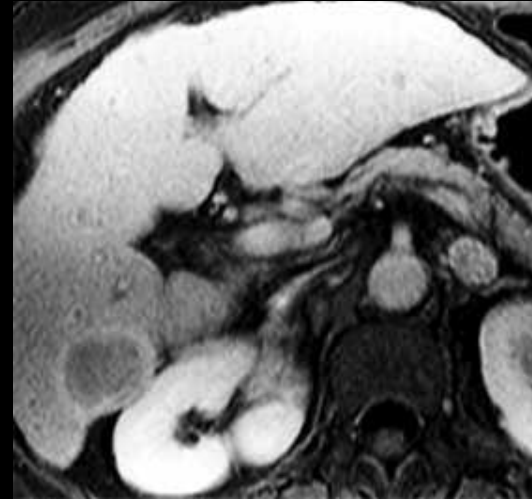


## Q16

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

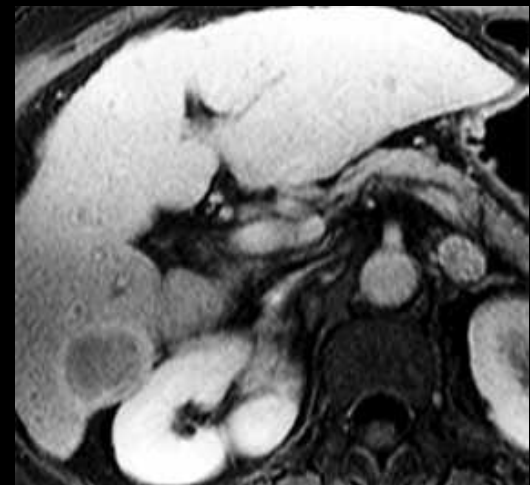
-IRM hépatique avec injection de produit de contraste (chélates de Gadolinium) IV

coupes passant par la 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**



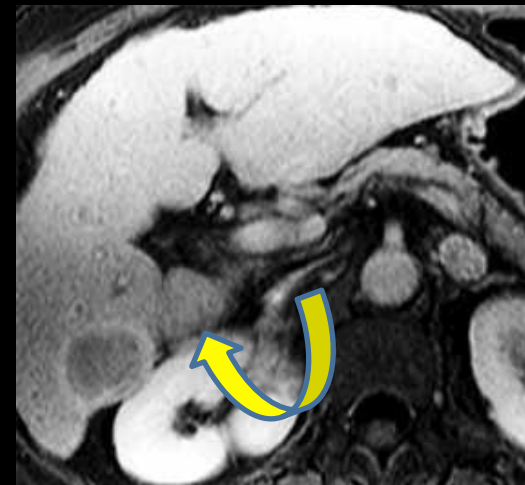
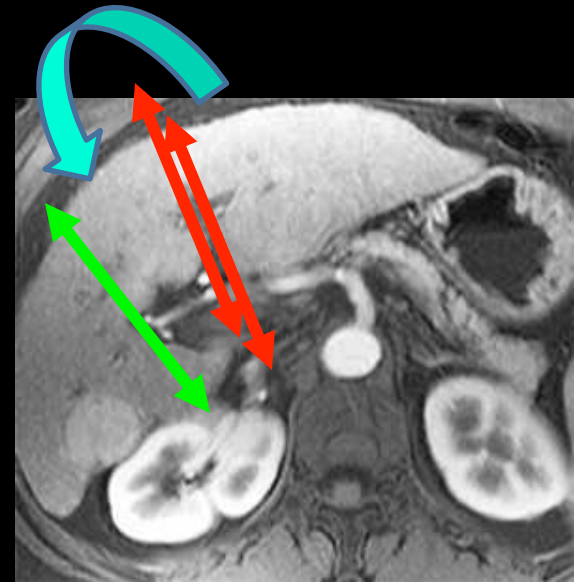
## Définition et localisation de la lésion

- 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

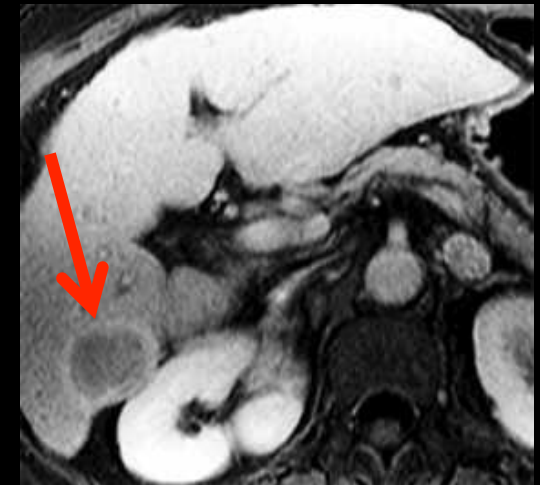
-wash out vrai au temps portal (ou aux temps plus tardifs )

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

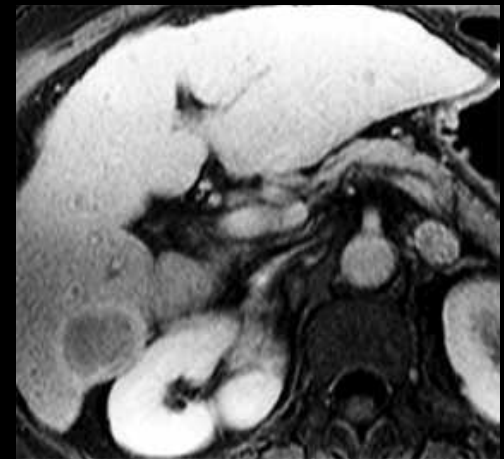


les critères de Barcelone 2005 le permettent

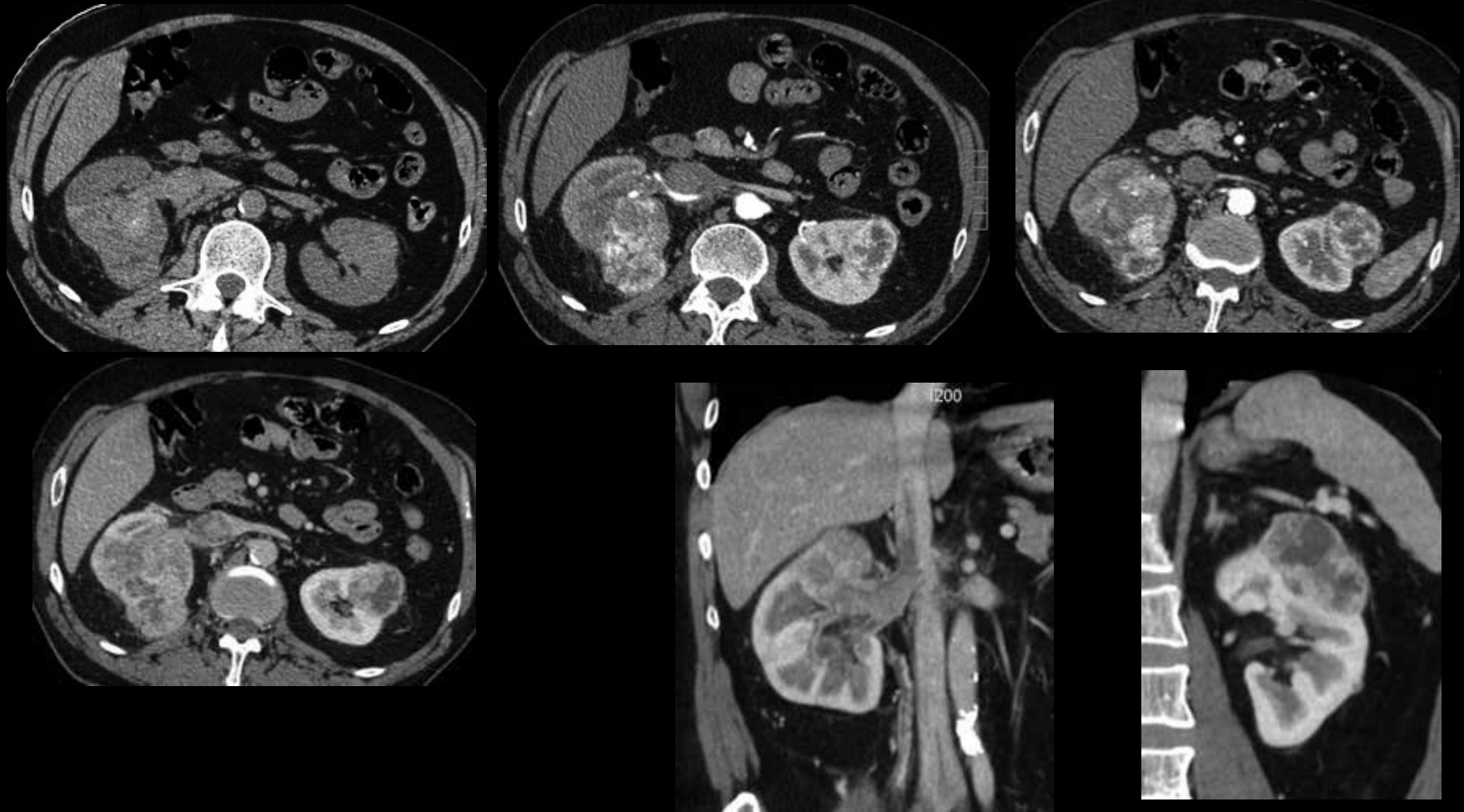
-dans un foie cirrhotique tout nodule de **taille supérieure à 20 mm** et qui présente les 2 caractères suivants ; hypervascularisation et wash-out ( vrai ! ) est un CHC ; une seule méthode d'imagerie suffit .

-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

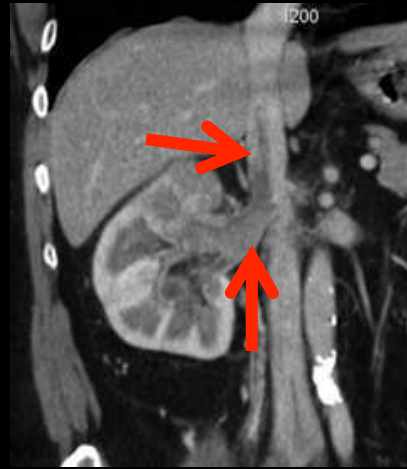
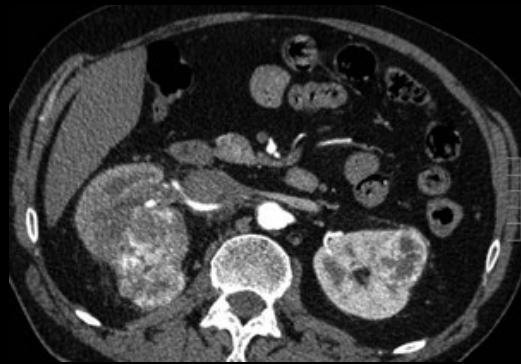
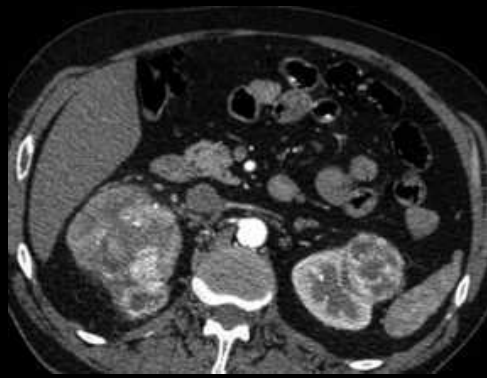


CT abdominal avec injection de PCI  
(1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> passages.)

reformations coronales sur chaque  
rein

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



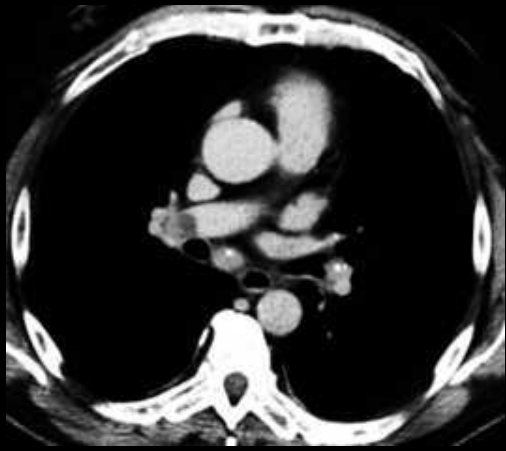


-pas d'adénopathie métastatique évidente

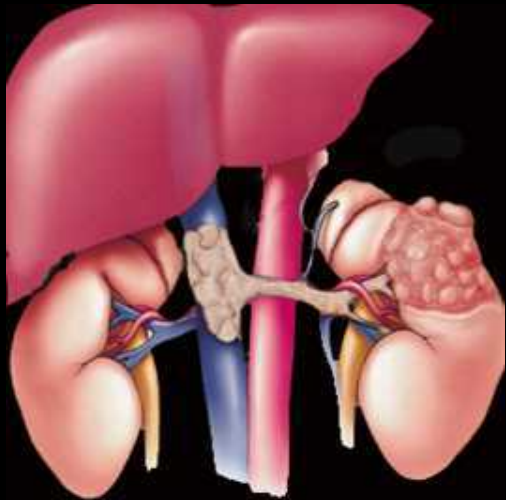
adénocarcinomes à cellules claires (tumeurs de Grawitz , hypernéphromes )

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

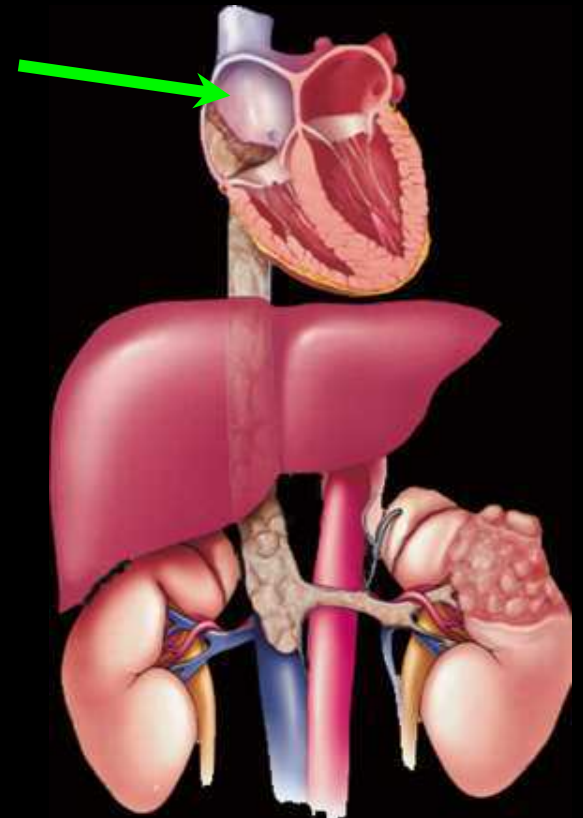




embolie pulmonaire , tumorale ou cruorique .



T3b



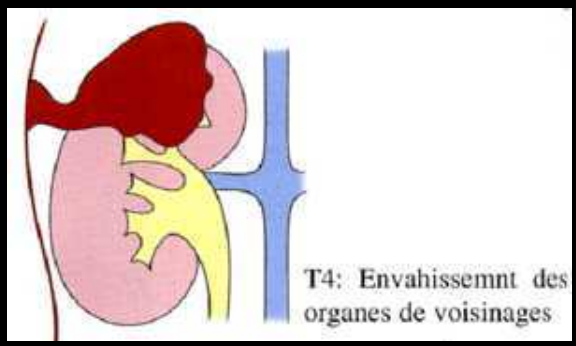
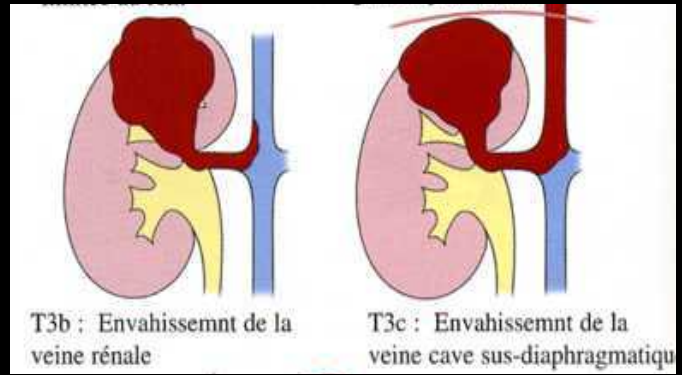
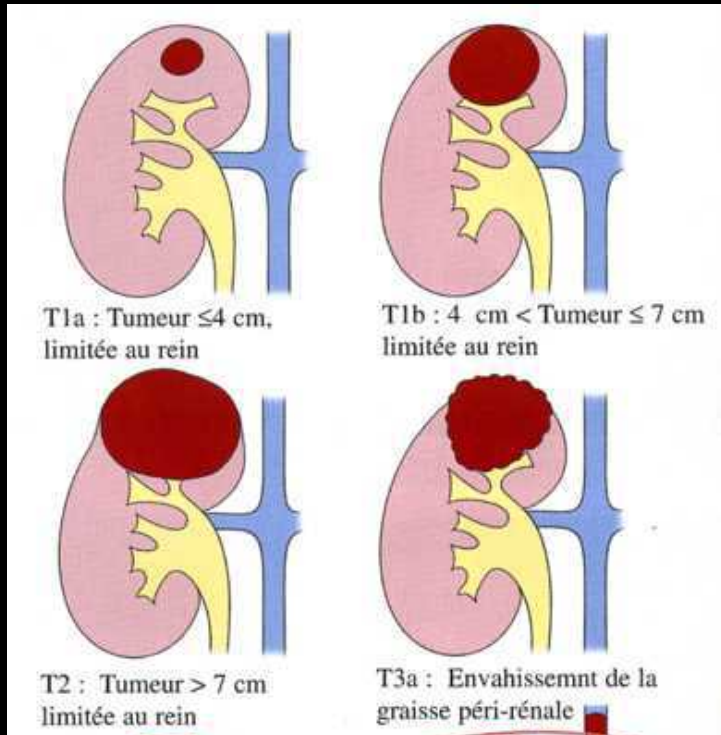
T3c

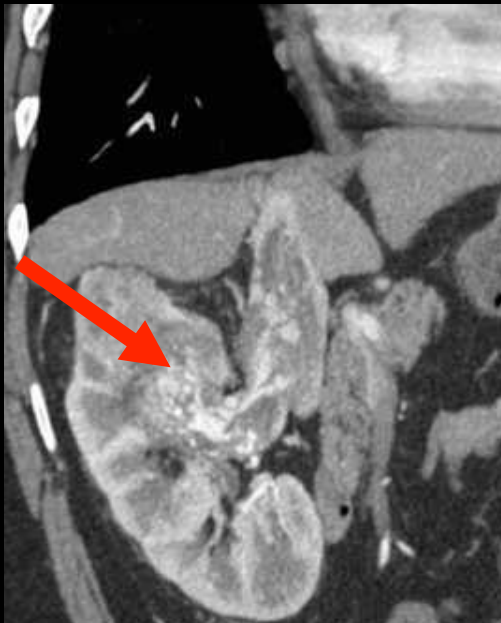
✘ Impossible d'afficher l'image. Votre ordinateur manque peut-être de mémoire pour ouvrir l'image ou l'image est endommagée. Redémarrez l'ordinateur, puis ouvrez à nouveau le fichier. Si le x rouge est toujours affiché, vous devrez peut-être supprimer l'image avant de la réinsérer.



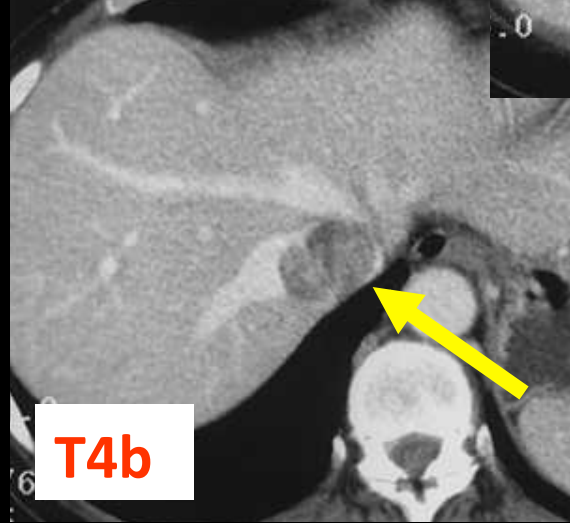
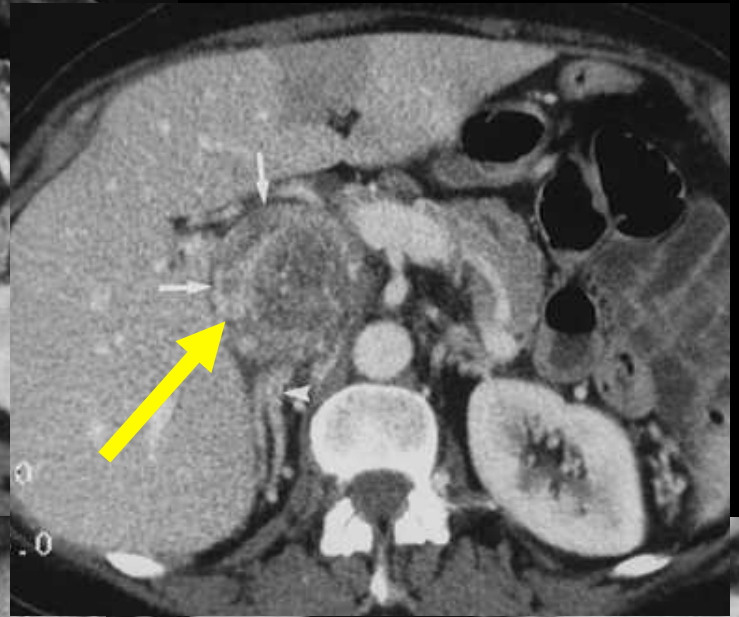
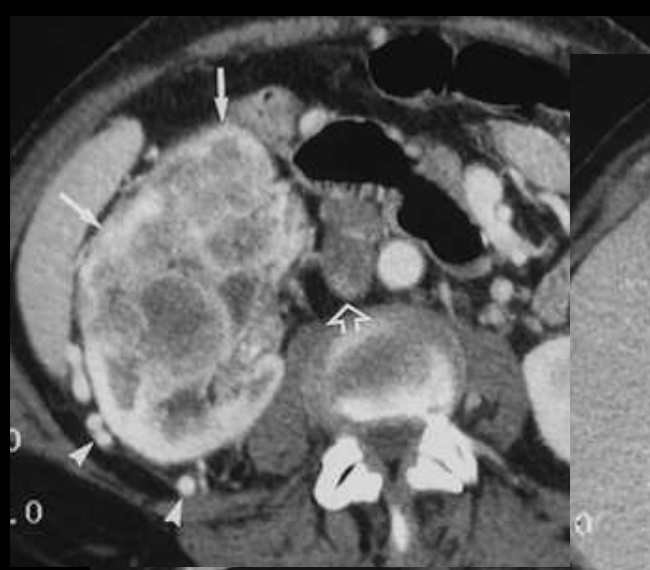
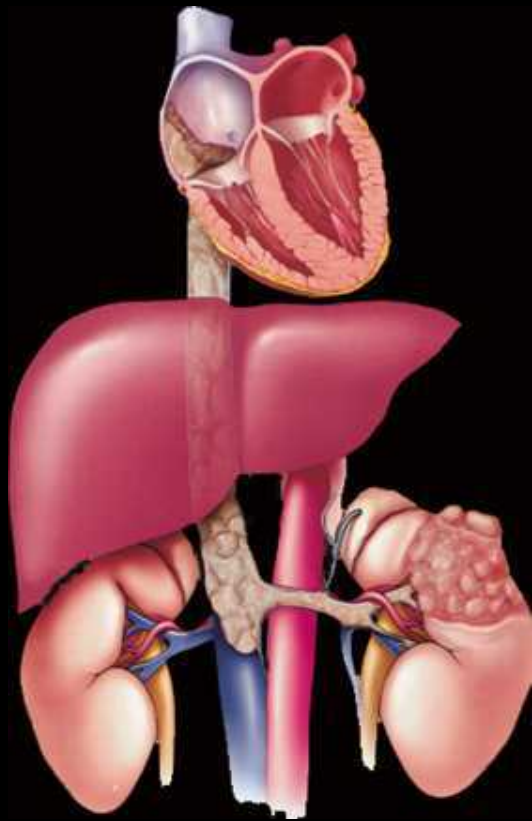
- **Stade II:** envahissement de la graisse périrénale
- **Stade IIIa:** envahissement de la veine rénale ou VCI
- **Stade IIIc:** envahissement des vaisseaux de voisinage et des ganglions lymphatiques
- **Stade Iva:** envahissement des organes de voisinage
- **Stade IVb:** métastases à distance

**T3b**





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



**T4b**



- supra-diaphragmatique : OD ( augmentation morbidité et mortalité )

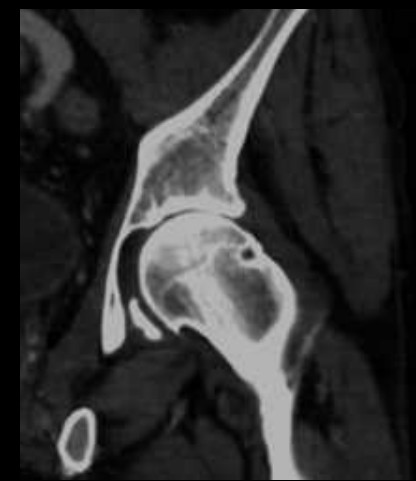
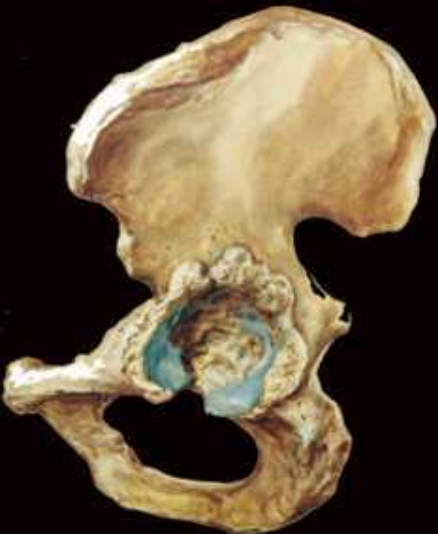
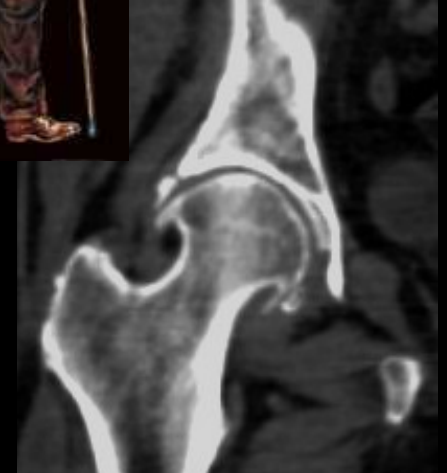
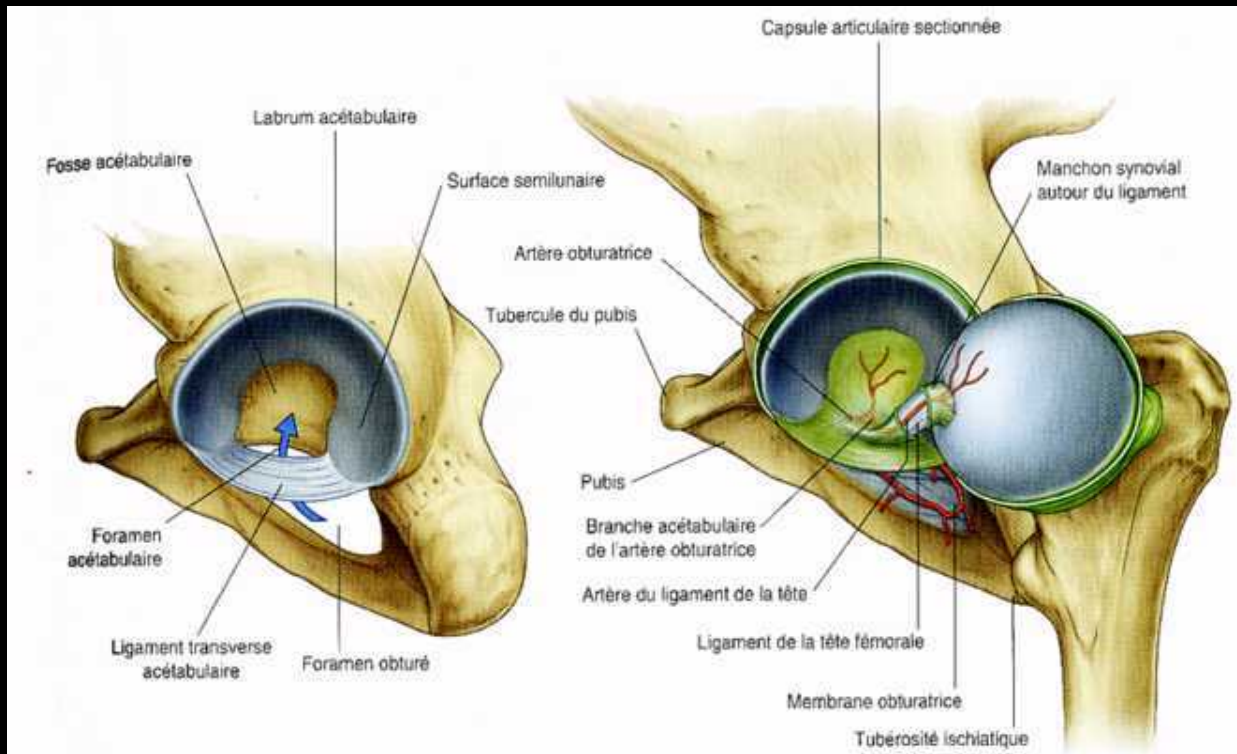
**Q18**



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

décrire les principales anomalies  
homme 32 ans , douleurs lombaires et fessalgies d'horaire  
des 2 coxo-fémorales



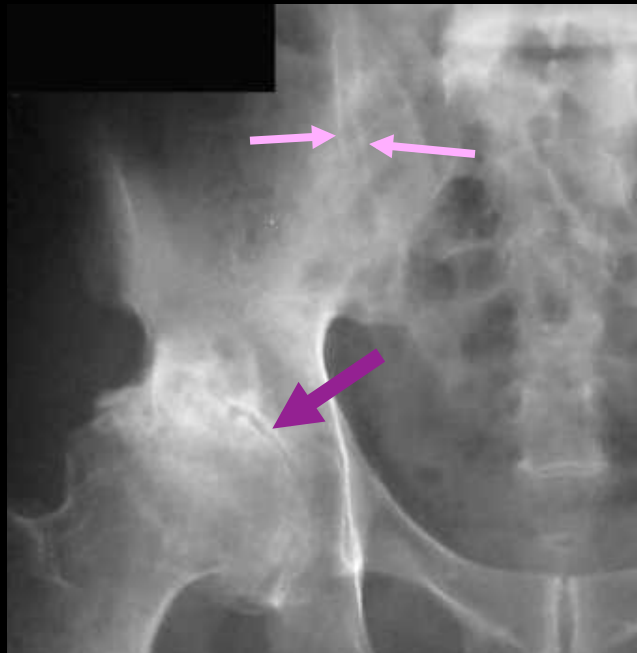


ER. SECTEUR 2  
TES

## 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  
**coxopathie bilatérale**

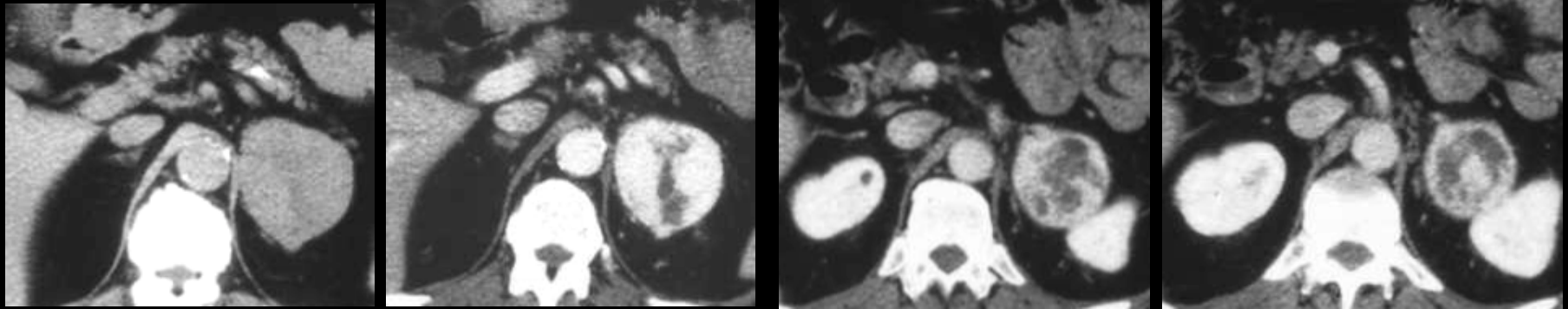


coxo-fémorale normale



coxarthrose

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



CT abdominal avant puis après injection de PCI ,1<sup>er</sup> 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

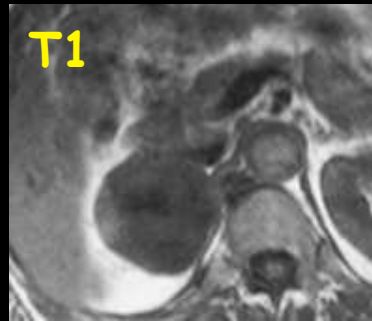
- phéochromocytome
- corticosurrénalome malin
- métastase (Grawitz+++ , en raison de l'hypervascularisation ) .
- tumeur conjonctive primitive rétropéritonéale (angiosarcome , leiomyosarcome , hémangiopéricytome ...)

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

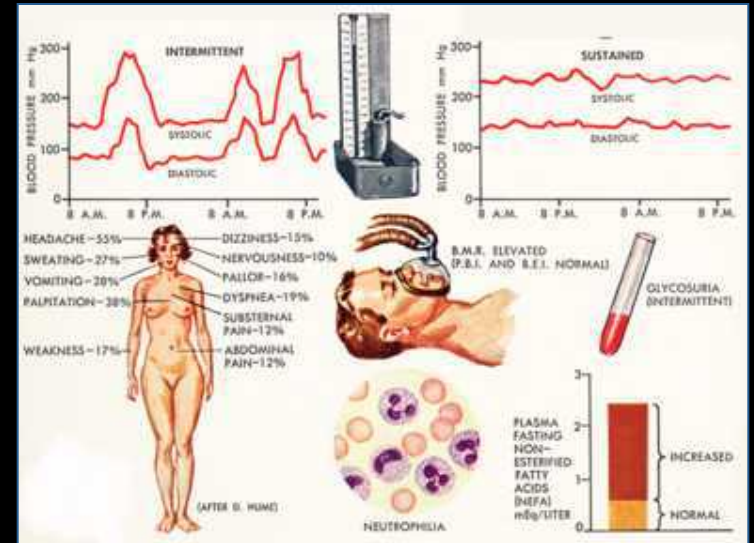
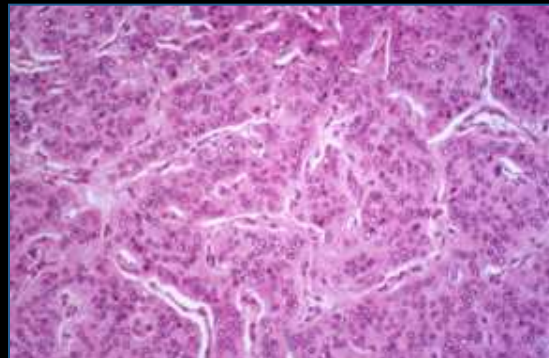
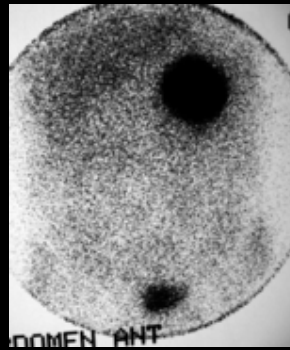


# hypothèses diagnostiques ; CAT sur le plan de l'imagerie .

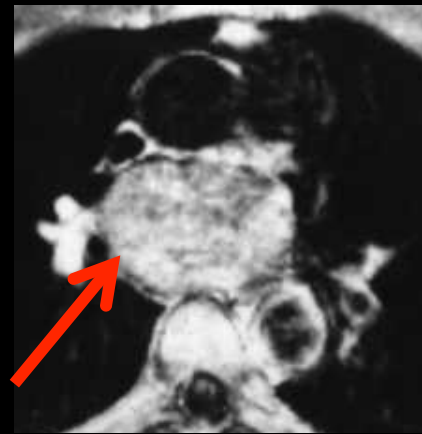
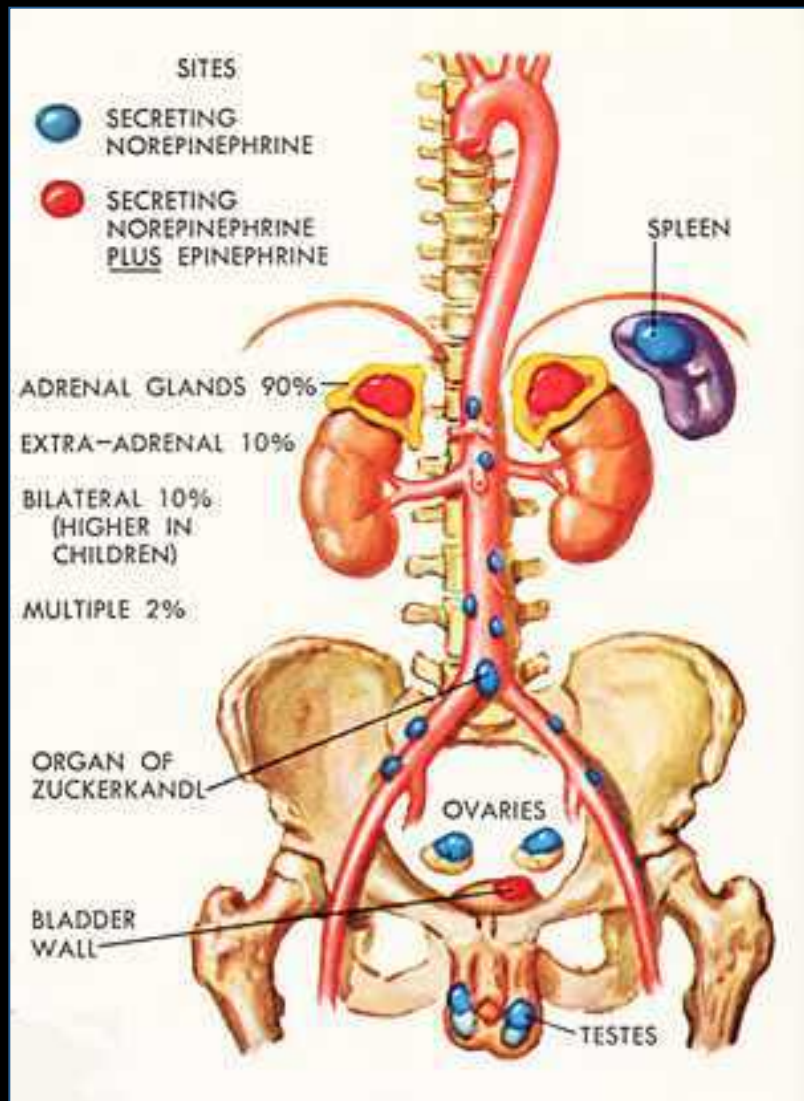
IRM ; identifiez les séquences et déduisez la sémiologie



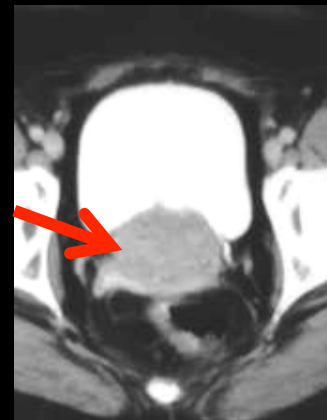
Scintigraphie à l' <sup>131</sup>I MIBG (métaiodobenzylguanidine )



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

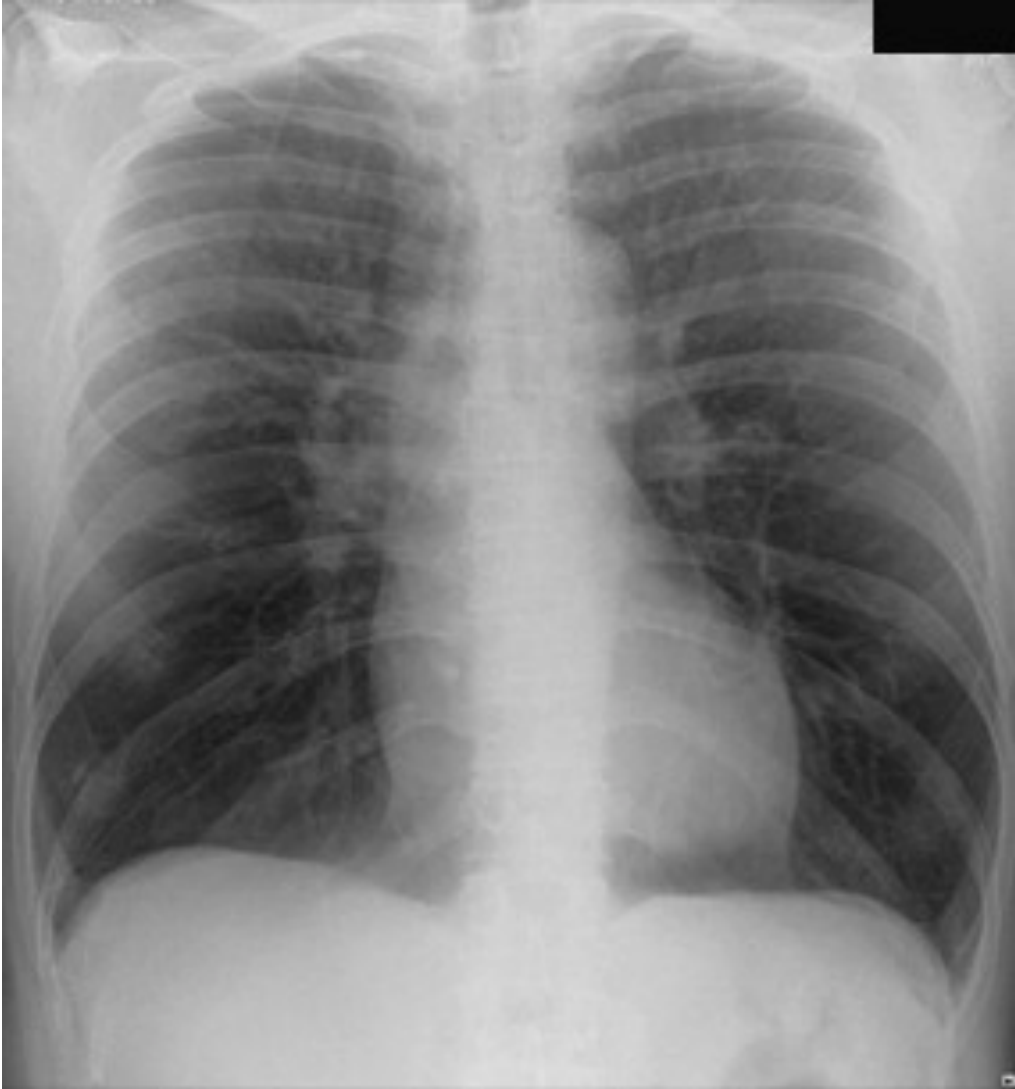


paragangliome cardiaque



paragangliome vésical

Q20



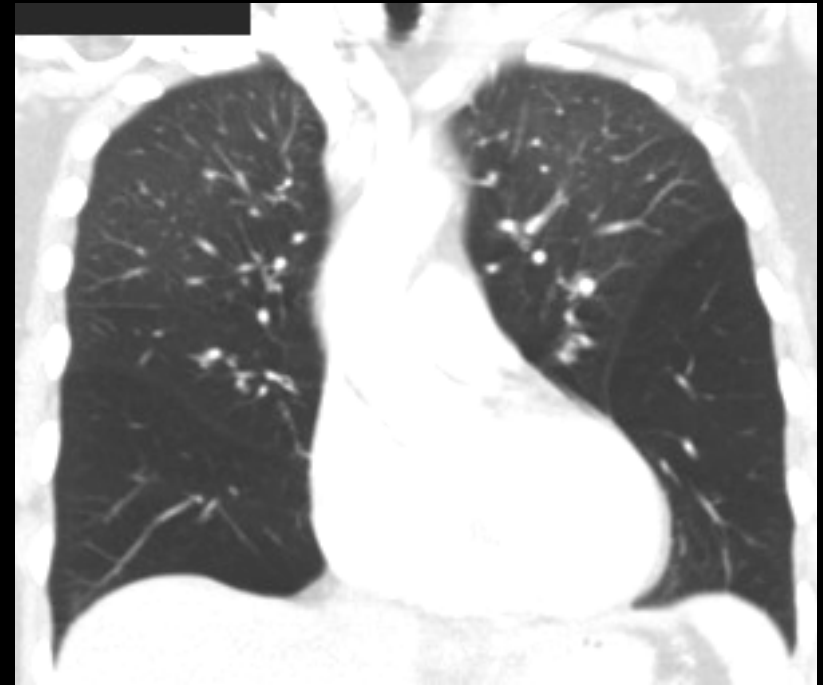


un scanner est réalisé ; décrire les principales anomalies visibles et proposez un éventail diagnostique ,tenant compte du contexte



-hypertransparence des 2 lobes inférieurs

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



-emphysème lobaire géant

-Swyer-James

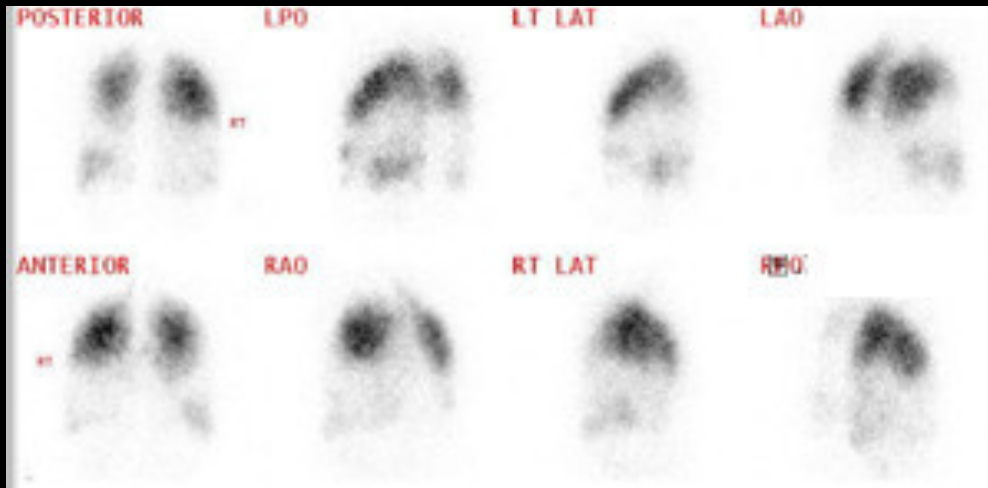
-BPCO

-asbestose

-emphysème

-asthme

-bronchiolite oblitérante



scintigraphie ventilation

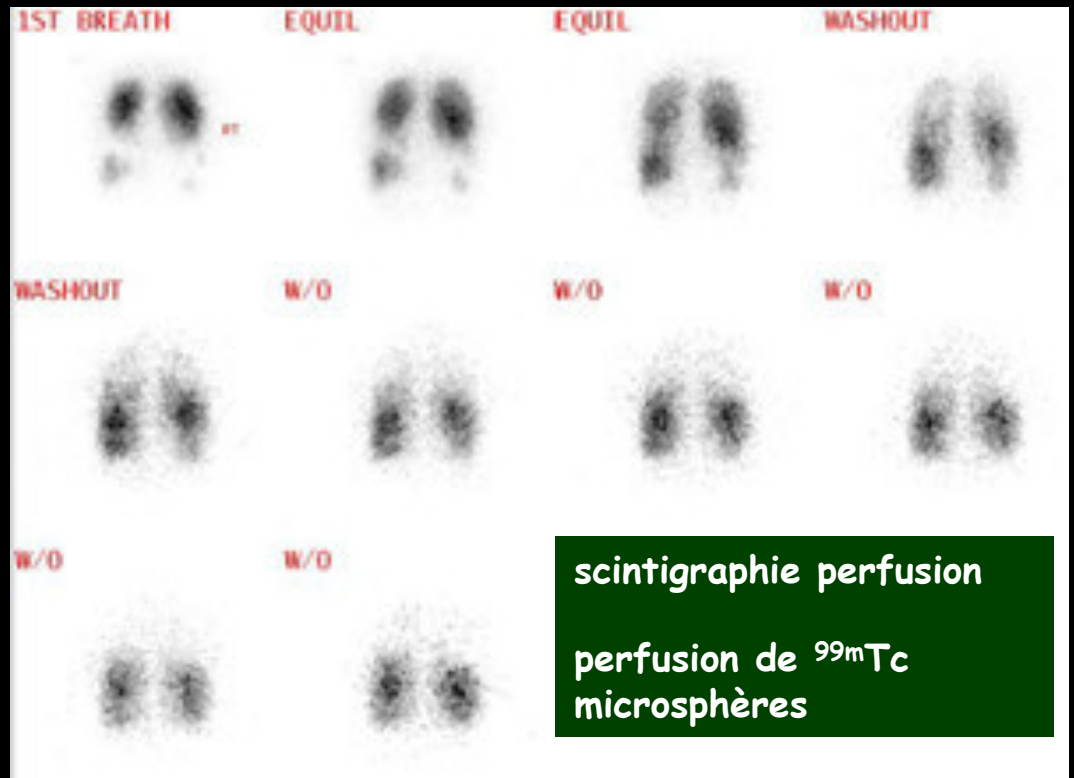
aérosol  $^{99m}\text{Tc}$  DTPA  
pendant 3 minutes

décrire les principales anomalies  
visibles et proposez un diagnostic



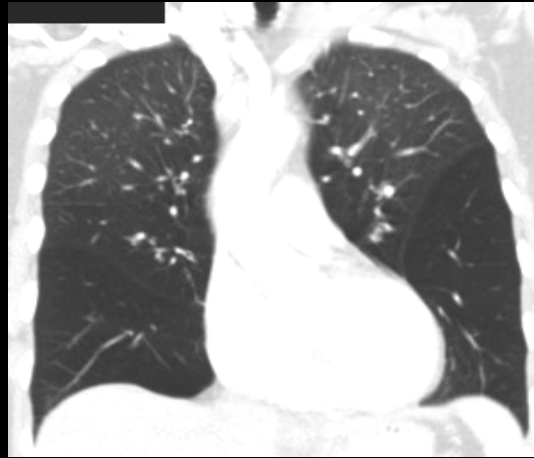
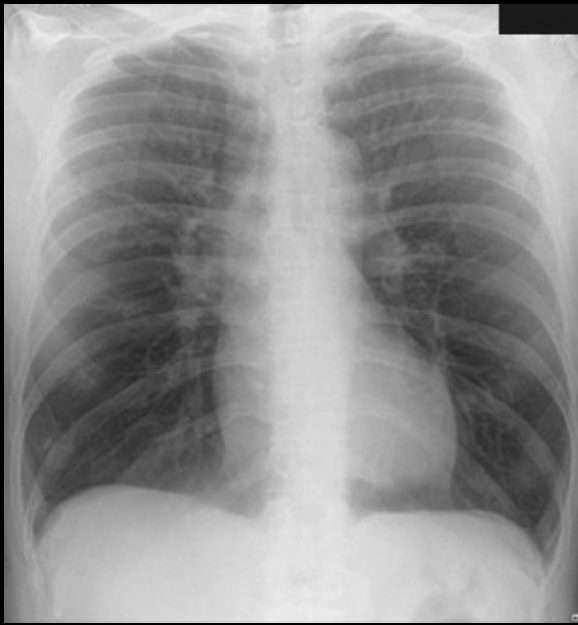
-hétérogénéités de perfusion des  
2 poumons avec défaut de  
perfusion des lobe inférieurs

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



scintigraphie perfusion

perfusion de  $^{99m}\text{Tc}$   
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

