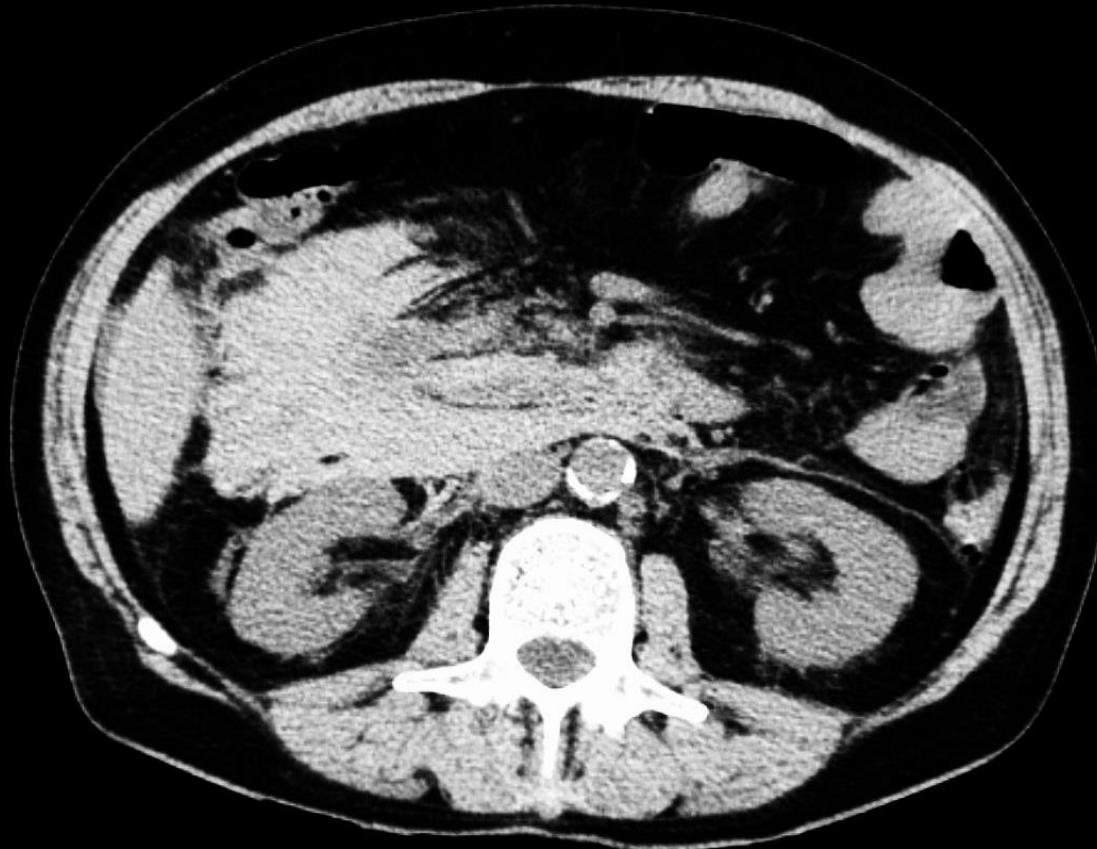


Patient de 67 ans, ATCD de polyarthrite rhumatoïde sous immunosuppresseurs, se présentant aux Urgences pour douleurs abdominales mal systématisées, fièvre et signes fonctionnels urinaires.

biologie urinaire positive. minime élévation de la lipase (92 UI/L)

Quels sont les éléments sémiologiques essentiels à retenir sur cette coupe sans injection, dans ce contexte clinico-biologique et quelle est la conduite à tenir pratique



Clémence BALAJ (IHN)



-les deux éléments sémiologiques fondamentaux sont:

- . le **caractère hyperdense de l'infiltration** massive de l'espace para rénal antérieur droit qui dépasse la ligne médiane et s'étend en avant dans le mésentère

- . **l'hypodensité du sang circulant** caractérisée par une hypodensité des lumières de la veine cave inférieure et de l'aorte abdominale, ainsi que du parenchyme des 2 reins, par comparaison avec la **densité de référence des masses musculaires pariétales**

-la conclusion doit donc être qu'il s'agit d'une infiltration hématique, à l'origine d'une anémie aiguë. **hématome spontané de l'espace para-rénal antérieur gauche et du mésentère**

une telle homogénéité de l'hyper densité avec des limites aussi nettes ne peut en effet correspondre à une pancréatite aiguë nécrotique ; l'élévation de la lipasémie n'était pas significative puisqu'elle était loin d'être supérieure à trois fois la normale mais on sait que des forme très sévères de pancréatite aiguë nécrotico-hémorragique peuvent ne pas s'accompagner d'une biologie significative

-comme devant tout hématome spontané il faut bien évidemment rechercher une cause, le plus souvent sous la forme d'un faux anévrisme artériel d'origine infectieuse (faux anévrisme mycotique) , inflammatoire (vascularite) ou autre (pancréatite aiguë, post chirurgical ou post geste interventionnel...)

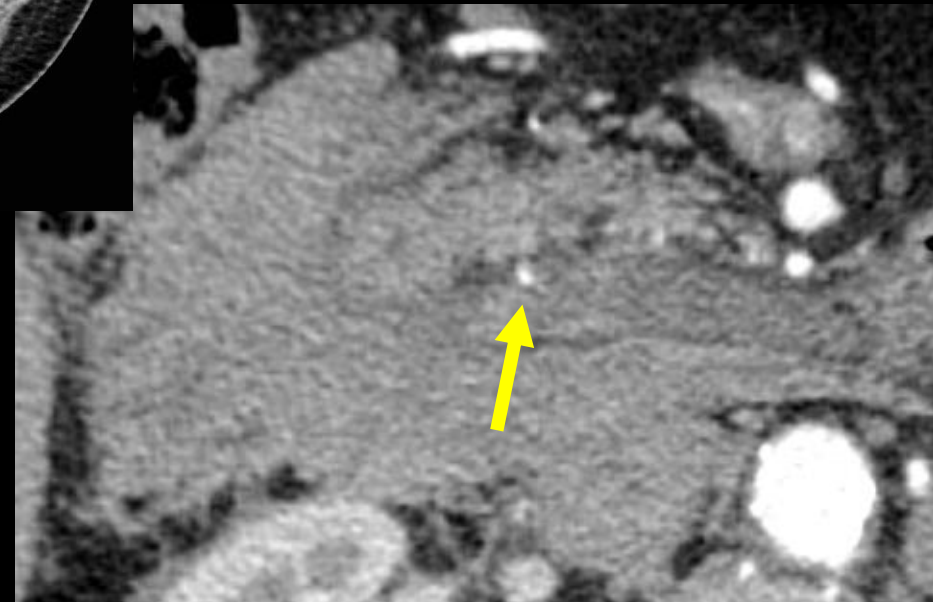
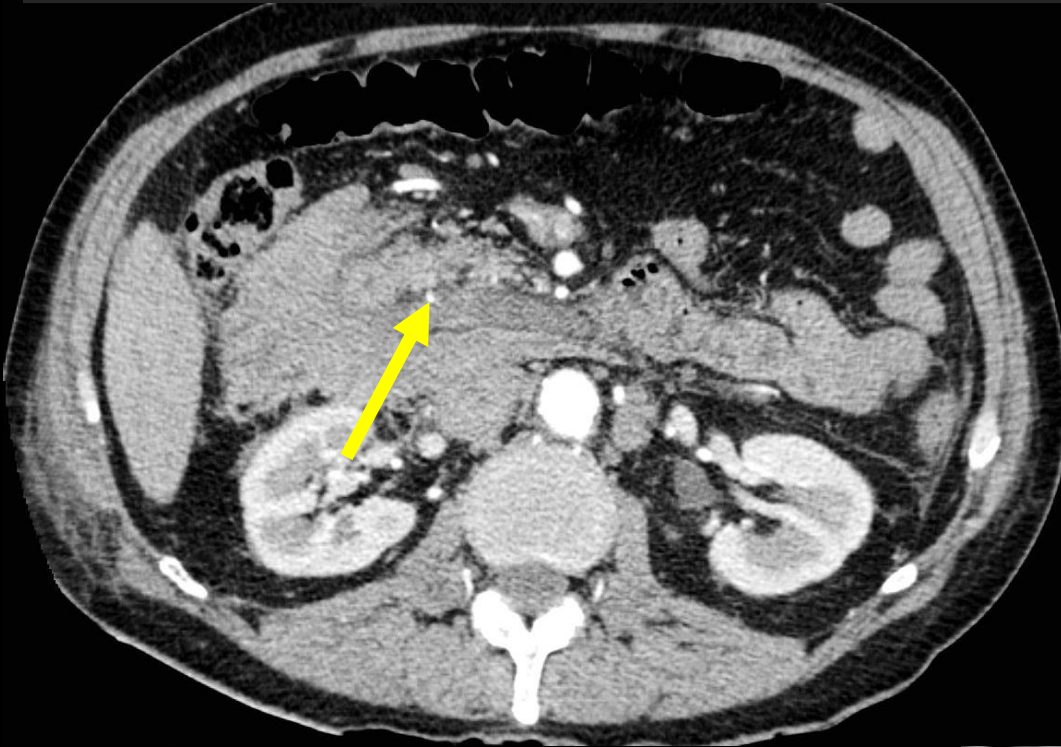


-sur les images après injection de produit contraste :

. on vérifie le respect des lobulations pancréatiques et l'absence de signes flagrants de pancréatite aiguë.

.on n'objective pas d'anomalie vasculaire de type pseudo anévrisme ni d'extravasation de produit de contraste mais sur le plan technique il n'y a pas eu pas de phase artérielle différée!

le patient est transféré on au CHU et un nouveau scanner est réalisé à J4, avec acquisition multiphasique, comportant un temps artériel différé (45 secondes après IV) ; on objective ainsi une petite image ayant un rehaussement de type artériel mais avec des contours moins nets que ceux des vaisseaux normaux de calibre analogue

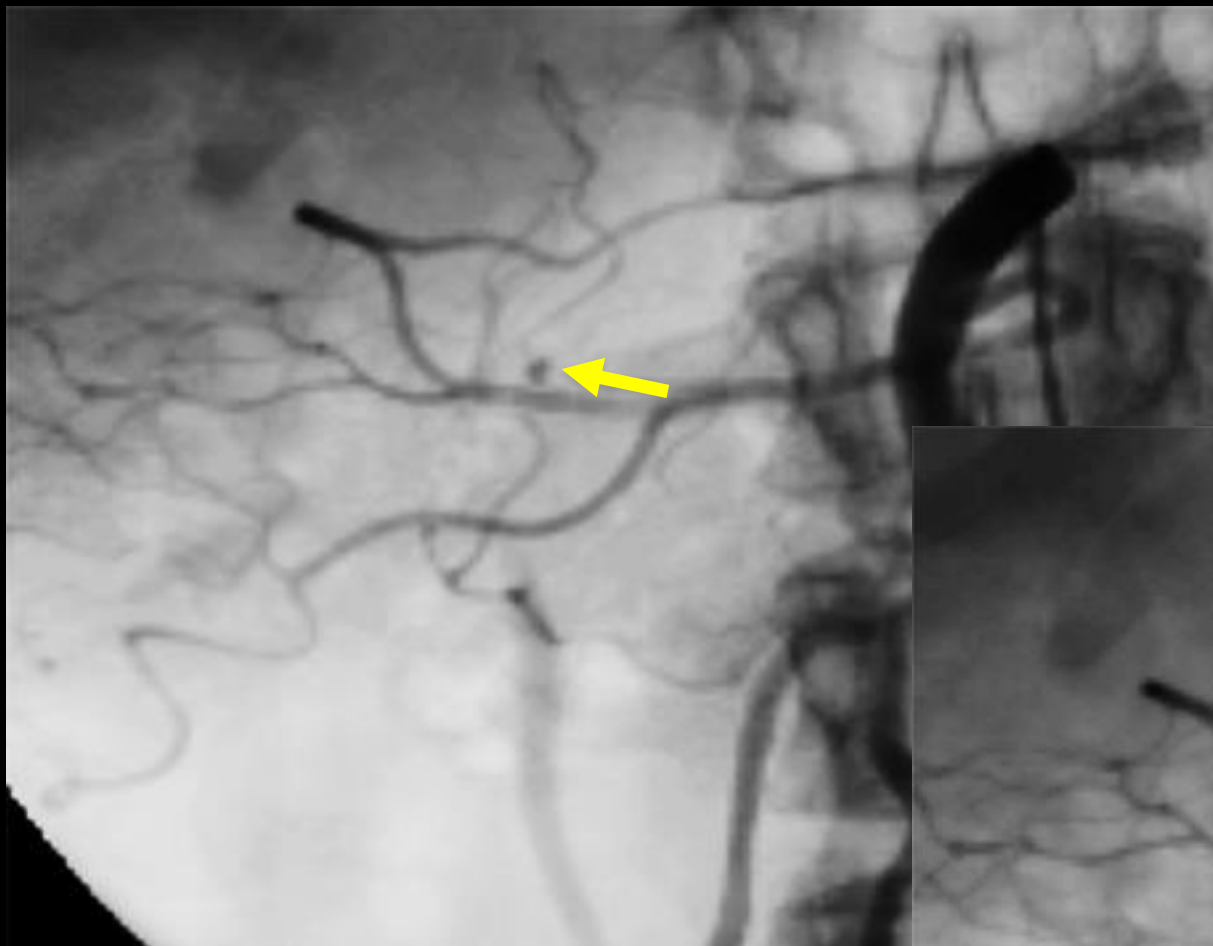




une reformation en coupe épaisse à la même phase confirme le rehaussement synchrone mais de moindre intensité de la petite image suspecte de faux anévrisme artériel



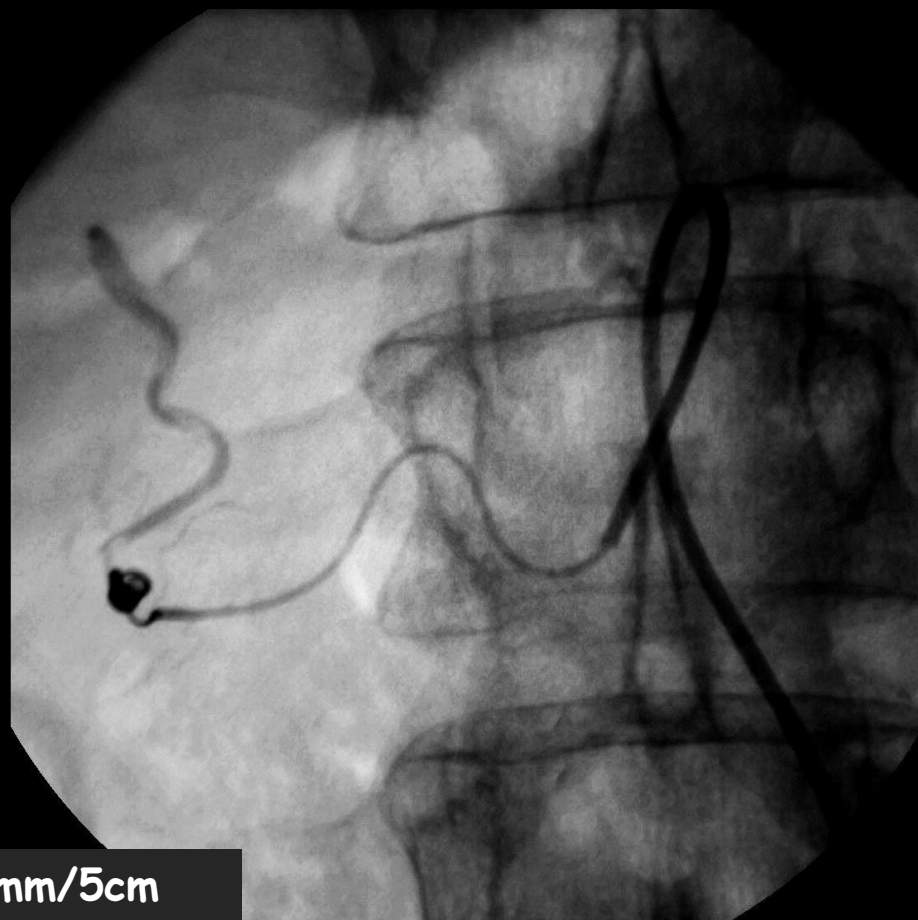
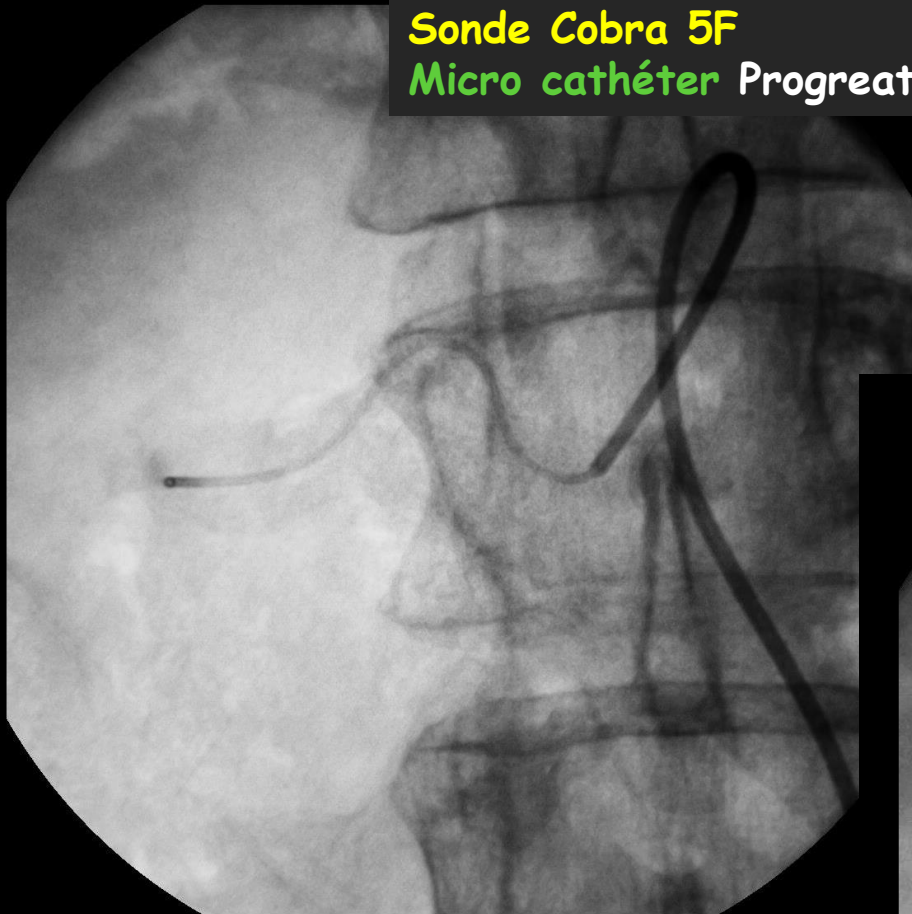
les reformations coronales correctement fenêtrées et agrandies confirment le petit faux anévrysme et le spasme locorégional de l'artère gastroduodénale, avec réseau vicariant en voie de constitution



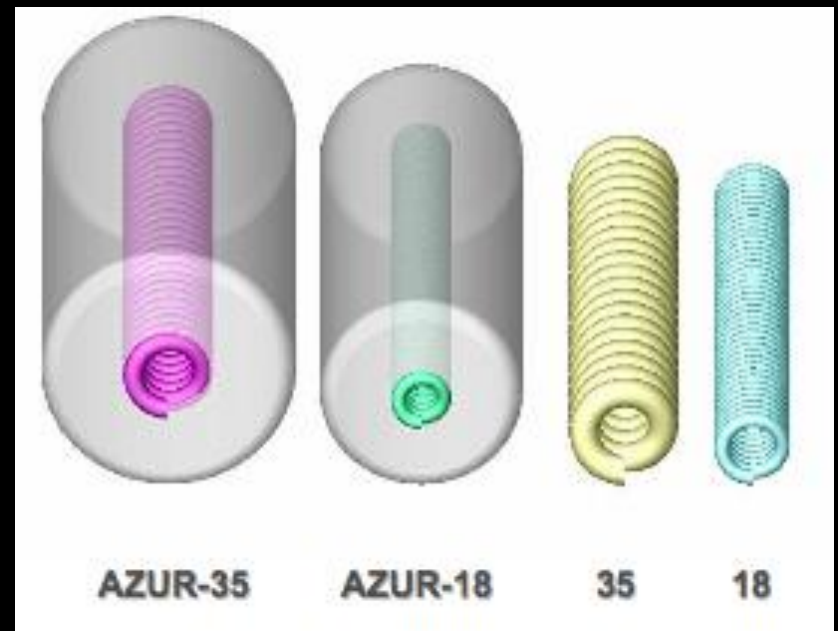
le bilan angiographique confirme les éléments objectifs sur l'angioscanner et permet le traitement endovasculaire du faux anévrysme dont l'origine, comme souvent, n'apparaît pas clairement : infectieux, pancréatite aiguë, vascularite inflammatoire de type péri-artérite noueuse.....

Sonde Cobra 5F

Micro cathéter Progreat + Micro guide



Hydrocoil Azur 3mm/5cm



Agents d'embolisation		Résorption	Tailles disponibles	Facilité d'utilisation	Coût
Agents Particulaires	Gelfoam	24 h à qq jours	Non calibré	++	€
	PVA	Plusieurs mois	Non calibré Ou Sphérique (100-1200 µm)	+	€€
	Microsphères	non	100-1300 µm	++	€€€€
Agents implantables			Diamètre 2 à 25 mm	Largage non contrôlé ++	€€
	Coils	non	Longueur 5 à 500 mm	Largage contrôlé +/-	€€€€
	Plugs	non	Diamètre 2,6 à 16 mm	++	€€€€
	Stents couverts		3 à > 20 mm	+	€€€€€
Agents liquides	Cyanoacrylates	non	-	--	€€
	Onyx (Copolymère de PVA-DMSO)	non	-	-	€€€€€€

€ < 25 < €€ < 100 < €€€ < 250 < €€€€ < 500 < €€€€€ < 1000 euro

messages à retenir

-toute infiltration de la région pancréatique ne correspond pas forcément à une pancréatite nécrotique .La constatation de plages d'hyperdensité est assez banale dans des pancréatites nécrotico-hémorragiques sévères, mais **lorsque l'infiltration tissulaire évidence et l'intensité massive et diffuse**, l'hypothèse d'un **hématome spontané** doit être évoquée et sa cause recherchée.

-l'apport d'une **acquisition sans injection de produit contraste** est donc primordial puisque cette donnée justifie la réalisation d'une **acquisition au temps artériel différé** , soit 45 secondes après le début de l'injection IV, seul moyen d'objectiver de façon nette des images de pseudo anévrisme souvent de taille millimétrique dans ce contexte .

-cette acquisition premier passage doit être effectuée en **coupes fines** afin de permettre la réalisation de post-traitement fournissant une cartographie de qualité dans le plan frontal avec des images de même capacité diagnostique que l'angiographie sélective.

-**l'origine des faux anévrismes artériels** responsables **d'hématomes spontanés profonds** doit être discutée en fonction du contexte clinique et biologique qui permet d'apporter des arguments en faveur d'un mécanisme infectieux, inflammatoire , traumatique

-la **qualité des examens scanographiques** est un élément fondamental pour la prise en charge de telles lésions. La réduction des doses d'exposition par la limitation des séries et l'acceptation d'un rapport signal sur bruit médiocre peut entraîner comme cela a été le cas dans cette observation, la nécessité de recourir à un nouvel examen , au prix d'un retard diagnostique de plusieurs jours . L'âge et l'enjeu diagnostique vital devraient chez un tel patient prendre le pas sur les spéculations oiseuses de la radioprotection.