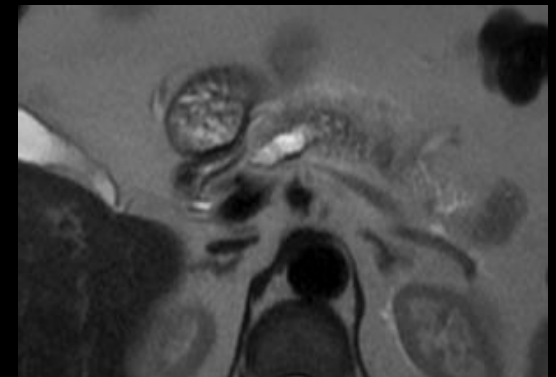
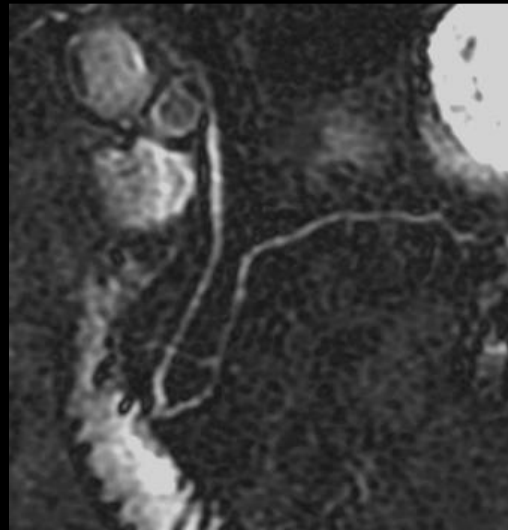
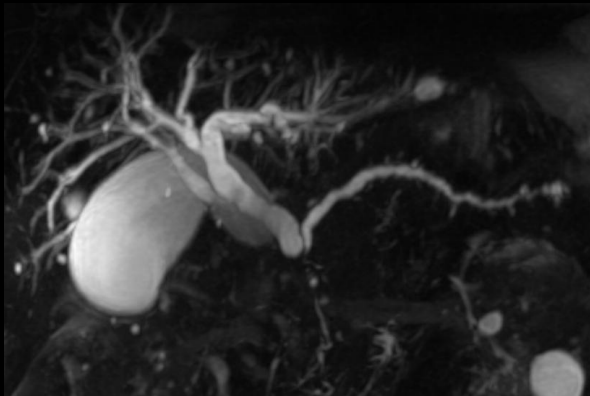


Protocoles d'exploration du pancréas en IRM

A. OLIVER

Service de Radiologie Hôpitaux de Brabois, Vandoeuvre-lès-Nancy



Plan

Protocole d'exploration

Variantes anatomiques

Etapas de l'interprétation

- Lésion tissulaire pancréatique : place de l'IRM

- Lésion kystique du pancréas : détection, caractérisation, place de l'IRM et limites. Conduite à tenir

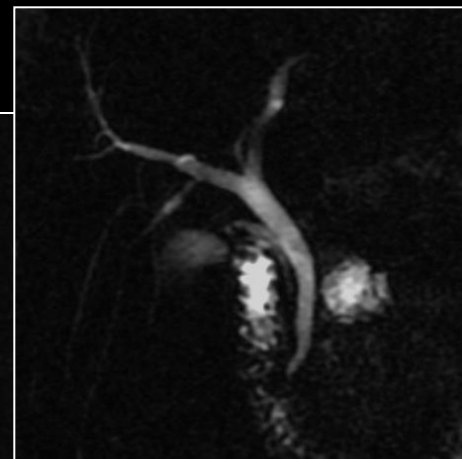
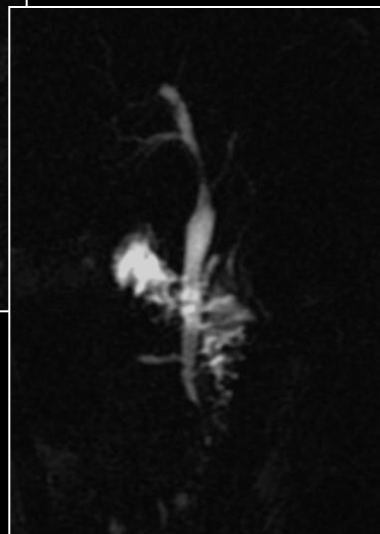
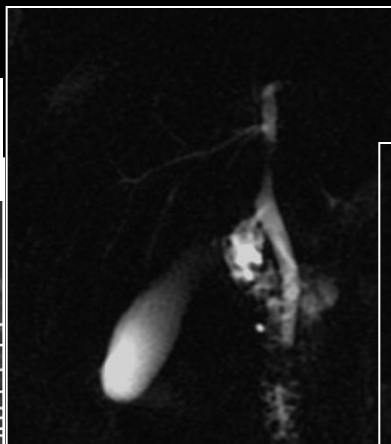
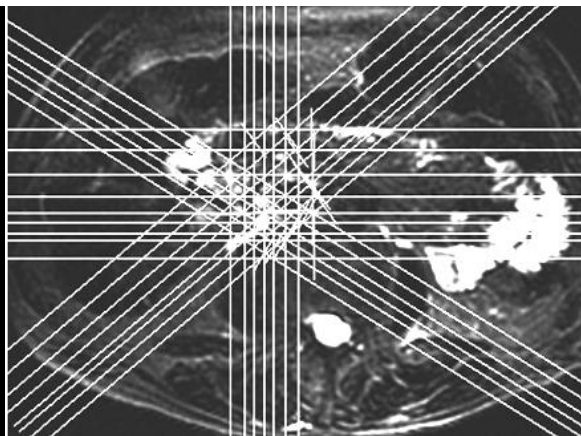
Protocoles d'exploration

Dans tous les cas

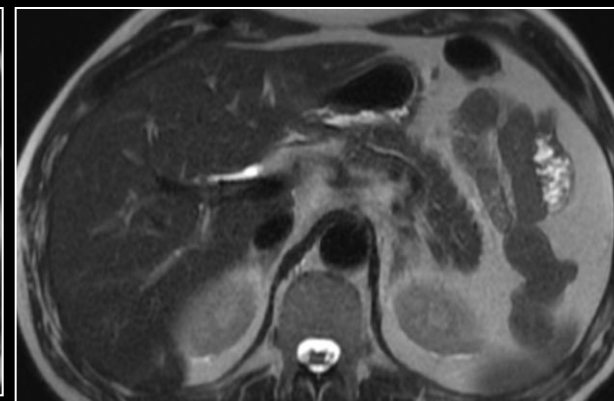
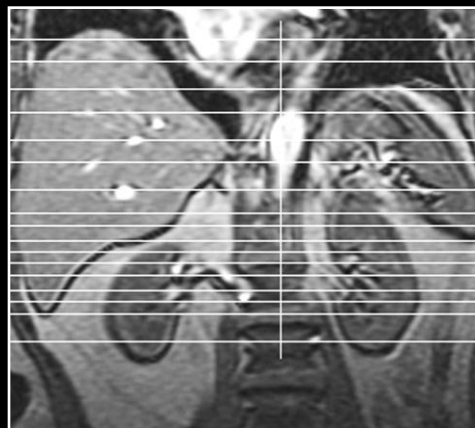
Nécessité d'explorer le parenchyme, les voies biliaires et les canaux pancréatiques

- Séquences de type **cholangio MR**
 - **Axiale (+/- Fr) conventionnelle SSFSE T2 Fat Sat à Te court** (7 mm). *Trigger respiratoire (1-2 min)*
 - **Radiaires SSFSE** autour de la VBP : 20 mm (SSFSE Te long). *Apnée < 3sec; peu d'artefacts*
 - **3D FRFSE T2 (MRCP)** +++++ (épaisseur 1 mm). *Trigger respiratoire (3 min).*
- Séquence **Axial T1 2D FS**: *variable selon les équipes. Apnée environ 20 sec*
 - Centrées sur pancréas
 - Coupes fines: 5 mm
- Séquences **3D EG T1 sans injection puis 3 phases après injection de gadolinium (0, 20, 55, 90 +/- tardif en 2D à 5 min)**. *Apnée environ 20 sec.*
 - Centrées sur pancréas
 - Coupes fines : 2 mm

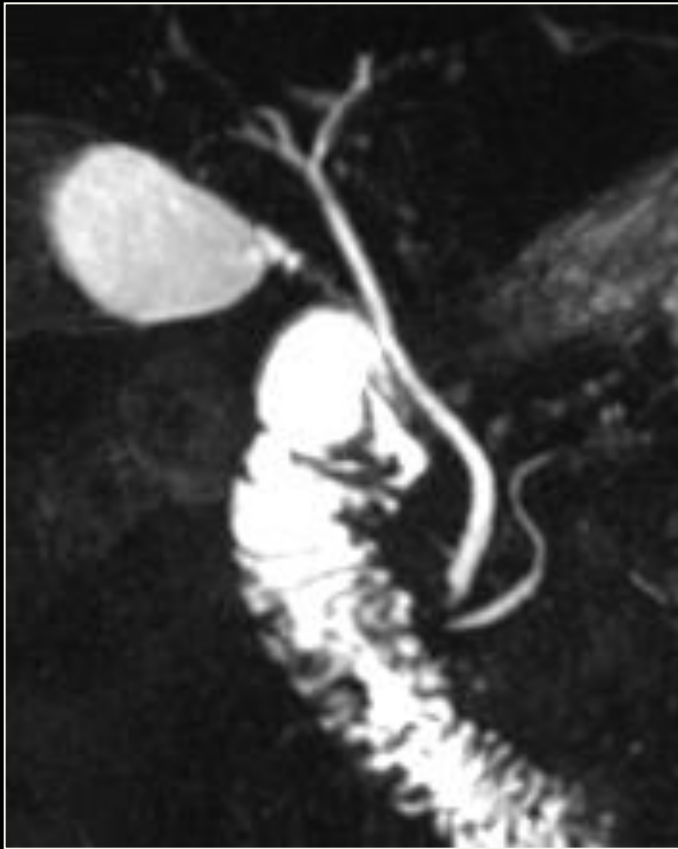
**Radiaires SS FSE Te eff
long**



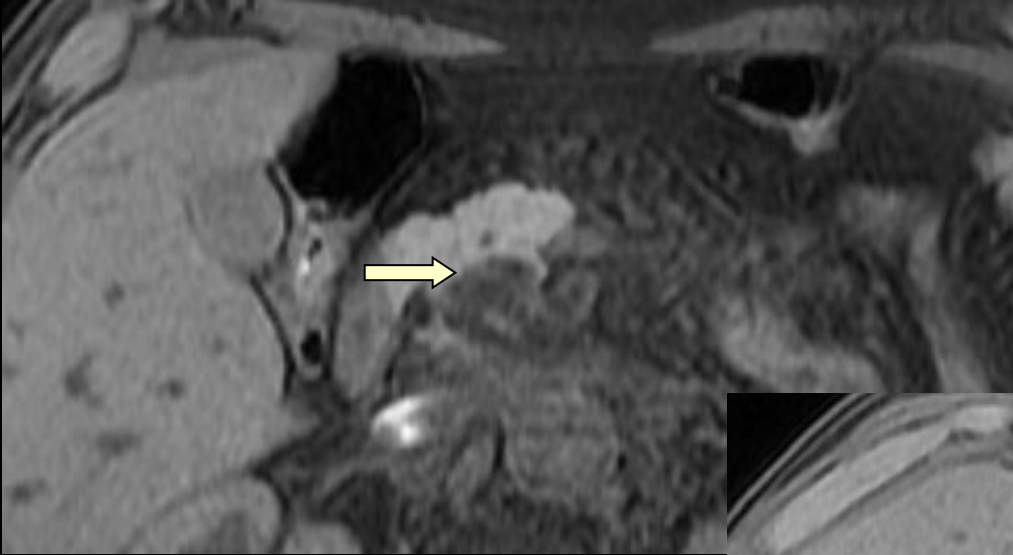
Ax SSFSE Te court

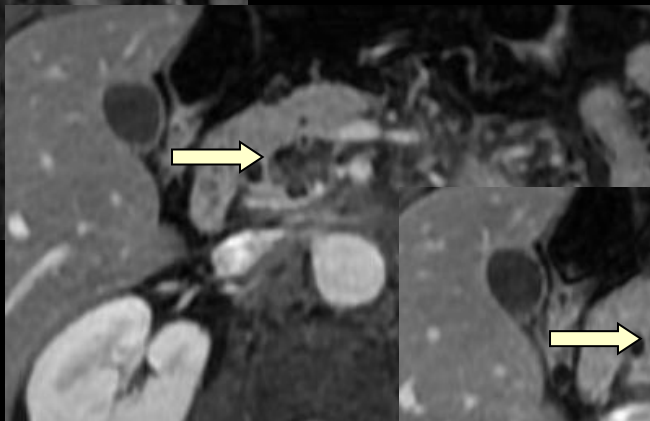
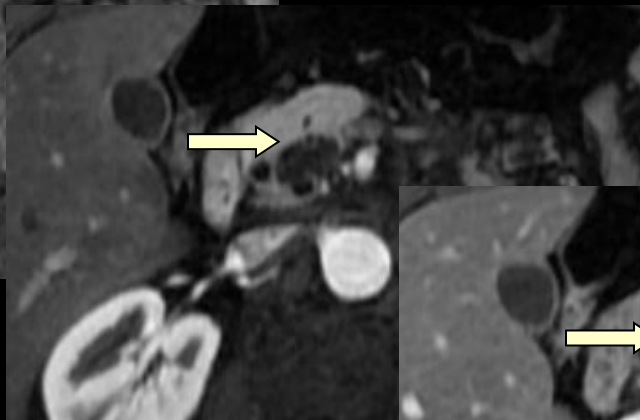
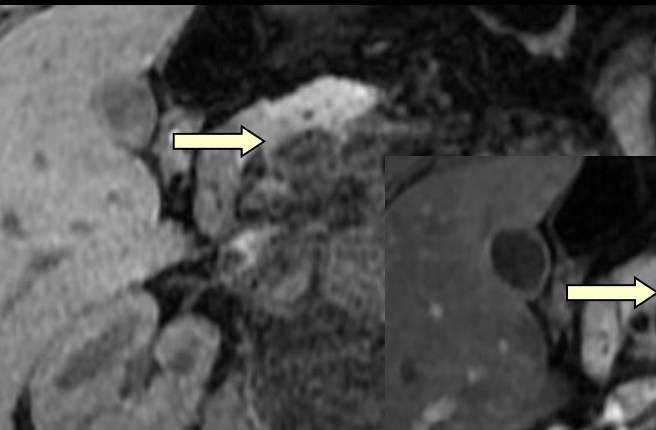


3D



Ax T1 FS





3D T1

2D T1 gado tardif



Protocoles d'exploration

De manière facultative

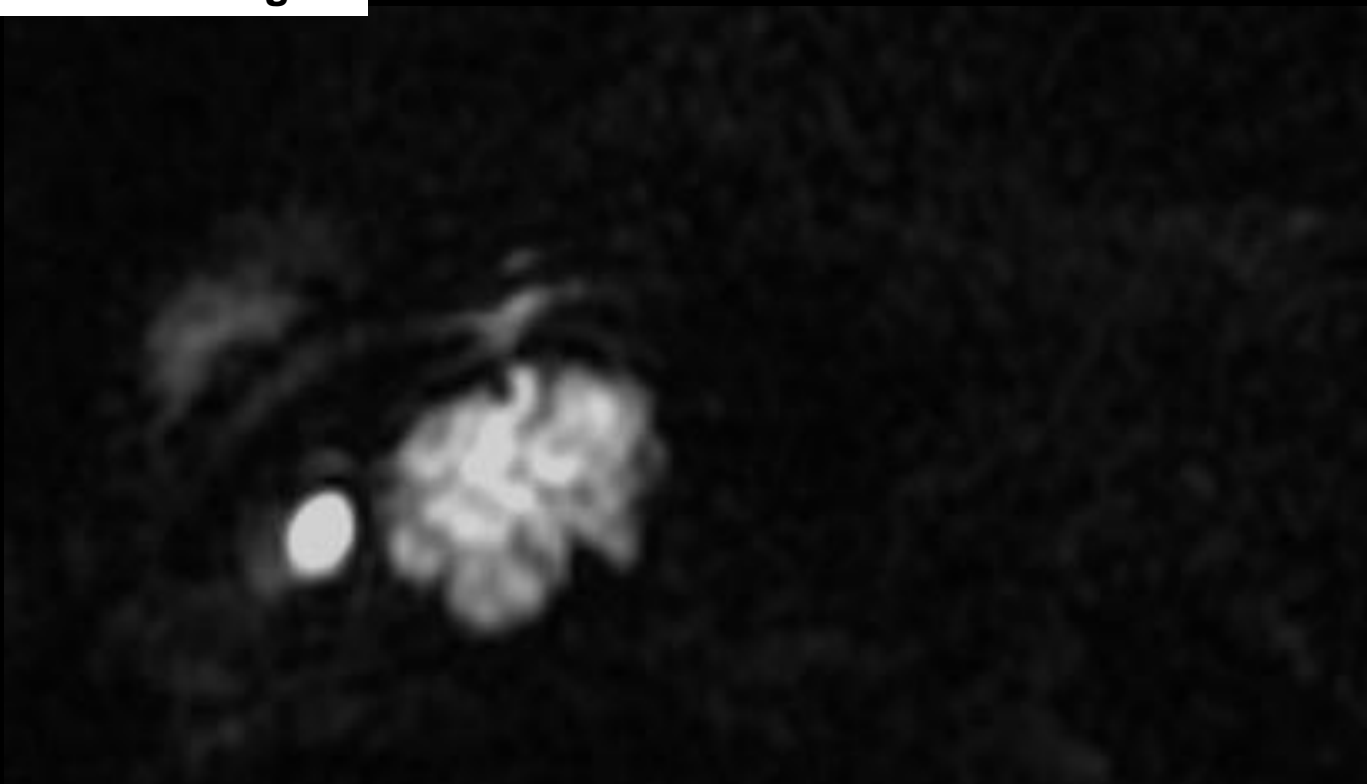
**Si nécessité d'explorer
une dilatation canalaire**

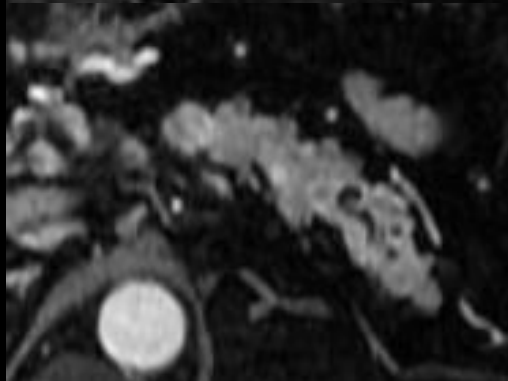
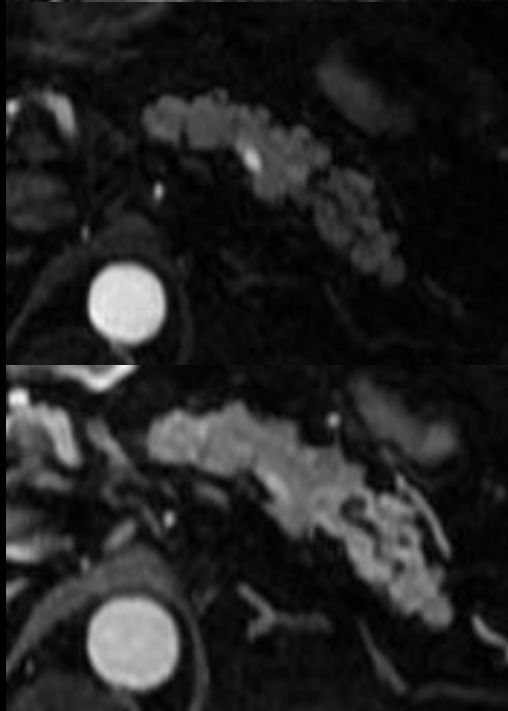
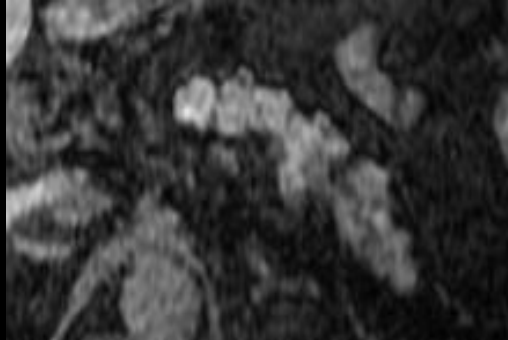
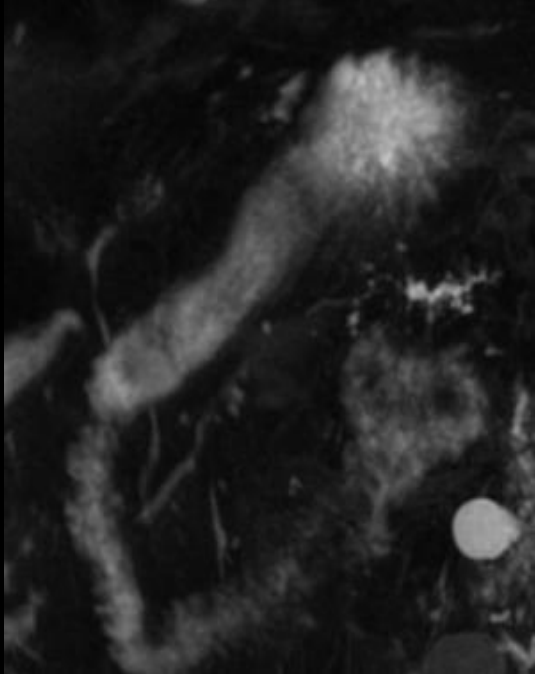
Ax T2 TE long

**Si nécessité d'explorer
une lésion solide**

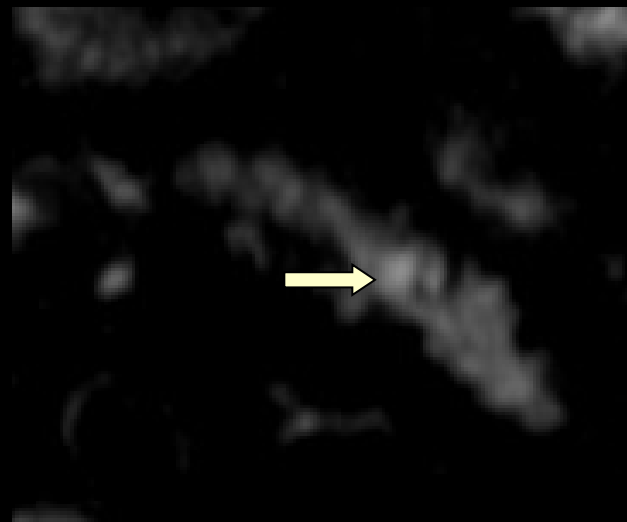
Diffusion

Ax T2 TE long



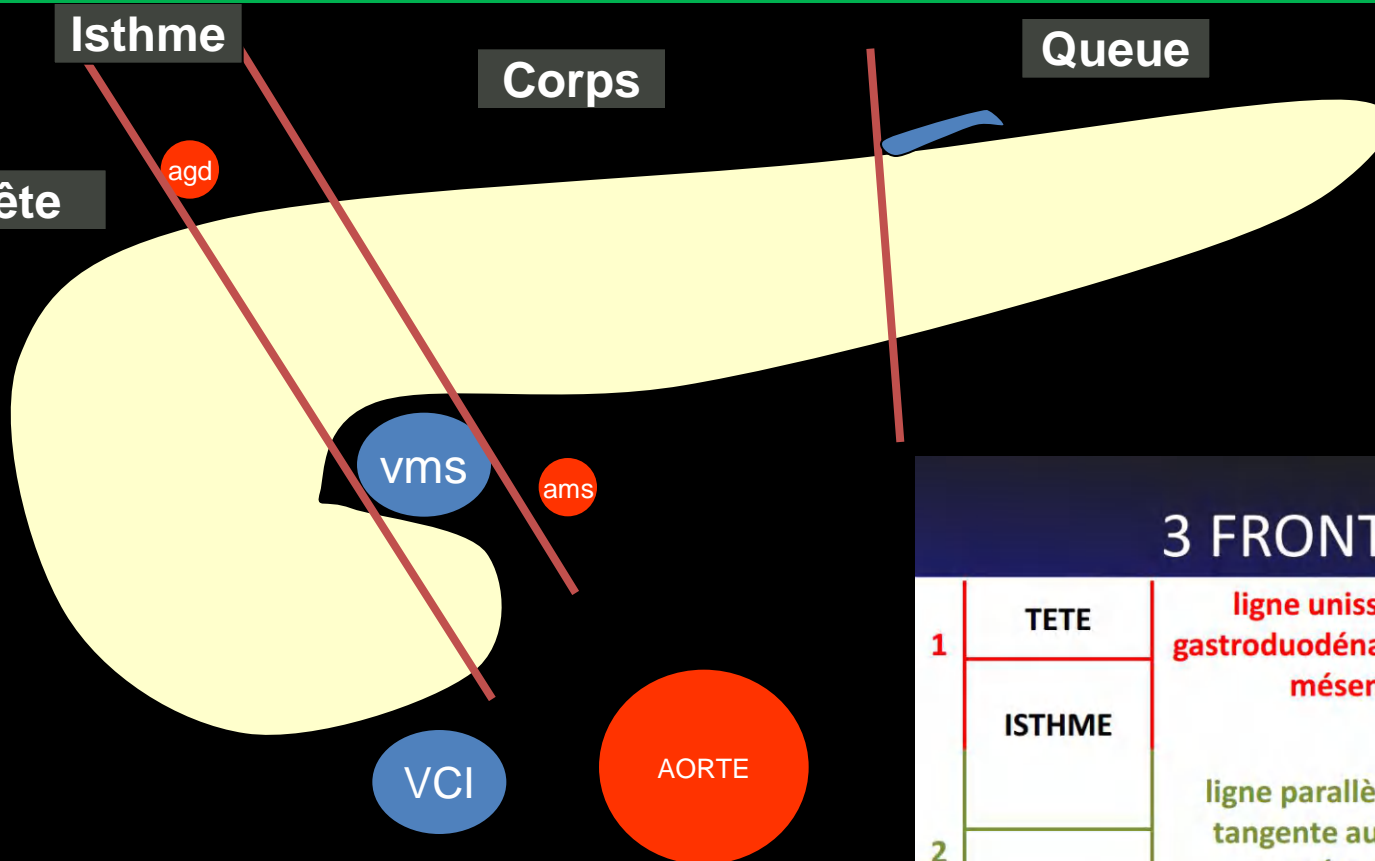


Ax DWI
(diffusion weighted imaging)



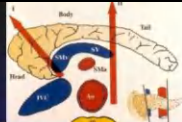
Variantes anatomiques

Anatomie normale



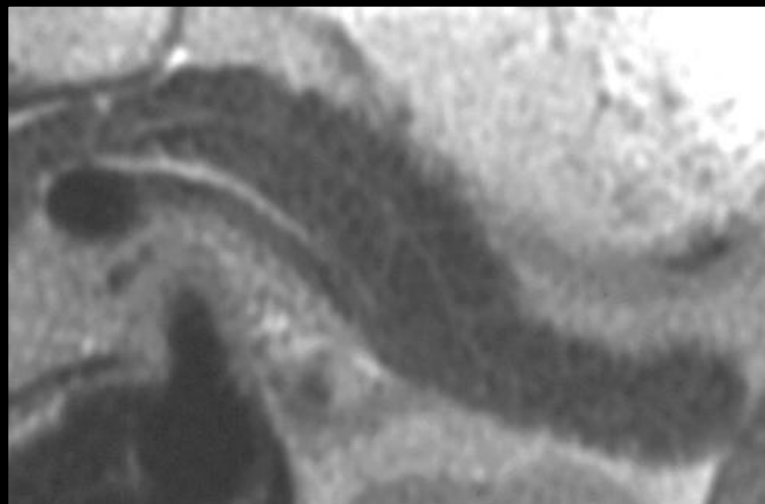
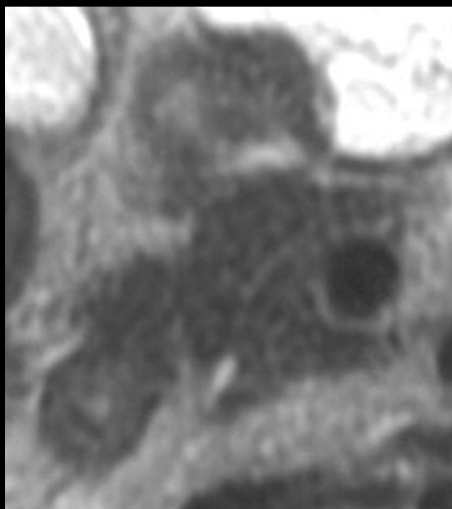
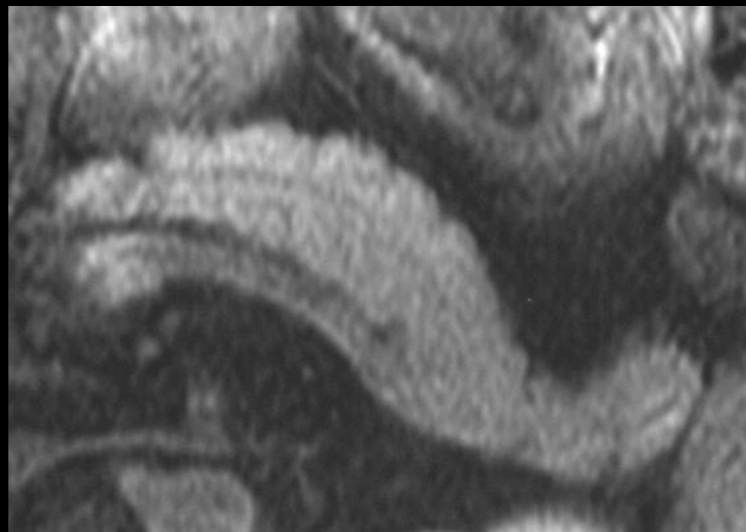
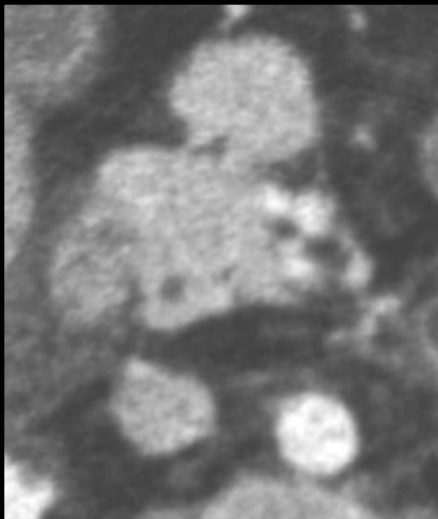
3 FRONTIÈRES

1	TÊTE	ligne unissant l'origine de l'artère gastroduodénale au bord droit de la veine mésentérique supérieure
	ISTHME	
2	CORPS	ligne parallèle à la précédente qui est tangente au bord gauche de la veine mésentérique supérieure
	ISTHME	
3	CORPS	ligne longitudinale à partir du point où la veine splénique croise le bord supérieur du pancréas
	QUEUE	

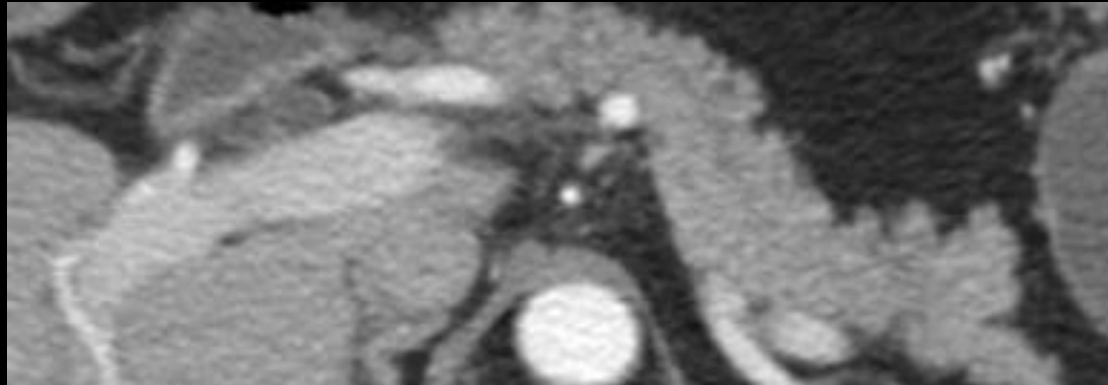


Variantes de forme

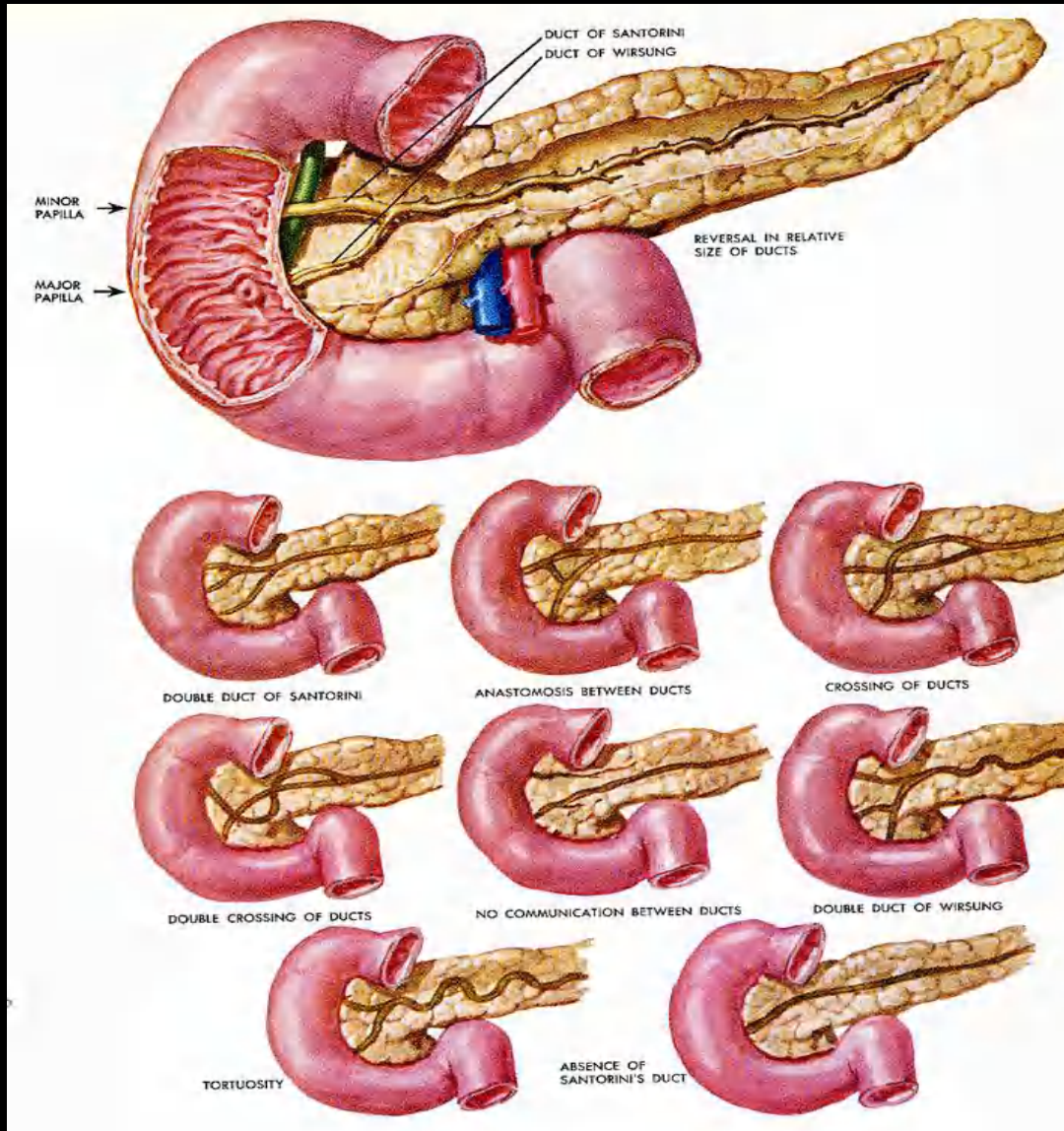
Tubercule omental du pancréas

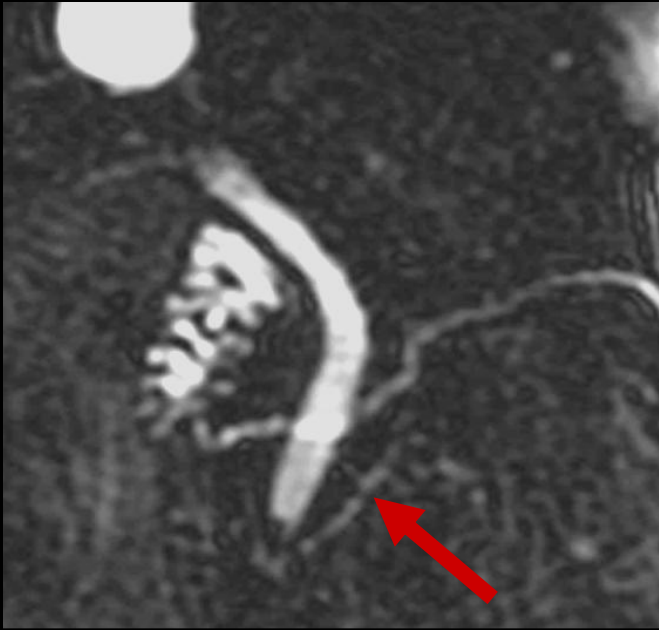


pancréas caudal bifide

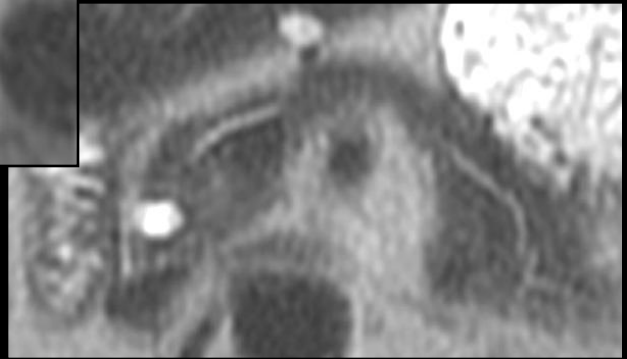
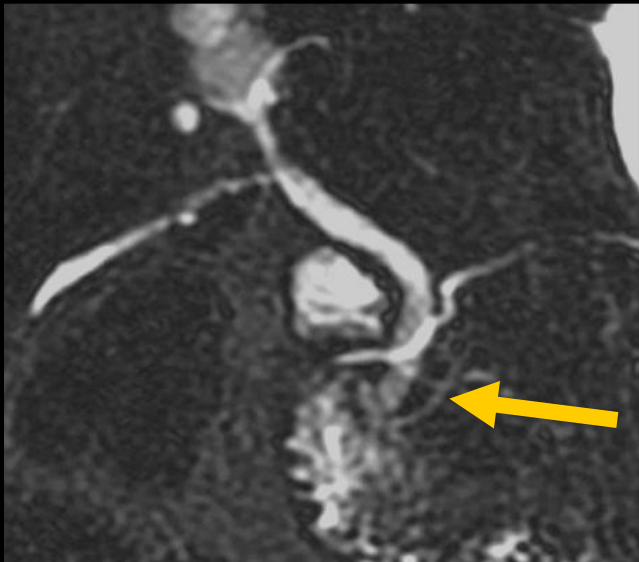
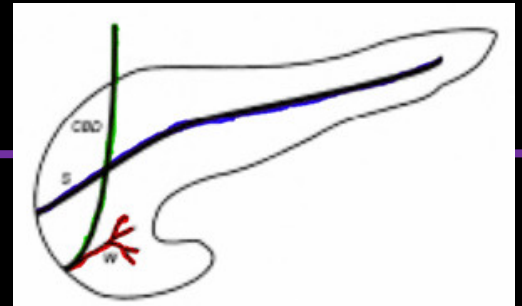


Variantes des CPP



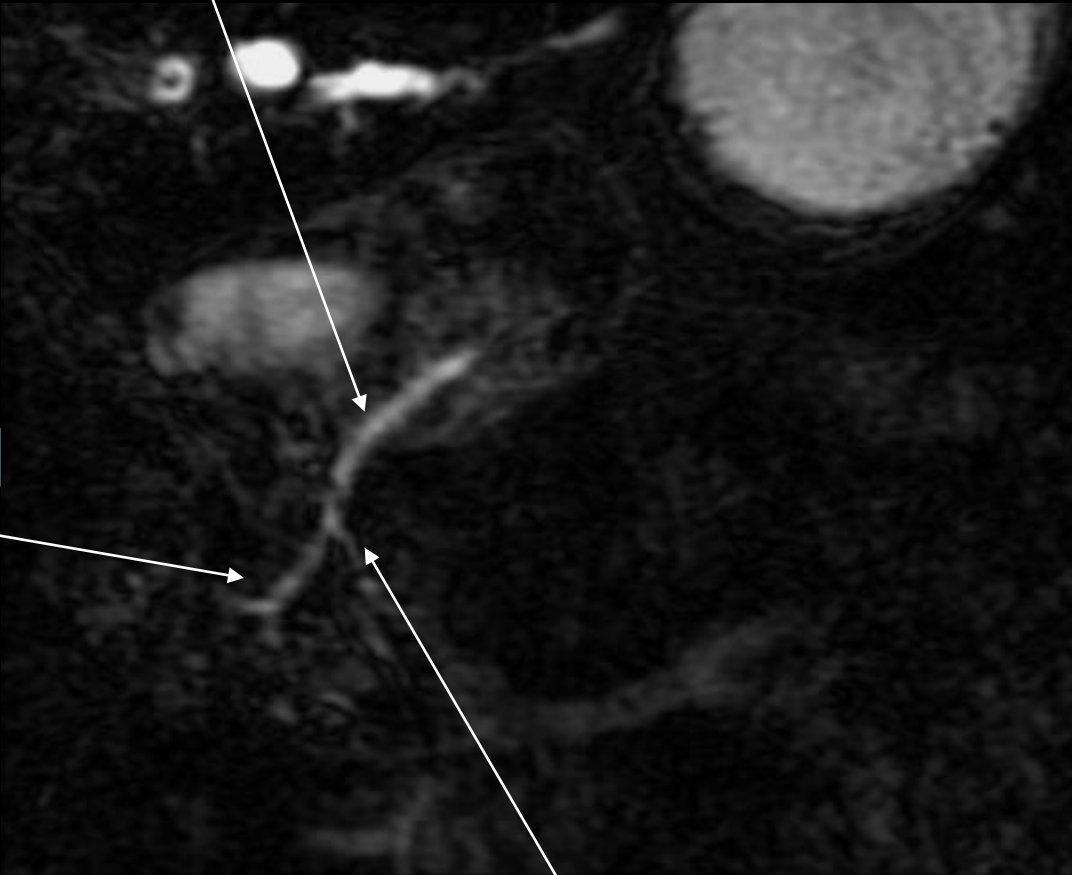


pancréas divisum: 5 à 14%



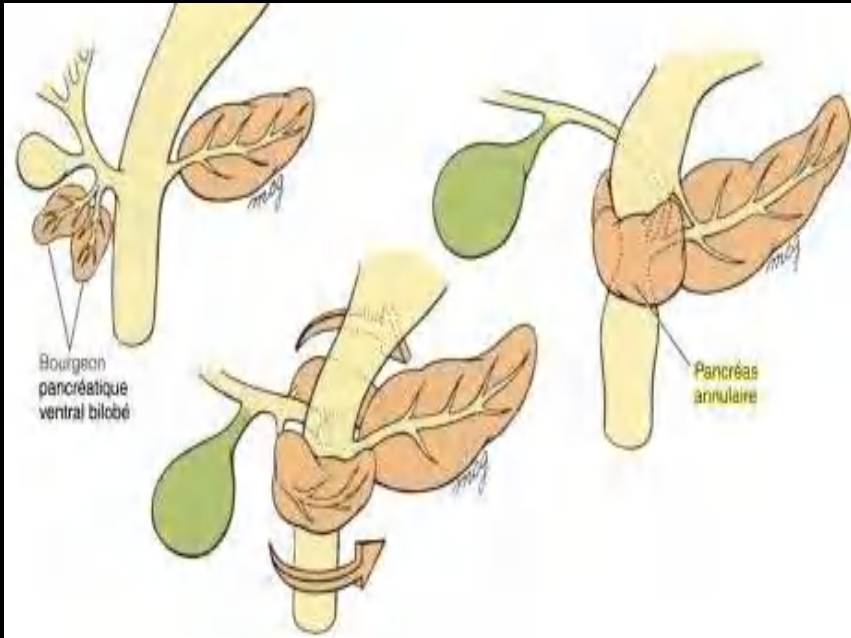
Canal dorsal dominant

CPP

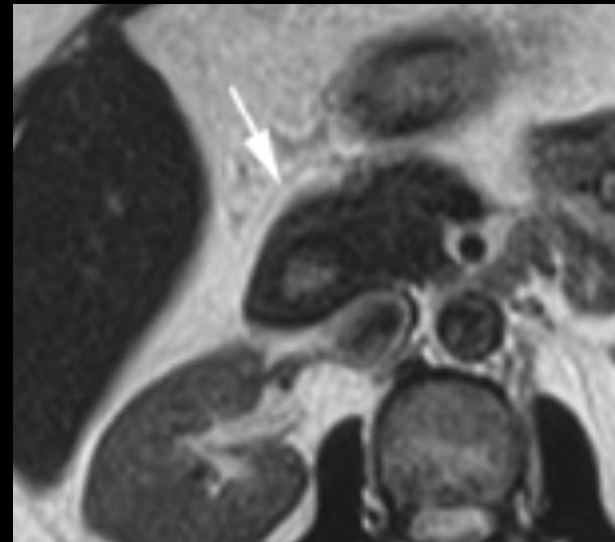


Canal dorsal

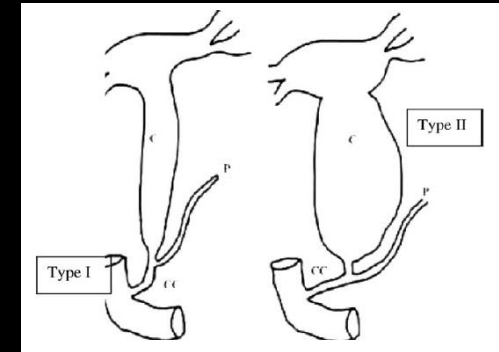
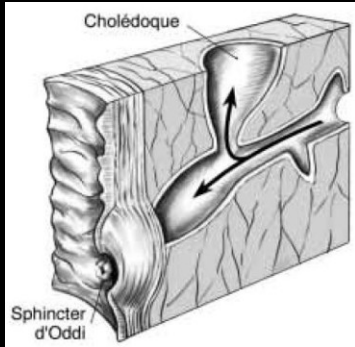
Canal Wirsung



pancréas annulum



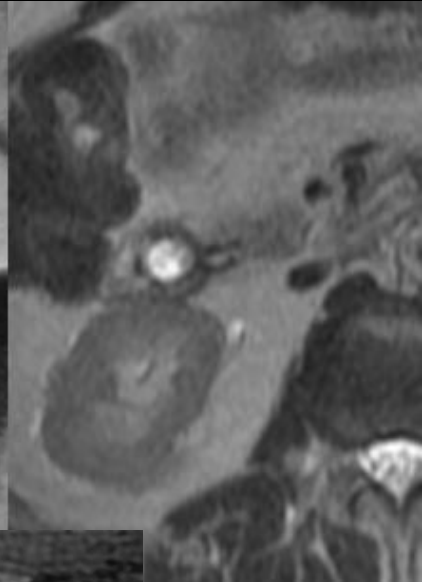
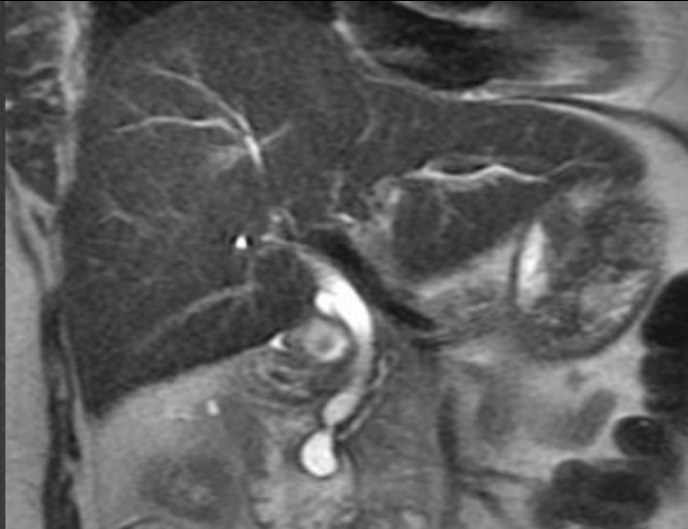
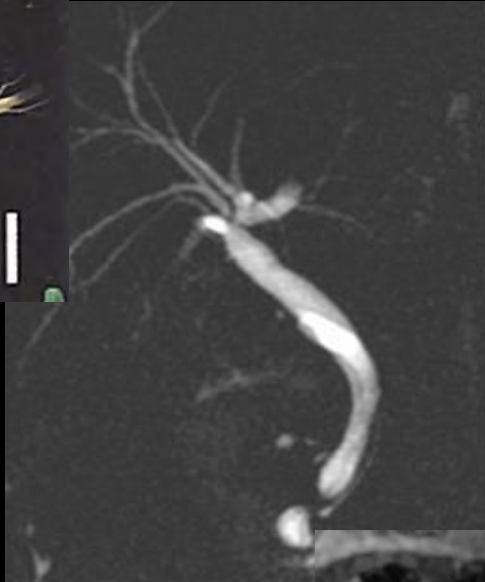
Long common channel + kyste cholédoque



Anomalie jonction biliopancréatique

- canal commun long de **plus de 15 mm**,
- Formé en dehors de la paroi duodénale
- angle de raccordement supérieur à 30°
- Stase biliaire: dilatation VBP
- Inflammation chronique (+reflux suc pancréatique): malignité ?
- 2 types selon Kimura
 - I : pas de rétrécissement bas cholédoque, dilatation modérée, symptomatologie discrète
 - II +++ : rétrécissement bas cholédoque, dilatation importante, symptomatologie sévère

cholédocèle



Etapes de l'interprétation

- Canal pancréatique principal
 - Aspect
 - Variantes anatomiques
 - Abouchement ampoule hépato pancréatique
 - Pathologie?
 - Dilatation complète
 - Dilatation segmentaire ?
 - Dilatation associée des canaux secondaires ?
 - Sténose complète voire disparition
- Etat du parenchyme pancréatique
 - Aspect normal : hyper T1 avec lobulations
 - Evaluation de la trophicité
 - Disparition des lobulations avec coque fibreuse
- Analyse de la jonction bilio pancréatique
- Analyse du bas cholédoque

Merci de votre attention