

Remue-méninges

Journée de province du CIREOL, Vendredi 09 Septembre 2016, CHU Hôpital Nord, Saint-Etienne.

A. GEORGES, M. BARMA, S. DAMBREVILLE, Pr F-G BARRAL, C. BOUTET

CAS CLINIQUE N°1:

CAS CLINIQUE N°1:

Le petit Mathis, 2 ans ½ , est admis aux urgences pédiatriques pour céphalées fébriles d'apparition brutale.

Il ne présente pas d'antécédents particuliers en dehors d'un petit retard de langage.

A l'examen clinique, l'urgentiste retrouve une raideur de nuque isolée.

Les paramètres hémodynamiques sont stables et le reste de l'examen est sans particularité.

D'après les parents, l'enfant aurait présenté des mouvements anormaux lorsqu'ils l'auraient récupéré à la crèche en fin d'après-midi.

CAS CLINIQUE N°1 - QCM 1:

- A) Le diagnostic à évoquer en priorité est une méningite infectieuse.
- B) Un isolement gouttelette est à mettre en place sans délais.
- C) Une ponction lombaire est à réaliser sans délais.
- D) Un scanner cérébral est à réaliser sans délais.
- E) Des mesures administratives et de santé publique seront à envisager.

CAS CLINIQUE N°1 - QCM 1:

- A) Le diagnostic à évoquer en priorité est une méningite infectieuse.
- Vrai
- B) Un isolement gouttelette est à mettre en place sans délais.
- Vrai: ce type d'isolement doit être mis en place immédiatement dans l'hypothèse d'une infection à méningocoque.
- C) Une ponction lombaire est à réaliser sans délais.
- Faux: en cas de signe de focalisation, de convulsions récentes ou de score de Glasgow $<$ ou $=$ à 11 un scanner doit être réalisé avant la PL.
- D) Un scanner cérébral est à réaliser sans délais.
- Vrai: il permettra de vérifier d'absence d'engagement cérébral.
- E) Des mesures administratives et de santé publique seront à envisager.
- Vrai: en cas de méningite à méningocoque \rightarrow déclaration obligatoire et antibioprophylaxie des sujets contacts (enfant en collectivité).

CAS CLINIQUE N°1:

Un scanner cérébral réalisé en urgence ne retrouve pas d'anomalie particulière.

La ponction lombaire réalisée au décours a permis d'isoler un diplocoque gram - (méningocoque).

CAS CLINIQUE N°1:

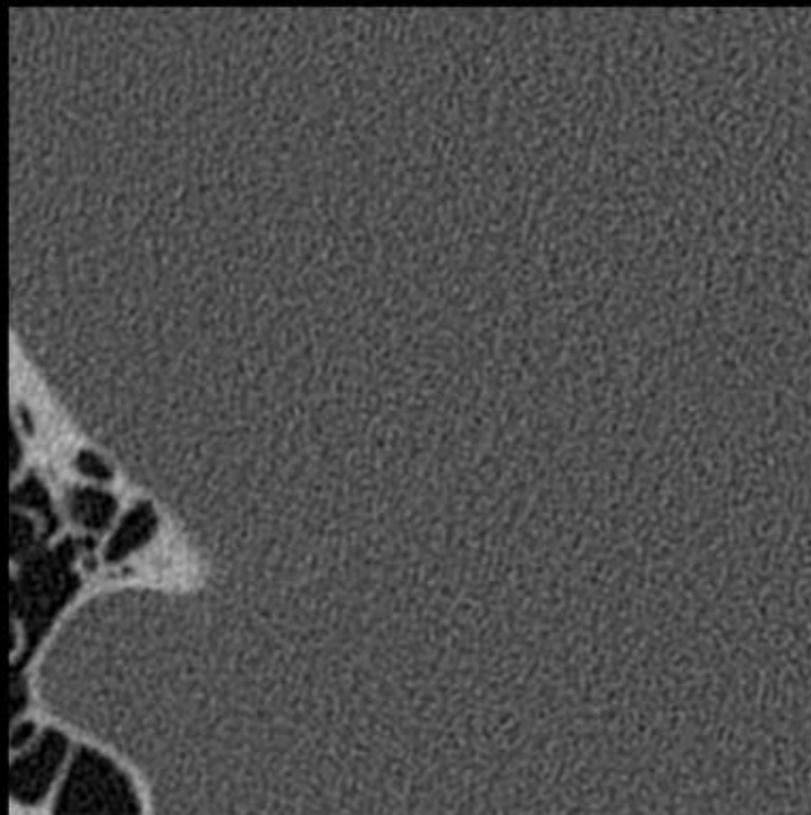
L'évolution sous antibiothérapie est favorable.

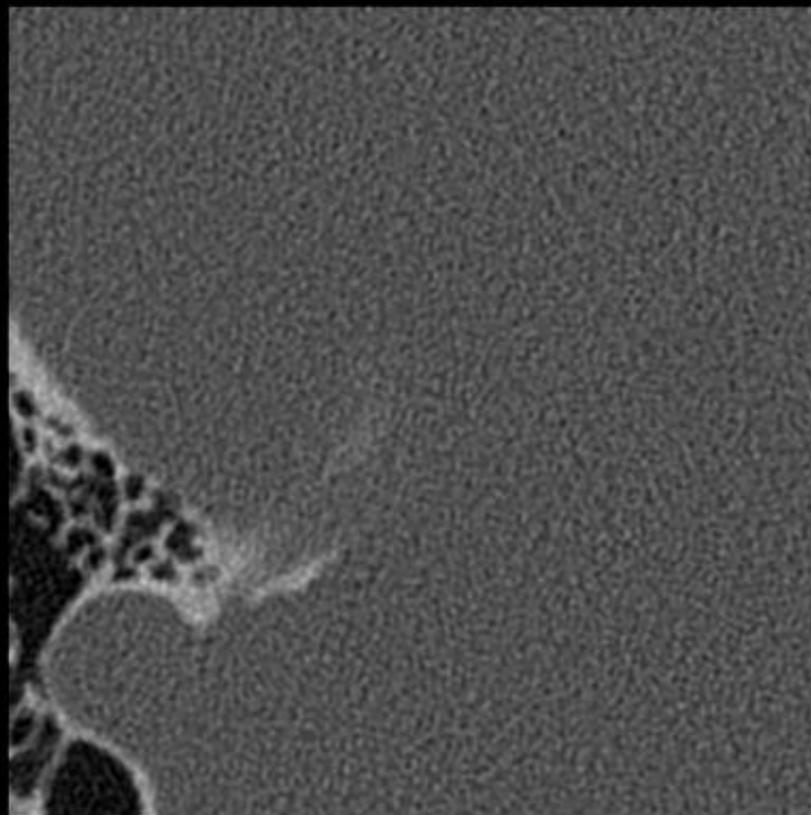
L'équipe soignante confirme cependant un important retard de langage chez Mathis.

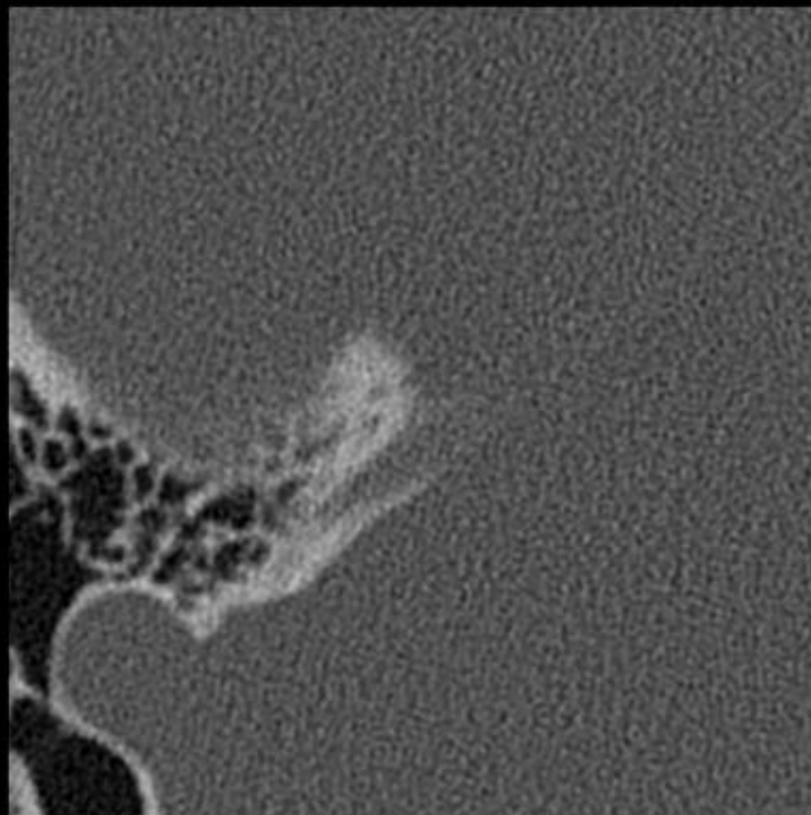
Des tests psychométriques et un audiogramme permettent de retrouver une surdité de perception sévère bilatérale prédominant à droite.

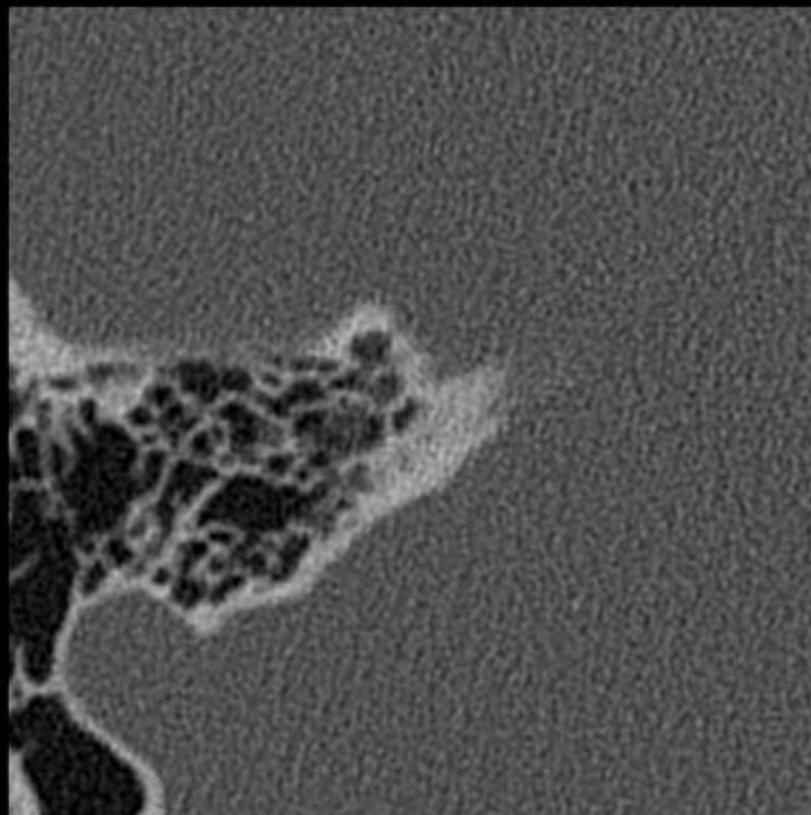
Une réunion pluridisciplinaire est organisée pour discuter de l'opportunité d'une pose d'implants cochléaires.

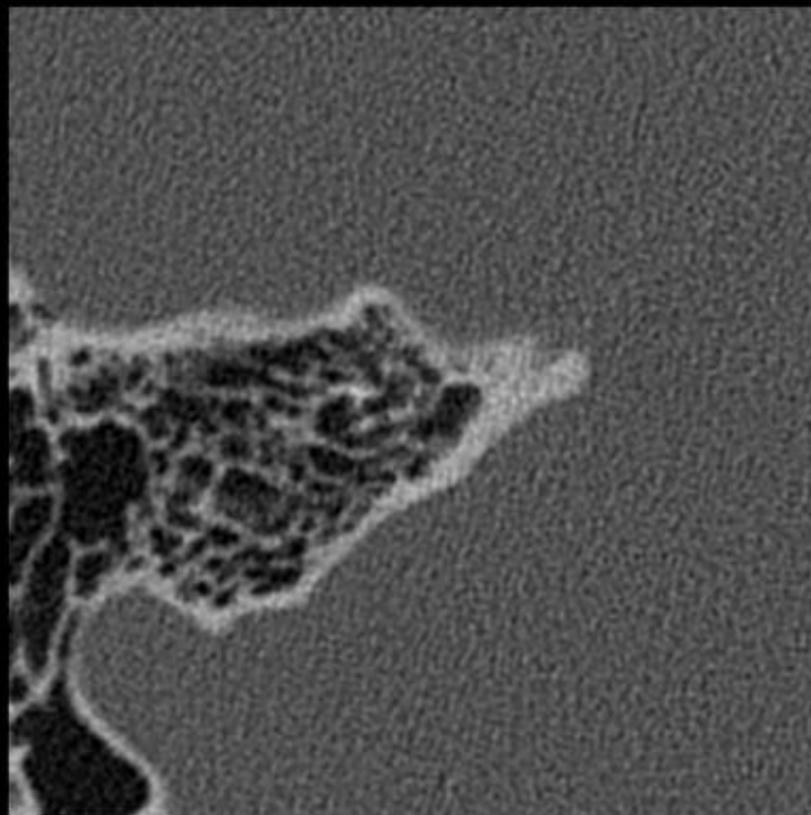
Un nouveau bilan d'imagerie est réalisé.

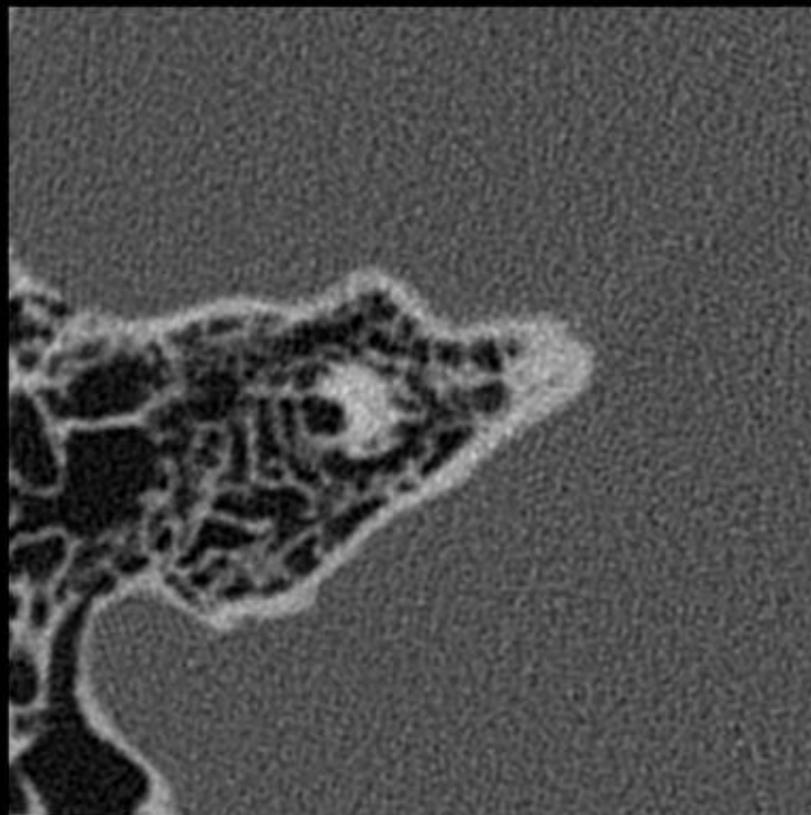


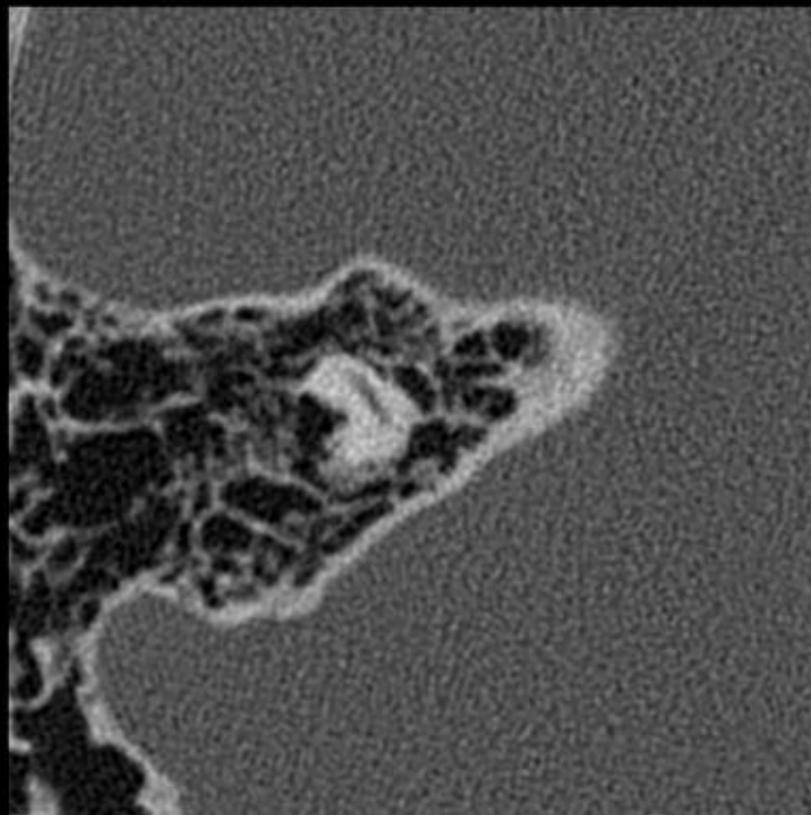


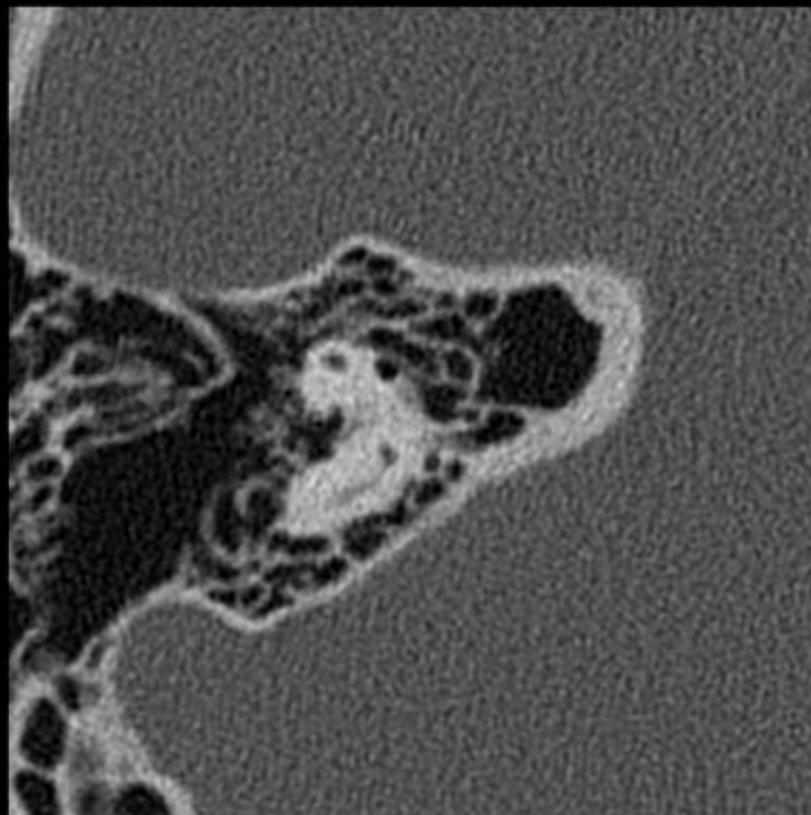


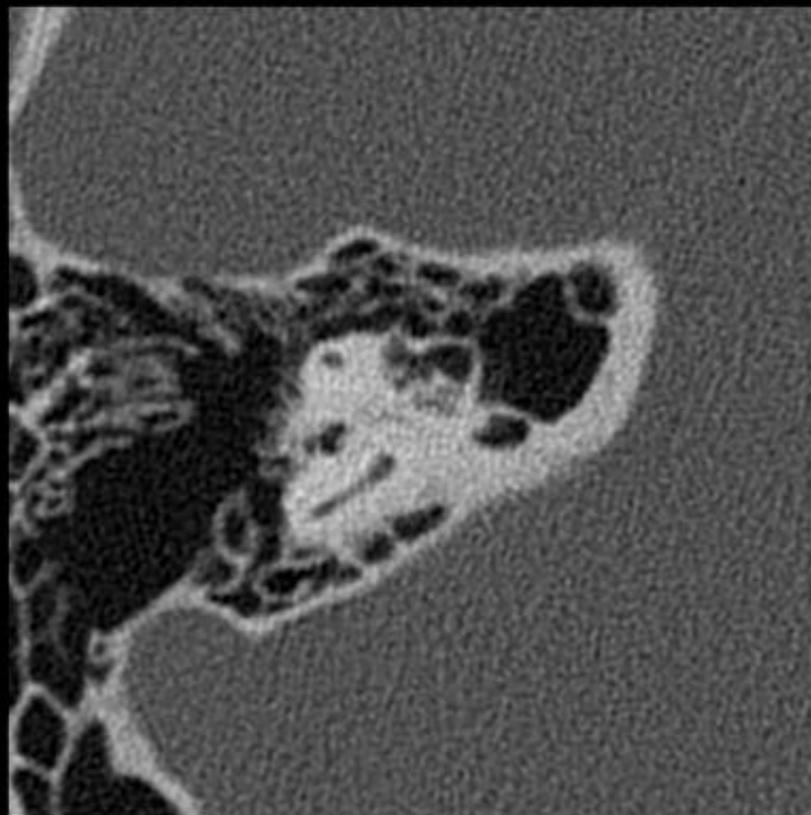


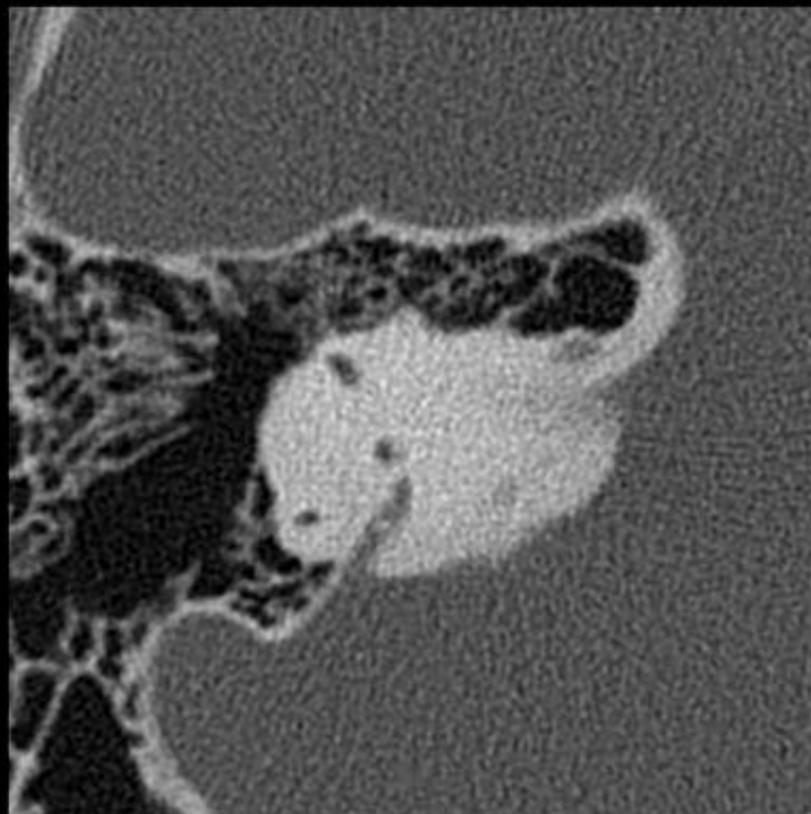


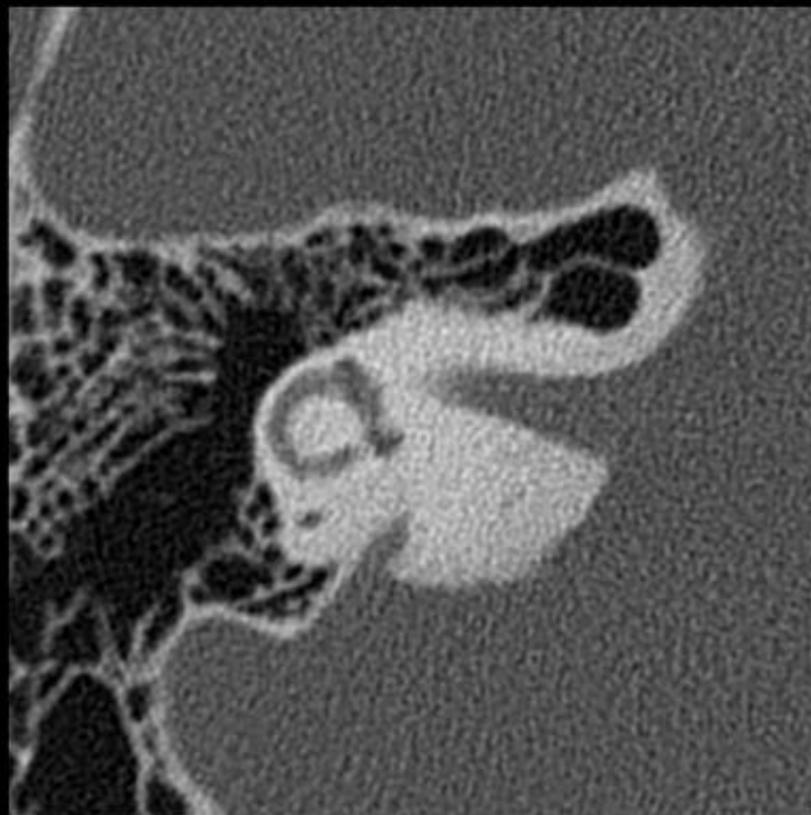




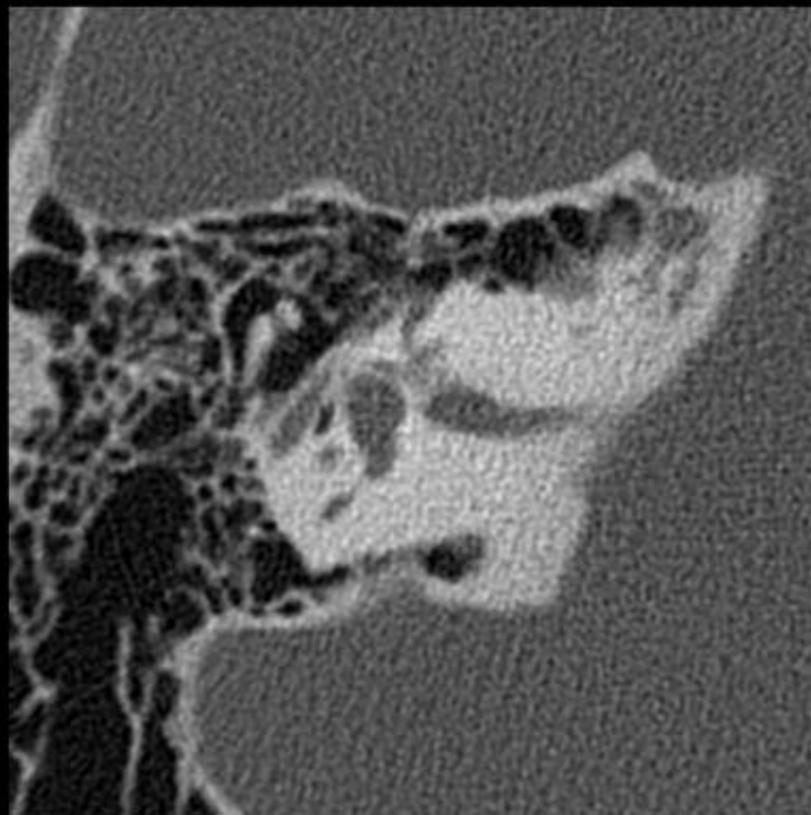


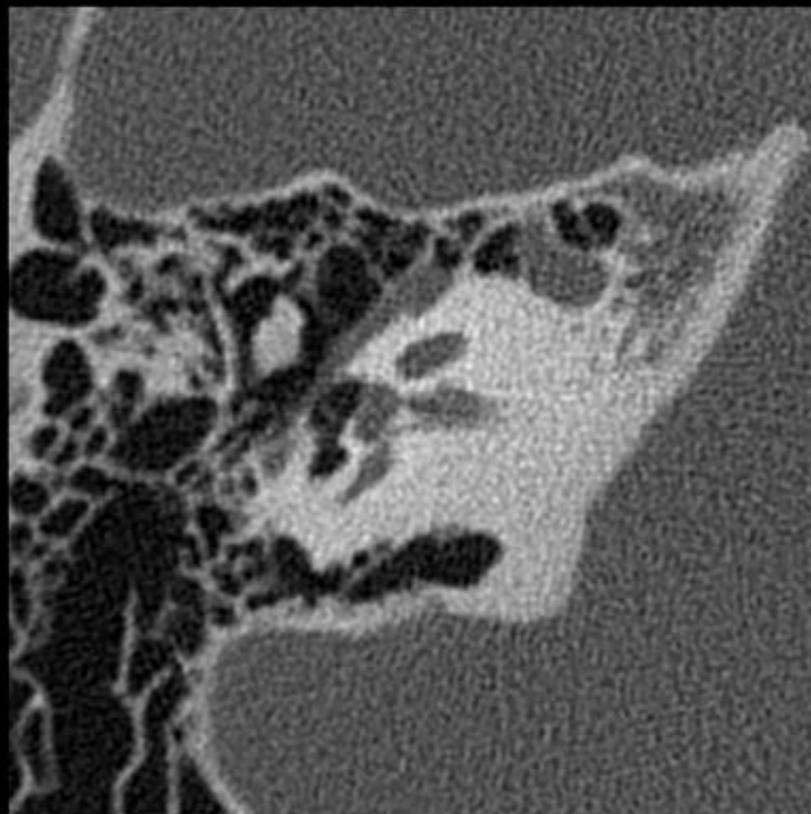


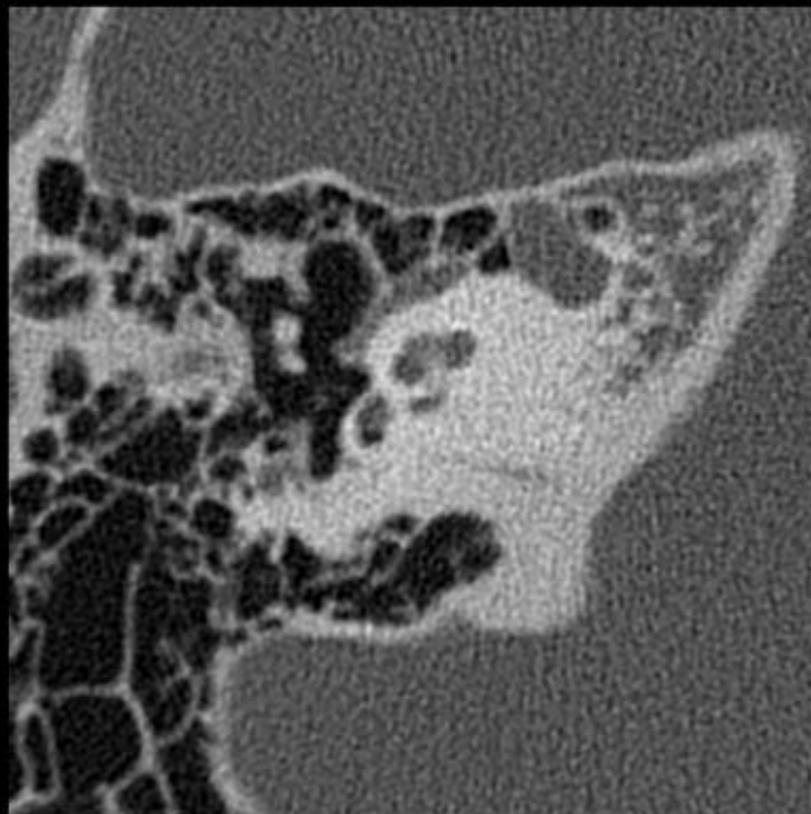


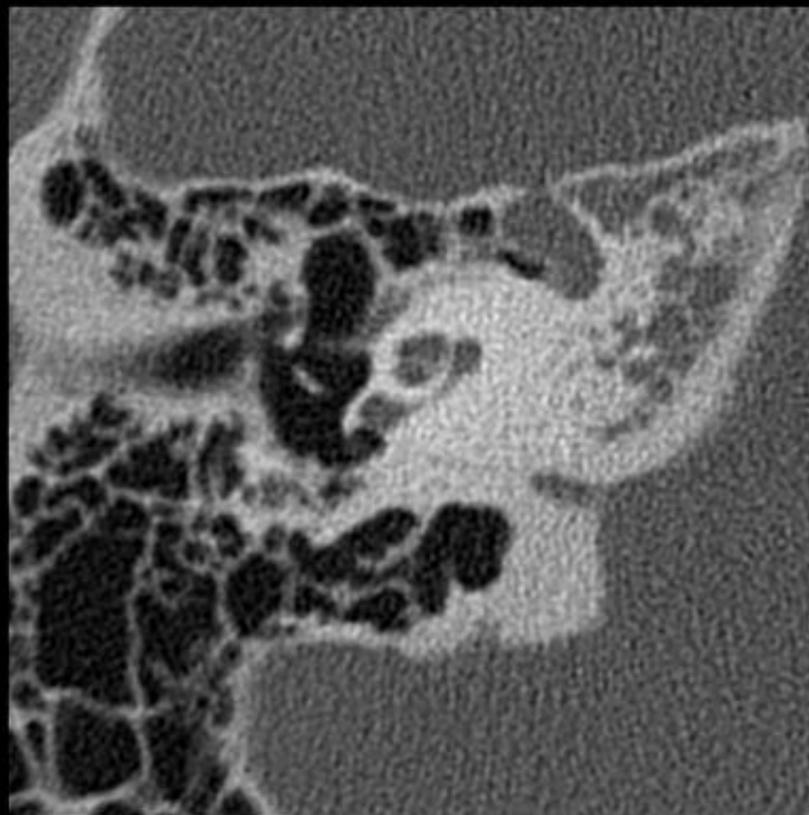


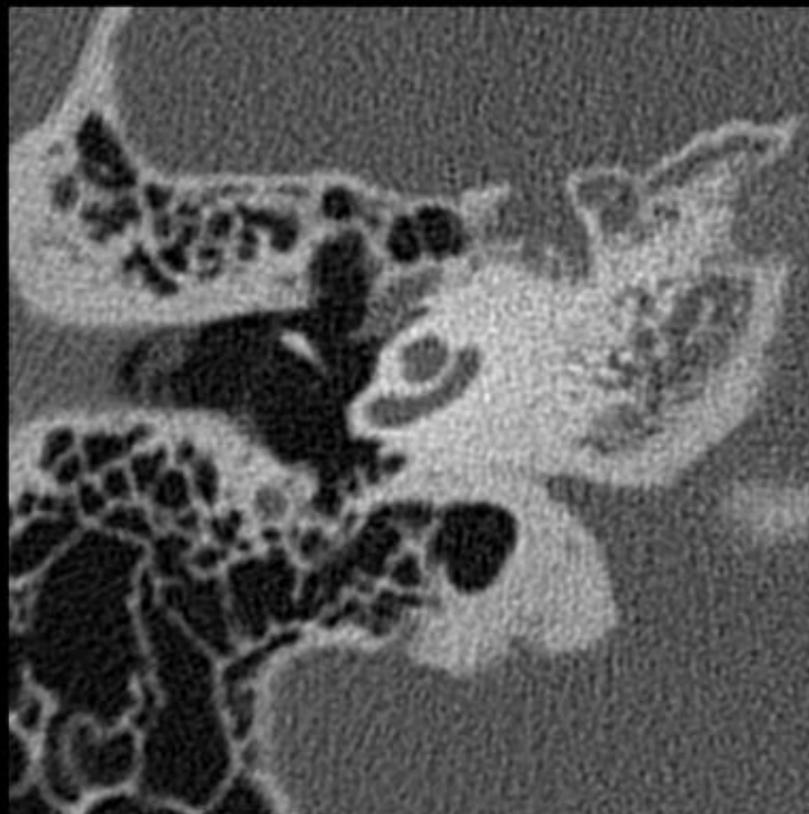


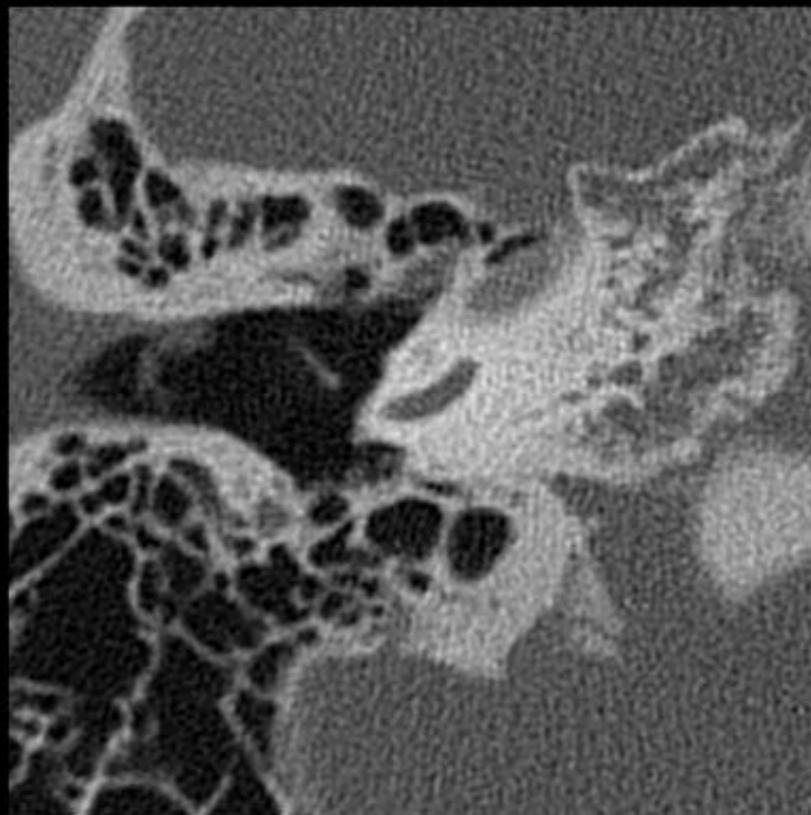












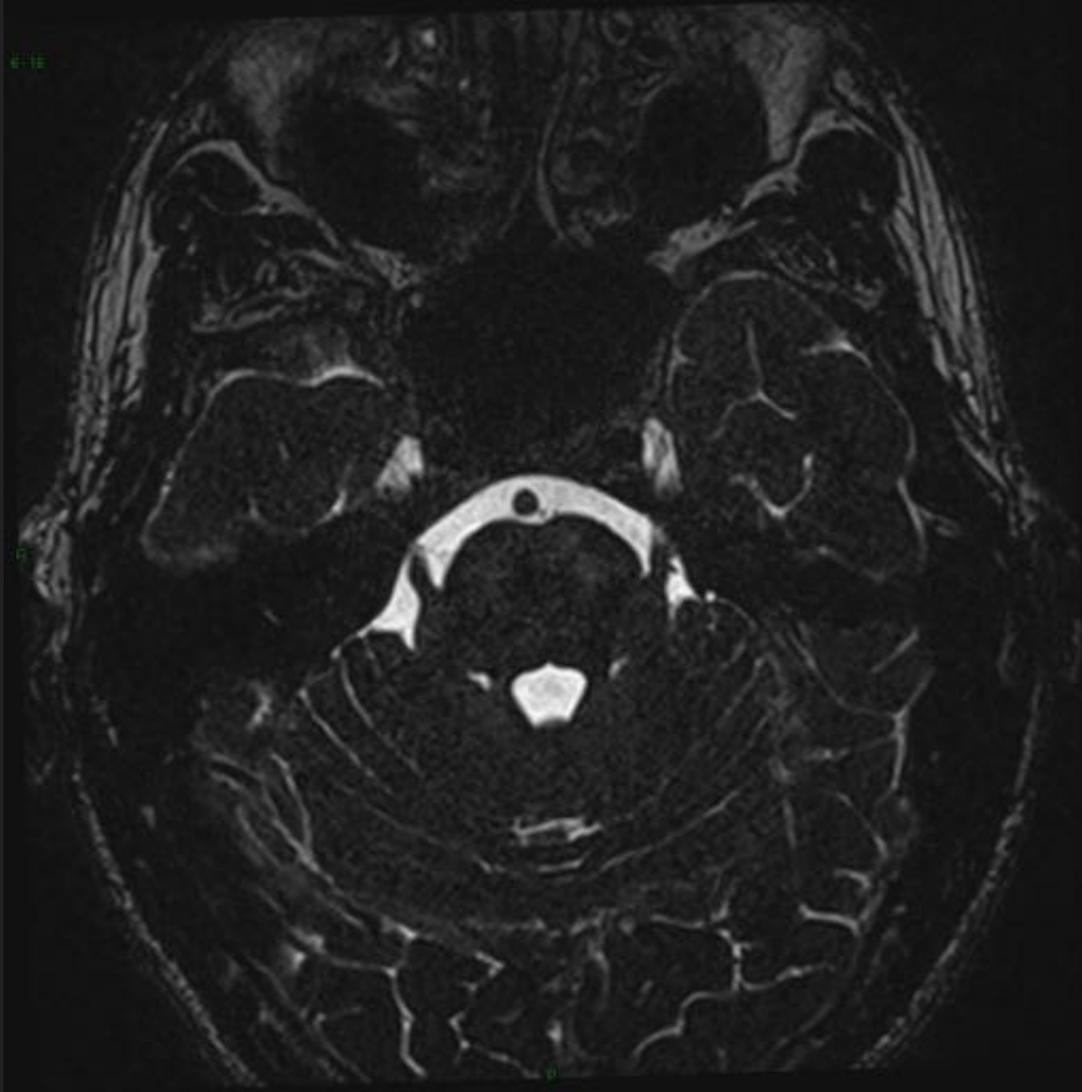


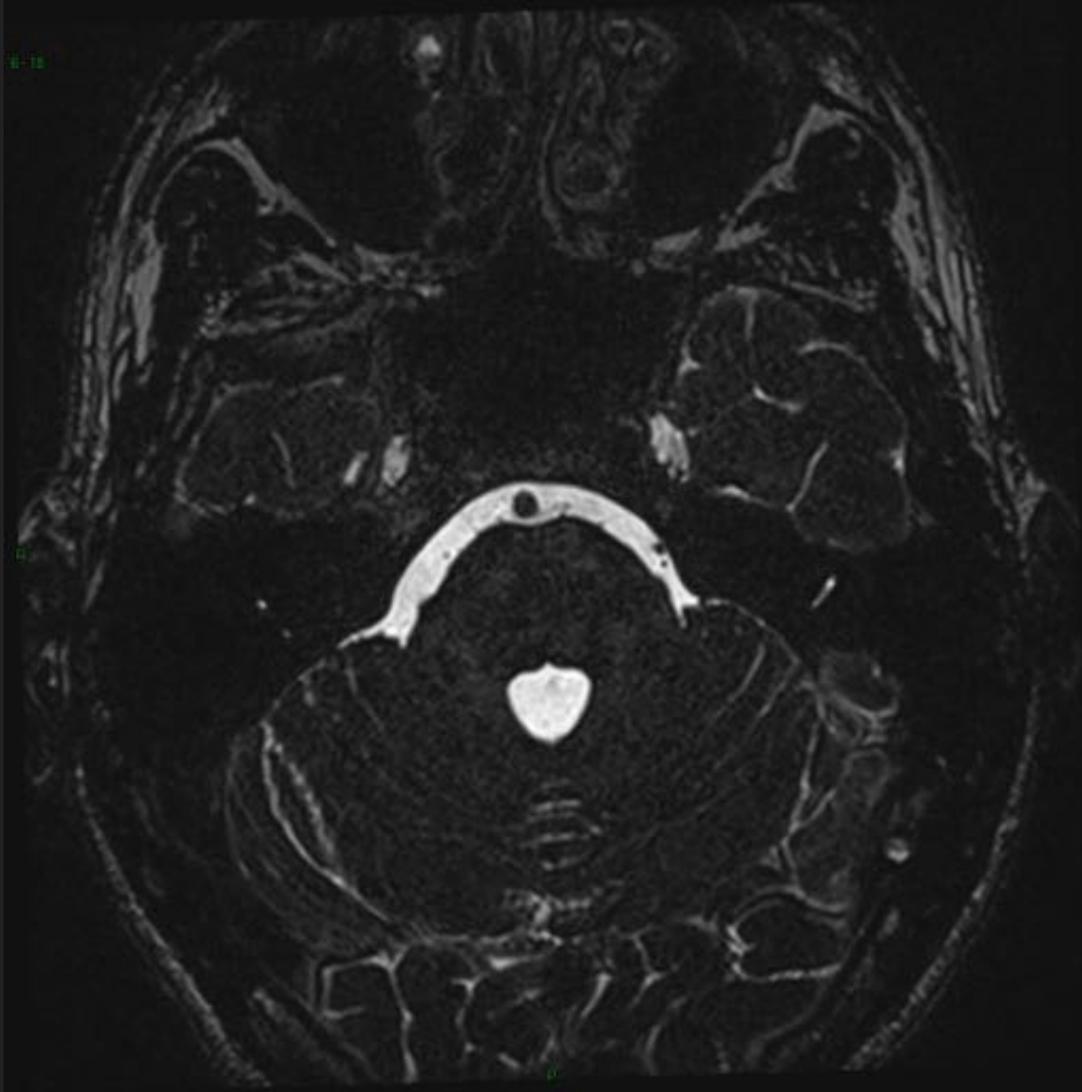


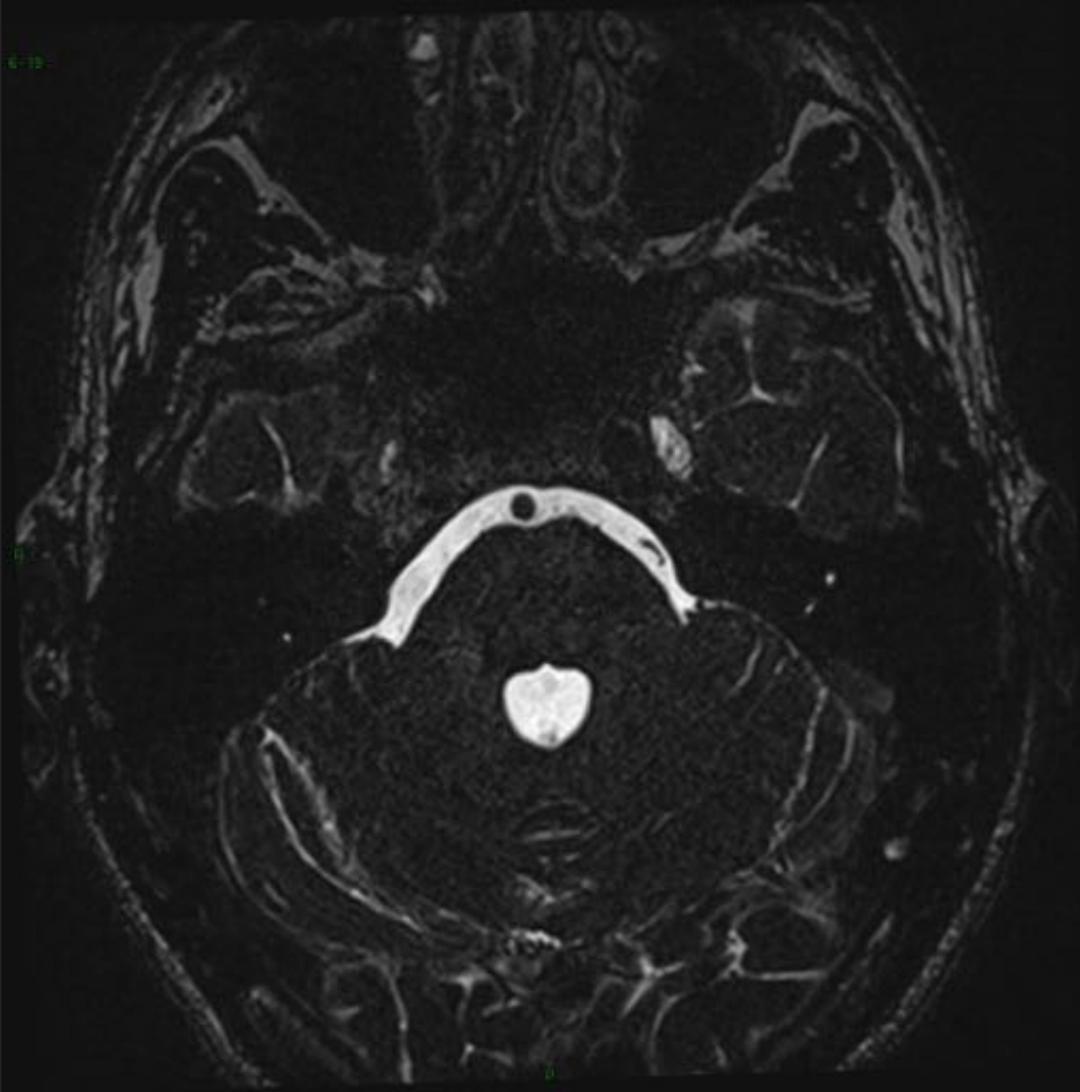


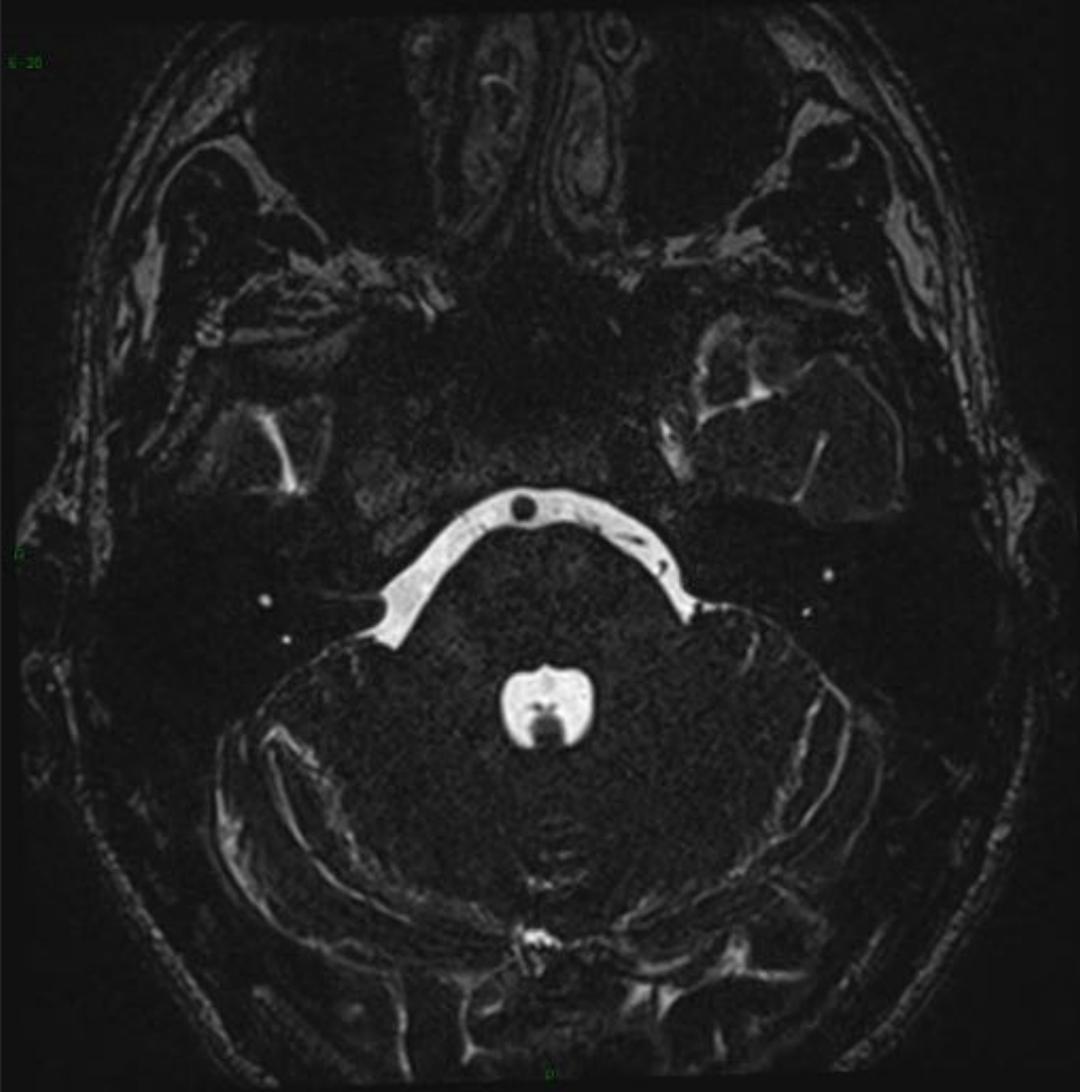


Du côté gauche, le scanner est considéré comme normal.

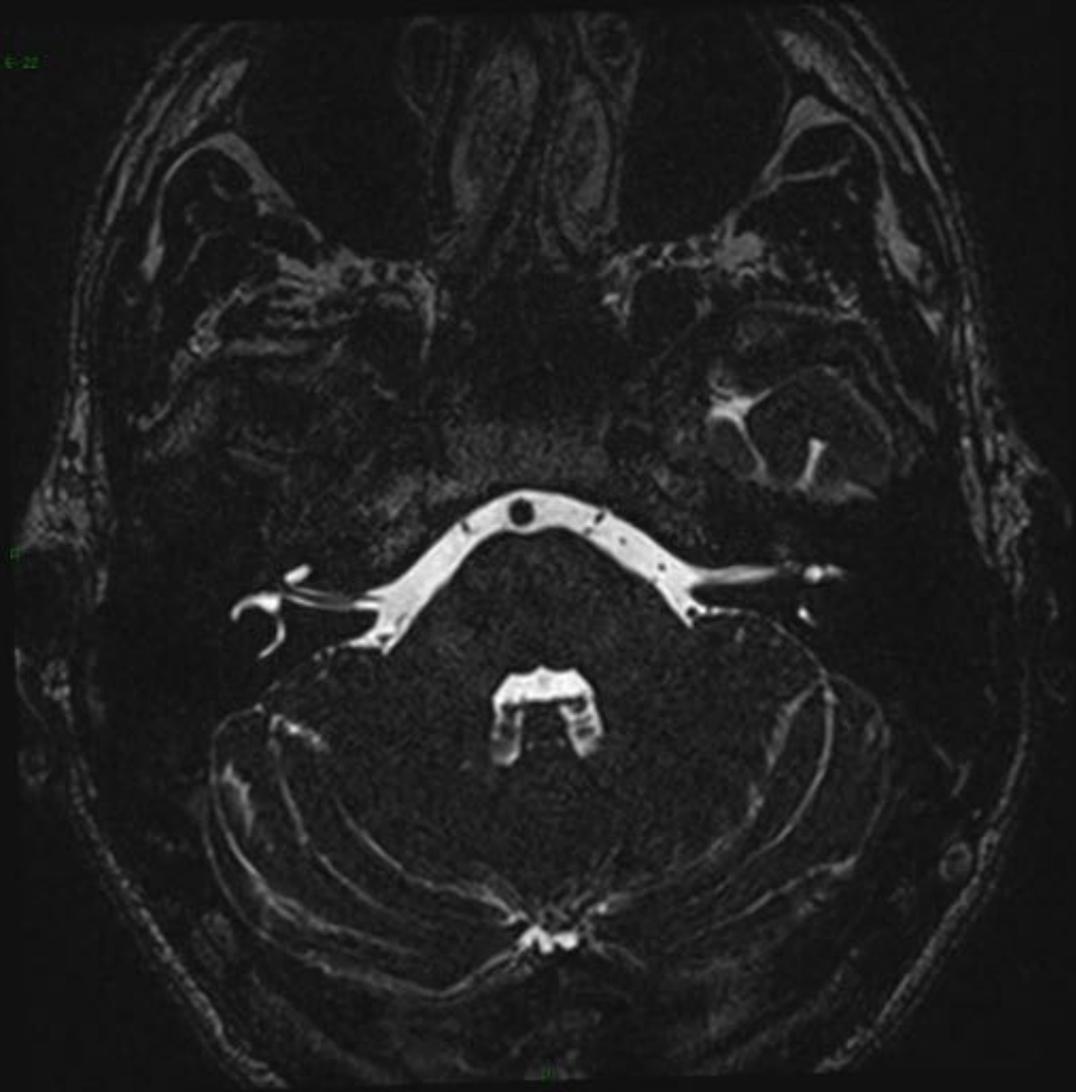




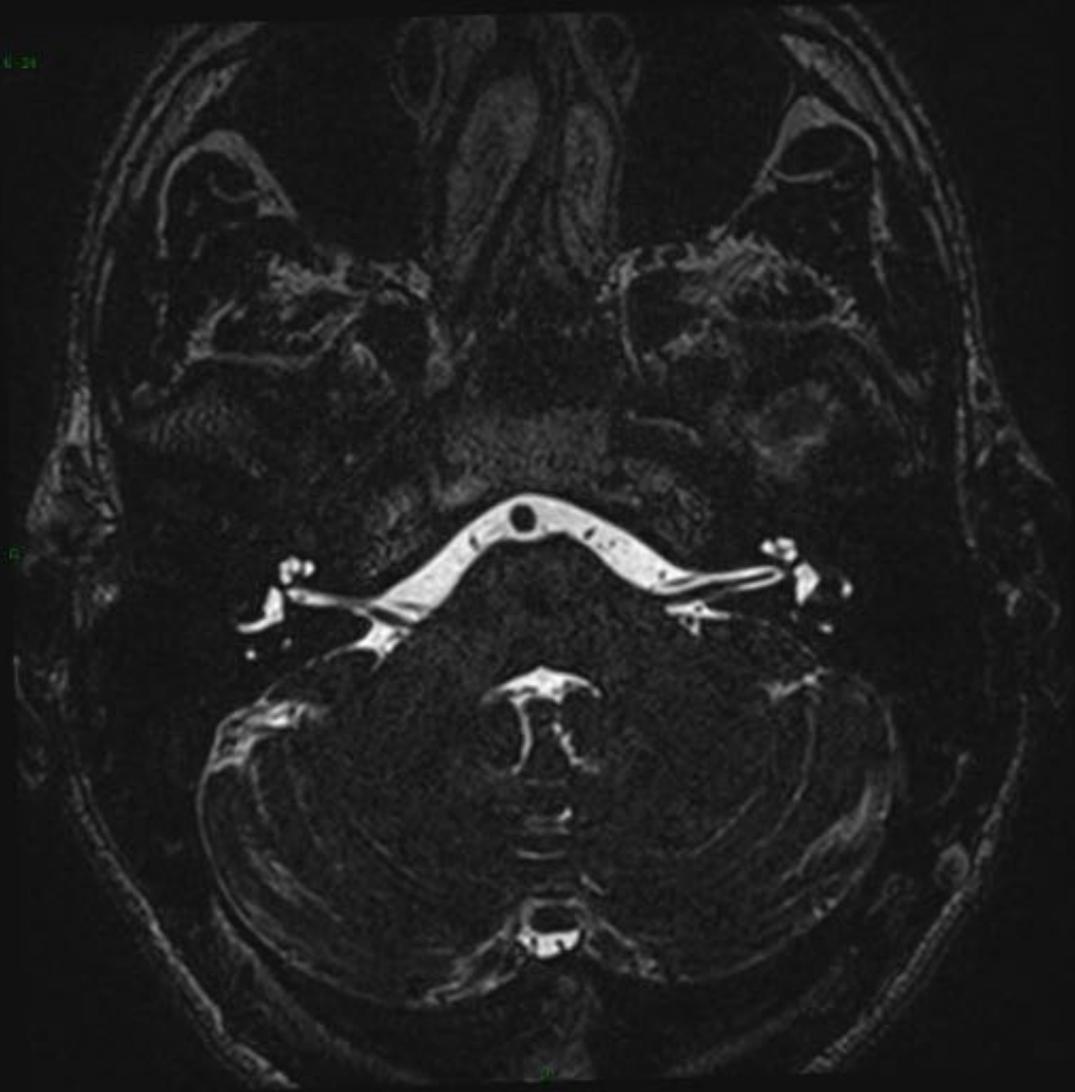






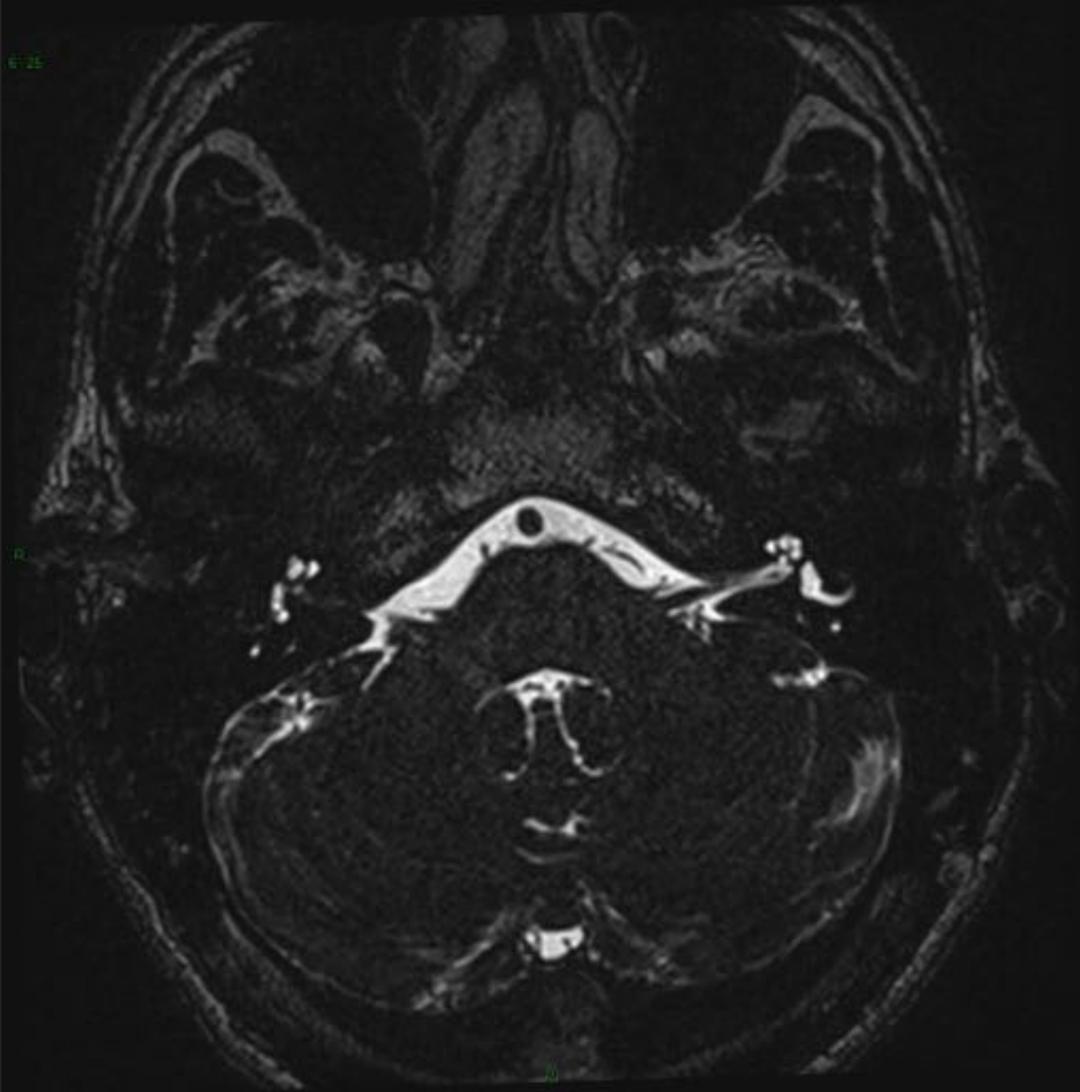


0:24



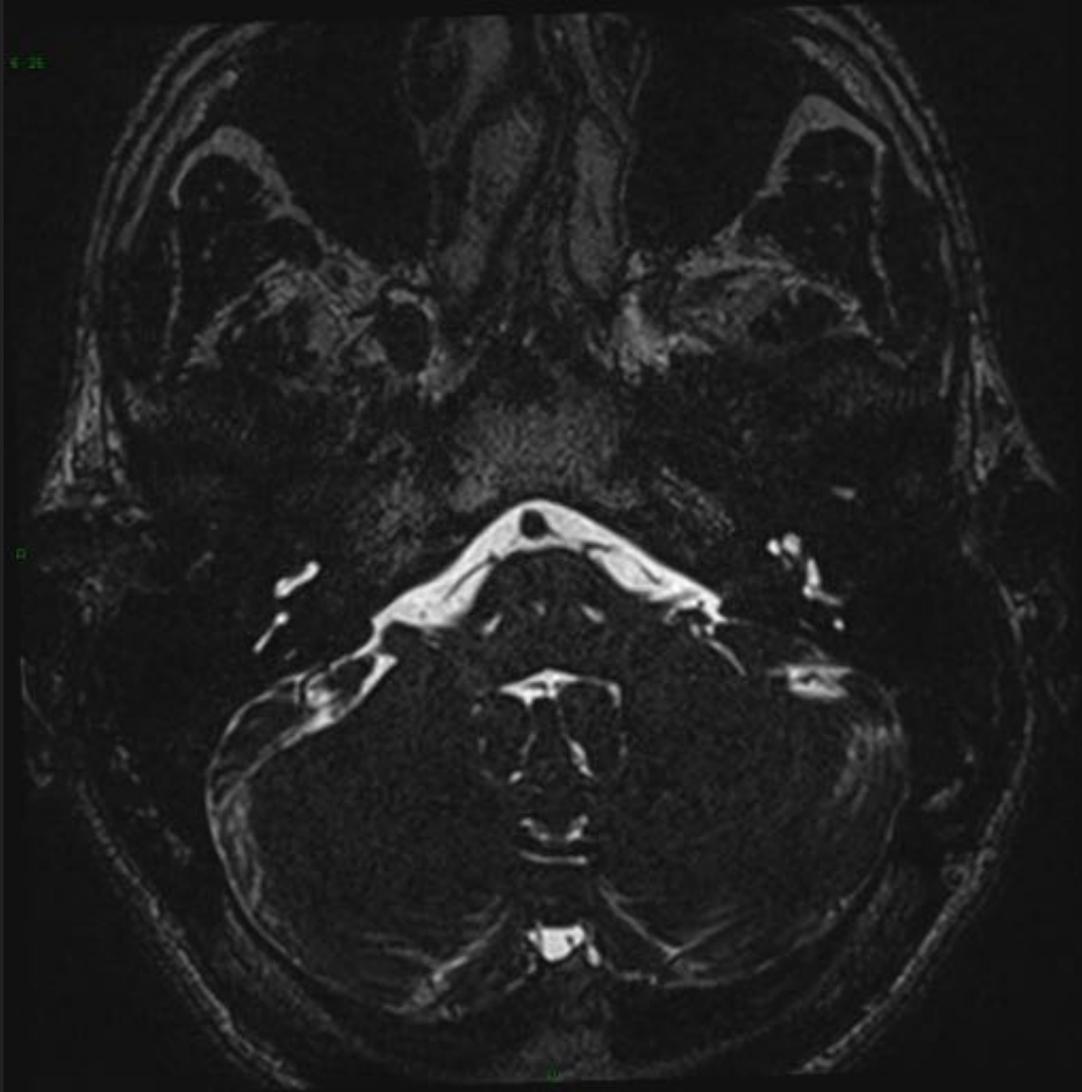
0:24

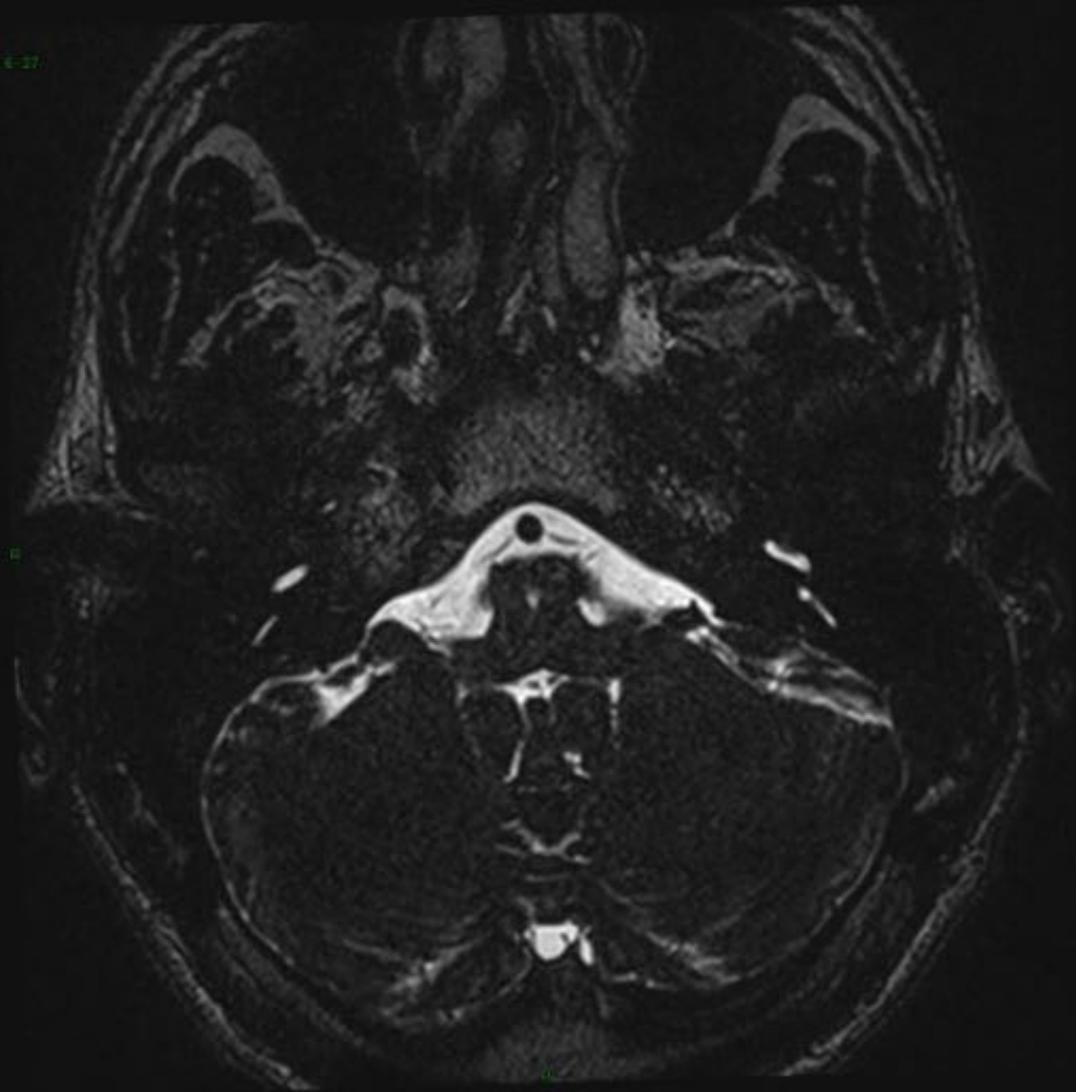
6:25



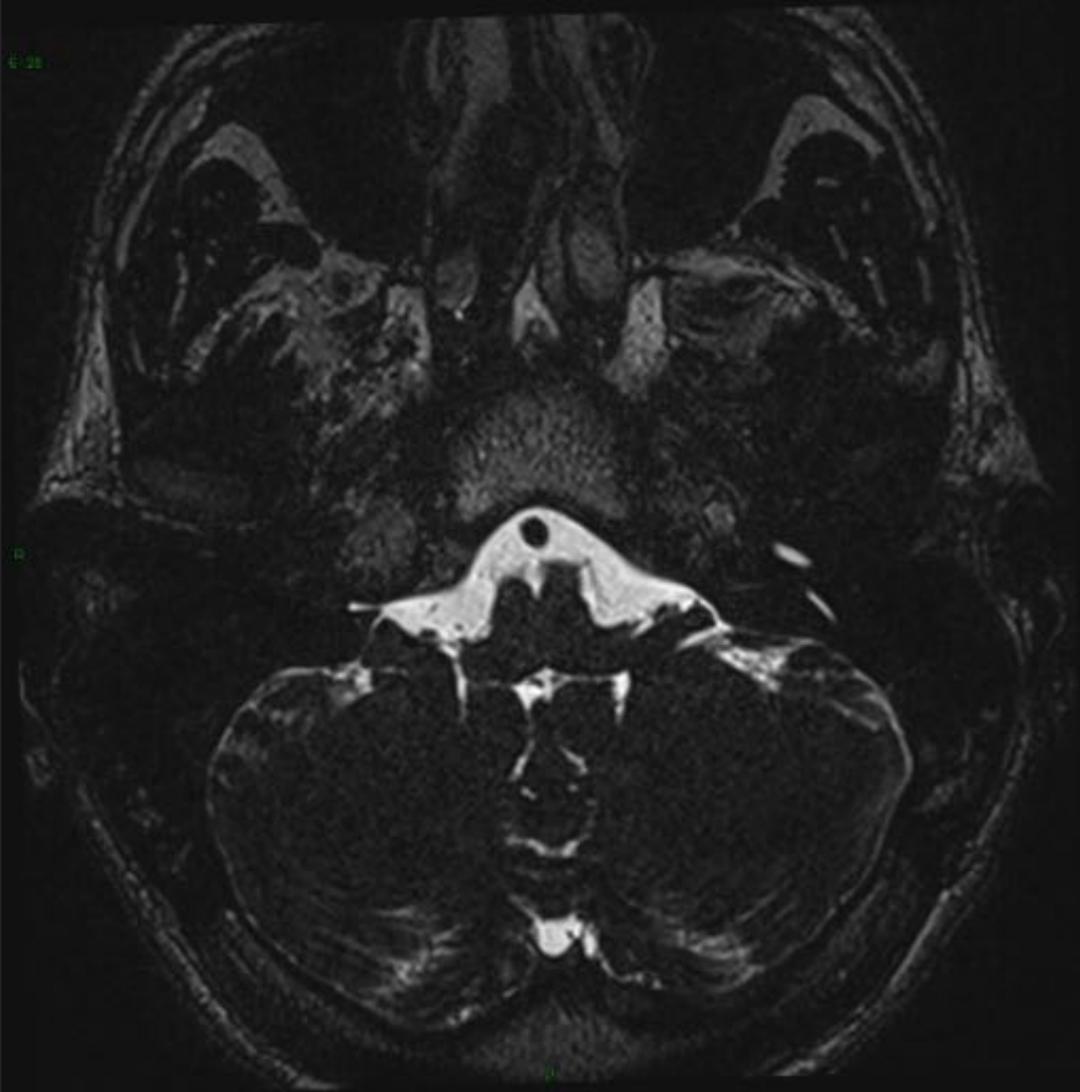
R

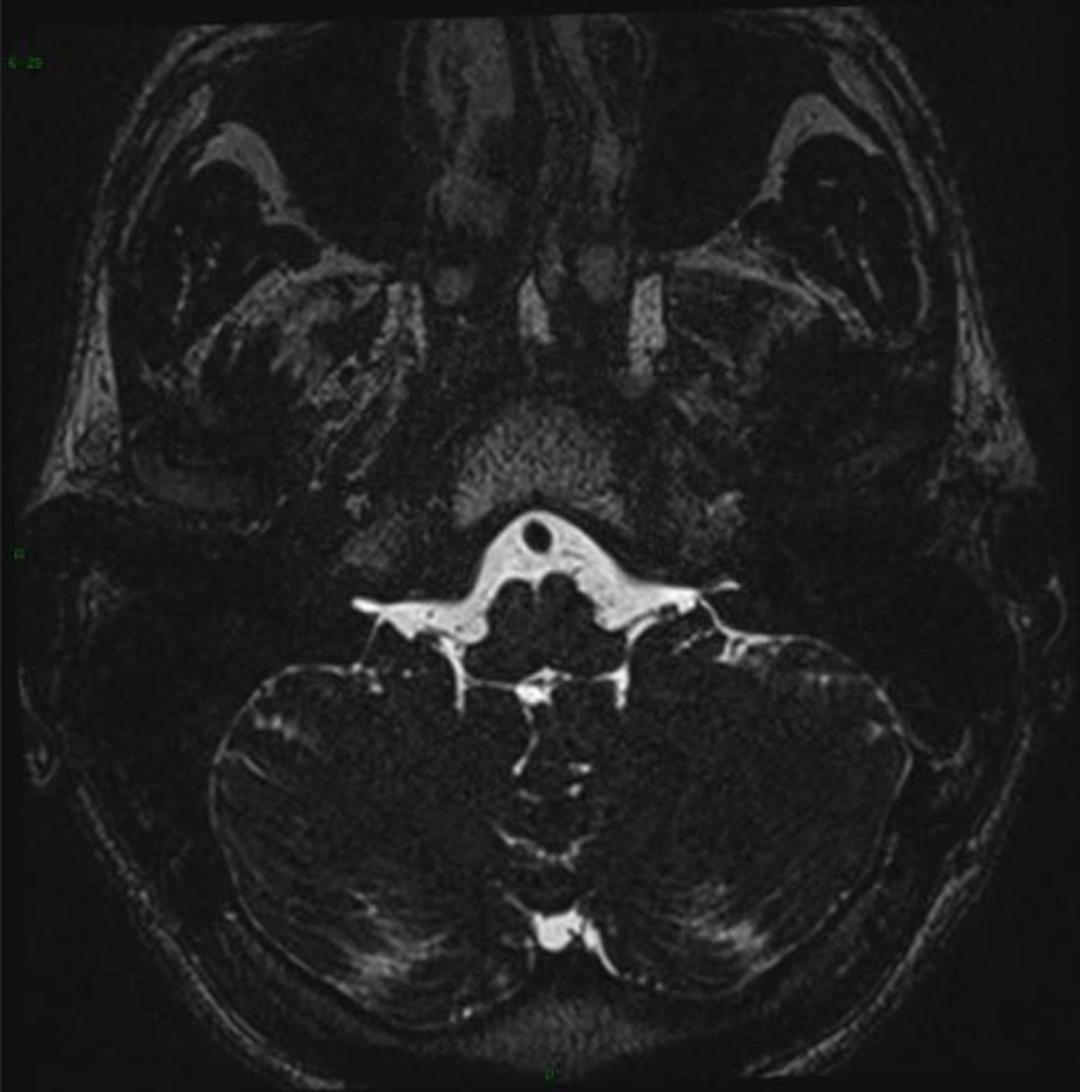
L



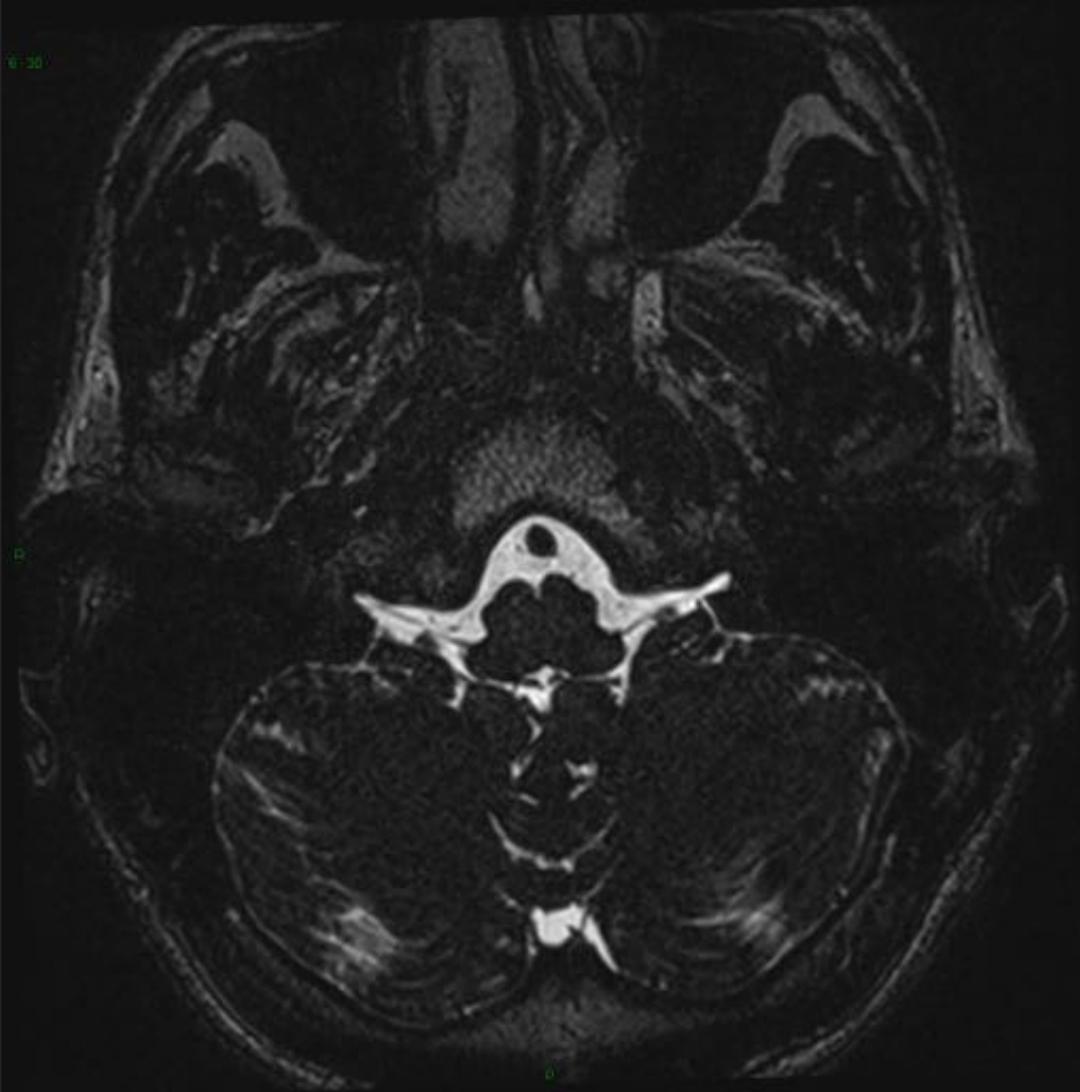


6.25



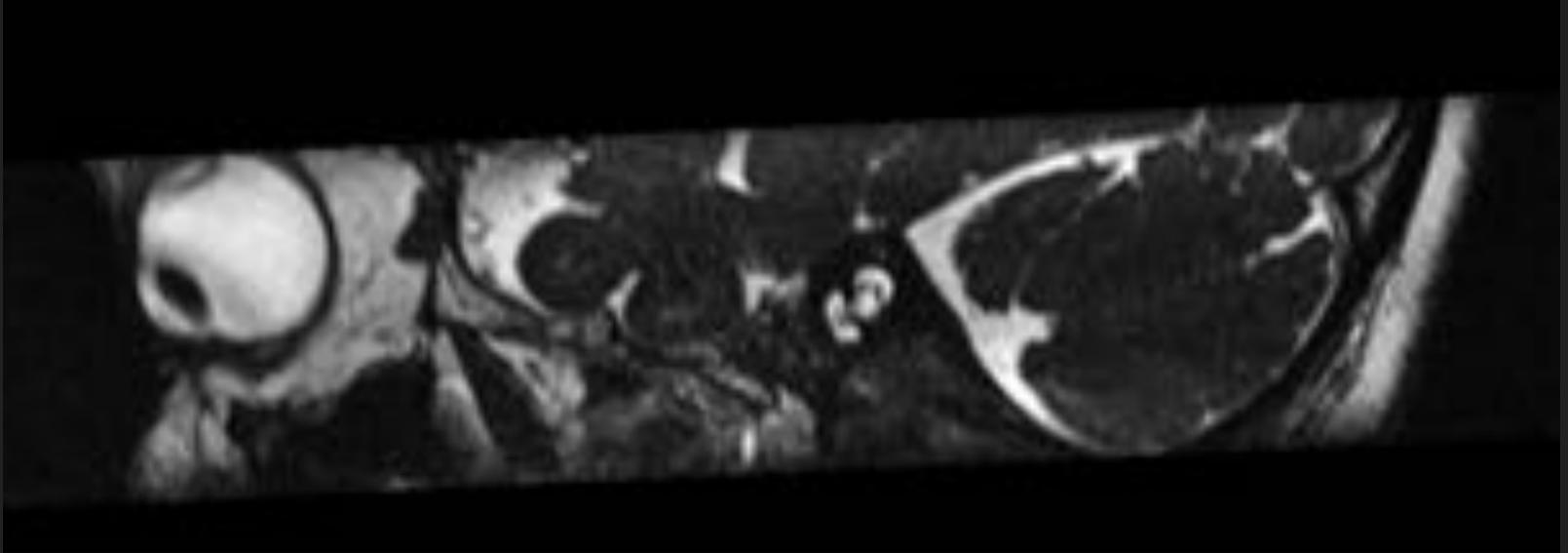


6:30

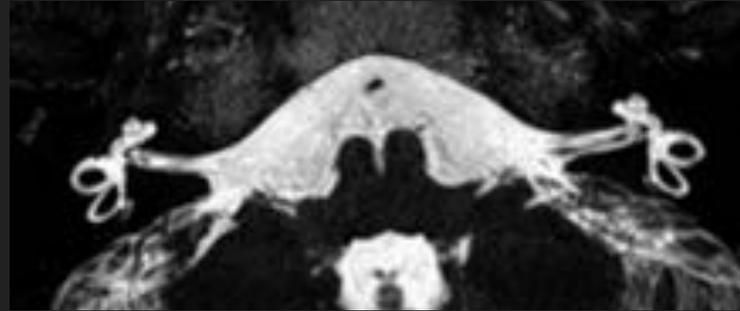


6

Vue sagittale sur le CAI droit:



Reconstructions MIP:



CAS CLINIQUE N°1 - QCM 2:

Ce bilan a permis de retrouver:

- A) Une anomalie de partition de la cochlée droite.
- B) Une agénésie du nerf cochléaire droit.
- C) Une absence de fossette cochléaire à droite.
- D) Cet enfant ne pourra finalement pas bénéficier de la pose d'un implant cochléaire.
- E) En cas de pathologie cochléaire ou du CAI contre-indiquant la mise en place d'un implant cochléaire, il n'existe pas d'alternative thérapeutique.

CAS CLINIQUE N°1 - QCM 2:

Ce bilan a permis de retrouver:

A) Une anomalie de partition de la cochlée droite.

- Faux.

B) Une agénésie du nerf cochléaire droit.

- Vrai.

C) Une absence de fossette cochléaire à droite.

- Vrai.

D) Cet enfant ne pourra finalement pas bénéficier de la pose d'un implant cochléaire.

- Faux: il pourra tout de même être implanté du côté gauche.

E) En cas de pathologie cochléaire ou du CAI contre-indiquant la mise en place d'un implant cochléaire, il n'existe pas d'alternative thérapeutique.

- Faux: on peut dans ce cas proposer un implant de tronc cérébral.

CAS CLINIQUE N°1 :

La maman de Mathis qui est professeur de physique au collège est très inquiète vis-à-vis de l'opération.

Elle vous pose de nombreuses questions.

CAS CLINIQUE N°1 - QCM 3:

- A) La pose d'un implant cochléaire est une opération lourde.
- B) La pose d'un implant cochléaire entraîne toujours une destruction de l'audition résiduelle.
- C) Un implant cochléaire représentera une contre-indication à d'éventuelles IRM ultérieures.
- D) Le risque principal lors du passage dans l'IRM est le courant induit.
- E) Une rééducation orthophonique prolongée sera nécessaire.

CAS CLINIQUE N°1 - QCM 3:

A) La pose d'un implant cochléaire est une opération lourde

- Faux: peut se réaliser en ambulatoire

B) La pose d'un implant cochléaire entraîne toujours une destruction de l'audition résiduelle.

- Faux: il existe aujourd'hui des implants hybrides qui permettent d'utiliser à la fois la stimulation audiométrique et électrique. Ils sont utilisés en cas de surdité sévère partielle prédominant uniquement sur une gamme de sons (graves ou aiguës par exemple).

C) Un implant cochléaire représentera une contre-indication à d'éventuelles IRM ultérieures.

- Faux: CI à 3T mais à étudier au cas par cas à 1,5T en fonction du type d'implant.
 - Aujourd'hui les implants passent normalement à 1,5T, parfois avec prise de précautions particulières (par exemple, bandeau sur récepteur externe). L'accord du fabricant avec la référence exacte de l'implant est donc particulièrement important.

D) Le risque principal lors du passage dans l'IRM est le courant induit.

- Faux: le risque principal est la désaimantation de l'antenne (<14% si bi perpendiculaire à B0 = tête droite pour la majorité des implants, à vérifier auprès du constructeur)

E) Une rééducation orthophonique prolongée sera nécessaire.

- Vrai.

CAS CLINIQUE N°2:

CAS CLINIQUE N°2:

Vous recevez pour réalisation d'un scanner du massif facial Mme R., 45 ans.

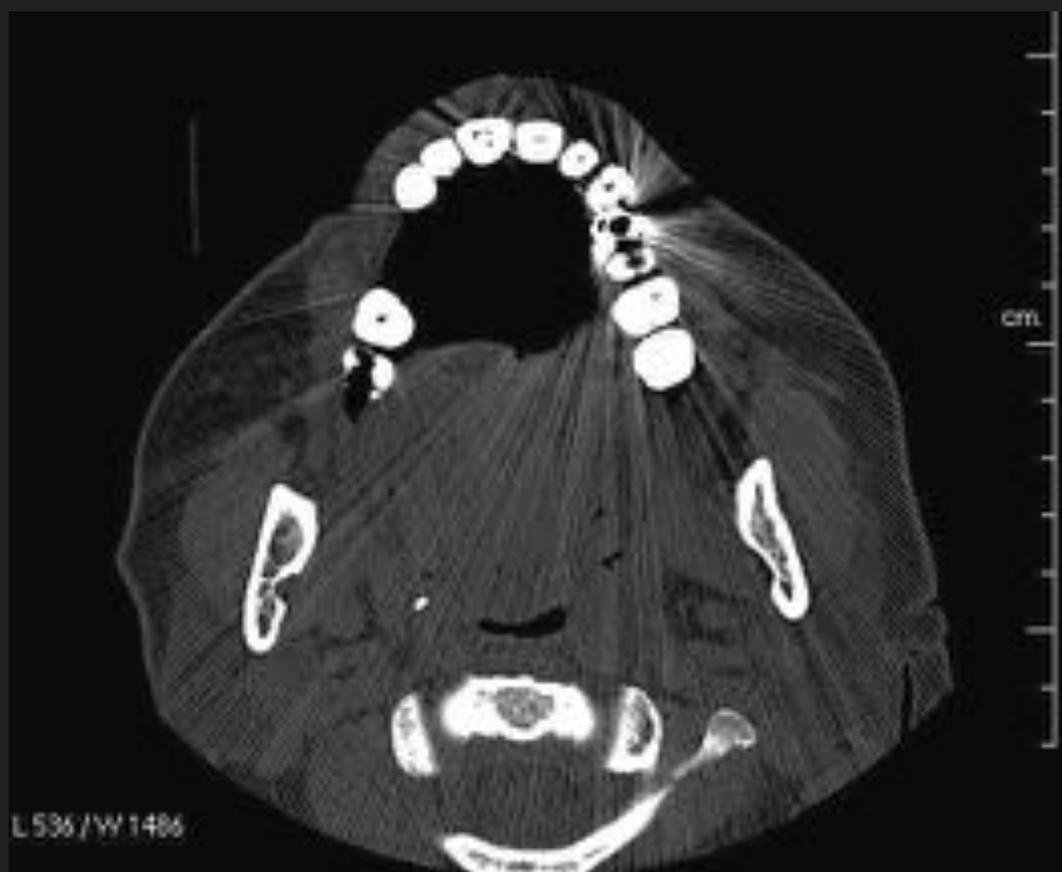
Elle a pour seul antécédent connu un syndrome anxio-dépressif ancien.

Elle vous est adressée par son médecin traitant à la suite d'un contrôle de routine pour découverte d'une masse palatine gauche.

Elle-même n'est pas inquiète outre-mesure puisque cette dernière évolue depuis plusieurs mois, sans douleur ni gêne particulière.









































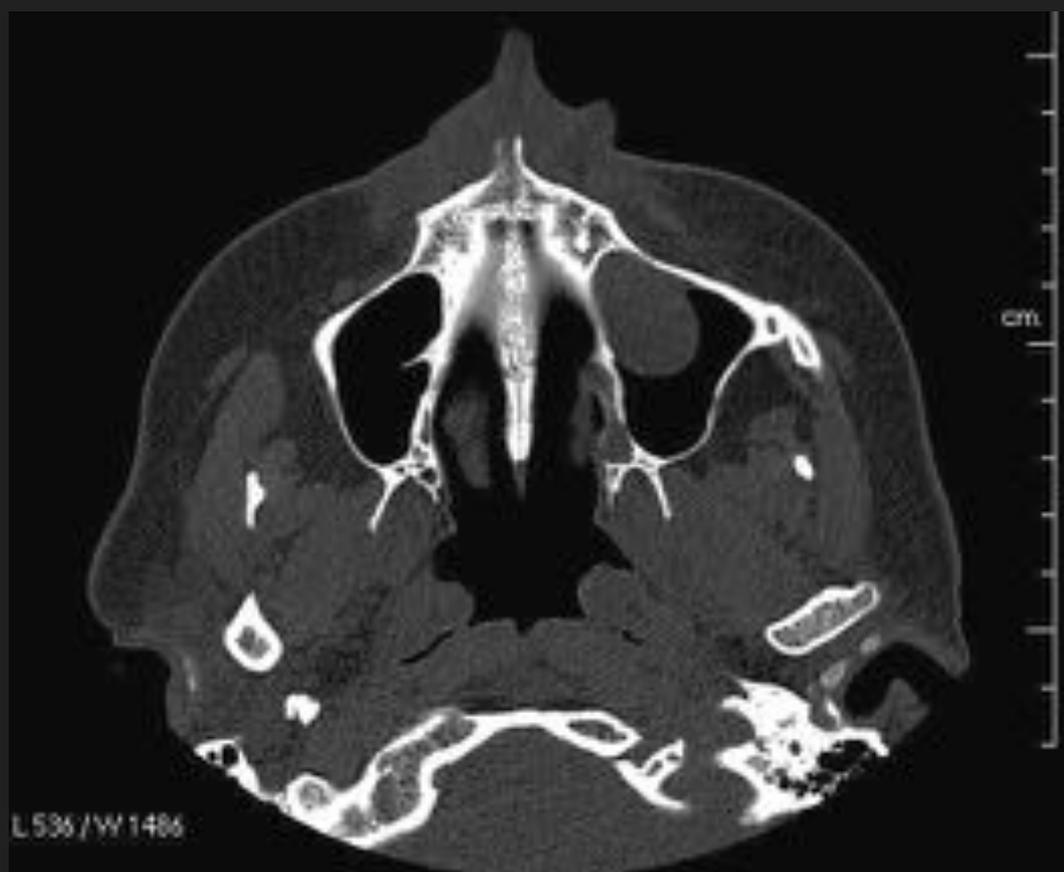




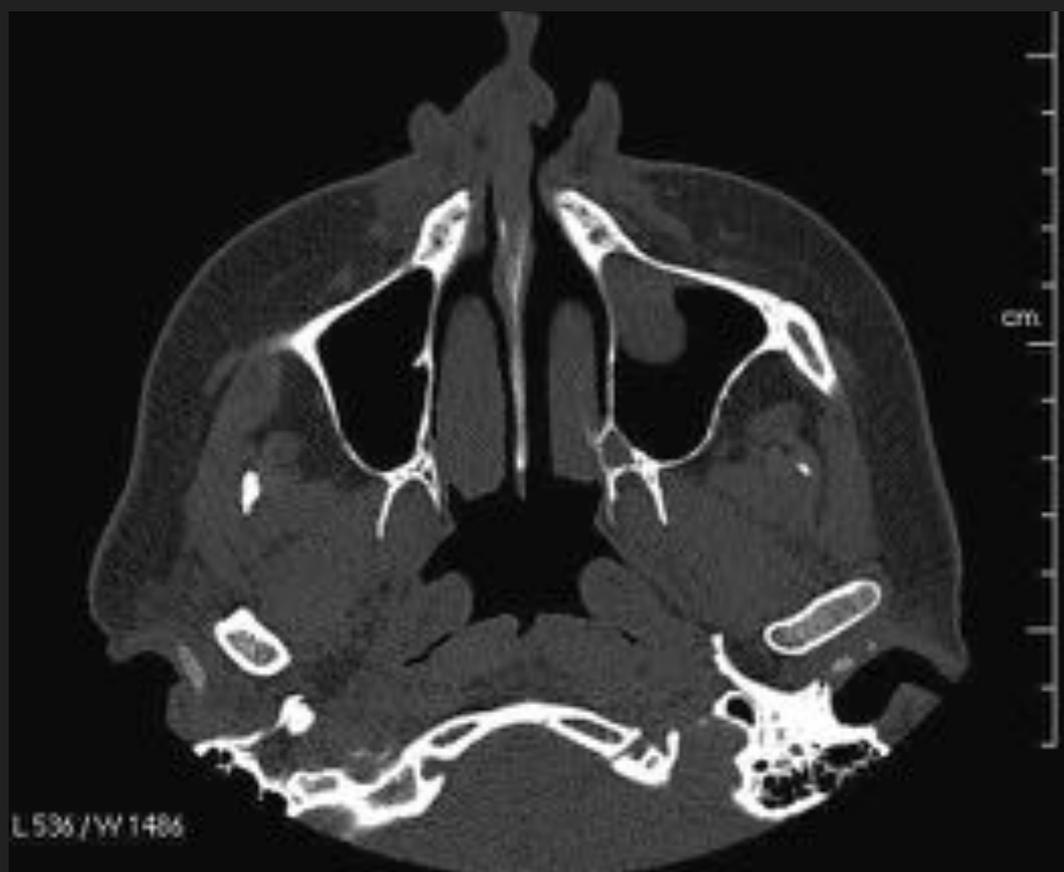


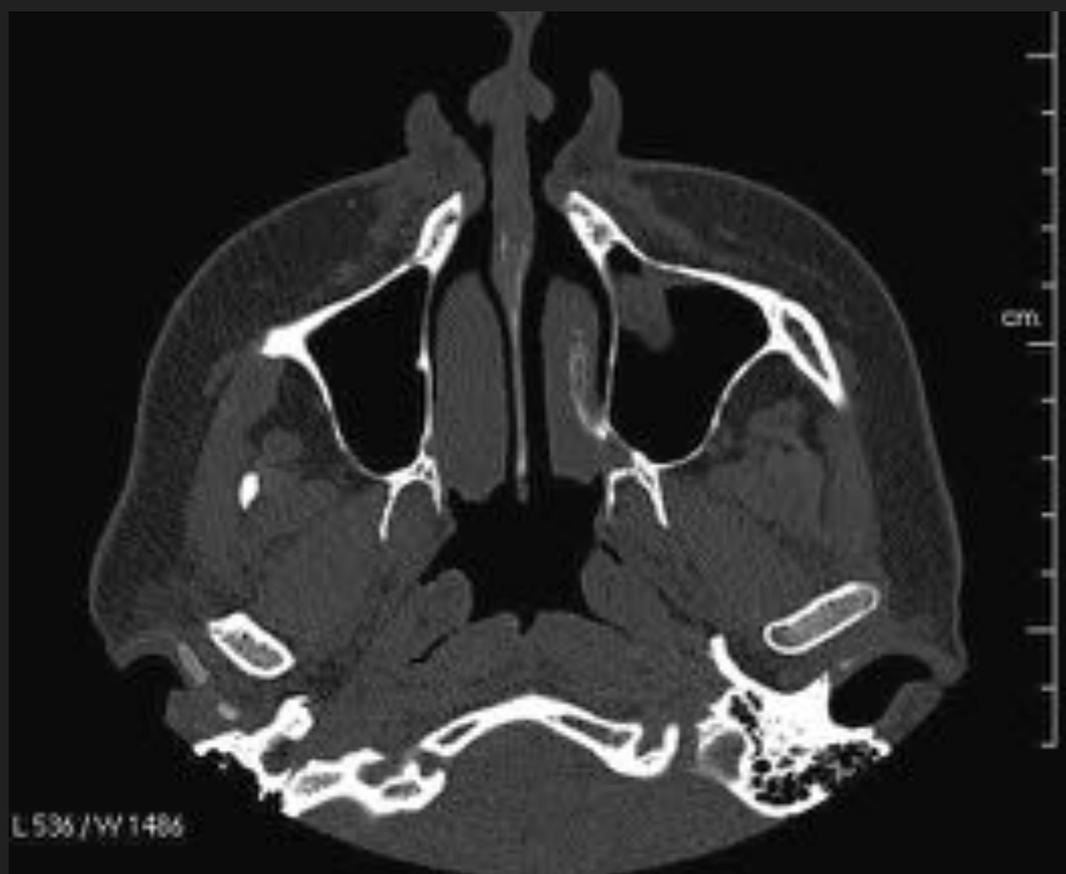


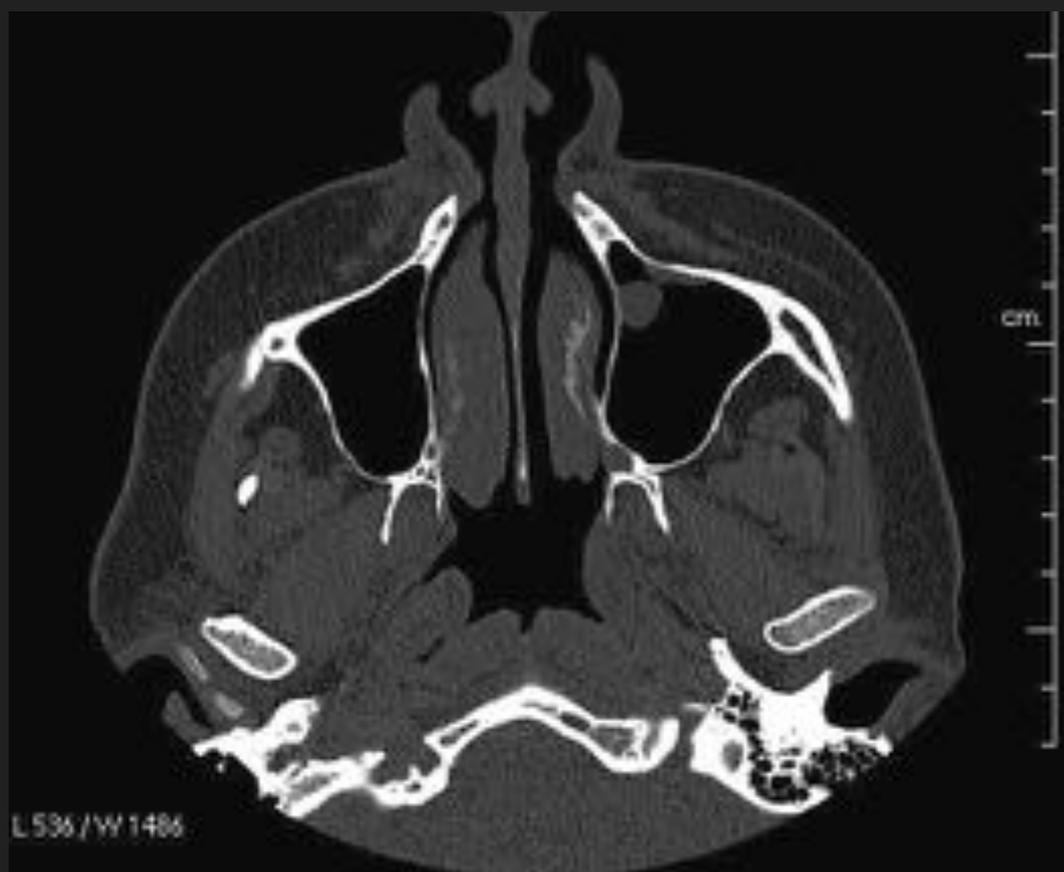


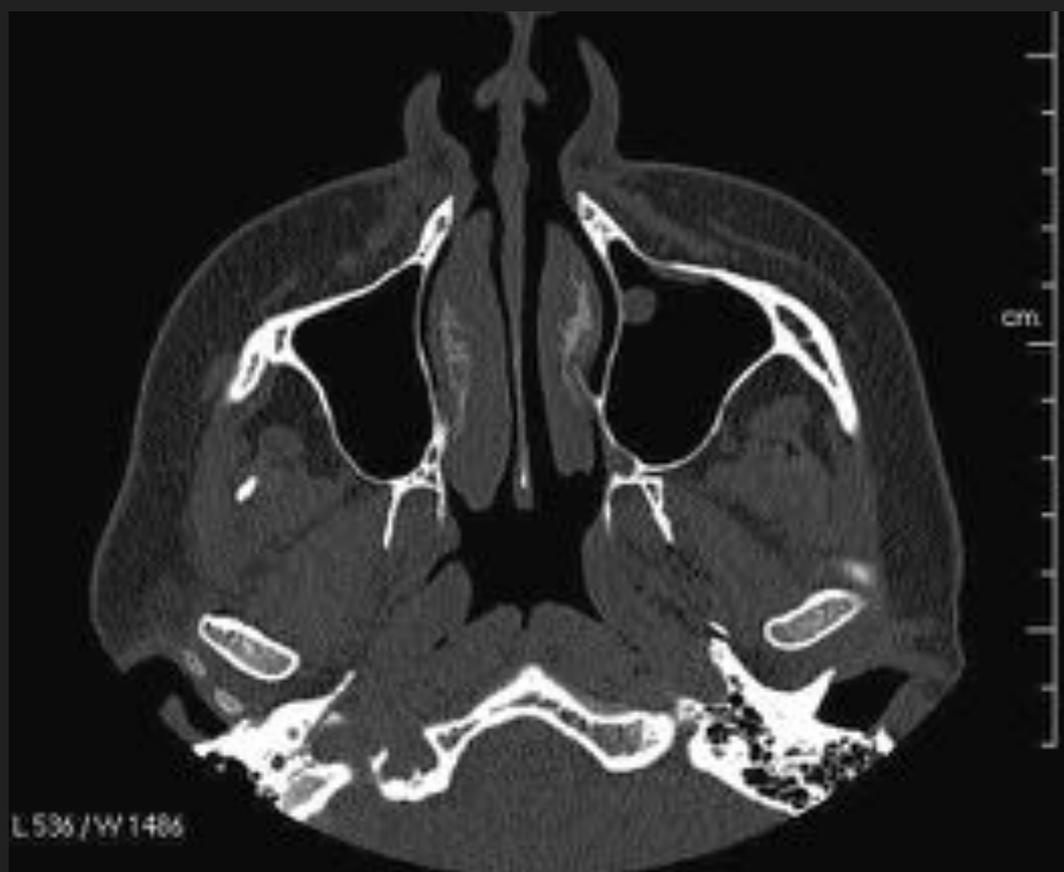


























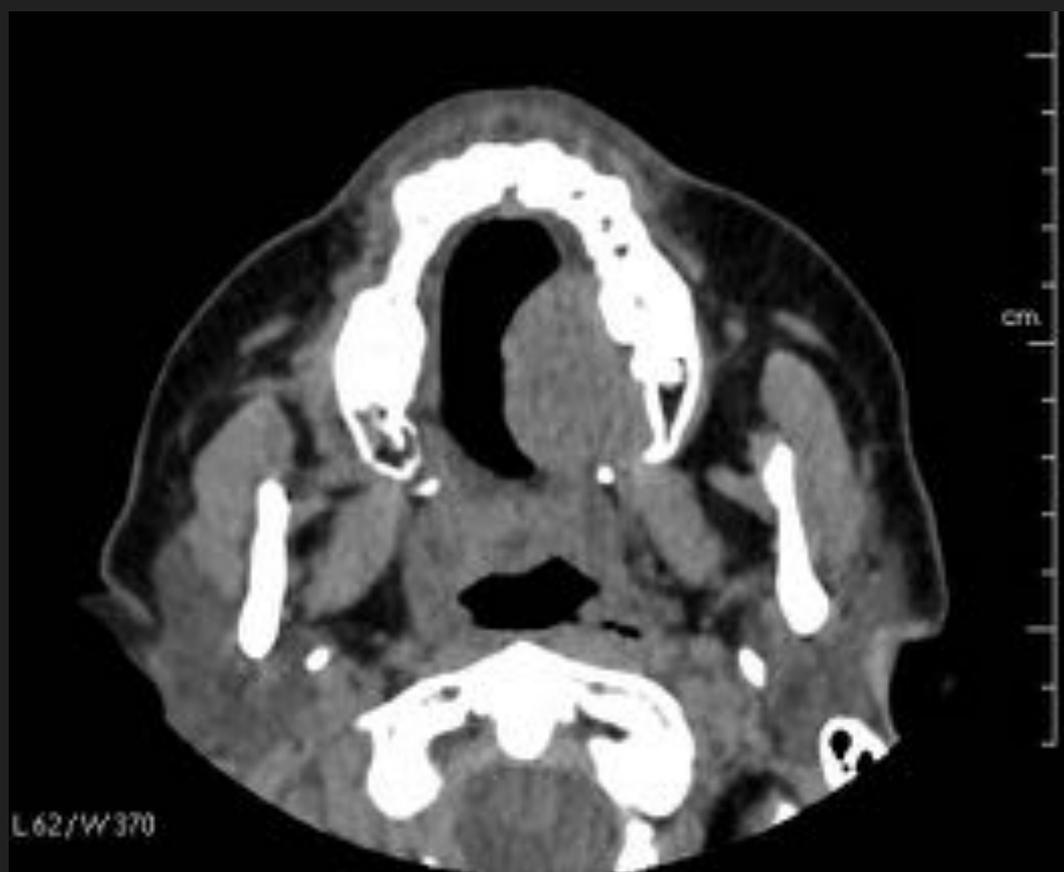








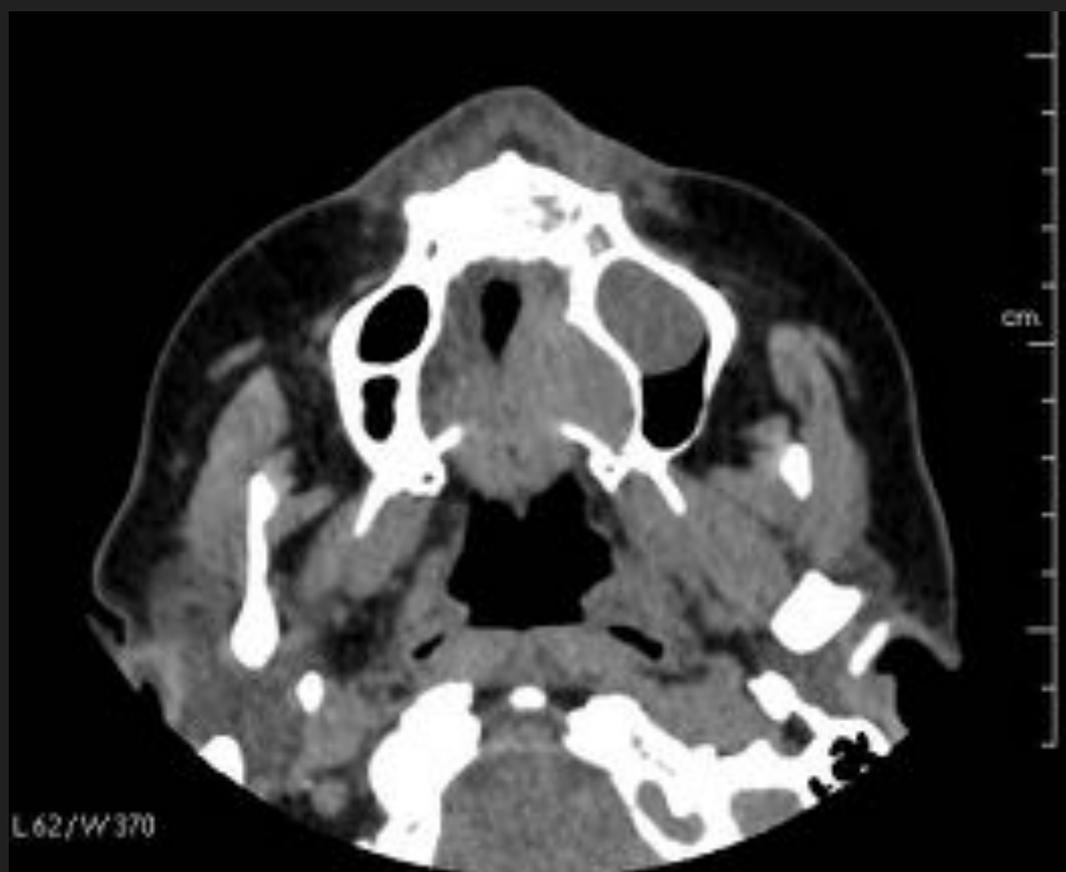








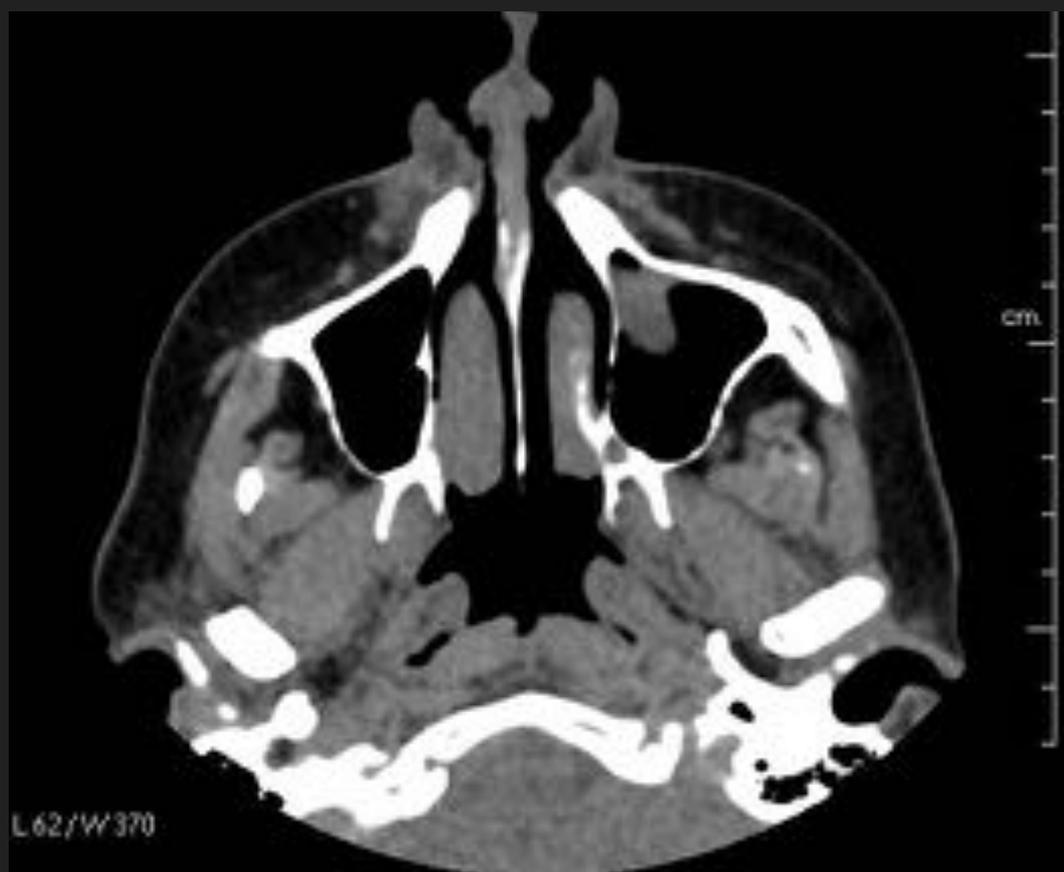


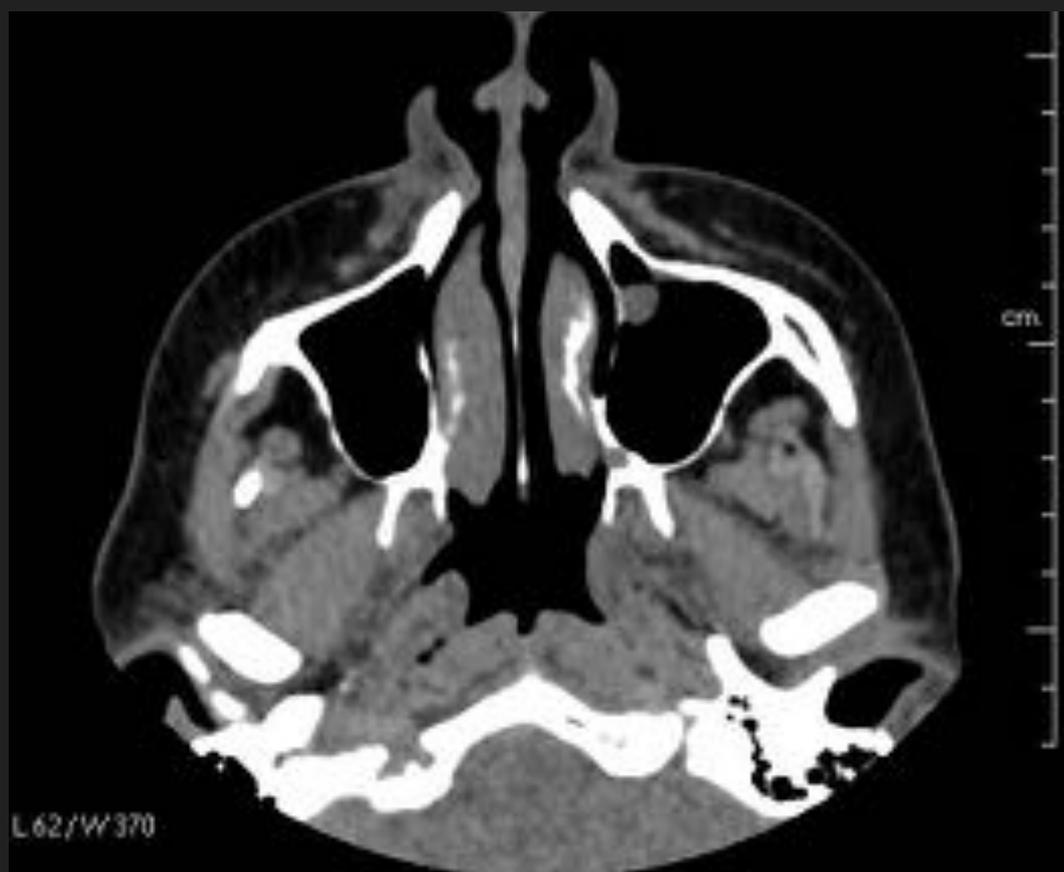


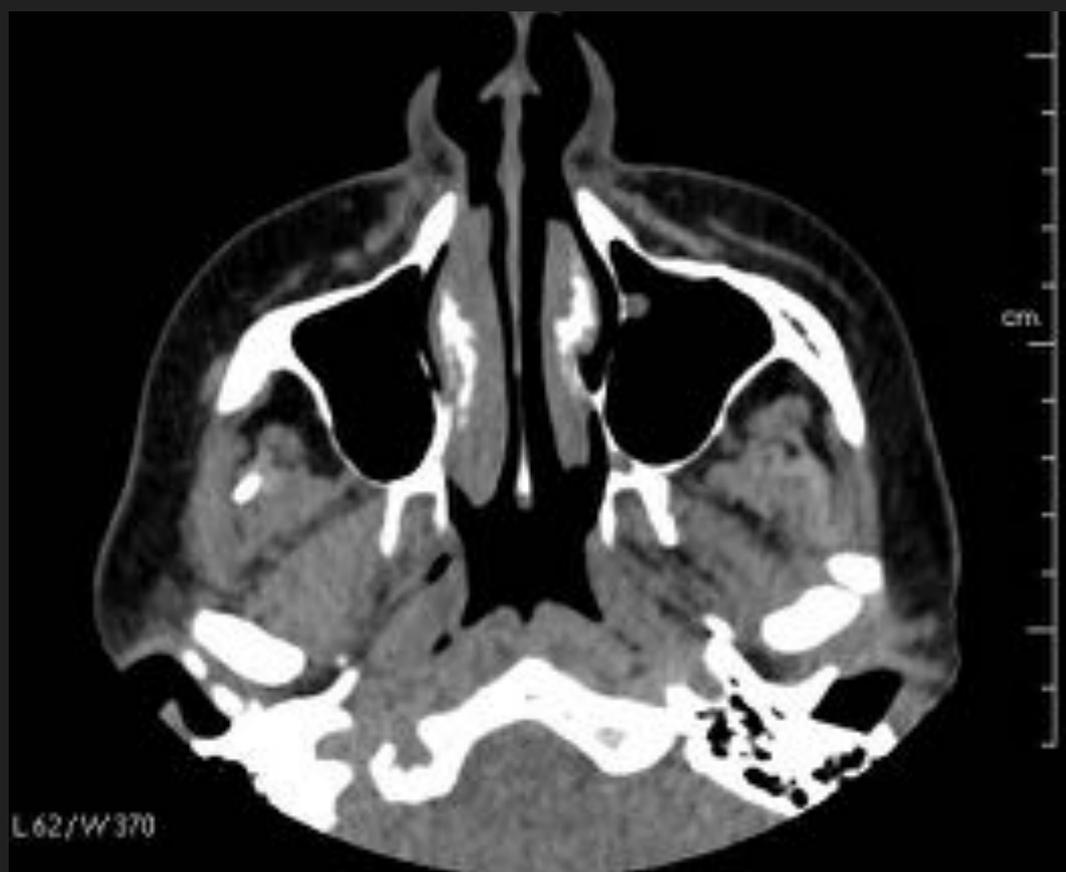










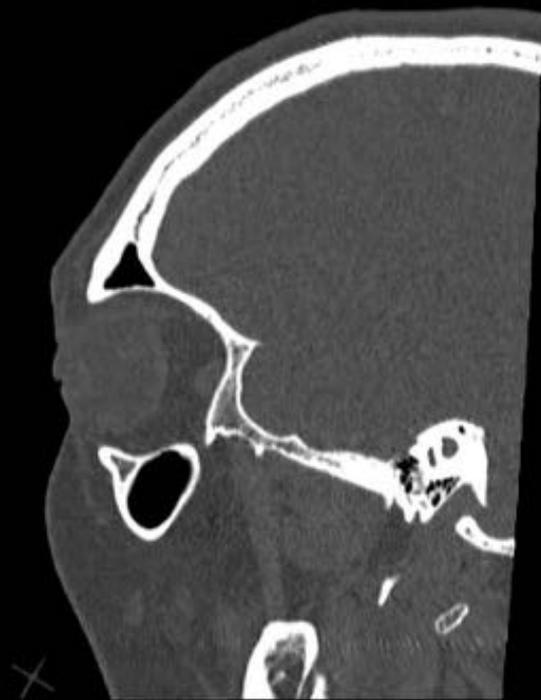














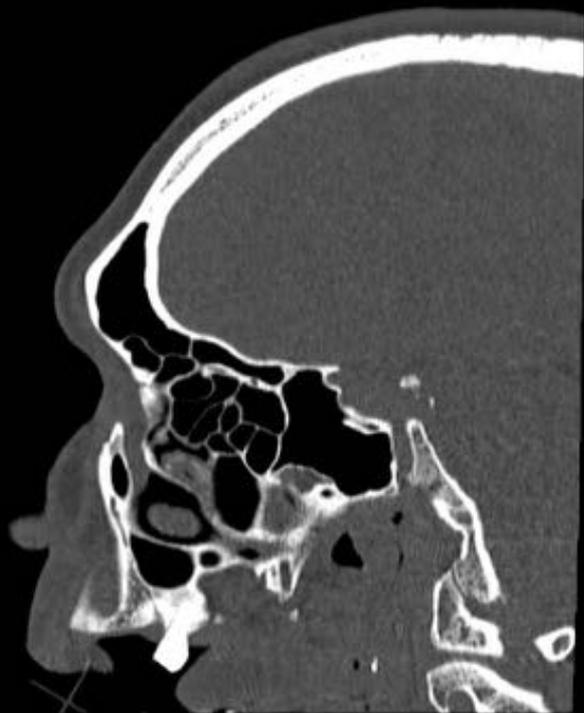


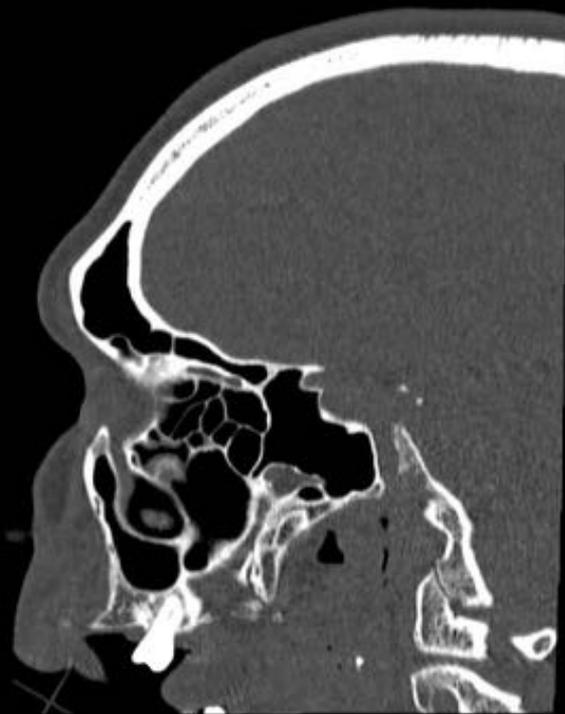
























A





















CAS CLINIQUE N°2 - QCM 1:

Ce bilan scannographique met en évidence:

- A) Une masse palatine latéralisée à gauche d'allure tissulaire.
- B) Une lésion d'aspect agressif avec lyse osseuse franche.
- C) Un aspect soufflé de la corticale osseuse au contact de la masse.
- D) Un kyste apico-dentaire développé aux dépens de la 16.
- E) Une formation ganglionnaire suspecte dans le groupe IX gauche.

CAS CLINIQUE N°2 - QCM 1:

Ce bilan scannographique met en évidence:

A) Une masse palatine latéralisée à gauche d'allure tissulaire.

- **Vrai**

B) Une lésion d'aspect agressif avec lyse osseuse franche.

- **Faux**

C) Un aspect soufflé de la corticale osseuse au contact de la masse.

- **Vrai**

D) Un kyste apico-dentaire développé aux dépens de la 16.

- **Faux**

E) Une formation ganglionnaire suspecte dans le groupe IX gauche.

- **Faux: absence d'adénopathie visible sur cet examen.** *Pour mémoire: groupe IX = buccofacial → ganglions qui suivent la veine faciale (canthus interne → sillon nasogénien → angle mandibulaire → veine jugulaire interne)*

CAS CLINIQUE N°2 - QCM 2:

Une anomalie a également attiré votre attention sur les reconstructions sagittales.
Il s'agit:

- A) D'une extension postérieure vers l'hypopharynx et l'épiglotte.
- B) D'une possible extension péri-nerveuse.
- C) D'une lésion d'allure secondaire au niveau de l'odontoïde.
- D) D'un élargissement de la fente ptérygo-palatine.
- E) D'une érosion du plancher de la selle turcique.

CAS CLINIQUE N°2 - QCM 2:

Une anomalie a également attiré votre attention sur les reconstructions sagittales.
Il s'agit:

A) D'une extension postérieure vers l'hypopharynx et l'épiglotte.

- Faux

B) D'une possible infiltration péri-nerveuse.

- Vrai

C) D'une lésion d'allure secondaire au niveau de l'odontoïde.

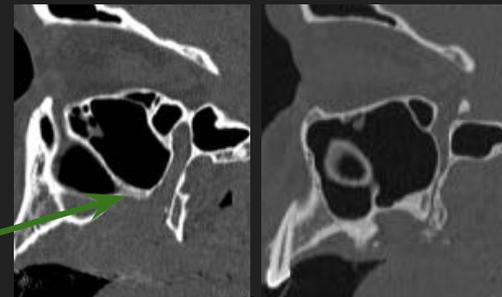
- Faux

D) D'un élargissement de la fente ptérygo-palatine gauche.

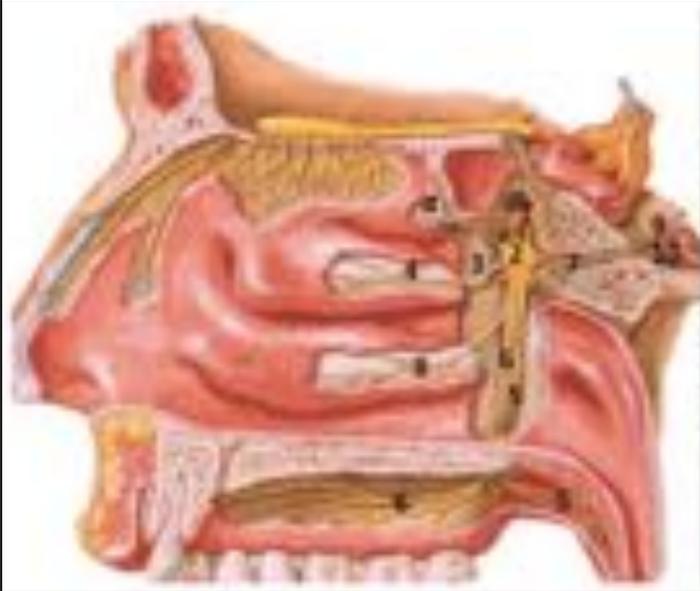
- Vrai

E) D'une érosion du plancher de la selle turcique.

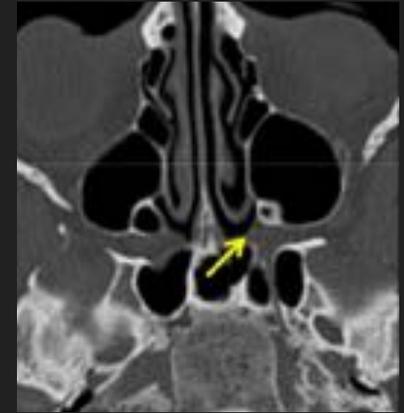
- Faux



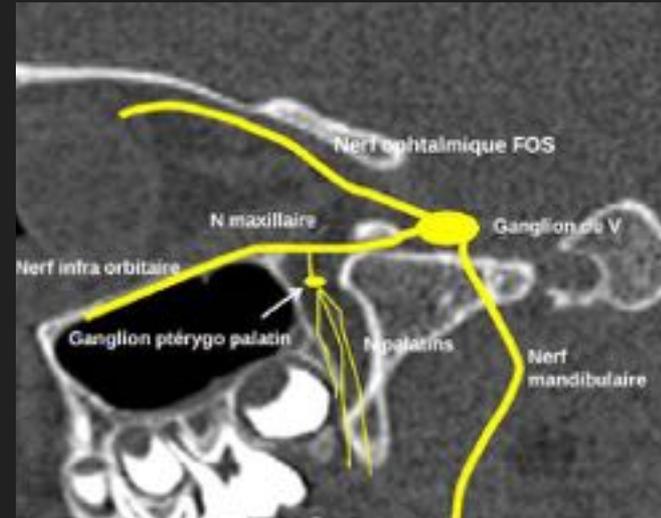
Rappel sur la fente ptérygo-palatine:



1. Nerf maxillaire (V2)
2. Ganglion ptérygopalatin
3. Nerf naso-palatin (V2)
4. Rameaux nasaux du nerf maxillaire
5. Nerf petit palatin (V2)
6. Nerf grand palatin (V2)
7. Nerf du canal ptérygoidien
8. Rameaux nasaux du nerf grand palatin (V2)
9. Nerf grand pétreux
10. Nerf pétreux profond



Trou sphéno-palatin



Avez-vous déjà une première hypothèse diagnostique ?

CAS CLINIQUE N°2:

Pour aller plus loin dans la caractérisation de cette lésion, vous décidez de compléter ce bilan par une IRM.

T2 coronale



F 045Y
Pos -24.30 mm

MR
15 mars 2016



cm

L291 / W 551

F 045Y
Pos -24.30 mm

MR
15 mars 2016



cm

L291 / W 551

F 045Y
Pos -24.30 mm

MR
15 mars 2016



cm

L291 / W 551

F 045Y
Pos -24.30 mm

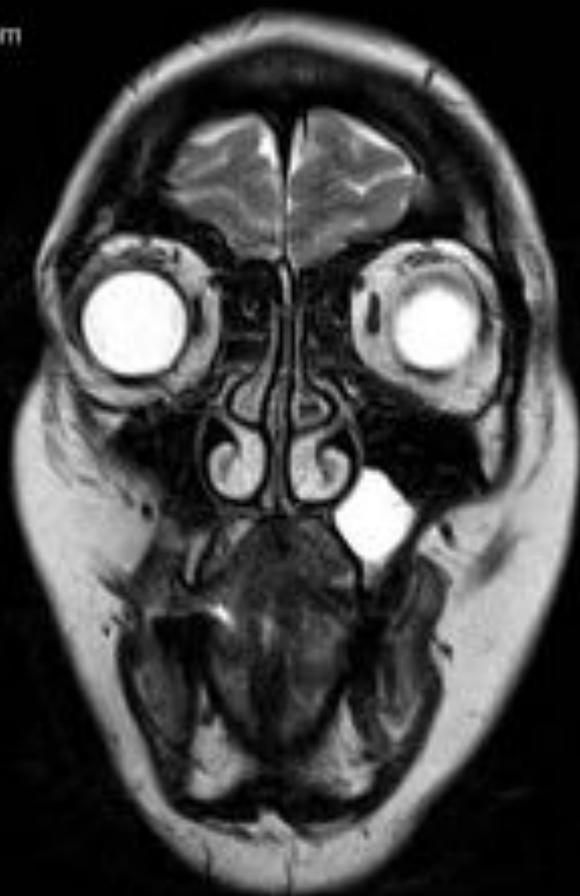
MR
15 mars 2016



L291 / W 551

F 045Y
Pos -24.30 mm

MR
15 mars 2016



L291 / W 551

F 045Y
Pos -24.30 mm

MR
15 mars 2016



L291 / W 551

F 045Y
Pos -24.30 mm

MR
15 mars 2016

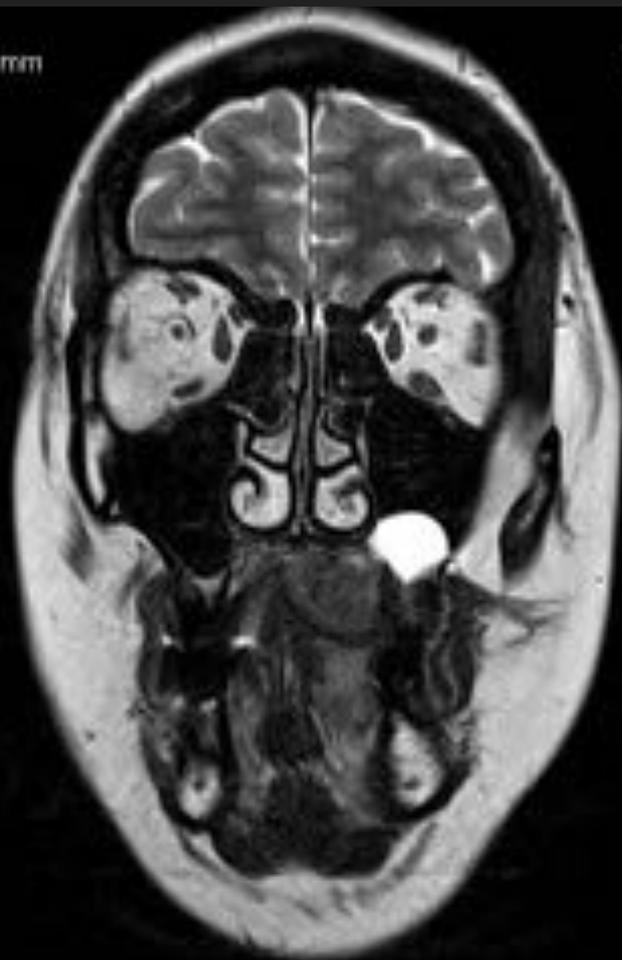


cm

L291 / W 551

F 045Y
Pos -24.30 mm

MR
15 mars 2016

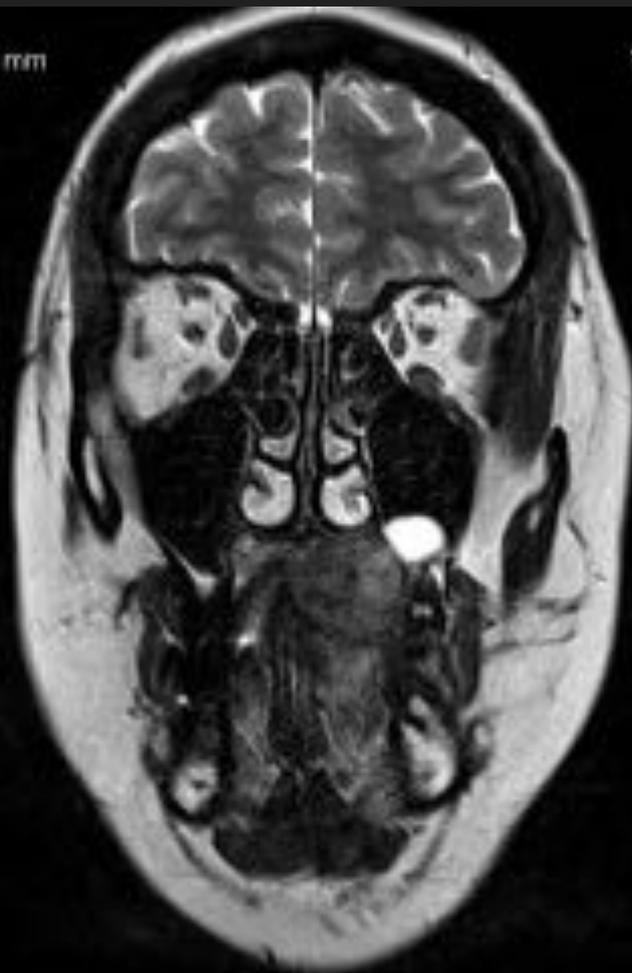


cm

L291 / W 551

F 045Y
Pos -24.30 mm

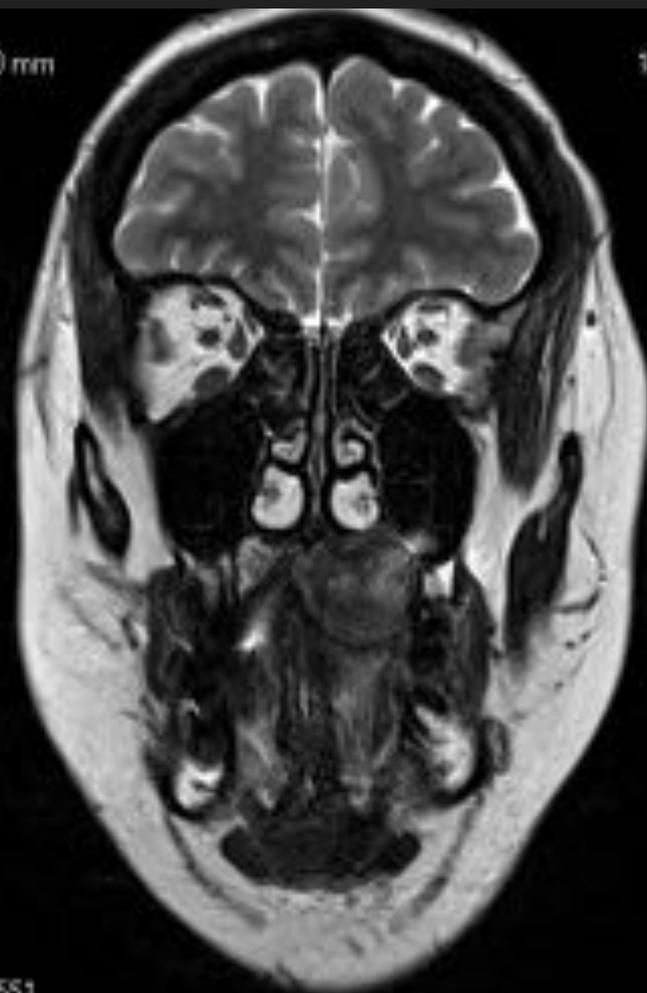
MR
15 mars 2016



L291 / W 551

F 045Y
Pos -24.30 mm

MR
15 mars 2016

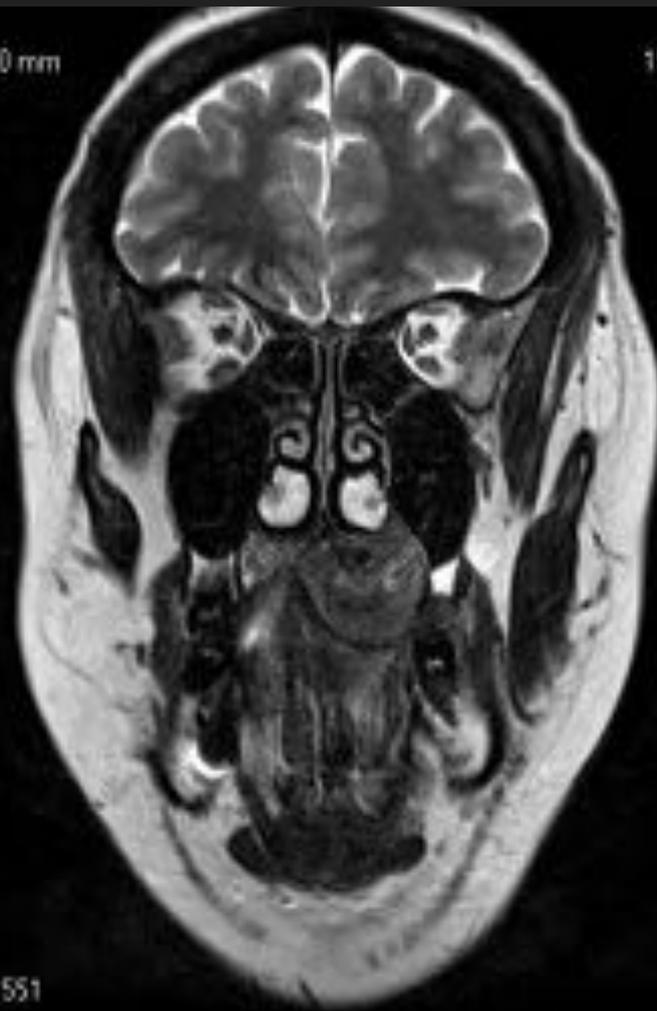


cm

L291 / W 551

F 045Y
Pos -24.30 mm

MR
15 mars 2016

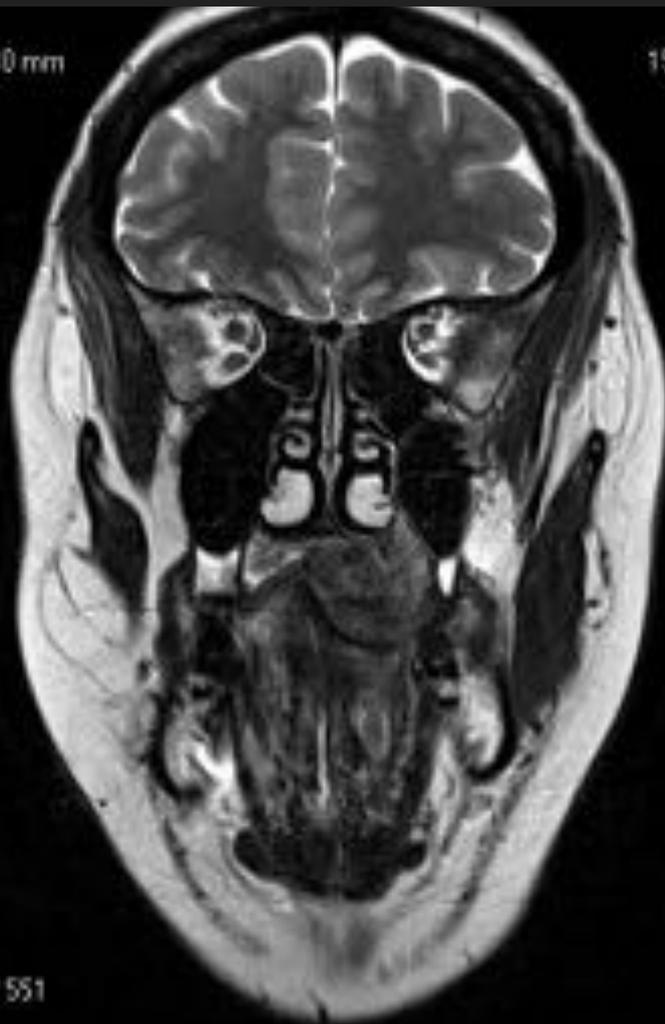


L291 / W 551

cm

F 045Y
Pos -24.30 mm

MR
15 mars 2016



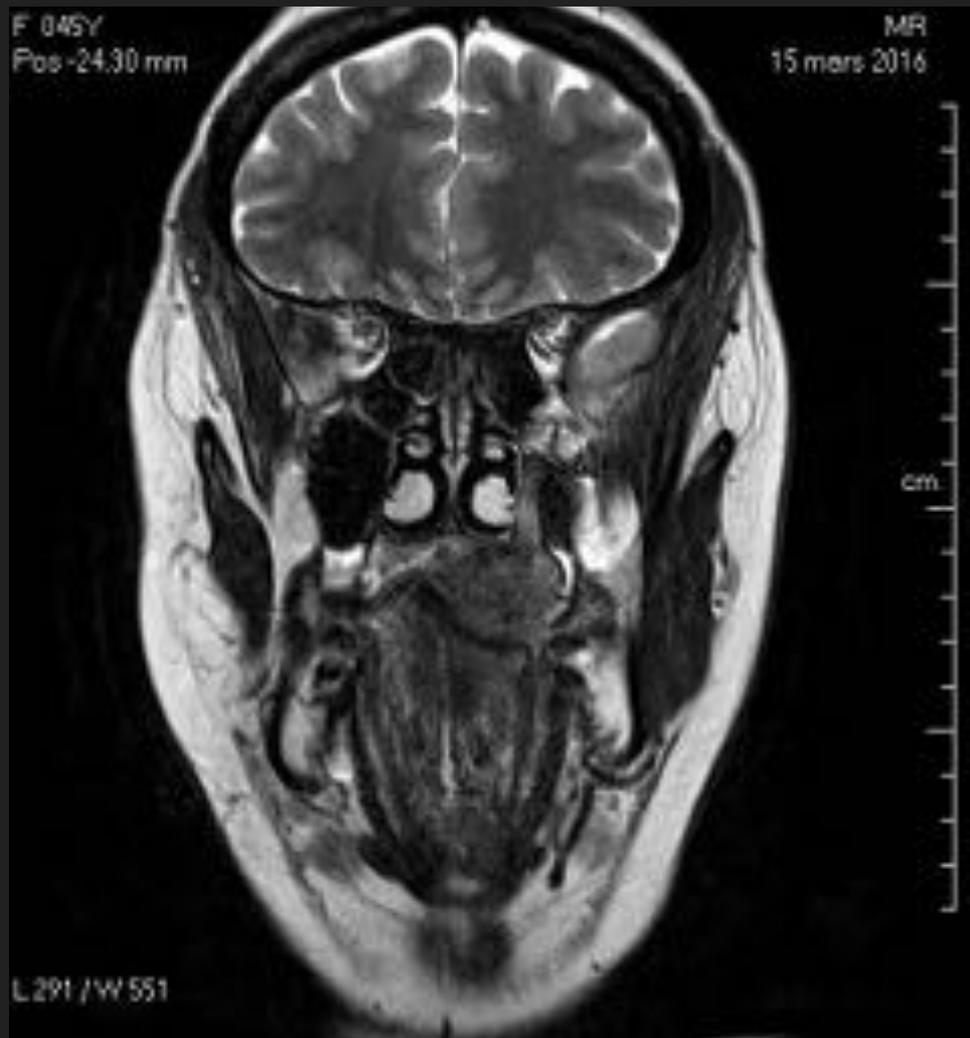
L291 / W 551

F 045Y
Pos -24.30 mm

MR
15 mars 2016

L291 / W 551

cm

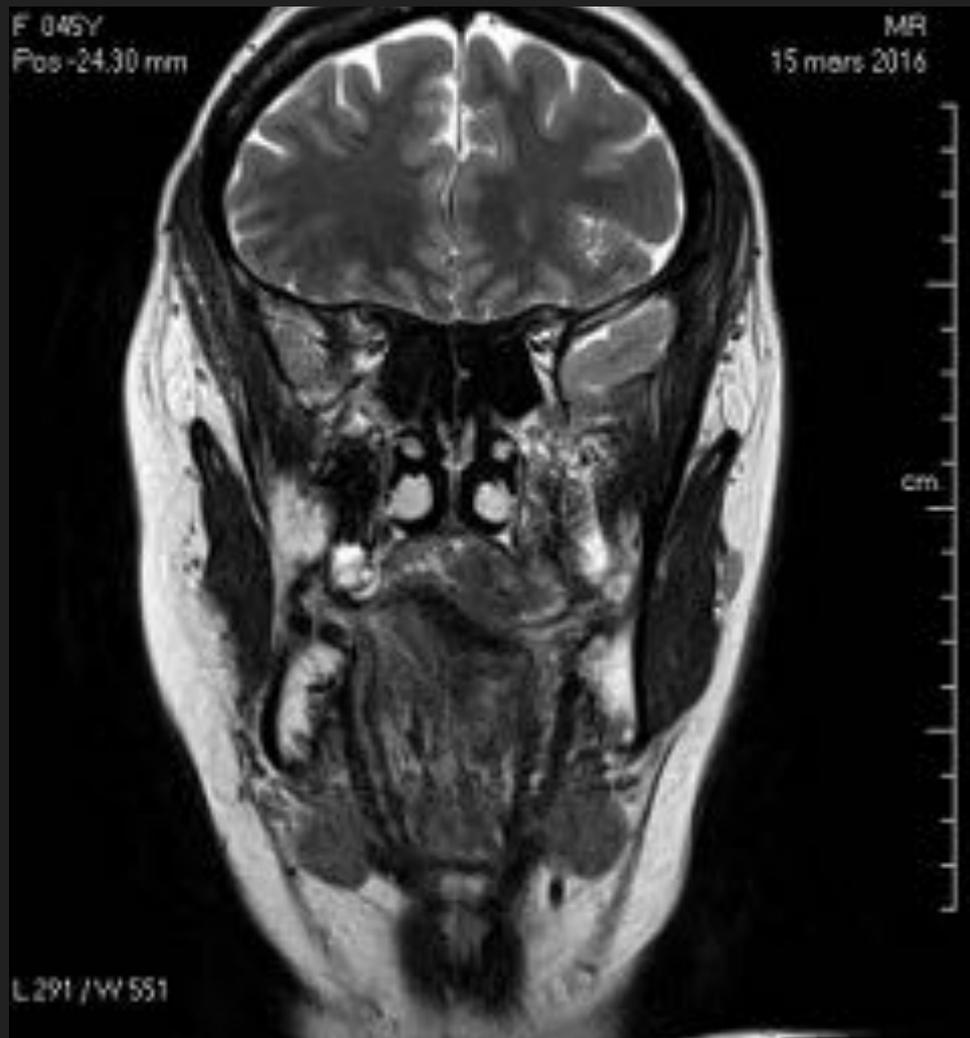
A coronal MRI scan of the head and neck. The image shows the nasal cavity, paranasal sinuses, and the soft tissue structures of the neck. A vertical scale bar on the right side of the image indicates centimeters. The text 'F 045Y' and 'Pos -24.30 mm' is located in the top left corner, 'MR' and '15 mars 2016' in the top right corner, and 'L291 / W 551' in the bottom left corner. The scale bar is labeled 'cm'.

F 045Y
Pos -24.30 mm

MR
15 mars 2016

L291 / W 551

cm



F 045Y
Pos -24.30 mm

MR
15 mars 2016

L291 / W 551

cm

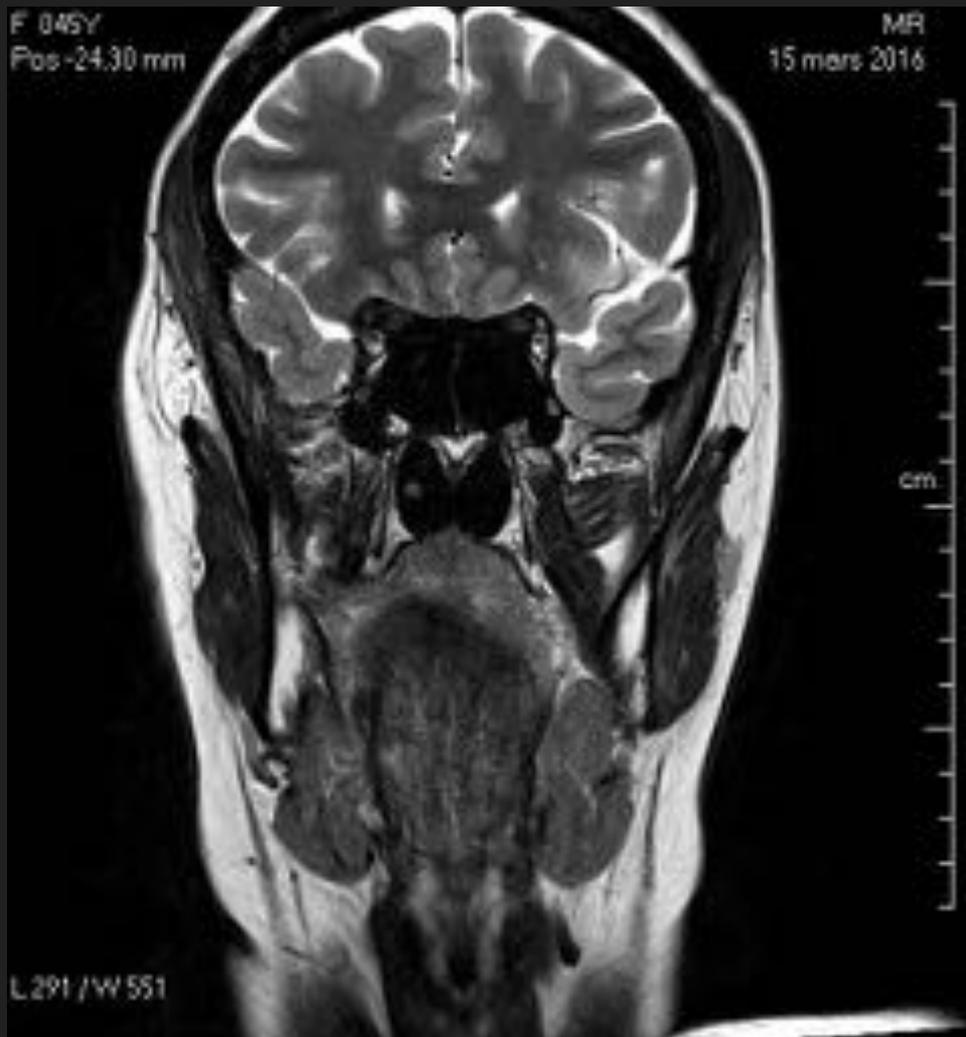


F 045Y
Pos -24.30 mm

MR
15 mars 2016

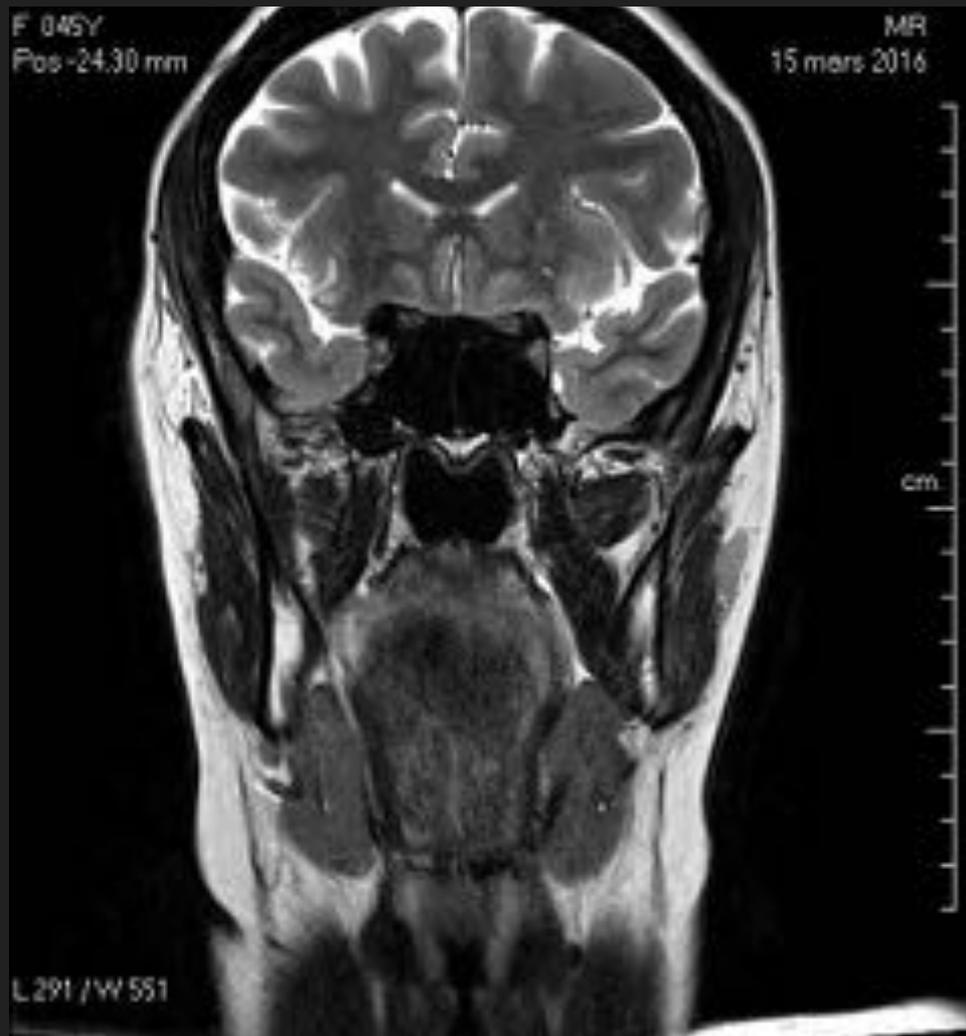
L291 / W 551

cm



F 045Y
Pos -24.30 mm

MR
15 mars 2016



L291 / W 551

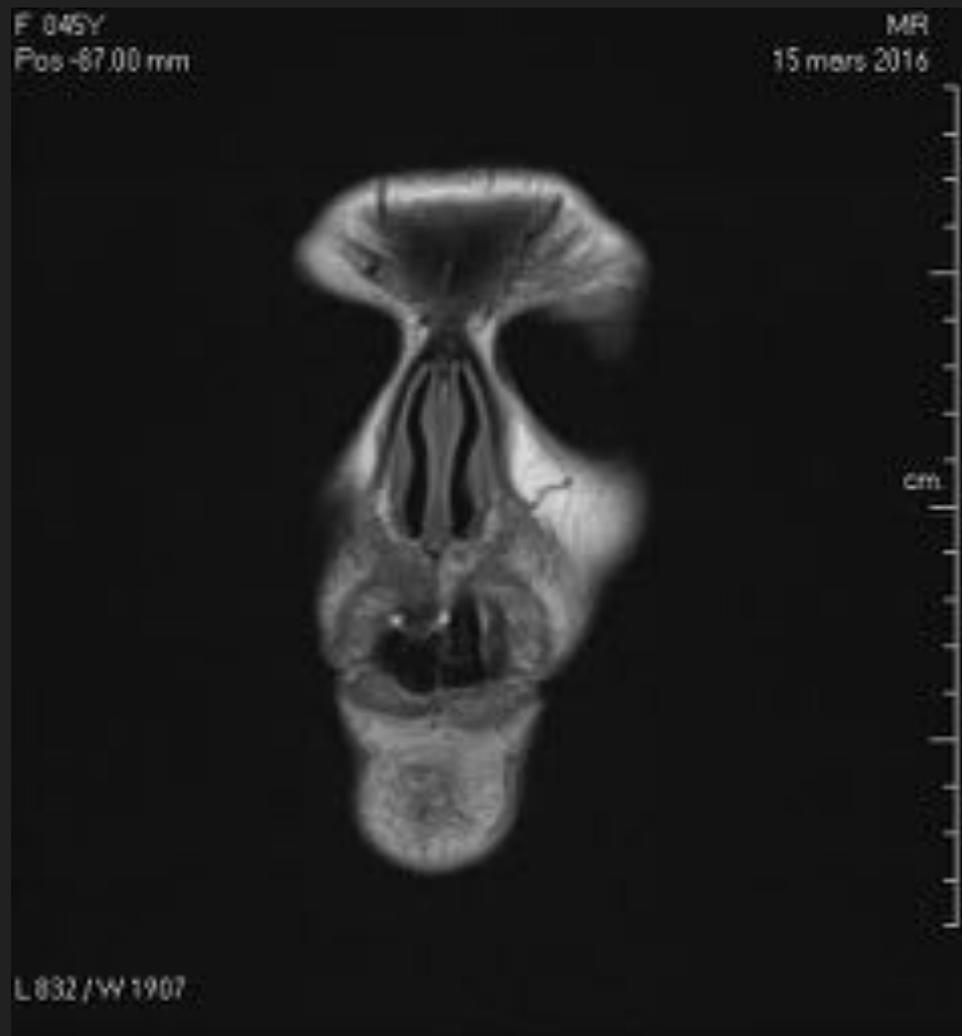
F 045Y
Pos -24.30 mm

MR
15 mars 2016



0.000000

T1 coronale



F 045Y
Pos -87.00 mm

MR
15 mars 2016

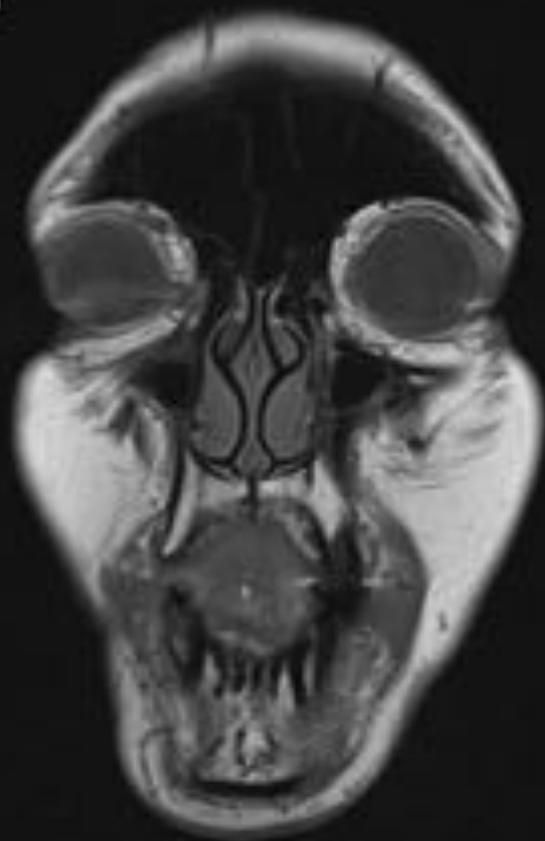


cm

L 832 / W 1907

F 045Y
Pos -67.00 mm

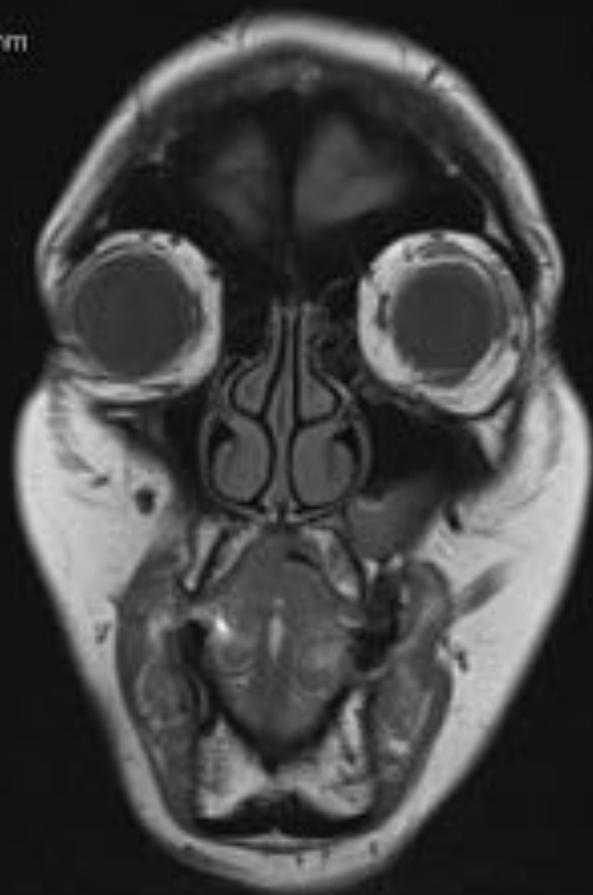
MR
15 mars 2016



L 832 / W 1907

F 045Y
Pos -67.00 mm

MR
15 mars 2016

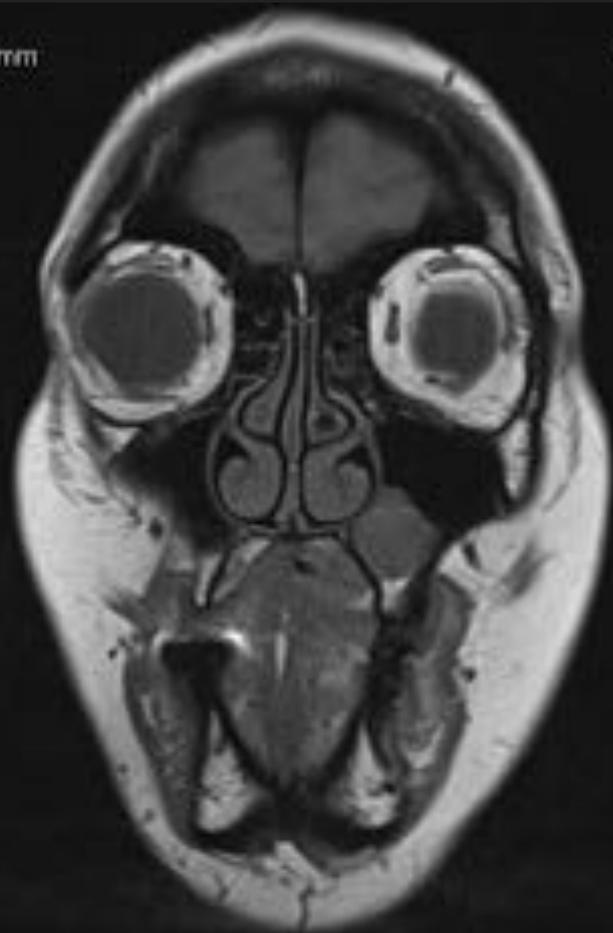


cm

L832/W1907

F 045Y
Pos -67.00 mm

MR
15 mars 2016

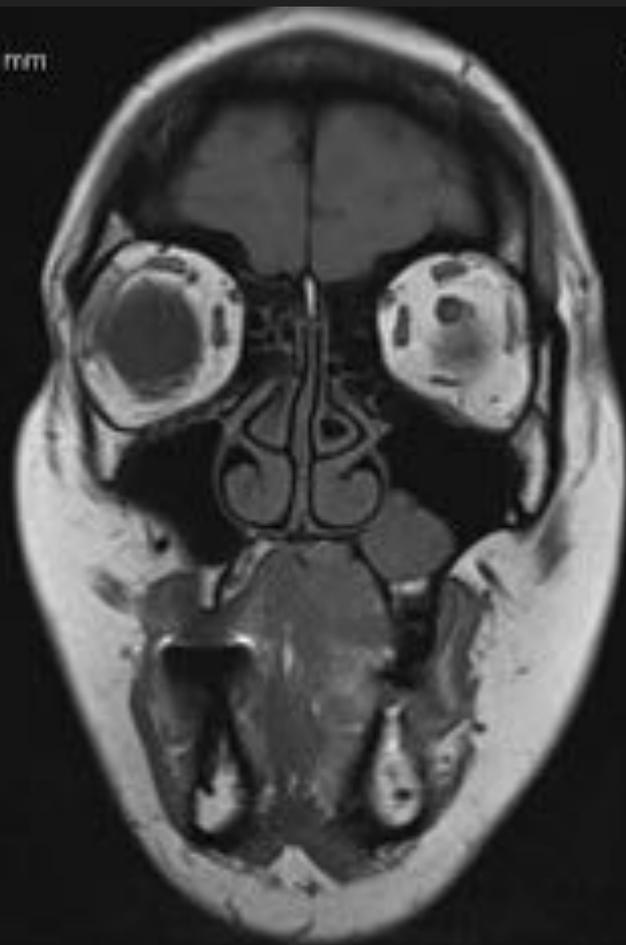


cm

L 832 / W 1907

F 045Y
Pos -67.00 mm

MR
15 mars 2016

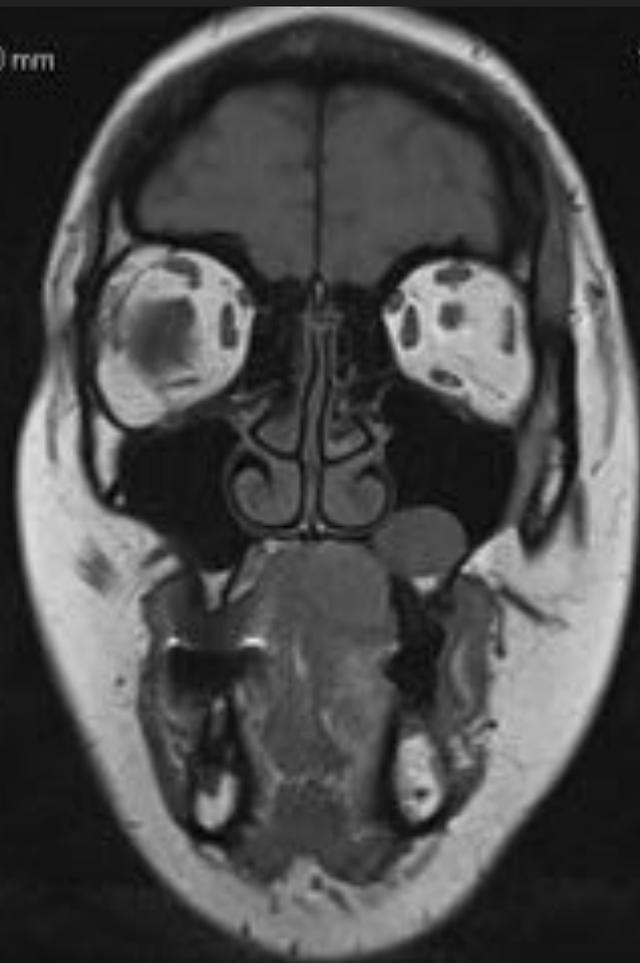


cm

L 832 / W 1907

F 045Y
Pos -67.00 mm

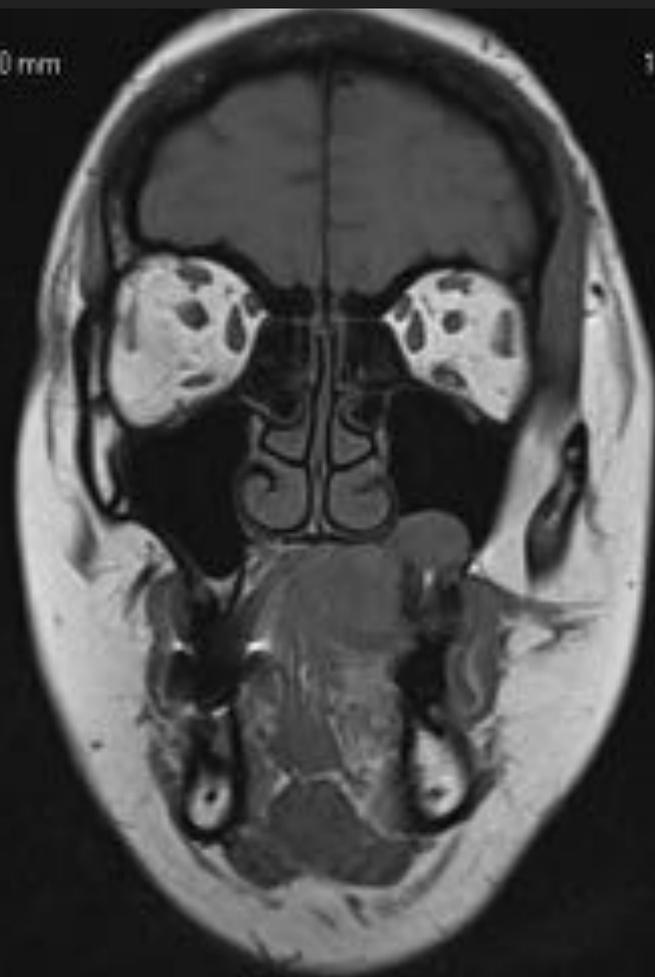
MR
15 mars 2016



L 832 / W 1907

F 045Y
Pos -87.00 mm

MR
15 mars 2016

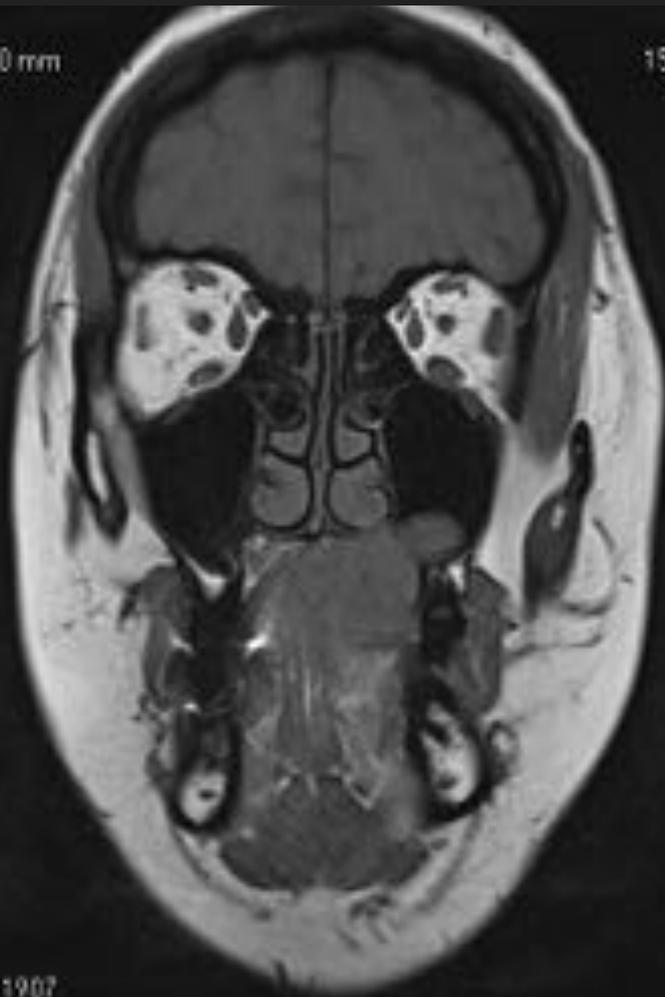


cm

L 832 / W 1907

F 045Y
Pos -87.00 mm

MR
15 mars 2016

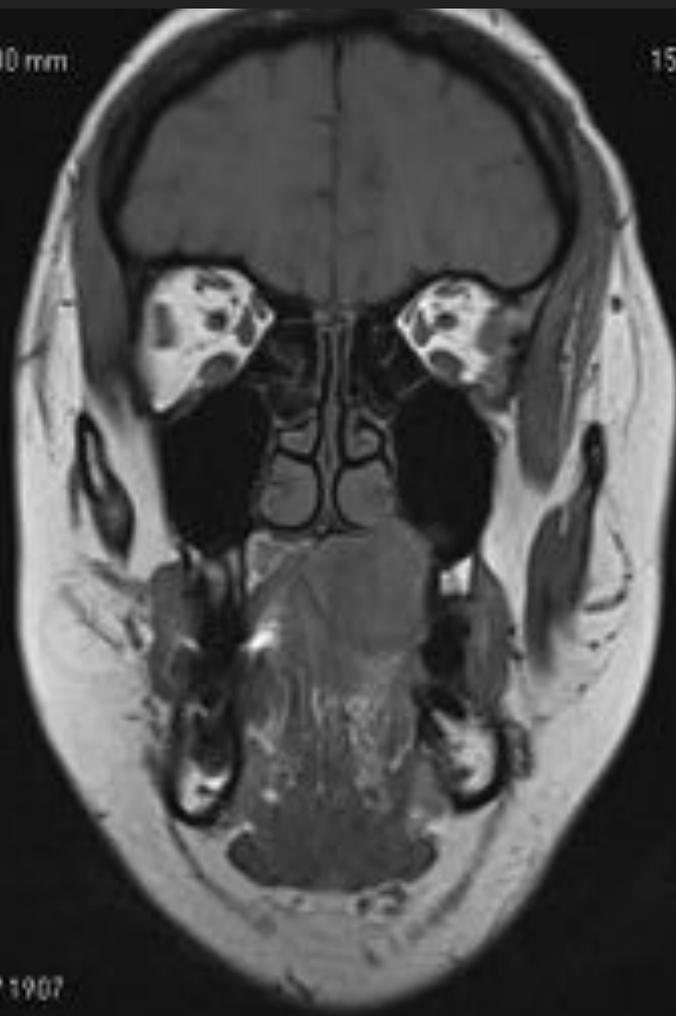


cm

L832 / W1907

F 045Y
Pos -87.00 mm

MR
15 mars 2016



L832/W1907

F 045Y
Pos -87.00 mm

MR
15 mars 2016

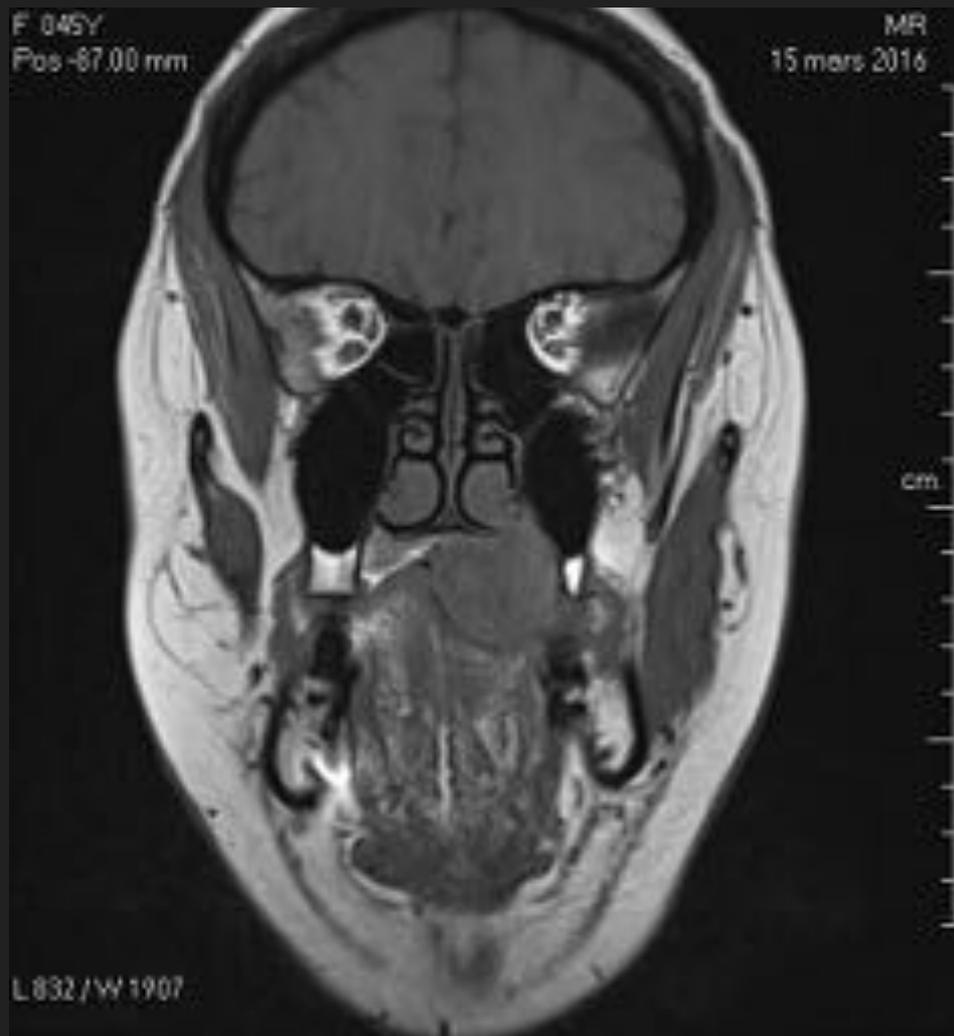


L 832 / W 1907

F 045Y
Pos -87.00 mm

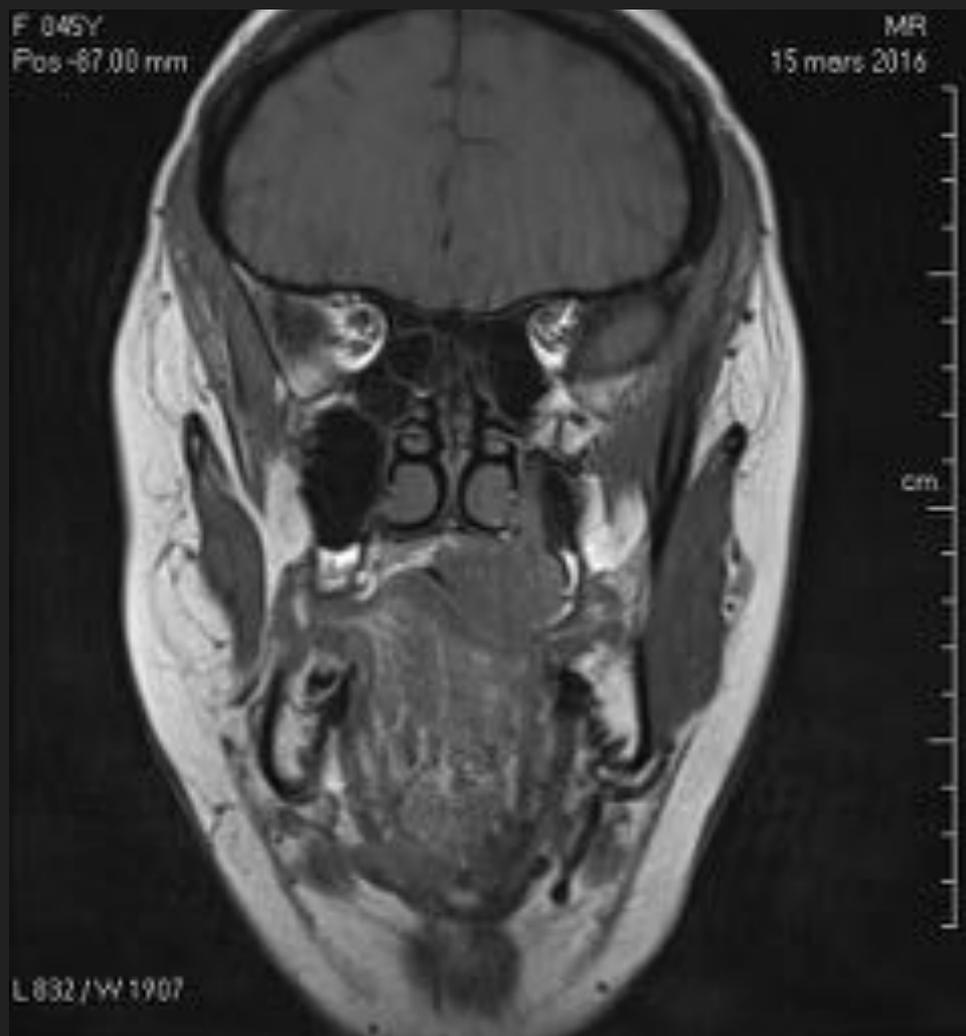
MR
15 mars 2016

L832/W1907



F 045Y
Pos -87.00 mm

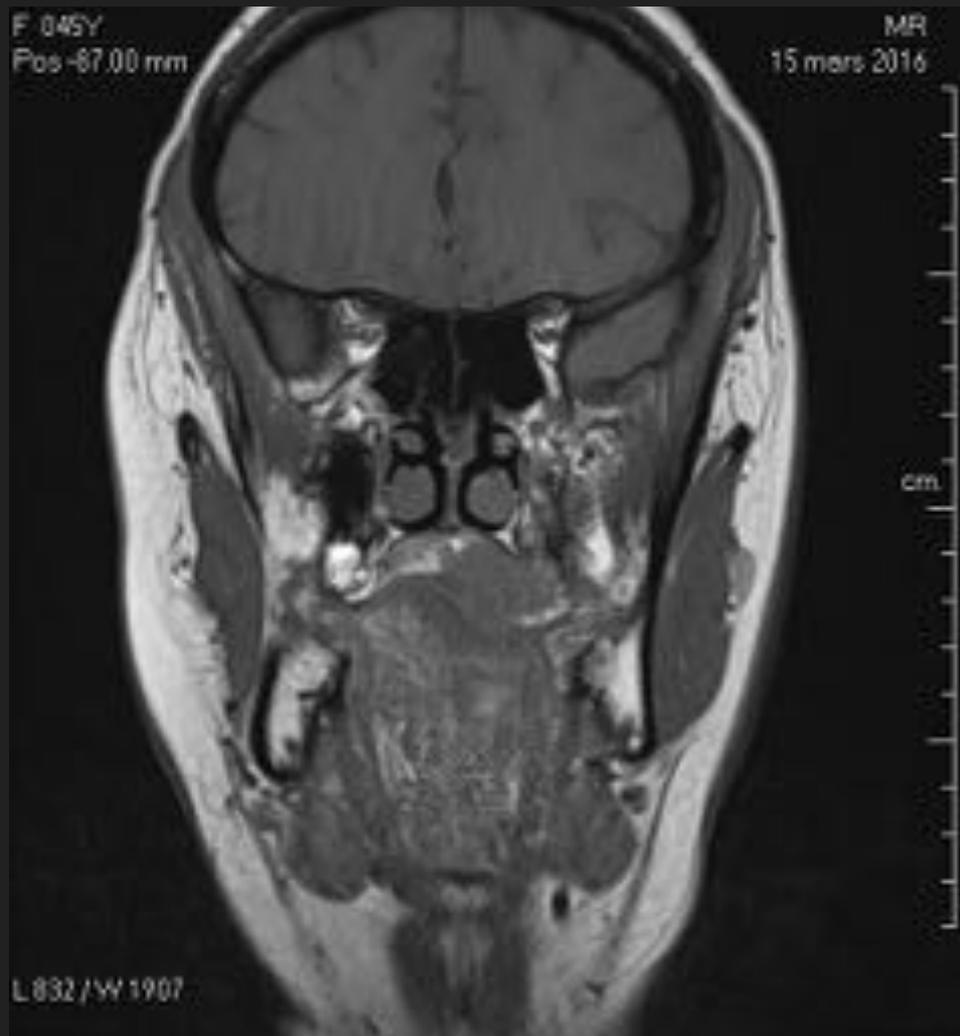
MR
15 mars 2016



L832/W1907

F 045Y
Pos -87.00 mm

MR
15 mars 2016

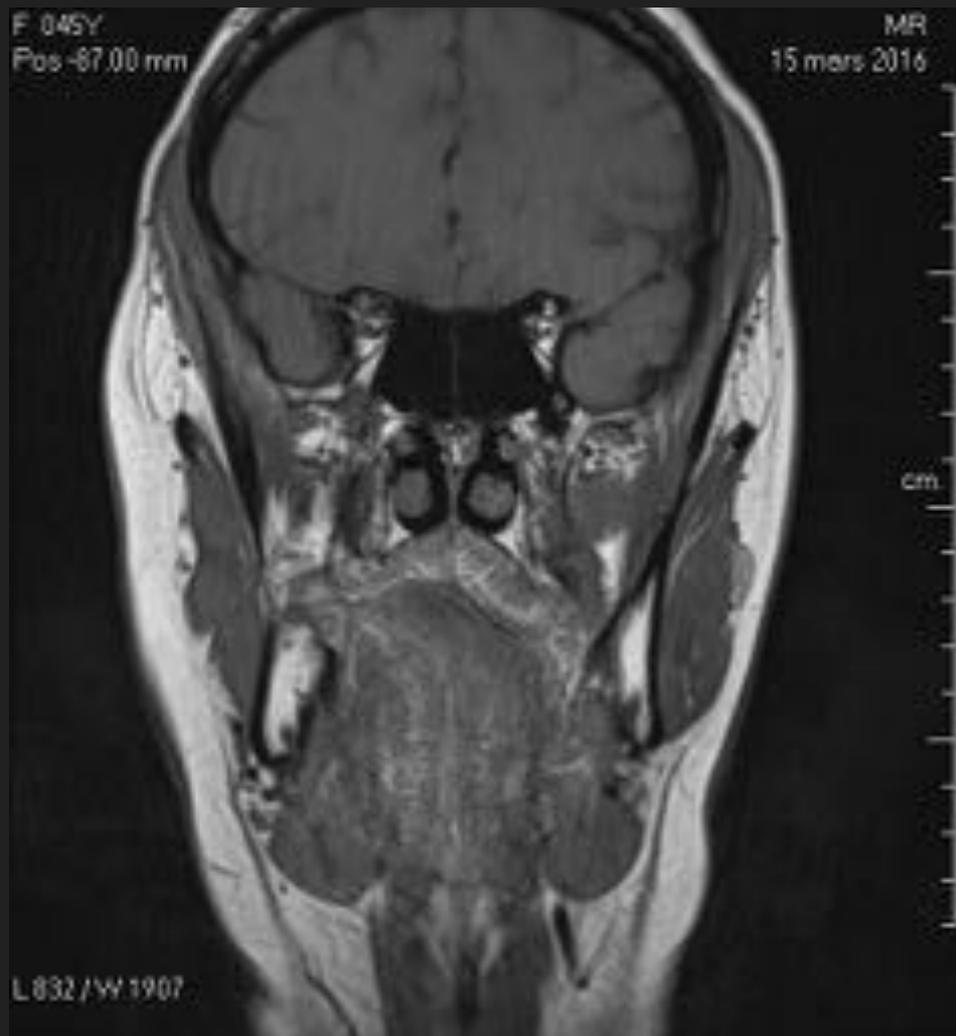


L 832 / W 1907

F 045Y
Pos -87.00 mm

MR
15 mars 2016

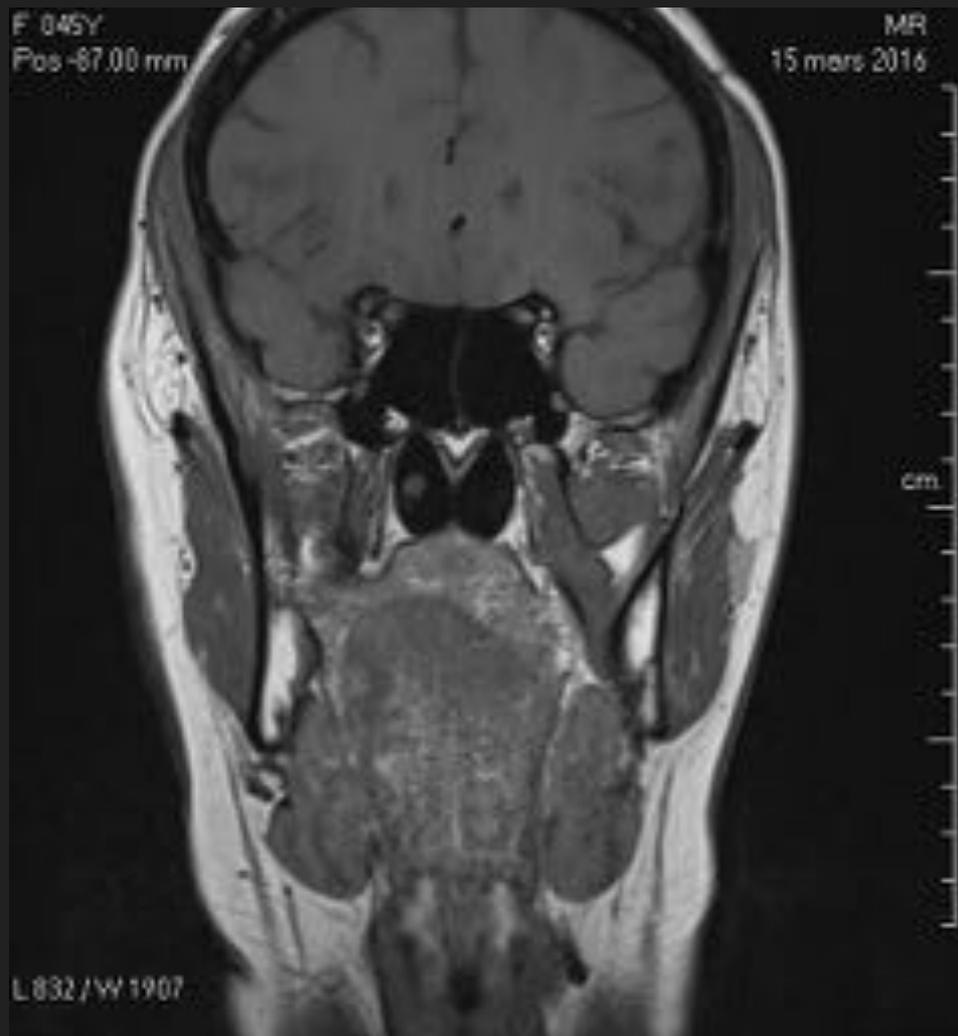
L832 / W 1907



F 045Y
Pos -87.00 mm

MR
15 mars 2016

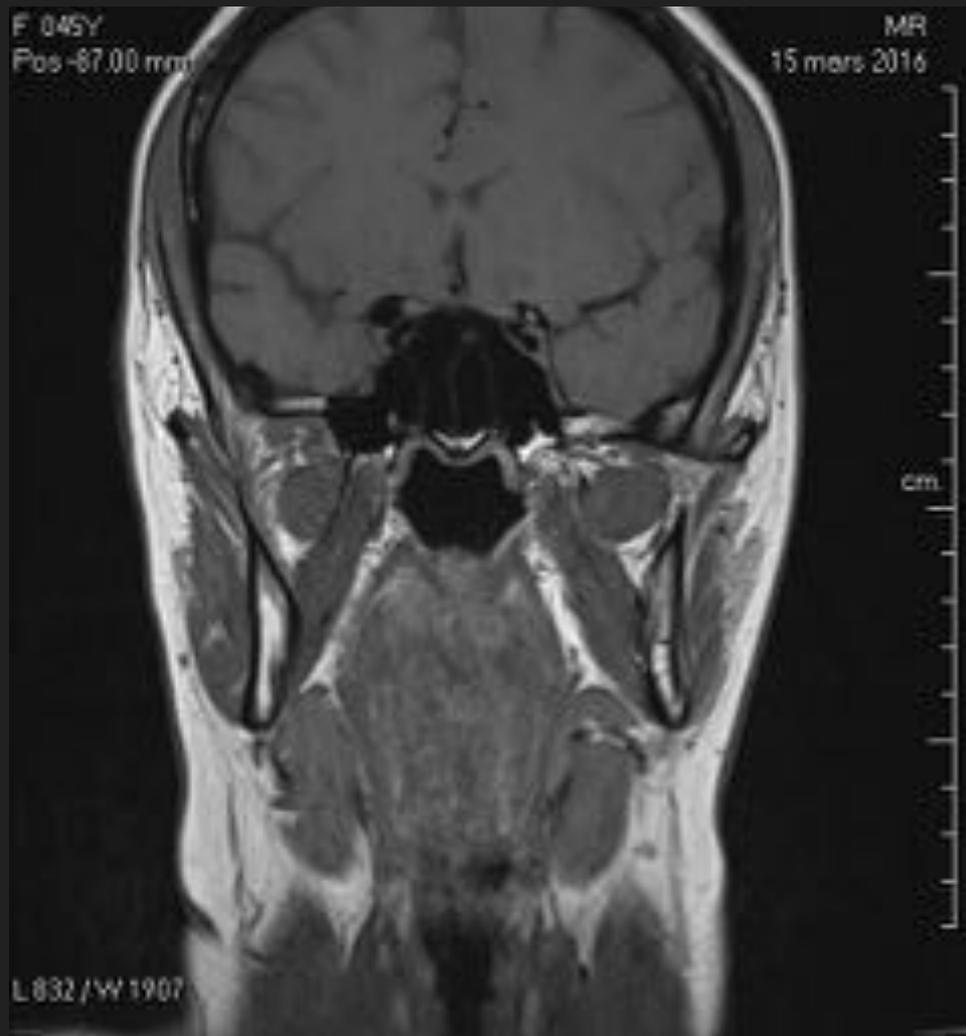
L832/W1907



cm

F 045Y
Pos -87.00 mm

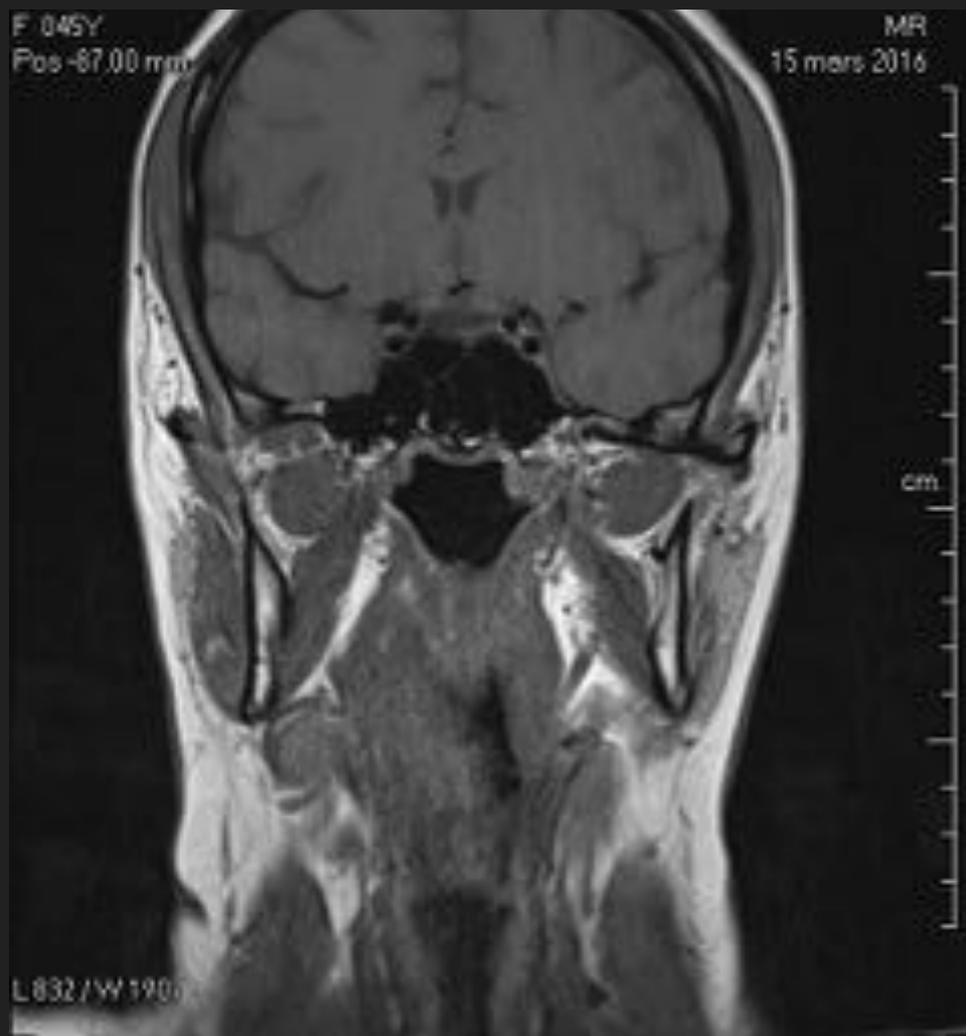
MR
15 mars 2016



L 832 / W 1907

F 045Y
Pos -87.00 mm

MR
15 mars 2016



L832/W1900

T1 FS Gd
Coronale



F 045Y
Pos -110.10 mm

MR
15 mars 2016



L 622 / W 1303

F 045Y
Pos -110.10 mm

MR
15 mars 2016

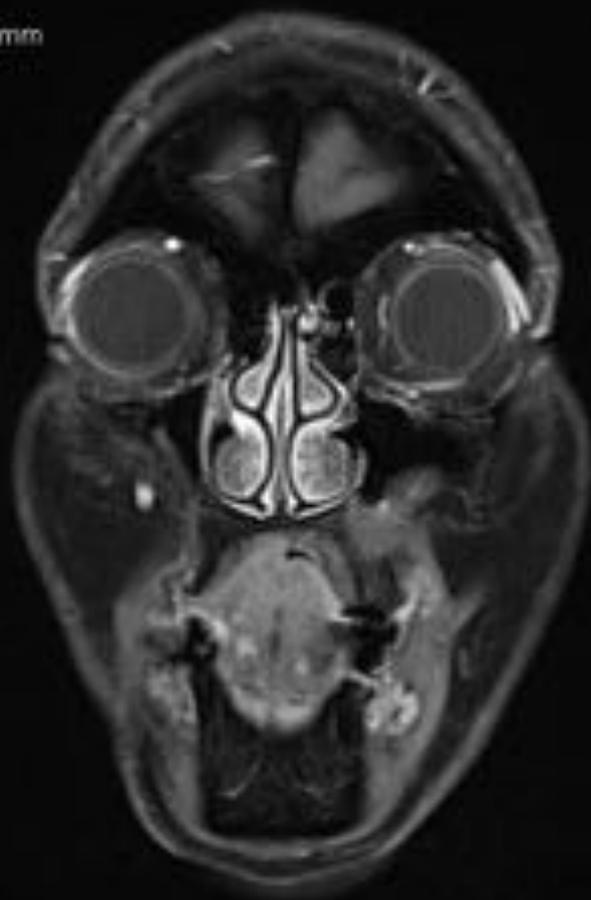


cm

L 622 / W 1303

F 045Y
Pos -110.10 mm

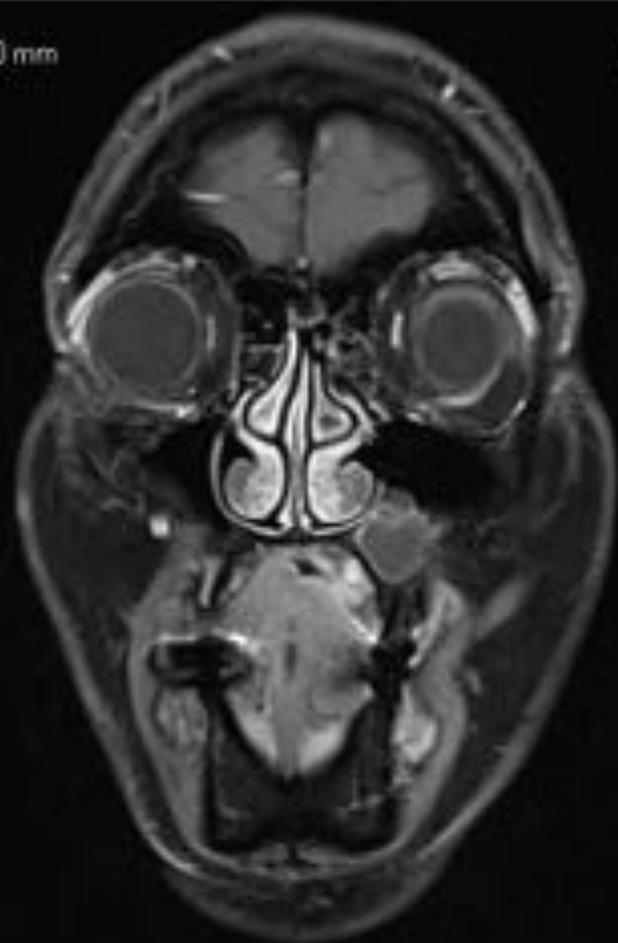
MR
15 mars 2016



L 622 / W 1303

F 045Y
Pos -110.10 mm

MR
15 mars 2016

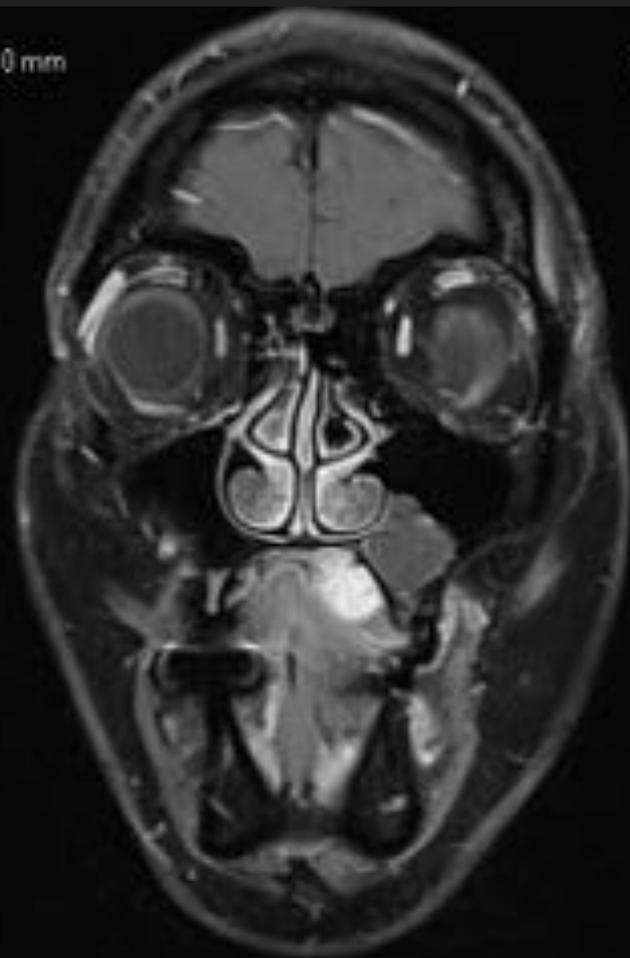


cm

L 622 / W 1303

F 045Y
Pos -110.10 mm

MR
15 mars 2016

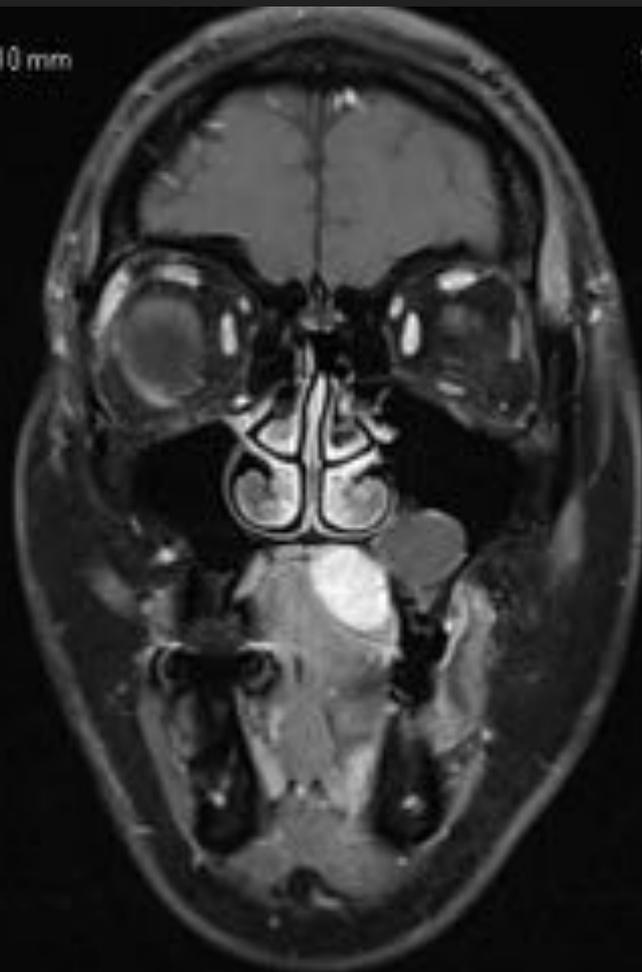


cm

L 622 / W 1303

F 045Y
Pos -110.10 mm

MR
15 mars 2016

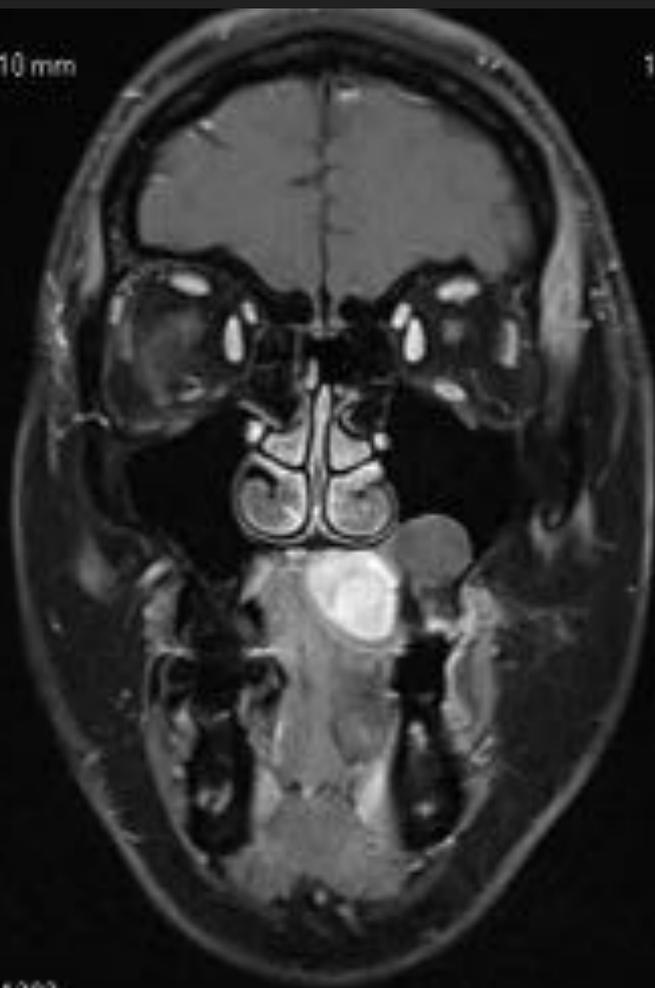


cm

L 622 / W 1303

F 045Y
Pos-110.10 mm

MR
15 mars 2016

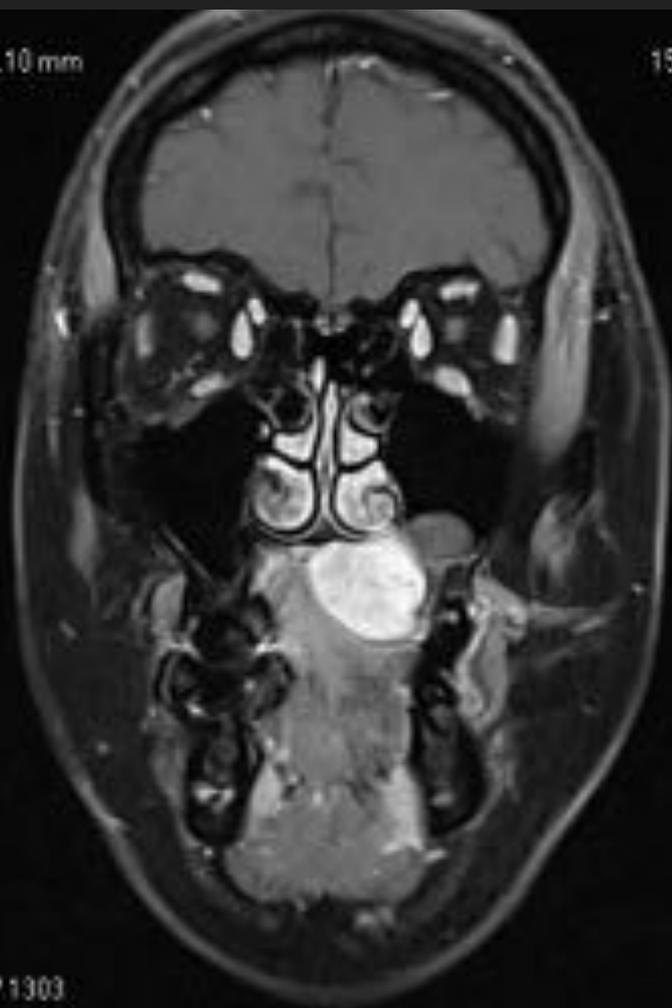


cm

L 622 / W 1303

F 045Y
Pos -110.10 mm

MR
15 mars 2016

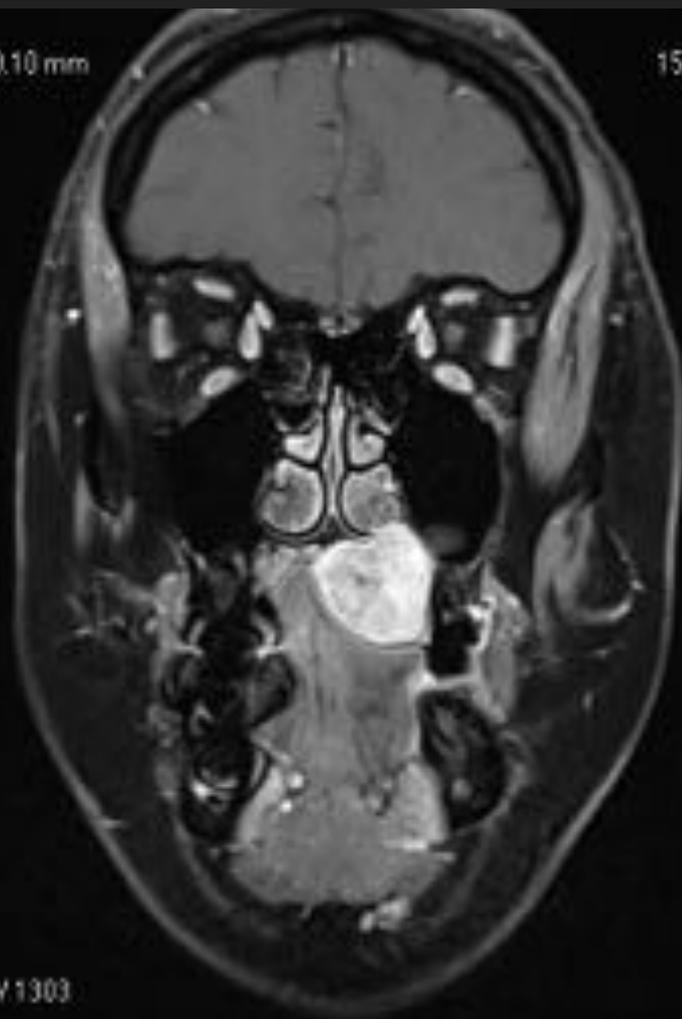


cm

L 622 / W 1303

F 045Y
Pos -110.10 mm

MR
15 mars 2016



cm

L 622 / W 1303

F 045Y
Pos -110.10 mm

MR
15 mars 2016

L 622 / W 1303



F 045Y
Pos -110.10 mm

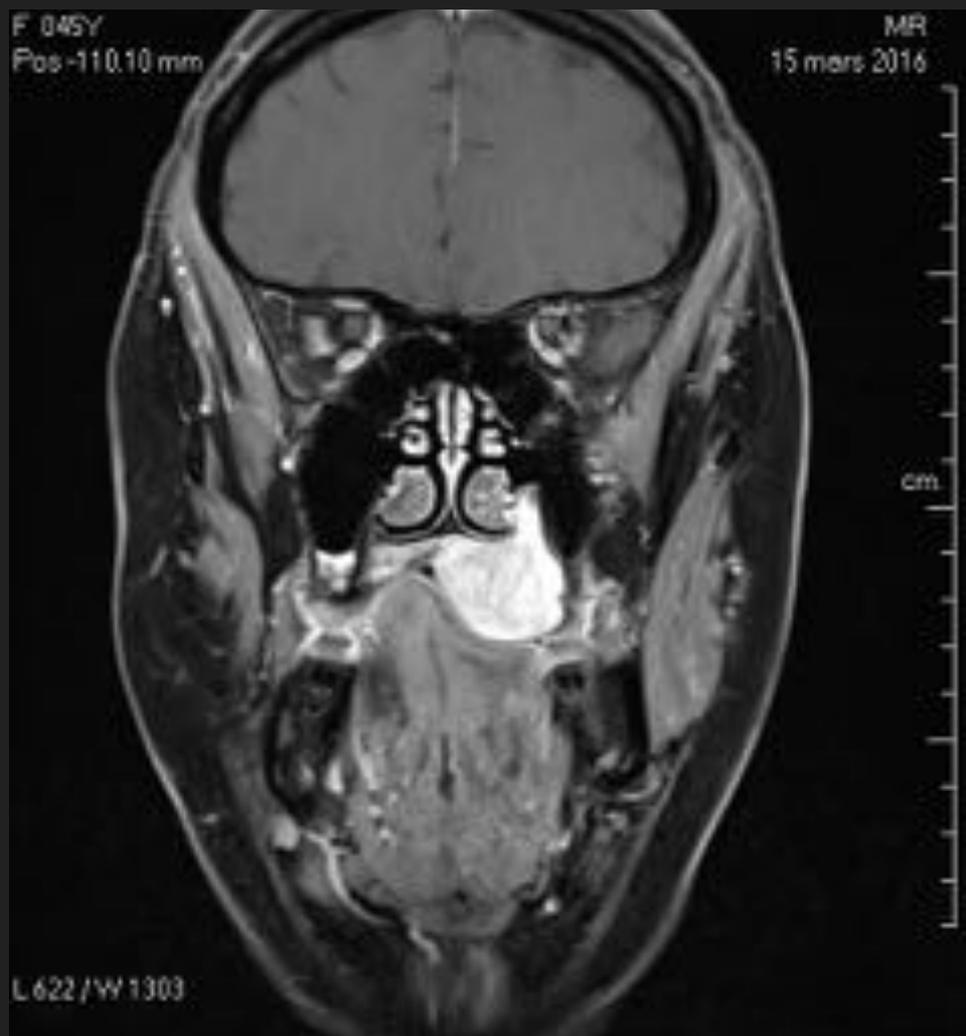
MR
15 mars 2016

L 622 / W 1303



F 045Y
Pos -110.10 mm

MR
15 mars 2016

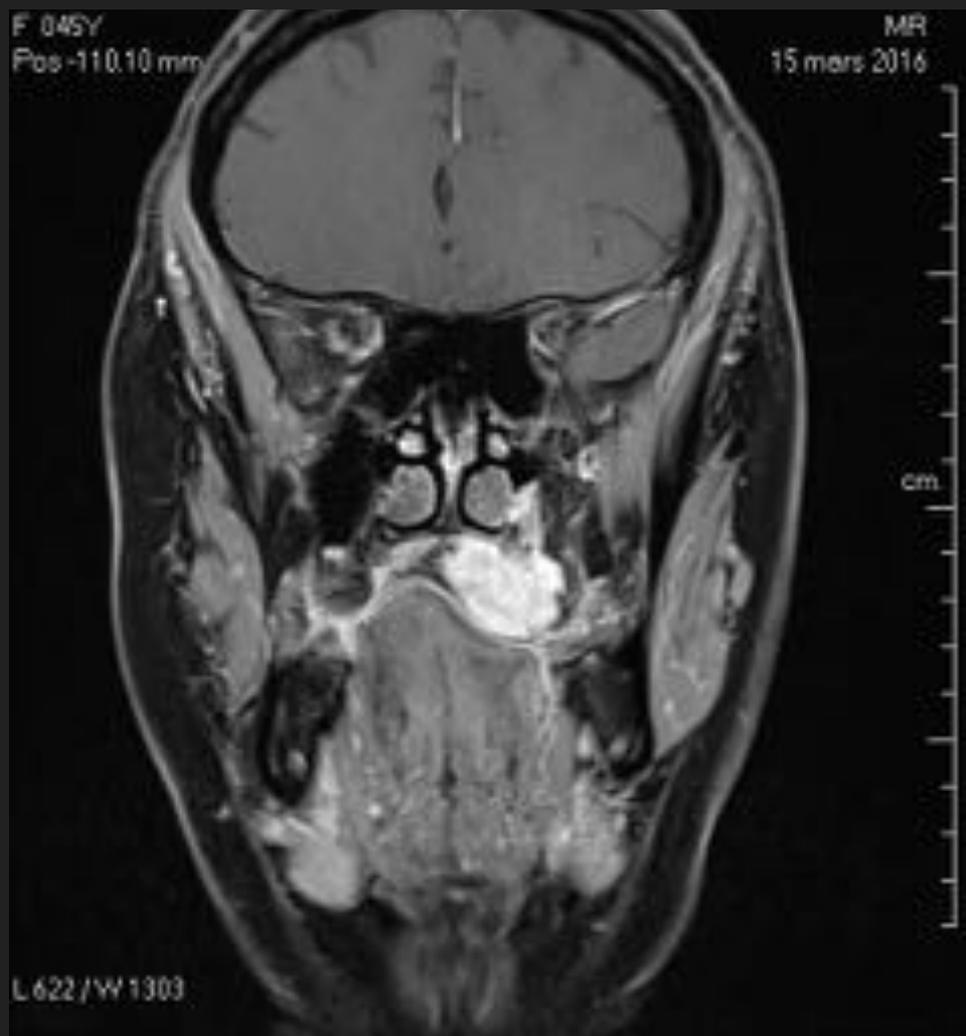


L 622 / W 1303

F 045Y
Pos -110.10 mm

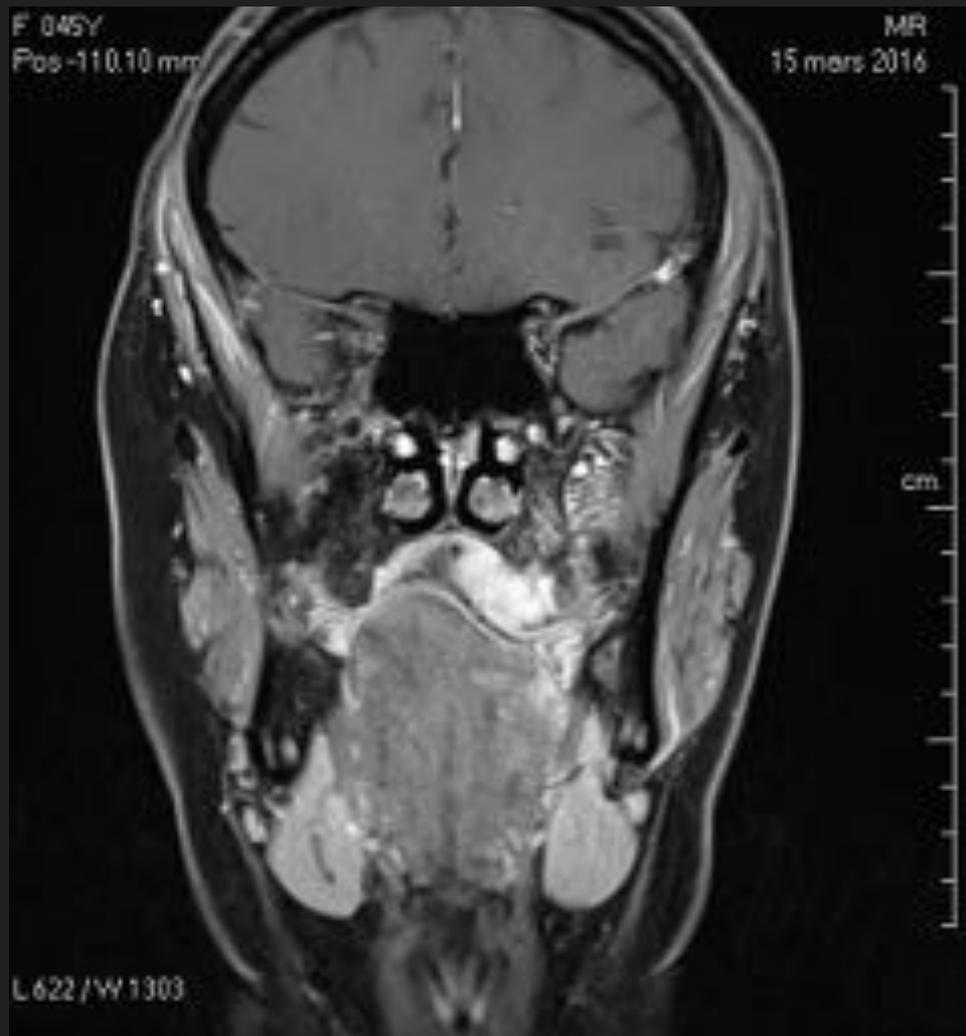
MR
15 mars 2016

L 622 / W 1303

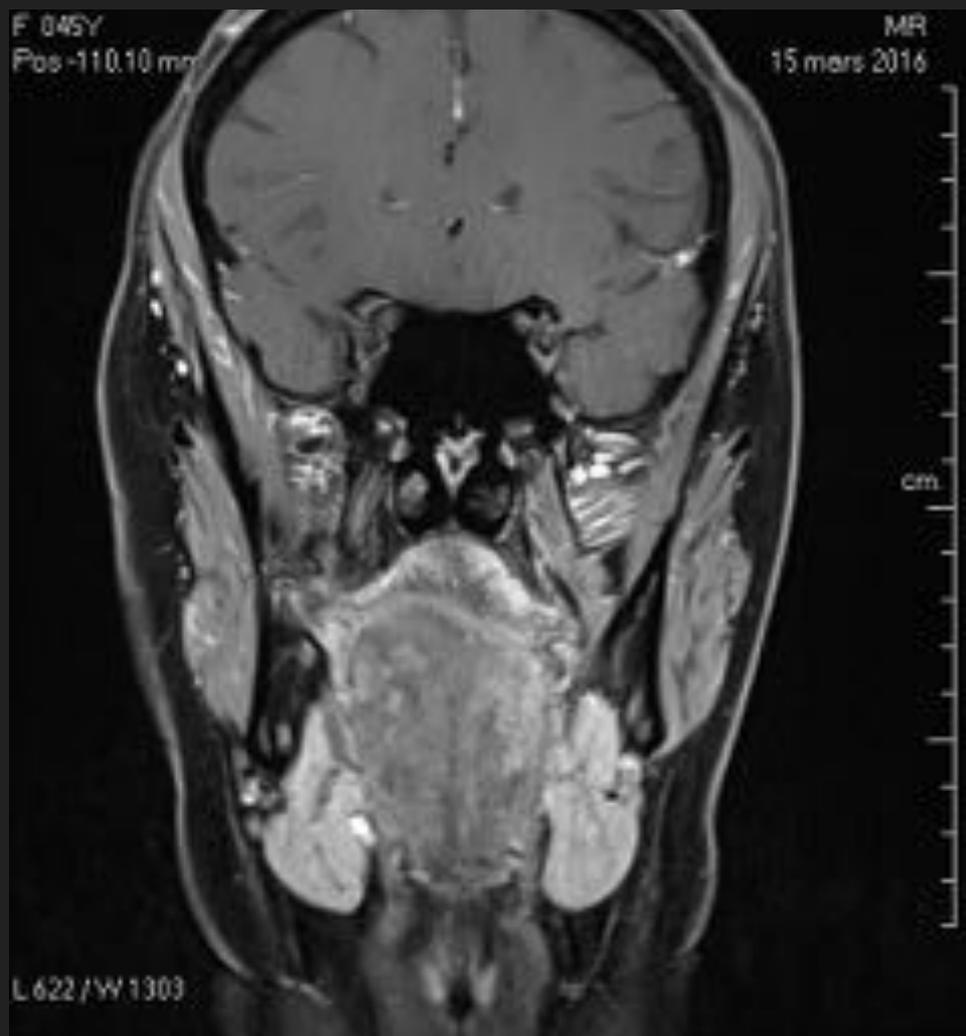


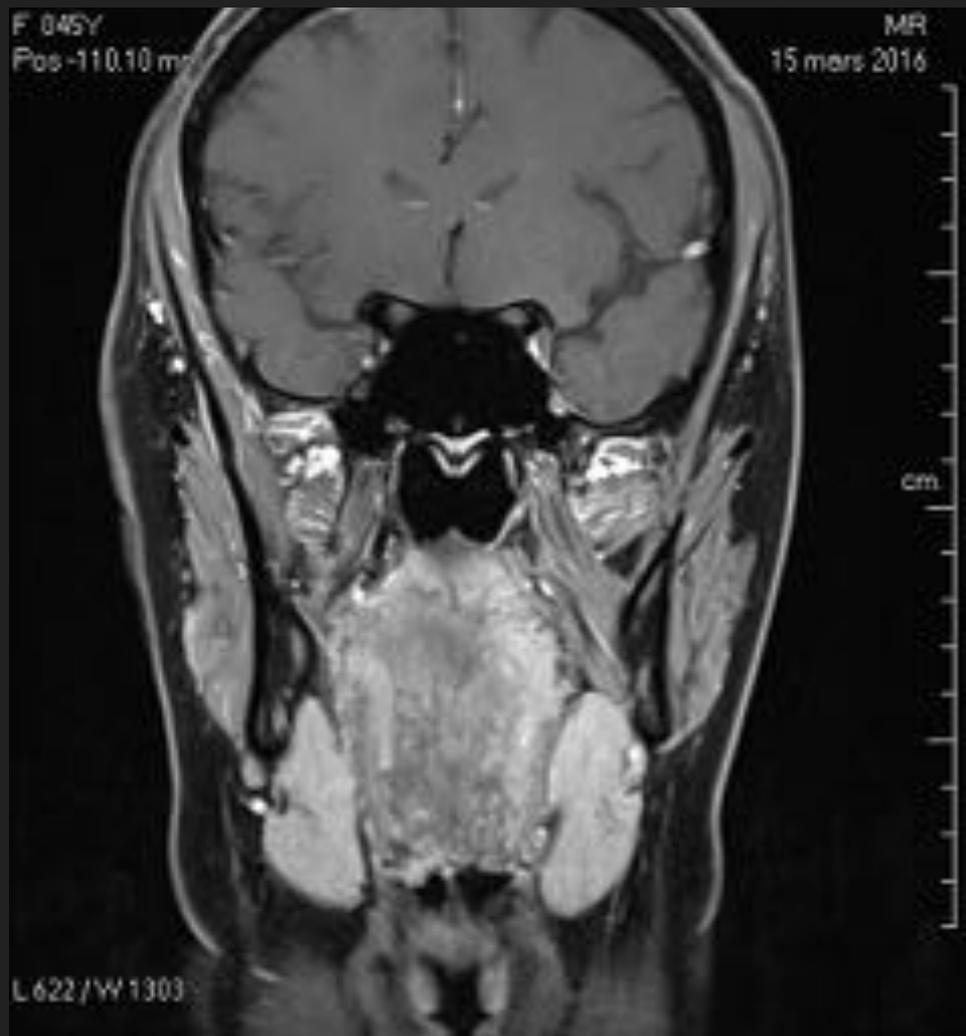
F 045Y
Pos -110.10 mm

MR
15 mars 2016



L 622 / W 1303





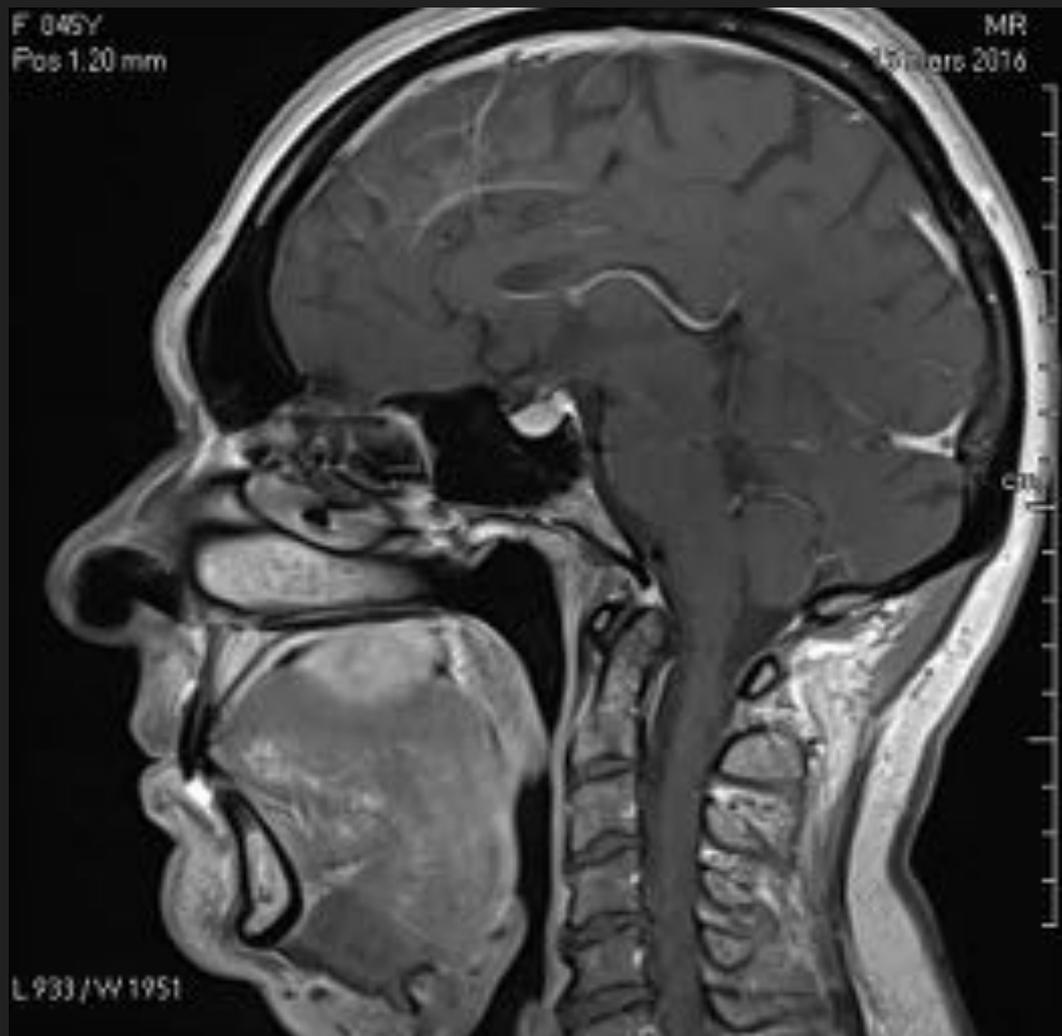
T1 Gd
sagittale

(côté gauche)



F 045Y
Pos 1.20 mm

MR
15 March 2016



L 933 / W 1951

F 045Y
Pos 1.20 mm

MR
February 2016



L 933 / W 1951

F 045Y
Pos 1.20 mm

MR
16 mars 2016



L 933 / W 1951

F 045Y
Pos 1.20 mm

MR
16 March 2016

L 933 / W 1951



F 045Y
Pos 1.20 mm

MR
15 mars 2016

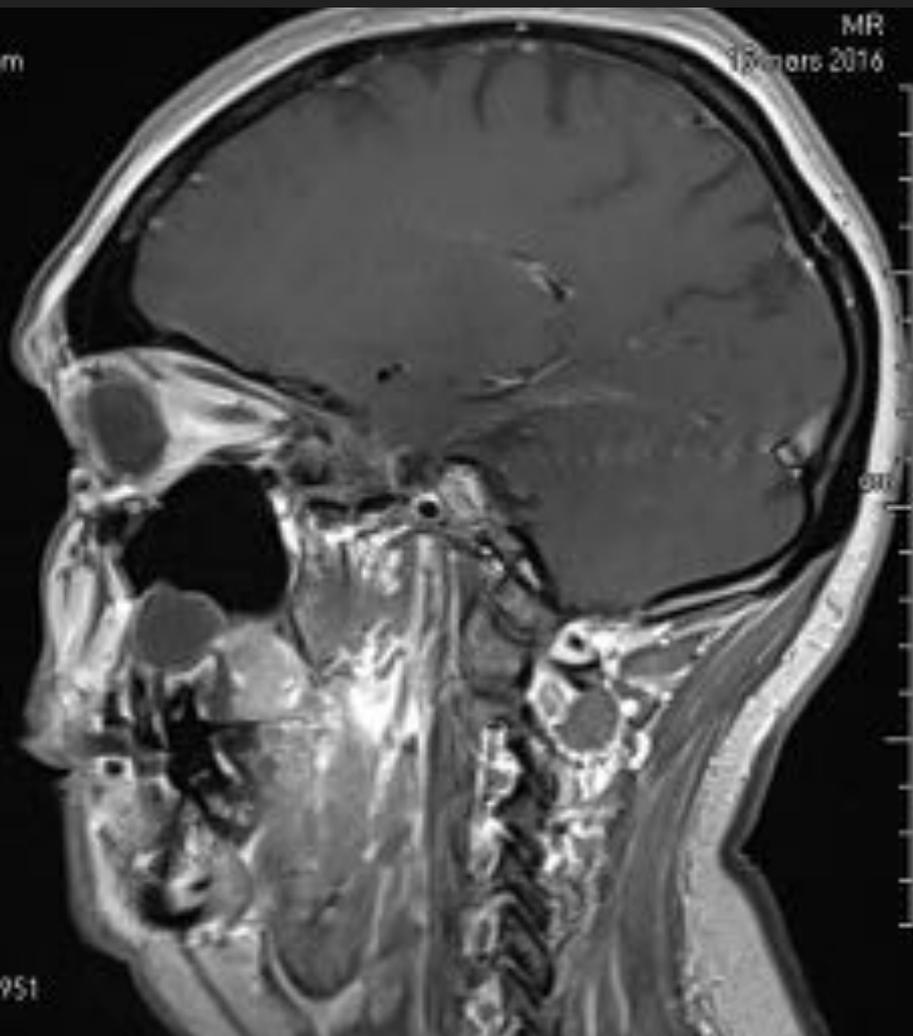


L 933 / W 1951

F 045Y
Pos 1.20 mm

MR
15 mars 2016

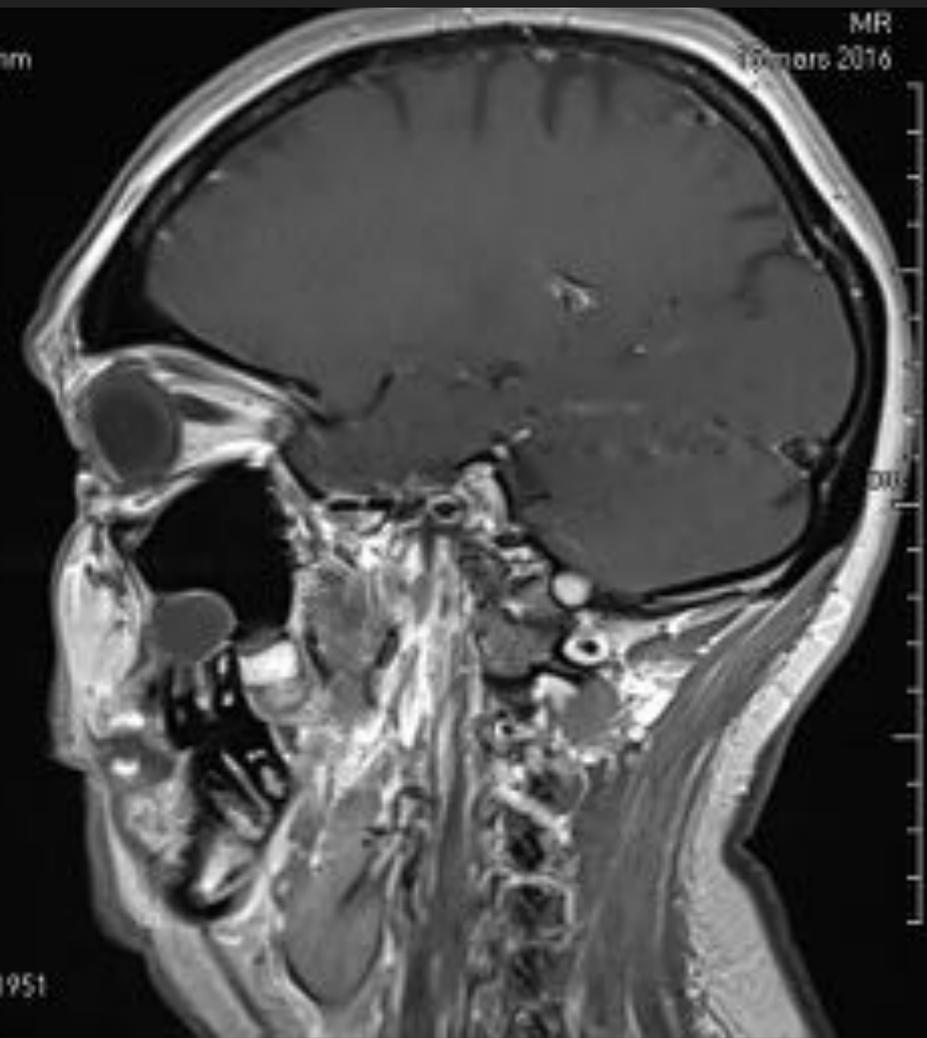
L 933 / W 1951



F 045Y
Pos 1.20 mm

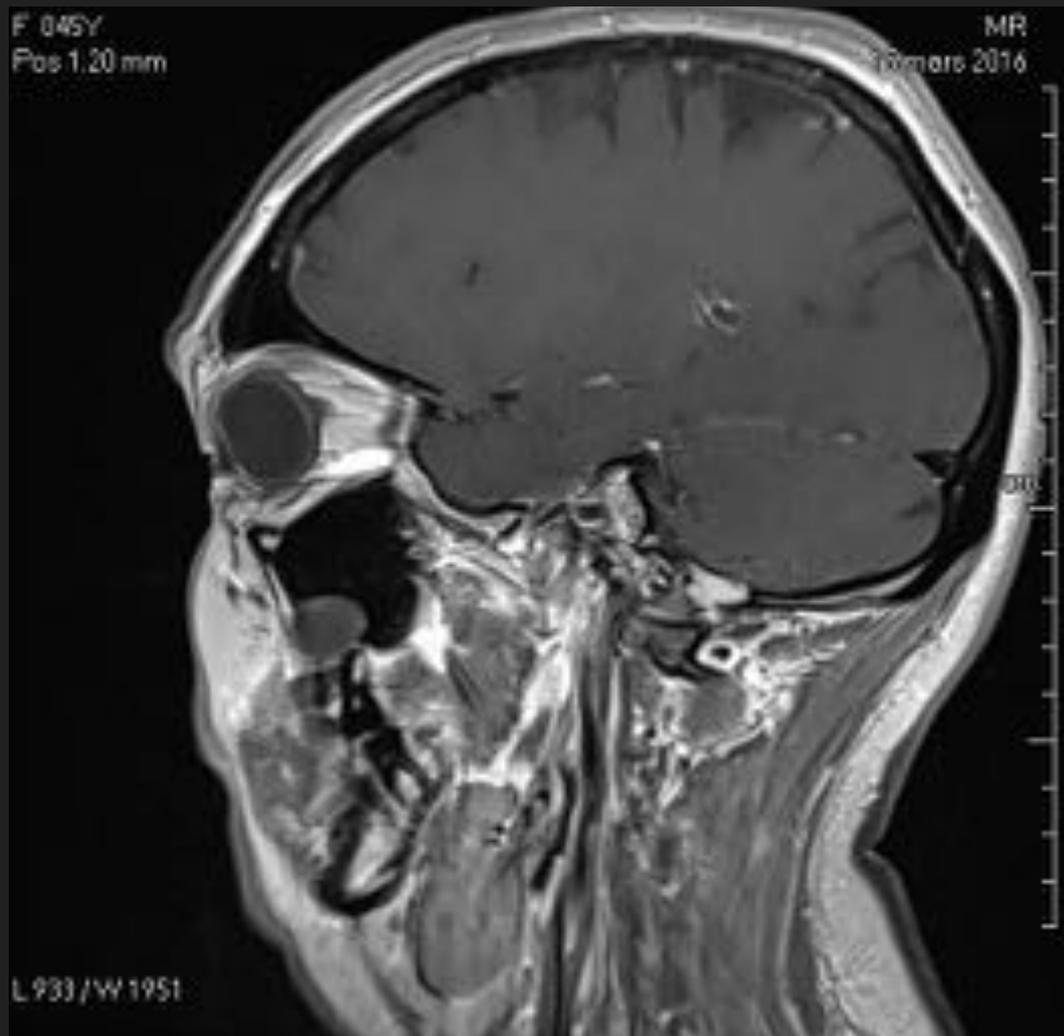
MR
16 mars 2016

L 933 / W 1951



F 045Y
Pos 1.20 mm

MR
10 marzo 2016



L 933 / W 1951

CAS CLINIQUE N°2 - QCM 3:

Concernant le bilan d'imagerie réalisé:

- A) Les caractéristiques de signal sur les différentes séquences ainsi que l'extension de la masse sont compatibles avec une tumeur primitive du nerf grand palatin.
- B) L'extension à la fosse ptérygo-palatine rend le diagnostic de carcinome épidermoïde peu probable.
- C) Les caractéristiques présentées sont plutôt celles d'une tumeur d'évolution lente.
- D) En fonction du résultat histologique, un complément d'imagerie pourra être nécessaire.
- E) L'analyse histologique conditionnera la prise en charge ultérieure.

CAS CLINIQUE N°2 - QCM 3:

Concernant le bilan d'imagerie réalisé:

A) Les caractéristiques de signal sur les différentes séquences ainsi que l'extension de la masse sont compatibles avec une tumeur primitive du nerf grand palatin.

- Vrai: Schwannome palatin en particulier.

B) L'extension à la fosse ptérygo-palatine rend le diagnostic de carcinome épidermoïde peu probable.

- Faux: Une extension péri-nerveuse rétrograde est possible.

C) Les caractéristiques présentées sont plutôt celles d'une tumeur d'évolution lente.

- Vrai

D) En fonction du résultat histologique, un complément d'imagerie pourra être nécessaire

- Vrai : il faudra un bilan d'extension (scanner thoracique / PET) en cas de tumeur maligne

E) L'analyse histologique conditionnera la prise en charge ultérieure.

- Vrai



Finalement, il s'agissait d'un ADK de bas grade...

CAS CLINIQUE N°3:

CAS CLINIQUE N°3:

Vous recevez M. G., 35 ans, boulanger, pour réalisation d'un scanner orbitaire dans le cadre d'un bilan d'exophtalmie.

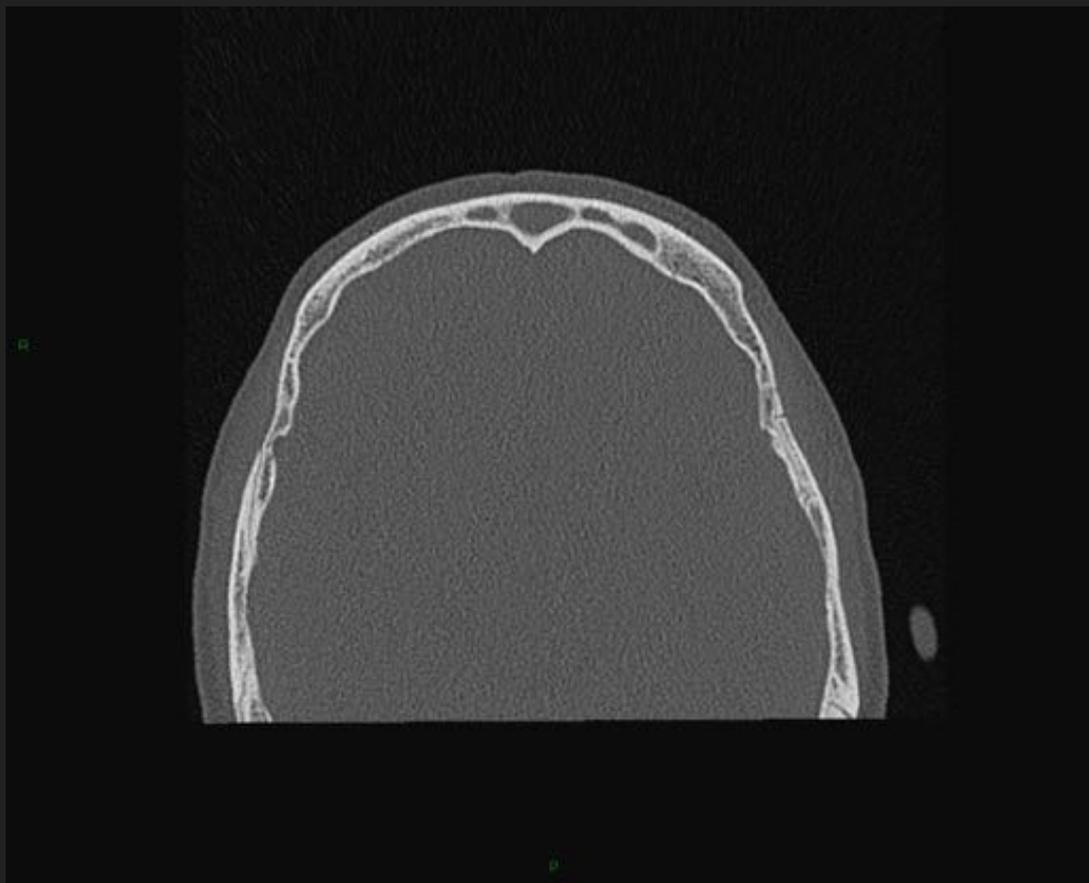
Il présente une maladie de Basedow en cours de traitement.

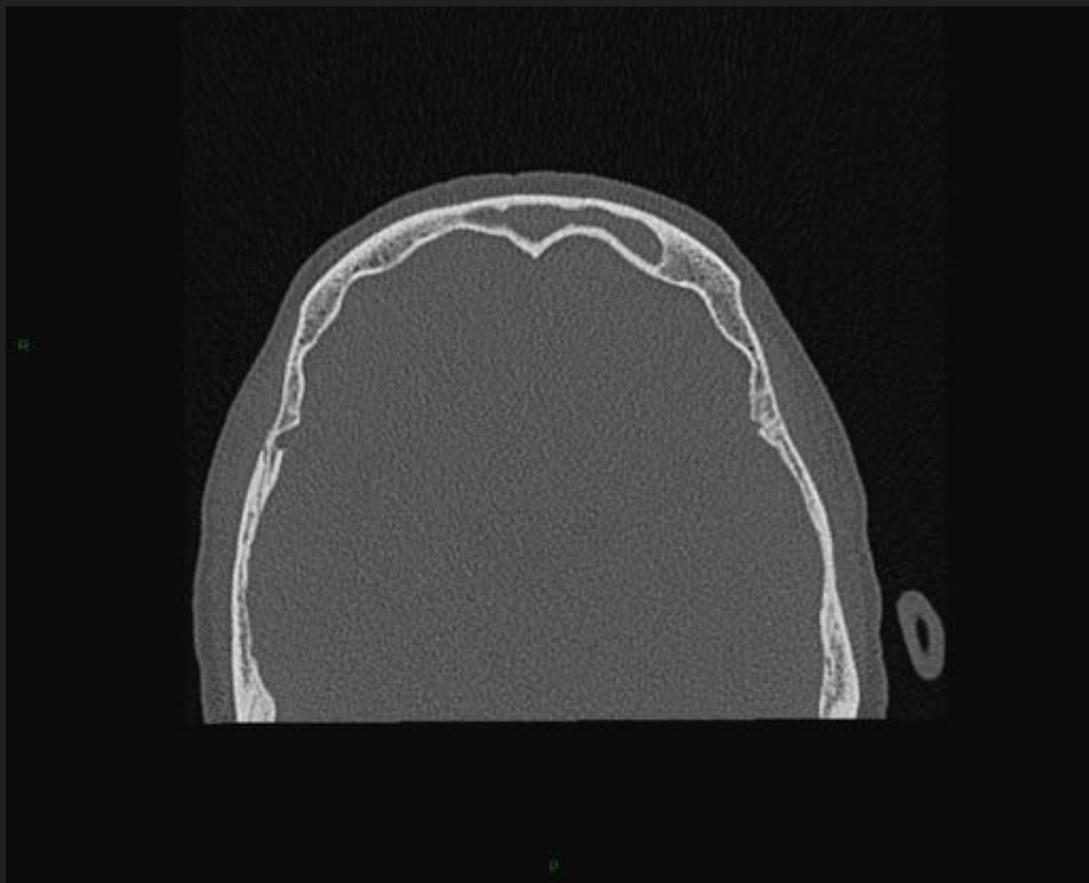
La demande de l'ophtalmologue fait mention d'une diplopie verticale.

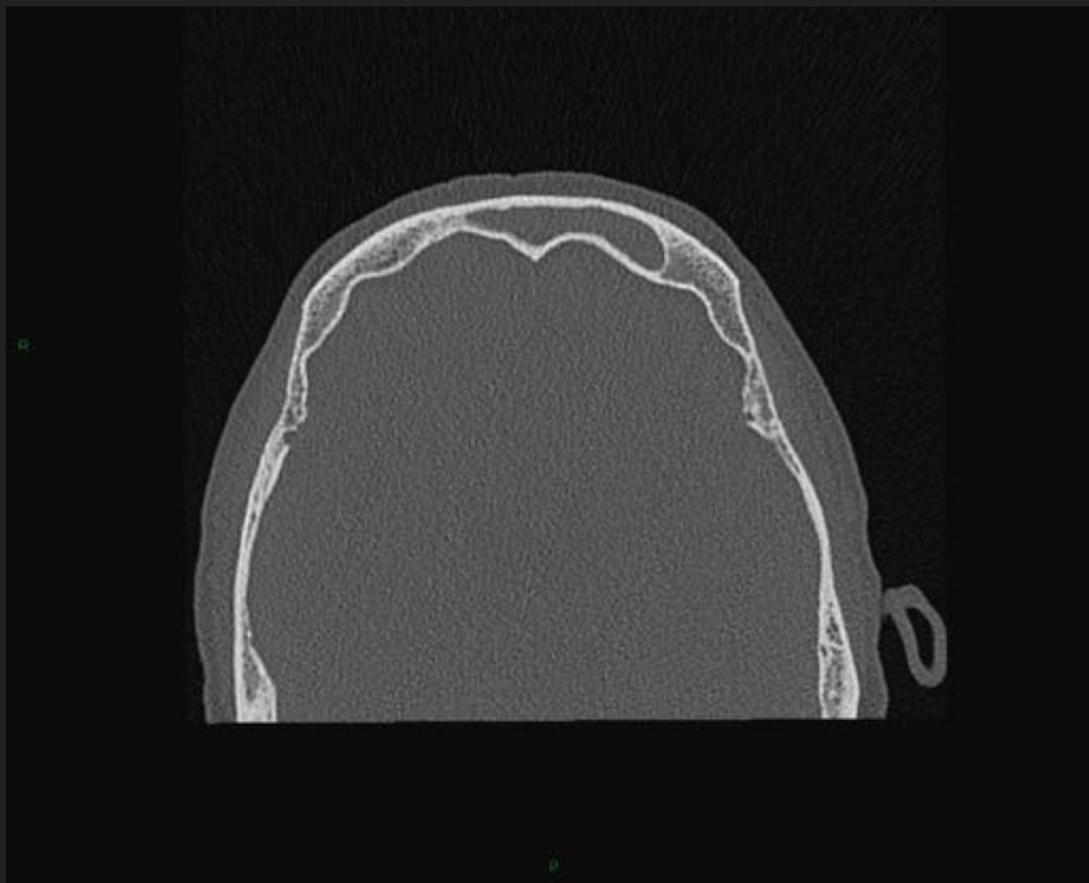
Lorsque vous l'interrogez, le patient vous relate également des symptômes de sinusite évoluant par poussées depuis plusieurs mois (la dernière remontant à 4 semaines) associés à une obstruction nasale bilatérale chronique et des épisodes d'épistaxis plus ou moins abondants.

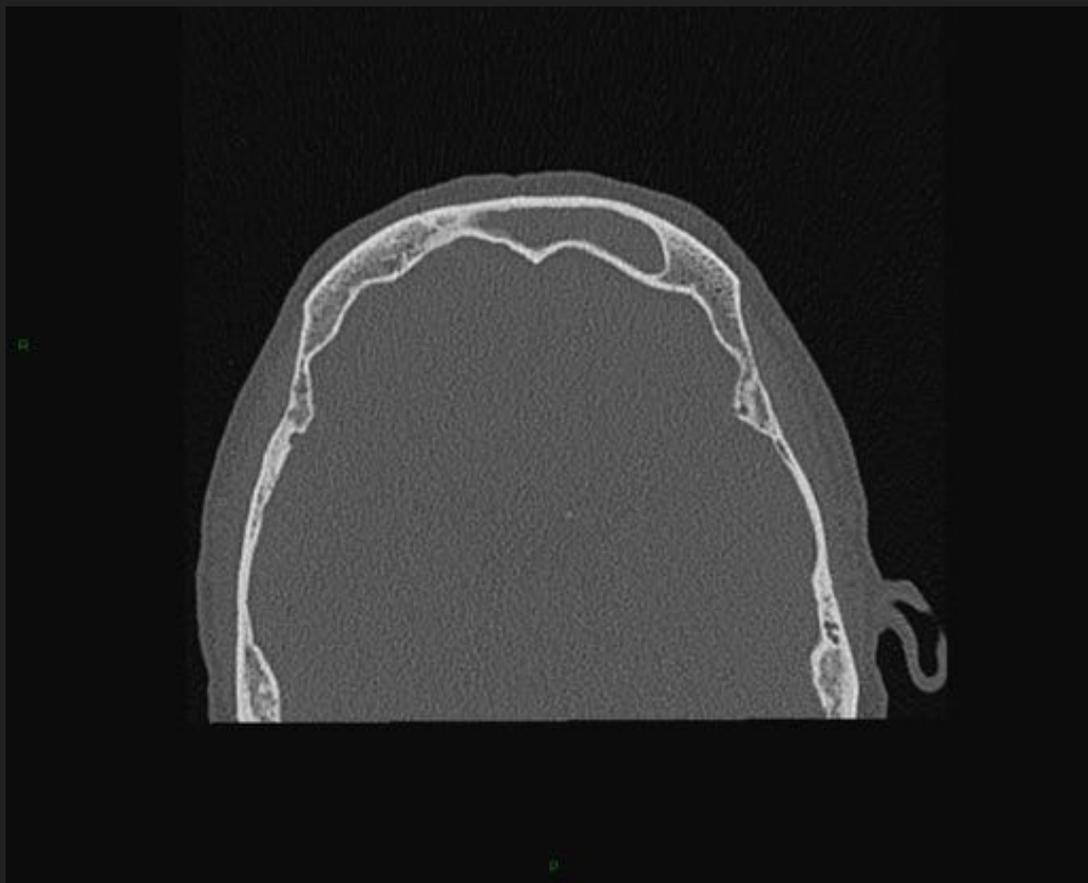
CAS CLINIQUE N°3:

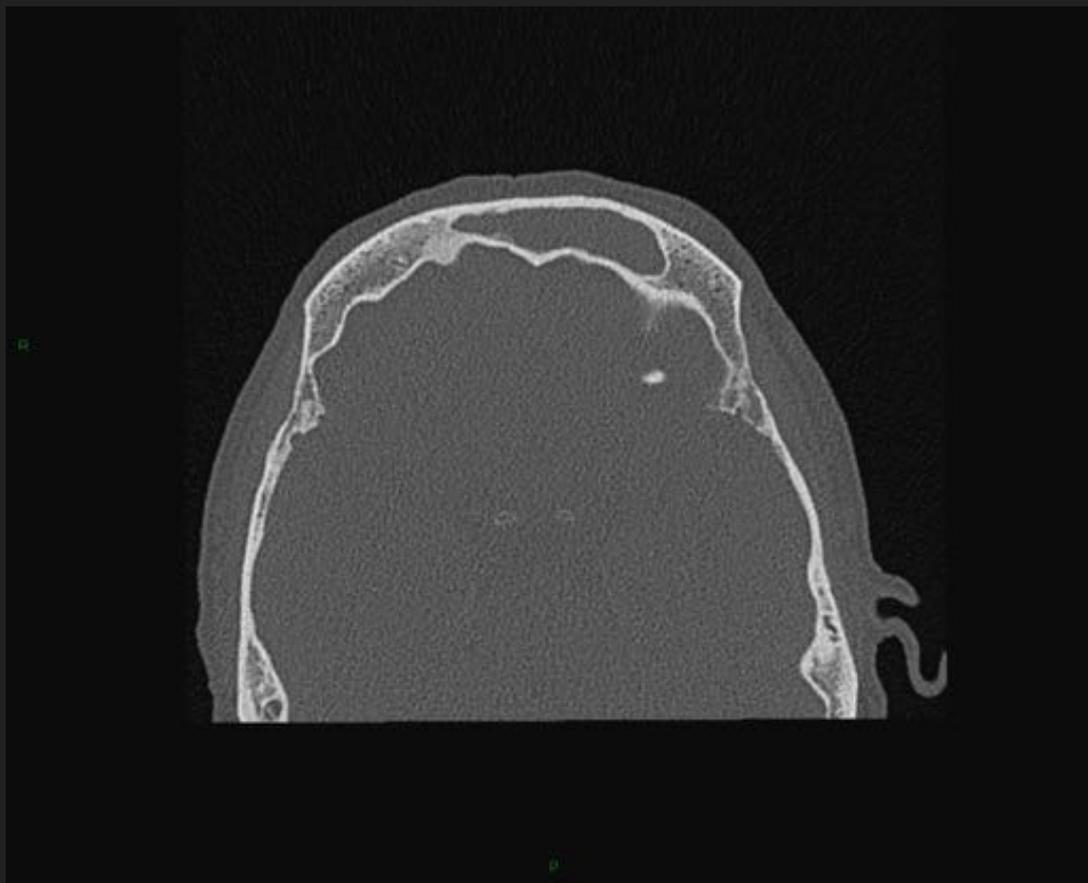
Vous décidez d'étendre les explorations aux sinus de la face et découvrez avec stupéfaction une atteinte pan-sinusienne évoluée.

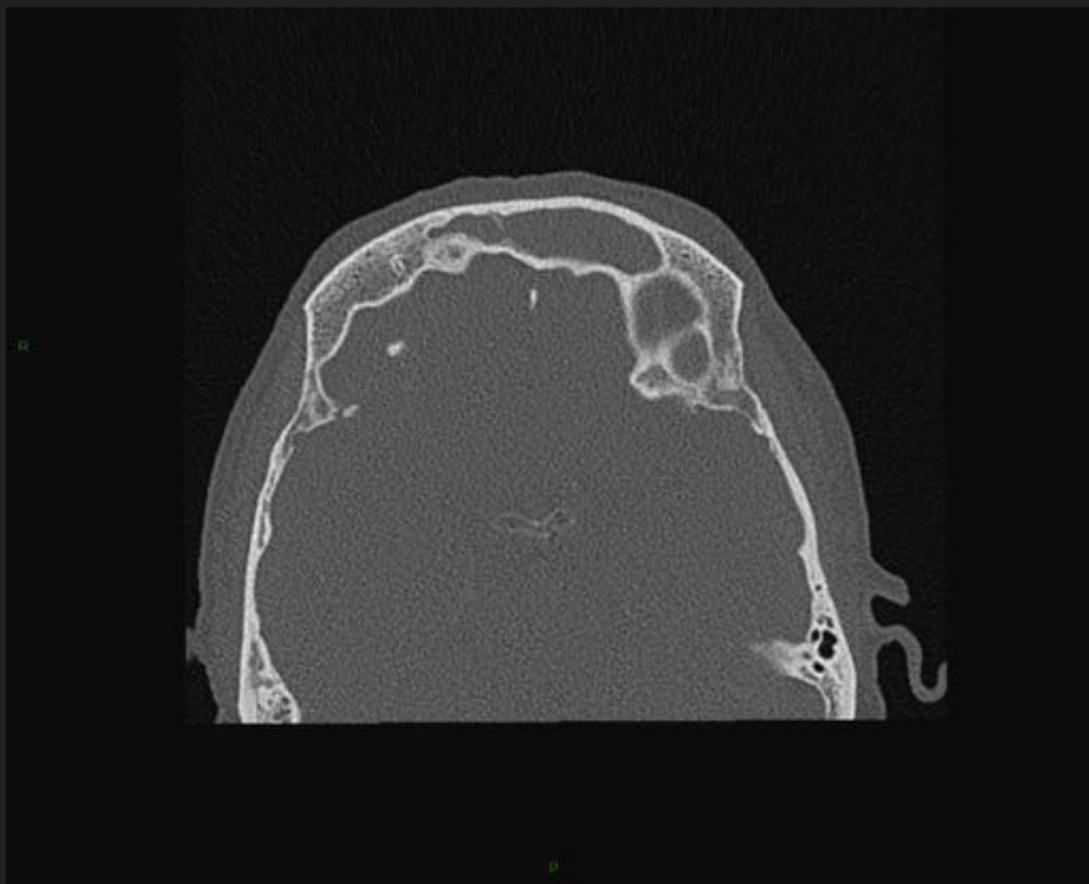
















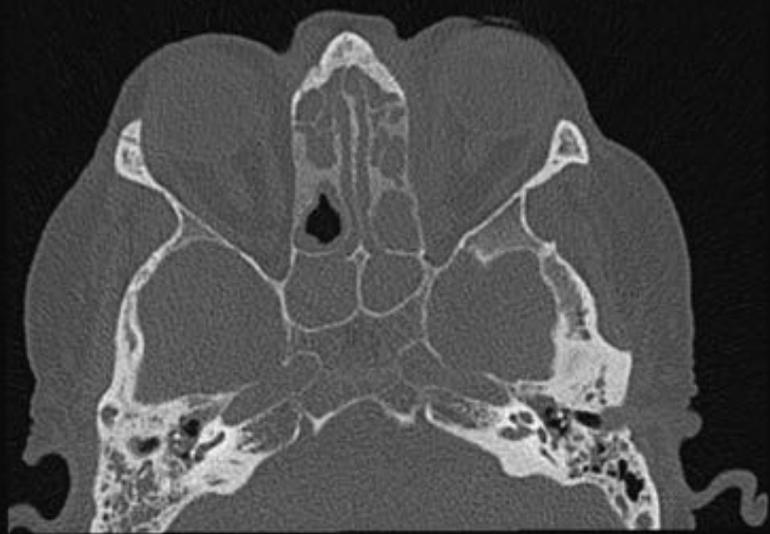


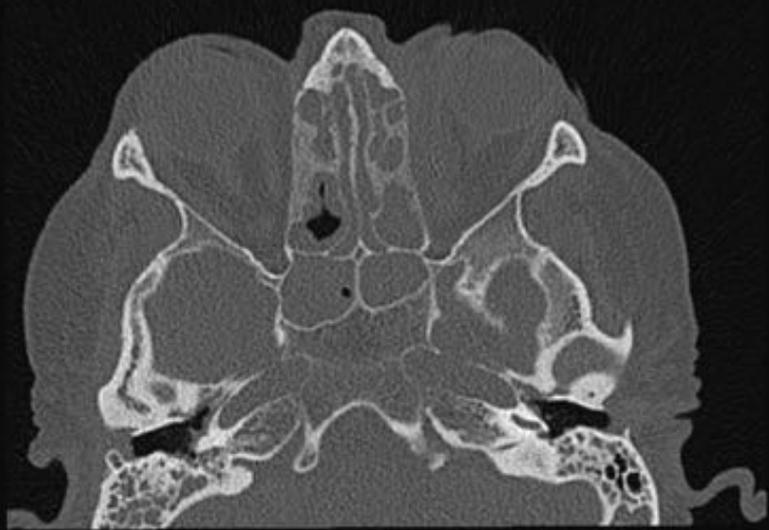




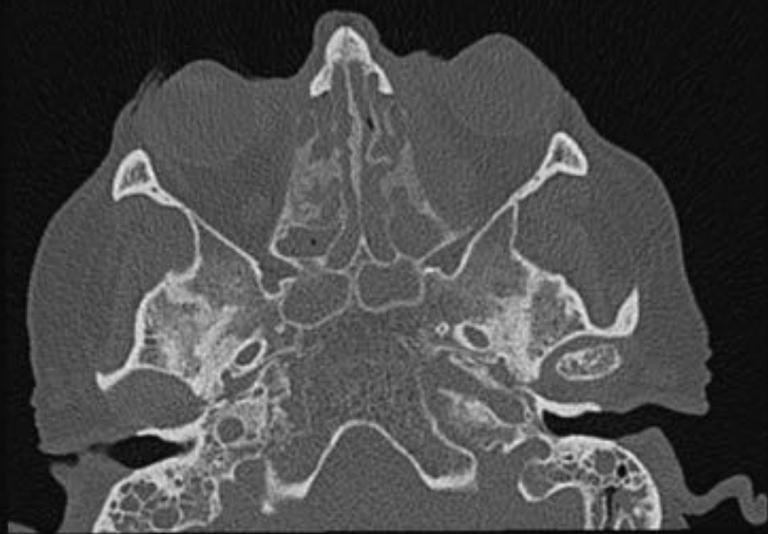


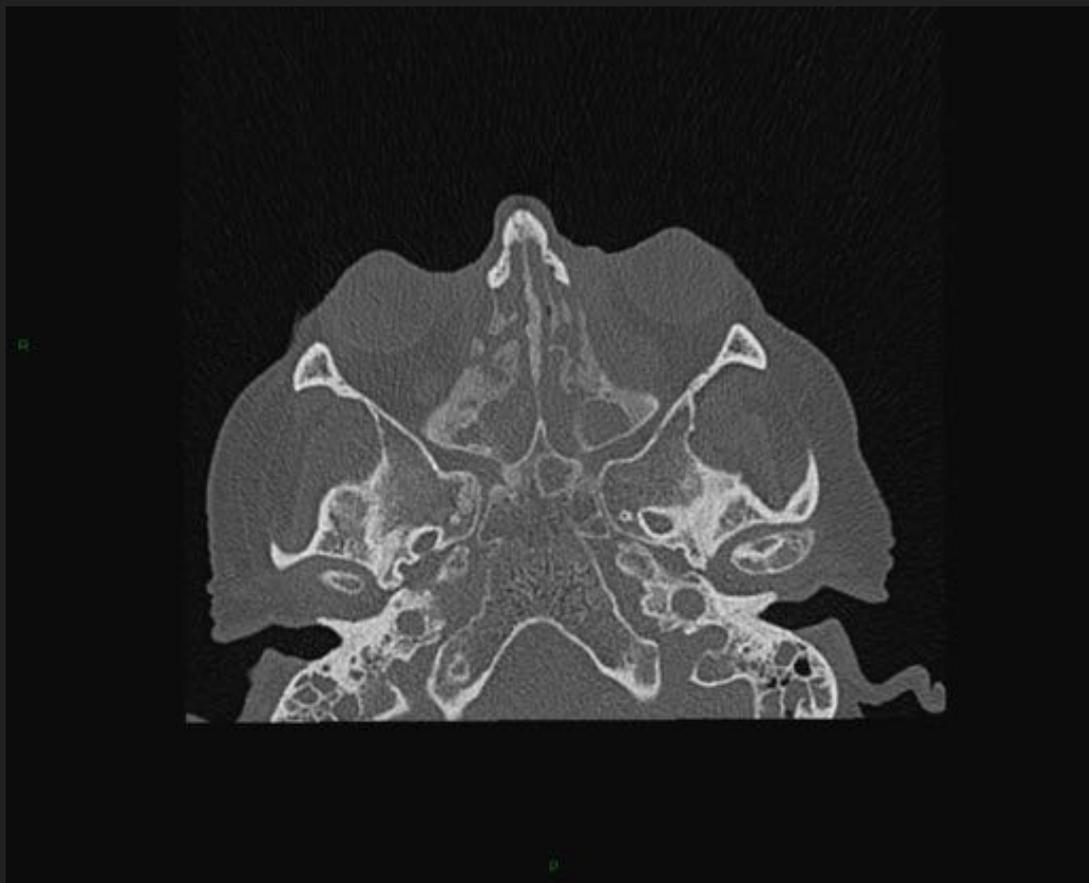


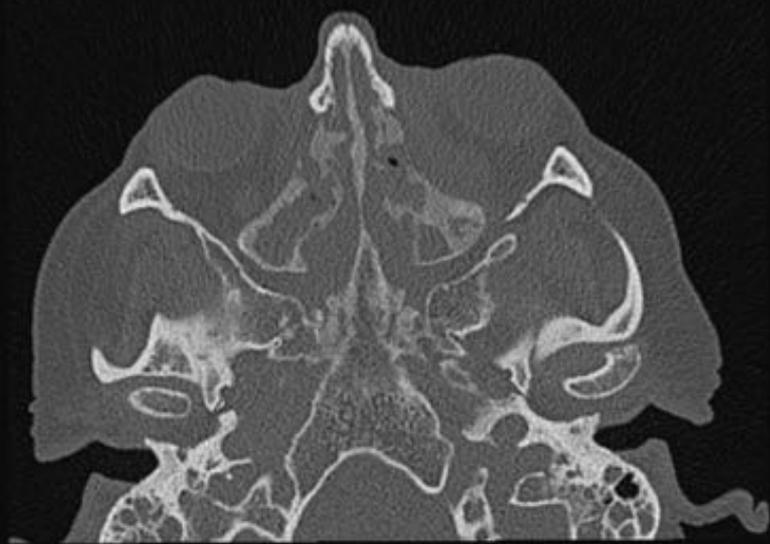






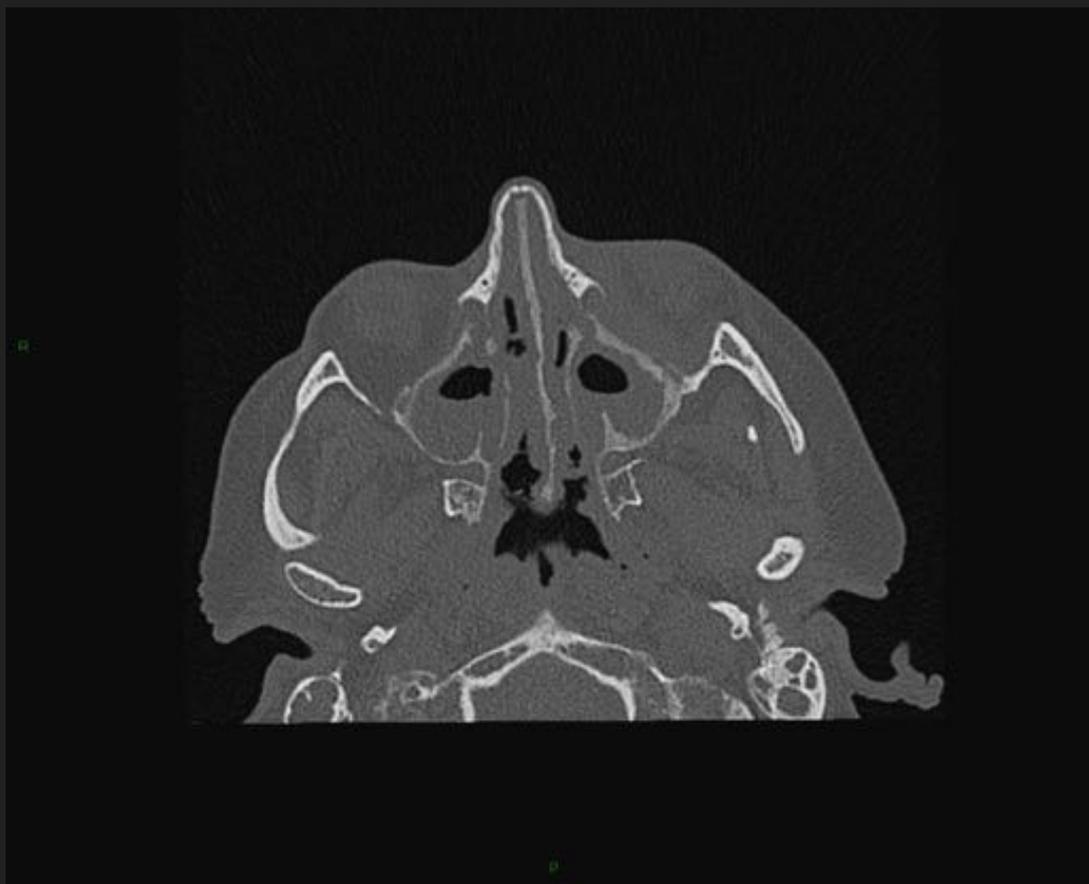


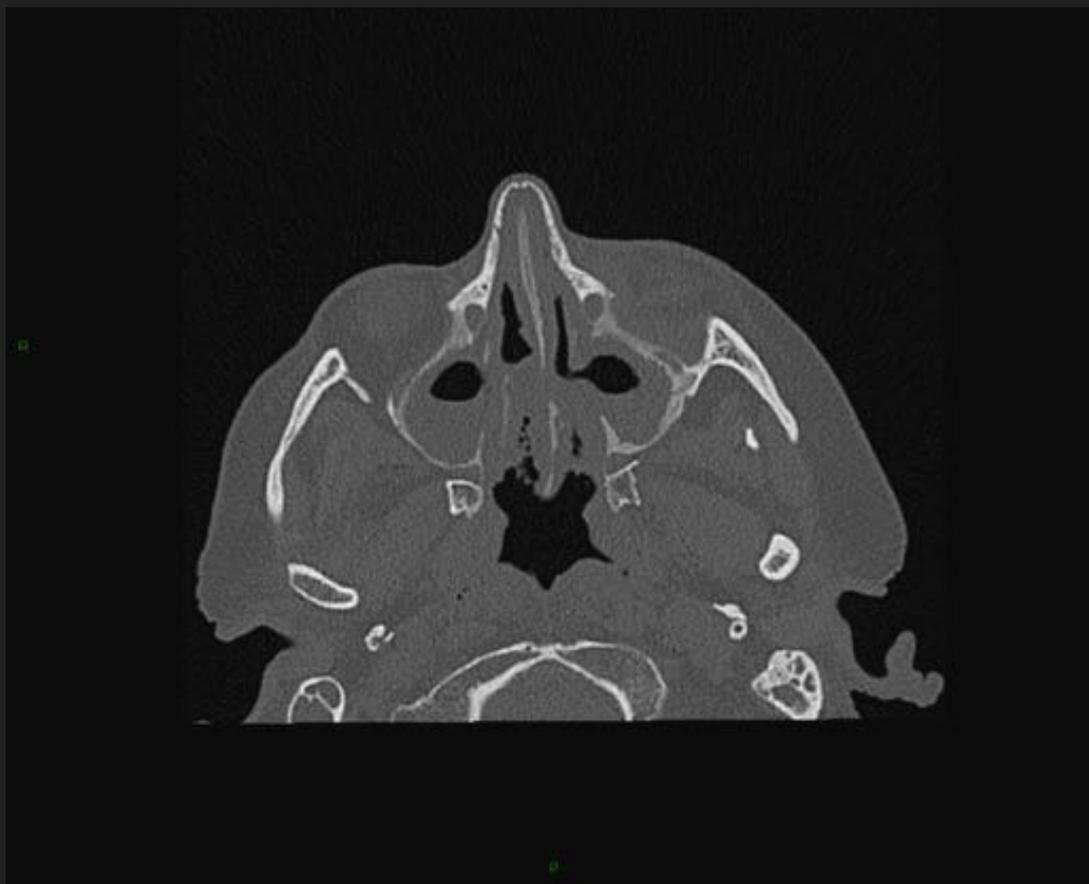


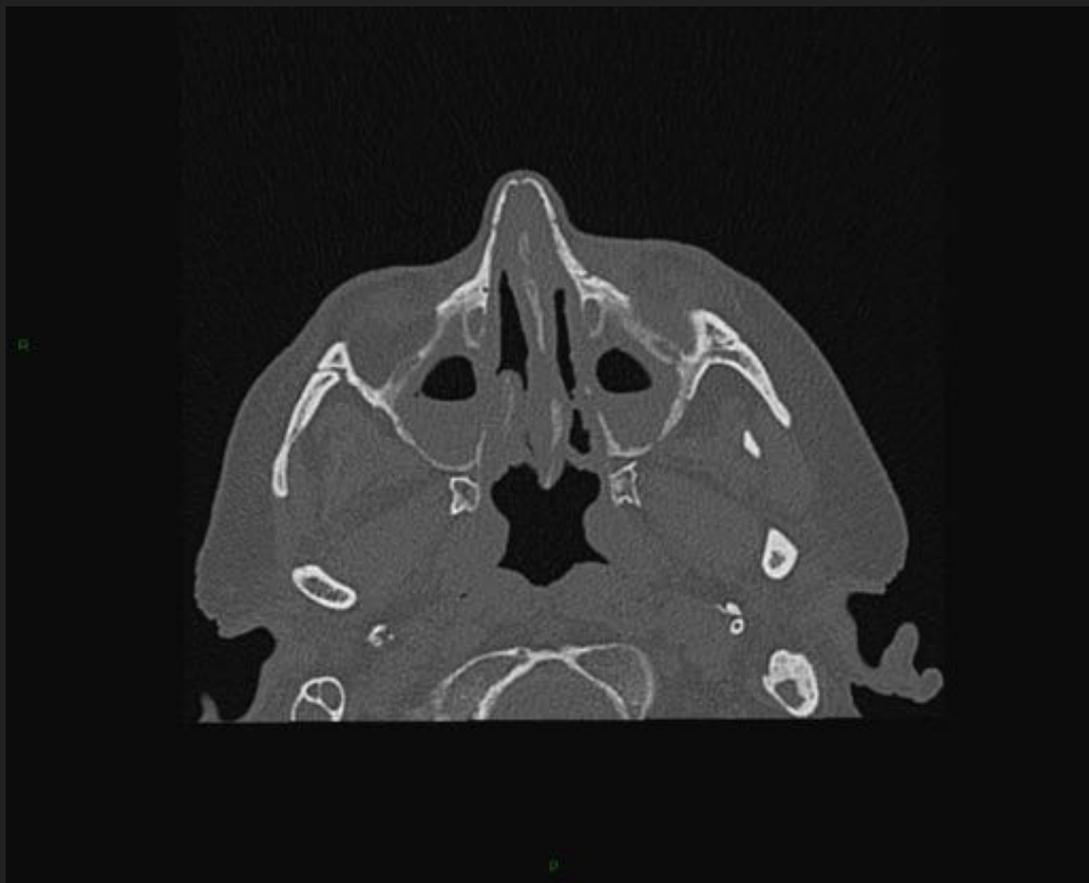




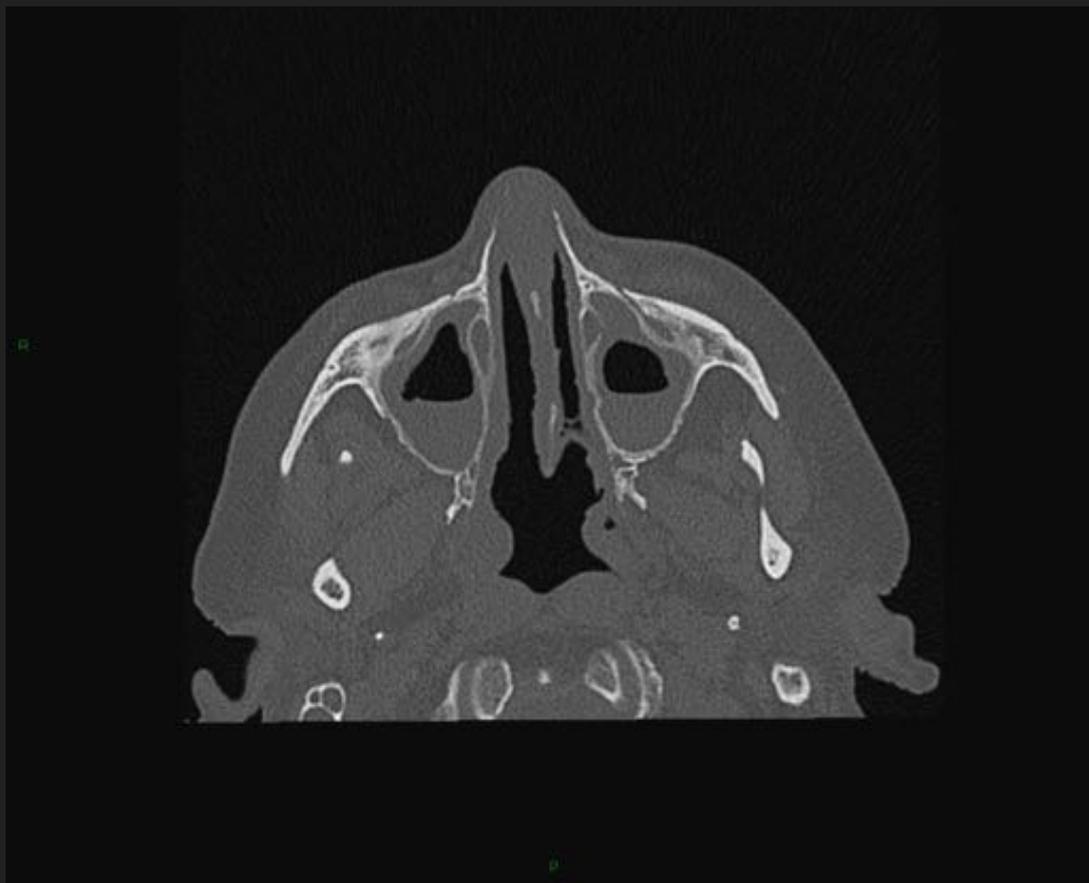




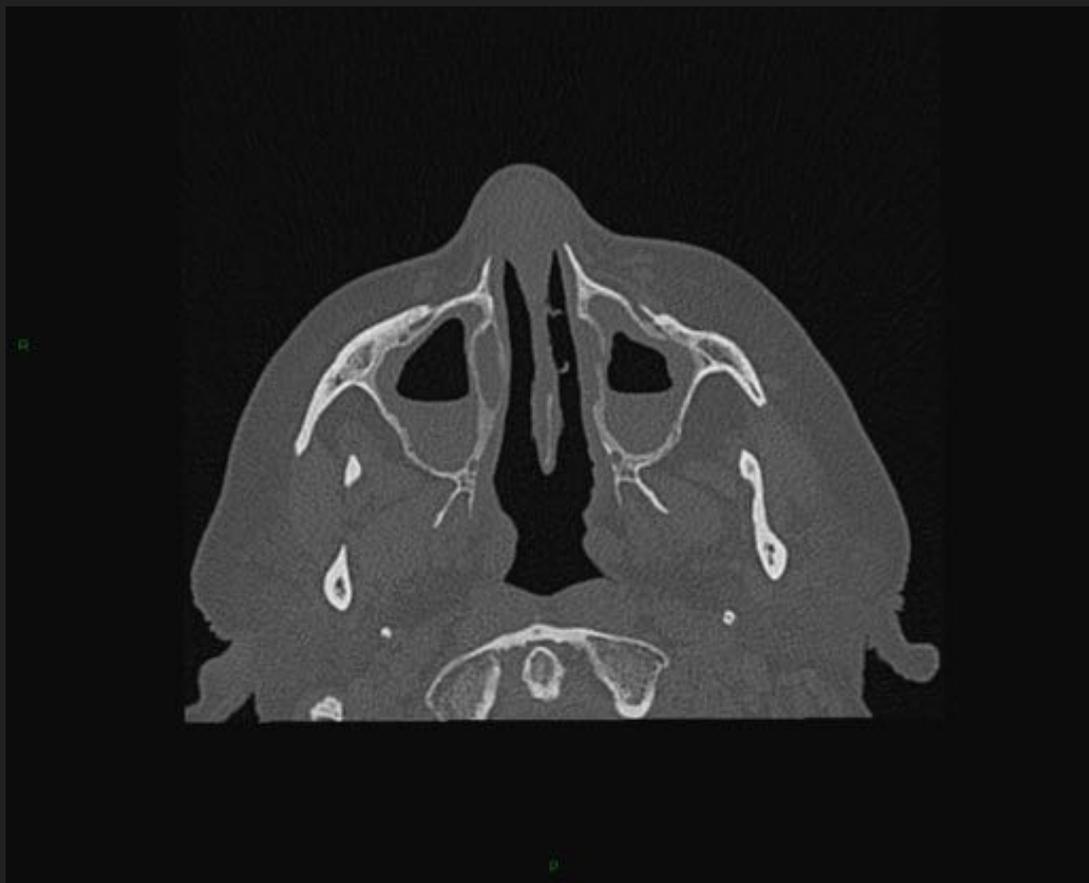


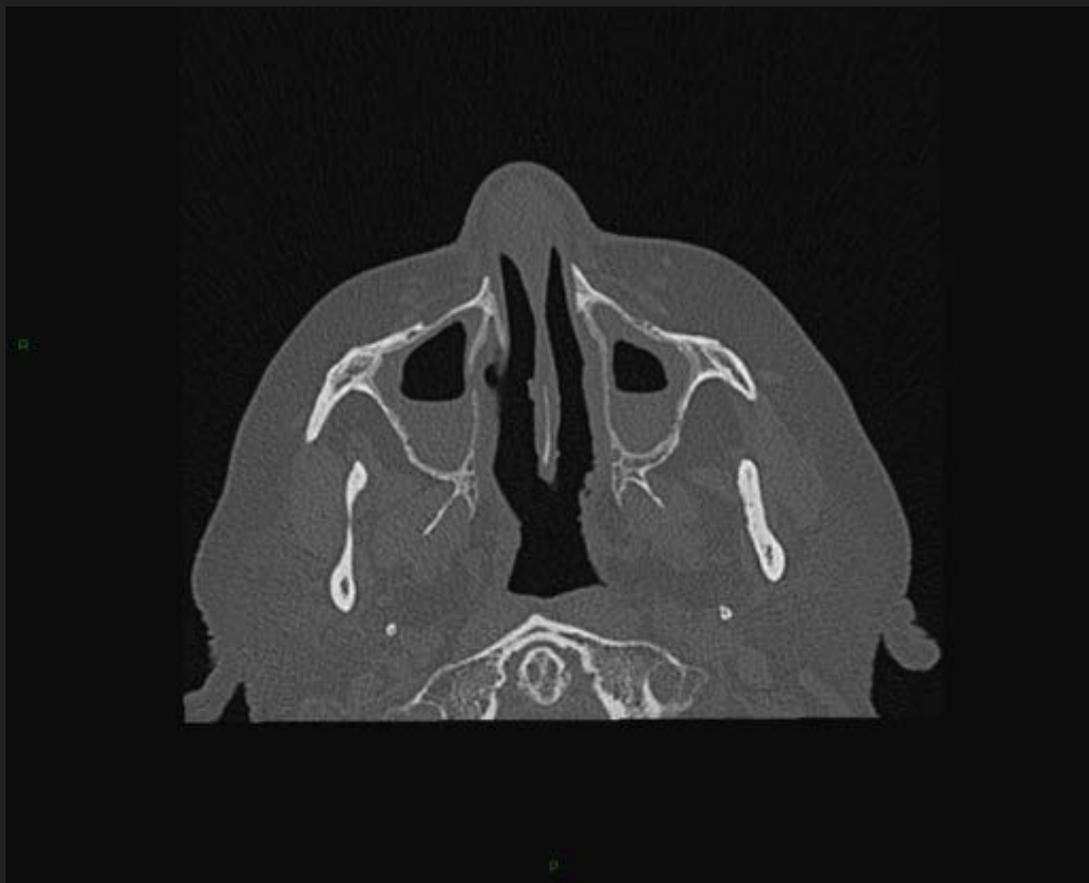


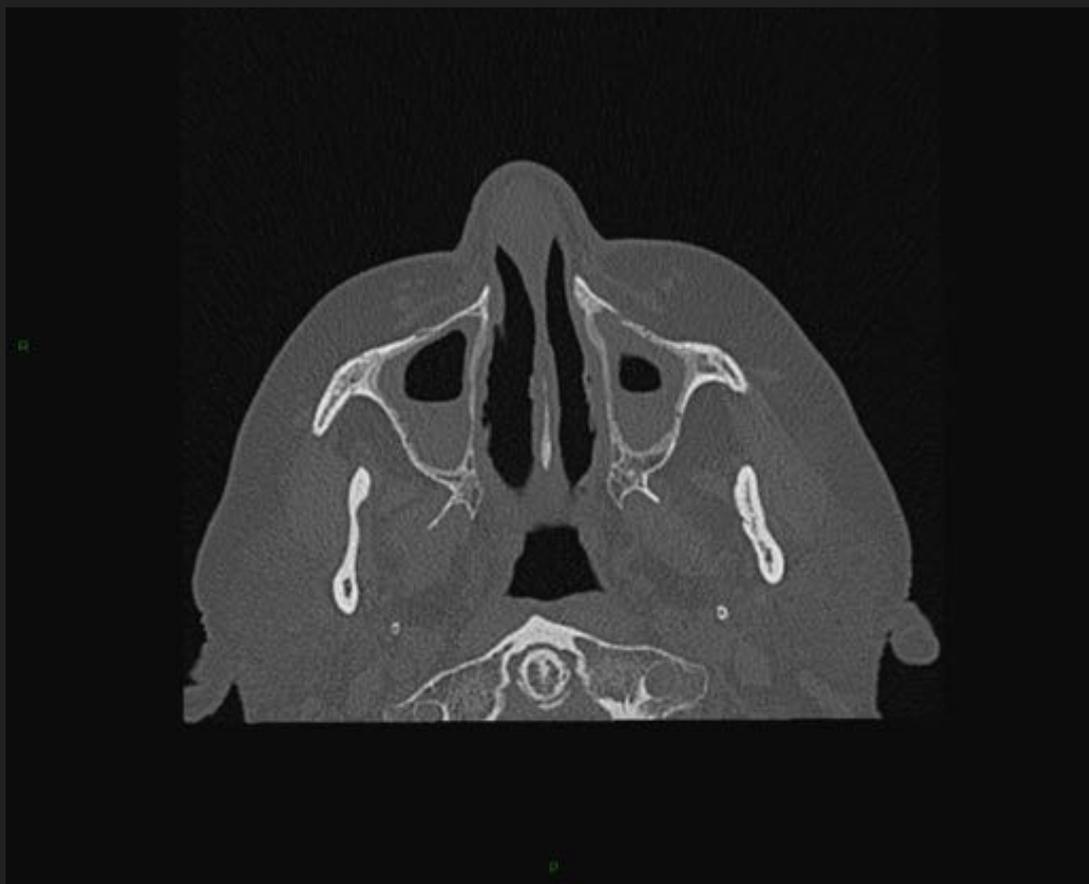








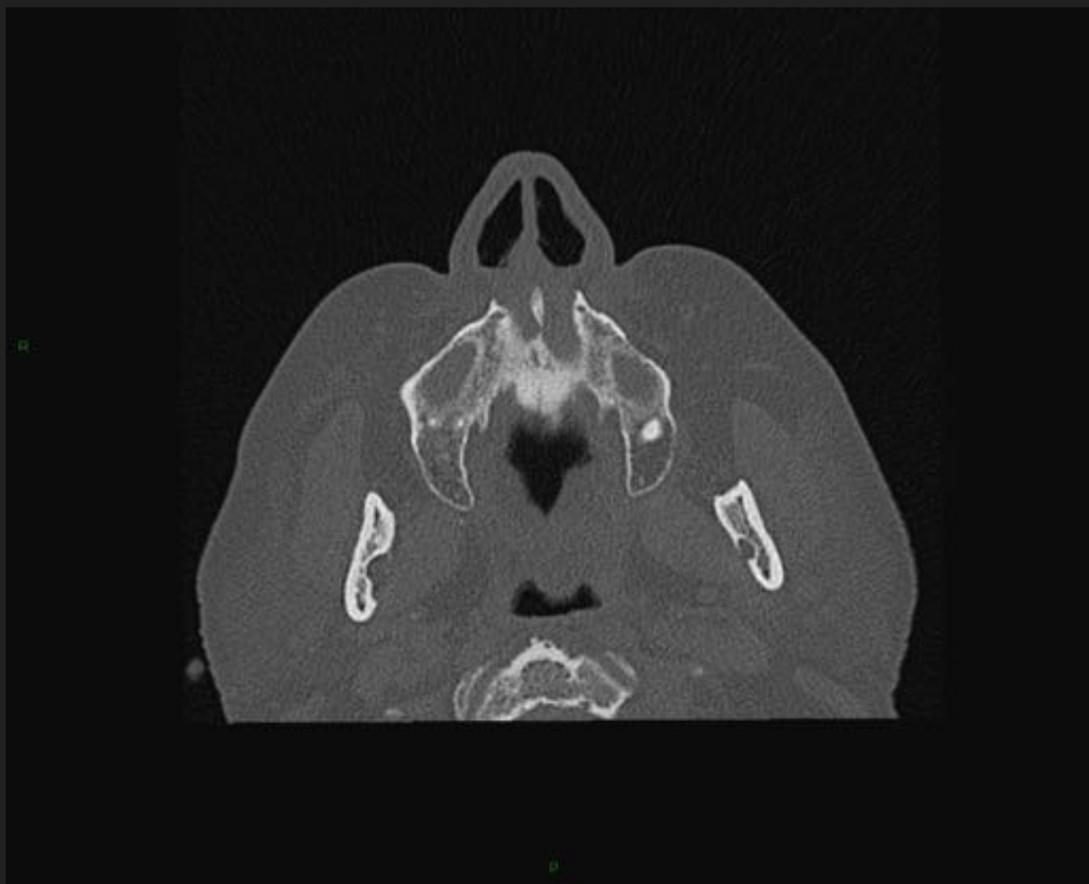














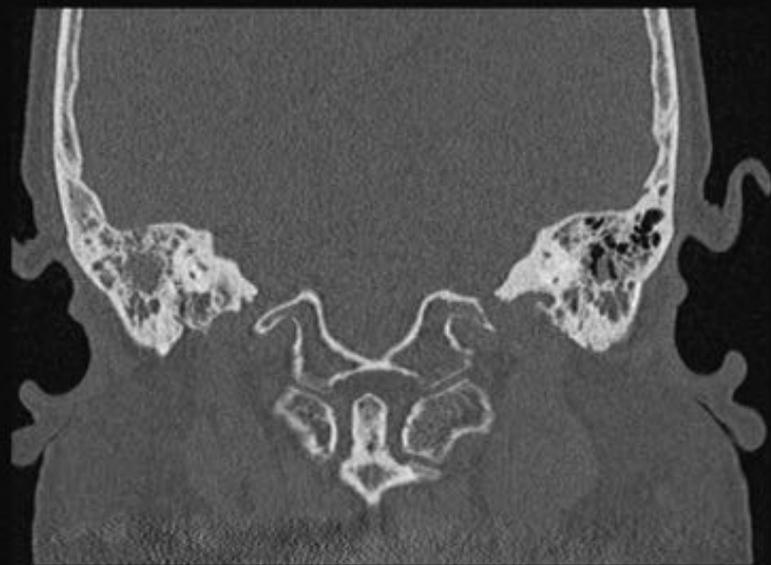


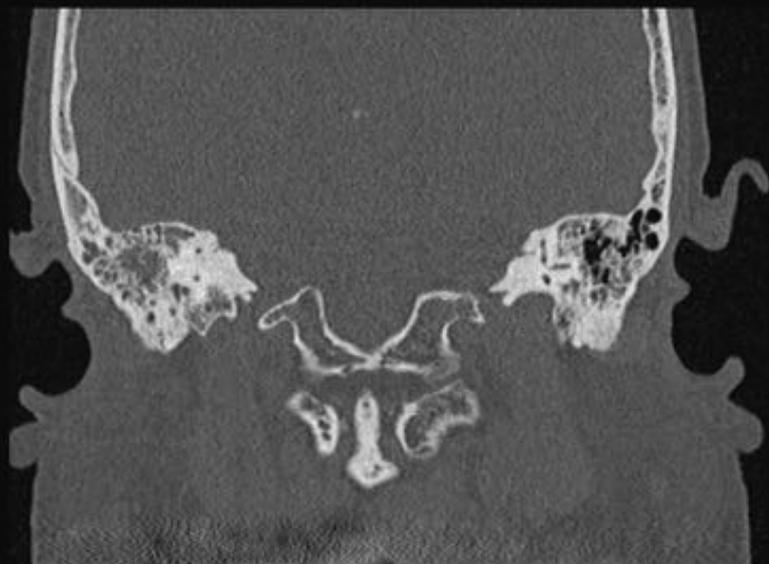


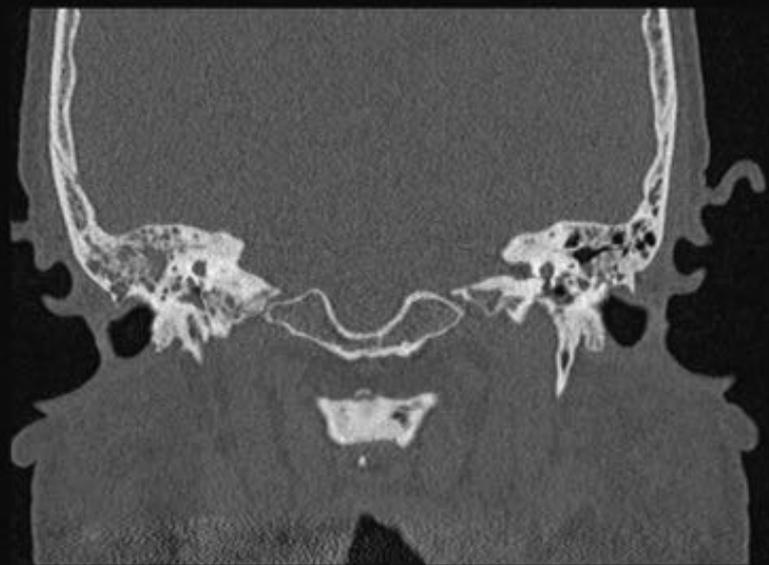


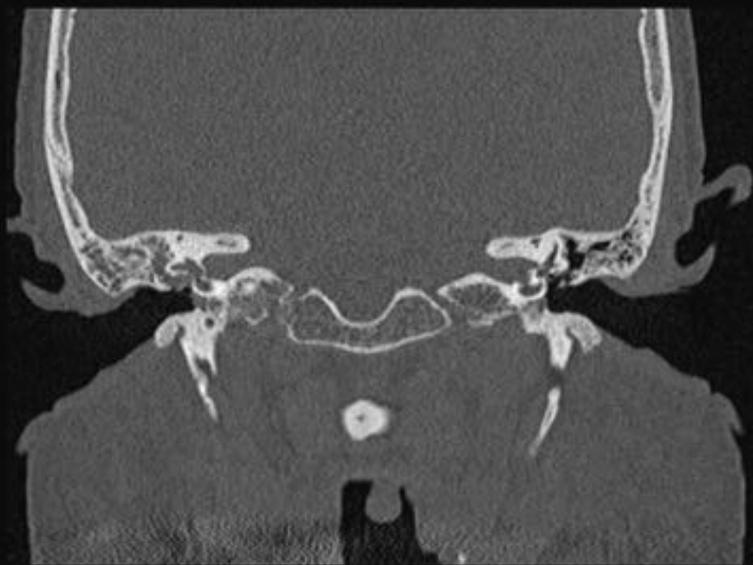




































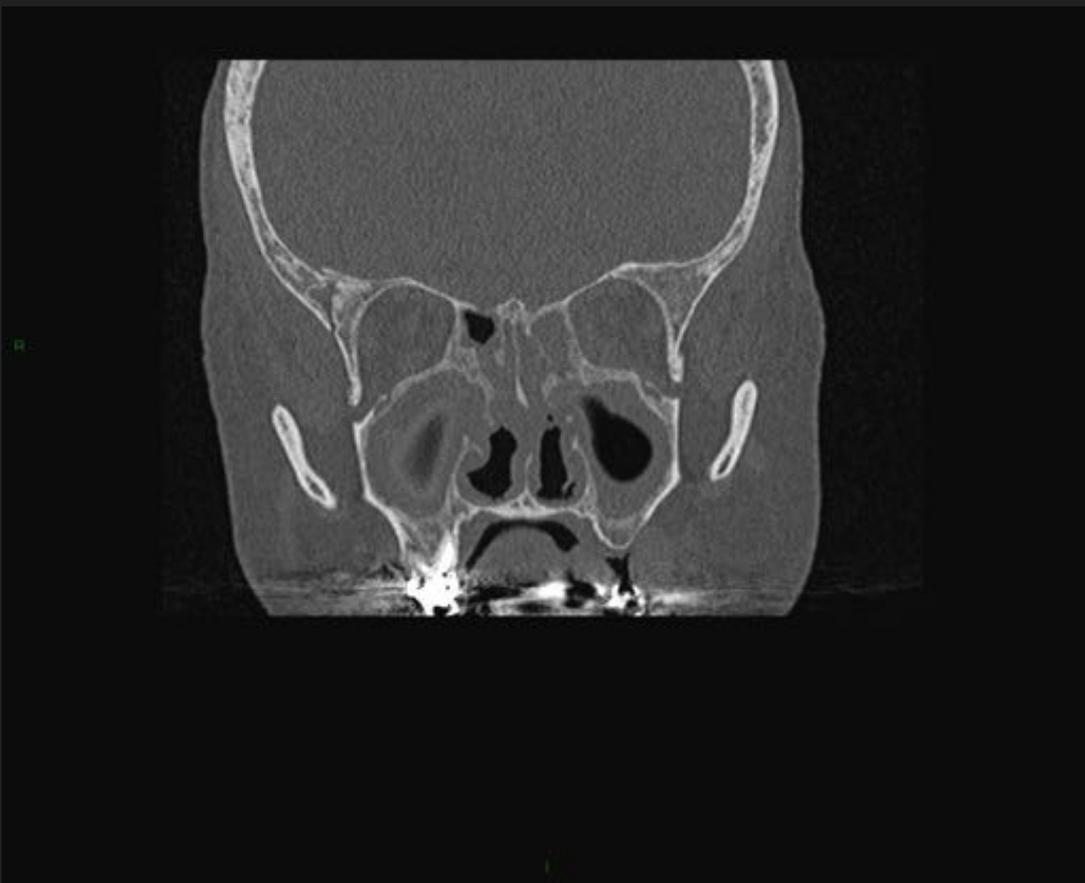
























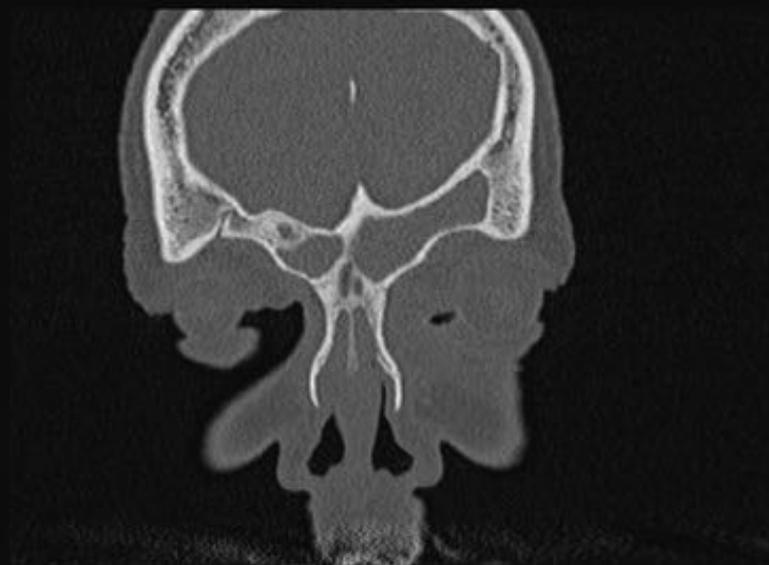














CAS CLINIQUE N°3 - QCM 1:

Concernant ces premières images:

- A) On confirme une exophtalmie gauche.
- B) L'ostéosclérose et l'épaississement muqueux sont en faveur d'une atteinte sinusienne chronique.
- C) L'atteinte sinusienne est évocatrice d'une PNS.
- D) L'atteinte sinusienne est évocatrice d'une sinusite fongo-allergique.
- E) Aucune conclusion n'est possible à l'étage sinusien car la dernière poussée est inférieure à 6 semaines.

CAS CLINIQUE N°3 - QCM 1:

Concernant ces premières images:

A) On confirme une exophtalmie gauche.

- **Vrai: exophtalmie de grade I**

B) L'ostéosclérose et l'épaississement muqueux sont en faveur d'une atteinte sinusienne chronique.

- **Vrai**

C) L'atteinte sinusienne est évocatrice d'une PNS.

- **Faux: ici atteinte invasive et érosions osseuses multiples.**

D) L'atteinte sinusienne est évocatrice d'une sinusite fongo-allergique.

- **Faux: Atteinte sinusienne multiple avec érosions osseuses et extension orbitaire possible, le plus souvent chez le sujet jeune immunocompétent. Mais plutôt unilatérale, à contenu spontanément dense (en plages ou éparses en "ciel étoilé") et rare en Europe**

E) Aucune conclusion n'est possible à l'étage sinusien car la dernière poussée est inférieure à 6 semaines.

- **Faux: dans ce cas il existe quand même des signes de sinusite chronique extensive.**

CAS CLINIQUE N°3 - QCM 2:

Parmi les atteintes sinusiennes visibles, on retient:

- A) un aspect post-opératoire typique post-méatotomie moyenne et turbinectomie bilatérale.
- B) Une fistule oro-sinusienne secondaire à une lyse du palais osseux.
- C) Une érosion de la lame papyracée gauche.
- D) Une extension à la fosse infra-temporale droite.
- E) Une possible surinfection aiguë maxillaire concomitante.

CAS CLINIQUE N°3 - QCM 2:

Parmi les atteintes sinusiennes visibles, on retient:

A) un aspect post-opératoire typique post-méatotomie moyenne et turbinectomie bilatérale.

- Faux: aspect de déminéralisation et érosions osseuses diffuses, notamment au niveau des cornets moyens, des cloisons inter-naso-sinusiennes et du septum nasal.

B) Une fistule oro-sinusienne secondaire à une lyse du palais osseux

- Faux

C) Une érosion de la lame papyracée gauche.

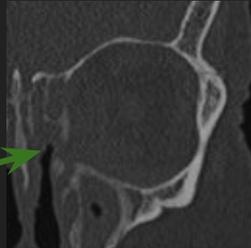
- Vrai

D) Une extension à la fosse infra-temporale droite.

- Faux

E) Une possible surinfection aiguë maxillaire concomitante.

- Vrai: présence de NHA maxillaires, à confronter à la clinique.



CAS CLINIQUE N°3:

En reprenant l'interrogatoire, le patient vous dit se sentir plus essoufflé depuis quelques semaines et avoir "craché du sang" à plusieurs reprises.

Il n'a pas d'autre antécédent particulier:

- pas de prise de toxique
- pas d'antécédent traumatique
- pas d'antécédent chirurgical.
- pas de contexte néoplasique ou infectieux connu.

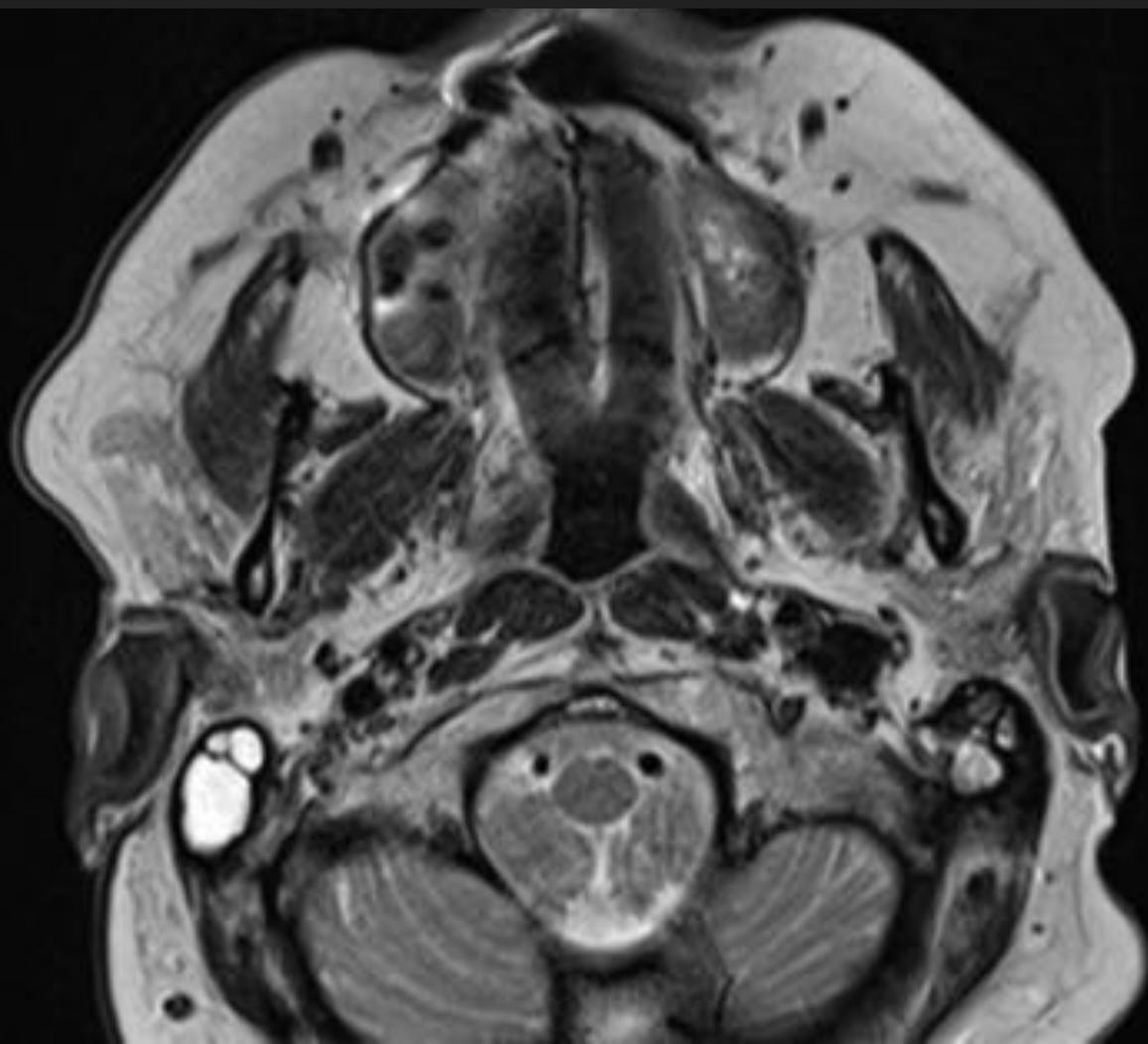
CAS CLINIQUE N°3:

Il est décidé de réaliser une IRM centrée sur les cavités sinusiennes ainsi qu'un scanner TAP en complément.

Une nasofibroskopie réalisée dans l'intervalle retrouve des ulcérations muqueuses diffuses.

0.00
0.00
0.00
0.00
0.00

0.00
0.00
0.00



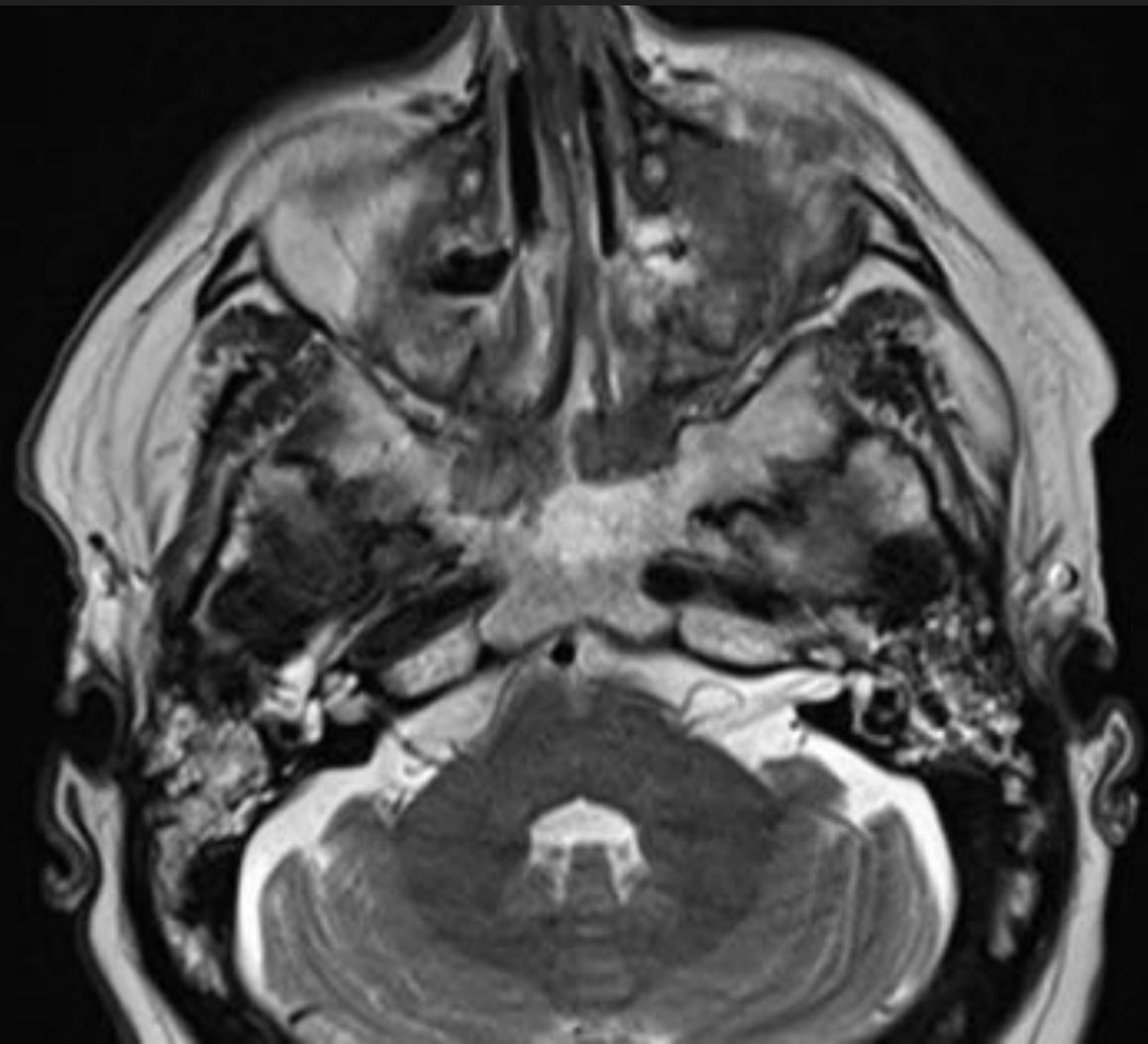
0.00
0.00
0.00
0.00
0.00

0.00
0.00
0.00
0.00
0.00

0.00
0.00
0.00

Study: 1.123456
Date: 12/12/2023
Time: 10:00 AM
Patient: J. Doe
Ref: 123456

Study: 1.123456
Date: 12/12/2023
Time: 10:00 AM
Patient: J. Doe
Ref: 123456



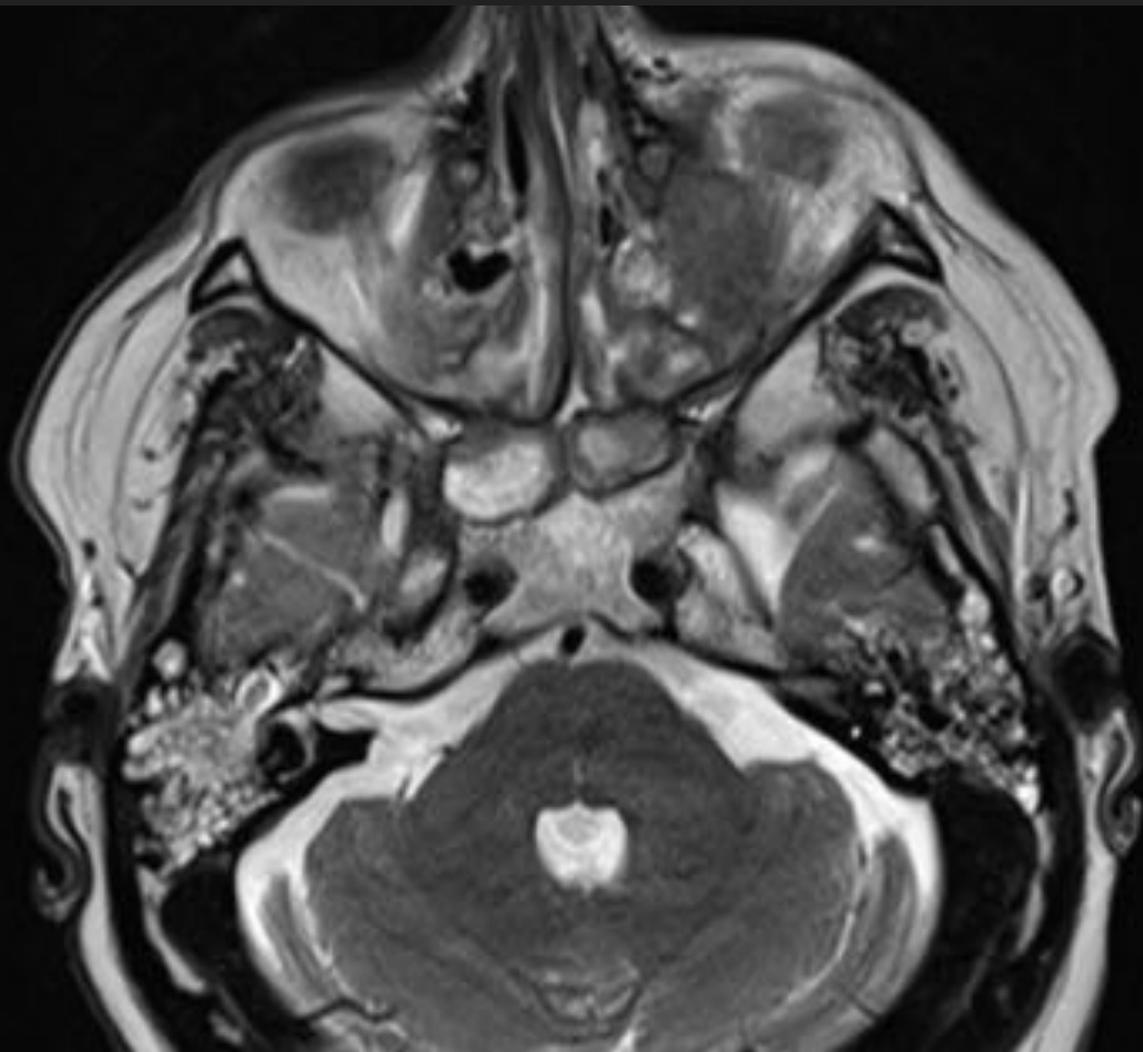
1.123456
1.123456
1.123456
1.123456
1.123456



1.123456
1.123456

Study: 2012-01-10
Date: 2012-01-10
Time: 10:00:00
Patient: 2012-01-10
Age: 60

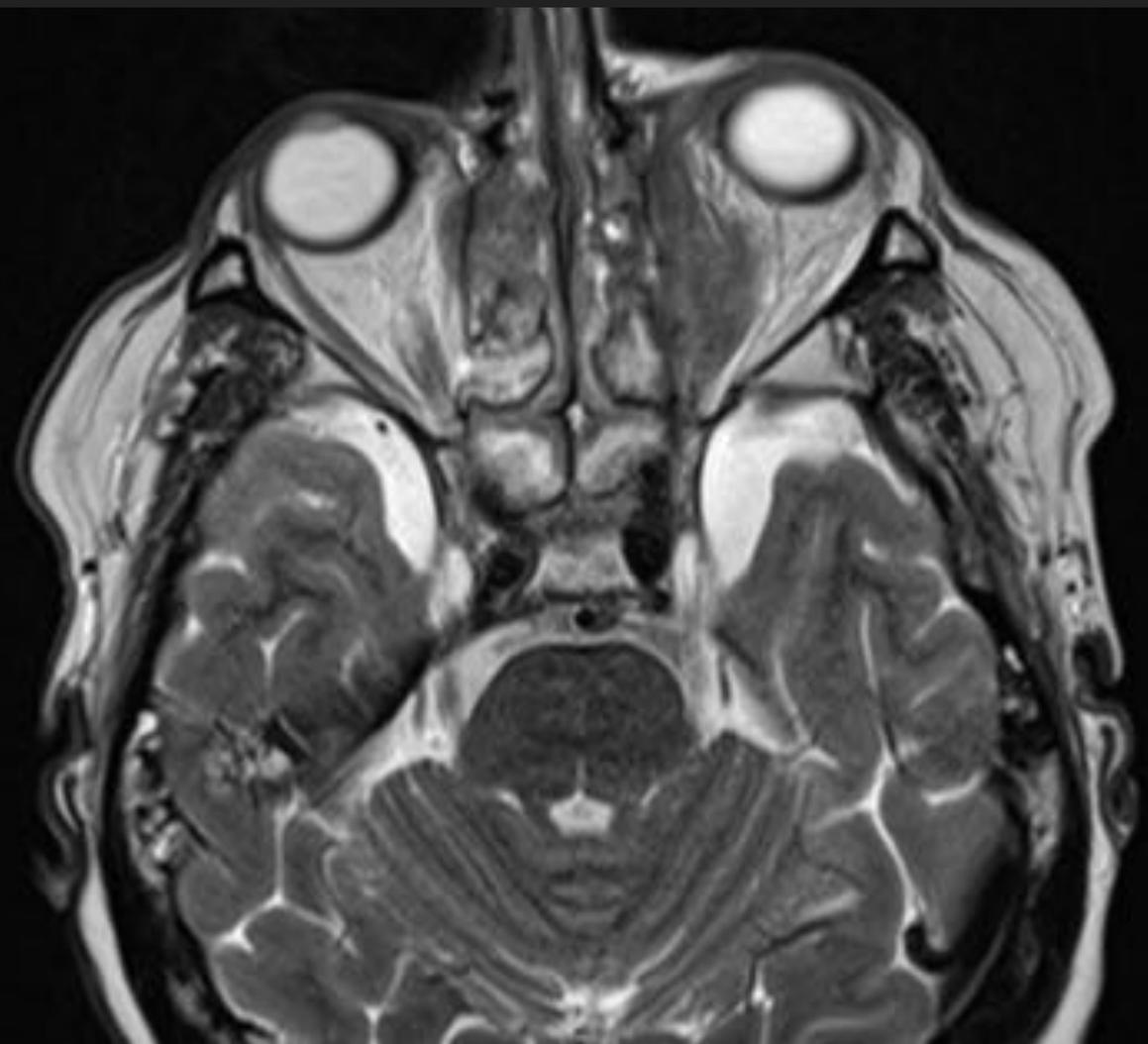
Study: 2012-01-10
Date: 2012-01-10
Time: 10:00:00
Patient: 2012-01-10
Age: 60



Study: 2012-01-10
Date: 2012-01-10
Time: 10:00:00
Patient: 2012-01-10
Age: 60

Study: 2012-01-10
Date: 2012-01-10
Time: 10:00:00
Patient: 2012-01-10
Age: 60

0.00 1.00 2.00 3.00 4.00 5.00 6.00 7.00 8.00 9.00 10.00 11.00 12.00 13.00 14.00 15.00 16.00 17.00 18.00 19.00 20.00 21.00 22.00 23.00 24.00 25.00 26.00 27.00 28.00 29.00 30.00 31.00 32.00 33.00 34.00 35.00 36.00 37.00 38.00 39.00 40.00 41.00 42.00 43.00 44.00 45.00 46.00 47.00 48.00 49.00 50.00 51.00 52.00 53.00 54.00 55.00 56.00 57.00 58.00 59.00 60.00 61.00 62.00 63.00 64.00 65.00 66.00 67.00 68.00 69.00 70.00 71.00 72.00 73.00 74.00 75.00 76.00 77.00 78.00 79.00 80.00 81.00 82.00 83.00 84.00 85.00 86.00 87.00 88.00 89.00 90.00 91.00 92.00 93.00 94.00 95.00 96.00 97.00 98.00 99.00 100.00



0.00 1.00 2.00 3.00 4.00 5.00 6.00 7.00 8.00 9.00 10.00 11.00 12.00 13.00 14.00 15.00 16.00 17.00 18.00 19.00 20.00 21.00 22.00 23.00 24.00 25.00 26.00 27.00 28.00 29.00 30.00 31.00 32.00 33.00 34.00 35.00 36.00 37.00 38.00 39.00 40.00 41.00 42.00 43.00 44.00 45.00 46.00 47.00 48.00 49.00 50.00 51.00 52.00 53.00 54.00 55.00 56.00 57.00 58.00 59.00 60.00 61.00 62.00 63.00 64.00 65.00 66.00 67.00 68.00 69.00 70.00 71.00 72.00 73.00 74.00 75.00 76.00 77.00 78.00 79.00 80.00 81.00 82.00 83.00 84.00 85.00 86.00 87.00 88.00 89.00 90.00 91.00 92.00 93.00 94.00 95.00 96.00 97.00 98.00 99.00 100.00

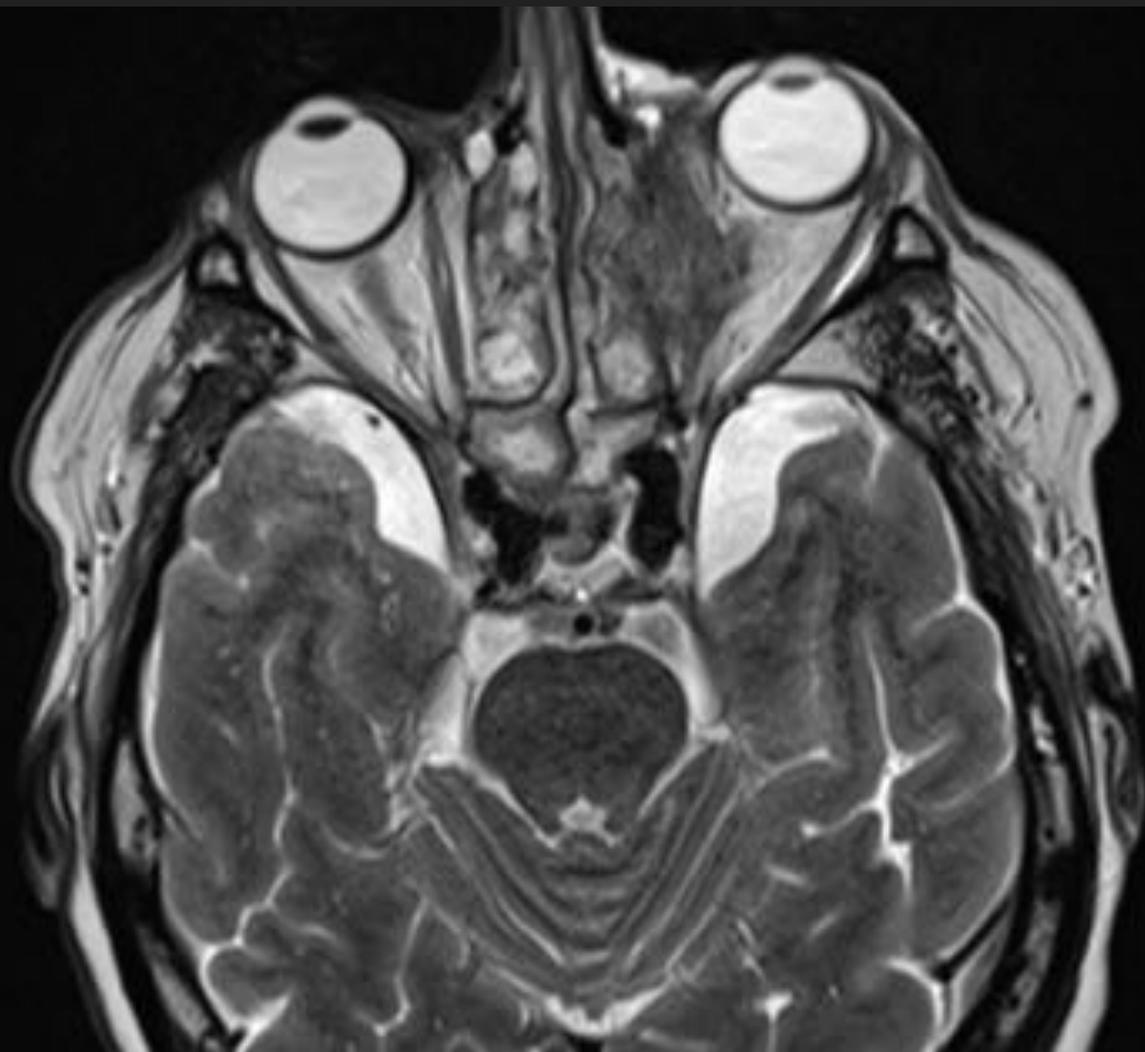
0.00 1.00 2.00 3.00 4.00 5.00 6.00 7.00 8.00 9.00 10.00 11.00 12.00 13.00 14.00 15.00 16.00 17.00 18.00 19.00 20.00 21.00 22.00 23.00 24.00 25.00 26.00 27.00 28.00 29.00 30.00 31.00 32.00 33.00 34.00 35.00 36.00 37.00 38.00 39.00 40.00 41.00 42.00 43.00 44.00 45.00 46.00 47.00 48.00 49.00 50.00 51.00 52.00 53.00 54.00 55.00 56.00 57.00 58.00 59.00 60.00 61.00 62.00 63.00 64.00 65.00 66.00 67.00 68.00 69.00 70.00 71.00 72.00 73.00 74.00 75.00 76.00 77.00 78.00 79.00 80.00 81.00 82.00 83.00 84.00 85.00 86.00 87.00 88.00 89.00 90.00 91.00 92.00 93.00 94.00 95.00 96.00 97.00 98.00 99.00 100.00



0.00 1.00 2.00 3.00 4.00 5.00 6.00 7.00 8.00 9.00 10.00 11.00 12.00 13.00 14.00 15.00 16.00 17.00 18.00 19.00 20.00 21.00 22.00 23.00 24.00 25.00 26.00 27.00 28.00 29.00 30.00 31.00 32.00 33.00 34.00 35.00 36.00 37.00 38.00 39.00 40.00 41.00 42.00 43.00 44.00 45.00 46.00 47.00 48.00 49.00 50.00 51.00 52.00 53.00 54.00 55.00 56.00 57.00 58.00 59.00 60.00 61.00 62.00 63.00 64.00 65.00 66.00 67.00 68.00 69.00 70.00 71.00 72.00 73.00 74.00 75.00 76.00 77.00 78.00 79.00 80.00 81.00 82.00 83.00 84.00 85.00 86.00 87.00 88.00 89.00 90.00 91.00 92.00 93.00 94.00 95.00 96.00 97.00 98.00 99.00 100.00

0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 0.00

0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 0.00



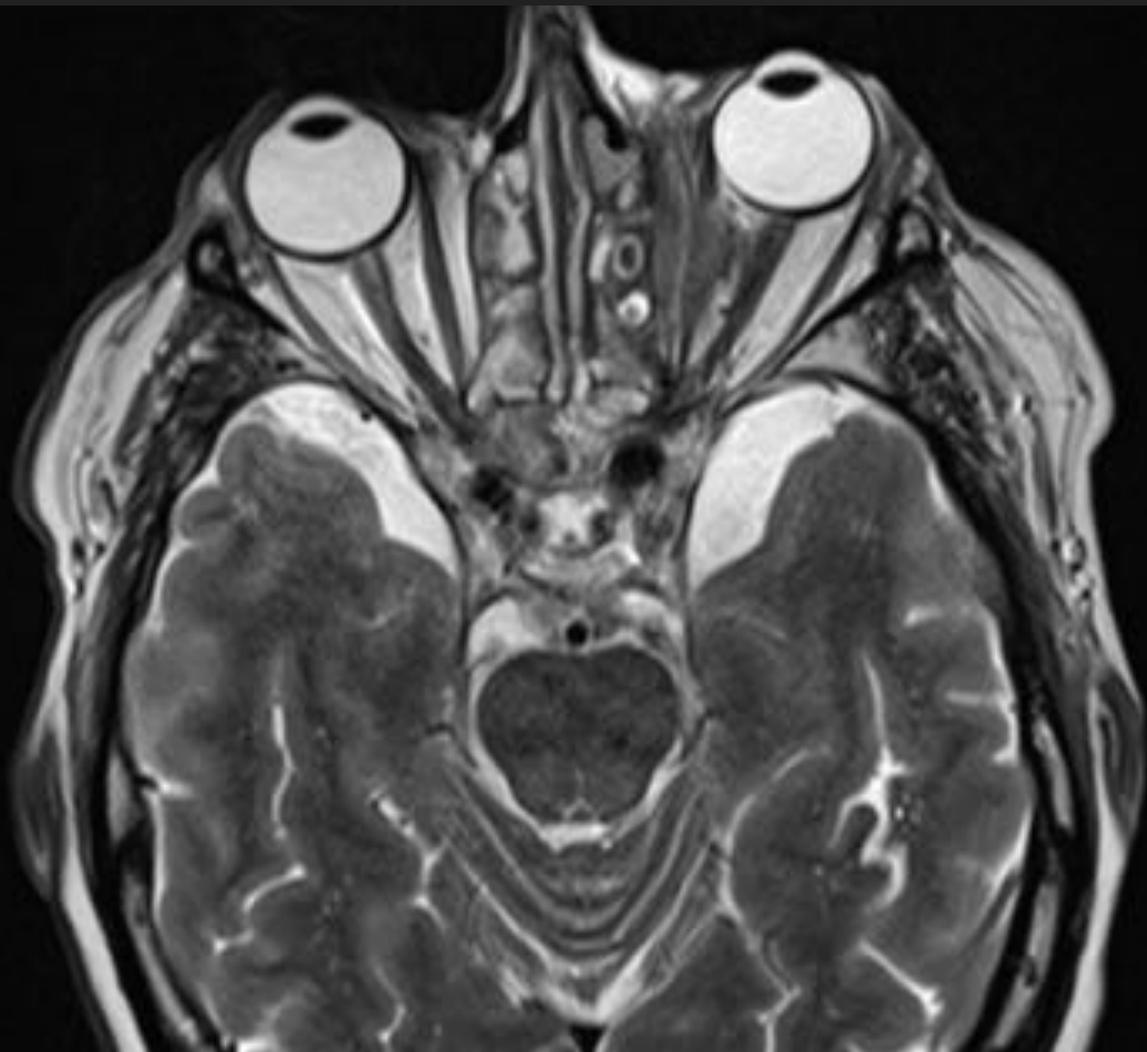
0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 0.00

0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 0.00

0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 0.00

0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 0.00

0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 0.00



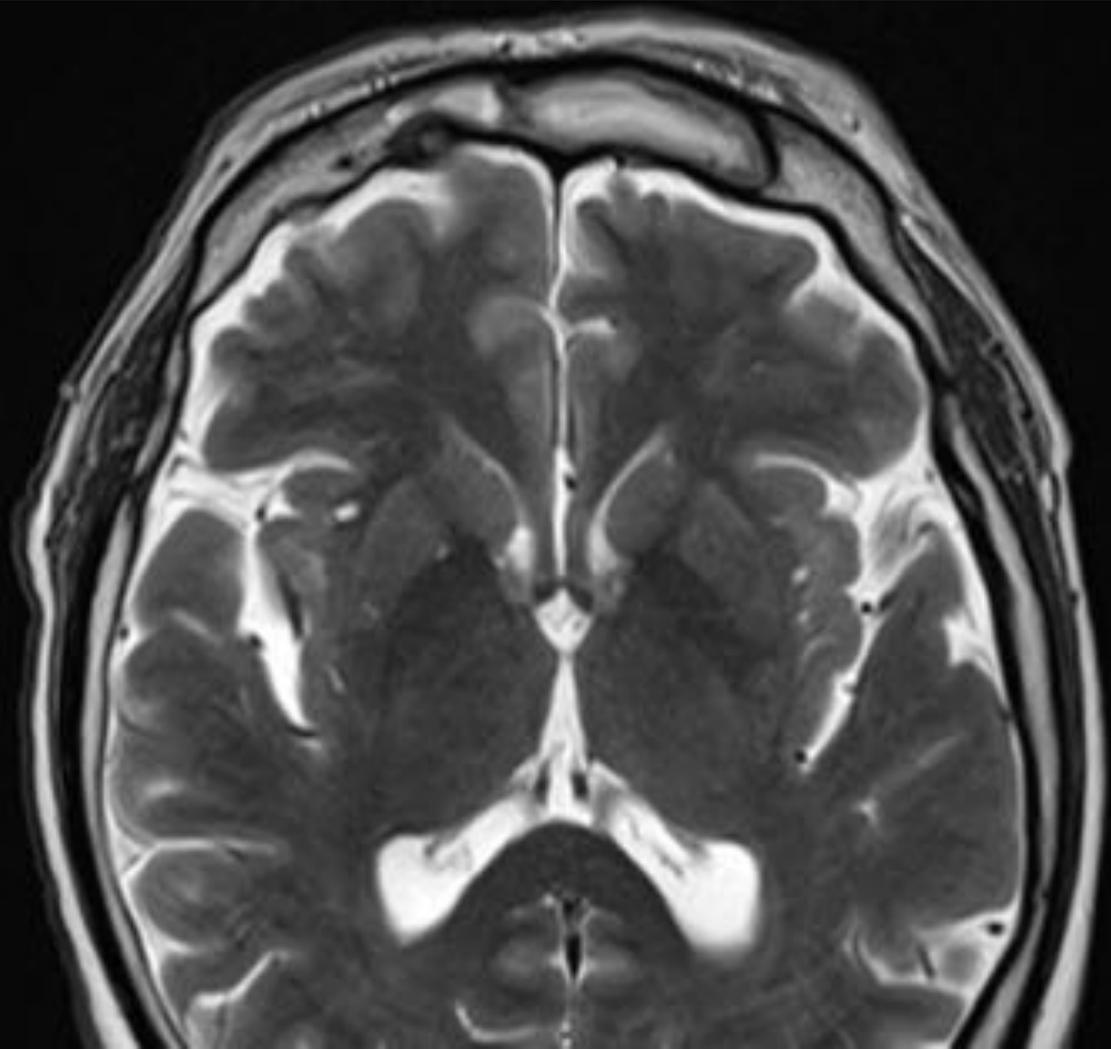
0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 0.00



0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 0.00
0.00 0.00 0.00

Study: 2024-01-15
Patient: 123456789
Exam: MRI Brain
Series: T2-FLAIR

1.5T
L: Left
R: Right



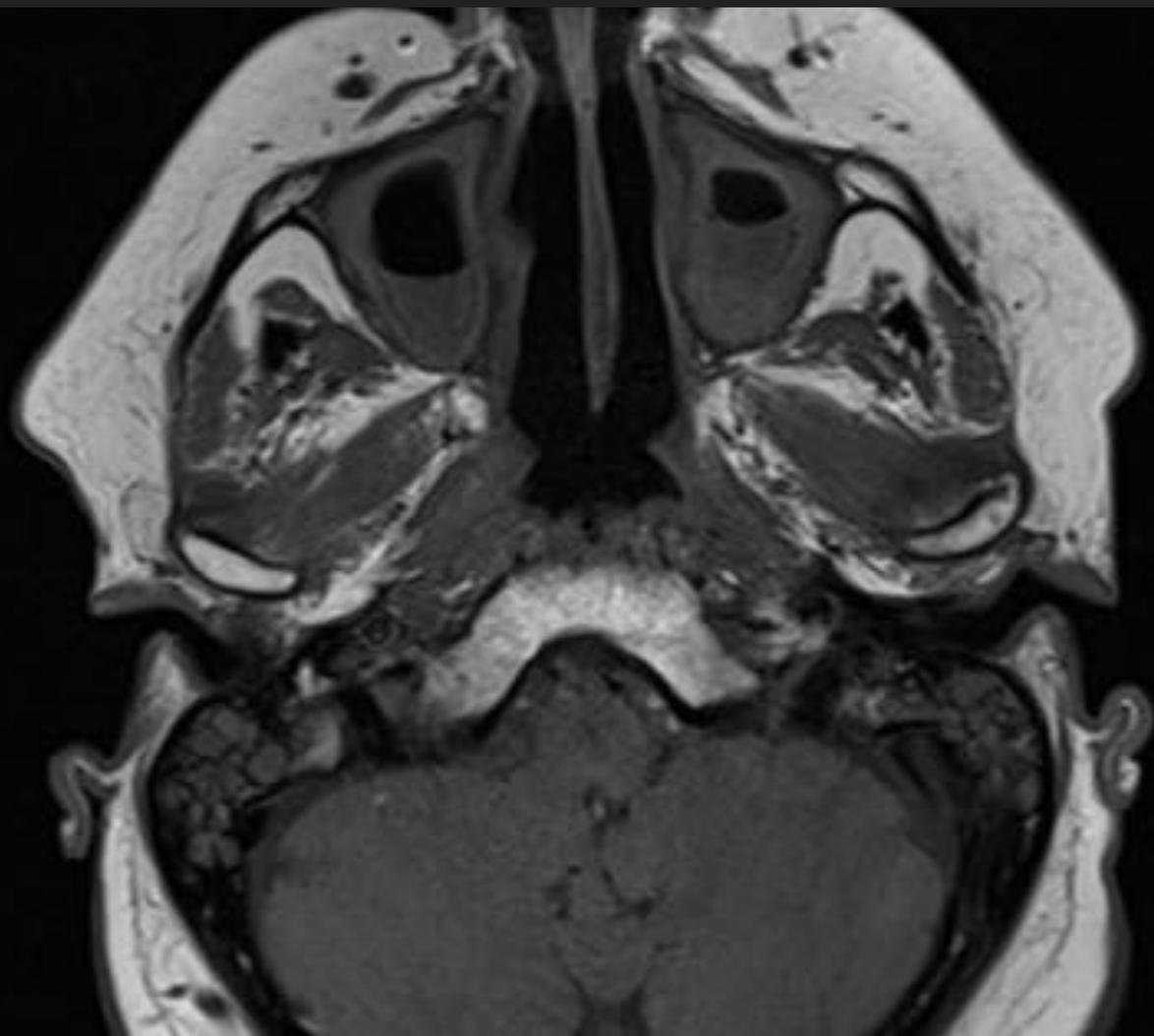
0.5
0.5
0.5
0.5

100
100
100
100

1.5

0.5mm
T1
T1-weighted, axial
T1-weighted, axial, post-contrast
T1-weighted, axial, pre-contrast

0.5mm
T1
T1-weighted, axial
T1-weighted, axial, post-contrast
T1-weighted, axial, pre-contrast



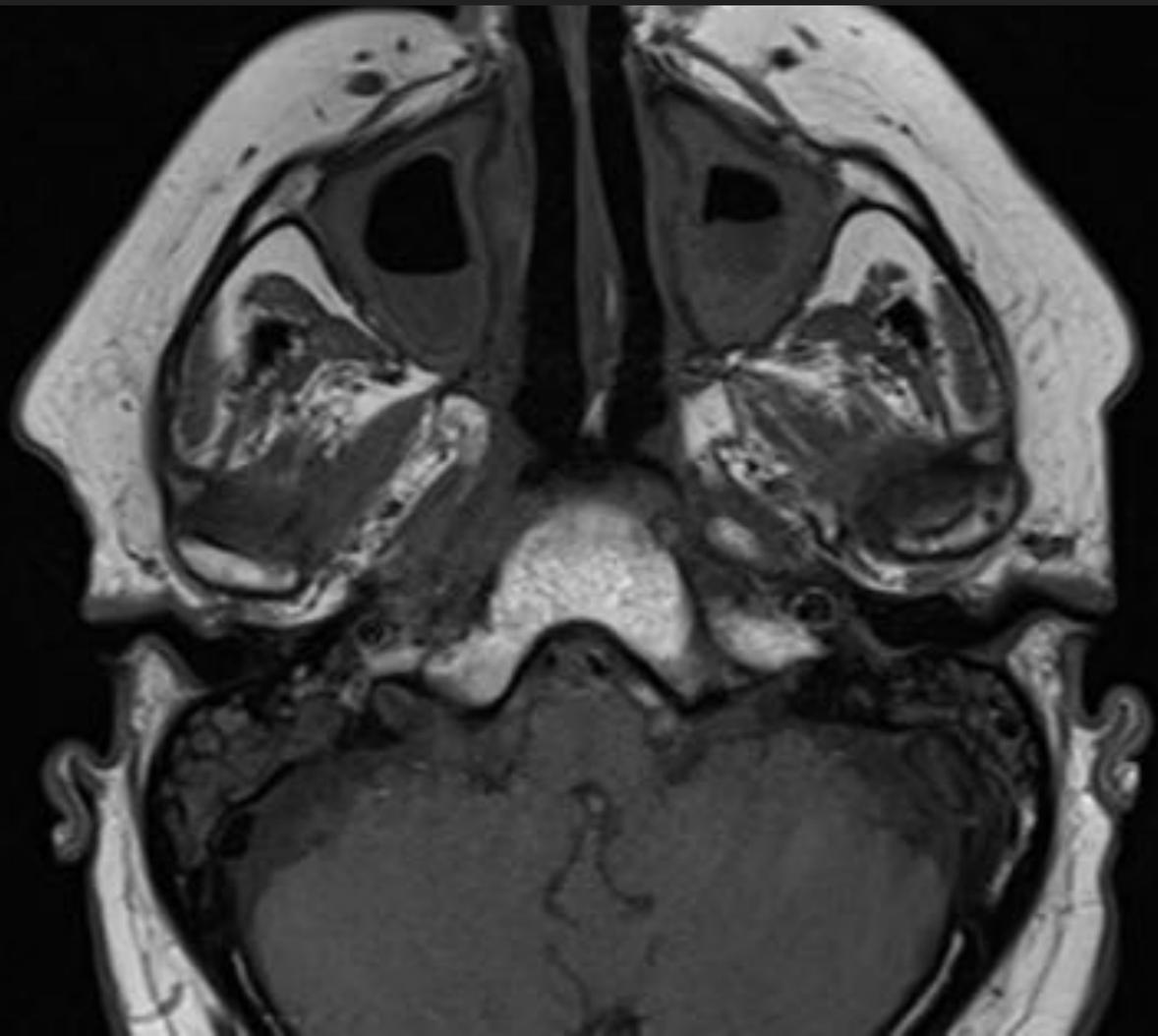
0.5mm
T1
T1-weighted, axial
T1-weighted, axial, post-contrast
T1-weighted, axial, pre-contrast

0.5mm
T1
T1-weighted, axial
T1-weighted, axial, post-contrast
T1-weighted, axial, pre-contrast

0.5mm
T1
T1-weighted, axial
T1-weighted, axial, post-contrast
T1-weighted, axial, pre-contrast

0.500000
0.500000
0.500000
0.500000
0.500000

0.500000
0.500000
0.500000
0.500000
0.500000



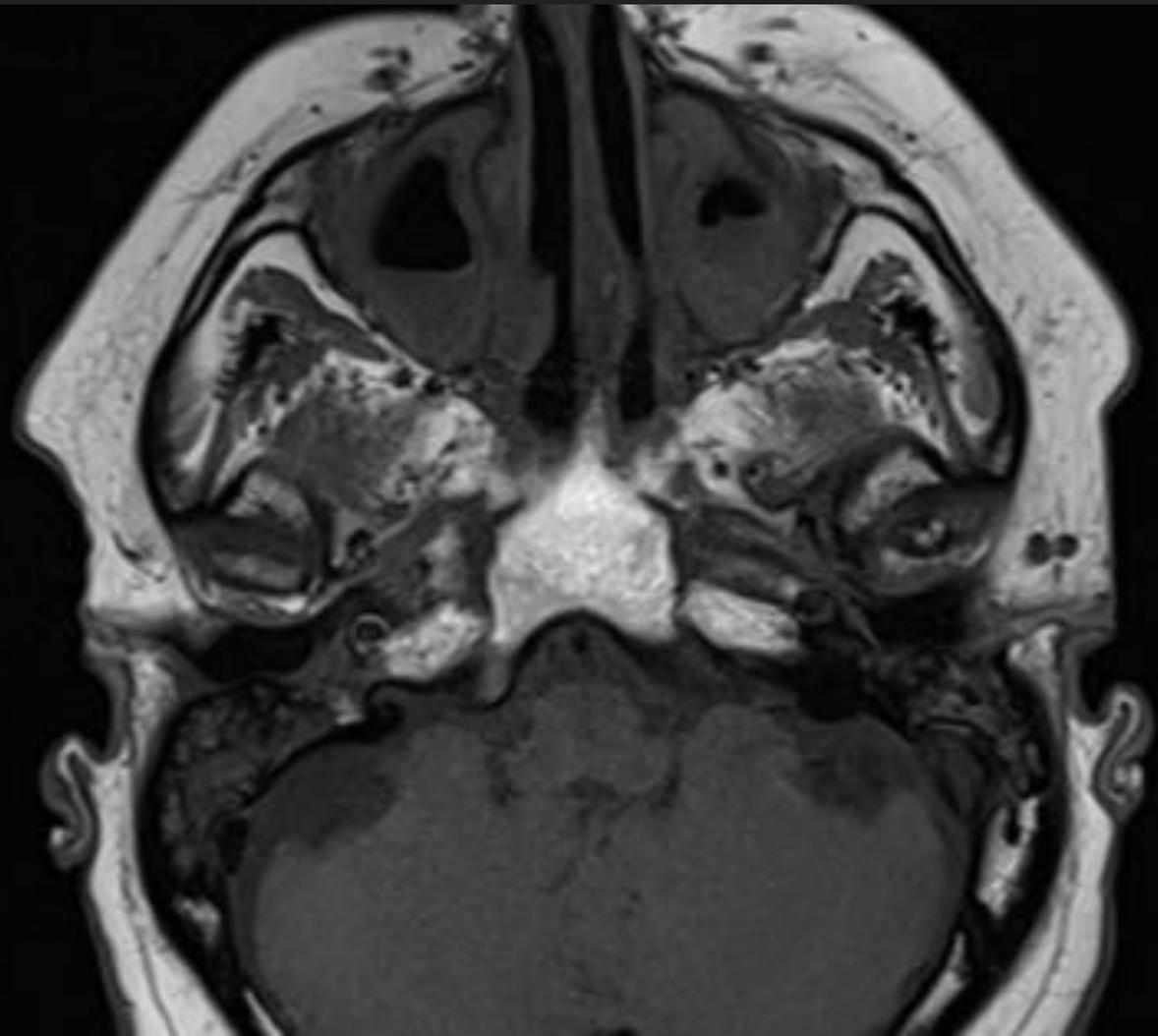
0.500000
0.500000
0.500000
0.500000
0.500000

0.500000
0.500000
0.500000
0.500000
0.500000

0.500000
0.500000
0.500000
0.500000
0.500000

Study: 2014-0001
Patient: 10000000000000000000
Series: 10000000000000000000
Case: 10000000000000000000

10000000000000000000
10000000000000000000
10000000000000000000

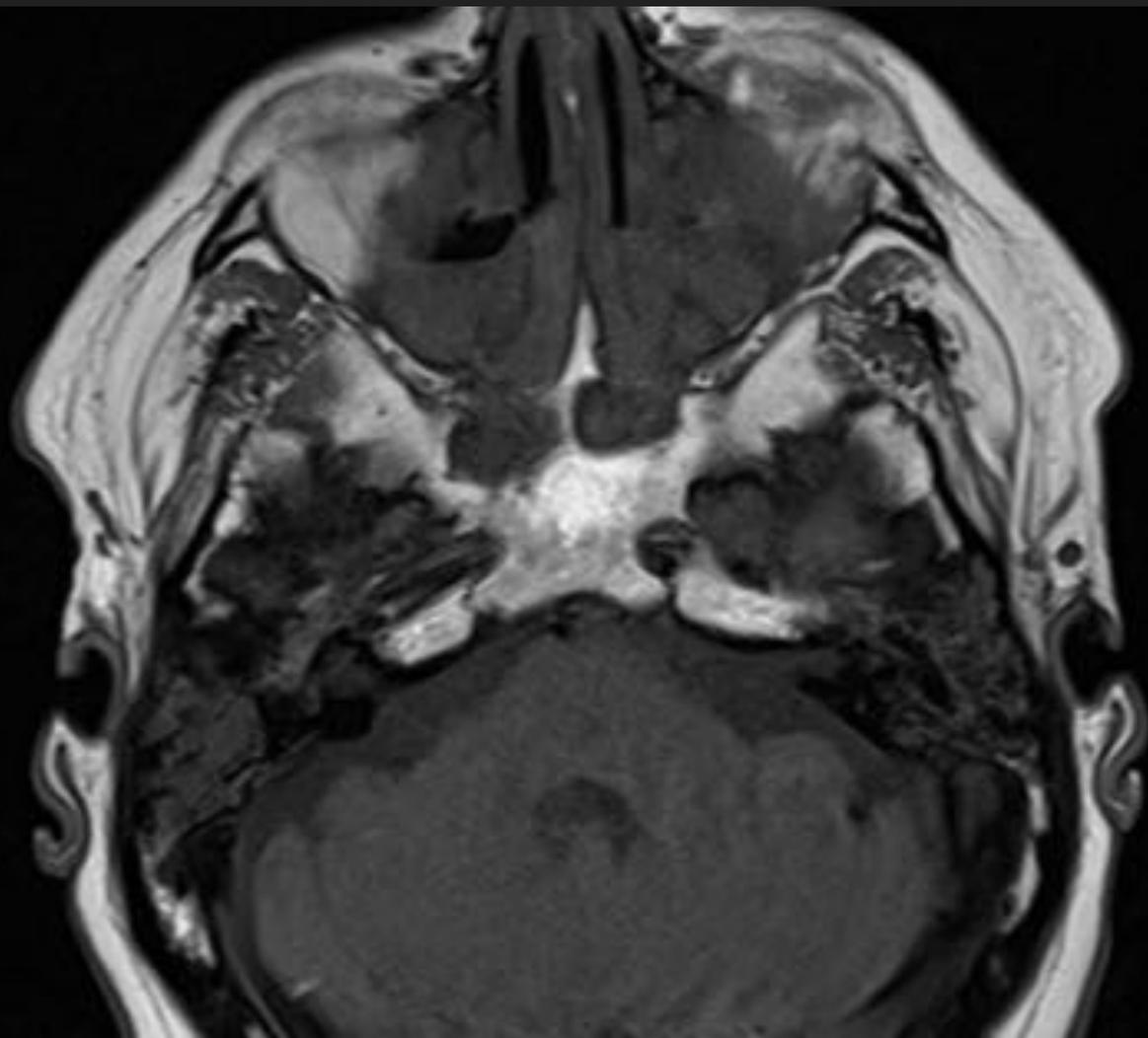


10000000000000000000
10000000000000000000
10000000000000000000

10000000000000000000
10000000000000000000

0.00 1.00 2.00 3.00 4.00 5.00 6.00 7.00 8.00 9.00 10.00 11.00 12.00 13.00 14.00 15.00 16.00 17.00 18.00 19.00 20.00 21.00 22.00 23.00 24.00 25.00 26.00 27.00 28.00 29.00 30.00 31.00 32.00 33.00 34.00 35.00 36.00 37.00 38.00 39.00 40.00 41.00 42.00 43.00 44.00 45.00 46.00 47.00 48.00 49.00 50.00 51.00 52.00 53.00 54.00 55.00 56.00 57.00 58.00 59.00 60.00 61.00 62.00 63.00 64.00 65.00 66.00 67.00 68.00 69.00 70.00 71.00 72.00 73.00 74.00 75.00 76.00 77.00 78.00 79.00 80.00 81.00 82.00 83.00 84.00 85.00 86.00 87.00 88.00 89.00 90.00 91.00 92.00 93.00 94.00 95.00 96.00 97.00 98.00 99.00 100.00

0.00 1.00 2.00 3.00 4.00 5.00 6.00 7.00 8.00 9.00 10.00 11.00 12.00 13.00 14.00 15.00 16.00 17.00 18.00 19.00 20.00 21.00 22.00 23.00 24.00 25.00 26.00 27.00 28.00 29.00 30.00 31.00 32.00 33.00 34.00 35.00 36.00 37.00 38.00 39.00 40.00 41.00 42.00 43.00 44.00 45.00 46.00 47.00 48.00 49.00 50.00 51.00 52.00 53.00 54.00 55.00 56.00 57.00 58.00 59.00 60.00 61.00 62.00 63.00 64.00 65.00 66.00 67.00 68.00 69.00 70.00 71.00 72.00 73.00 74.00 75.00 76.00 77.00 78.00 79.00 80.00 81.00 82.00 83.00 84.00 85.00 86.00 87.00 88.00 89.00 90.00 91.00 92.00 93.00 94.00 95.00 96.00 97.00 98.00 99.00

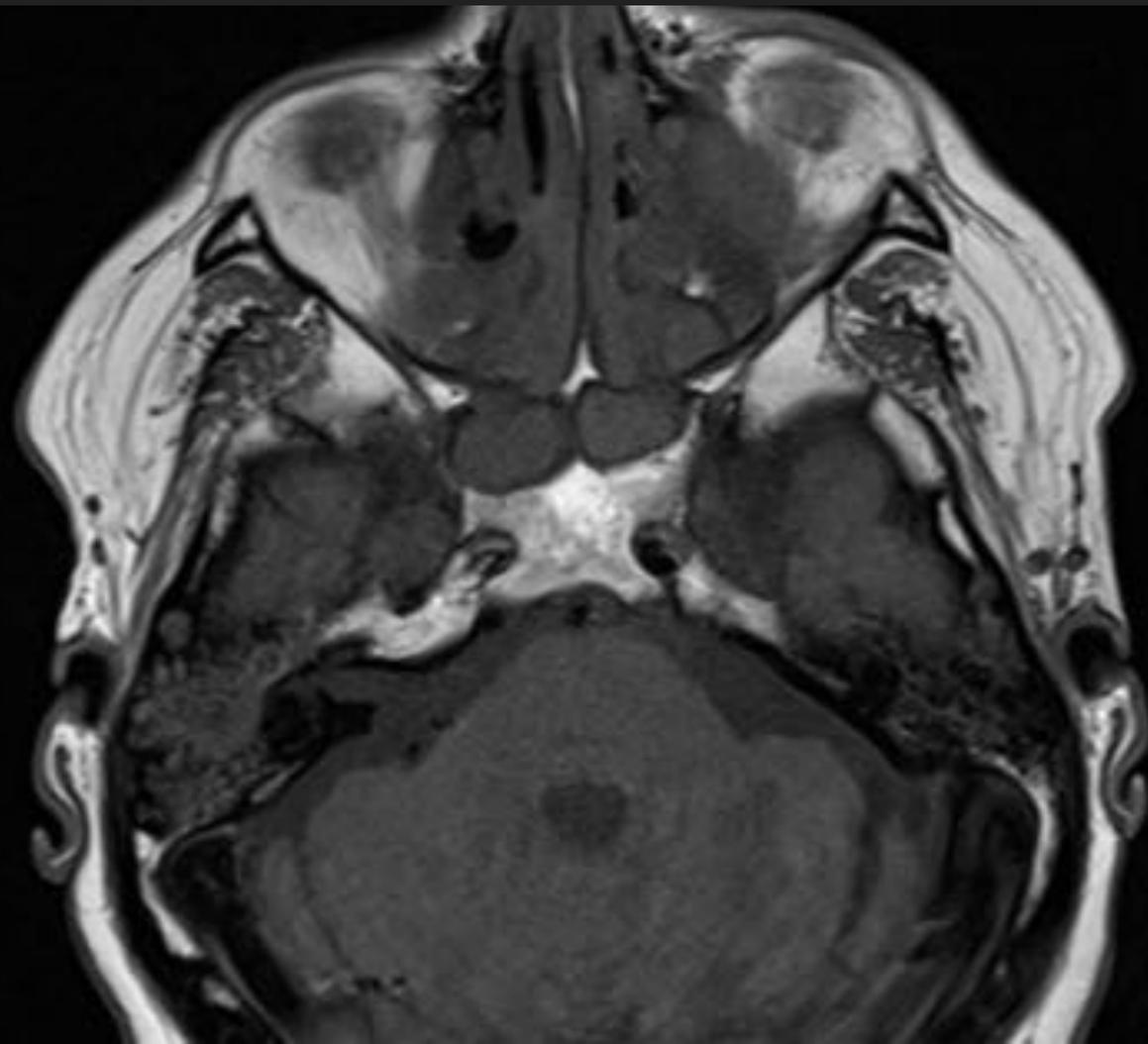


0.00 1.00 2.00 3.00 4.00 5.00 6.00 7.00 8.00 9.00 10.00 11.00 12.00 13.00 14.00 15.00 16.00 17.00 18.00 19.00 20.00 21.00 22.00 23.00 24.00 25.00 26.00 27.00 28.00 29.00 30.00 31.00 32.00 33.00 34.00 35.00 36.00 37.00 38.00 39.00 40.00 41.00 42.00 43.00 44.00 45.00 46.00 47.00 48.00 49.00 50.00 51.00 52.00 53.00 54.00 55.00 56.00 57.00 58.00 59.00 60.00 61.00 62.00 63.00 64.00 65.00 66.00 67.00 68.00 69.00 70.00 71.00 72.00 73.00 74.00 75.00 76.00 77.00 78.00 79.00 80.00 81.00 82.00 83.00 84.00 85.00 86.00 87.00 88.00 89.00 90.00 91.00 92.00 93.00 94.00 95.00 96.00 97.00 98.00 99.00

0.00 1.00 2.00 3.00 4.00 5.00 6.00 7.00 8.00 9.00 10.00 11.00 12.00 13.00 14.00 15.00 16.00 17.00 18.00 19.00 20.00 21.00 22.00 23.00 24.00 25.00 26.00 27.00 28.00 29.00 30.00 31.00 32.00 33.00 34.00 35.00 36.00 37.00 38.00 39.00 40.00 41.00 42.00 43.00 44.00 45.00 46.00 47.00 48.00 49.00 50.00 51.00 52.00 53.00 54.00 55.00 56.00 57.00 58.00 59.00 60.00 61.00 62.00 63.00 64.00 65.00 66.00 67.00 68.00 69.00 70.00 71.00 72.00 73.00 74.00 75.00 76.00 77.00 78.00 79.00 80.00 81.00 82.00 83.00 84.00 85.00 86.00 87.00 88.00 89.00 90.00 91.00 92.00 93.00 94.00 95.00 96.00 97.00 98.00 99.00

Study: 10.11.2018
Date: 10.11.2018
Time: 10:11:20
Series: T1W, Ax, 3mm, 10.11.2018
Case: 10.11.2018

Study: 10.11.2018
Date: 10.11.2018
Time: 10:11:20
Series: T1W, Ax, 3mm, 10.11.2018
Case: 10.11.2018



Study: 10.11.2018
Date: 10.11.2018
Time: 10:11:20
Series: T1W, Ax, 3mm, 10.11.2018
Case: 10.11.2018



Study: 10.11.2018
Date: 10.11.2018
Time: 10:11:20
Series: T1W, Ax, 3mm, 10.11.2018
Case: 10.11.2018

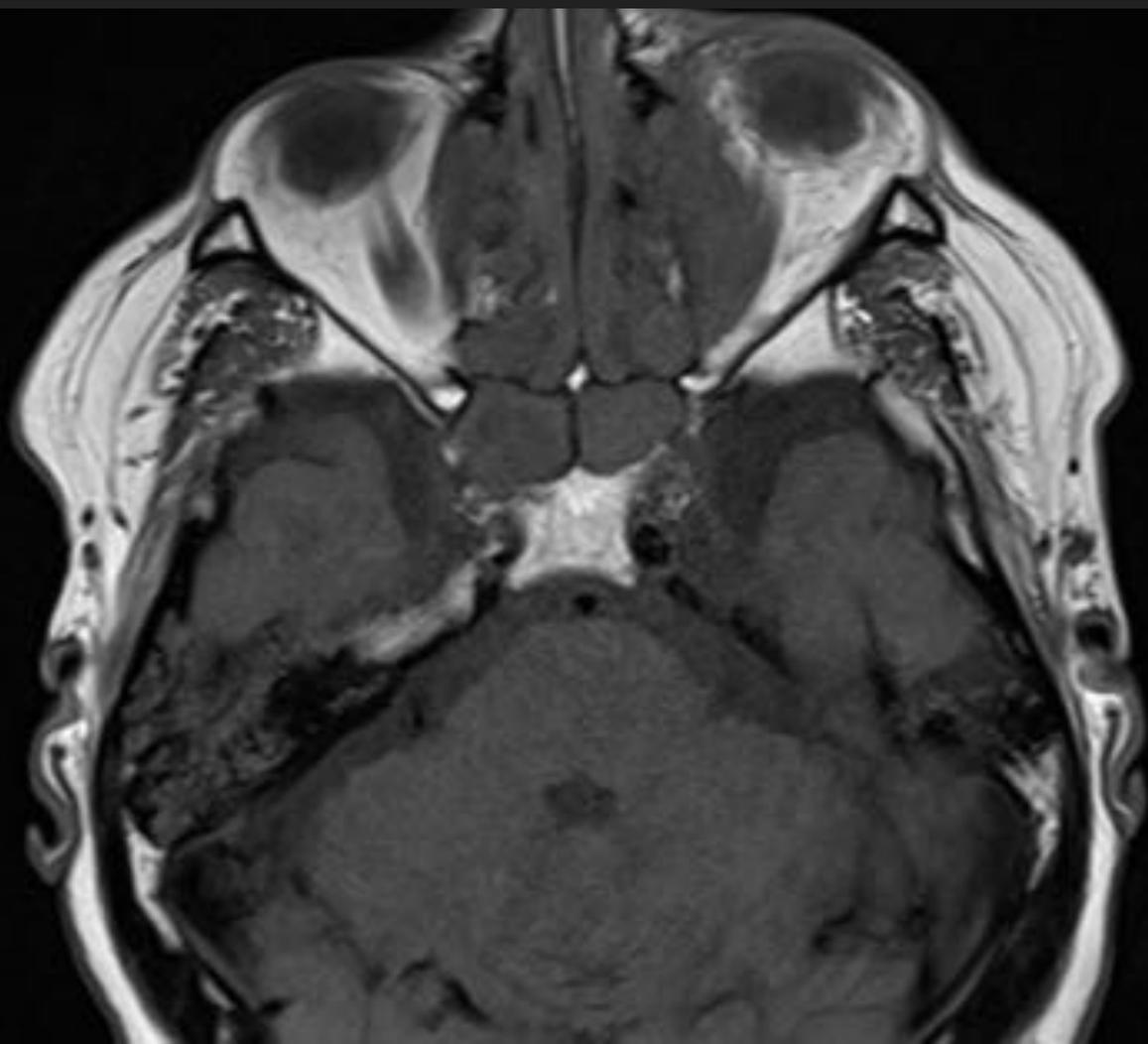
0.000000
0.000000
0.000000
0.000000
0.000000

0.000000
0.000000
0.000000

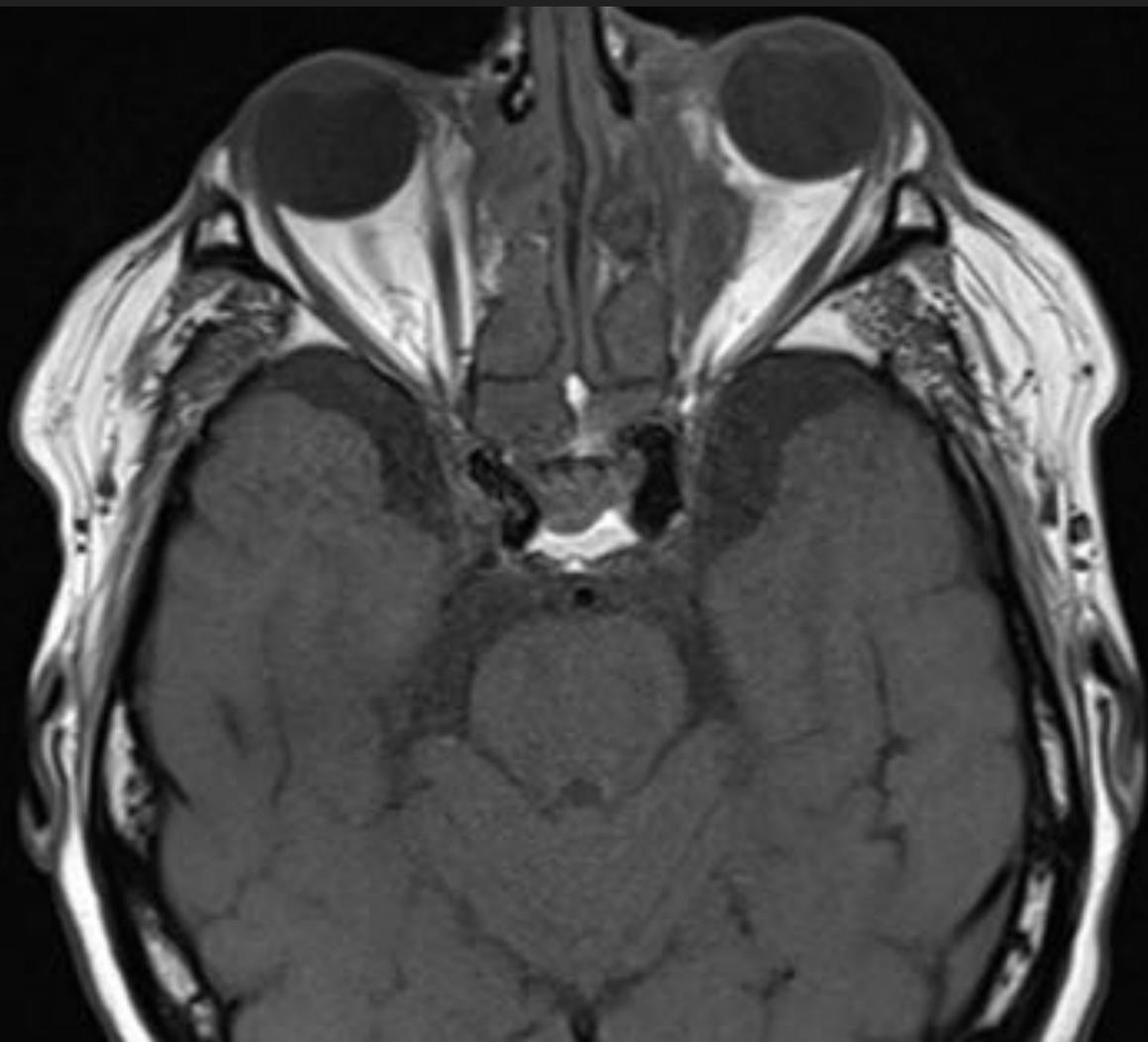
0.000000
0.000000
0.000000
0.000000
0.000000

0.000000
0.000000
0.000000
0.000000
0.000000

0.000000
0.000000
0.000000



0.000000
0.000000
0.000000
0.000000
0.000000



0.000000
0.000000
0.000000

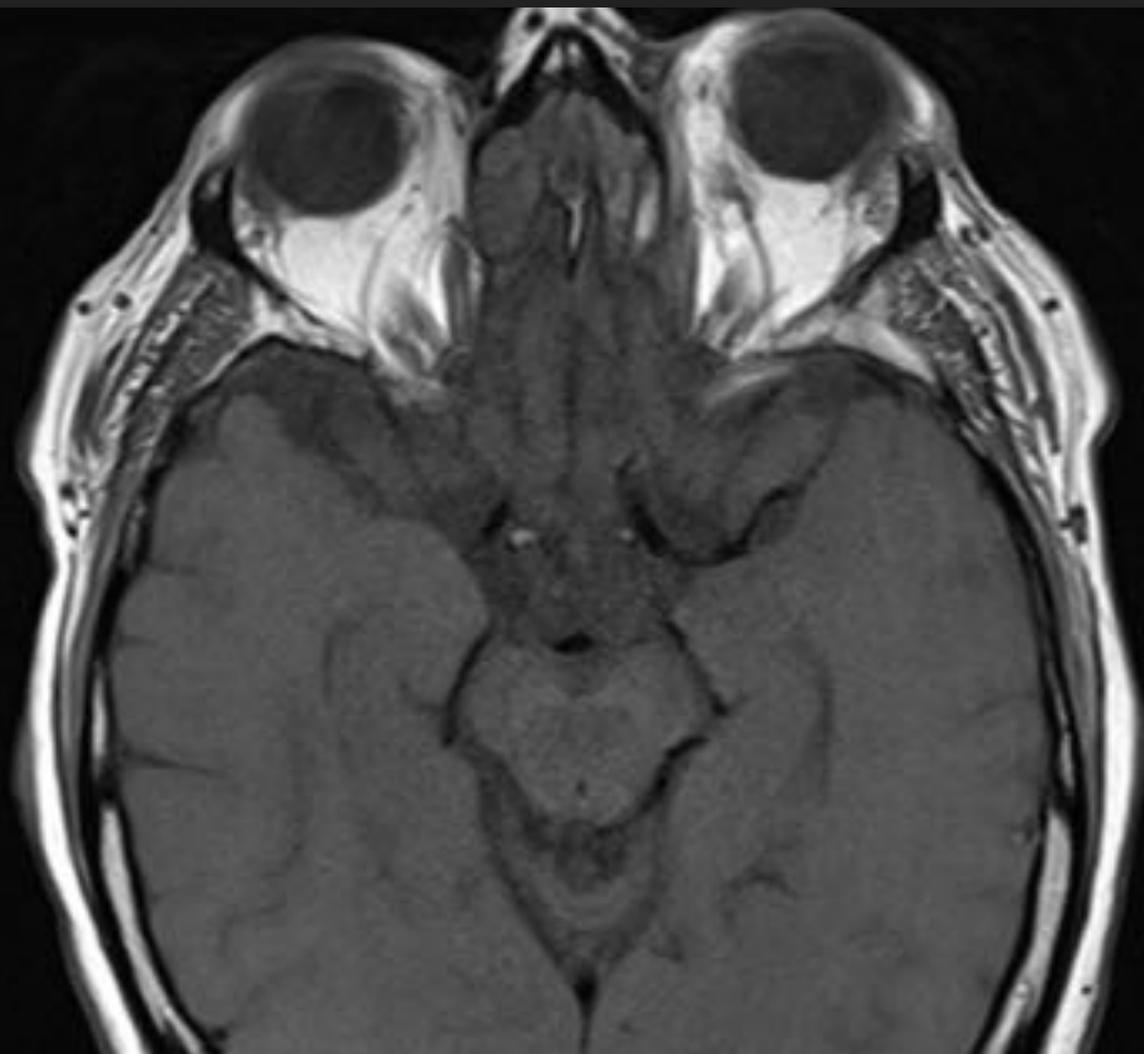
0.000000
0.000000
0.000000
0.000000

0.000000
0.000000
0.000000
0.000000

0.000000
0.000000

0.00 10.00 mm
T1
T1
T1
T1
T1

0.00 10.00 mm
T1
T1
T1
T1
T1



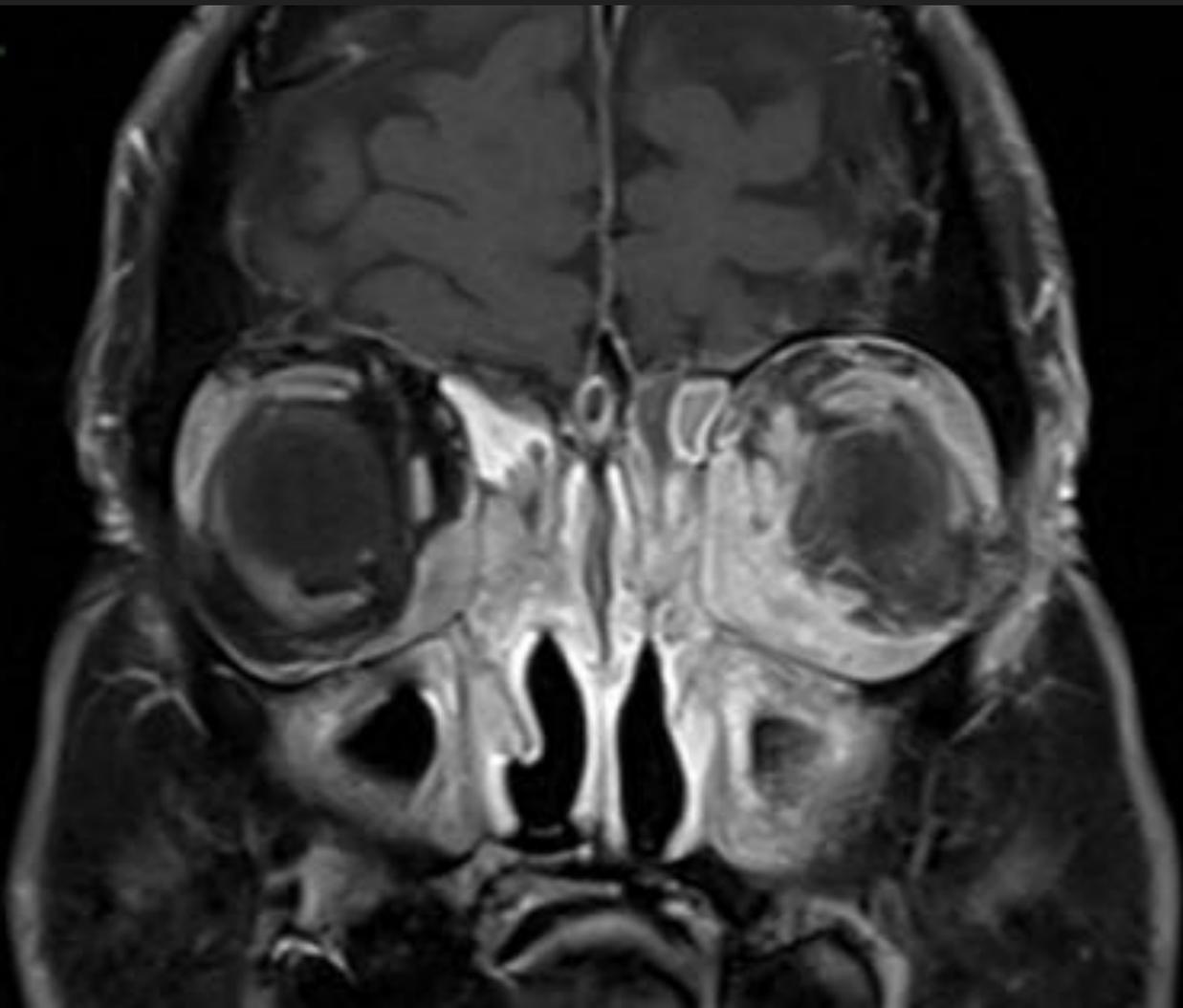
0.00 10.00 mm
T1
T1
T1
T1
T1

0.00 10.00 mm
T1
T1
T1
T1
T1

0.00 10.00 mm
T1
T1
T1
T1
T1

Study: 01/15/2018
Date: 01/15/2018
Time: 08:00:00
Patient: 01/15/2018 08:00:00
1.5T

1.5T
01/15/2018
08:00:00
01/15/2018



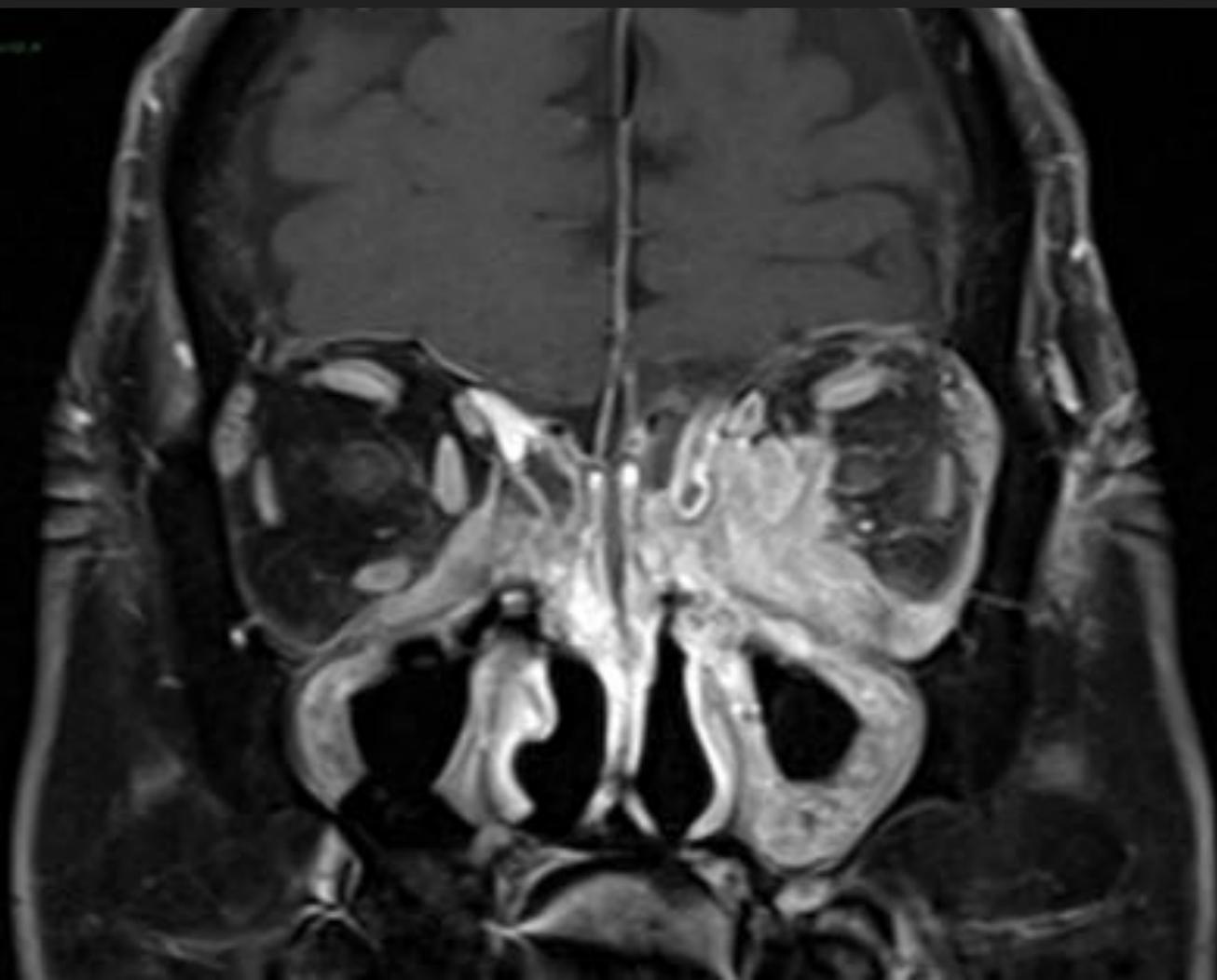
01/15/2018 08:00:00
01/15/2018 08:00:00
01/15/2018 08:00:00

1.5T

0.00
0.00
0.00
0.00
0.00

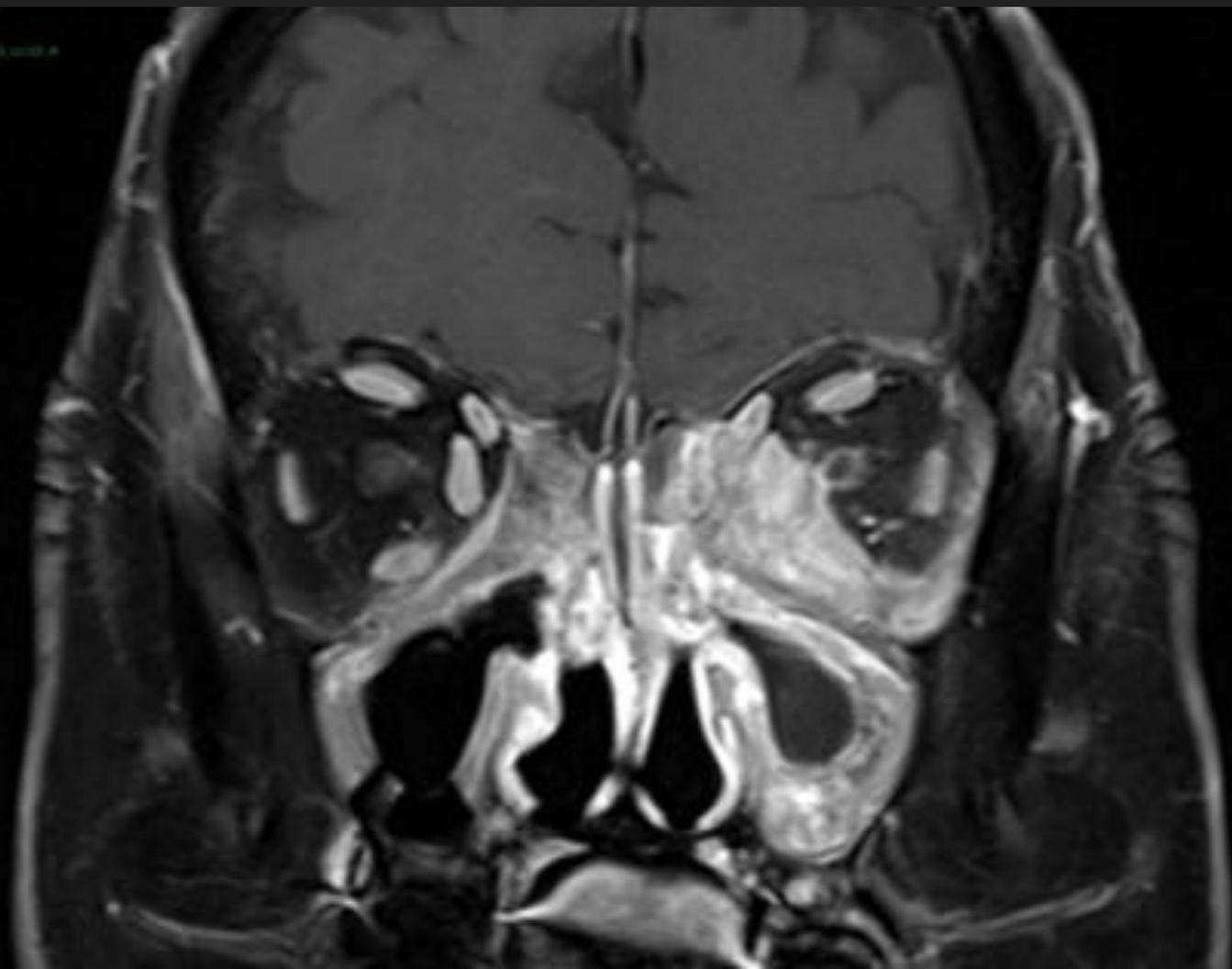
0.00
0.00
0.00

0.00
0.00
0.00
0.00



0.00
0.00
0.00

0.50
1.50
2.00
3.00
4.00
5.00
6.00
7.00
8.00
9.00
10.00
11.00
12.00
13.00
14.00
15.00
16.00
17.00
18.00
19.00
20.00
21.00
22.00
23.00
24.00
25.00
26.00
27.00
28.00
29.00
30.00
31.00
32.00
33.00
34.00
35.00
36.00
37.00
38.00
39.00
40.00
41.00
42.00
43.00
44.00
45.00
46.00
47.00
48.00
49.00
50.00



0.50
1.50
2.00
3.00
4.00
5.00
6.00
7.00
8.00
9.00
10.00
11.00
12.00
13.00
14.00
15.00
16.00
17.00
18.00
19.00
20.00
21.00
22.00
23.00
24.00
25.00
26.00
27.00
28.00
29.00
30.00
31.00
32.00
33.00
34.00
35.00
36.00
37.00
38.00
39.00
40.00
41.00
42.00
43.00
44.00
45.00
46.00
47.00
48.00
49.00
50.00

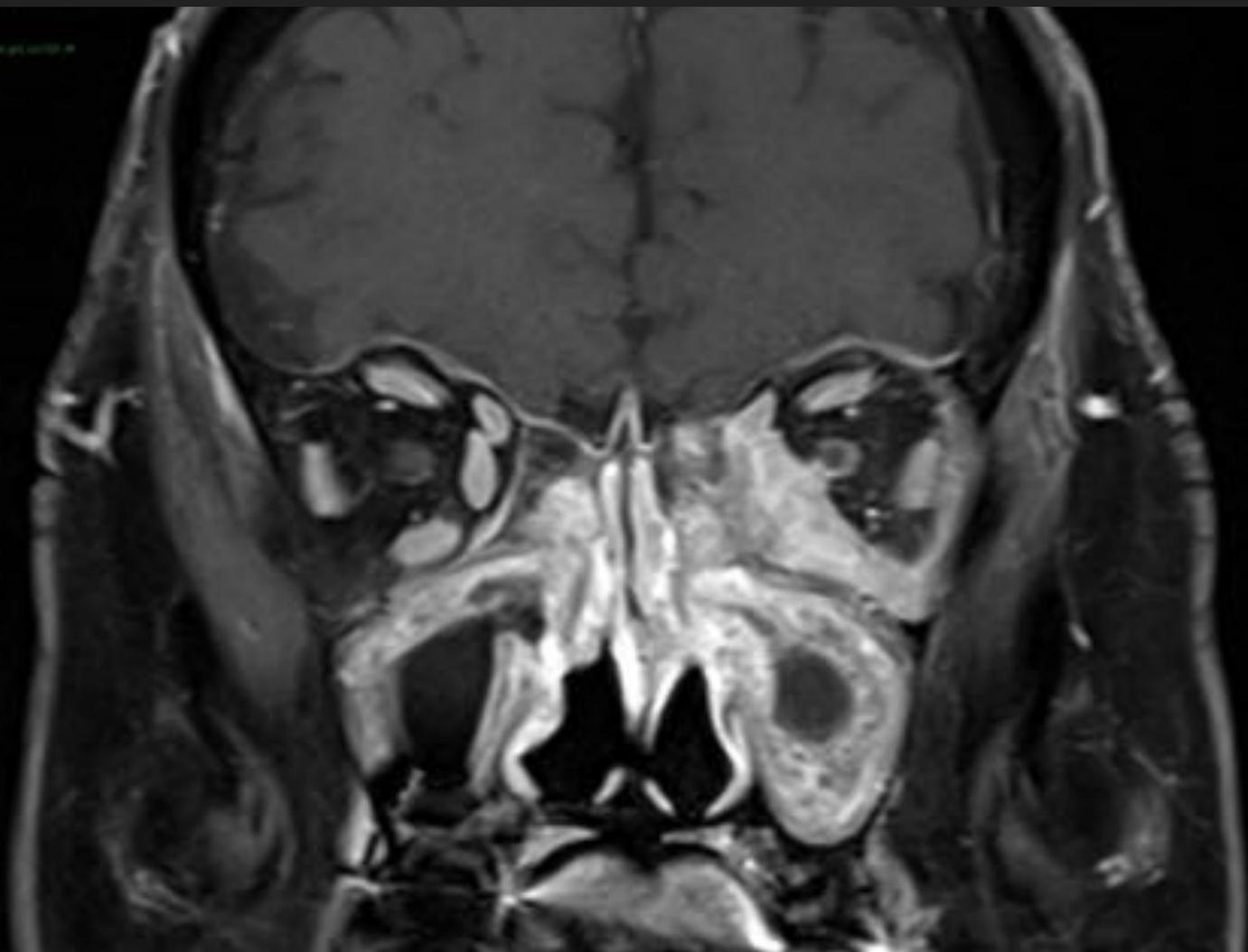
0.00 1.00
0.00 1.00
0.00 1.00
0.00 1.00
0.00 1.00

0.00 1.00
0.00 1.00
0.00 1.00

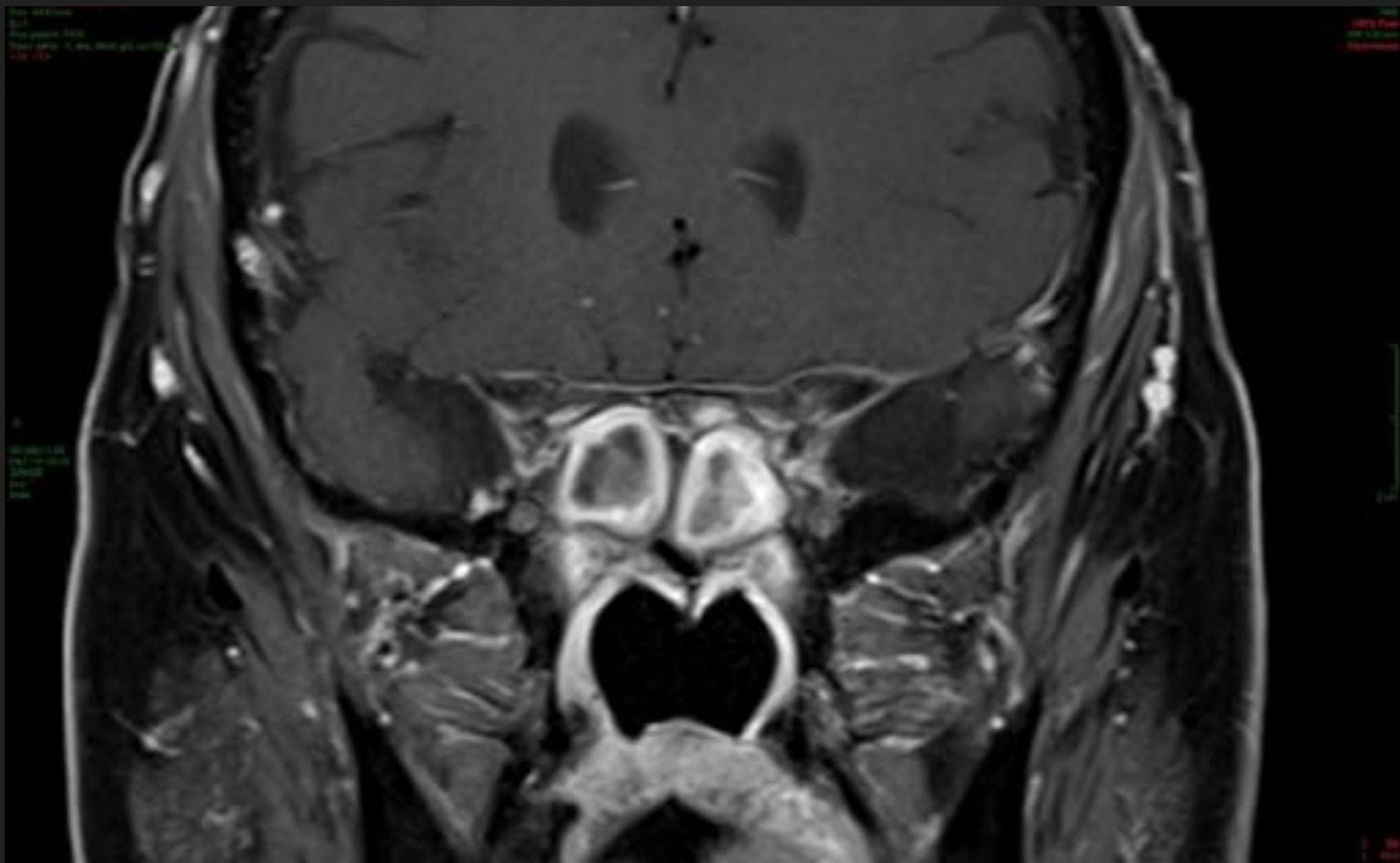
0.00 1.00
0.00 1.00
0.00 1.00
0.00 1.00

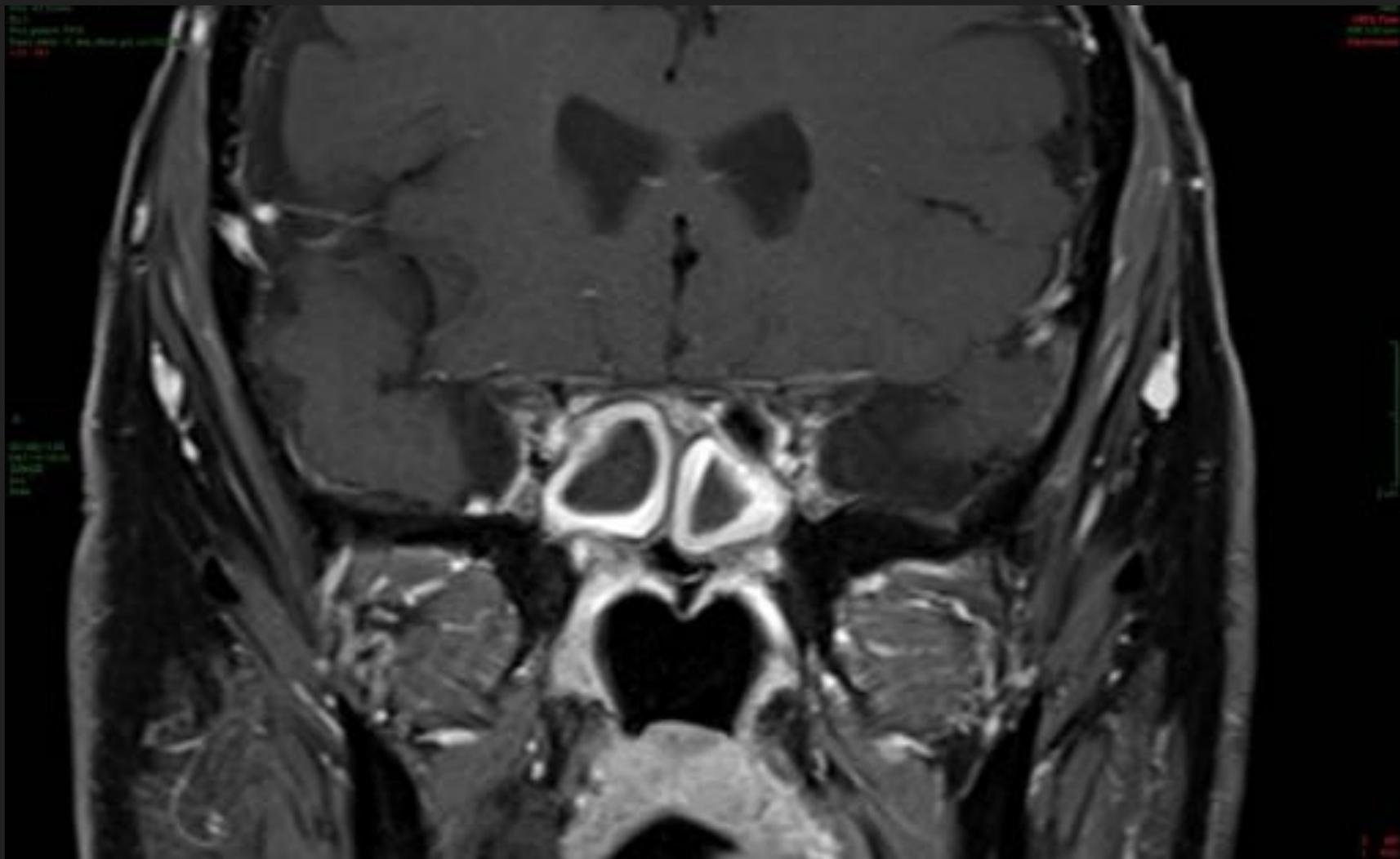
0.00 1.00
0.00 1.00
0.00 1.00

0.00 1.00



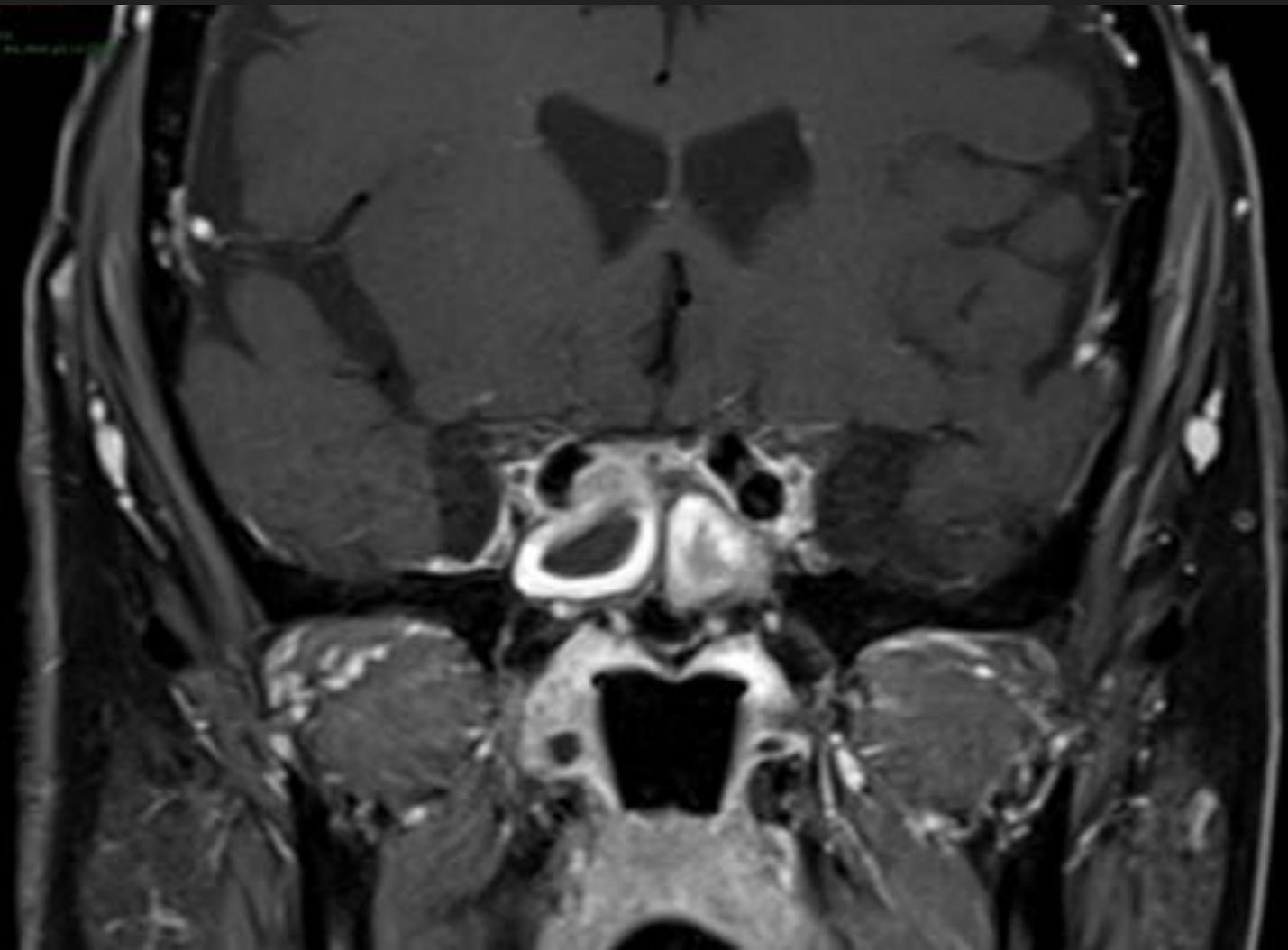






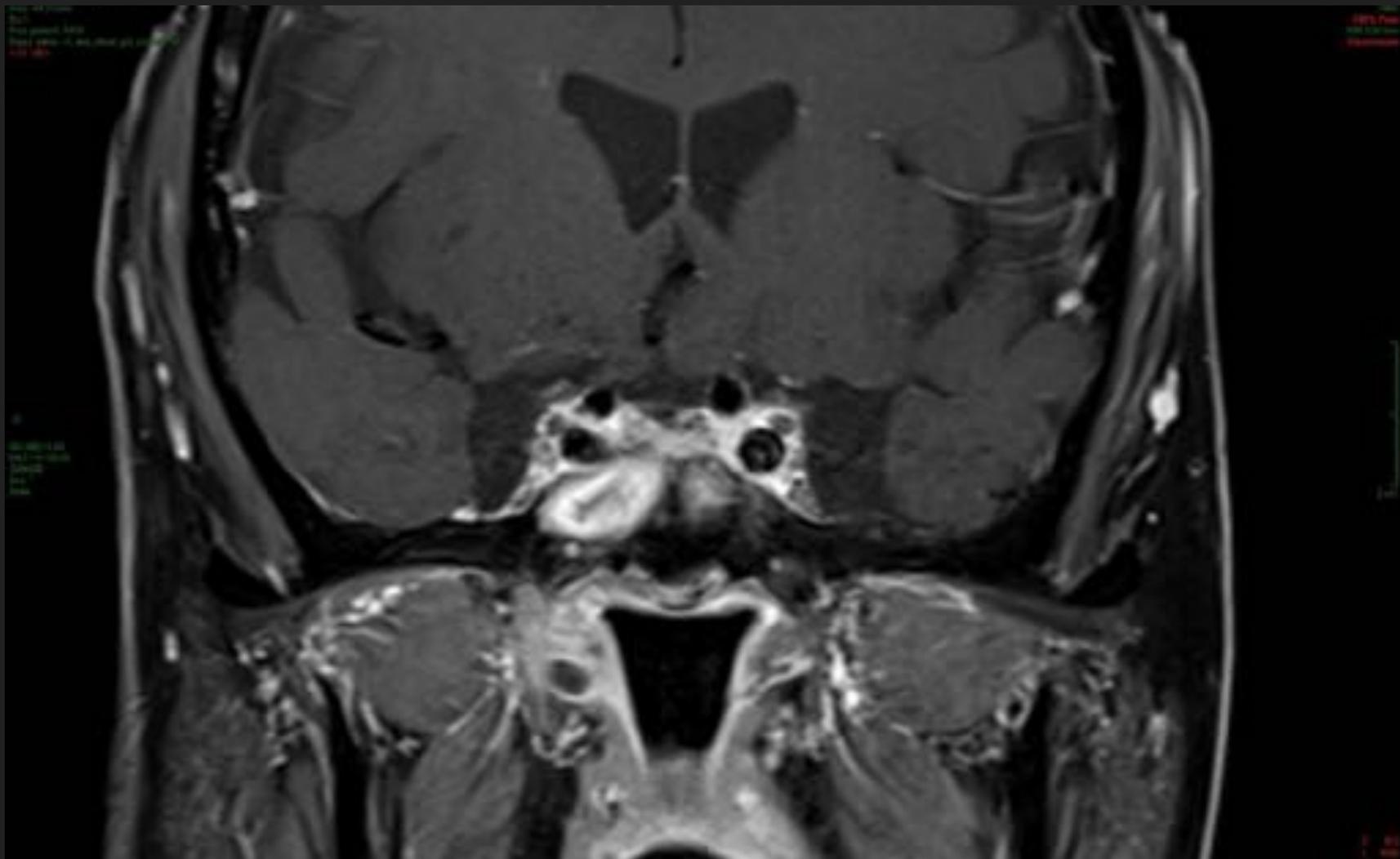
0.00 0.00
0.00 0.00
0.00 0.00
0.00 0.00
0.00 0.00

0.00 0.00
0.00 0.00
0.00 0.00
0.00 0.00
0.00 0.00



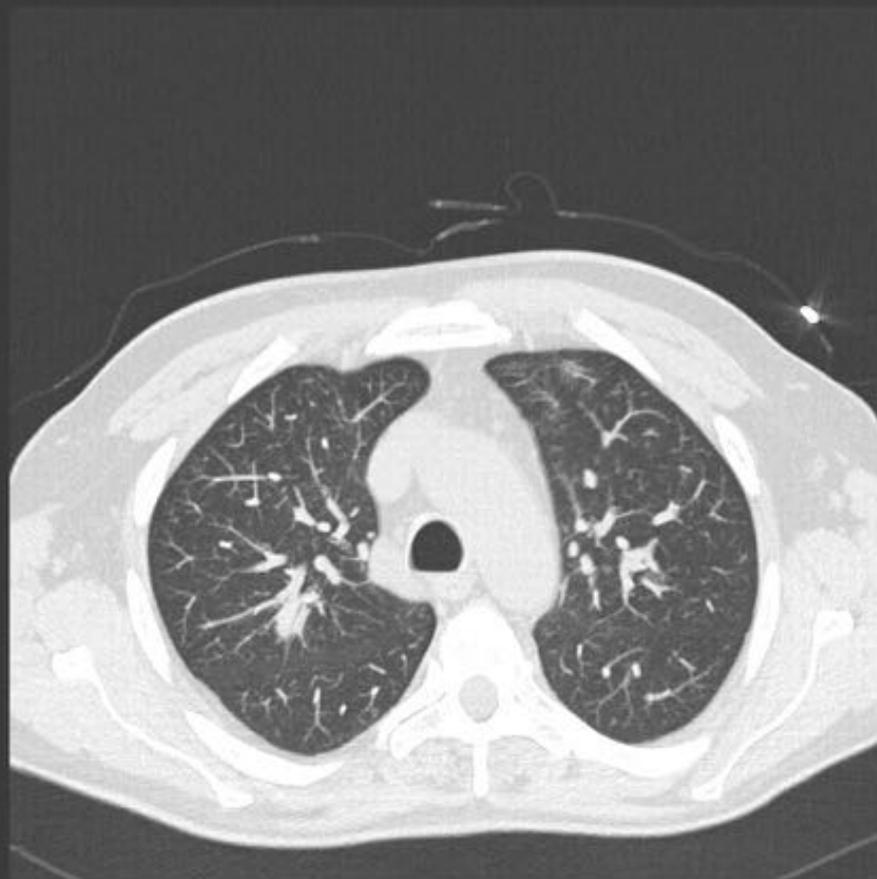
0.00 0.00
0.00 0.00
0.00 0.00
0.00 0.00
0.00 0.00

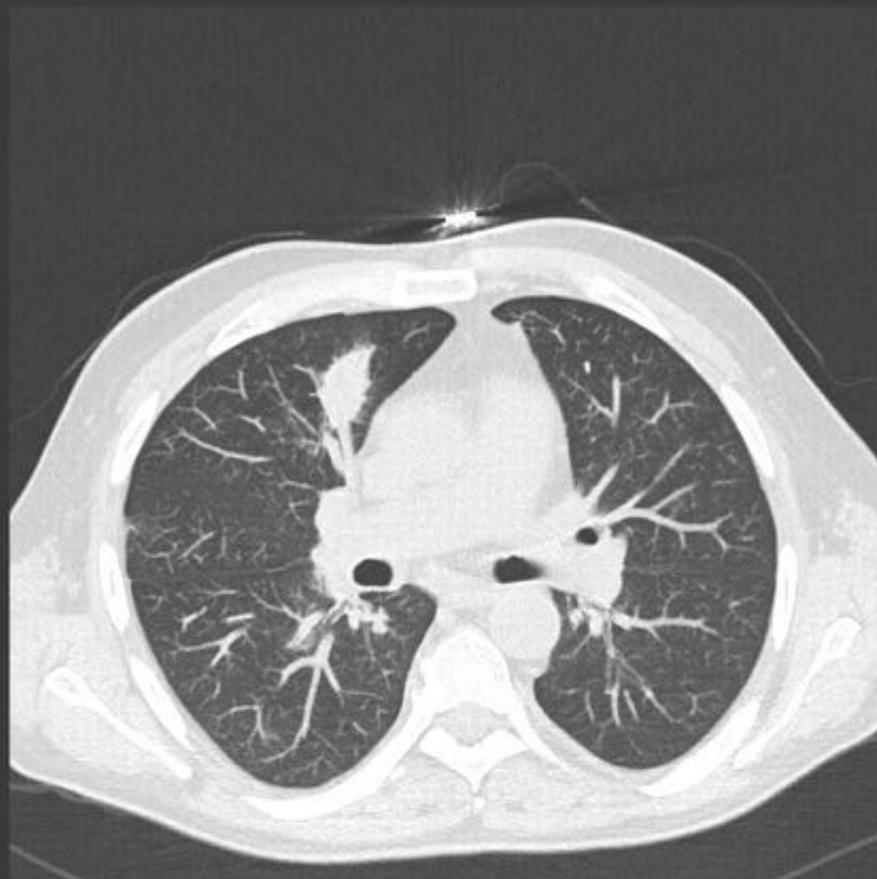
0.00 0.00
0.00 0.00
0.00 0.00
0.00 0.00
0.00 0.00

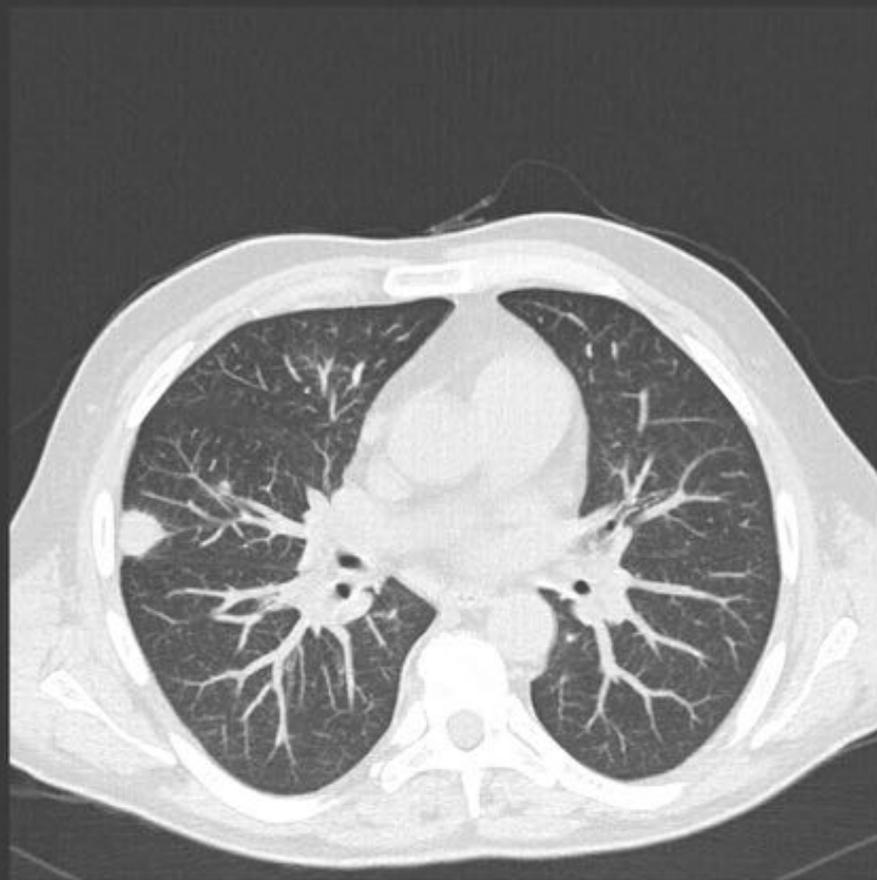


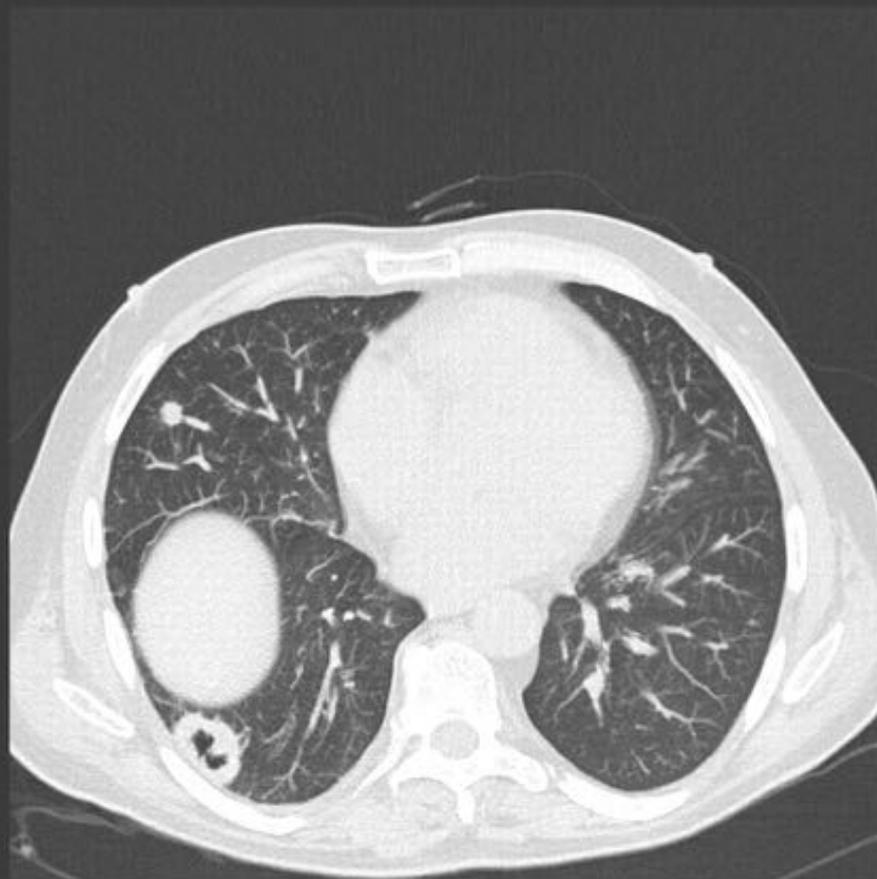
CAS CLINIQUE N°3:

Le scanner TAP permet de mettre en évidence les anomalies suivantes.









CAS CLINIQUE N°3 - QCM 3:

En prenant en compte l'ensemble des informations que vous possédez, vos conclusions sont les suivantes:

- A) Une atteinte infectieuse de type fongique semble écartée.
- B) Une tumeur primitive des sinus avec localisations secondaires pulmonaires est le diagnostic le plus probable.
- C) Une atteinte granulomateuse est le diagnostic le plus probable.
- D) Pour établir le diagnostic de certitude on pourra proposer une biopsie naso-sinusienne.
- E) L'exophtalmie qui avait initialement motivé le bilan présente un aspect typique d'orbitopathie dysthyroïdienne.

CAS CLINIQUE N°3 - QCM 3:

En prenant en compte l'ensemble des informations que vous possédez, vos conclusions sont les suivantes:

A) Une atteinte infectieuse de type fongique semble écartée.

- Vrai: notamment absence d'hypo/asignal intra-sinusal en T2

B) Une tumeur primitive des sinus avec localisation secondaires pulmonaires est le diagnostic le plus probable.

- Faux: Tumeurs rares, le plus souvent unilatérales, soufflantes et denses au scanner, signal intermédiaire en T1 et T2 à l'IRM. De plus ici pas de réelle masse intra-sinusal.

C) Une atteinte granulomateuse est le diagnostic le plus probable.

- Vrai: maladie de Wegener +++ (atteintes sinusienne et pulmonaire compatibles).

D) Pour établir le diagnostic de certitude on pourra proposer une biopsie naso-sinusal.

- Vrai: cependant en général les biopsies pulmonaires sont plus rentables (>60%)

E) L'exophtalmie qui avait initialement motivé le bilan présente un aspect typique d'orbitopathie dysthyroïdienne.

- Faux: Typiquement bilatérale et asymétrique avec atteinte musculaire +/- infiltration de la graisse (ici lésions intra-orbitaires tissulaires bilatérales semblant à point de départ extra-conique, infiltrant la graisse et le muscle droit médial à gauche).

Rappel maladie de Wegener :

Vascularite systémique nécrosante granulomateuse rare

Adulte 45-60 ans

3 atteintes principales :

- **ORL** (++) rhinite, sinusite, épistaxis, otite moyenne séreuse, hypoacousie)
Révélatrice du diagnostic dans 70-90% des cas (retard fréquent du fait du polymorphisme)
- **pulmonaire** (toux, hémoptysie, dyspnée)
- **rénale** (glomérulonéphrite nécrosante segmentaire et focale avec avec prolifération extra-capillaire capillaire à croissants)

Formes:

Diffuses, systémiques → sévères

Limitées, localisées (+ ORL) → meilleur pronostic

Rappel maladie de Wegener :

Diagnostic:

- **c-ANCA** = marqueur sérique (Se 80-90% si forme diffuse / Sp~95%)
- **Preuve histologique recommandée:** biopsie de nodule pulmonaire/ biopsie naso-sinusienne
- **Biopsie rénale à visée pronostique** systématique en cas en cas d'atteinte atteinte rénale (hématurie, protéinurie, insuffisance rénale)

Trois caractéristiques histologiques:

- Nécrose tissulaire +/- abcès aseptiques
- Granulome à cellules géantes
- Angéite nécrosante touchant les vaisseaux de petit calibre

Rappel maladie de Wegener :

Principaux signes à rechercher en imagerie ORL:

- **Hypertrophie ou épaissement muqueux en cadre (SM+++):**
 - bilatéral régulier > nodulaire : non spécifique (cf sinusites chroniques)
- **Comblement des cavités sinusiennes diffus et complet +/-NHA:**
 - Aspect de sinusite aiguë → rechercher une surinfection à staphylocoque doré
- **Déminéralisation et érosions osseuses** (dus à l'occlusion d'artères de petit calibre):
 - septum / cloisons inter-naso-sinusiennes / lame paryracée+++, respect relatif de l'ethmoïde
 - atteinte irrégulière punctiforme (vascularite) ou massive diffuse dans les formes évoluées
- **Épaississement des parois osseuses et ostéosclérose**
- **Extension à la cavité buccale possible** (érosions / fistules)

Rappel maladie de Wegener :

Les autres signes à rechercher:

➤ Infiltration des tissus mous:

- en faveur d'une sinusite agressive (diagnostic différentiel: sinusite fongique / tumeur)

➤ Extension à la base du crâne:

- rare: Infiltration de la fosse ptérygo-palatine palatine avec extension péri-neurale neurale possible au V2 (névralgie de la face), infiltration de la fosse infratemporale
- → Mieux explorée en IRM

➤ Extension à l'orbite:

- le plus souvent masse orbitaire unilatérale, contiguë à l'atteinte naso-sinusienne, à point de départ extra-conique.

CAS CLINIQUE N°4:

CAS CLINIQUE N°4:

Mr H, 24 ans, est adressé par son médecin généraliste pour un scanner de la face en raison d'une tuméfaction maxillaire gauche apparue progressivement sur plusieurs mois.

Le panoramique dentaire qui a été réalisé en ville montre une lésion intra-osseuse de contenu dense en son centre, discrètement hétérogène, soufflant la corticale vestibulaire du maxillaire gauche.

De part ces informations, un scanner sans injection est effectué dans un premier temps.











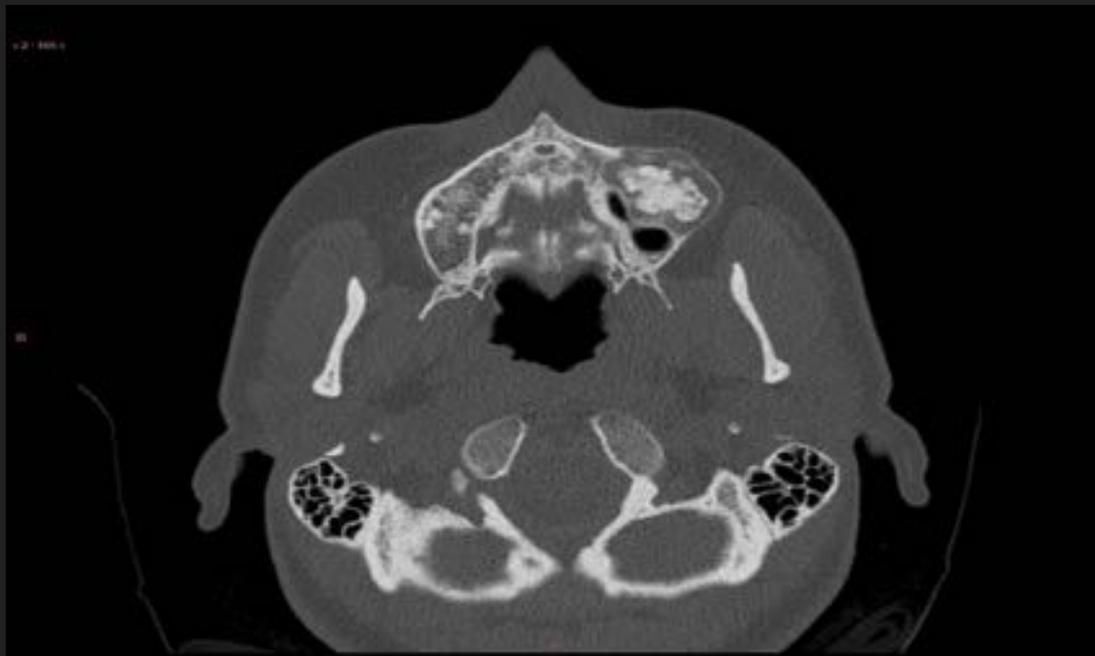


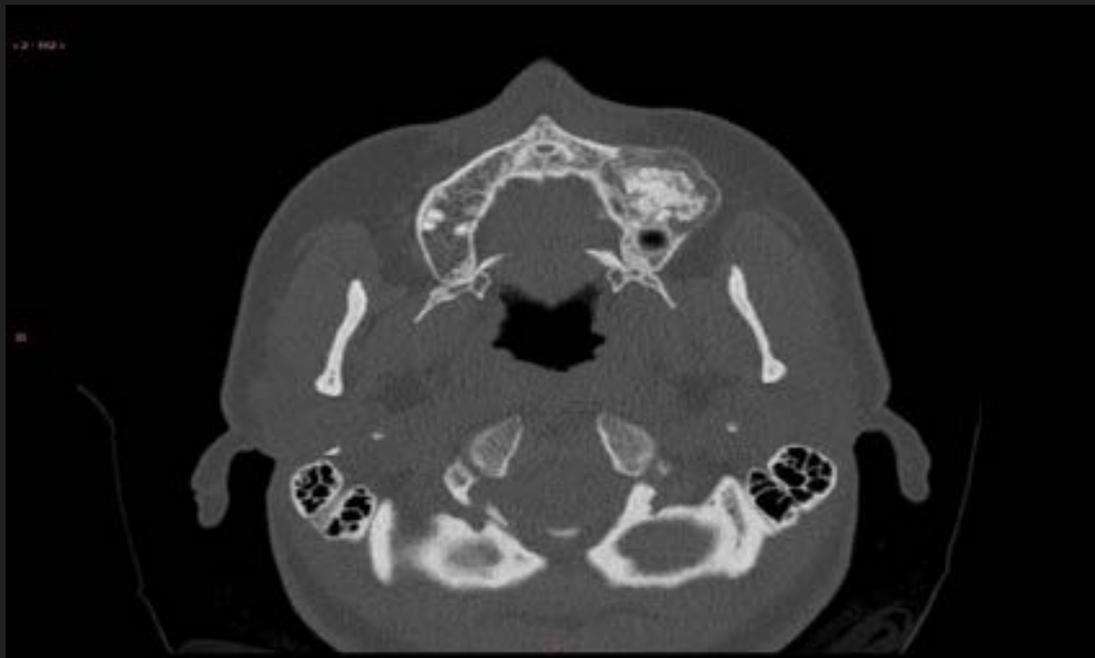


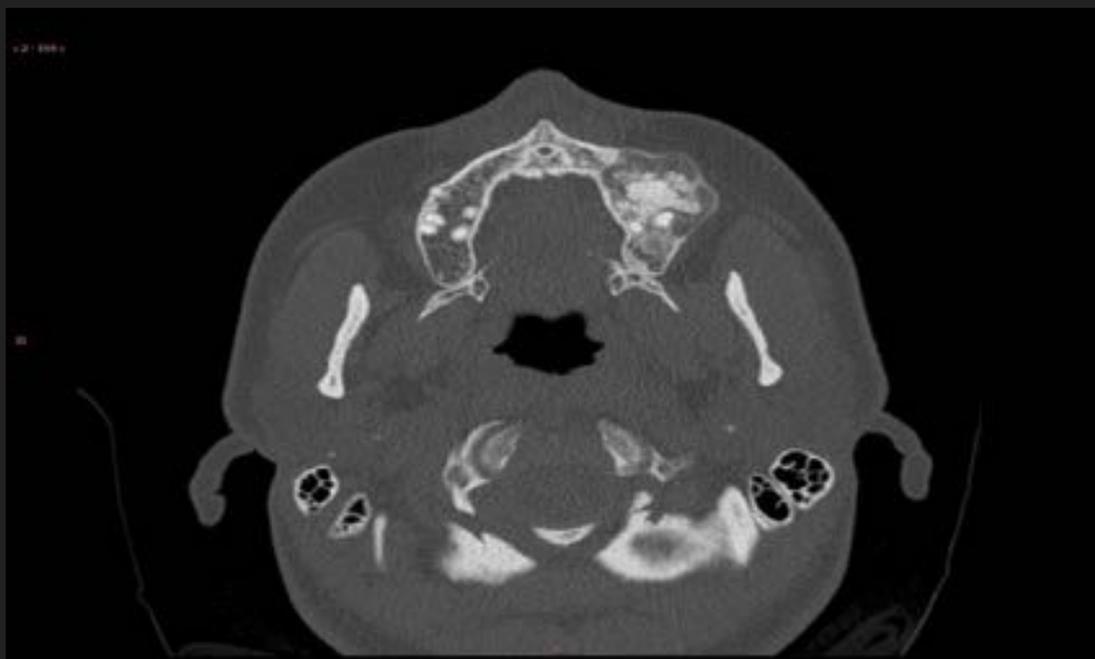


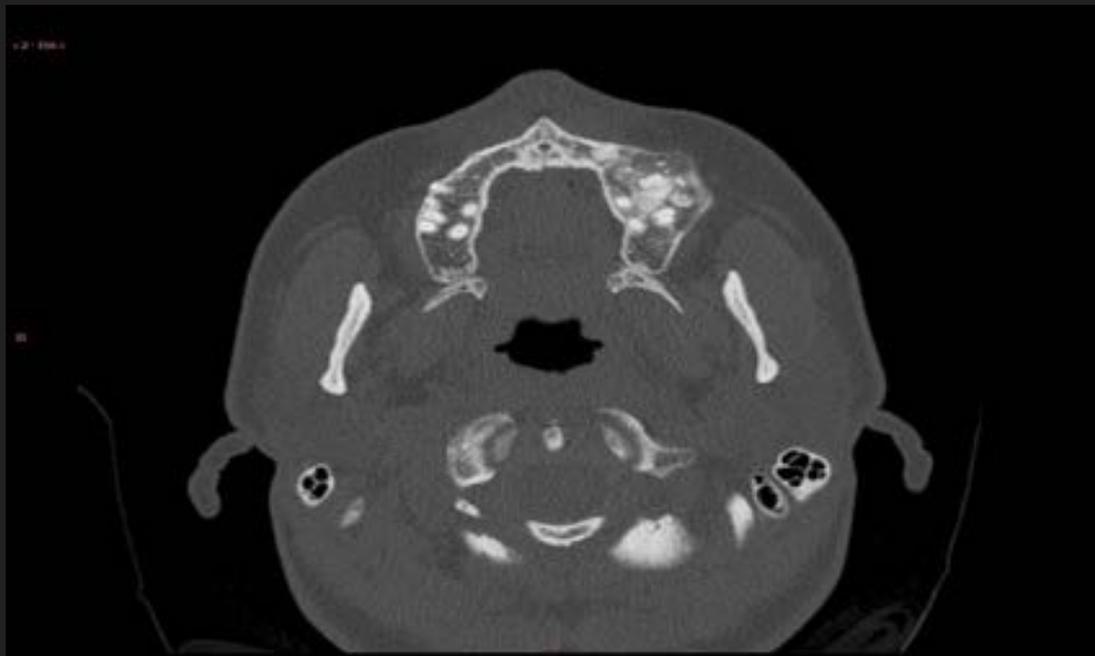


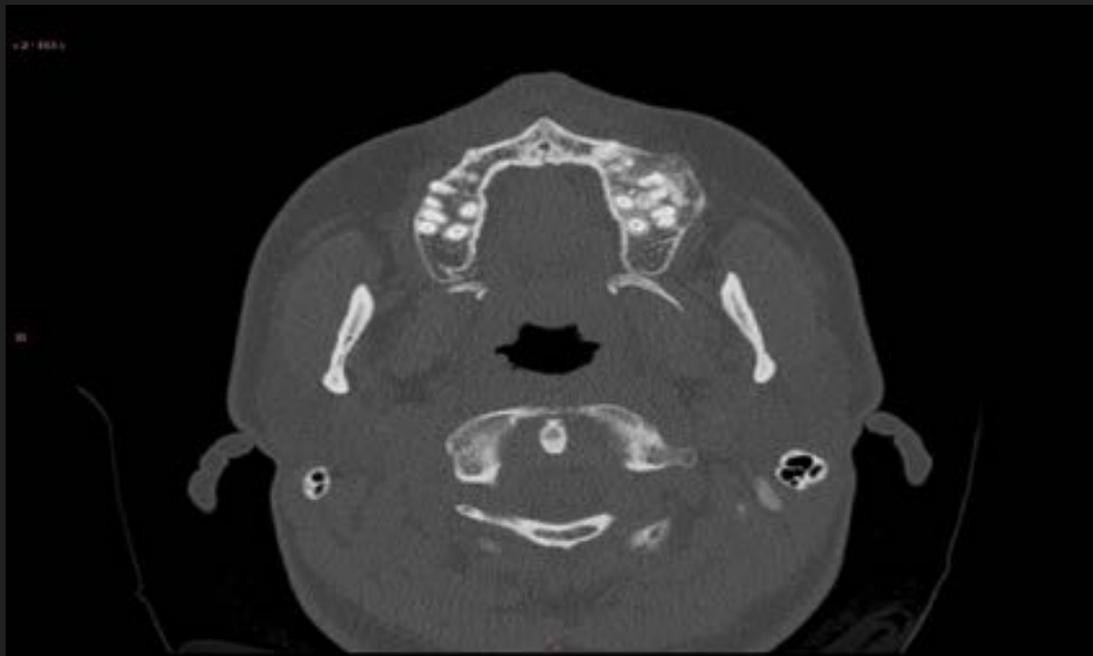


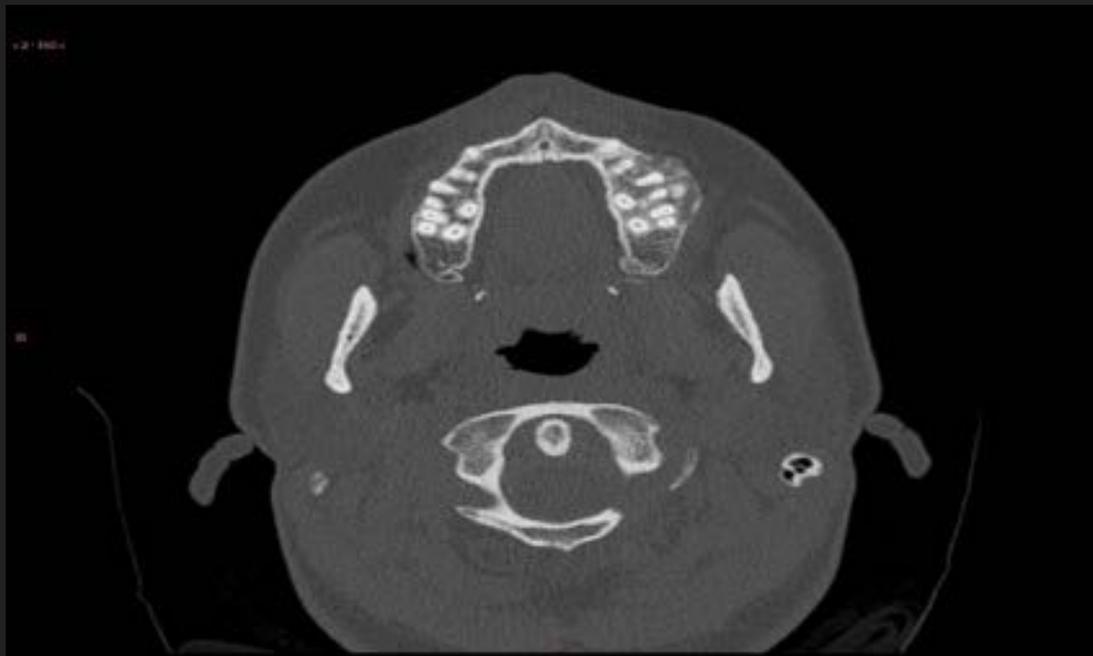












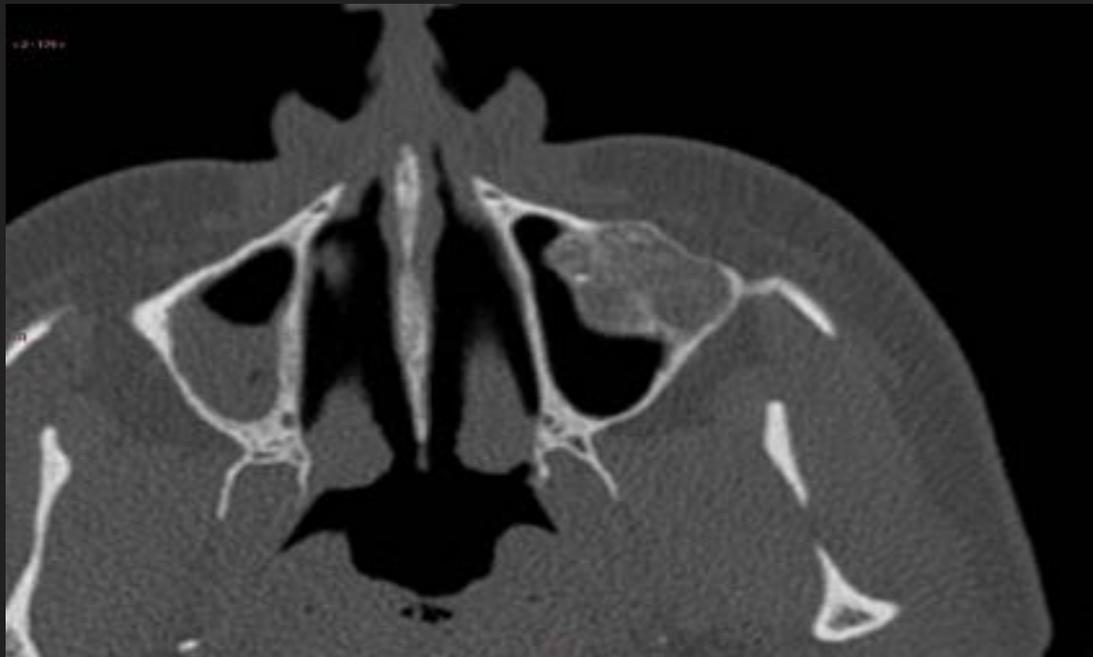




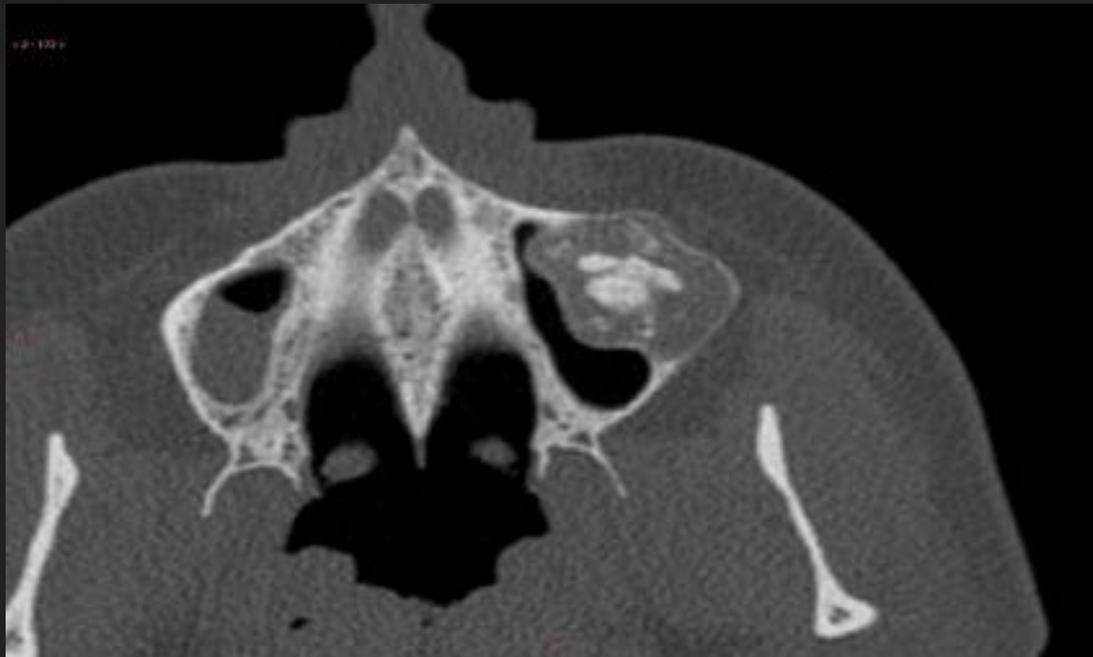




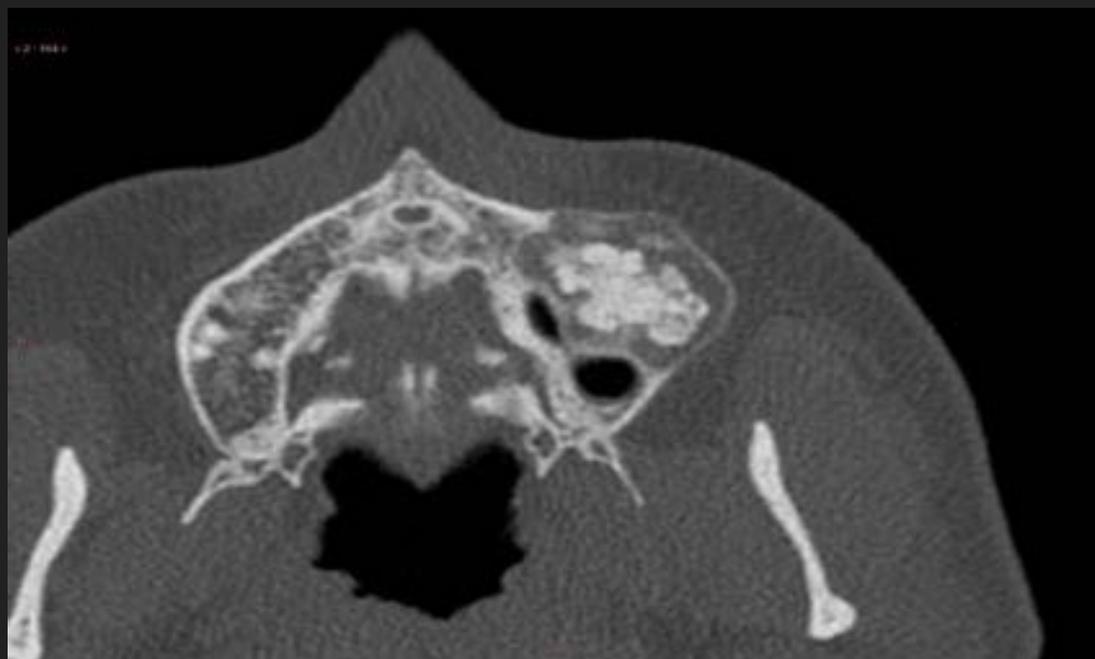


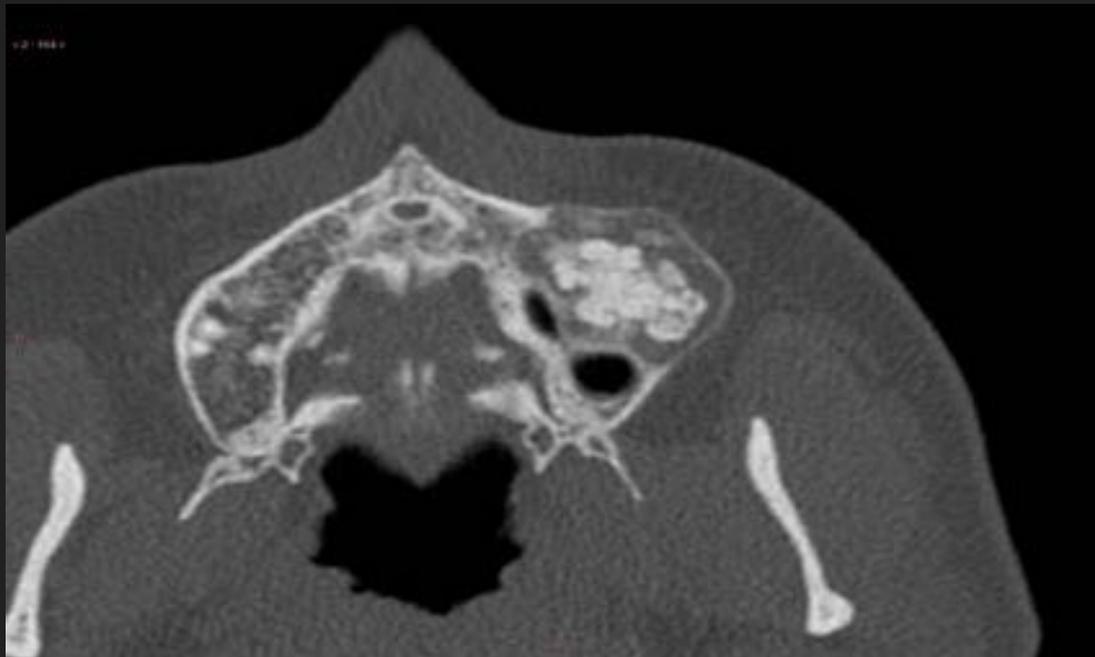


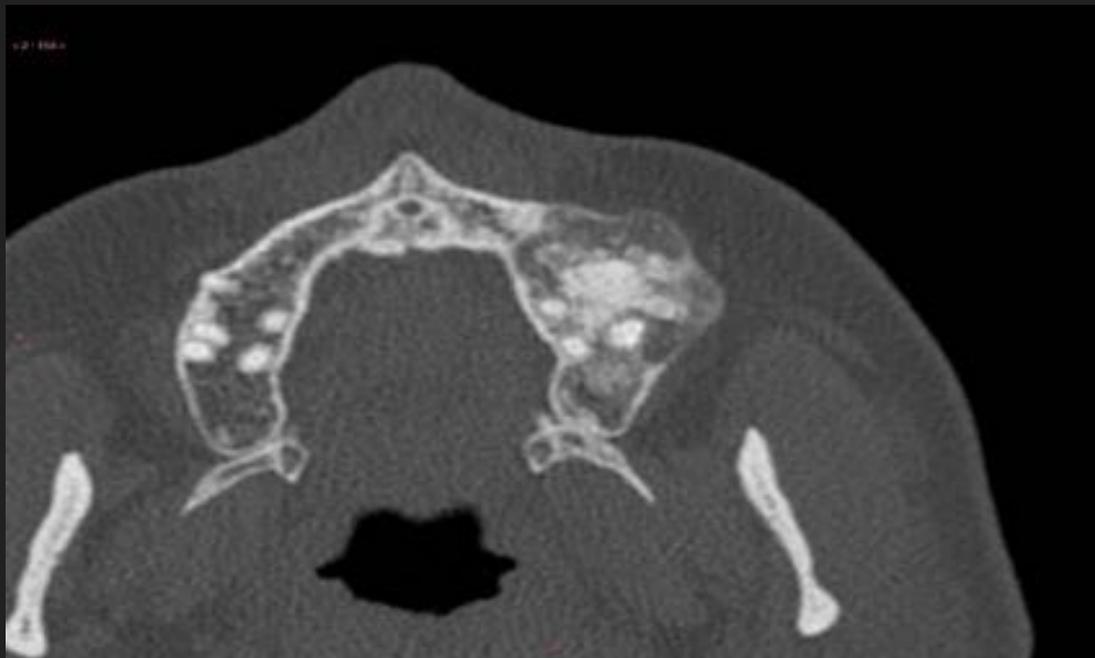


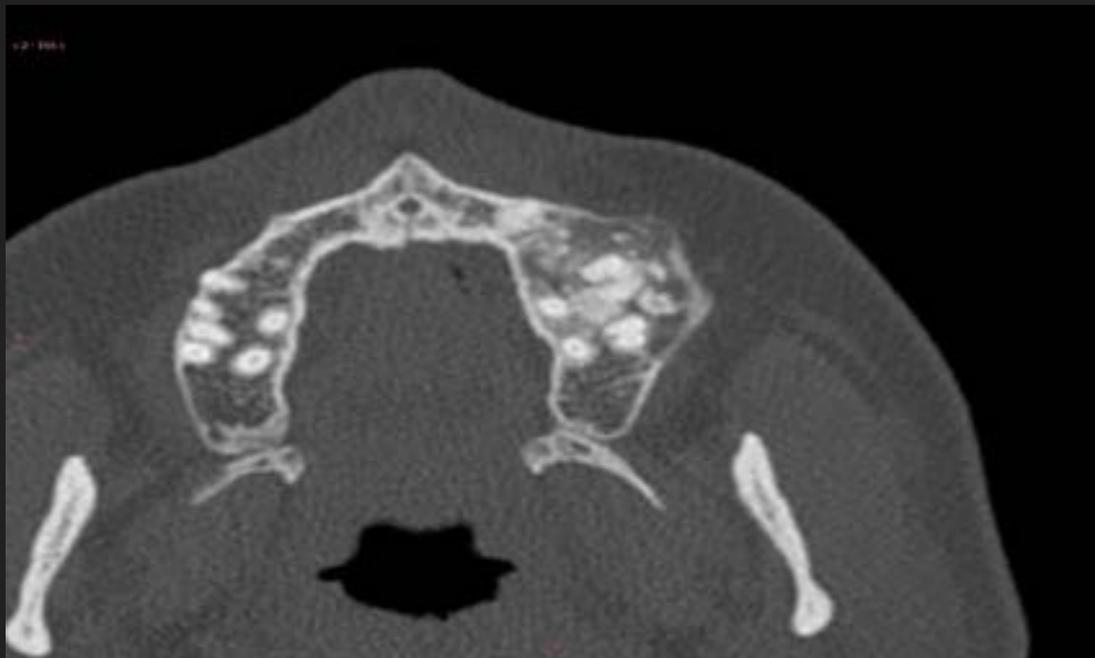


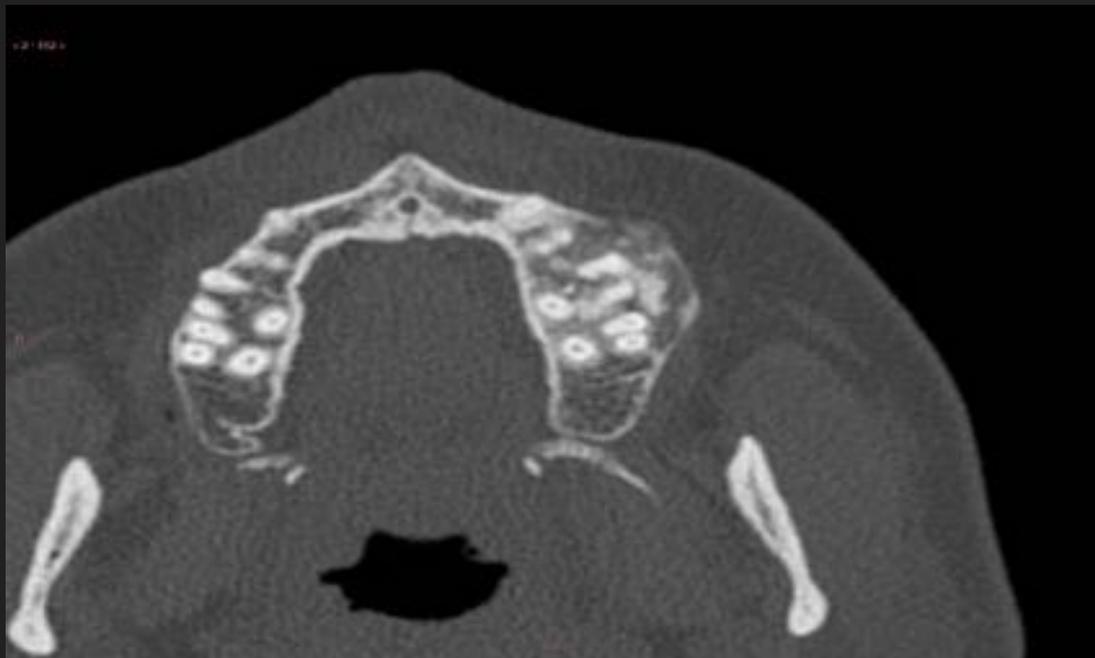




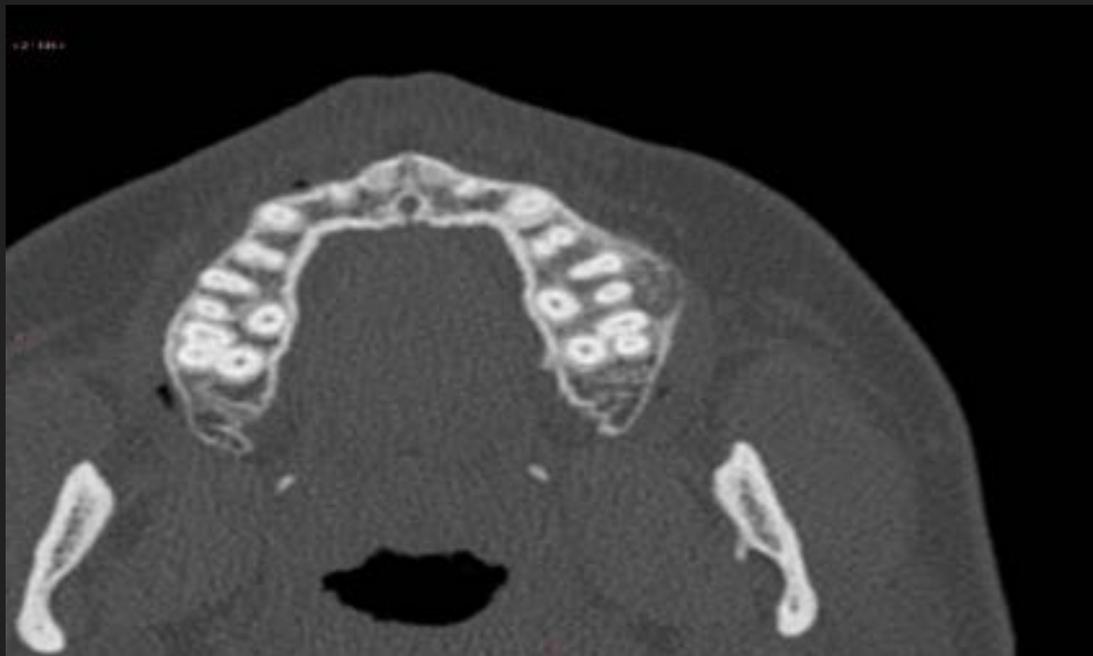












CAS CLINIQUE N°4 – QCM 1:

- A) Cette lésion peut être réactionnelle à une sinusite maxillaire chronique.
- B) Elle ne semble pas en rapport avec une origine dentaire.
- C) La zone centrale dense peut correspondre à des structures pseudo-dentaires.
- D) Le halo clair périphérique est un élément sémiologique majeur.
- E) Cette tumeur présente des caractères de malignité.

CAS CLINIQUE N°4 – QCM 1:

A) Cette lésion peut être réactionnelle à une sinusite maxillaire chronique.

- Faux

B) Elle ne semble pas en rapport avec une origine dentaire.

- Faux : lésion en contact étroit avec les racines des dents correspondantes

C) La zone centrale dense peut correspondre à des structures pseudo-dentaires.

- Vrai : plus dense que l'os adjacent

D) Le halo clair périphérique est un élément sémiologique majeur.

- Vrai : en faveur d'une composante épithéliale

E) Cette tumeur présente des caractères de malignité.

- Faux : corticale soufflée mais continue

CAS CLINIQUE N°4:

A l'examen bucco-dentaire :

- Exobuccal : tuméfaction recouverte de peau normale.
- Endobuccal :
 - Tuméfaction siégeant en regard de la 26, bombant le fond du vestibule avec une muqueuse de recouvrement normale.
 - Palpation indolore d'une lésion de consistance dure, semblant adhérer à l'os.
 - Insensibilité au test thermique chaud/froid ou à la percussion axiale de la dent 26.
 - Pas de mobilité ni de malposition dentaire.

CAS CLINIQUE N°4:

Reconstruction coronale



Reconstruction sagittale



CAS CLINIQUE N°4 – QCM 2:

- A) La palpation indolore permet d'éliminer un cémentome.
- B) La racine de la première molaire supérieure est confondue avec la lésion, en faveur d'une origine dentaire.
- C) De ce fait, une rhizalyse pourra être observée sur le panoramique dentaire.
- D) Il peut s'agir d'un kyste radiculaire.
- E) On suspecte comme étiologie une dentinite de la 26.

CAS CLINIQUE N°4 – QCM 2:

- A) La palpation indolore permet d'éliminer un cémentome.
 - Vrai
- B) La racine de la première molaire supérieure est confondue avec la lésion, en faveur d'une origine dentaire.
 - Vrai
- C) De ce fait, une rhizalyse pourra être observée sur le panoramique dentaire.
 - Faux: lésion contiguë à la racine mais rhizolyse rare.
- D) Il peut s'agir d'un kyste radiculaire.
 - Faux : image kystique totalement hypodense
- E) On suspecte comme étiologie une dentinite de la 26.
 - Faux : pas de plainte ni de signe clinique à l'examen

CAS CLINIQUE N°4:

Après discussion collégiale, la lésion est traitée par curetage chirurgical.

Une analyse anatomopathologique est réalisée.

CAS CLINIQUE N°4 – QCM 3:

- A) L' anatomopathologiste retrouve un conglomérat irrégulier de tissus dentaires immatures.
- B) L' anatomopathologiste conforte le diagnostic d'odontome complexe.
- C) L' anatomopathologiste conforte le diagnostic d'odontome composé.
- D) L'ablation du tissu mou périphérique non minéralisé doit être complète.
- E) Une énucléation simple est autorisée car il s'agit d'une lésion bénigne.

CAS CLINIQUE N°4 – QCM 3:

A) L' anatomopathologiste retrouve un conglomérat irrégulier de tissus dentaires immatures.

- Faux : multiples structures pseudo-dentaires incluses dans une capsule fibreuse

B) L' anatomopathologiste conforte le diagnostic d'odontome complexe.

- Faux

C) L' anatomopathologiste conforte le diagnostic d'odontome composé.

- Vrai : présence de structures de morphologie pseudo-dentaire

D) L'ablation du tissu mou périphérique non minéralisé doit être complète.

- Vrai : pour éviter les récurrences

E) Une énucléation simple est autorisée car il s'agit d'une lésion bénigne.

- Vrai

ODONTOME : DÉFINITION

Stade le plus différencié des tumeurs odontogéniques mixtes → hamartome

Evolution contemporaine de l'odontogenèse normale

Siège intra-osseux

- **Odontome complexe** : amas d'émail et de dentine sans morpho-différenciation dentaire
 - **Odontome composé** : formation de dents avec racines et couronnes de petite taille/malformées
-
- Association à d'autres tumeurs odontogéniques (24%) : kyste dentigère
 - En cas d'association avec des éléments améloblastiques : odonto-améloblastome

ODONTOME COMPLEXE

- **2^e tumeurs odontogénique (30%)**
- **Mandibule postérieure +++**, secondaire à une 3^e molaire incluse
- Prédominance masculine, < 30 ans
- Lentement progressive, indolore → **Découverte fortuite ++**
- Retard d'éruption dentaire, possibles réactions inflammatoires / suppuration, voire extériorisation tumorale à un stade avancé

- **Anatomopathologie :**
 - Au centre : conglomérat irrégulier de tissus dentaires matures (dentine, tissu cémentaire)
 - En périphérie : îlots de tissu pulpaire et travées d'épithélium odontogénique

ODONTOME COMPLEXE

Imagerie : radio standards+++ / TDM pré-opératoire:

- Lésion dense calcifiée, +/- amorphe
- Sans structures pseudo-dentaires détectables
- Halo clair péri-lésionnel avec possible aspect pseudo-kystique
- Dent incluse (33%)
- Rhizalyse rare

Traitement :

- Surveillance simple
- Ablation chirurgicale comprenant l'ensemble du tissu mou périphérique non calcifié (risque de récives)

ODONTOME COMPOSÉ

- La plus fréquentes des tumeurs odontogéniques mixtes et odontogéniques pures (37%)
- Localisation antérieure, le plus souvent sur canine incluse
- < 20 ans, H = F
- Découverte fortuite, possible retard d'éruption d'une canine
- **Anatomopathologie** : multiples structures pseudo-dentaires incluses dans une capsule fibreuse

Imagerie : dense avec juxtaposition de petites structures à morphologie pseudo-dentaires +/- dent incluse

Traitement : surveillance, énucléation simple

Merci à tous pour votre attention