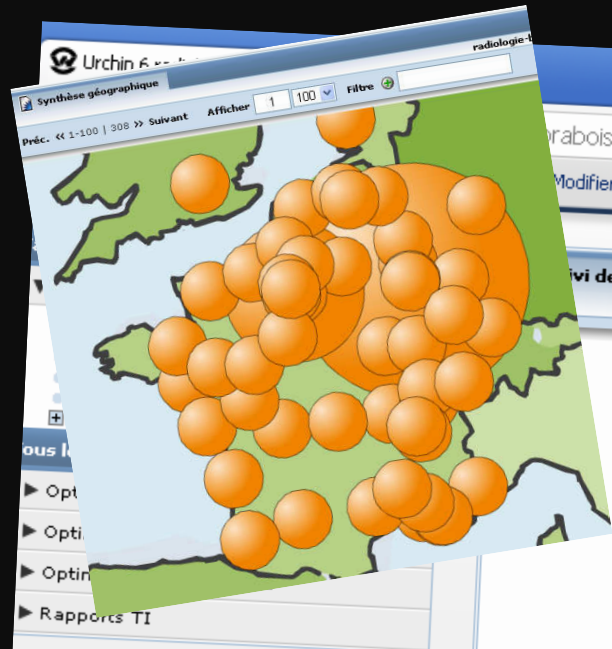


Quelques morceaux choisis d'imagerie en pathologie péritonéale



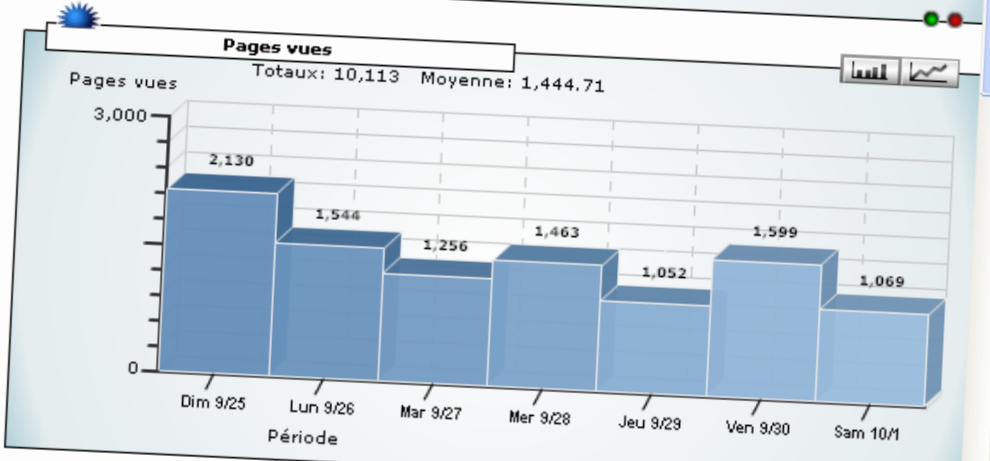
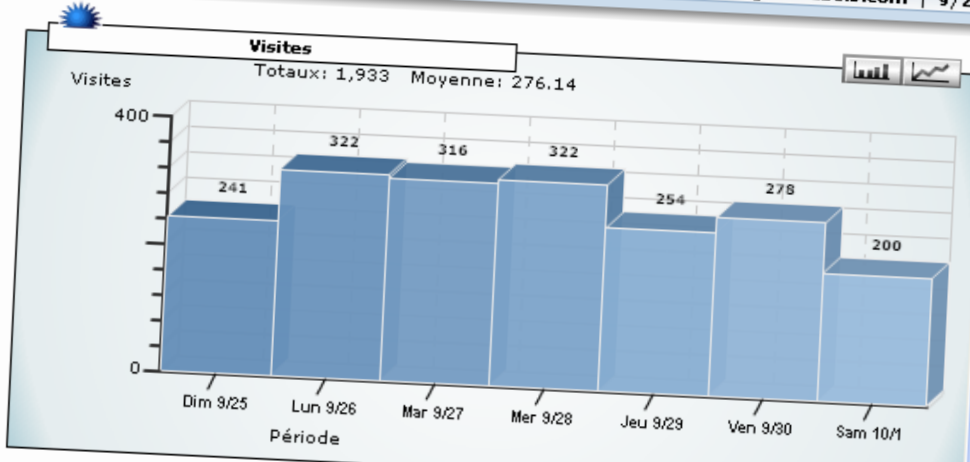


radiologie-brabo.com/urchin6/

Modifier la page < RA... Gmail : la messagerie ... Gmail - Boîte de récep... PubMed home >> Autres favoris

visi des visites et des pages vues

radiologie-brabo.com | 9/25



Afficher par Valeur par défaut

2011

| | | | | | |
|-------|-------|-------|------|------|------|
| janv. | févr. | mars | avr. | mai | juin |
| juil. | août | sept. | oct. | nov. | déc. |
| D | L | M | M | J | V |
| → 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| → 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| → 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| → 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
| → 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| → 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| → 31 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Préc. << Semaine >> Suivant

objectifs: essayer de mieux comprendre la sémiologie radiologique (et clinique !) par une meilleure connaissance des **bases anatomiques** et physiopathologiques

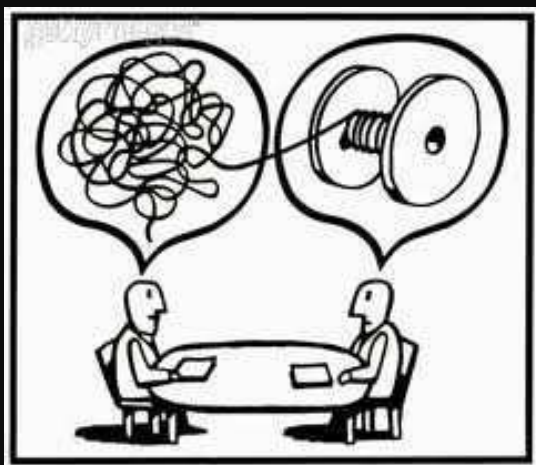


pour permettre une **lecture** des images plutôt qu'une "interprétation" ; on doit

reconnaître des images , ce qui suppose qu'on les connaît !!! (tout examen est dépendant du contenu du cerveau de l'opérateur !!!)

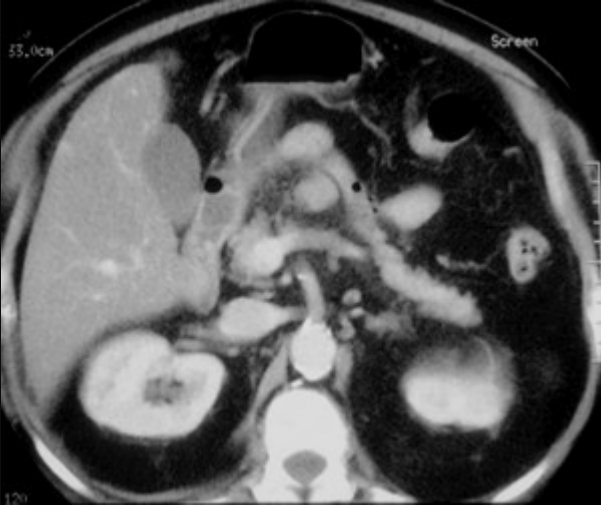
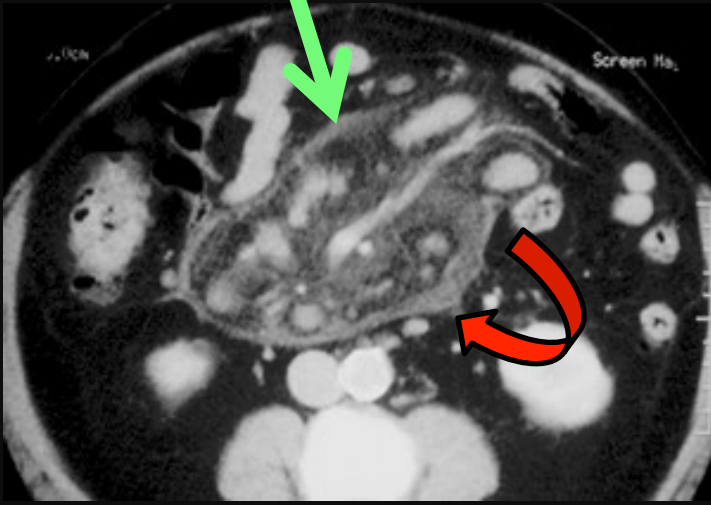
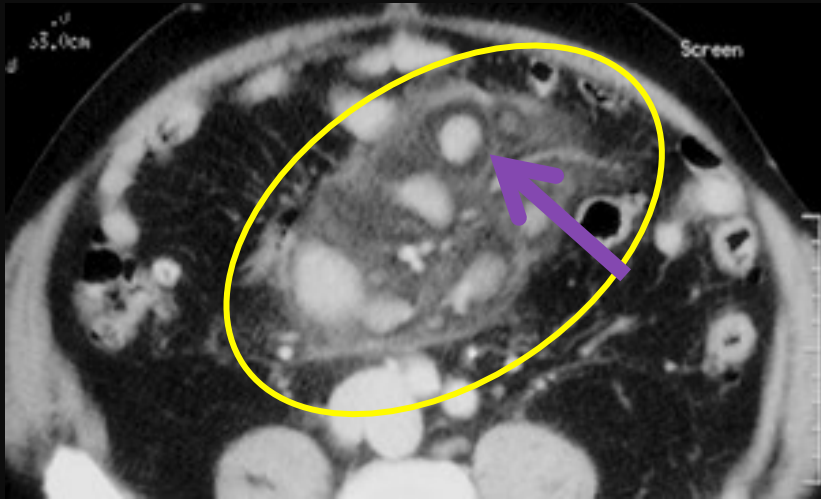


suite 2806
Sofitel Manhattan



quelques principes simples pour aider à démêler des images en apparence complexes

homme 57ans , douleurs abdominales atypiques ,
pas de signes généraux , biologie sans particularités

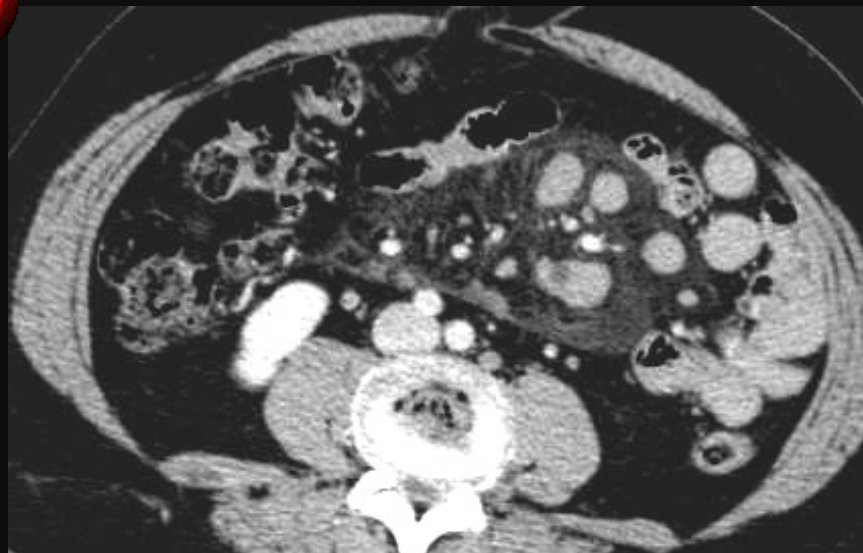


- hyperdensité de la graisse mésentérique
- effet de masse
- nodules
- fat ring sign
- pseudo capsule fibreuse

pancréas normal
pas d' adénopathies
coeliaques ni
rétropéritonéales

panniculite mésentérique

Femme de 55 ans, asymptomatique. Scanner de surveillance annuelle pour ca ...
femme de 55 ans, asymptomatique. Scanner de surveillance annuelle pour ça ...





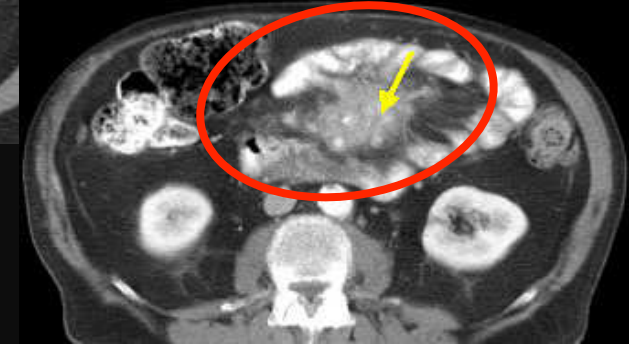
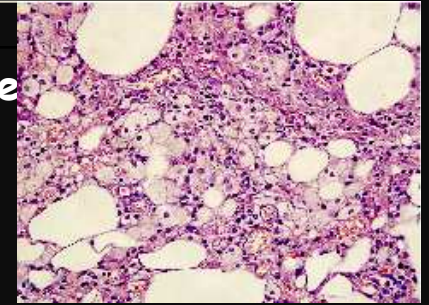
diagnostic



panniculite mésentérique , bien sur , mais encore ...qu'est ce que c'est ? , qu'est ce qu'on en fait ? qui connait la (les) réponse(s)

panniculite mésentérique : définition et concept classique

- processus inflammatoire chronique du tissu adipeux du mésentère
- physiopathologie mal connue
- non spécifique
- 3 stades évolutifs:
 - lipodystrophie
 - panniculite mésentérique
 - mésentérite sclérosante/rétractile



Stade initial

Stade terminal

lipodystrophie

panniculite mésentérique

mésentérite sclérosante/rétractile

ce schéma évolutif , beau comme l'antique et d'une simplicité biblique a été échafaudé à partir des éléments anatomo-pathologiques ; il n'a qu'un défaut qui est de n'être jamais observé en pratique courante , malgré l'assez grand nombre de cas typiques de panniculite mésentérique observés après 3 décennies de CT abdomino-pelviens (si vous avez un cas de filiation panniculite mésentérique-mésentérite sclérosante (d'ailleurs exceptionnelle!) , publiez le!

panniculite mésentérique : caractères généraux

homme > femme, ≈ 60 ans, antécédents chirurgicaux

signes cliniques : fièvre, douleurs abdominales, troubles du transit, perte de poids, masse palpable, ou le plus souvent rien ou pas grand-chose

possible syndrome inflammatoire

prévalence des 5 signes TDM (B. Coulier JBR 2011)

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| .hyper densité du tissu adipeux du mésentère | 100% |
| .avec effet de masse | 100% |
| .nodules parfois d'aspect "branchés " si l'on épaissit les coupes (sommation vaisseaux-nodules?) ; < 10 mm | 84,6% |
| .signe du halo graisseux « Fat-halo sign » | 61,5% |
| .pseudo capsule fibreuse (1 à 8 mm ; moy: 3mm) | 19,2% |



panniculite mésentérique : critères diagnostiques

diagnostic initial radiologique , TDM

Preuve histologique nécessaire

Pas d'histologie

=

abus de langage

Histologie autre

=

Diagnostics différentiels :

Processus infiltrants

Inflammation

Carcinomatose

Lymphomes

Infections (BK, Whipple)

Lipome , liposarcome

....

Histologie de panniculite

Idiopathique

Secondaire :

Sarcoïdose

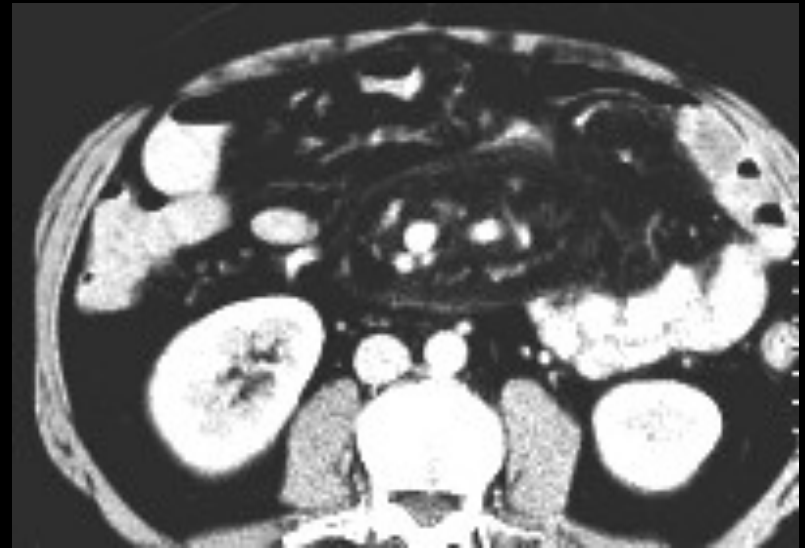
LED

Polychondrite

M. de Horton

Fibrose multifocale

Tuberculose (pseudo panniculite mésentérique)



après 9 mois de traitement anti BK

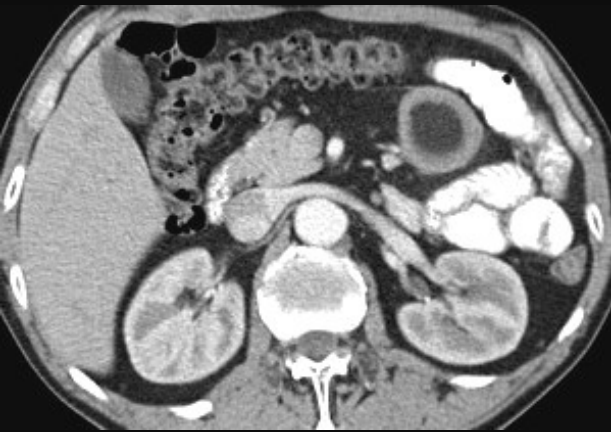
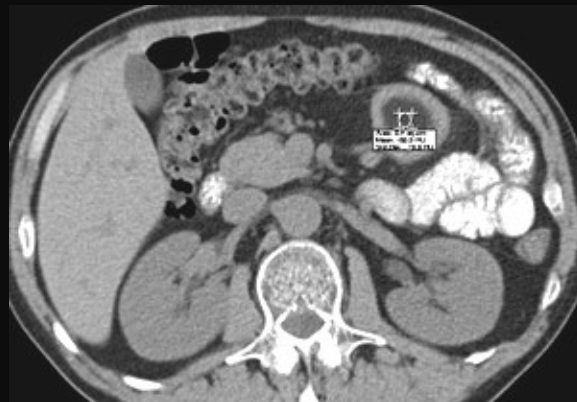
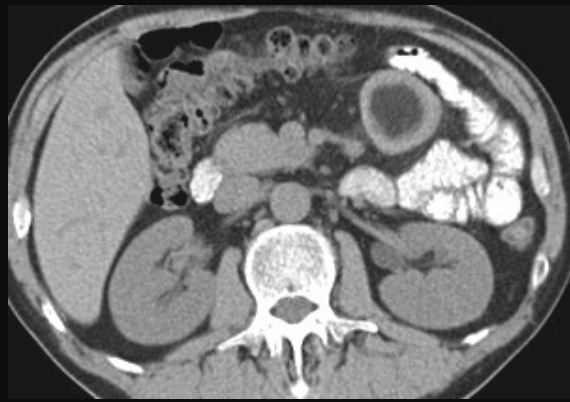
Femme de 49 ans, douleurs abdominales et altération de l'état général.

TDM : aspect de ~~panniculite mésentérique~~

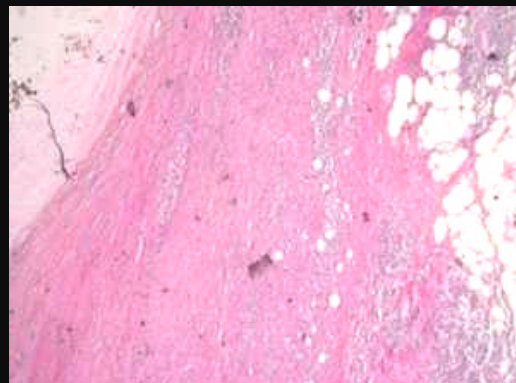
Anatomie pathologique : **tuberculose**

*Ege G. et al Mesenteric panniculitis associated with abdominal tuberculous lymphadenitis
Brit J Radiol 2002 ; 75 ; 378-380*

homme 55 ans douleurs abdominales atypiques ; pas d'antécédents notables , en particulier pas de chirurgie abdominale antérieure



diagnost



granulome lipophagique ganglionnaire et de la paroi intestinale post ingestion d'huiles minérales employées comme lubrifiant dans l'industrie alimentaire ? ? ?

Au total , que retenir de la panniculite mésentérique pour le quotidien

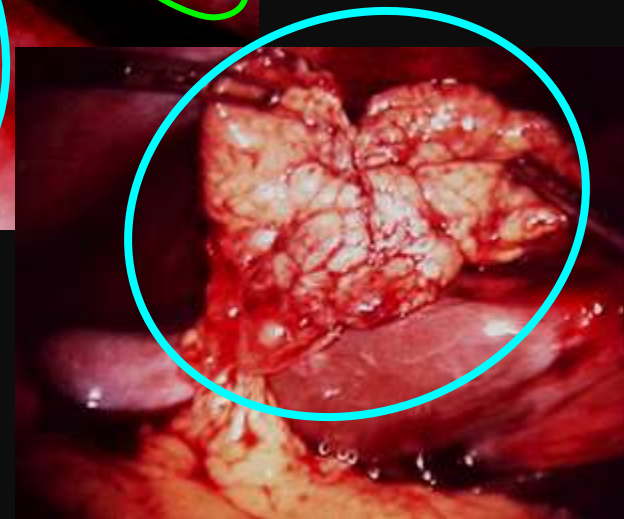
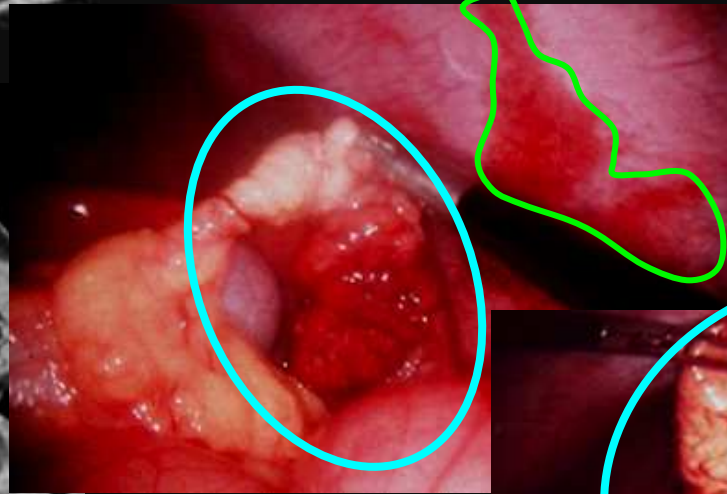
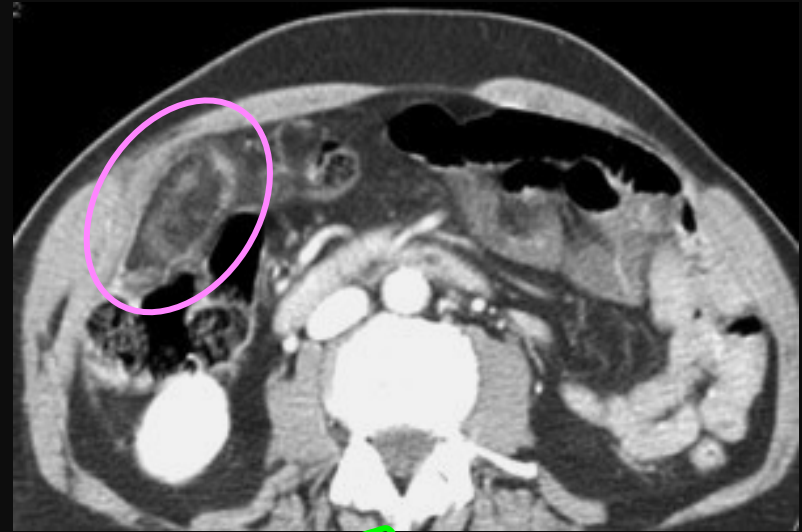
- **prévalence** : 7,8% dans une série prospective de 613 cas "tout venant" consécutifs avec 3 des 5 signes ; **3,4 % si on exige fat halo et pseudo capsule** ; 2 fois plus de cas sans lésion néoplasique qu'avec ! (B Coulier à paraître dans JBR)
- diagnostic théoriquement à confirmer par l'histologie :
 - biopsie sous scanner
 - biopsie par laparotomie si échec sous scanner
- traitement : Si SYMPTOMATIQUE
 - corticoïdes
 - colchicine
 - abstention thérapeutique
- évolution variable : stabilité, régression, majoration
- attention : si adénopathies > 10 mm, anomalies pancréatiques, ascite → SUSPECT, penser aux diagnostics différentiels

BIOPSIES :

- Coloration de Zielh
- PAS
- PCR Tropheryma Whippeli
- Immunomarquage

Surveillance clinique et TDM théoriquement nécessaire (?), non codifiée

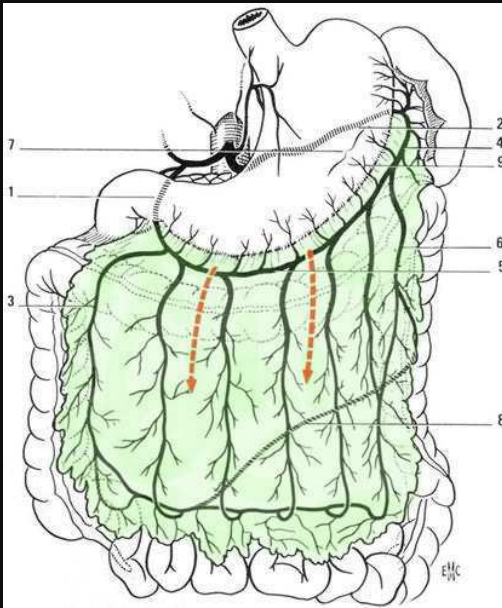
homme 42 ans , douleurs intenses et persistantes de l'hypochondre droit ; Murphy +



infarctus de la partie droite du grand omentum

le repérage et l'identification du GO normal en scanographie haute résolution a fait l'objet d'un remarquable travail

COULIER B.64-row MDCT review of anatomic features and variations of the normal greater omentum
Surg Radiol Anat 2009;31:489-500



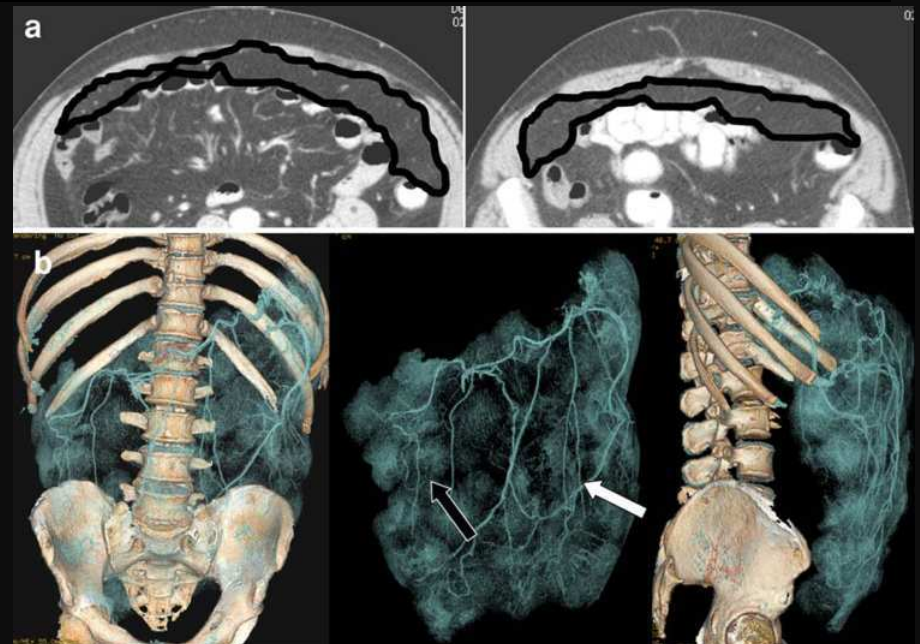
c'est sur l'identification des vaisseaux épiploïques sur des scanners "haute résolution" et en particulier des veines qui descendent verticalement dans le GO à partir de la grande courbure gastrique que l'auteur s'est appuyé pour préciser la longueur et la situation des parties droite et gauche du tablier épiploïque.

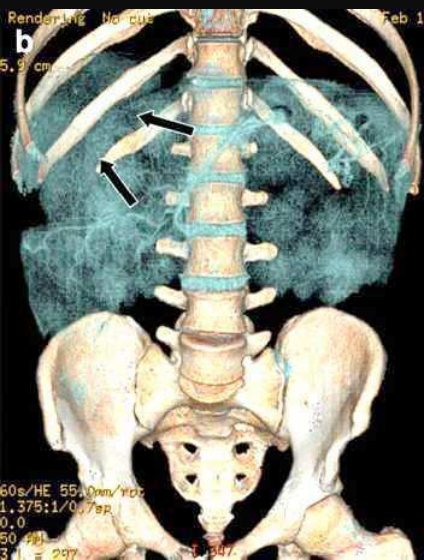
une mesure de l'épaisseur maximale de la graisse sous cutanée a été effectuée chez chaque patient, devant le muscle grand droit de l'abdomen, à hauteur de l'ombilic

une analyse statistique très détaillée des données recueillies chez des patients "normaux" (sans antécédents ni histoire clinique susceptible de modifier les images péritonéales) et avec une qualité d'image permettant les mesures a été réalisée.

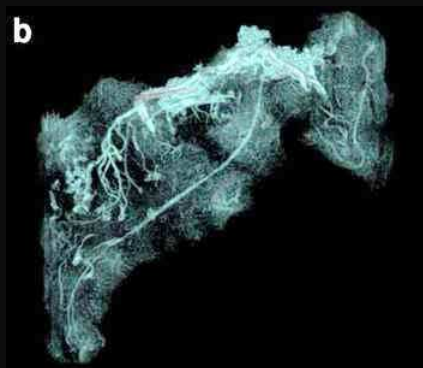
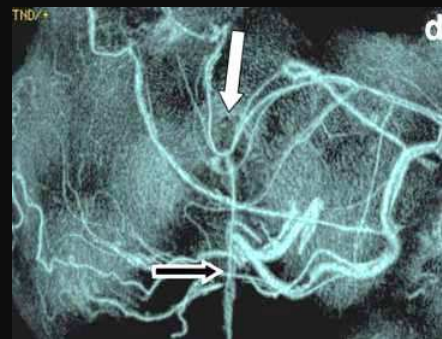
des représentations volumiques 3D ont été faites sur des cas choisis pour illustrer les aspects pédagogiques

exemple de GO développé, symétrique, avec excellente visibilité de l'arcade vasculaire intraépiploïque de Haller et Barkow (flèche)

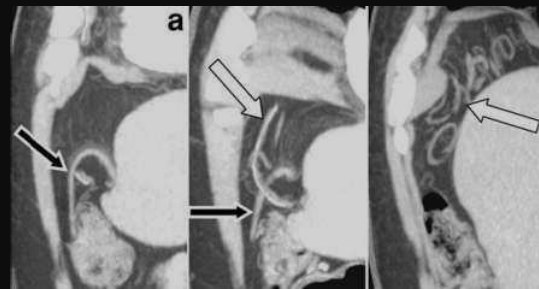




exemple de GO très court en hauteur et très épais



exemple de GO court développé préférentiellement du côté droit



exemple de GO en situation sous phrénique droite ,pré hépatique

**COULIER B.64-row MDCT review of anatomic features and variations of the normal greater omentum
Surg Radiol Anat 2009;31:489-500**

les principaux résultats de l'étude de B. Coulier sont les suivants :

COULIER B.64-row MDCT review of anatomic features and variations of the normal greater omentum

Surg Radiol Anat 2009;31:489-500

-le GO) a pu être identifié et mesuré chez 100% des patients retenus pour l'étude

-chez les femmes , la partie gauche du GO est plus longue que la partie droite , et également plus longue que la partie gauche chez l'homme

-chez l'homme ,il n'y a pas de différence statistique de longueur entre les parties gauche et droite du GO, ni entre les parties droites du GO des femmes et des hommes

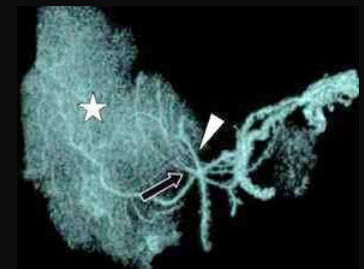
-la longueur totale du GO est très significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes

-chez l'homme , l'épaisseur moyenne du GO est parallèle à l'épaisseur maximale de la graisse sous cutanée; par contre chez les femmes, la prépondérance de la graisse sous cutanée par rapport à la graisse profonde ,péritonéale, est retrouvée (en Belgique comme ailleurs !)

-la constatation d'un GO en situation sous phrénique droite , en totalité ou en partie ,concerne très majoritairement les **hommes** chez qui elle est observée dans **32 %** des cas contre **2%** des cas chez les femmes . Ce "rideau" graisseux omental sus mésocolique **pourrait expliquer certaines difficultés de l'échographie hépatique chez l'homme**

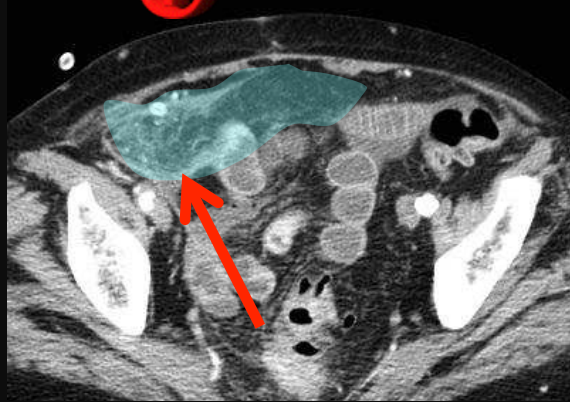
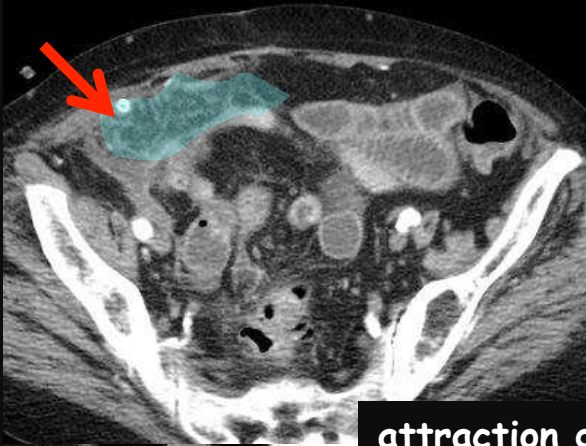


exemple de GO situé en totalité du côté gauche

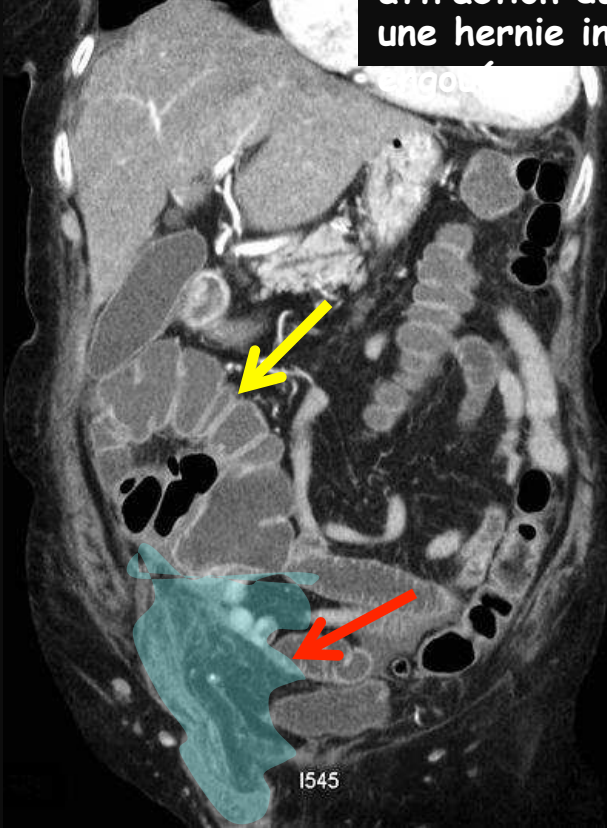


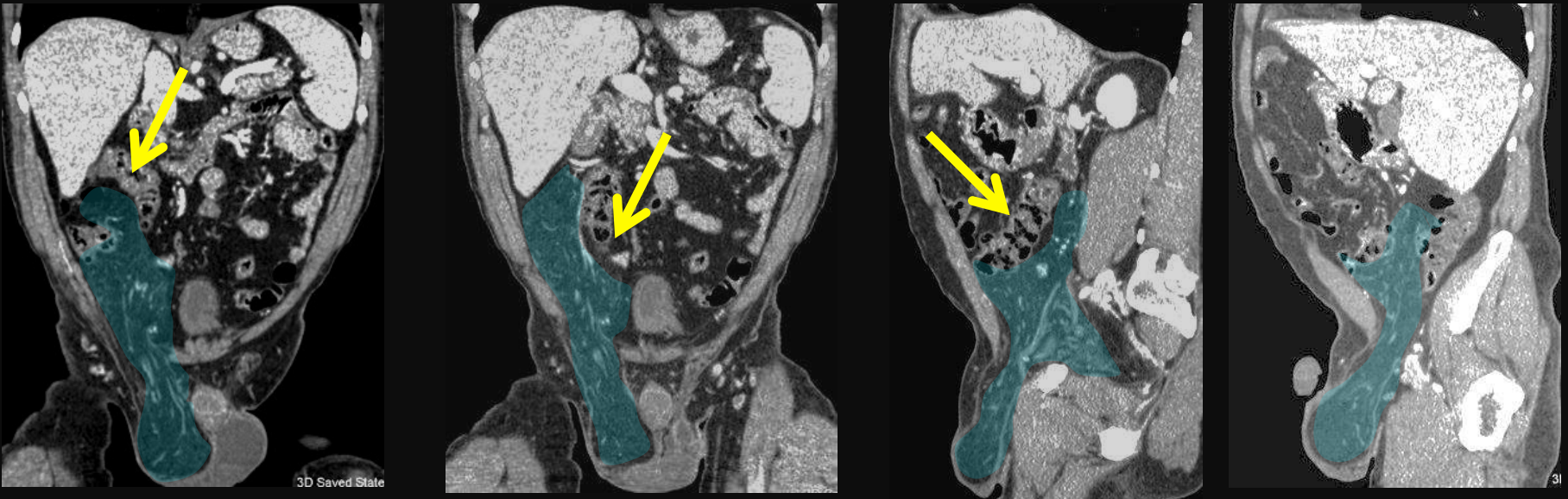
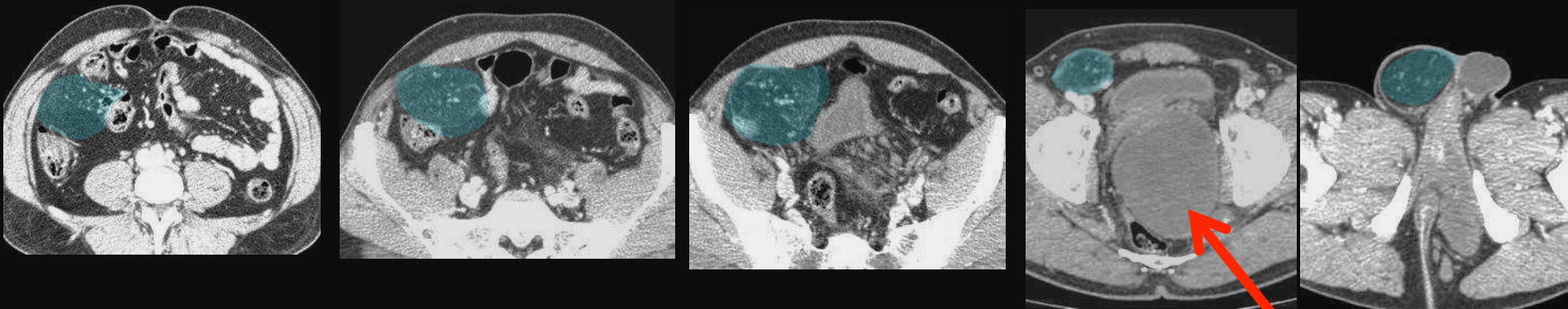
GO sous phrénique, pré-hépatique

Où se trouve le grand omentum



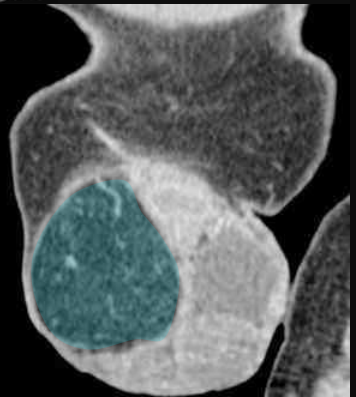
attraction du grand omentum "œdémateux" dans une hernie inguinale oblique externe récemment



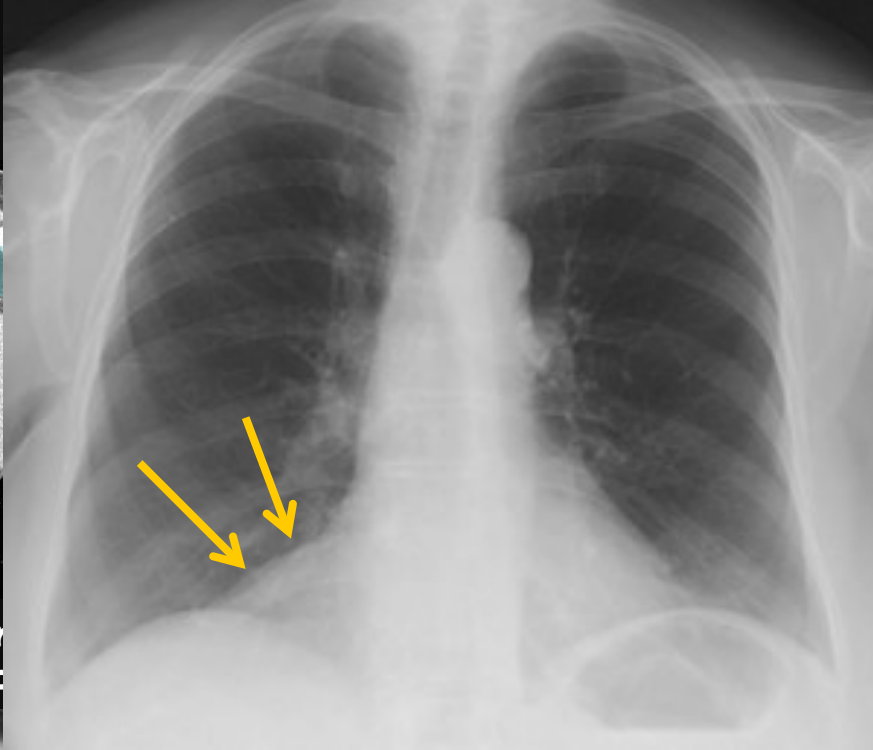
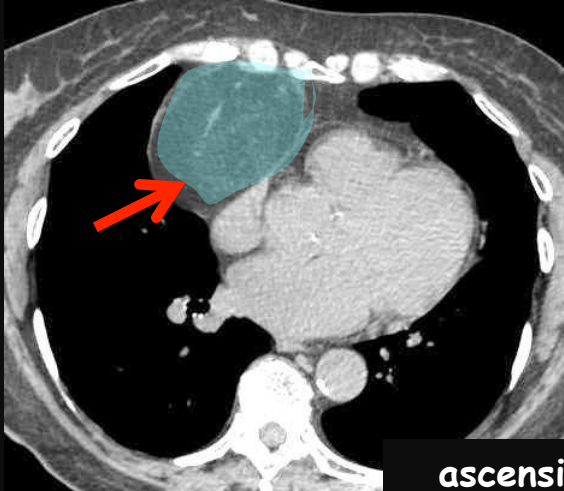


Où se trouve le grand omentum ?

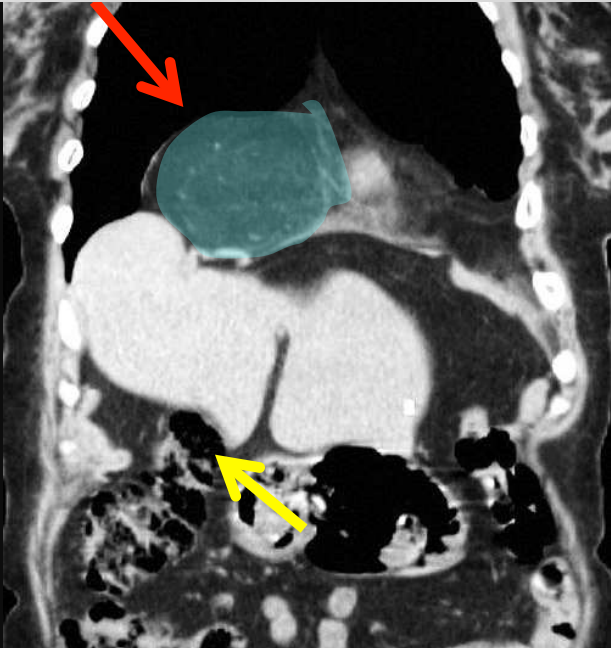
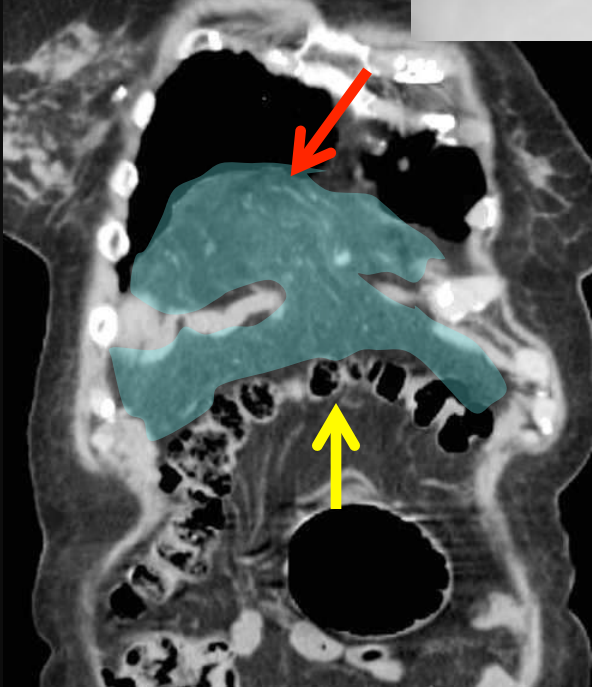
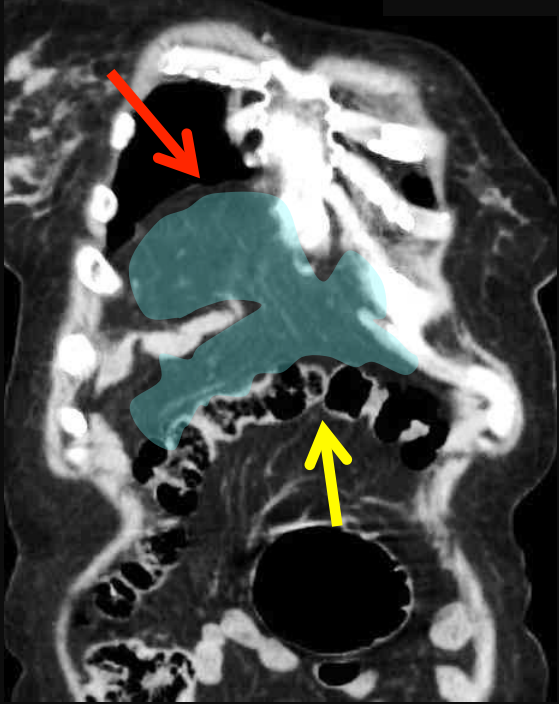
Le grand omentum est très profondément engagé dans le cordon spermatique droit , pratiquement jusqu'au testicule.
Présence d'une masse tumorale pelvi-périnéale (tumeur fibreuse solitaire)



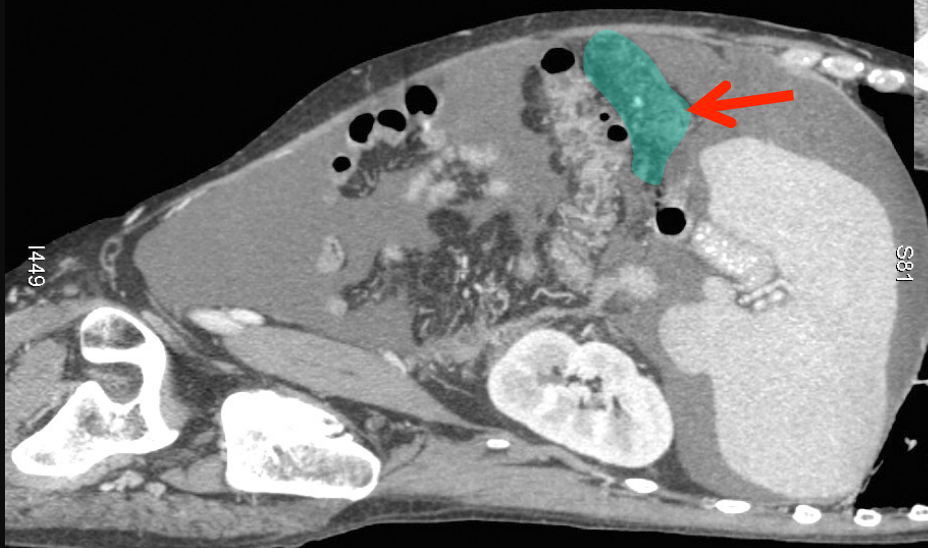
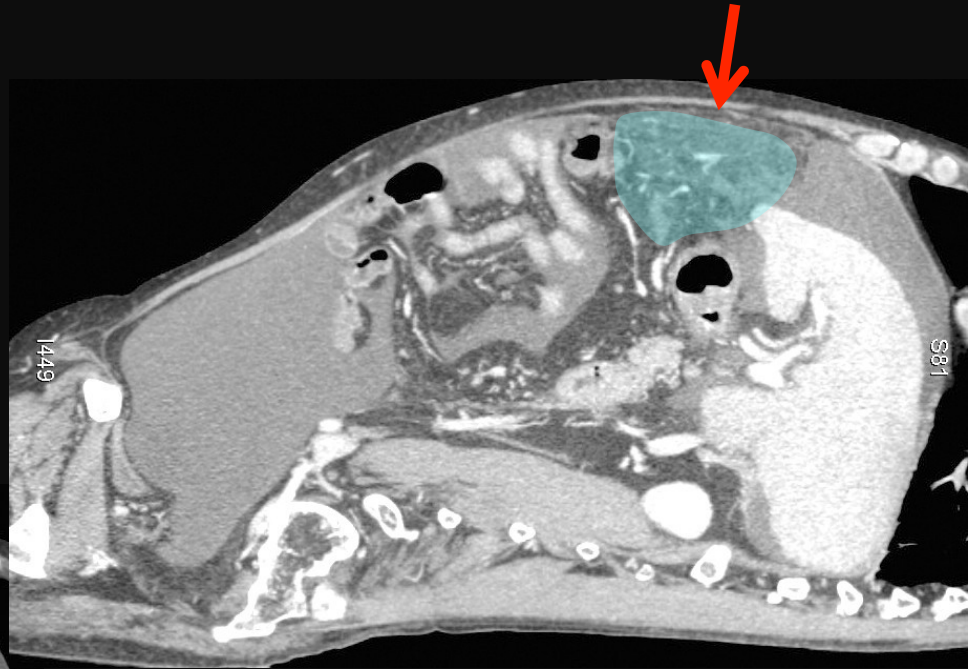
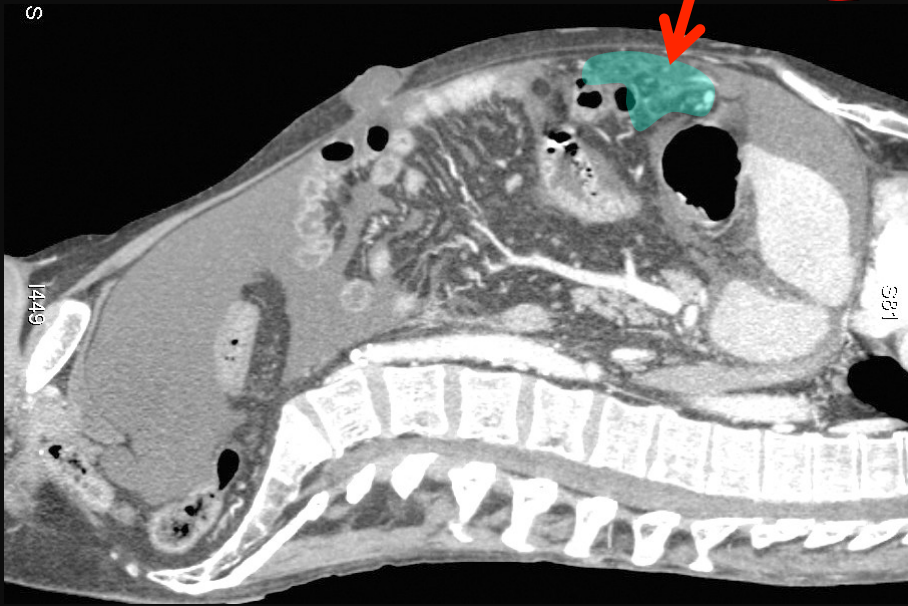
Où se trouve le grand omentum



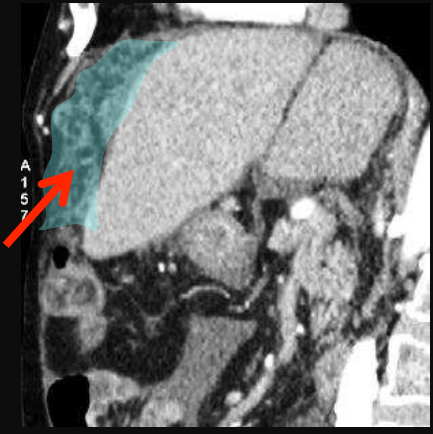
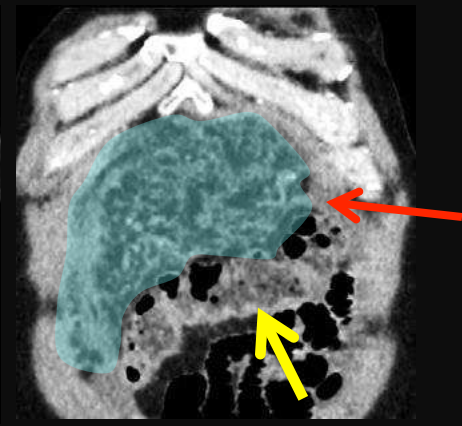
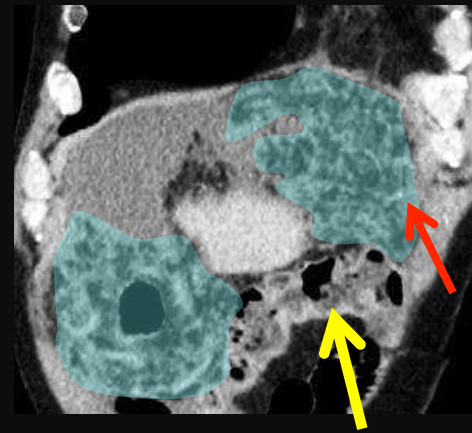
ascension du grand omentum dans
fente de Larrey (hernie c



Où se trouve le grand omentum



Le grand omentum flotte dans l'étage sus mésocolique chez ce sujet présentant une cirrhose avec décompensation ascitique

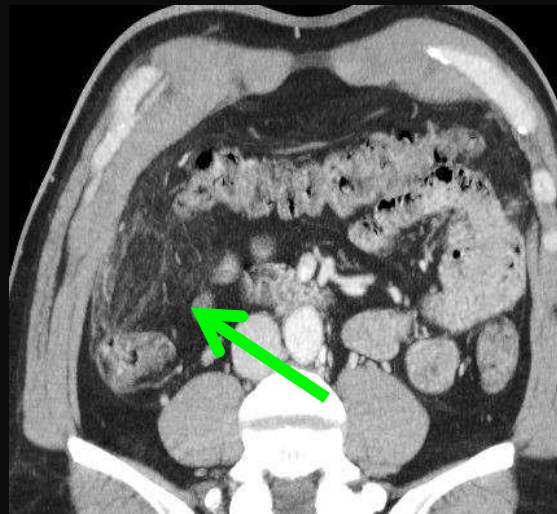
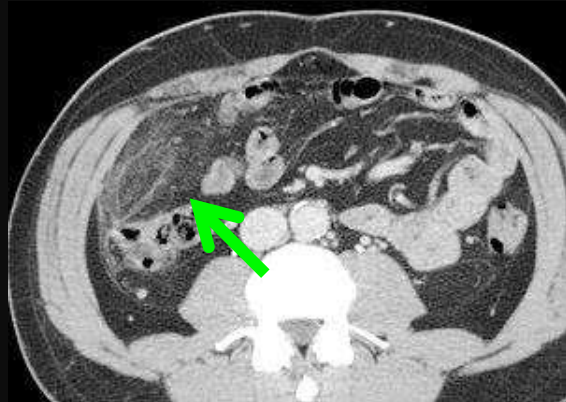
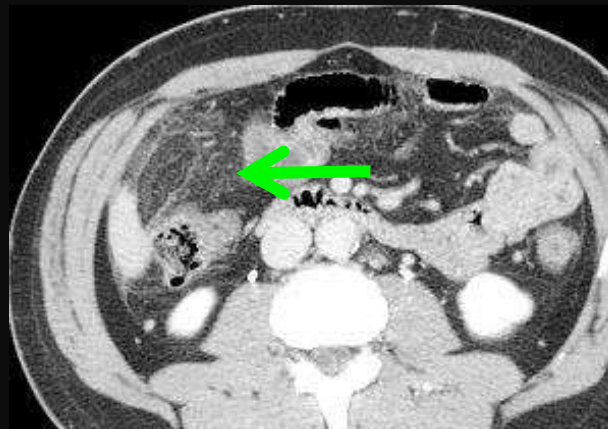
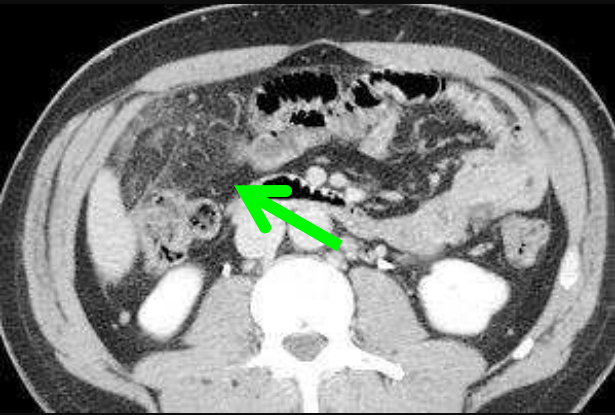


Le grand omentum flotte dans les loges sous phréniques droite et gauche

Où se trouve le grand omentum



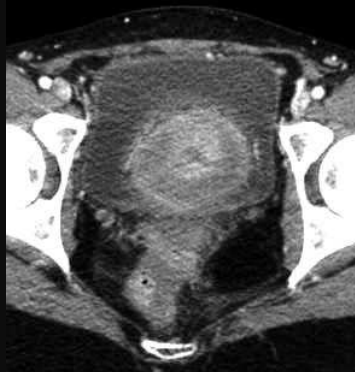
homme 37 ans , douleurs intenses et persistantes de l'hypochondre droit ; Murphy +



diagnostic



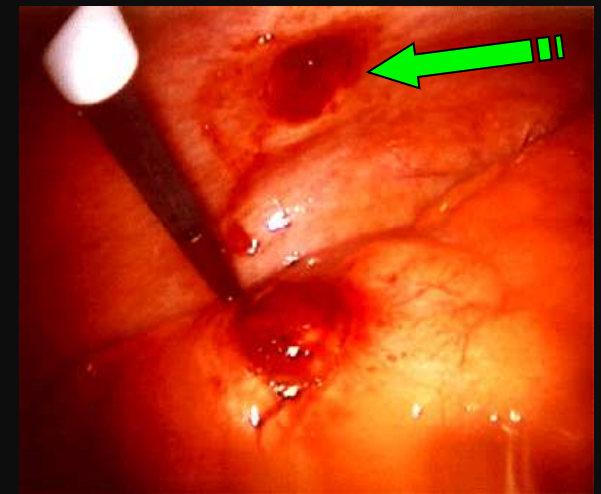
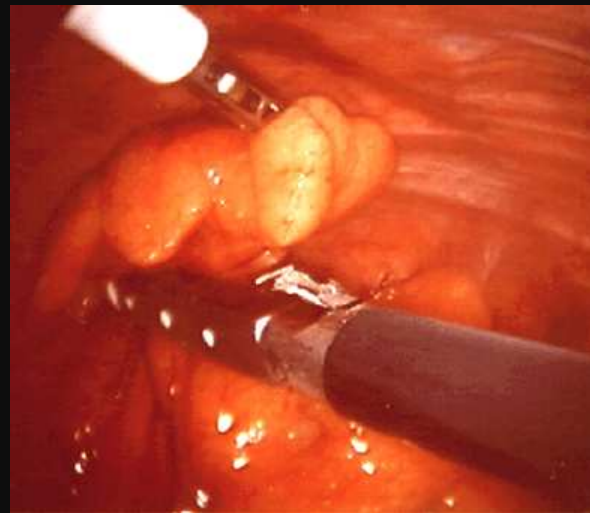
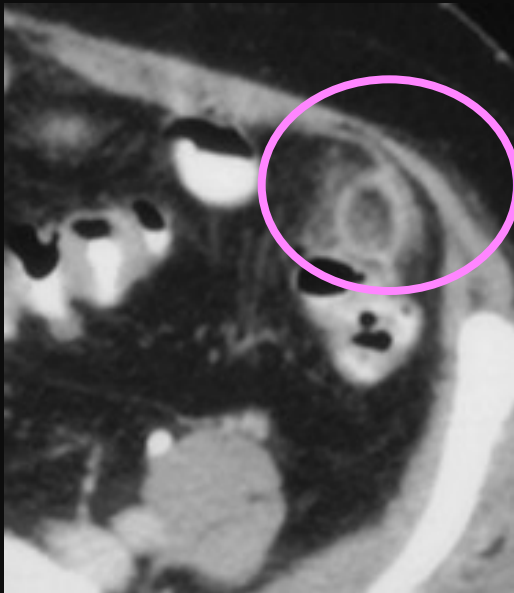
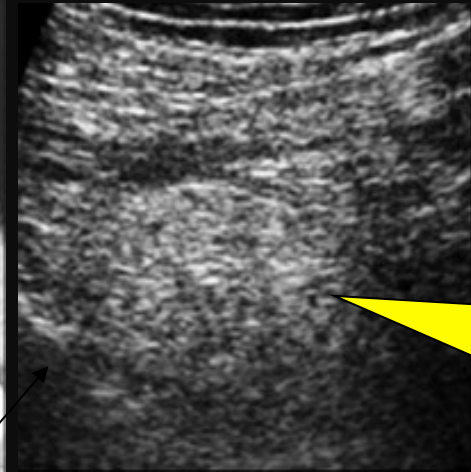
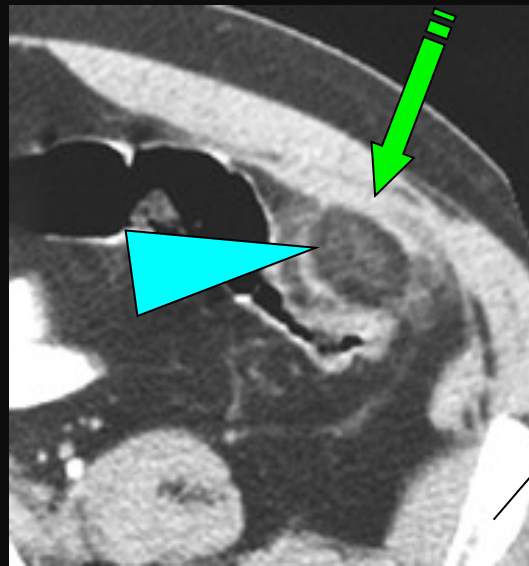
infarctus de la partie droite
droit du grand omentum
noter l'importance de
l'épaississement inflammatoire
du péritoine pariétal (flèches
vertes) expliquant l'intensité et
la persistance des douleurs
ainsi que la fixité des douleurs
et des images au cours des
mouvements respiratoires
La réaction inflammatoire
s'étend même à la graisse
propéritonéale et à la paroi
abdominale .



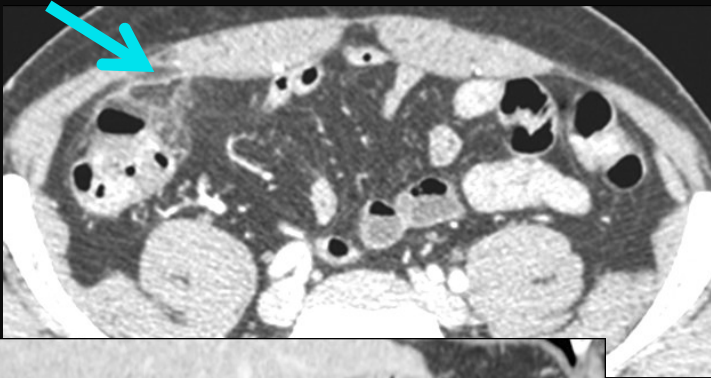
infarctus massif du grand omentum dans le post partum précoce . Nécrose de liquéfaction et organisation en collection à paroi épaisse (diagnostic chirurgical)

diagnostic

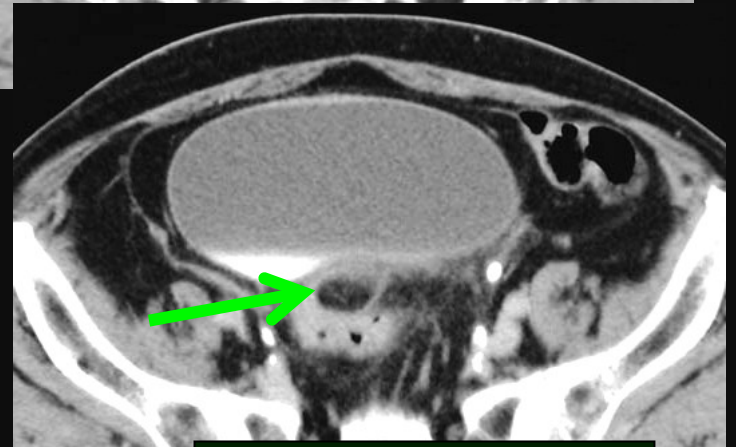
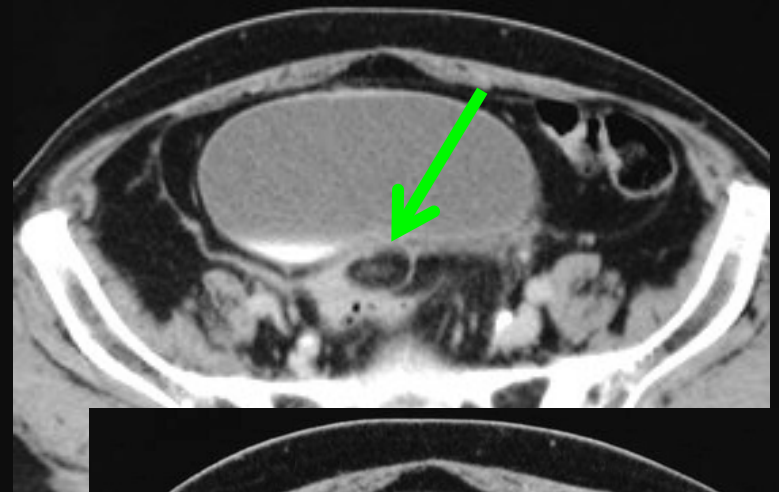
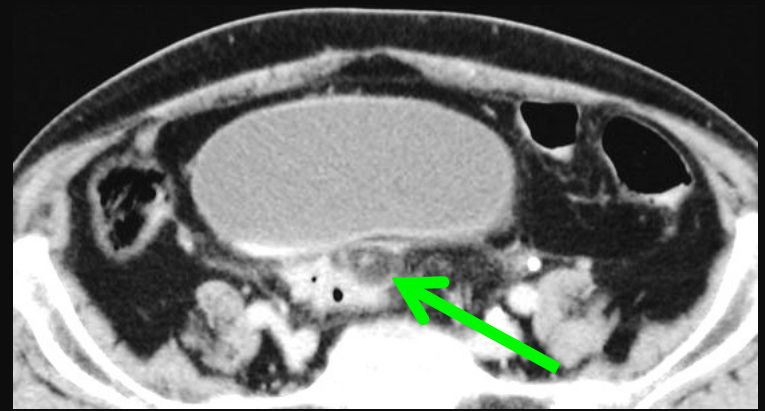




torsion ou infarctus d'appendice
épiploïque ou "appendagite primaire"

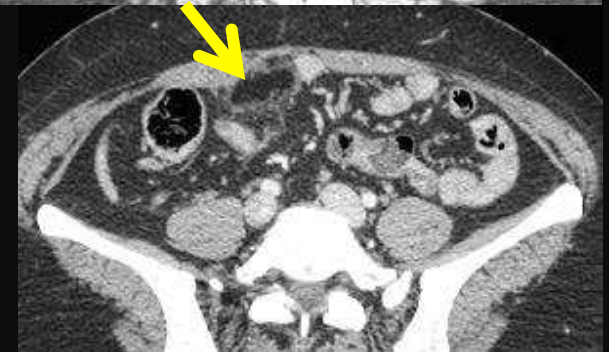
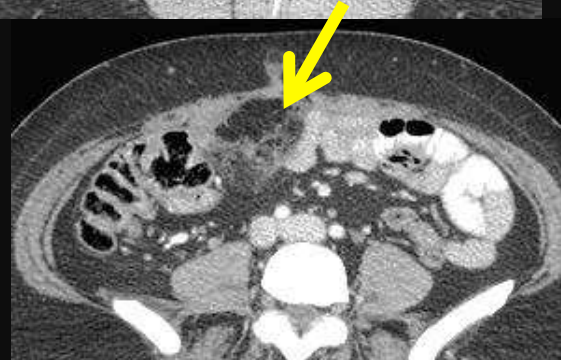
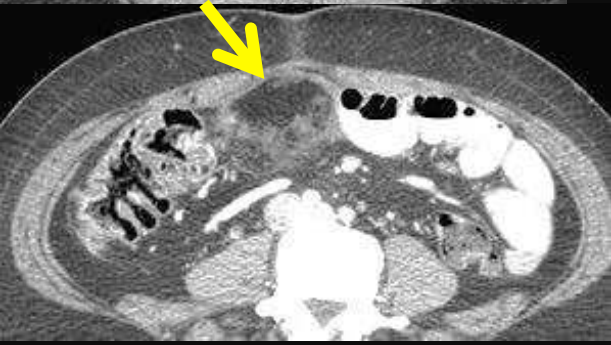
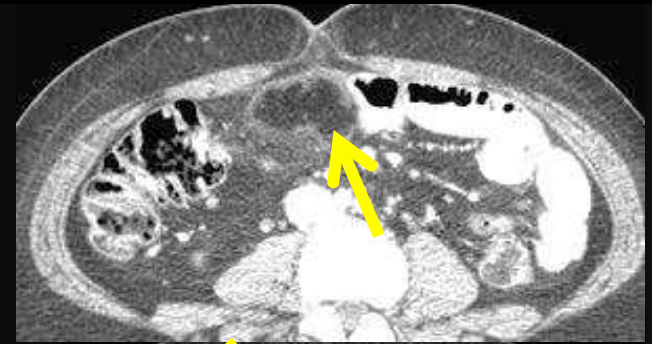


"appendagite" de la jonction caeco-colique



"appendagite" du cul de sac de Douglas

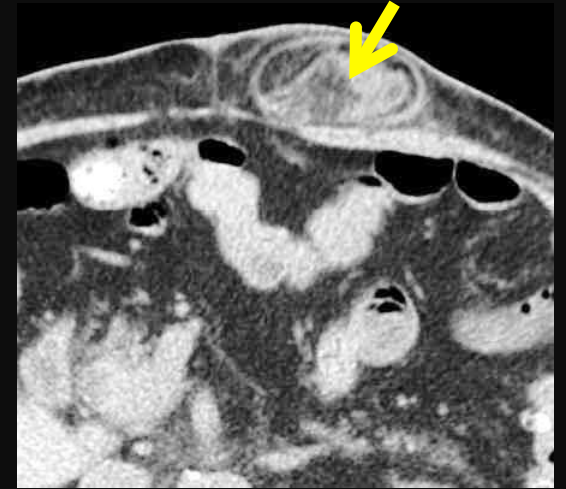
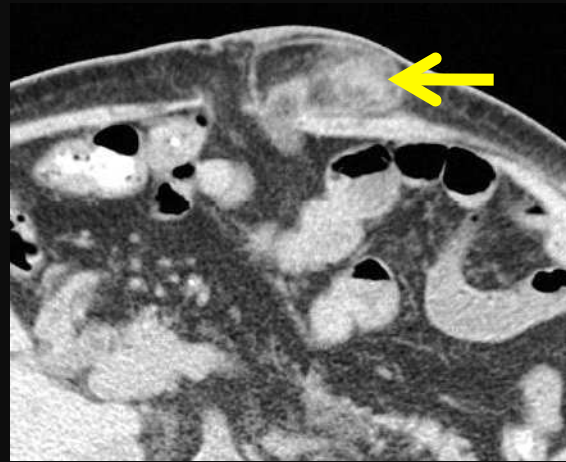
femme 42 ans ;douleurs abdominales antérieures après chirurgie bariatrique



diagnostic



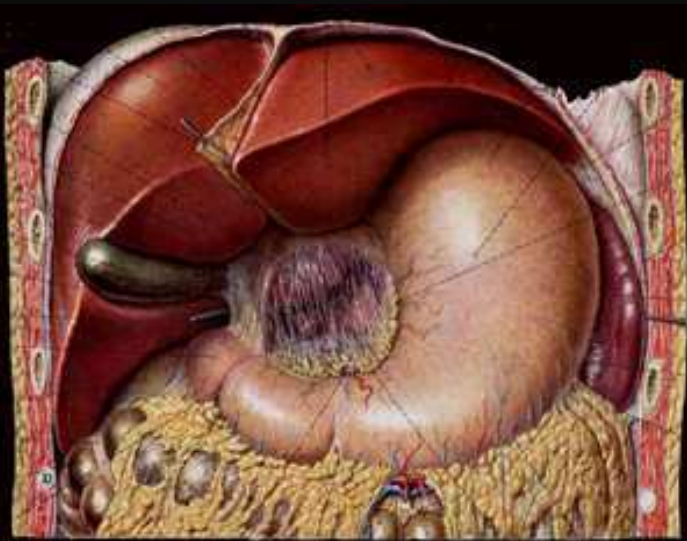
appendagite du grand épiploon ; pas d'anomalie positionnelle du grand omentum ;
intégrité du colon au contact , évolution "kystique"



diagnostic



épiplocèle ischémique : strangulation dans un diastasis des muscles grands droits. Notez l'importance de la réaction inflammatoire du péritoine pariétal de l'épiplocèle, ainsi que du tissu cellulaire sous-cutané, expliquant le caractère très douloureux et l'irréductibilité fréquente.



Pathologies ischémiques de l'épiploon

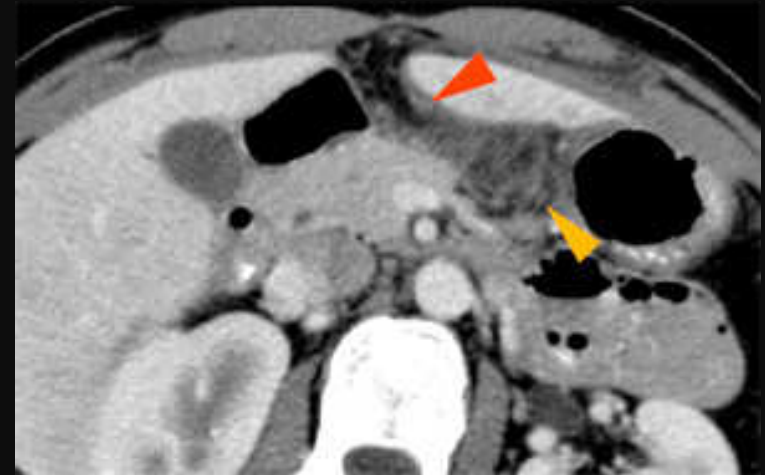
Azáiez M, Zins M, Régent D, MC Jullès1,,
Genin G, Pilleul F, Bruel JM

Poster JFR 2007

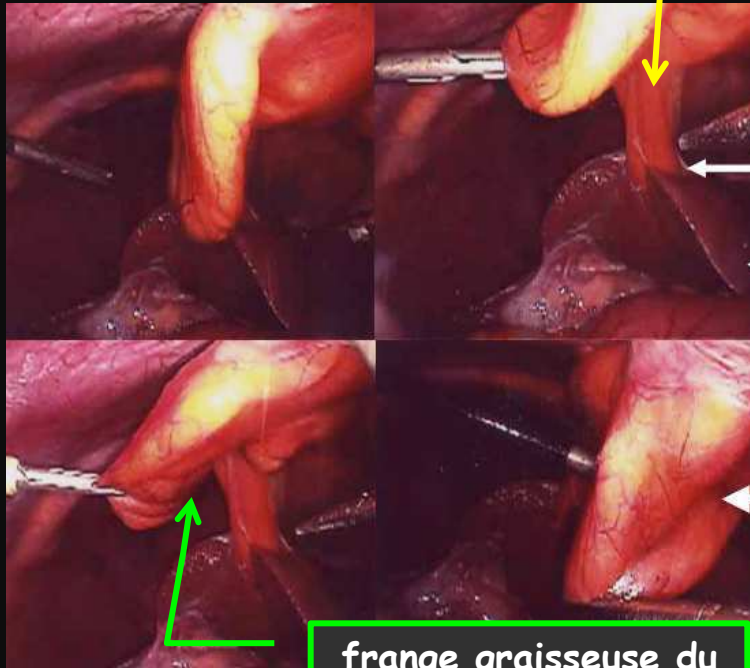
diagnostic



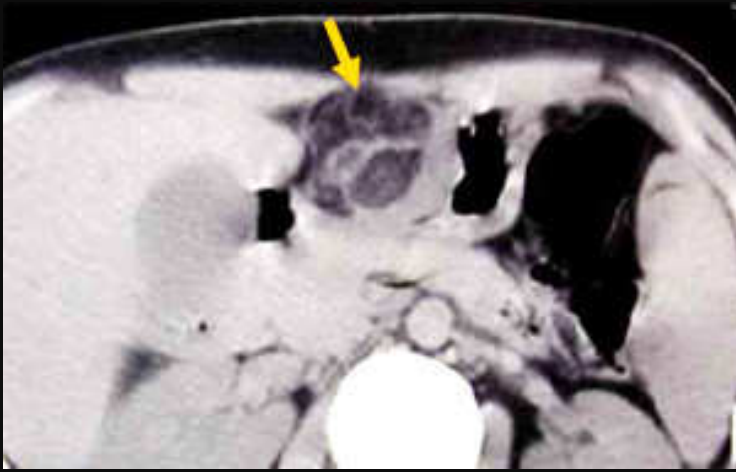
ligament
rond



torsion d'une frange graisseuse
du ligament rond

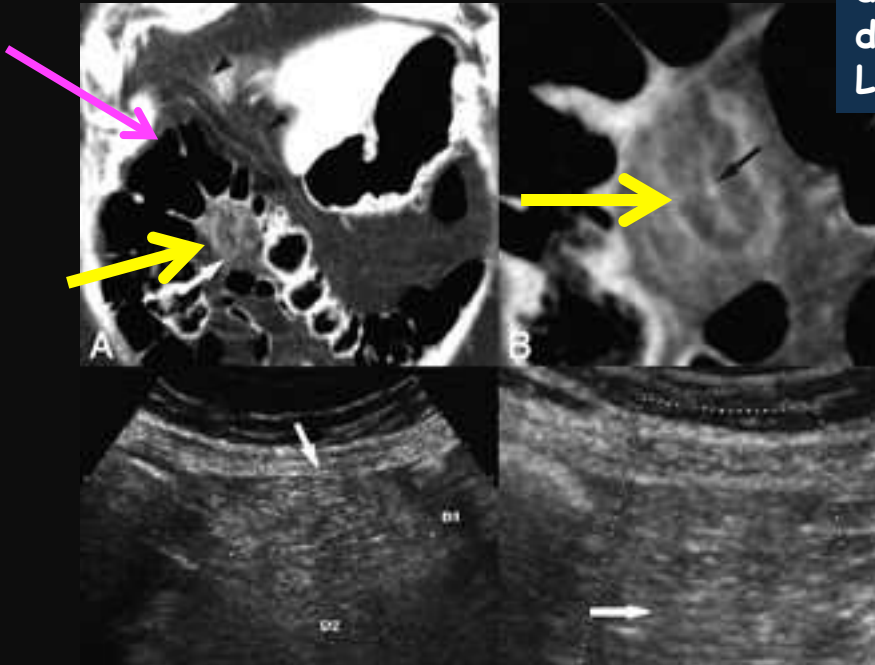


frange graisseuse du
ligament rond

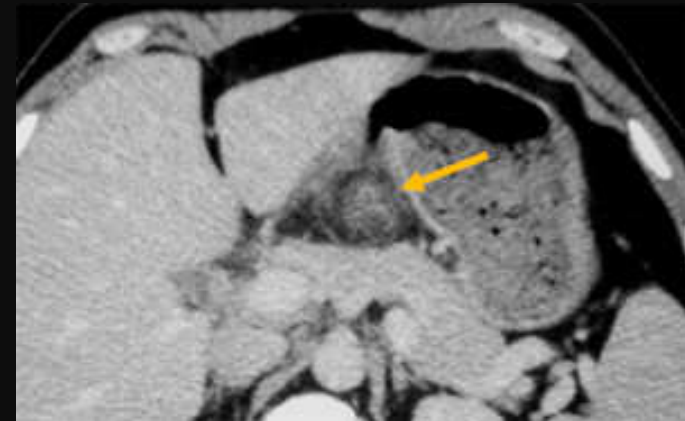


torsion d'une frange graisseuse
du ligament rond , ou infarctus
segmentaire d'un grand omentum
en situation sous hépatique
"infarctus du petit
omentum"...peu plausible

torsion d'une frange graisseuse
du grand omentum ascensionné
dans une hernie de la fente de
Larrey (hernie de Morgagni)

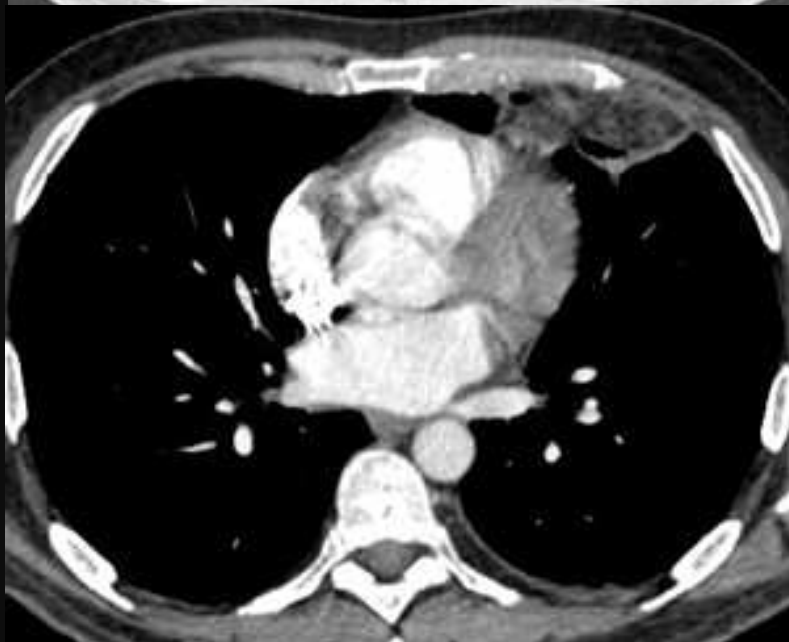
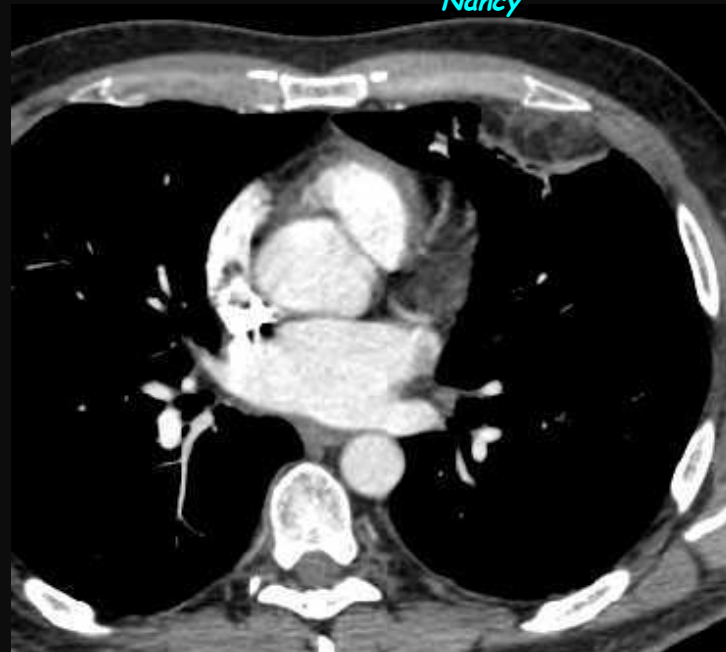


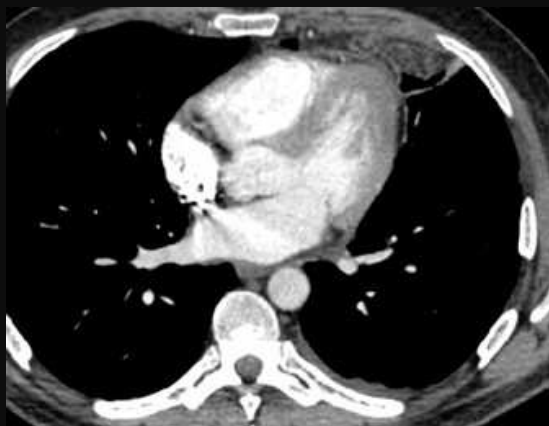
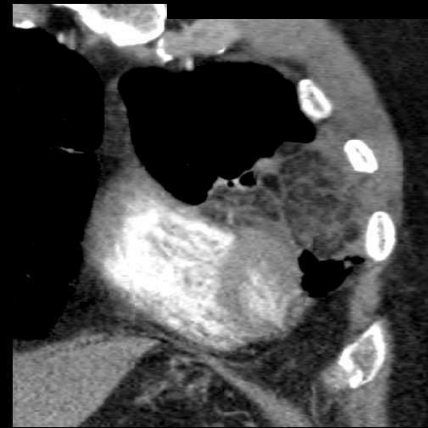
infarctus du petit omentum ???



homme 50 ans douleur thoracique aiguë , apyrétique ECG normal

Obs. Dr L. Hennequin
Centre d'Imagerie Jacques Callot
Nancy





torsion de frange graisseuse médiastinale
antérieure
Équivalent de la torsion d'un appendice épiploïque
dans l'abdomen

Comment dénommer cette pathologie



Epipericardial Fat Necrosis: Radiologic Diagnosis and Follow-Up

Victor Pineda¹
Jose Cáceres¹
Jordi Andreu¹
Jose Vilar²
Maria Luisa Domingo²

Pericardial fat necrosis is an uncommon benign condition of unknown cause. It presents as acute pleuritic chest pain in previously healthy persons associated with a well-defined nodularity on posteroanterior chest radiographs. This condition allows characteristic radiologic findings.

Based on the clinical and radiologic findings, a tentative diagnosis of epipericardial fat necrosis was made.

Surg Today (2000) 30:739-743

 **SURGERY TODAY**
© Springer-Verlag 2000



Encapsulated Pericardial Fat Necrosis Treated by Video-Assisted Thoracic Surgery: Report of a Case

Downloaded from thorax.bmj.com on April 12, 2015
INOUE, SHOZO FUJINO, NORIAKI TEZUKA, SATORU SAWAI, KEIICHI KONTANI, JUN HANAOKA,
Surgery, Shiga University of Medical Science, Seta, Otsu, Shiga 520-2192, Japan

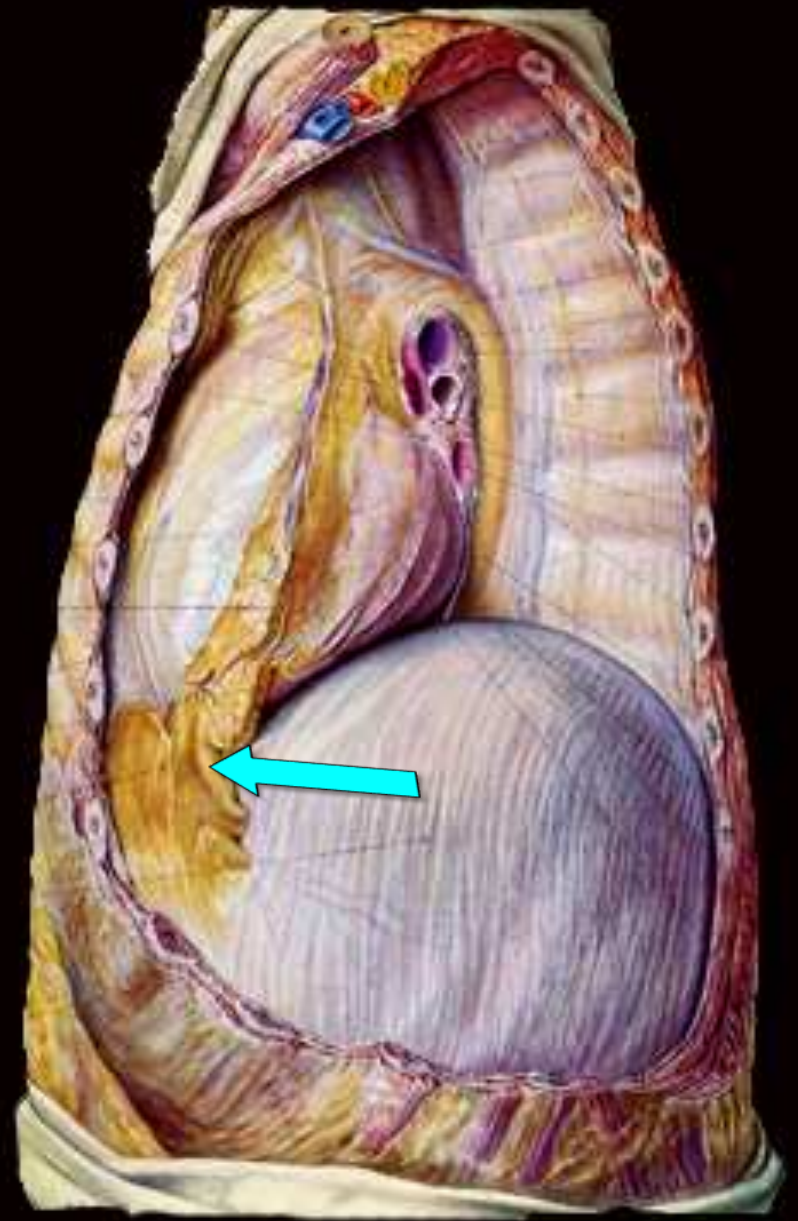
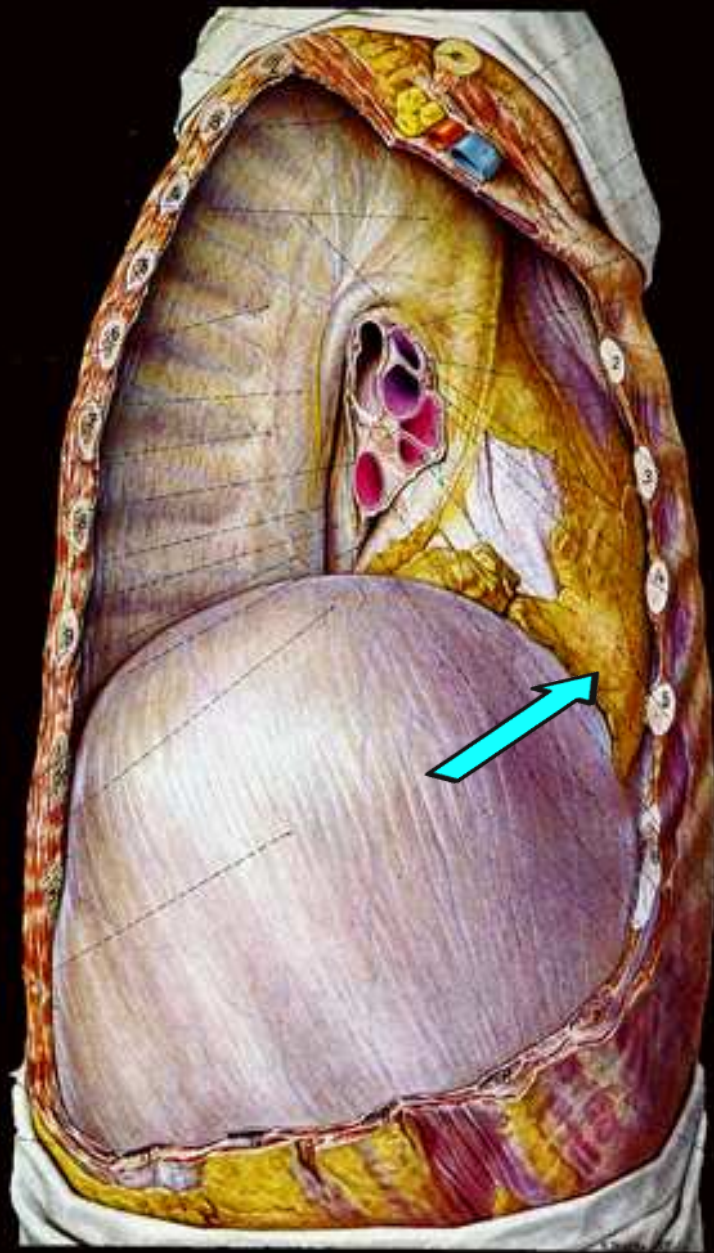
Images in Thorax

Acute chest pain caused by pericardial fat necrosis

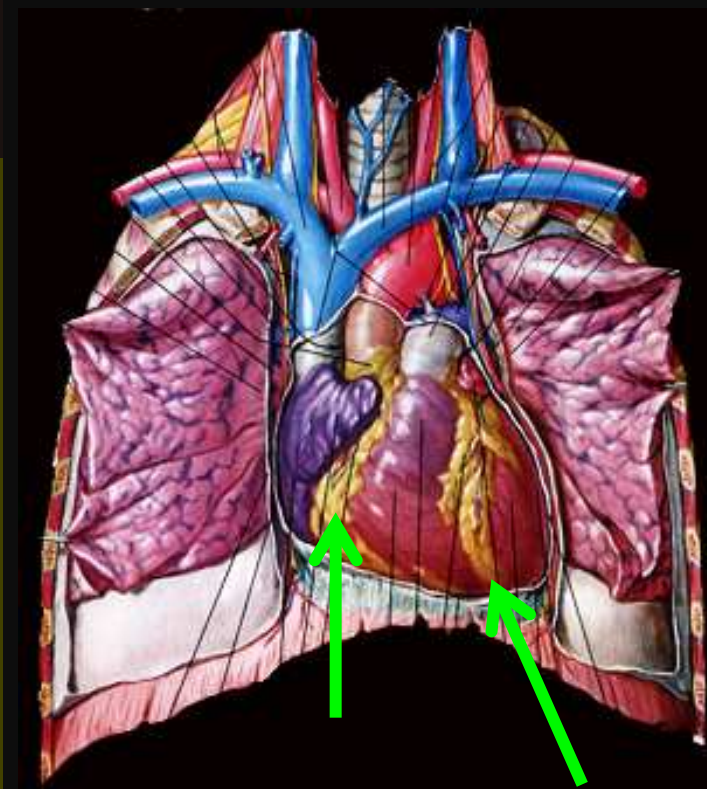
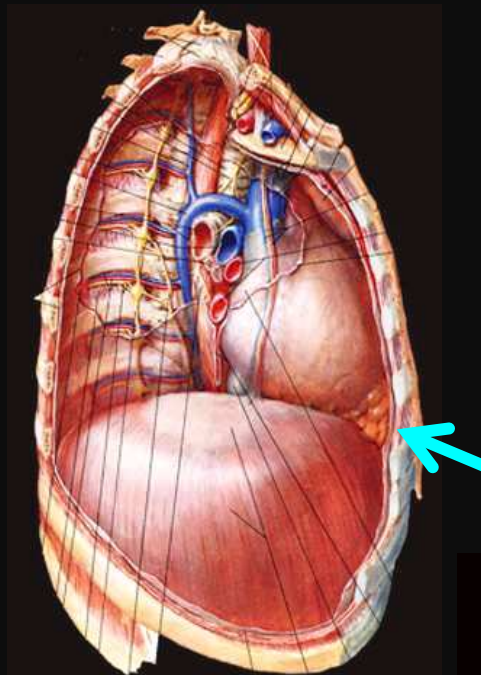
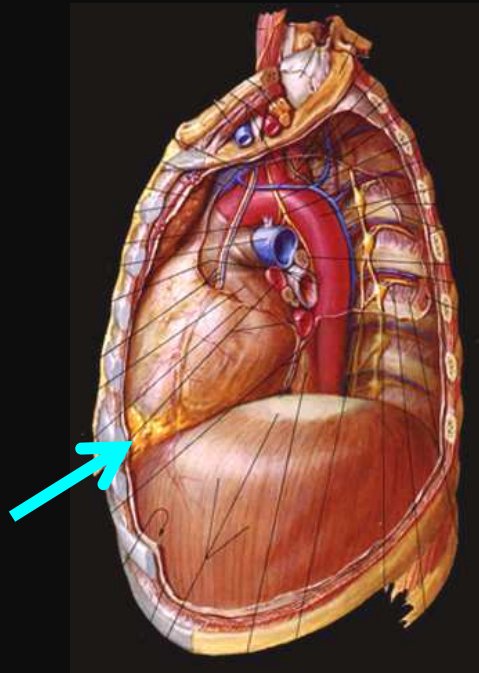
A 55-year-old woman presented at the emergency department with acute pleuritic chest pain. The pain was located on the left side of the sternum. Her relevant medical history revealed

Alors :

péricardique ?
épicardique ?
épi péricardique ?



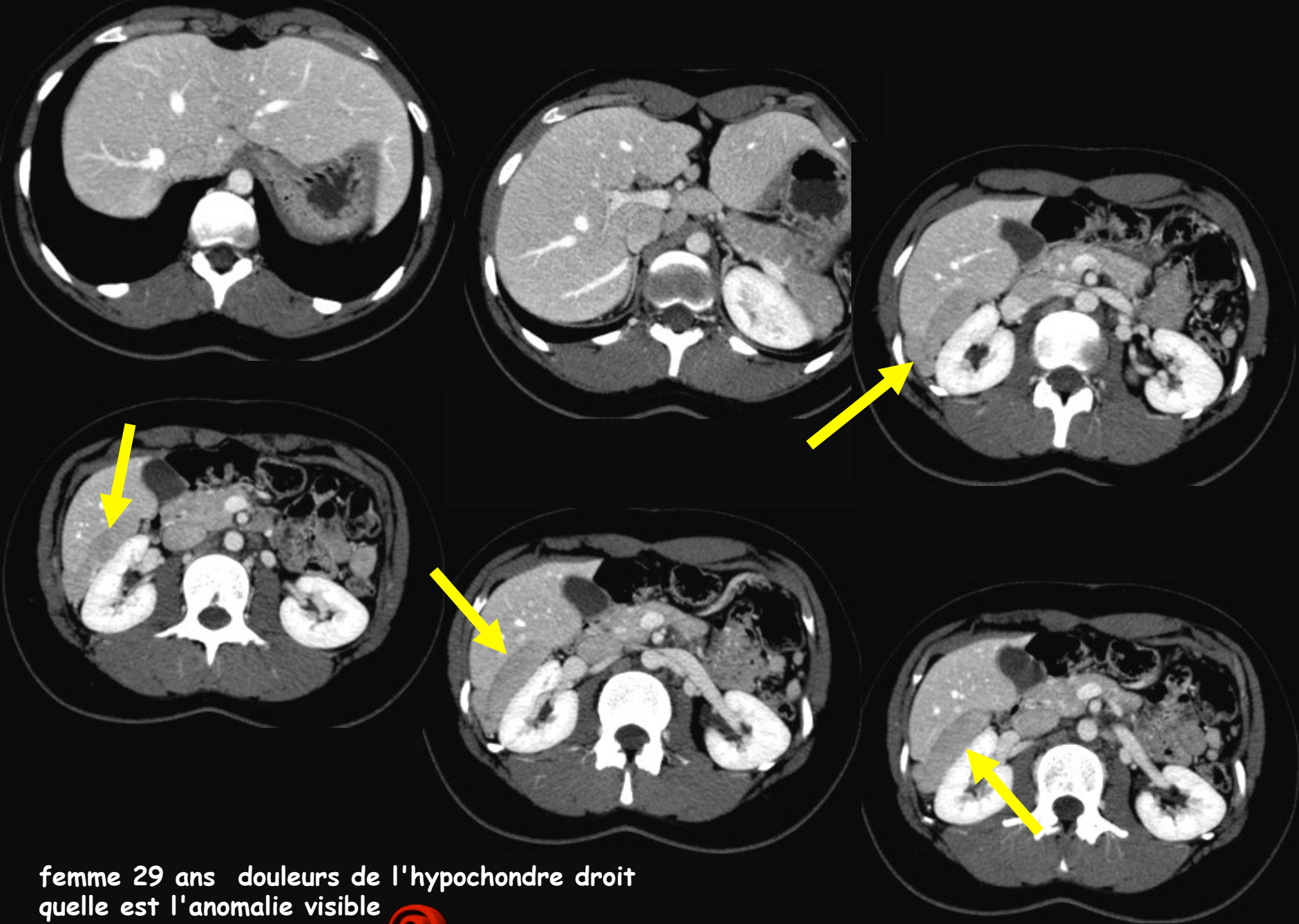
Les franges grassesuses épi péricardiques selon E Pernkopf



La **graisse épi péricardique** (flèches bleues) ne doit pas être confondue avec la **graisse intra péricardique** qui entoure les axes vasculaires dans les sillons inter-ventriculaires et atrio-ventriculaires (flèches vertes) qui a un rôle important dans l'athérogénèse.

la liponécrose ischémique des franges graisseuses épiscopardiques se traduit par un tableau aigu thoracique ou épigastrique antérieur .

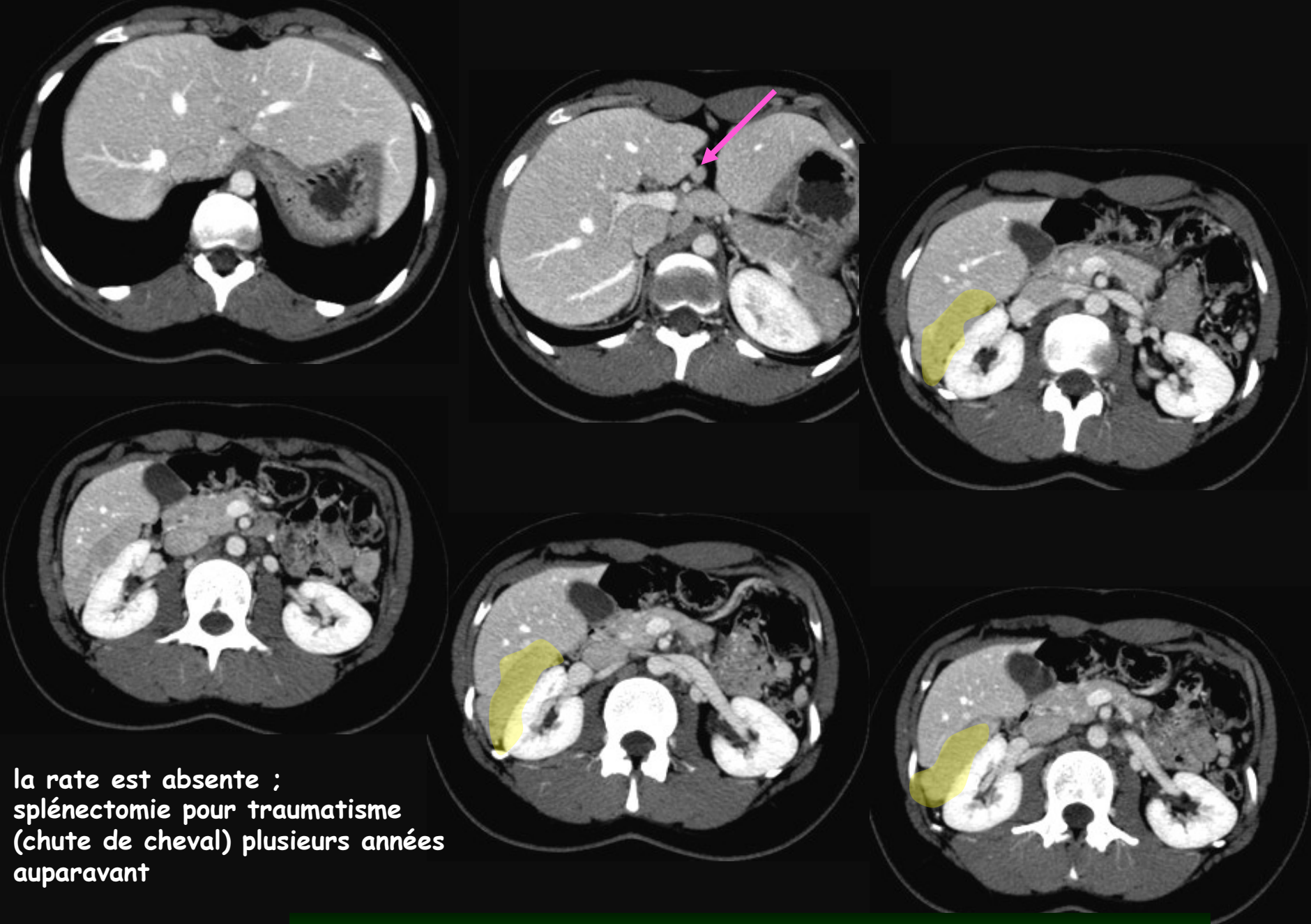
même dans la compétition des "petits PDL" qui semble résumer le diagnostic scanographique pour les régimes totalitaires du terrorisme antiradiations ionisantes , ne réduisez pas trop l'axe Z ...et conservez la notion de scanner TAP dans les tableaux aigus !



femme 29 ans douleurs de l'hypochondre droit
quelle est l'anomalie visible
a quoi correspond-elle

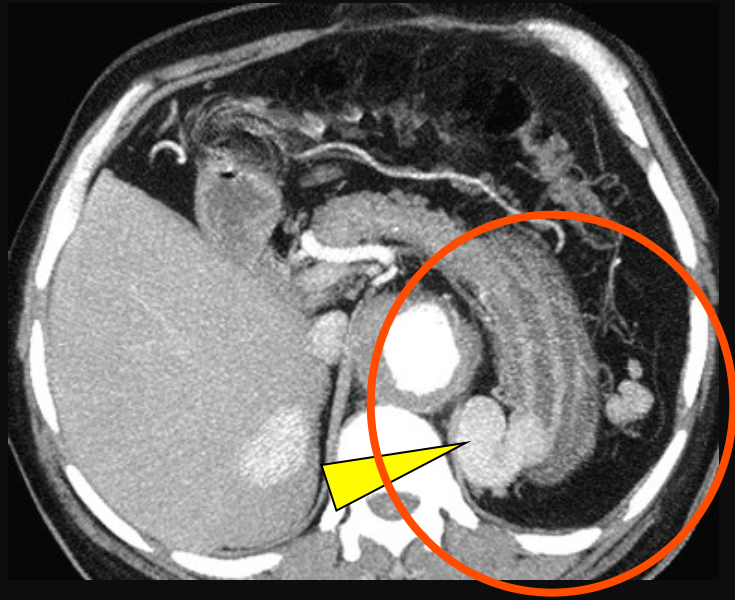


obs. Ph. Gay-Depassier , Annemasse

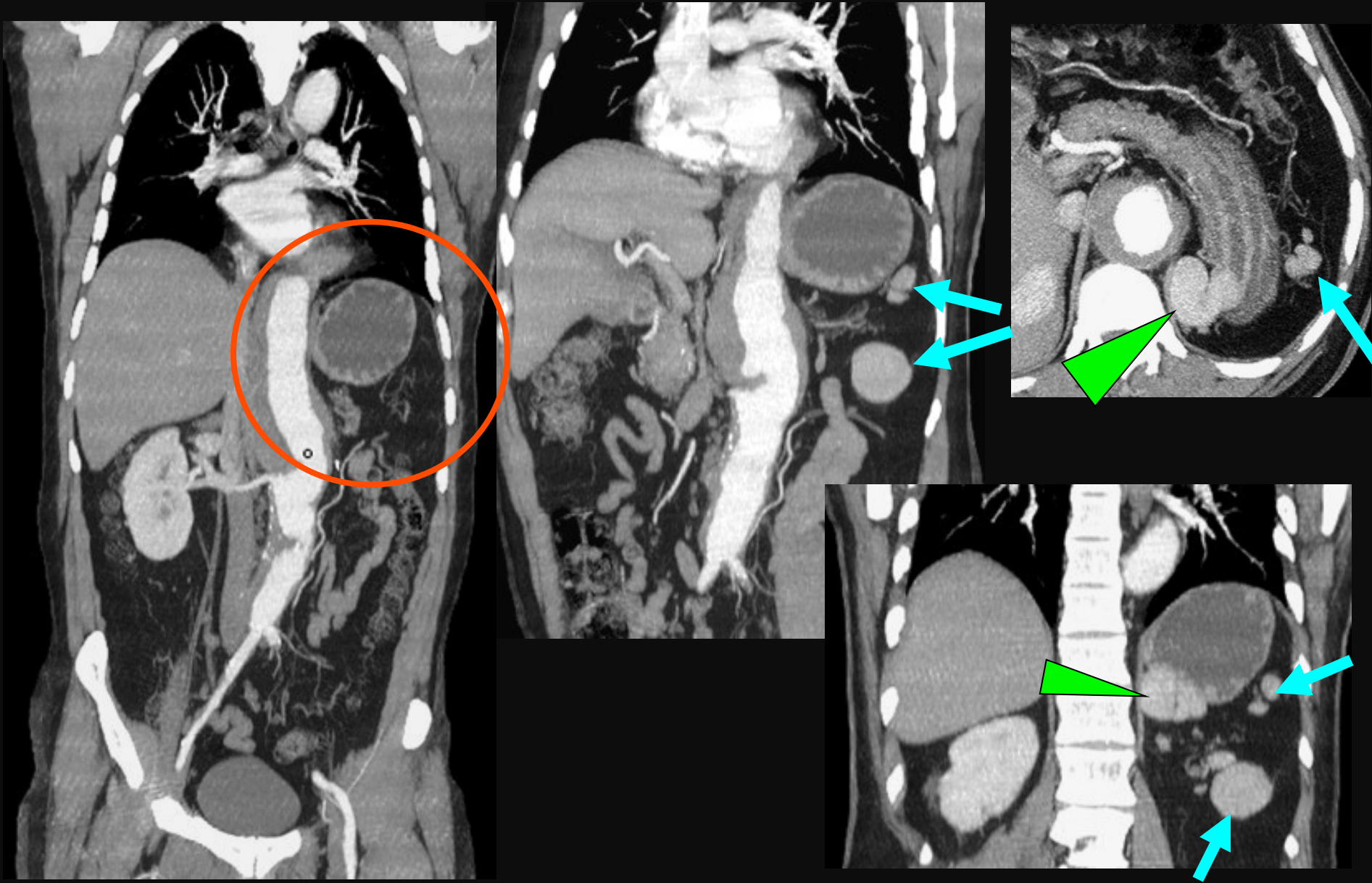


la rate est absente ;
splénectomie pour traumatisme
(chute de cheval) plusieurs années
auparavant

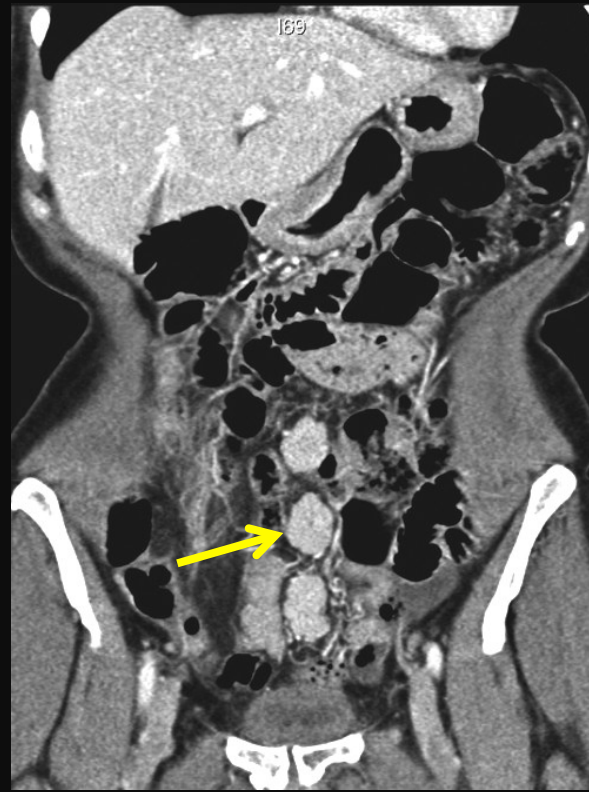
splénose de la poche de Morison et de la région cœliaque



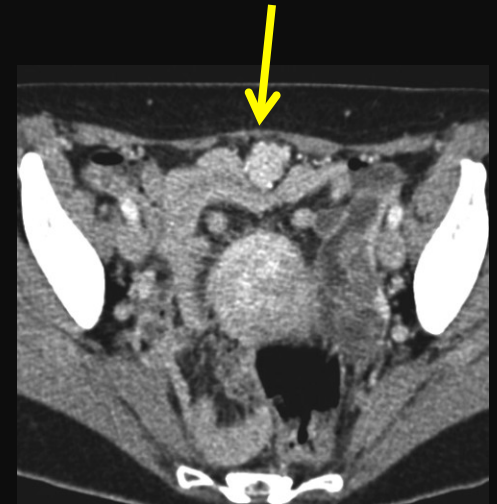
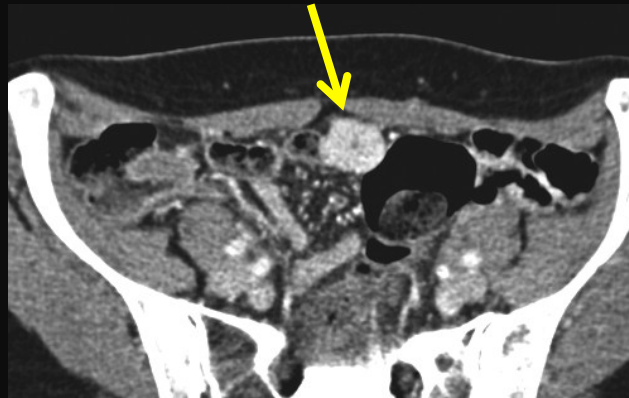
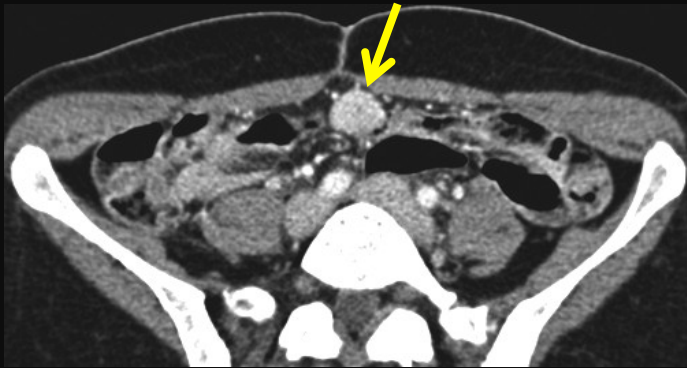
toute l'histoire clinique et le diagnostic sont dans les images...!!!



splénose post splénectomie "de nécessité" lors de la pose d'une prothèse du segment thoraco-abdominal de l'aorte pour cure d'un anévrisme

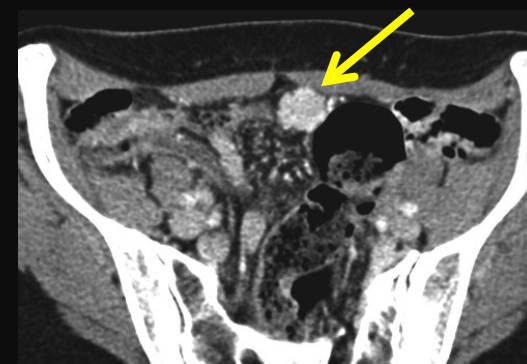
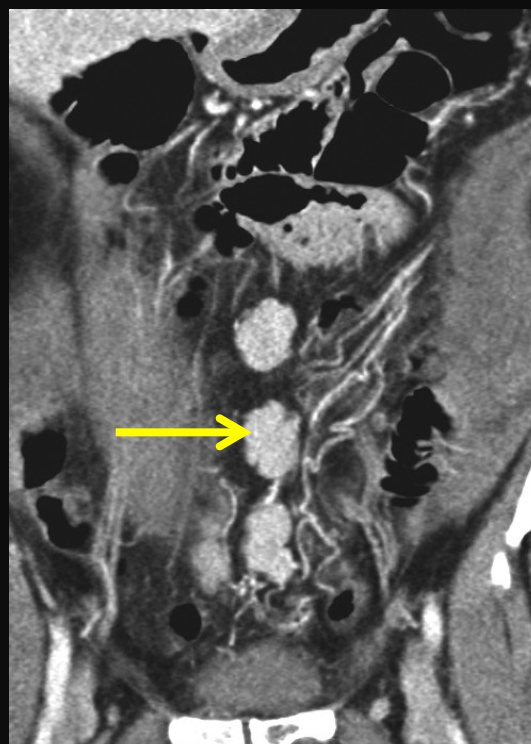
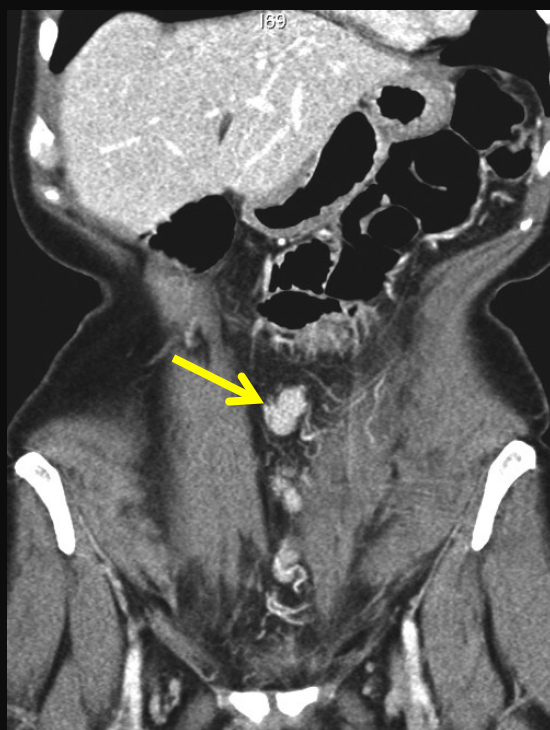
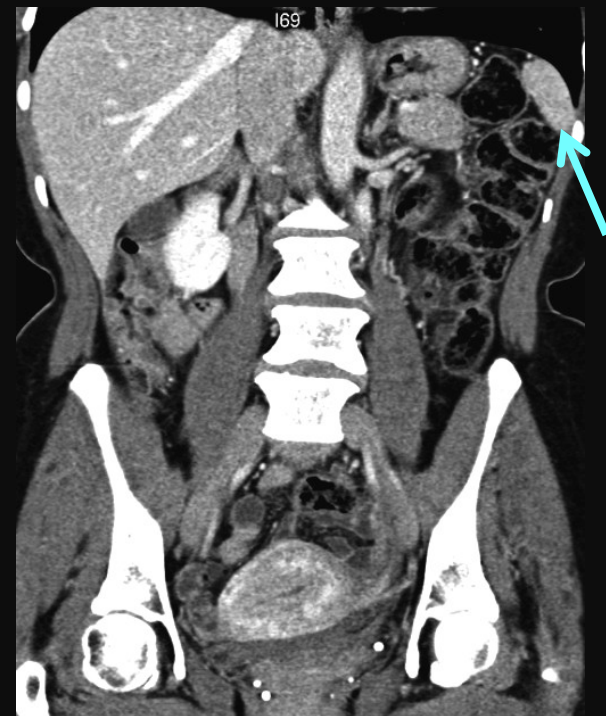
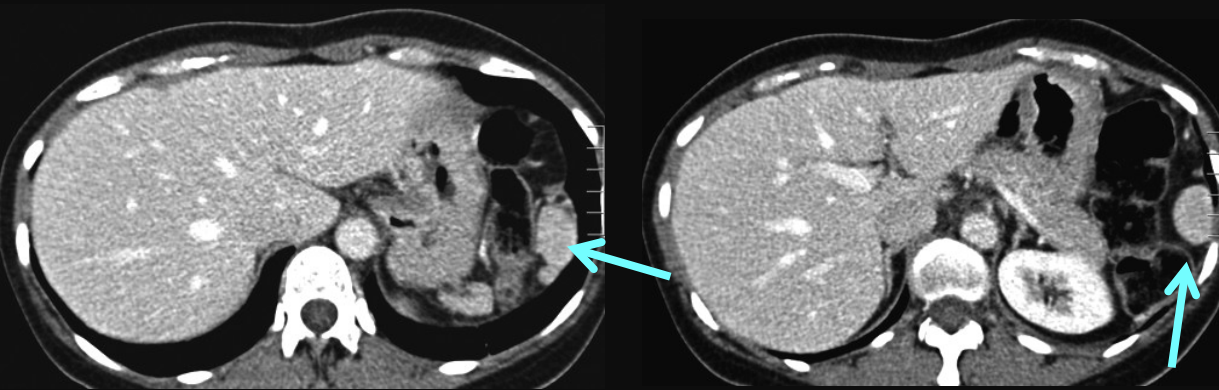


femme, 43 ans, 4 enfants, pas de douleurs abdominales, pas d'antécédents chirurgicaux pelviens ni obstétricaux.



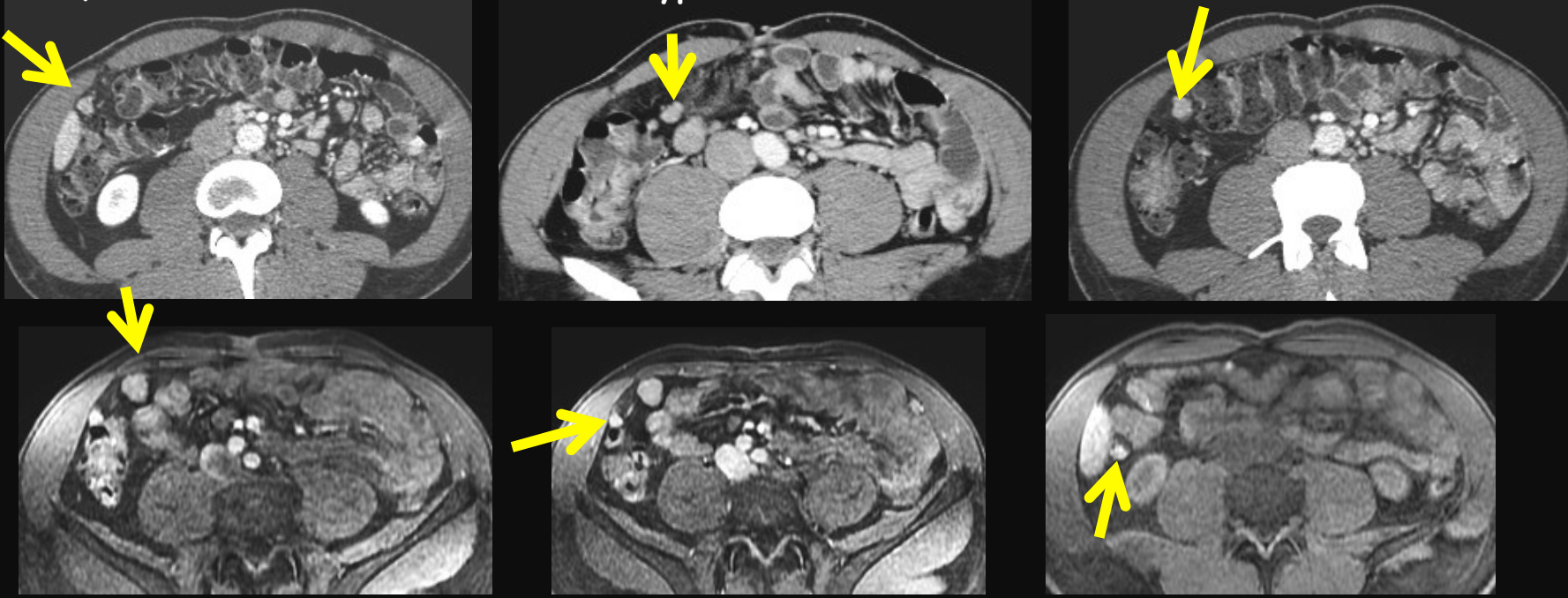
diagnostic





Splénose post splénectomie après rupture traumatique de rate survenue 20 ans auparavant ; le rehaussement intense et homogène des nodules de splénose tant dans la loge de splénectomie que dans le grand omentum est très caractéristique ; l'absence d'antécédents gynécologique et de symptômes évocateurs élimine l'endométriose.

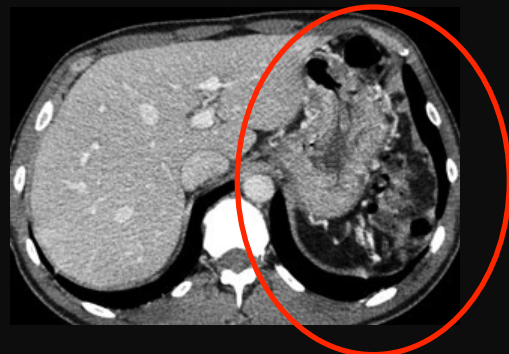
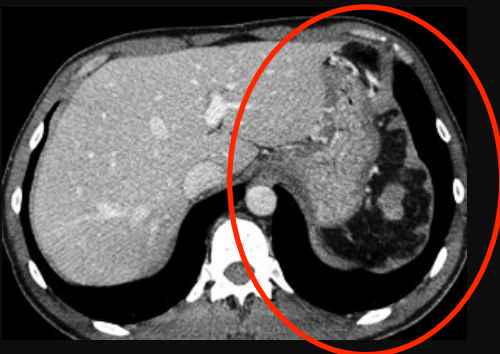
femme, 36 ans; douleurs abdominales de type troubles fonctionnels



diagnostic

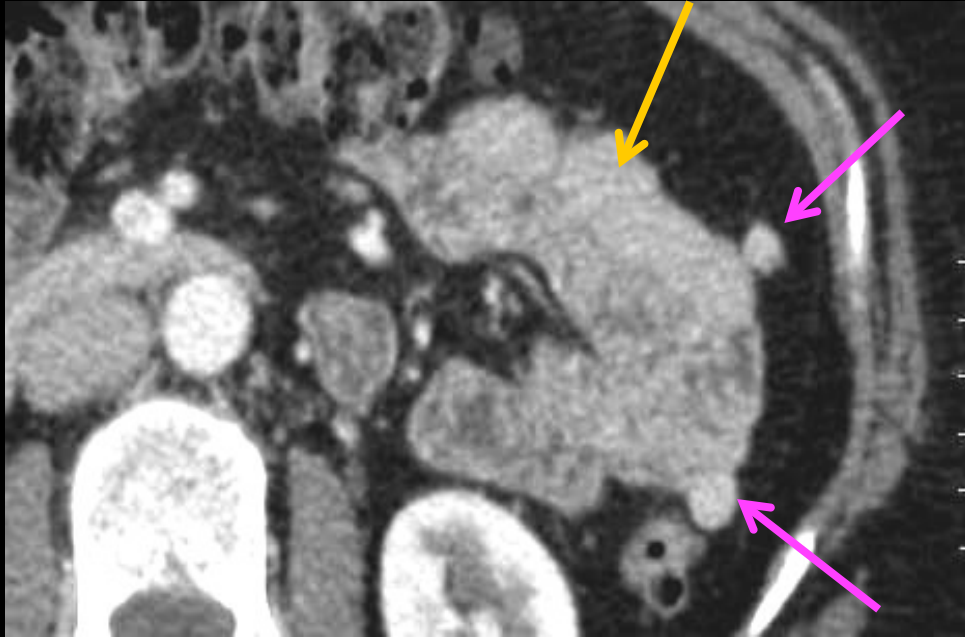


devant de petits nodules hypervascularisés disséminés du GO (et du mésentère) , le premier réflexe doit être de vérifier l'état de la loge splénique ...



Lorsque , comme ici , la rate est absente , le diagnostic de Splénose post splénectomie devient une très forte probabilité !!!

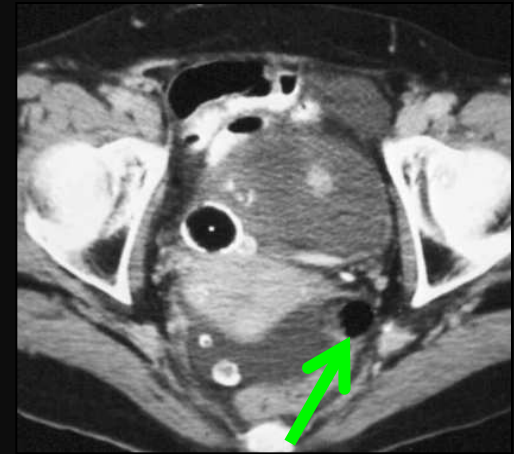
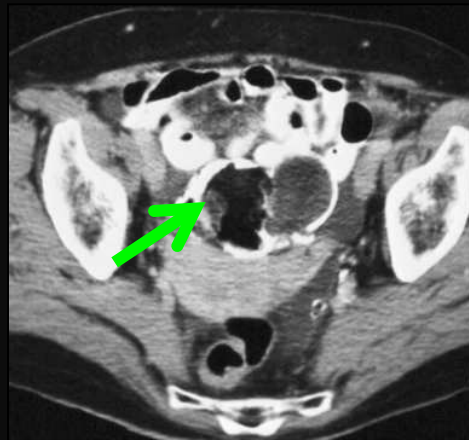
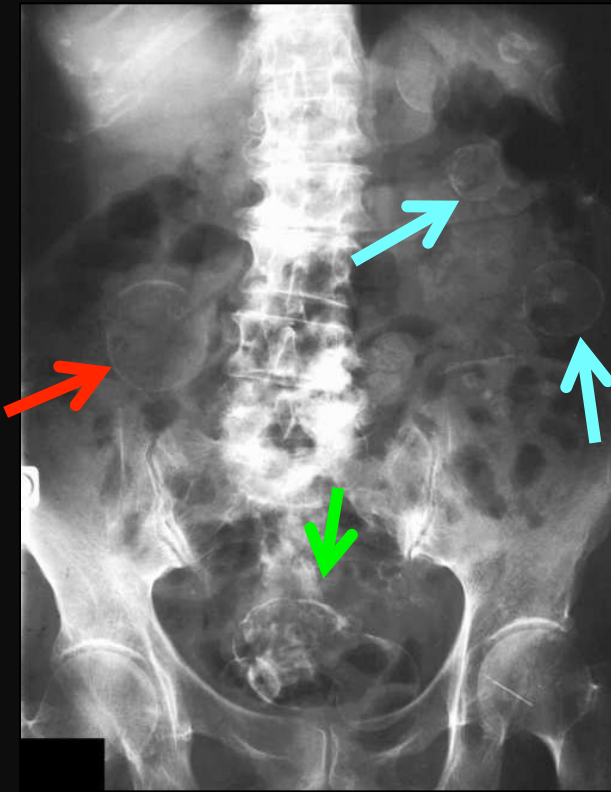
femme 46 ans , scanner réalisé pour bilan d'hématurie macroscopique, mais on n'objective pas d'anomalie évidente de l'appareil urinaire , par contre ...



splénose post
splénectomie , bien sur !



femme 58 ans douleurs abdominales atypique; troubles fonctionnels intestinaux)



diagnostic

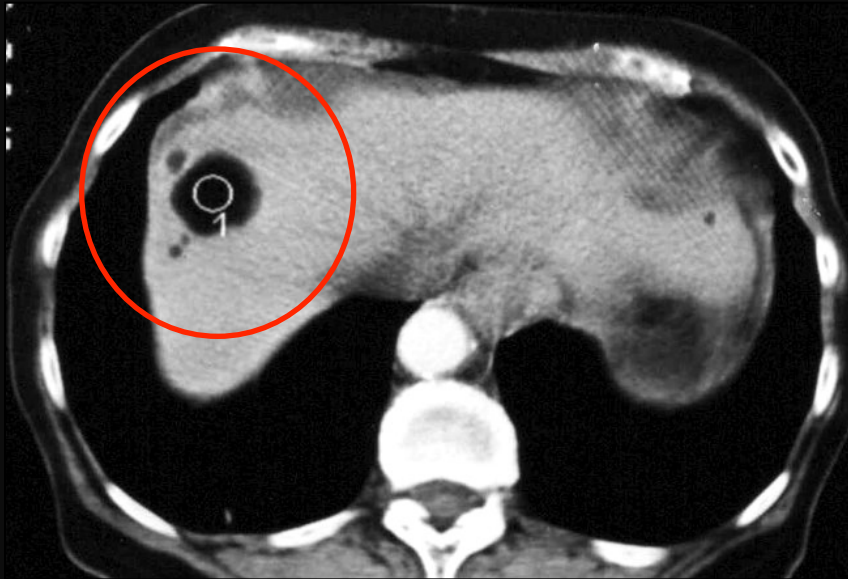
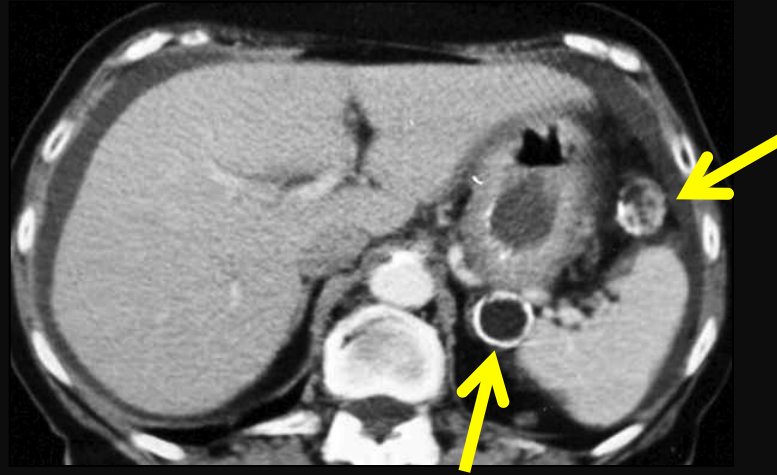


l'ASP ,l'échographie puis le scanner montrent la lésion calcifiée à contenu graisseux du GO (flèche rouge) ;

l'exploration de la cavité pelvienne confirme la présence de tératomes ovariens matures ,d'aspect analogue (flèches bleues)

et d'autres localisations du même type dans toute la cavité péritonéale (flèches vertes)

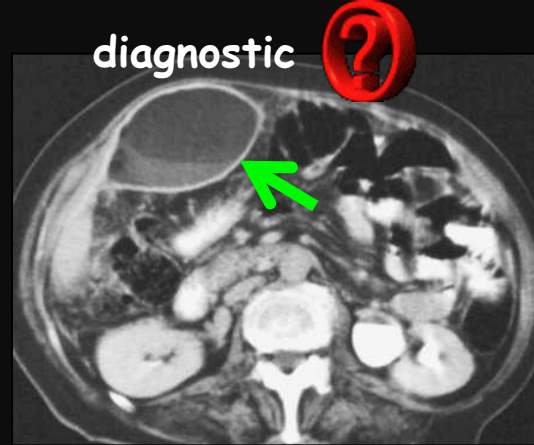
détail de l'étage sus mésocolique chez la même patiente ; on retrouve des formations kystiques de la loge sous phrénique gauche



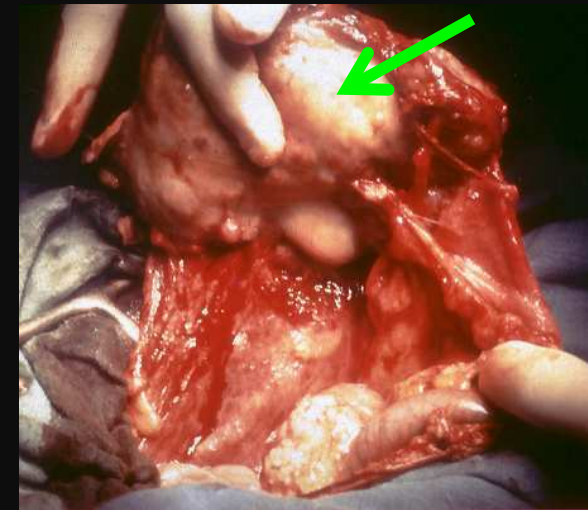
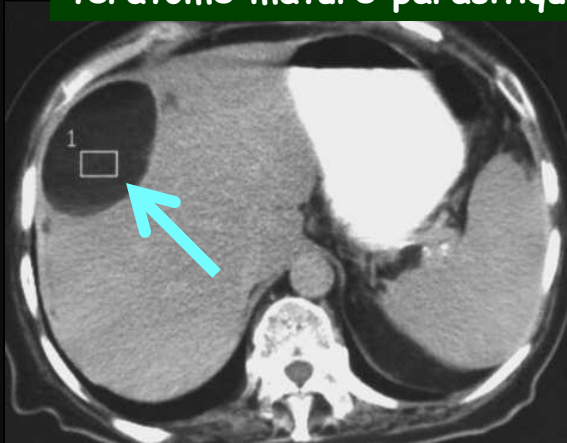
mais surtout des images paraissant intra hépatiques et de densité franchement graisseuse (< - 100 UH)

ces lésions sont en fait inter hépato-diaphragmatiques

tératome mature parasitique multifocal sous et sus diaphragmatique , d'origine ovarienne



tératome mature parasitique du GO d'origine ovarienne



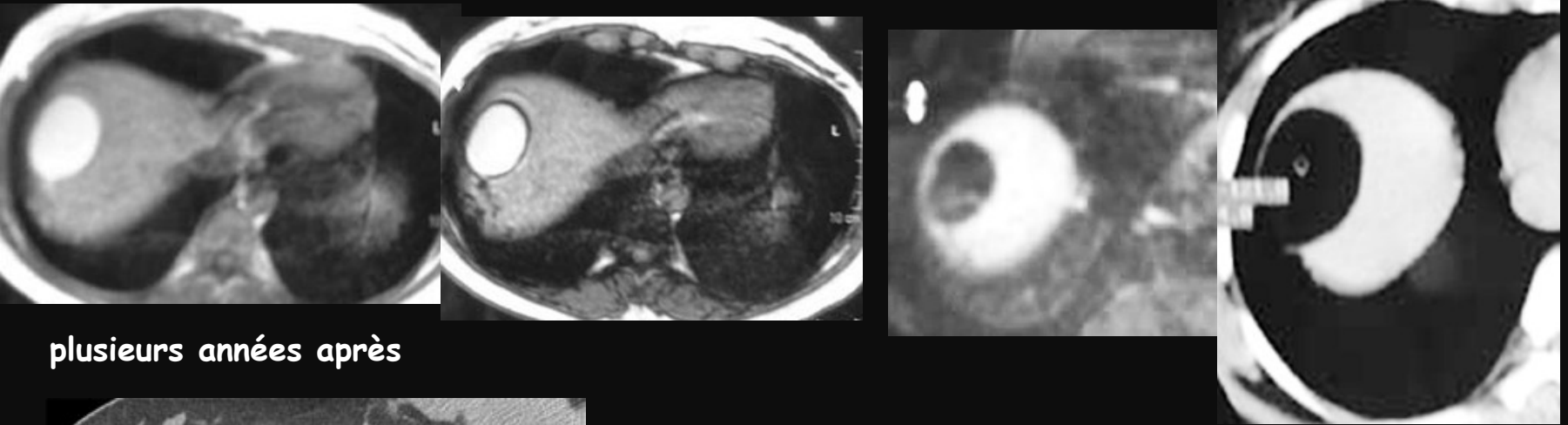
femme 67ans ;baisse de l'état général , masse palpable de l'hypochondre droit :

volumineux tératome ovarien mature

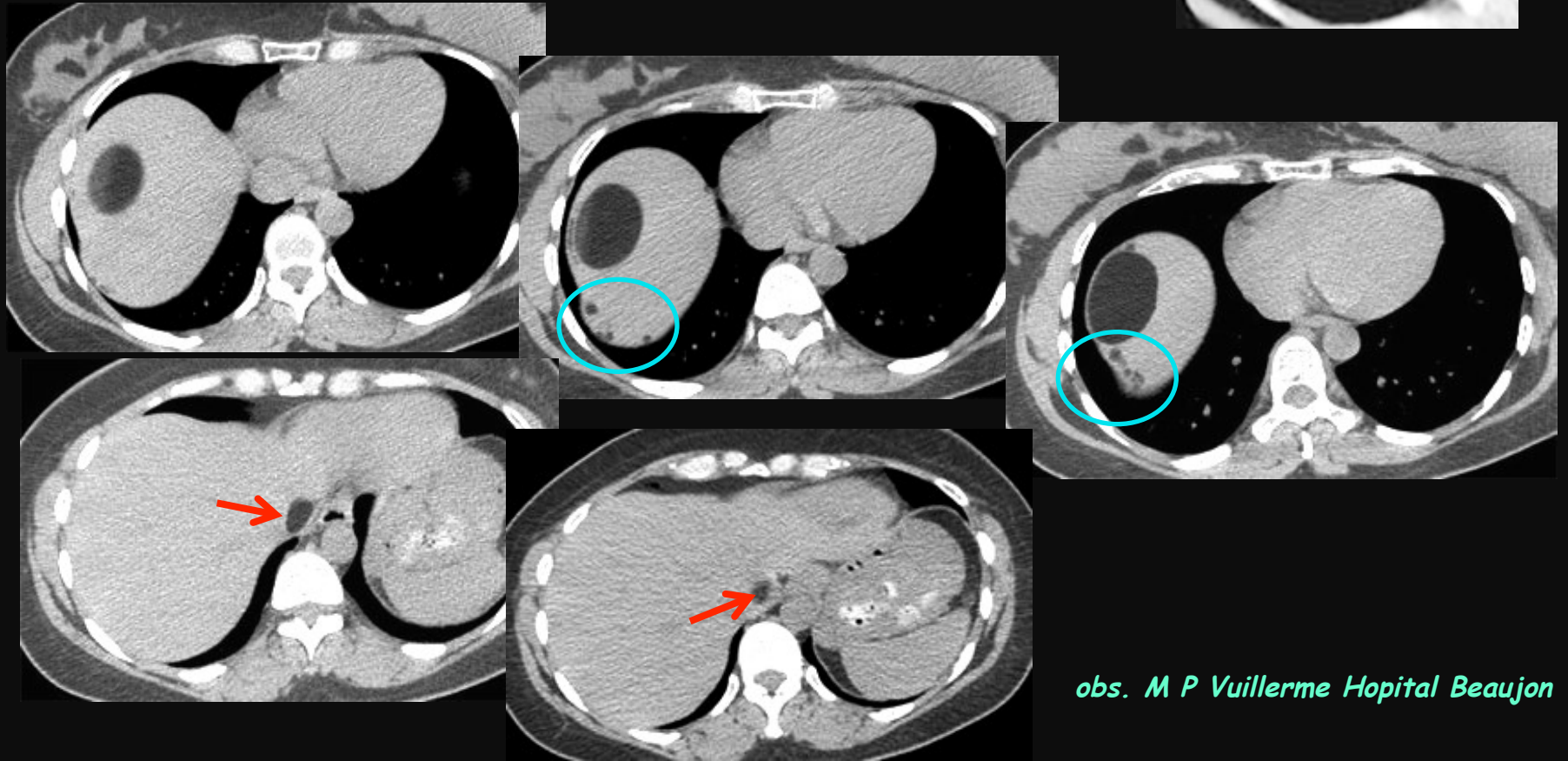
lésion parasitique pariétale antérieure siégeant dans le GO

autre lésion parasitique sur le péritoine viscéral hépatique , en situation inter hépato-diaphragmatique.

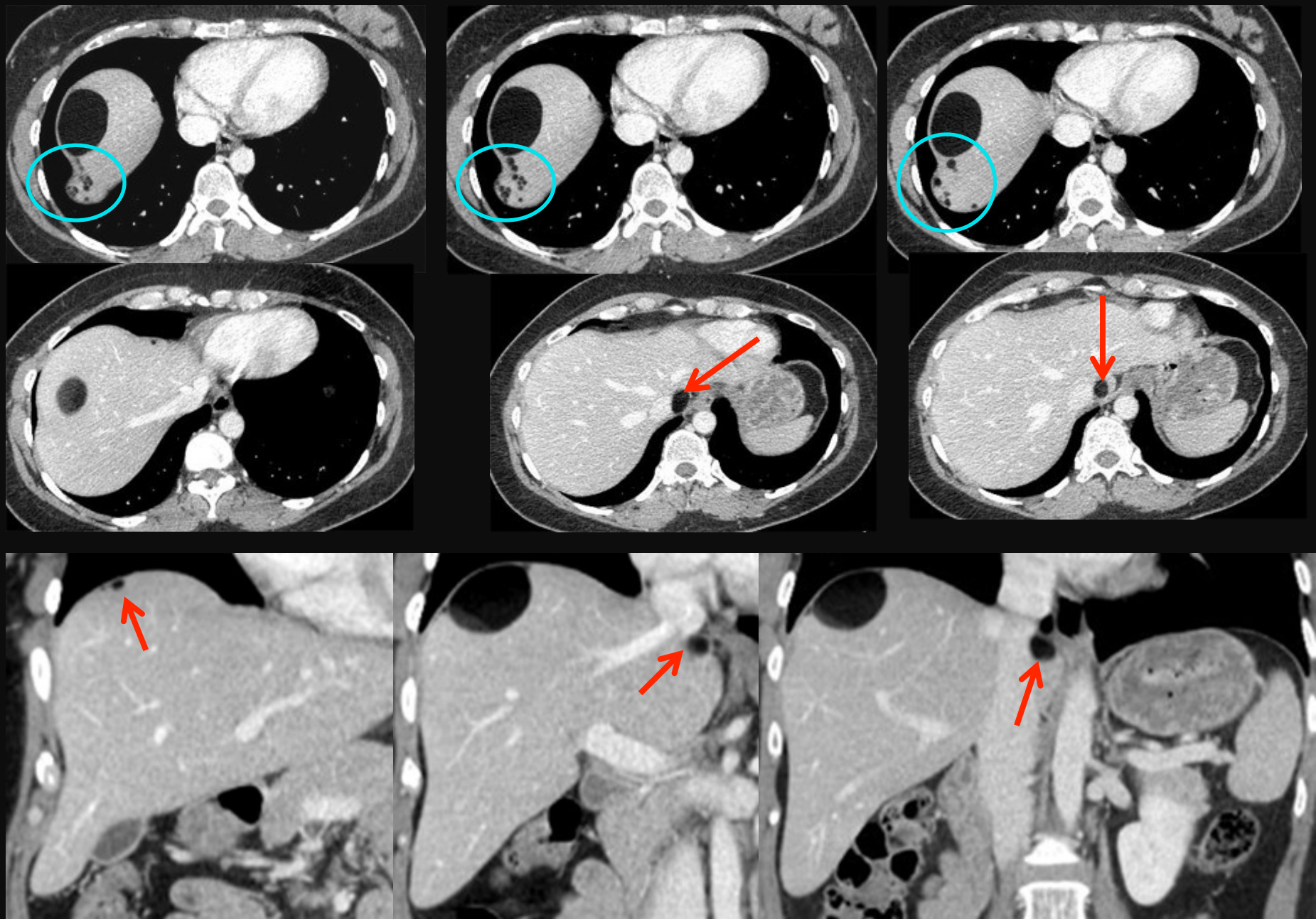
femme 36 ans ; opérée antérieurement d'un " kyste de l'ovaire "



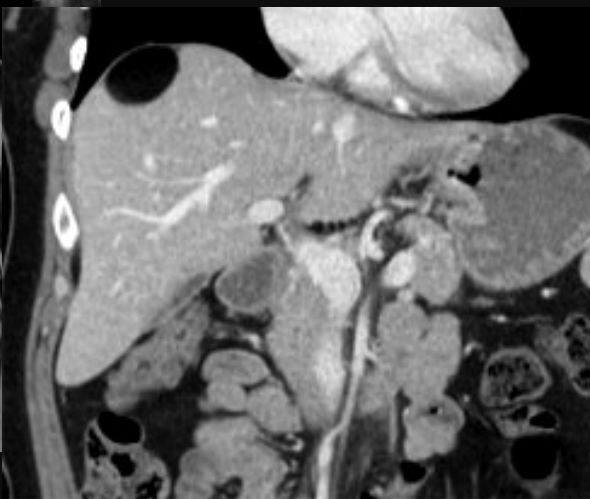
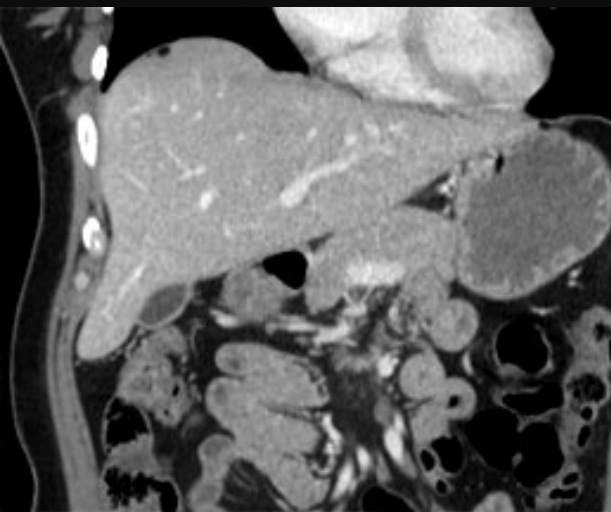
plusieurs années après



obs. M P Vuillerme Hopital Beaujon



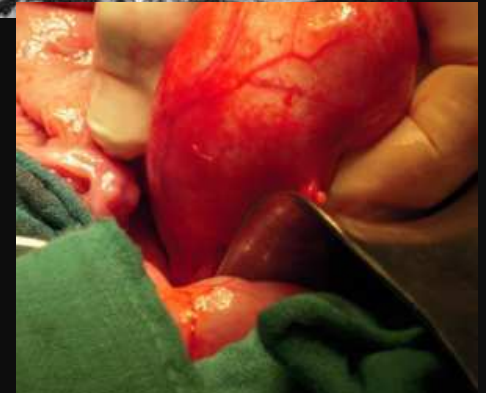
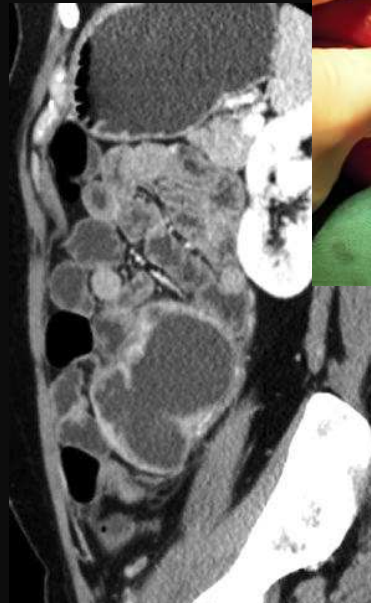
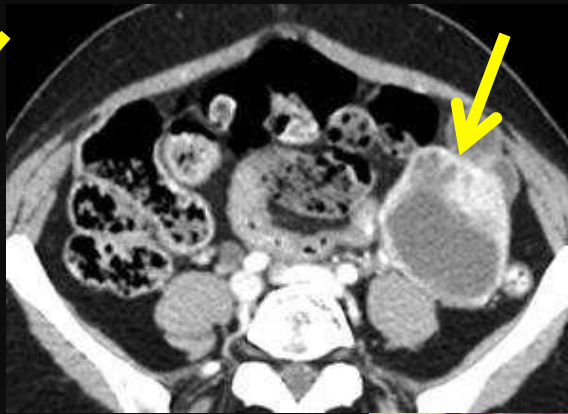
localisations péri hépatiques d'un tératome mature parasitique d'origine ovarienne



obs. M P Vuillerme Hospital Beaujon

femme 36 ans , césarienne 1.5 mois
auparavant , douleurs abdominales et syndrome
subocclusif

quelles sont vos hypothèses diagnostiques



GIST , LMNH , métastase (mélanome+++)
abcès paracolique d'origine diverticulaire .
tumeur à myofibroblastes , T desmoplastique
à petites cellules rondes

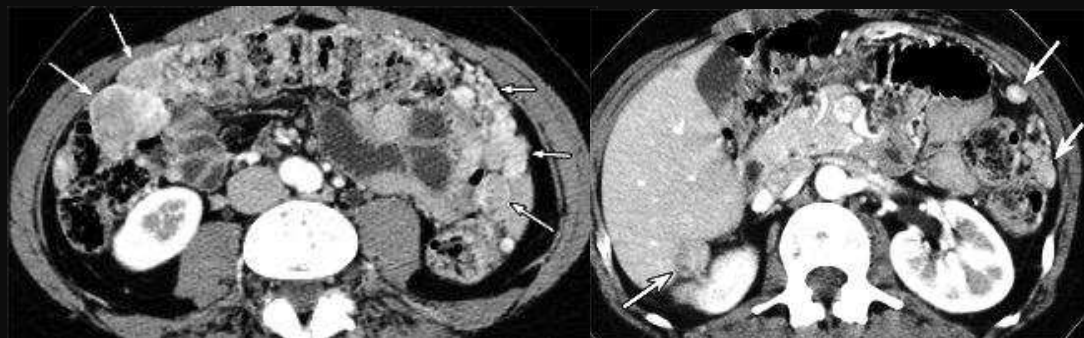
l'aspect de l'utérus et l'antécédent
obstétrical vous suggèrent-ils une autre
possibilité



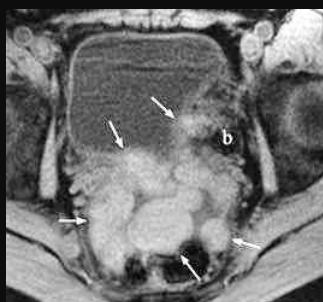
léiomyome parasitique "kystisé" du mésentère

femme 46 ans , hystérectomie 5 ans auparavant

diagnostic



léiomyomatose disséminée



les **léiomyomes extra-utérins** sont décrits en fonction de leurs localisations sous plusieurs entités :

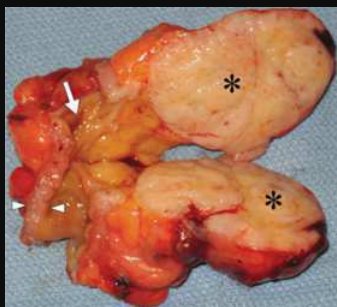
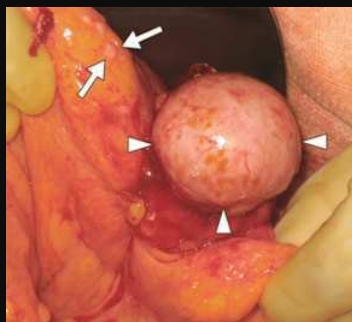
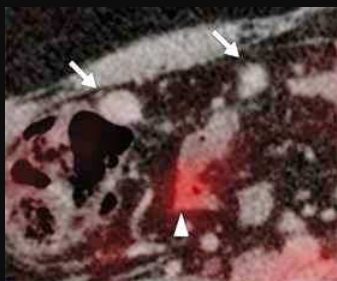
- .léiomyome bénin métastasiant,
- .**léiomyomatose disséminée**,
- .léiomyomatose intraveineuse (dans la VCI) ,
- .**léiomyome parasitique** (péritonéal ou rétropéritonéal)

toutes ces entités **peuvent coexister avec un/des léiomyomes utérins** ; leur survenue pourrait et paraît être favorisée par les gestes chirurgicaux utérins (césarienne , myomectomie , hystérectomie subtotale ..)

la iatrogénie paraît un facteur déterminant , **en particulier les interventions coelioscopiques sur l'utérus** ; les localisations sont essentiellement pelviennes , **le délai d'apparition peut être long (6 ans)**

la pathogénie reste discutée puisque des formes ont été rapportées chez l'homme et chez la femme ménopausée

femme 46 ans , hystérectomie 5 ans auparavant

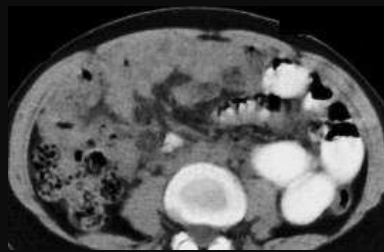
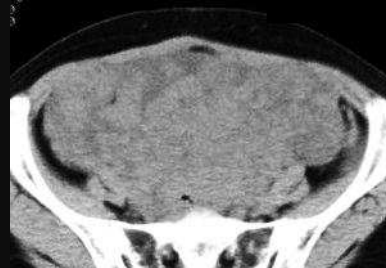


femme 36 ans , douleurs abdominales

léiomyomatose disséminée avec localisations au GO

Uterine smooth-muscle tumors with unusual growth patterns: imaging with pathologic correlation
Cohen D.T , Oliva E., Hahn P.F., Fuller A.F Jr. and Lee S.I
Amer J Roentgenol AJR ;2007;188:246-255

femme 44 ans , douleurs pelviennes et constipation



léiomyomatose disséminée avec atteinte massive du GO



femme 74 ans . Que peut -on évoquer devant ce type d'image



myxome de l'OG

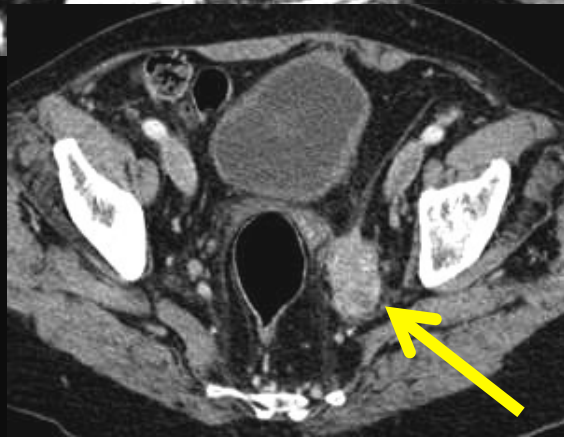
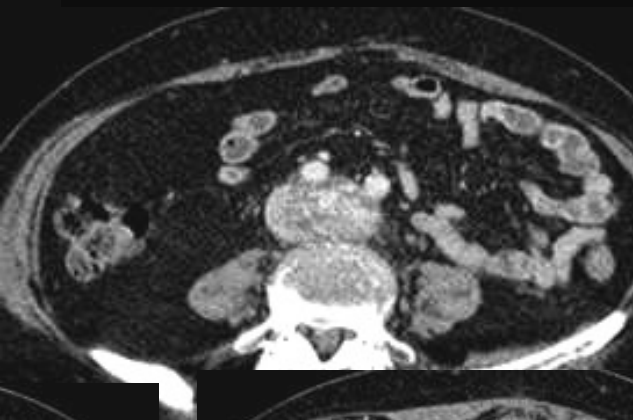
caillot flottant intra cavitaire cardiaque

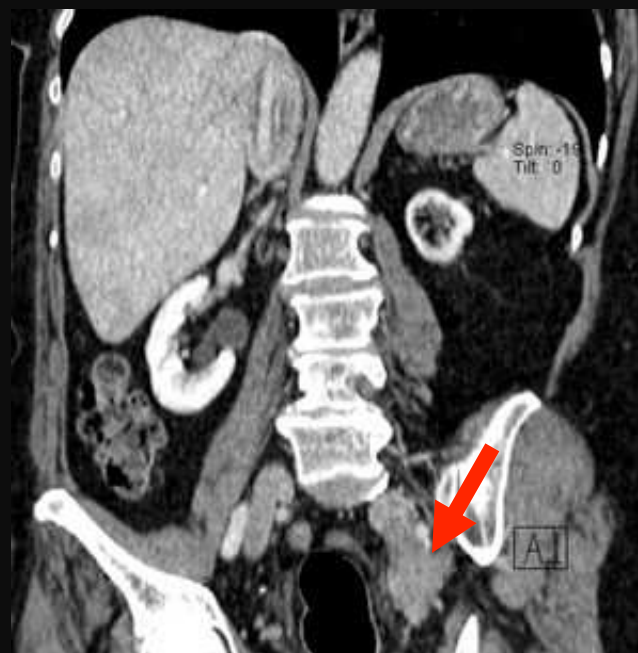
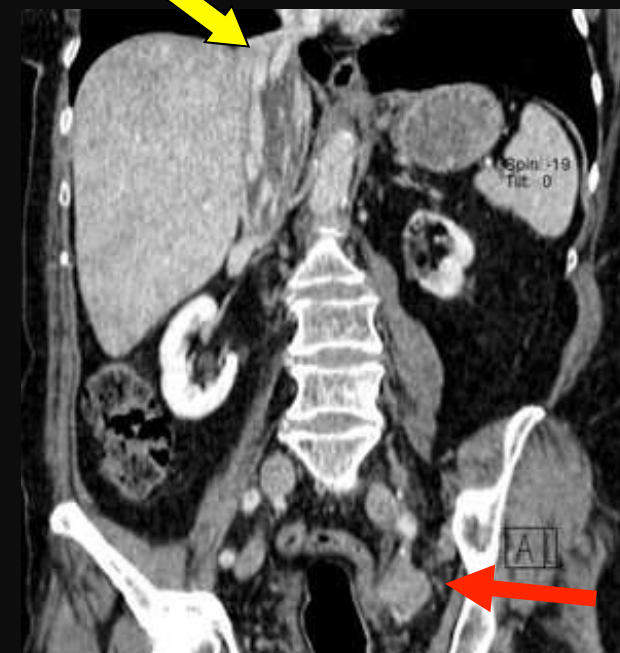
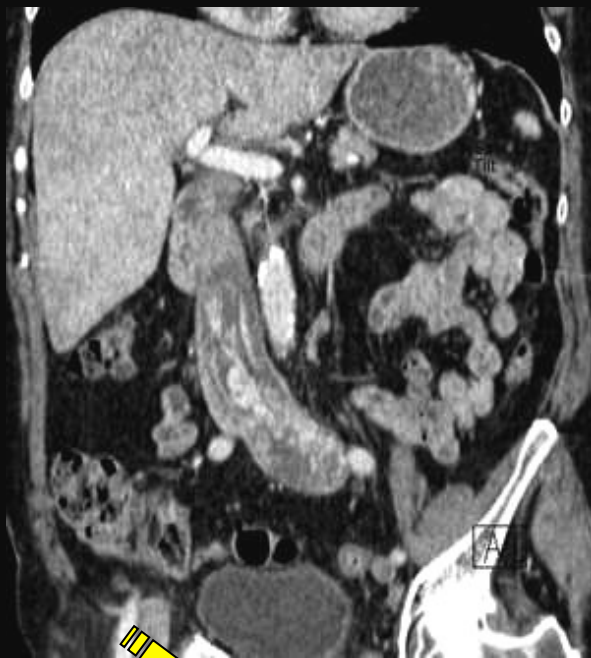
bourgeon néoplasique de la VCI propagé à l'atrium et au ventricule droits

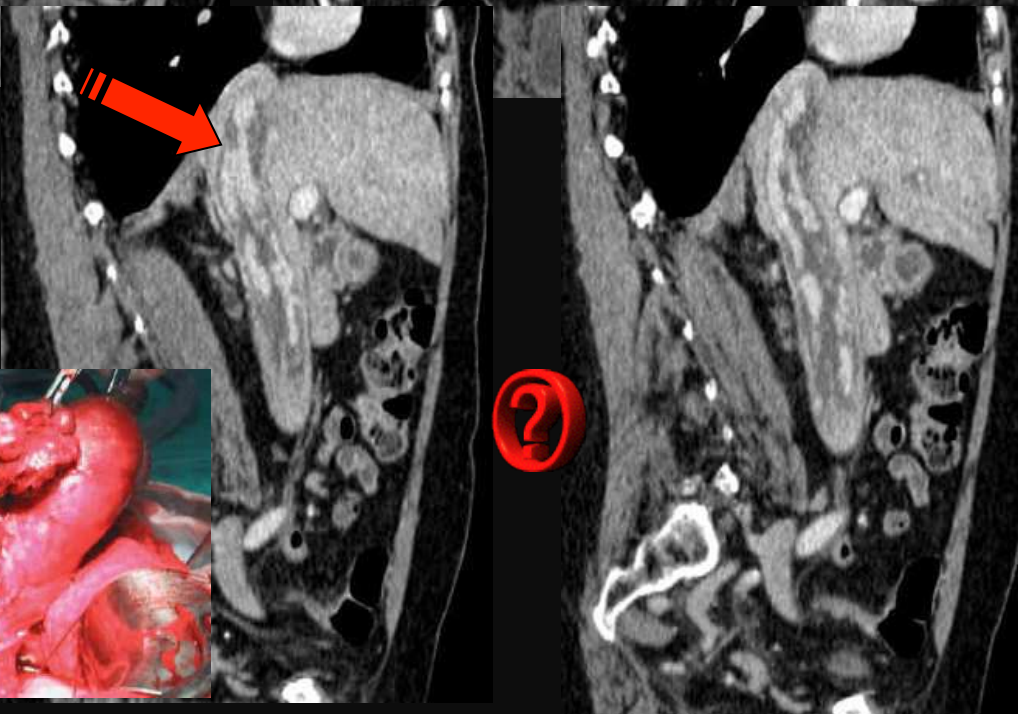
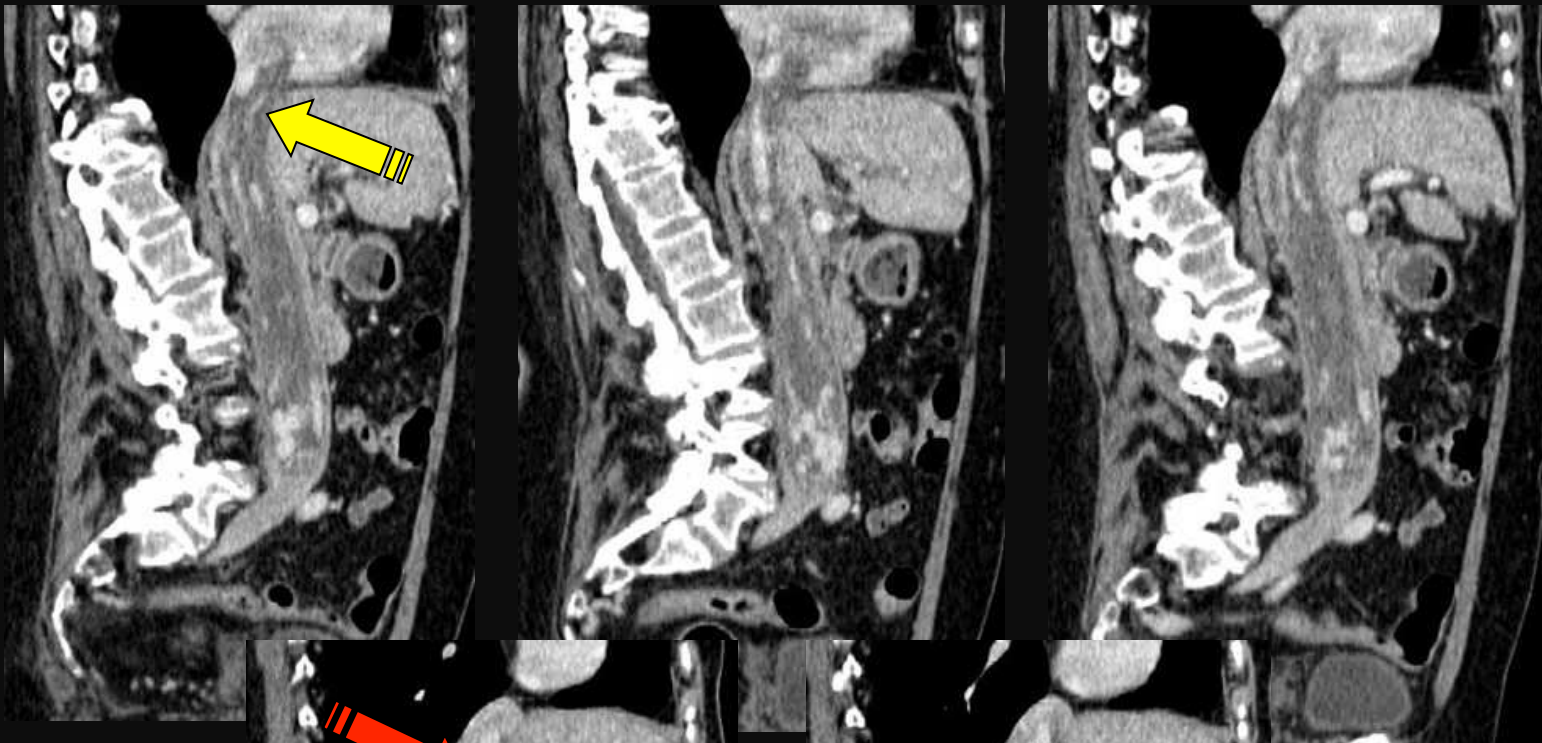
adénocarcinome rénal +++,
carcinome hépato cellulaire

*Obs. M Lederlin
Bordeaux*

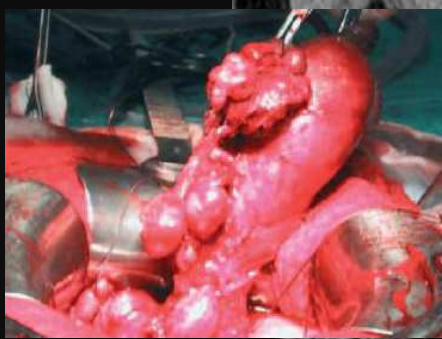
what else ???







**hystérectomie 40 ans
auparavant**
léiomyomatose de la VCI

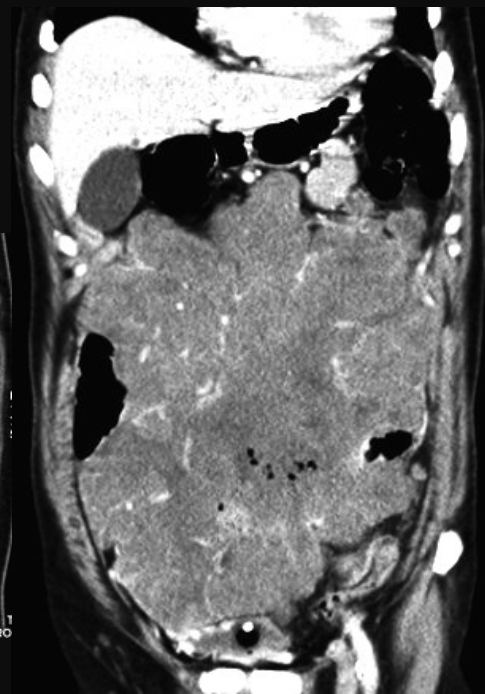
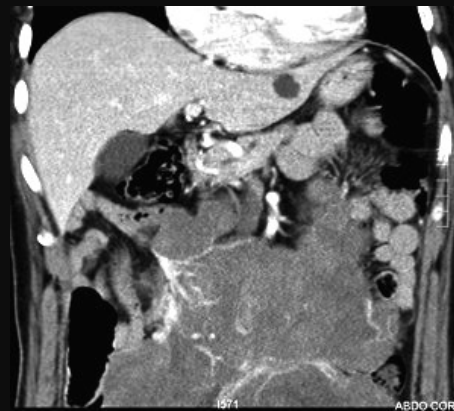


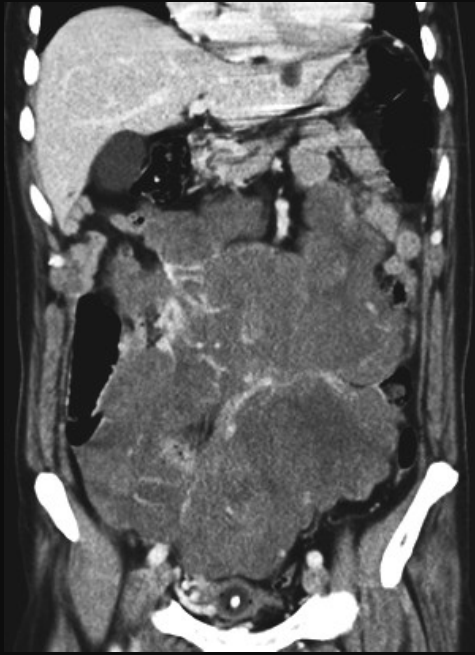
homme 71 ans ; baisse de l'état général ; masse abdominale palpable

diagnostic ?



GIST unifocale massive du GO dont l'origine peut être gastrique (GIST parasitique) ou intestinale

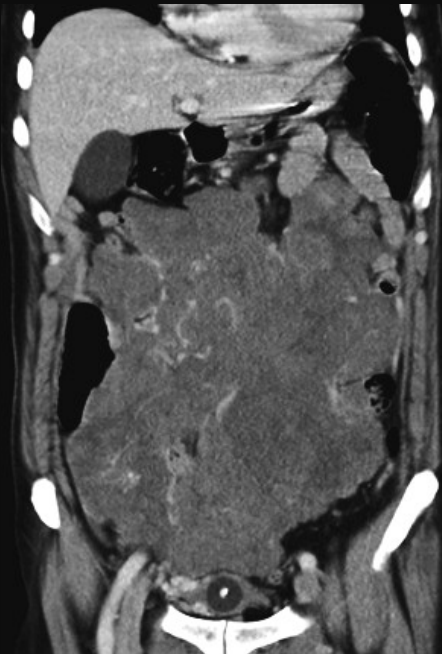




les GIST localisées au grand omentum ne sont pas exceptionnelles puisque Miettinen et al en rapportent 95 cas authentifiés par la chirurgie en 2009 . 21 de ces lésions étaient sans attaches avec le tube digestif. Dans ce groupe , les lésions uniques étaient histologiquement identiques aux GIST gastriques (cellules fusiformes prédominantes) et de même pronostic ,relativement meilleur que celui des atteintes intestinales . Les formes multiples au contraire sont histologiquement identiques aux GIST intestinales (mixtes avec contingents épithélioïde et contingent de cellules fusiformes) et de même pronostic , plus sévère que les formes gastriques .

Les atteintes omentales unifocales sont donc probablement des GIST gastriques "migrées" , parasitiques , tandis que les atteintes multifocales du GO associées à des localisations intestinales sont des implants péritonéaux .

les auteurs n'ont pas trouvé de cellules de Cajal dans le GO normal ; il n'y a donc a priori pas de GIST "primitives" du GO [11-14]

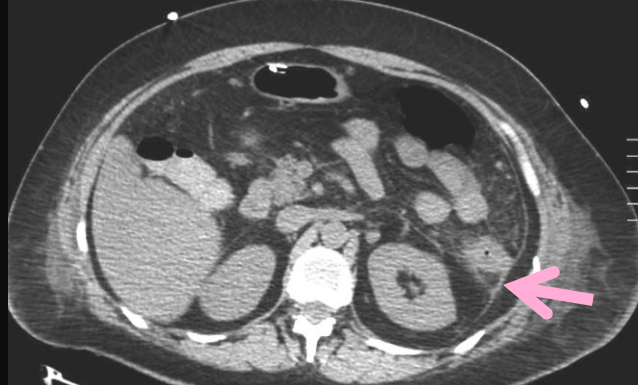


la détermination de l'origine d'une GIST unifocale du GO (donc de son pronostic) ne peut se faire que par l'identification d'une continuité anatomique macroscopique avec l'un ou l'autre des segments digestifs voisins , par l'imagerie et/ou la chirurgie et/ou l'examen anatomo-pathologique de la pièce d'exérèse (et non par l'évaluation de la localisation probable de son épigastre par rapport à ces structures .)

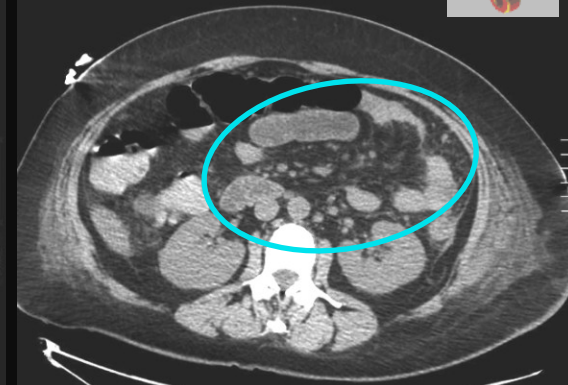
le péritoine et les 4 i (inflammation, infiltration, infection, ischémie...) bases sémiologiques



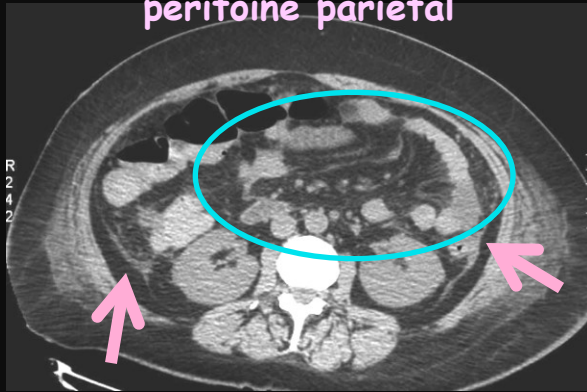
péritoine pariétal



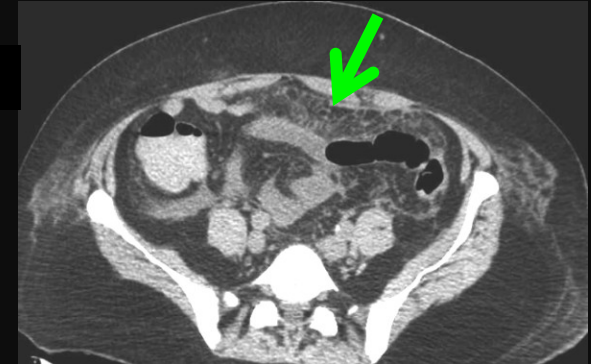
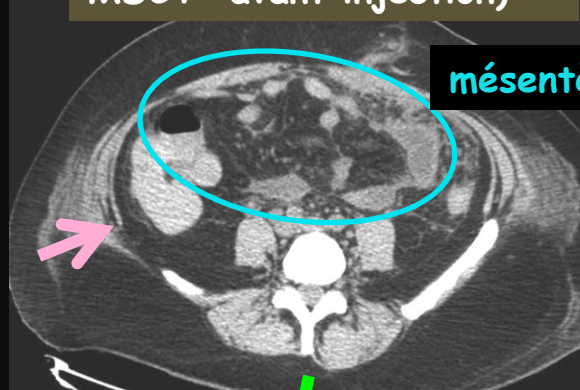
MDCT avant injection)



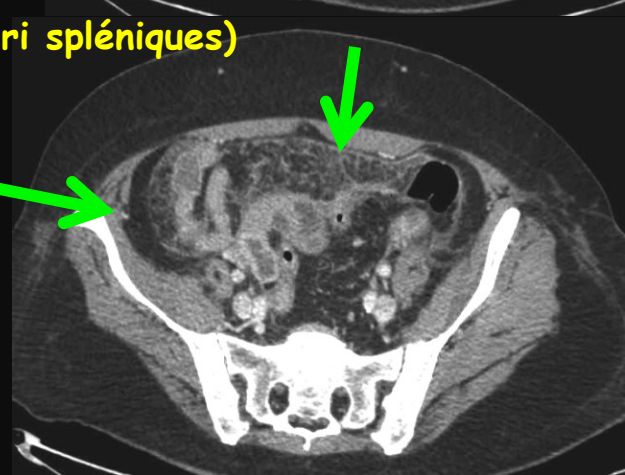
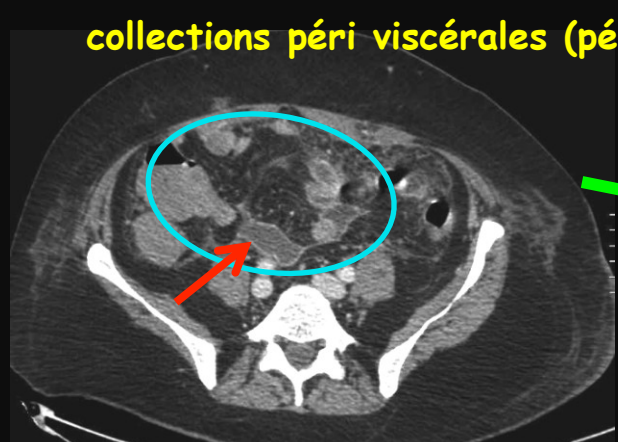
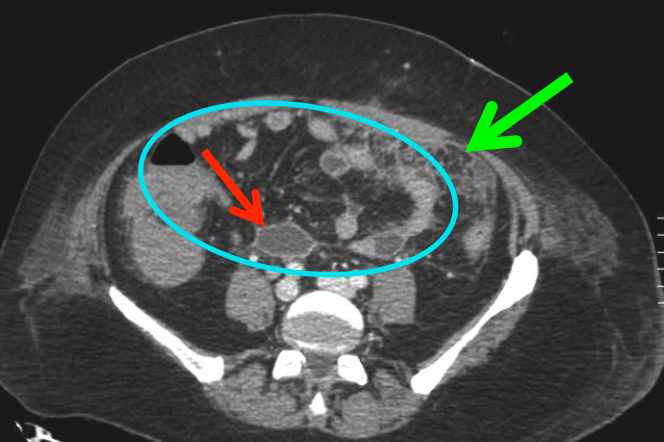
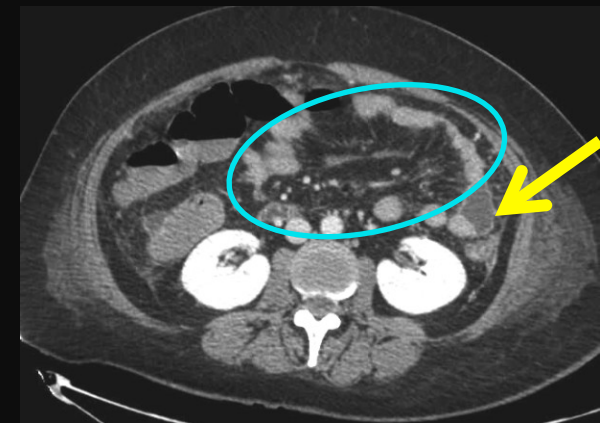
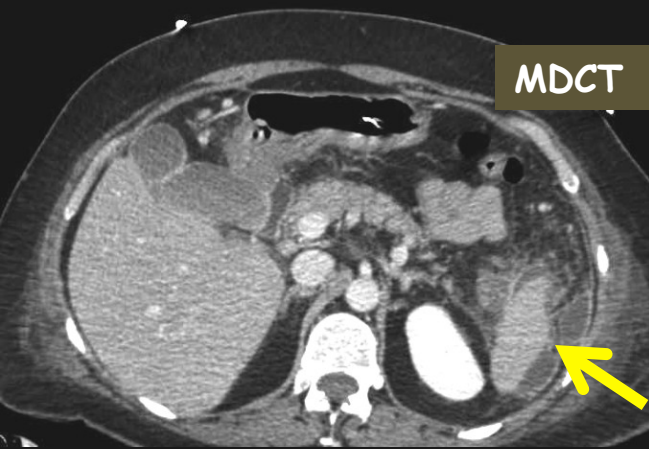
grand omentum



mésentère

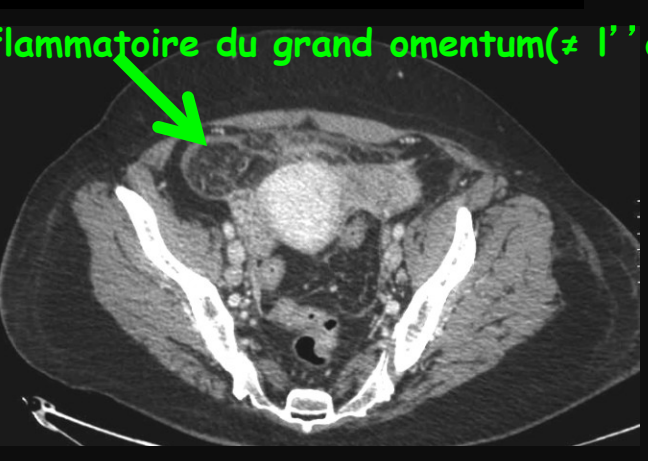
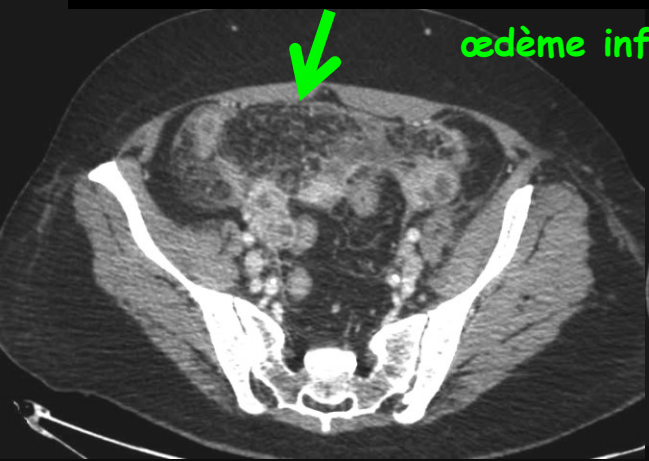


MDCT 70 s



collections péri viscérales (péri spléniques)

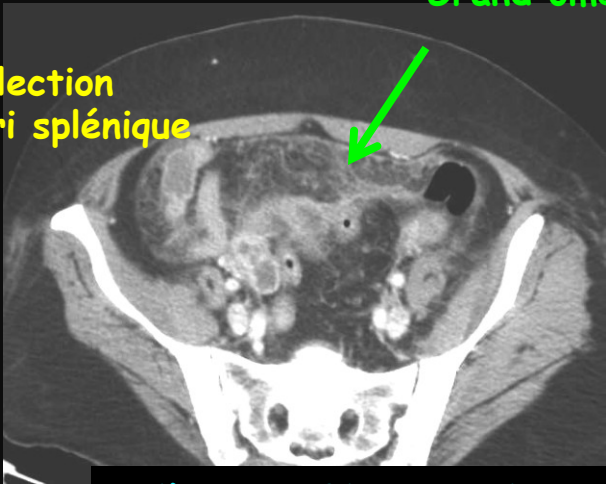
œdème , infiltration , collections inter-anses du mésoentère



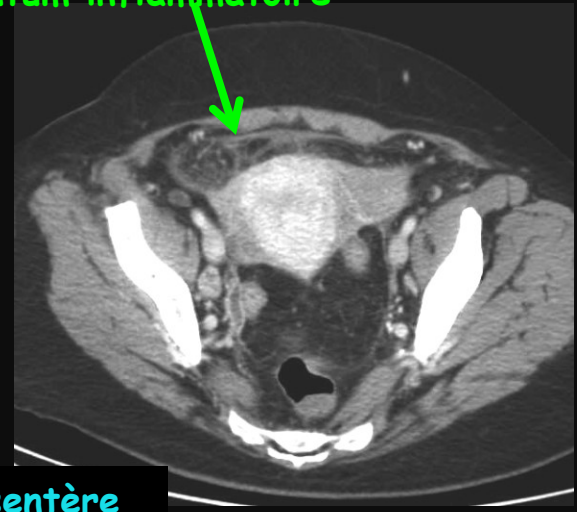
œdème inflammatoire du grand omentum (≠ l' 'omental cake' tumoral)



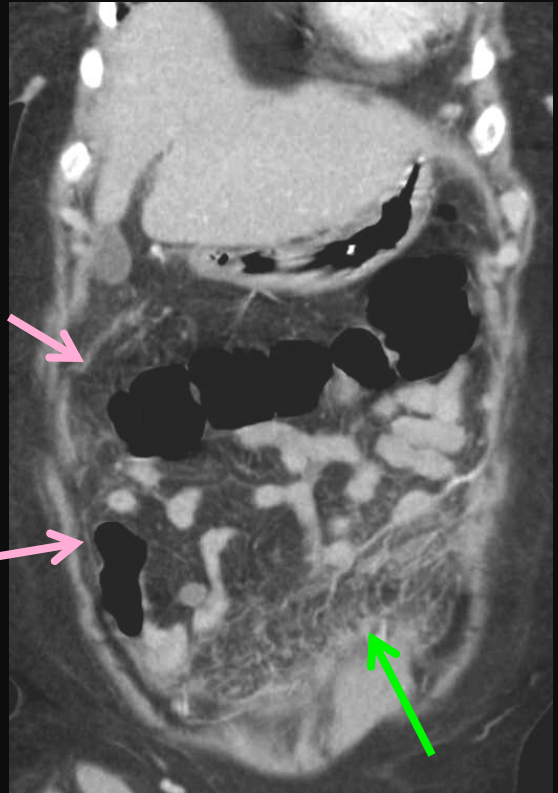
collection
péri splénique



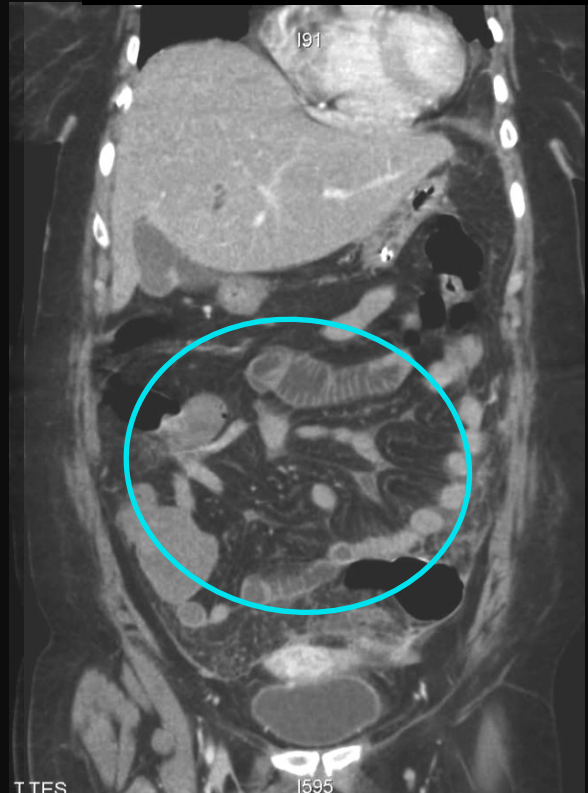
Grand omentum inflammatoire



œdème , infiltration du mésentère

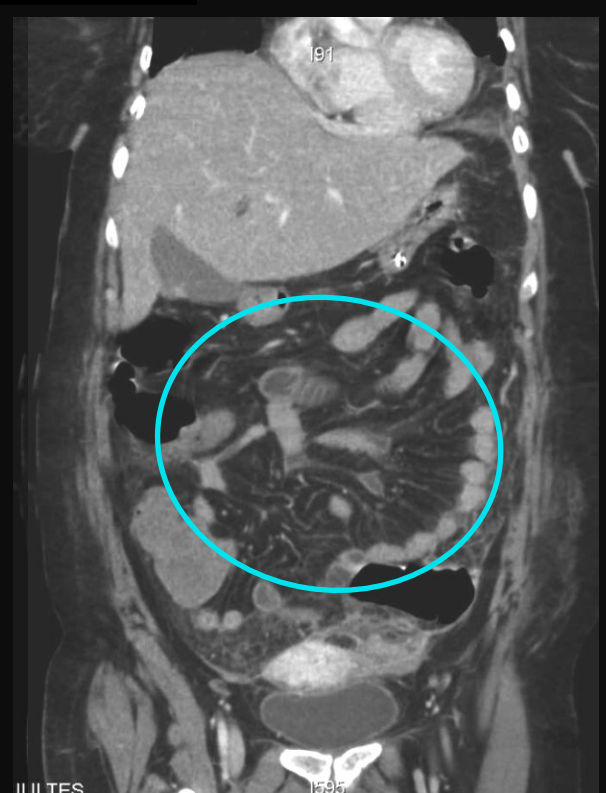


péritoine pariétal inflammatoire



.T.TES

1595



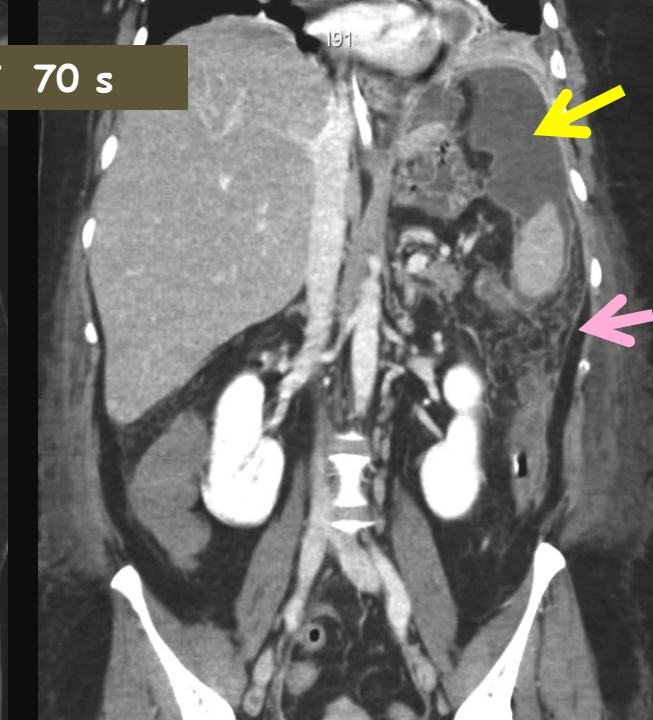
JULTES

1595

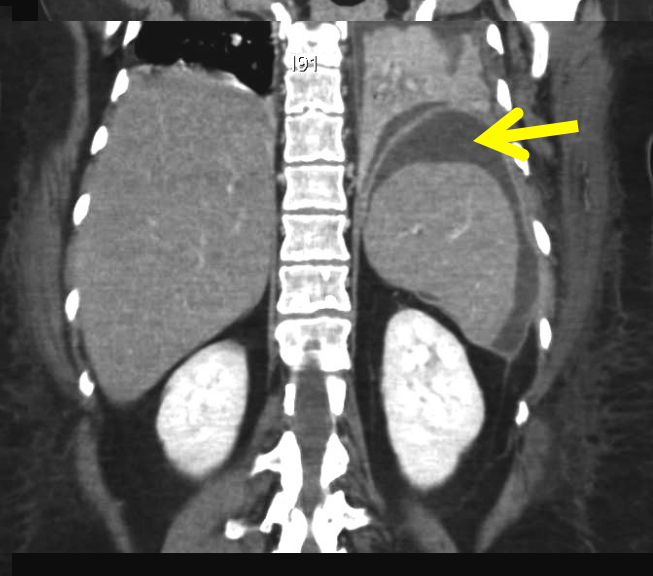
MDCT 70 s



MDCT 70 s



Les reformations multiplanaires sont essentielles pour **évaluer avec précision la diffusion** de la péritonite et des collections (siège, taille, accessibilité à un drainage transpariétal..)

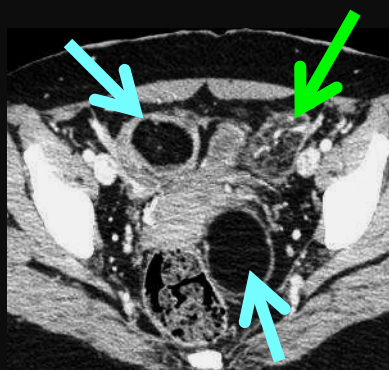




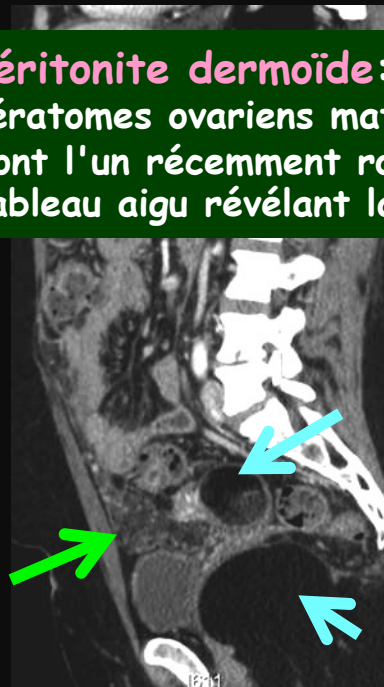
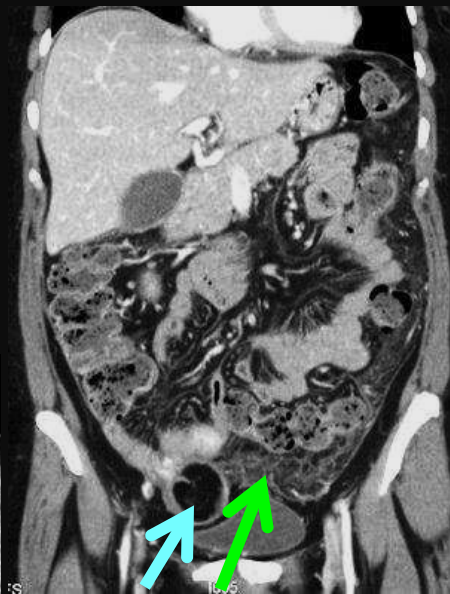
diagnostic



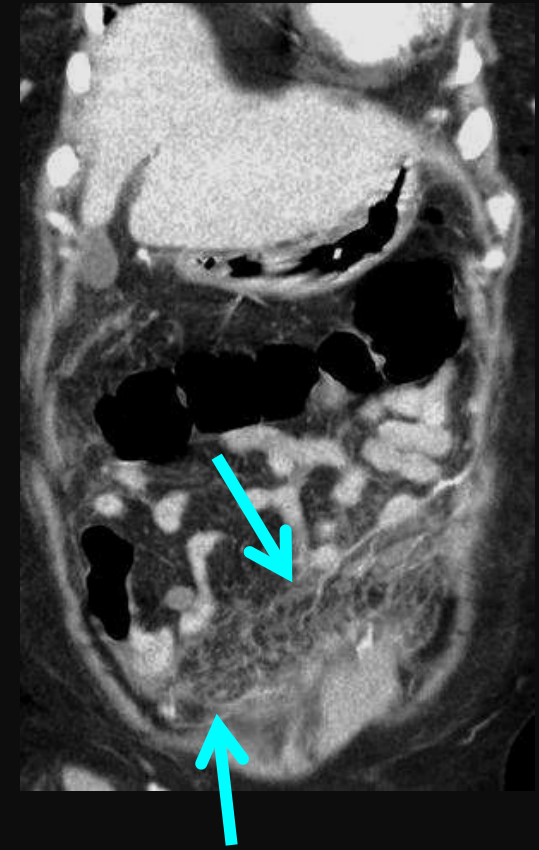
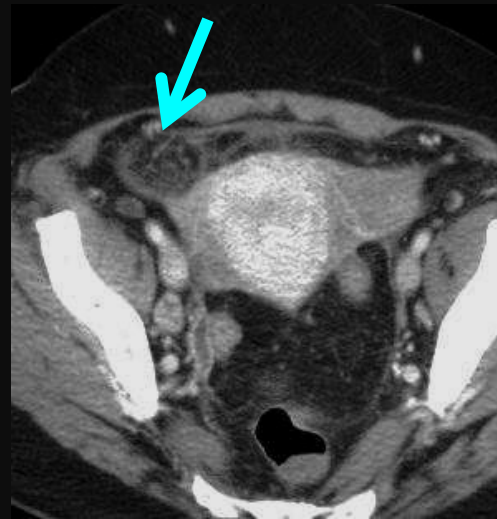
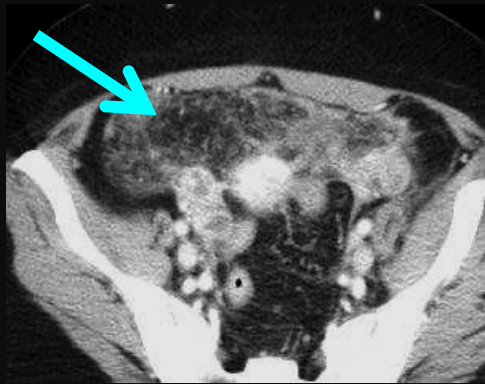
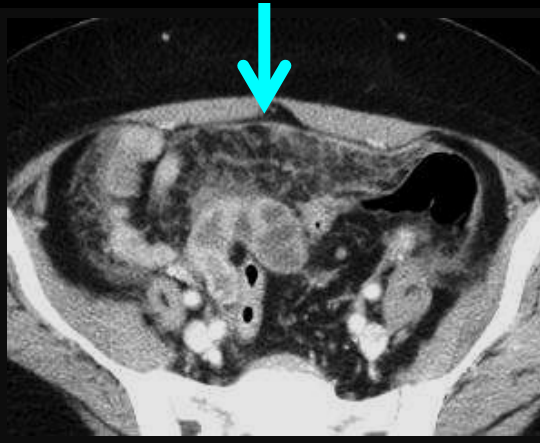
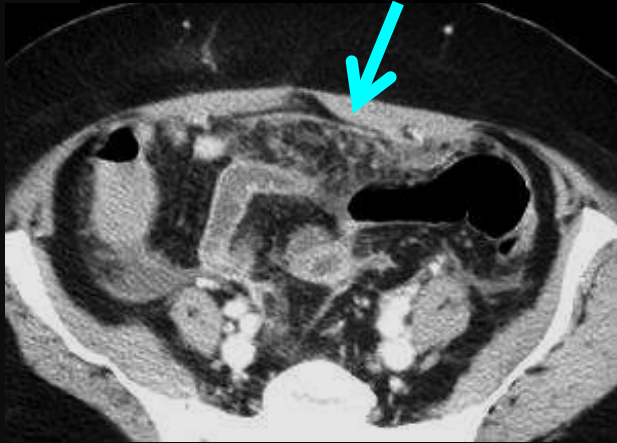
péritonite dermoïde: présence de 2 téréatomes ovariens matures (flèches bleues) dont l'un récemment rompu, à l'origine d'un tableau aigu révélant la péritonite dermoïde



femme 39 ans ;douleurs abdominales aiguës à début brutal 48 heures avant l'examen



femme 49 ans ;douleurs abdominales aiguës et fièvre ;polynucléose neutrophile



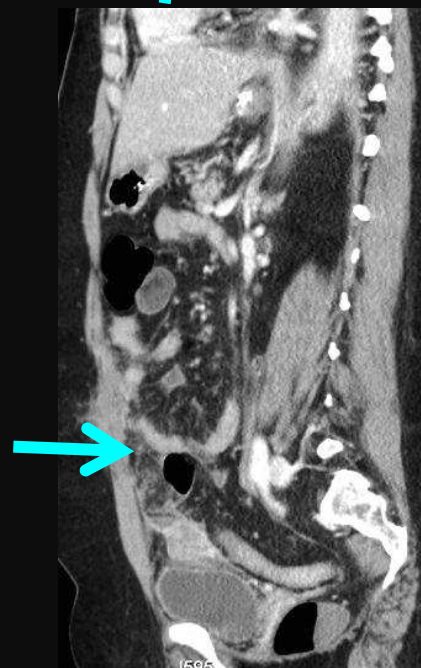
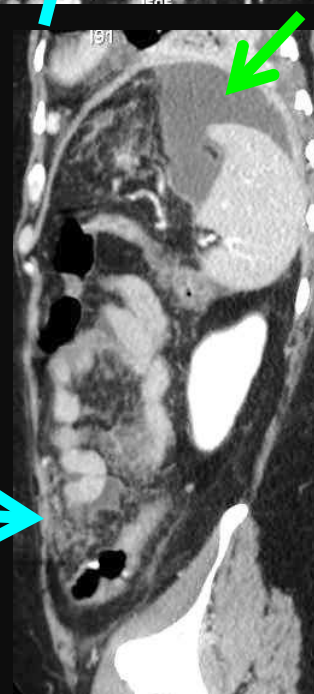
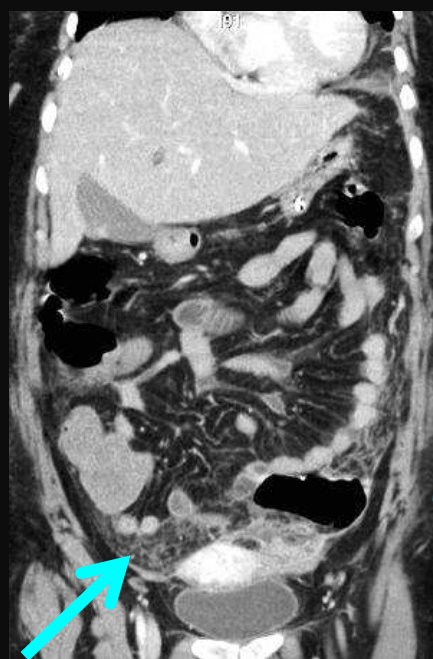
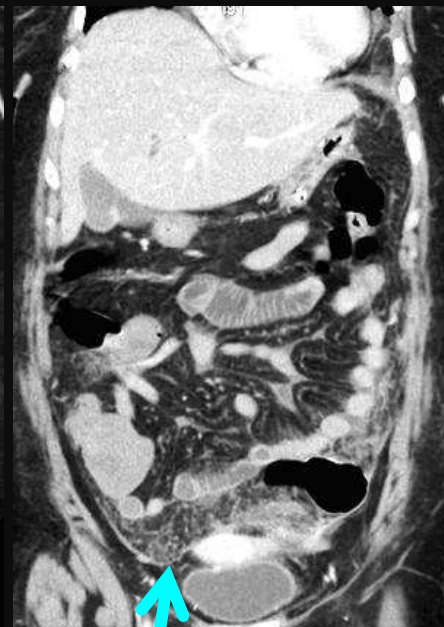
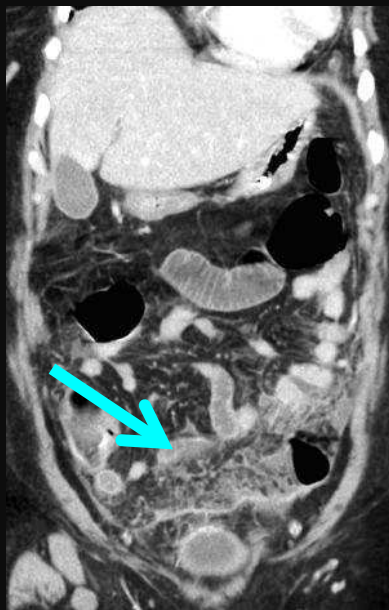
diagnostic



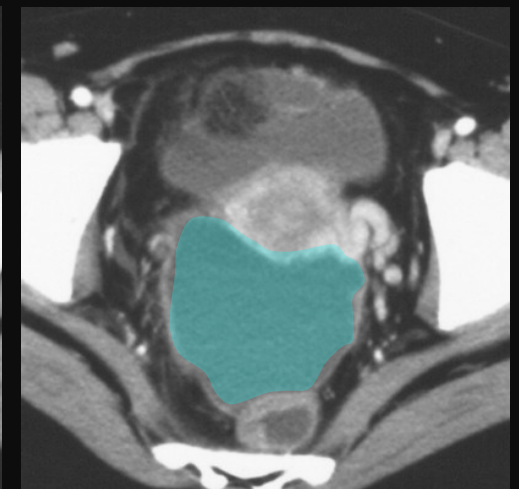
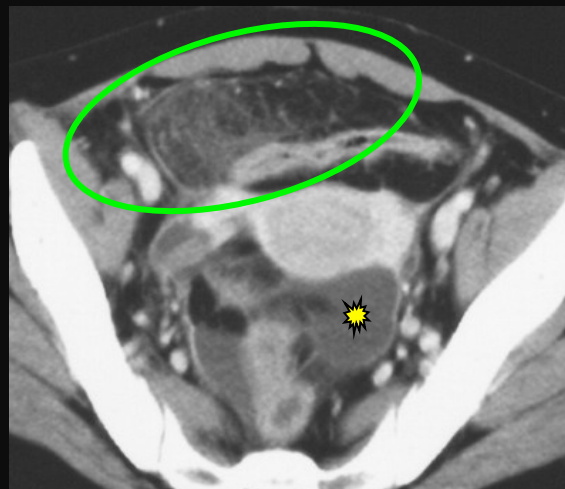
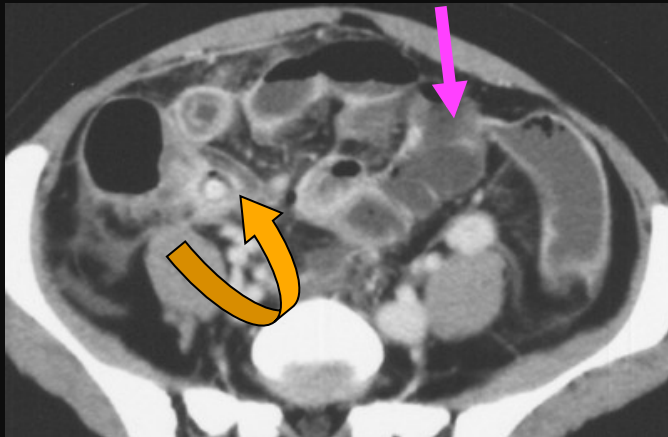
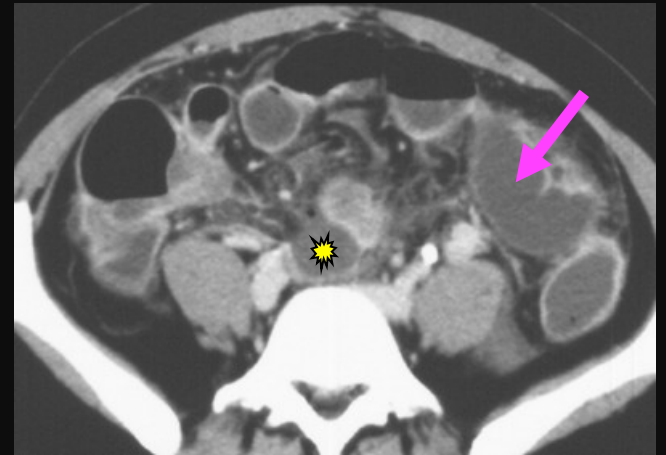
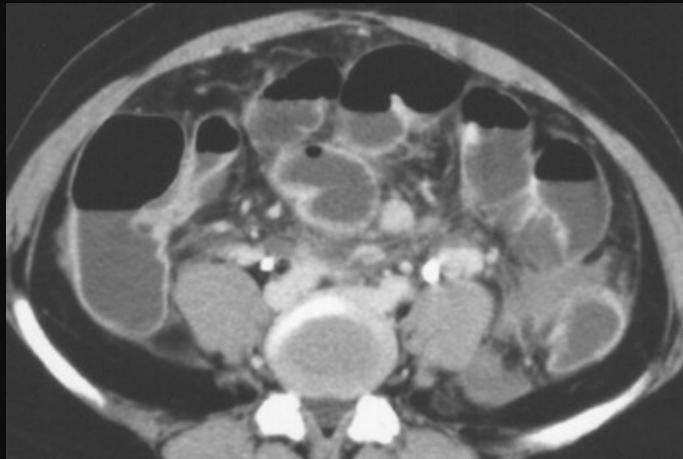
péritonite d'origine gynécologique (salpingite aiguë) ; l'hypertrophie oedémateuse inflammatoire du grand omentum est très bien visible et constitue un argument en faveur d'une origine pelvienne , surtout si , comme ici , les signes inflammatoires prédominent nettement dans la région pelvi-abdominale basse .

**péritonite
d'origine
gynécologique
(salpingite aiguë)**

c'est bien la partie
distale du tablier
omental qui est le
siège des principales
modifications
inflammatoires, même
si la réaction
péritonéale est plus
diffuse. Notez la
présence d'un
épanchement
liquidien péritonéal
avec collection péri
splénique (flèche
verte)

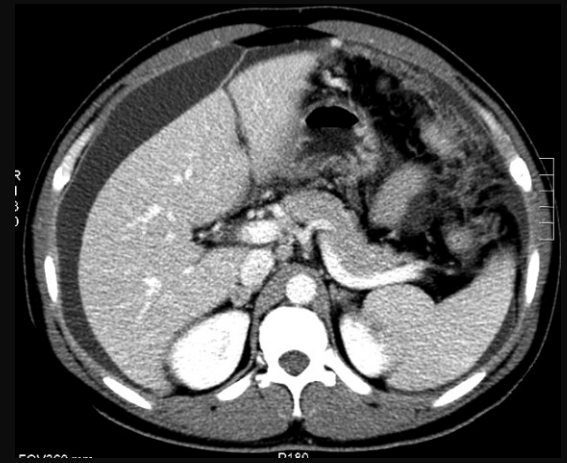
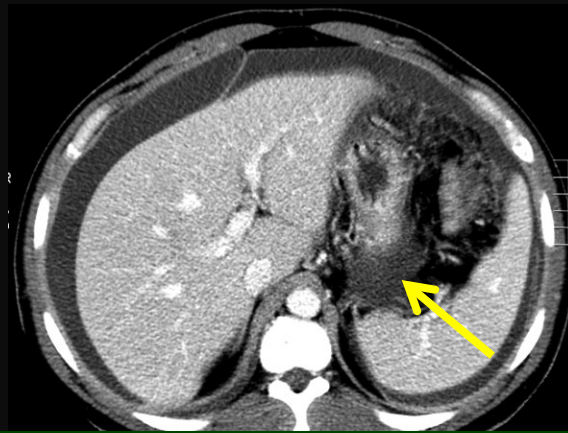


femme 32 ans ; douleurs abdominales , fièvre et diarrhée traitées de puis 3 jours
(diagnostic de gastro-entérite) ; apparition d'un syndrome occlusif

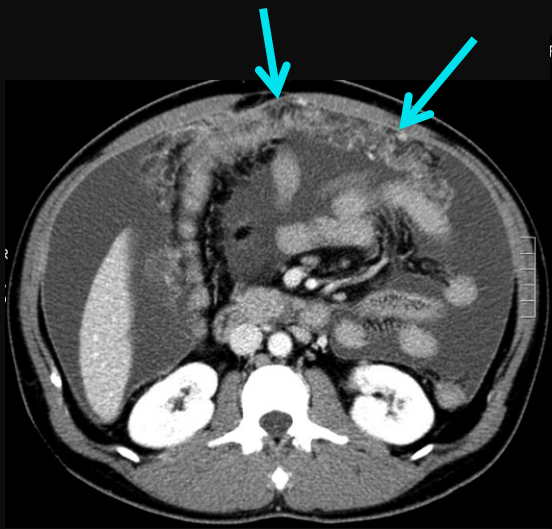


péritonite appendiculaire : signes inflammatoires (misty mesentery , œdème du grand omentum , collections interanses ...) sont trouvées à distance de la région caeco-appendiculaire

médecin africain , 40 ans ,en France depuis 6 mois , VIH -



tuberculose péritonéale

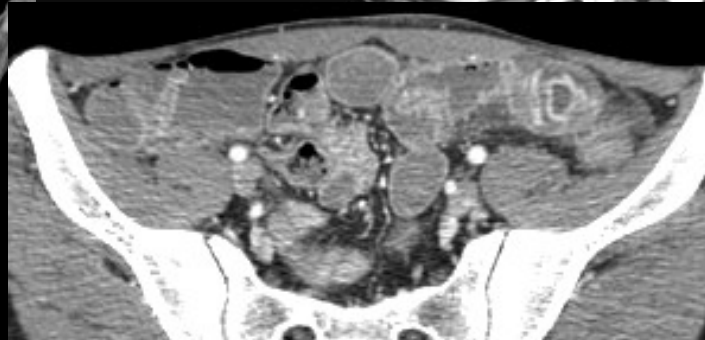
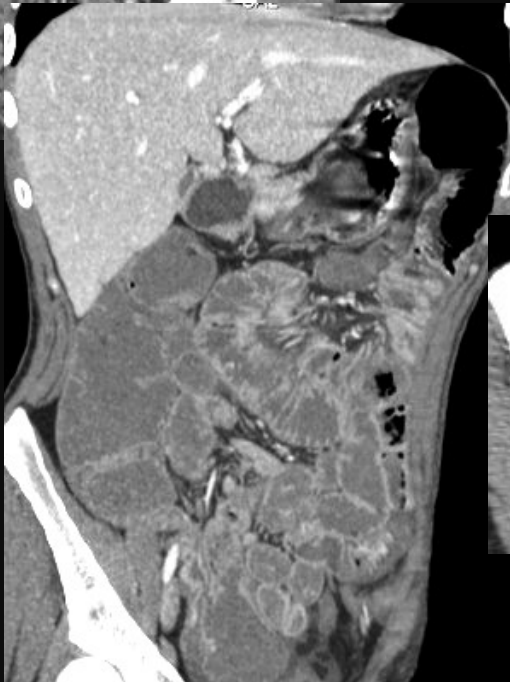
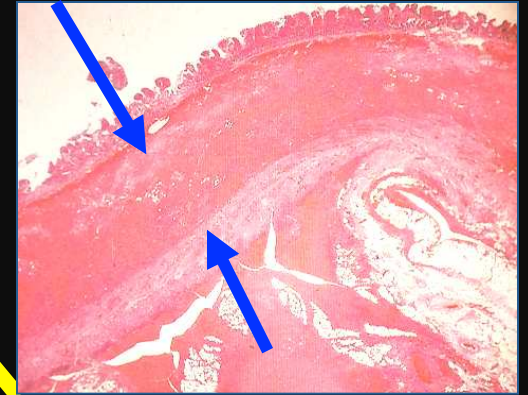
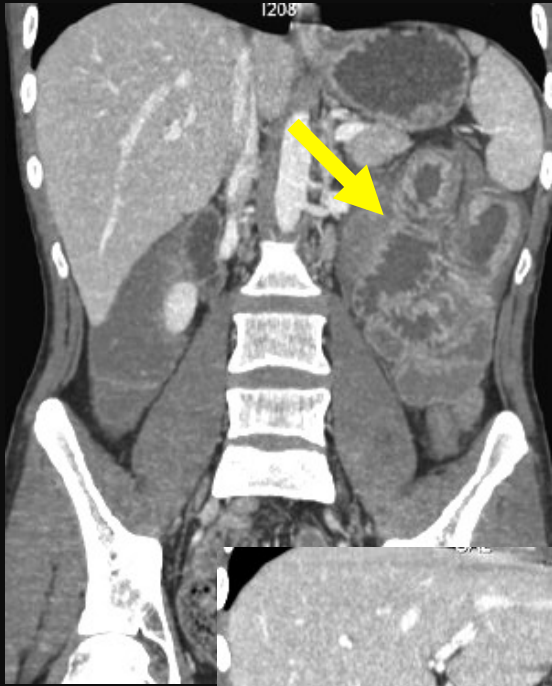


diagnostic



- le péritoine pariétal est épaissi de façon diffuse et régulière
- le "tethered bowel sign" est présent
- il y a du liquide dans la cavité omentale
- le grand omentum est hypertrophié et "oedémateux"

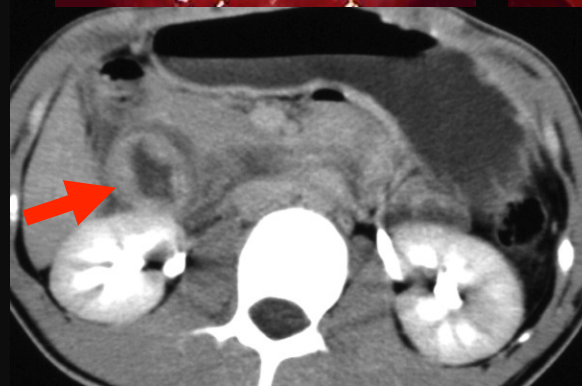
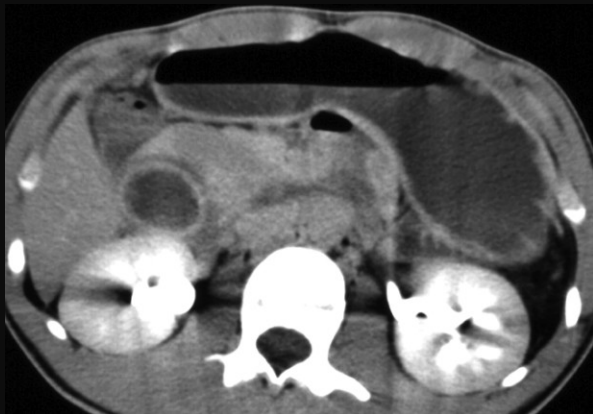
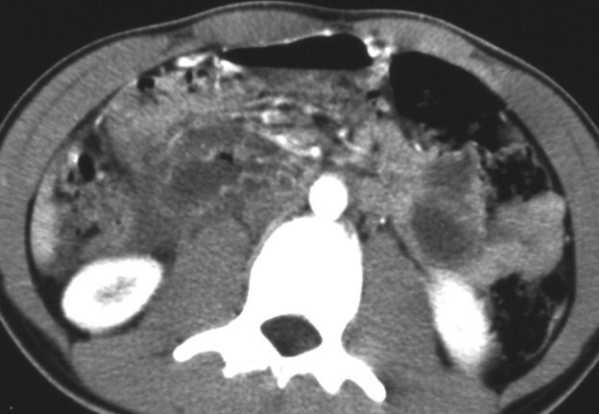
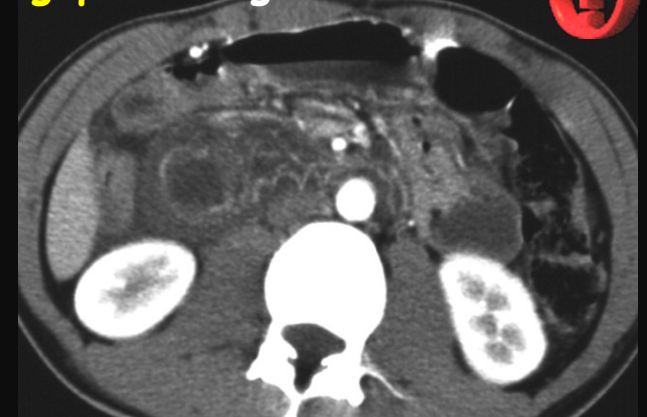
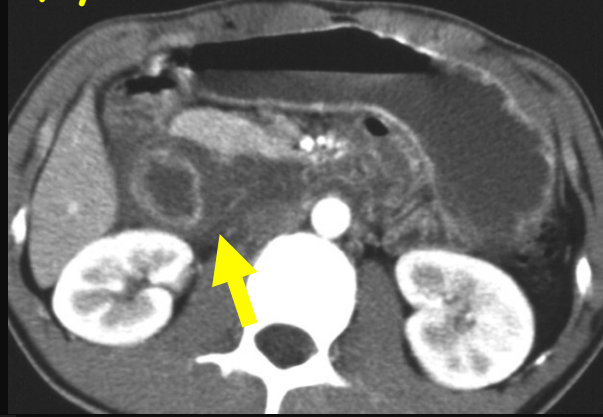
homme 25 ans douleurs abdominales arthralgies , syndrome inflammatoire



purpura rhumatoïde

hyperperméabilité capillaire

homme 38 ans , syndrome douloureux épigastrique pseudo-ulcéreux de survenue brutale, arthralgies , fièvre , syndrome inflammatoire biologique ; diagnostic



purpura rhumatoïde
(Schönlein-Henoch)

patiente de 20 ans. ; douleurs fébriles fosse iliaque droite ; appendicectomie . Dans les suites apparition des manifestations cutanées avec arthralgies , syndrome inflammatoire biologique , puis syndrome abdominal aigu "chirurgical"

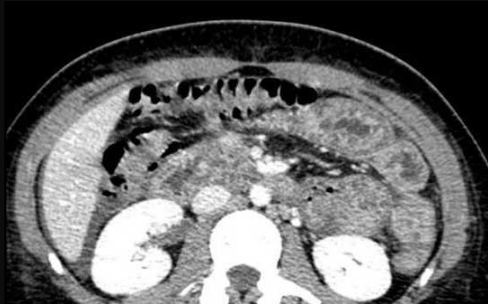


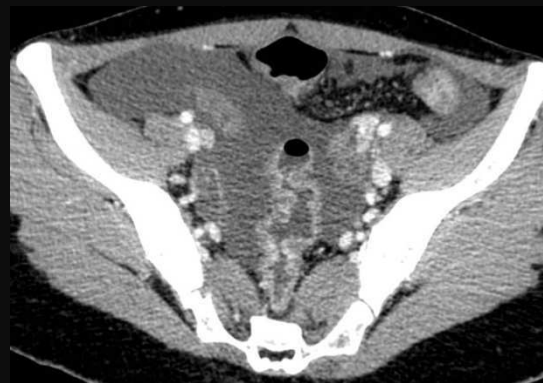
principaux éléments
sémiologiques radiologiques



-épanchement liquide de la cavité
péritonéale (cul de sac de Douglas)

-atteinte inflammatoire aiguë
diffuse et homogène de l'intestin
grêle et du tractus gastroduodéal



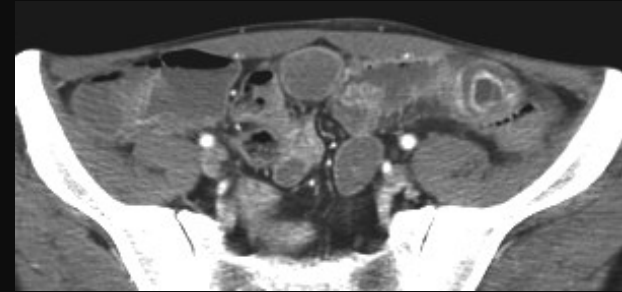


diagnostic



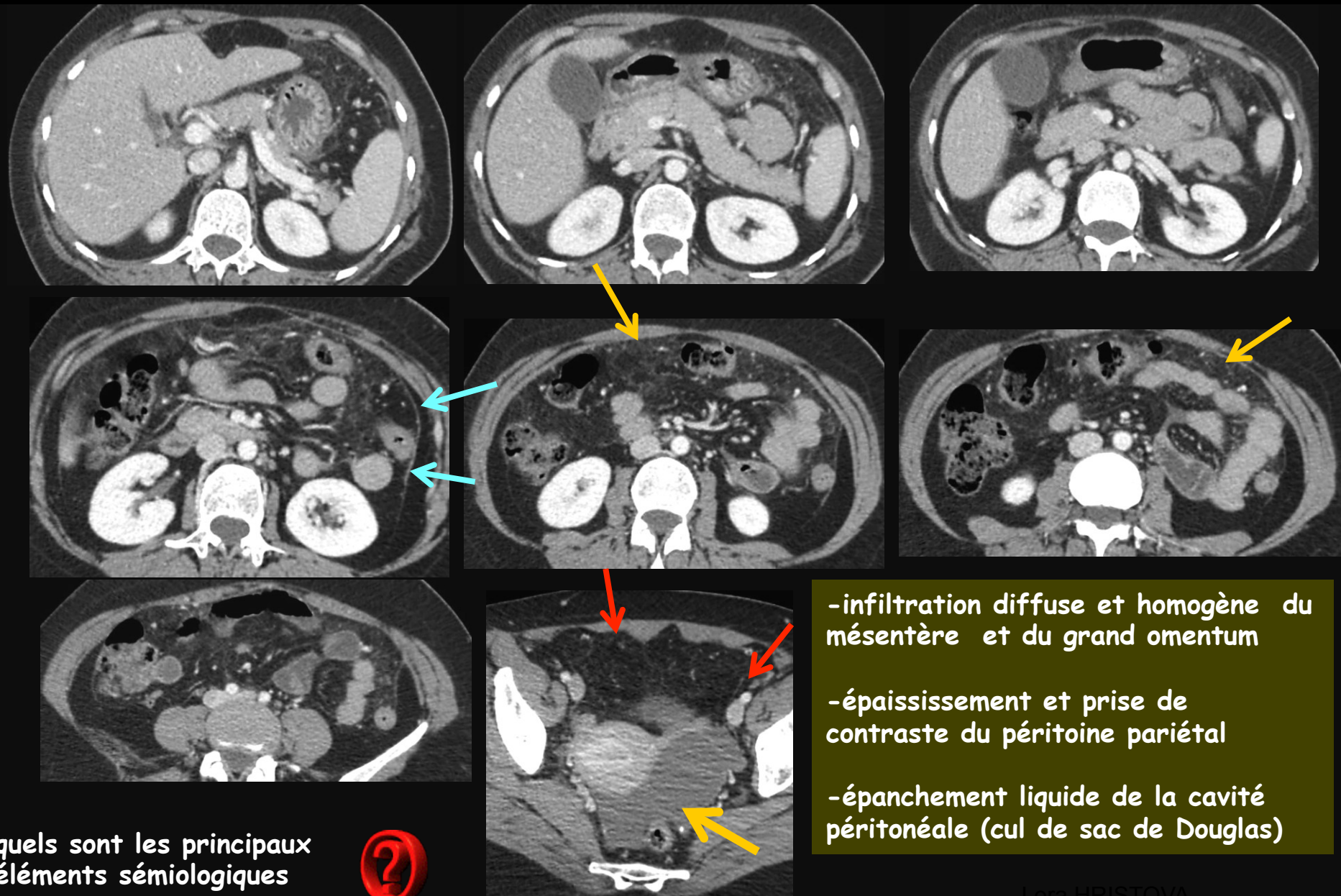
vascularite et , compte tenu du contexte clinique et biologique : entérite lupique

homme 32 ans , syndrome douloureux abdominal aigu fébrile ; **héroïnomanie**



vascularite à l'héroïne

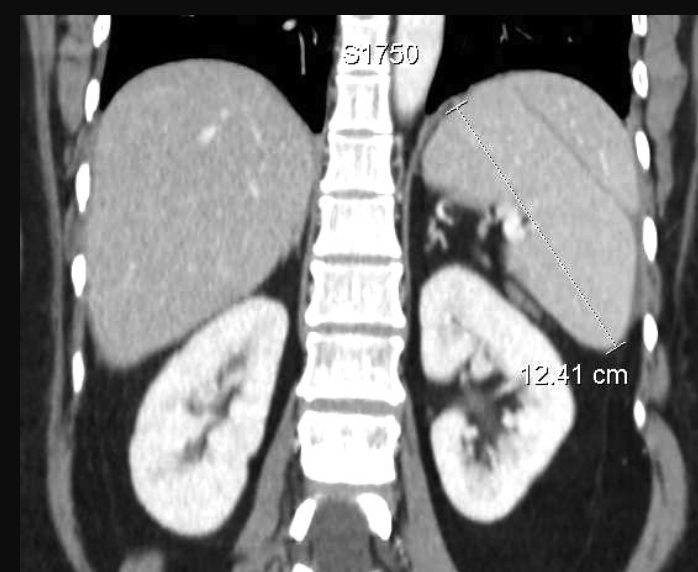
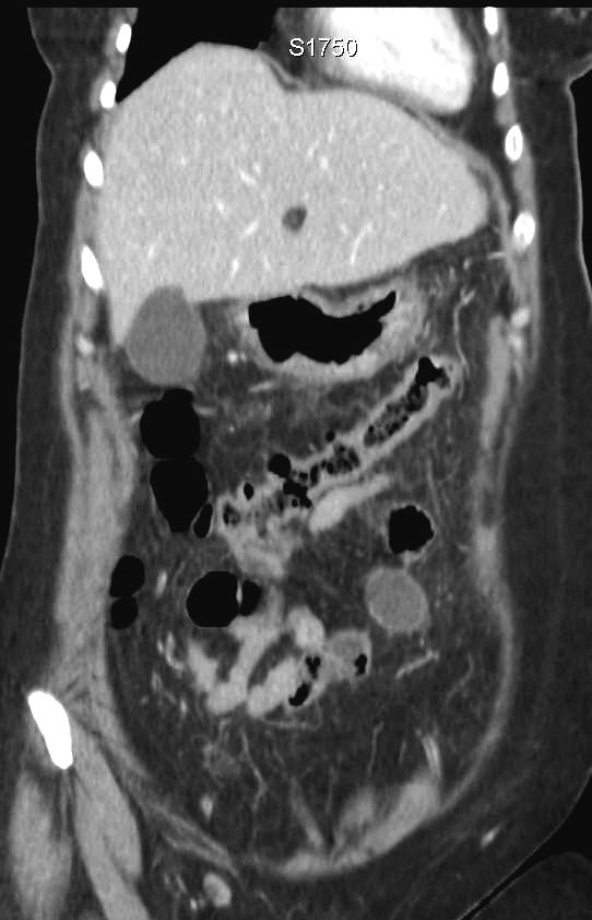
femme de 46 ans d'origine arménienne . Douleurs abdominales/ HCD et **fièvre**
 Discrète cholestase et cytolyse hépatique Suspicion de cholécystite aiguë. Episodes du même type
 dans les antécédents : fièvre , arthralgies , crises douloureuses abdominales et thoraciques



- infiltration diffuse et homogène du mésentère et du grand omentum
- épaississement et prise de contraste du péritoine pariétal
- épanchement liquide de la cavité péritonéale (cul de sac de Douglas)

quels sont les principaux éléments sémiologiques





quelles sont vos suggestions diagnostiques



maladie périodique , fièvre méditerranéenne familiale

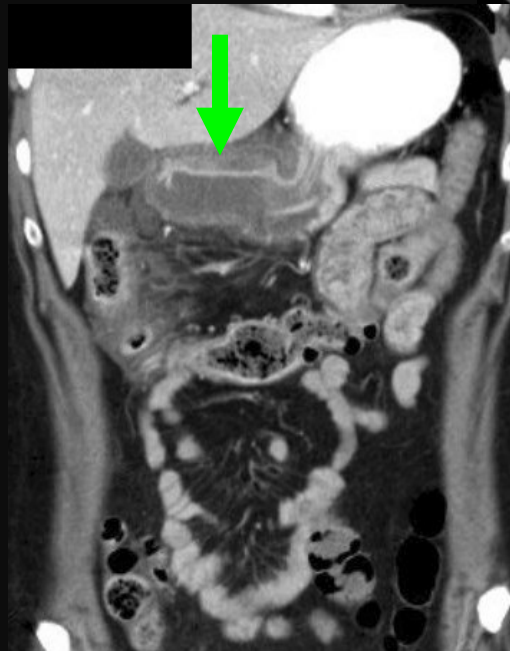
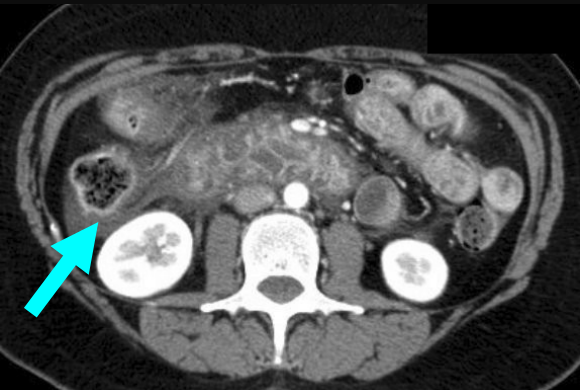
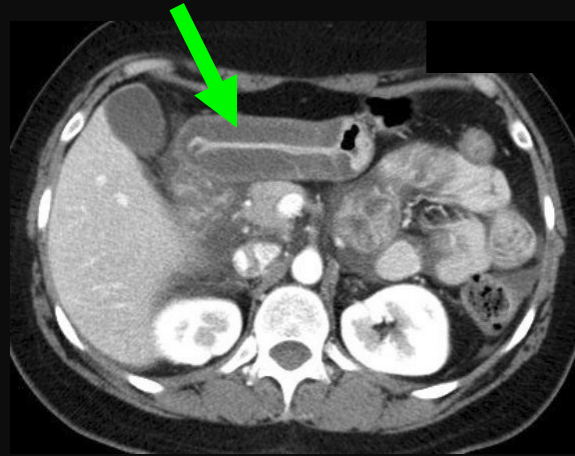
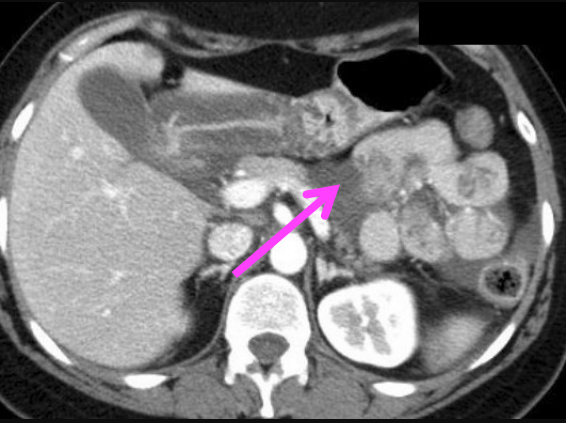
la notion d'antécédents de crises douloureuses abdominales et thoracique fébriles , d'arthralgies , de lésions cutanées (érythème douloureux des membres inférieurs

le caractère familial (de - en - fréquent du fait de la transmission récessive et de la diminution de la taille des familles) , l'origine ethnique

l'évolution vers une amylose rénale AA

constituent les principaux arguments pour évoquer le diagnostic et le confirmer par la mise en évidence de la mutation du gène MEFV codant pour la pyridine / marenostriane

femme 56 ans , douleurs abdominales épisodiques par crises durant 1 à 3 jours , éruptions urticariennes et épisodes **dypnéiques** fréquents ; caractère familial des troubles ...

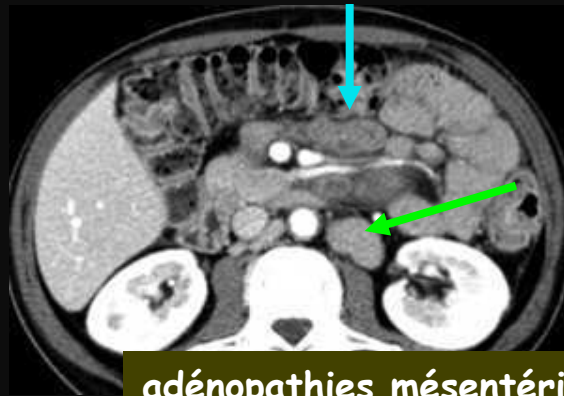
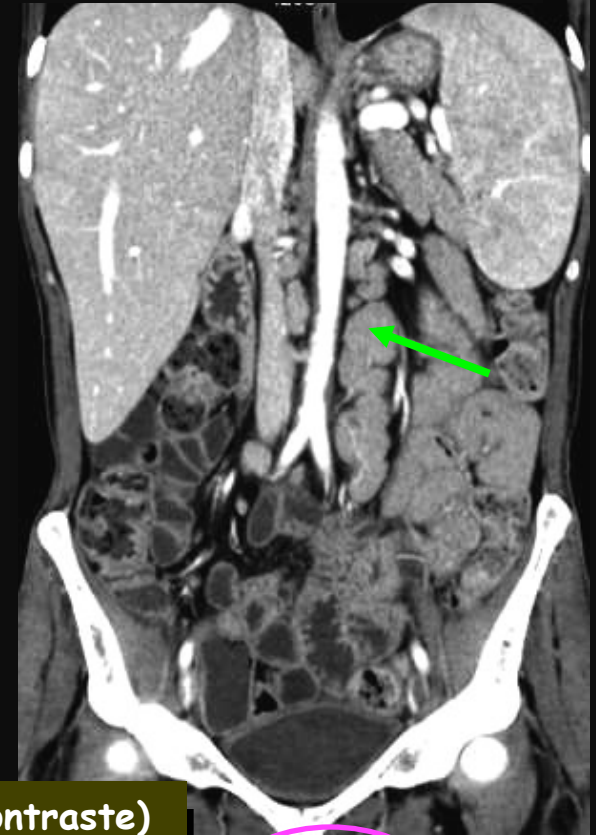


hyperperméabilité capillaire



angio œdème héréditaire par déficit en inhibiteur de la C1-estérase

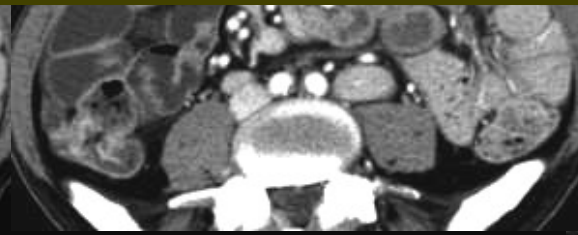
homme 38 ans ,HIV+ , fièvre et douleurs abdominales ,baisse de l'état général,
CD4<50/mm³



adénopathies mésentériques à centre hypodense (après contraste)
adénopathies rétropéritonéales
épaississement des valvules conniventes jéjunales
épanchement péritonéal liquide



11 01 2008



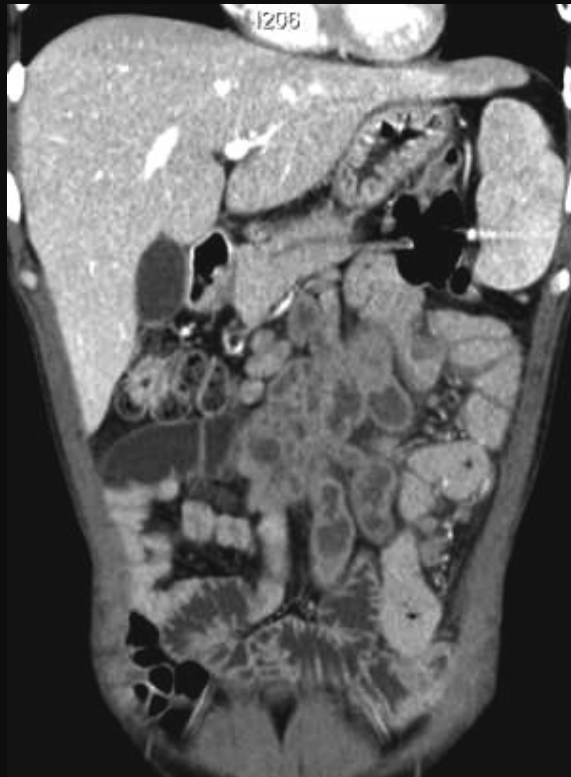
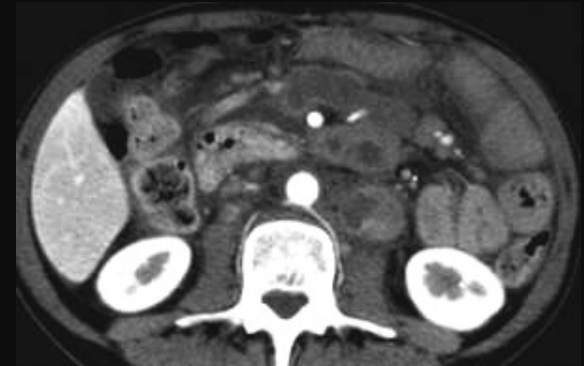
11 01 2008



04 07 2008



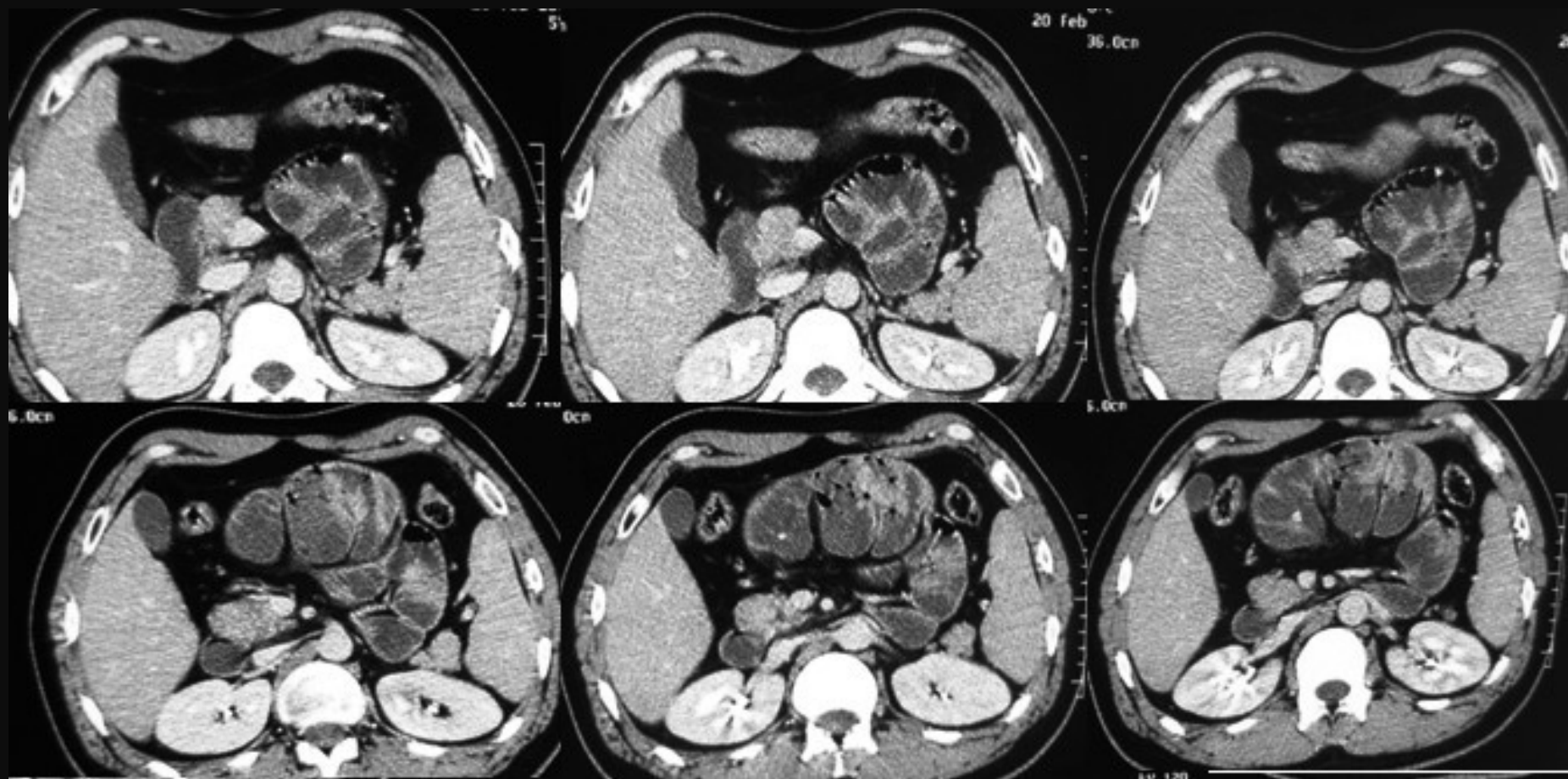
17 03 2009



entérite à mycobactéries atypiques (MAC)

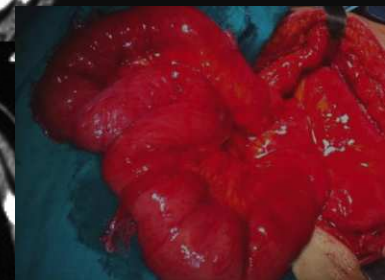
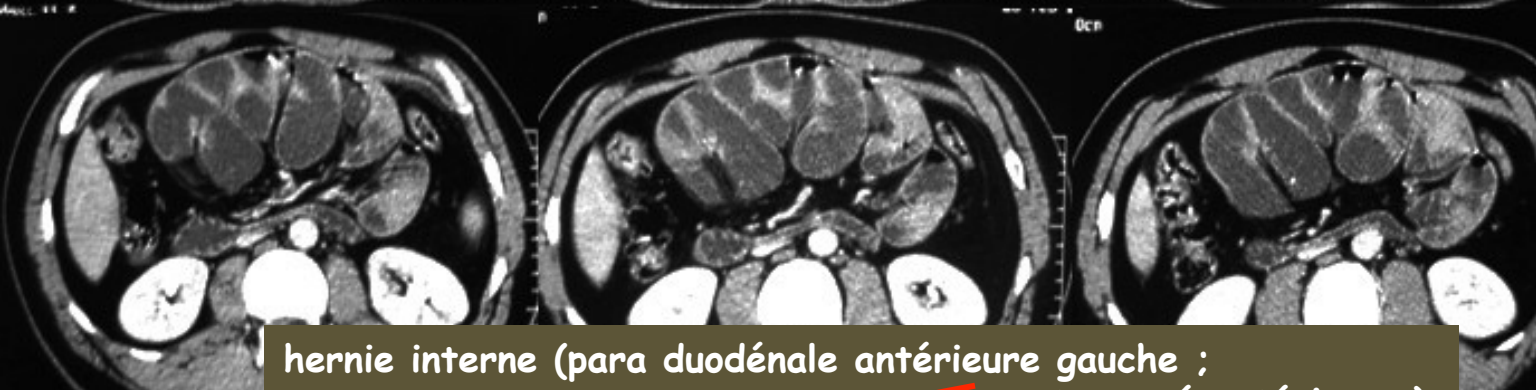
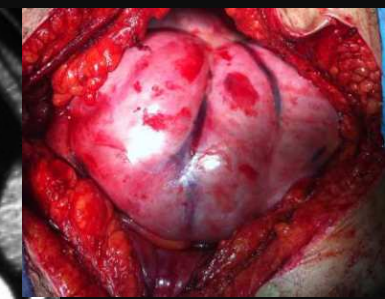
évolution nécrosante des adénopathies
CD 4 < 50/mm³

jeune homme de 25 ans , marocain , sans antécédents pathologiques particuliers présente de façon brutale un syndrome occlusif.



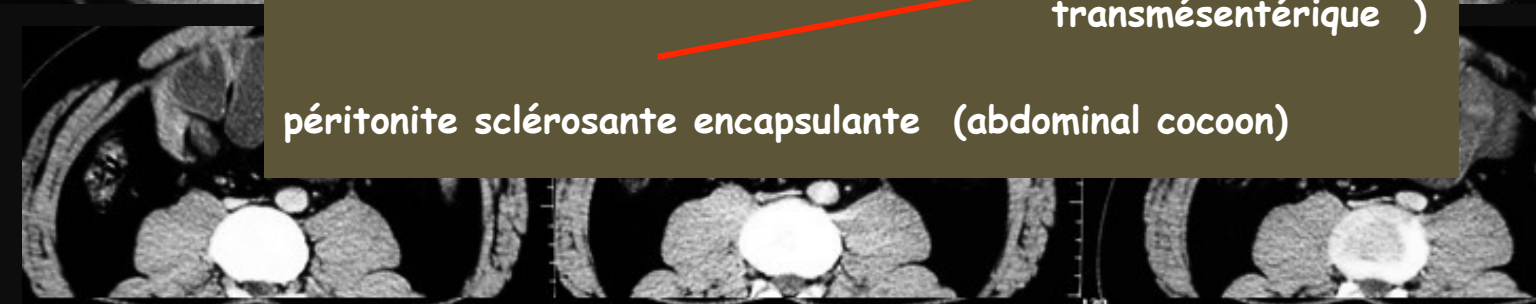
obs. : Nabil Chikhaoui Casablanca





hernie interne (para duodénale antérieure gauche ;
transmésentérique)
péritonite sclérosante encapsulante (abdominal cocoon)

hypothèses diagnostiques 



abdominal cocoon (sclerosing encapsulating peritonitis)

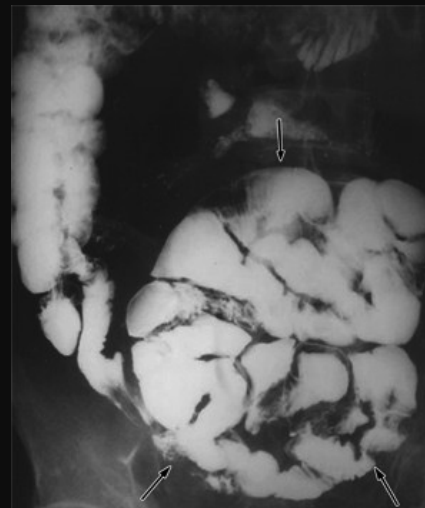


-englobement par une **nappe fibro-collagène** d'une longueur variable d'intestin (grêle , sigmoïde ..)

-généralement révélé par un épisode occlusif souvent précédé de crises analogues durant plusieurs années

-le grand omentum est souvent de taille réduite , englobé dans la nappe fibreuse

-décrit en 1978 par Foo et coll.



jeune femme 34 ans , sans antécédents .

"cauliflower sign " .



jeune femme 47 ans , sans antécédents .

Facteurs favorisants incriminés :

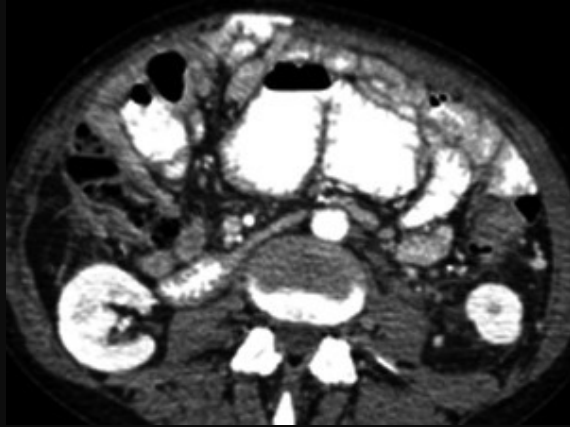
- chirurgie abdominale antérieure
- dialyse péritonéale chronique
- utilisation prolongée de bêtabloquants (practolol)
- ...

Traits caractéristiques en CT (Wig et Gupta)

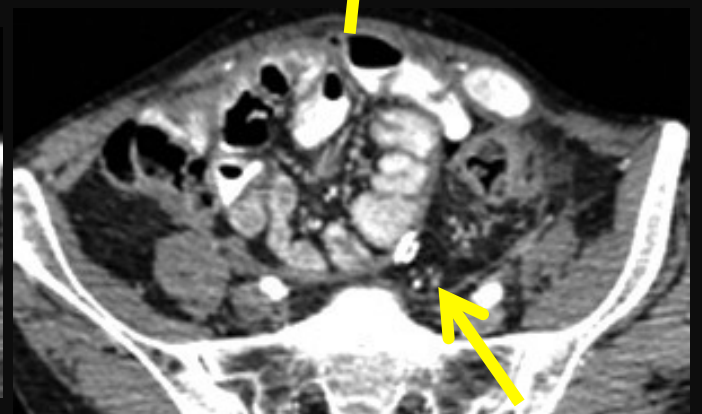
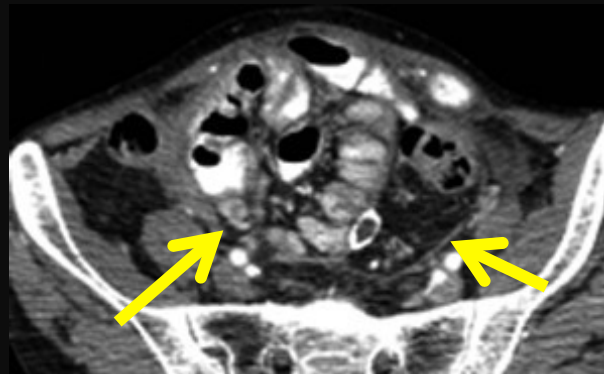
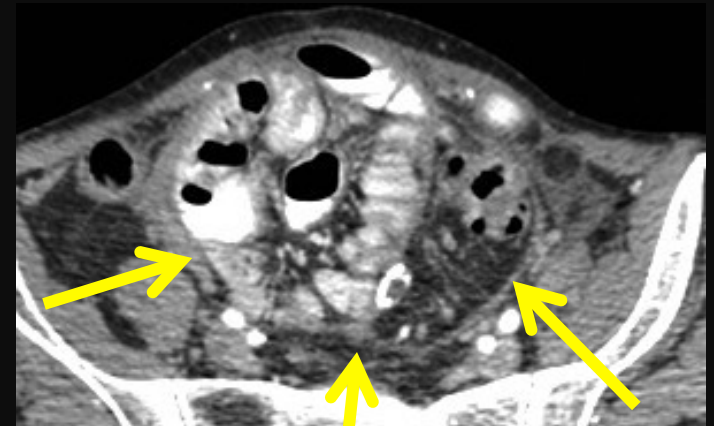
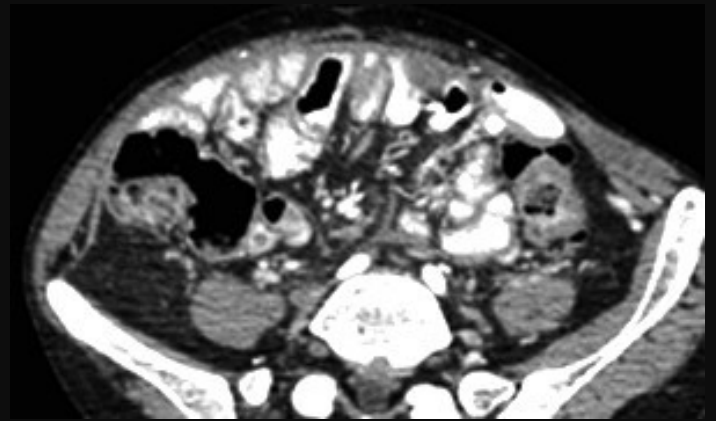
- regroupement de la presque totalité des anses grêles au centre de l'abdomen
- présence d'un "sac" en forme de membrane fine

Histologiquement la membrane est constituée de tissu fibro-collagène avec ou sans foyers inflammatoires

homme , 43 ans. cirrhose éthylique, triple dérivation bilio-pancréatique . Multiples chirurgies abdominales.
Bilan pré-op pour jéjunostomie.



abdominal cocoon
(sclerosing encapsulating peritonitis)

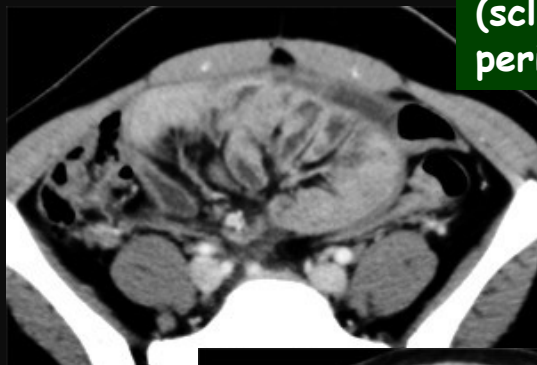


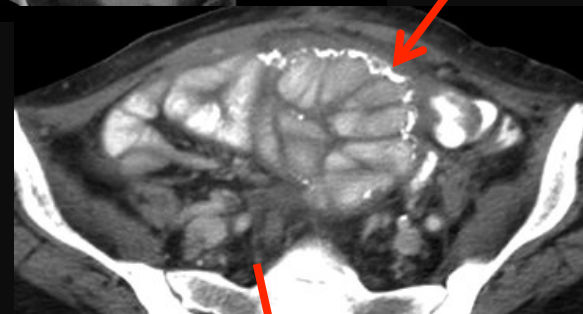
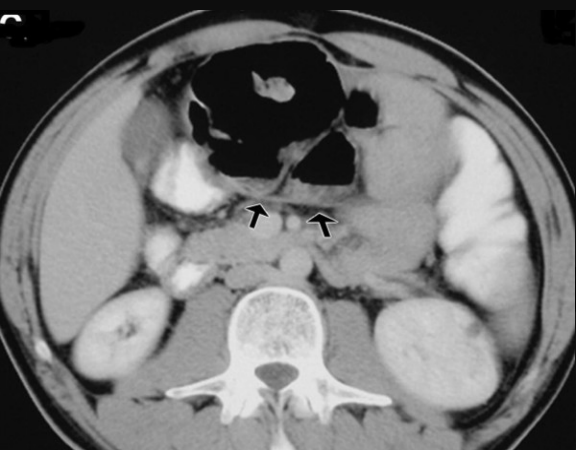
jeune fille de 16 ans ,sénégalaise, ; pas d'antécédents particulier.
; syndrome sub occlusif résolutif évoluant depuis 2 - 3 mois; AEG modéré avec amaigrissement.; apyrétique. bilan biologique normal.



abdominal cocoon
(sclerosing encapsulating
peritonitis)

obs. ; Ababacar Mbengue Dakar

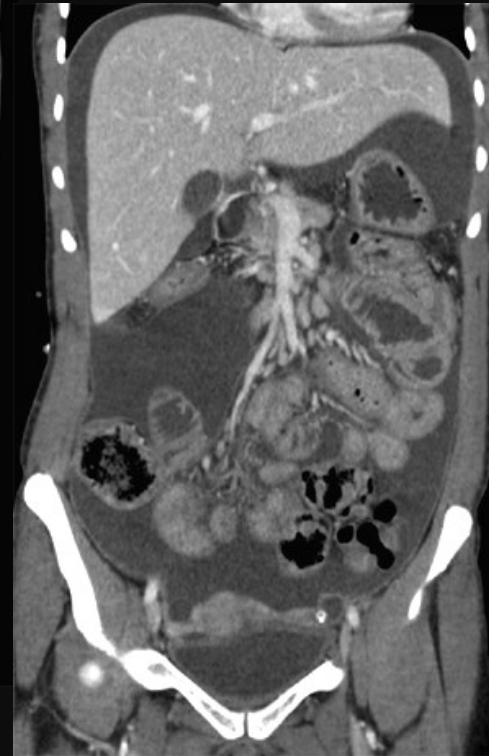
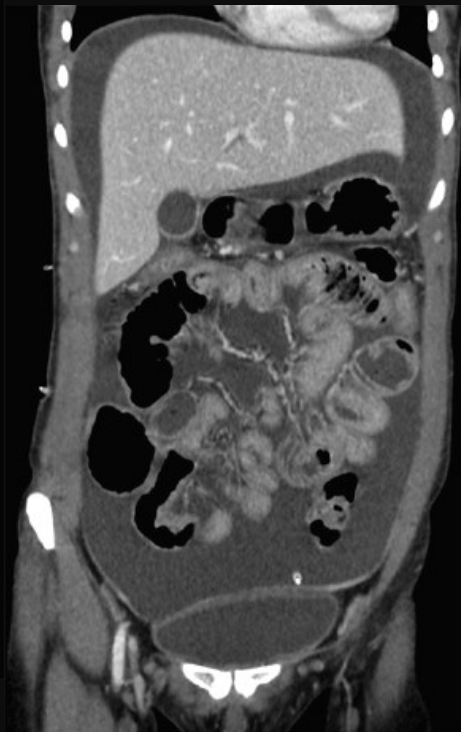
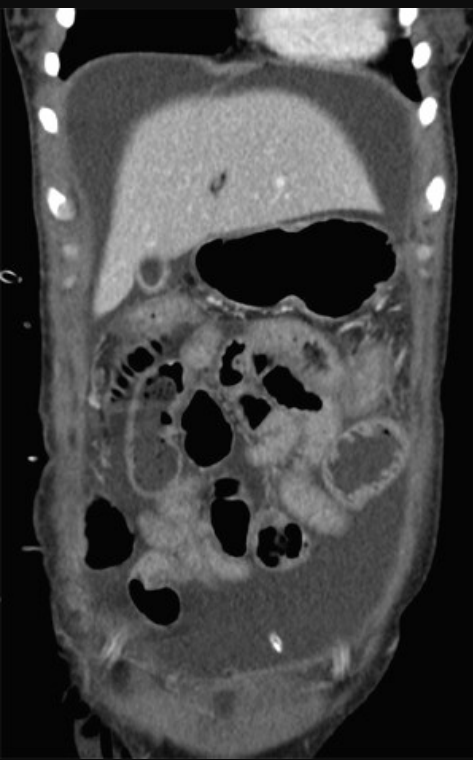
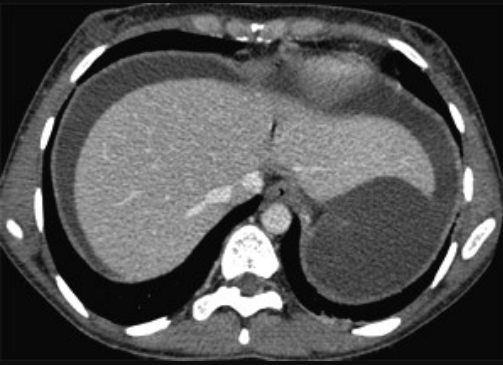




péritonites encapsulantes ; "abdominal cocoons"

dialyse péritonéale
calcifications

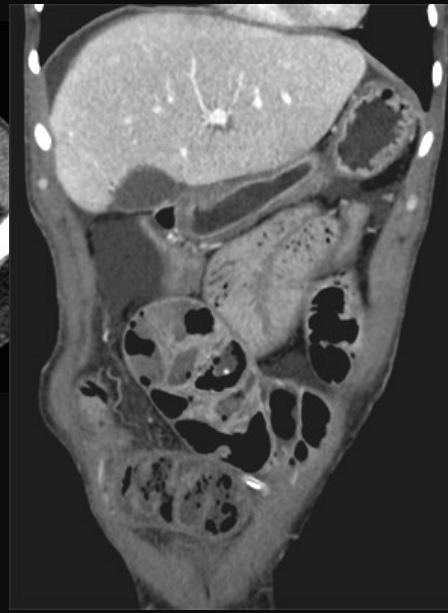
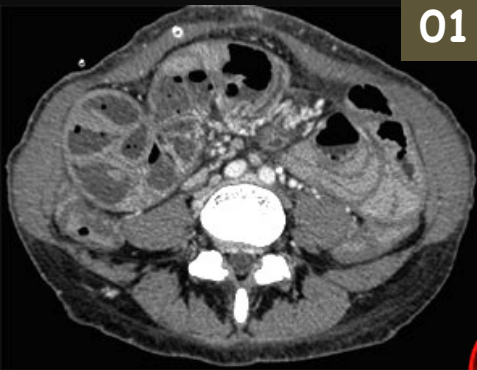
femme 37 ans, diabète de type 1 dialyse péritonéale depuis plusieurs années



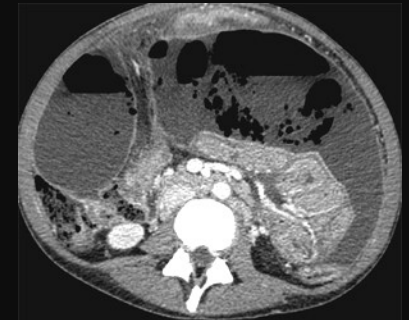
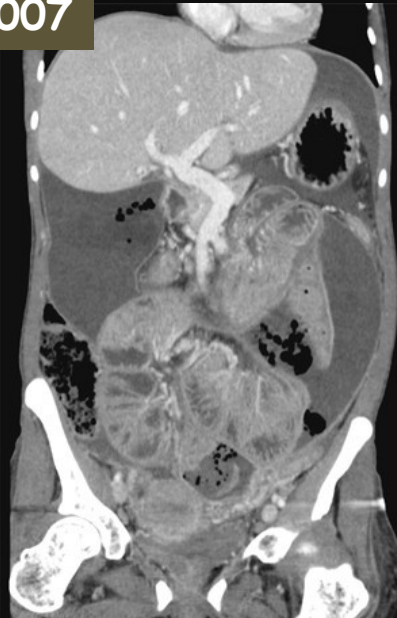
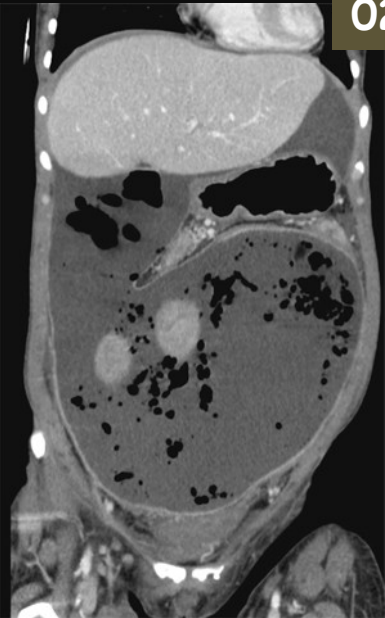
01 2006



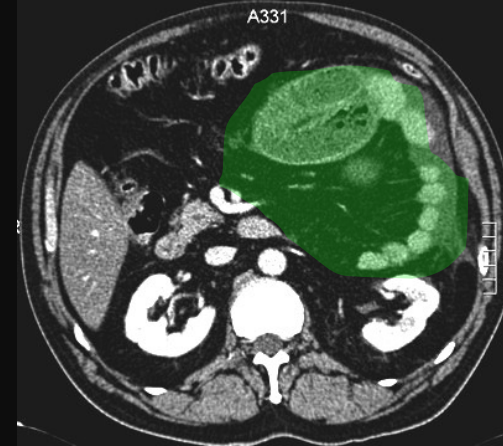
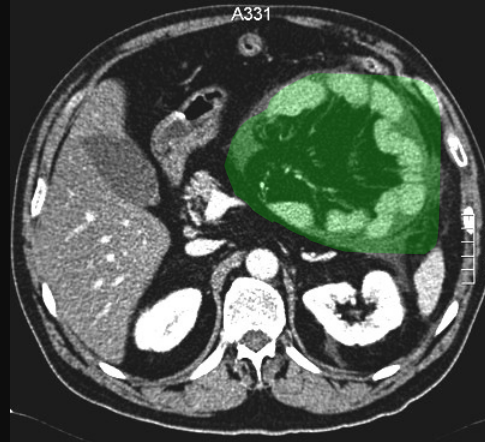
01 2007



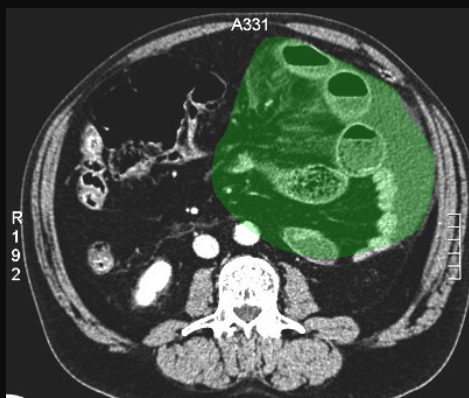
02 2007



péritonite **encapsulante** (abdominal cocoon)
compliquée d'une perforation de l'iléon terminal

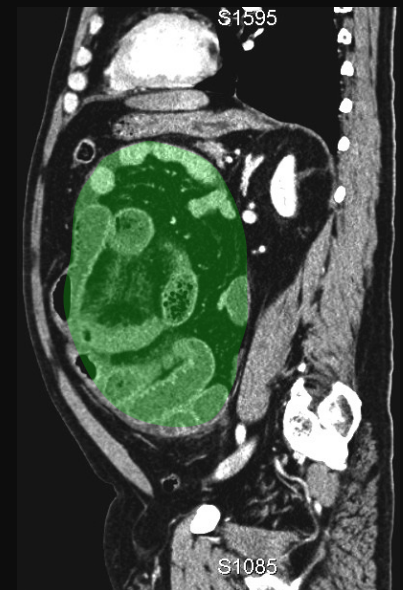
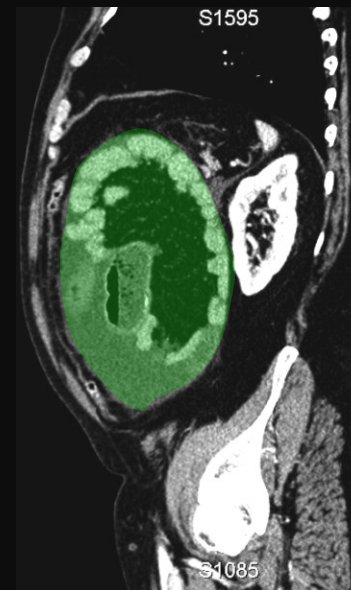
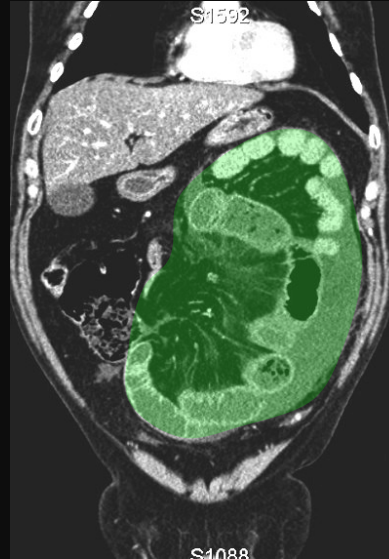
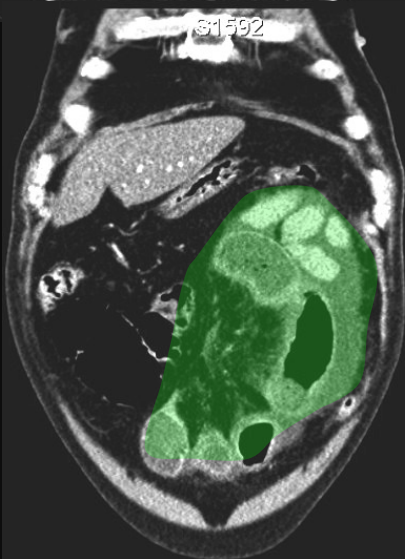


Obs Dr Brigitte
CHAUFOR-HIGEL
Service Pr L. Pierot
CHRU Maison Blanche
REIMS



homme 64; épisode aigu subocclusif
algique ;résolution spontanée en
quelques heures ; endoscopies gastro-
duodénale et colique sans particularités

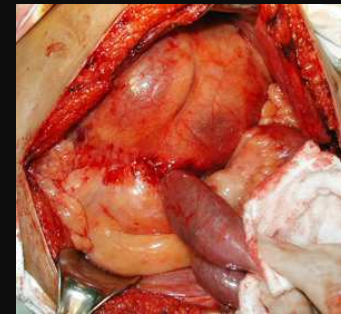
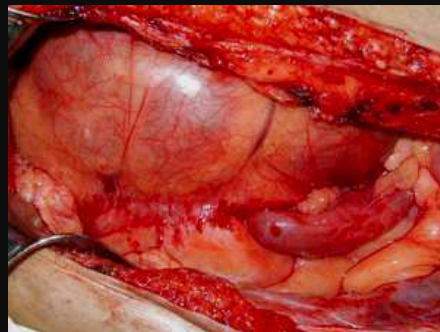
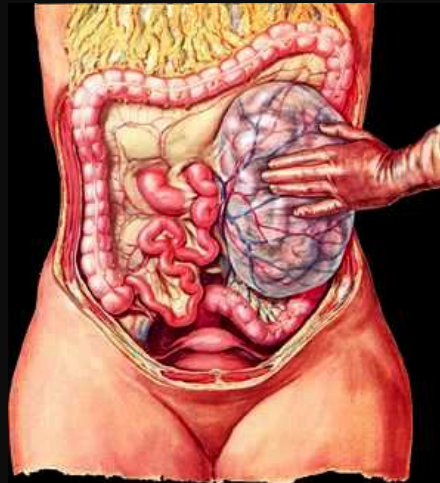
quel est votre diagnostic ; comment
pouvoir l'affirmer





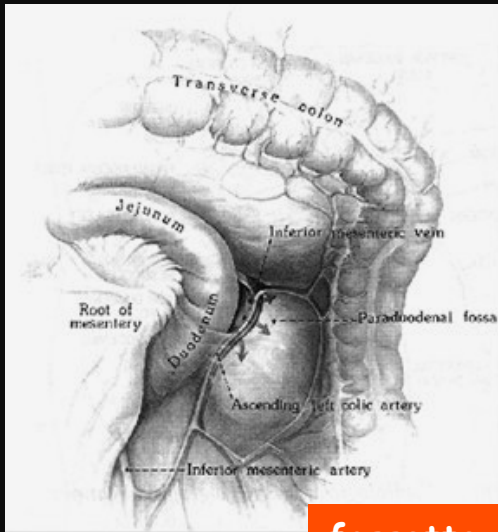
les anses jéjunales en distension liquidienne et l'épanchement liquide satellite ont une disposition "sac-like" ; elles sont donc dans un "sac" péritonéal provoqué par un décollement de feuillets péritonéaux au cours du développement embryologique .

dans cette localisation , il ne peut s'agir que d'une hernie para duodénale antérieure gauche

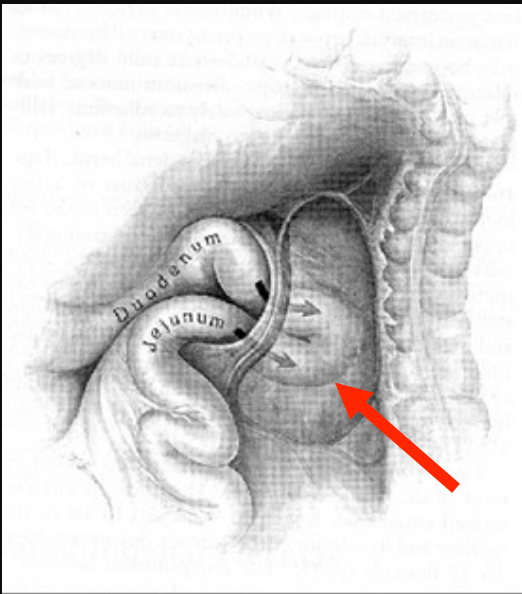


*hernie para duodénale antérieure gauche
obs. Dr IN. Phi, Saigon*

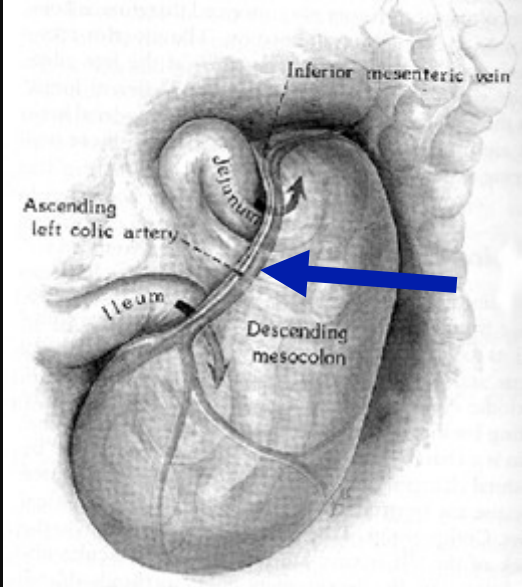
hernies para duodénales antérieures gauches



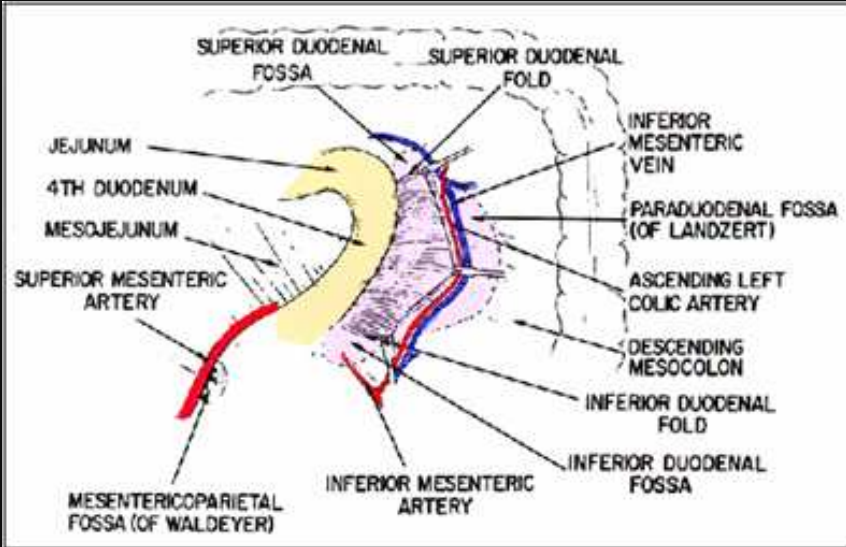
fosse de Landzert

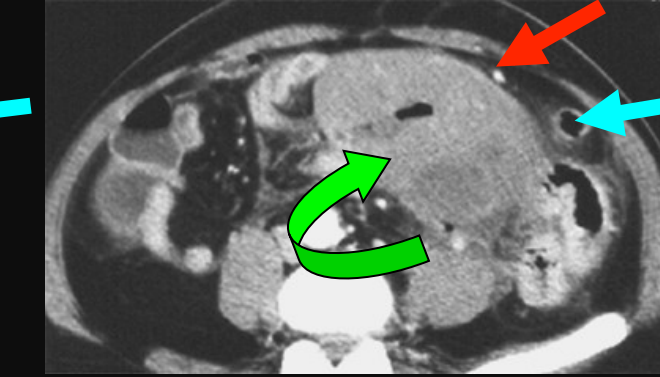
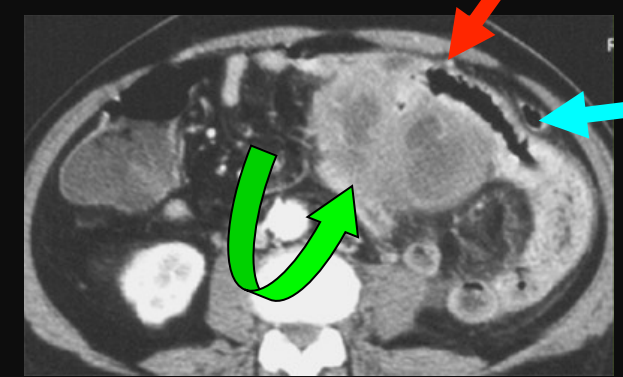
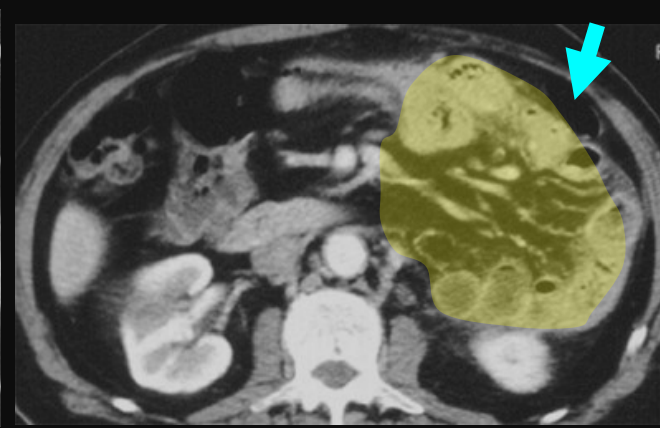
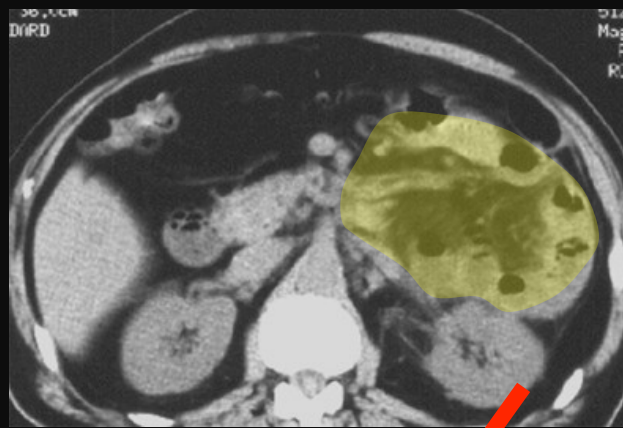


MEYERS MA. Internal hernia
in: MEYERS MA ed *Dynamic radiology of the abdomen*
5th ed. .New York, NY: Springer-Verlag,
2000;711-748



ce sont les formes théoriquement les plus fréquentes
elles se développent sous l'action du péristaltisme intestinal dans un décollement progressif du fascia de Toldt gauche à partir de la **fosse para duodénale de Landzert**
Le repère vasculaire essentiel est **la veine mésentérique inférieure** qui passe en avant du collet ou du sac . Il est indispensable de le rechercher pour éviter les "faux positifs"



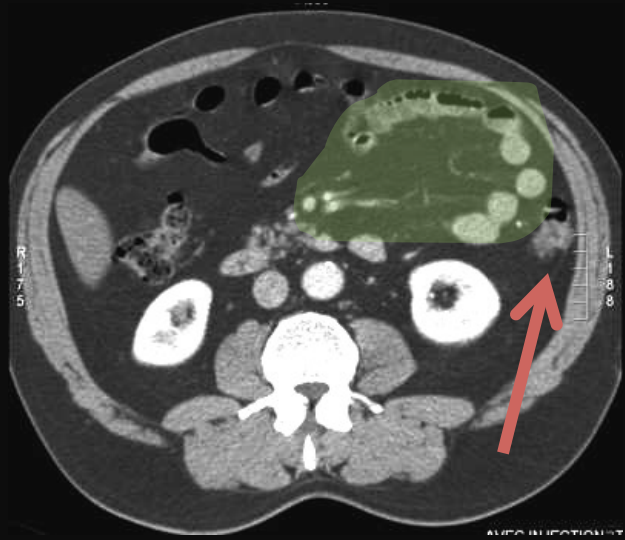
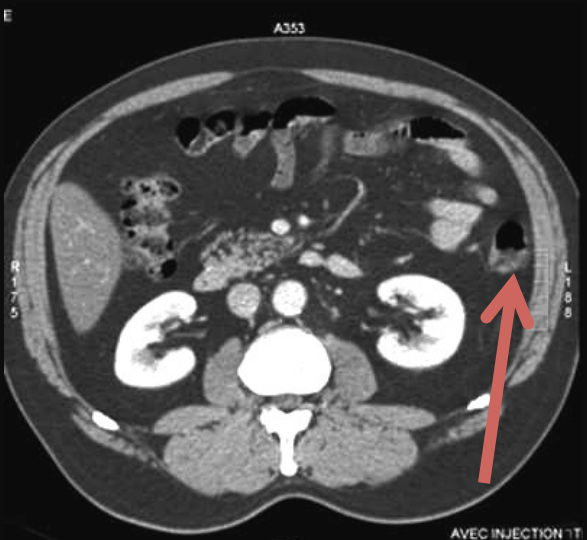
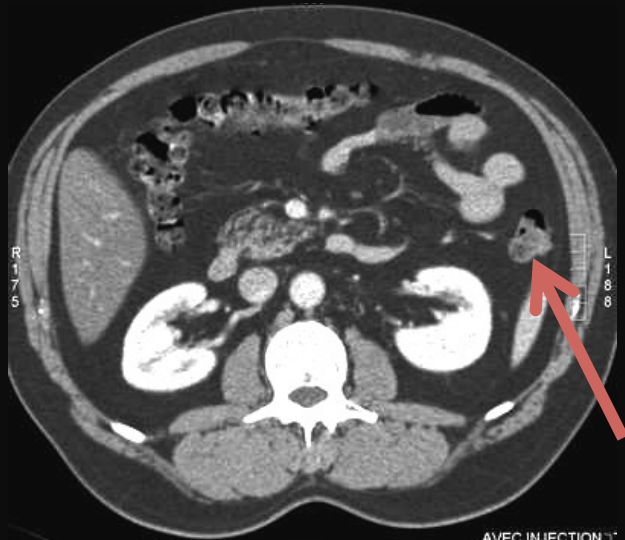


évidemment, vous avez bien vu qu'il existe en plus une **tumeur stromale** du grêle sur une des anses herniées !!!

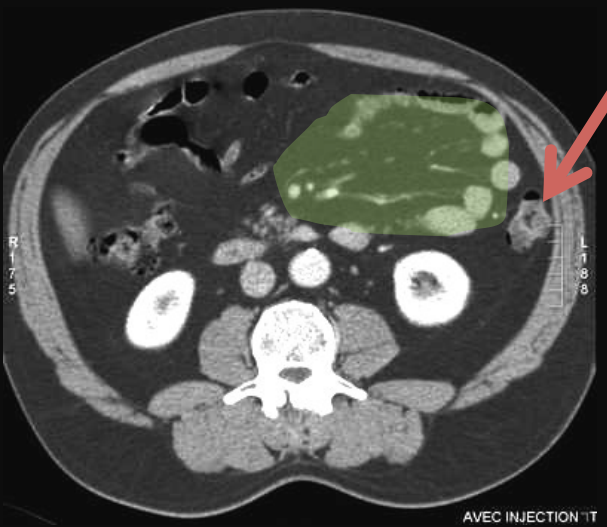
hernie para-duodénale antérieure gauche

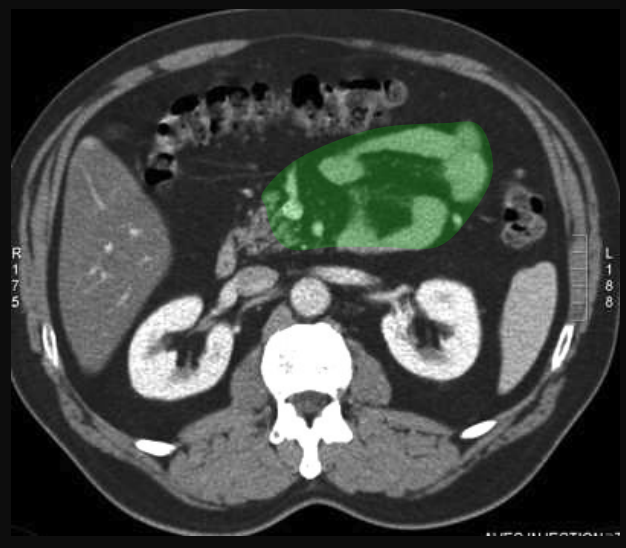
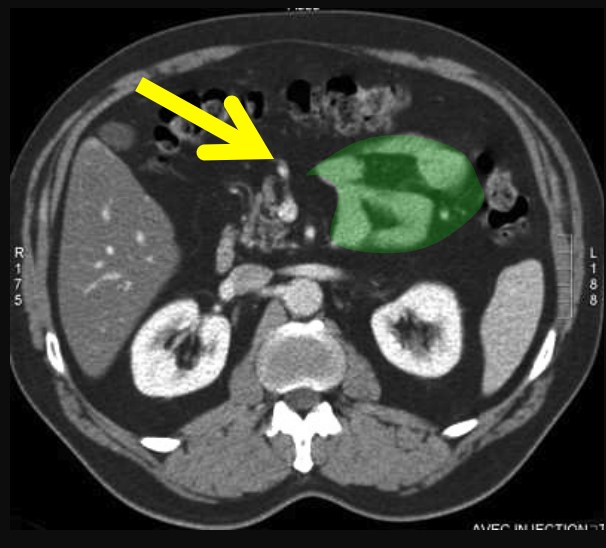
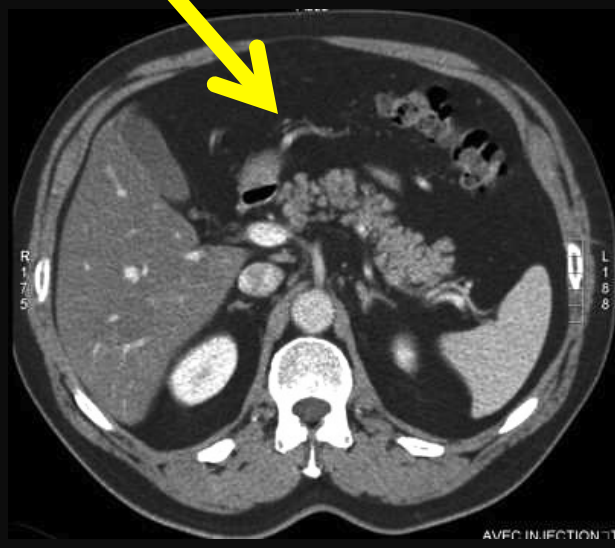
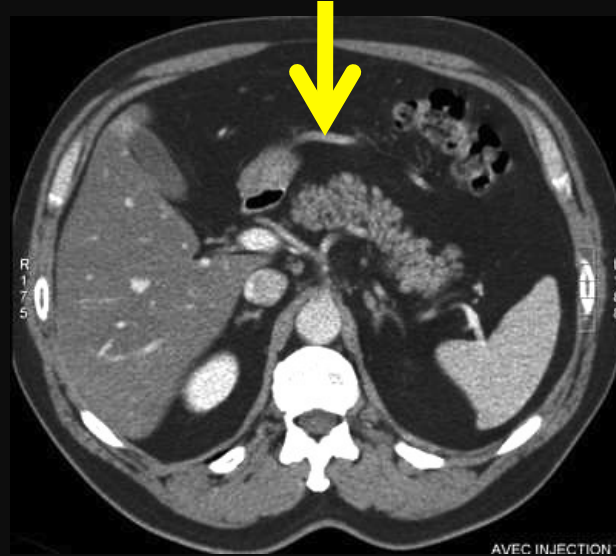
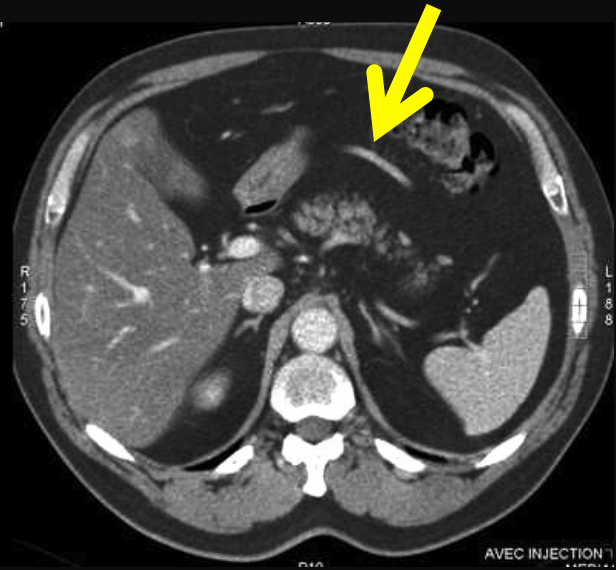
obs. E. Teil CHU Grenoble

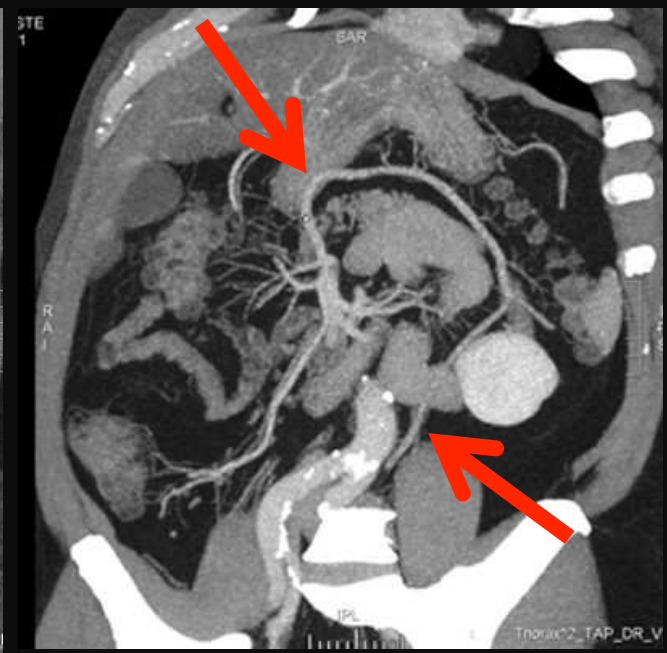
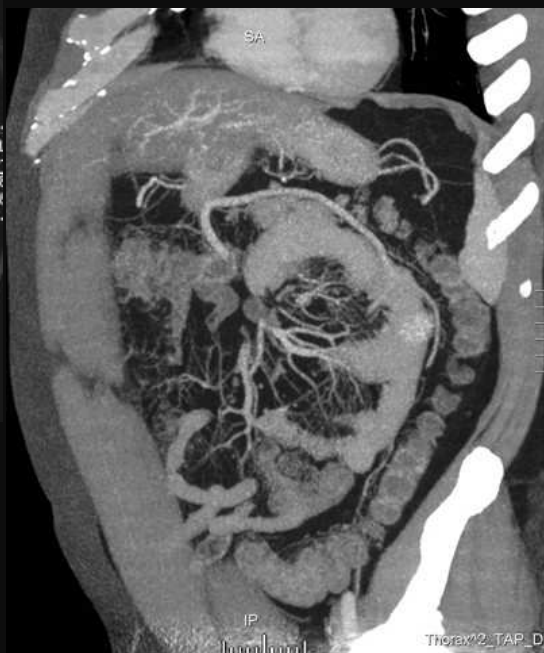
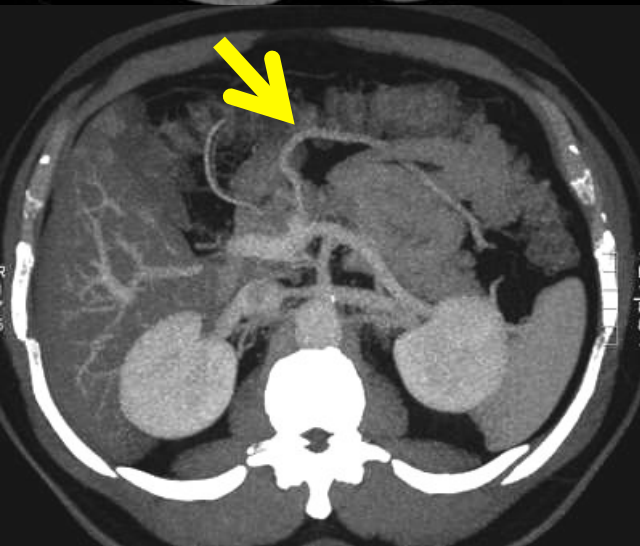
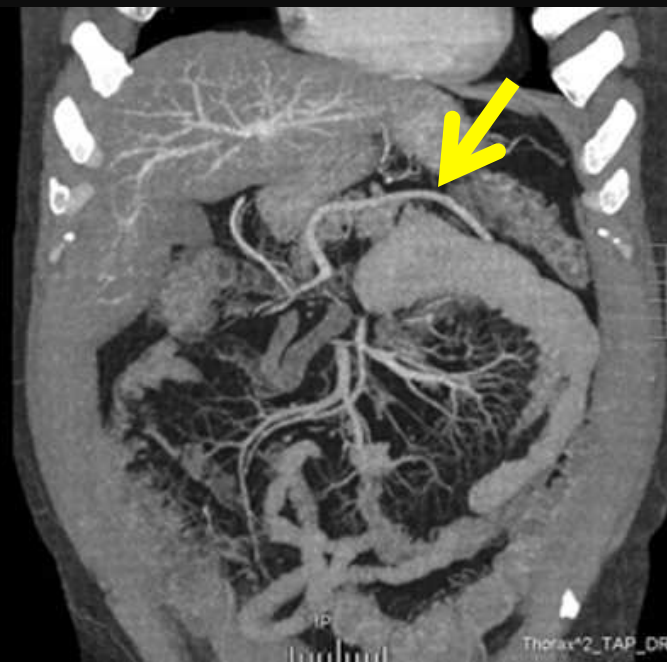
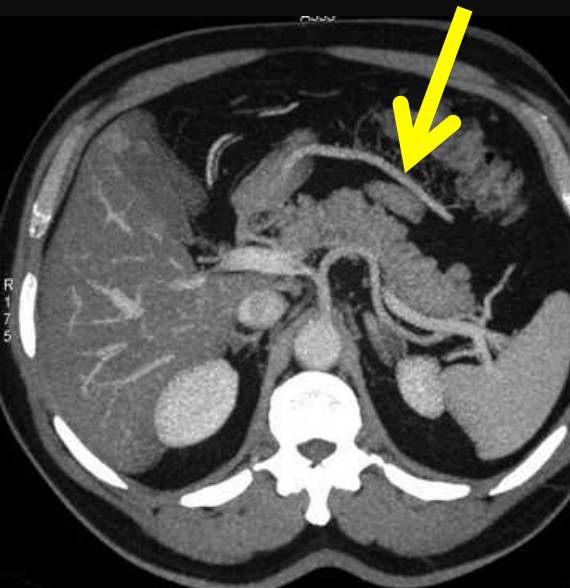
homme 56 ans vigneron ; douleurs abdominales atypiques



Obs Dr J Garnon Strasbourg

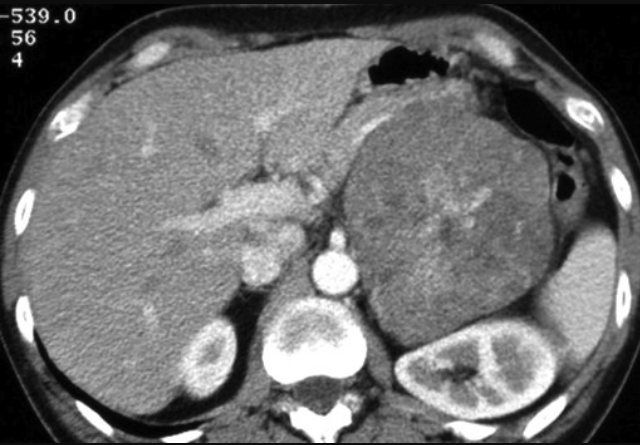






VMI "circonscrivant" le collet herniaire et se jetant dans la VMS

homme 62 ans sans antécédents petite baisse de l'état général ; masse palpable de l'HCG diagnostic du clinicien : splénomégalie ;



quels sont les principaux éléments sémiologiques



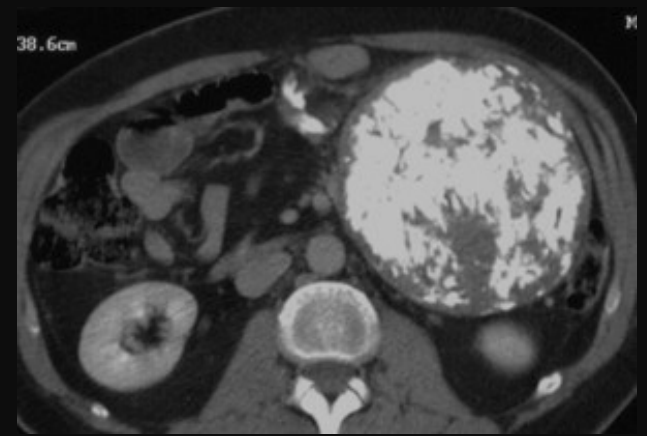
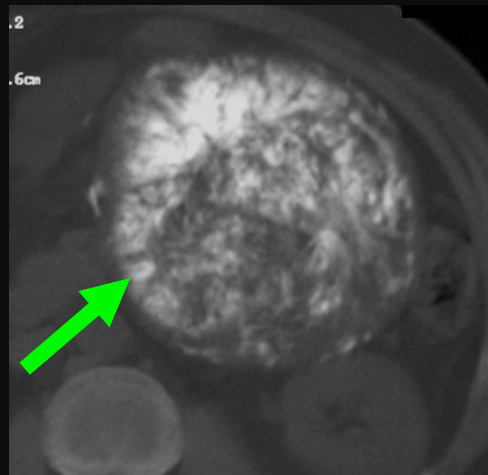
quelles hypothèses diagnostiques pouvez vous proposer



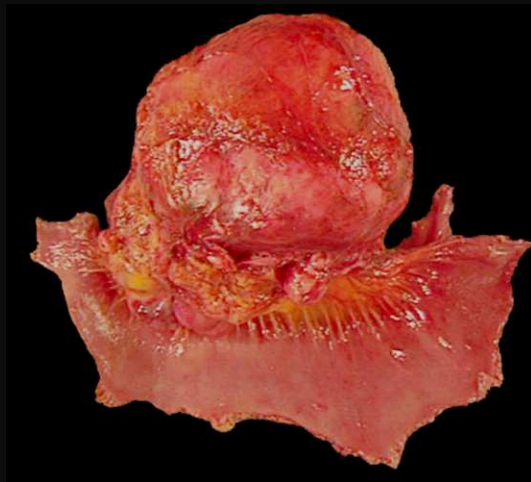
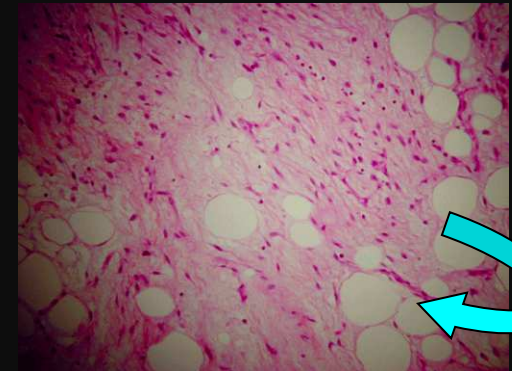
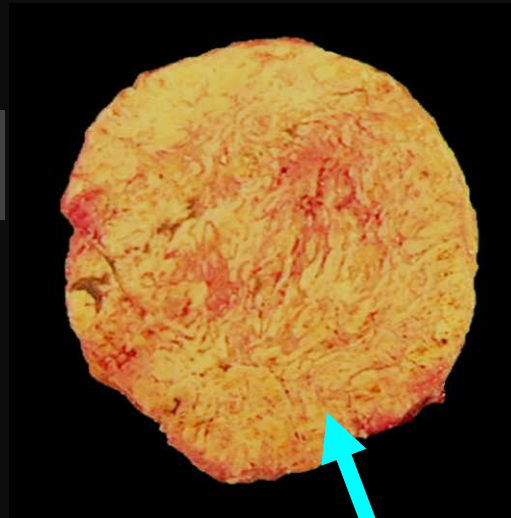
tumeur maligne conjonctive intestino-mésentérique : GIST , leiomyosarcome , liposarcome à point de départ ?? estomac , grêle ? autre ??

what else ?????

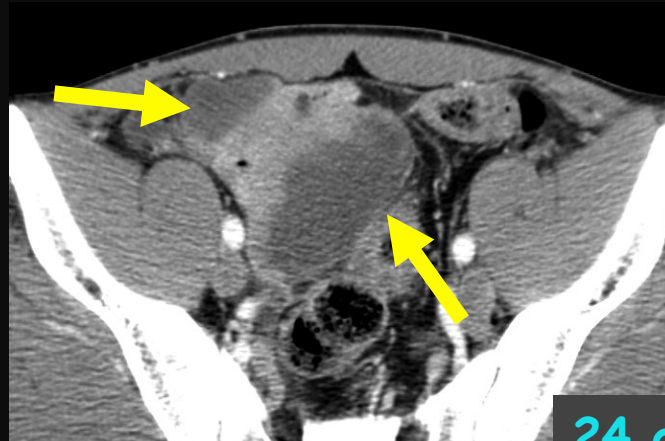
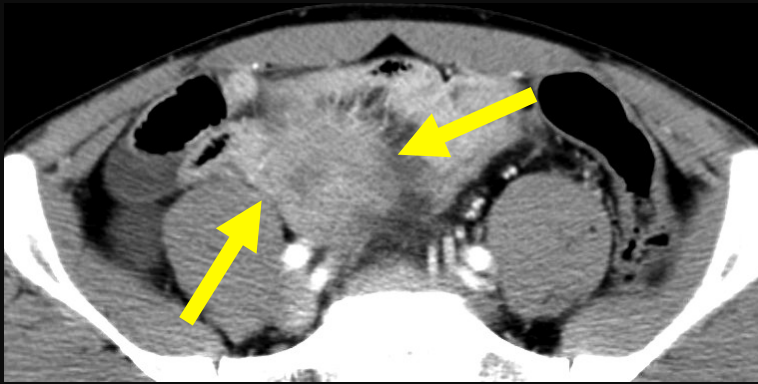
peritoneaux est un argument majeur en faveur de l'origine rétroperitoneale de la masse. Il faut en outre vérifier que la vascularisation de la lésion ne vient pas de l'AMS mais des lombaires .



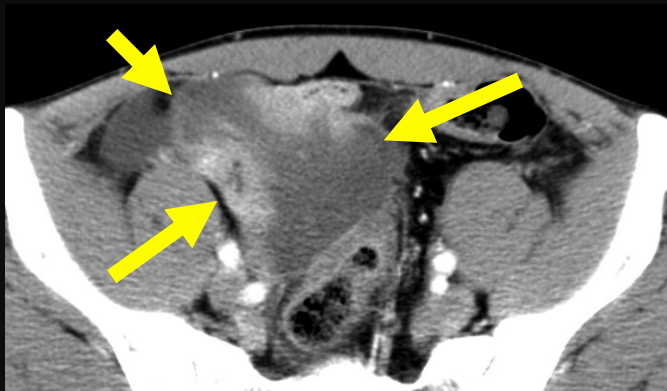
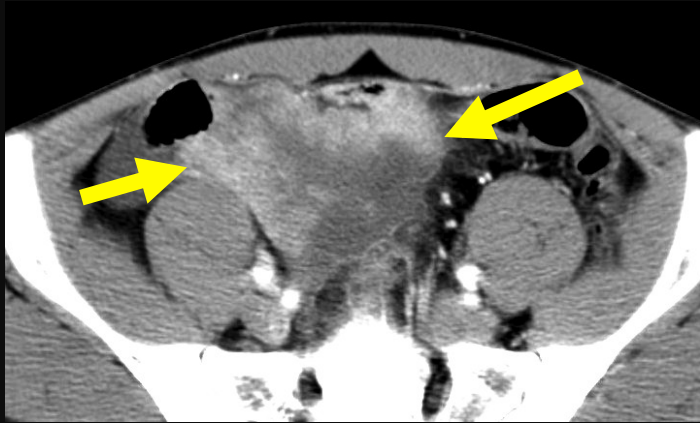
45 ans , pas d'atcd, pas d'atteinte de l'état général .



liposarcome péritonéal avec métaplasie osseuse

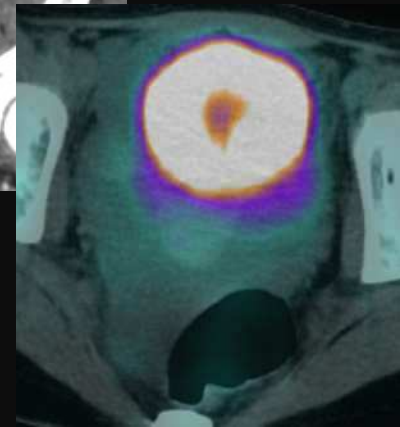
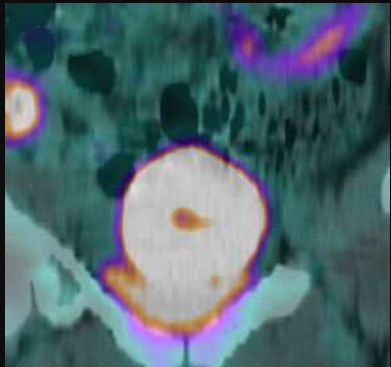
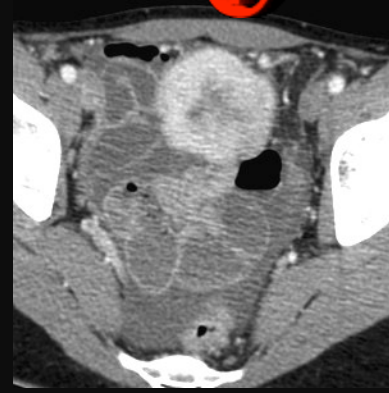
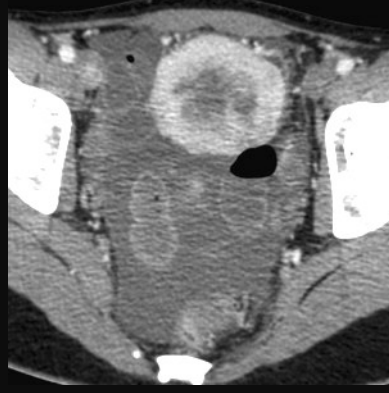


24 ans , pas
d'atcd , tableau
d'appendicite



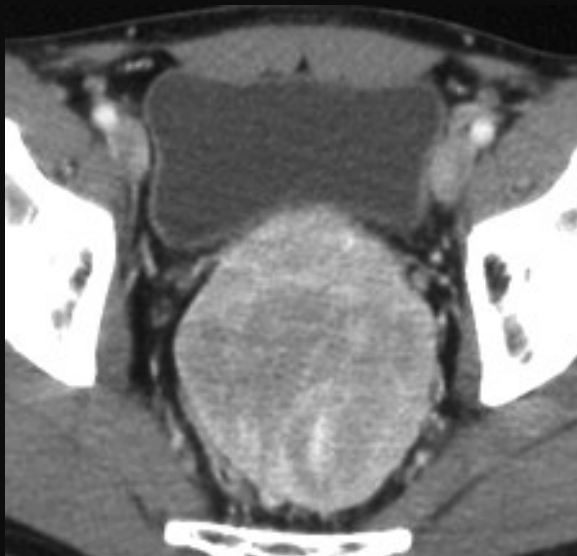
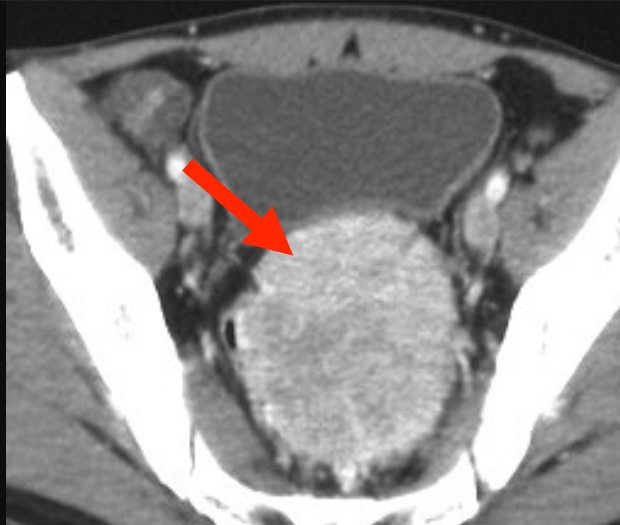
tumeur desmoplastique à petites cellules rondes = PNET (primary
neuroectodermic tumor ~ sarcome d'Ewing des tissus mous)

jeune fille 20 ans ,douleurs hypoaastriques , asthénie



pseudo tumeur inflammatoire ou
tumeur myofibroblastique
 sujet jeune ,rehaussement +++

22 ans , syndrome douloureux hypogastrique



tumeurs hypervascularisées du péritoine

T stromales (GIST)

T conjonctives vasculaires : T fibreuse solitaire

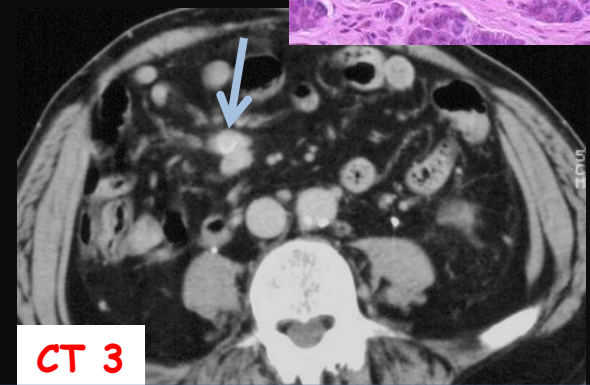
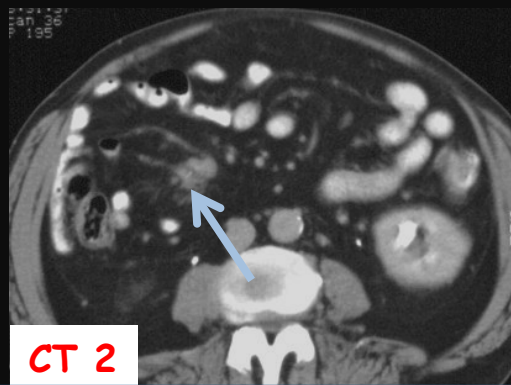
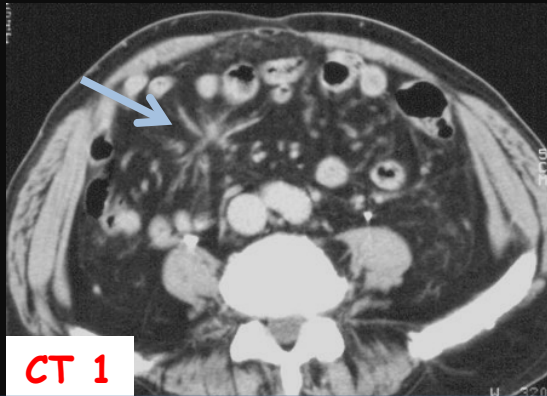
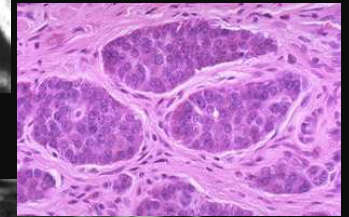
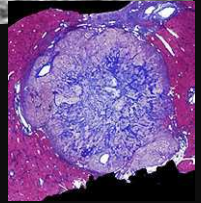
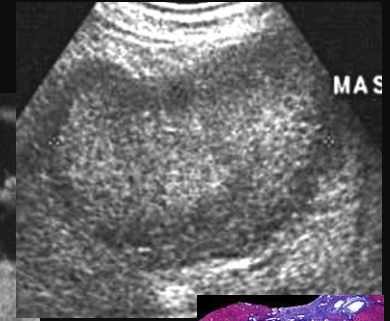
T carcinoïdes

Castelman angio folliculaire

métastase hypervascularisée (Grawitz +++)

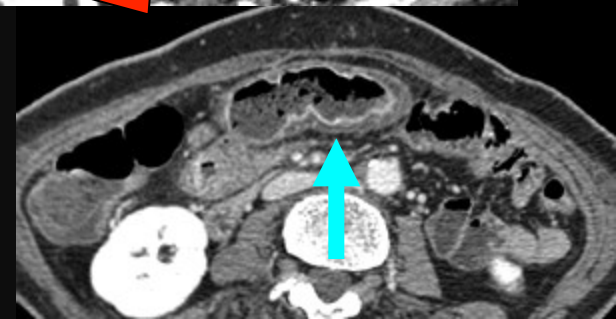
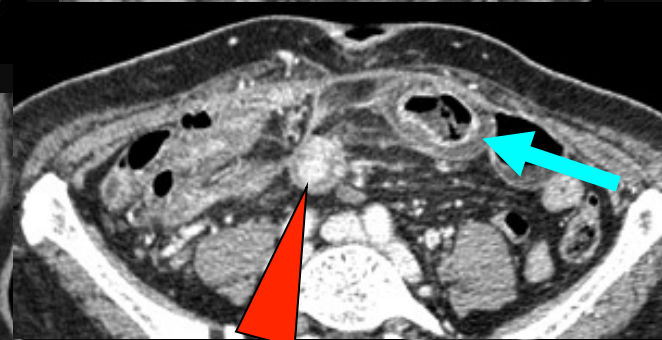
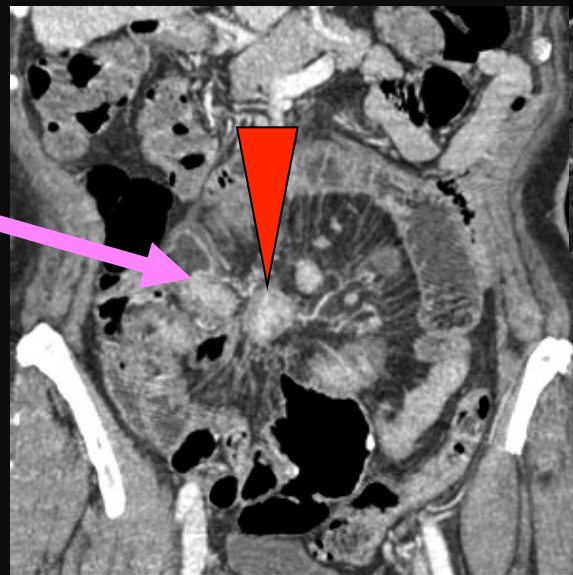
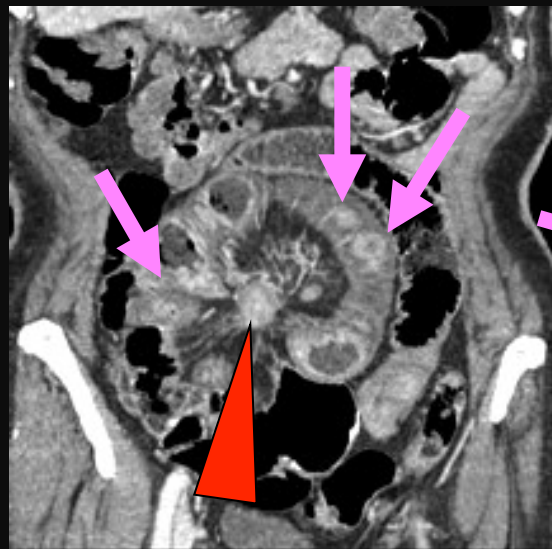
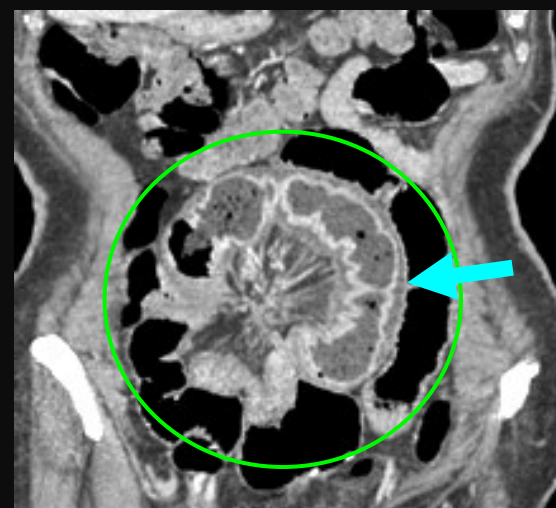
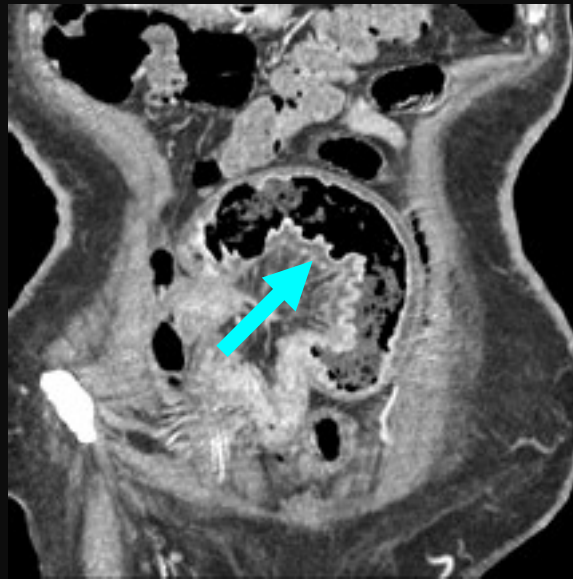
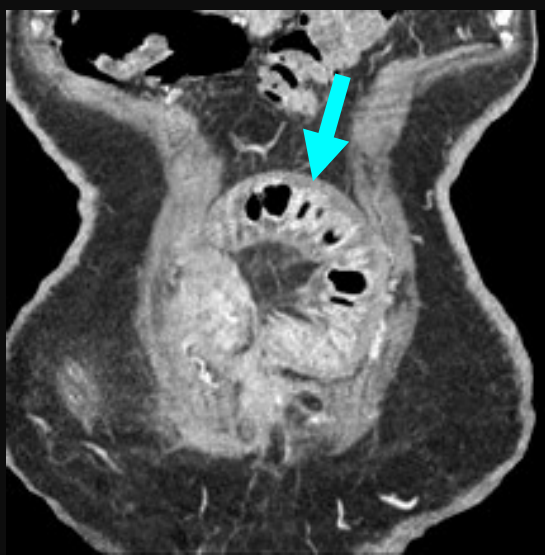
hémangiopéricytome du cul de sac de Douglas ; hypervascularisation +++ ; serait probablement classée tumeur fibreuse solitaire " hemangiopericytoma like vascular pattern" actuellement

homme 72 ans , baisse de l'état général inquiétante (3 scanners en 6 mois...!!!), douleurs abdominales . Etiqueté CHC au scanner ; la PBF révélera le diagnostic qui est

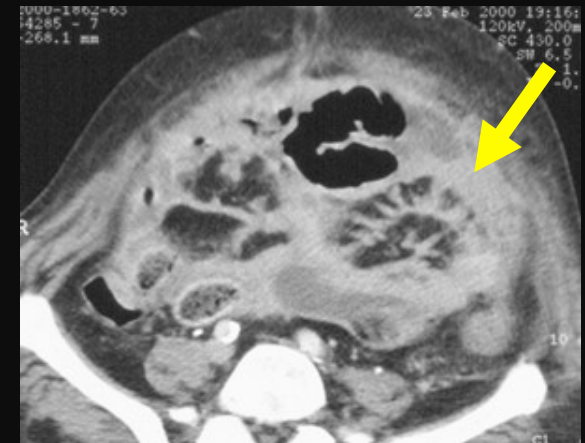
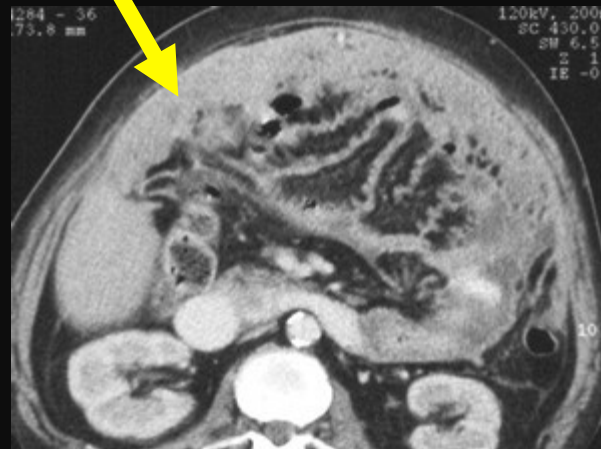
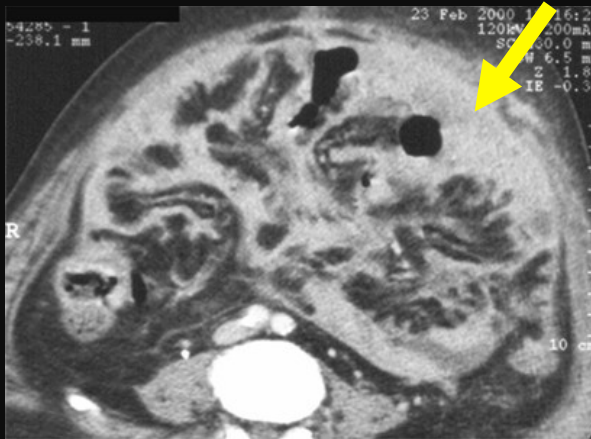
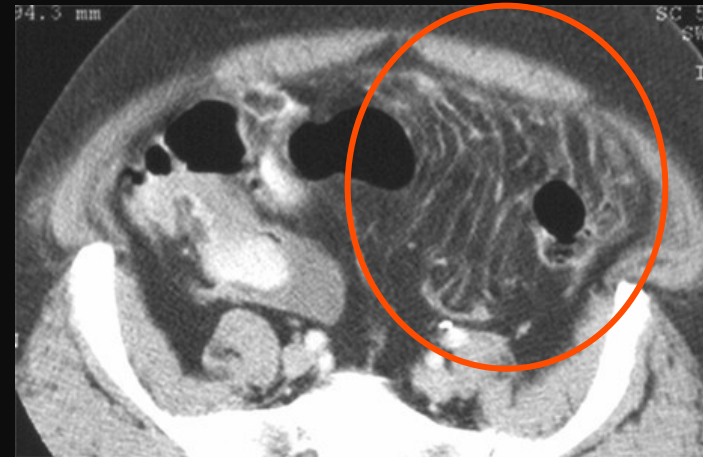
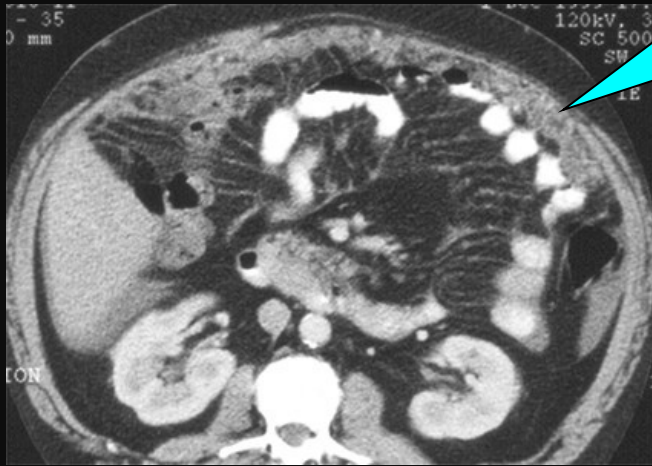


tumeur carcinoïde iléale méconnue sur les 3 scanners réalisés en 6 mois... les anomalies du mésentère étaient pourtant évidentes mais les plus belles erreurs sont observées lorsqu'on a un diagnostic !!!

toute anomalie du mésentère , quelle qu'en soit l'aspect , doit faire penser à la tumeur carcinoïde

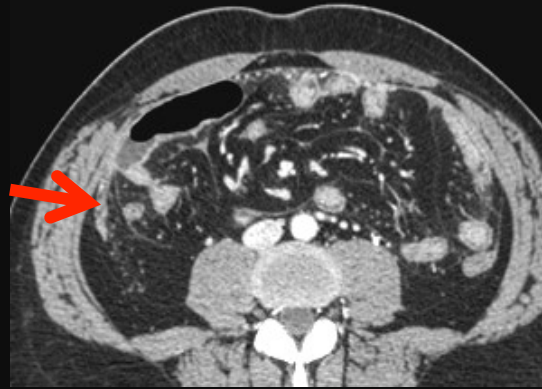


tumeurs carcinoïdes iléales et mésoentérite rétractile ;
ischémie chronique et/ou lymphangiectasies pariétales



mésothéliome péritonéal primitif forme desmoplastique
évolution sur 14 mois ; fibrose collagène ++++

femme 25 ans ,,baisse de l'état général



diagnostic

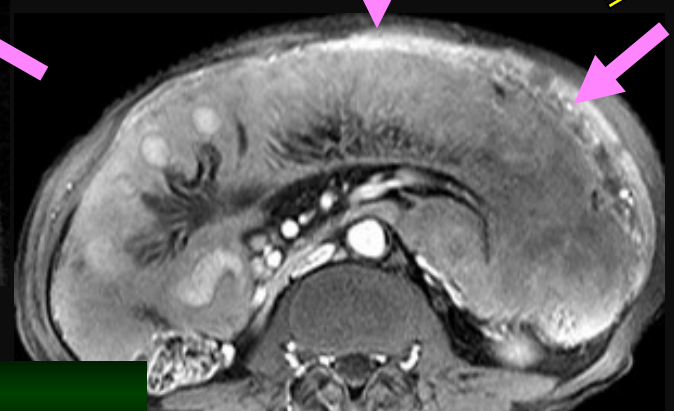
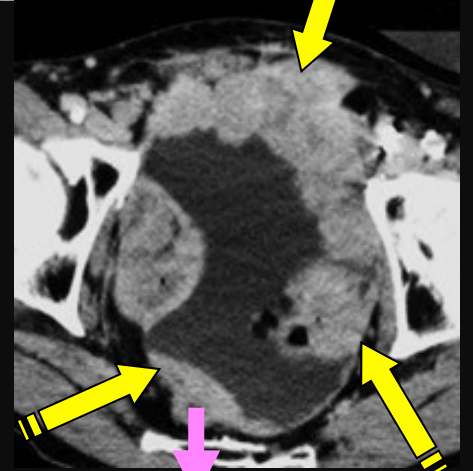
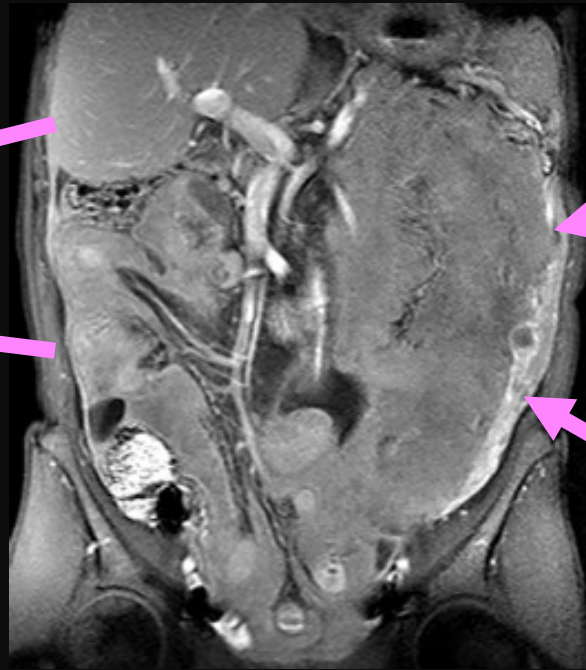
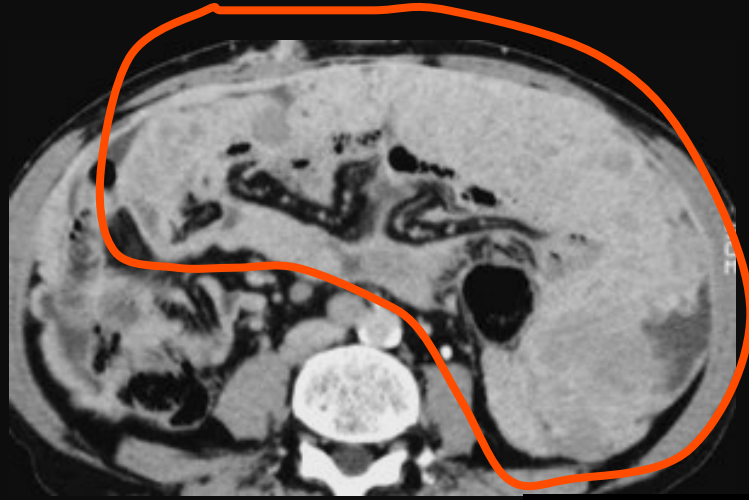
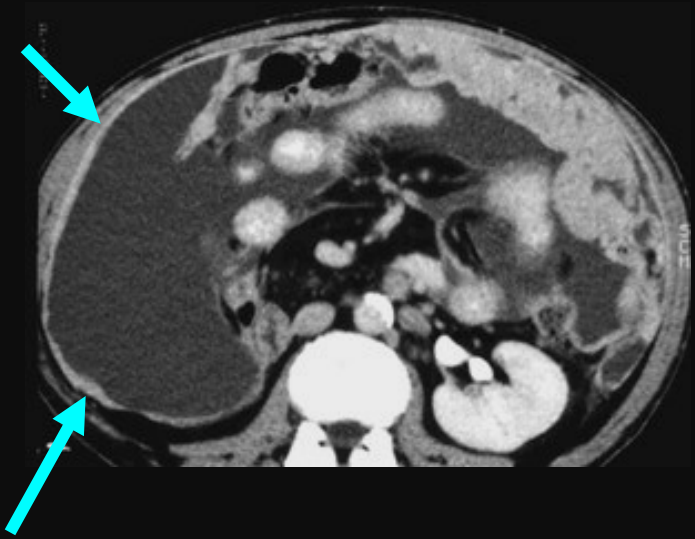


mésothéliome péritonéal primitif

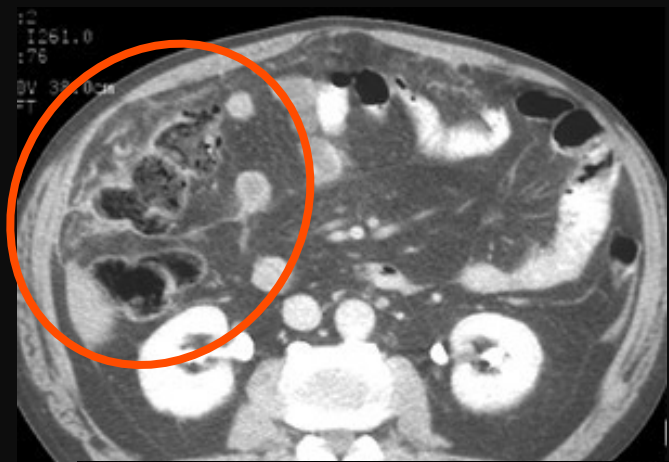
-les présentations du mésothéliome péritonéal sont extrêmement variées

. Dans cette forme disséminée ,l'atteinte fibrosante du GO reste l'élément le plus significatif .

-la prédominance des images de fibrose "lardacant" le mésentère et l'absence d'implants nodulaires font la différence avec une carcinomatose.



mésothéliome primitif du péritoine ;forme desmoplastique



mésothéliome primitif du péritoine forme sarcomateuse "sèche" .

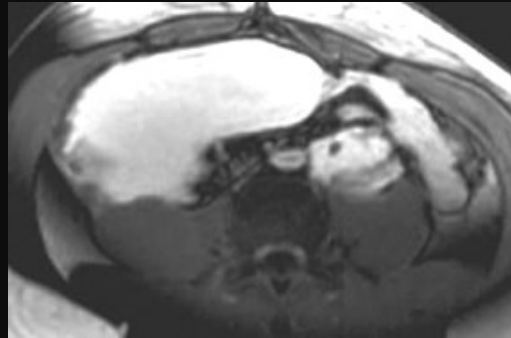
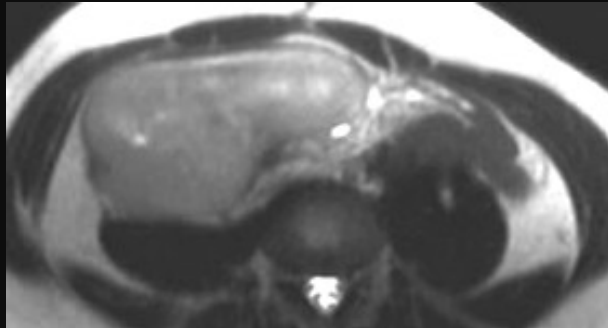
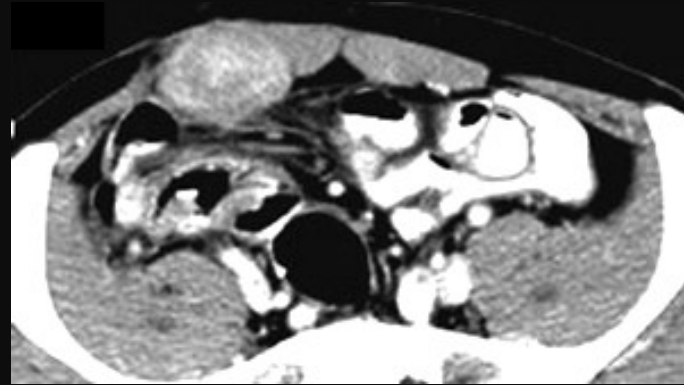
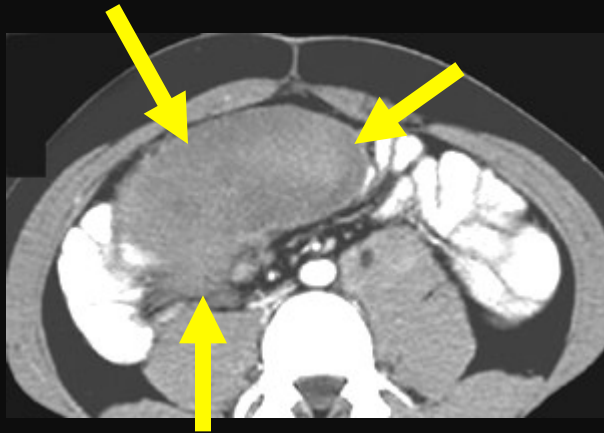
*obs. P Taourel
Montpellier*



mésothéliome primitif du péritoine forme pseudo-carcinomateuse , ascitique.

*obs. P Taourel
Montpellier*





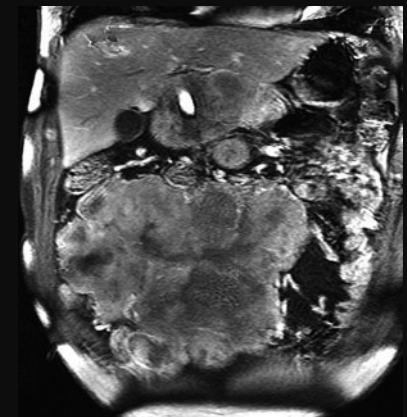
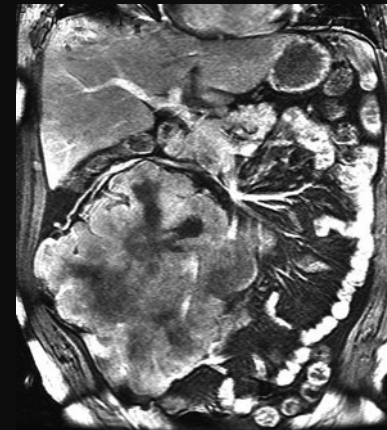
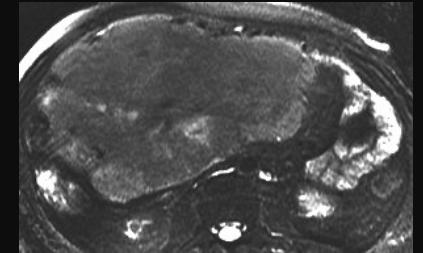
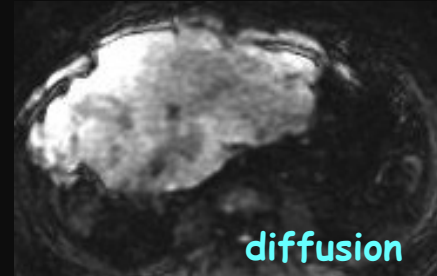
antécédents: colo-proctectomie pour polypose adénomateuse recto-colique familiale

tumeurs desmoïdes ; syndrome de Gardner : polypose adénomateuse recto-colique familiale + ostéomes + tumeurs fibreuses abdominales (pariétales antérieures ; gaine des grands droits) ...

-toutes les variétés de **tumeurs mésoenchymateuses**, bénignes ou malignes, ont été rapportées au niveau du péritoine (et en particulier du grand omentum : histiocytome fibreux malin, liposarcome, léiomyosarcome, hémangiopéricytome, tumeur fibreuse solitaire... etc.



-les **localisations primitives au GO des hémopathies malignes** : LMNH primitif péritonéal, plasmocytome solitaire, sarcome granulocyttaire (LAM5) peuvent également se présenter sous forme de masse charnue du GO, même si, là aussi, les présentations multifocales disséminées sont beaucoup plus fréquentes



diagnostic



homme 52 ans, masse abdominale, baisse de l'état général

PECome du grand omentum

-c'est l'immunohistochimie qui seule a permis l'identification de cette masse ,montrant une **lésion sarcomateuse à cellules épithélioïdes** coexprimant les **marqueurs musculaires lisses** (actine musculaire lisse) et les **marqueurs mélanocytaires** (HMB 45,melan A)

-les **PEComes** correspondent à une prolifération des **cellules épithélioïdes périvasculaires** (**periepithelial cells=PEC**) ; sont rassemblés sous cette dénomination:

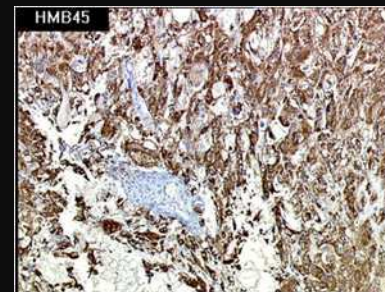
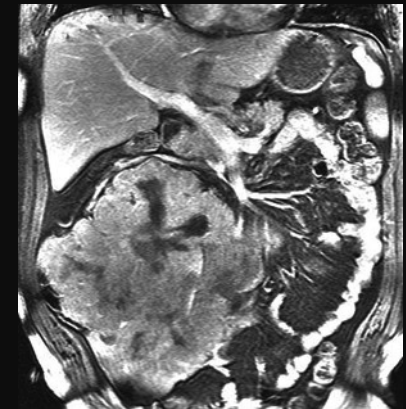
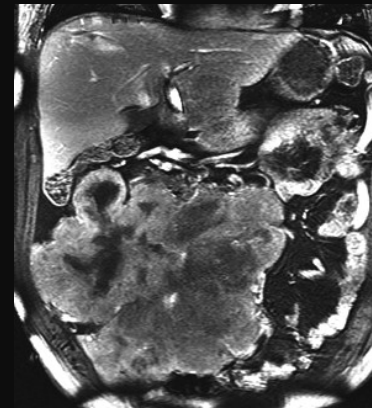
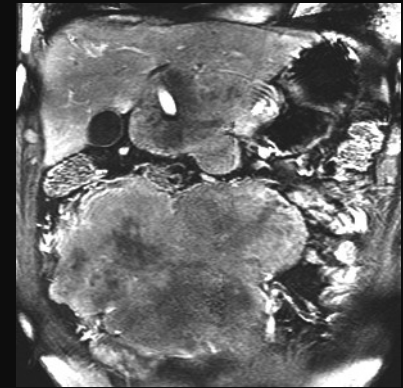
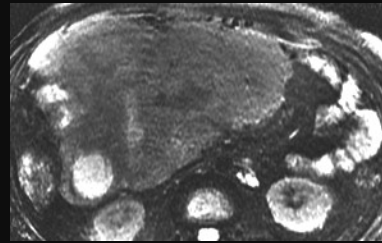
.les sarcomes abdomino-pelviens à cellules épithélioïdes périvasculaires

.les tumeurs myomélanocytaires à cellules claires

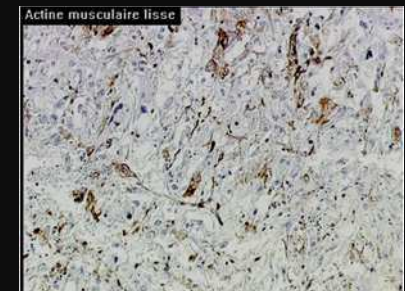
.les tumeurs sucre du poumon , des viscères et des tissus mous

.les angiomyolipomes à cellules claires du rein et les angiomyolipomes classiques du rein et du foie

.la lymphangioléiomyomatose .

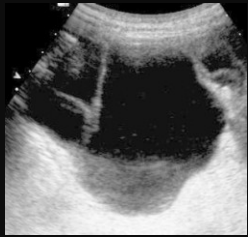
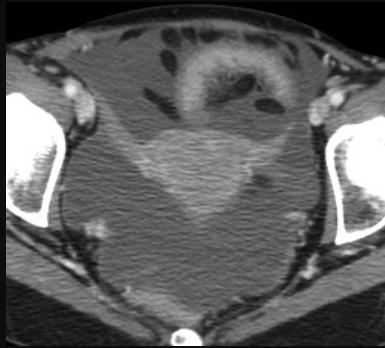
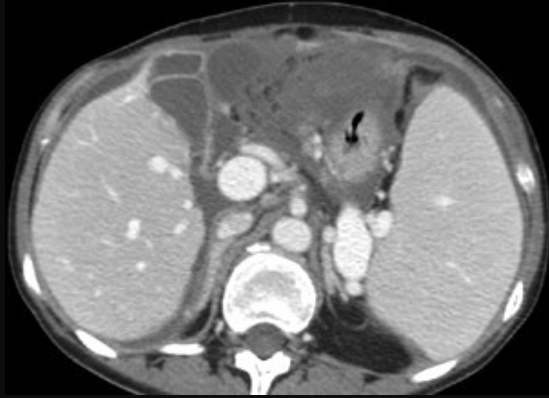


HMB45
marqueur
mélanocytaire



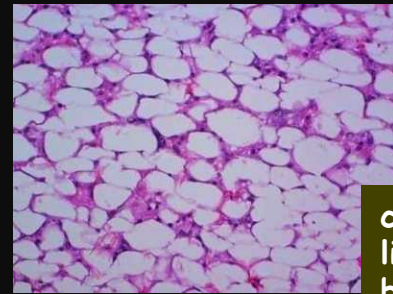
actine musculaire lisse
marqueur
musculaire lisse

femme 49 ans ; "ascite" chronique . traitement anti tuberculeux pendant un an inefficace ; aucun argument étiologique

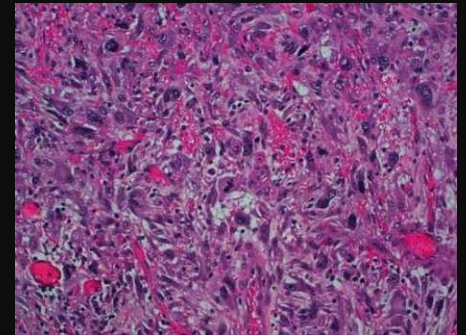


mésothéliome multikystique
(syn. : kyste péritonéal d'inclusion multiloculaire , mésothéliome kystique)

homme 60 ans : pas de tabac, pas d'alcool.
ATCD : ulcère gastrique sous AINS
motif : pesanteur et douleur abdominale.
pas d'AEG en dehors anorexie.



contingent
liposarcomateux
bien différencié



contingent sarcomateux
indifférencié pléomorphe

Liposarcome dédifférencié
rétrépéritonéal, à expression clinique
abdominale

Au total

dans la pathologie du péritoine , comme ailleurs ,les orientations diagnostiques dépendent :

-de la **localisation exacte des lésions** ; bien distinguer cavité péritonéale et extensions antérieures des lésions rétro péritonéales

-de **l'âge des patients** et de la connaissance des **données épidémiologiques** des pathologies du péritoine

-de la prise en compte des **données cliniques** : révélation aiguë ou maladie chronique , syndrome infectieux clinique , syndrome inflammatoire biologique

-et , seulement à ce moment de **l'analyse des images** qui doit toujours essayer de s'appuyer sur des mécanismes physiopathologiques simples permettant de **comprendre la sémiologie** radiologique plutôt que de l'apprendre !





"le vrai bonheur consiste à faire des heureux"

Stanislas Leszczinski ,dernier Duc de Lorraine ,de 1733 à 1766

