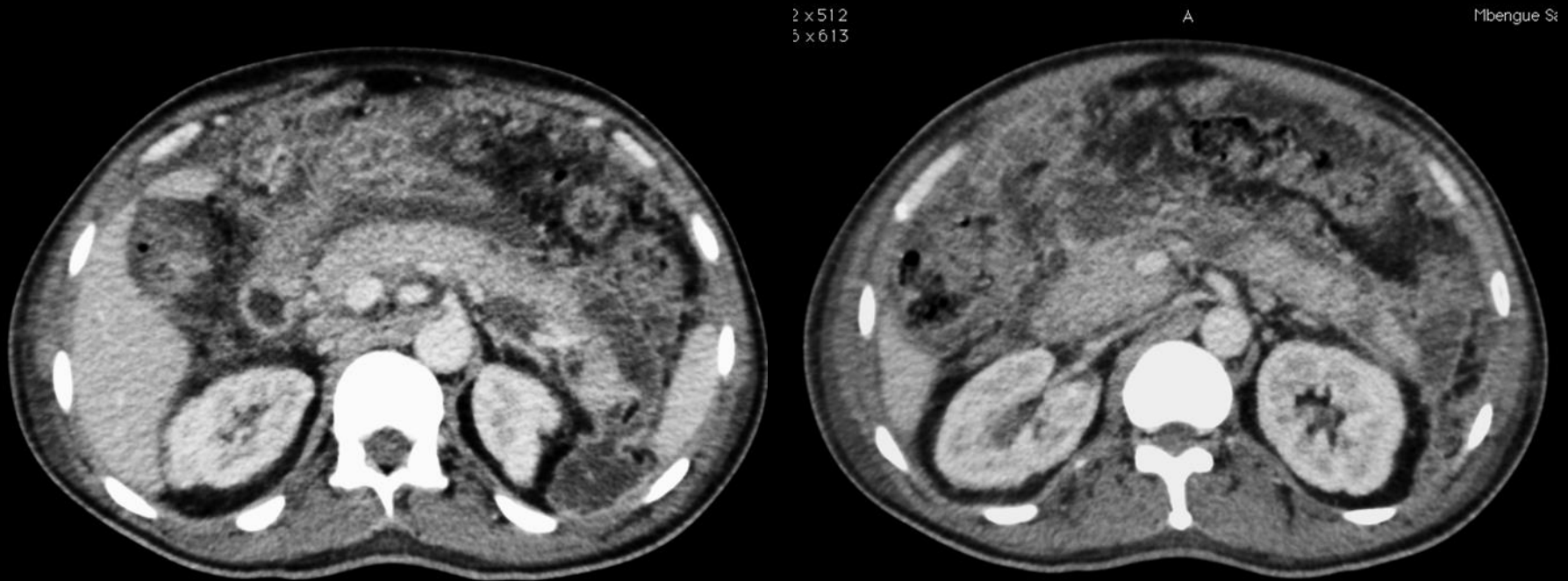


Patient de 56 ans . Douleurs abdominales évoluant depuis 3 semaines, retard de consultation. Fébricule et baisse de l'état général

Bilan biologique : augmentation CRP, anémie à 10g Hb, amylasémie à 1,5 fois la normale .Un scanner est pratiqué qui montre les aspects suivants



obs. Dr A. Mbengue Dakar



2 x 512
3 x 613

A

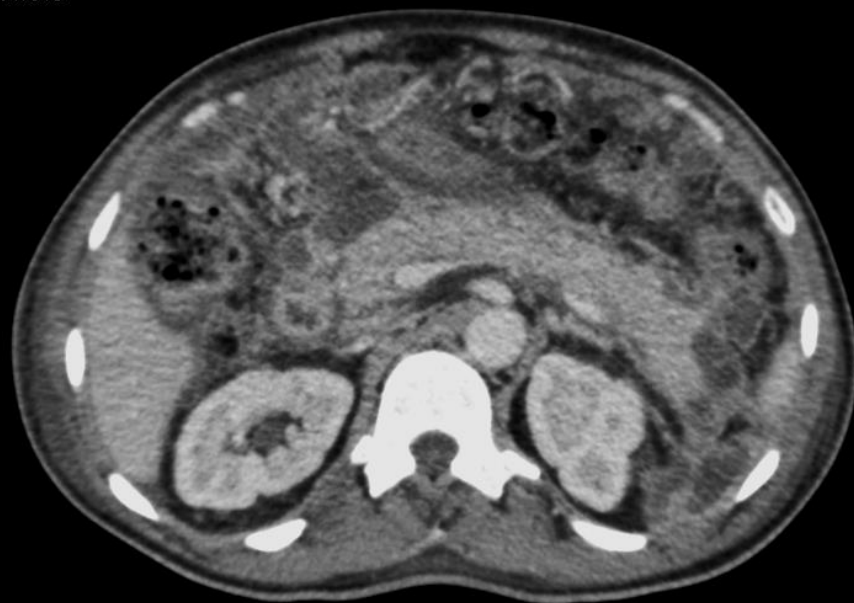
Mbengue Sar

2 x 512
3 x 613



A

Mbengue St



2 x 512
3 x 613



2 x 512
3 x 613

x512
x613

A

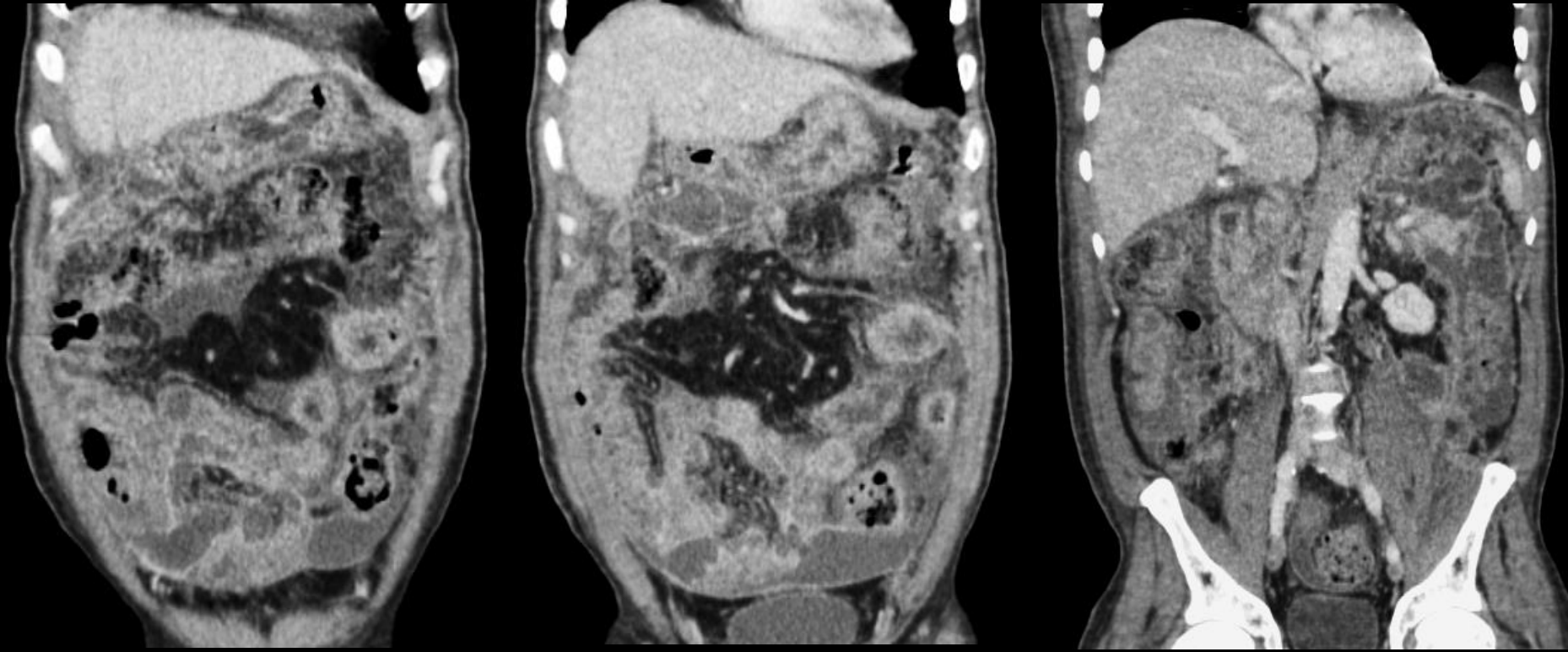
Mbengue Se x512
x613

A

Mbengue Se







analysez les principaux items sémiologiques scanographiques et en prenant en compte les éléments clinico-biologiques argumentez les hypothèses diagnostiques plausibles parmi celles proposées dans la diapositive suivante ,qui sont toutes susceptibles de s'accompagner de remaniements diffus du péritoine

carcinose péritonéale et rétropéritonéale

amylose

tuberculose sarcoïdose

tumeur carcinoïde

tumeur desmoplastique à petites cellules rondes

mésothéliome

péritonite bactérienne

maladie d'Erdheim-Chester (histiocytose non Langerhansienne)

mucoviscidose

péritonite stercorale sur perforation intestinale

cryptosporidiose

fibrose à IgG4

maladie de Whipple

maladie coeliaque

LMNH péritonéal et rétropéritonéal

péritonite sclérosante encapsulante (abdominal cocoon)

fièvre méditerranéenne familiale

maladie gélatineuse du péritoine (pseudomyxome péritonéal)

La première phase de l'analyse des images vise à déterminer le siège anatomique précis des lésions



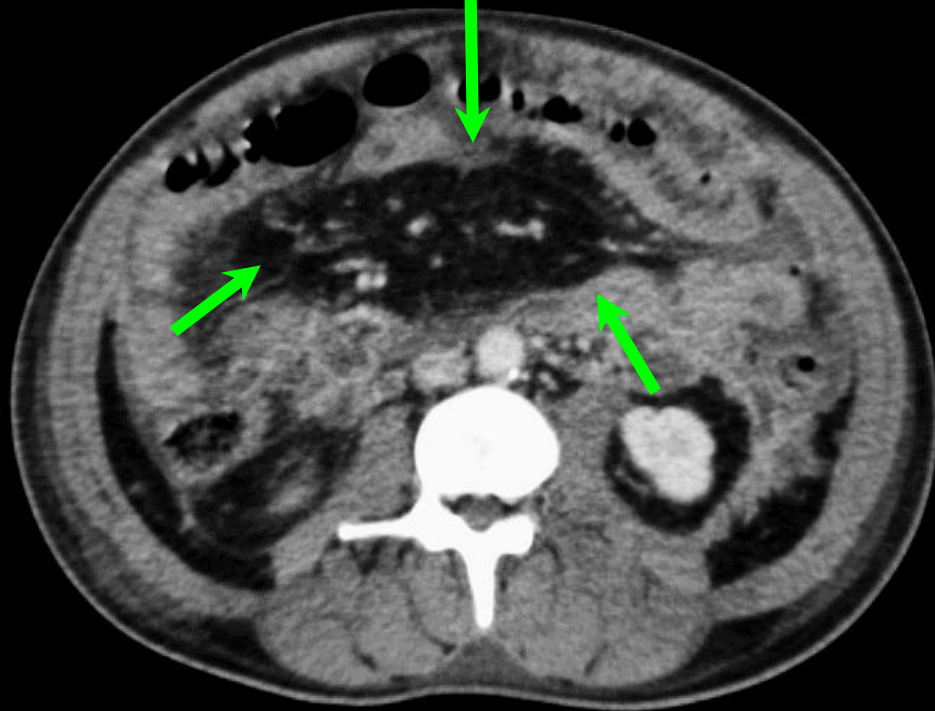
il existe une extension caractéristique de l'atteinte inflammatoire péritonéale à l'espace para-rénal antérieur du rétropéritoine, des 2 côtés.

Le fascia de Toldt gauche est très épaissi (→)

La première phase de l'analyse des images vise à déterminer le siège anatomique précis des lésions



Le pancréas caudal est entouré de plusieurs collections liquides en voie d'organisation , à parois irrégulièrement épaissies, caractéristiques de nécrose kystique aiguë principalement extrapancréatique , en voie d'organisation



le mésentère est épargné par les remaniements inflammatoires (→) tandis que les feuillets viscéral et pariétal du péritoine comme le grand omentum sont diffusément épaissis et rehaussés de façon persistante.

les étages sous et sus mésocoliques sont atteints, de même que les compartiments para-rénaux antérieurs et postérieurs du rétropéritoine

la coelioscopie avec biopsies confirme la **cytostéatonecrose pancréatique**

POSTU (2015)

Recommandations internationales sur la pancréatite aiguë

Philippe Lévy

(=) Past-president de l'International Association of Pancreatology, Pôle des Maladies de l'Appareil Digestif, Service de Gastroentérologie et Pancréatologie
Hôpital Beaujon, APHP, 100, boulevard du Général-Leclerc, 92118 Clichy cedex, France.
E-mail : philippe.levy@bjn.aphp.fr

SYNTHÈSE ET
RECOMMANDATION

cette observation est une excellente occasion pour les radiologues d'actualiser leurs idées en utilisant la mise au point de Ph Lévy après la conférence internationale (IAP et APA) publiée en 2013 dans Pancréatologie

Le **diagnostic de PA** repose sur l'association de deux des trois critères suivants :

- - Douleurs typiques
- - Élévation des enzymes pancréatiques au dessus de trois fois la normale
- - Imagerie par scanner, IRM ou échographie

rappelons que :

- le dosage des **enzymes pancréatiques** (amylasémie et lipasémie) n'a aucun intérêt comme élément de gravité ou de surveillance

- le dosage de la triglycéridémie , de la calcémie et des enzymes hépatiques n'est utile que dans le bilan étiologique initial , à l'admission aux urgences car la plupart des anomalies sont fugaces

- le seul score de gravité pour prédire la sévérité de la pancréatite aiguë, à l'admission et à 48 heures est :

le SRIS (syndrome de réponse inflammatoire systémique)

-Le **SRIS** est défini par l'association de deux ou plus des conditions suivantes:

- température $< 36^{\circ}\text{C}$ ou $> 38^{\circ}\text{C}$;
- fréquence cardiaque $> 90/\text{min}$;
- fréquence respiratoire $> 20/\text{min}$ ou $\text{PaCO}_2 < 32 \text{ mmHg}$;
- leucocytose $> 12000/\text{mm}^3$, $< 4000/\text{mm}^3$ ou présence de formes immatures circulantes ($> 10 \%$ des cellules).

-La présence du SIRS à l'admission et surtout sa persistance plus de 48 heures prédisent une évolution sévère et un sur-risque de mortalité.

SIRS persistant plus de 4 jours : mortalité 25 % ; SIRS transitoire 8 %

les scores de Ranson, Apache II, Glasgow) et les marqueurs, y compris la CRP
doivent être abandonnés ! et ce ne sont pas les étudiants qui s'en plaindront

Les indications pour un **scanner initial** sont :

1. Le doute diagnostique (éventuellement scanner sans injection chez un malade déshydraté)
2. La confirmation de la sévérité fondée sur les critères décrits précédemment
présence et persistance du SIRS
3. La non réponse aux traitements initiaux ou la détérioration de l'état clinique.

Le meilleur moment pour faire un scanner d'évaluation est entre la 72^{ème} et la 96^{ème} heure après le début des symptômes.

le score de Balthazar n'a pas plus d'intérêt que les scores cliniques pour évaluer la sévérité de la pancréatite aiguë .

un scanner initial trop précoce pourrait aggraver la PA et dégrader la fonction rénale

la répétition des scanners chez des sujets jeunes impose de limiter l'irradiation sans toutefois compromettre la qualité diagnostique des images AHARA plutôt qu' ALARA prendre en compte les bénéfices apportés au patient: diagnostic et planification de l'embolisation des faux anévrysmes artériels hémorragiques, diagnostic et traitements interventionnels radioguidés des nécroses kystiques organisées

dans l'évolution d'une pancréatite aiguë, le scanner ne doit être répété qu'en cas de non amélioration et, a fortiori de dégradation de l'état clinique ou pour planifier un geste interventionnel

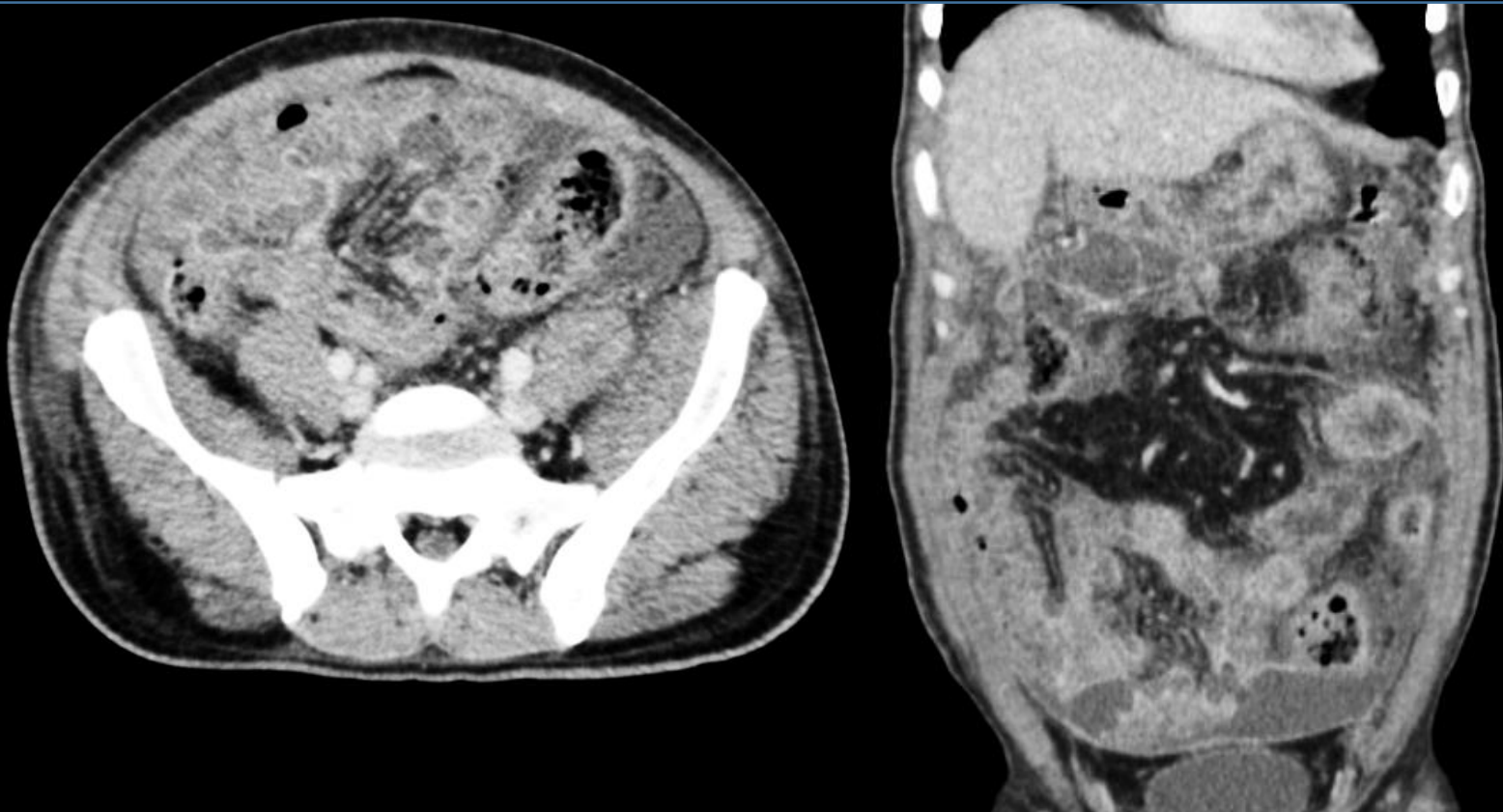
le contrôle scanner systématique tous les 8 au 10 jours n'a pas lieu d'être

la recherche systématique d'un faux-anévrisme artériel asymptomatique n'est pas logique

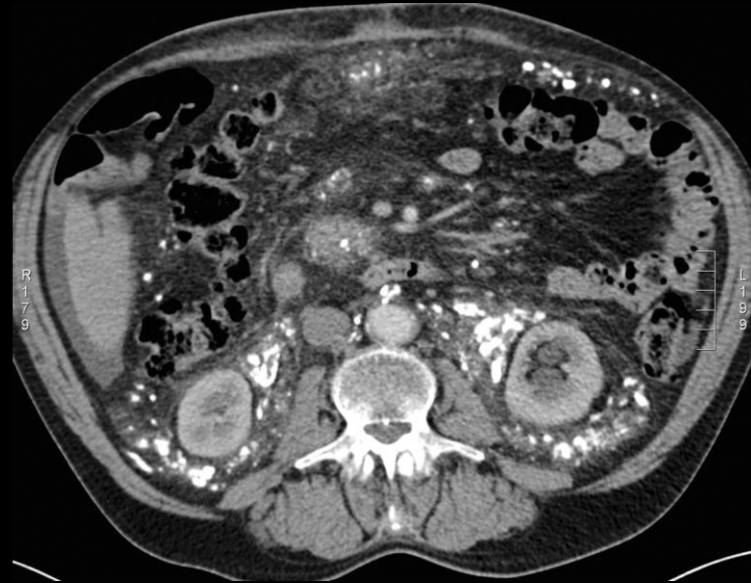
la **cholangio-IRM** est un examen simple, atraumatique, rapide et efficace pour confirmer la présence de calculs biliaires. Elle facilite les gestes interventionnels en fournissant des données anatomiques précises

les images scanographiques doivent toujours être lues en tenant compte du contexte clinico-biologique.

Quelques atteintes diffuses du "**groupe des 4 i**"; inflammation, infection, ischémie, infiltration peuvent conduire à des aspects proches de ceux observés chez notre patient



amyloses primitives AL



amylose 01



A106681119
LOC: -268,
Ep: 2,
F



10/05/2017 10:11
A10668111
LOC: -34:
Ep: :

amylose 02

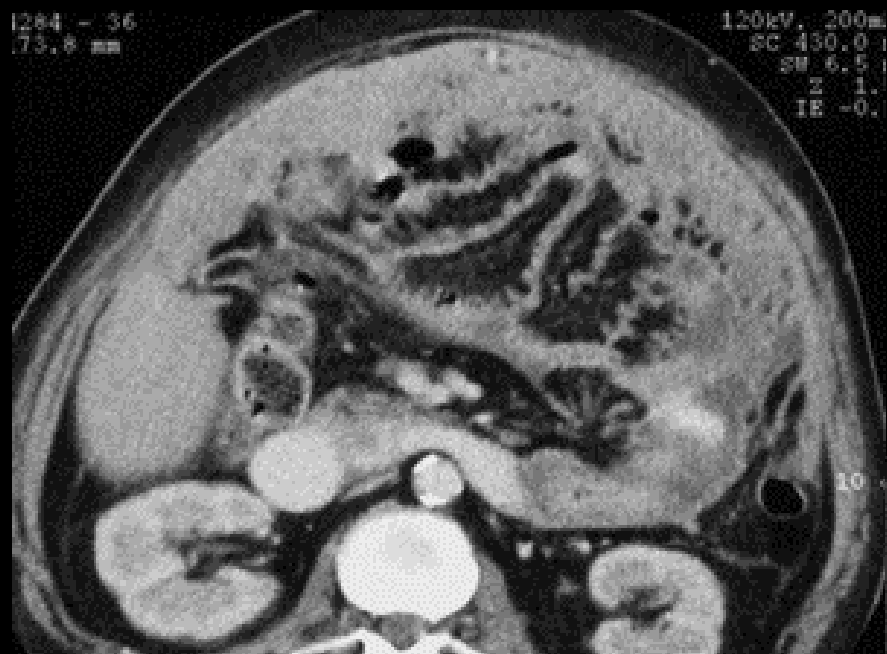


Erdheim-Chester

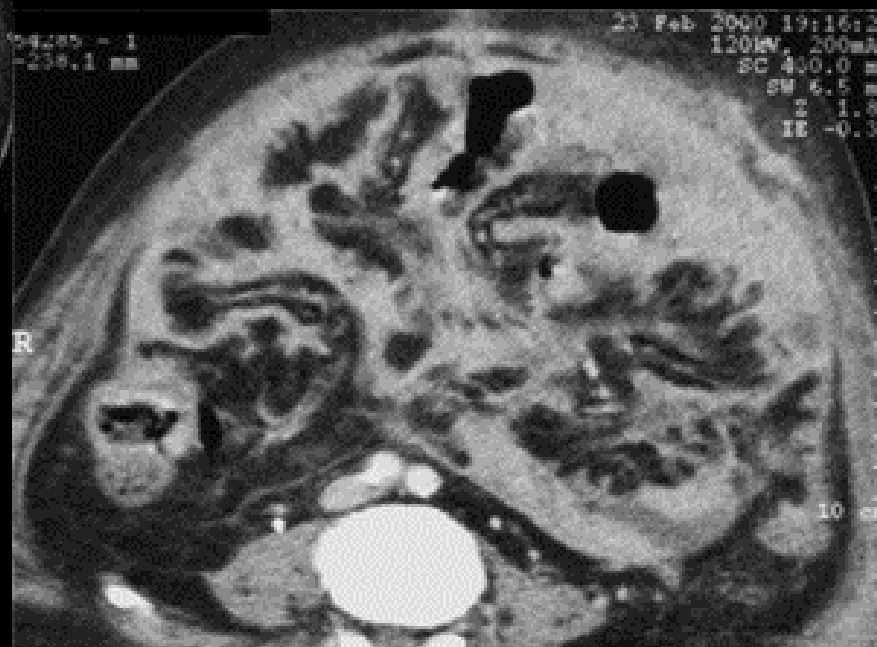


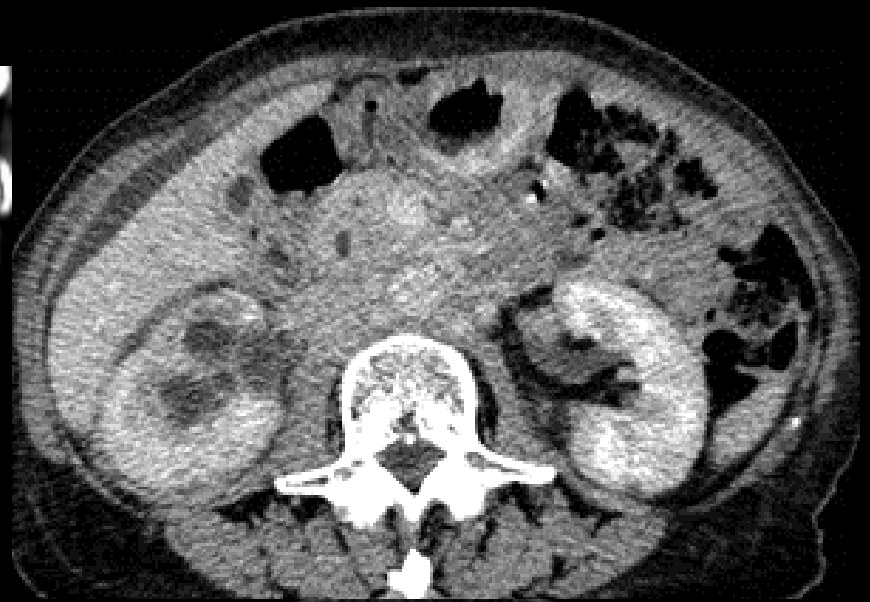
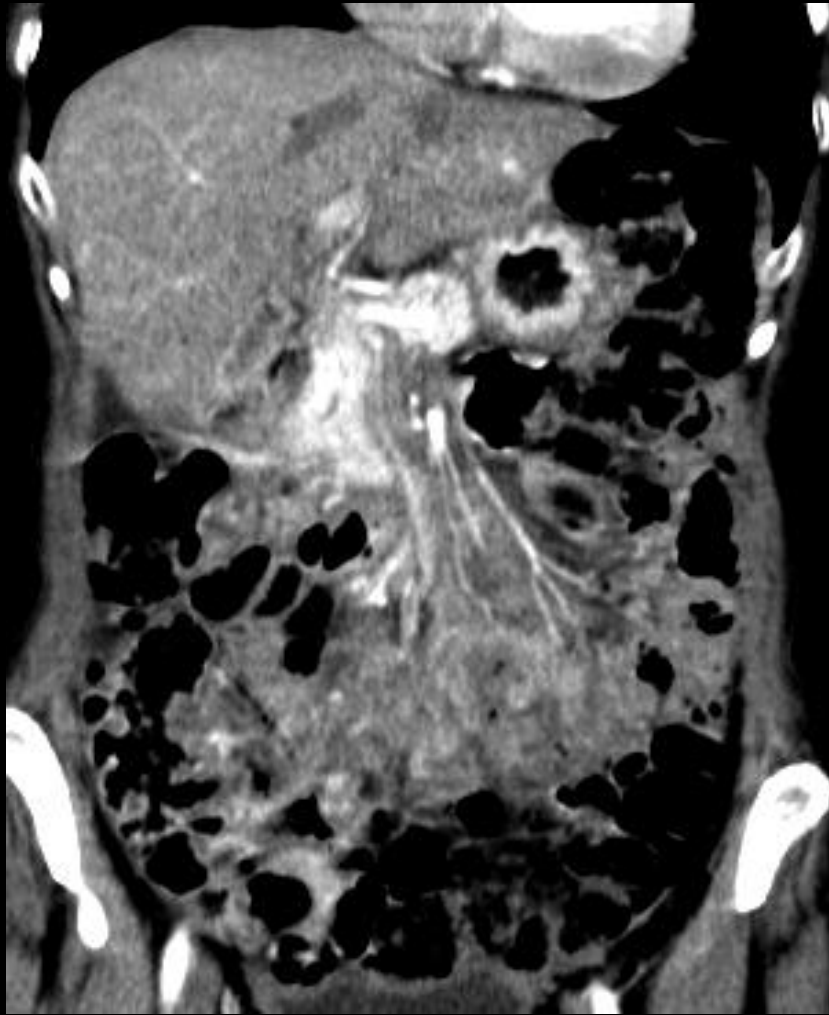


Maladie de Whipple

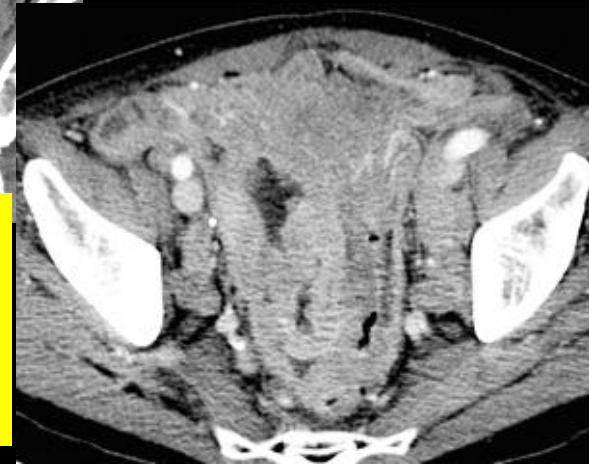
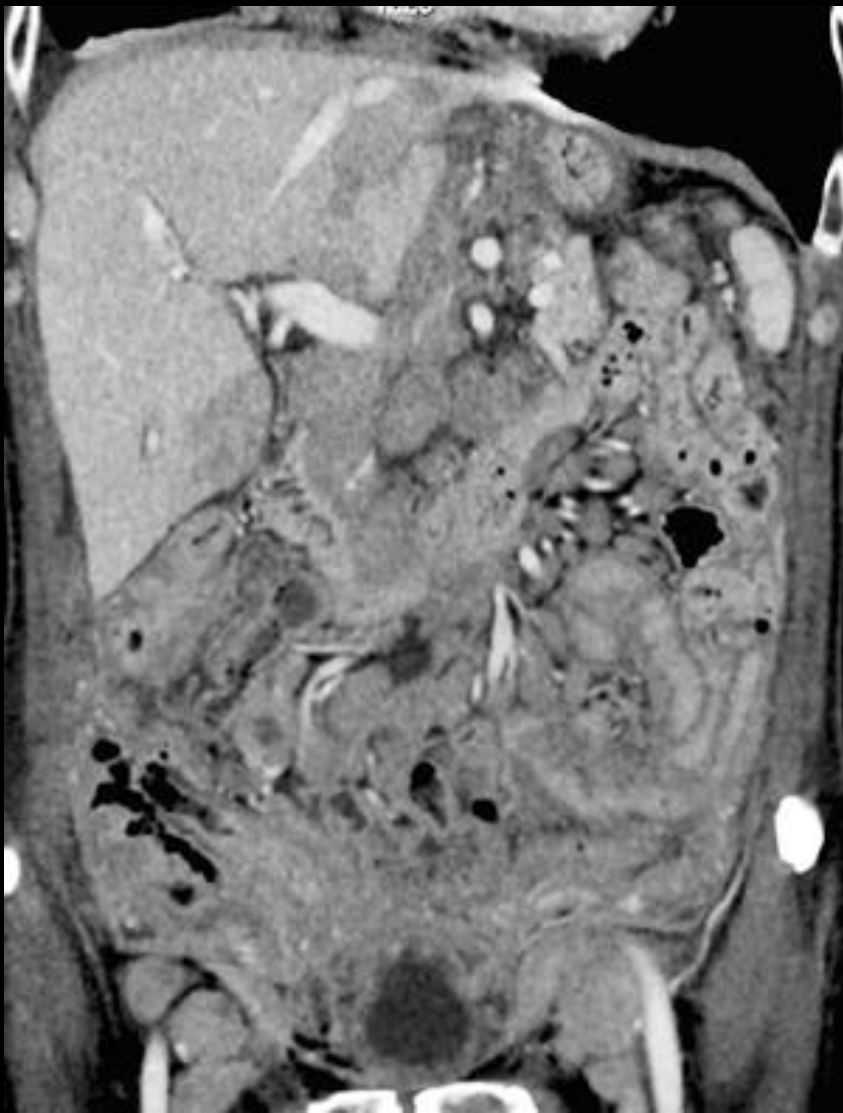


**mésothéliome à composante
desmoplastique du péritoine**





**carcinomatose rétropéritonéale et péritonéale + pseudo-linite gastrique
métastatique . Dissémination d'un carcinome lobulaire infiltrant mammaire**



LMNH B diffus à grandes cellules

notez les adénopathies rétropéritonéales et l'épaississement régulier de la paroi du sigmoïde