

## Le péritoine « témoin » de la pathologie abdomino-pelvienne

D Régent

### Histoire de la maladie

Femme de 70 ans, réunionnaise, présentant des douleurs abdominales atypiques et une constipation. L'examen de l'abdomen sans préparation montre les aspects suivants (*fig. 1-3*).

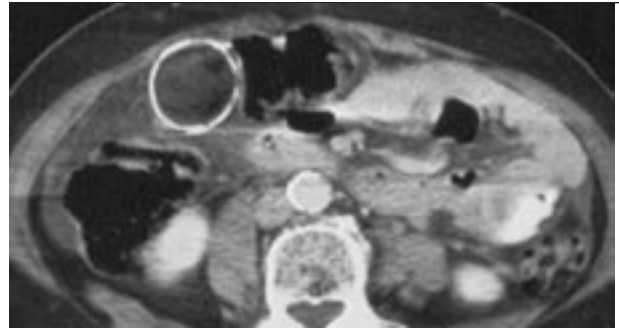


**Fig. 1 :** Abdomen sans préparation.

**Fig. 1:** *Plain film of the abdomen.*

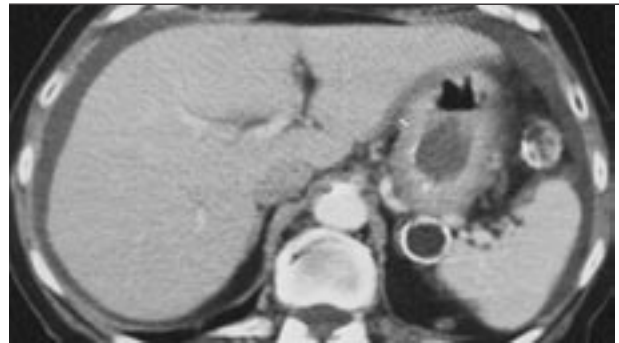
### Questions

1. Quelle(s) hypothèse(s) diagnostique(s) peut-on légitimement évoquer devant de telles images ?
2. Que faire en matière d'imagerie pour trouver l'origine de ces images ?



**Fig. 2 :** Coupe scanner au niveau de l'ombilic.

**Fig. 2:** *CT scan at the level of the umbilicus.*



**Fig. 3 :** Coupe scanner à l'étage sus-mésocolique.

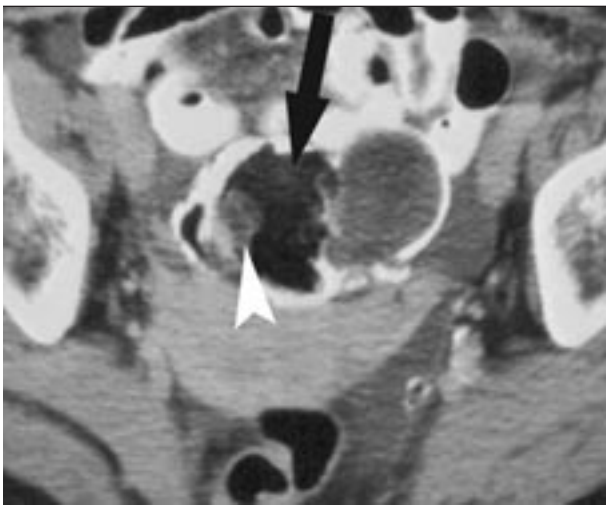
**Fig. 3:** *CT scan of the upper abdomen.*

## Diagnostic

Dissémination du contenu d'un tératome ovarien.

## Réponses

1. L'étiologie des calcifications abdominales était un des morceaux de bravoure de la radiologie digestive à l'époque où celle-ci se réduisait à l'ASP et aux opacifications du tube digestif. Elle reste un bon exercice de rhétorique même à l'époque de l'imagerie en coupes (1) et, devant des calcifications kystiques évidentes (à différencier des concrétions calcaires, des calcifications de parois tubulaires et des masses solides calcifiées), on peut évoquer



**Fig. 4 :** Scanner à l'étage pelvien : image typique de tératome ovarien mature. Composant de densité graisseuse (flèche noire), nodule de Rokitansky (pointe de flèche blanche).

**Fig. 4:** Axial CT scan of the pelvis showing typical aspect of a mature teratoma of the ovary. Fat density component (black arrow), Rokitansky's nodule (white arrowhead).

en premier lieu une échinococcose à *E. granulosus* du péritoine (mais l'île de la Réunion n'est pas un pays d'endémie hydatique !). Les localisations hydatiques péritonéales s'accompagnent, en règle générale, d'une atteinte hépatique de même nature, or la zone de projection du foie est la seule épargnée dans notre cas ; des kystes du mésentère ou des pseudo-kystes peuvent se calcifier mais la dissémination de nombreuses lésions dans toute la cavité abdomino-pelvienne est difficile à admettre, dans un tel contexte. Les corps étrangers post-chirurgicaux anciens peuvent s'organiser en une formation pseudo-kystique aux parois calcifiées mais il faudrait imaginer une équipe chirurgicale bien distraite pour oublier autant de linge opératoire dans l'abdomen... Une muco-cèle appendiculaire, une duplication intestinale peuvent avoir des parois calcifiées, mais la lésion est en principe unique. Des calcifications vasculaires anévrysmales ou des structures rétro-péritonéales calcifiées (polykystose rénale) ne peuvent expliquer les images observées.

Même avec de la réflexion, on reste donc perplexe, malgré l'aide de la littérature récente et pourtant !... Il s'agit d'images « à la tante Minnie » dont on peut (doit !) faire le diagnostic au premier coup d'œil et que l'on peut confirmer de façon simple.

2. Pour étiqueter ces images, il suffit d'explorer le pelvis où l'on retrouve les aspects typiques d'un tératome ovarien mature (kyste dermoïde de l'ovaire) avec l'image du nodule de Rokitansky et le contenu graisseux caractéristiques (fig. 4).

Les images péritonéales calcifiées correspondent donc à une dissémination du contenu du tératome faisant suite à une fissuration lente très ancienne. L'organisation de ces collections avec constitution d'une coque fibreuse périlésionnelle secondairement calcifiée aboutit à ce « lâcher de ballons » abdominal dont les aspects sont pathognomoniques d'une forme chronique de péritonite dermoïde.

## Références

1. Baker SR, Kyunghee CC. Abdominal calcifications. In: Gore RM, Levine MS. Philadelphia, Textbook of gastrointestinal radiology, 2<sup>nd</sup> ed., 2000, WB Saunders ed., p. 178-87.