



Cas clinique du CIREOL n°1

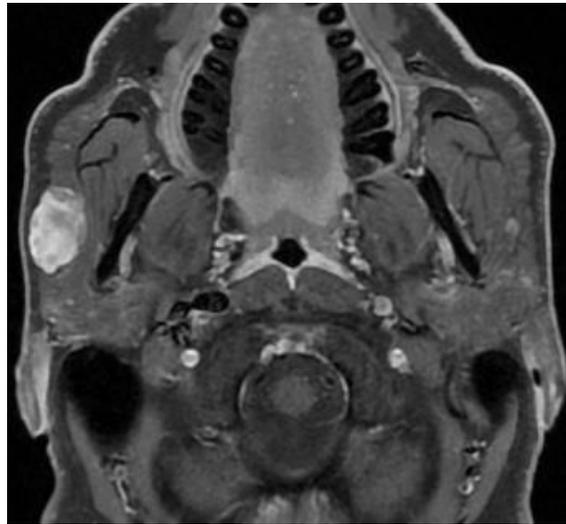
CIREOL

Collège d'Imagerie pour la Recherche et l'Enseignement en Otorhino Laryngologie
Société Francophone d'imagerie Tête et Cou

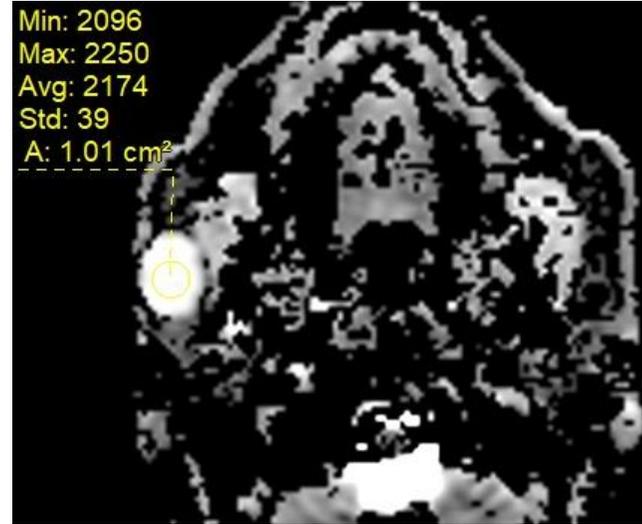
Homme de 44 ans, tuméfaction parotidienne droite, mobile, sans paralysie faciale, sans adénopathie cervicale.



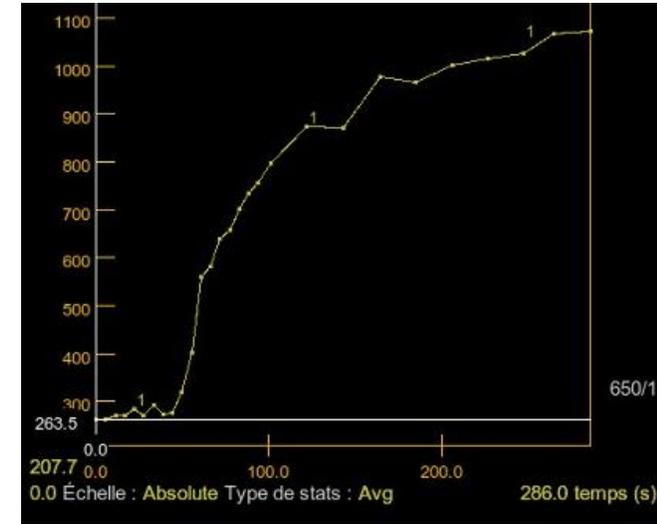
IRM
Pondération T2



IRM
Pondération T1



IRM
Coefficient ADC
Unité 10⁻⁶mm²/s
(Avg = moyenne)



IRM
Courbe temps/intensité de signal
(séquence dynamique pondérée T1)



Quel est votre diagnostic ?

A Adénome pléomorphe

B Tumeur de Whartin

E Kyste

C Lymphome

D Carcinome

PAROTIDECTOMIE SUPERFICIELLE DROITE

MACROSCOPIE

Pièce opératoire mesurant (4 x 4 x 2) cm, siège d'un nodule, blanchâtre et brillant, bien limité de (2,5 x 2,5) cm. L'exérèse est complète. Echantillonnage (blocs 1 à 12).

MICROSCOPIE

Il s'agit d'une prolifération constituée de cellules épithéliales groupées en travées ou tubes et de cellules myoépithéliales fusiformes formant des nappes de cellules peu cohésives éparpillées dans un stroma chondromyxoïde abondant. Il n'est pas observé d'infiltration des tissus de voisinage, ni d'atypie cytonucléaire, ni de figure de mitose ni de nécrose.

L'exérèse de cette lésion est complète avec des marges inframillimétriques.

CONCLUSION :

Aspects histologiques d'un adénome pléomorphe, d'exérèse complète.



Quel est votre diagnostic ?

A Adénome pléomorphe

B Tumeur de Whartin

E Kyste

C Lymphome

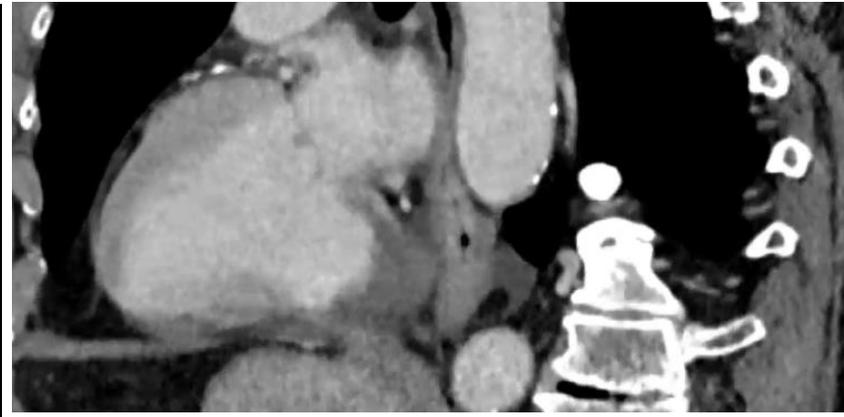
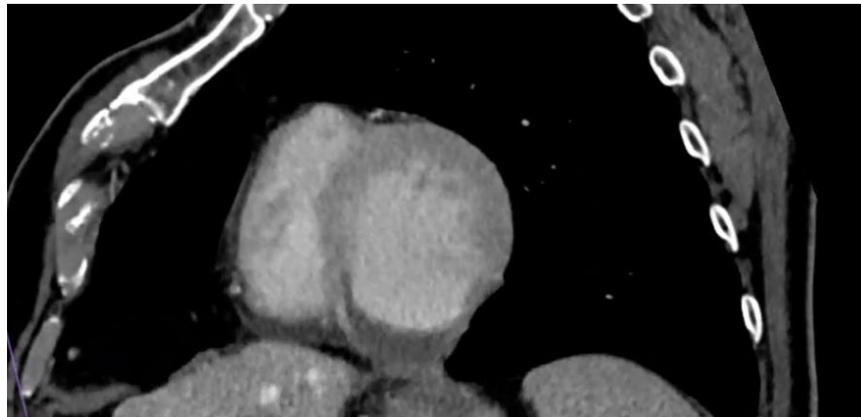
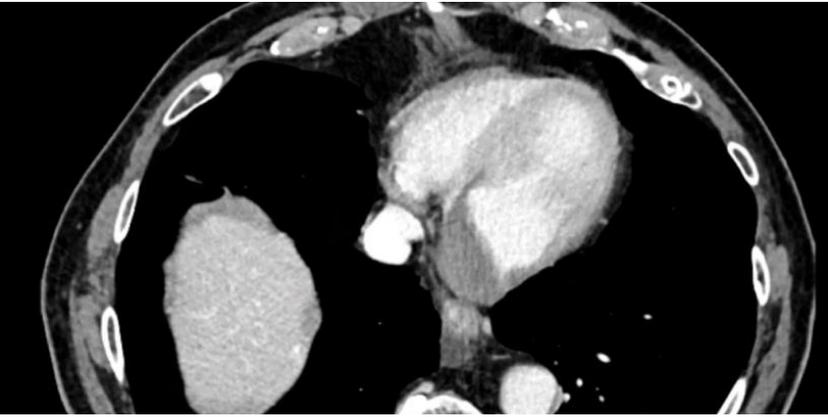
D Carcinome



Cas clinique du SFICV n°1



Patient de 76 ans au seul antécédent de néoplasie rectale traitée actuellement sous surveillance annuelle.
Adressé pour scanner TAP de contrôle :



Quelles sont les réponses vraies ?

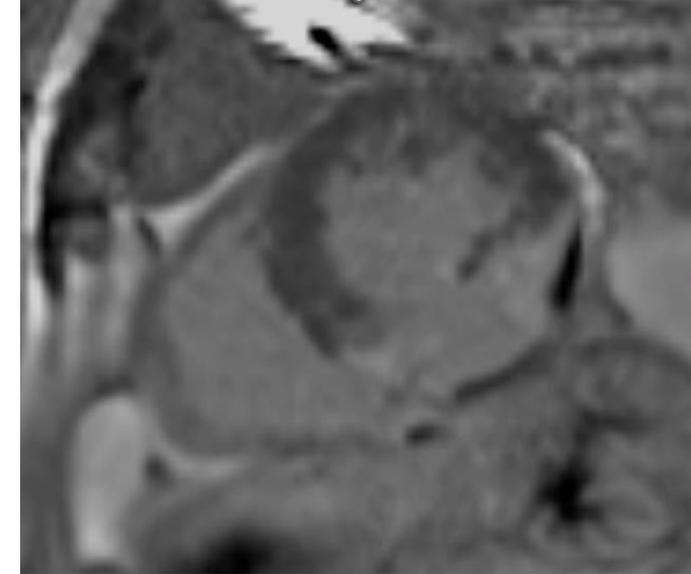
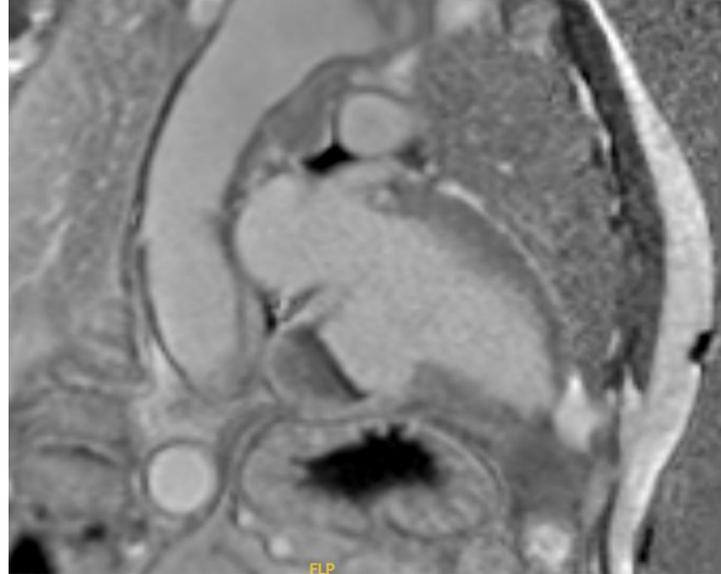
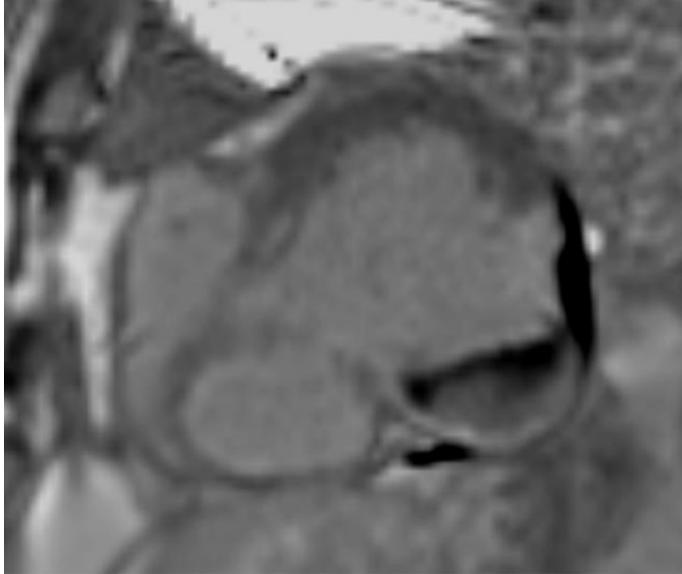
A Epanchement péricardique cloisonné

B Anévrisme du ventricule gauche

E Intérêt d'une IRM complémentaire

C Myxome intracardiaque typique

D Thrombus intra-ventriculaire



IRM complémentaire confirmant l'épisode ischémique sur le territoire de la coronaire droite (anatomie modale) avec rehaussement transmural de la paroi remodelée au contact de laquelle il existe un comblement par un thrombus dans le cadre d'une dyskinésie anévrismale de la paroi inférieure du VG.



Quelles sont les réponses vraies ?

A Epanchement péricardique cloisonné

C Myxome intracardiaque typique

Hypodensité intraventriculaire évoquant un thrombus tapissant sur anévrisme de la paroi inférieure du VG avec défaut de rehaussement scanographique à ce niveau.

B Anévrisme du ventricule gauche

D Thrombus intra-ventriculaire

E Intérêt d'une IRM complémentaire



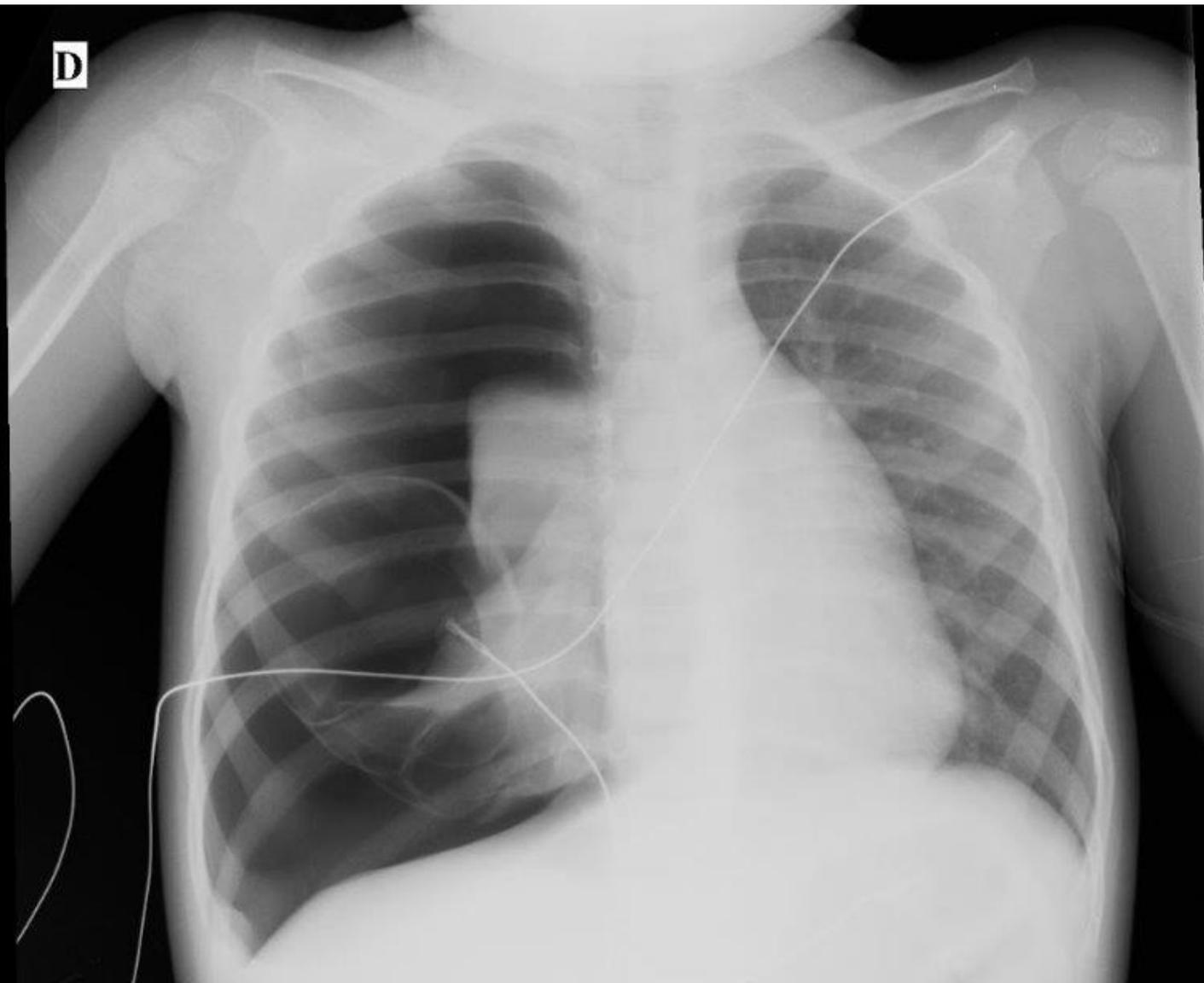
Cas clinique du SFIPP n°1



sfipp

SOCIÉTÉ FRANCOPHONE D'IMAGERIE
PÉDIATRIQUE & PRÉNATALE

Garçon de 2 ans sans antécédent, pris en charge pour une détresse respiratoire aiguë avec asymétrie auscultatoire



Quelle anomalie identifiée sur la radiographie de thorax explique la survenue du pneumothorax?

A

Malformation des voies aériennes pulmonaires

B

Emphysème lobaire géant

C

Pleuropneumoblastome

D

Hernie de coupole diaphragmatique droite

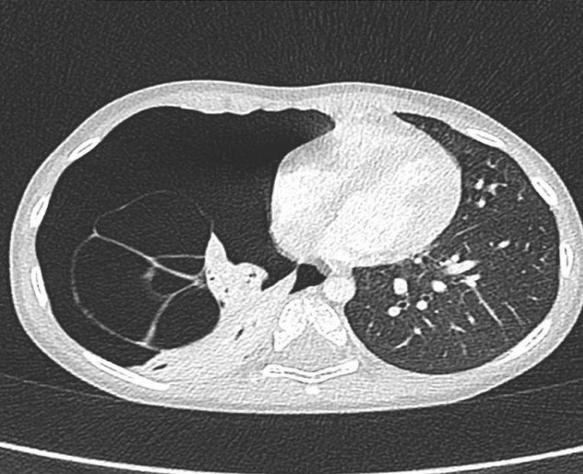
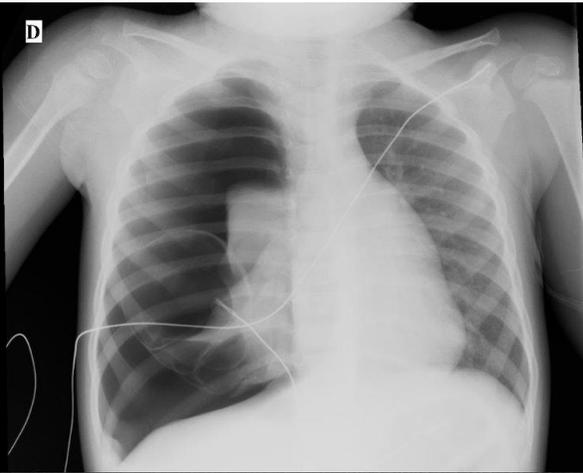
E

Pneumatocèle



sfipp
SOCIÉTÉ FRANCOPHONE D'IMAGERIE
PÉDIATRIQUE & PRÉNATALE

Garçon de 2 ans sans antécédent, pris en charge pour une détresse respiratoire aiguë avec asymétrie auscultatoire



Bulles parenchymateuses du poumon droit responsables d'un pneumothorax : deux diagnostics principaux

- CPAM macrokystique mais l'absence d'antécédent, notamment pas d'échographies anténatales anormales et l'âge relativement avancé ne sont pas en faveur
- Pleuropneumoblastome de type 1 (kystique): découverte postnatale, le pneumothorax est un mode de révélation (30-65% des cas)



Réssection chirurgicale et confirmation anatomopathologique

Pleuropneumoblastome :

- Tumeur embryonnaire mésenchymateuse maligne
- Survenant dans 94% des cas avant 6 ans
- Mutation DICER1 (PPB, néphrome kystique, thyroïde, tumeur de Sertoli-Leydig)



Quelle anomalie identifiée sur la radiographie de thorax explique la survenue du pneumothorax?

A

Malformation des voies aériennes pulmonaires

B

Emphysème lobaire géant

C

Pleuropneumoblastome

D

Hernie de coupole diaphragmatique droite

E

Pneumatocèle



sfipp

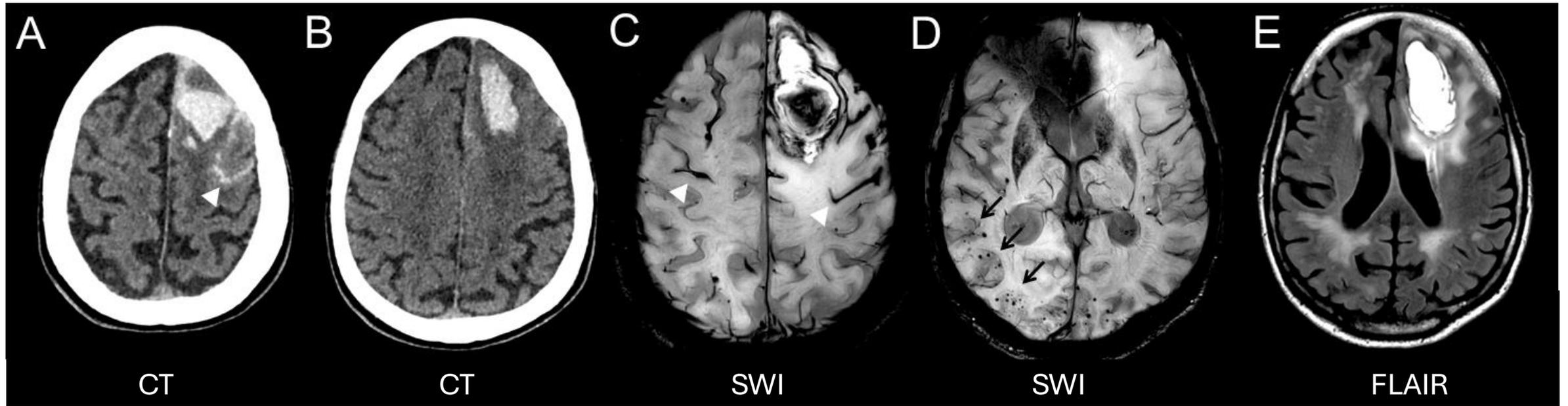
SOCIÉTÉ FRANCO-PHONNE D'IMAGERIE
PÉDIATRIQUE & PRÉNATALE



Cas clinique du SFNR n°1



Une femme de 72 ans est adressée pour des céphalées aiguës et une confusion. Un scanner et une IRM cérébrale est réalisée et retrouve un hématome aigu avec une hémorragie sous arachnoïdienne.



Quel est votre diagnostic ?

A Une micro angiopathie hypertensive

B Une neurosarcoïdose

E Une aspergillose neuro invasive

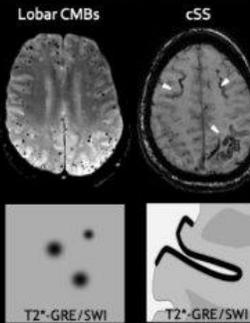
C Une fistule artérioveineuse

D Une angiopathie amyloïde

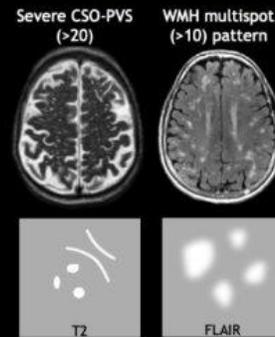
Boston Criteria v2.0 for CAA Diagnosis

- (1) Presentation with  ICH, convexity SAH
 Transient focal neurological episodes
 Cognitive decline
- (2) Age: ≥ 50 y
- (3) MRI evidence of:
- A. Probable CAA**
 ≥ 2 strictly lobar hemorrhagic lesions (any combination):
ICH, CMBs, cSS/cSAH foci
- OR
- 1 strictly lobar hemorrhagic lesion + 1 white matter feature
(Severe CSO-PVS or multispot WMH pattern)
- B. Possible CAA**
1 strictly lobar hemorrhagic lesion OR 1 white matter feature
- (4) Absence of any deep hemorrhagic lesions (cerebellar lesions not counted)
- (5) Absence of other causes of hemorrhagic lesions (oral anticoagulation does not count as an alternative ICH cause)

Hemorrhagic MRI markers



Non-Hemorrhagic MRI markers



A. Charidimou

@a_charidimou (Adapted from Lancet Neurol 2022; 21: 714-25)



Quel est votre diagnostic ?

A Une micro angiopathie hypertensive

B Une neurosarcoïdose

E Une aspergillose neuro invasive

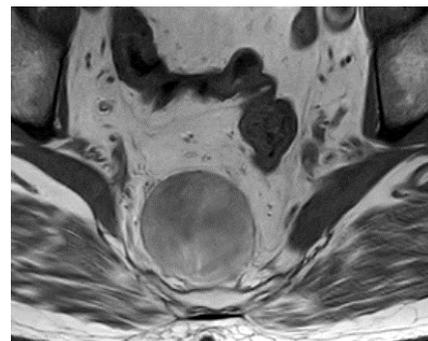
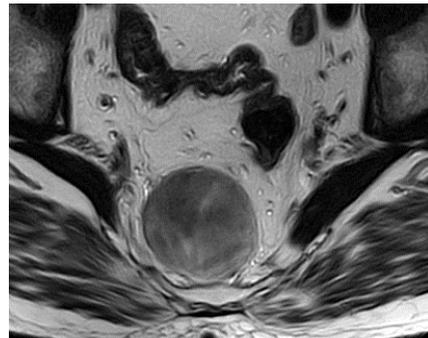
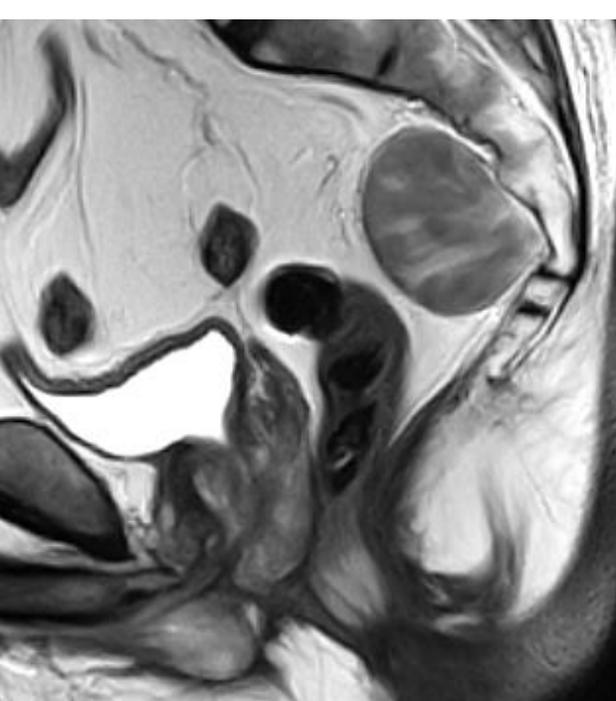
C Une fistule artérioveineuse

D Une angiopathie amyloïde

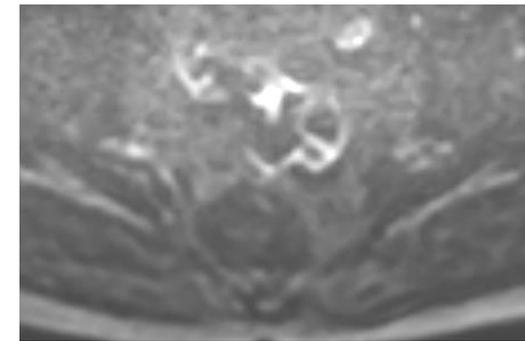


Cas clinique du SIAD n°1





Homme de 61 ans, pris en charge pour un carcinome pTa de bas grade vésical réséqué par cystoscopie
Découverte d'une masse présacrée sur le bilan en scanner, avec exploration complémentaire en IRM



Quel est votre diagnostic ?

A une masse gangliotumorale secondaire

B un tératome

E un liposarcome

C une hématoïèse extramédullaire

D un kyste épidermoïde

Nature de prélèvement : Ponction d'une masse pararectale / présacrée

Renseignements cliniques : Patient aux antécédents de carcinome de bas grade vésical réséqué par cystoscopie. Découverte d'une image de 5 cm rétrorectale posée en avant du sacrum. Petite image hypodense de L3 et aspect en faveur d'un adénome surrénalien de 20 mm.

Compte rendu :

Le liquide a été examiné après étalement en monocouche et coloration au Papanicolaou (Thin-Prep). Le prélèvement renferme des cellules de la moëlle hématopoïétique des lignées granuleuse, érythrocytaire et mégacaryocytaire, de manière équilibrée. Il n'y a pas d'autres cellules non hématopoïétiques identifiées.

Un cytobloc a été réalisé, il est cellulaire. Les immunomarquages avec l'AE1/AE3, la PS100, MDM2, le CD3, CD20 sont négatifs. La MPO marque la lignée granuleuse, le CD61 la lignée mégacaryocytaire et la glycophorine la lignée érythrocytaire. Le CD34 ne met pas en évidence de blastes.

CONCLUSION :

Cytoponction d'une masse rétrorectale/présacrée : aspect en faveur d'une hématopoïèse extra-médullaire.



Quel est votre diagnostic ?

A une masse gangliotumorale secondaire

B un tératome

E un liposarcome

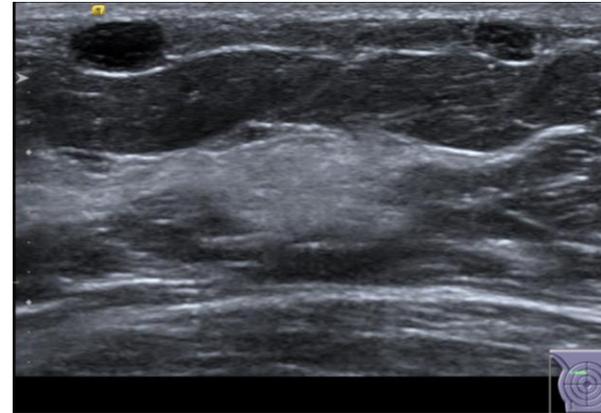
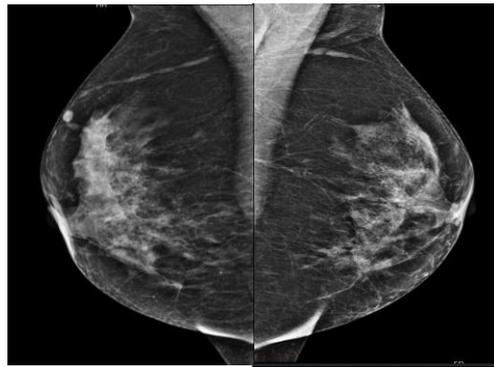
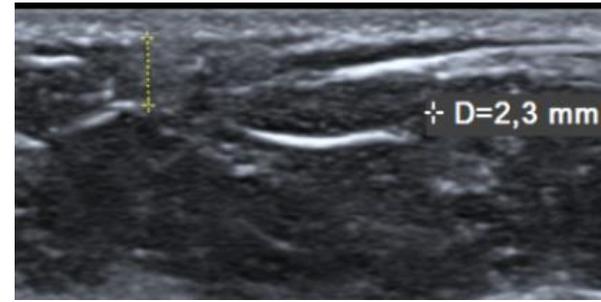
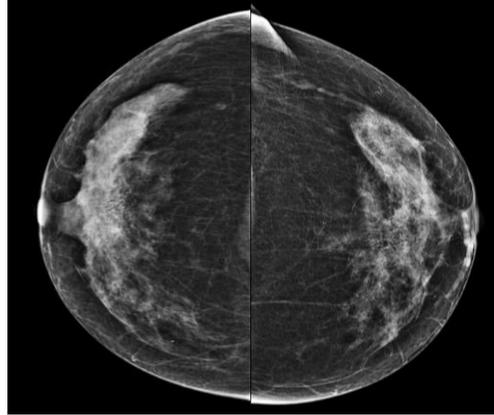
C une hématopoïèse extramédullaire

D un kyste épidermoïde



Cas clinique du SIFEM n°1





Patiente de 59 ans qui consulte en urgences pour induration du QSE du sein droit apparue spontanément il y a 10 jours, pas de signe d'inflammation ni écoulement mammaire.



Quel est votre hypothèse diagnostique ?

A Papillome intra-canalaire

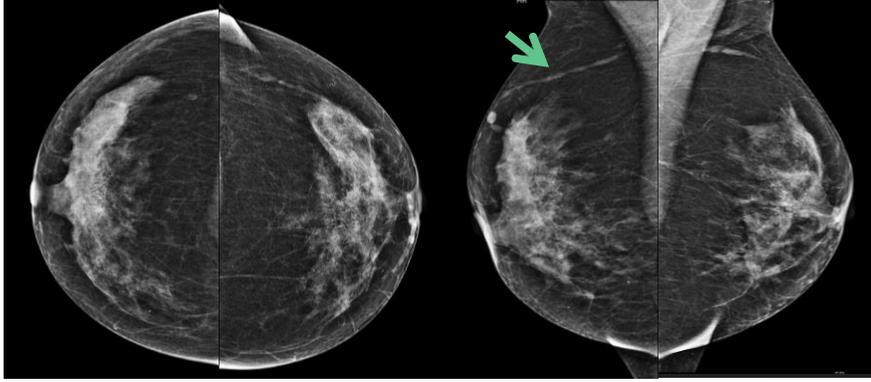
B Maladie de Mondor

E Galactocèle

C Maladie de Paget

D Carcinome canalaire infiltrant





Rq: même image à gauche, ancienne, passée cliniquement inaperçue

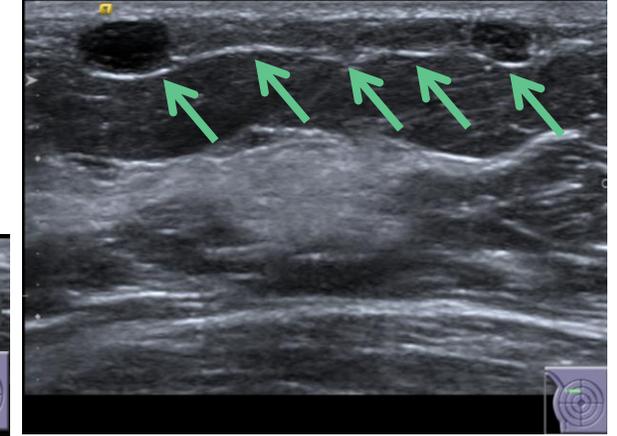
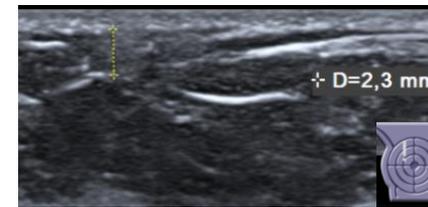


- = thrombophlébite superficielle, sur veine saine
- **bénigne**
- sein, verge

Etiologies: 45% idiopathique, 40 % iatrogène (chirurgie, radiothérapie, biopsie...) ou traumatique, 5% cancer du sein
Le **diagnostic est clinique**.

PEC:

- bilan sénologique à la **recherche d'un cancer**
- traitement symptomatique de la douleur
- habituellement spontanément régressive



Quel est votre hypothèse diagnostique ?

A Papillome intra-canalaire

B Maladie de Mondor

E Galactocèle

C Maladie de Paget

D Carcinome canalaire infiltrant

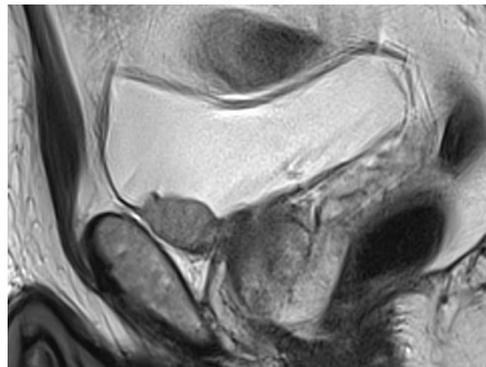
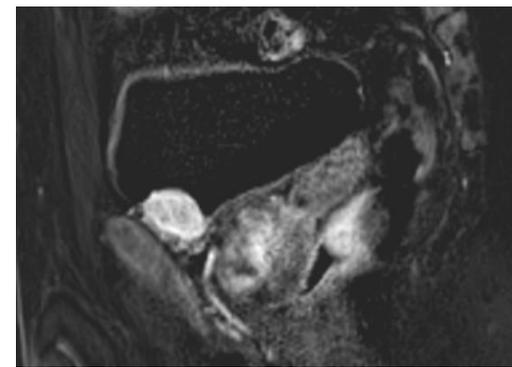
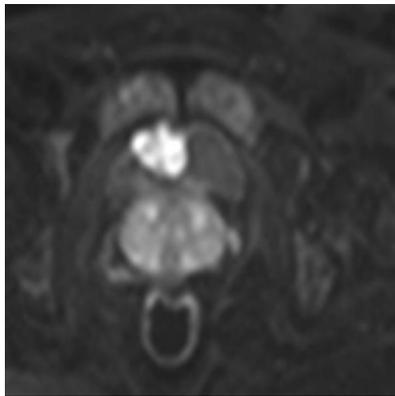
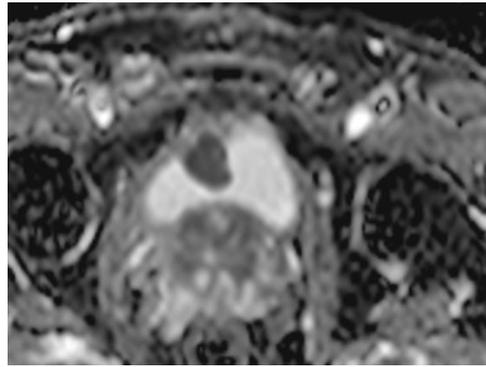
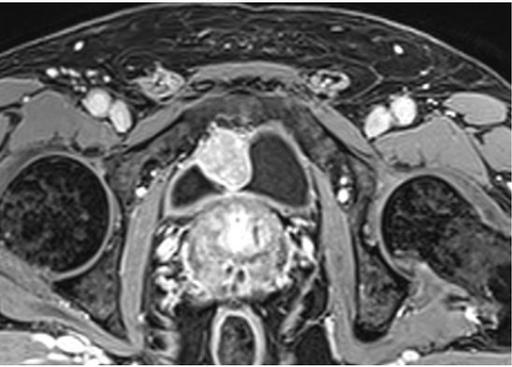




Cas clinique du SIGU n°1



Homme de 69 ans, pris en charge pour un carcinome urothélial de haut grade caliciel inférieur gauche,
Découverte d'une masse vésicale sur le bilan d'extension.



Quel est votre diagnostic ?

A

Tumeur urothéliale (localisation synchrone)

B

Paragangliome vésical

C

Léiomyome

D

Sarcome

E

Tuberculose

Homme de 69 ans, pris en charge pour un carcinome urothélial de haut grade caliciel inférieur gauche,
Découverte d'une masse vésicale sur le bilan d'extension.

RESECTION TRANS URETRALE DE VESSIE

Matériel de résection pesant 4 g inclus en totalité.

Microscopiquement, il existe une tumeur d'architecture alvéolaire constituée de cellules de grande taille polygonales assez homogènes au cytoplasme finement granuleux au noyau à contours réguliers. Peu de mitoses sont visualisées. La tumeur intéresse le muscle et le chorion profond. L'urothelium plan en surface est bien différencié.

Etude immunohistochimique (système automatisé Bond III Leica avec le kit de révélation Bond Polymer DAB Refine Detection) :

GATA-3 (Clone L50-823 Biocare) : marquage des cellules tumorales.

AE1/AE3, EMA, CK 7 (Clone RN7 Leica), ck20 : absence de marquage des cellules tumorales.

CD68 : absence de marquage des cellules tumorales.

Chromogranine A (Clone 5H7 prêt à l'emploi Leica), Synaptophysine (Clone 27G12 prêt à l'emploi Leica) : marquage des cellules tumorales.

PS100 : marquage des cellules sustentaculaires

CONCLUSION :

Parangangliome vésical intéressant la musculature et le chorion profond.

Absence de localisation carcinomateuse.



Quel est votre diagnostic ?

A

Tumeur urothéliale (localisation synchrone)

B

Parangangliome vésical

C

Léiomyome

D

Sarcome

E

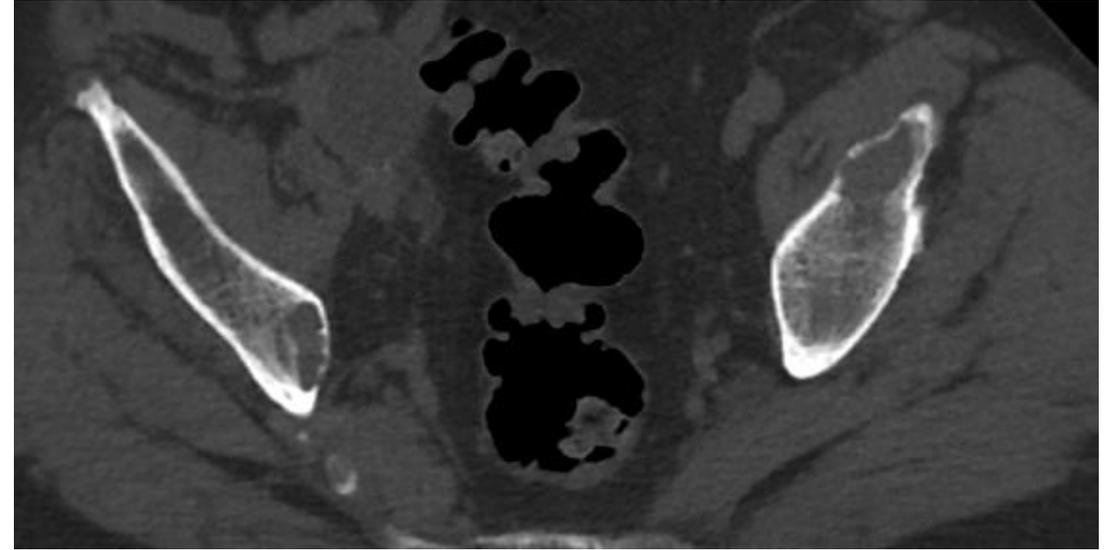
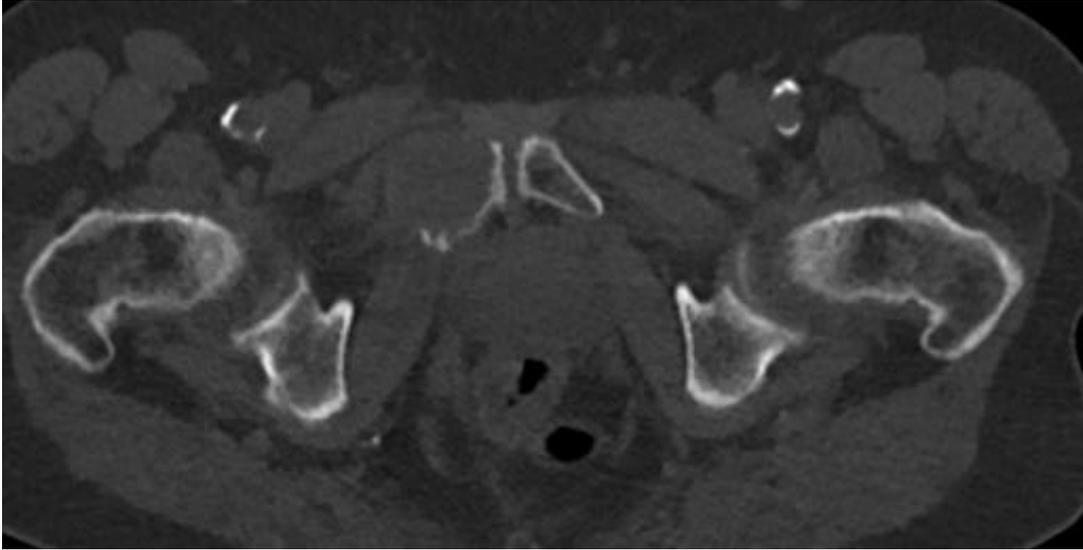
Tuberculose



Cas clinique du SIMS n°1



Cas 1 : Homme de 64 ans, consulte pour une douleur au niveau du pli inguinal droite, avec irradiation sur la face antérieure de la cuisse. Il n'y a pas d'AEG, pas de fièvre ou frisson, pas de perte de poids. Il principal antécédent une insuffisance rénale chronique terminale, dialysée 3 fois/semaine sur une maladie de Berger.



Quel diagnostic vous parait être le plus probable dans le contexte ?

A Myélome

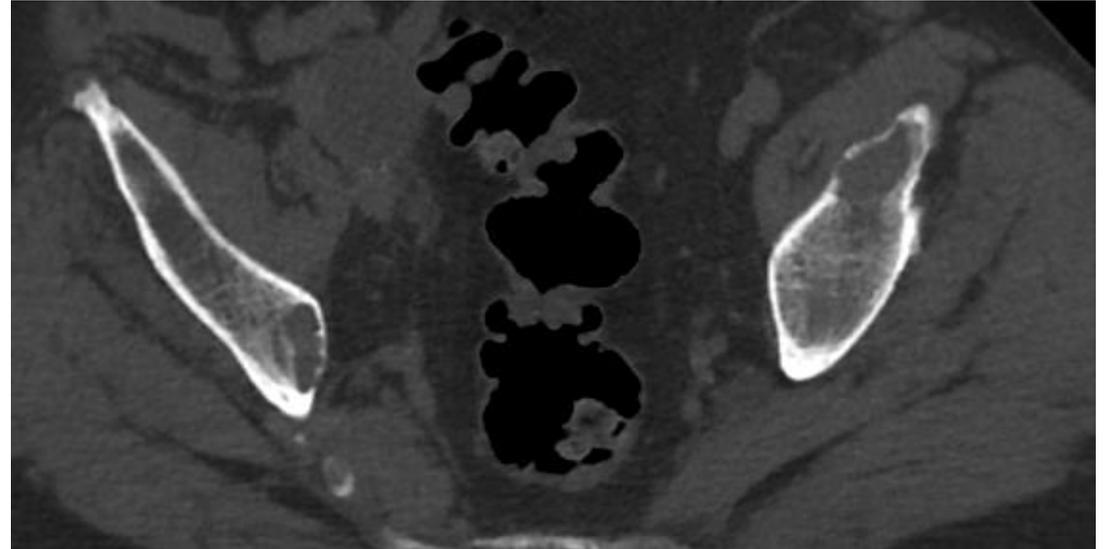
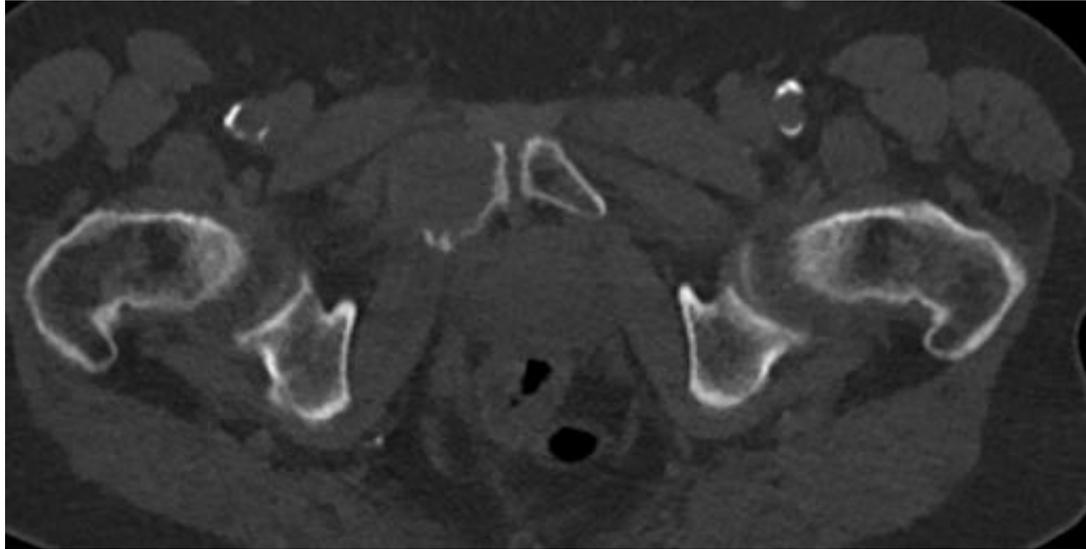
B Métastases

E Histiocytose

C Tumeurs brunes

D Sarcoïdose

Cas 1 : Homme de 64 ans, consulte pour une douleur au niveau du pli inguinal droite, avec irradiation sur la face antérieure de la cuisse. Il n'y a pas d'AEG, pas de fièvre ou frisson, pas de perte de poids. Il principal antécédent une insuffisance rénale chronique terminale, dialysée 3 fois/semaine sur une maladie de Berger.



Quel diagnostic vous parait être le plus probable dans le contexte ?

A Myélome

B Métastases

E Histiocytose

C Tumeurs brunes

Lésion lytique dans un contexte de dialyse chronique (hyperparathyroïdie), multiplicité des lésions

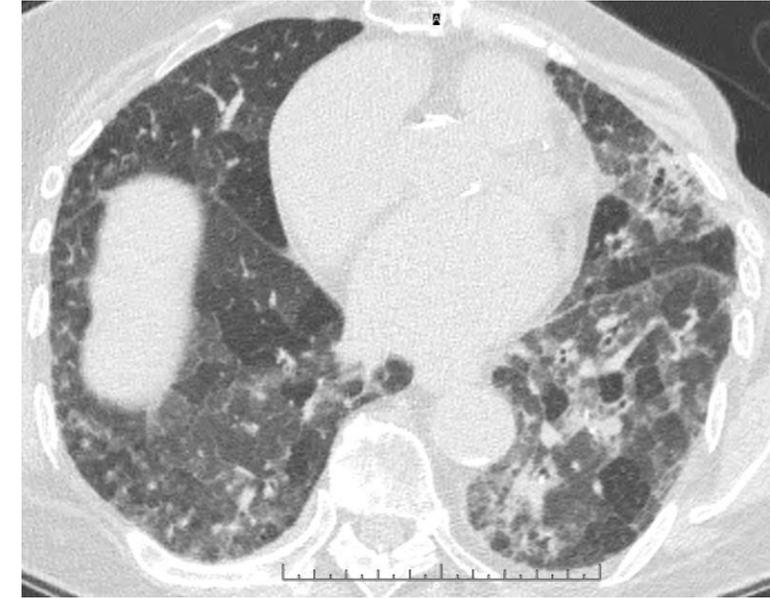
D Sarcoïdose



Cas clinique du SIT n°1



Patiente de 84 ans, scanner thoracique pour dyspnée d'effort d'installation progressive
Antécédents d'insuffisance cardiaque hypertensive et rythmique équilibrée- AOMI- Pas de tabagisme



Quel est votre diagnostic ?

A Pneumonie interstitielle commune

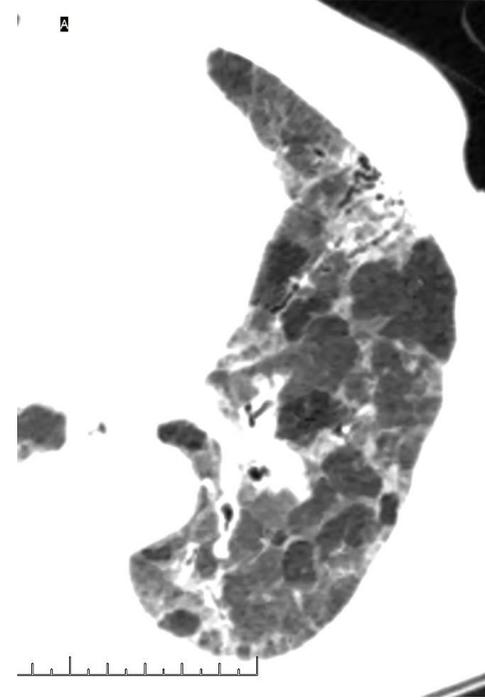
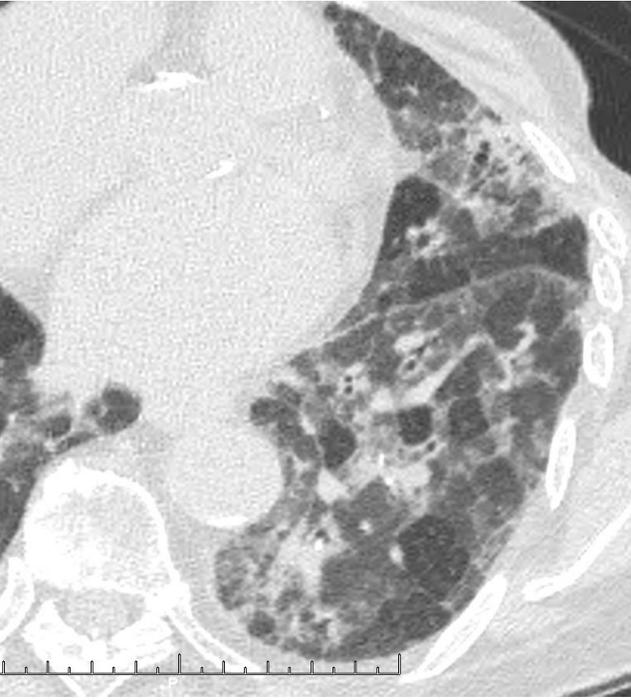
B Pneumonie interstitielle non spécifique (PINS)

E Séquelle de COVID

C Œdème interstitiel cardiogénique

D Pneumonie d'hypersensibilité fibrosante

Patiente de 84 ans, scanner thoracique pour dyspnée d'effort d'installation progressive
Antécédents d'insuffisance cardiaque hypertensive et rythmique équilibrée- AOMI- Pas de tabagisme



Éléments en faveur du diagnostic :

- Tableau des 3 densités du parenchyme pulmonaire
- Distorsion architecturale débutante

Éléments d'orientation :

- Exposition environnementale ou médicamenteuse
- Majoration des lobules hypodenses en expiration Piégeage expiratoire
- Lavage bronchioloalvéolaire lymphocytaire

Quel est votre diagnostic ?

A Pneumonie interstitielle commune

B Pneumonie interstitielle non spécifique (PINS)

E Séquelle de COVID

C Œdème interstitiel cardiogénique

D Pneumonie d'hypersensibilité fibrosante