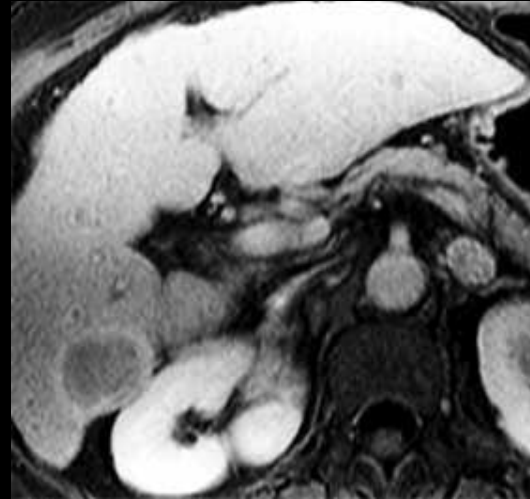


Q16

homme de 47 ans , alcoolique et tabagique , a consulté pour une asthénie avec baisse de l'état général . La biologie confirme la présence d'un bilan hépatique perturbé en faveur d'une hépatopathie chronique , ainsi qu'une sérologie VHC positive L'échographie montre une lésion focale du foie que l'on explore par d'autres examens



Principaux éléments techniques de réalisation de cette exploration

Localisation des anomalies

Principaux éléments sémiologiques

Orientations étiologiques

décrire avec précision la technique utilisée

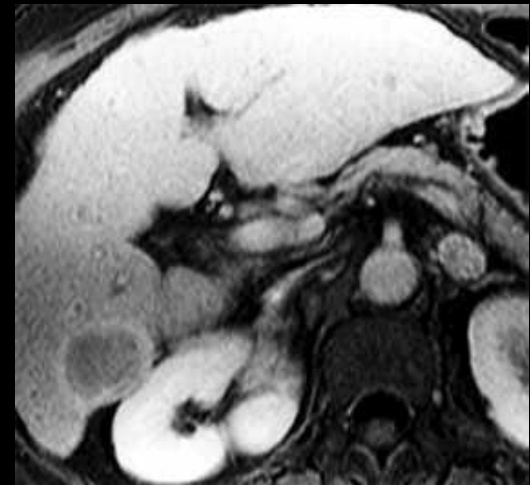
-IRM hépatique avec injection de produit de contraste (chélates de Gadolinium) IV

coupes passant par le plan de la bifurcation portale

-temps artériel (aorte et TC bien injectés, branches portales et VCI non ou peu rehaussées ; **néphrogramme cortico-médullaire+++**)

-temps portal (branches portales et VCI rehaussées, au même niveau que l'aorte ; **néphrogramme tubulaire**, rehaussement maximal des sinusoides hépatiques)

-**acquisition dynamique** ou **multiphasique**



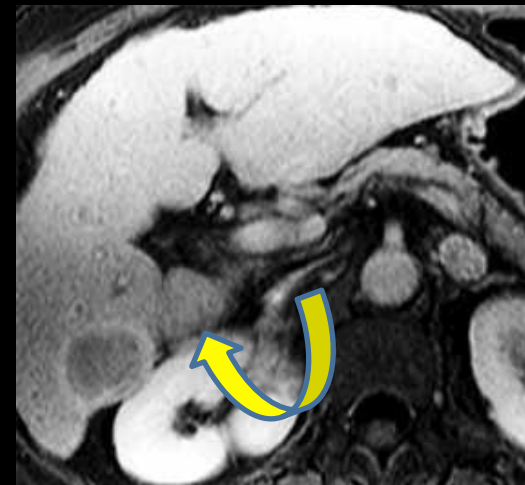
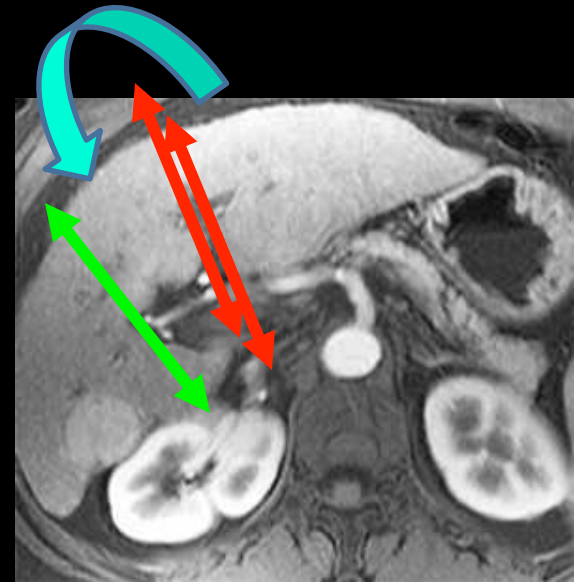
Définition et localisation de la lésion

-nodule du **foie droit** (ou du **lobe droit**) ,
dans le **segment 6**
mesurant plus de 20 mm de grand diamètre

-sur foie cirrhotique +++++

- .atrophie du segment 4
- .hypertrophie du lobe gauche
(segments 2 et 3)
- .hypertrophie du segment 1
- .contours bosselés

-signes d'HTP : recanalisation de la veine
para ombilicale , dérivations porto-
systémiques (VO) , ascite ,
splénomégalie.



-nodule hypervascularisé au temps artériel

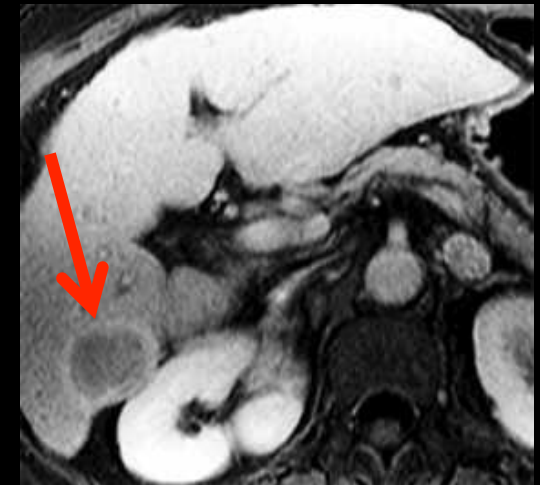
-wash out vrai au temps portal (ou aux temps plus tardifs)

le "wash out" correspond à un moindre rehaussement de la lésion par rapport au foie sain , sur la phase portale .

il signe l'absence de sinusoides dans la lésion ;
c'est un critère majeur pour le diagnostic de CHC
sur un foie cirrhotique

NPC avec "homogénéisation" par rapport au foie
sain +++

-présence d'une "pseudo capsule" rehaussée au
temps portal



peut-on affirmer que ce nodule est un CHC avec des à FP normales et sans biopsie

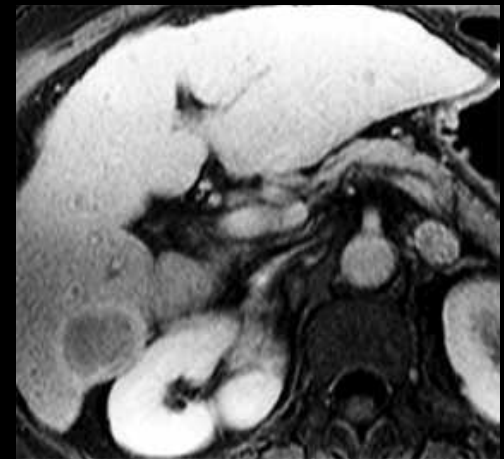


les critères de Barcelone 2005 le permettent

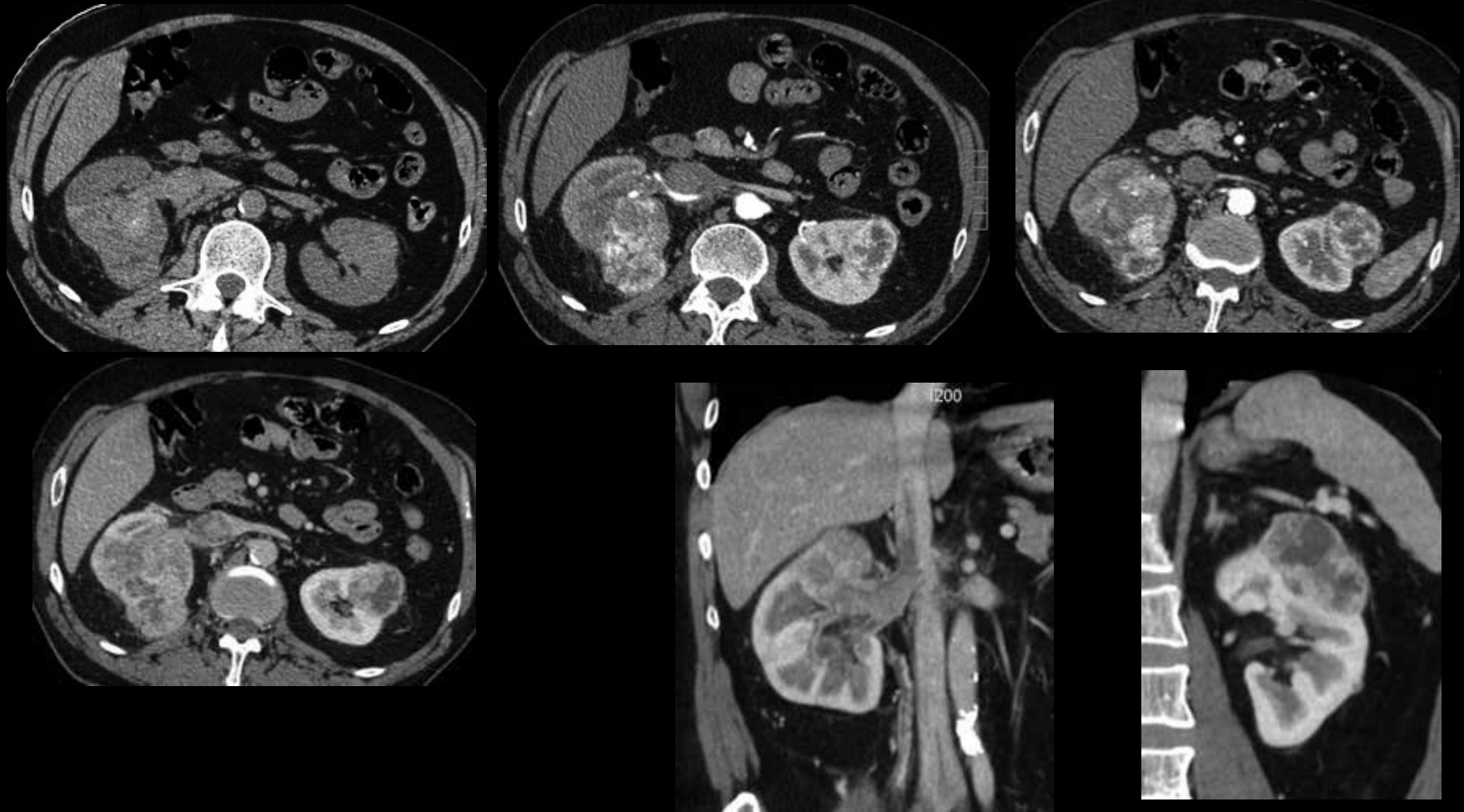
-dans un foie cirrhotique tout nodule de **taille supérieure à 20 mm** et qui présente les 2 caractères suivants ; hypervascularisation et wash-out (vrai !) est un CHC ; une seule méthode d'imagerie suffit .

-si le nodule hypervascularisé avec wash-out mesure **entre 10 et 20 mm** il faut 2 méthodes d'imagerie dynamique montrant ces 2 caractères (échographie de contraste +++, CT , IRM)

-un nodule de taille inférieure à 10 mm ne peut être caractérisé ,il doit être surveillé par échographie tous les 3 mois



Q17 homme 64 ans , dyspnée croissante , discrète baisse de l'état général , fièvre vésérale, lombalgies droites récentes

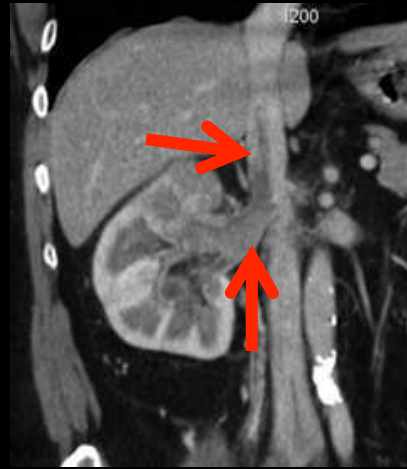
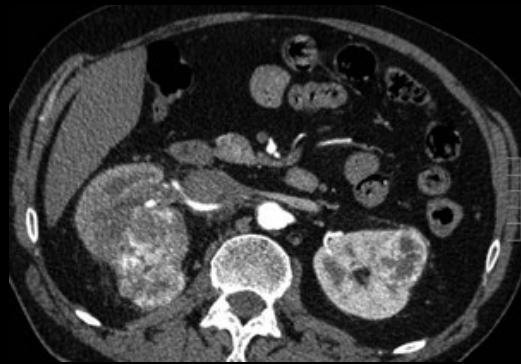
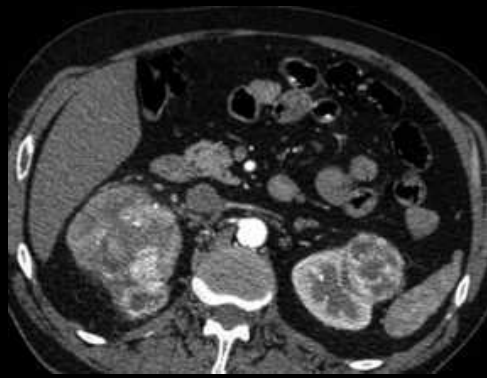


CT abdominal avec injection de PCI
1^{er} et 2^{ème} passages.)

reformations coronales sur chaque
rein

Techniques d'imagerie
Principaux éléments sémiologiques
Localisation des anomalies
Orientations étiologiques





-tumeurs **très hypervasculaires** du pôle supérieur du rein droit et ,à un moindre degré, du rein gauche

-du côté droit , perte de la différenciation cortico-médullaire et défaut de perfusion du parenchyme non tumoral (**hémodétournement** ou **syndrome de "vol vasculaire"** en raison du degré d'hypervascularisation de la zone tumorale)

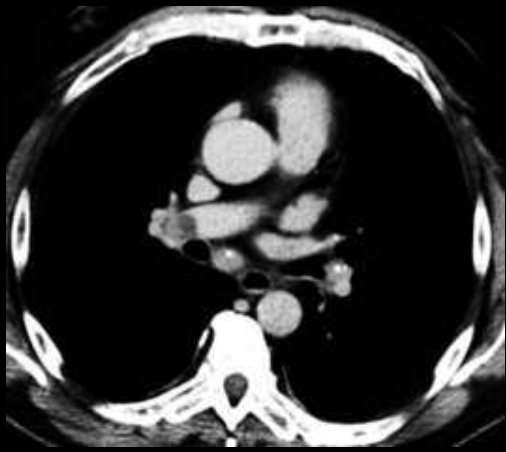
-**bourgeon néoplasique envahissant la veine rénale droite et la VCI +++++**

-pas d'adénopathie métastatique évidente

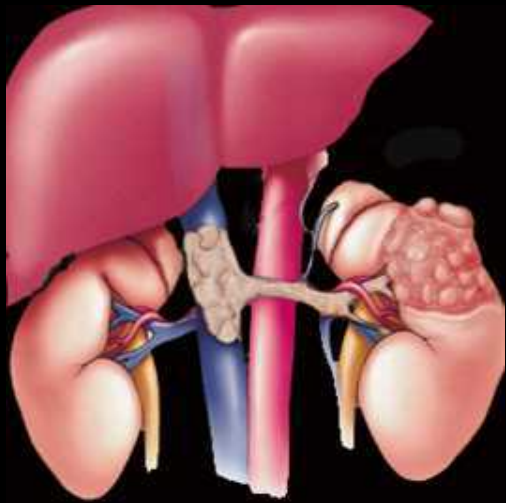
adénocarcinomes à cellules claires (tumeurs de Grawitz , hypernéphromes)

la symptomatologie révélatrice était essentiellement une dyspnée d'effort ; quelles hypothèses peut-on évoquer pour en expliquer la cause .

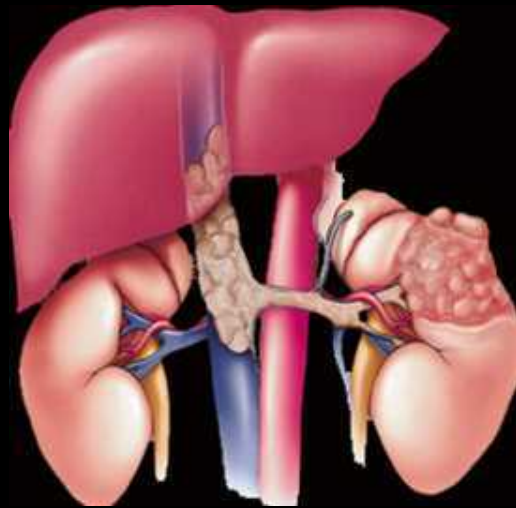




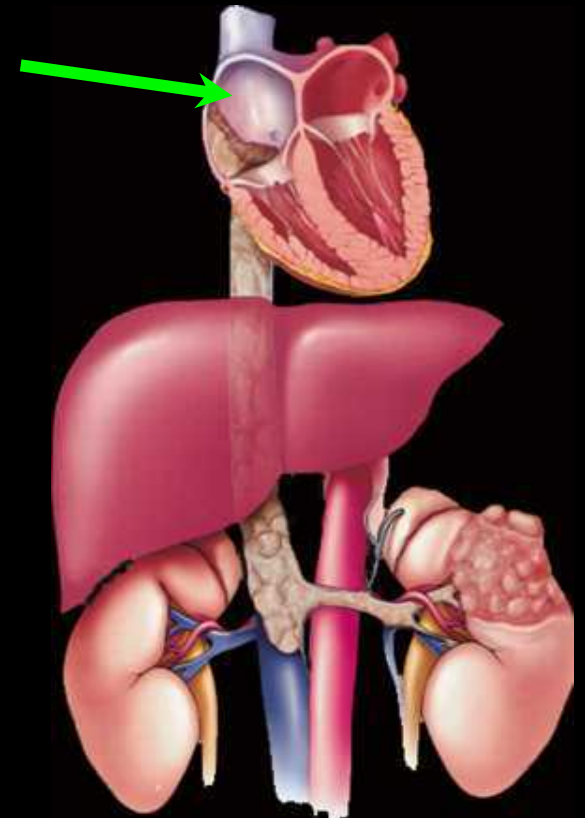
embolie pulmonaire , tumorale ou cruorique .



T3b

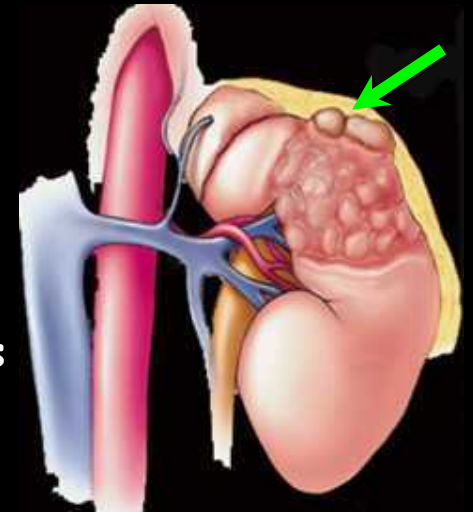


T3c

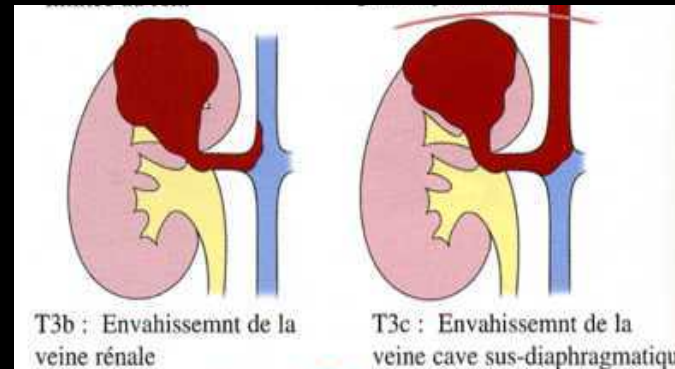
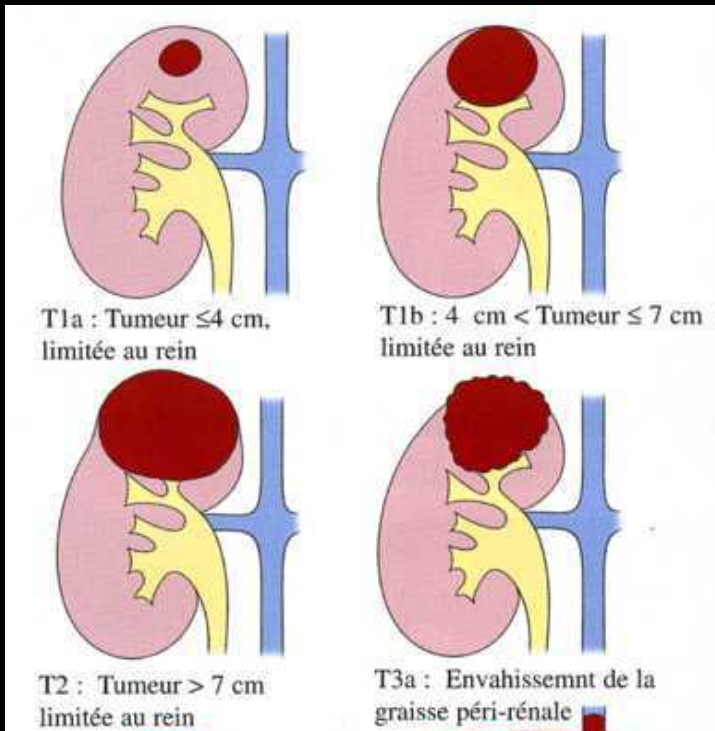


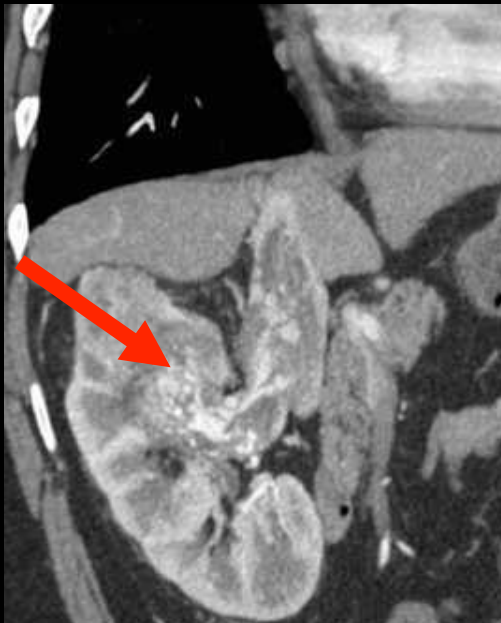
Classification de Robson

- Stade I: tumeur confinée au rein
- Stade II: envahissement de la graisse périrénale
- Stade IIIa: envahissement de la veine rénale ou VCI
- Stade IIIb: envahissement ganglions lymphatiques satellites
- Stade IIIc: envahissement des vaisseaux de voisinage et des ganglions lymphatiques
- Stade Iva: envahissement des organes de voisinage
- Stade IVb: métastases à distance

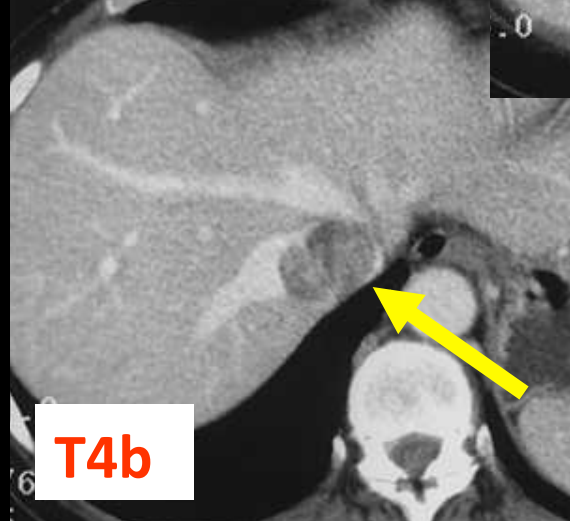
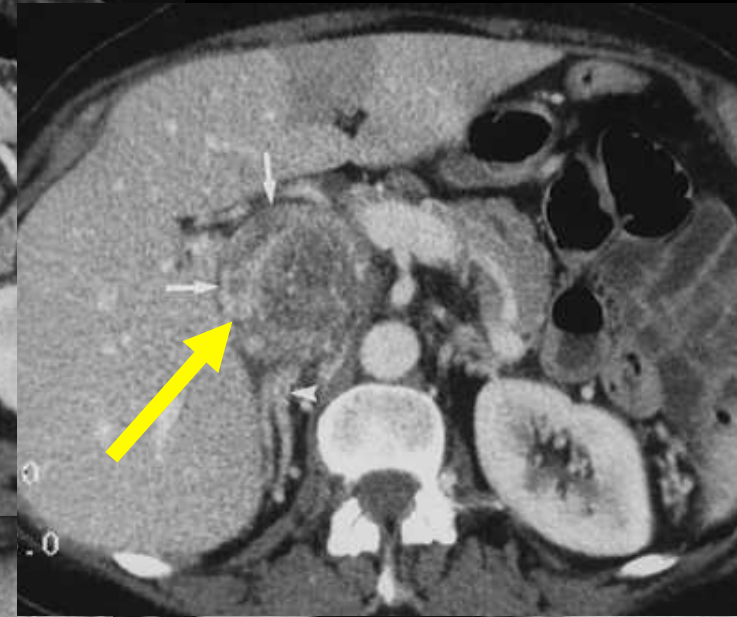
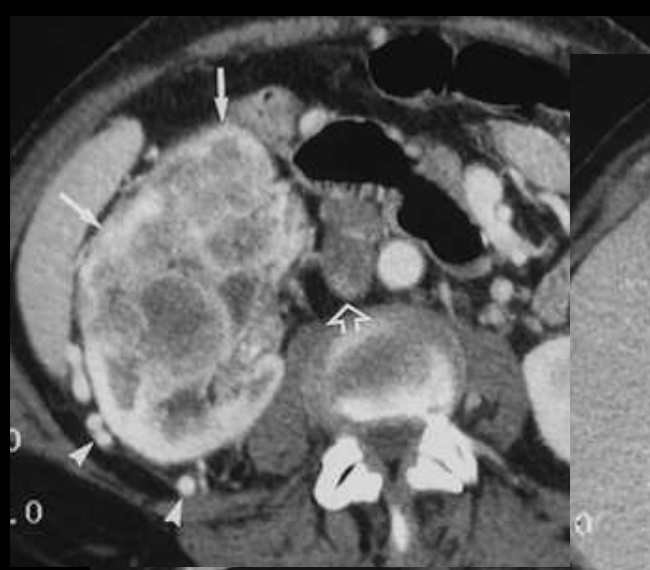
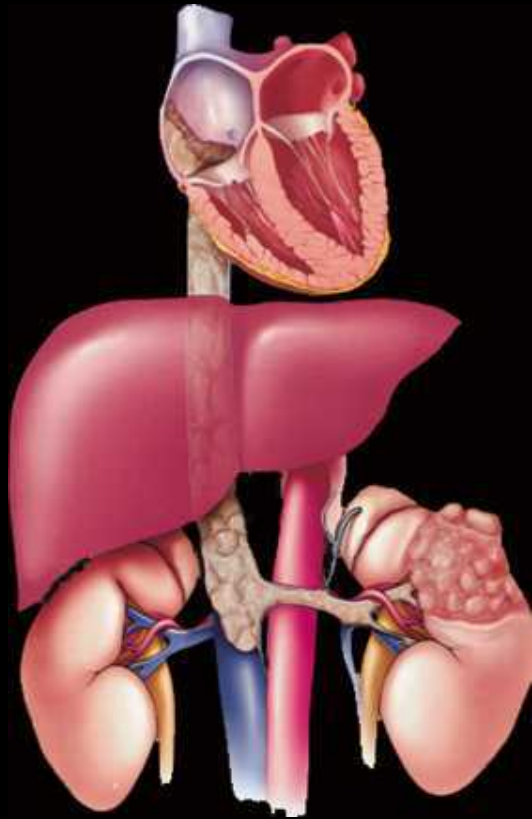


T3b





adénocarcinome à cellules claires du rein ; bourgeon néoplasique hypervasculaire de la VCI (T3c)



hauteur du thrombus :

- infra-hépatique : voie d'abord abdominale
- rétro-hepatique : abord latéral droit thoraco-abdominal
- supra-diaphragmatique : OD (augmentation morbidité et mortalité)

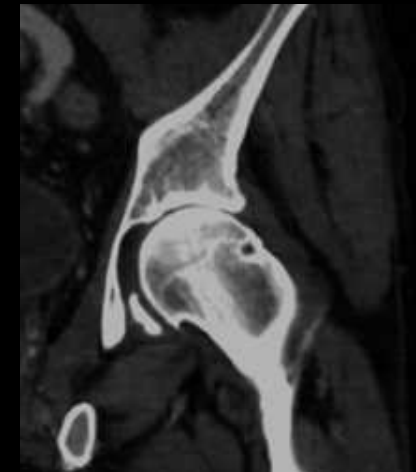
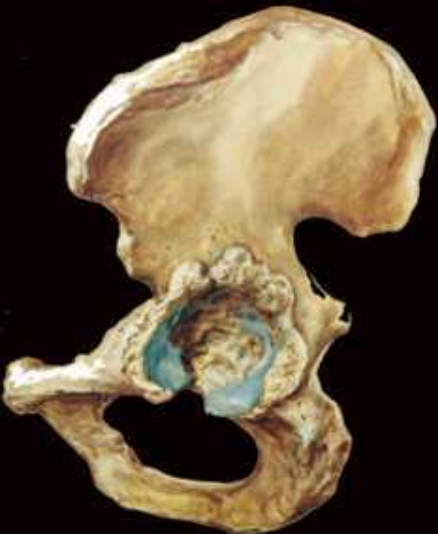
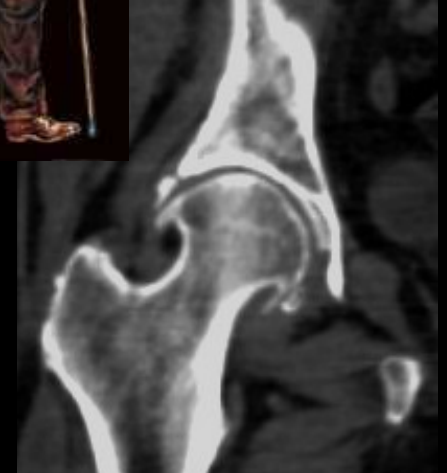
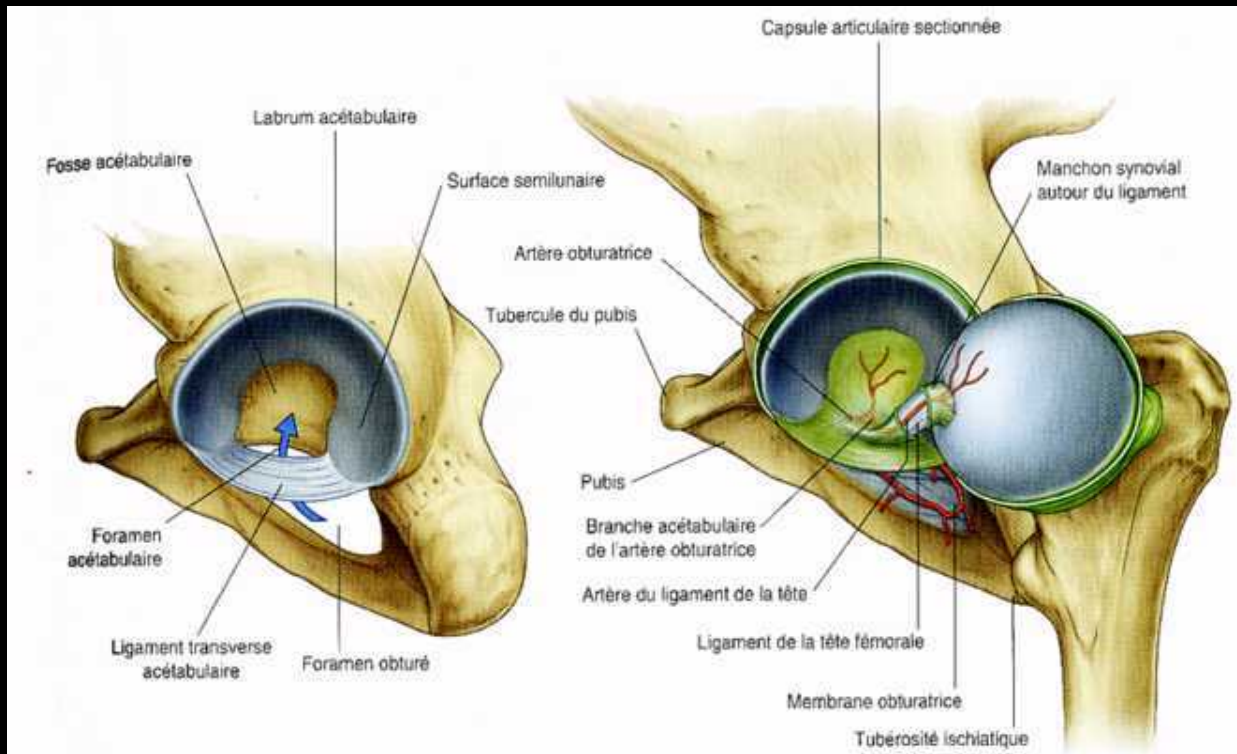
Q18



homme 32 ans , douleurs lombaires et fessalgies d'horaire inflammatoire depuis plusieurs années ; limitation des amplitudes des 2 coxo-fémorales

décrire les principales anomalies
donner la gamme des diagnostics plausibles
préciser le diagnostic exact et justifier le sur des éléments sémiologiques radiologiques





coxite rhumatismale au cours d'une spondylarthrite ankylosante



coxopathie bilatérale :

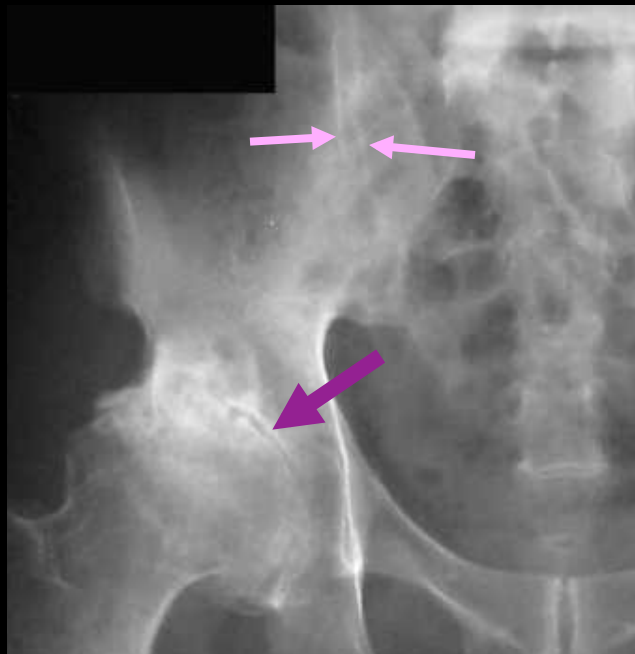
pincement globaux des interlignes coxo-fémoraux

géodes synoviales sur les 2 versants
discrète ostéosclérose sous chondrale
polaire supérieure

pseudo-ostéophytose affrontée supéro-externe

nivellement du point T

sacro-iliite bilatérale et symétrique (ankylose osseuse "extra articulaire" des 2 articulations sacro-iliaques)

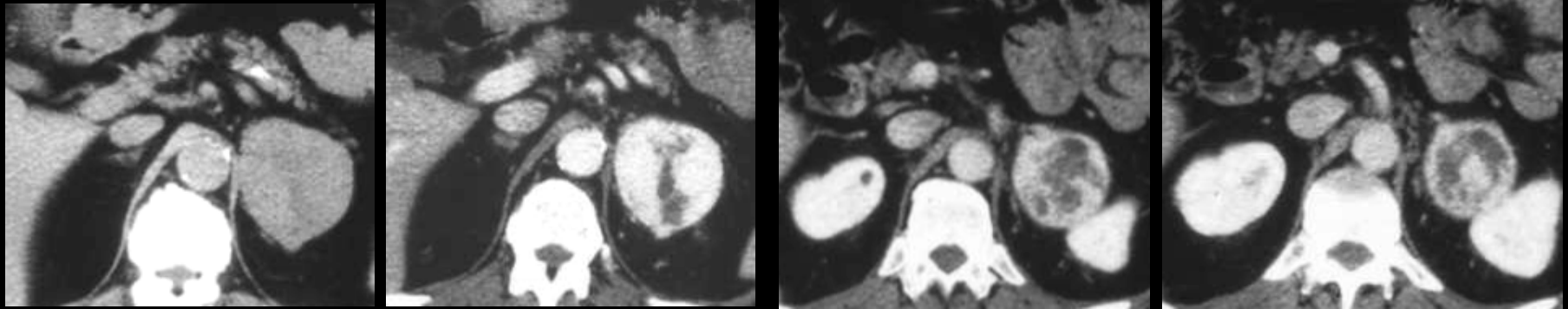


coxo-fémorale normale



coxarthrose

Q19 femme 47ans, HTA sévère sans paroxysmes ,céphalées pulsatiles , palpitations, sueurs



CT abdominal avant puis après injection de PCI ,1^{er} passage

- masse arrondie charnue **dense** ,rétropéritonéale.
- très hypervascularisée (autant qu'une corticale rénale !!) et kystisée au centre
- refoulant le pôle supérieur du rein gauche en dehors et indépendante de lui.
- l'organe absent est la surrénale gauche



Techniques d'imagerie
Principaux éléments sémiologiques
Localisation des anomalies
Orientations étiologiques

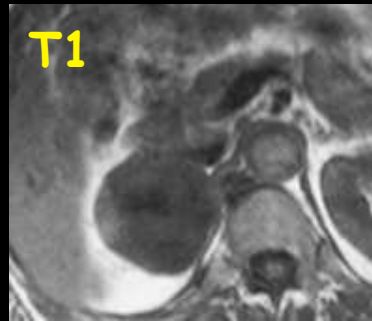
- phéochromocytome
- corticosurrénalome malin
- métastase (Grawitz+++ , en raison de l'hypervascularisation) .
- tumeur conjonctive primitive rétropéritonéale (angiosarcome , leiomyosarcome , hémangiopéricytome ...)

hypothèses diagnostiques ; CAT sur le plan de l'imagerie .

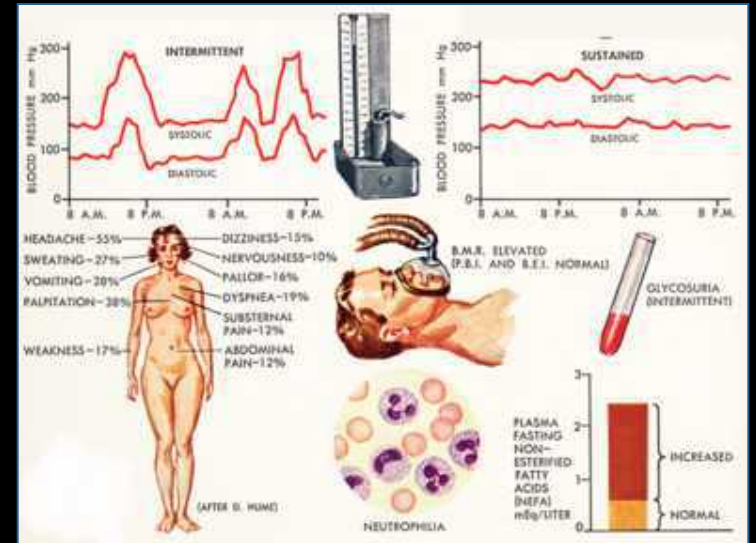
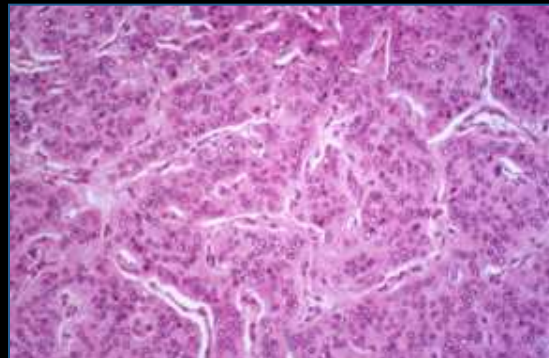
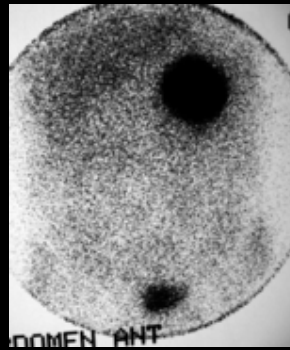


hypothèses diagnostiques ; CAT sur le plan de l'imagerie .

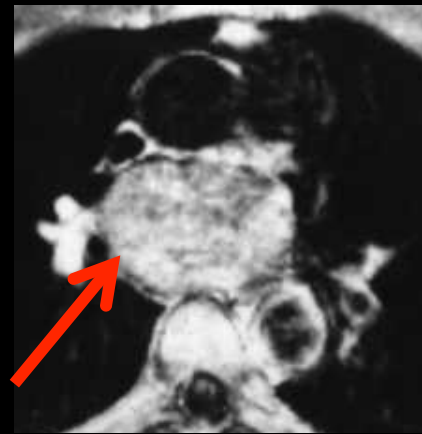
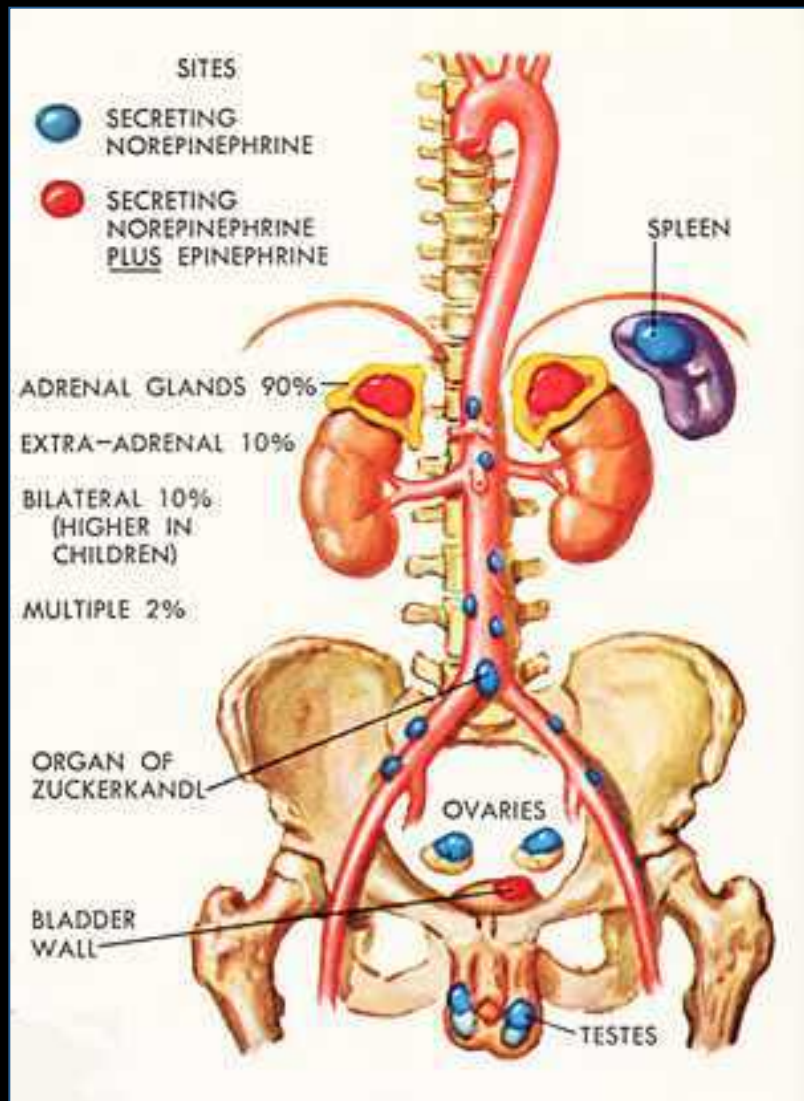
IRM ; identifiez les séquences et déduisez la sémologie



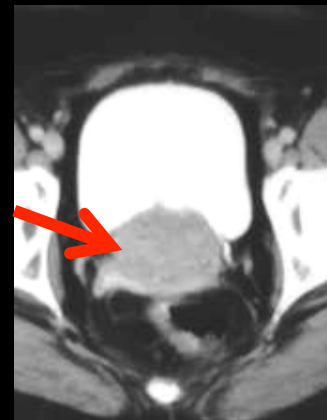
Scintigraphie à l' ¹³¹I MIBG (métaiodobenzylguanidine)



NEM de type 2 K médullaire thyroïde
 neurofibromatose I (Recklinghausen)
 Von Hippel Lindau
 Phéochromocytome/paragangliome
 familial



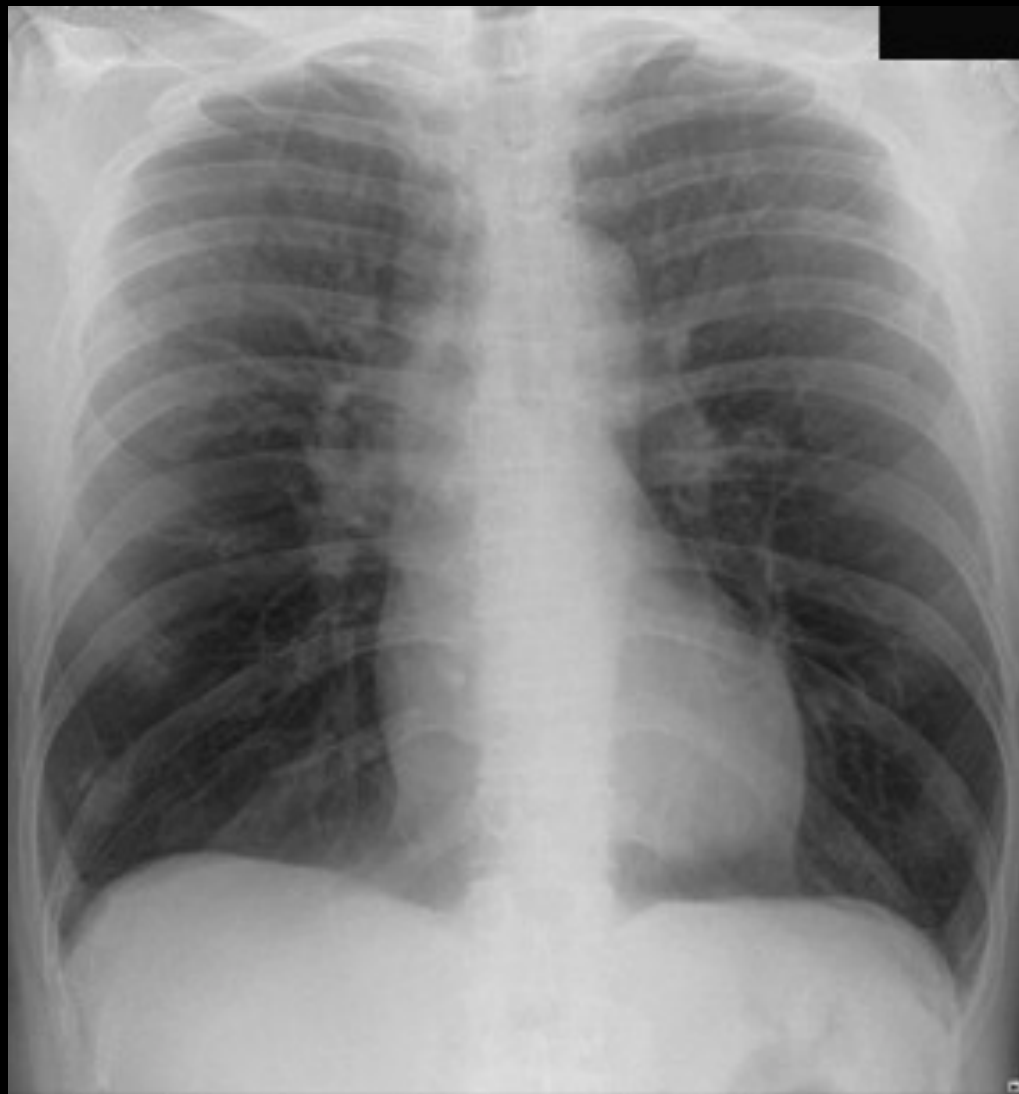
paragangliome cardiaque



paragangliome vésical

Q20

femme 30 ans , tabagisme très modéré , dyspnée d'effort devenant invalidante



Principaux éléments sémiologiques

Localisation des anomalies

Orientations étiologiques

-hypertransparence des bases ,
symétrique.

-horizontalisation des côtes (arcs
postérieurs)

-élargissement des espaces
intercostaux (aux bases +++)

-augmentation de hauteur des
poumons

-redistribution vasculaire biapicale

-dilatation des artères pulmonaires
dans leur segment proximal

-dilatation du VD (pointe du cœur
très haute) et cœur "en goutte"

hypothèses diagnostiques



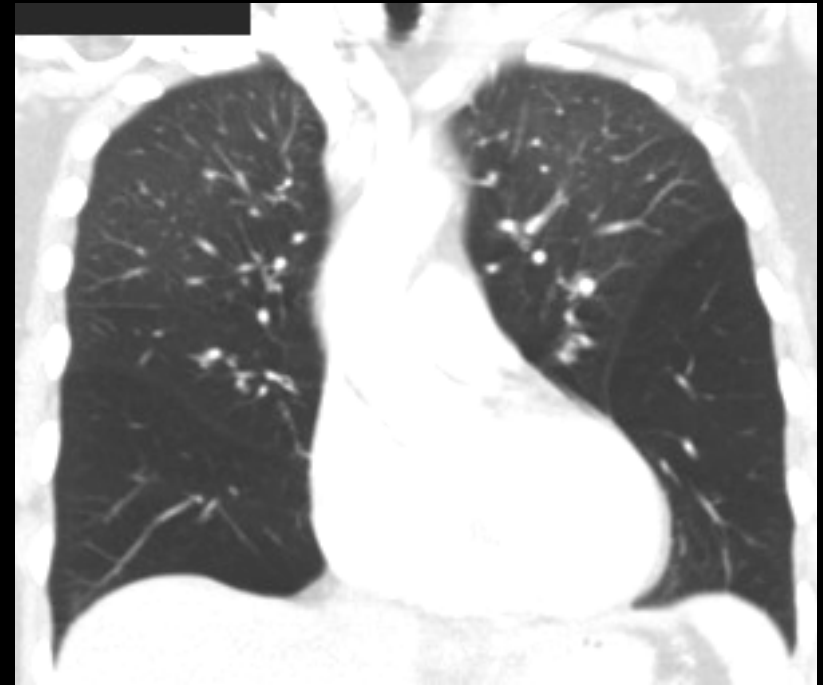


un scanner est réalisé ; décrire les principales anomalies visibles et proposez un éventail diagnostique ,tenant compte du contexte



-hypertransparence des 2 lobes inférieurs

-inflation aérique dans ces 2 lobes inférieurs (canvexité scissurale)



-emphysème lobaire géant

-Swyer-James

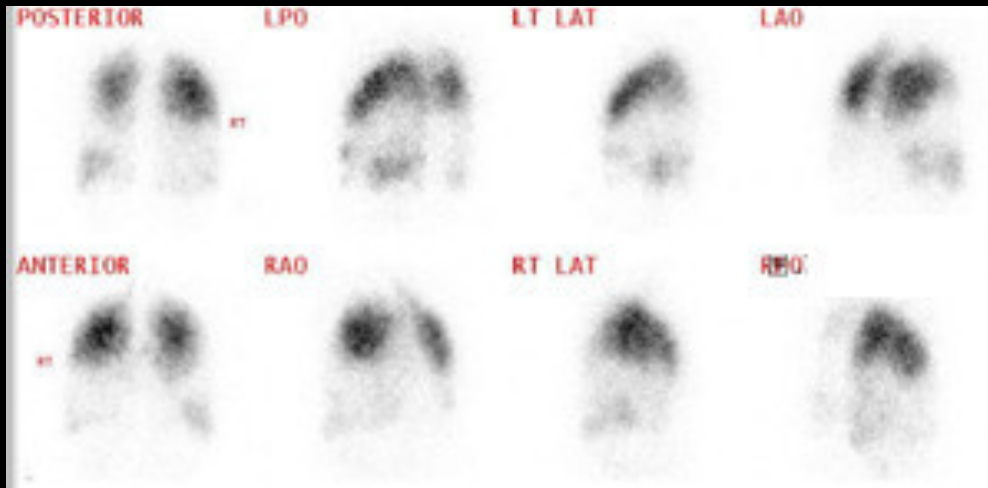
-BPCO

-asbestose

-emphysème

-asthme

-bronchiolite oblitérante



scintigraphie ventilation

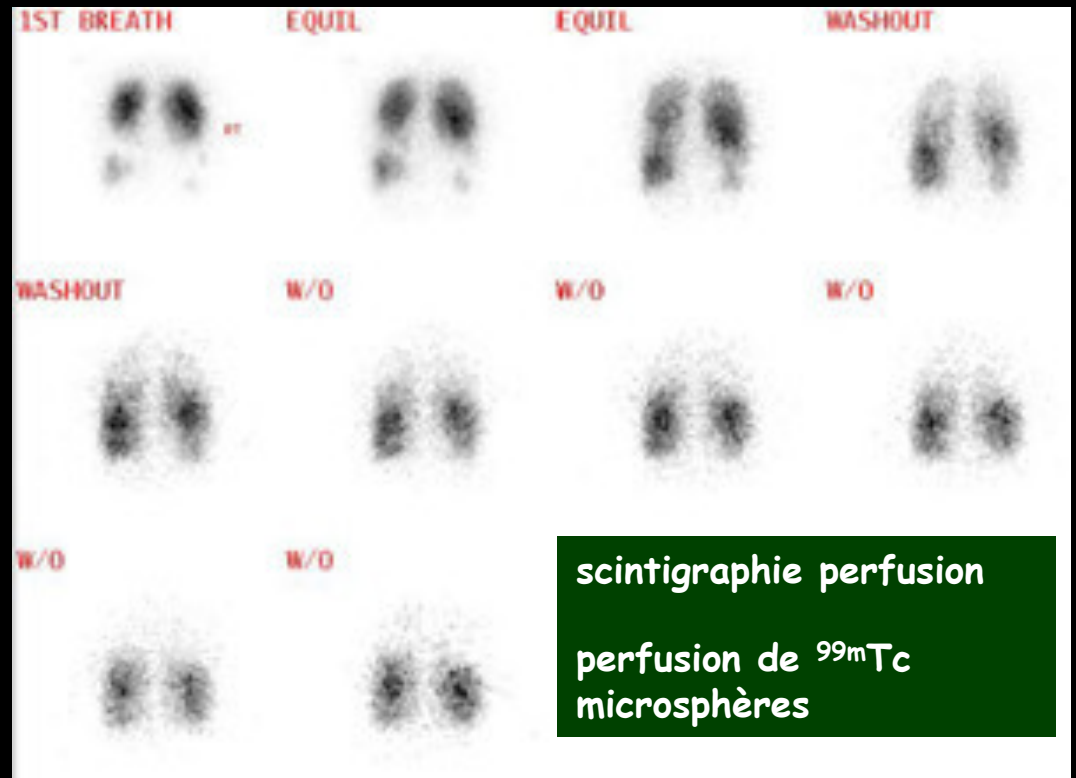
aérosol ^{99m}Tc DTPA
pendant 3 minutes

décrire les principales anomalies
visibles et proposez un diagnostic



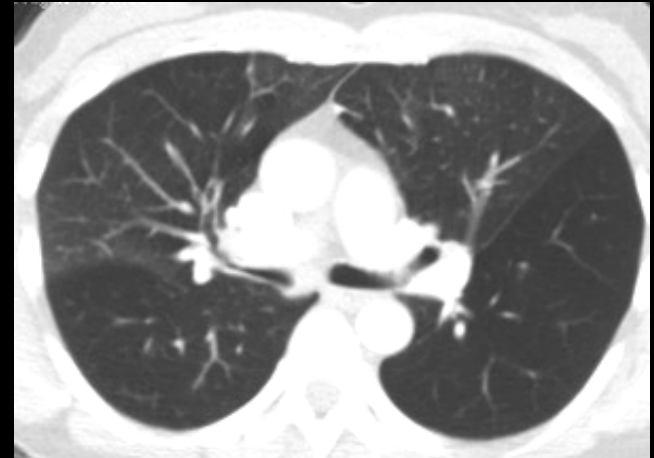
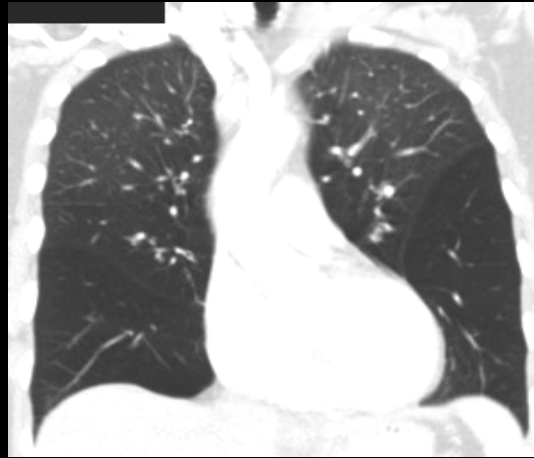
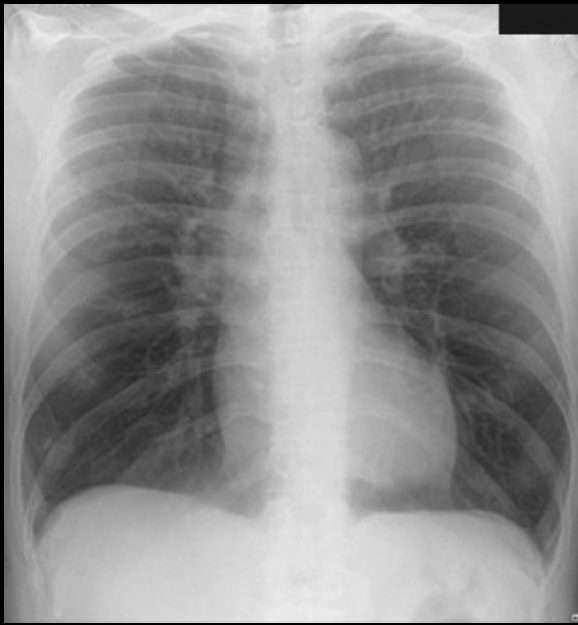
-hétérogénéités de perfusion des
2 poumons avec défaut de
perfusion des lobe inférieurs

-très net retard du wash out des
lobes inférieurs sur la scinti de
ventilation



scintigraphie perfusion

perfusion de ^{99m}Tc
microsphères



la seule conclusion possible est : **emphysème panlobulaire** , en raison de la prédominance basale , de la symétrie de l'atteinte , de la répartition homogène des lésions de distension des espaces aériens distaux dans les 2 lobes inférieurs , de l'absence de facteurs de risques en faveur d'un emphysème centrolobulaire (tabagisme, bronchite chronique ..)

quelle diagnostic doit-on évoquer dans ce contexte et quelles autres anomalies doit-on rechercher

déficit en alpha 1 antitrypsine , seule cause génétique de BPCO :emphysème panlobulaire prédominant dans les lobes inférieurs chez un sujet jeune , non ou peu tabagique .

maladies associées : cirrhose hépatique ++++ (cause de décès des patients non fumeurs)
granulomatose de Wegener

