

**homme 38 ans ; intoxication alcoolique-tabagique chronique et toxicomanie IV. Antécédent de "kyste"
"opéré sans plus de précision .Dysphagie ; dyspnée et douleurs thoraciques ; masse de l'hypochondre
gauche ; polynucléose, CRP 260, lipasémie 6XN. Scanners à 0 7 et 15 jours d' évolution**

Quels sont les items significatifs à retenir sur ces 2 images



lorsqu' Oncle Paul a fait ses premières radiographies comme externe en urologie en 1966 puis lors de son internat de 1968 à 1973 on s'intéressait beaucoup aux clichés standards, par nécessité puisqu'il n'y avait pas d'imagerie en coupes (par contre un interne faisait 10 artériographies sélectives et/ou par ponction directe par jour ...)

sur ces 2 images de radiographie par projection , il y a largement de quoi faire un diagnostic précis sur l'origine de la symptomatologie !



sur cette projection frontale, un bon interne du dernier quart du 20^{ème} siècle diagnostiquait :

-un épanchement liquide de moyenne abondance de la cavité pleurale gauche

-un signe célèbre ; le **"colon cut-off sign"** : distension gazeuse du colon transverse s'interrompant brutalement à l'angle gauche (c'était le début de la célébrité du ligament phrénico-colique gauche ou ligament suspenseur de l'angle colique gauche)

ce signe traduisait la présence d'une **pancréatite aiguë caudale**

-le refoulement arciforme concentrique de la grande courbure gastrique et du segment colique transverse en regard (en corrélation avec la perception d'une masse dure ,régulière) signalait la présence d'un volumineux **"pseudokyste" du pancréas caudal** (avec le vocabulaire de l'époque et pas celui d'Atlanta 2012 !)





la projection latérale n'était pas facilement lisible

grâce à la technique numérique , la densité homogène "liquide" du pseudokyste marquant son empreint sur le corps gastrique et le colon transverse en distension gazeuse

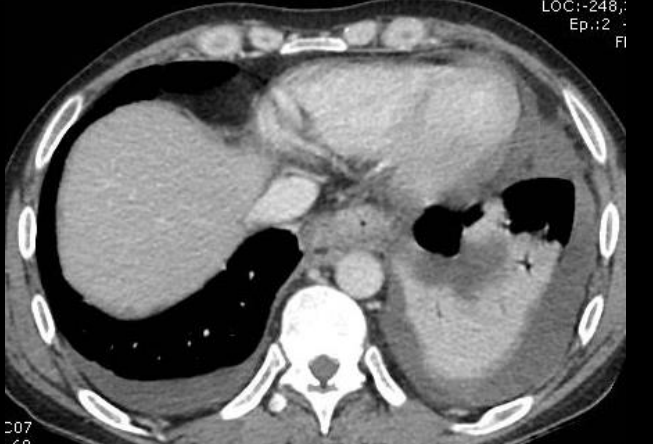
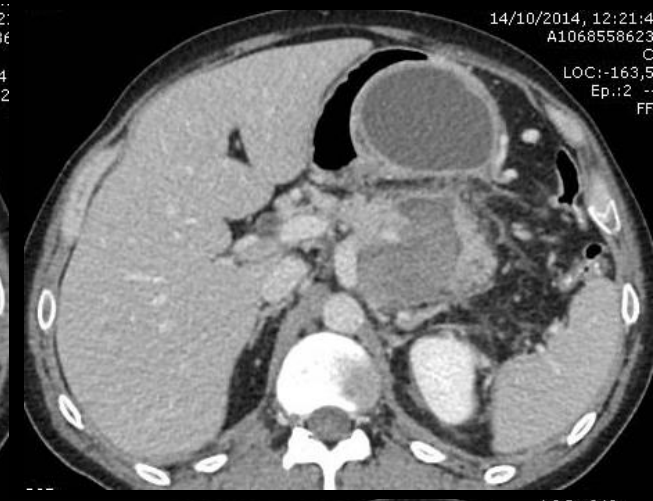
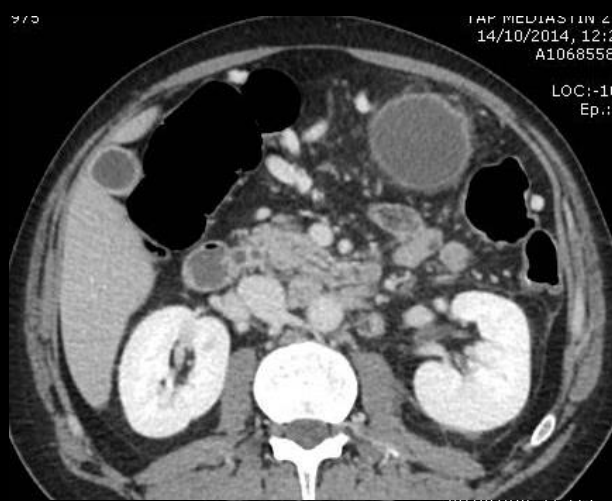


si vous n'avez pas oublié que la motif d'hospitalisation était plutôt thoracique (dyspnée dysphagie) vous devez vous intéresser au cliché de thorax :

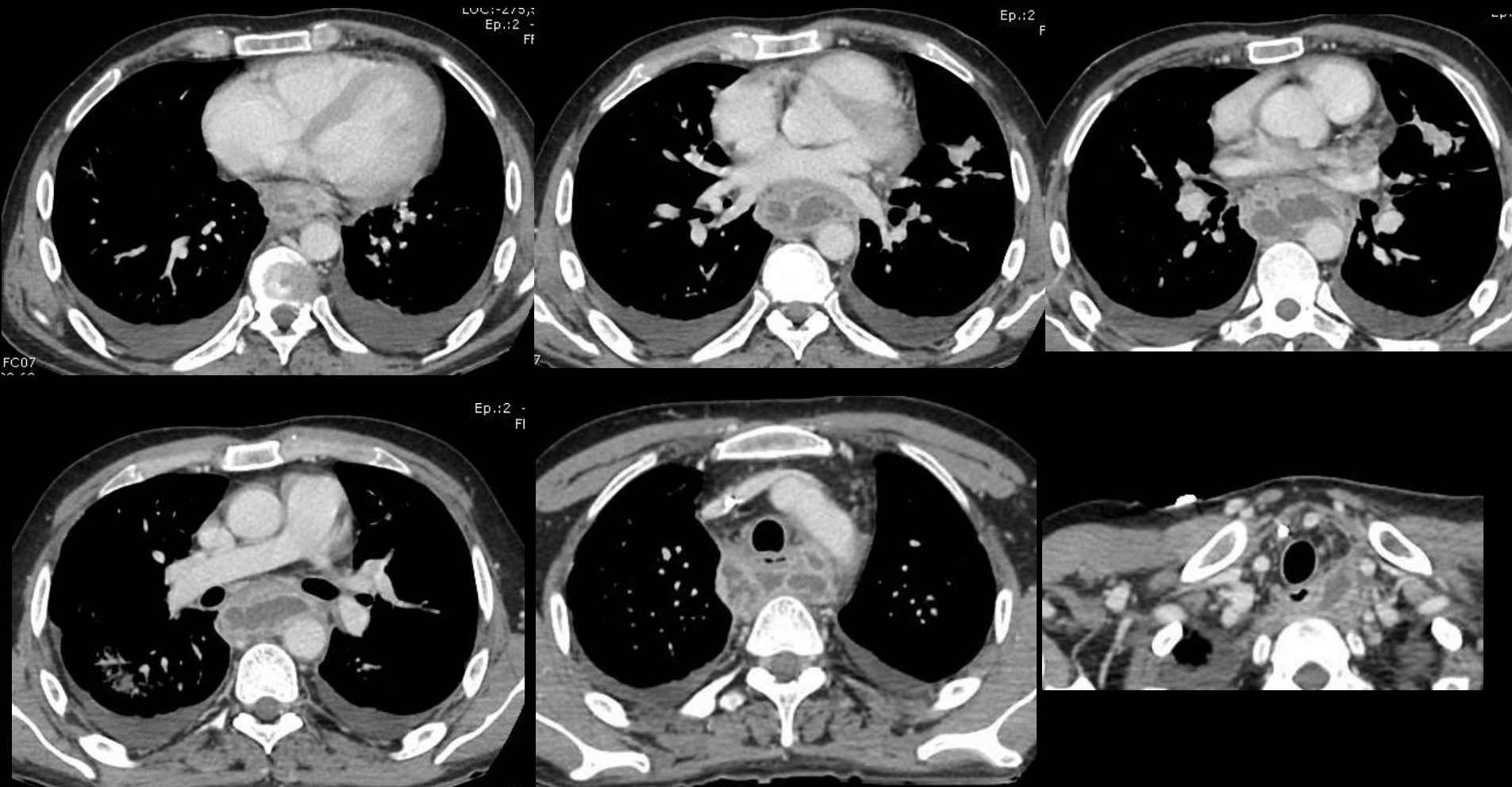
le médiastin est élargi , essentiellement par son côté gauche avec une ligne pleurale nettement éloignée de la ligne para vertébrale , un tronc souche gauche abaissé....

on voyait beaucoup de choses , mais indirectement ; **il fallait "interpréter"**

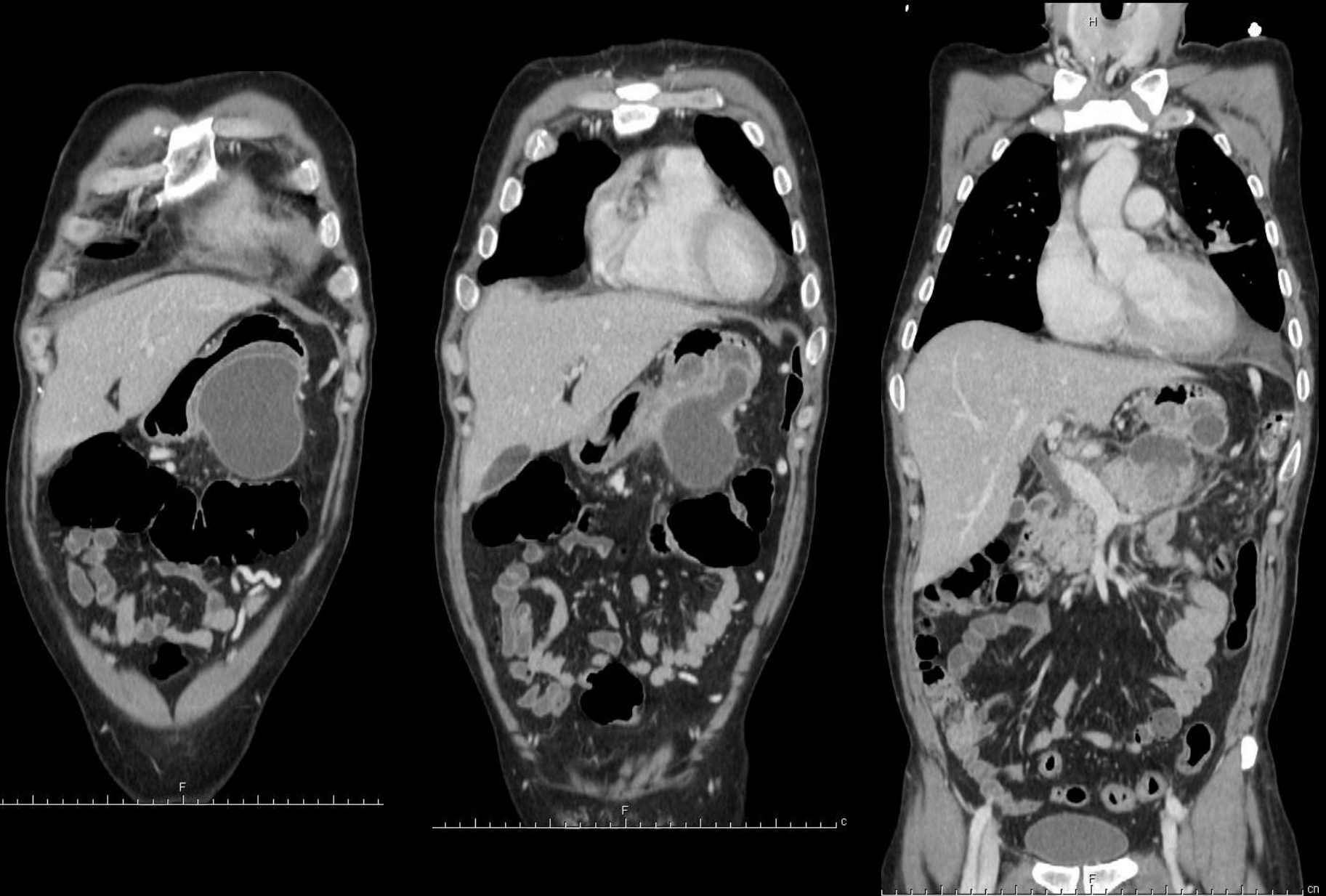
l'imagerie en coupes actuelle n'a plus à être "interprétée";
elle doit seulement être lue...!



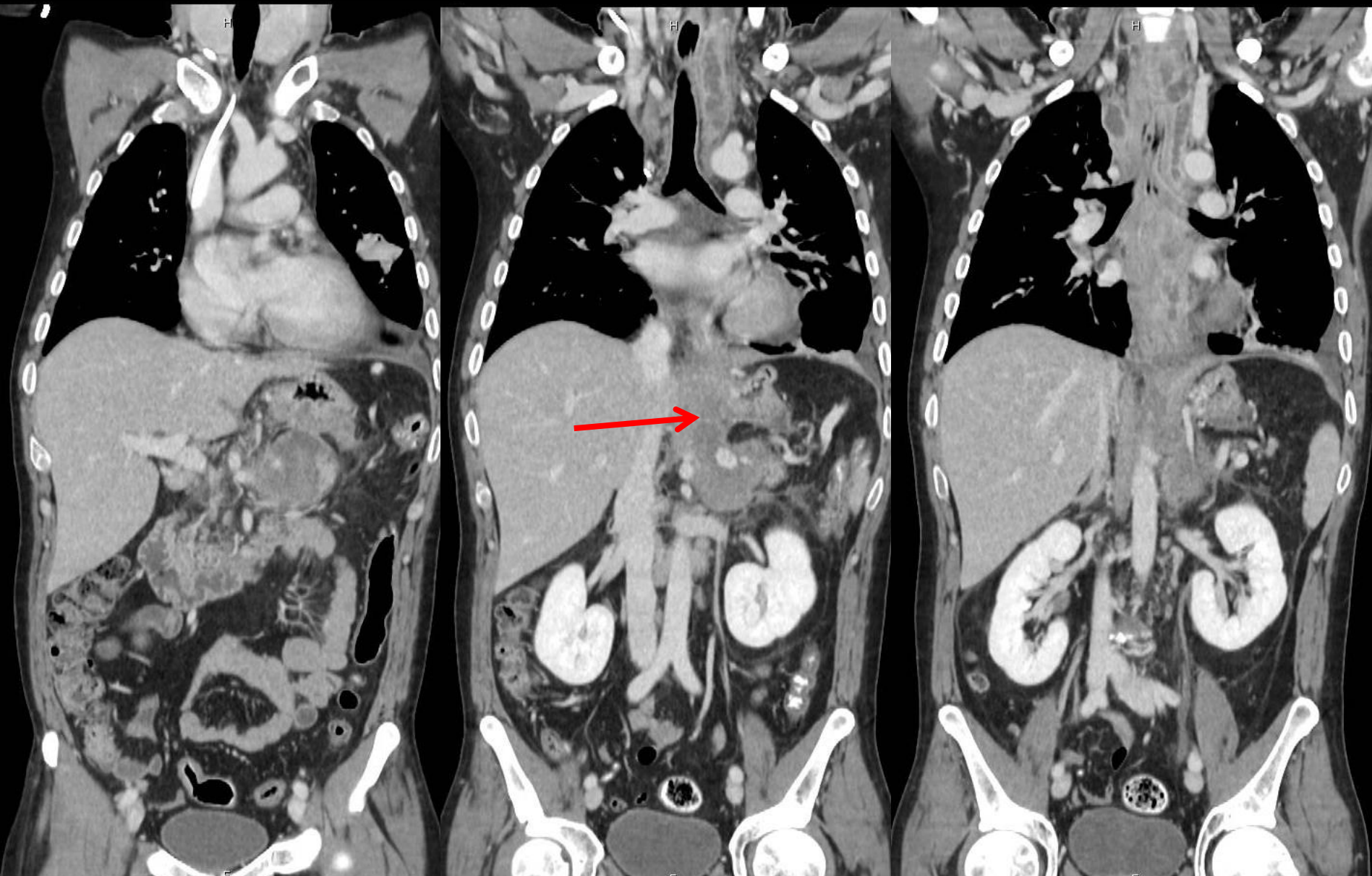
le diagnostic de **pancréatite aiguë nécrosante sévère** du pancréas caudal avec **collections aiguës nécrosantes** multi cloisonnées de la loge pancréatique et de la **cavité omentale** s'impose . Il existe en outre un **faux anévrisme de l'artère splénique** responsable d'un hématome, une HTP segmentaire du territoire splénique et un épanchement pleural bilatéral.(scanner à J15)



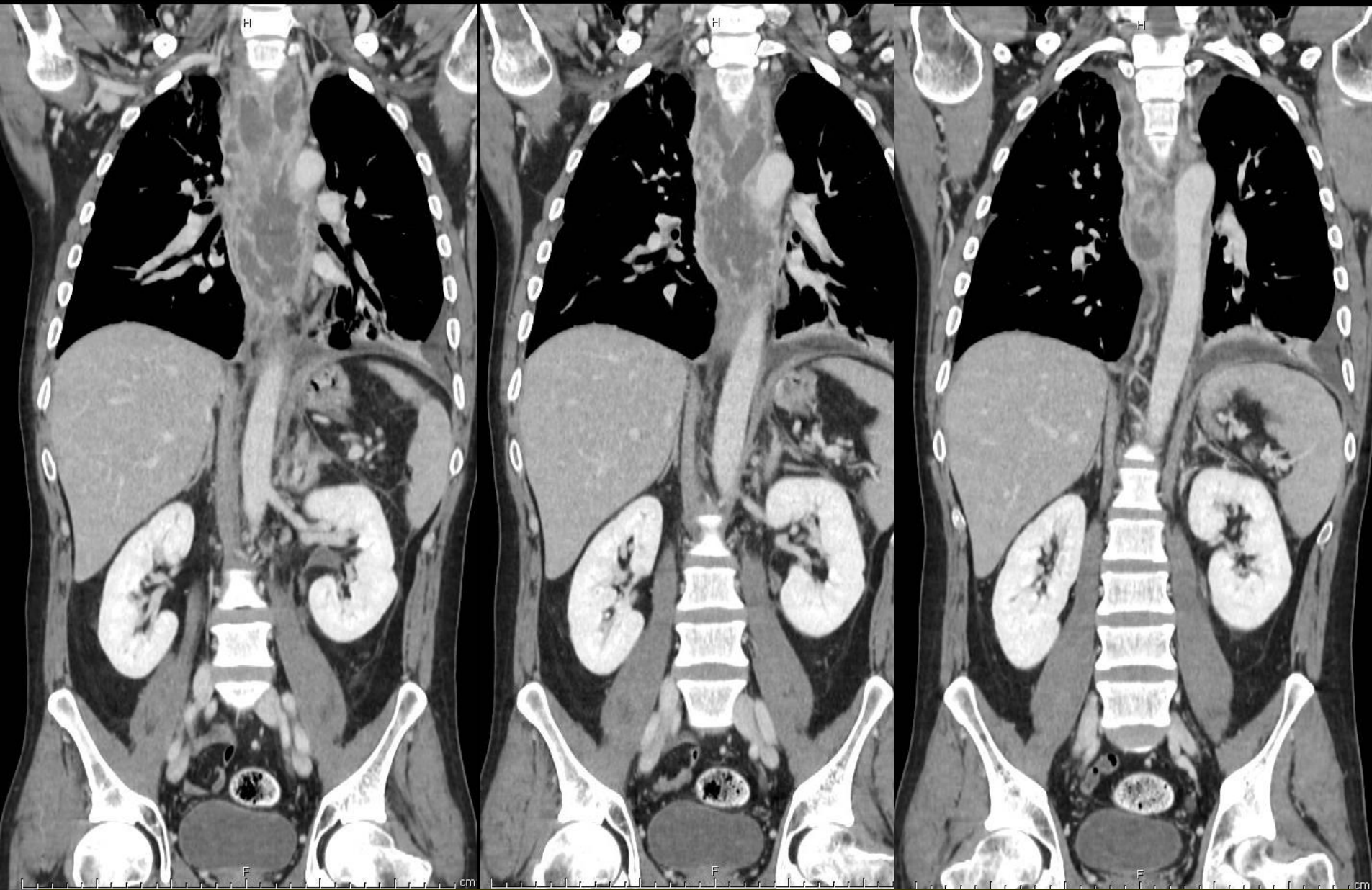
les collections nécrosantes aiguës d'étendent sur toute la hauteur du médiastin , jusqu'au cou. Elles sont circonscrites par une structure mince qui les englobe de façon complète. l'œsophage est refoulé et comprimé s'abord vers l'avant puis vers la gauche



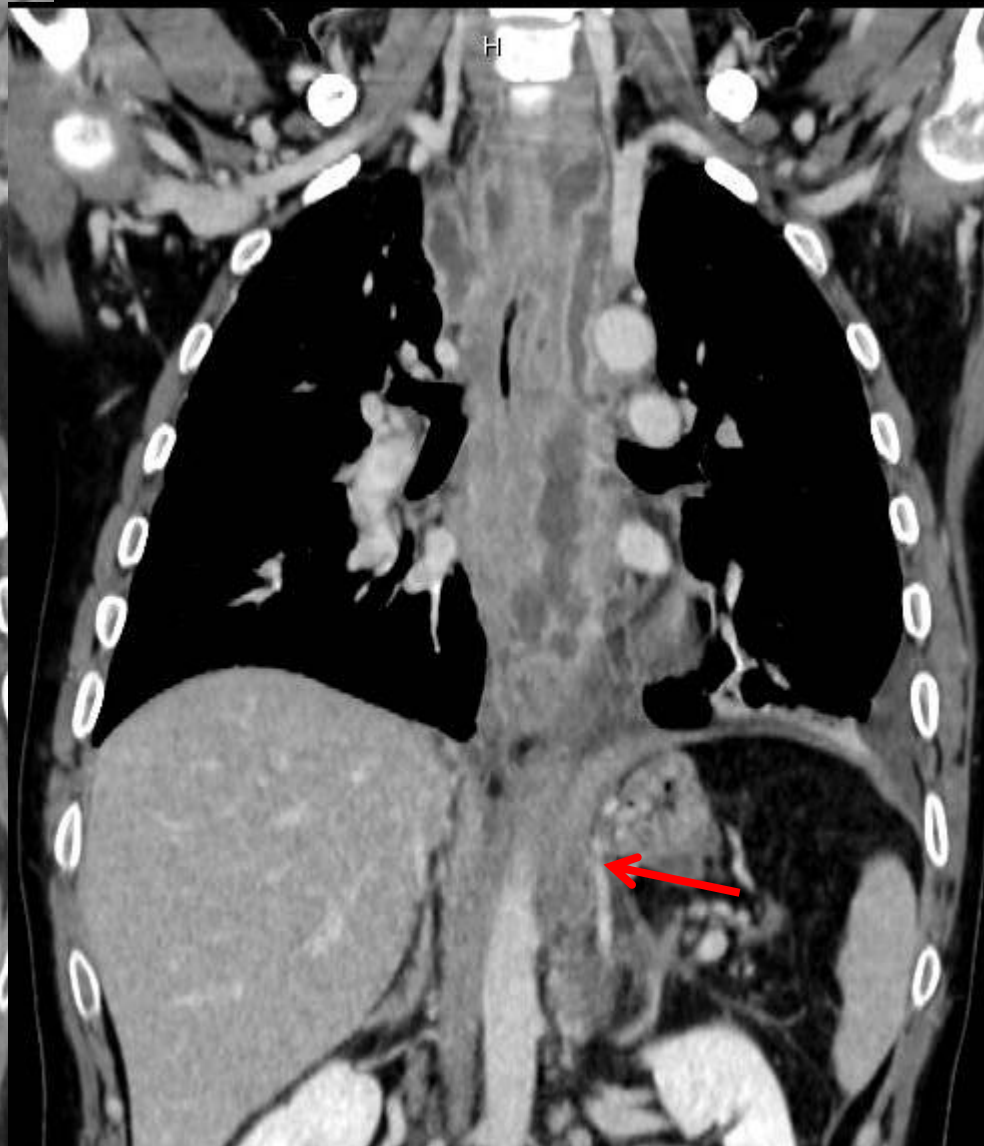
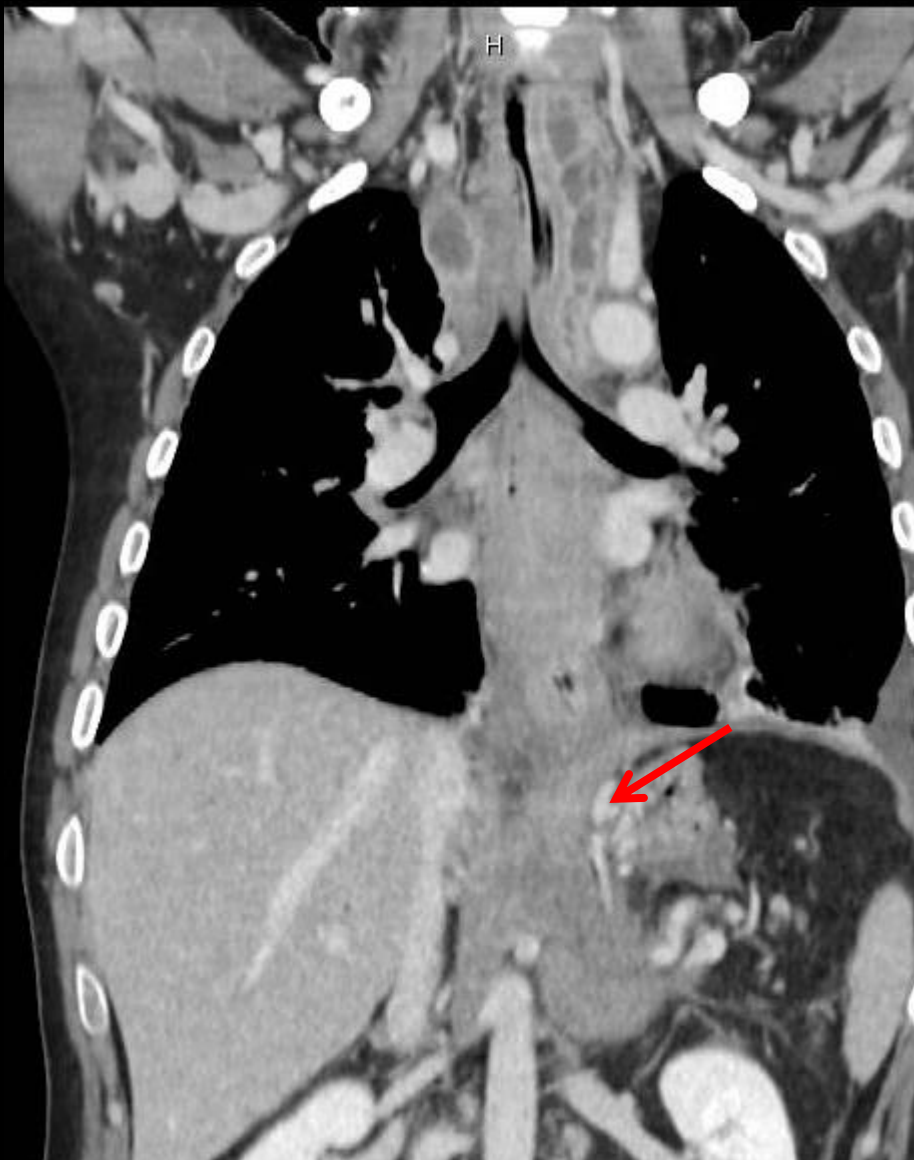
la **pancréatite aiguë nécrosante sévère** du pancréas caudal avec **collections aiguës nécrosantes** multicloisonnées de la **cavité omentale** et épaissement œdémateux de la paroi postérieure de l'estomac ne font aucun doute



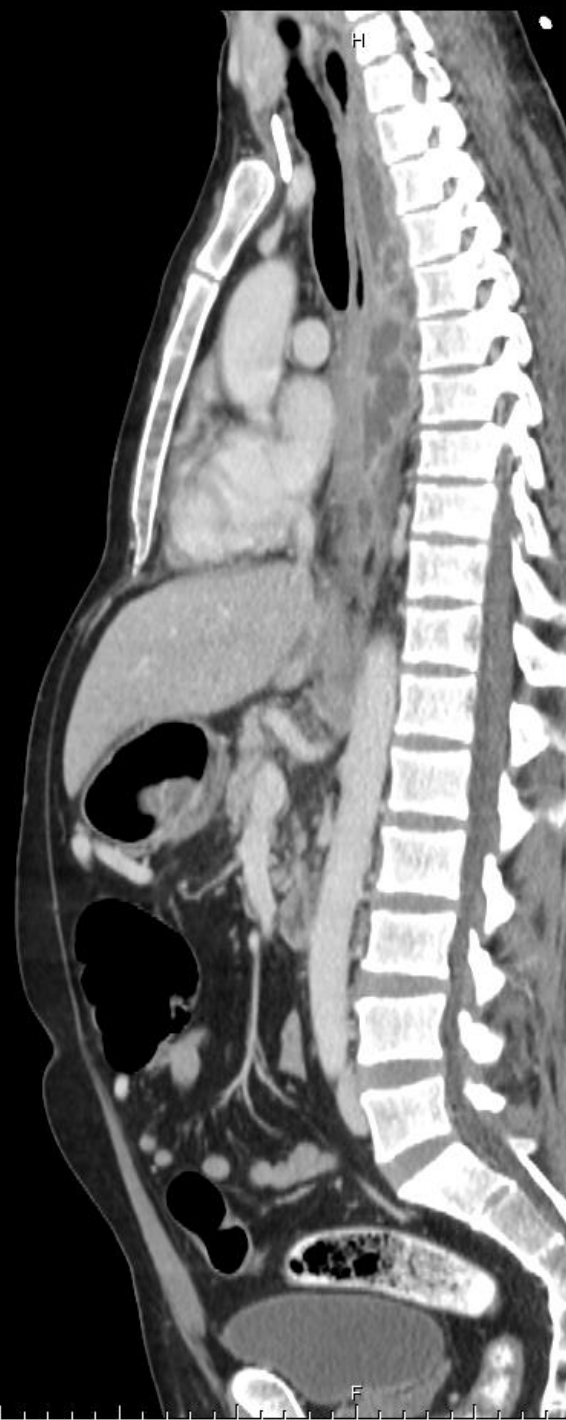
les collections aiguës nécrosantes multi cloisonnées se poursuivent dans le vestibule de la cavité omentale puis montent le long du bord gauche de la VCI pour gagner le médiastin postérieur jusqu'à la jonction cervico-thoracique



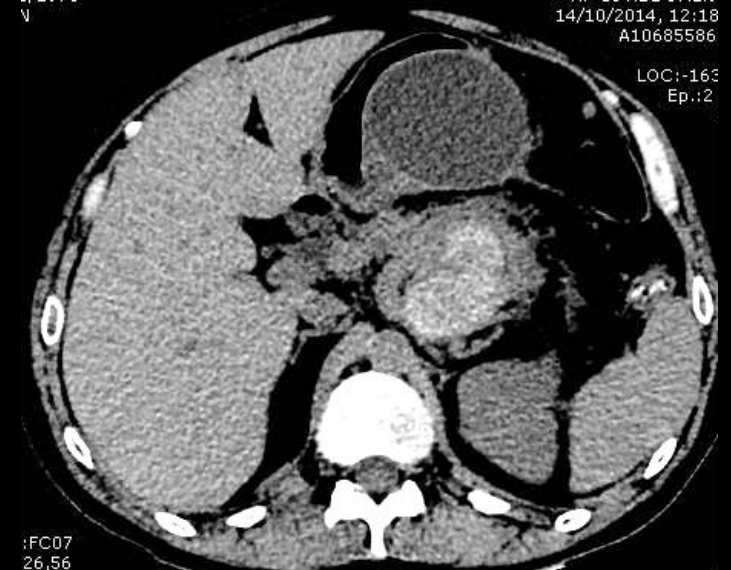
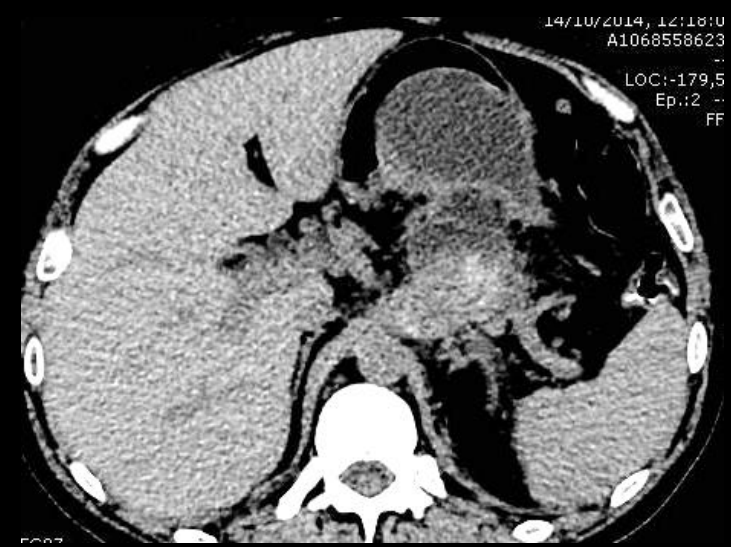
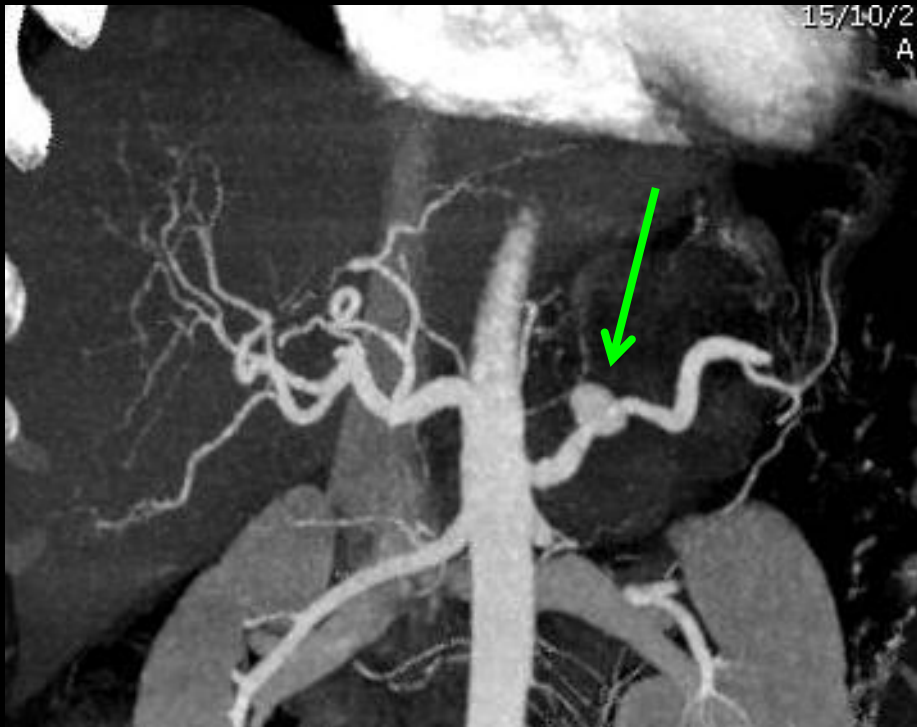
les collections aiguës nécrosantes multi cloisonnées du médiastin postérieur ont des limites externes régulières correspondant a priori à la plèvre .L'extension pleurale gauche postérieure avec hypoventilation et condensation parenchymateuse basale expliquent la dyspnée



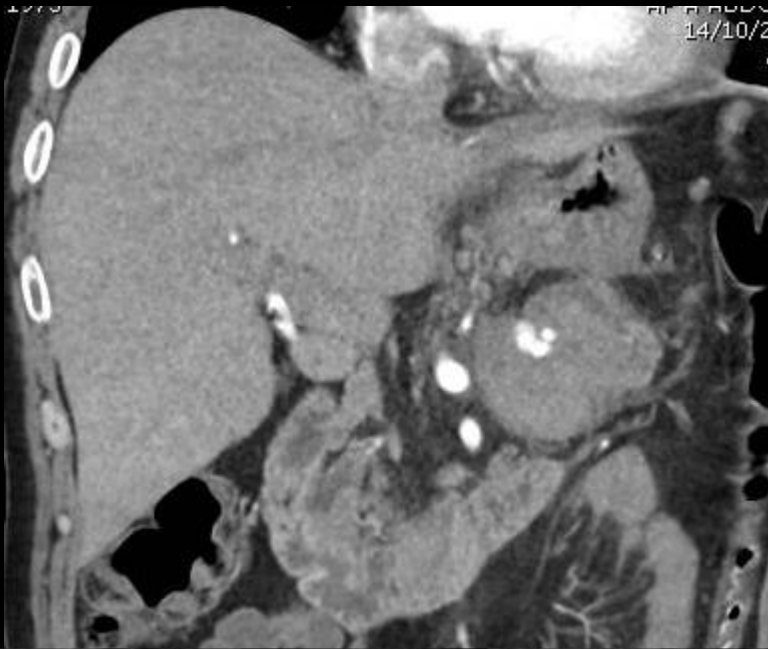
La voie de passage est visible à partir du bord supérieur du vestibule de la cavité omentale (les flèches rouges montrent la faux de l'artère gastrique gauche qui délimite le vestibule de la poche rétro-gastrique). L'œsophage est comprimé sur tout son trajet par les collections aiguës nécrosantes, ce qui explique la dysphagie



-chez notre patient, malgré l'apparition d'un faux anévrysme de l'artère splénique traité par embolisation, l'évolution sous traitement médical a été rapidement favorable en 15 jours à l'issue desquels ne persistaient plus que des remaniements mineurs du médiastin



infiltration hématique hyperdense de la zone de nécrose du corps du pancréas , conséquence de la rupture du faux anévrysme de l'artère splénique qui s'est développé au 7^{ème} jour de l'hospitalisation



après embolisation du pseudo anévrysme par coils en amont et en aval , l'évolution de toutes les lésions a été rapidement favorable avec sortie au 8^{ème} jour

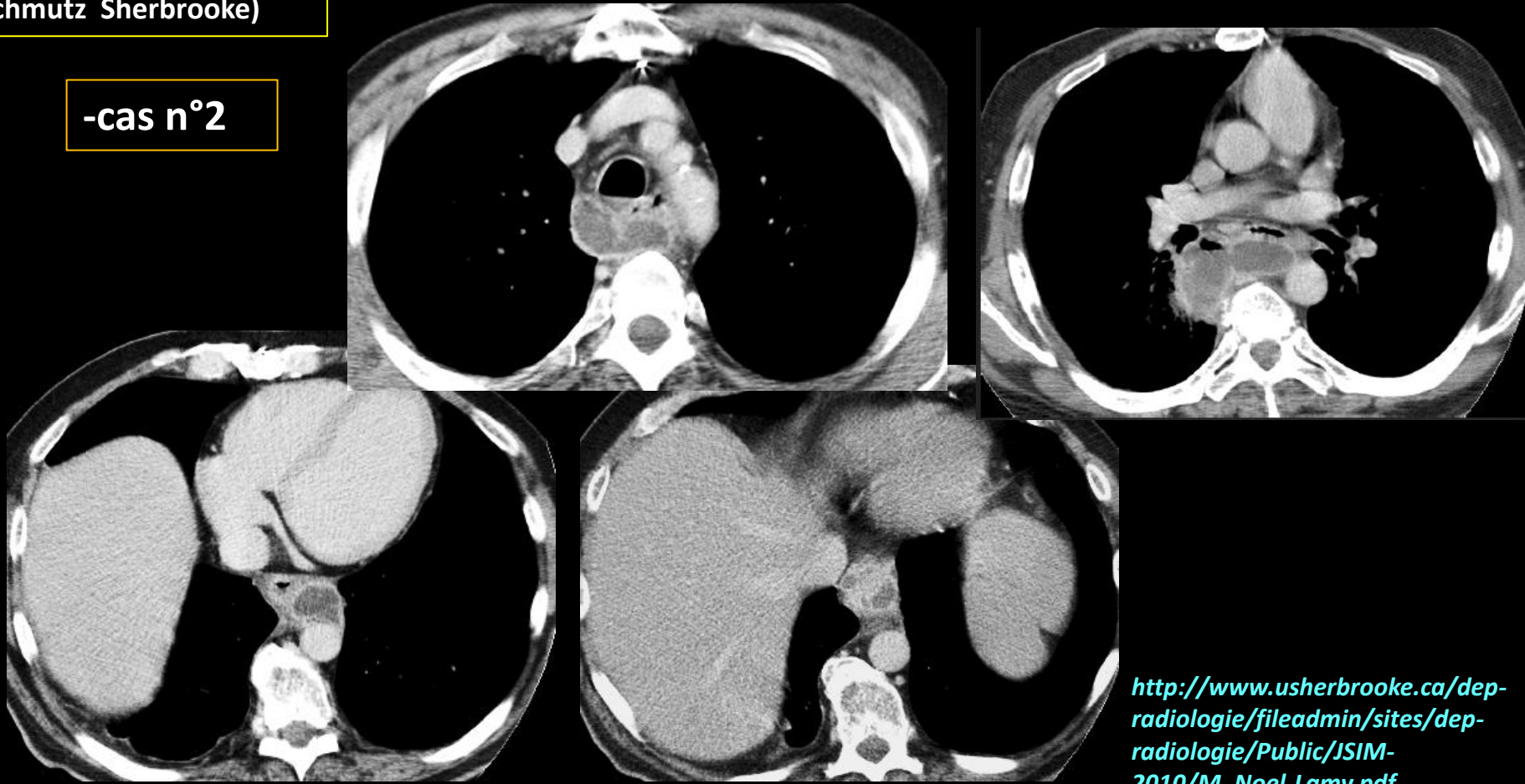
rétrospectivement , on retrouvait sur le scanner initial le faux anévrysme artériel splénique au stade millimétrique

cas compagnon

(M. Noel Lamy, G.
Schmutz Sherbrooke)

-cas n°2

-homme 61 ans douleurs thoraciques et dyspnée , pancréatite
chronique hypertriglycéridémie amylases 2,5 X N



http://www.usherbrooke.ca/dep-radiologie/fileadmin/sites/dep-radiologie/Public/JSIM-2010/M_Noel-Lamy.pdf

images typiques de pancréatite nécrosante du pancréas caudal avec collections aiguës nécrosantes médiastinales remontant jusqu'à la jonction cervico-thoracique en restant au contact de l'aorte thoracique descendante

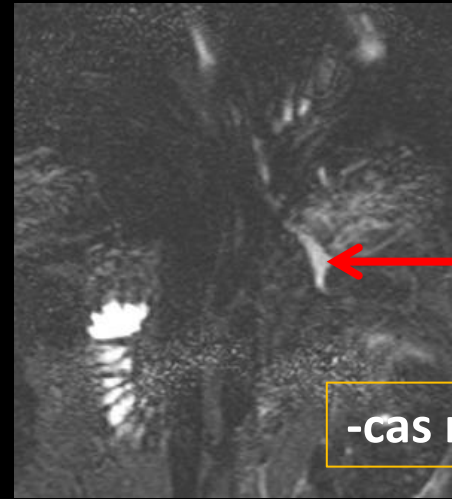
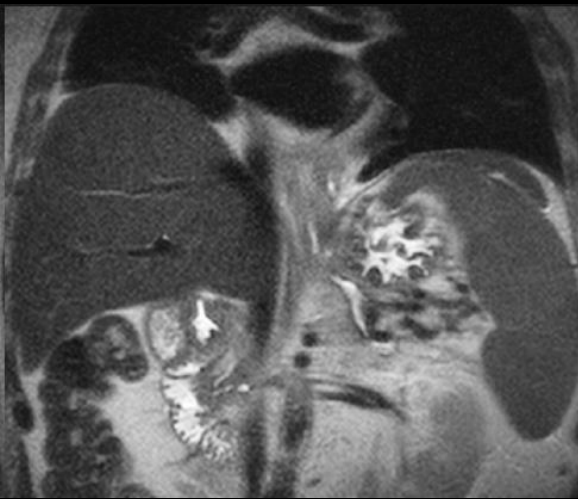


-cas n°2

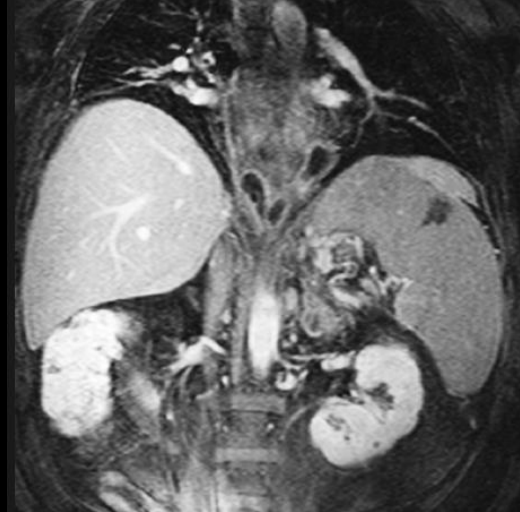
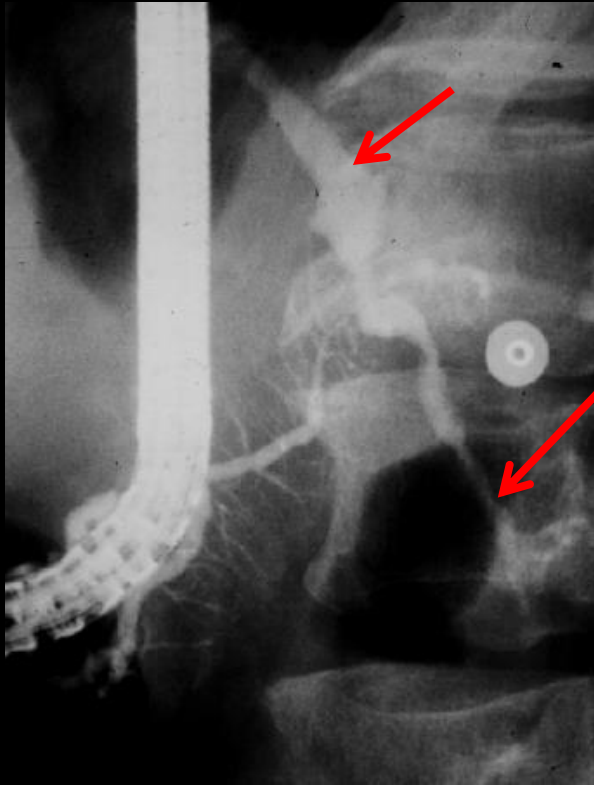


-pancréatite nécrosante du pancréas caudal à extension postérieure, vers le rétropéritoine et le hiatus aortique du diaphragme

-collections aiguës nécrosantes médiastinales remontant jusqu'à la jonction cervico-thoracique. Présence de niveaux hydro-gazeux



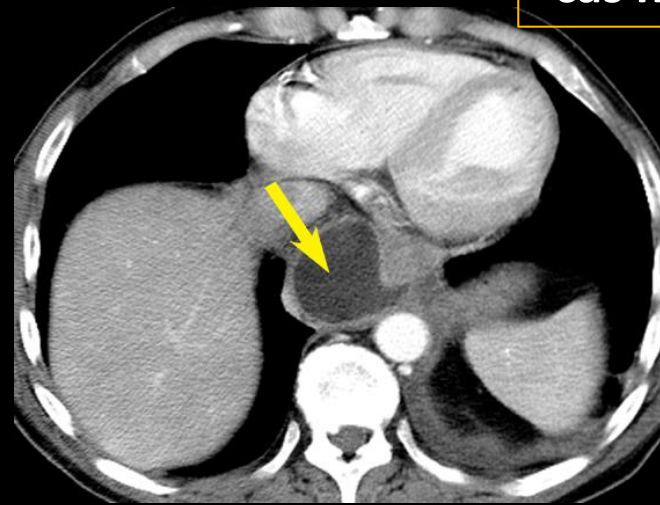
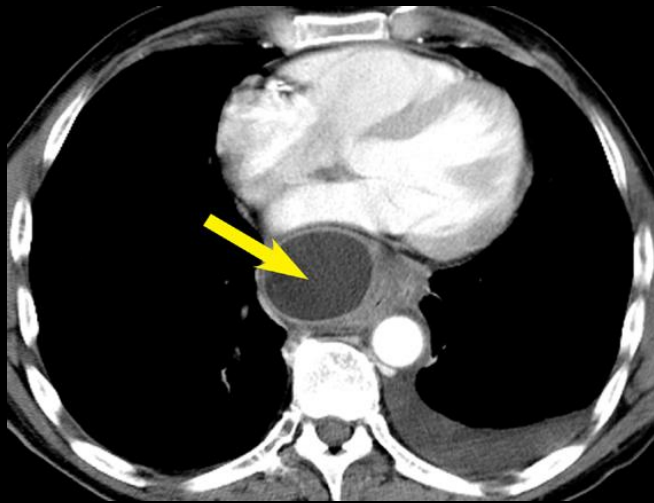
-cas n°2



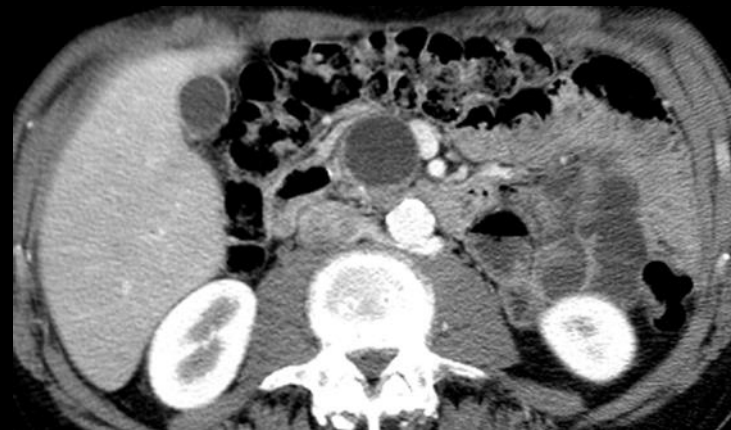
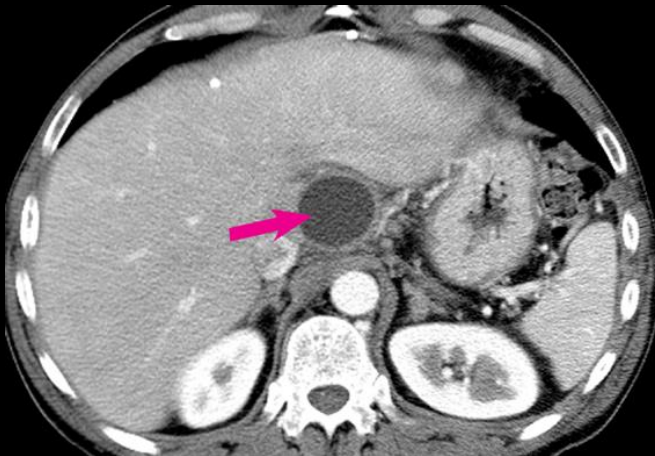
-la CP-IRM et la CPRE confirment le trajet fistuleux vertical para rachidien issu de la pancréatite aiguë nécrosante caudale

2- une autre forme anatomique de collection liquide médiastinale d'origine pancréatique

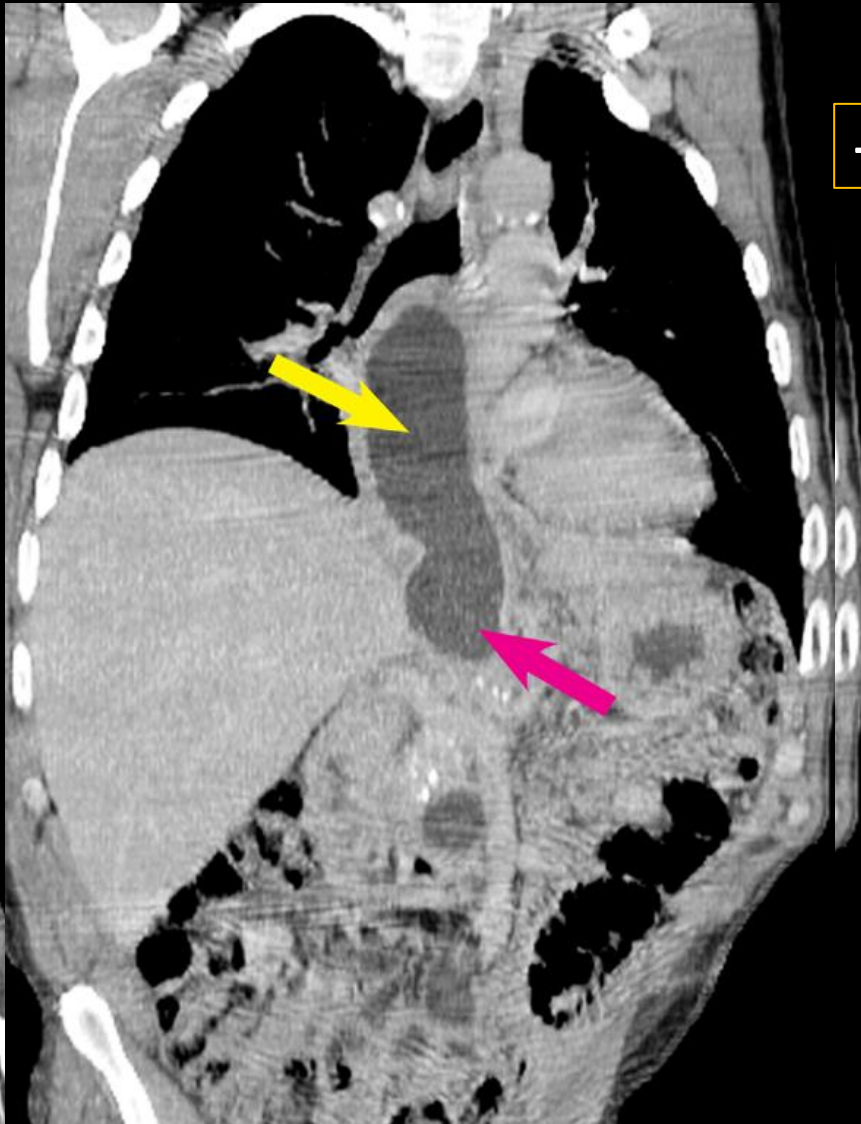
-cas n°3



-homme 47 ans ,
intoxication alcoolo-
tabagique ; pancréatite
chronique calcifiante
.Dysphagie d'apparition
récente



pancréatite chronique calcifiante. Pas de poussée aiguë récente. **Pseudokyste médiastinal vrai probable** car parois minces et régulières , contenu purement liquide , de densité inférieure à celle de la bile vésiculaire et du contenu liquide des anses jéjunales. La collection est accolée à l'œsophage depuis le cardia

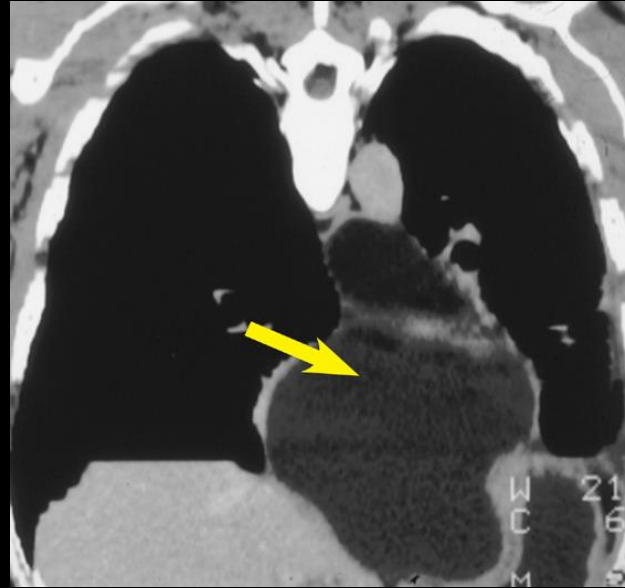
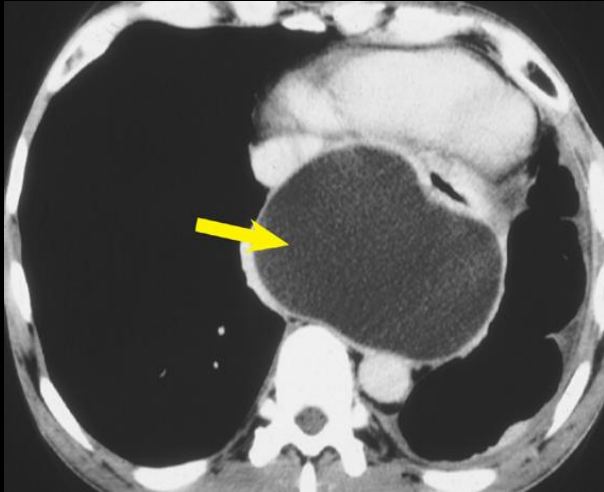


-cas n°3

Pseudokyste médiastinal vrai probable sur pancréatite chronique calcifiante sans aucun signe de nécrose . Ses parois correspondent au récessus du bord supérieur du vestibule de la cavité omentale distendu , ce ne peut plus être un pseudokyste vrai mais une collection autonomisée de la cavité omentale

-cas n°4

-homme 52 ans , intoxication alcoolo-tabagique ; pancréatite chronique calcifiante .Dysphagie d'apparition récente



Pseudokyste médiastinal vrai probable car parois minces et régulières , contenu purement liquide , homogène. Aucun signe de nécrose. Evolution rapidement favorable après drainage endoscopique

les collections du médiastin d'origine pancréatique

Autrefois et jusqu'à un passé très récent elles ont été désignées (et publiées !) sous le terme de **pseudo-kystes du médiastin**, elles sont rares ou du moins rarement publiées (moins de 100 cas) et posent d'intéressants problèmes physiopathologiques et thérapeutiques. Il convient en outre d'en resituer les différentes présentations morphologiques en fonction de la **"nouvelle sémantique"** proposée à la suite de la conférence d'Atlanta 2012

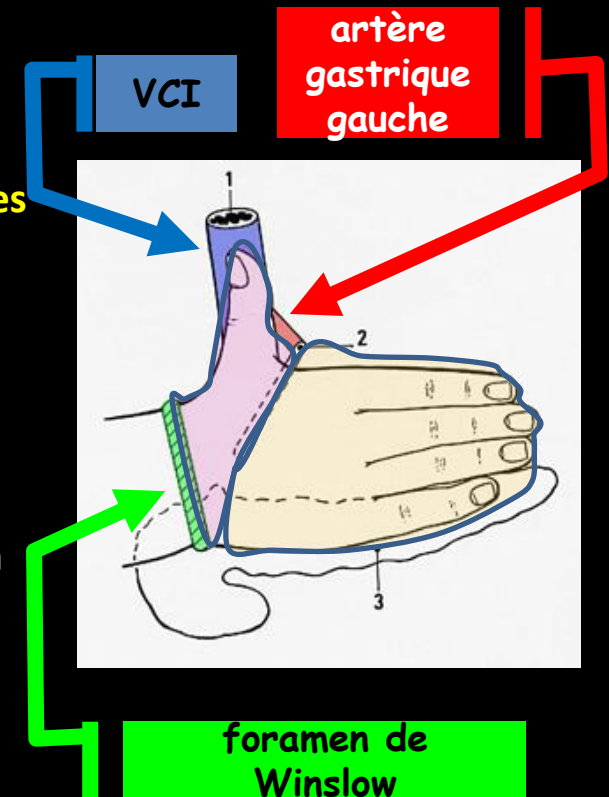
1- les bases anatomiques

-les extensions médiastinales **complicité toujours des pancréatites corporéo-caudales étendues à la cavité omentale**

-elles débutent au **bord supérieur du vestibule de la cavité omentale**. Le schéma de la "handy method" de nous aide à mémoriser les composantes de la cavité omentale :

.le vestibule avec le récessus vertical ascendant para-œsophagien dans lequel votre pouce s'engage, implanté à son bord supérieur

.l' **arrière cavité proprement dite ou poche rétro-gastrique**



area nuda

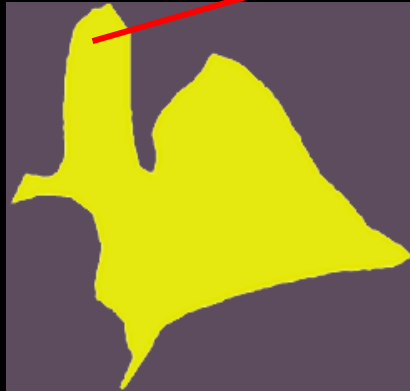
ligament falciforme

ligament triangulaire gauche

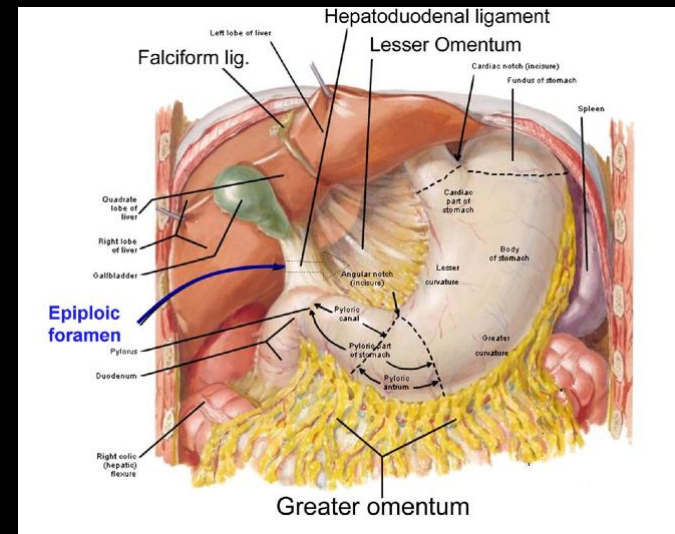
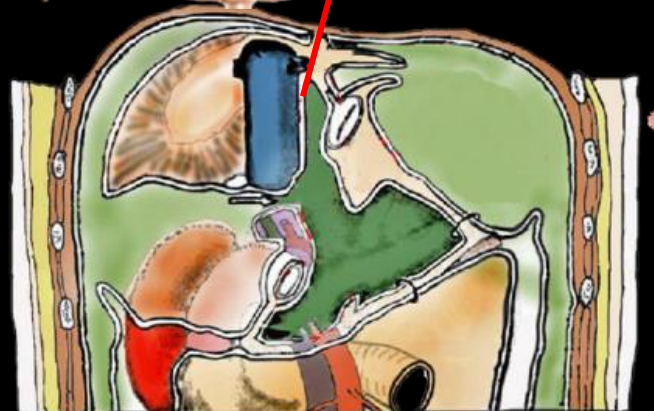
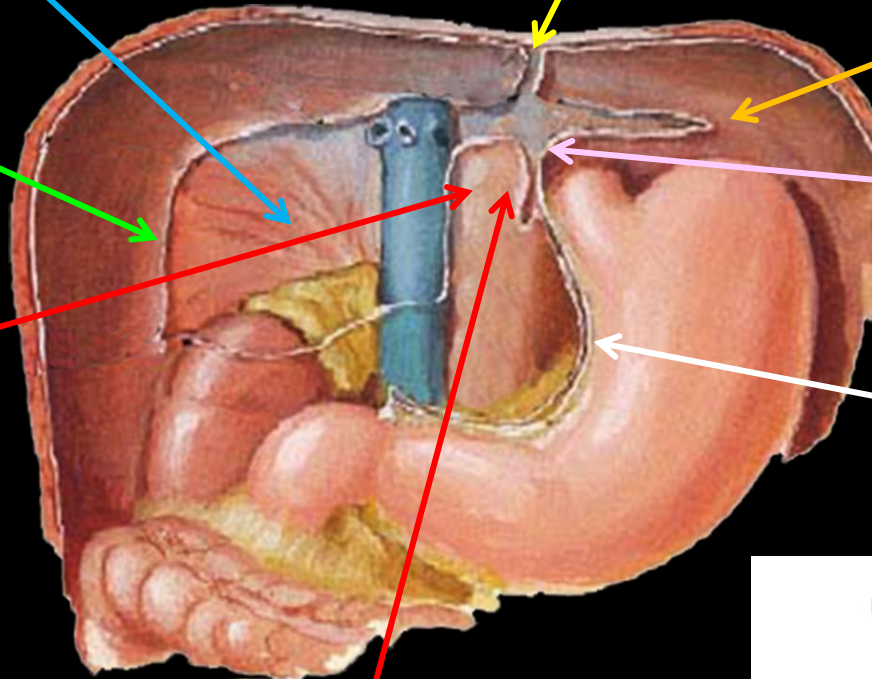
ligament triangulaire droit

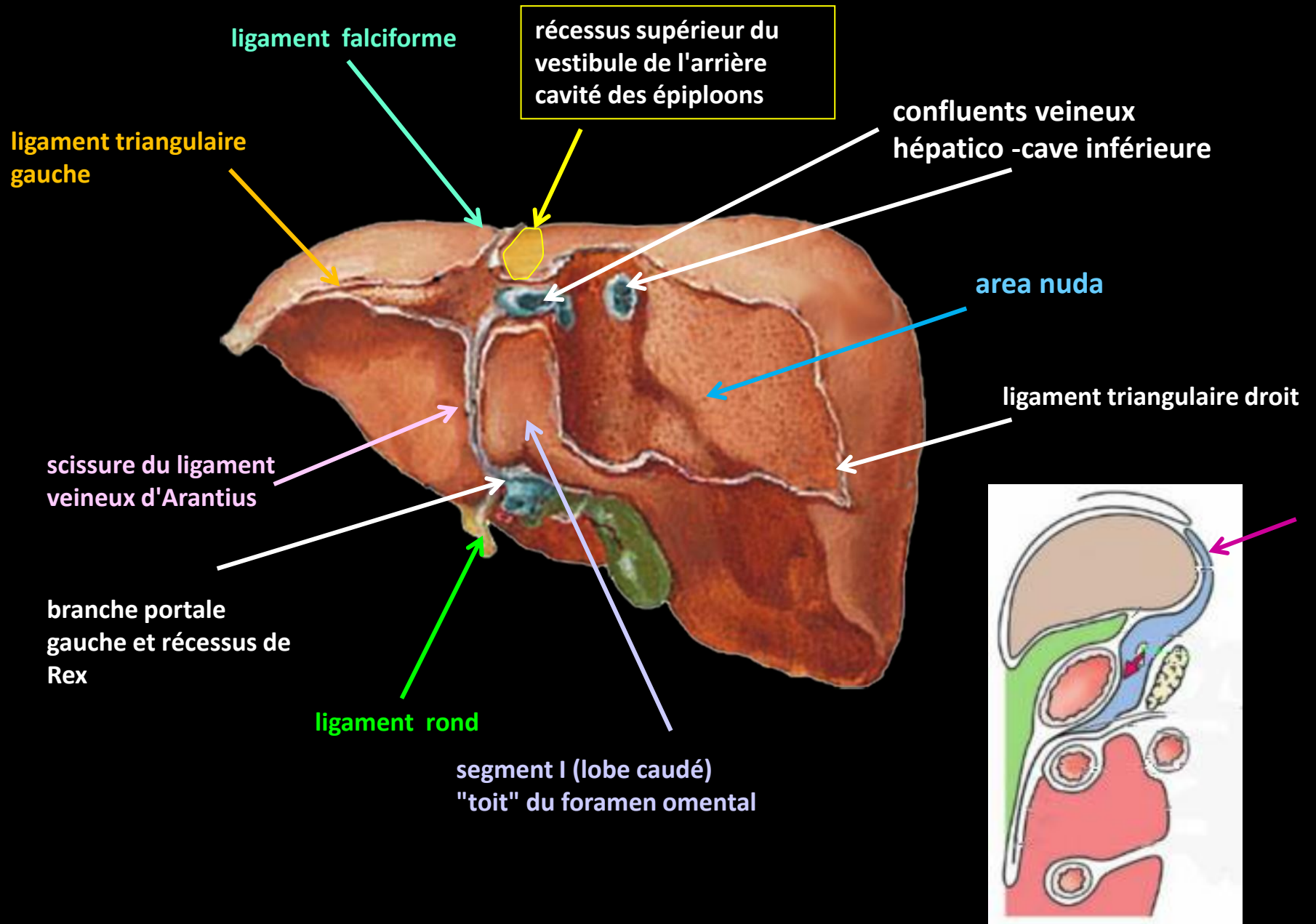
sillon veineux d'Arantius

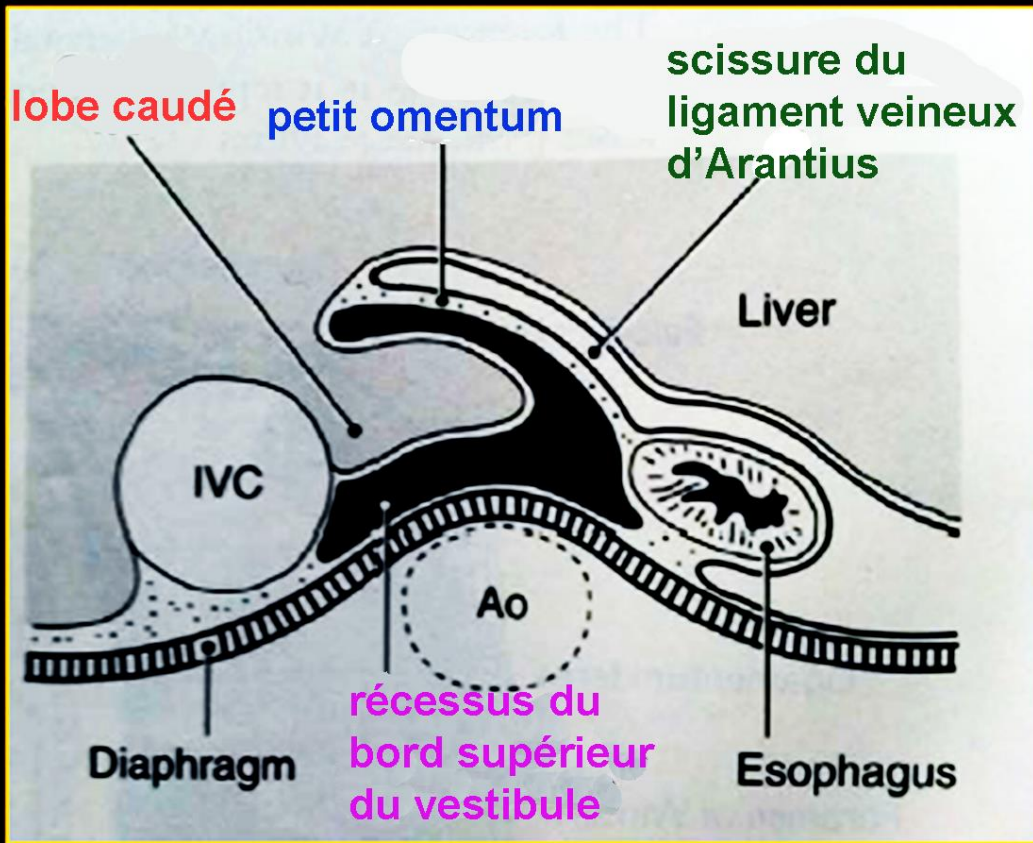
insertion gastrique du petit omentum



récessus supérieur du vestibule de l'arrière cavité des épiploons







le récessus du bord supérieur du vestibule de la cavité omentale **contourne le segment I (lobe caudé) pour longer sa face postérieure** .

il se situe donc **au contact du cardia et du bas œsophage** par son bord gauche

et **devant le hiatus aortique du diaphragme** par sa face postérieure

une collection du vestibule de la cavité omentale; en distendant ce récessus, va étendre les surfaces de contact

3- une hypothèse : les 2 présentations correspondraient aux 2 formes de pancréatite aiguë

a-dans les pancréatites oedémato-intersitielles, la propagation au médiastin des collections liquides aiguës péripancréatiques de la cavité omentale se **ferait par le récessus du bord supérieur du vestibule de la cavité omentale** ; la rupture antérieure vers le cardia et l'œsophage conduirait au **pseudokyste vrai** du médiastin et expliquerait leur topographie et leur morphologie constamment retrouvées:

- . aspect tubulé à contours réguliers, sur toute leur hauteur
- parois fines; contenu liquide homogène de densité faible
- .siège para œsagien

dans cette hypothèse , l'enveloppe tubulée des lésions serait du péritoine et il ne s'agirait plus de pseudo-kystes vrais au sens anatomo-pathologique !.....

b-dans les pancréatites aiguës nécrosantes, la propagation au médiastin se ferait de proche en proche par le hiatus aortique du diaphragme .On aurait alors une **collection aiguë nécrosante médiastinale** pouvant régresser ou évoluer vers une **nécrose organisée pancréatique du médiastin** .

chacune de ces collections pouvant être stérile ou infectée



messages à retenir

- la classification des pancréatites aiguës par les conférences d'Atlanta 2013 et 2012 est un réel progrès. Elle a cependant sacrifié certaines réalités pour privilégier son caractère pédagogique.
- les **pseudokystes vrais** correspondent aux anciens pseudokystes rétentionnels, volontiers observés dans les pancréatites chroniques calcifiantes (malheureusement les conférences d'Atlanta mettent toutes les pancréatites aiguës dans le même sac, qu'elles surviennent sur un pancréas normal ou sur une pancréatite chronique calcifiante) ce qui est quand même regrettable). les cas n° 3 et 4 sont des aspects typiques de pseudokystes rétentionnels (parois fine, contenu liquide homogène, contexte de pancréatite chronique). Ce sont les seules lésions qui doivent maintenant être désignées sous le terme de pseudokystes. On n'observe pas toujours la pancréatite aiguë oedémato-interstitielle et les collections liquidiennes aiguës péripancréatiques qui les précèdent durant les 4 premières semaines d'évolution (en particulier dans les pancréatites chroniques !)
- les **collections aiguës nécrotiques** (et les **nécroses organisées pancréatiques** qui leur font suite après 4 semaines) étaient effectivement souvent désignées sous des terminologies ambiguës (coulées de nécrose, pseudokystes post-nécrotiques, abcès ..) Il n'en reste pas moins que leurs aspects étaient parfaitement connus et correspondent à ce qui est observé dans les cas 1 et 2 de cette présentation
- les **extensions médiastinales pourraient se faire par 2 voies différentes** :
 - à partir du vestibule de la cavité omentale et de son récessus supérieur, avec **une perforation antérieure vers le bas œsophage pour les pseudokystes vrais du médiastin**
 - à partir de la même région mais avec une perforation postérieure vers le hiatus aortique pour les collections aiguës nécrosantes du médiastin.