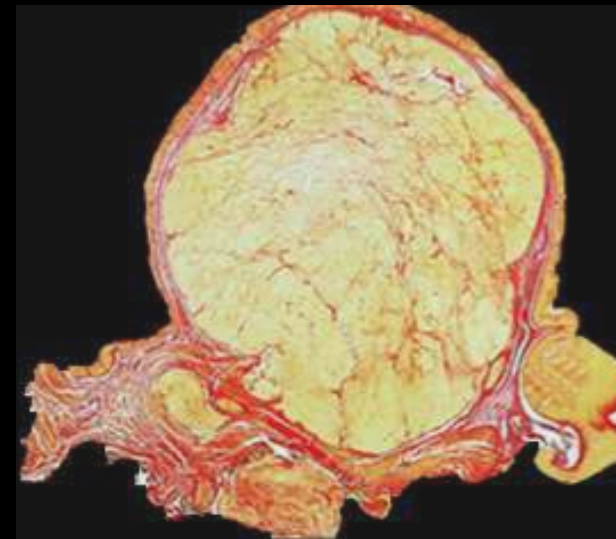
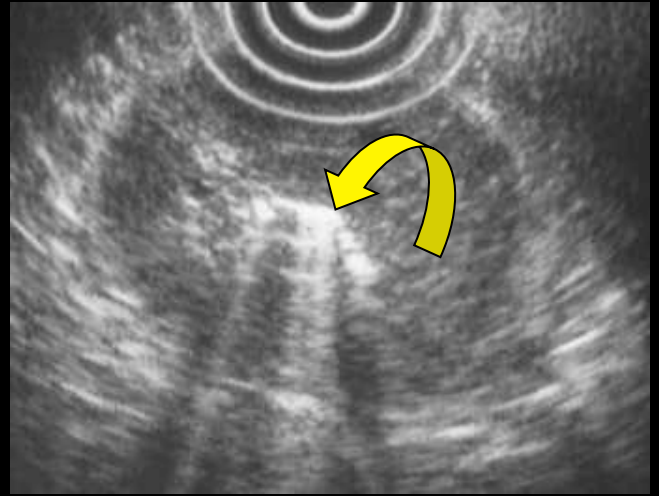
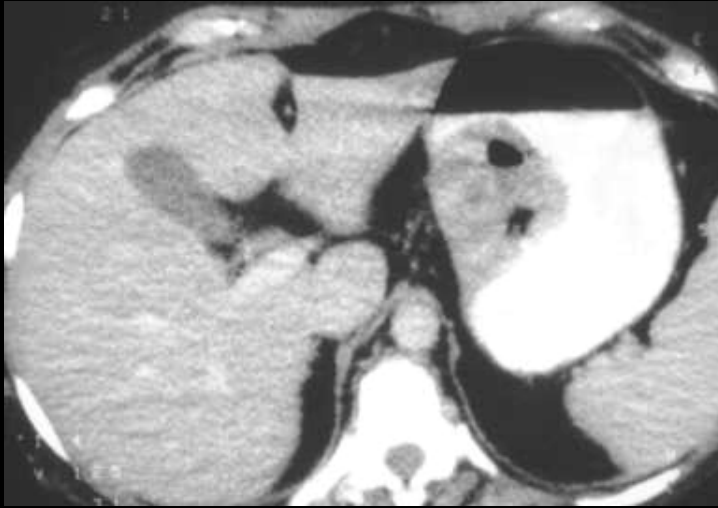
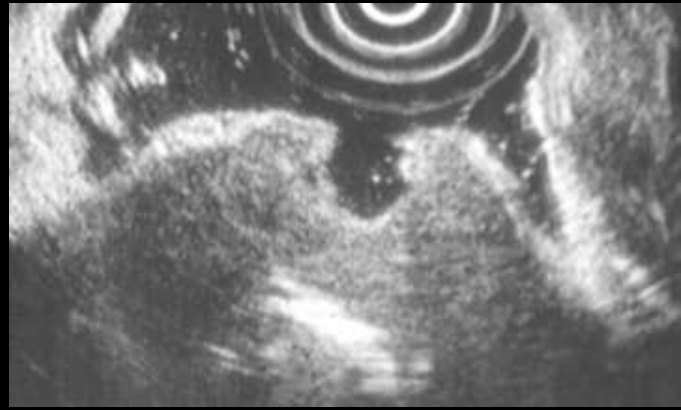
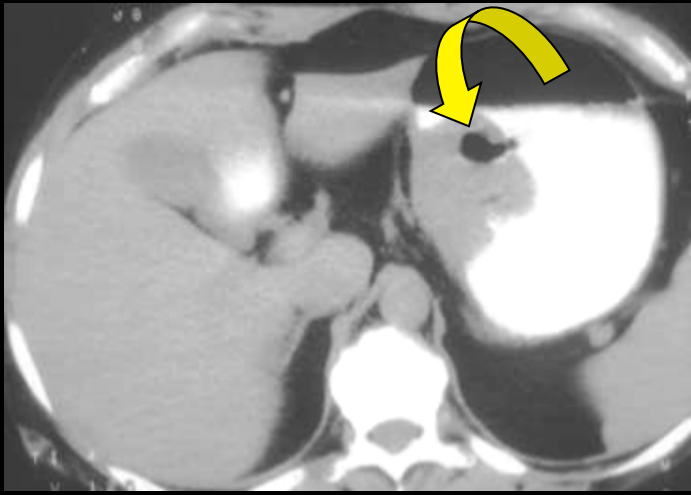
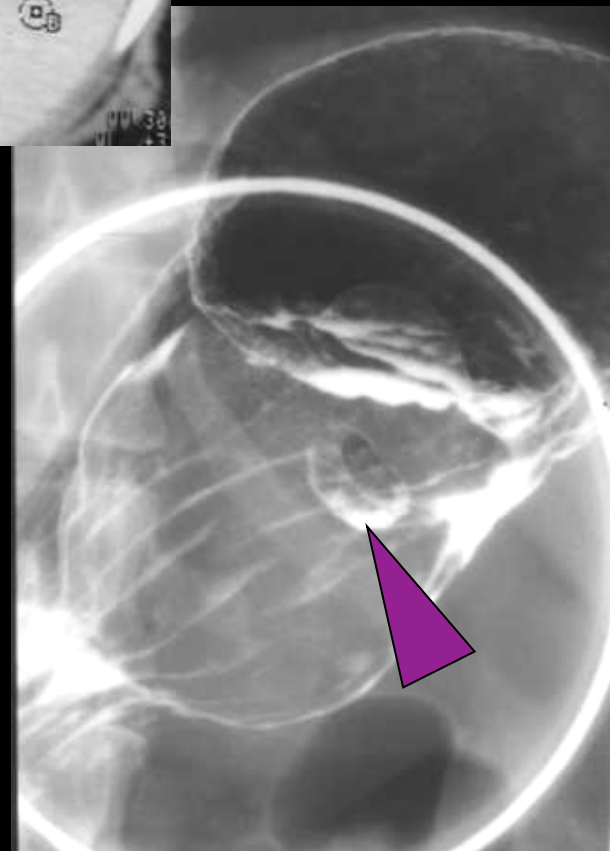
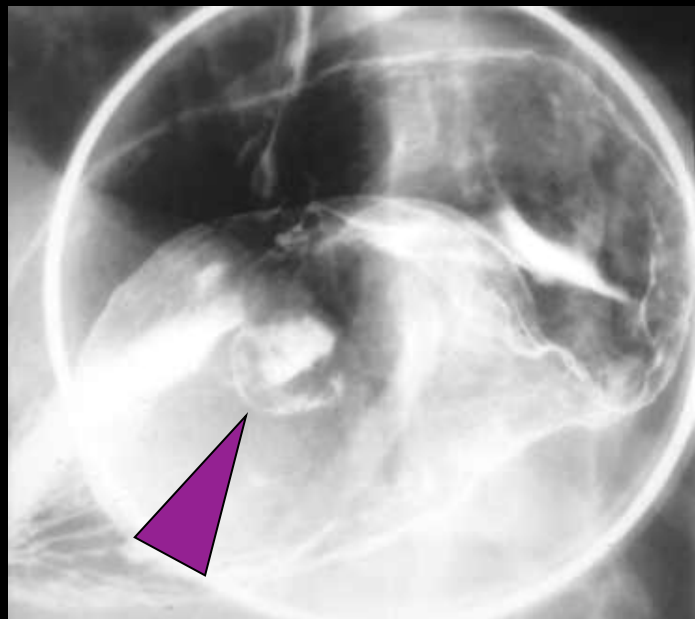
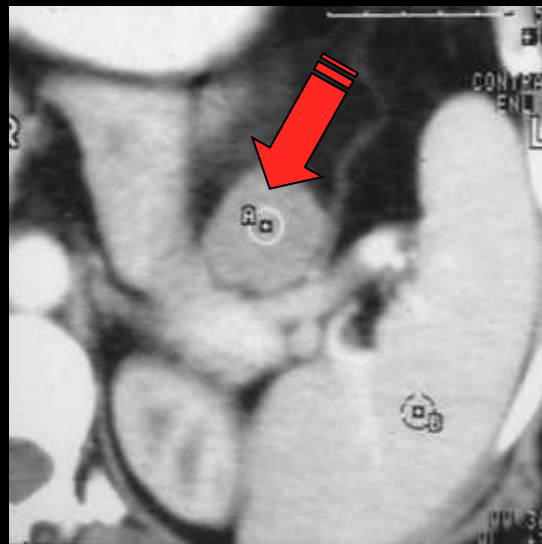


GIST ou léiomyome ou schwannome gastrique

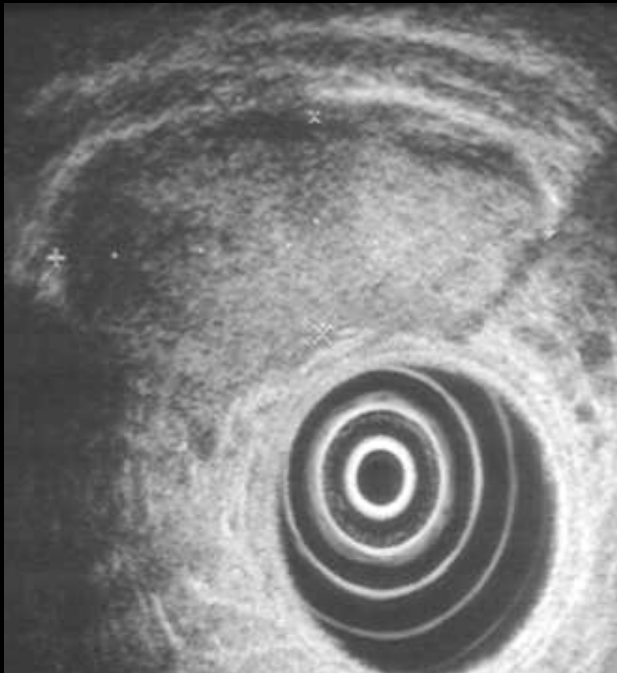
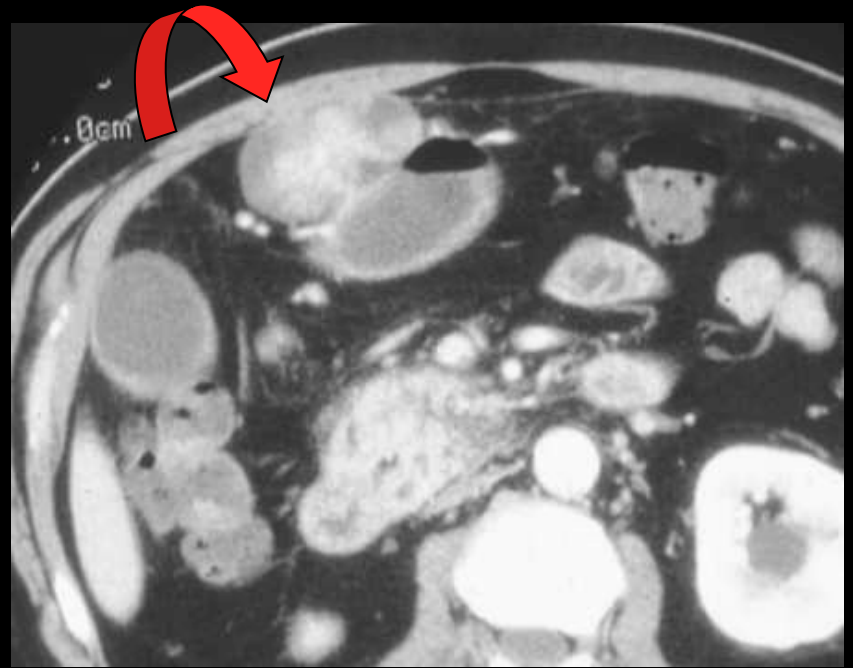




GIST ou léiomyome ou schwannome gastrique ulcéré

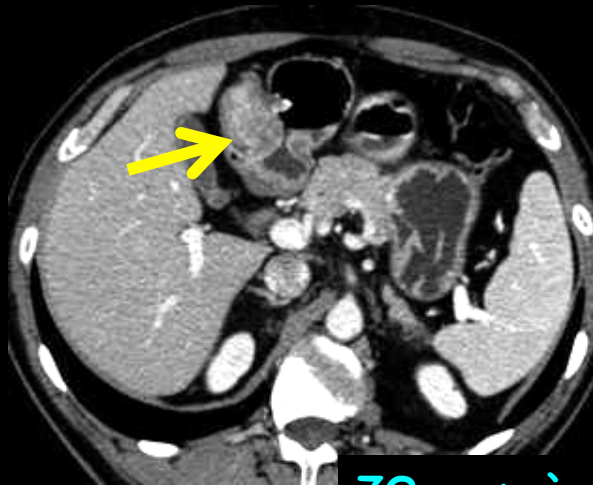


GIST ou léiomyome ou schwannome gastrique "en sablier"

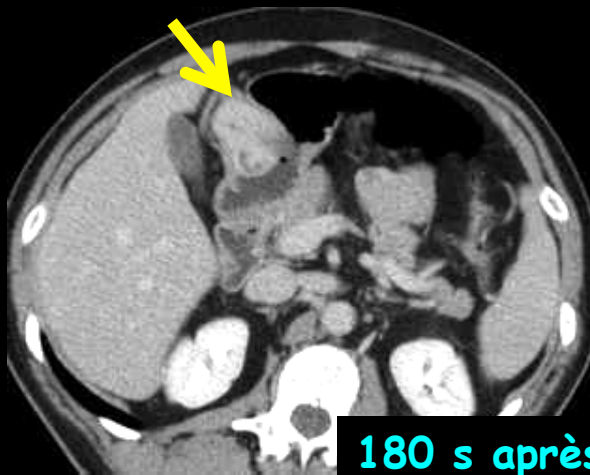
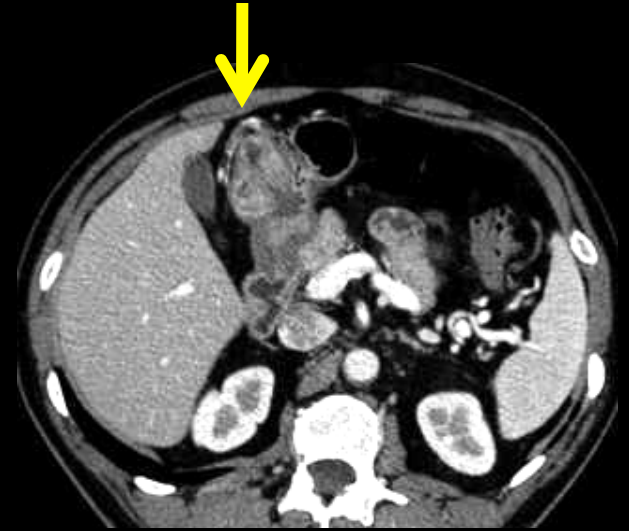
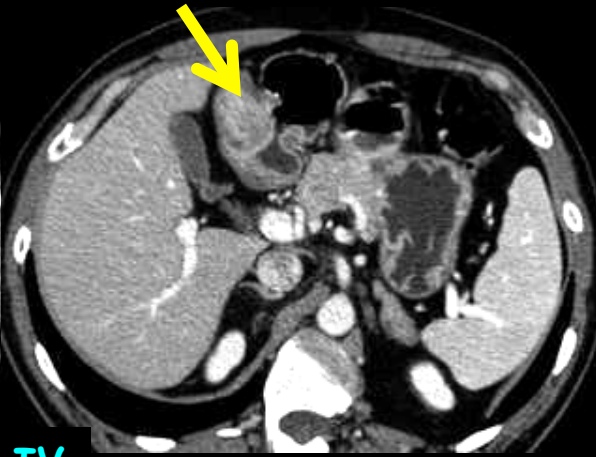


**GIST ou léiomyome gastrique
antral à développement exoluminal**

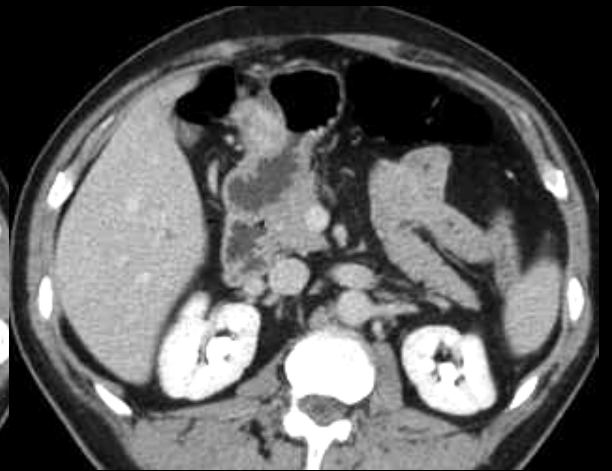
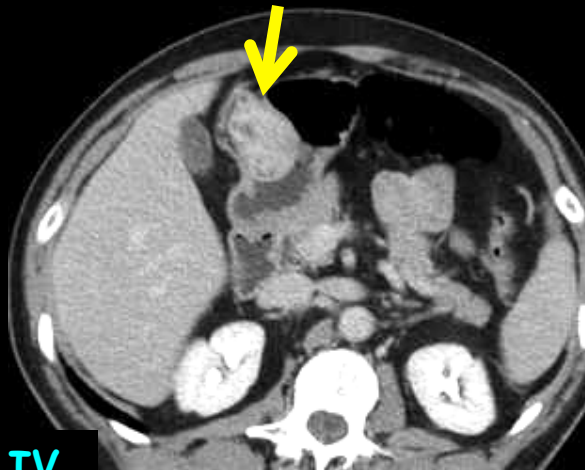
homme 54 ans ; épigastriques , anémie



70 s après IV

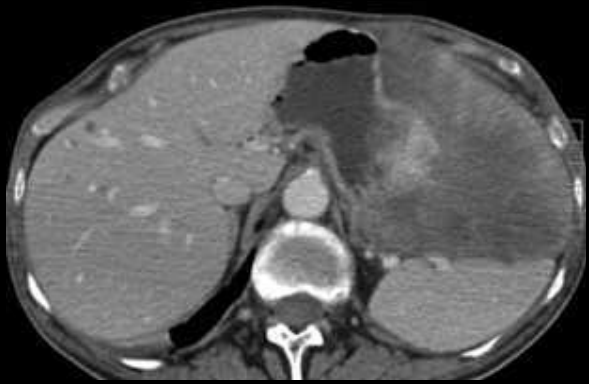


180 s après IV

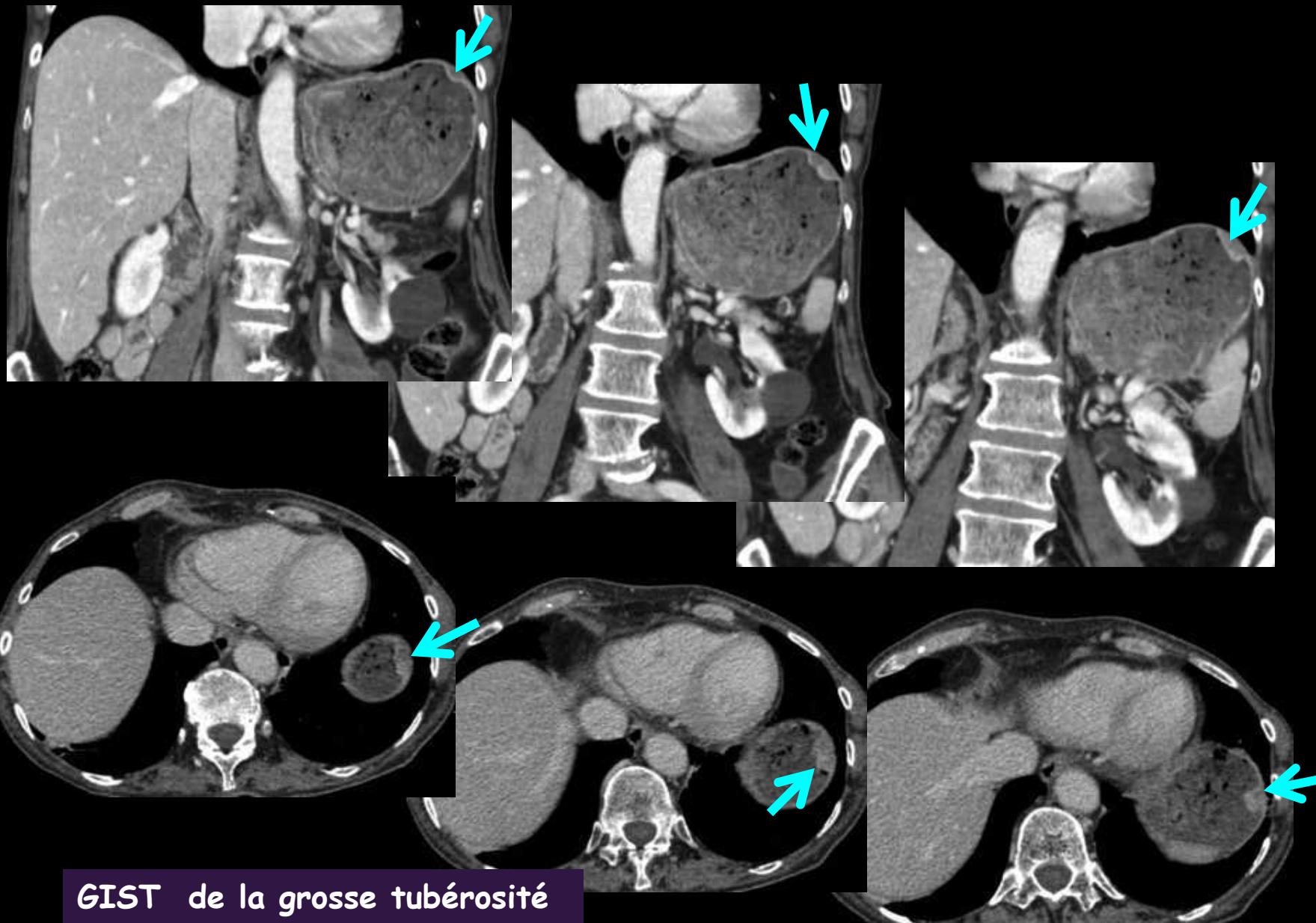


GIST antrale ; hypervascularisation "en volutes" (storiforme)

femme 64 ans ,inappétence, asthénie (03 10 2008) !!!

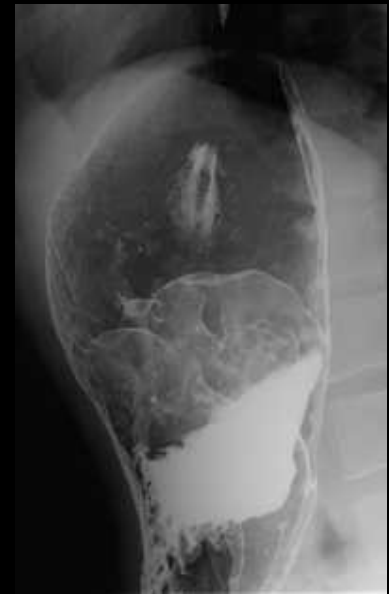


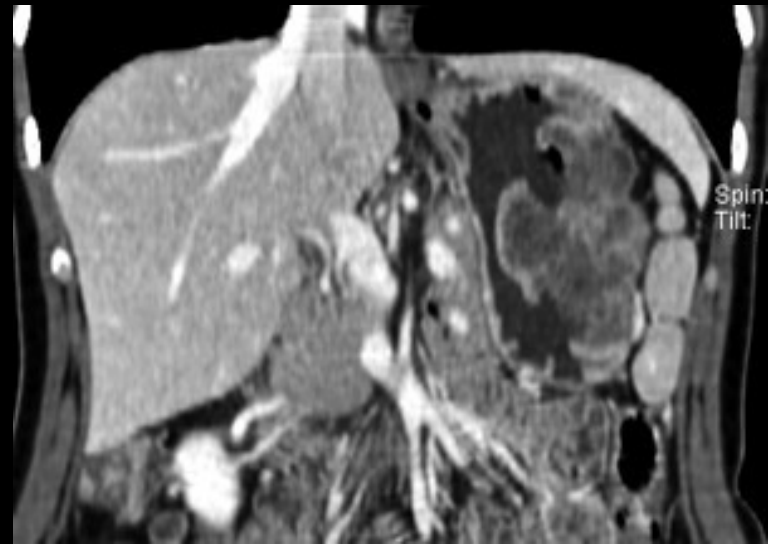
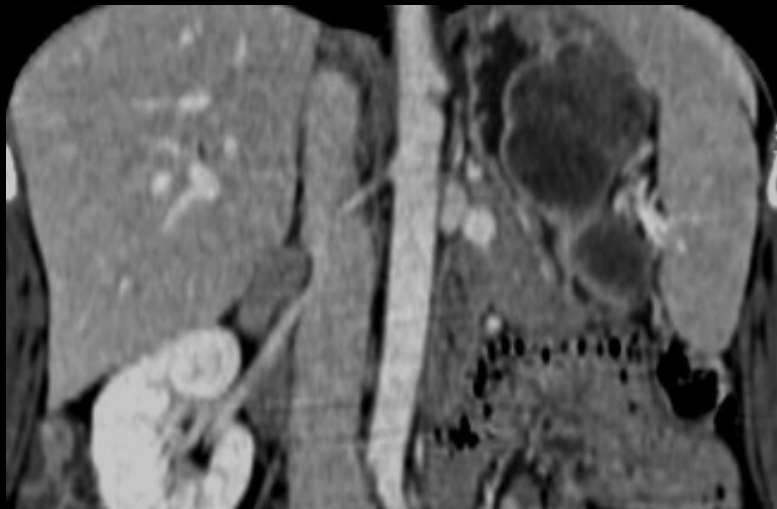
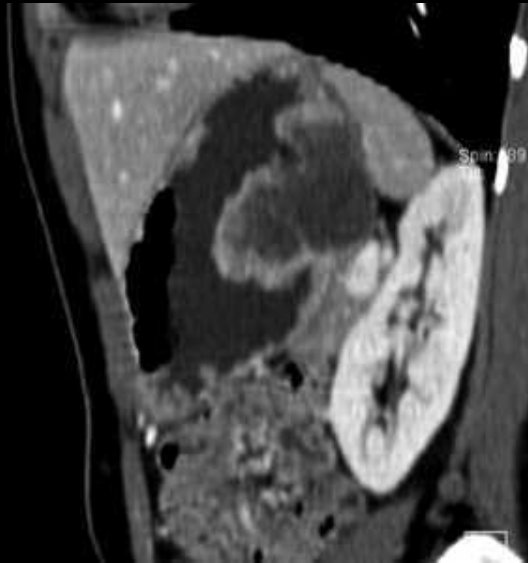
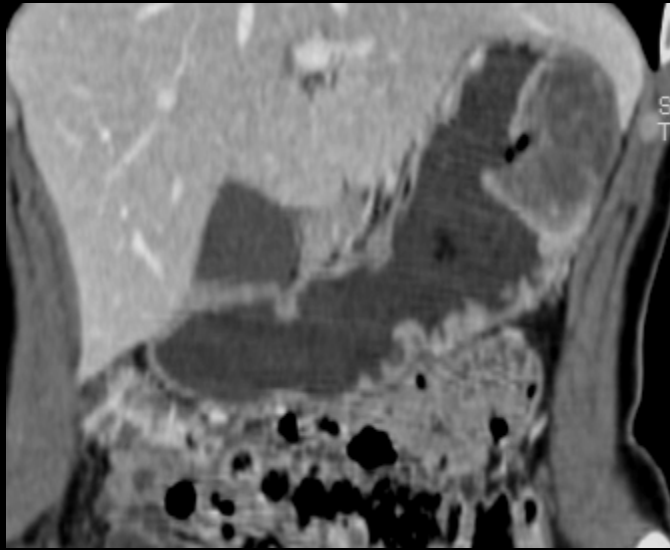
même patiente , 18 mois auparavant (16 08 2007) !!!



GIST de la grosse tubérosité

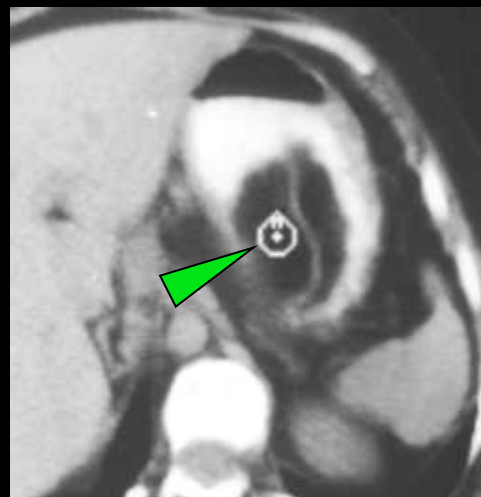
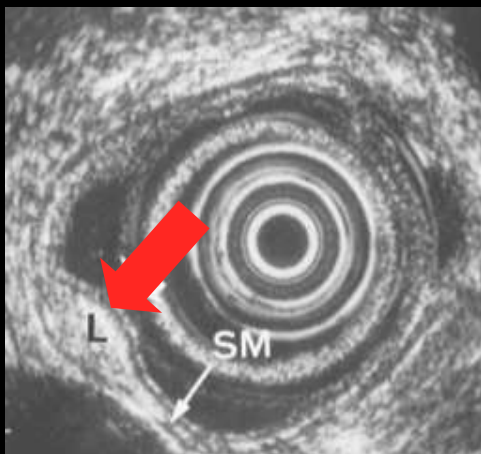
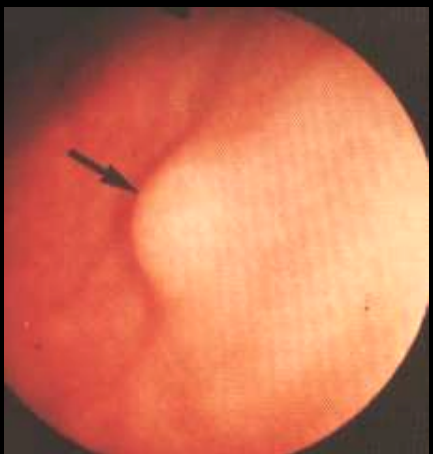
femme 54 ans ; baisse de l'état général , anémie , VS élevée...



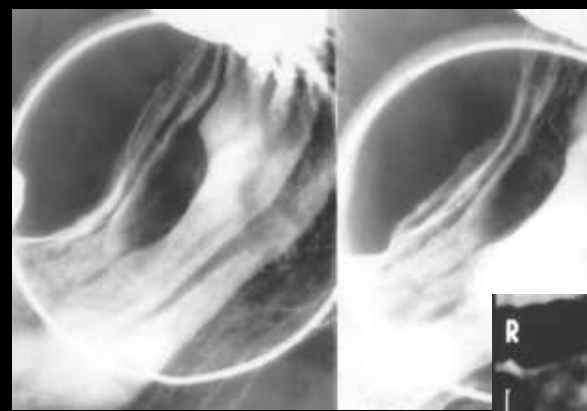
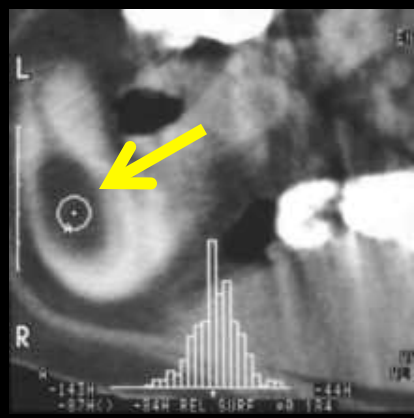


plasmocytome solitaire gastrique remarquez l'absence d'hypervascularisation et de structure "storiforme" ; bien évidemment le diagnostic n'a été fait que sur la pièce opératoire

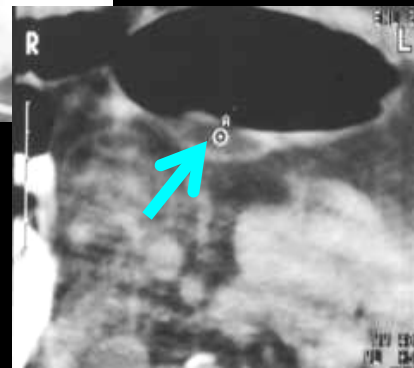
endoscopies gastriques pour troubles dyspeptiques atypiques découverte

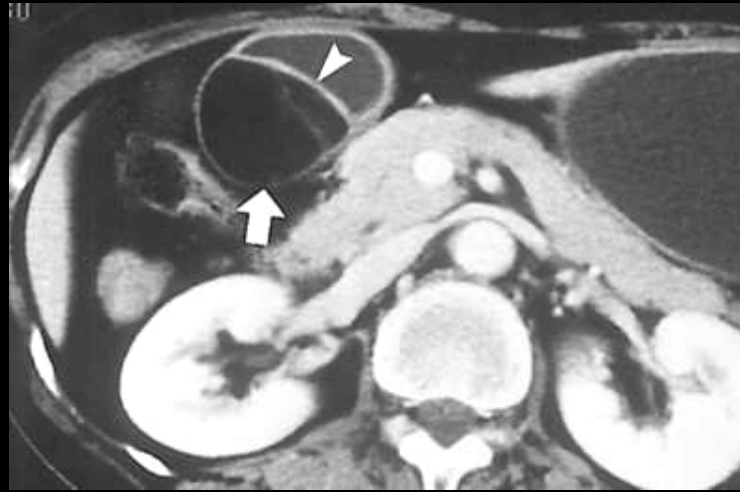


lipome sous muqueux gastrique

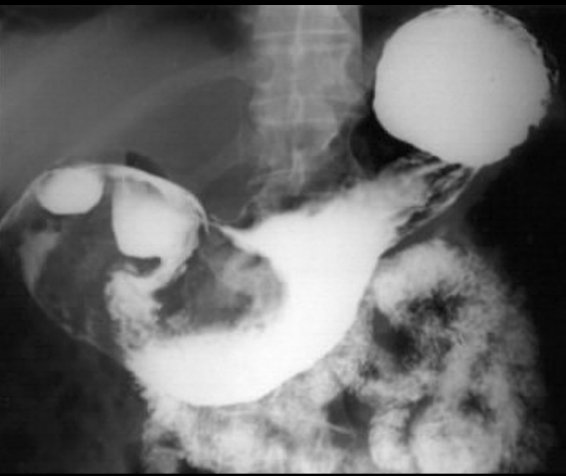


lipomes sous muqueux gastriques





lipome gastrique antral

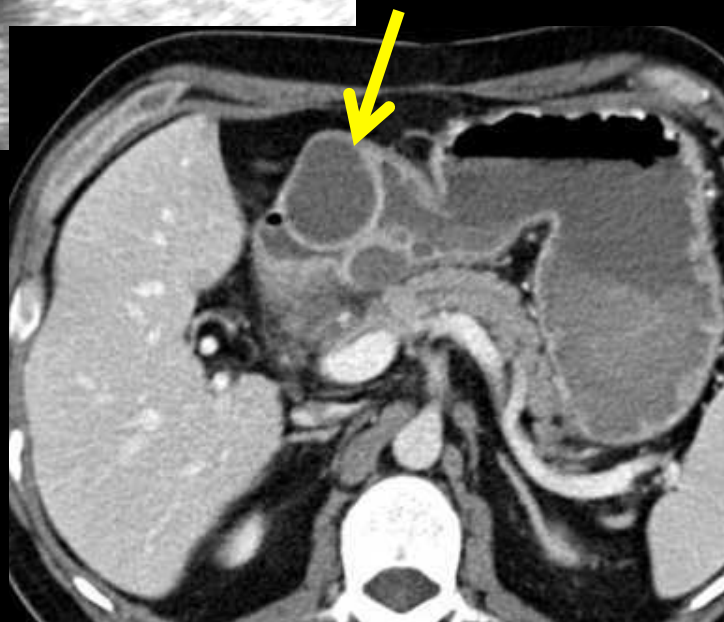
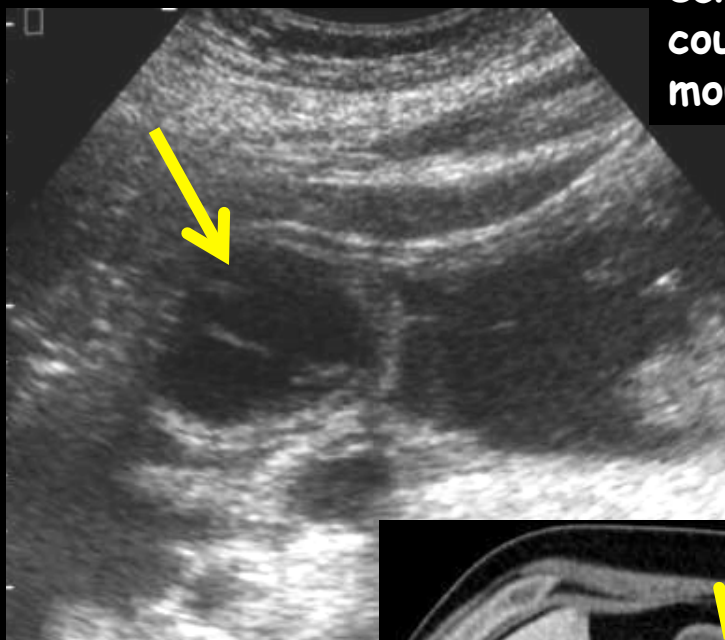


liposarcome gastrique bien différencié

caractériser les principaux composants tissulaires et identifiez cette lésion pauci
symptomatique



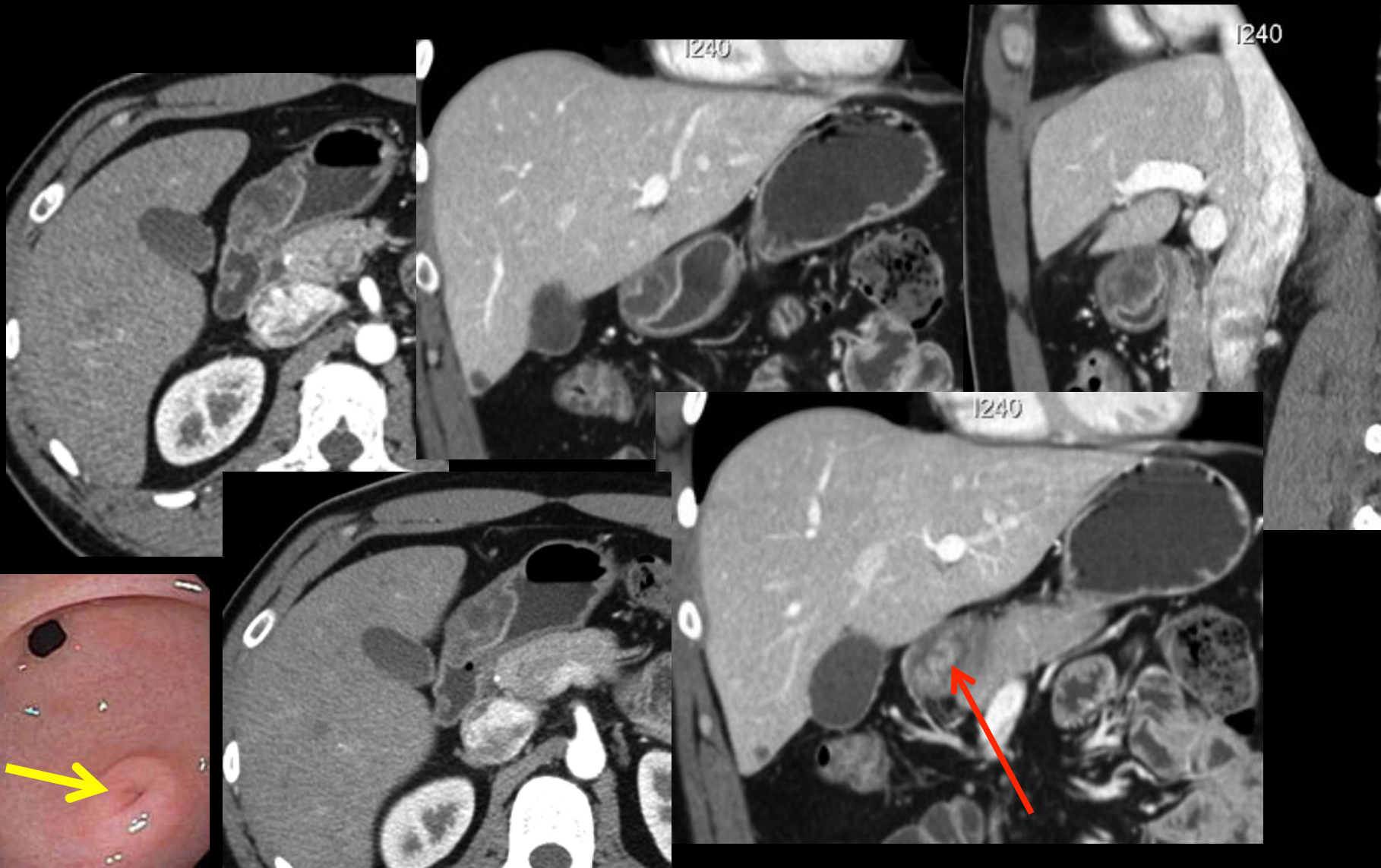
échographie:
couches pariétales
mouvements péristaltiques



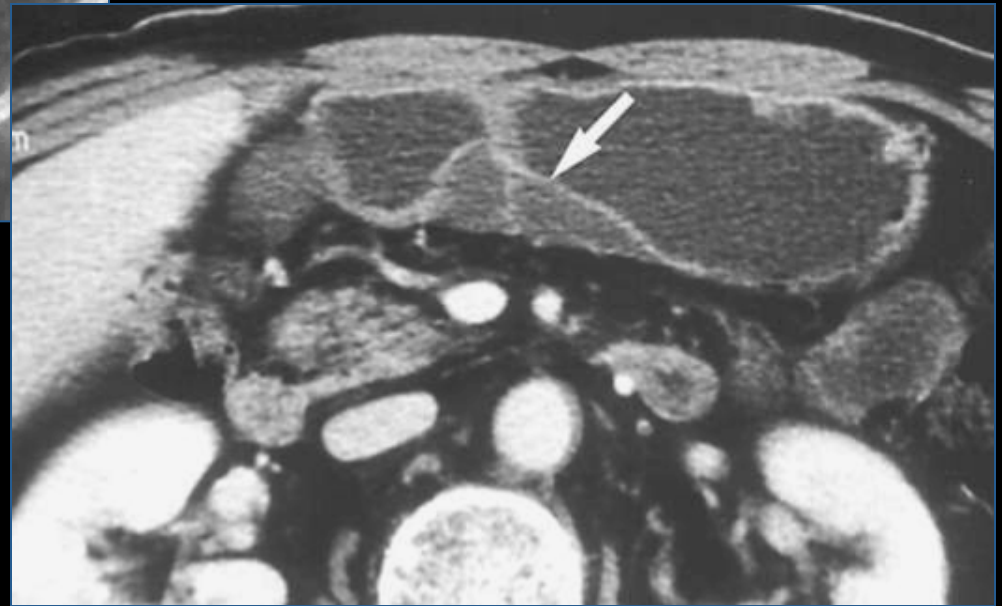
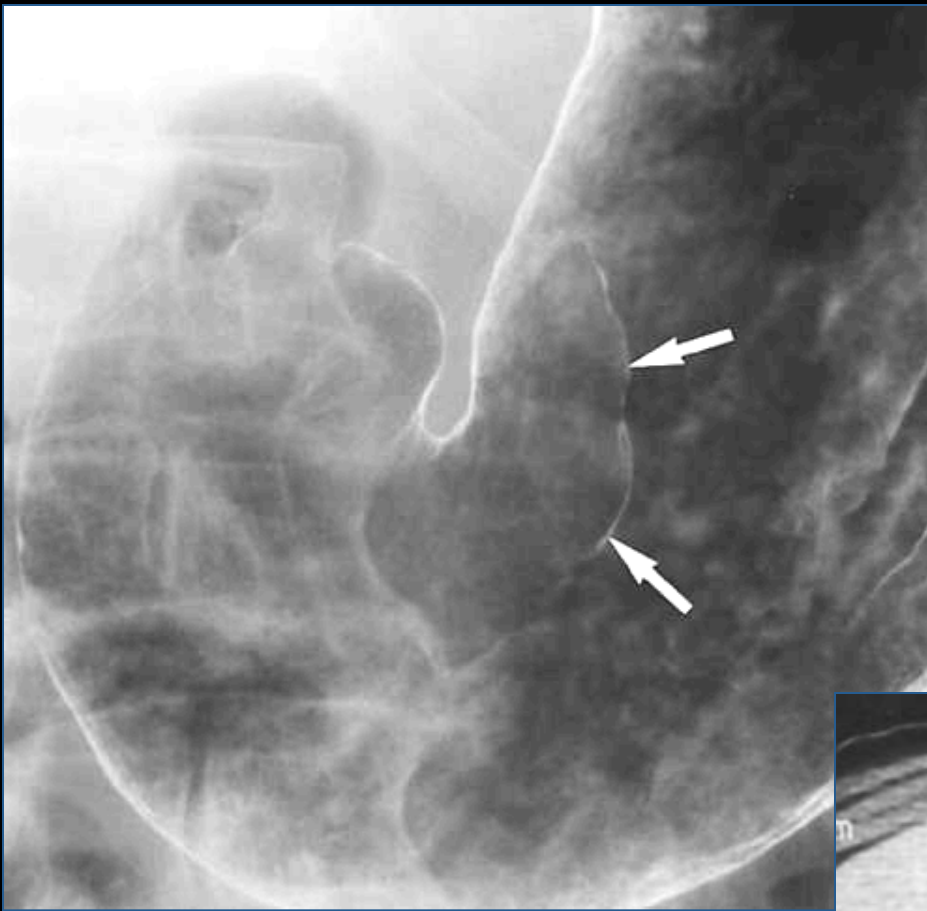
duplication antrale

paroi = rehaussement identique à celui de la paroi digestive

homme 31 ans ,douleurs épigastriques , dyspepsie .Présence d'un petit pertuis à l'endoscopie ,à la surface de la voussure

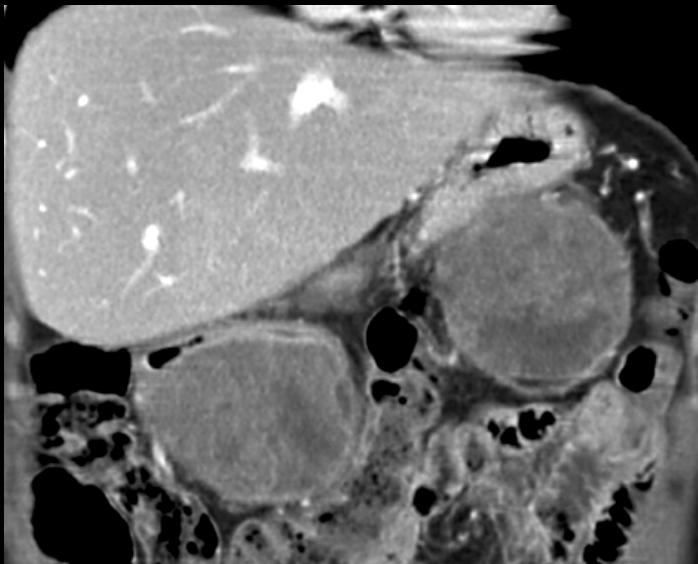
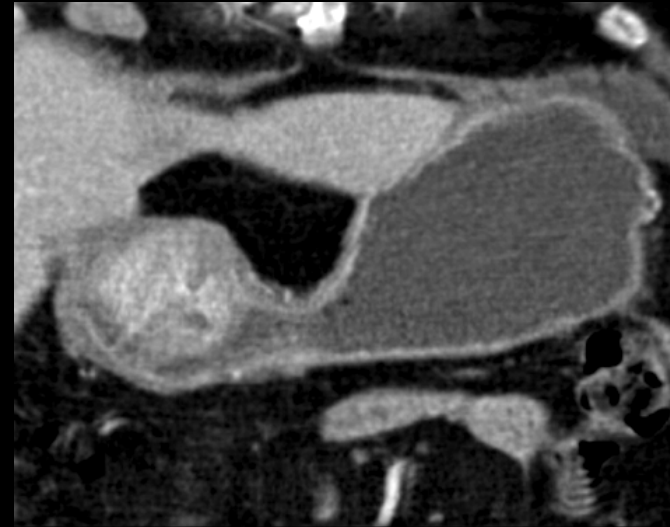
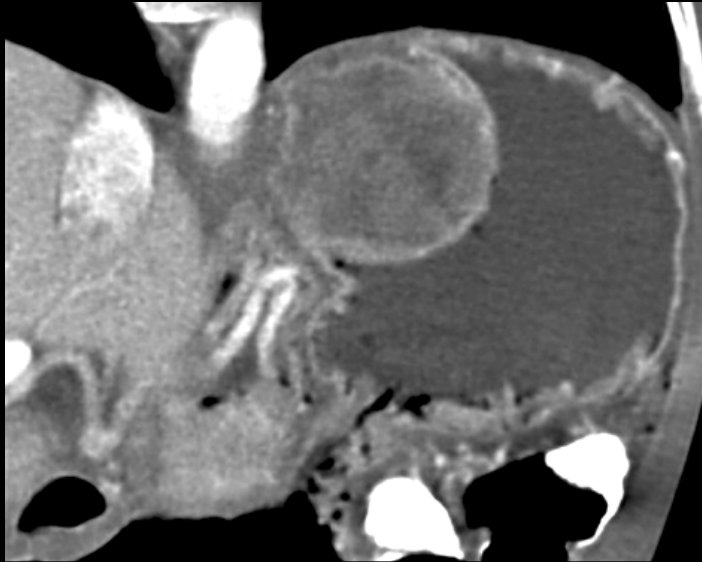


Pancréas ectopique antral



lymphangiome gastrique

femme 62 ans ,abdomen ballonné ,baisse de l'état général ,
antécédent de carcinome mammaire , masse pelvienne à
l'échographie



hypothèses diagnostiques



GIST

adénocarcinome lieberkuhnien

LMNH

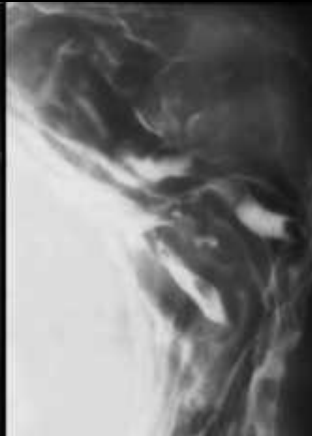
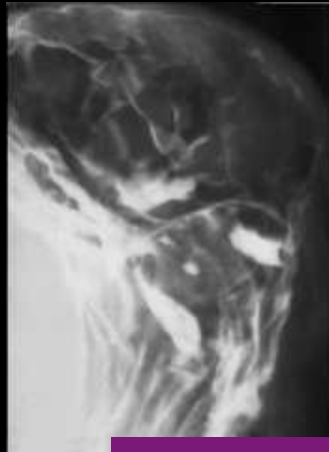
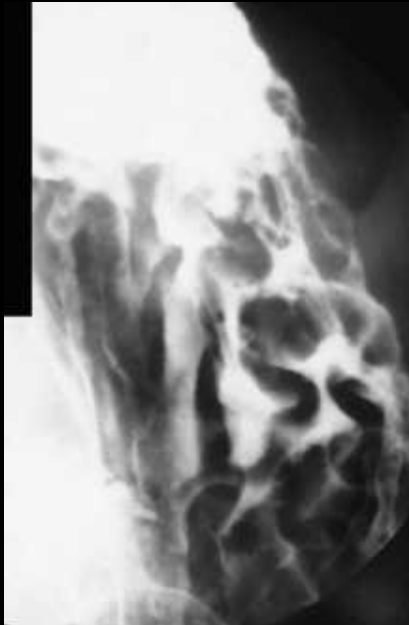
métastase (mélanome , sein , colon ...)

métastases gastriques
d'un adénocarcinome
mucineux de l'ovaire !



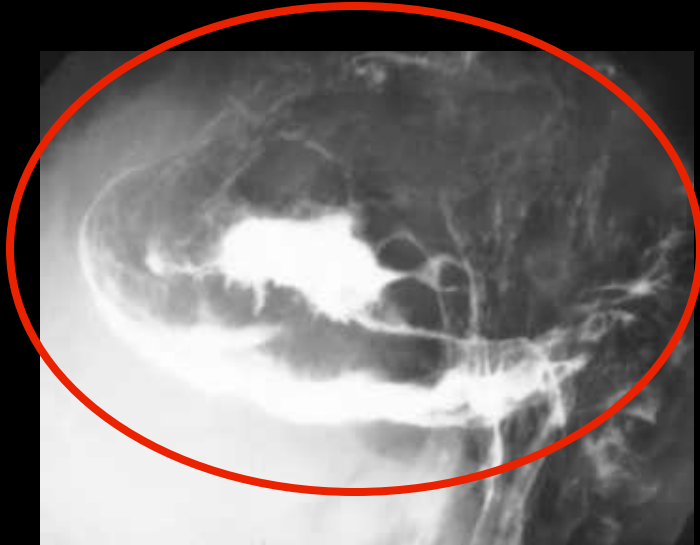
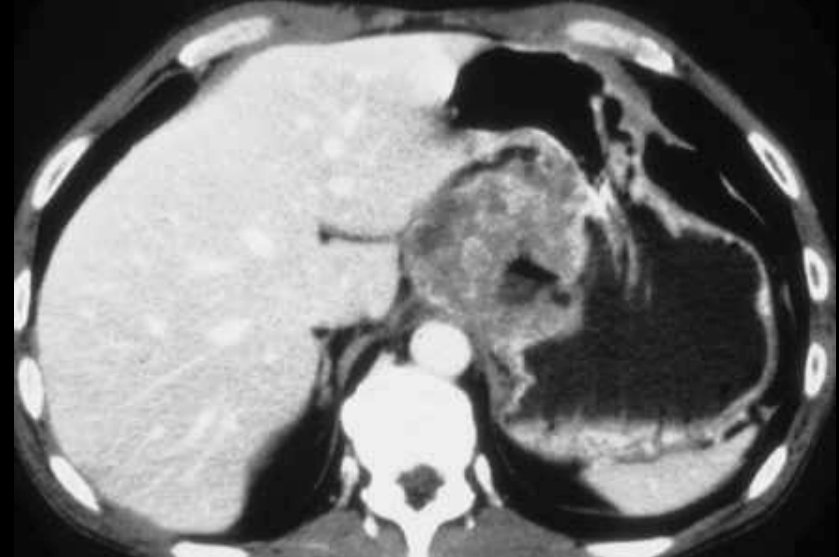
métastases gastriques
d'un adénocarcinome de
l'ovaire

Clichés Pierre BRET Lyon



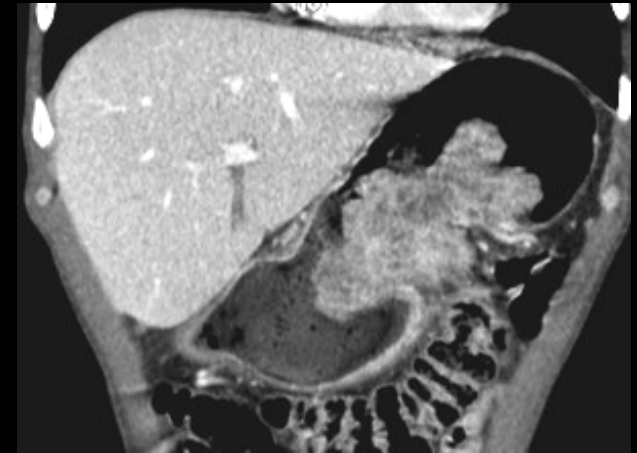
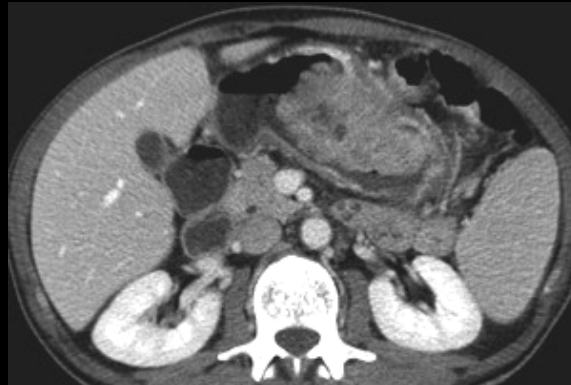
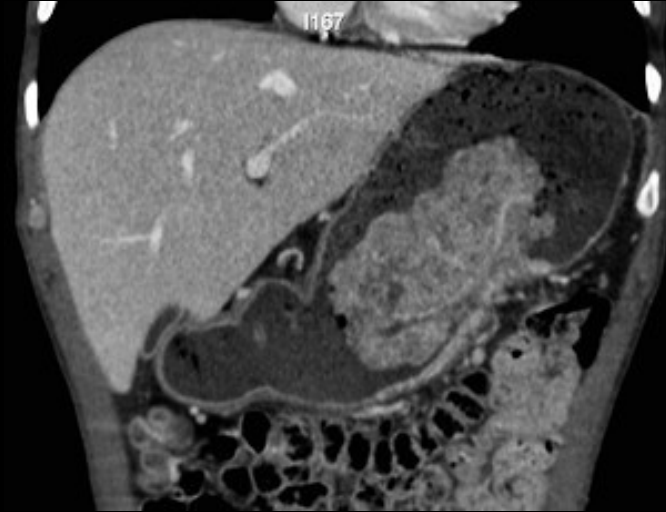
métastases gastriques d'adénocarcinomes coliques

homme 54 ans ,**éthylo-tabagique** ; **dysphagie progressive** depuis 2 mois ; quelle est la nature histologique de cette lésion



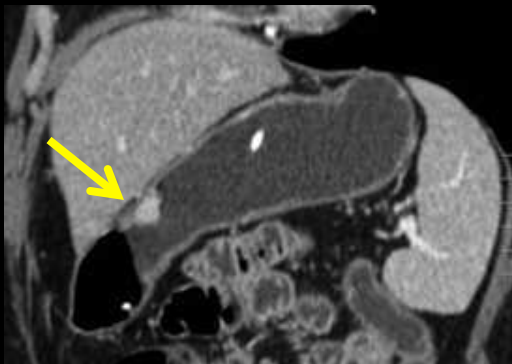
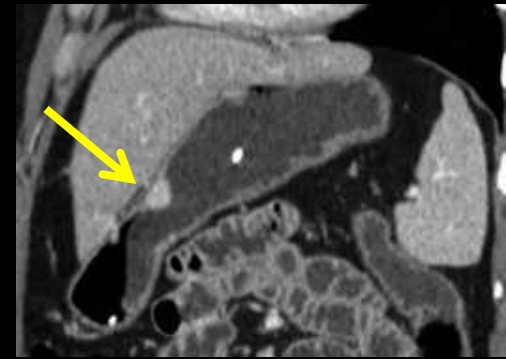
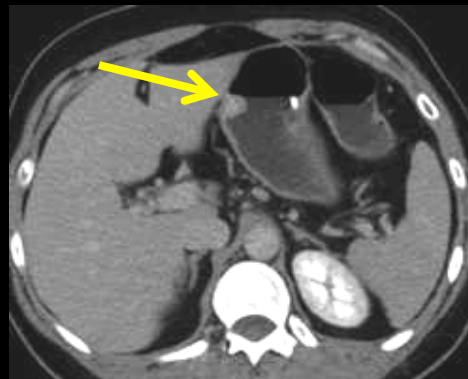
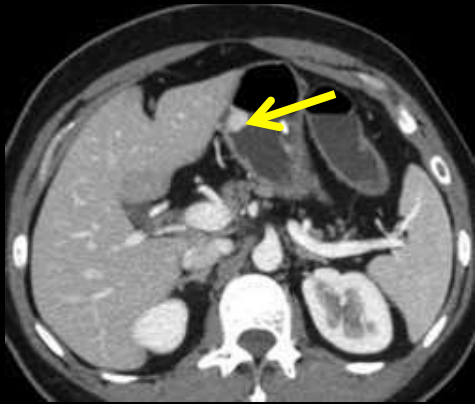
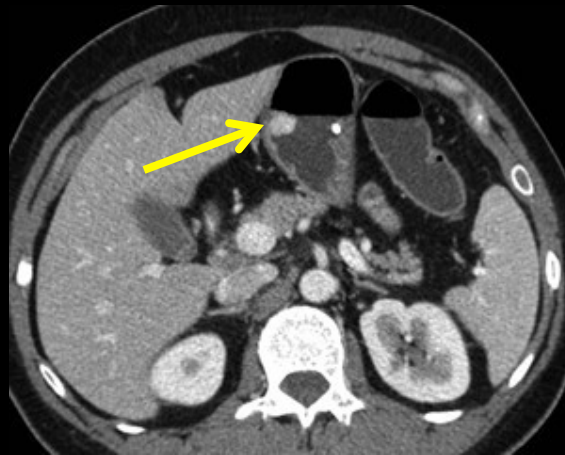
métastase ganglionnaire coélique d'un carcinome épidermoïde de l'œsophage ,
ulcérée dans l'estomac .

homme 62 ans , anémie



adénocarcinome gastrique bourgeonnant

femme 46 ans , douleurs épigastriques , diarrhée ,HTA



tumeur (neuro) endocrine
anciennement T carcinoïde

hypervascularisée = bien
différenciée (===)

take home message



-l' imagerie en coupes permet la caractérisation des lésions sous-muqueuses dans lesquelles l' endoscopie et les biopsies sont en règle prises en défaut

-pour les contingents **liquidiens** , l' **écho endoscopie** et l' **IRM** sont potentiellement les plus efficaces

-au scanner , les valeurs d' atténuation mais aussi la lecture analogique avec un " œil densitométrique " (en se référant aux structures anatomiques à contenu liquidien physiologique) permettent dans la plupart des cas l' identification lésionnelle

-pour les **contingents graisseux (et les calcifications!)** , le **scanner** est de toute évidence l' examen le plus performant

-une tumeur " très " hypervasculaire doit faire évoquer une tumeur endocrine bien différenciée (ou une métastase de tumeur de Grawitz !)

