



Cas clinique du CIREOL n°3

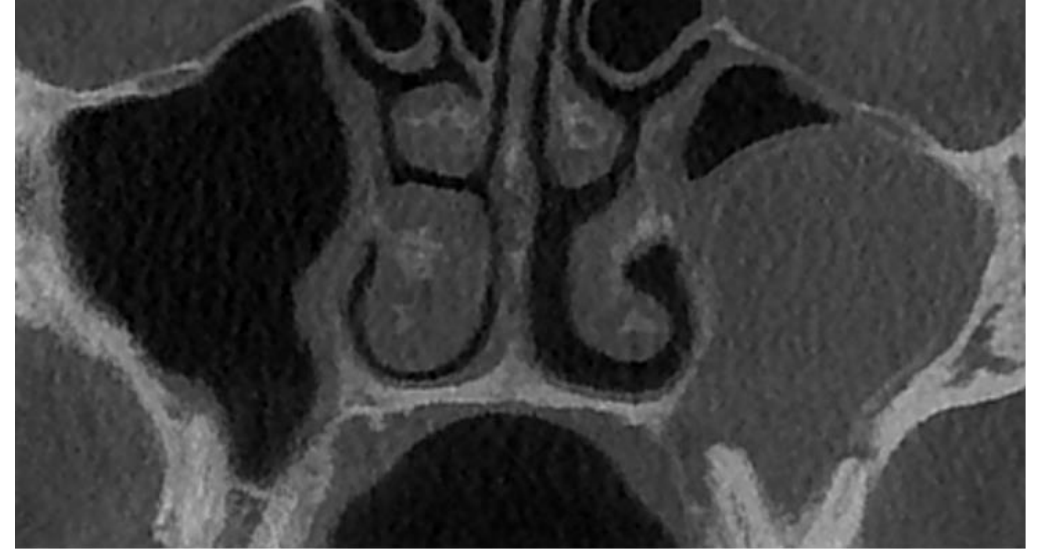


Collège d'Imagerie pour la Recherche et l'Enseignement en Otorhino Laryngologie
Société Francophone d'imagerie Tête et Cou

Comblement du sinus maxillaire.



Orthopantomogramme



Cone beam (CBCT), reconstruction coronale



Quel est votre diagnostic ?

A

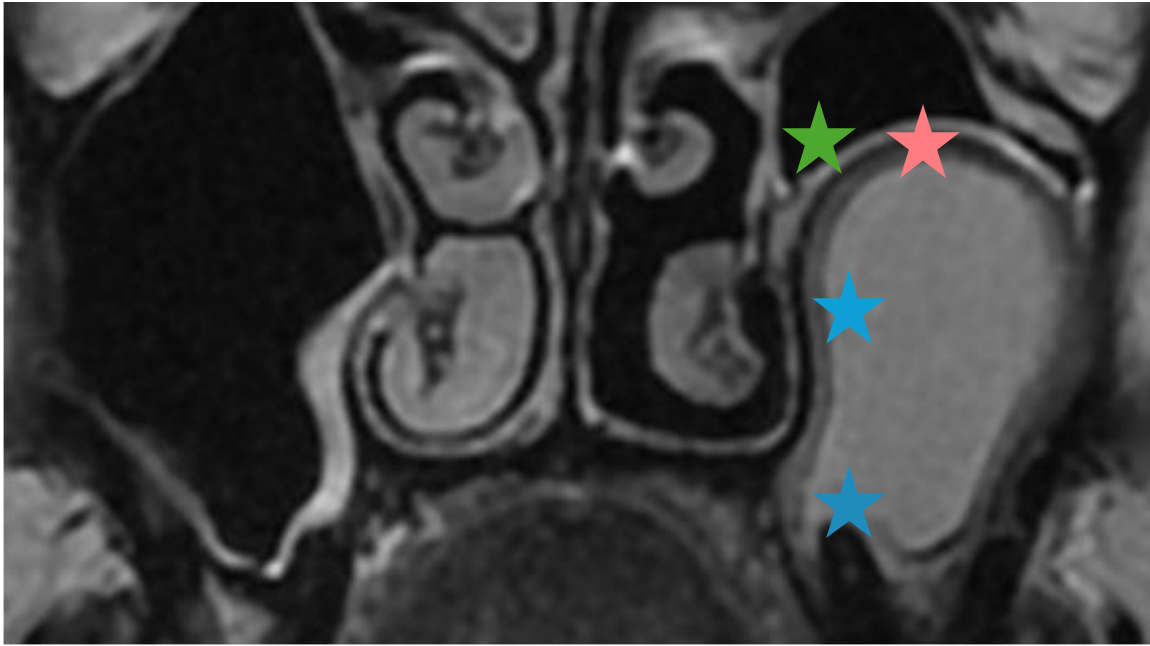
Kyste apico-dentaire

B

Polype naso-sinusal

C

Kyste sous-muqueux



IRM pondération T2, plan coronal

Le kyste apico-dentaire est un vrai kyste avec sa membrane interne★, centré sur un apex radiculaire★, soulevant le plancher du sinus maxillaire★, et la muqueuse du sinus★.

Le liseré dense correspondant au plancher soulevé (en hyposignal en IRM) est le signe pathognomonique de cette lésion en imagerie standard et TDM/CBCT.



Quel est votre diagnostic ?

A

Kyste apico-dentaire

B

Polype naso-sinusal

C

Kyste sous-muqueux



Cas clinique du SFICV n°3

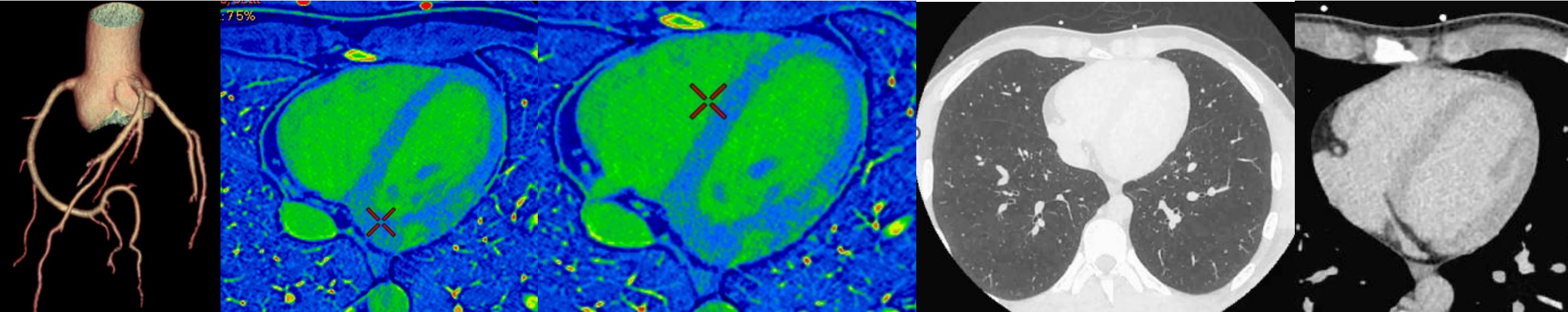


H, 21 ans, douleur thoracique intense constrictive résolutive en quelques heures, pas d'anomalies cliniques, pas d'atcd notables.

Tropo 5800 ng/L

Pas d'épanchement à l'ETT ; ECG : sus-décalage ST millimétrique en inférieur en per-critique

Coroscaner avec acquisition artérielle puis tardive bi-énergie :



Quel(s) proposition(s) diagnostique(s) retenez vous?

A

Infarctus inféro-latéro-basal

C

Dissection coronaire

B

Myopéricardite

D

Myocardite

E

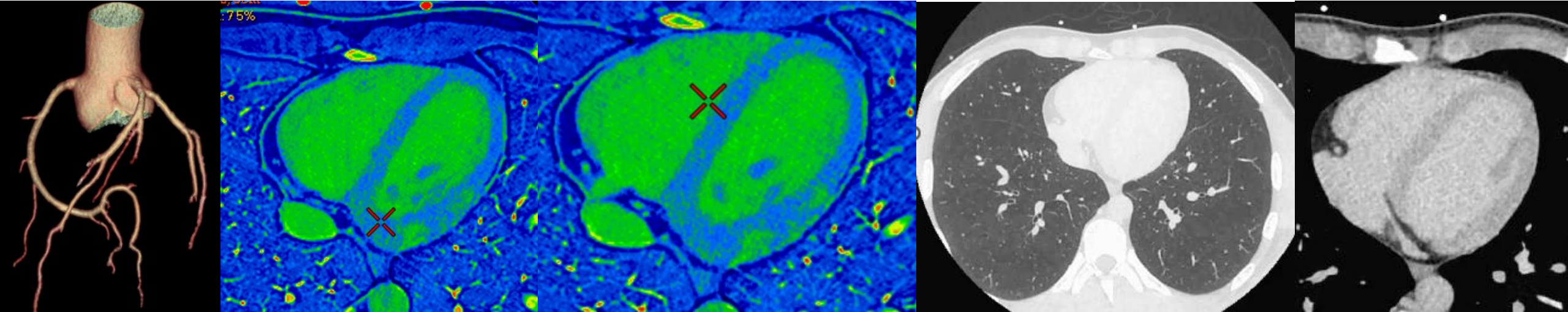
Anomalie de naissance coronaire

H, 21 ans, douleur thoracique intense constrictive résolutive en quelques heures, pas d'anomalies cliniques, pas d'atcd notables.

Tropo 5800 ng/L

Pas d'épanchement à l'ETT ; ECG : sus-décalage ST millimétrique en inférieur en per-critique

Coroscaner avec acquisition artérielle puis tardive bi-énergie :



Rétention de contraste iodé patchy à point de départ sous épicaudique sur l'acquisition tardive spectrale.



Quel(s) proposition(s) diagnostique(s) retenez vous?

A

Infarctus inféro-latéro-basal

C

Dissection coronaire

B

Myopéricardite

D

Myocardite

E

Anomalie de naissance coronaire



Cas clinique du SFIPP n°3

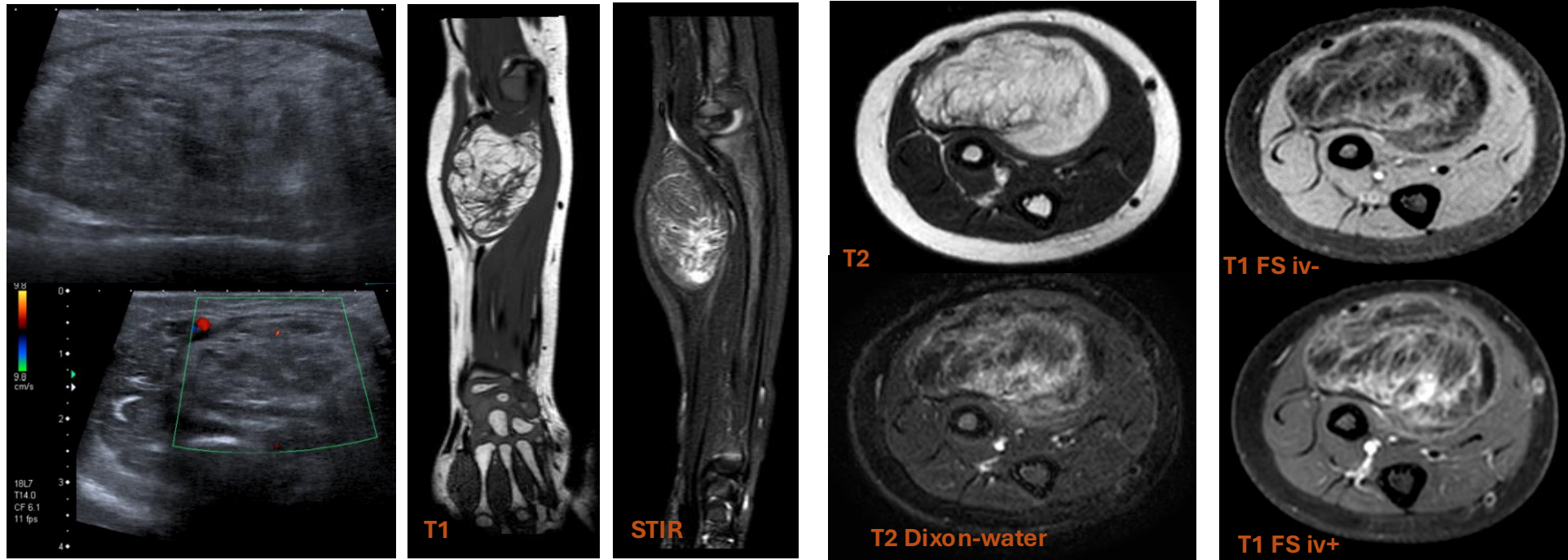


sfipp

SOCIÉTÉ FRANCOPHONE D'IMAGERIE
PÉDIATRIQUE & PRÉNATALE

Garçon de 4 ans

Pas d'antécédent personnel ou familial notable. Masse des tissus mous de la face antérieure de l'avant bras, indolore. Croissance lente depuis un an, plus rapide ces dernières semaines. Parfait état général. A l'examen, masse de 6 cm, souple à la palpation, mobile, indolore. Peau normale en regard. Pas d'adénomégalie axillaire. Examen clinique normal par ailleurs.



Quelle est l'hypothèse diagnostique la plus probable ?

A Rhabdomyosarcome

B Lipoblastome

E Liposarcome

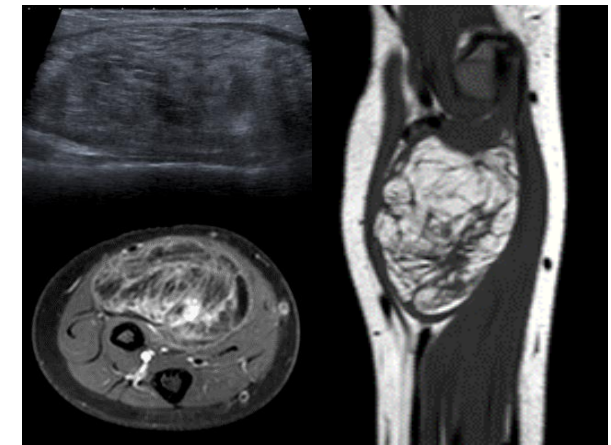
C Hémangiome infantile

D Hamartome fibreux

Diagnostic : **Lipoblastome**

Comme son nom ne l'indique pas, il s'agit d'une tumeur graisseuse *bénigne*, survenant chez le jeune l'enfant (plutôt < 3 ans, rare > 10 ans), de topographie très variable, de croissance lente. L'aspect radiologique est caractéristique avec un contingent graisseux mature variable (25% à 100% du volume) et des contingents immatures (lipoblastes) et fibreux rehaussés par le contraste. Histologiquement, elle contient des contingents graisseux matures et immatures en proportions variables et d'autres contingents mésenchymateux. Biologiquement, elle est caractérisée par des réarrangements du gène PLAG1 (8q). Son traitement repose sur la chirurgie conservatrice.

Chez l'adulte, cet aspect radiologique ferait discuter un liposarcome ou un lipome à cellules fusiforme, et imposerait donc une biopsie à l'aiguille préopératoire à la recherche de marqueurs biologiques de liposarcome (amplification MDM2 ou CDK4). Mais à cet âge, et d'une façon générale avant 10 ans, hors contexte prédisposant, les tumeurs graisseuses de l'enfant contenant > 25% de graisse et sans contingent myxoïde sont toujours bénignes, et peuvent être opérées d'emblée.



Pourquoi exclure les autres hypothèses ?

1. **Rhabdomyosarcome** : ne contient pas de graisse ; mais c'est le sarcome des tissus mous le plus fréquent chez l'enfant, à évoquer systématiquement devant une tumeur solide non graisseuse de l'enfant ou de l'adolescent !
2. **Hémangiome infantile** : il est en règle diagnostique plus tôt, avant 6 mois, il est richement vascularisé et sa cinétique caractéristique (absent à la naissance, apparaît dans les premiers mois, régresse ensuite spontanément) ; il ne contient pas de graisse (sauf parfois au stade tardif, involué) ;
3. **Hamartome fibreux** : habituellement découvert dans les premiers mois de vie, touche aussi volontiers le membre supérieur mais plus proximal ; l'aspect radiologique est proche du lipoblastome, mais moins bien limité, avec des travées graisseuses « serpigineuses » caractéristiques ;
4. **Liposarcome** : tumeur exceptionnelle chez l'enfant et survenant après 10 ans, volontiers sur terrain génétique prédisposant (ex: Syndrome de Li - Fraumeni) ou après traitement d'un autre cancer ; la forme histologique la moins rare est le liposarcome myxoïde.

Références

L Cardoen L et col. Fontaining Soft Tissue Tumors in Children, Adolescents, and Young Adults: Which Require Biopsy? Cancers (Basel). 2023

B. Moulin B et col. Diagnosis strategy of adipocytic soft-tissue tumors in adults: a consensus from European experts. Eur J Surg Oncol. 2022

EF Sheybani et col. Fat-containing soft-tissue masses in children. Pediatr Radiol. 2016



Quelle est l'hypothèse diagnostique la plus probable ?

A

Rhabdomyosarcome

B

Lipoblastome

C

Hémangiome infantile

D

Hamartome fibreux

E

Liposarcome



Cas clinique du SFNR n°3



Fille $\approx$ 16 ans
Tétraplégie d'apparition brutale
Pas d'antécédent particulier



Quel est votre diagnostic ?

A Hémangioblastome

B Spinal arteriovenous metameric syndrome

E Fistule artério-veineuse dure médullaire

C Hémangiome vertébral agressif

D Neuromyéélite optique



Bibliographie



Quel est votre diagnostic ?

A Hémangioblastome

B Spinal arteriovenous metameric syndrome

E Fistule artério-veineuse dure médullaire

C Hémangiome vertébral agressif

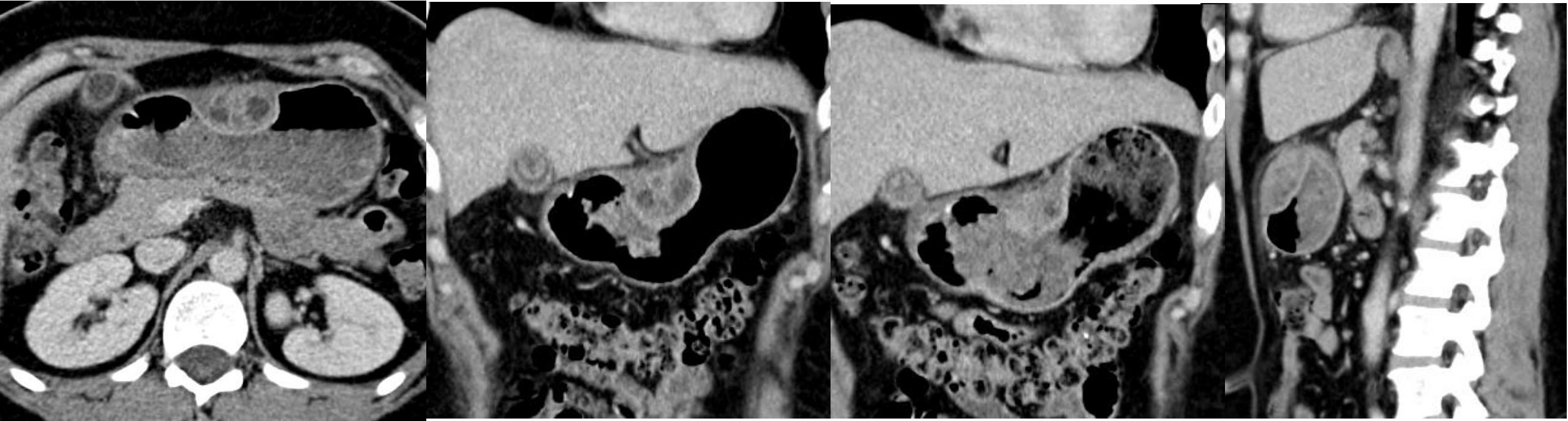
D Neuromyéélite optique



Cas clinique du SIAD n°3



Femme de 38 ans, se présentant aux urgences pour douleurs épigastriques et hypochondre droit évoluant depuis 4 jour. Elévation de la PCR à 100 et hyperleucocytose à 15000. Elévation des g GT et SGPT. Lipasémie normale.



Quel est votre diagnostic ?

A une duplication digestive gastrique

B une tumeur stromale gastrointestinale gastrique

C une dystrophie kystique sur pancréas aberrant de localisation gastrique

D un schwannome gastrique

E une tumeur neuro endocrine gastrique

B - Pièce de 10 g intéressant une gastrectomie partielle de 4,5 x 3,2 x 1,5 cm non orientée. Présence d'une lésion sous-muqueuse non indurée s'étendant sur 2 x 1,5 x 1,5 cm. La lésion nodulaire présente des remaniements kystiques et des zones charnues rosées. Il s'agit d'une lésion non encapsulée parvenant au contact du plan profond.

Microscopie : ce prélèvement intéresse une paroi gastrique revêtue en surface d'une muqueuse de type fundique non atrophique histologiquement sans particularité. Au niveau de la paroi de la sous-muqueuse à la musculuse, on observe la présence d'une lésion mal limitée formée à la fois d'un contingent canalaire et de structures acinaires d'origine pancréatique. Ces structures canalaire paraissent par endroits hyperplasiques dilatées avec un revêtement parfois d'architecture papillaire, dystrophique mais ne présentant pas d'atypie.

CONCLUSION :

A - Aspect de cholécystite chronique légère à modérée d'origine lithiasique. Pas de malignité.

B - Gastrectomie atypique montrant une ectopie pancréatique au sein de la paroi gastrique. Pas de dysplasie ni de malignité.



Quel est votre diagnostic ?

A une duplication digestive gastrique

B une tumeur stromale gastrointestinale gastrique

E une tumeur neuro endocrine gastrique

C une dystrophie kystique sur pancréas aberrant de localisation gastrique

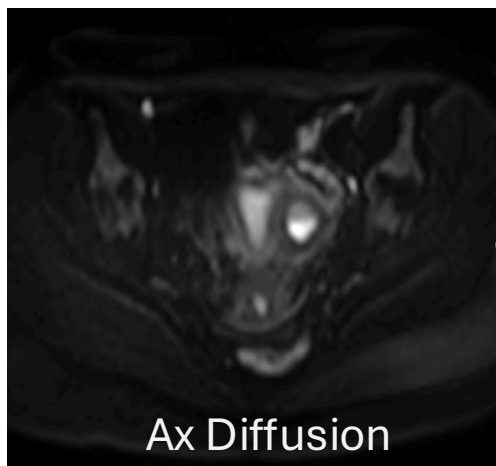
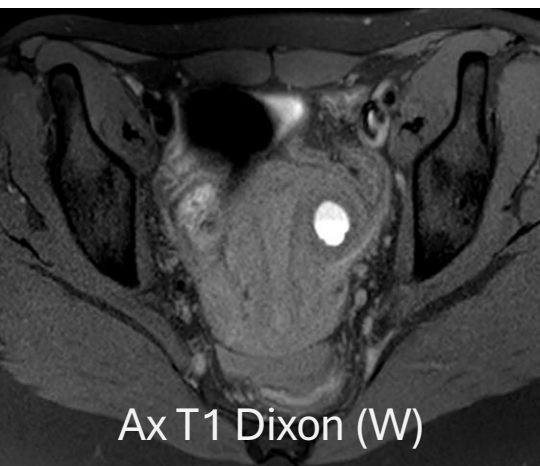
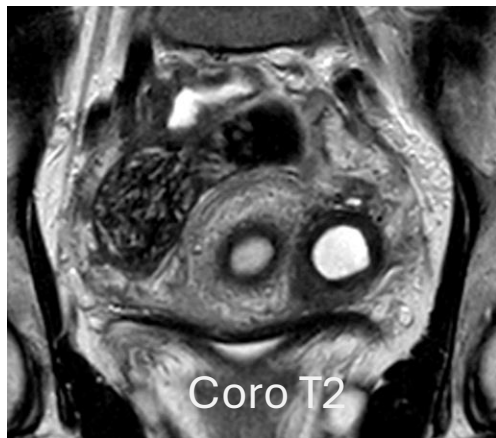
D un schwannome gastrique



Cas clinique du SIFEM n°3



Patiente de 16 ans présentant des douleurs pelviennes cycliques gauches irradiant dans les jambes.
Découverte d'une masse latéro-utérine gauche à l'échographie transpariétale, HCG négatifs, bilan IRM complémentaire.



Quel est votre diagnostic ?

A

Léiomyome kystique

B

Léiomyosarcome

C

Grossesse ectopique cornuale

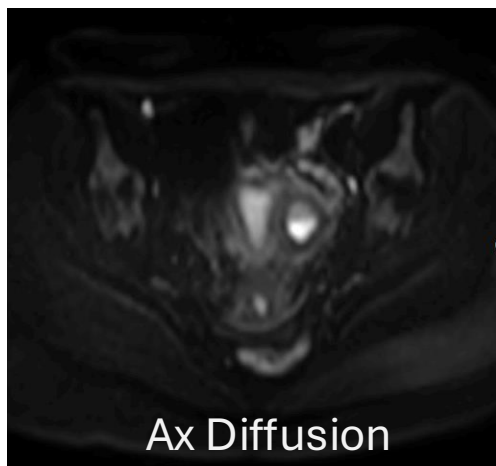
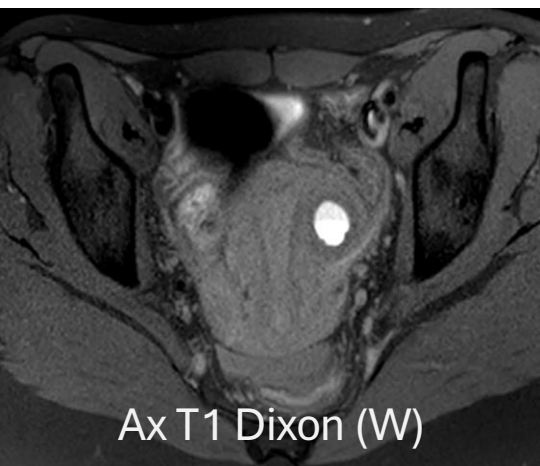
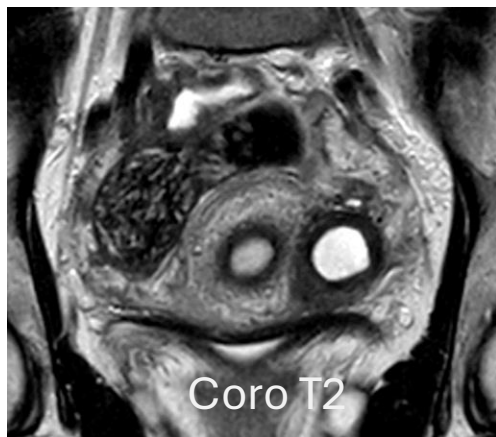
D

Utérus unicorne avec corne rudimentaire non communicante

E

Masse utérine cavitaire accessoire

Patiente de 16 ans présentant des douleurs pelviennes cycliques gauches irradiant dans les jambes.
Découverte d'une masse latéro-utérine gauche à l'échographie transpariétale, HCG négatifs, bilan IRM complémentaire.



Quel est votre diagnostic ?

A

Léiomyome kystique

B

Léiomyosarcome

C

Grossesse ectopique cornuale

D

Utérus unicorne avec corne rudimentaire non communicante

E

Masse utérine cavitaire accessoire

Critères diagnostiques :

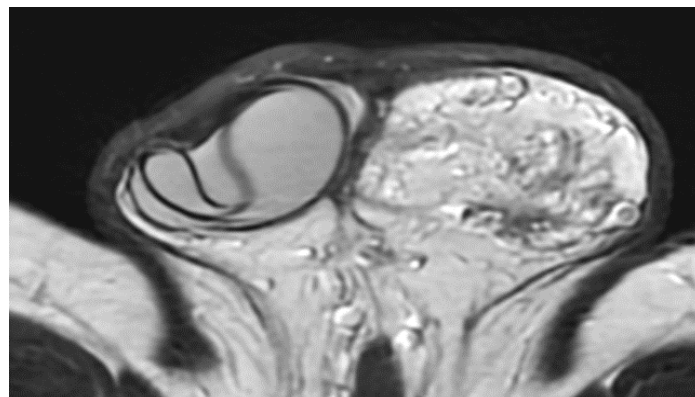
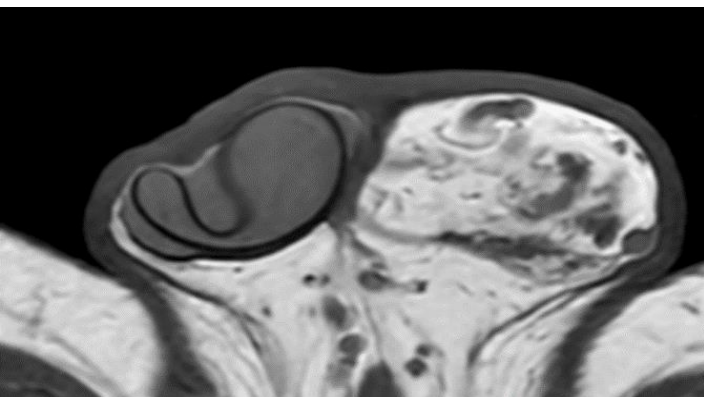
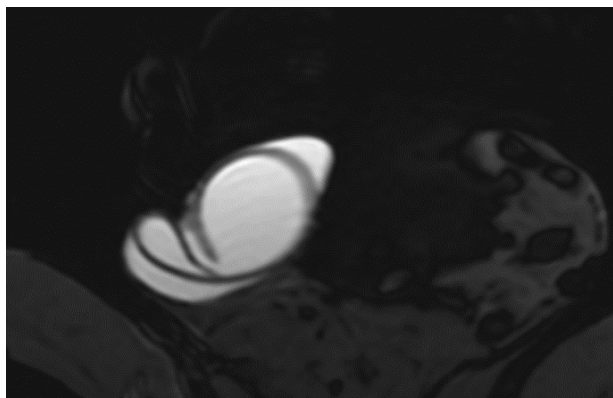
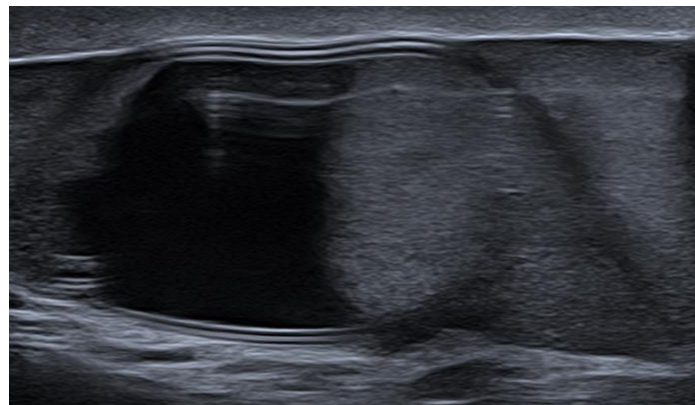
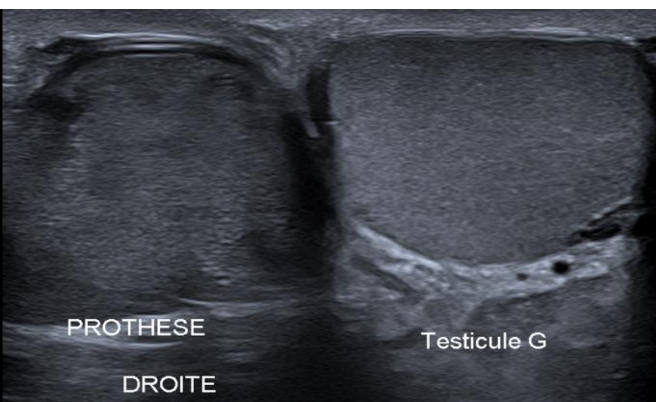
- masse latéro-utérine
- ronde ou ovale de 20-60 mm
- sous ou près de l'insertion du ligament rond
- à contenu hémorragique (endomètre fonctionnel)
- anneau périphérique de même signal que la zone jonctionnelle
- utérus normal par ailleurs/non malformatif



Cas clinique du SIGU n°3



Patient de 28 ans avec antécédents de tumeur germinale non séminomateuse traitée par orchidectomie droite. Examen de surveillance échographique,



Quel est votre diagnostic ?

A

Rupture intra-capsulaire de prothèse testiculaire

B

Rupture extra-capsulaire de prothèse testiculaire

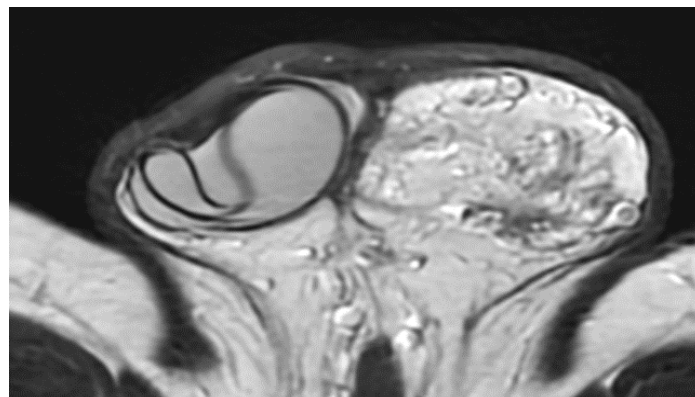
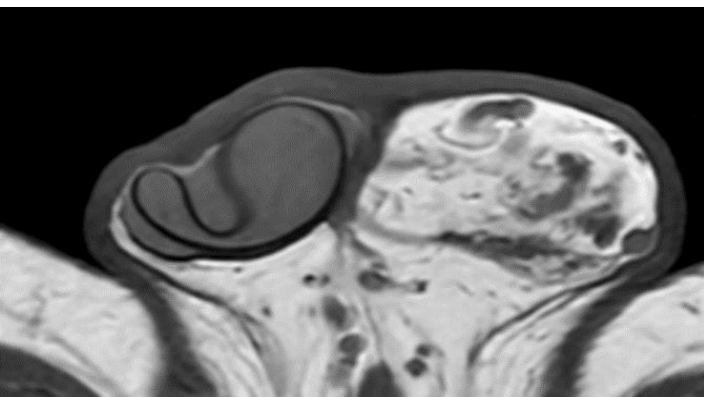
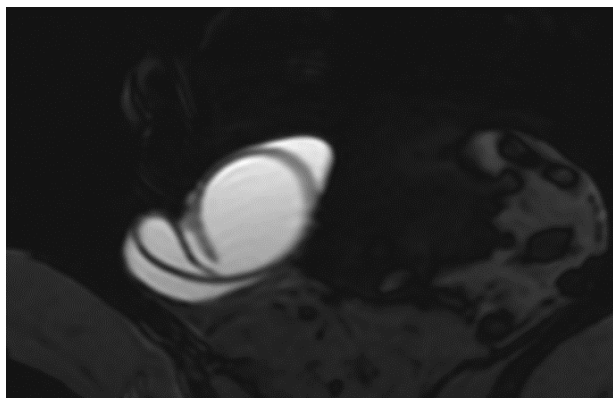
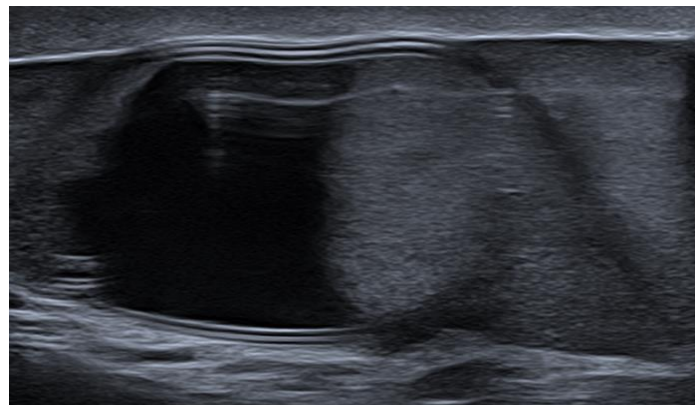
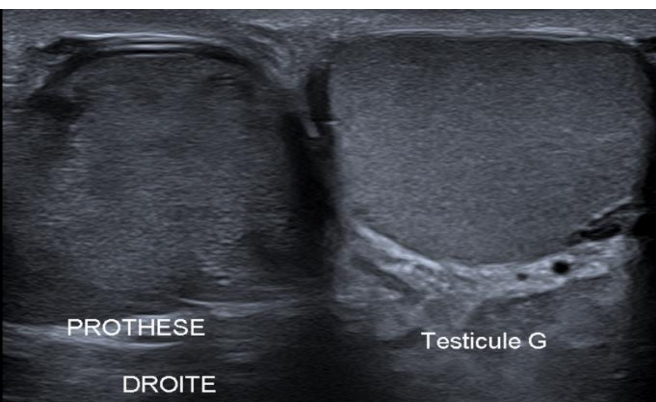
C

Epanchement péri prothétique sans anomalie de la prothèse

D

Récidive tumorale péri prothétique

Patient de 28 ans avec antécédents de tumeur germinale non séminomateuse traitée par orchidectomie droite. Examen de surveillance échographique,



Quel est votre diagnostic ?

A

Rupture intra-capsulaire de prothèse testiculaire

B

Rupture extra-capsulaire de prothèse testiculaire

C

Epanchement péri prothétique sans anomalie de la prothèse

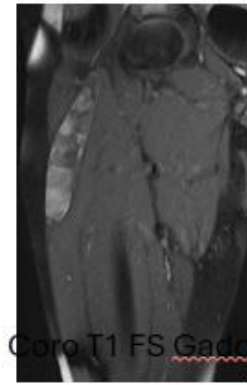
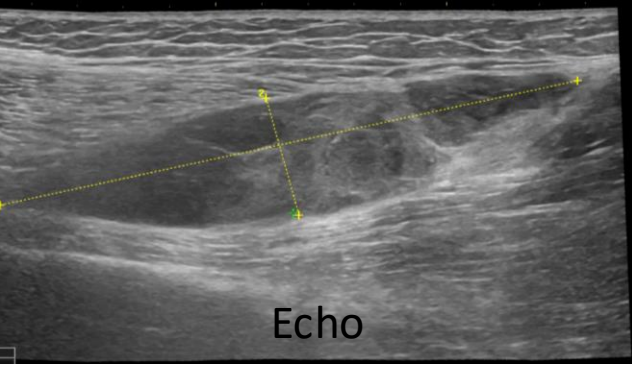
D

Récidive tumorale péri prothétique

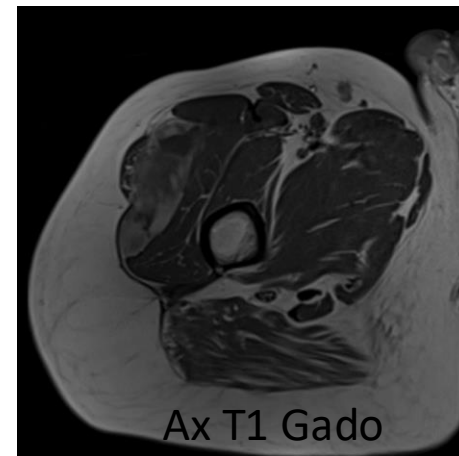
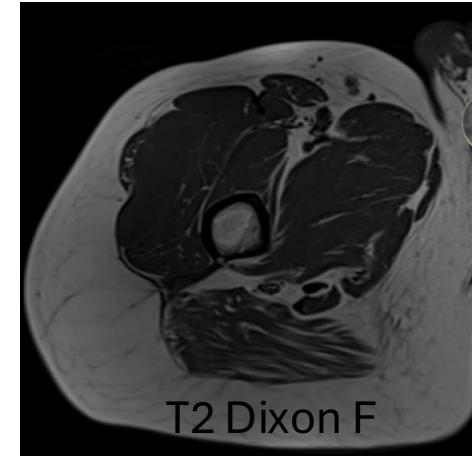
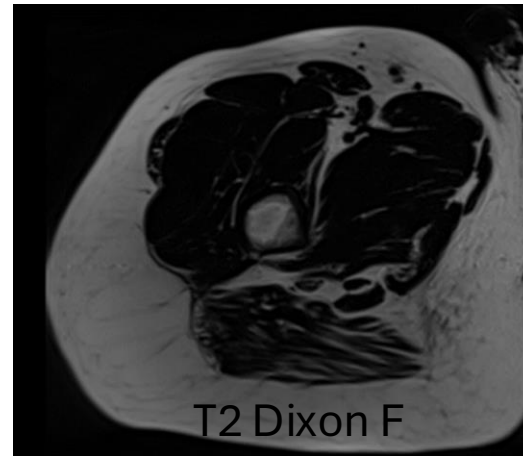
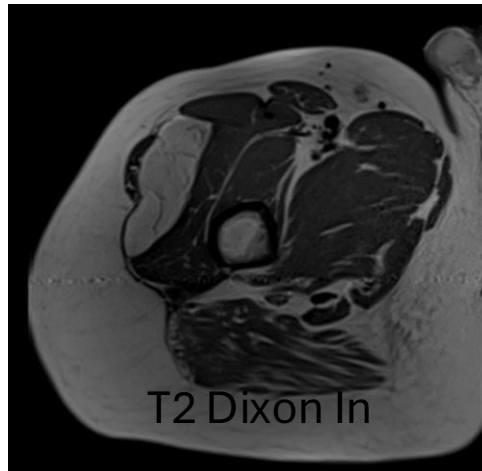
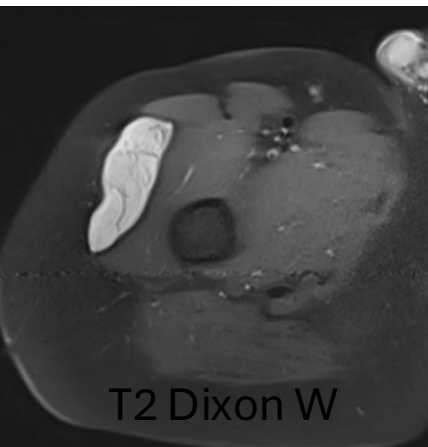


Cas clinique du SIMS n°3





Homme de 40 ans – tuméfaction cuisse droite



Quel diagnostic pouvez-vous évoquer ?

A Liposarcome

B Hématome vieilli

C Myxofibrosarcome

D Liposarcome myxoïde

- L'IRM montre une masse tissulaire pseudokystique sous aponévrotique, sans contingent graisseux, réhaussée de façon hétérogène.
- L'échographie montre une masse hétérogène intra musculaire, vascularisée, bien limitée.



Quel diagnostic pouvez-vous évoquer ?

A Liposarcome

non car ici pas de contingent graisseux (lésion noire en fat) et lésion pseudokystique.

B Hématome vieilli

non car ici aspect trop homogène liquidien en T2 FS, et réhaussement trop marqué.

C Myxofibrosarcome

- Un des sarcomes les plus fréquents (entre 50 - 80ans). Masse indolore croissante lente, membre et ceinture ++.
- Pas de contingent graisseux. Aspect T2 FS dépend de l'importance du contenu myxdoïde. Réhaussement hétérogène.

D Liposarcome myxoïde

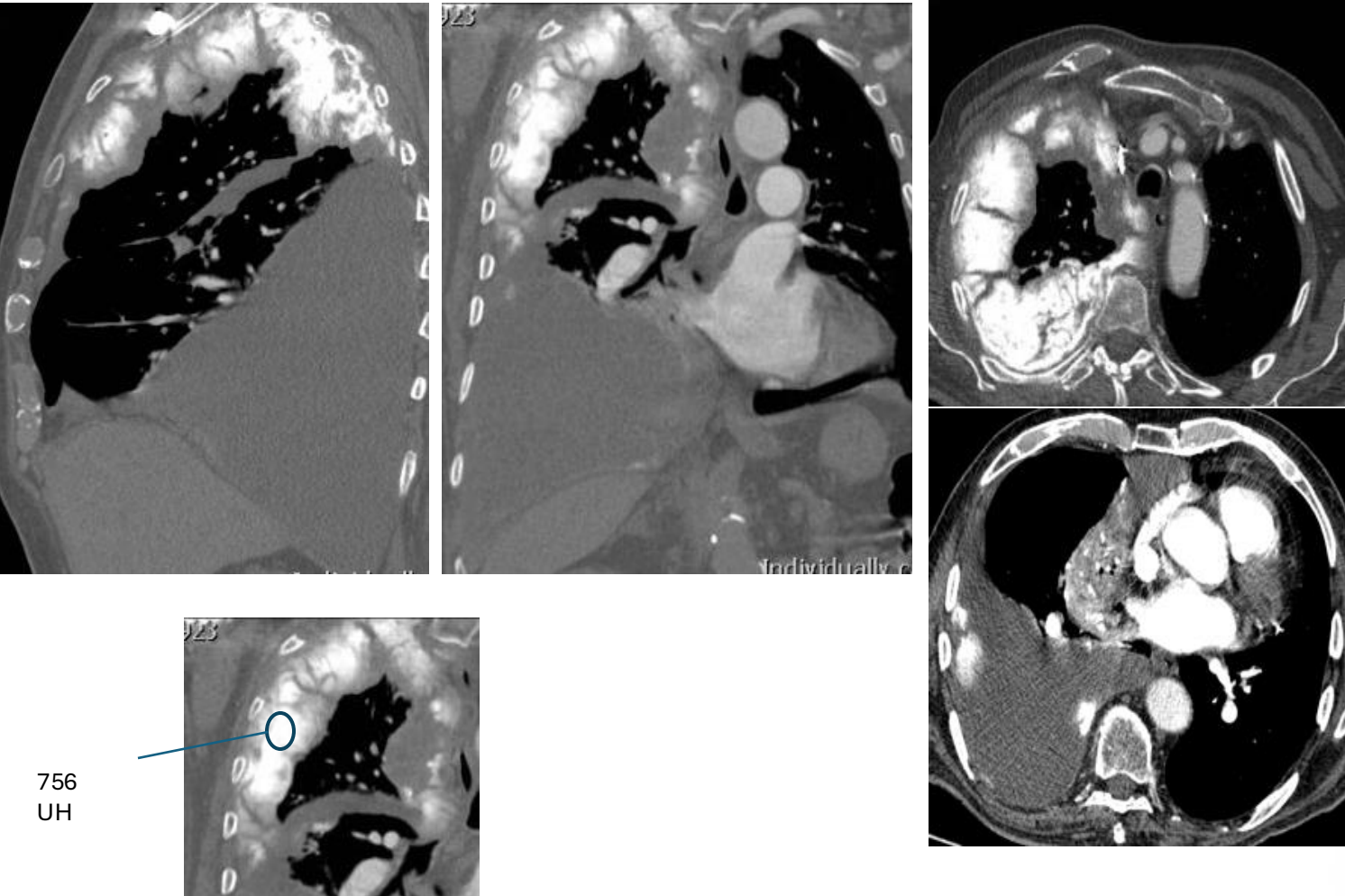
non car même si lésion pseudokystique, il n'y a pas contingent graisseux.



Cas clinique du SIT n°3



Homme de 86 ans, sans antécédent notable
Se présente en urgence pour douleur thoracique, essoufflement et altération de l'état général



756
UH



Quel est votre diagnostic ?

A

Empyème tuberculeux chronique

B

Carcinose pleurale

C

Hémothorax spontané

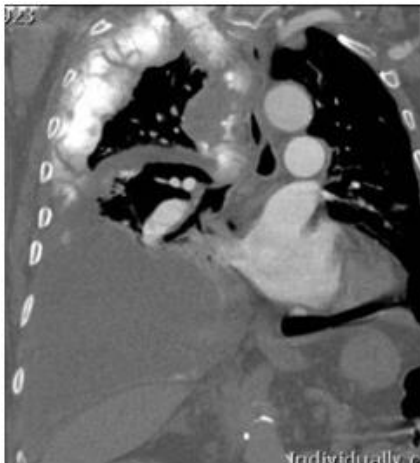
D

Mésothéliome

E

Extravasation pleurale de contraste

Homme de 86 ans, sans antécédent notable
Se présente en urgence pour douleur thoracique, essoufflement et altération de l'état général



Étapes du diagnostic en scanner :

- Epaissement pleural majeur (> 1 cm) à l'apex= étiologie maligne
 - Massivement calcifié (atténuation 756 UH): exclut l'hémothorax où les zones hyperdenses seraient déclives dans l'épanchement
- Les calcifications sont à la périphérie de l'épanchement dans l'empyème tuberculeux chronique, ce qui n'est pas le cas ici

Etiologies malignes :

- Carcinomatose pleurale secondaire à un ostéosarcome: il s'agit d'un patient sans antécédent
- **Il s'agissait d'un mésothéliome de forme sarcomatoïde, avec une différenciation ostéocartilagineuse**



Quel est votre diagnostic ?

A

Empyème tuberculeux chronique

B

Carcinose pleurale

C

Hémothorax spontané

D

Mésothéliome

E

Extravasation pleurale de contraste