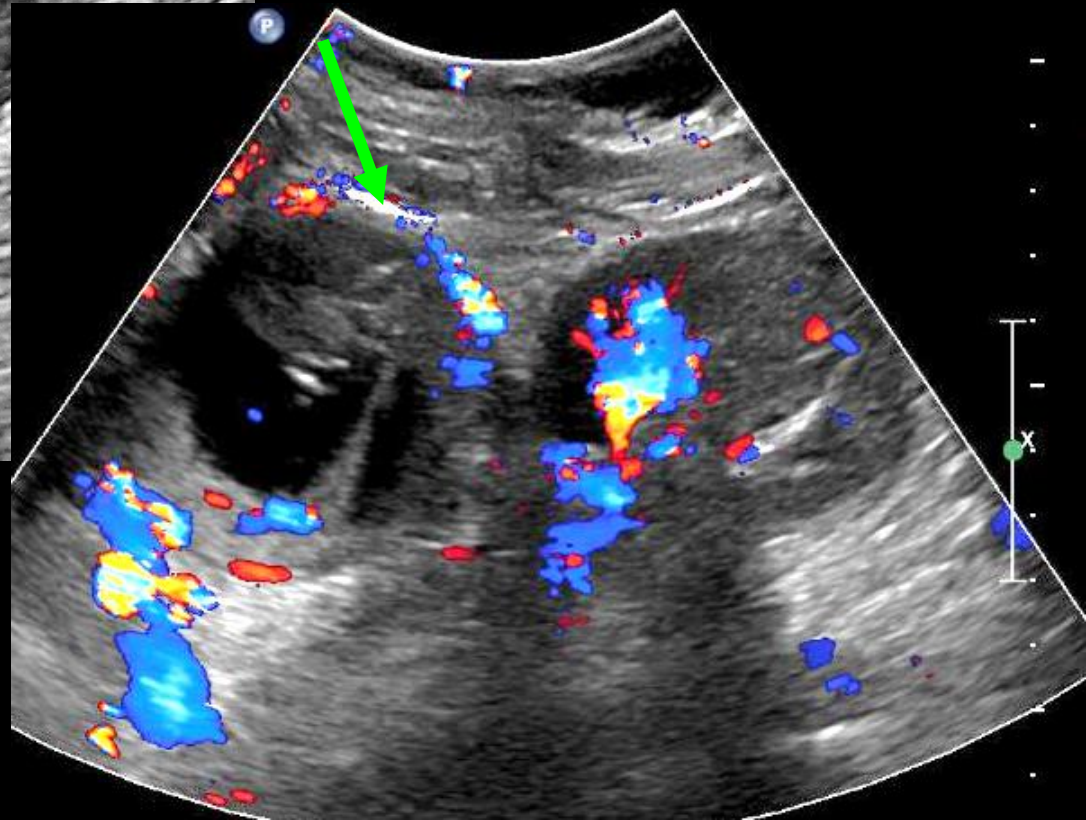
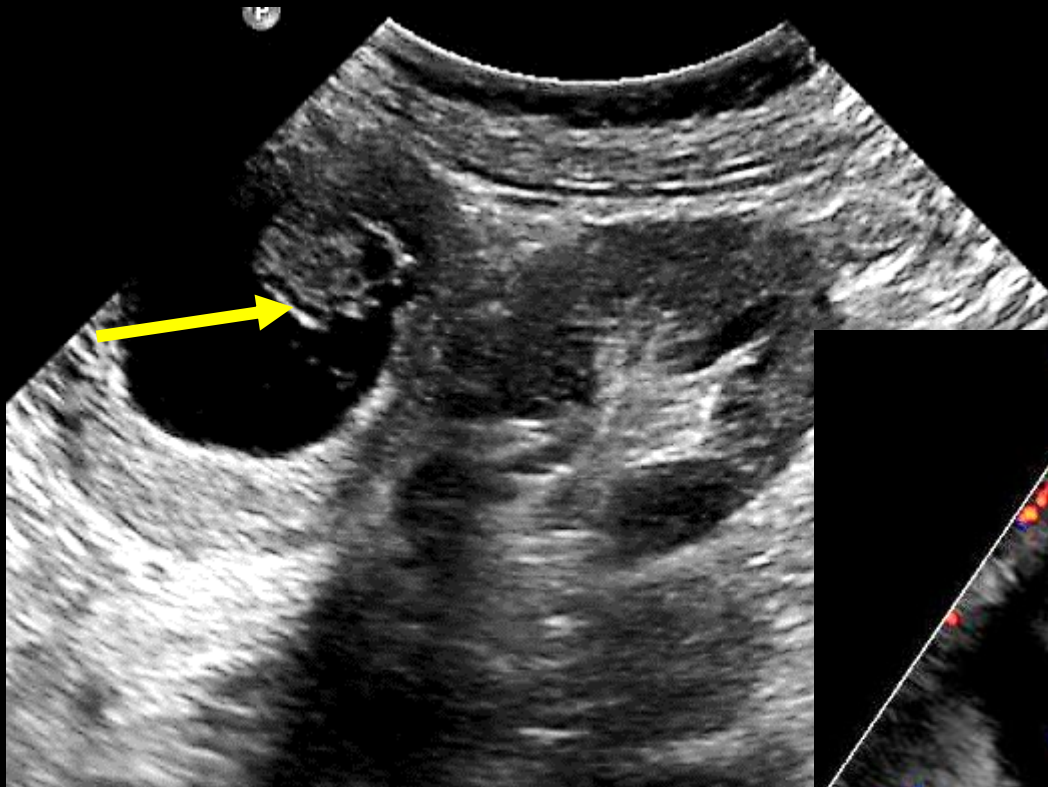


femme 37 ans : découverte échographique d'une masse pararénale gauche
kystisée, hypervascularisée au niveau de sa paroi



Dr Yves Ranchoup
groupe radiologique du mail
Grenoble



Le scanner montre ces images.

Proposez une démarche logique pour la caractérisation de cette lésion



Le premier temps consiste à essayer de **préciser le siège exact de la lésion** : est-elle intra-péritonéale ou rétropéritonéale



Sur cette **coupe sans injection de produit de contraste**, on n'objective pas de refoulement vers l'avant d'organes dont on connaît le siège rétro-péritonéal.

Il y a des structures digestives en arrière de la lésion ; **celle-ci est donc abdominale**

.Du point de vue structural, grâce à un fenêtrage de visualisation adéquat, on peut distinguer la partie centrale hypodense (par rapport aux muscles) de la paroi abdominale



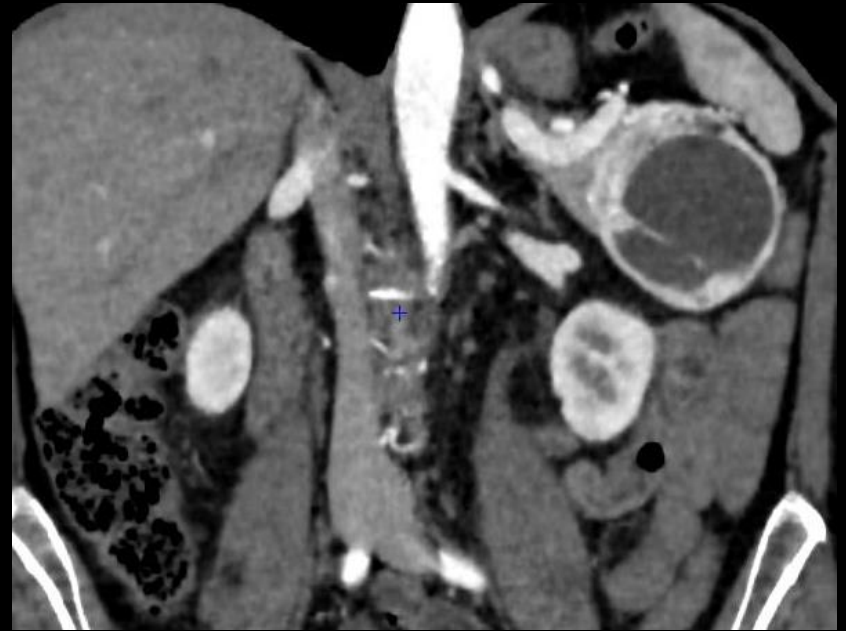
après **injection de produit de contraste**, au premier passage (phase artérielle différée- néphrogramme cortico-médullaire), le rehaussement de la partie charnue périphérique , de la lésion est presque'aussi intense que celui de la corticale rénale



au second passage (phase capillaro-veineuse - néphrogramme tubulaire), le rehaussement de la partie charnue périphérique de la lésion est proche de celui du sang dans les gros vaisseaux (phase d'équilibre)

Quelle est, à ce moment, votre hypothèse diagnostique





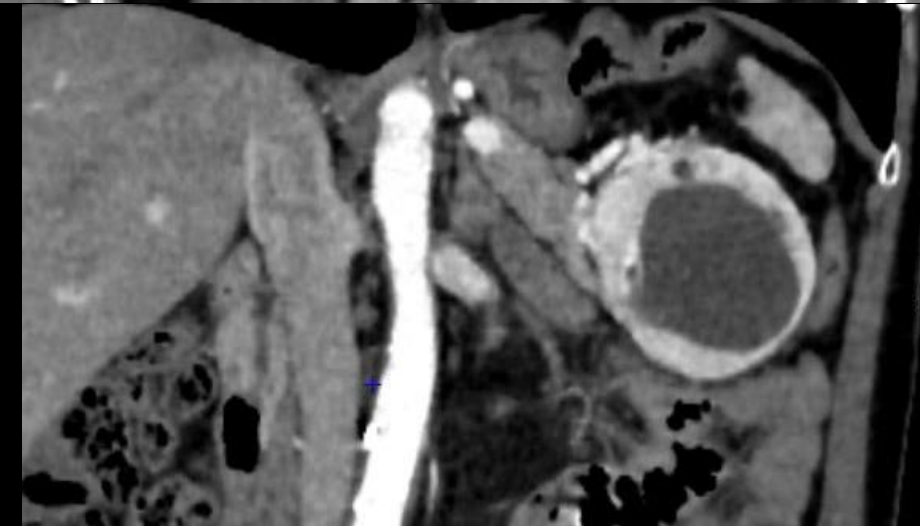
on retrouve les caractères observés sur les coupes axiales dans les reformations coronales .

une masse pré-rénale gauche très hypervascularisée kystisée avec centre liquide doit vous faire évoquer le diagnostic....





si vous avez répondu
phéochromocytome (par définition
de la surrénale gauche) ,vous
manquez un peu de curiosité
intellectuelle et vous aimez les
solutions de facilité



l'analyse des rapports anatomiques
entre la lésion et le pancréas
caudal nous fait suspecter l'origine
pancréatique de cette masse

mais comment passer de la
suspicion à la conviction





c'est en étudiant l'origine des branches vasculaires artérielles et, le cas échéant des veines de drainage qu'on pourra **affirmer l'organe d'origine; ici le pancréas caudal**

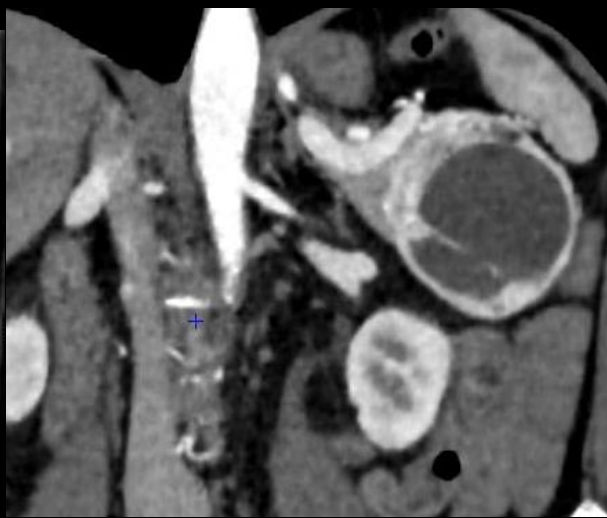
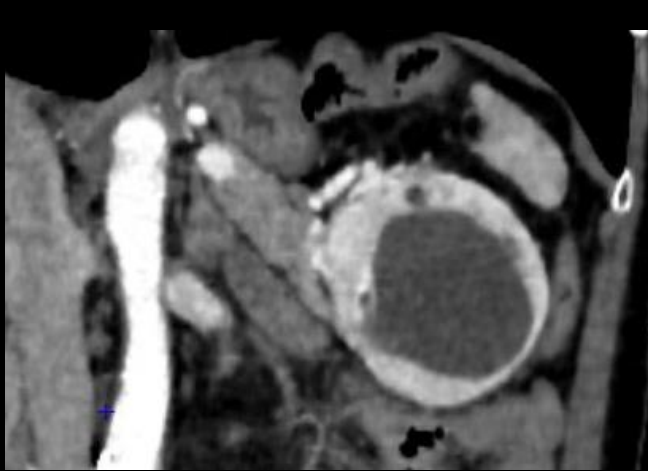
en raison du caractère hypervasculaire marqué du contingent solide de la lésion; quelles hypothèses diagnostiques peut-on formuler :



- tumeur pseudopapillaire (de Frantz)
- tumeur conjonctive sarcomateuse (schwannosarcome)
- métastases d'une tumeur de Grawitz (carcinome à cellules claires du rein)

- **what else**



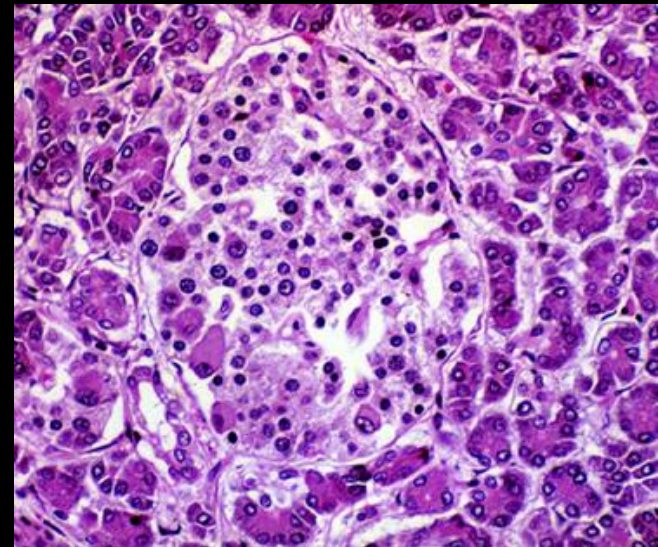


c'est bien entendu à une **tumeur du pancréas endocrine bien différenciée** (en raison du caractère très hypervasculaire) non sécrétante (en l'absence de symptomatologie clinique) qu'il faut penser et que l'examen anatomo-pathologique de la pièce de résection confirmera

tumeurs endocrines du pancréas

caractères généraux

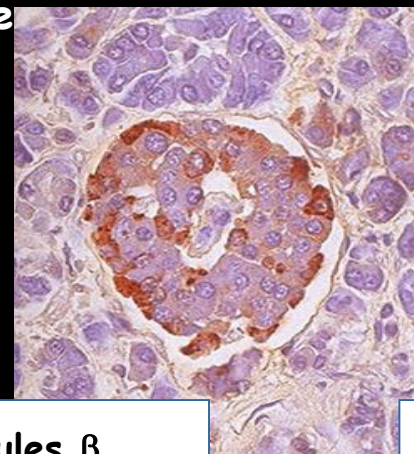
les TNE du pancréas sont des tumeurs rares, généralement observées aux alentours de la 5 -6^{ème} décade ,avec une fréquence identique dans les 2 sexes.



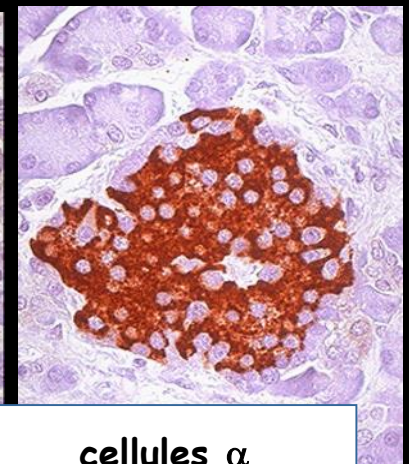
les TNE fonctionnelles:

La présentation clinique dépend de l'hormone sécrétée

- insulinomes
- gastrinomes
- glucagonomes
- VIPomes
- tumeurs carcinoïdes



cellules β
insuline



cellules α
glucagon

les TNE non fonctionnelles:

Regroupent les tumeurs sans sécrétion intratumorale et les tumeurs avec un faible taux de sécrétion sans traduction clinicobiologique.

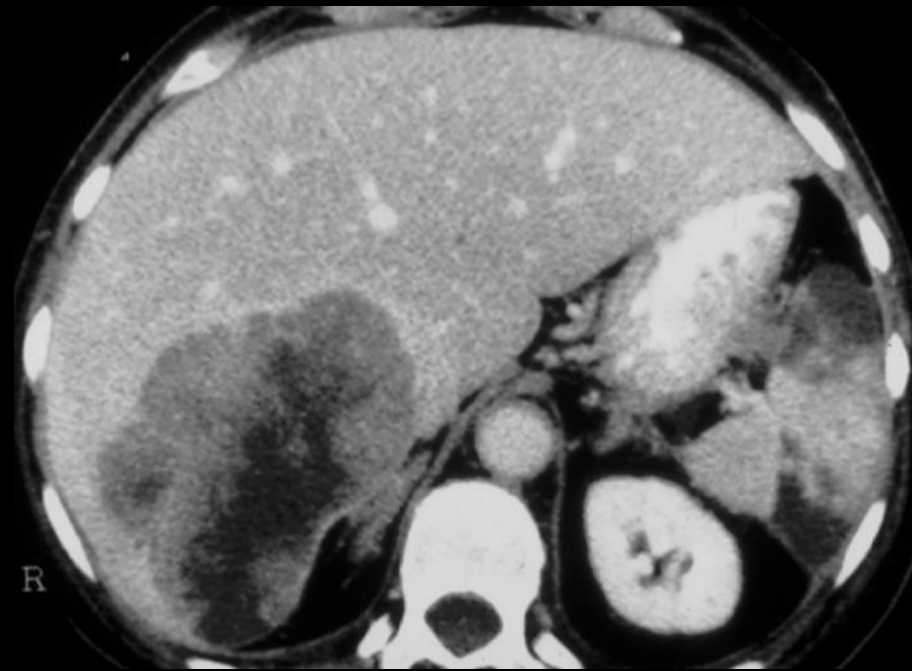
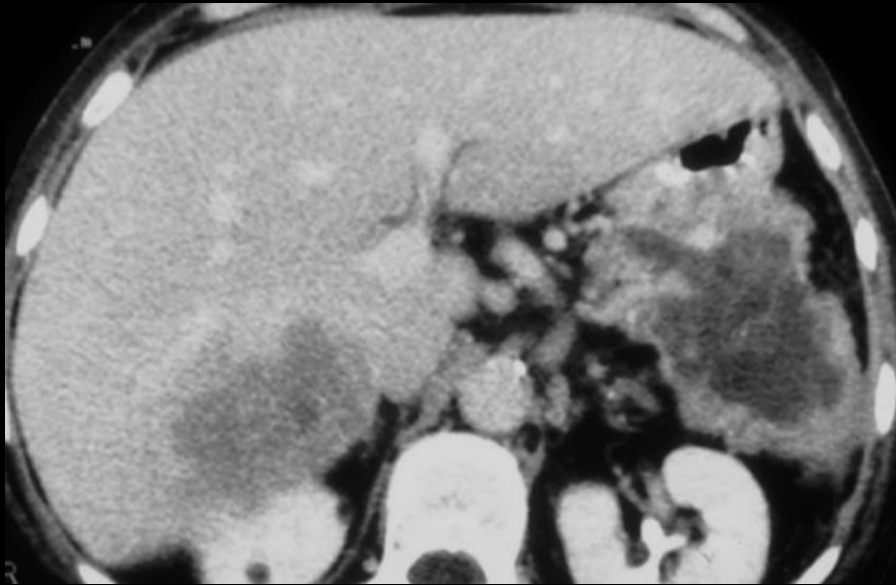
les TNE non fonctionnelles du pancréas sont soupçonnées sur la discordance entre la taille de la lésion , son éventuelle dissémination métastatique et son retentissement clinique modéré .

Le degré d'hyperavasularisation reflète la différenciation

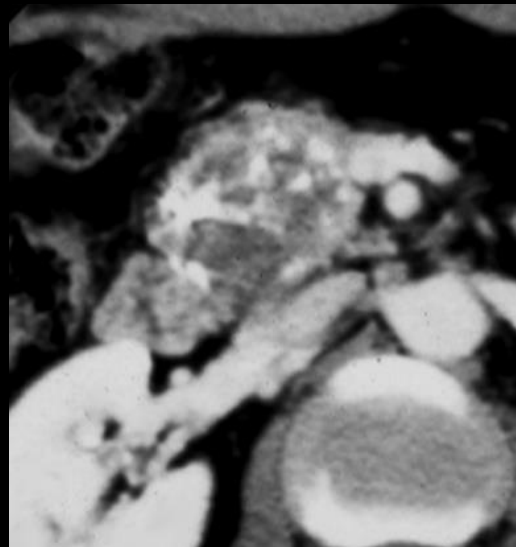
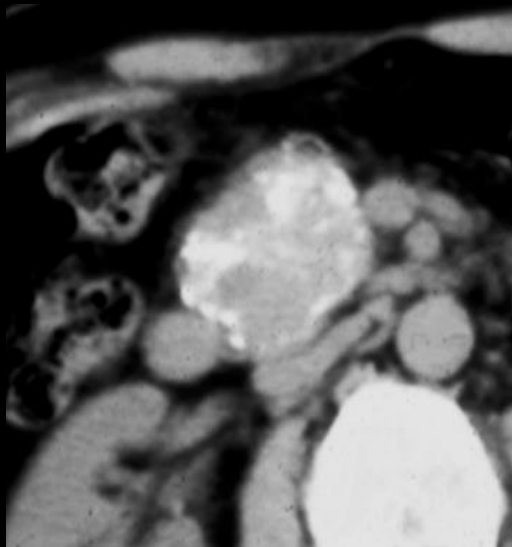
Les places respectives de la scintigraphie aux analogues de la somatostatine (octréotide marqué à l'¹¹¹Indium) , du PET CT au 18 FDG , du PET CT à la 18F Dopa restent à préciser

les TNE non fonctionnelles sont généralement d'assez gros volume ,de contours réguliers .L'attention est attirée par le faible retentissement clinique et l'absence de signes de réaction desmoplastique locorégionale:

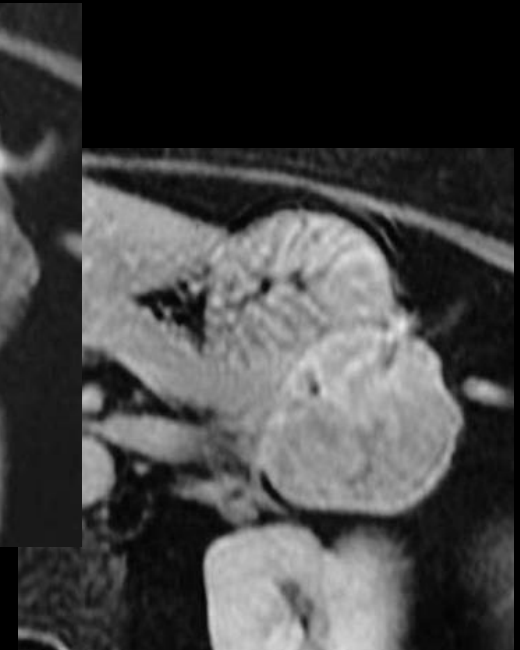
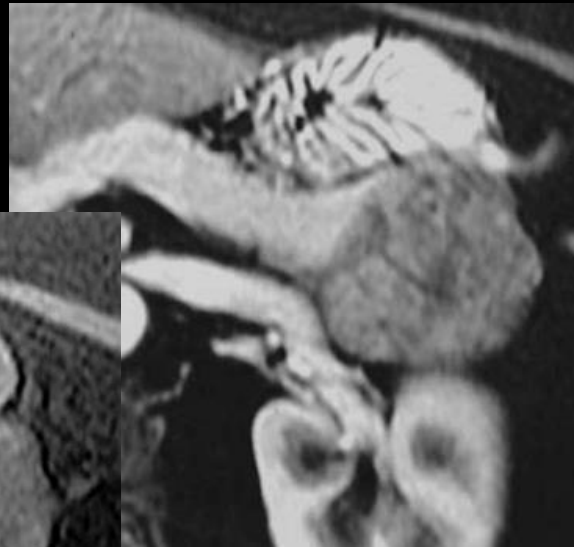
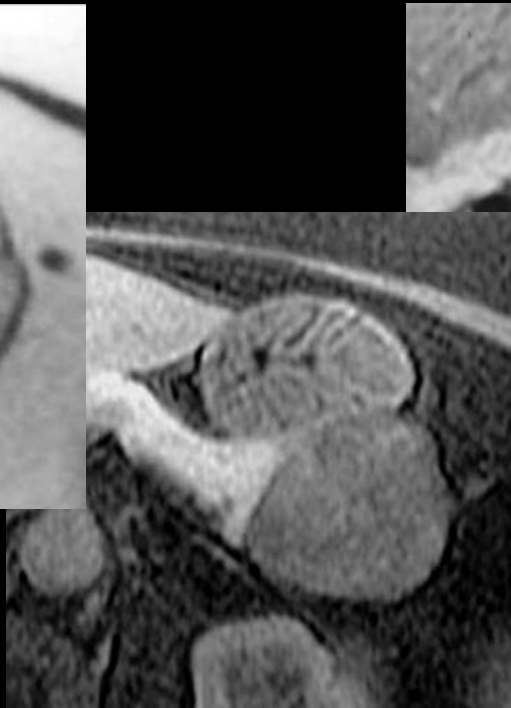
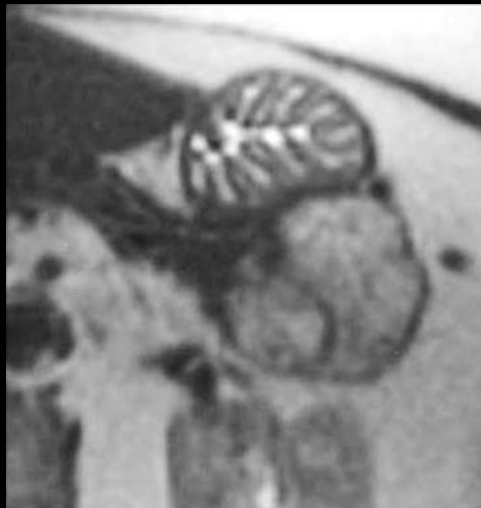
- pas d'infiltration péri glandulaire
- pas de sténose canalaire

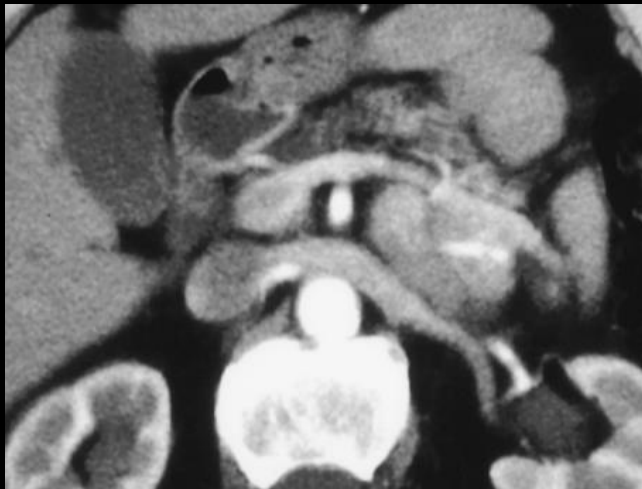
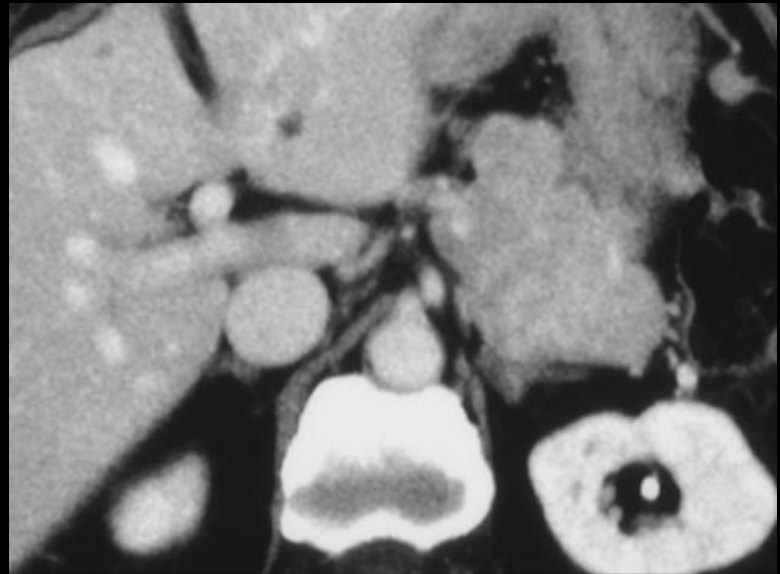
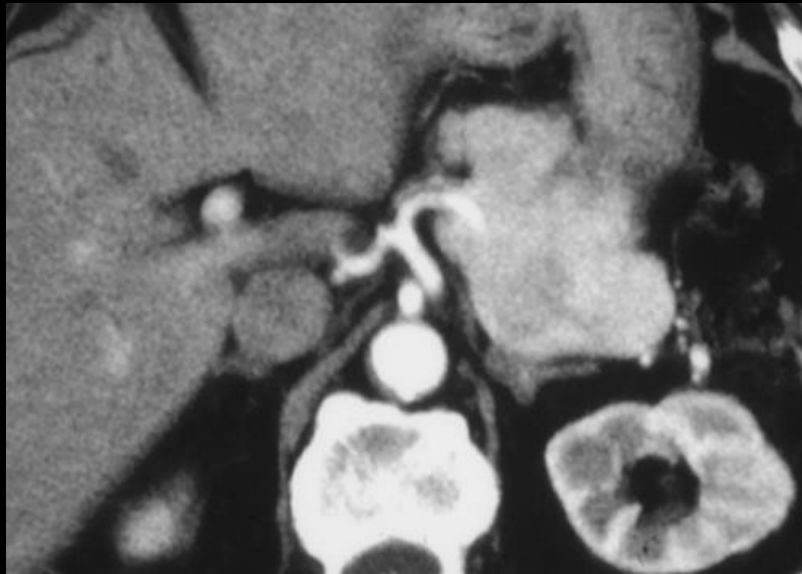


TNE non fonctionnelle métastatique

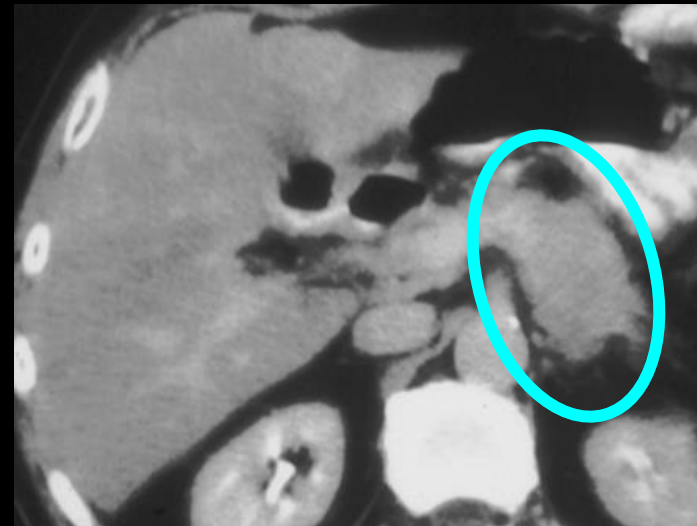


TNE non fonctionnelles bien différenciées

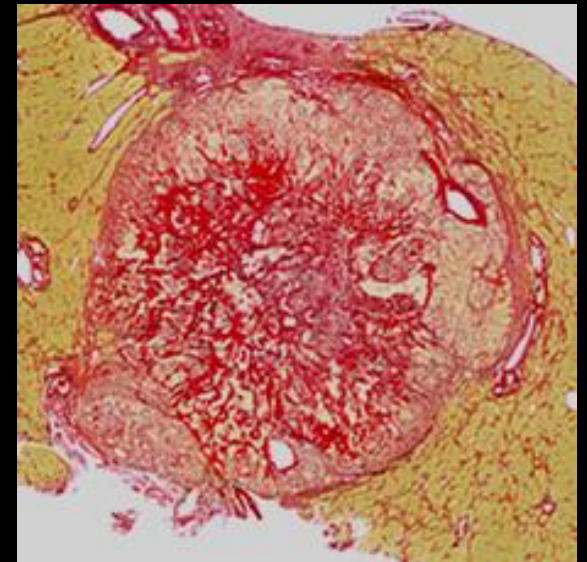
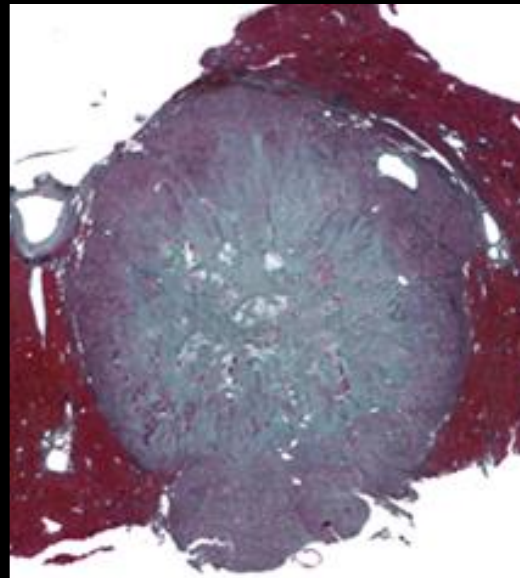
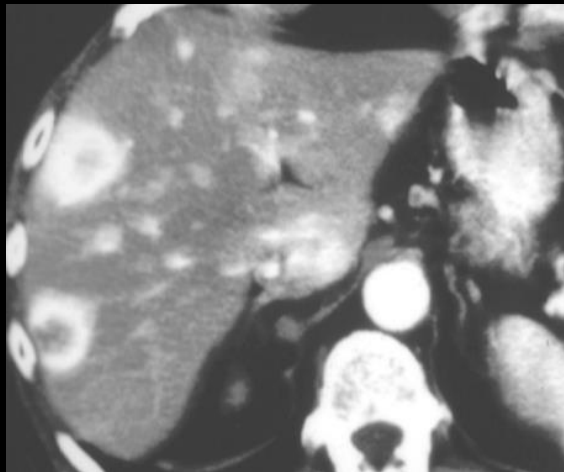
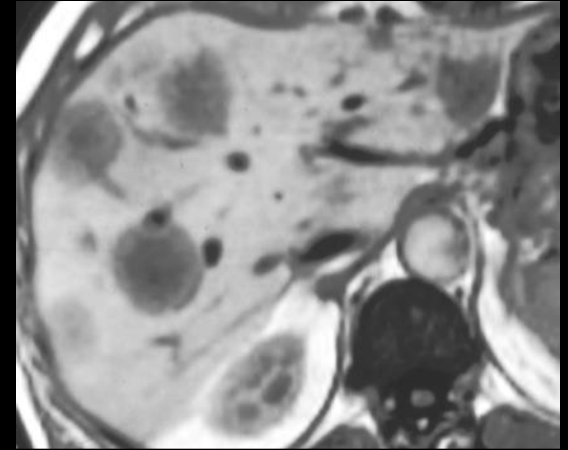
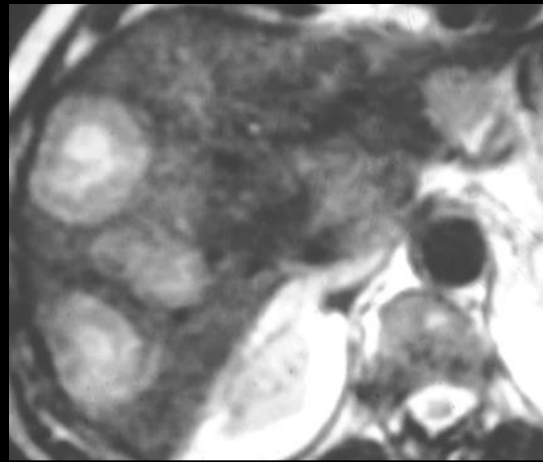
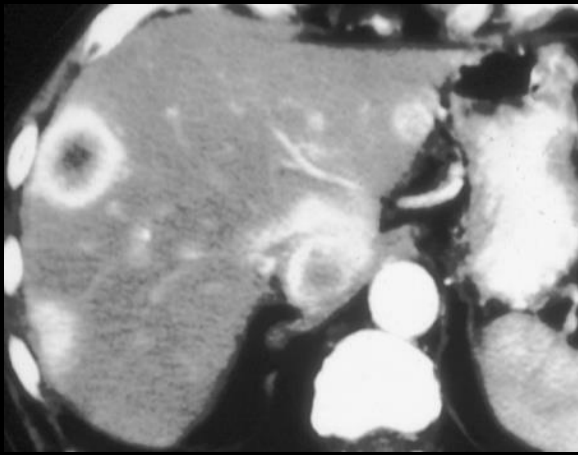




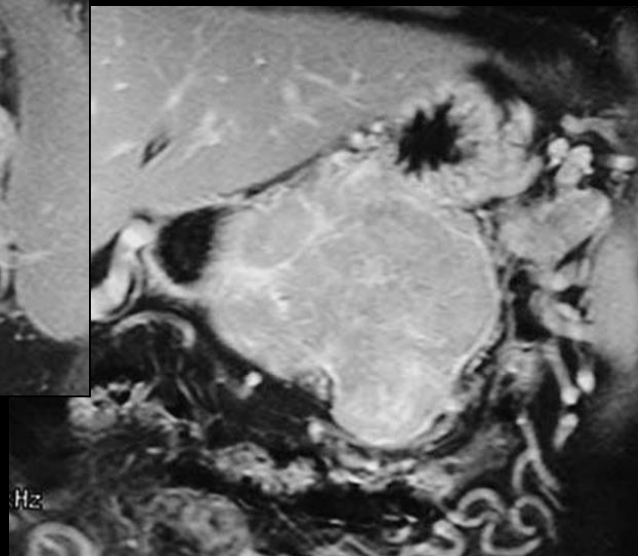
TNE non fonctionnelle bien différenciée (hypervascularisation +++)



TNE non fonctionnelle (carcinoïde) métastatique



TNE non fonctionnelle bien différenciée métastatique



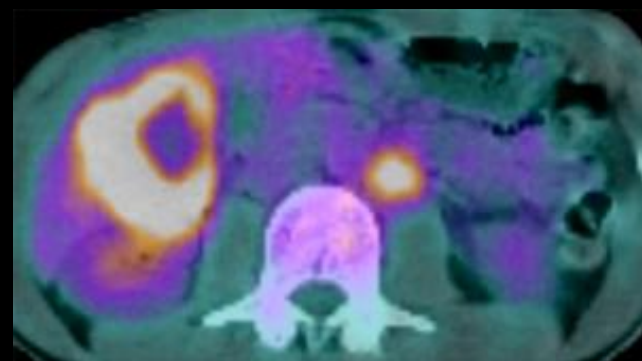
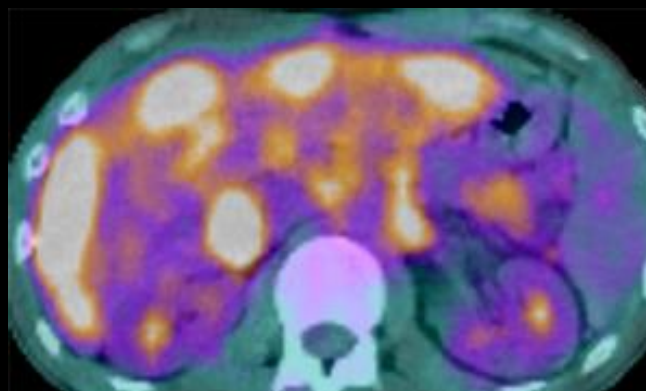
**TNE non fonctionnelle différenciée extension endoveineuses spléno et
mésentérico portales : jeune femme 25 ans**

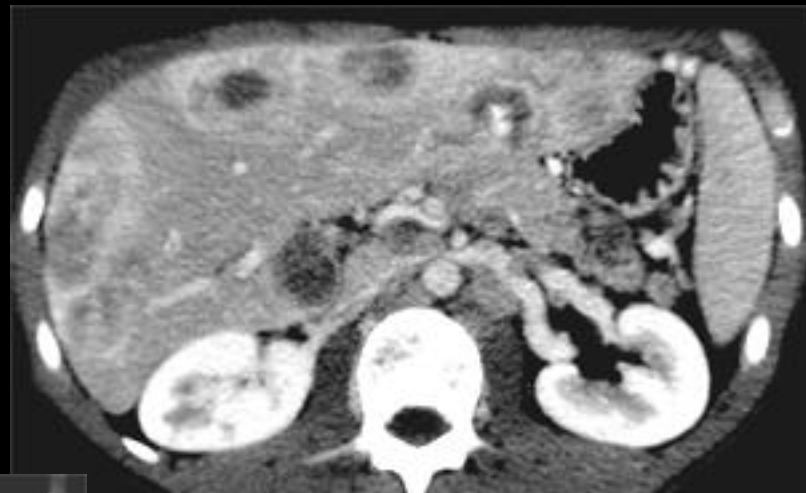
TNE non fonctionnelle peu différenciée ,rapidement évolutive et métastatique (foie , ganglions , os ..)

15/05/07

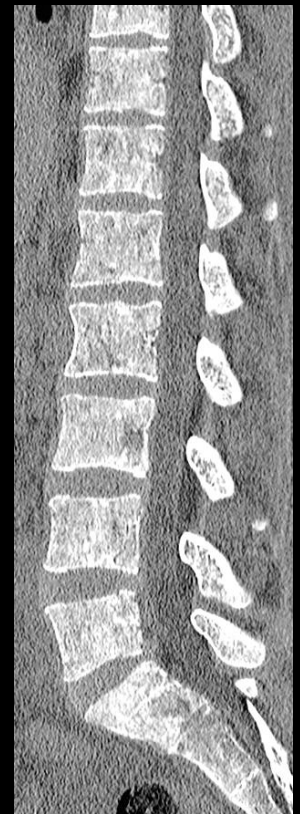


06/07/07





01/08/07



**TNE non fonctionnelle peu
différenciée ,rapidement
évolutive et métastatique
(foie , ganglions , os ..)**