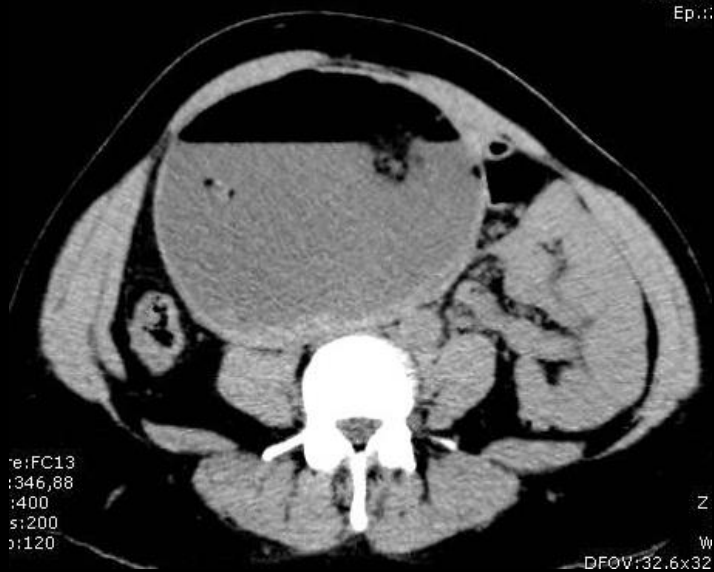
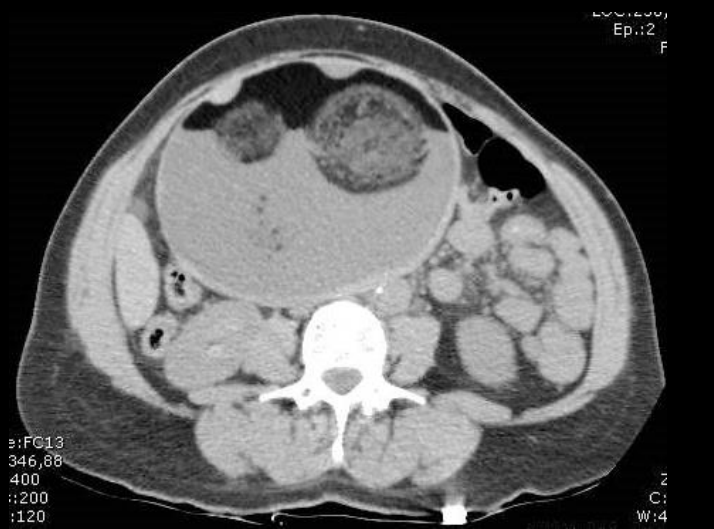
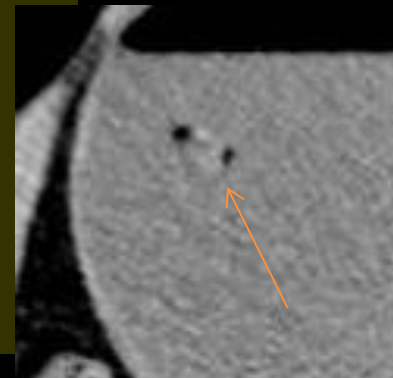
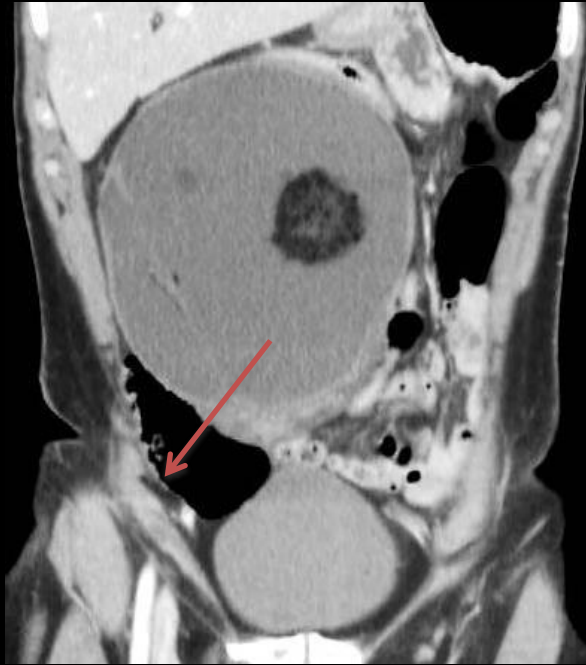
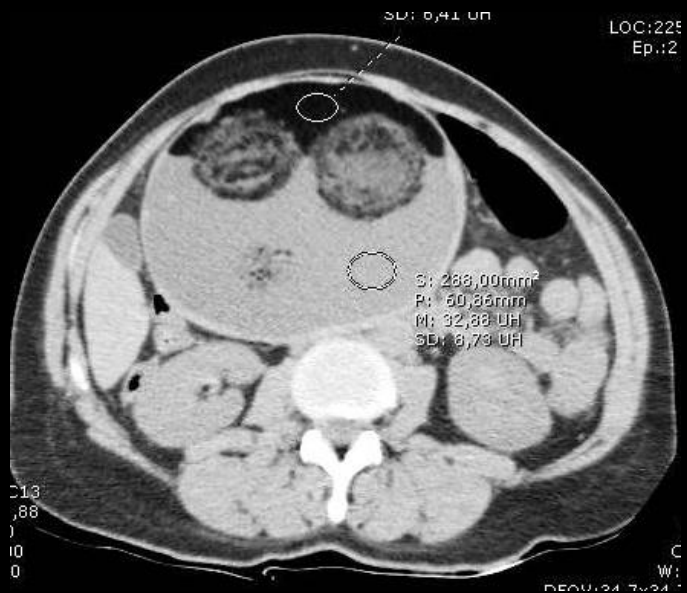


Femme 49 ans, non ménopausée, douleurs abdominales aiguës en fosse iliaque droite, discret syndrome inflammatoire biologique : suspicion d'appendicite aiguë.

Quels sont les principaux items sémiologiques à retenir sur le scanner ?



Laureline .SIMON (IHN)



Volumineuse masse intra-abdominale développée aux dépens de l'annexe droite

Cloisonnée, paroi épaissie, pas de rehaussement

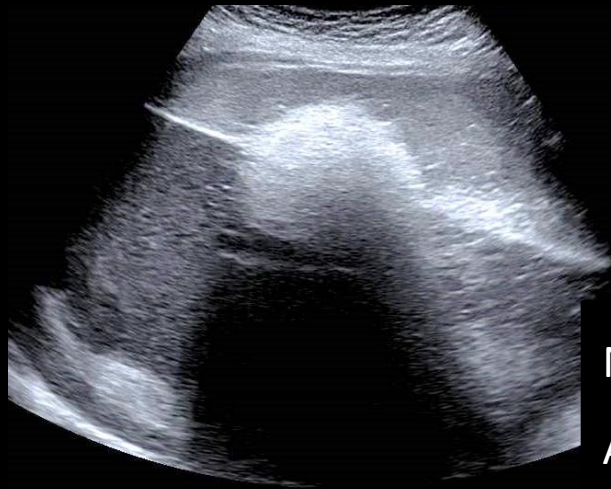
Contenu : liquide spontanément dense, graisse, micro-calcifications.

Niveau liquide-graisse.

3 nodules hétérogènes à composante graisseuse et tissulaire

Pédicule à la partie inférieure de la masse avec image de spire : torsion ?

Echographie pelvienne



Nodules hyper échogènes

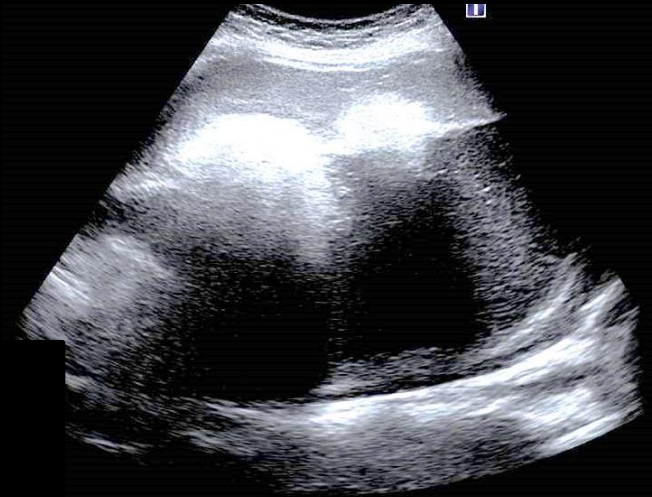
Avec atténuation

Fine cloison

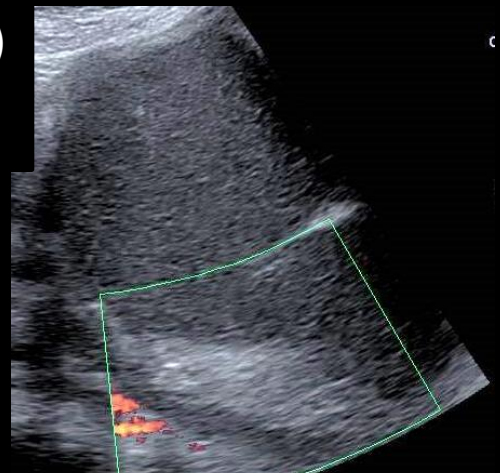
Contenu mixte (hyperéchogène

Et liquidien avec sédimentation)

Niveau liquidien



Foyers de micro-calcifications



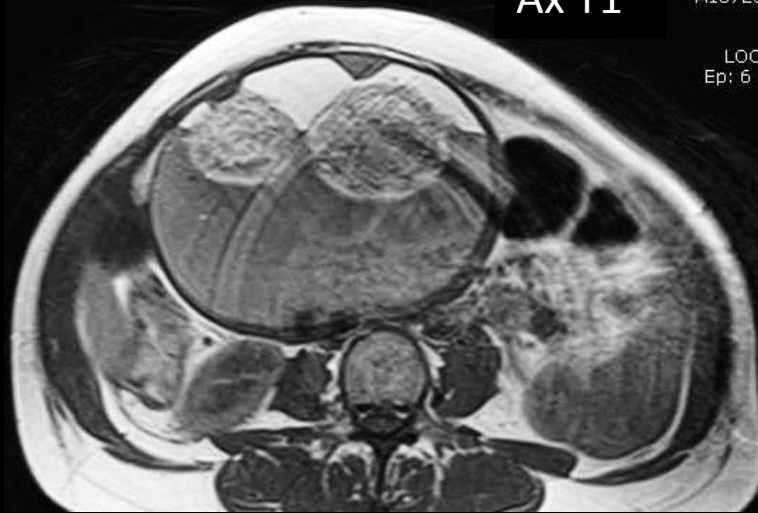
Hypo-vascularisation

IRM pelvienne

Ax T1

A107251

LOC:
Ep: 6 S

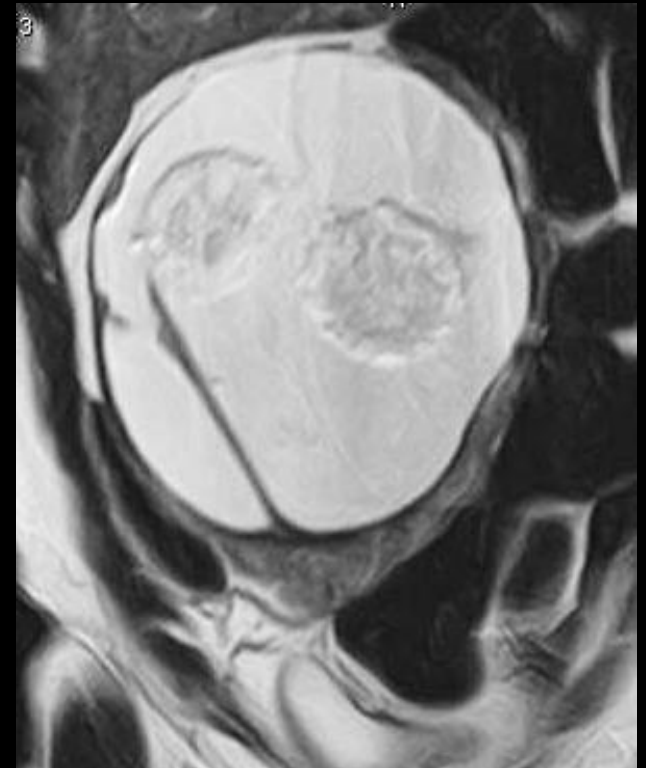


Ax T1 FS

LC
Ep: 1



Masse à contenu graisseux
(hyperS T1 annulé par sat fat)



parenchyme ovarien remanié,
ne se rehaussant pas après IV



Masses péritonéales à contingent graisseux : arbre diagnostique



Mise en évidence du contingent graisseux :

Echographie : hyper-échogène

TDM : densités négatives

IRM : - hyperT1 / signal T2 intermédiaire à hyper

- + saturation de la graisse

- IP/OP : graisse microscopique / eau



Eliminer les localisations différentielles :

- Origine surrénalienne (adénome / myélolipome)

- Origine rénale (angiomyolipome)

- Origine rétro-péritonéale (liposarcome)

- Origine pelvienne (kyste dermoïde)

Caractériser la lésion :

- Limites, contours

- Parois, septas

- Composition : kystique, tissulaire, calcifiée, hémorragique.

- Etude du rehaussement

Masses péritonéales à contingent graisseux : arbre diagnostique

lipome

NON

Densité graisseuse homogène
Localisation mésentérique, < 5 cm
Pas de cloison, pas de rehaussement

lipoblastome

NON

Volumineuse masse bien limitée
Contingent graisseux prédominant
Fine capsule et fines cloisons
Rehaussement discret

liposarcome

NON

Densité graisseuse macroscopique (TDM)
Réhaussement septal après injection
(forme lipogénique pure) ou nodulaire (forme scléreuse)
Contingent tissulaire intra-lésionnel
(hypersignal T2, calcifications, remaniements hémorragiques)
Refoule sans envahir les tissus adjacents.

Tératome !

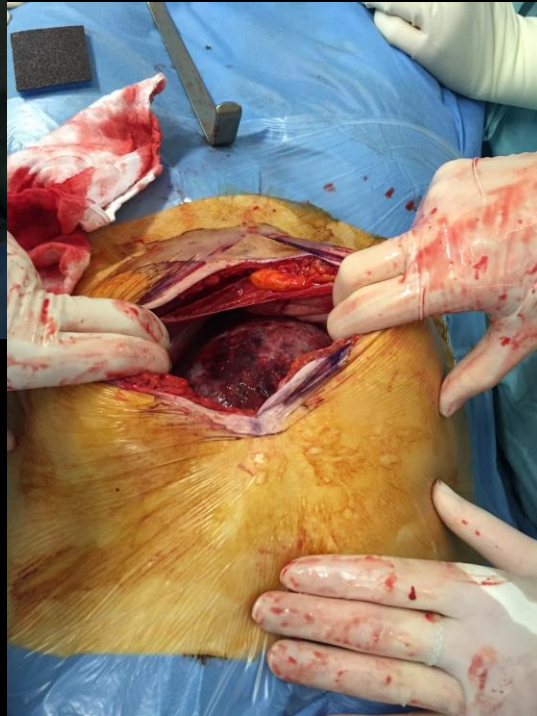
Lymphangiome kystique chyleux

Ischémie épiploïque
(grand omentum ou frange)

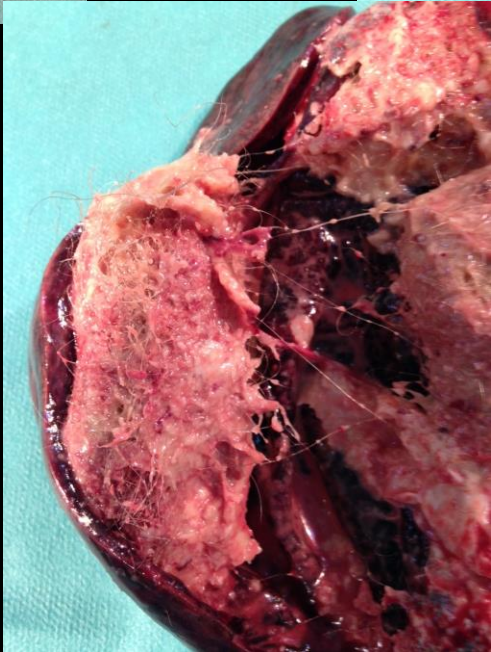
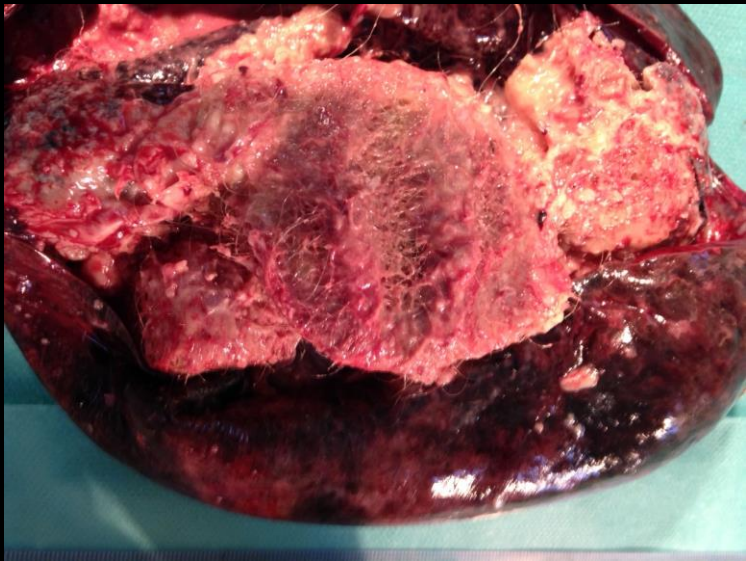
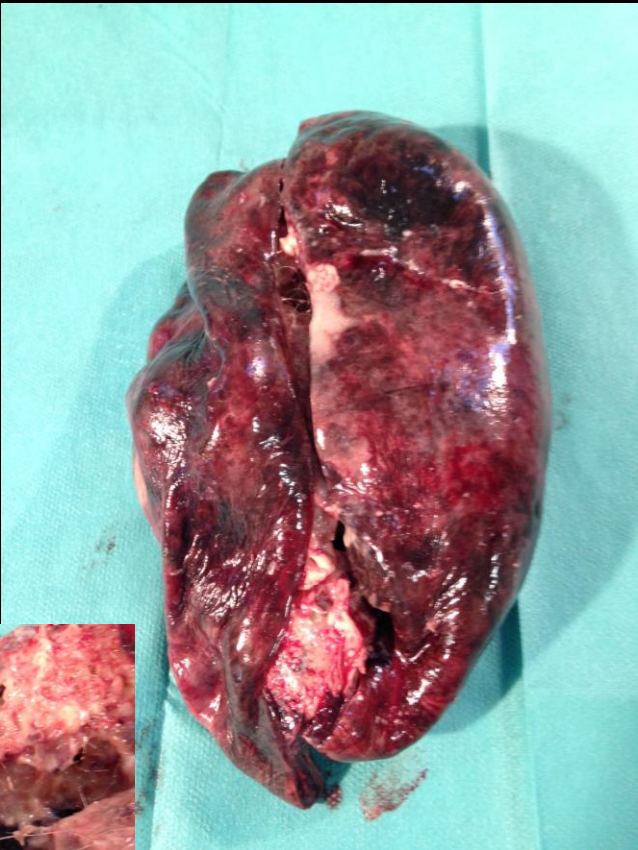
NON

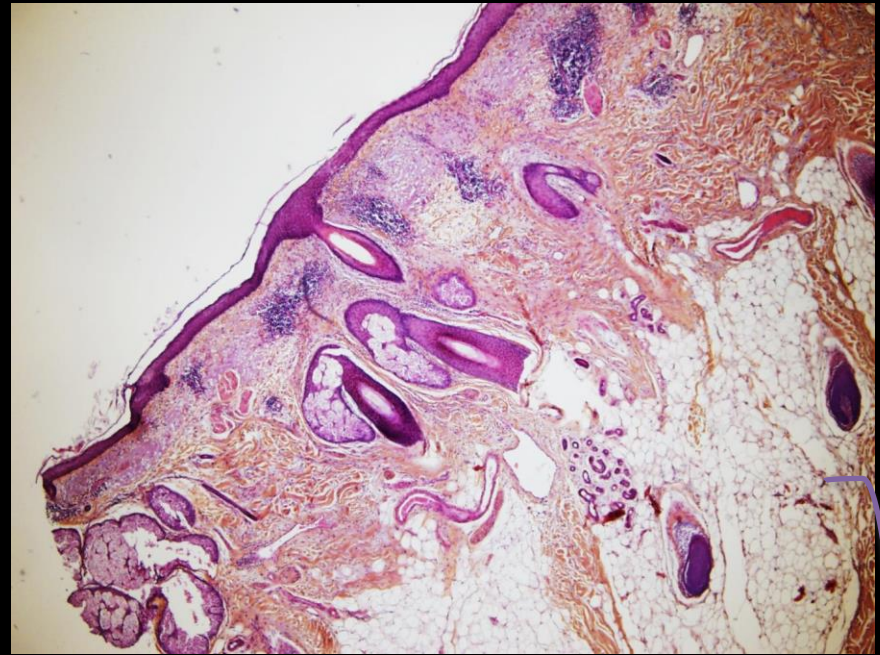
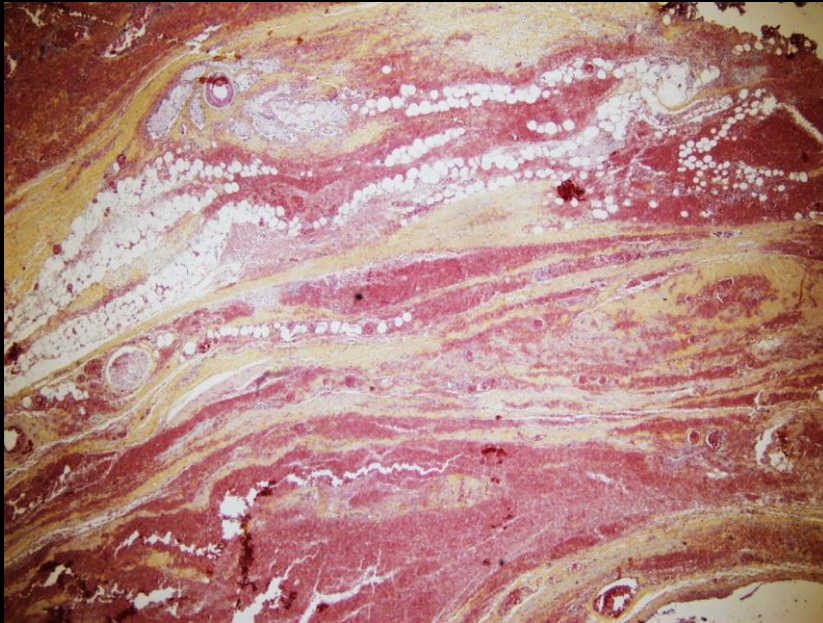
Localisation péritonéale
Cloisonnée
Contingent graisseux
Au sein d'une masse liquidienne

au total : diagnostic radiologique de torsion ovarienne sur tératome
mature confirmé par l'intervention



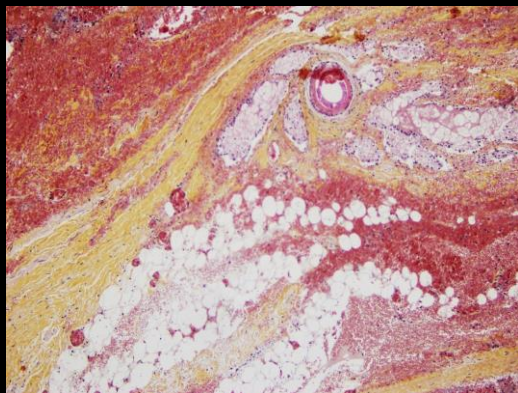
Macroscopie



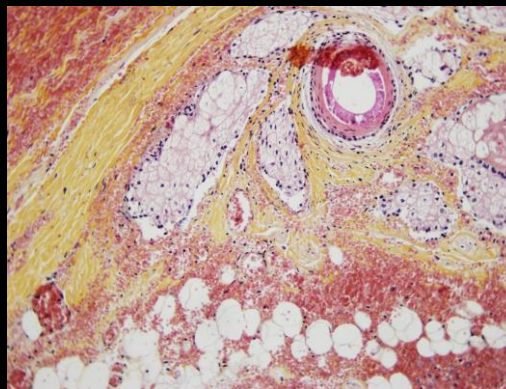


Différenciation pilo-sébacée et adipeuse
du kyste

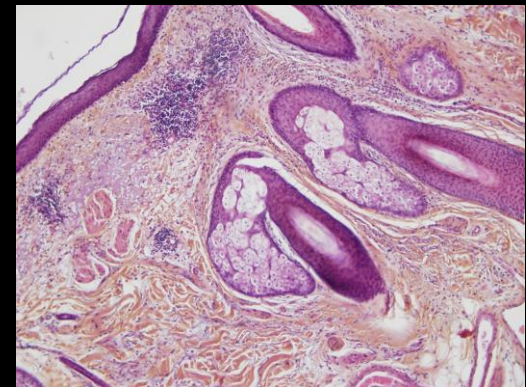
Tissu cutané (non pathologique)

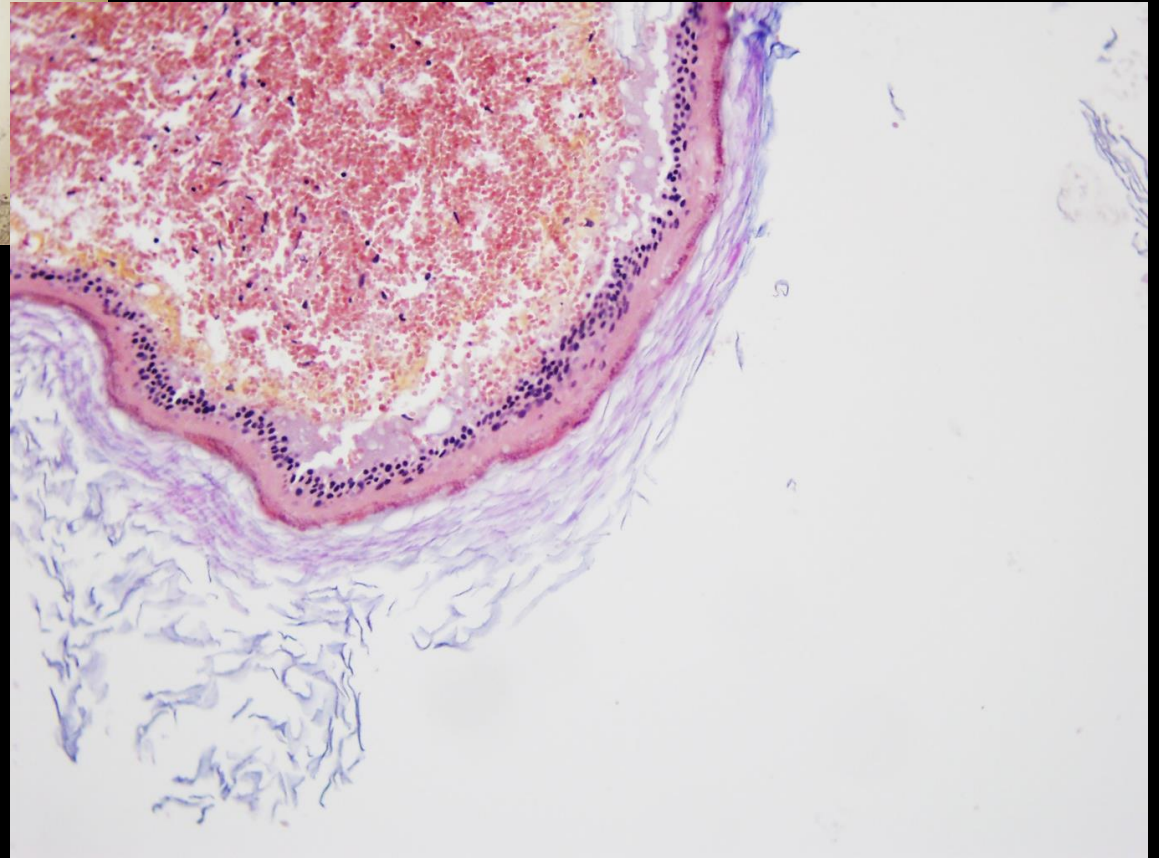
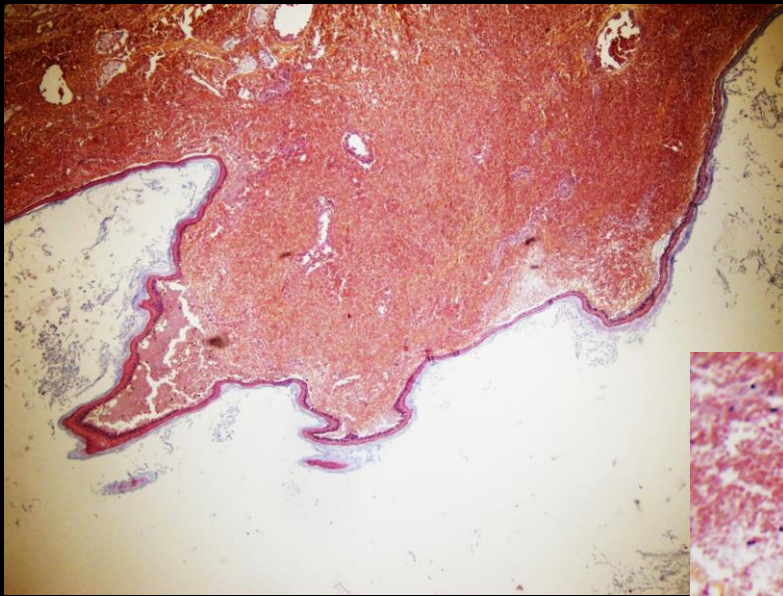


X20

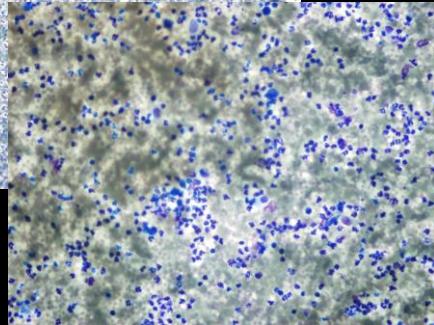
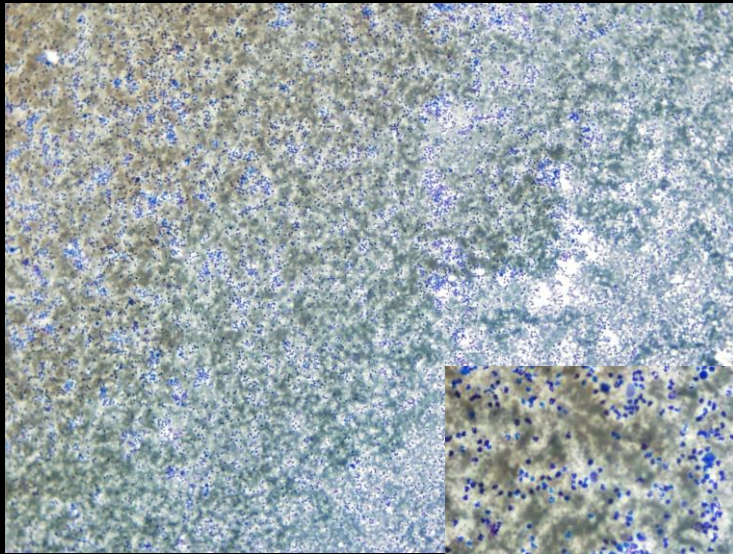


X40

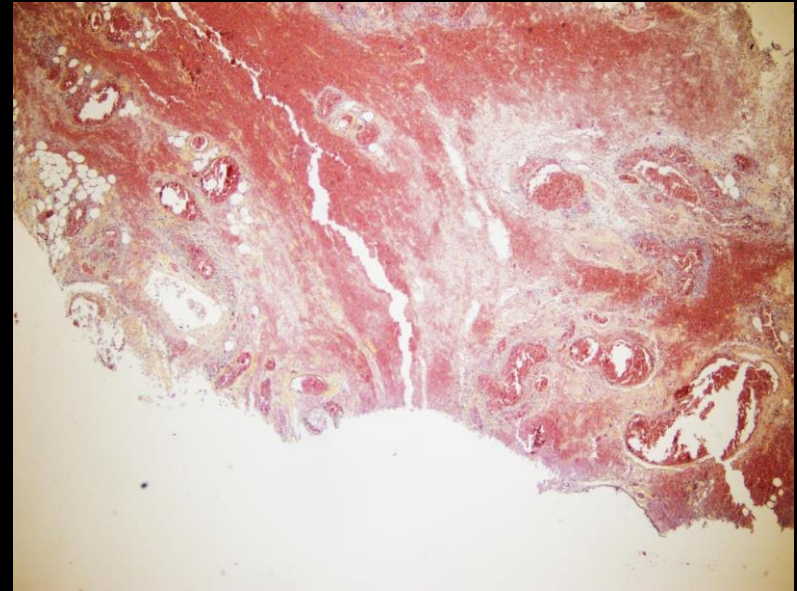




Revêtement épithélial kératinisant

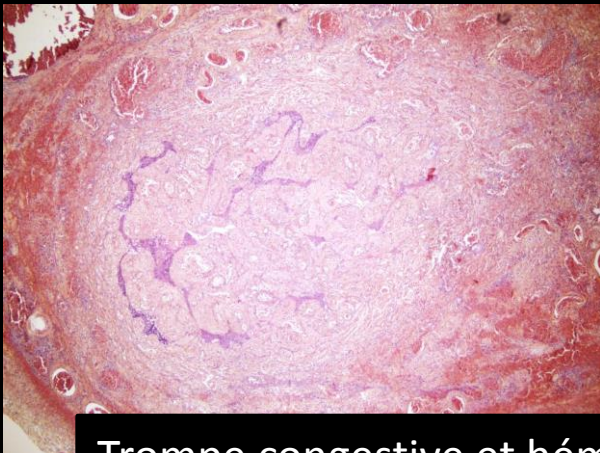


Cytologie péritonéale
Hémorragique et inflammatoire

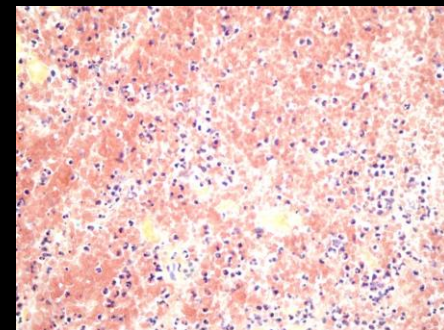


Tissu adipeux et hémorragique

Signes indirects de torsion



Trompe congestive et hémorragique



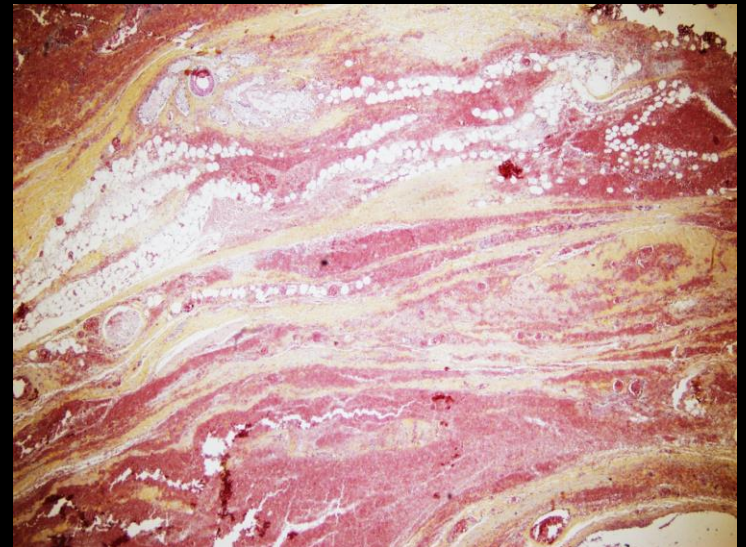
Éléments figurés du sang

Tératomes ovariens-anatomie pathologique

Tumeurs à cellules germinales les plus fréquentes.

Constituées de **tissus d'origine**:

- ectodermique (peau, tissu nerveux)
- mésodermique (muscle, tissu adipeux)
- endodermique (tube digestif, bronche)



Se différencient par la nature et la maturité des tissus retrouvés au sein de la tumeur.

Histologie : 3 types de tératomes

Tératome kystique mature :

20 % des tumeurs ovariennes de l'adulte, 50% de l'enfant.

Âge moyen : 30 ans (< tumeurs épithéliales), Bilatéral 8-15%, 7 cm en moyenne

Tissu bien différencié issu d'au moins 2-3 couches de cellules souches.

Tissus **ectodermiques** et **mésodermiques** +++

Kystique (88%), contenu liquide ++ sébacé, +/- cheveux

paroi = épithélium squameux limité en dehors par stroma ovarien

Nodule appendu à la face interne avec dérivés des 3 couches de cellules

souches : **nodule de Rokitansky**.

Tératome immature:

Tumeur maligne **exceptionnelle** (<1%), femme jeune

Grande taille (14-25 cm)

Tumeur **solide** avec quelques plages liquidiennes, en général, peu abondantes.

Signe de malignité = **effraction capsulaire**.

Mélange tissus matures et immatures

Tératomes matures homolatéraux (26%) et contro-latéraux (10%)

Tératome monodermique :

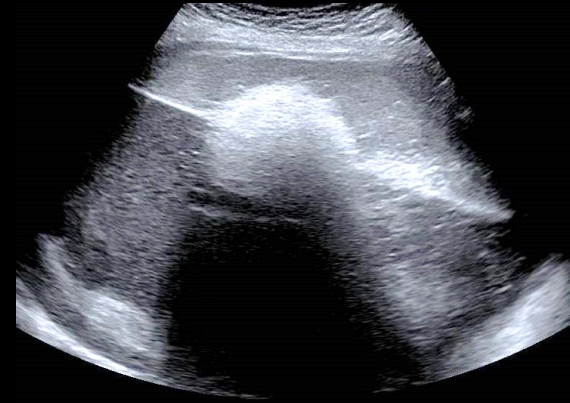
Issu d'un seul feuillet embryonnaire. On distingue : **goître ovarien** (struma ovarii),

tumeur carcinoïde et tumeur à différenciation nerveuse

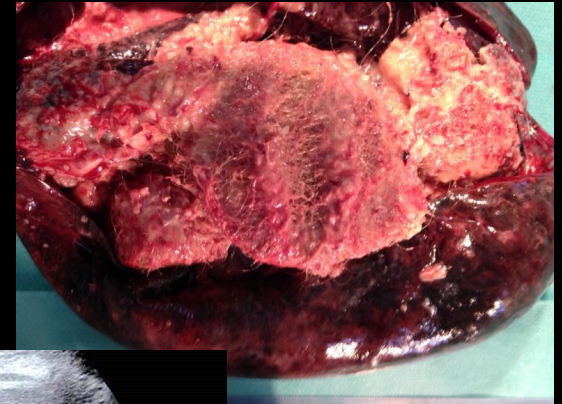
Kyste dermoïde :imagerie échographique

3 formes décrites classiquement:

① Formation kystique présentant un nodule échogène appendu à sa paroi (nodule de Rokitansky).



② Masse échogène atténuante (atténuation post / cheveux, sébum épais, graisse, structures ossifiées)



③ Kyste avec multiples échos linéaires = cheveux flottant dans la lumière.
+/- kyste d'allure banal (contenu séreux)



① Niveau liquide (liquide séreux déclive / sébum surnageant)

Kyste dermoïde :imagerie CT et IRM

Graisse :

TDM : < -20 UH

IRM : hyper T1 T2, s'annulant après sat fat

**Artéfact de déplacement chimique en périphérie,
Liseré en hyposignal à l'interface eau/graisse ou
tissu/graisse**

**Sur les séquences en écho de gradient en opposition de
phase.**

Au sein des tératomes :

- liquide : sébum
- glandes sébacées, riches en sébum
- Solide : adipocytes
- périphérie : granulome lipophagique



Tératome mature :

Graisse dans 93 % des cas , souvent abondante

Si contenu séreux uniquement -> graisse pariétale ou
protubérance

+/- niveau liquide/graisse, très évocateur.

Kyste uniloculaire (88%), paroi fine

Nodule de Rokitansky : portion tissulaire, fait saillie dans la
lumière

Dents, calcifications, ossifications.

Aucun rehaussement ou rehaussement linéaire
cloison/nodule



Kyste dermoïde vs tératome immature :

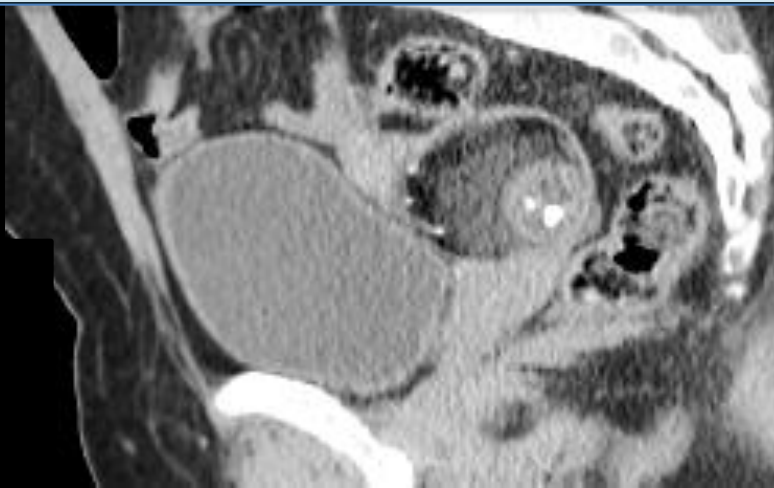
critères de différenciation en imagerie

Tableau I

Synthèse des critères en imagerie des tératomes matures et immatures.

	Tératome mature	Tératome immature
Macroscopie	Kyste avec nodule mural	Masse hétérogène avec quelques portions kystiques
Contenu du kyste	Sébum, cheveux bien visibles en échographie, parfois liquide séreux	Liquide séreux le plus souvent
Graisse	Abondante	Quelques îlots graisseux épars
Calcifications	Dents, os dans la protubérance, calcifications linéaires pariétales	Calcifications amorphes
Rehaussement	Possible, intéressant les cloisons et la protubérance	En masse

**Tératome
mature
typique**



Tératome immature

Kyste dermoïde : complications

Torsion annexielle :

1^{ère} cause de torsion ovarienne parmi l'ensemble des tumeurs ovariennes

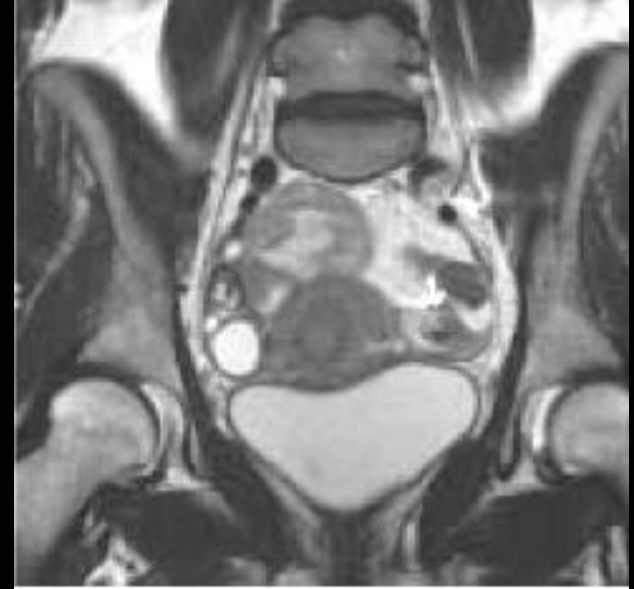
Complication la + fréquente; ++ pendant ou au décours immédiat de la grossesse

++ avec kystes plus volumineux que la moyenne

Signes : épaissement de la trompe et de la paroi du kyste,

Épanchement pelvien, déviation de l'utérus vers le côté du tératome,

Torsion du pédicule vasculaire ovarien.



Kyste dermoïde : complications

Infection du kyste

Rupture du kyste 2 formes cliniques très différentes

- péritonite dermoïde aiguë en cas de rupture massive brutale (per- opératoire) avec passage à la chronicité même en cas de lavage péritonéal immédiat
- péritonite dermoïde chronique granulomateuse avec implants à distance (jusqu'au dôme hépatique) localisations "parasitiques" péritonéales abdomino-pelviennes

Dégénérescence (1-2 %)

à partir du nodule de Rokitansky

“Take home messages”

- Tératomes ovariens = tumeurs à cellules germinales les + fréquentes
- Diagnostic facile quand sémiologie typique en imagerie
- Différenciation en imagerie : tératome mature / immature
- Torsion ovarienne = complication la plus fréquente

Synthèse des critères en imagerie des tératomes matures et immatures.

	Tératome mature	Tératome immature
Macroscopie	Kyste avec nodule mural	Masse hétérogène avec quelques portions kystiques
Contenu du kyste	Sébum, cheveux bien visibles en échographie, parfois liquide séreux	Liquide séreux le plus souvent
Graisse	Abondante	Quelques îlots graisseux épars
Calcifications	Dents, os dans la protubérance, calcifications linéaires pariétales	Calcifications amorphes
Rehaussement	Possible, intéressant les cloisons et la protubérance	En masse