

Patiente de 46 ans, admise au SAU pour **asthénie majeure, œdème des membres inférieurs, dyspnée**

Antécédents notables:

- Carcinome épidermoïde avancé du col utérin (**stade IIB, N+ pelvien**) traité en 2014 par association radio-chimiothérapie et curiethérapie, en situation de rémission (dernière IRM sans particularité il y a 4 mois)
- Embolie pulmonaire en 2014 (patiente porteuse d'un filtre cave)
- Dénutrition (1m63 – 48kg)

Un scanner réalisé à l'admission conclut à une récurrence tumorale pelvienne responsable d'une dilatation urétéro pyélo calicielle bilatérale, une carcinose péritonéale et une lymphangite pulmonaire carcinomateuse.

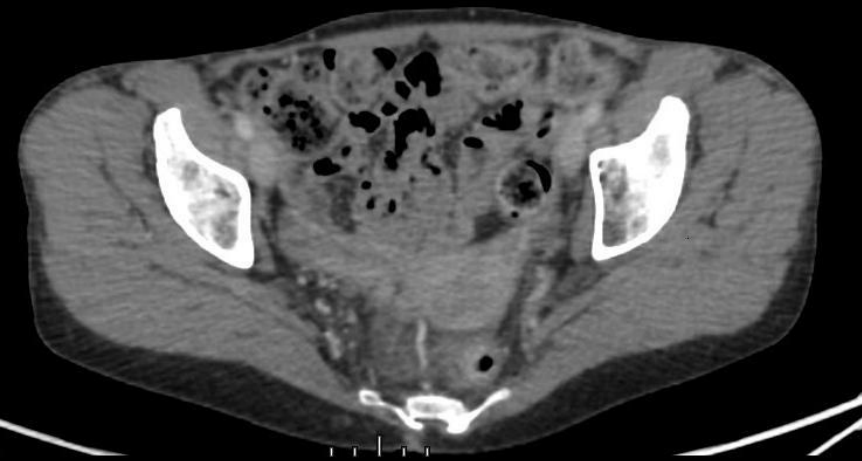
Le bilan biologique objective une **anémie profonde à 3g/dL**

(transfusion après le scanner de **5 CGR**)

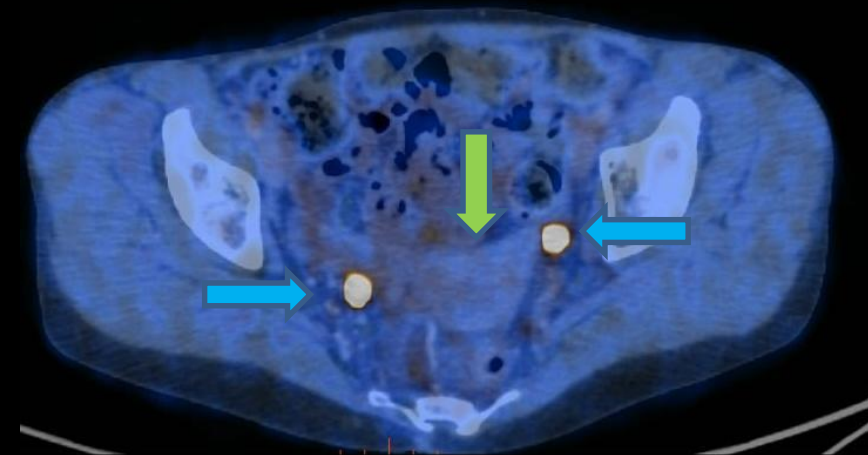
La patiente est adressée en médecine nucléaire pour complément d'exploration de cette récurrence tumorale par **TEP-TDM au ^{18}F FDG...**

TEP au ^{18}F FDG, couplé à un scanner avec injection de PDC iodé au temps portal

Corps entier MIP

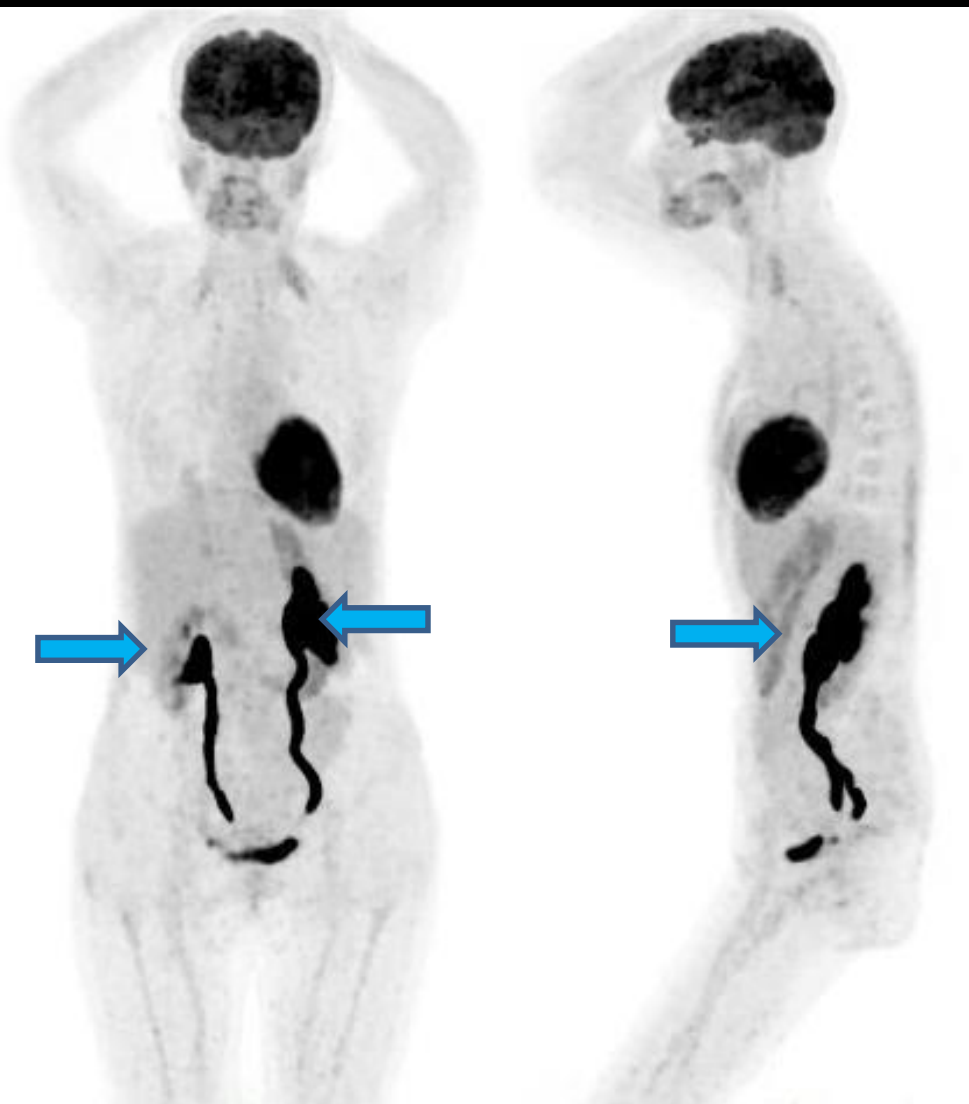


Corps entier 3D MIP: examen « normal », et donc forte discordance entre ce résultat et le tableau « catastrophique » transmis pour renseigner l'indication d'imagerie



Il n'y a **pas de récurrence tumorale pelvienne**, on peut pour l'affirmer s'appuyer sans arrière pensée sur l'excellente valeur prédictive négative de la TEP-TDM pour les carcinomes épidermoïdes

Axiales TDM et TEP-TDM

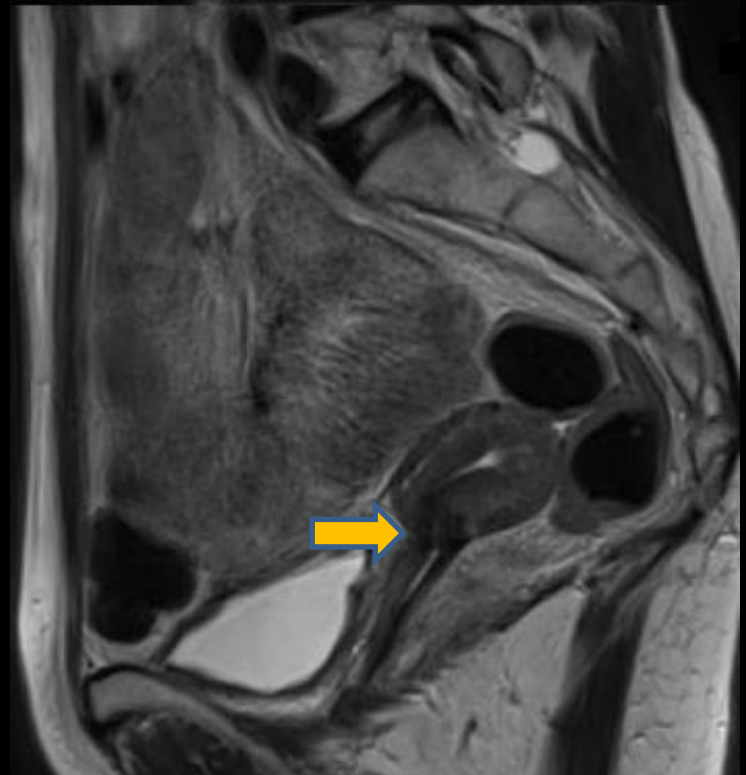


La seule anomalie est une **stase urétérale et pyélo calicielle bilatérale** du traceur éliminé par voie urinaire... qui n'est en rapport anatomique avec aucune masse ni infiltration tissulaire hypermétabolique, en particulier en regard des tiers inférieurs des uretères



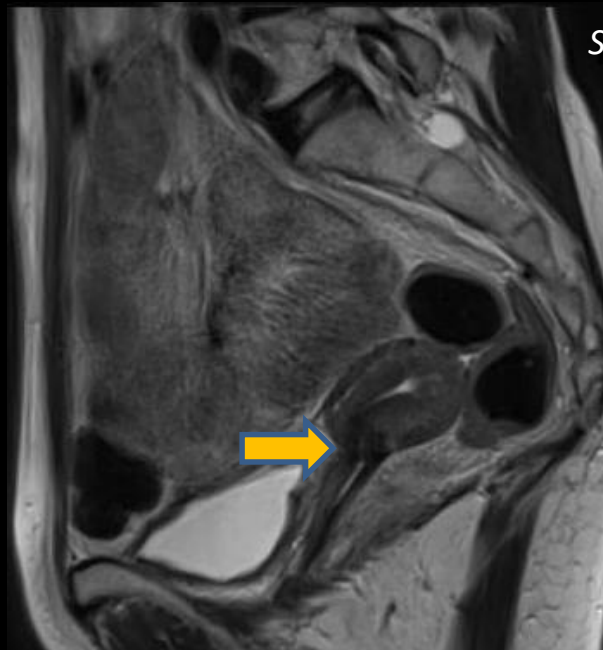
MIP 40mm TEP

Cette accumulation du
radiotraceur s'interrompt en
« queue de radis » à l'étage
pelvien, de façon suspendue

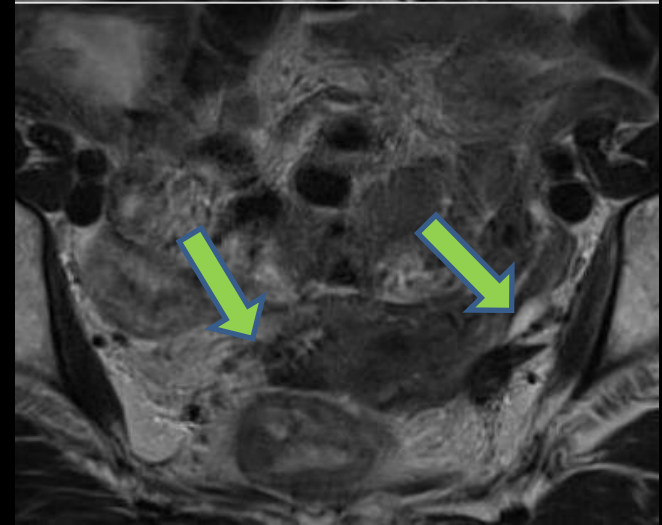
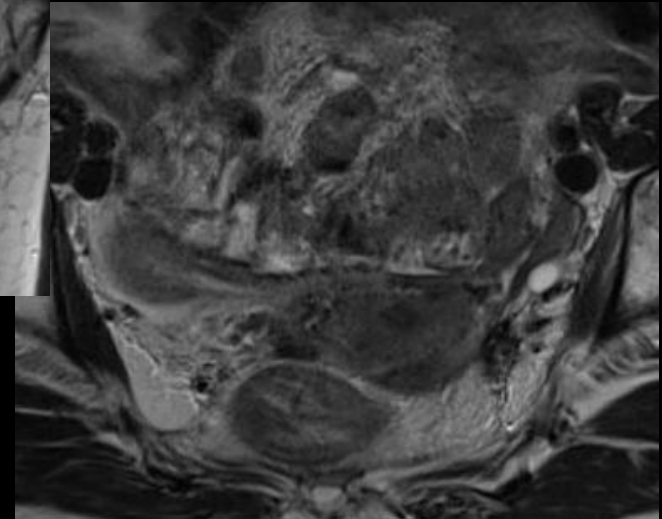


Sagittale IRM T2

la confrontation à l'IRM de
contrôle réalisée quelques
mois plus tôt confirme cet
aspect dilaté effilé de la
distalité des uretères, sténosés
par la fibrose pelvienne post
thérapeutique du col traité (en
net hyposignal T2) et des
paramètres

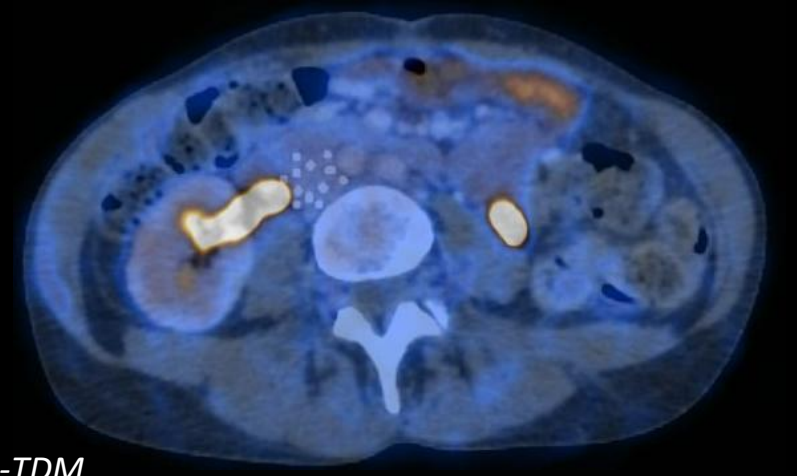


Sagittale IRM T2



Ce sont donc les remaniements
de fibrose post thérapeutique
pelvienne qui sont
responsables de la dilatation
urétéro pyélo calicielle
bilatérale

Axiales IRM T2



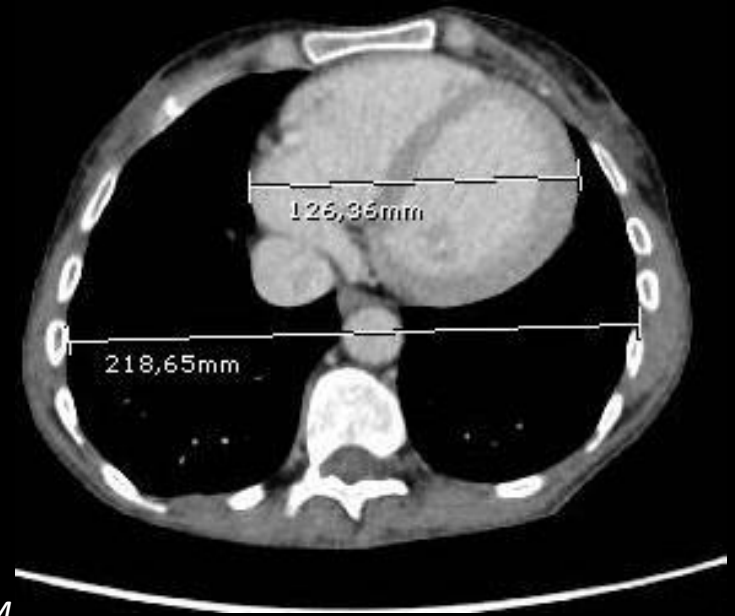
Axiales TDM et TEP-TDM

Il n'y a ni signe d'évolutivité ganglionnaire lombo aortique, ni sus diaphragmatique (en particulier inframédiastinale postérieure, du médiastin moyen, ou sus claviculaire gauche...)

On ne décrit qu'une dilatation pyélique gauche, on note la présence du filtre cave



Axiales TDM



Il existe par contre une réticulation septale lisse des apex pulmonaires, et une dilatation modérée des cavités cardiaques sur le scanner de la TEP-TDM

Le contexte d'anémie initiale très profonde et l'amendement de la plupart des signes fonctionnels et cliniques entre la consultation en urgence au SAU et la TEP-TDM quelques jours plus tard (après transfusion) incitent à récupérer l'intégralité du bilan biologique et TDM initial et à les reconsidérer à la lumière de cette évolution favorable

Quelques jours plus tôt, aux urgences...

Éléments de réponse sur le scout view (très encombré!) du scanner:

Cardiopathie dilatée

Lignes de Kerley A et B

sinus costo-phréniques

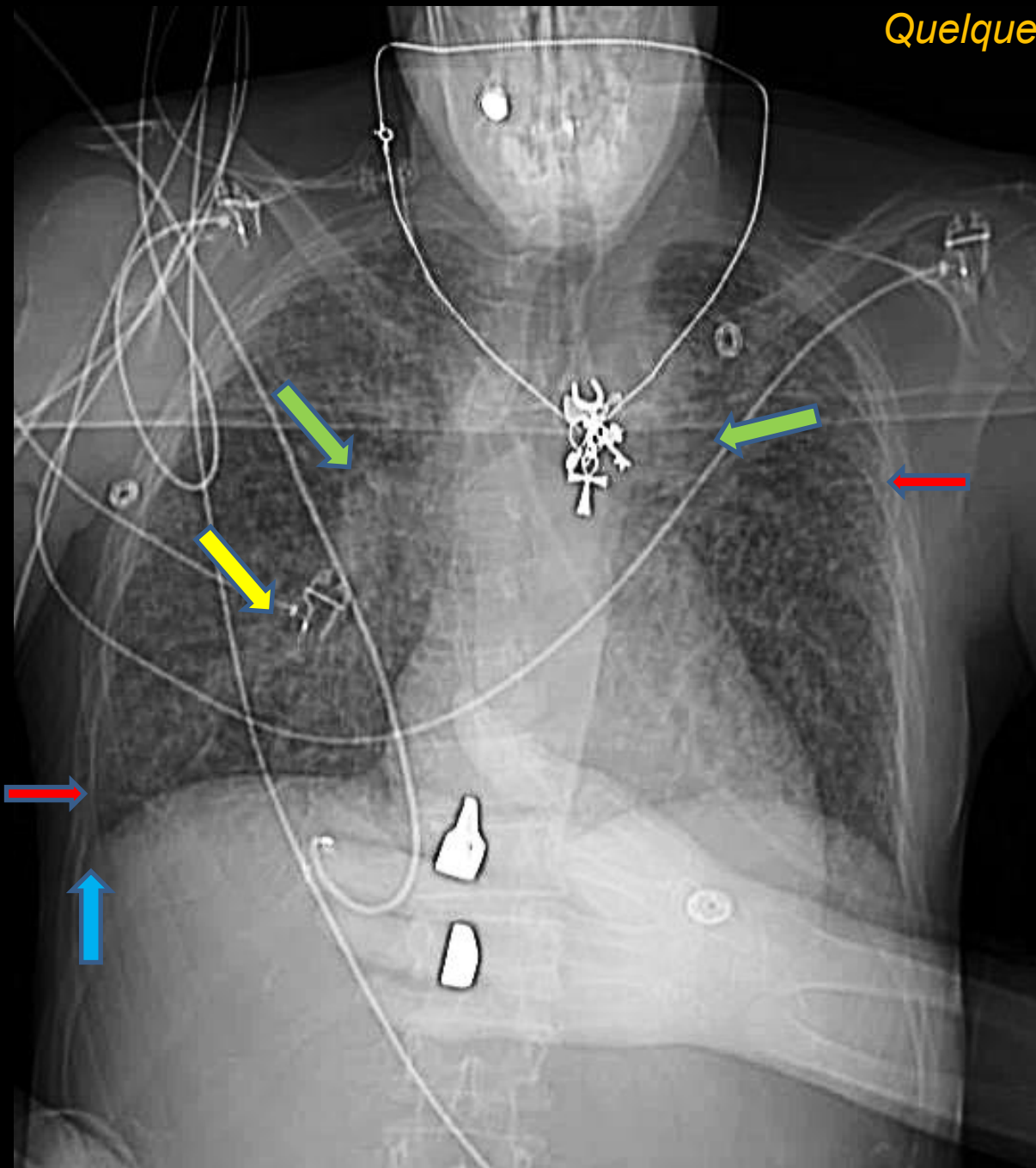
latéraux émoussés (signe radiographique de Damoiseau)

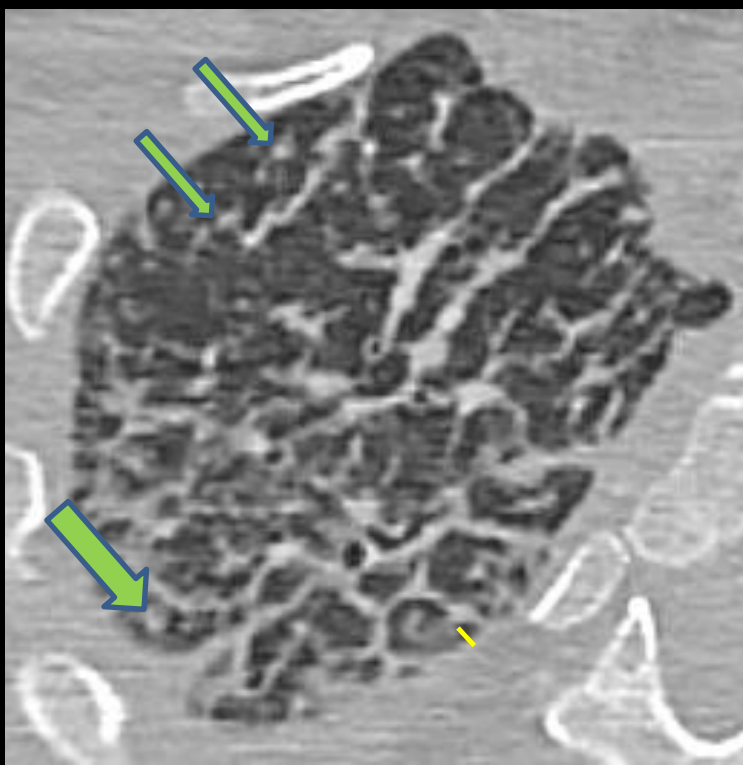
Opacités réticulo micro-nodulaires diffuses

Opacités périhilaires

Epaississements

péribronchovasculaires

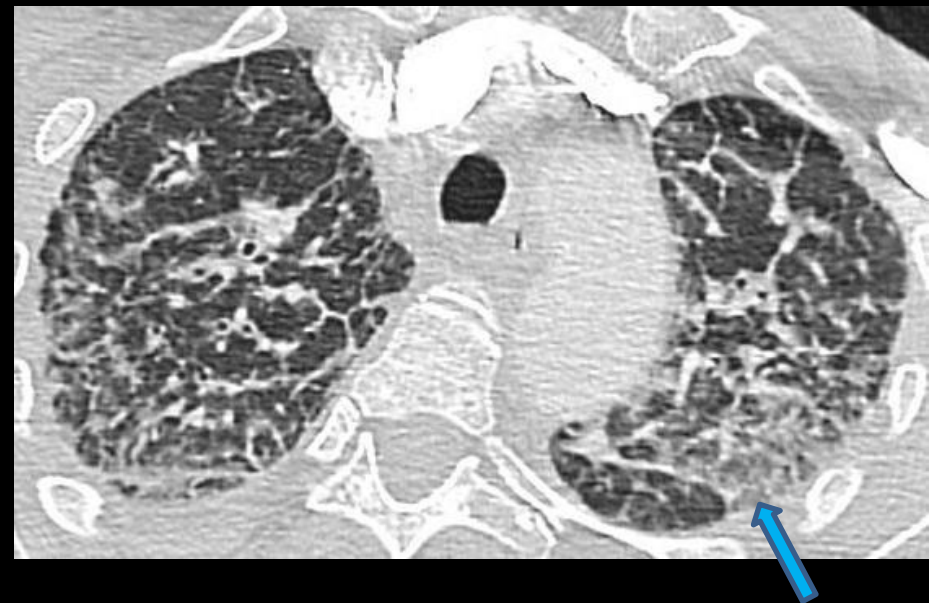
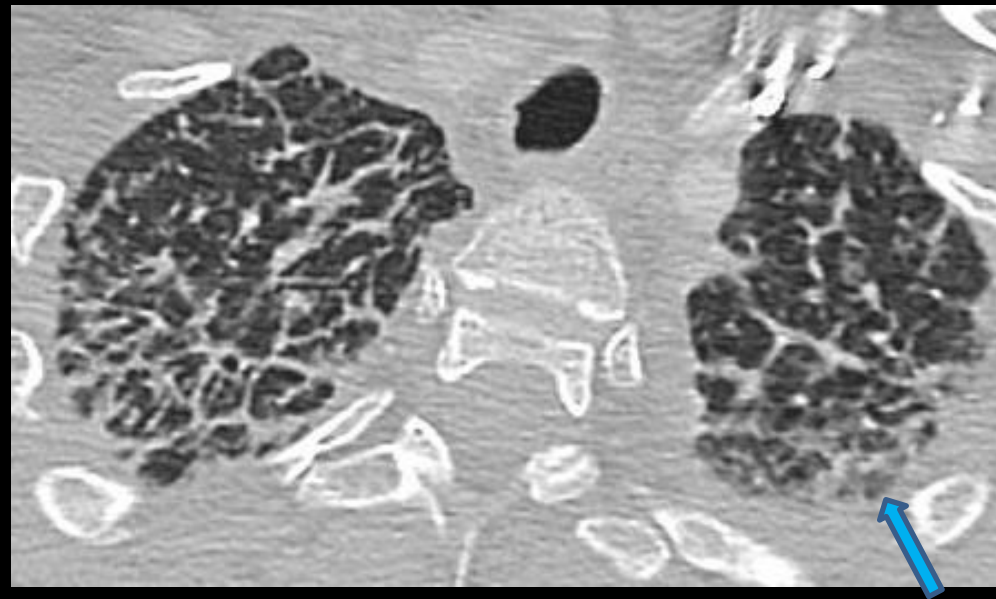




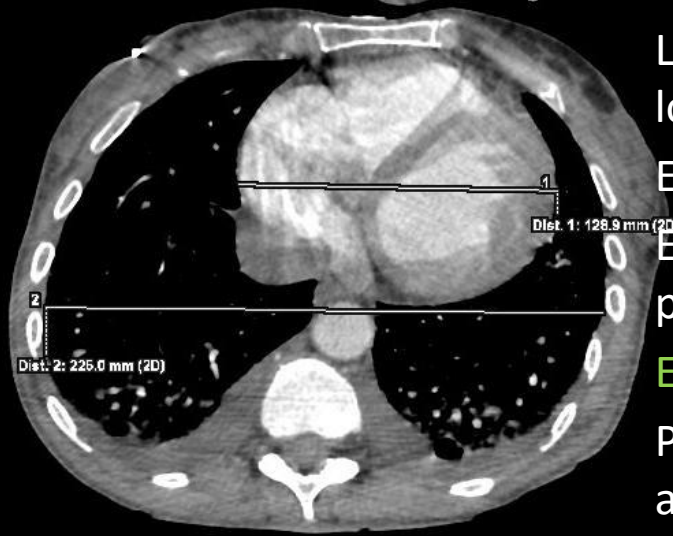
Syndrome interstitiel très franc avec épaississement des septa interlobulaires (réticulation septale) dessinant les **lobules secondaires de Miller**

Syndrome alvéolaire avec **plages de verre dépoli** n'effaçant pas les lignes septales

Micronodules flous de topographie centrolobulaire



Axiales TDM



La dilatation des cavités cardiaques était un peu plus marquée lors de l'épisode aigu

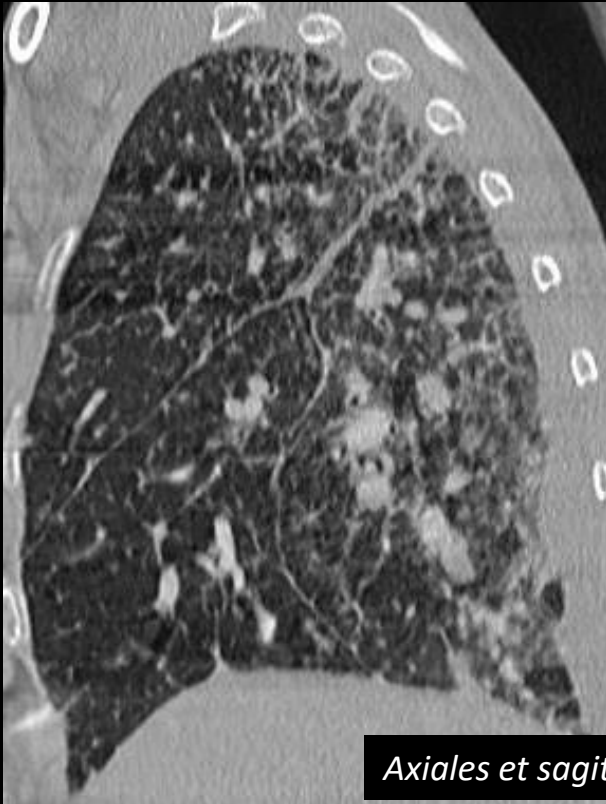
Epanchement pleural bilatéral peu abondant

Épaississements réguliers des scissures plus marqué en postérieur

Épaississements péribronchovasculaires

Prédominance déclive postérieure (décubitus) du syndrome alvéolo interstitiel

Pas d'adénopathie médiastinale...



Axiales et sagittale TDM

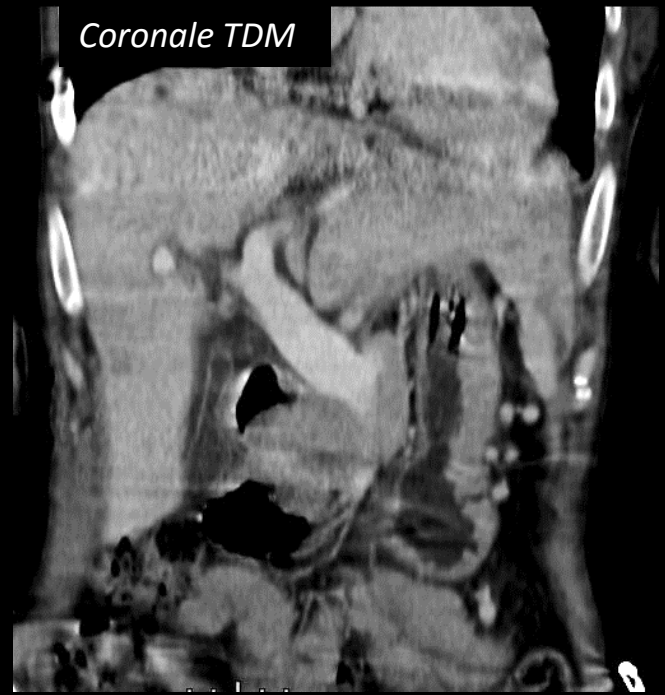
Sur les coupes abdominales, outre la présence d'un foie « beaver tail », on observe:

- Une dilatation de la veine cave inférieure et des veines sus hépatiques, ainsi que du tronc porte et de ses branches
- Une œdème péri portal
- Un œdème de la paroi vésiculaire...

Axiales TDM



Axiales TDM

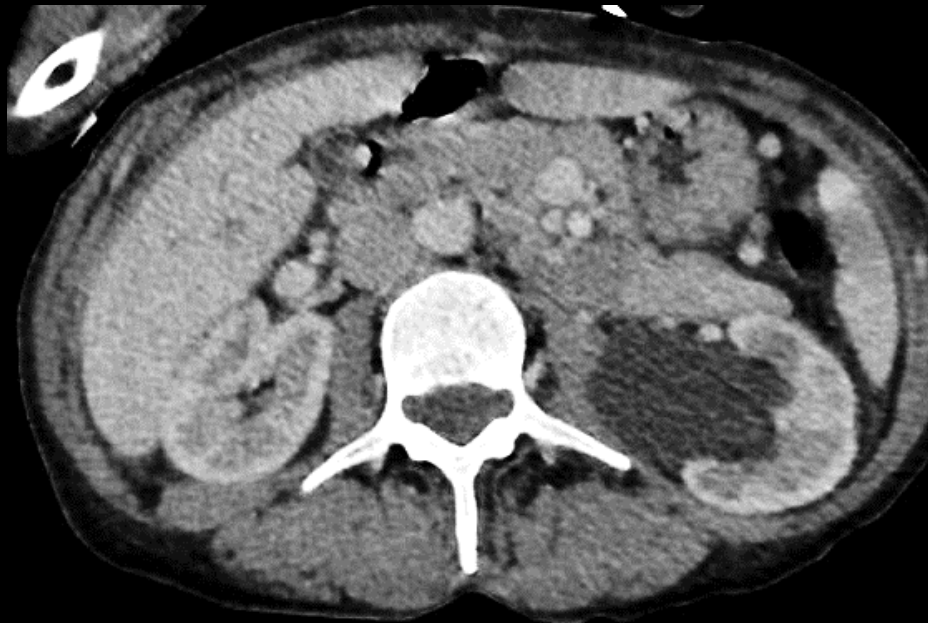


Coronale TDM

... une hépatomégalie homogène à contours lisses

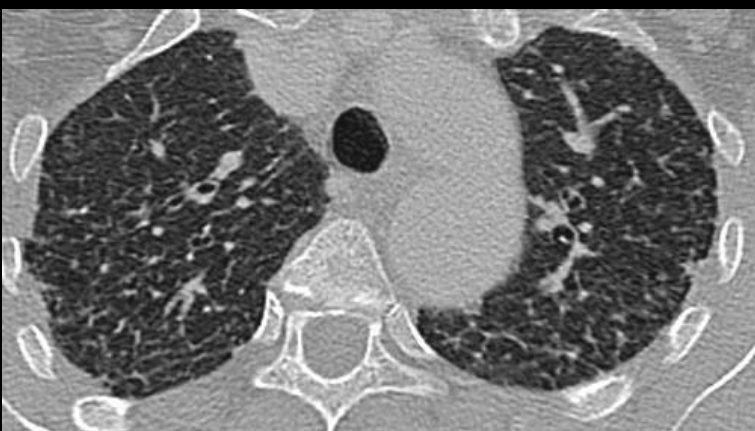
- Un épanchement peu abondant de la grande cavité péritonéale (espace sous hépatique postérieur par exemple)
- Une dilatation des cavités pyélo calicielles gauches
- L'absence d'adénopathie lombo aortique

La patiente est transfusée de 5 CGR après le scanner

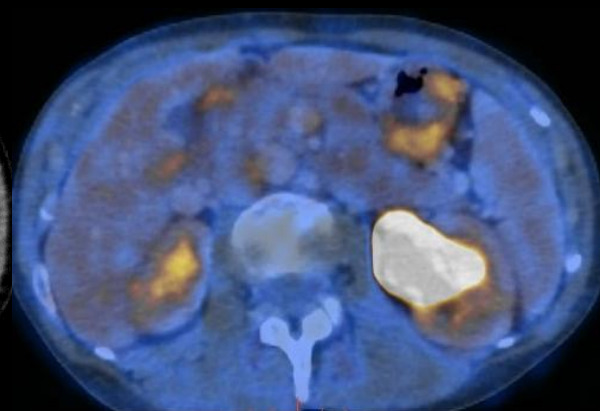
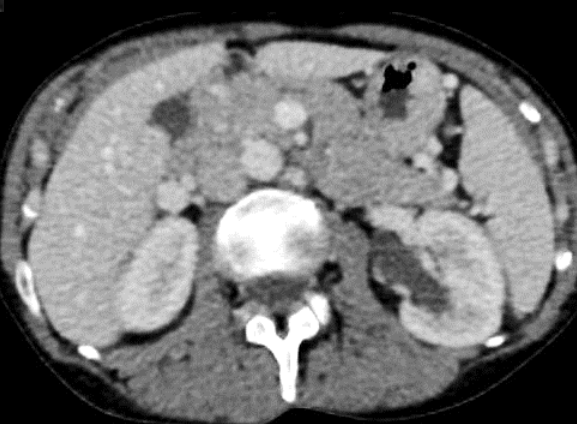
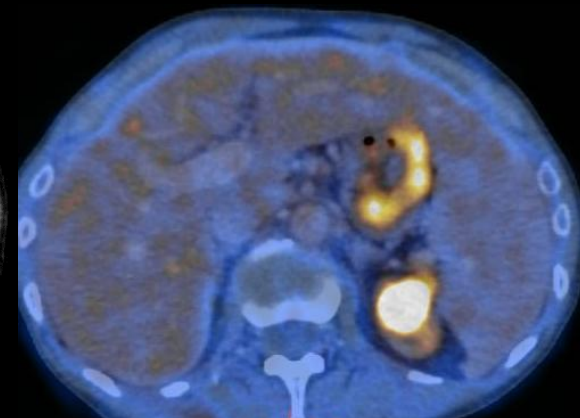
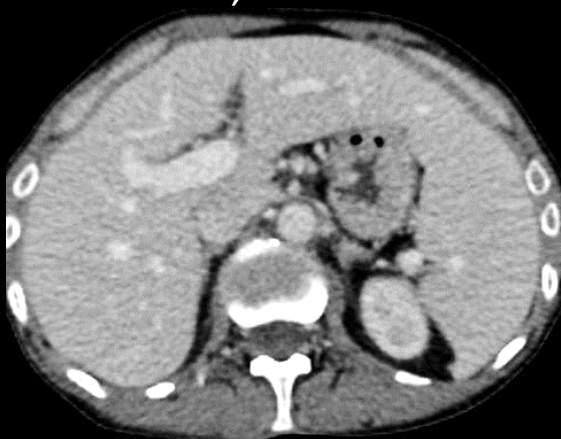




Sur la TEP-TDM quelques jours plus tard il ne persiste qu'un syndrome interstitiel pulmonaire et une cardiomégalie, modérés



Les épanchements des séreuses, l'œdème de la paroi vésiculaire, les dilatations veineuses ont régressé



Axiales TDM et TEP-TDM

° NT-PROBNP (Peptide natriurétique)	↑ 1322	pg/mL	< 300
° Ferritine	↓ 4.5	µg/l	13 - 150
Numération Globulaire			
° Hémoglobine	↓↓ 3.0	g/dL	11.5 - 16
<i>Résultat téléphoné</i>			
° VGM	↓↓ 56.3	fL	80 - 100
° TGMHb	13.5	pg	27 - 32
° Hématocrite	12.5	%	37 - 47
° Hématies	2.22	T/L	3.92 - 5.08
° CGMHb	24.0	g/dL	32 - 36
° Indice de distribution	35.1	%	12.5 - 14.5
Anisocytose +++.			
Anisochromie.			
Poïkilocytose ++.			
Présence de dacryocytes.			
Présence d'ovalocytes.			
Réticulocytes	66.4	G/L	25-100

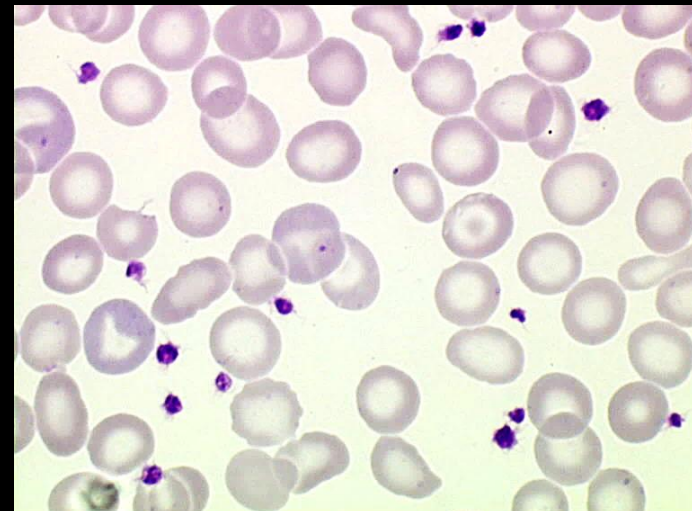


Enfin, quelques un des paramètres biologiques étudiés au SAU et compilés ici vont permettre de porter le diagnostic complet d'épisode **d'insuffisance cardiaque congestive** avec tableau **d'anasarque**, sur **anémie profonde** microcytaire hypochrome, peu régénérative, par **carence martiale...**

Tableau aigu quasiment amendé au moment de la TEP-TDM, **après transfusion**

Ici, l'importance des **anomalies morphologiques des GR** rentre bien dans le cadre de l'anémie microcytaire par carence martiale

Dans les anémies inflammatoires chroniques ces modifications morphologiques sont peu rencontrées



Le support transfusionnel dont la patiente a bénéficié après le scanner et avant la TEP-TDM explique la régression quasi complète de l'épisode d'insuffisance cardiaque congestive

Il reste à compléter le bilan d'anémie chez cette patiente dénutrie (saignements digestifs bas peu abondants retrouvés à l'interrogatoire) et cardiaque (cardiopathie sous jacente révélée par l'anémie profonde?)

L'intégration du bilan biologique disponible à la lecture de l'examen d'imagerie a eu ici une importance fondamentale pour porter le diagnostic définitif!



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DU CANCER DE TOULOUSE
Oncopole

*Dr Erwan GABIACHE – IUCT-Oncopole
Erwanngabiache[a]yahoo.fr*