

Cas de la semaine #270

23 janvier 2023

Préparé par Dr Julien Bejjani _{R3}

Dr Joseph Rudy Dadour _{MD}

CHUM



Histoire Clinique

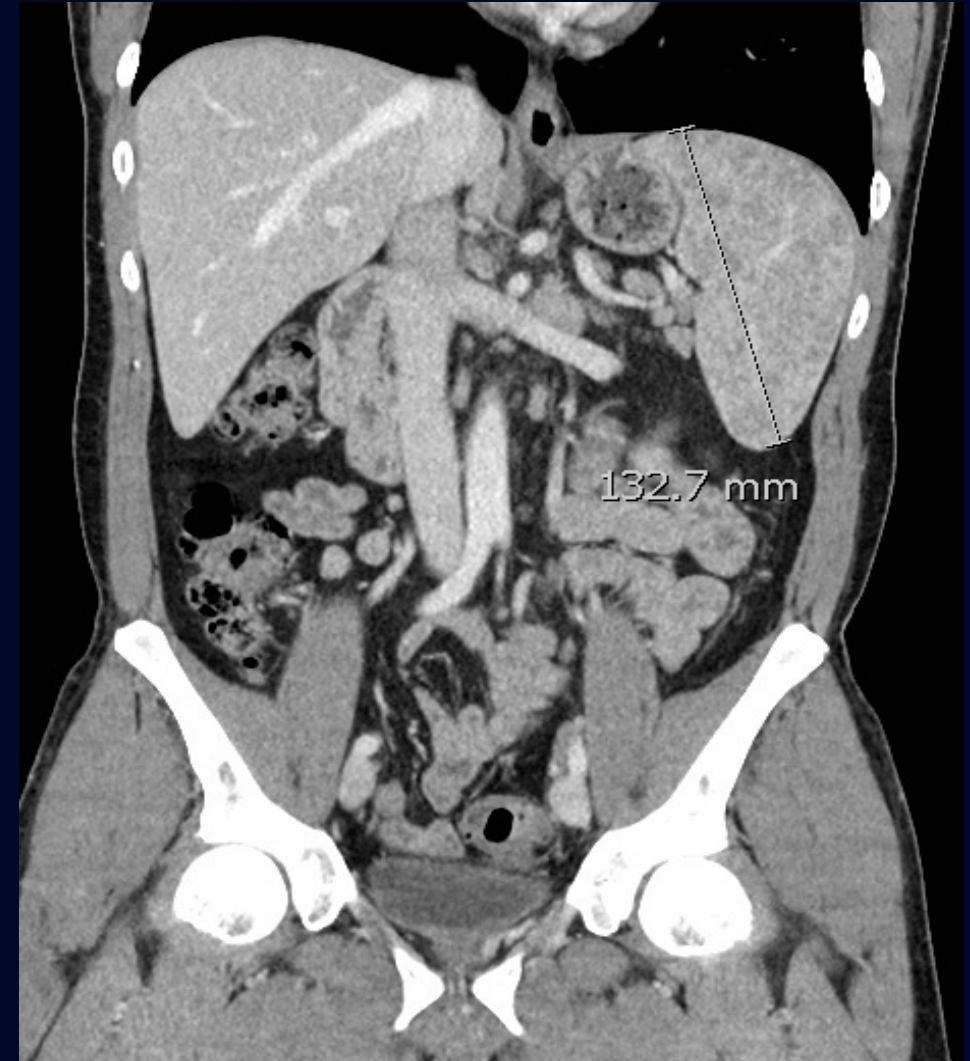
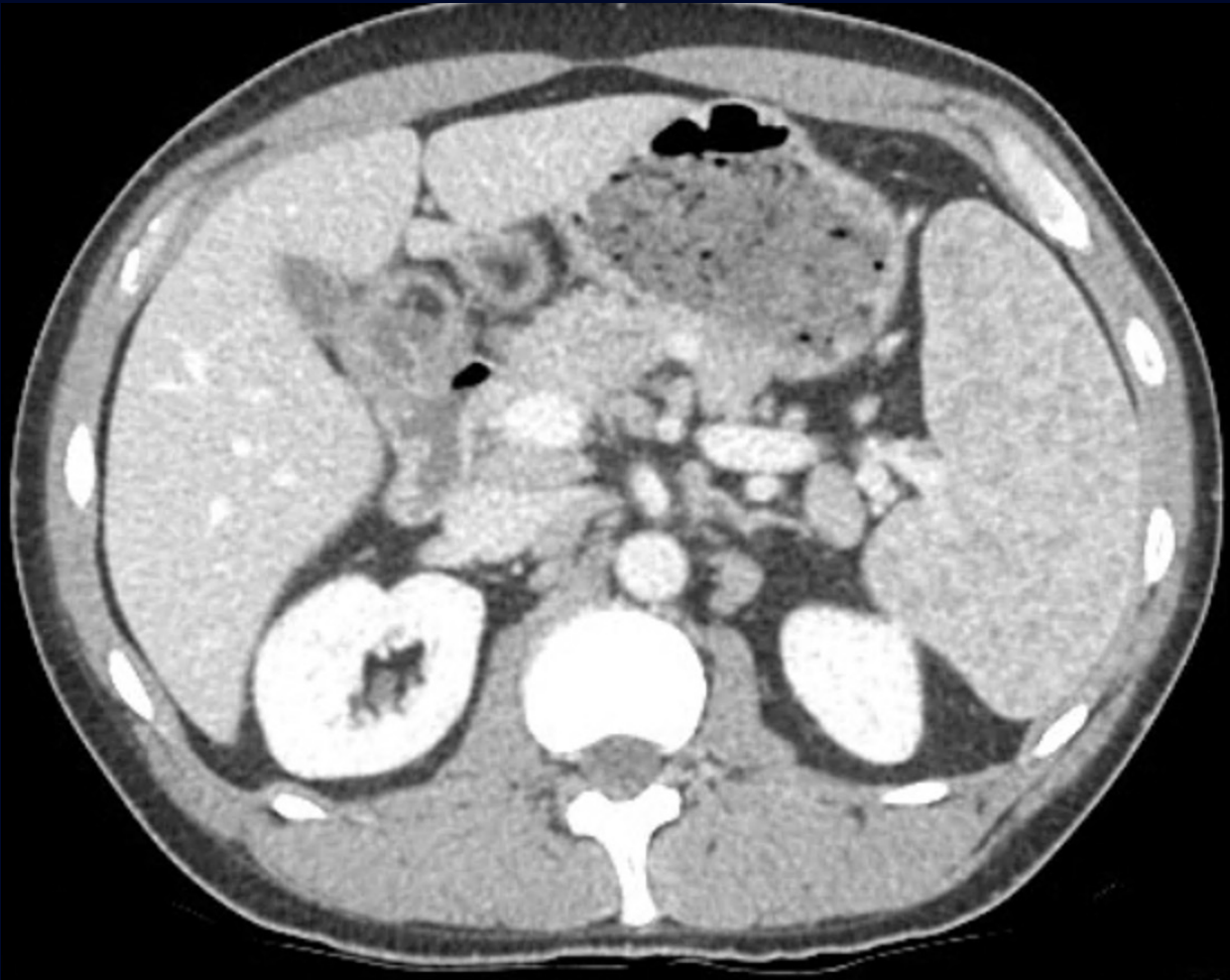
- Aucun contexte clinique pertinent
- Antécédents personnels :
 - Asthme
 - Eczéma
 - Dépression majeure
 - Pas d'antécédents familiaux pertinents
- Habitudes de vie (HDV):
 - cannabis, cocaïne et champignons occasionnels



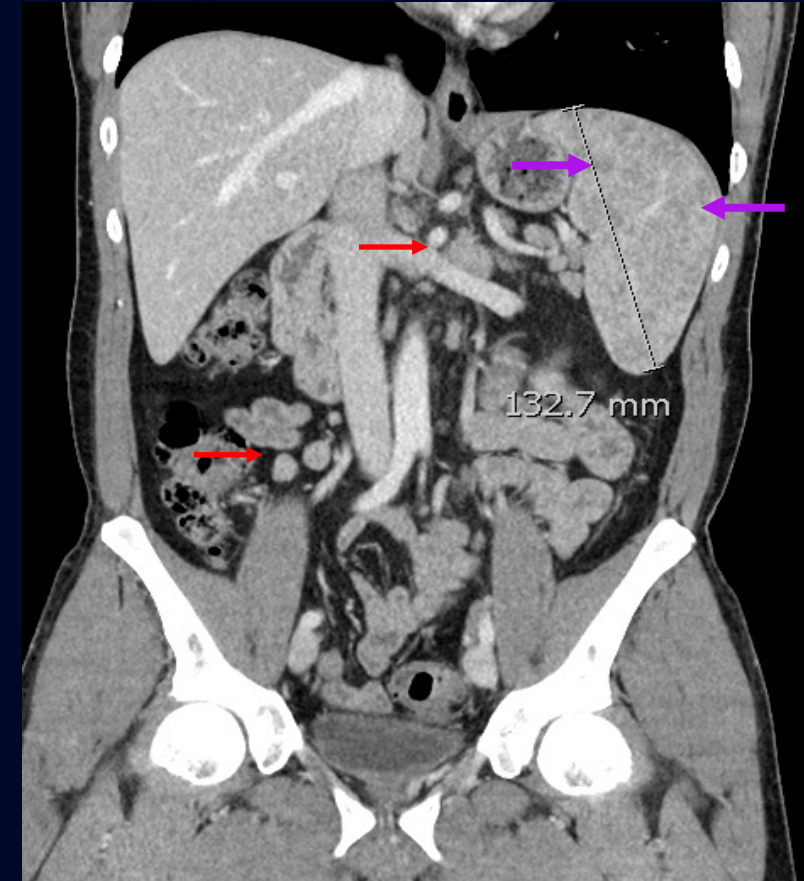
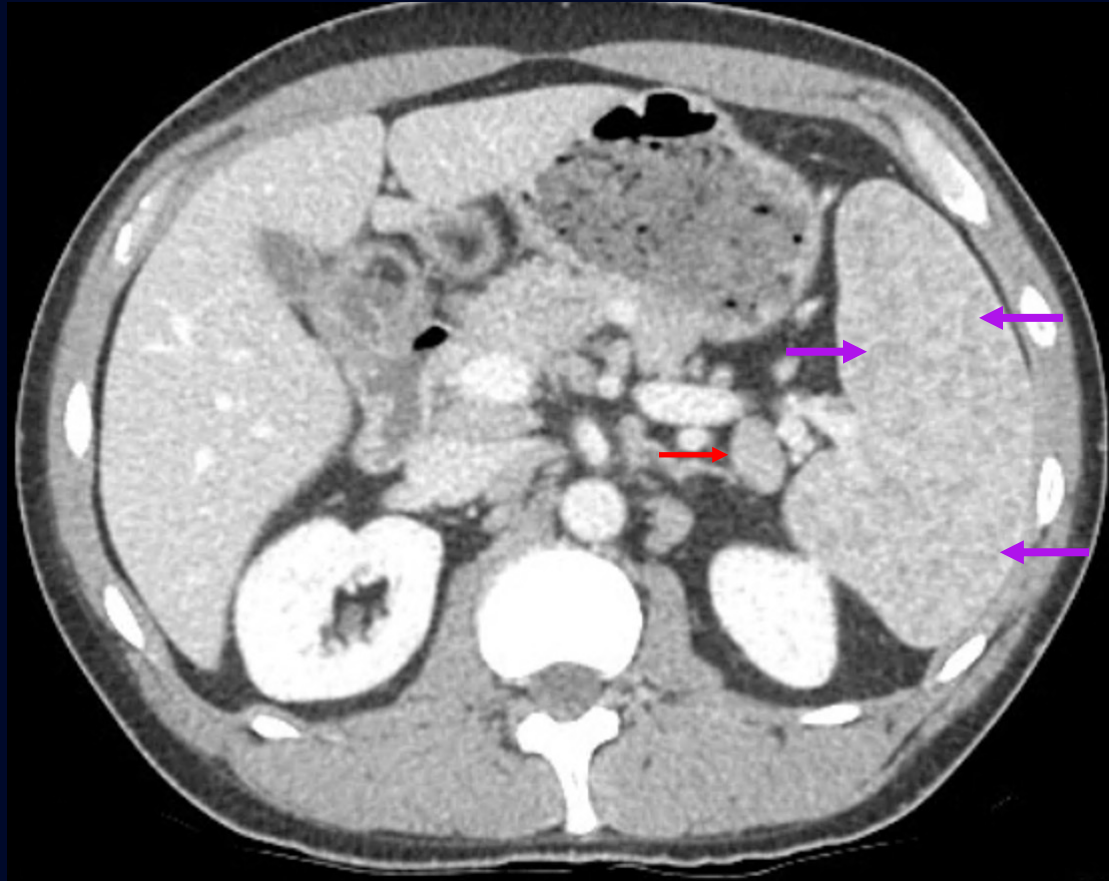
44 ans

CT Abdomino-Pelvien C+

Renseignements cliniques : **RETENUS**



Description CT Abdo-Pelvien C+



Splénomégalie avec d'innombrables hypodensités spléniques et
adénomégalias infra-diaphragmatiques

Diagnostic différentiel

Lésion splénique unique


- Kyste
- Pseudokyste
- Kyste hydatique
- Hémangiome
- Hamartome
- **SANT** « *Sclerosing angiomatoid nodular transformation* »
- Lymphangiome

Lésions spléniques multiples

- Lymphome
- Métastases
- Sarcoïdose
- Abscès fungique (candidiase)
- Infections granulomateuses
 - Tuberculose, histoplasmosse, brucellose
- Sidérose splénique

Diagnostic différentiel

Multiples lésions spléniques

- Néoplasique :  Lymphome / Métastases

- Infectieuse
- Atteinte systémique
- Sidérose splénique

En faveur :

- Adénomégalias infra-diaphragmatiques et au hile splénique
- Splénomégalie
- Atteinte lymphoproliférative constitue le processus néoplasique le plus fréquent impliquant la rate

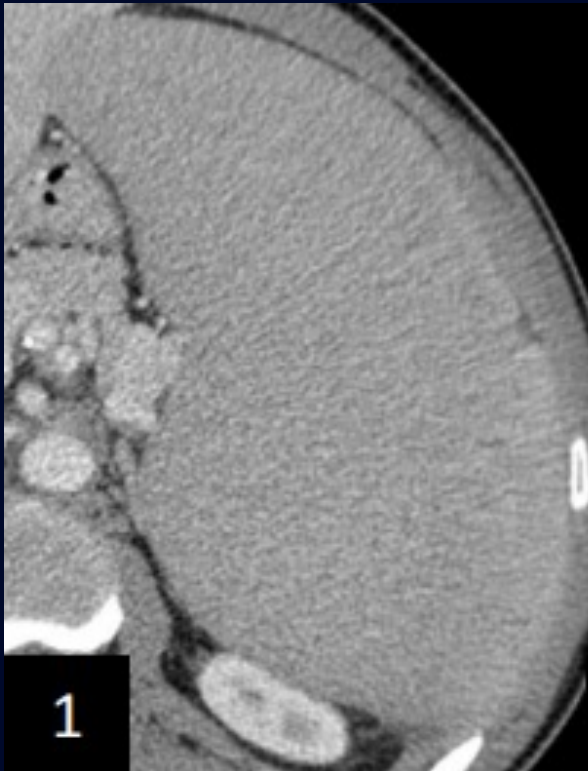
En défaveur :

- L'atteinte est typiquement plus focale et moins diffuse, les lésions sont plus volumineuses
- L'atteinte ganglionnaire est souvent plus importante, pas de conglomérat ganglionnaire ici
- Aucune clinique suggestive ni d'antécédents pertinents

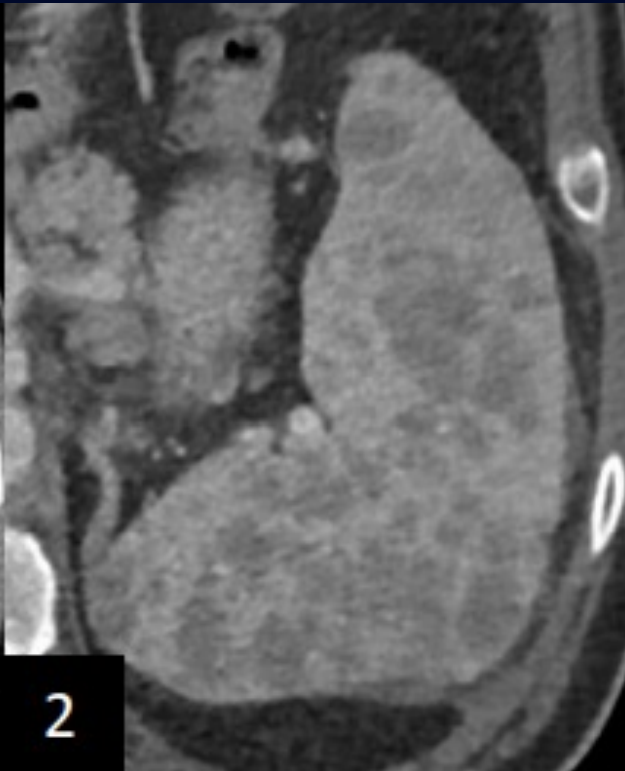
Lymphome splénique

4 types morphologiques d'atteinte splénique

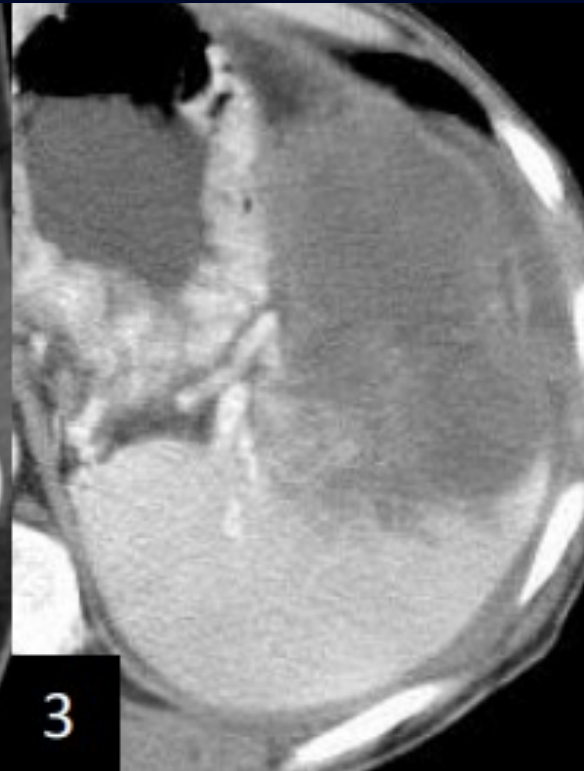
Splénomégalie homogène
(le plus fréquent)



Atteinte multinodulaire



Atteinte unifocale

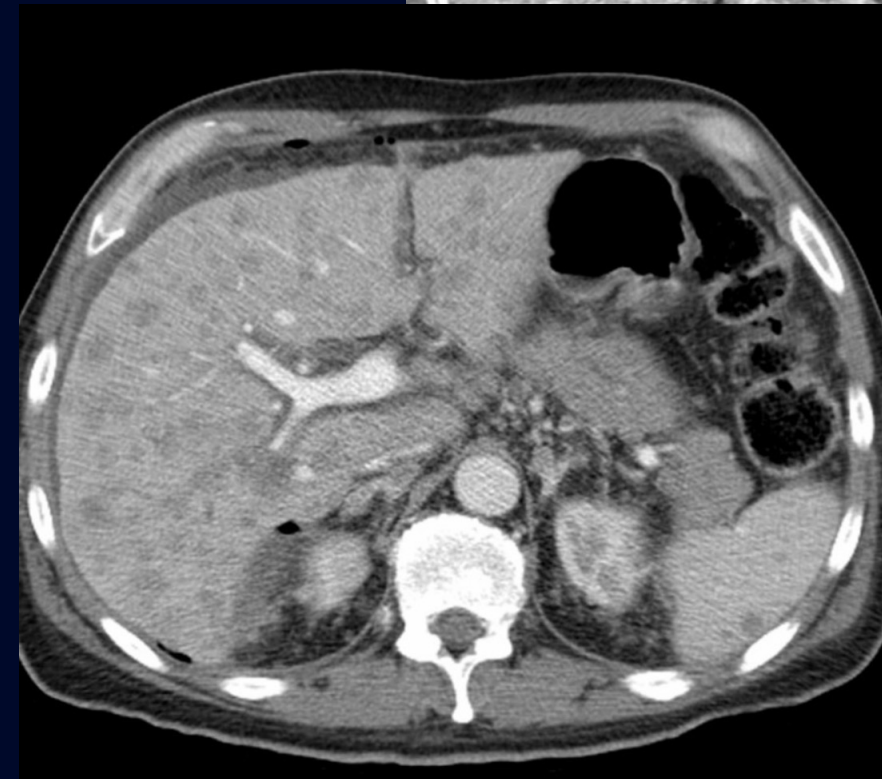


Rate morphologiquement normale



Métastases spléniques

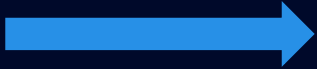
- **Primaires fréquents :**
 - poumon, mélanome, sein, colon
- D'habitude, les métastases ont un aspect similaire à la tumeur primaire
- Aspect caractéristique:
 - Lésions tissulaires multiples > unique
 - Hypovasculaires > hypervasculaires
 - Si hypervasculaires : penser primaire sein, mélanome, rein, tumeur neuro-endocrine.



Diagnostic différentiel

Multiples lésions spléniques

- Néoplasique

- Infectieuse : 
 Abscesses fongiques /
 Infections
 granulomateuses

- Atteinte systémique
- Sidérose splénique

En faveur :

- Atteinte splénique diffuse micronodulaire

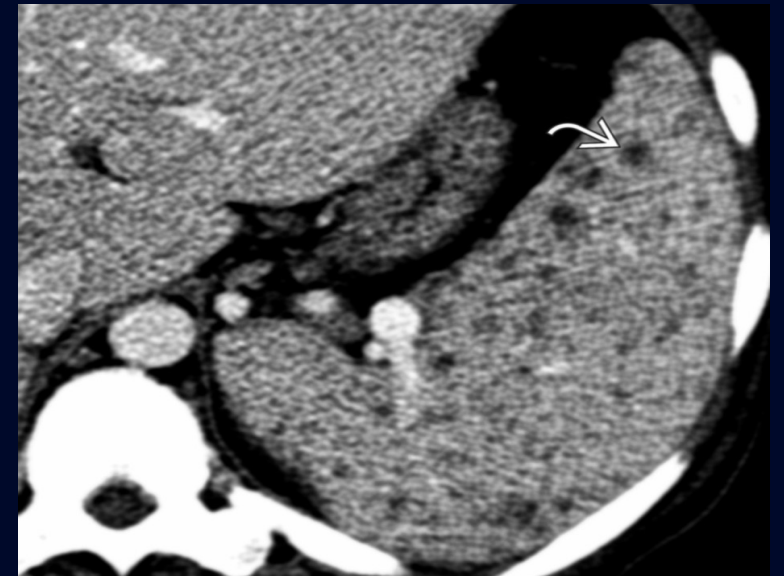
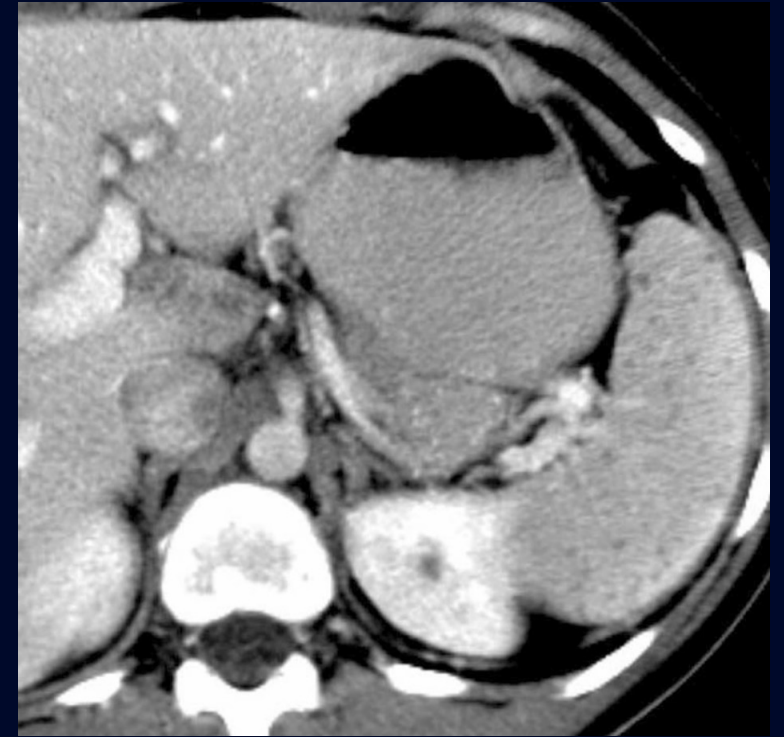
En défaveur :

- Typiquement, il y a également une atteinte hépatique, ce qui n'est pas le cas actuellement
- Pas d'histoire / facteur de risque d'immunosuppression. Atteinte fongique (ex: candidiase) survient souvent chez des patients immunosupprimés
- Aucune histoire / facteur de risque de contact tuberculeux

Abcès fongique

(ex: **Candida**, **Aspergillus**, **Cryptococcus**)

- Souvent chez des patients immunosupprimés
 - VIH, greffé, etc
- Multiples hypodensités liquidiennes de <1.5cm (micro-abcès typiquement fongique)
- Peuvent ne pas présenter de rehaussement significatif au CT C+, et peuvent être impossible à déceler sur un CT C-
- Formation de plusieurs microcalcifications spléniques après traitement
- **À l'échographie**, peuvent avoir une apparence en cible (target or bull's-eye appearance)
- **À l'IRM**, se présentent comme de petits foyers hyperintenses en pondération T2 avec rehaussement annulaire périphérique.

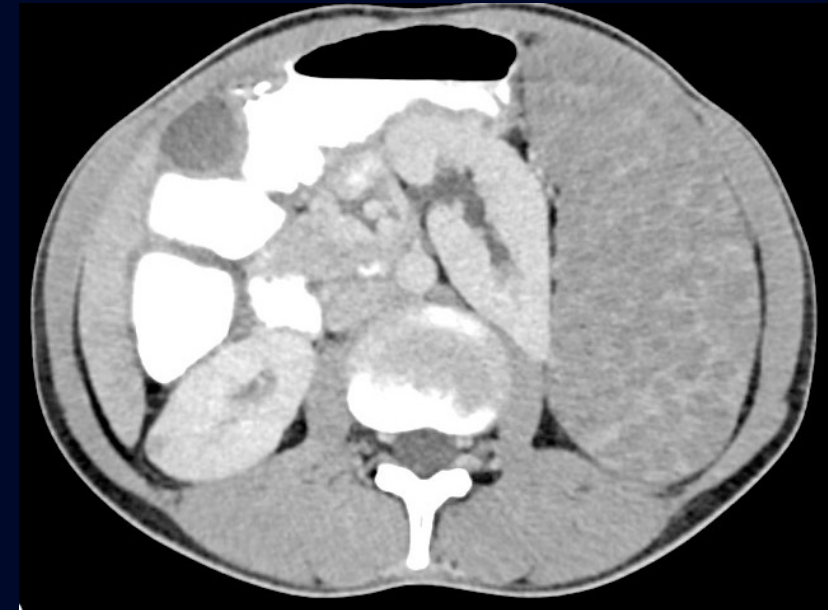
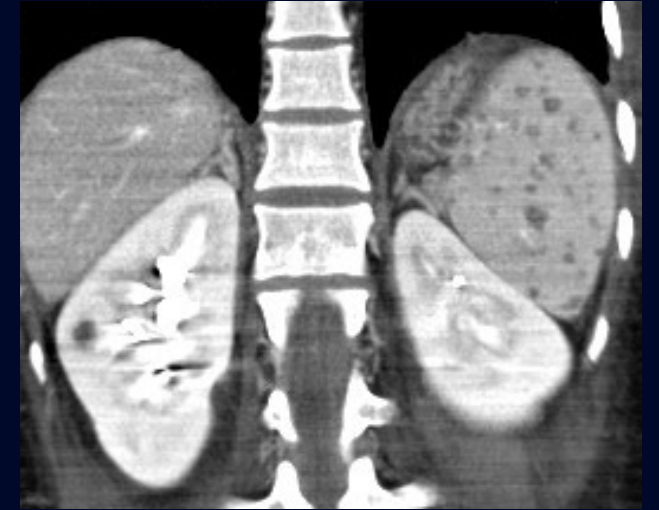


Infection granulomateuse

Tuberculose splénique

Deux formes morphologiques :

1. Micronodulaire (miliaire)
 - forme la plus commune, considérée comme une phase précoce. Multiples lésions <2 mm et cicatrices linéaires
 2. Macronodulaire
 - pauci-lésionnel, taille 1-3cm, rehaussement en anneaux +/- calcifications +/- aspect pseudo-tumoral
- **En échographie** : splénomégalie hyperéchogène (*bright spleen*) dans la forme micronodulaire. Lésions hypoéchogènes dans la forme macronodulaire
 - **Au CT** : lésions isodenses spontanément, hypodenses après injection (forme macronodulaire), +/- calcifications (stade avancé/ancien/guéri)
 - **En IRM** : hypointense en T1 & hyperintense en T2

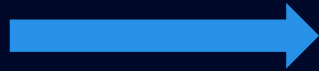


Diagnostic différentiel

Multiples lésions spléniques

- Néoplasique
- Infectieuse

• Atteinte
systémique :
Sarcoidose



En faveur :

- Adénomégalies infra-diaphragmatiques
- Splénomégalie
- La moitié des patients sont asymptomatiques et n'ont aucun contexte clinique particulier

- Sidérose splénique

En défaveur :

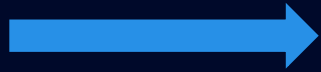
- Pas d'atteinte hépatique ni des voies biliaires
- Aucun symptôme respiratoire

Diagnostic différentiel

Multiples lésions spléniques

- Néoplasique
- Infectieuse
- Atteinte systémique

• Sidérose
splénique



En défaveur :

- Pas de cirrhose
- Habituellement pas de manifestation en scan

Diagnostic différentiel

Multiples lésions spléniques

Un diagnostic certain ne peut être établi uniquement sur la base de la tomодensitométrie abdomino-pelvienne.

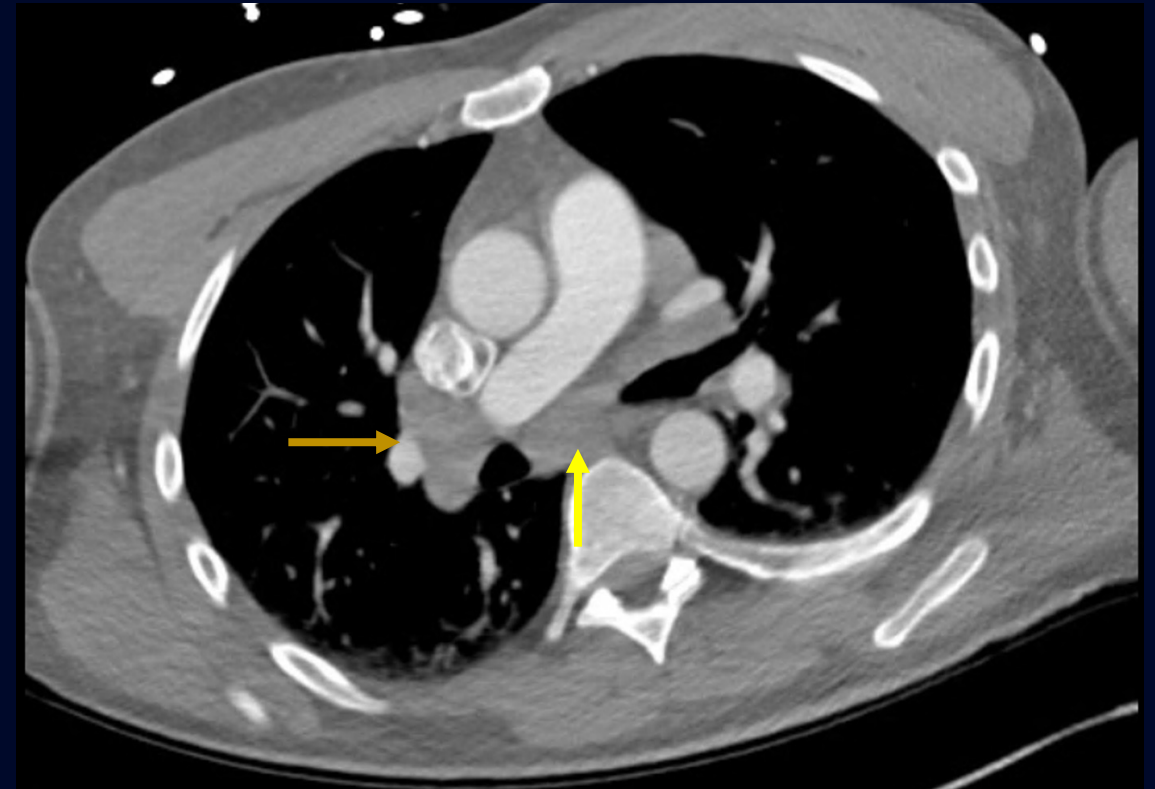
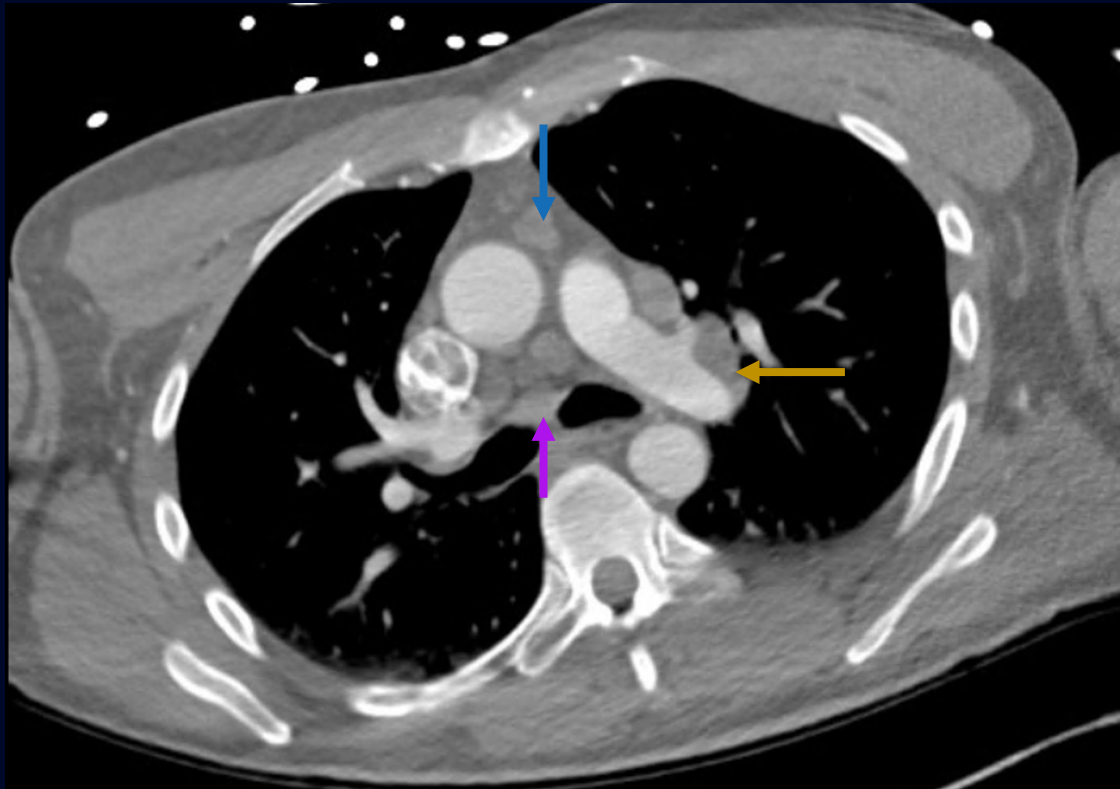
Une tomодensitométrie thoracique disponible au dossier antérieur peut aider à raffiner le diagnostic.

CT Thoracique C+

Renseignements cliniques : **RETENUS**



Description CT Thoracique C+



Adénomégalies aux **hiles pulmonaires**, en **médiastinal**,
en **infra-carénaire** et en **pré-vasculaire**

Histoire de la maladie



Le patient s'est initialement présenté à l'hôpital avec une clinique d'accident cérébrovasculaire (AVC).

Dans le contexte, un angioscan cérébral et de la gerbe aortique a été réalisé, sur lequel ont été décelées accessoirement des adénomégalies médiastinales.

Le CT thoracique disponible au dossier antérieur a été réalisé de manière complémentaire pour mieux documenter l'atteinte ganglionnaire.

Diagnostic différentiel

Multiples lésions spléniques

L'atteinte ganglionnaire hilare bilatérale permet de réduire le diagnostic différentiel, qui incluerait :

- Une sarcoïdose
- Un lymphome

→ Une biopsie endobronchique par EBUS fut réalisée pour clarifier le diagnostic.

Histoire de la maladie

Résultats histopathologiques

DIAGNOSTIC :

: Ganglion lymphatique, 10, 12, biopsie guidée par EBUS :

- Présence de granulomes non nécrosants ; diagnostic différentiel : sarcoïdose ou autres ; voir commentaire.
- Retrouvailles histologiques pouvant être compatibles avec sarcoïdose. A corréler avec les données cliniques.

Commentaire : Le diagnostic de sarcoïdose se fait en approche multi disciplinaire (clinique, radiologique et histologique). On peut identifier des granulomes non nécrosants, au niveau des ganglions lymphatiques, dans un contexte de maladies auto-immunes, sarcoïdose, réaction granulomateuse sarcoïde-like pour autre maladies sous jacentes, autres,,.

**Diagnostic
final**

Sarcoïdose

Sarcoïdose

Pronostic

+

Traitement

- Granulomatose non-caséuse multi-systémique d'origine indéterminée.¹
- Diagnostiquée typiquement à l'âge adulte entre 20-40 ans² et plus prévalente chez les Afro-Américains et les Caucasiens du Nord de l'Europe.¹
- 90% des individus atteints ont une atteinte pulmonaire, qui est la cause la plus importante de morbidité.²
- Traitement à l'aide de corticostéroïdes et immunosuppresseurs.³ Résolution selon le stade de la maladie.²
- Pronostic meilleur pour les patients qui sont traités plus précocement.²

Références

1. Ganeshan, Dhakshinamoorthy et al. "Sarcoidosis from Head to Toe: What the Radiologist Needs to Know." *Radiographics : a review publication of the Radiological Society of North America, Inc* vol. 38,4 (2018): 1180-1200. doi:10.1148/rg.2018170157.
2. Miller, B H et al. "Thoracic sarcoidosis: radiologic-pathologic correlation." *Radiographics : a review publication of the Radiological Society of North America, Inc* vol. 15,2 (1995): 421-37. doi:10.1148/radiographics.15.2.7761646
3. Gerke, Alicia K. "Treatment of Sarcoidosis: A Multidisciplinary Approach." *Frontiers in immunology* vol. 11 545413. 19 Nov. 2020, doi:10.3389/fimmu.2020.545413
4. StatDx
5. Schön CA, Görg C, Ramaswamy A, Barth PJ. "Splenic metastases in a large unselected autopsy series." *Pathol Res Pract.* 2006;202(5):351-6. doi: 10.1016/j.prp.2005.12.008
6. Case courtesy of Michael P Hartung, Radiopaedia.org, rID: 70558
7. Case courtesy of Mahmoud Yacout Alabd, Radiopaedia.org, rID: 39290