



Cas clinique du CIREOL n°4

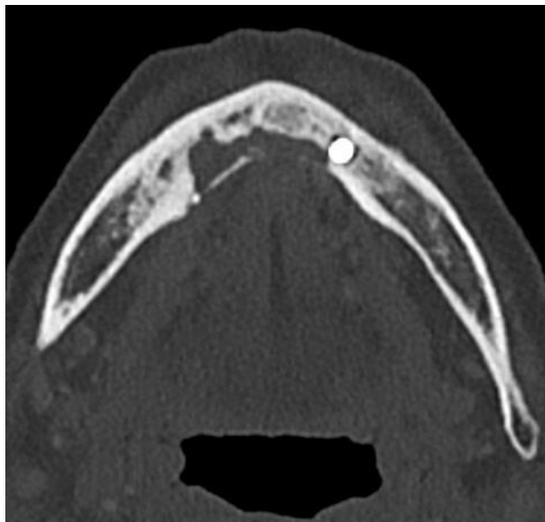
CIREOL

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

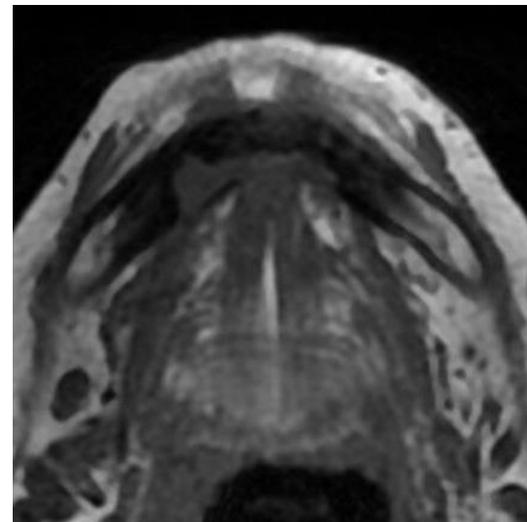
Femme de 84 ans, perte d'implant dentaire antérieur, défaut de cicatrisation, lésion gingivale. Antécédent de Lichen plan de la cavité buccale.



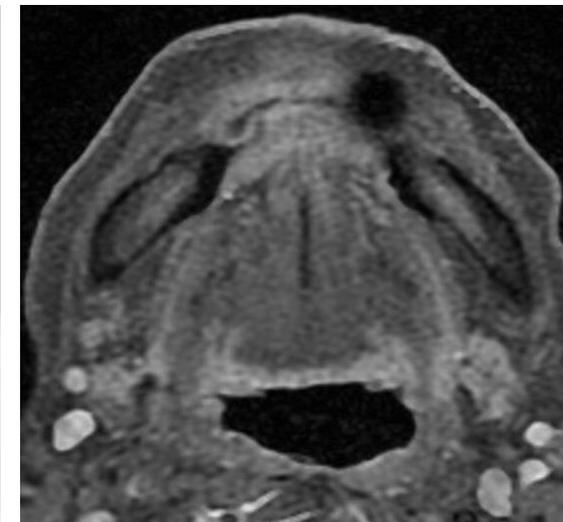
Photographie,
muqueuse gingivale



Scanner



IRM
Pondération T1



IRM
Pondération T1
Suppression du signal de la graisse
et injection intraveineuse
de produit de contraste



Quel est votre diagnostic ?

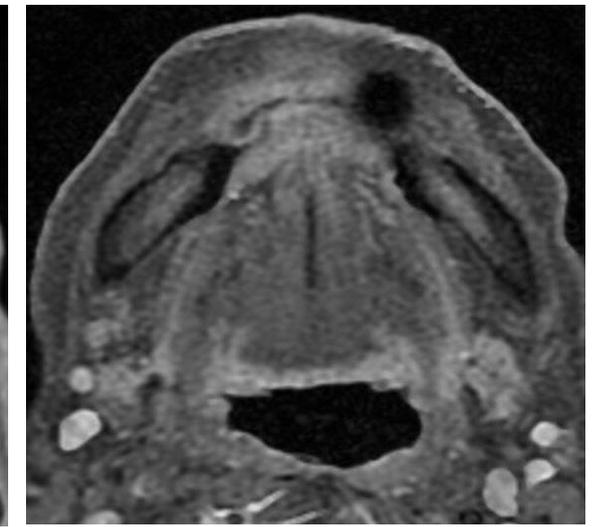
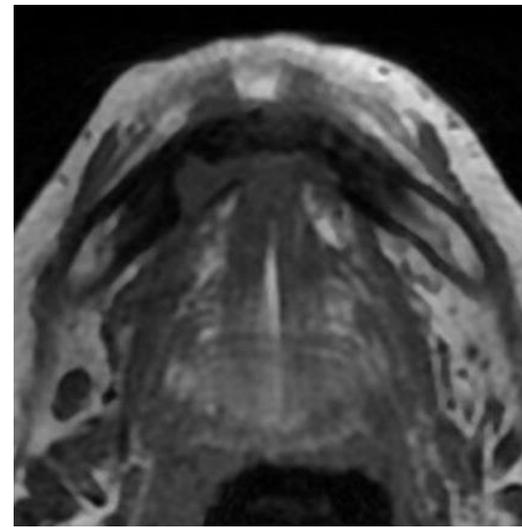
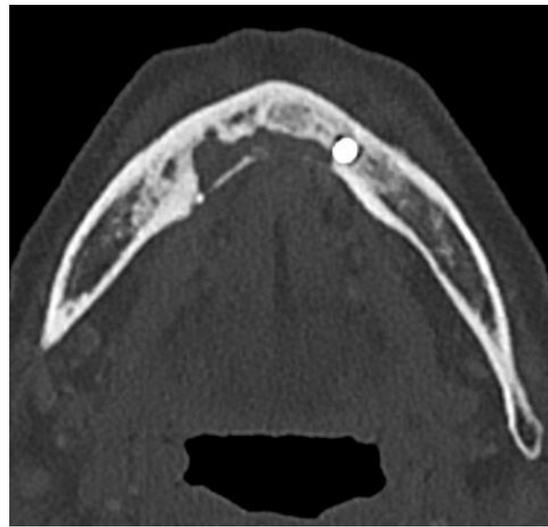
A Ostéite chronique

B Carcinome épidermoïde, classification T4a (TNM8)

E Lymphome

C Carcinome épidermoïde, classification T3 (TNM8)

D Sarcome



Cliniquement: lésion gingivo-mandibulaire symphysaire paramédiane droite de 2 cm, ulcérée, finement bourgeonnante en périphérie ne débordant pas sur le plancher buccal, attachée à la mandibule.
Histologie: carcinome épidermoïde avec envahissement osseux mandibulaire.



Quel est votre diagnostic ?

A Ostéite chronique

B Carcinome épidermoïde, classification T4a (TNM8)

E Lymphome

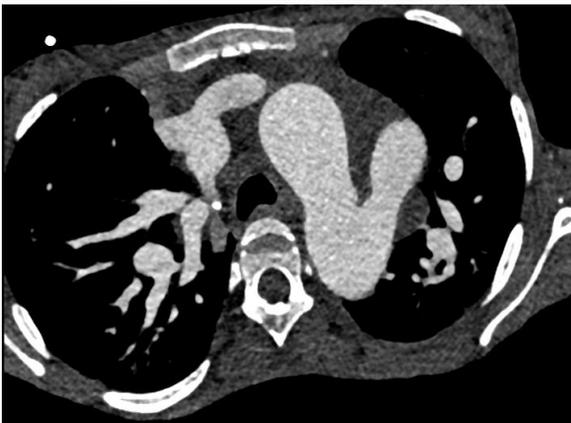
C Carcinome épidermoïde, classification T3 (TNM8)

D Sarcome



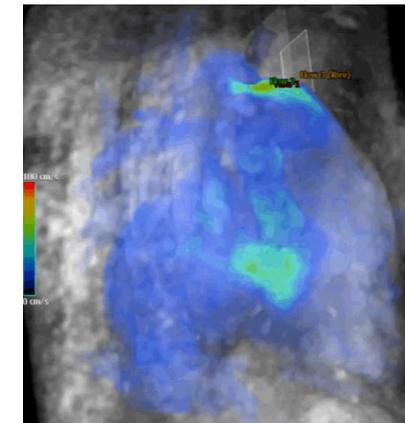
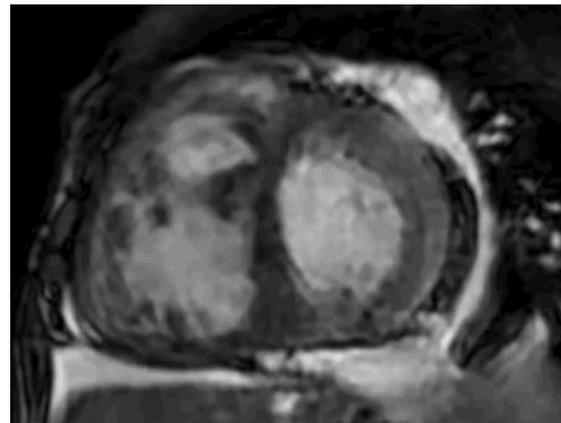
Cas clinique du SFICV n°4





Femme de 26 ans, présentant une altération de l'état général avec dyspnée, ascite et turgescence jugulaire. L'ECG montre une ACFA et l'ETT un ventricule gauche dilaté sans altération de la FEVG, une dilatation des cavités droites et une insuffisance tricuspide sévère.

Ci-contre les images du coroscaner et de l'IRM 4D-flow.



Quel est votre diagnostic ?

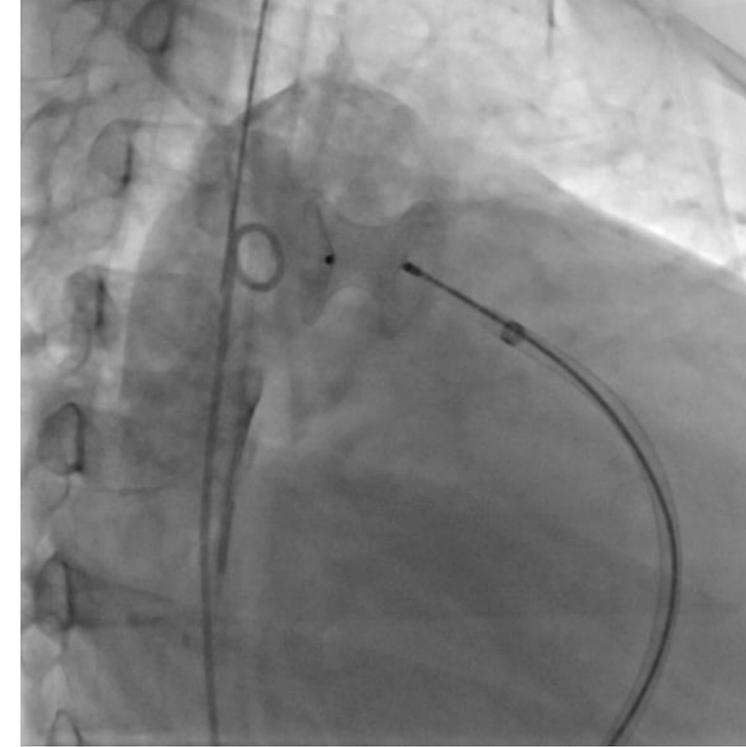
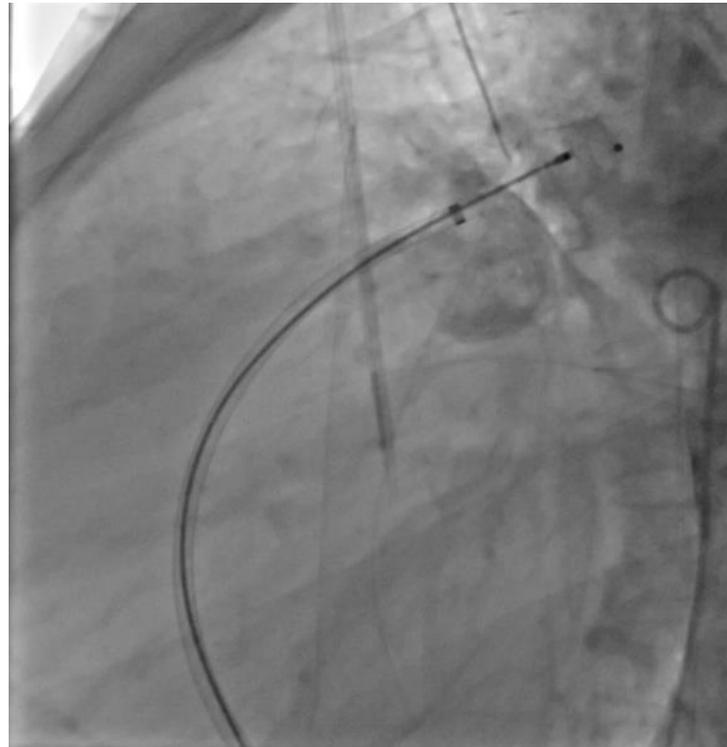
A Tétralogie de Fallot

B Syndrome de Kartagener

E Syndrome d'Eisenmenger

C Coarctation aortique

D Canal artériel persistant



Canal artériel persistant avec hypertension pulmonaire non fixée, traitement endovasculaire par Amplatzer



Quel est votre diagnostic ?

A Tétralogie de Fallot

B Syndrome de Kartagener

E Syndrome d'Eisenmenger

C Coarctation aortique

D Canal artériel persistant



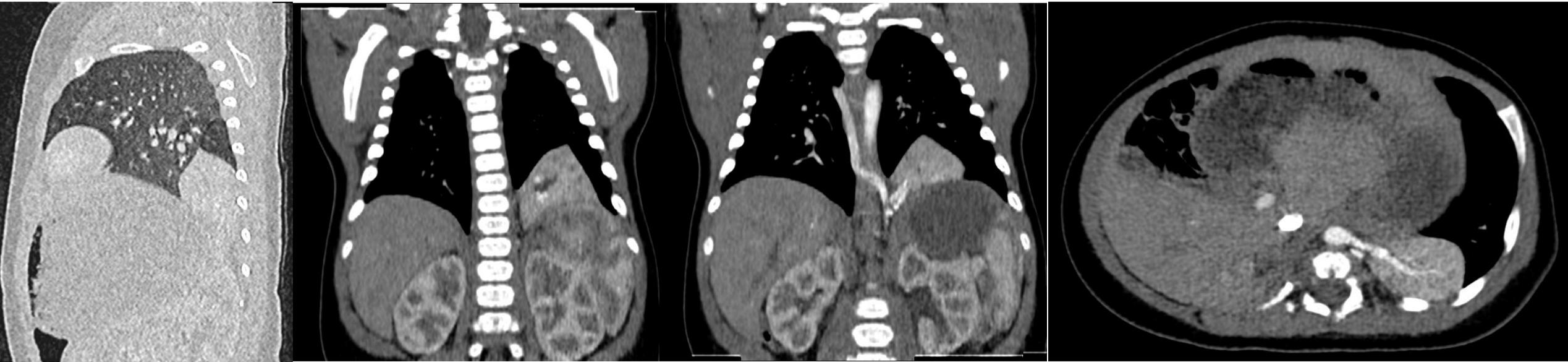
Cas clinique du SFIPP n°4



sfipp

SOCIÉTÉ FRANCOPHONE D'IMAGERIE
PÉDIATRIQUE & PRÉNATALE

Nourrisson de trois mois, anomalie pulmonaire détectée en prénatal. Examen clinique normal.



Quel est votre diagnostic ?

A Malformation adénomatoïde de type III

B Hernie diaphragmatique

E Pneumopathie du LIG

C Séquestration pulmonaire extra-lobaire

D Pneumoblastome



Quel est votre diagnostic ?

A Malformation adénomatoïde de type III (CPAM)

Diagnostic prénatal possible. Images kystiques le plus souvent. Aspect solide du type III. Pas d'artère systémique. Association possible avec une séquestration (formes hydrides).

B Hernie diaphragmatique

Diagnostic prénatal. Défect diaphragmatique avec ascension estomac, anses digestive/ ou foie. Hypoplasie pulmonaire associée avec mauvaise tolérance néonatale.

C Séquestration pulmonaire extra-lobaire

Diagnostic prénatal. **Présence d'une artère systémique et d'un drainage veineux systémique**

D Pneumoblastome

Diagnostic prénatal possible. Lésion évolutive. Présentation possible par pneumothorax. Solide, kystique ou mixte. Predisposition génétique (mutation DICER1).

E Pneumopathie du LIG

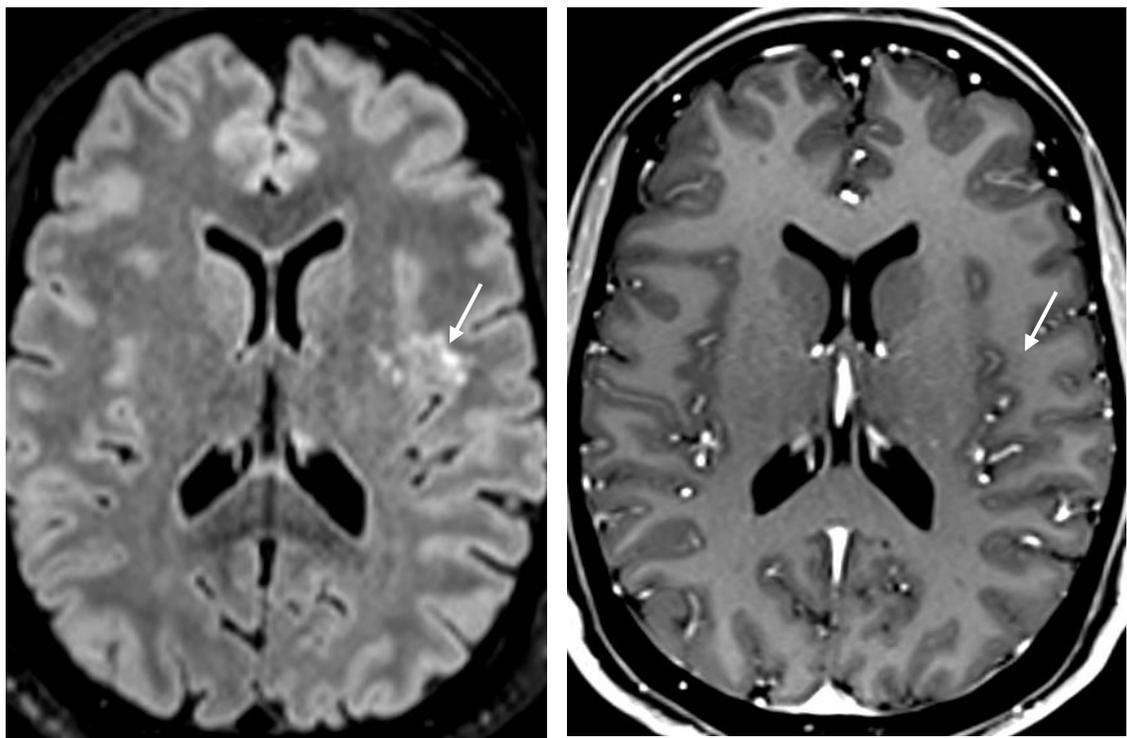
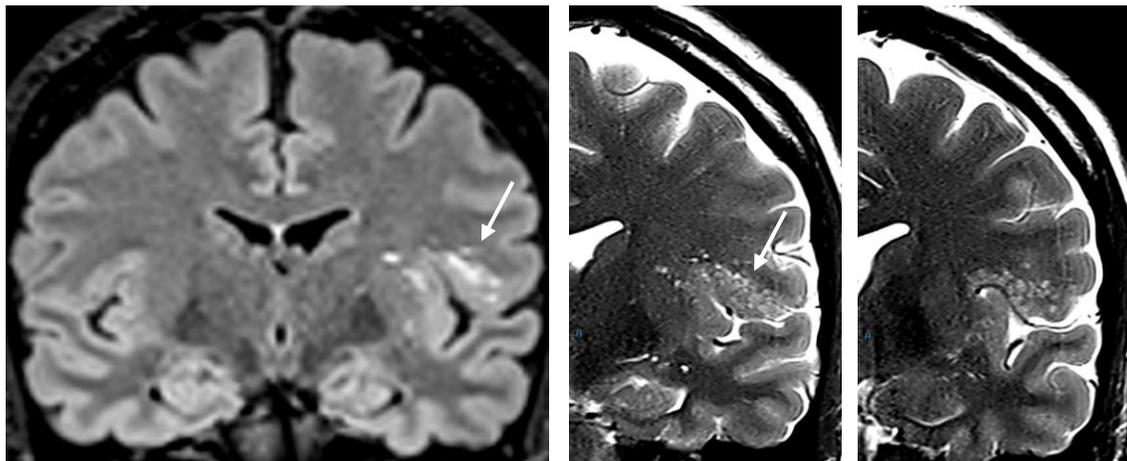
Lésion acquise, symptomatique



Cas clinique du SFNR n°4



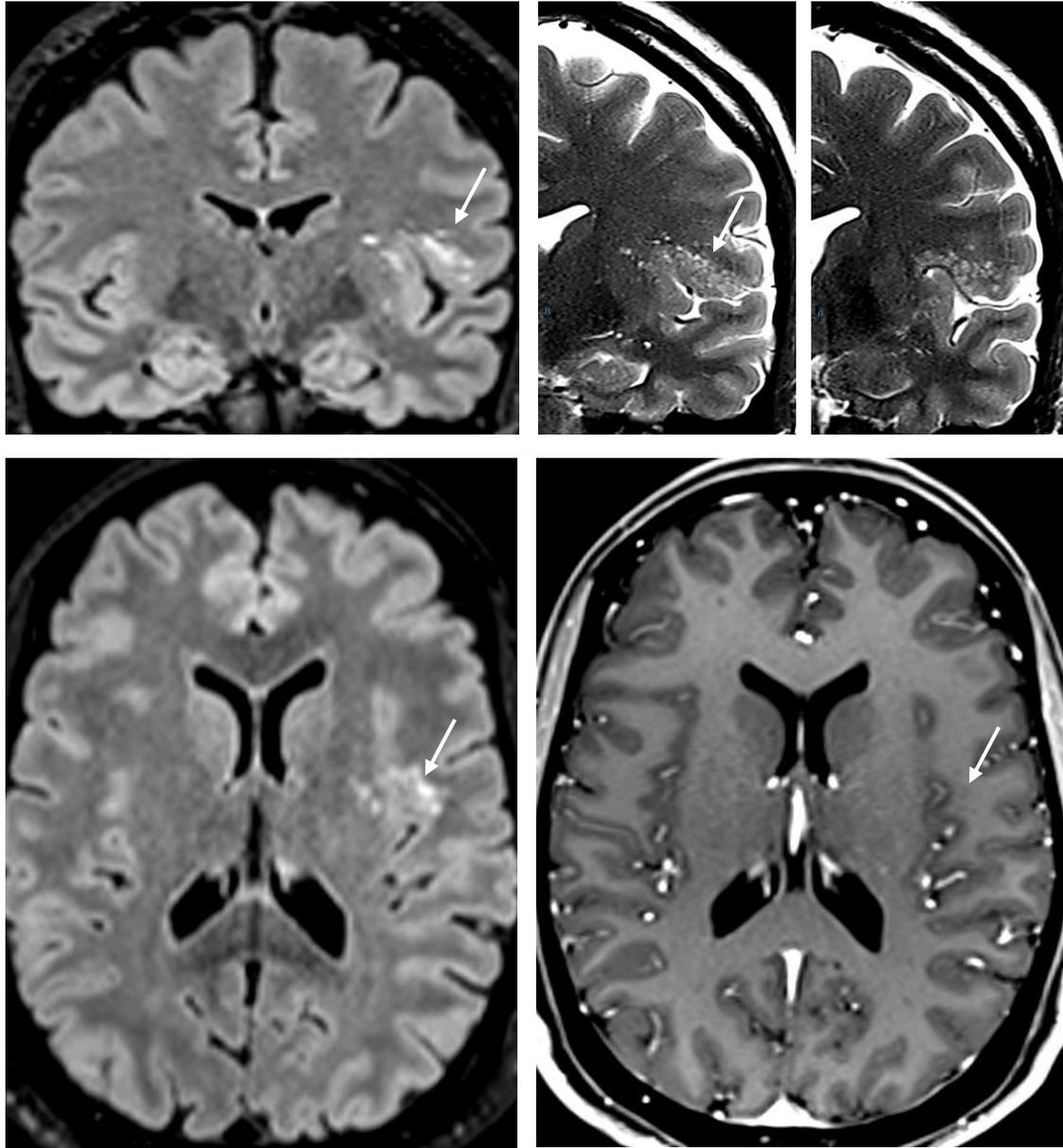
Un homme de 49 ans est adressé pour des céphalées et des vertiges évoluant de manière croissante depuis 3 semaines. Une IRM sans et avec injection de gadolinium est réalisée.



Quel est votre diagnostic ?

- A** Une tumeur neuronale multinodulaire et vacuolaire (MVNT)
- B** Un gangliogliome
- C** Une tumeur glioneuronale à rosettes (RGNT)
- D** Une Tumeur dysembryoplasique neuroépithéliale (DNET)
- E** Une dilatation géante des espaces de Virchow-Robin

Un homme de 49 ans est adressé pour des céphalées et des vertiges évoluant de manière croissante depuis 3 semaines. Une IRM sans et avec injection de gadolinium est réalisée.



Quel est votre diagnostic ?

A

Une tumeur neuronale multinodulaire et vacuolaire (MVNT)

B

Un gangliogliome

C

Une tumeur glioneuronale à rosettes (RGNT)

D

Une Tumeur dysembryoplasique neuroépithéliale (DNET)

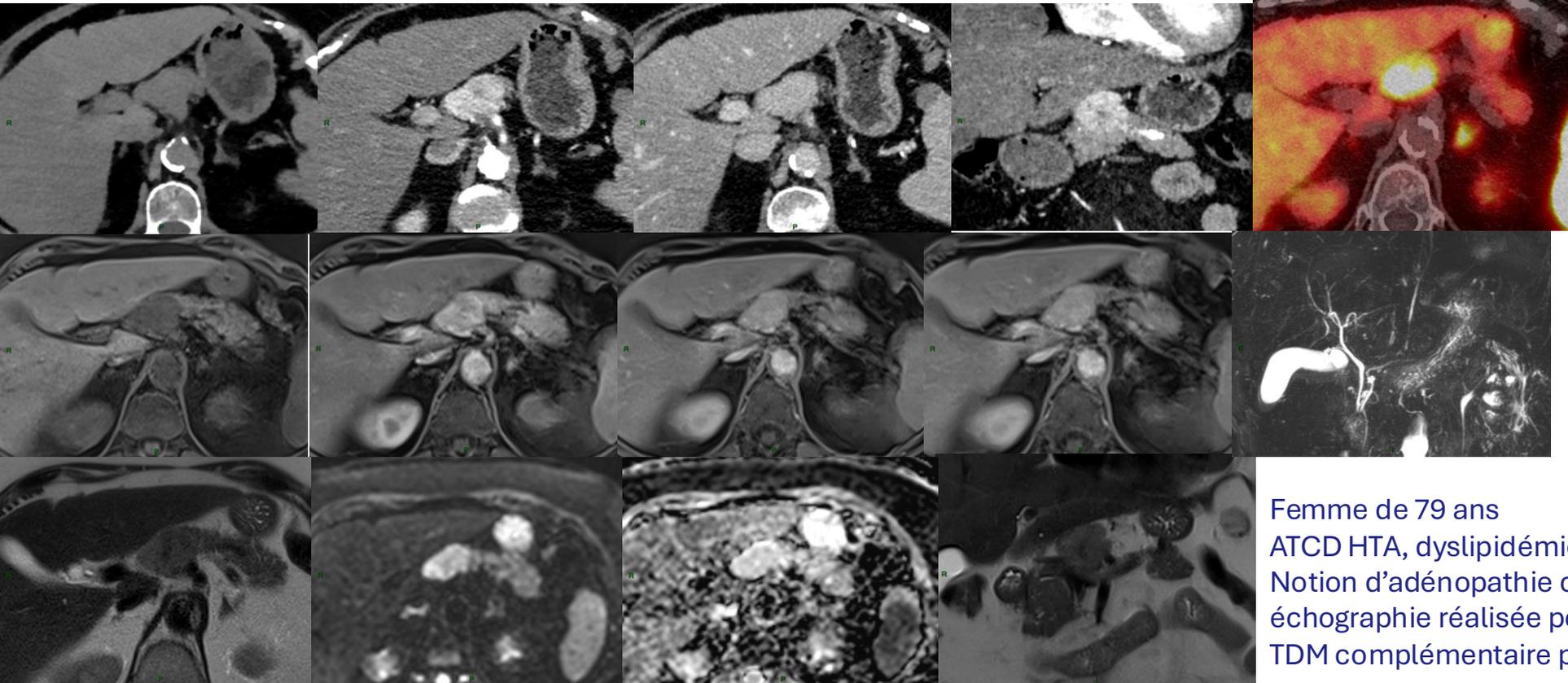
E

Une dilatation géante des espaces de Virchow-Robin



Cas clinique du SIAD n°4





Femme de 79 ans
 ATCD HTA, dyslipidémie
 Notion d'adénopathie cœliaque découverte sur une
 échographie réalisée pour bilan de thrombopénie
 TDM complémentaire puis IRM puis TEP TDM DOTATOC



Quel est votre diagnostic ?

A Tumeur neuro-endocrine

B Tumeur solide et pseudopapillaire

E GIST

C Cystadénome séreux solide

D Métastase pancréatique

	Pour	Contre
TNE	Rehaussement précoce Bien limitée Hyperfixation au DOTATOC	Restriction faible Âge
TSPP	Masse solide	Âge Rehaussement précoce et relativement homogène
CS	Âge Contours discrètement polylobés Faible restriction en diffusion Hyperfixation au DOTATOC	Pas de microkyste en hypersignal T2 (leur présence serait un argument pour une forme pseudosolide mais ils sont absents dans la forme solide)
Métastase	Rehaussement précoce Pas de dilatation du CPP Caractère bien limitée	Pas de lésion primitive
GIST	Rehaussement	Localisation intra pancréatique

Conclusion :

- **Curage à l'origine de l'artère splénique : 4N/4N**
- **Pièce de pancréatectomie partielle :**
Adénome séreux solide, de 3,8 cm, situé dans l'isthme pancréatique, selon la classification OMS. Absence de signe histologique de malignité.
Absence d'embolie vasculaire tumoral. Absence d'engainement périnerveux tumoral.
Absence de métastase ganglionnaire : 4N/4N.
Absence d'envahissement des vaisseaux spléniques.
Exérèse complète avec une marge de 10 mm avec la tranche de section pancréatique.
Phénotype pMMR-IHC (conservation d'expression de MLH1, MSH2, MSH6 et PMS2 en immunohistochimie).
Pas d'argument immunohistochimique pour une instabilité des microsatellites.

Attention à l'interprétation du DOTATOC

- Uncus : variabilité de fixation (possible fixation physiologique)
- Rate intra pancréatique : hyperfixation
- Cystadénome séreux : hyperfixation possible et fréquente



Quel est votre diagnostic ?

A Tumeur neuro-endocrine

B Tumeur solide et pseudopapillaire

E GIST

C Cystadénome séreux solide

D Métastase pancréatique

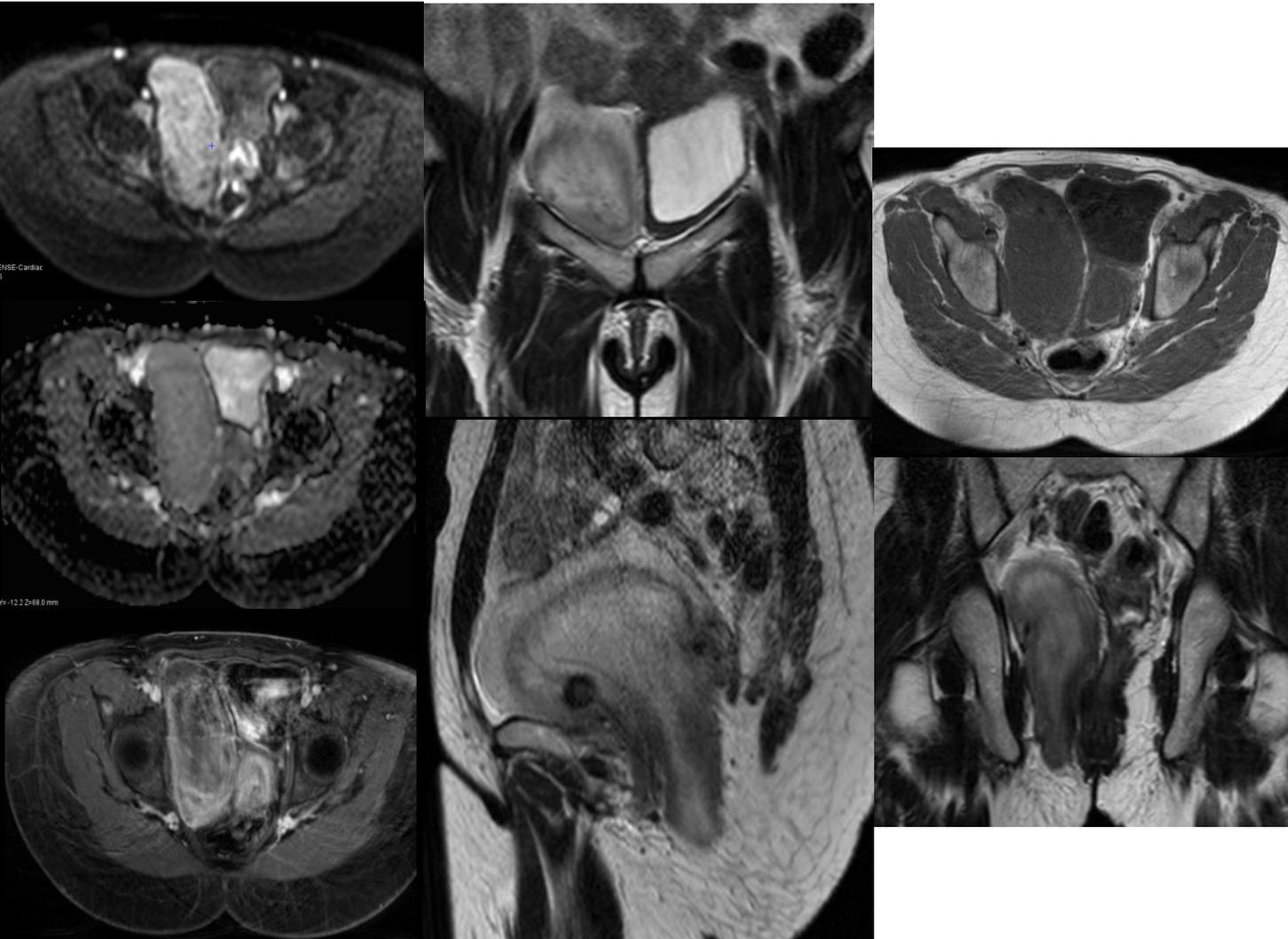


Cas clinique du SIFEM n°4



Patiente de 33 ans, G1P0

Découverte au scanner réalisée pour sensation de pesanteur pelvienne d'une masse paravaginale droite → IRM pelvienne complémentaire



Quel est votre diagnostic ?

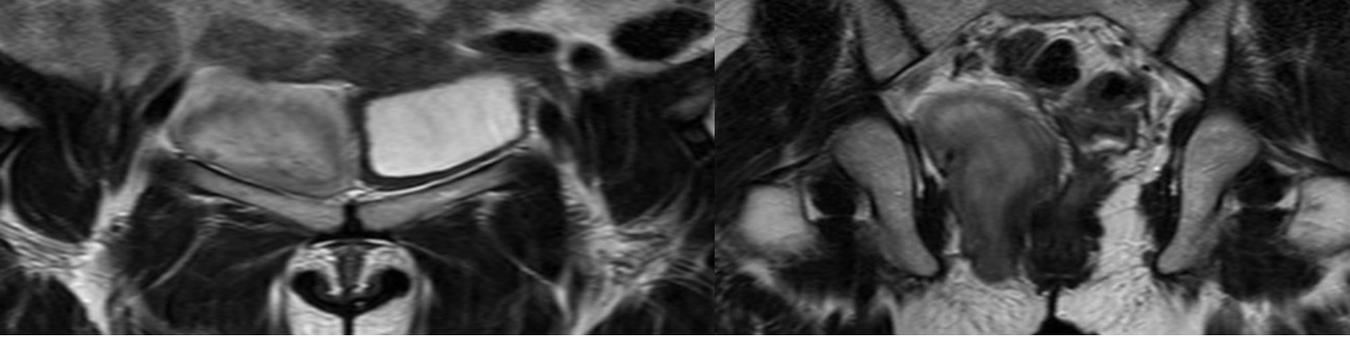
A Angiomyofibroblastome

B Neurofibrome myxoïde

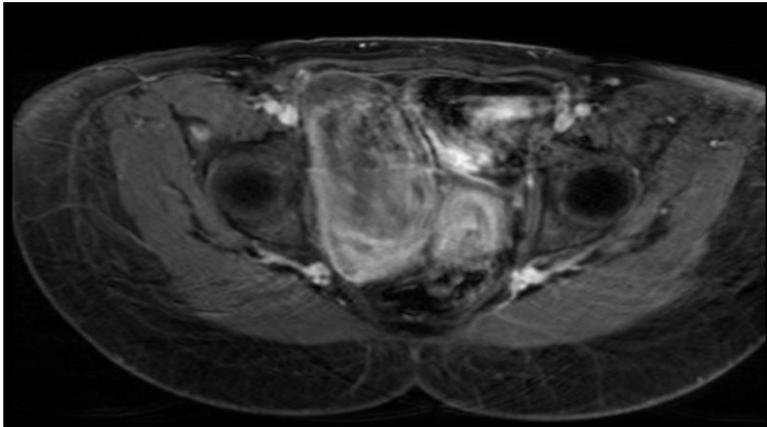
C Angiomyxome agressif

D Liposarcome myxoïde

E Rectocèle



Masse latéro-pelvienne en hypersignal T2 hétérogène « en brin stratifié », sous péritonéale, typiquement **para-vaginale** ou **para-rectale**



Prise de contraste « **tourbillonnante** ou **stratifiée** »

Angiomyxome agressif pelvien

Tumeur **mésenchymateuse myxoïde rare**

Prédominance **féminine**, 90% des cas vers **40 ans**

Localement invasive, croissance lente, **récidive** ++ , pas de métastase à distance

Traitement chirurgical en 1^{ère} intention

Tumeur hormono-sensible :

- Certaines études proposent un traitement par analogue de la LH-RH (hors AMM) :
Pour diminuer la taille tumorale et permettre une chirurgie moins délabrante.
Pour limiter le risque de récurrence (fréquent à l'arrêt du traitement)
- Risque de majoration en taille pendant la grossesse ++



Quel est votre diagnostic ?

A

Angiomyofibroblastome

B

Neurofibrome myxoïde

C

Angiomyxome agressif

D

Liposarcome myxoïde

E

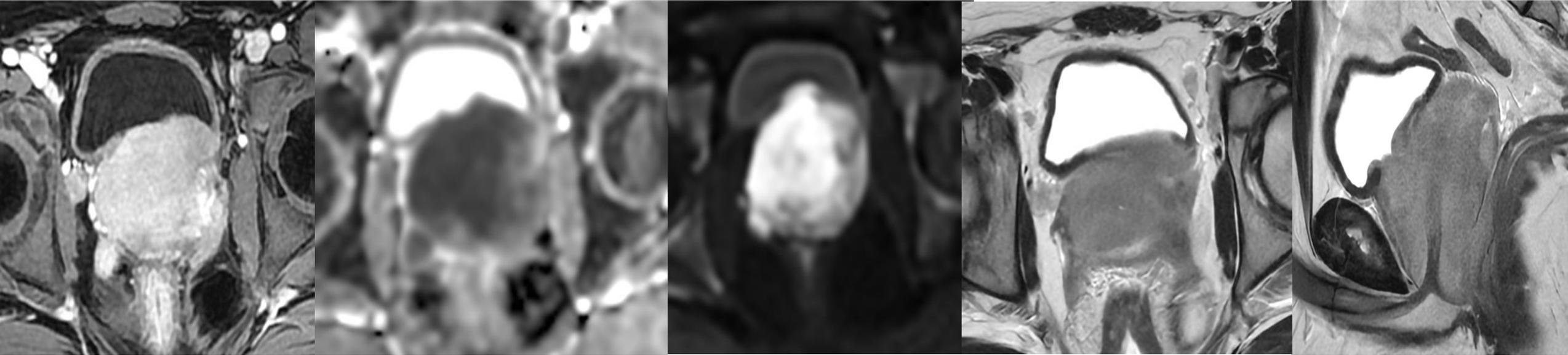
Rectocèle



Cas clinique du SIGU n°4



Garçon de 14 ans, troubles urinaires conduisant à la réalisation d'un scanner montrant une masse pelvienne. Complément par IRM,



Quel est votre diagnostic ?

A Adénome pléomorphe

B Tumeur de Whartin

E Prostatite

C Lymphome

D abcès

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Patient âgé de 14 suivi pour une découverte fortuite d'une volumineuse masse prostatique mesurant 5 cm en diamètre.

NATURE DU PRELEVEMENT : BIOPSIES A L'AIGUILLE PROSTATIQUE

Macroscopie :

4 cylindres biopsiques parvenus frais mesurant de 1 à 1.3 cm de grand axe. 2 fragments ont été mis en cryomold et 1 fragment a été mis en cryotube. Le reste a été fixé en formol et inclus en totalité, avec au total 4 blocs.

Histologie :

L'architecture prostatique est remaniée par la présence d'une prolifération tumorale lymphoïde faite de cellules de taille petite à moyenne. Les cellules ont des noyaux avec une chromatine fine, blastique. On remarque des nombreuses images d'apoptose.

Les cellules tumorales sont de phénotype B : CD79a+, PAX5+, CD20-, CD3-, CD5-, CD7-, CD4-, CD8-, TdT+, CD34+, CD10+, CD1a-, CD99+, CD45-, AE1/AE3-, desmine-, MyoD1-.

L'index de prolifération Ki67 est estimé à 60%.

L'anti-CD3 montre la présence de quelques rares lymphocytes T de petite taille, d'allure réactionnelle.

CONCLUSION :

Au total, ces aspects évoquent le diagnostic d'une localisation prostatique d'un lymphome lymphoblastique B.



Quel est votre diagnostic ?

A Adénome pléomorphe

B Tumeur de Whartin

E Prostatite

C Lymphome

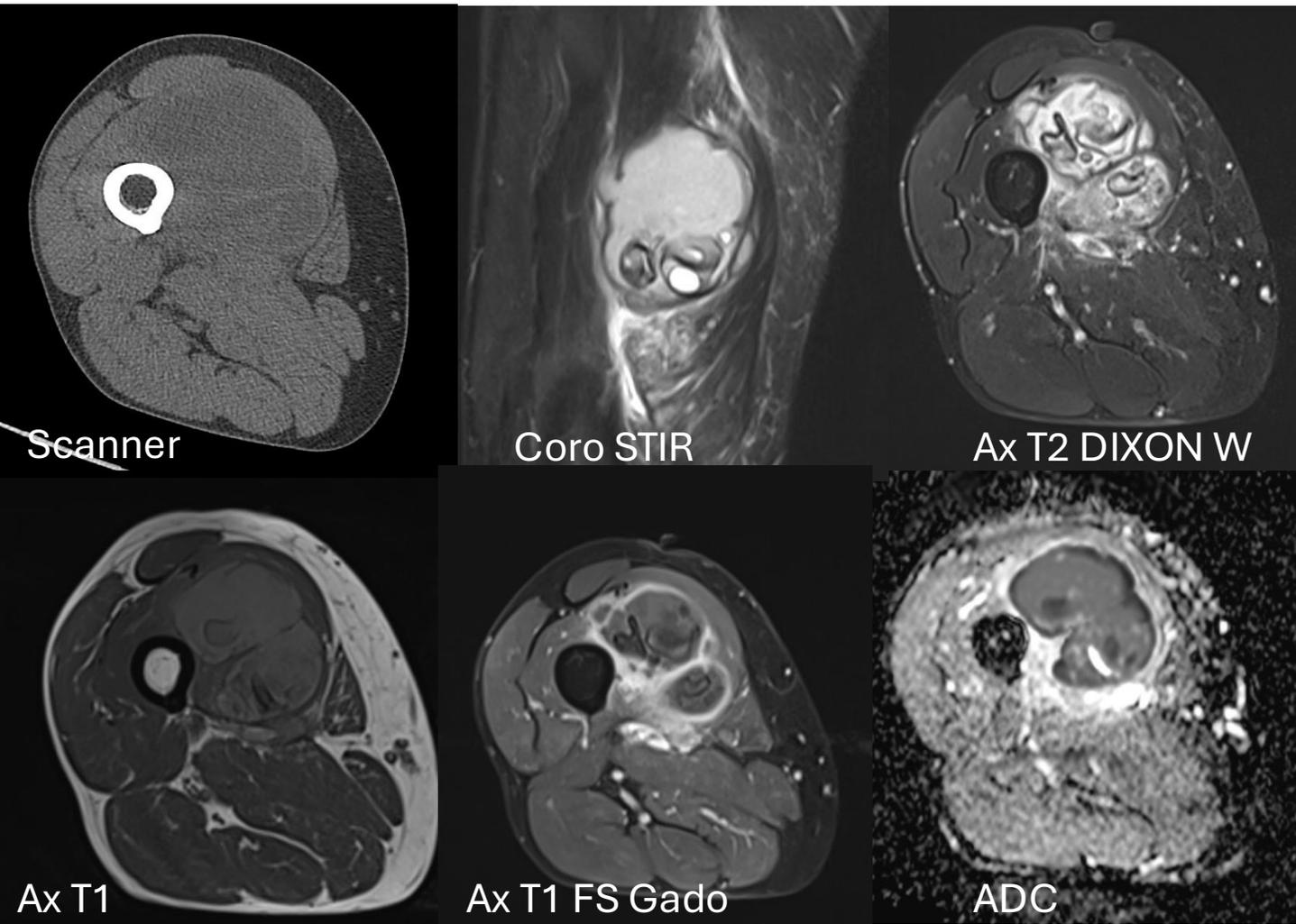
D abcès



Cas clinique du SIMS n°4



Homme de 67 ans – MASSE de la cuisse droite d'apparition progressive



Quel diagnostic pouvez-vous évoquer ?

A

Kyste hydatique

B

Hématome remanié

C

Synoviosarcome

D

Abcès tuberculeux

Masse kystique (hypoT1 hyperT2) sans calcification au scanner, avec rehaussement pariétal et membrane flottante endo-kystique (« Water Lily Sign »). ADC bas.



Quel diagnostic pouvez-vous évoquer ?

A Kyste hydatique

- Echinococcus granulosus/ alveolaris, 4 types de kystes (simple, kystes « filles », calcifié, rompu)
- Foie+++ (75%), poumon (15%), rate (5%), cerveau; Atteinte musculaire rare
- Localisation musculaire: Para-vertébrale, Pelvienne, Cuisse/ Tibia

B Hématome remanié

pas de liseré hypoT1 hypoT2, très hétérogène

C Synoviosarcome

pas de franche portion tissulaire, pas de triple signal, pas de calcification

D Absès tuberculeux

pas de signe de la pénombre, pas d'atteinte osseuse adjacente, membranes endo-kystiques



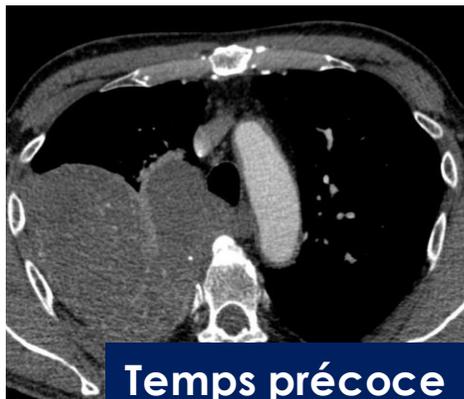
Cas clinique du SIT n°4



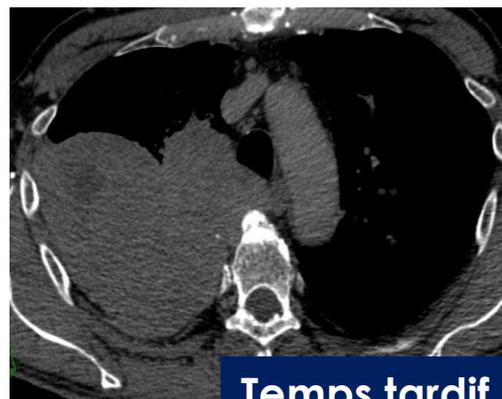
Homme 33 ans. Bilan d'hypoglycémie avec découverte d'une masse thoracique en scanner, et exploration complémentaire en IRM et TEP/CT.



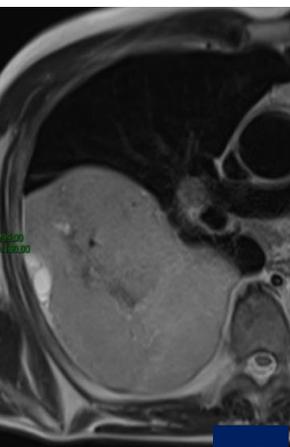
Sans injection



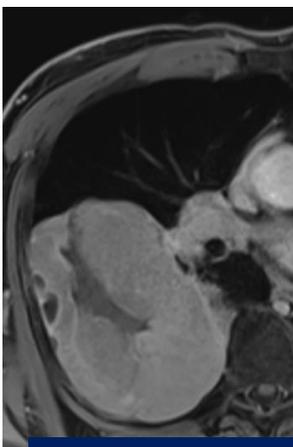
Temps précoce



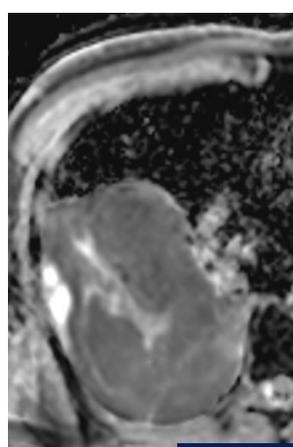
Temps tardif



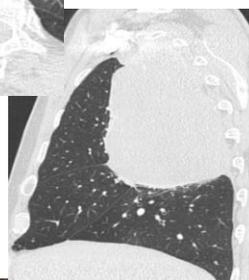
T2



Temps tardif



ADC



SUV max 3,4



Quel est votre diagnostic ?

A

Thymome

B

Tumeur fibreuse solitaire

C

Cancer broncho-pulmonaire

D

Métastase d'un cancer du pancréas

E

Mésothéliome

Homme 33 ans. Bilan d'hypoglycémie avec découverte d'une masse thoracique en scanner, et exploration complémentaire en IRM et TEP/CT.

CONCLUSION :

Tumeur fibreuse solitaire droite de 1,258 kg de 12 cm, bilobée d'implantation sessile, d'aspect cellulaire très dense, peu atypique, nécrosée sur 5% de sa surface, sans aspect sarcomateux hétérologue, adhérente aux feuillets pariétal et viscéral de la plèvre.

- Index mitotique élevé (6 mitoses/10 champs au grossissement x40) et Ki67 : 15%
- Examen immuno-histochimique : marquage nucléaire homogène de STAT6 et CD34 +.
- Envahissement du tissu pulmonaire adhérent et du tissu intercostal sans envahissement osseux. Les limites d'exérèse parenchymateuses pulmonaires et pariétales thoraciques sont saines.

L'ensemble de ces données est en faveur d'une tumeur fibreuse solitaire maligne.

Corentin Schwall et Martine Antoine, service d'anatomopathologie Tenon



Syndrome de Doege Potter
Tumeur fibreuse solitaire sécrétant de l'IGF2 (insuline growth factor)



Quel est votre diagnostic ?

A

Thymome

B

Tumeur fibreuse solitaire

C

Cancer broncho-pulmonaire

D

Métastase d'un cancer du pancréas

E

Mésothéliome