

Quizz imagerie

SRO 2013
Plouider – La Butte
28 Septembre 2013

Drs M.A. Timsit et Th. Marhadour

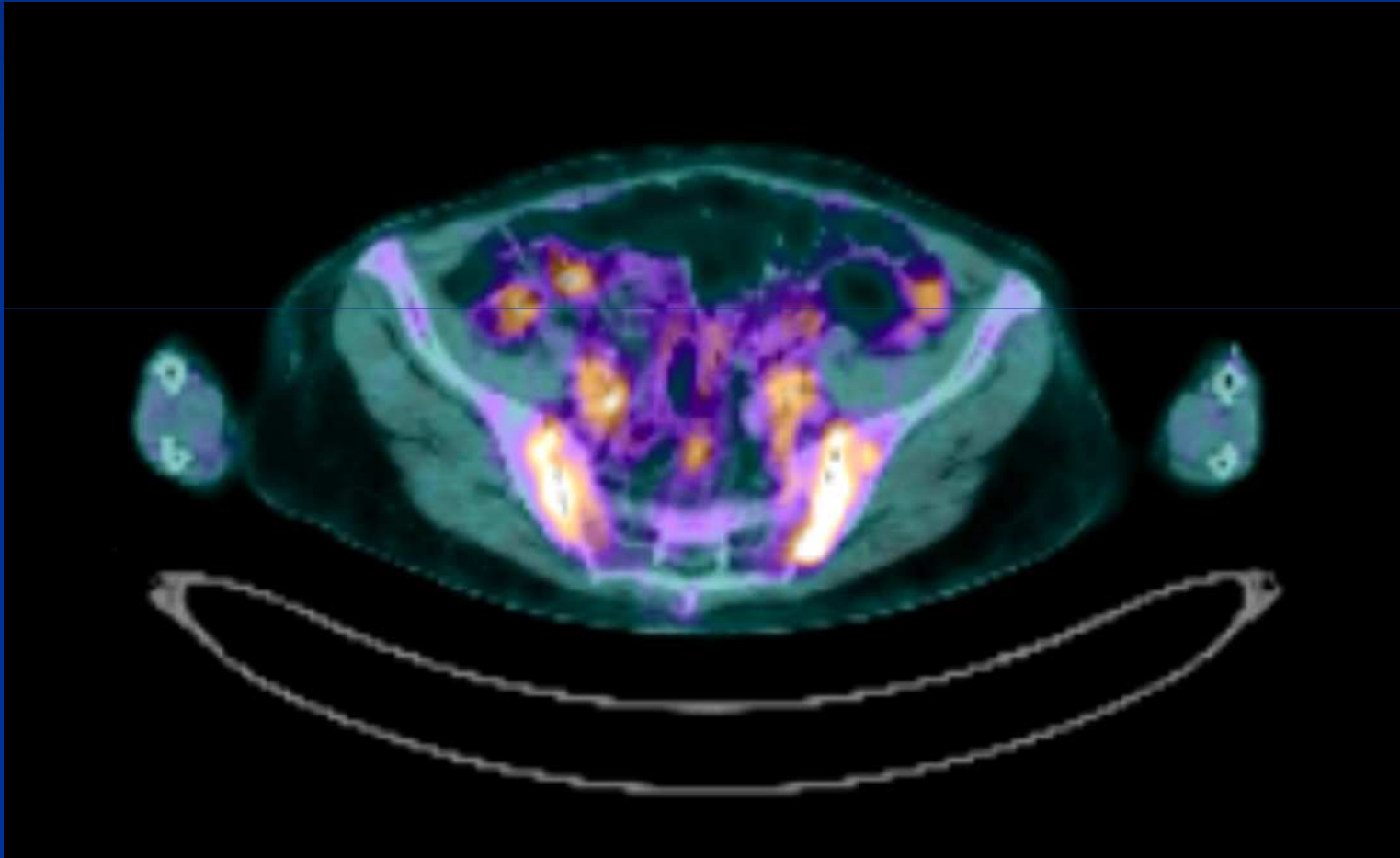


Cas 1

Cas 1

- Femme de 72 ans
- Douleurs inflammatoires axiales et périphériques, proximales et distales
- CRP=50mg/l
- Bilan immunologique :
 - FAN + 1/320
 - AntiCCP 58 (N<20)

Cas 1 : TEP axiale fusion



Cas 1 : TEP coronale et sagittale fusion



Cas 1 : QCM

1. Spondyloarthrite axiale et périphérique
2. SAPHO
3. Sarcoïdose
4. PPR
5. Maladie de Horton

Cas 1 : réponse

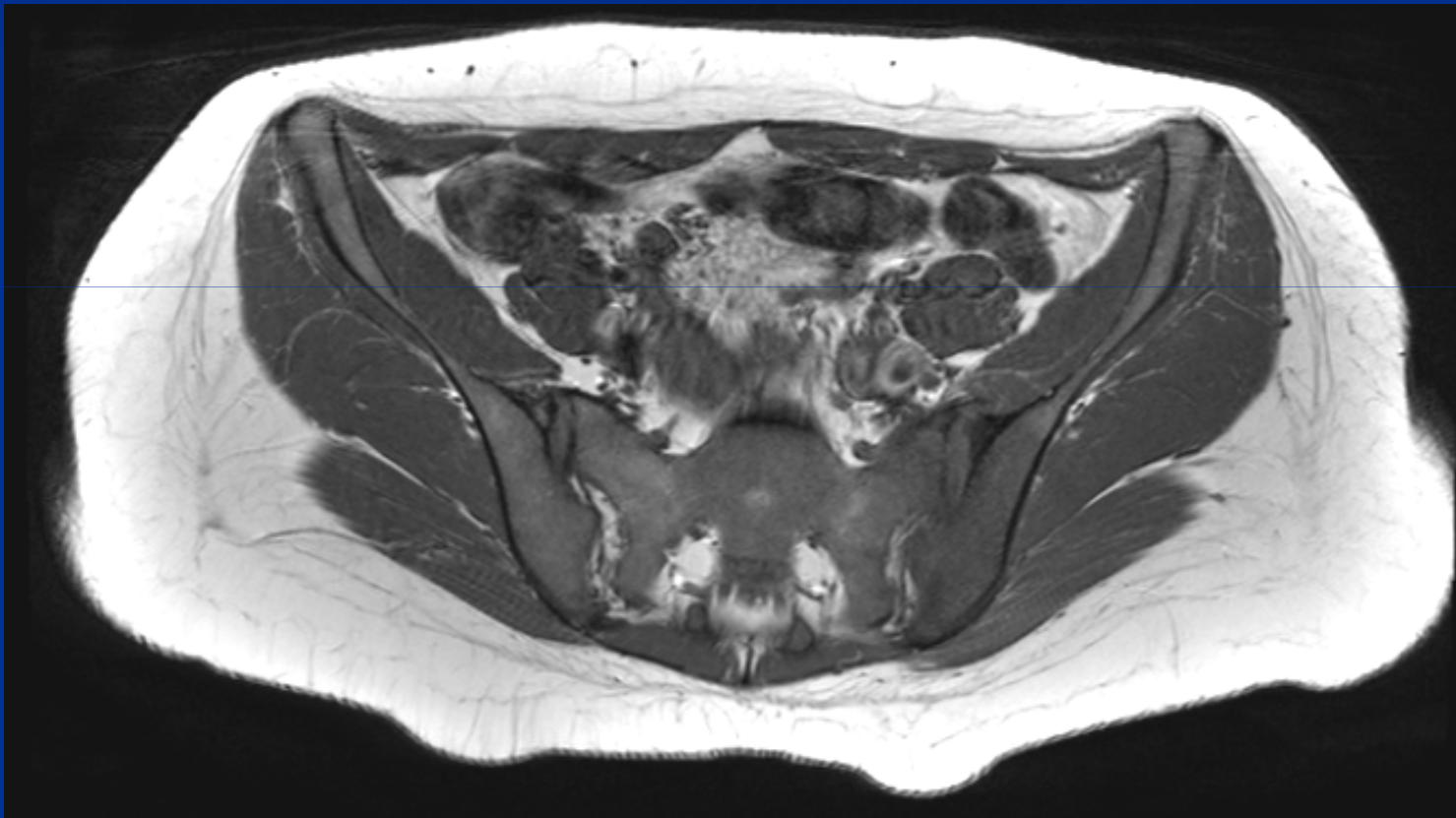
- 5 - Maladie de Horton
 - BAT positive
- TEP : aortite, signes de PPR, mais aussi ... sacroiliite !
- Dans la littérature :
 - Cas de maladie de Horton avec sacroiliite
 - Cas de spondyloarthrite avec aortite

Cas 2

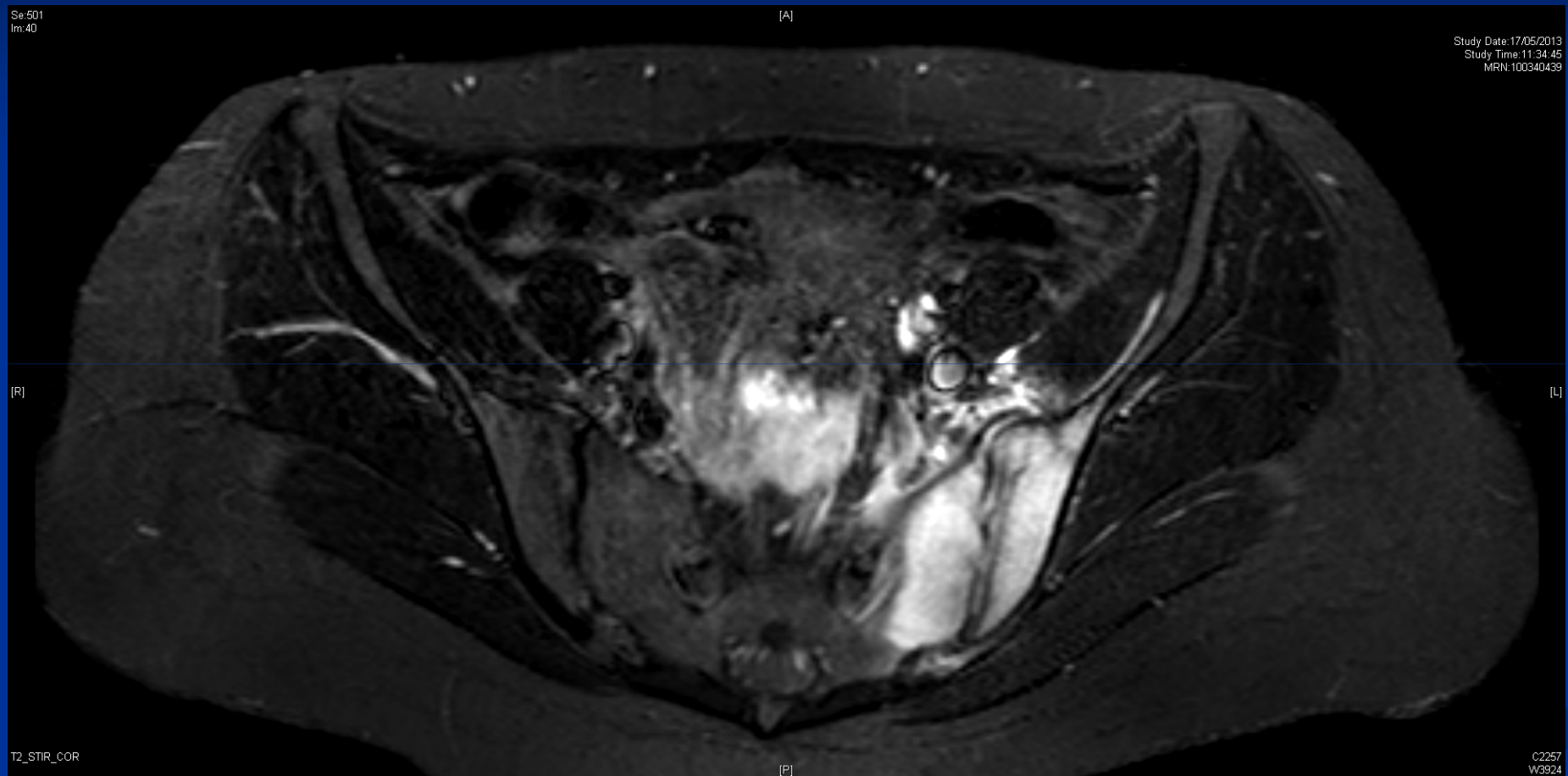
Cas 2

- Femme de 27 ans, IDE au CHU
- Antécédents :
 - maladie de Verneuil du tronc
 - aponévrosite plantaire gauche traitée par infiltration
 - accouchement 7 mois auparavant
- Pygalgie gauche inflammatoire
- CRP=115 mg/l
- Quantiferon positif
- Immunologie négative ; HLA B27 +

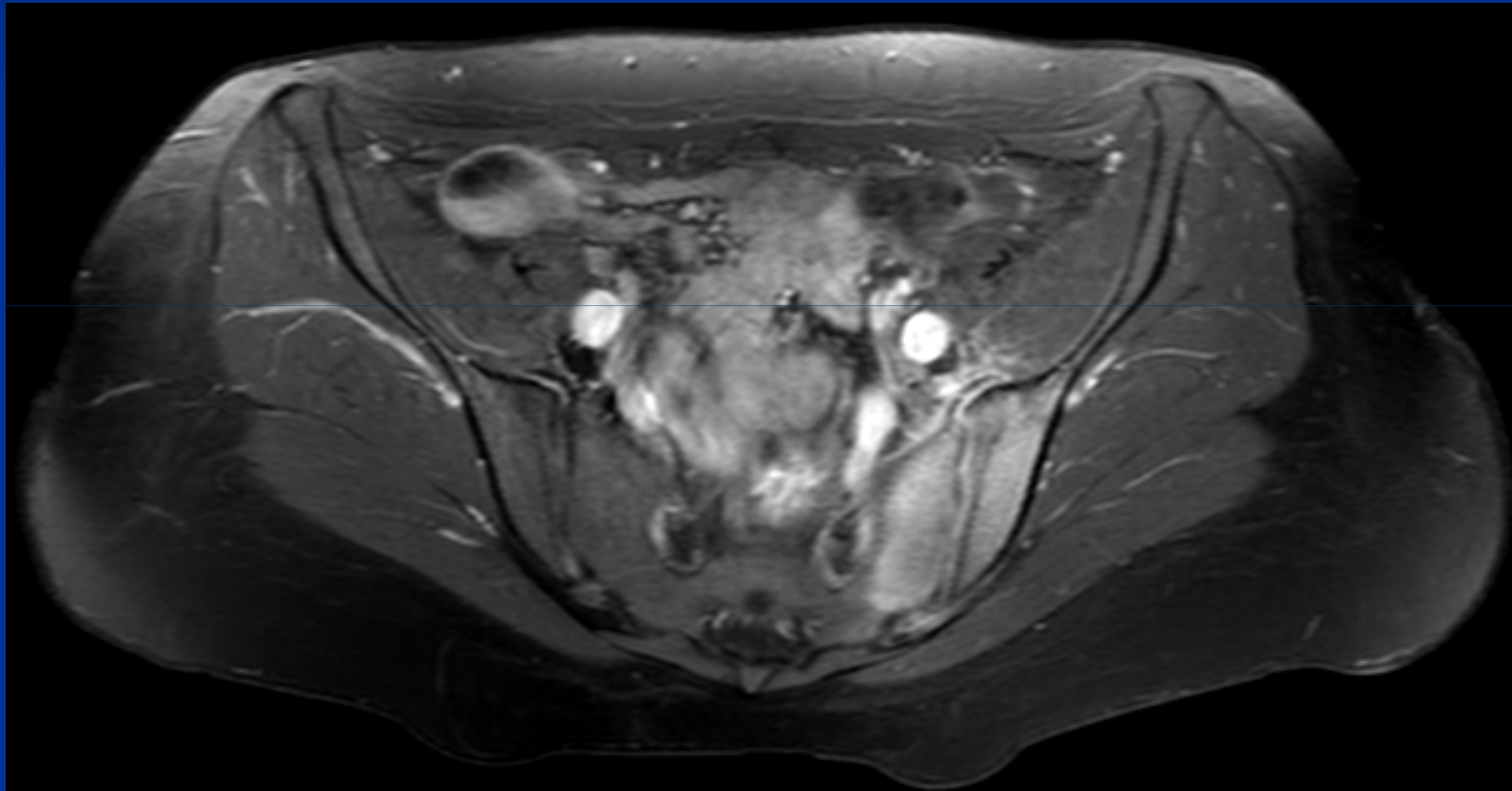
Cas 2 : IRM axiale T1



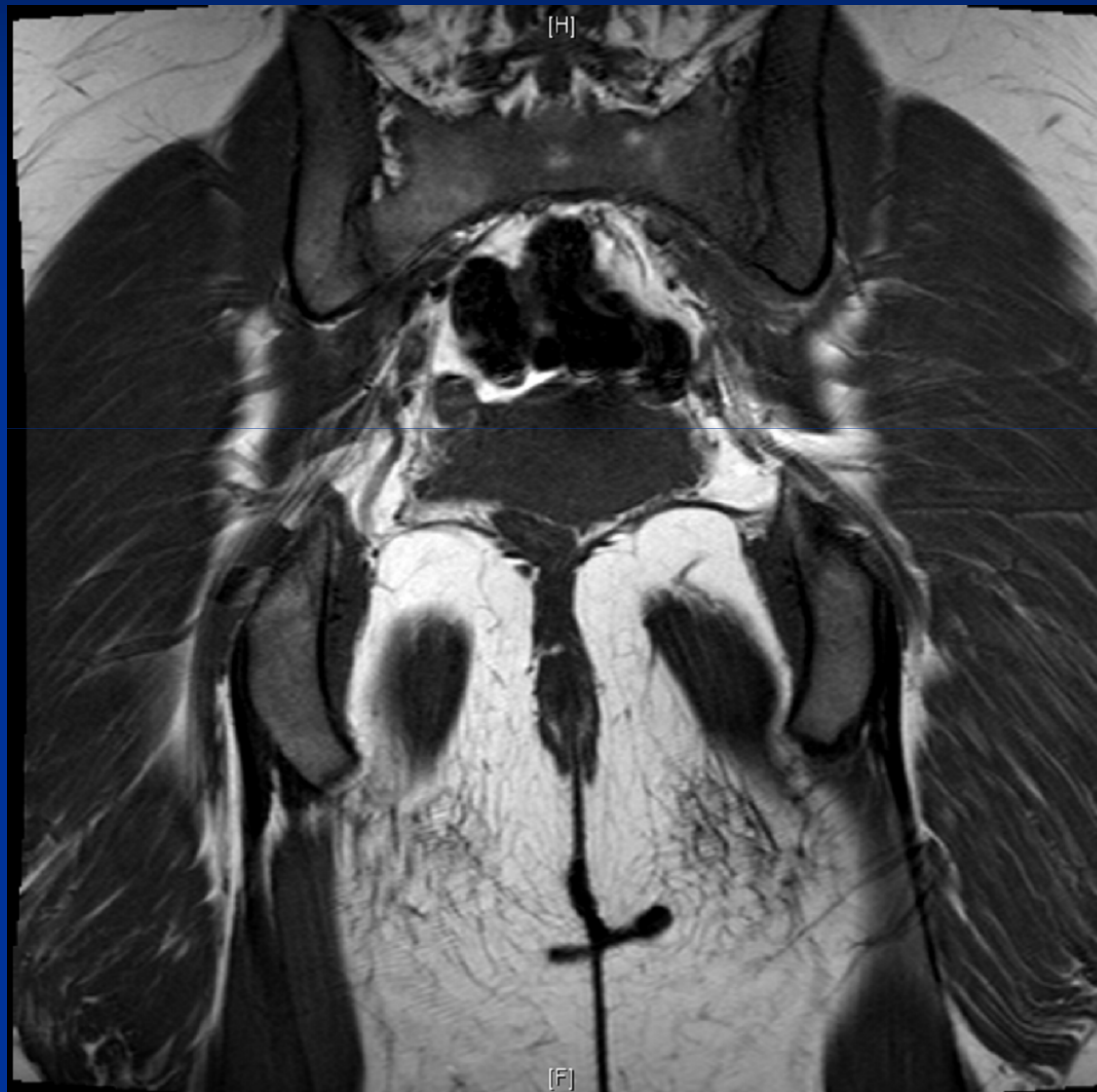
Cas 2 : IRM axiale T2 Stir



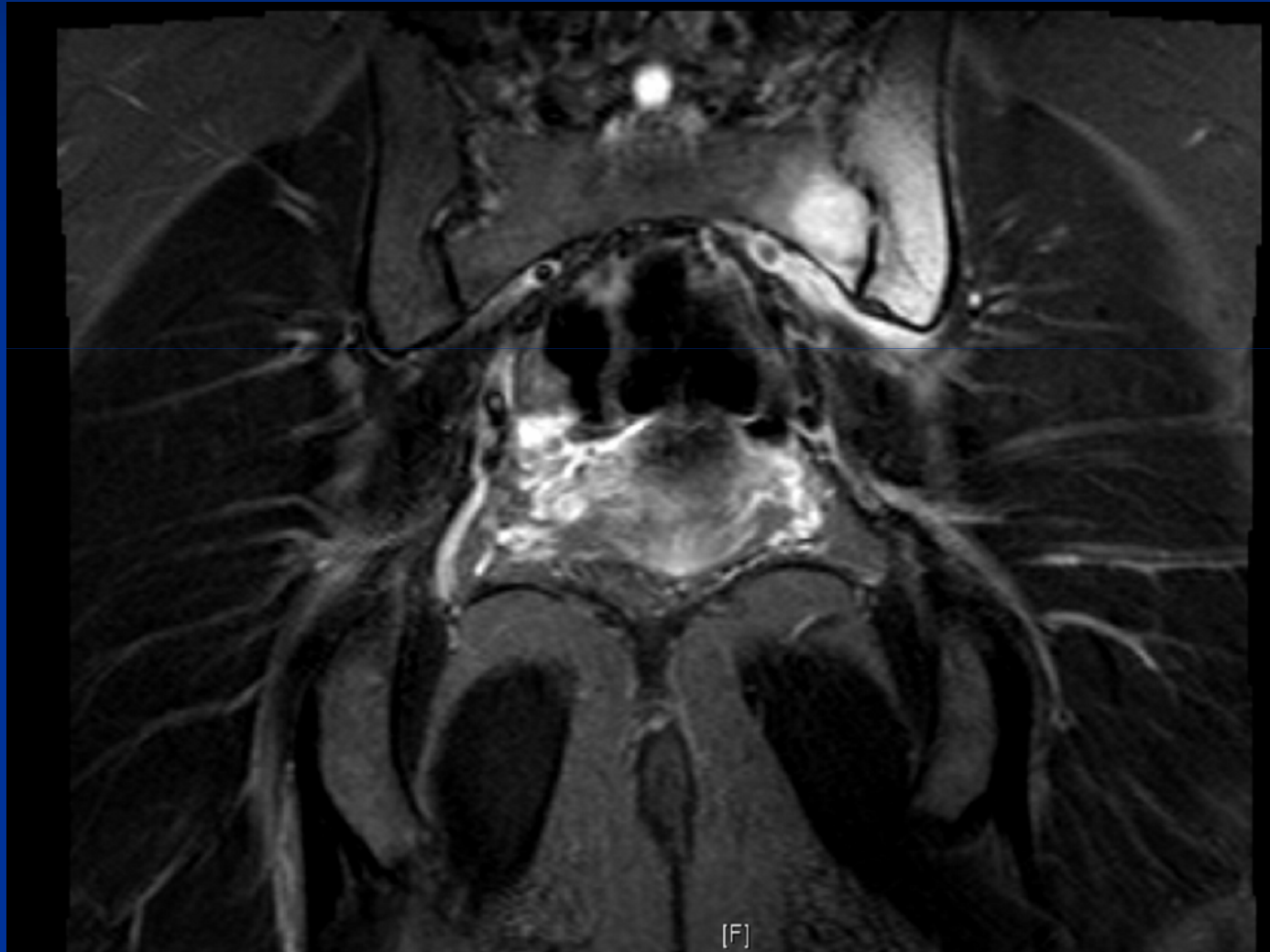
Cas 2 : IRM axiale T1 + gado



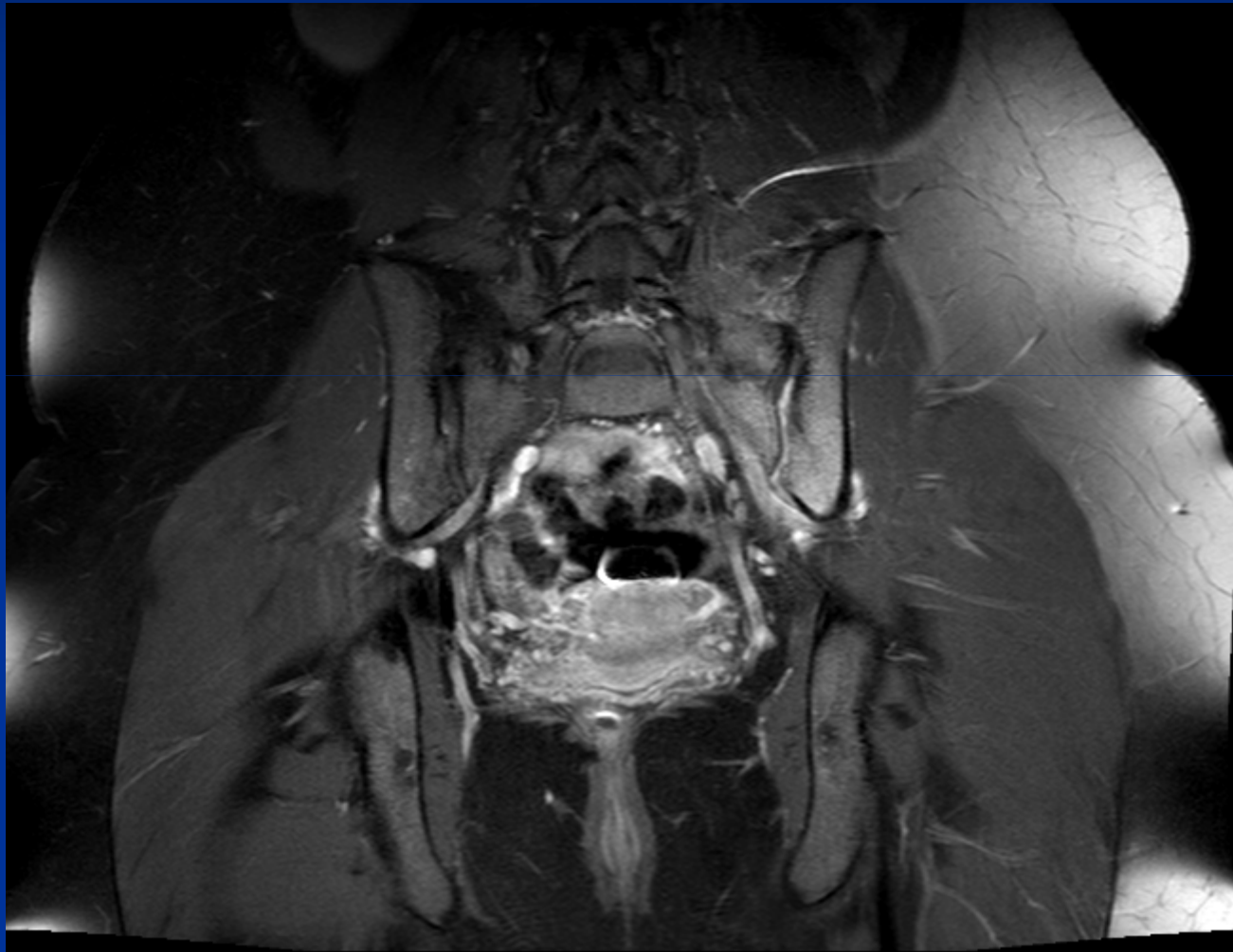
Cas 2 : IRM coronale T1



Cas 2 : IRM coronale T2 Stir



Cas 2 : IRM coronale T1 + gado



Cas 2 : QCM

1. Spondyloarthrite axiale
2. Sarcoïdose
3. Sacroïlite infectieuse
4. Maladie de Whipple

Cas 2 : réponse

- 1 - Spondyloarthritis B27 +
- Prélèvement bactériologique sacro-iliaque gauche stérile
- Evolution favorable sous Colchicine (aphtose sous AINS)

Cas N°3

Cas 3

- Patiente de 62 ans
- Douleurs des doigts évoluant depuis 25 ans, d'horaire mixte
- Aggravation récente, prédominant sur le 2ème et 4ème rayon de la main gauche
- CRP=0,2 mg/l
- Immunologie négative

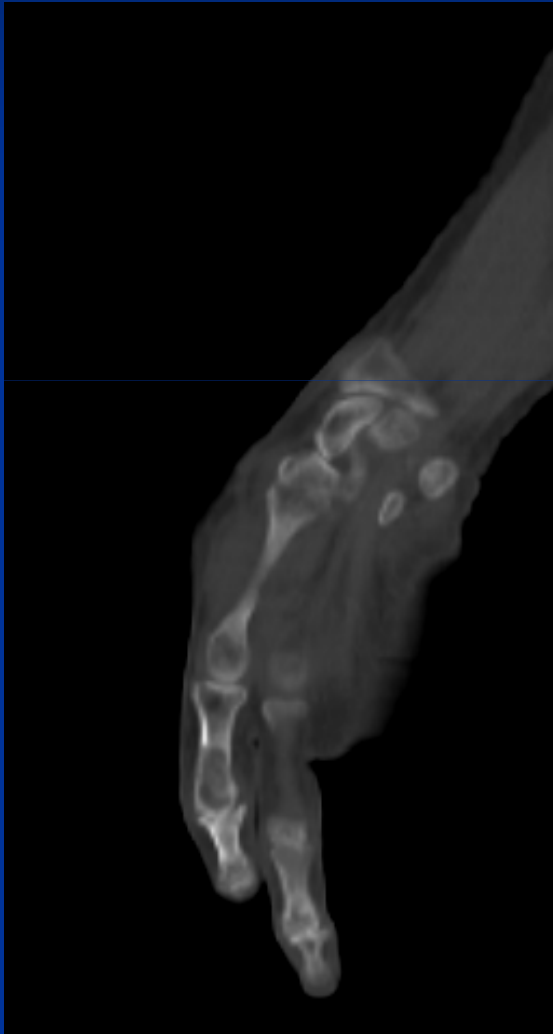
Cas 3 : radiographies en 2010



Cas 3 : radiographies en 2012



Cas 3 : index gauche : scintigraphie osseuse CT et fusion, coupe coronale



Cas 3 : annulaire gauche, scintigraphie osseuse CT, coupe coronale



Cas 3 : QCM

1. Dysplasie fibreuse
2. Chondromes
3. Chondroblastomes
4. Chondrosarcomes
5. Sarcomes ostéolytique

Cas 3 : réponse

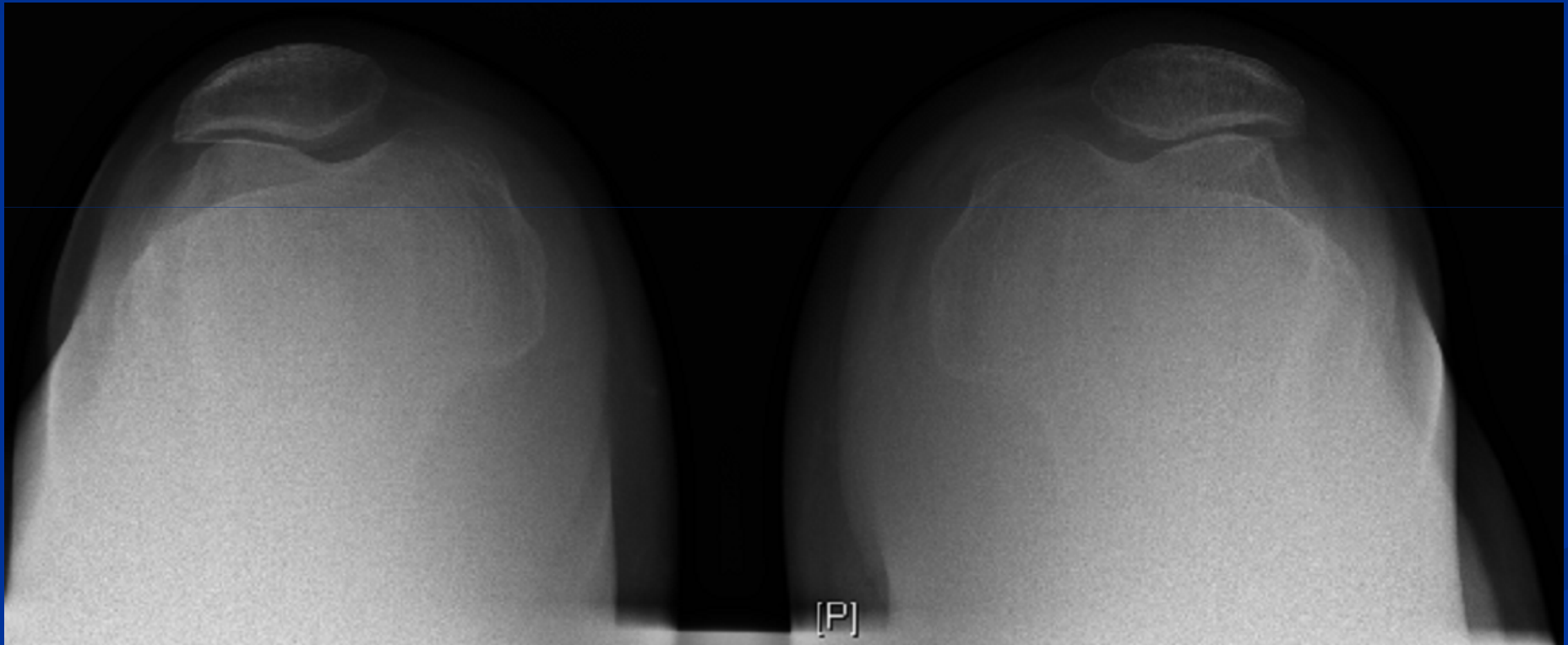
- 2 - Chondromes multiples
- Sur arthrose évoluée
- Sans argument formel pour un rhumatisme inflammatoire sous jacent

Cas 4

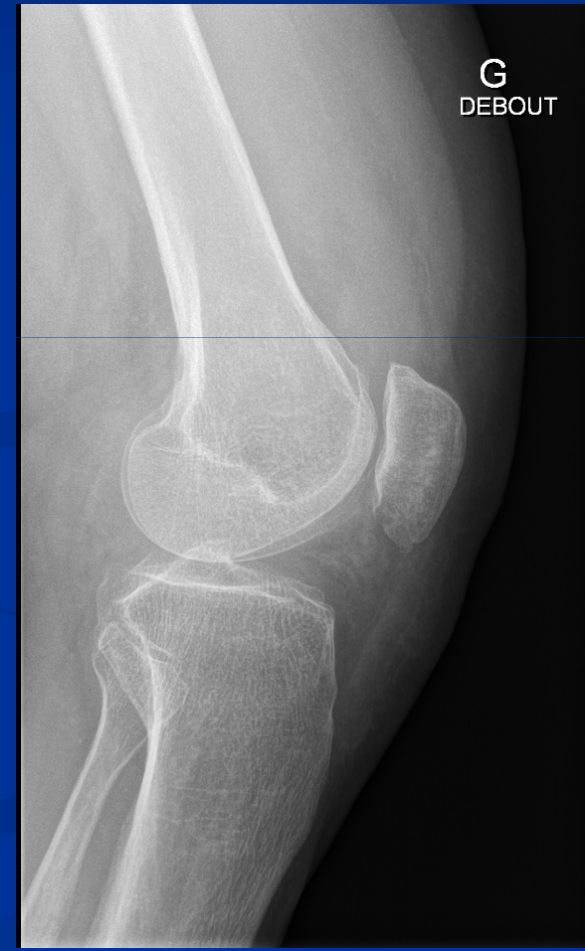
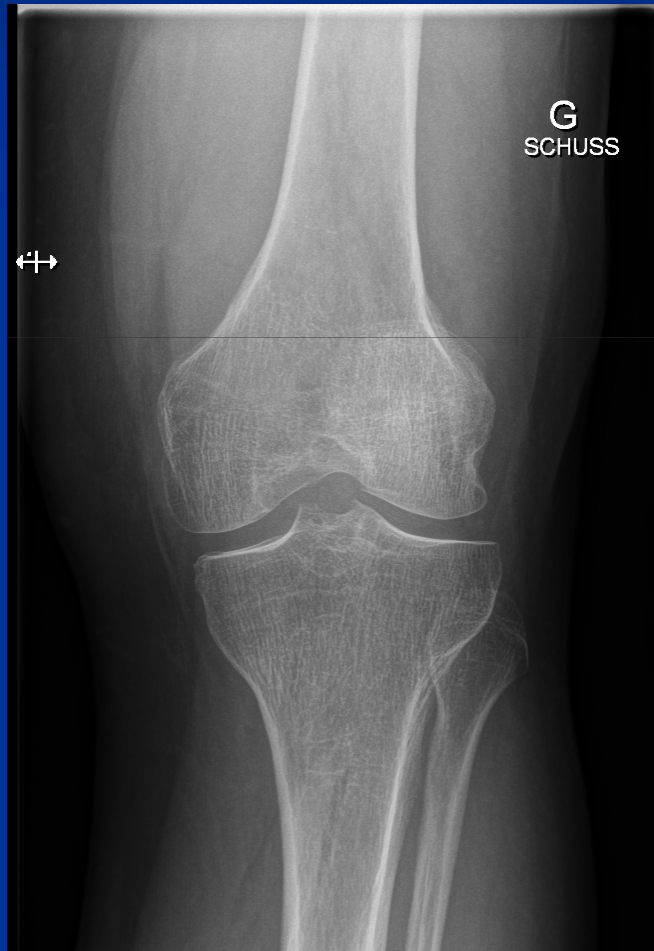
Cas 4

- Homme de 56 ans
- Epanchements récidivants des genoux depuis 2002, douloureux depuis 2012
- Ponctions genou gauche :
 - Octobre 2012 : hématies : 3510 / mm³ ; leuco : 81 / mm³ sans microcristaux et sans germe
 - Février 2013 : hématies : 520 / mm³ ; leuco : 20 / mm³ sans microcristaux et sans germe

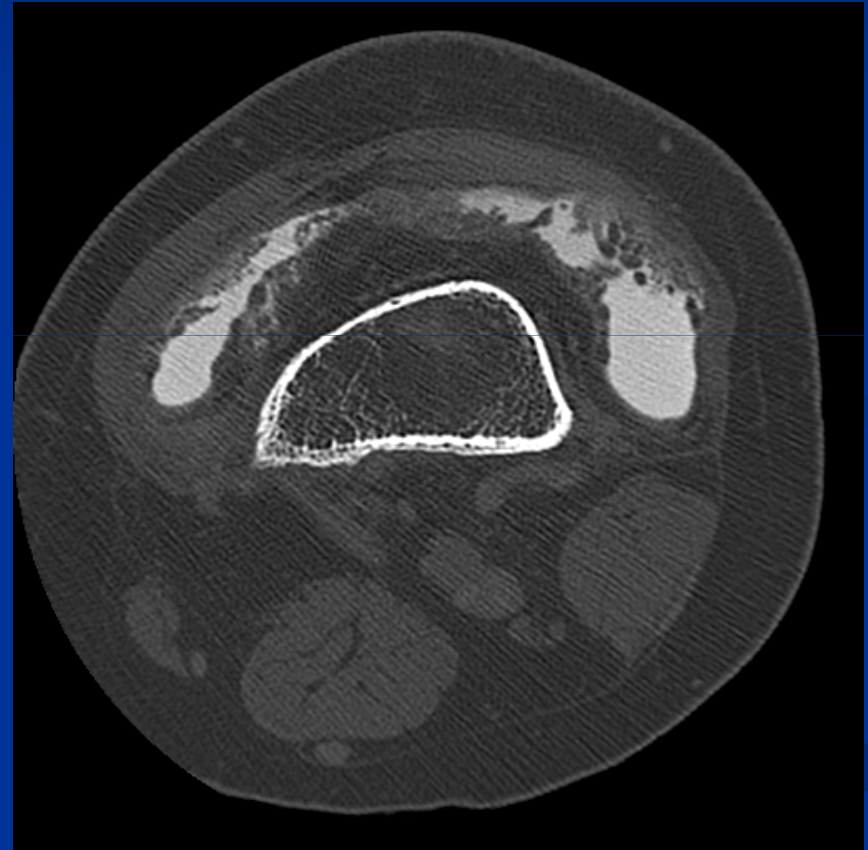
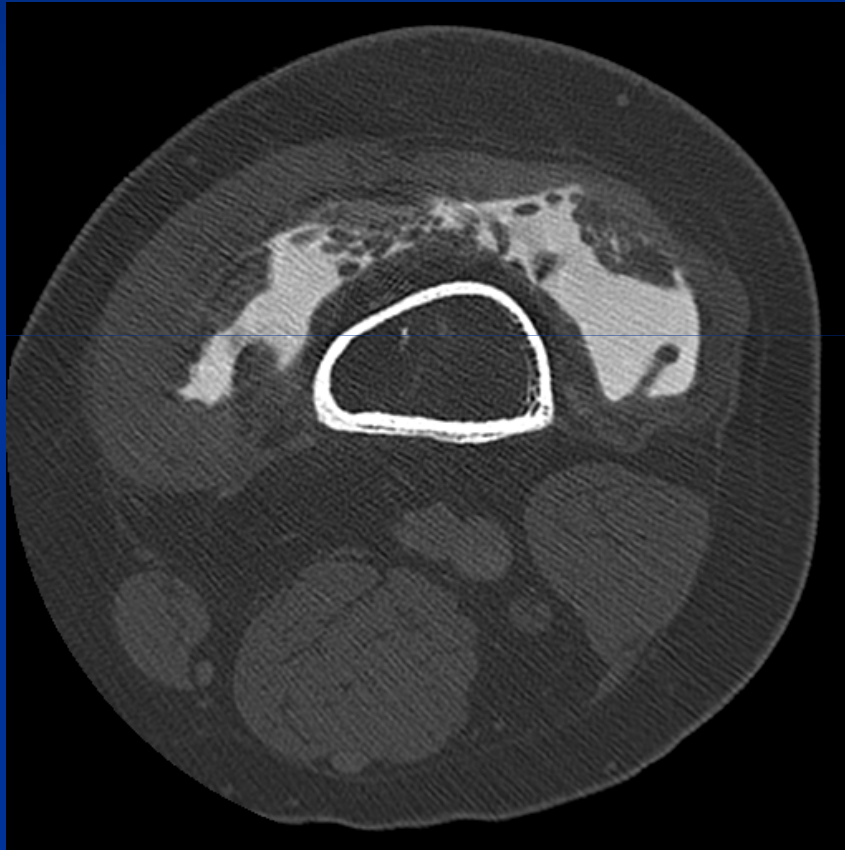
Cas 4 : radiographies standards



Cas 4 : radiographies standards



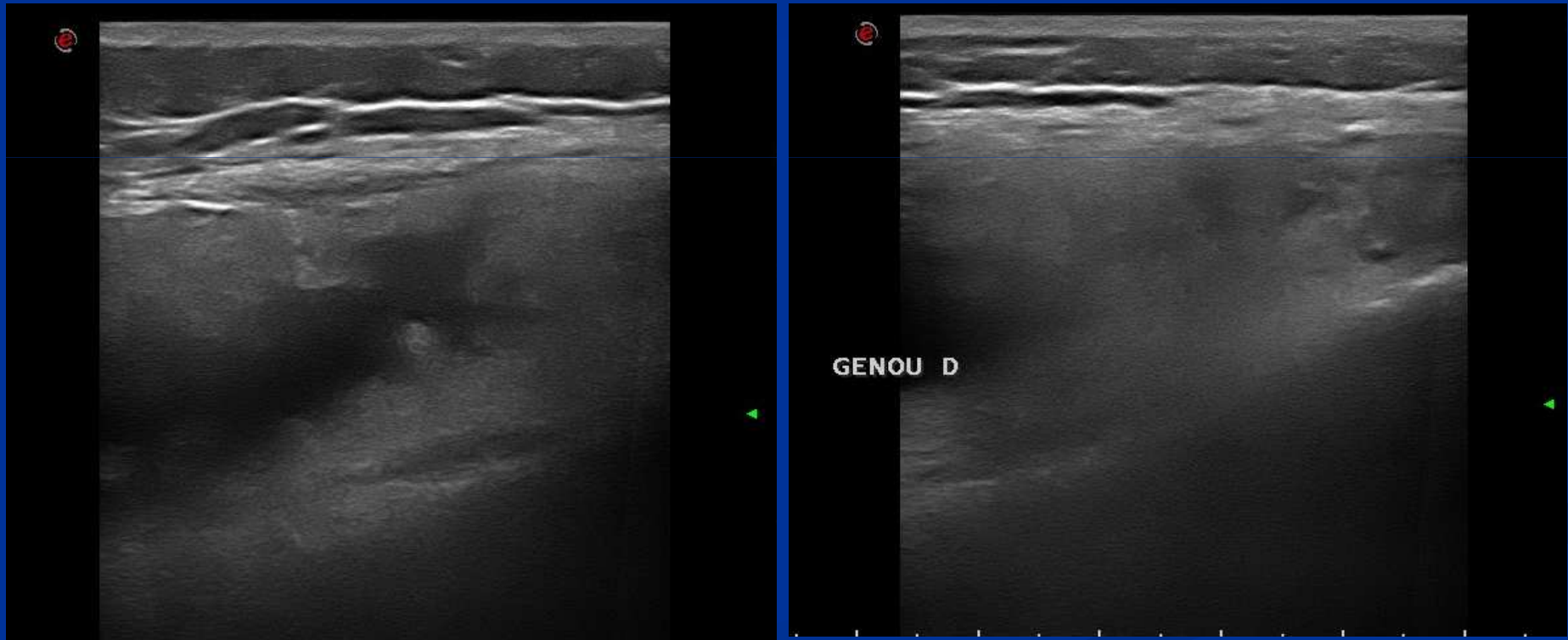
Cas 4 : arthroscanner genou gauche



Cas 4 : arthroscanner genou gauche



Cas 4 : échographie genou droit



Cas 4 : QCM

1. Ostéochondromatose
2. Synovite villonodulaire
3. Lipomatose synoviale
4. Synoviosarcome

Cas 4 : réponse

■ 2 - Lipomatose synoviale des genoux

- Pathologie synoviale primitive très rare
- Surtout le **genou** (aussi hanche, épaule, poignet, coude)
- En général **mono-articulaire**
- A tout âge
- Prédominance masculine
- **Clinique** : douleur et gonflement
- **Anapath** : prolifération synoviale avec infiltration diffuses ou focales d'adipocytes matures
- Peut mimer un lipome ou un hémangiome

Lipomatose synoviale

- Aspect échographique :
 - Masse synoviale **hyperéchogène**
 - dans le récessus suprapatellaire
 - Avec des **franges** villeuses ou globuleuse de quelques cm
 - Entourées de liquide d'**épanchement**
 - Sans prise Doppler



Cas 5

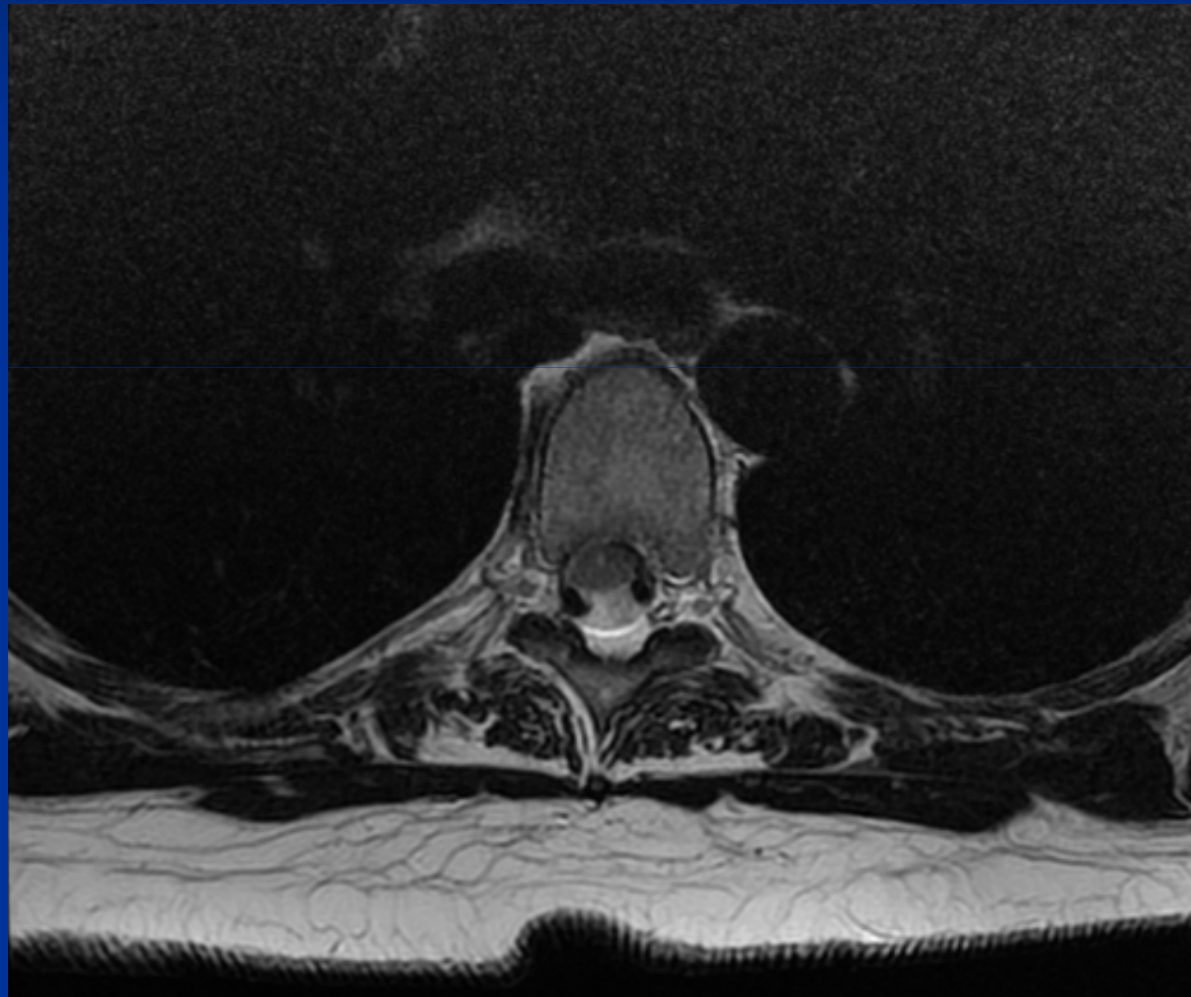
Cas 5

- Patiente de 35 ans
- Obésité IMC=39
- Rachialgies mécaniques, surtout lombaire
- Paresthésies des pieds, surtout à droite
- Examen neurologique normal sauf hypoesthésie mal systématisée du pied droit
- EMG normal, PEM et PES normaux

Cas 5 : IRM sagittales T1 Flair et T2 Fiesta



Cas 5 : IRM axiale T2



Cas 5 : QCM

1. Tumeur notochordale (ou chordome)
2. Hernie médullaire transdurale
3. Méningiome

Cas 5 : réponse

■ 3 - Hernie médullaire trans-durale T5

- La hernie médullaire trans-durale, révélée par l'IRM, est une cause de myélopathie progressive : le cordon médullaire fait hernie à travers la paroi de la dure-mère. Le traitement est neurochirurgical.
- Rare
- Se présente classiquement par un syndrome de Brown-Séquard de niveau thoracique d'apparition progressive avec d'importants retards diagnostiques
- Aspect IRM : angulation du cordon médullaire avec accollement au bord postérieur de la vertèbre
- Les brèches durales pourraient être soit idiopathiques (congénitale ou acquise) soit secondaires (post traumatique, post opératoire).

Cas 6

Cas 6



Cas 6 : QCM

1. Syndrome de Marfan
2. Syndrome d'Ehler Danlos
3. Sclérodermie localisée
4. Lipome fusiforme

Cas 6 : réponse

- 3 - Sclérodermie localisée
- Les différentes sclérodermies localisées sont :
 - sclérodermie en plaque ou « morphées »
 - sclérodermie en goutte
 - sclérodermie en plaques multiples
 - sclérodermie linéaire

Cas 7

Cas 7

- Patient de 40 ans travaillant dans le bâtiment
- Tuméfaction d'un doigt
- Pas de douleur, augmentant progressivement de taille

Cas 7



Cas 7 : QCM

1. Granulome à corps étranger
2. Chondrome sous périoste
3. Tophus
4. Fibrome desmoïde
5. Chondromatose synoviale

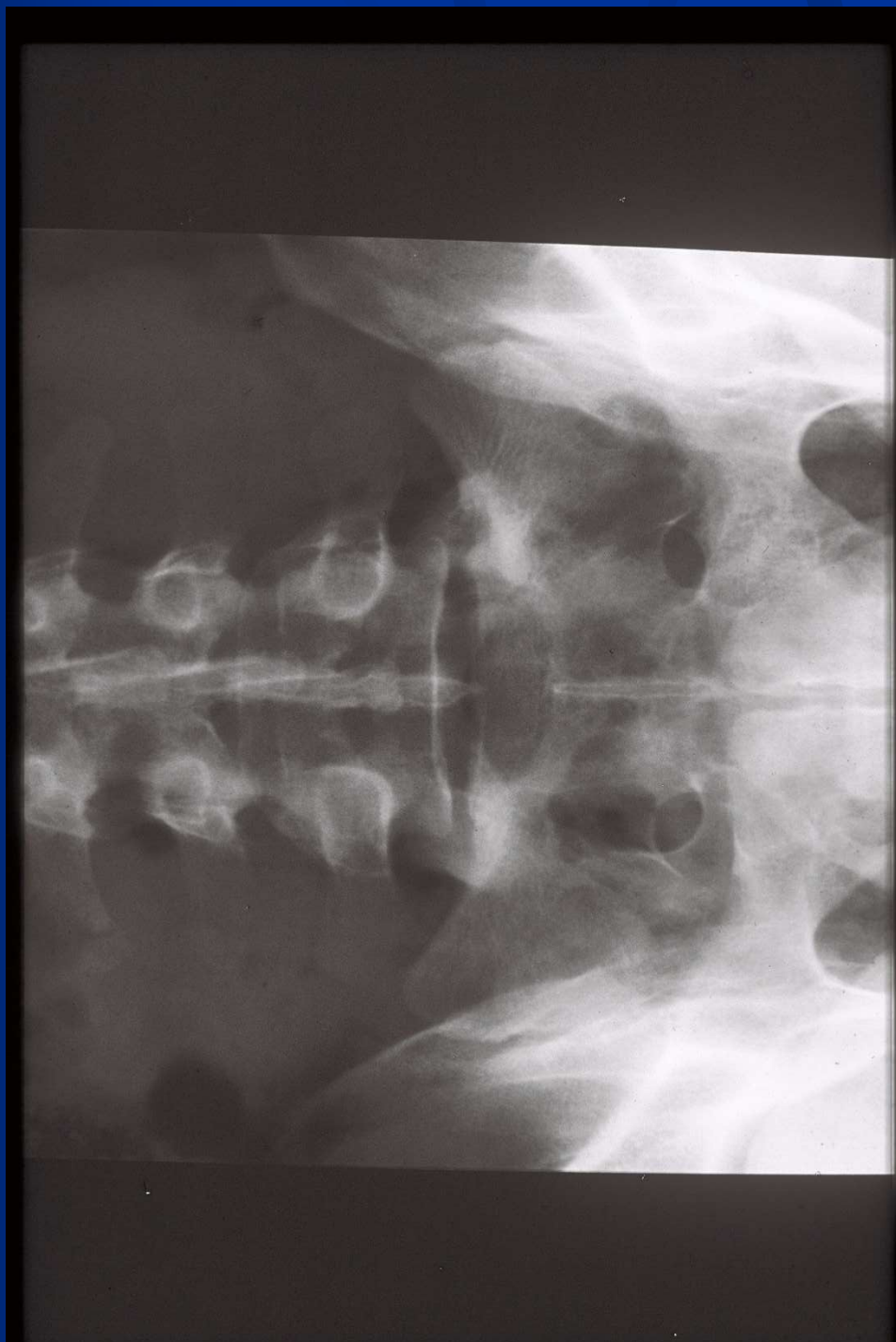
Cas 7 : réponse

- 2 – Chondrome sous périoste

Cas 8

Cas 8

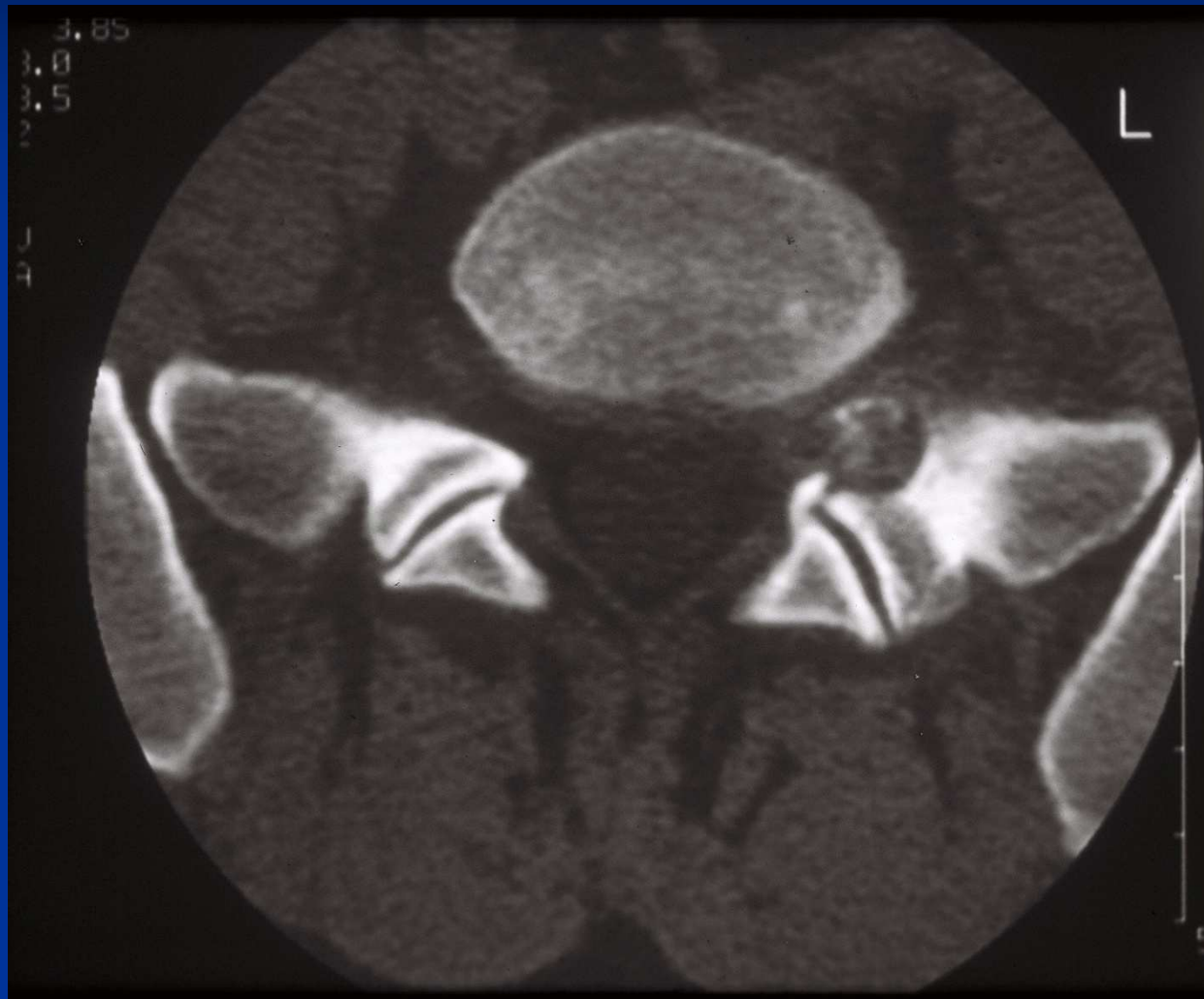
- Patient de 30 ans
- Lombalgie depuis 3 ans avec note inflammatoire
- Traitement par AINS et kinésithérapie



Cas 8



Cas 8



Cas 8 : QCM

1. Ostéoblastome
2. Ostéome ostéoïde
3. Ilôt condensant
4. Abscès de Brodie

Cas 8 : Réponses

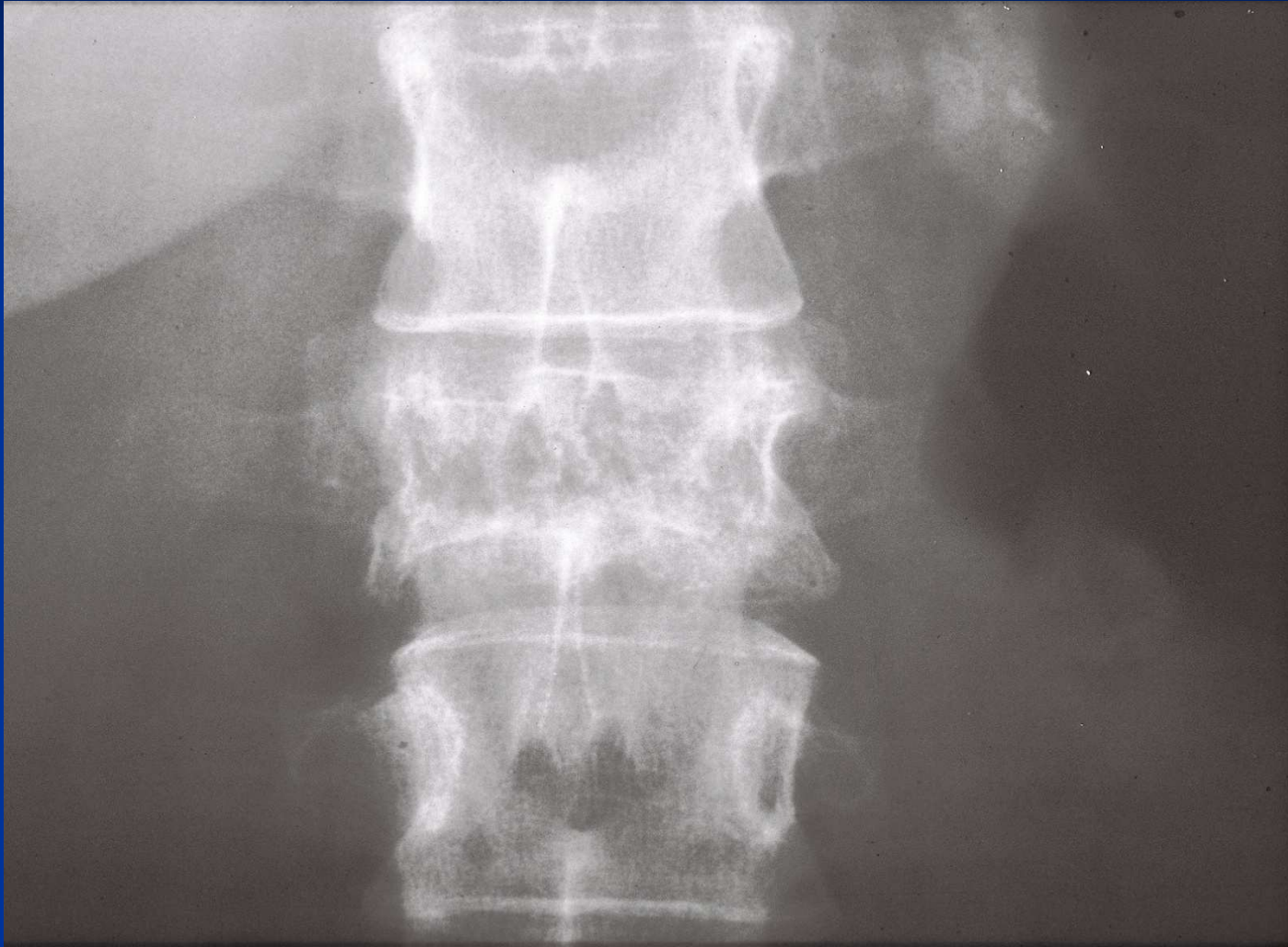
- 2- Ostéome ostéoïde
- Développement ostéome ostéoïde / ostéoblastome

Cas 9

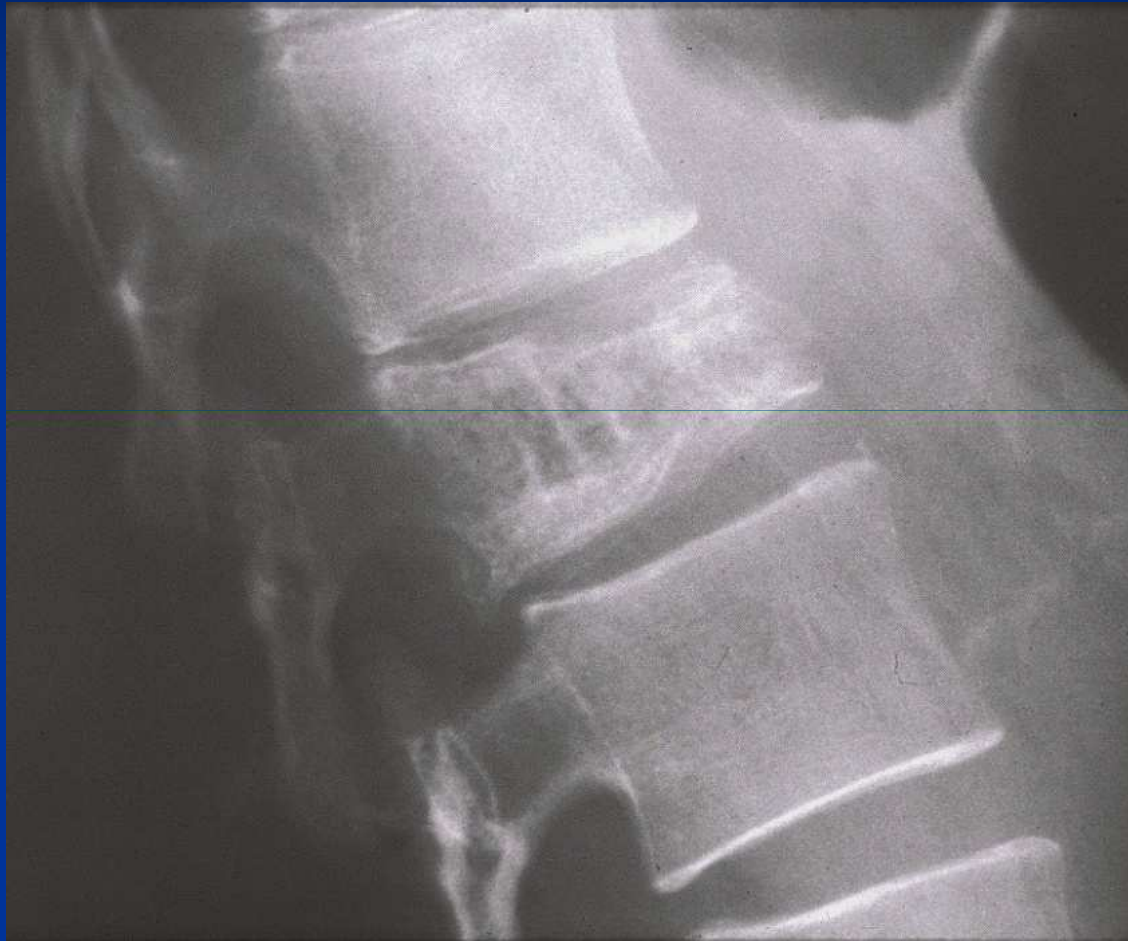
Cas 9

- Patiente de 27 ans
- 7 jours après son premier accouchement, violente douleur lombaire avec une impotence fonctionnelle et déficit sensitivomoteur des membres inférieurs
- Lombalgies d'intensité croissante et paresthésies des faces antérieures des cuisses au cours du dernier trimestre de la grossesse

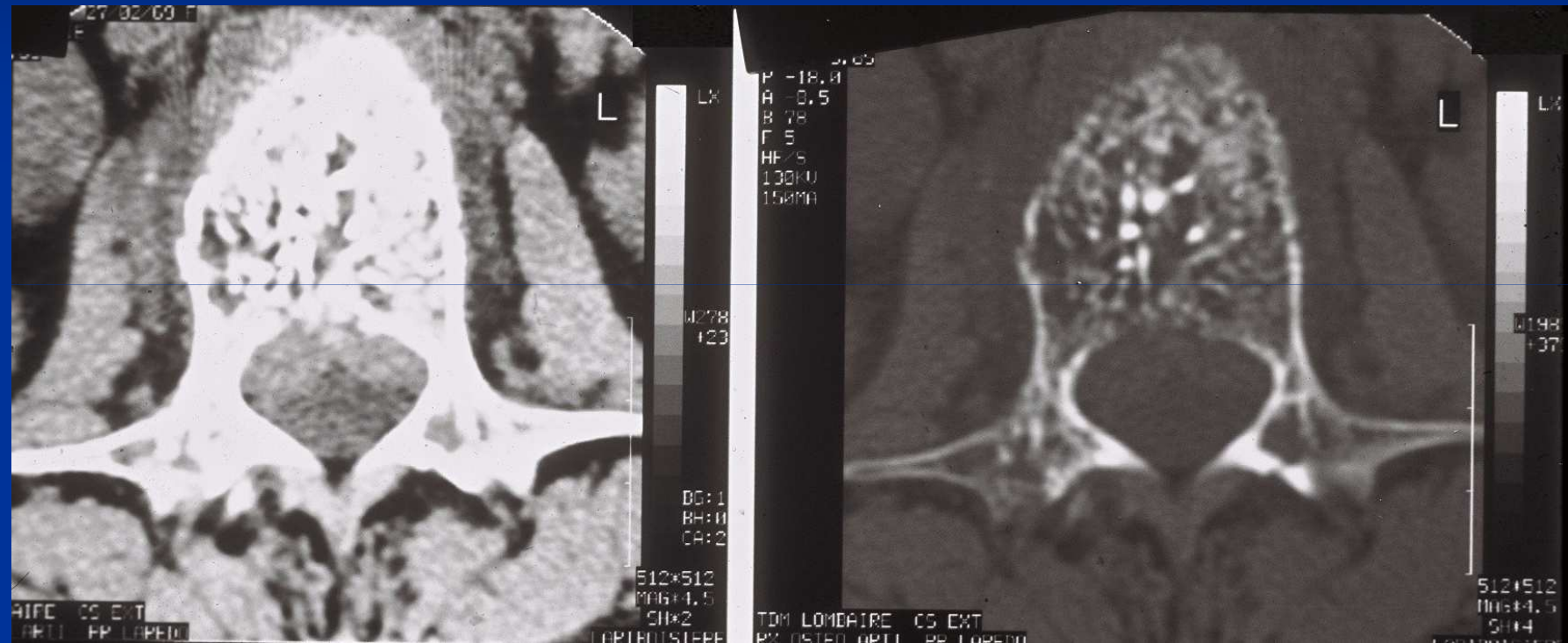
Cas 9 : radiographie standard de face



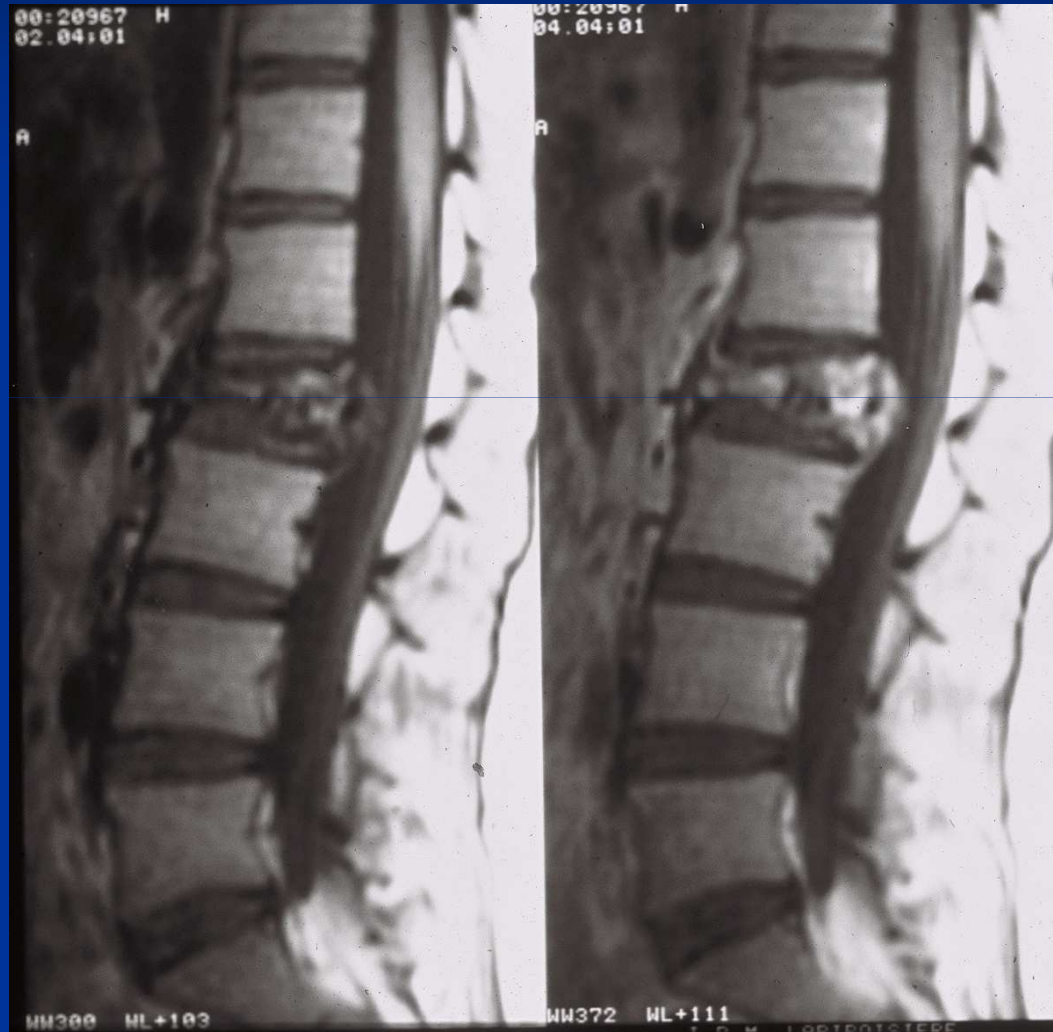
Cas 9 : radiographie standard profil



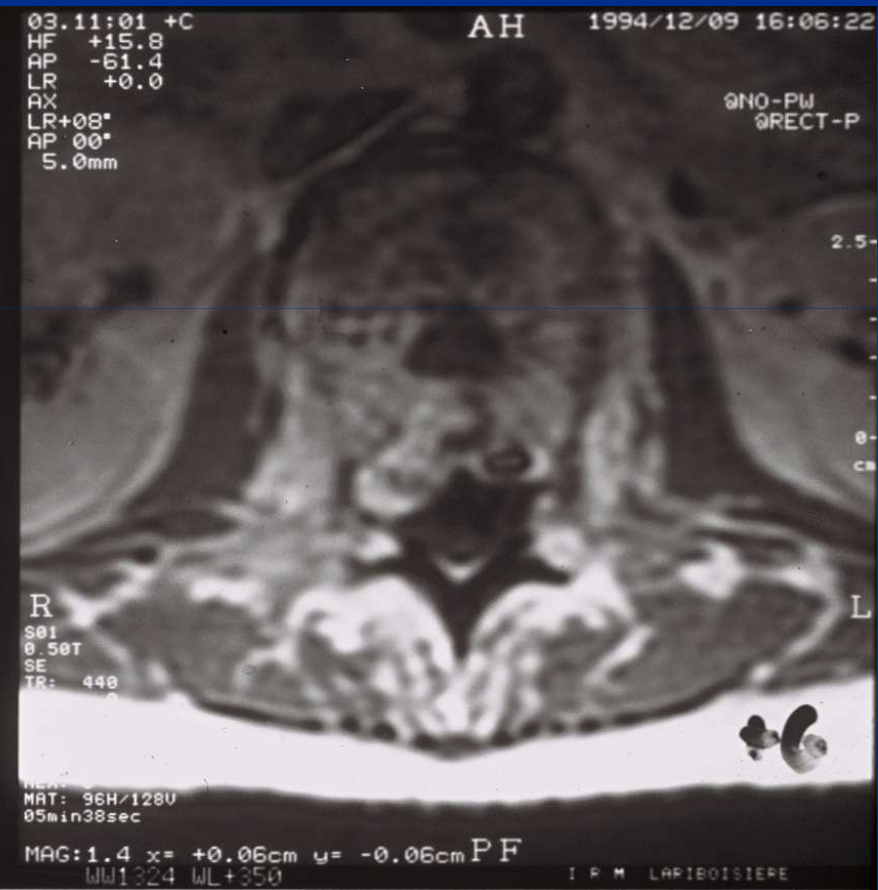
Cas 9 : TDM axiale



Cas 9 : IRM sagittales T1 et T1 + gado



Cas 9 : IRM axiales T1 et T1 + gado



Cas 9 : QCM

1. Hémangiome vertébral actif
2. Hémangiolipome
3. Tassement ostéoporotique de la grossesse sur hémangiome vertébral
4. Métastase osseuse sur hémangiome
5. Hémangiosarcome

Cas 9 : réponse

■ 1 - hémangiome vertébral actif

- Aspect strié sur les radiographies et en rayon de miel sur le TDM
- 6 signes permettent de distinguer les hémangiomes actifs des lésions quiescentes en radiographie standard et au TDM
 - Localisation de D3 à D10
 - Atteinte de tous le corps vertébral
 - Extension à l'arc postérieur (pédicules notamment)
 - Corticales osseuses mal définies, soufflées
 - Présence de lésions lytiques étendues au sein de la vertèbre
 - Extension en dehors du corps vertébral
- Au TDM les hémangiome actifs ont un contenu de densité tissulaire
- En IRM ils sont en hypo signal T1 et en hyper signal T2 franc
- Ils prennent le contraste iode ou gadolinium.
- Les angiomes quiescents ont un contenu graisseux au TDM et en IRM avec un hyper signal T1 non modifié par l'injection IV

Cas 10

Cas 10

- Patient de 27 ans
- Dorsalgies moyennes, douleurs du bassin et du fémur gauche d'horaire mixte

Cas 10 : radiographie standard du rachis dorsal



Cas 10 : radiographie standard du bassin



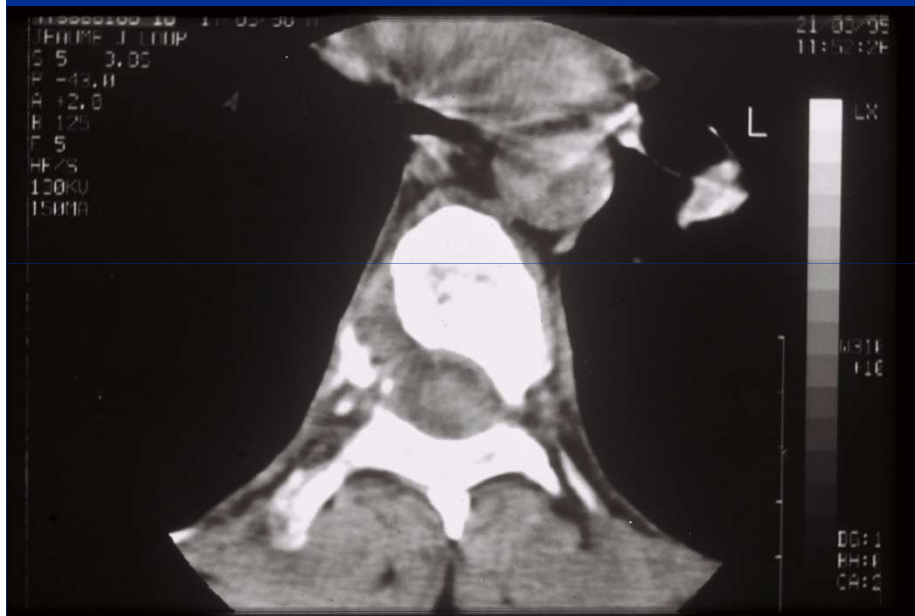
Cas 10 : radiographie standard hanche gauche



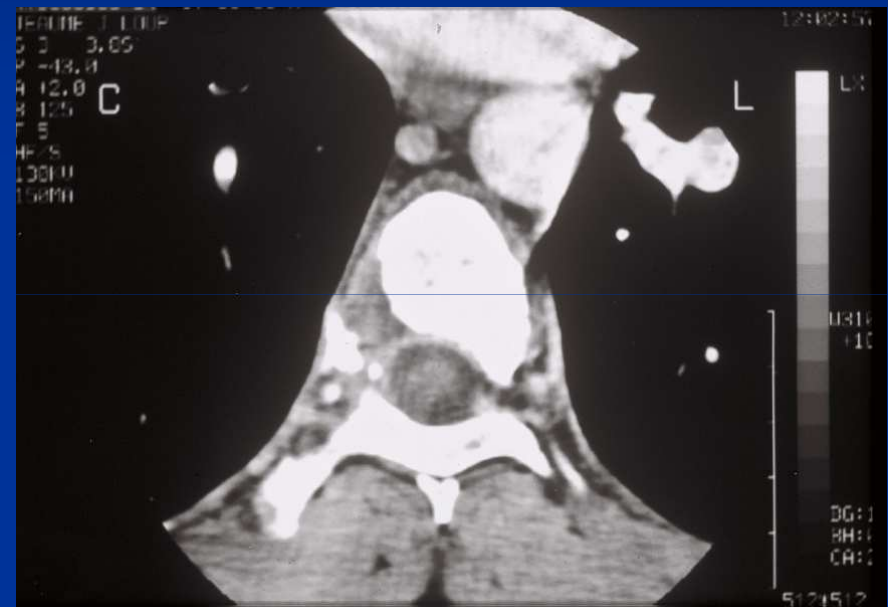
Cas 10 : radiographie standard du crâne (centrer sur voute)



Cas 10 : TDM axiale centrée sur D7

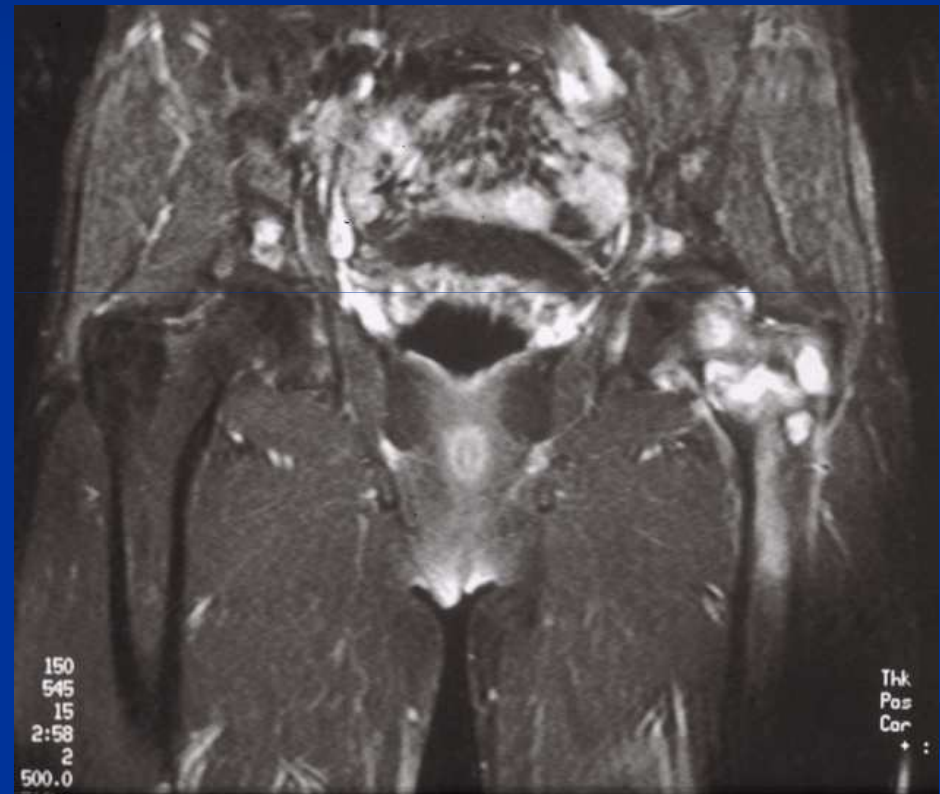
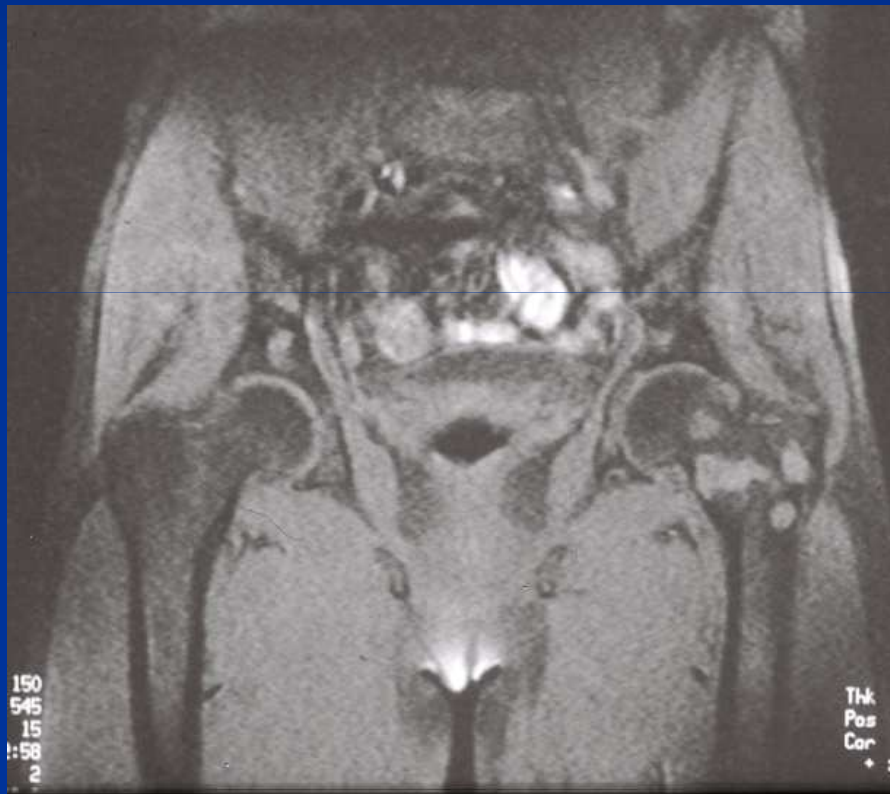


Sans injection



Avec injection

Cas 10 : IRM coronale T1 et T2 (vérifier)



Cas 10 : QCM

1. Dysplasie fibreuse
2. Histiocytose à cellule de Langerhans
3. Maladie de Gaucher
4. Réticulohistiocytose multicentrique
5. Myélome

Cas 10 : réponse

- 2 - histiocytose langerhansienne
- Anciennement Histiocytose X

Histiocytose Langerhansienne (à compléter)

■ Atteintes diverses :

■ Osseuse : 80 %

- Crane : 40 %

- Fémur : 15 %

- Rachis : 10 %

- Cotes : 8 %

- Maxillaire inférieur : 6 %

- Humérus : 5 %

■ Pulmonaire : Sd interstitiel, tabac +++

■ Cutanée

■ Autres (Hypophyse, Gg, foie, rate, SNC, ...)

Cas 11

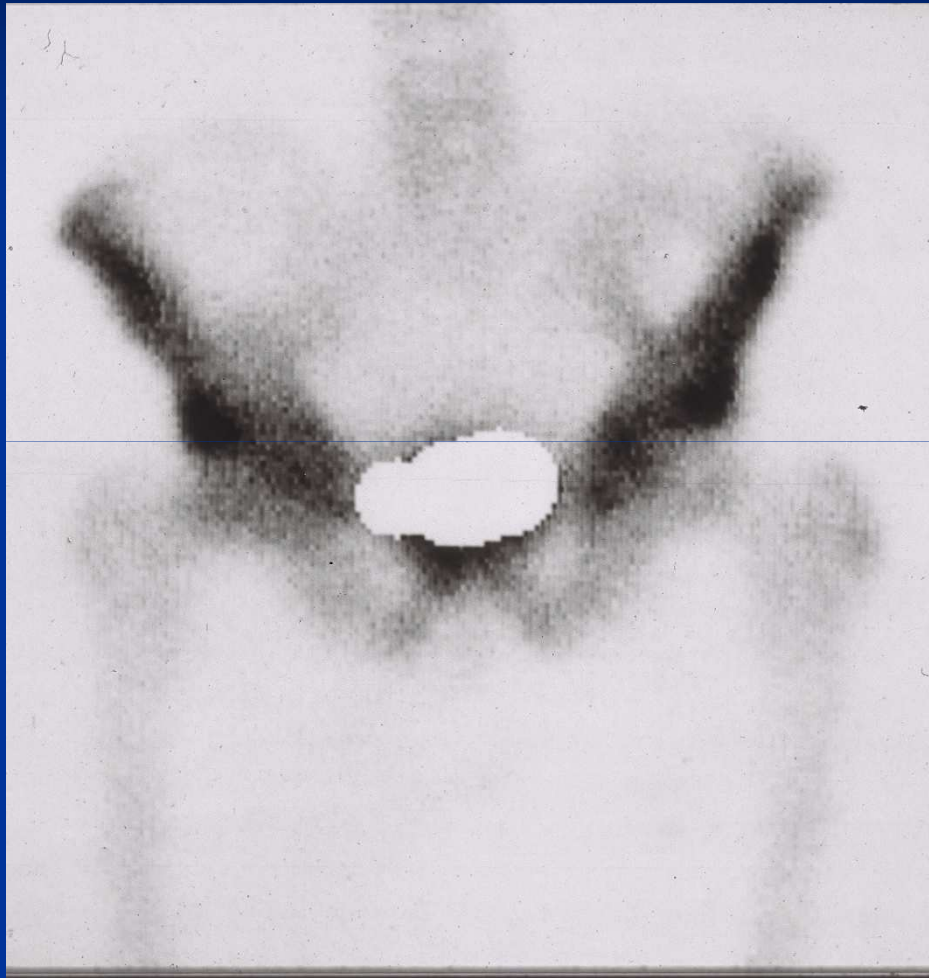
Cas 11 : alléger

- Patient de 78 ans
- Maladie de Paget traitée depuis 12 ans par bisphosphonate
- Tableau de PPR traitée par corticothérapie, puis quelques mois plus tard de pancytopénie
- Biopsie ostéomédullaire en crête iliaque gauche révèle une myélofibrose sévère
- Il revient parce que depuis quelques semaines il souffre d'une douleur de la fesse gauche d'horaire inflammatoire

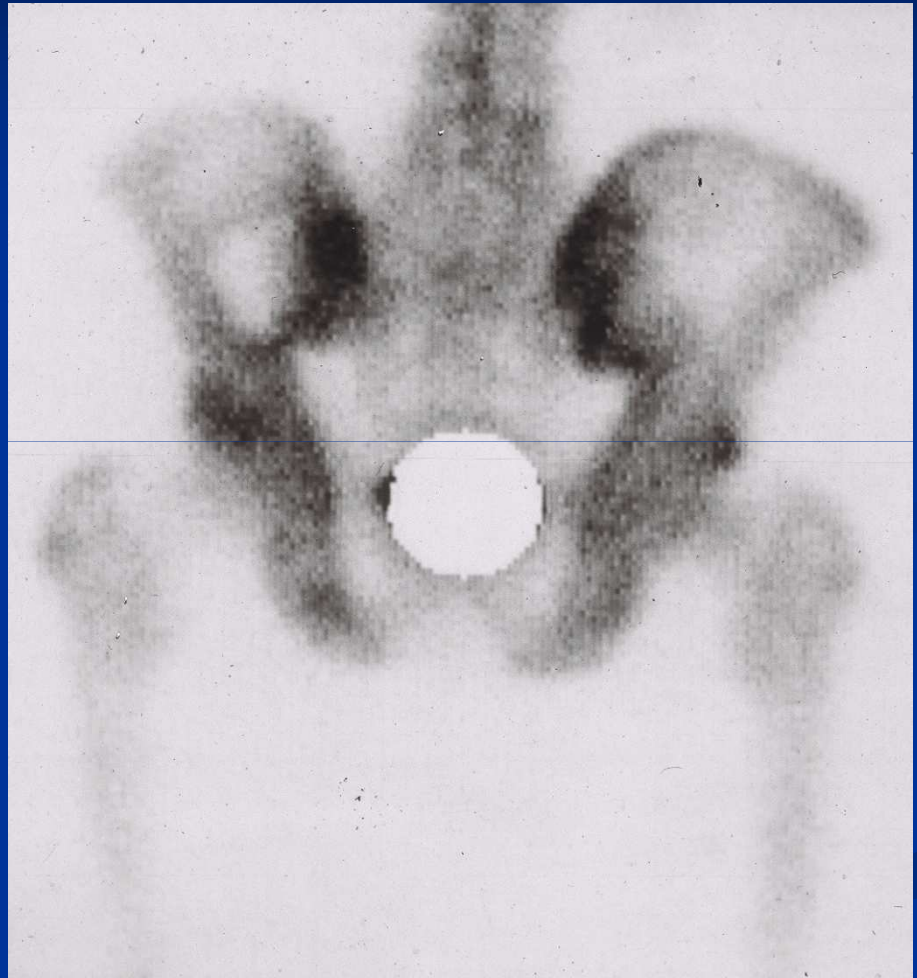
Cas 11 : radiographie standard du bassin



Cas 11 : scintigraphie osseuse

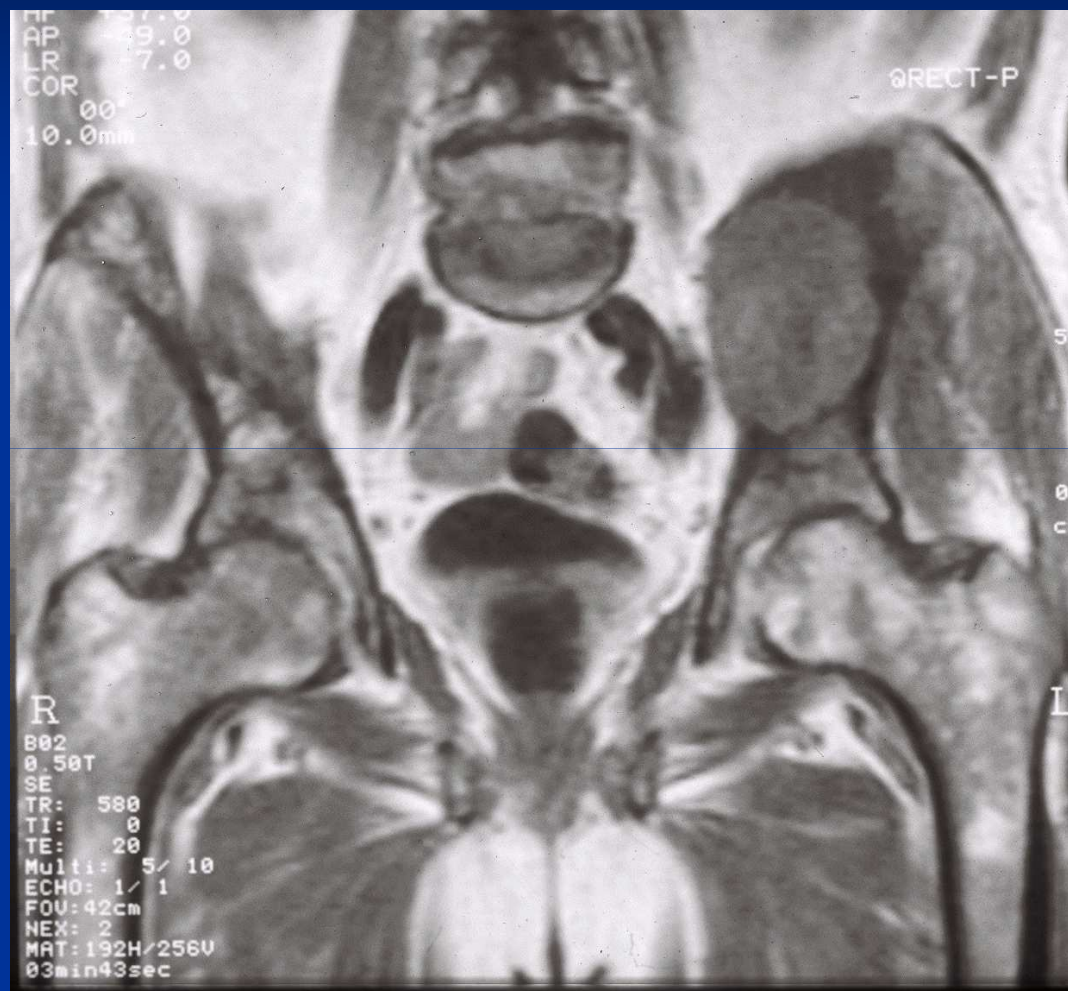


Ant

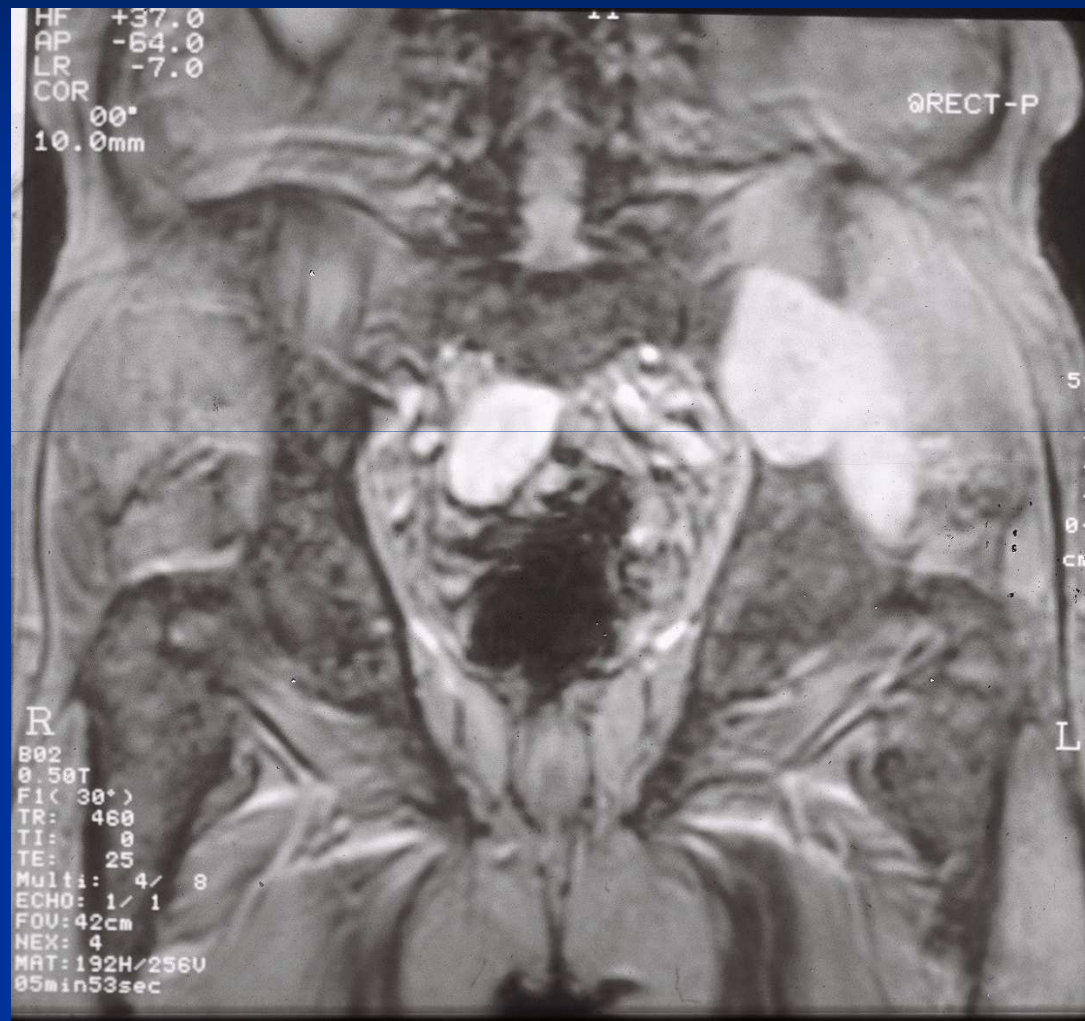


Post

Cas 11 : IRM frontale T1



Cas 11 : IRM frontale T2



Cas 11 : QCM

1. Hématome
2. Abscès
3. Métastase osseuse
4. Ostéosarcome
5. Sarcome d'Ewing

Cas 11 : réponse

■ 4 - Ostéosarcome sur maladie de Paget (MP)

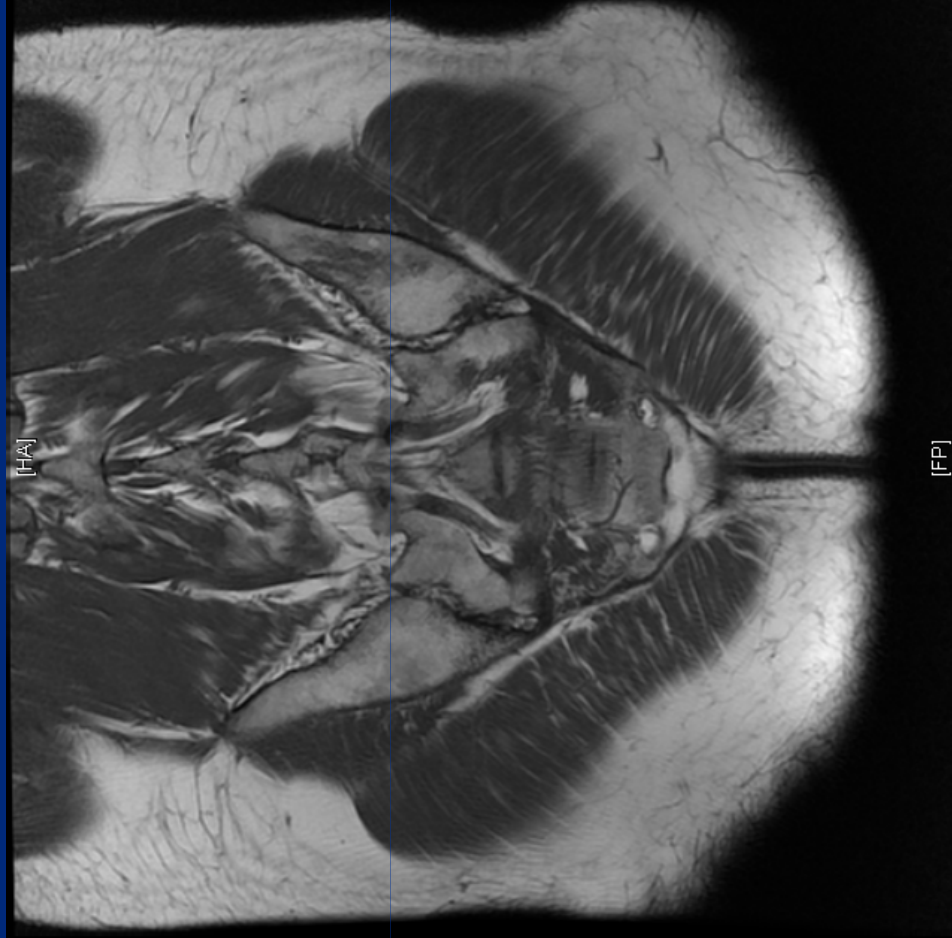
- La plupart des sarcomes survenant au cours de la MP sont des ostéosarcomes.
- L'incidence des ostéosarcomes secondaire à MP est estimée à 1%.
- Environ 50% des ostéosarcomes rapportés chez les patients âgés, sont associés à une MP.
- Ils surviennent chez des patients ayant une MP évoluant depuis longtemps, polyostotique et dans leur 7^e décade.
- Alors que la MP a une prédilection pour le squelette axial, le crâne, les fémurs et les tibias, les ostéosarcome de la MP tendent à épargner le rachis et sont plus souvent rapportés au pelvis, fémurs, humérus et crâne.
- La MP est caractérisée par un remodelage osseux exagéré lié à une anomalie de la régulation des ostéoclastes.
- La MP est génétiquement hétérogène mais des études récentes mettent en cause la voie de signalisation RANK-NK-KB qui promeut l'ostéoclastogénèse et la formation.
- La survenue de l'ostéosarcome sur une lésion pagétique suggère qu'il pourrait être étiologiquement lié à une anomalie du remodelage osseux.
- Taux de mortalité élevée avec un taux de survie à 5 ans allant de 0 à 10% selon études.

Cas 12

Cas 12

- Patient de 30 ans
- Depuis quelques mois douleur inflammatoire de la fesse gauche
- Asthénie, perte de poids
- Syndrome biologique inflammatoire

GUYOMARD, JULIEN
DDN:08/09/1983
Study Date:16/05/2013
Study Time:19:03:17
MRN:000481102



Se:7
Im:14

[R]

[L]

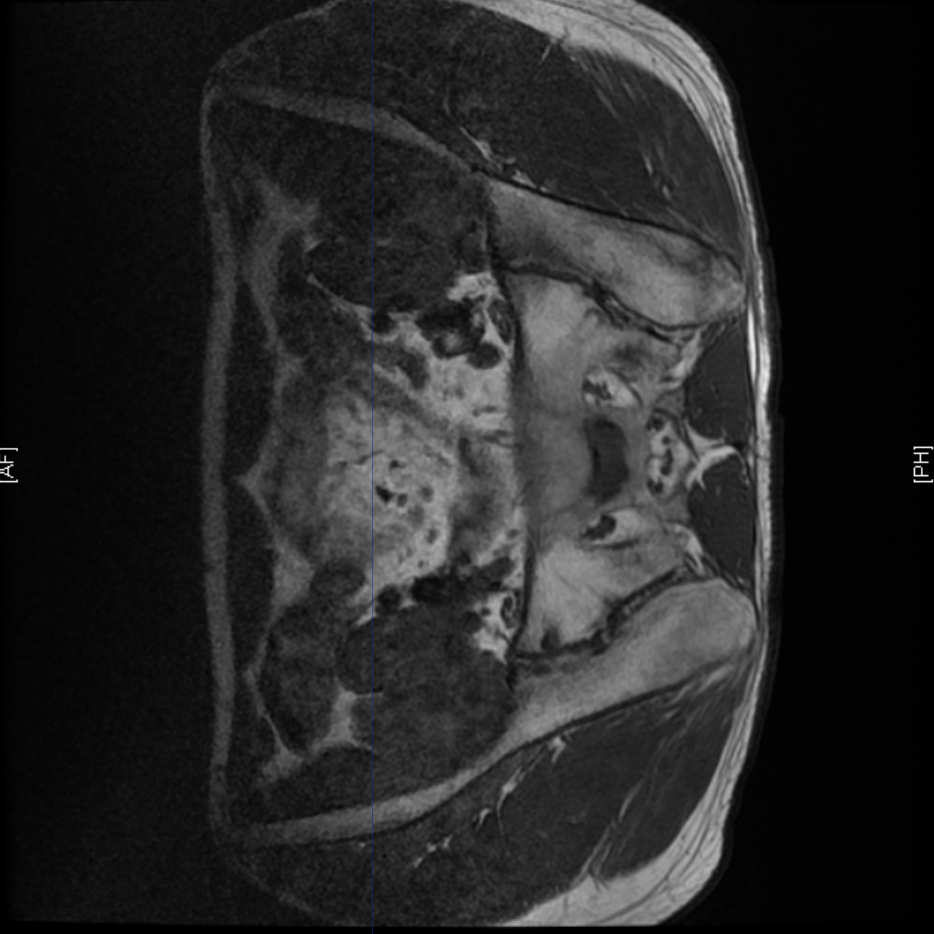
CORO T1

C1204
W2408

Se:9
Im:9

[AF]

GUYOMARD, JULIEN
DDN:08/09/1983
Study Date:16/05/2013
Study Time:19:03:17
MRN:000481102



[R]

[L]

AX T1 SI

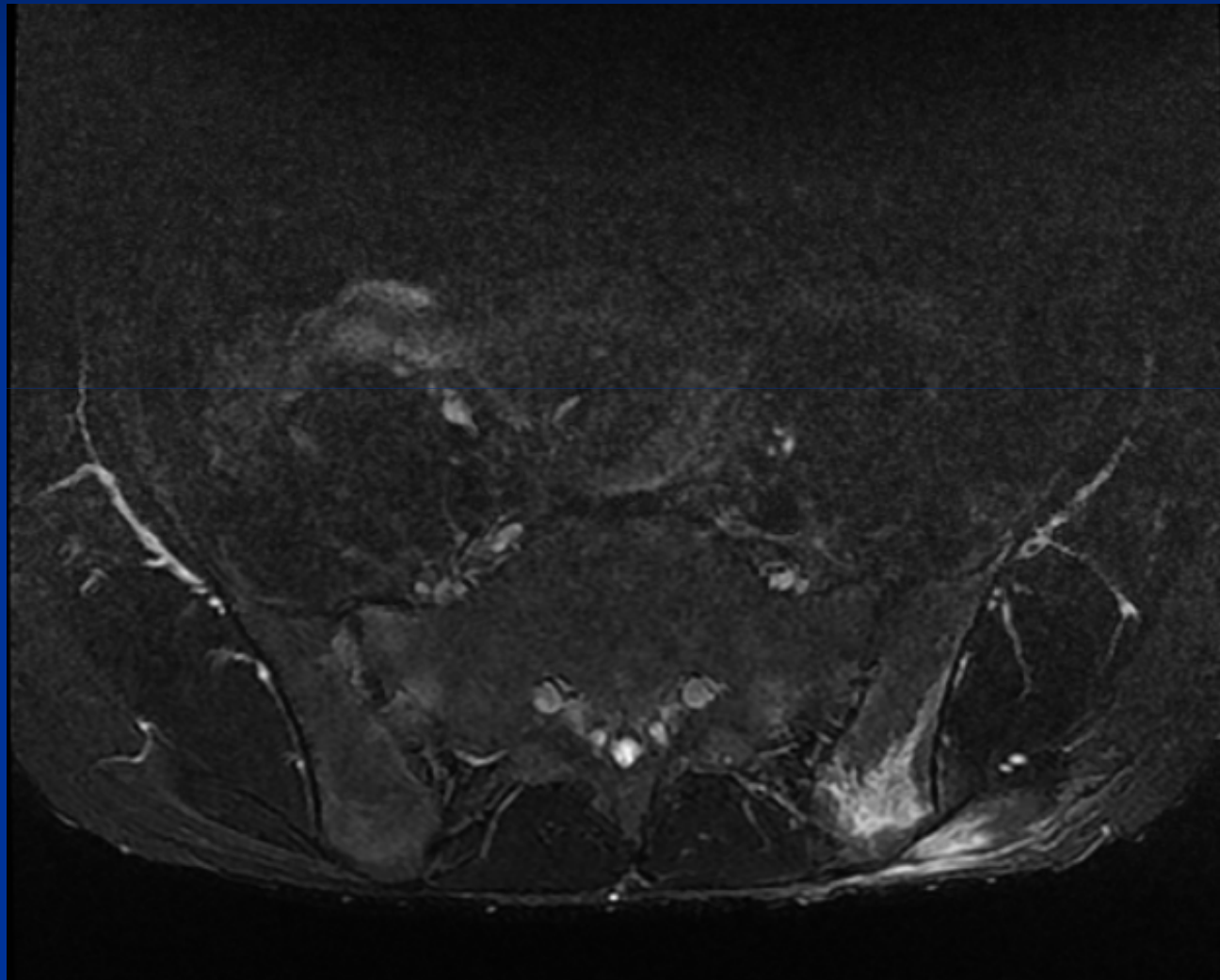
[PH]

C1169
W2338

Cas 12 : IRM coronale T2 Stir



Cas 12 : IRM axiale T2 Stir



Cas 12 : QCM

1. Spondyloarthrite
2. Ostéite multifocale
3. Lymphome
4. Sarcome du muscle Gluteus Majeur

Cas 12 : réponse

- 1 - Spondyloarthrite
- avec une sacroïlite et une enthésite de l'insertion du muscle Gluteus Majeur à son insertion sur l'ilion gauche et une enthésite des ligaments sacro-épineux et sacro-tubéreux à leur insertion sur les ailerons sacrés

Cas 13

Cas 13



Cas 13 : QCM

1. Acné conglobata
2. Syndrome de Gougerot Sjogren
3. Papa Syndrome
4. SAPHO

Cas 13 : réponse

- 3 – PAPA Syndrome
- Pyogenic Arthritis
- Pyoderma gangrenosum
- Acne

Cas 14

Cas 14



■ + neurofibrome Divi

Bonus : dénomination ?

