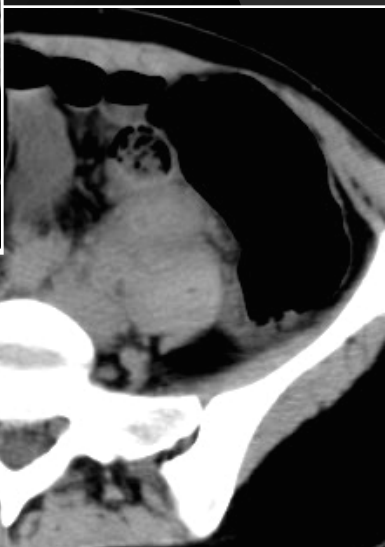


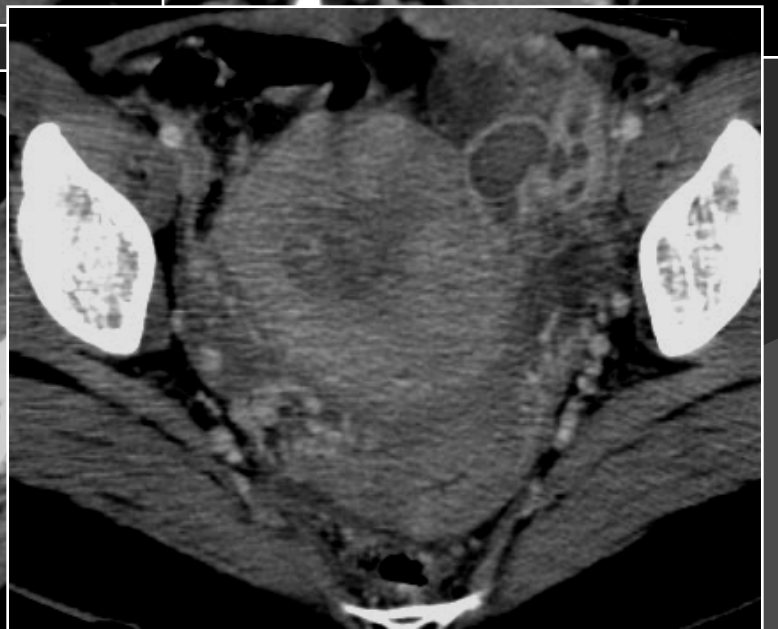
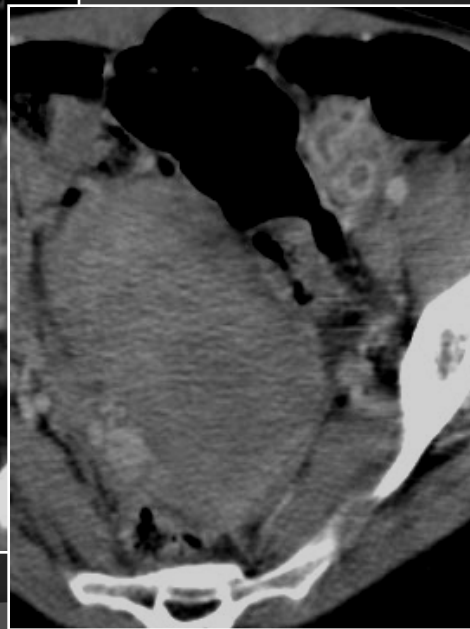
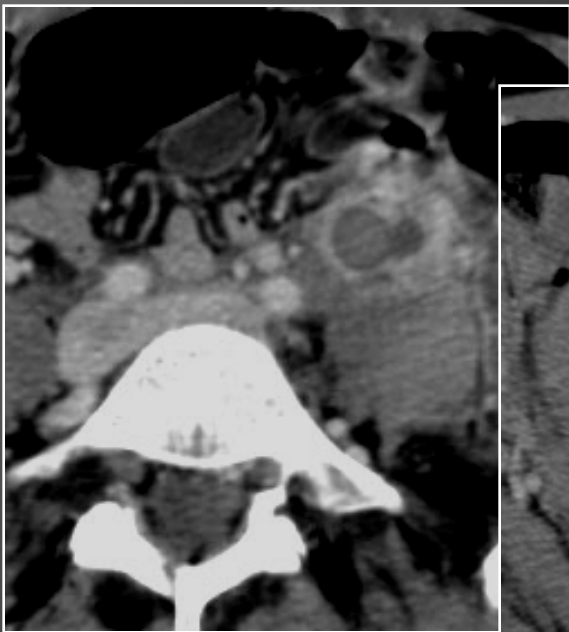
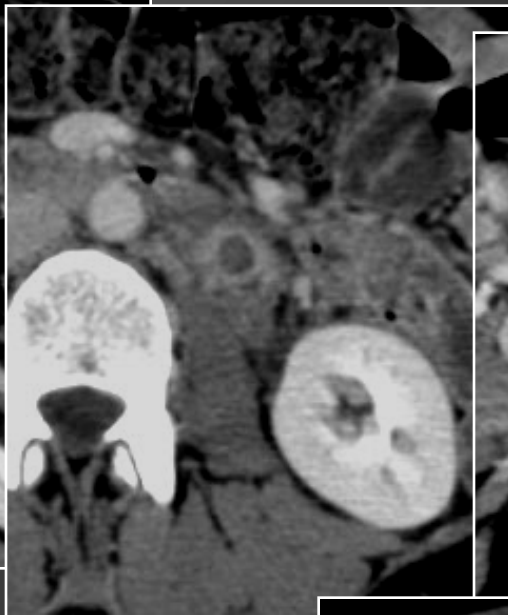
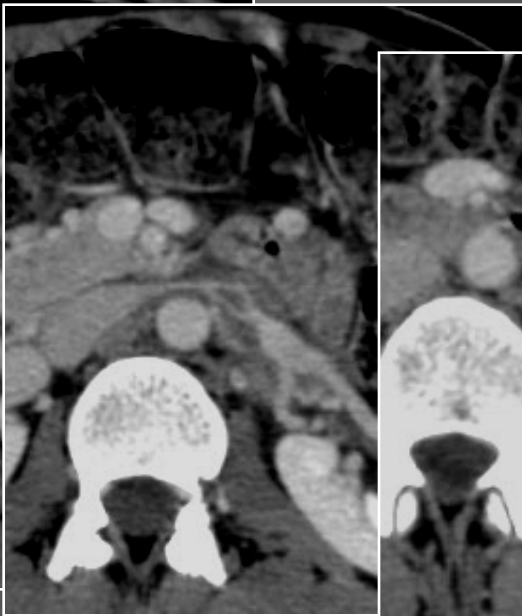
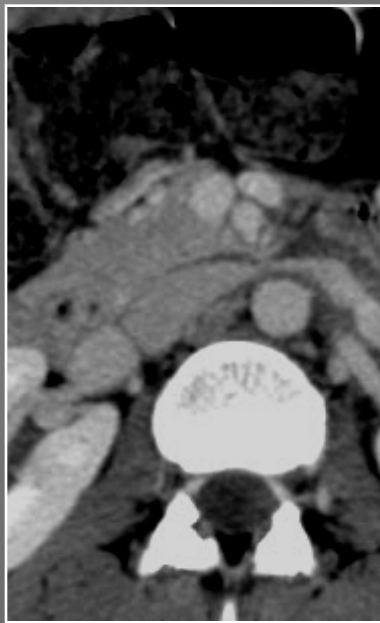
CAS CLINIQUES

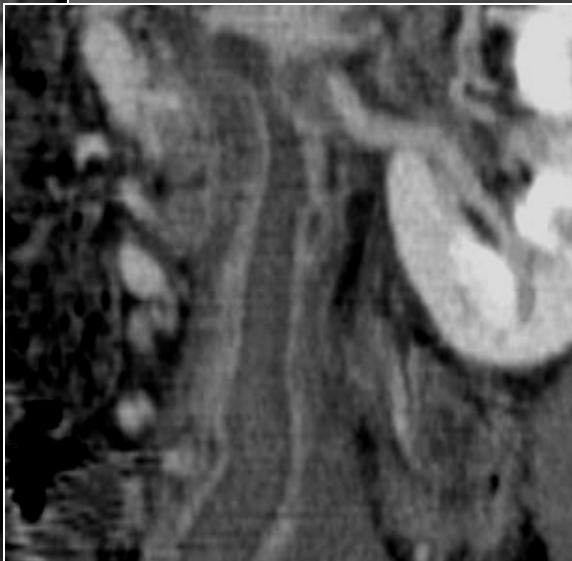
DU Rétropéritoine
A.FAIRISE 2011

Femme / 30 ans
Fièvre, DA, psöitis
Post-partum

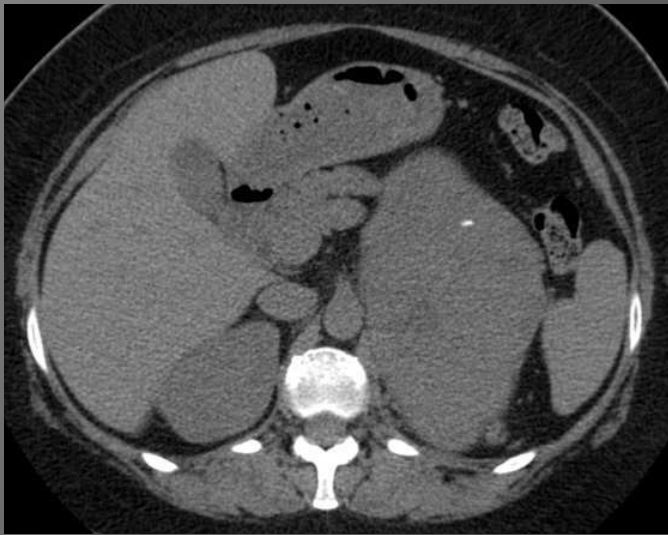
1





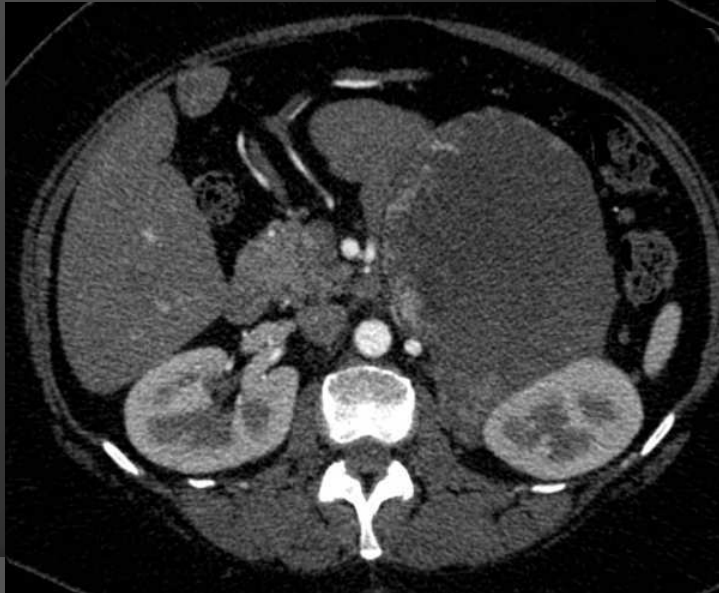


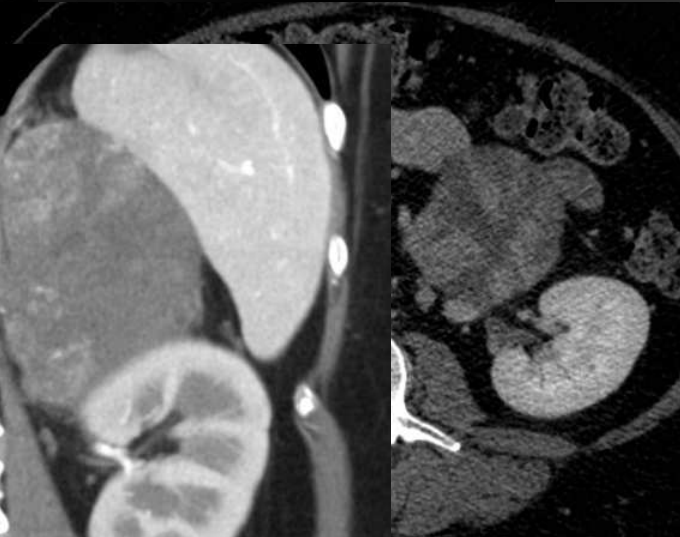
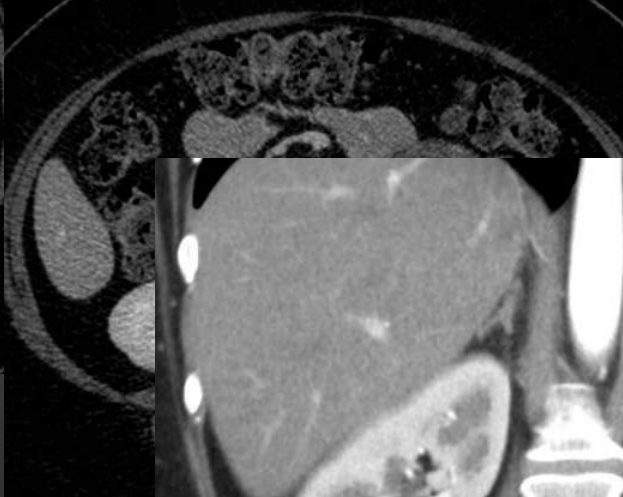
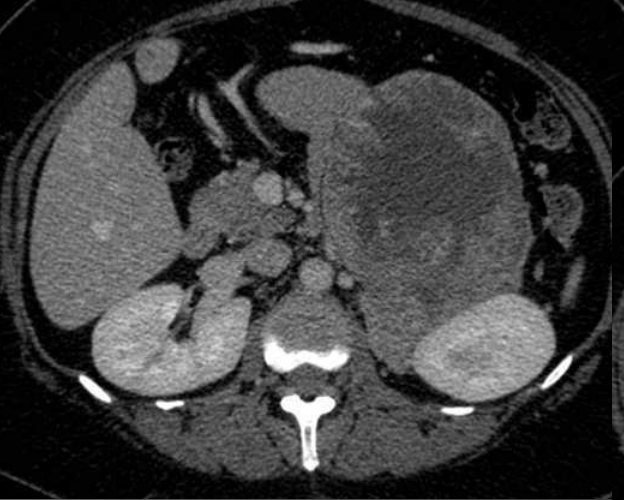
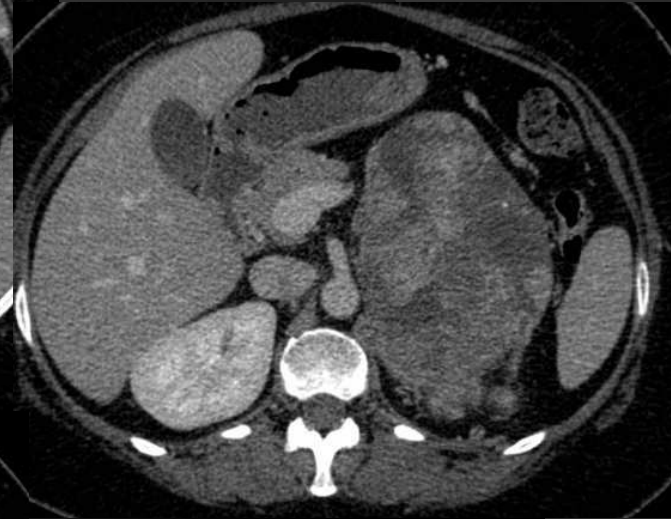
**Thrombophlébite veine
ovarienne G**



F 35 ANS
hirsutisme

2

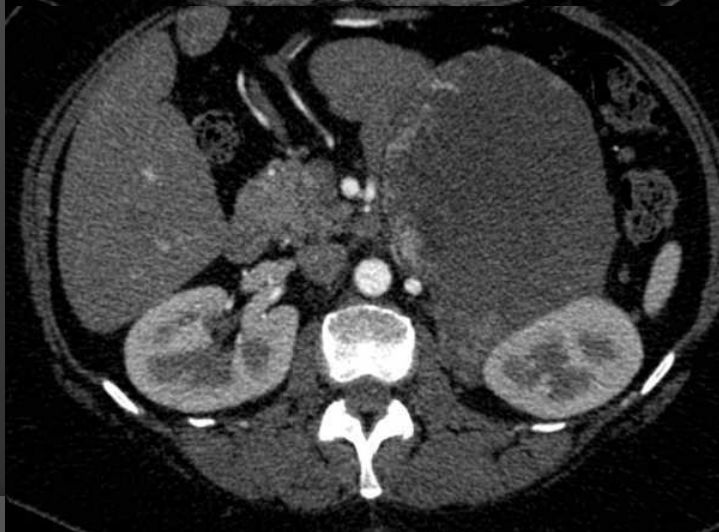




Siège et nature de la lésion ?

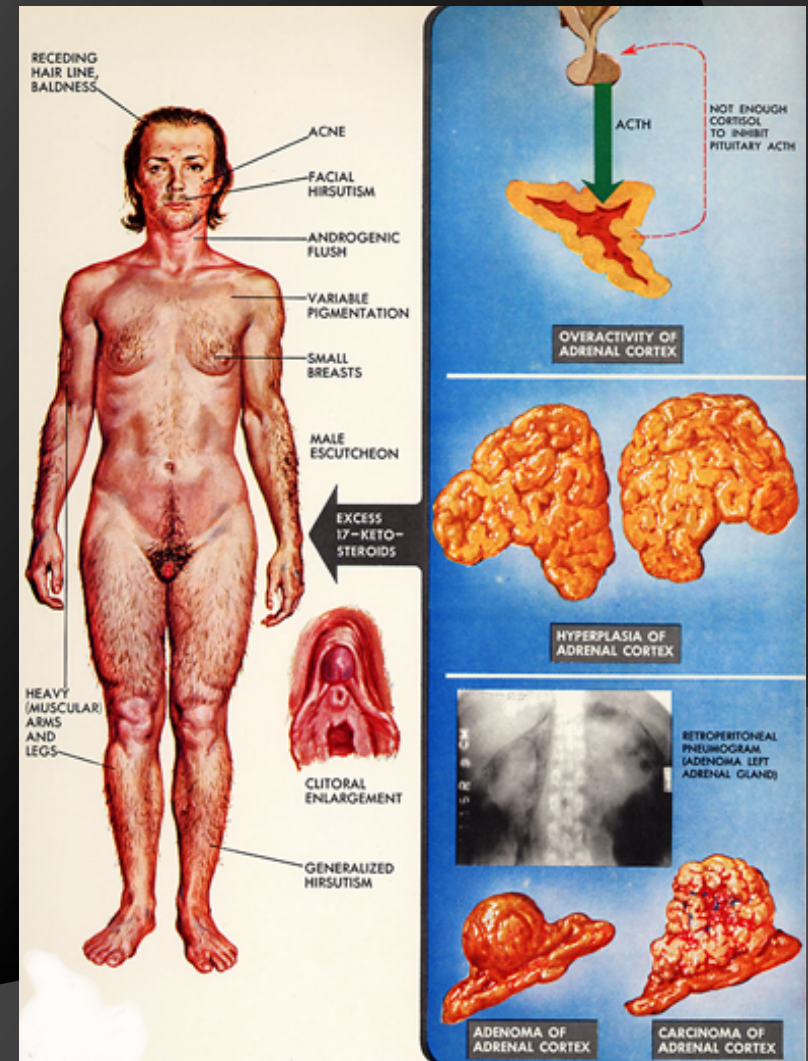


- Signe de l'organe absent
- Eperon
- Corticosurréalome



Syndrome de Cushing ++

- Obésité
- Amyotrophie
- Vergetures
- Acné, hirsutisme



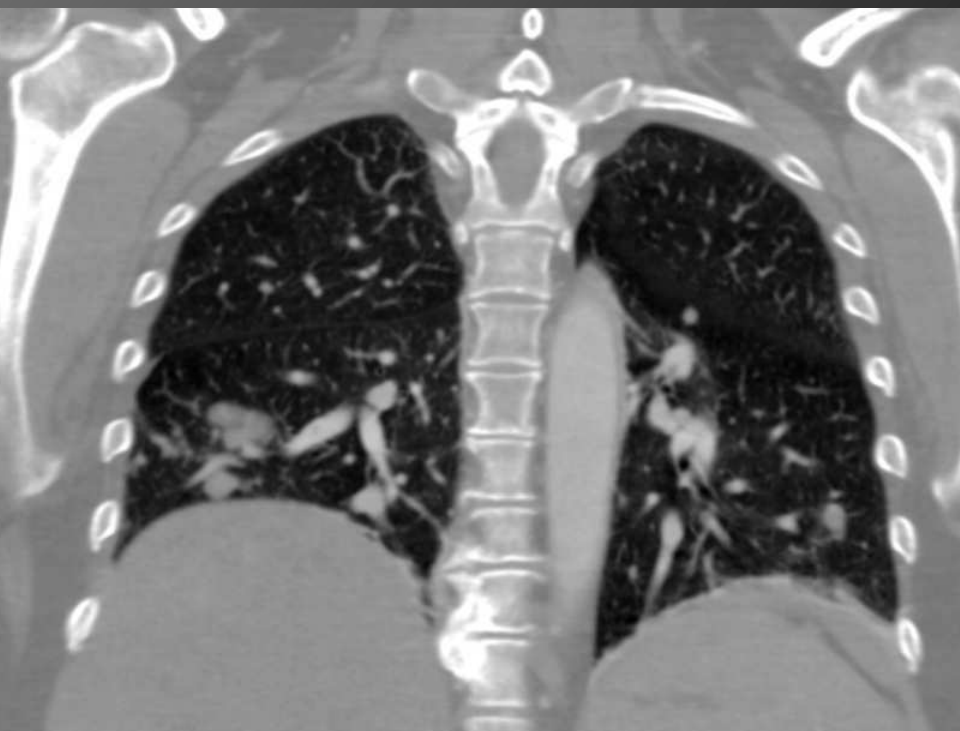
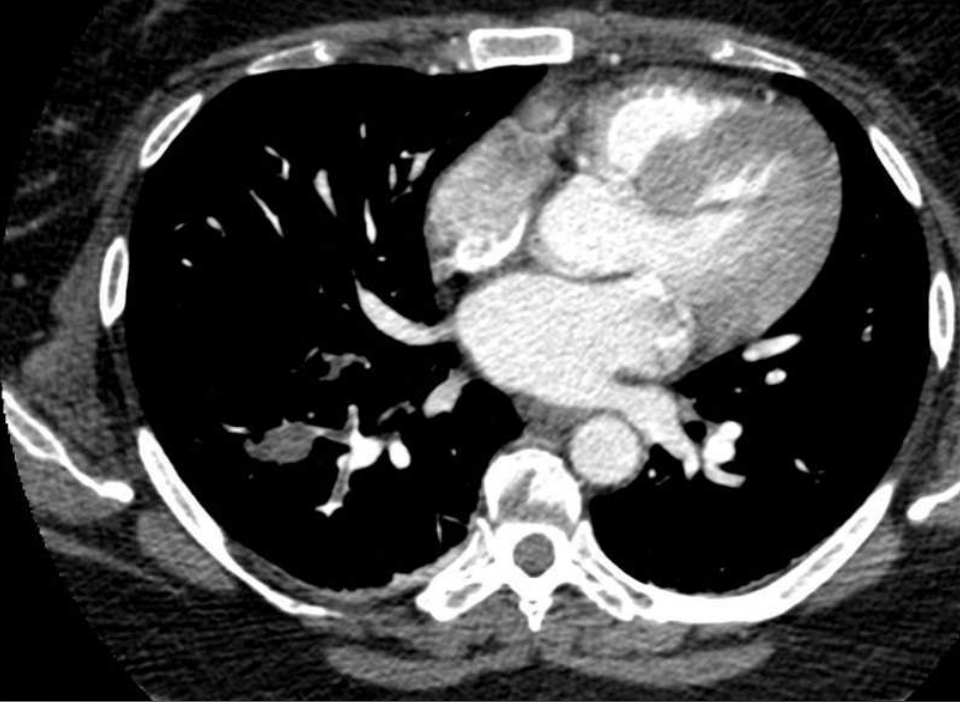


Corticosurréalome

- souvent très gros
- Nécrotique
- parfois hémorragique
- calcifications
- Prise de contraste hétérogène
- 50 % sécrétants

Évolution à 2 mois

- Chirurgie (R=0)
- Ttt adjuvant par Mitotane®
- CT en urgence pour douleur basithoracique et de l'hypocondre droit : suspicion d'EP?

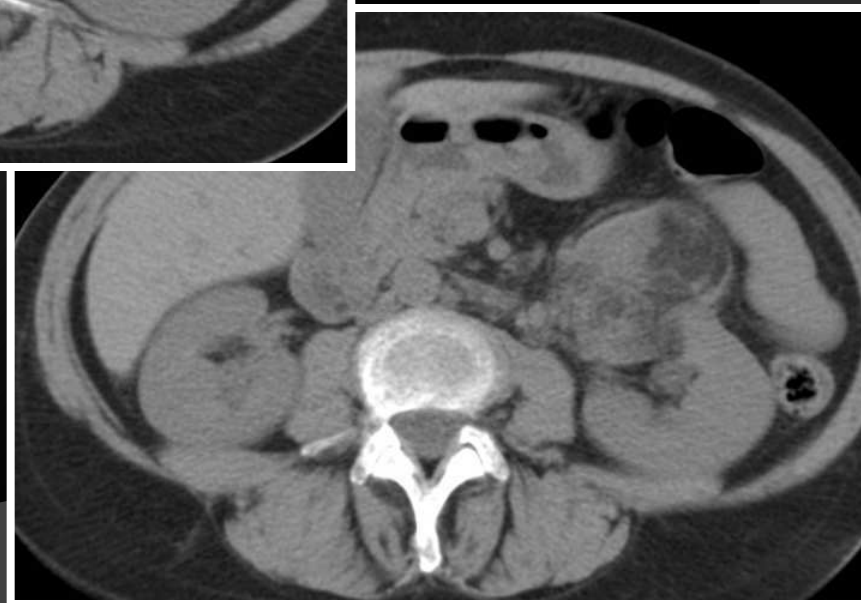
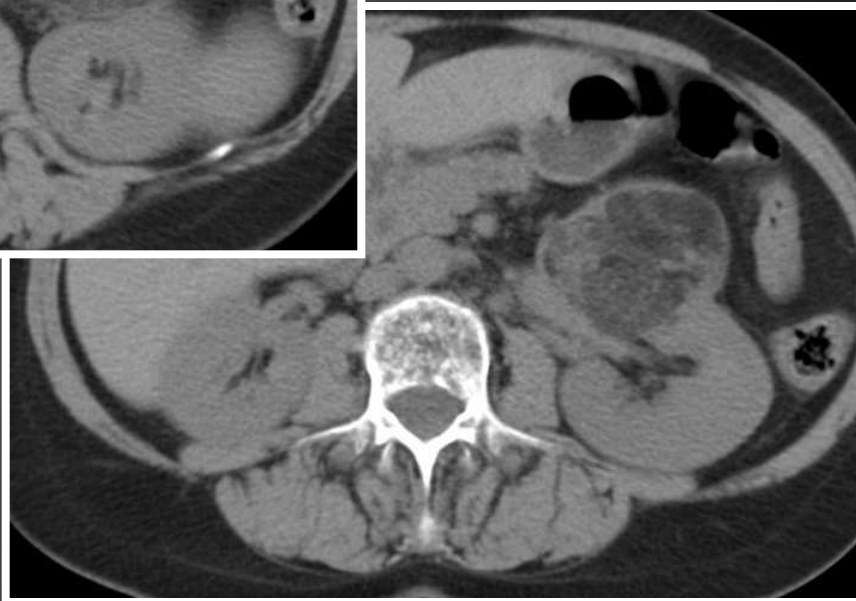




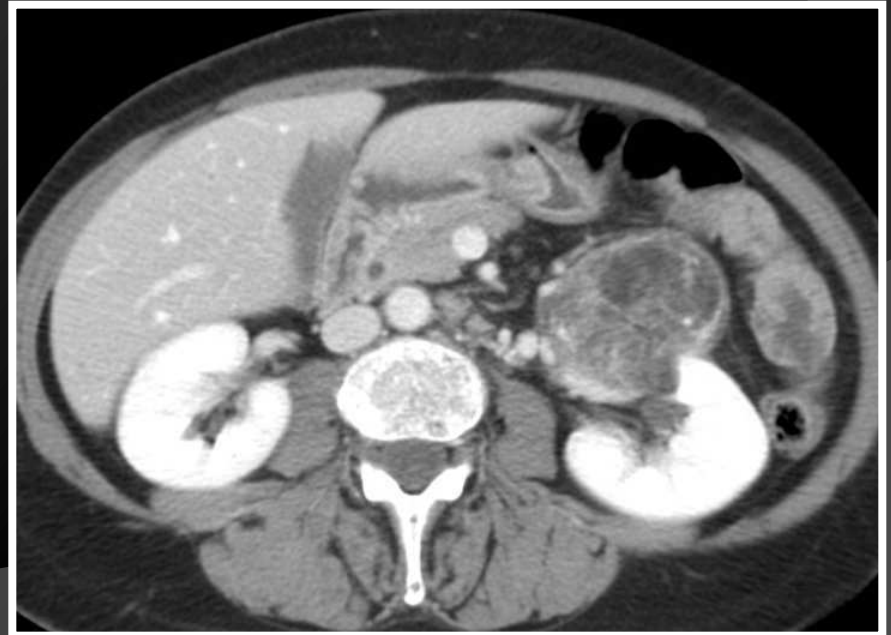
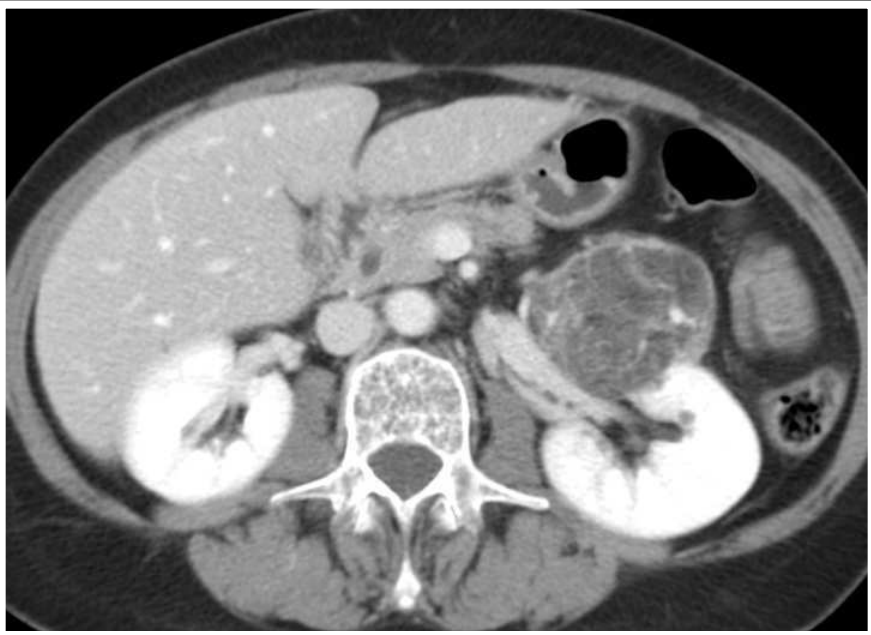
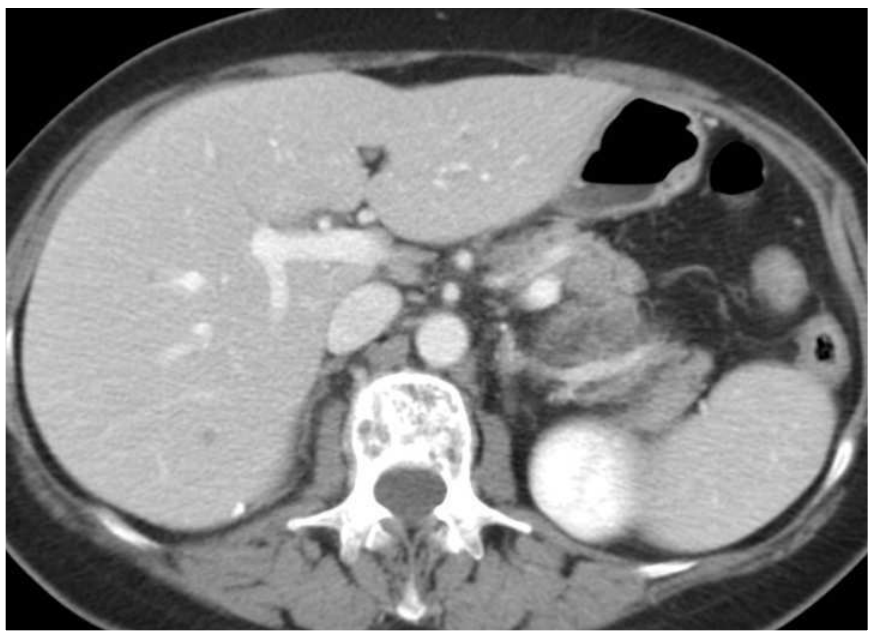


F 55 ans
Douleurs abdominales

3









Angiomyolipome rénal



ANGIOMYOLIPOME RENAL

- Hamartome rénal, tumeur bénigne, 3 contingents (graisse/muscle lisse/vaisseaux)
- Vaisseaux à paroi fine → complication hémorragique+++
(16 à 20 % des hématomes spontanés de la loge rénale)

- Cortex rénal, nécrose et calcifications rares

- Découverte fortuite

- Prévalence = 0,3 à 3 %

- AML extra-rénal rare (foie)

- Forme SPORADIQUE = 90% , femme d'âge moyen, petite tumeur unique

Sclérose tubéreuse de Bourneville: bilatérales, multiples, volumineuses, LAM pulm., atteinte SNC (retard mental, épilepsie)

ANGIOMYOLIPOME RENAL

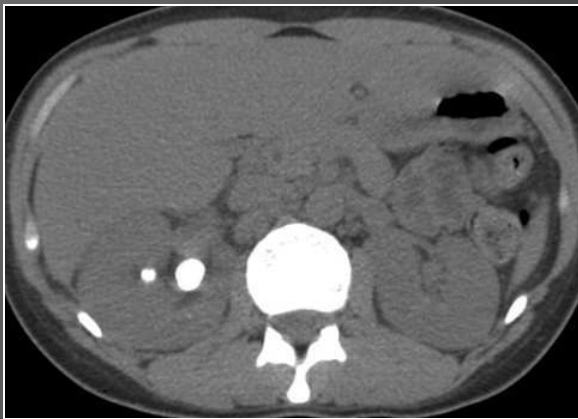
- Tumeur corticale, bien limitée, <5 cm
- **CONTINGENT GRAISSEUX** (hypodensité < -20 HU en CT, hypersignal T1 abaissé en fatsat à l'IRM)
- Hétérogène (fibrose, remaniements hémorragiques, contingent musculaire et vasculaire...)
- Hypervasculaire (PDC variable)
- Faible contingent gras/ remaniements hémorragiques
→ **GRAWITZ ?** CT multi-phase: PDC hétérogène, WO rapide

Contingent gras possible

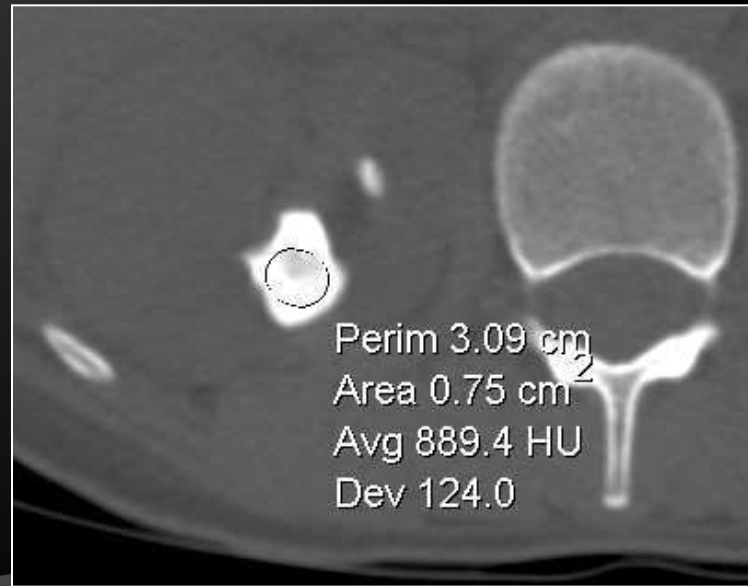
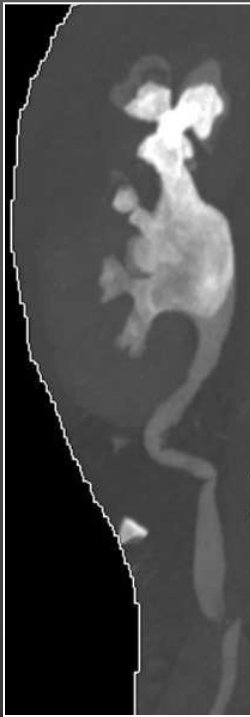
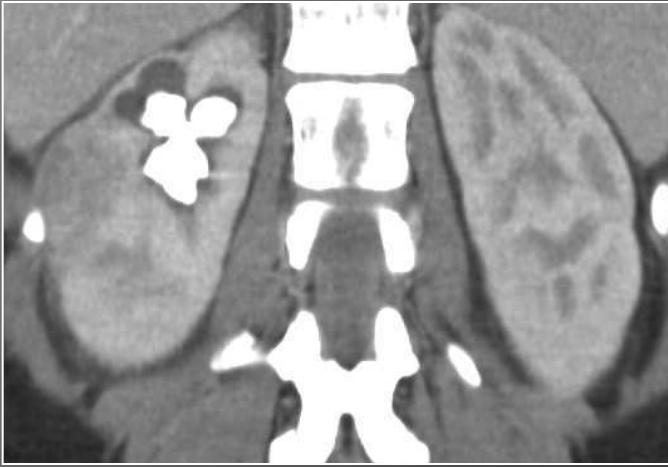
Calcifications, nécrose, caractère invasif, ADP

- Patient 23 ans
- Douleur de la fosse lombaire droite irradiant vers les OGE
- 39°
- Bu +
- Atcd d' infections urinaires
- Suspicion de pyélonéphrite aiguë









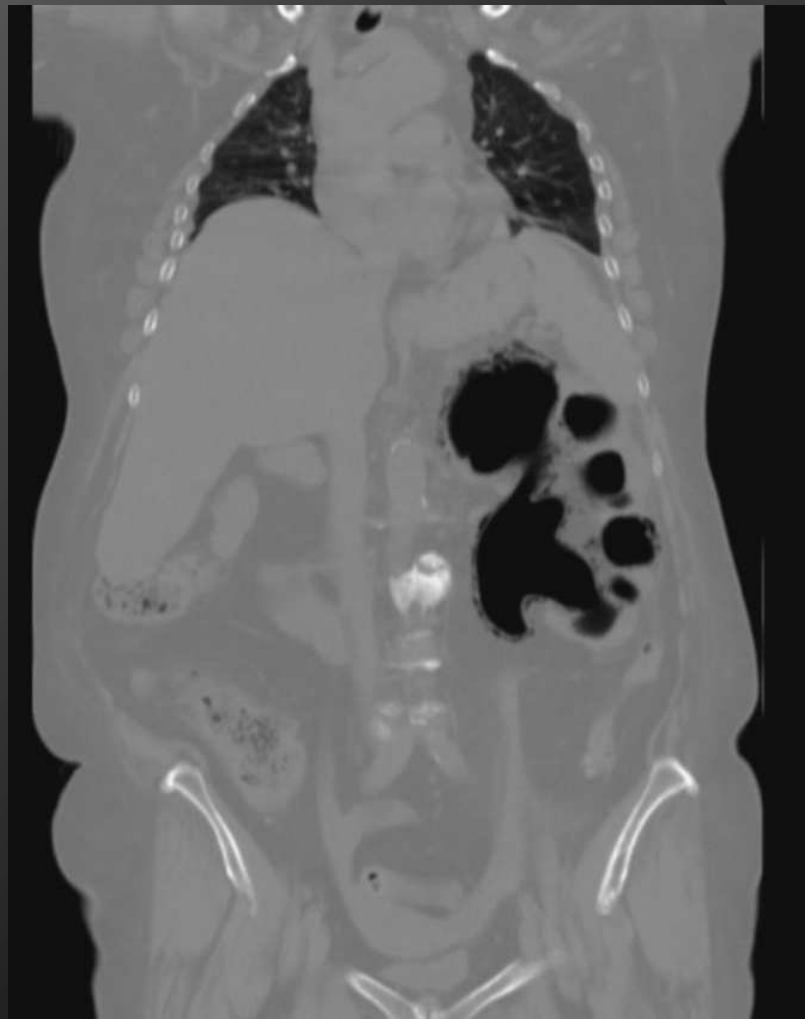
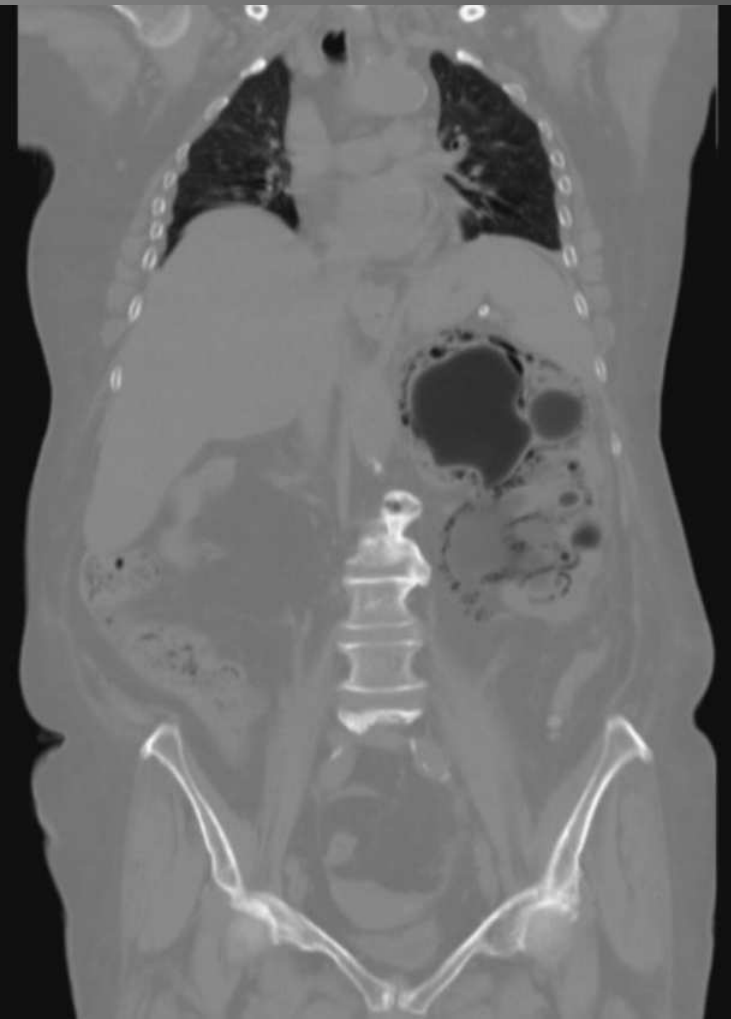


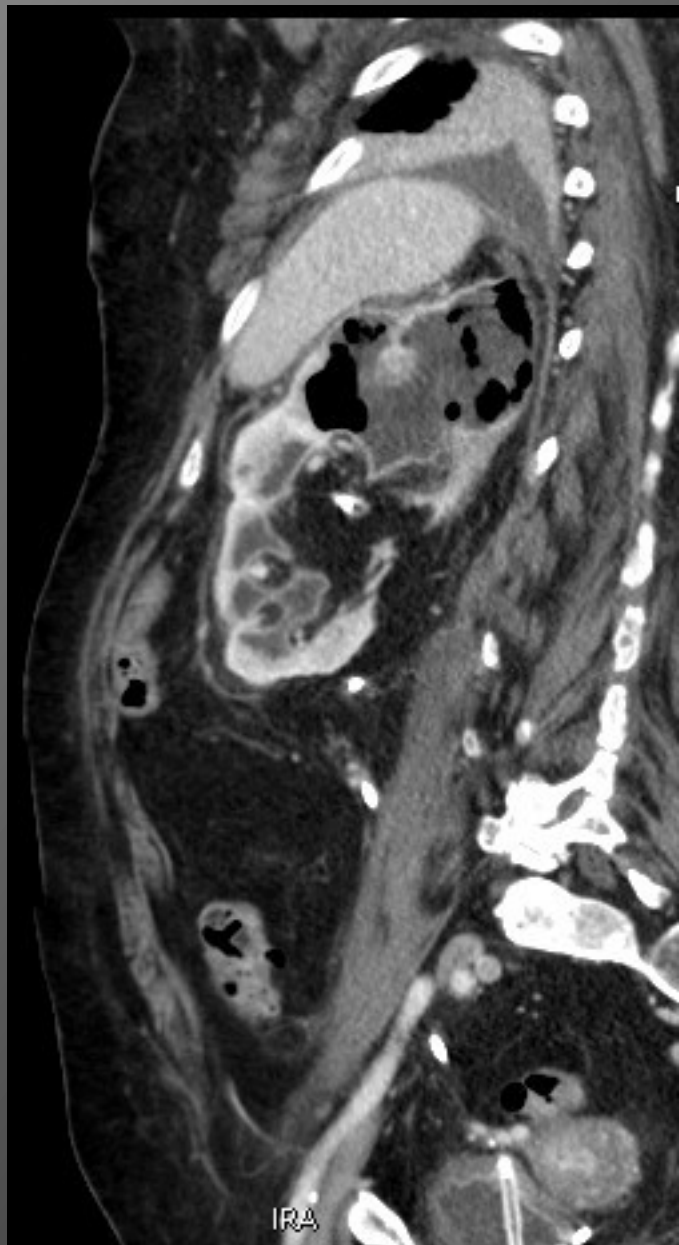
Calculs coralliformes/bois de cerf
Struvite++
Cystine/acide urique
F+



65 ans
Diabète
Sepsis

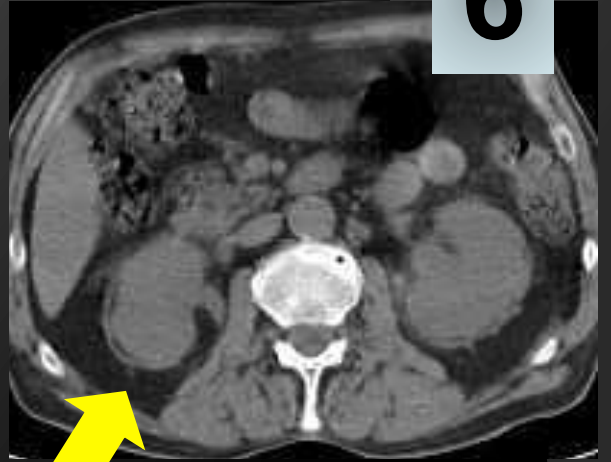
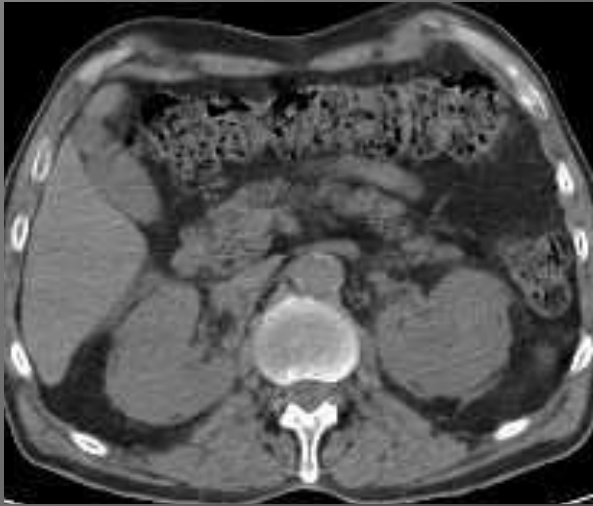
5



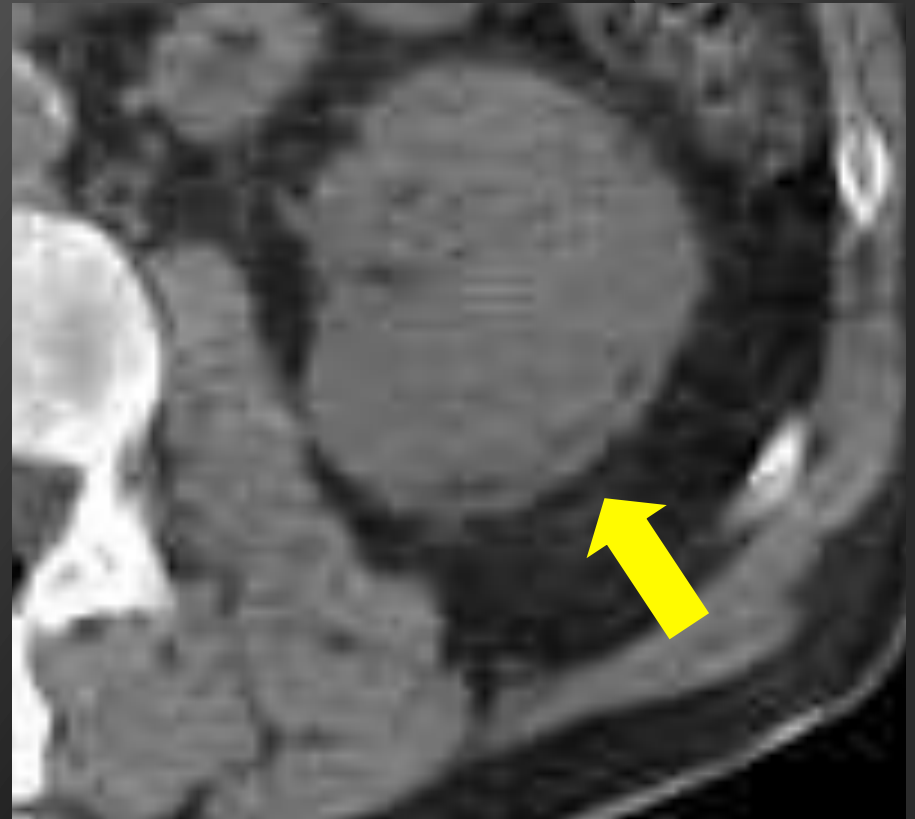
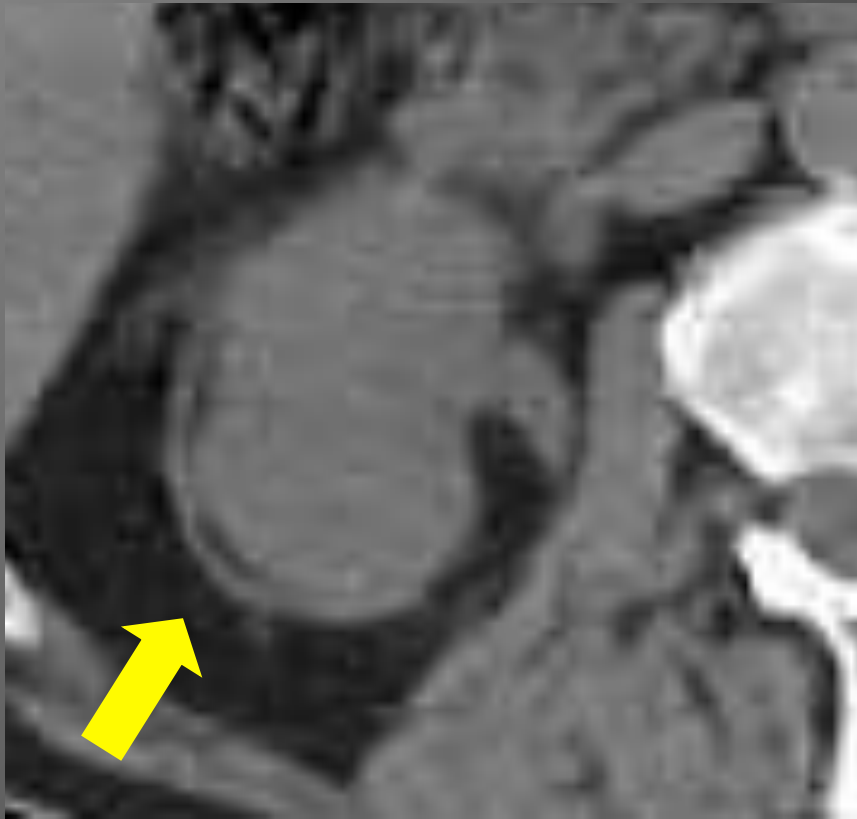


Pyélonéphrite emphysemateuse
+ sepsis

6

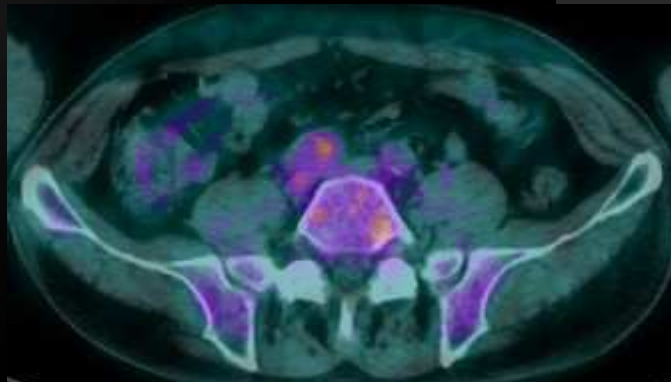
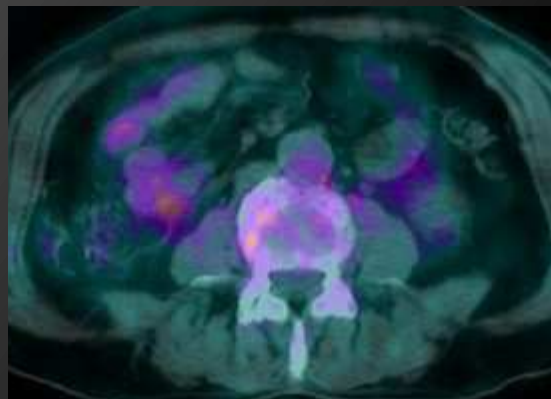
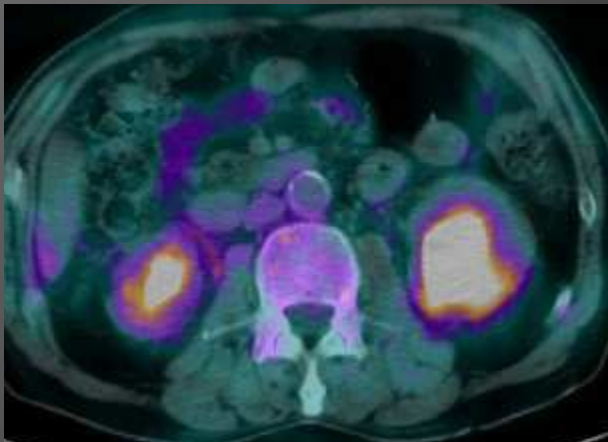
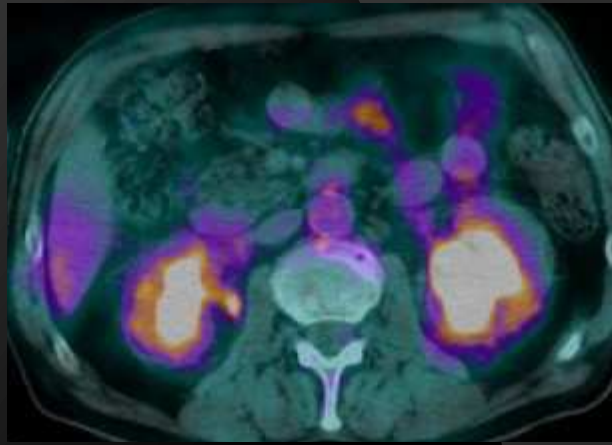
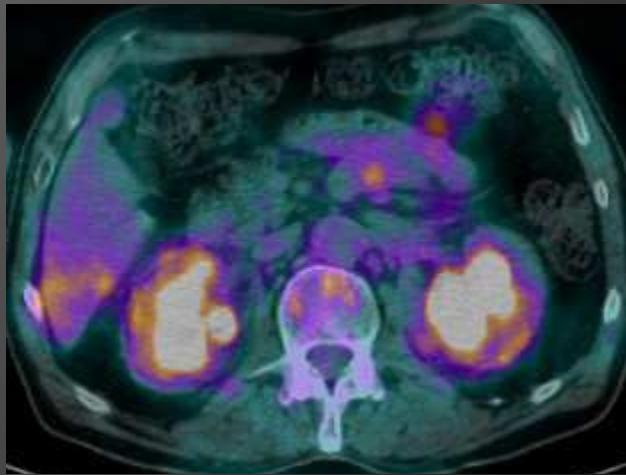
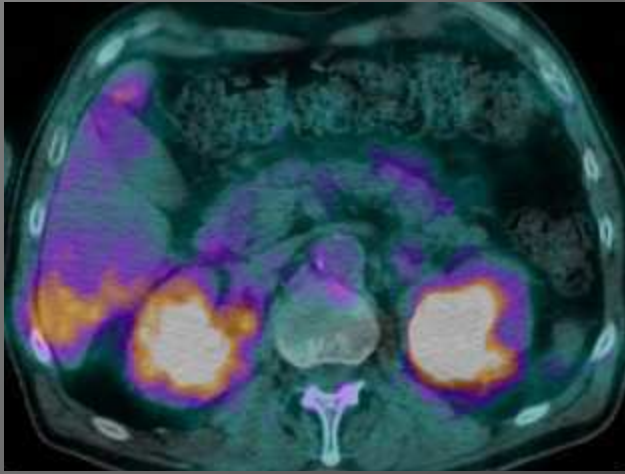


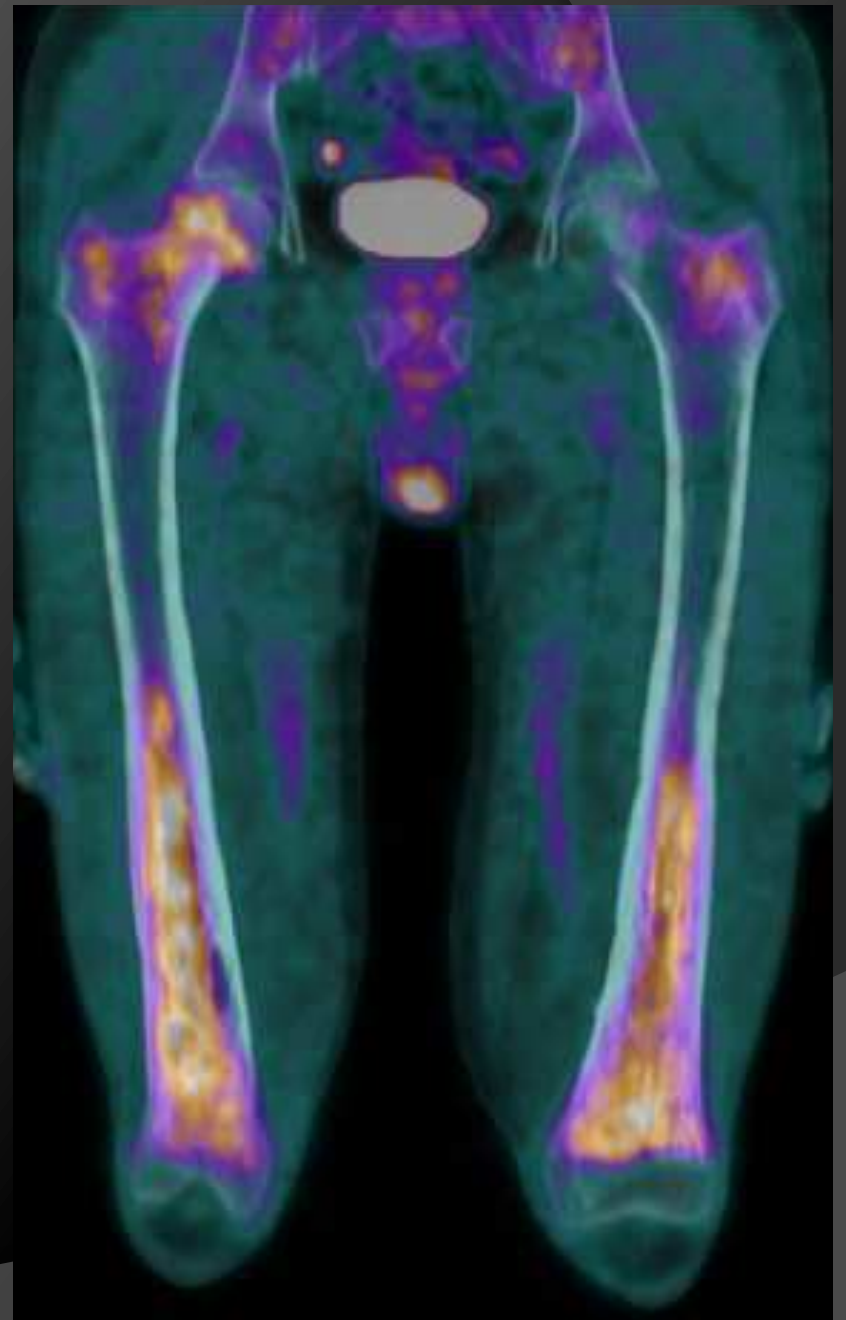
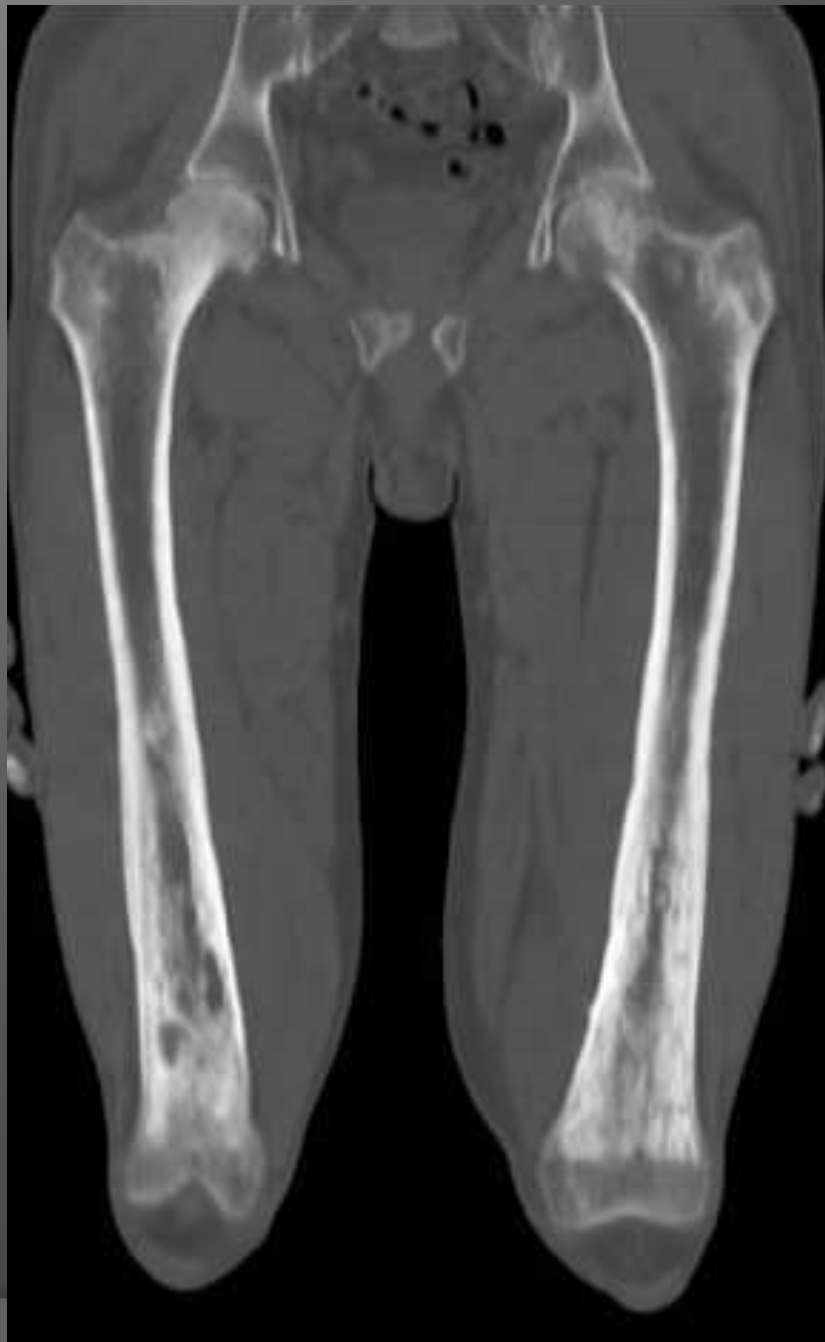
Infiltration bilatérale des fascia péri rénaux



Infiltration bilatérale des fascia péri rénaux

- ... pyélonéphrite? Pancréatite?
- ... lymphome?
- ... amylose?
- ... ?





MALADIE D'ERDHEIM-CHESTER

xanthogranulomatose multiviscérale

Atteinte osseuse bilatérale et symétrique des os longs:

- Ostéocondensations métaphyso-diaphysaires avec respect des épiphyses

Atteinte médiastinale:

engainement vasculaire périaortique
parfois épanchement péricardique.

Atteinte abdominale:

- mégacalicosose rénale
- infiltration bilatérale des fascias péri-rénaux

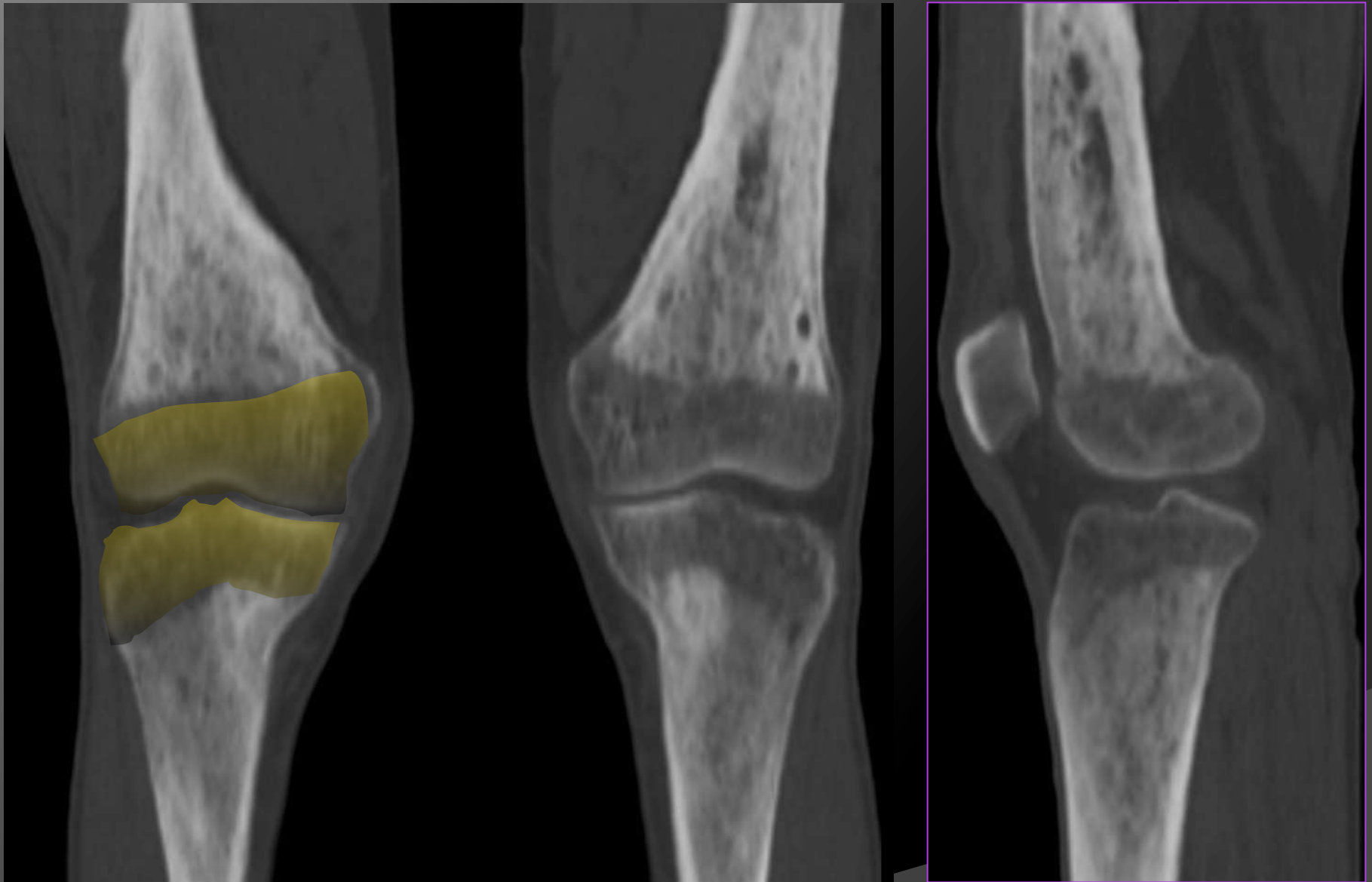
ANT



POST

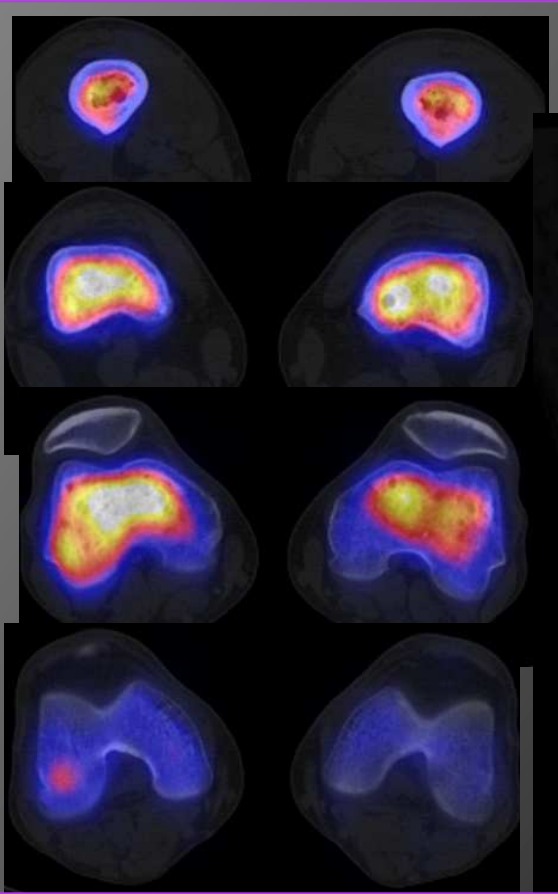


GENOUX

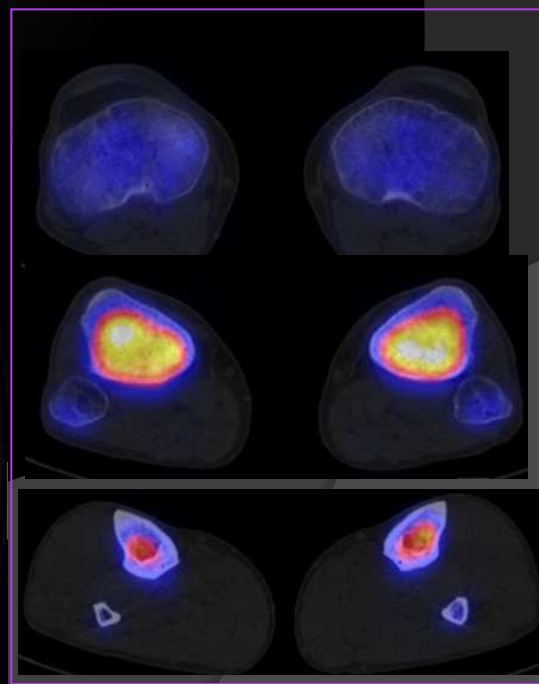


Lésions osseuses condensantes métaphyso-diaphysaires
Respect des épiphyses

FEMORAL



TIBIAL



MALADIE D'ERDHEIM-CHESTER

xanthogranulomatose multiviscérale

Forme rare d' *histiocytose* **NON langerhansienne**

Affection reconnue depuis 1930 (< 70 cas)

Histiocytes anormaux Ac anti-PS 100 –

(cellules de Langerhans normalement PS 100 +)

ATTEINTE MULTIVISCÉRALE

osseuse, rénale, pancréatique, rétropéritonéale, myocardique (cardiomyopathies), neurologique, pulmonaire.

Homme, **60-70 ans**

En général bénigne, *décès possible par atteinte myocardique, insuffisance rénale ou respiratoire*

Atteinte abdominale:

- mégacalicosose rénale
- infiltration bilatérale des fascias péri-rénaux

(pancréatite aiguë, amylose rétropéritonéale plus exceptionnellement)

“aspect chevelu” de la graisse périrénale

Atteinte médiastinale:

engainement vasculaire périaortique
parfois épanchement péricardique.

Atteinte pulmonaire (rare):

tableau de fibrose bilatérale atteinte infiltration typiquement
interstitielle sous-pleurale et périlobulaire
prédominante des lobes supérieurs

Atteinte neurologique:

infiltration médullaire ou leptoméningée rehaussée après injection de produit de contraste
peuvent simuler

une histiocytose langerhansienne ou un méningiome.

*lésions intra-axiales du tronc cérébral ou de la substance blanche profonde
(exceptionnellement)*

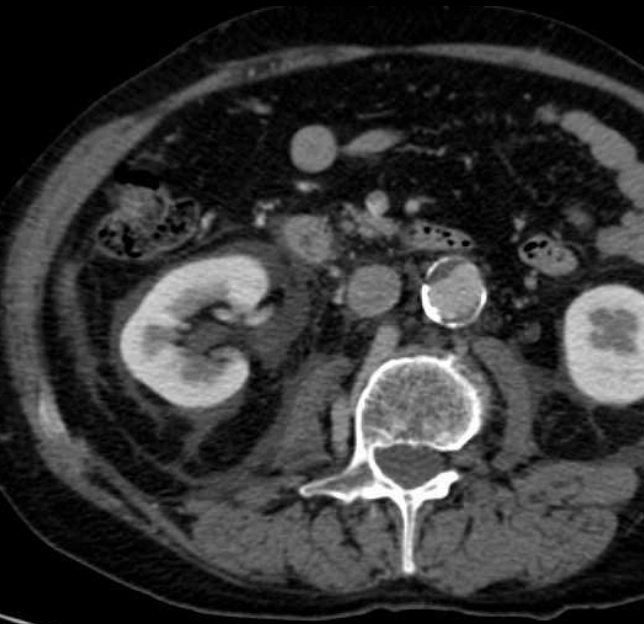
Atteinte rétro-orbitaire avec un rehaussement intense peut simuler une pseudo-tumeur
inflammatoire de l'orbite.

Atteinte sinusienne:

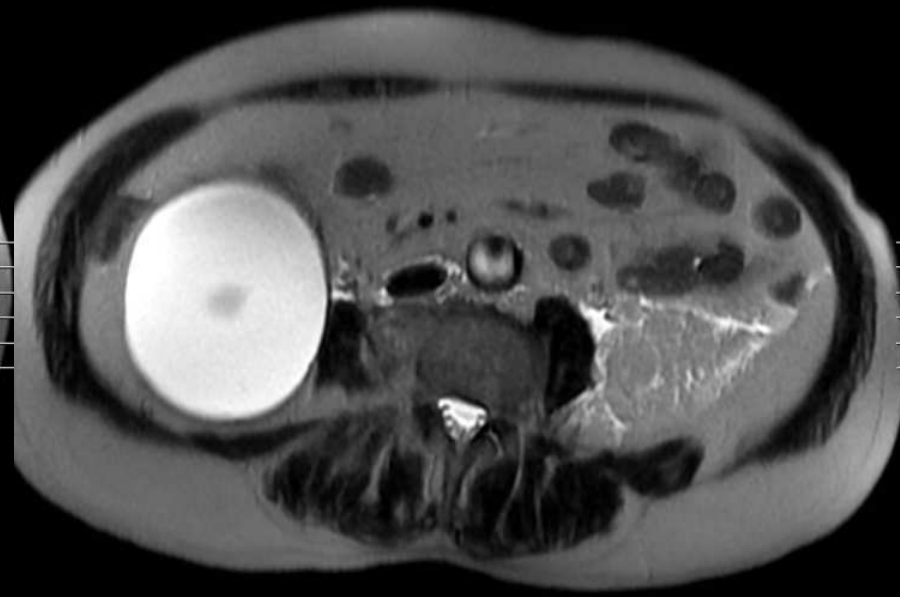
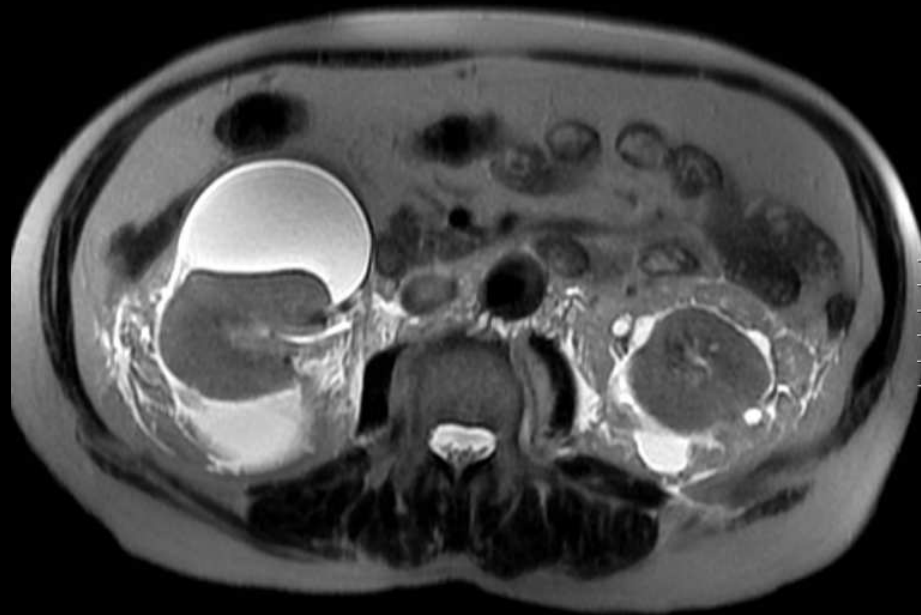
simulant une sinusite chronique avec un épaississement important des parois osseuses.



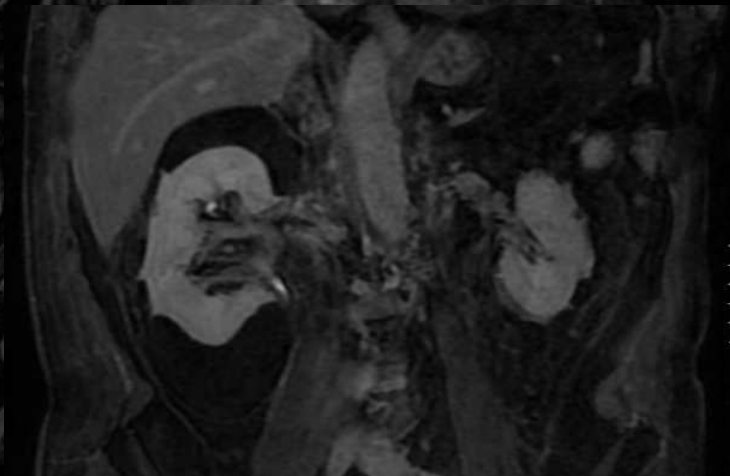
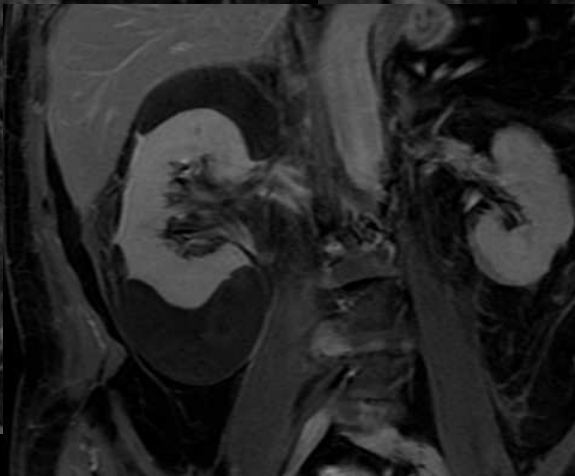
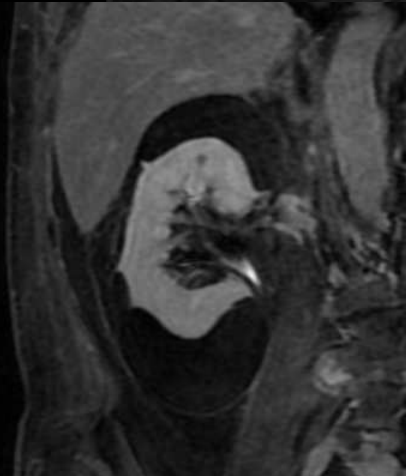
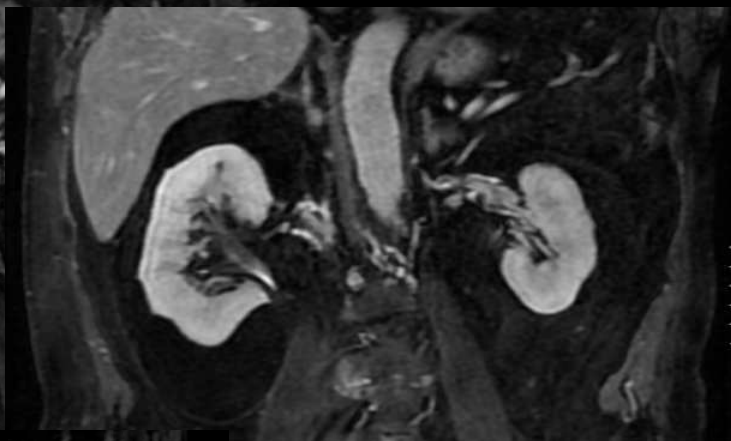
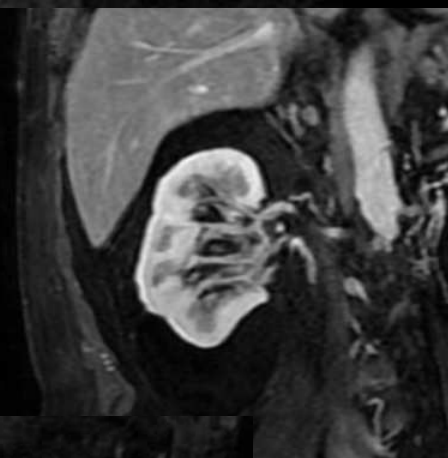
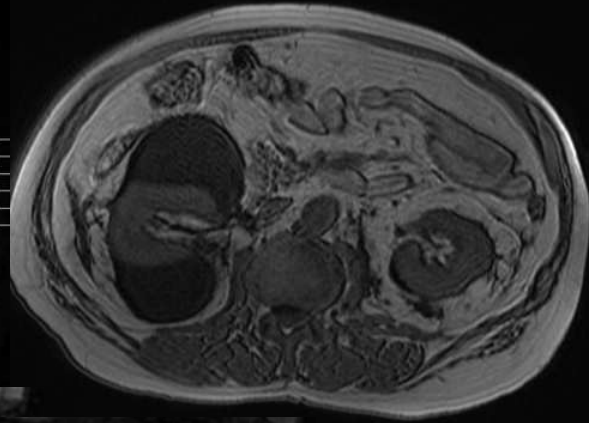
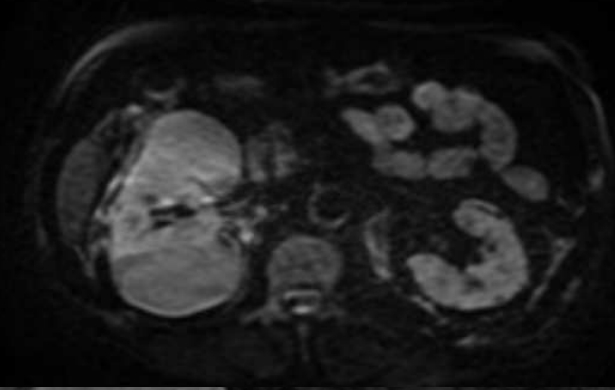
H 70 ans
Douleurs lombaires D chroniques

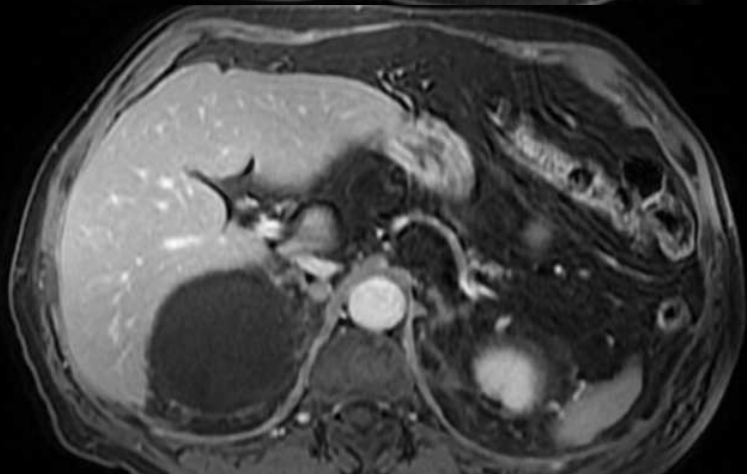
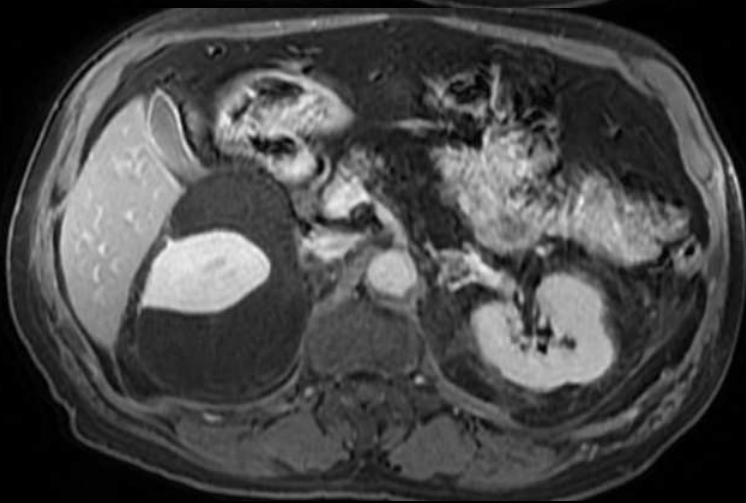
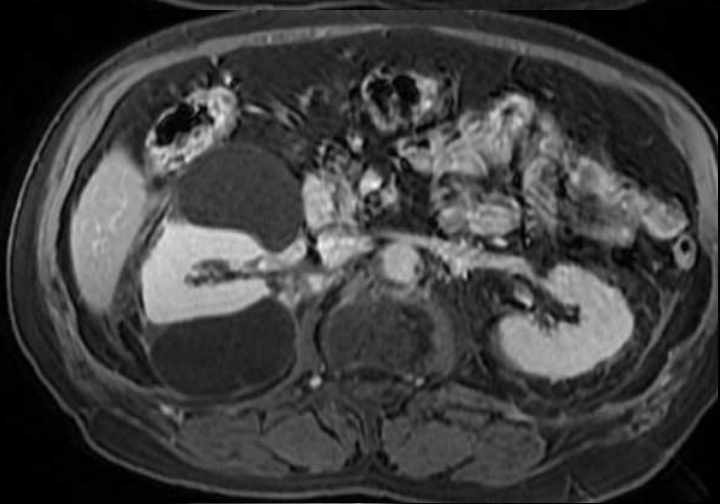
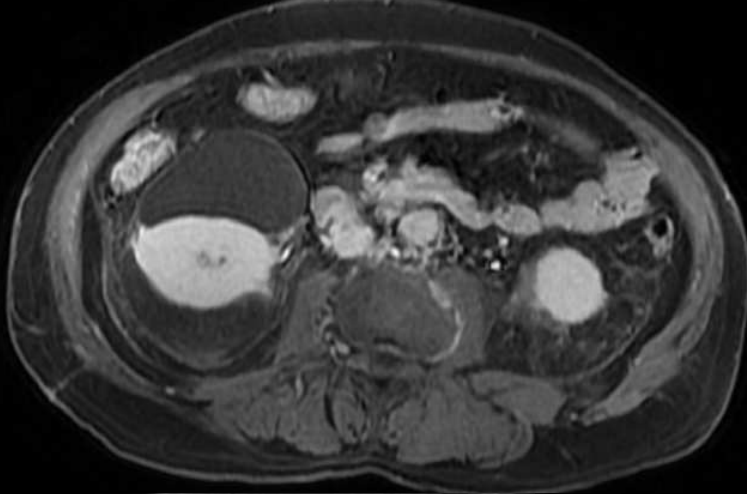
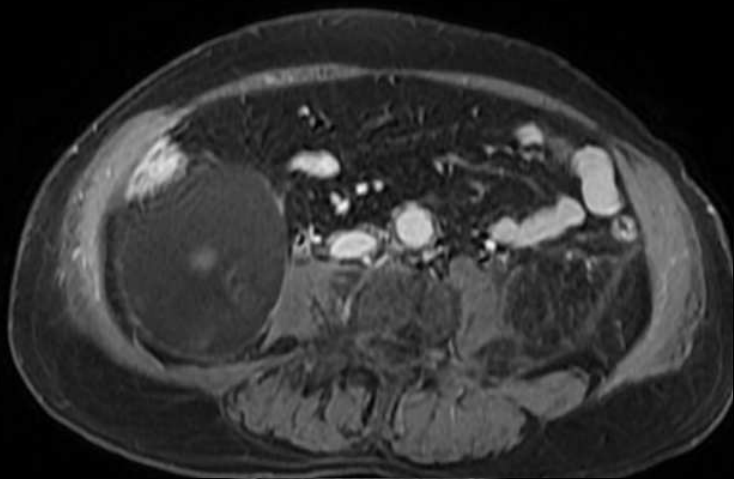












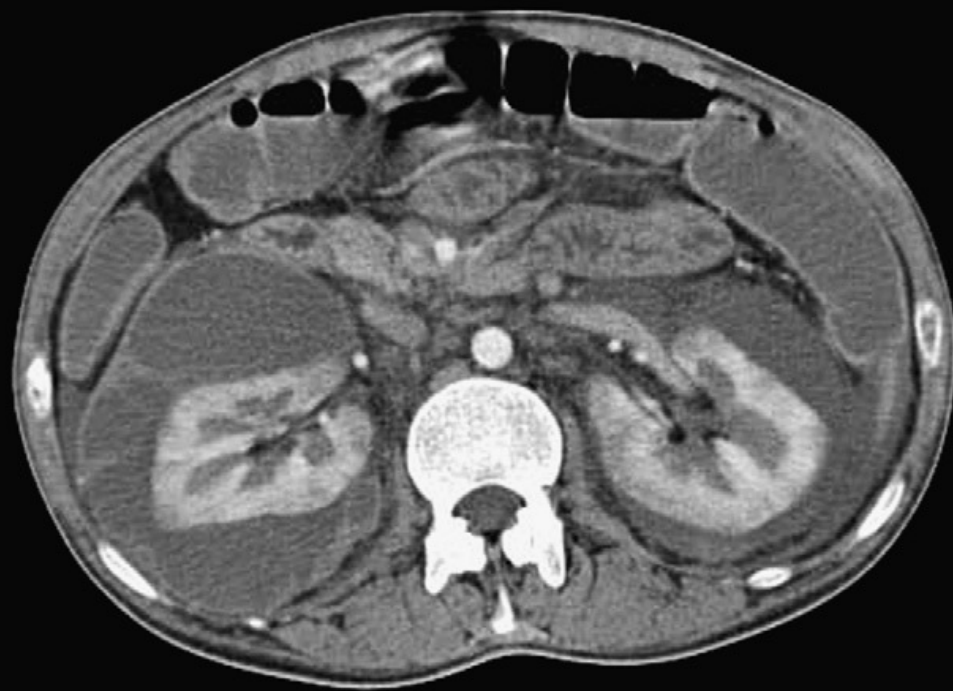
Lymphangiectasie rénale

= lymphangiomatose rénale = peripelvic lymphangiectasia, hygroma renale polycystic disease of the renal sinus

- Rare
- **Pathologie bénigne des lymphatiques rénaux** : défaut de communication avec les troncs lymphatiques
- Caractère familial dans certains cas

- Clinique :
- En général asymptomatique
- Douleurs lombaires, distension abdominale, HTA, IRC, hématurie

- TTT : cas symptomatiques
- -drainage
- -marsupialisation
- -néphrectomie



14 ans

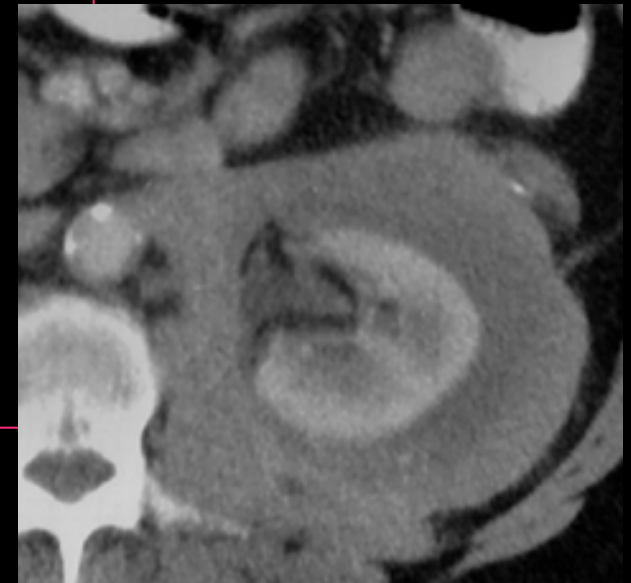
Collections péri-rénales + scalloping

Iso-T1 à droite



- Diagnostics différentiels :

- - polykystose rénale : kystes parenchymateux
- - néphroblastomatose
- - Lymphome : densité tissulaire
- - Néphrome kystique multiloculaire
- - urinome / abcès



Néphroblastomatose + néphroblastomes

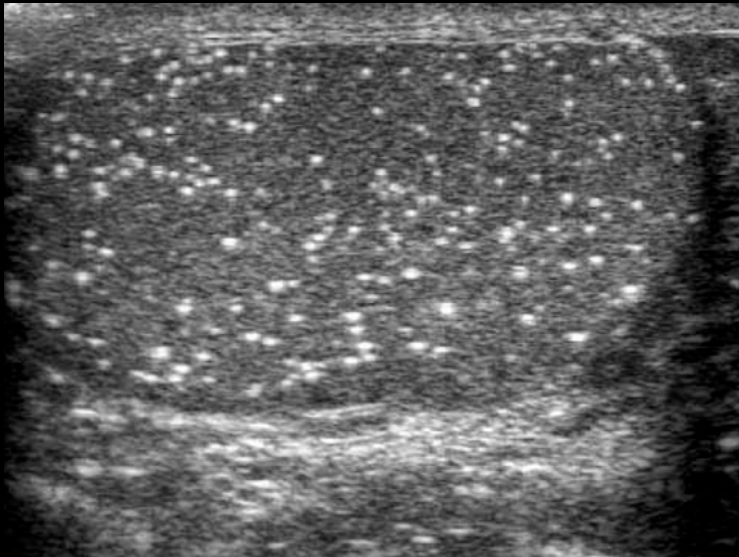
H 22 ans, tuméfaction testiculaire gauche

Apparition progressive

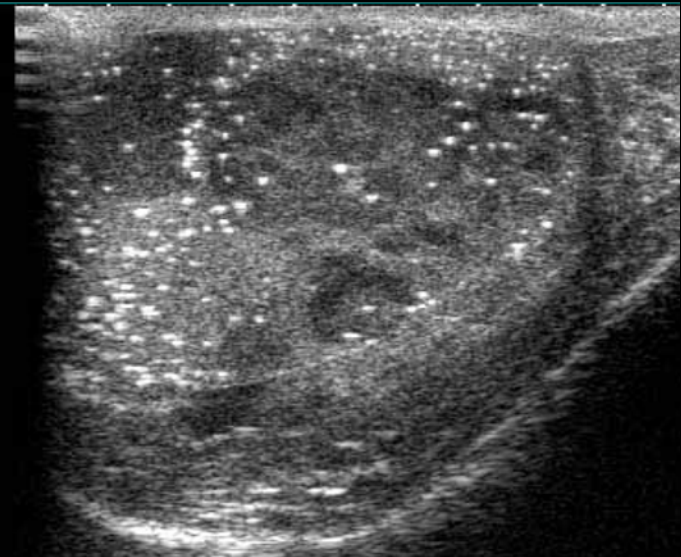
Indolore

Pas d'antécédents

8



Testicule D

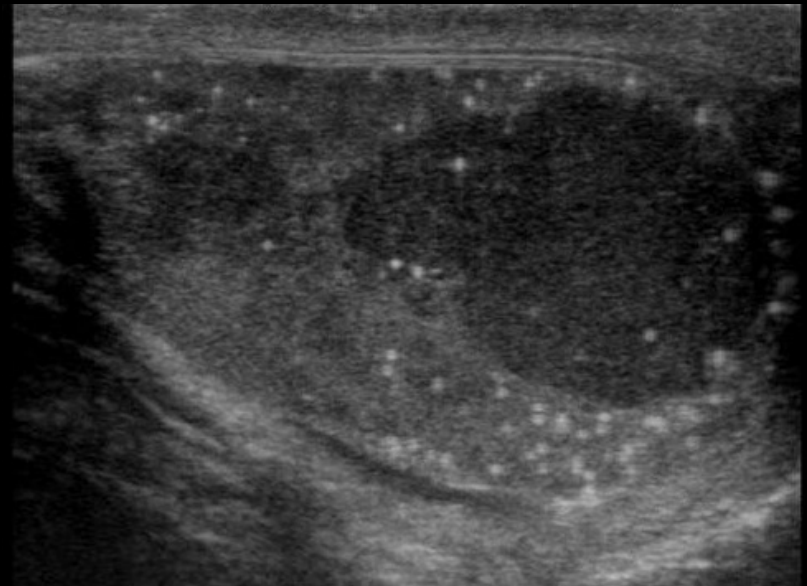


Testicule G

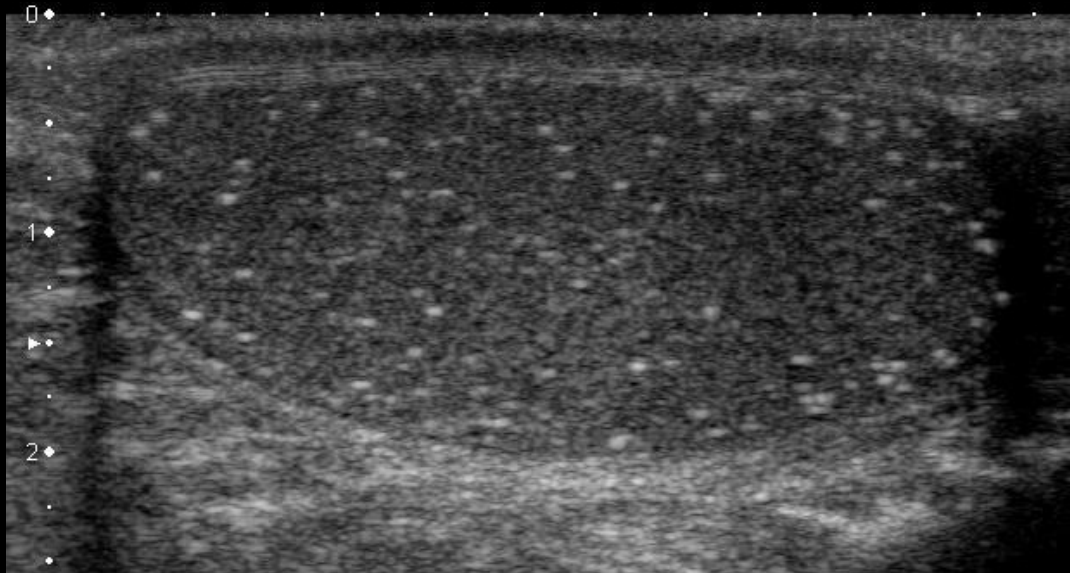
Tumeur germinale à type de séminome pur de forme habituelle

Micro-lithiase testiculaire

- Prévalence 0,6 des séries anapath
- Dépôts calciques lamellaires dans les tubes séminifères
- Étiologie inconnue
- Associée à cryptorchidie, infertilité, macro-orchidisme, torsion, infection, traumatisme; klinefelter
- Risque de cancer testiculaire x 20



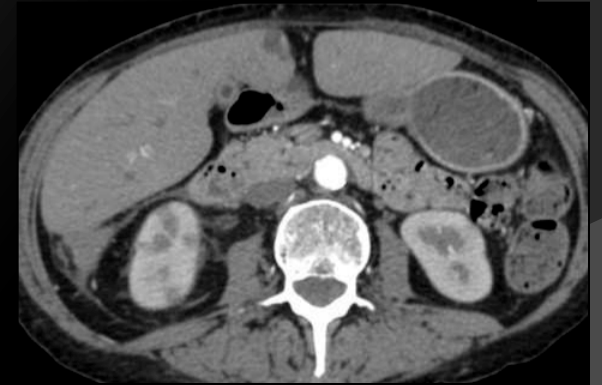
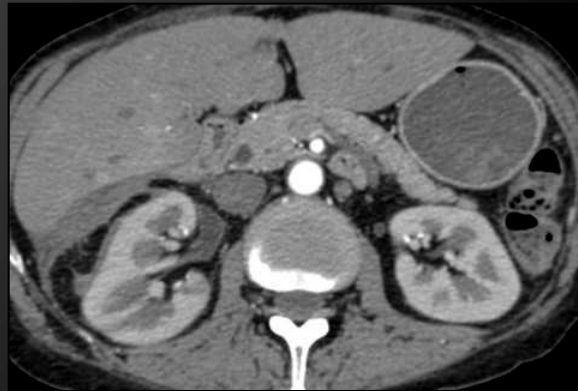
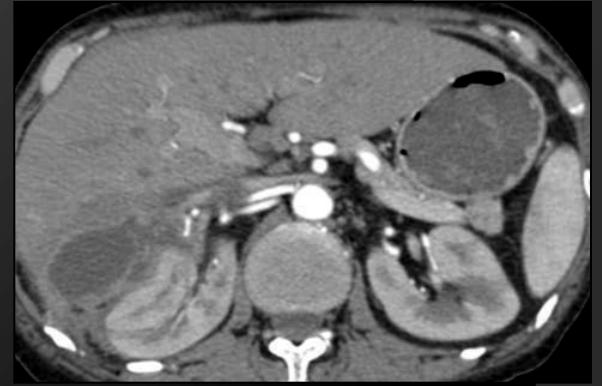
- Aspect échographique : multiples lésions (>5), punctiformes < 3mm, sans cône d'ombre, souvent bilatérales

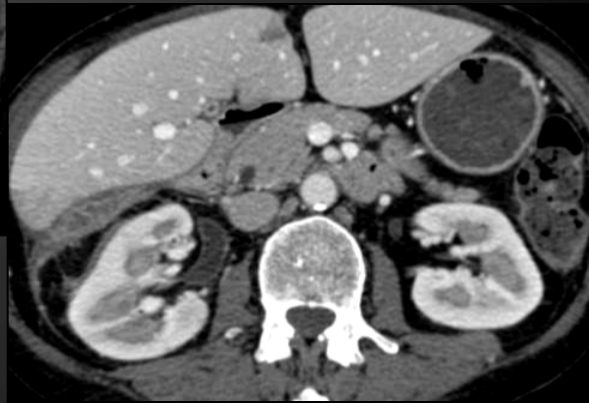
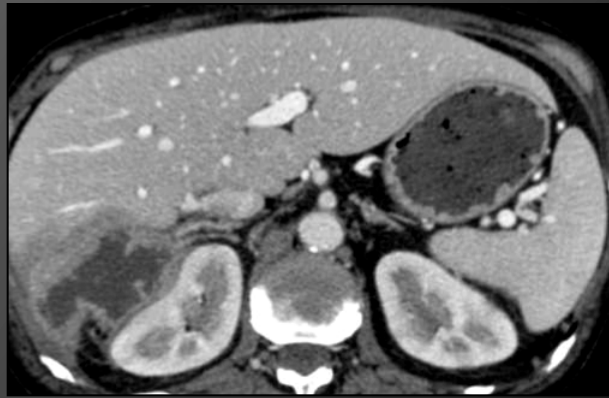
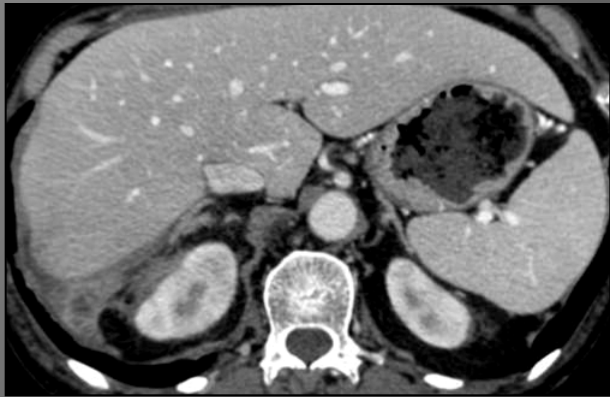


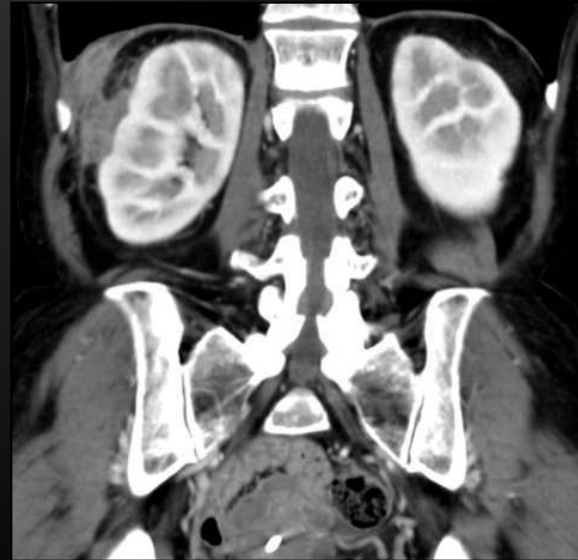
2DG
84
DR
75

3 grades
selon
importance
(Mac ENIFF)

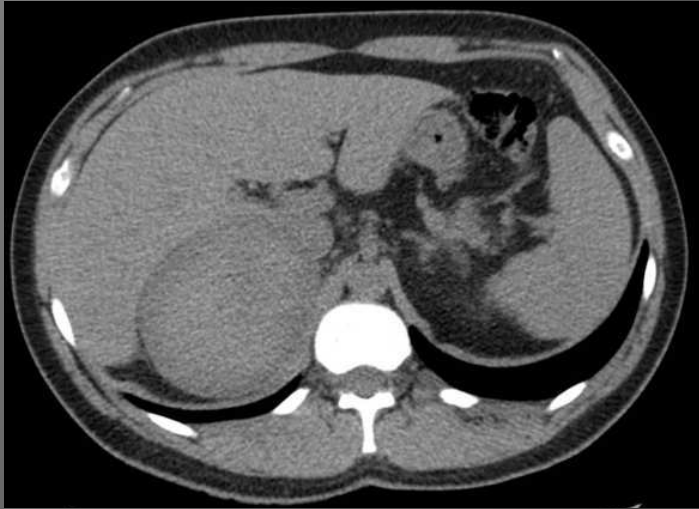
- ⦿ Patiente de 50 ans
- ⦿ Douleurs HCD/FD depuis plusieurs jours
- ⦿ T° 37.8
- ⦿ PCR 125
- ⦿ BU +







ABCES PERI-NEPHRIQUE DROIT

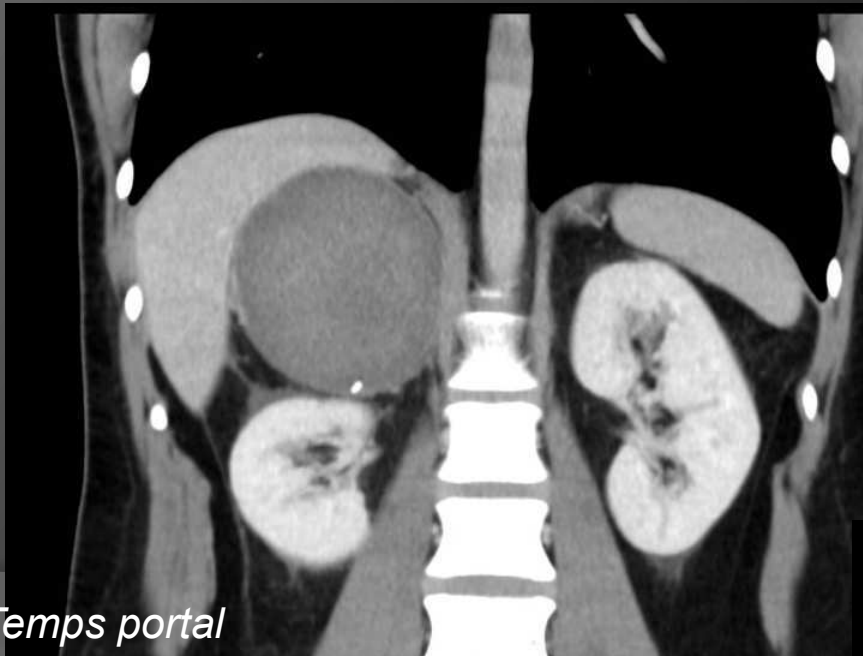


Sans IV
70 UH CAT?

Temps artériel



Temps portal



Pas de prise de contraste
Diagnostic?

Hématome spontané de la surrénale

Etiologie

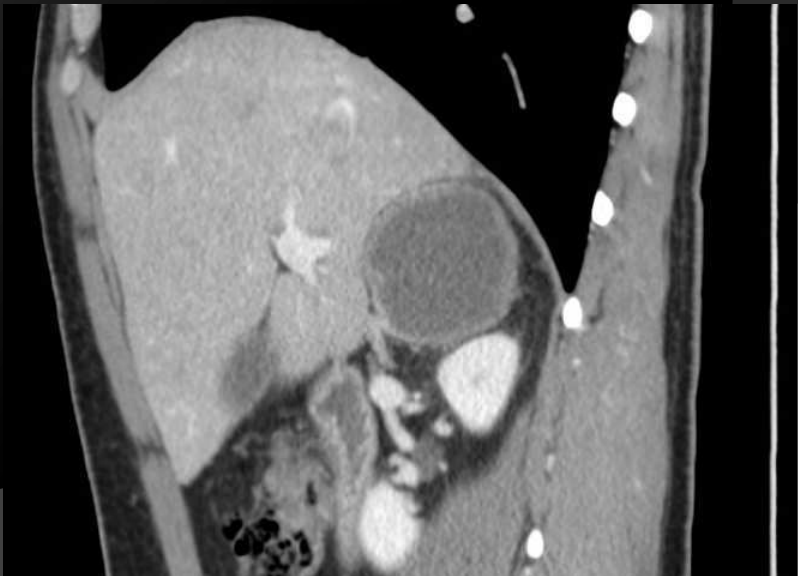
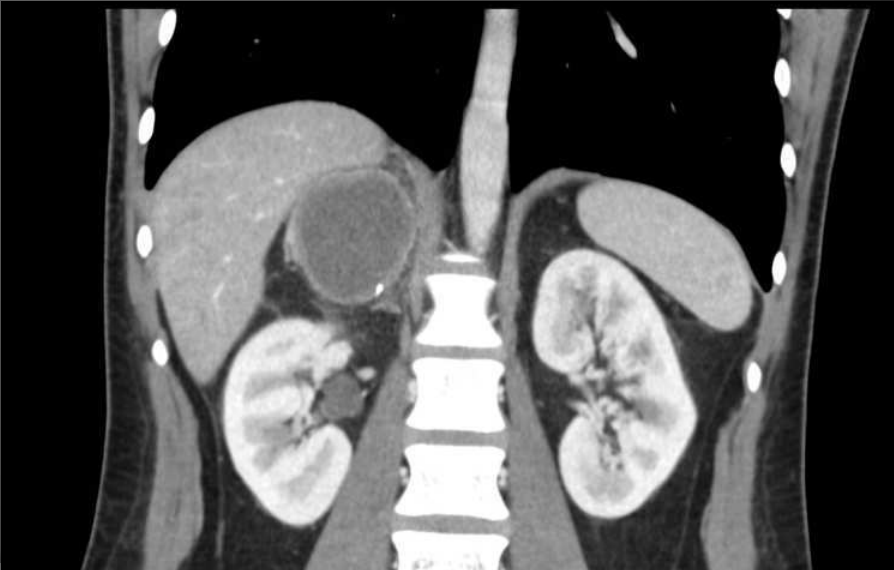
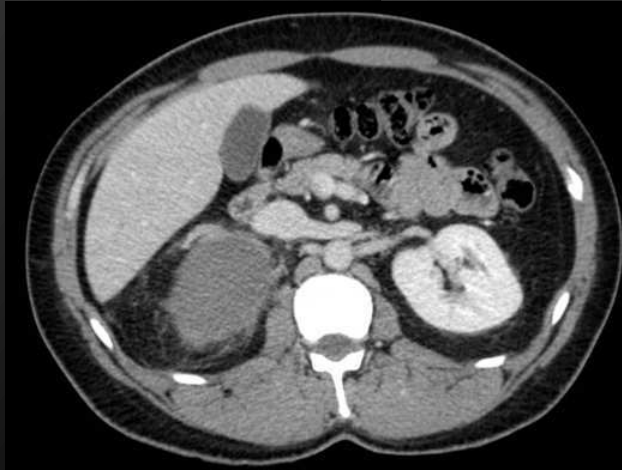
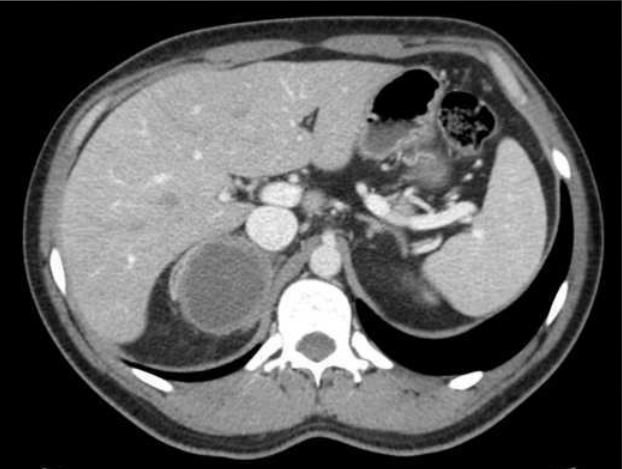
- Traitement anticoagulant (3 premières semaines)
- Troubles de l' hémostasie (CIVD, LED, SAPL)
- Stress important
- Septicémie à germes atypiques (Neisseria meningitidis, Haemophilus influenzae)

Diagnostic différentiel

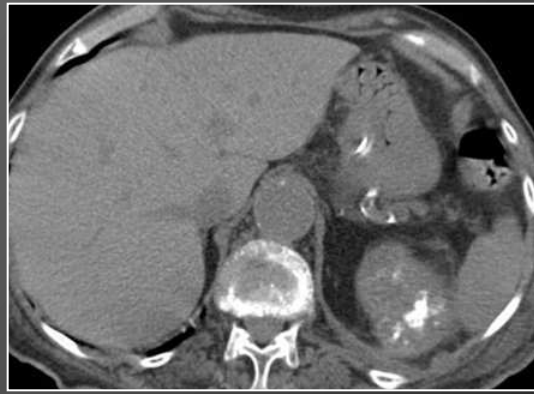
- Tumeur surrénalienne hémorragique:
 - -myélolipome
 - -corticosurréalome
 - -métastase

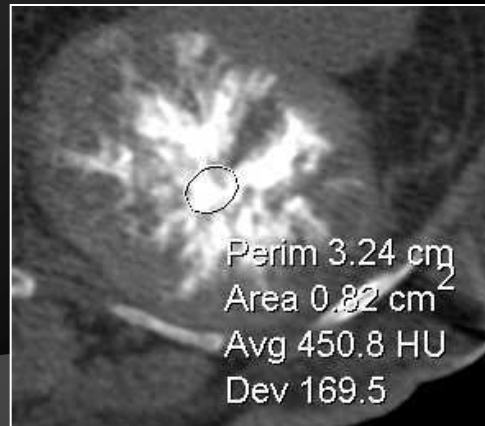
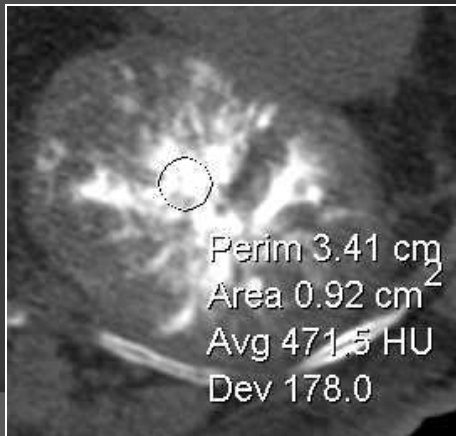
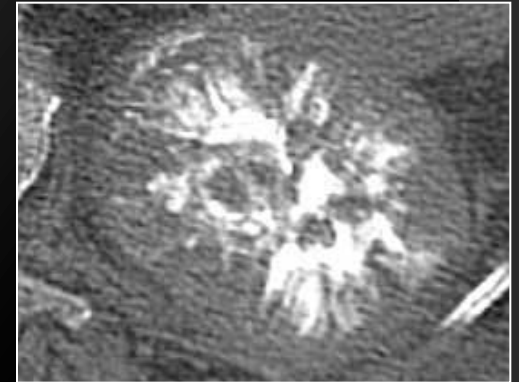
Suivi +++

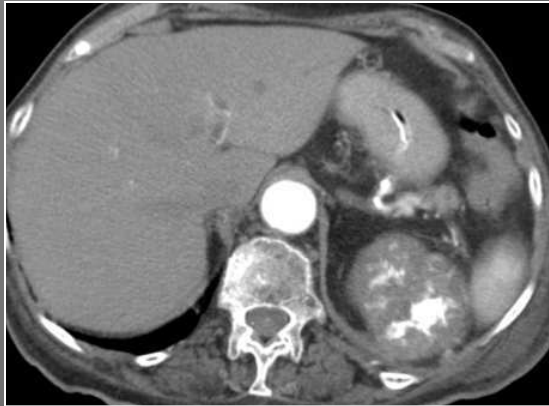
Contrôle évolutif à 2 mois

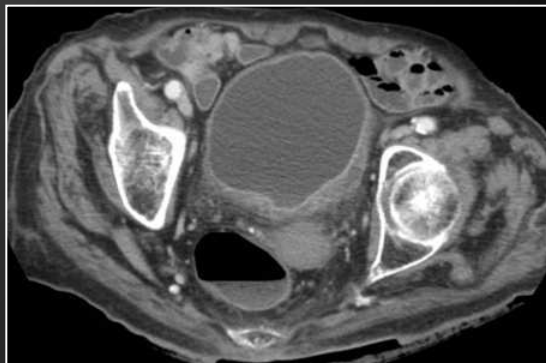


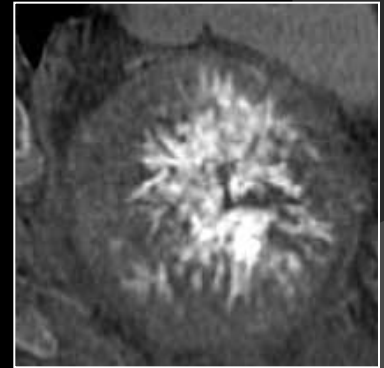
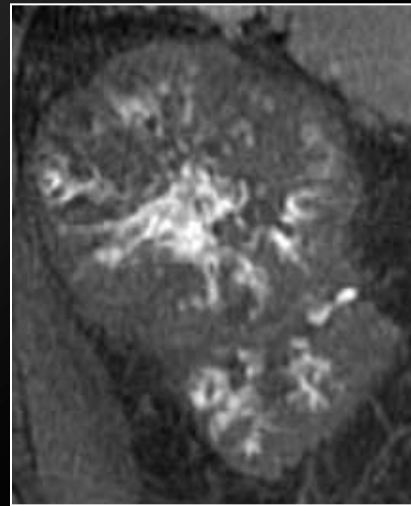
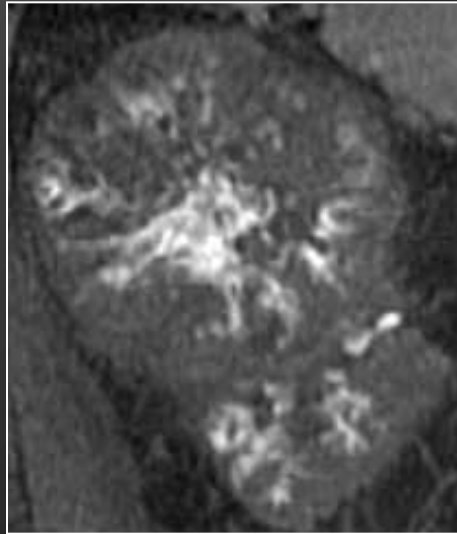
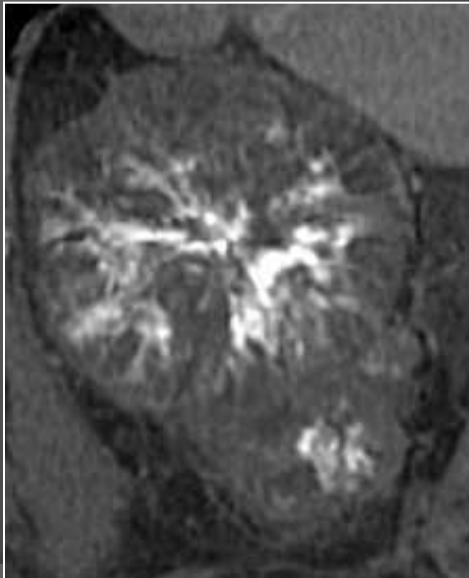
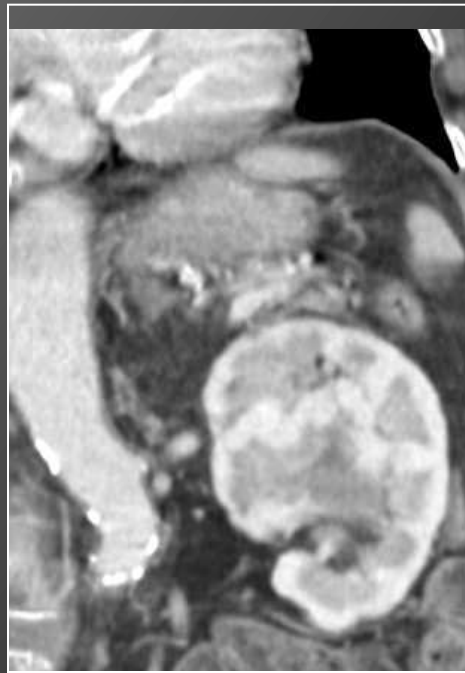
- Patiente de 90 ans
- Altération de l' état général
- vomissements
- Hématurie
- Pas d' atcd particuliers

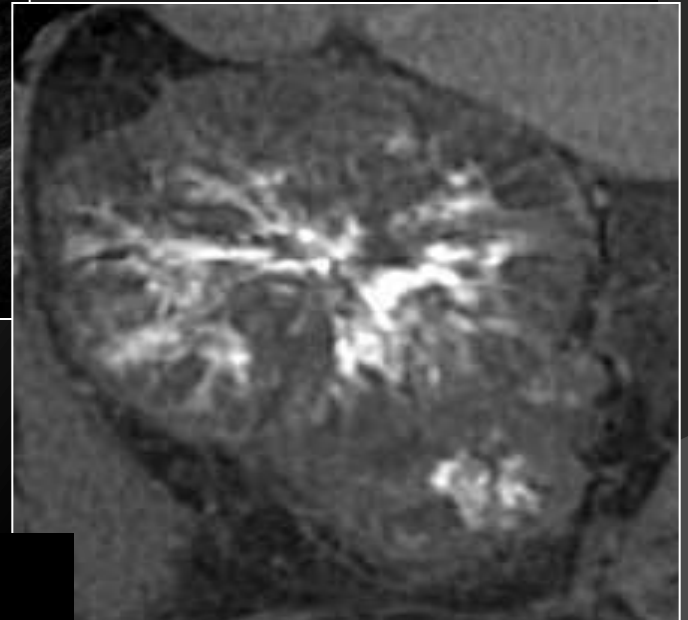
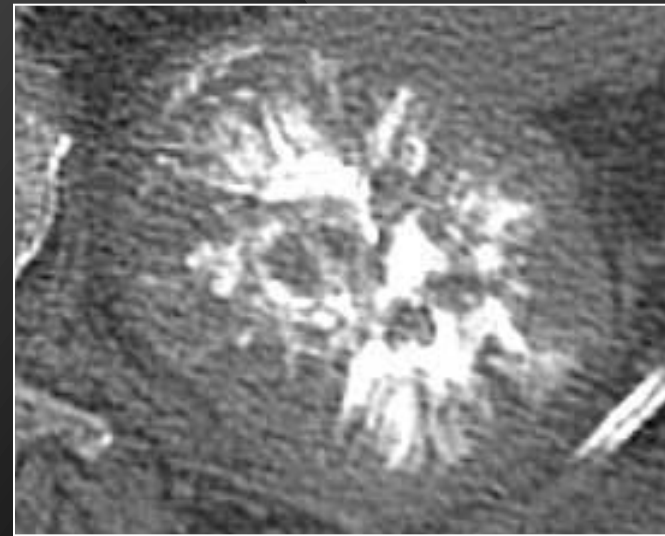
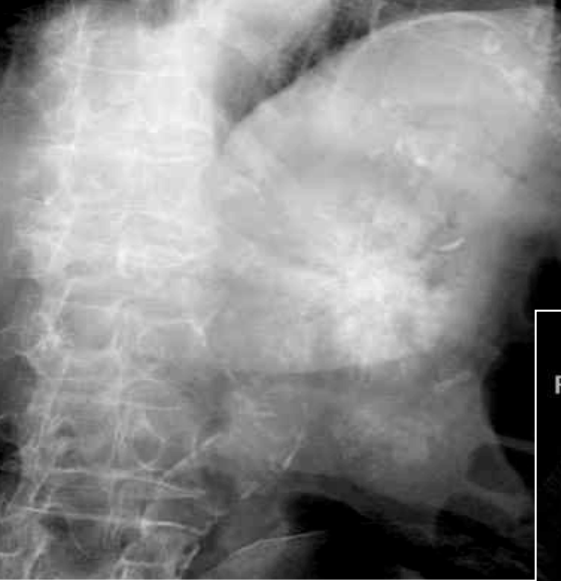






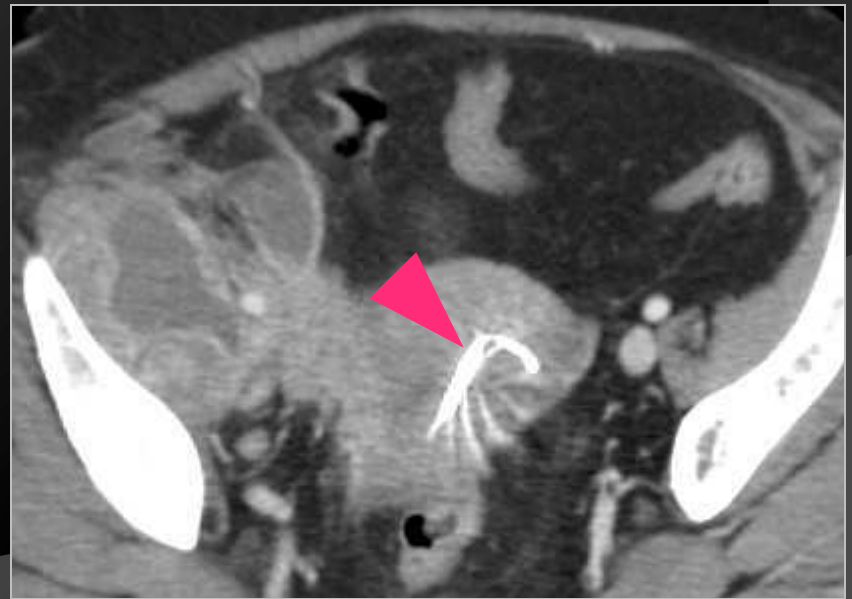
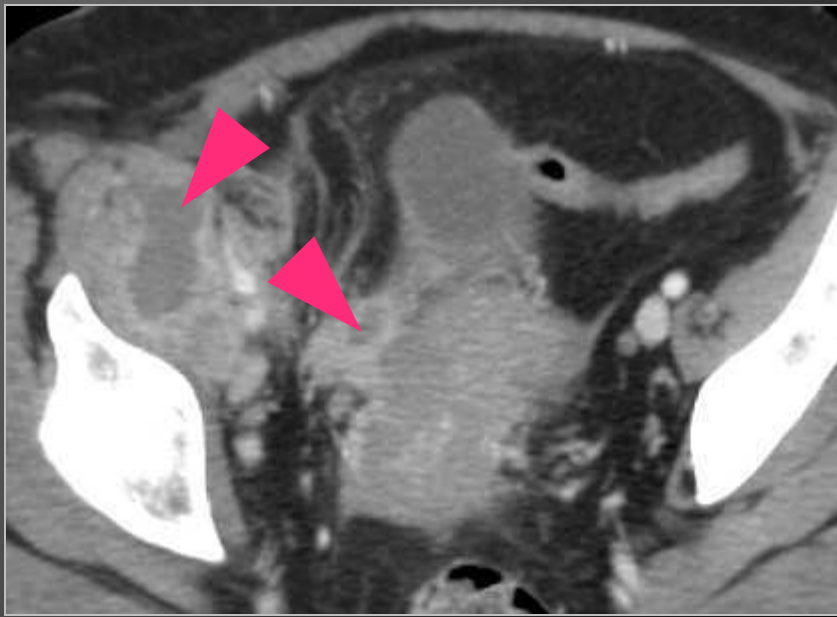
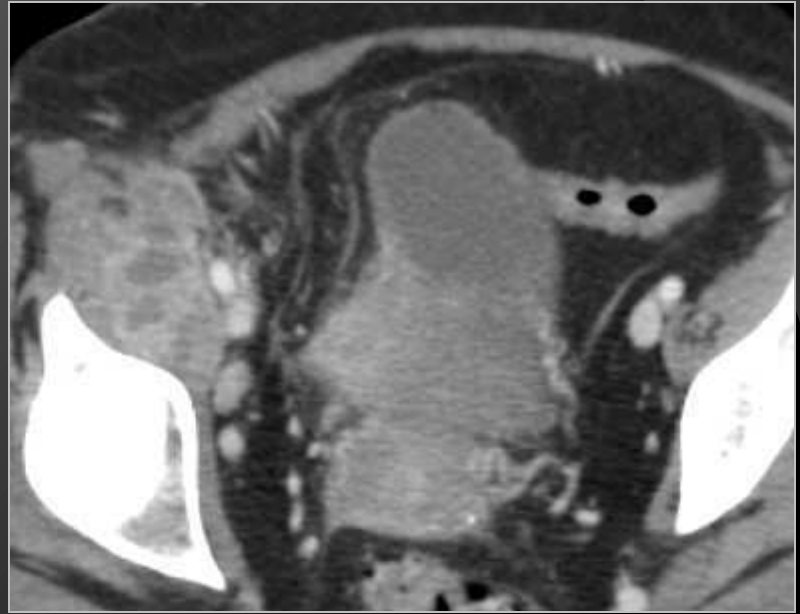


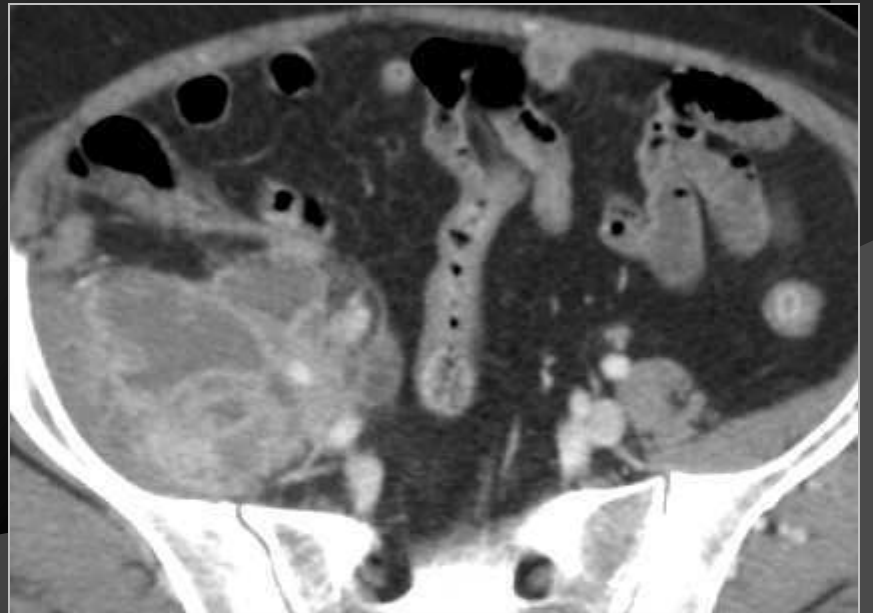
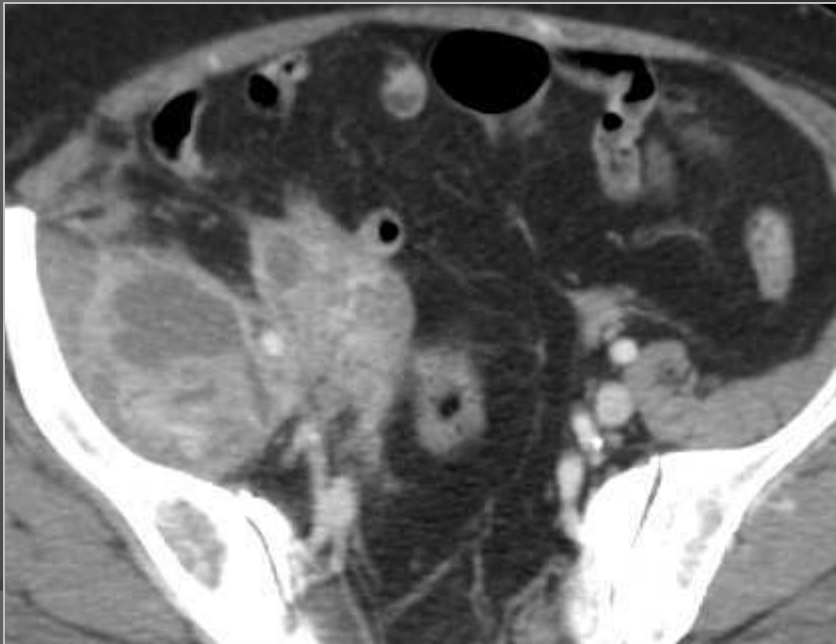
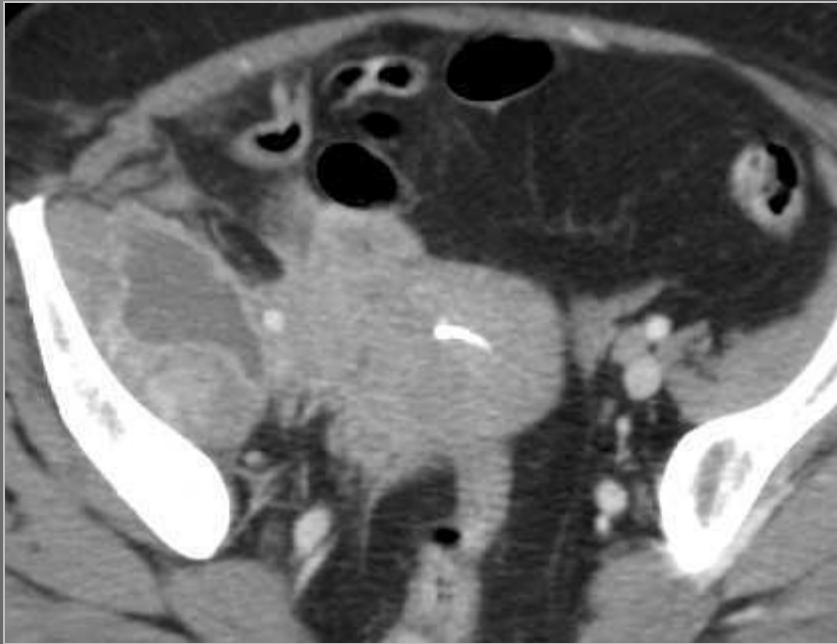


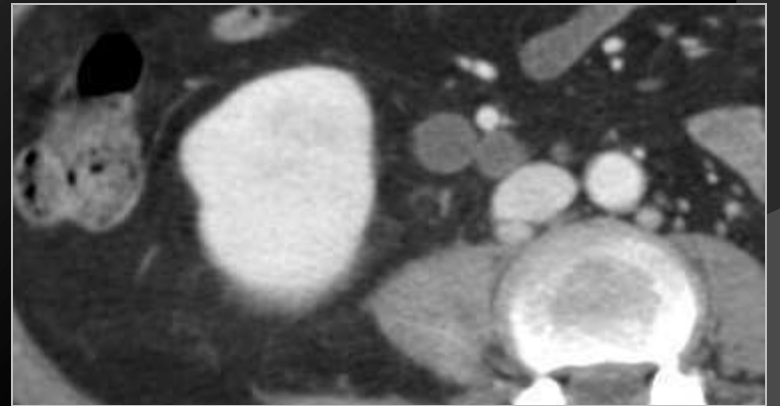
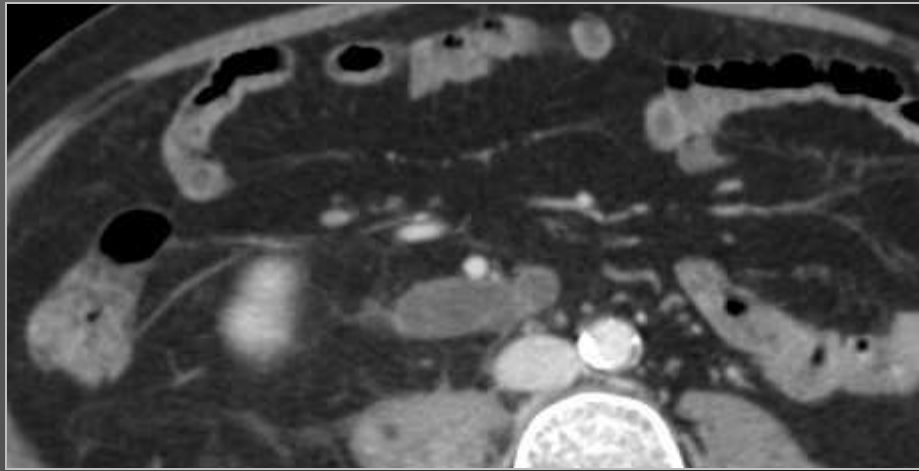
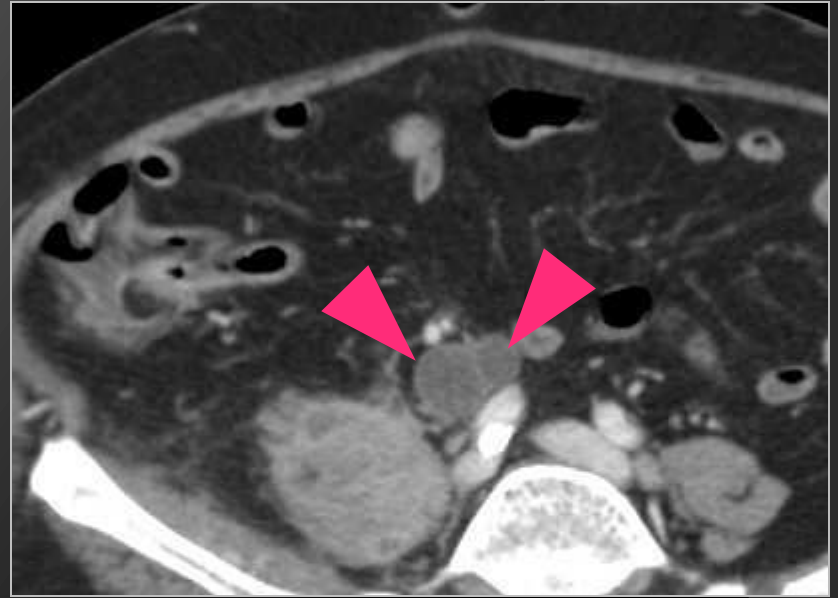
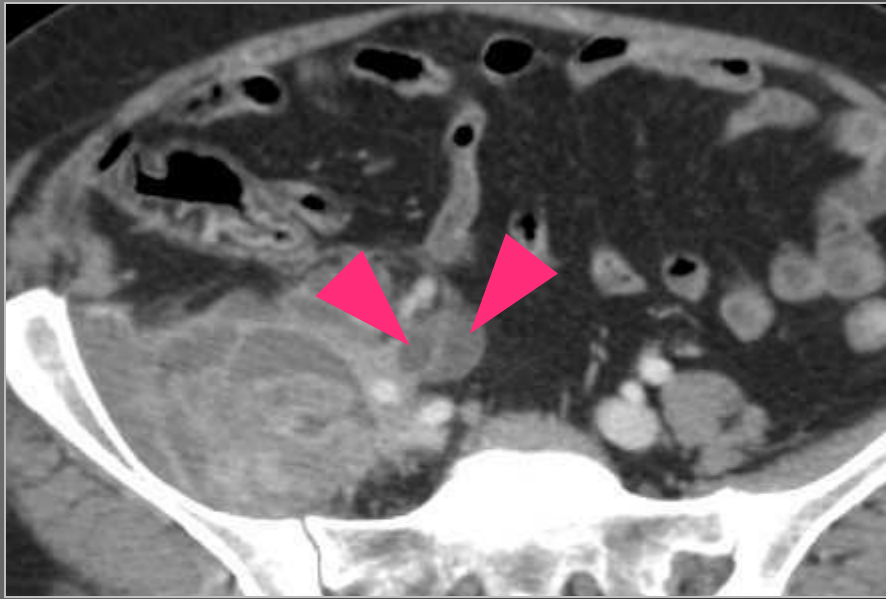


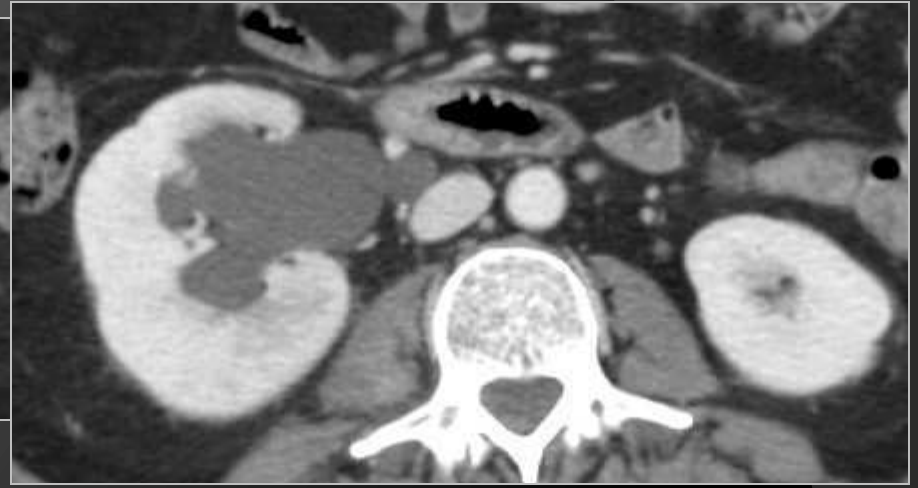
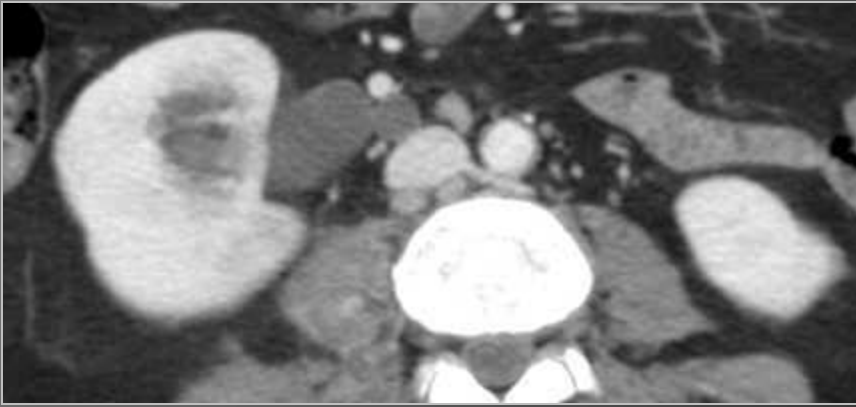
- Tumeur rénale maligne
- « ossifications »
- **Sarcome ostéogénique primitif du rein**

- ⦿ Patiente de 52 ans
- ⦿ Douleurs pelviennes depuis 1 mois
- ⦿ Leucorrhées
- ⦿ Syndrome inflammatoire biologique



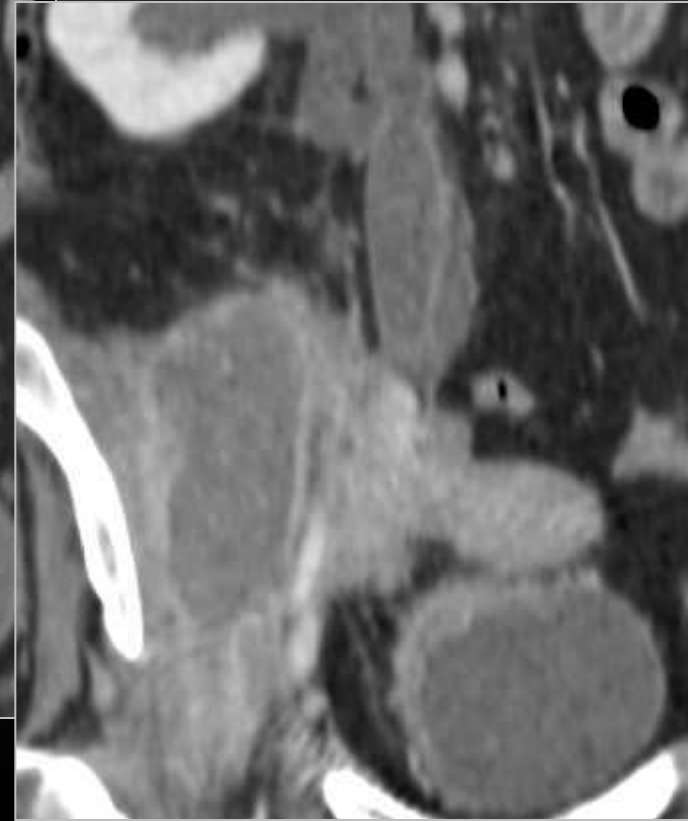
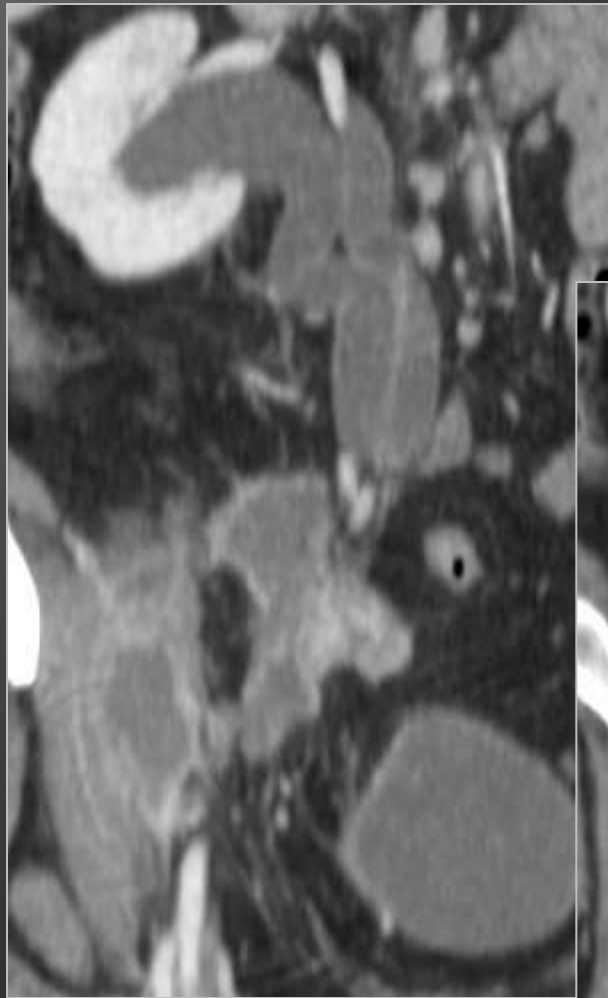
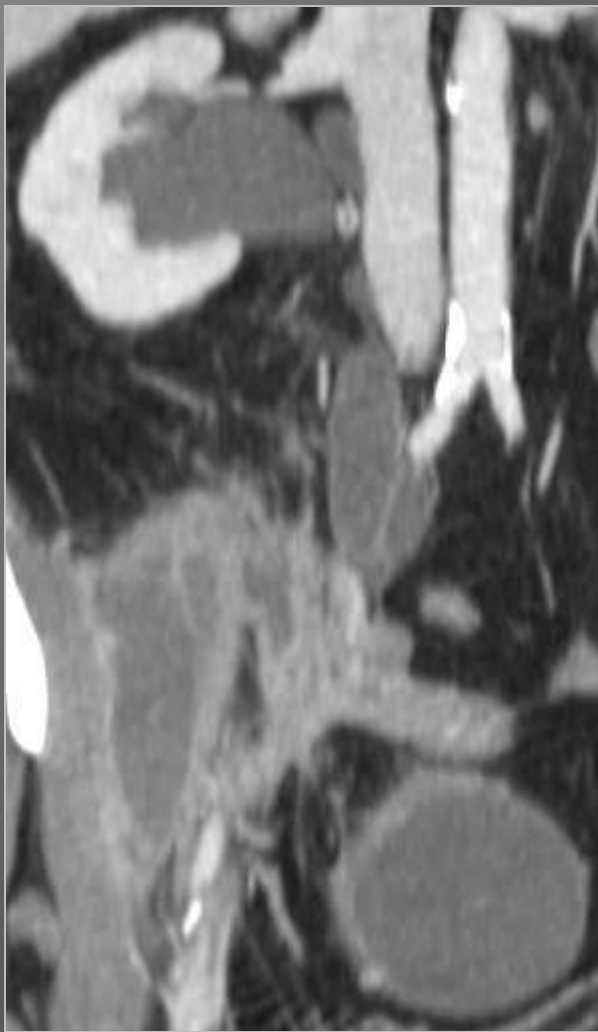










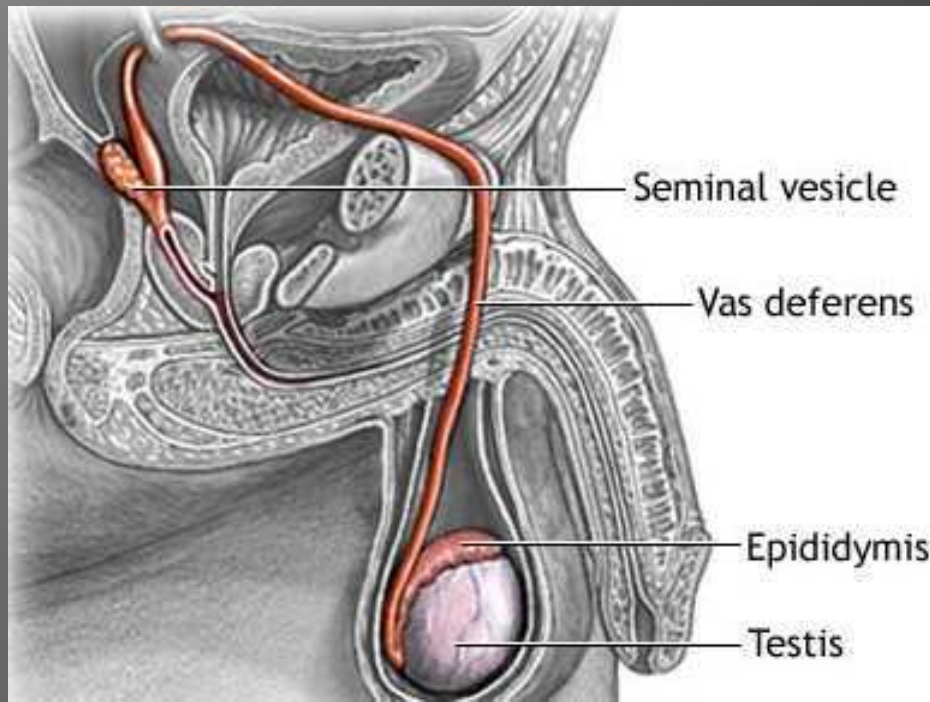


**SALPINGITE DROITE avec abcès du psoas
et urétérohydronéphrose**



De quelle pathologie métabolique souffre ce patient?

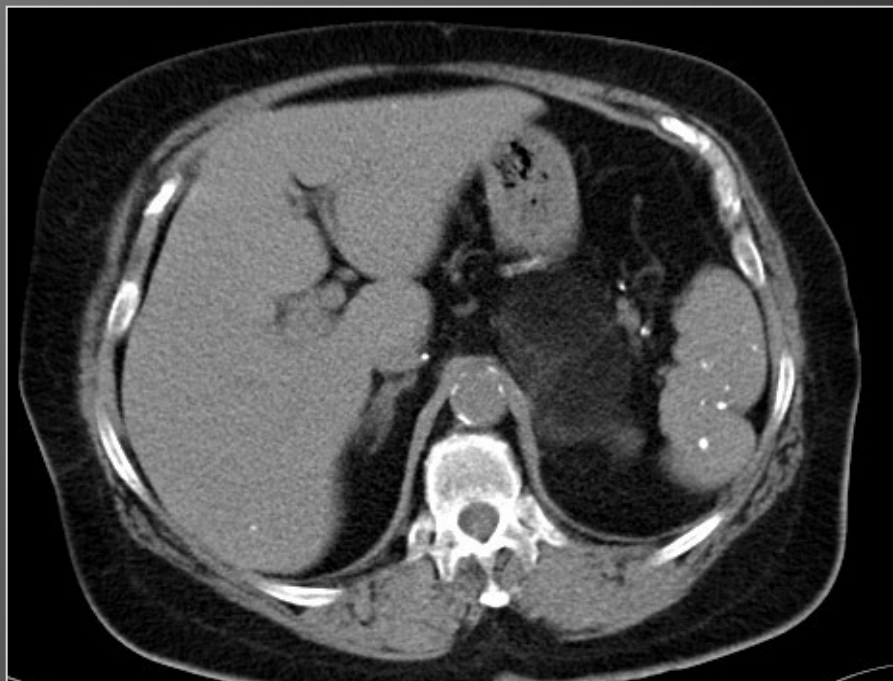




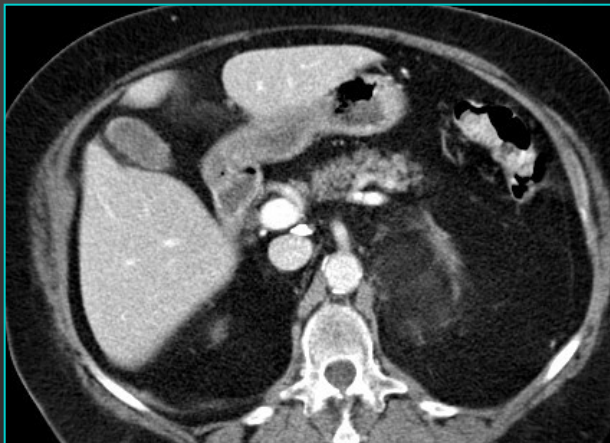
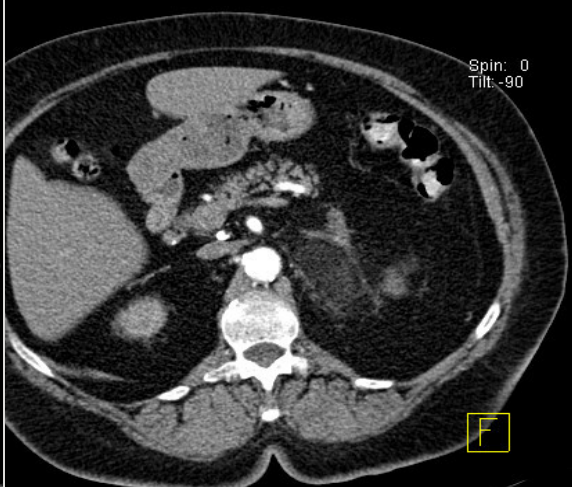
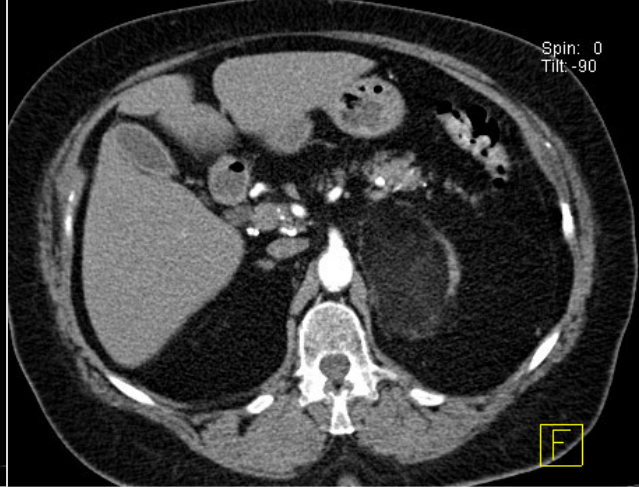
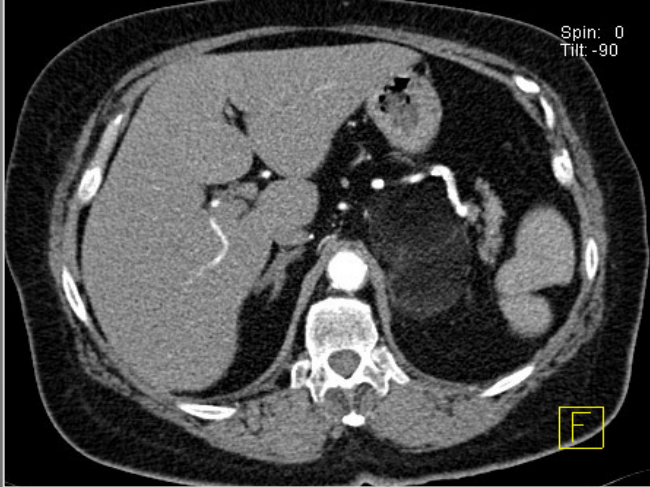
Calcifications des canaux déférents
Terrain : diabétique
- Bilatéral ds 70
- Portion terminale

F 71 ans
Bilan d' HTA

14



CAT?



Myélolipome

- Tumeur **bénigne** = tissu adipeux + tissu hématopoïétique mature
- Habituellement unilatérale mais peut-être bilatérale
- **Pas de dégénérescence** maligne
- Croissance lente
- Révélée par
 - > **Syndrome de masse**
 - > Saignement (contingent hématopoïétique)

TDM : Double composante

- > Tissu **adipeux** mature, hypodense
- > Cellules **moelle hématopoïétique** (30 - 50 UH), avec rehaussement hétérogène
- > Bien limité par une pseudocapsule (cortex surrénalien)



H 33 ans
Appendicite aiguë

15



CAT?

36 UH

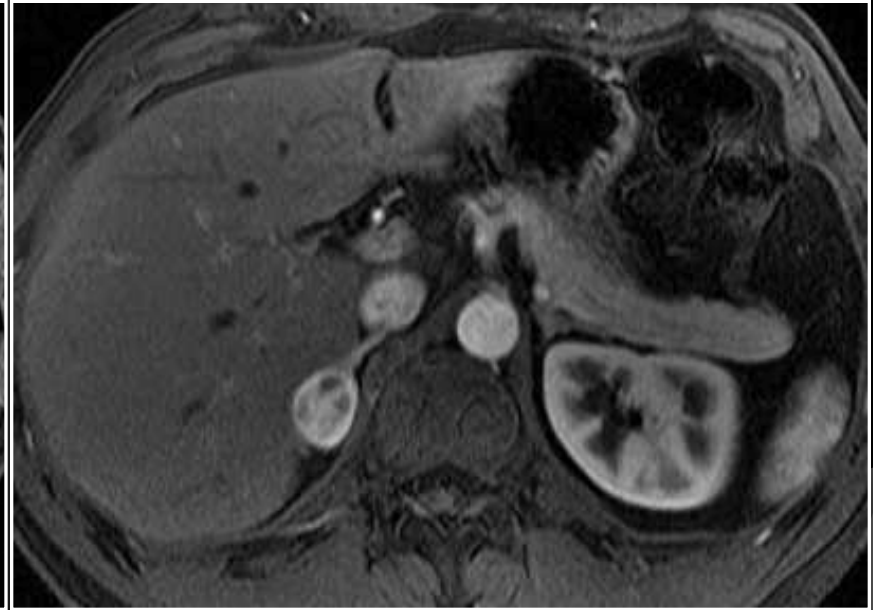
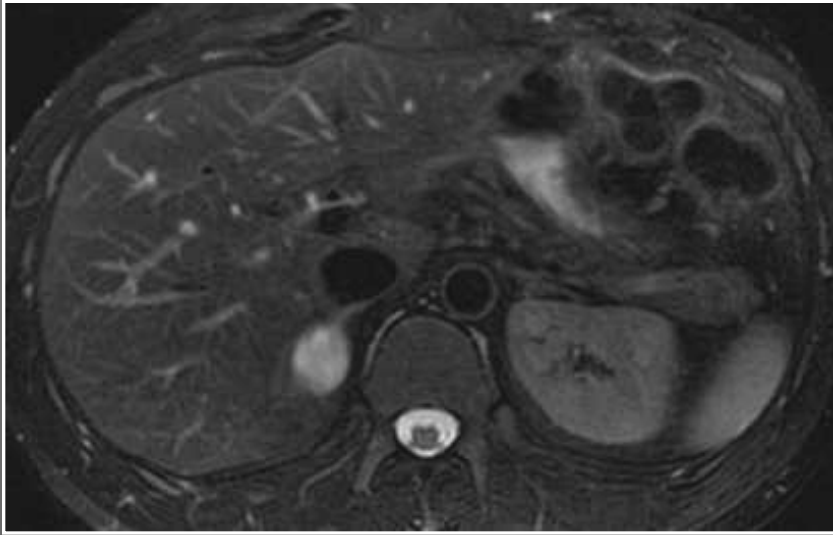


126 UH

WO < 50%
CAT?

-Clinique
-Catécholamines urinaires

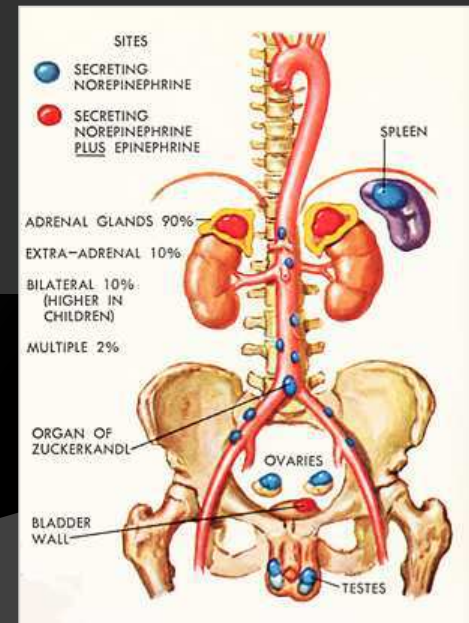
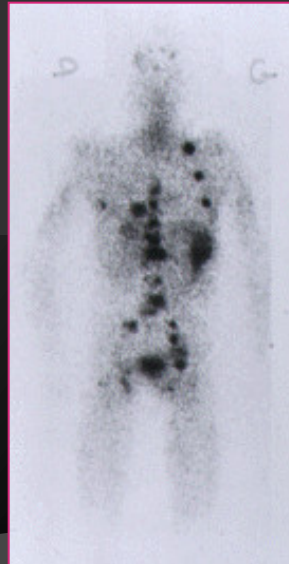




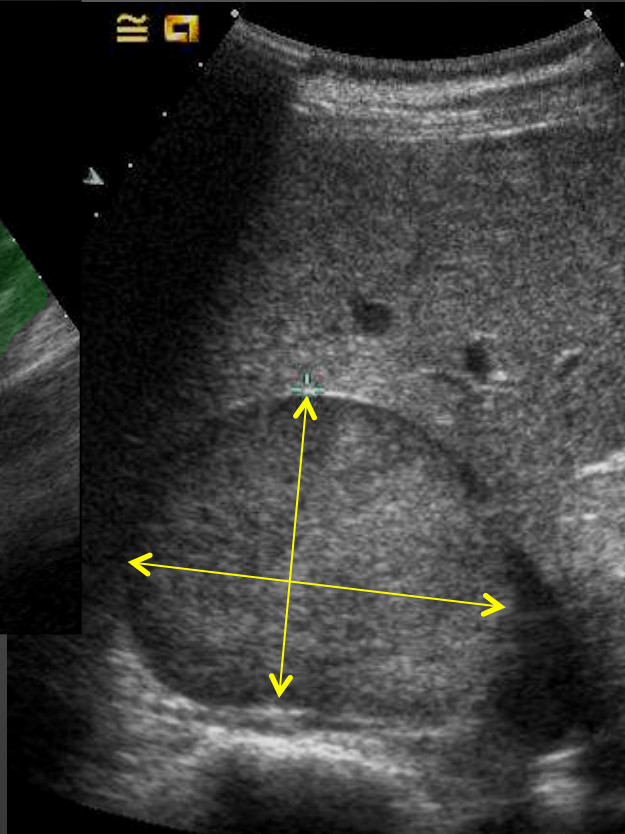
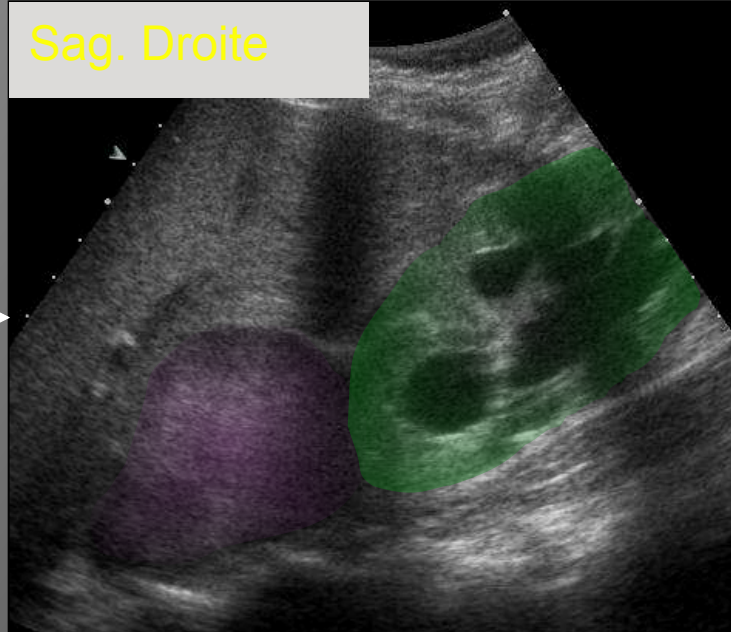
Phéochromocytome

Phéochromocytome

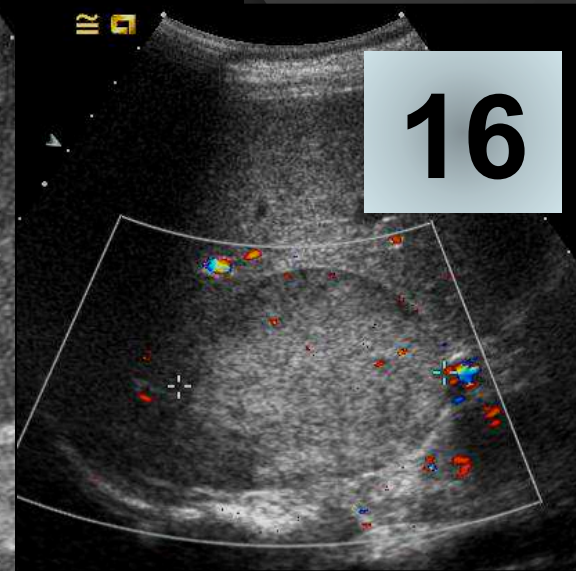
- « Tumeur des 10% » : 10% sont extra-surréaliens; 10% sont malins
90% des extra-surréaliens sont situés dans la région para aortique abdominale sous-rénale
- Rares ; responsables de moins de 1% des HTA (exceptionnellement paroxystique) ; crises adrénérgiques (anesthésie, biopsies , angiographies...)
- NEM
- → scintigraphie MIBG I¹³¹



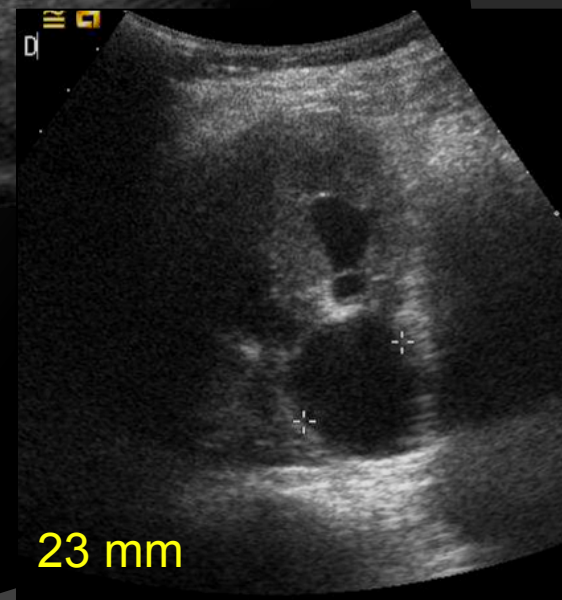
Sag. Droite



5 x 6 cm



16



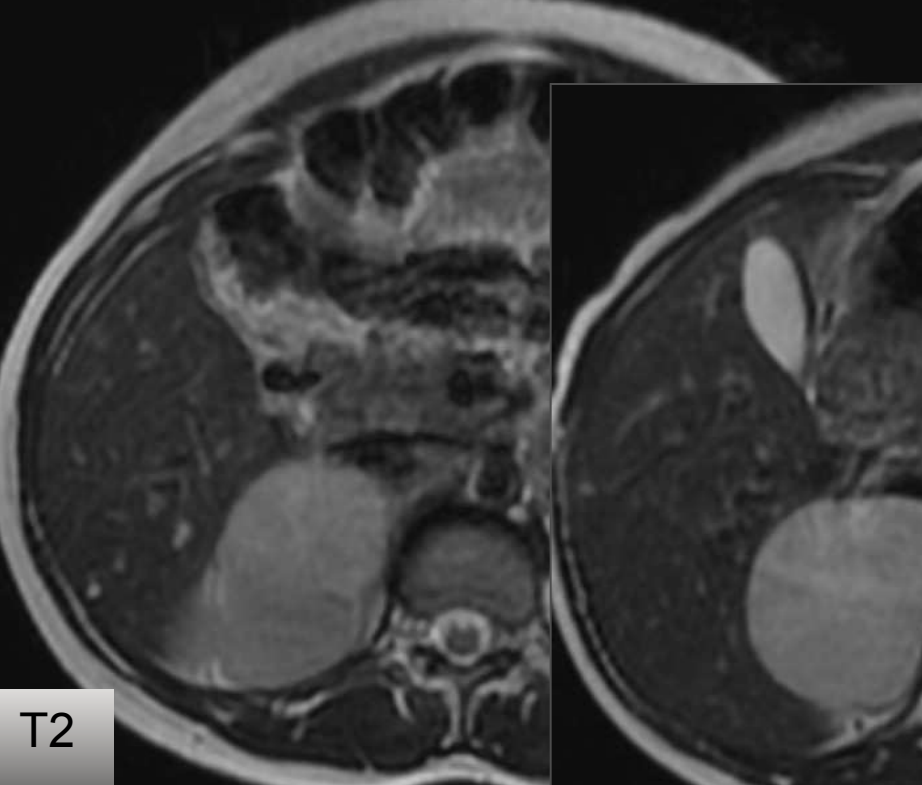
23 mm

Femme 28 ans enceinte

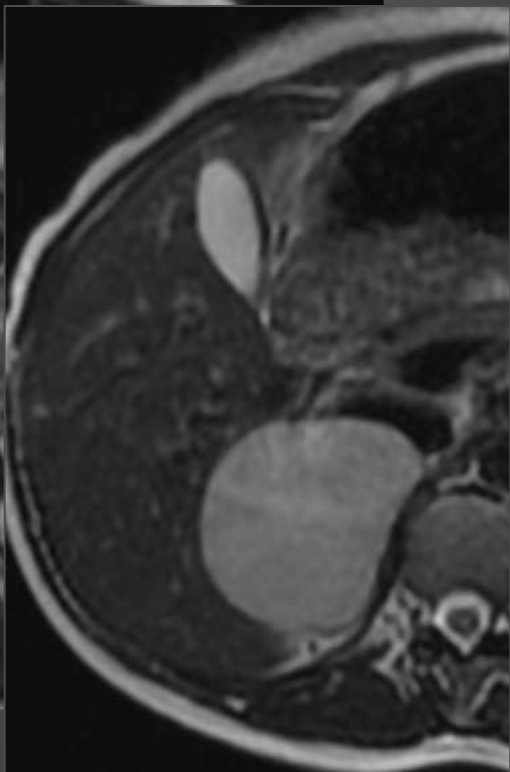
primipare, primigeste

38 SA: poussées hypertensives (TAs= 22)

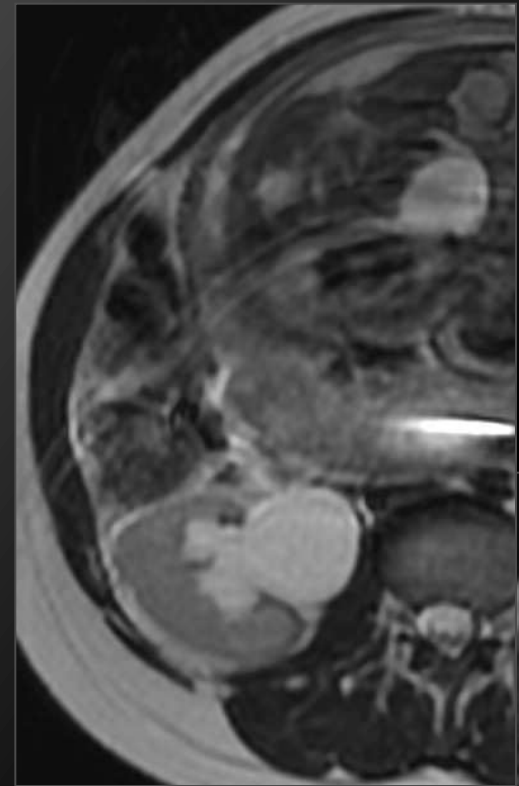
céphalées, palpitations, vertiges



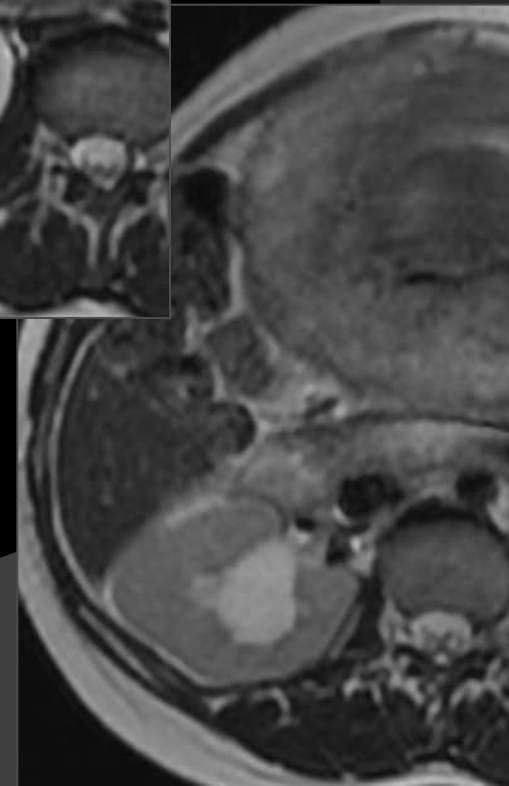
T2

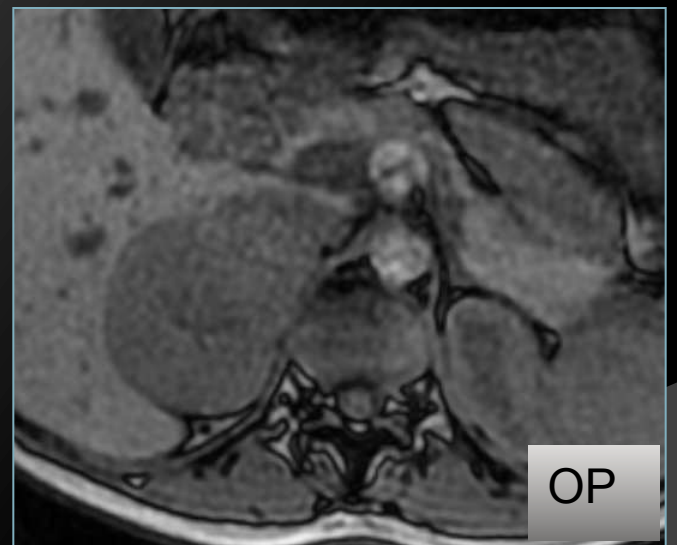
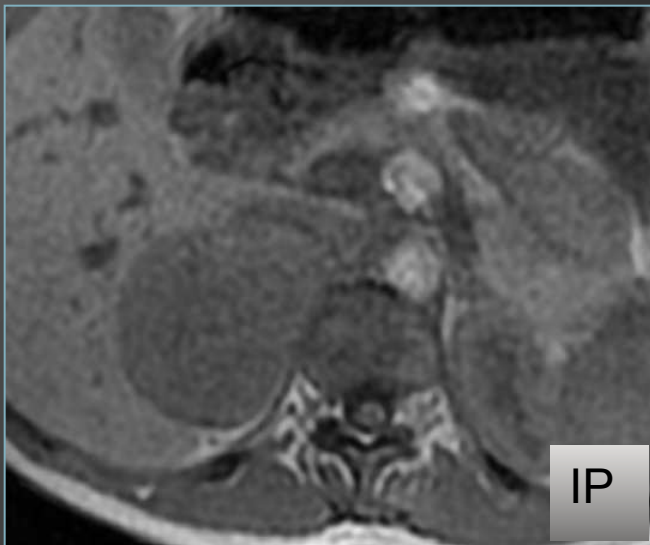
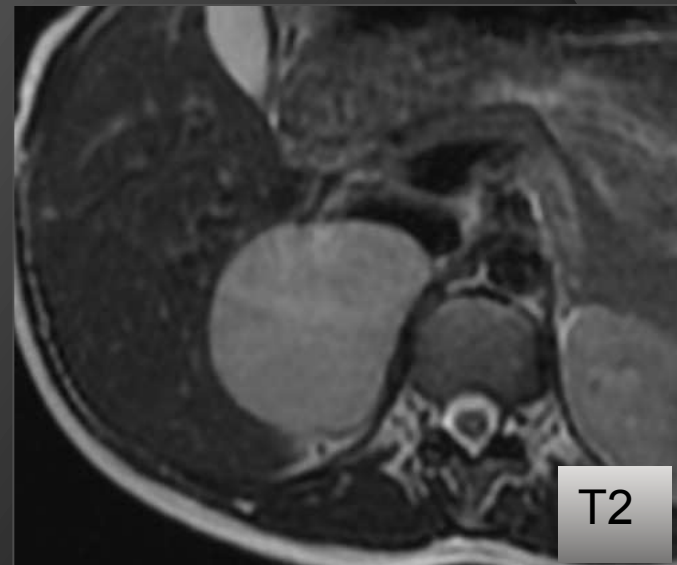
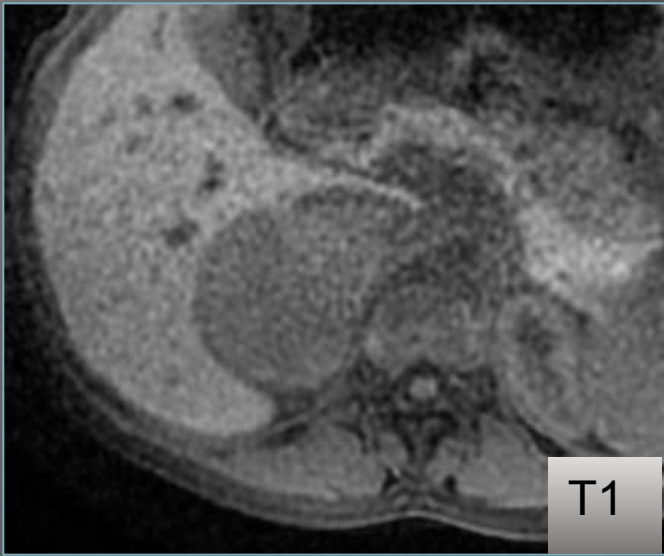


Hypotonie des CPC droites



Formation tissulaire
de la loge surrénalienne droite



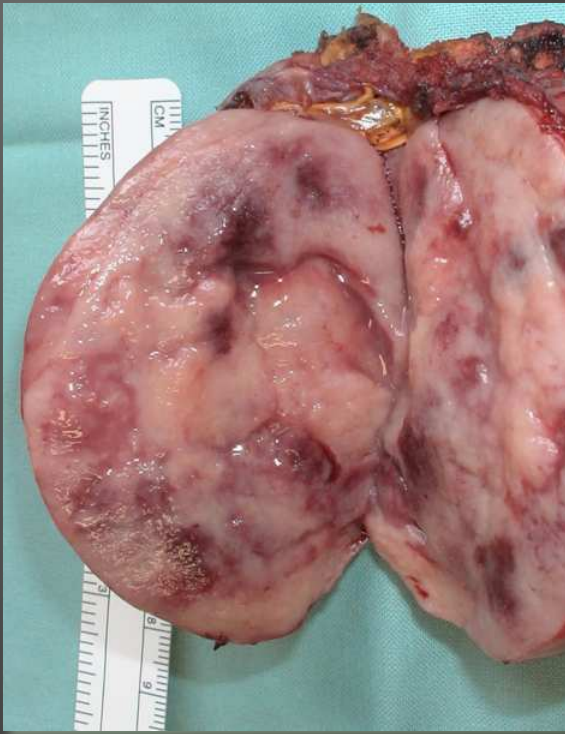


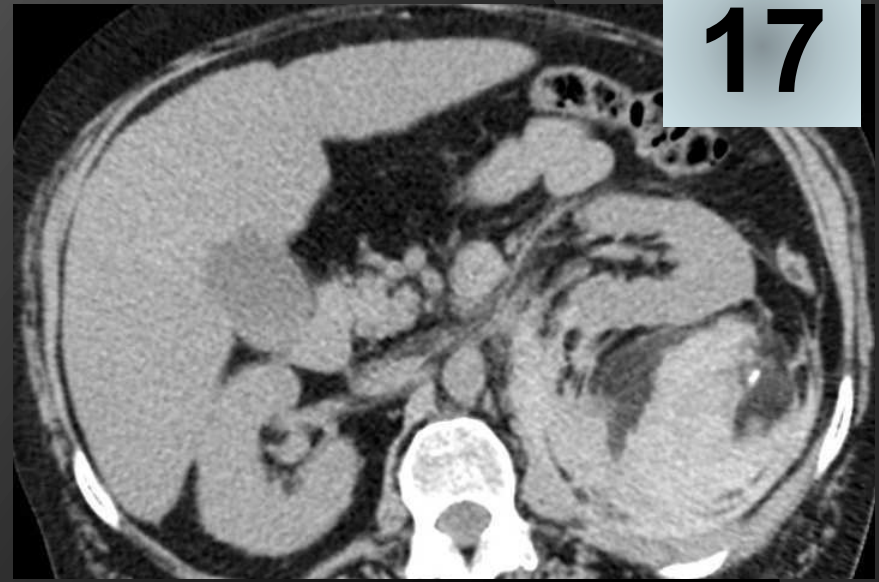
Contexte obstétrical: pas d'injection de gadolinium

Diagnostic?

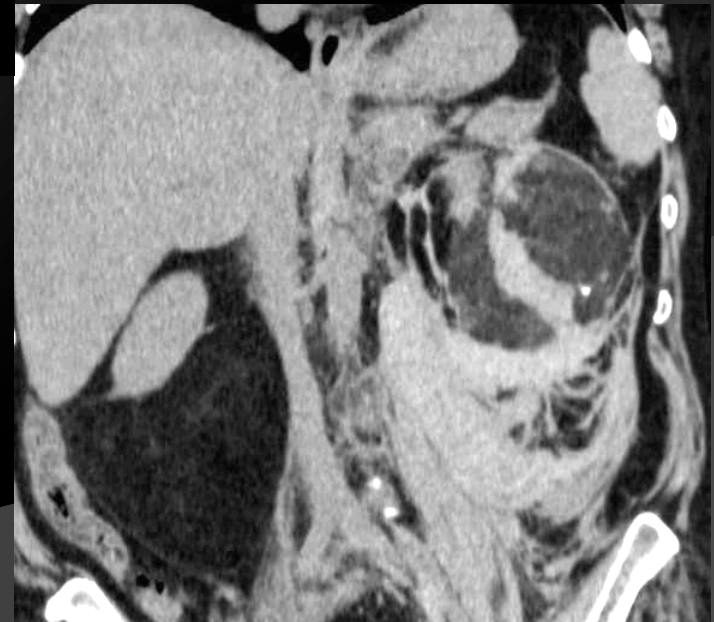
Phéochromocytome

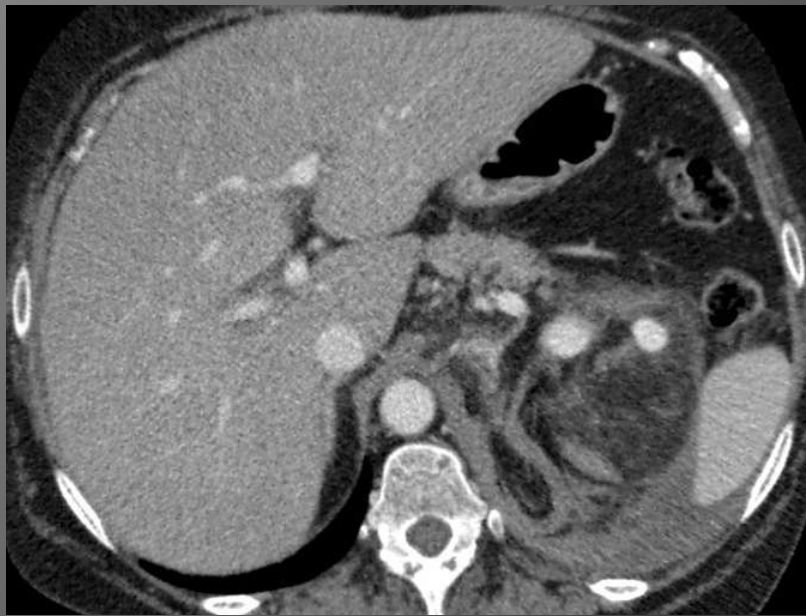
Catécholamines urinaires augmentées
Césarienne programmée sous inhibiteurs calciques
Exérèse différée





F 49 ans
Suspeçon
pyélonéphrite





Angiomyolipome
hémorragique



?



MALADIE CACCHI - RICCI

(ectasie canaliculaire précalicielle)

Les dilatations tubulaires surviennent dans les tubes collecteurs médullaires

+/- calcifiés

Hématurie macroscopique récidivante, des infections urinaires ou des calculs rénaux

Une **hypercalciurie** de même qu' une **hyperparathyroïdie** primitive peuvent être associées à la maladie de Cacci-Ricci et doivent être recherchées de façon systématique

Le traitement comprend la prise en charge appropriée des infections rénales et des calculs.

Patient de 17 ans

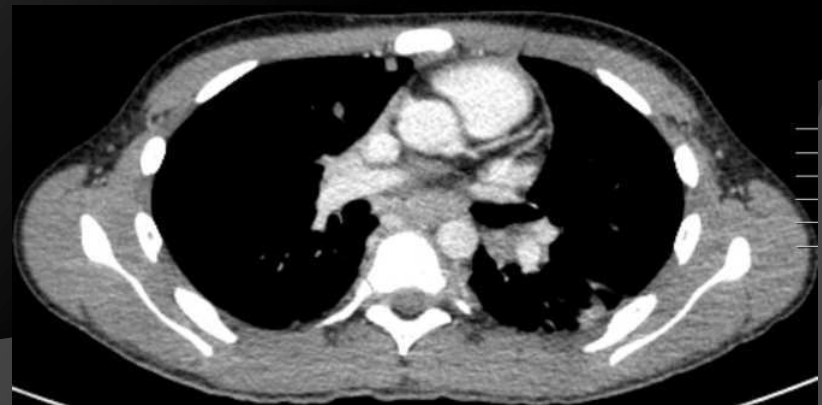
Hématurie non douloureuse

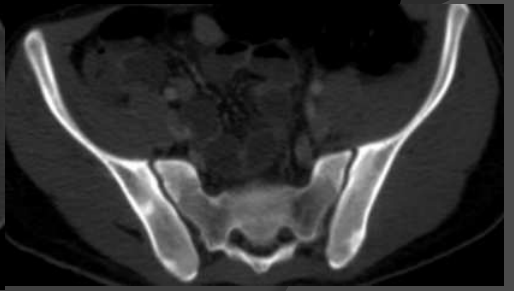
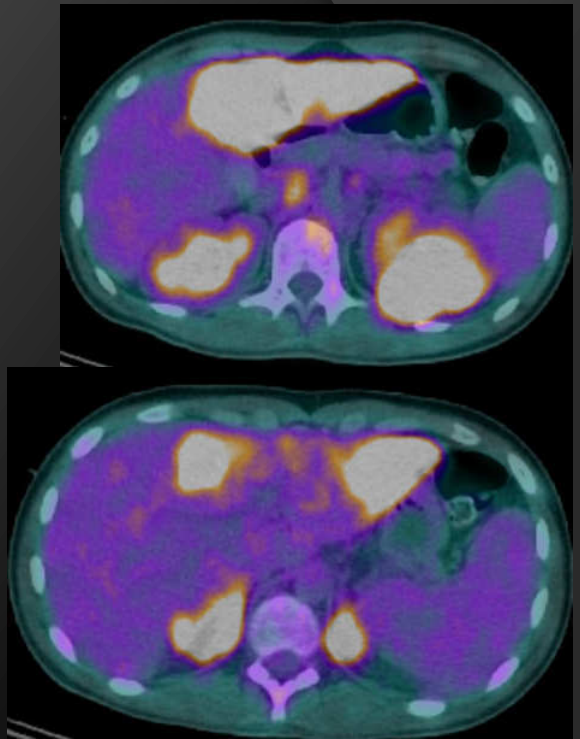




Masse hypodense cortico-médullaire
Hétérogène
Extension péri rénale
Extension à la veine rénale







Hypothèses diagnostiques ?

Anapath : petites cellules, Ewing?

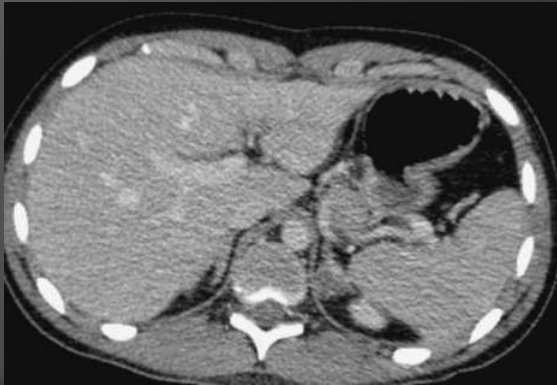
Patient jeune

Drépanocytaire

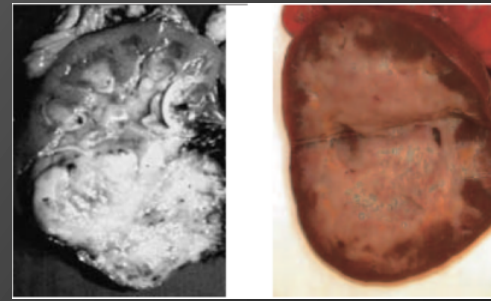
Carcinome médullaire rénal métastatique au diagnostic



Carcinome médullaire rénal T3N2M1



Carcinome médullaire rénal



- Tumeur rare: 1% des tumeurs rénales,
- pronostic sombre, survie <1 an, métastases au diagnostic 80%
- Développé au dépend des cellules rénales: **tube collecteur**
- Point de départ médullaire
- Proche des carcinome de Bellini
- Très **difficilement classable** en histologie (haut grade):
- Formes urothéliales sans évahissement de la voie excrétrice
- Forme papillaire de haut grade non classable
- Profils immuno histochimiques

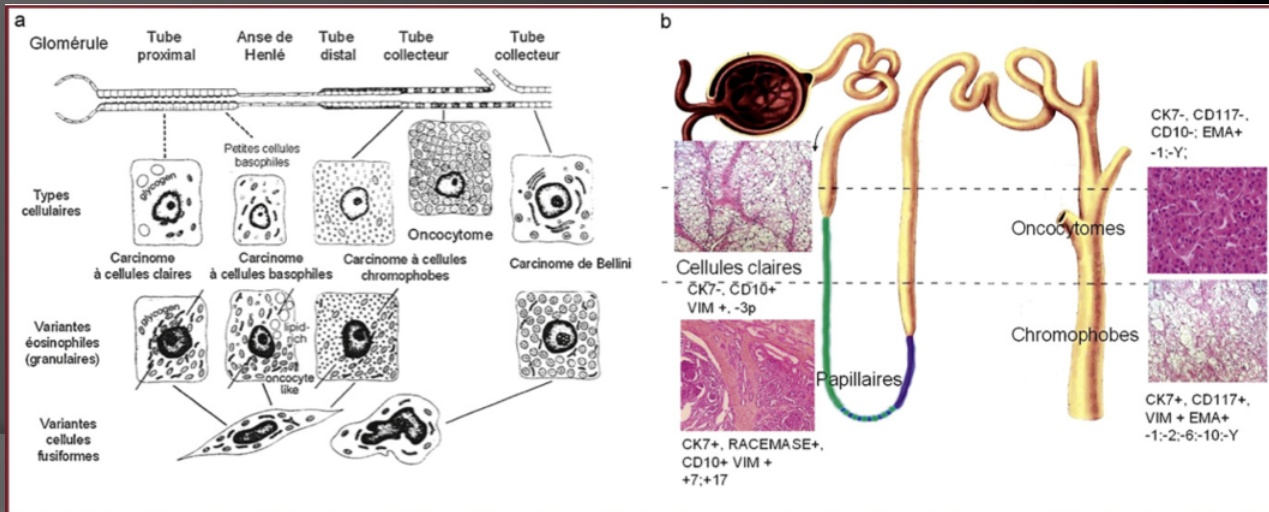
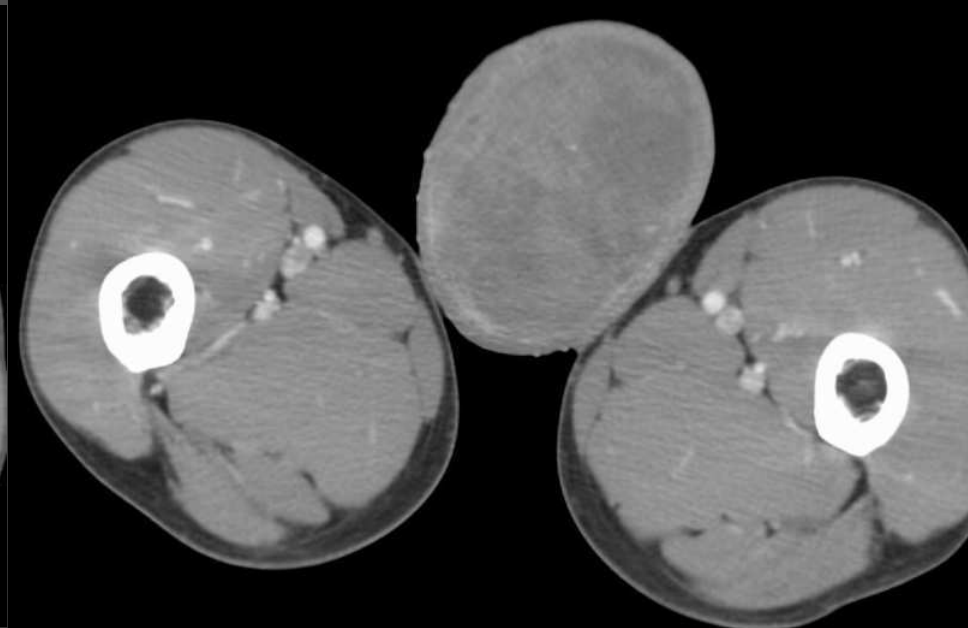
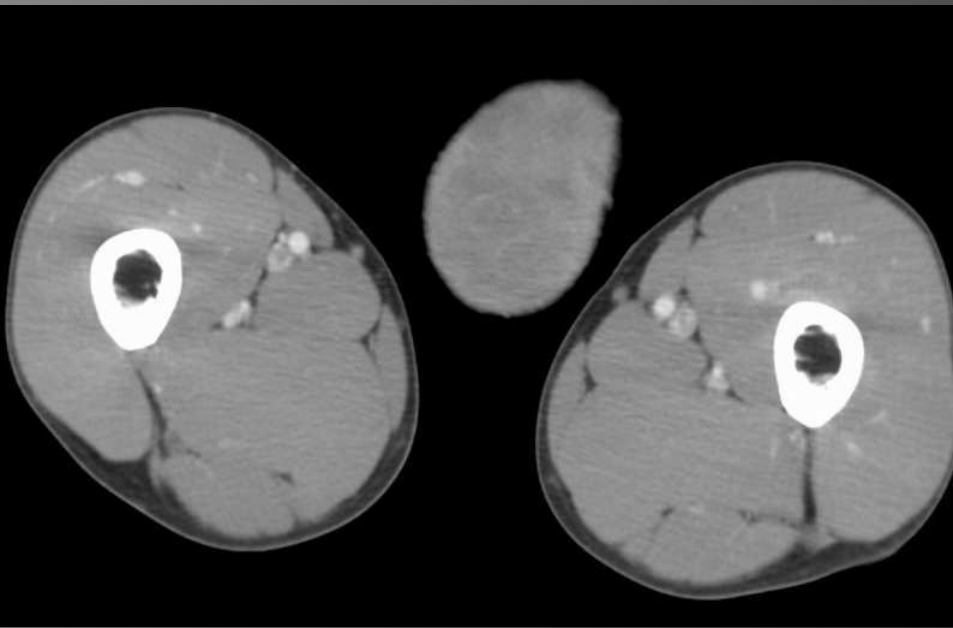


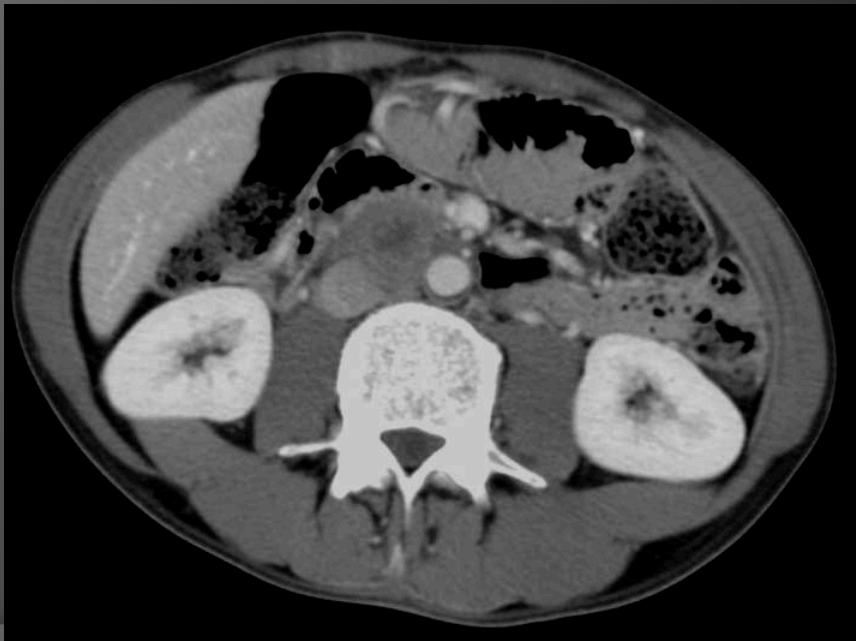
Tableau 1 Classification OMS 2004 des tumeurs du rein. WHO 2004 classification of renal tumors.

- Tumeurs à cellules rénales
 - Carcinome à cellules claires
 - Carcinome kystique multiloculaire à cellules rénales
 - Carcinome papillaire du rein
 - Carcinome chromophile du rein
 - Carcinome des tubes collecteurs de Bellini
 - Carcinome médullaire du rein
 - Carcinome avec translocation Xp11
 - Carcinome associé au neuroblastome
 - Carcinome fusiforme et tubulaire mucineux
 - Carcinome inclassable
 - Adénome papillaire
 - Oncocytome
- Tumeurs métanéphriques
 - Adénome métanéphrique
 - Adénofibrome métanéphrique
 - Tumeur stromale métanéphrique
- Tumeurs néphroblastiques
 - Restes néphrogéniques
 - Néphroblastome
 - Néphroblastome kystique partiellement différencié
- Tumeurs neuroendocrines
 - Carcinoïde
 - Carcinome neuroendocrine
- Tumeur primitive neuro-ectodermique
 - Neuroblastome
 - Phéochromocytome
- Tumeurs cellulaires germinales
 - Tératome
 - Choriocarcinome
- Tumeurs mésenchymateuses, survenant principalement chez les enfants
 - Sarcome à cellules claires
 - Tumeur rhabdoïde
 - Néphrome mésoblastique congénital
 - Tumeur rénale ossifiante des enfants
- Tumeurs mésenchymateuses, survenant principalement chez les adultes
 - Léiomyosarcome
 - Angiosarcome
 - Rhabdomyosarcome
 - Histiocytome fibreux malin
 - Hémangiopéricytome
 - Ostéosarcome
 - Angiomyolipome
 - Angiomyolipome épithélioïde
 - Léiomyome
 - Hémangiome
 - Lymphangiome
 - Tumeur cellulaire juxtaglomérulaire
 - Tumeur cellulaire interstitielle rénomédullaire
 - Schwannome
 - Tumeur fibreuse solitaire
- Tumeurs mixtes épithéliales et mésenchymateuses
 - Néphrome kystique
- Tumeur mixte épithéliale et stromale
 - Sarcome synovial

- **H 43 ans**
- **masse testiculaire droite depuis 3 ans**
- **Alpha-foeto-protéines Normales**
- **Bêta HCG discrètement augmentées**
- **LDH 3 fois la Normale**









Examen anatomo-pathologique avec étude immunohistochimique

- Aspect de **séminome** en grande partie nécrosé avec envahissement de l' albuginée et du cordon spermatique

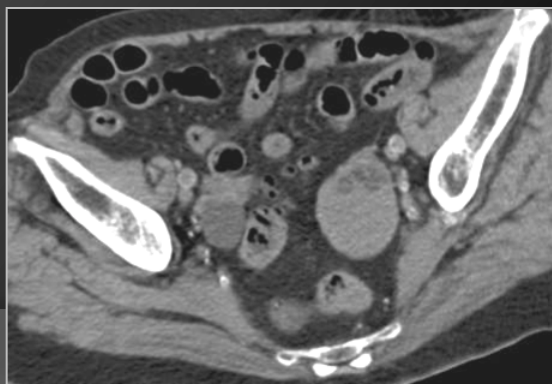
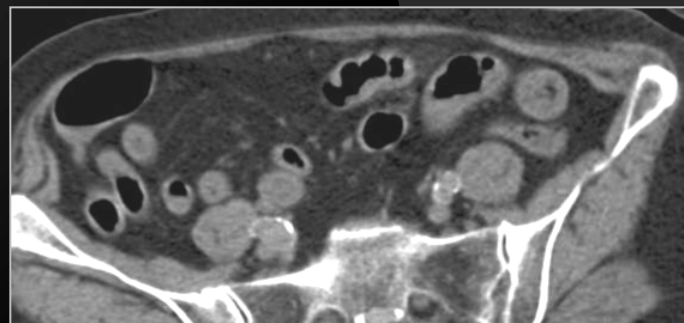
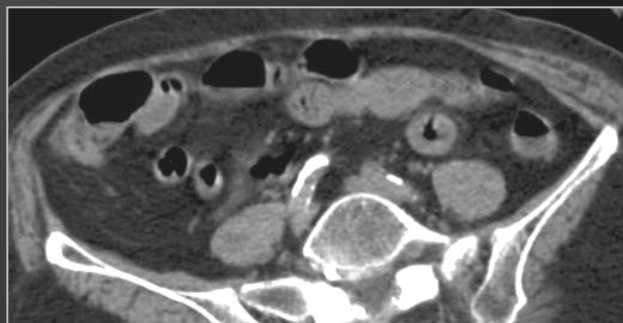
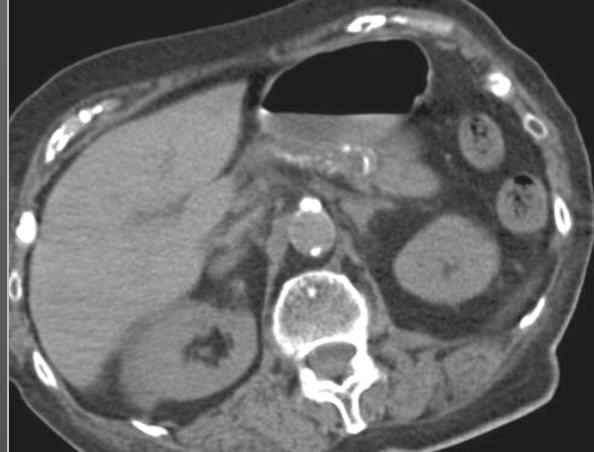
Douleur abdominales, vomissements chez une patiente de 93 ans..

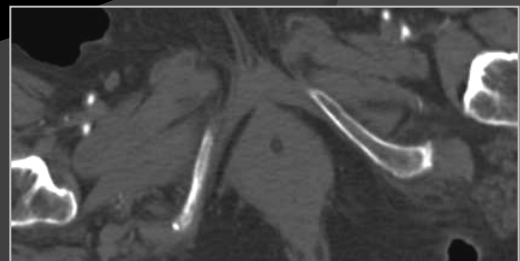
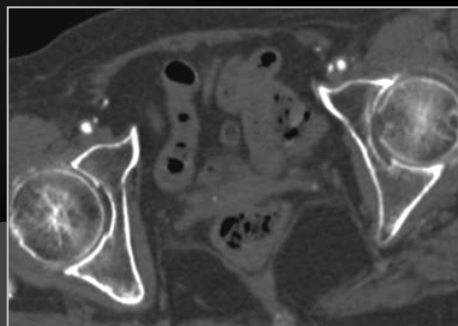
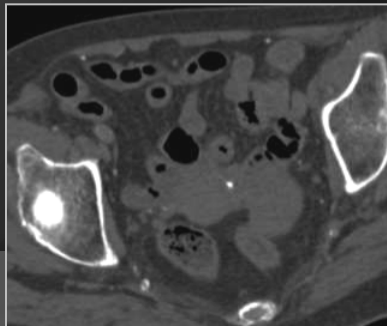
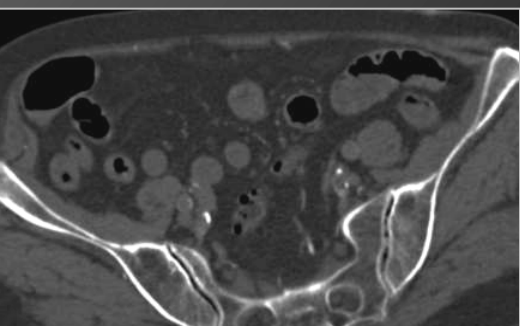
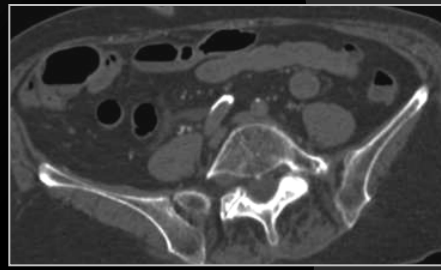
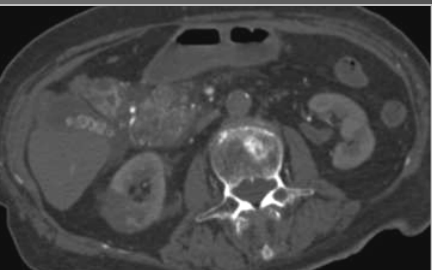
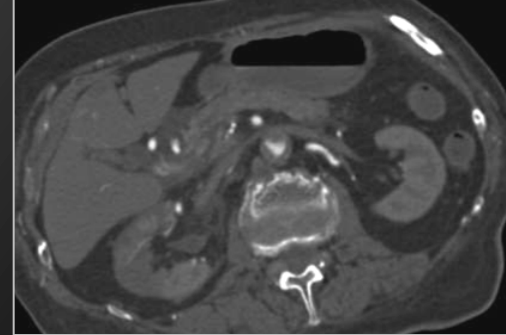
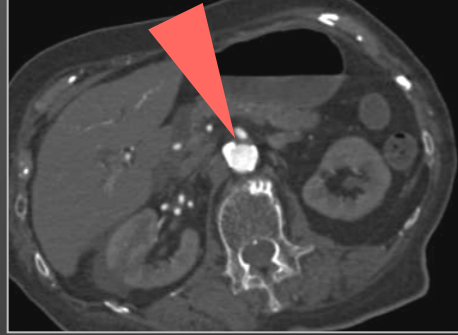
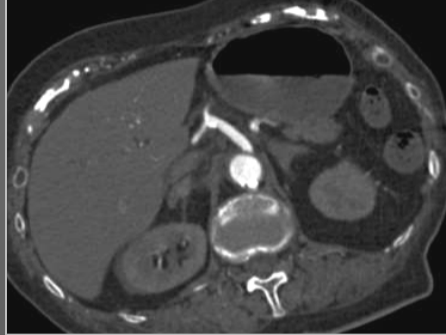
ATCD??? (vit en institution et interrogatoire impossible)..

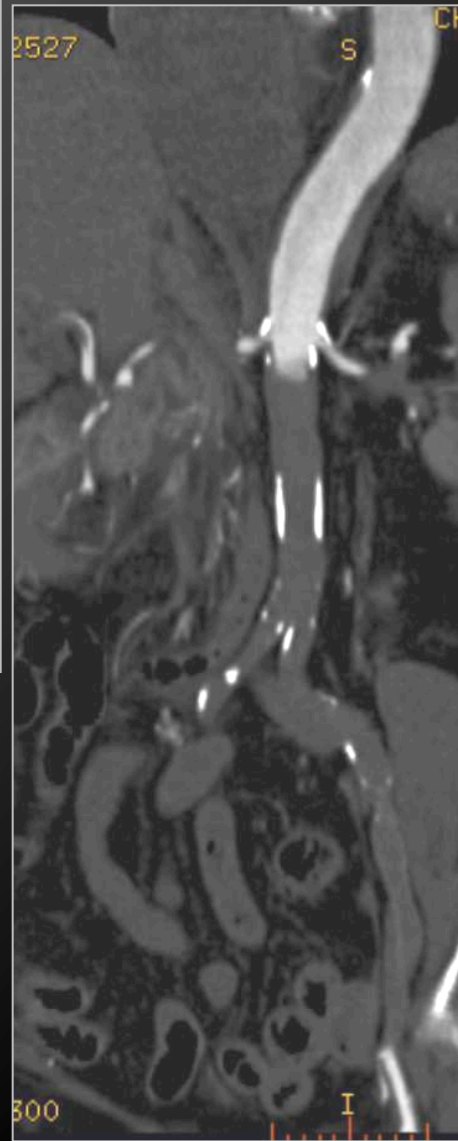
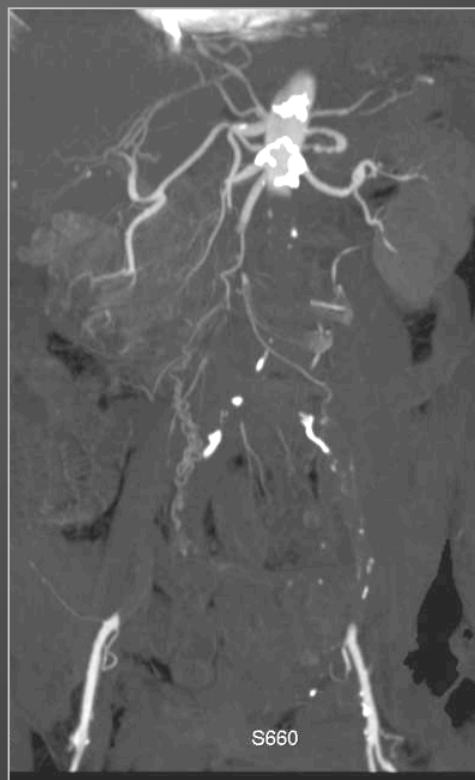
A l'examen clinique, apyrétique avec hémodynamique et respiration normales..

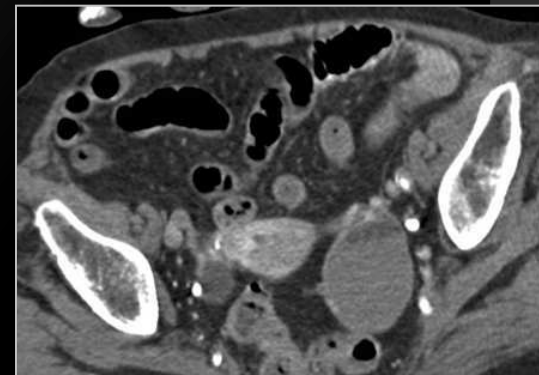
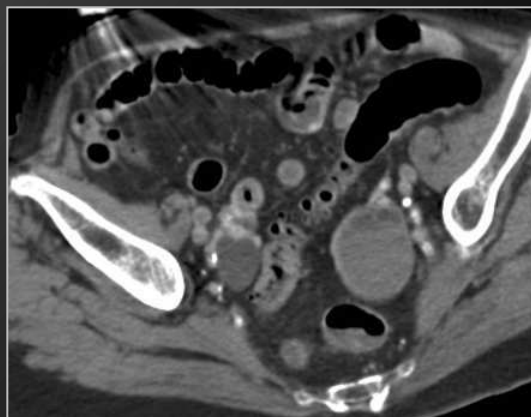
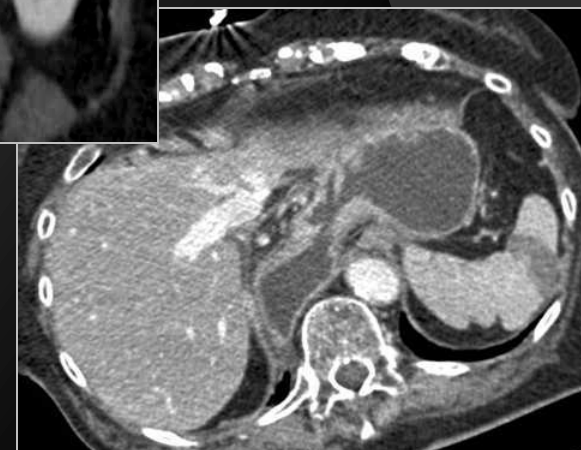
Ventre souple, BHA+ et transit conservé..

TDM: ??..



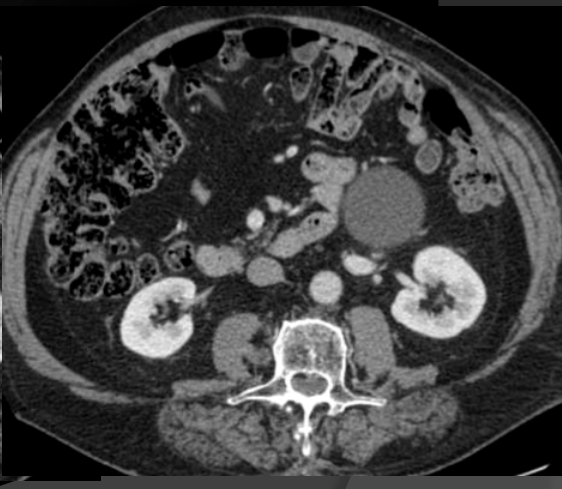
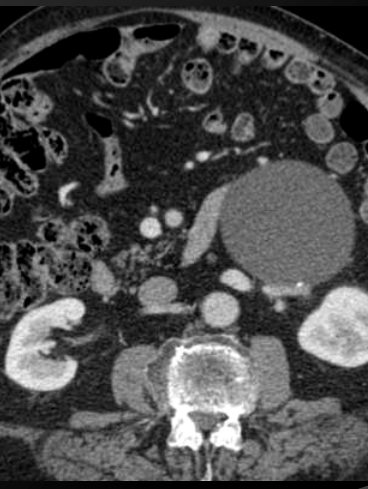
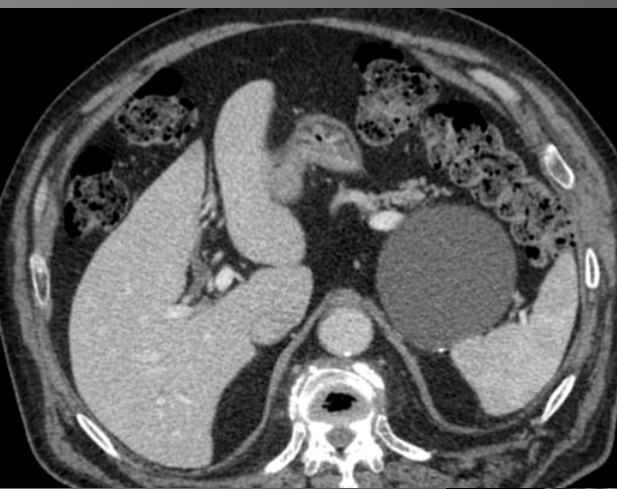


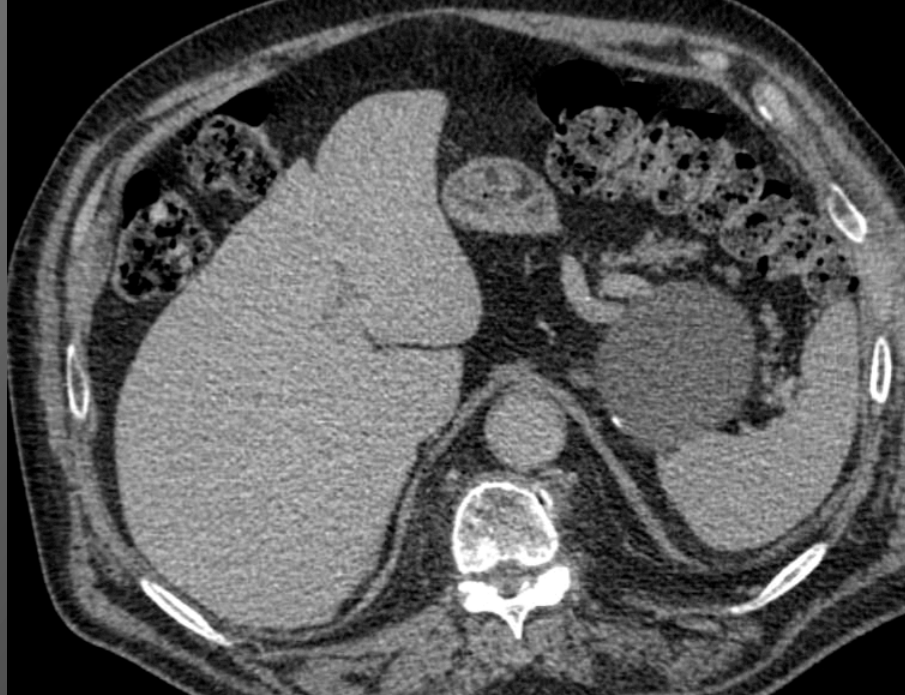




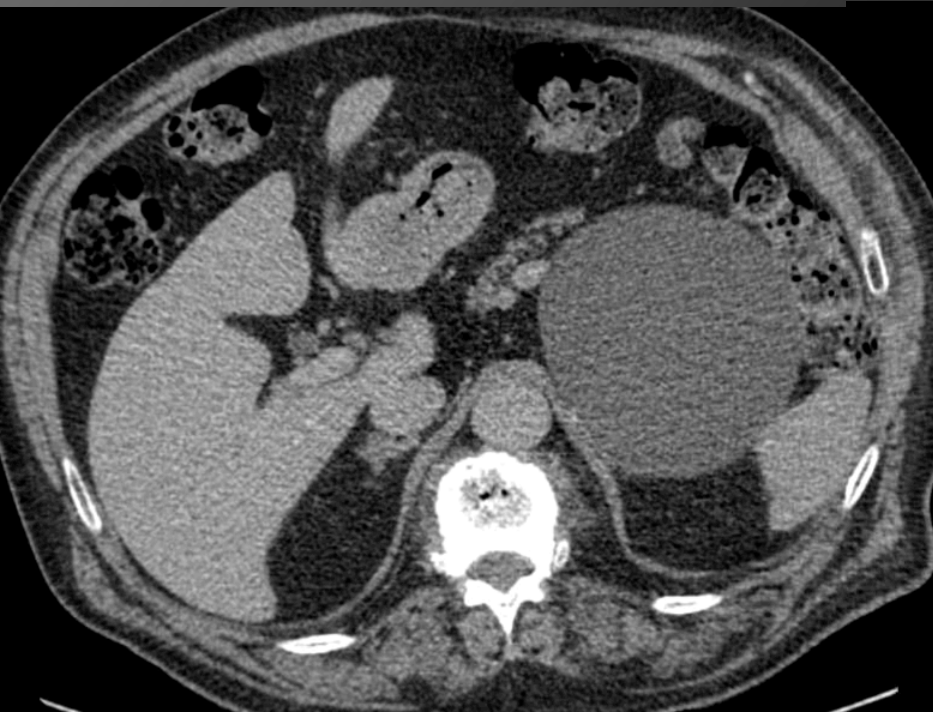
**... Thrombose de l'aorte et infarctus viscéraux multiples...
abstention thérapeutique..**

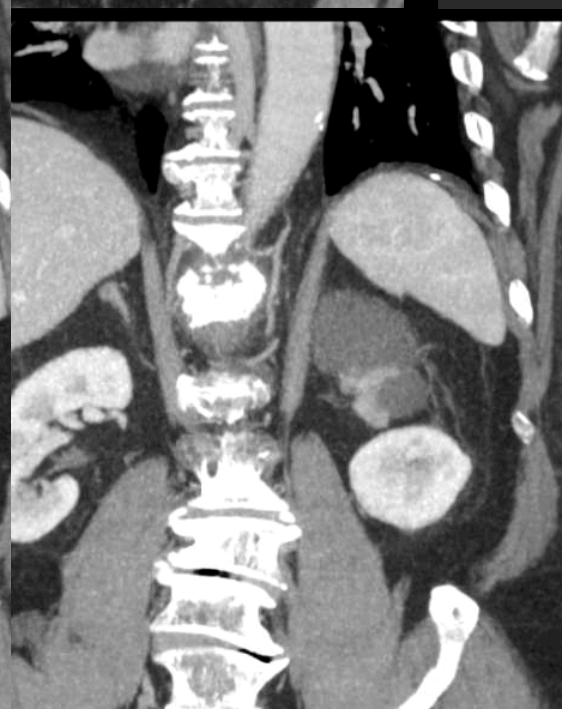
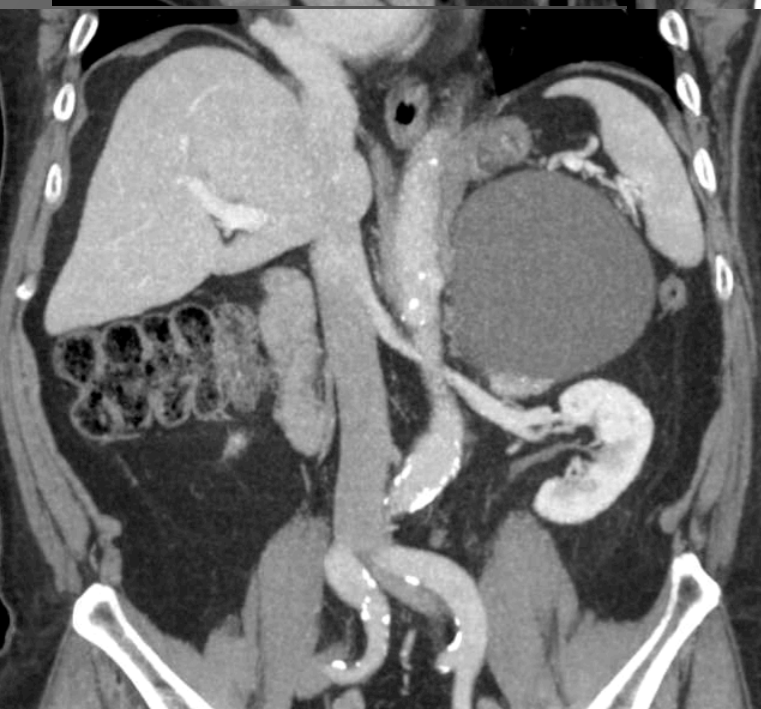
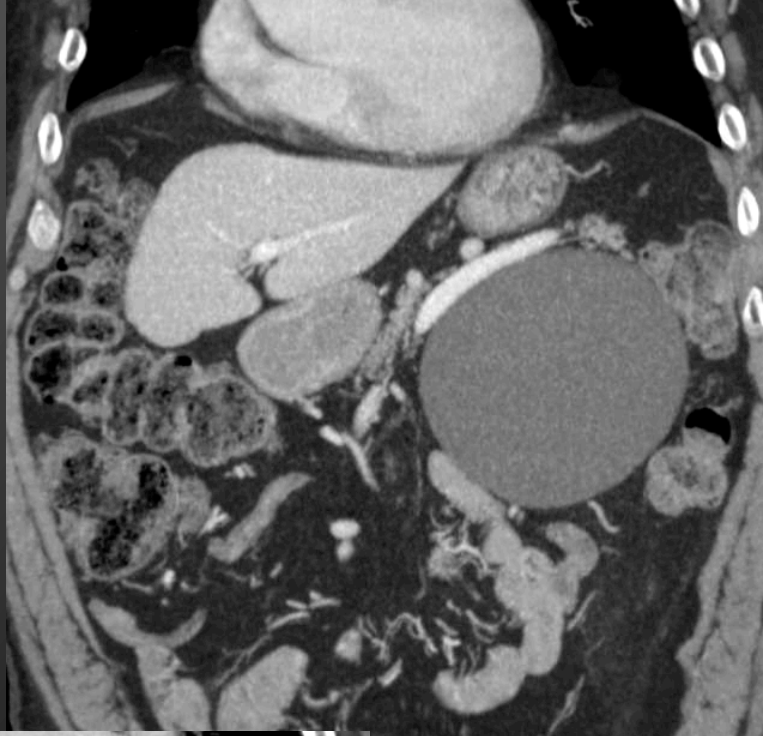
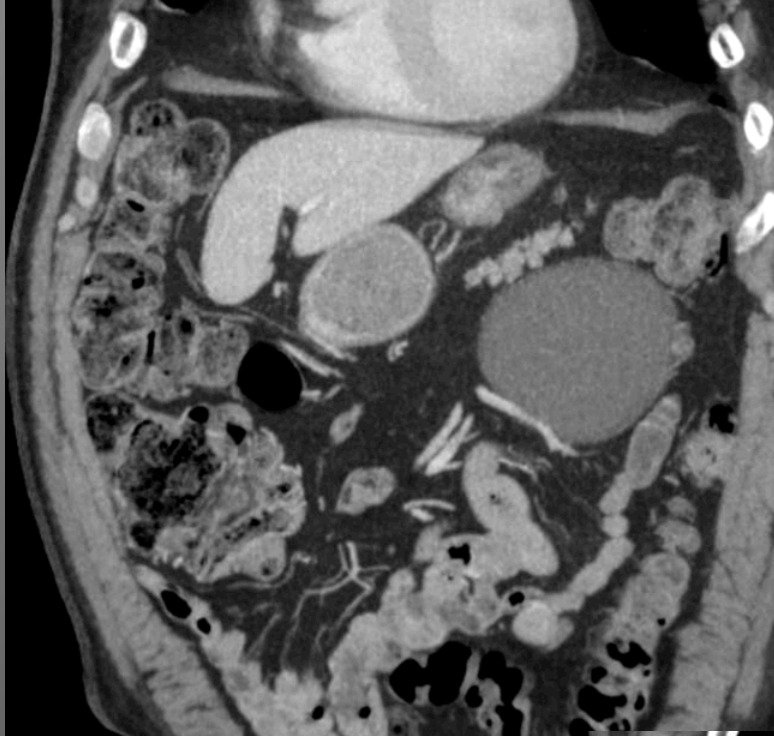
- Homme de 73 ans
- Cancer des cordes vocales en 85, traité par radiothérapie
- Laminectomie L3-L4-L5
- Tabagique sevré à 60PA
- AEG, fixation ORL à la scintigraphie et au niveau du rachis (T11)

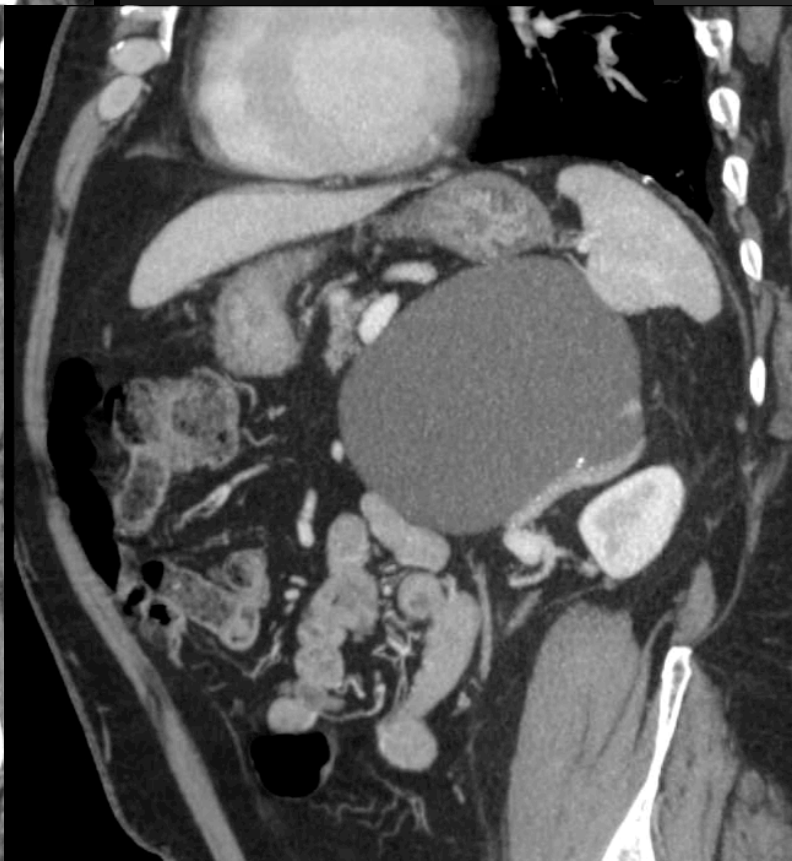




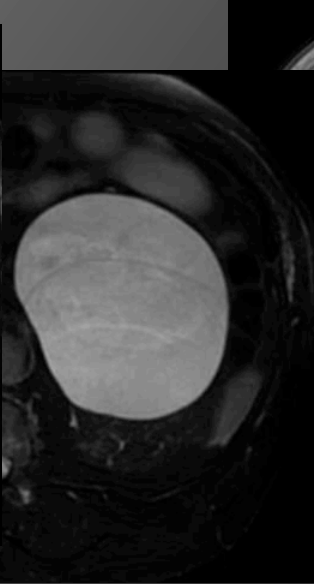
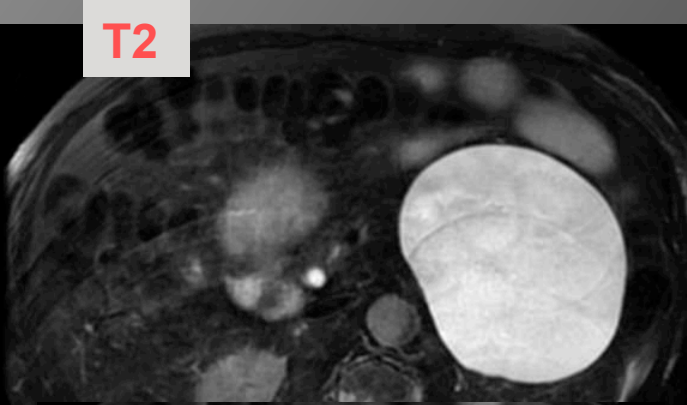
Tardif



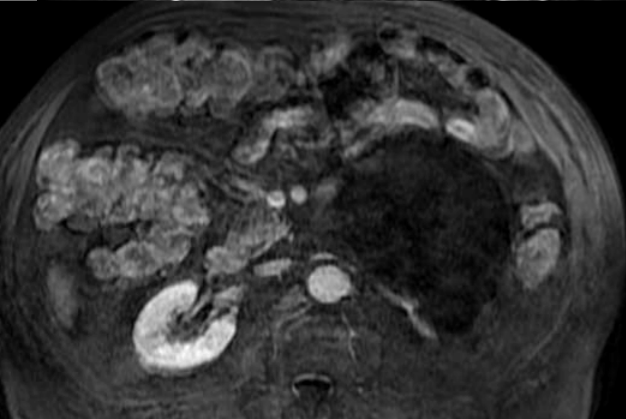
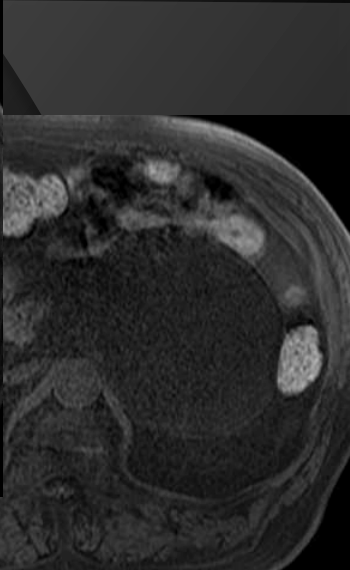




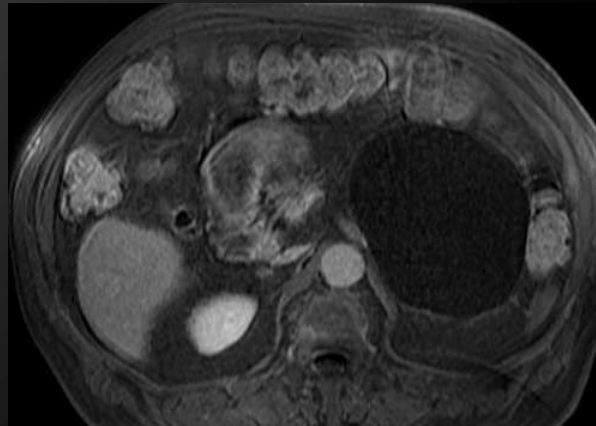
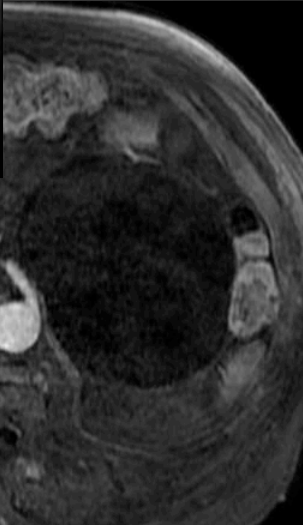
T2



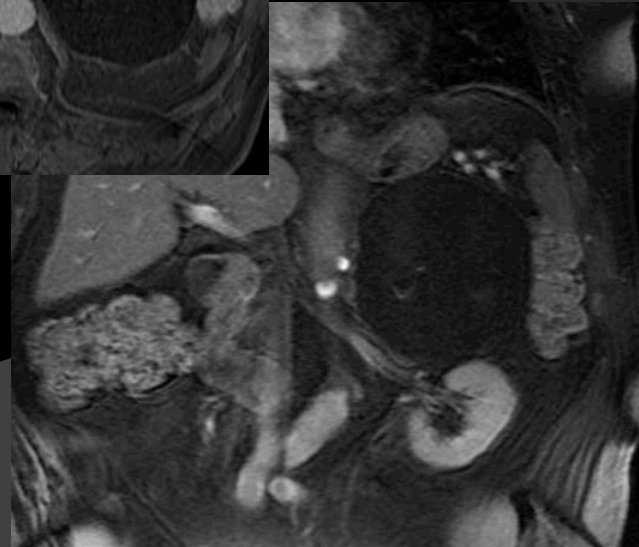
T1



Gado



Tardif

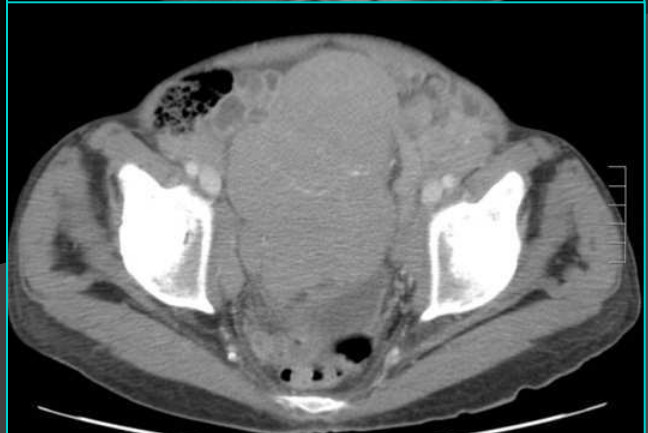


Kystes surrénaliens

- Rares
- 3 femmes pour un homme, 30 à 50 ans
- Gauche ou droite
- Découverte fortuite, nausées, vomissements, douleurs.
- Exceptionnellement :HTA, désordres hormonaux.
- Complications: rupture, infection, saignement.
- Ttt: conservateur. Drainage ou exérèse si symptomatiques ou doute sur le diagnostic



(NB : ASP normal)





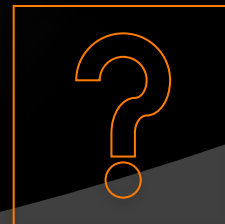
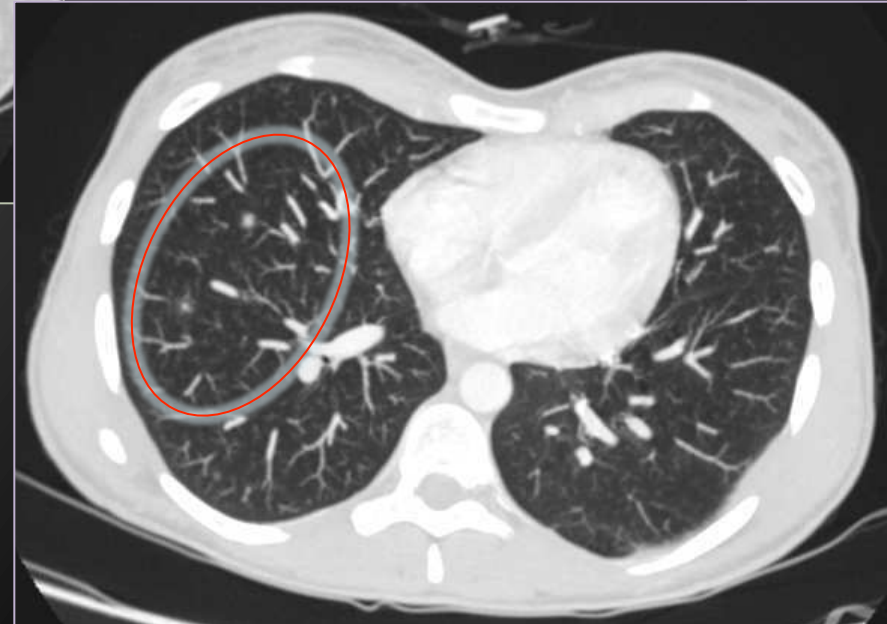
LMNH



Femme jeune

24

Endométriose
pulmonaire



... douleurs cycliques ... ?

ENDOMÉTRIOSE

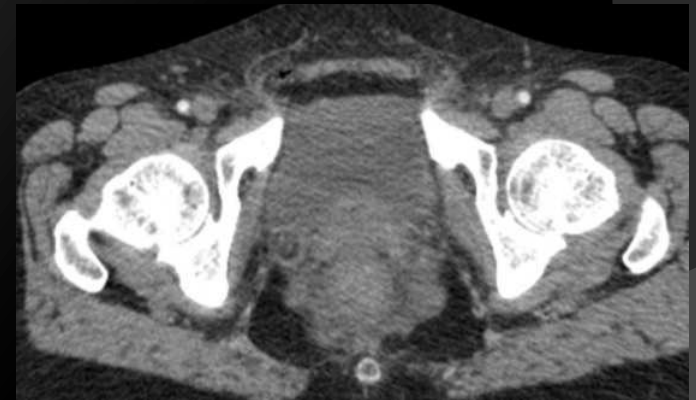
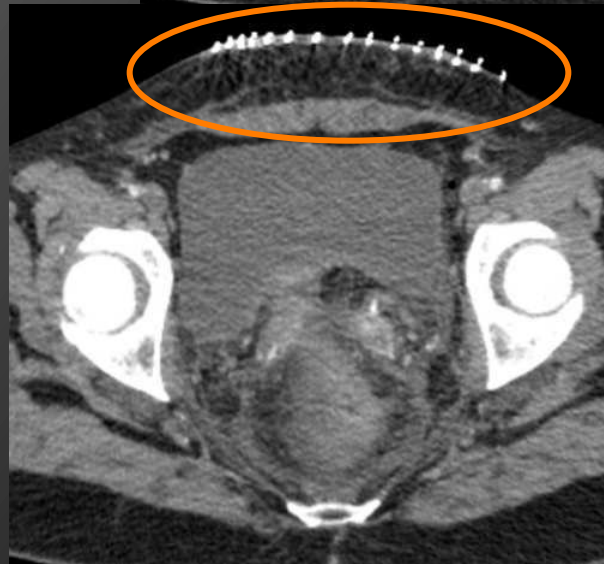
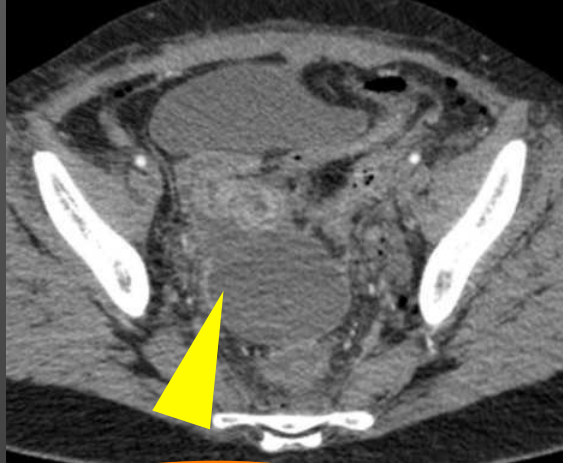
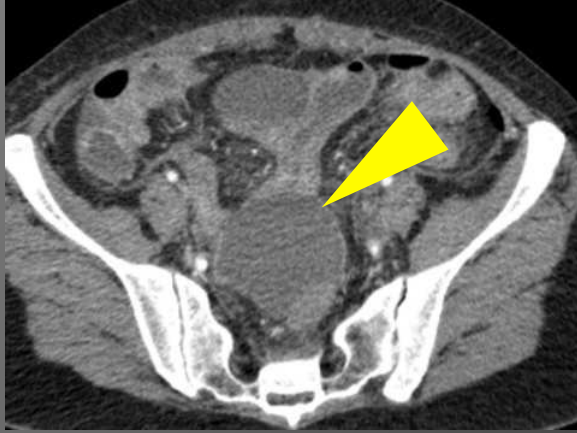
- ◉ 2% des femmes
- ◉ Tissu endométrial ectopique venant se greffer à distance de l'endomètre
- ◉ Reflux tubaire de cellules au cours des menstruations?
Dissémination sanguine et lymphatique?
- ◉ Transformation métaplasique de l'endomètre de l'épithélium de la cavité coelomique?

ENDOMÉTRIOSE

- ⊙ Pneumothorax cataménial+++ : le plus fréquent
- ⊙ Hémothorax
- ⊙ Hémoptysie : nodules pulmonaires ou bronchiques
- ⊙ Nodules pulmonaires
- ⊙ Douleur thoracique

- ⊙ D+ : thoracotomie et examen anatomopathologique

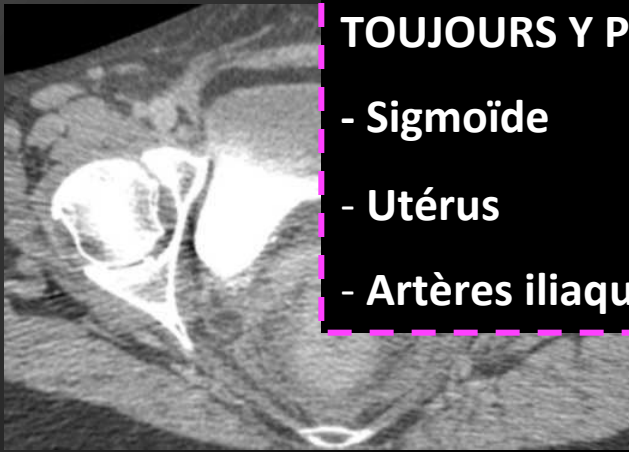
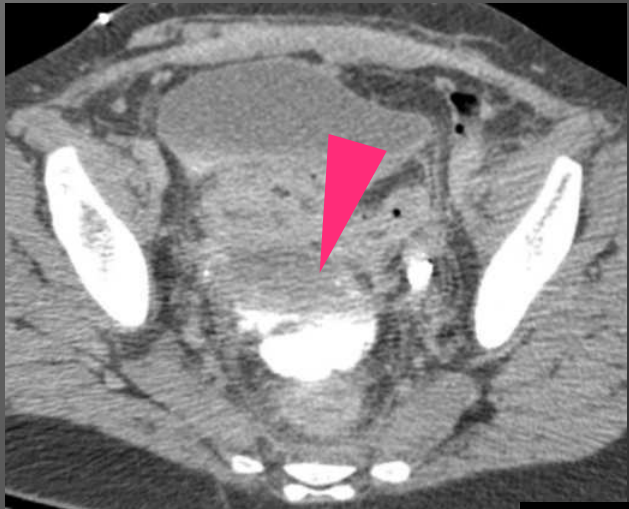
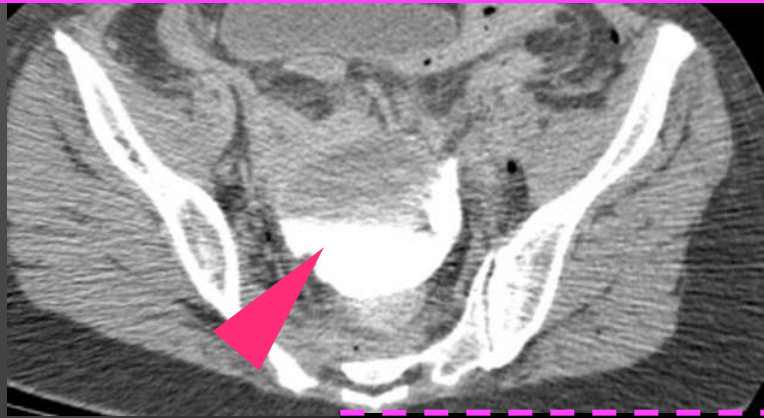
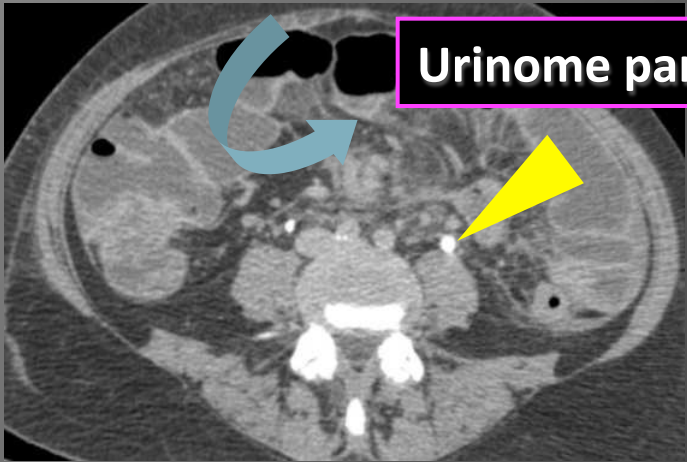
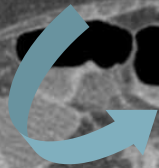
- ⊙ TTT : Traitement hormonal
Exérèse chirurgicale



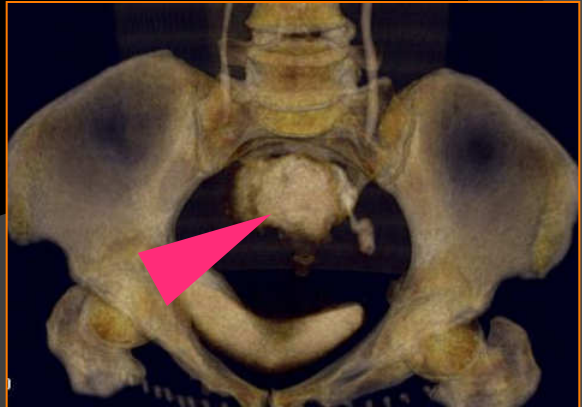
Douleurs
abdominales
J1 sigmoïdectomie

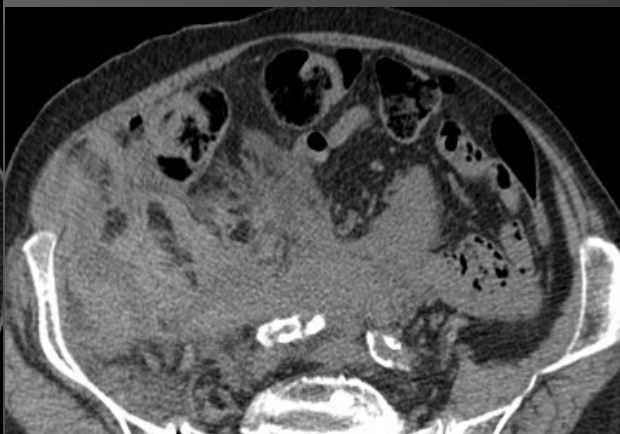
Quelles sont les hypothèses à évoquer ? Quel protocole réaliser ?

Urinome par plaie urétérale gauche per-opératoire

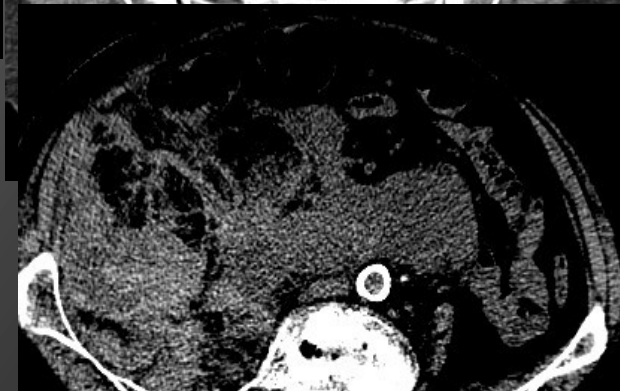


- TOUJOURS Y PENSER pour :**
- Sigmoide
 - Utérus
 - Artères iliaques

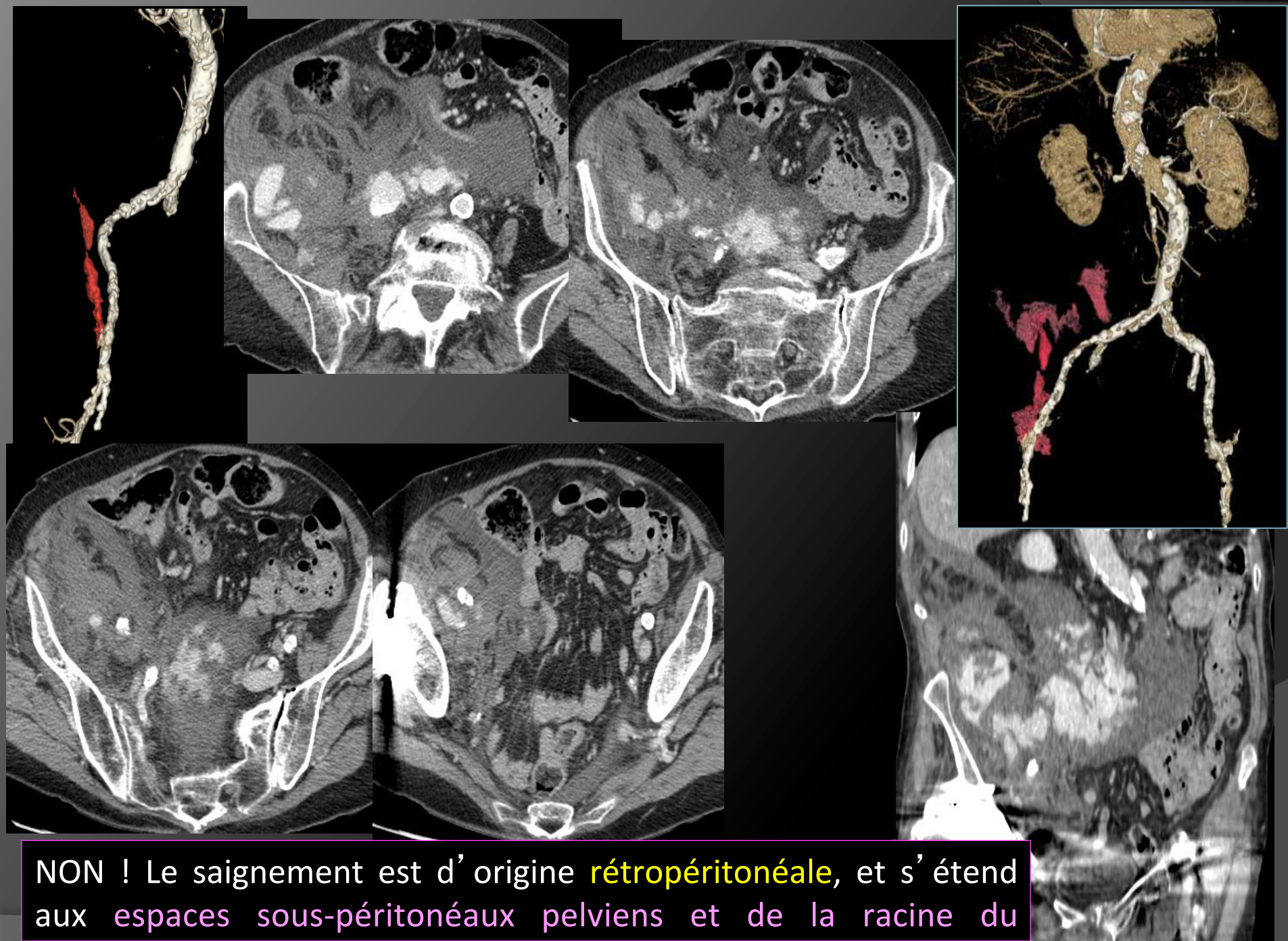




Y-a-t-il un hémopéritoine ?



84 ans, échec de coronarographie



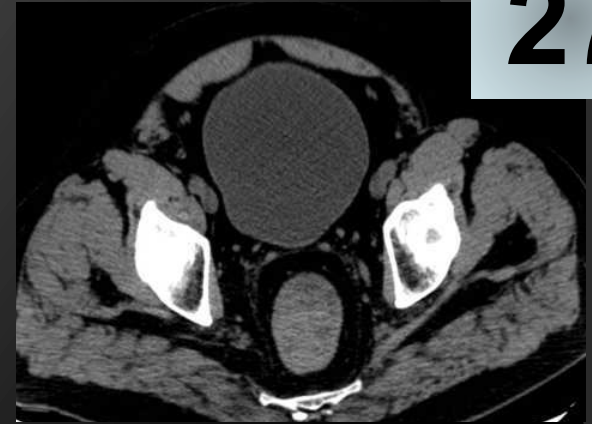
NON ! Le saignement est d'origine **rétropéritonéale**, et s'étend aux espaces sous-péritonéaux pelviens et de la racine du mésentère !!!

Homme 65 ans

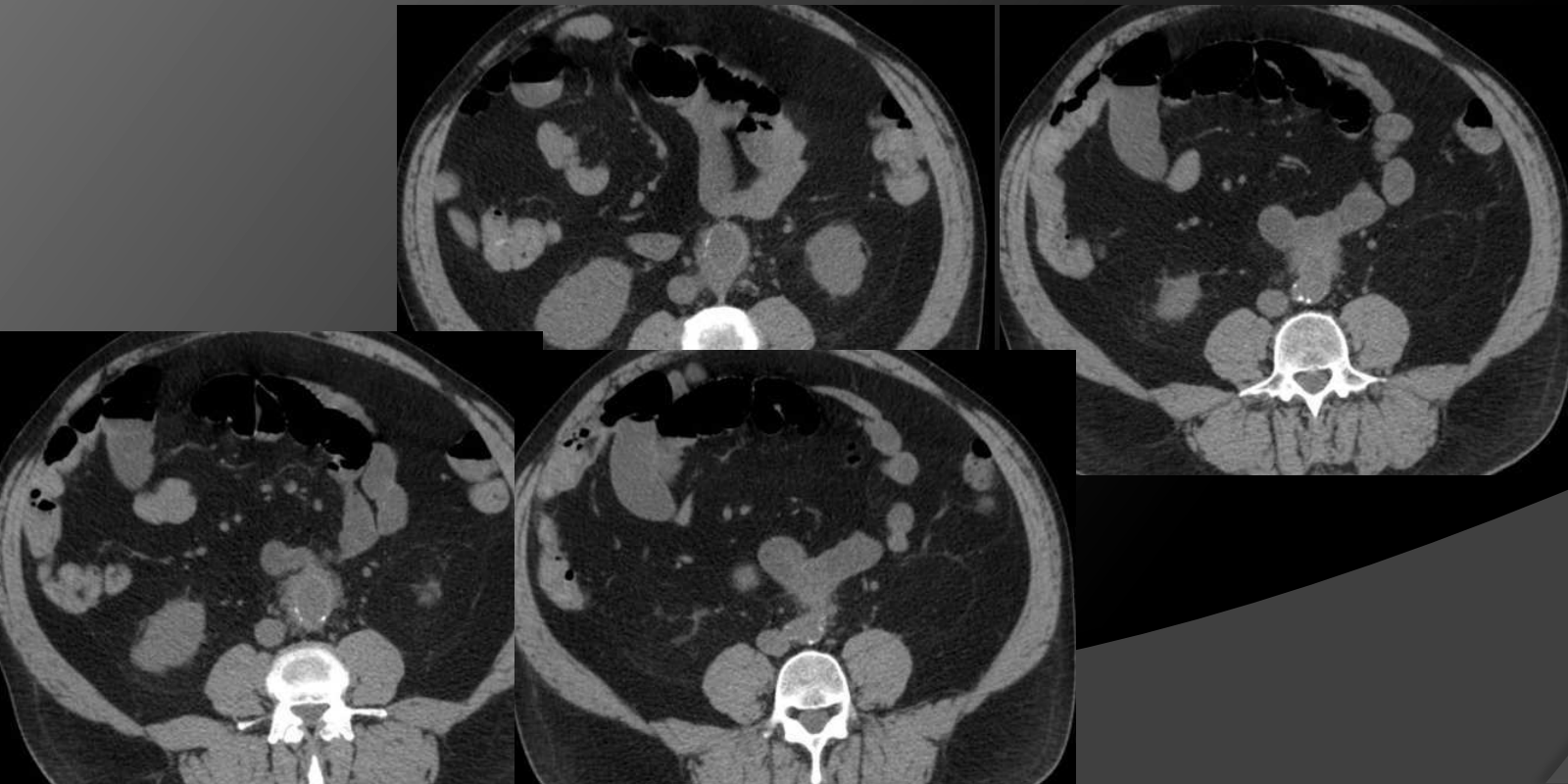
- Rectorragies intermittentes abondantes, avec déglobulisation
- Antécédent de cure d'anévrisme de l'aorte sous rénale en 2005
- Gastroskopie normale
- Coloscopie :
 - Sang
 - Pas de lésion hémorragique visible

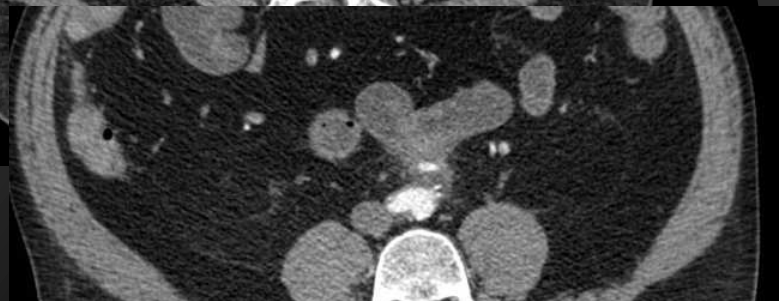
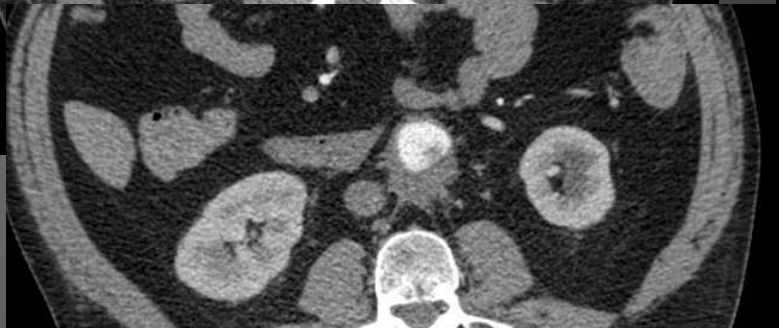
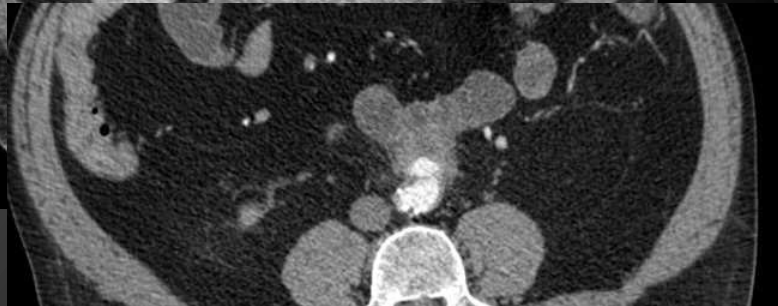
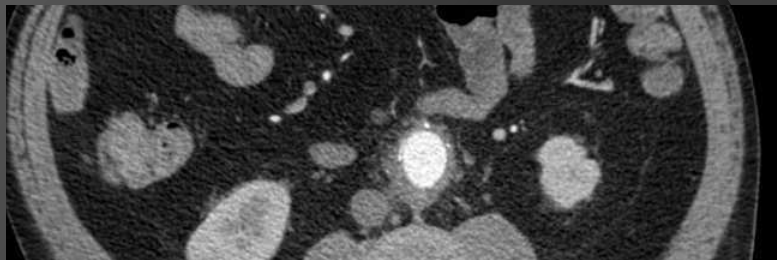
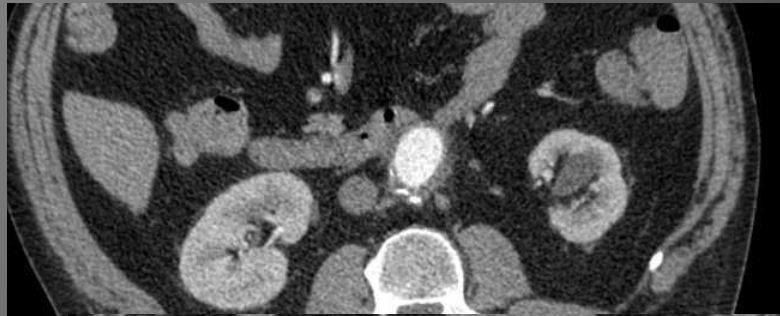
Vidéo-capsule endoscopique

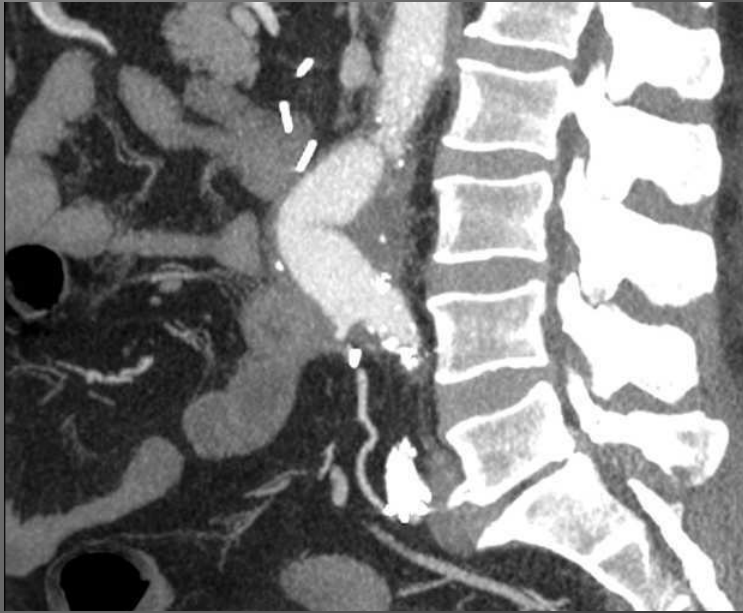
–Hématome postérieur de la paroi jéjunale



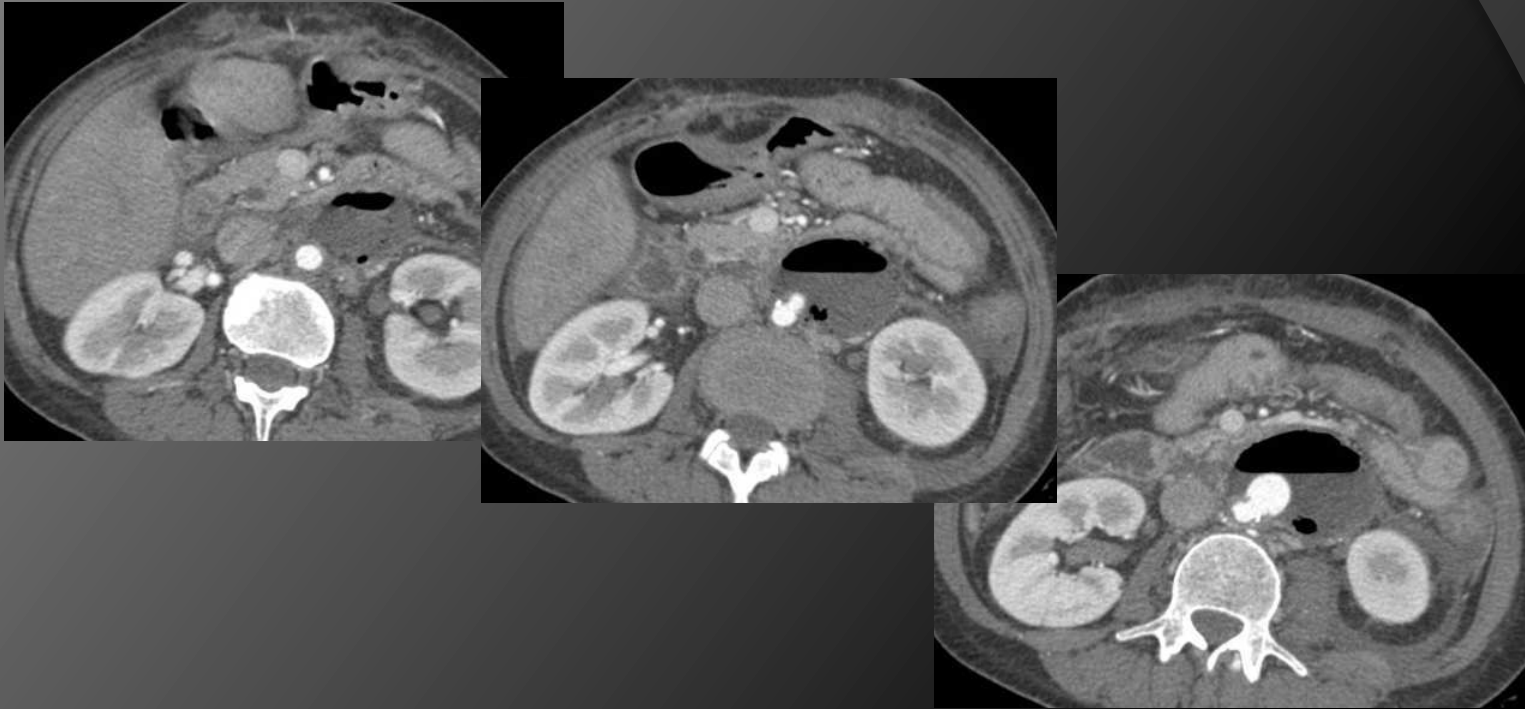
27







Fistule aorto-digestive



Critères d'infection prothétique :

- présence d'images gazeuses au sein de la collection péri-prothétique
- épaissement et rétraction des parois intestinales au contact
- présence d'un faux anévrysme
- collection liquidienne péri-prothétique

- l'extravasation de produit de contraste dans la lumière intestinale n'est quasiment jamais visualisée, son absence ne doit surtout pas remettre en cause le diagnostic de fistule aorto-entérique
- la ponction d'une collection péri-prothétique peut permettre de confirmer l'infection et de préciser le germe en cause

