

cas cliniques

rétropéritoine

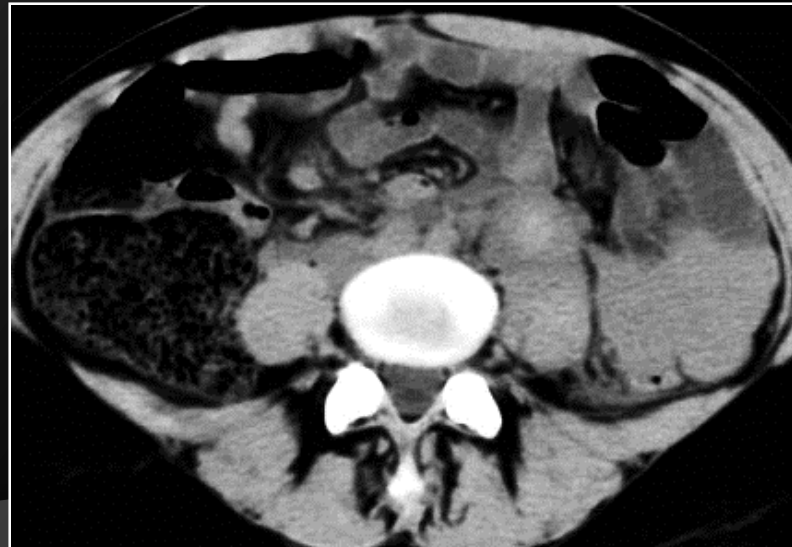
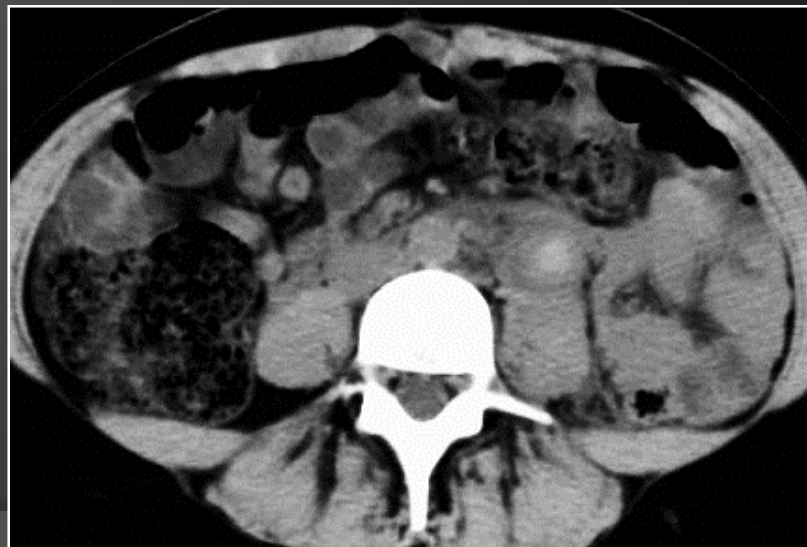
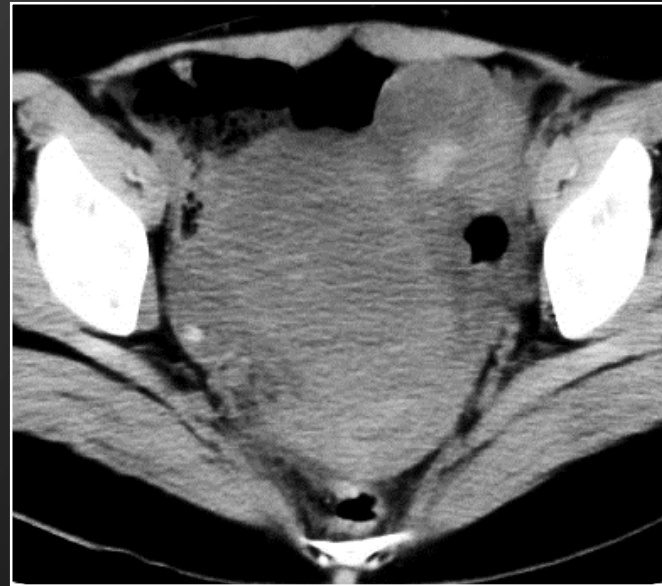
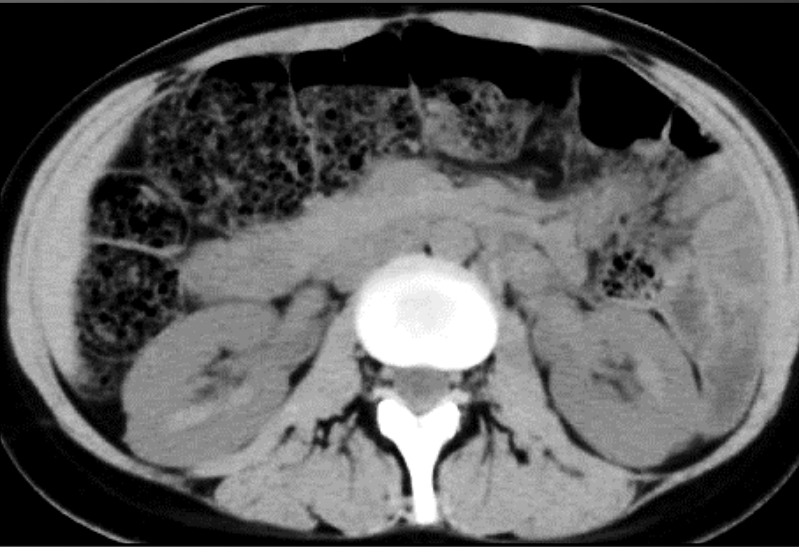
Aurélia Fairise DR

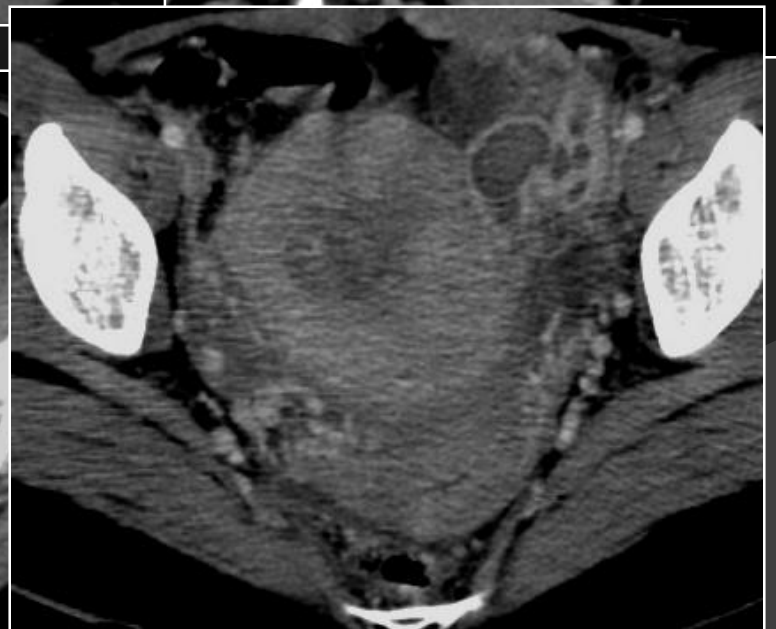
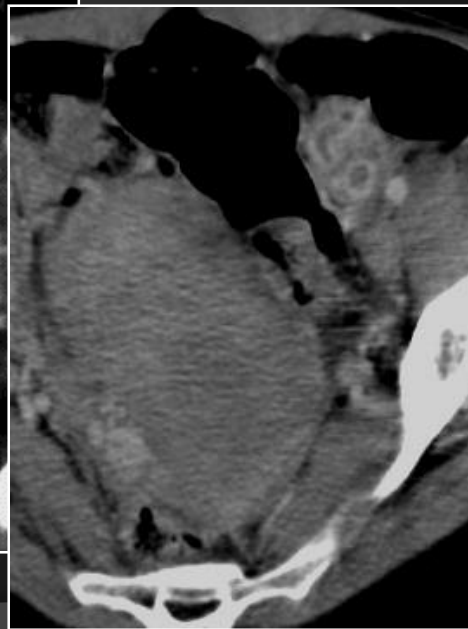
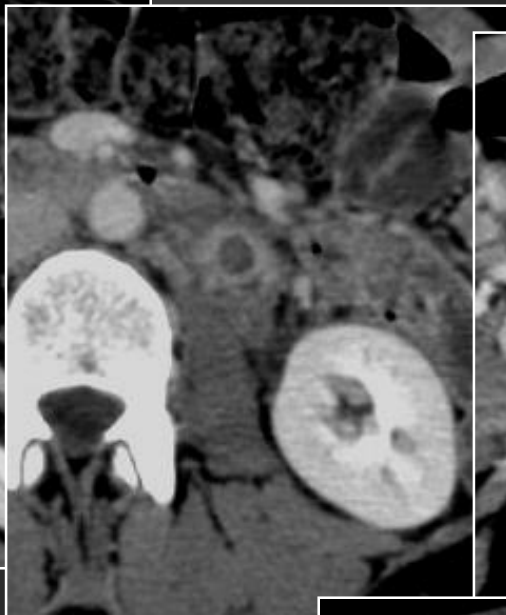
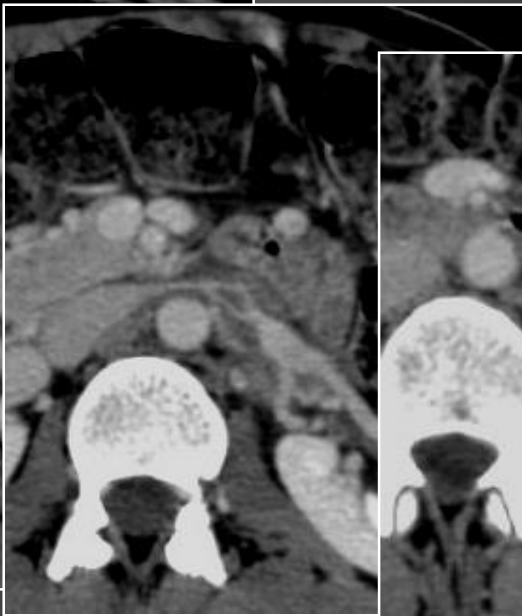
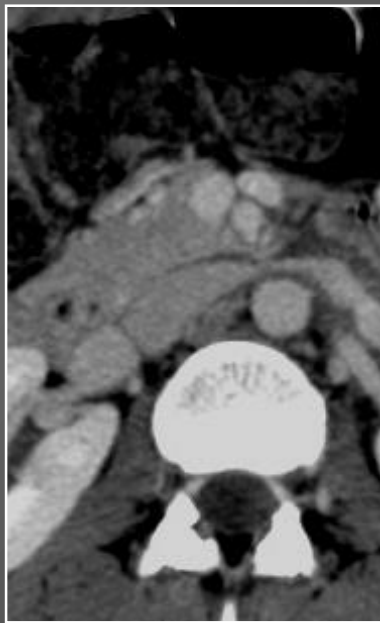
Femme / 30 ans

Fièvre, DA, psoïtis

Post-partum

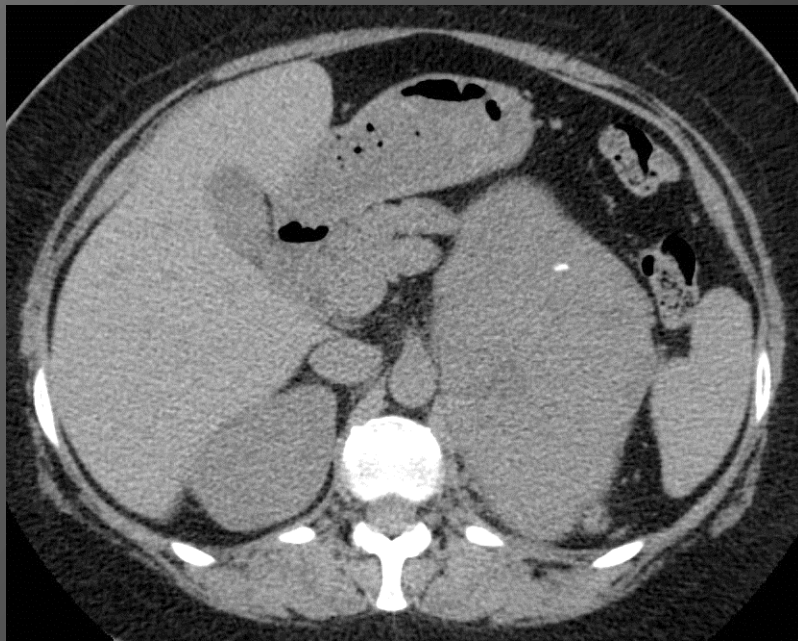
1





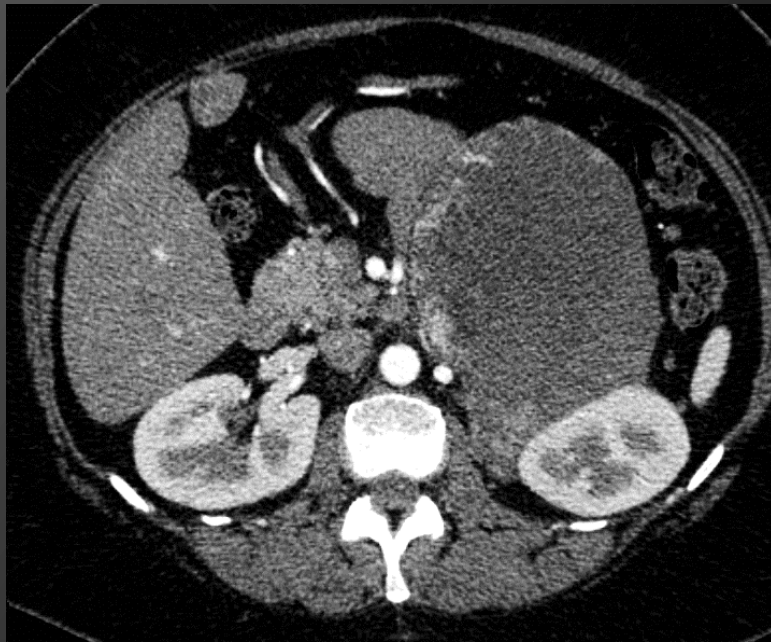
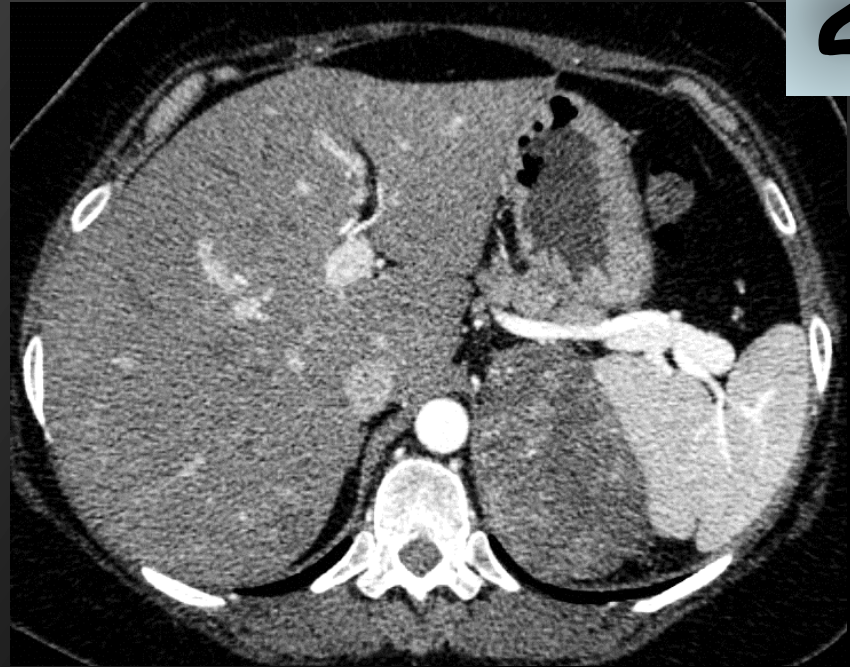


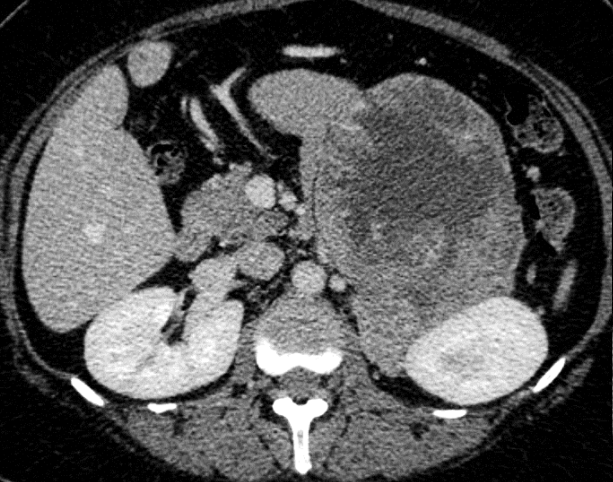
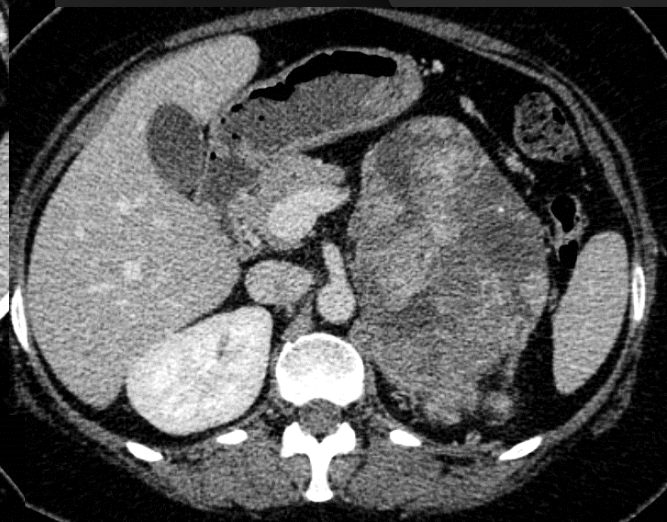
Thrombophlébite veine
ovarienne G



F 35 ANS
hirsutisme

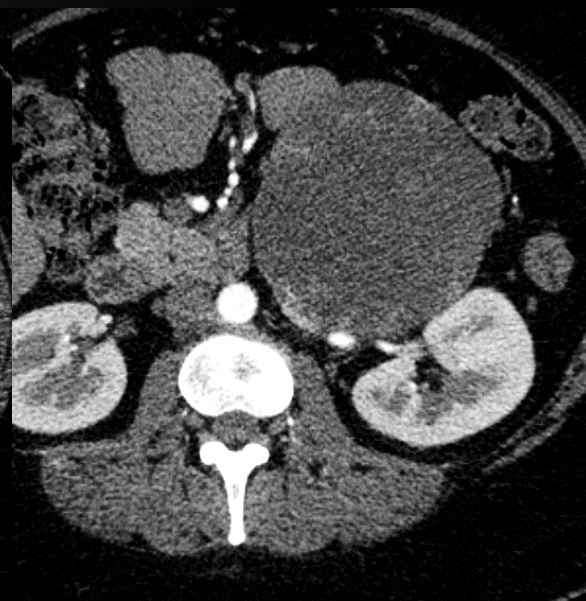
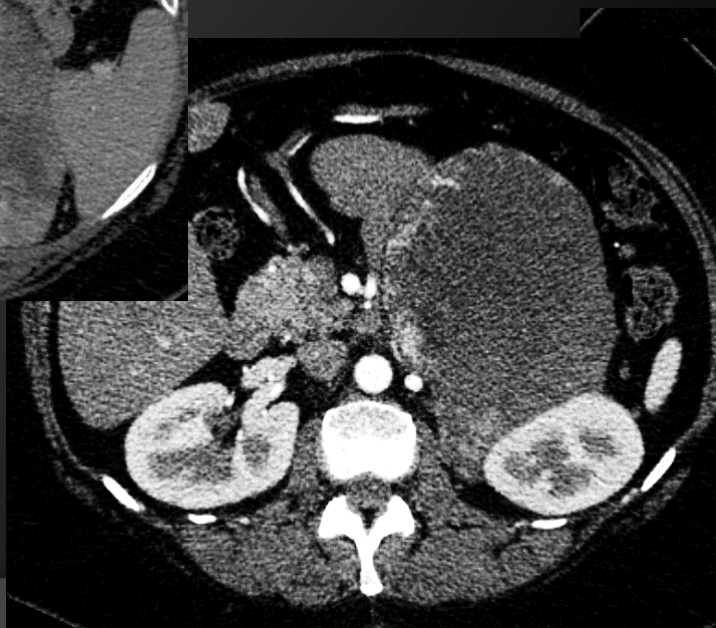
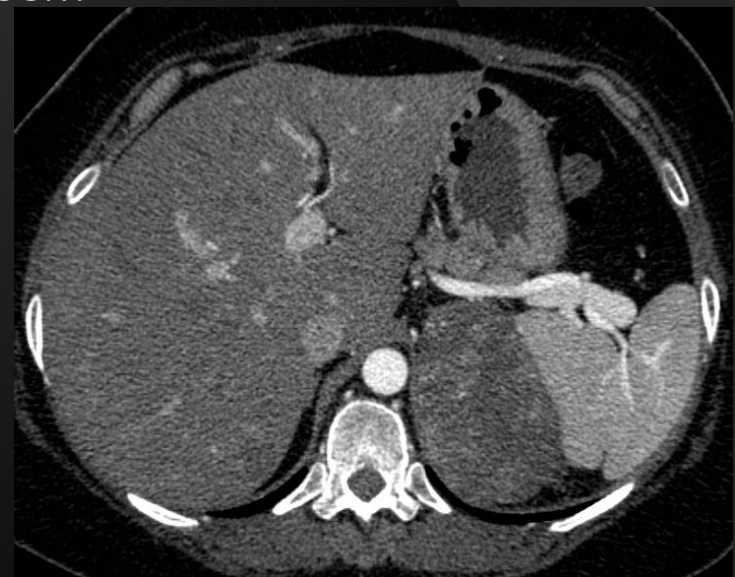
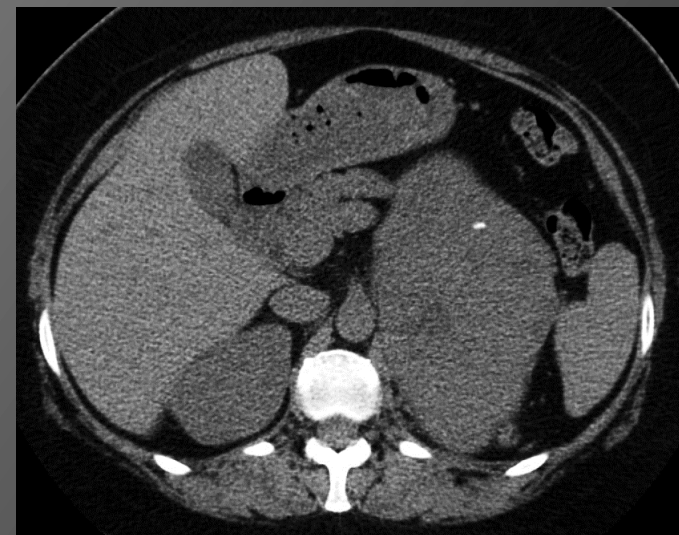
2





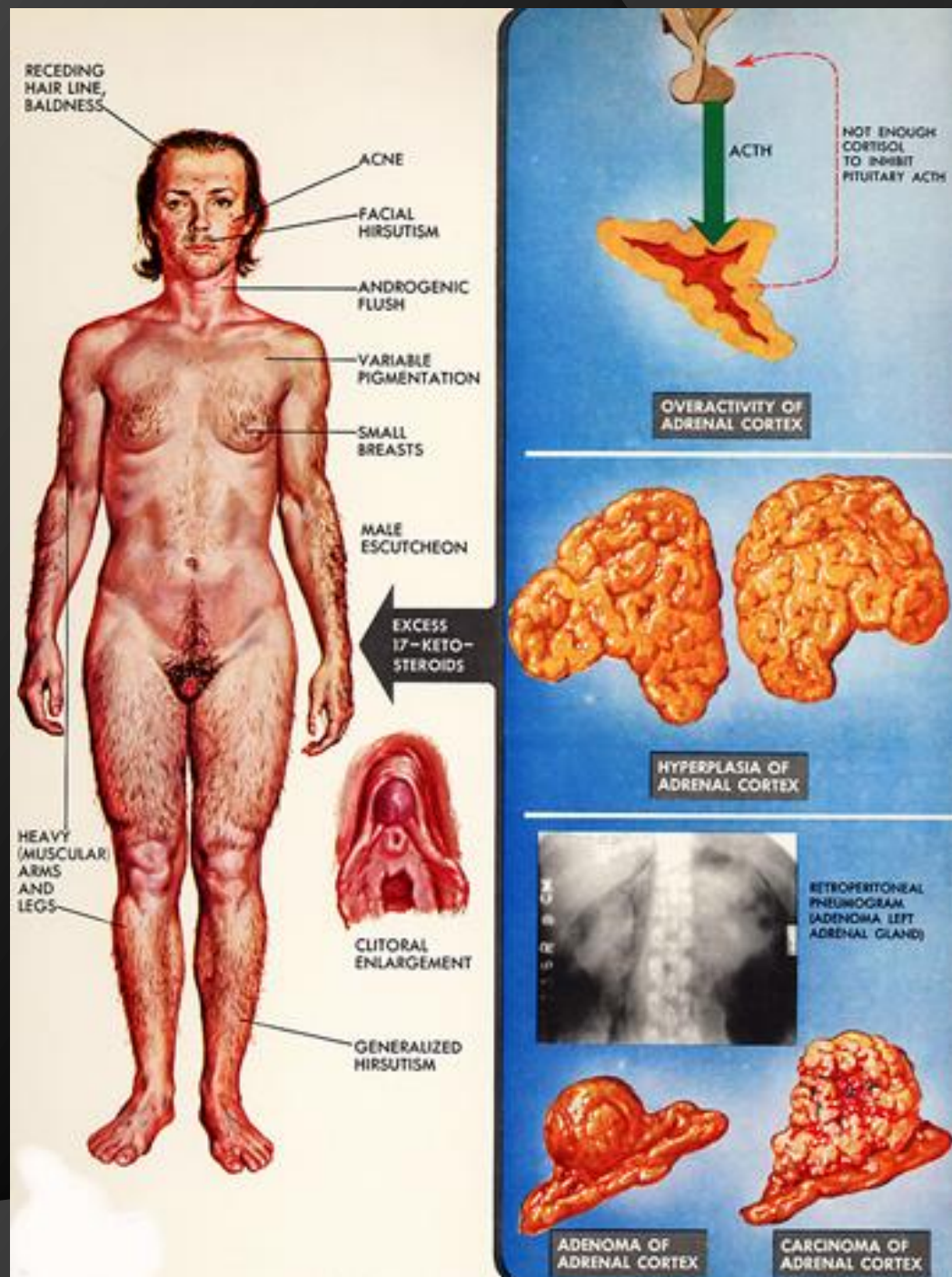
Siège et nature de la lésion ?

- Signe de l'organe absent
- Eperon
- Corticosurréalome



Syndrome de Cushing ++

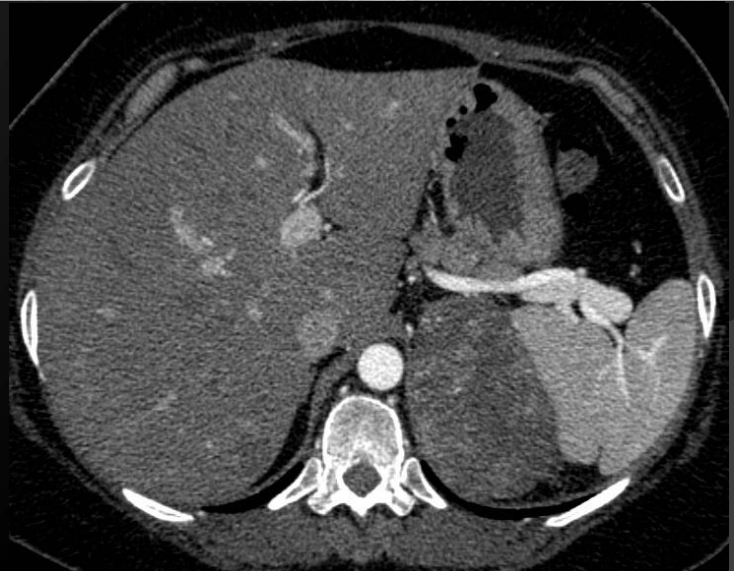
- Obésité
- Amyotrophie
- Vergetures
- Acné, hirsutisme





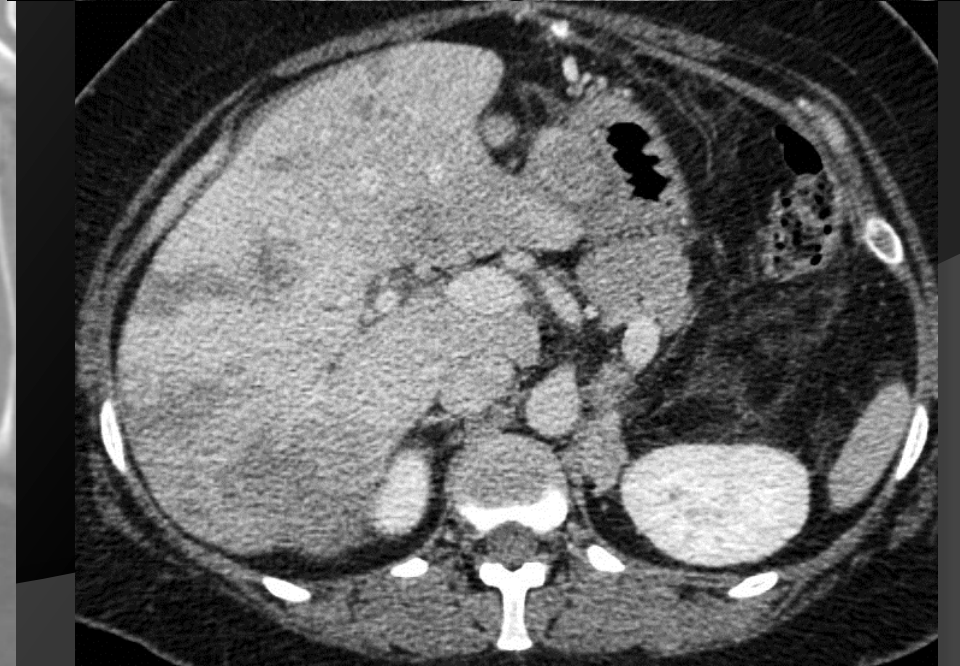
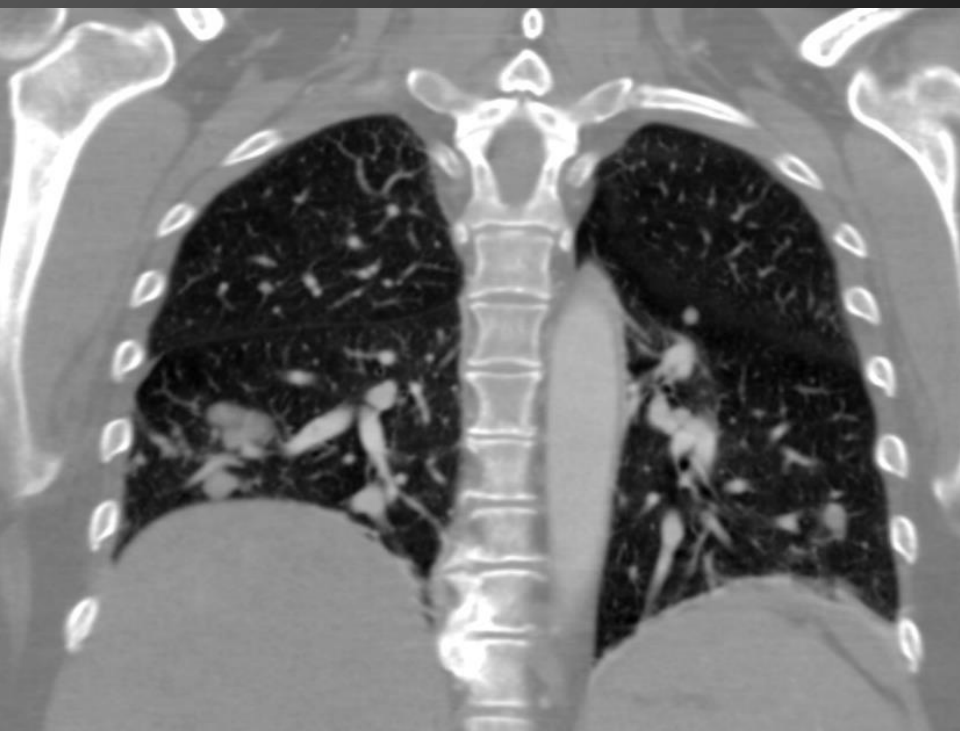
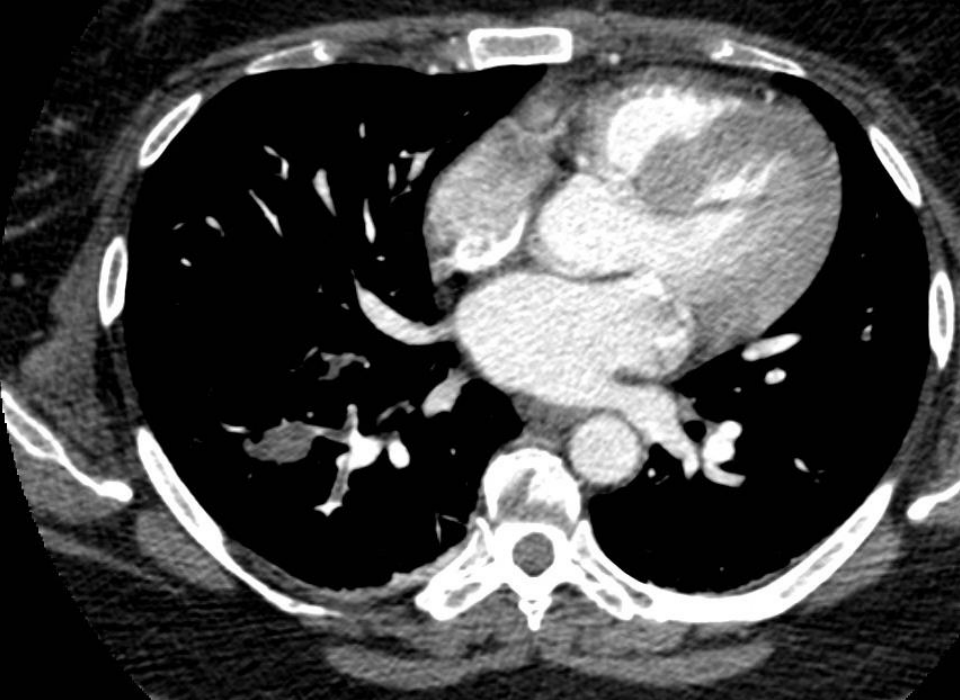
Corticosurrénalome

- 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?

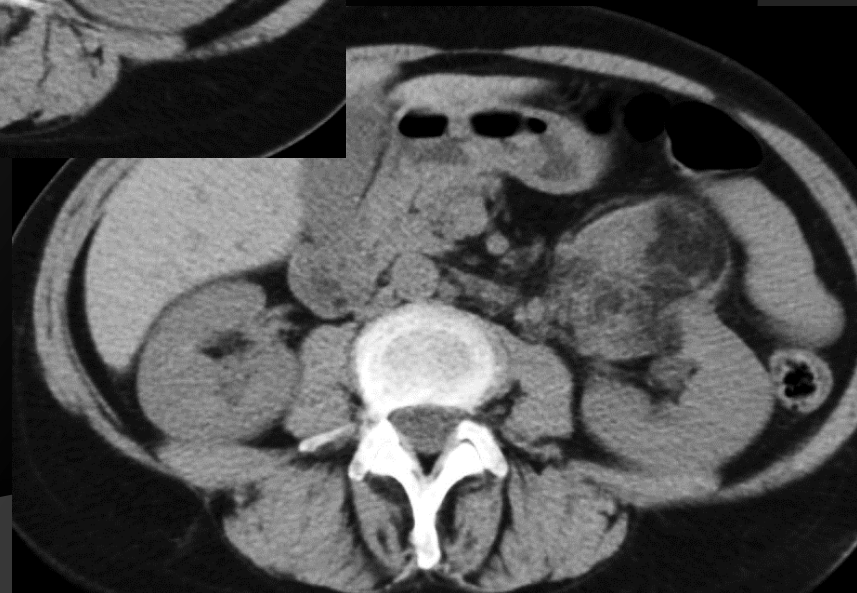


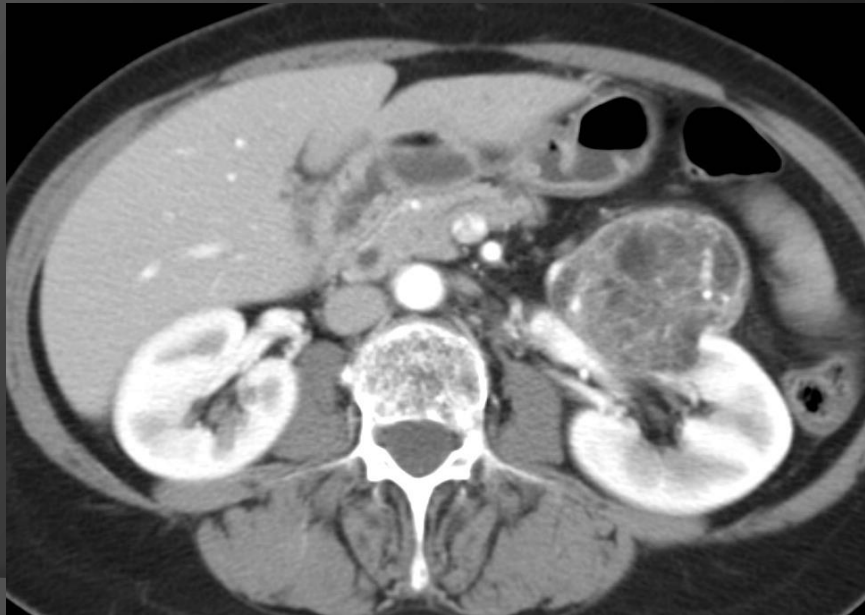


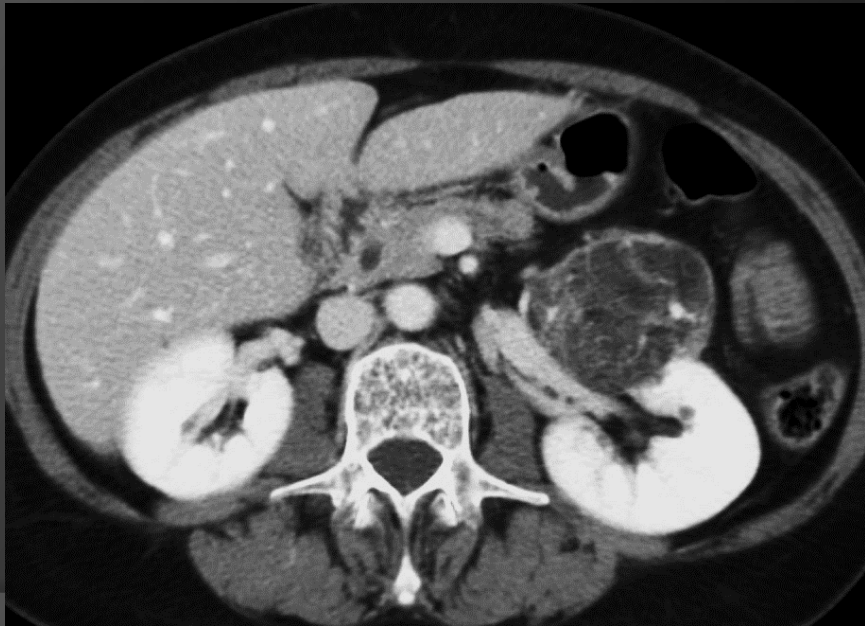


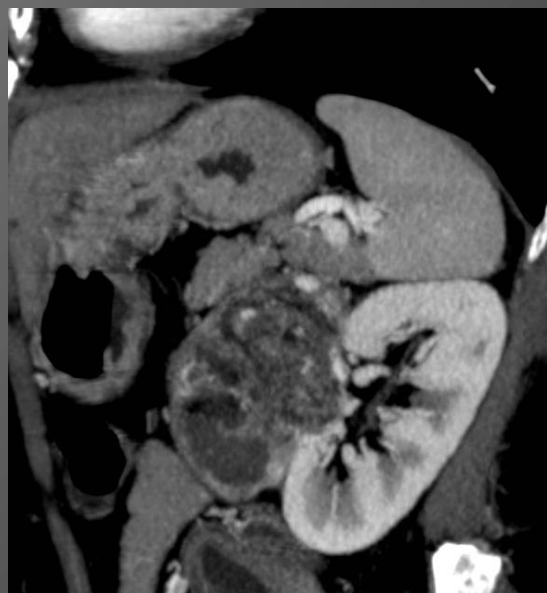
F 55 ans
Douleurs abdominales

3









Angiomyolipome rénal



angiomyolipome rénal

- 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

angiomyolipome rénal

- 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 rénal

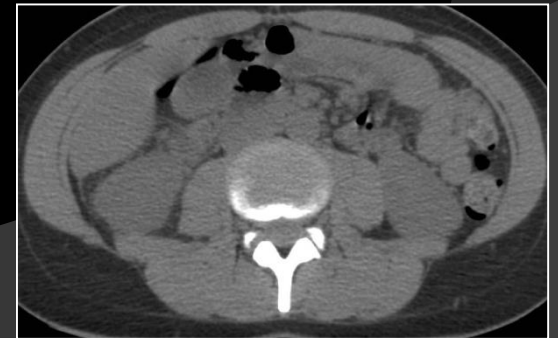
- Tumeur corticale, bien limitée, <5 cm
- **CONTINGENT GRAISSEUX** (hypodensité < -20 HU en CT, hypersignal T1 abaissé en fatsat à l'IRM)
- Hétérogène (fibrose, remaniements hémorragiques, contingent musculaire et vasculaire...)
- Hypervasculaire (PDC variable)
- Faible contingent gras/contingent hémorragiques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

Contingent gras possible

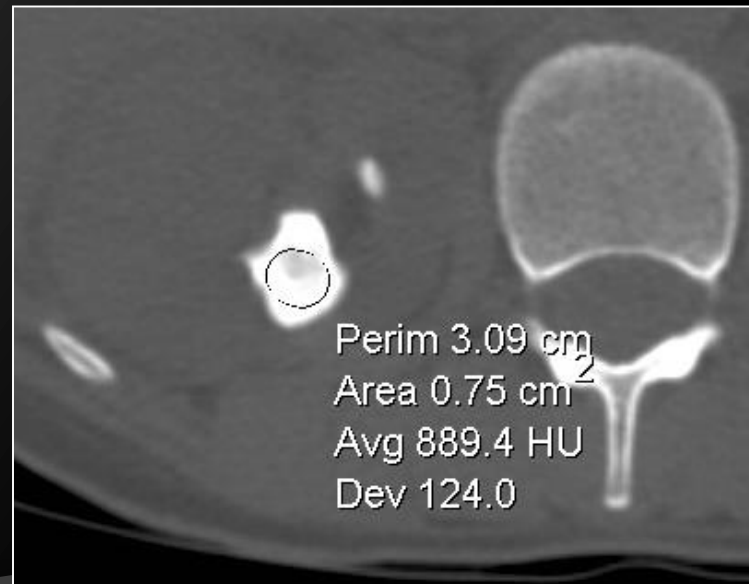
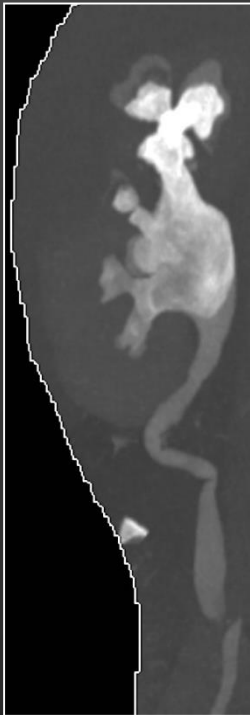
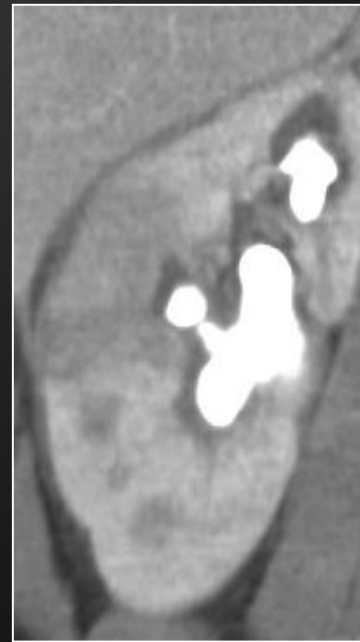
Calcifications, nécrose, caractère invasif, ADP

- 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++

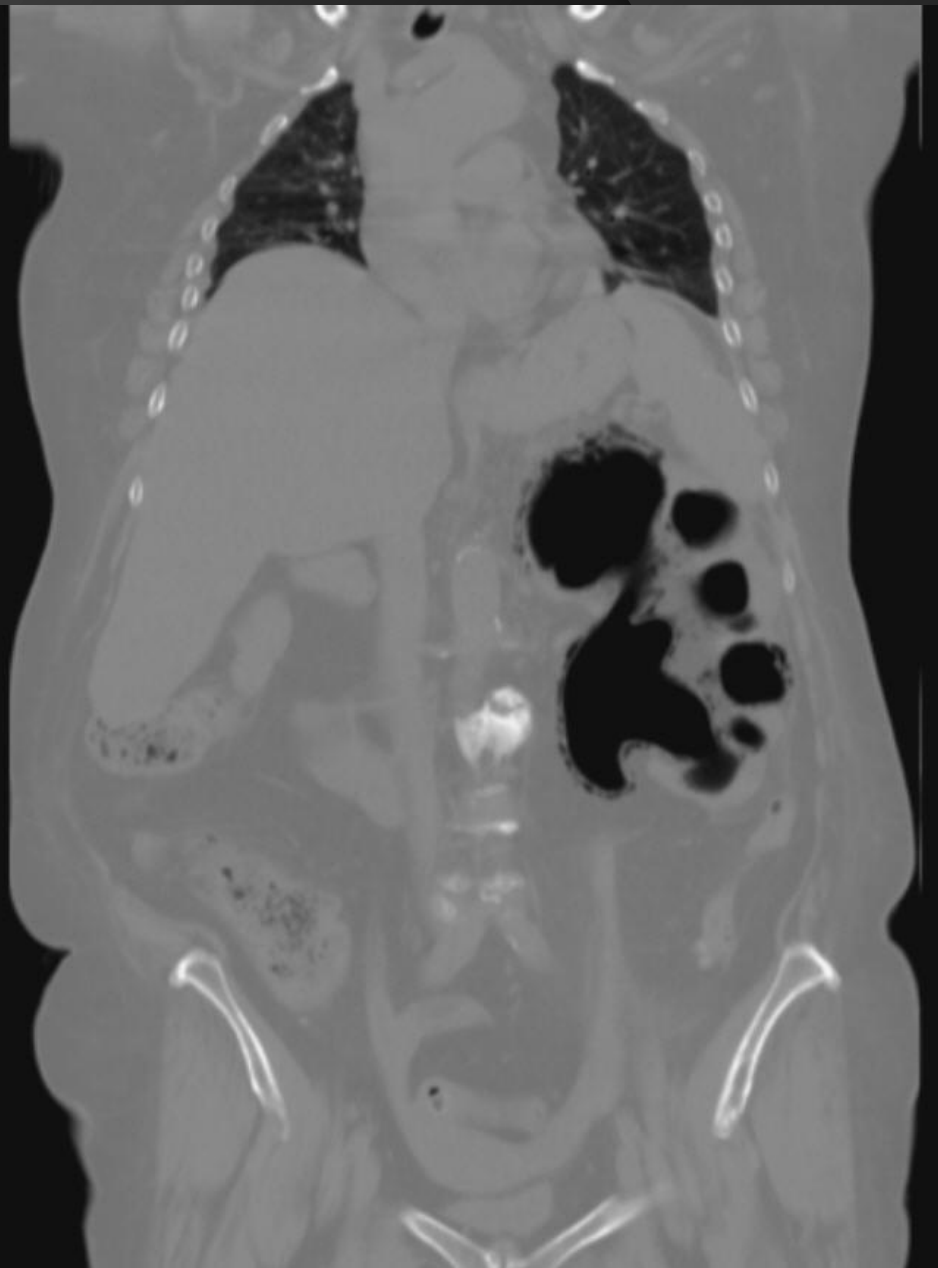
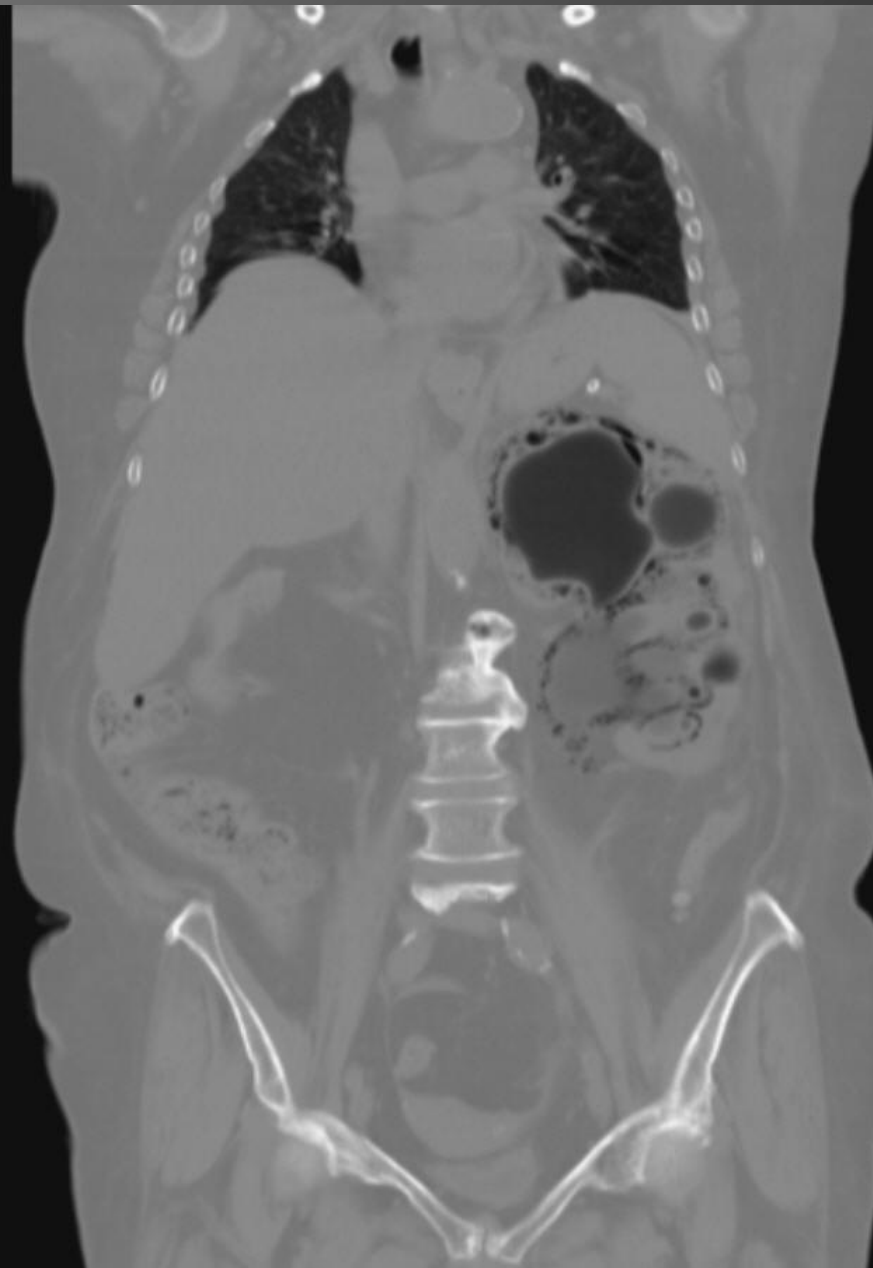
Cystine/acide urique

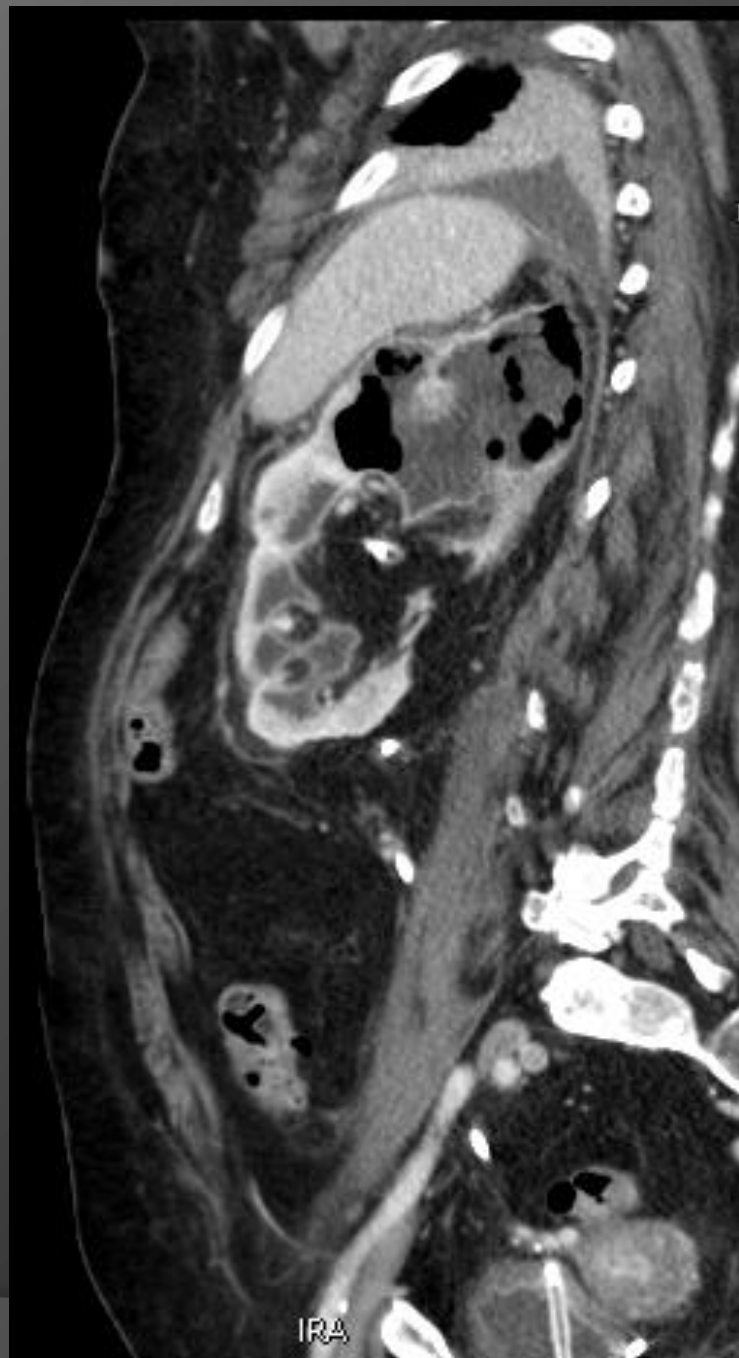
F+



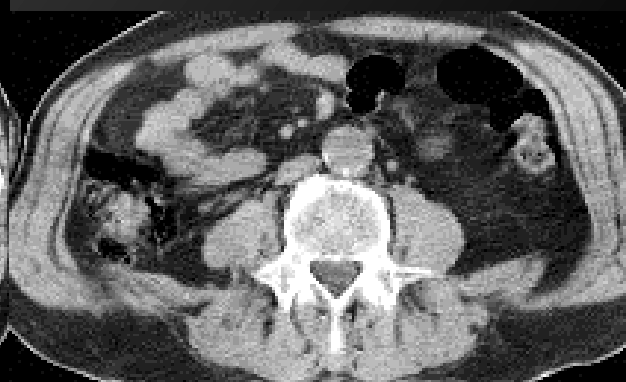
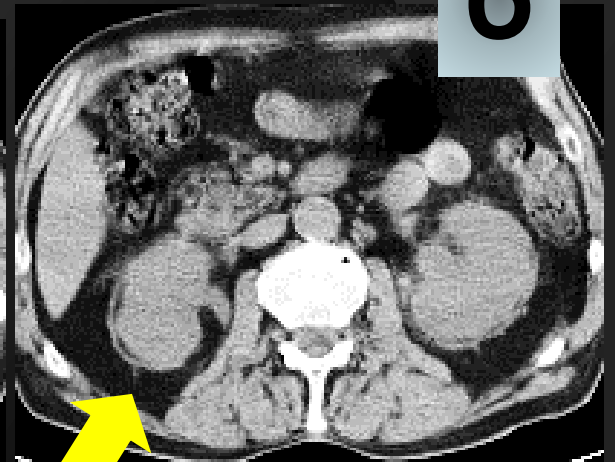
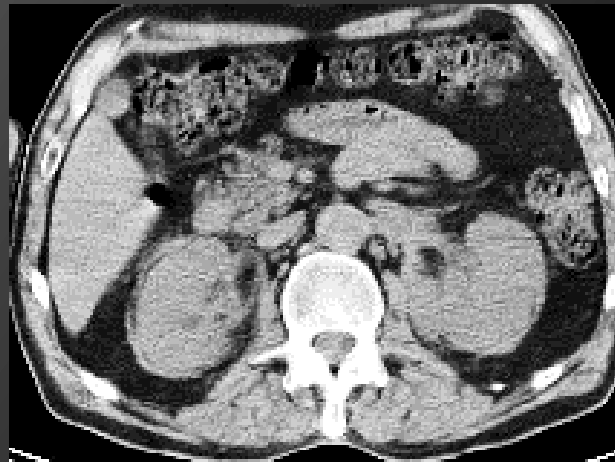
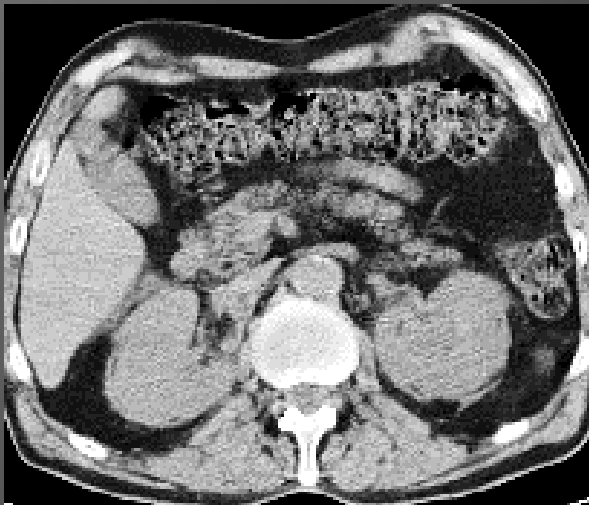
65 ans
Diabète
Sepsis

5

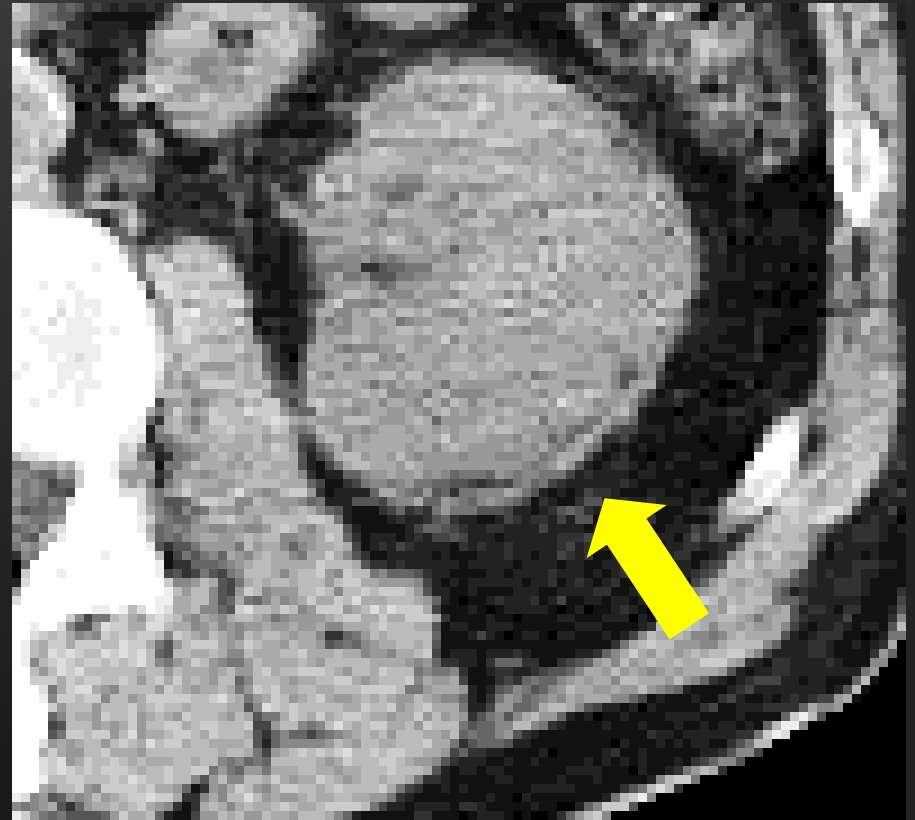




Pyélonéphrite emphysémateuse + sepsis



Infiltration bilatérale des fascia péri rénaux



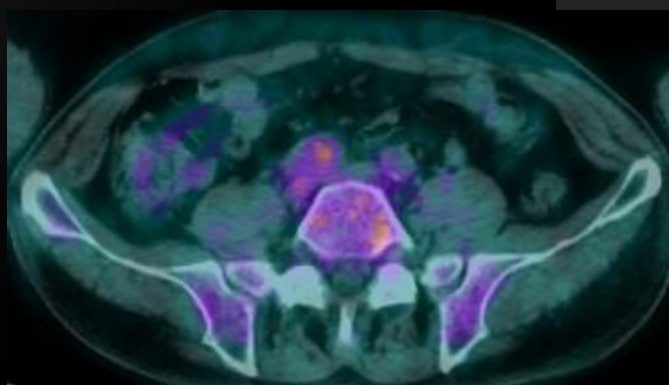
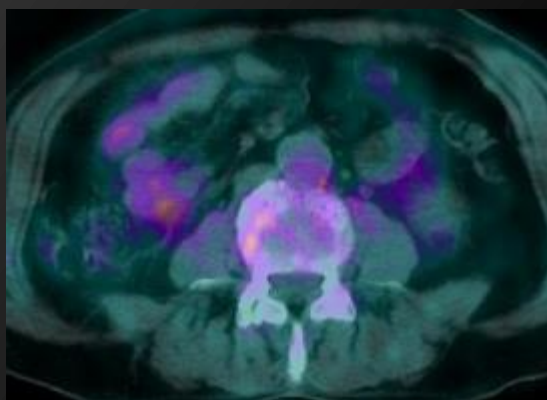
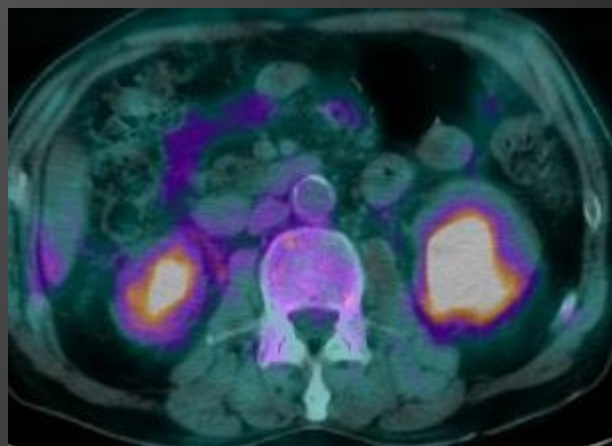
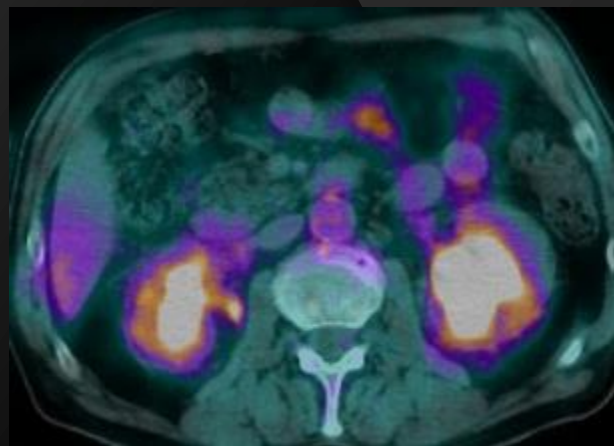
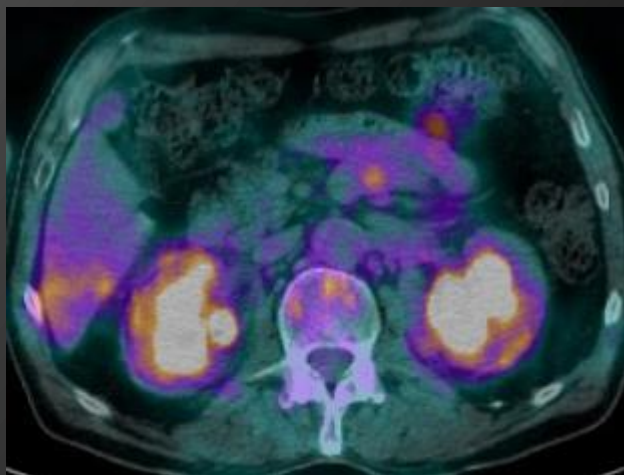
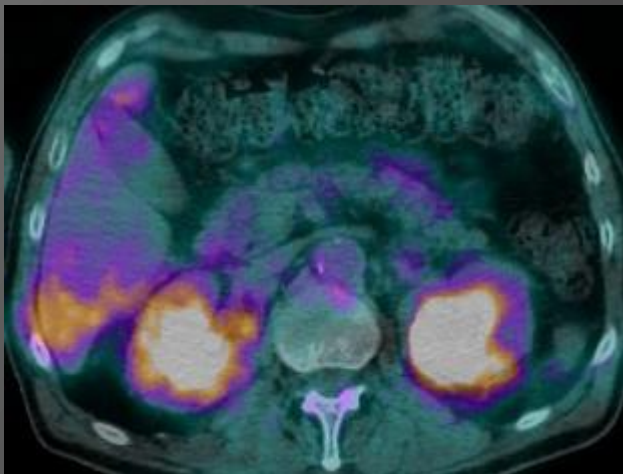
Infiltration bilatérale des fascia péri rénaux

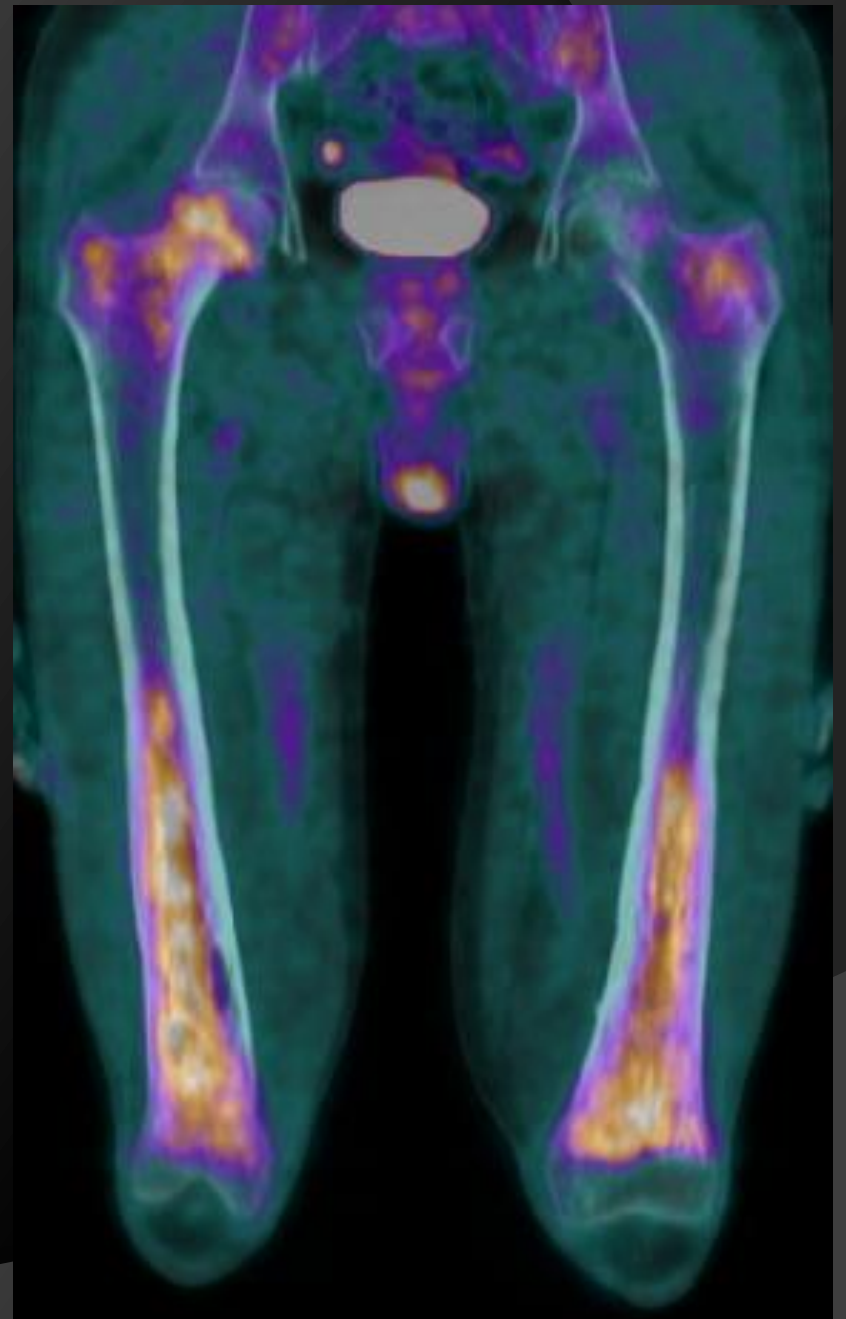
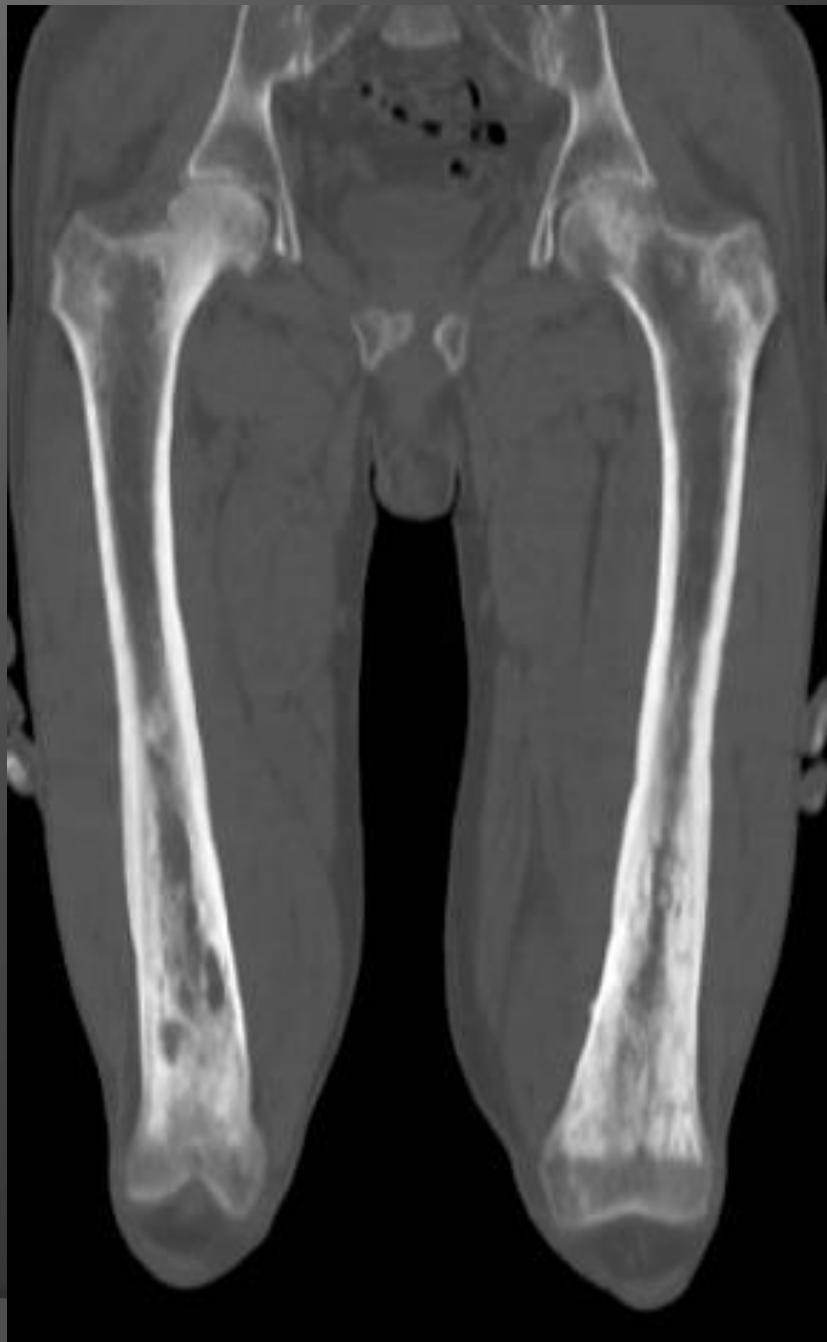
... pyélonéphrite? Pancréatite?

... lymphome?

... amylose?

... ?





maladie d'Erdheim-Chester *histiocytose non langerhansienne multiviscérale*

Atteinte osseuse bilatérale et symétrique des os longs:

- Ostéocondensations métaphyso-diaphysaires avec respect des épiphyses

Atteinte médiastinale:

- engainement vasculaire périaortique aortic coating
- parfois épanchement péricardique.

Atteinte abdominale:

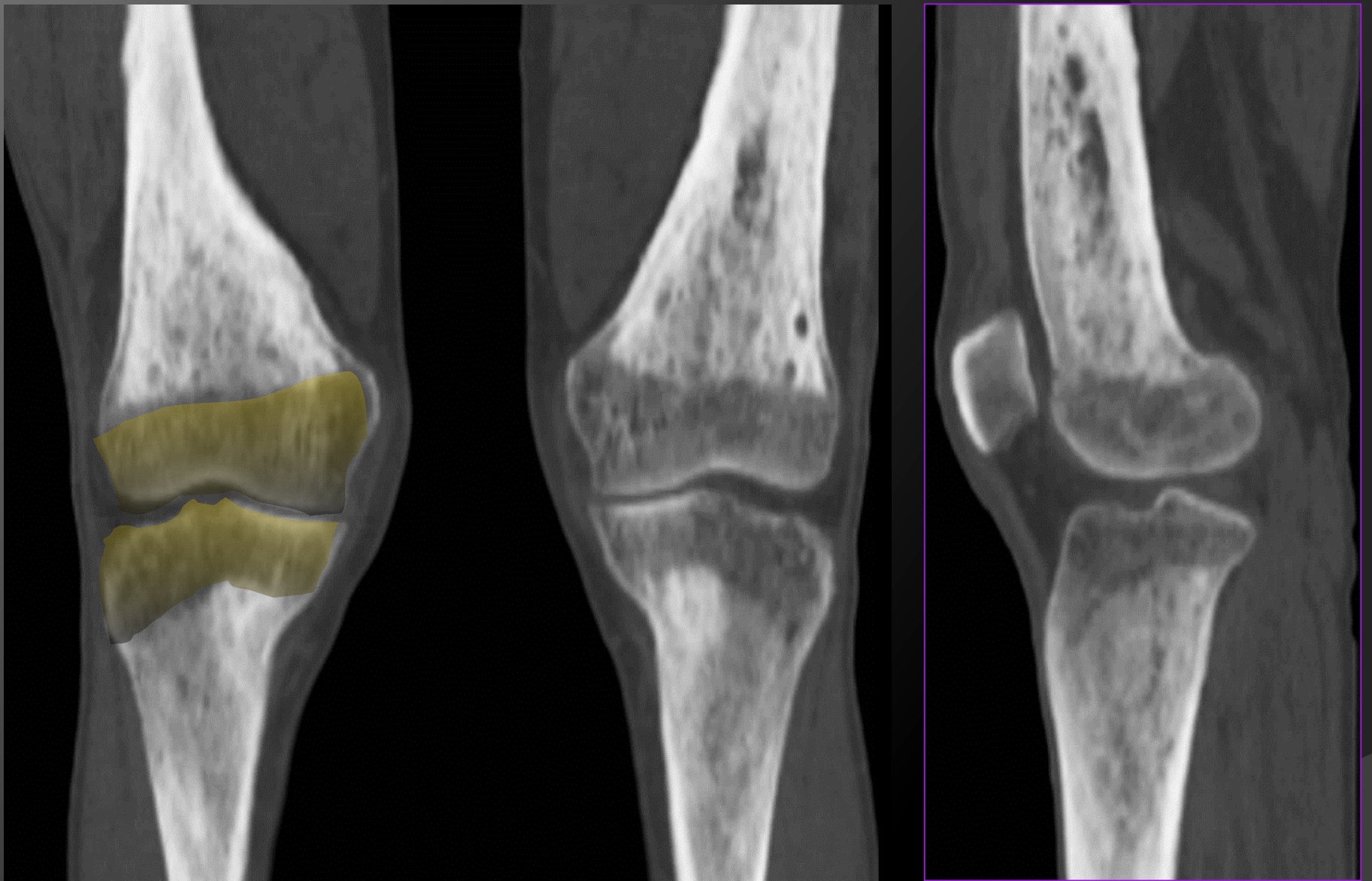
- mégacalicose rénale
- infiltration bilatérale des fascias péri-rénaux : reins chevelus (hairy kidney)

ANT



POST

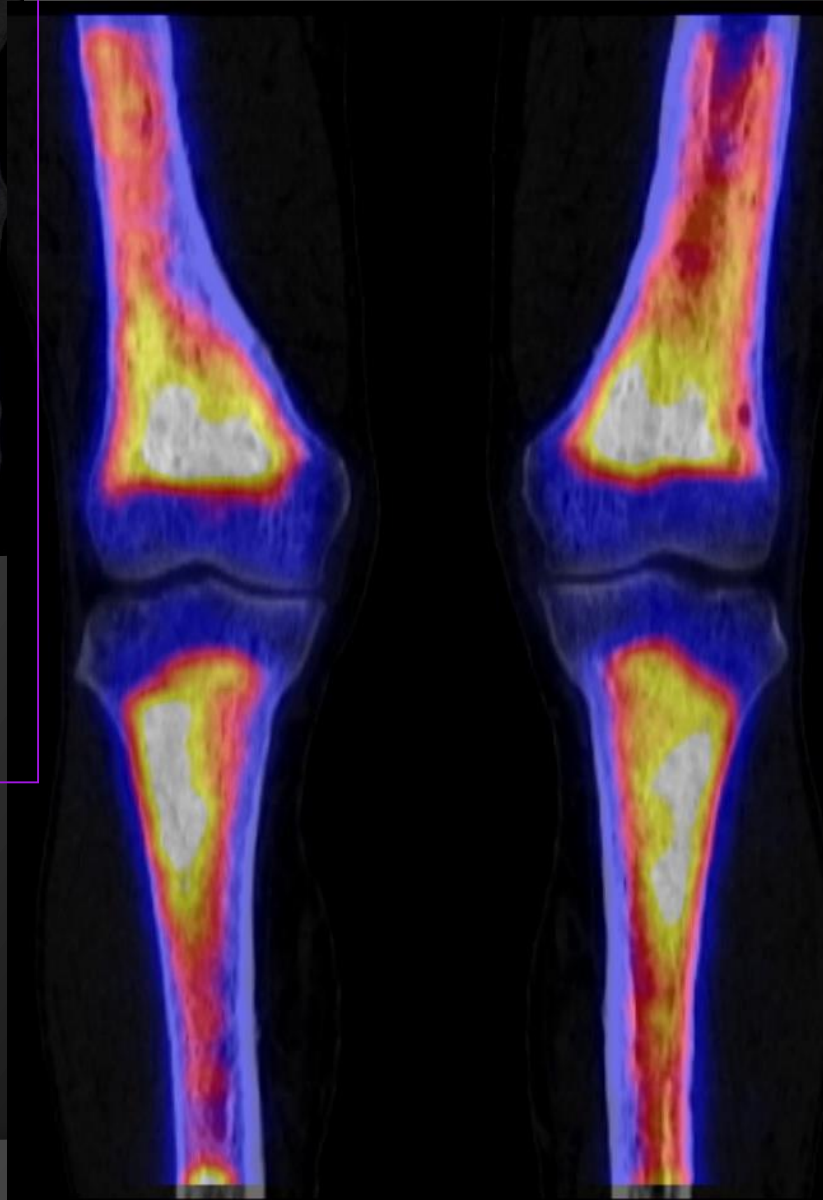
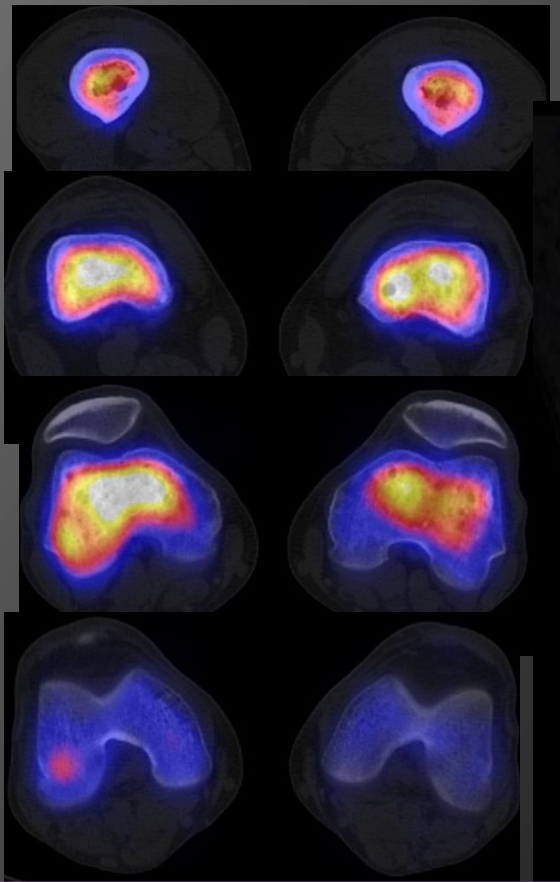




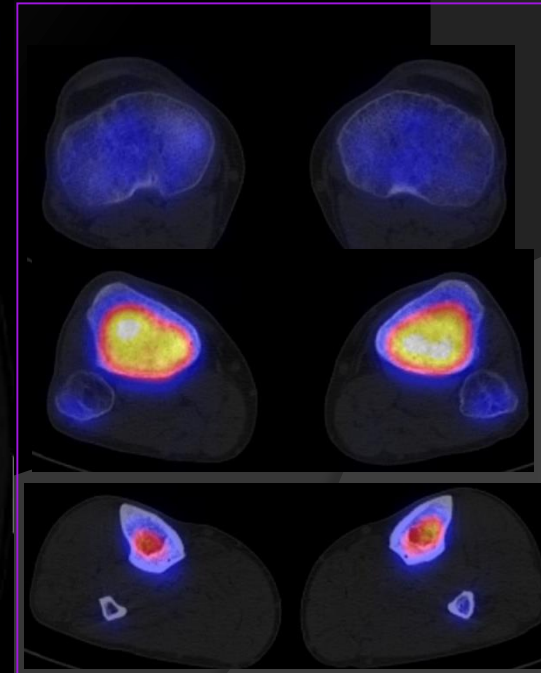
Lésions osseuses condensantes métaphyso-diaphysaires

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**:

- mégacalicose rénale
- infiltration bilatérale des fascias péri-rénaux

(pancréatite aiguë, amylose rétropéritonéale plus exceptionnellement)

"aspect chevelu" de la graisse périrénale

Atteinte **médiastinale**:

- engainement vasculaire périaortique aortic coating
- parfois épanchement péricardique.

Atteinte **pulmonaire** (rare):

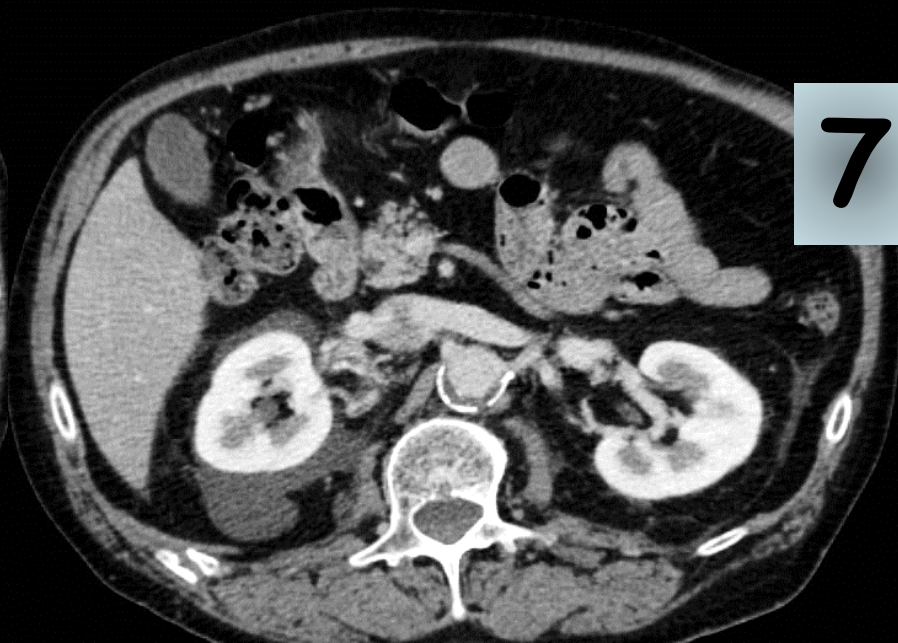
- tableau de fibrose bilatérale
- infiltration typiquement interstitielle sous-pleurale et périlobulaire
- prédominante dans les lobes supérieurs (réticulation septale)

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)*

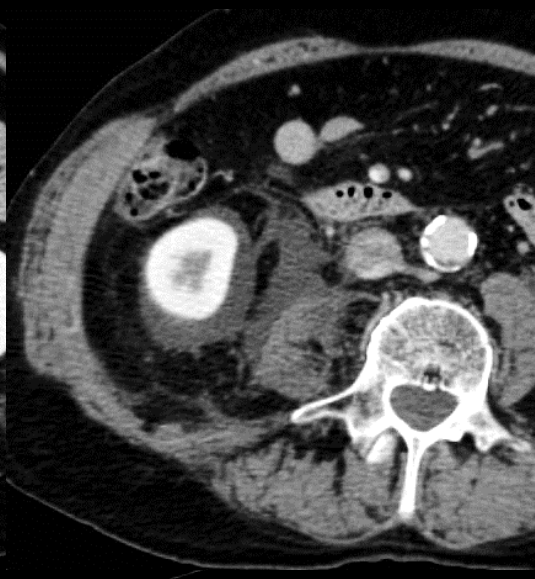
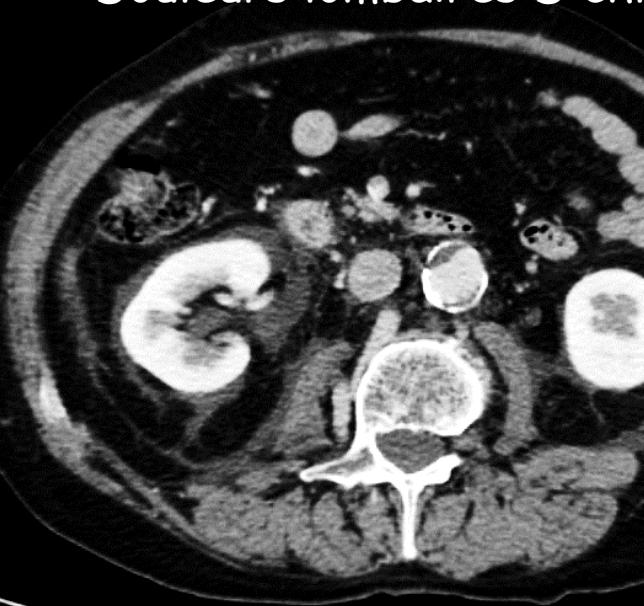
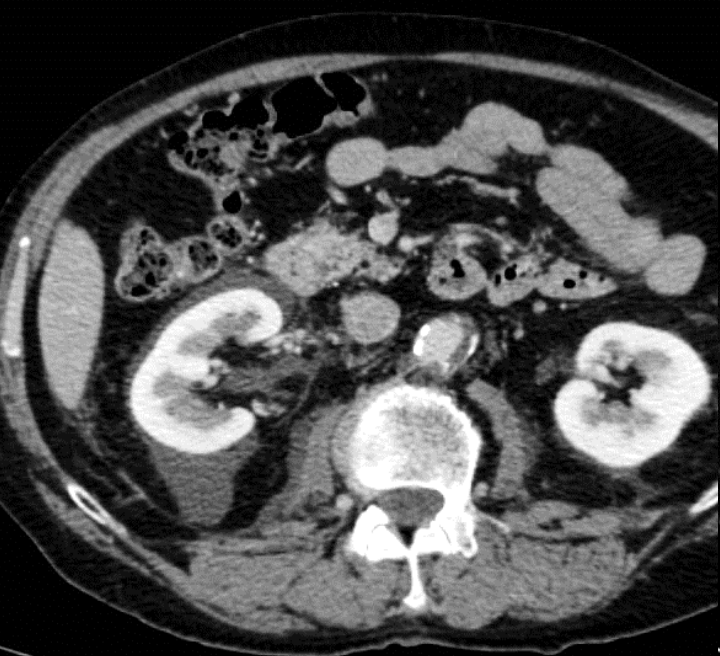
Atteinte **rétro-orbitaire** avec un rehaussement intense peut simuler une pseudo-tumeur inflammatoire de l'orbite.

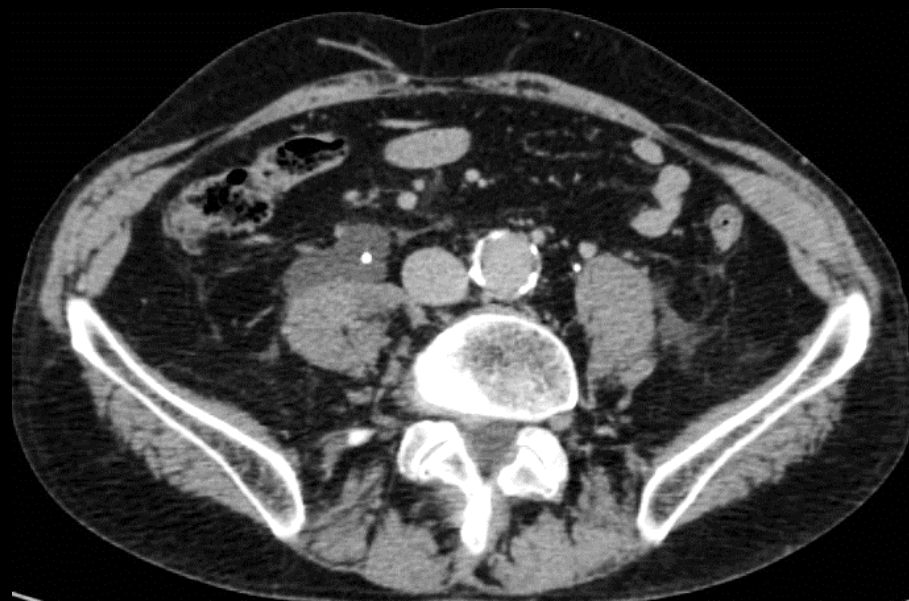
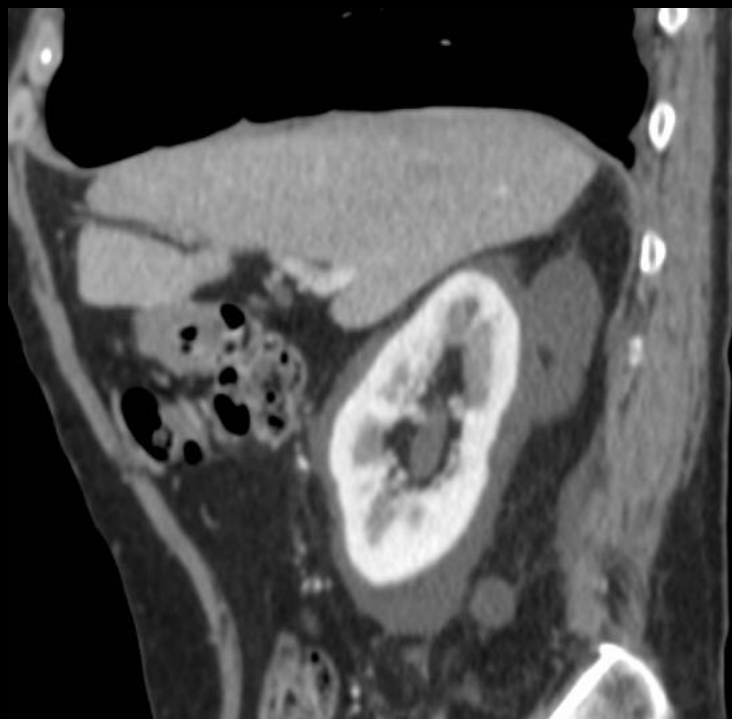
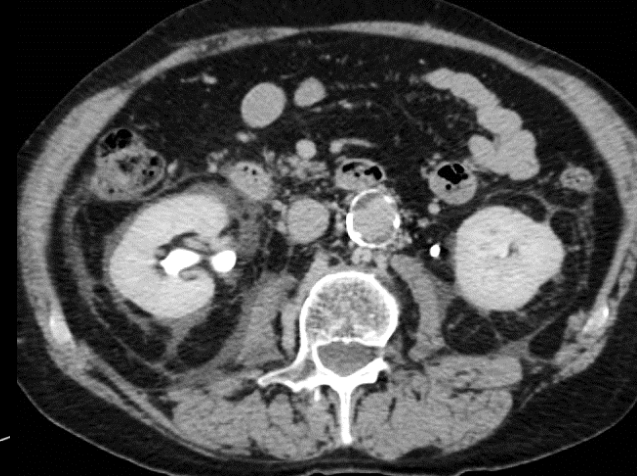
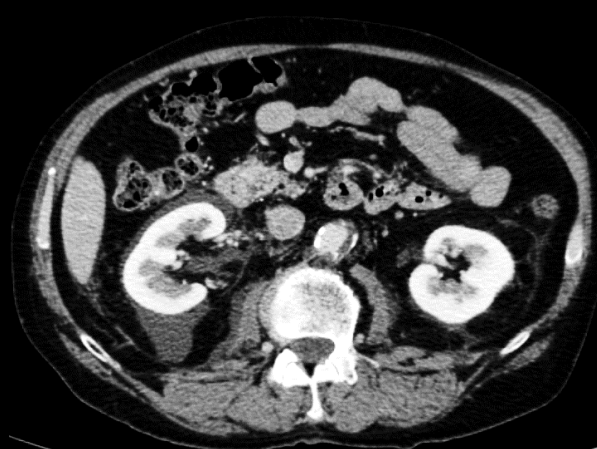
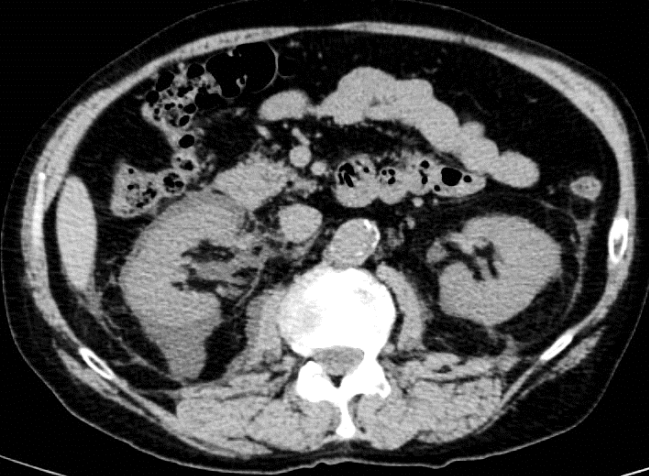
Atteinte **sinusienne**: simulant une sinusite chronique avec un épaississement important des parois osseuses.



H 70 ans

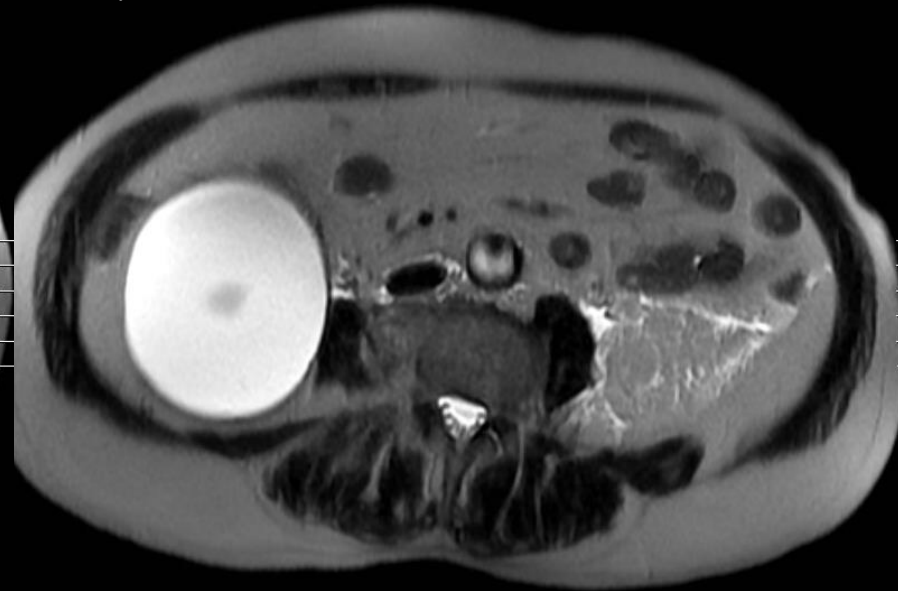
Douleurs lombaires D chroniques



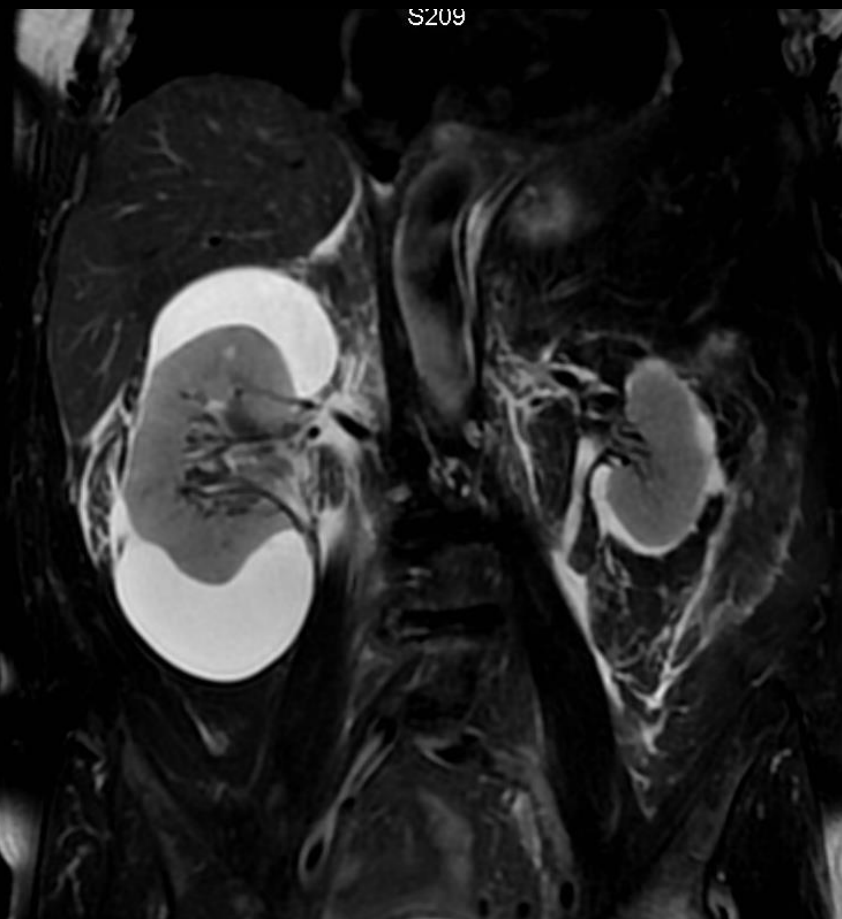


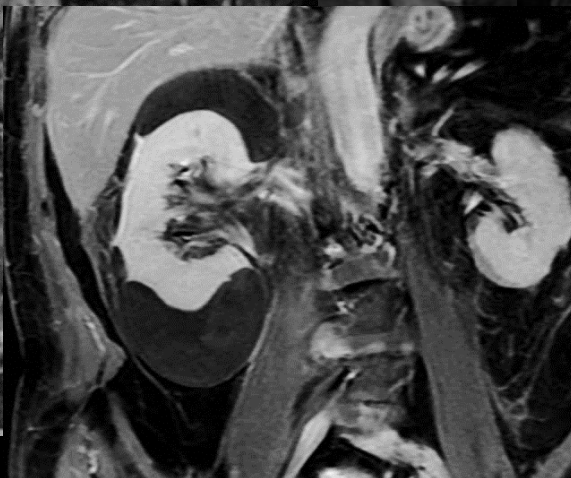
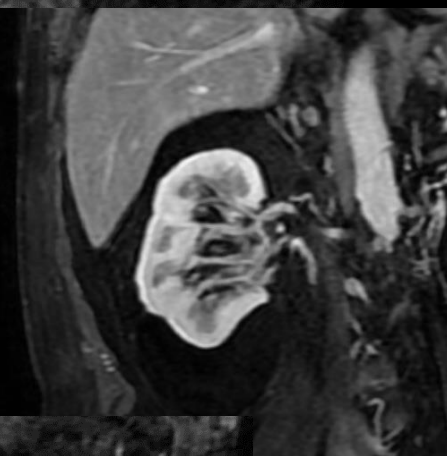
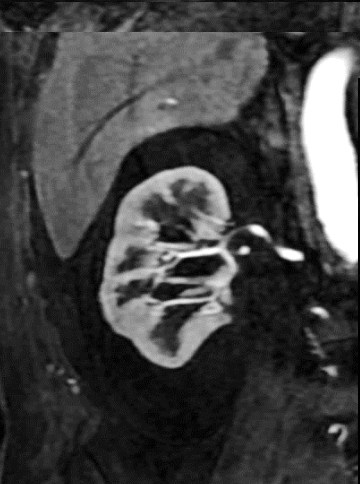


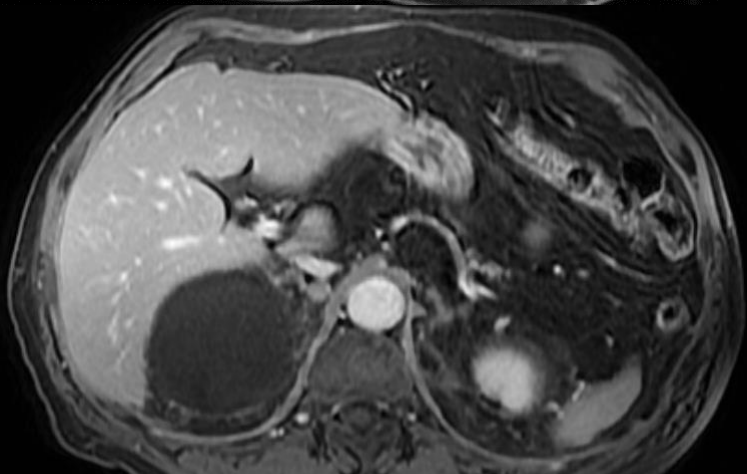
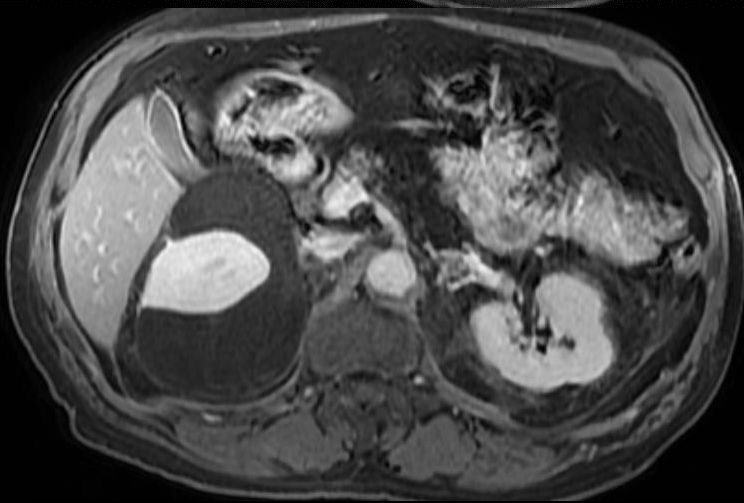
IRM 4 mois après le scanner



S209







Lymphangiectasies rénales

- = 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

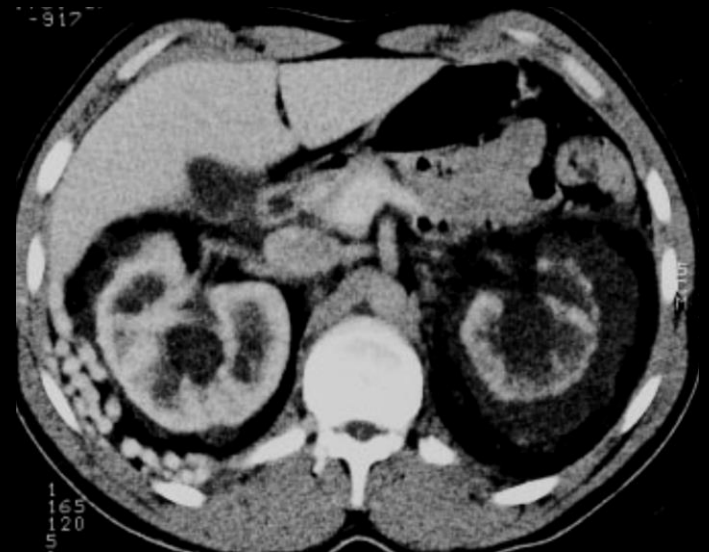
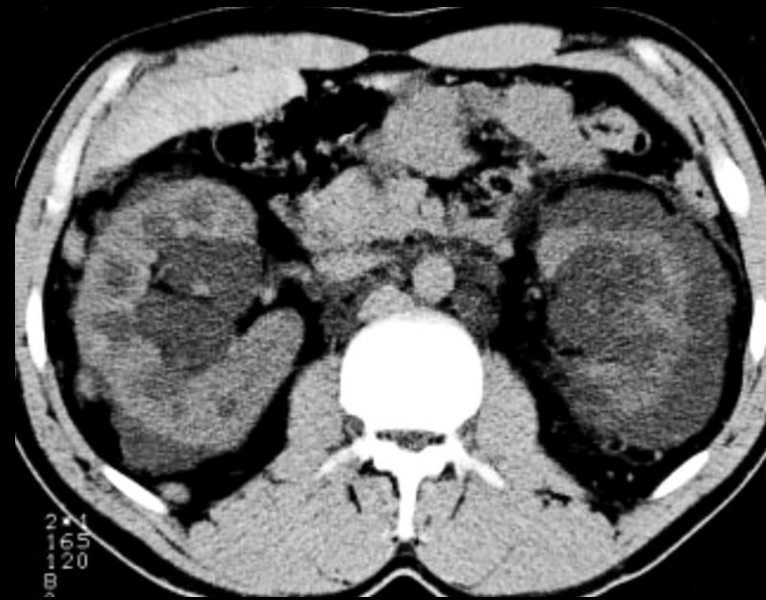
Lymphangiectasies rénales

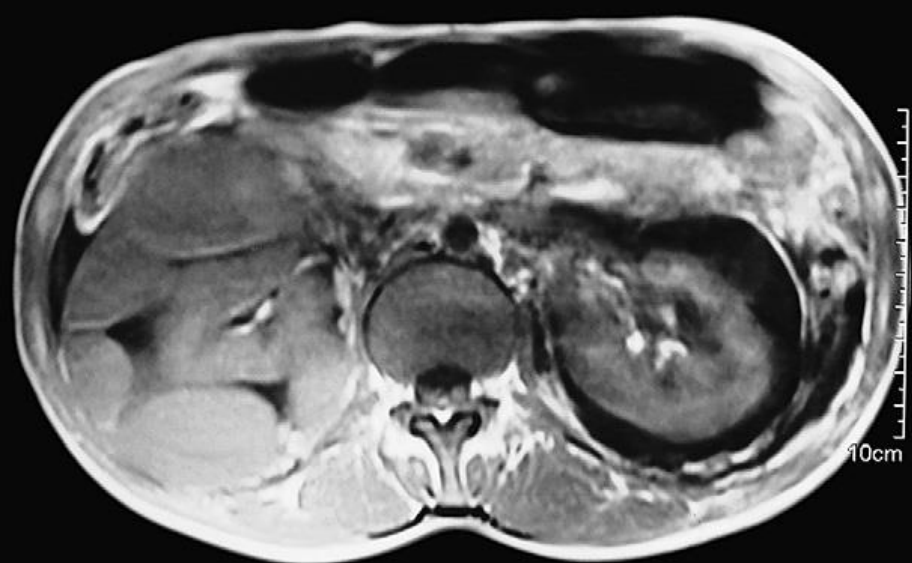
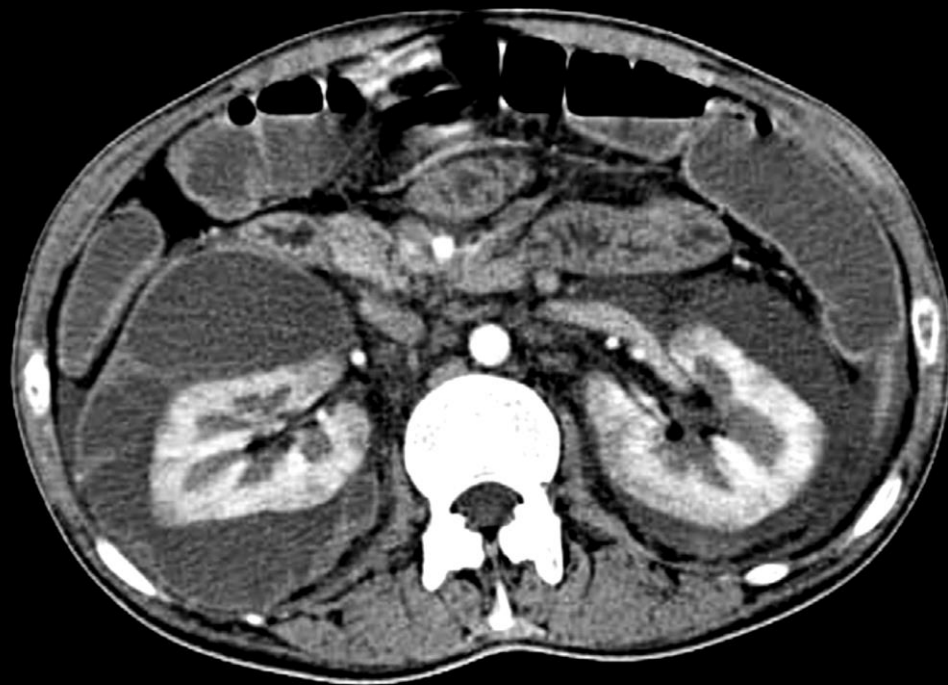
= lymphangiomatose rénale = peripelvic lymphangiectasia, hygroma
renale polycystic disease of the renal sinus

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

Lymphangiectasies rénales, imagerie

- Petits lymphatiques intra-rénaux :
élargissement rénal, lésion solide
- **Kystes péri-pyéliques** et péri-rénaux,
parois fines, sans prise de contraste,
contenu liquidien
- +/- collections rétro-péritonéales
- +/- ascit





14 ans

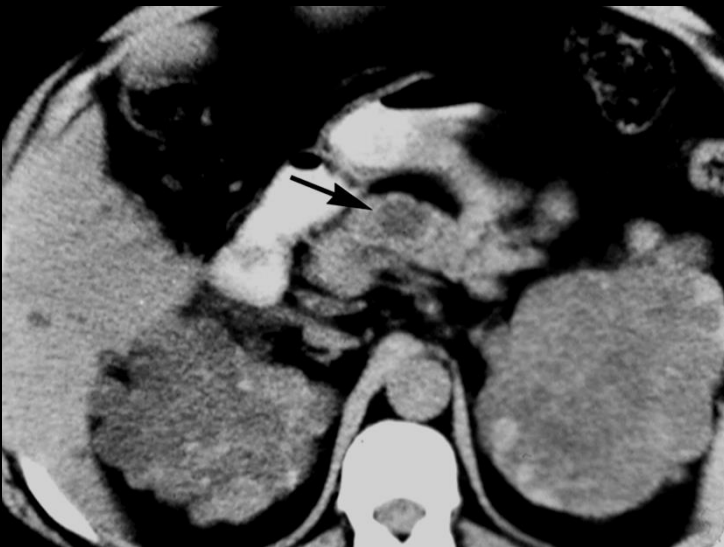
Collections péri-
rénales + scalloping

Iso-T1 à droite

L. Upreti*, A. Dev, S. Kumar Puri
Imaging in renal lymphangiectasia: report of two cases and
review of literature

- Diagnostics différentiels :

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



Néphroblastomatose +
néphroblastomes

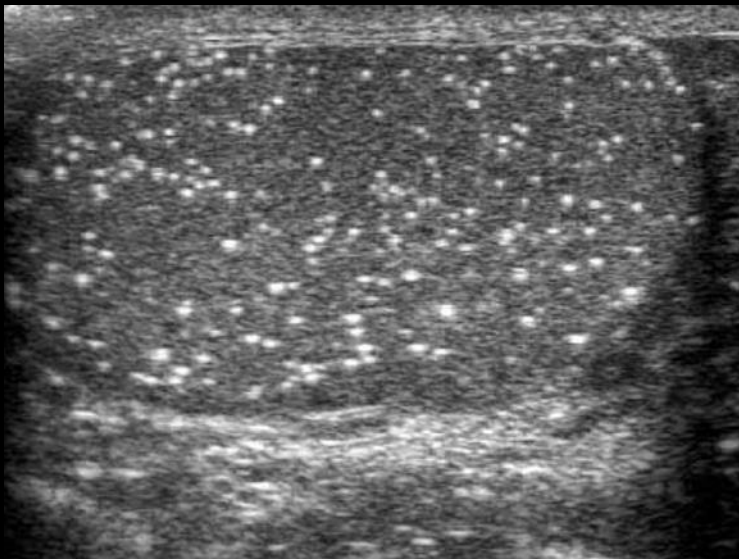
H 22 ans, tuméfaction testiculaire gauche

8

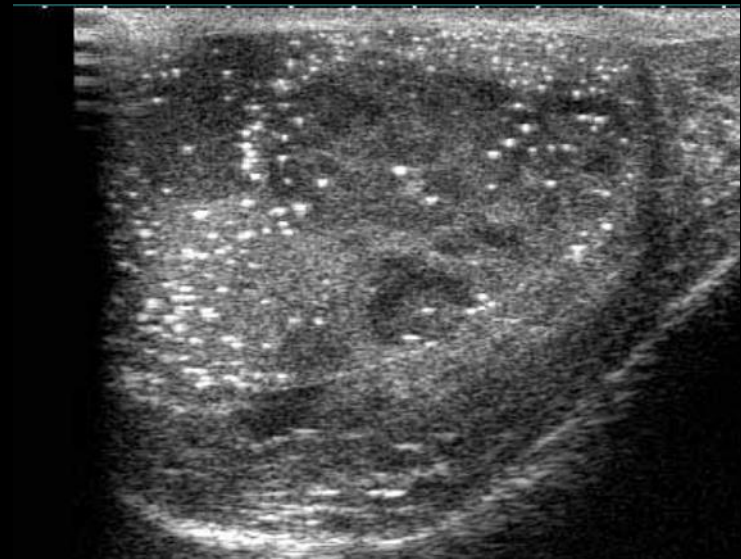
Apparition progressive

Indolore

Pas d'antécédents



Testicule D

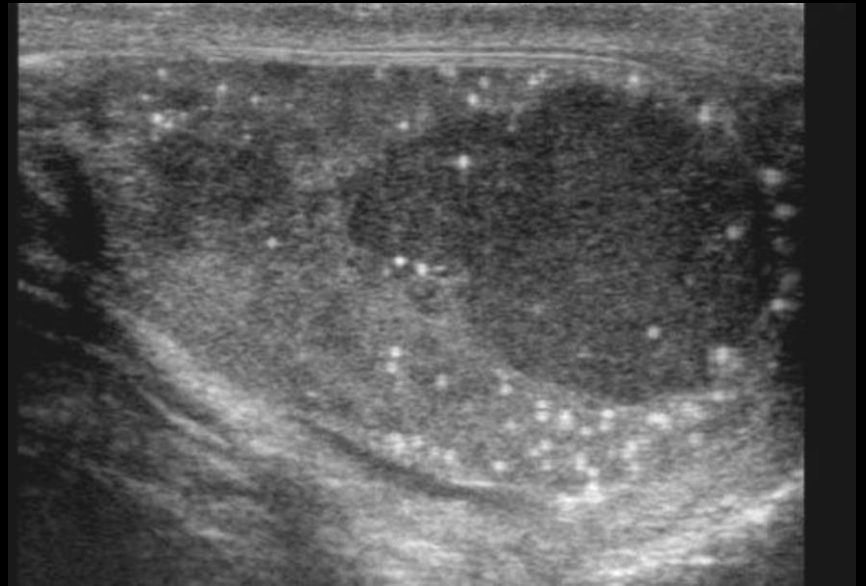


Testicule G

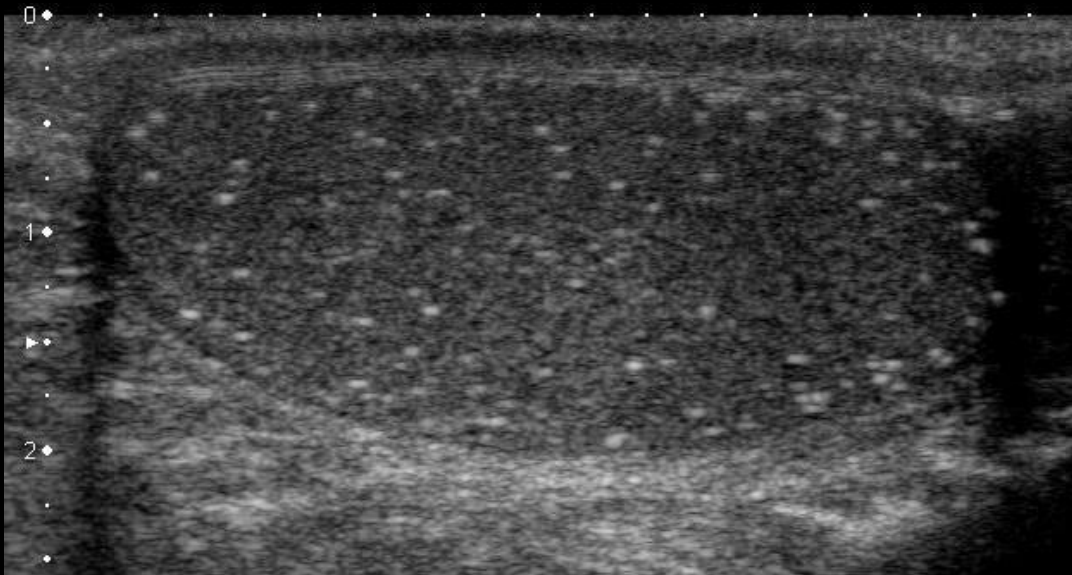
Tumeur germinale à type de séminome pur de
forme habituelle

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 $< 3\text{mm}$, sans cône d'ombre, souvent bilatérales



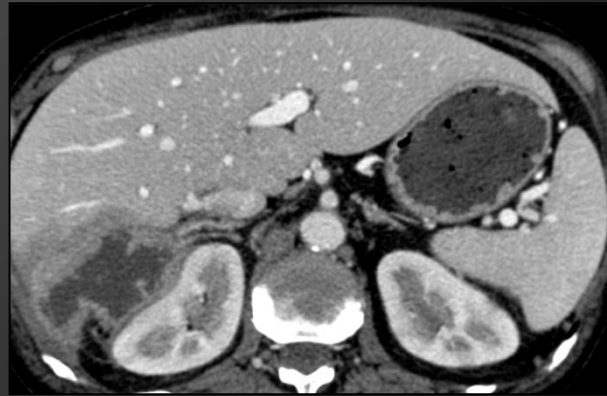
2DG
84
DR
75

3 grades
selon
importance
(Mac
ENIFF)

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



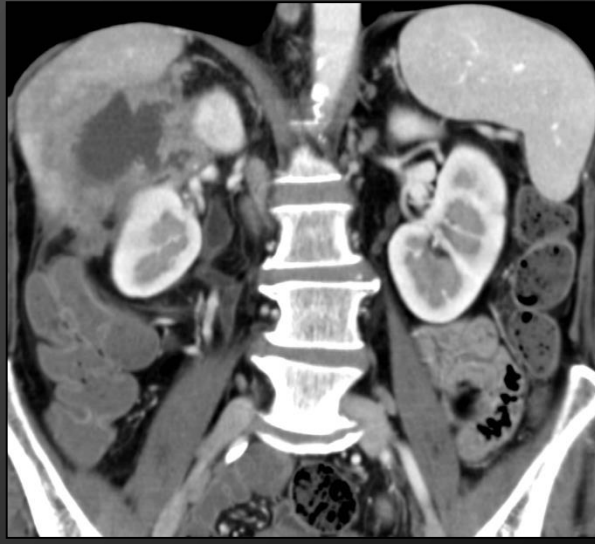
- situer de façon précise la localisation des anomalies observées





il s'agit d'une image caractéristique
d'abcès de la poche de Morison développé
en arrière de l'area nuda et étendu au
périrrein

devant une telle image on doit postuler la
responsabilité probable d'un corps
étranger perdu au cours d'un geste
chirurgical (calcul après cholécystectomie
;coprolithe après appendicectomie)



l'intervention peut dater de quelques semaines mais **parfois de plusieurs années** ; il y a en général des poussées douloureuses et fébriles de une ou deux semaines qui émaillent la vie du patient et qui régressent sous traitement antibiotique . Le diagnostic échappe souvent aux examens d'imagerie car les lésions sont très postérieures para-rachidiennes

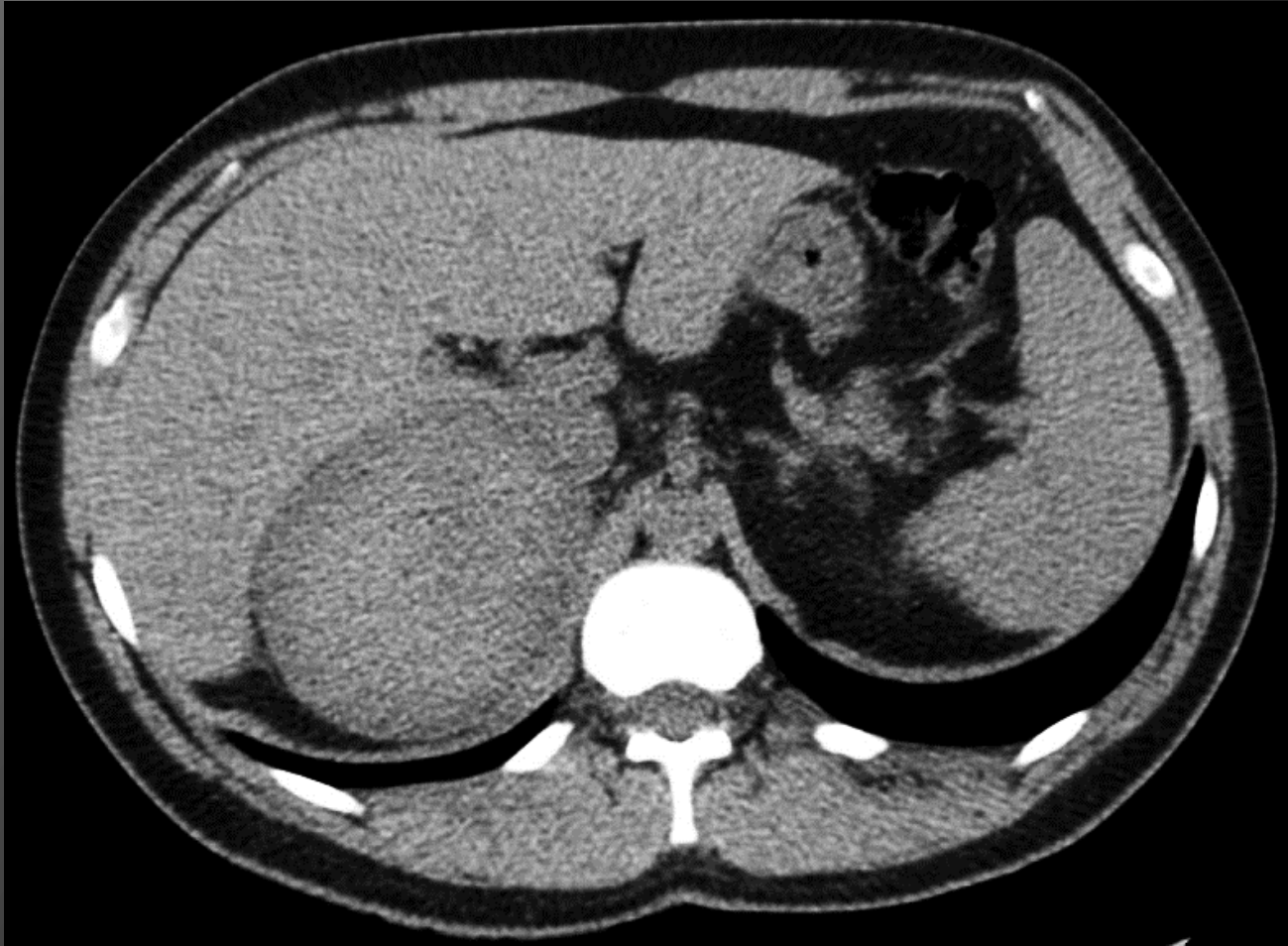


il faut chercher au sein de l'abcès les images susceptibles de correspondre à un calcul vésiculaire généralement cholestérolique (radiotransparent) ou d'un coprolithe (opaque)

les corps étrangers perdus au cours ou au décours de gestes chirurgicaux ont vu leur fréquence s'accroître avec la généralisation de la coeliochirurgie.

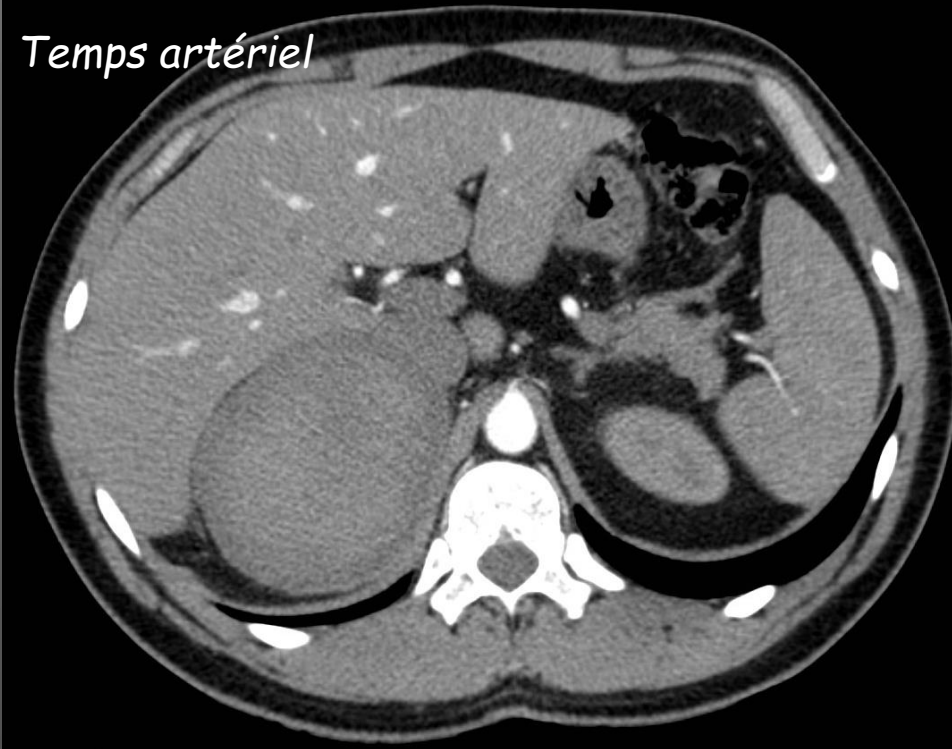
La poche de Morison constitue un véritable piège dans lequel les corps étrangers vont tomber directement, à la verticale du lit vésiculaire. le sujet étant opéré en position de Trendelenburg .Le lavage péritonéal (gouttière pariéto-colique droite) ne fera qu'accentuer cette tendance en se rassemblant dans la partie déclive de la poche.

Les clips vasculaires et biliaires des cholecystectomies peuvent également se libérer et donner des complications analogues s'ils sont piégés dans la poche De Morison

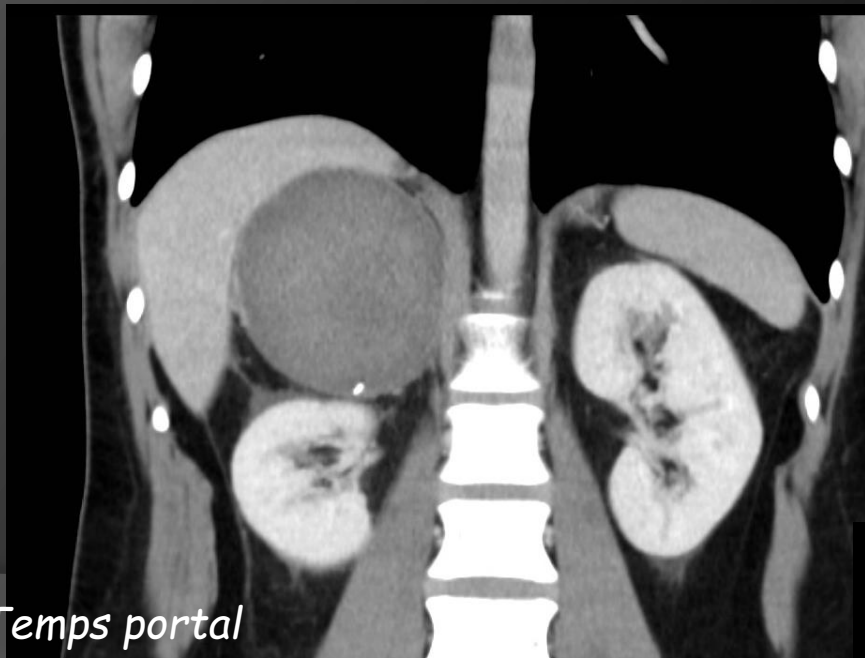


Sans IV
70 UH CAT?

Temps artériel



Temps portal



Pas de prise de contraste
Diagnostic?

Hématome spontané de la surrénale

Etiologie

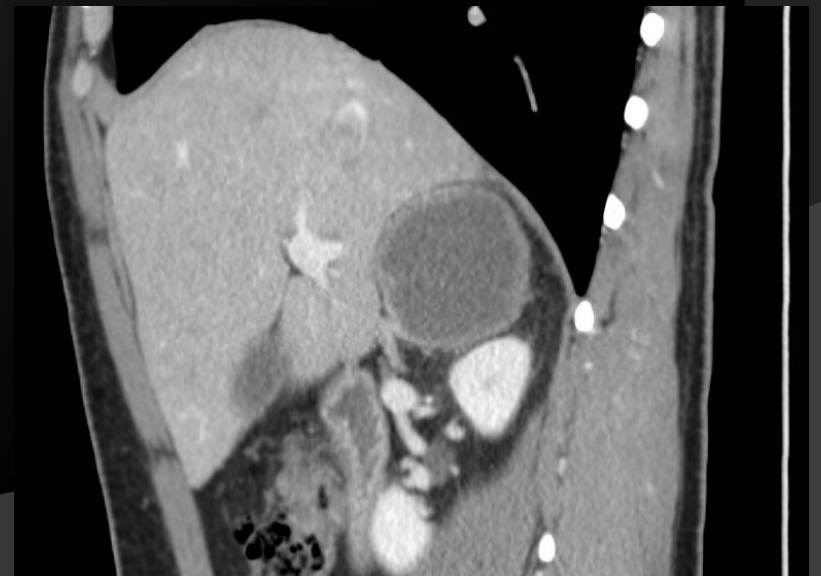
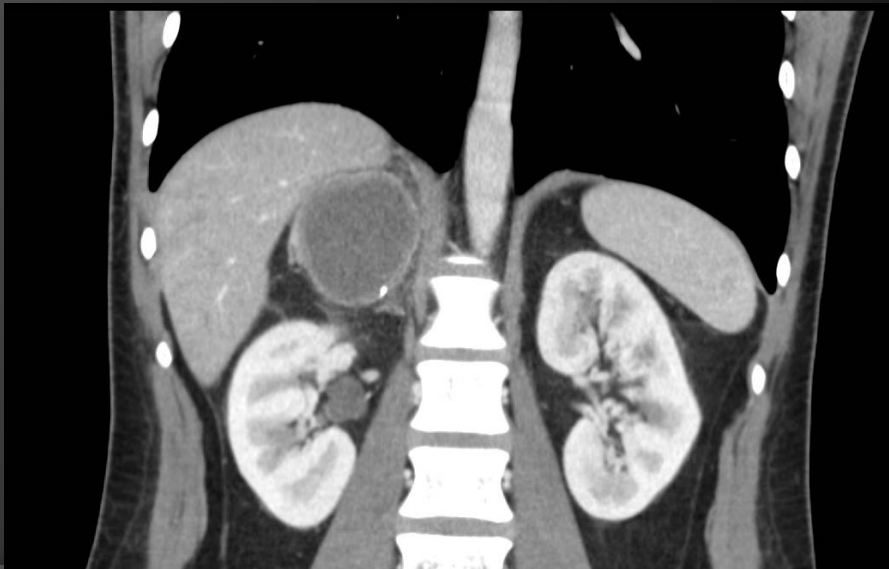
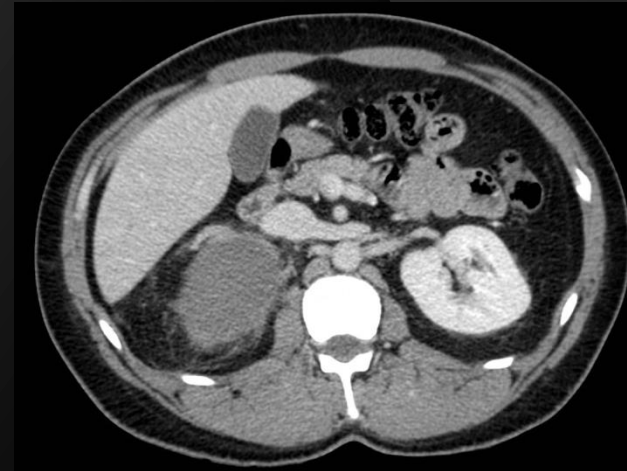
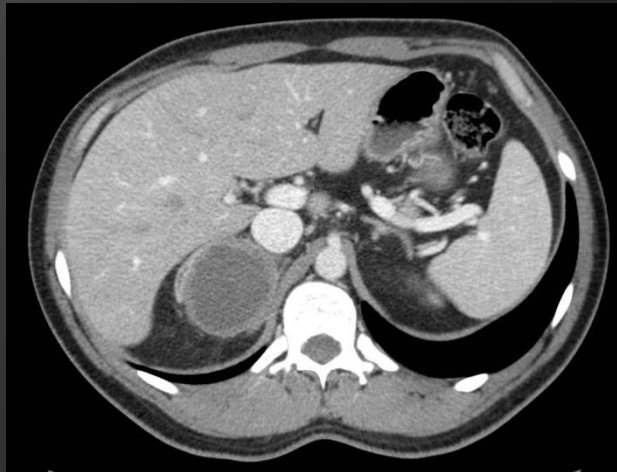
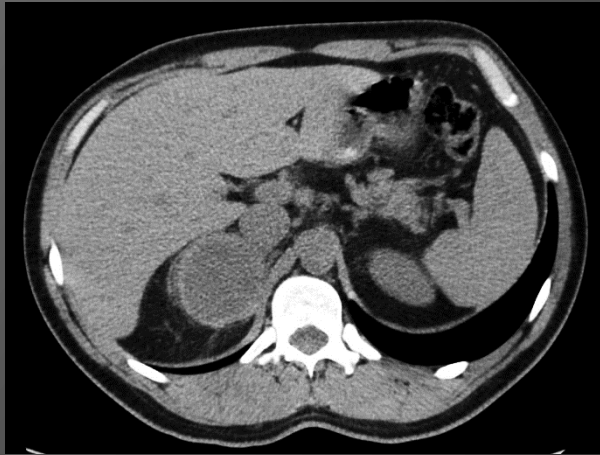
- ◉ Traitement anticoagulant (3 premières semaines)
- ◉ Troubles de l'hémostase (CIVD, LED, SAPL)
- ◉ Stress important
- ◉ Septicémie à germes atypiques (Neisseria meningitidis, Haemophilus influenzae)

Diagnostic différentiel

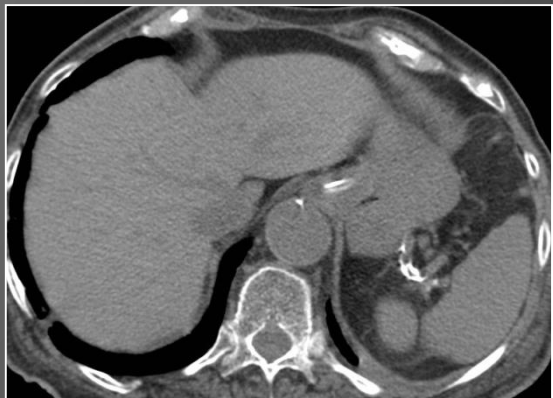
- ◉ Tumeur surrénalienne hémorragique:
 - ◉ -myélolipome
 - ◉ -corticosurrénalome
 - ◉ -métastase

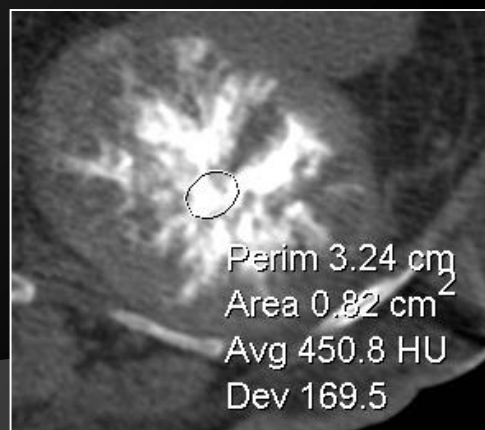
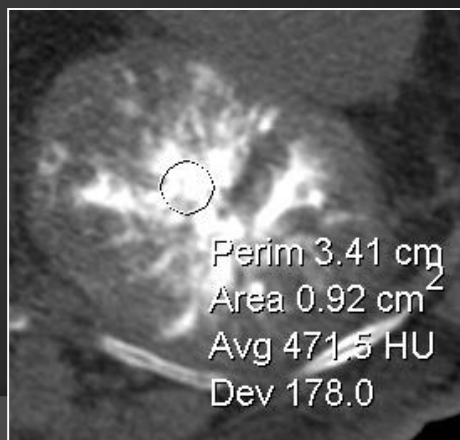
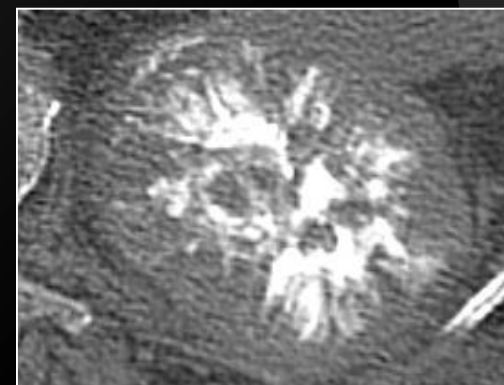
Suivi +++

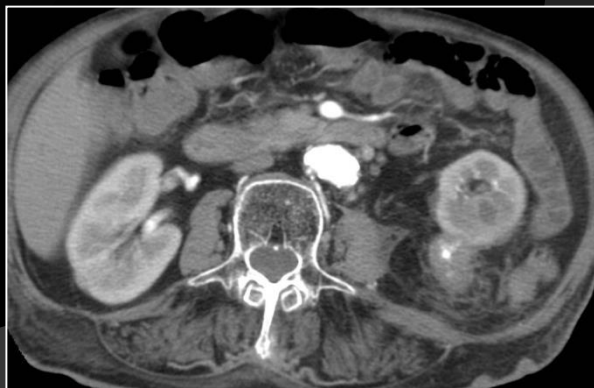
Contrôle évolutif à 2 mois

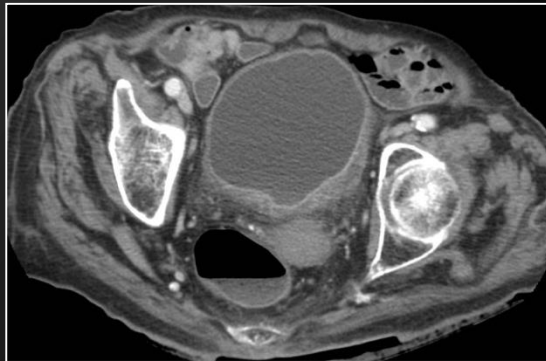


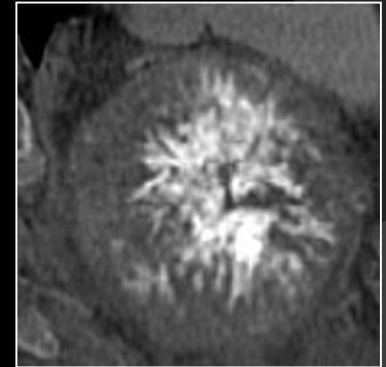
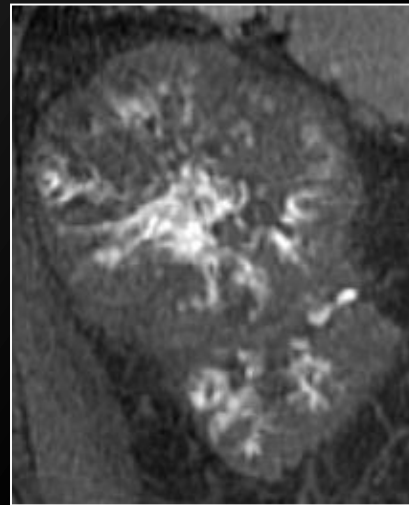
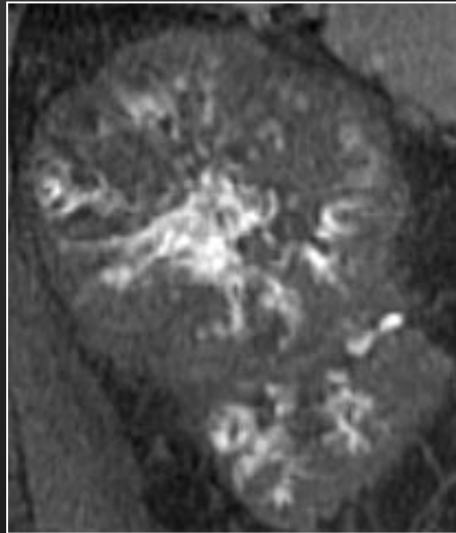
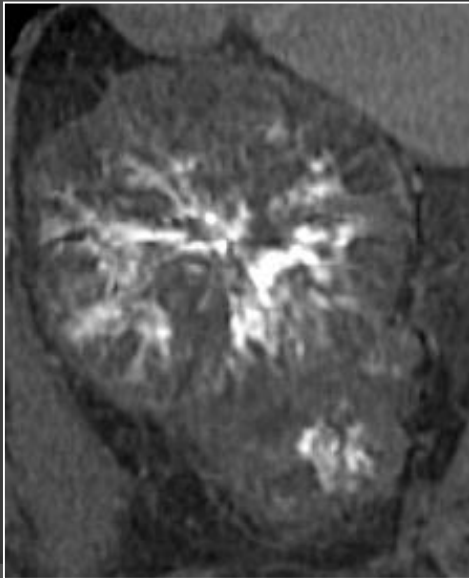
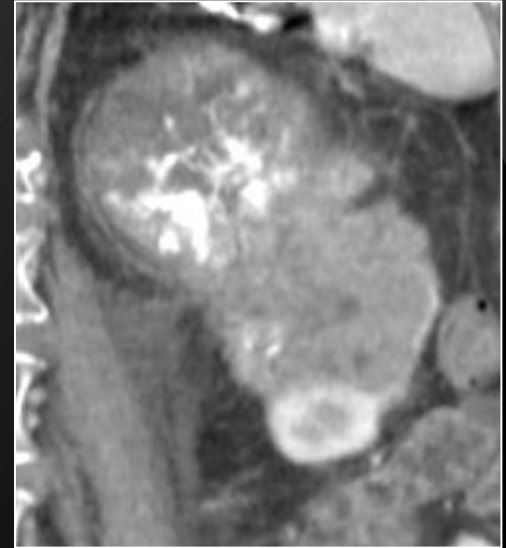
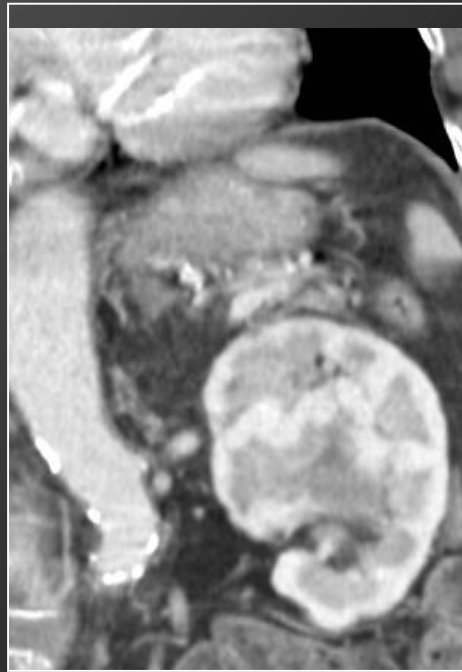
- Patiente de 90 ans
- Altération de l' état général
- vomissements
- Hématurie
- Pas d' atcd particuliers

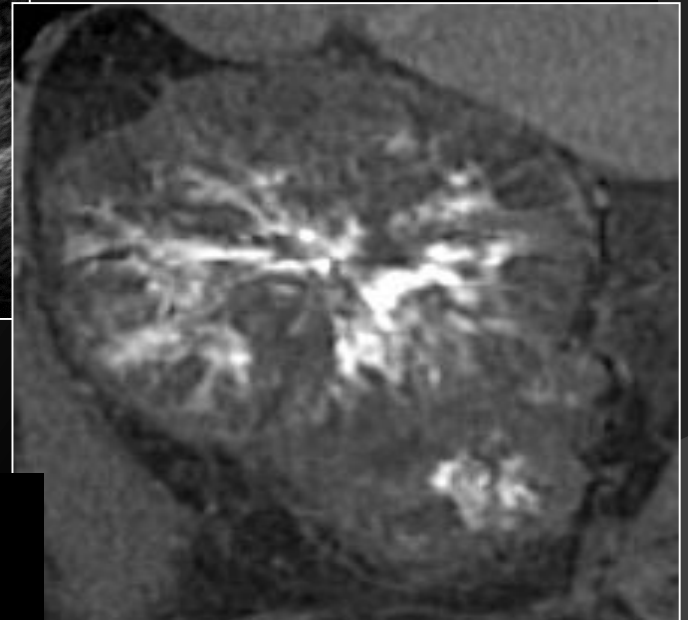
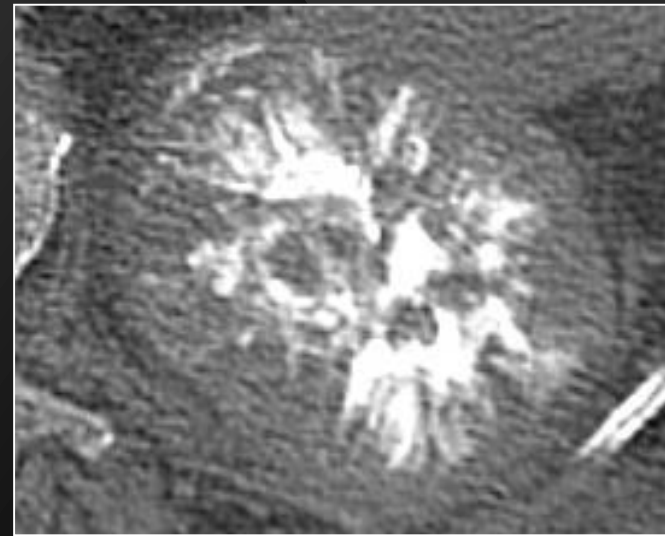
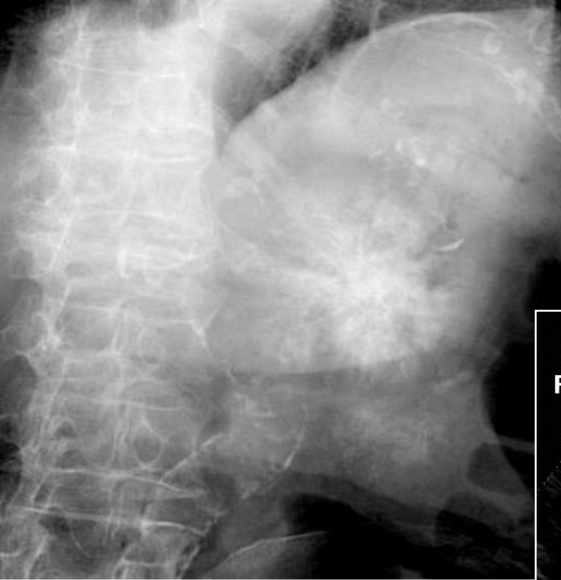






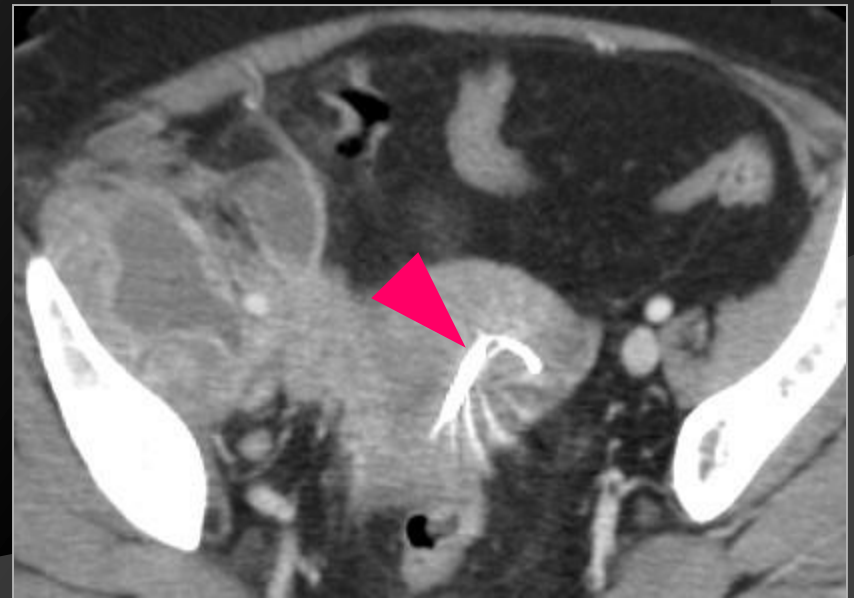
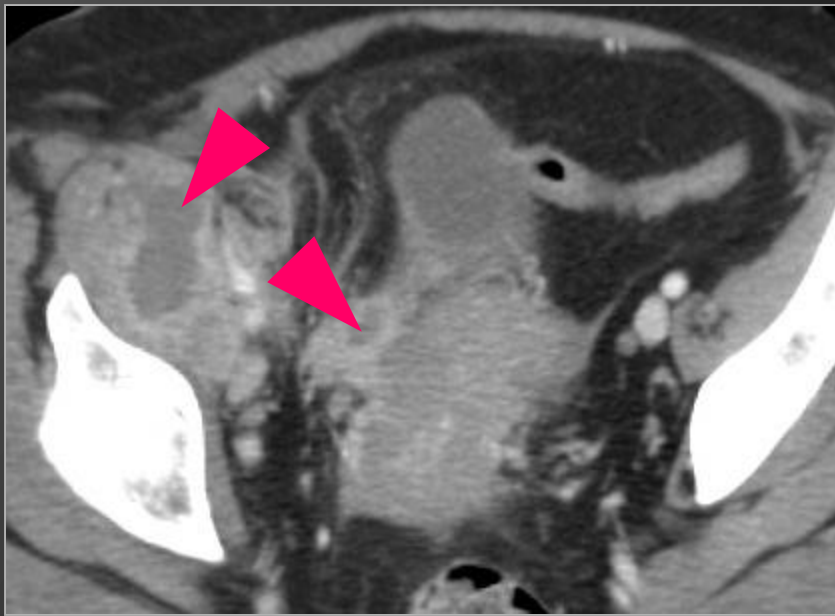
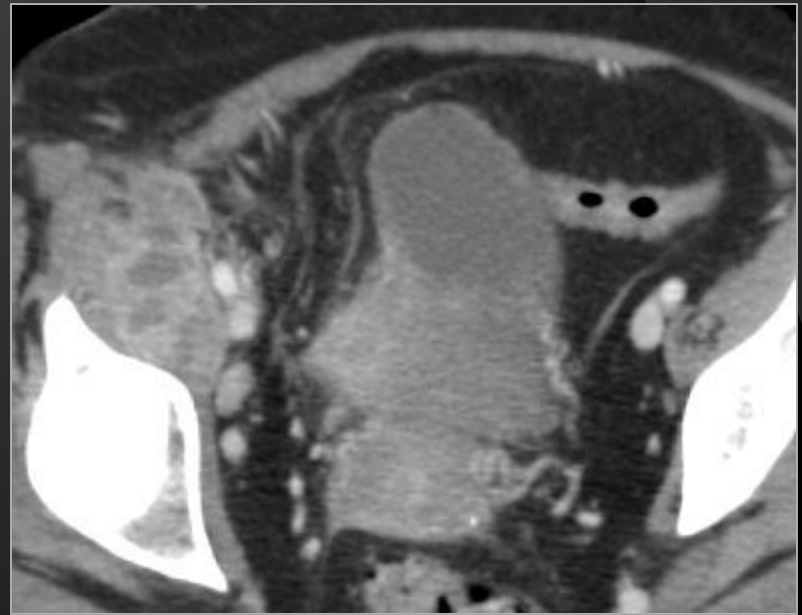


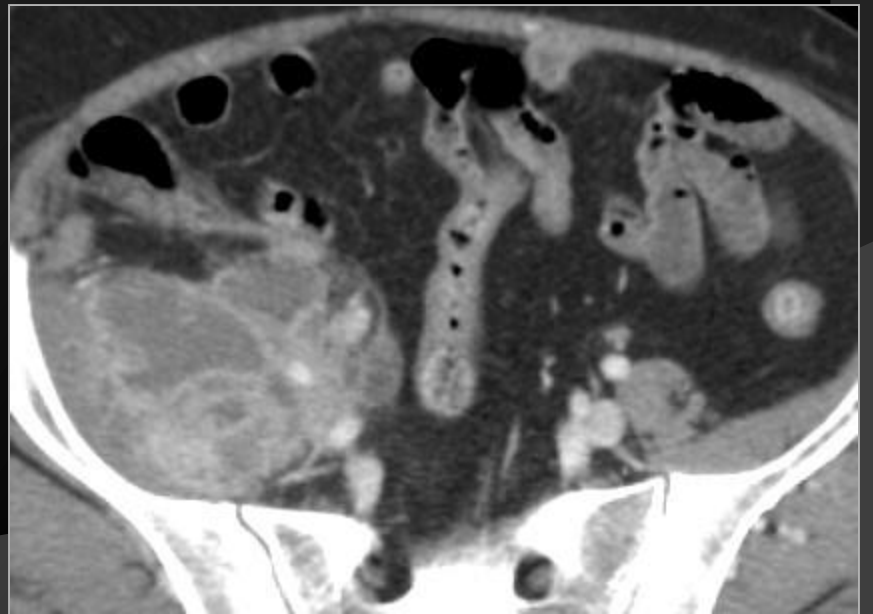
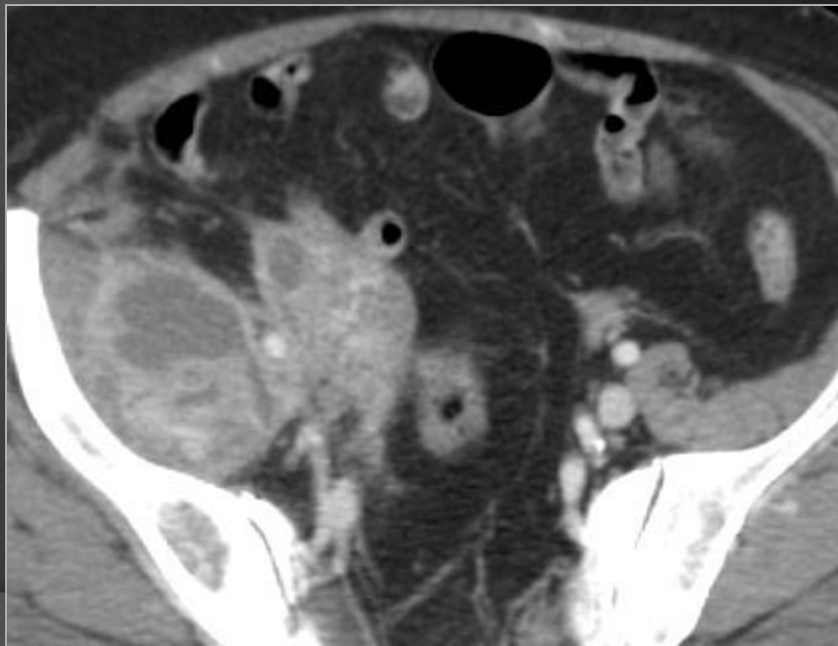


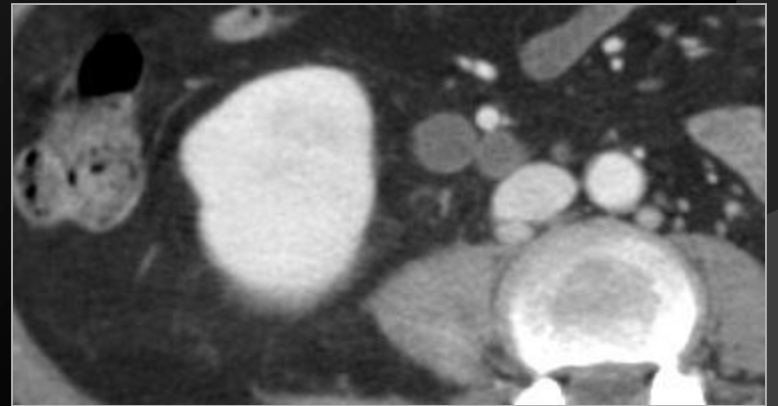
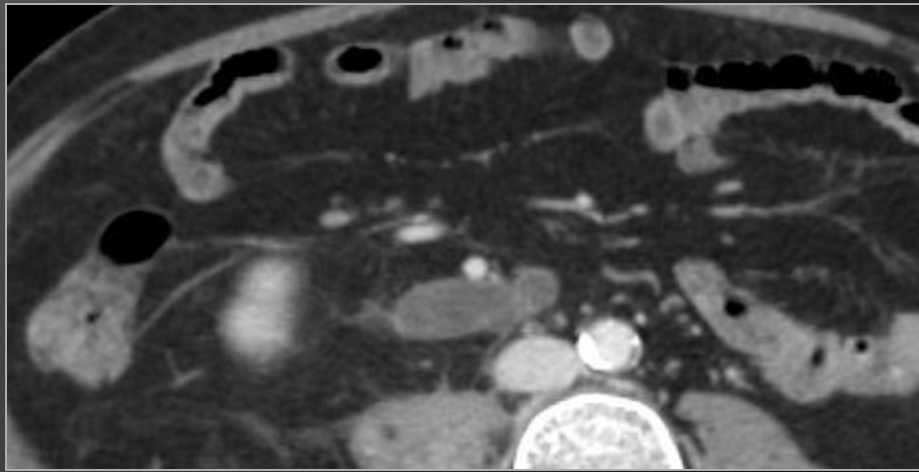
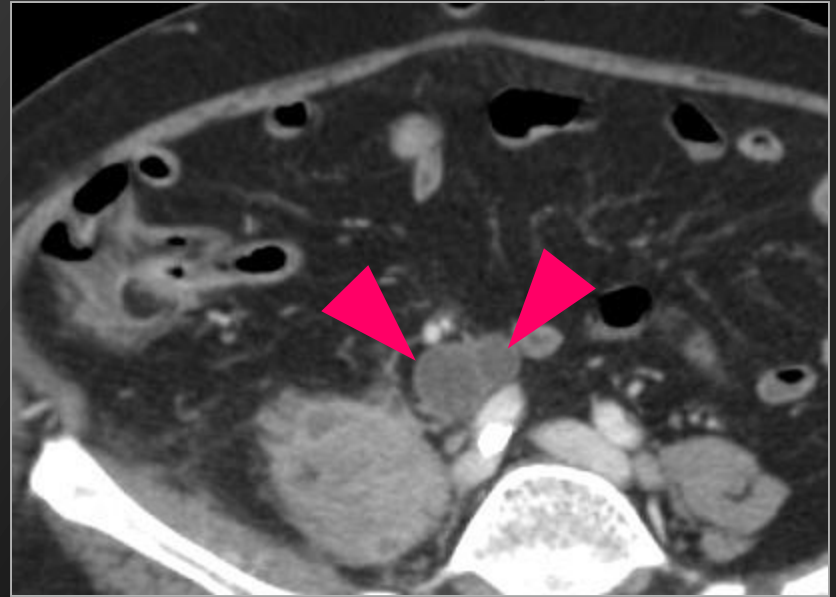
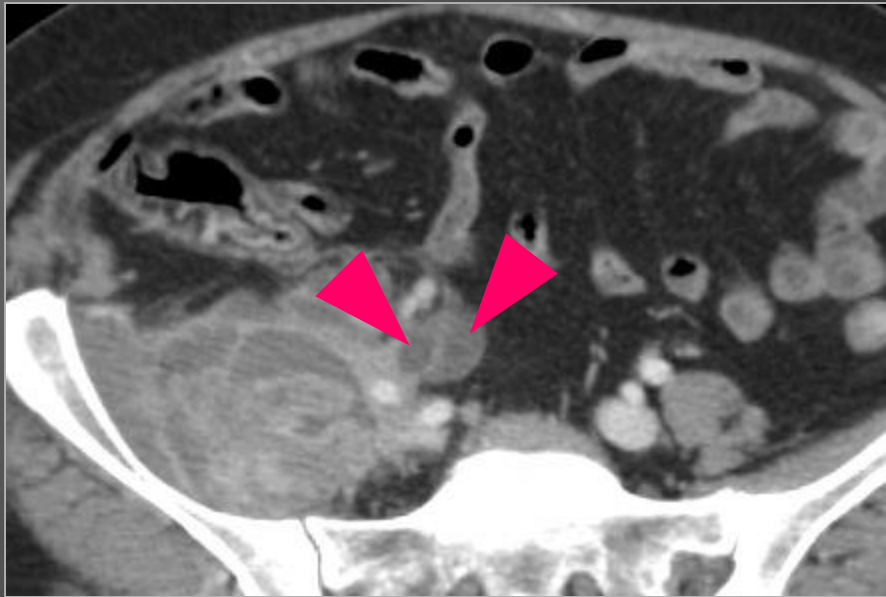


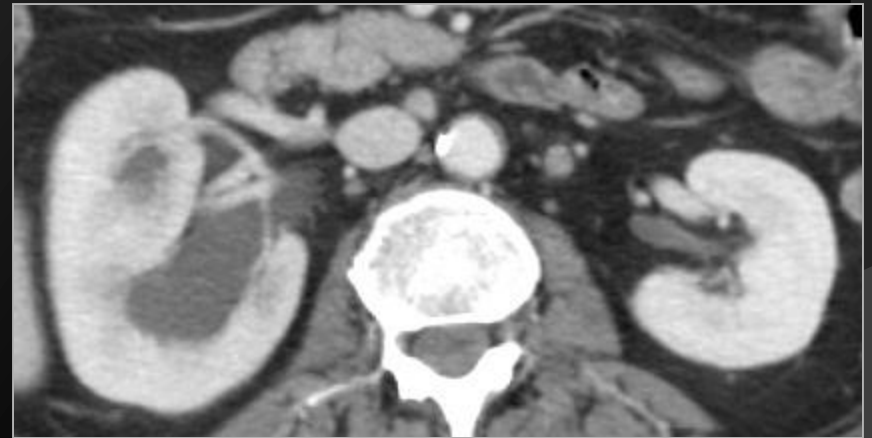
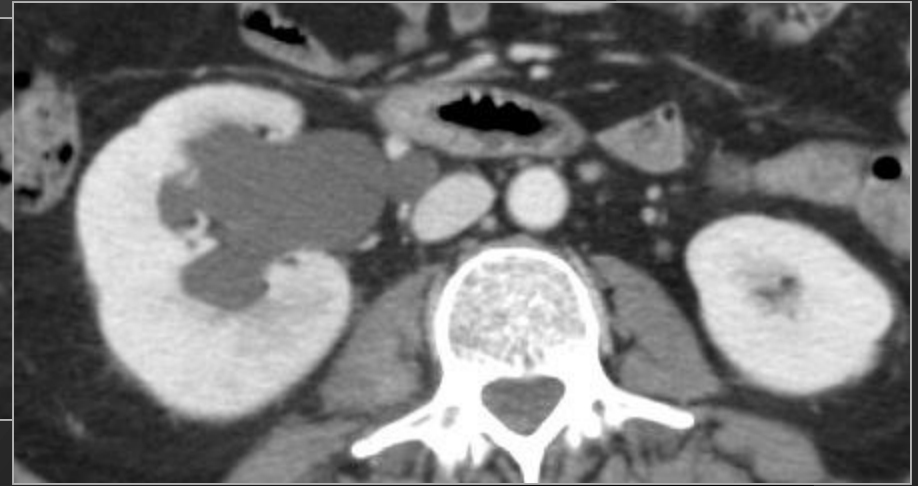
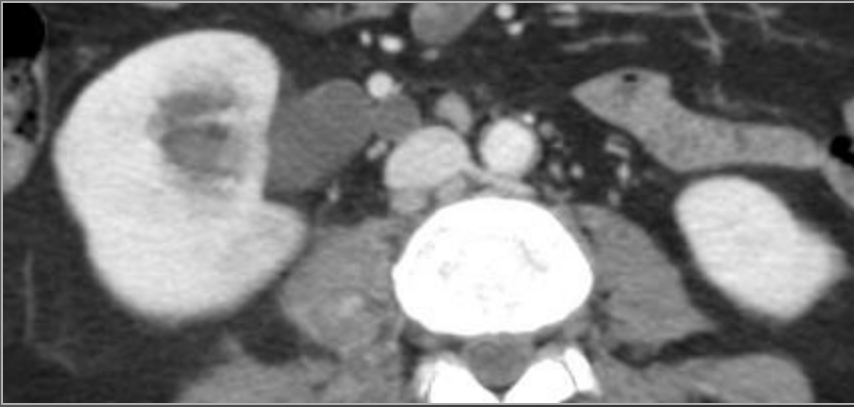
- Tumeur rénale maligne
- « ossifications »
- Sarcome ostéogénique primitif du rein

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



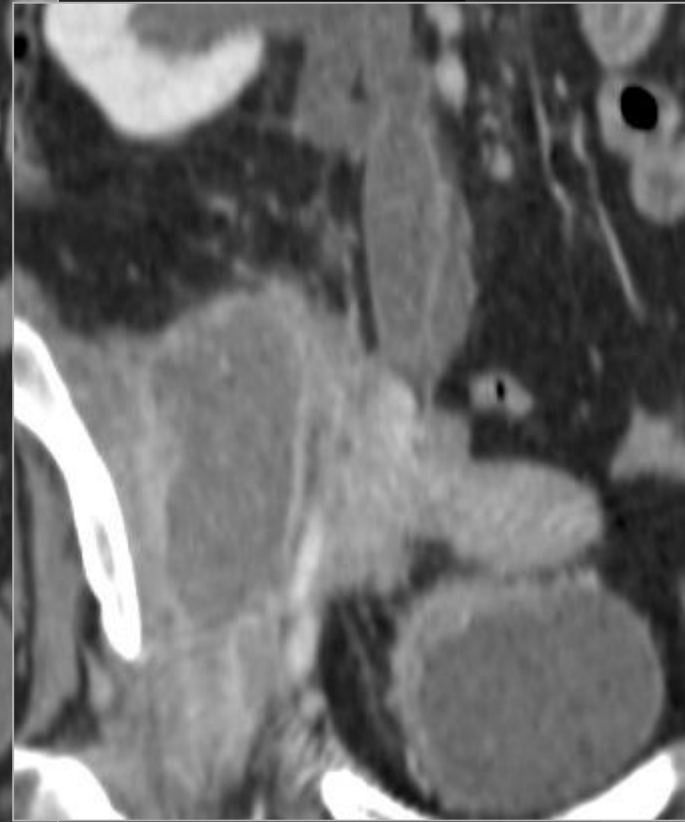
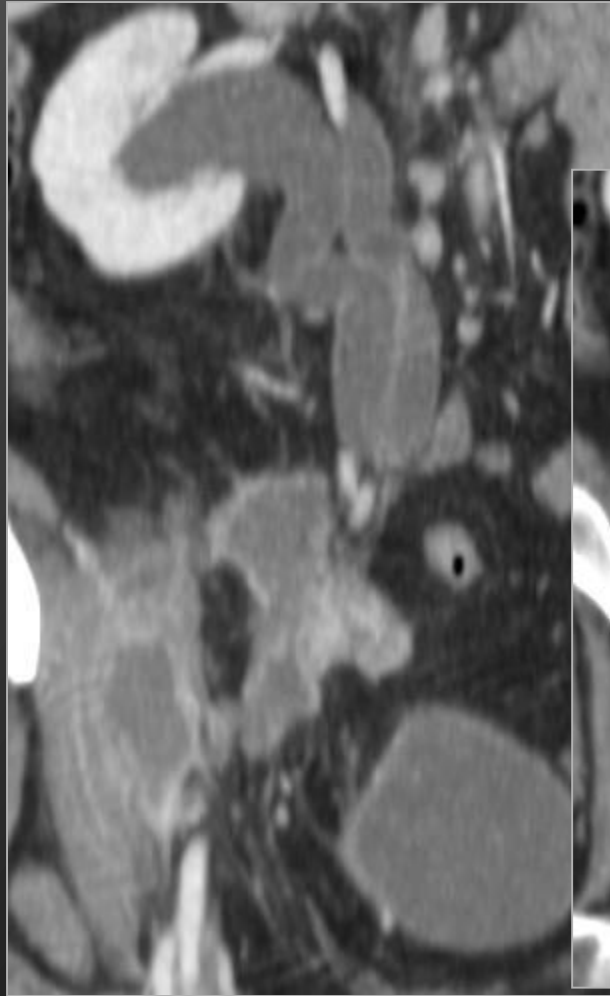
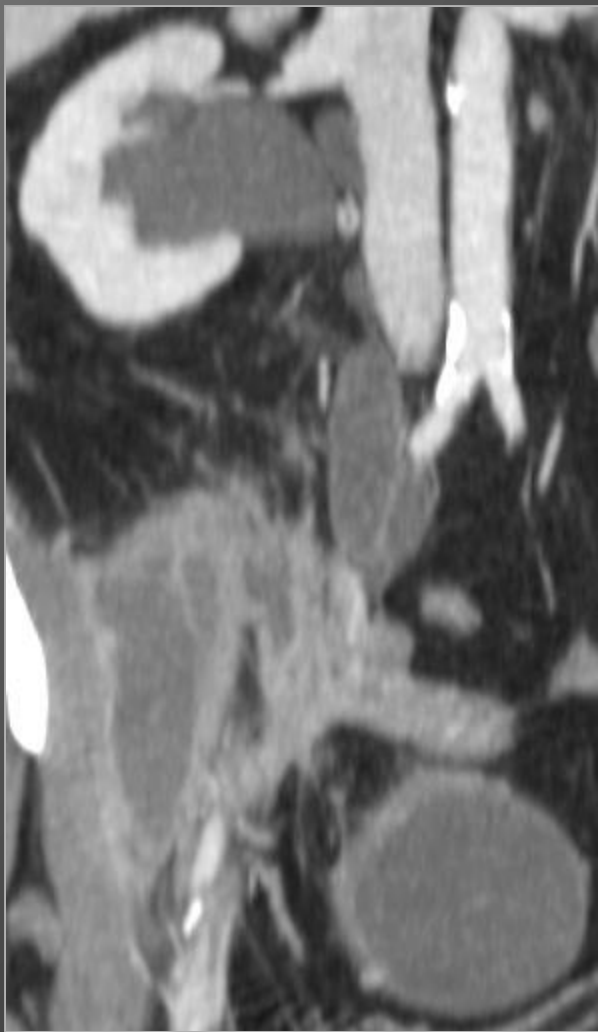






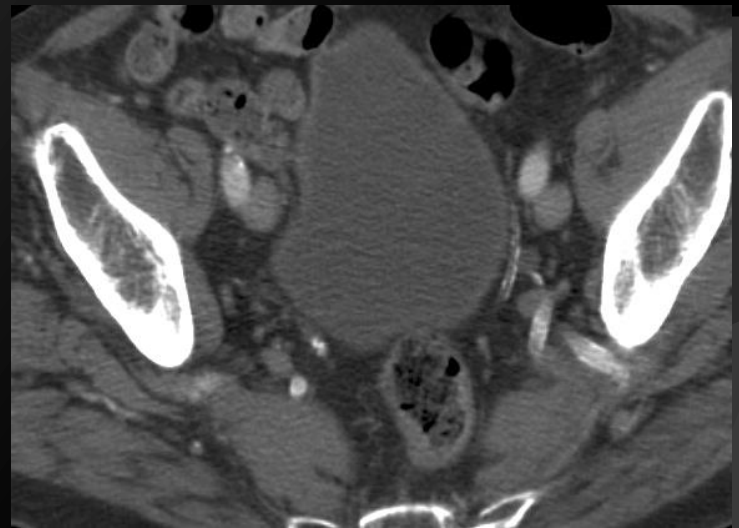




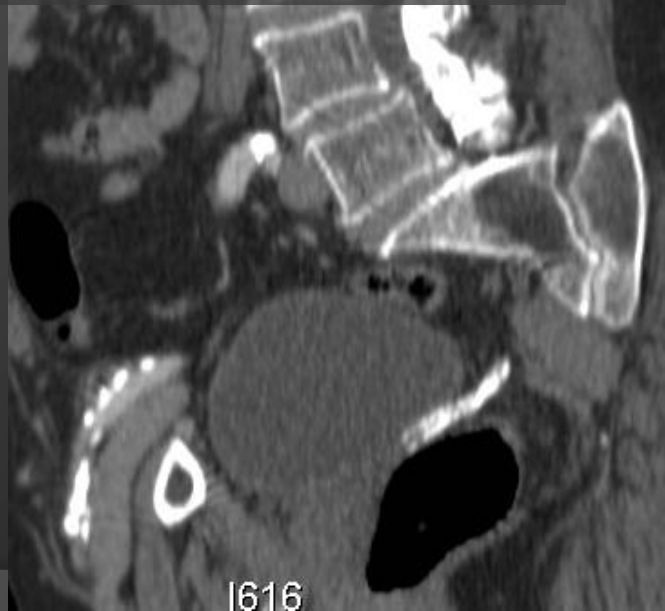


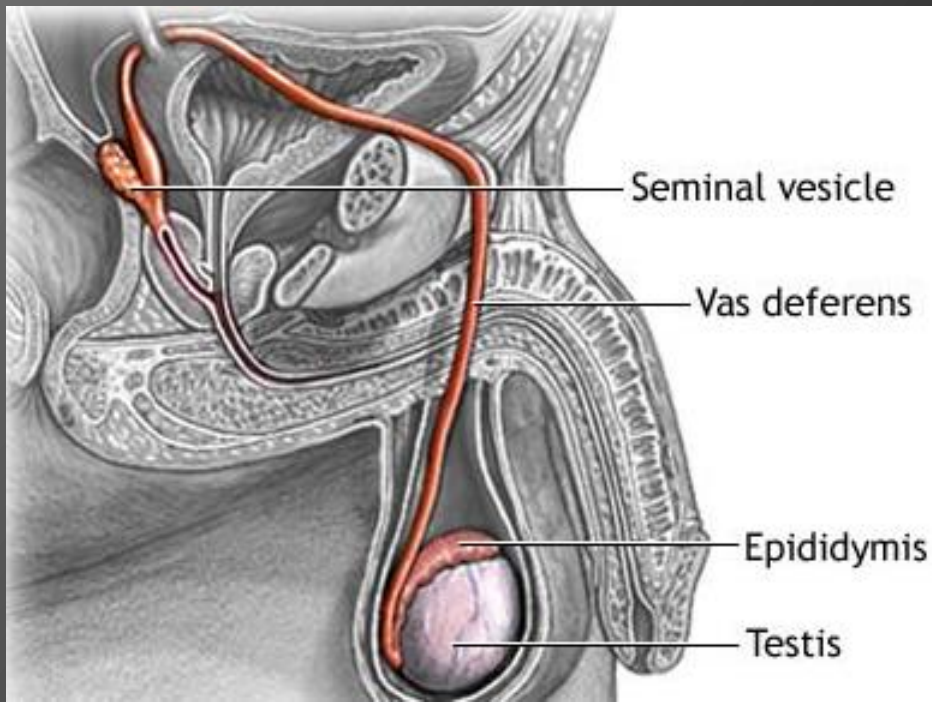
volumineux abcès tubo-ovarien droit étendu à la paroi pelvienne
et urétérohydronéphrose sur arbre excréteur urinaire droit double (a
prio bifidité

DIU actinomycose pelvienne sur DIU probable



De quelle pathologie métabolique souffre ce patient?





Calcifications des canaux déférents

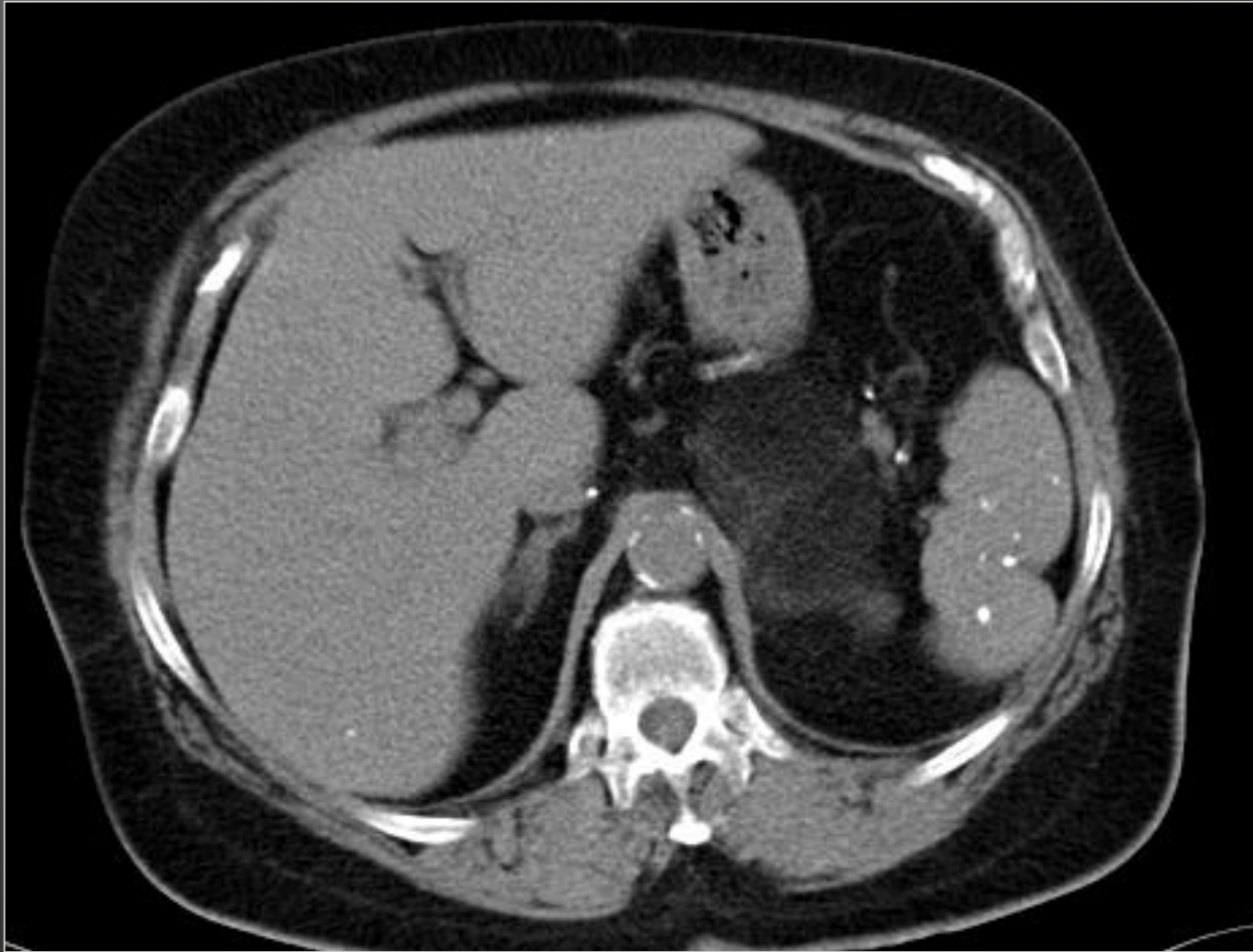
Terrain : diabétique

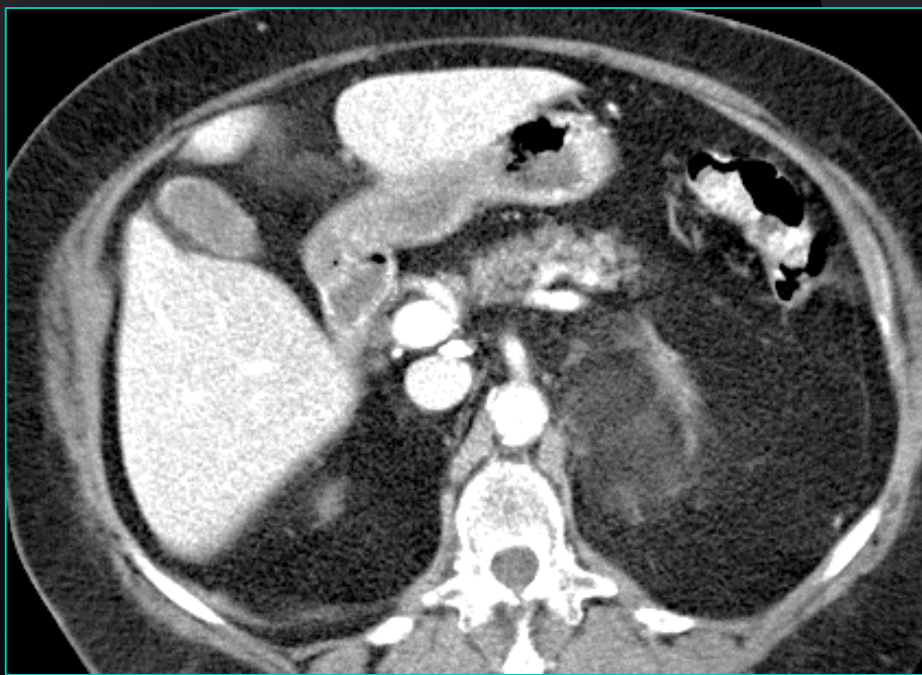
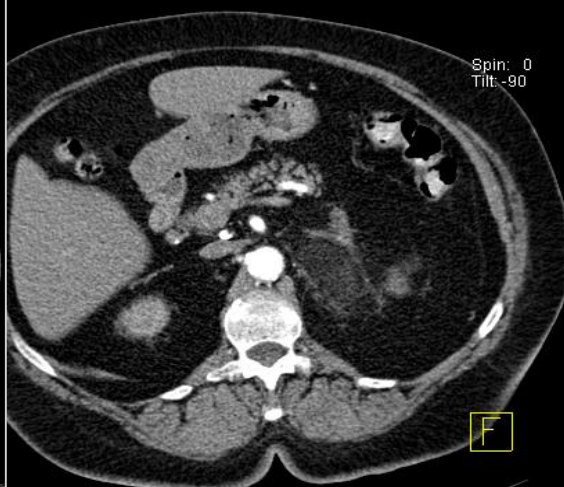
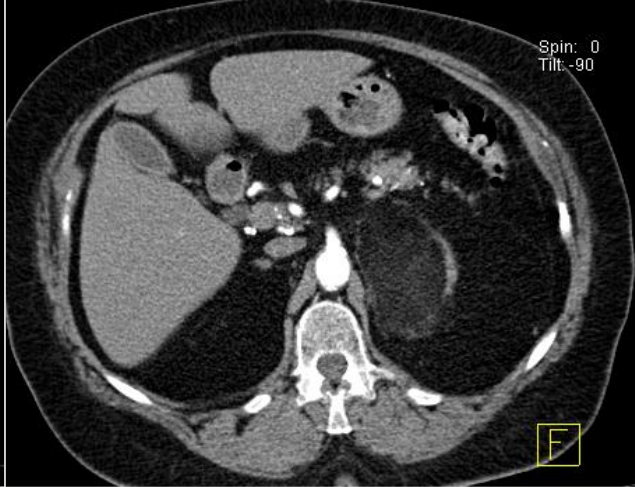
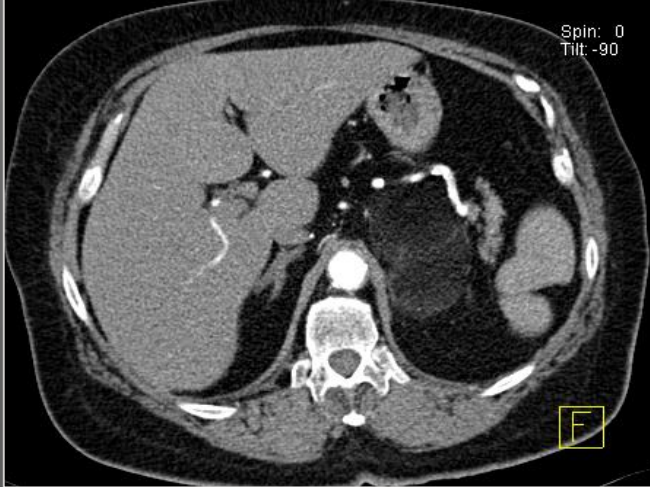
- Bilatéral ds 70
- Portion terminale

F 71 ans
Bilan d'HTA

CAT?

14



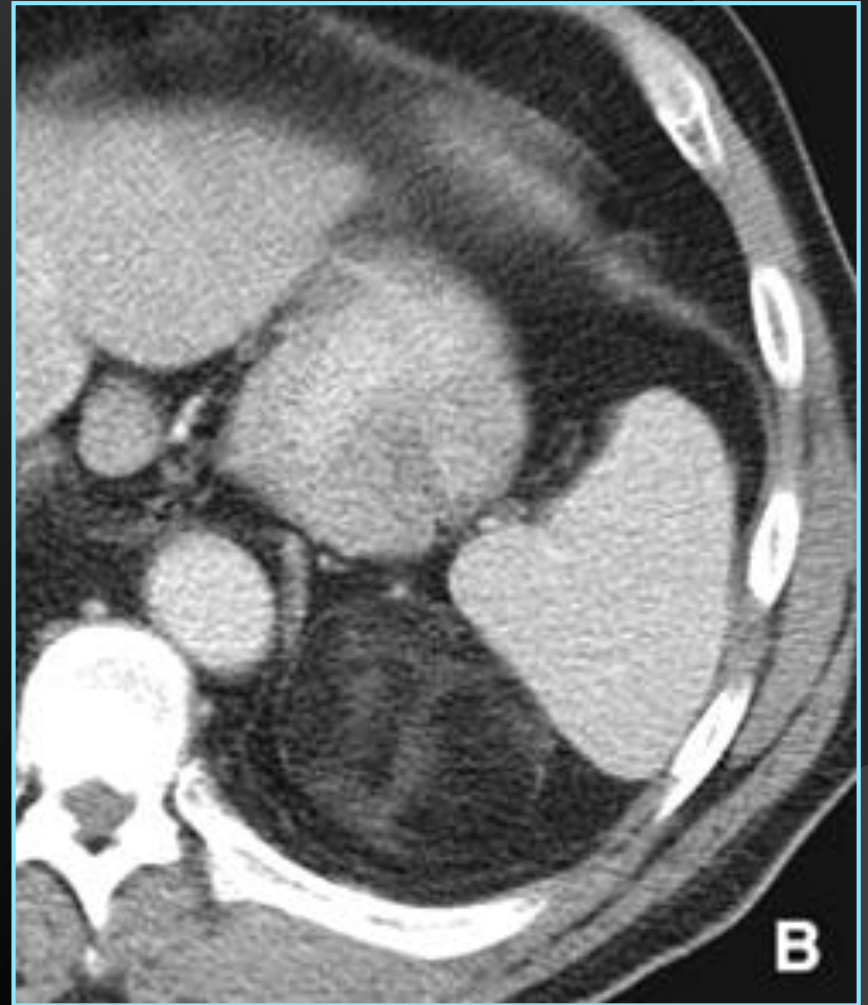


Myélolipome surrénalien

- ◉ 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

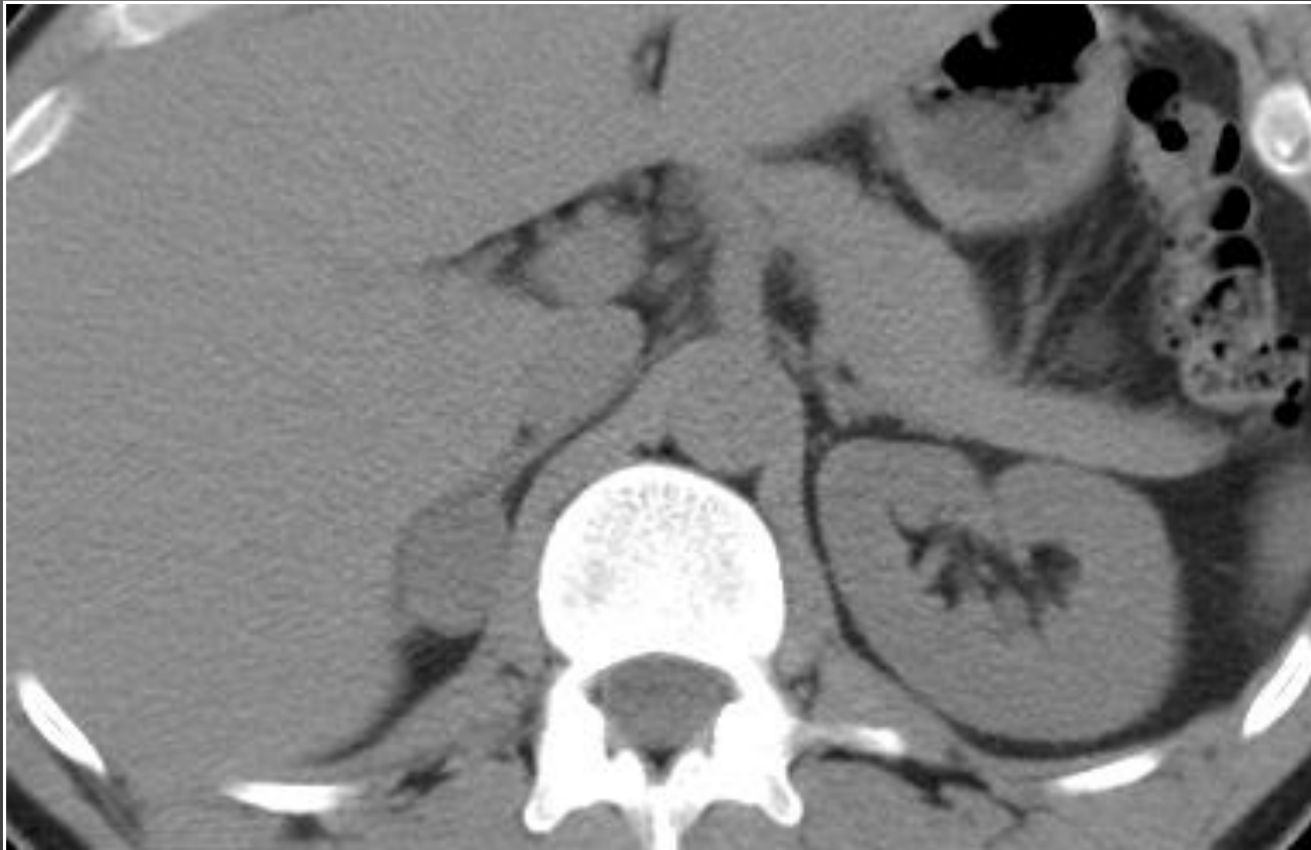
- › Tissu **adipeux** mature, **hypodense**
- › Cellules **moelle hématopoïétique** (30 - 50 UH), avec rehaussement hétérogène
- › Bien limité par une pseudocapsule (cortex surrénalien)



H 33 ans
Appendicite aiguë

15

CAT?



36 UH



126 UH



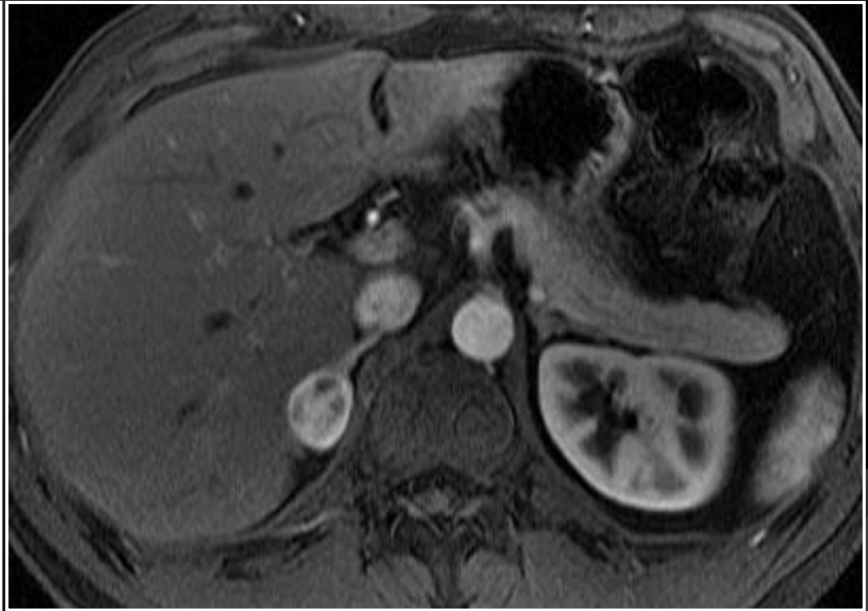
WO < 50%

CAT?

-Clinique

-Catécholamines urinaires

(dérivés méthoxylés)



Phéochromocytome

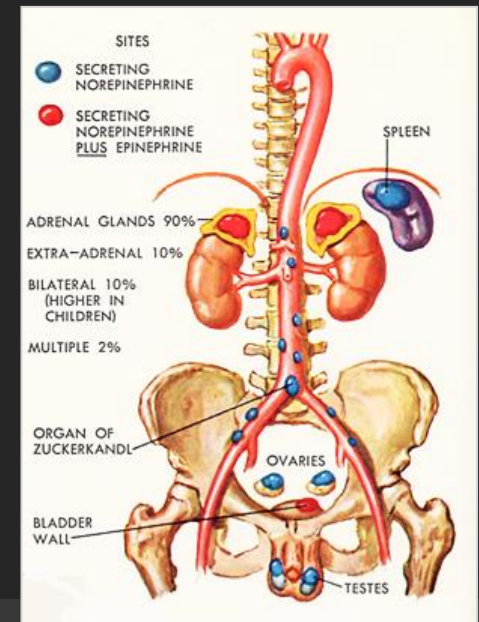
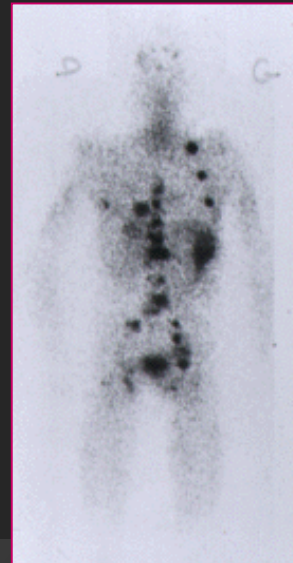
Phéochromocytome

- « Tumeur des 10% » : 10% sont extra-surréniens; 10% sont malins
90% des extra-surréniens sont situés dans la région para aortique abdominale sous-rénale

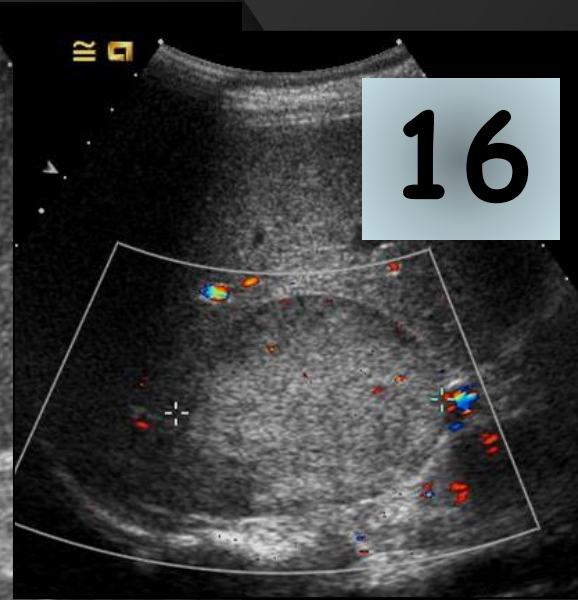
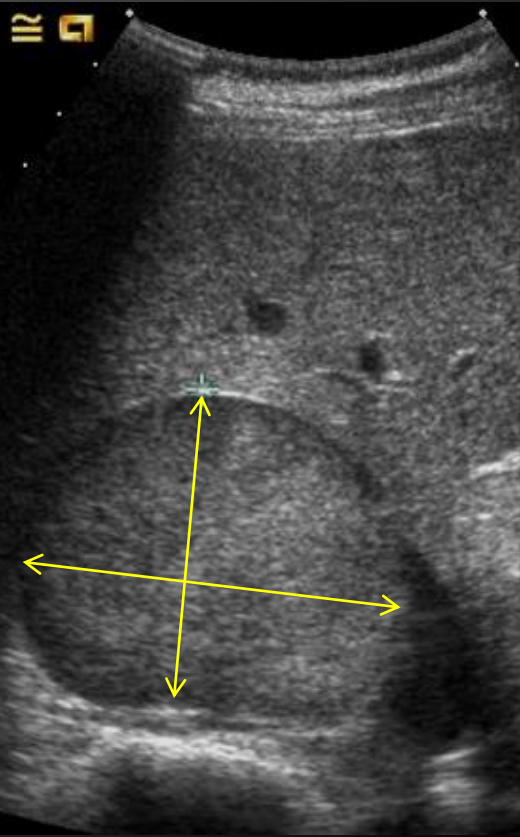
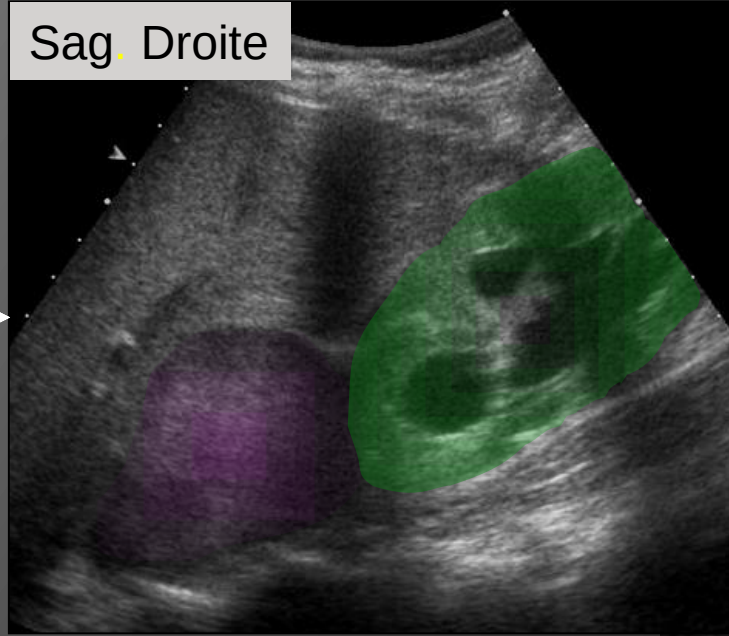
- Rares ; responsables de moins de 1% des HTA (exceptionnellement paroxystique) ; crises adrénérgiques (anesthésie, biopsies , angiographies...)

- NEM

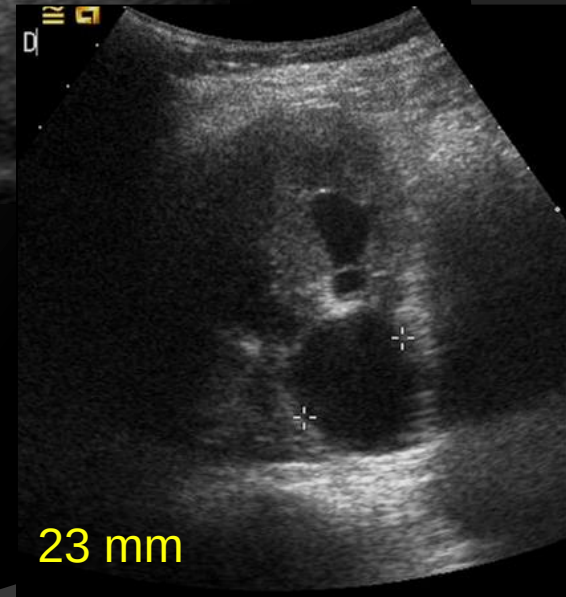
- → scintigraphie MIBG I¹³¹
- **TEP-CT 18F DOPA +++++**



Sag. Droite



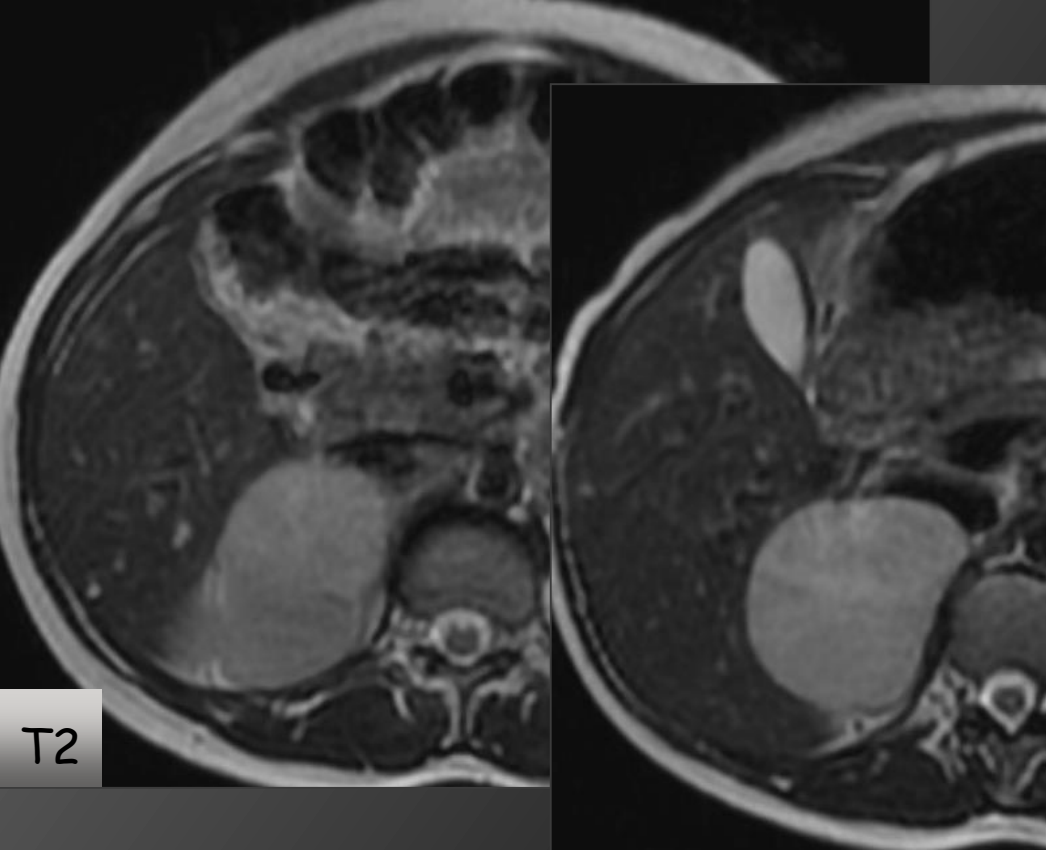
16



Femme 28 ans enceinte
primipare, primigeste
38 SA: poussées hypertensives
(TAs= 22)
céphalées, palpitations, vertiges

5 x 6 cm

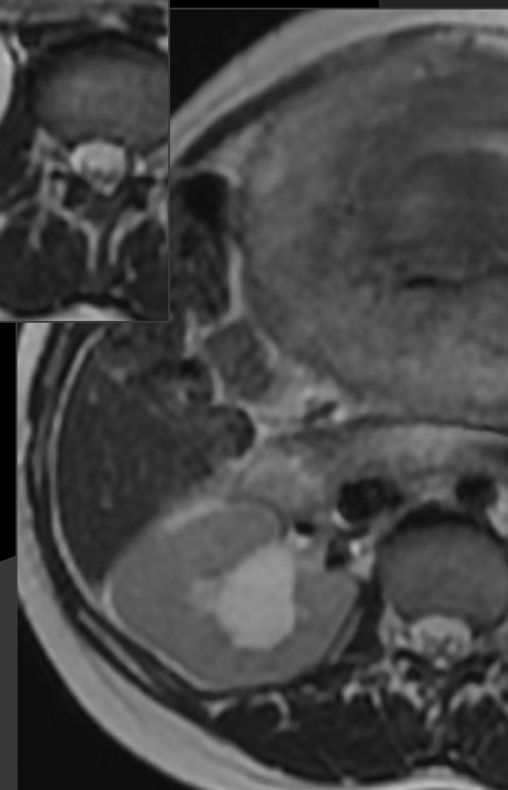
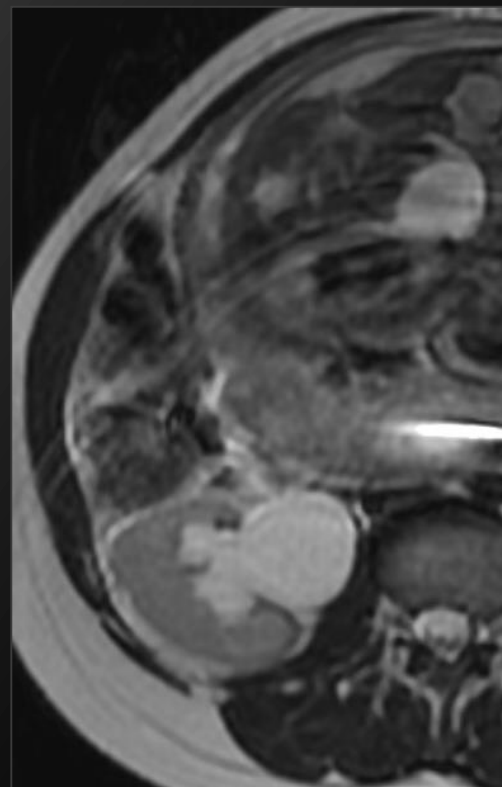
23 mm

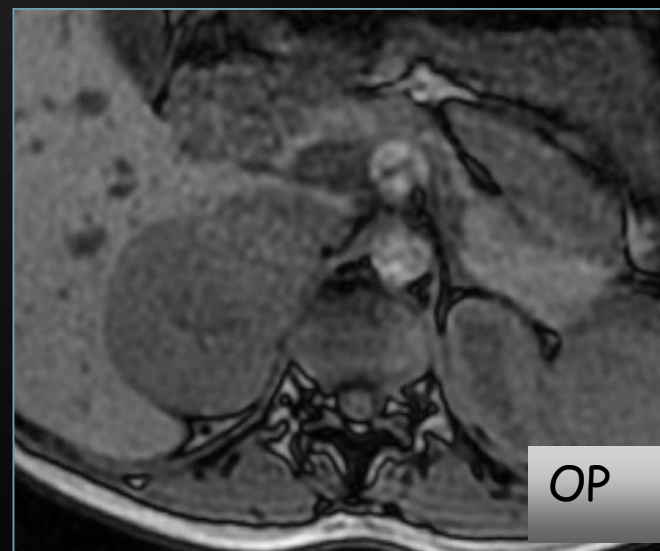
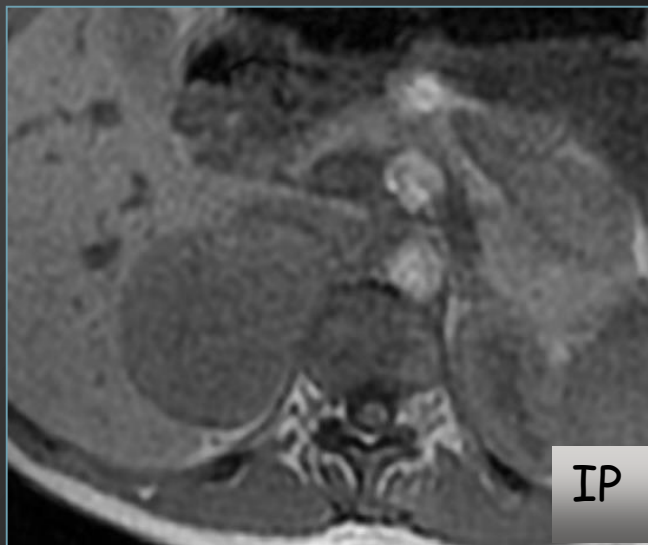
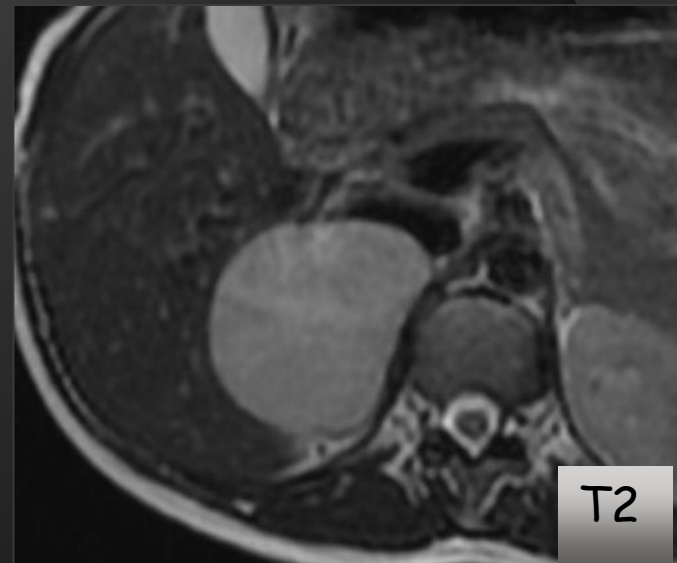
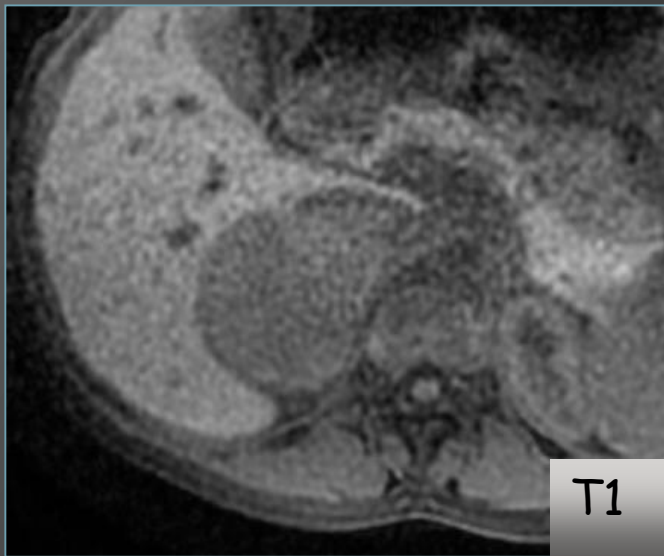


T2

Formation tissulaire
de la loge surrénalienne droite

Hypotonie des CPC droites





Contexte obstétrical: pas d'injection de gadolinium

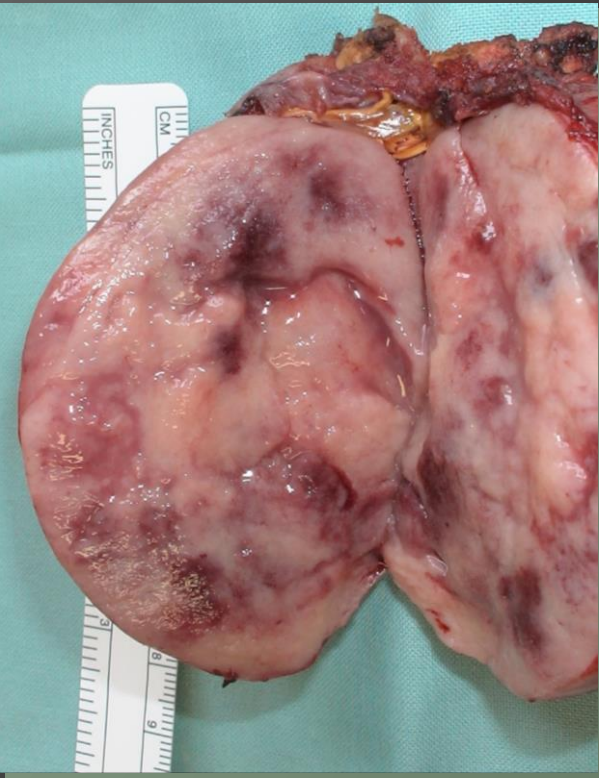
Diagnostic?

Phéochromocytome

Catécholamines urinaires augmentées

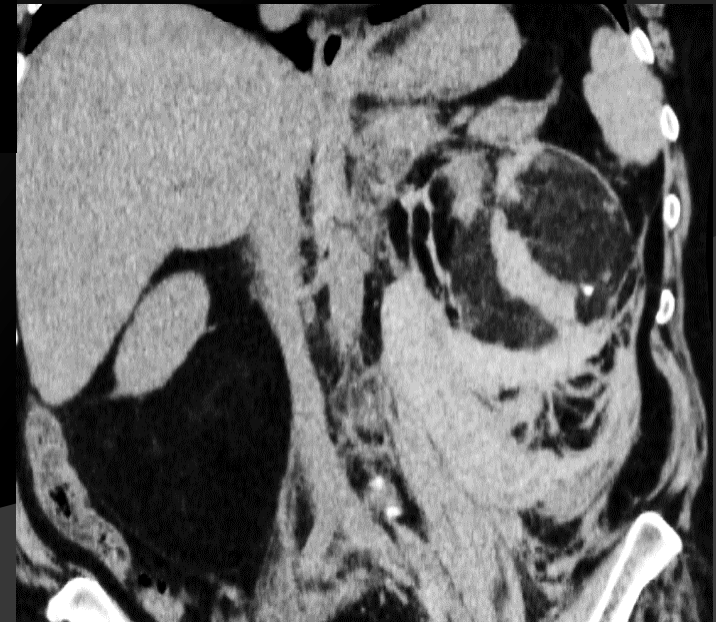
Césarienne programmée sous inhibiteurs calciques

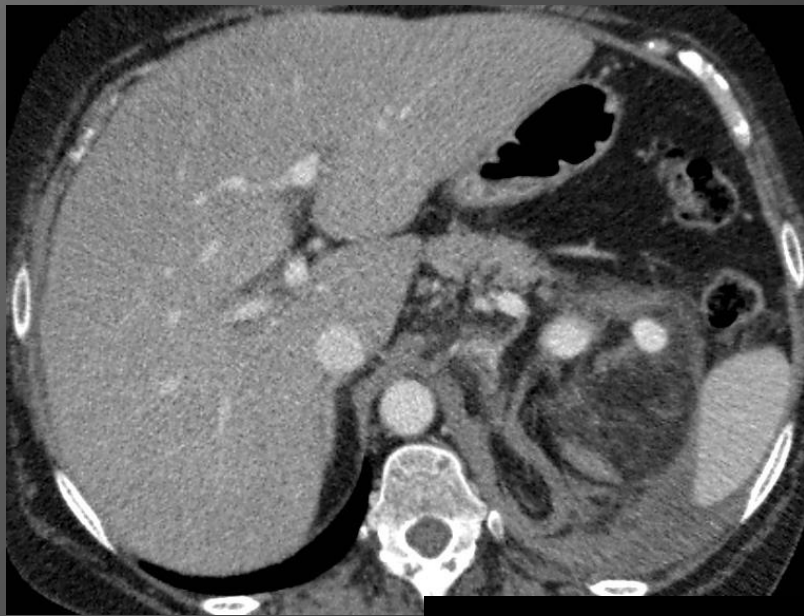
Exérèse différée



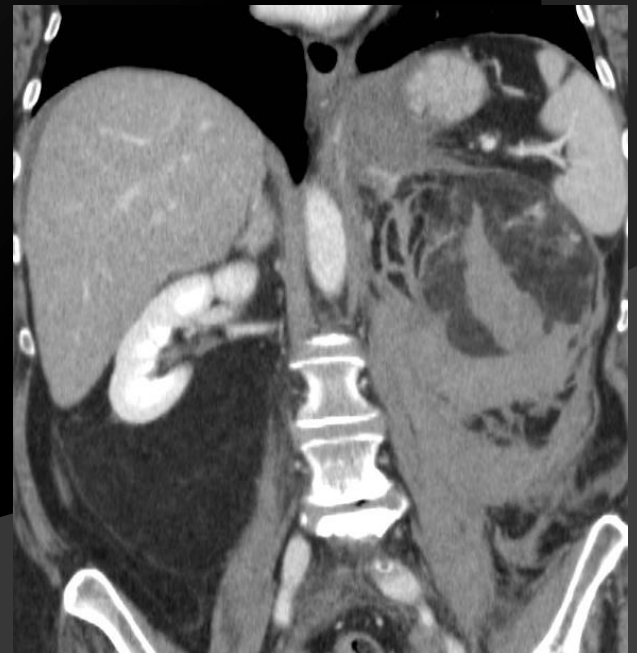


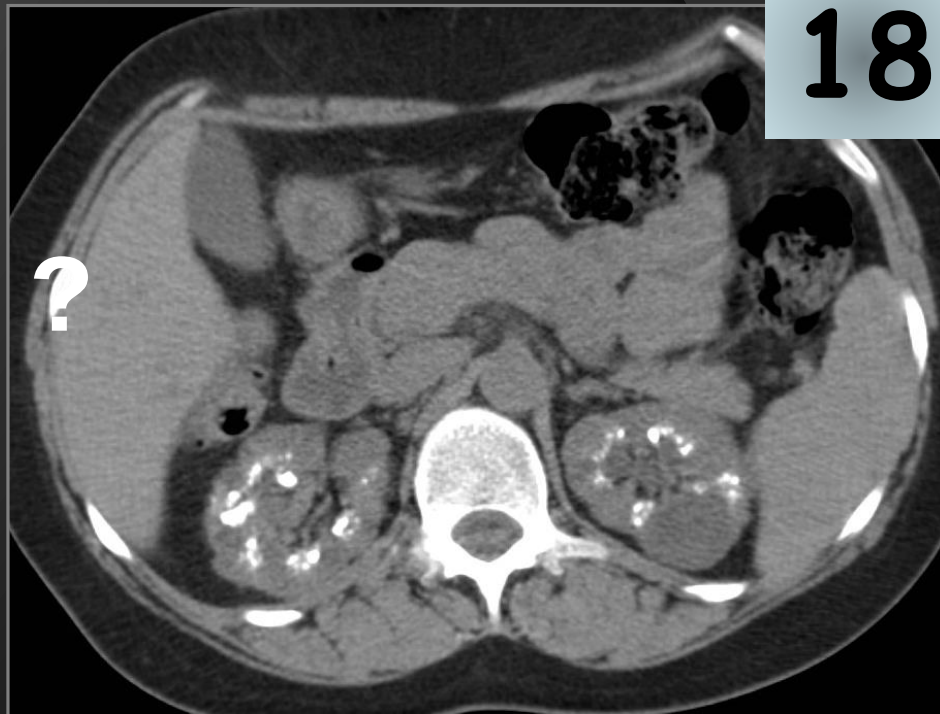
F 49 ans
Suspicion
pyélonéphrite





Angiomyolipome hémorragique
syndrome de Wunderlich





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

19





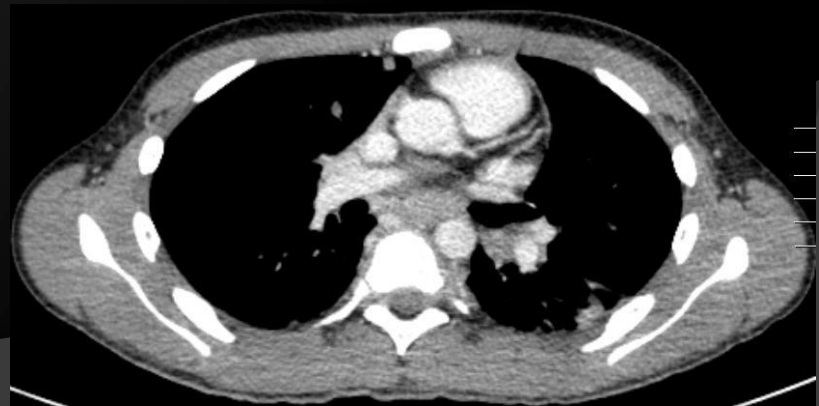
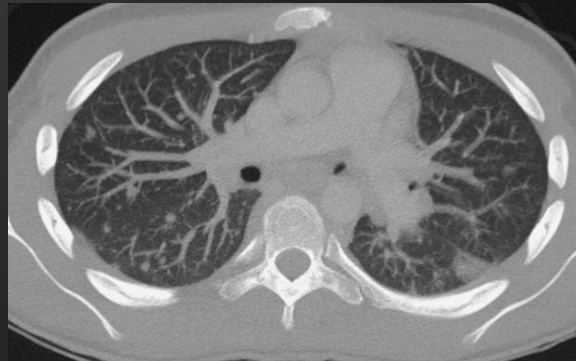
Masse hypodense cortico-médullaire

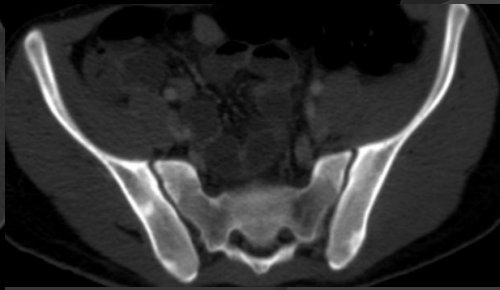
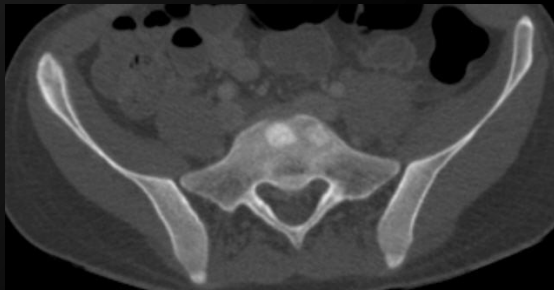
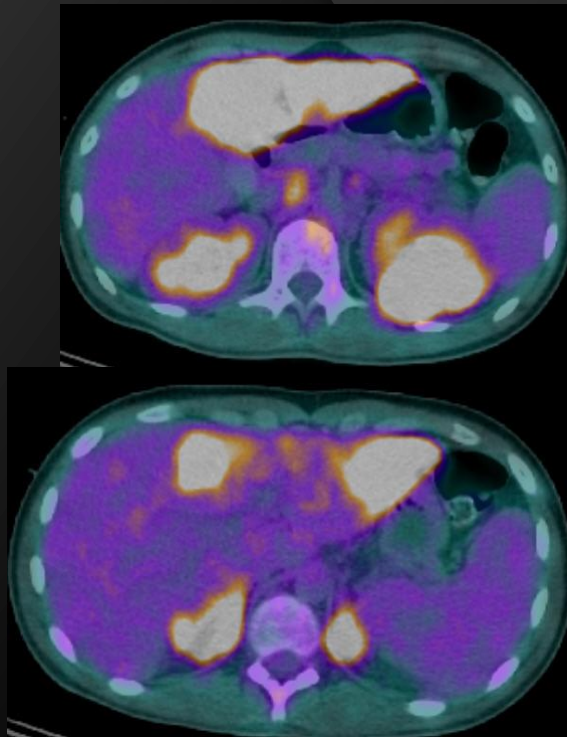
Hétérogène

Extension péri rénale

Extension à la veine rénale







Hypothèses diagnostiques ?

Anapath : petites cellules, Ewing?

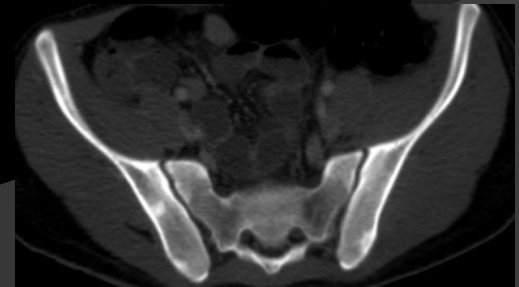
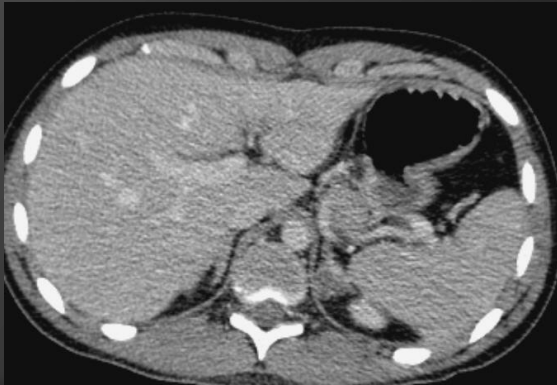
Patient jeune

Drépanocytaire

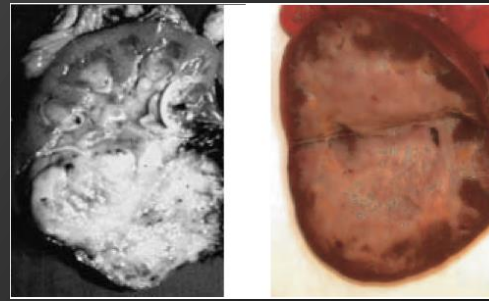
Carcinome médullaire rénal métastatique au diagnostic



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

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

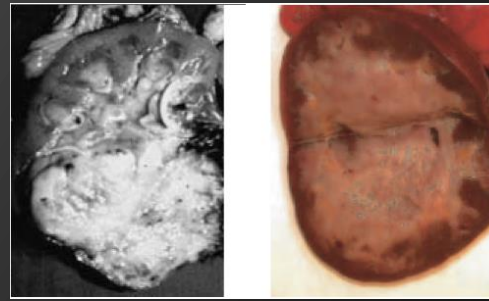
Tumeurs mixtes épithéliales et mésenchymateuses

- Néphrome kystique

Tumeur mixte épithéliale et stromale

- Sarcome synovial

Carcinome médullaire rénal



- 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

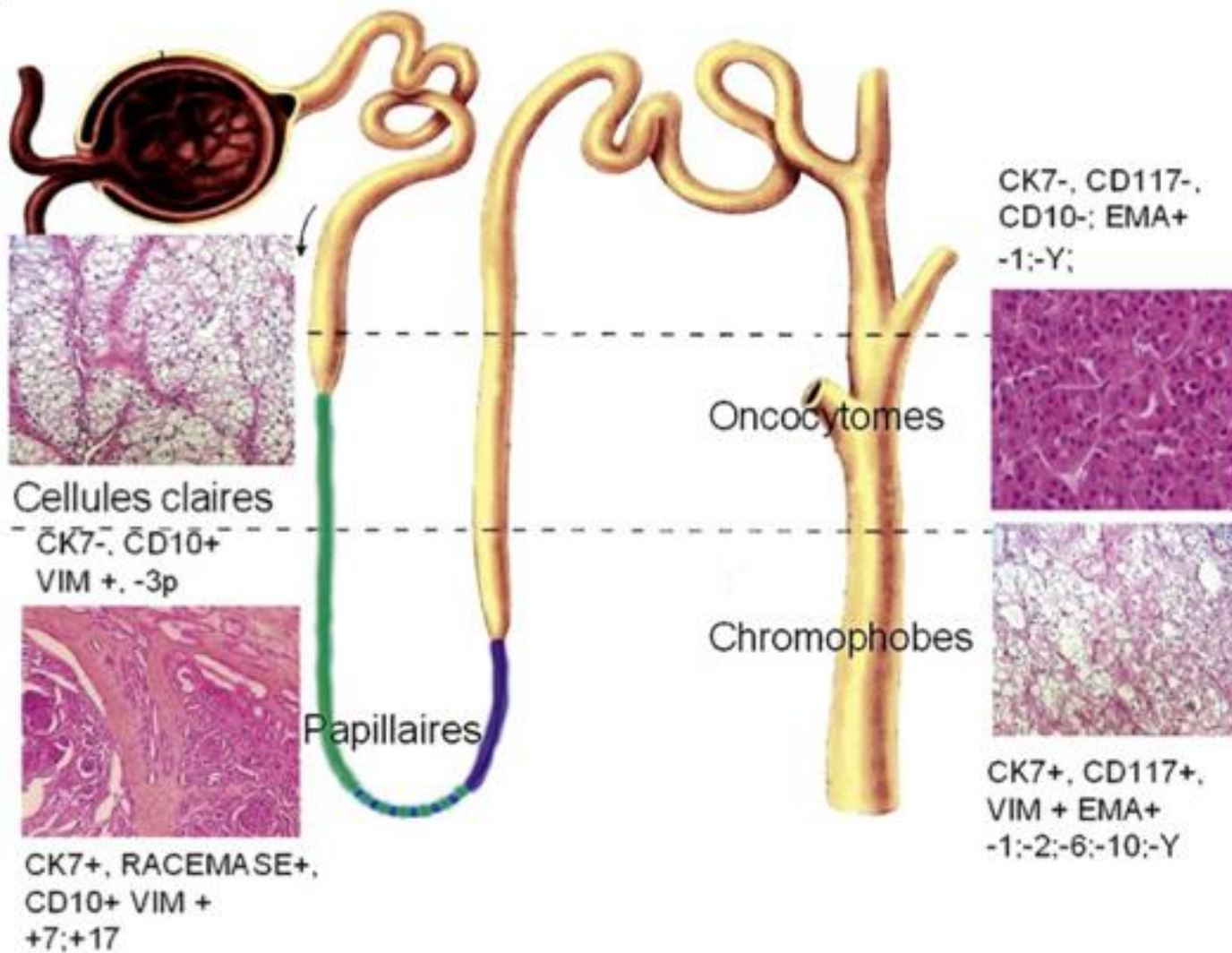
Tumeurs mixtes épithéliales et mésenchymateuses

- Néphrome kystique

Tumeur mixte épithéliale et stromale

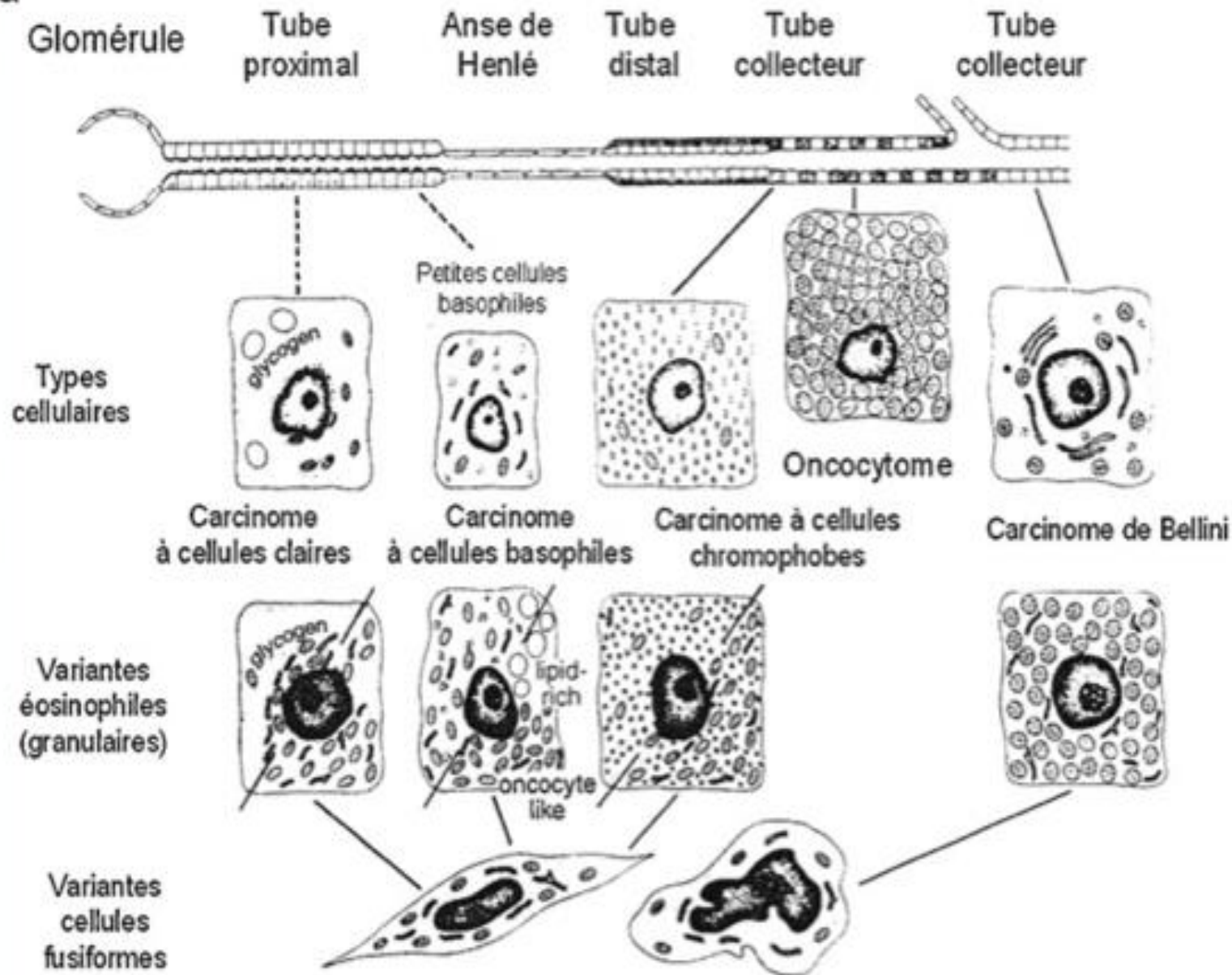
- Sarcome synovial

b



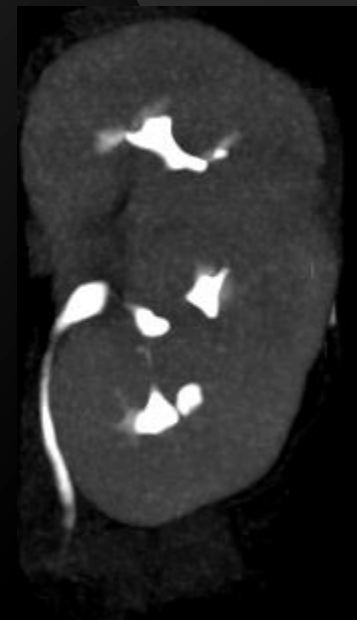
a

b

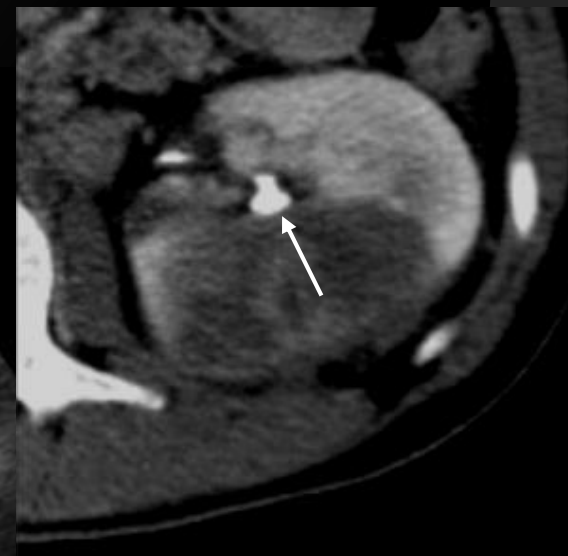
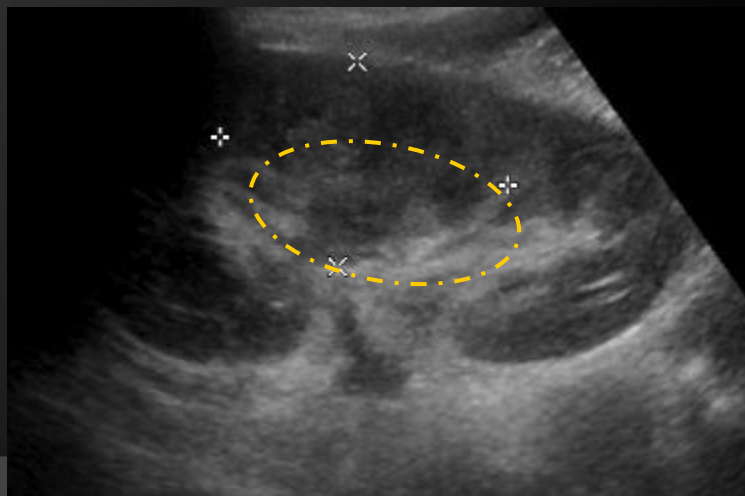


Éléments diagnostiques du carcinome médullaire en imagerie

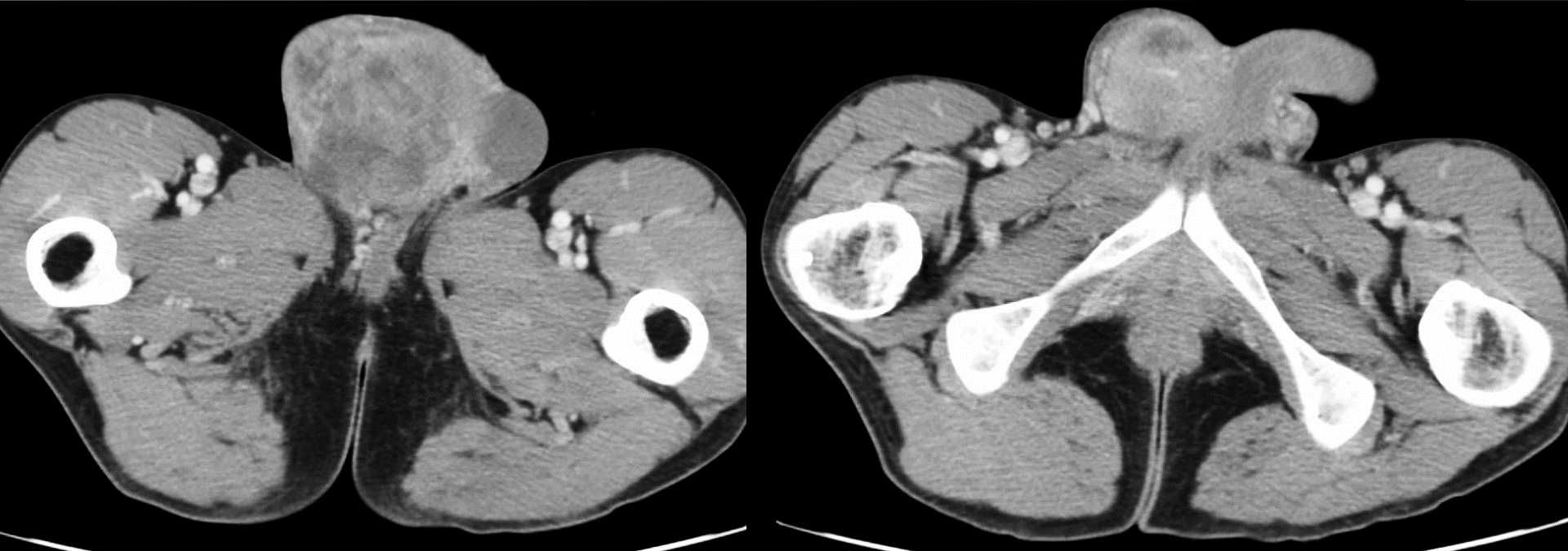
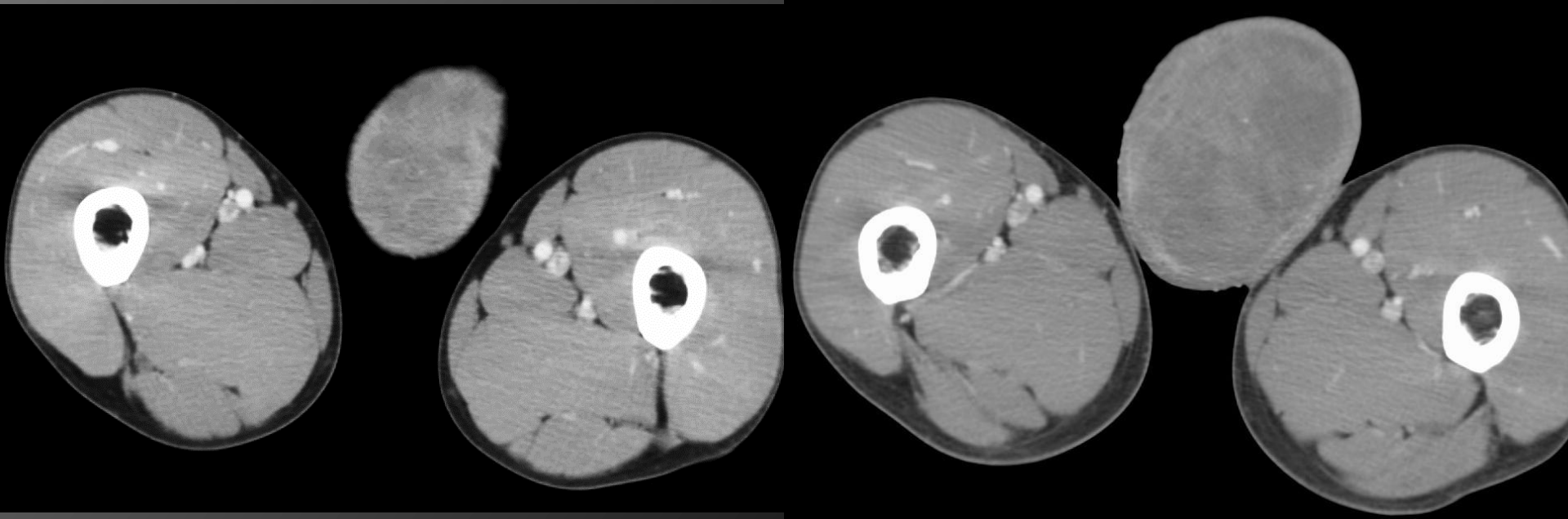
- Masse hypodense hétérogène, après injection
- Développement cortico-médullaire
- Mieux visible pour les tumeurs de petite taille
- Extension vers le sinus mais refoule les calices sans envahissement urothélial
- Préservation des contours du rein

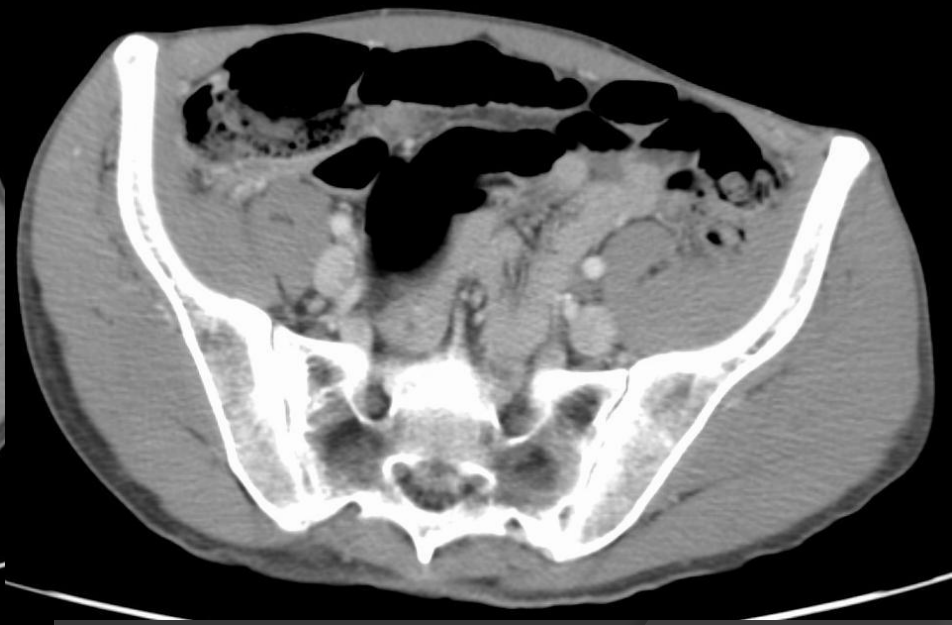


Drépanocytose +++



- ⦿ 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

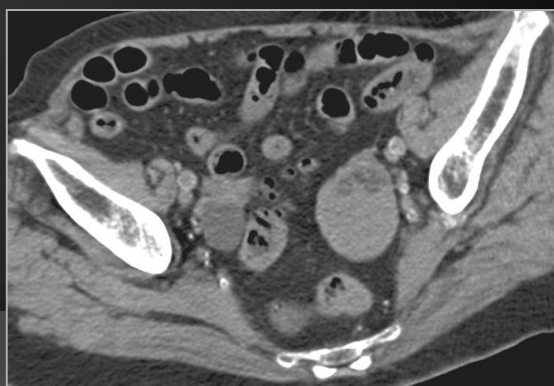
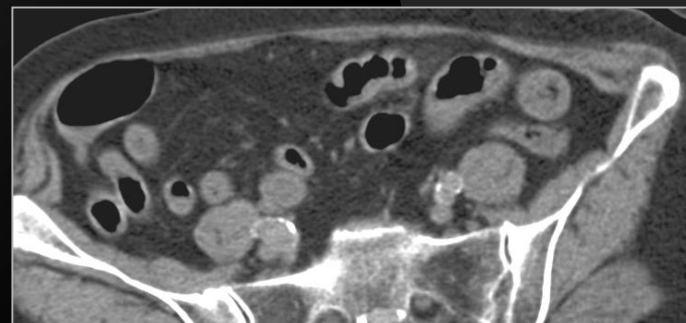
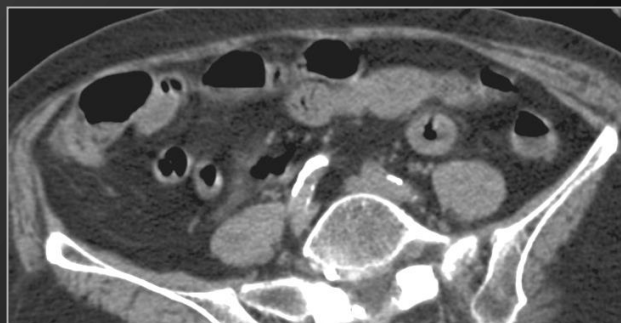
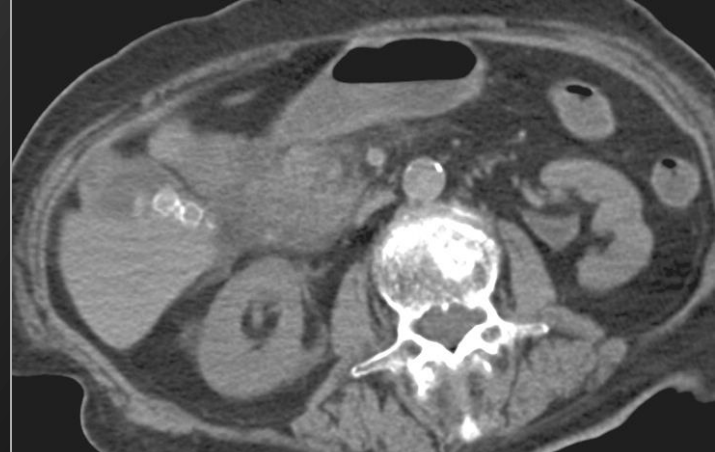
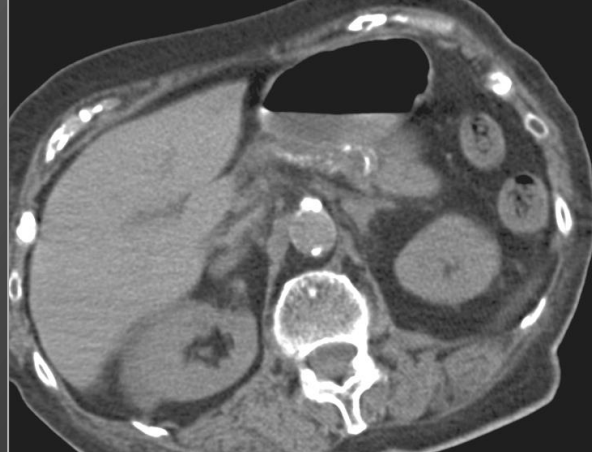
Douleur abdominales, vomissements chez une patiente de 93 ans..

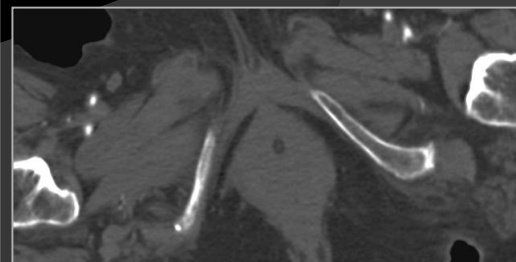
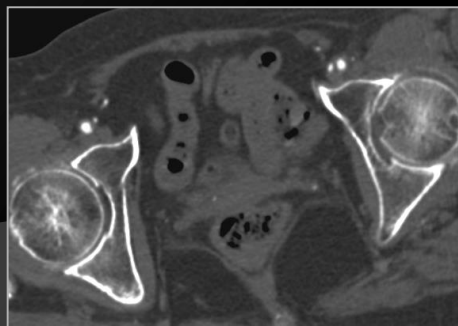
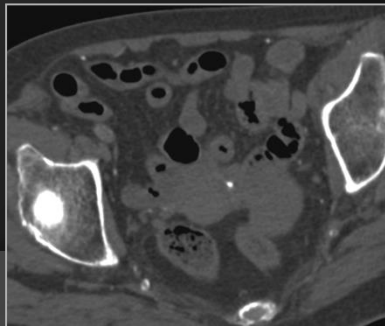
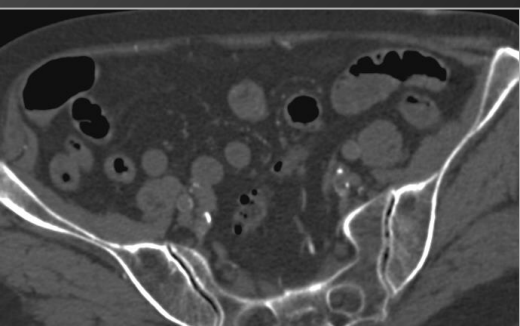
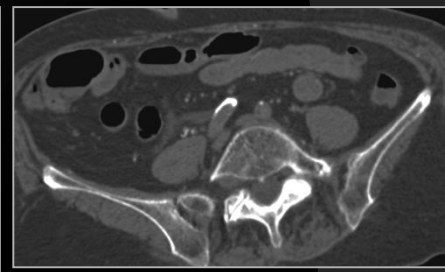
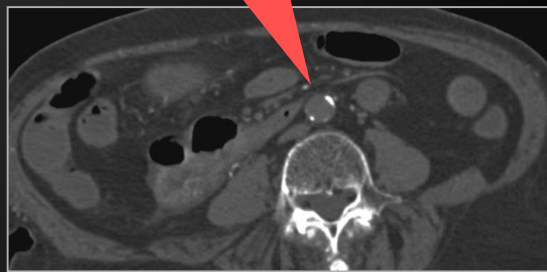
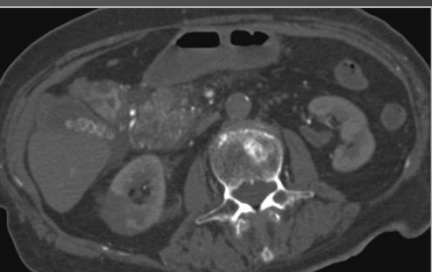
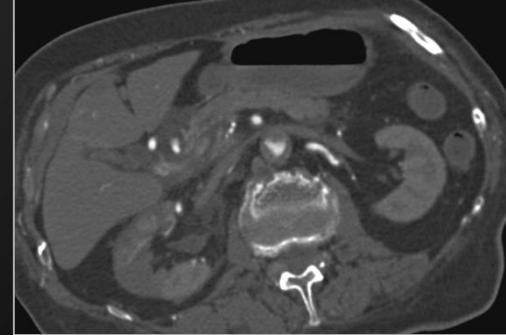
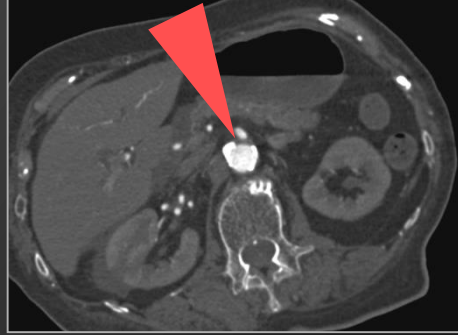
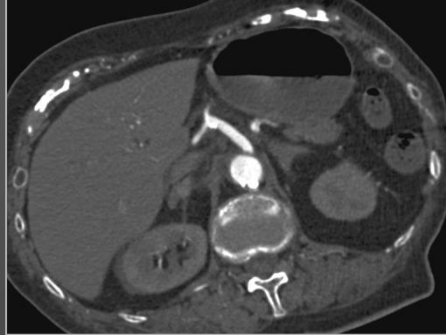
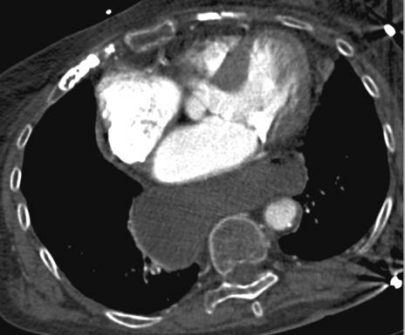
ATCD??? (vit en institution et interrogatoire impossible)..

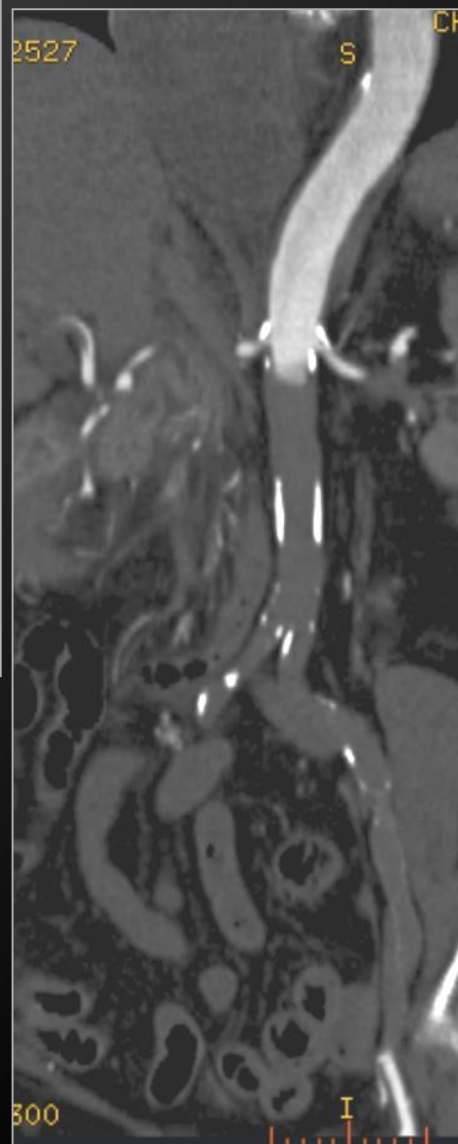
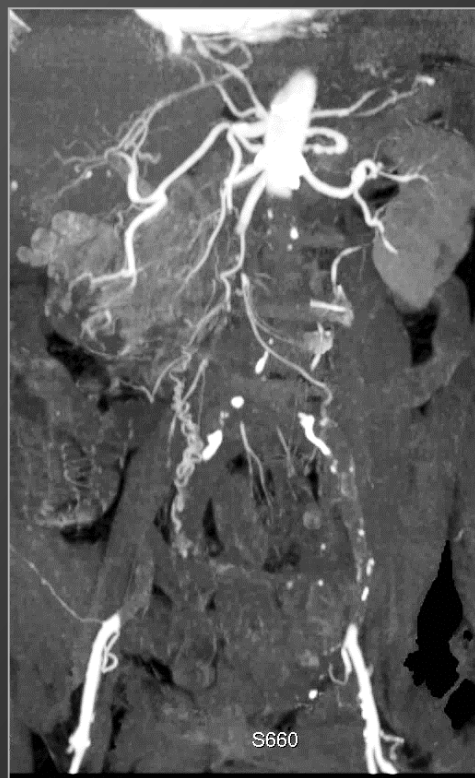
A l'examen clinique, apyrétique avec hémodynamique et respiration normales..

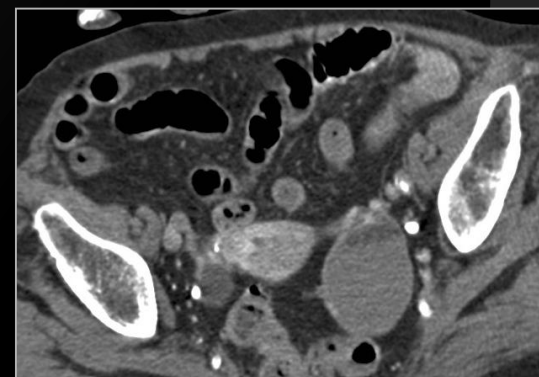
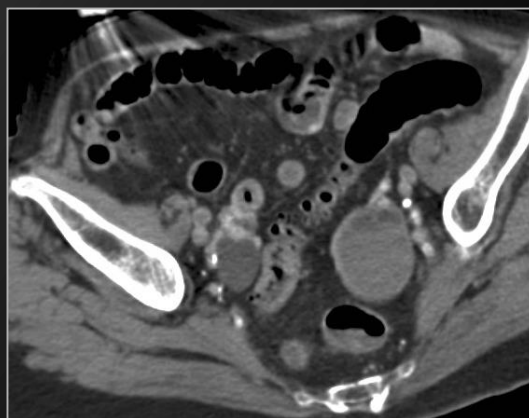
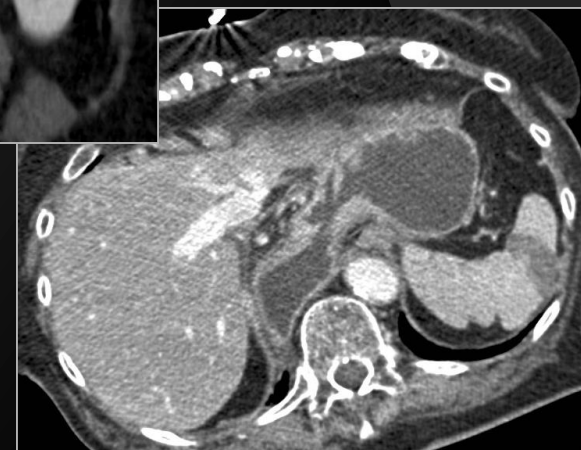
Ventre souple, BHA+ et transit conservé..

TDM: ??..



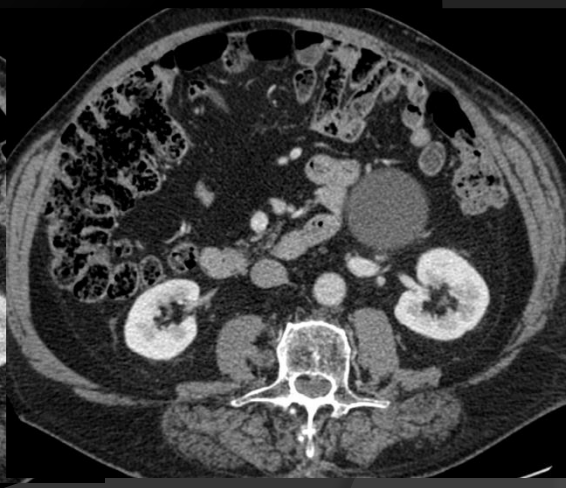
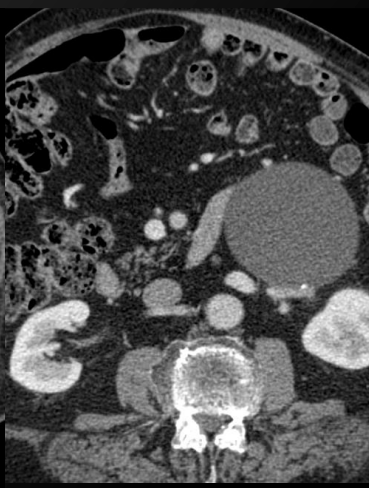
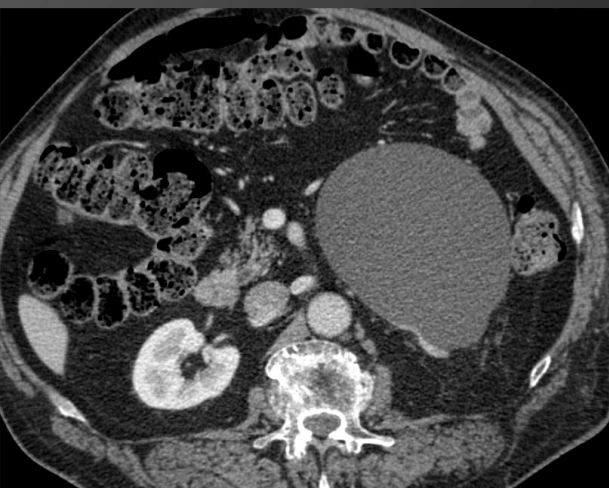
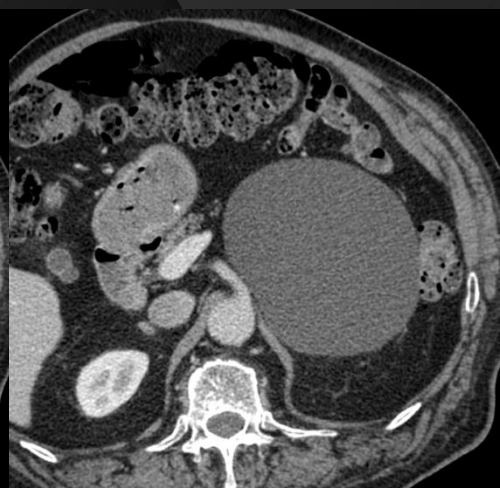
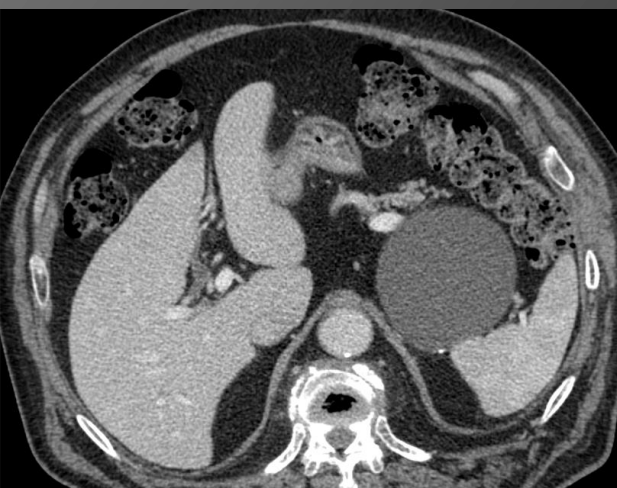


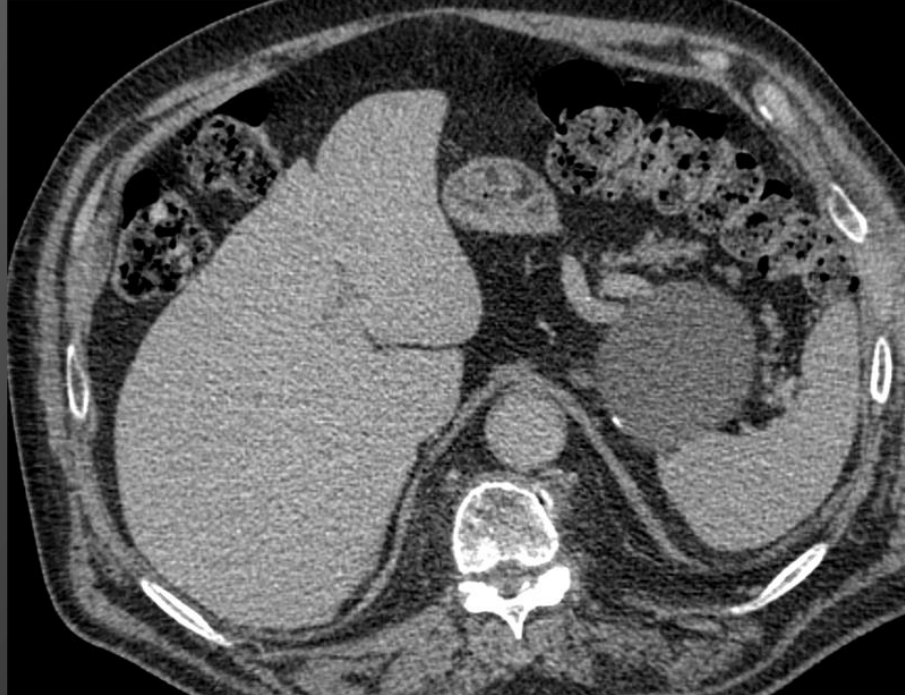




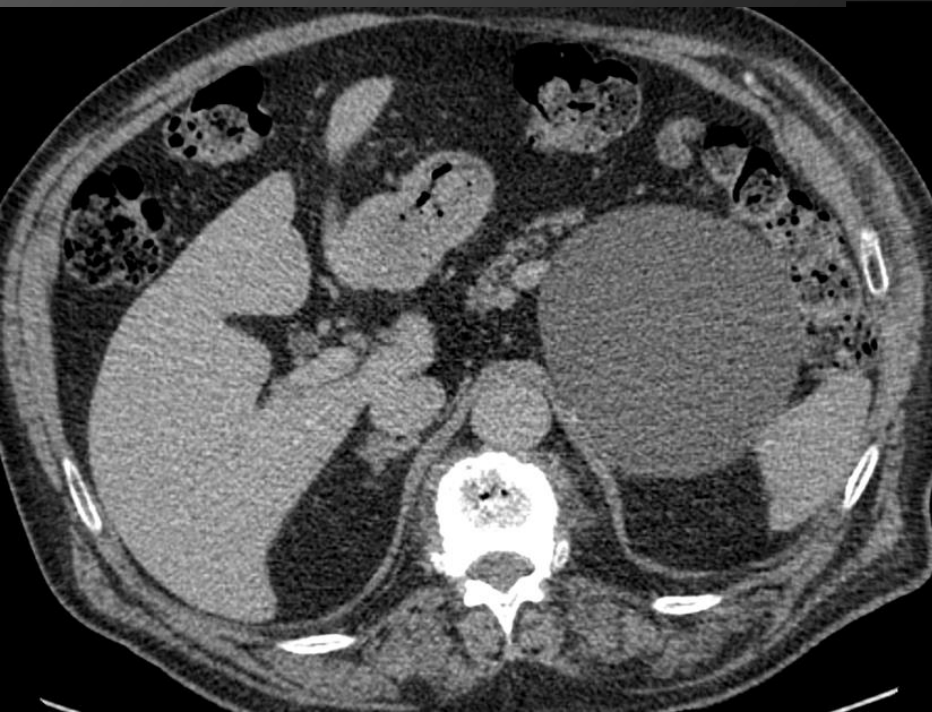
... Thrombose de l'aorte et infarctus viscéraux multiples... abstention thérapeutique..

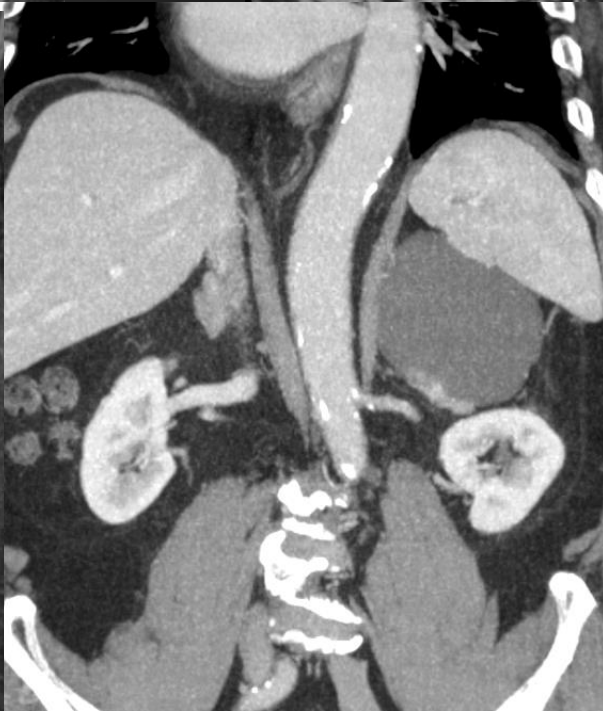
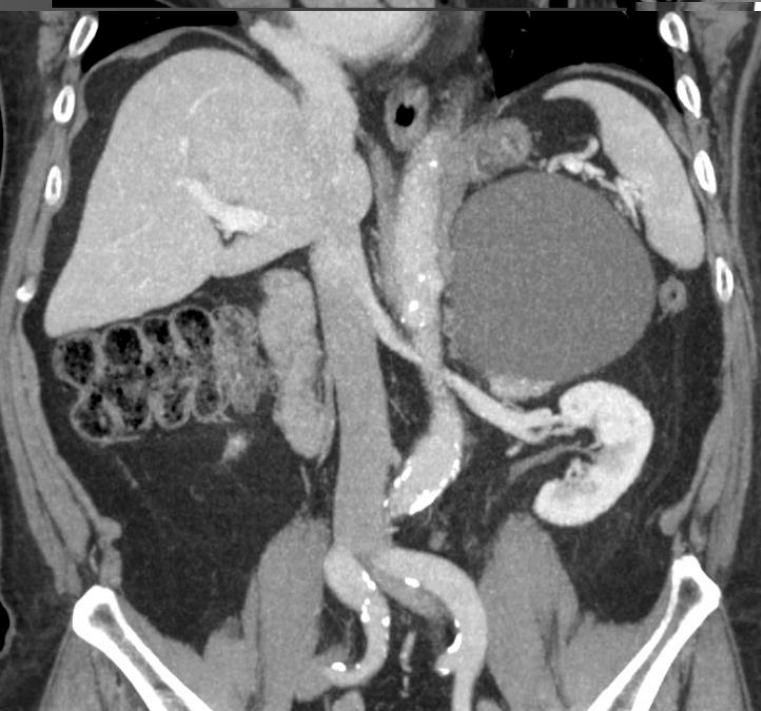
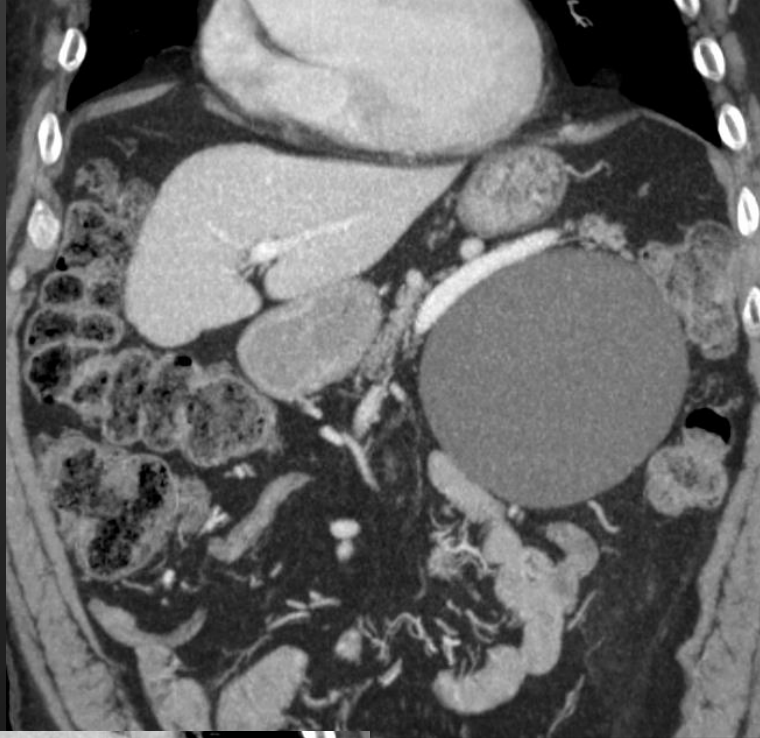
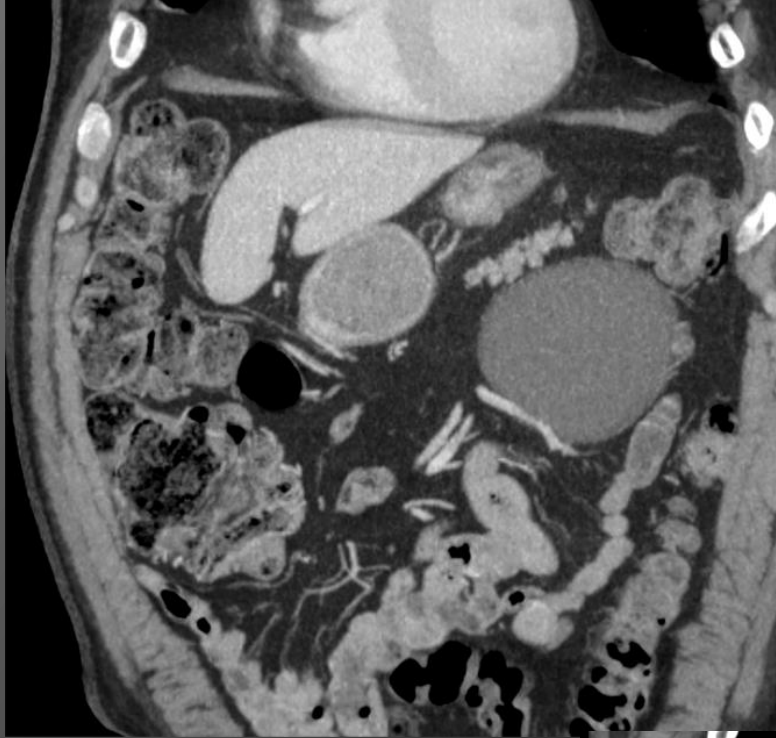
- Homme de 73 ans
- Cancer des cordes vocales en 85, traité par radiothérapie
- Laminectomie L3-L4-L5
- Tabagique sevré à 60PA
- AEG, fixation ORL à la scintigraphie et au niveau du rachis (T11)

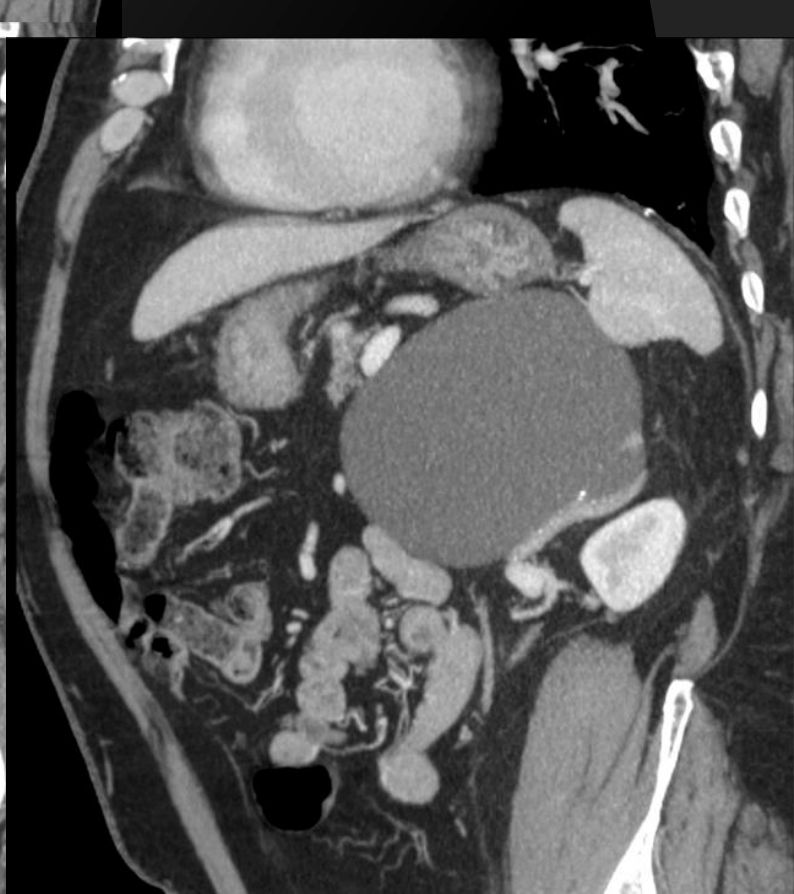




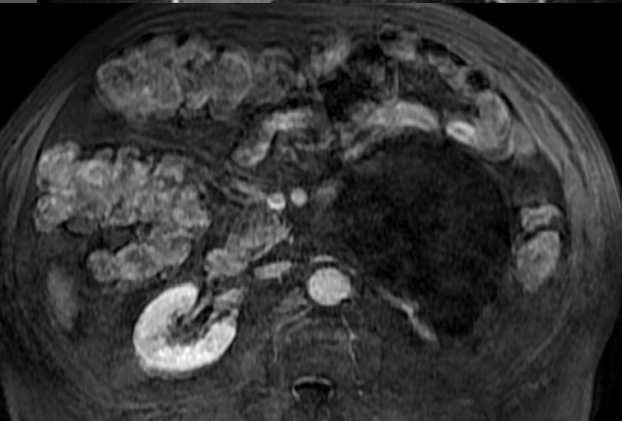
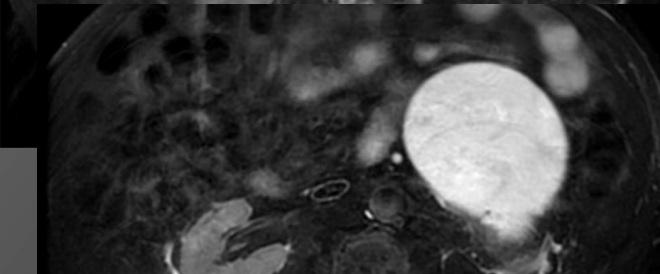
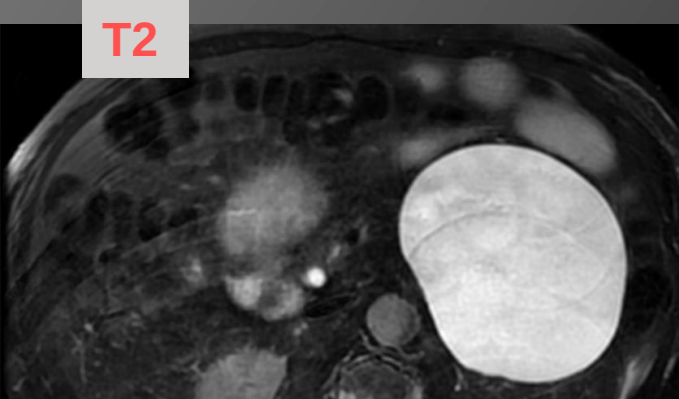
Tardif



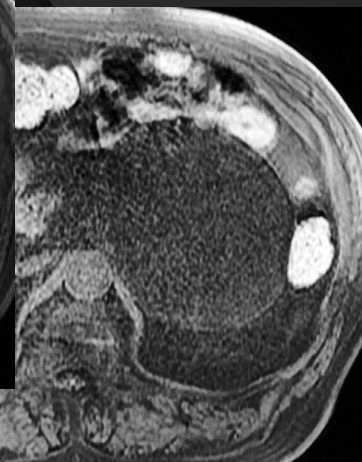
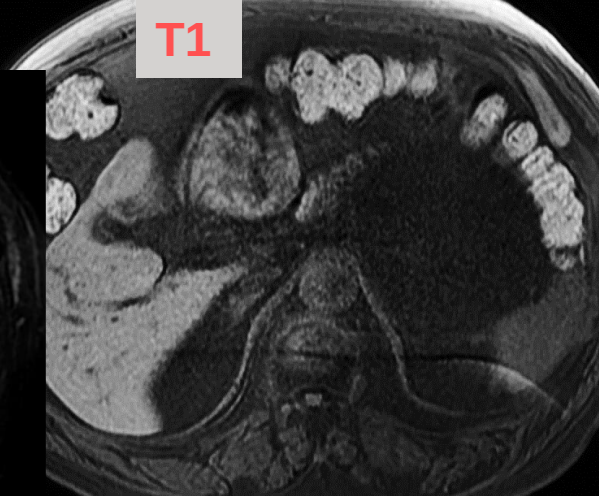




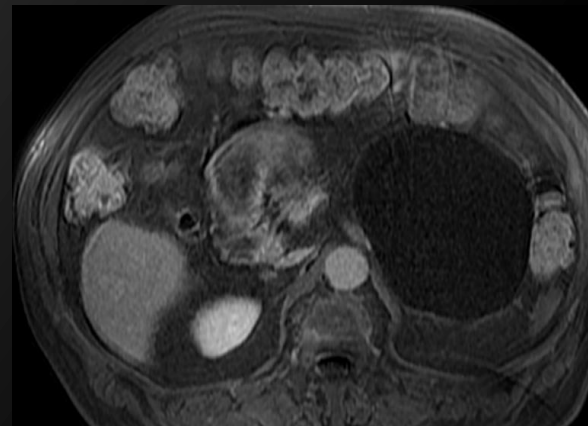
T2



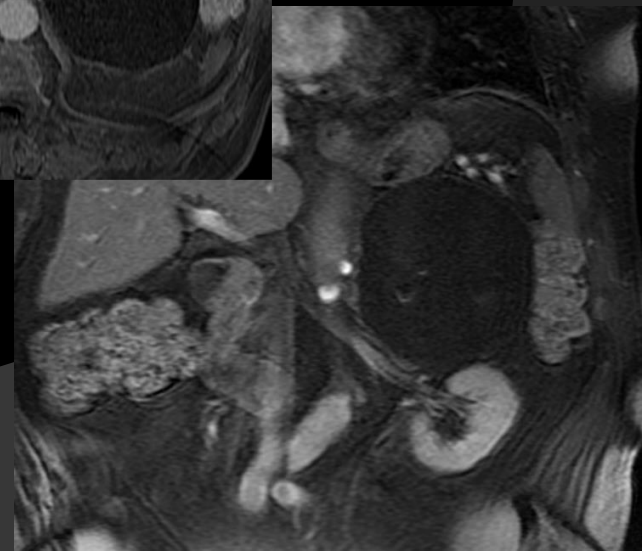
T1



Gado



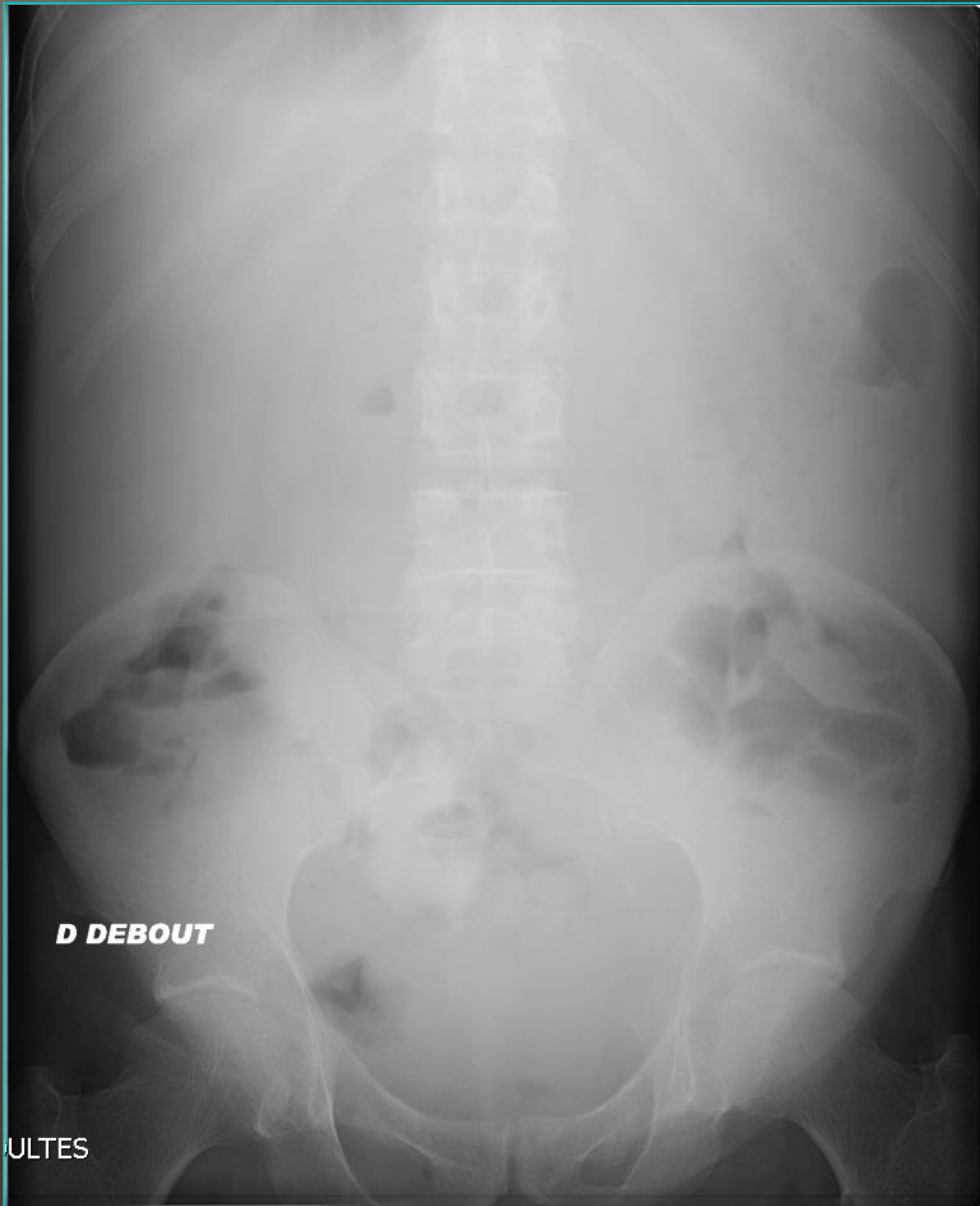
Tardif



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

23



(NB : ASP normal)





LMNH





Femme jeune

24

Endométriose
pulmonaire



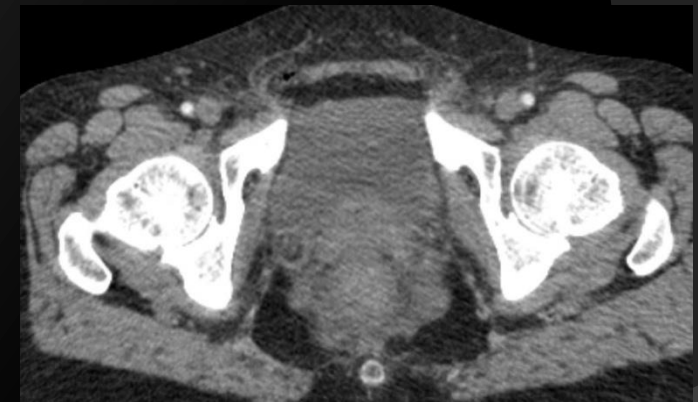
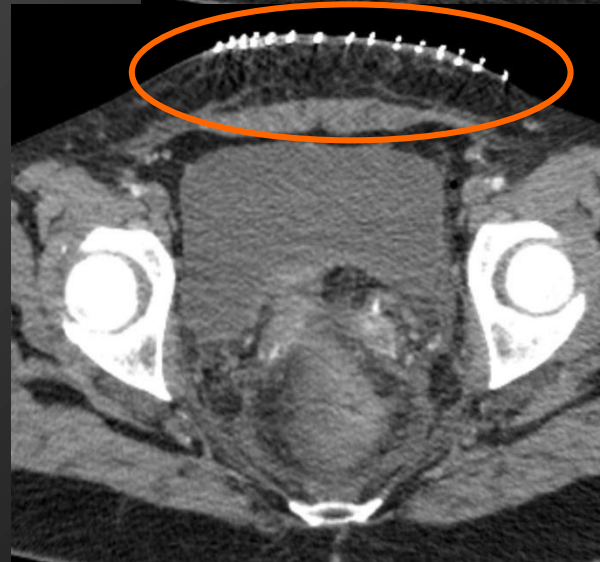
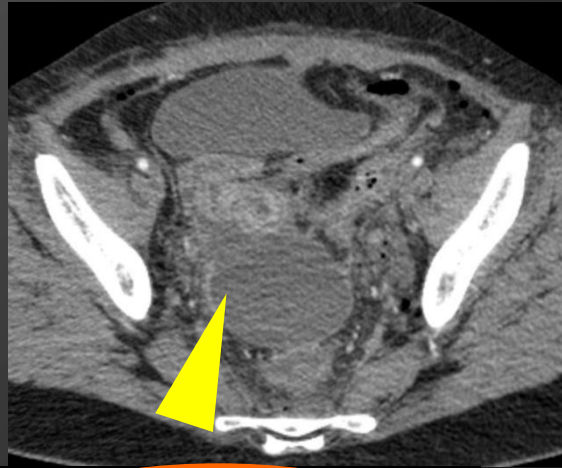
... douleurs cycliques ... ?

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?

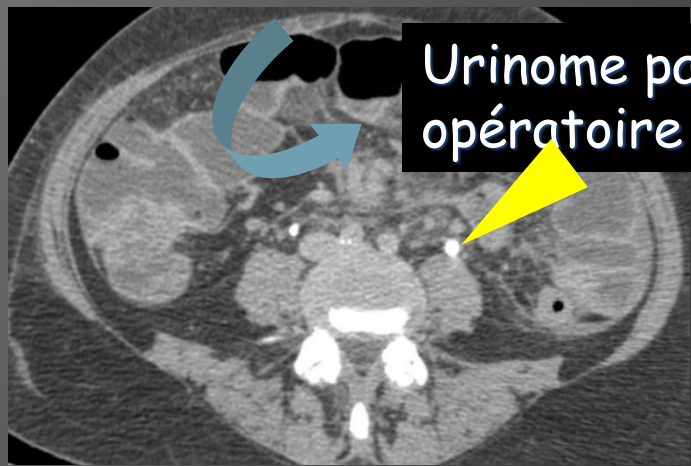
ENDOMÉTRIOSE

- ⊙ 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

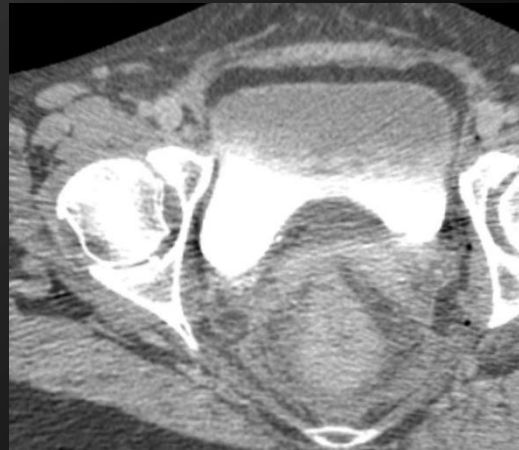
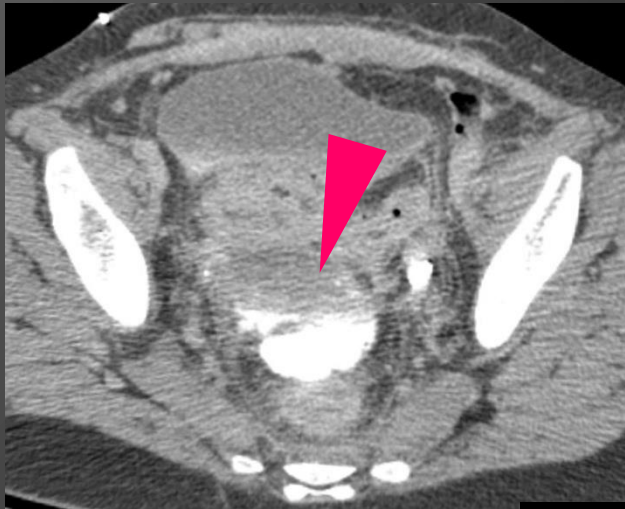
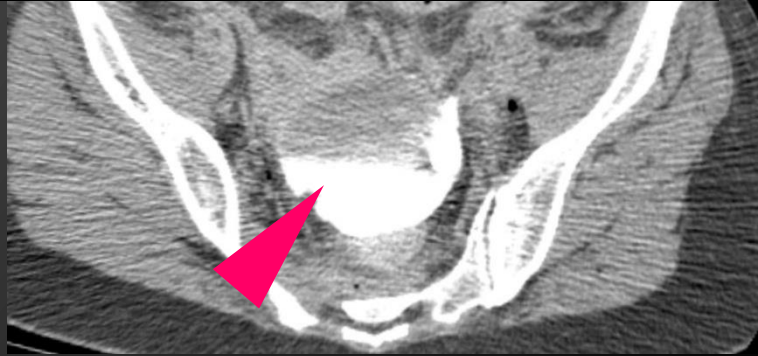


Douleurs
abdominales
J1
sigmoïdectomie

Quelles sont les hypothèses à évoquer ? Quel protocole réaliser ?

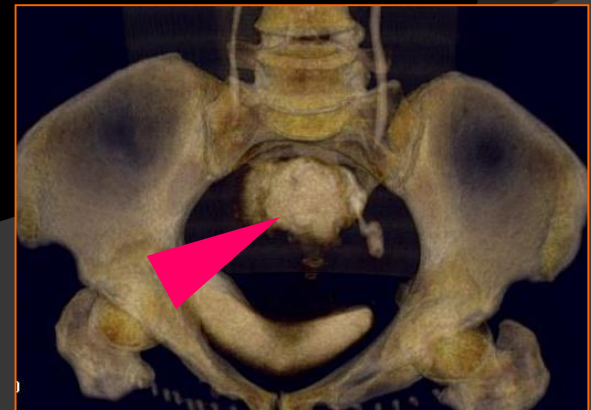


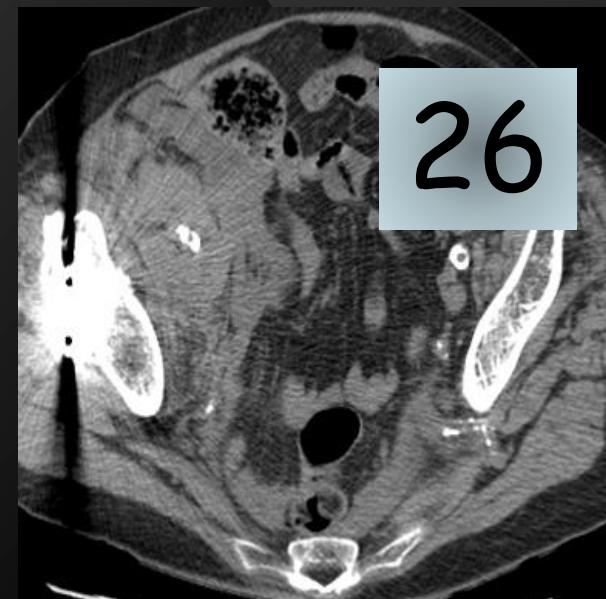
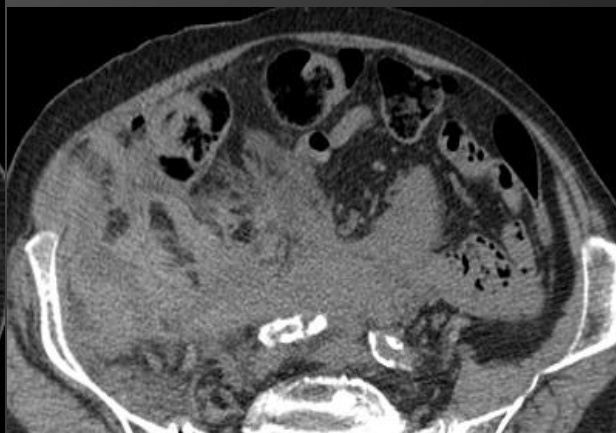
Urinome par plaie urétérale gauche per-opératoire



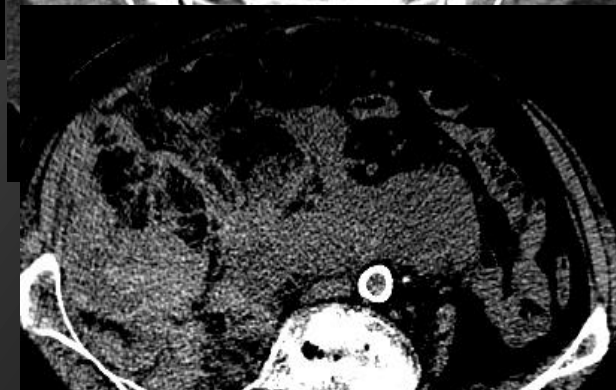
Toujours y penser pour :

- Sigmoide
- Utérus
- Artères iliaques

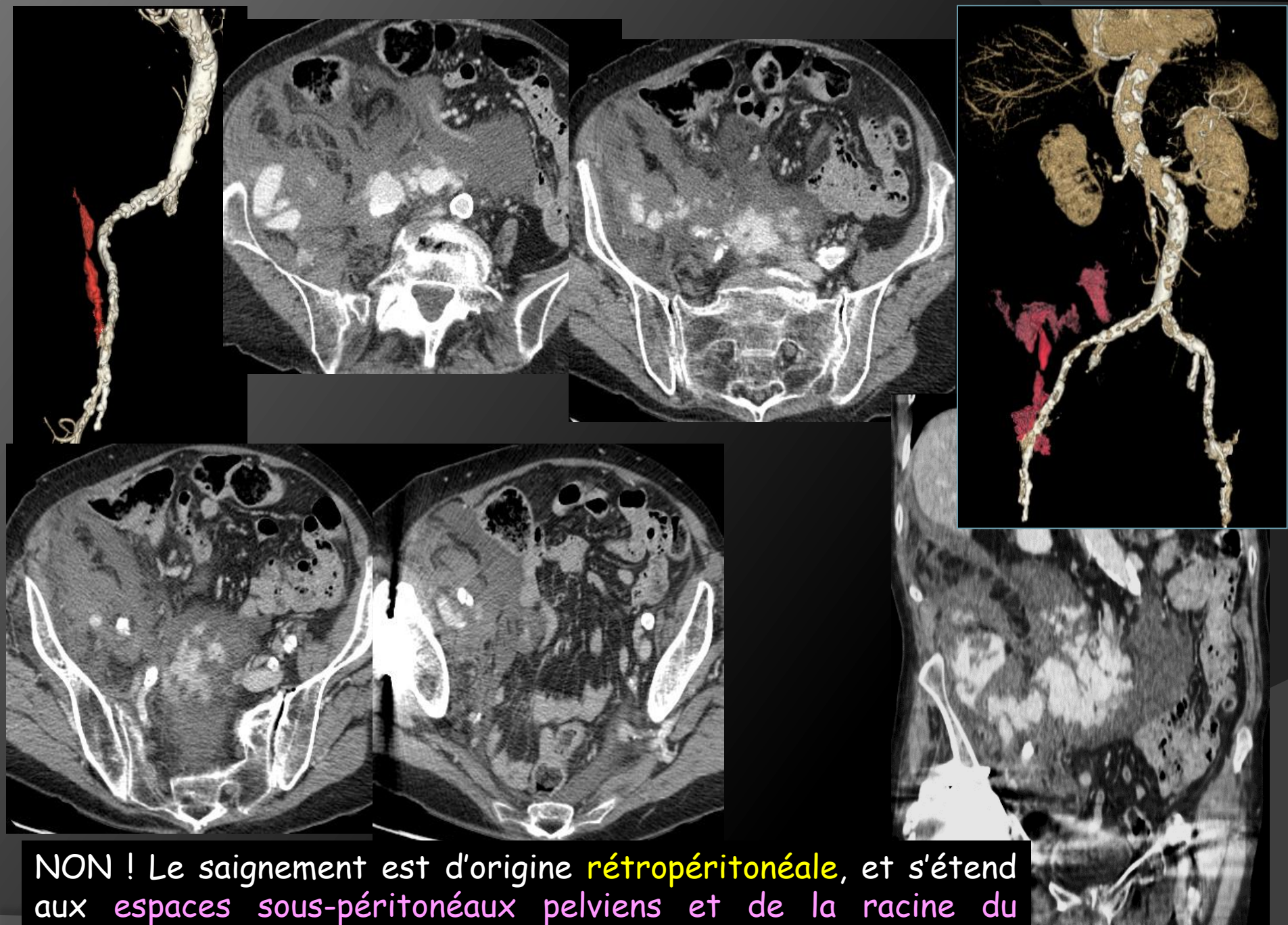




Y-a-t-il un
hémopéritoine ?



84 ans, échec de coronarographie

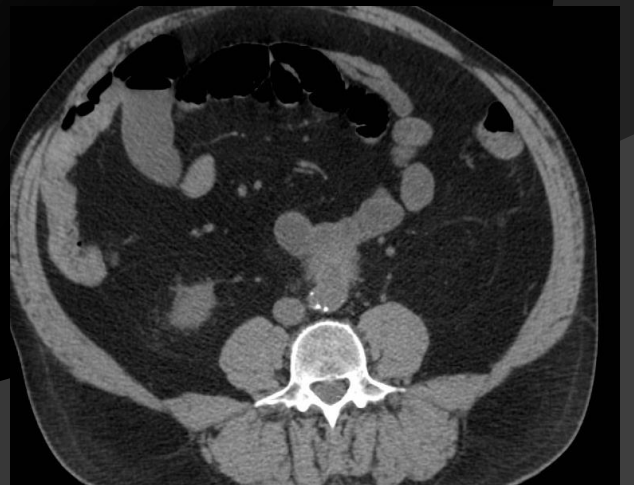
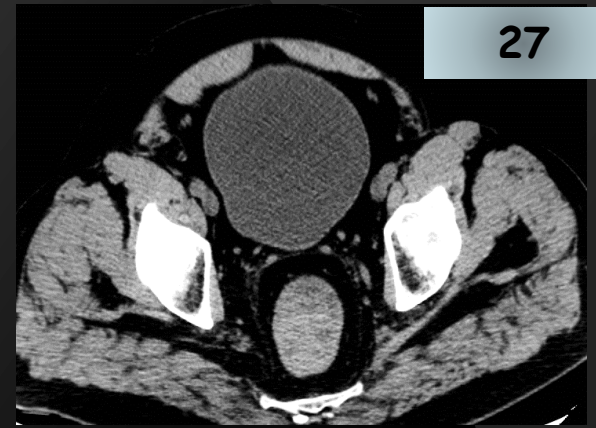


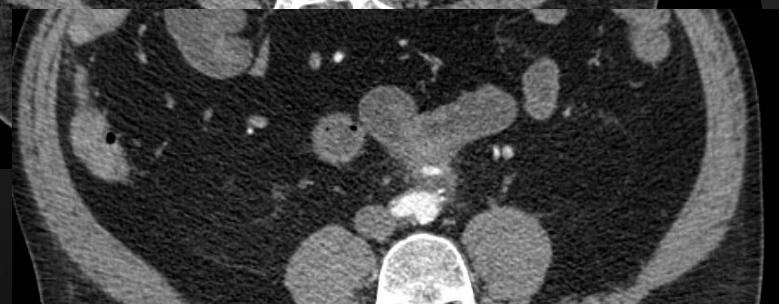
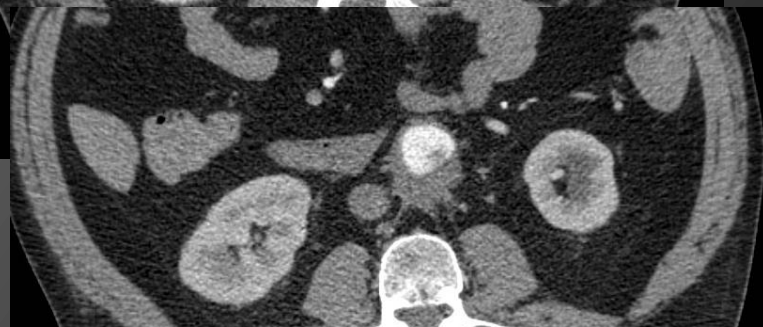
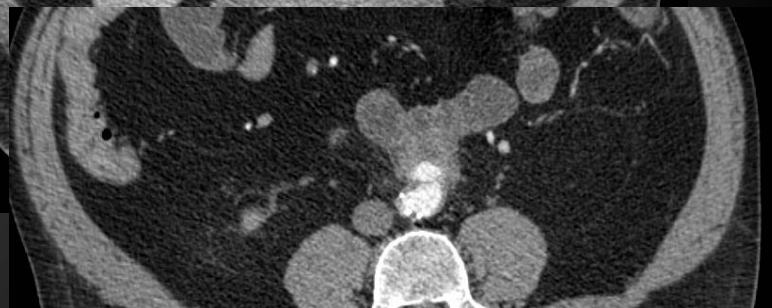
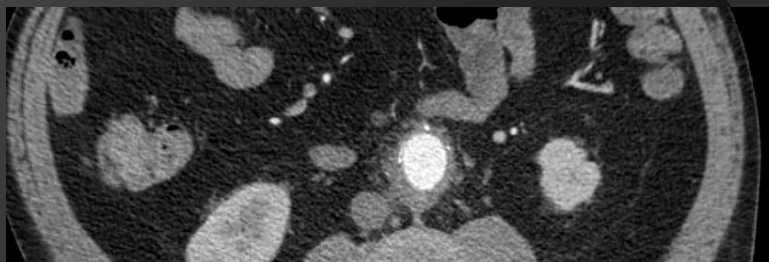
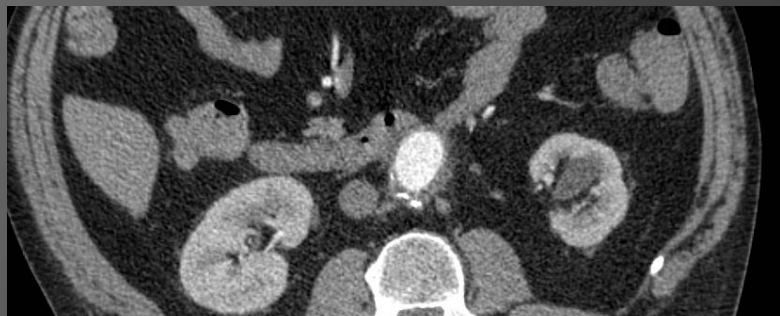
NON ! Le saignement est d'origine **rétrôpéritonéale**, et s'étend aux **espaces sous-péritonéaux pelviens** et de la **racine du mésentère**

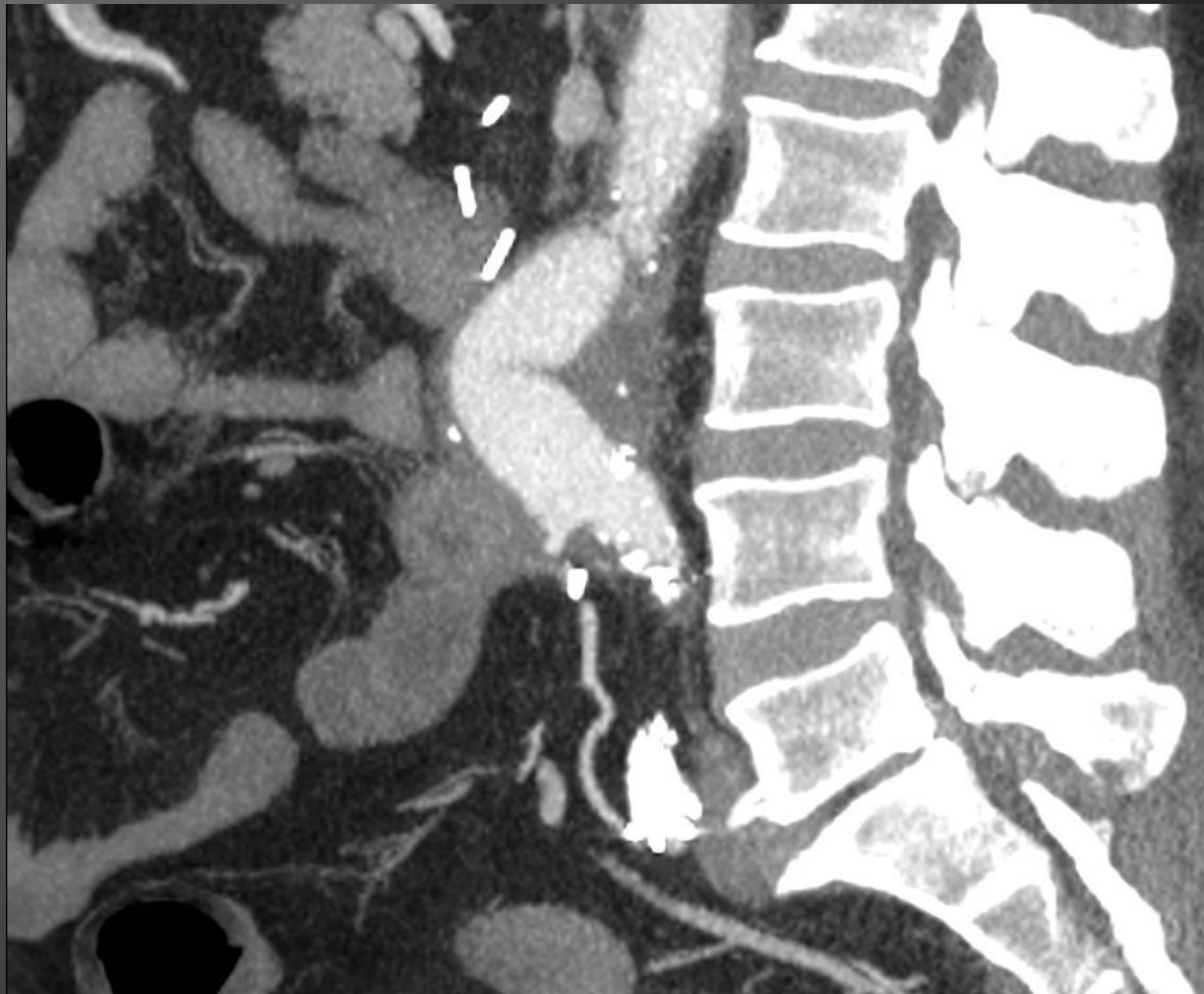
- Homme 65 ans Rectorragies intermittentes abondantes, avec déglobulisation
- Antécédent de cure d'anévrisme de l'aorte sous rénale en 2005
- Gastroskopie normale
- Coloscopie :
 - Sang
 - Pas de lésion hémorragique visible

Vidéo-capsule endoscopique

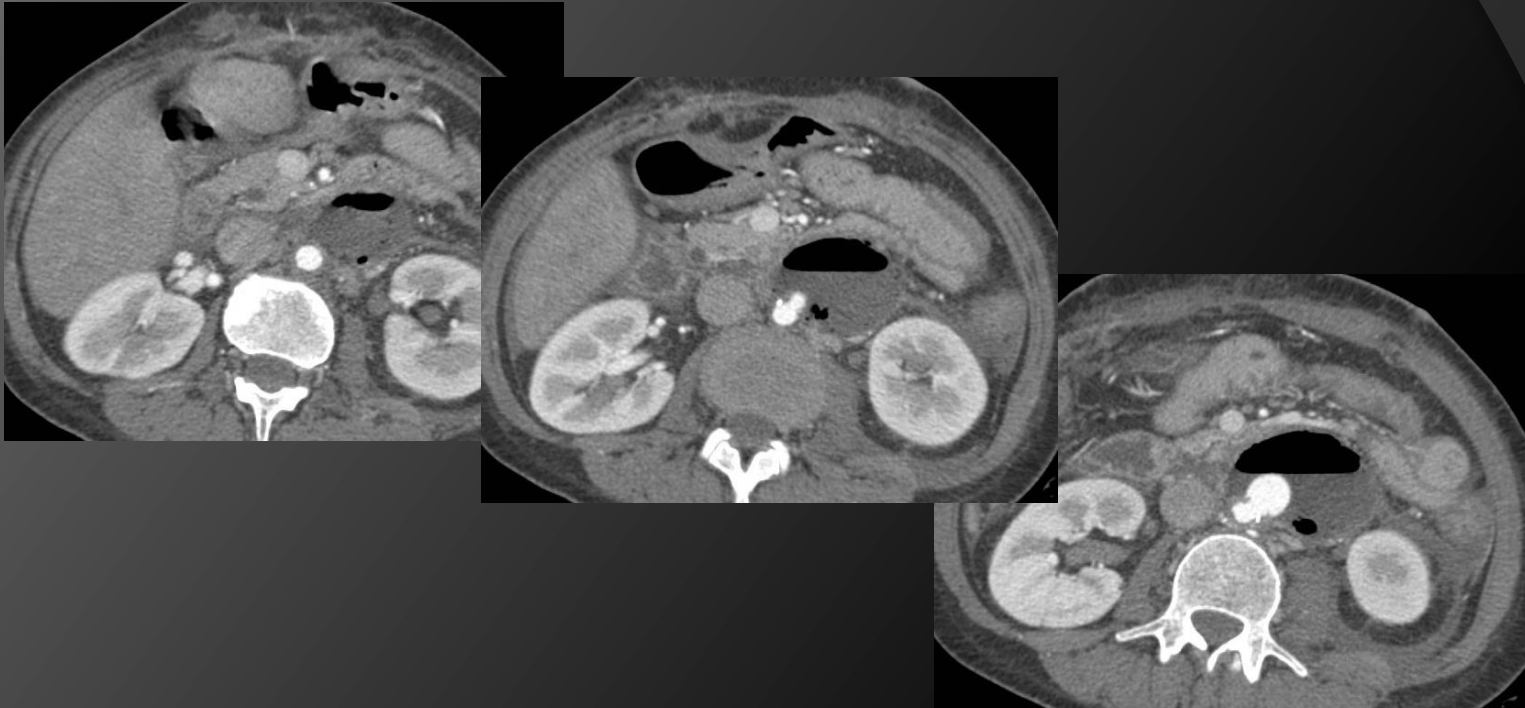
-Hématome postérieur de la paroi jéjunale







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

