

L'IMAGE DU MOIS

DIVERTICULITE ILÉALE, UNE CAUSE RARE D'HÉMORRAGIE DIGESTIVE

MENDIL S (1), VAN BUGGENHOUT M (2), DECKER E (2), MASSA R (3), GRANDJEAN F (1)

RÉSUMÉ : La diverticulose intestinale grêle est une pathologie rare, principalement asymptomatique, touchant surtout les personnes âgées. Les complications hémorragiques, bien que rares, peuvent être mortelles. En cas de suspicion, un angioscanner est recommandé pour diagnostiquer, localiser et évaluer l'hémorragie. La prise en charge thérapeutique est variée, allant d'une approche conservatrice à une approche chirurgicale, en passant par une option d'embolisation en radiologie interventionnelle.

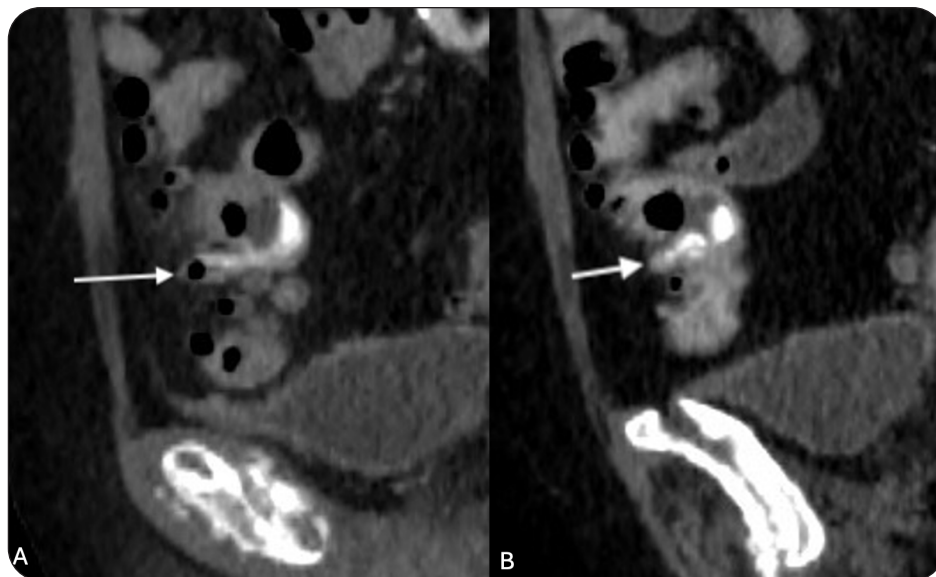
MOTS-CLÉS : Angioscanner - Diverticulite - Intestin grêle - Hémorragie

ILEAL DIVERTICULITIS, A RARE ETIOLOGY OF DIGESTIVE BLEEDING

SUMMARY : Small bowel diverticulosis is a rare and predominantly asymptomatic condition that mainly affects elderly individuals. Hemorrhagic complications, though rare, can be life-threatening. In cases of suspected bleeding, CT angiography is recommended to diagnose, localize, and assess the severity of the hemorrhage. Therapeutic management varies, ranging from conservative treatment to surgical intervention, with embolization in interventional radiology as an alternative option.

KEYWORDS : CT-angiography - Diverticulitis - Small bowel - Hemorrhage

Figure 1. Reconstitutions MPR dans le plan sagittal oblique de l'angioscanner abdominal au temps artériel



A. démontrant une extravasation de produit de contraste (flèche blanche) se majorant au temps portal. B. au sein d'un diverticule iléal sur fond de diverticulite aiguë.

INTRODUCTION

La diverticulose grêle est une maladie rare. Elle peut entraîner des complications graves, notamment hémorragiques digestives basses.

Le diagnostic est souvent complexe en raison d'une présentation clinique aspécifique. Cette pathologie doit donc être intégrée aux diagnostics différentiels lors de saignements digestifs inexpliqués. Ainsi, l'examen tomodensitométrique est une pierre angulaire de la prise en charge, qui se doit être pluri-disciplinaire, impliquant urgentiste, radiologue, chirurgien abdominal et anesthésiste afin d'optimiser le traitement.

Nous rapportons ici le cas d'une hémorragie digestive iléale dans un contexte de diverticulose grêle.

(1) Service de Radiodiagnostic, CHU Liege. Belgique.
(2) Service de Chirurgie abdominale, CHU Liège, Belgique.
(3) Service des Urgences, CHU Liège, Belgique.

PRÉSENTATION CLINIQUE

Une patiente de 86 ans s'est présentée aux urgences pour des rectorragies isolées depuis la veille. Elle rapporte des douleurs abdominales diffuses depuis une semaine. Parmi les antécédents, on notera une diverticulose pancolique avec résection de 5 polypes lors de la dernière colonoscopie il y a 12 mois. Aucune prise d'anticoagulant n'est rapportée.

L'examen clinique révèle une sensibilité dans la fosse iliaque droite avec du sang frais au toucher rectal. La biologie sanguine met en évidence une anémie avec une hémoglobine à 9 g/dL. Dans ce contexte, un angioscanner abdomino-pelvien quadri-phasique (sans contraste, temps artériel, portal et tardif) est réalisé. Celui-ci démontre une pathologie diverticulaire jéuno-iléale, avec phénomène inflammatoire aigu iléal. Il s'y associe une extravasation de produit de contraste au temps artériel, se majorant aux temps portal et tardif (Figure 1A-B).

Après discussion pluridisciplinaire entre urgentiste, radiologue, radiologue interventionnel, anesthésiste et chirurgien abdominal, et au vu du repérage aisé grâce aux diverticules du segment à réséquer, une intervention chirurgicale sous anesthésie générale est préconisée. La résection segmentaire de l'intestin grêle incluant la zone diverticulaire iléale a permis de confirmer la présence de caillots dans le fond diverticulaire. Une anastomose latéro-latérale mécanique a été effectuée. Les suites post-opératoires ont été banales et la patiente a pu regagner son domicile 5 jours plus tard.

DISCUSSION

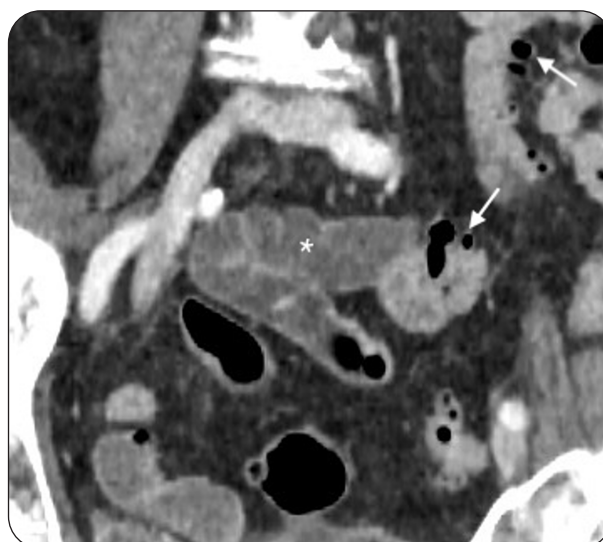
La diverticulose intestinale grêle est une pathologie rare, avec une incidence rapportée de 0,3 à 2,3 % pour les diverticules jéuno-iléaux. Les diverticules correspondent à des hernies acquises de la muqueuse et de la sous-muqueuse à travers la couche musculaire intestinale, à proximité des vasa recta. Ils sont ainsi localisés sur le bord mésentérique du grêle, à proximité des vasa recta (1). La diverticulose intestinale affecte principalement les personnes âgées entre 60 et 70 ans, avec légère prédominance masculine (2, 3). Les diverticules se situent majoritairement au niveau duodénal (60-79 %) et plus rarement au niveau jéjunal (20-25 %), la localisation iléale étant très rare (5 %) (2).

La diverticulose intestinale est majoritairement asymptomatique, engendrant un sous-diagnostic de cette pathologie. Néanmoins, des complications potentiellement fatales peuvent survenir telles que diverticulite, hémorragie, perforation et occlusion intestinale (2). Il est, dès lors, important de connaître leurs caractéristiques radiologiques.

En tomodensitométrie, les diverticules non compliqués se caractérisent par un aspect sphérique, sans valvules conniventes, bien délimité par une paroi fine. Ils sont généralement multiples. Ceci est en contraste avec l'intestin grêle physiologique possédant des valvules conniventes, une paroi visible et un aspect tubulaire (Figure 2). La radiographie et l'échographie n'ont pas de place dans leur diagnostic. L'entéro-IRM peut être utile, mais les artefacts chimiques peuvent induire en erreur. Dans des cas spécifiques, l'entéroscopie ou la vidéocapsule endoscopique peut être utile pour explorer les segments difficiles d'accès et exclure d'autres causes de saignements, telles que les ulcères ou les tumeurs du grêle (1).

La complication la plus courante (2-6 %) est la diverticulite (1). Elle se caractérise par un aspect typique d'infiltration mésentérique épargnant le versant anti-mésentérique, avec épaississement pariétal excentrique (2). La complication hémorragique est, quant à elle,

Figure 2. Reconstruction MPR coronale d'un angioscanner abdomino-pelvien démontrant l'aspect physiologique de l'intestin grêle



(*) avec paroi visible, des valvules conniventes et un aspect tubulaire. Les diverticules non compliqués (flèche blanche) apparaissent sous forme de multiples herniations transmursales, sphériques, sans valvules conniventes et bien délimitées par une paroi fine.

rare, mais potentiellement mortelle (2, 4). La physiopathologie des saignements diverticulaires repose principalement sur l'érosion ou l'inflammation de la muqueuse, souvent aggravées par des microtraumatismes mécaniques, une augmentation de la pression intraluminaire ou une stase alimentaire au sein des diverticules (1, 2). Une ischémie secondaire peut également contribuer à ces complications, en particulier chez les patients présentant des comorbidités vasculaires (2). Le saignement survient principalement en cas de diverticules jéjunaux, l'origine iléale étant plus rare, mais provoquant des hémorragies plus sévères (2).

En cas de suspicion hémorragique, un angioscanner multi-phasique (sans contraste et puis aux phases artérielle, portale et tardive) est préconisé à la recherche d'une extravasation de produit de contraste iodé se majorant aux divers temps d'acquisition (1, 5). Il permet de confirmer l'hémorragie, de la localiser et d'évaluer l'étendue de la pathologie diverticulaire grêle afin d'orienter la prise en charge (1, 2). La distance par rapport à l'angle de Treitz ou la valve iléo-caecale est une information cruciale pour le gastro-entérologue ou le chirurgien (2).

Les formes hémorragiques moins sévères peuvent bénéficier d'une prise en charge conservatrice, incluant transfusion sanguine et simple observation (1, 2). Un traitement par approche endoscopique est discuté en cas de localisation duodénale (2). Le traitement par embolisation radiologique est considéré et discuté en cas de saignement focal et de patient hémodynamiquement stable. Cette approche consiste à réaliser une embolisation, à l'aide de coils, de gelfoam ou de microparticules, des artères digestives responsables du saignement, identifiées lors de l'artériographie diagnostique afin de permettre une prise en charge ciblée du saignement, tout en préservant l'intégrité des segments non affectés. Cependant, quel que soit l'agent d'embolisation, ce traitement comporte un risque de récurrence hémorragique et surtout un risque d'ischémie intestinale (5). Le traitement chirurgical est préconisé en cas de complications graves, notamment lorsqu'il y a une perforation ou une occlusion (1, 2). En outre, la résection chirurgicale est un traitement définitif. Un saignement imputé à un diverticule peut être pris en charge par la résection de celui-ci (6).

D'autres complications potentielles sont le pneumopéritoine bénin. En cas de pneumopéritoine asymptomatique et en dehors d'un contexte post-opératoire récent, il faut rechercher des diverticules grêles (2). L'occlusion intestinale est également une complication rare

de la diverticulose grêle (1-3). Elle est généralement due à une migration entérolithique formée au sein d'un diverticule et réalisant une occlusion mécanique. Son traitement est chirurgical (3). Une dilatation des voies biliaires avec ictère obstructif (syndrome de Lemmel) peut également être retrouvée en raison d'un diverticule péri-ampullaire comprimant la voie biliaire principale (1).

CONCLUSION

La maladie diverticulaire grêle, peu fréquente et sous-diagnostiquée, constitue une cause potentielle rare de saignements digestifs bas sévères ou récurrents. Dans ce contexte, l'examen tomodensitométrique joue un rôle clé, permettant l'objectivation d'un tableau diverticulaire grêle ainsi que d'une extravasation de produit de contraste aux divers temps d'acquisition.

La prise en charge thérapeutique requiert par la suite une approche multidisciplinaire afin d'offrir un traitement rapide et individualisé, minimisant ainsi les risques de complications graves.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lebert P, Ernst O, Zins M, et al. Acquired diverticular disease of the jejunum and ileum: imaging features and pitfalls. *Abdom Radiol* 2019;**44**:1734-43.
2. Lamb R, Kahlon A, Sukumar S, Layton B. Small bowel diverticulosis: imaging appearances, complications and pitfalls. *Clin Radiol* 2022;**77**:264-73.
3. Malghan L, Uttley A, Scullion D. Small bowel obstruction due to a jejunal enterolith: an unusual complication of jejunal diverticulitis. *BMJ Case Rep* 2017;**2017**:bcr2017221514.
4. Cardella J, Cohen E. Embolization options for gastrointestinal hemorrhage. *Endovascular* 2020;19. Available from: <http://evtoday.com/articles/2020-apr/embolization-options-for-gastrointestinal-hemorrhage>
5. Wu LM, Xu JR, Yin Y, Qu XH. Usefulness of CT angiography in diagnosing acute gastrointestinal bleeding: a meta-analysis. *World J Gastroenterol* 2010;**16**:3957-63.
6. Rangan V, Lamont JT. Small bowel diverticulosis: pathogenesis, clinical management, and new concepts. *Curr Gastroenterol Rep* 2020;**22**:4.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Mendil S, service de Radiodiagnostic, CHU Liège Belgique.
Email : Sonia.Mendil@chuliege.be