

## ANOMALIES DU TUBE DIGESTIF

### I- Données générales :

Le tube digestif est creux. Sa bonne visualisation en imagerie nécessite sa distension par un contenu (spontané ou ajouté), pour déplisser la paroi et marquer sa surface endoluminale.

En radiologie conventionnelle, pour visualiser les différents segments du tube digestif, il faut donc utiliser un produit de contraste opaque (contenant une substance avec un poids atomique élevé) qui moule la cavité et permet son étude radiologique :

- soit la baryte qui donne un meilleur contraste, car plus dense, et une meilleure adhérence à la paroi du tube digestif. Elle n'est pas réabsorbée,
- soit un produit iodé hydrosoluble, réabsorbé par les séreuses. Il est plus fluide et moins dense. La plupart sont hypertoniques et sont rapidement dilués par l'appel d'eau qu'ils provoquent.

L'adjonction d'air donne un examen « en double contraste ». Selon le segment opacifié on parlera de transit œsogastroduodénal (TOGD), de transit du grêle ou de lavement. Certains éléments séméiologiques communs peuvent être décrits, mais bien sûr avec des spécificités selon les segments.

En scanner on distendra par de l'eau, de l'air ou un produit de contraste très dilué.

En échographie on utilisera de l'eau et en IRM de l'air ou de l'eau.

Les techniques en coupe (écho, scanner et IRM) analysent directement la structure de la paroi alors que la radiologie conventionnelle ne le permet pas mais cette dernière étudie mieux le plissement.

### II- Anomalies de la paroi

Les pathologies peuvent entraîner :

- un épaississement étendu de la paroi, souvent responsable d'une raideur d'un segment digestif,
- un nodule à développement endoluminale, qui se traduira, lors d'une opacification, par un manque de produit de contraste : une lacune ou image de soustraction,
- une érosion de la paroi (un ulcère) ou une saillie de la muqueuse à travers le grillage de la musculature (un diverticule) se traduisant par une image d'addition.

#### 1- Épaississement de la paroi :

Un épaississement étendu peut être :

- lié à une infiltration œdémateuse (inflammatoire, obstacle au retour veineux ...),
- hémorragique ou tumorale (lymphomateuse ou linite gastrique en particulier).

En imagerie conventionnelle on observe :

- un épaississement du plissement,
- une sténose,
- une diminution du rayon de courbure,
- un écartement entre les anses, une raideur...

*NB : la raideur est caractérisée par la diminution de motilité d' un segment du tube digestif lors du transit baryté du grêle ou du transit oeso gastro duodéнал (TOGD), et notamment lors du passage des ondes péristaltiques (visibles uniquement sous scopie)*

L'imagerie en coupe est plus performante pour apprécier l'épaisseur de la paroi des segments digestifs et pour dissocier les types d'infiltration :

- oedème de la sous muqueuse,
- hyperdensité des hématomes diffus du grêle,
- transformation graisseuse de la paroi,
- infiltration homogène des lymphomes ...

## **2- Les images de soustraction :**

Un polype, un bourgeon tumoral ou un pseudo polype inflammatoire fait saillie dans la lumière et sera vu comme une amputation de produit de contraste sur un examen avec opacification.

De profil, le rattachement à la paroi sera le témoin qu'il ne s'agit pas d'un fragment alimentaire ou stercoral (disparition du liseré de sécurité).

De face, on visualisera une image ronde : la lacune.

En imagerie en coupe, il faut obtenir une distension importante du segment digestif concerné et réaliser des coupes fines pour mettre en évidence ce type d'image (colo-scanner à l'air ou entéro-scanner à l'eau).

## **3- Les images d'addition**

### L'ulcération

Suivant l'organe considéré et le siège de l'ulcération, elle sera vue :

- de face (tache barytée),
- de profil (petite image d'addition par rapport au plan virtuel de la muqueuse).

Une ulcération peut avoir différentes origines :

- inflammatoire,
- tumorale,
- ischémique ...

Le développement de l'endoscopie avec réalisation de biopsies, limite l'indication de la radiologie digestive pour le diagnostic des ulcères gastro-duodénaux. Des ulcérations peuvent se rencontrer dans de nombreux autres segments digestifs, en particulier lors des maladies inflammatoires ou ischémiques.

Les petites ulcérations sont mieux visibles sur les examens barytés et bien sûr en endoscopie.

### Les diverticules

Un diverticule est la saillie de la muqueuse et de la sous muqueuse à l'extérieur du plan de la paroi digestive. Les diverticules s'observent à tous les étages du tube digestif mais siègent préférentiellement sur le sigmoïde.

Le diverticule est une image :

- d'addition arrondie,
- régulière,
- bien limitée,
- située en dehors du plan idéal de la muqueuse,
- reliée à la paroi par un collet.

L'aspect du diverticule est variable suivant le plan et l'incidence radiologique mais aussi suivant le type de contraste (négatif = air ou positif = produit de contraste).

Sur un cliché avec opacification, on le retrouve :

- de face, sous forme d'une tache barytée,
- de profil, c'est une image d'addition opaque raccordée par un collet au reste de la colonne opaque endoluminale.

Les techniques d'imagerie en coupe donnent des résultats similaires.

### **III- Anomalies de calibre**

#### Sténoses

Elles peuvent être la conséquence d'un épaissement pariétal plus ou moins localisé mais correspondre aussi à une lésion cicatricielle avec perte de la souplesse de la paroi (sténoses post-opératoires ou ischémiques par exemple).

Il faut en préciser :

- son étendue,
- sa longueur,
- le calibre du rétrécissement,
- le caractère centré ou excentré de la sténose,
- l'existence d'ulcérations, de lacunes associées, responsables d'irrégularités,
- le raccordement avec la muqueuse adjacente.

#### Dilatations

Elles peuvent être observées en amont d'une obstruction mais aussi par hypotonie (dilatation gastrique sous neuroleptiques par exemple).

#### **IV- Anomalies de position**

Les plus classiques sont les hernies : un segment de tube digestif passe dans un orifice herniaire (hernie hiatale avec glissement gastrique intra thoracique ou hernie intestinale para ombilicale, inguinale, crurale, obturatrice...). Ces anomalies s'accompagnent souvent de troubles cinétiques.

#### **V- Anomalies cinétiques**

Elles s'apprécient surtout en scopie :

- stase,
- accélération du transit,
- reflux gastro-oesophagien...