

Cas clinique : Questions – Réponses

Le(s) tissu(s) fibreux, clé(s) de la caractérisation lésionnelle en pathologie digestive

Les surprises de l'exploration d'une cholestase

D Régent, V Laurent, L Antunes, L Debelle, L Cannard, JC Leclerc, S Beot

HISTOIRE DE LA MALADIE

Homme de 37 ans en parfaite condition physique jusqu'à un épisode récent de tuméfaction cervicale douloureuse dans un contexte infectieux (fièvre à 38° 5, polynucléose neutrophile) correspondant à une adénite. À l'interrogatoire, le patient se plaint de douleurs sourdes de l'hypochondre droit ayant débuté depuis la mise en route du traitement anti-infectieux. La biologie montre une cholestase (élévation nette des phosphatases alcalines et de la γ GT) ; il n'y a pas de subictère.

Un examen scanographique (*fig. 1, 2 et 3*) monophasique du foie est réalisé avec une acquisition au temps porto-sus-hépatique.

Il est complété ensuite par une exploration IRM associant étude dynamique après injection de Chélates de Gadolinium (*fig. 4 et 5*) et exploration canalaire par technique single-shot FSE (*fig. 6 et 7*).

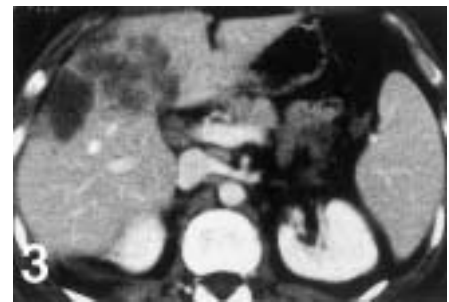


Fig. 1 : Scanographie avant injection.

Fig. 2 et 3 : Scanographie à une phase porto-sus-hépatique (70 sec après IV).

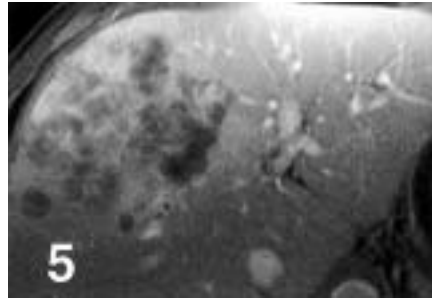
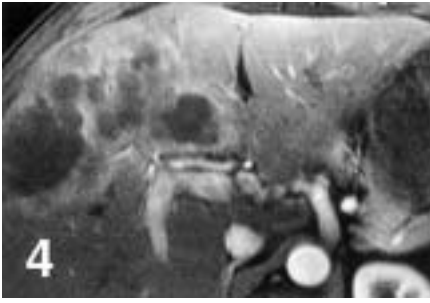


Fig. 4 : IRM dynamique – phase remplissage portal.

Fig. 5 : IRM dynamique – phase de post-équilibre précoce.

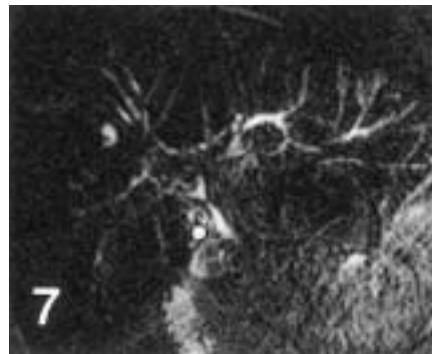
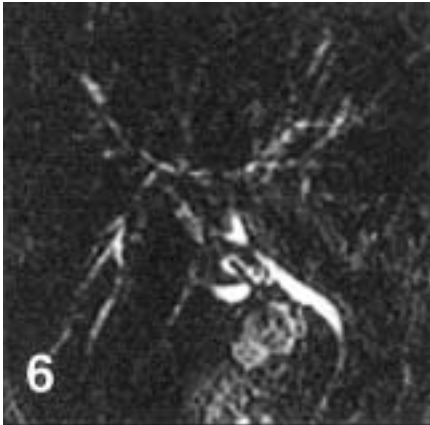


Fig. 6 et 7 : Cholangio-IRM TE long, coupe épaisse 20 mm.

QUESTIONS

1. Quelles hypothèses diagnostiques doivent être discutées, dans le contexte clinique suscité, devant les lésions hépatiques observées au scanner ?
2. Quels sont les renseignements apportés par l'étude IRM dynamique ?
3. Comment peut-on interpréter les images canalaire observées sur la cholangio-IRM ?

RÉPONSES

1. Dans un contexte infectieux et en raison du synchronisme de début de la symptomatologie abdominale avec le traitement de l'adénite infectieuse cervicale, il était logique d'évoquer une *atteinte infectieuse bactérienne hépatique avec « grappe » d'abcès* en voie de constitution. On pouvait toutefois noter la présence d'images rondes a priori ganglionnaires inter-aortico-cave (*fig. 1, 2 et 3*) ainsi qu'au niveau du hiatus de Winslow et du pédicule hépatique (*fig. 1*). Le recours à la ponction éventuellement complétée de biopsies si l'on ne ramenait pas de pus, était programmé.



Fig. 1 : Scanographie avant injection.

Fig. 2 et 3 : Scanographie à une phase porto-sus-hépatique (70 sec après IV).

2. L'IRM dynamique a permis de préciser au temps de remplissage veineux portal ou phase artérielle différée (*fig. 4*), la présence d'une angiogénèse importante en périphérie des lésions, mais cela peut également s'observer dans des atteintes infectieuses aiguës ou subaiguës.

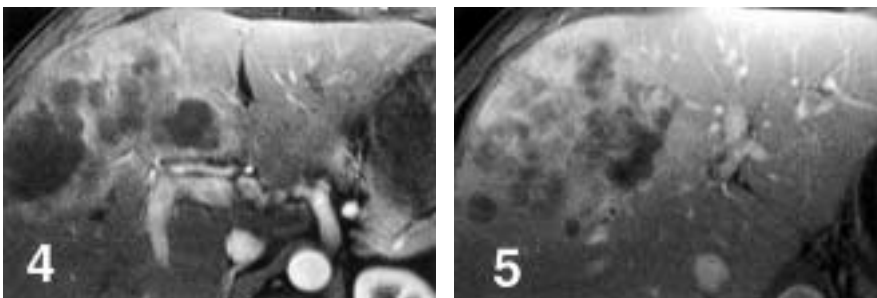


Fig. 4 : IRM dynamique — phase de remplissage portal.

Fig. 5 : IRM dynamique — phase de post-équilibre précoce.

À la phase de post-équilibre précoce (*fig. 5*), la majorité de la masse lésionnelle se rehausse, ce qui confirme la présence d'un contingent fibreux abondant et fait donc orienter le diagnostic vers une tumeur à fort contingent fibreux.

Les diagnostics à discuter sont alors :

- le cholangio-carcinome ou cholangiocarcinome périphérique ;
- les métastases fibreuses au premier rang desquelles les métastases d'adénocarcinome colo-rectal, les métastases de tumeurs endocrines (carcinoïde, pancréas endocrine...) ;
- l'hémangio-endothéliome épithélioïde ;
- des variétés particulières d'hépatocarcinome sur foie sain, à fort contingent fibreux : carcinome fibro-lamellaire, hépatocholangio-carcinome.

La ponction biopsie guidée confirme le *cholangiocarcinome périphérique*. La coloscopie s'est assurée de l'absence de lésion épithéliale colo-rectale.

3. Les images canales des VBIH montrent des sténoses longues segmentaires essentiellement dans les zones juxta-hilaires et des dilatations modérées segmentaires en périphérie.

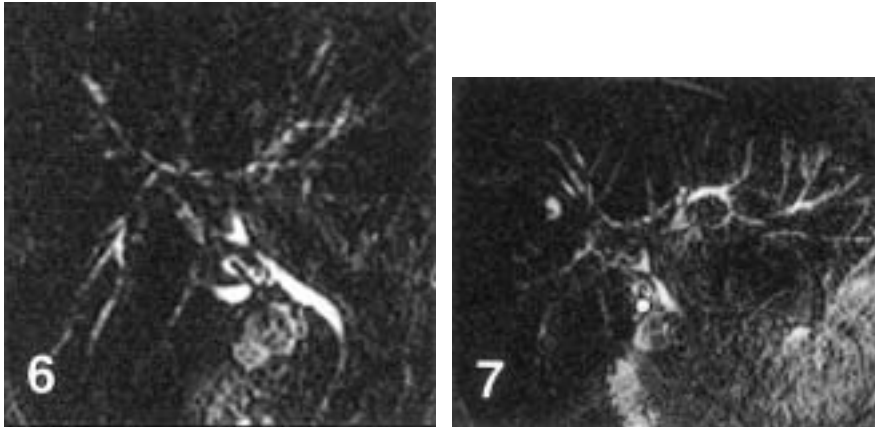


Fig. 6 et 7 : Cholangio-IRM TE long, coupe épaisse 20 mm.

L'aspect est proche de celui observé dans les cholangites sclérosantes primitives. L'étude précise des rapports anatomiques entre les nodules tumoraux et les VBIH (en particulier sur les images single shot pondérées T2 à contraste modéré, avec TE court, non rapportées ici) montrent qu'en fait, ce sont bien les nodules qui expliquent ces variations de calibre des VBIH par des compressions mécaniques. Il n'y a pas de cholangite sclérosante à l'examen histologique. On comprend ainsi les limites des simples images canales indirectes (comme celles de la CPRE ou la CP-IRM en coupe épaisse, lorsqu'on les considère isolément). Il est primordial d'étudier l'état du foie normal ou pathologique environnant pour comprendre la genèse des anomalies de calibre des VBIH.

L'IRM le fait très bien, par les images pondérées T2 à contraste modéré (non rapportées ici) et/ou par l'exploration dynamique après injection de contraste.