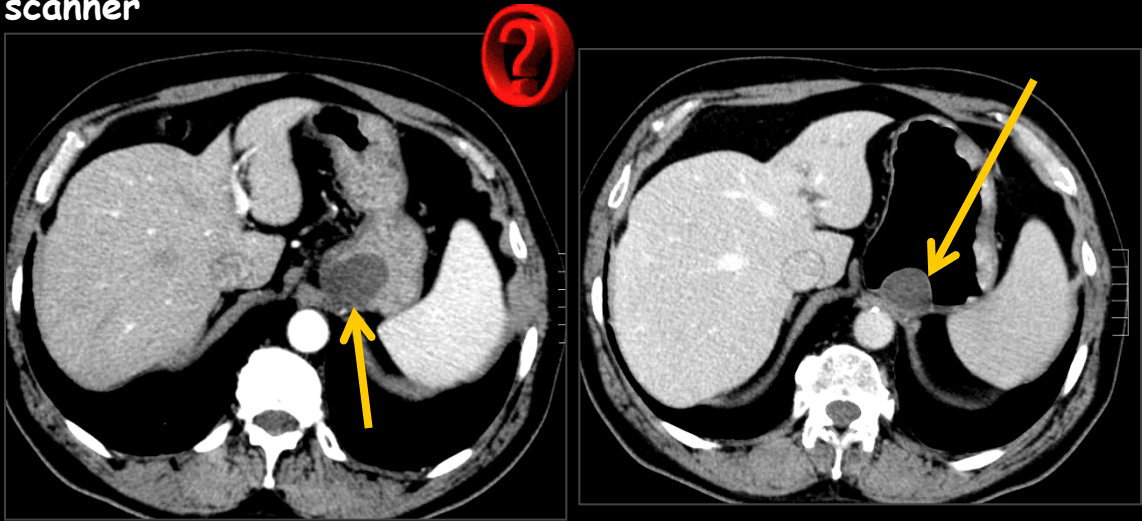


Patient de 72 ans. Découverte d'une lésion gastrique lors d'un scanner réalisé à la recherche d'une récurrence d'un adénocarcinome rectal devant la constatation d'une augmentation de l'ACE

Quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir , concernant l'anomalie gastrique, sur le scanner



- masse pariétale gastrique à contenu homogène et contours réguliers , très évocatrice d'une lésion sous muqueuse
- il n'y a pas eu d'acquisition avant injection de produit de contraste . Cela n'empêche pas de recourir à "l'œil densitométrique" avec un fenêtrage de visualisation optimisé (produit de contraste aortique blanc marmoréen !) :
- .la densité du contenu est inférieure à celle des muscles (para rachidiens) , mais supérieure à celle de la graisse (sous-cutanée)
- .la densité la plus proche est celle du contenu du canal rachidien (ou de la vésicule biliaire ou de la vessie)

-la simple lecture analogique précédemment décrite permet d'orienter vers un contenu liquide et d'éliminer d'autres hypothèses plausibles devant une telle lésion sous-muqueuse gastrique , en particulier :

.une GIST , qui serait de densité "charnue" et hypervascularisée (il en irait de même pour une métastase ou un LMNH

.un lipome dont le contenu serait de densité graisseuse

c'est donc le diagnostic de **lésion kystique de la paroi gastrique** qui doit être retenu dont **l'origine dysembryoplasique** est pratiquement la seule envisageable

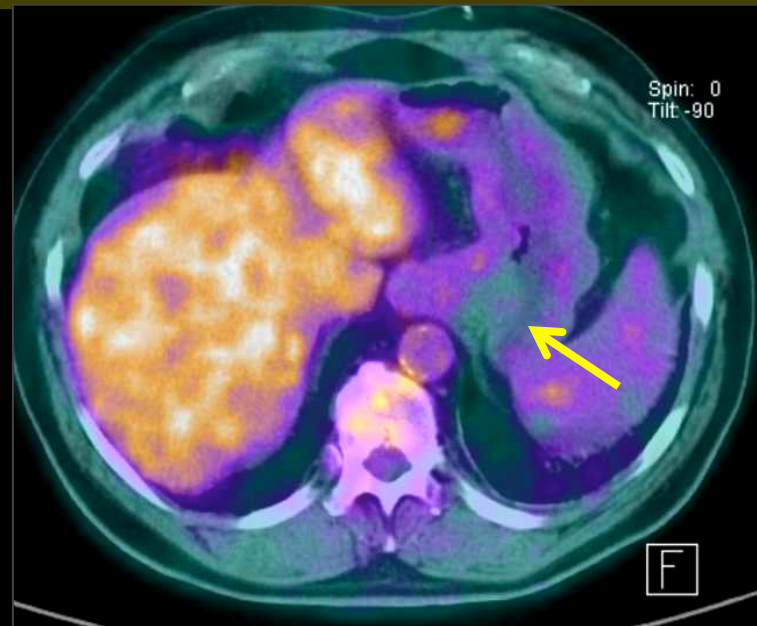
- par quel(s) moyen(s) d'imagerie peut-on confirmer le diagnostic de **duplication kystique gastrique** et sur quels arguments



1 - ce que l'on aimerait
ne pas voir dans le dossier

1200 euros pour ne rien apprendresinon
qu'une lésion kystique n'est pas hyper
métabolique !

quelques grands crus bordelais ou
bourguignons , quelques cognacs ou
armagnacs "hors d'âge" auraient
représenté un investissement beaucoup
plus intelligent

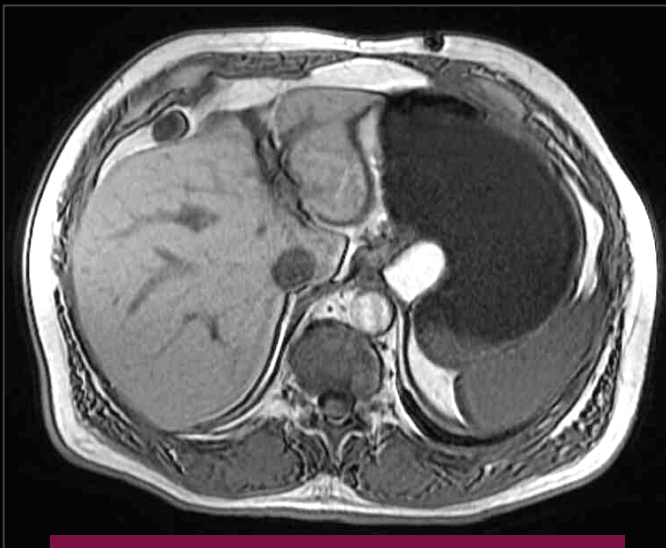


2 - ce que l'on peut discuter

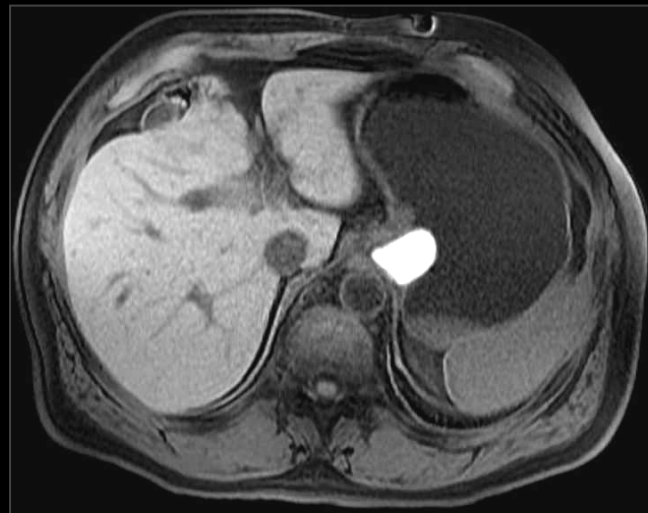
une **échoendoscopie** qui nécessite une logistique lourde (anesthésie) , lente , encore plus couteuse et qui , dans le cas présent ne fera que confirmer le contenu liquide et la nature des parois du kyste

3 - ce qu'il parait raisonnable de faire !

une **IRM** qui permettra d'explorer le contenu de la lésion , la nature de ses parois en les comparant à la paroi gastrique , sans risque d'aucune sorte .



pondération T1 , sans contraste

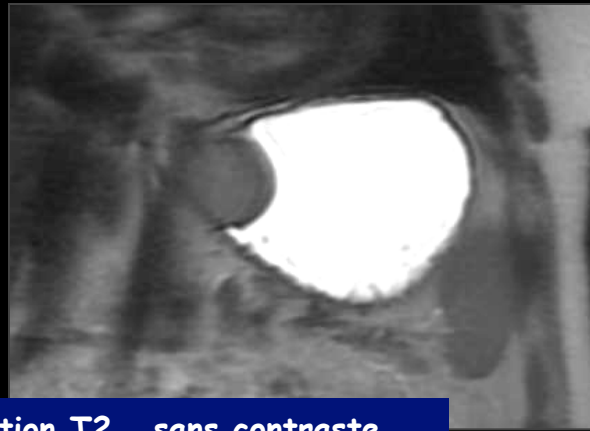


pondération T1 , sans contraste , avec saturation du signal de la graisse

l'hypersignal T 1 persistant après FatSat confirme un contenu protéique élevé (ici probablement mucus)

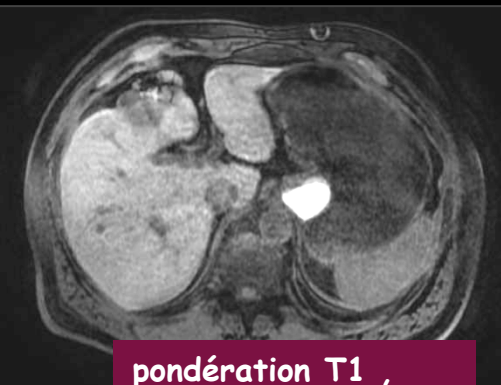


pondération T2 , sans contraste

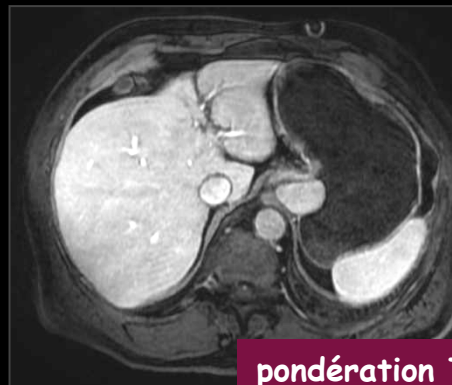


le signal intermédiaire du contenu lésionnel en pondération T 2 confirme un contenu protéique élevé)

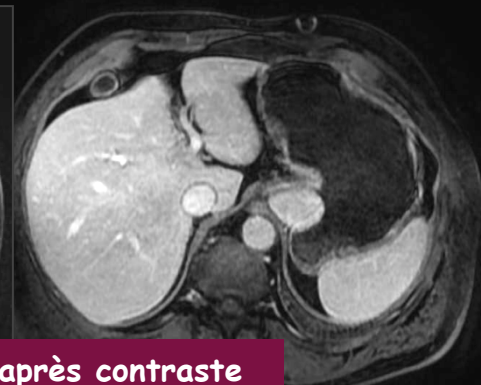
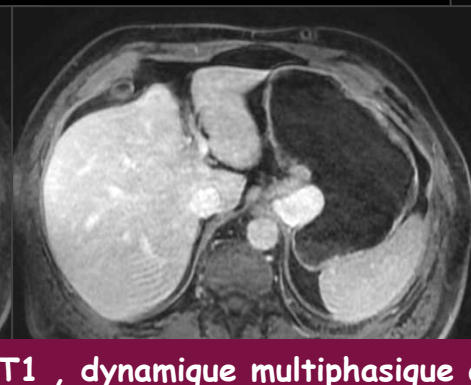
la paroi de la lésion est du même type que la paroi gastrique



pondération T1 , sans FatSat avant contraste



pondération T1 , dynamique multiphasique après contraste



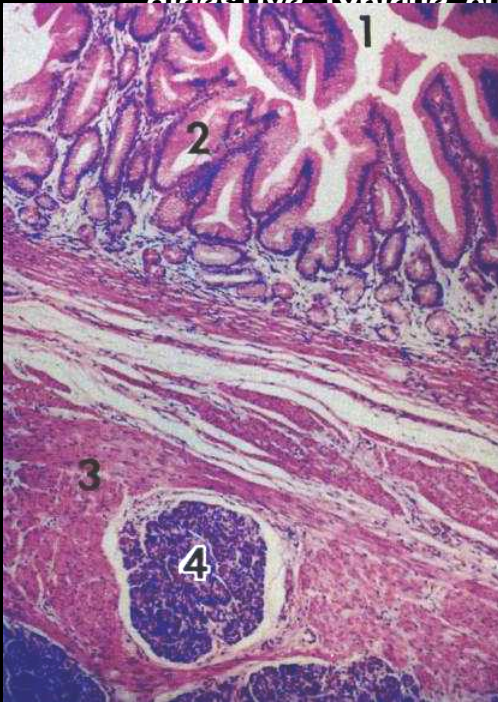
on aurait pu (du !) faire l'économie de l'injection qui n'apporte , comme cela était prévisible , aucun élément sémiologique supplémentaire , sinon l'absence de rehaussement du contenu

au total : ;lésion homogène en signal intermédiaire T2,
hypersignal T1 franc , avasculaire :
duplication kystique gastrique à contenu mucineux

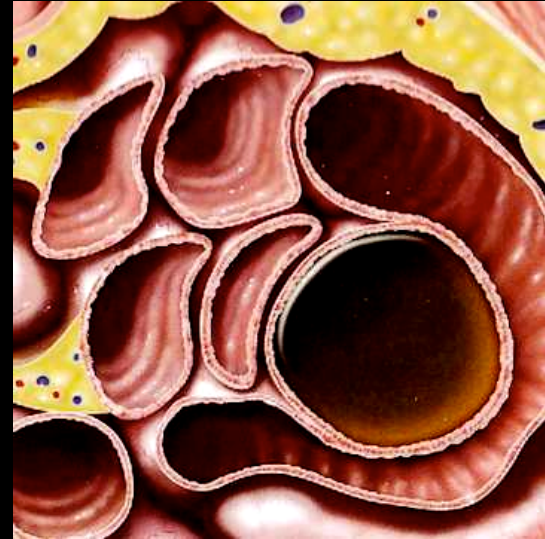
Duplication du tube digestif : caractères généraux

3 critères de Rowling :

- .la paroi de la duplication est en continuité avec celle de l'organe dupliqué ; elle siège sur le versant du méso
- .la lumière du kyste est **entourée de muscle lisse** (muscularis propria avec plexus myentériques ; longitudinale externe parfois incomplète)
- .la lumière est tapissée de muqueuse digestive typique ou altérée (± ilots



- 1 cavité kystique
- 2 muqueuse gastrique
- 3 couches de muscle lisse
- 4 tissu ectopique pancréatique

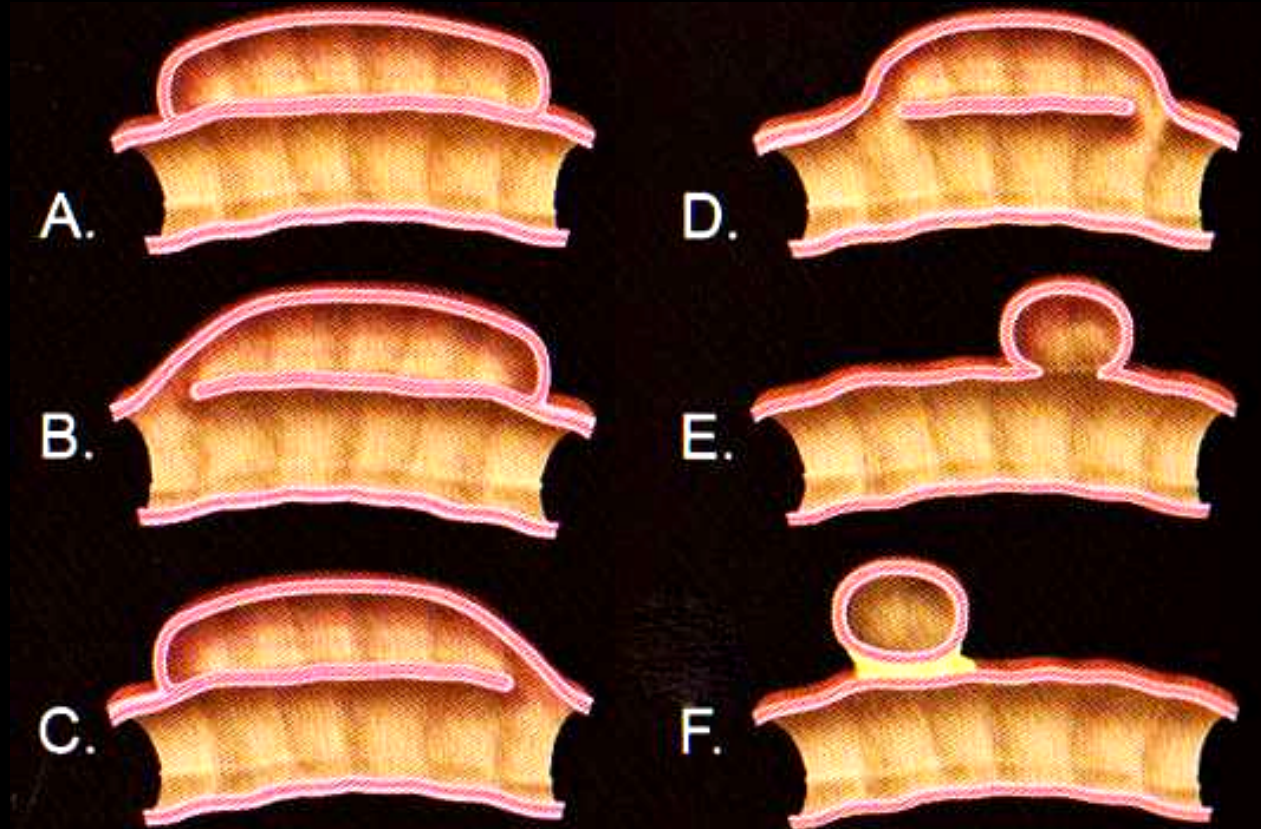


duplication du grêle

(50 % des duplications digestives ; iléon +++ ; valvule iléo-caecale)

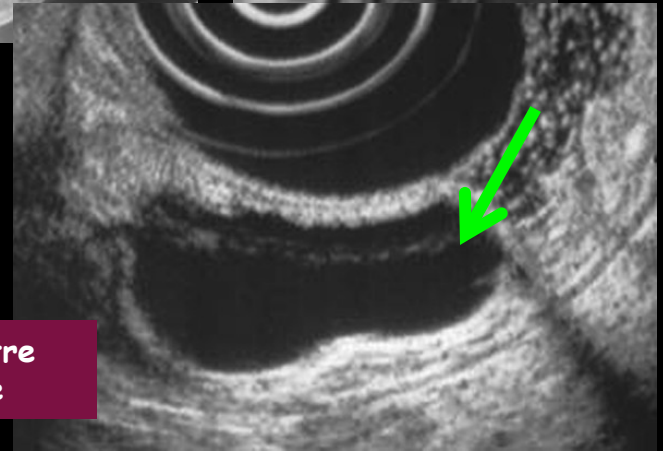
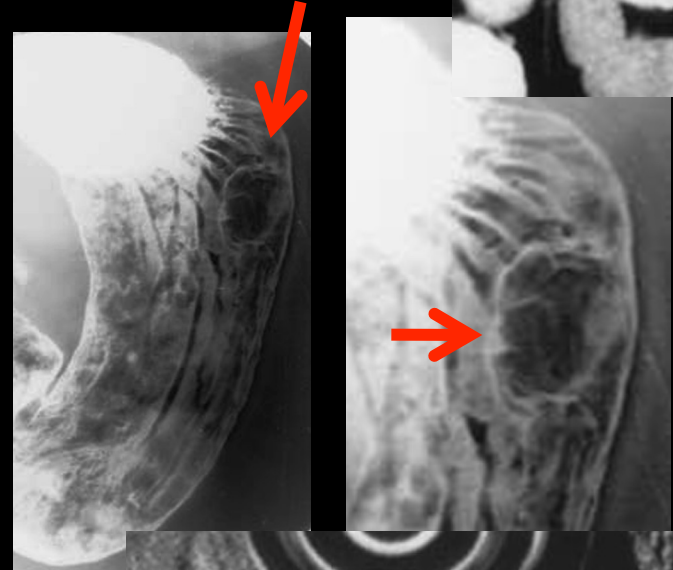
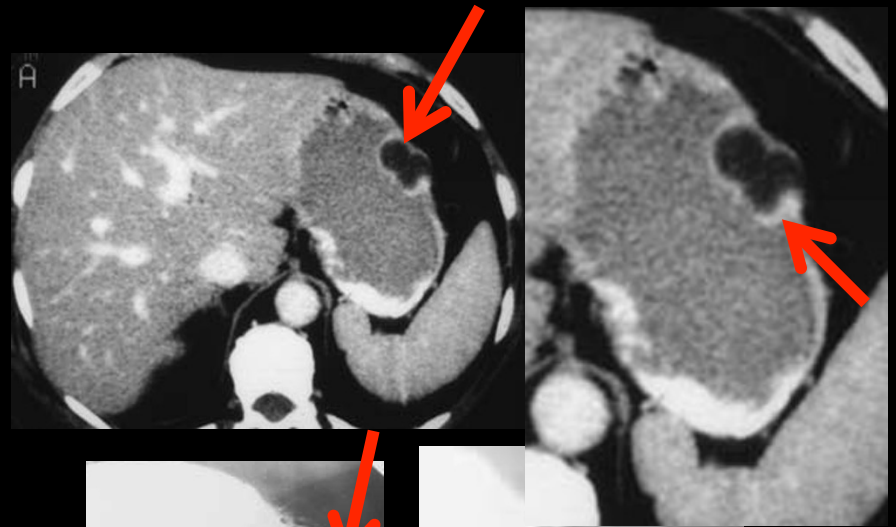
2 formes anatomiques :

- **tubulaire (25%) longue** (fig. A,B,C) :
communique avec la lumière digestive (B , C)
dans 3 cas sur 4 , en 1 ou plusieurs points
- **tubulaire courte (D) ou kystique (75%)** (E, F))
communicantes (D,E) ou non (F)



Duplications gastriques

- Malformations congénitales **rare**s :
 - 4 % des duplications digestives
 - 75 % des cas : grande courbure plus rarement pylore
 - Le plus souvent diagnostiquées dans l'enfance (70 % des cas avant 12 ans)
 - grande fréquence des hétérotopies pancréatiques acinaires ou endocrines associées
- 2 théories :
 - troubles de la fermeture latérale du disque embryonnaire
 - origine diverticulaire plus tardive



duplication gastrique de la grande courbure ; l'échoendoscopie montre bien la paroi de la lésion de structure identique à la paroi gastrique

Malformations associées dans 1/3 des cas :

atrésie de l'œsophage,
duplication duodénale, ,
hémi vertèbre...

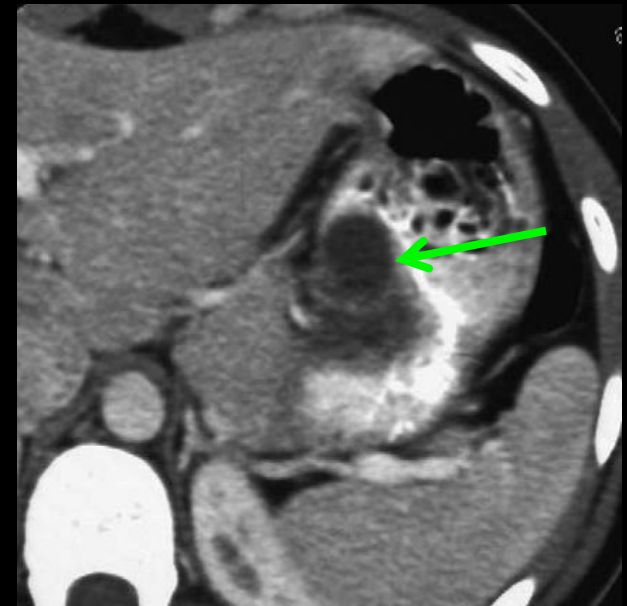
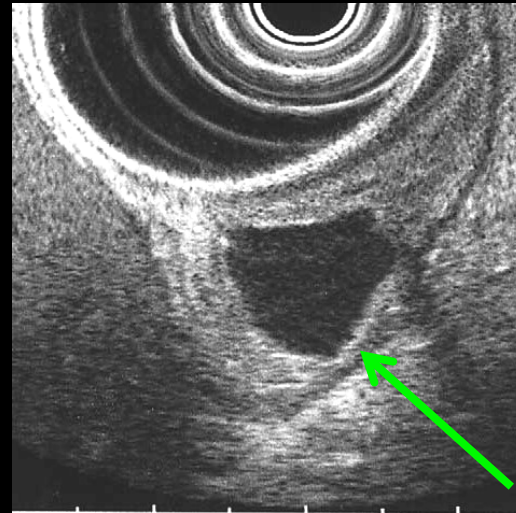
Symptomatologie d'une masse para gastrique :

nausées/vomissements,
épigastralgies,
amaigrissement

Complications rares :

hémorragies,
infection
sténoses digestives,
ulcéreuse,
PA récidivantes...

cancérisation exceptionnelle 10 cas rapportés
dont un à 24 ans



imagerie des duplications gastriques de l'adulte

TDM :

Prise de contraste identique de la paroi du kyste et de la paroi digestive

Echo endoscopie +++ :

2 couches de la paroi du kyste

Diagnostics différentiels :

Pseudo kystes du pancréas

T kystique pancréatique

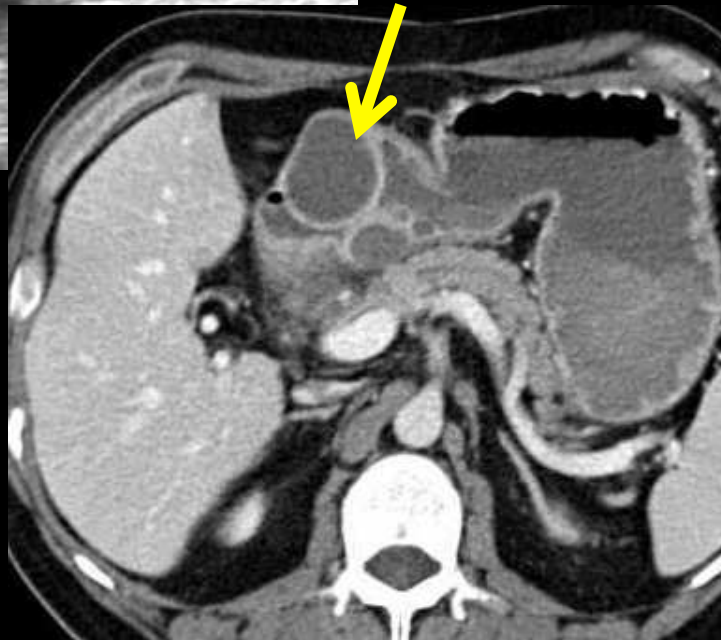
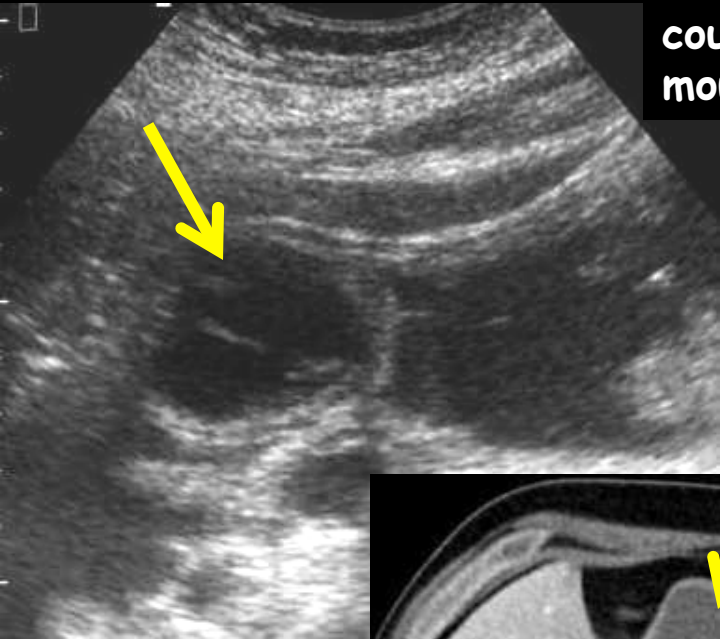
GIST ou adénocarcinome nécrosé

dystrophie kystique sur pancréas
ectopique antral

....



échographie:
couches pariétales
mouvements péristaltiques



paroi = rehaussement identique à celui de la paroi digestive

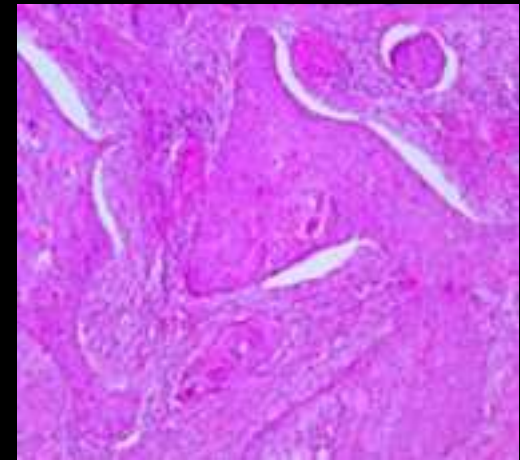
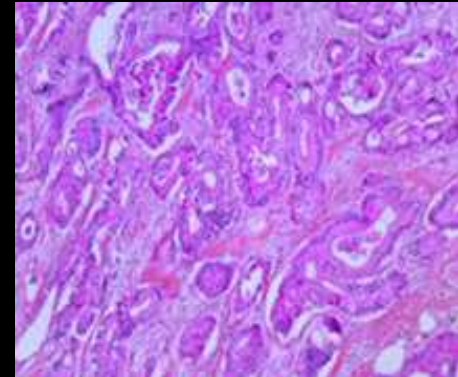
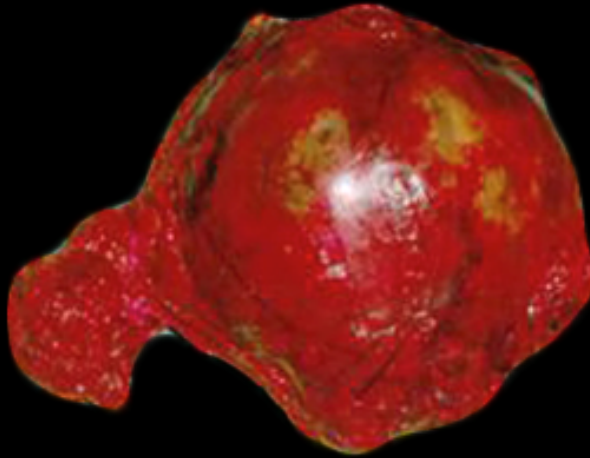
duplication kystique antrale

Chirurgicale ou , si techniquement possible sous endoscopie :

Simple excision du mur commun

Dérivation (risque de persistance des symptômes)

Résection complète de la malformation toujours préférable



Gastrectomie radicale : adénocarcinome
(et carcinome à cellules squameuses)
sur duplication gastrique

Messages à retenir

- la duplication kystique de l'estomac est une pathologie de l'enfance , parfois découverte à l'âge adulte. Les sièges de prédilection sont la grande courbure et l'antrum gastriques
- chez l'adulte elle est le plus souvent asymptomatique ++
- toutes les méthodes d'imagerie en coupes peuvent contribuer au diagnostic ; l'écho endoscopie étant la plus précise et l'IRM la plus complète et non invasive
- le traitement chirurgical ou éventuellement endoscopique , l'exérèse de la totalité de la lésion étant la règle en raison d'associations rares mais rapportées de lésions cancéreuses

