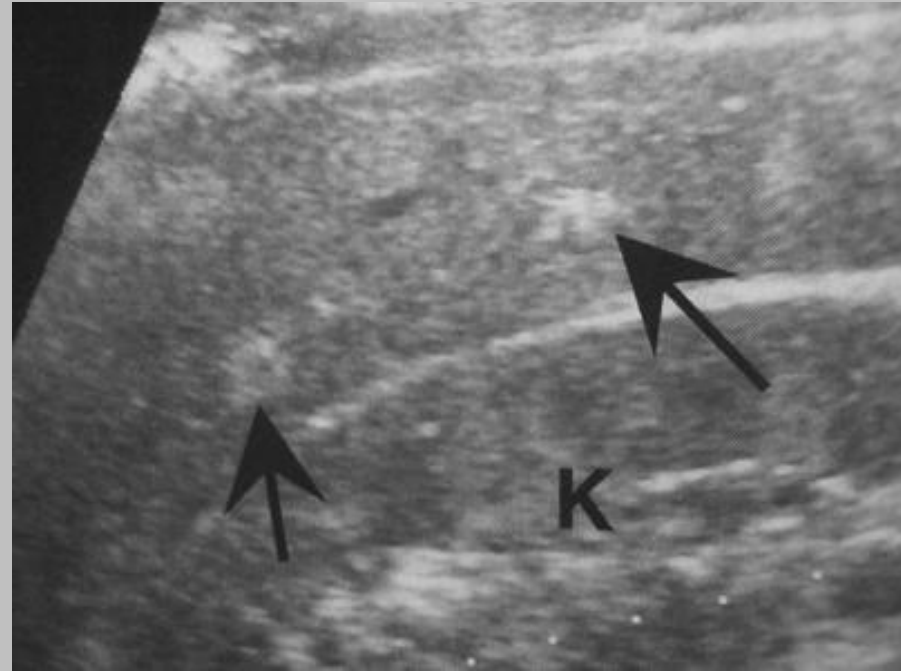
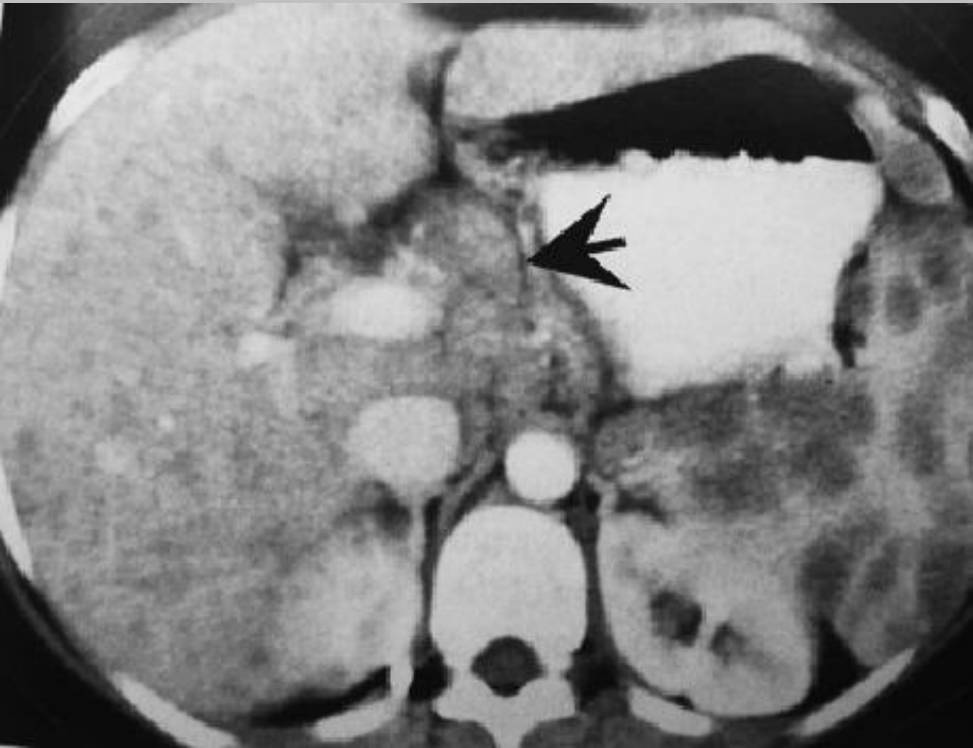
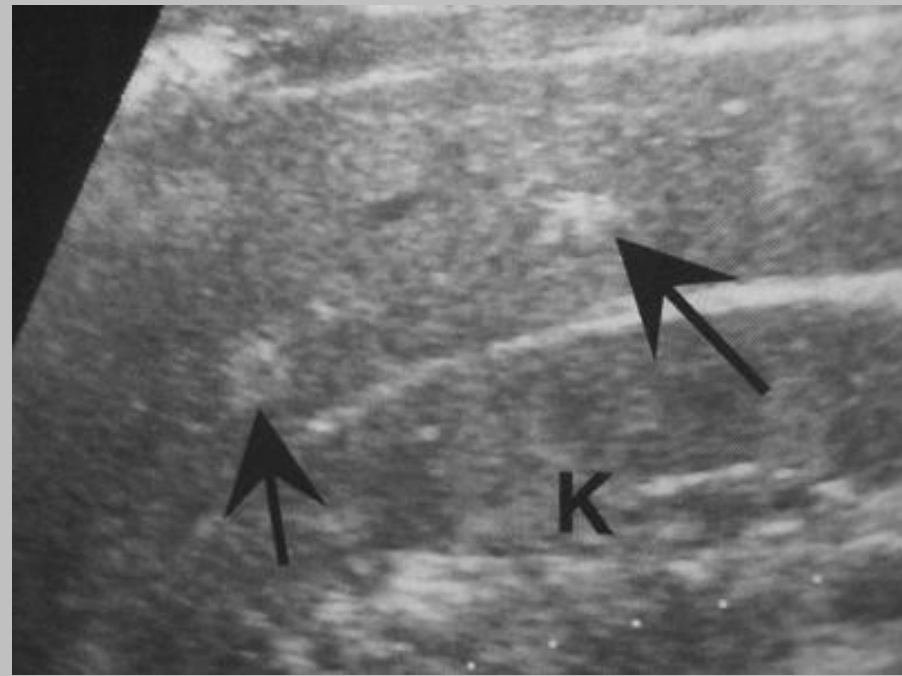
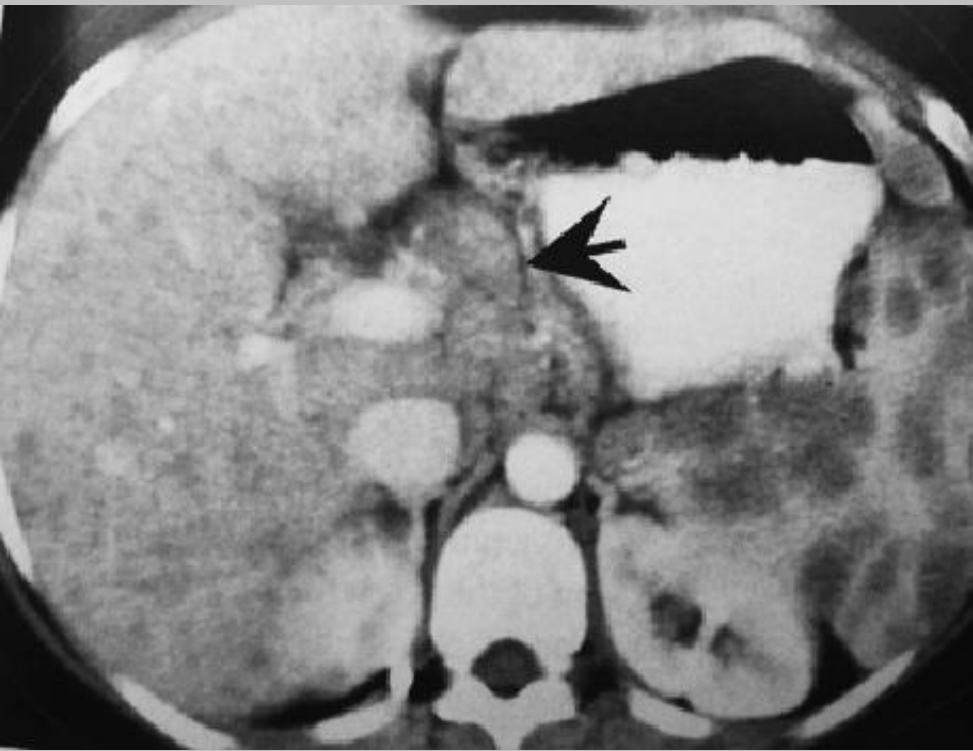


Quiz femme de 21 ans asymptotique





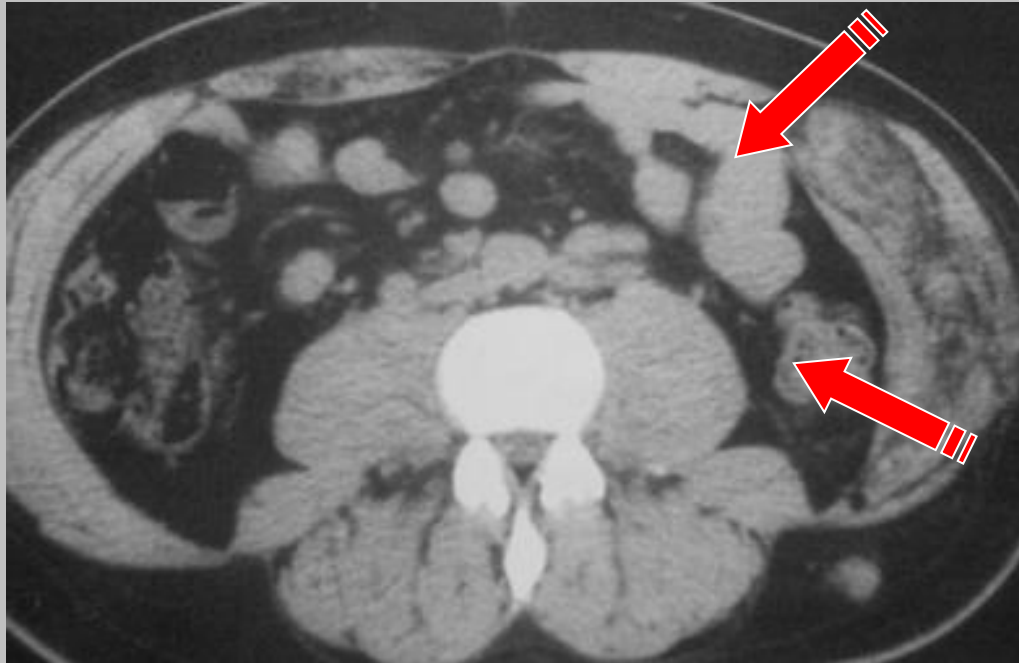
association de nodules
spléniques et d'adénopathies
abdominales

Il existe des formes
encore plus atypiques

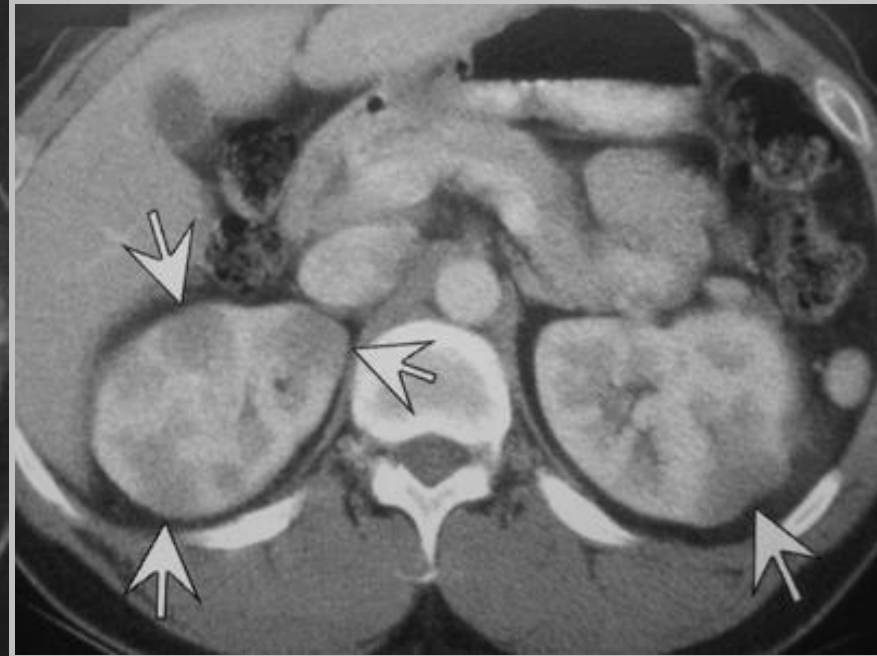
.....

sarcoïdose abdominale

localisation musculaire



localisations rénales



AJR janvier 2004, Warshauer et al, 15-28

Questions pour un champion

**citez 4 circonstances cliniques
associant des adénopathies
abdominales et des nodules
spléniques**

adénopathies abdominales + nodules spléniques

- métastases
- sarcoïdose
- tuberculose
- lymphome
- maladie de Castelman

autre exemple de localisation abdominale de la tuberculose

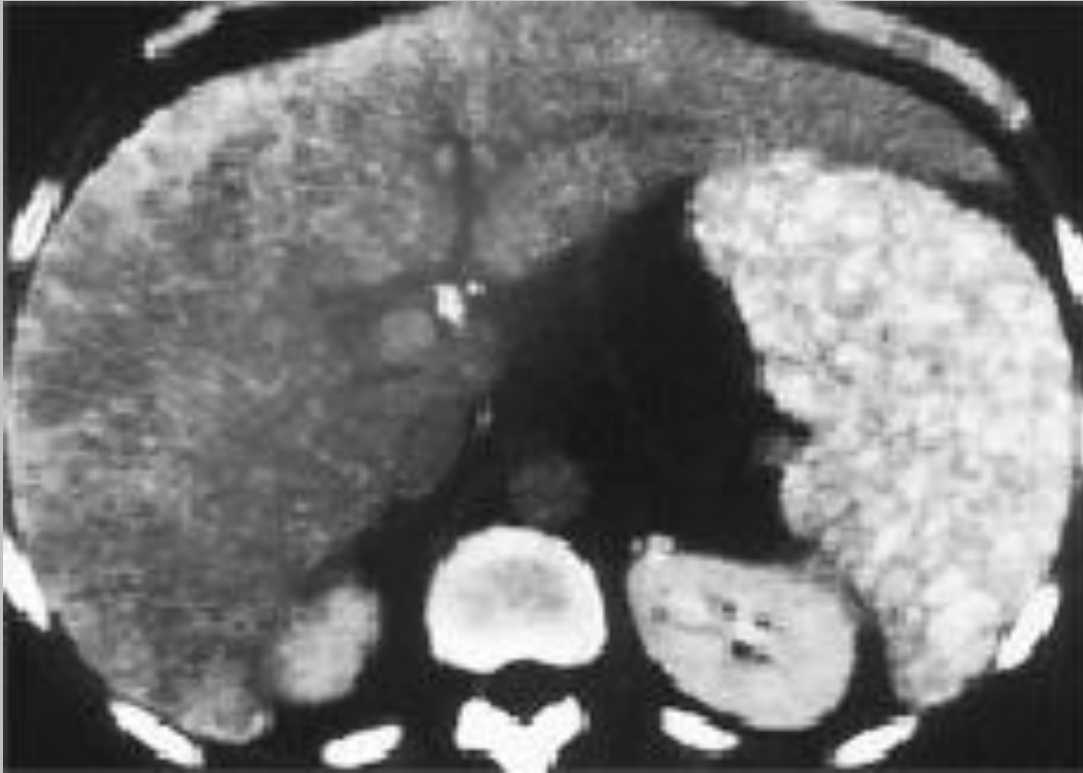
tuberculose
splénique

aspécifique



tout nodule splénique doit faire l'objet d'un scanner thoracique pour une réelle démarche diagnostique !

calcifications spléniques ou ganglionnaires

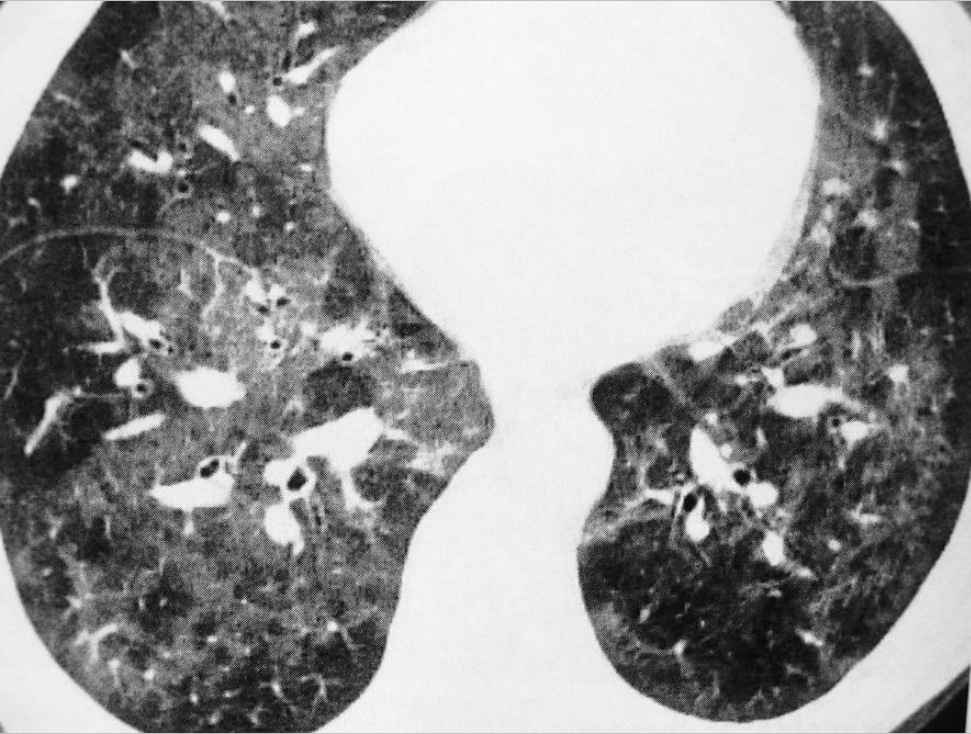


Puisque la rate n'est pas atrophique, il ne s'agit donc pas d'une banale drépanocytose...

Là encore, ayez le réflexe du scanner thoracique !

avec un verre dépoli pulmonaire typique

+



= pneumocystose pulmonaire
et extra-pulmonaire

avec des micronodules
des adp calcifiées et des pseudo-masses
fibreuses

+

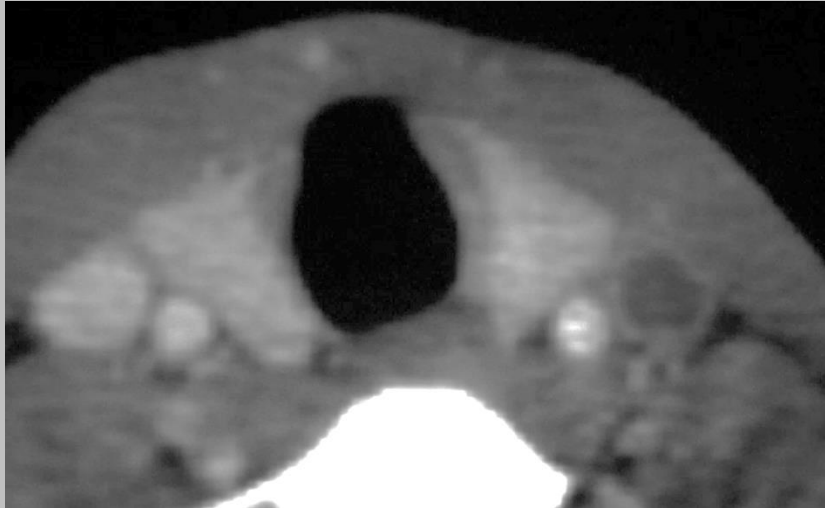
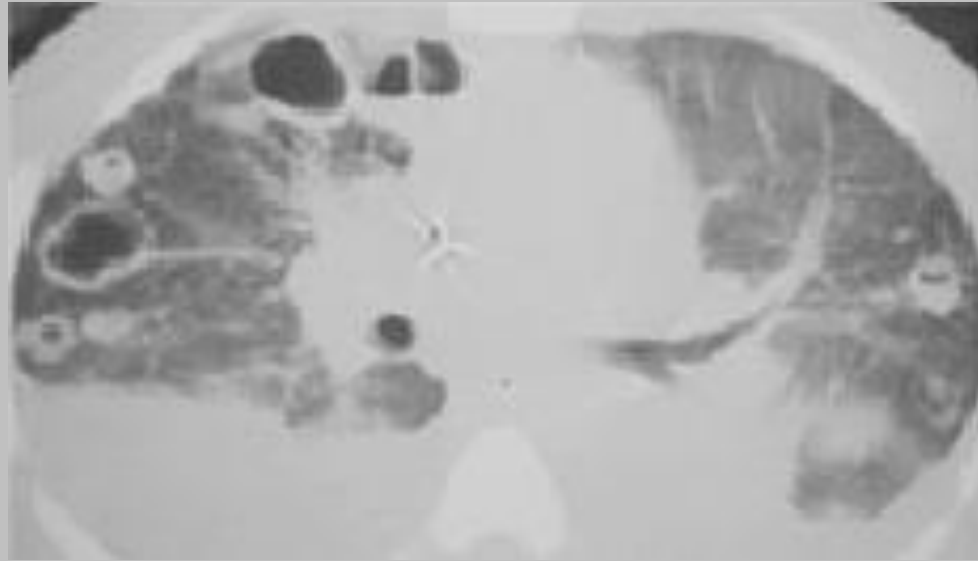


= silicose pulmonaire
et extra-pulmonaire

abcès splénique , sepsis sévère



+

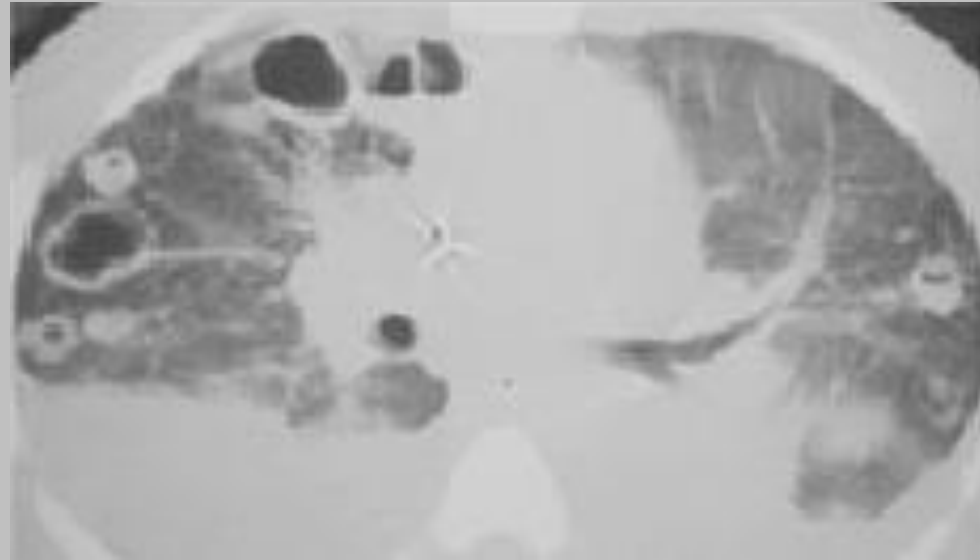


= ?

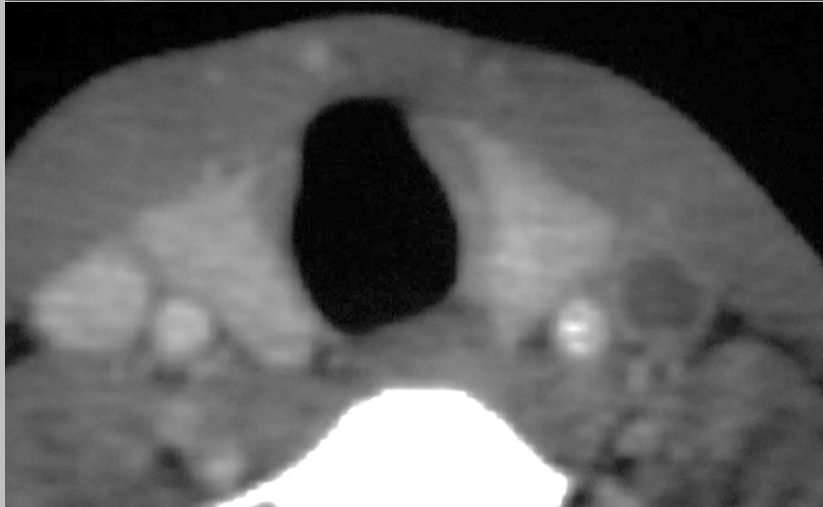
abcès splénique , sepsis sévère



+



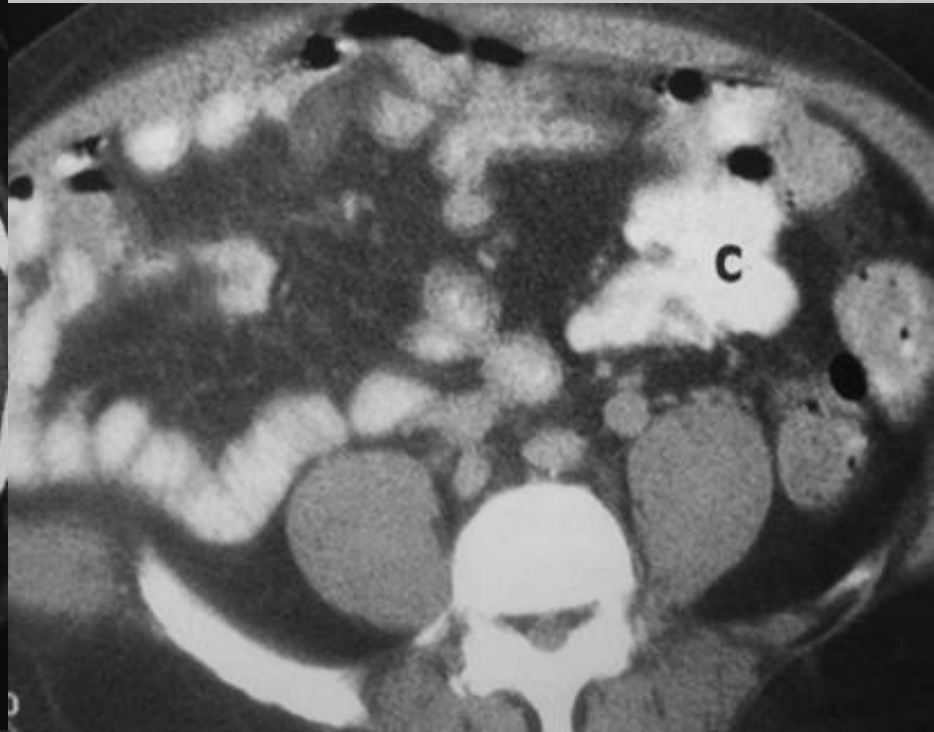
thrombophlébite jugulaire



syndrome de Lemierre

(angine fuso spirillaire)

Quiz un diagnostic, un seul !!

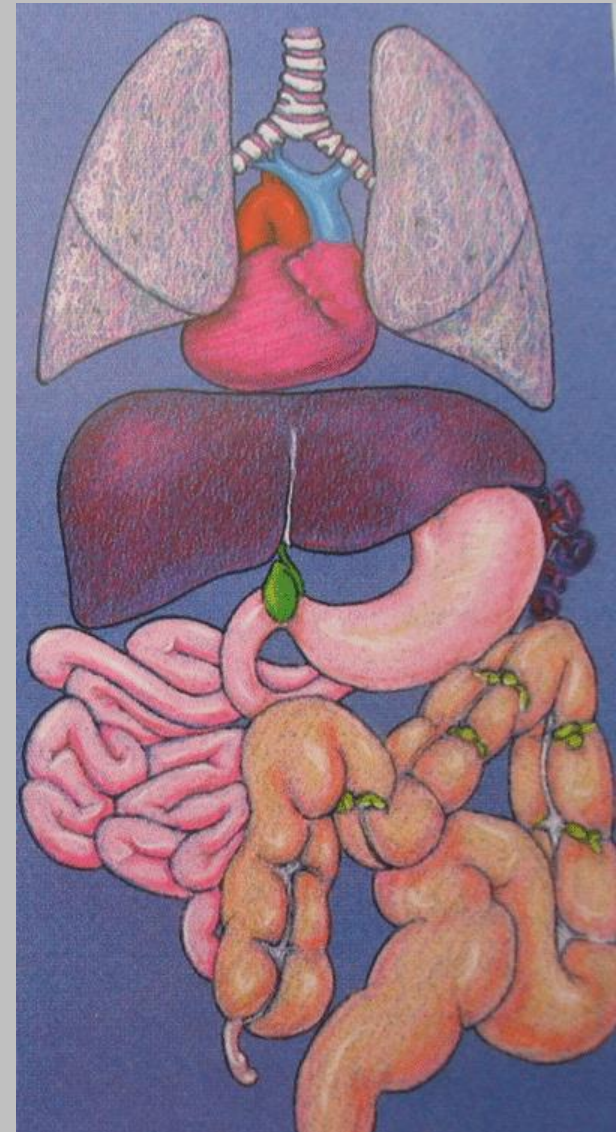


polysplénie

situs ambigu
(à ne pas confondre
avec le situs inversus)



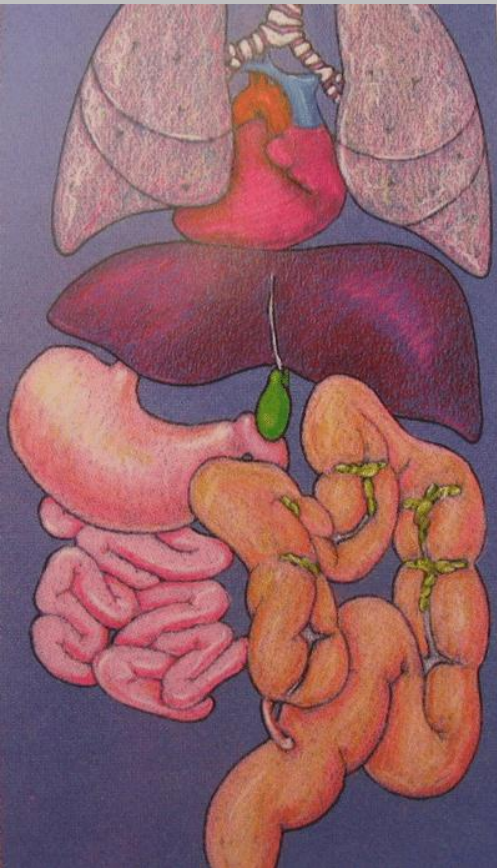
« hétérotaxie »
Lévo-isomérisme



*Ref : Radiographics, 2002,
22, 1439-1456, Fulcher et al*

diagnostic différentiel :

une autre forme de situs ambigu avec dextro
isomérisme



asplénie

Question pour un champion

Parmi les anomalies suivantes, une seule n'est pas associée au **syndrome de polysplénie**, laquelle ? 

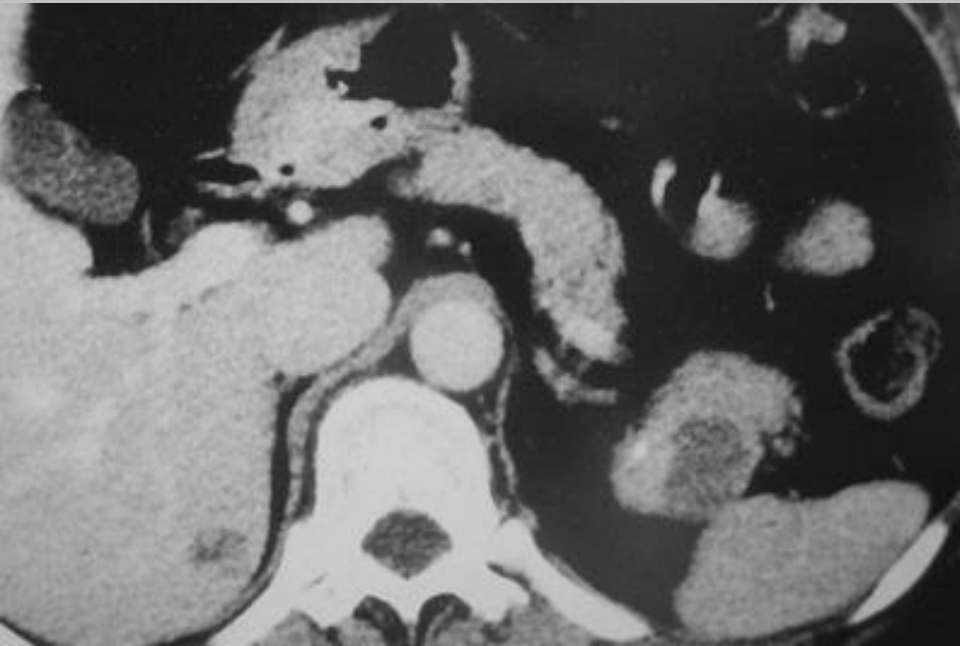
1. pancréas court
2. tronc commun coeliomésentérique
3. surrénale en fer à cheval
4. double veine cave inférieure
5. agénésie du segment rétro-hépatique de la VCI
6. agénésie vésiculaire
7. atrésie des voies biliaires intrahépatiques
8. malrotation intestinale
9. absence de grand épiploon
10. isomérisme hépatique

seule les **surrénales en fer à cheval** est une réponse fausse.



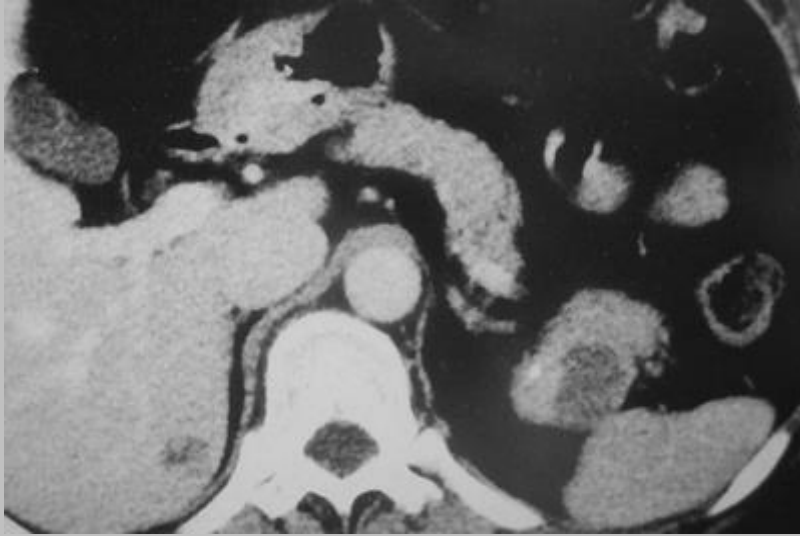
cette malformation surrénalienne est plus fréquemment associée à une **asplénie**.

Quiz : masse entre la rate et la queue du pancréas.



Le diagnostic de nature de cette lésion kystique au sein de cette masse n'est pas possible; mais de quelle masse s'agit-il ?

rate accessoire avec un kyste épidermoïde



se rappeler que toutes les affections de la rate normale sont possibles sur les rates accessoires



infarctus sur rate accessoire dans une drépanocytose

Quiz un dg différentiel classique de l'adénome ou de l'HNF



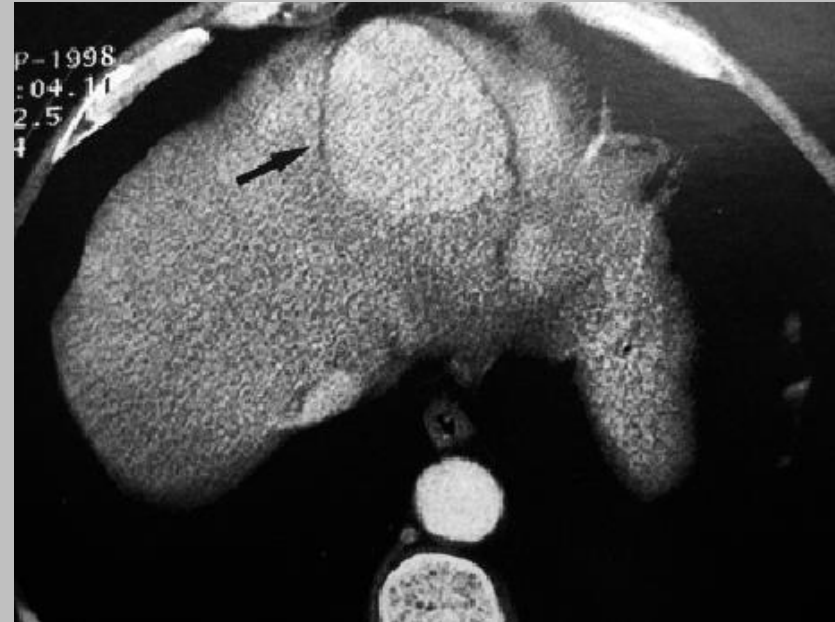
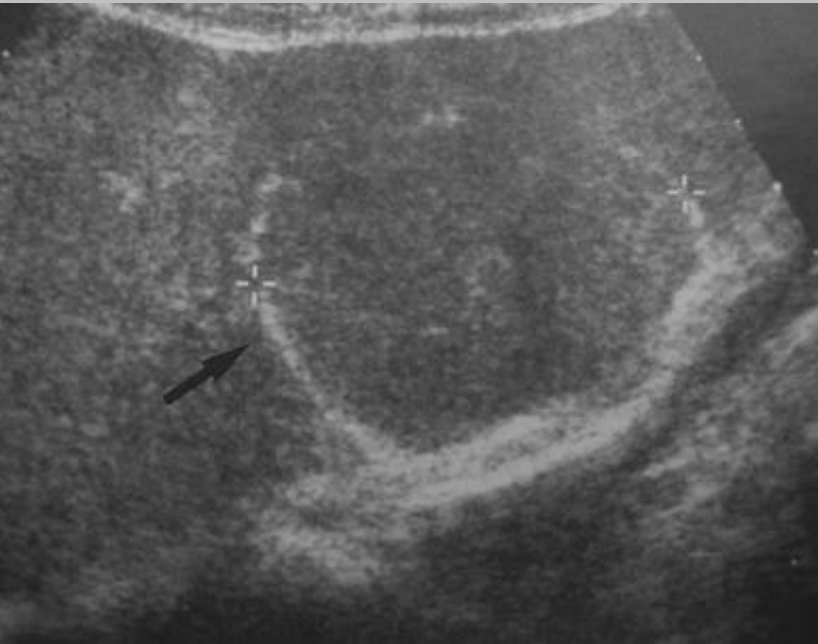
TDM



T1



Quiz un dg différentiel classique de l'adénome ou de l'HNF



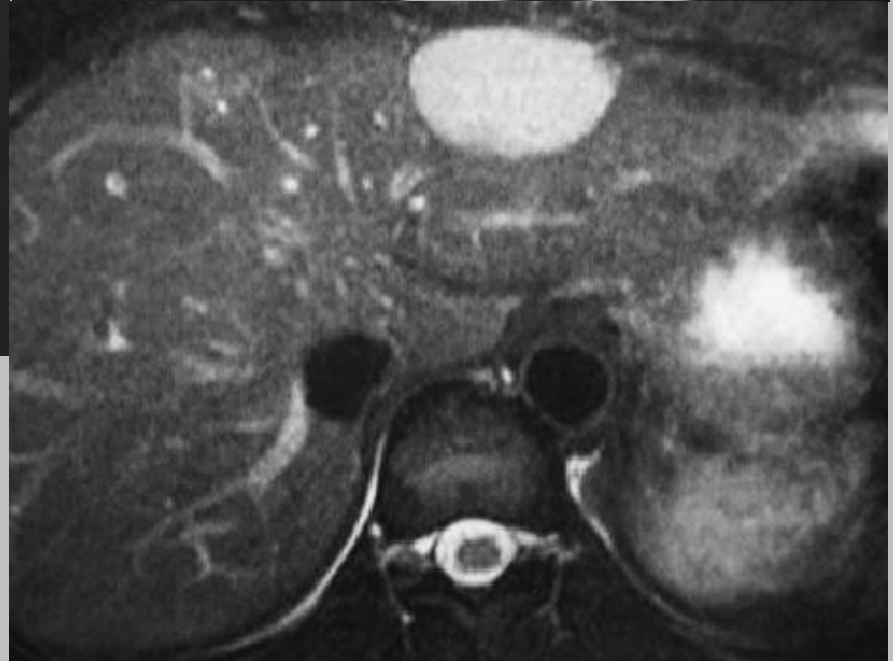
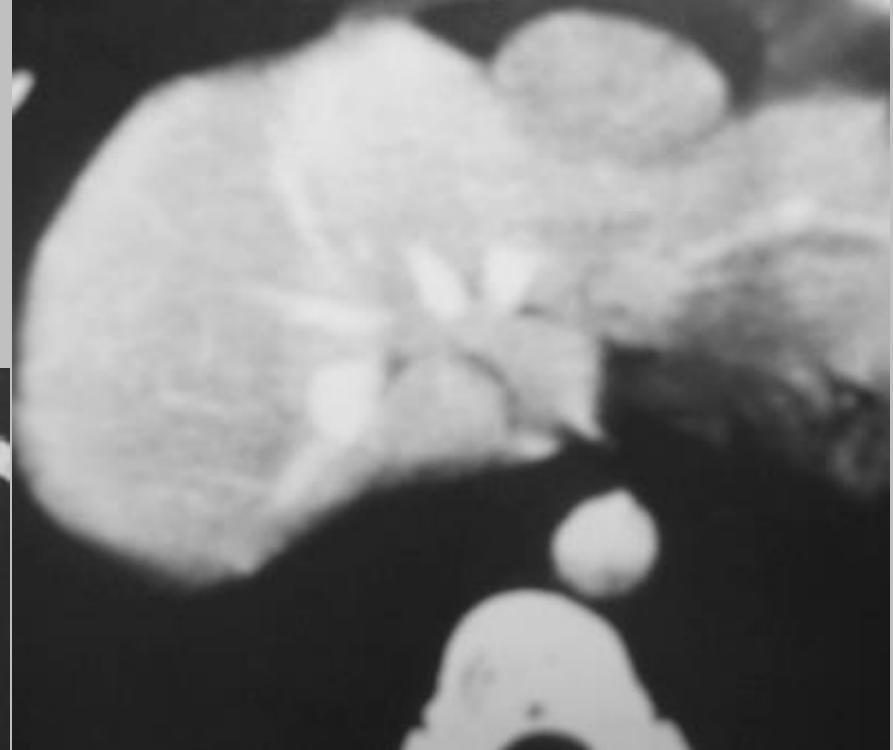
TDM

nodule de splénose
après traumatisme
et/ou splénectomie



T1

autre exemple

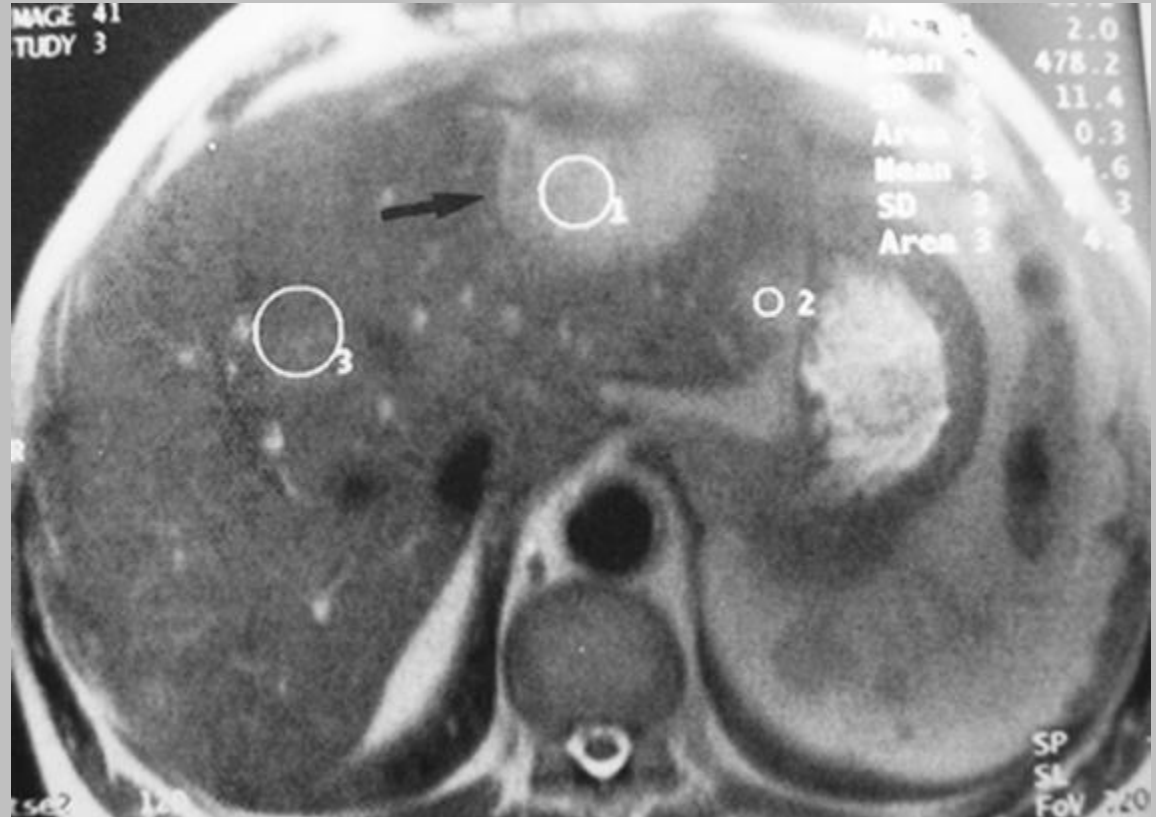


Ref : Radiology, quiz , Vilgrain et al

splénose intrahépatique

T2

- isoéchogène
- rehaussement au temps artériel +++
- hyposignal T1
- discret hypersignal T2
- anamnèse +++



Ref : Abd Imaging, 2000, 25, 2 : 187-189, De Vuysere et al

quelques notions à garder en mémoire, concernant les nodules de splénose

- **anapath** :

pas de pédicule vasculaire propre, follicules lymphoïdes rares et mal définis, pas de capsule, multiple (100 à 150 en moyenne sur les études autopsiques !)

- **localisation ubiquitaire** :

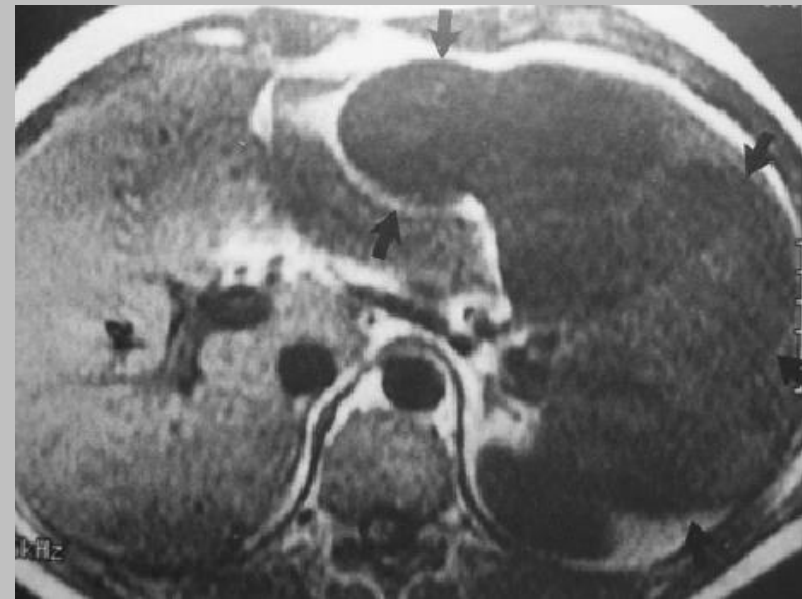
intestinale, épiploïque, péritonéale, rétropéritonéale, péri-rénale, intrathoracique (pleurale ou péricardique), hépatique (« pseudo-adénome »)

- **complications rares** :
 - douleur par **torsion** des formes pédiculées
 - **réurrence de maladies hématologiques** (anémie hémolytique, purpura thrombocytopénique, syndrome de Felty)
 - surtout des **erreurs diagnostiques**
 - **hémorragie digestive** pour les rares localisations pariétales gastrointestinales

Quiz masses spléniques



masse hétérogène, multinodulaire



T1 : relatif hyposignal T1

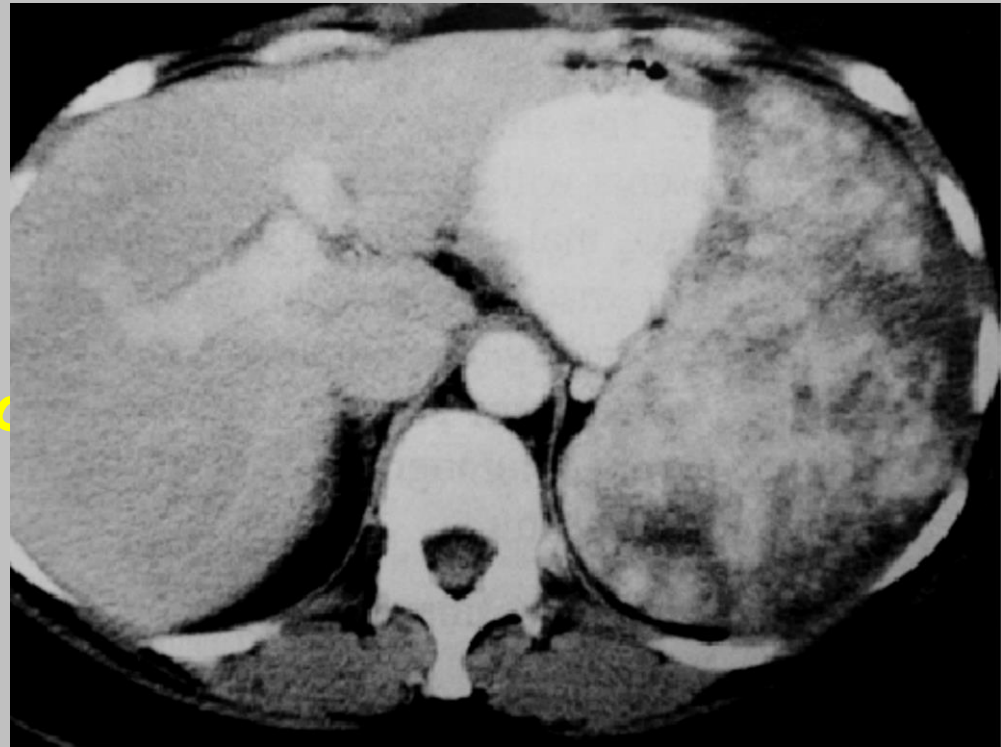


T2 : dépôts d'hémosidérine

angiosarcome splénique

autre exemple

- 30% : hémopéritoine spontané
- souvent asymptomatique
- métastases ubiquitaires
- 20% de survie à 6 mois
- dg et splénectomie précoc
- Dg diff : hémangiome
à cellules littorales
- Rx : hétérogène et diffus +++



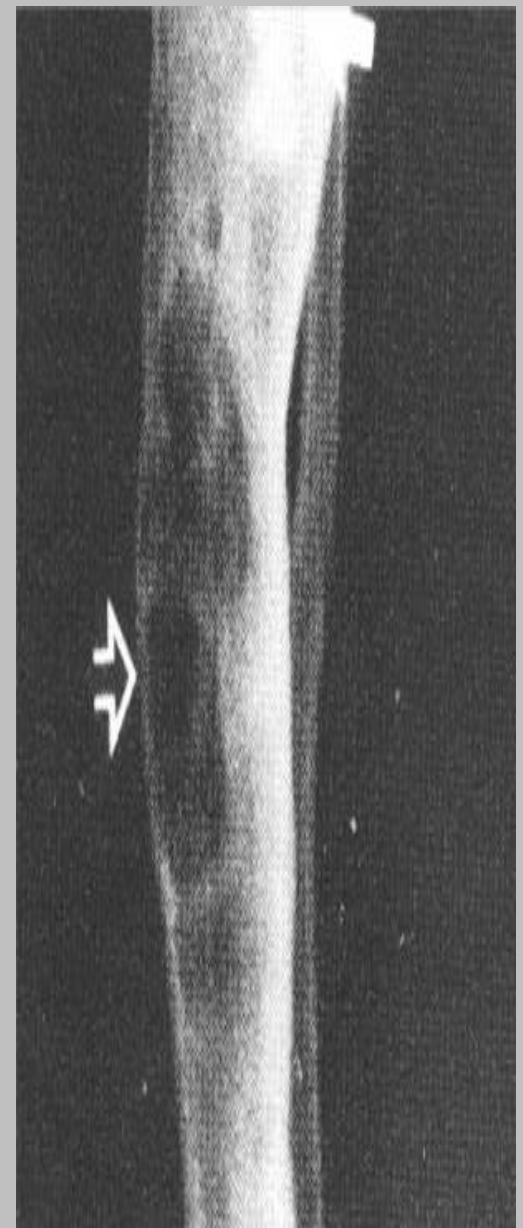
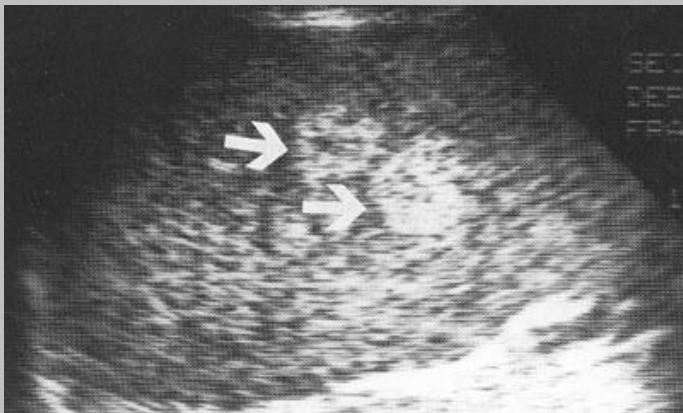
Ref : Abd Imaging, 2000, 25, 283-285, Vrachliotis et al

Quiz rate nodulaire *atcd d'ostéonécrose de la hanche*



maladie de Gaucher

(type 1) = forme chronique
non neurologique: organomégalie
lésions osseuses, cytopénie



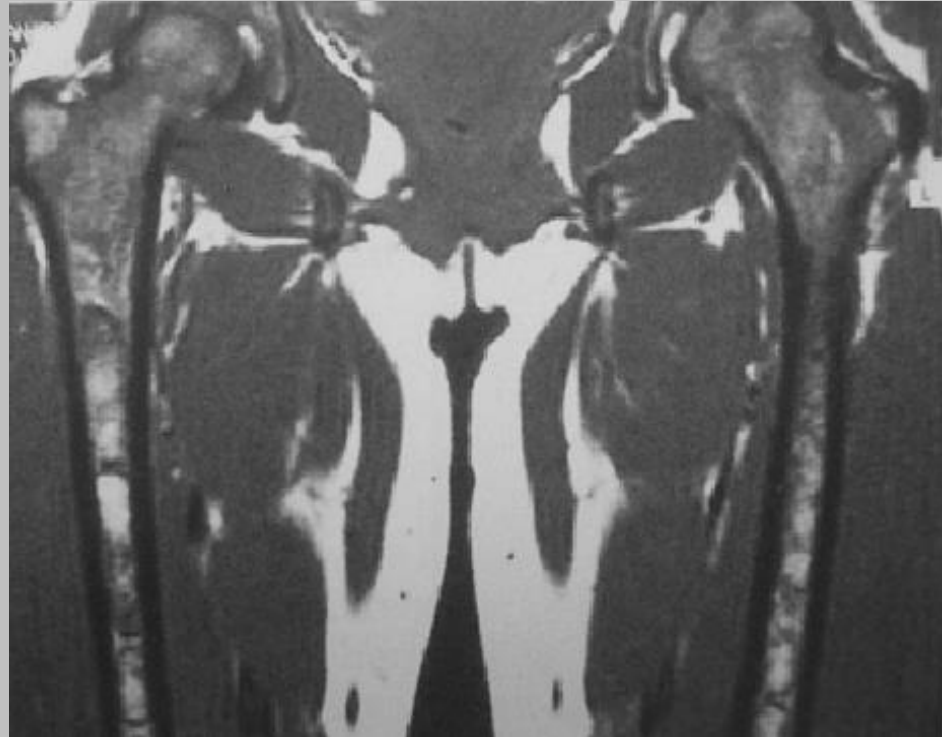
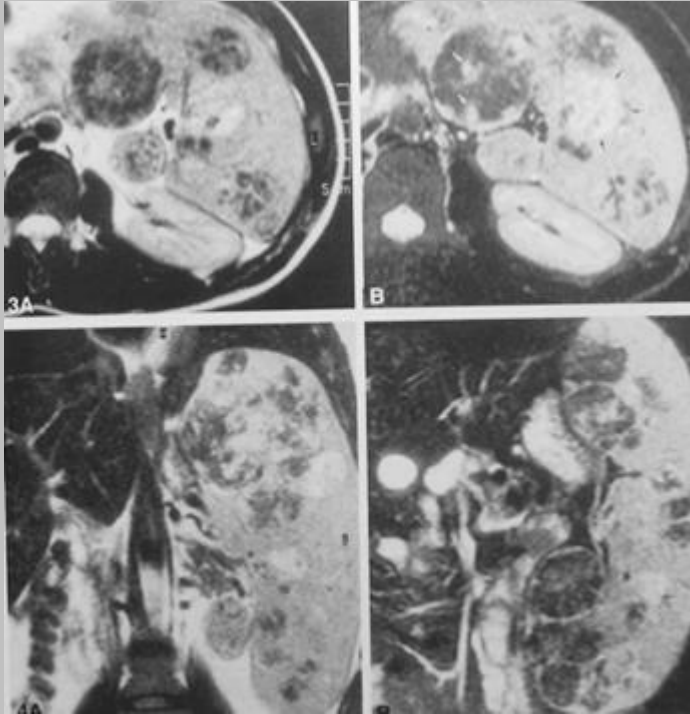
- nodule pseudo-angiomateux
- lésions osseuses diverses
- aucune manifestation neurologique
- existe-t-il un risque d'hémopathie ?

Ref : *Abd Imaging*, 2000, 25, 287-289, Poll et al

augmentation du risque d'hémopathie (x15)

:

surveillance par la LDH et la β 2microglobulinémie



nodules spléniques
multiples aspécifiques :

*coexistence de nodules en
hyposignal et d'autres en
hypersignal*

↓
moelle
hétérogène

Quiz

contexte de myélofibrose

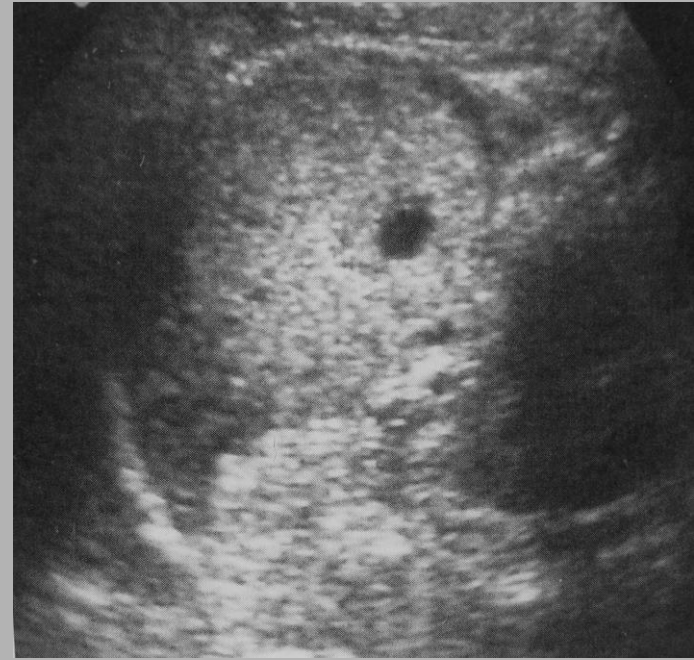


foyer d'hématopoïèse extramédullaire

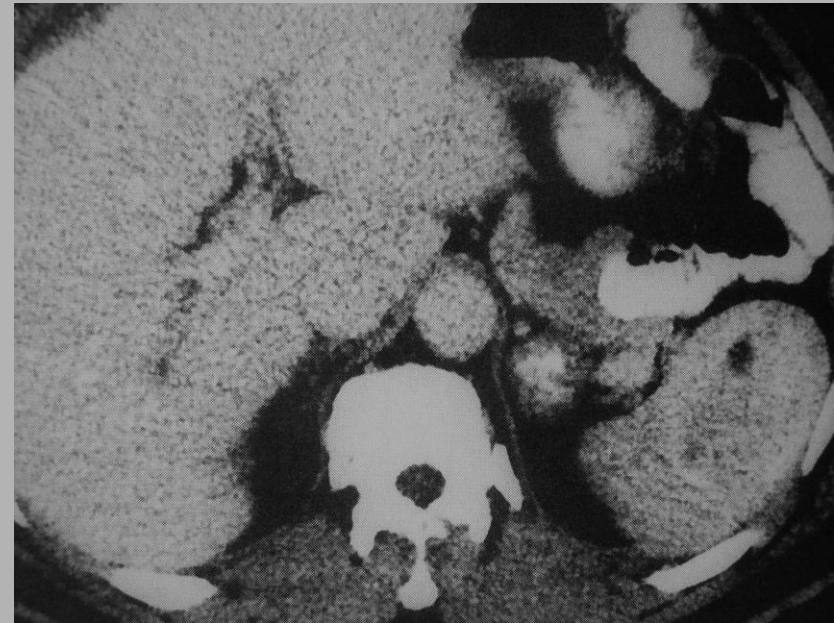
- foyer d'**hématopoïèse** pseudo-tumoral de siège **ubiquitaire** (ganglionnaire, rétropéritonéale, hépatique, splénique, pancréatique, surrénalienne, mammaire, laryngée, dure-mérienne,....)
- **importance de l'anamnèse** :
 - drépanocytose, anémie hémolytique chronique (thalassémie, sphérocytose), ostéopétrose, maladie de Gaucher, maladie de Paget
 - syndrome myélodysplasique ou myéloprolifératif, myélofibrose, métastase osseuse diffuse
- **scintigraphie ++**

Ref : Abd Imaging, 1999, 24 : 366-368, Aytaç et al

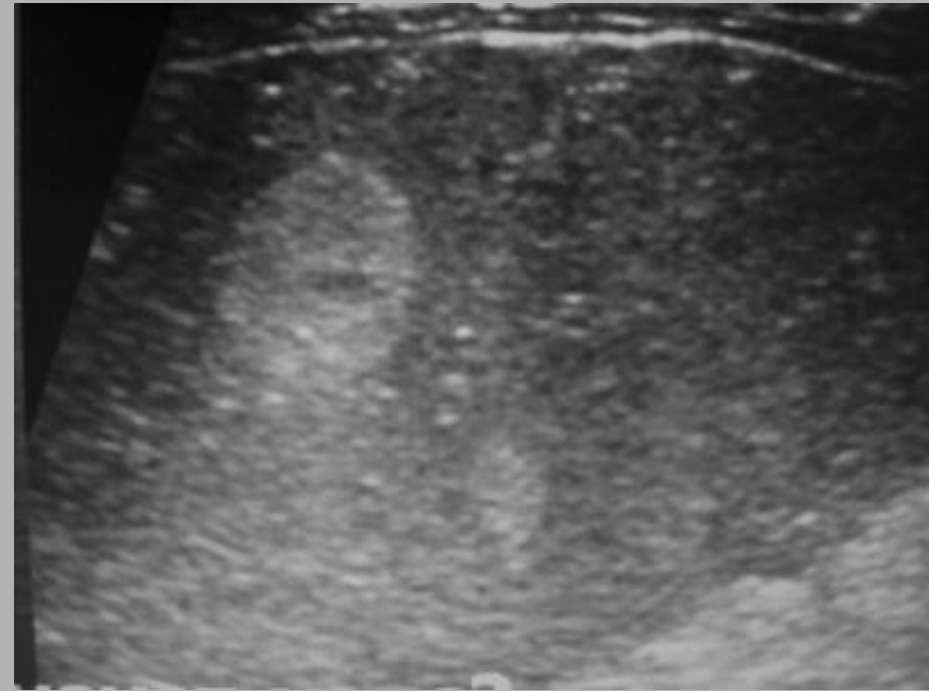
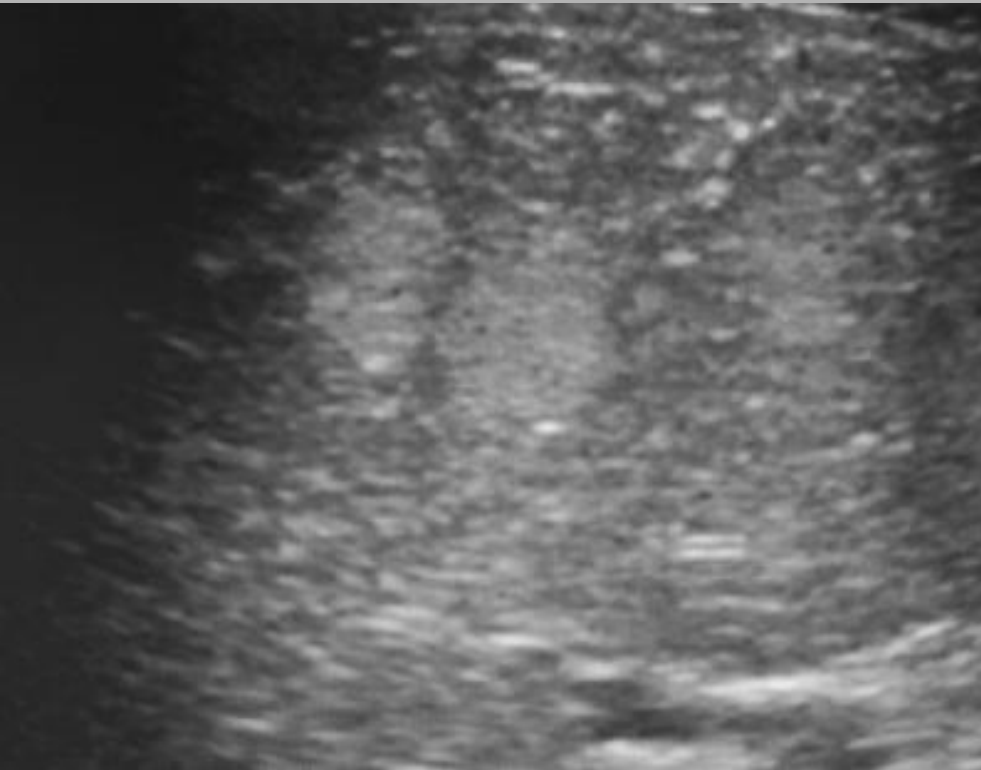
autre exemple d'hématopoïèse splénique



*Ref : Abd imaging
Wan et al, 2004, 29
: 713-715*



curieuses images nodulaires pseudo-angiomateuses
dans une rate drépanocytaire



il s'agit également de lésions de
foyers d'hématopoïèse extra-médullaire

Quiz patient asymptomatique



lymphangiome splénique

tumeur bénigne plus souvent décrite chez l'adulte

à l'exception d'un contexte de lymphangiomatose

deux aspects possibles :

- petits lymphangiomes sous-capsulaires non discernable de kyste endothélial simple

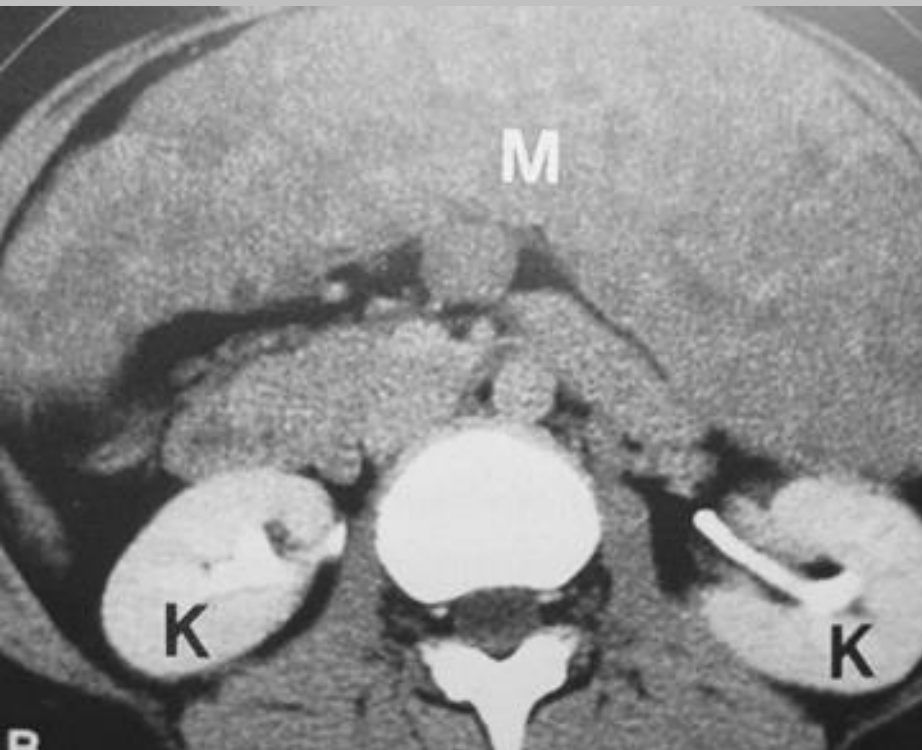
- plus grands lymphangiomes étendu à une partie ou une totalité de la rate (« rate polykystique »)

En pratique, il existe souvent une formation macrokystique et des kystes satellites de plus petite taille

Ref : Abd Imaging, 1999, 24 :414-417, Komatsuda et al

forme atypique microkystique

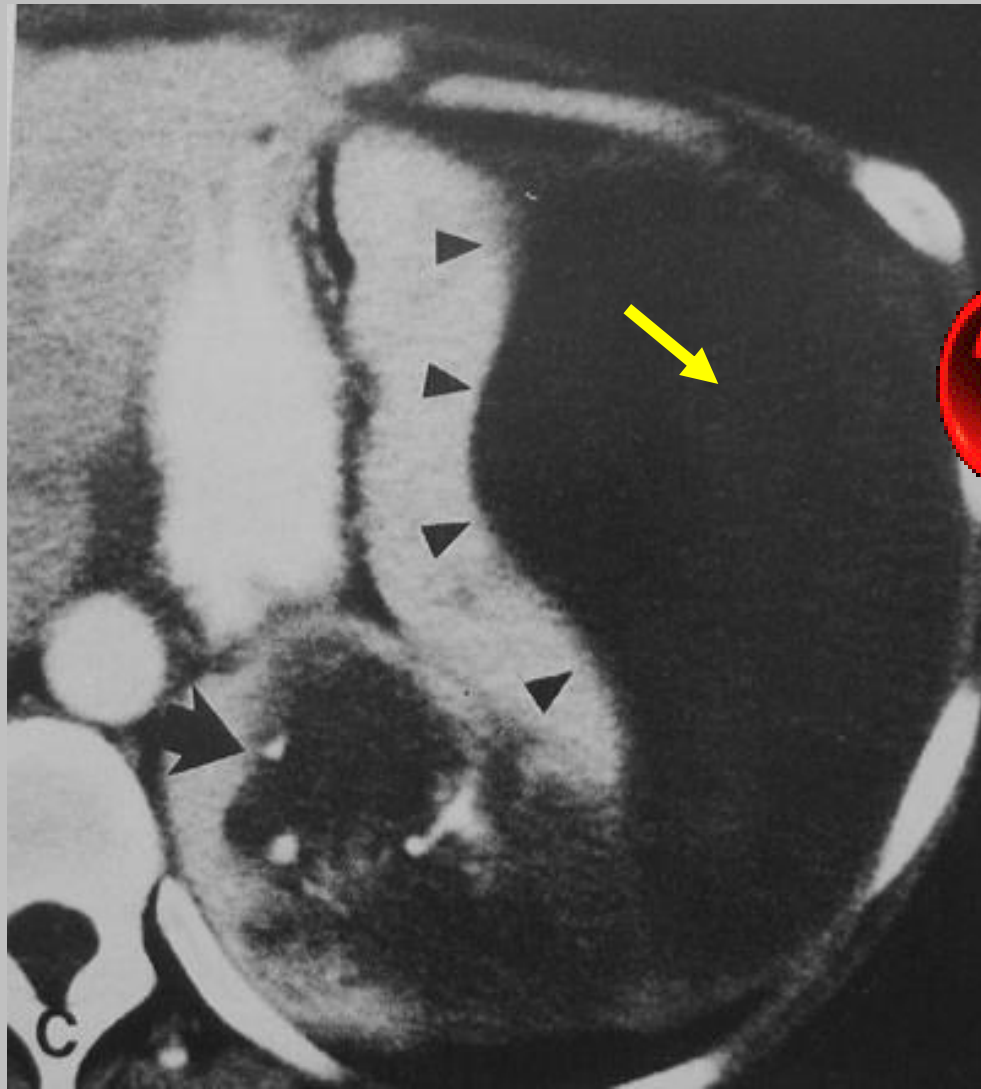
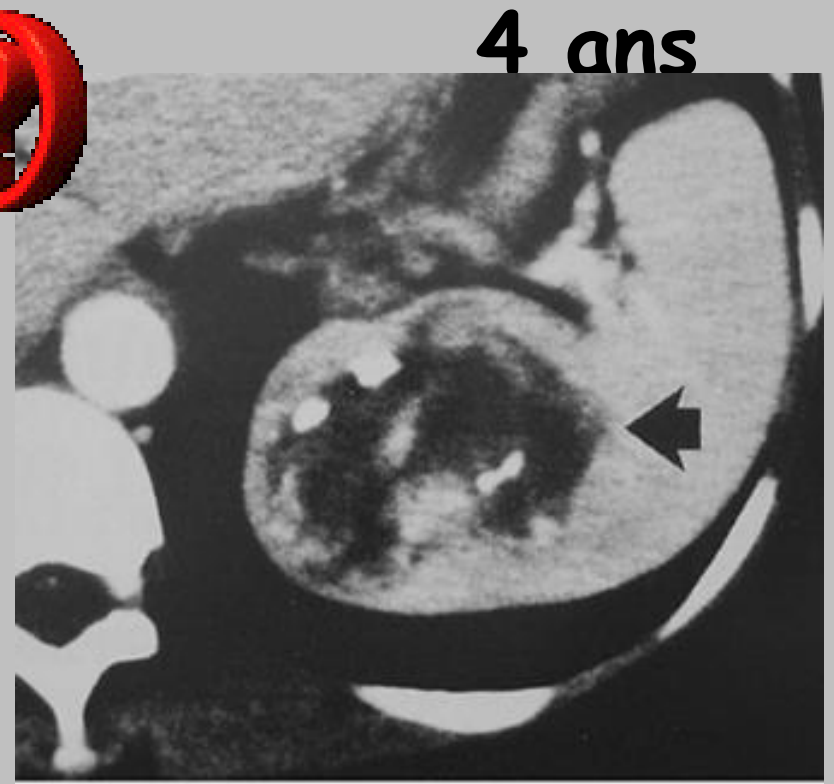
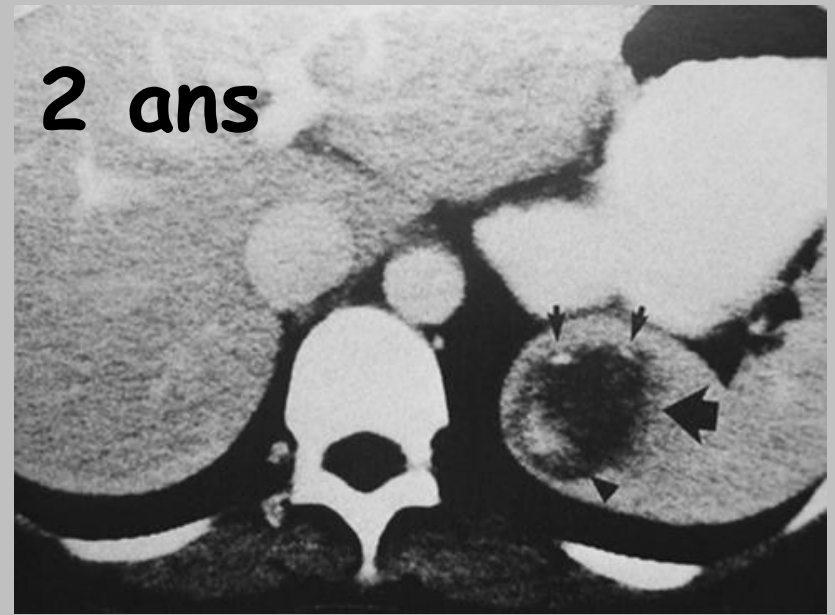
(dg anapath)



Ref : Abd Imaging, 1999, 24 :414-417, Komatsuda et al

Quiz :

traumatisme splénique



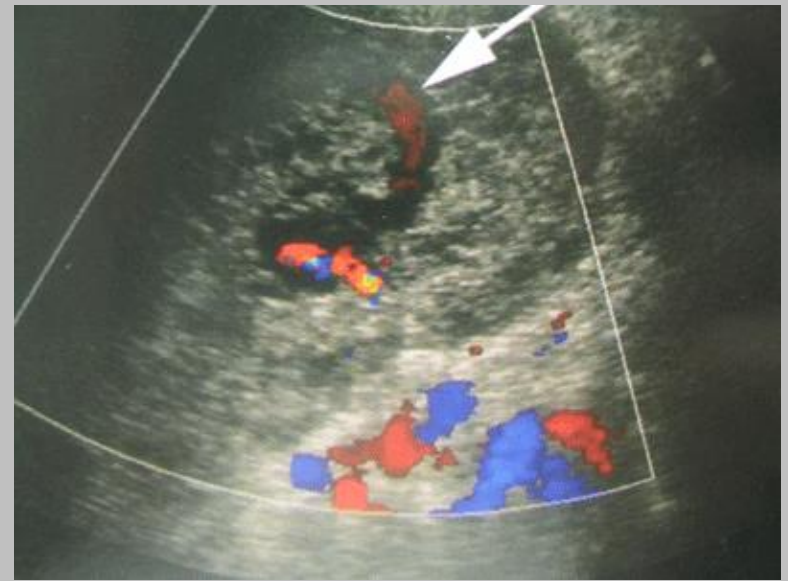
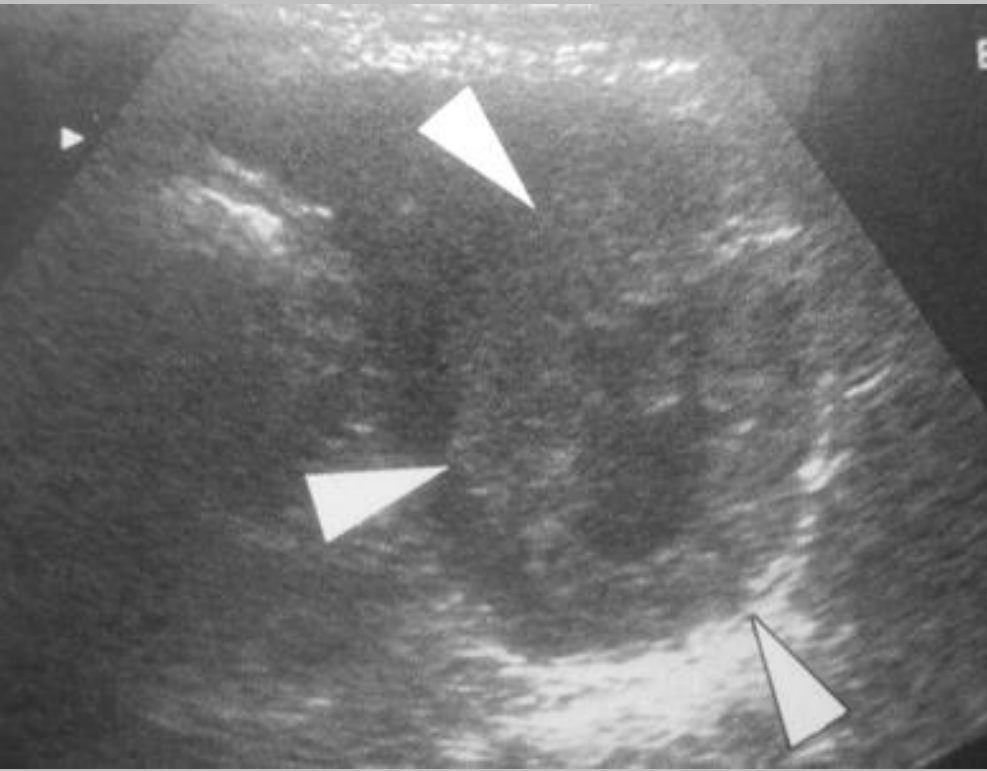
C

hématome chronique progressif

- entité rare plus connue en neuroradiologie
- risque de **rupture secondaire tardive** +++

Ref : Abd Imaging 1998, 23, 527-530, Asayama et al

Quiz tumeur splénique



L'atteinte hépatique est
importante pour
faire un diagnostic précis +++



l'angiosarcome splénique

- rare, pronostic épouvantable
- métastases fréquentes (poumons, os, foie, ganglions)

- intérêt d'un diagnostic précoce
- splénomégalie quasi constante
- clinique atypique : anémie, thrombopénie, troubles de la coagulation (Kasabach-Meritt), douleur (HG), fièvre, frissons, asthénie
- cytoponction à haut risque
- Rx : aspect hétérogène, hypervasculaire, nécrotique et hémorragique, calcifications possibles, métastases hypervasculaires ++
- complications hémorragiques +++

**Quizz syndrome douloureux aigu ou subaigu de l'hypochondre gauche
déglobulisation**



Ref : radiographics, Abbott et al , 2004, 24 : 1137-1163

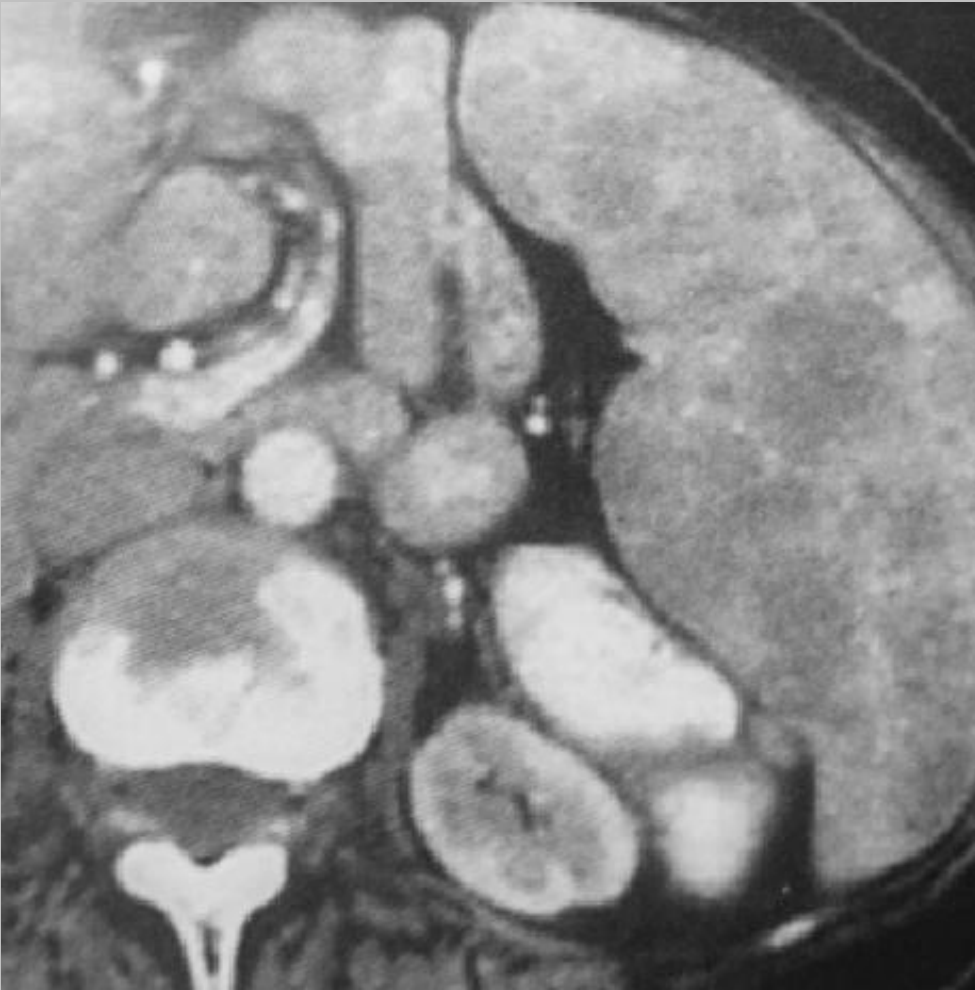


hématome spontané 30% des cas

diagnostic différentiel d'une rupture spontanée de la rate :
péliose splénique, amylose, MNI , paludisme

Ref : radiographics, Abbott et al , 2004, 24 : 1137-1163

Quizz rate multinodulaire



nodules disparaissant au temps portal ! !



hémangiome à cellules littorales

- **clinique atypique** : anémie, thrombopénie, fièvre, frissons, asthénie
- **splénomégalie** quasi constante
- association avec d'**autres néoplasies** :
 1. cancer pancréatique, rénal ou colorectal
 2. méningiome
 3. maladie de Crohn
- **dg différentiel** : rare angiosarcome à cellules littorales
- **anapath.** : Facteur VIII et CD68 +

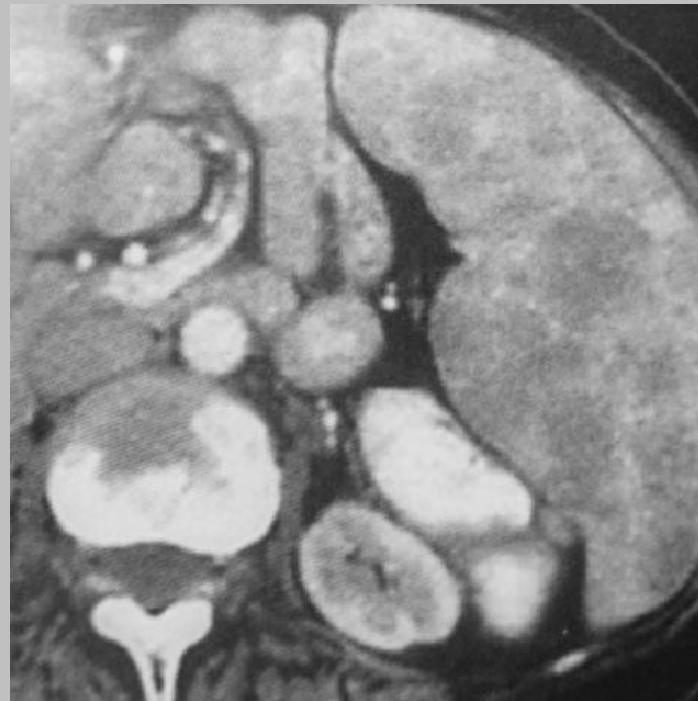
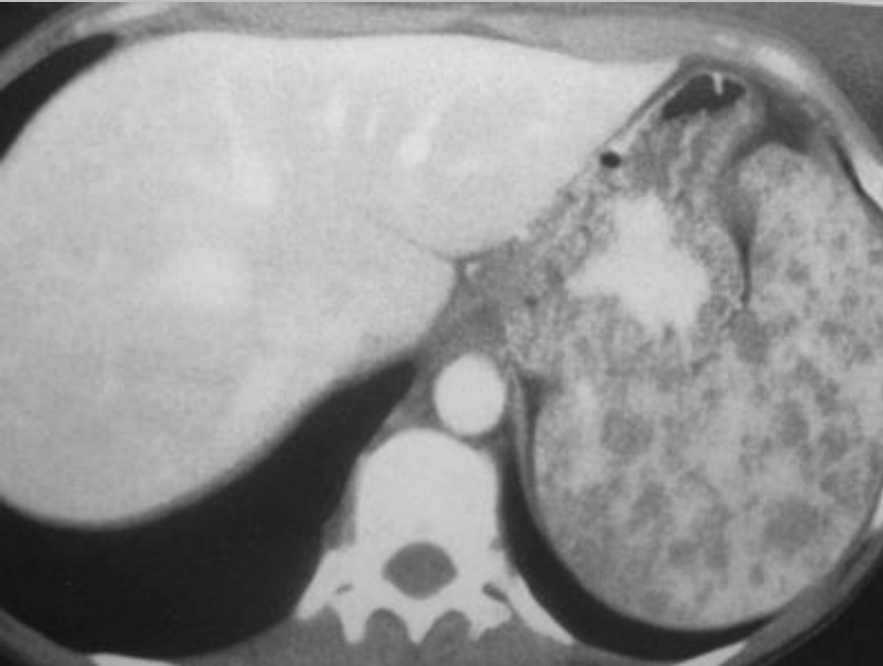
des aspects TDM stéréotypés

nodules multiples (pouvant atteindre 6 cm)



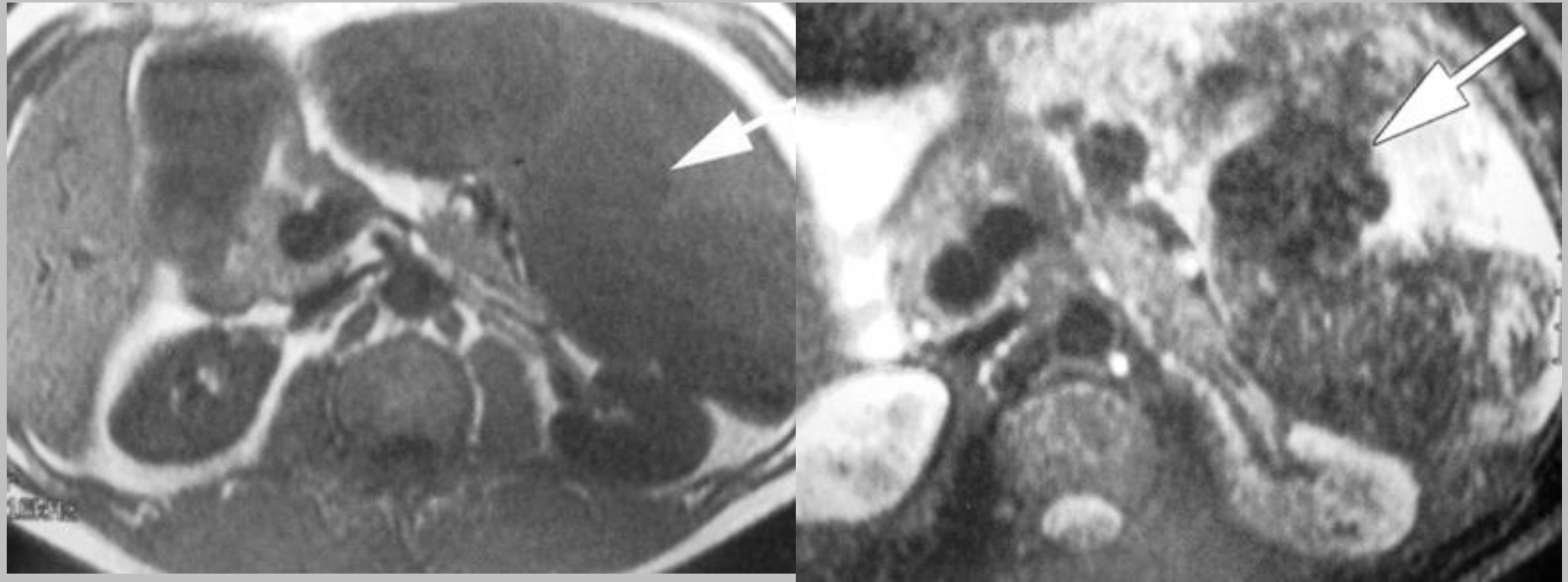
uniquement au temps artériel : hypodensité

s'effaçant au temps portal +++



Ref : Radiology 2004, 230 : 485-490, Levy et al

et parfois un aspect IRM évocateur



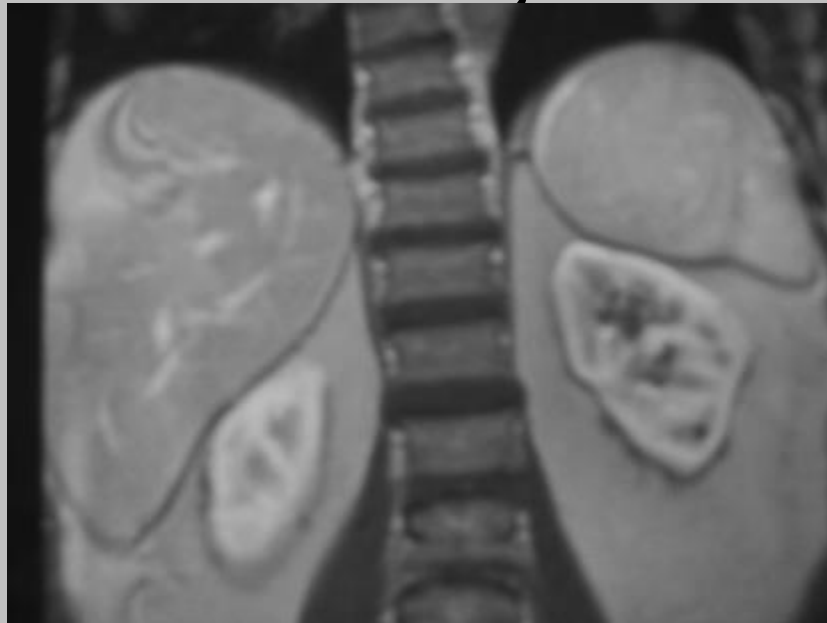
hyposignal T1 et T2

sidérose intralésionnelle

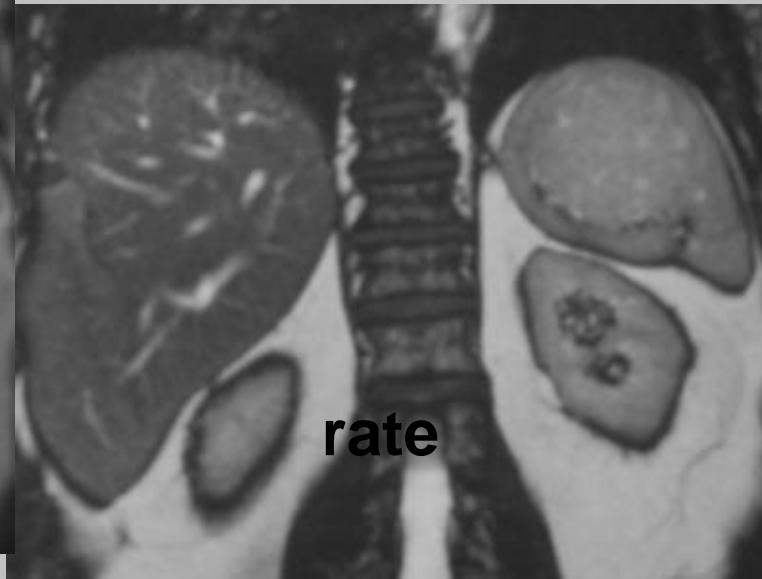
(dg diff : angiosarcome)

Ref : radiographics, Abbott et al , 2004, 24 : 1137-1163

QUIZ esgar 2004



rate



rate



rein droit

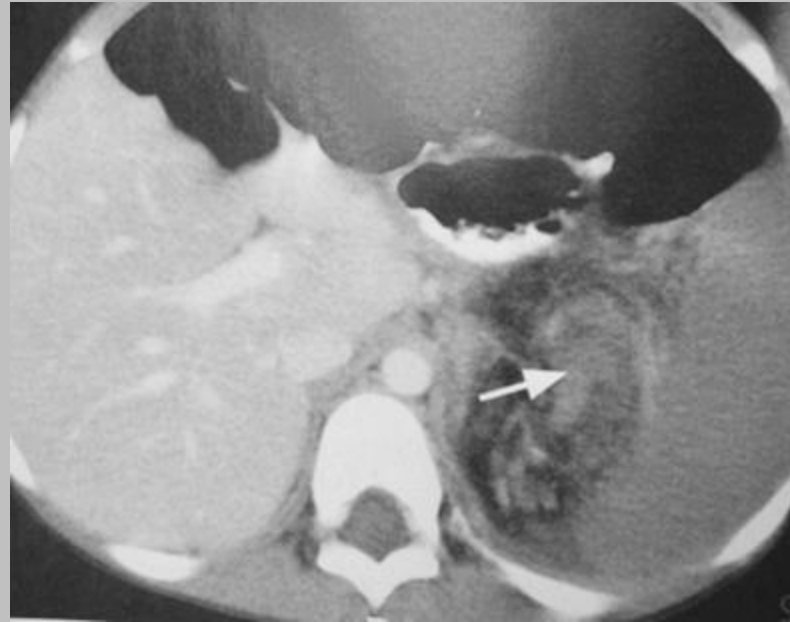


rate

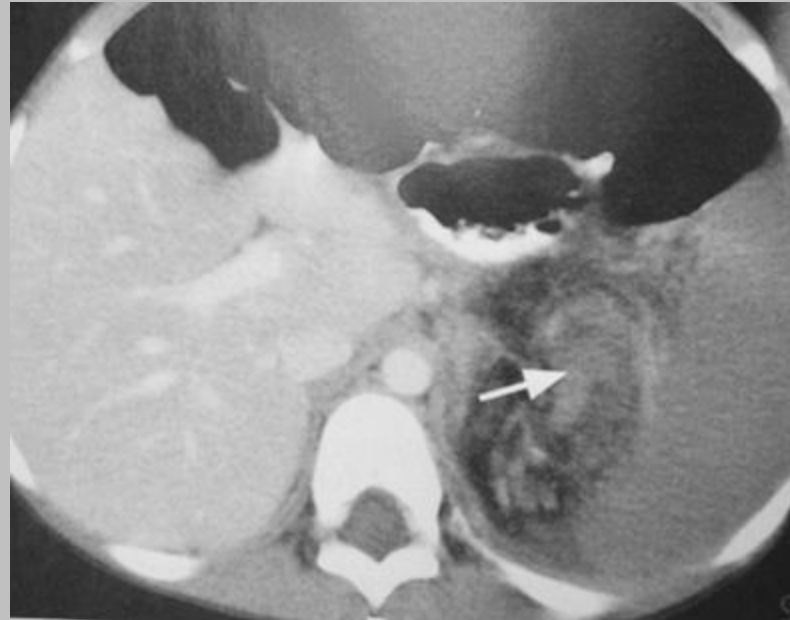
pseudotumeur inflammatoire

- **étiopathogénie inconnue** :
cytokines (IL++), EBV
- **à tout âge**
- **masse unique ou multiple**
- **habituellement hétérogène en imagerie**
- **parfois pathologie pré-existante +++**
cancer du rein ou du côlon, lymphome
autre : adénome surrénalien, cholécystite

Quiz douleur fébrile de l'hypochondre gauche



Quiz douleur fébrile de l'hypochondre gauche



Il faut vraiment tout voir,
y compris
le pédicule splénique

volvulus et infarctus splénique sur "rate baladeuse"(wandering spleen)

- hypodensité splénique diffuse
- image de torsion dans le pédicule
- définition large de la rate errante :
perte de contact de la rate avec le diaphragme

Question pour un champion

parmi ces pathologies, quelles sont celles qui peuvent compliquer l'évolution d'une rate errante :

- *un syndrome occlusif ?*
- *une hypertension portale ?*
- *une nécrose pancréatique caudale ?*

toutes ces réponses sont exactes

- sd occlusif :

phénomènes adhérentiels avec une péricapsulite :

"pseudocapsule " rehaussée après injection

- HTP segmentaire

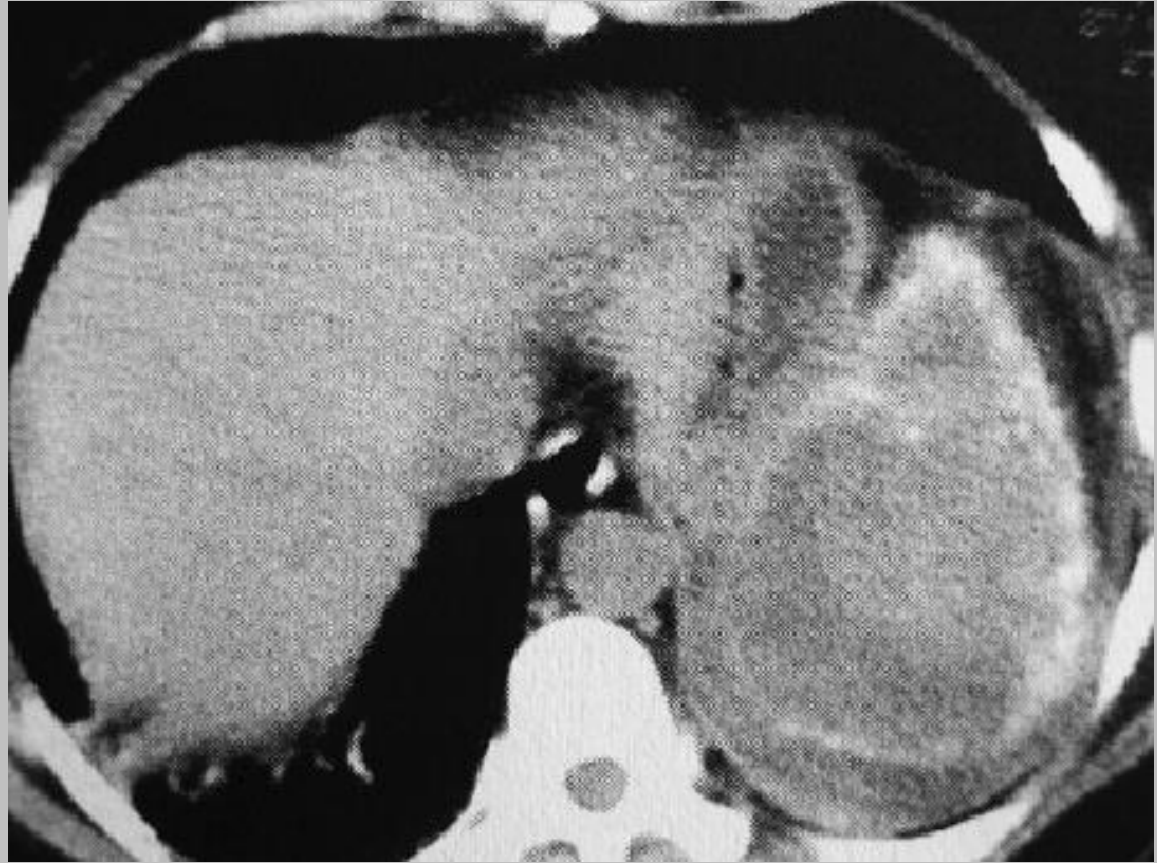
caractéristique des volvulus chroniques

- nécrose pancréatique caudale

par torsion des axes vasculaires, TDM+++

Quiz

- douleur aiguë fébrile de l'hypochondre G
- splénomégalie
- anémie
- thrombopénie
- bilan infectieux négatif
- maladie hématologique connue



Il s'agit d'une cause importante de décès dans les pays en voie de développement

séquestration splénique aiguë

- essentiellement pédiatrique dans la drépanocytose homozygote (forme SS)
- fréquente chez les adultes hétérozygotes composites SC et S béta-thalassémie
- gêne au retour veineux (thrombose) favorisant une séquestration des hématies et des plaquettes dans la rate (crise vaso-occlusive)

séquestration splénique aiguë

- triade typique : splénomégalie + douleur aiguë +
déglobulisation
- bicytopenie fébrile (faisant discuter une nécrose
médullaire)
- la splénomégalie fébrile fait discuter un infarctus simple
ou un abcès (entérobactéries, salmonellose ++)
- choc hypovolémique, parfois fatal (20%)
- risque de récurrence : 40% (plus sévère)
- CAT : transfusion en urgence de concentrés
érythrocytaires déleucocytés

Question pour un champion

citer deux causes principales d'hypodensité diffuse de la rate en fonction du contexte clinique ??

1) avec une douleur de l'hypochondre G :

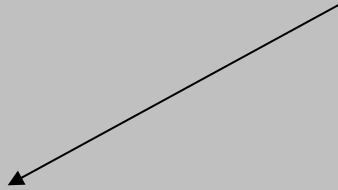
.....

2) avec une splénomégalie isolée indolore :

.....



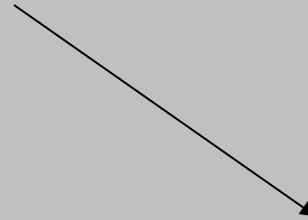
hypodensité diffuse de la rate



douleur de
l'hypochondre gauche



- infarctus splénique massif
 - rate errante
 - Wegener,
- séquestration splénique aiguë



splénomégalie
indolore



amylose

valeur limitée de l'IRM dans la pathologie splénique



meilleure détection des **miliaires candidosiques**



hypersignal T1 d'un **lymphangiome kystique**, avec des microkystes sentinelles

En pratique, le contexte clinique reste essentiel :

- nodule de découverte fortuite : bénin (angiome,

hamartome, kystes,)

- nodule dans un contexte pathologique : suspect !

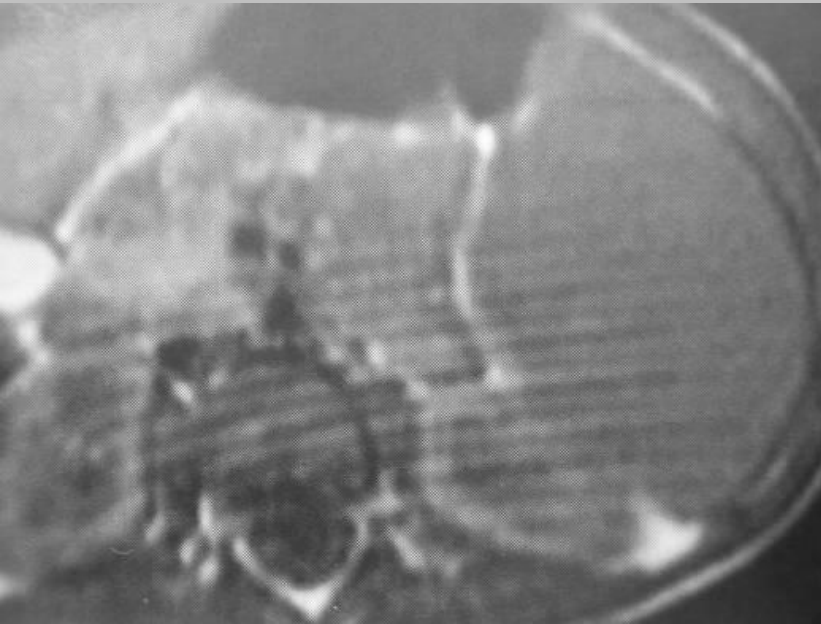


nodules spléniques dans un
contexte de leucémie aiguë
myéloblastique (LAM3) :

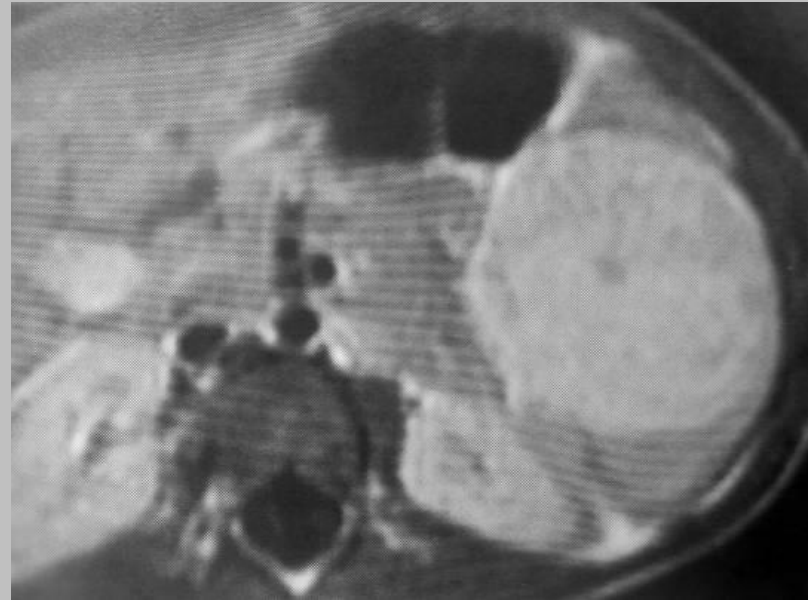
Chlorome (cancer vert d'Aran; sarcome
granulocyttaire)

hamartome splénique :

typiquement hétérogène en T2; isosignal T1 et **rehaussement tardif global**



T1 sans gado



T1 post gado



T2