

Lésions kystiques

Orientations étiologiques

- ① Anomalies de développement: maladie fibro-kystique.
- ② Lésions tumorales primitives ou secondaires.
- ③ Lésions infectieuses.

Importance du contexte ++++

Caractères sémiologiques spécifiques

1 Anomalies de développement

- Kyste Biliaire
- Polykystose hépatique
- Hamartomes biliaires
- Kystes périliaires



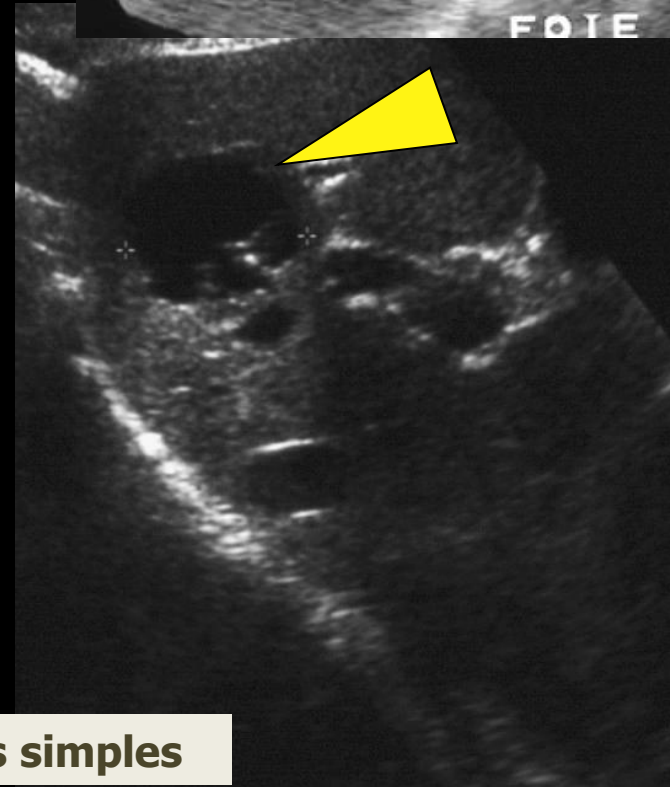
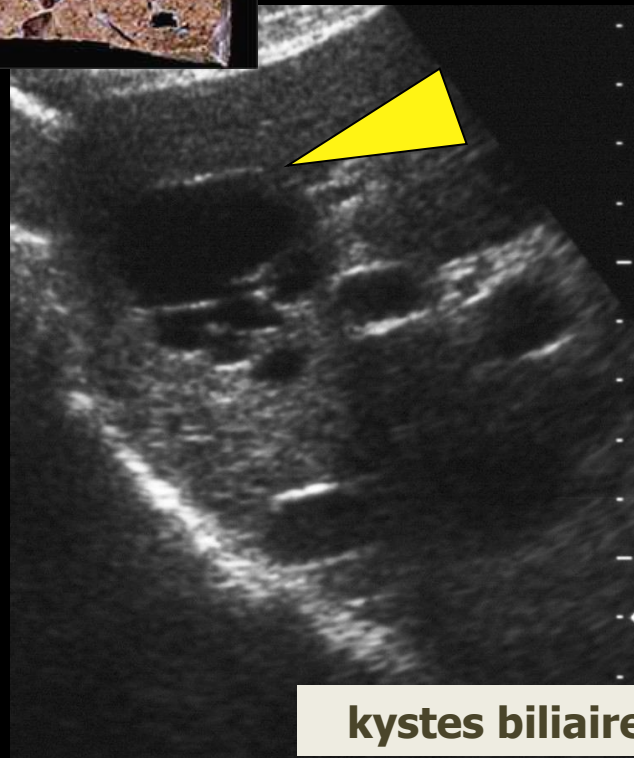
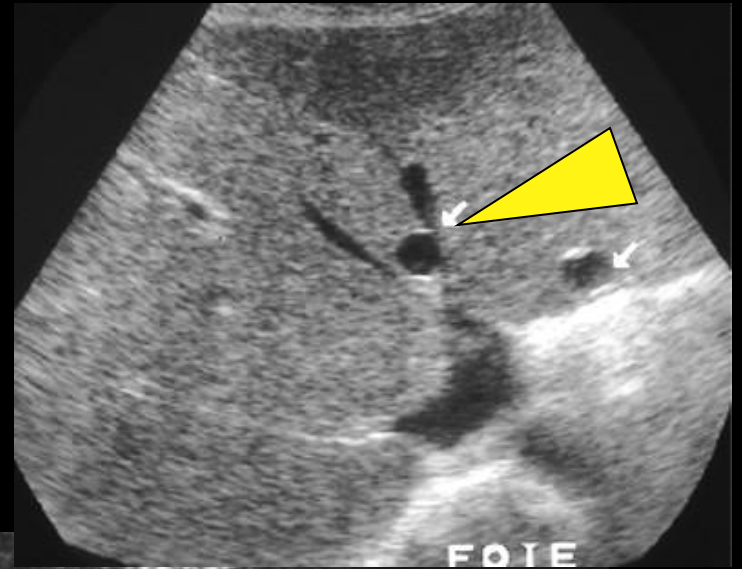
**Pas de communication
avec l'arbre biliaire**

- Maladie de Caroli



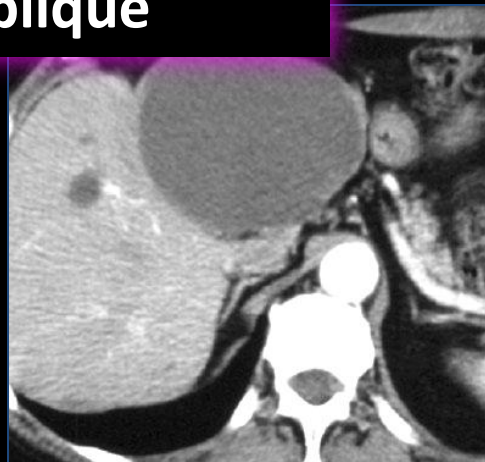
**Communication avec
l'arbre biliaire**

1 Kyste biliaire



kystes biliaires simples

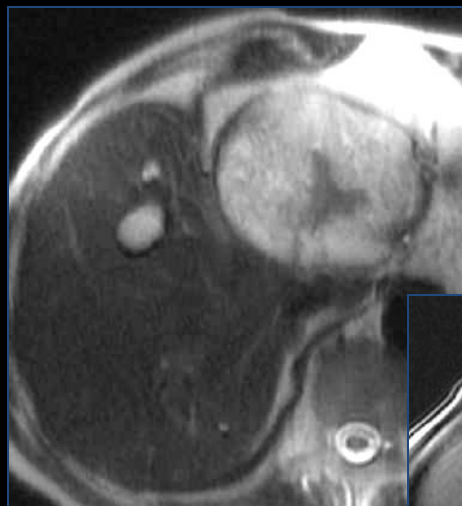
1 Kyste biliaire compliqué



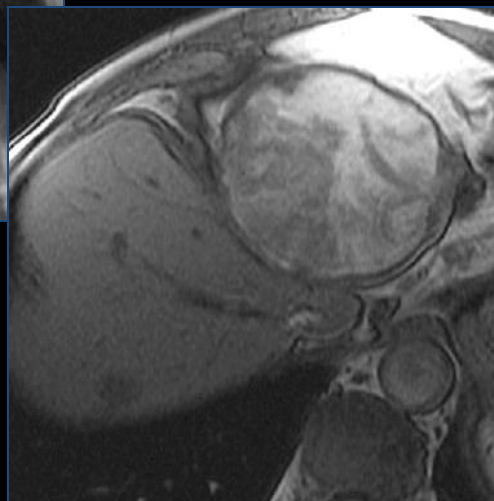
CT
45 s



CT
70 s



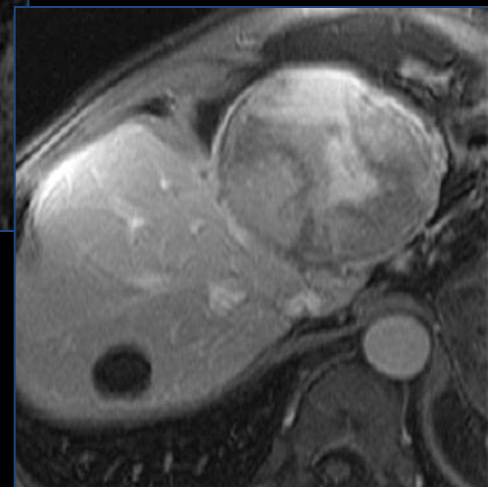
T2 TE
court



T1 sans inj.



T1 45''



T1 1' 30''

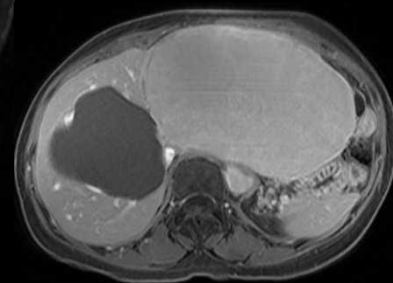
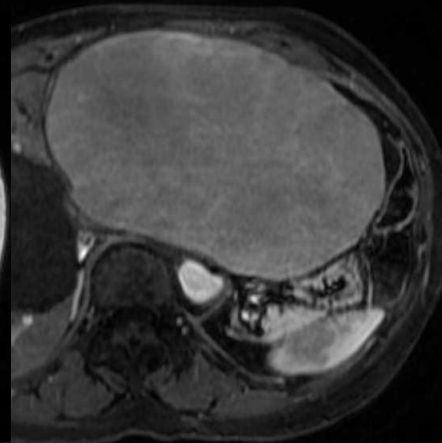
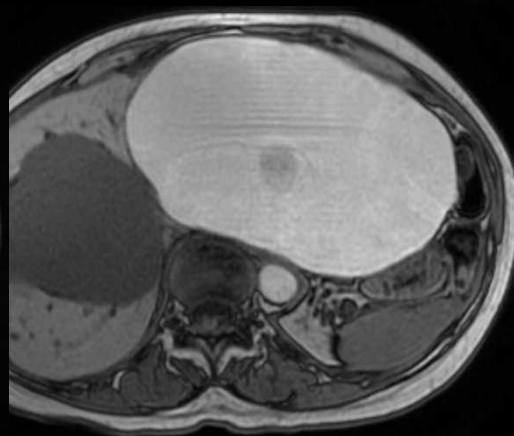
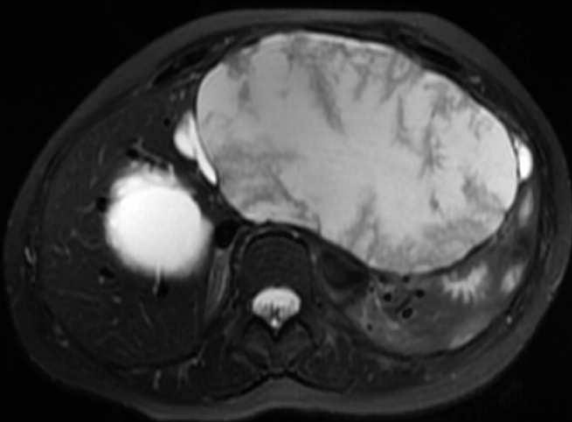
kyste biliaire compliqué : caillottage du contenu et paroi épaisse

Kyste biliaire compliqué

Patiente de 57 ans

Pas d'ATCD

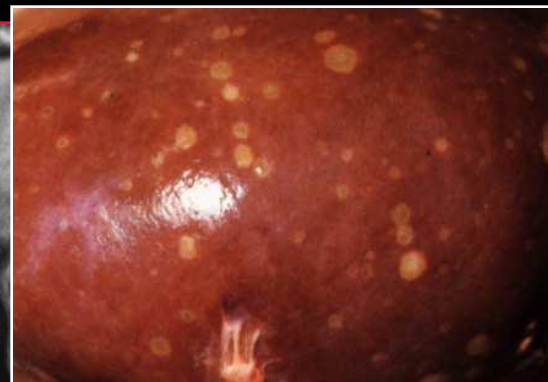
Douleurs épigastriques, dysphagie



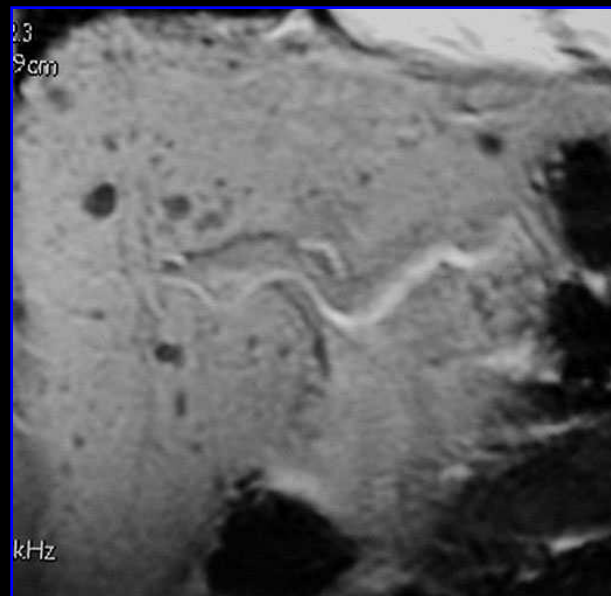
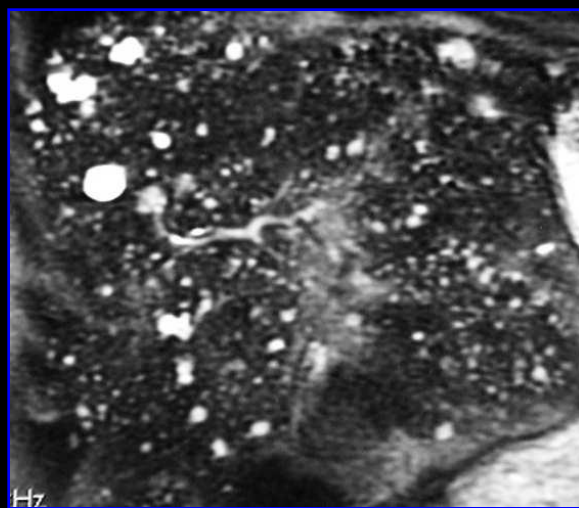
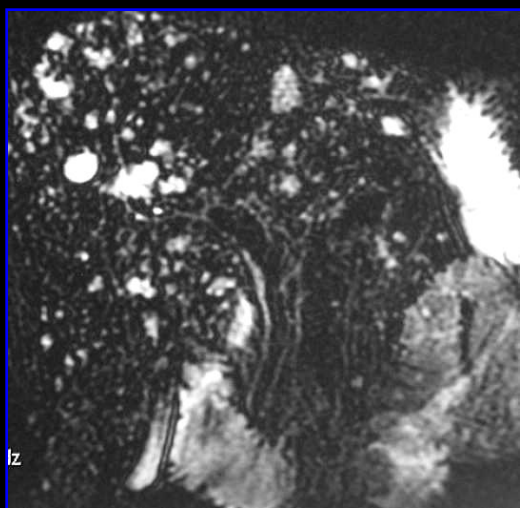
2 Complexes de Von Meyenburg: hamartomes biliaires

- Lésions bénignes avec **prolifération de canaux biliaires dilatés** entourés par un tissu de fibrocollagène.
- Origine plutôt malformative, par malformation de la *plaque ductale* des canaux biliaires interlobulaires des ramifications portales périphériques les plus fines.
- La dégénérescence en cholangiocarcinome a été décrite exceptionnellement (Hasebe) et ne semble pas justifier un geste d'exérèse.
- **Echo** : nodules arrondis souvent hypoéchogènes pour les lésions les plus grosses (parfois kystiques), parfois hyperéchogène (probablement en raison des interfaces pour les lésions de petite taille)
- **TDM** : lésions hypodenses aspécifiques. Possible nodule mural (phase portale)
- **IRM** : lésions de petites tailles infracentimétriques en hyposignal T1, en signal intermédiaire ou en hypersignal franc en T2, avec un possible rehaussement minime en T1. On décrit parfois un aspect de végétations dans les formes kystiques.

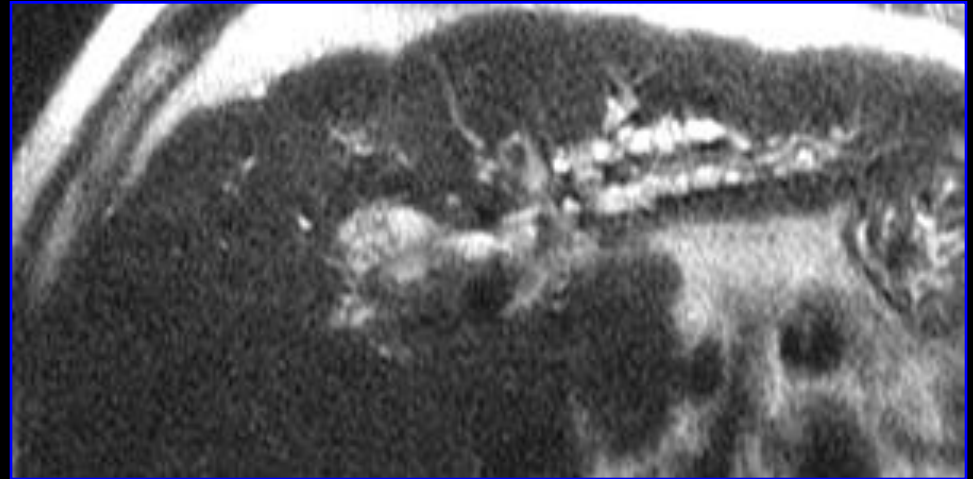
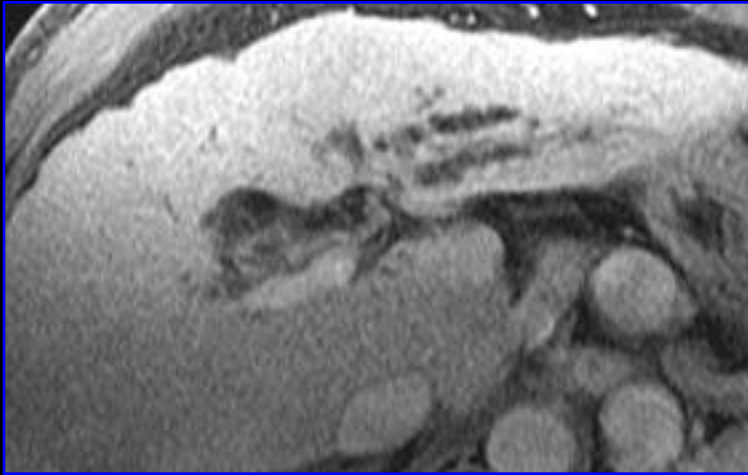
Complexes de Von Meyenburg: hamartomes biliaires



SS-FSE Te eff. long



3 Kystes péribilaires

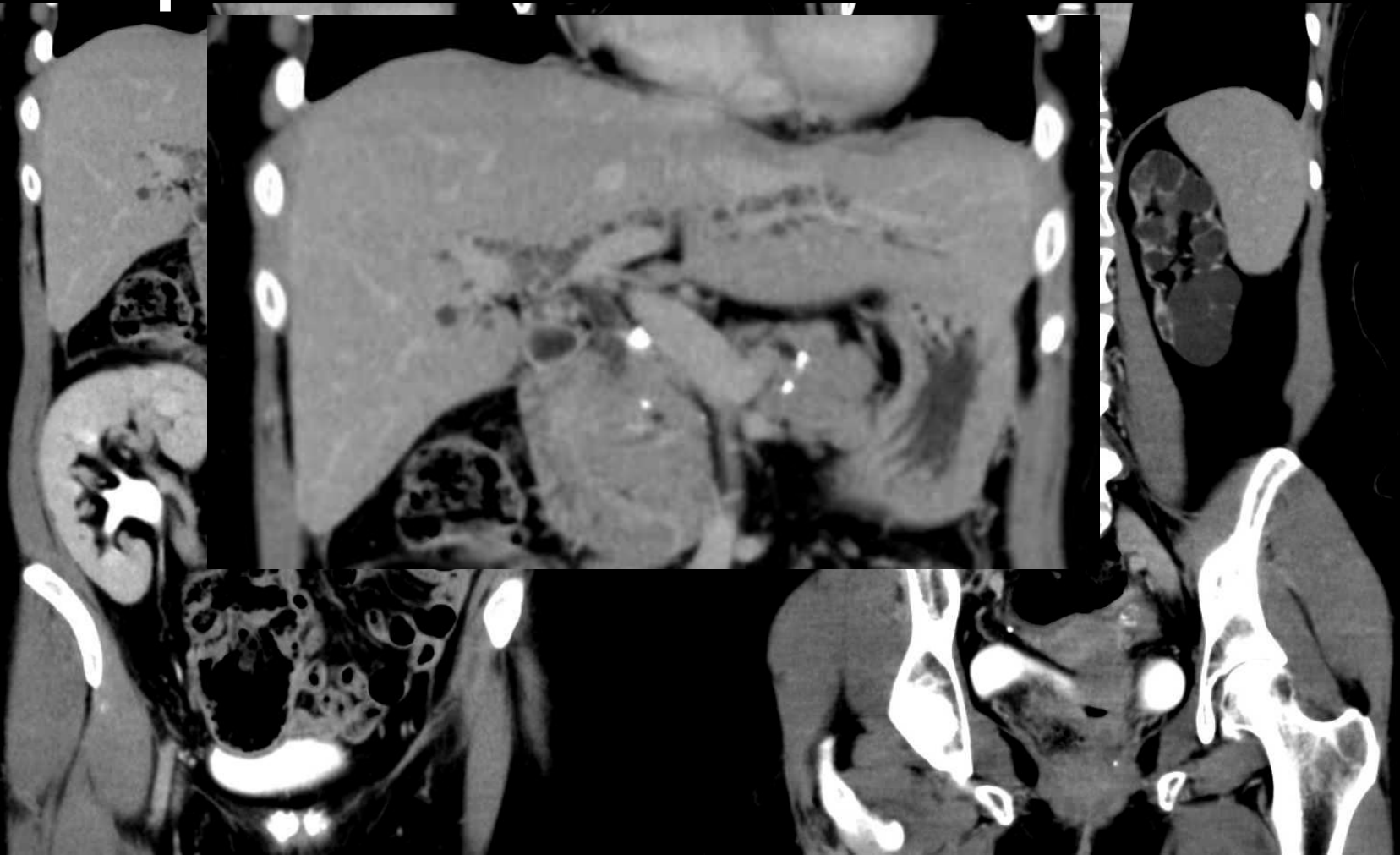


- Terrain : hépatopathie, cirrhose +++
- *Diagnostics différentiels*
 - dilatation segmentaire des VBIH sur cholangiocarcinome +++
 - Oedème périportal
 - Complexes de Von Meyenburg
 - Maladie de Caroli
- *Kystes péribilaires*
 - Aspect en chapelet
 - De part et d'autre de la veine porte
 - Non communiquant avec les voies biliaires (≠ maladie de Caroli)

Kystes péribiliaires

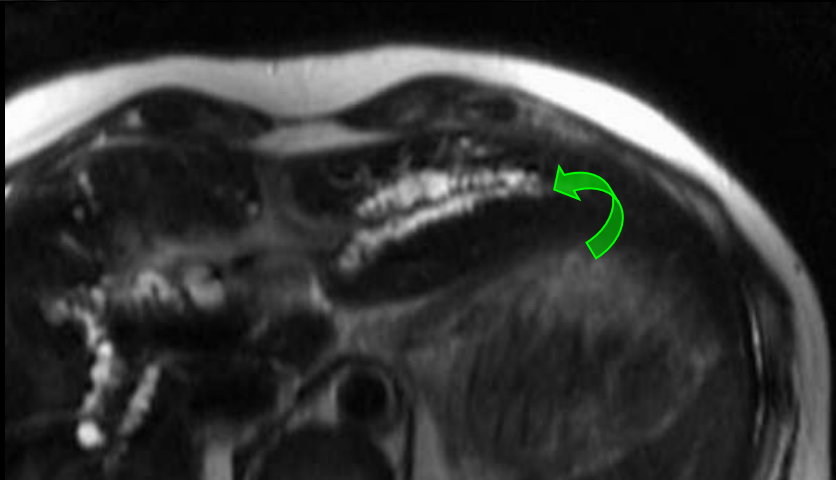
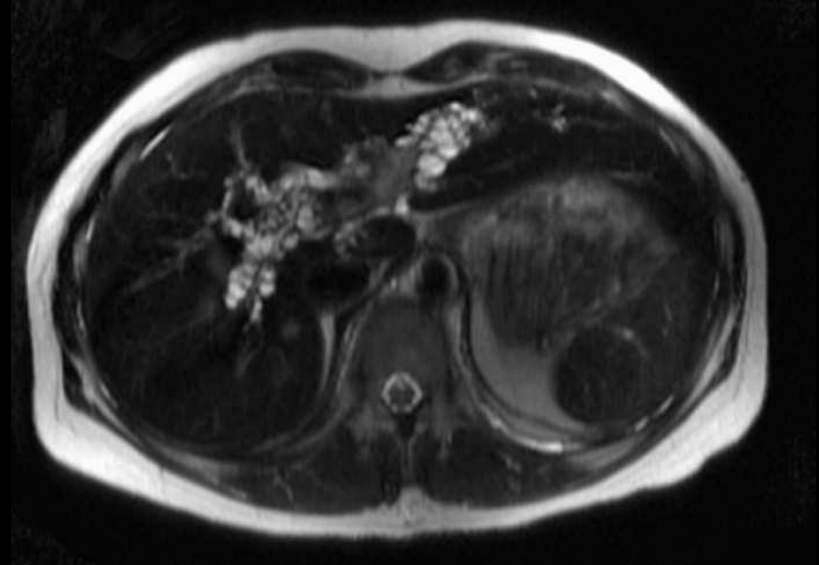
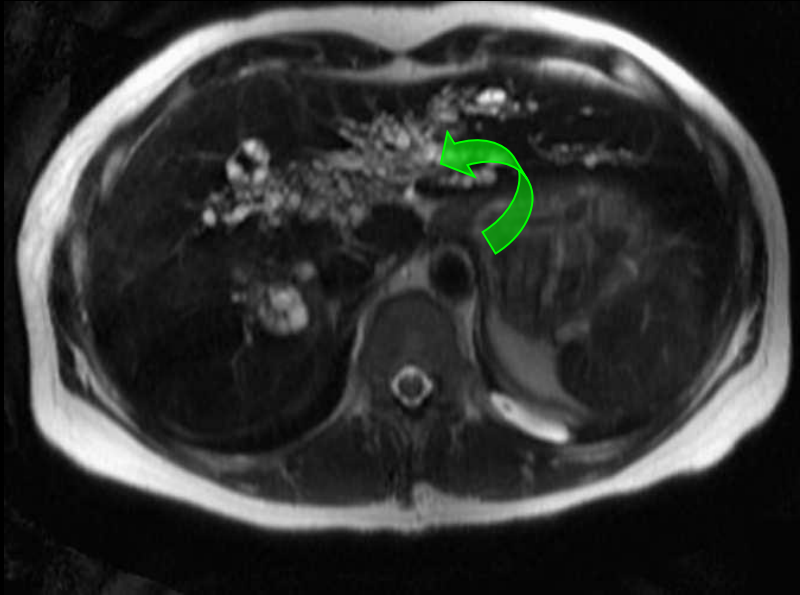


Kystes péribiliaires

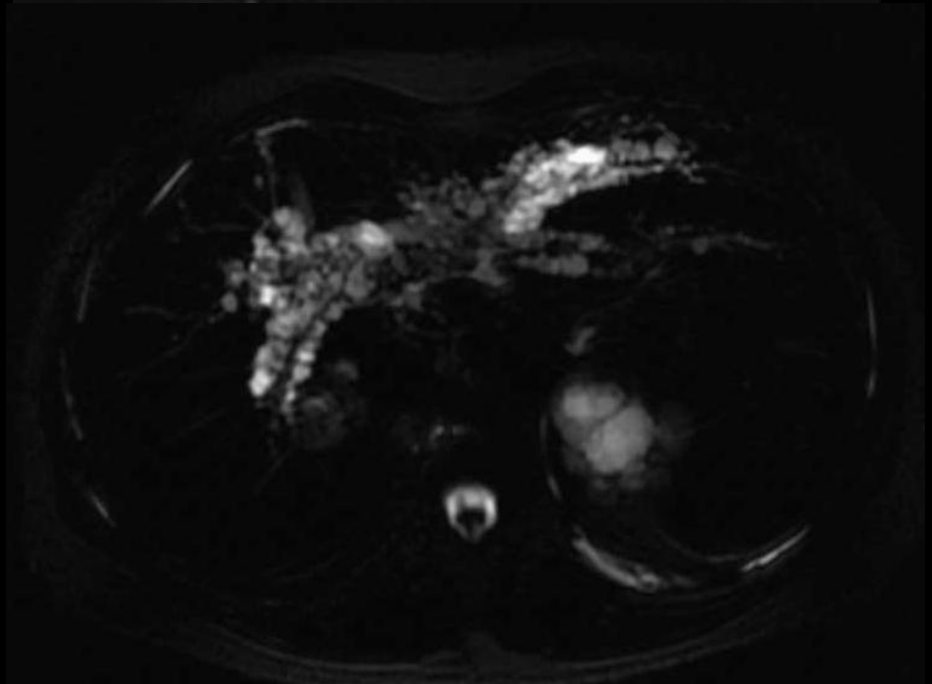
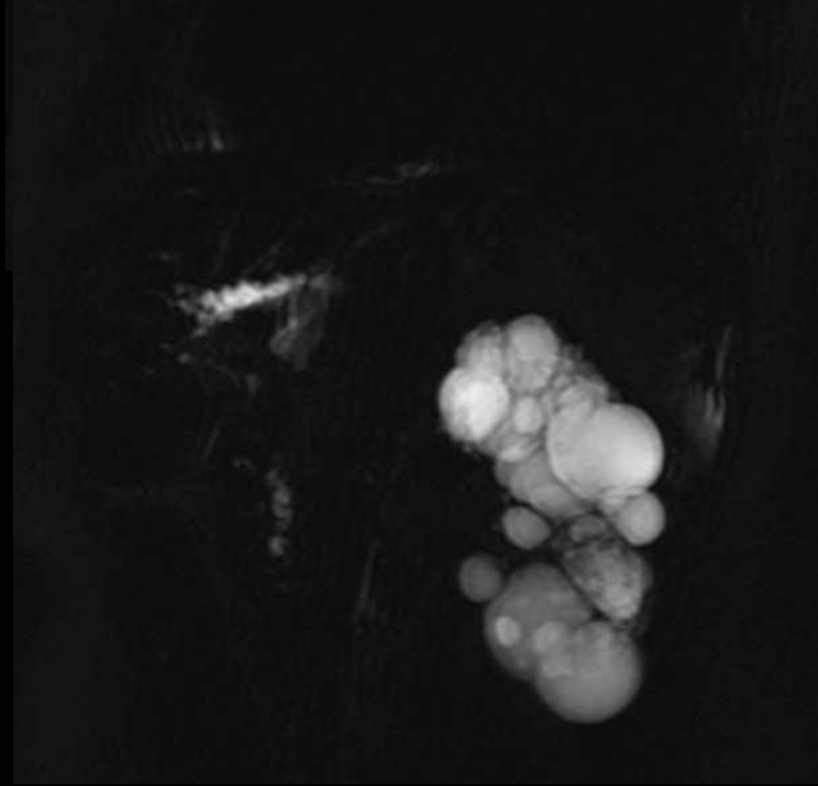
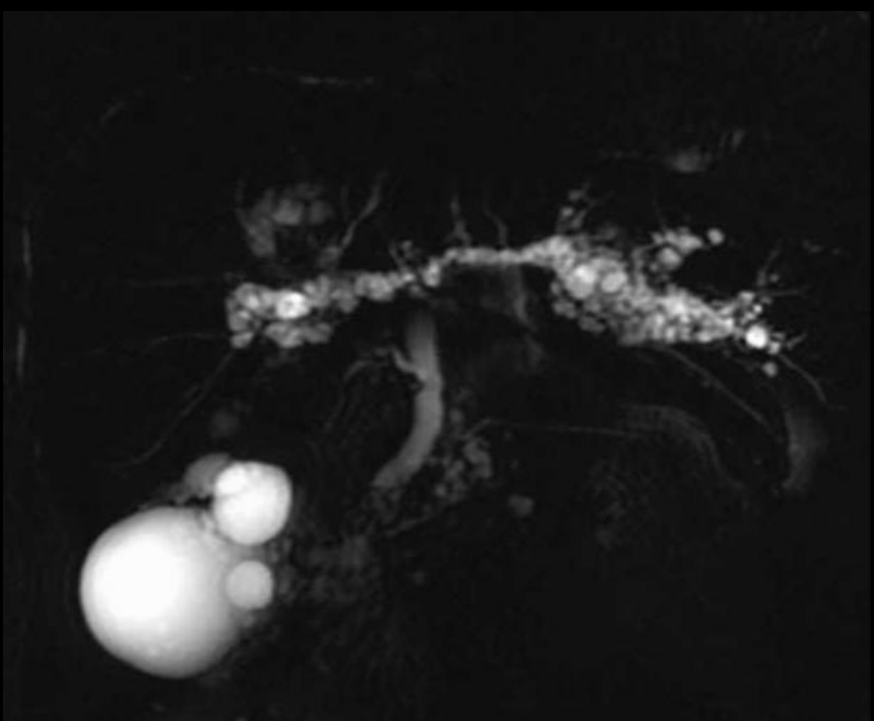
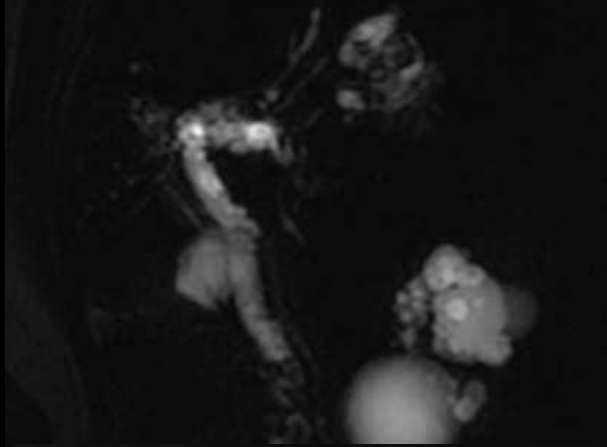


Scanner injecté

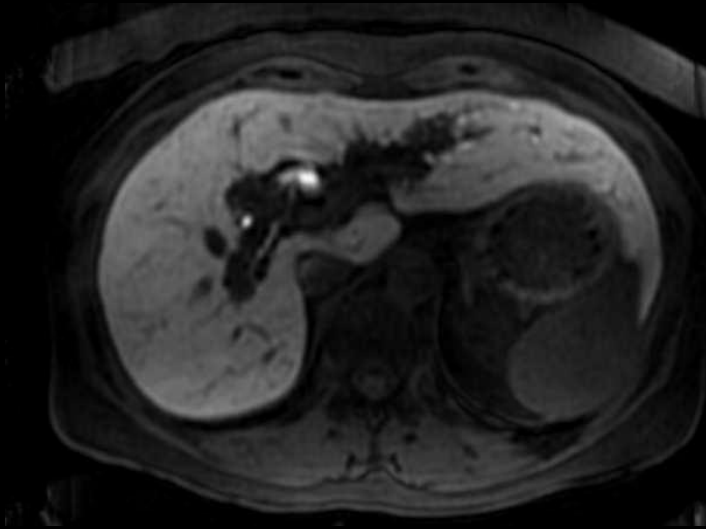
Kystes péribiliaires



Kystes péribiliaires



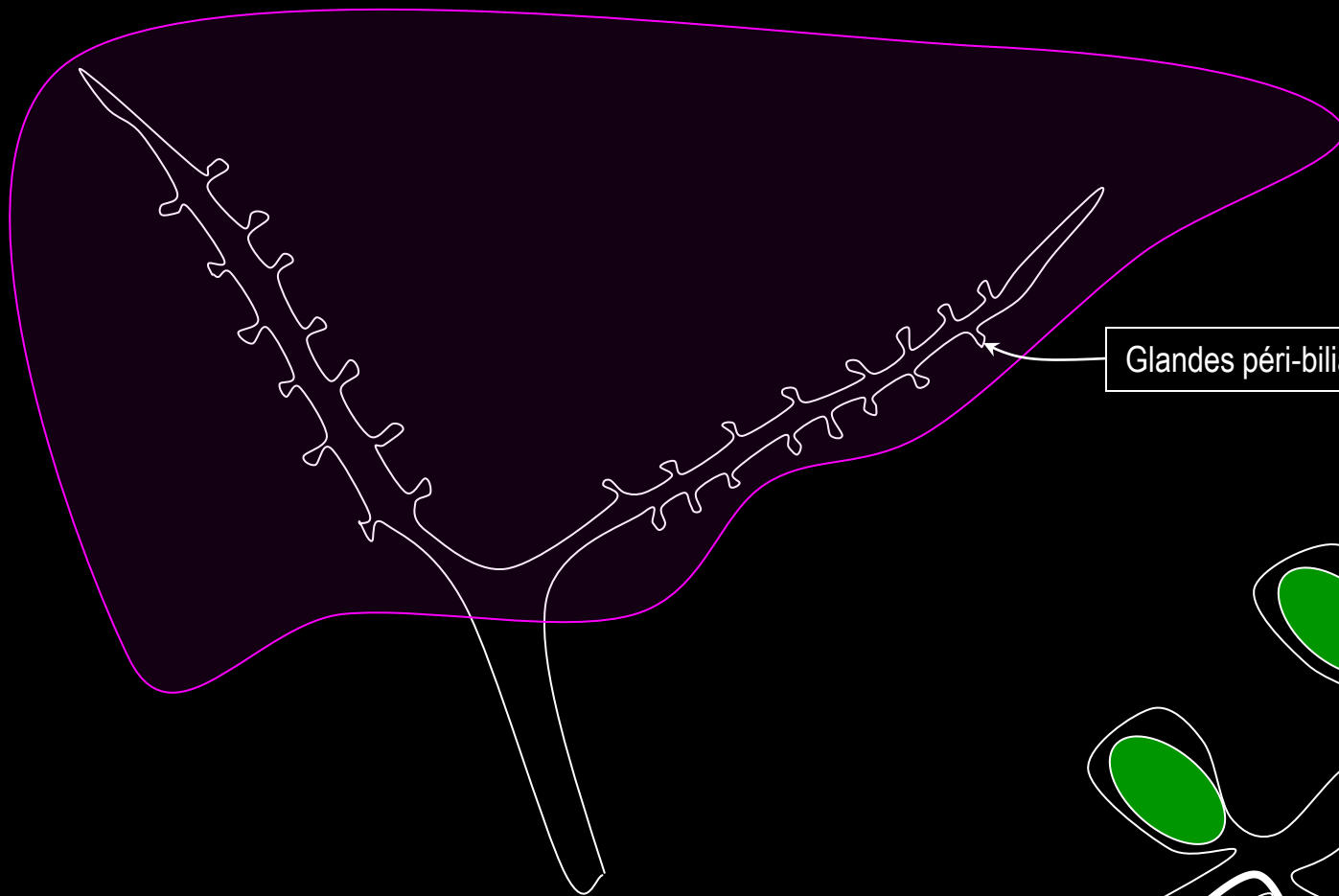
Kystes péribiliaires



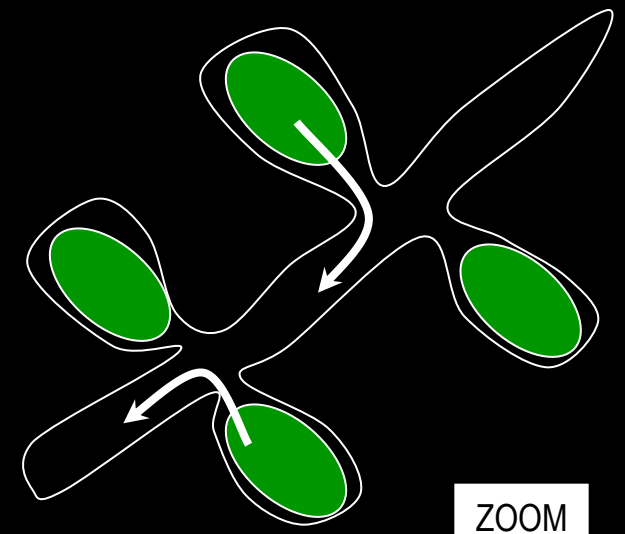
AUCUNE COMMUNICATION ENTRE LES
KYSTES ET LES VOIES BILIAIRES +++

Après injection de produit de contraste à élimination biliaire

Schéma anatomique
classique



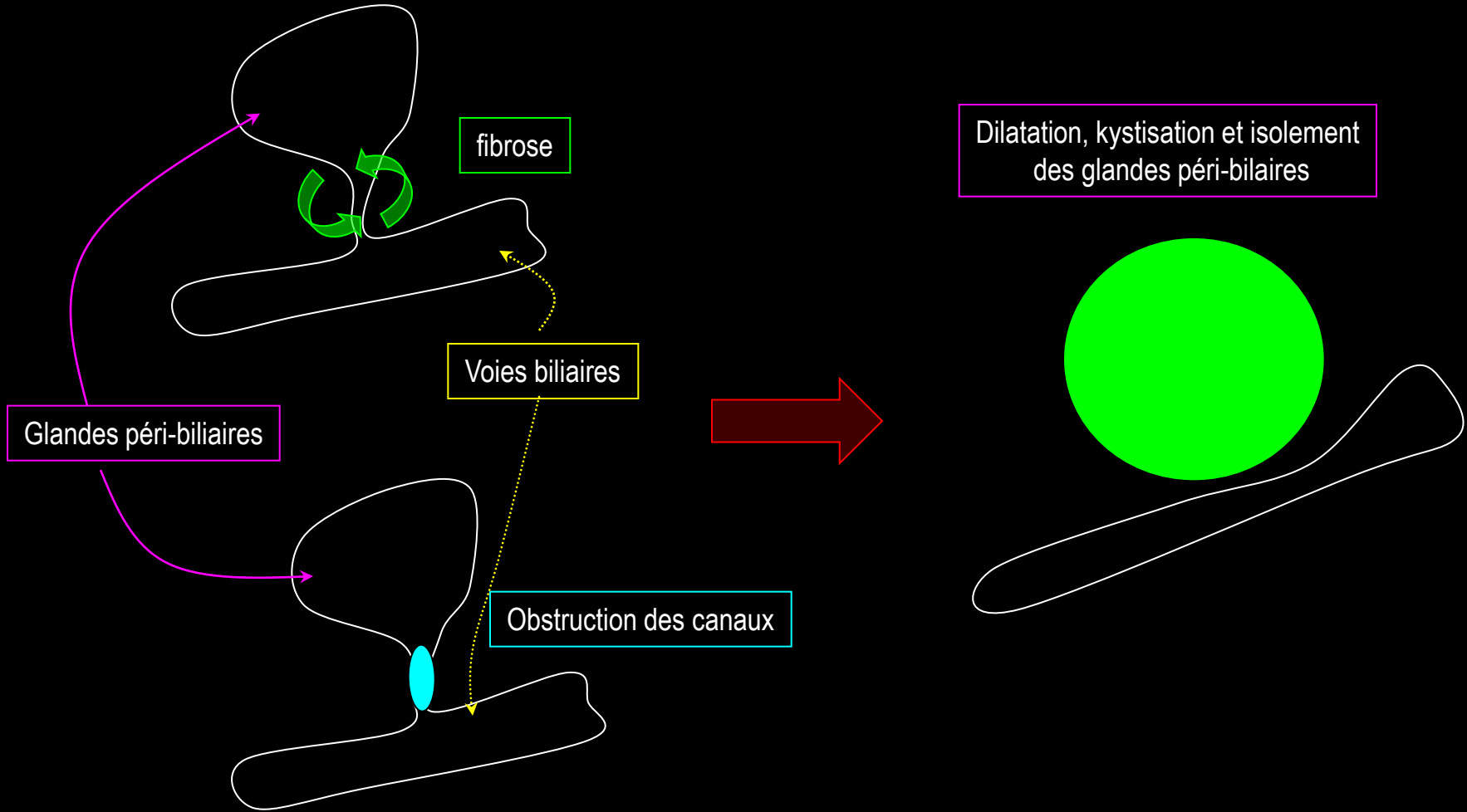
Glandes péri-biliaires

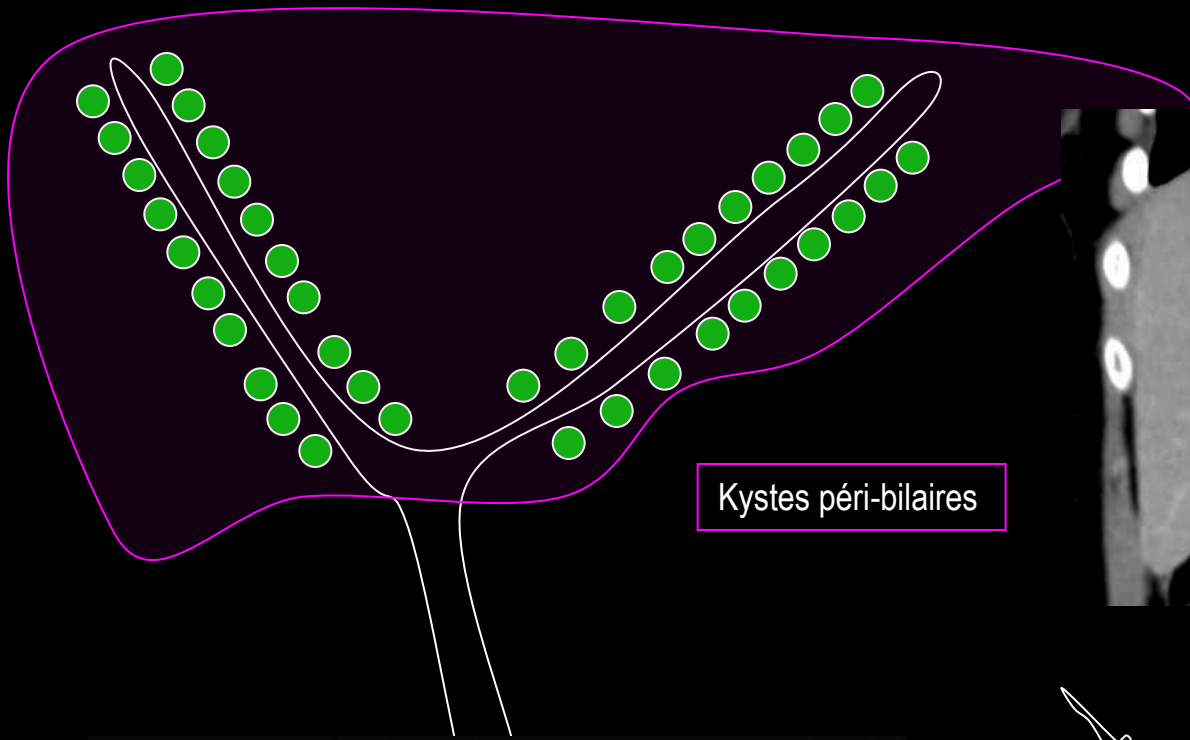


ZOOM

Glandes péri-biliaires :
=> Communiquent avec les voies biliaires.
=> Roles : sécrètent de la mucine pour fluidifier les voies biliaires.
=> En temps normal, elles ne sont pas visibles.

Physiopathologie





Kystes péri-biliaires

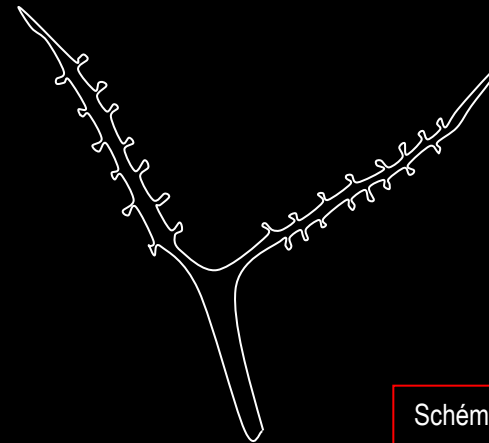
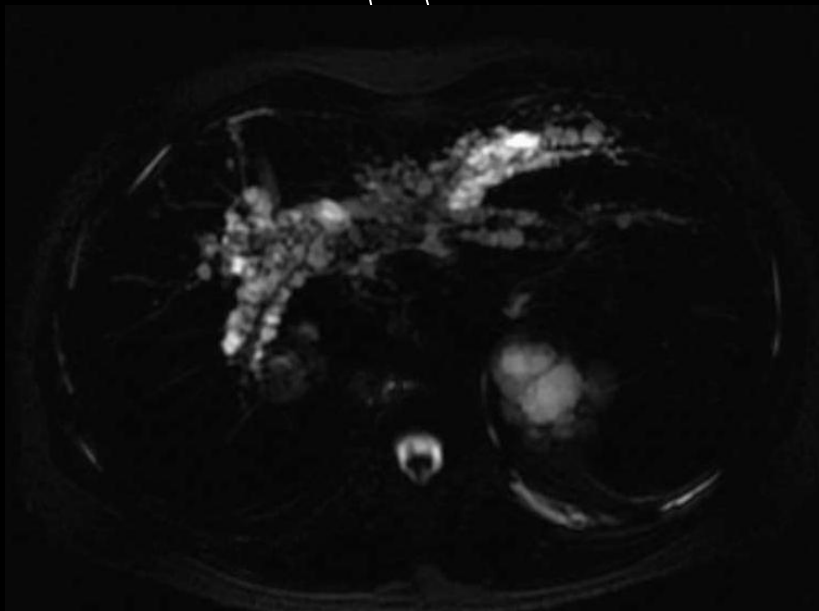
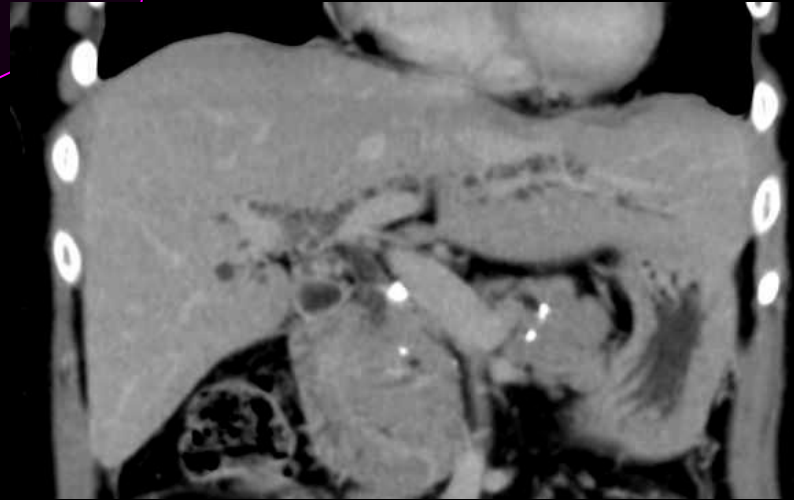


Schéma anatomique classique

Anomalies de développement

Communication avec les voies biliaires ++

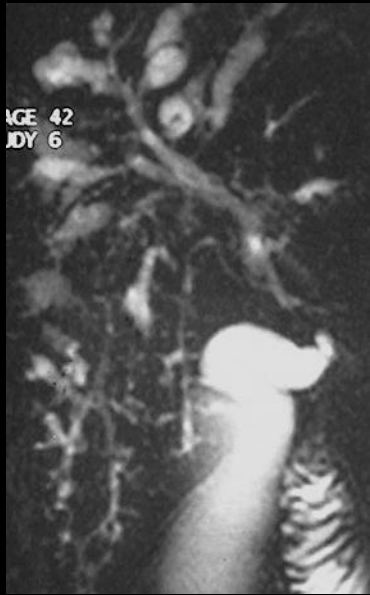
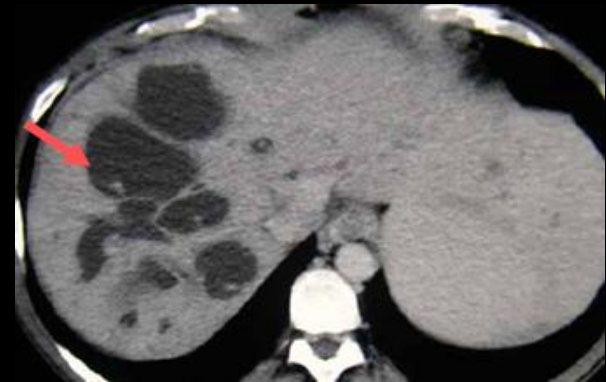
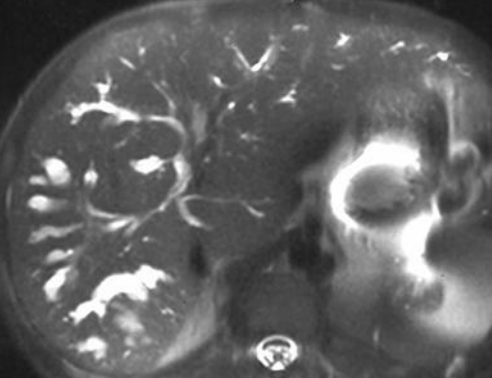
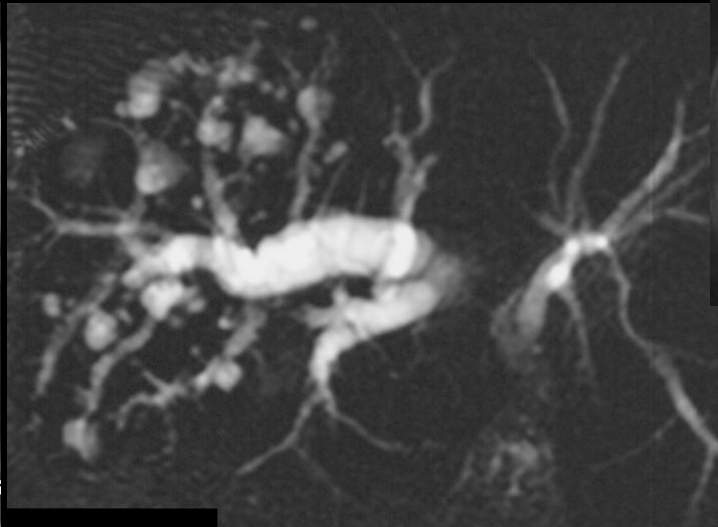
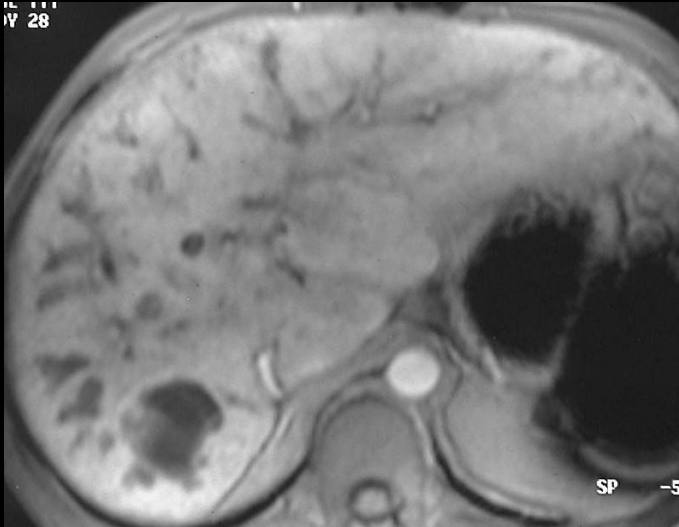
- Maladie de Caroli:

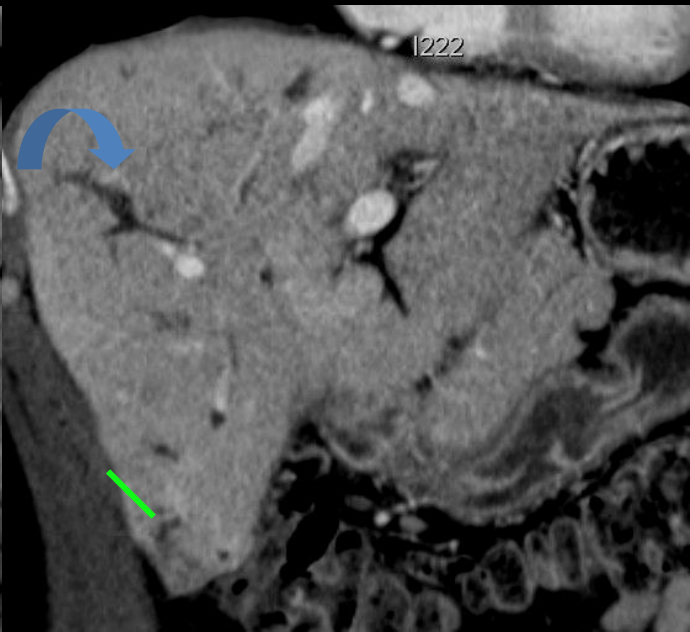
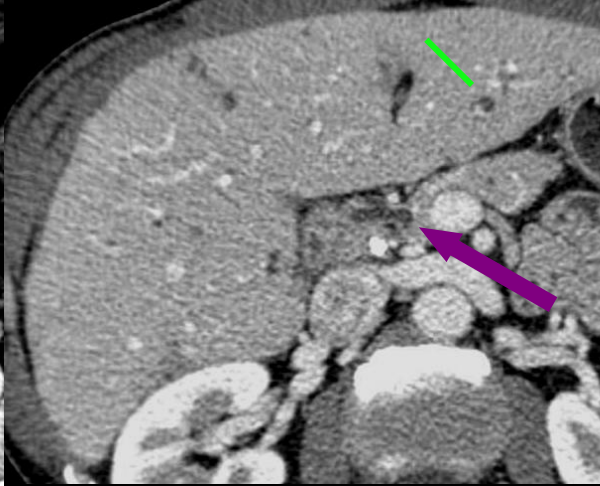
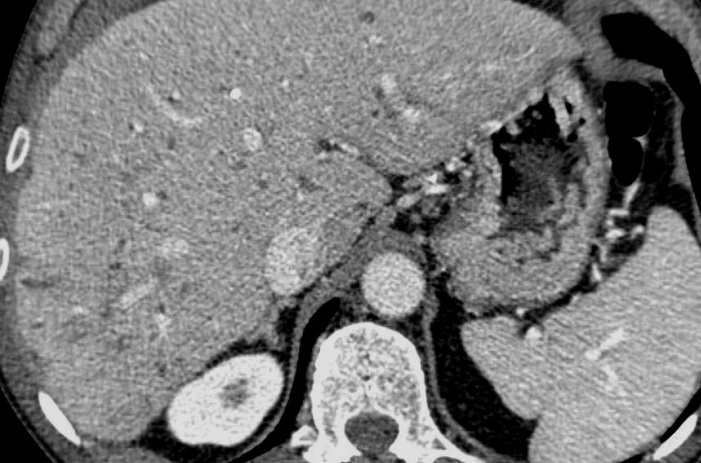
Peut rester longtemps asymptomatique

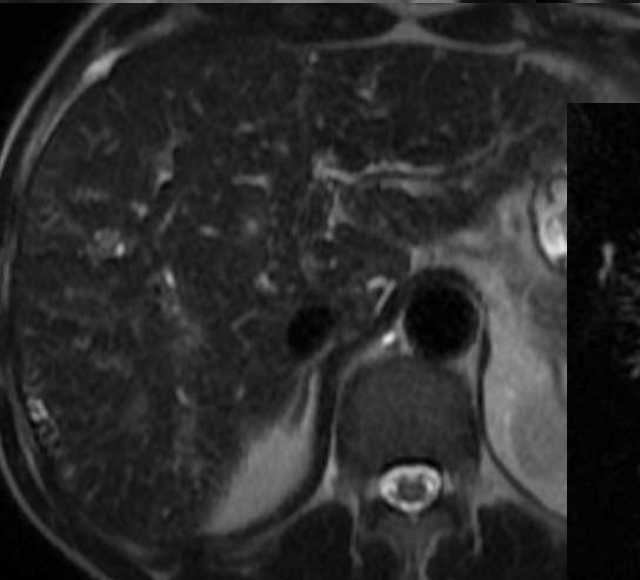
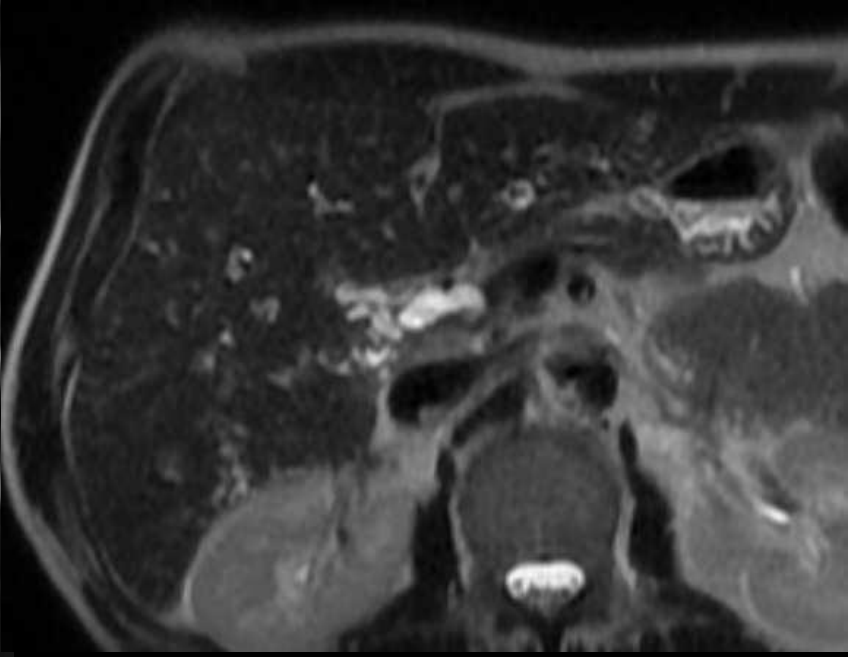
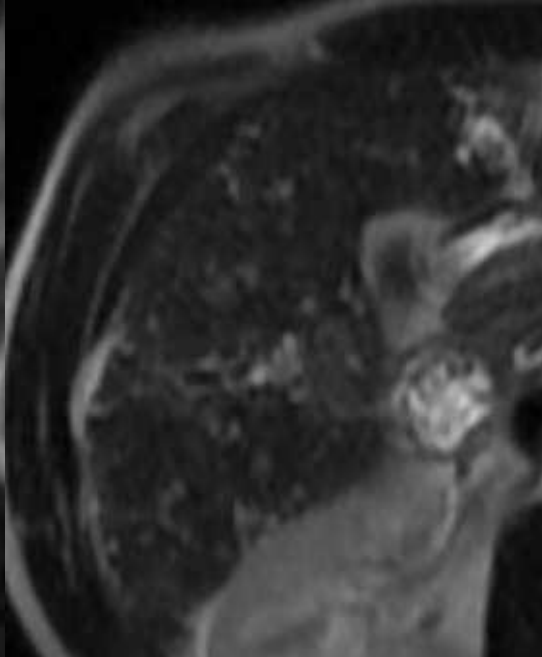
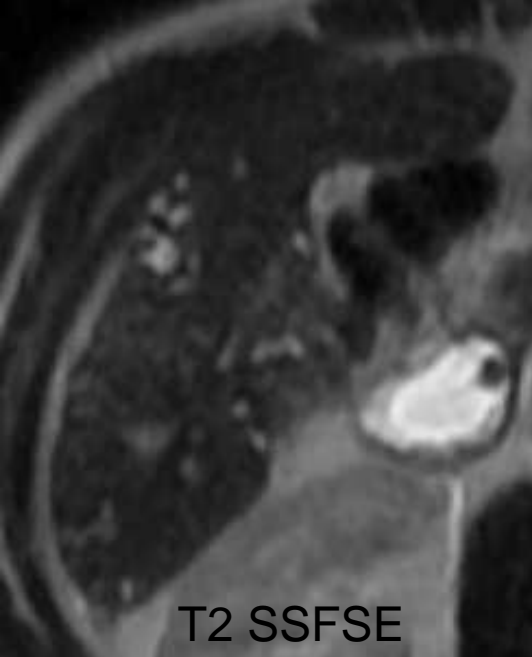
- Syndrome de Caroli:

S'ajoute une fibrose portale entraînant une HTP, maladie symptomatique dès l'enfance

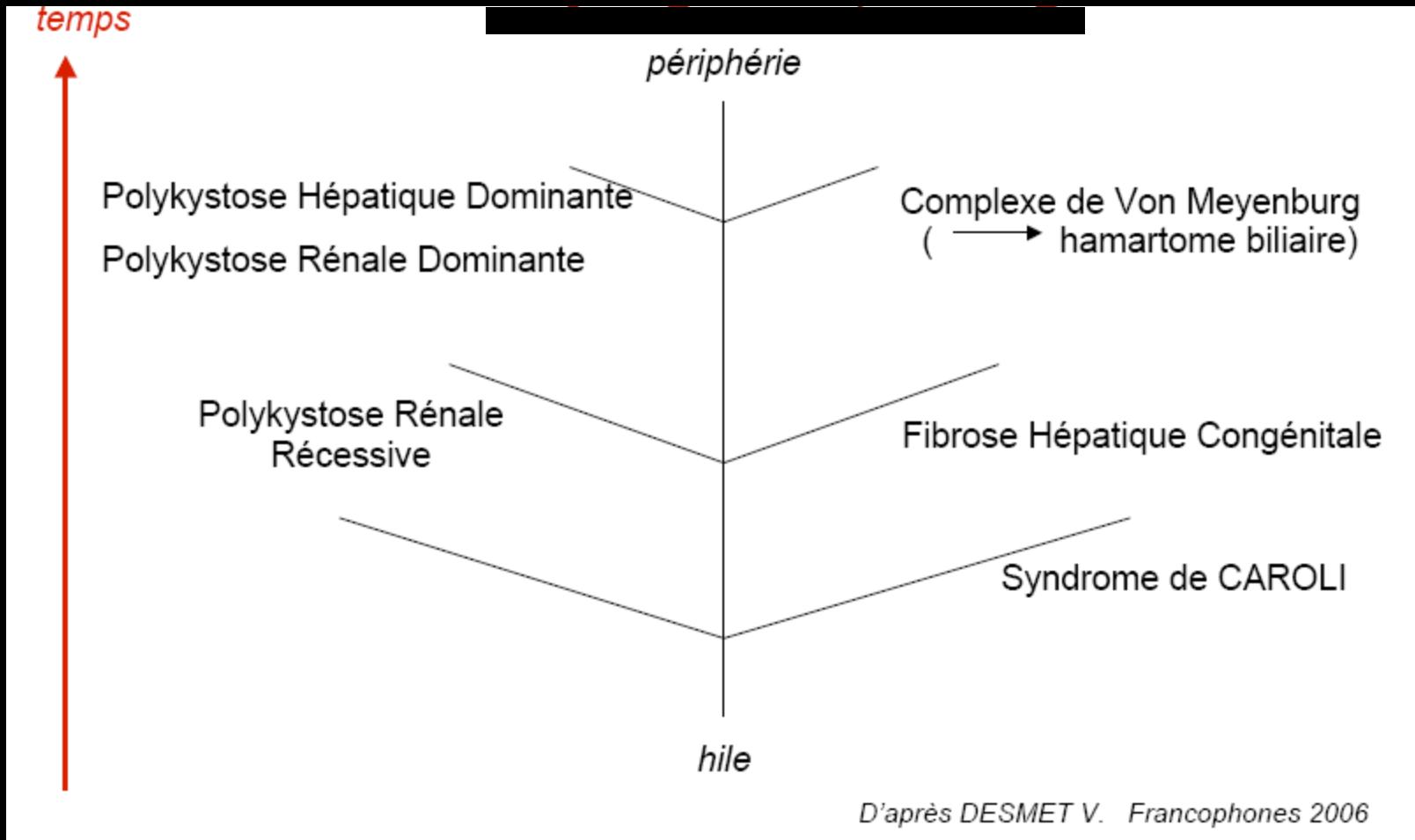
Maladie de Caroli



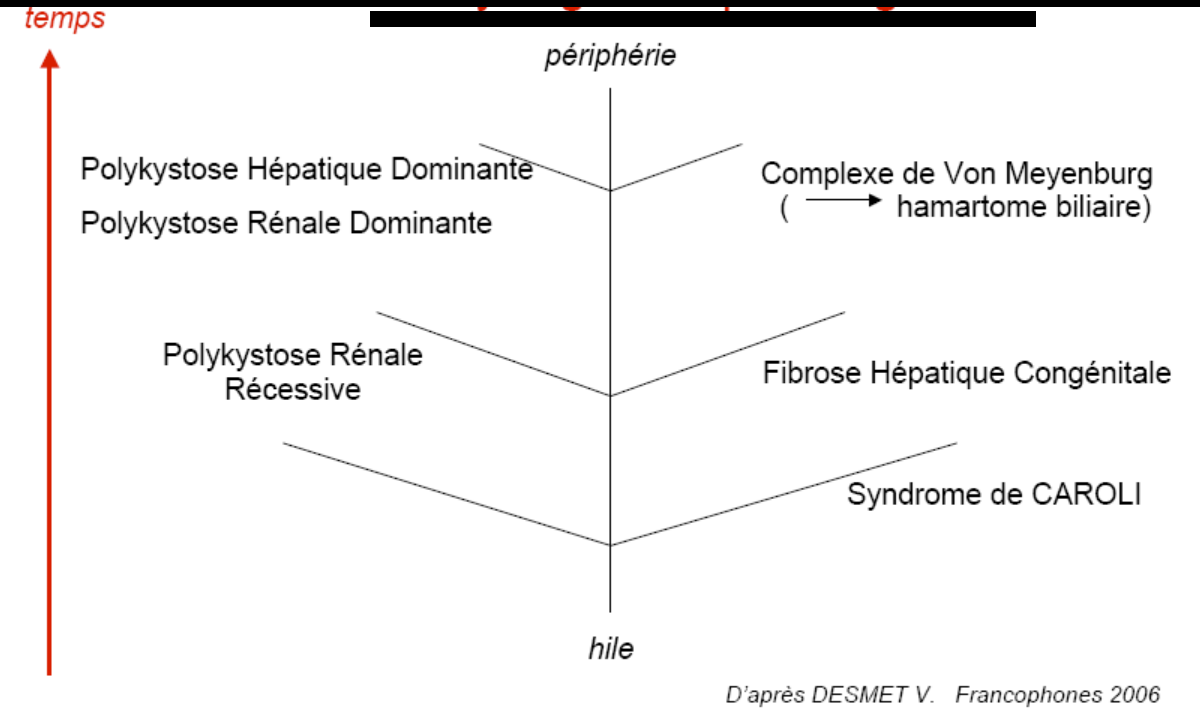




Maladie fibrokystique

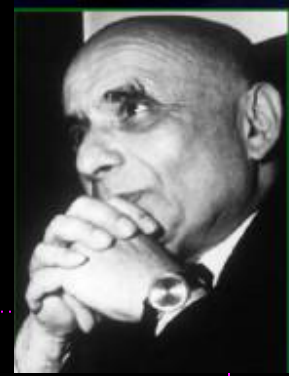


Maladie fibrokystique



	communication avec les VBIH
Syndrome de Caroli	OUI
Syndrome de Caroli associé à la FHC	
Fibrose hépatique congénitale (FHC)	
Polykystose rénale récessive (PRR)	NON
Polykystose rénale dominante (PRD)	
Polykystose hépatique dominante (PHD)	
Complexes de Von Meyenburg	

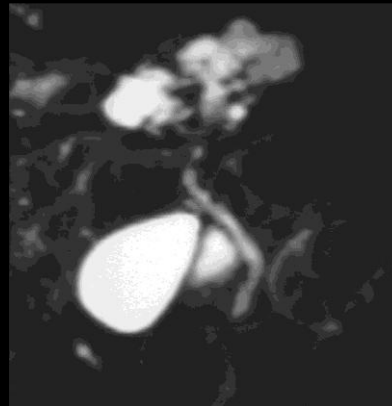
Maladie de Caroli



Cadre des maladies fibropolykystique du foie

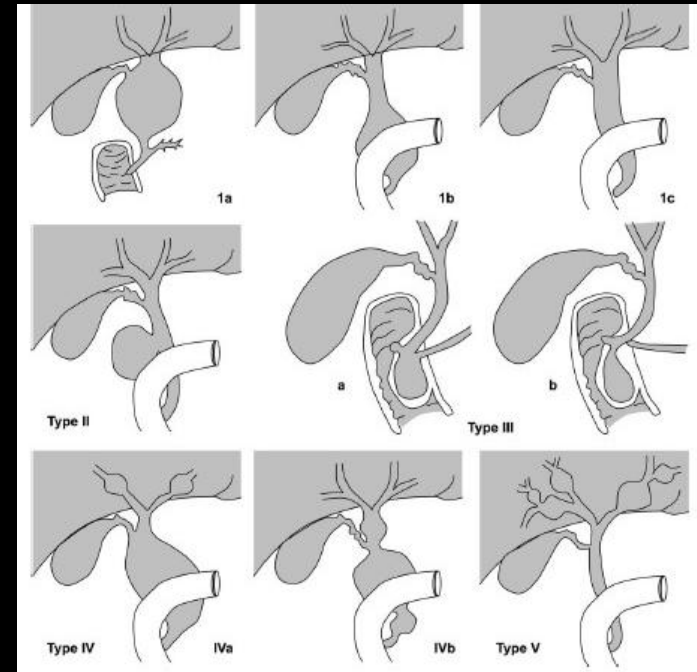
Malformation de la plaque ductale avec dilatation canalaire segmentaire diffuse ou localisé exposant au risque de sepsis (angiocholite), de cholangite et de lithiase biliaire intra hépatique.

Stade V de la classification de Todani



Rare <math><1/1000000</math> dans la pop générale.

Congénital, non héréditaire



Maladie de Caroli

- Maladie de Caroli

Pas de fibrose hépatique
Début à l'âge adulte jeune

Manifestations : angiocholite
Kyste du cholédoque fréquent
Anomalies rénales rares

Syndrome de Caroli

Fibrose hépatique congénitale
Début dans l'enfance
Forme familiale ++
Angiocholite, HTP
K cholédoque peu fréquent
Anomalies rénales fréquentes
(85%): polykystose rénale
autosomique

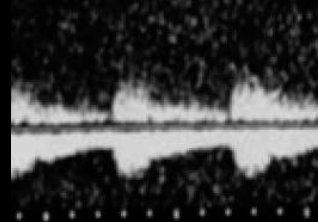
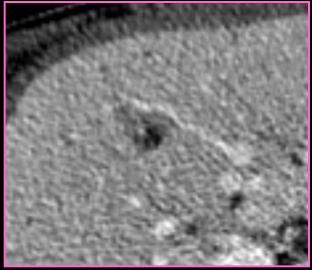
Maladie de Caroli

- Complications et pronostic
 - Lithiases intrahépatique >90%
 - Infections: angiocholite, abcès hépatiques
 - Dégénérescence en **cholangiocarcinome** 7%cas

Syndrome de Caroli:

- Complication de l' HTP (hémorragie digestive++)
- Complication dues aux atteintes associées

Dot Sign

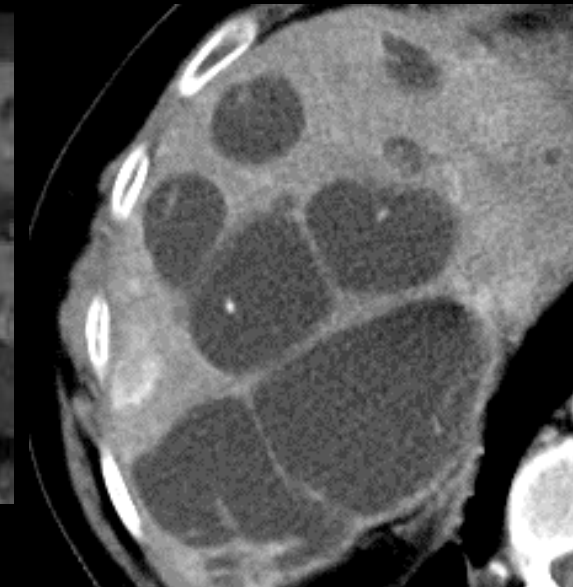
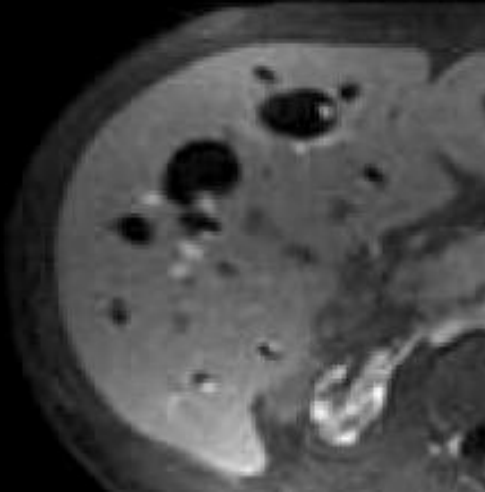


Dilatation de canal biliaire primitif autour d'un élément vasculaire

Pathognomonique des anomalies de la plaque ductale

50% des cas si injection

Plus fréquent chez les syndromes que dans les formes isolées

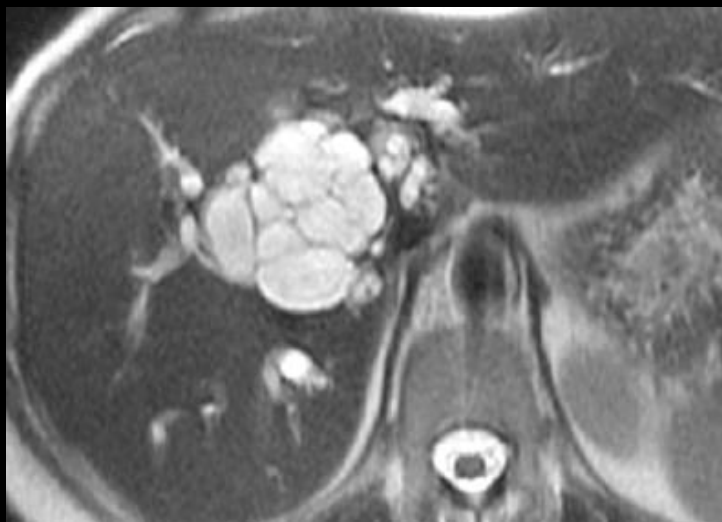


2 Lésions tumorales kystiques

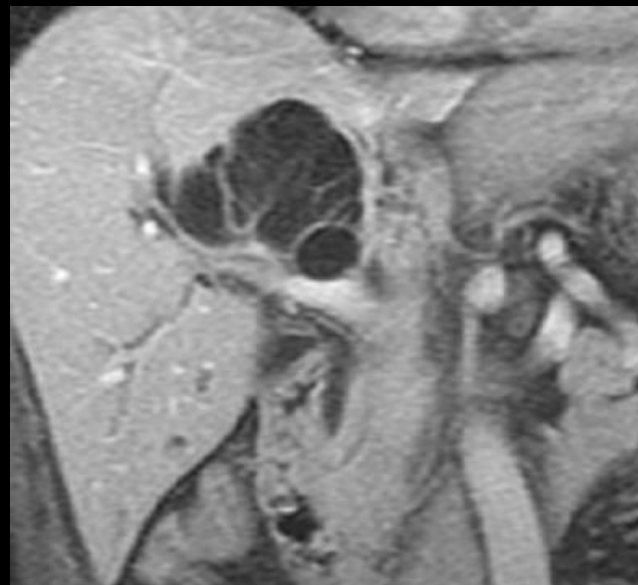
- Cystadénome et cystadénocarcinome ++++
- Lésions secondaire:
 - Rares
 - Contexte++, lésions multiples
 - Tumeurs endocrines, sarcomes, mélanomes, rein... Sein et pulmonaire possibles
 - Attention à certaines chimiothérapies anti-angiogéniques provoquant une évolution « kystiques » des métastases.
- Lésions primitives:
 - Rares
 - CHC: rechercher composante hypervasculaire et lavage.
 - Cholangiocarcinome: répercussion sur les voies biliaires.

Cystadénome et cystadénocarcinome biliaire

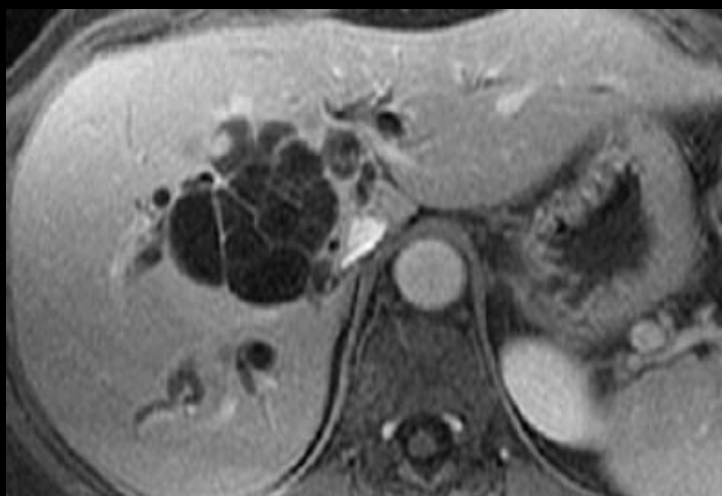
- Contenu mucineux plus ou moins cloisonné (plus rarement séreux), ne communiquant pas avec les voies biliaires.
- Femme (80%) d'âge moyen, habituellement asymptomatique.
- Formation liquidienne intrahépatique avec de nombreuses cloisons, lui conférant un aspect caractéristique multiloculaire.
- La présence d'un épaissement pariétal, de végétations ou de nodules muraux n'est pas spécifique, mais elle doit faire discuter de principe un cystadénocarcinome biliaire.
- Scanner: parfois calcifications septales ou pariétales.



T2 TE court



T 1

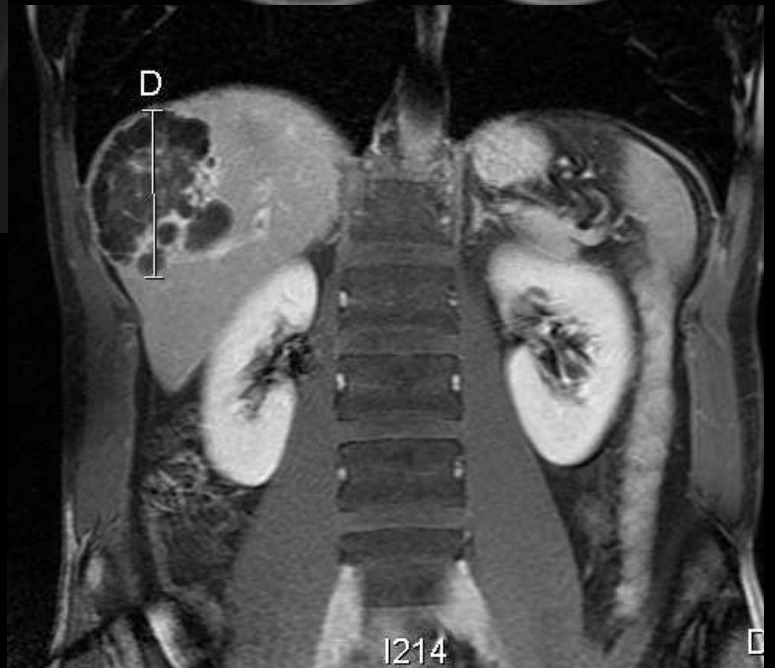
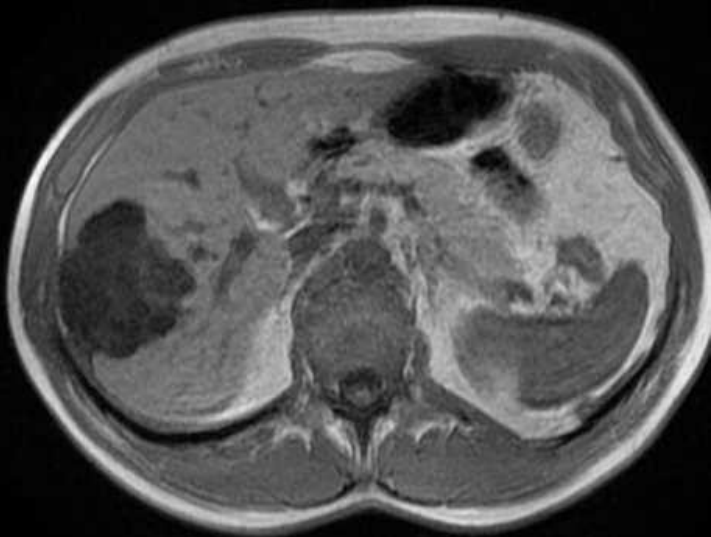
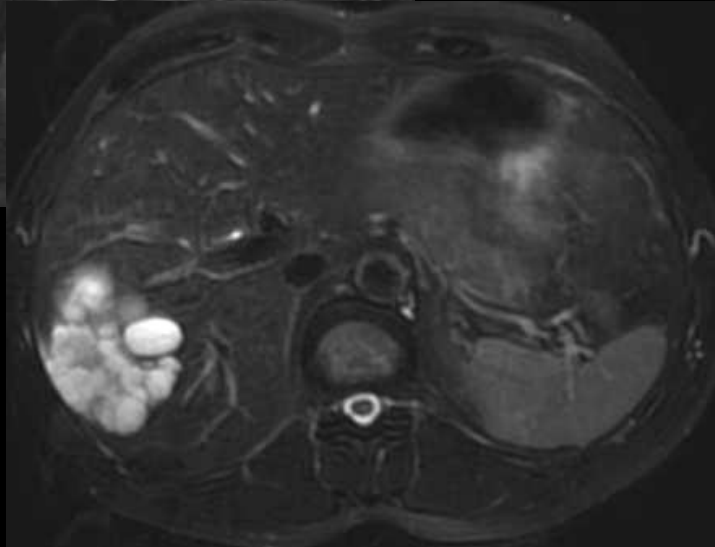
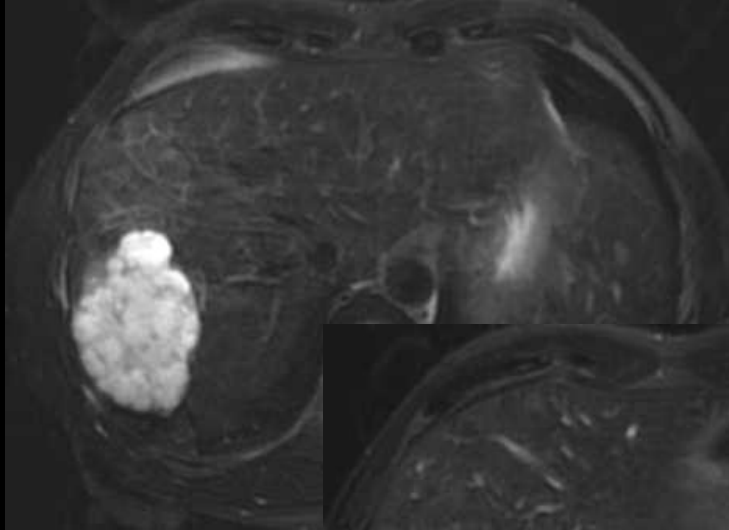


T 1 70 s

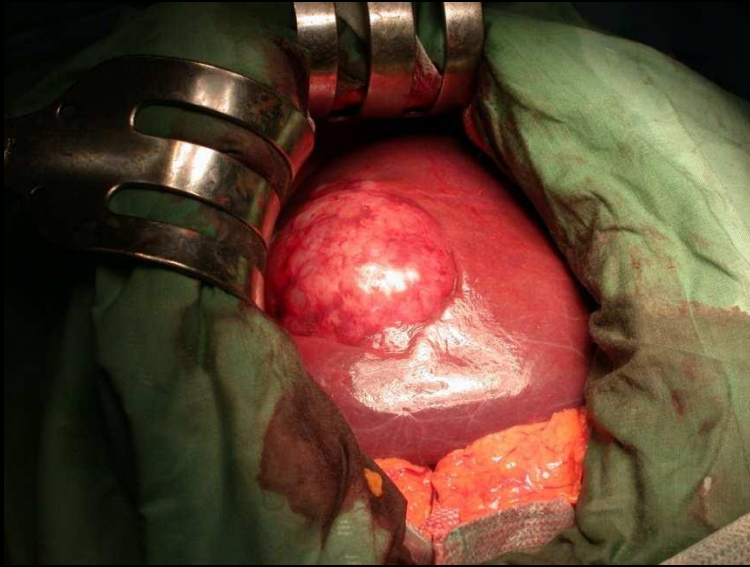


T 1 70 s

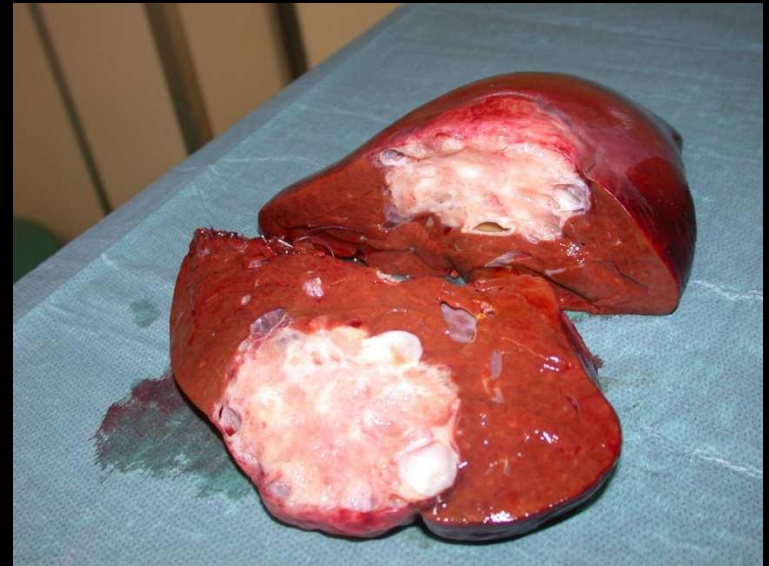
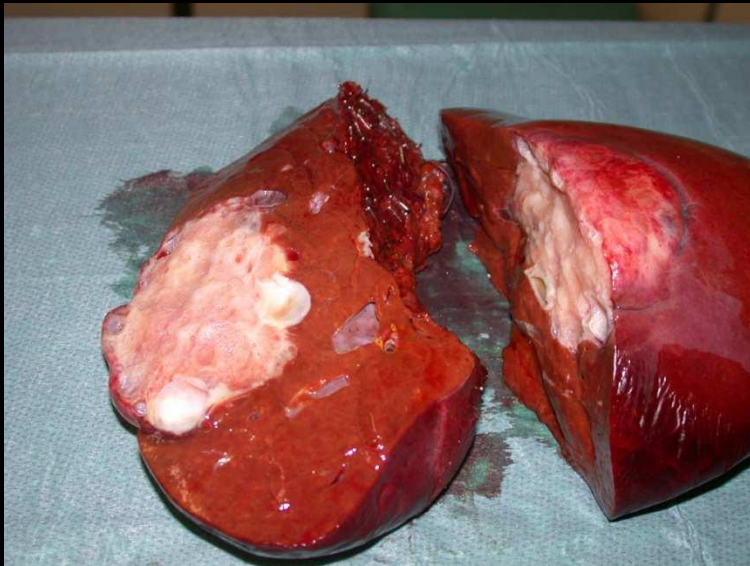
cystadénocarcinome biliaire sans stroma ovarien, homme, récidence à 15 mois



cystadénocarcinome biliaire



Cystadénocarcinome



3 Lésions infectieuses

- Abscès à pyogènes
- Abscès amibiens
- Parasitaires
 - Ecchiconocose alvéolaire
 - Kyste hydatique

1 Abscès hépatiques à pyogènes



Avant injection



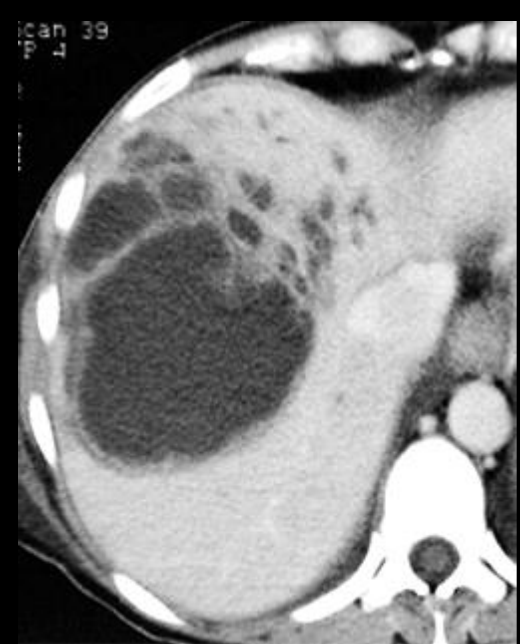
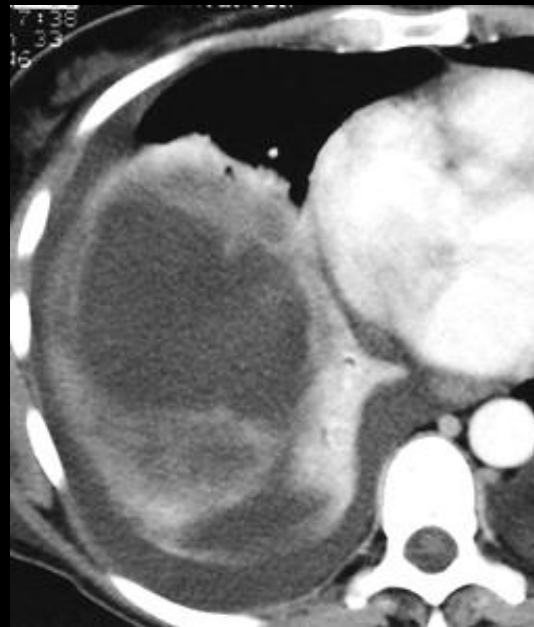
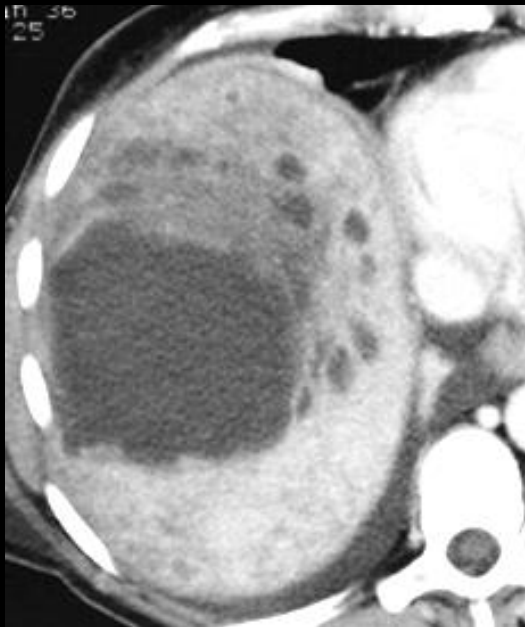
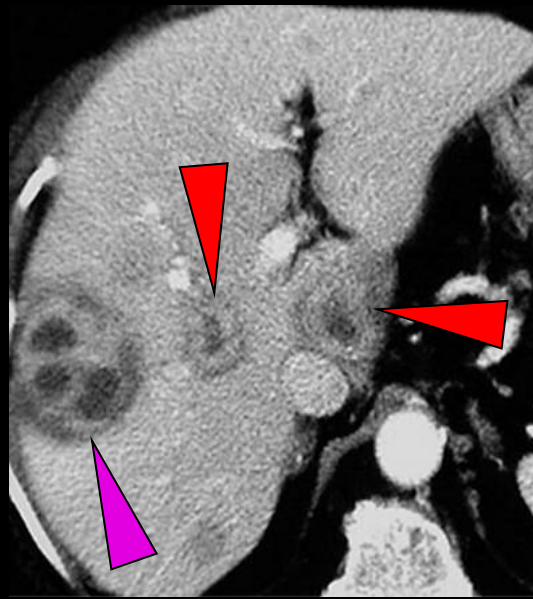
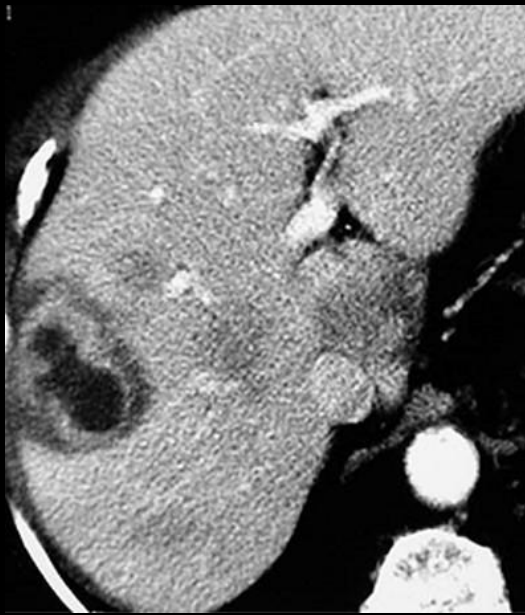
Artériel



Portal



- Hypodense
- Mal limité
- Prise de contraste périphérique
- Œdème et troubles perfusionnels péri lésionnels (attention si antibiothérapie préalable)

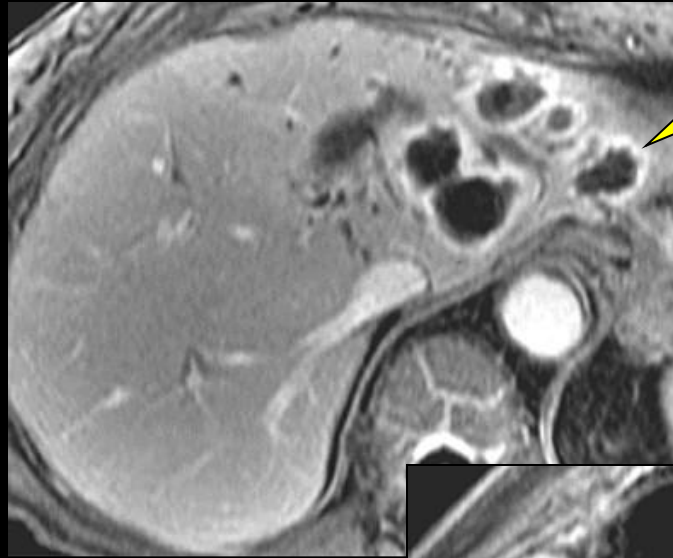


CT 50"

CT 50"

CT 3'

abcès à pyogènes



**angiocholite par voie
ascendante
post sphinctérotomie**

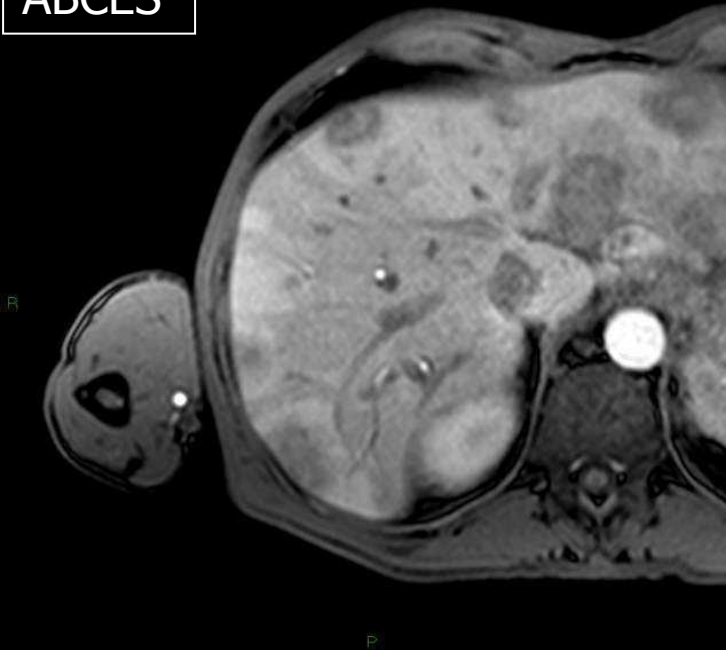
DIFFERENCIER ABCES VS METASTASES

Points importants en faveur d'un abcès

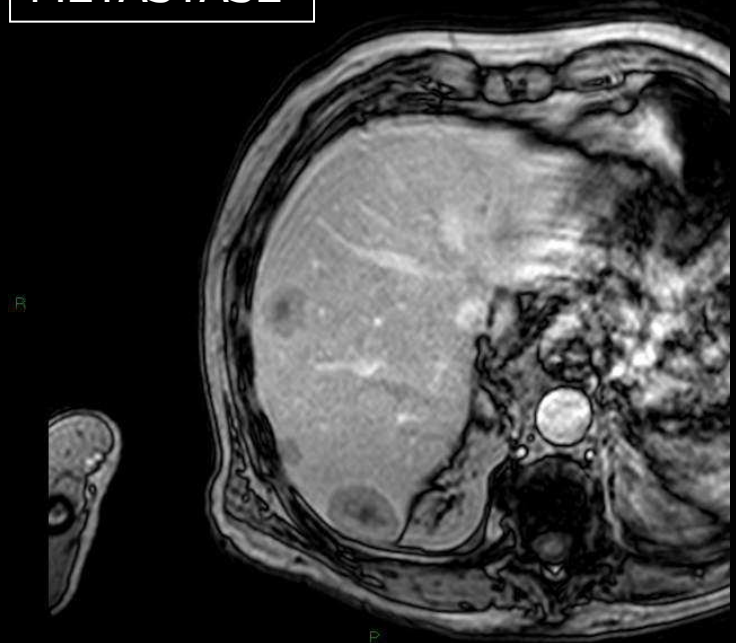


- Oedème et troubles de la perfusion en regard
- Plusieurs lésions filles arrondies en regard
- Atélectasie ou épanchement pleural

ABCES



METASTASE



2 Amibiase hépatique

- *Entamoeba histolitica*

- Homme : réservoir du parasite

- Contamination : oro - fécale

- Zone d' endémie : intertropicale

- Clinique : syndrome dysentérique

- Diagnostic : sérologie positive 95 % ; selles (kystes)

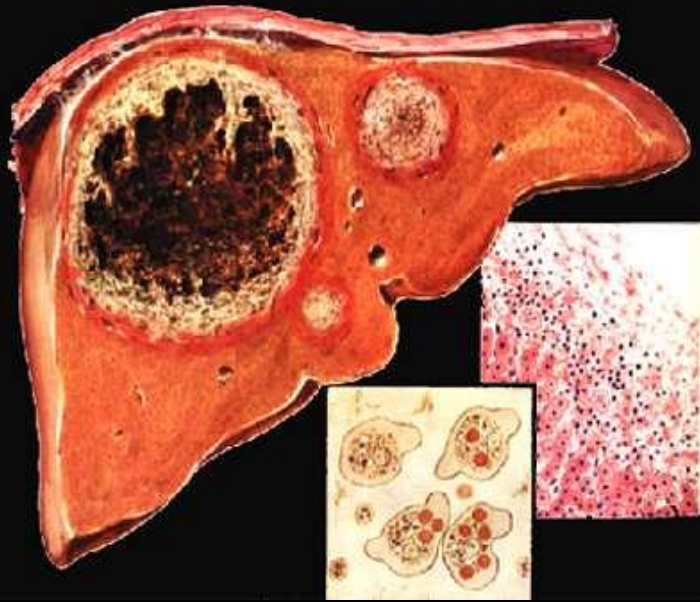
- **Nécrose aseptique étendue du parenchyme du lobe droit ++
Sans réaction inflammatoire**

ECHO : finement échogène

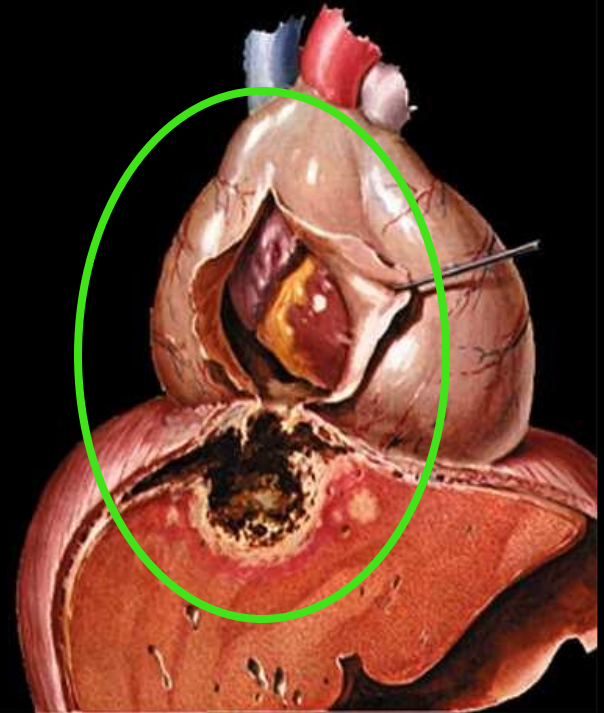
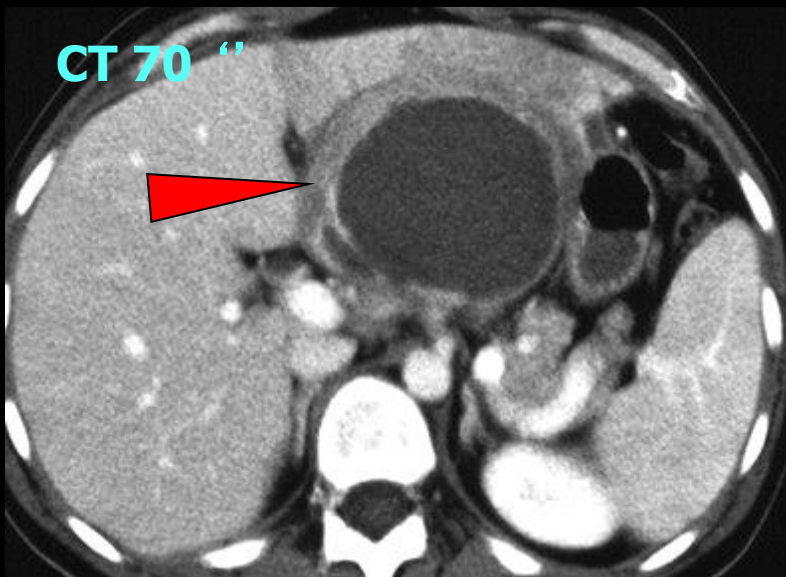
TDM : Identique à un abcès à pyogènes

Localisation lobe G : Risque de perforation ou rupture intra –
péricardique : DRAINAGE

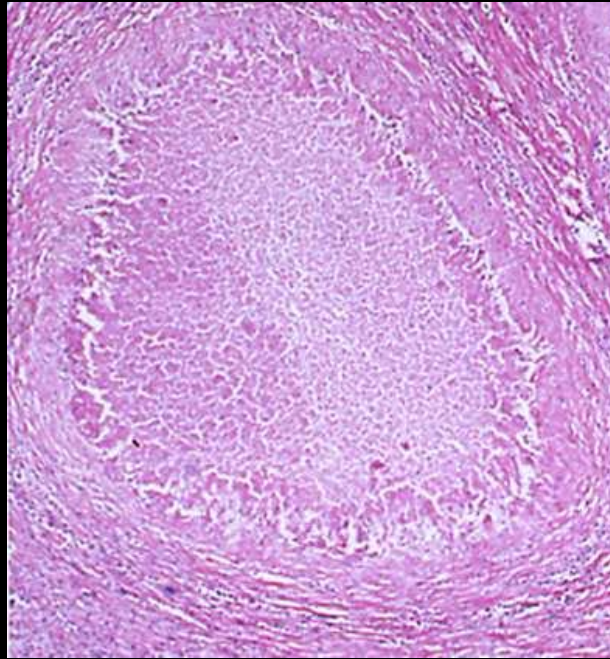
CT 70 "



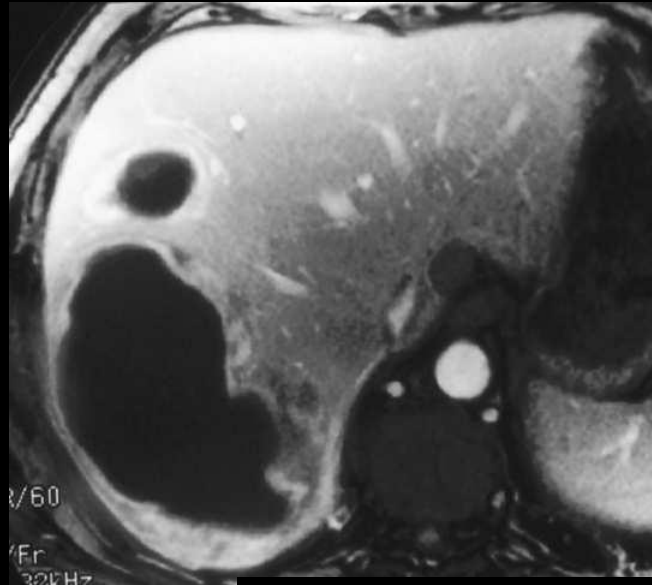
CT 70 "



amibiase hépatique



**abcès amibiens
(nécrose hépatique+surinfection)
pus "chocolat"**



T1 gadolinium Fat Sat



abcès amibiens multiples du foie ; IRM

3 Echinococcose alvéolaire



L' échinococcose alvéolaire est transmise par l' **Echinococcus multilocularis** parasite de l' intestin des canidés sauvages (renards)

Contamine l' homme par l' ingestion **de fruits des bois ou légumes du potager souillés** par les déjections animales ou par manipulation de dépouilles d' animaux infestés

Cette parasitose atteint **électivement le parenchyme hépatique** avec des lésions nécrotiques étendues, plus ou moins calcifiées.
L' atteinte pulmonaire et cardiaque est recherchée systématiquement

Des métastases surviennent dans près de 10% des cas, principalement pulmonaires, plus rarement cardiaques, spléniques, cérébrales, cutanées, surrénaliennes ou osseuses

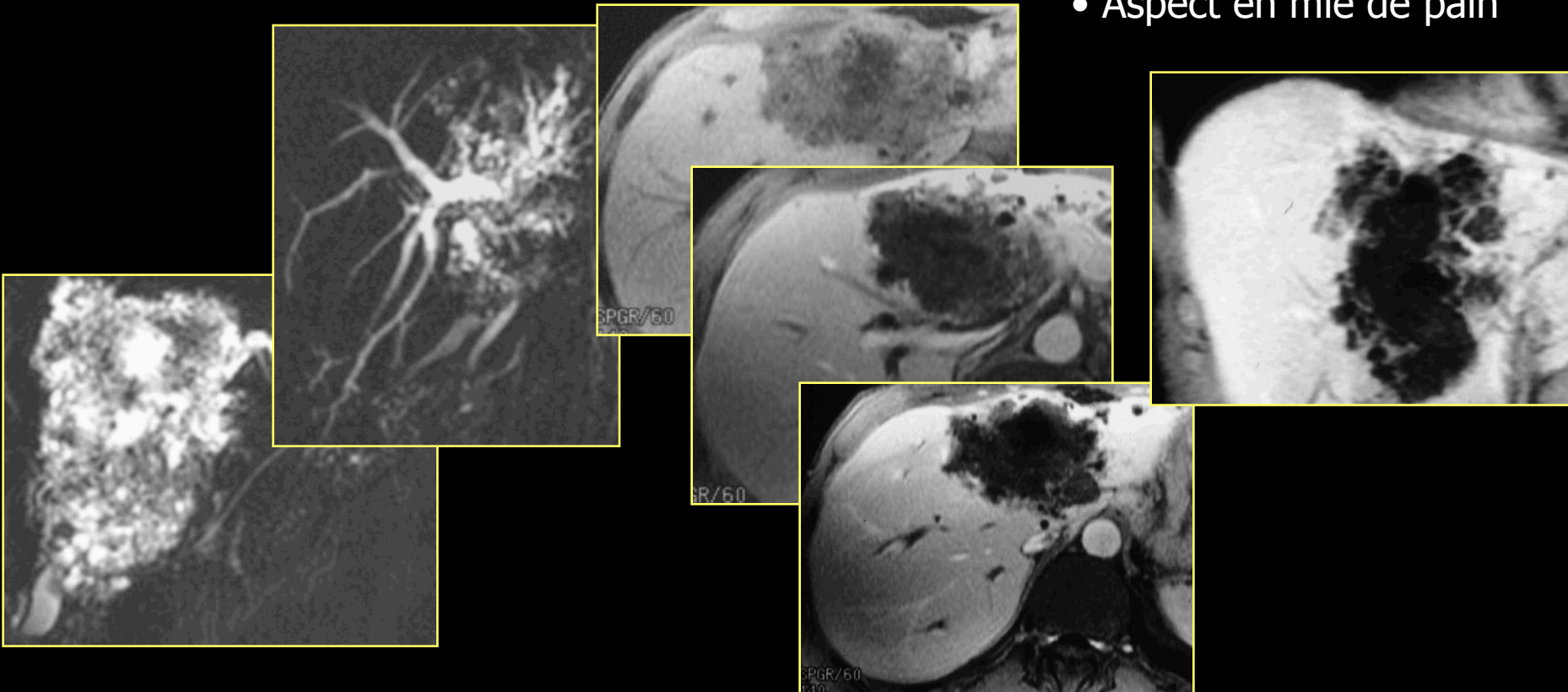
La complication évolutive la plus redoutable est **la rupture de varices œsogastroduodénales** en relation avec une hypertension portale multifactorielle : cirrhose biliaire secondaire, syndrome de Budd-Chiari, thrombose portale parasitaire

Les autres complications hépatiques sont dominées par les problèmes de cholangites infectieuses récidivantes pouvant entraîner un choc septique.

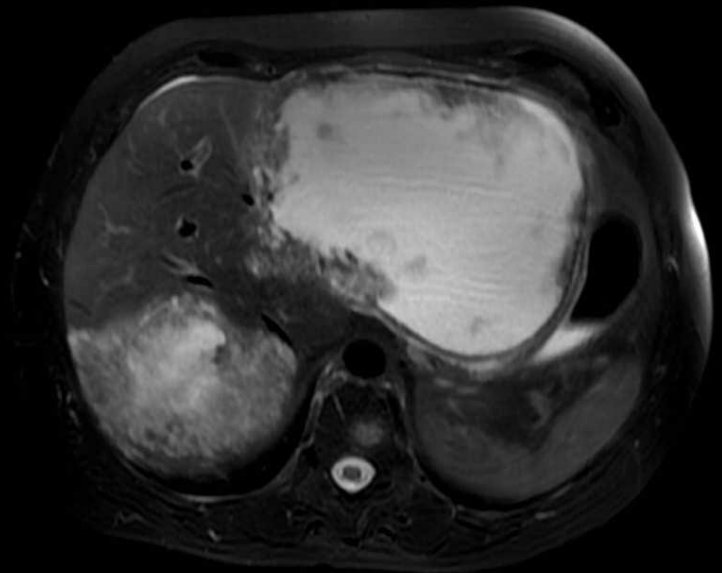
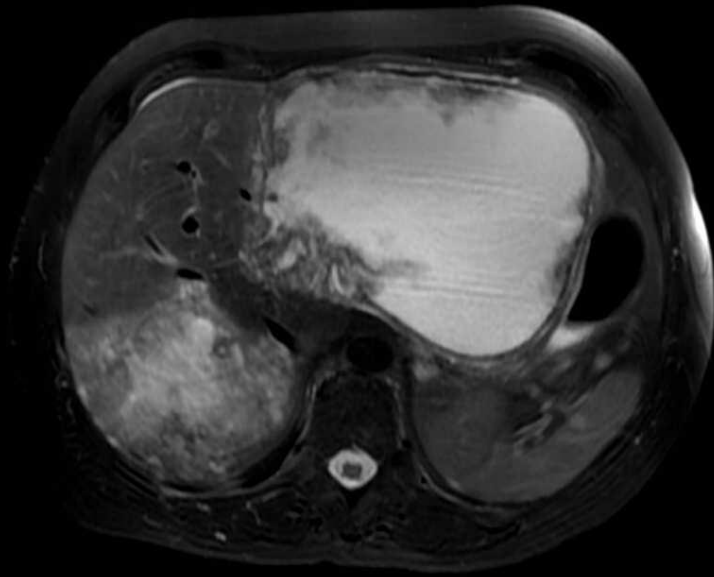
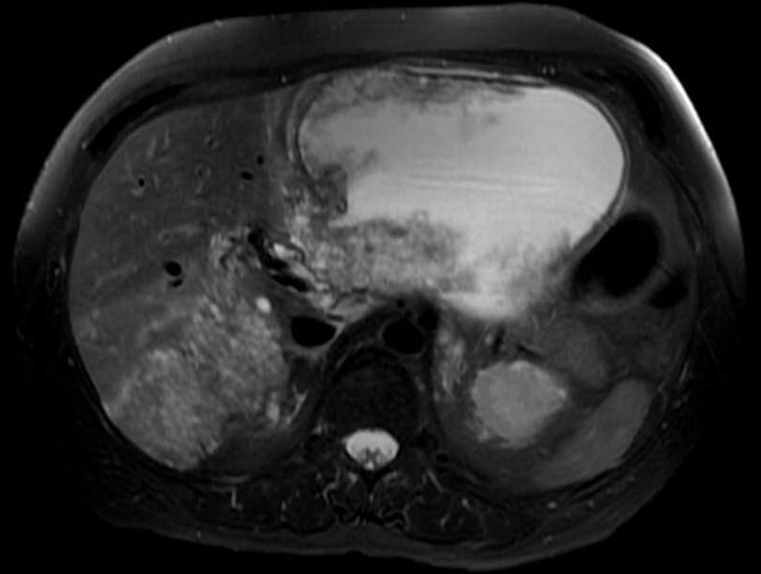
Echinococcose alvéolaire

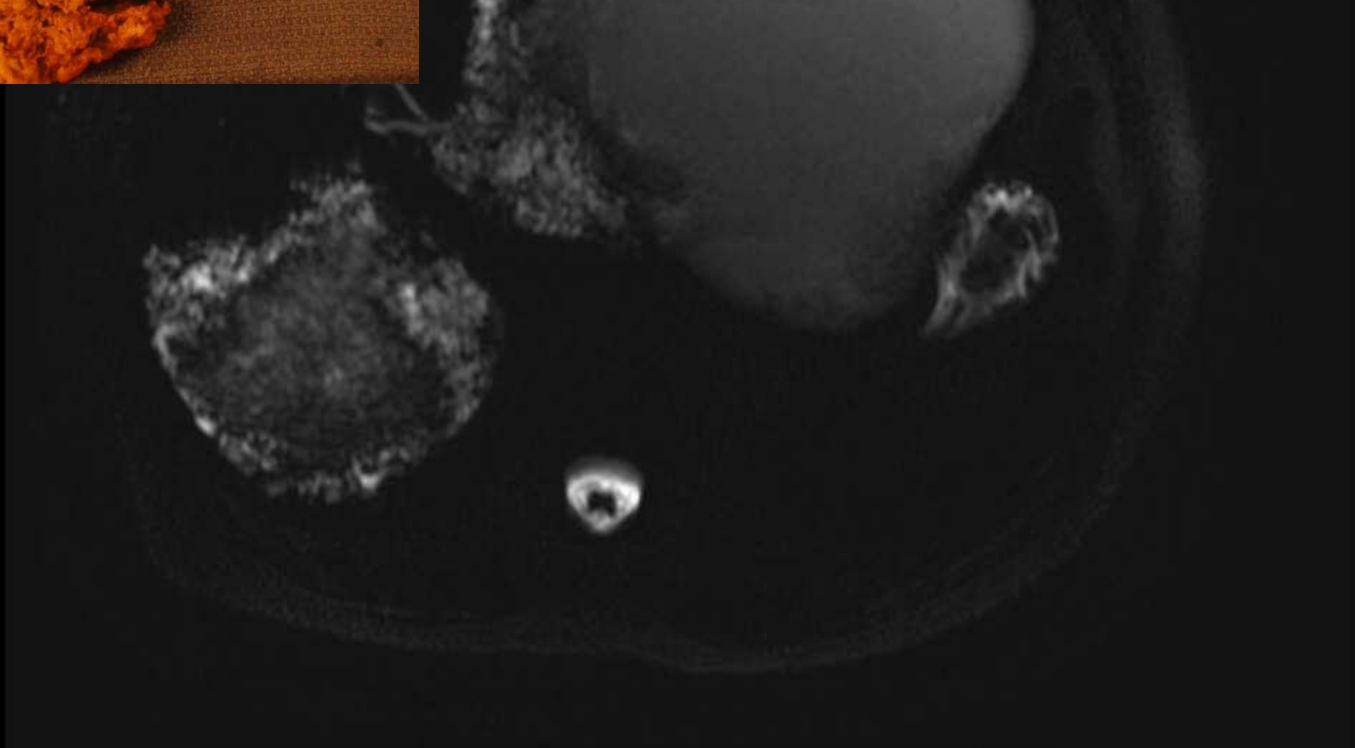


- 99% calcifications
- Aspect en mie de pain

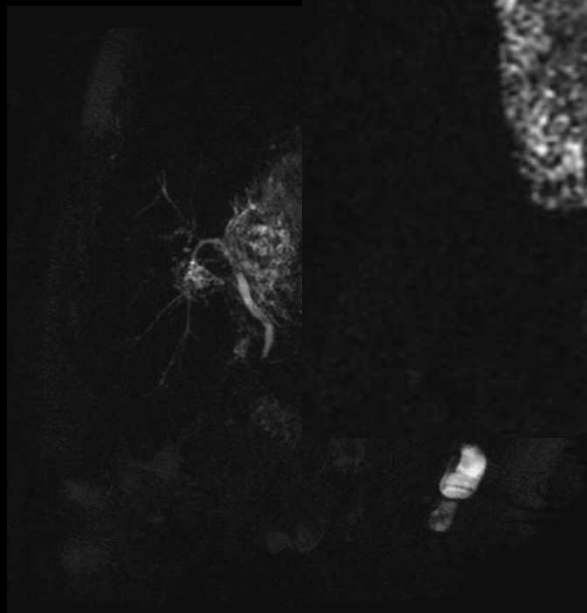
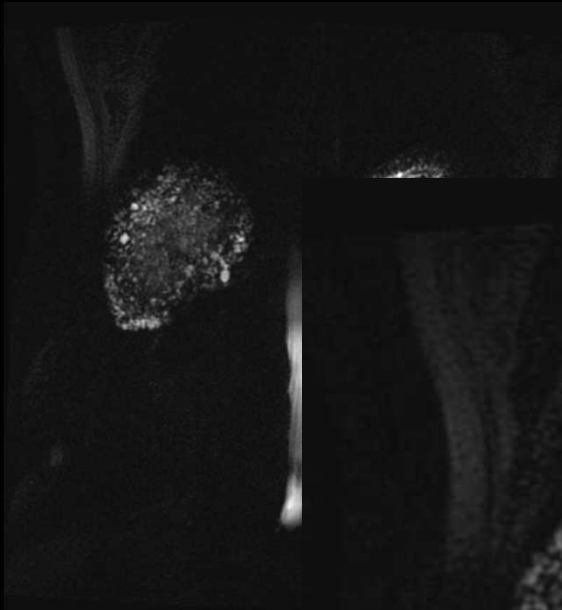


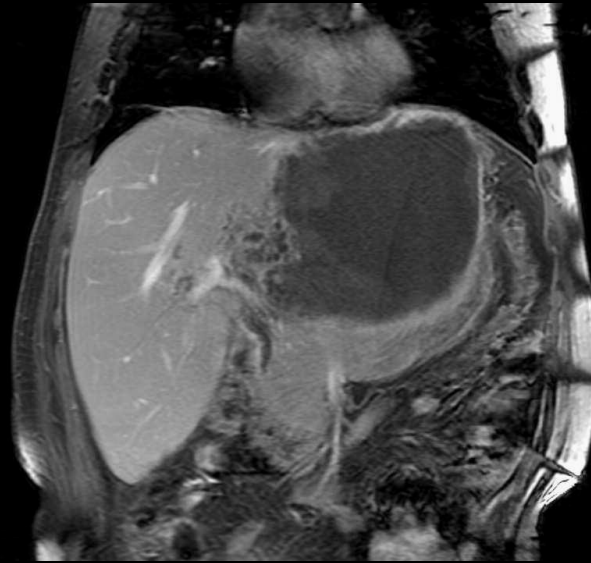
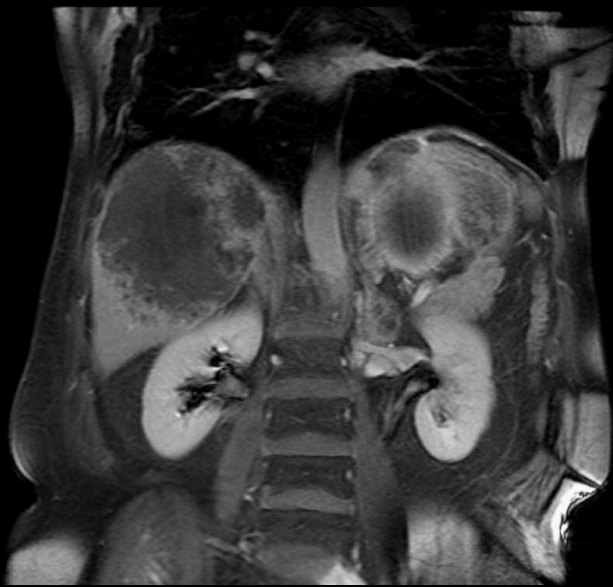
Echinococcose alvéolaire





Echinococcose alvéolaire





IRM août 2007

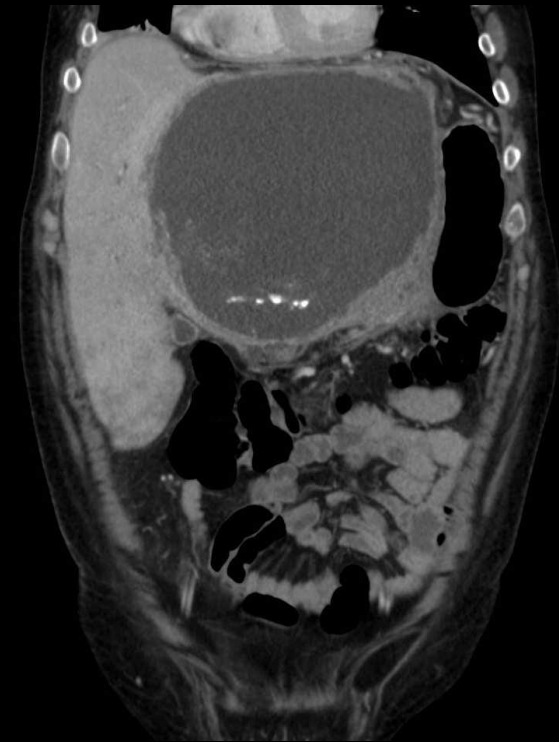
Echinococcose alvéolaire



Scanner juillet 2008



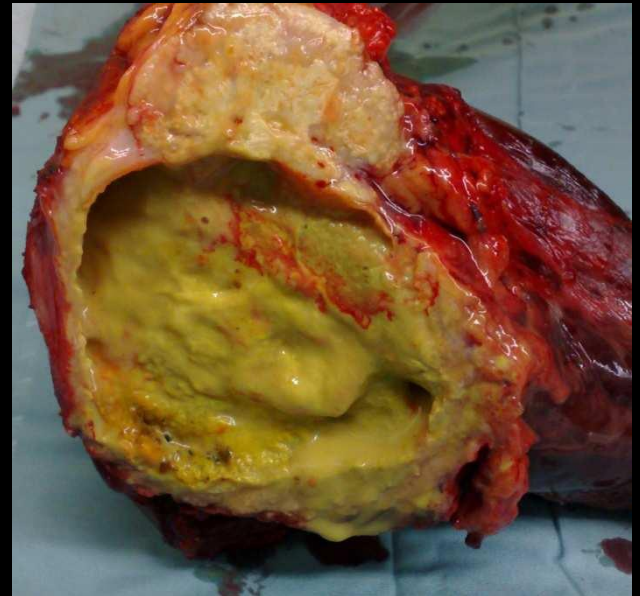
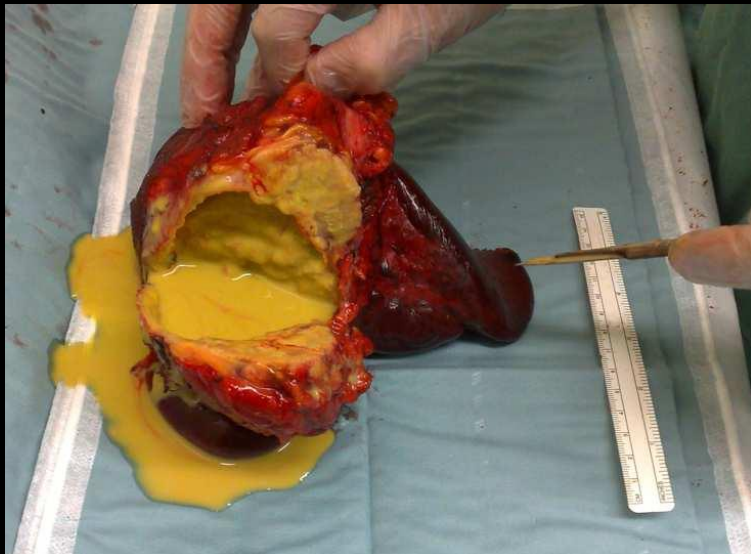
Echinococcose alvéolaire



Scanner juillet 2008



Echinococcosse alvéolaire



4 Kyste hydatique

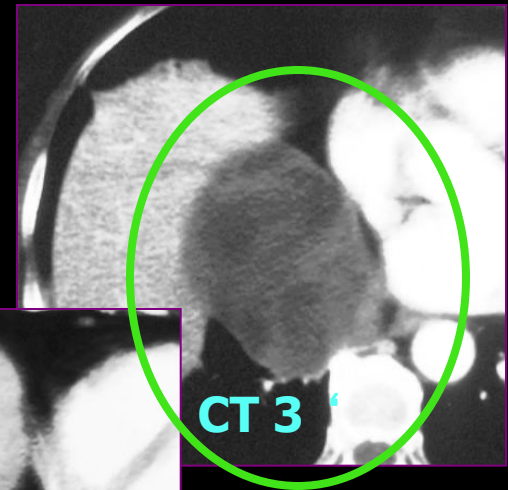
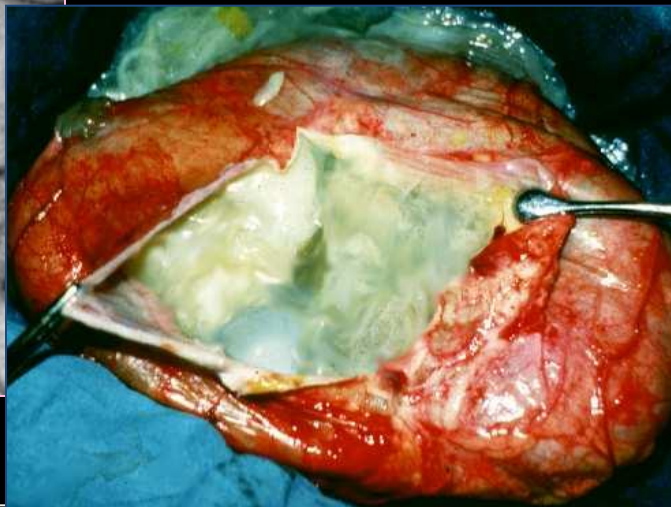
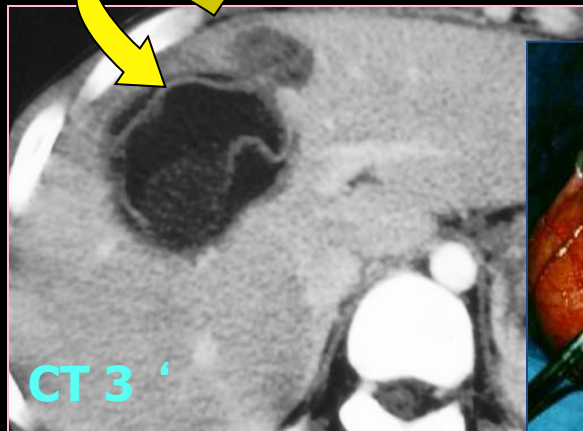
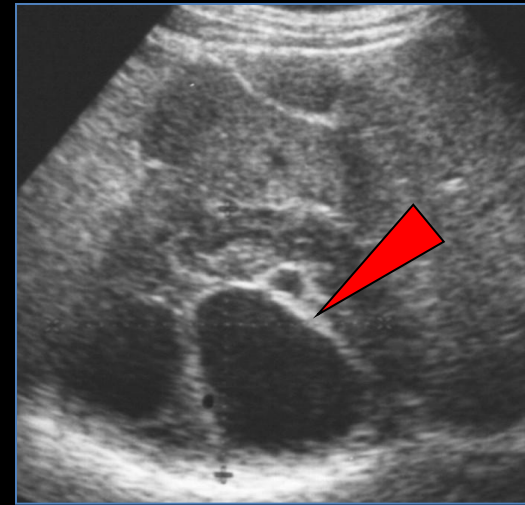
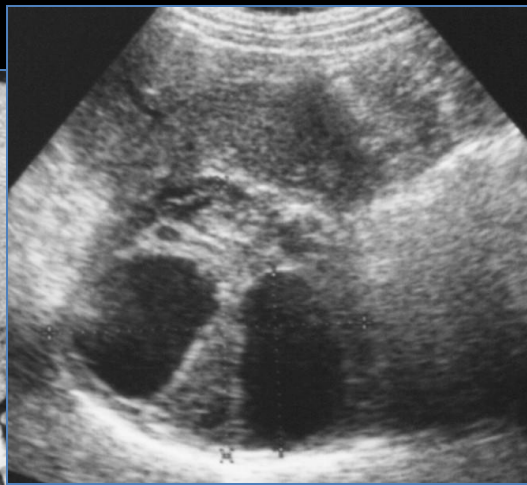
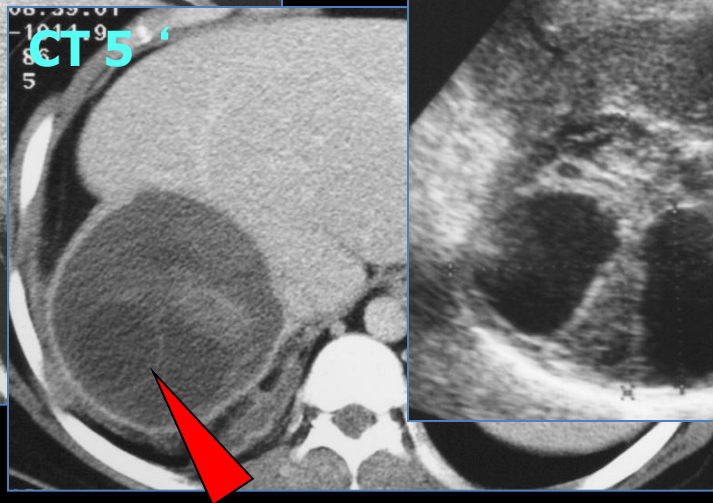
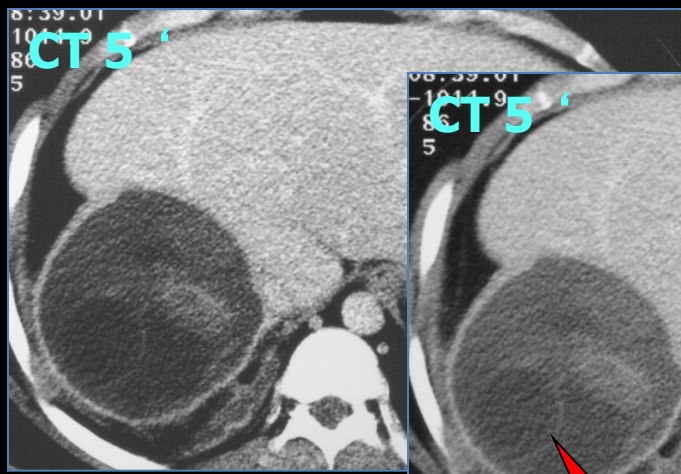
Infestation accidentelle de l'homme (impasse parasitaire) par les formes larvaires d'un ténia du chien (*Echinococcus granulosus*). L'hôte intermédiaire **habituel est le mouton**.

l'atteinte abdominale de l'*hydatidose* peut être ubiquitaire, avec en priorité une atteinte **hépatique mais aussi rénale, pancréatique ou splénique**

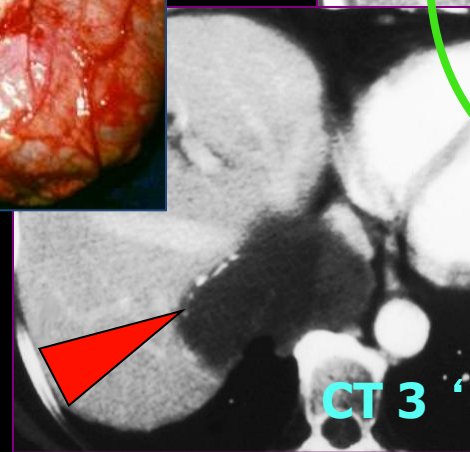
Les complications des localisations hépatospléniques sont dominées par le **risque de rupture intrapéritonéale, de choc anaphylactique**, ou l'extension par contiguïté sur le diaphragme et le poumon sus-jacent

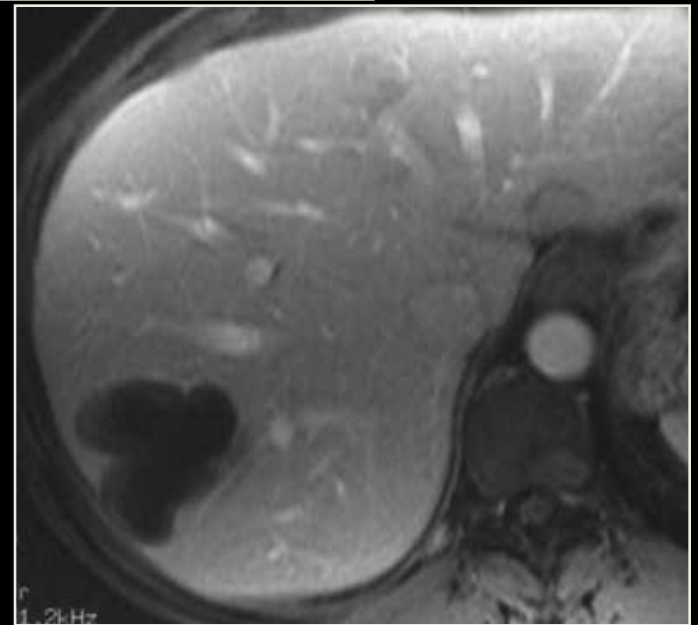
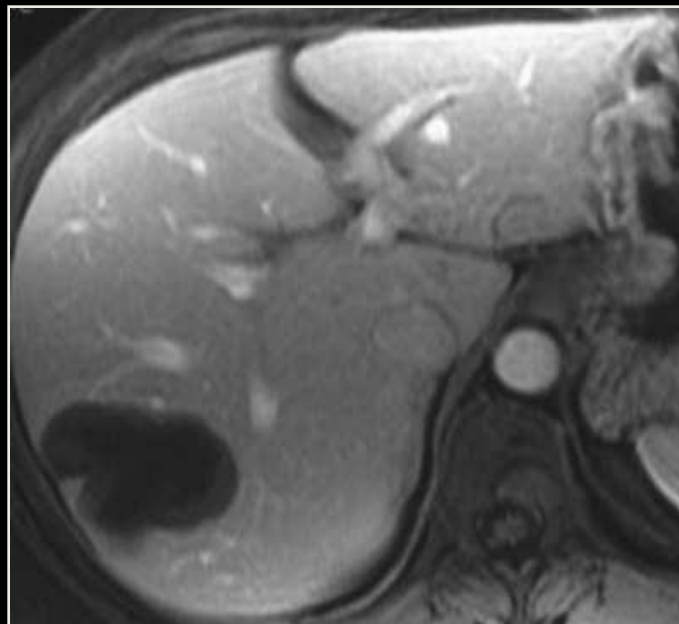
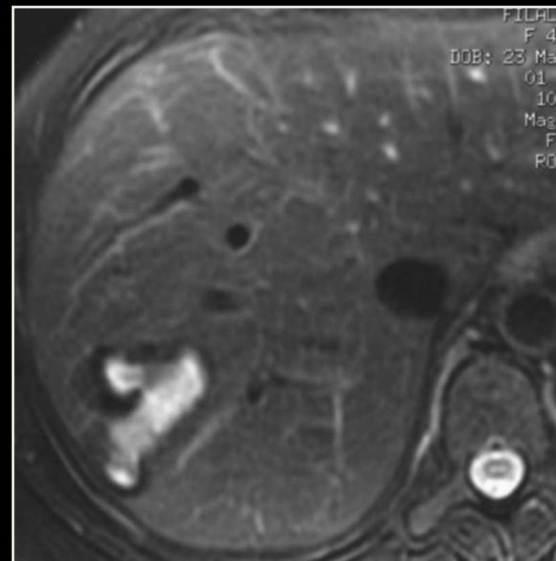
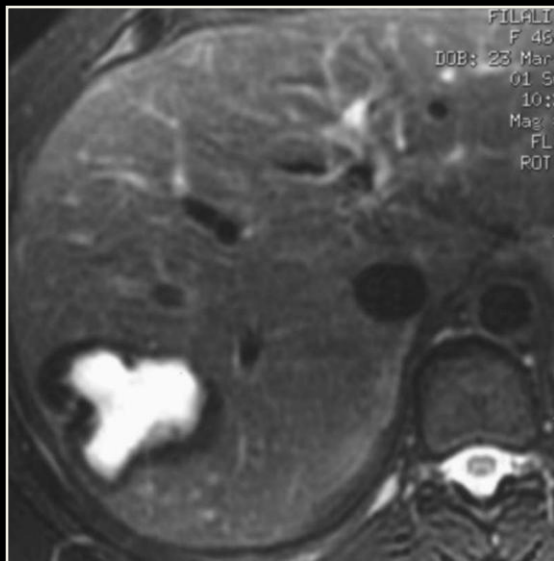
Radio : lésion arrondie avec possible **calcifications pariétales et vésicule filles** développées au sein de la lésions principale +++



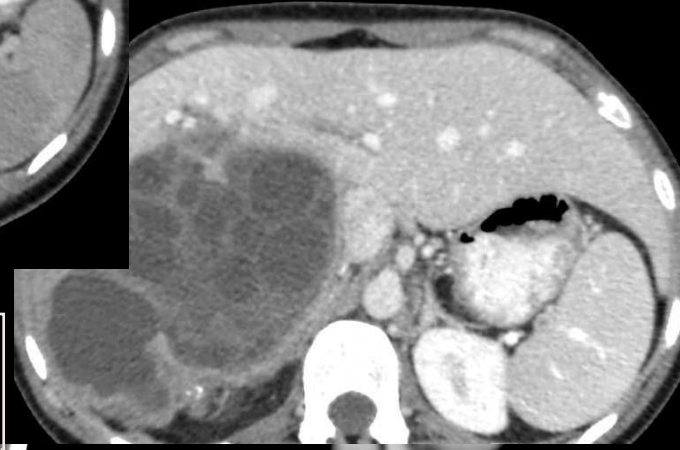
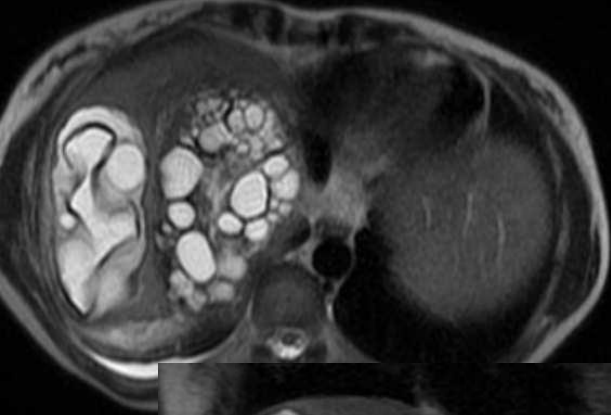


Kystes hydatiques
Echinococcus granulosus
Classification de Gharbi

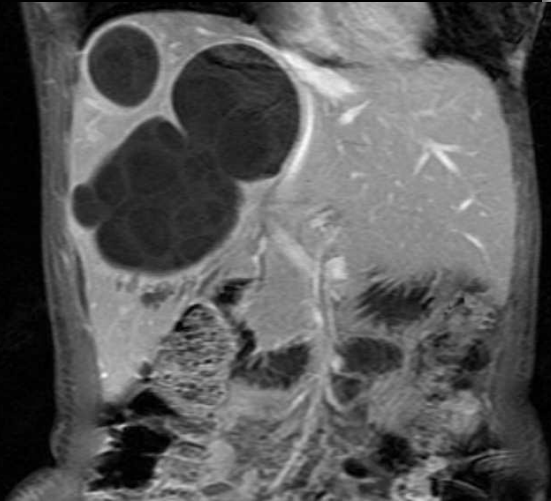
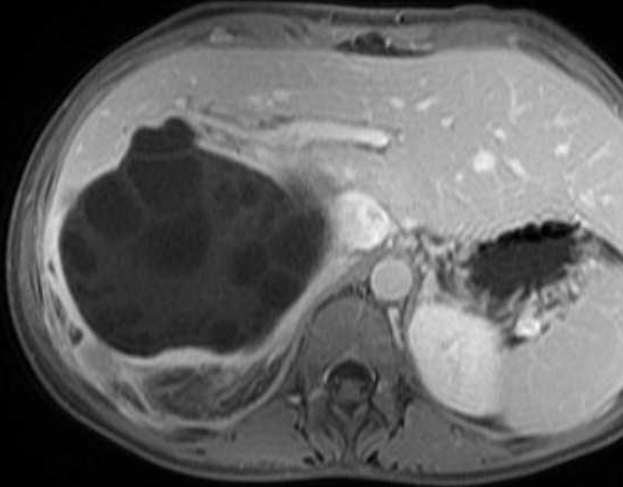


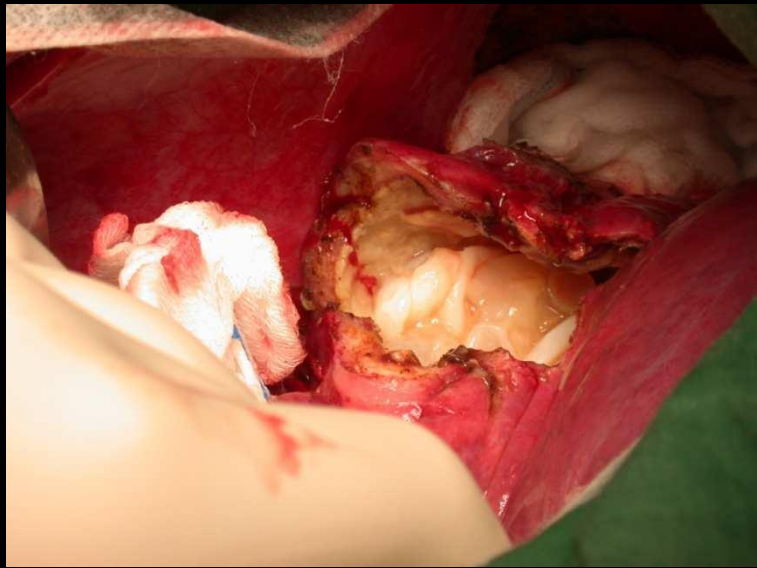


**Kyste
hydatique
Coque calcifiée**

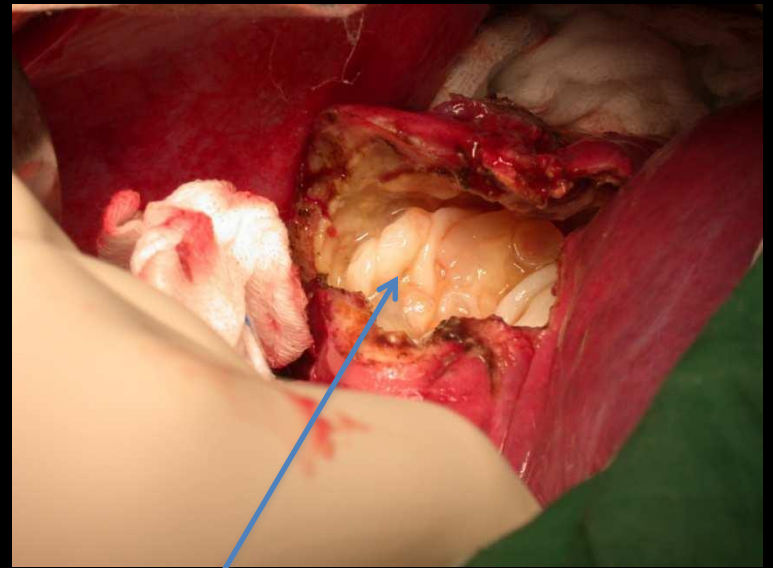


**Kyste
hydatique
Coque calcifiée**





Kyste hydatique

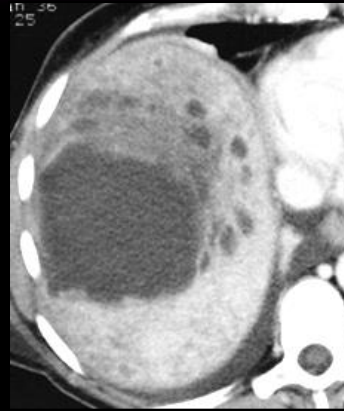


Vésicules filles



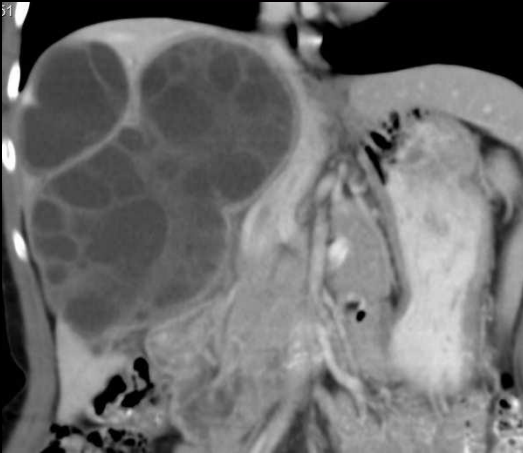
Au total :

Abcès à pyogènes



Lésion filles péri
lésionnelles +++

Kyste hydatique



Vésicules filles à
l'intérieur +++

**Echinococcose
alvéolaire**



Calcifications +++
Mie de pain +++

Amibiase hépatique



Bien limité
Souvent sous
capsulaire