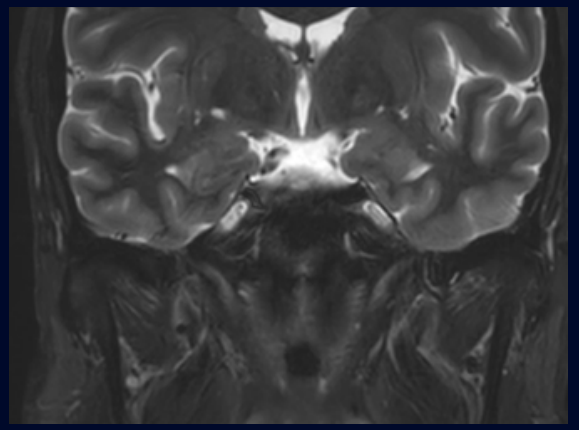
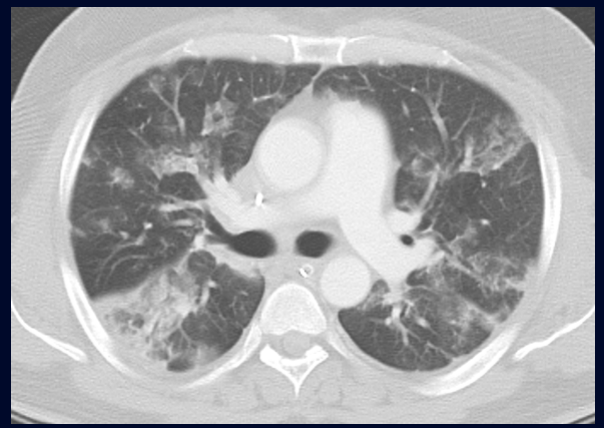
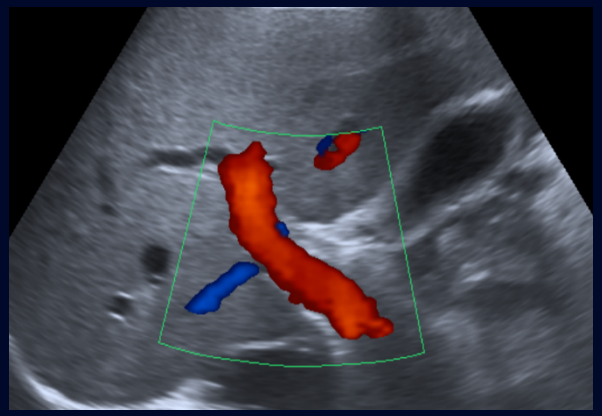




Cas de la semaine #191

23 novembre 2020

Préparé par Thierry Fecteau R3

Dre Anne Chin MD

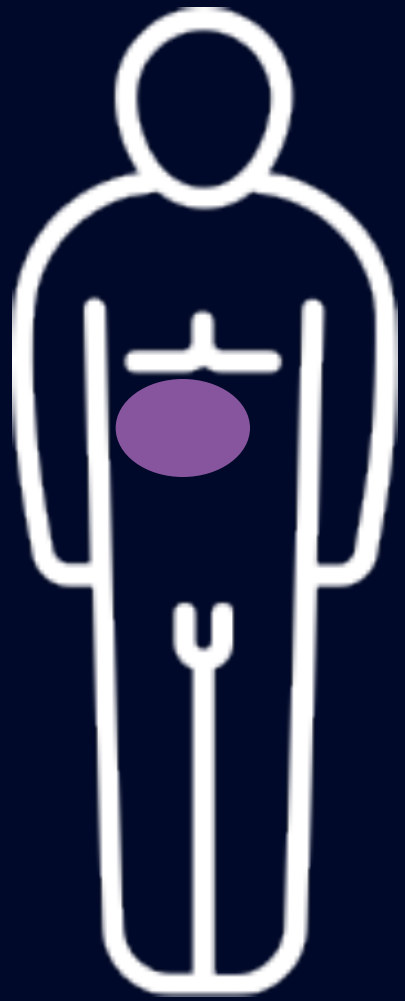
Dr Jean-Sébastien Billiard MD

Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Université de Montréal | Faculté de médecine
Département de radiologie, radio-oncologie et médecine nucléaire

Histoire Clinique

- Patient de 75 ans se présentant à l'urgence pour:
  - Douleur épigastrique/hypocondre droit depuis 3 jours
  - Vomissements
- Histoire de perte de poids et d'augmentation de la consommation d'alcool (ROH) dans les derniers mois



75 ans

ATCD:
Cirrhose
*NASH/ROH

*NASH = Non Alcoholic Steato Hepatitis

Scan abdomino-pelvien C+

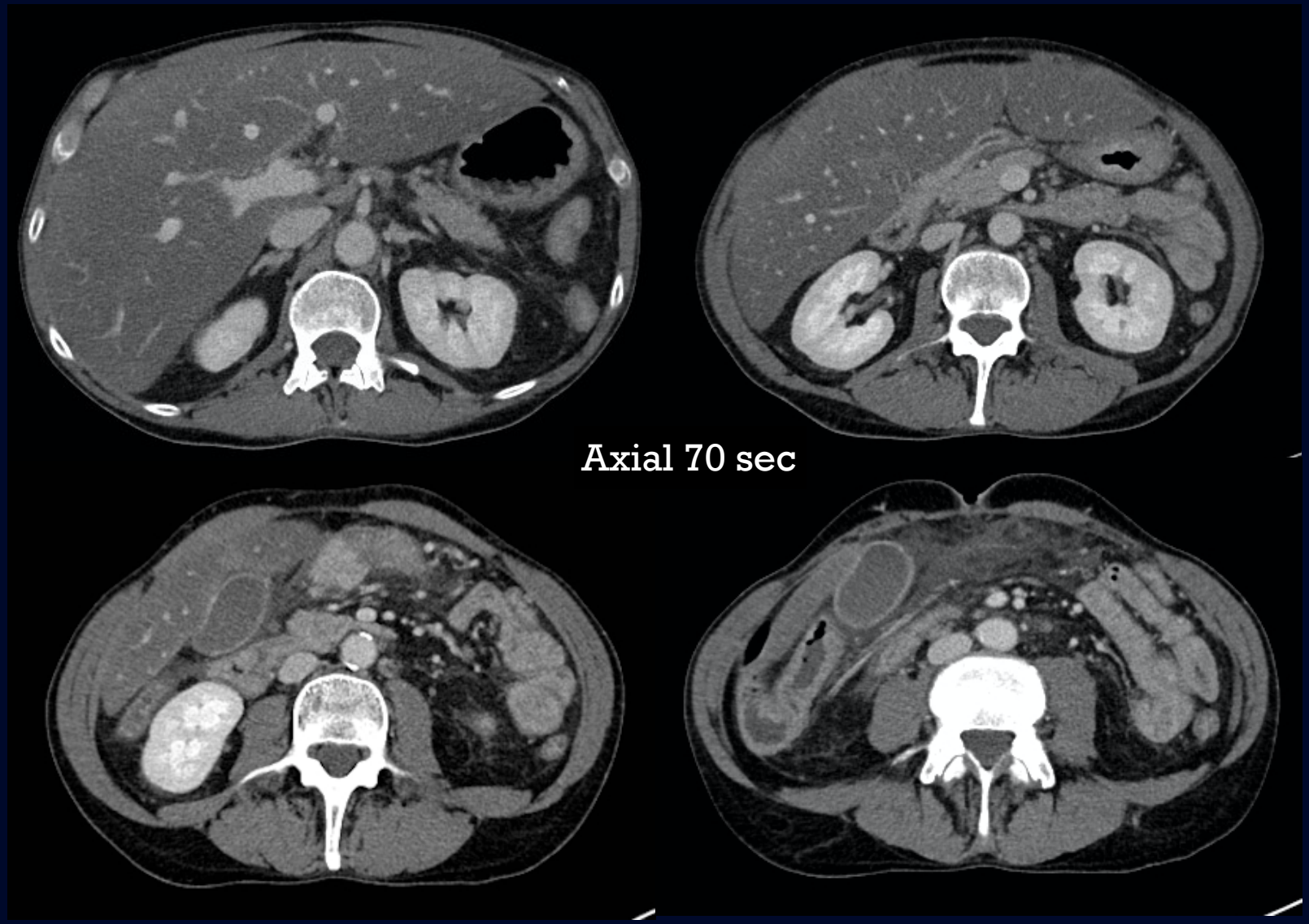
(protocole foie-pancréas biphasique)

Axial C+ 40 sec

Axial C+ 70 sec

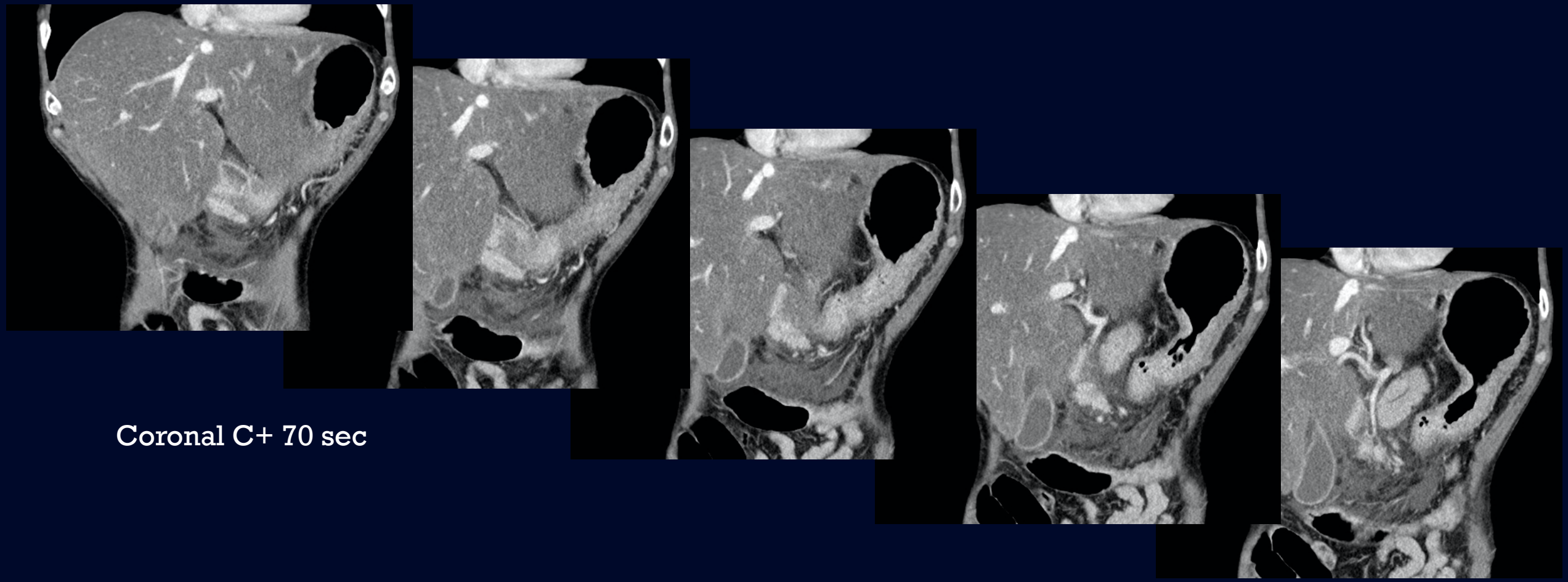
Scan abdomino-pelvien C+

(protocole foie-pancréas biphasique)



Scan abdomino-pelvien C+

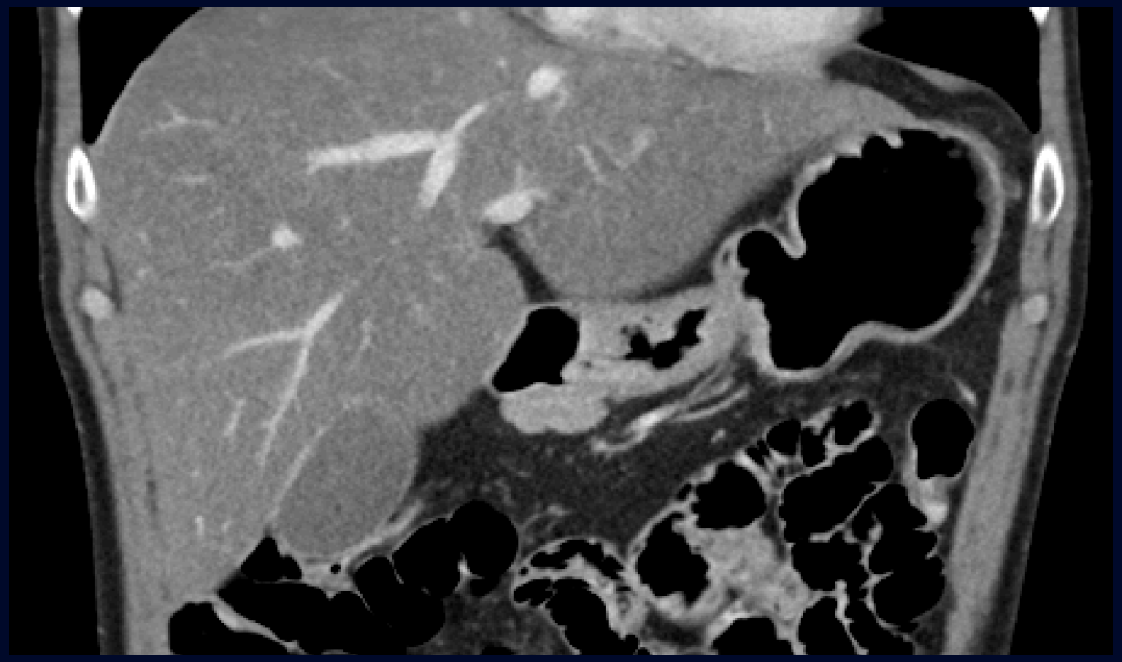
(protocole foie-pancréas biphasique)



Coronal C+ 70 sec

Scan AP comparatif (2 ans auparavant)

Axial C+ 70 sec

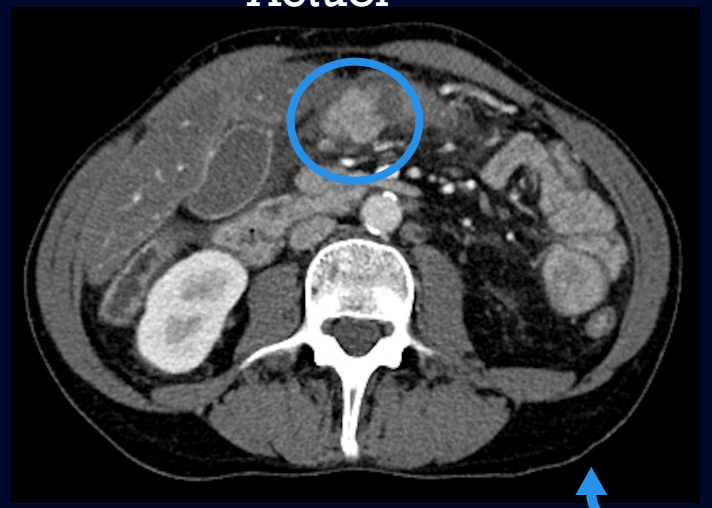


Coronal C+ 70 sec

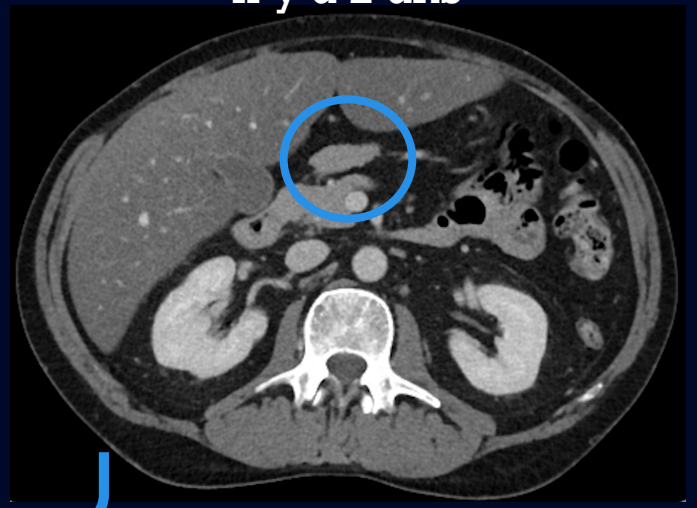
Description radiologique

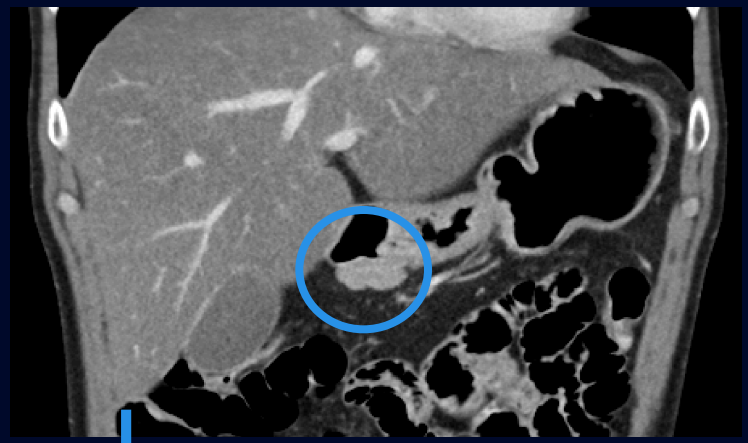
- Masse tissulaire, homogène, polylobulée et exophytique au versant inférieur du pylore, rehaussant précocément après injection de contraste.
  - 27 x 25 mm, légère majoration en taille par rapport au comparatif.

Actuel



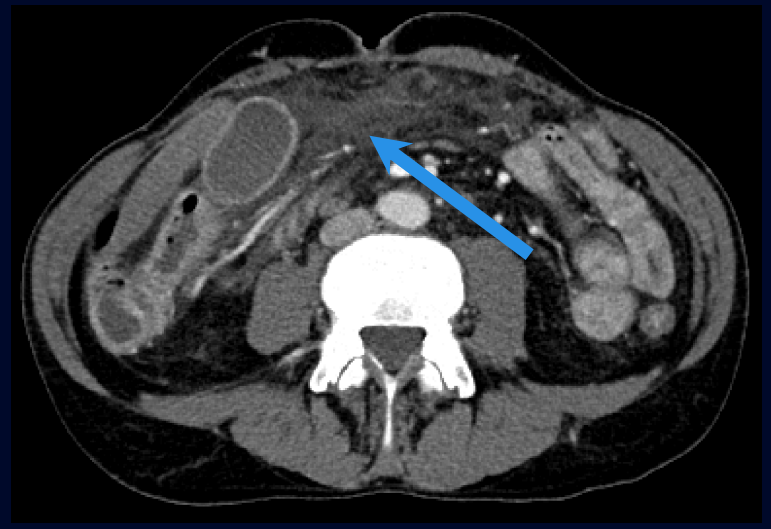
Il y a 2 ans

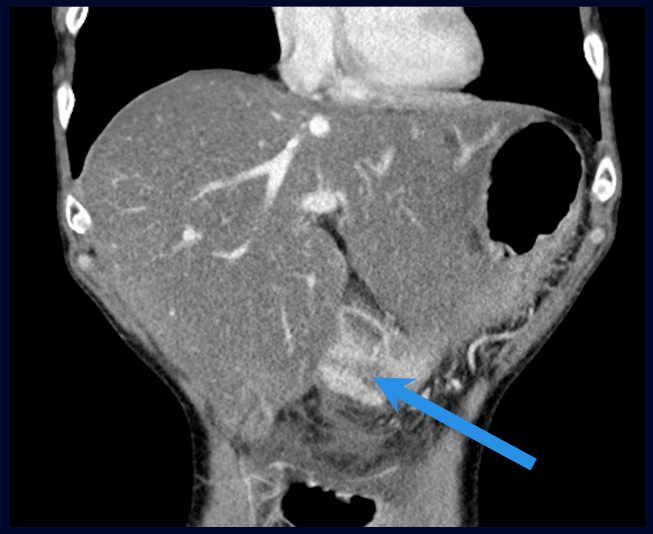




Description radiologique

- Apparition d'une infiltration des graisses mésentériques supérieures et épiploïques adjacentes
- Oedème de la paroi pyloro-bulbaire
- Stéatose hépatique connue





Diagnostic différentiel
Masses gastriques rehaussantes

Plus communs:

- Adénocarcinome
- Tumeur stromale gastro-intestinale (*GIST*)
- Lymphome
- Métastase
- Carcinoïde
- Glande pancréatique ectopique

Rares au tractus digestif:

- Hémangiome
- Glomus
- Schwannome
- Léiomyome
- Sarcomes non-GIST

Vert = en faveur, rouge = en défaveur

Diagnostic différentiel

- Plus communs:
  - **Adénocarcinome** →
    - Néoplasie gastrique la plus commune
    - Lésion polypoïde ou épaississement pariétal focal
    - Croissance plus souvent endoluminale
      - Irrégularité de la muqueuse
      - Tendance à l'obstruction
    - Peut s'ulcérer
  - Tumeur stromale gastro-intestinale (*GIST*)
  - Lymphome
  - Métastase
  - Carcinoïde
  - Glande pancréatique ectopique

Vert = en faveur, rouge = en défaveur

Diagnostic différentiel

- Plus communs:
  - Adénocarcinome
  - **Tumeur stromale gastro-intestinale (GIST)**
    - 70% à l'estomac
    - Croissance exophytique, intra-luminale ou mixte
    - Souvent volumineuse
    - Rehaussement hétérogène et périphérique par nécrose centrale
    - Ulcération, hémorragie ou calcifications possibles
  - Lymphome
  - Métastase
  - Carcinoïde
  - Glande pancréatique ectopique

Vert = en faveur, rouge = en défaveur

Diagnostic différentiel

- Plus communs:
  - Adénocarcinome
  - Tumeur stromale gastro-intestinale (*GIST*)
  - **Lymphome** →
  - Métastase
  - Carcinoïde
  - Glande pancréatique ectopique

- 50% des lymphomes primaires digestifs sont gastriques
- Forme caractéristique: épaississement circonférentiel jusqu'à la linite plastique
- Rarement hypervasculaire
- Phénomène occlusif peu communément associé

Vert = en faveur, rouge = en défaveur

Diagnostic différentiel

- Plus communs:
  - Adénocarcinome
  - Tumeur stromale gastro-intestinale (*GIST*)
  - Lymphome
- **Métastase**
  - Carcinoïde
  - Glande pancréatique ectopique

- Plusieurs présentations possibles:
  - Par invasion tumorale directe (ex. œsophage ou colon transverse)
  - Nodules intramuraux cavitaires (*Bull's eye/target lesions*, ex. mélanome)
  - Linite plastique (cancer du sein)

* Pas de primaire connu dans notre cas

Vert = en faveur, rouge = en défaveur

Diagnostic différentiel

- Plus communs:
  - Adénocarcinome
  - Tumeur stromale gastro-intestinale (*GIST*)
  - Lymphome
  - Métastase
  - **Carcinoïde**
  - Glande pancréatique ectopique

- L'estomac est le site digestif le moins fréquent
- Types 1 et 2: lésions polypoïdes au fundus
- Type 3: plus volumineuse masse solitaire
- Rehaussement important en phase artérielle

Vert = en faveur, rouge = en défaveur

Diagnostic différentiel

- Plus communs:
  - Adénocarcinome
  - Tumeur stromale gastro-intestinale (GIST)
  - Lymphome
  - Métastase
  - Carcinoïde
  - **Glande pancréatique ectopique** →
    - Estomac (26%) ou duodénum (28%) le plus souvent
    - Masse ovalaire microlobulée < 3 cm
    - Croissance le plus souvent endoluminale
    - Rehaussement suivant +/- celui du pancréas
    - Symptomatologie aigue possible: peut se compliquer de pancréatite, hémorragie, gastrite, occlusion, etc.

Vert = en faveur, rouge = en défaveur

Diagnostic différentiel

- Rares au tractus digestif:

  - **Hémangiome**

    - Se présente davantage à l'enfance avec involution graduelle
    - Localisation intra-murale
    - Rehaussement avide pouvant être centripète
    - Phléboliths internes sont pathognomoniques

  - Glomus
  - Schwannome
  - Léiomyome
  - Sarcomes non-GIST

Vert = en faveur, rouge = en défaveur

Diagnostic différentiel

- Rares au tractus digestif:
  - Hémangiome
  - **Glomus**
  - Schwannome
  - Léiomyome
  - Sarcomes non-GIST

- Typiquement, lésion sous-muqueuse solitaire de 1-4cm de l'antre gastrique
- Rehaussement artériel (qui peut être centripète comme l'hémangiome)
- Les plus volumineux ont tendance à s'ulcérer

Vert = en faveur, rouge = en défaveur

Diagnostic différentiel

- Rares au tractus digestif:
  - Hémangiome
  - Glomus
  - **Schwannome** →
    - Estomac 60-70% > colon > rectum
    - Lésions à croissance intra-murale ou exophytique
    - Homogène pré et post-contraste, rehaussant modérément
    - Hémorragie, ulcération et nécrose rares, même lorsque la tumeur est volumineuse
  - Léiomyome
  - Sarcomes non-GIST

Vert = en faveur, rouge = en défaveur

Diagnostic différentiel

- Rares au tractus digestif:
  - Hémangiome
  - Glomus
  - Schwannome
  - **Léiomyome**
    - Rare à l'estomac et le plus souvent au cardia
    - Habituellement de petite taille
    - Croissance endoluminale
    - Peu dense, rehaussement faible à modéré
  - Sarcomes non-GIST

Vert = en faveur, rouge = en défaveur

Diagnostic différentiel

- Rares au tractus digestif:
  - Hémangiome
  - Glomus
  - Schwannome
  - Léiomyome

- **Sarcomes non-GIST**

- Très rares
- Leiomyosarcome, liposarcome, sarcome indifférencié…
  - ➢ Diagnostic pathologique
- Masses volumineuses
- Tendance à envahir les structures digestives
- Contenu hétérogène avec composantes nécrotiques

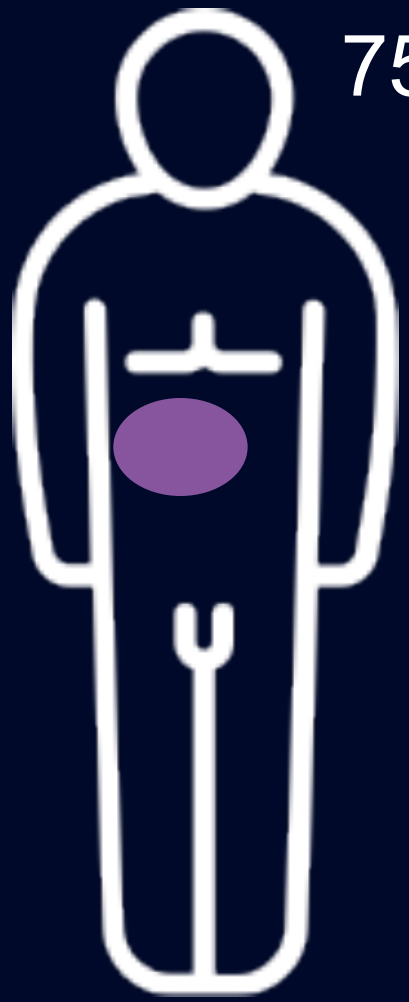
Vert = en faveur, rouge = en défaveur

Suivi

- **Bilans:**
  - Formule sanguine complète = normale
  - Bilirubine = 89 (directe 52, indirecte 37)
  - ALT = 94
  - Phosphatase alkaline = 343
  - Lipase = 338

- Traitement de support pour pancréatite aigue de cause présumée alcoolique et pour hépatite alcoolique

- On procède à une biopsie de la masse par écho-endoscopie



Biopsie écho-endoscopique

Pathologie

Lésion principale:

- Tissu pancréatique bénin avec pancréatite légère
- Image compatible avec un pancréas ectopique
- Absence de néoplasie maligne

Diagnostic final

Glande pancréatique ectopique

- **pancréatite aigue associée**

Pancréas ectopique

Épidémiologie

- Prévalence réelle inconnue
  - 0.5% à 13,7% des autopsies
  - 0,9% des spécimens de gastrectomie
- Plus commun à l'estomac (26%) et au duodénum (28%)
- Cas rapportés de localisations très diversifiées (médiastin, poumons, trompes de fallope)

Pathophysiologie

- Anomalie de migration du pancréas
- Mécanisme embryologique inconnu, plusieurs théories:
  1. Migration de tissu pancréatique déjà différencié (théorie favorisée)
  2. Métaplasie de tissu endodermique de la sous-muqueuse
  3. Cellule totipotente se différenciant en tissu pancréatique

Pancréas ectopique

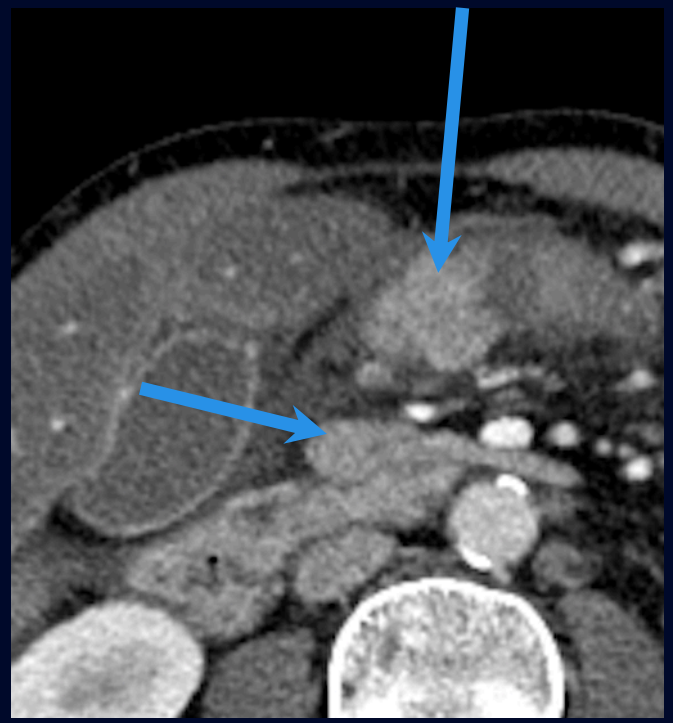
Histologie

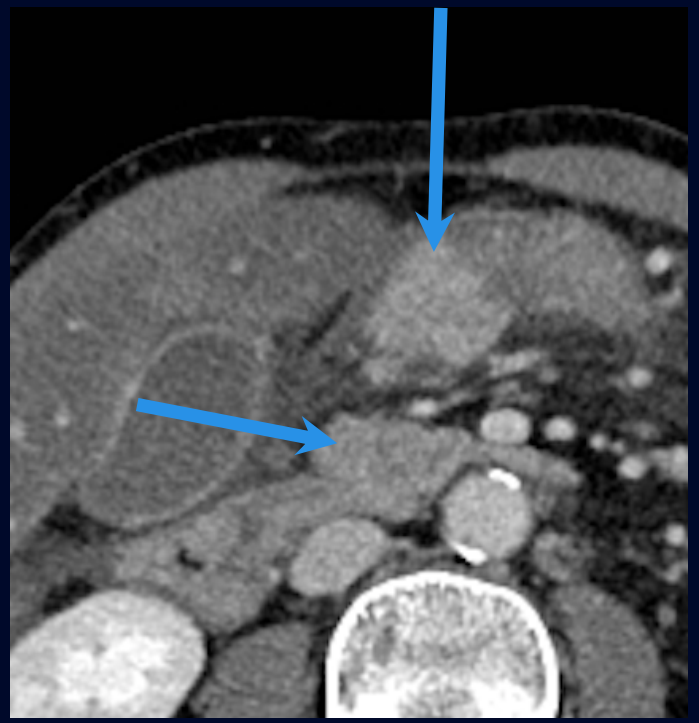
- Proportions variables des composantes pancréatiques normales (acini, canaux, îlots de Langerhans)
- Corrélation radio-pathologique:
  - Atténuation et rehaussement similaires ou supérieurs au pancréas si les acini prédominent
  - Sera moins atténuant dans le cas contraire.

Présentation clinique

- Souvent asymptomatique
- Mêmes complications que le pancréas:
  - Pancréatite, pseudokystes, néoplasies
- Symptômes/complications spécifiques selon l'emplacement:
  - Œsophage: dysphagie, reflux
  - Estomac: gastrite, ulcération
  - Pylore: occlusion
  - Jéjunum: intussusception
  - Ampoule de Vater: cholestase

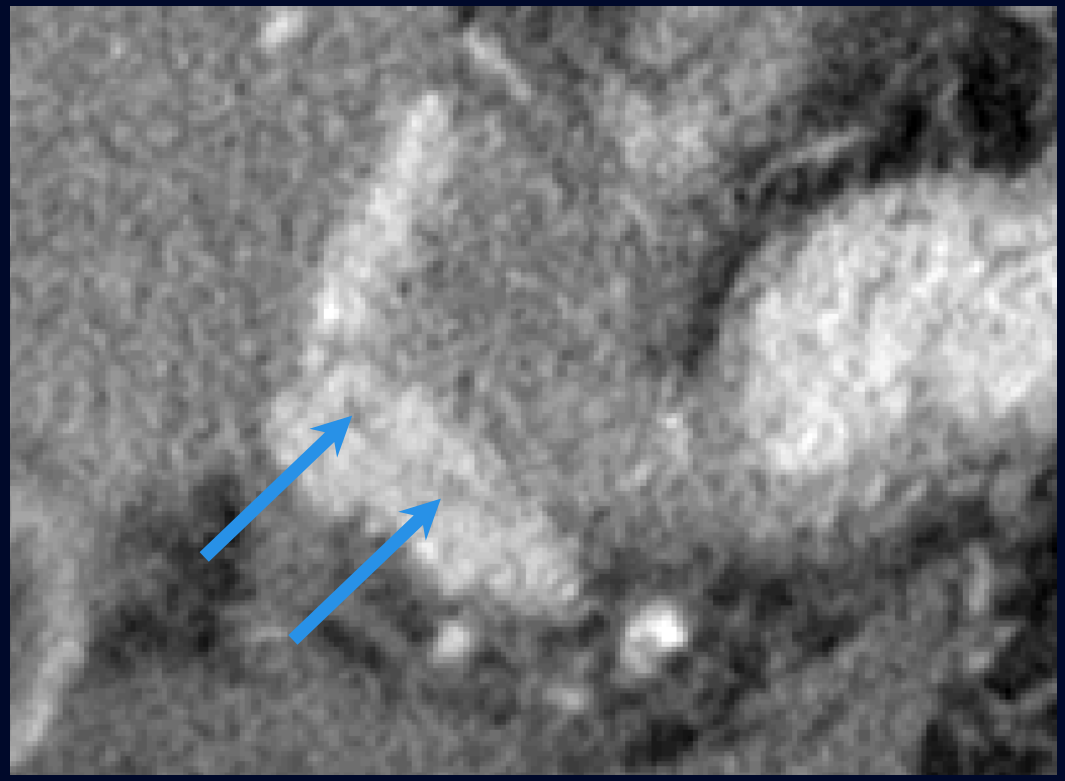
Retour au cas





Atténuation identique au pancréas

à 40 s et à 70 s



Possible canal rudimentaire discernable au scan?

Pancréas ectopique

Aspect IRM

- Signal et rehaussement similaire au pancréas
- Cholangiographie par IRM identifie souvent un canal rudimentaire

Exemple tiré de la référence #4

Traitement

- Conduite expectative si asymptomatique
- Résection endoscopique ou chirurgicale si nécessaire (surtout pour les complications hémorragiques et occlusives).

Références

1. Sahani, D. V., & Samir, A. E. (2010). *Abdominal Imaging E-Book: Expert Radiology Series*: Elsevier Health Sciences.
2. Lin YM et al. Unusual gastric tumors and tumor-like lesions: Radiological with pathological correlation and literature review. *World J Gastroenterol*. 2017;23(14):2493-2504.
3. Kang, H. C. et al. (2013). Beyond the GIST: Mesenchymal Tumors of the Stomach. *Radiographics, 33*(6), 1673-1690.
4. Rezvani, M. et al. (2017). Heterotopic Pancreas: Histopathologic Features, Imaging Findings, and Complications. *Radiographics, 37*(2), 484-499.
5. StatDx: https://app.statdx.com/document/ectopic-pancreatic-tissue/d9caff8d-6df0-4662-83af-8b89691355ab?searchTerm=Ectopic%20Pancreatic%20Tissue
6. Radiopedia: https://radiopaedia.org/articles/ectopic-pancreatic-tissue?lang=us