

jeune homme 35 ans; VIH +; crises douloureuses aiguës épigastriques itératives, à type de coliques, depuis deux mois

des "clichés conventionnels d'"abdomen urgent" sont pratiqués:

- station verticale, rayon directeur horizontal, pour la recherche d'un croissant gazeux sous diaphragmatique droit et/ou d'images de niveaux hydro-gazeux
- decubitus, rayon directeur vertical (pour l'analyse du contenu abdominal)

Quels sont les enseignements à retenir sur ces images



station verticale



decubitus



station verticale

-en station verticale avec rayon directeur horizontal, il n'y a ni pneumopéritoine ni image d'occlusion intestinale.

-la répartition des gaz n'a rien d'anormal ; il y a du gaz dans l'ampoule rectale



decubitus



-en decubitus, l'image gazeuse de l'hypochondre gauche doit attirer l'attention car:

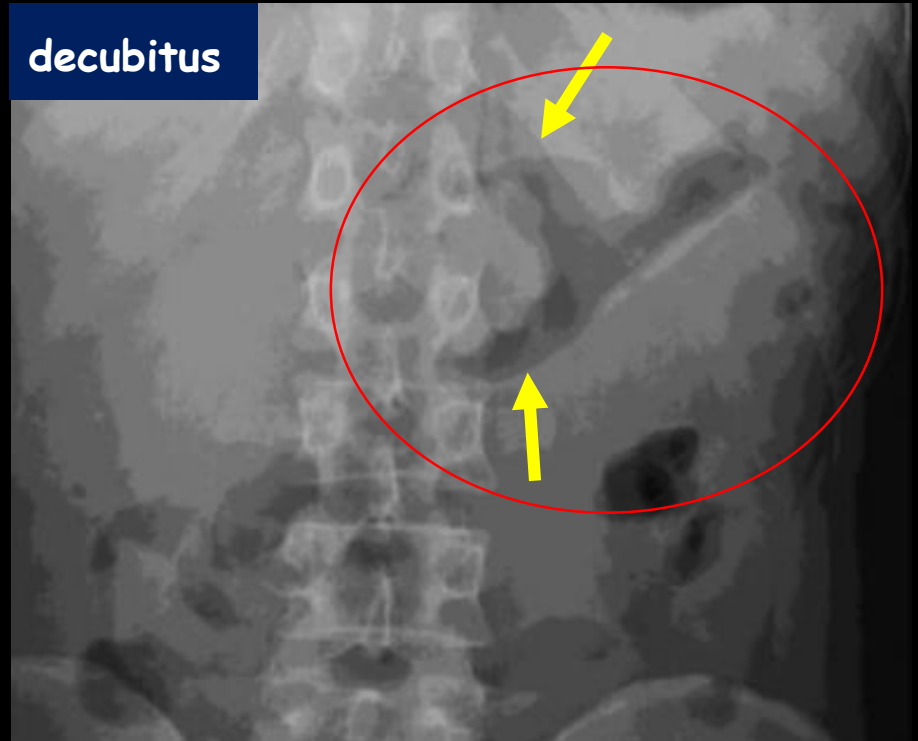
- .sa morphologie n'est pas évocatrice d'un estomac normal
- . sa situation basse par rapport à l'hémi-coupole diaphragmatique gauche
- . sa confrontation avec son aspect en station verticale

sont en faveur d'une lumière colique transverse

station verticale

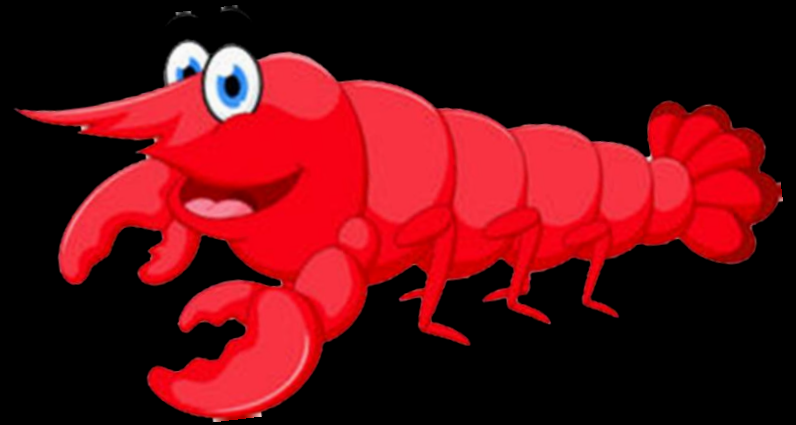


decubitus

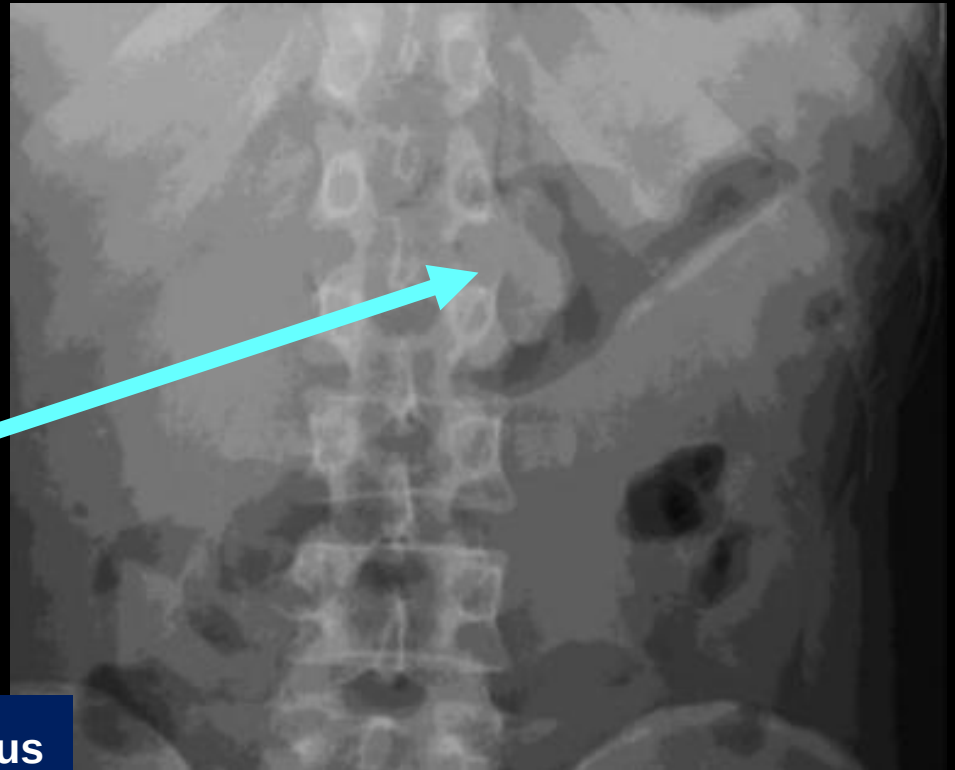


-la bulle gazeuse correspond bien à l'angle colique gauche ; en decubitus, le gaz colique monte dans la partie gauche du colon transverse et donne la classique **image "en pince de homard"** bien connue dans les invaginations iléo-coliques de l'enfant sur les opacifications aux hydrosolubles iodés

station verticale



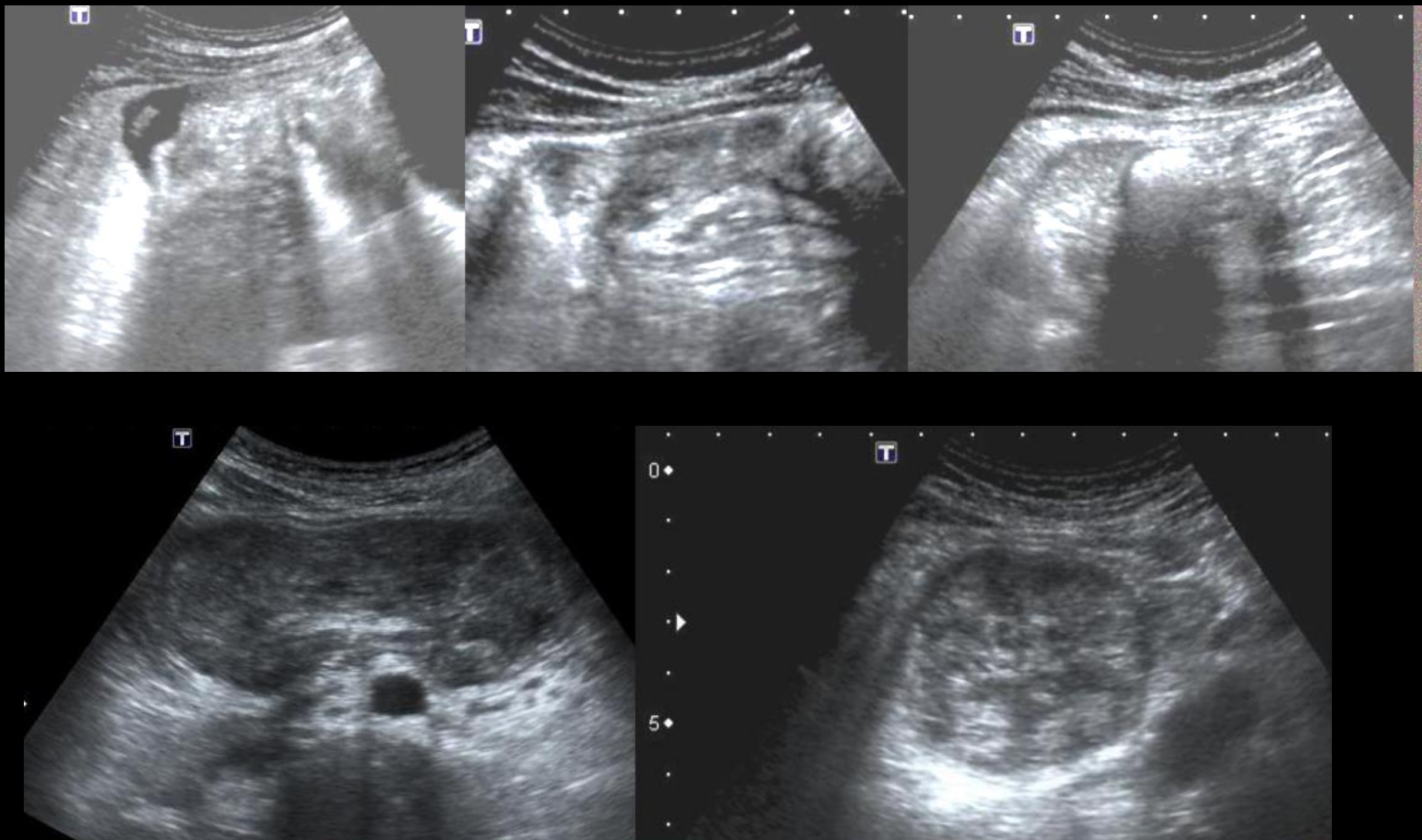
decubitus



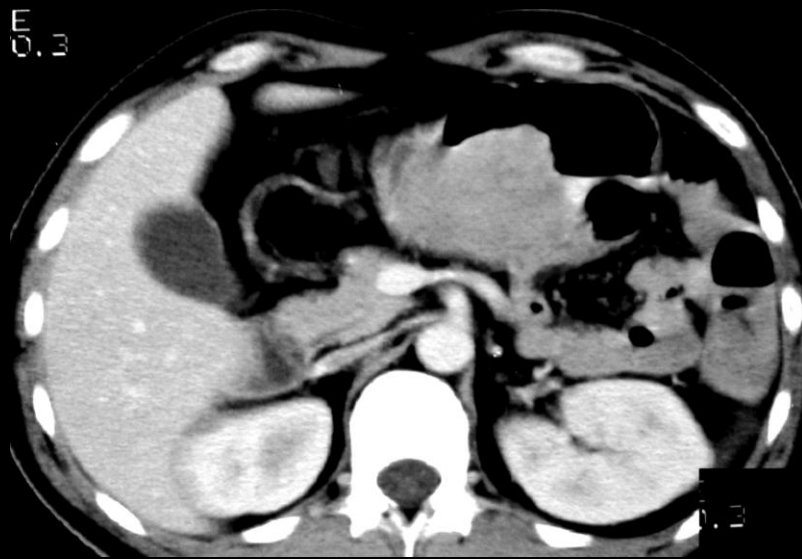


-le lavement baryté en double contraste confirme l'**invagination iléo-colique**; le cul de sac caecal se situant dans la partie gauche du colon transverse

a noter la contraction spastique de la moitié supérieure du colon gauche, en station verticale (image de gauche)



-l'exploration échographique de la masse de l'hypochondre gauche montre sur la coupe selon son grand axe une image de "pseudo-rein" ovulaire



-le scanner lève toute ambiguïté et en 2 coupes montre l'intussusception chronique avec, à la tête du boudin d'invagination une masse charnue, centrée par une lumière intestinale entourée par deux parois très épaissies , homogènes et peu rehaussées par le produit de contraste

-compte tenu du jeune âge du patient, de l'aspect de la lésion qui consiste en un épaississement pariétal massif peu vascularisé et du statut HIV, l'hypothèse la plus plausible est celle d'un LMNH du carrefour iléo-colique

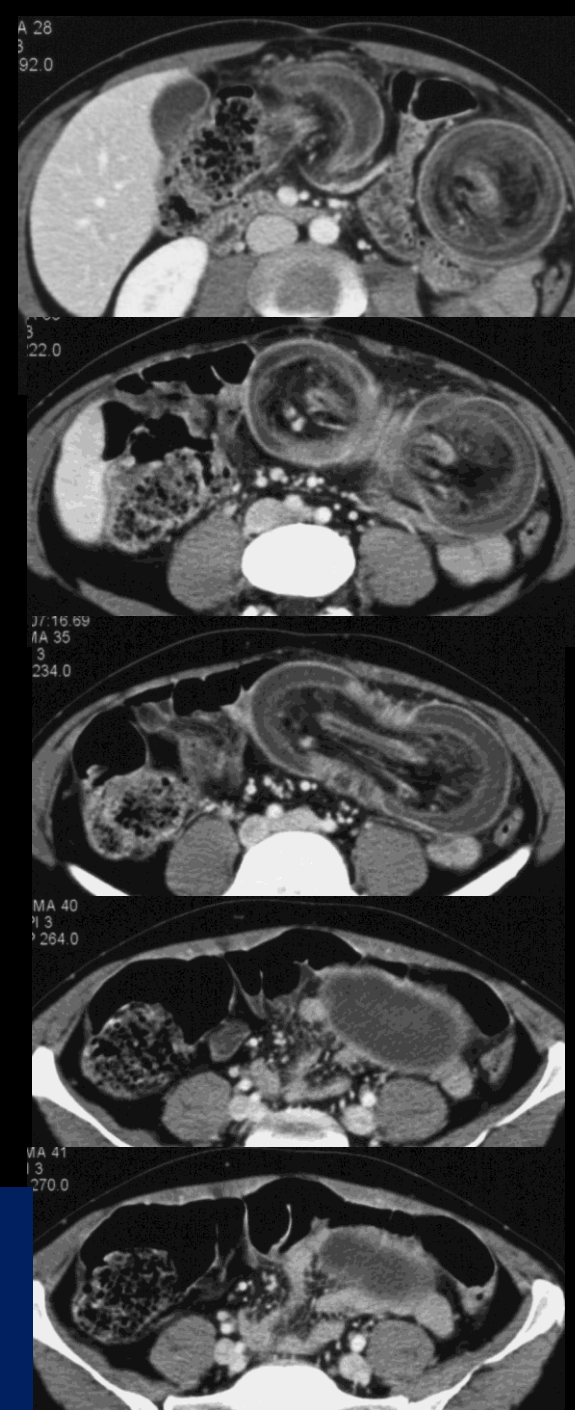
-avec les mêmes images ,chez un jeune adulte HIV -, il faudrait également évoquer une **métastase colique d'un mélanome malin**

-au delà de 50 ans ou plus tôt en cas de polypose adénomateuse familiale ou de cancer colique héréditaire non polyposique, c'est bien sur à un **adénocarcinome du carrefour iléo-caecal** qu'il faut immédiatement penser

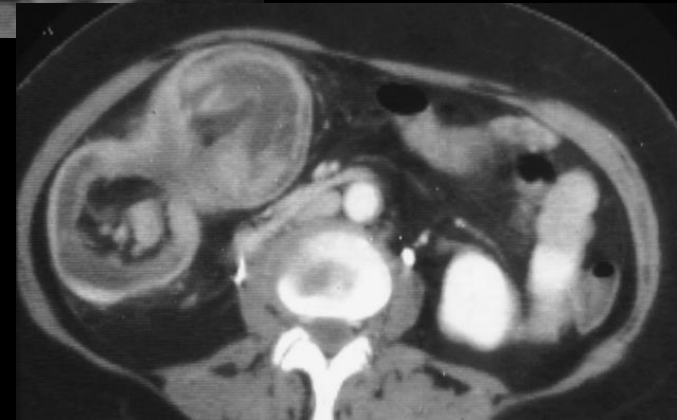
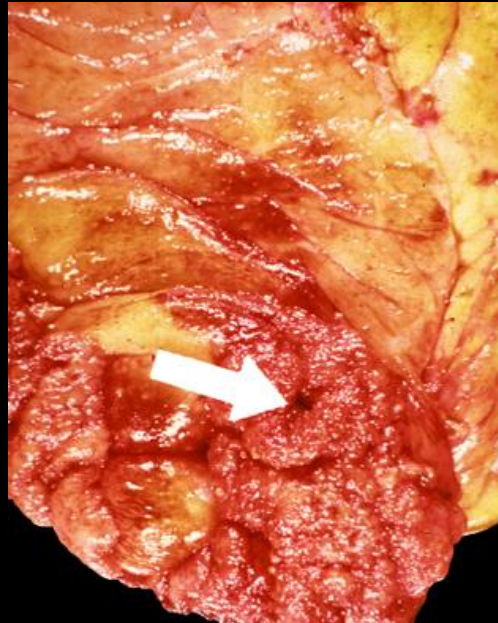
enfin **2 lésions bénignes du caecum**, identifiables au scanner doivent être systématiquement recherchées à la tête du boudin d'invagination:

- . le **lipome colique** (masse graisseuse souvent pédiculée)
- . la **mucocèle appendiculaire** (masse kystique à paroi fine et régulière).

invagination chronique iléo-colique
sur adénocarcinome de la valvule
de Bauhin

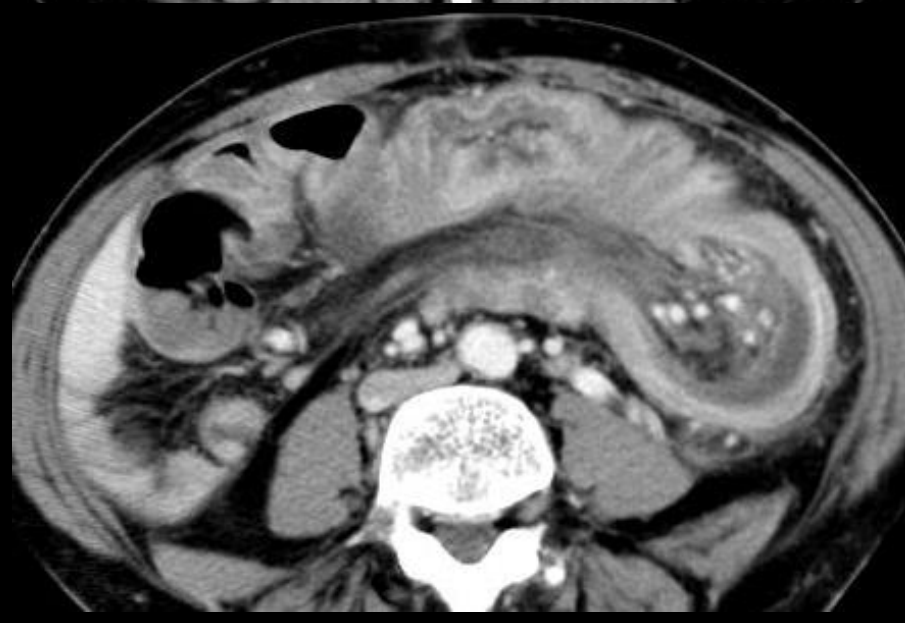
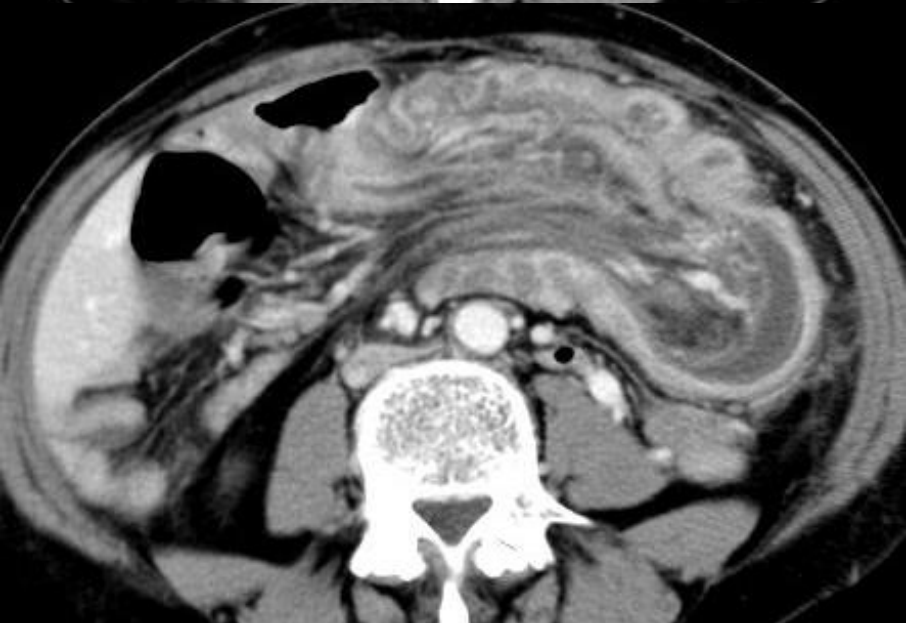


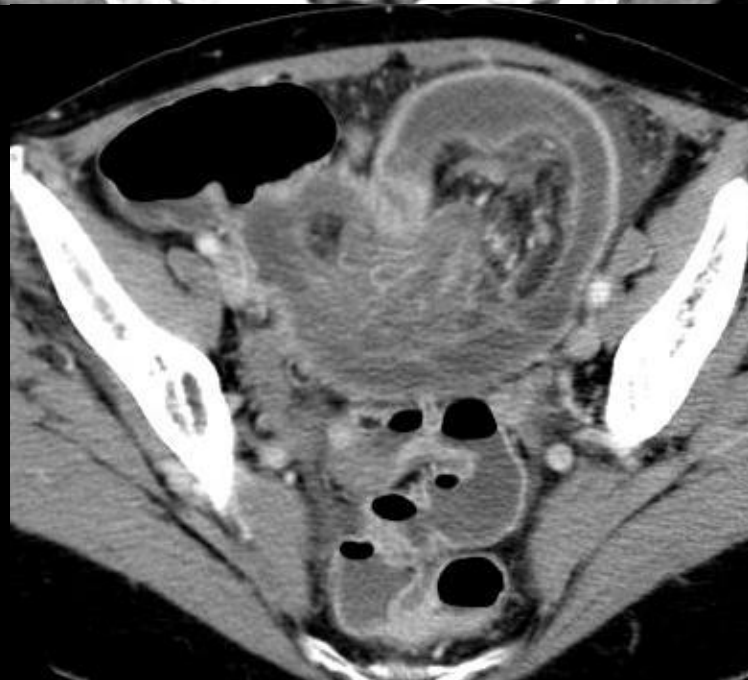
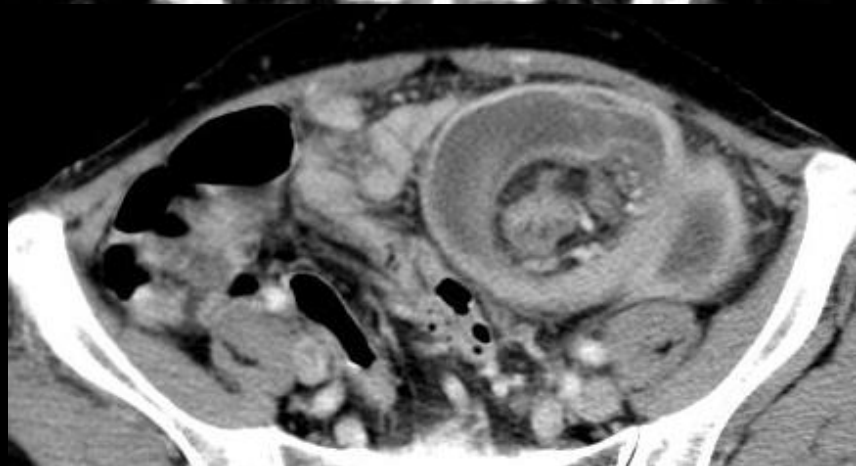
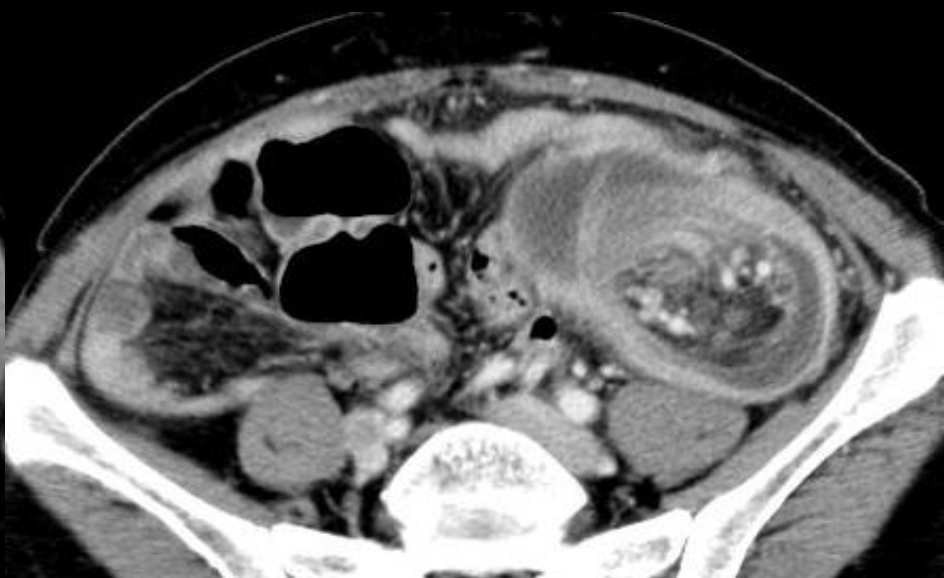
cas compagnon n°1



**invagination chronique iléo-colique sur
adénocarcinome de la valvule de Bauhin**

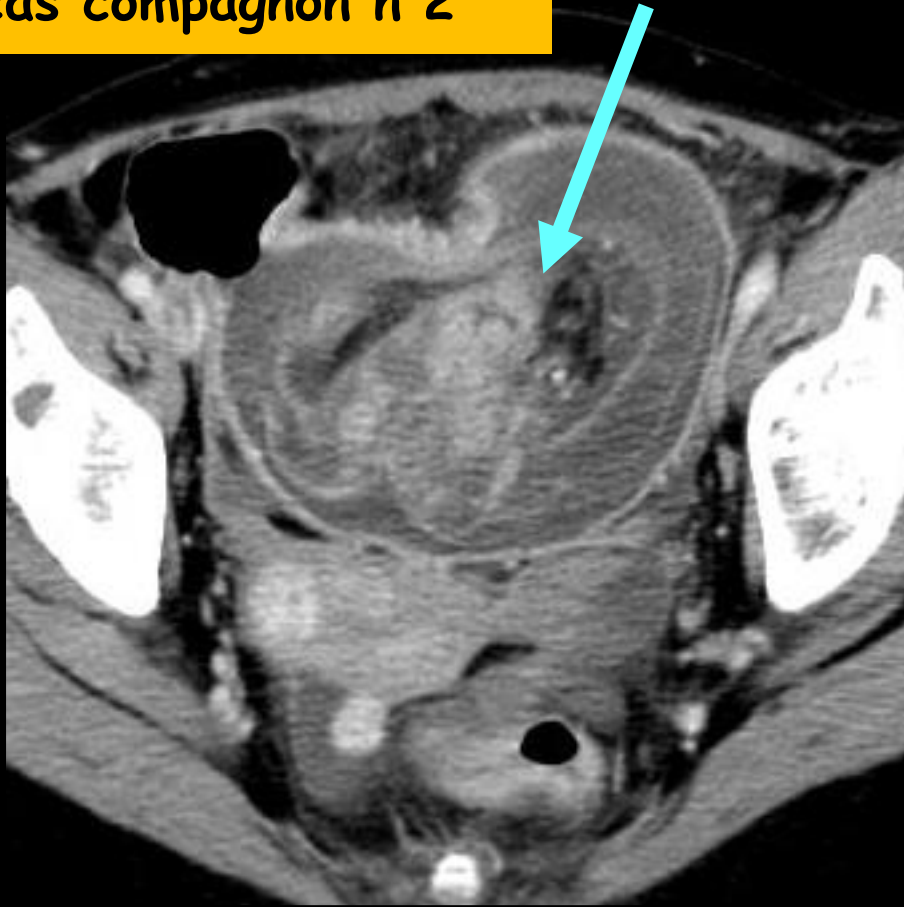
cas compagnon n°2





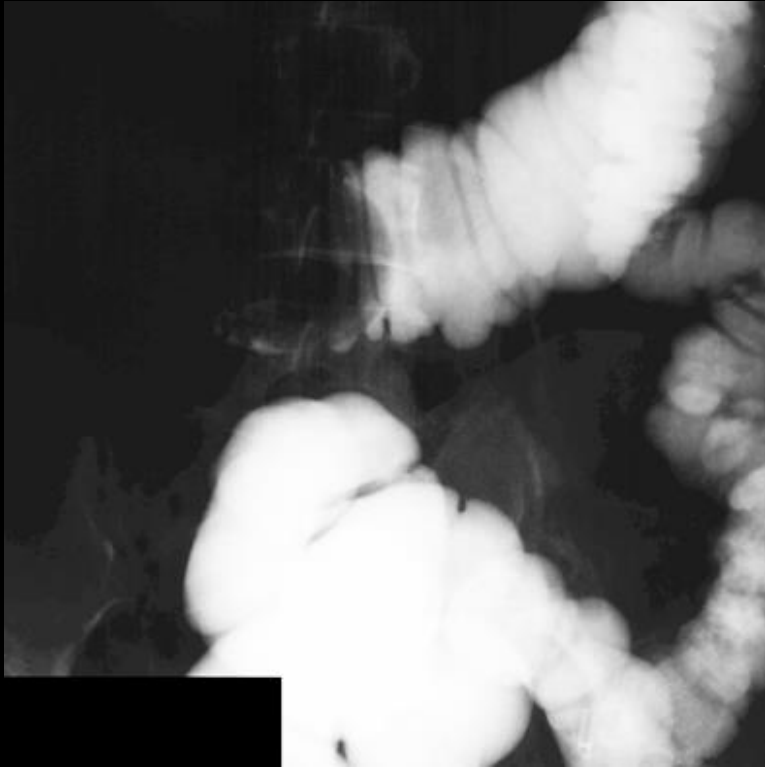
cas compagnon n°2

cas compagnon n°2



invagination chronique iléo-colique sur adénocarcinome de la valvule de Bauhin . Le caecum et la tumeur sont dans la lumière de la charnière recto-sigmoïdienne !!!

cas compagnon n°3



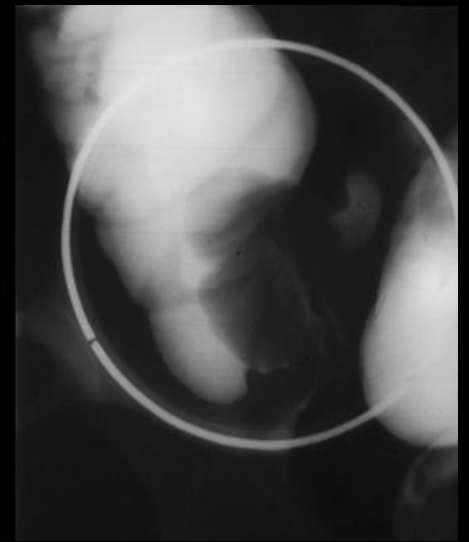
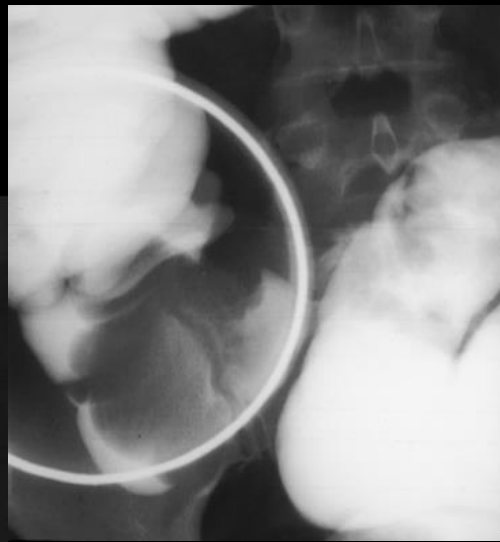
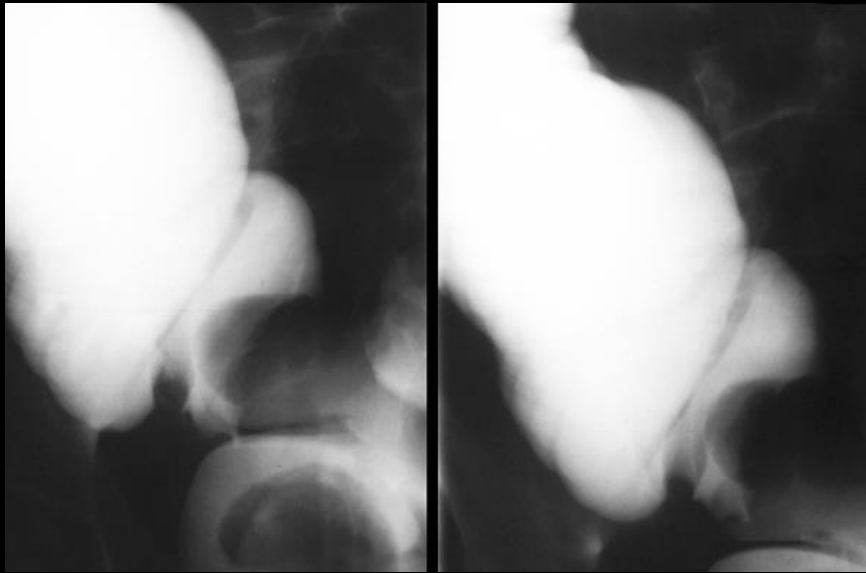
invagination chronique colo-colique sur lipome
pédiculé de l'angle droit

cas compagnon n°3

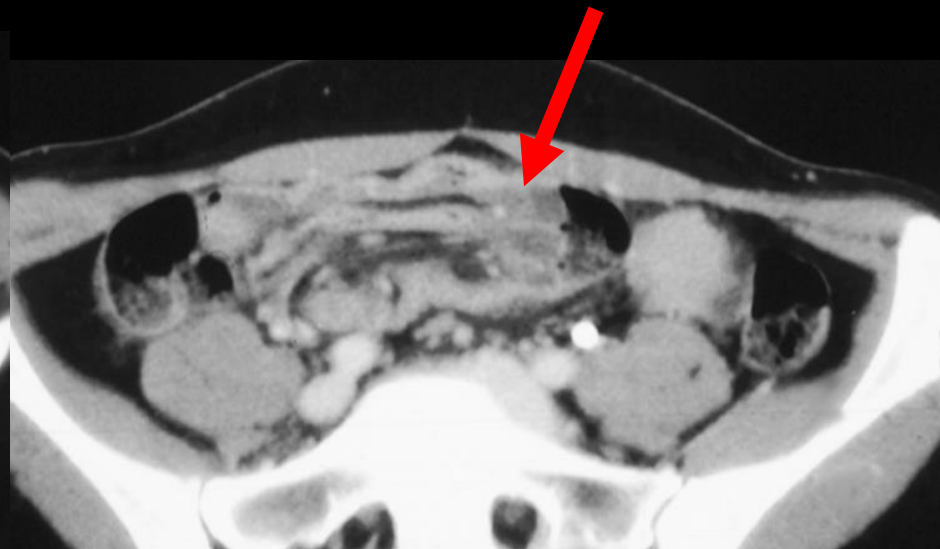


invagination chronique colo-colique sur lipome pédiculé de l'angle droit

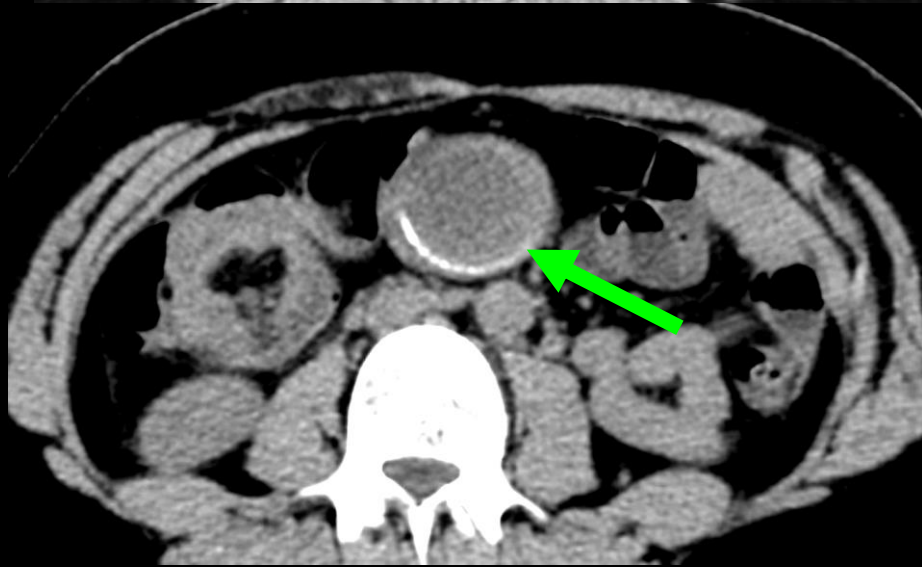
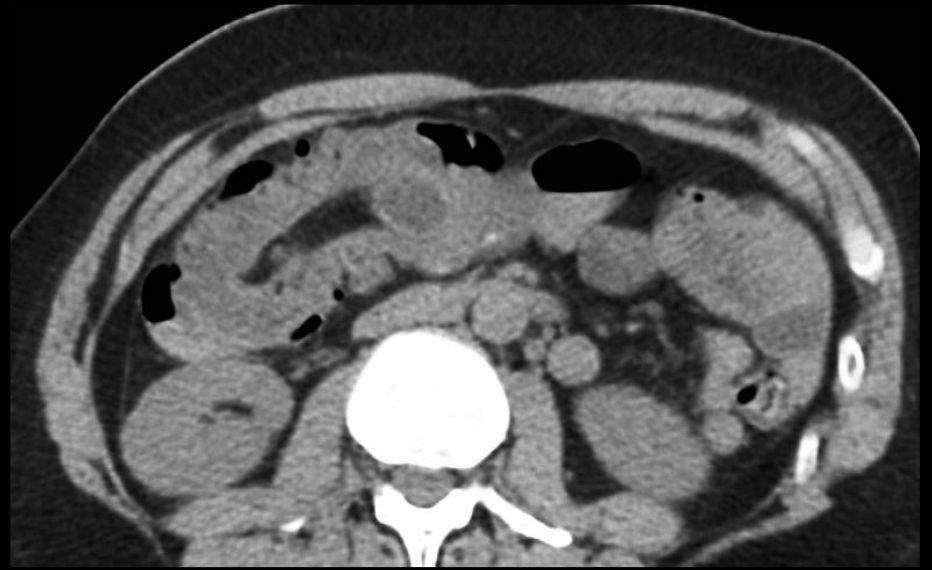
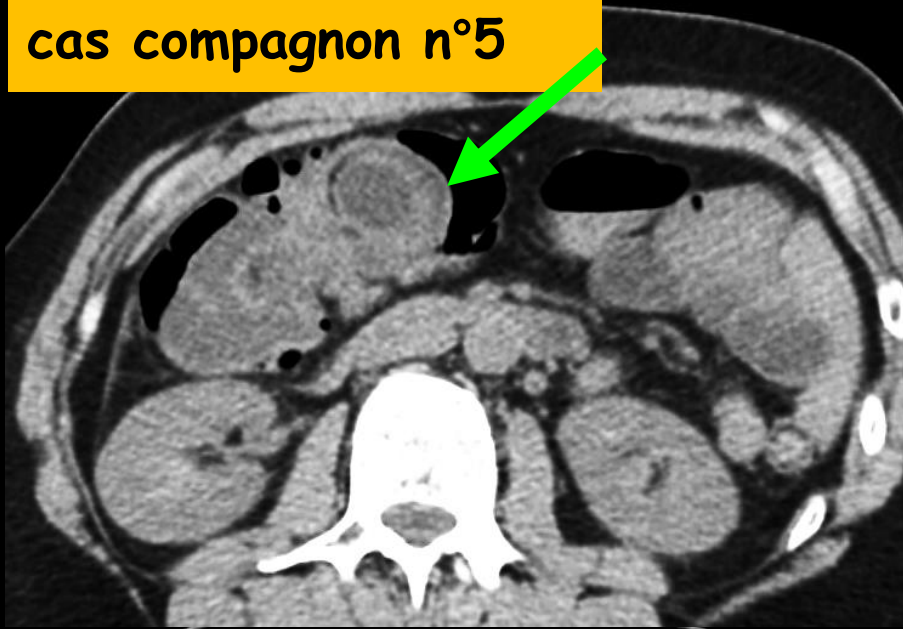
cas compagnon n° 4



**invagination chronique colo-colique
sur mucocèle appendiculaire**

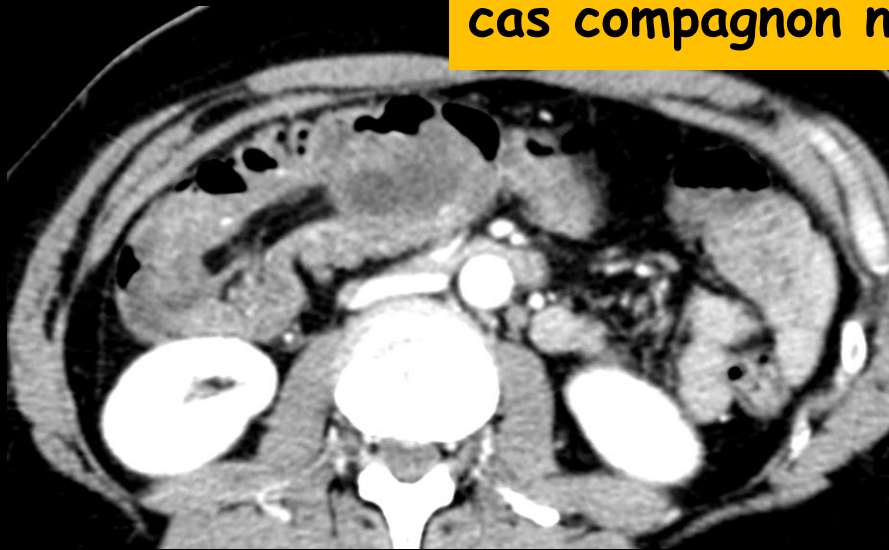


cas compagnon n°5



attention, ce n'est pas un anévrisme calcifié de l'aorte abdominale sous-rénale

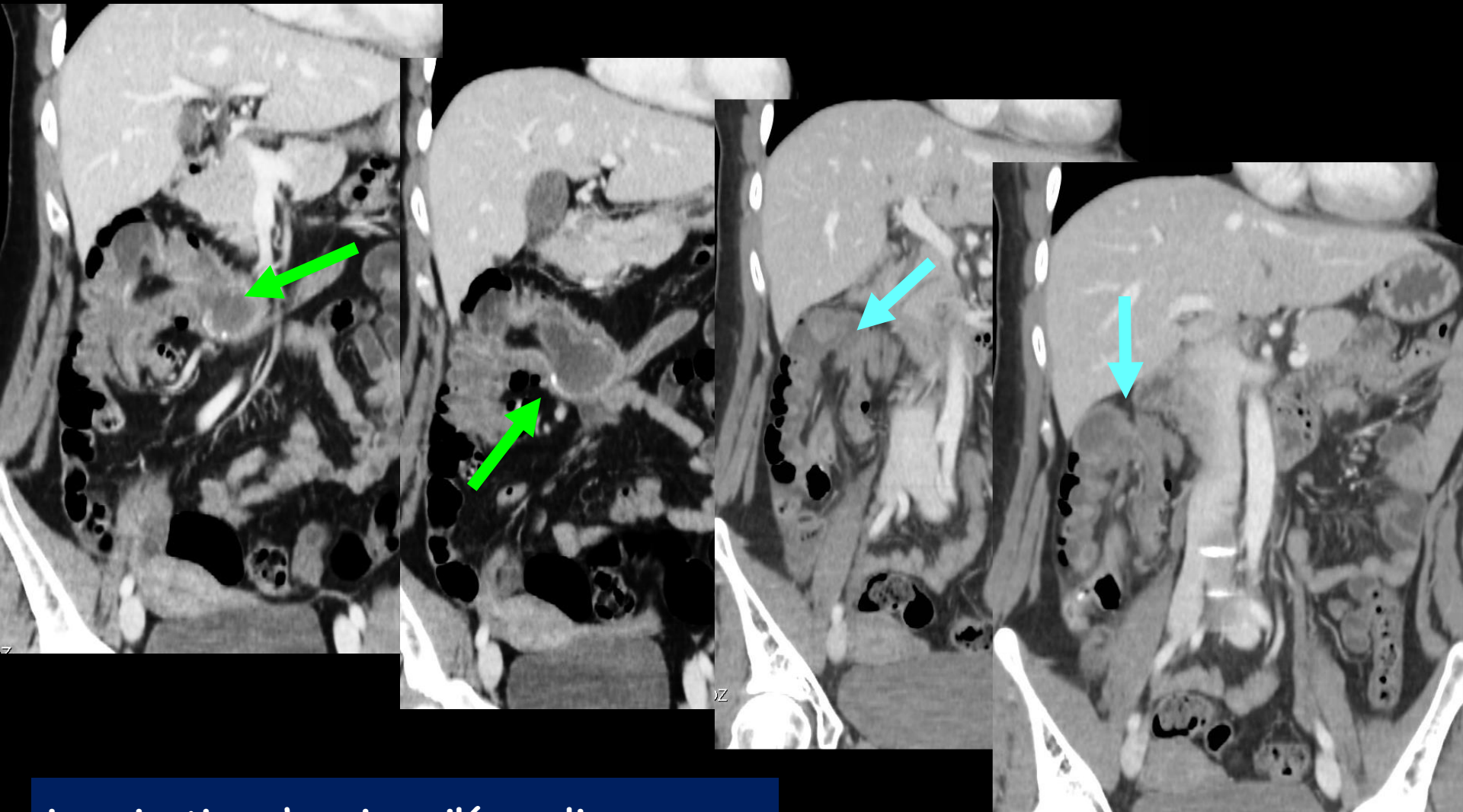
cas compagnon n°5



**invagination chronique iléo-colique sur
mucocèle appendiculaire calcifiée**



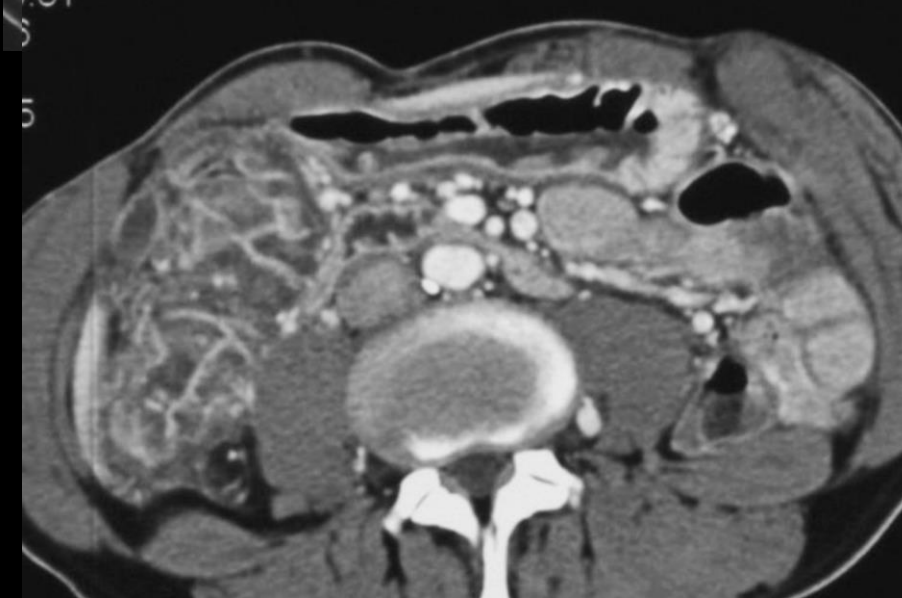
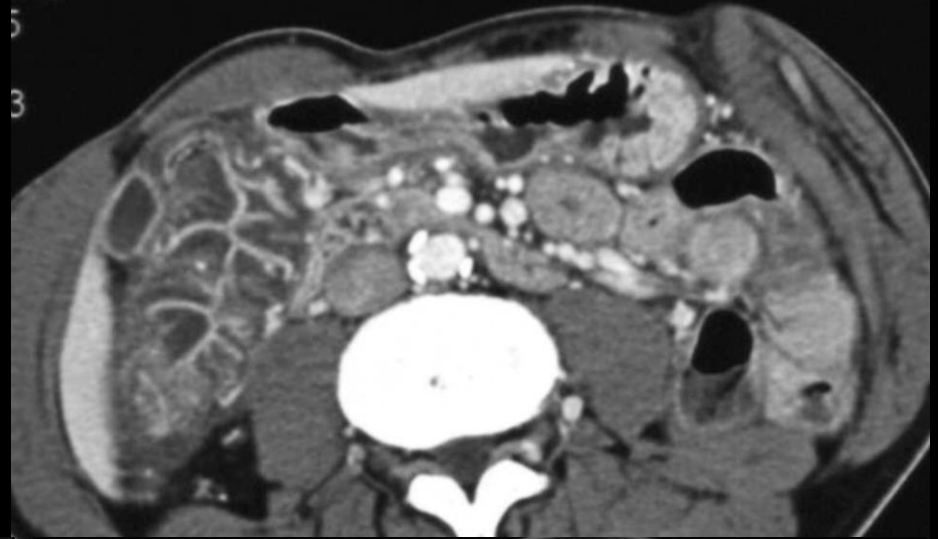
cas compagnon n°5



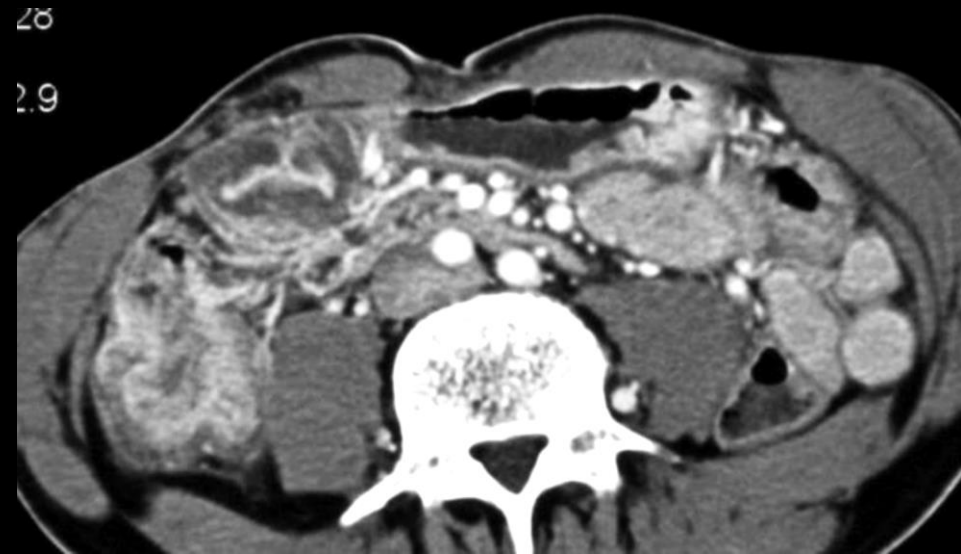
invagination chronique iléo-colique sur
mucocèle appendiculaire calcifiée

cas compagnon n°6

and **last but not least**; tableau clinique de crises hyperalgiques spontanément résolutives. Endolorissement persistant de l'hypochondre droit depuis

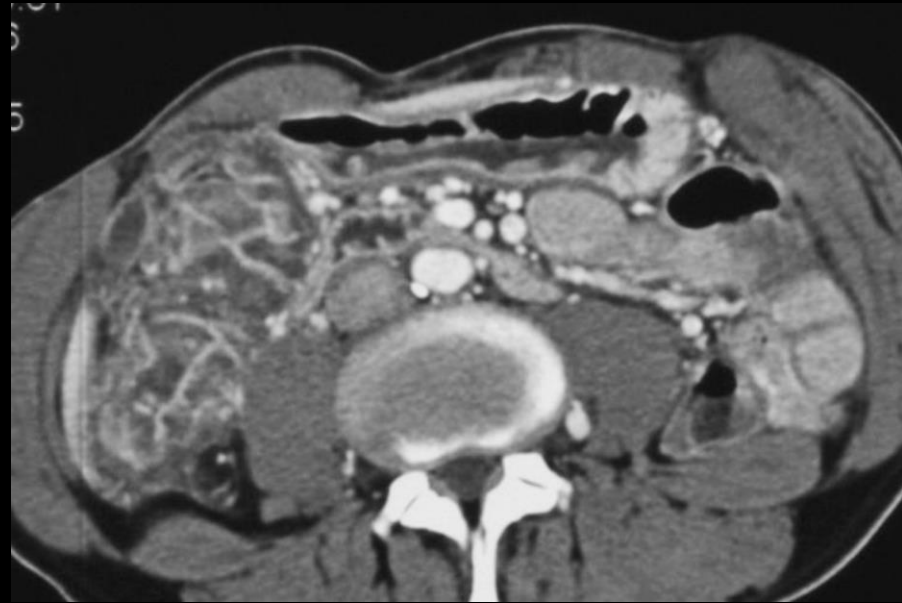
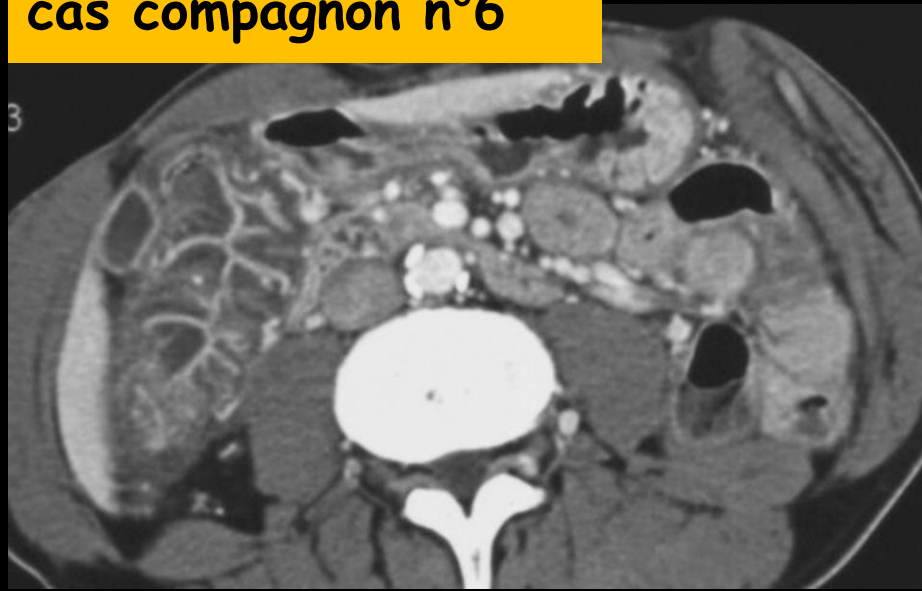


cas compagnon n°6



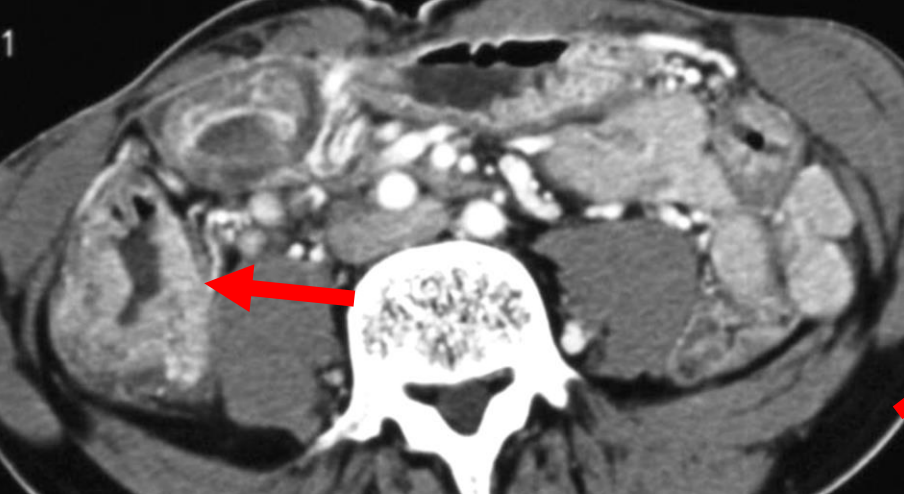
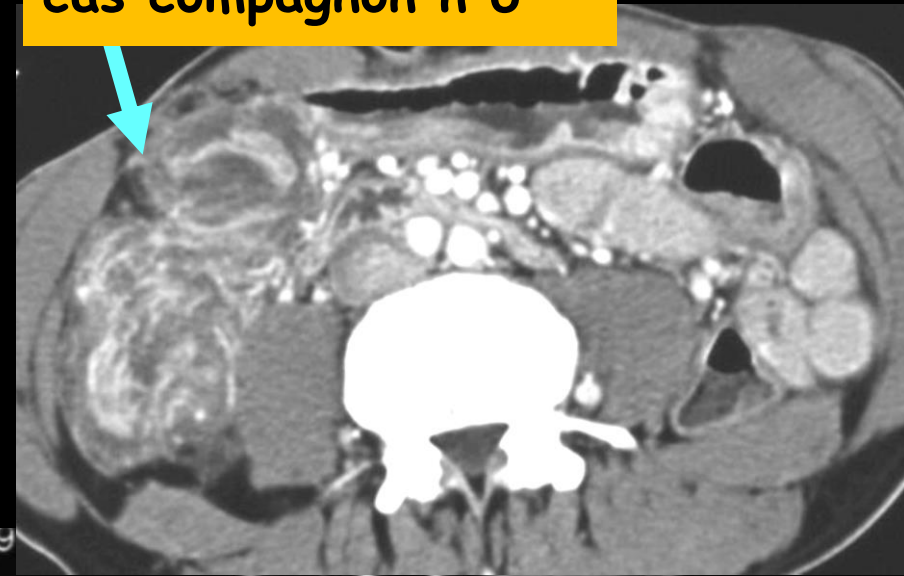
décrivez la sémiologie et la physiopathologie des anomalies observées

cas compagnon n°6



seule une **ischémie subaigüe sévère** peut entraîner un tel aspect de la paroi de l'angle colique droit mais, pour une fois, **on peut préciser la cause de cette ischémie**

cas compagnon n°6



il y a en effet un **volumineux adénocarcinome lieberkuhnien qui épaissit et infiltre la paroi du caecum** avec, à son pôle supérieur , un résidu d'invagination (flèche bleue)

cas compagnon n°6

Il s'agit donc d'une **invagination iléo-colique chronique** sur adénocarcinome caecal, "désinvaginée"; le caecum est revenu dans la FID après sa migration jusqu'au colon descendant; l'épisode clinique aigu récent ayant motivé le scanner correspond à l'ischémie subaiguë qui s'est étendue jusqu'à l'angle gauche; extrêmité distale de la course du caecum dans la lumière colique

