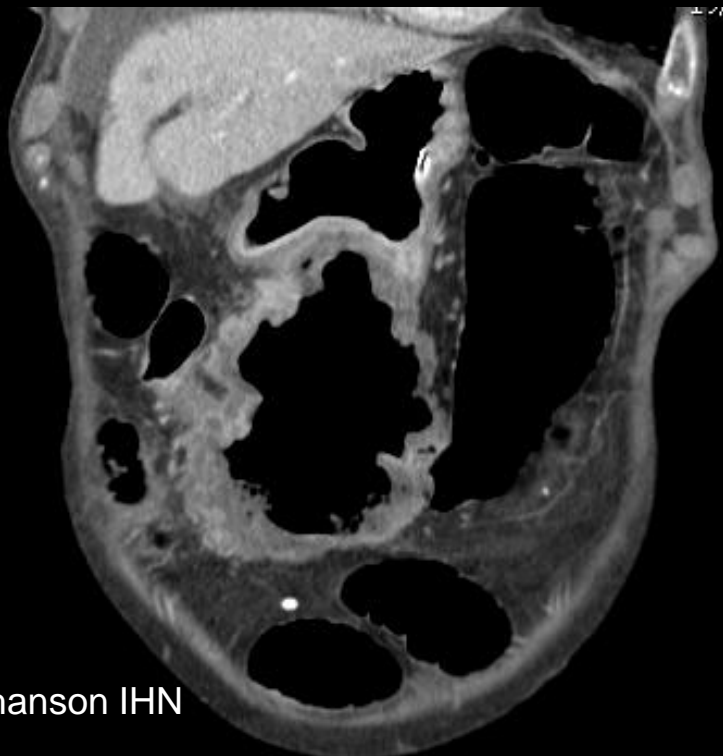


Patiente de 83 ans. Bilan d'une masse abdominale

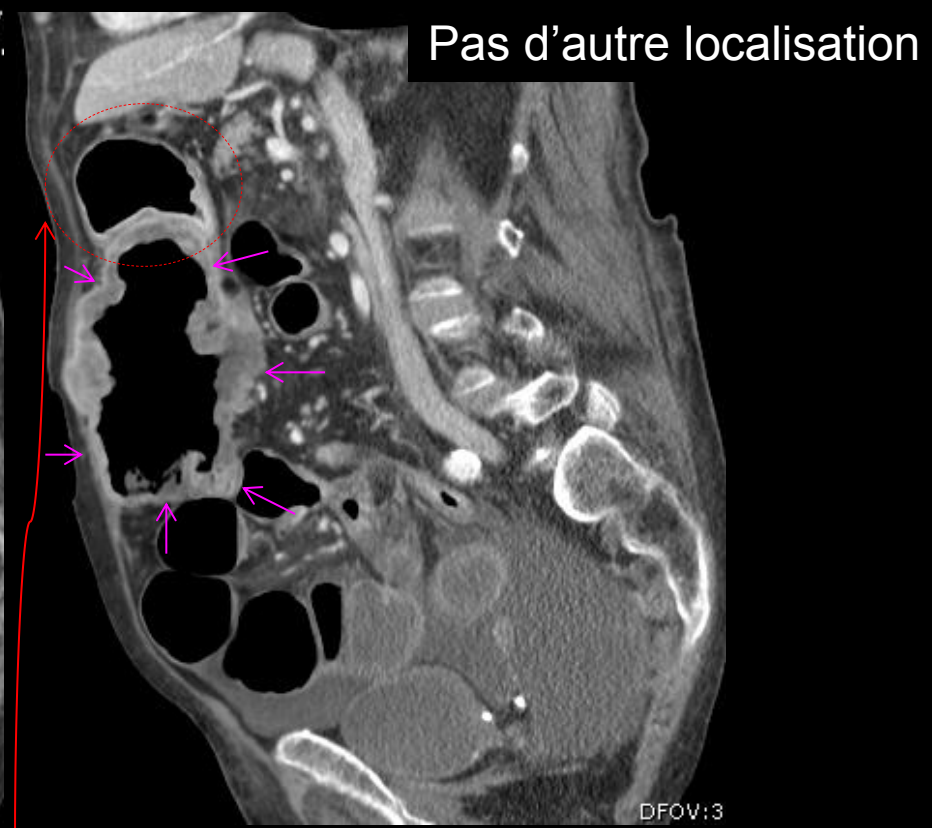
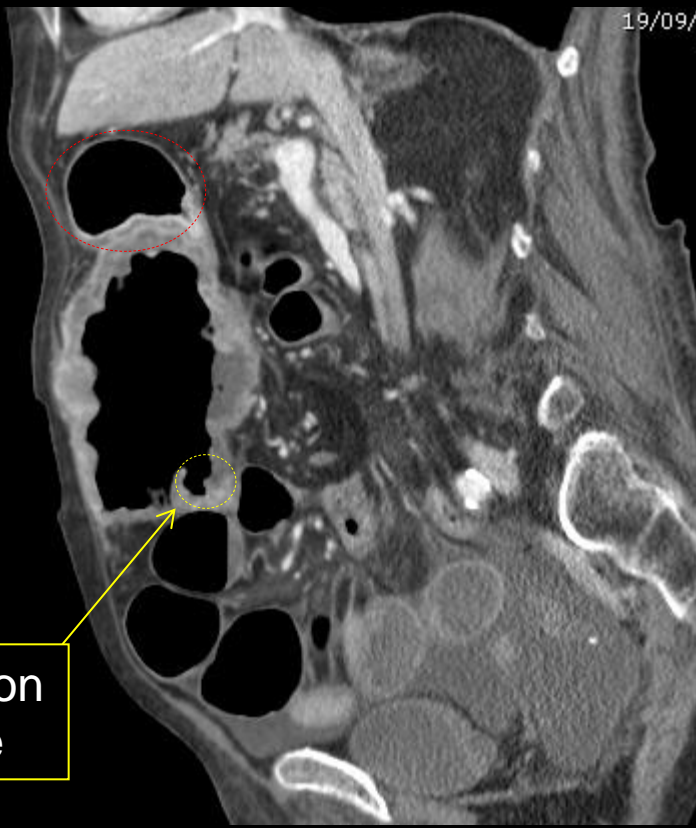
Portal



Tardif



Anne Chanson IHN



Estomac refoulé vers le haut, sans signe d'envahissement

Masse centrée sur le côlon transverse

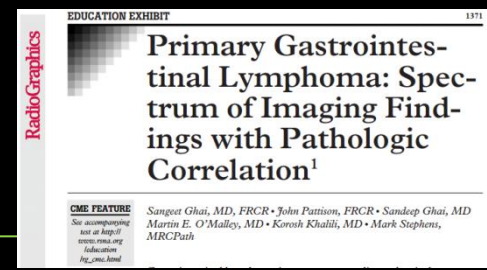
- Lymphome ?
- ADK ?
- GIST ?



# Lymphome ?



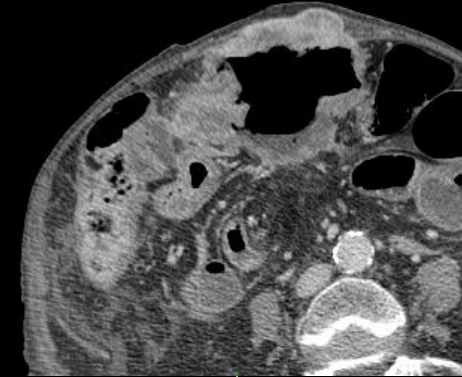
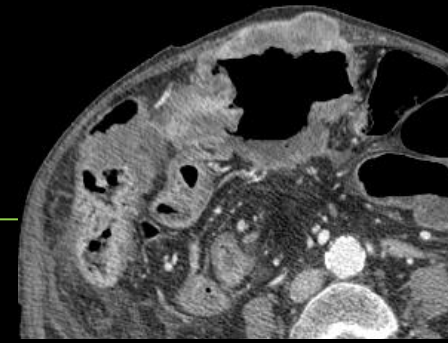
- ✓ Volumineuse
- ✓ Masse polypoïde circonférentielle, excavée, se rehaussant peu
- ✓ Développement endo et exo-luminal
- ✓ Fistulisation possible
- ✓ Pas d'autre localisation
- ✓ 6<sup>ème</sup> décade



- Contours réguliers
- Sex ratio 3H / 2F
- lymphome primitif colique :
  - 0,4% des tumeurs coliques
  - Caecum et rectum > autres segments coliques
- facteurs favorisants : HIV, maladie caeliaque, MCI, immunodépression
- Pas d'envahissement des structures adjacentes (liseré graisseux de sécurité), pas d'ADP, **pas de sténose**

# Adénocarcinome ?

**X POUR**



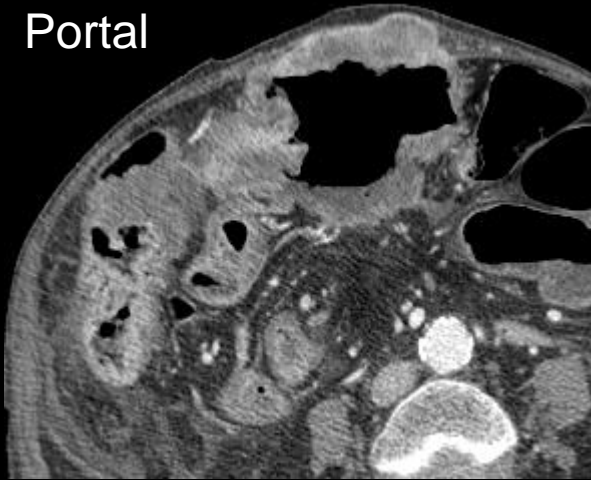
- ✓ Fréquence
- ✓ Age compatible (âge moyen 70 ans)
- ✓ Masse polypoïde circonférentielle, excavée
- ✓ Développement endo et exo-luminal
- ✓ Fistulisation
- ✓ Envahissement des structures adjacentes
- ✓ Rehaussement progressif, fibreux

- Pas d'autre localisation
- Pas de sténose

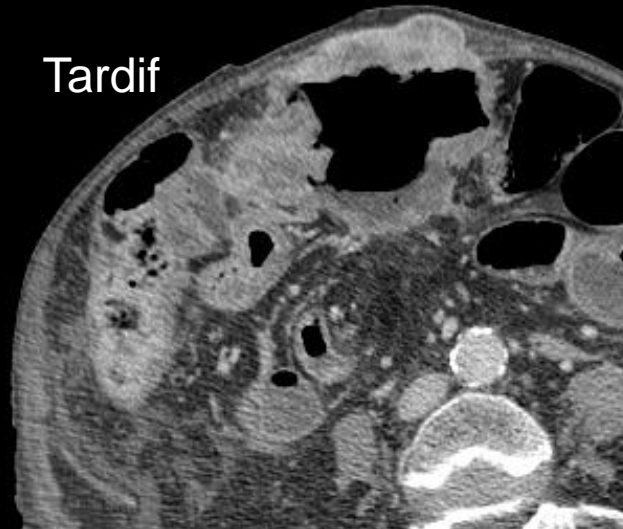
**X CONTRE**

# GIST?

Portal



Tardif



## Imaging of gastrointestinal stromal tumour (GIST)

S. Lau<sup>a,\*</sup>, K.F. Tam<sup>a</sup>, C.K. Kam<sup>a</sup>, C.Y. Lui<sup>a</sup>, C.W. Siu<sup>b</sup>, H.S. Lam<sup>a</sup>, K.L. Mak<sup>c</sup>

Departments of <sup>a</sup>Radiology, Kwong Wah Hospital, <sup>b</sup>Diagnostic Radiology, Tuen Mun Hospital, and <sup>c</sup>Pathology, Kwong Wah Hospital, Hong Kong, China

Received 1 May 2003; received in revised form 2 October 2003; accepted 10 October 2003

- ✓ Prise de contraste hétérogène
- ✓ Volumineuse
- ✓ Contours polylobés
- ✓ Développement endo et exo-luminal (origine sous-muqueuse)

- ✓ Nécrose, excavation, ulcération muqueuse (T volumineuse)
- ✓ Pas d'ascite

**X POUR**

# GIST

- Localisation gastrique 60-70% > grêle > duodénum
- Côlon < 1%
- Pic de fréquence 55 ans
- Déplace les organes adjacents > envahit

**X contre**

- Métastases (hématogènes) 25%
- Hypervasculaire
- Calcifications rares

en définitive , **quel est le meilleur argument** pour l'orientation de la caractérisation lésionnelle



pour Oncle Paul c'est celui qui vous permet de répondre au téléphone , sans voir les images , avec comme seuls renseignements le siège de la lésion tumorale et l'âge du ou de la patient(e)

,une **volumineuse** masse colique a 99% de chances d'être un adénocarcinome car **les GIST coliques et le lymphome primitif du colon sont exceptionnels** (lymphome :0,4% des tumeurs coliques ; GIST coliques 1 % de l'ensemble des GIST)

il faut donc encore insister sur un des fondements du diagnostic :  
**on rencontre exceptionnellement les lésions rares ....**

" si vous entendez un bruit de galop, attendez vous à voir arriver un cheval plutôt qu'un zèbre "

**les GIST coliques et les lymphomes coliques primitifs sont des zèbres +++++**

il est donc fondamental , dans toute démarche diagnostique , de **prendre en compte les données épidémiologiques concernant les pathologies envisagées** (prévalence , âge moyen du diagnostic , facteurs de risque...) qui sont des éléments aussi importants voire plus, que les analyses sémiologiques radiologiques les plus subtiles

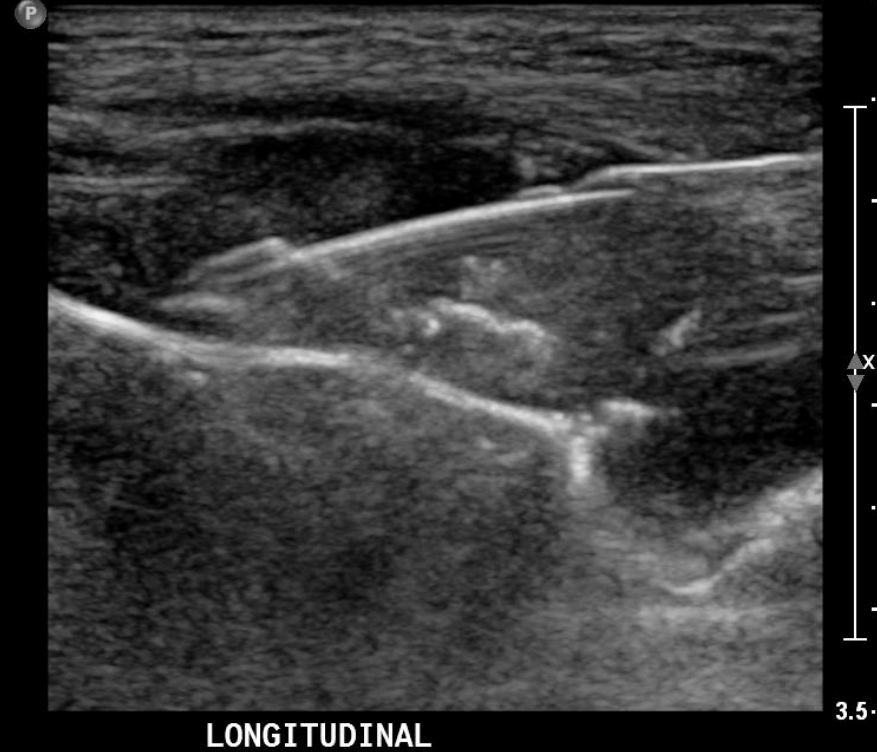
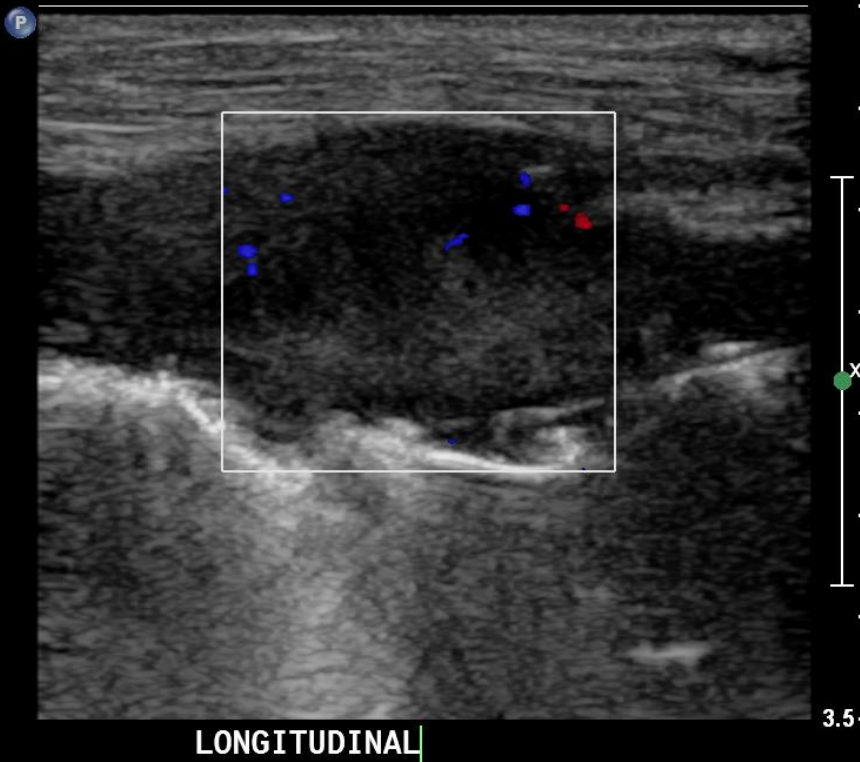
si devant toute volumineuse masse colique vous pensez **d'abord** GIST ou LMNH, il s'agit d'un raisonnement reposant sur un postulat simpliste : gros = lymphome ou GIST

vous devez reformater votre disque dur et passer à une équation à plusieurs inconnues "extra-radiologiques" : essentiellement données épidémiologiques et facteurs de risque . **C'est ce qui différencie le radiologue du photographe ...**

les GIST coliques et les lymphomes coliques primitifs sont des zèbres +++++ qui ne doivent pas non plus devenir des fascinomes : vous n'en verrez que très peu ou pas du tout dans votre carrière (sauf dans les livres...)

# Biopsie sous échographie chez la patiente

1 fil de suture, point de ponction unique, trajet sagittal sur la ligne médiane (trajet laparotomie)



« Prolifération de glandes carcinomateuses dont la lumière est riche en mucus, au sein d'un stroma fibreux  
L'architecture des glandes évoque en premier lieu une origine digestive »

**Carcinome bien différencié de type intestinal**



## messages à retenir

-les **données épidémiologiques** et les **facteurs de risque** sont des éléments fondamentaux de la phase initiale de la démarche diagnostique radiologique :

. "chez ce patient présentant tel(s) symptôme(s) , quelles sont les causes les plus fréquentes à rechercher" ?

On ne trouve que ce que l'on cherche et on ne cherche que ce que l'on connaît

. comment vais-je devoir orienter mes examens d'imagerie pour apporter les items sémiologiques significatifs ?

-lorsque , comme dans le cas de **grosses masses tumorales coliques** , une cause domine outrageusement les autres en fréquence d'observation , c'est bien sûr celle là qu'il faut évoquer en premier lieu

-la caractérisation macroscopique des lésions ayant ses limites , **la biopsie s'impose pour ne pas méconnaître une lésion exceptionnelle** comme un lymphome colique primitif ou une GIST colique , justifiables d'un traitement spécifique