du caecum

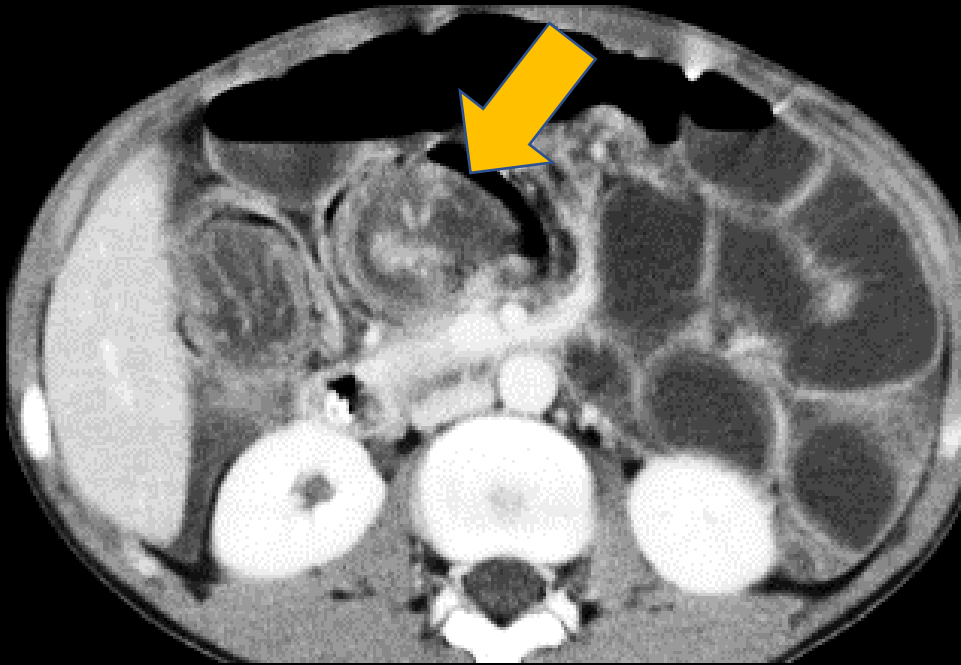
Ici, le caecum et le colon ascendant ne sont pas individualisables et il faut donc en déduire qu'ils ont tous deux intégrés dans le processus d'invagination



l'angle colique droit est occupé par les segments digestifs invaginés, dont le caeco-ascendant



le colon descendant (structure digestive la plus postérieure, accolée par le fascia de Toldt gauche n'est pas dilaté



la tête du boudin d'invagination se situe donc au niveau de la partie droite du colon transverse

L'importance du **volume de l'intussusceptum** et l'absence de signes d'ischémie aiguë dans toute l'évolution de cette pathologie nous permettent de déduire qu'il s'agit d'une **invagination chronique** avec des alternances d'intussusceptions et de désinvagination

le rôle du radiologue n'est pas terminé; il faut maintenant évoquer les principales causes d'invagination iléo-colique chronique chez un jeune adulte , sans antécédent ,ni signes généraux

si nous mettons en exergue le jeune âge, on évoquera préférentiellement

-la polypose hamartomateuse de Peutz-Jeghers (-Touraine pour les Lyonnais) et on recherchera la lentiginose cutanéomuqueuse péri-orificielle

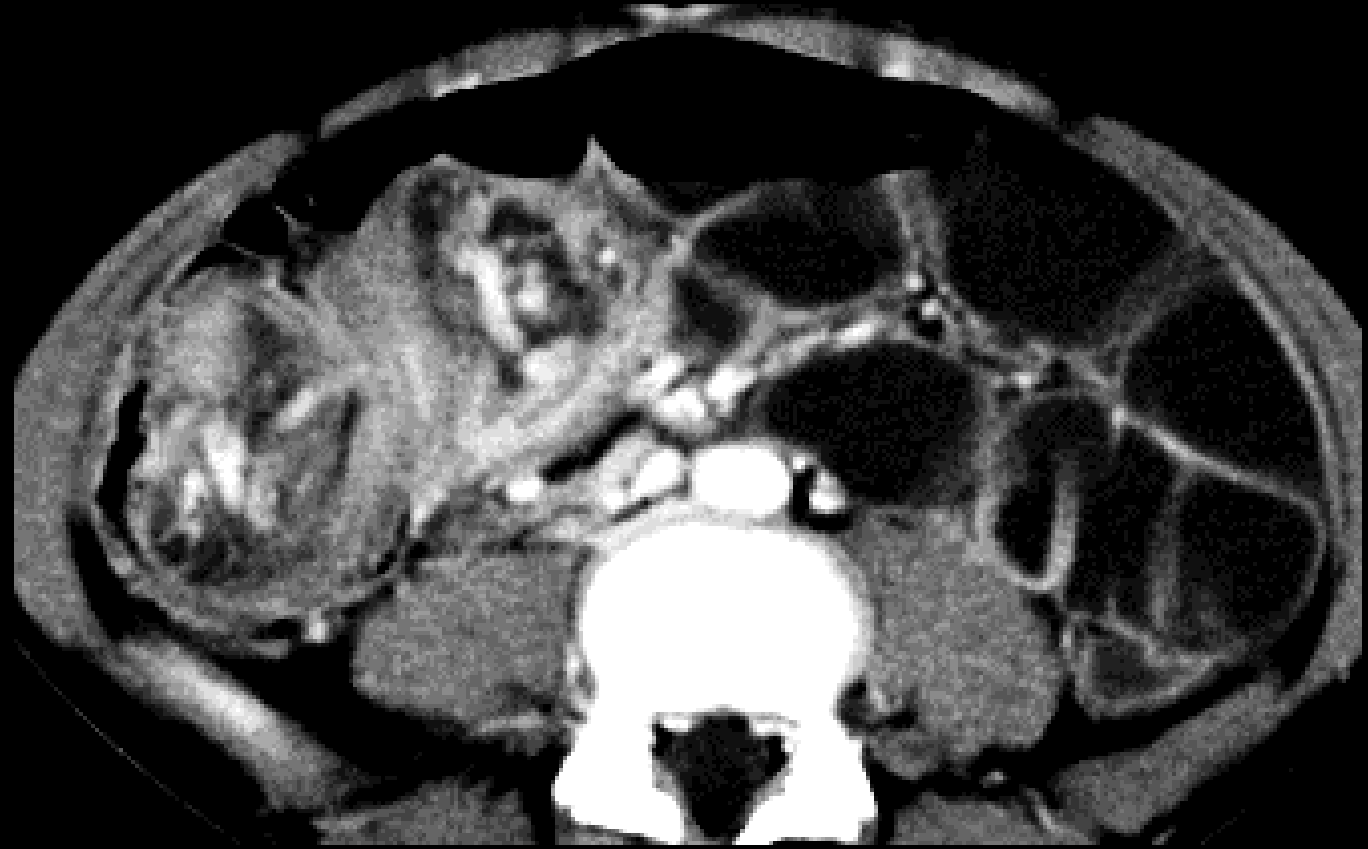
-à tout âge, il faudra penser à un processus expansif pariétal (en particulier s'il siège sur le caecum et/ou le carrefour iléo-caecal, qu'il soit liquide (mucocèle appendiculaire, duplication), tumoral bénin (lipome, polype hamartomateux, angiome, pancréas ectopique)

-si on a affaire à un adulte jeune ou plus âgé, il faudra surtout ne pas méconnaître, une invagination iléo-colique sur adénocarcinome lieberkühnien de la valvule de Bauhin ou du caecum en se rappelant que si l'incidence globale du cancer colo-rectal est à la baisse dans les pays à haut revenu elle est à la hausse chez les sujets de moins de 50 ans (+1 à +4 % selon les pays et les localisations coliques ou rectales)

Il faudra bien sûr penser également aux autres lésions tumorales malignes qui peuvent se révéler par une invagination, le plus souvent subaiguë ou chronique (GIST, carcinoïde, LMNH, métastase (mélanome+++))

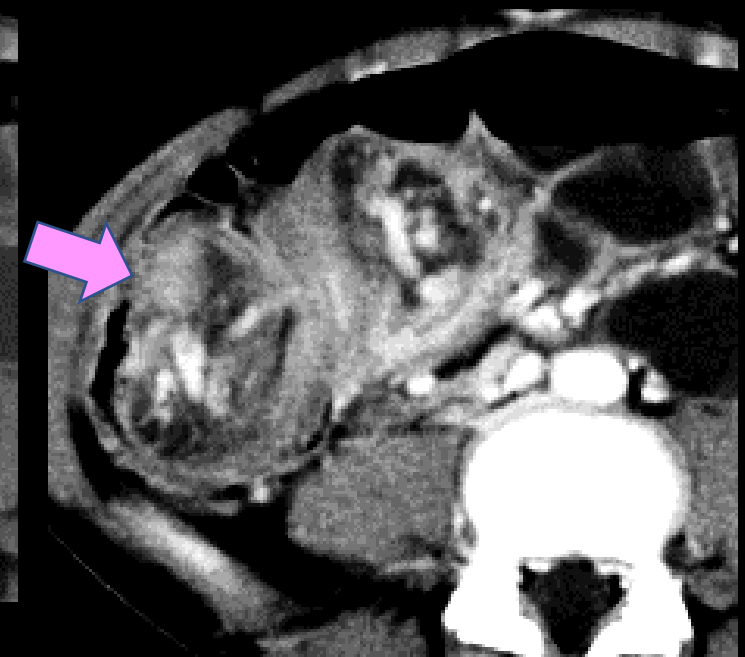
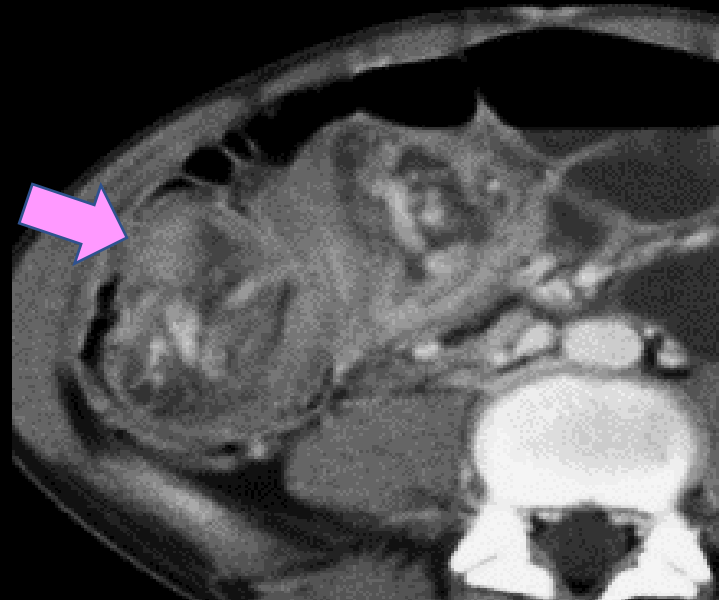
parmi les nombreuses causes possibles d'invagination sus citées on retiendra que **deux sont identifiables par l'imagerie** celles qui comportent un contingent important de **tissu adipeux (lipomes)** ou de **liquide (mucocèle appendiculaire)** une troisième cause est identifiable par son aspect macroscopique; elle correspond au cas rapporté et vous en avez sûrement fait le diagnostic sur les arguments suivants:

-la **taille** de cette invagination iléo-colique est inhabituellement importante et nous permet de diagnostiquer une **participation colique** droite à la constitution du boudin d'invagination



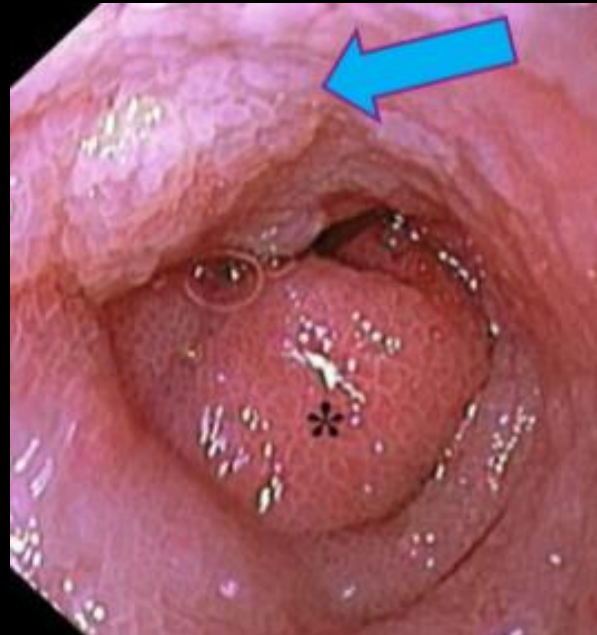
-les **images "en cible"** des coupes axiales transverses du boudin d'invagination montrent bien, **surtout lorsqu'on accentue leur contraste en "pinçant la fenêtre"** de visualisation des couches graisseuses (mésentère) et de densité **atmosphérique**, les différentes alternances "tissus mous charnus" (musculature propre). Il est alors plus facile de constater **qu'il existe bien 6 couches au lieu des 4 classiques**.

On observe de plus une formation nodulaire tissulaire se rehaussant après injection



l'ensemble de ces items , notamment la mise en évidence de 6 couches pariétales permet d'affirmer la présence d'un **diverticule de Meckel inversé à l'origine de l'intussusception iléo-colique**

L'exérèse chirurgicale permettra en outre de mettre en évidence un nodule pariétal de tissu pancréatique considéré comme une hétérotopie

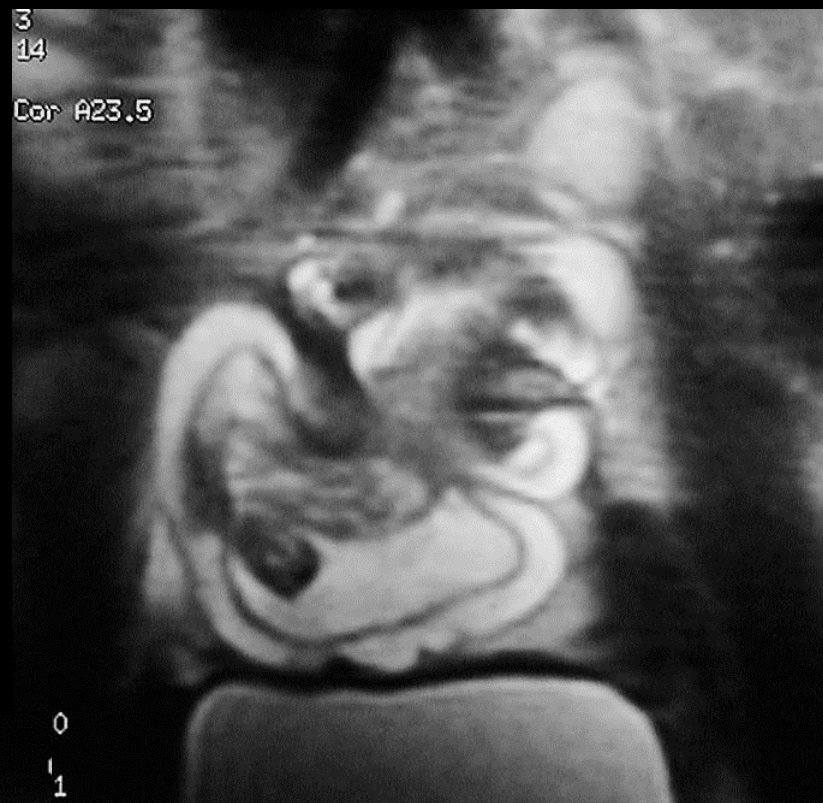


cas compagnon n°1



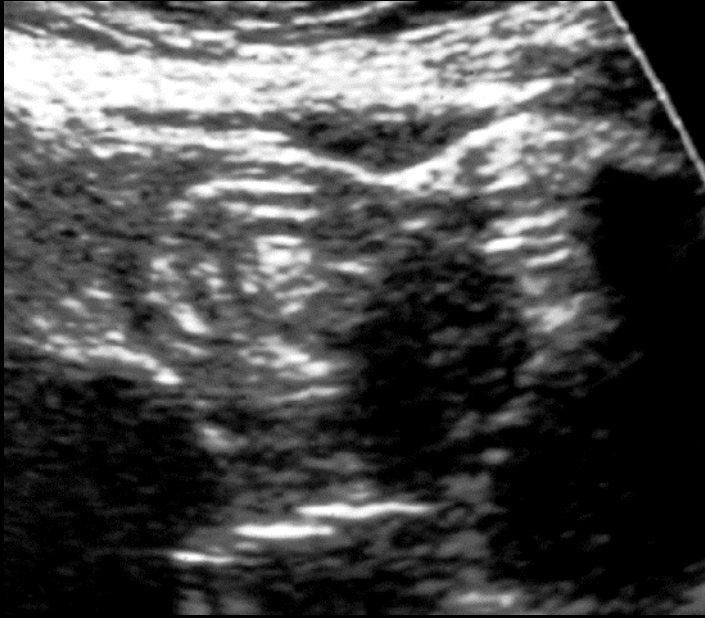
jeune fille 18 ans crises douloureuses abdominales
récidivantes

l'IRM montre les images caractéristiques d'une
intussusception iléo-colique

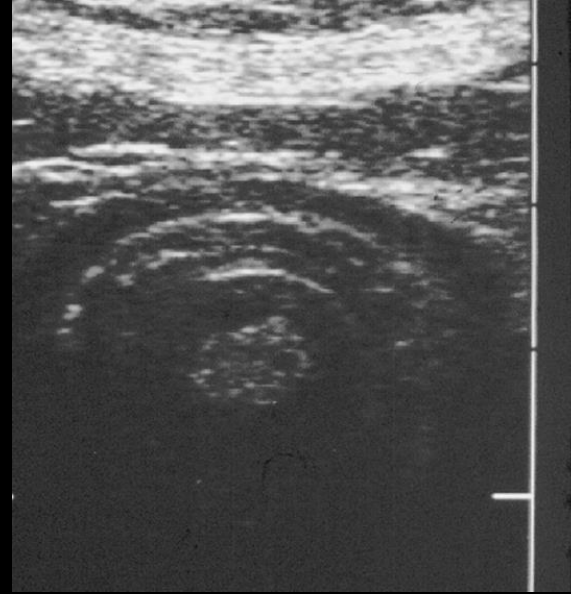


en coupes coronales comme en coupes axiales le volume global de l'intussusception et le nombre de parois dans les images en cible des coupes axiales transverses confirment l'invagination iléo-colique et le diverticule de Meckel inversé

cas compagnon n°2

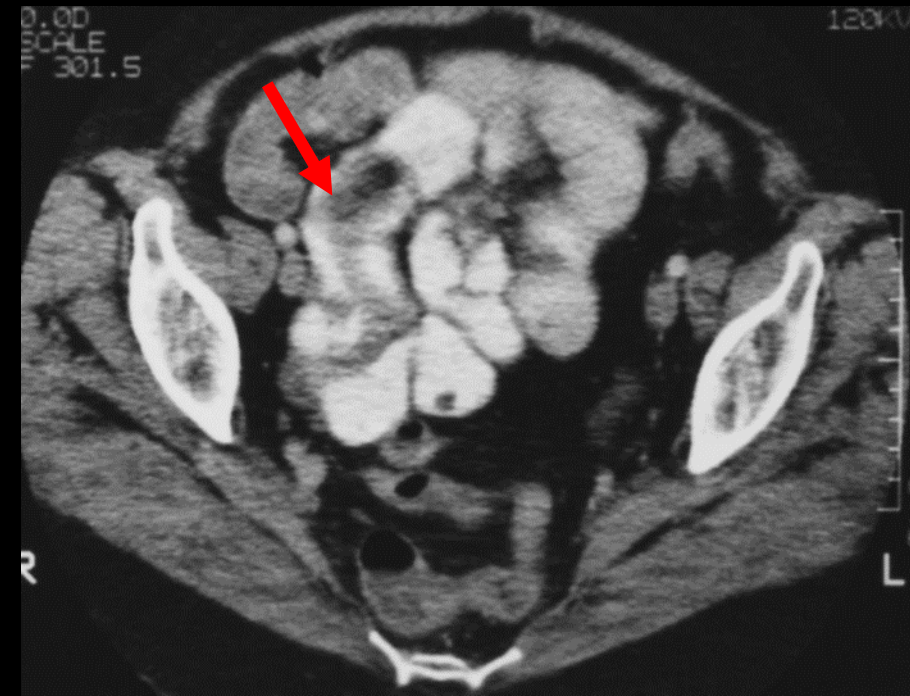


l'échographie en de bonnes
mains peut faire le
diagnostic : là aussi en
comptant les couches !



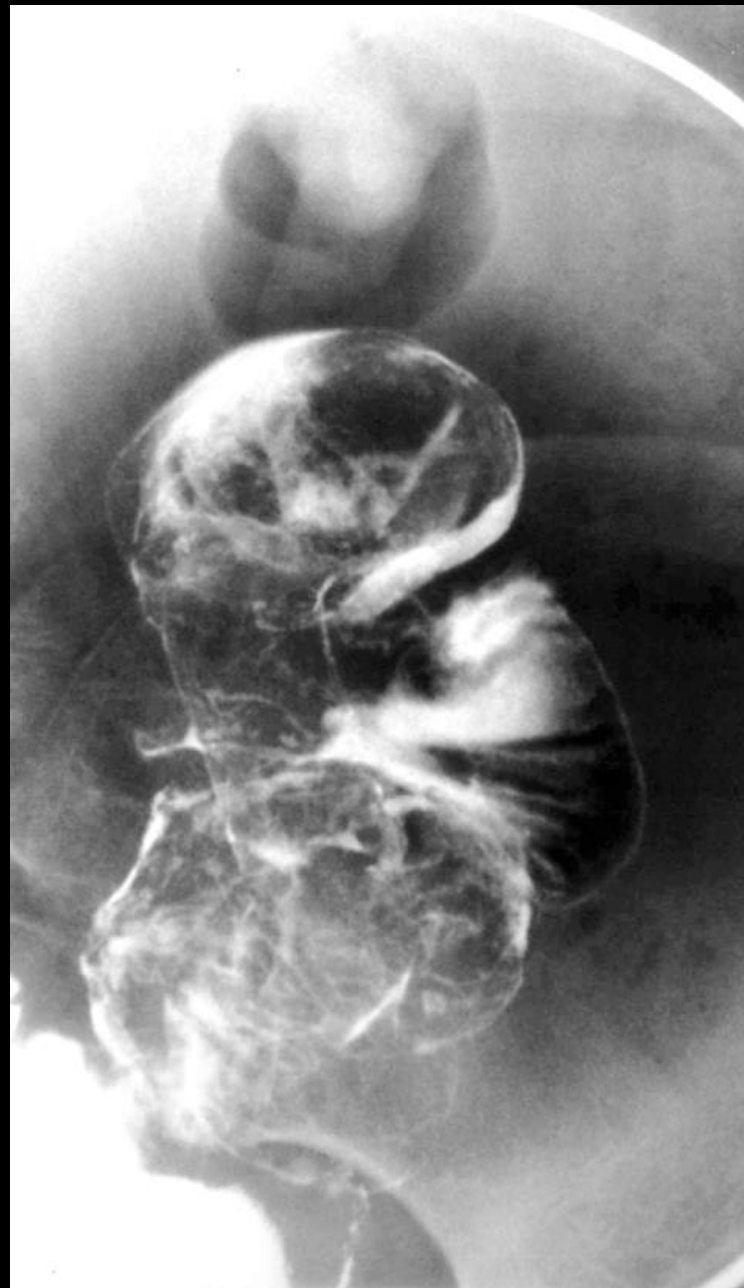
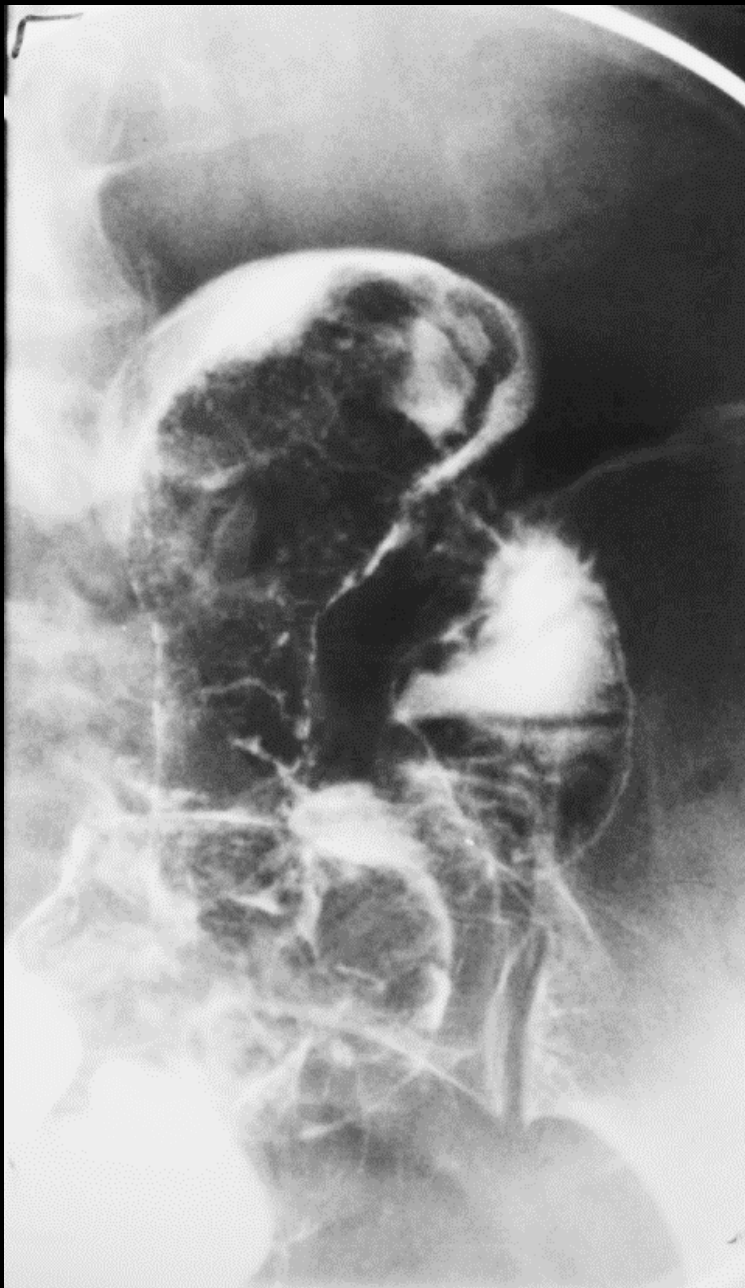
même l'opacification par la
technique de l'index baryté
selon Chérigé!.....

cas compagnon n°3

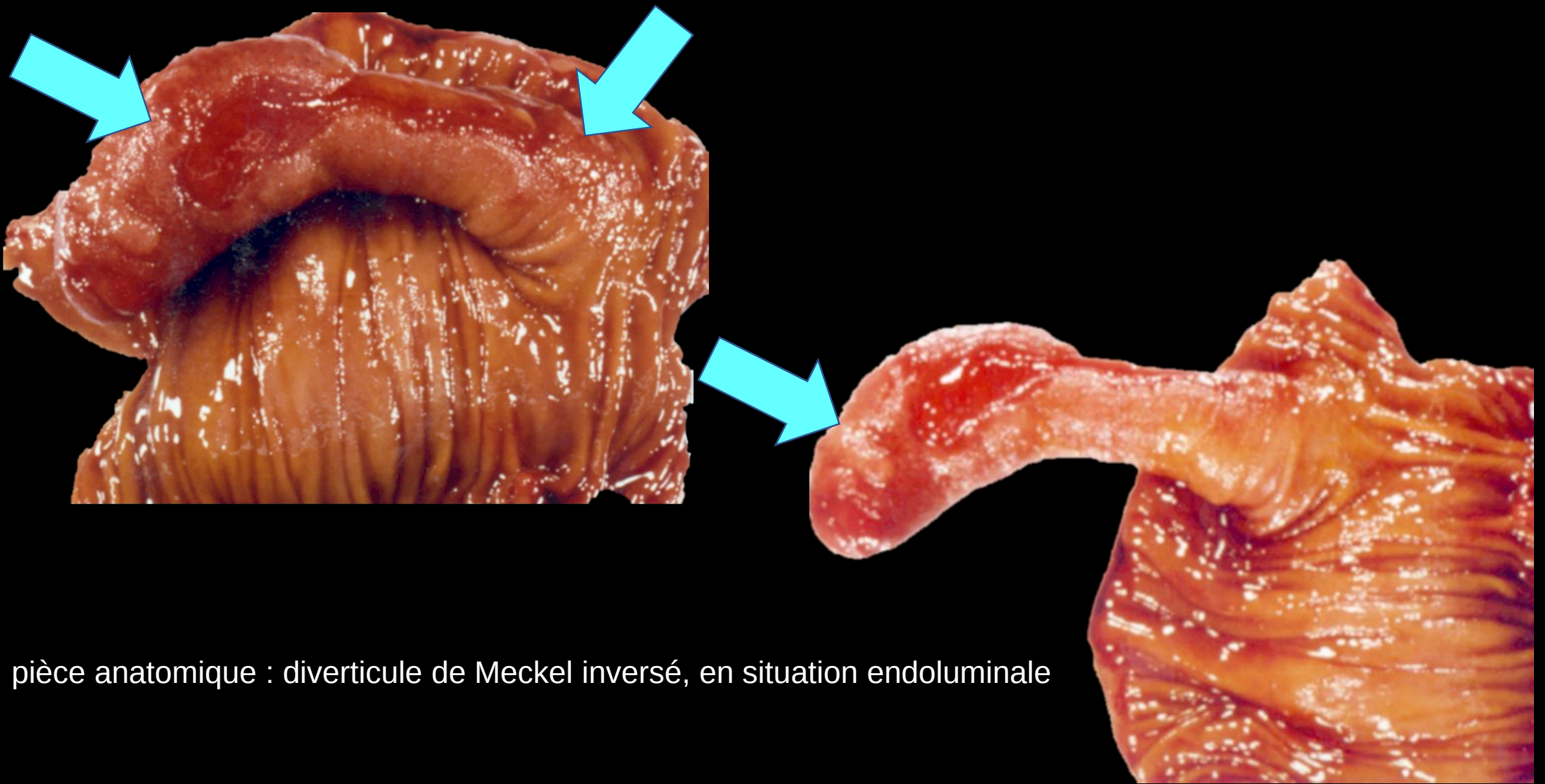


femme 42 ans douleurs abdominales évoluant par crises
image tubulée endoluminale de densité graisseuse observée
au scanner avec opacification iodée digestive

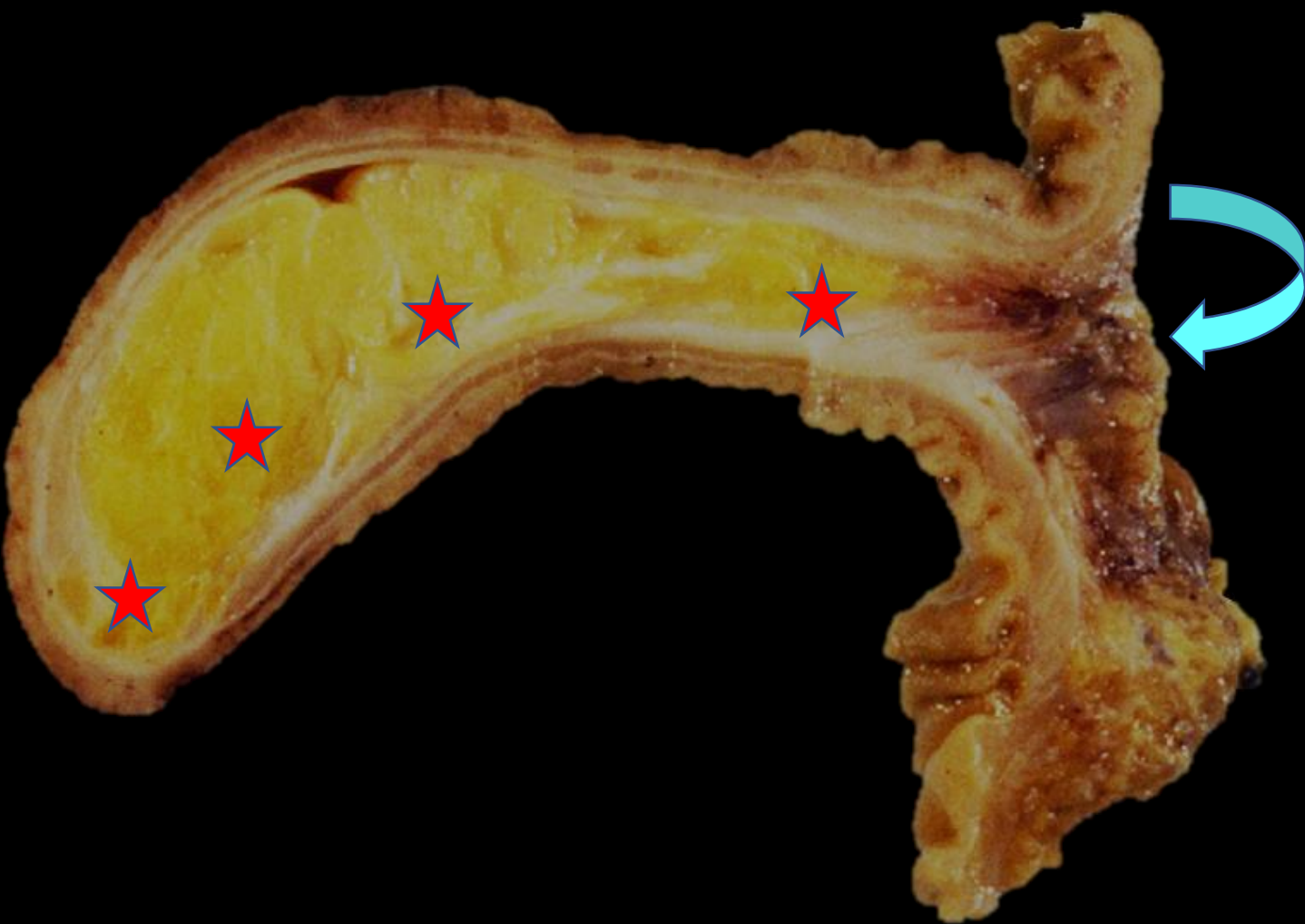




entéroclyse en double contraste chez la même patiente



pièce anatomique : diverticule de Meckel inversé, en situation endoluminale



pièce anatomique : **diverticule de Meckel inversé**, en situation endoluminale; le contenu graisseux du diverticule correspond à **une frange graisseuse épiploïque implantée à son apex** " dont la longueur et le volume se développent en raison de la stimulation de la lipogénèse par les tractions liées au péristaltisme. L'inversion du diverticule s'accompagne d'un piégeage de la frange épiploïque dans le diverticule inversé

ces notions permettent de comprendre pourquoi **une image endoluminale de densité graisseuse (atténuation <-50 UH) accompagnée ou non d'une invagination n'est pas forcément un lipome** ; il peut s'agir d'une frange épiploïque développée à l'apex d'un diverticule de Meckel inversé. La forme de la structure graisseuse endoluminale permet de les distinguer : **Le lipome est pédiculé piriforme**; le **contenu graisseux du diverticule de Meckel inversé est tubulé**