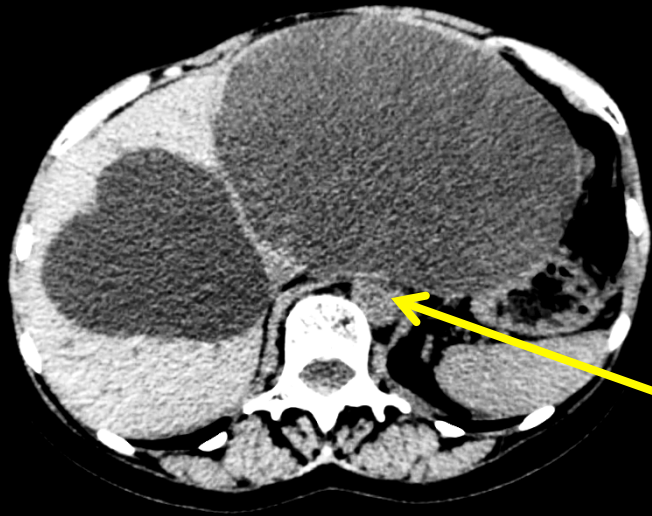


Patiente de 57 ans , pas d'antécédents , douleurs épigastriques, dysphagie



Appliquez un raisonnement "densitométrique" pour orienter d'emblée la caractérisation lésionnelle , dès l'acquisition avant injection de contraste



Présence de 2 lésions hypodenses , mais toutes deux plus hypodenses que le sang circulant de la lumière aortique ,ce qui permet , a priori d'éliminer l'hypothèse d'angiomes géants

Les deux lésions ont une paroi mince et rien ne permet d'évoquer des kystes hydatiques puisque leur contenu ne comporte ni vésicules filles , ni membranes décollées .

L'hypothèse la plus vraisemblable est celle de **kystes biliaires (ou kystes hépatiques simples)**

C'est à ce moment que votre oeil "densitométrique" (aidé par une optimisation du fenêtrage de visualisation des images) vous fait constater que **le contenu du kyste du foie gauche est nettement différent et moins hypodense que celui du kyste du foie droit** . La douleur révélatrice était épigastrique ; l'augmentation de densité du contenu traduit une **concentration protéique plus élevée , donc une augmentation d'hémoglobine !**

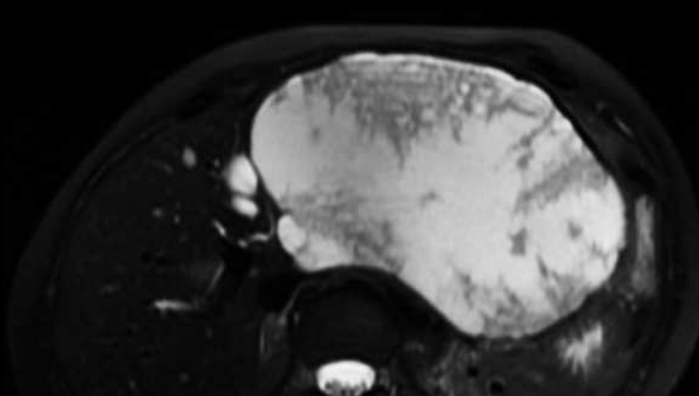
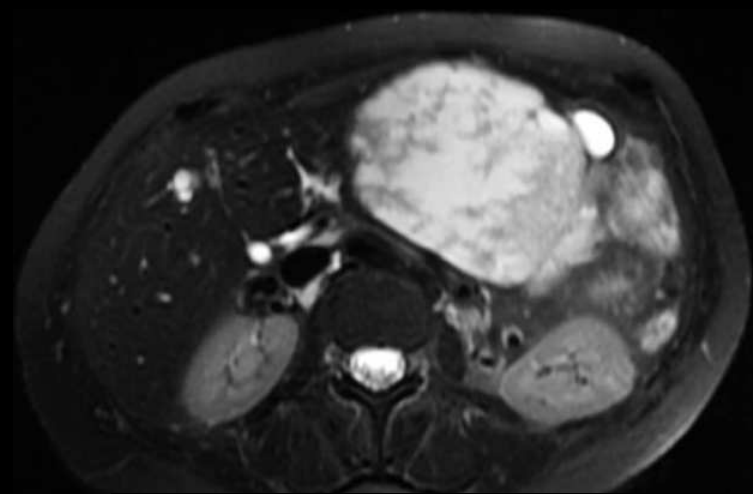
Vous pouvez donc sur une seule image conclure à la forte probabilité un kyste "biliaire" géant compliqué d'un saignement intralésionnel révélateur !



Au premier passage après injection , on n'objective aucune prise de contraste " en motte" en périphérie de la lésion on peut donc éliminer formellement un angiome



Aux phases suivantes ,le caractère totalement avasculaire des lésions se confirme , mais remarquez que les écarts de densité entre les contenus des deux kystes sont beaucoup moins visibles , en raison du fenêtrage adapté à la mise en évidence du rehaussement vasculaire et extravasculaire du au produit de contraste .

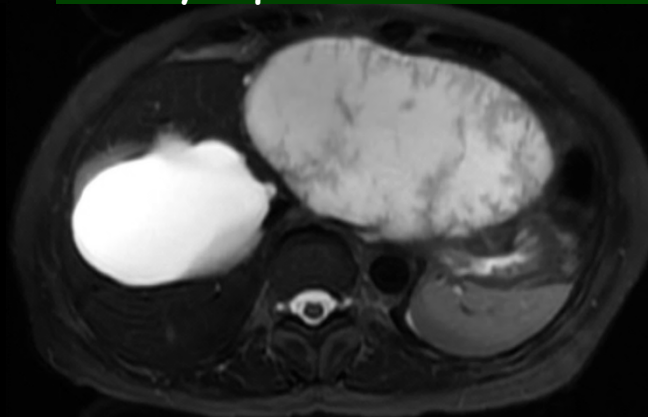
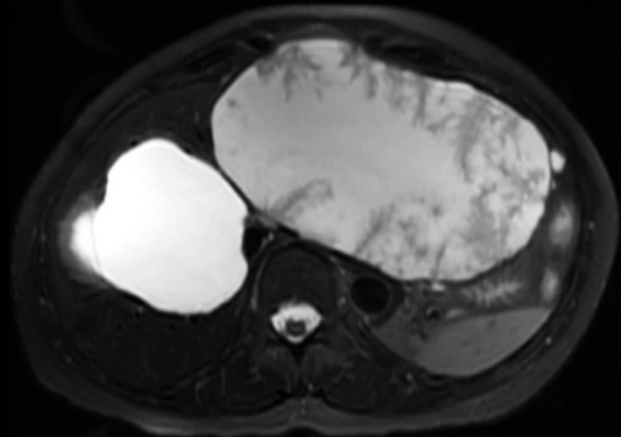
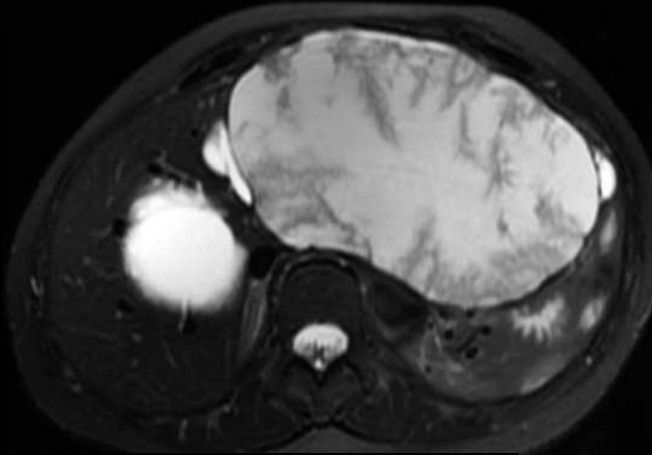


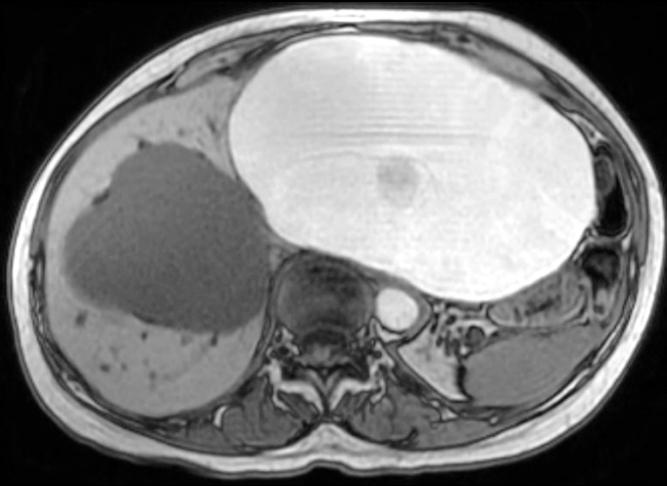
T2 FRFSE

L'IRM en pondération T 2 maximale avec saturation du signal de la graisse confirme le caractère totalement différent des contenus des deux images kystiques :

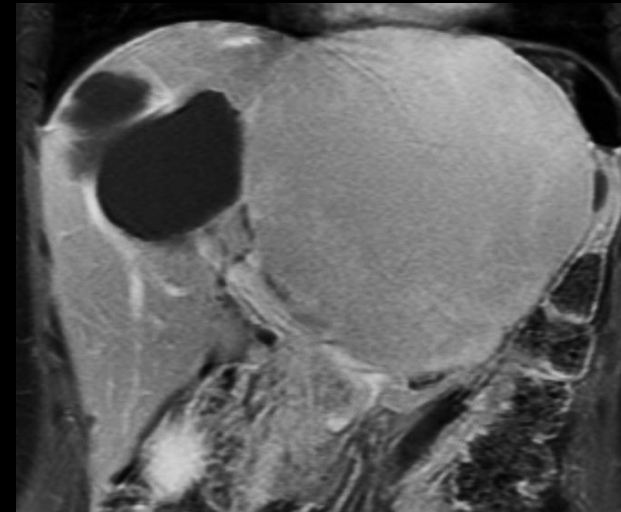
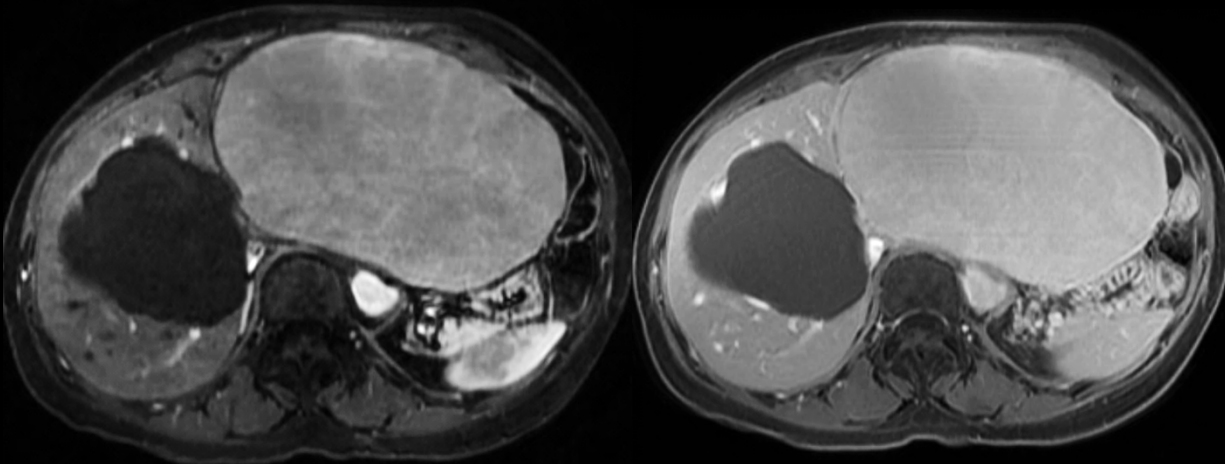
-contenu liquide à faible concentration protéique du kyste du foie droit (même niveau de signal très élevé et homogène que le LCR ,la bile vésiculaire ou l'urine vésicale)

-signal nettement moins élevé du contenu du kyste du foie droit qui présente en outre les **images typiques** , " en **feuilles de fougères**" du caillottage sanguin endokystique





L'IRM en pondération T 1 sans saturation du signal de la graisse confirme la présence d'un signal élevé, lié à une forte concentration protéique dans le kyste biliaire hémorragique du foie gauche, tandis que le kyste du foie droit est en hyosignal



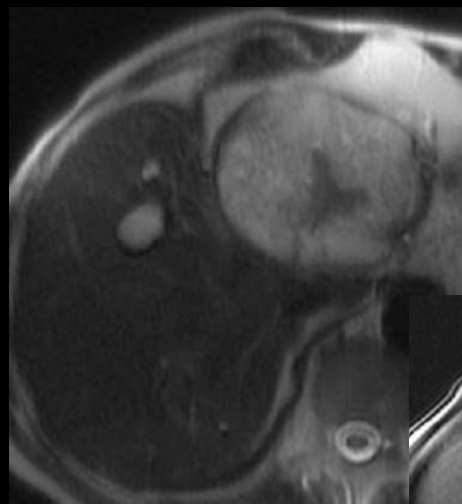
L'acquisition multiphasique en pondération T 1 avec saturation du signal de la graisse confirme l'absence de contingent solide hypervascularisé et la différence d'évolution du signal entre les deux kystes (rehaussement et homogénéisation du signal du kyste hémorragique)



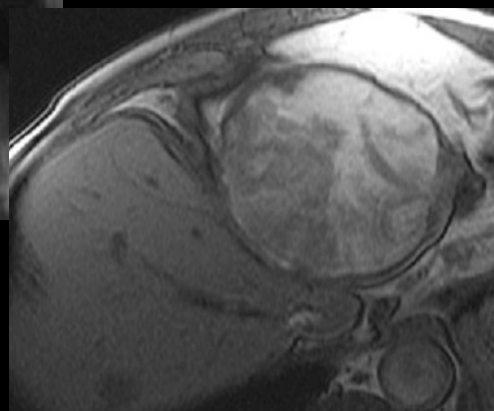
CT
45 s



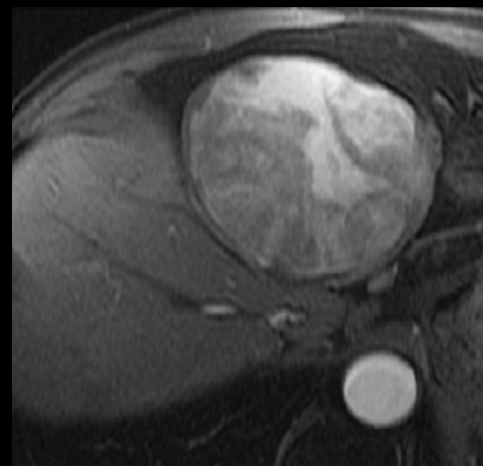
CT
70 s



T2 TE court



T1 sans inj.



T1 45''



T1 1'30''

kyste hépatique compliqué : caillotage du contenu avec réseau fibrineux pouvant faire errer le diagnostic et paroi épaisse ; noter ici également la référence apportée par le petit kyste du segment IV

Take home message

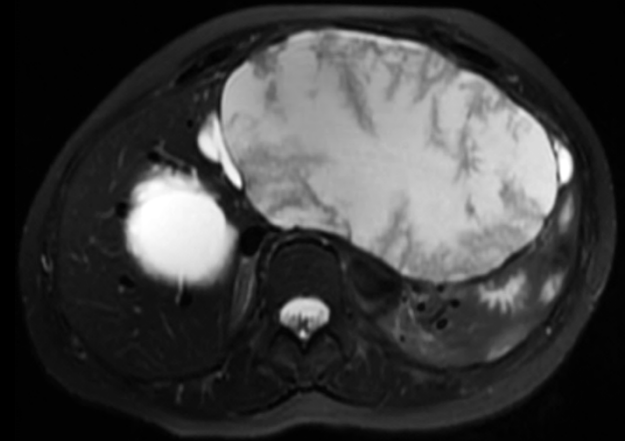
Les kystes biliaires qu'il faut maintenant désigner sous le vocable de **kystes simples** ou **kystes hépatiques** peuvent se compliquer lorsqu'ils sont de **grande taille** et surtout chez les **femmes de plus de 50 ans**.



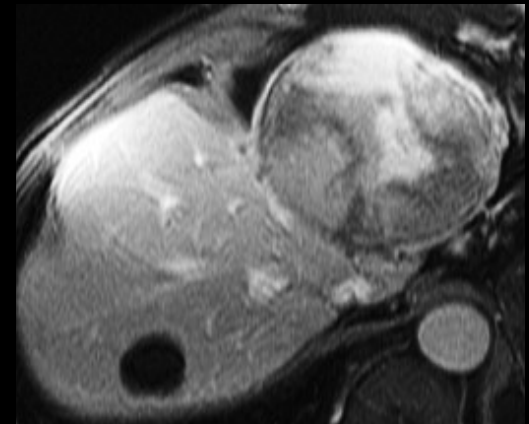
Les **tableaux aigus** de survenue brutale, comme chez notre patiente, sont liés à une **complication hémorragique**, conséquence de l'érosion d'une artériole adjacente au kyste.

Le contenu du kyste devient **hétérogène en échographie** avec visibilité de cloisonnements fibrineux parfois mobiles.

la densité d'élève au scanner et il faut savoir la comparer à celle de la bile vésiculaire, de l'urine vésicale, du LCR.



L'IRM montre les variations de signal reflétant les modifications du contenu protéique (représenté par l'hème, partie protéique de la molécule d'hémoglobine). Les aspects "**en feuilles de fougère**" des travées fibrineuses sont pathognomoniques.



Les autres complications sont les effets de masse, la rupture intrapéritonéale, l'infection.