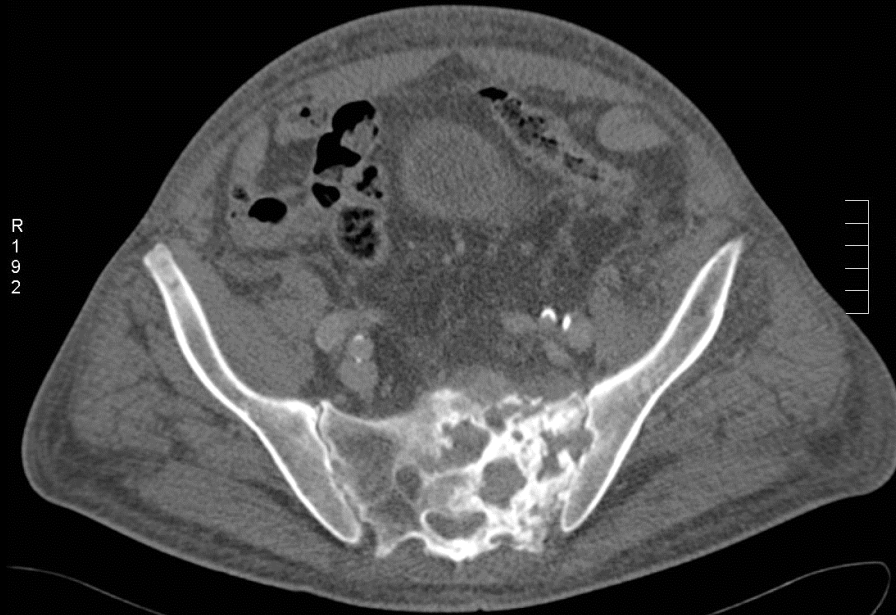


L'imagerie reflète souvent des éléments intéressants sur **le passé des patients**, les **facteurs de risques** auxquels ils sont exposés (surpoids, athérosclérose, ostéoporose, emphysème centrolobulaire ...) . L'analyse systématique de tous les examens du dossier (y compris et surtout les clichés standard du thorax et de l'abdomen) peut pallier l'indigence de certaines demandes d'examens en coupes et aider à en optimiser la réalisation.

Dans cet esprit, **quels éléments sémiologiques peut-on retenir chez cet homme de 68 ans traité 5 ans auparavant par radio et chimiothérapie**





avant injection l'atteinte osseuse de type mixte touche l'hémi sacrum gauche en respectant l'interligne sacro-iliaque. Elle s'accompagne d'une amyotrophie du muscle iliaque gauche.



après injection un masse compacte à contours polycycliques se rehaussant de façon intense et persistante est objectivée ; sa cinétique de rehaussement étant en faveur d'un fort contingent cellulaire

à cet âge toute lésion focale osseuse agressive doit faire évoquer de principe 3 causes possibles.. Lesquelles



les 3 causes possibles d'une lésion focale osseuse d'allure maligne chez un adulte sont:

une métastase

un plasmocytome solitaire (mais pas un myélome qui est
une atteinte disséminée : myélome multiple des
os ou maladie de Kahler)

un lymphome primitif osseux

les autres lésions malignes primitives de l'os (chondrosarcome, ostéosarcome, sarcome indifférencié pléiomorphe autrefois appelé histiocytome fibreux malin) sont beaucoup moins fréquents chez un adulte âgé

Ce raisonnement peut être conduit sans voir les images car il est une simple application des données épidémiologiques. Oncle Paul aime ce type de diagnostic "téléphonique" qui permet de juger du bon sens et de la bonne hiérarchisation des connaissances de celui qui l'émet.

L'analyse du dossier confirme que le patient a été traité pour un **syndrome POEMS** avec **plasmocytome sacré gauche** , irradié en 2005 suivi du développement d'un Syndrome myélodysplasique secondaire

Le syndrome POEMS (en anglais : POEMS syndrome) est une association de symptômes dont le nom est un acronyme anglais décrivant les principaux éléments constitutifs du syndrome :

Polyneuropathy : polyneuropathie périphérique, atteinte du système nerveux périphérique.

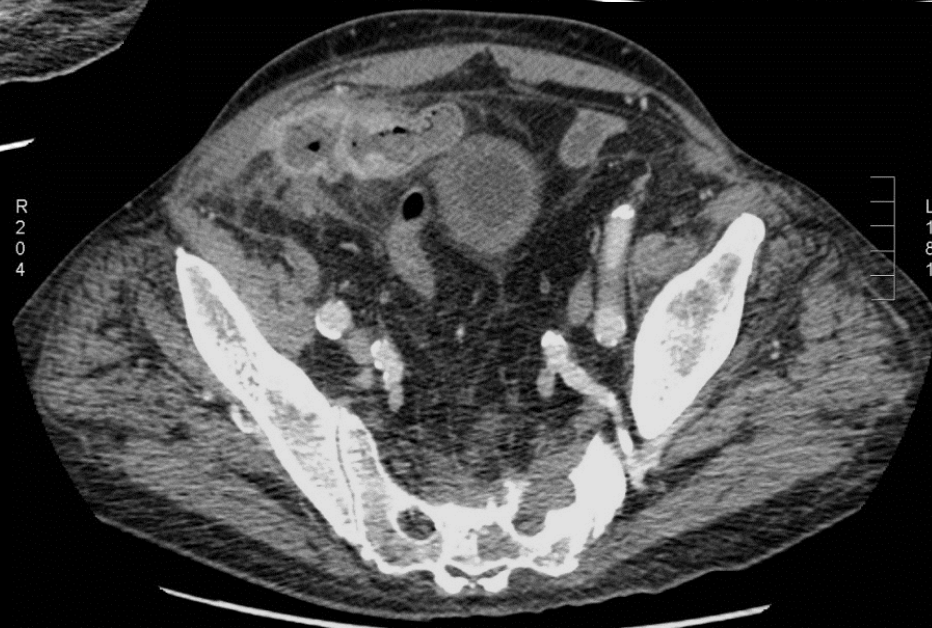
Organomegaly : organomégalie, agrandissement anormal des organes.

Endocrinopathy : endocrinopathie, maladies endocriniennes.

Monoclonal protein : dysglobulinémie monoclonale, traduite par la présence d'une immunoglobuline monoclonale en excès.

Skin changes : anomalies cutanées

Le patient est hospitalisé pour un tableau de pancytopénie fébrile avec douleur en FID évoluant depuis 1 semaine. Un scanner est pratiqué, qui montre les images suivantes





épaississement circonférentiel étendu des
parois iléales dans la fosse iliaque droite

infiltration du péritoine prédominant à
l'entour des anses pathologiques



une formation arrondie à contenu hétérogène
mixte (liquide et gazeux) et à parois épaisses

**l'aspect d'ensemble est plutôt en
faveur de lésions infectieuses
intestino-mésentériques, a priori
d'origine grêlique puisqu'il n'y a pas
d'image d'appendicite**

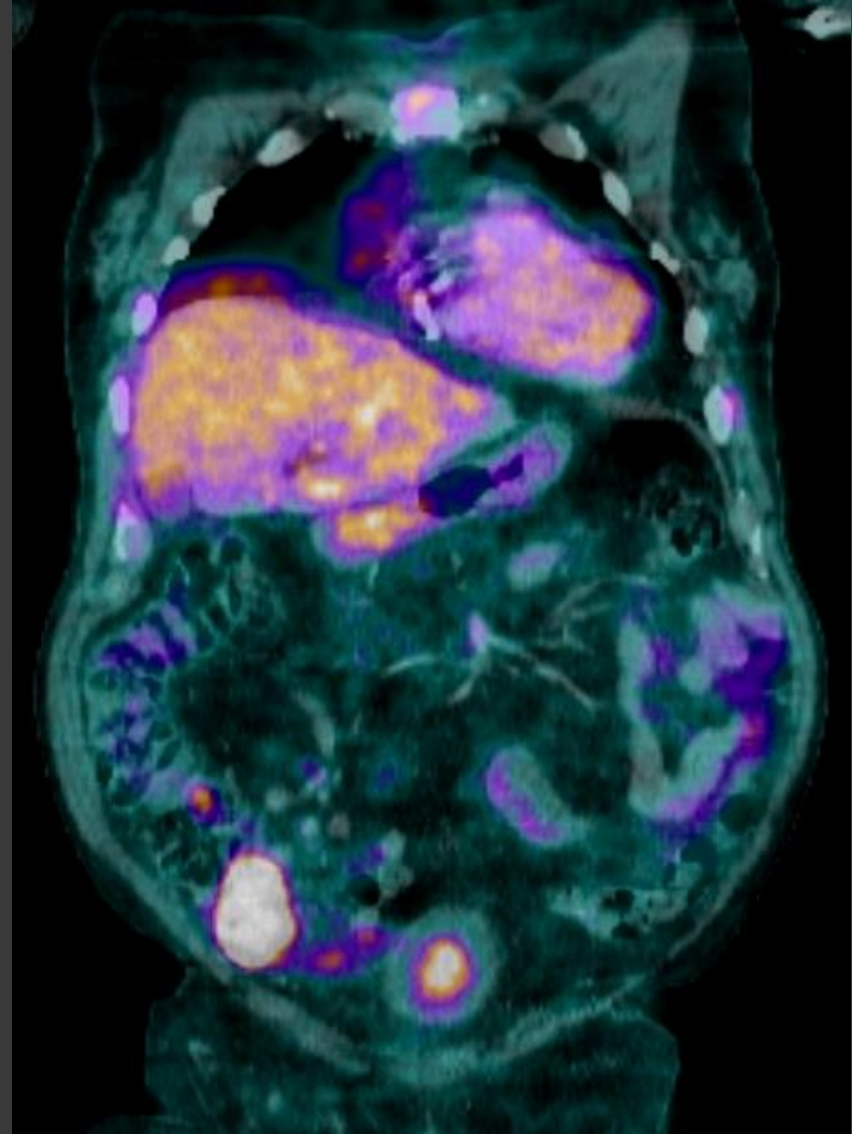


il n'y a pas non plus d'argument en faveur d'une maladie de Crohn : pas de signe du peigne, pas de signe d'inflammation transmurale

la topographie de l'atteinte n'est pas celle observée dans les causes habituelles de perforation couverte du grêle de l'adulte : perforation diverticulaire sur diverticulose du grêle (presque toujours jéjunale) ; perforation sur corps étranger acéré dégluti (arrête de poisson, blister de comprimé)...

au total, la présentation radio-clinique est en faveur d'un foyer infectieux de la fosse iliaque droite d'origine grêlique distale, sans cause évidente, chez un patient aux antécédents de plasmocytome sacré s'intégrant dans un syndrome POEMS traité 5 ans auparavant par radio-chimiothérapie

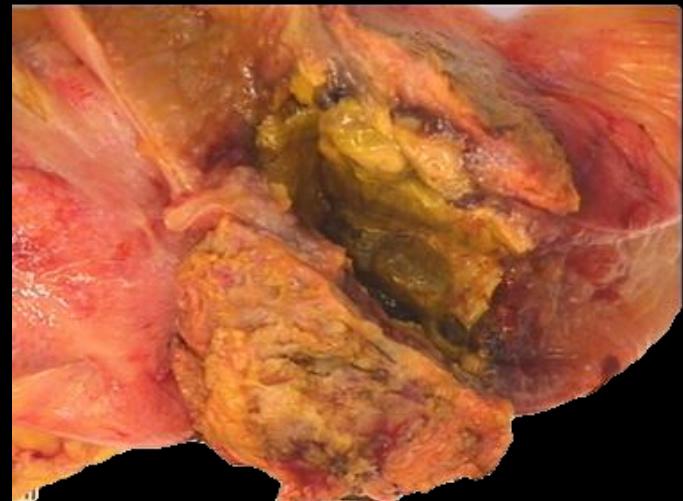
une TEP-CT au 15 FDG est réalisée qui confirme un foyer hypermétabolique, correspondant à la masse juxta-pariétale de la FID tandis que l'hypermétabolisme est beaucoup plus réduit au niveau de la masse pré-sacrée



Une intervention chirurgicale est
décidée, dont voici le CRO

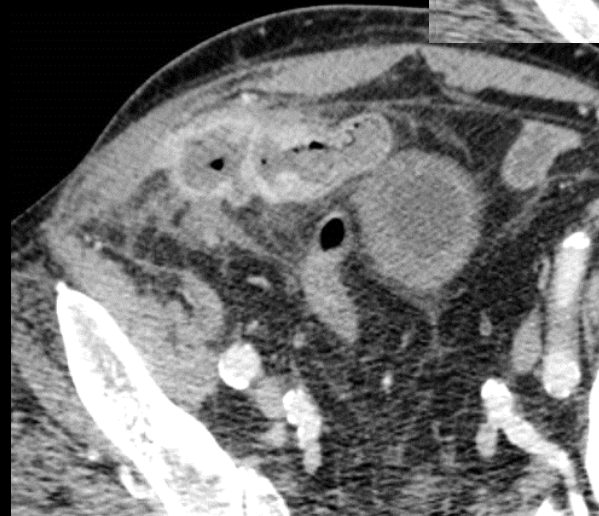
Résection iléo-caecale : lésion
nécrosée , d'aspect verdâtre ,
bourgeonnante , infiltrant jusqu'à la
sous-séreuse macroscopiquement et
circonférentielle .

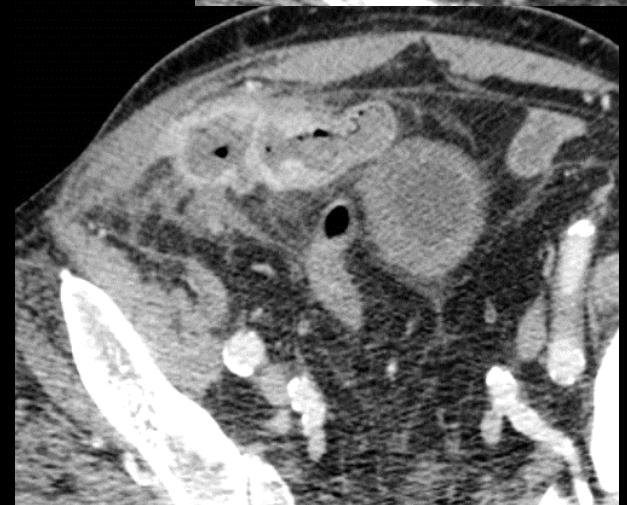
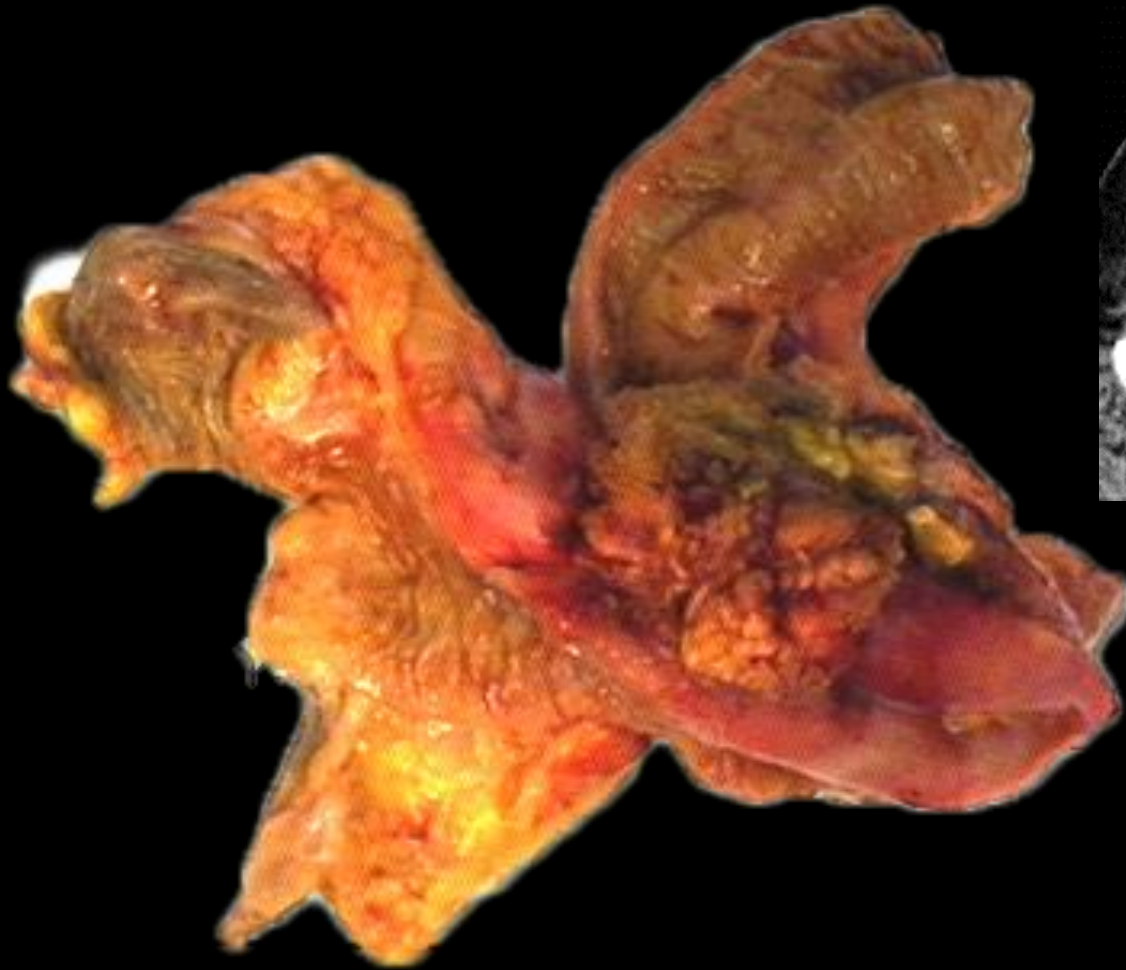
Foyer de suppuration avec réaction
péritonéale associée .



l'examen microscopique et les
compléments immunohistochimiques
permettent de conclure à un

**Lymphome B diffus à grande
cellules avec différenciation
post centre germinative
(plasmocyte+ et IRF4+) et
EBV+ , de siège colique et
ganglionnaire**





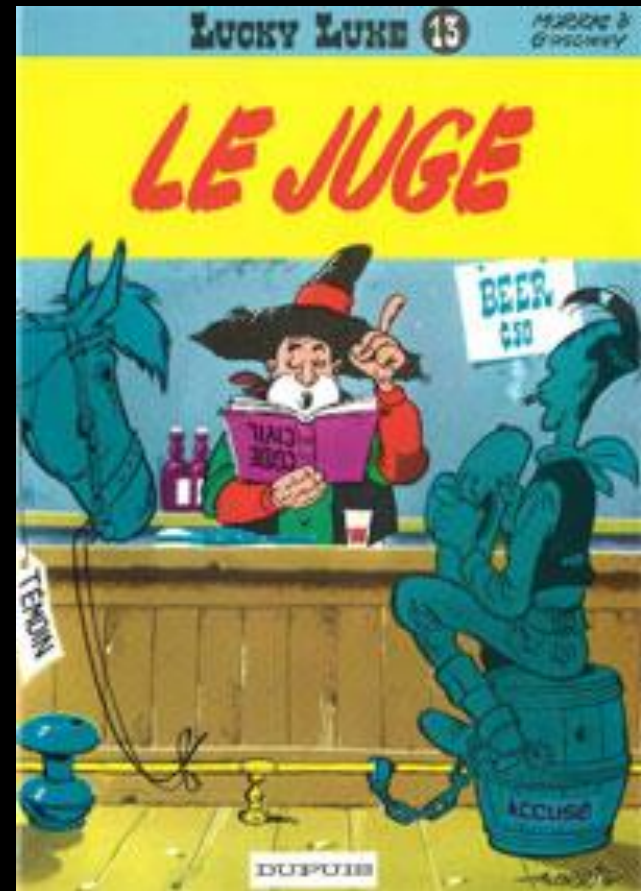
Cette confrontation illustre les limites de la caractérisation lésionnelle à partir des aspects macroscopiques observés sur l'imagerie en coupes .

Quelques réflexions au sujet des atteintes lymphomateuses extra-ganglionnaires abdomino-pelviennes

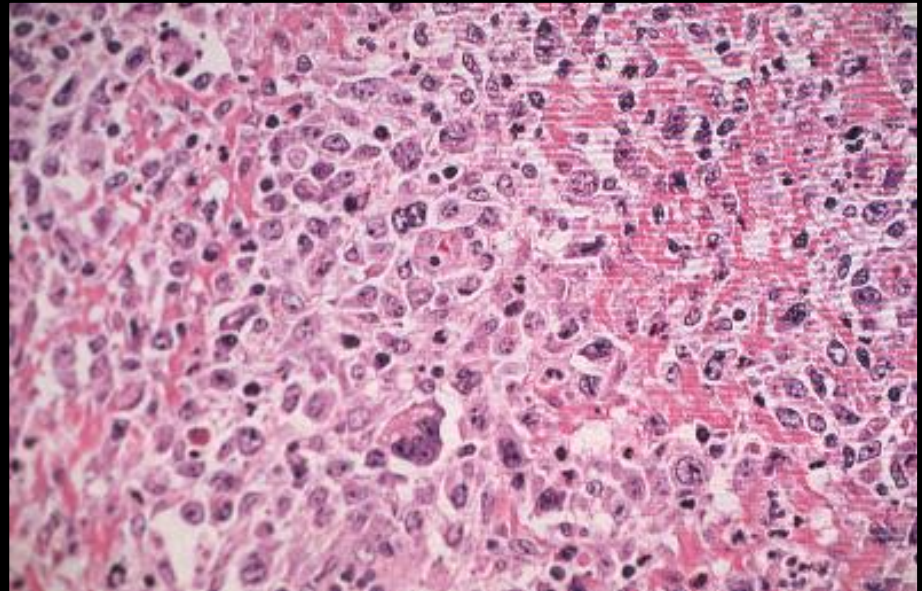
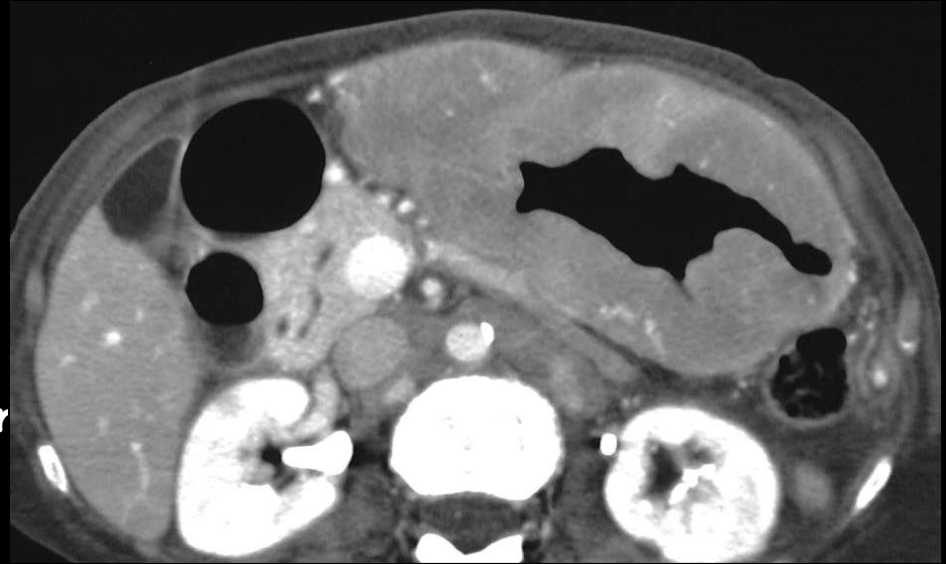
on observe assez souvent des aspects évocateurs du diagnostic sur l'imagerie en coupes des atteintes lymphomateuses viscérales mais **une des caractéristiques des atteintes lymphomateuses est de pouvoir aussi se présenter sous des aspects protéiformes**

Oncle Paul a pour habitude de résumer cette notion en disant à ses jeunes collègues

"quand un ensemble lésionnel ne ressemble à rien de ce que vous connaissez, en particulier chez un adulte ,considérez que c'est un lymphome jusqu'à preuve du contraire"



cette affirmation empirique caricaturale a un avantage essentiel qui est de **faire toujours penser au lymphome**, ce qui doit être une notion constamment présente à l'esprit car les atteintes hématologiques ont vu leur pronostic totalement transformé grâce aux traitements modernes alors **que pour les autres lésions expansives malignes des tissus mous, en particulier les carcinomes du tube digestif et des glandes annexes, les résultats des traitements à visée curative** n'ont été que très peu améliorés durant les dernières décennies



méconnaître la nature lymphomateuse d'une atteinte tumorale entraîne une véritable perte de chance pour le patient .

Il est donc **impératif d'obtenir des éléments anatomo pathologiques microscopiques** devant toute anomalie persistante non identifiée;

-par **biopsies guidées** devant des atteintes multi focales, donc a priori déjà disséminées

-par **exérèse-biopsie** dans les lésions unifocales, pour limiter le risque de dissémination consécutif au geste biopsique

