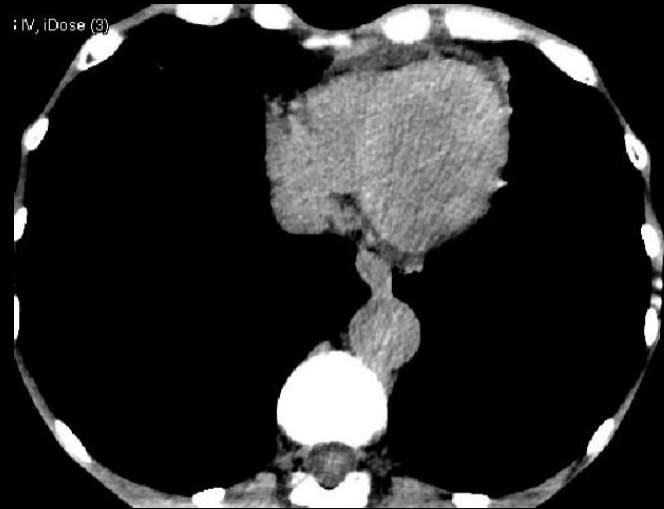
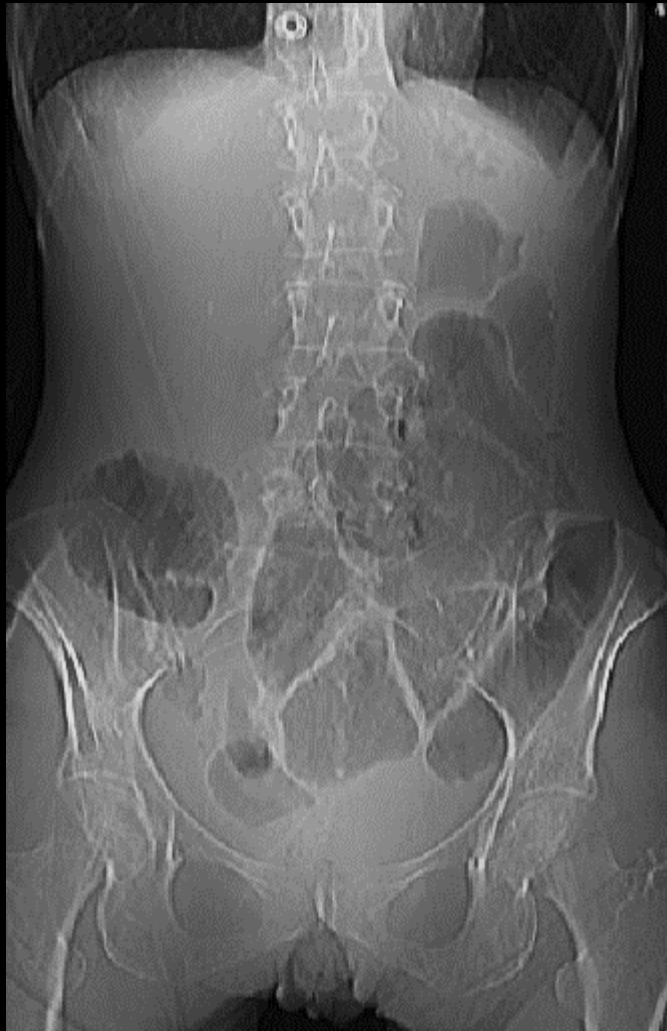


Femme 54 ans considérée depuis plusieurs mois comme porteuse d'une maladie de Crohn par les gastro-entérologues Antécédents d'infarctus intestino-mésentériques en 2014 et 2015 avec résection étendue du grêle et colectomie transverse. Syndrome inflammatoire biologique .Nouvel épisode aigu avec iléite ulcérée en endoscopie . Etat cachectique

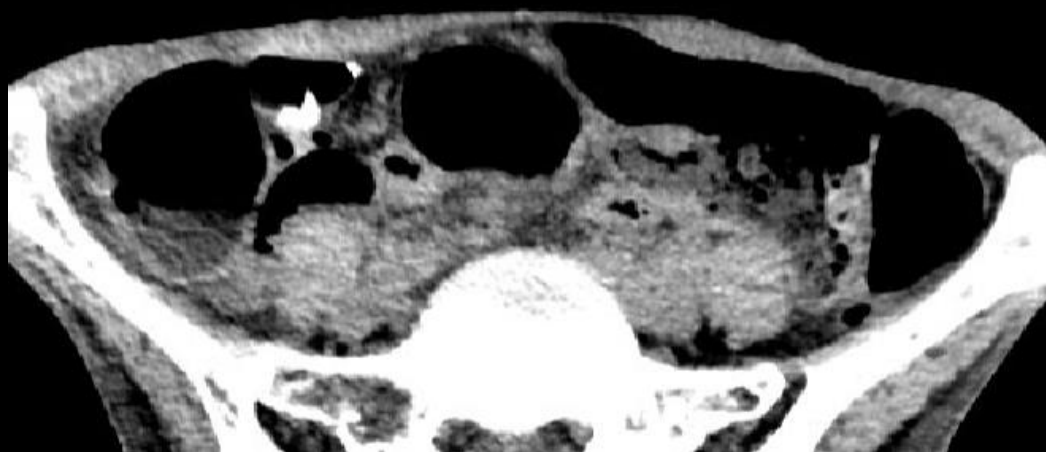


18 01 2016

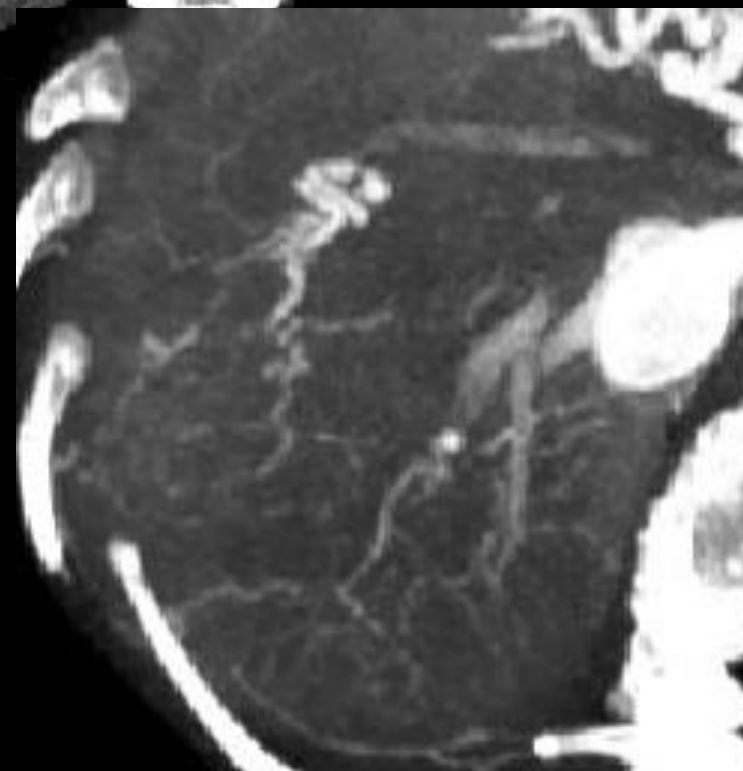
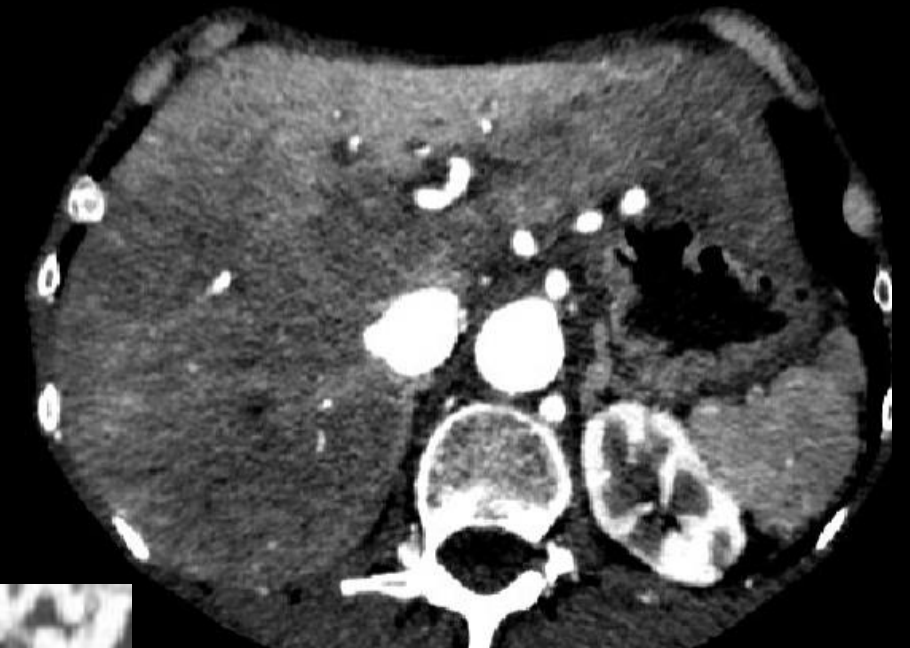
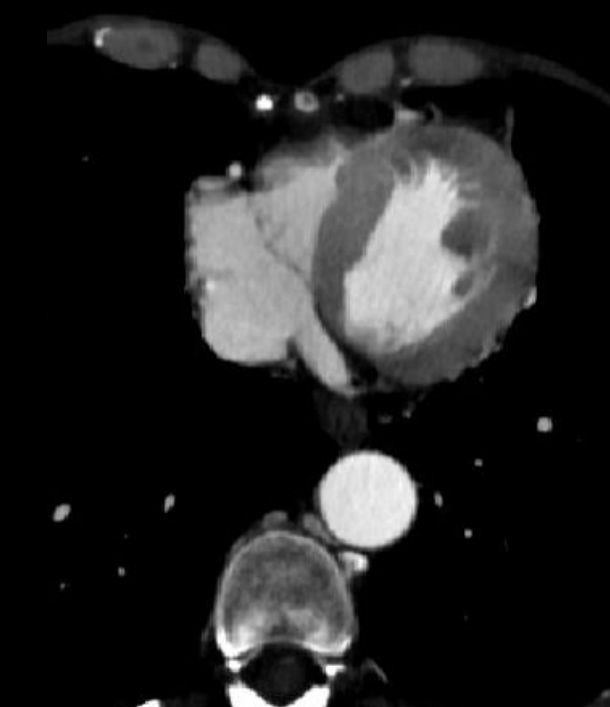


syndrome d'hypodensité du sang circulant
hypodensité de la lumière du VG , de reins et
visibilité spontanée des branches veineuses
intra-hépatiques

Aurélie Grandmougin IHN ; Xavier Orry CCA



grêle restant court, à parois circonférentiellement épaissies
sans hyperdensité spontanée



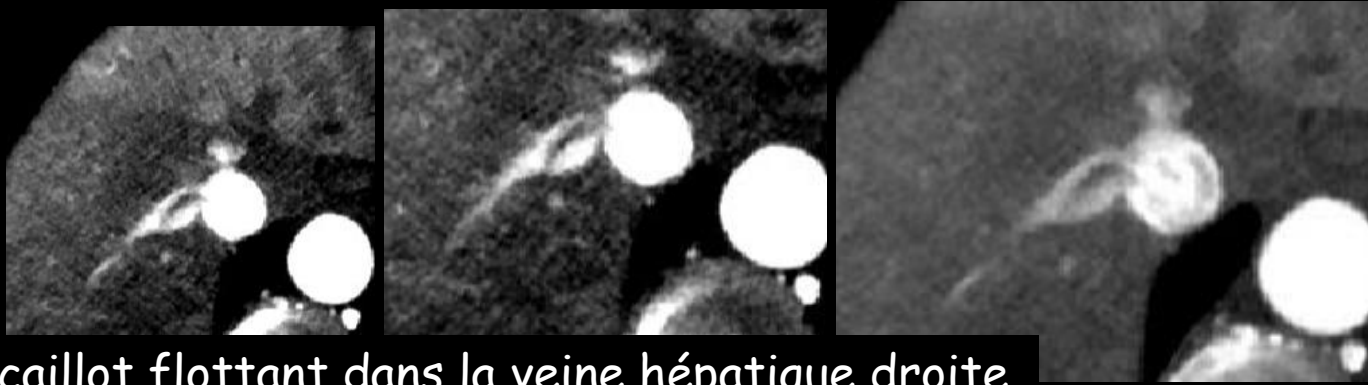
- hypertrophie ventriculaire gauche concentrique
- reflux cavo-sus hépatique et rehaussement en mosaïque du foie
- artères de petit calibre à trajet serpigineux irrégulier
- multiples séquelles d'infarctus sur les 2 reins

18 01 2016

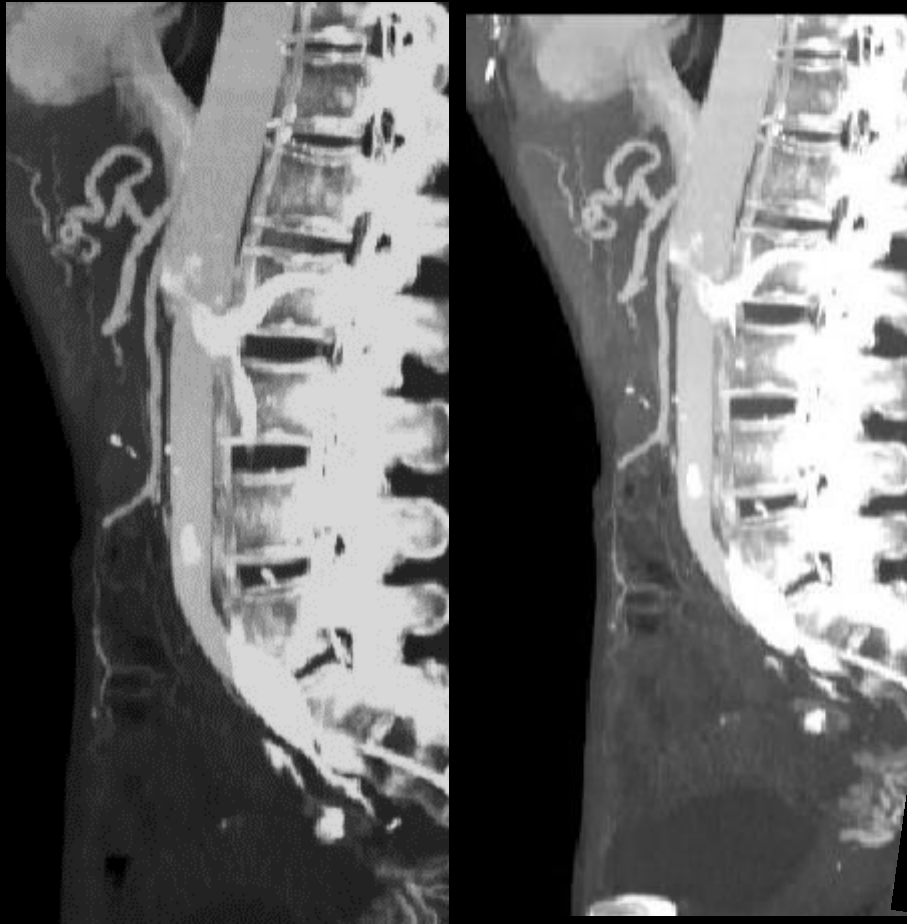


micro anévrysmes, toujours difficiles à
différencier des plicatures artérielles
en projection axiale





caillot flottant dans la veine hépatique droite



recrutement des artères pariétales antérieures à partir de l'AMS

ALIPRIMARYAXIAL

ARTERIEL, iDose (3)

2,00

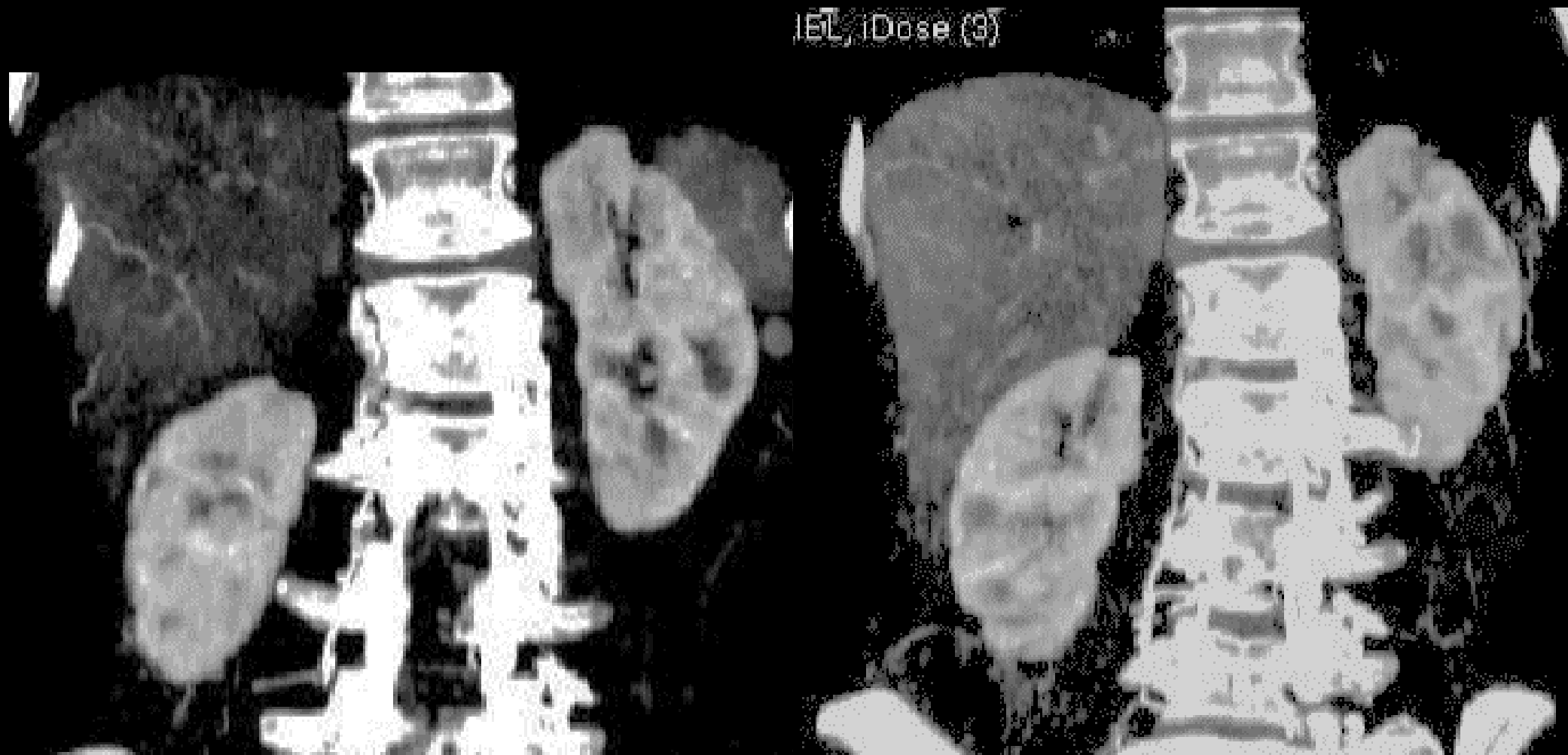
-01-18



AXIAL

Dose (3)





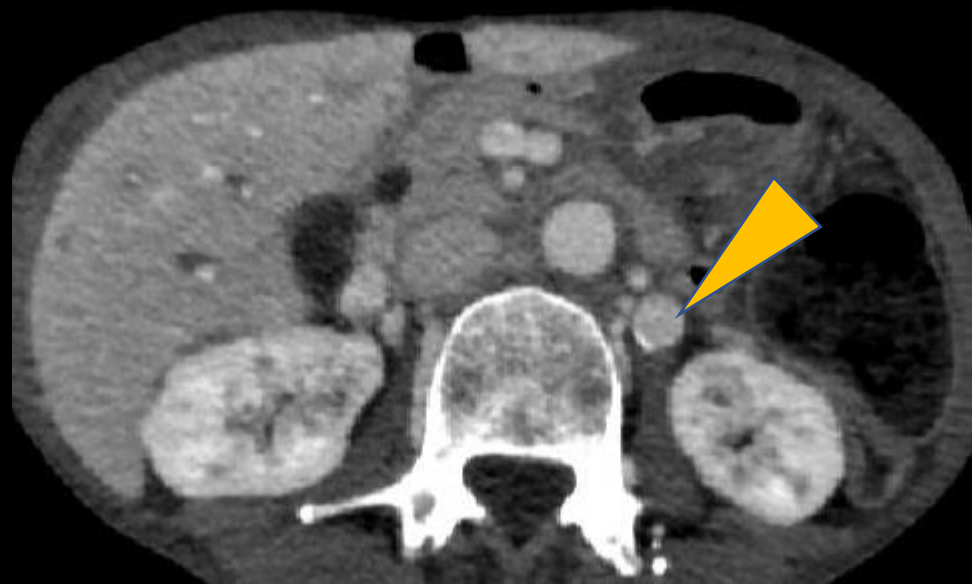
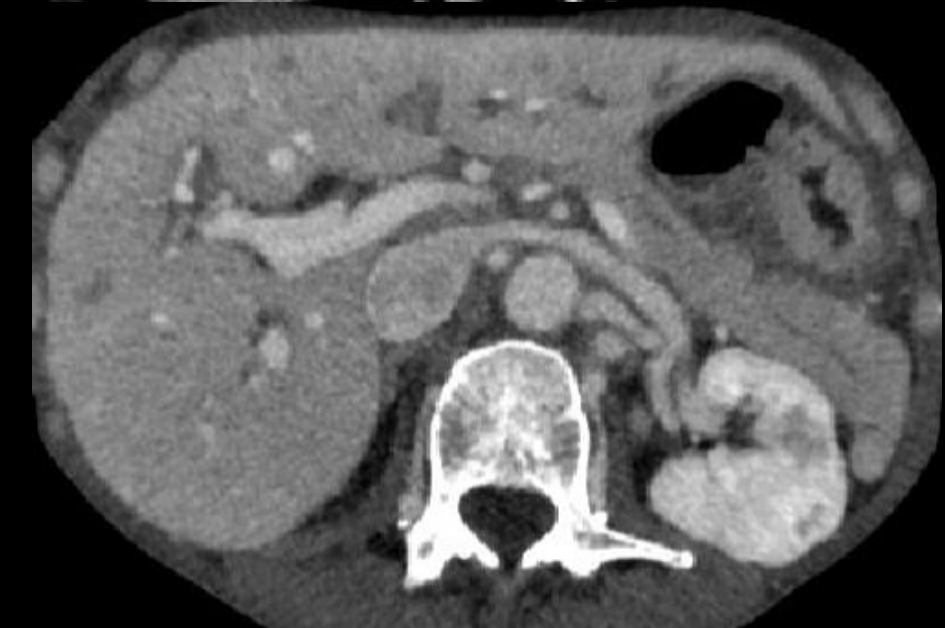
multiple séquelles d'infarctus distaux de la corticale des 2 reins



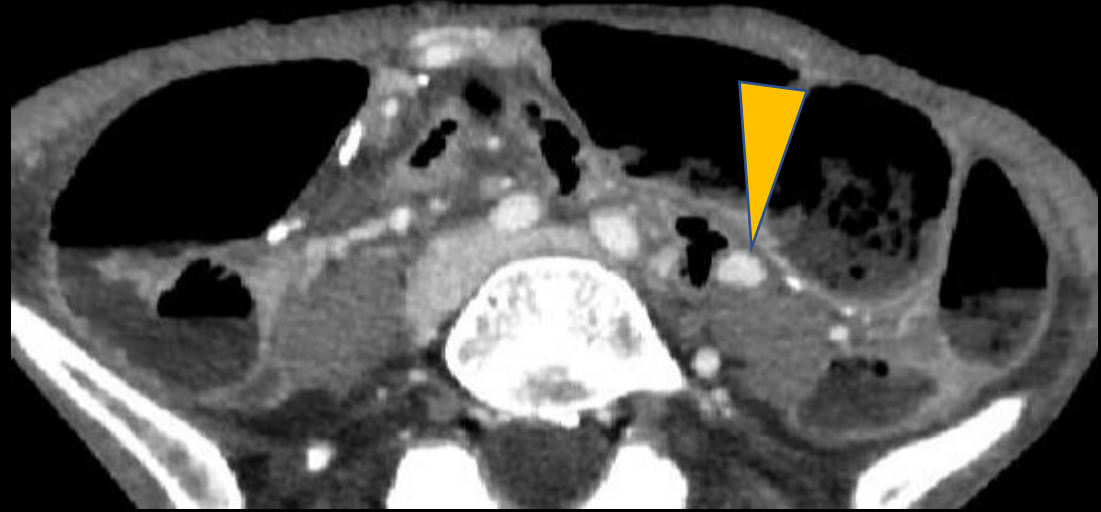
18 01 2016



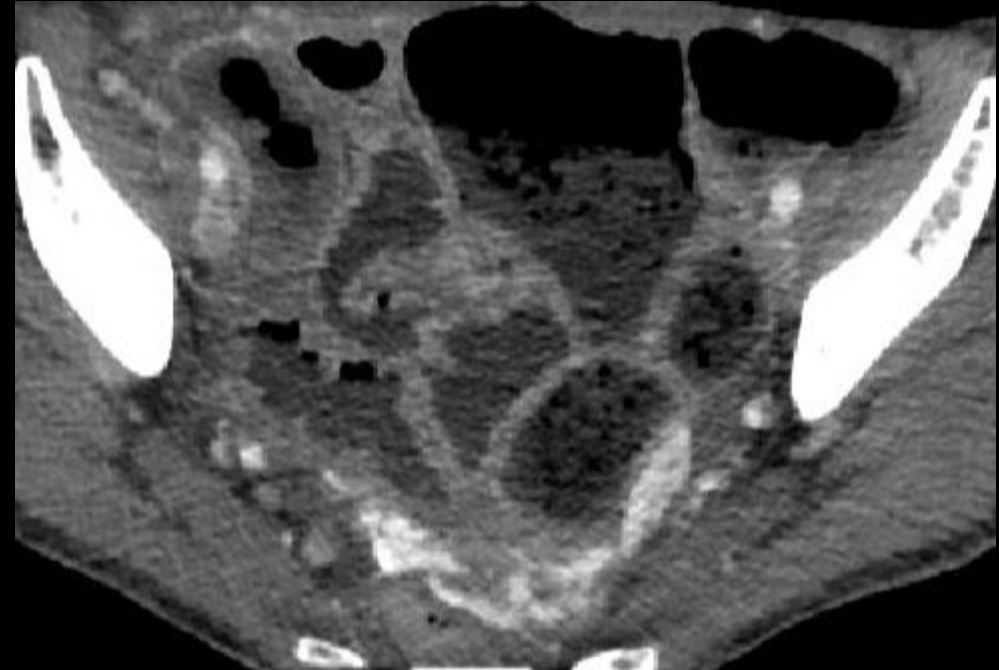
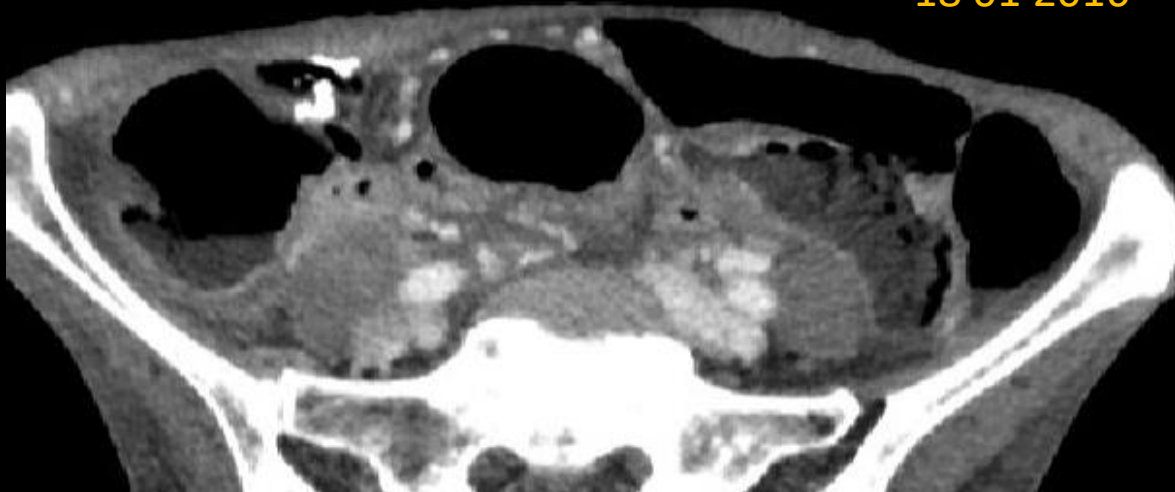
à la phase portale,
important œdème
péri-portal



veine
ovarique
gauche
dilatée



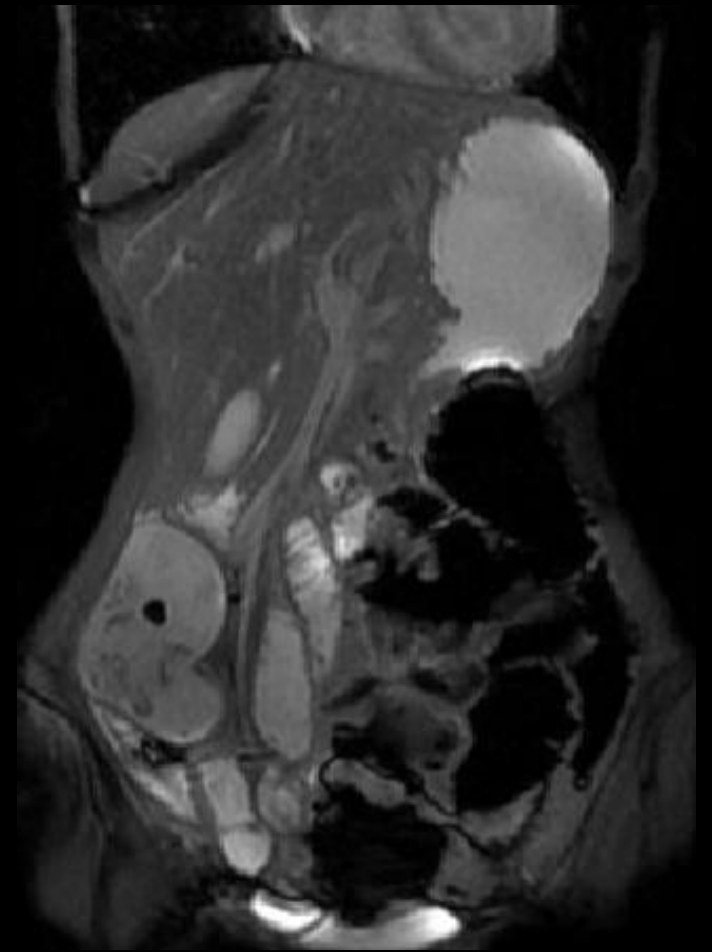
18 01 2016



parois épaissies et rehaussées du grêle et du colon restants : ischémie chronique



18 01 2016 fistule artério veineuse ovarique pelvienne gauche à haut débit

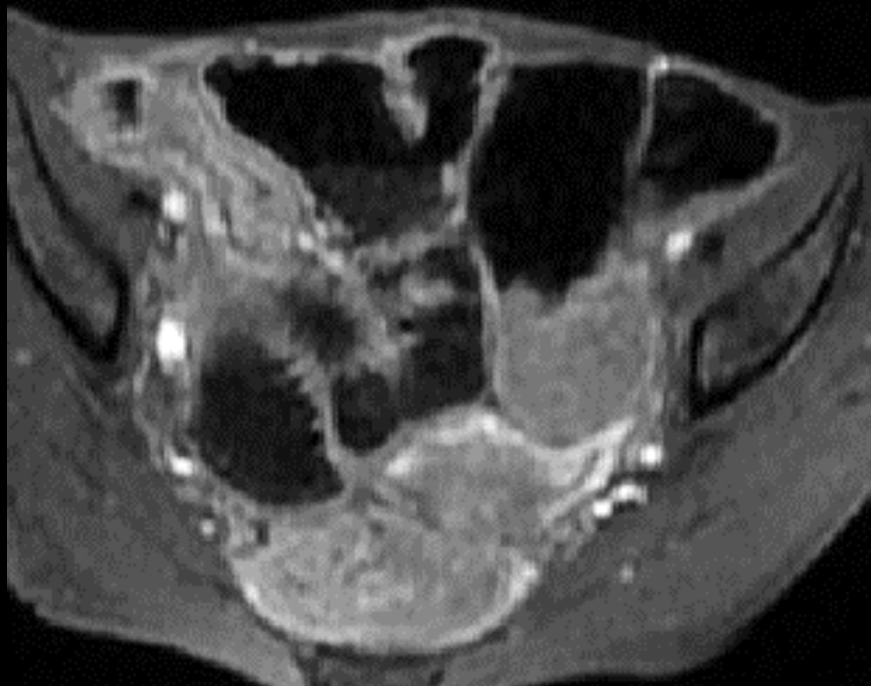


08 02 2016

l'entéro-IRM contribue à l'évaluation du retentissement mécanique de l'ischémie chronique



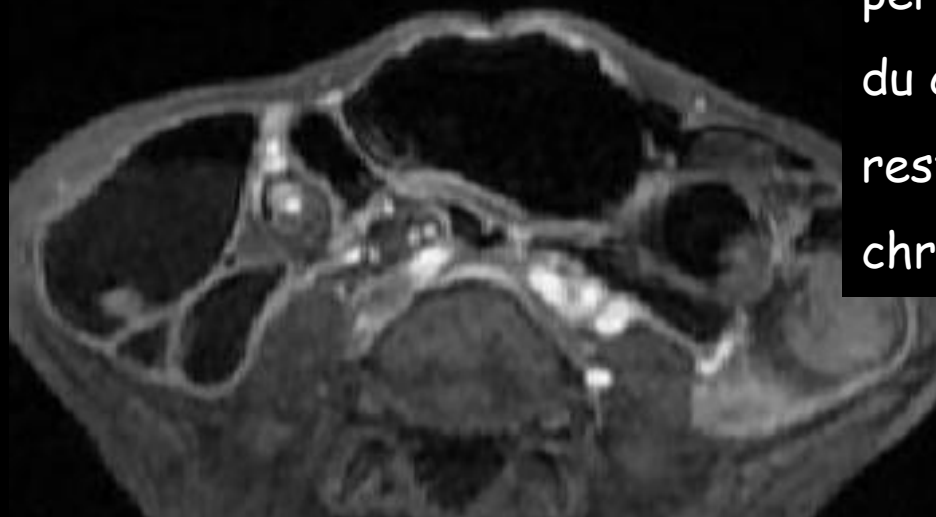
08 02 2016



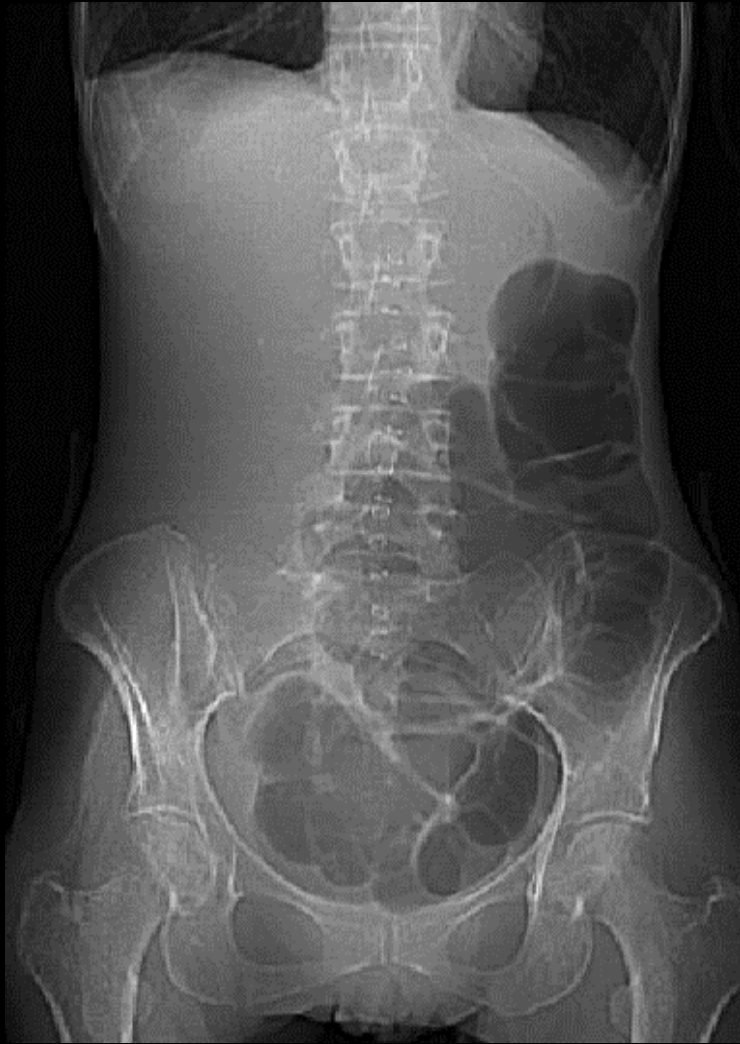
fistule artérioveineuse
ovarique gauche

parois épaissies et
rehaussées de façon
importante et
persistante du grêle et
du colon distendus
restants : ischémie
chronique

08 02 2016



12 03 2016



récidive hémorragique digestive après nouvelle résection



12 03 2016 l'aspect des branches artérielles intra parenchymateuses rénales : quelques microanévrismes et des irrégularités de calibre , oriente enfin le diagnostic vers une vascularite et, bien entendu, la péri-artérite noueuse

12 03 2016



cas compagnon n° 01

Patient de 32 ans.

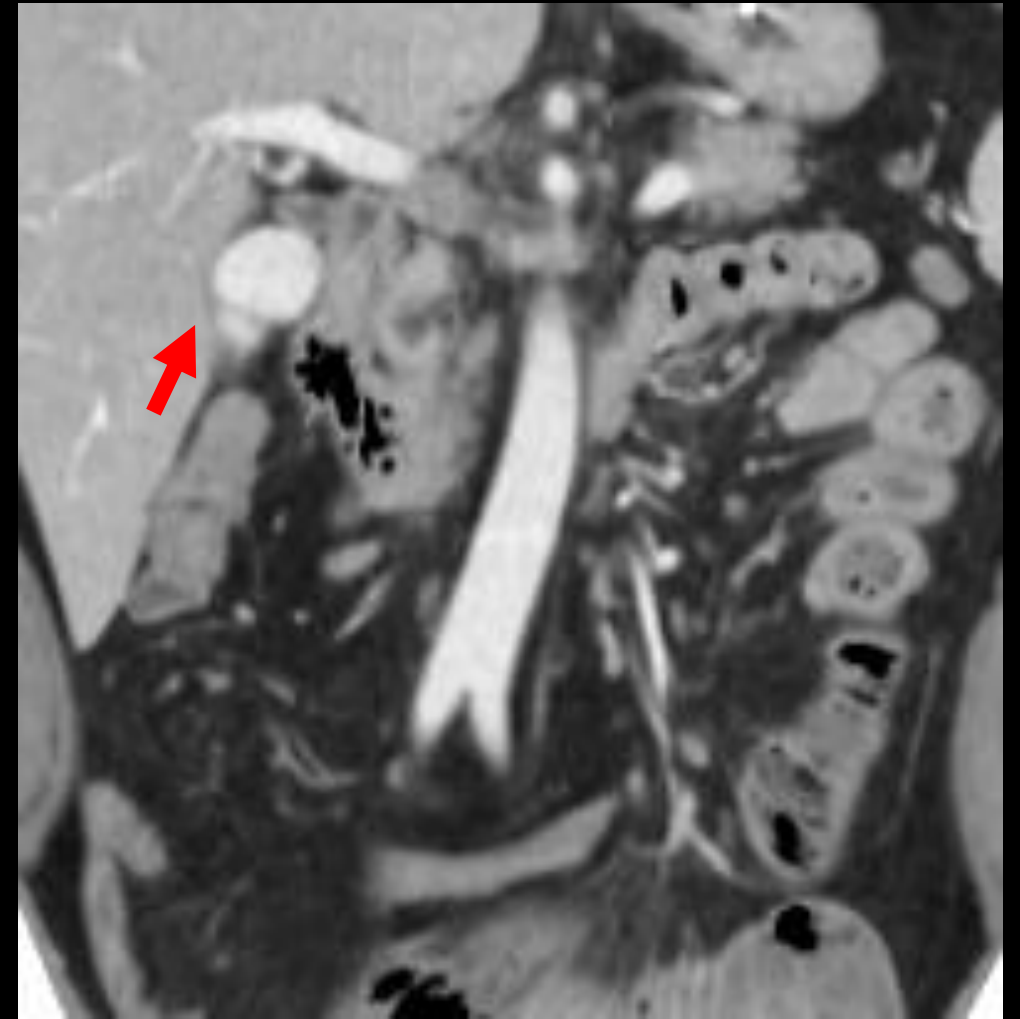
Déglobulisation à J13 d'une résection grêlique pour hémorragie digestive.

Extériorisation de sang par orifice de stomie proximale.

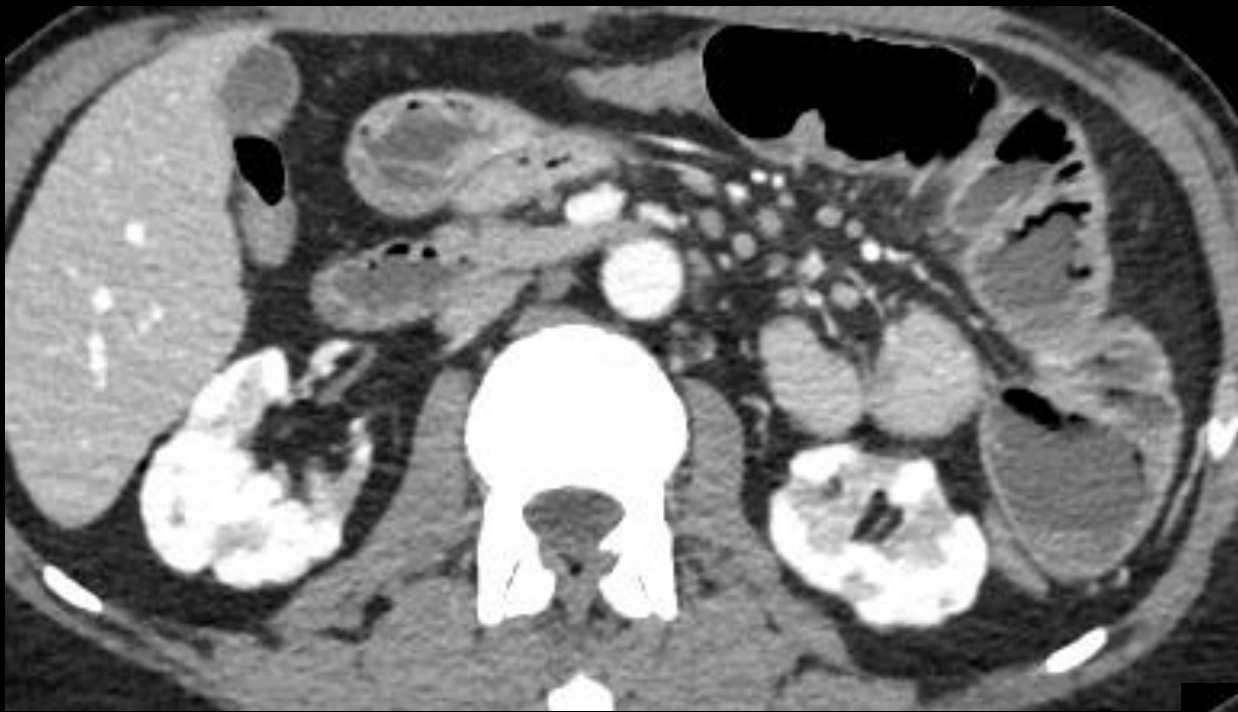
Anses jéjunales en amont de la stomie distendues avec un contenu spontanément dense.



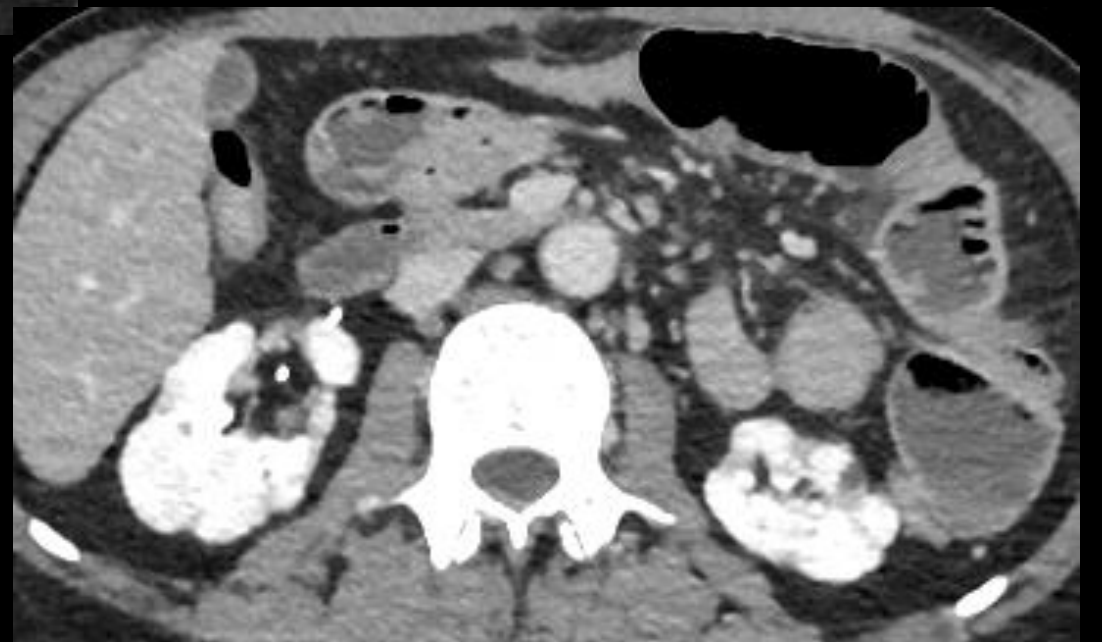
Aurélie Grandmougin(IHN)

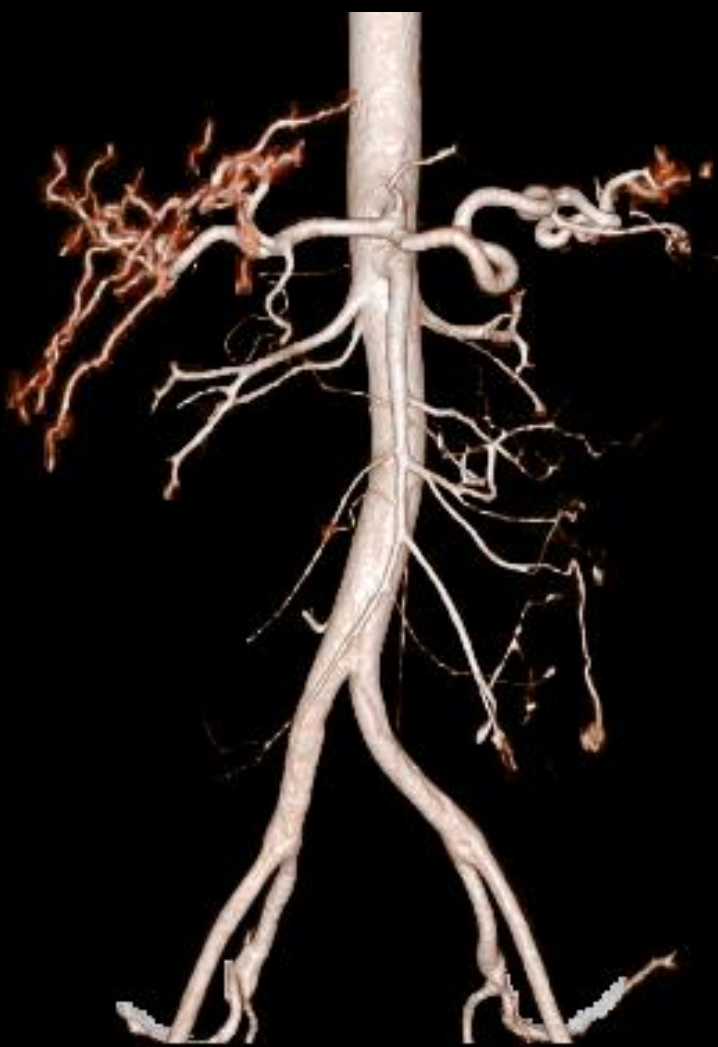


syndrome de la bile calcique(bile sursaturée en sels de calcium) ; occlusion mécanique jéjunale haute



séquelles d'infarctus corticaux
multiples des 2 reins





Multiples micro-anévrysmes et irrégularités
de calibre des branches de l'AMS.



l'angioscanner haute-résolution atteint maintenant un niveau de qualité d'image pratiquement équivalent à celui de l'angiographie numérisée. Les microanévrismes siègent préférentiellement au niveau des embranchements vasculaires

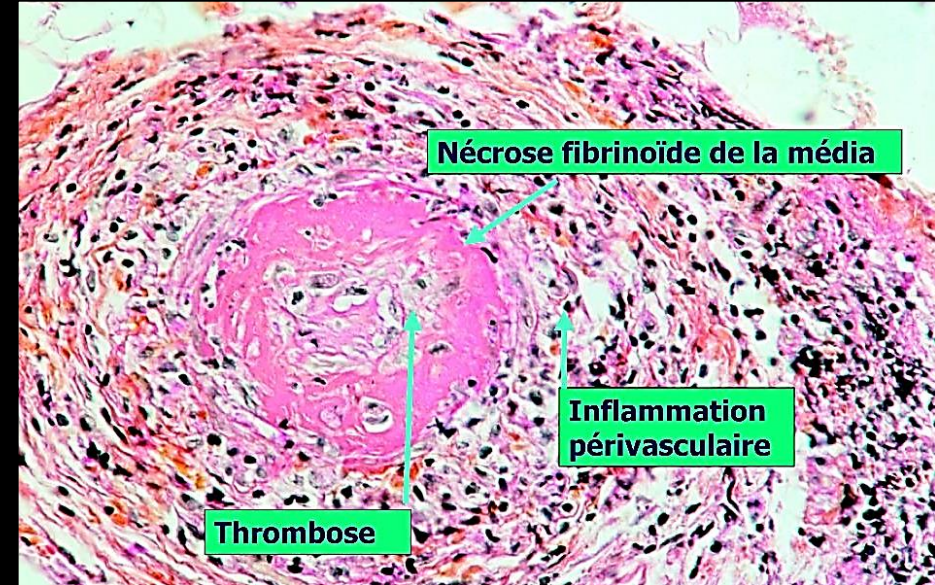


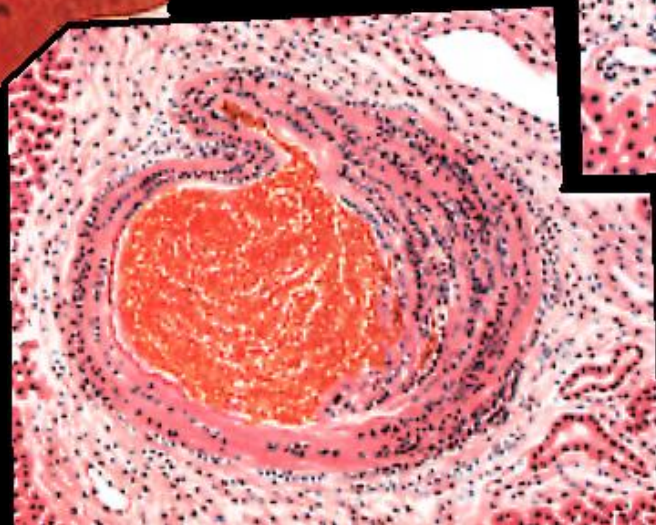
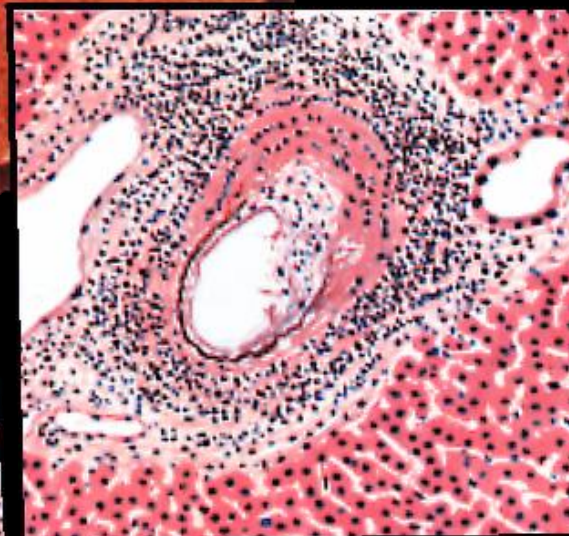
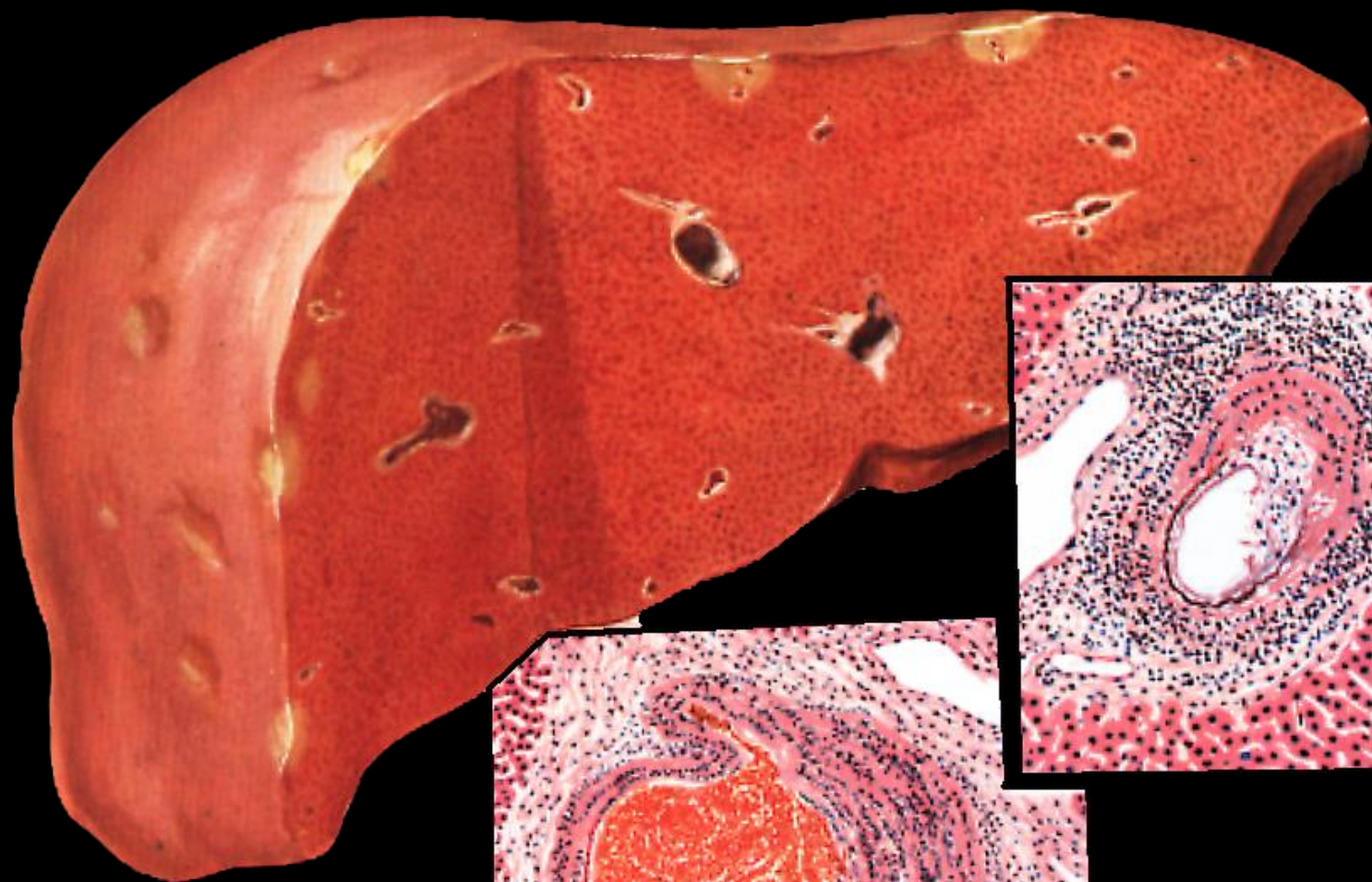
Multiple encoches corticales
rénales bilatérales



imagerie des localisations abdominales de la périartérite noueuse (maladie de Kussmaul-Maier)

- Vascularite (angéite nécrosante polysystémique) qui touche les vaisseaux de **moyen et de petit calibre** (préférentiellement reins, tube digestif, mais aussi peau, SNC, cœur) au niveau des ramifications.
- .Nécrose fibrinoïde débutant dans la média puis d'étendant à la fois vers l'intima et l'adventice
.Périartérite inflammatoire :infiltrat riche en polynucléaires neutrophiles
- à la longue obstruction des lumières vasculaires:
thromboses, hémorragies, anévrysmes





imagerie des localisations abdominales de la périartérite noueuse (maladie de Kussmaul-Maïer)

- La plus fréquente des vascularites avec atteinte rénale (80 à 100 % des cas).

- rare : prévalence 1/33000, touche des adultes à la cinquantaine ,
prédominance masculine (2/3 hommes) en décroissance

- 1/3 porteurs de virus de l'hépatite B (en très nette régression depuis la vaccination massive : 35 % VHB en 1985, <5% à l'heure actuelle)

- Y penser devant tout hématome spontané rénal ou atteinte digestive :

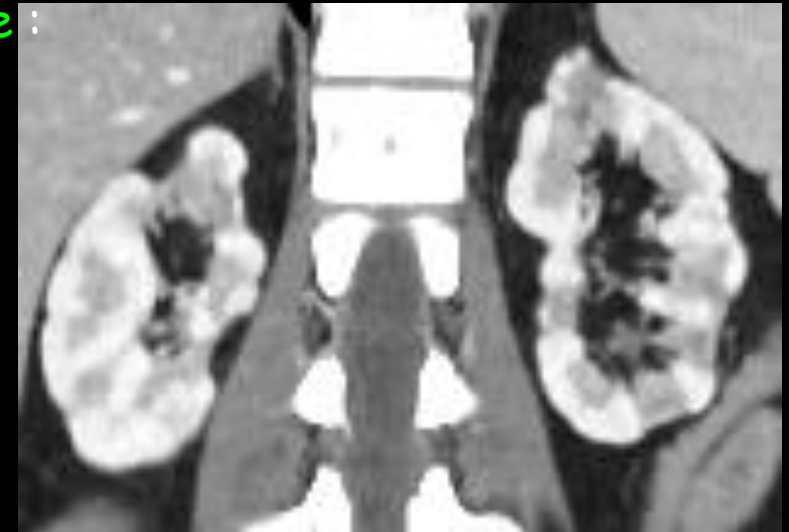
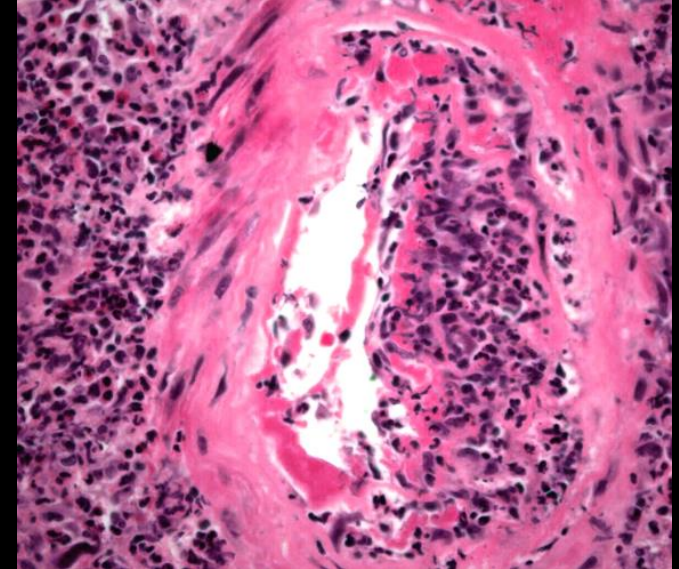
hémorragie (6%),

perforation (5%),

ischémie mésentérique (1%) => jéjunum +++

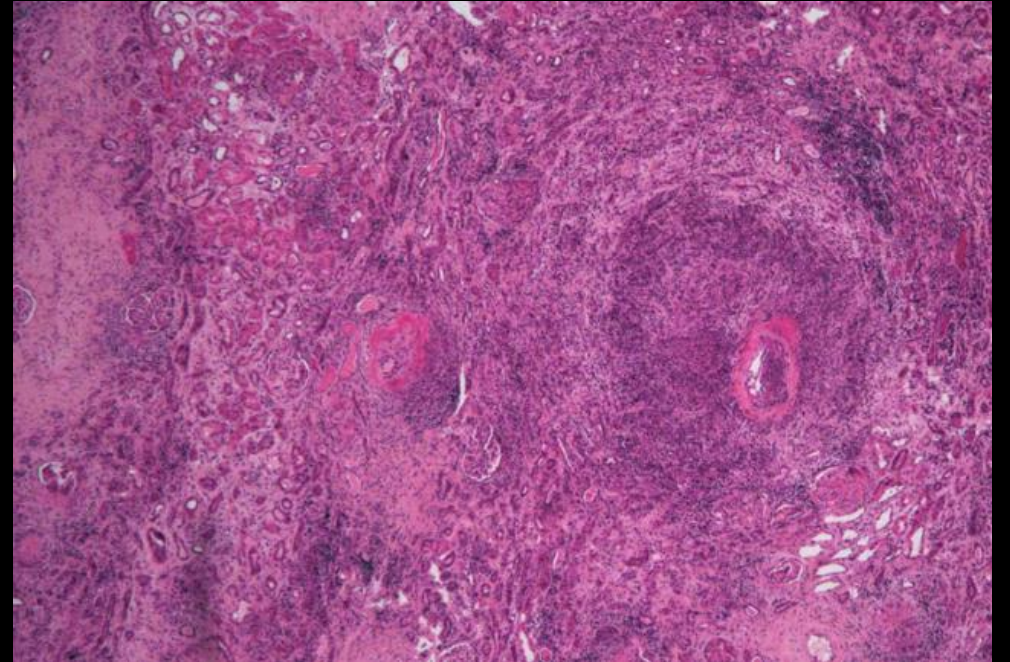
- infarctus rénaux ; HTA souvent sévère ou maligne

- moins de 20% des patients ont des pANCA



imagerie des localisations abdominales de la périartérite noueuse (maladie de Kussmaul-Maier)

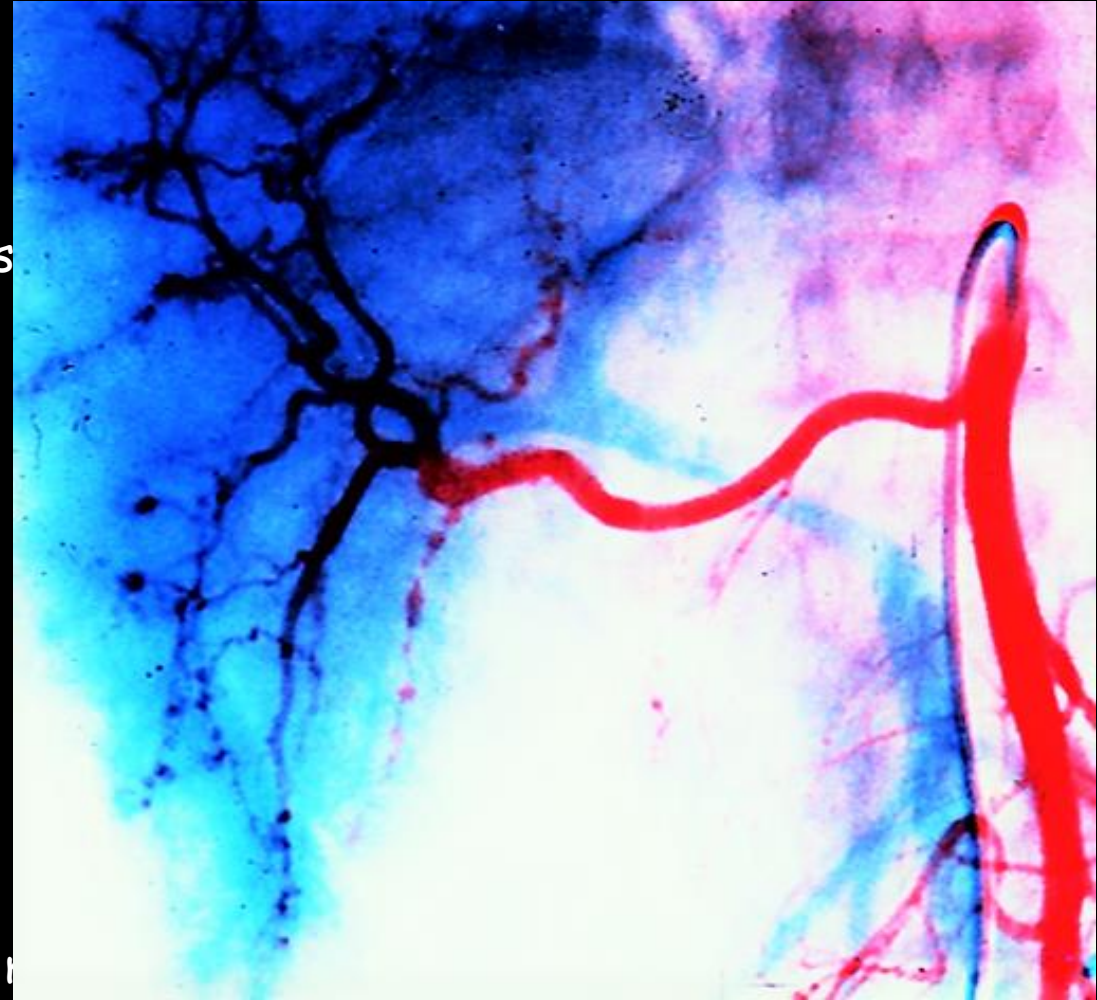
- diagnostic par biopsie d'un nodule sous-cutané ou
biopsie musculaire
- imagerie vasculaire haute résolution : en coupes ou
angiographie
- diagnostic différentiel
 - Horton
 - Takayasu
 - Churg et Strauss
 - Wegener
 - polyangéite microscopique



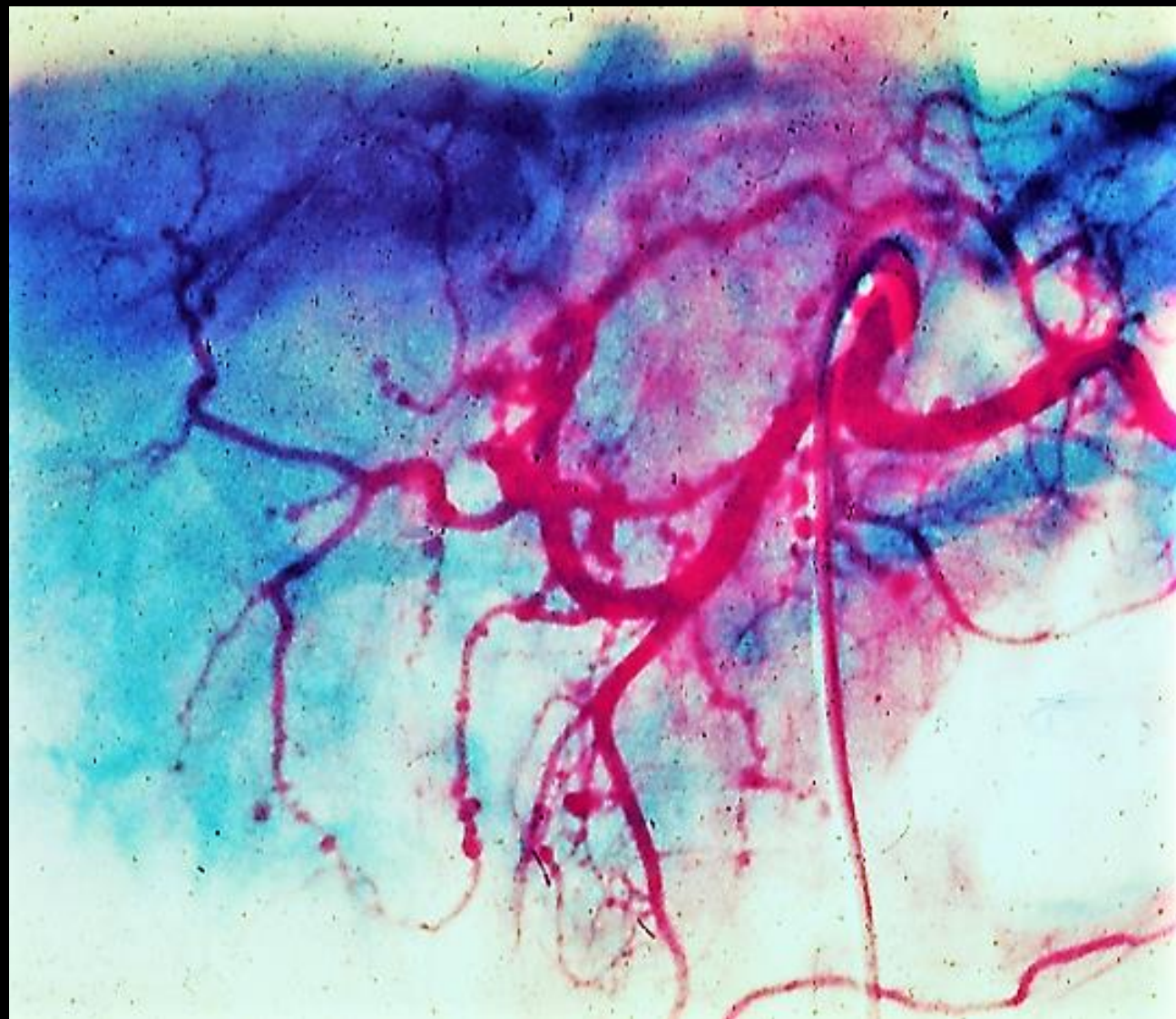
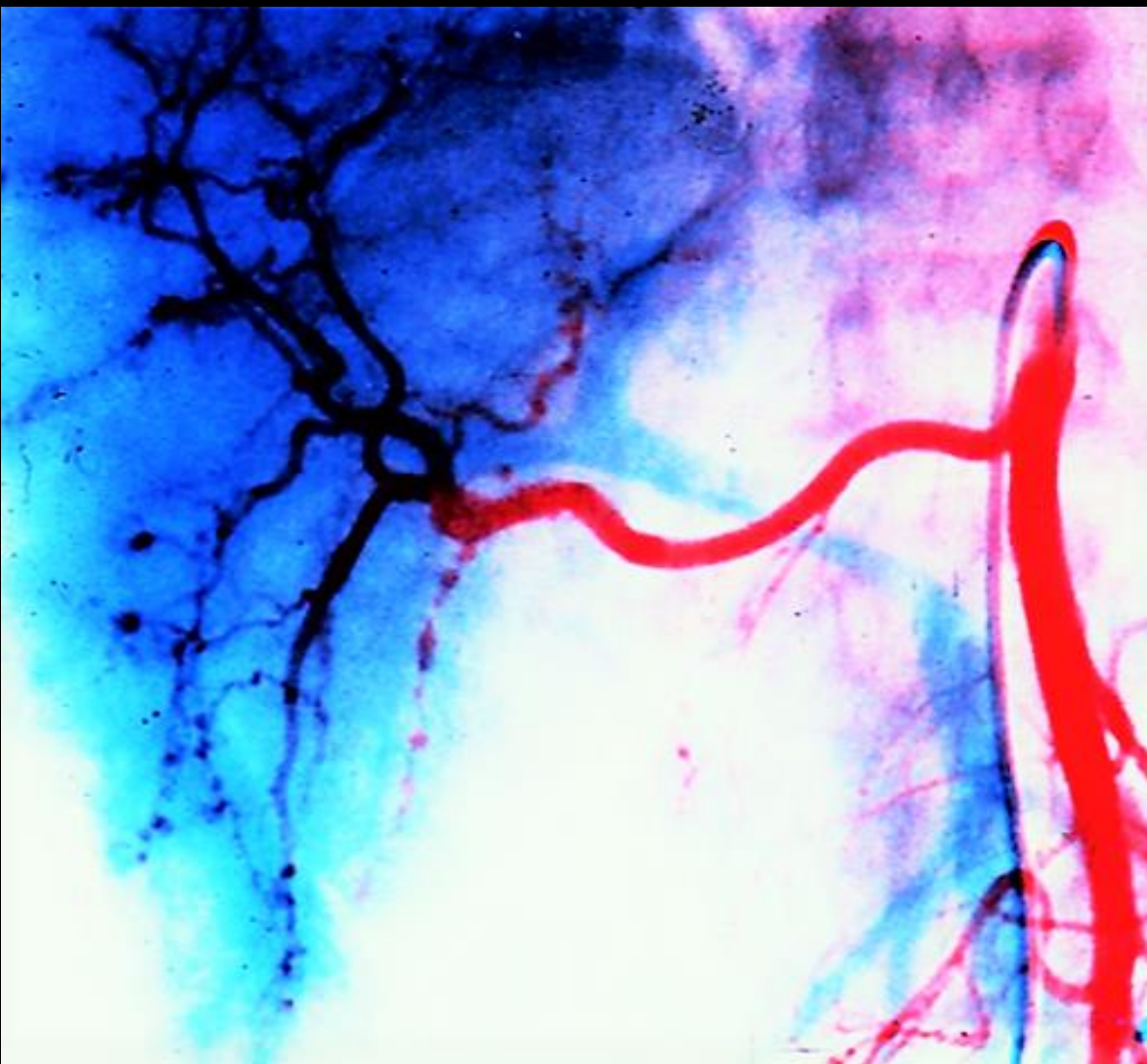
imagerie des localisations abdominales de la périartérite noueuse (maladie de Kussmaul-Maier)

Artériographie+++ (positive dans 60 à 90% des cas) pour diagnostic positif, pronostic et surveillance

- microanévrismes des branches des artères rénales
- oblitération incomplète avec infarctus corticaux
- microanévrismes de l'AMS
- microanévrismes des branches du TC
- hypervascularisation focale
- dysplasie du tronc de l'artère rénale



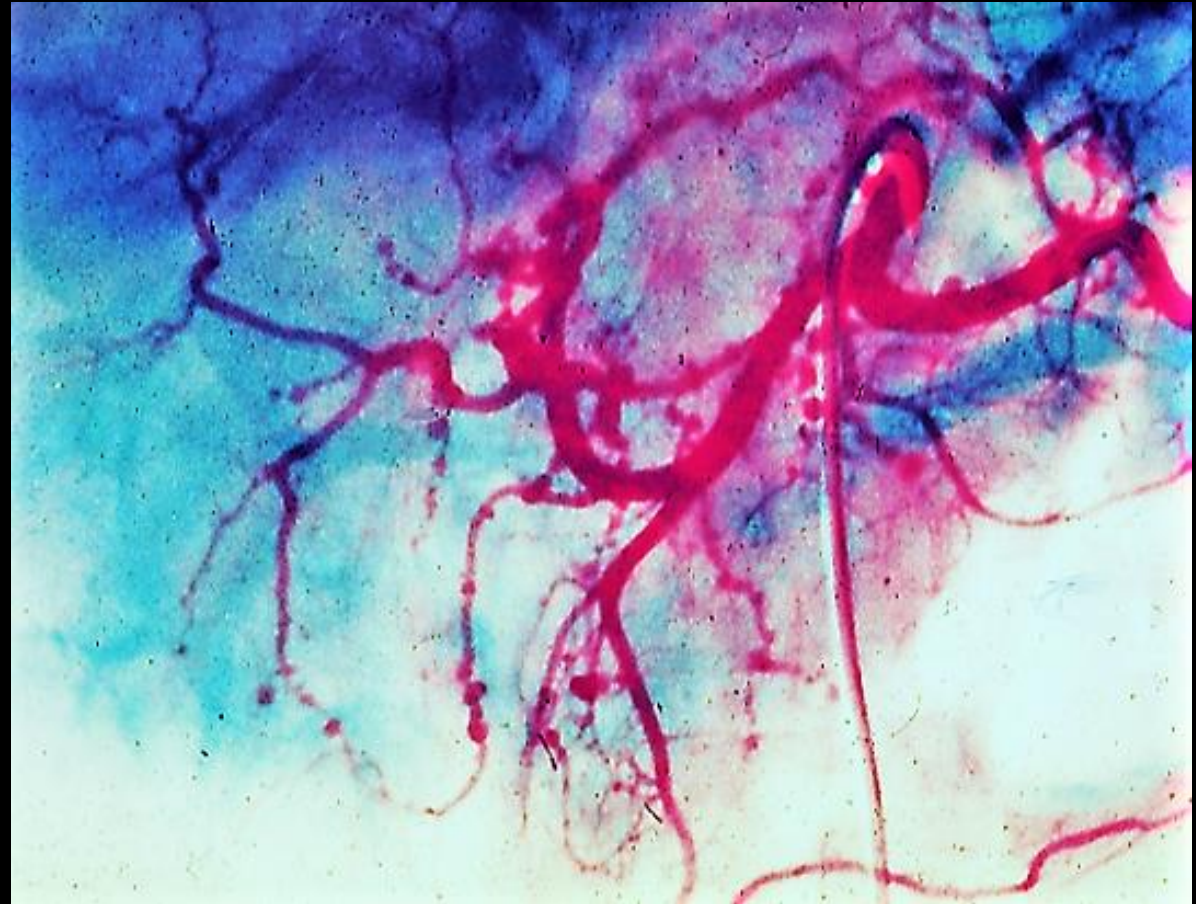
dans les PAN de l'époque (avant la vaccination contre le VHB)

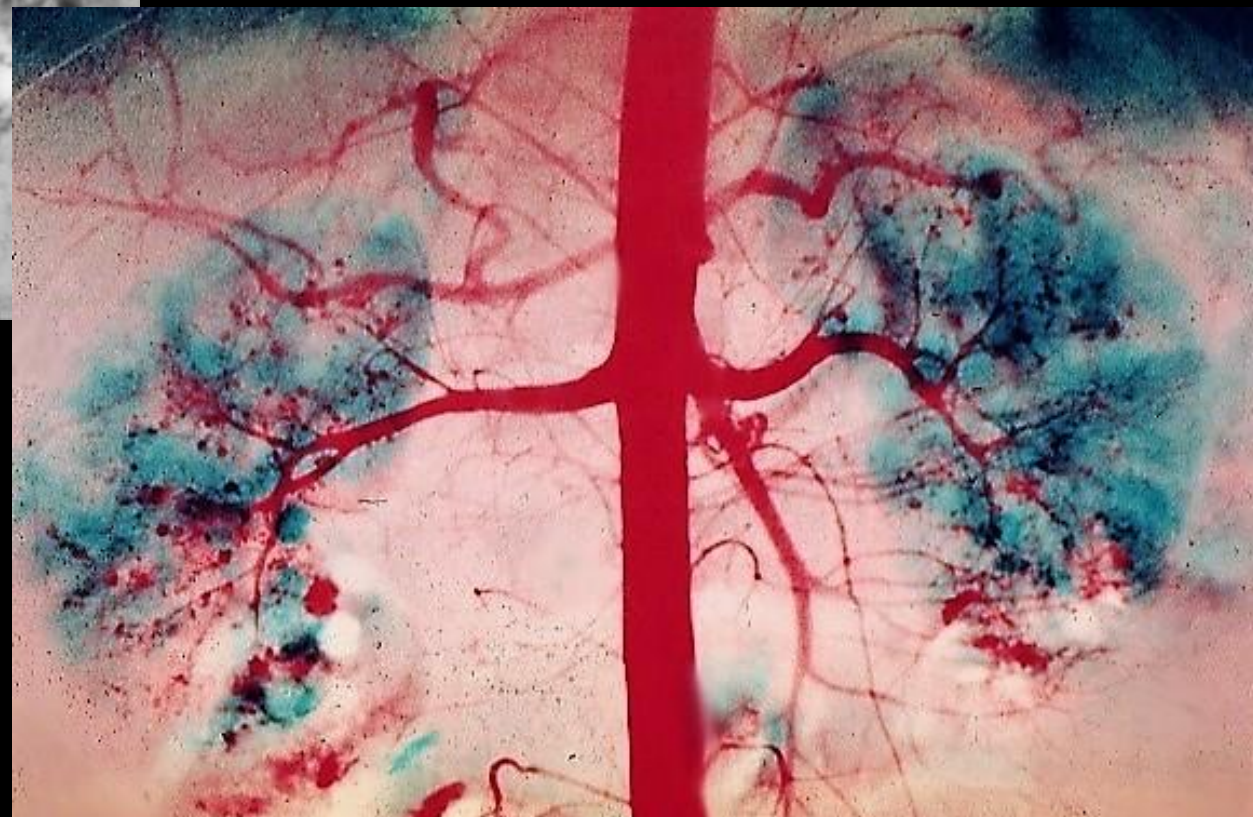


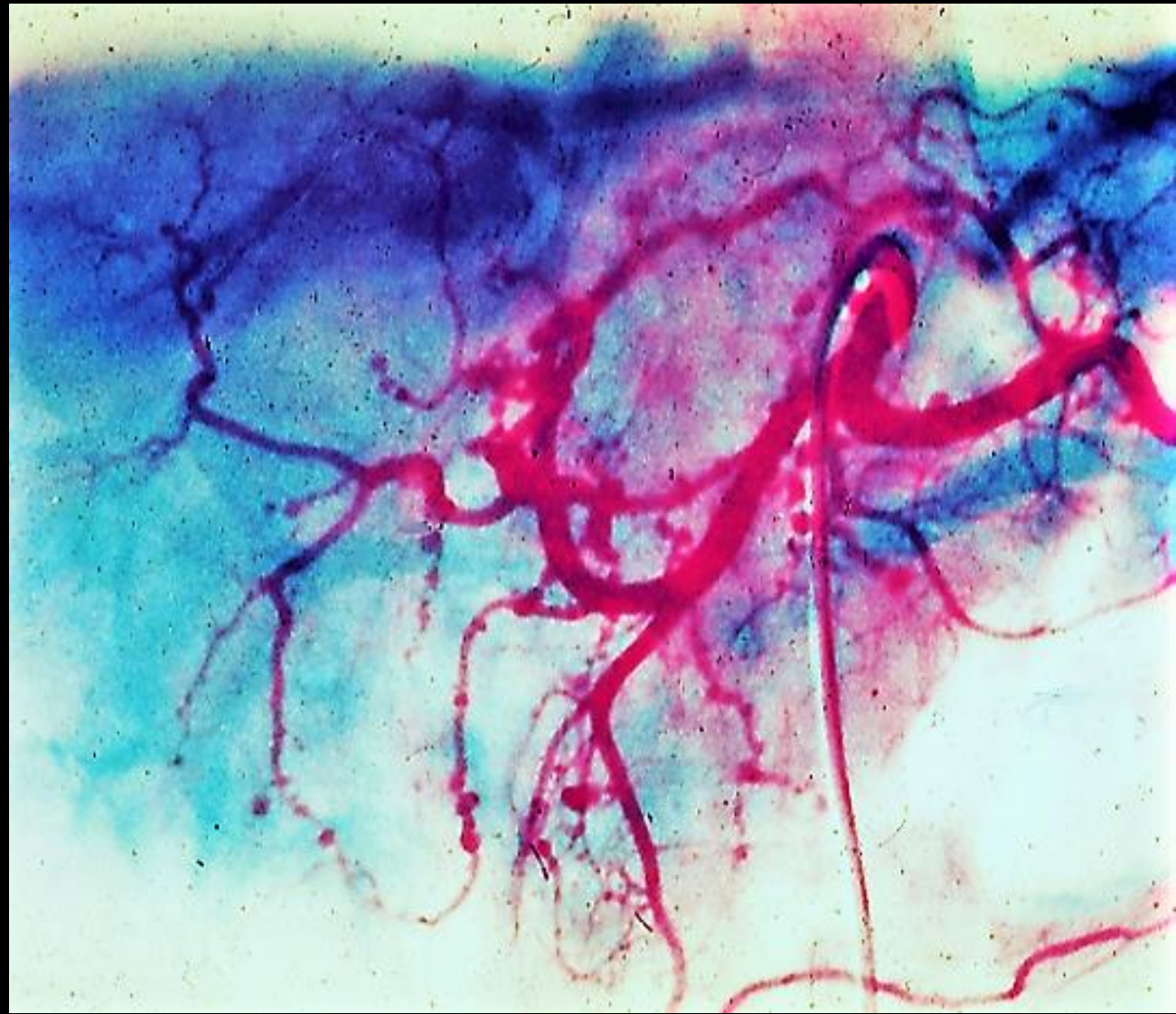
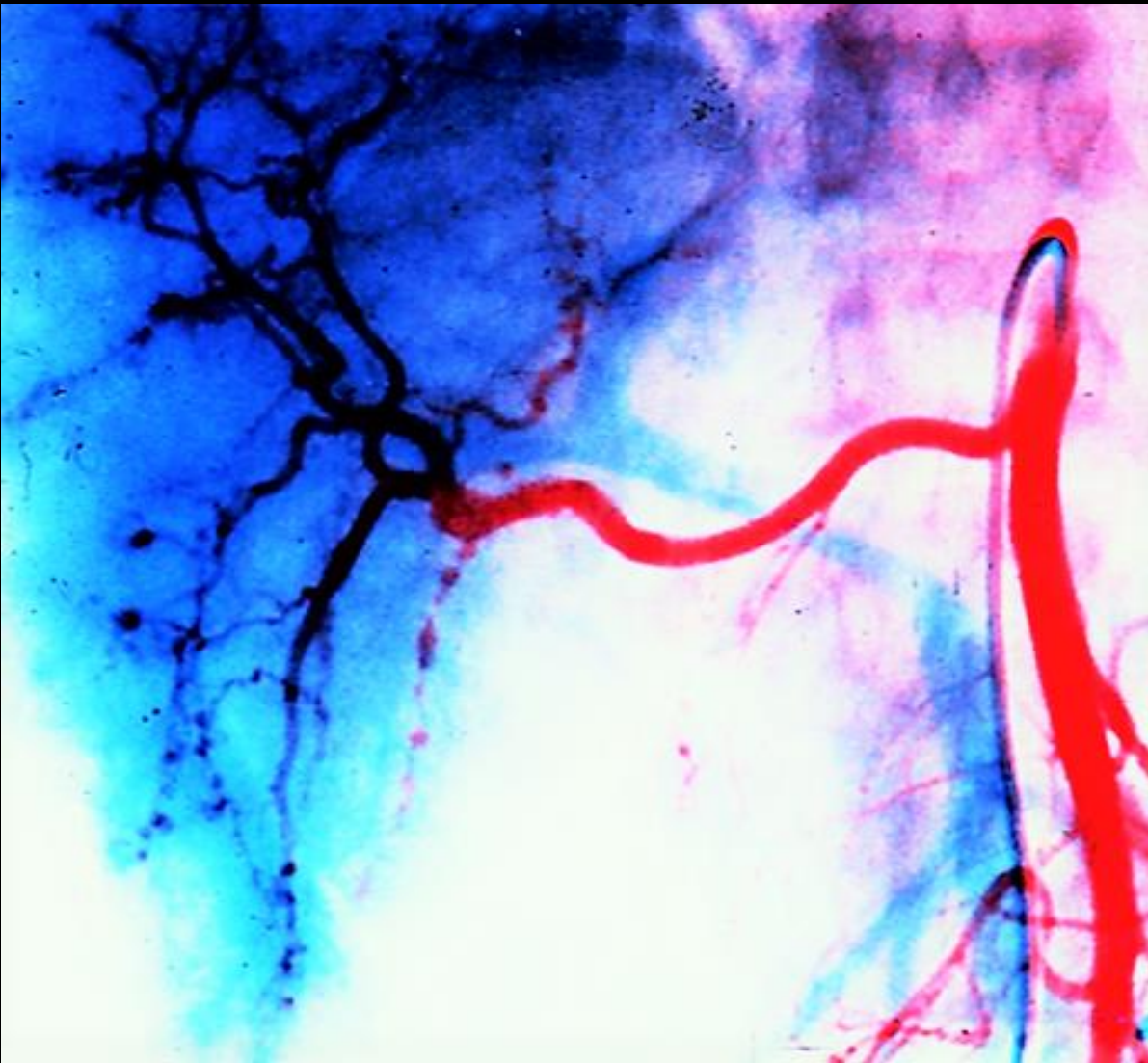
soustraction-addition photographique par double exposition avec filtres colorés interposés 1974 CHU Brabois



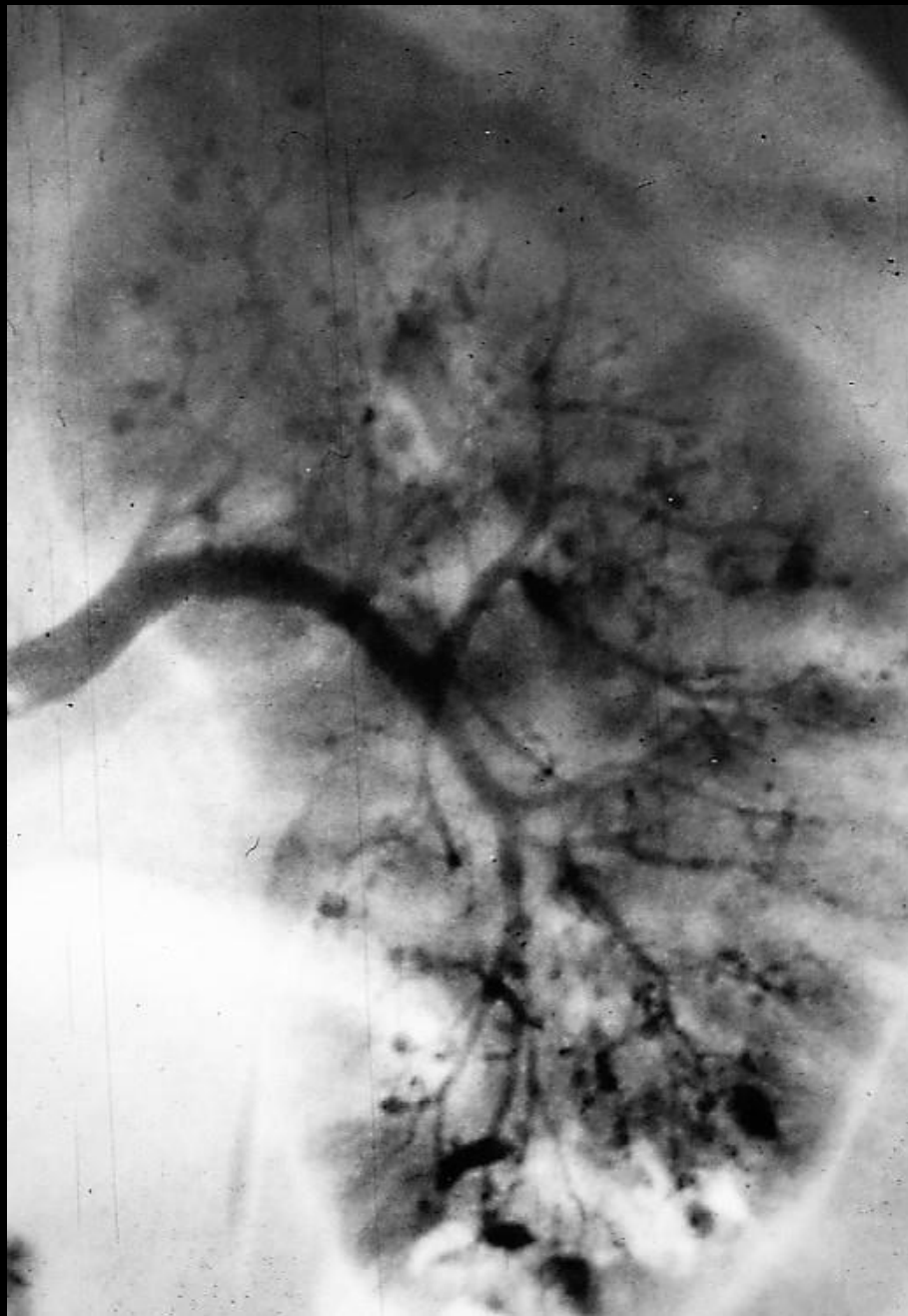
soustraction photographique (en chambre noire !)







soustraction-addition par double exposition avec filtres colorés 1974 CHU Brabois

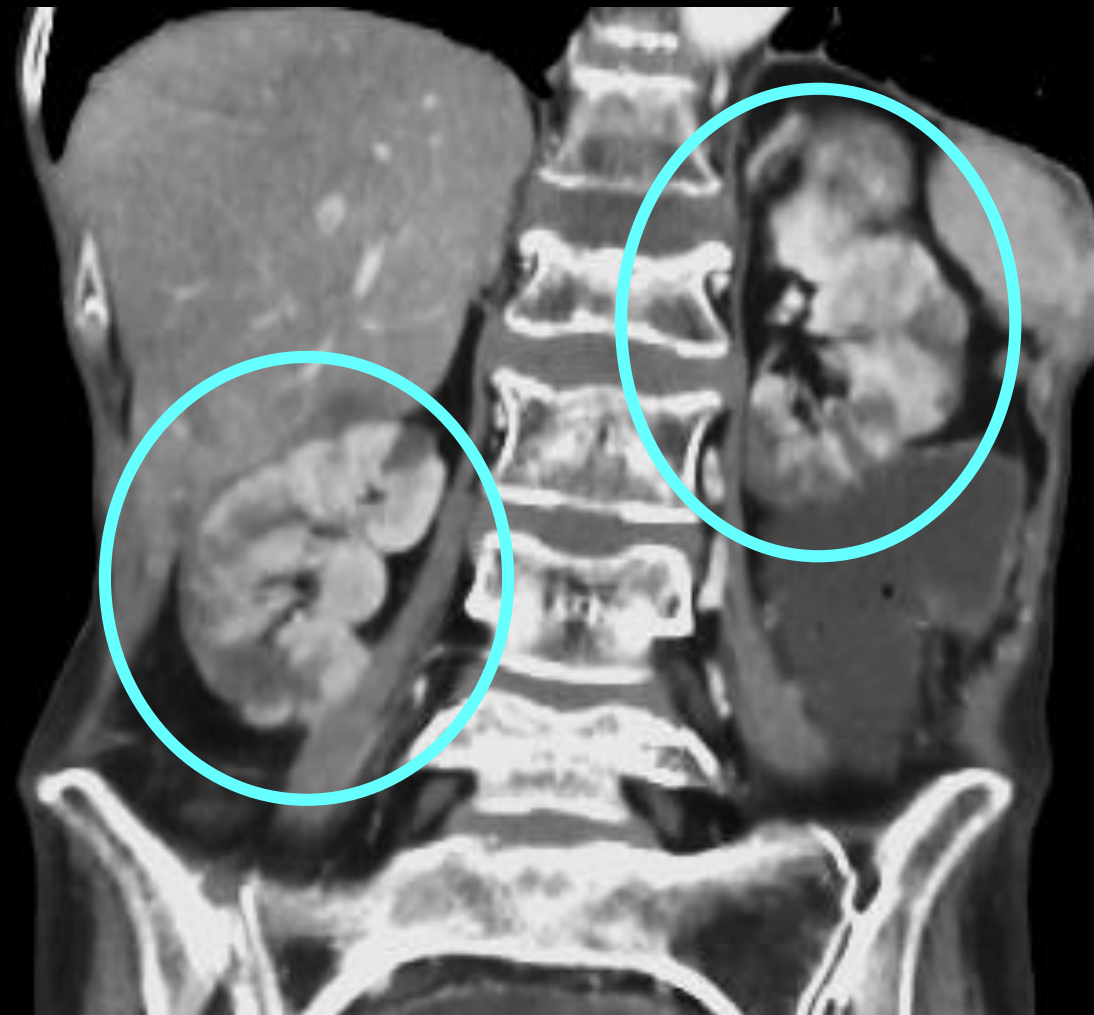


- **TDM**: mise en évidence de moins en moins rare des microanévrismes et surtout des anomalies acquises de calibre des petits vaisseaux, (techniques "haute-résolution")
- **recherche de complications aiguës** (hématomes, pancréatite, infarctus mésentérique)
- rarement recherche localisation urétérale (type de sténose; uroscanner) ou vésicale





Plages d'infarctus
hépatiques et rénaux

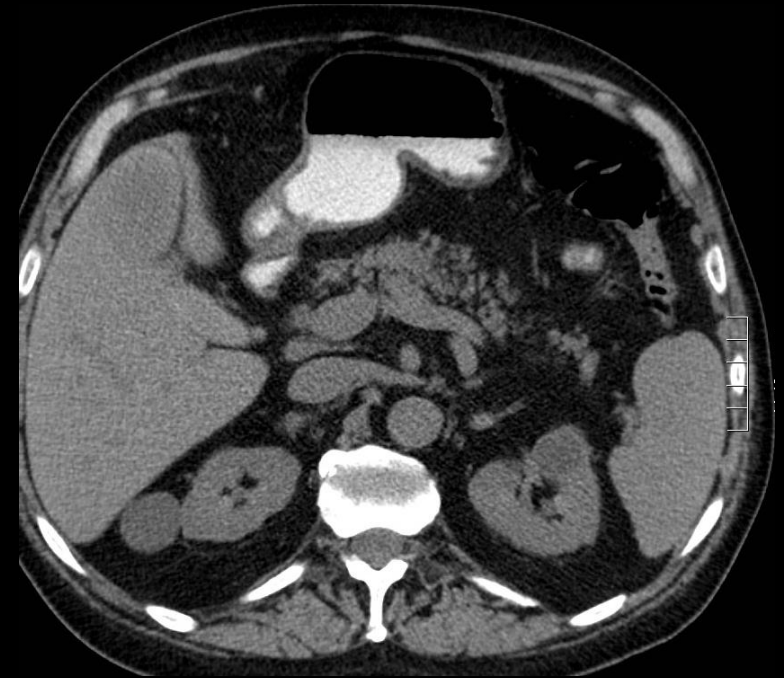
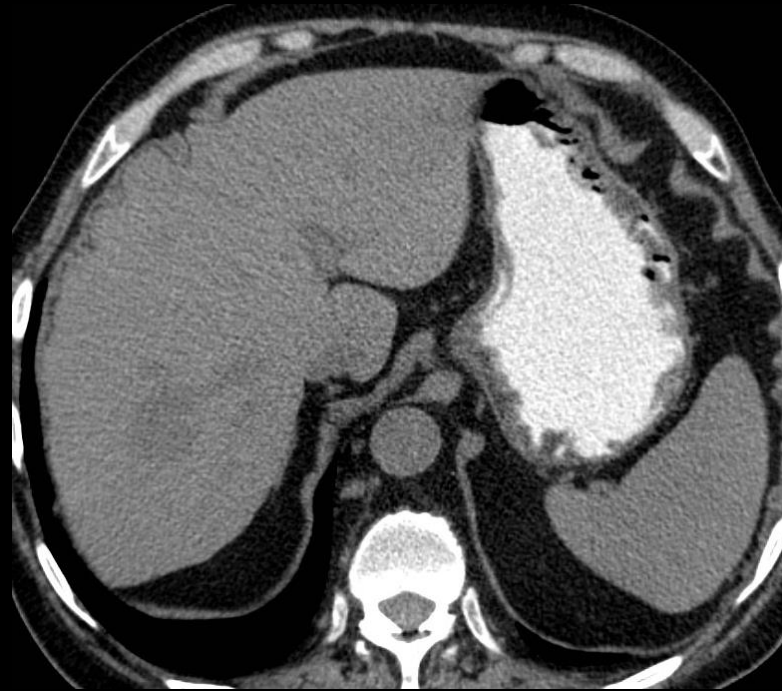
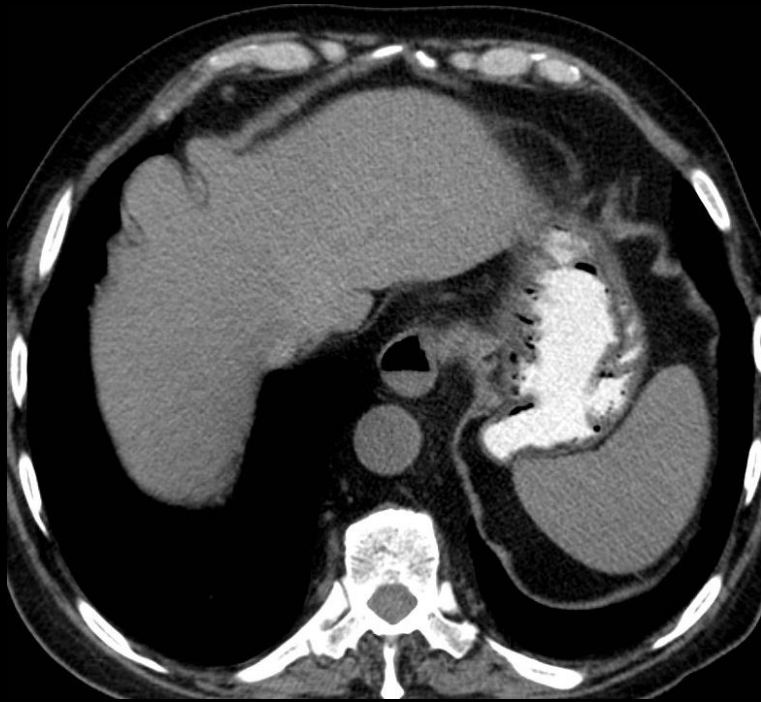


Multiples infarctus rénaux bilatéraux

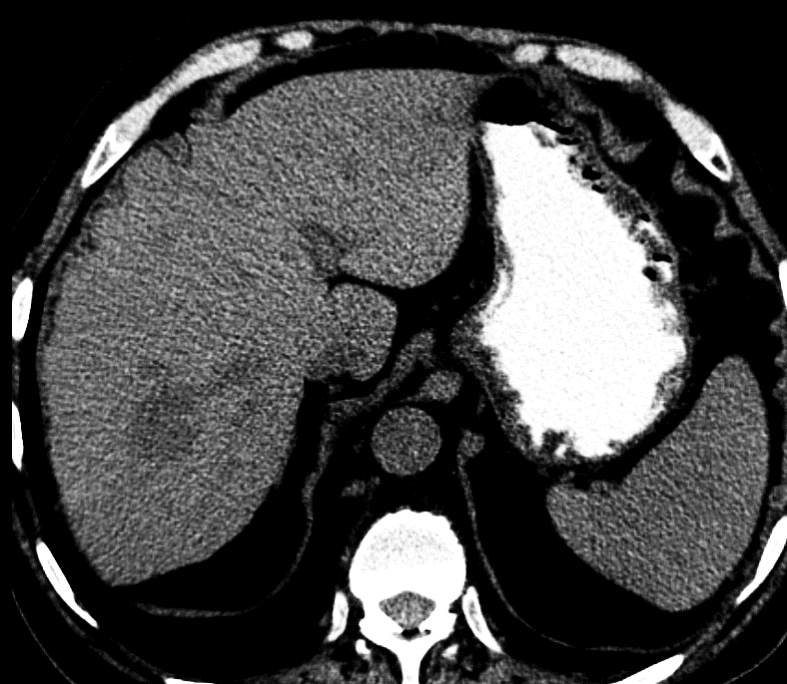
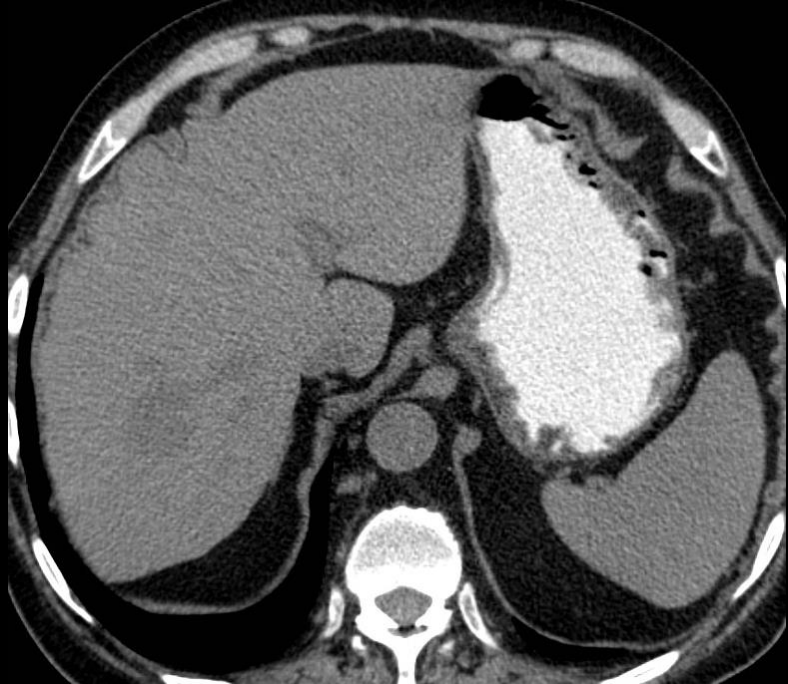
2 cas pratiques de localisations abdominales de la périartérite noueuse

Cas n° 1

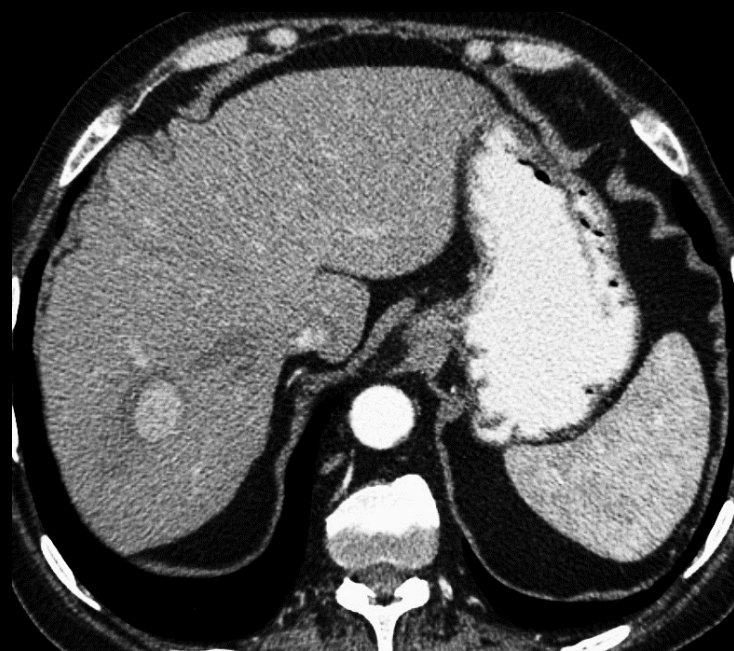
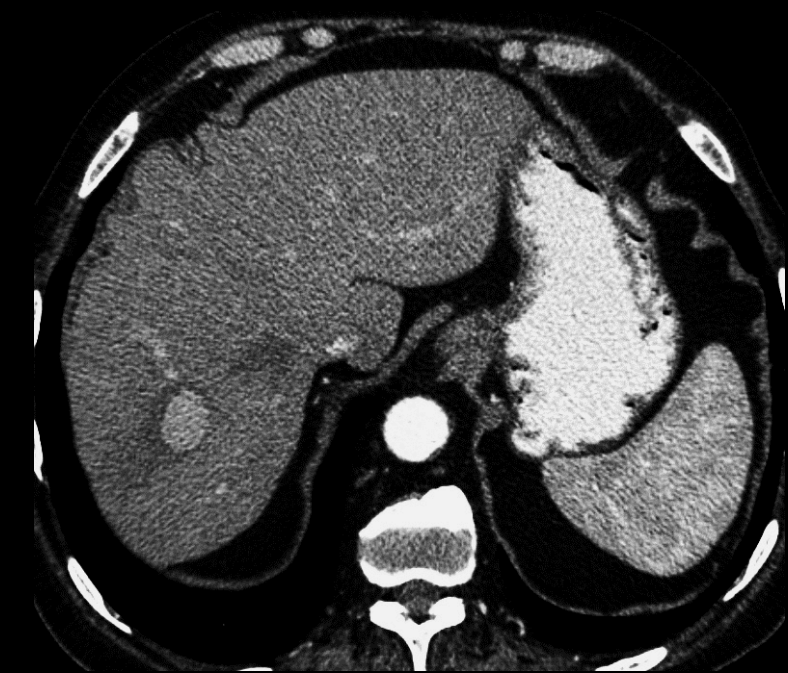
homme, 50 ans; épigastralgies intenses; cytolyse et cholestase
antécédent : cholécystectomie pour lithiase
ulcère antral compliqué d'un choc hypovolémique .Extériorisation d'un méloena
périartérite noueuse connue depuis 3 mois

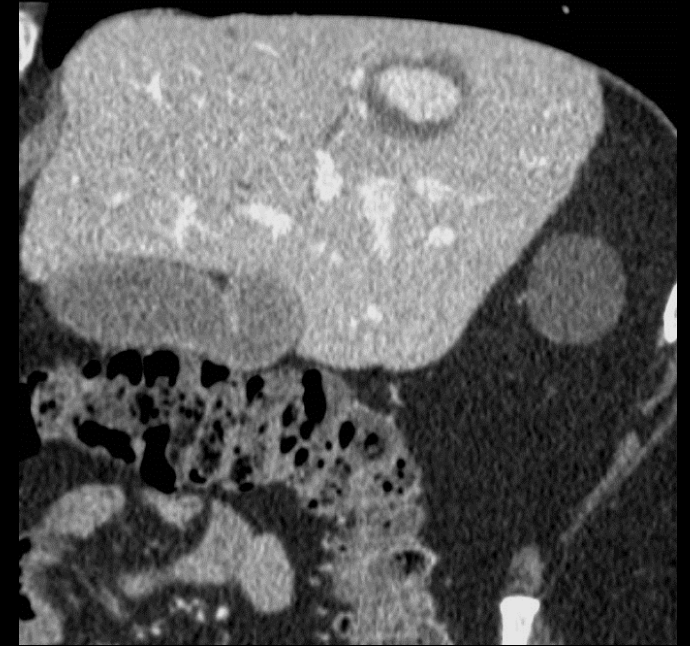
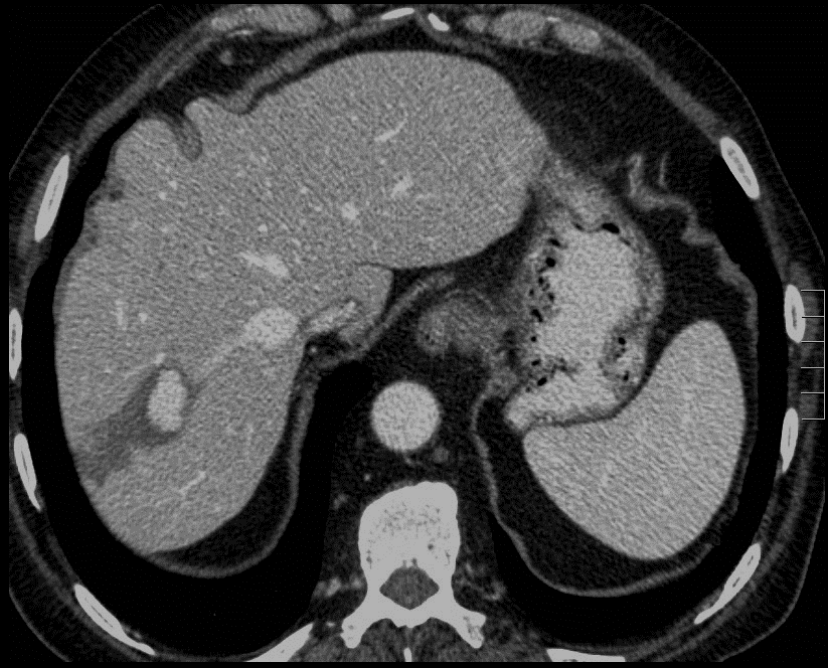


quel(s) item(s) sémiologiques scanographiques faut-il retenir chez ce patient



d'abord pincer la fenêtre pour
démasquer la lésion focale
spontanément hypodense du
segment VII

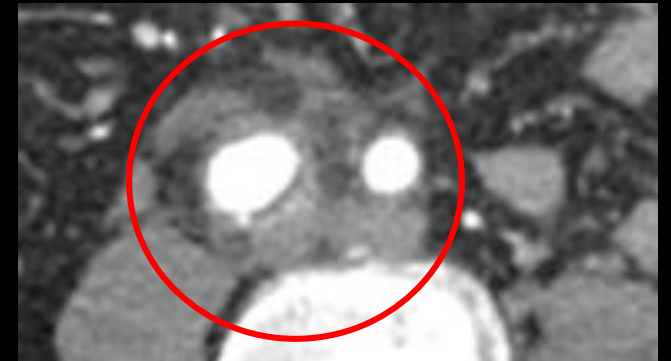
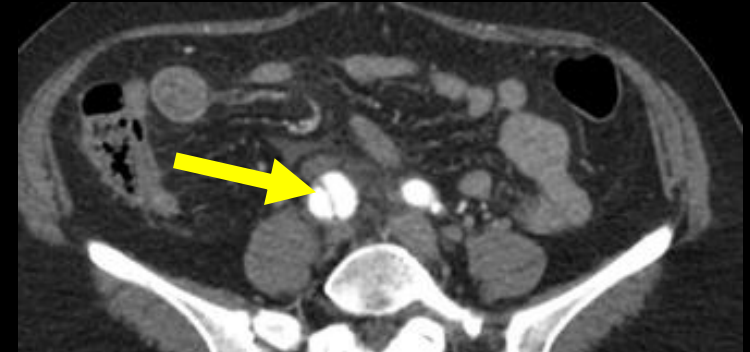
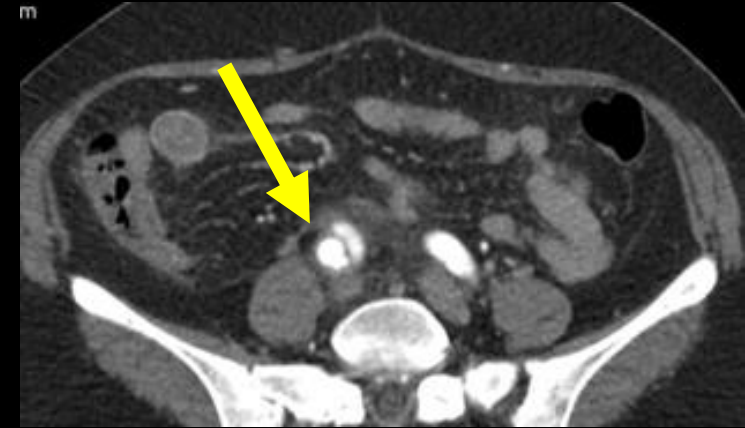
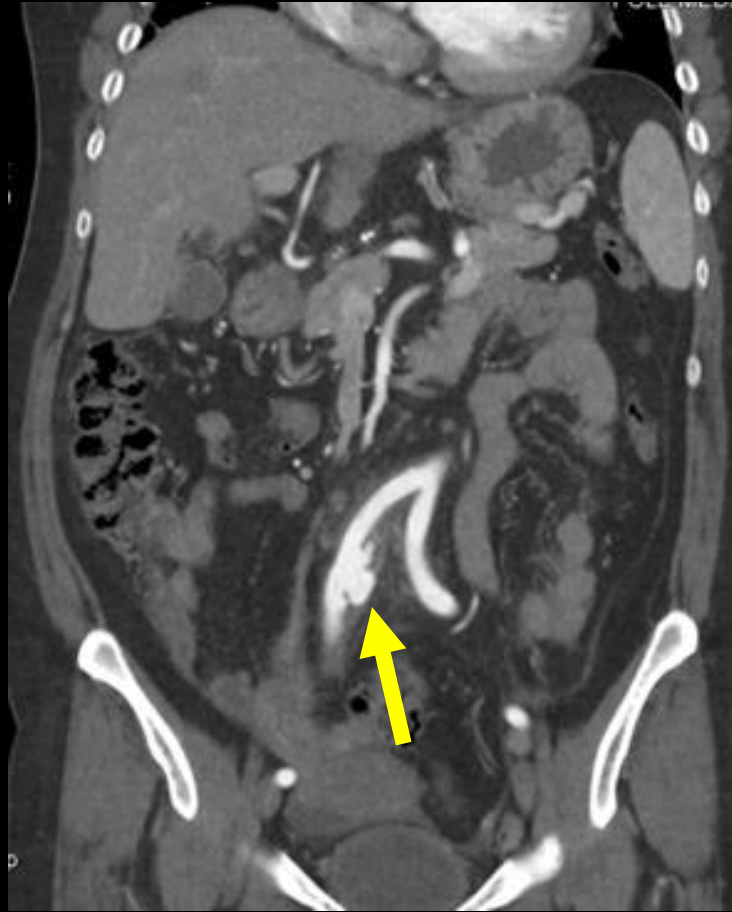
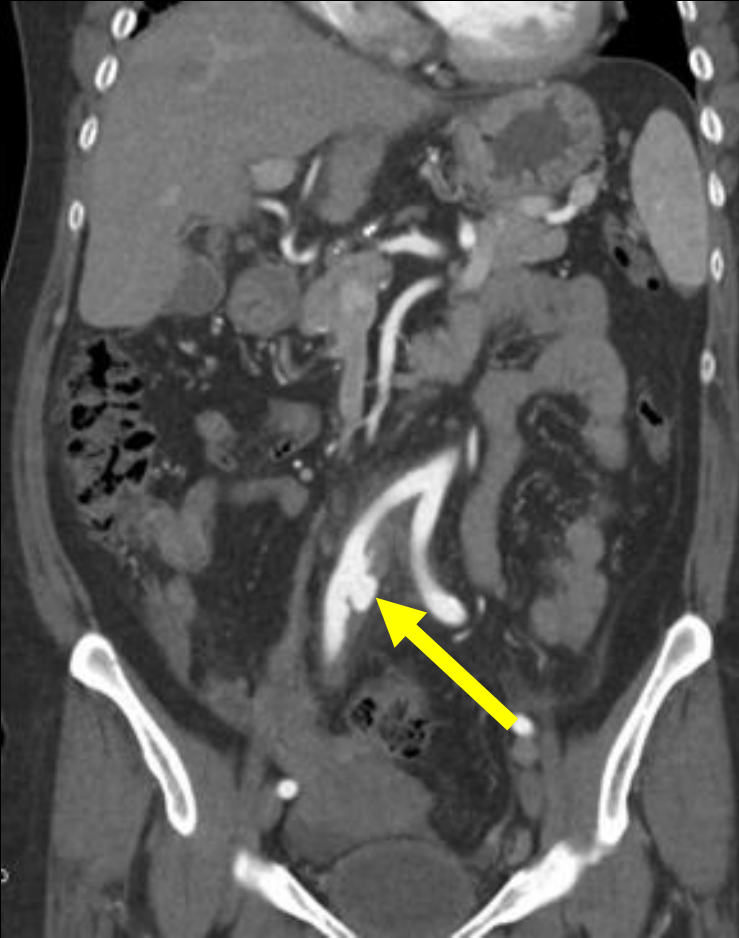




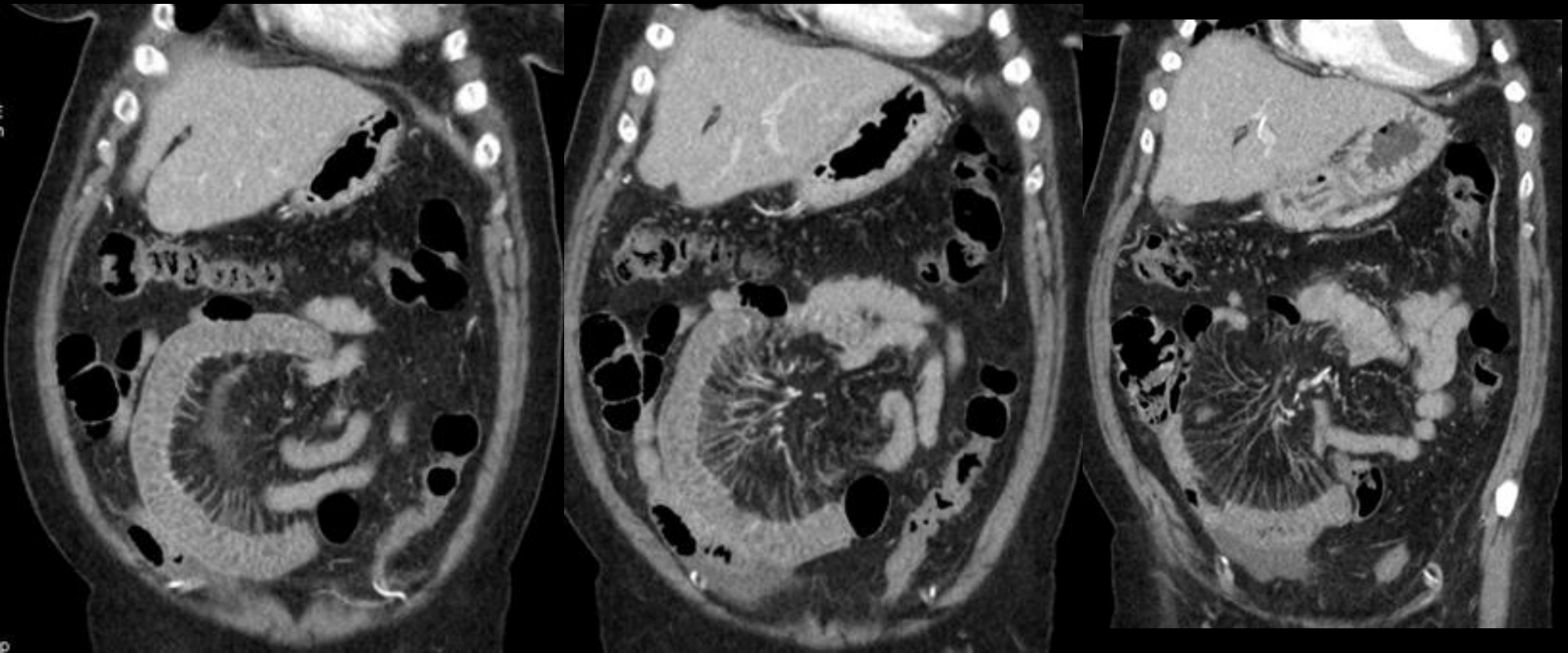
il s'agit donc d'un faux anévrysme
intrahépatique du segment VII, observé dans
un contexte de PAN connue depuis 3 mois

Cas n° 2

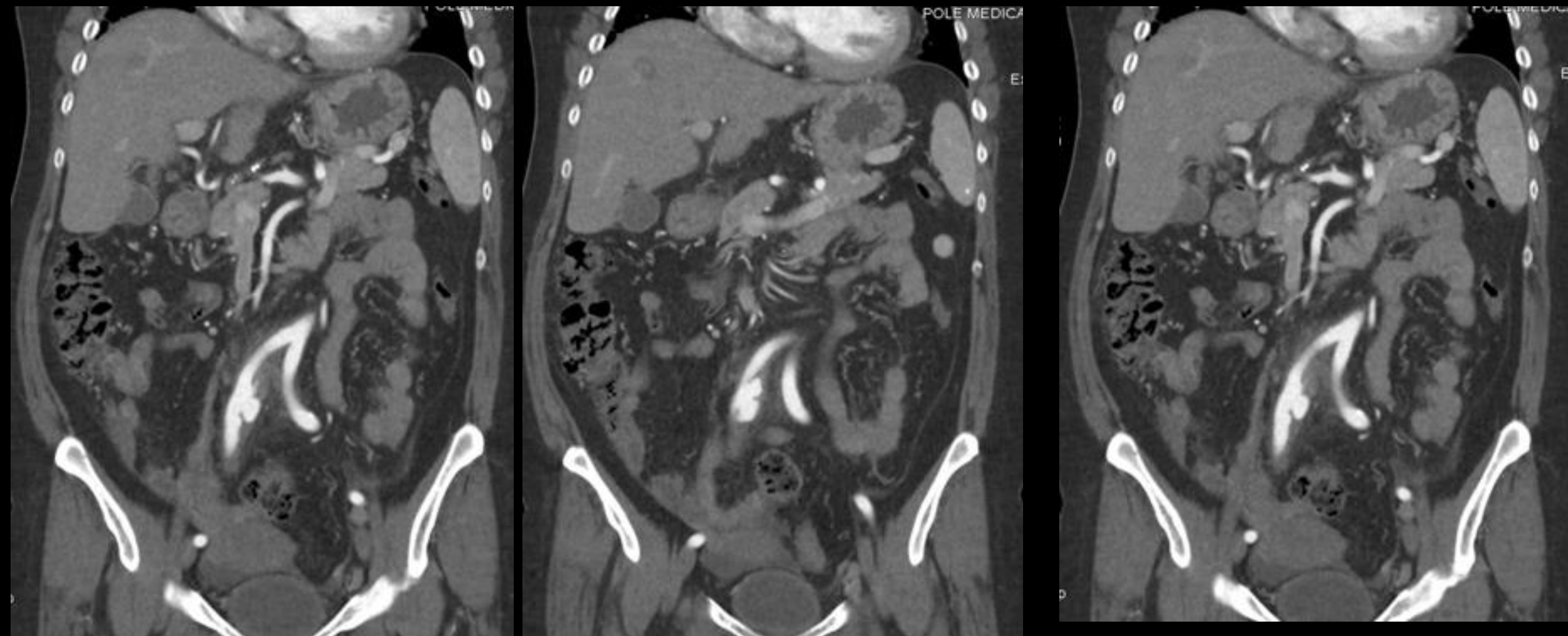
femme 54 ans -syndrome douloureux abdominal chronique récemment acutisé.
Le bilan scanographique abdominal montre les aspects suivants



faux anévrysme inflammatoire iliaque droit à l'origine de l'hypogastrique



aspect typique de "**signe du peigne**" (comb sign) , souvent considéré comme très évocateur de maladie de Crohn. Ici il n'y a ni masse spiculée du mésentère ni nodule(s) hypervascularisé(s) de la paroi intestinale et l'atteinte ne touche pas électivement l'iléon terminal . Le faux anévrisme artériel observé chez cette patiente n'est une complication vasculaire classique de la maladie de Crohn



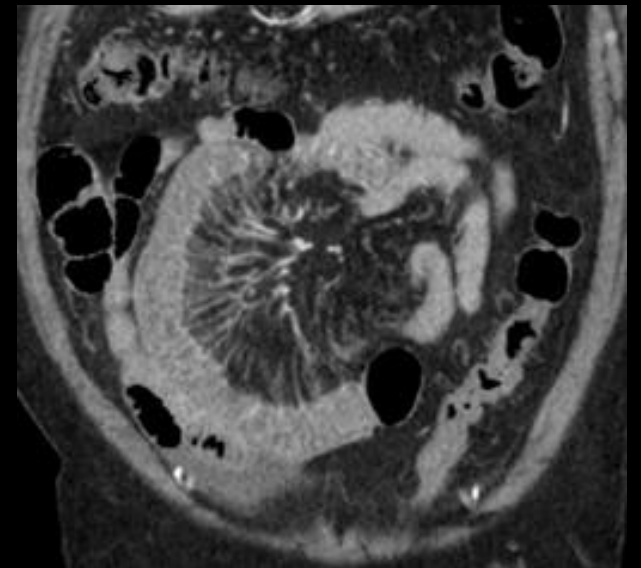
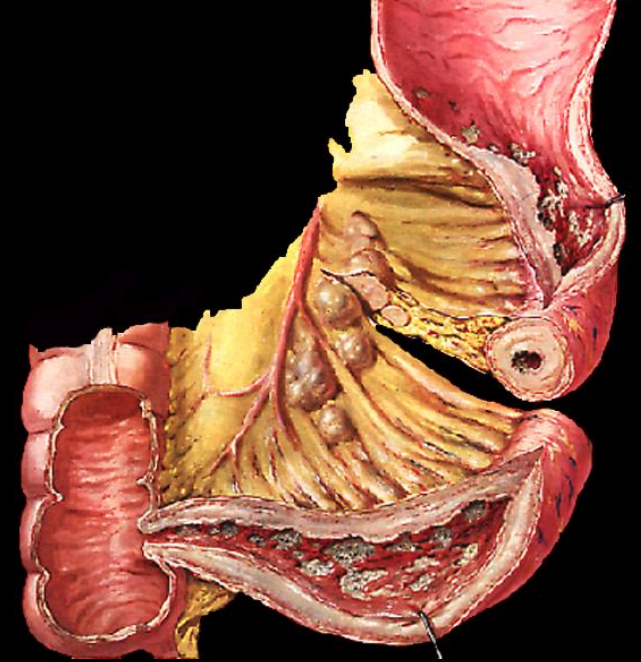
le faux anévrysme inflammatoire iliaque est au contact de la racine du mésentère

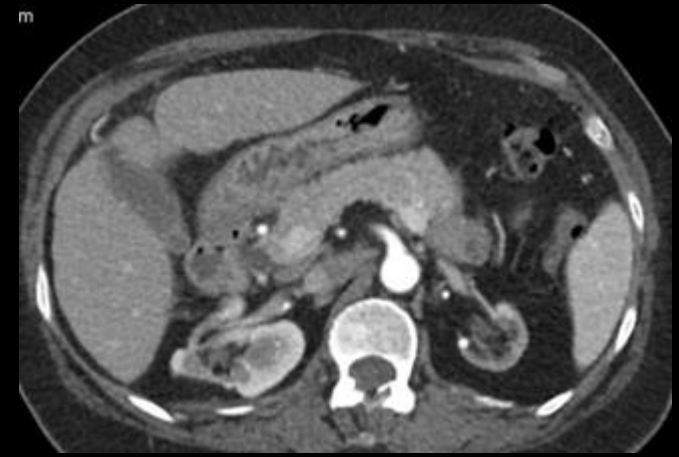
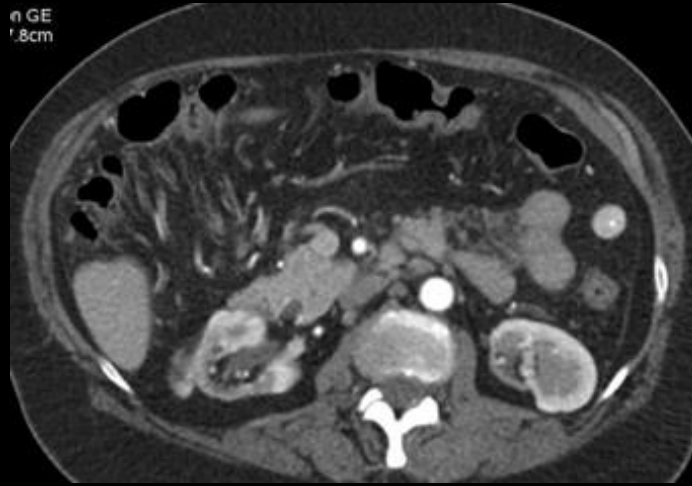
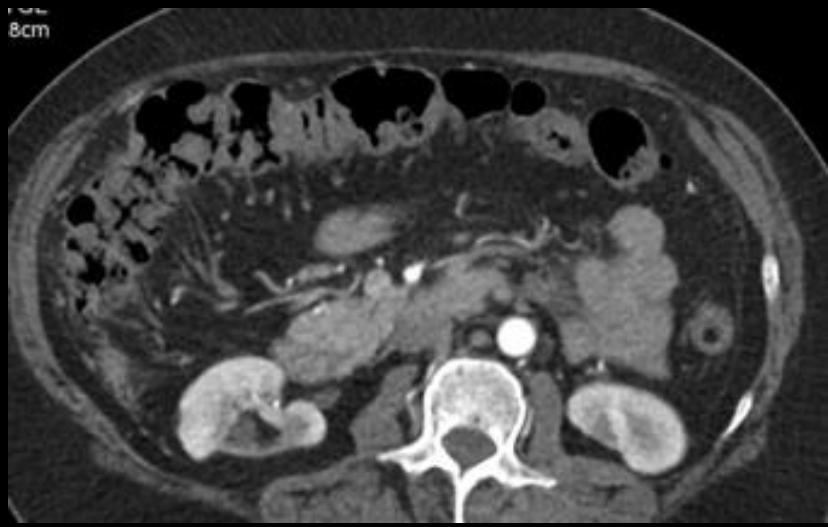
le "signe du peigne" est dû aux vaisseaux droits qui sont perpendiculaires aux parois intestinales et parallèles entre eux ce qui leur confère leur aspect "en dents de peigne", surtout lorsqu'ils sont "noyés" dans une prolifération fibro-graisseuse (dans la maladie de Crohn)

C'est le raccourcissement de l'intestin et de son mésentère qui rapproche les vaisseaux droits les uns des autres de façon harmonieuse et régulière. Le raccourcissement s'accompagne en règle d'un épaissement circonférentiel du segment digestif pathologique

les ischémies intestino-mésentériques chroniques, quelle qu'en soit l'origine peuvent s'accompagner d'un signe du peigne :

- syndrome de Mikkelsen (angor intestinal ou mésentérique)
- ischémies intestinales associées aux carcinoïdes du grêle
- entérite radique
- maladie de Crohn





chez cette dernière patiente les 2 reins sont le siège de zones étendues d'atrophie corticale identiques à celles observées dans les cas précédents. Les biopsies musculaires sont programmées et devraient confirmer la

Take home message

Périartérite noueuse digestive

- Vascularite des vaisseaux de **moyen et petit calibre**.
- Association à **atteinte rénale** +++
- **Micro-anévrysmes** et **occlusions artérielles distales**
- Y penser devant
 - tout hématome spontané rénal
 - ischémie mésentérique, rectorragie, perforation sans cause retrouvée
 - atteinte multifocale : digestive/rénale/hématique ...
- **principal diagnostic différentiel sur l'imagerie** en coupes de l'abdomen : la maladie de Crohn

