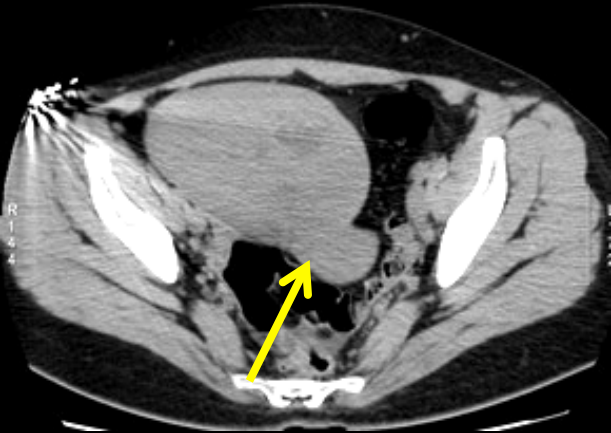
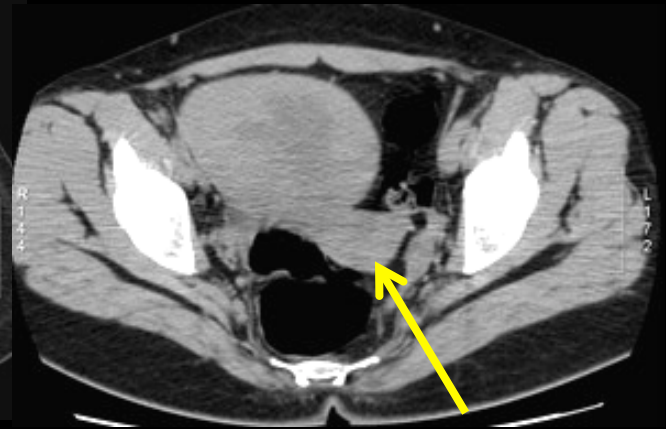
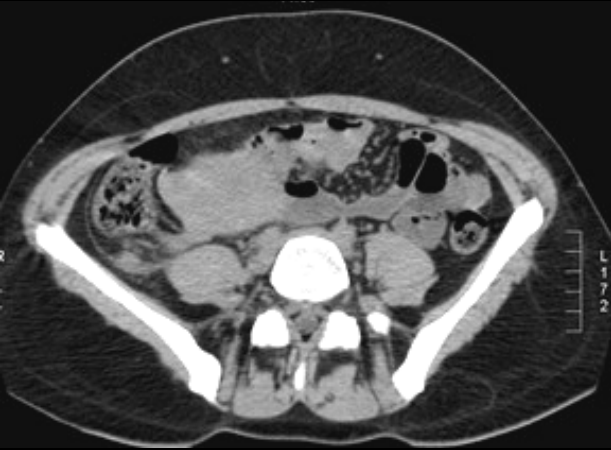


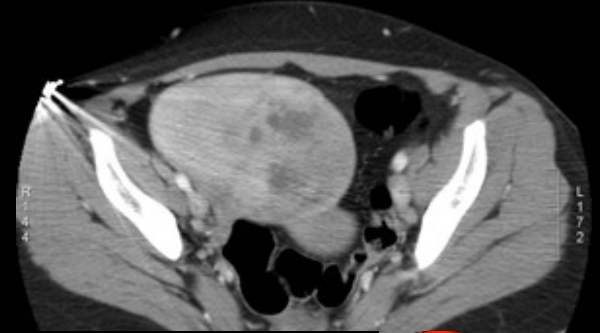
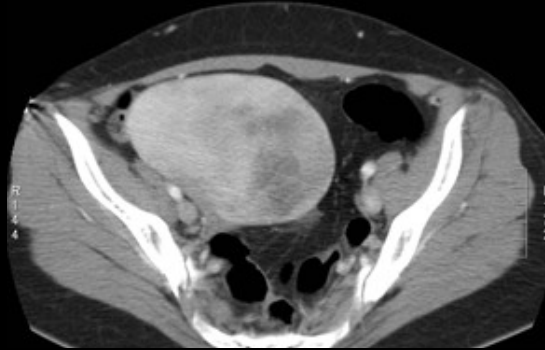
jeune femme 22 ans ,CO, syndrome douloureux de la FID de survenue récente ,défense , polynucléose neutrophile , CRP moyennement élevée



quelle est l'origine de cette masse pelvienne



la première hypothèse est celle d'une masse d'origine gynécologique ; l'utérus paraissant être en continuité avec elle : myome sous séreux , fibro-thécome ovarien ...? ?



quelle est l'origine de cette masse pelvienne si on analyse les coupes après injection de produit de contraste



-la masse est très nettement hypervascularisée par rapport à l'utérus . Son rehaussement est hétérogène avec des plages aux contours mal définis , "nuageuses" , sans aucune prise de contraste évocatrice d'une néoangiogenèse tumorale

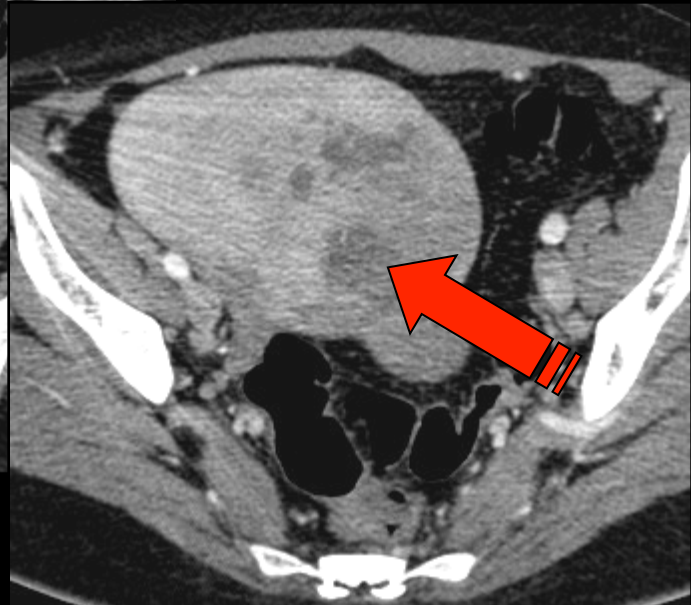
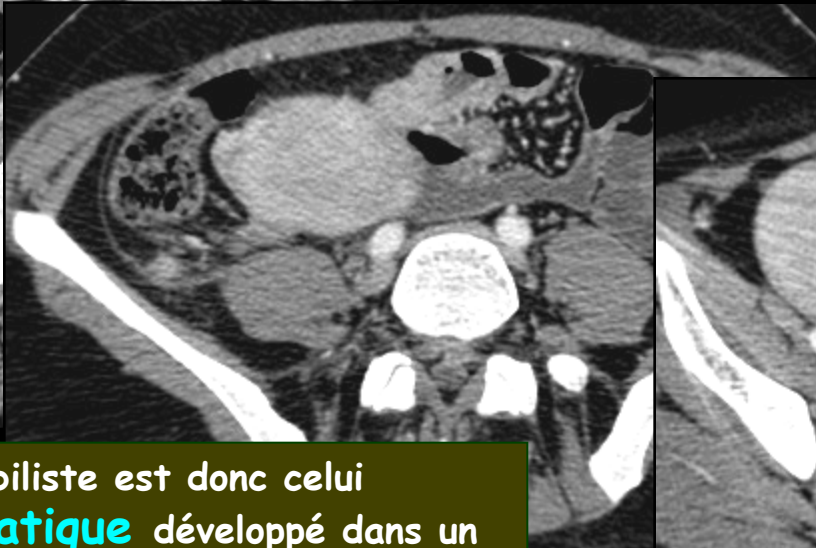
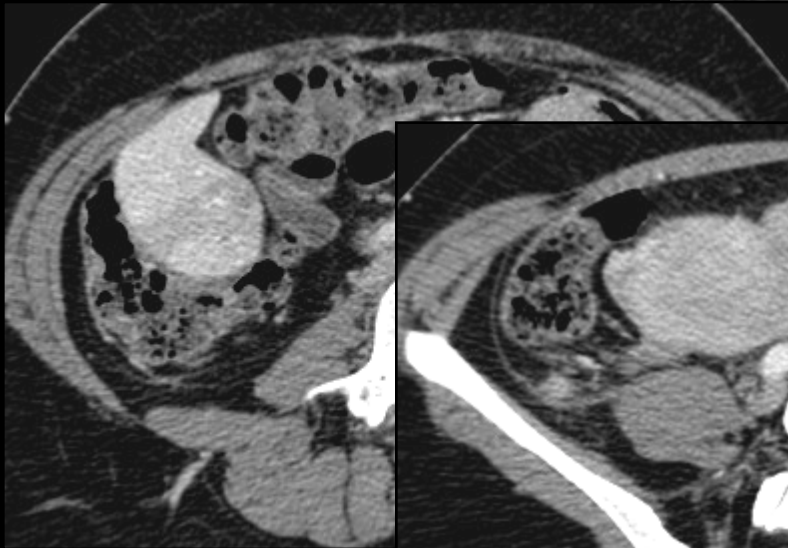
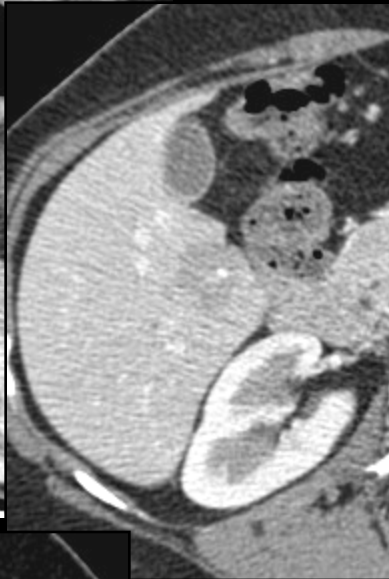
-l'analyse des coupes correspondant au pôle supérieur de la masse doit vous mettre sur la voie ; que proposez vous pour en savoir plus



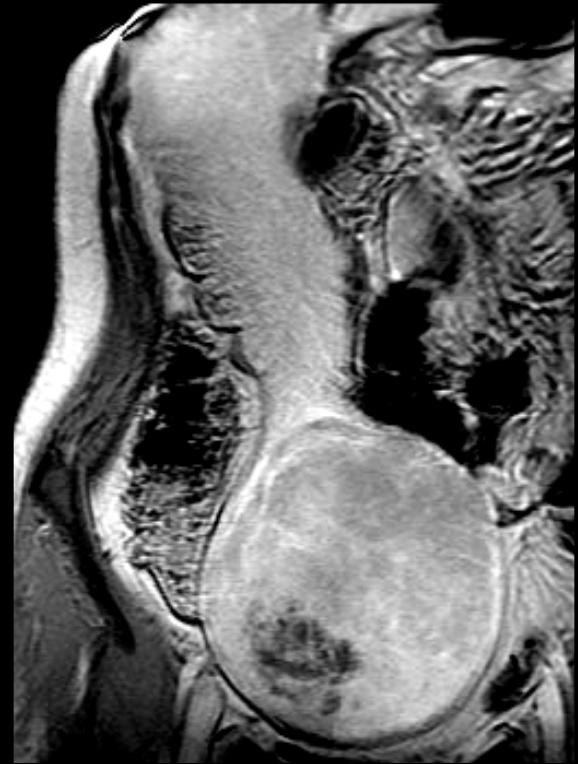
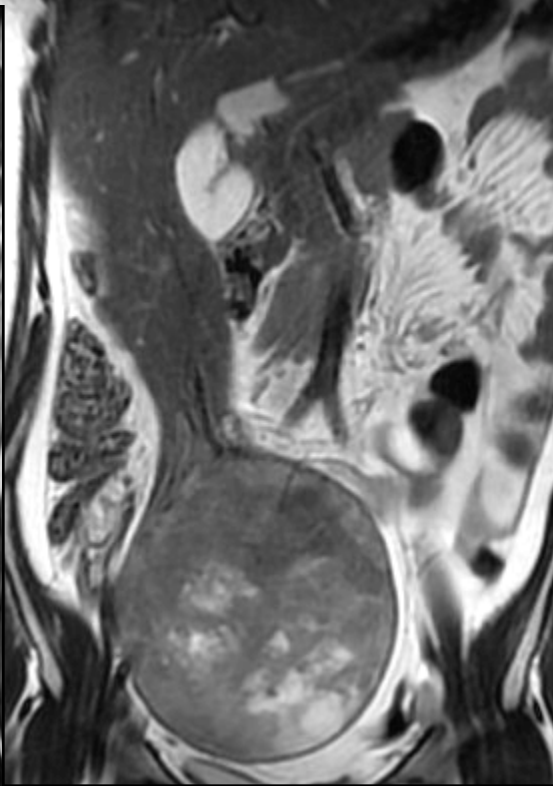
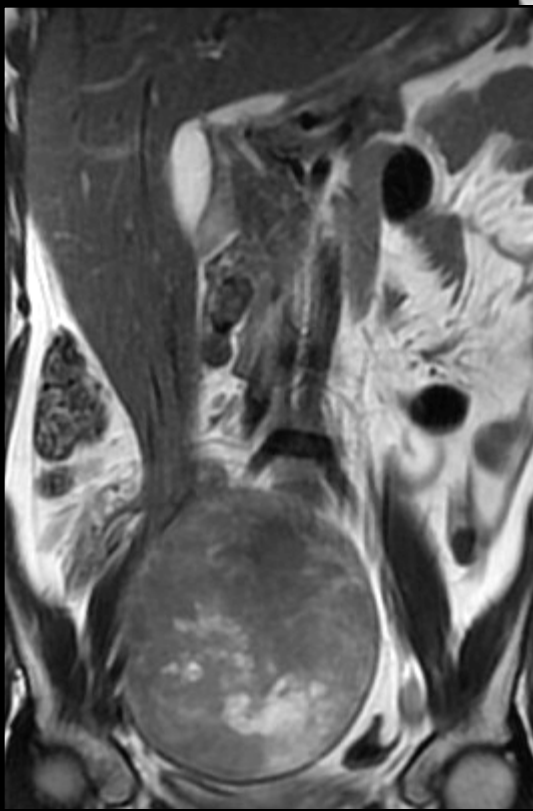


les reformations multiplanaires donnent évidemment la solution en montrant :

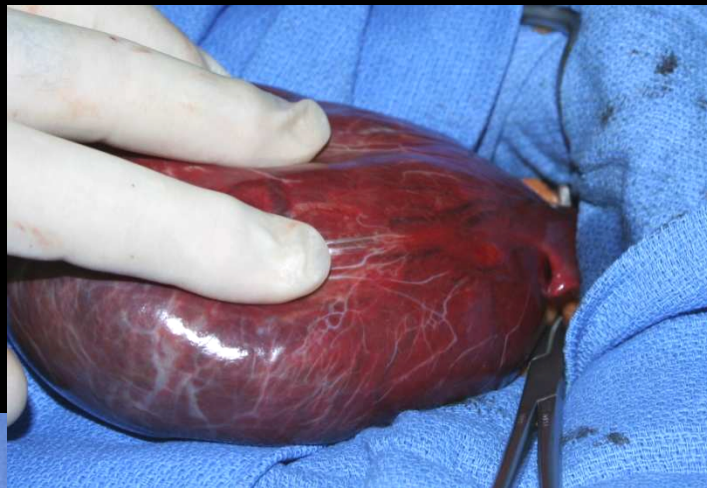
- qu'il existe un **"pont"** rattachant la masse pelvienne au segment VI du foie
- que cette masse est bien vascularisée par une **branche artérielle du segment VI étirée dans le pont tissulaire**
- les plages hypodense sont , dans ce contexte très évocatrices d'une **stéatose hétérogène** confirmant la nature hépatocytaire de cette lésion focale hépatique solide



le diagnostic probabiliste est donc celui
d'adénome hépatique développé dans un
lobe de Riedel



L'IRM confirme l'hétérogénéité du signal intralésionnel avant et après injection , lié à la coexistence de plages de stéatose et de zones liquides correspondant à une "kystisation" partielle



- pièce de 450 g, mesurant 12 x 12 x 6cm avec surface hypervascularisée et veinée. Pas de rupture capsulaire. Plages hémorragiques.

-pédicule avec gros Vx artériels et veineux sans embolies tumorales. Parenchyme hépatique sain autour de la tumeur.

-prolifération hépatocytaire. Thrombus biliaires. Plages de péliose. Pas d'espaces portes.

adénome en transformation sous forme d'un carcinome hépatocellulaire très différencié ...?

on peut donc faire rétrospectivement l'hypothèse d'un adénome inflammatoire (péliose, CRP élevée) avec mutation du gène de la bêta-caténine, sans syndrome métabolique ni surpoids

LOBE DE RIEDEL

- entité dont la définition exacte fluctue d'un article à l'autre . Pour beaucoup de travaux actuels basés sur l'imagerie en coupes, toute extension basse du foie (au delà de la crête iliaque) est un lobe de Riedel et , dans ce cas , c'est une simple variante anatomique retrouvée avec la même fréquence dans les 2 sexes et dont la prévalence augmente avec l'âge (25% entre 25 et 45 ans ; 60% entre 45 et 65 ans)

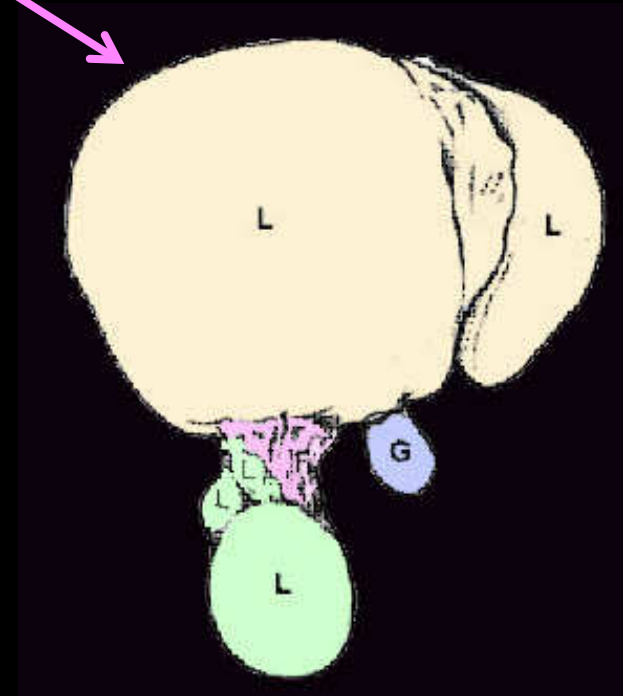
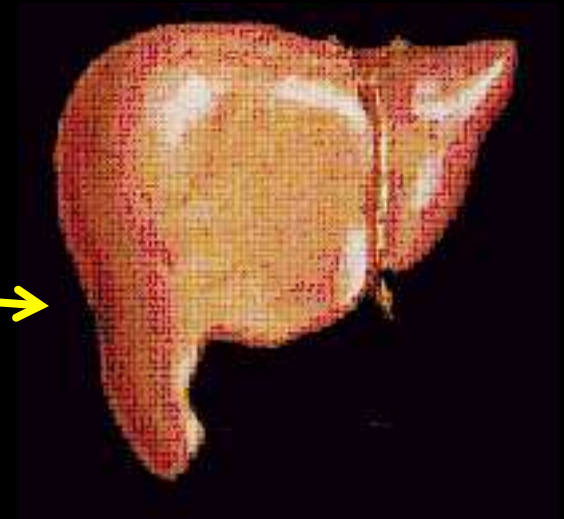
pour d'autres il s'agit d'un lobe hépatique surnuméraire, développé à partir des segments V et VI , apanage de femmes longilignes; pour d'autres en fin il s'agit d'un gros lobe caudé (segment I) palpable....

- collet (forme pédiculée) = soit **fibreux** , soit constitué de **parenchyme hépatique** et le plus souvent les deux .

-asymptomatique en règle générale (rares torsions)

-**femme : 19%** et homme : 6% (?)

-le **lobe linguiforme de Poirier** qui se développe à partir du segment IV est plus rare que le lobe de Riedel et peut aussi être à l'origine d'une masse sous hépatique.

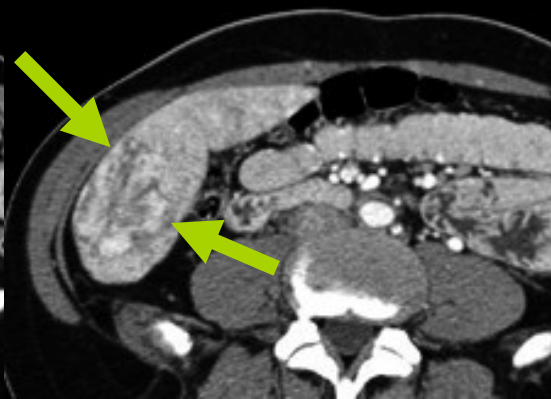
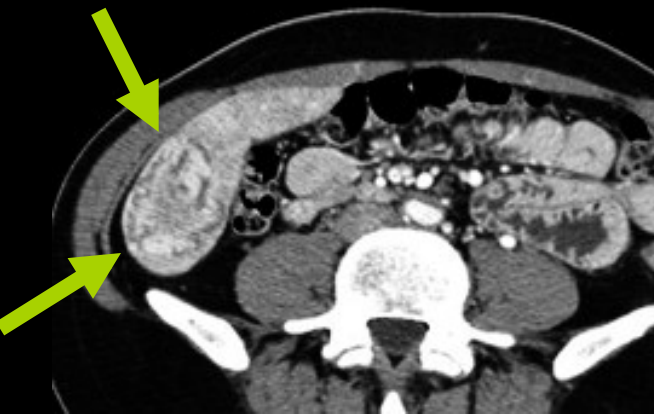


*cas compagnon :
jeune femme 44 ans ,
sous CO,
douleurs de
l'hypochondre droit*



troubles perfusionnels
transitoires

foie "beaver tail"



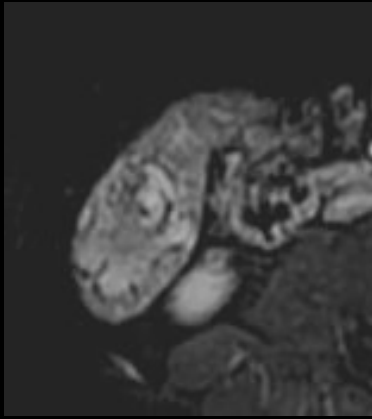
CT 1^{er} passage 50 s



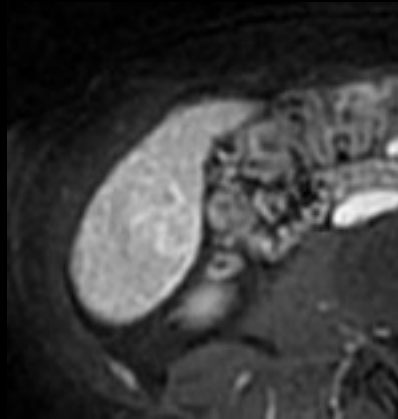
CT 2^{ème} passage 80 s



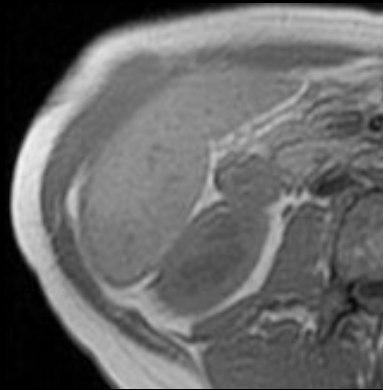
lésion focale , très "vasculaire" , avec rehaussement "rubané" initial s'homogénéisant ensuite développée dans un lobe de Riedel , puisque le segment VI descend nettement sous la crête iliaque .



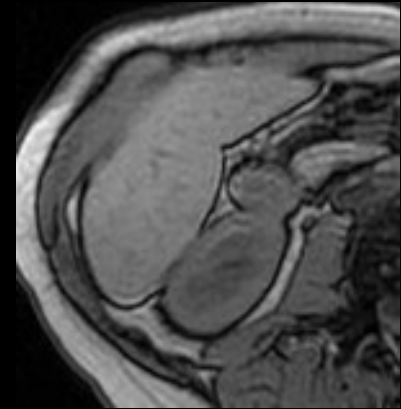
T1 gado 40 ''



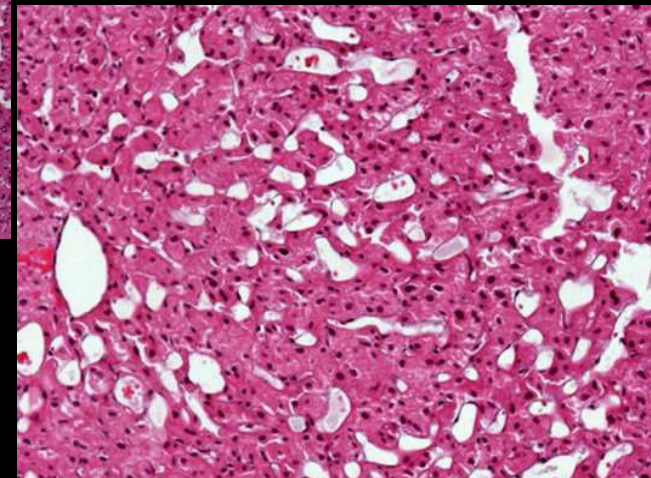
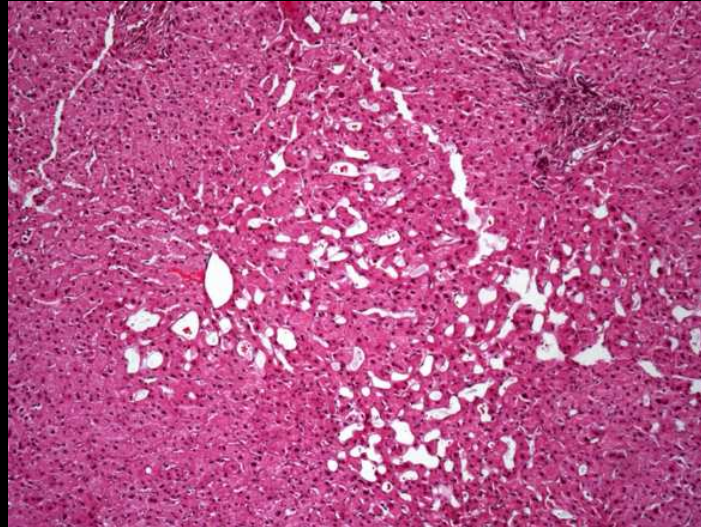
T1 gado 70 ''



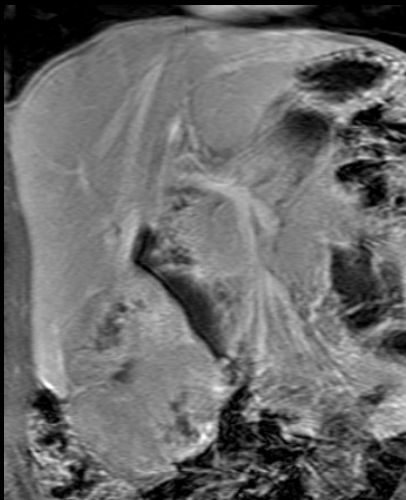
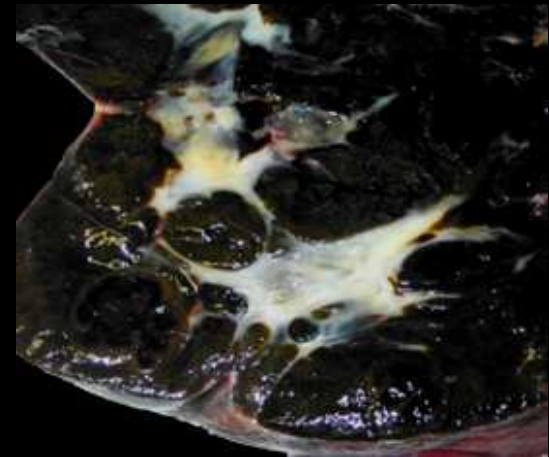
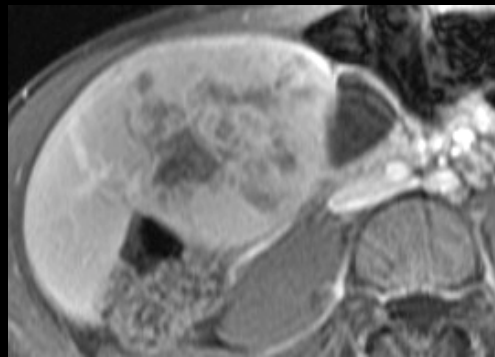
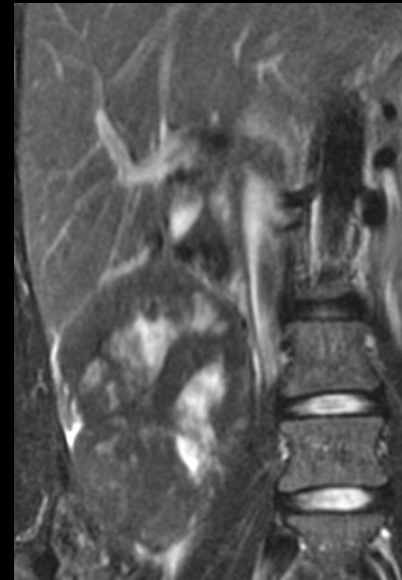
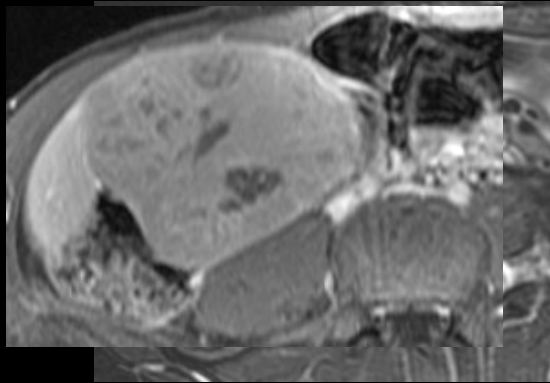
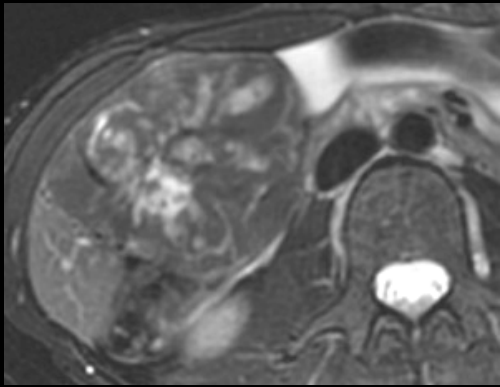
T1 IP



T1 OP



adénome télangiectasique , a priori de type inflammatoire



autre exemple : adénome hémorragique chez une jeune femme qui consultait pour prescription d'une CO !!!, développé dans un foie droit descendant sous la crête iliaque

take home message

1. le concept de **lobe de Riedel** (donnée clinique : foie palpable jusqu'à la fosse iliaque droite) a vécu dans la confusion son passage à l'imagerie en coupes ...pour s'élargir au point de devenir une simple variante anatomique statistiquement liée à l'âge .
- 2.l'exemple présenté montre **qu'il existe de "vrais" lobes de Riedel , surnuméraires** et raccordés au parenchyme hépatique du segment VI par un pont en partie fibreux
- 3.le **développement de lésions focales dans un lobe de Riedel** , à la face inférieure des segments V et VI est loin d'être exceptionnel

1.il existe 4 variétés d'adénome hépatique

2. les mots-clés à retenir pour chaque variété sont :

.adénomes ayant une **inactivation de HNF1 α** : métamorphose graisseuse ; très faible risque dégénératif et/ou hémorragique.

.adénomes ayant une **activation de la β caténine** : **hémome** , transformation maligne fréquente.

.**adénomes inflammatoires** : **surpoids** , hypervascularisation (pélioze) , sd inflammatoire ;risque hémorragique +++ (et de transformation maligne : 20% activation de la β caténine) ; précédemment dénommés HNF télangiectasiques .

.adénomes pour lesquels aucun marqueur moléculaire n'a jusqu'à présent été individualisé