



# Échinococcose alvéolaire hépatique : à propos d'un cas



CrossMark

## Alveolar echinococcosis of the liver: A case report

H.D. Ranoharison<sup>a</sup>  
P. Bérout<sup>a</sup>  
I. Chaaben<sup>a</sup>  
J. Rakotobe<sup>a</sup>  
C. Locher<sup>b</sup>  
F. Gutman<sup>c</sup>  
A. Luciani<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Service de radiologie, hôpital de Meaux, 5–6, rue Saint-Fiacre, 77100 Meaux, France

<sup>b</sup>Service de gastro-entérologie, hôpital de Meaux, 5–6, rue Saint-Fiacre, 77100 Meaux, France

<sup>c</sup>Centre de médecine nucléaire de Meaux, 12, rue Saint-Fiacre, 77100 Meaux, France

<sup>d</sup>Service de radiologie, imagerie médicale, 51, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94010 Créteil, France

Reçu le 6 mai 2017 ; accepté le 24 mai 2017

Disponible en ligne sur [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com) le 16 février 2018

### RÉSUMÉ

Patient de 35 ans ayant vécu dans l'Est de la France jusqu'à l'âge de 10 ans consulte pour ictere cholestatique évoluant depuis trois jours. L'examen clinique est normal. L'échographie réalisée montre une volumineuse masse hypoéchogène hétérogène, de contours irréguliers du foie gauche, correspondant au scanner à une masse spontanément hypodense, infiltrative avec une calcification centrale. L'injection de produit de contraste iodé ne révèle pas de prise de contraste mais on note une thrombose de la veine porte ainsi qu'une dilatation modérée des voies biliaires intra hépatiques. L'IRM objective une lésion en hypersignal T1 et des multiples lésions vésiculaires et une nécrose centrale en hypersignal T2 hypersignal, comprimant les voies biliaires ainsi que la veine porte au niveau hilare. Le TEP-scan au F18-FDG découvre une hyperfixation péri-lésionnelle d'allure inflammatoire. Il n'y a pas de lésion extrahépatique. Une biopsie hépatique sous-échoguidée retrouve des fragments fibro-hyalins lamellaires avec calcifications dystrophiques évocateur d'une échinococcose alvéolaire. L'hépatectomie gauche confirme l'échinococcose alvéolaire. L'échinococcose alvéolaire hépatique est rare. La lésion simule une tumeur mais l'IRM facilite le diagnostic et démontre mieux l'extension lésionnelle.

© 2018 Société française de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### SUMMARY

Thirty-five years old men who have lived in the East of France until the age of 10 consults for non-febrile jaundice obstructive syndrome evolving for 3 days. Clinical examination is normal. Abdominal ultrasound reveals a large, irregular and heterogeneous left liver mass, corresponding in precontrast CT with a hypodense mass infiltrative with central calcification. There is not any contrast enhancement in post contrast CT but note a mild biliary duct dilatation and thrombosis of the portal vein. MRI objectives a T1 hypointensity and T2 hyperintensity multiple vesicular structure and necrotic area, which compressed biliary ducts and the portal vein. F18-FDG PET scan demonstrated an inflammatory peri-lesional fixation. There is no extrahepatic focus. An ultrasound-guided hepatic biopsy shows lamellar fibro-hyaline fragments with dystrophic calcifications suggestive of alveolar echinococcosis. An enlarged left hepatectomy confirms alveolar hepatic echinococcosis. Alveolar echinococcosis of the liver is rare. The lesion simulates tumor but the MRI facilitate the diagnosis and shows more the extension of the lesion.

© 2018 Société française de radiologie. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

### MOTS CLÉS

Échinococcose alvéolaire  
Pseudotumeur  
Scanner  
IRM

### KEYWORDS

Alveolar echinococcosis  
Tumor-like  
CT-scan  
MRI

### Auteur correspondant :

**H. Ranoharison**,  
service de radiologie, hôpital de  
Meaux, 5–6, rue Saint-Fiacre  
77100 Meaux, France.  
Adresse e-mail :  
[rhasinadin@dr.com](mailto:rhasinadin@dr.com)

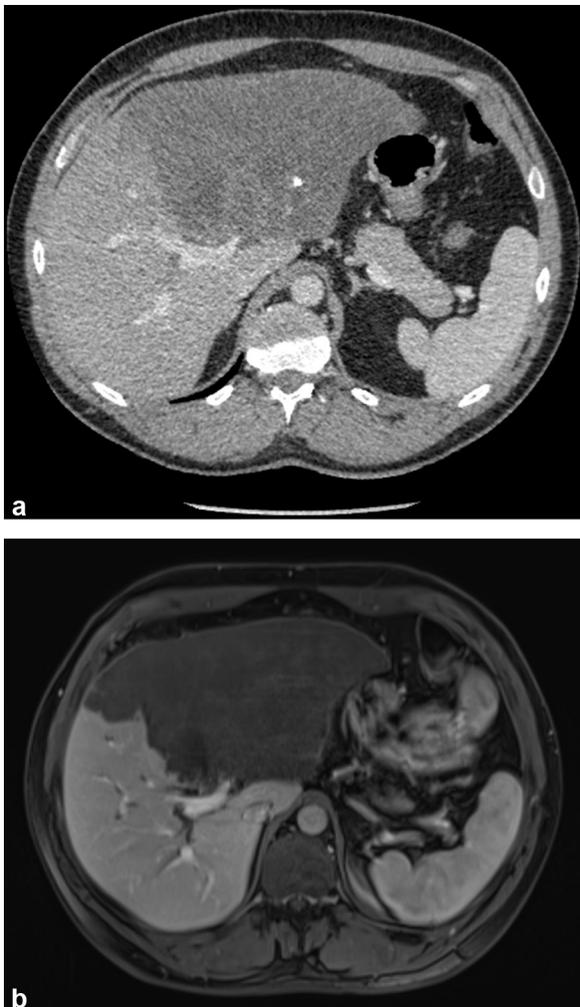


## INTRODUCTION

L'échinococcose alvéolaire hépatique est rare et se caractérise par une latence clinique se compliquant d'une compression ou envahissement des structures adjacentes. L'imagerie décrit une masse hétérogène pseudotumorale mais l'IRM facilite l'orientation diagnostique qui sera confirmé par l'histologie.

## OBSERVATION

Patient âgé de 35 ans, ayant vécu dans l'Est de la France jusqu'à l'âge de 10 ans, consulte pour urines foncées, selles claires et prurit évoluant depuis trois jours. Il conserve un bon état général, mais avec un sub-ictère non fébrile. L'examen clinique est normal.



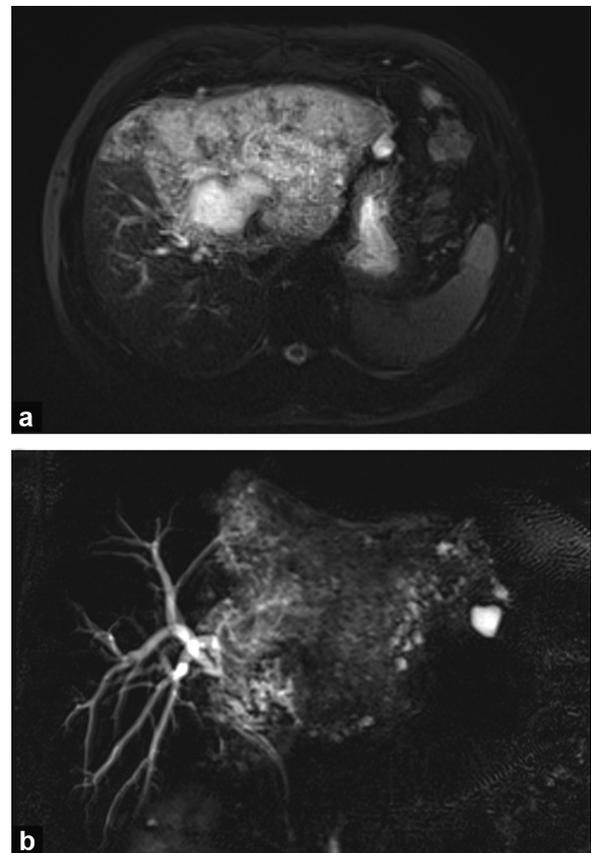
**Figure 1.** Lésion infiltrative du foie gauche contenant de calcification interne avec compression de la branche portale gauche : a : TDM hépatique avec injection de produit de contraste au temps portal ; b : IRM séquence Vibe Gadolinium au temps portal.

Le bilan biologique montre une cytolysse et une cholestase hépatique. Il n'y a pas de syndrome inflammatoire ni infectieux. Le dosage des marqueurs tumoraux et les sérologies virales sont négatifs.

L'échographie visualise une masse mal limitée du foie gauche, discrètement hyperéchogène hétérogène. Une TDM abdominopelvienne sans puis avec injection de produit de contraste (phases artérielle et portale) retrouve la masse du foie gauche, spontanément hypodense, infiltrative s'étendant jusqu'au segment IV avec des calcifications internes et une compression de la branche portale gauche, sans signe d'hypertension portale. Il n'y a pas dysmorphisme hépatique ni prise de contraste anormale. Les voies biliaires intrahépatiques droites sont dilatées (*Fig. 1a*).

L'IRM hépatique objective une lésion hypointense T1 sans prise de contraste et une compression portale gauche (*Fig. 1b*) et des lésions en hypersignal T2 BLADE (*Fig. 2a*) avec dilatation des voies biliaires en séquence RARE (*Fig. 2b*). La séquence HASTE retrouve l'hypersignal lésionnel avec de multiples microkystes périphériques (*Fig. 3a*) ainsi qu'une lésion liquidienne du segment IV. En diffusion, la lésion est hypointense à b800 avec un ADC élevé (*Fig. 3b* et c).

Une CPRE révèle une sténose serrée du canal hépatique droit avec dilatation modérée des voies biliaires intrahépatiques droites. Une TEP-scan au F18-FDG visualise une fixation péri-lésionnelle à SUV max 2,8–3,7 au temps précoce et



**Figure 2.** IRM hépatique : lésion hyperintense et avec multiples microkystes sur la séquence T2 FS BLADE (a) et dilatation des voies biliaires intra hépatiques droites sur la séquence RARE (b).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8940936>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8940936>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)