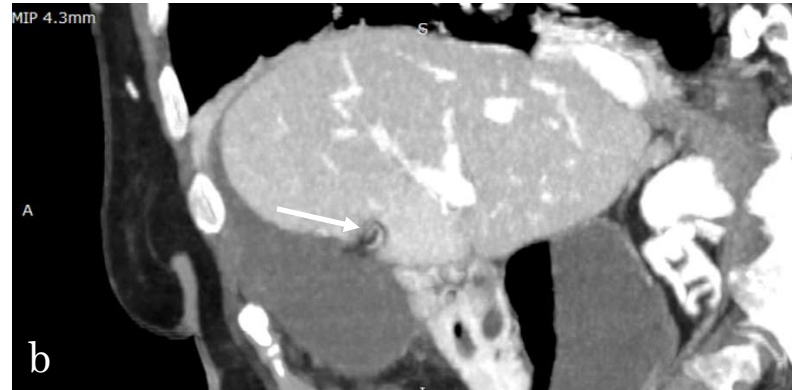




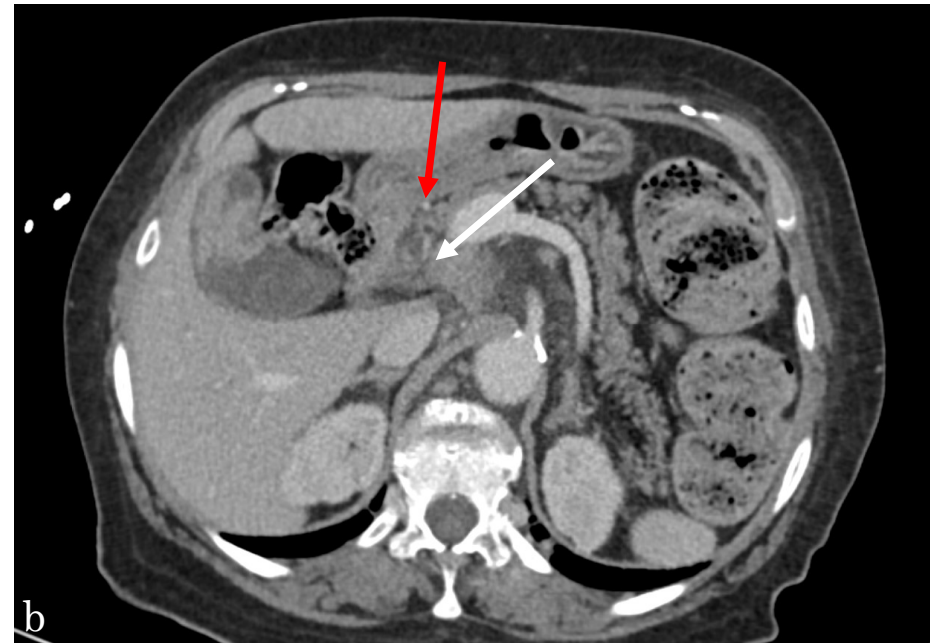
Cas1- TDM en coupes axiales (figures a et c) et sagittale (figure d) avec reconstruction MIP (b).

a- Une Large vésicule biliaire flottante en dehors de la loge vésiculaire (*), un défaut de rehaussement de la paroi vésiculaire (flèche), et une image de striction du canal cystique tourbillon en rapport avec une Rotation de la vésicule biliaire autour de son pédicule mésentérique (tête de flèche) .

b- Image de tour de spire intéressant l'artère cystique (flèche).

c- Vésicule biliaire plicaturée (tête de flèche) avec une lame d'épanchement péri-vésiculaire (flèche).

d- Rehaussement pariétal conservée du canal cystique juste avant sa torsion (flèche).



a et b- La présence d'un processus tissulaire (flèche blanche) englobant le bas cholédoque, responsable d'une dilatation en amont (cercle), peut parfaitement simuler un cholangiocarcinome synchrone. L'épicentre du processus, situé en arrière de l'artère hépatique droite (flèche rouge), suggère plutôt une origine rétropancréatique, compatible avec une adénomégalie rétropéritonéale secondaire à l'extension ganglionnaire du cancer vésiculaire,

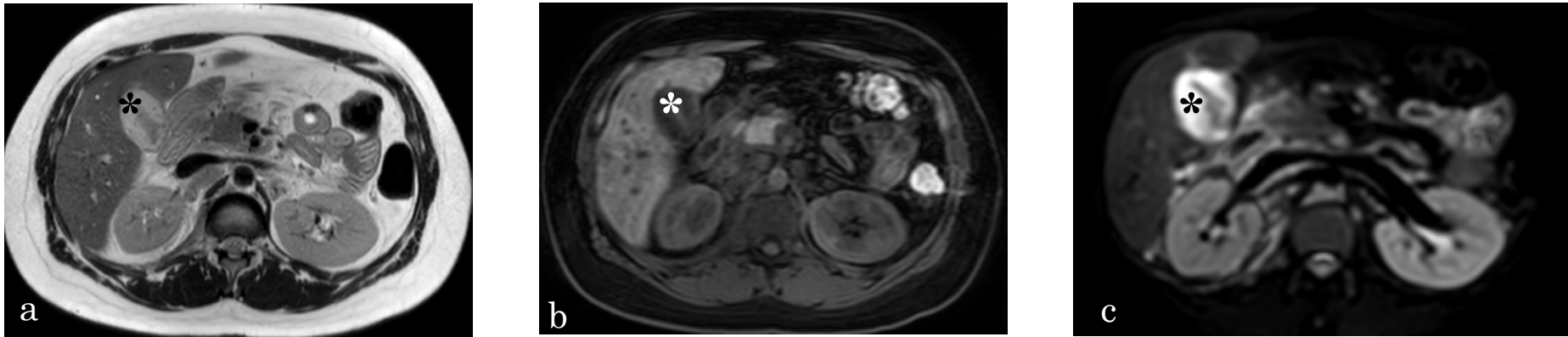


Figure 1- Imagerie par résonance magnétique : séquences axiales T2 (a), T1 (b) et diffusion (c) montrant un épaissement pariétal irrégulier (*) de la vésicule biliaire en signal intermédiaire T2 (a), hyposignal T1(b), avec hypersignal diffusion(c) et chute de l'ADC.

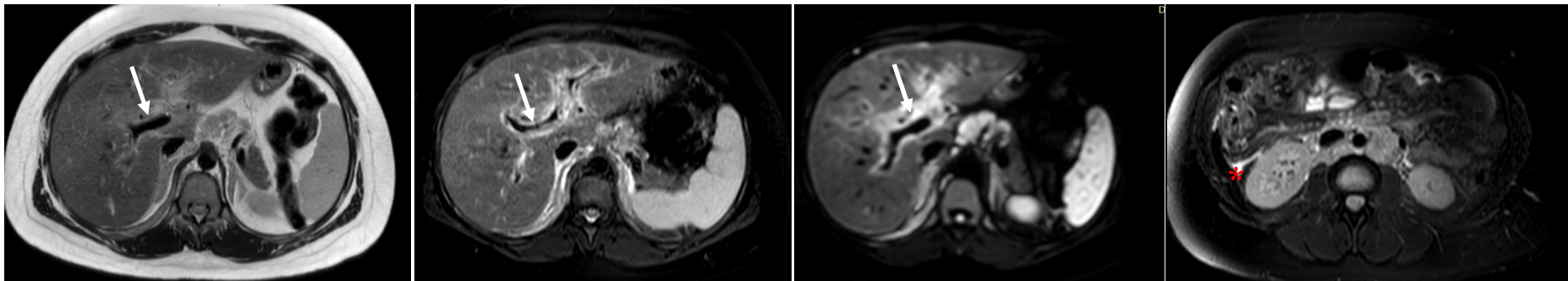


Figure 2- Imagerie par résonance magnétique : séquences axiales T2 (a), T2 SPIR (b et d) et diffusion (c) illustrant un infiltrat (flèche) engainant le pédicule hépatique et les voies biliaires intra-hépatiques jusqu'en distalité en hypersignal T2(a), T2 SPIR(b) et diffusion(c). Epanchement fusant le long de la gouttière pariéto-colique droite (*) en hypersignal T2 SPIR (d).

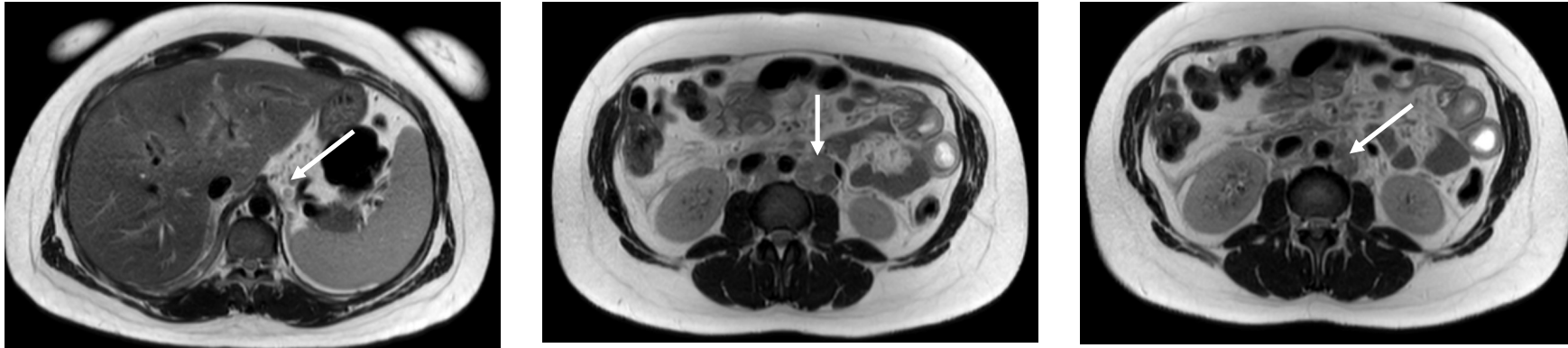


Figure 3- Imagerie par résonance magnétique : séquences axiales T2 (a,b et c) montrant des adénomégalies (flèche) du hile hépatique (a), coelio-mésentérique et lombo-aortiques (b et c).

Devant la mise en évidence d'adénomégalies intra- et rétro-péritonéales, une origine tumorale a été fortement suspectée. L'échographie cervicale complémentaire a objectivé une adénomégalie sus-claviculaire gauche d'allure suspecte.

Figure 4- Echographie cervicale : adénomégalie de Troisier de forme arrondie à cortex asymétriquement épaissi (*) avec disparition du hile graisseux central

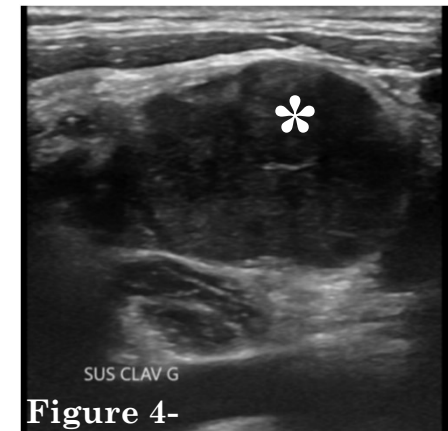
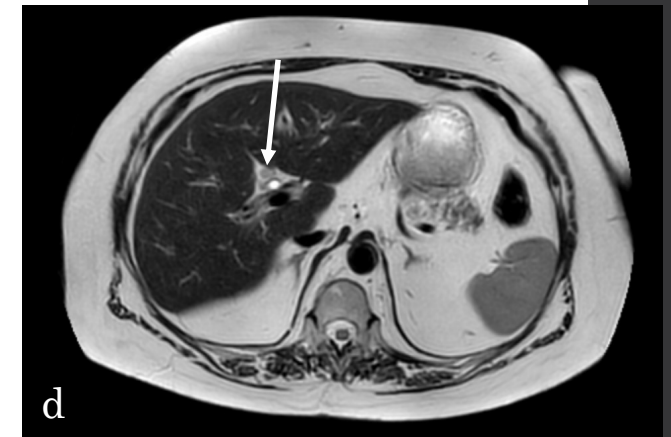
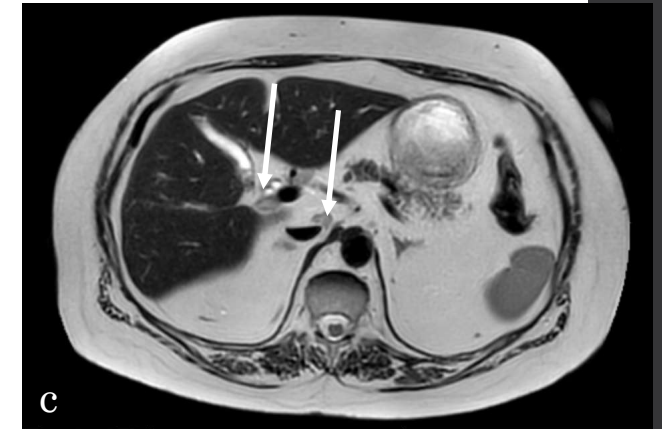
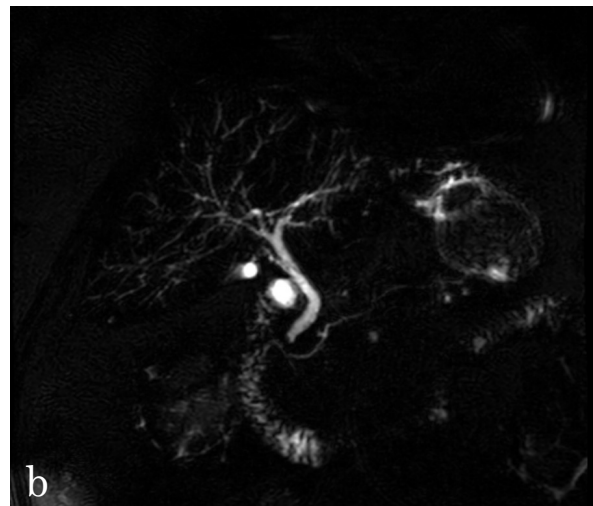
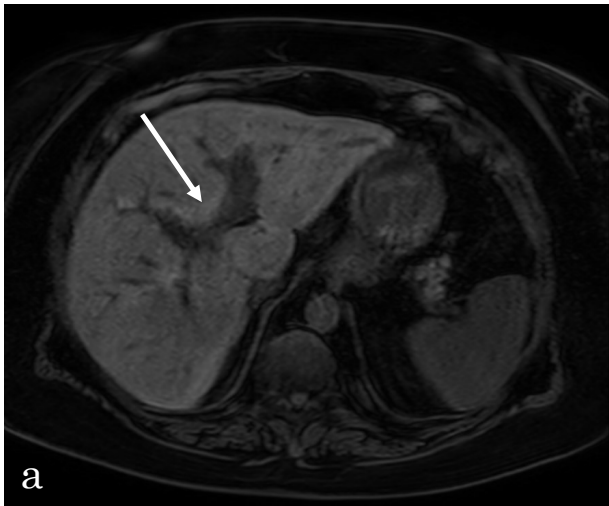


Figure 4-

Une biopsie ganglionnaire a été réalisé qui a conclu à la nature métastatique d'origine digestive. Le bilan d'extension a également mis en évidence une localisation secondaire au niveau de la vésicule biliaire.



a- Rehaussement tardif diffus, linéaire et périportal, sans caractère nodulaire, en faveur d'une cholangite périhilaire (flèche).

b- Sténoses multiples des voies biliaires intra-hépatiques (VBIH), d'aspect proche de celui observé dans la Cholangite sclérosante primitive.

c et d- Ganglions du hile hépatique.

L'ensemble des anomalies est **compatible avec une atteinte hépato-biliaire dans le cadre d'une Sarcoidose.**