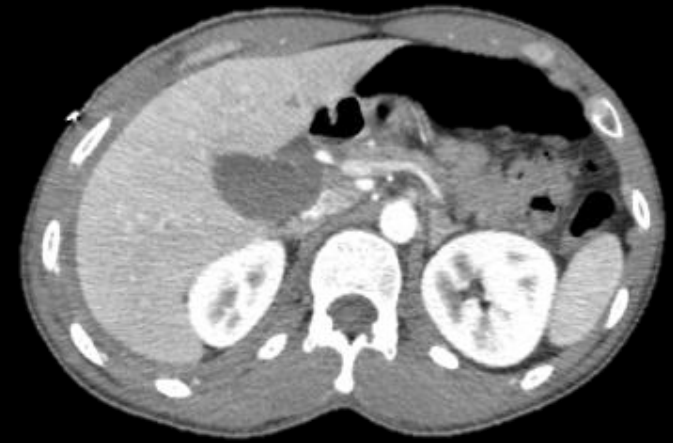


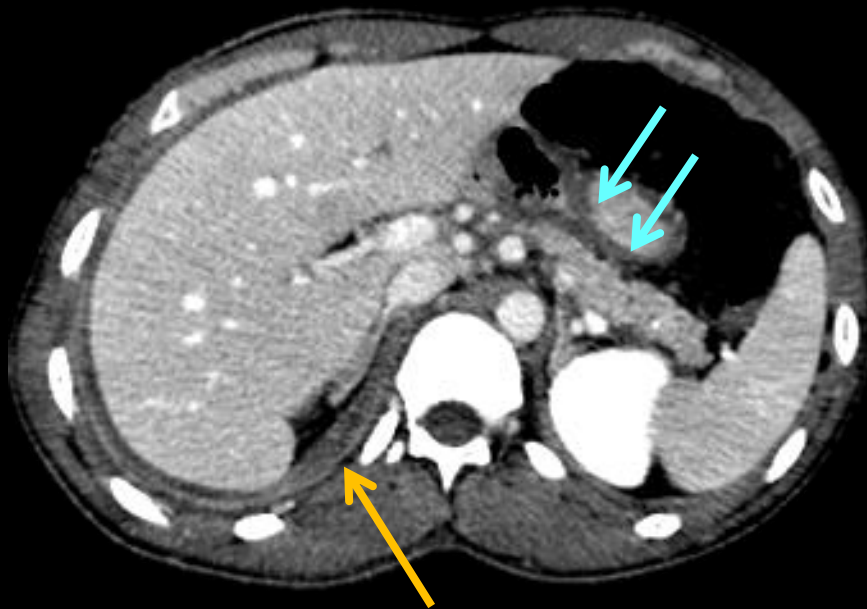
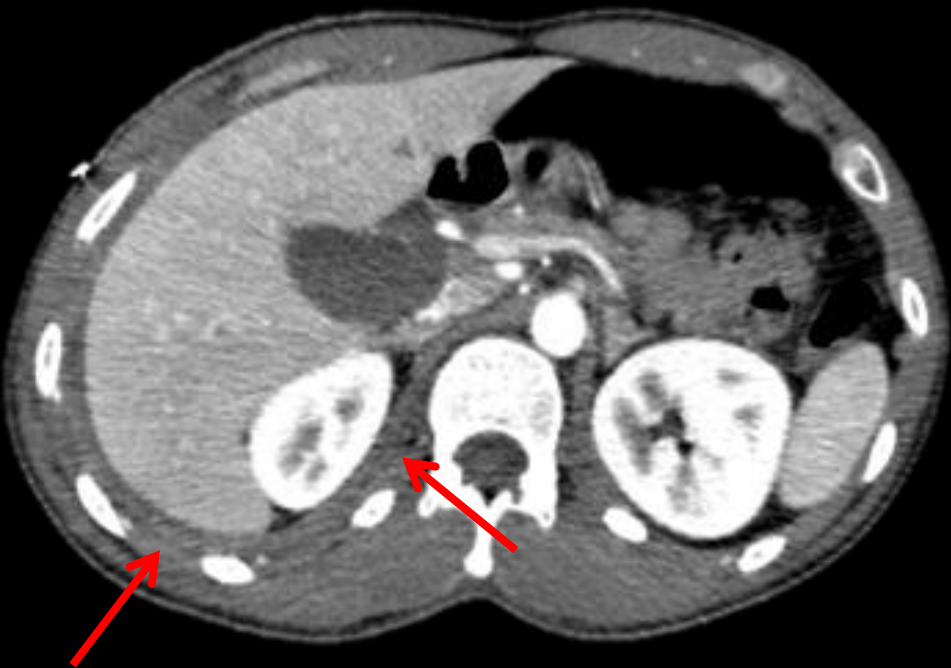


Patient de 31 ans, hospitalisé pour épanchement pleural droit. Pancréatites à répétition.

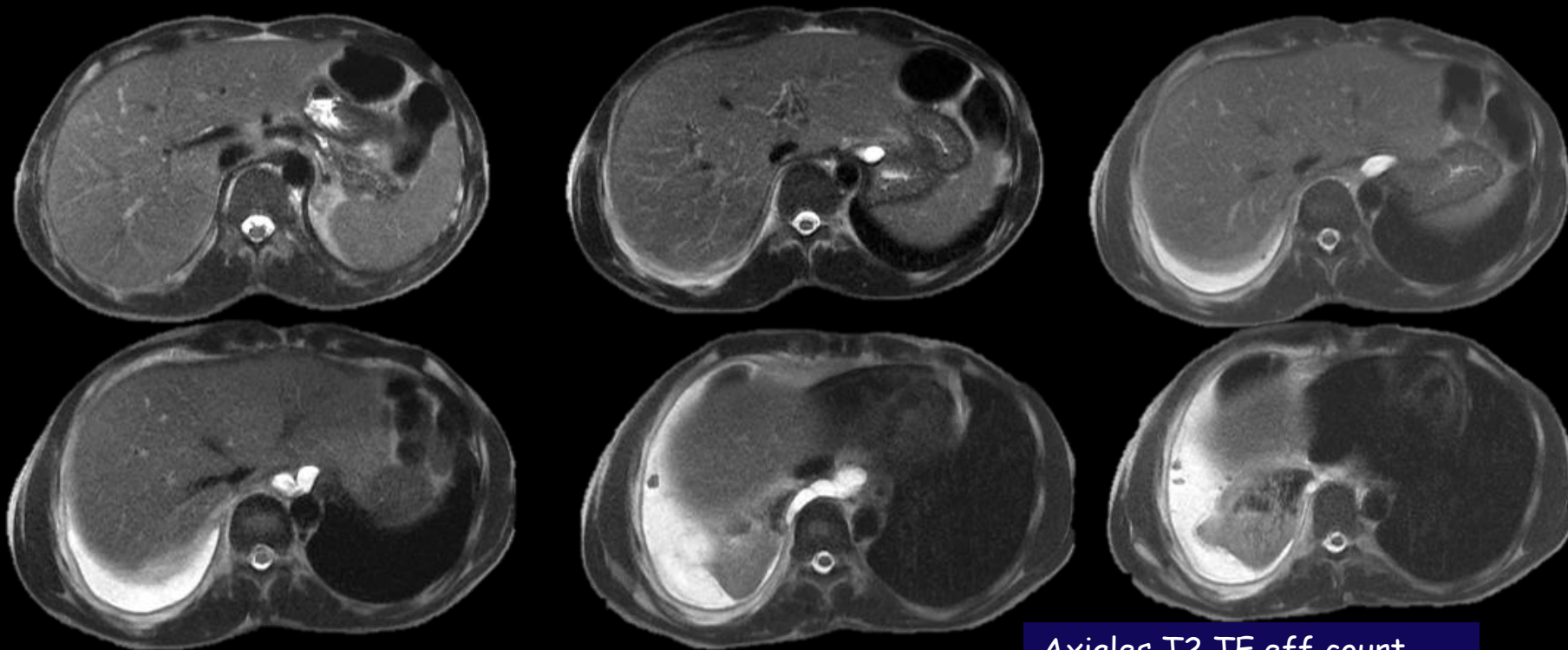
Quels sont les items sémiologiques à retenir sur les coupes scanographiques de l'étage sus-mésocolique



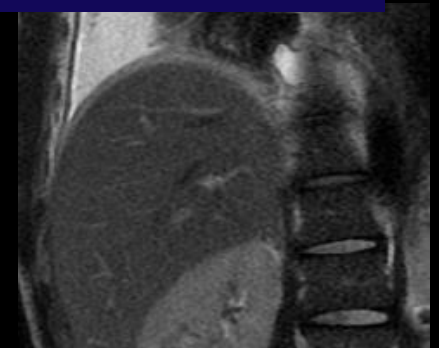
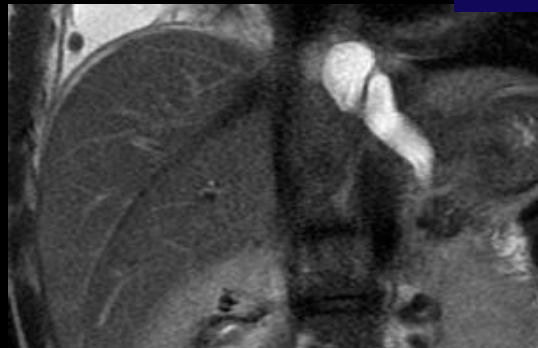
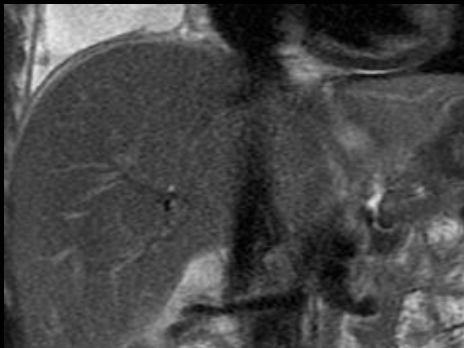
Romain GILLET IHN



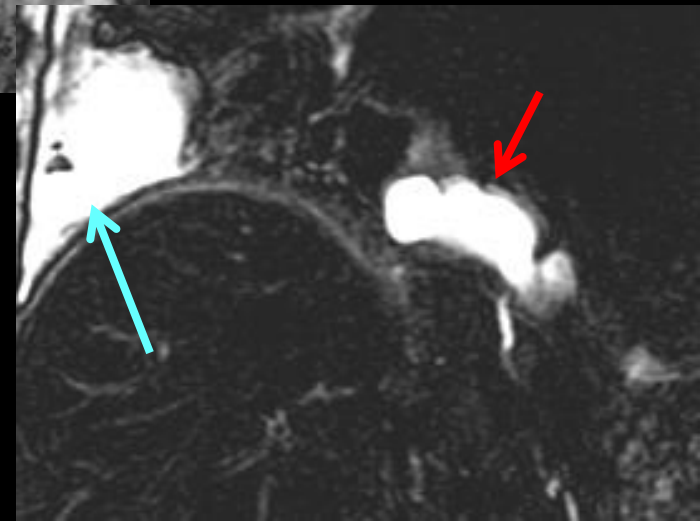
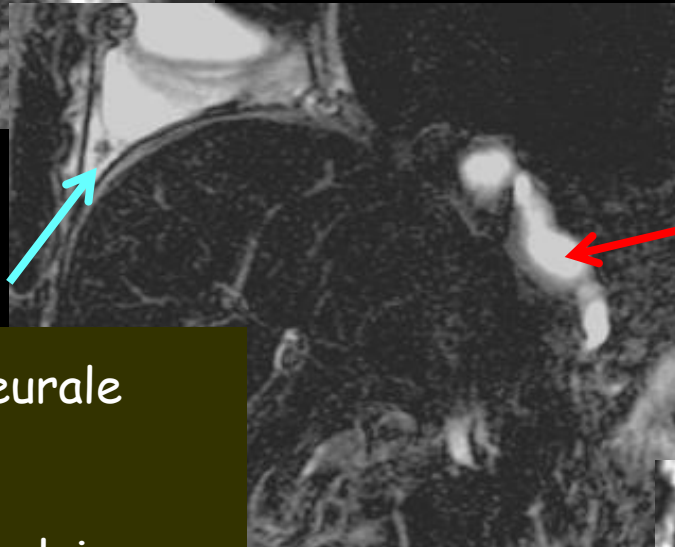
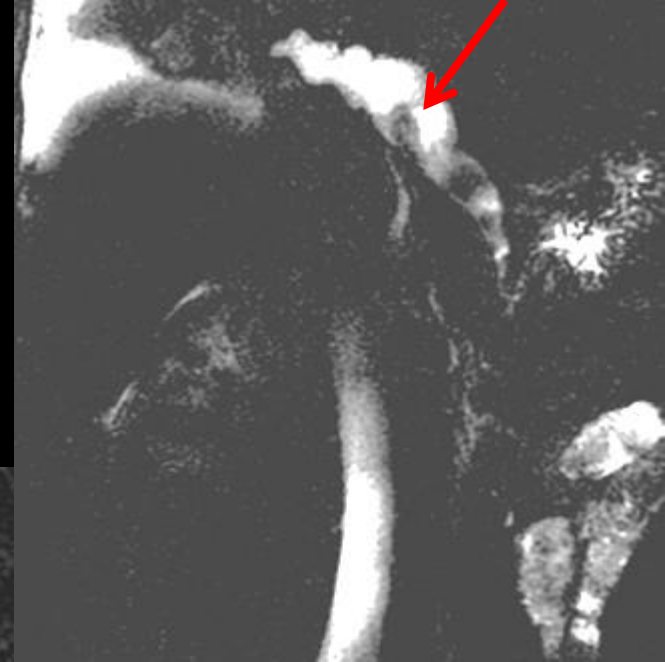
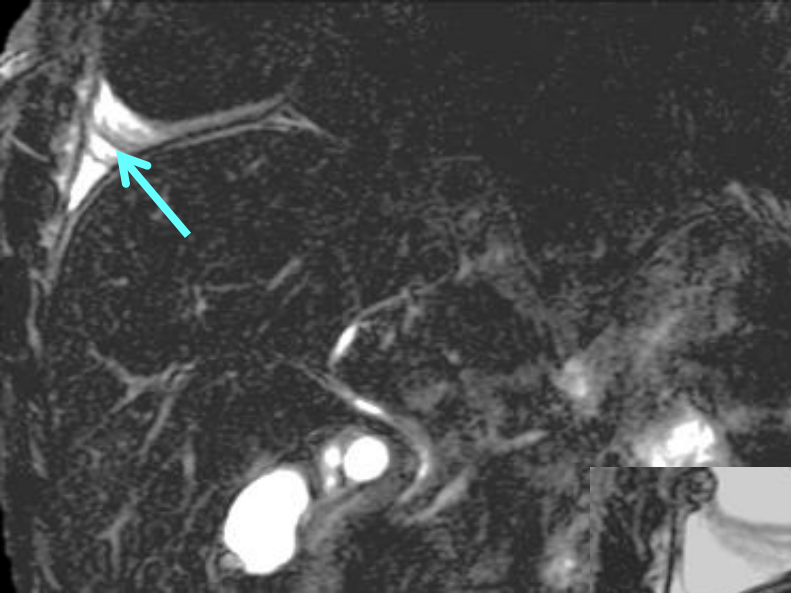
une lecture attentive des images avec un fenêtrage adaptatif est nécessaire . Elle montre l'infiltration péripancréatique depuis la jonction corporeo-caudale jusqu' à la partie postérieure de la grande cavité pleurale droite, siège d'un petit épanchement et dont les 2 feuillets (pariétal et viscéral) sont nettement épaissis



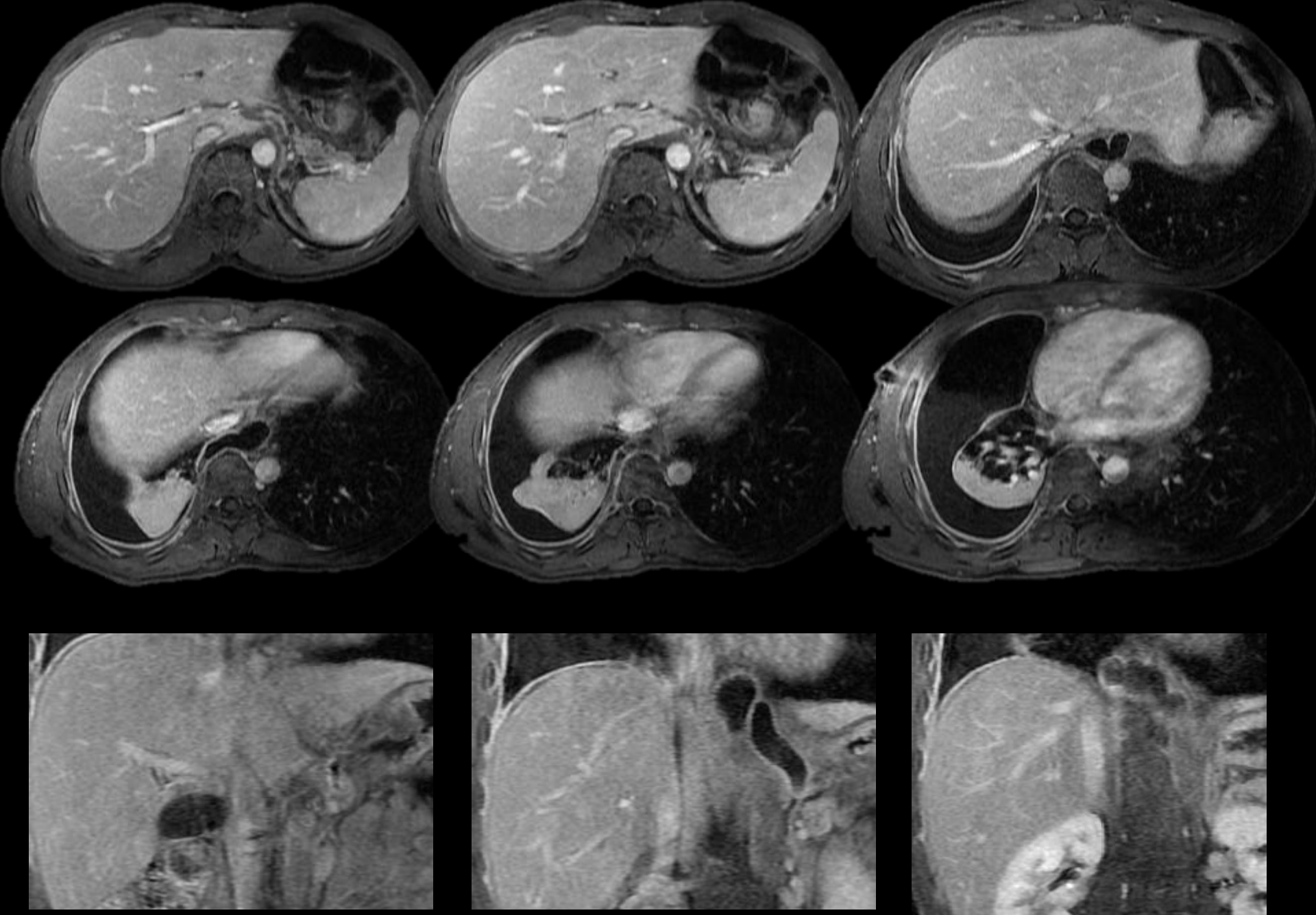
Axiales T2 TE eff court



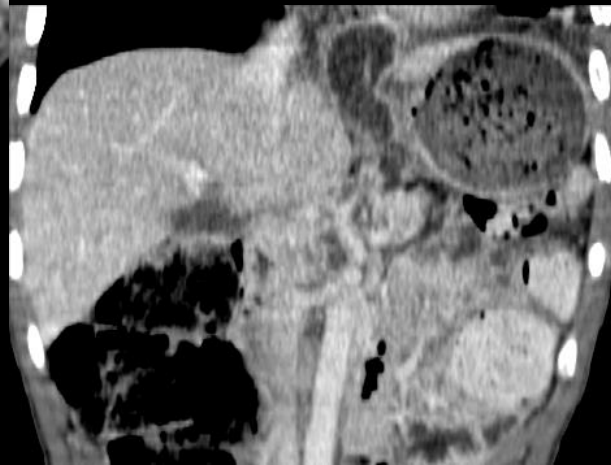
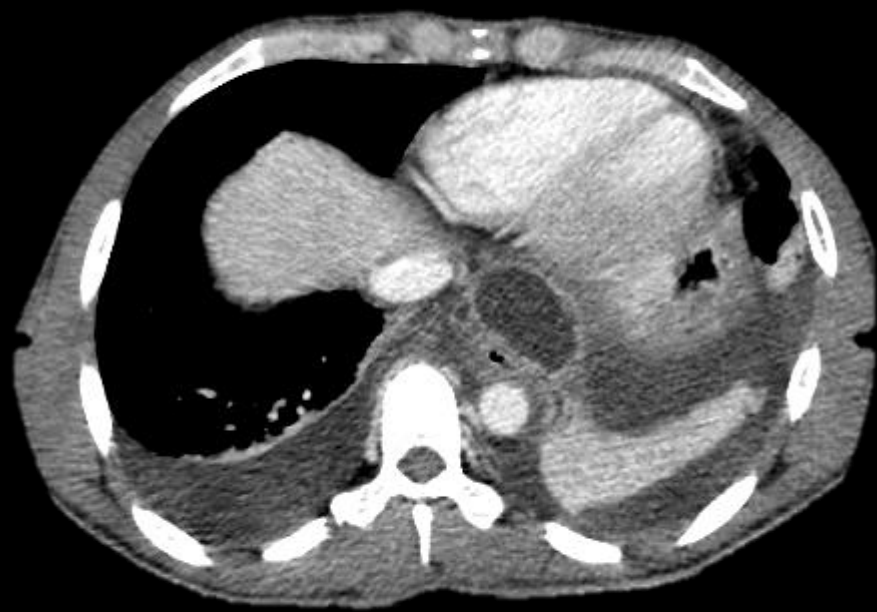
l'IRM en pondération T2 modérée (TE eff 200 ms) , avec saturation du signal de la graisse est la technique idéale pour étudier les fluides stationnaires , dans les structures canales normales et/ou néoformées



- Fistule pancréatico-pleurale droite
- Communication néo-canalair joignant le canal pancréatique principal, de la jonction corporéo-caudale au cul de sac pleural postéro-interne droit



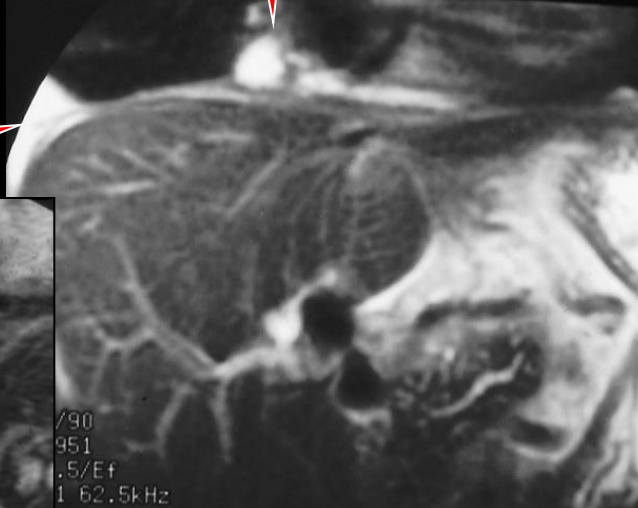
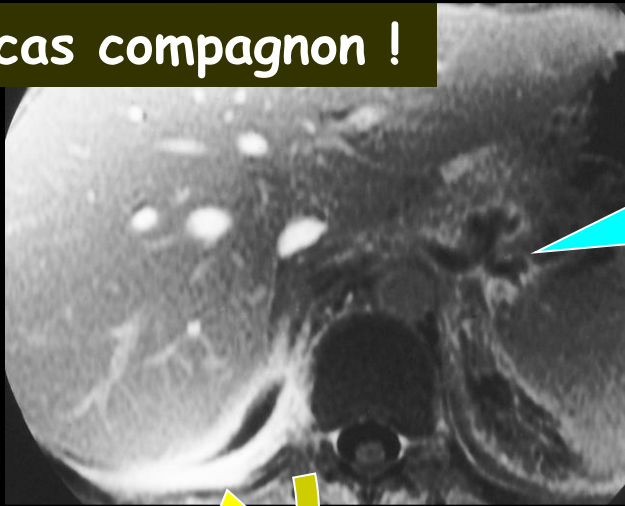
Axiales et frontales T1 gadolinium, Fatsat LAVA IV



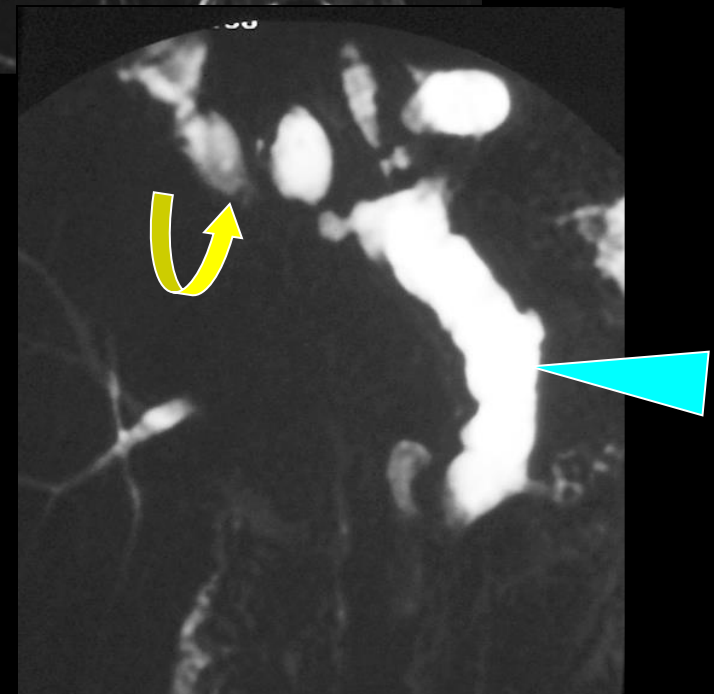
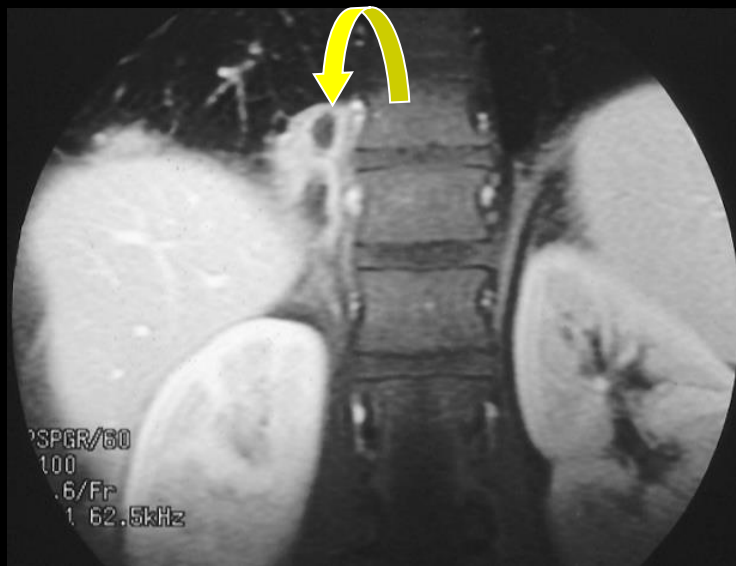
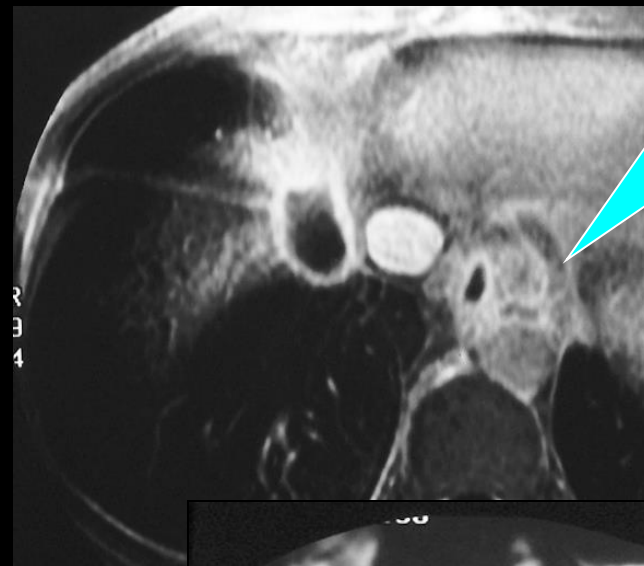
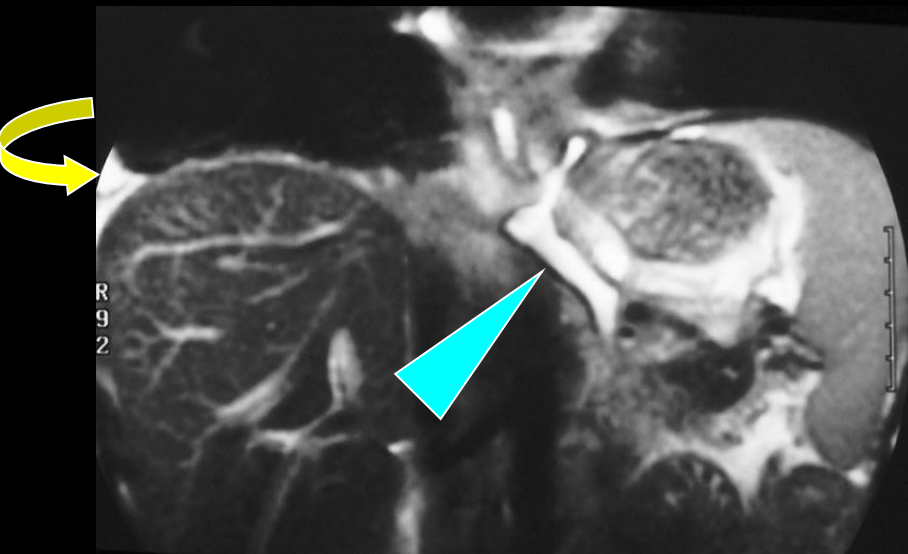
Scanner précédent :

- trajet fistuleux en voie d'organisation avec collections nécrotiques aiguës médiastinales postérieures rétro cardiaques et para-œsophagiennes.
- réaction pleuro-parenchymateuse basale postérieure gauche

cas compagnon !

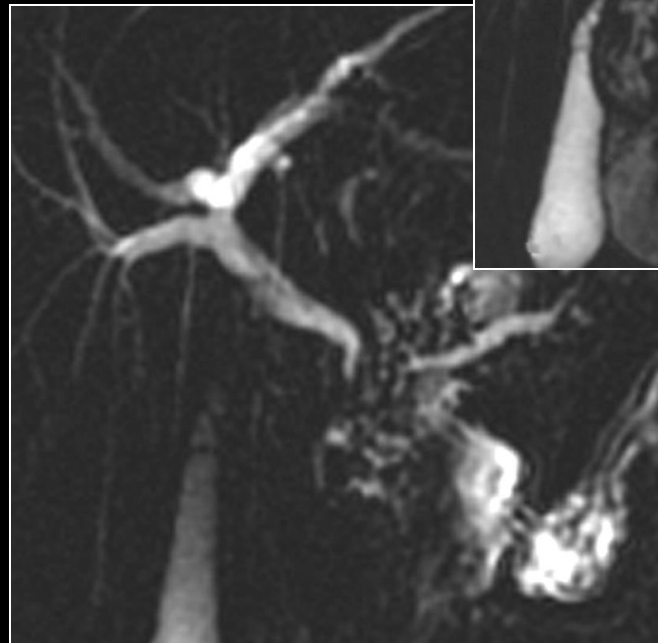
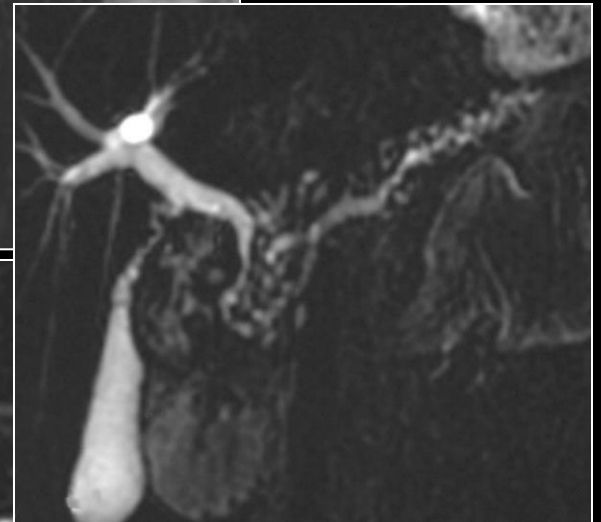
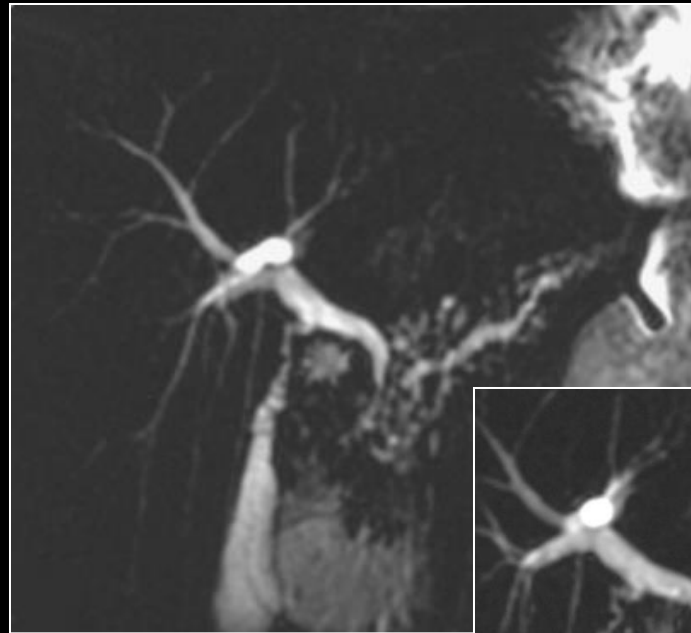


pleurésie amylosique chronique droite par fistule pancréato-
pleurale droite-gauche-droite !



pleurésie amyloïdique chronique droite par fistule pancréato-pleurale droite-gauche-droite !

état initial

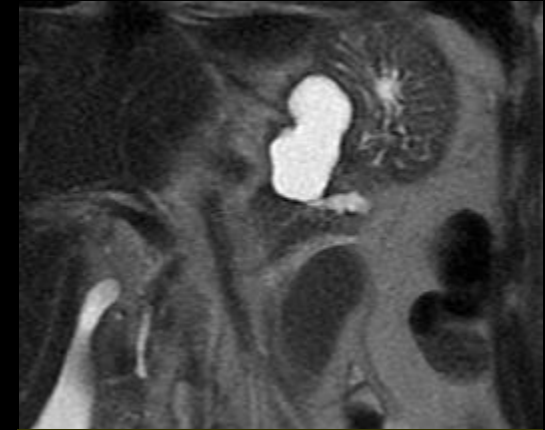


évolution sous
traitement

pleurésie amyloïdique chronique droite; contrôle après tarissement de la fistule

Fistules pancréatico-pleurales (pleurésies amylasiques)

- Rares :
 - Moins de 1% des épanchements pleuraux
 - 3-7% des pancréatites
 - Association à une fistule abdominale dans 0,4-7% des pancréatites chroniques, 6-14% des patients avec pseudokyste pancréatique
- **Pancréatite aiguë** ou chronique+++/traumatisme (0,5%)
- **Pseudokyste médiastinal/épanchements pleuraux récidivants, à gauche dans 76% des cas**
- NB : pseudokystes de découverte fortuite chez 20% des patients



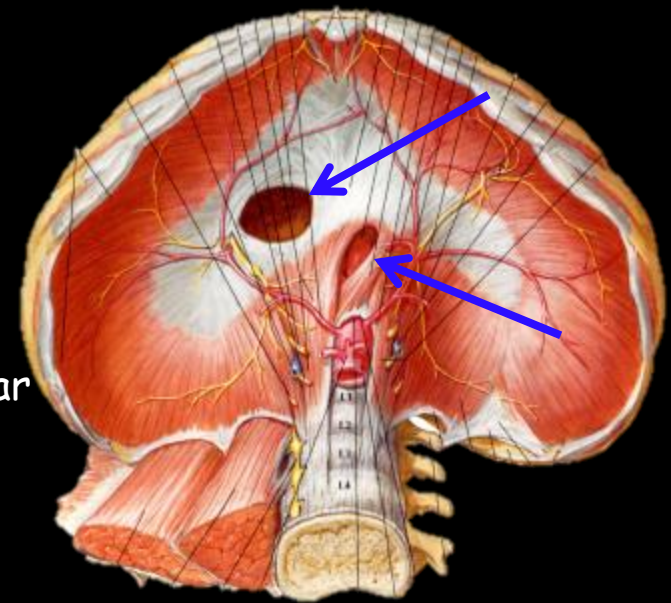
T2 TE eff court



T2 TE eff long

Fistules pancréatico-pleurales (pleurésies amylasiques)

- Résulte de :
 - nécrose kystique aiguë rompue +++
 - Lésion du canal pancréatique principal
- Passage de sécrétions pancréatiques vers le médiastin par le **hiatus œsophagien** ou le hiatus **aortique** ou Trans diaphragmatique
- Lésion du canal pancréatique principal :
 - Antérieure : fistule pancréatico-péritonéale = **ascite**
 - Postérieure : passage rétropéritonéal avec formation d'une fistule ou d'une nécrose kystique (69-77%), secondairement rompue formant une fistule pancréatico-pleurale



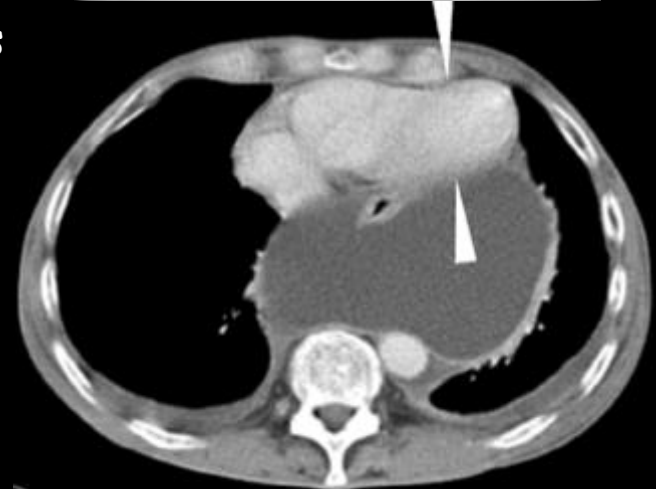
Fistules pancréatico-pleurales (pleurésies amylasiques)

- Clinique :

- **Épanchement pleural :**

- Dyspnée, toux, douleur thoracique
 - Sepsis
 - **Gauche 76%/droit 19%/bilatéral 14%**
 - Abondants, **récurrents** malgré drainages répétés

- Symptômes respiratoires plus fréquents
qu'abdominaux : dyspnée +++
 - Compression trachéale/œsophagienne/cardiaque
 - Ascite 20%, péricardite 4%
 - Principale complication : **surinfection**



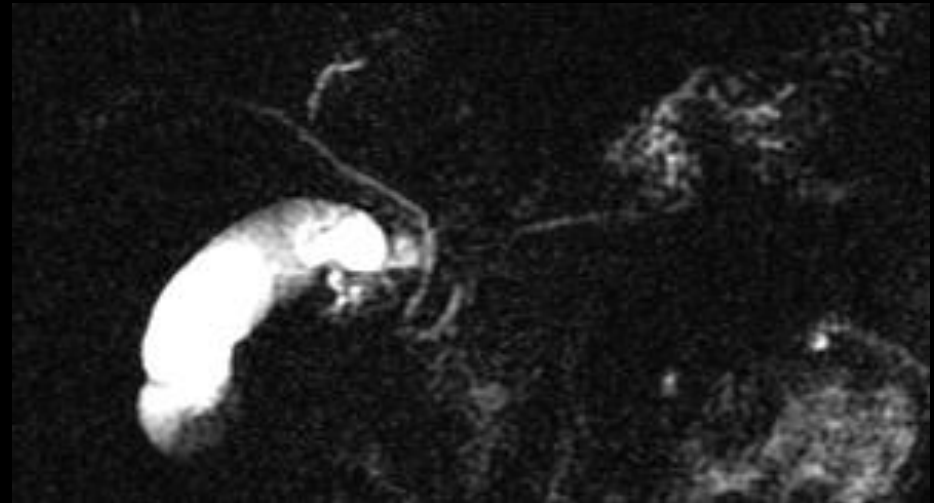
R Drescher. Médiastinal pancreatic pseudocyst with isolated thoracic symptoms: a case report. Journal of Medical Case Reports 2008, 2:180

Fistules pancréatico-pleurales (pleurésies amylasiques)

- Diagnostic :
 - Retardé : 12-49 jours
 - Différentiel avec la "réaction pleurale" de la pancréatite aiguë, plus petite, à gauche (3-17%)
 - Analyse du liquide :
 - Amylase > 150 UI/L
 - Lipase
 - Albumine > 3 g/dL
 - Taux sanguin des enzymes pancréatiques habituellement peu
- élevé (résorption pleurale)
- Autres causes d'" amylo-pleurie" :
 - Néoplasie pulmonaire, rectale, mammaire...
 - Pneumopathie
 - Perforation œsophagienne
 - Hémopathie
 - Cirrhose
 - Hydronéphrose
 - Tuberculose pulmonaire

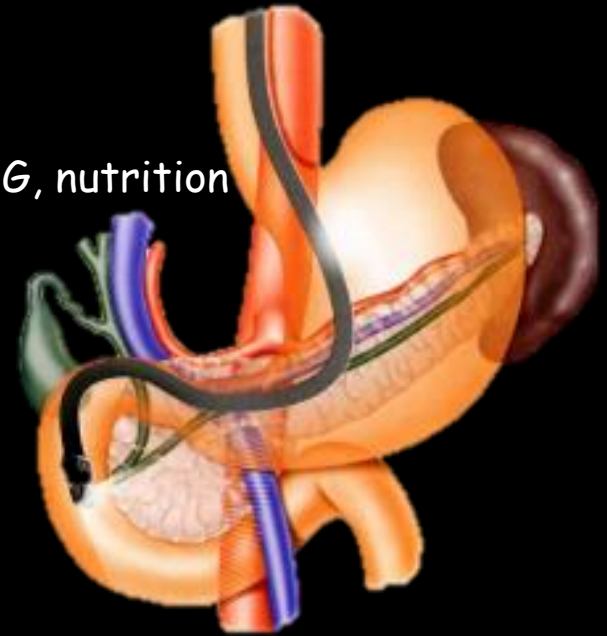
Fistules pancréatico-pleurales (pleurésies amylasiques)

- Radiographie thoracique
- TDM :
 - Gold standard pour l'évaluation d'un épanchement pleural
 - Bonne résolution spatiale pour l'étude de la fistule, plus sensible après cholangiopancréatographie
 - Bilan de la pancréatite
- MRCP+++ :
 - Visualisation du canal pancréatique
 - Parenchyme pancréatique
 - Bilan des complications abdominales
 - Bilan morphologique pour décision thérapeutique
- ERCP :
 - Peu performante pour les lésions distales du CPP, surtout en cas d'obstruction d'amont (Se 80%, visualisation du trajet dans 59-74% des cas)



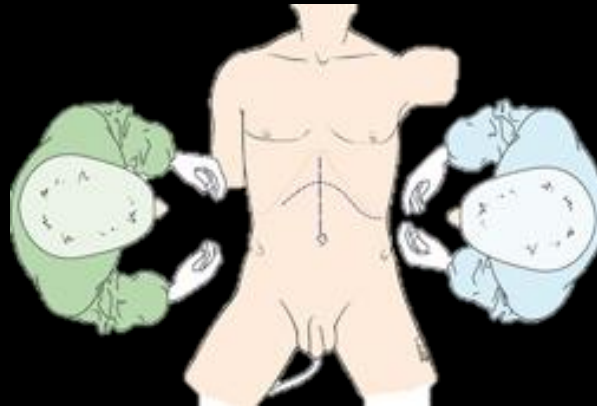
Fistules pancréatico-pleurales (pleurésies amylasiques)

- **Traitement médical premier**
- **Traitement conservateur simple :**
 - Drainage de l'épanchement pleural (arrêt du jeune, SNG, nutrition parentérale...)
 - Echec, complications (durée 2-4 semaines)
- **Traitement endoscopique :**
 - Octréotide (2-6 mois)
 - Thoracocentèse (6-24 jours)
 - **Stent ductal** : oblitération de la brèche (corporéo-céphaliques dans la majorité des cas), diminution de la pression canalaire = fermeture spontanée de la fistule possible.
 - Encourageant, prise en charge des sténoses canalaire, des calculs canalaire dans le même temps
 - De réalisation difficile pour les lésions canalaire distales
 - **Traitement médical au sens large : succès 30-60%, récurrence 15%**



Fistules pancréatico-pleurales (pleurésies amylasiques)

- **Chirurgie** :
 - Échec du traitement médical
 - Non accessibilité au traitement endoscopique
 - Indication opératoire autre
 - Résection/entérotomie/kystogastrostomie ou jéjunostomie
 - Succès 90%, récurrence 18%

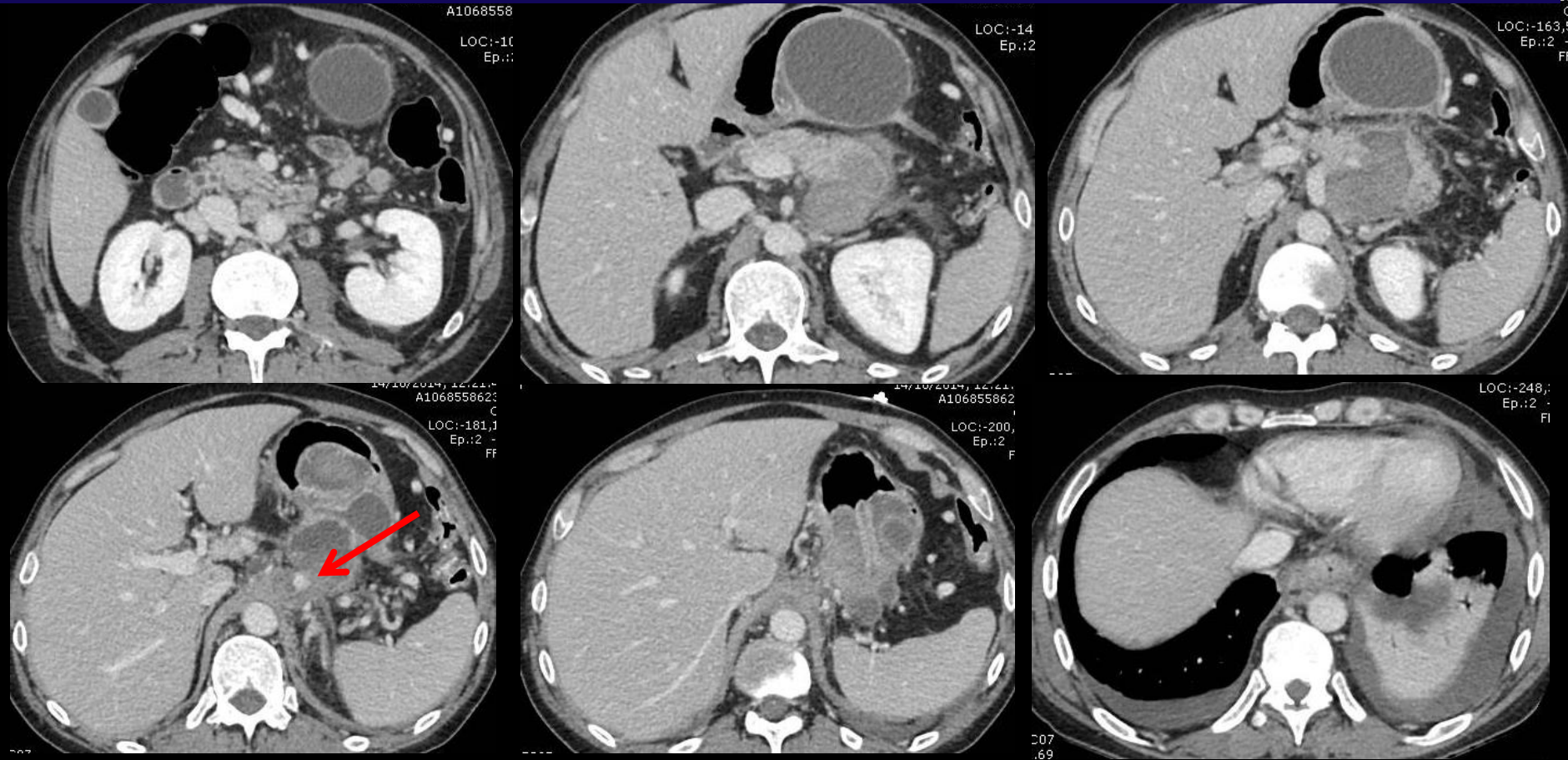


Fistules pancréatico-pleurales (pleurésies amylasiques)

- **Postérieures** +++ (hiatus aorte/œsophage)
- **Orifice VCI** : médiastin moyen
- **fentes de Marfan** (médiane) ou **de Larrey** (paramédianes)
- Douleur thoracique, dysphagie, épanchements pleuraux (...) hémothorax, tamponnade, fistule oesophagienne

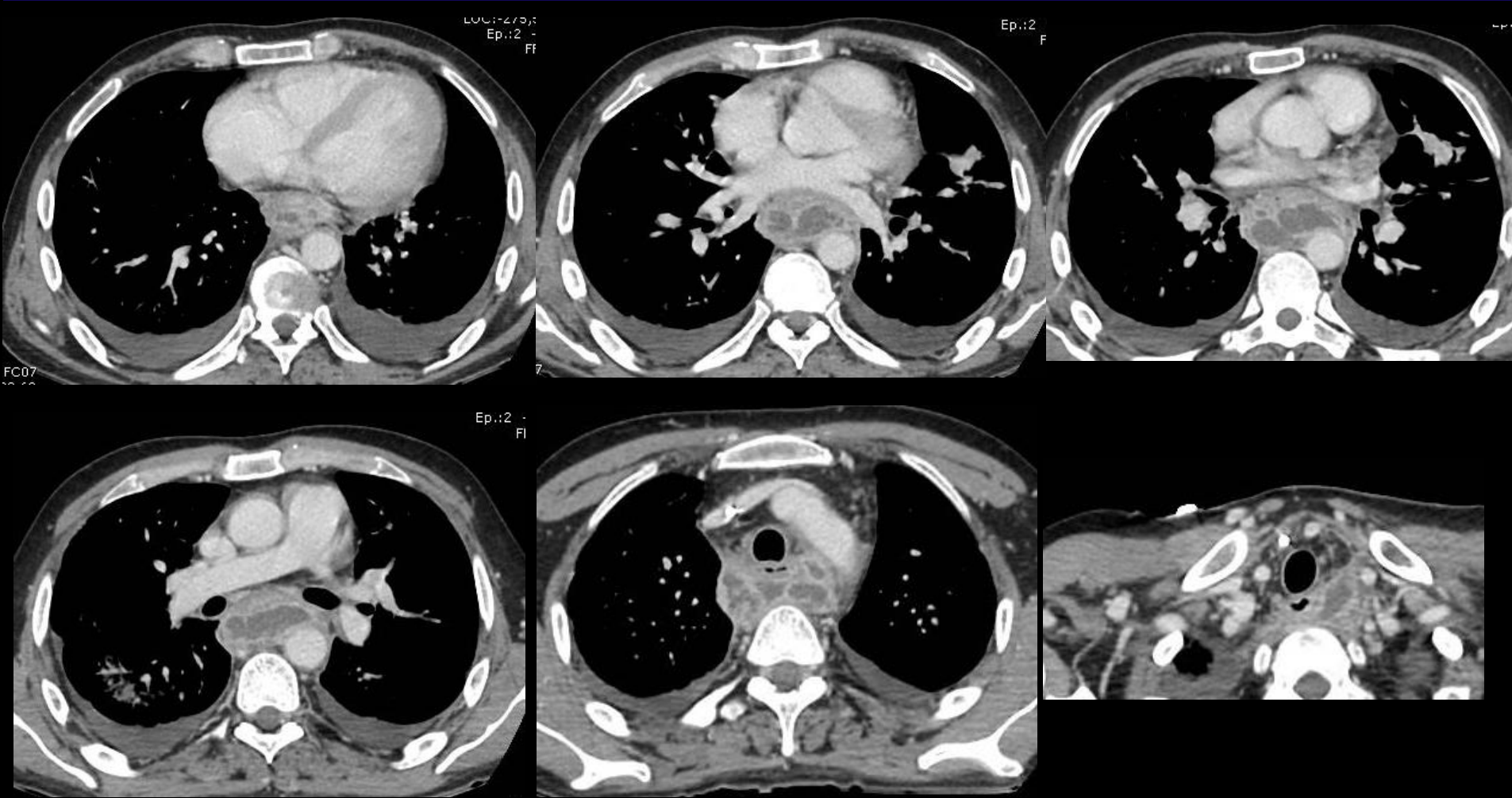


Médiastinites d'origine pancréatitique



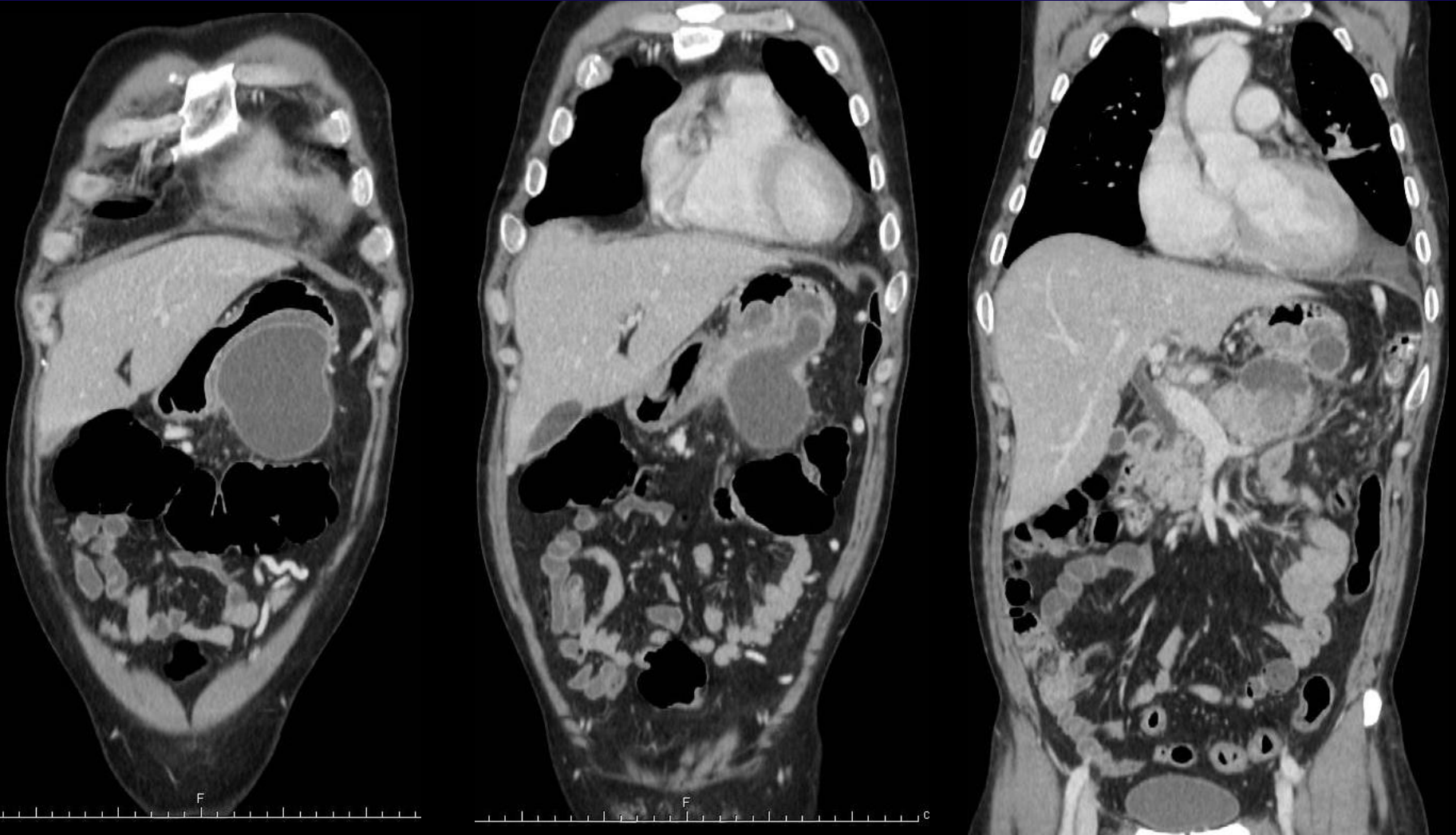
le diagnostic de **pancréatite nécrosante sévère** du pancréas caudal avec **collections aiguës nécrotiques** multi cloisonnées de la loge pancréatique et de la **cavité omentale** s'impose . Il existe en outre un **faux anévrysme de l'artère splénique** responsable d'un hématome, une HTP segmentaire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

Médiastinites d'origine pancréatitique



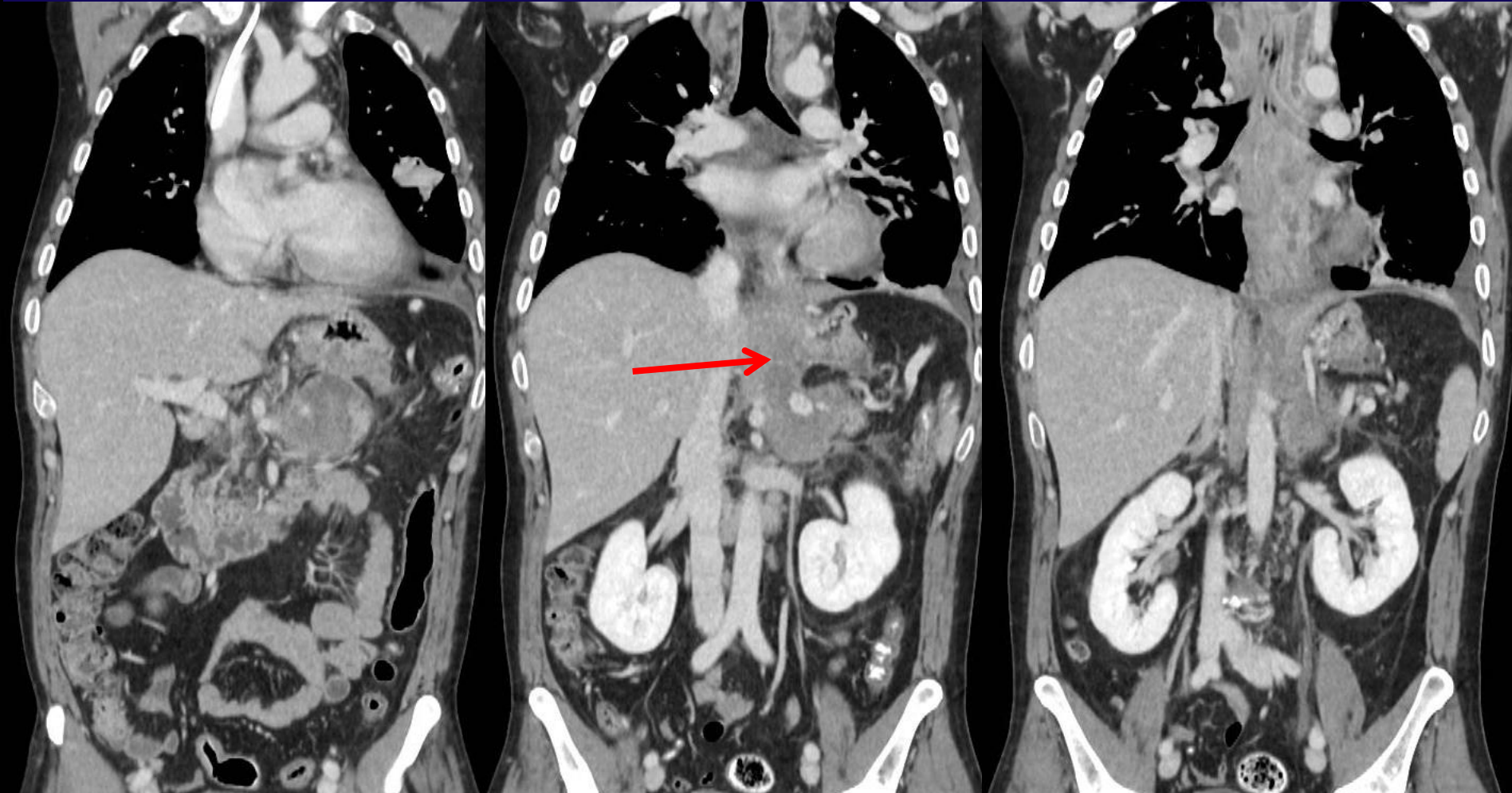
les collections aiguës nécrotiques s'étendent sur toute la hauteur du médiastin , jusqu'au cou. Elles sont circonscrites par une structure mince qui les englobe de façon complète. l'œsophage est refoulé et comprimé s'abord vers l'avant puis vers la gauche

Médiastinites d'origine pancréatitique



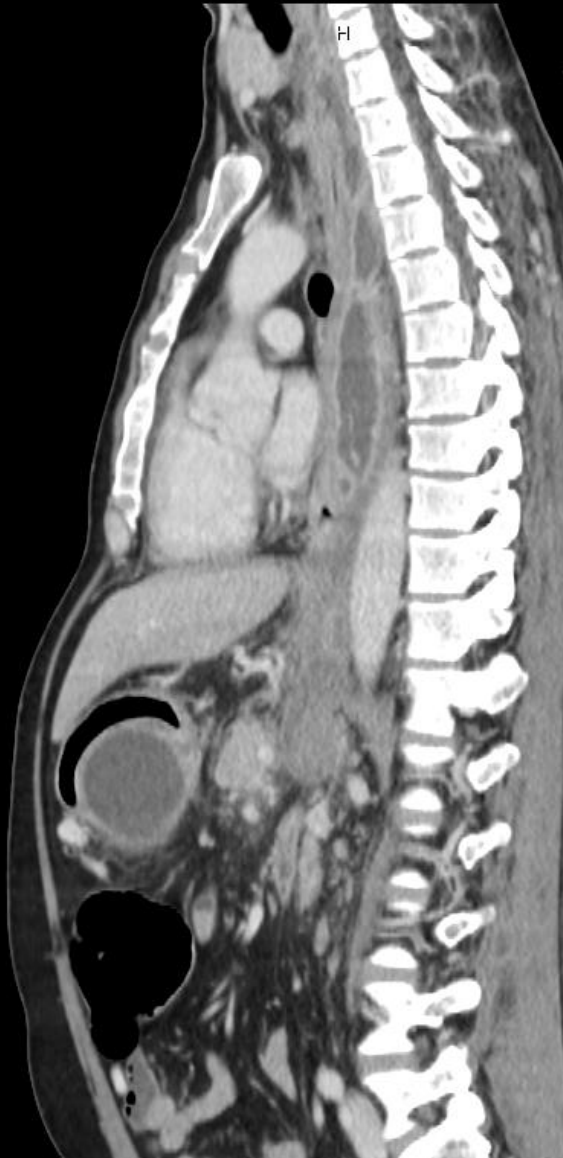
la pancréatite nécrosante sévère du pancréas caudal avec collections aiguës nécrotiques multi cloisonnées de la cavité omentale et épaissement œdémateux de la paroi postérieure de l'estomac ne font aucun doute

Médiastinites d'origine pancréatitique

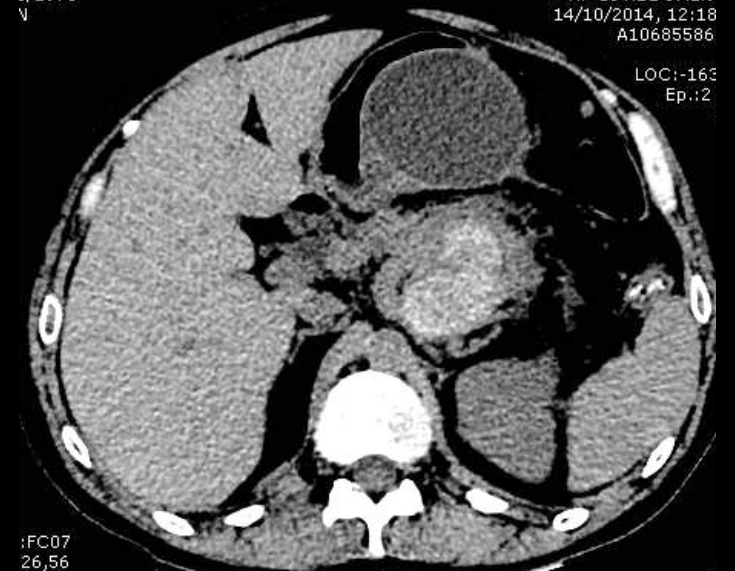
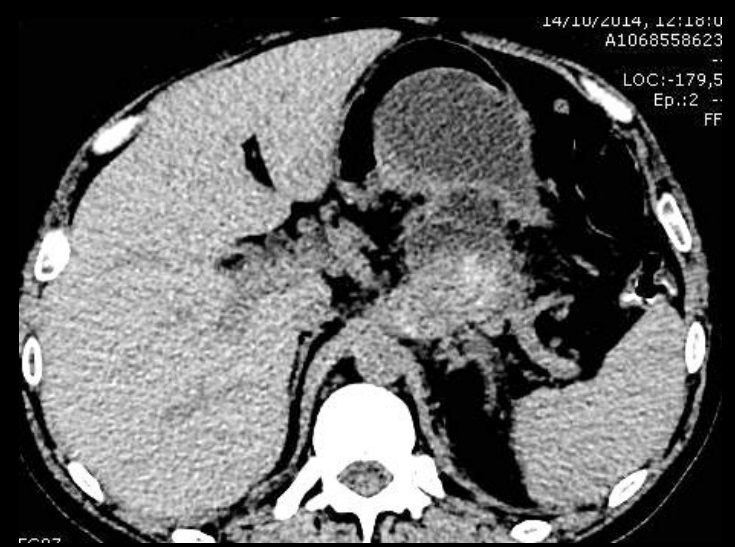
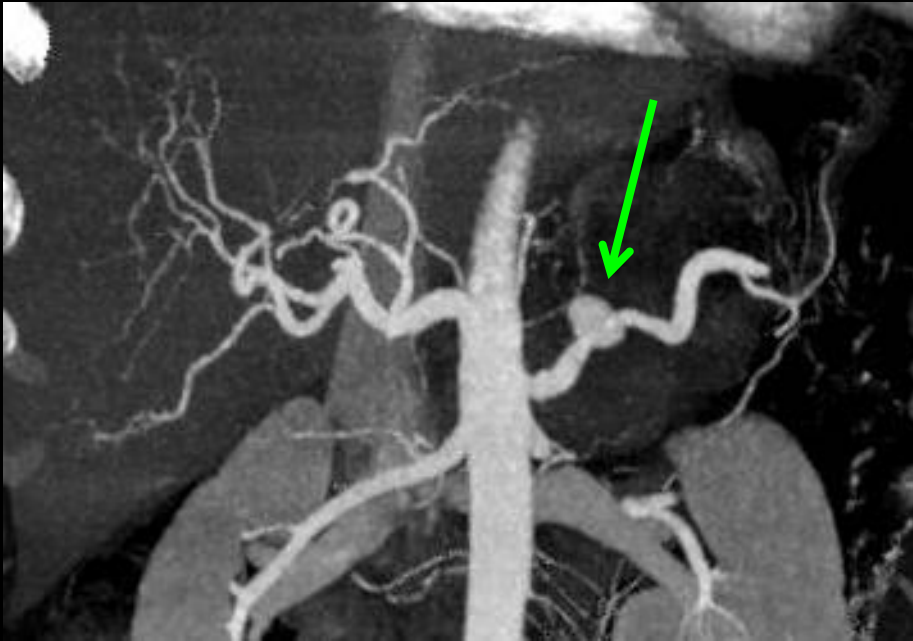


les collections aiguës nécrotiques multi cloisonnées se poursuivent dans le vestibule de la cavité omentale puis montent le long du bord gauche de la VCI puis du bord droit de l'aorte thoracique descendante jusqu'à la jonction cervico-thoracique

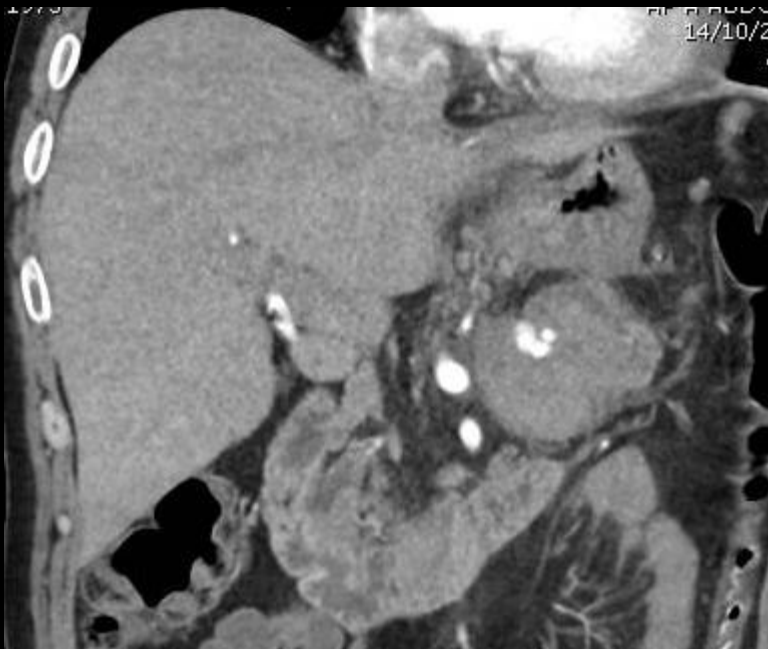
Médiastinites d'origine pancréatitique



-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

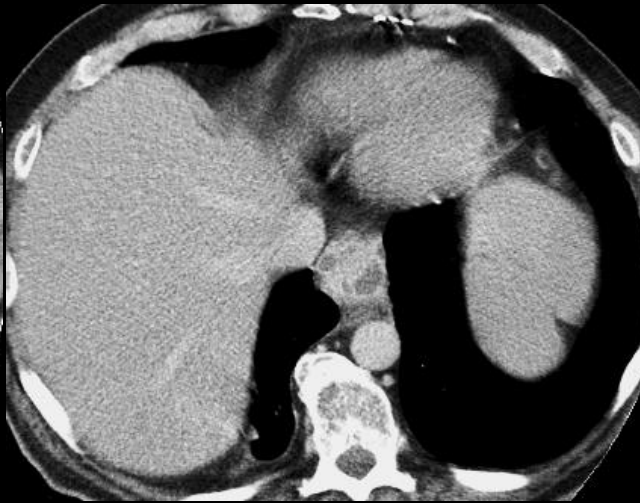
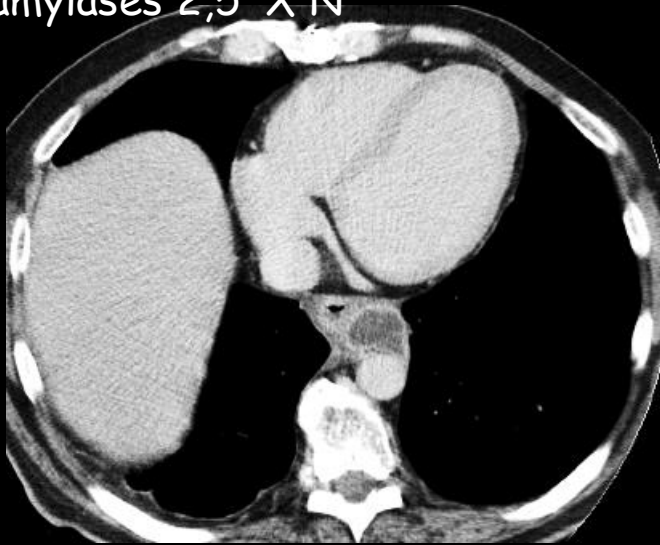
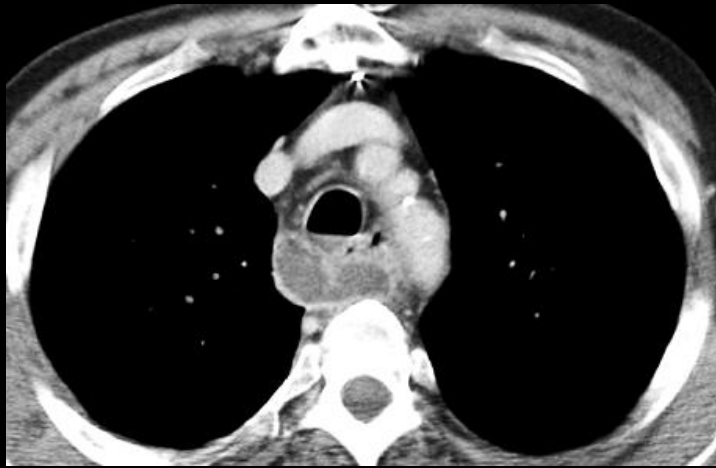
Médiastinites d'origine pancréatitique

-cas n°2

cas compagnon

(M. Noel Lamy, G. Schmutz Sherbrooke)

-homme 61 ans
douleurs thoraciques
et dyspnée,
pancréatite chronique
hypertriglycémie
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
nécrotiques médiastinales remontant jusqu'à la jonction cervico-thoracique en restant au
contact de l'aorte thoracique descendante

Médiastinites d'origine pancréatique

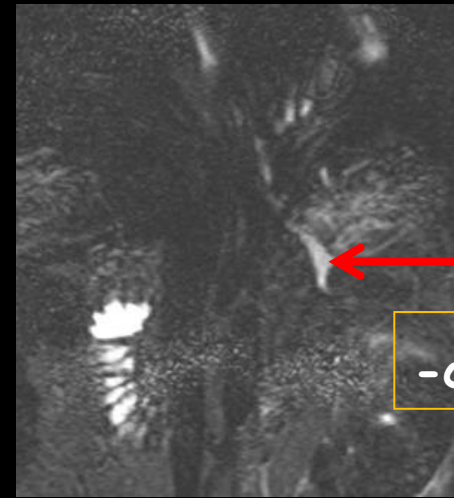
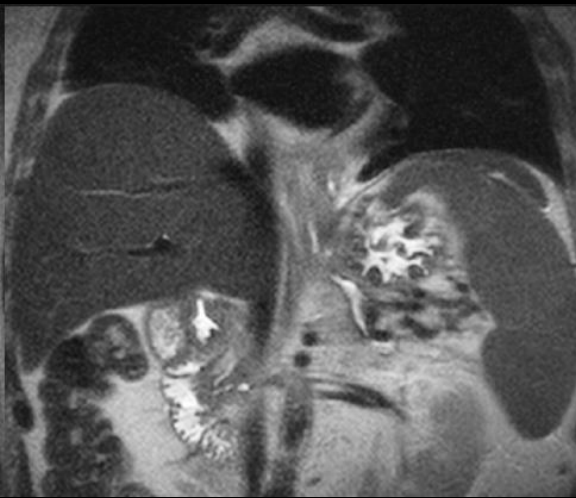


-cas n°2

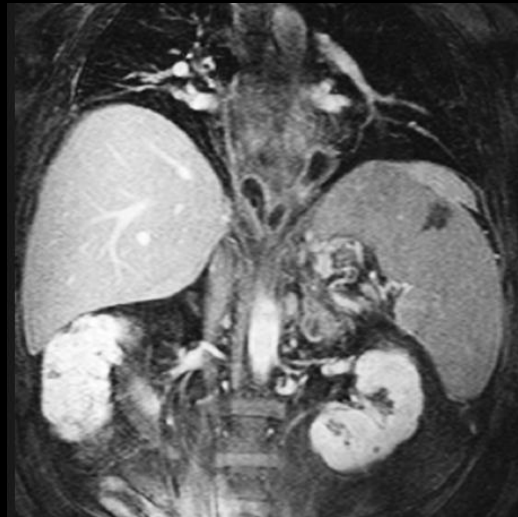
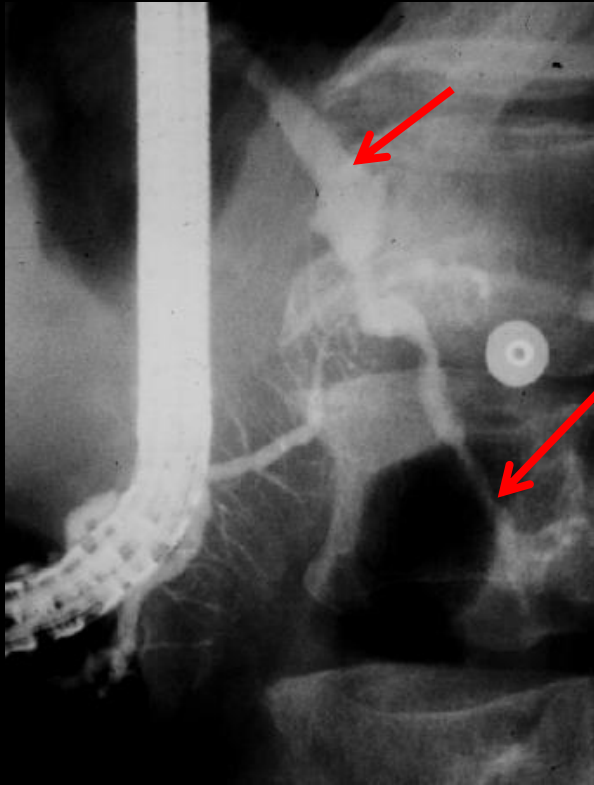


-pancréatite nécrosante du pancréas caudal à extension postérieure, vers le rétropéritoine et le hiatus aortique du diaphragme

-collections aiguës nécrotiques médiastinales remontant jusqu'à la jonction cervico-thoracique. Présence de niveaux hydrogazeux

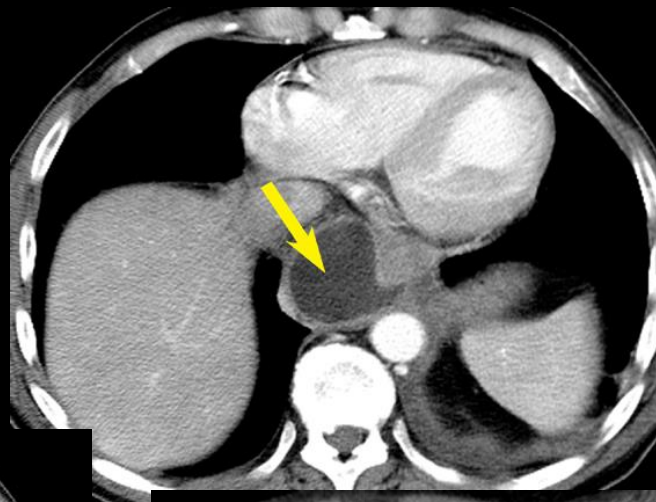
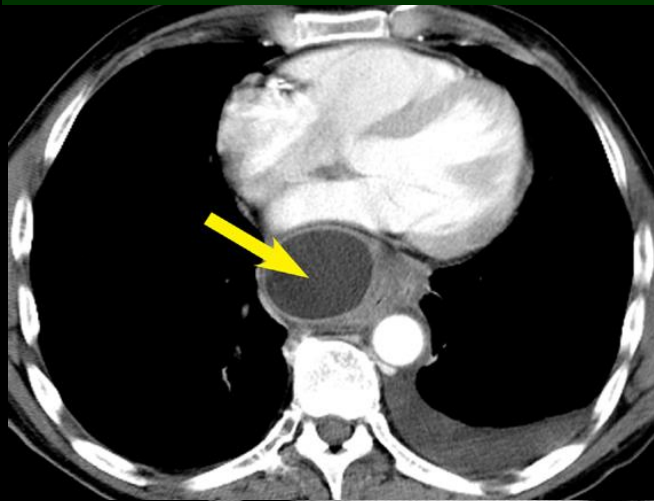


-cas n°2



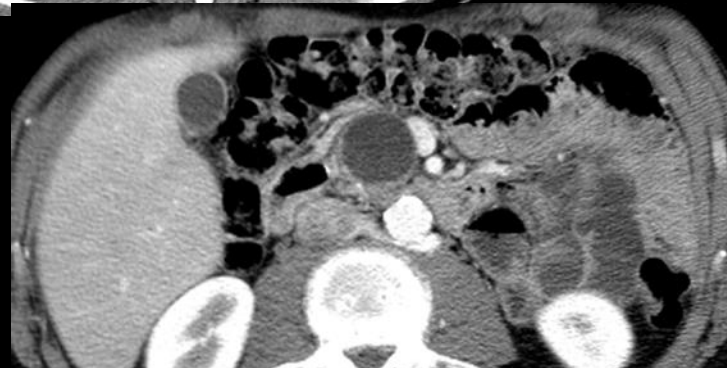
-la CP-IRM et la CPRE confirment le trajet fistuleux vertical para rachidien issu de la pancréatite nécrosante caudale

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



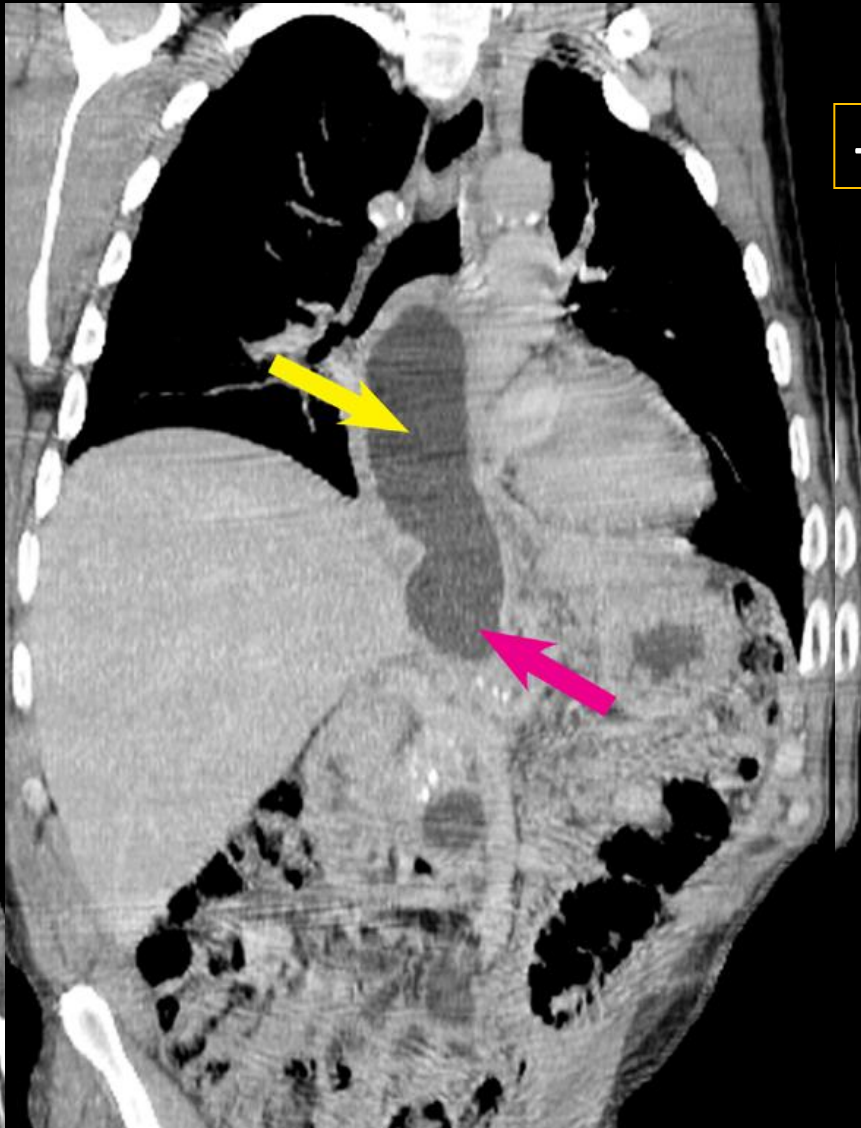
-cas n°3

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



pancréatite chronique calcifiante. Pas de poussée aiguë récente. **Pseudokyste**

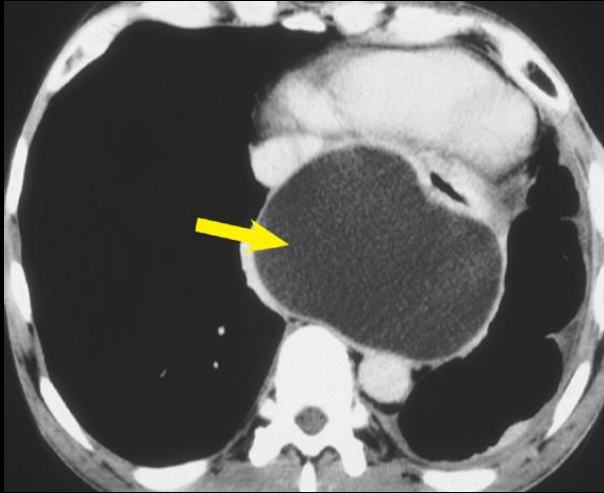
médiastinal probable car parois minces et régulières , contenu purement liquide , de densité inférieure à celle de la bile vésiculaire et du contenu liquide des anses jéjunales. La collection est accolée à l'œsophage depuis le cardia



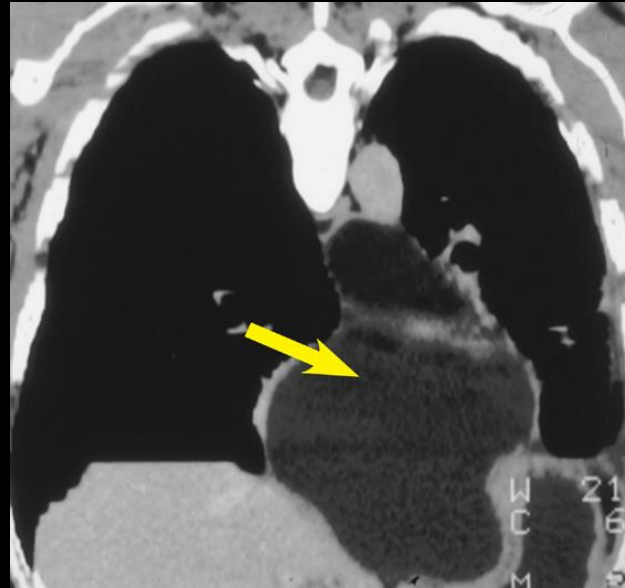
-cas n°3

Pseudokyste médiastinal probable sur pancréatite chronique calcifiante sans aucun signe de nécrose . Il se développe à partir du récessus du bord supérieur du vestibule de la cavité omentale.

Médiastinites d'origine pancréatique



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



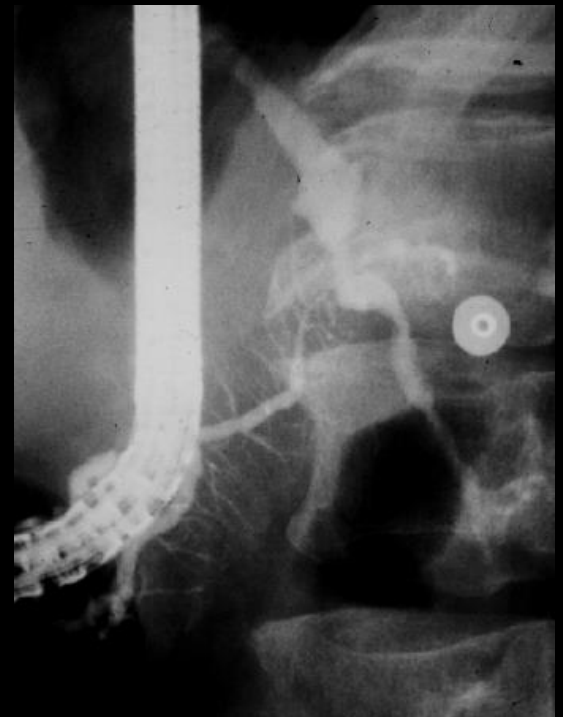
-cas n°4

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

les atteintes médiastinales au cours de l'évolution des pancréatites aiguës

Elles sont rares et peuvent de présenter sous 3 formes:

-les fistules pancréatico-pleurales qui correspondent au développement de néo-canaux fistuleux mettant en communication les canaux pancréatiques normaux (généralement le canal pancréatique principal corporéo-caudal) et une cavité pleurale, généralement la gauche . Le trajet de la fistule se développe de façon ascendante dans la région para-rachidienne gauche puis s'horizontalise pour franchir la ligne médiane en arrière de l'œsophage et gagner le cul de sac pleural postérieur.

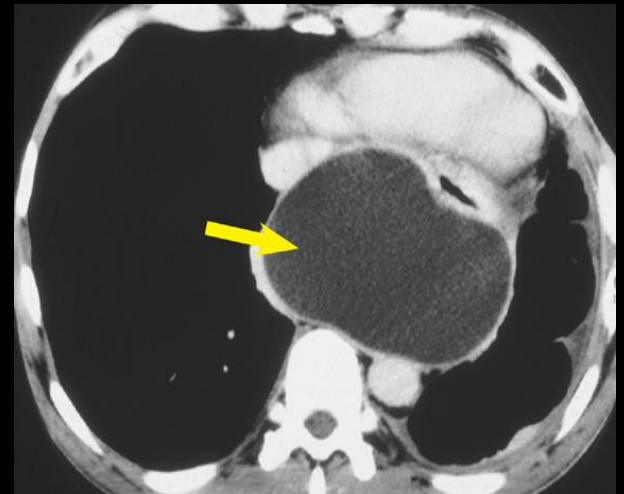


-les extensions médiastinales des pancréatites

nécrosantes qui vont s'organiser en collections multilocionnées pouvant remonter jusqu'à la jonction cervico-thoracique. En tenant compte de la terminologie proposée par les conférences de consensus d'Atlanta, on désignera ces lésions sous le terme de **collections aiguës nécrotiques** ou de **nécrose organisée** selon le délai écoulé depuis le début des manifestations mais on bannira dans ces cas le terme de pseudokystes du médiastin



-une **troisième forme** pourra par contre, en raison de sa constitution (collection liquide à parois d'épaisseur régulière) et de sa probable physiopathologie (dilatation du récessus du bord supérieur du vestibule de la cavité omentale par une collection liquide péripancréatique) conserver cette dénomination de **pseudokyste du médiastin**



area nuda

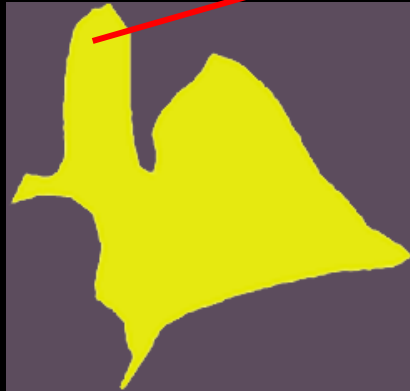
ligament falciforme

ligament triangulaire gauche

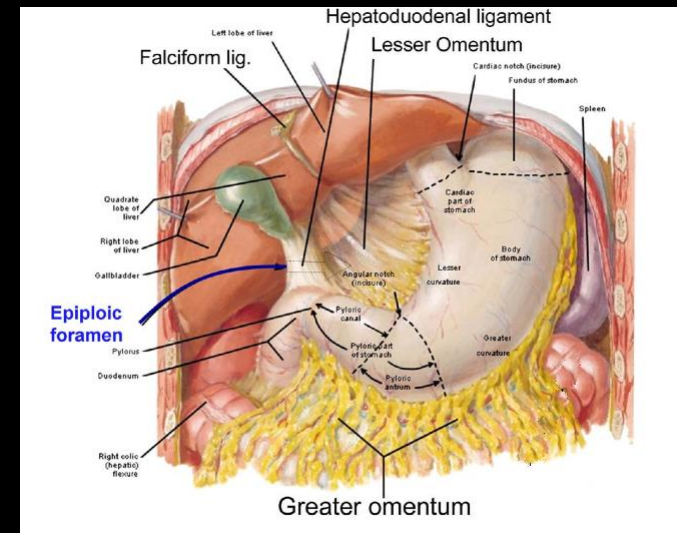
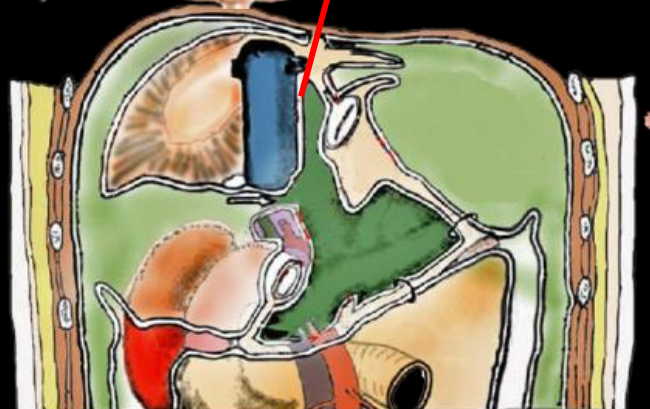
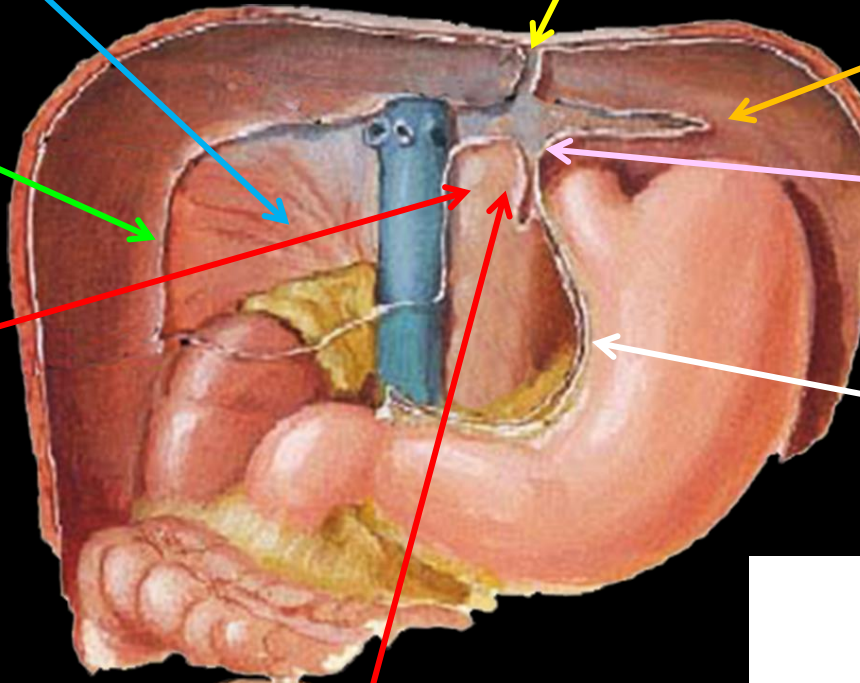
ligament triangulaire droit

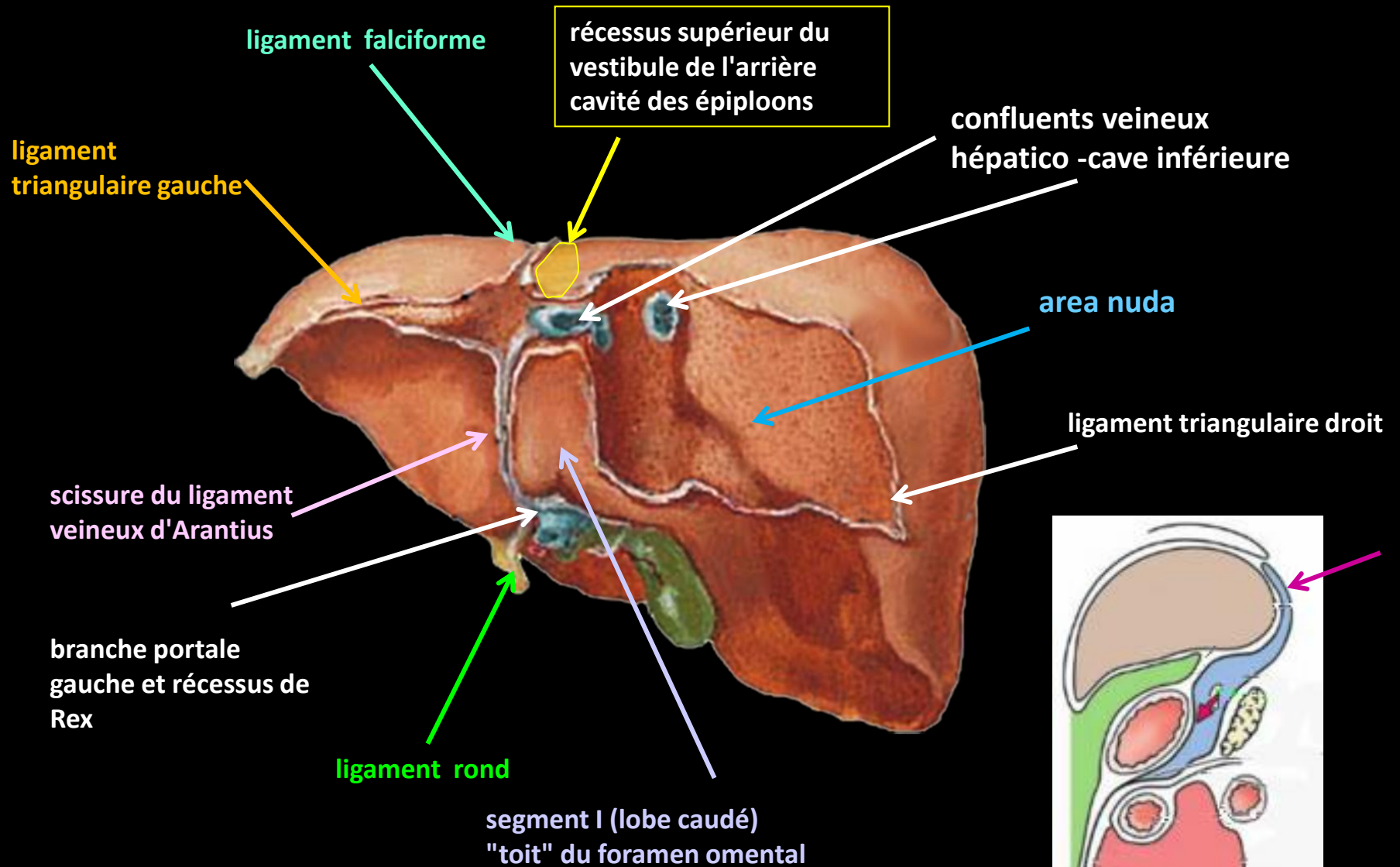
sillon veineux d'Arantius

insertion gastrique du petit omentum



récessus supérieur du vestibule de l'arrière cavité des épiploons





bases anatomiques de la constitution des pseudokystes "vrais" du médiastin

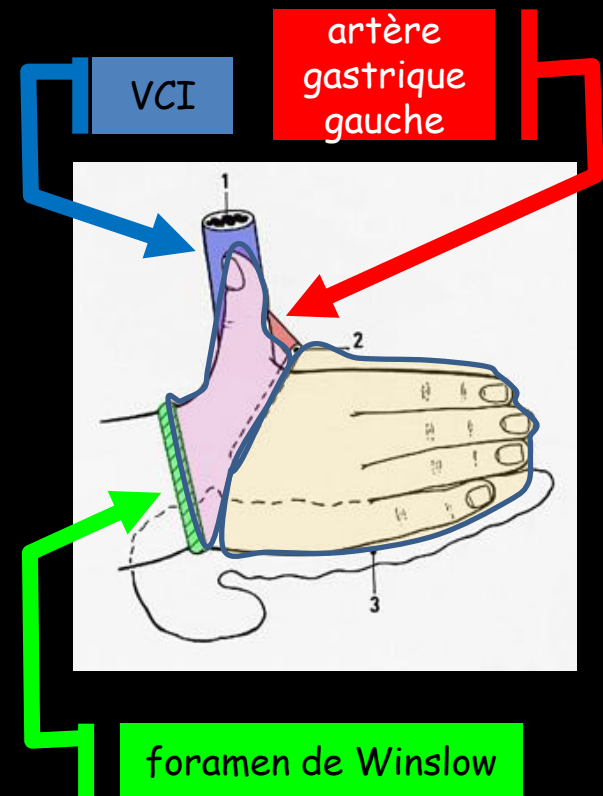
-les extensions médiastinales **complicent toujours des pancréatites corporéo-caudales étendues à la cavité omentale**

. Le schéma de la "handy method" de Dodds nous aide à mémoriser les composantes anatomiques de la cavité omentale :

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

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

le **pseudokyste médiastinal** est une expansion rétro-oesophagienne d'une collection du récessus du vestibule de la cavité omentale . Il a un sac herniaire péritonéal...



la "handy method" de WJ Dodds AJR 1985