

Anatomie Radiologique tube digestif

C. SELLAL

Service de Radiologie Adultes, Hôpital de Brabois

Avril 2013

E. MATHIAS

Service de Médecine Nucléaire, Hôpital de Brabois

Avril 2013

ESTOMAC



Anatomie

Réservoir en forme de J majuscule

- Fundus
- Corps
- Antre (partie horizontale pré pylorique)

Grande et petite courbures



Enveloppé de péritoine dans sa totalité

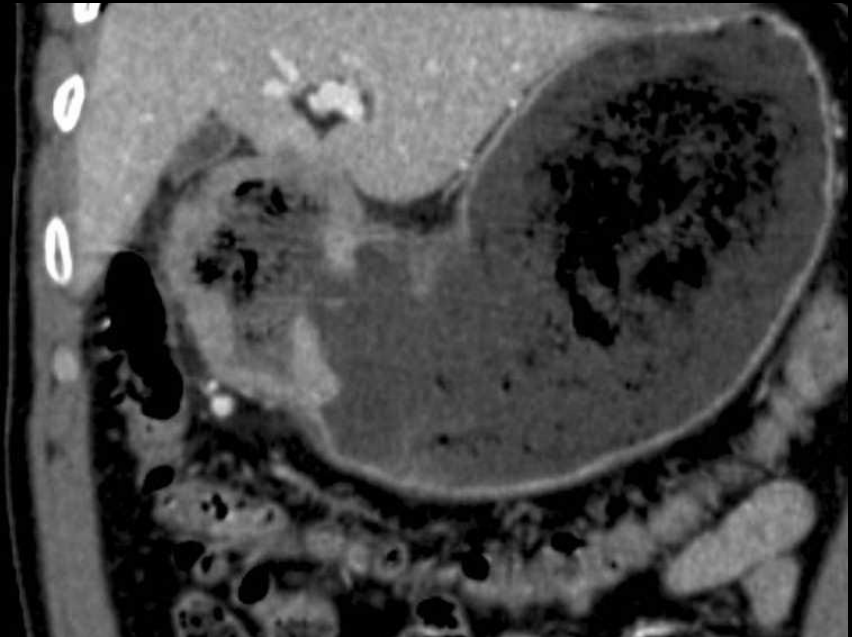
Organe mobile

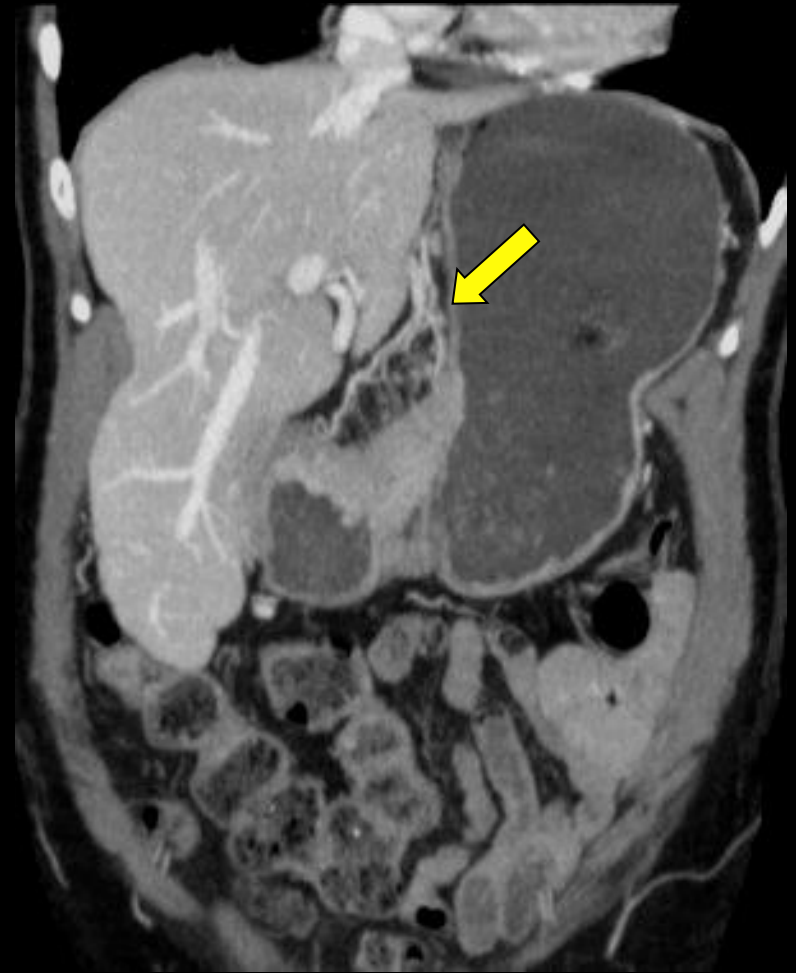
Cardia: Jc° avec œsophage / Région la + fixe

Moyens de fixité:

Ligt gastro phrénique (fundus - diaphragme)

Ligt gastro-hépatique, gastro-colique ,
gastro splénique.

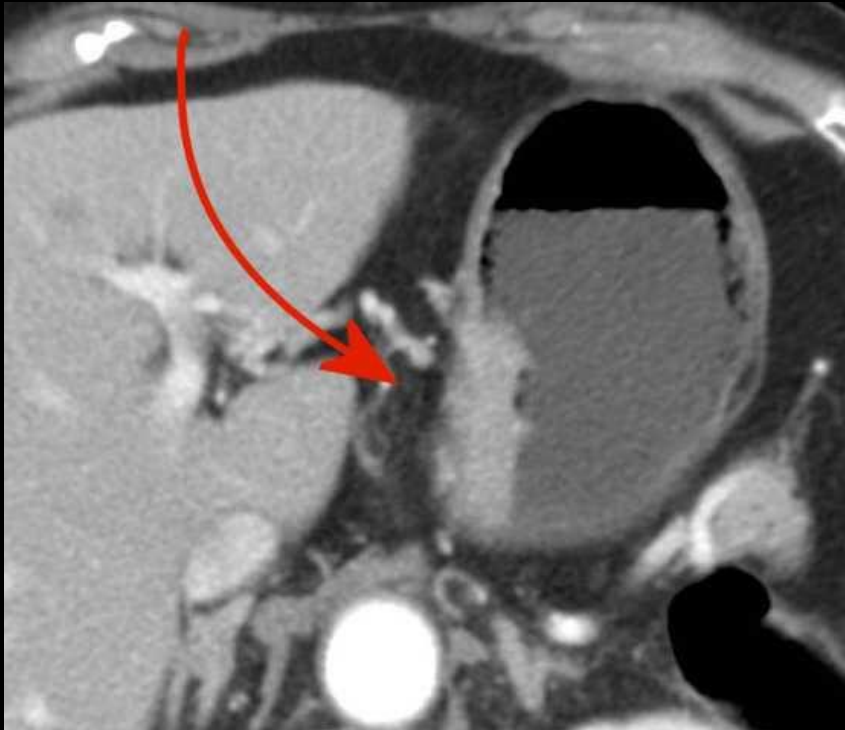




Le **ligament hépato-gastrique** (petit épiploon) s'insère dans la fissure du ligament veineux d'Arantius

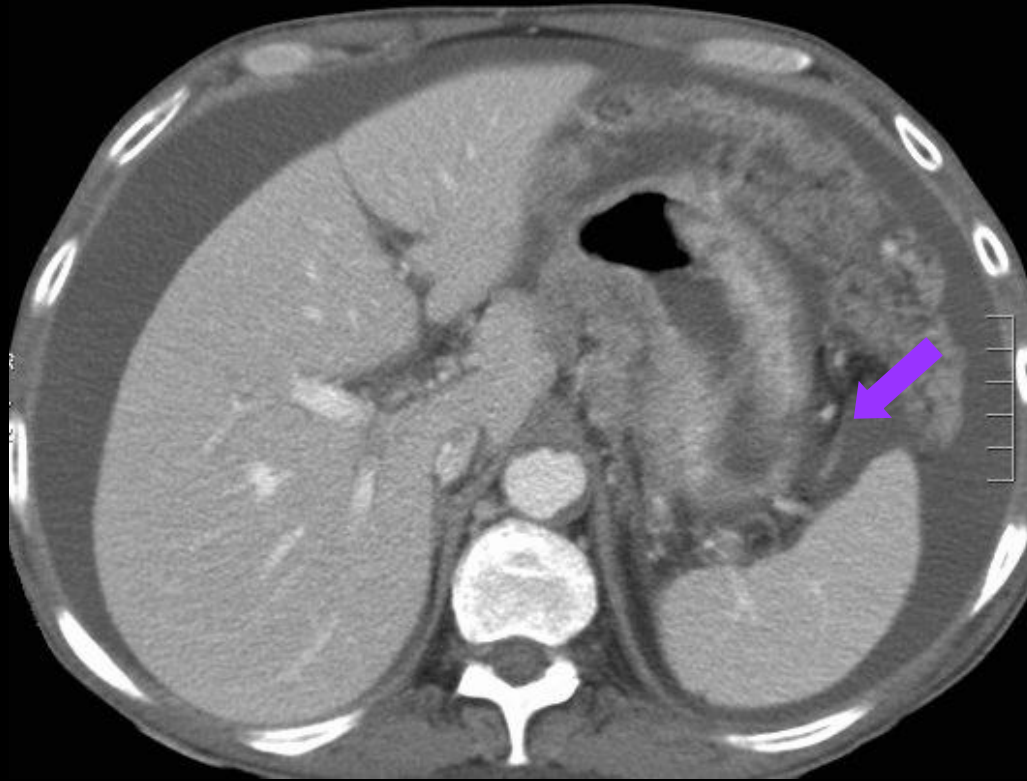
Il connecte le bord médial du foie gauche à la petite courbure de l'estomac

Ligament hépato-gastrique (petit épiploon)



ligament hépato-gastrique : site d'extension tumorale ou ganglionnaire du cancer gastrique, du cancer oesophagien et du lymphome

Ligament gastro-splénique



Le ligament **gastro-splénique** connecte la grande courbure de l'estomac et le hile splénique

Il constitue la limite latérale gauche de la bourse omentale (arrière-cavité des épiploons)

Ligament gastro-colique (grand épiploon)

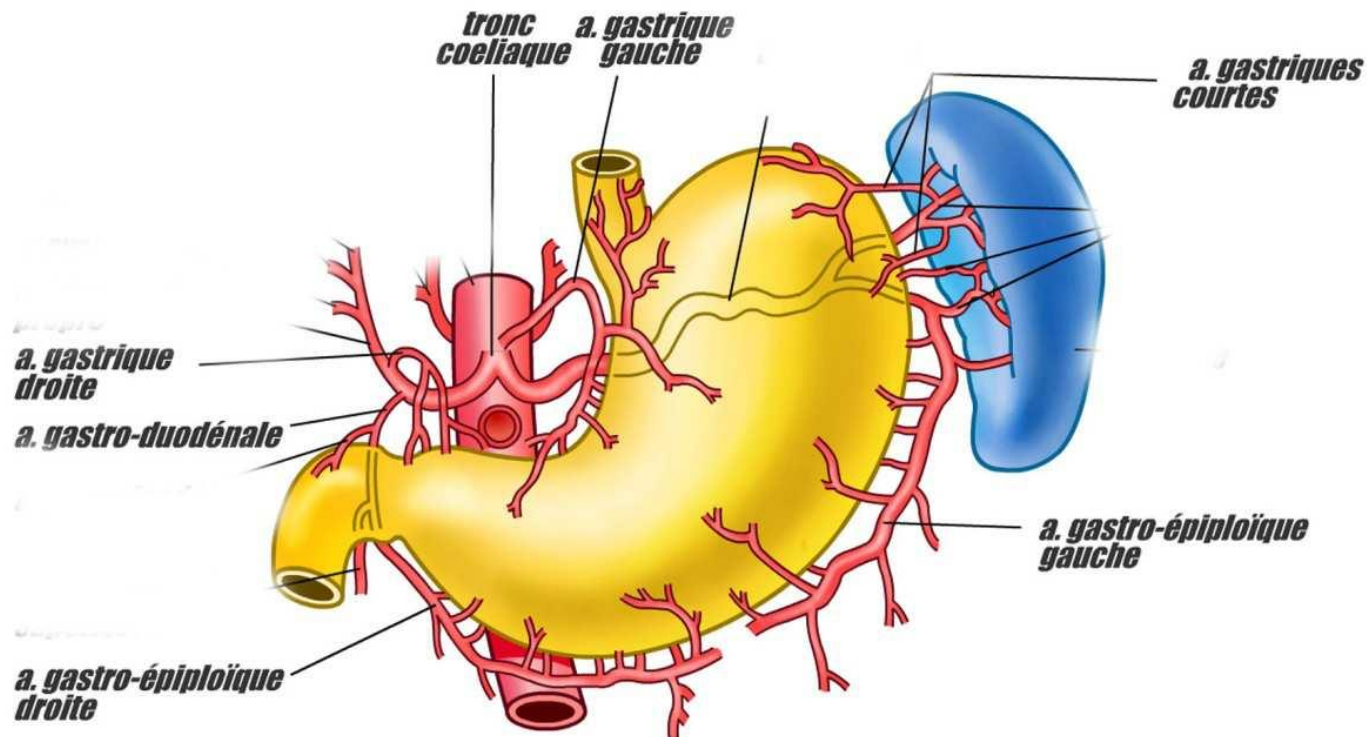
Le ligament **gastro-colique**
constitue la limite antéro-latérale
de la bourse omentale et
également le prolongement
supérieur du **grand omentum**
Il renferme les vaisseaux gastro-
épiploïques



Vascularisation artérielle:

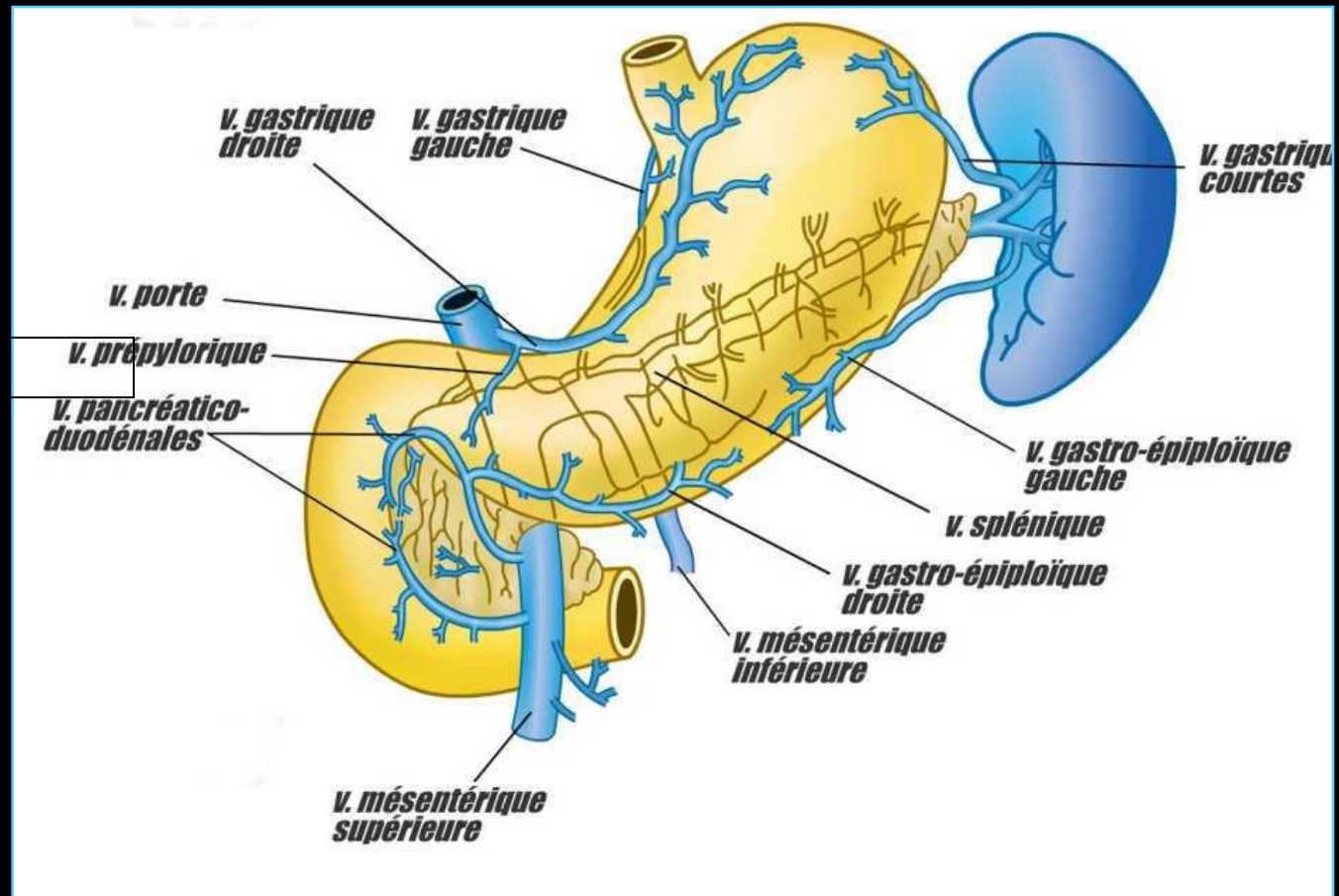
2 arcades :

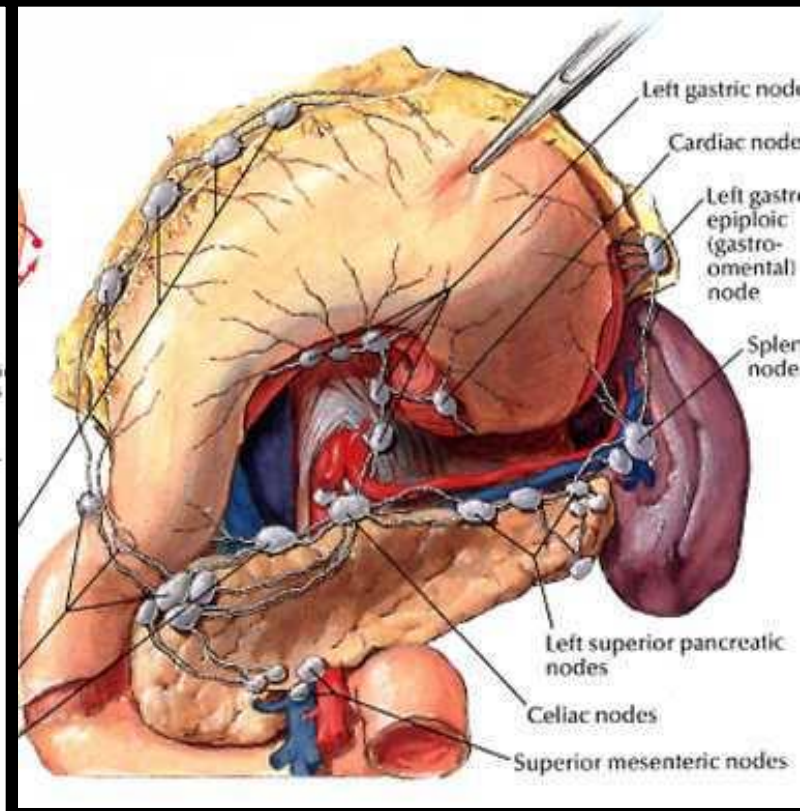
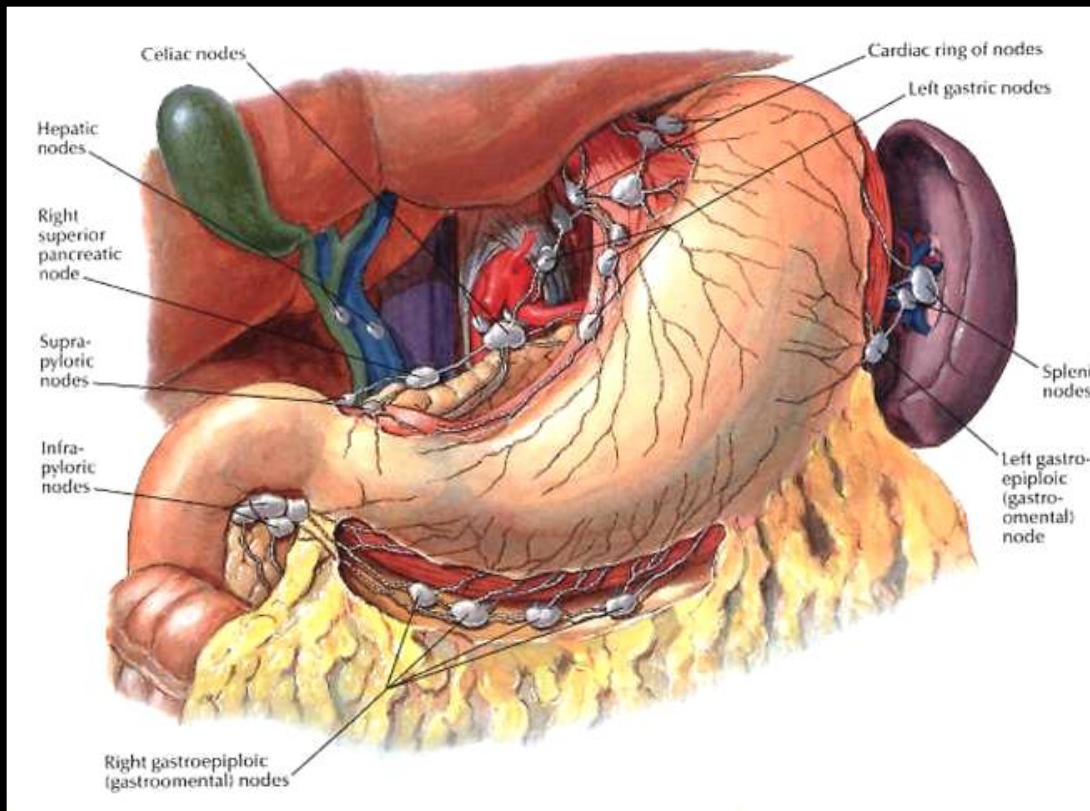
- En regard de la petite courbure : A gastrique gauche (naît du TC) et A gastrique droite (naît de l'hépatique propre)
- En regard de la grande courbure : A gastro-épiploïque gauche et gastriques courtes (naissent de l'artères spléniques), A gastro-épiploïque droite (naît de l'A gastro-duodénale)



Drainage veineux :

- Veines gastriques gauche et droite dans le tronc porte
- Veine gastro épiploïque gauche dans veine splénique
- Veine gastro épiploïque droite dans veine mésentérique supérieure





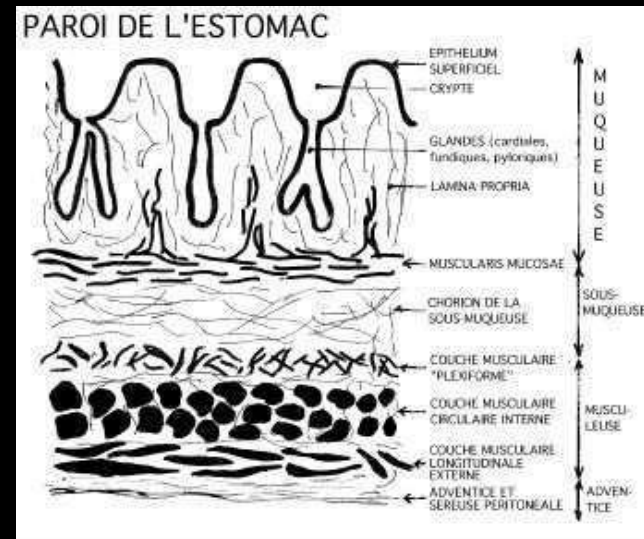
Drainage lymphatique:

- Nœuds gastriques gauches : 2/3 médiaux corps estomac et cardia
- Nœuds spléniques : 1/3 latéral corps et fundus
- Nœuds hépatiques : 2/3 latéraux corps par gastriques droits, gastro-épiploïque et rétro duodénaux
- Nœuds coeliaques +++ : se drainent par canal thoracique ganglion de Troisier

Paroi gastrique

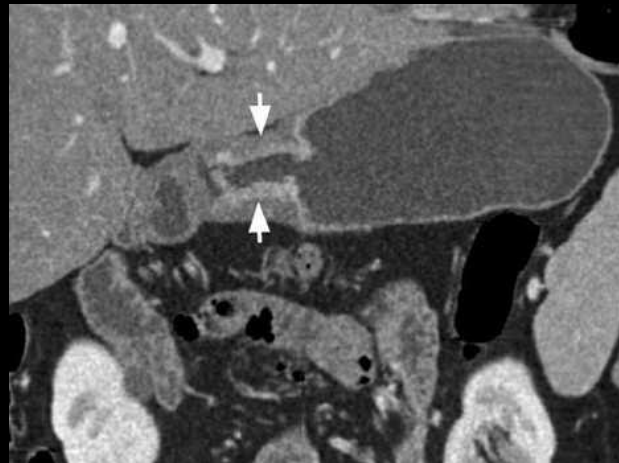
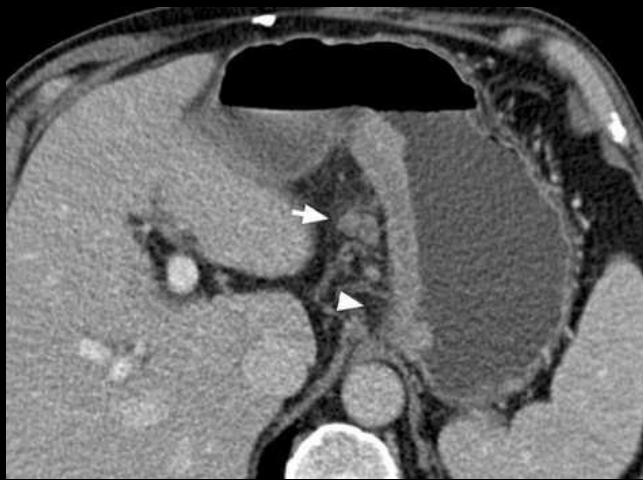
Formé de 5 enveloppes

1. Adventice ou séreuse = péritoine viscéral gastrique
2. Sous - séreuse = tissu conjonctif lâche
3. Musculeuse
4. Sous - muqueuse = tissu soutien vx et nerfs muqueux
5. Muqueuse = de deux types
grosse tubérosité corps fundus = type fundique
antre = type pylorique

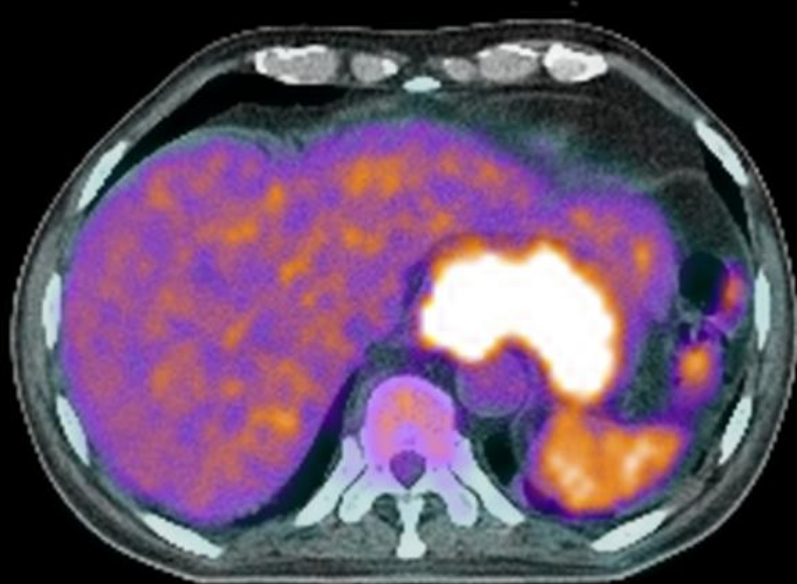




Adénocarcinome débutant

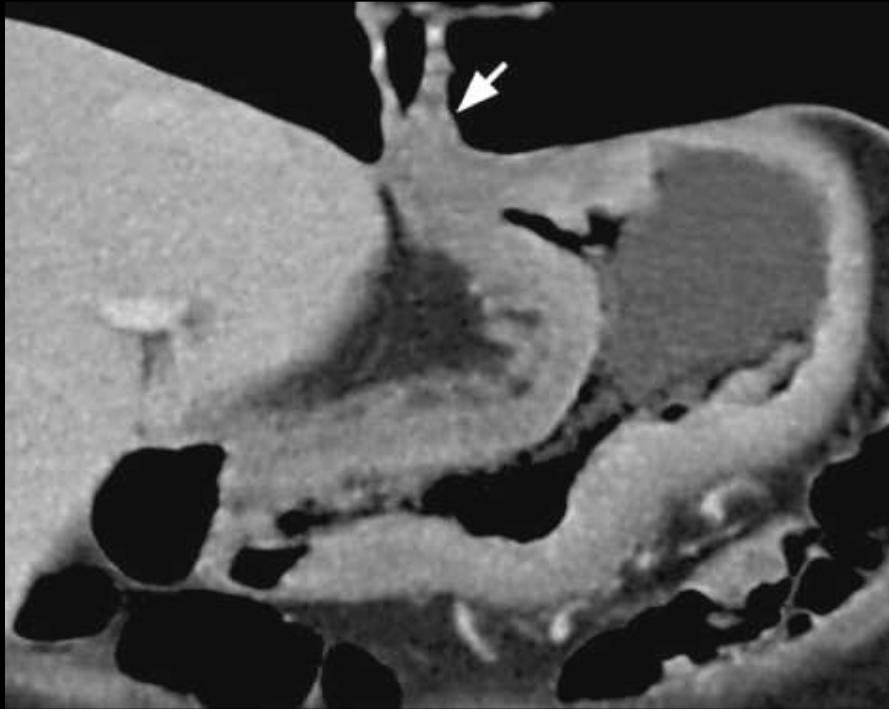


cancer gastrique avec adp du petit omentum



ADK du cardia
ADP coronaire stomacaque
ou de la petite courbure

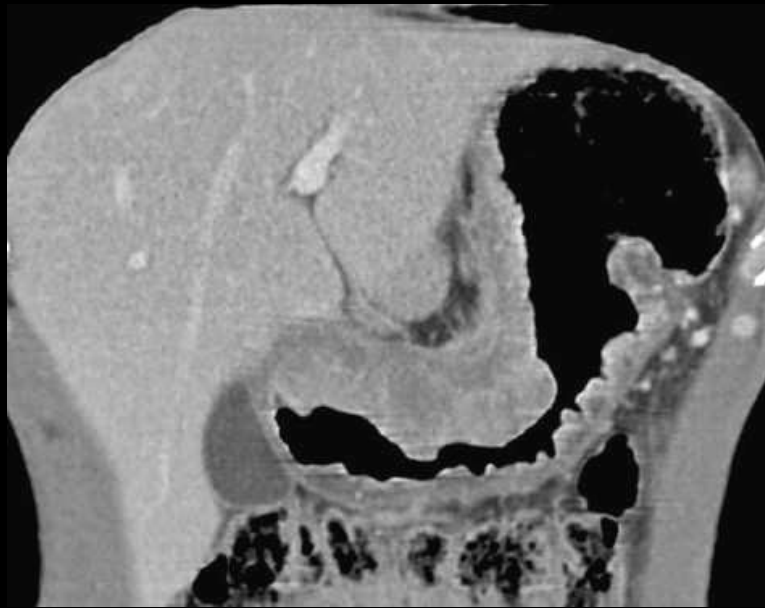




cancer gastrique avancé



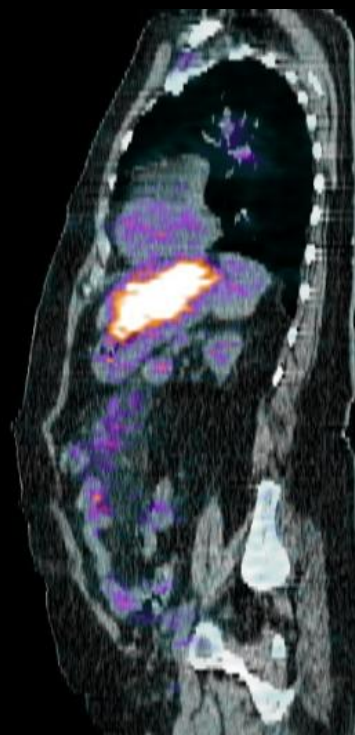
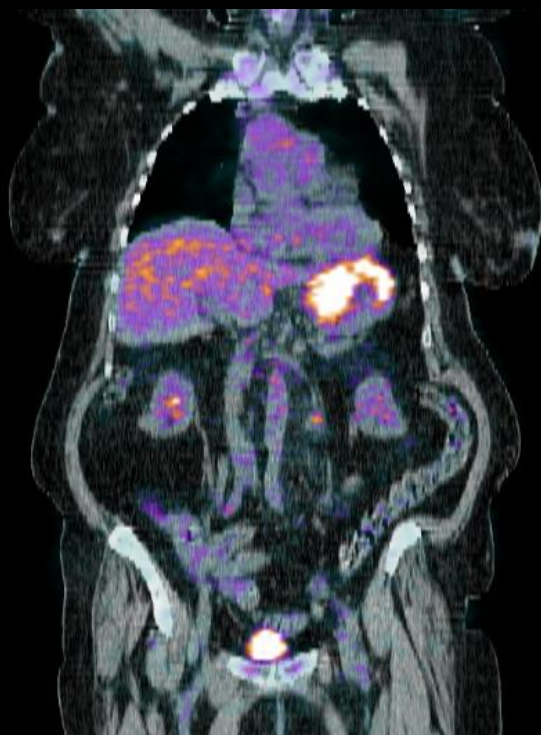
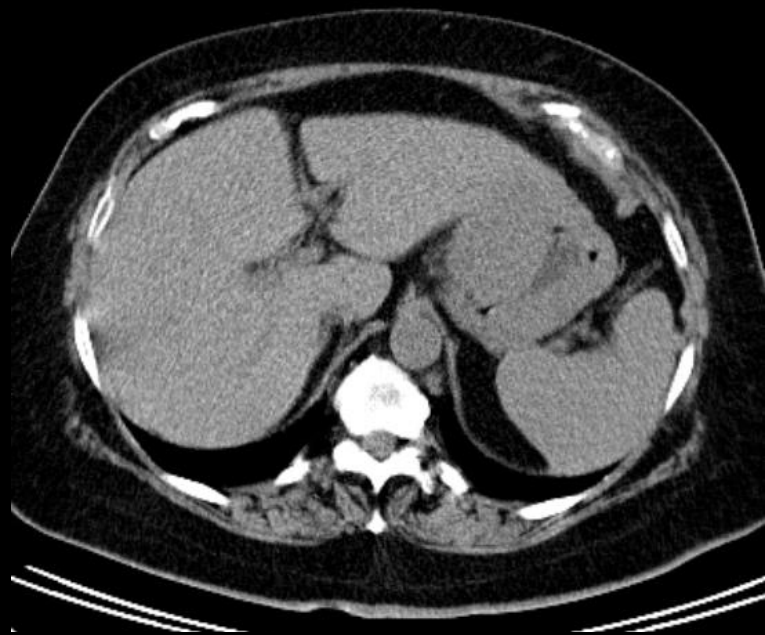
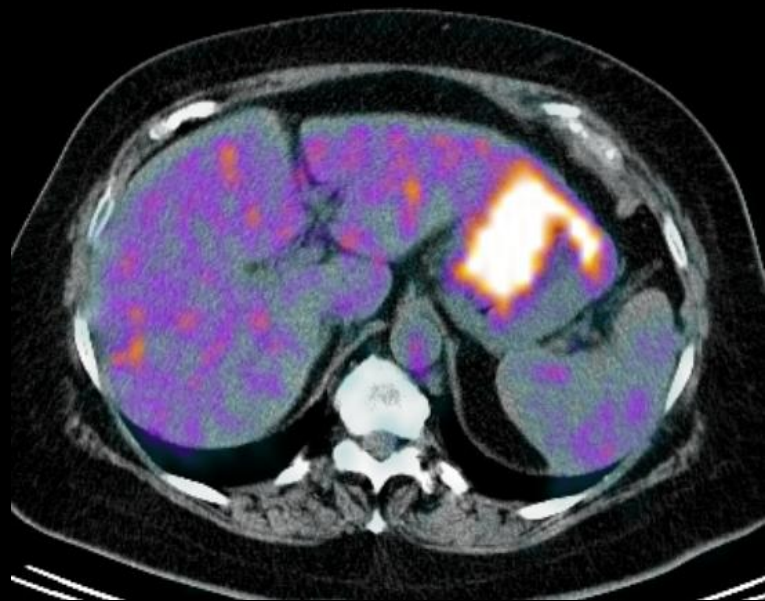
récidive après gastrectomie
partielle



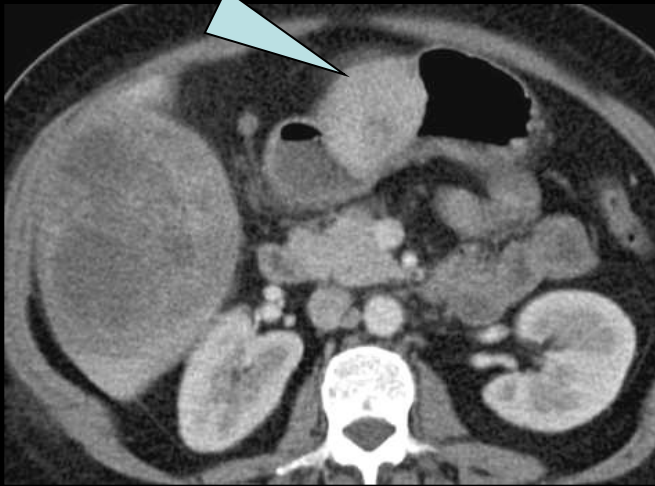
lymphome gastrique

maladie de Ménétrier
polyadénomatosose en nappe





Lymphome gastrique
(MALT)

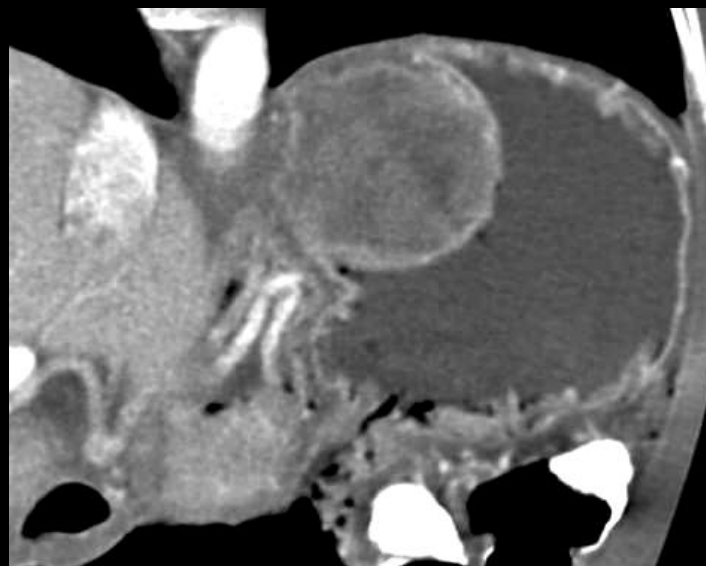
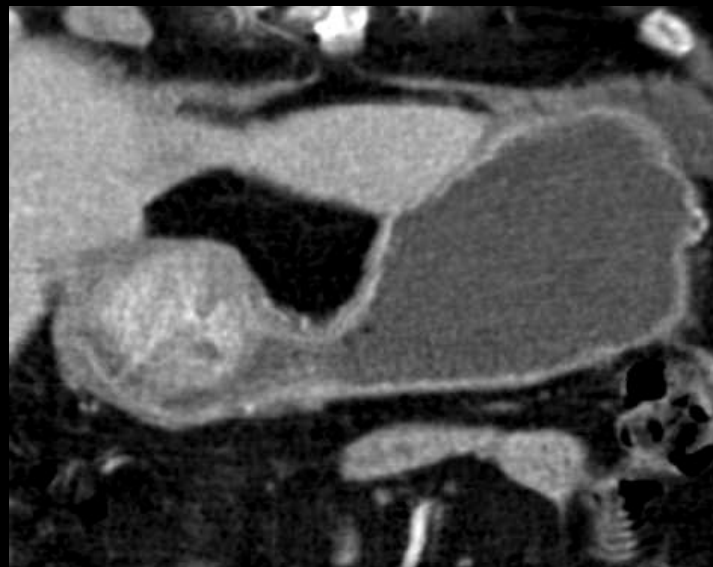
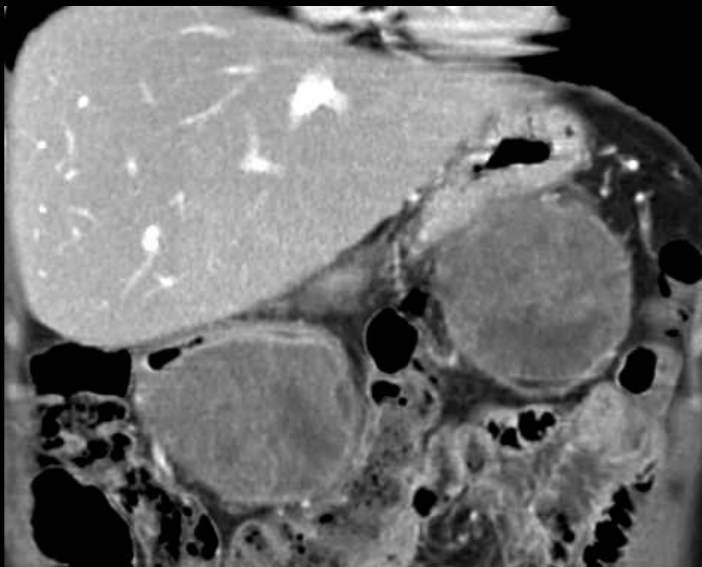


GIST et métas foie



GIST bilobée





métastases gastriques d'un adénocarcinome mucineux ovarien

GRELE

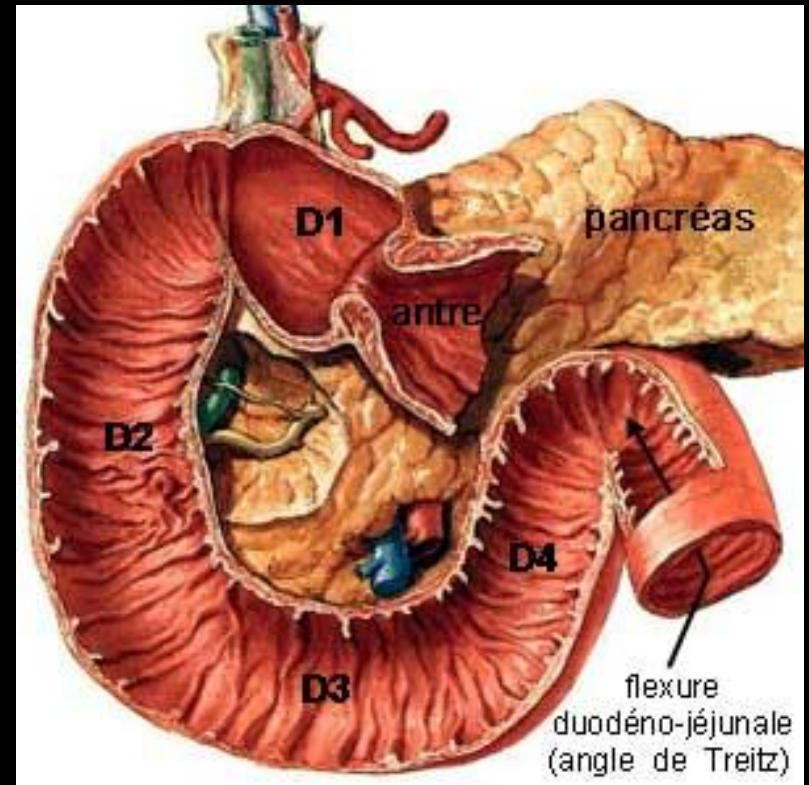
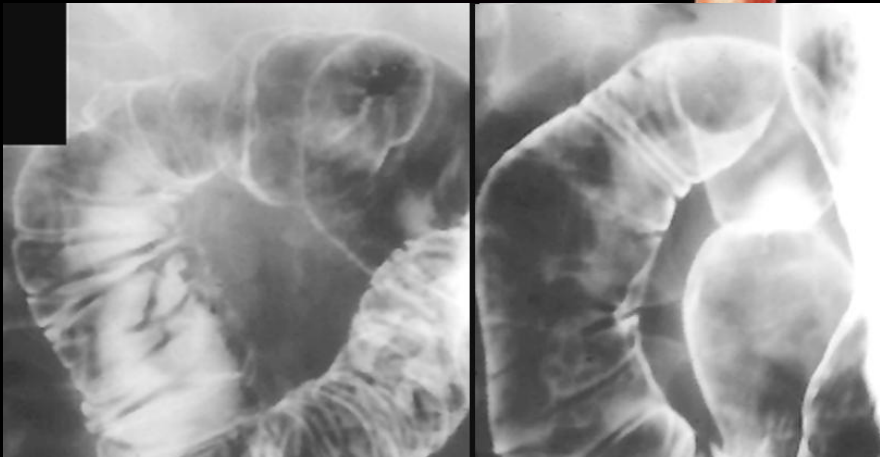
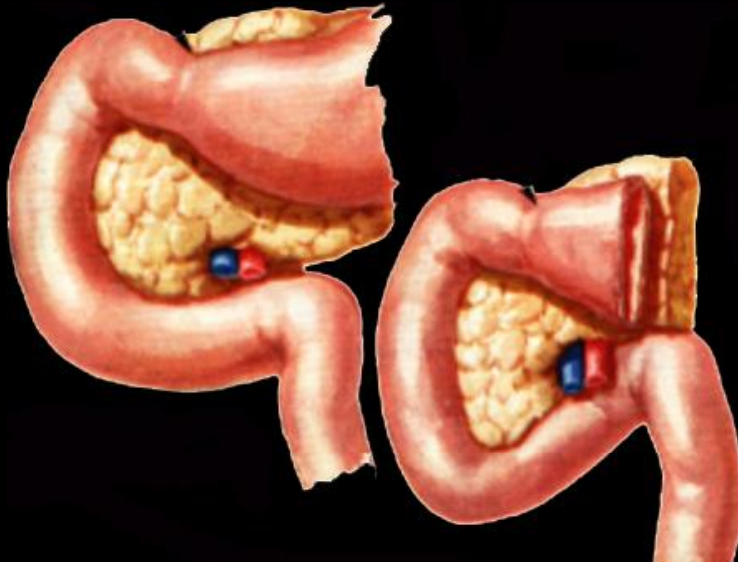


Généralités

- Débute au pylore et se termine à la valvule de Bauhin.
- Comprend deux parties: le **Duodénum** et le **jéjuno-iléon**.
- Segment digestif le plus long, 6-7 m, soit 14,5 m² de surface muqueuse (contre 4,2 m² pour le colon), et 56,8 m² en comptant les millions de villosités jéjuno-iléales.



Anatomie

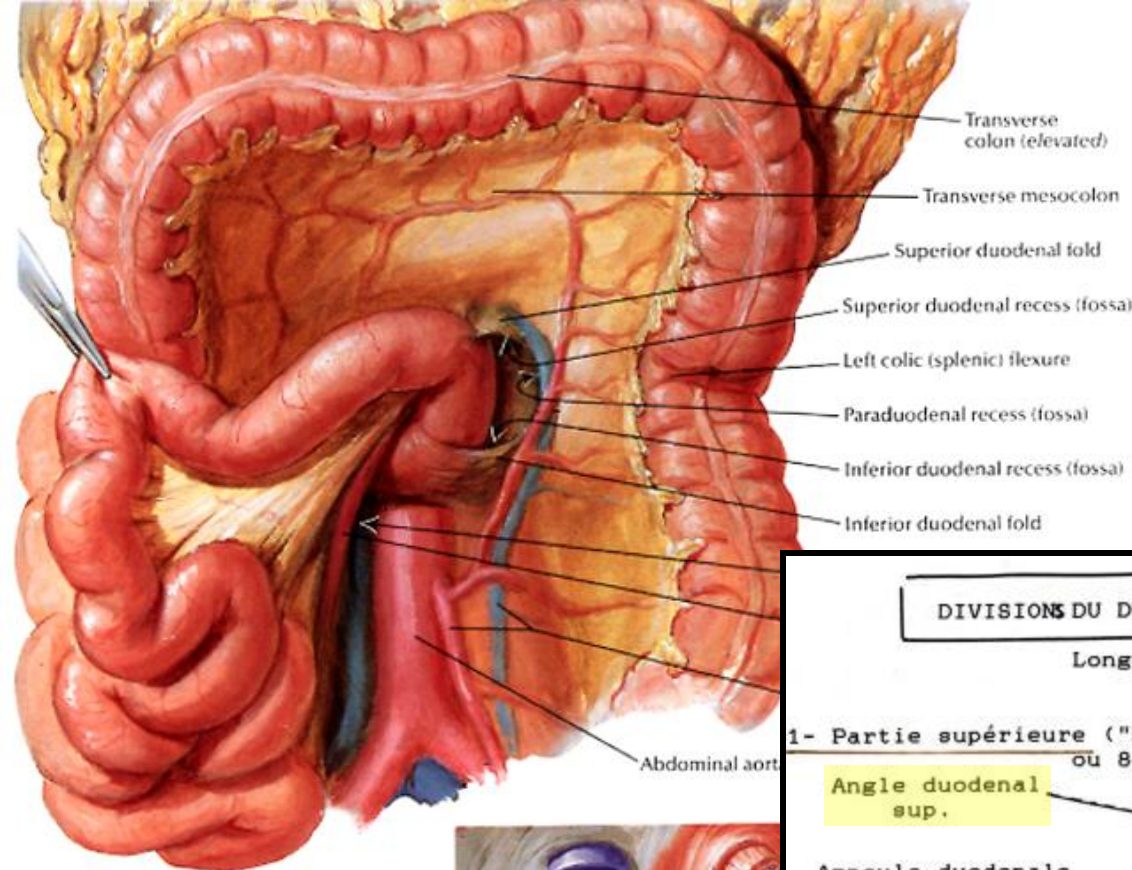


- D1 à D4
- 30cm dont 5cm pour D1 et 10cm pour D2
- 2 portions dilatées: bulbe duodénal et poche bilio-pancréatique

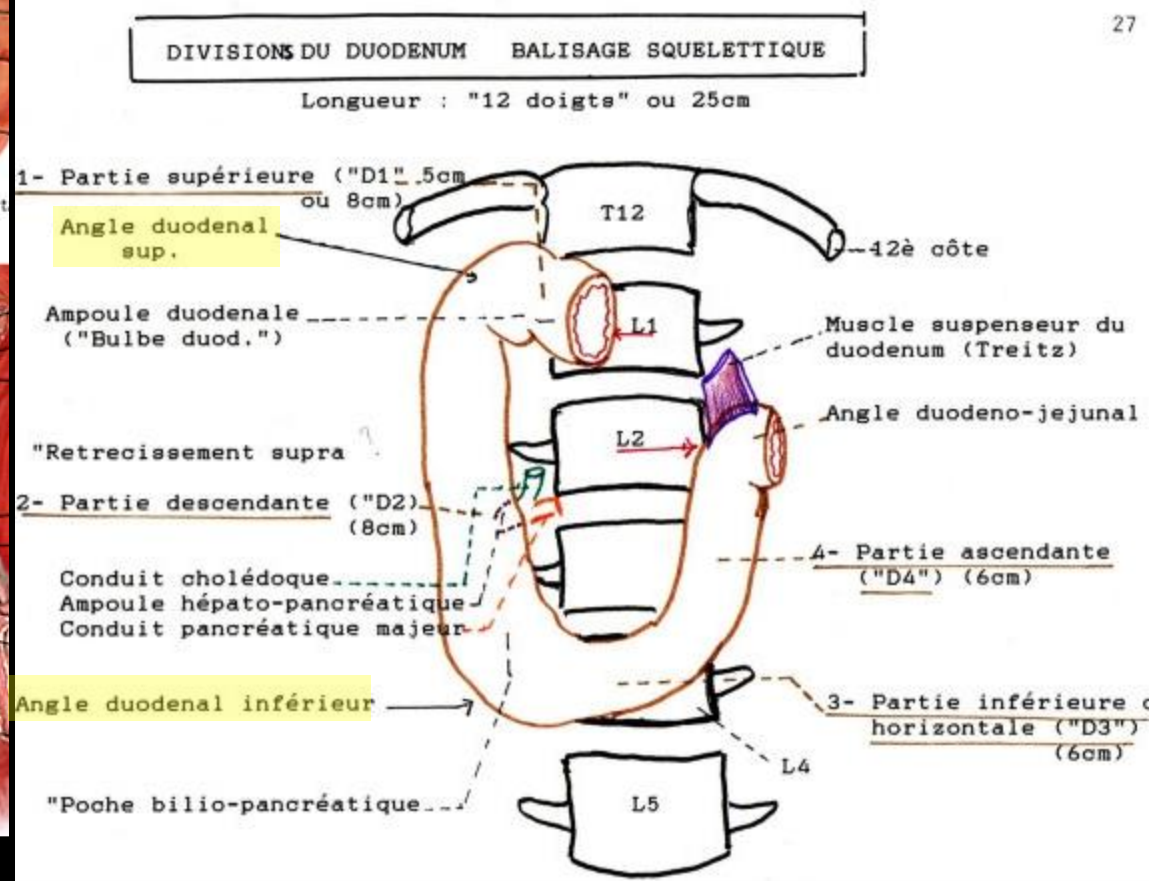
Duodénum

Angle duodéno-jéjunal

Muscle suspenseur du duodénum



Exposure of suspensory muscle of duodenum (ligament of Treitz)



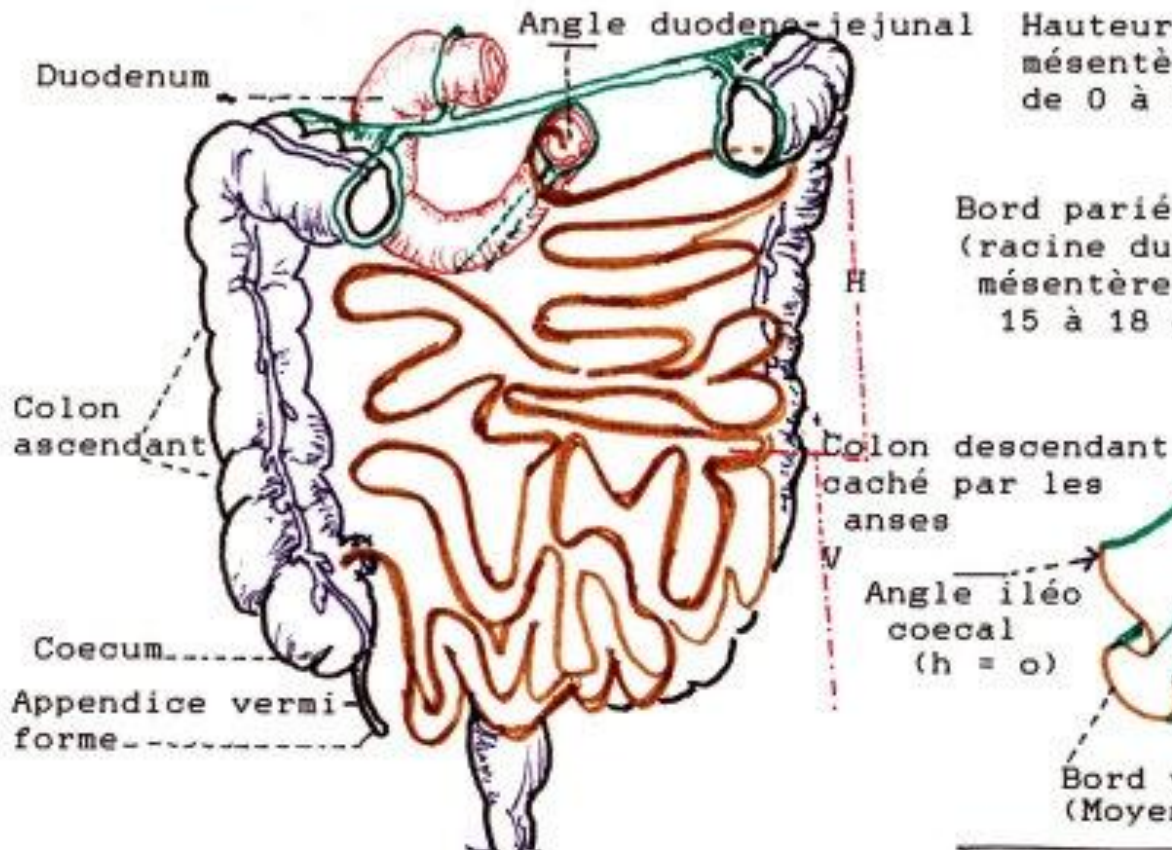
Jéjunum et iléon



LE JEJUNUM & L'ILEON

avec 14 à 16 anses

- * H : anses jéjunales, horizontales (6 à 7 anses)
- * V : anses iléales, verticales (8 à 9 anses)



LE MESENTERE : 2 bords : viscéral

ou intestinal et pariétal ou racine du mésentère

repli du péritoine (« méso ») reliant les anses de l'intestin grêle à la paroi postérieure de l'abdomen.

Hauteur (h) du mésentère varie de 0 à 15 cm

Bord pariétal (racine du mésentère) 15 à 18 cm

Angle iléo coecal (h = 0)

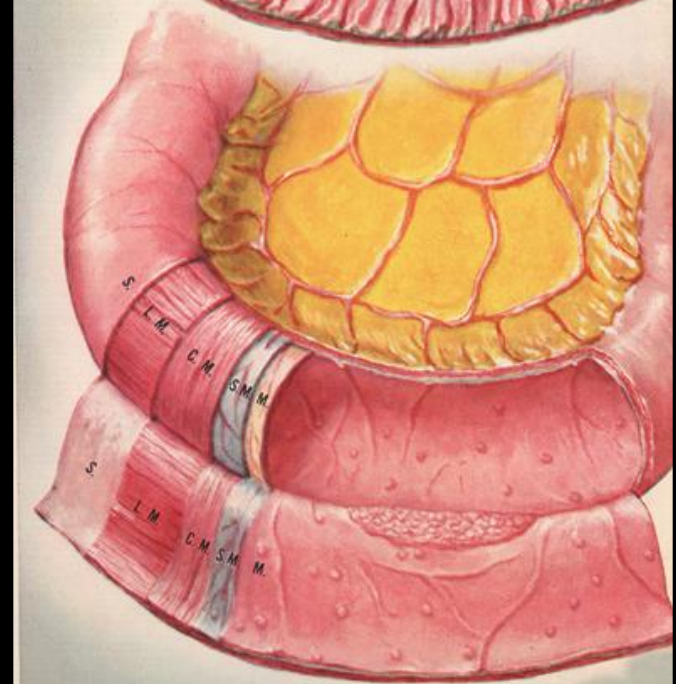
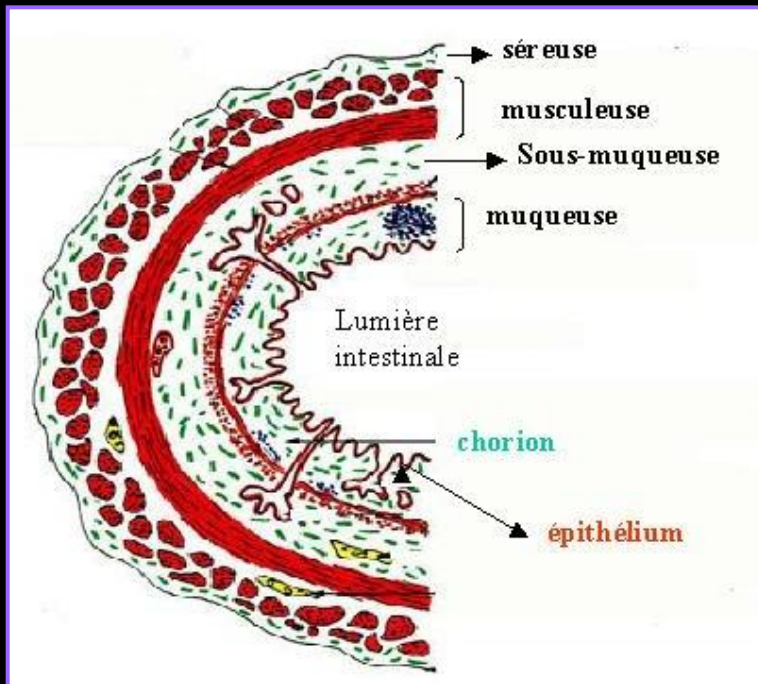
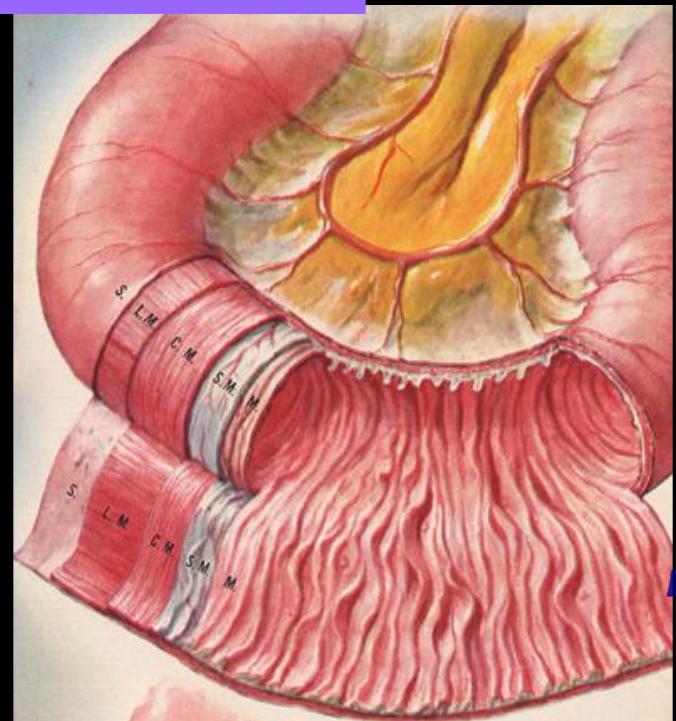
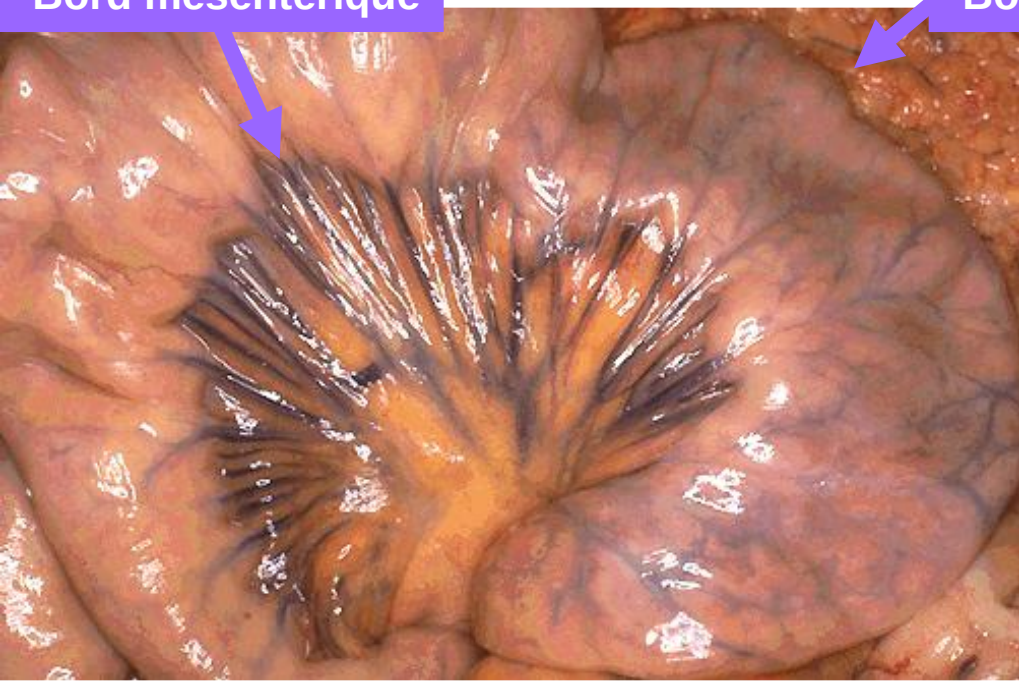
Bord viscéral, multiplié (Moyenne 6 m : de 5,5 à 9m10)

Angle duodeno-jejunal (h : 0)

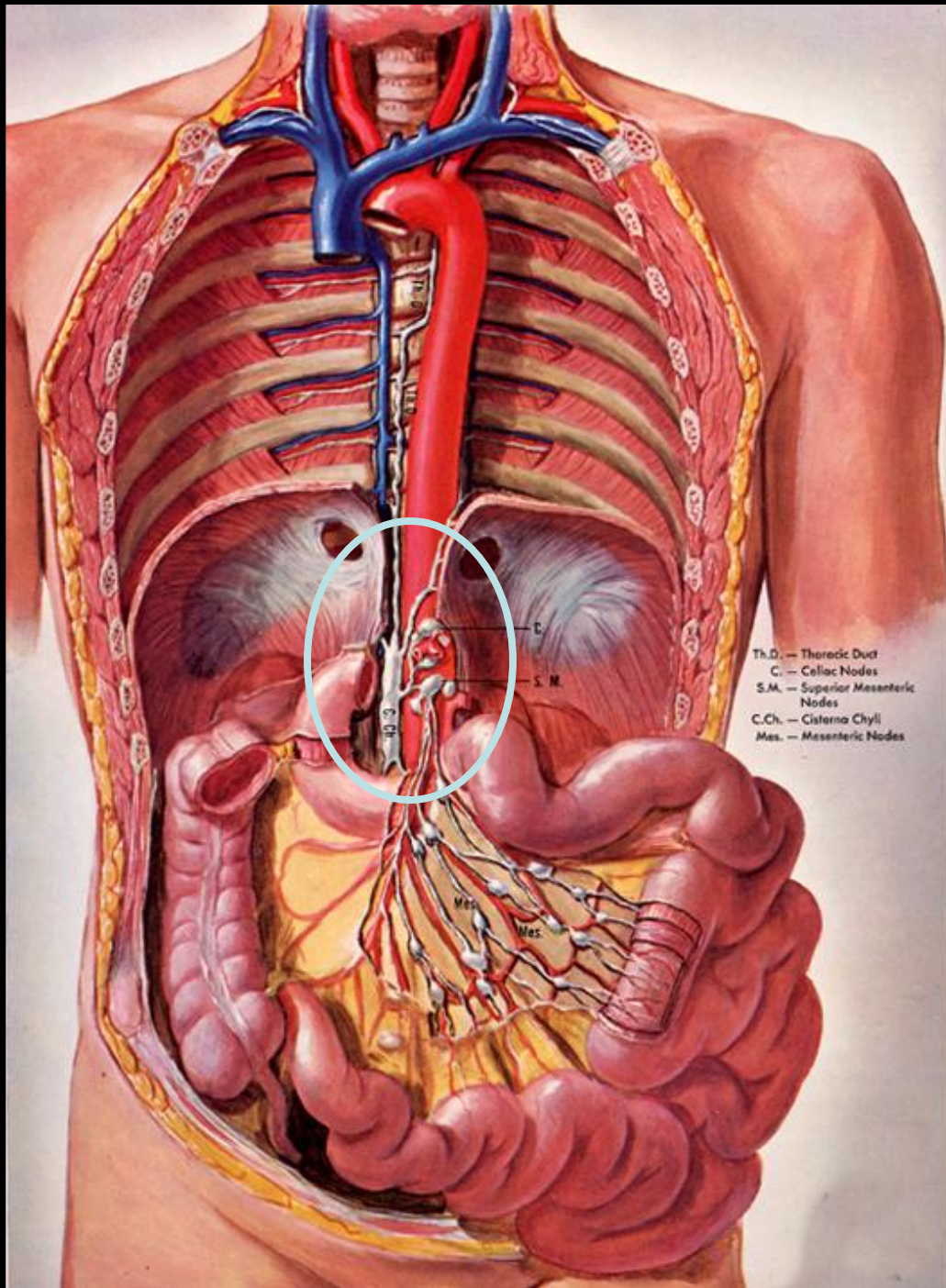
Bord viscéral ou intestinal

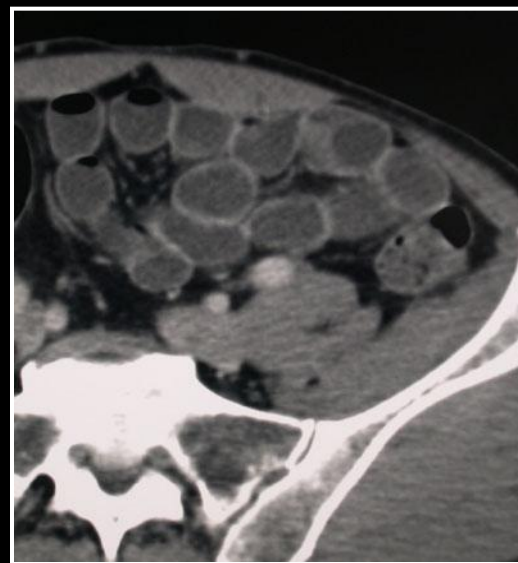
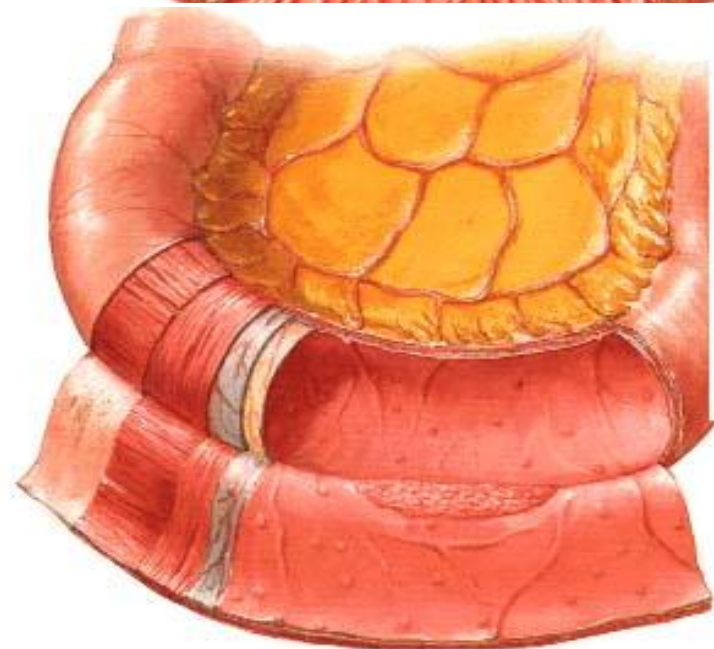
Bord mésentérique

Bord anti-mésentérique



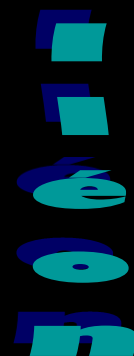
30611





Transit du
Grêle

Entero scanner



L'entéro-IRM

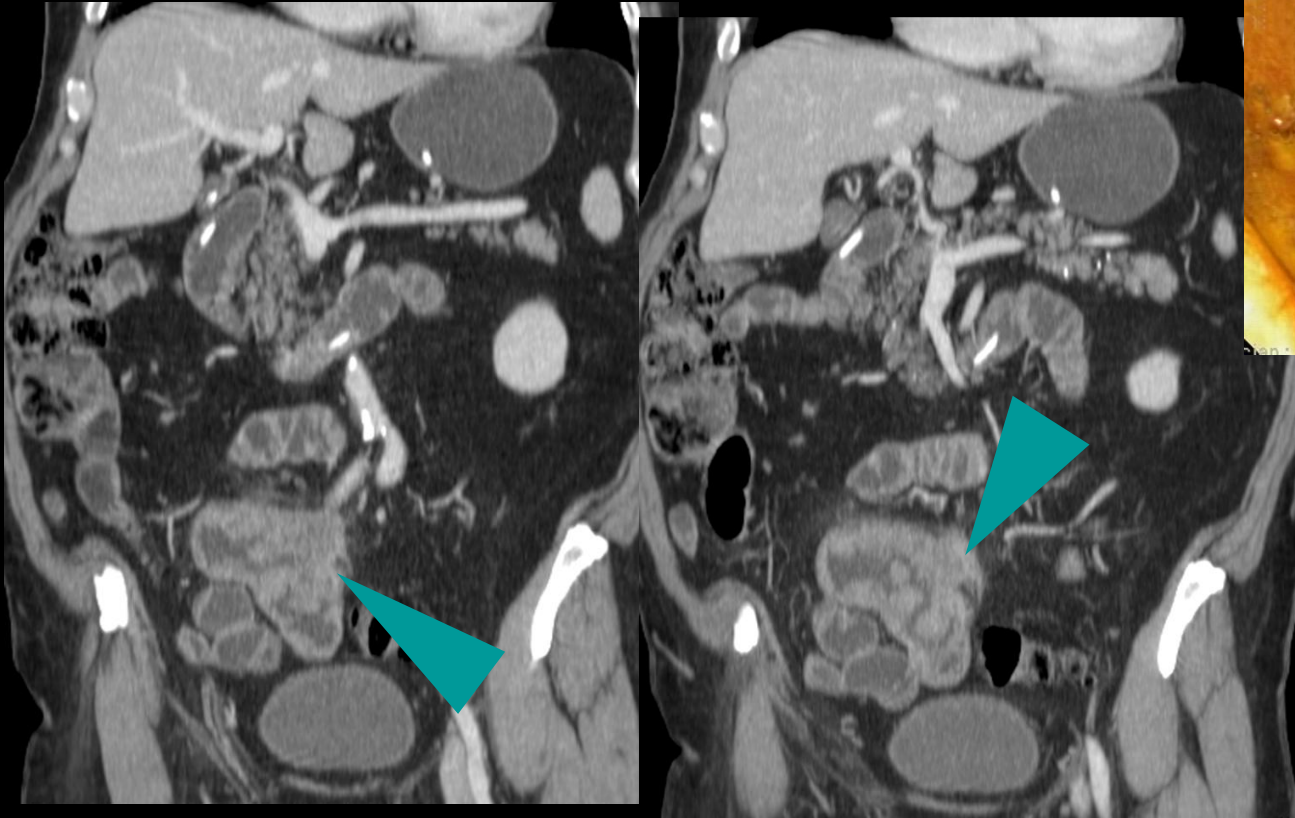
- Absence d'irradiation +++++
- Excellente résolution en contraste +++++
- Résolution spatiale en cste amélioration < scanner*



Difficultés :

- Artéfacts respiratoires
- Péristaltisme des anses+++++
- Distension globale et suffisante des anses

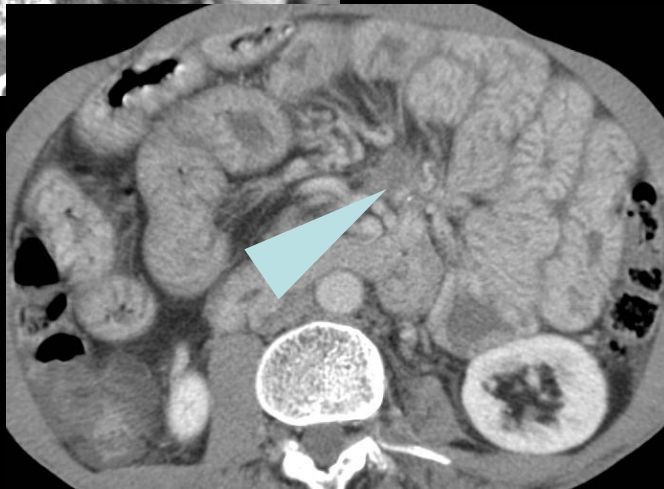
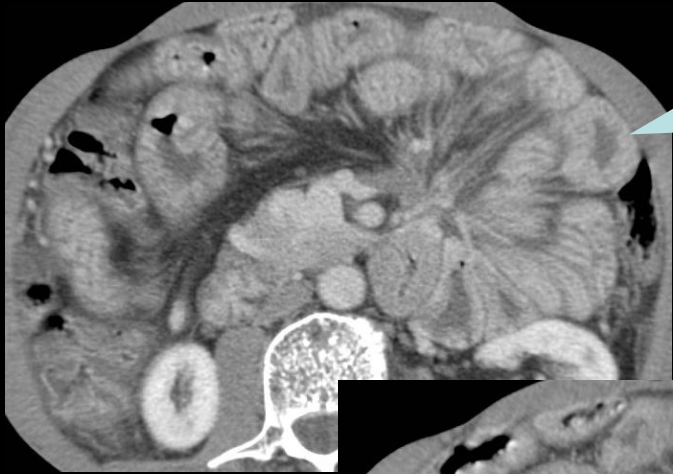
ADK du grêle



- Epaissement pariétal +/- **circonférentiel**, infiltrant, **irrégulier**, asymétrique rigide, rapidement sténosant
- Rehaussement progressif
- Extension loco régionale (mésentère) ou à distance (Foie, péritoine +++).



Tumeur carcinoïde du grêle



Mots Clés:

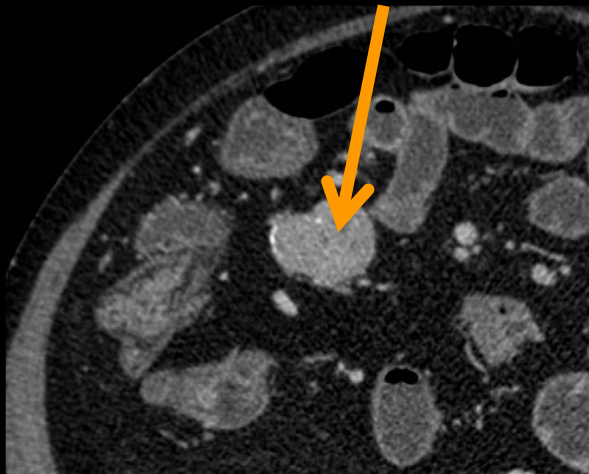
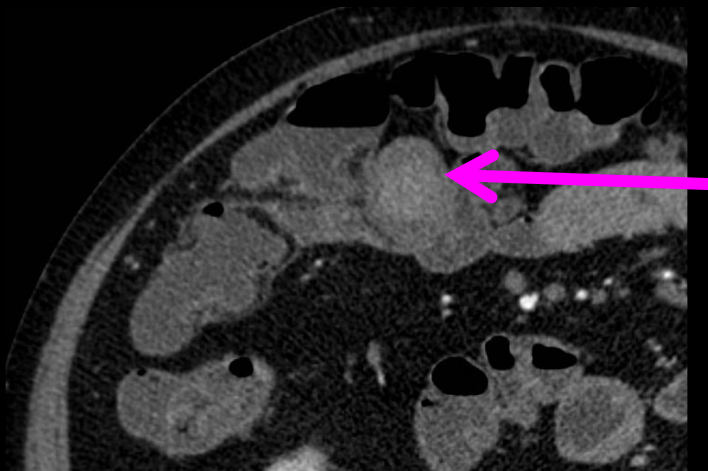
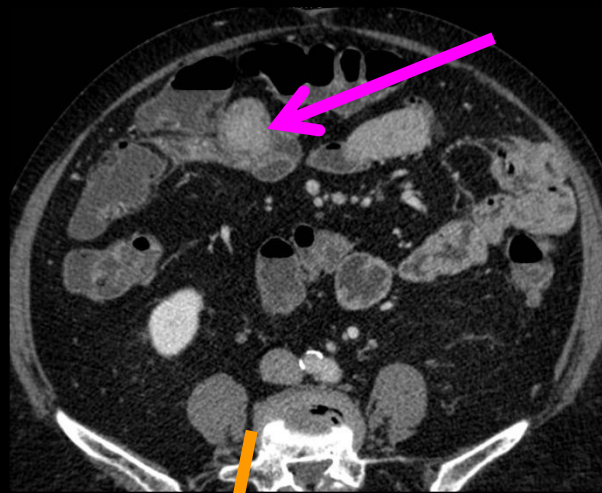
1. Mésentérite rétractile

Tumeur carcinoïde du grêle



Mots Clés:

1. Hyper vasculaire
2. Masse ganglionnaire mésentérique avec attraction des vaisseaux

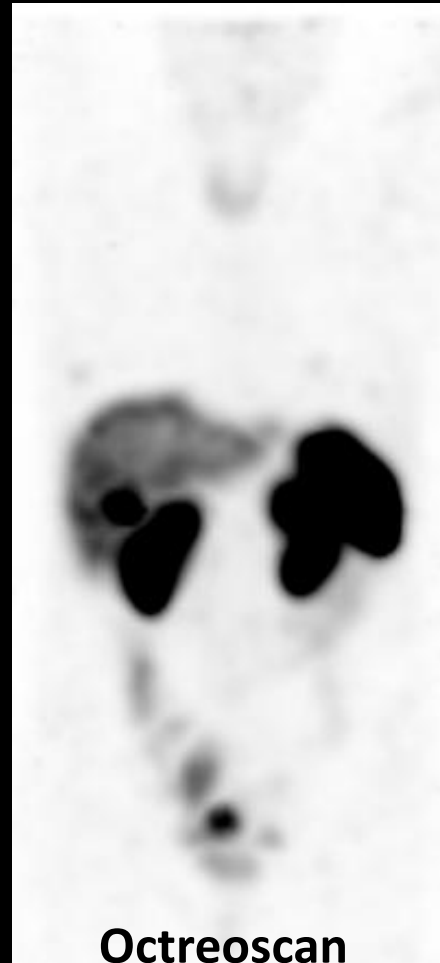
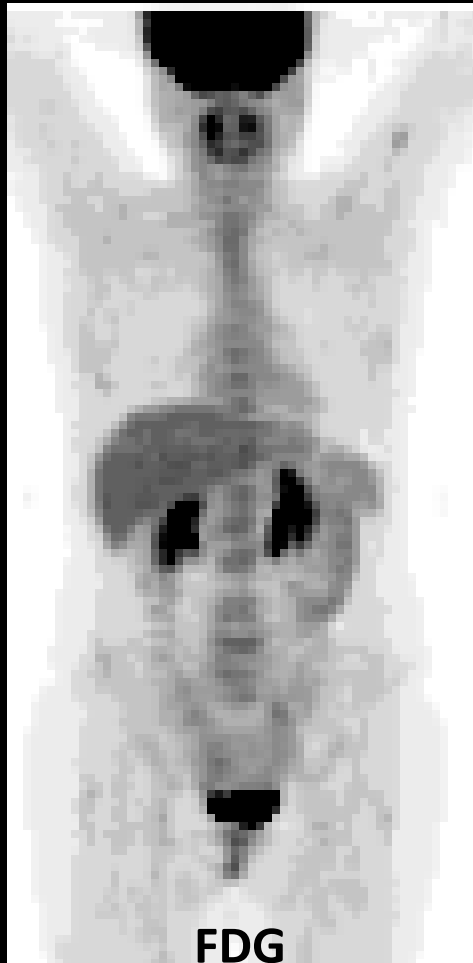


- Tumeur carcinoïde iléale
- Adénopathie mésentérique hypervasculaire partiellement calcifiée

Imagerie TEP des tumeurs neuroendocrines

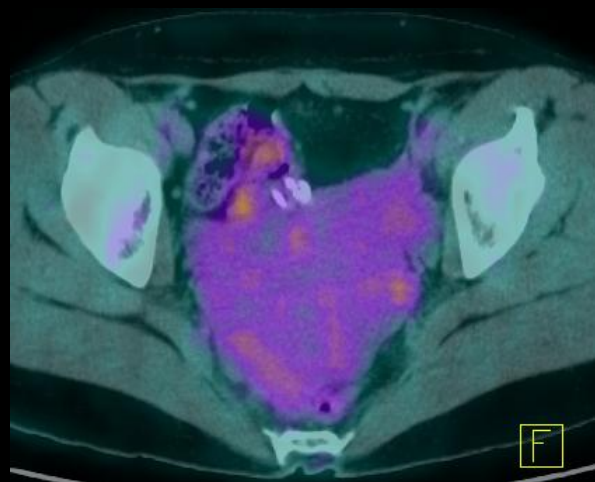
Patiente opérée d'une tumeur carcinoïde du grêle en 2008

Suspicion de récurrence. Imagerie conventionnelle négative.

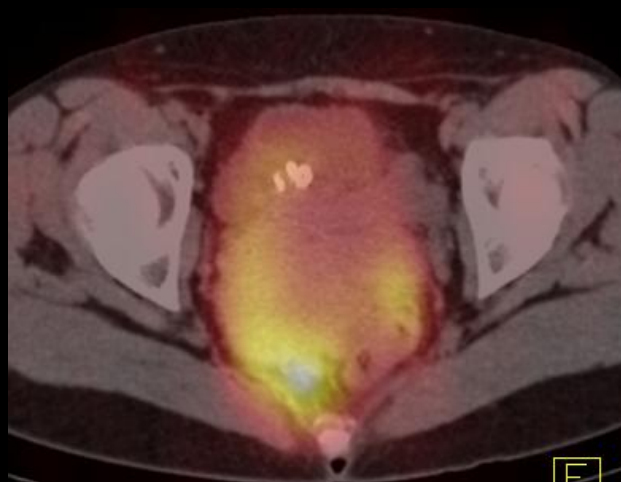


TEP Dopa - Tumeurs neuroendocrines

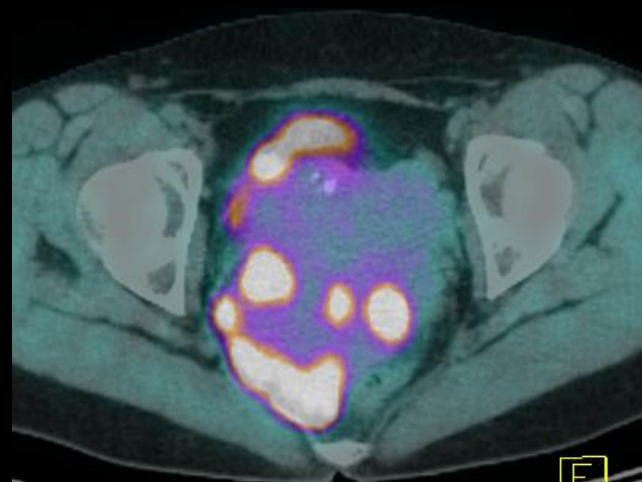
Récidive d'une tumeur carcinoïde du grêle opérée en 2008



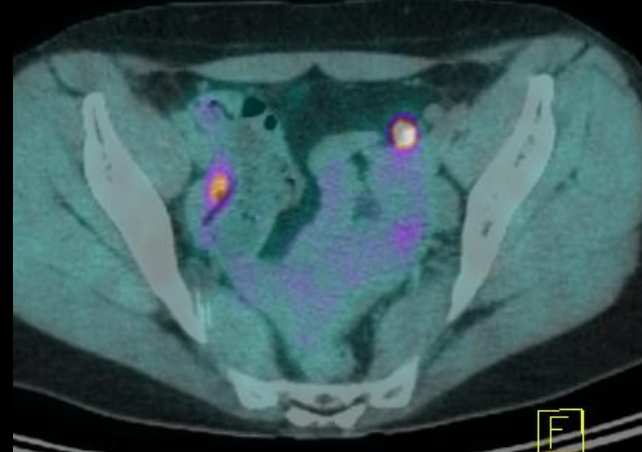
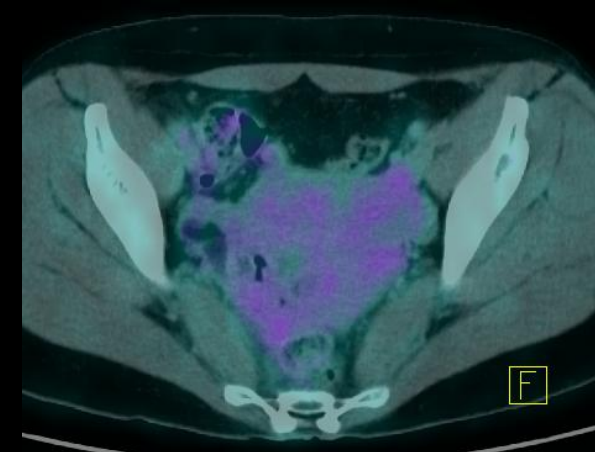
FDG



Octreoscan

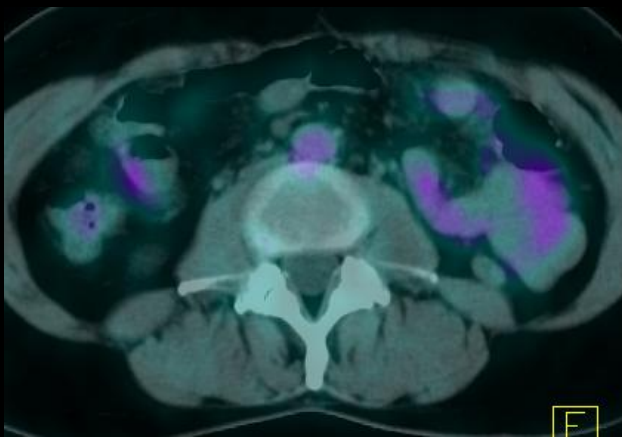


FDopa

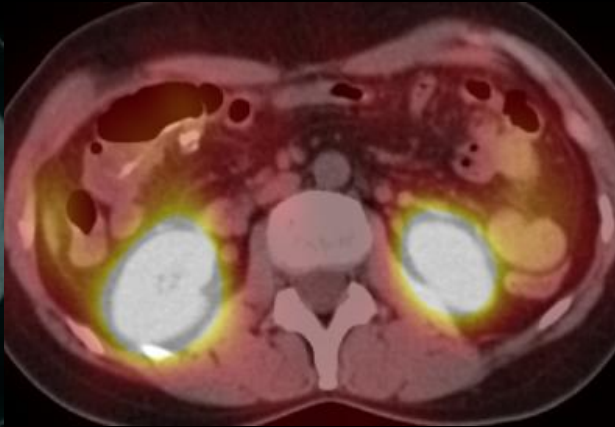


TEP Dopa - Tumeurs neuroendocrines

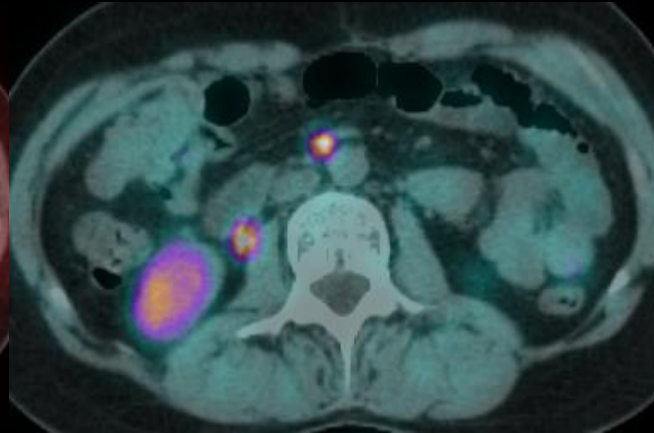
Récidive d'une tumeur carcinoïde du grêle opérée en 2008



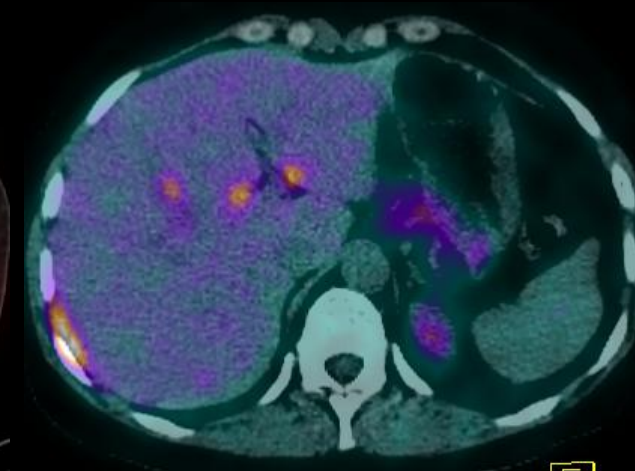
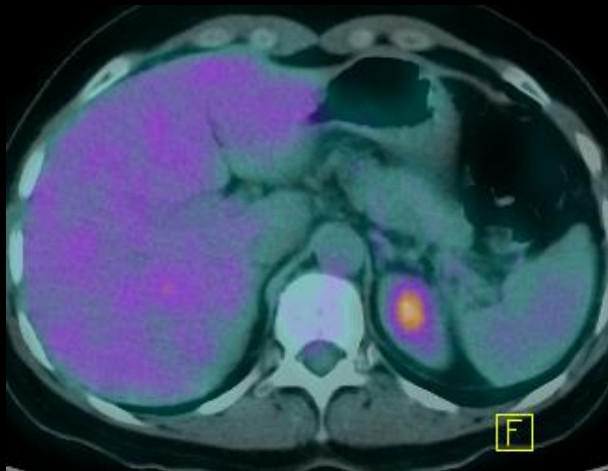
FDG



Octreoscan

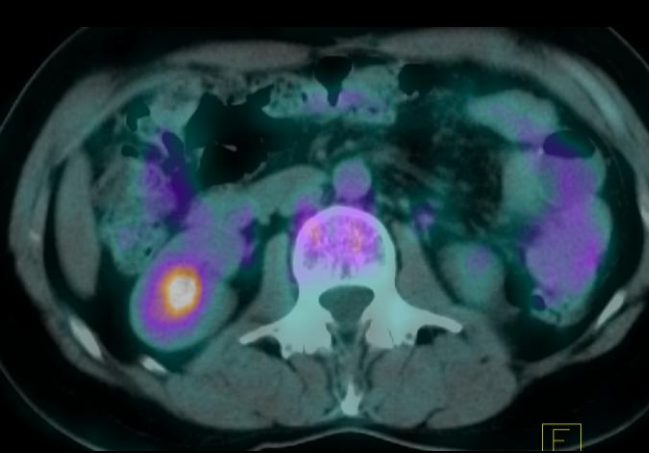


FDopa

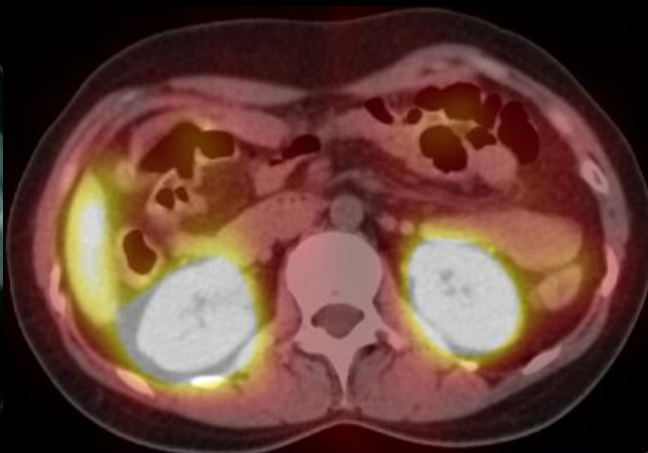


TEP Dopa - Tumeurs neuroendocrines

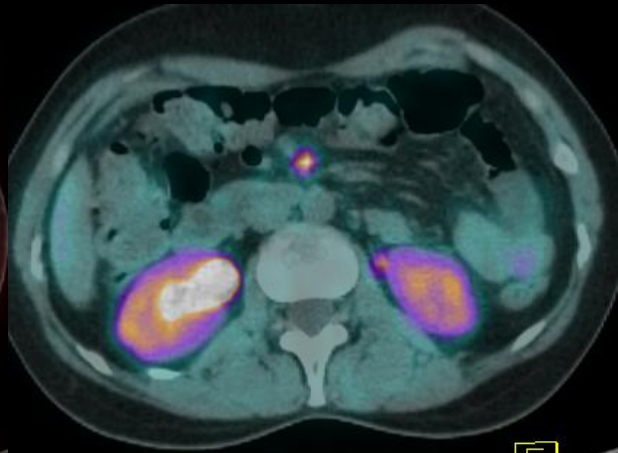
Récidive d'une tumeur carcinoïde du grêle opérée en 2008



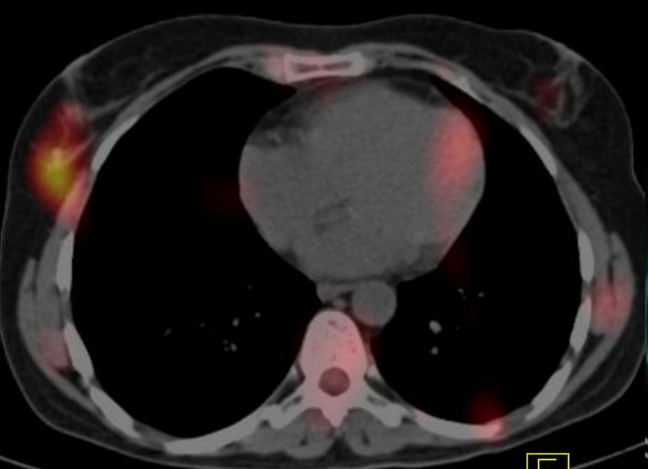
FDG

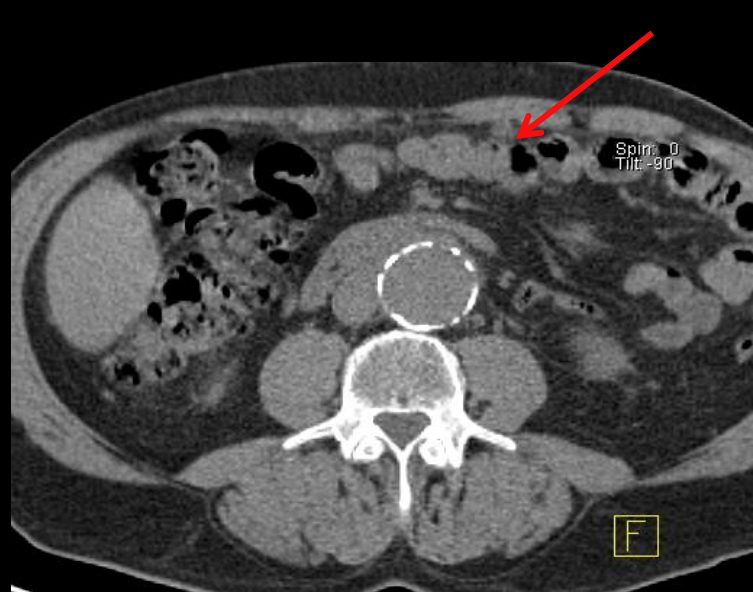
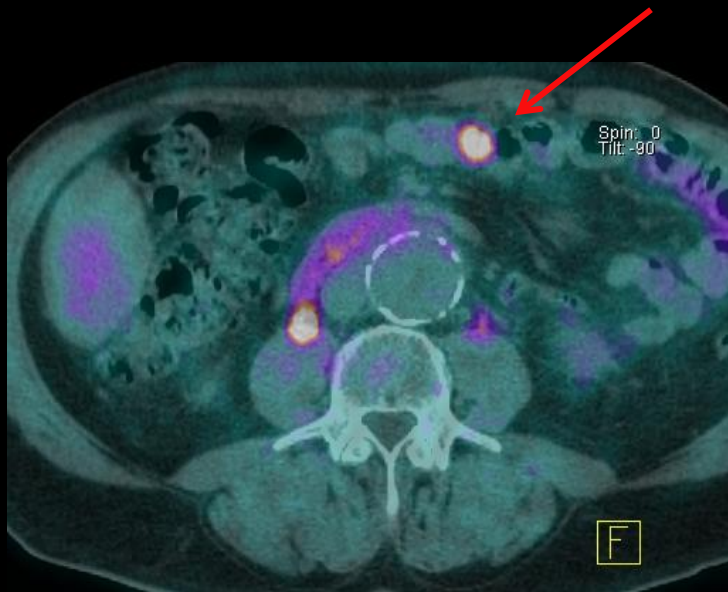
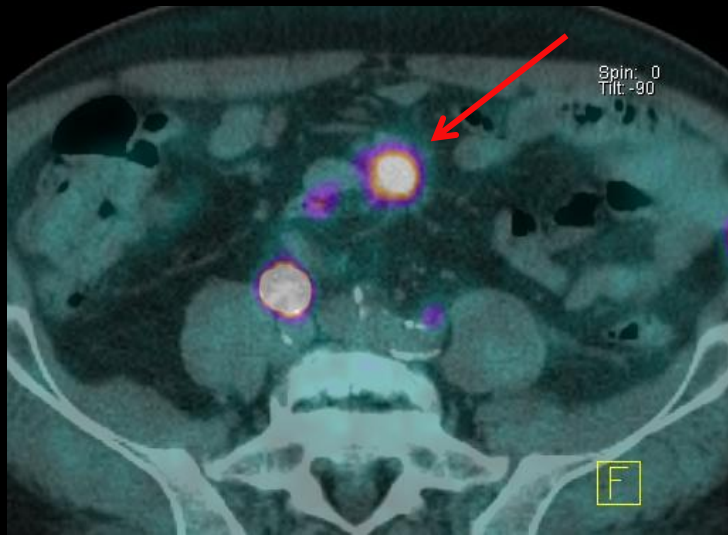


Octreoscan

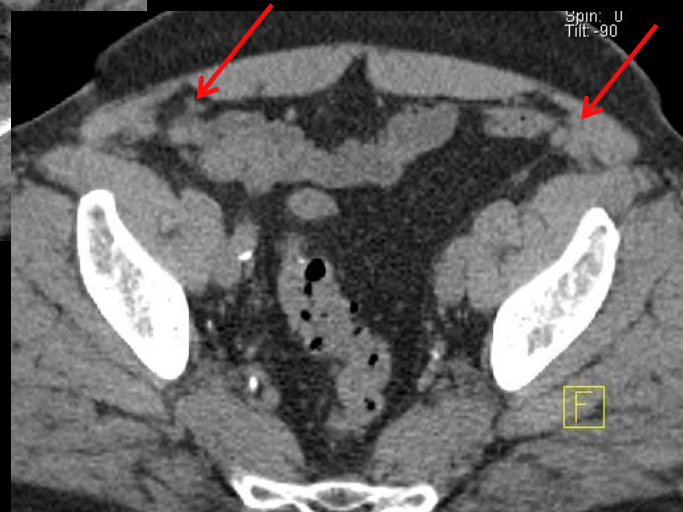
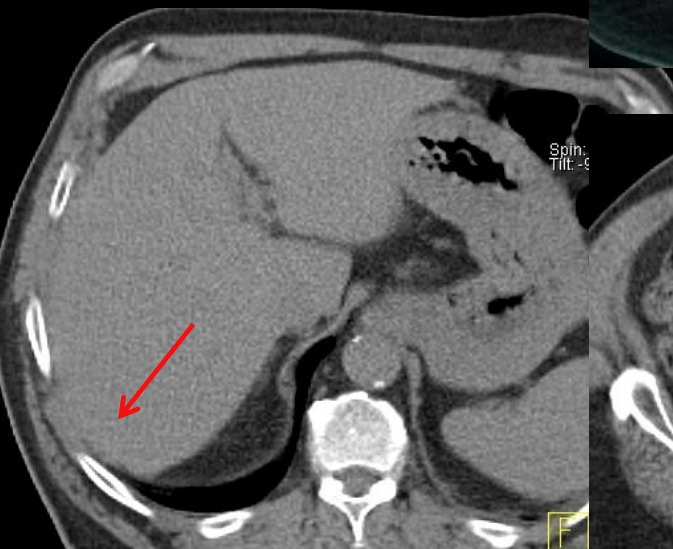
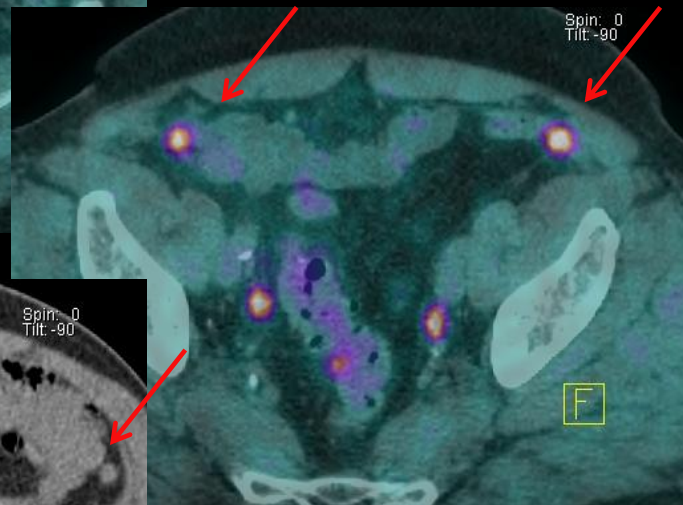
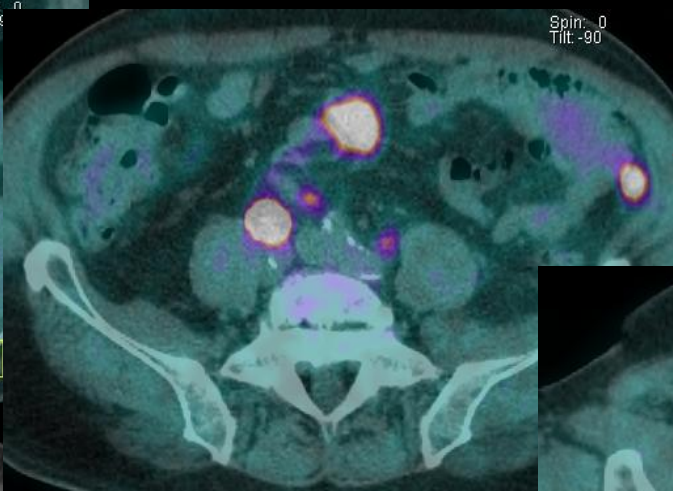


FDopa

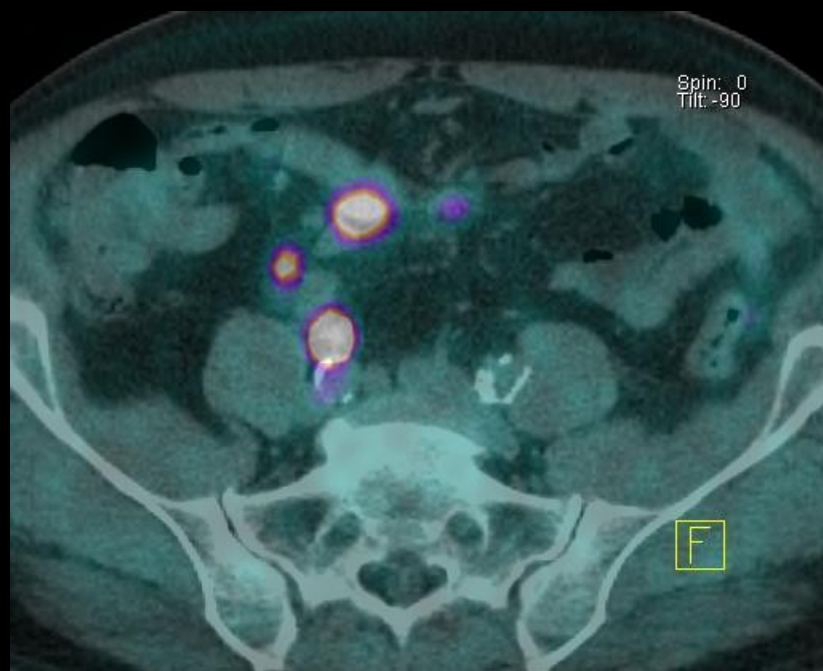




TNE grêlique



Nodules de carcinomatose

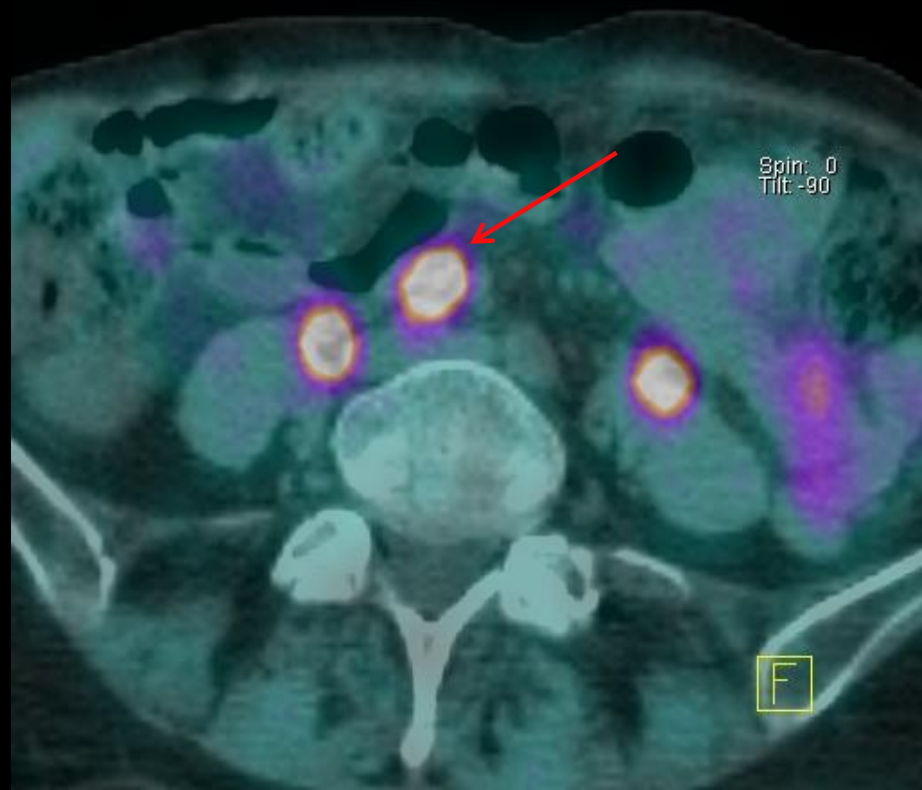


Seconde localisation grêlique

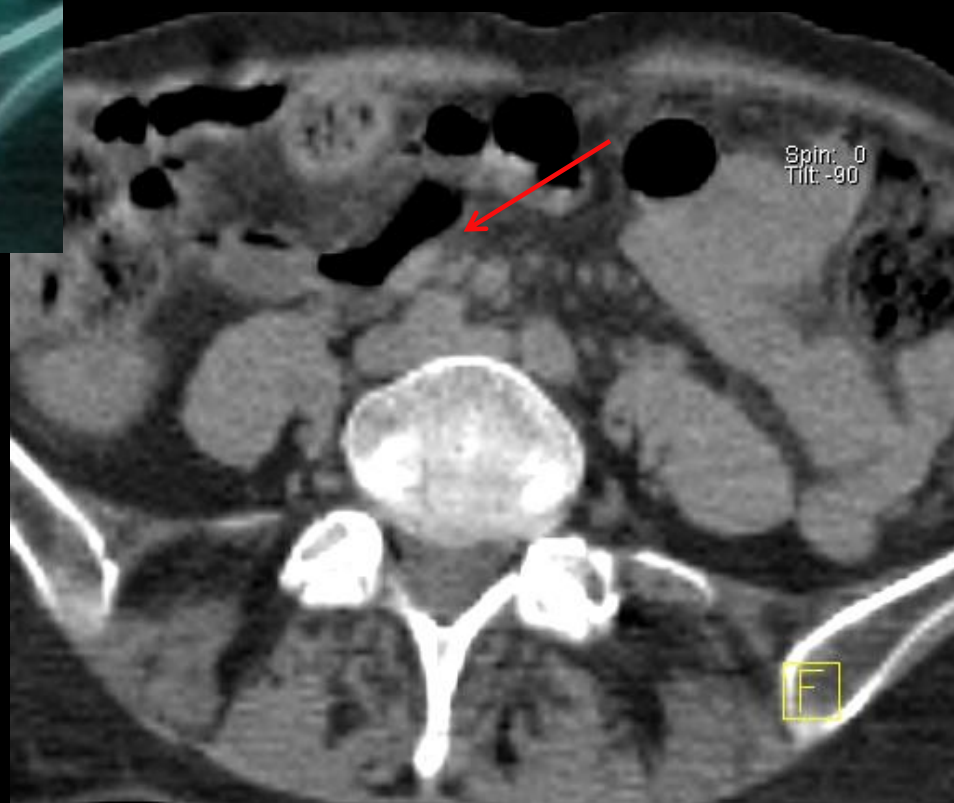


TNE grêlique

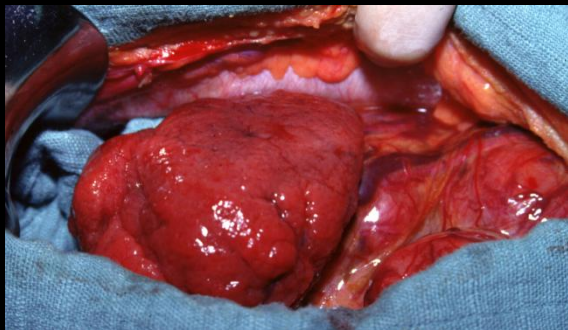
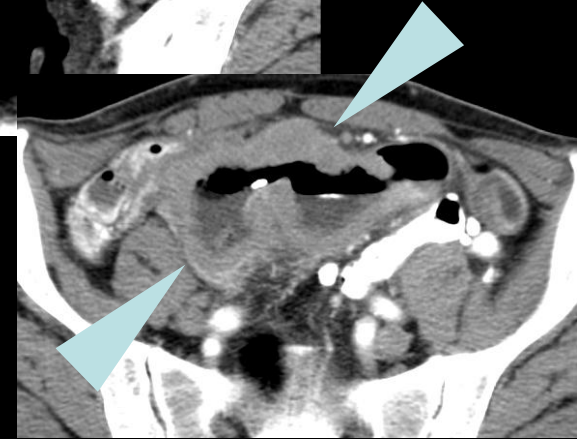
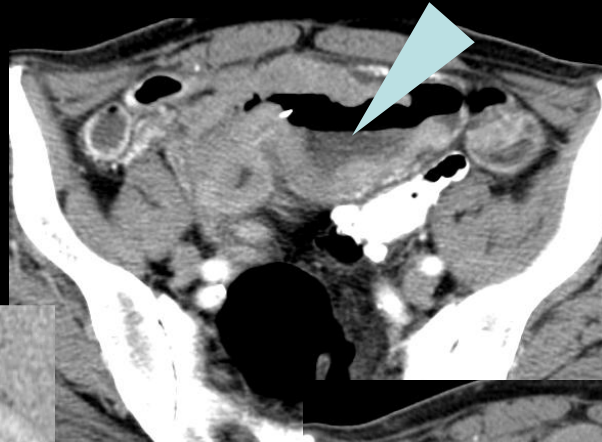
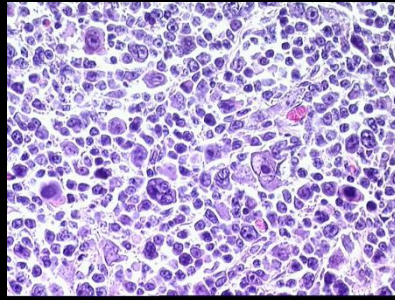
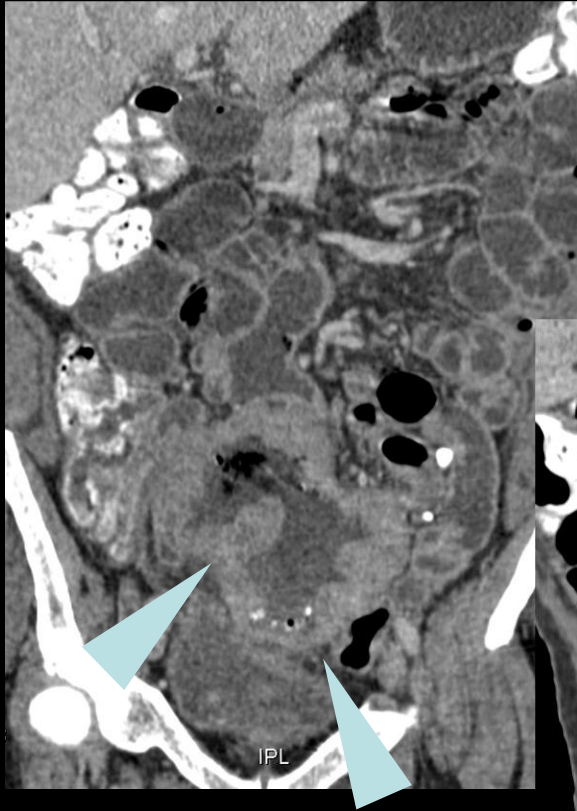




ADP lombo-aortique

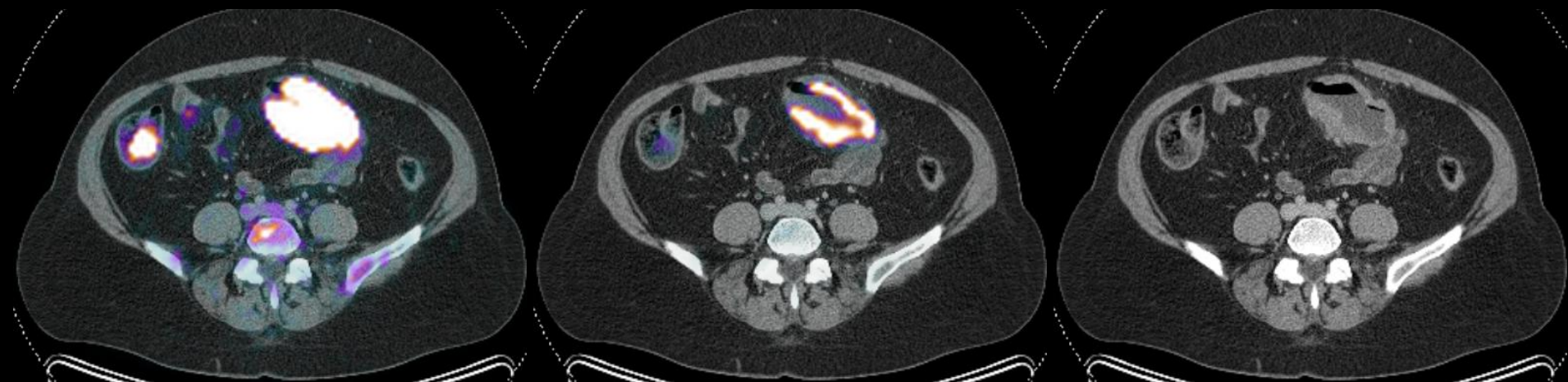


Lymphome B du grêle

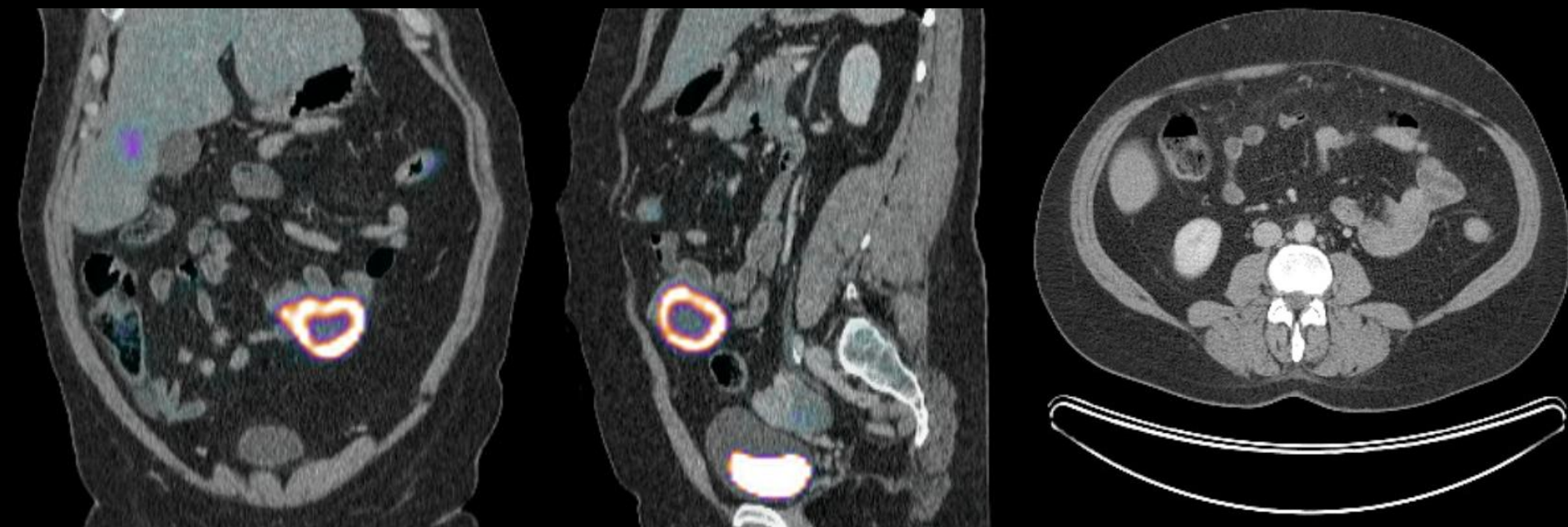


Mots Clés:

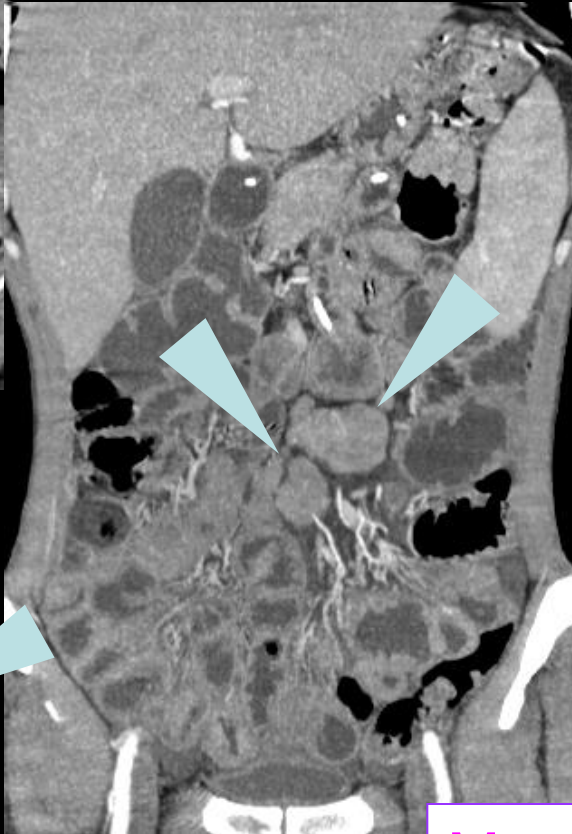
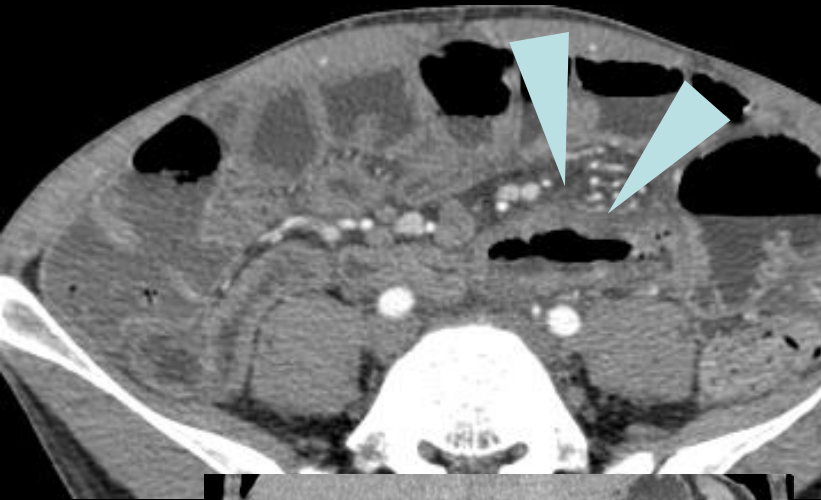
1. Pseudo anévrysmal
2. Non sténosant
3. Peu rehaussé



Localisation grêlique d'un LNH BDGC

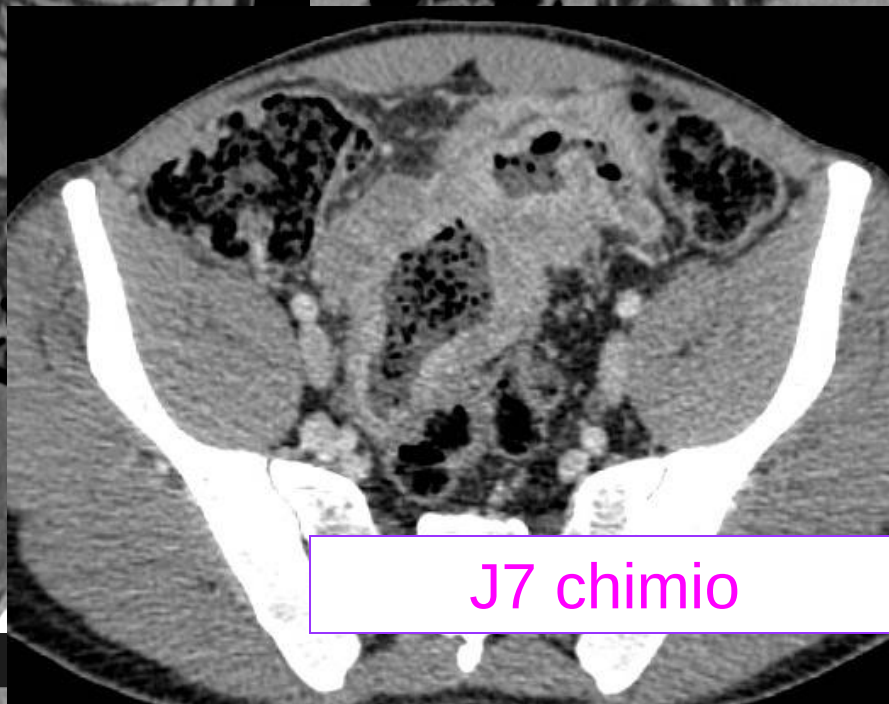
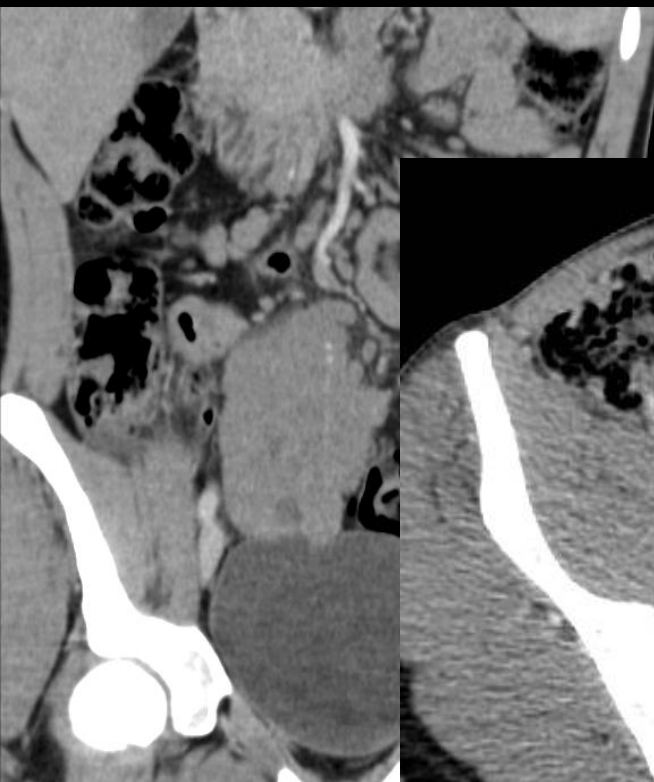


Lymphome T du grêle



Mots Clés:

1. Pseudo anévrysmal
2. Adénopathies
3. Maladie Coeliaque



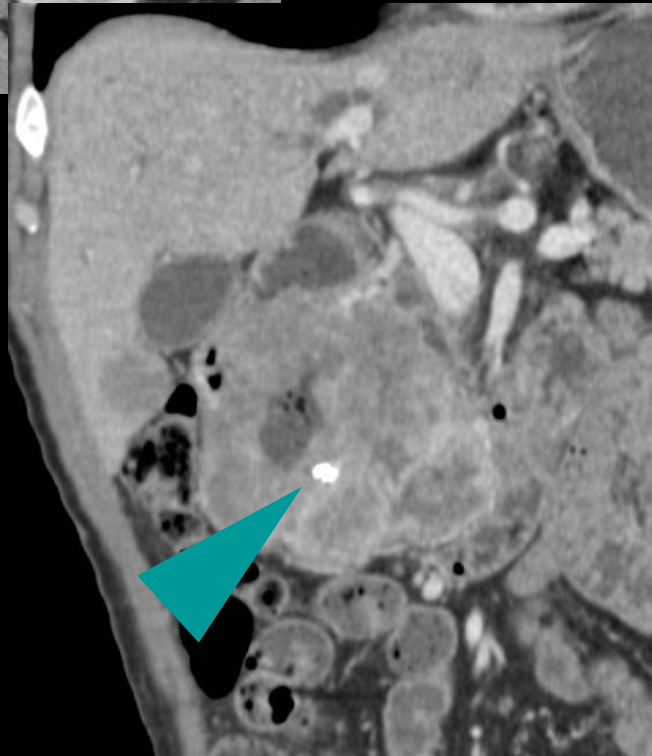
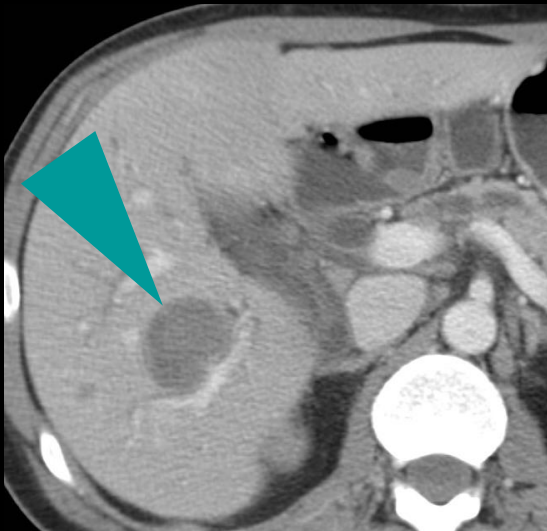
Lymphome de
Burkitt

J7 chimio



Tumeur conjonctive du grêle

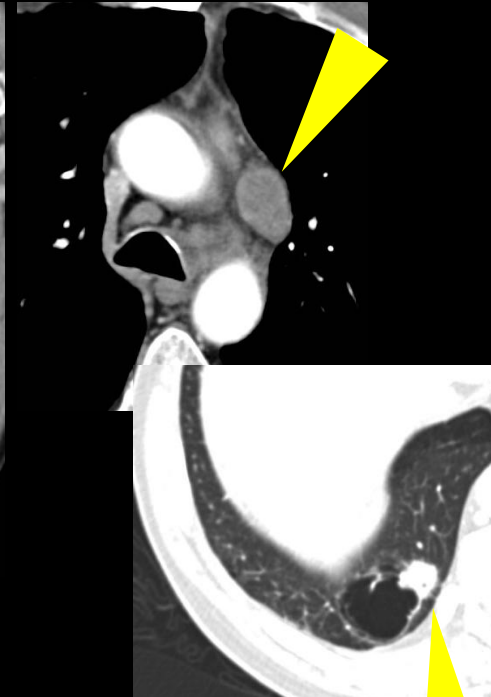
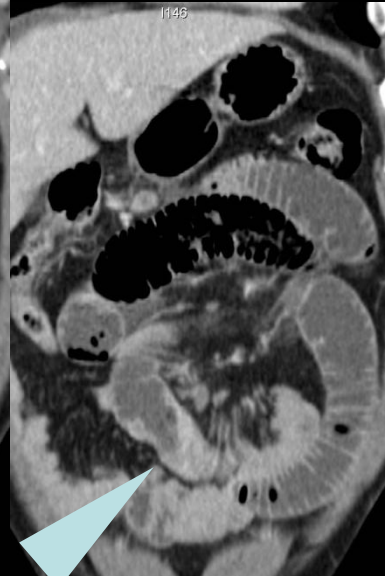
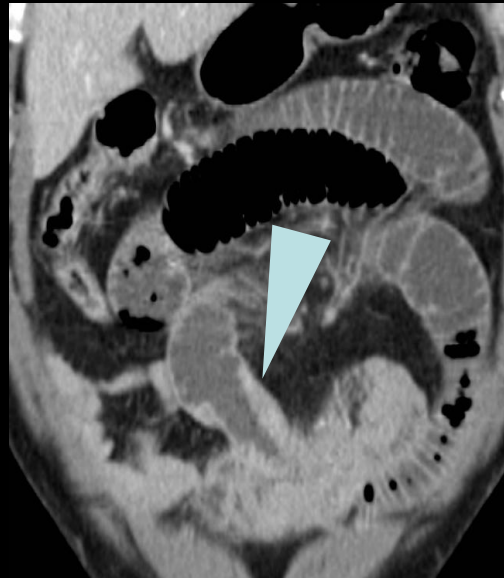
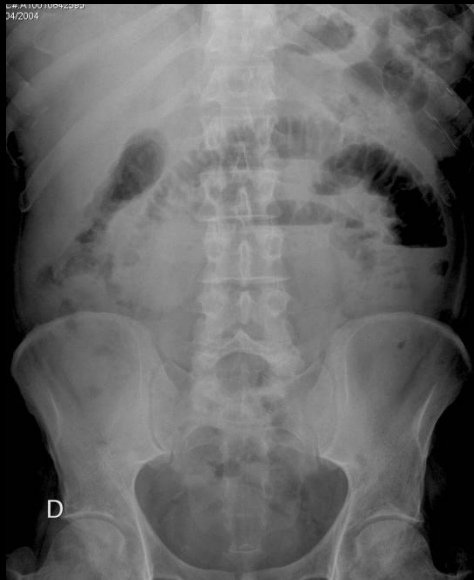
GIST



Mots Clés:

1. Hypervasculaire
2. Calcification
3. CD117 + (C-kit)
4. Glivec

métastases du grêle



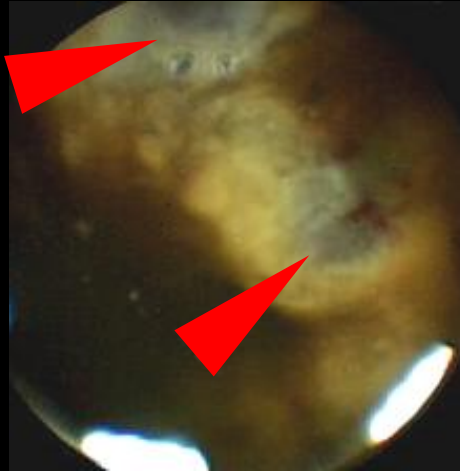
Poumon



Mots Clés:

1. Sténosant
2. Multifocal
3. Primitif ?

métastases du grêle



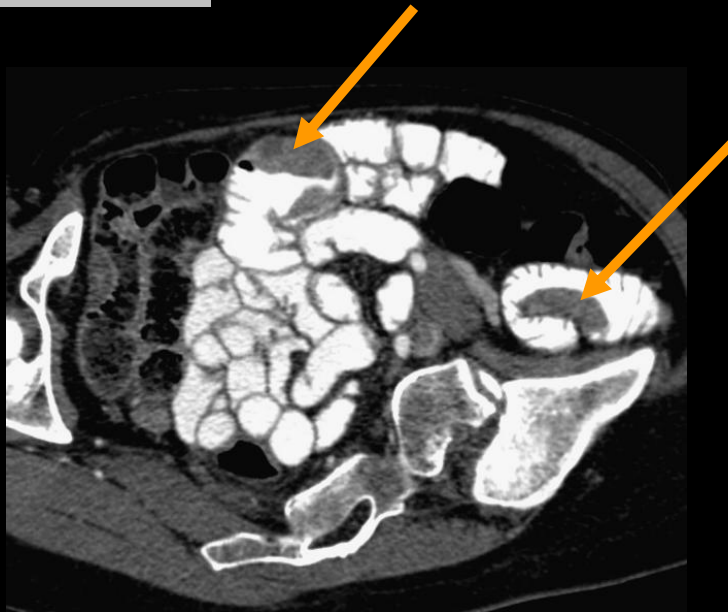
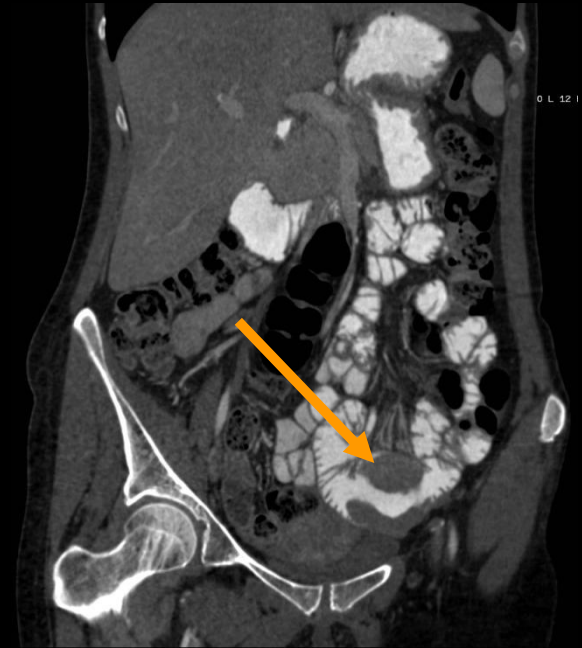
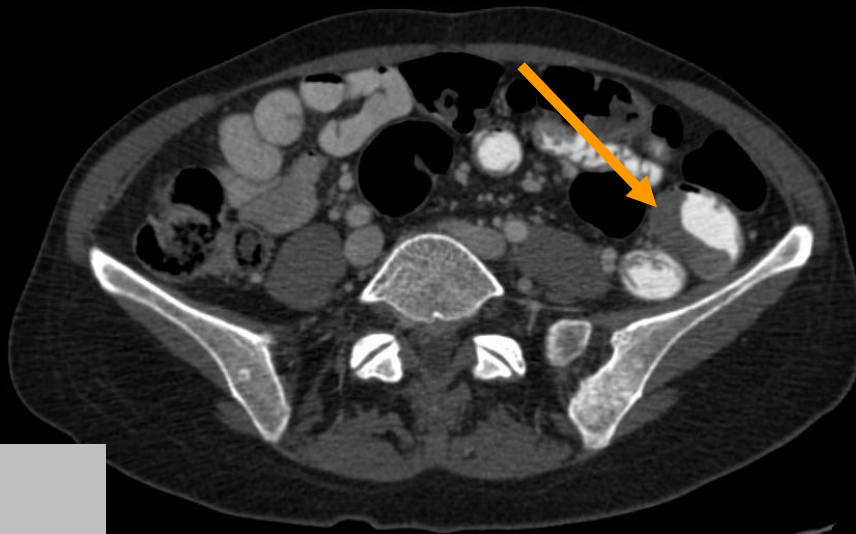
Mélanome

Mots Clés:

1. Sténosant
2. Multifocal
3. Primitif ?

métastases du grêle

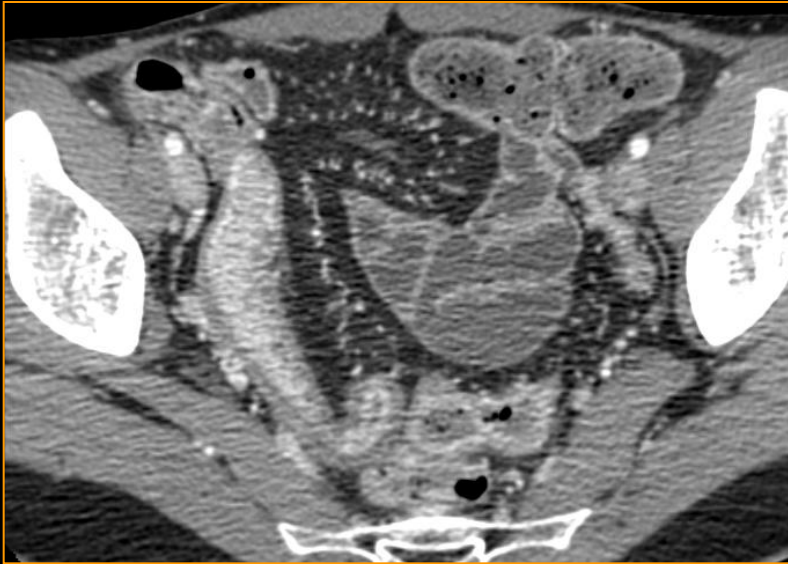
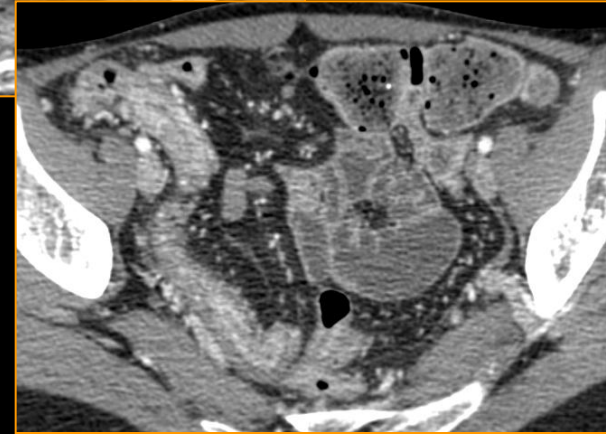
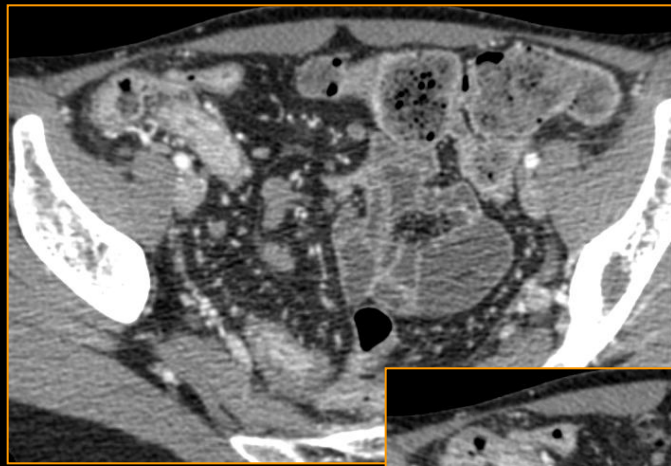
Sein



Mots Clés:

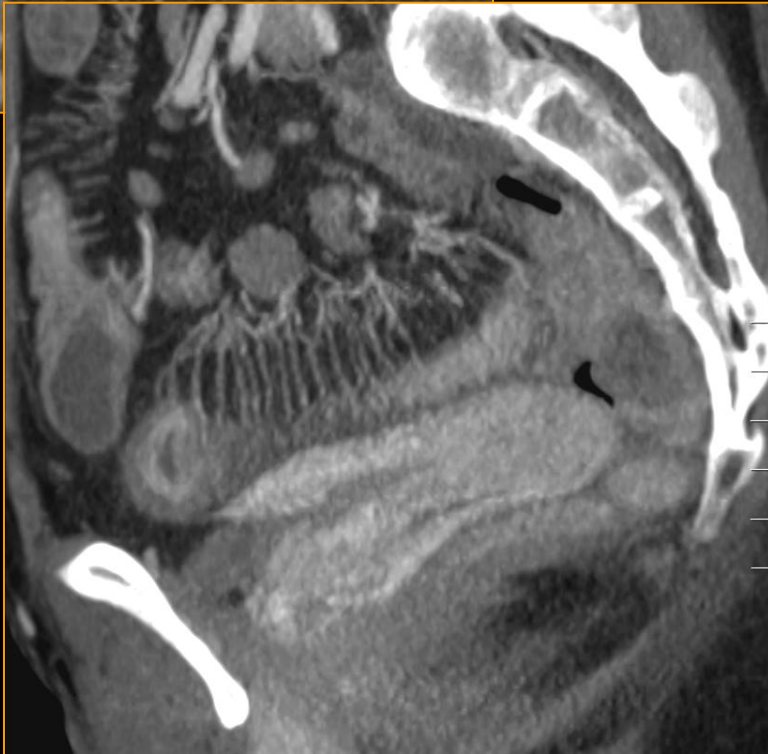
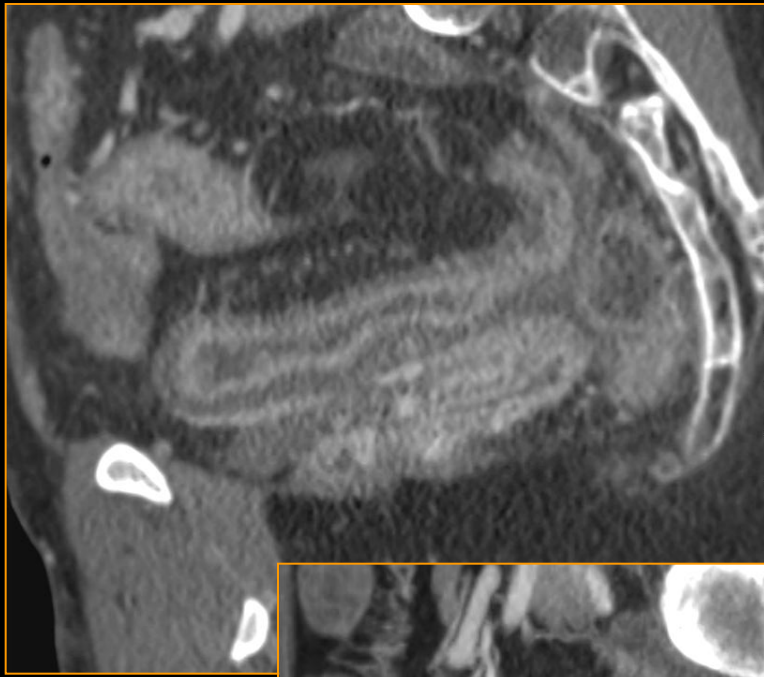
1. Multi focal
2. Inflammatoire / fibrose
3. Scléro lipomatose / Signe du peigne

Maladie de Crohn



Jeune femme de 28 ans
Douleur en FID

Signe du peigne « comb sign »
Infiltration lipomateuse des mésos
+ Fibrose et rigidification des vx
droits sur le versant mésentérique
d'une anse atteinte

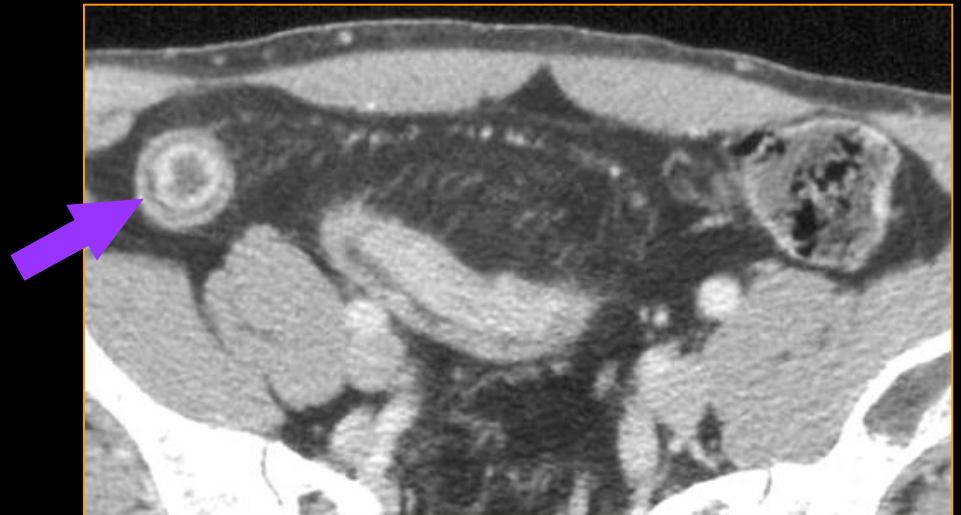




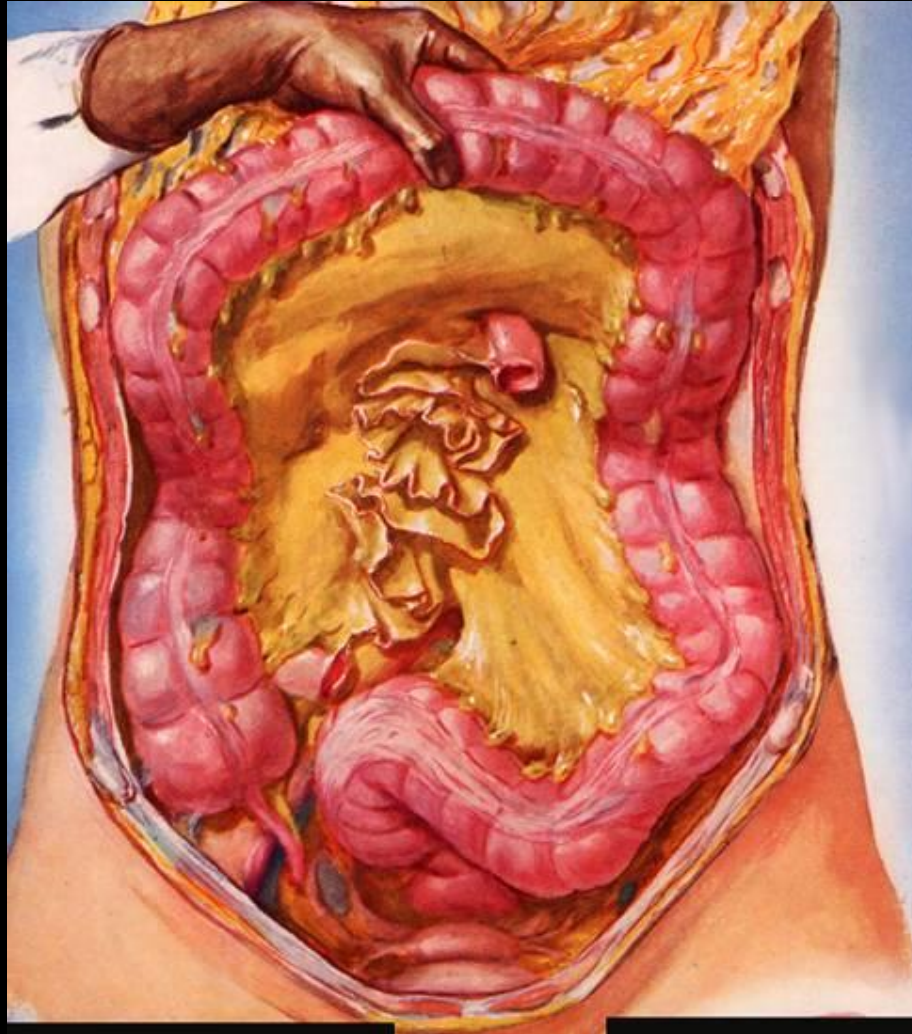
**Signe du halo graisseux =
métaplasie graisseuse de la
paroi**

**Stratification iléale pariétale avec couche médiale graisseuse =
aspécifique :**

- maladie inflammatoire chronique intestinale
- forte charge graisseuse profonde, en dehors de toute pathologie digestive

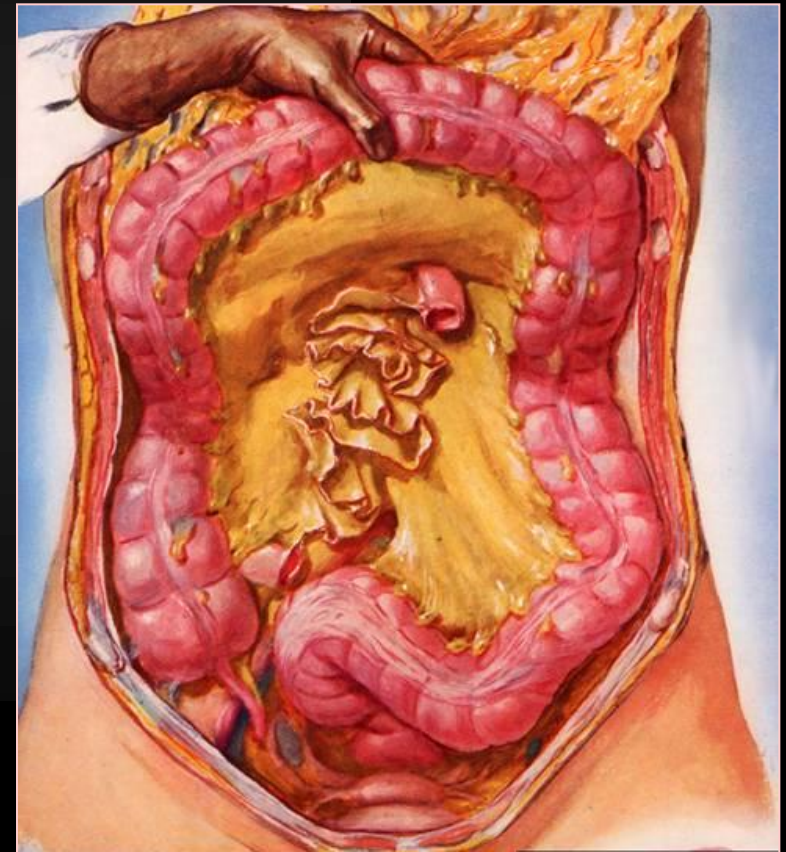


COLON-RECTUM



Rappel anatomie descriptive

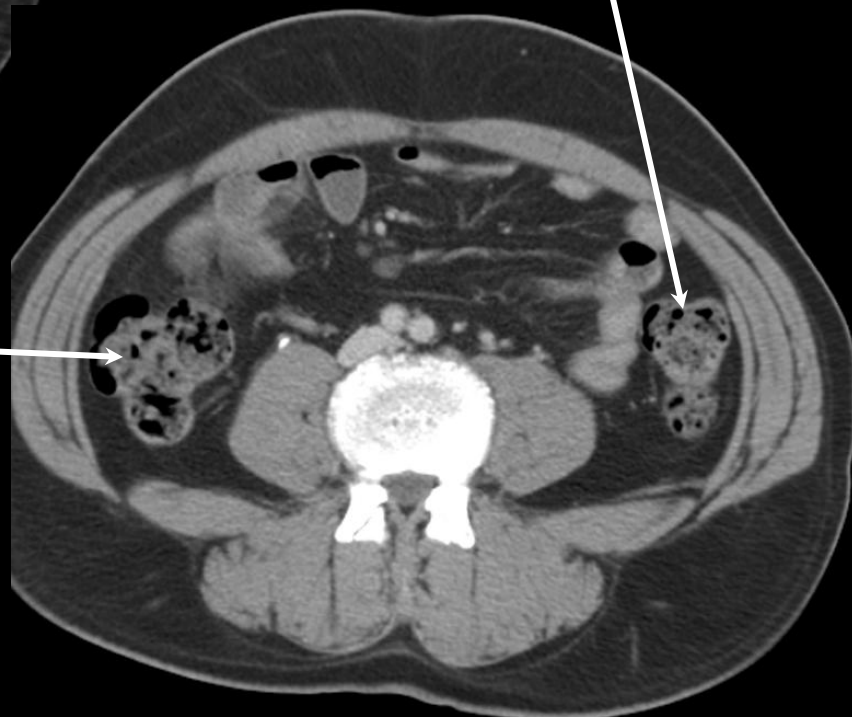
- 7 portions
 - Caeco appendice
 - Colon droit
 - Angle colique droit
 - Colon transverse
 - Angle colique gauche
 - Colon descendant
 - Colon sigmoïde





Colon gauche

Colon droit

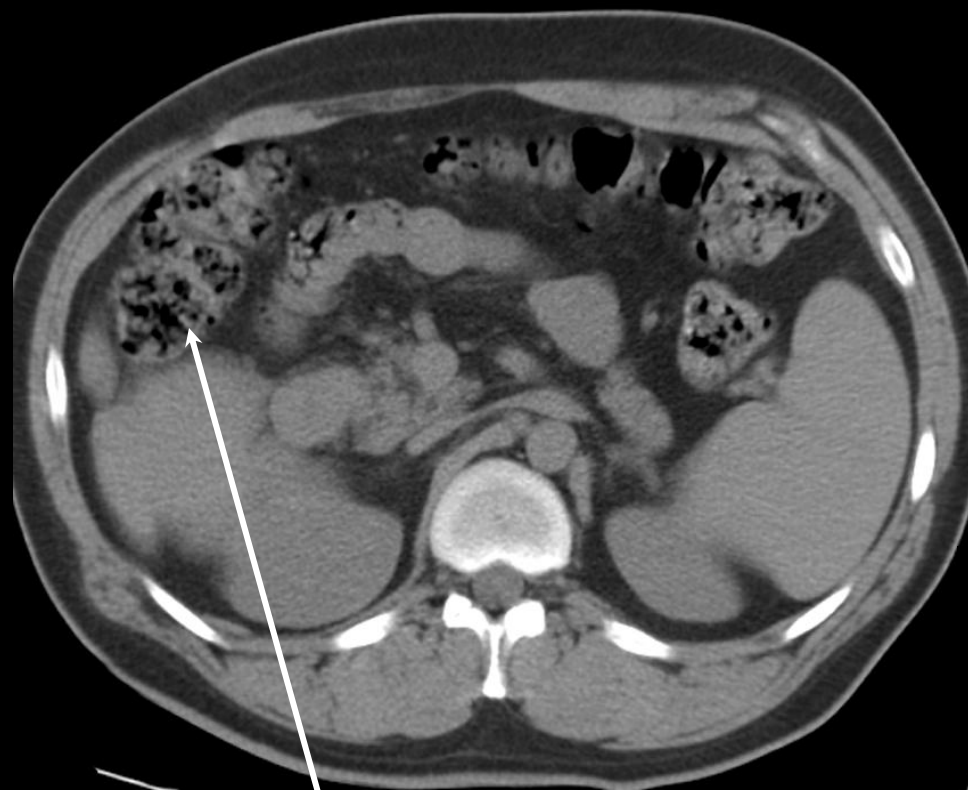




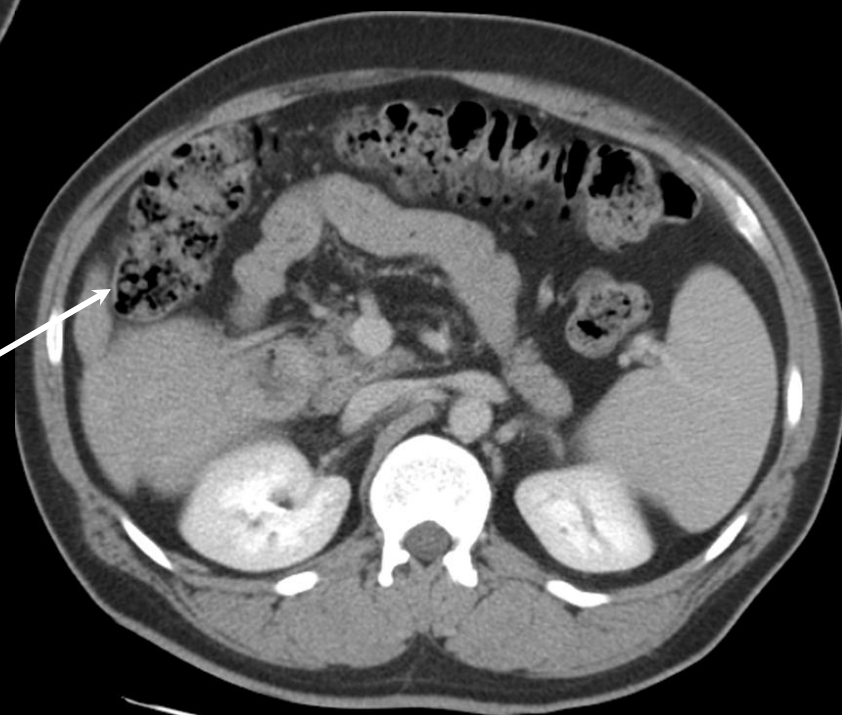
Colon droit

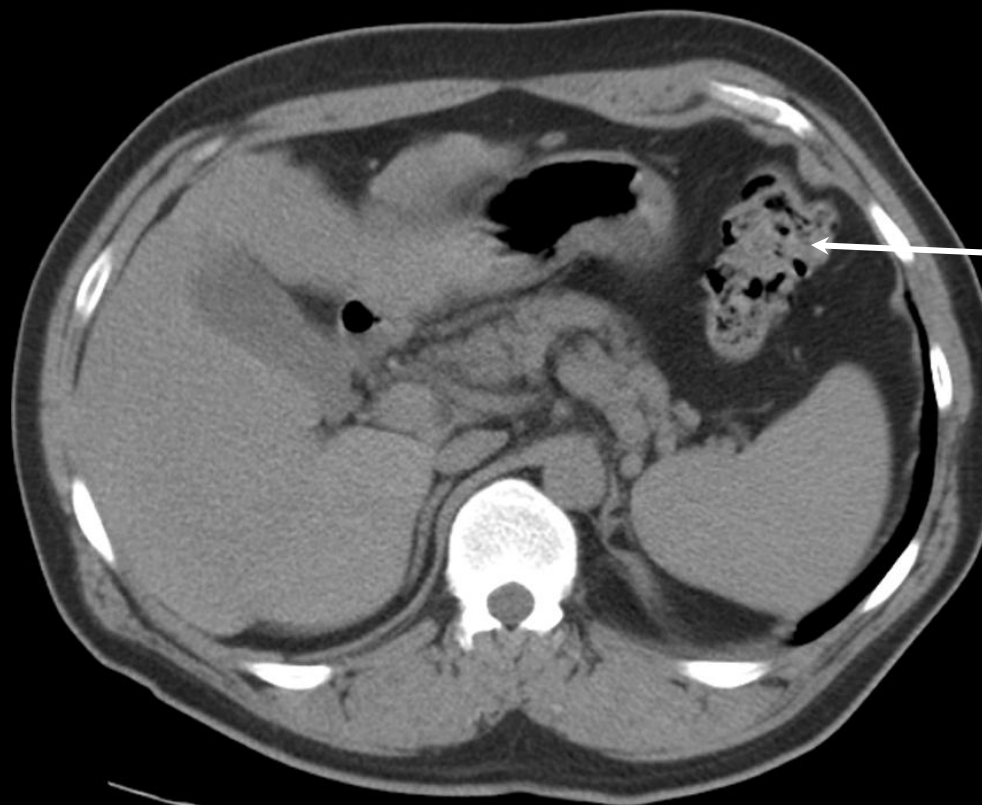


Colon gauche

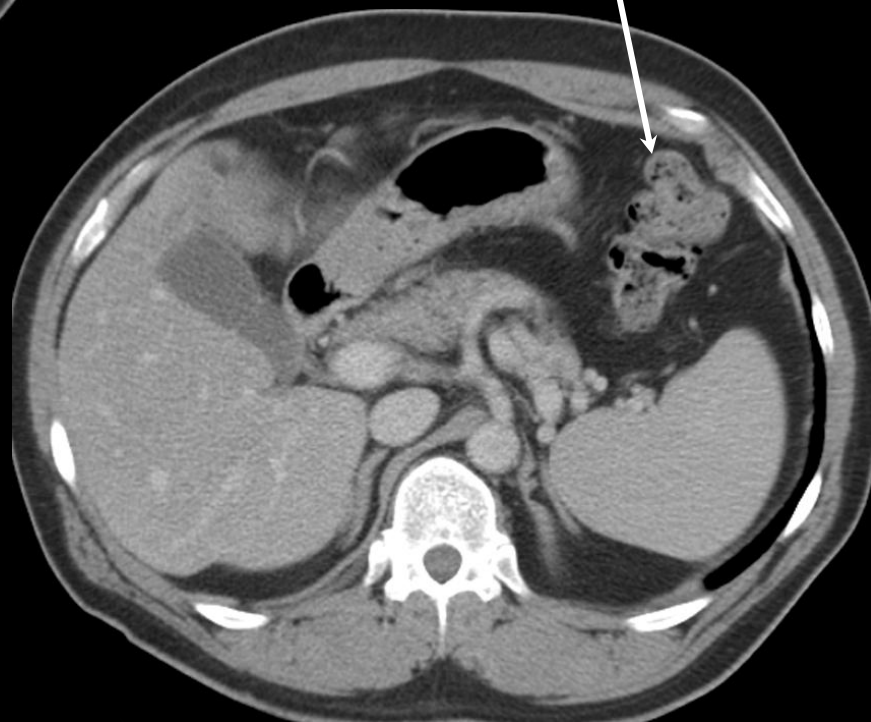


Angle droit

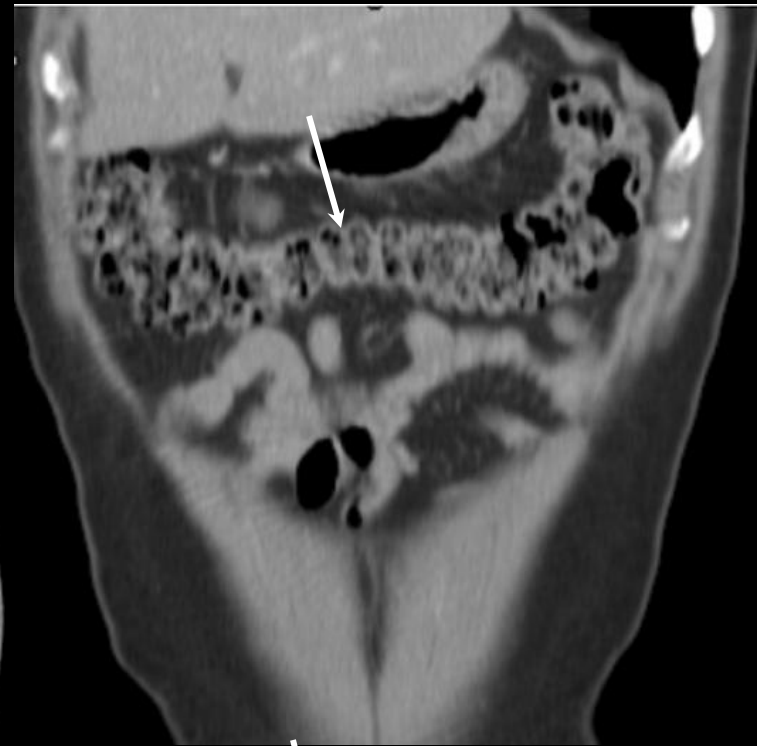
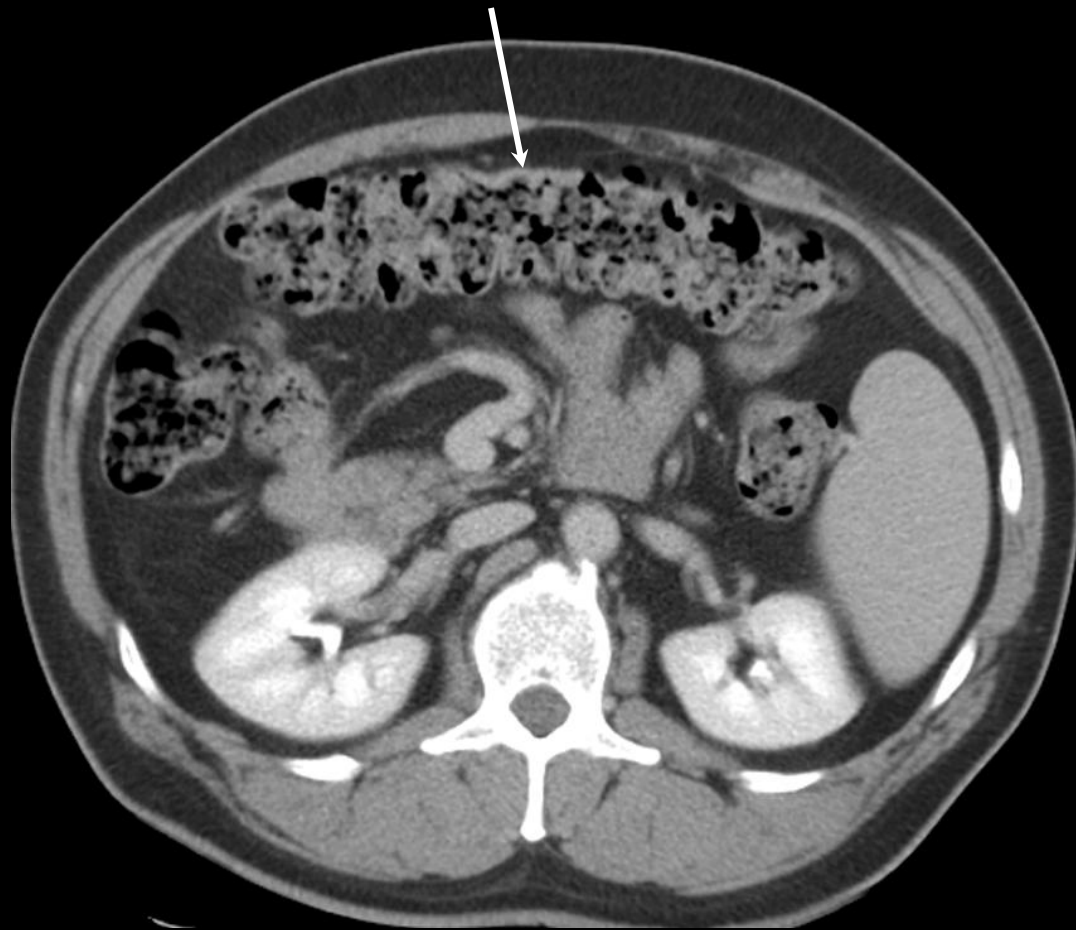




Angle gauche



Colon transverse





Sigmoide

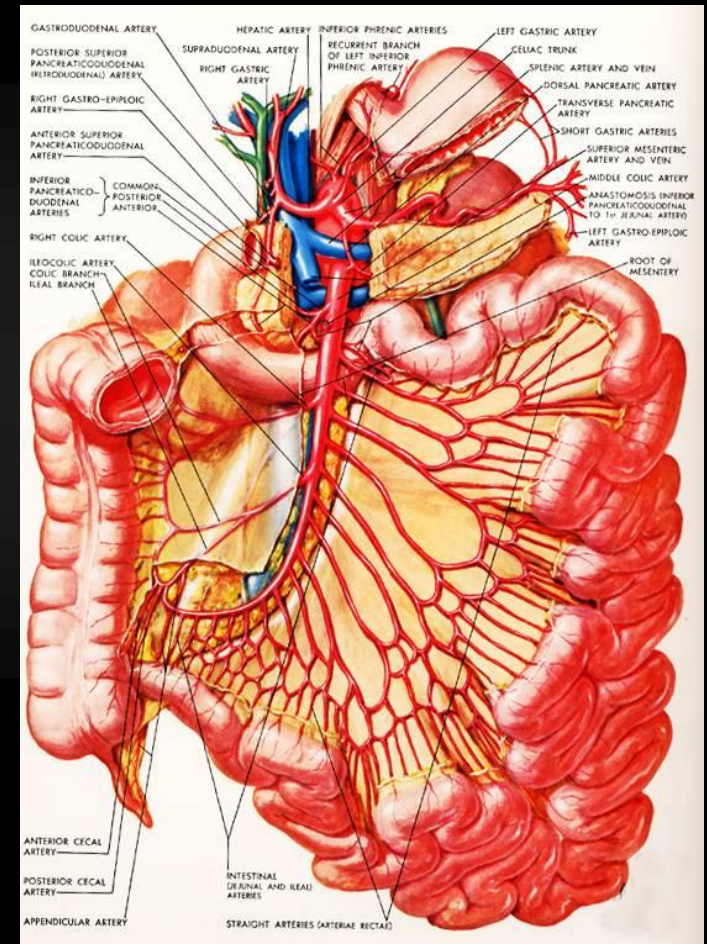


Points clés

- Caecum : Fosse iliaque droite ?
- Dernière anse iléale

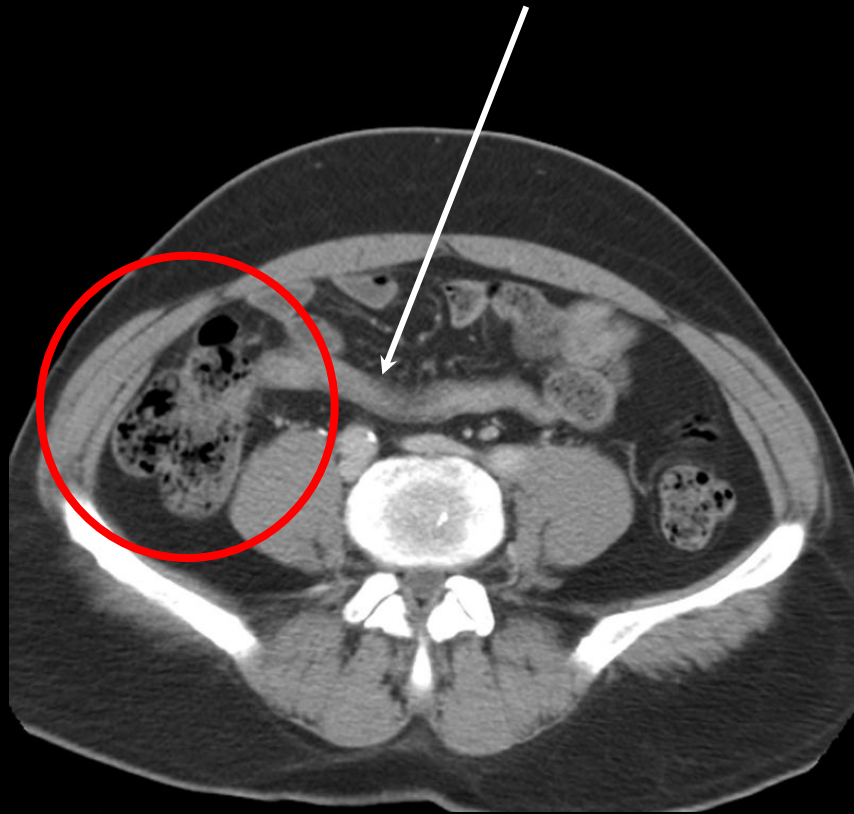
Caecum

- Situation FID
- **Mobiles +++++**
- Face interne : angle iléo caecal
- Abouchement appendice : 2 cm sous l'orifice iléal

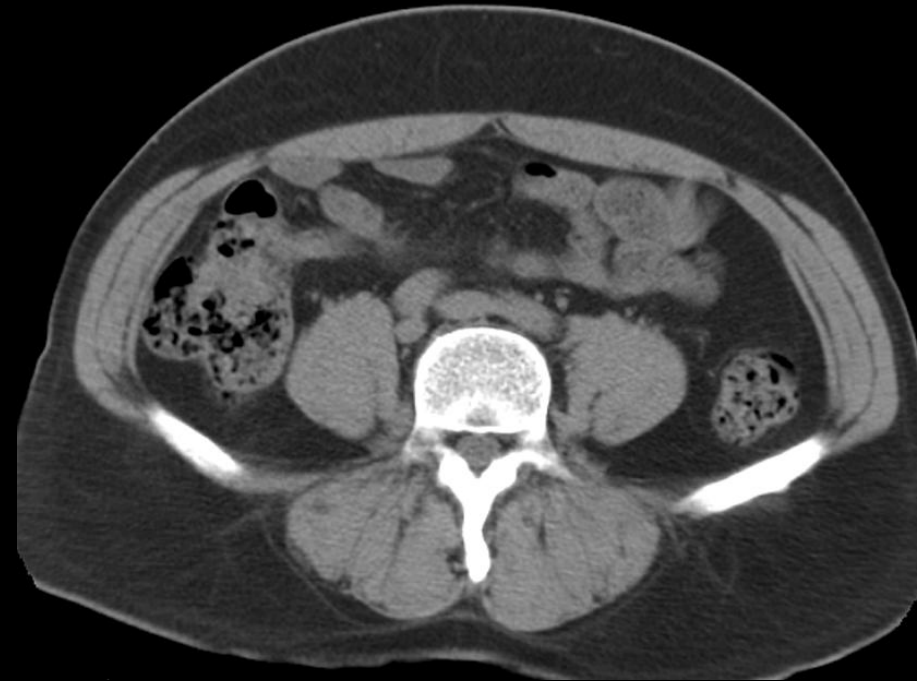


Caecum et appendice

Dernière anse iléale



Caecum



Caecum et appendice

Variations de position du caecum

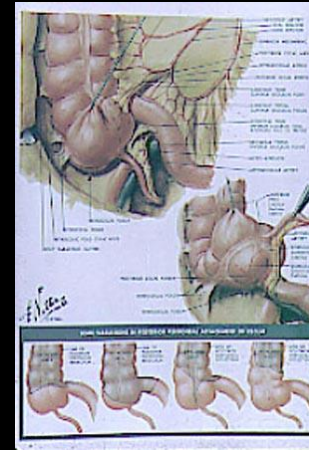
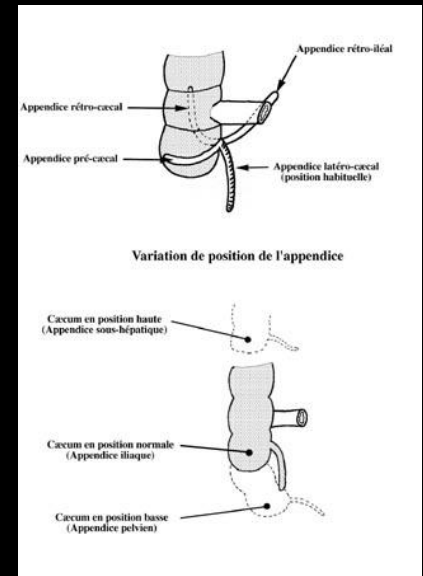
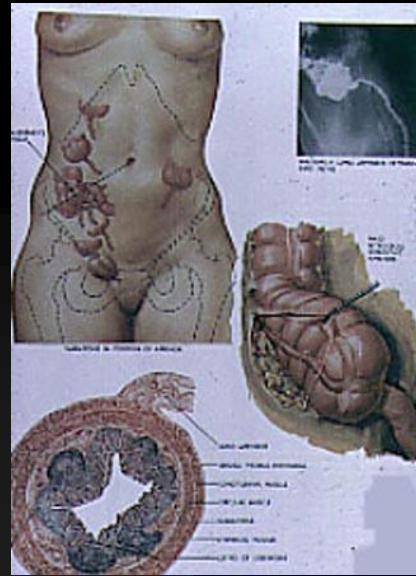
- Pelvien
- Iliaque
- Prélombaire droit
- Sous Hépatique
- Epigastrique
- Gauche

Mésentère commun !!!!!!!!!

Caecum et appendice

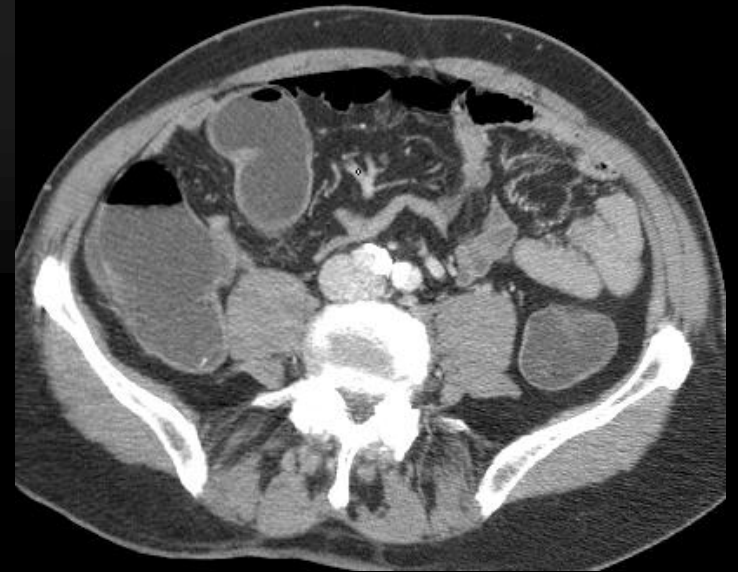
Variations de position de l'appendice

- Sous caecal
- Latérocaecal
- Pelvien
- Mésocoeliaque
- Rétromésentérique
- Sous hépatique
- Rétrocaecal

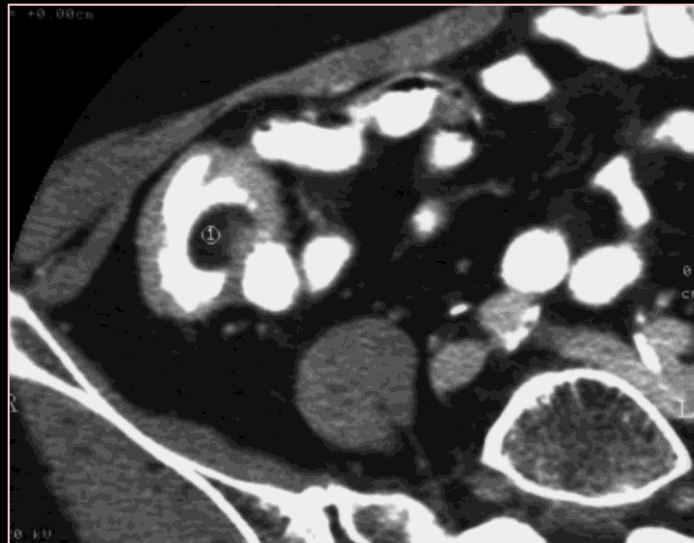
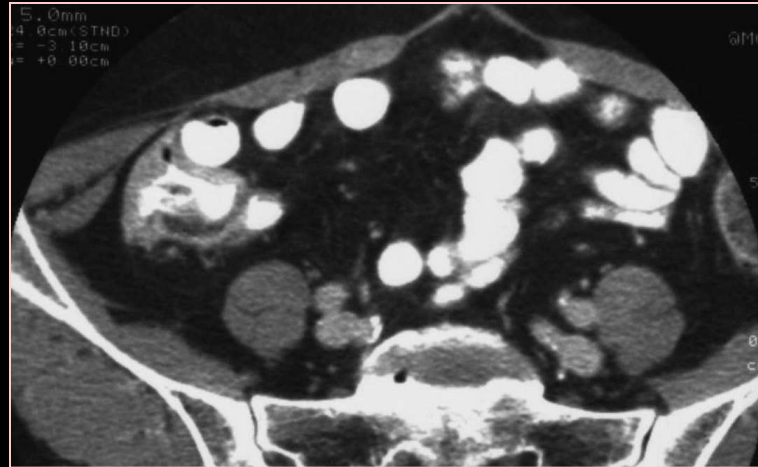
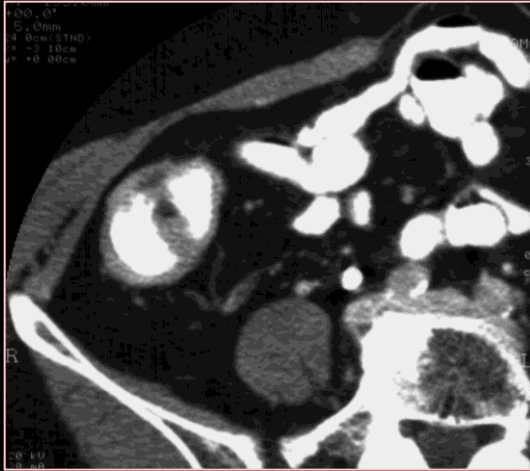


Caecum et appendice

- Orifice iléo caecal muni d'un sphincter lisse très puissant et d'une valvule : la valvule de Bauhin



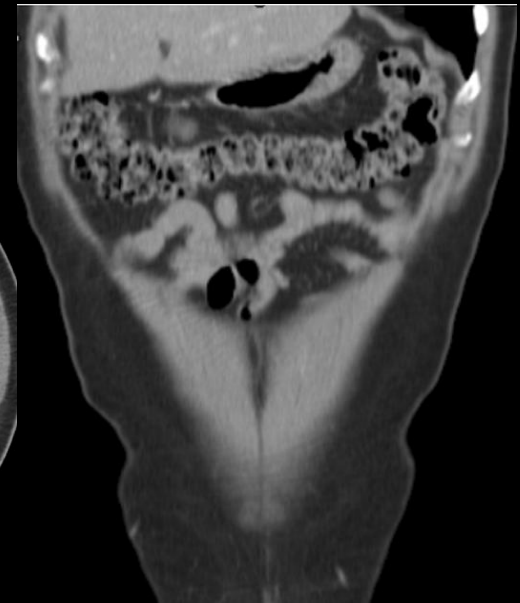
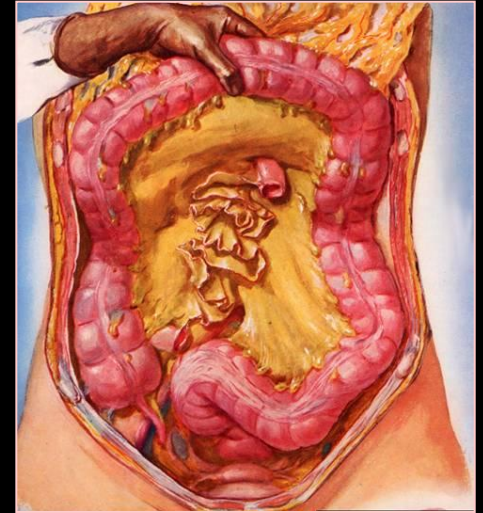
Caecum et appendice



Lipomatose de la valvule de Bauhin

Colon droit

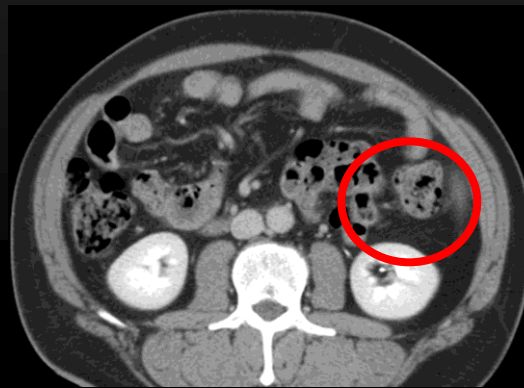
- Colon ascendant mesure 8 à 15 cm de diamètre
- Angle droit unit colon droit avec le transverse par un angle très aigu
- 2/3 transverse : 25 à 50 cm (pas de limite précise)



- **Portions accolées par leurs mésos :**
 - Colon ascendant
 - Angle droit
 - Partie droite du transverse (jusqu'au bord de D2)
 - Fascia de Toldt droit
- **Portion mobile**
 - Colon transverse

Colon gauche

- Segment colique vascularisée par l'AMI
- 1/3 gauche du colon transverse
- Colon descendant
- Colon iliaque
- Colon sigmoïde



- **Partie mobile**

- Partie gauche du colon transverse

- **Partie fixe**

- Angle gauche
 - Particulièrement fixé : ligt phréno colique gauche qui l'unit au diaphragme et ligt spléno colique
- Colon descendant
- Colon iliaque
- Fascia de Toldt gauche

- **Partie terminale du colon**
- **Mobile**
- **Longueur variable**
 - **Court**
 - 15 à 30 cm : rectiligne dans FIG
 - **Moyen**
 - Boucle concavité postéro inférieure
 - **Long**
 - 60 à 80 cm
 - Remonte jusqu'à l'hypochondre gauche

Sigmoide



Sigmoïde

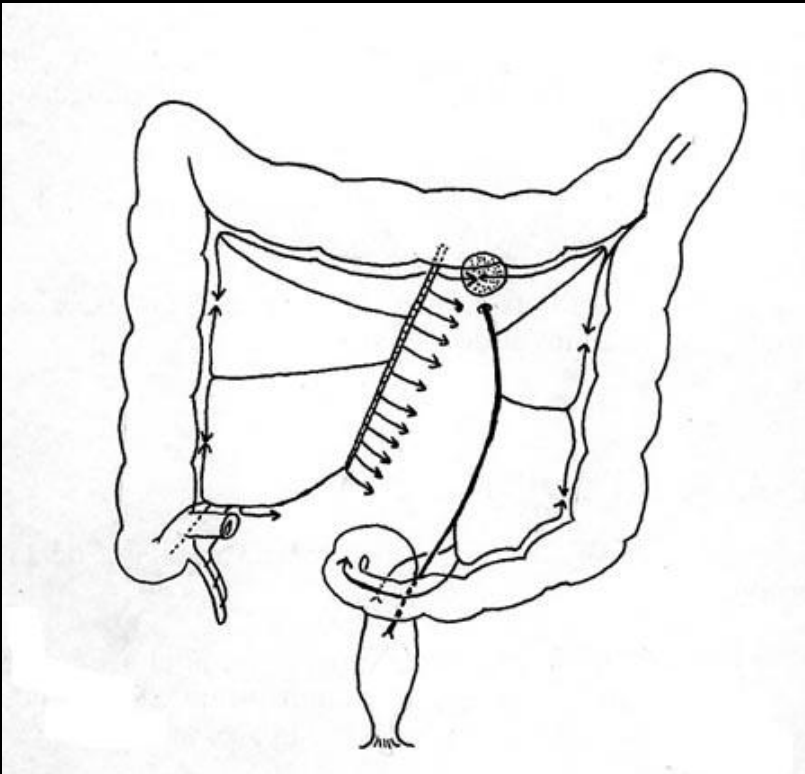
Dolichosigmoïde avec boucle sigmoïdienne à droite



Rectum



Vascularisation cadre colique



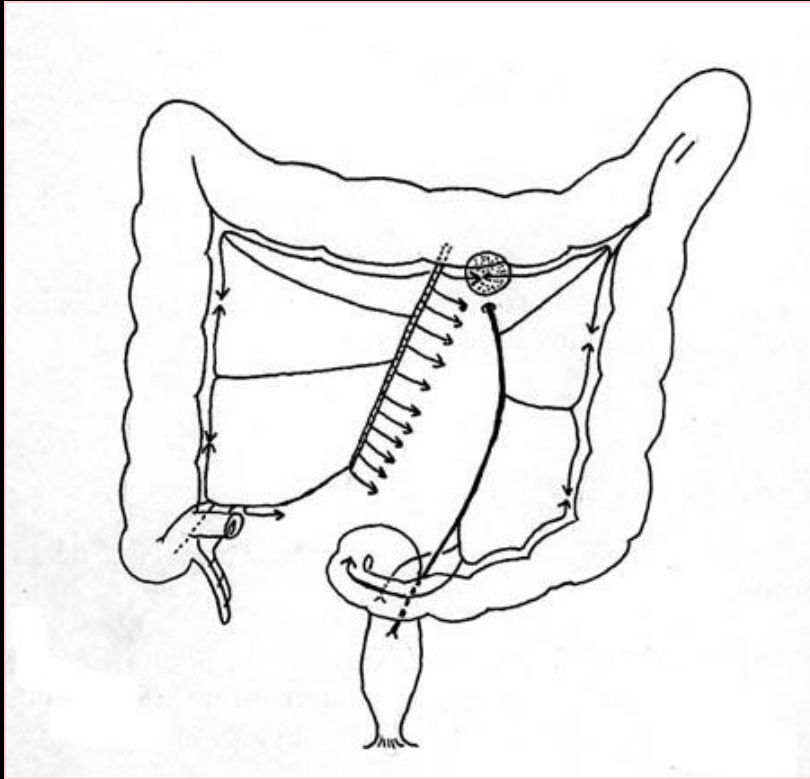
Colon droit

- Branches droites de l'AMS

Caecum

- Branches terminales de l'artère iléo colo caeco appendiculaire

Vascularisation cadre colique



- Colon gauche
- Rectum pelvien
 - Artère mésentérique inférieure

Différentes méthodes d'imagerie radiologique du colon

- **Scanner cavité abdomino-pelvienne**
 - Pas de distension cadre colique
 - Contenu
 - Aérique
 - Matières fécales
 - Eau

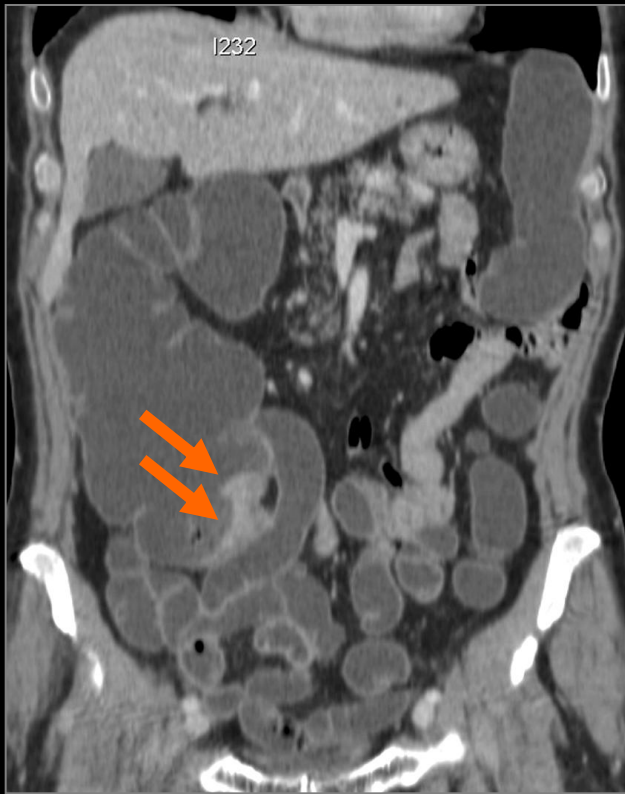
- **Coloscanner à l'eau**
 - Distension avec de l'eau
- **Coloscanner à l'air**
 - Distension avec de l'air
- **Coloscanner aux hydrosolubles iodés**

Coloscanner avec distension à l'eau

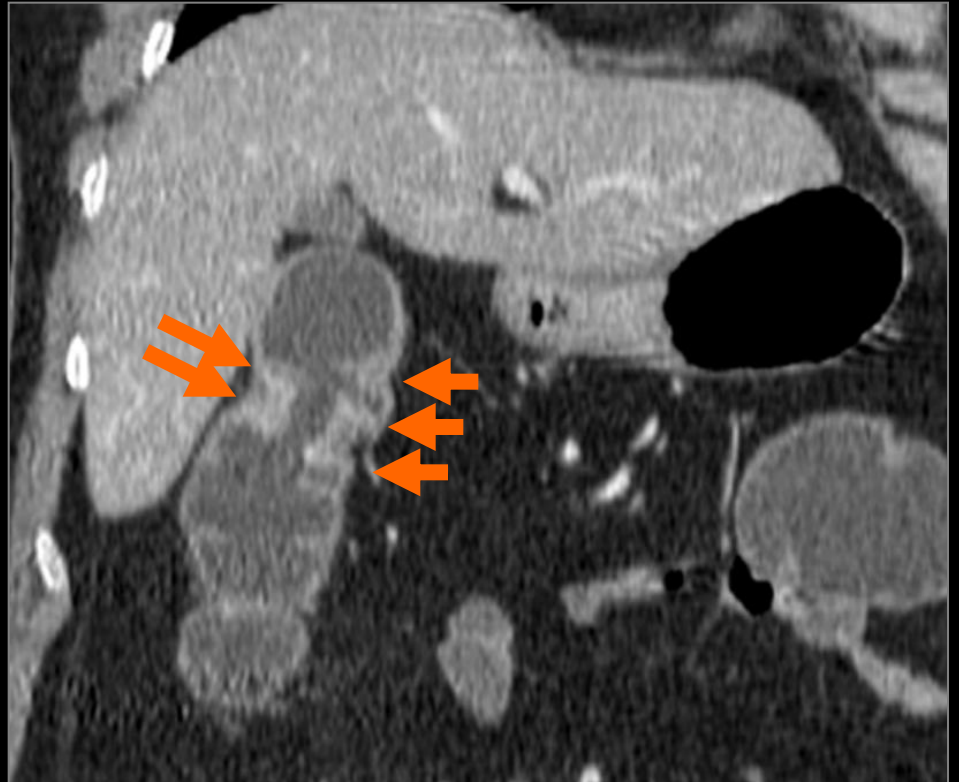


Coloscanner avec distension à l'eau

Adénocarcinome caecal



Coloscanner avec distension à l'eau



Coloscanner avec distension à l'eau

Double localisation tumorale : rectale et angulaire gauche



Points clés anatomie radiologique colon

- Repérer caecum
- Repérer dernière anse
- Repérer colon gauche (élément le + postérieur)
- Connaître les variations de localisation
 - Caecum
 - Appendice
- Connaître les variantes de taille +++++
 - Sigmoidé
- Attention lipomatose valvule de Bauhin

Anatomie radiologique du rectum

- **Scanner**

- Distension à l'eau

- **IRM pelvi-rectale**

- Distension de l'ampoule rectale avec du gel (gel utilisé en échographie)
- Résolution en contraste ++++ > CT

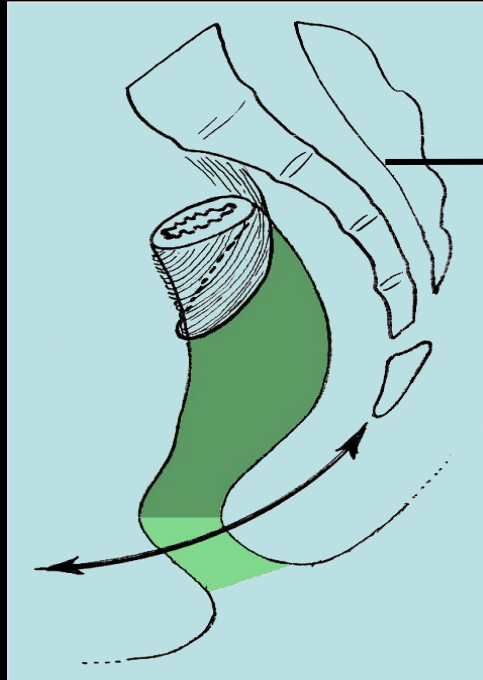
Ampoule rectale

- Portion intra-péritonéale (distensible)
- Portion sous péritonéale peu distensible

portion
intra- péritonéale

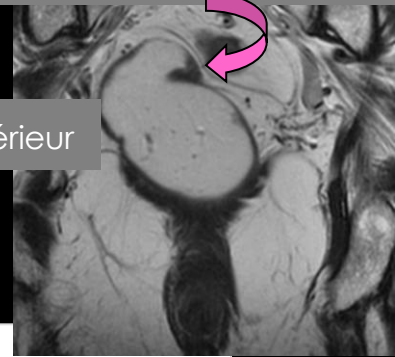
portion
sous-péritonéale

courbure périnéale



pli transversal moyen

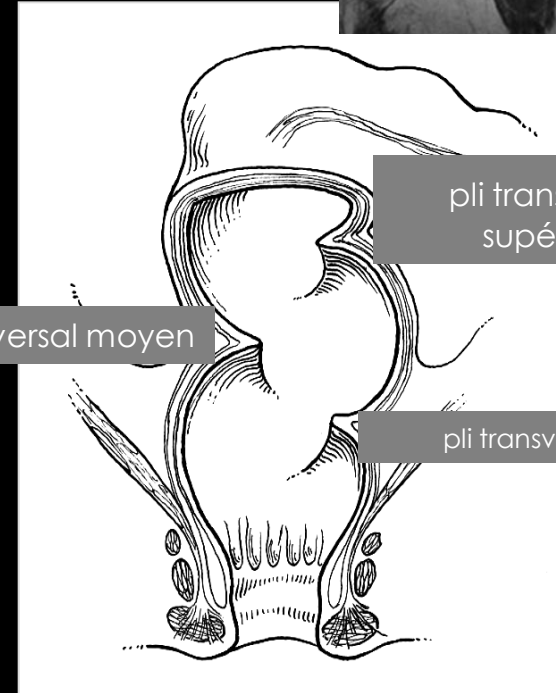
pli transversal inférieur



pli transversal
supérieur

pli transversal moyen

pli transversal inférieur



Le pli transversal moyen est le plus constant.

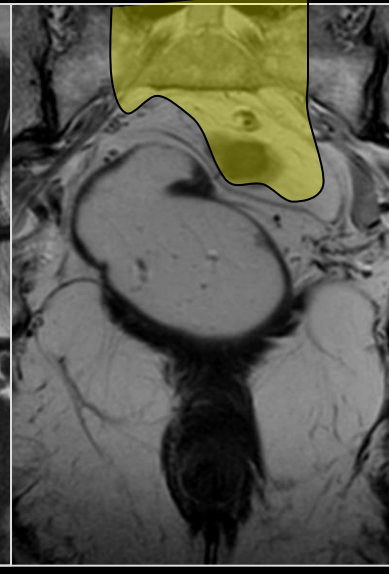
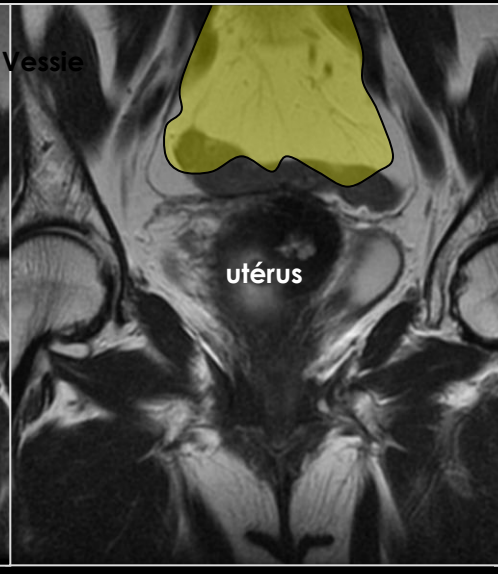
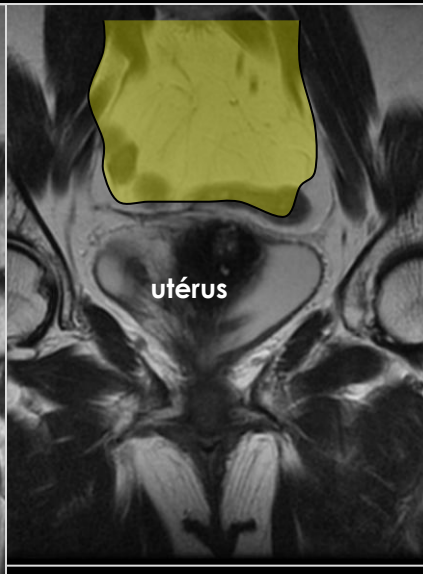
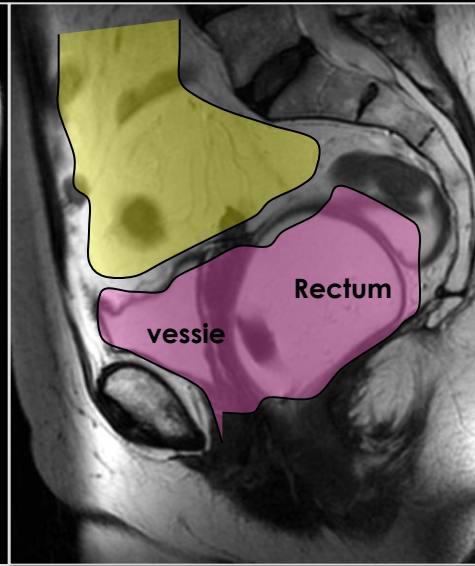
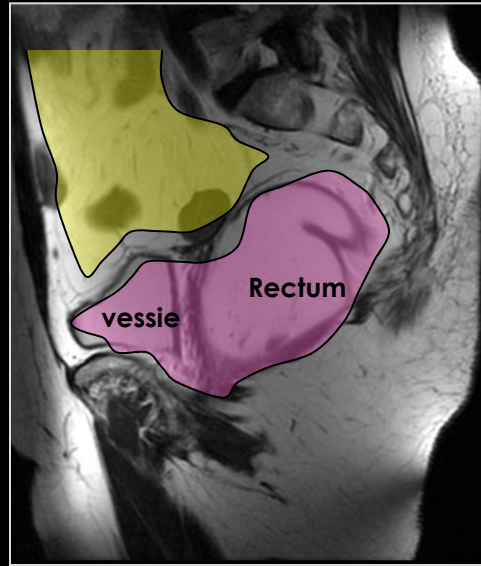
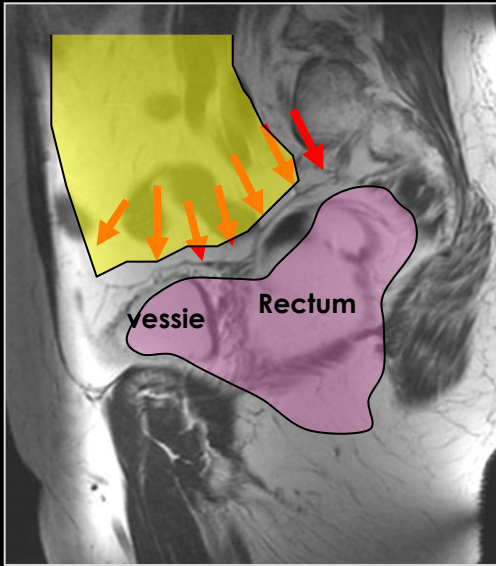
Il subdivise l'ampoule en partie haute supra-péritonéale distensible (dérive de l'intestin postérieur) et partie basse sous-péritonéale peu distensible (dérive de la région cloacale).

Rectum

Ligne de réflexion : péritoine

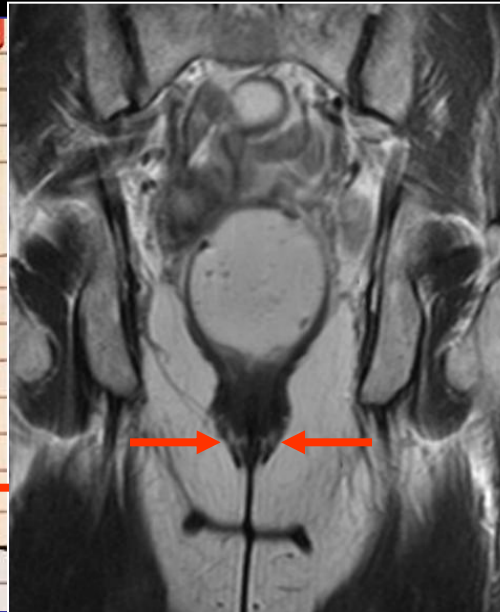
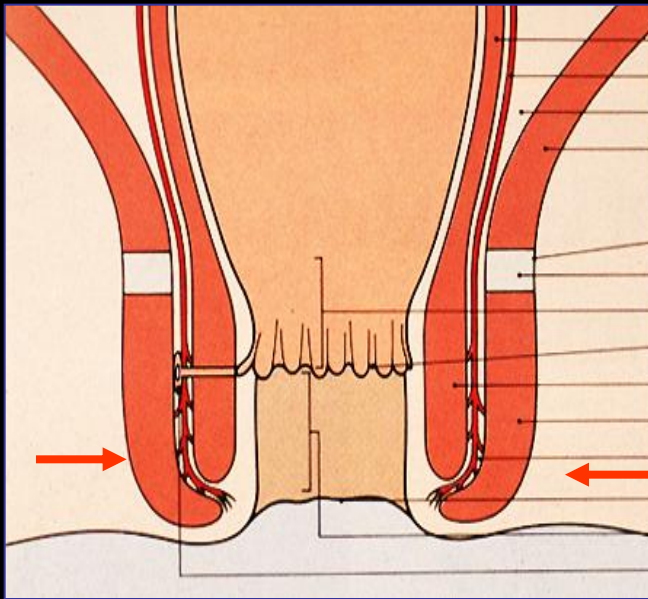
Intrapéritonéal

Souspéritonéal



Morphologie du canal anal

Coupes frontales

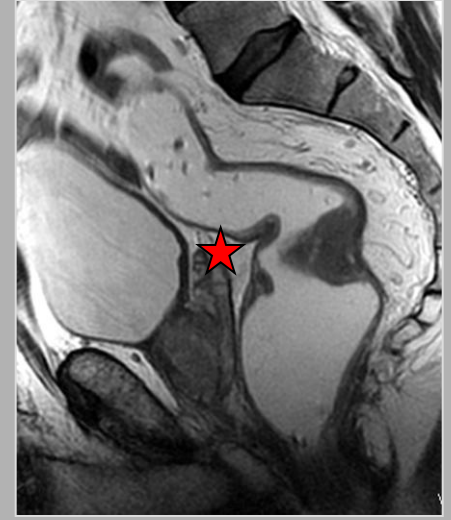
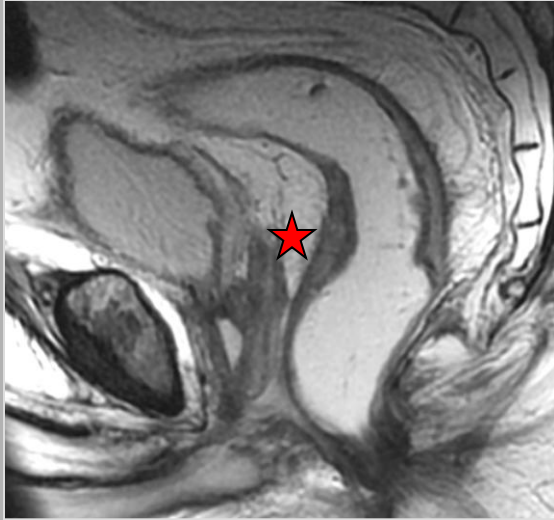


→ Sphincter externe
* Sphincter interne

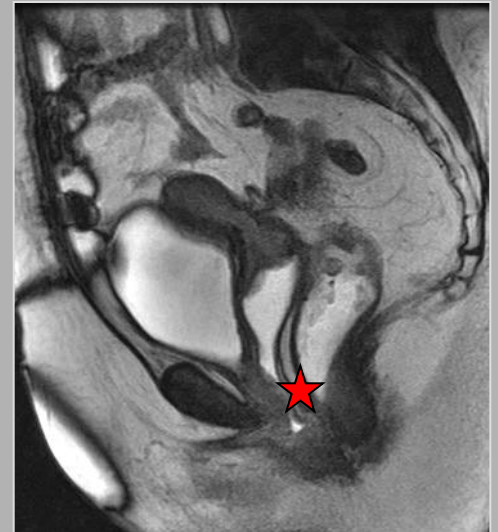
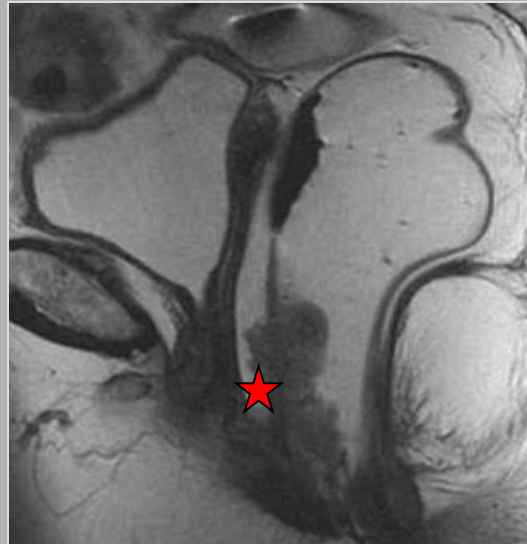
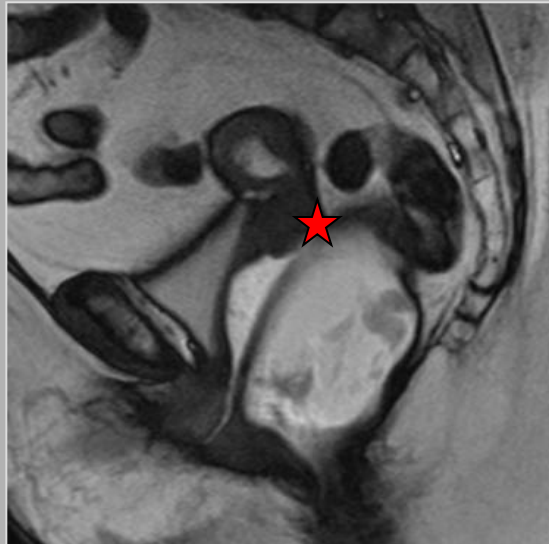
Entre les deux , espace graisseux
intersphinctérien

Localisation cul de sac de Douglas

Hommes



Femmes



Rectum: espaces cellulieux péri anorectaux

- Espace péri anal
- Espace ischio anal
- Espace intersphinctérien
- Espace pelvi rectal supérieur
- Espace rétrorectal

Rectum: espaces cellulieux péri anorectaux



Espace pelvi-rectal supérieur



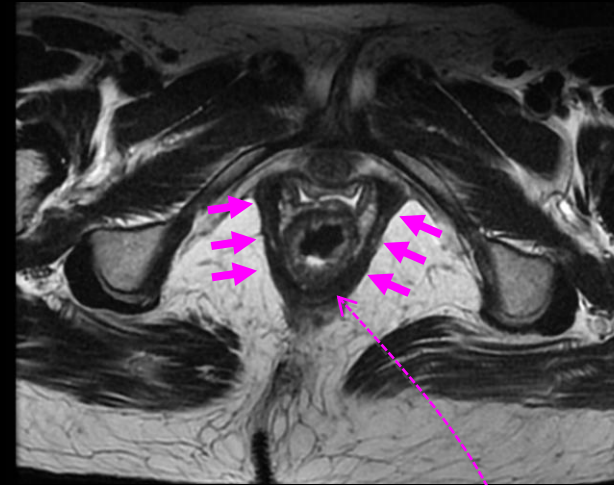
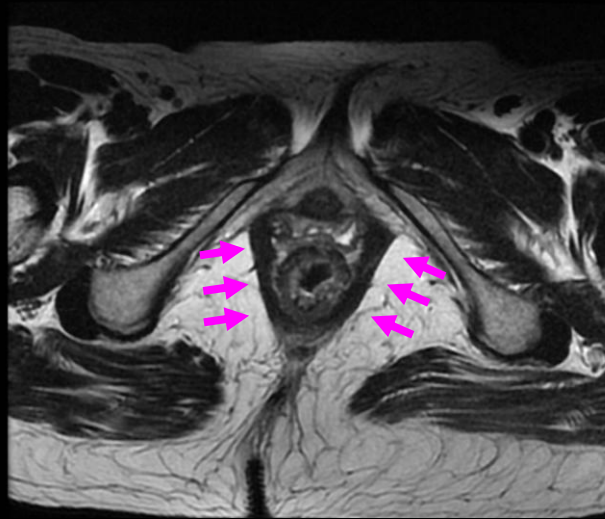
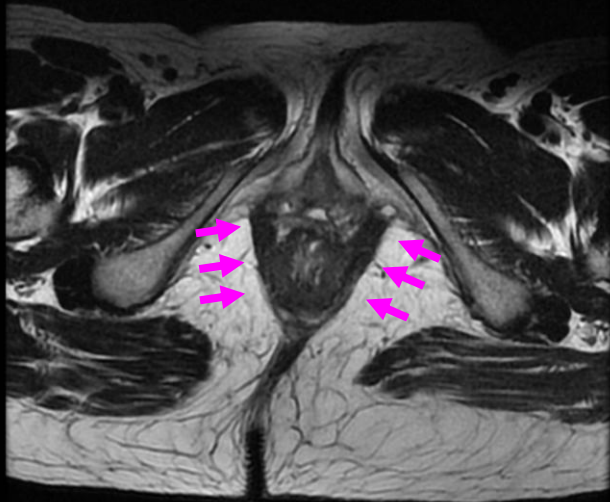
Fosse ischio-anale

Rectum: espaces cellulieux péri anorectaux

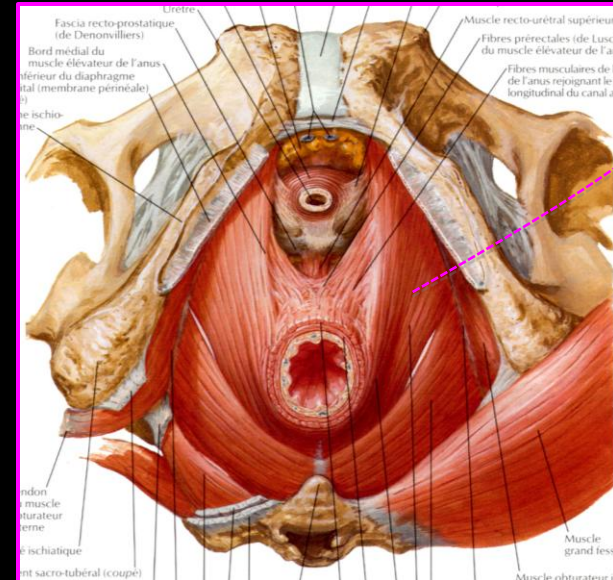
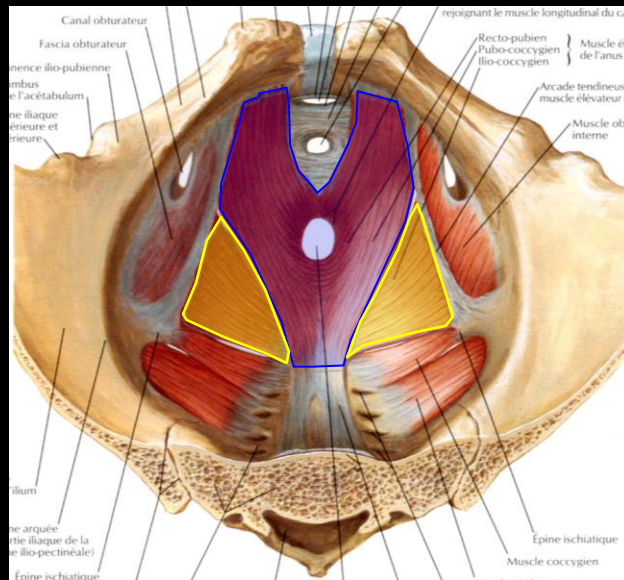
Espace graisseux intersphinctérien



Muscles du plancher pelvien - Diaphragme pelvien

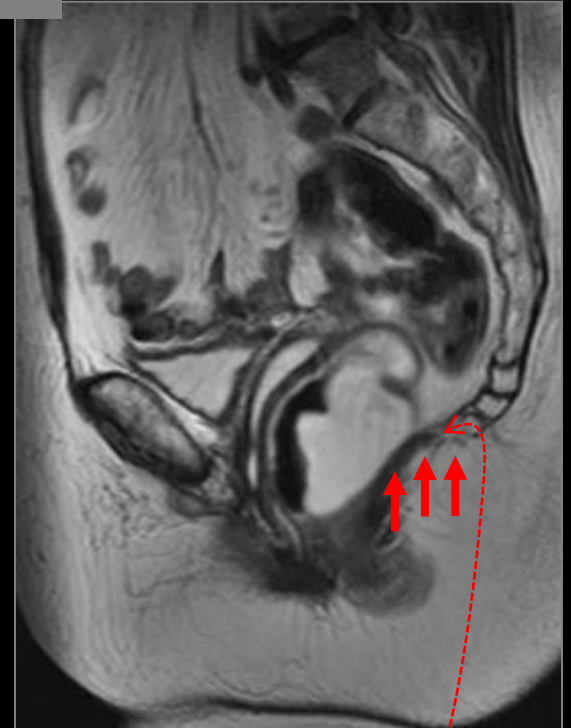
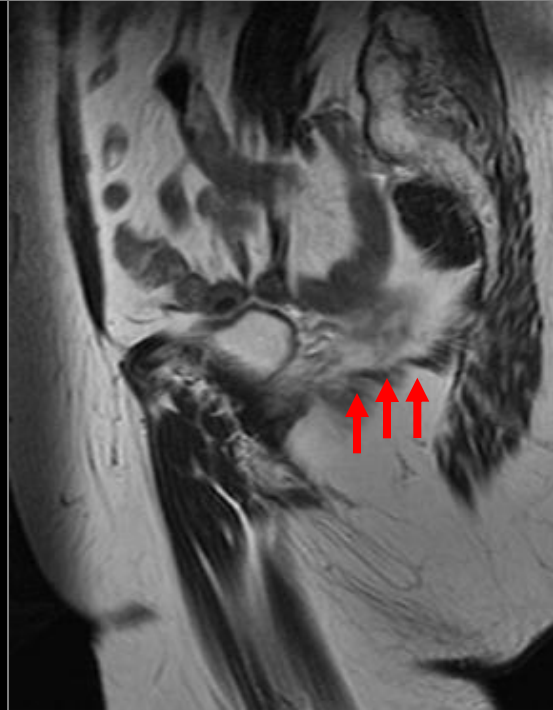


Muscle élévateur de l'anوس : portion pubo rectale

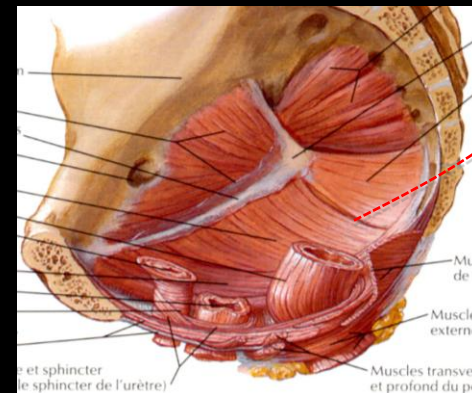
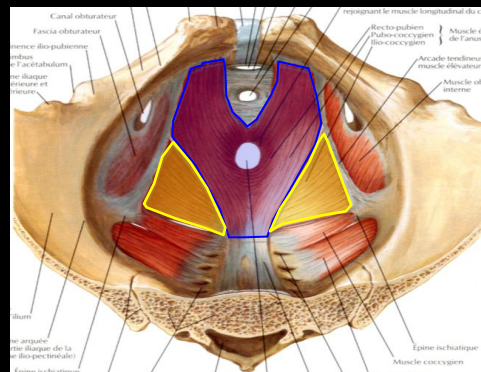


Muscles du plancher pelvien - Diaphragme pelvien

Coupes sagittales



Muscle élévateur de l'anus : portion ilio-coccygienne



Muscles transverse et profond du p

Coupes frontales

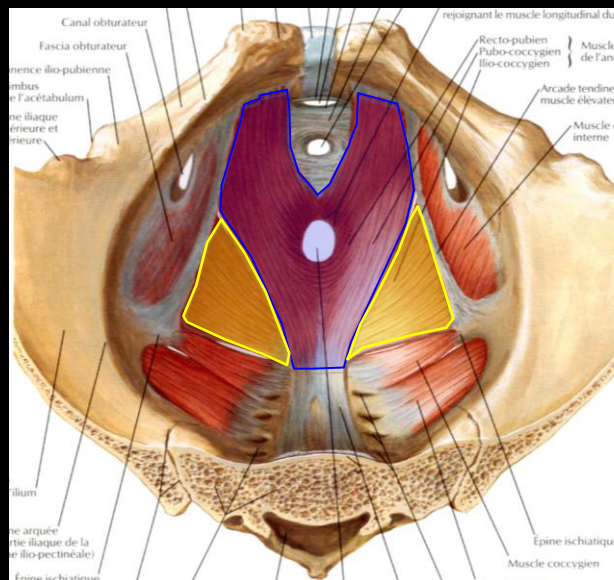
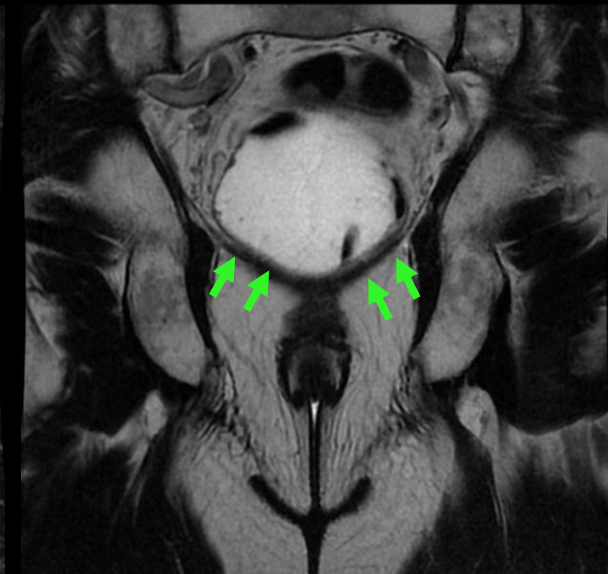
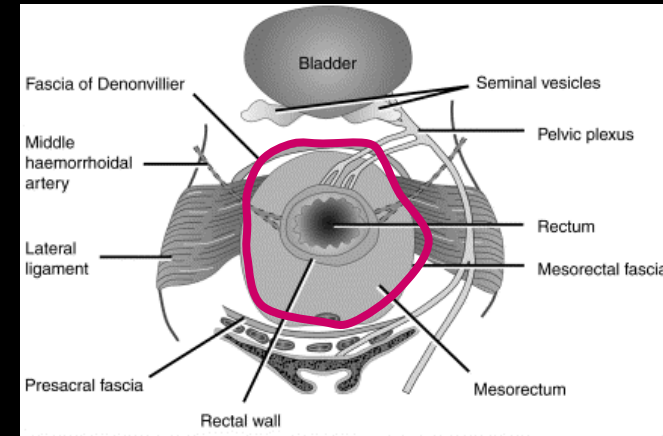
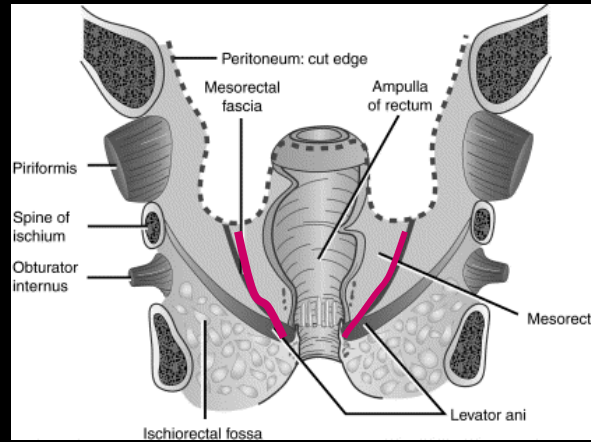
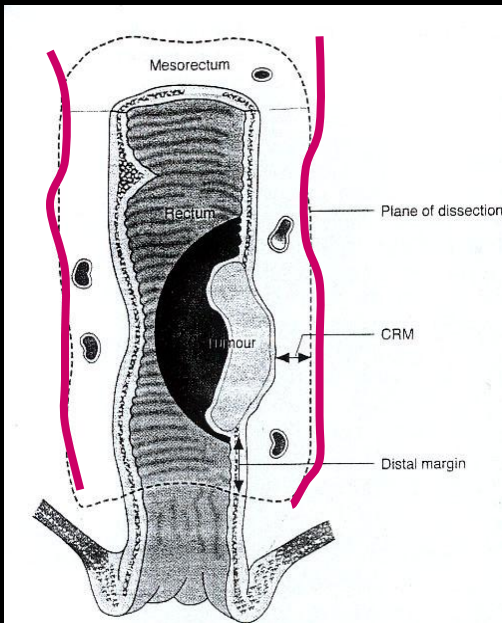
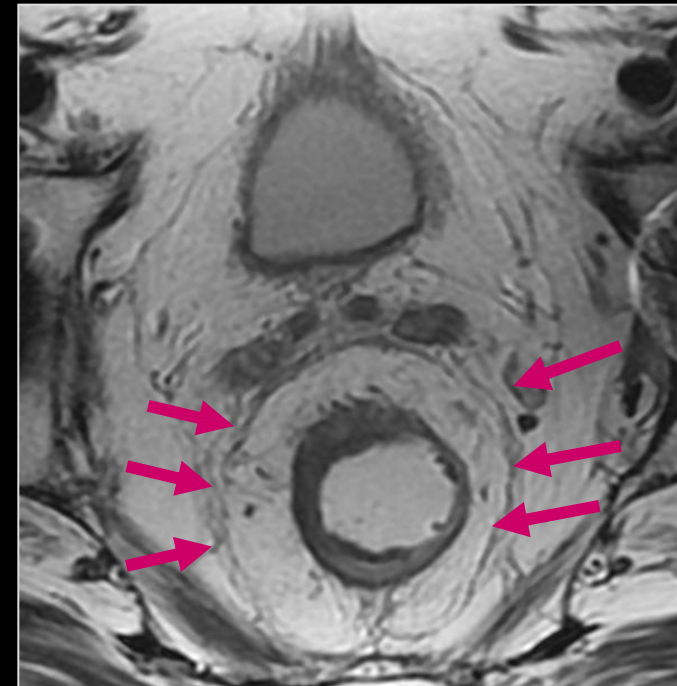
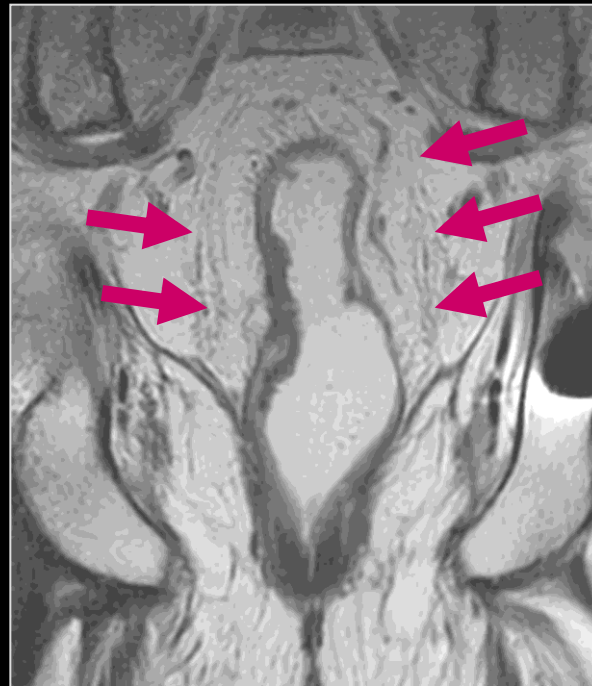


Diagram illustrating the male perineal region, showing the external and internal anal sphincters, the urethral sphincter, and the transverse and deep perineal pouches.

Fascia recti et mésorectum



Goh et al. Clinical Radiology 2004 ; 59 : 215-226



Points clés anatomie rectale

- **Ampoule rectale**
 - Segment sus péritonéal
 - Segment sous péritonéal
 - Topographie tumeur par rapport promontoire
- **Canal anal**
- **Espaces cellulo graisseux péri rectaux**

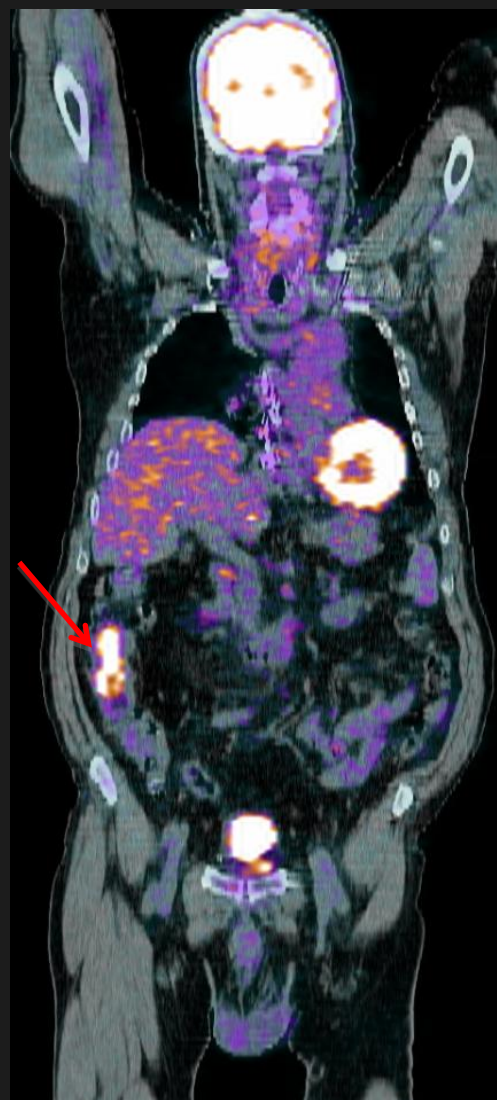
Corrélation en Médecine Nucléaire

Cancer colo-rectal (adénocarcinome)

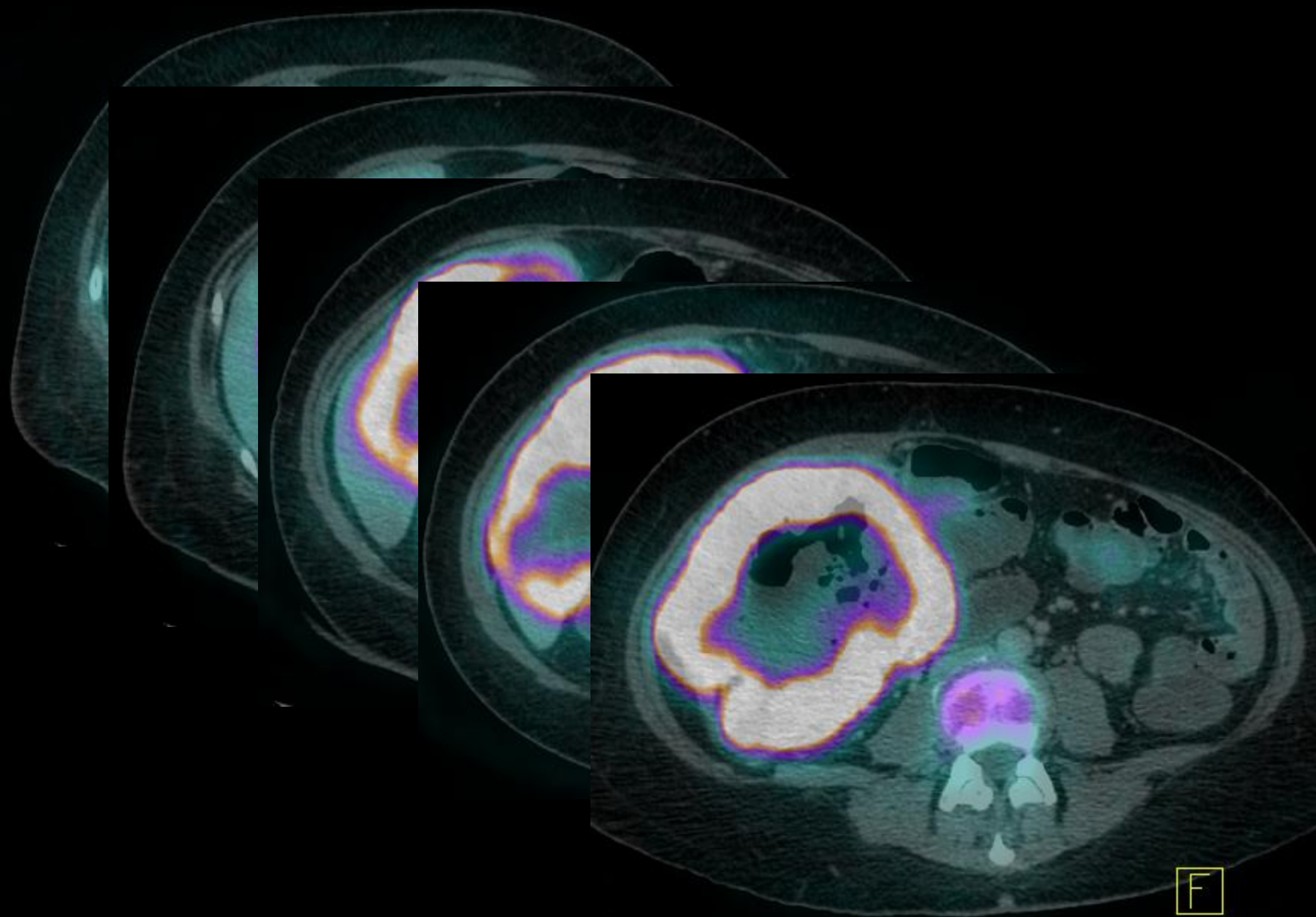
Bilan d'extension initial

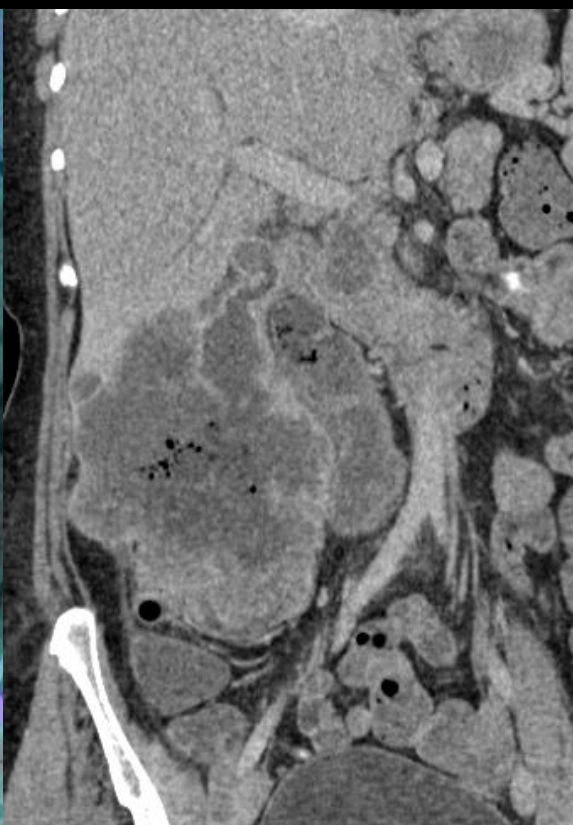
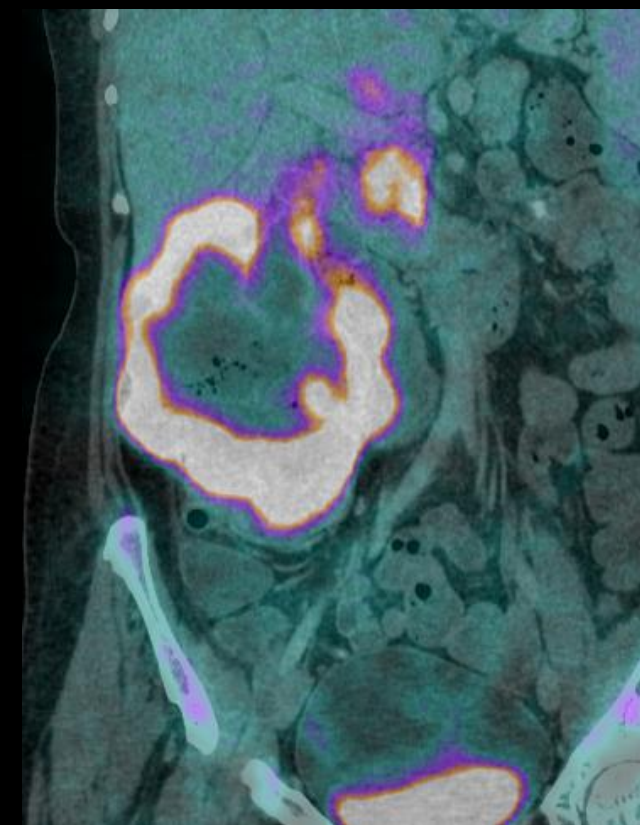
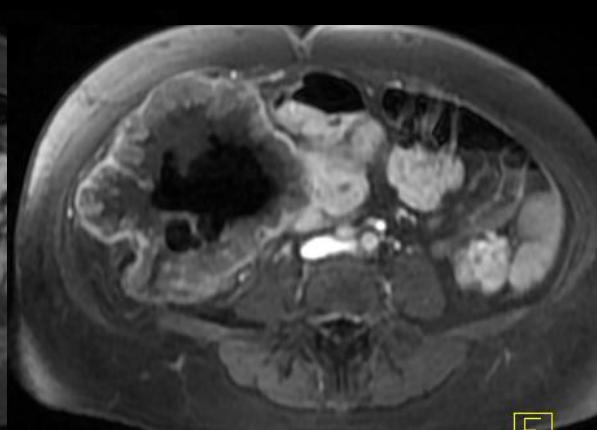
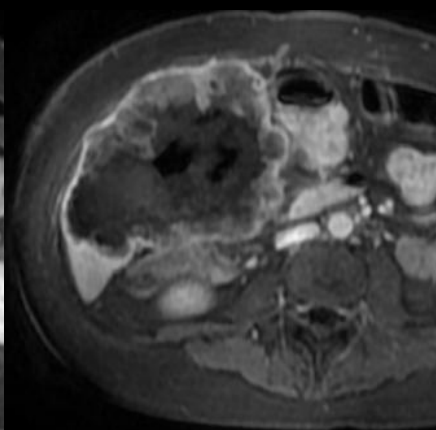
- Sensible pour la détection de la lésion initiale mais VPN > VPP (100% vs 90%)
 - Envahissement ganglionnaire loco-régional
 - Recherche de métastase à distance (spécificité 96%)
 - Performant pour la détection de métastases hépatiques (Se 88% et Sp 100%)

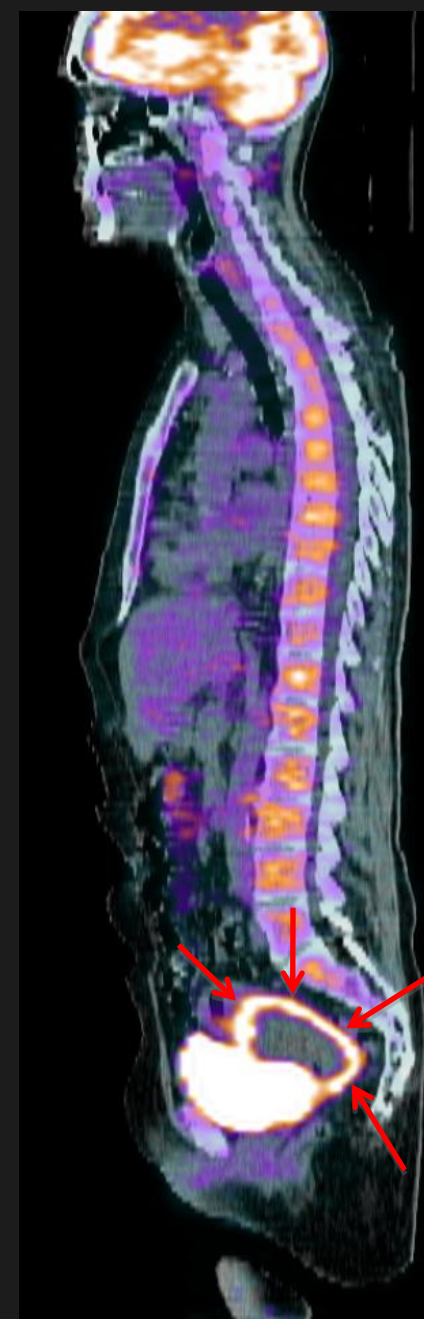
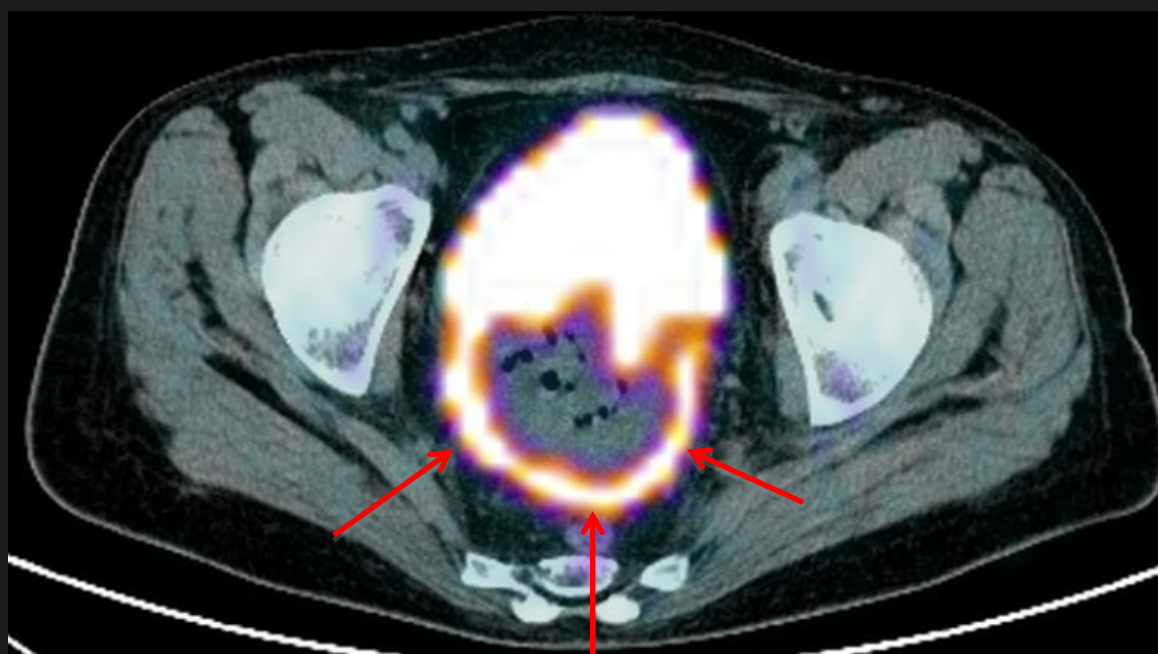
Staging of primary colorectal carcinomas with fluorine-18 fluorodeoxyglucose whole-body PET: correlation with histopathologic and CT findings, Abdel-Nabi et al, Radiology, 1998; 206:755-760



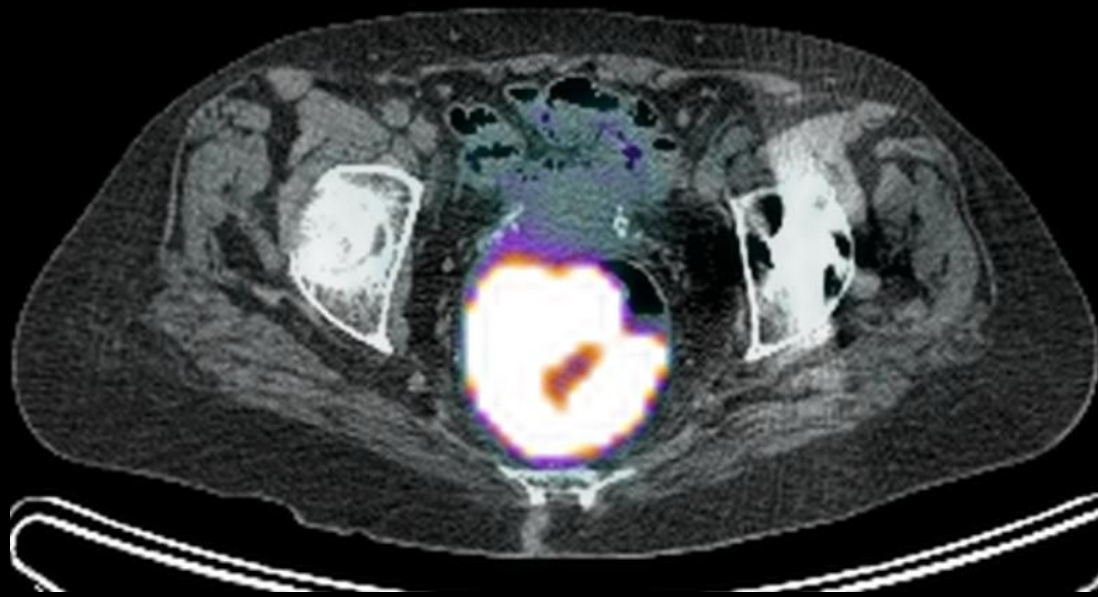
Cancer du colon





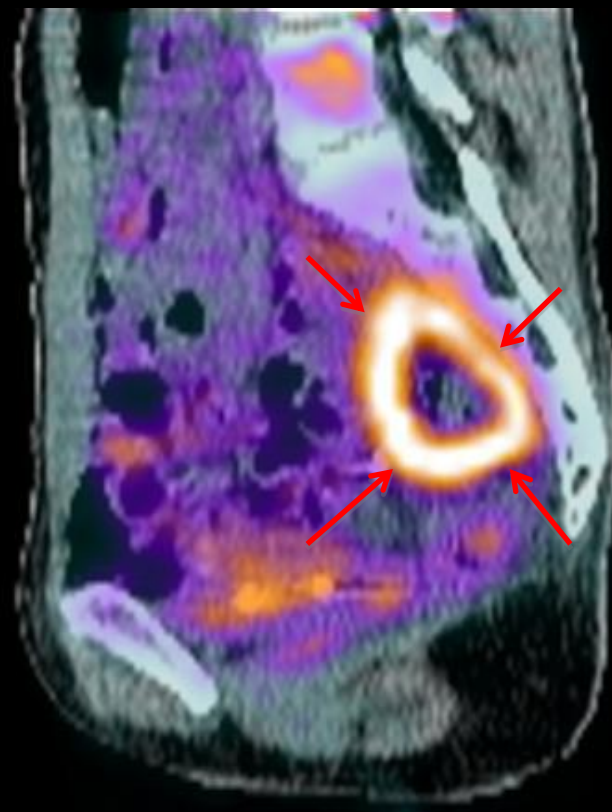
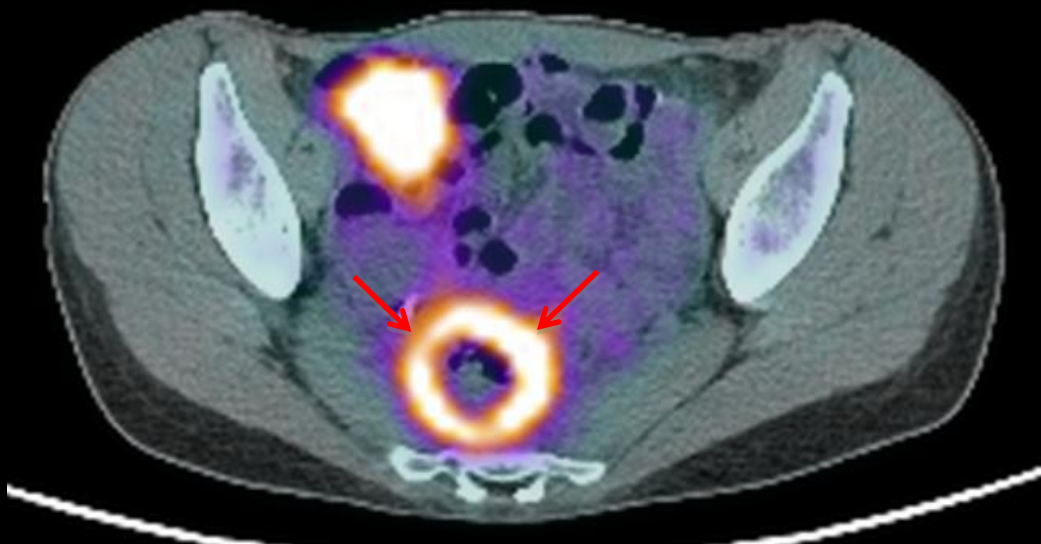


Cancer du rectum

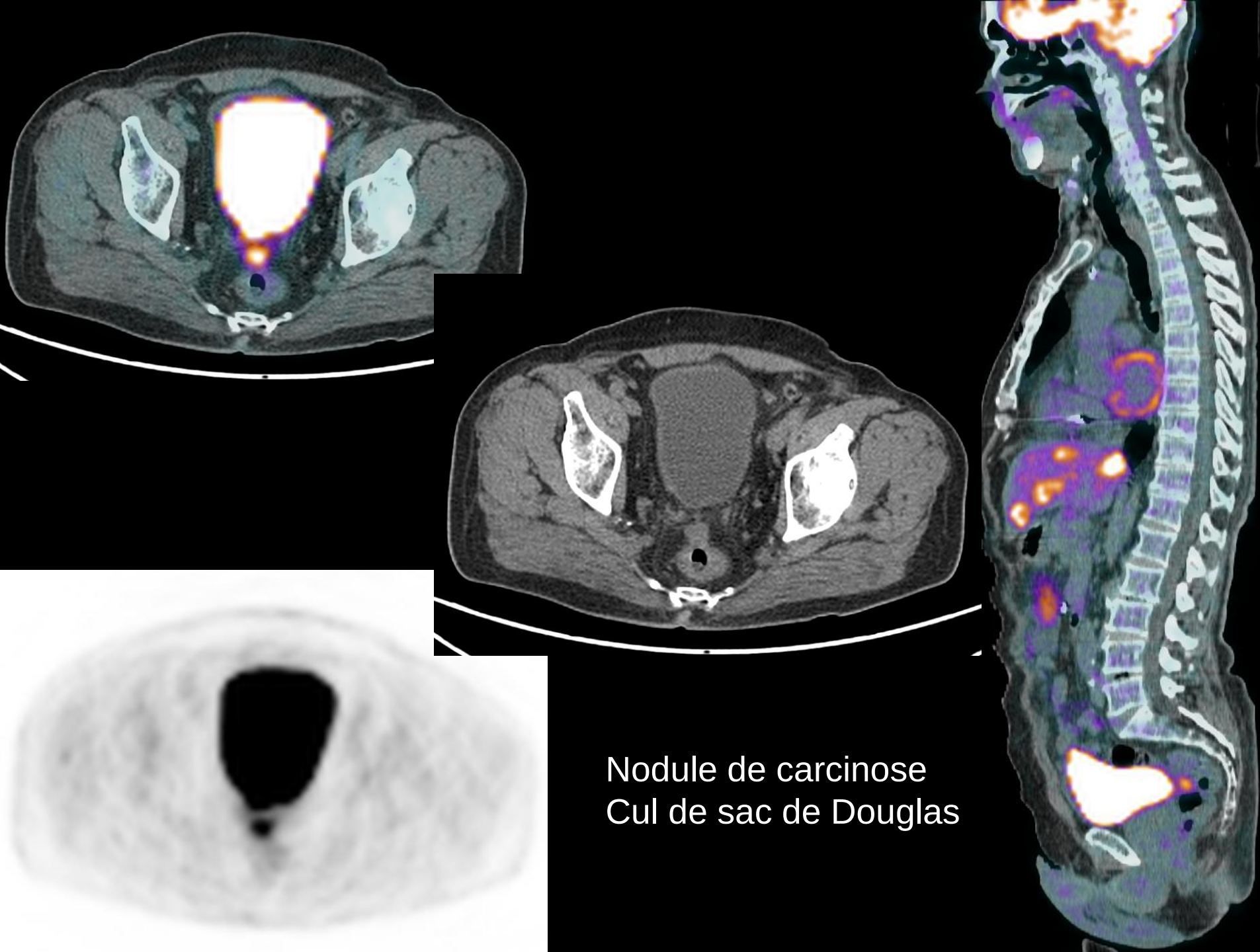


Cancer du rectum

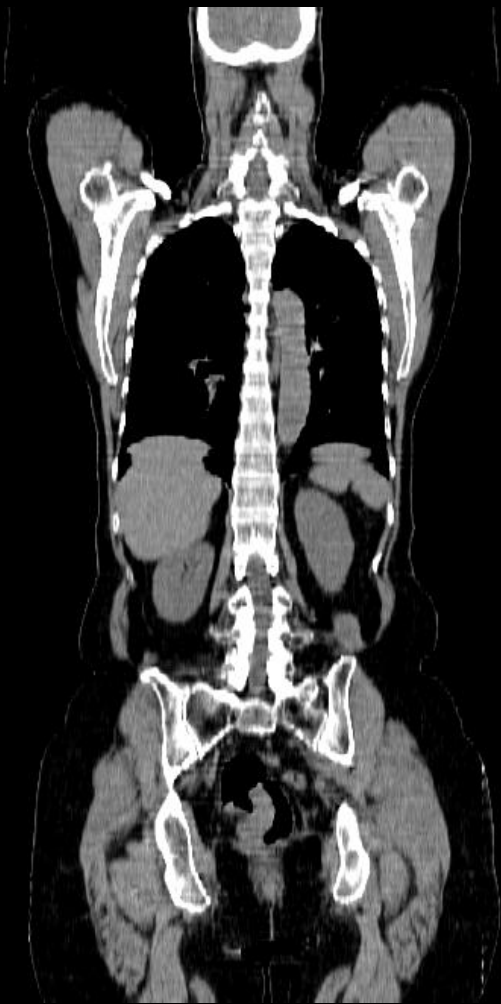


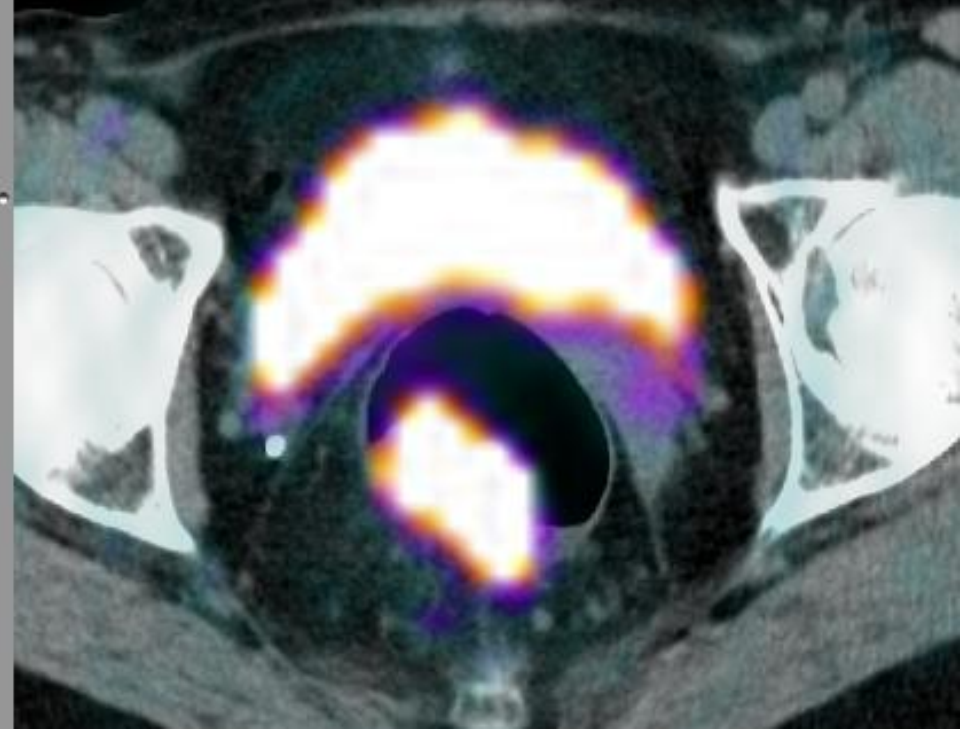
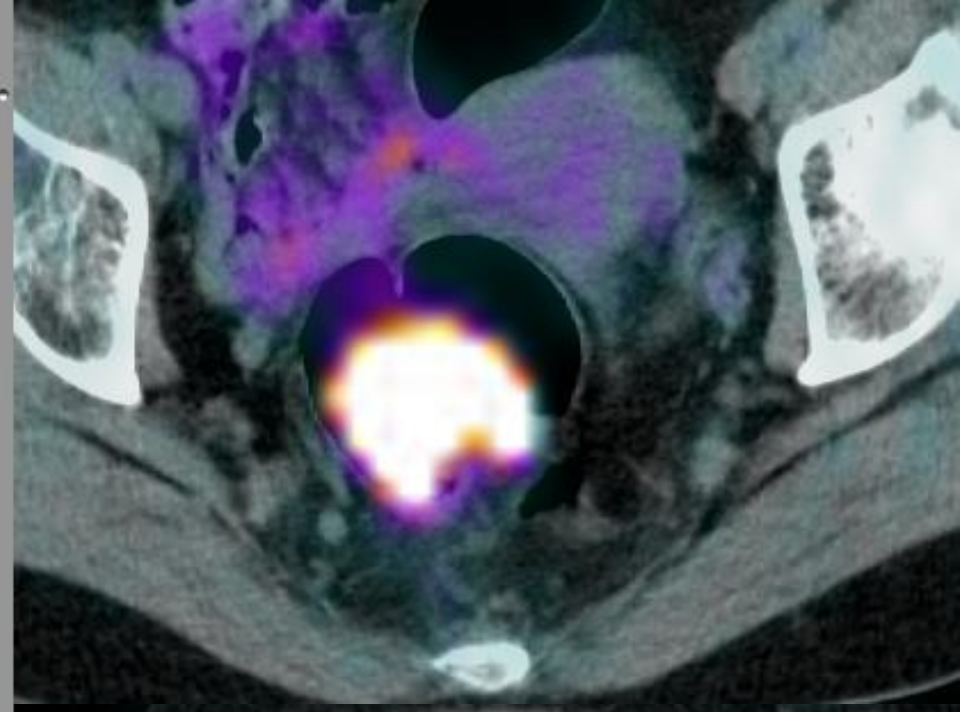
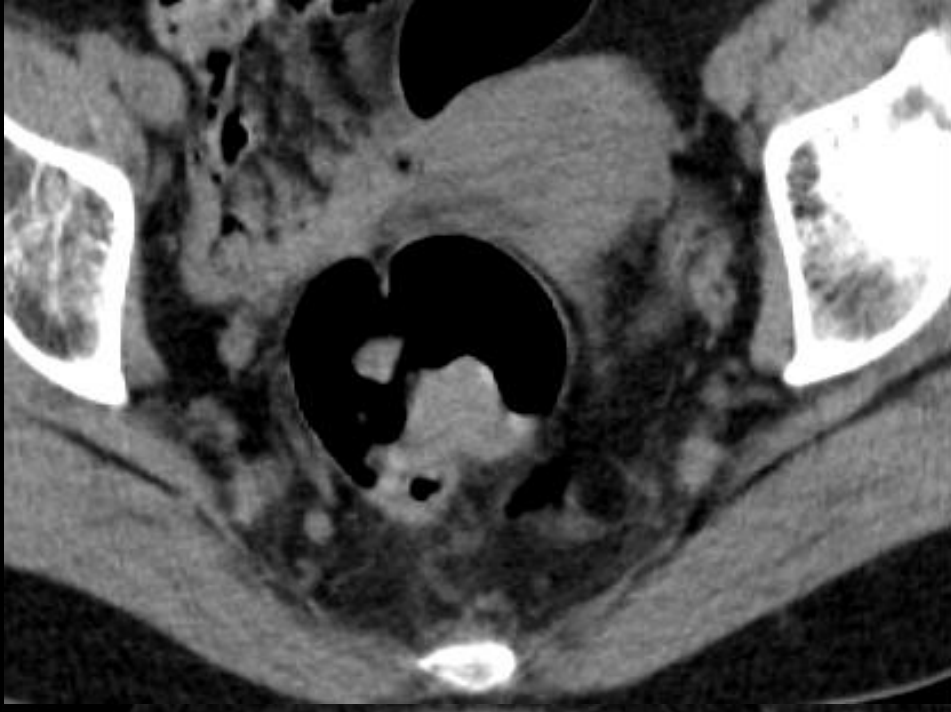


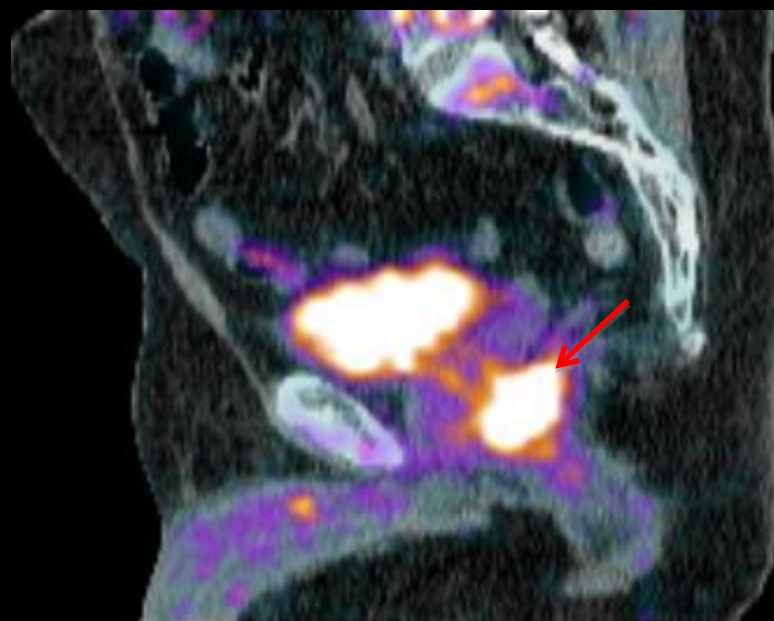
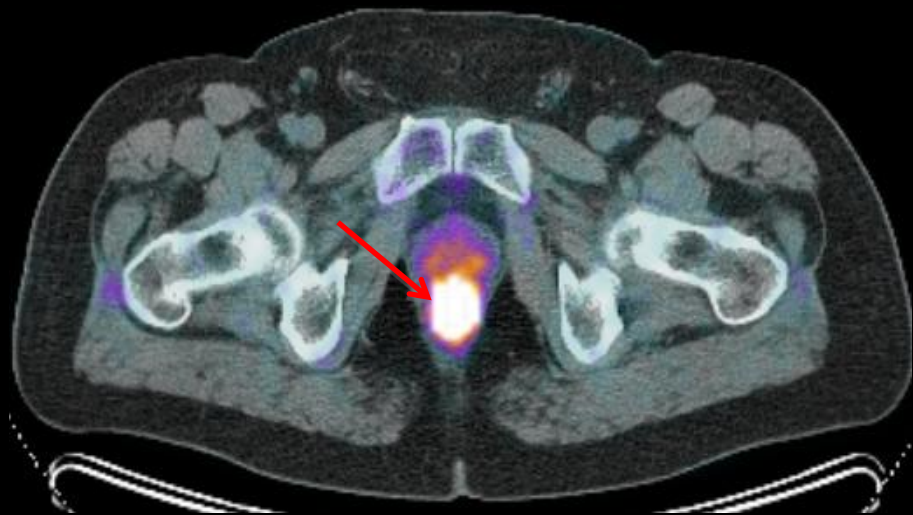
Cancer du rectum



Nodule de carcinose
Cul de sac de Douglas

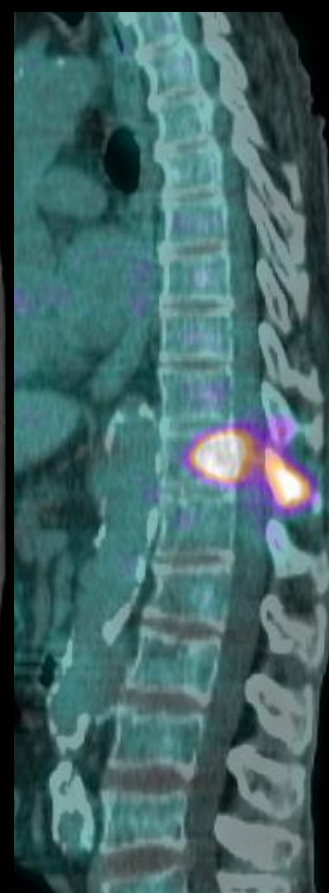
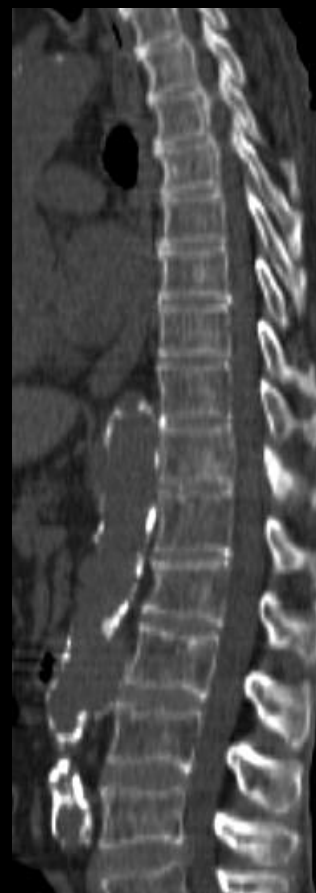
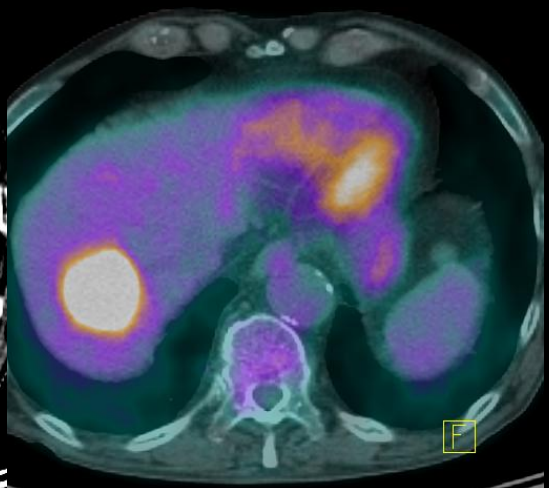
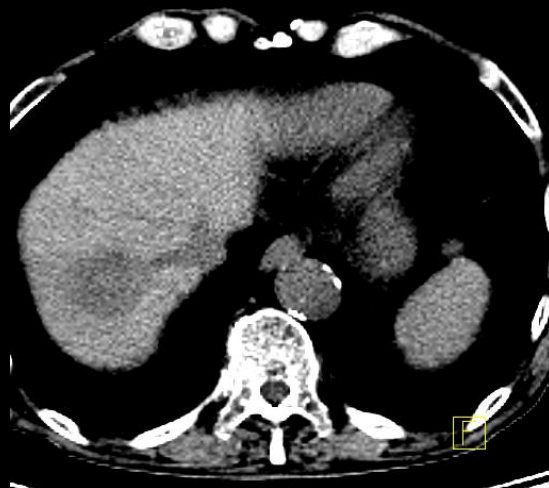






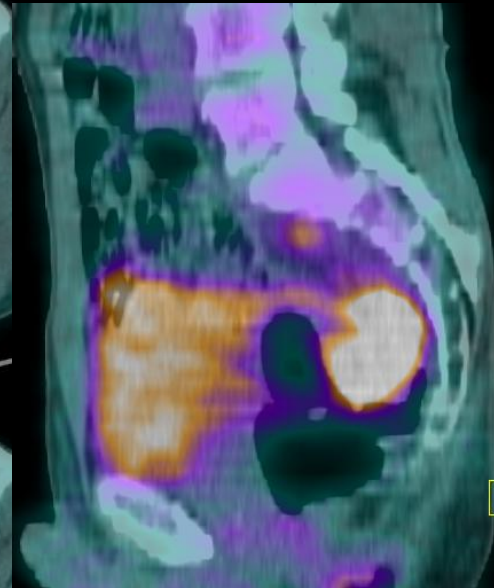
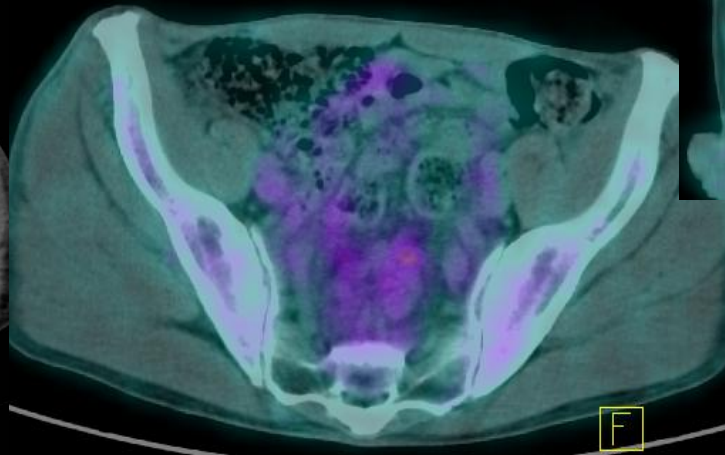
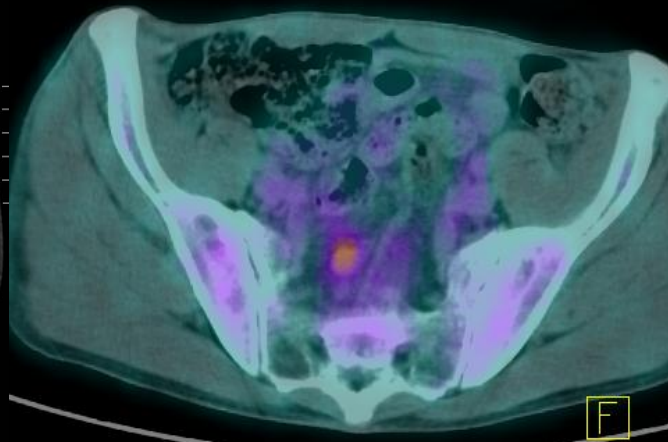
Cancer du canal anal

Adénocarcinome rectal M+



Adénocarcinome rectal

Extension ganglionnaire



Cancer colo-rectal (adénocarcinome)

Détection de récurrence loco-régionale (Se 95% et Sp 97%)

- apport de la technique en plus du bilan conventionnel comprenant Scanner et IRM
- permet souvent de différencier fibrose résiduelle et récurrence au niveau pelvien (Se 93% vs 60% pour la TDM et Sp 97% vs 72%)
- attitude thérapeutique modifiée dans 1/3 des cas

Additional value of whole-body positron emission tomography with fluorine-18-deoxyglucose in recurrent colorectal cancer, Flamen et al, J Clin Oncol, 1999; 17:894-901

Contribution of PET in the diagnosis of recurrent colorectal cancer: comparison with conventional imaging, Schiepers et al, Eur J Surg Oncol, 1995; 21:517-522

Détection de récurrence loco régionale après chirurgie



Cancer colo-rectal

Détection de récurrence hépatique

- Détection de métastase hépatique : Se 96% Sp 97%

Détection de métastases à distance

- La TEP révèle dans environ 30% des cas des lésions métastatiques autres : carcinose péritonéale, lésion pulmonaire ou osseuse, atteinte ganglionnaire à distance...

Se 97% Sp 77%

The use of FDG positron emission tomography for the evaluation of colorectal metastases of the liver, Boykin et al, Am Surg, 1999; 65:1183-1185

A meta-analysis of the literature for whole-body FDG-PET detection of recurrent colorectal cancer, Huebner et al, J Nucl Med 2000; 41:1177-1189

Cancer colo-rectal

Élévation de l'ACE

- Détection de récurrence précoce (VPP 95%)
- Identification d'une lésion plus fréquente
comparativement au bilan conventionnel : Se 71% vs. 55% pour le scanner

Unexplained rising carcinoembryonic antigen (CEA) in the postoperative surveillance of colorectal cancer: the utility of positron emission tomography (PET), Flamen et al, Eur J Cancer, 2001 May;37(7):862-9

Utility of FDG-PET for investigating unexplained plasma CEA elevation in patients with colorectal cancer, Flanagan et al, Ann Surg, 1998; 227:319-323

Clinical impact of 18F-FDG-PET in the suspicion of recurrent colorectal cancer based on asymptotically elevated serum level of carcinoembryonic antigen (CEA) in Taiwan, Shen et al, Hepatogastroenterology, 2006 May-Jun;53(69):348-50

Cancer colo-rectal

Limites

Causes de faux positifs et faux négatifs :

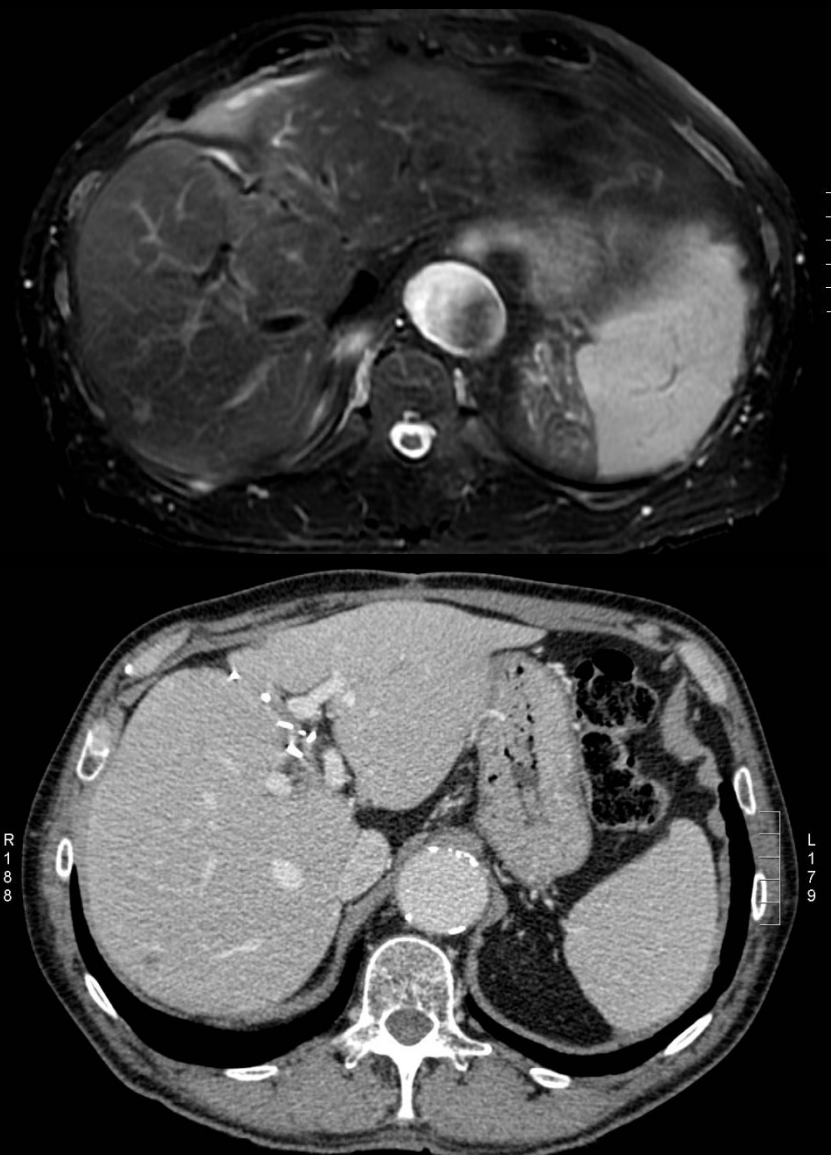
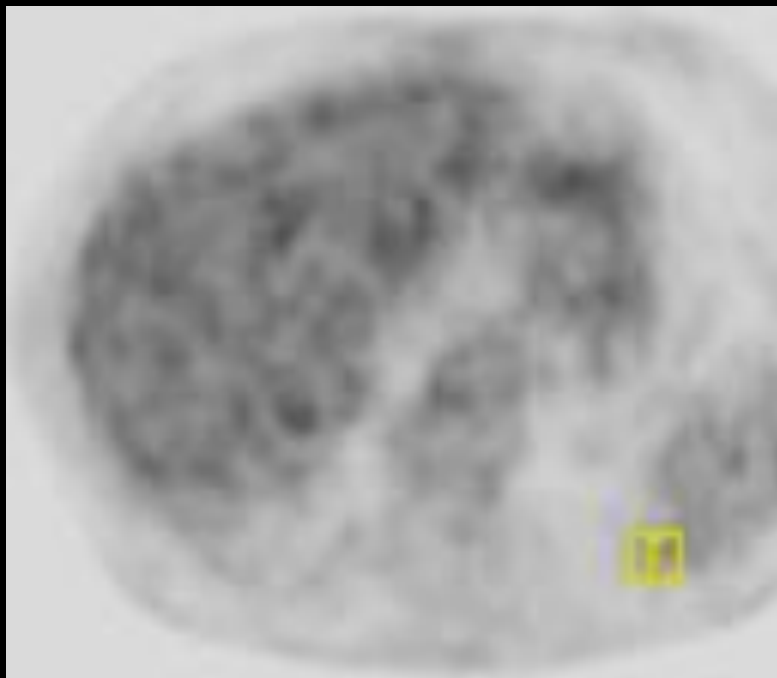
- Captation de FDG possible au niveau de tissu de granulation, fibroblastes, macrophages... Lésions Inflammatoires

Retarder la TEP d'au moins 2 mois après radiothérapie!

- Lésions de moins d'1cm de diamètre (foie+++)
- Micro métastases ganglionnaires

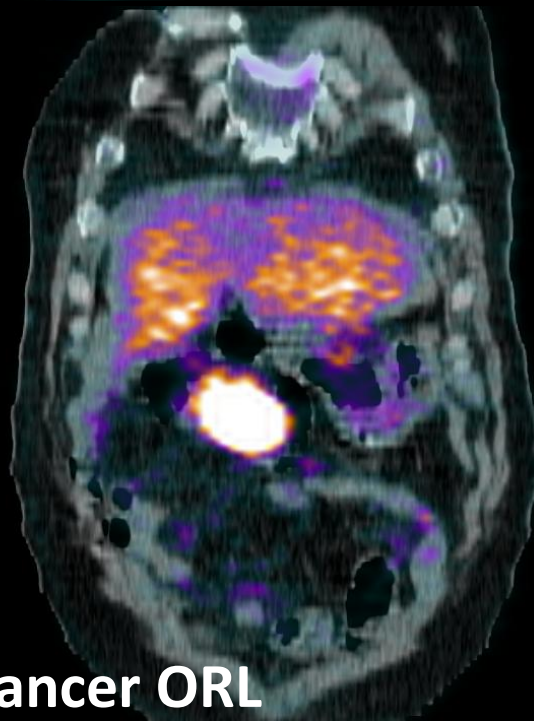
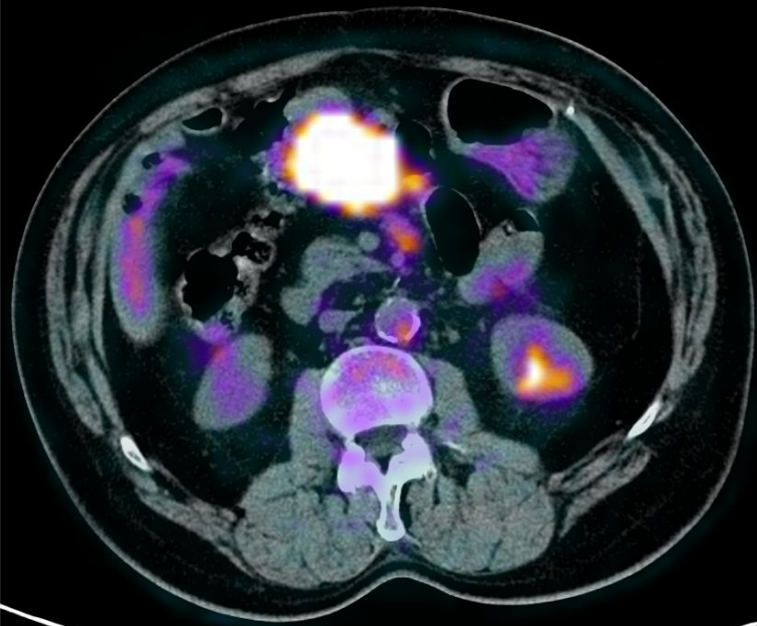
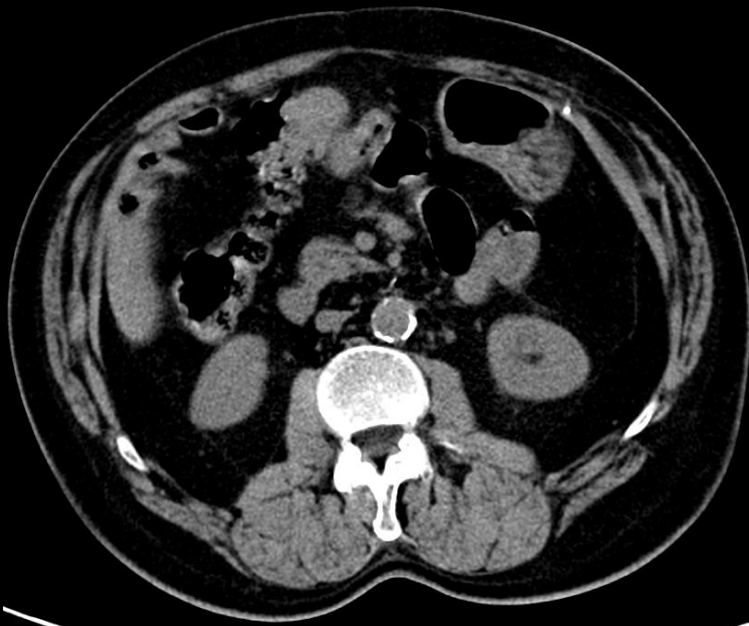
Récidive hépatique (< 1cm)

TEP FDG -

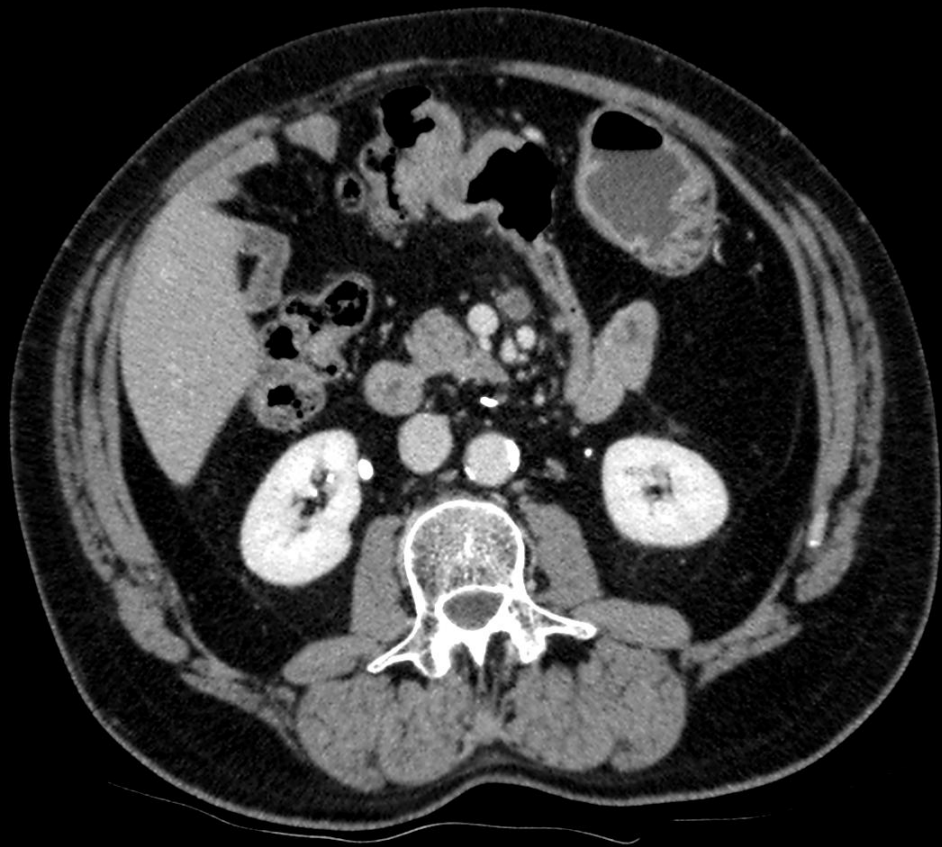


Pathologies diverses

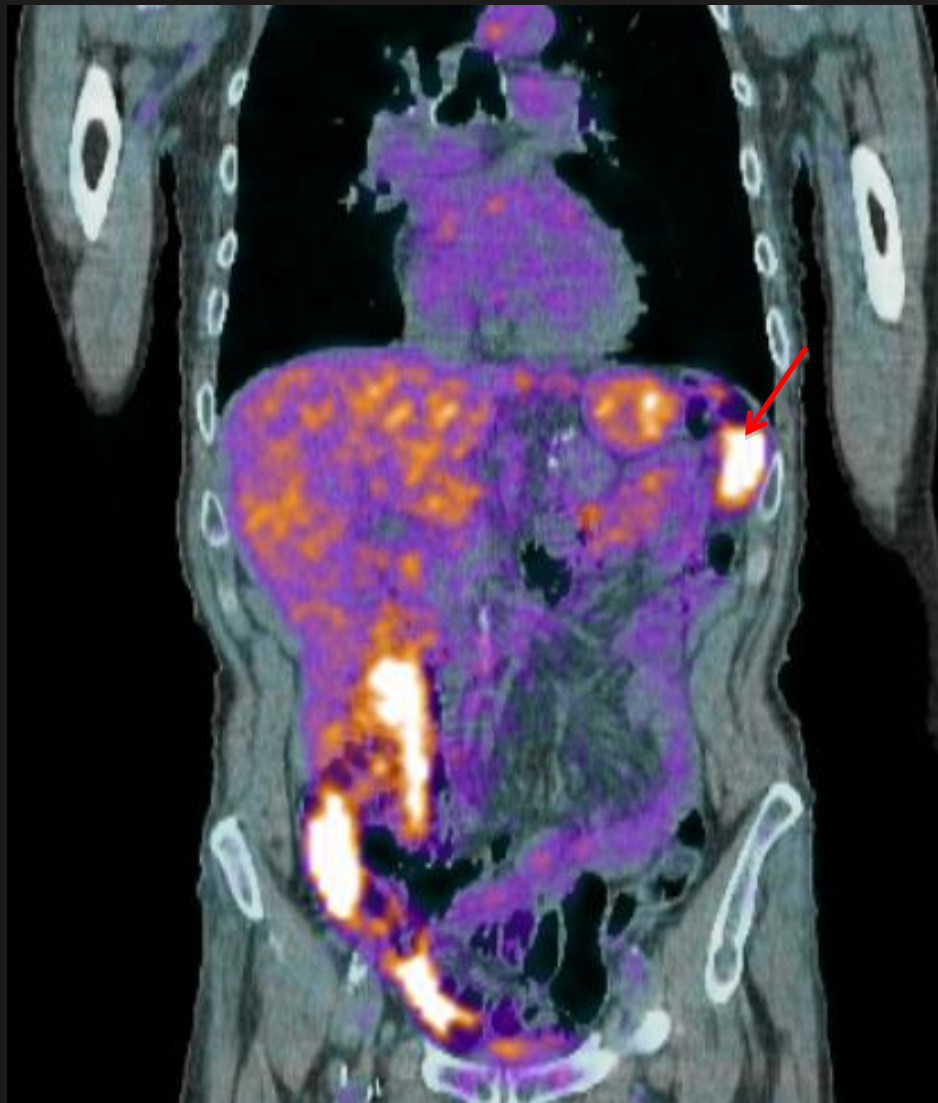
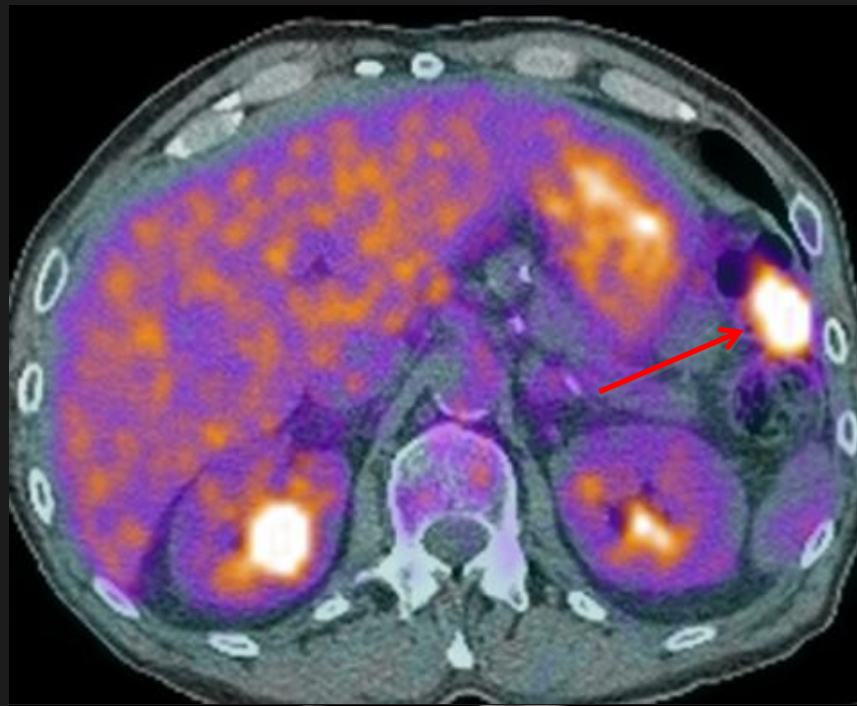
Découvertes fortuites



Surveillance d'un cancer ORL



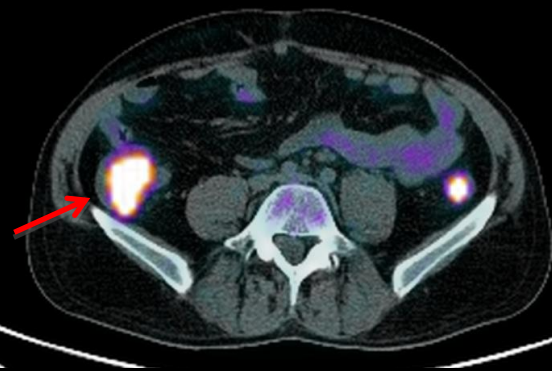
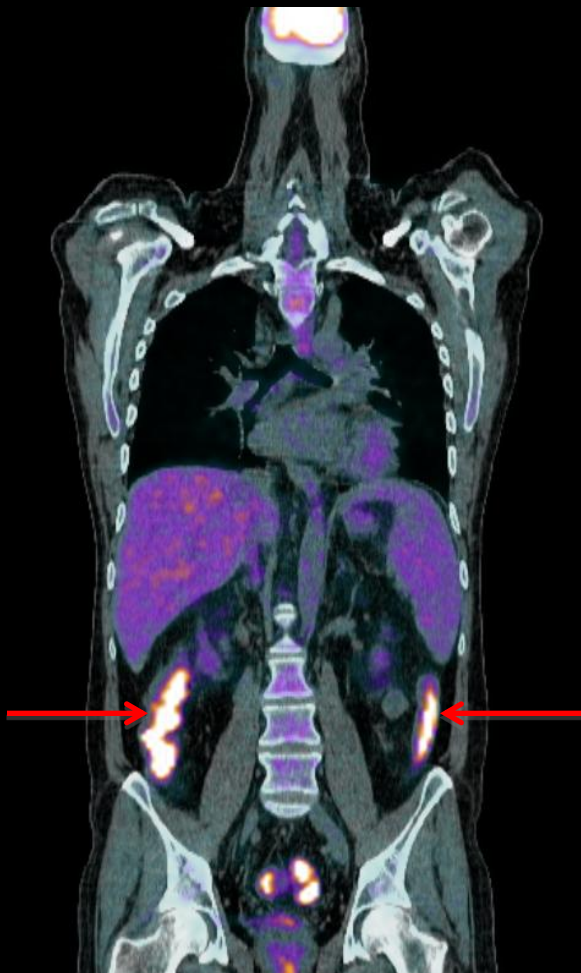
Découverte fortuite d'une tumeur du colon transverse



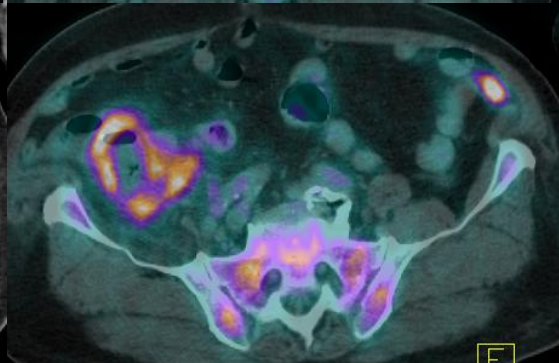
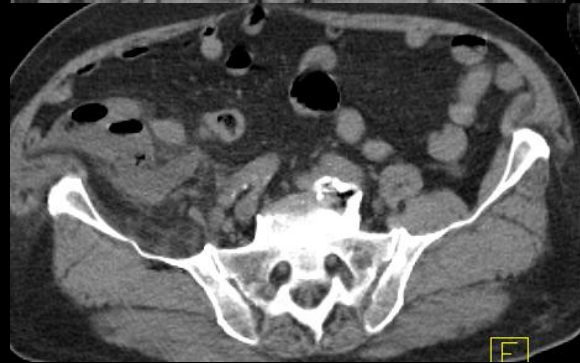
Ischémie colique



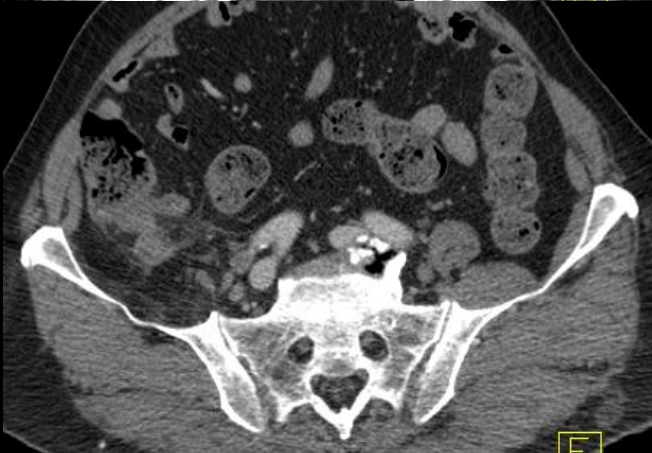
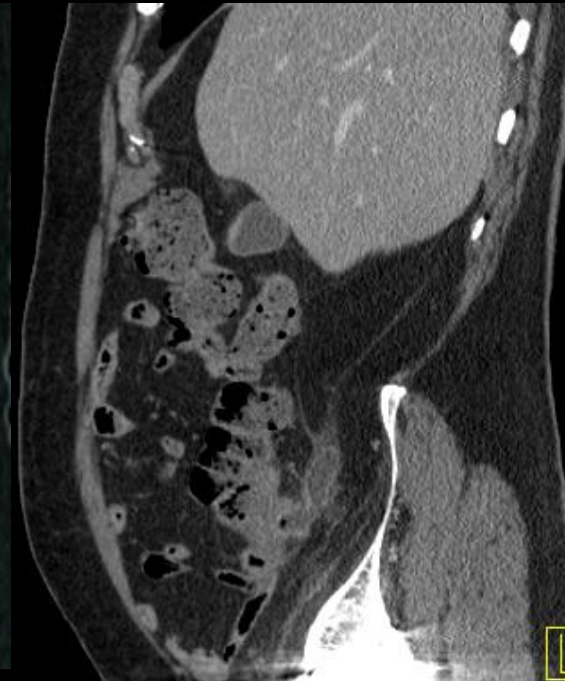
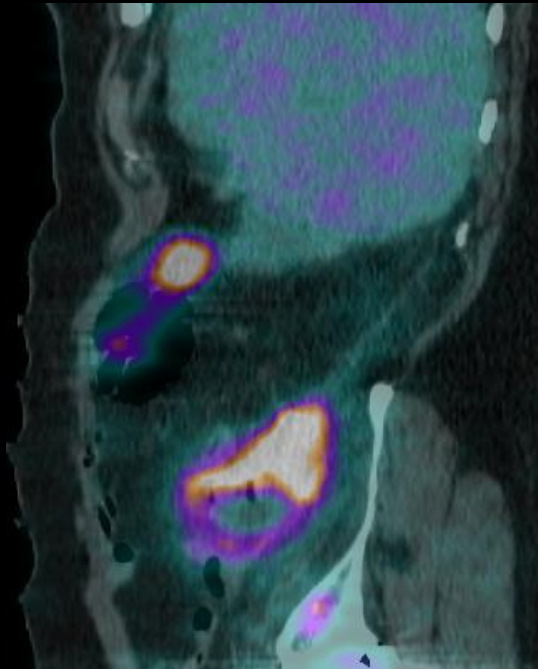
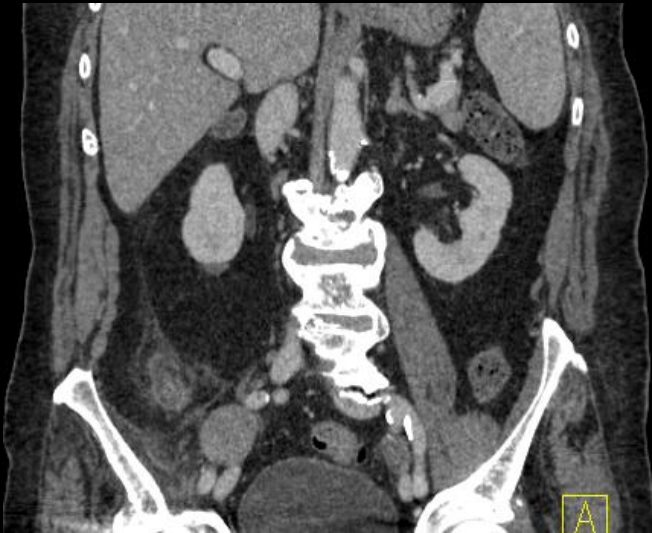
GVH
COLIQUE



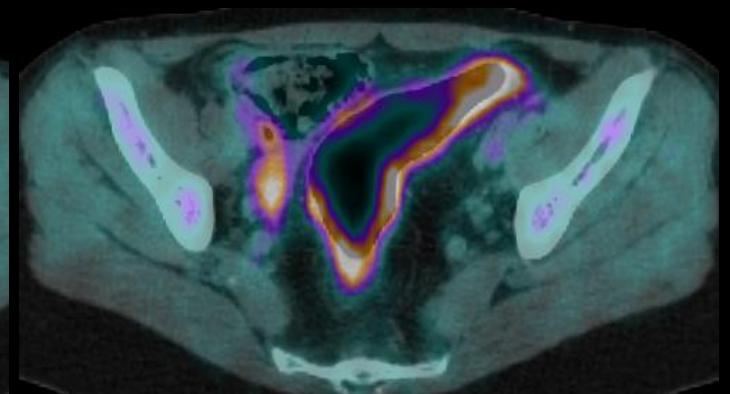
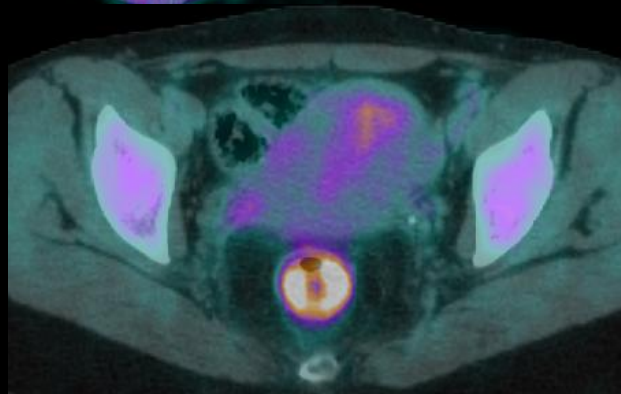
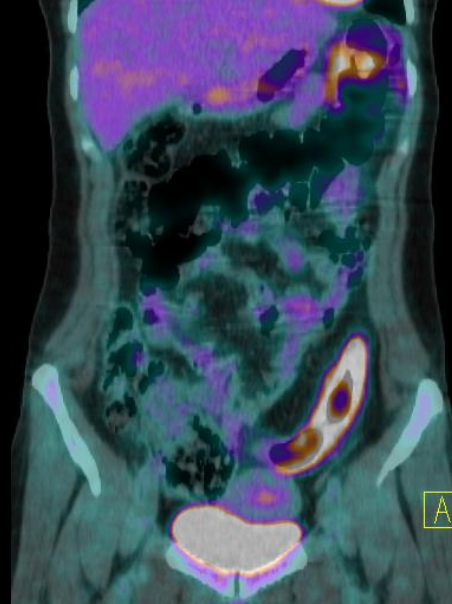
Lésion ORL, découverte d'un foyer hypermétabolique anormal en fosse iliaque droite



Péritonite sur appendicite rétro caecale



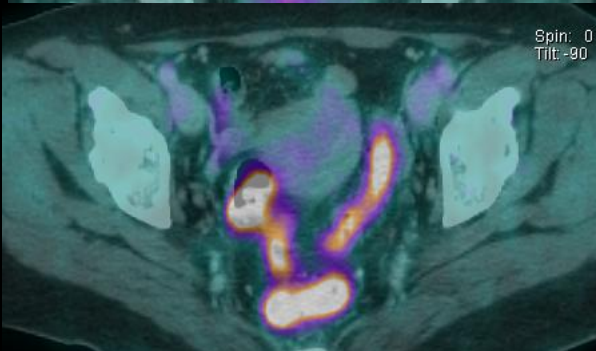
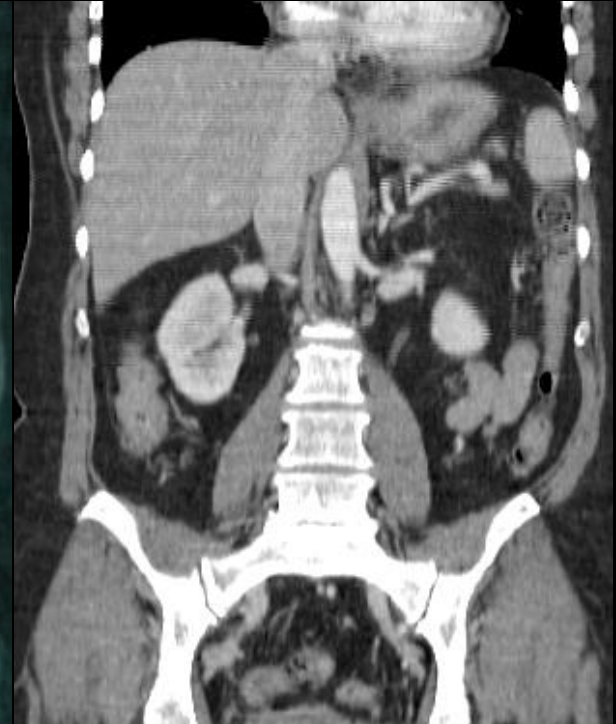
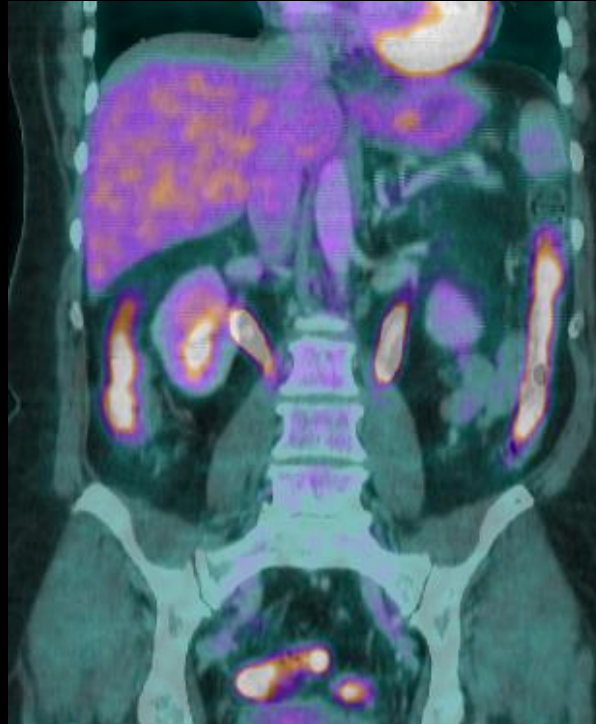
Rectocolite hémorragique



Captation physiologique de FDG par le tractus digestif

- Causes mal connues
 - Probablement liée à la musculature lisse métaboliquement active, aux sécrétions de la muqueuses et à la pullulation microbienne
 - Localisation : Caecum et Colon droit fréquemment hypermétaboliques en raison d'une concentration importantes de cellules lymphatiques dans cette région

Captation physiologique de FDG par le tractus digestif

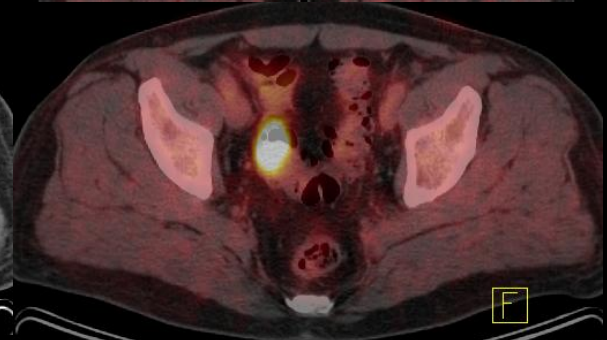


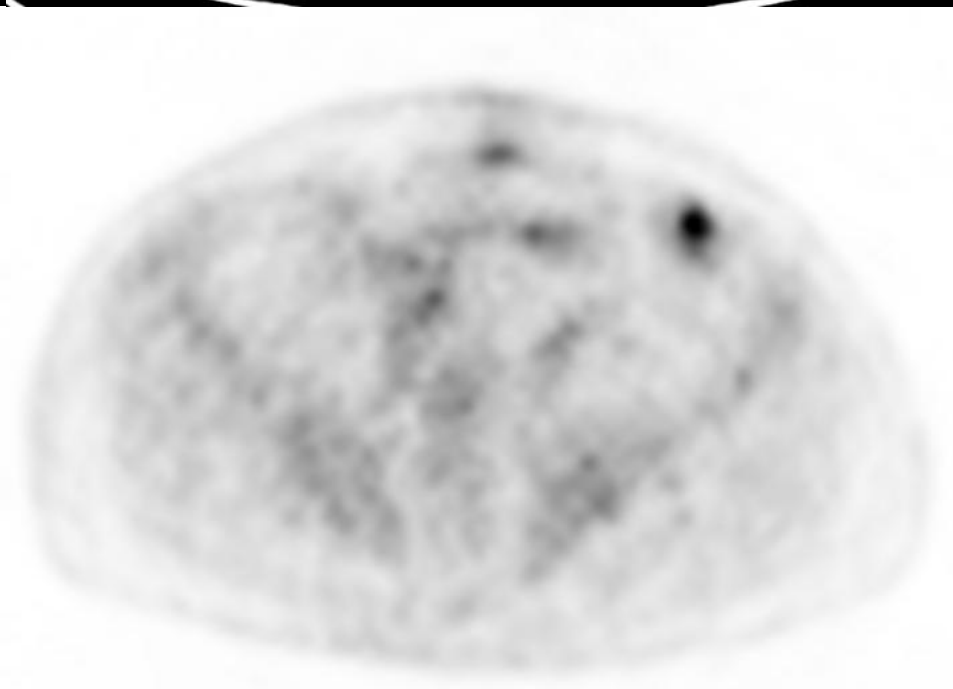
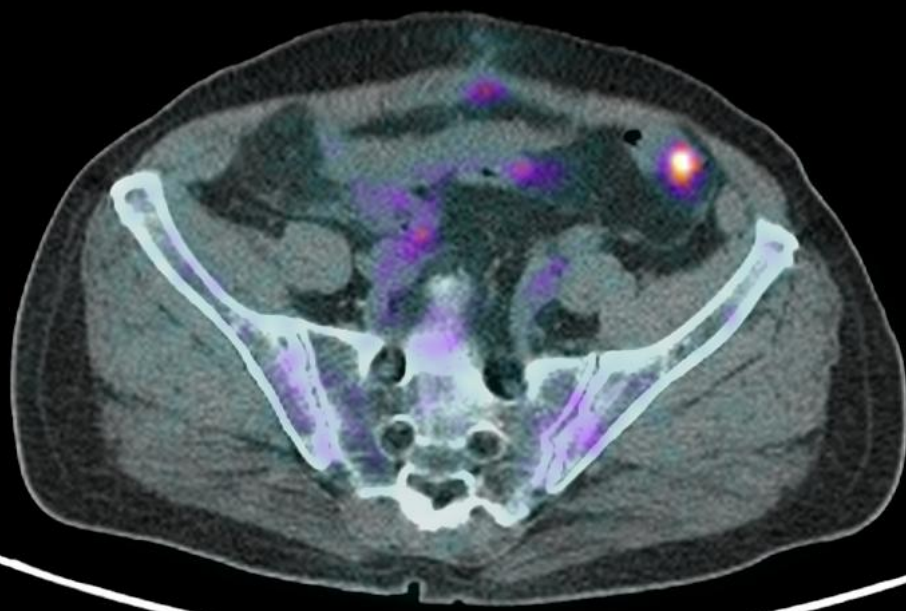
Signification des foyers hypermétaboliques du tractus digestif de découverte fortuite

- Faible incidence sur le nombre total d'examens
- Correspondent très souvent à des anomalies endoscopiques (VPP de 85% environ)
- Dans 60 à 80% des cas, ces lésions identifiées sont cancéreuses ou pré cancéreuses (adénomes et polypes)
- Ne pas hésiter à les décrire et à les corréler à une endoscopie digestive

Quels foyers décrire et quels foyers correspondent à une fixation physiologique?

- en général : un foyer hyperfixant focal avec une captation de FDG supérieure à celle du foie est considéré comme suspect

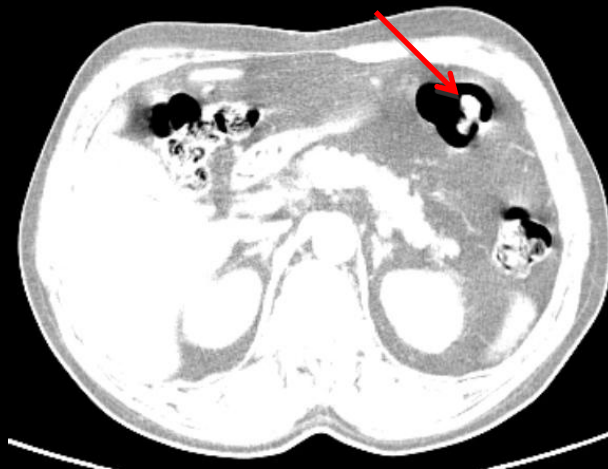
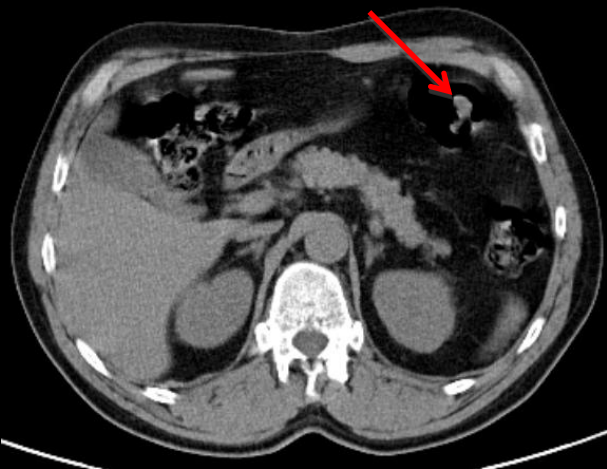
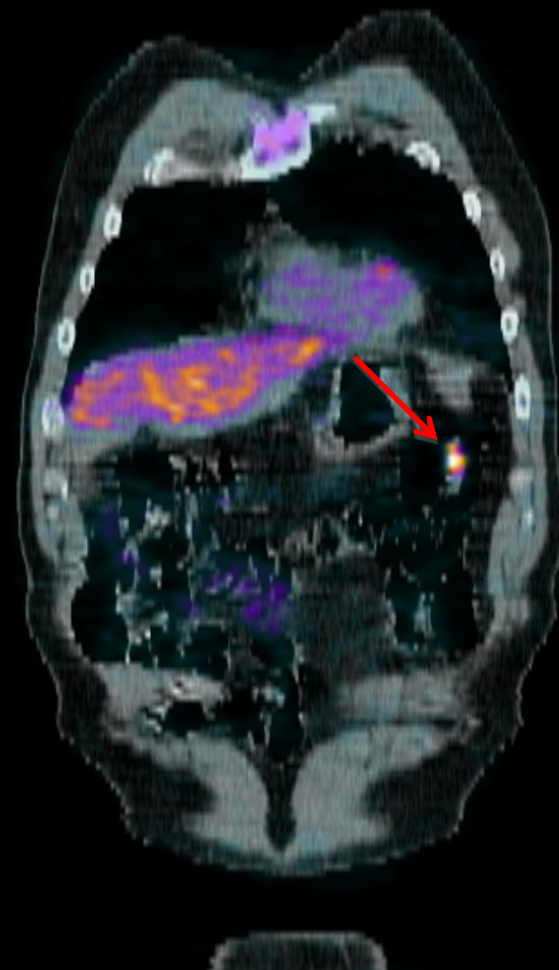
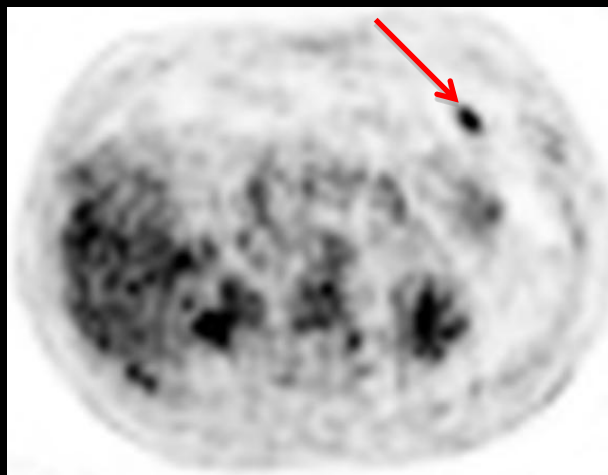
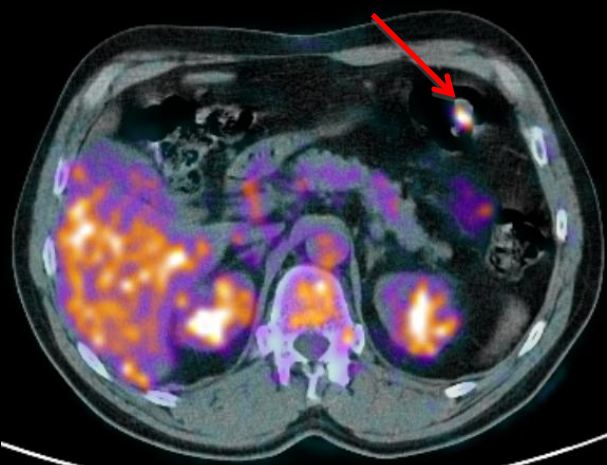




?

Diverticulite





Polype adénomateux bénin

Fin