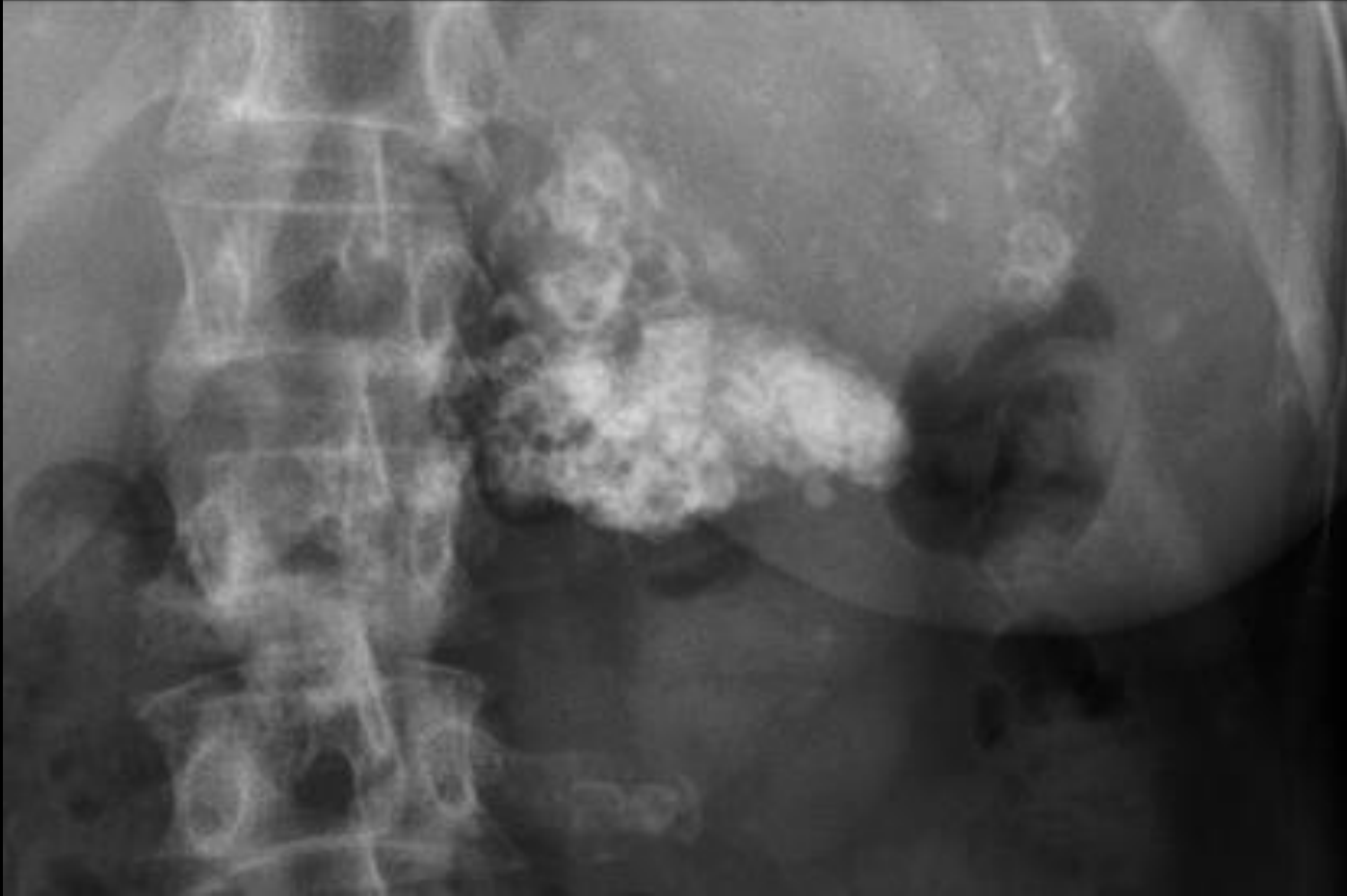
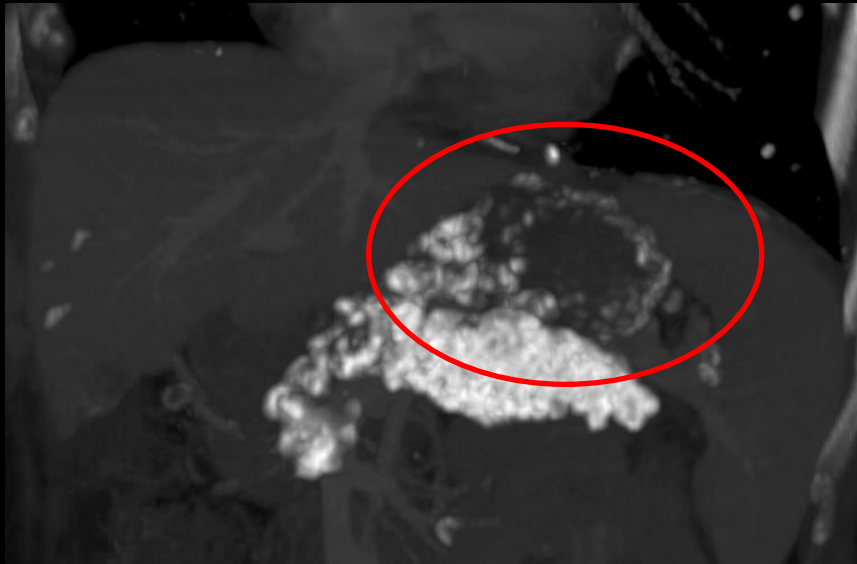
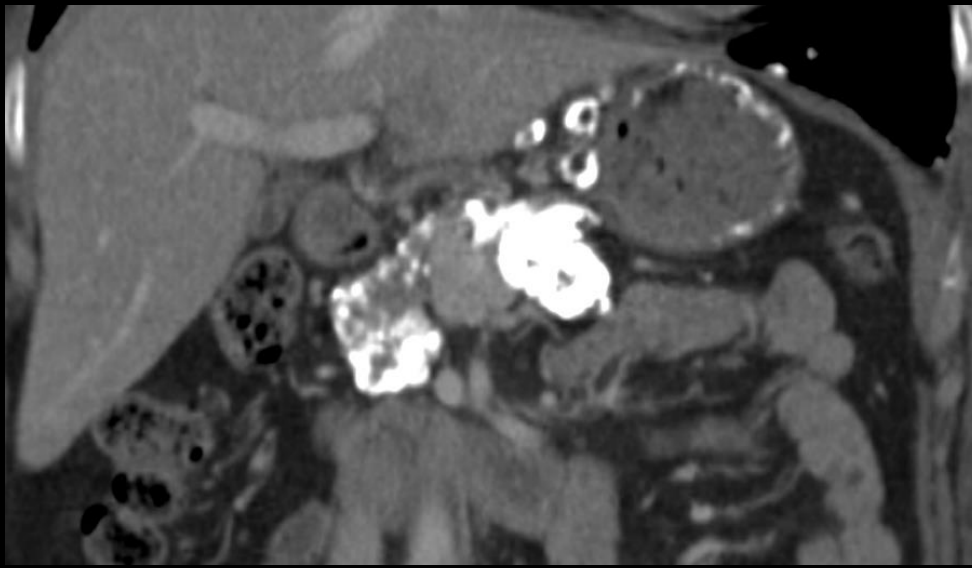


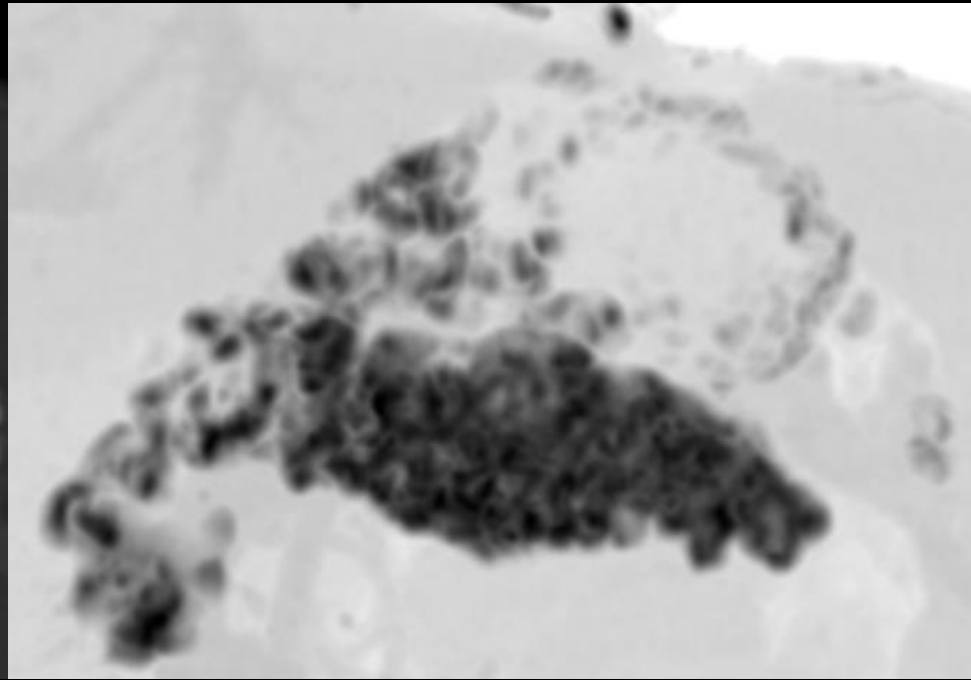
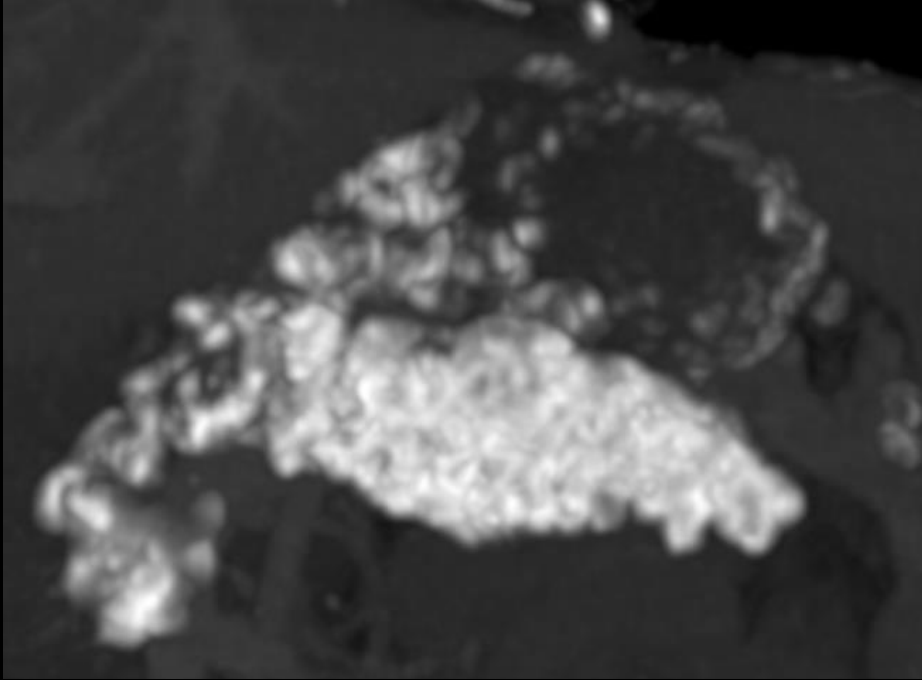
Patiente de 58 ans , bilan d'une baisse de l'état général.
Essayez de préciser le siège , la nature (calcifications ou
ossification ?) de ces opacités



Nikias Colignon Hôpital Saint Antoine Paris

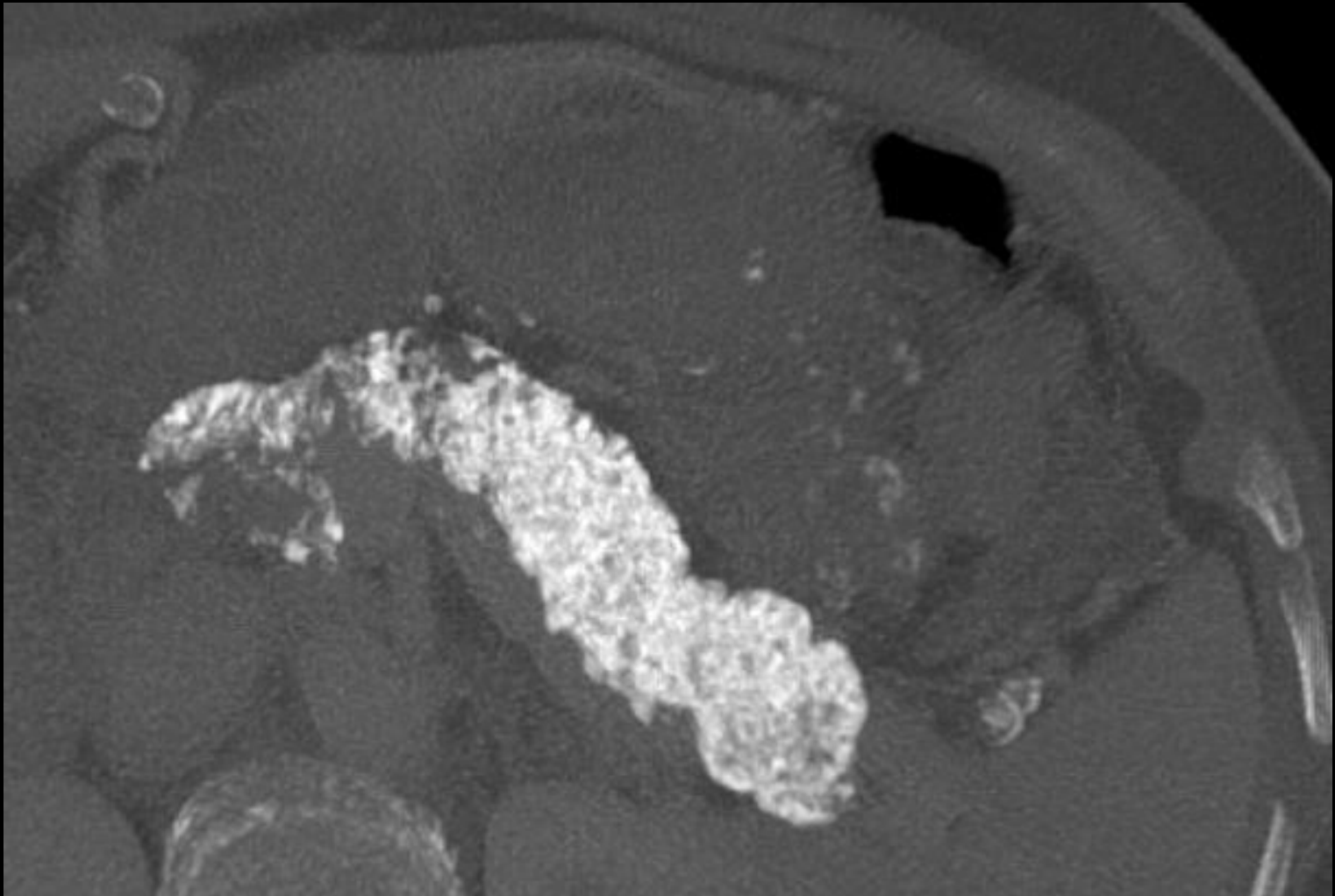


Calcifications diffuses dans le
parenchyme pancréatique
corporéo-caudal et disséminées
dans le pancréas céphalique , la
paroi gastrique , les ganglions du
petit omentum



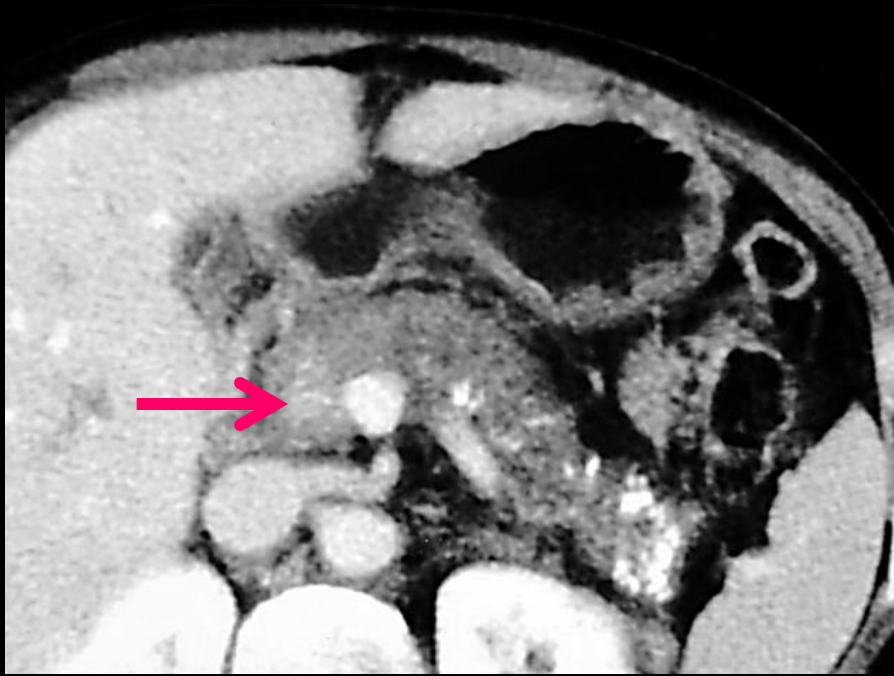
L'inversion des densités est toujours très utile pour analyser les structures très opaques . Il ne s'agit pas d'un caprice mais d'un fait établi de physiologie visuelle .Un signal noir sur fond blanc permet de mieux discerner les gris de l'échelle qu'un signal blanc sur fond noir (vous viendrait-il à l'idée de lire votre journal en lettres blanches sur fond noir? ? ?)

le caractère nodulaire des calcifications devient évident, permettant d'éliminer l'hypothèse d'une métaplasie osseuse dans une T conjonctive par exemple

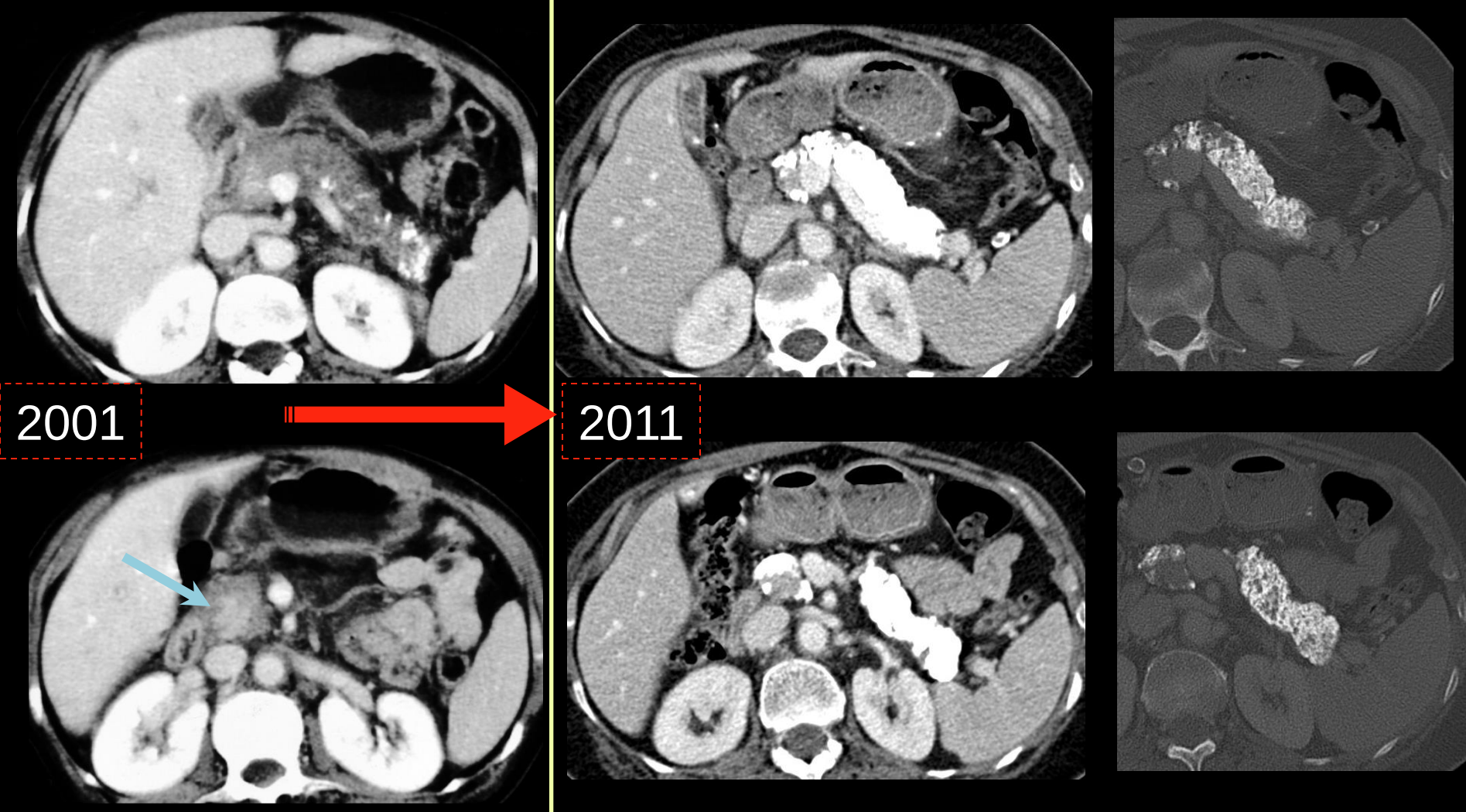


il existe une très nette différence de densité entre la glande pancréatique
et les autres localisations (parois gastriques et petit omentum)

il n'y a aucun signe de pancréatite chronique calcifiante (pas de dilatation
canalaire) , pas de calcifications vasculaires...



sur un scanner réalisé 10 ans plus tôt, les calcifications n'existent que dans le pancréas caudal sous leur aspect nodulaire tandis qu'une plage de densité homogène mais faible se développe dans la partie du pancréas céphalique issue de l'ébauche ventrale



En 2001 défaut de rehaussement du parenchyme pancréatique. Quelques calcifications du pancréas caudal

En 2011, calcifications diffuses du parenchyme pancréatique corporéo-caudal

principales causes de calcifications pancréatiques

-la **pancréatite chronique calcifiante**, quelle que soit son origine est la première cause de calcifications pancréatiques. La PCC d'origine alcoolique, l'hyperparathyroïdie, le kwashiorkor chez l'enfant sont les causes prédominantes. De très grosses calcifications canalaire doivent faire penser à une pancréatite héréditaire (surtout chez un enfant ou un adulte jeune) ou à la pancréatite tropicale

-les calcifications séniles, l'athérome calcifié de l'artère splénique sont très fréquentes et de diagnostic facile

-les calcifications dystrophiques du pancréas

elles sont observées essentiellement dans les processus tumoraux et avant

tout dans les **tumeurs endocrines non sécrétantes**

dans les métastases pancréatiques de tumeurs calcifiées (colon, rein)

dans les **tumeurs kystiques du pancréas**:

- .cystadénomes mucineux (macrokystiques) et cystadénocarcinomes

- .cystadénomes séreux (microkystiques) calcification centrale stellaire

- .TIPMP

- .tumeur épithéliale solide et pseudopapillaire sujets jeunes calcifications

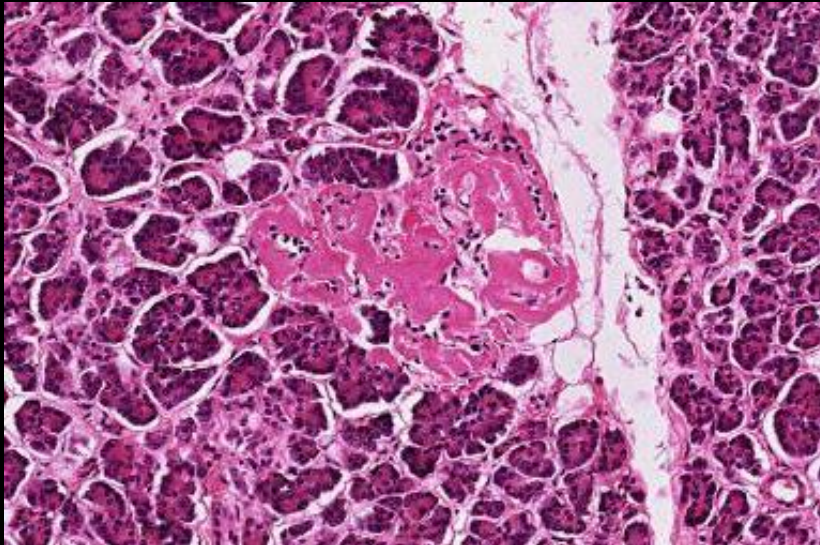
 - ponctuées périphériques

- .pancréatoblastome, calcifié dans 20 % des cas

-aucune des causes énumérées ci-dessus ne nous satisfait, il nous faut penser aux calcifications des tissus mous dont les causes sont nombreuses , tumorales, infectieuses, inflammatoires, congénitales, métaboliques, traumatiques....et, du fait de la longueur d'évolution , de l'aspect d'hyperdensité calcique des zones atteintes, viscérales et/ou ganglionnaires locales, il faudra évoquer d'emblée une possible amylose afin d'orienter la biologie (recherche et dosage des chaînes légères circulantes, biopsies avec coloration au Rouge Congo, recherche d'une prolifération plasmocytaire.....) ici, l'amylose primitive de type AL sera confirmée et mise sous-traitement

L'amylose pancréatique

-L'amylose isolée des ilots de Langerhans a été décrite, en association avec un diabète de type 2 (amylose secondaire AA)



-dépôts amyloïdes dans un ilot de Langerhans au cours d'un diabète de type 2; ils seraient présents chez plus de 90 % des patients

-Dans les amyloses AL systémiques, les lésions intéressent le pancréas acinaire comme les îlots mais cette atteinte se ferait par voie vasculaire, tandis que dans le diabète de type 2, les dépôts amyloïdes seraient la conséquence d'une nécrose cellulaire par cytotoxicité pour les cellules bêta.

-L'atteinte pancréatique dans les amyloses systémiques de type AL peut revêtir des aspects variés .Les cas rapportés sont trop rares pour un analyse de la valeur diagnostiques des signes:

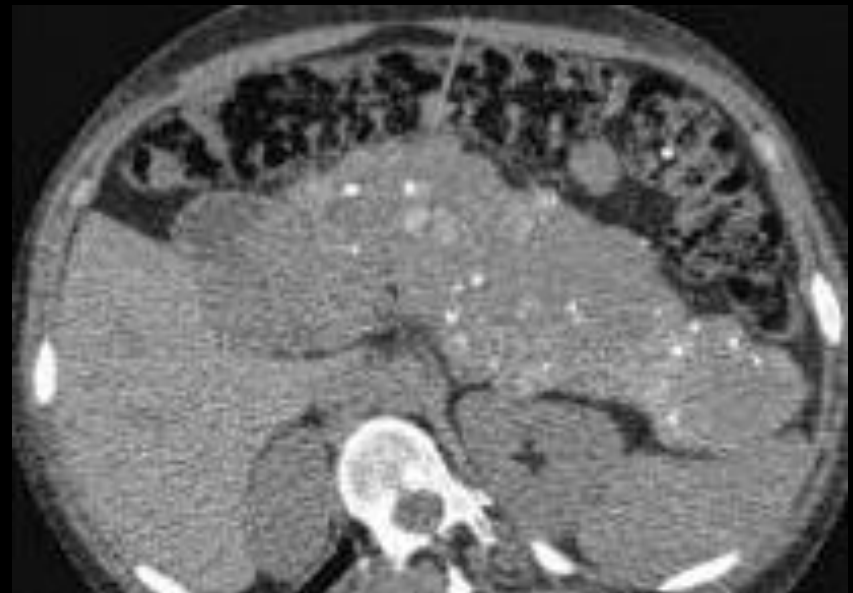
on peut toutefois retenir 2 éléments sémiologiques ayant valeur d'orientation :

l'hypertrophie massive de la glande pancréatique

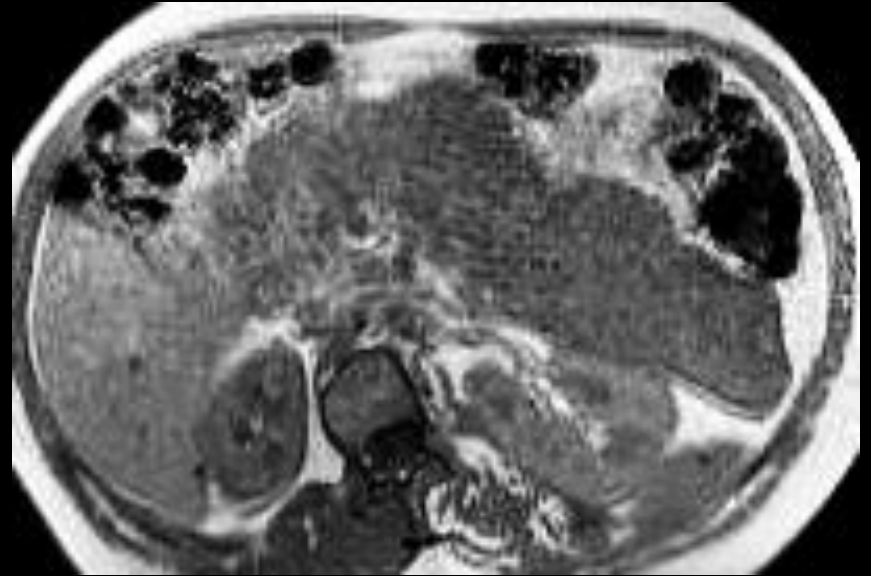
la présence de nodules calcifiés peu évolutifs dans le temps , dans la glande pancréatique mais aussi dans les ganglions de voisinage et/ou sur les séreuses

Pancreatic Islet Cell Amyloidosis Manifesting as a Large Pancreas

[Mehmet Ruhi Onur](#), MD,^{✉1} [Mehmet Yalınız](#), MD,² [Ahmet Kursad Poyraz](#), MD,¹ [Ibrahim Hanifi Özercan](#), MD,³ and [Yusuf Ozkan](#), MD⁴



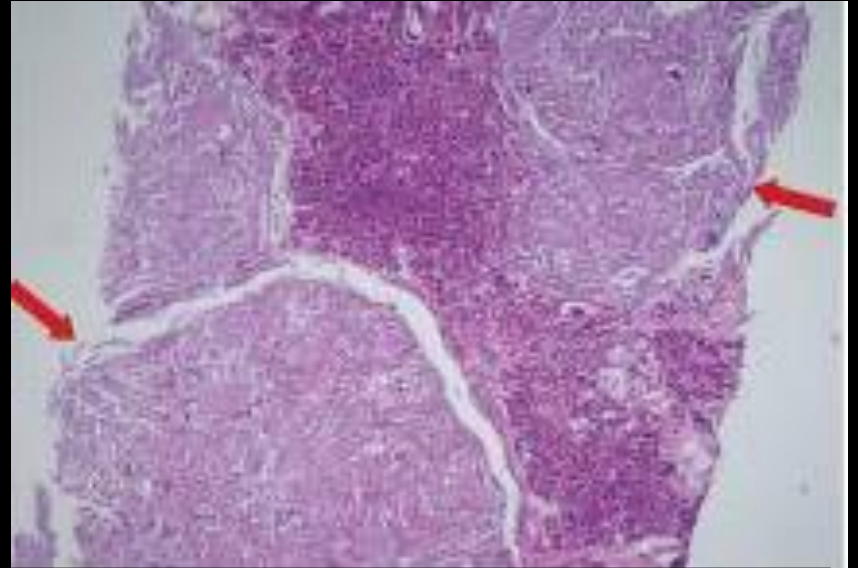
- hypertrophie diffuse du pancréas avec calcifications ponctuées, sans dilatation canalaire, au cours d'une amylose AL
- un tel pancréas doit faire discuter le lymphome et la pancréatite auto-immune



-l'hyposignal du pancréas en pondération T1 s'observe également dans le LMNH, la pancréatite auto-immune , la tuberculose,



-les images kystiques du pancréas céphaliques ont peut-être une valeur d'orientation pour le diagnostic

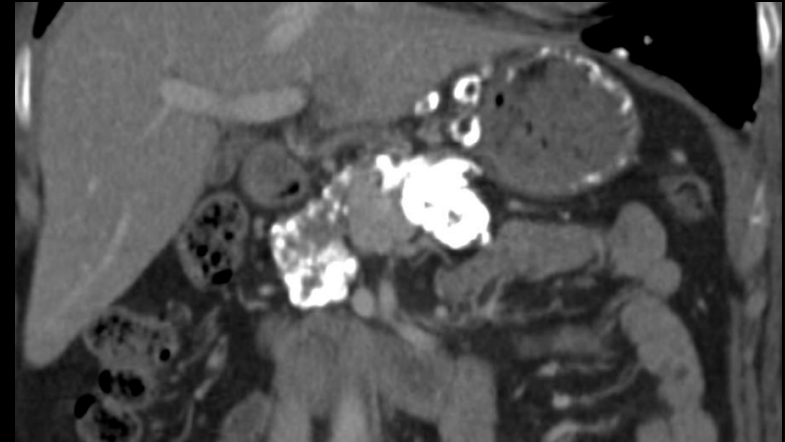
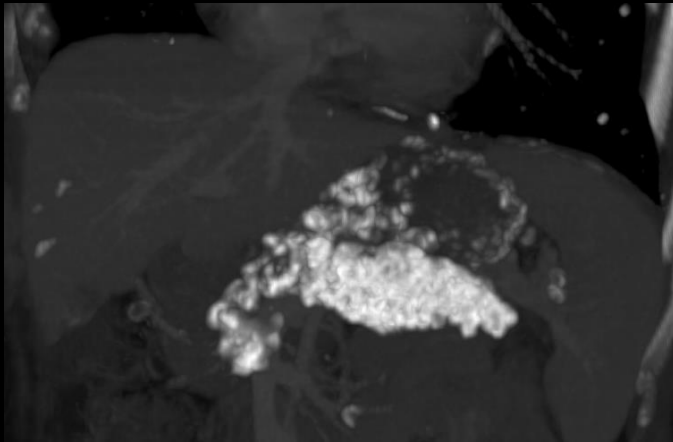


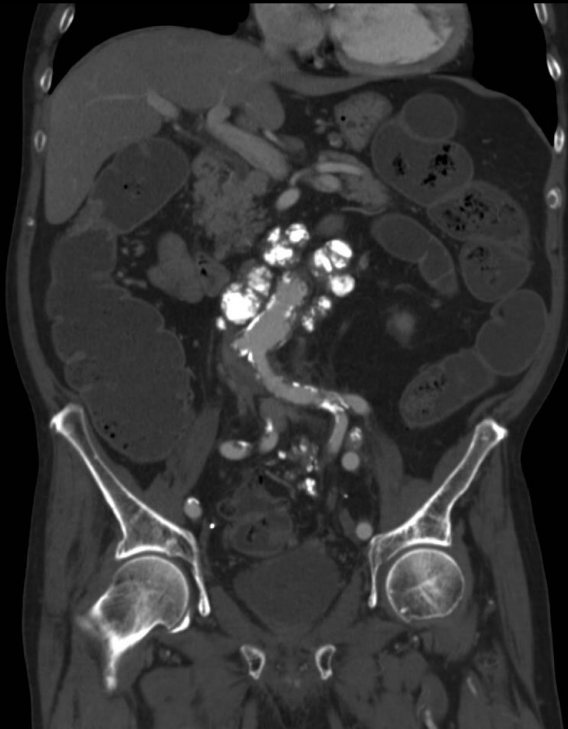
-l'histologie confirme l'atteinte amylosique électorive des ilots de Langerhans , accompagnée d'une fibrose .Le pancréas acinaire est respecté.

Le typage confirme l'amylose AL

Au total

-toute plage calcifiée multinodulaire doit faire évoquer le diagnostic d'amylose , le plus souvent AL lorsque c'est l'imagerie qui "découvre" la maladie





-lorsque vous biopsiez une telle lésion ,
n'oubliez pas d'informer vos collègues ana-
path de la suspicion d'amylose. pour qu'ils
fassent les colorations qui sont
nécessaires : rouge Congo