

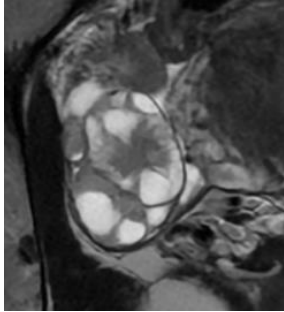
PRIMOVA

Guide de lecture des scanner TAP

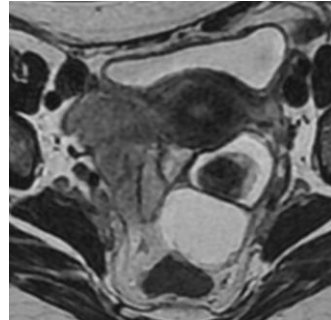
Probabilité d'un primitif par organe	Critères scanographiques
0	• Aucune anomalie ou anomalie parfaitement bénigne
1	• Masse circonscrite sur un organe plein • Épaississement régulier sur un organe creux • Ganglions peu nombreux sur le territoire de drainage
2	• Masse non circonscrite sur un organe plein • Épaississement irrégulier et/ou rétractile d'un organe creux • Infiltration tumorale de l'environnement graisseux ou du méso • Ganglions nombreux ou > 15 mm ou nécrotique sur le territoire de drainage • Profil métastatique concordant
NA	• Absence de primitif détectée sur le scanner TAP • Absence d'hélice thoracique et absence de primitif détecté sur scanner AP

Morphologie dominante de la métastase ovarienne

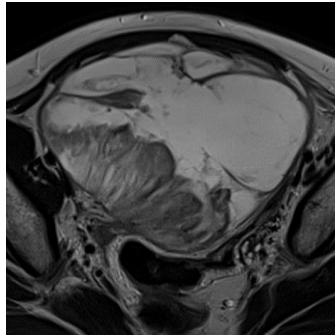
Sur l'IRM pelvienne, à défaut sur le scanner



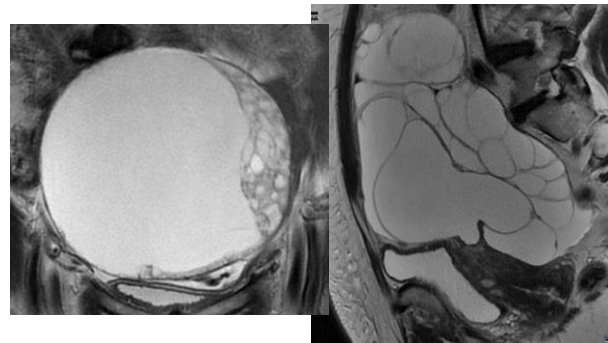
Solido-kystique



Multikystique avec nodules



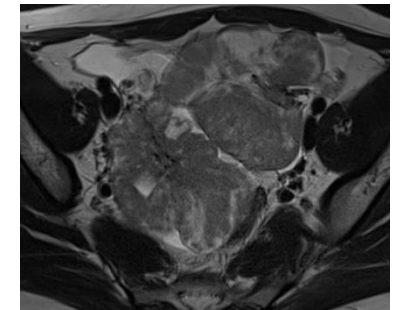
Mille-feuille



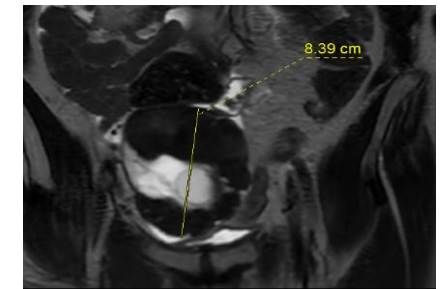
Multikystique



Solide



Solide remaniements kystiques



Chouchou noir

Colorectal

Appendice

Estomac

Sein

Pancréas

Voies Biliaires

Colorectal mucineux ou
bague à chaton

TNE

Hémopathie

Colorectal 1



- Epaissement pariétal sigmoïdien circonférentiel irrégulier et rétractile
- Infiltration du méso-sigmoïde
- Atteinte ganglionnaire du méso-sigmoïde remontant sur l'axe mésentérique inférieur

Colorectal 2



Colorectal 2



- Epaissement pariétal colique gauche peu évident sur les coupes axiales, hémicirconférentiel, légèrement rétractile
- Infiltration du mésosigmoïde
- Atteinte ganglionnaire du mésosigmoïde ★



- Paroi épaissi mieux visualisé sur les reconstructions coronales
- Localisations hépatiques intra-parenchymateuses

Colorectal 1



Estomac 1



- Epaissement pariétal focal amputant la muqueuse et les plis gastriques



- Rétractile dans le plan coronal



- Carcinose de type infiltrative ici des culs-de-sac Douglassien et vésico-utérin*

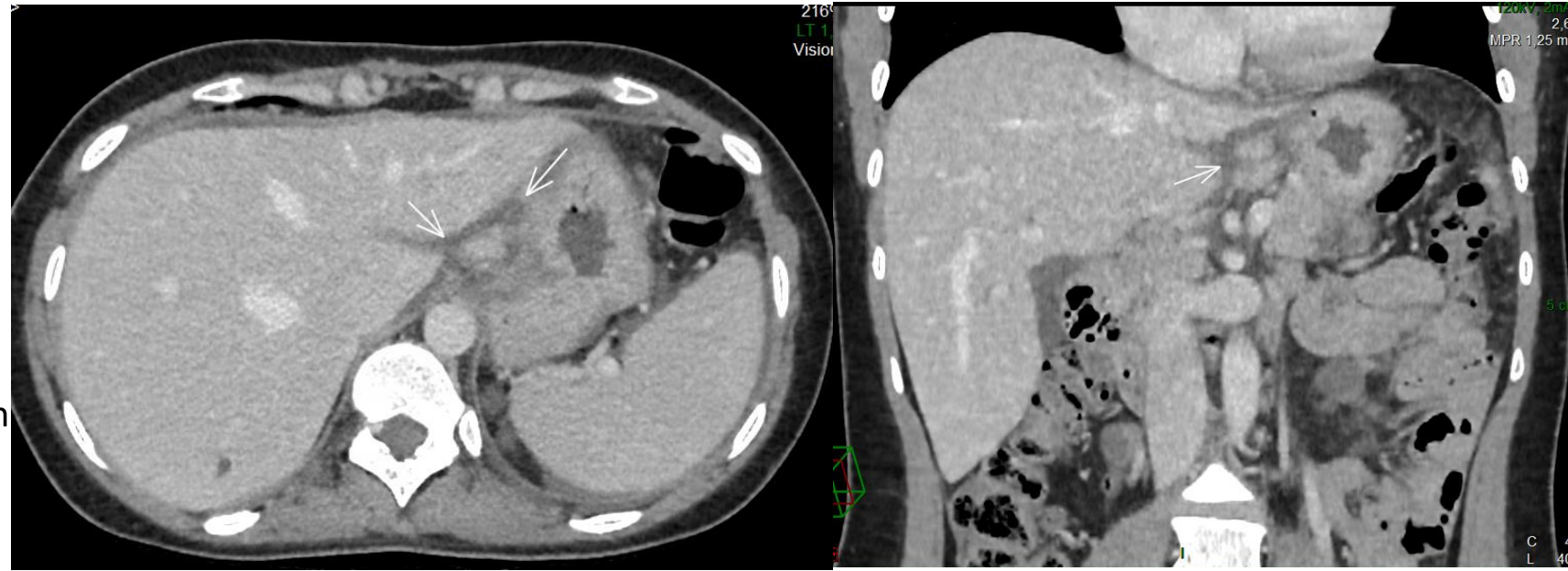
**Martínez et al. J Clin Med 2021*

Estomac 2



Estomac 2

- Adénomégalies sous cardiales
- Infiltration de la graisse du petit épiploon



- Carcinose de type infiltrative ici du ligament gastro-colique
- Atteinte pariétale gastrique peu évidente: perte des plis corporéaux, infiltration sous muqueuse sans perte du rehaussement muqueux.

Estomac 1





- Masse non circonscrite du QIE du sein gauche



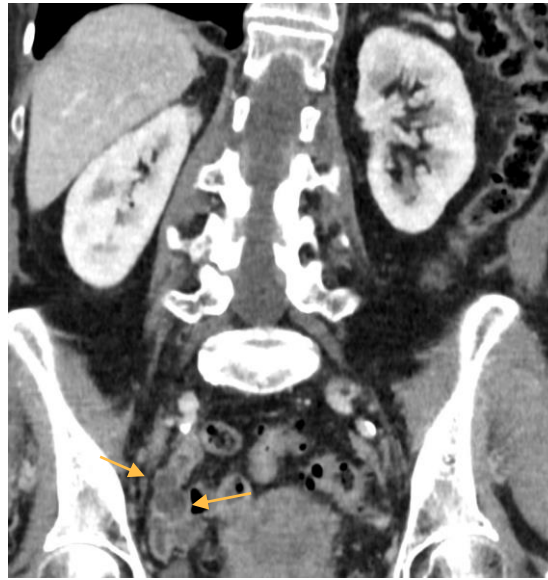
- Adénomégalies axillaires et médiastinales



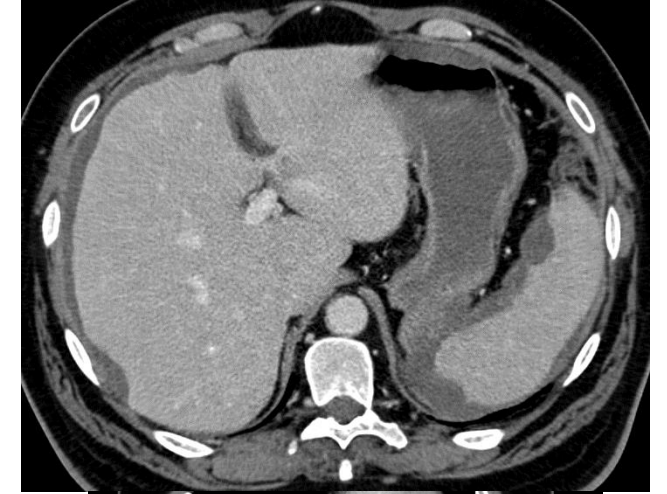
- Localisations secondaires osseuses condensantes



Appendice 1



- Mucocèle appendiculaire rompu sur tumeur mucineuse de grade 2 avec nodules mucineux dans le méso-appendiculaire



- Atteinte péritonéale gélatineuse = Pseudomyxome péritonéal
- Scalloping péri-hépatique et péri-splénique

Appendice 2



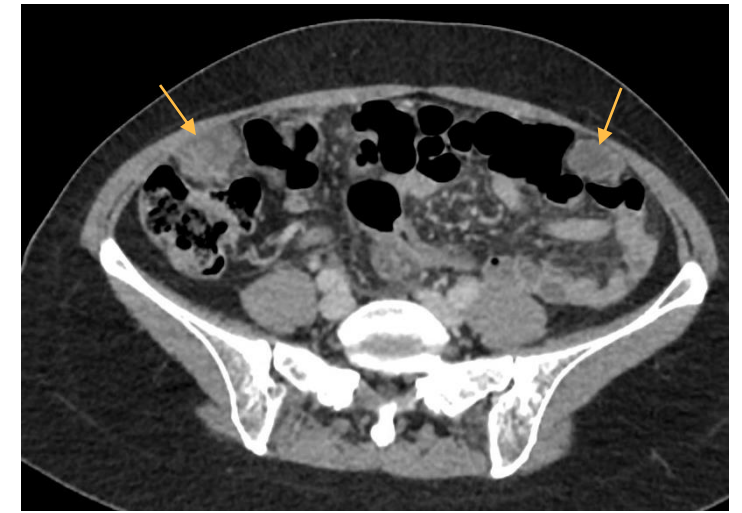
- Mucocèle appendiculaire rompu sur tumeur mucineuse de grade 1
- Calcification des parois ou de la base d'implantation du mucocèle

Appendice 2



- Épaississement irrégulier des parois appendiculaire révélant un adénocarcinome mucineux appendiculaire
- +/- rétention mucineuse en amont
- Rupture pariétale focale sur la coupe

Profil métastatique rejoint celui d'un adénocarcinome colique



- Atteinte mucineuse péritonéale (nodules relativement hyporehaussés)



- Métastases hépatiques intra-parenchymateuses hépatiques

Appendice 2



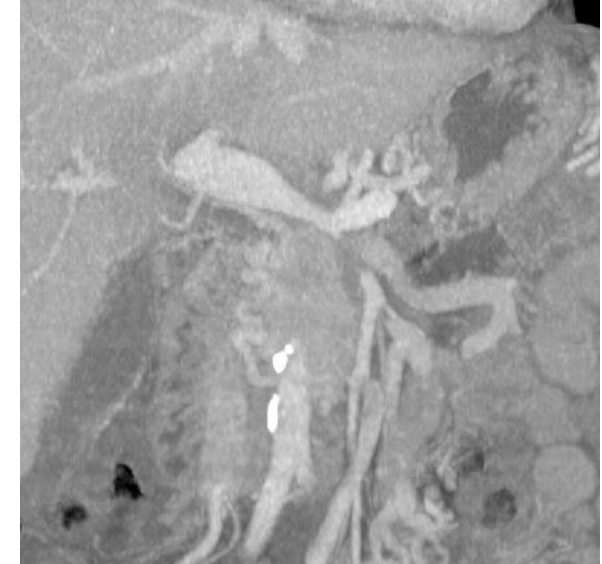
Pancréas 1



- Masse pancréatique corporeale



- Dilatation canalaire pancréatique principale en amont
- Envahissement péri-vasculaire AMS
- Atteinte ganglionnaire latéro-aortique gauche



- Sténose de la VMS et HTP segmentaire

Pancréas 2



Pancréas 2



- Masse tumorale pancréatique caudale
- Carcinose péritonéale de type nodulaire



- Localisation secondaires hépatiques intra-parenchymateuses

Pancréas 1



Voies Biliaires



Cholangiocarcinome « mass forming »

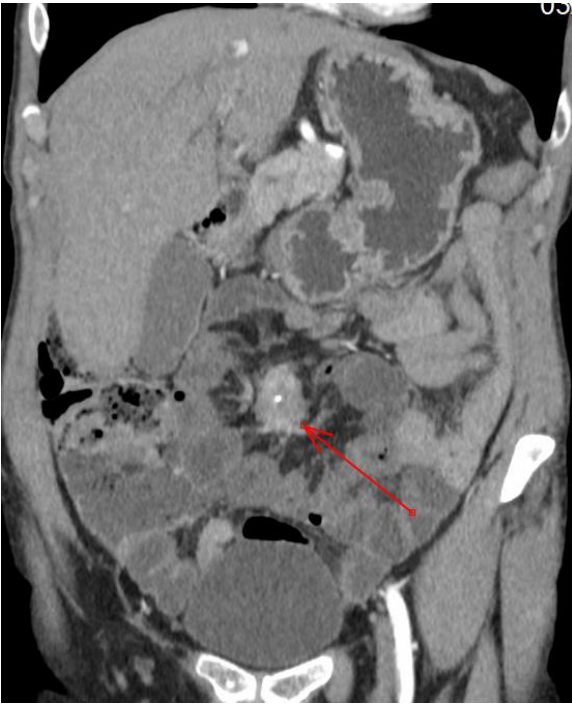
- Masse hépatique principale rétractile ↗
- Prise de contraste retardée
- Nodules secondaires hépatiques ↗
- Dilatation biliaire inconstante en amont



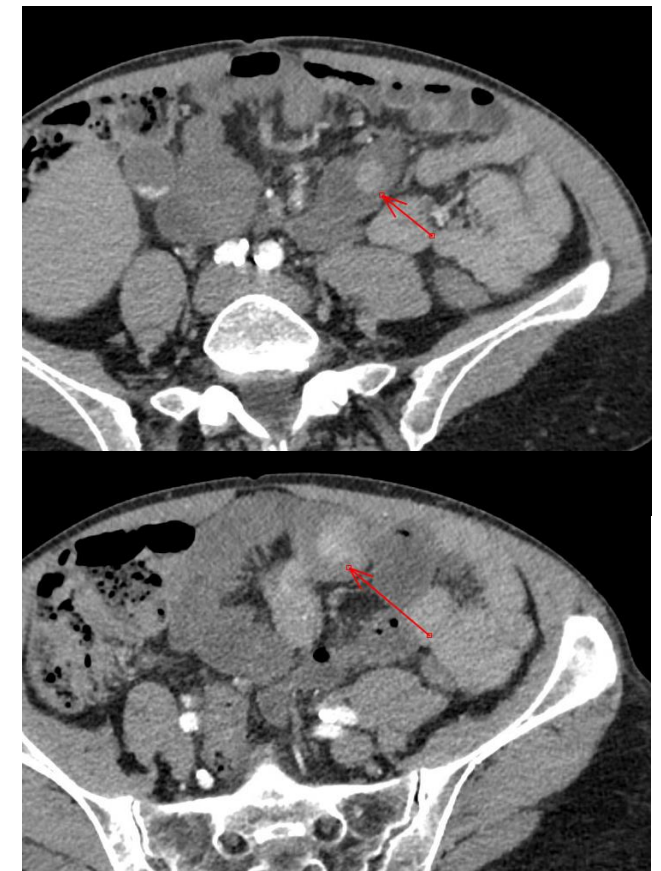
- Atteinte ganglionnaire du hile hépatique



TNE

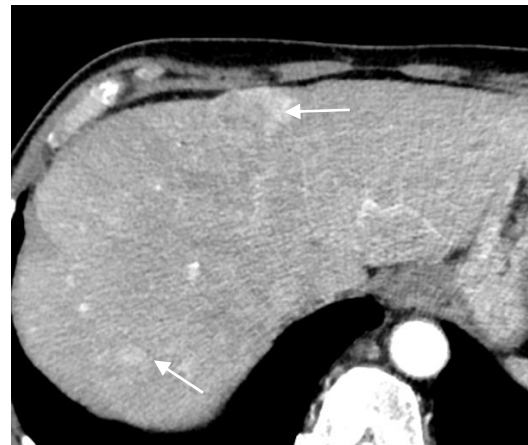


- Adénopathie mésentérique secondaire et mésentérite rétractile
- Calcifications



- La ou les TNEs nodulaires endophytiques dans la lumière hyperartérialisées visibles si de taille suffisante, dans le territoire drainé par le mésentère infiltré (ici 2 nodules iléales proximal)

- Métastases hépatiques hyperartérialisées.



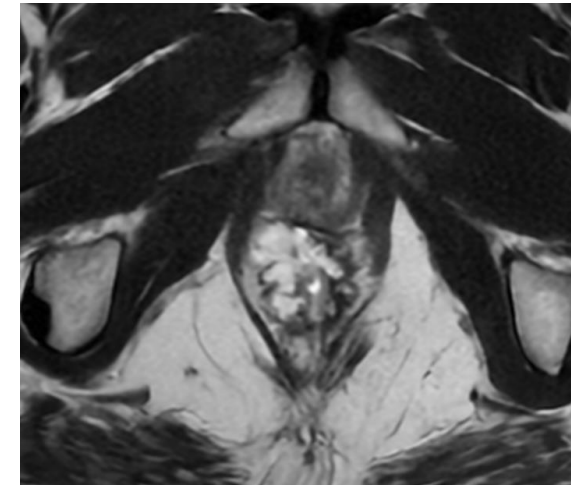
Colorectal mucineux
ou bague à chaton



- Masse primitive sous angulaire colique gauche, sous forme d'un épaissement pariétal hémicirconférentiel, pseudo-polypoïde sessile, retractile



- Autres exemple d'adénocarcinomes mucineux colorectaux rendant compte du caractère hémicirconférentiel, du rehaussement faible de la matrice mucineuse comme en témoigne le signal IRM



Références

- Differentiation between ovarian metastasis from colorectal carcinoma and primary ovarian carcinoma: Evaluation of tumour markers and “mille-feuille sign” on computed tomography/magnetic resonance imaging. Kurokawa et al. 2020.
- Unveiling the mille-feuille sign: a key to diagnosing ovarian carcinosarcoma in addition to ovarian metastasis from colorectal carcinoma on MRI. Watanabe et al. 2024.
- MRI characteristics of ovarian metastasis: differentiation from stomach and colorectal cancer. Takai et al. 2025.
- Novel classification of ovarian metastases originating from colorectal cancer by radiological imaging and macroscopic appearance. Kato et al. 2020.