

HCL

HOSPICES CIVILS
DE LYON

**SIFEM
2024**



Carcinose péritonéale : je révisé.

Marie GAVREL, Witold GERTYCH, François GOLFIER, Olivier GLEHEN, Pascal ROUSSET

Hospices Civils de Lyon – Hôpital Lyon Sud

- Pas de conflit d'intérêt.

Introduction

- Imagerie péritonéale : imagerie d'organe
- Analyse systématique et méthodique

Carcinose péritonéale

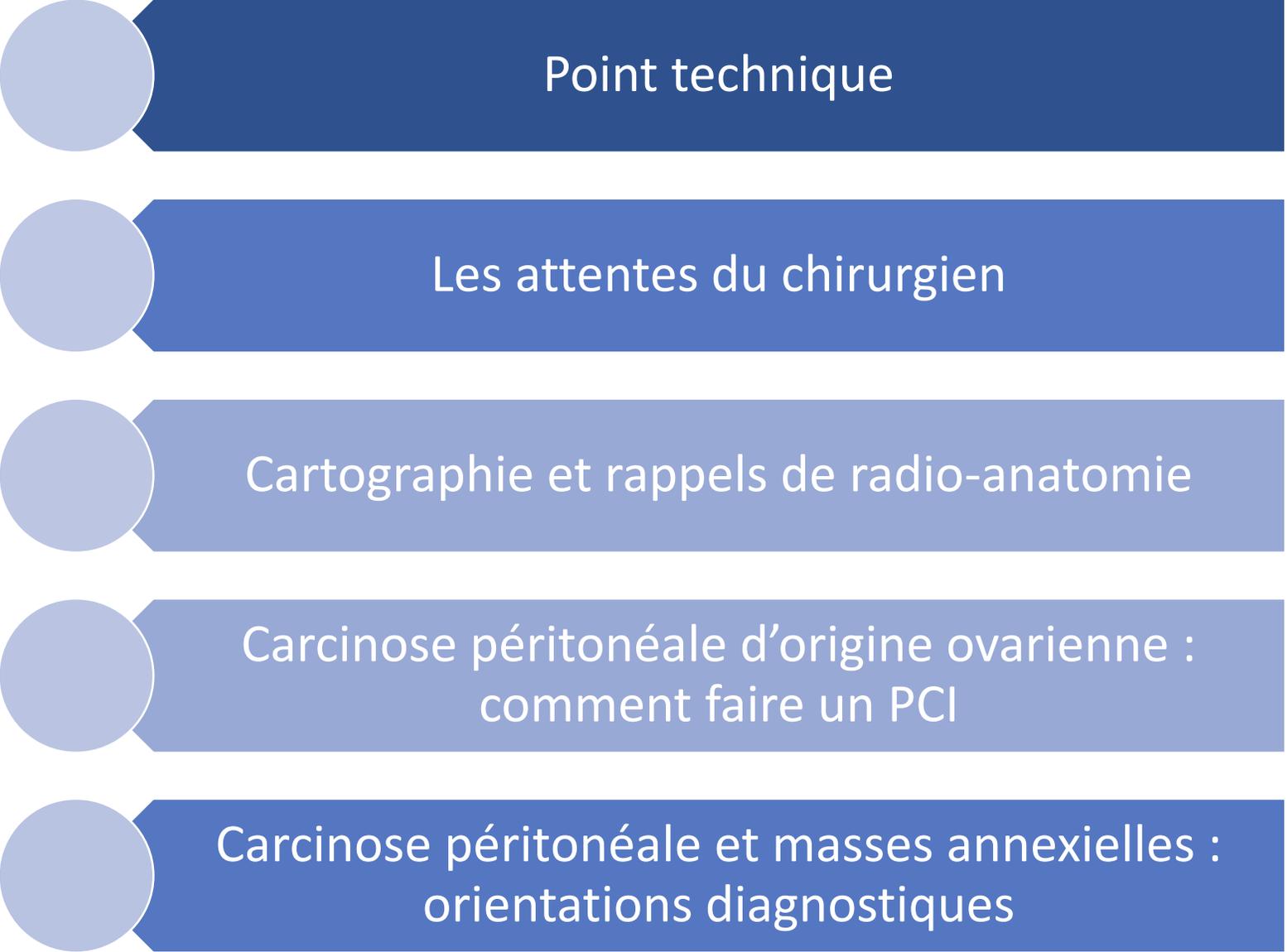
Cancer de l'ovaire connu

- Etre utile au chirurgien / guider la thérapeutique

Carcinose péritonéale et masse ovarienne

- Proposer une gamme diagnostique
- Orienter les patientes

Plan



Point technique

Les attentes du chirurgien

Cartographie et rappels de radio-anatomie

Carcinose péritonéale d'origine ovarienne :
comment faire un PCI

Carcinose péritonéale et masses annexielles :
orientations diagnostiques

Point technique

Scanner conventionnel

- **Protocole**

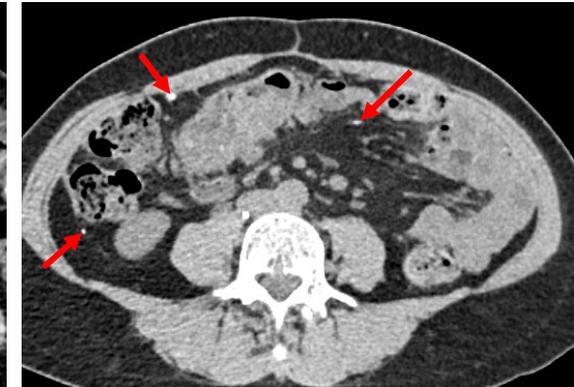
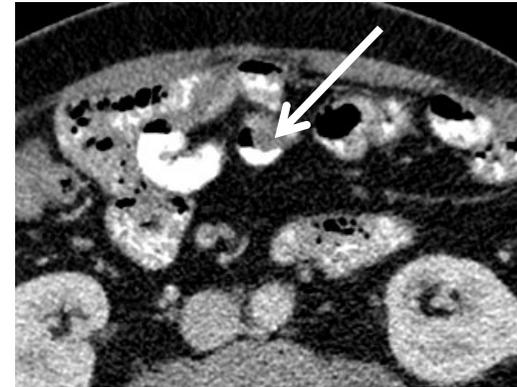
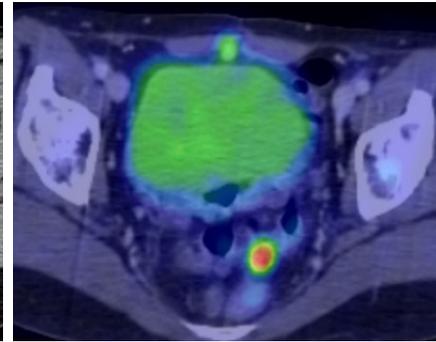
- Coupes fines 1 mm
- Reconstruction 3 mm et multiplanaire (plan coronal)
- Injection au temps portal
- Opacification possible des anses (contraste positif ou négatif)

- **Avantages**

- Reconstructions multiplanaires
- Bilan d'extension à distance

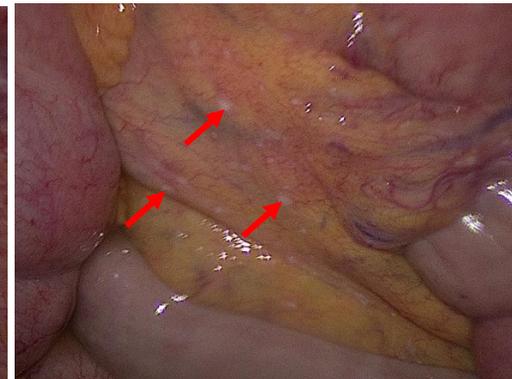
- **Inconvénients**

- Mauvais contraste avec les structures digestives (Sn <20% pour le grêle et le mésentère)
- Manque de sensibilité pour la détection des petits implants

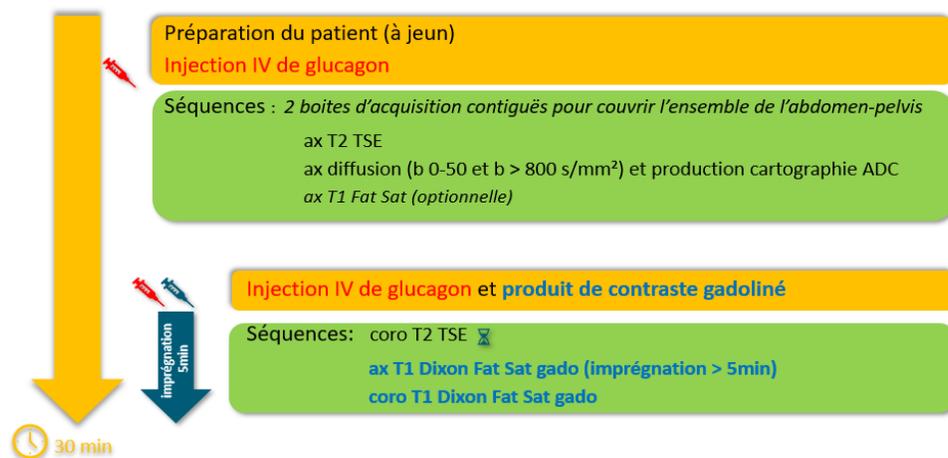


Patiente de 78 ans
Carcinome séreux de haut grade ovarien
Scanner : masses ovariennes et atteinte du grand omentum

Coelioscopie : PCI 21/39. Carcinose jugée non résecable



IRM péritonéale



RENA RAD



Coordinateur

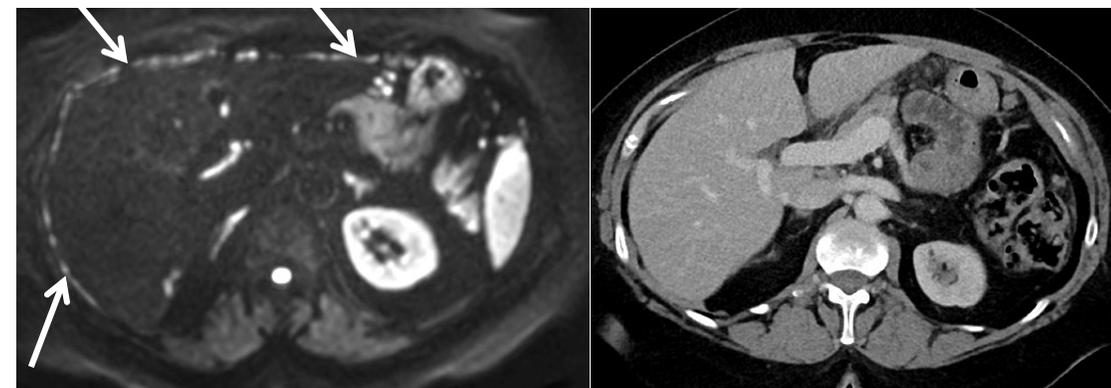
Pr Pascal Rousset

Service de Radiologie
Hôpital Lyon Sud
Hospices Civils de Lyon
165 Chemin du grand revoyet
69495 PIERRE-BENITE

CONTACTER

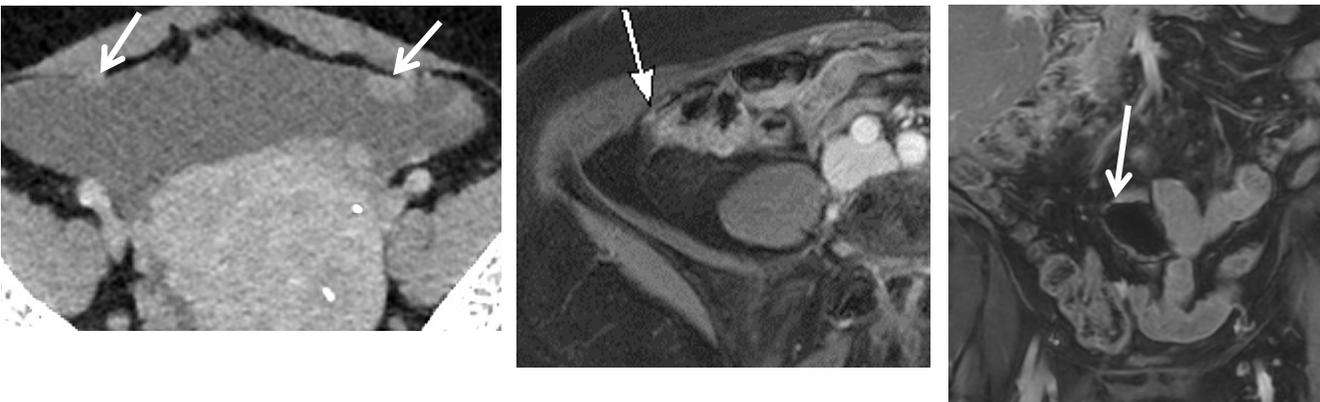
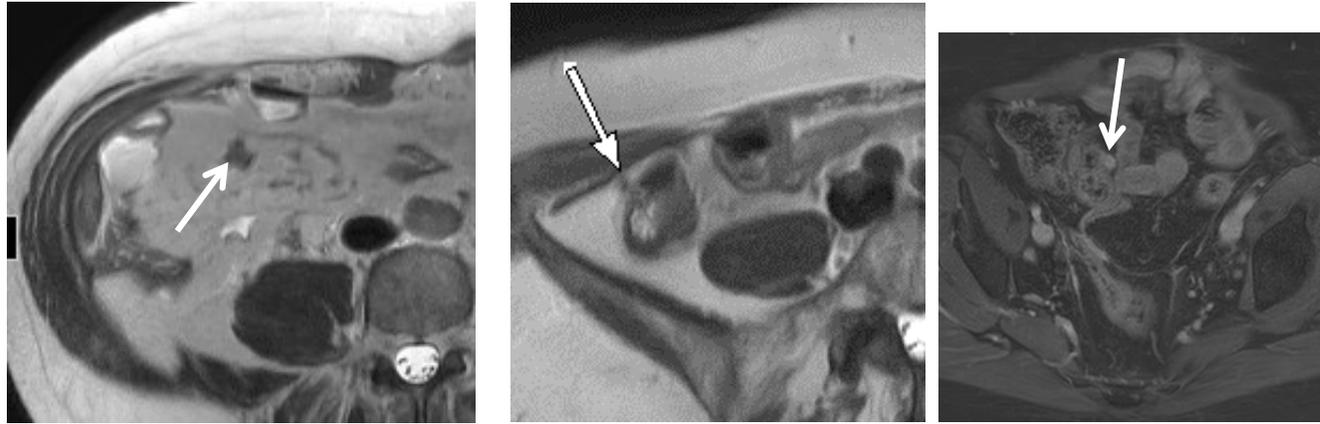
La pratique clinique

- > Etablir des recommandations pour la réalisation des scanners et IRM du péritoine et harmoniser les pratiques :
 - > **Protocole IRM Carcinose (version française)**
 - > Métastases péritonéales - compte-rendu radiologique structuré
 - > Peritoneal MRI protocol (English version)

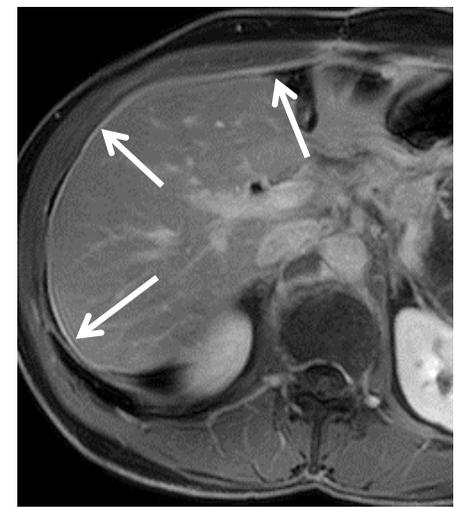
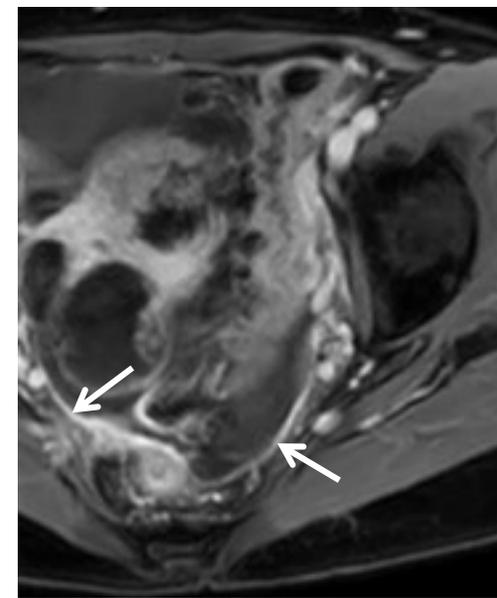


	IRM conventionnelle (T1, T2FS, T1FS gado)	DWI	DWI + IRM conventionnelle
Sensibilité	0.52 - 0.73	0.71	0.84 – 0.90
Spécificité	0.90 – 0.92	0.90	0.91
Accuracy	0.72 – 0.81	0.81	0.88 – 0.91

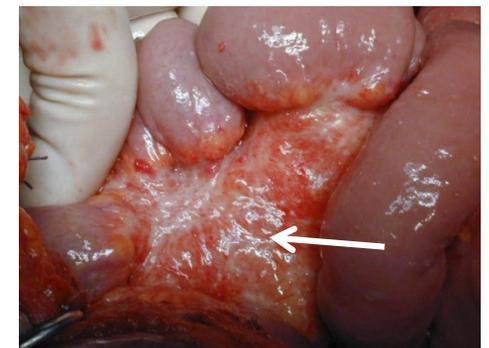
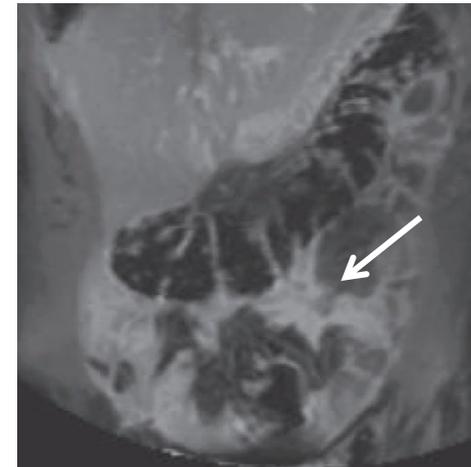
Sémiologie



Nodules



Epaississement péritonéal (> 3 mm) irrégulier / rétractile



Lésions infiltrantes des tissus graisseux (mésos et épiploons)

Les attentes du chirurgien

- Identifier les patientes éligibles à une **chirurgie de cytoréduction complète première**
- → **Chirurgie CC0 = seul facteur pronostic indépendant**
- Score de prédiction de la résécabilité (PCI, Fagotti,...)
- Explorer les zones mal abordées en coelioscopie
- Identifier les patientes présentant des lésions de résécabilité complexe / non résécables

“Due to local differences in treatment strategies and surgical policy a widely adopted objective scoring system with a standard cutoff value is not feasible”

Recommendation 11.5: patients are not candidates for primary surgery (according to ESGO 2017 recommendations [190]) if the following spread of disease, among other factors, is present:

- [redacted] of small bowel mesentery
- Diffuse carcinomatosis of the small bowel involving such [redacted]
- Diffuse involvement/deep infiltration of:
 - [redacted]
 - [redacted]
- Involvement of [redacted]

- [redacted]
- [redacted] (preferably histologically proven)
- [redacted]
- [redacted]

Level of evidence: III

Strength of recommendation: A

Consensus: 100% (40) yes, 0% (0) no, 0% (0) abstain (40 voters)



SPECIAL ARTICLE

ESMO–ESGO consensus conference recommendations on ovarian cancer: pathology and molecular biology, early and advanced stages, borderline tumours and recurrent disease[†]

N. Colombo^{1*}, C. Sessa², A. du Bois³, J. Ledermann⁴, W. G. McCluggage⁵, I. McNeish⁶, P. Morice⁷, S. Pignata⁸, I. Ray-Coquard⁹, I. Vergote^{10,11}, T. Baert¹, I. Belaroussi¹, A. Dashora¹², S. Olbrecht^{10,11}, F. Planchamp¹³ & D. Querleu^{14*}, on behalf of the ESMO–ESGO Ovarian Cancer Consensus Conference Working Group[†]

Annals of Oncology 30:673–705, 2019
doi:10.1093/annonc/mdy562
Published online 2 May 2019

Cartographie des lésions de carcinose péritonéale

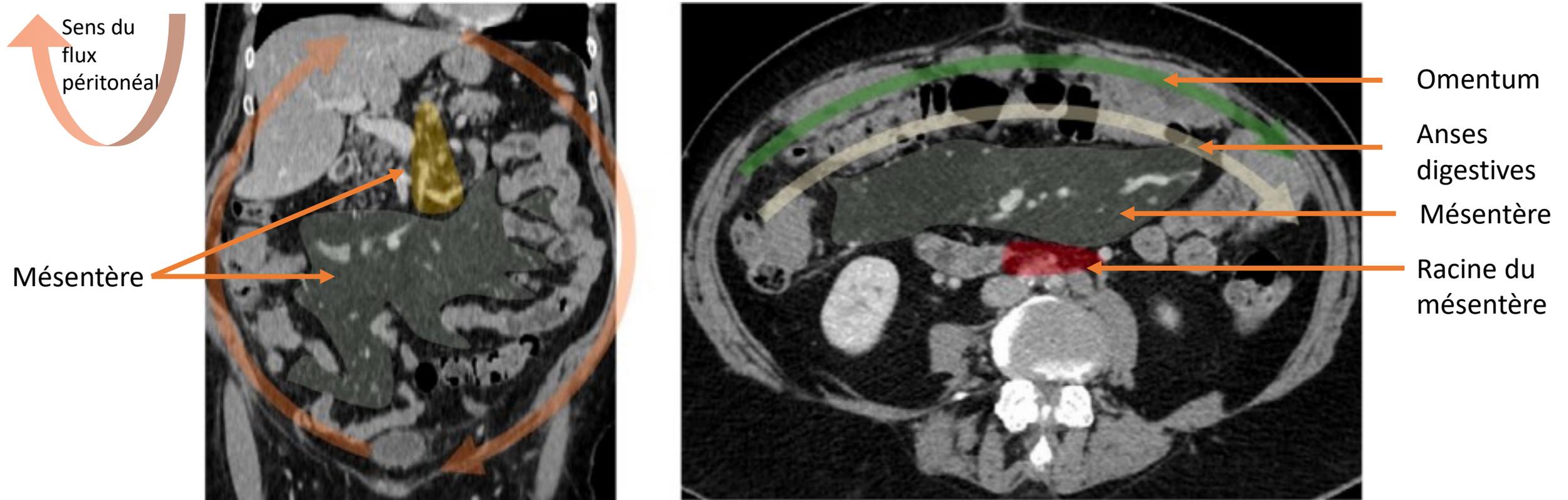
Lecture systématique / atteintes classiques

Connaître les lésions contre-indiquant une prise en charge chirurgicale première

Compte rendu-standardisé



Analyse méthodique du péritoine



The BUMPy road of peritoneal metastases in ovarian cancer

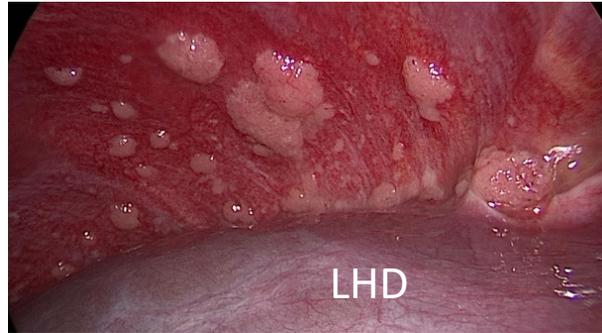
Stephanie Nougaret^{a,b,*}, Elizabeth Sadowski^c, Yulia Lakhman^d, Pascal Rousset^e, Max Lahaye^f, Michael Worley^g, Olivia Sgarbura^{h,i}, Atul B. Shinagare^{j,k}

[Diagnostic and Interventional Imaging 103 \(2022\) 448–459](#)

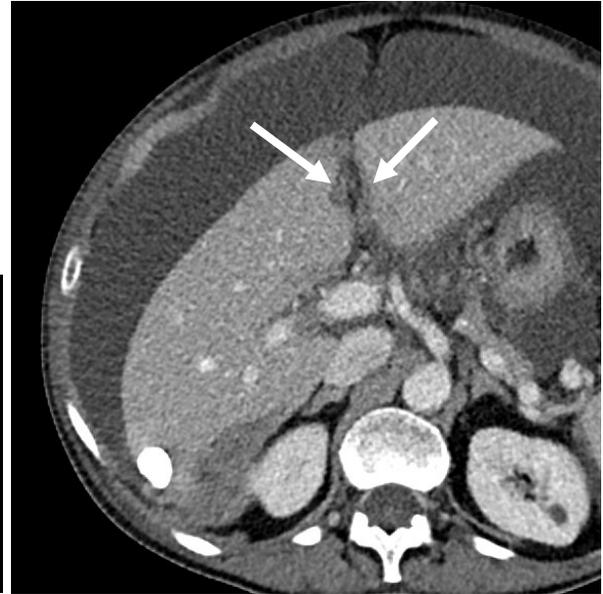
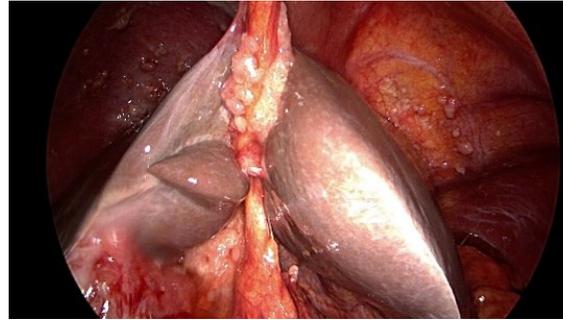
Espace sous-phénique droit et péri-hépatique



Coupole droite



Ligament falciforme et rond



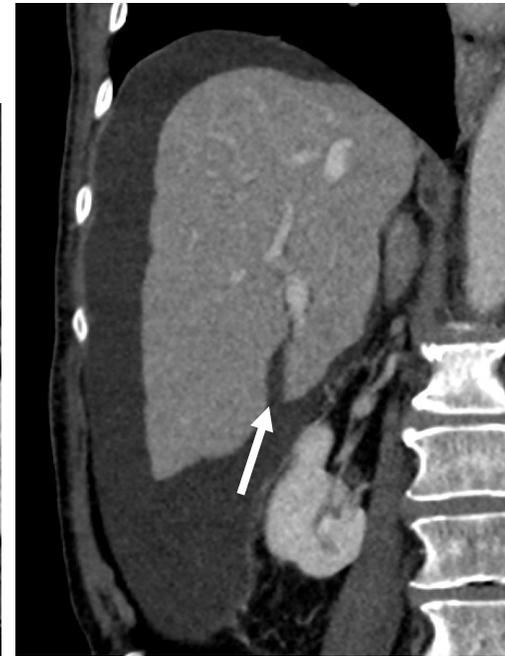
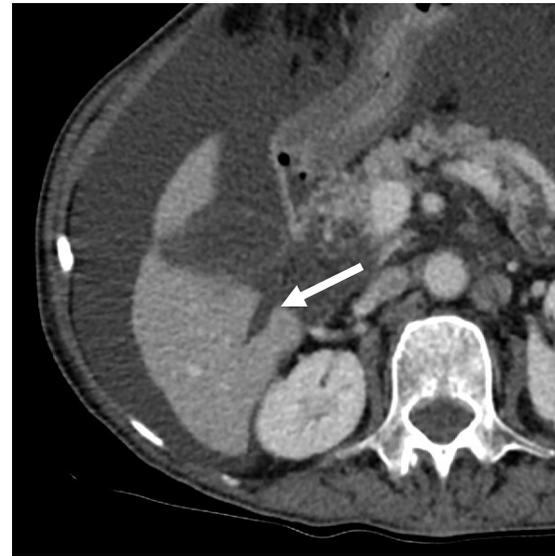
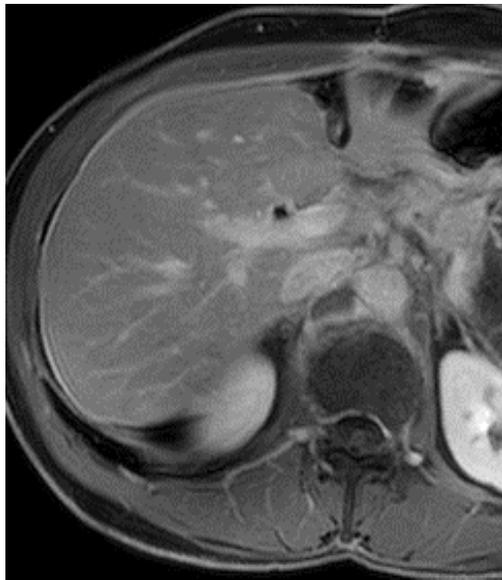
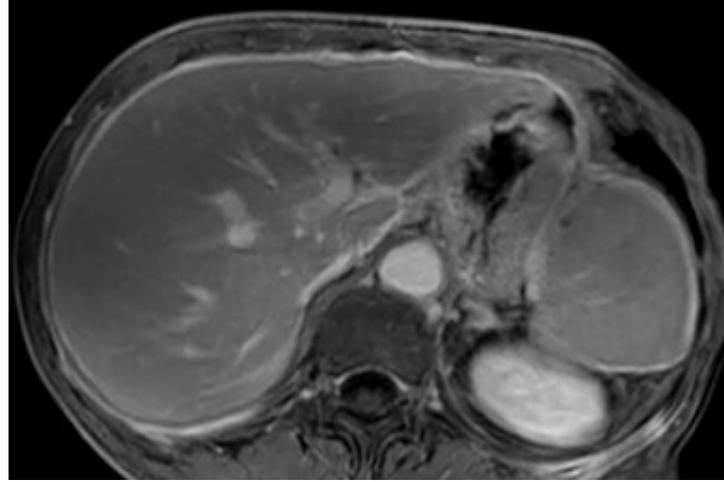
Espace de Morisson



Atteinte pleurale diaphragmatique



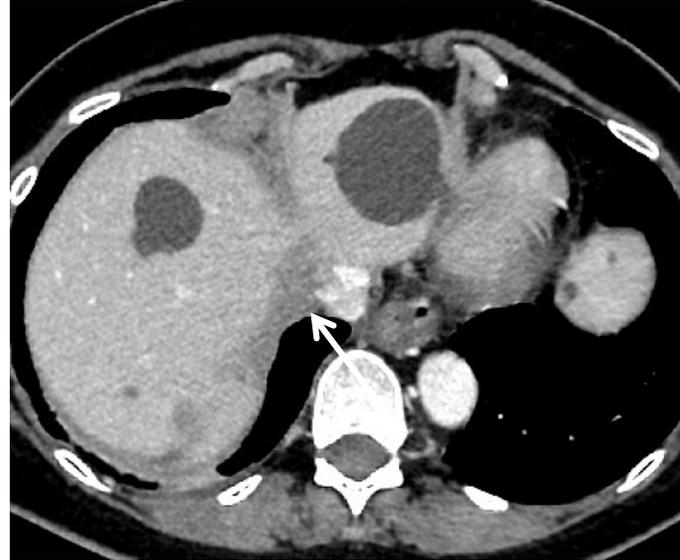
Espace sous-phénique droit et péri-hépatique



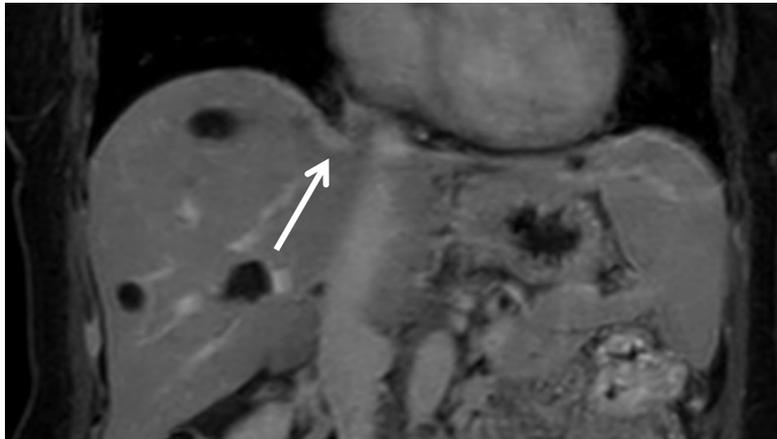
Scissure accessoire

Atteinte péri-capsulaire extensive

Espace sous-phénique droit et péri-hépatique



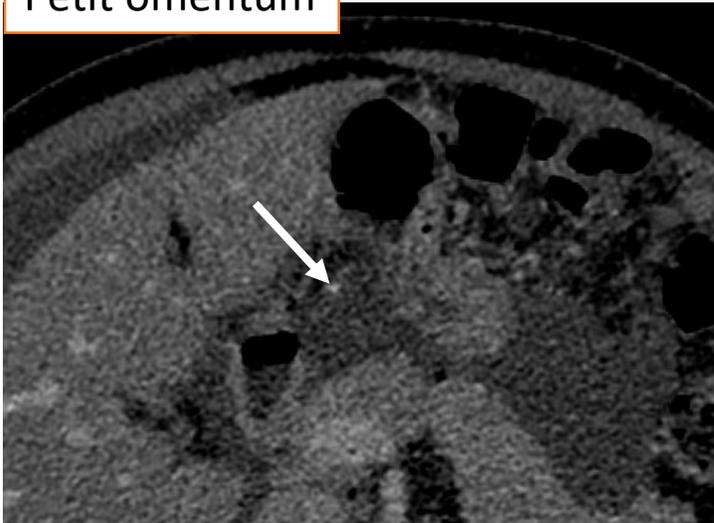
Atteinte du confluent cavo-sus-hépatique



Région épigastrique

Arrière cavité des épiploons :

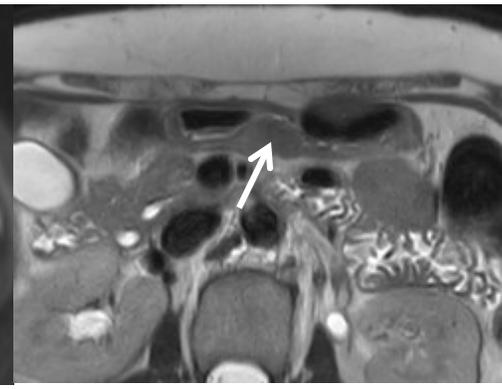
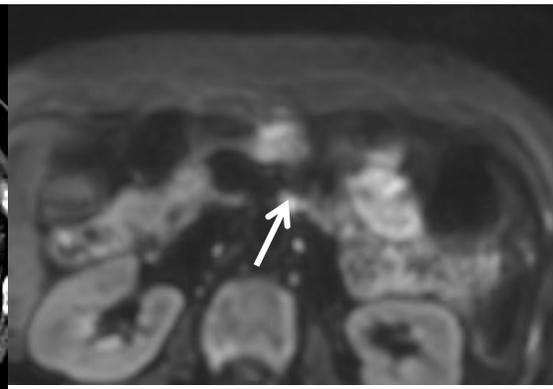
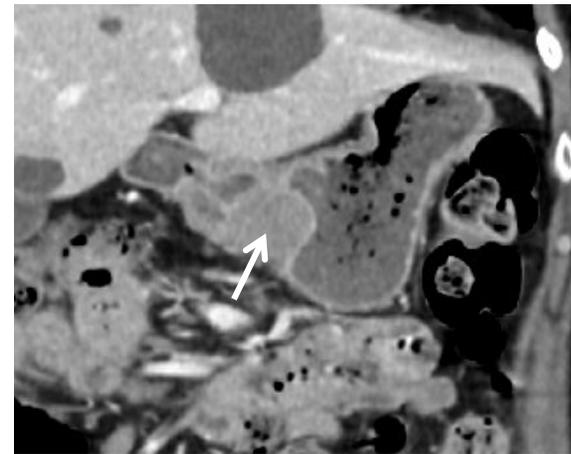
*Espace situé entre la face postérieure de l'estomac et la face antérieure du pancréas
Communique avec le hile hépatique via le hiatus de Winslow*



Atteinte de la triade portale



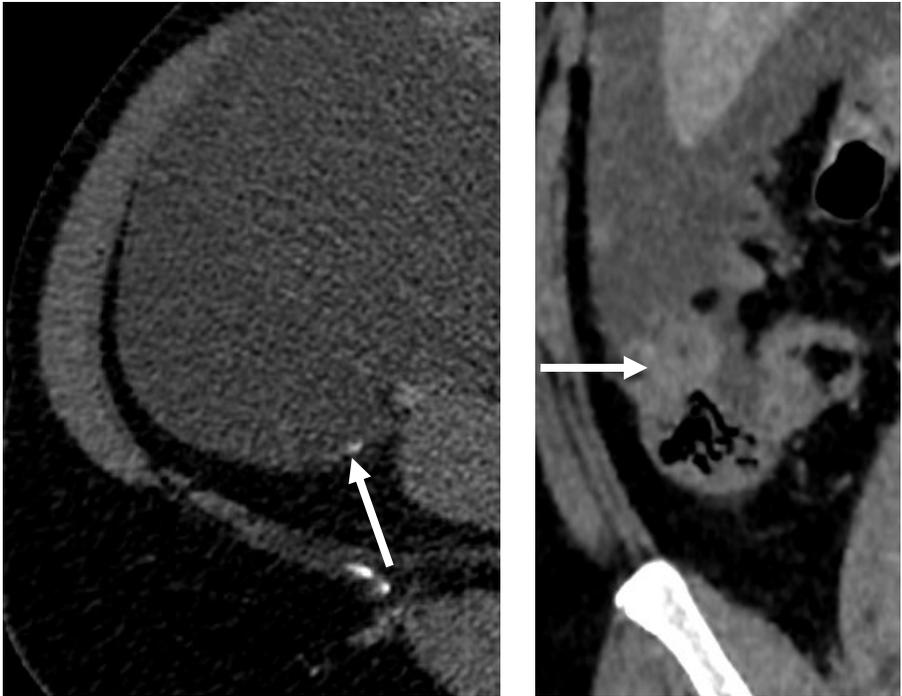
Obstruction antro-pylorique ou atteinte duodénale



Gouttières pariéto-coliques

Préciser si atteinte colique droite / gauche
Valvule iléo-caecale

Droite



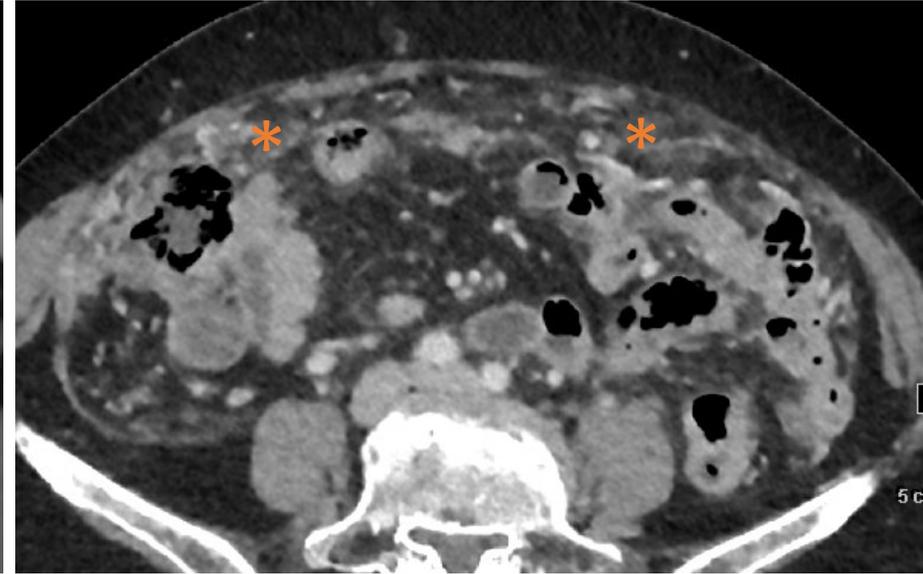
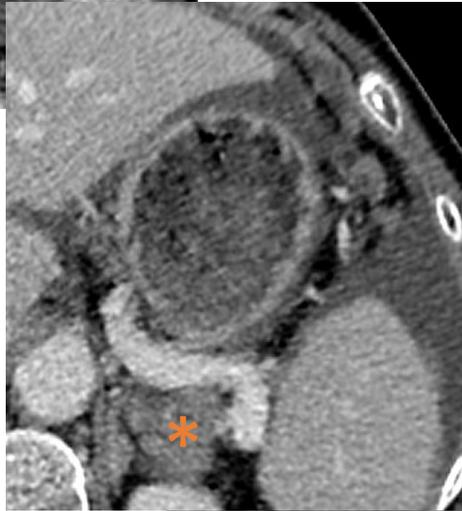
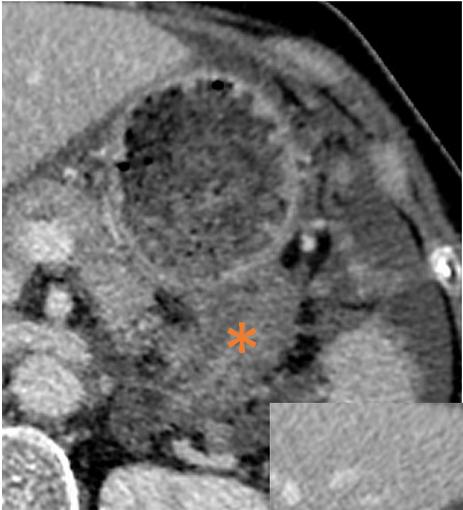
Gauche



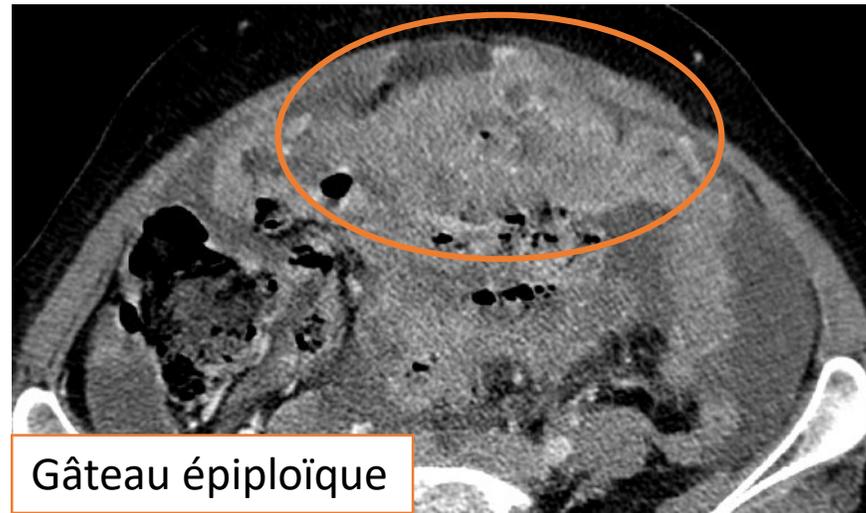
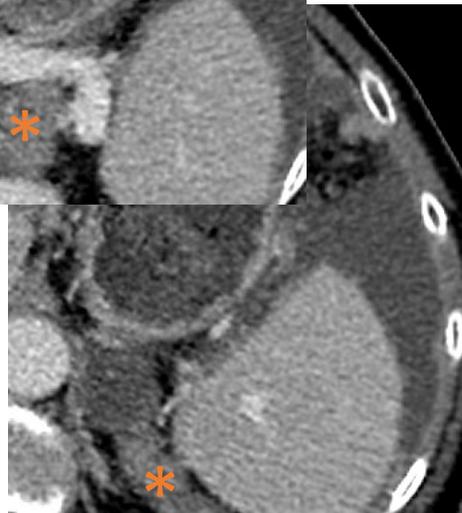
Grand omentum et péritoine pariétal antérieur

Préciser si atteinte infra gastrique / infra colique / au contact du hile splénique

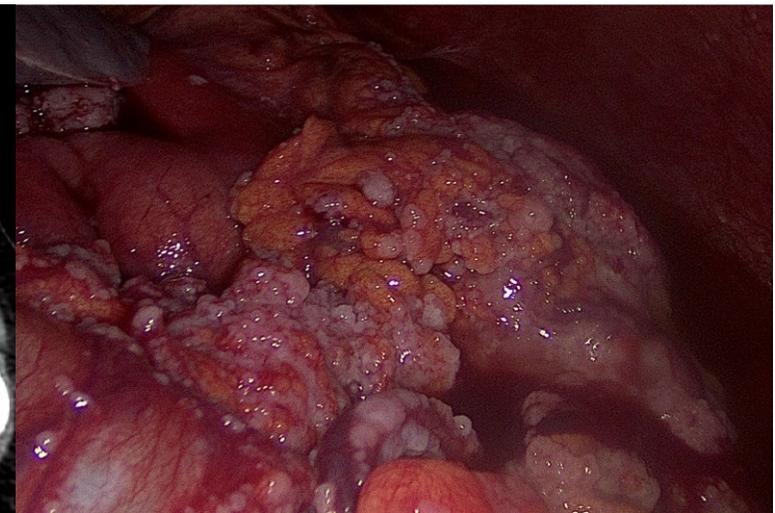
Préciser si accollement colique / mésocolon transverse



Corne épiploïque gauche
Le long de la grande courbure gastrique
Hile de la rate

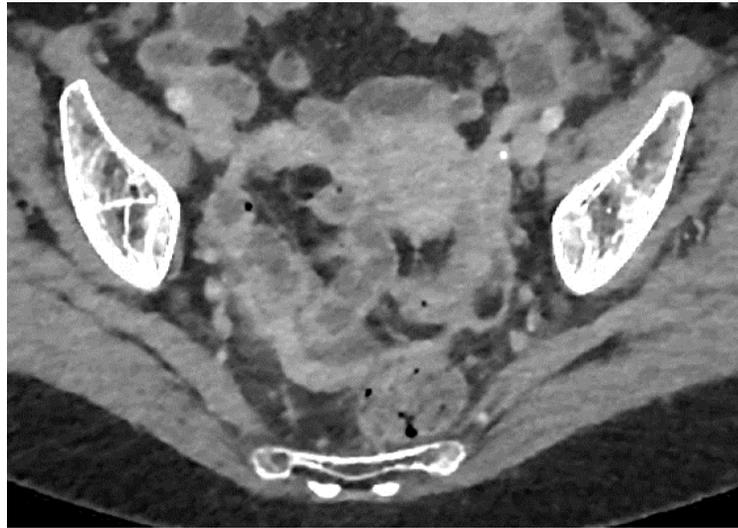


Gâteau épiploïque

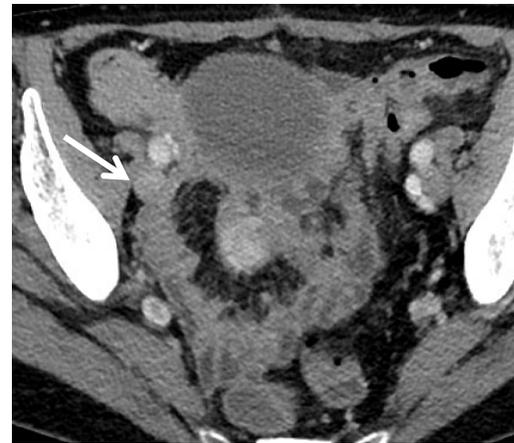
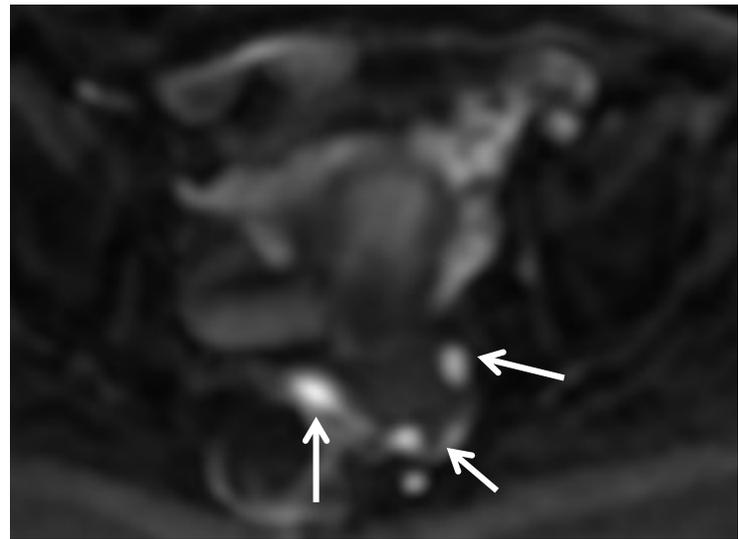
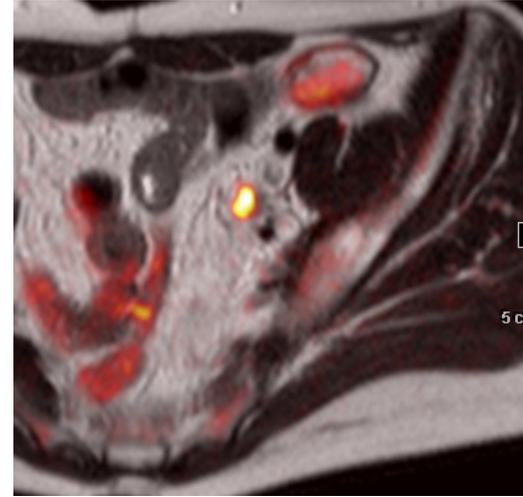
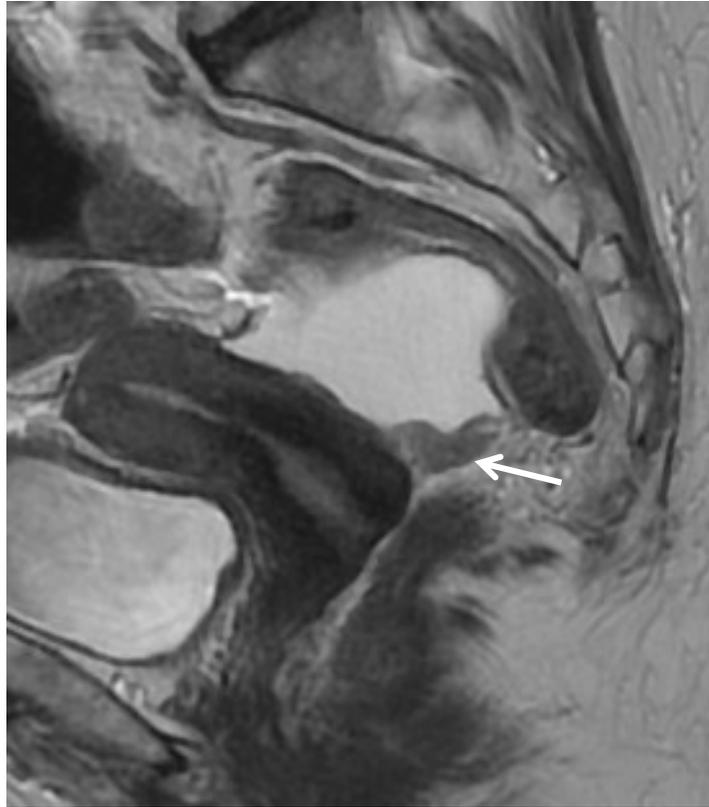


Pelvis

Atteinte de la paroi pelvienne
→ Lésion péri-vasculaire
→ Infiltration musculaire



Cul-de-sac de Douglas

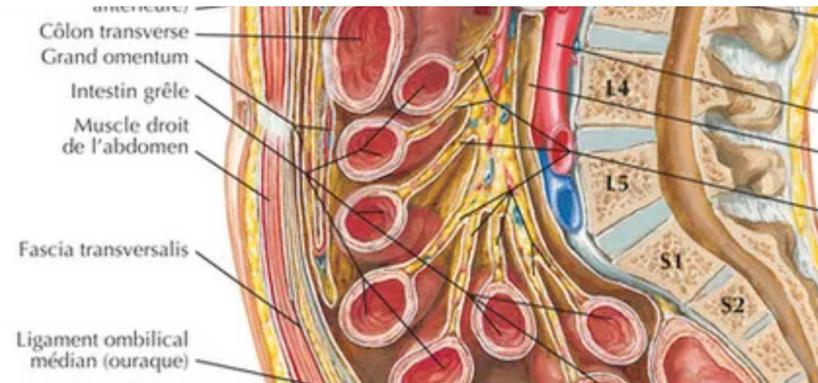
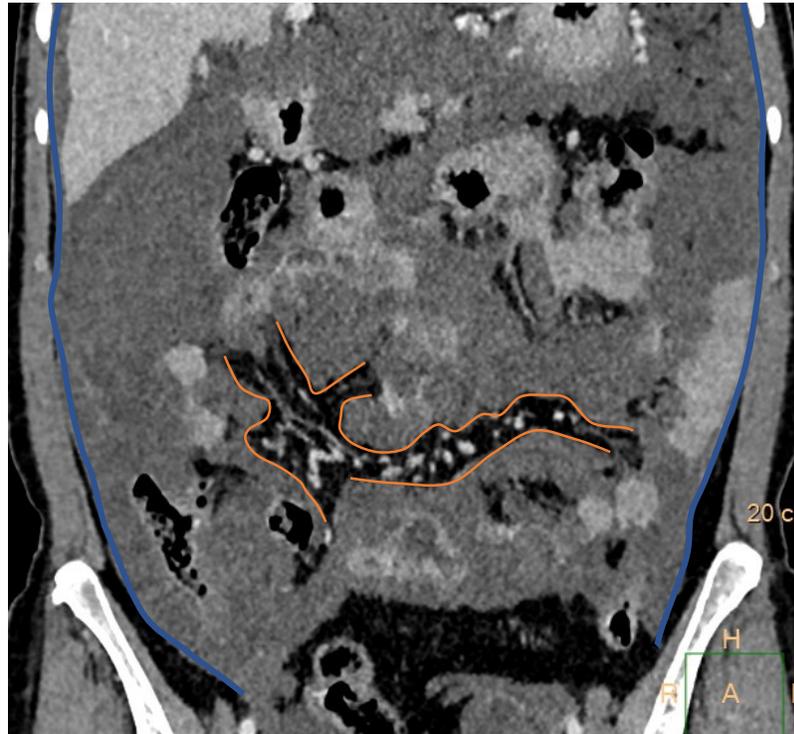


Envahissement viscéral : charnière recto-sigmoïdienne, utérus, vessie.

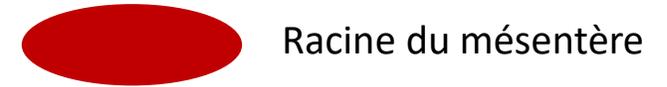
Atteinte mésentérique

Péritoine pariétal

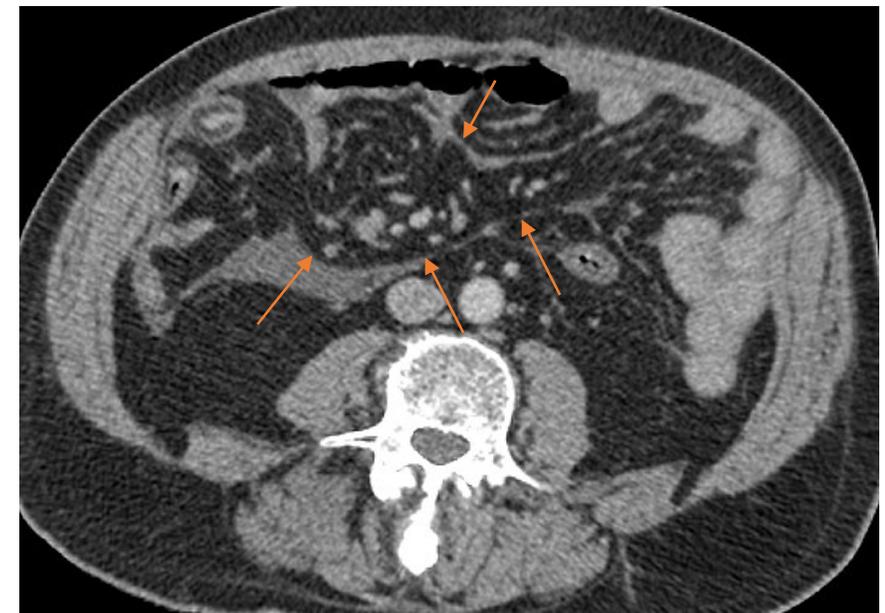
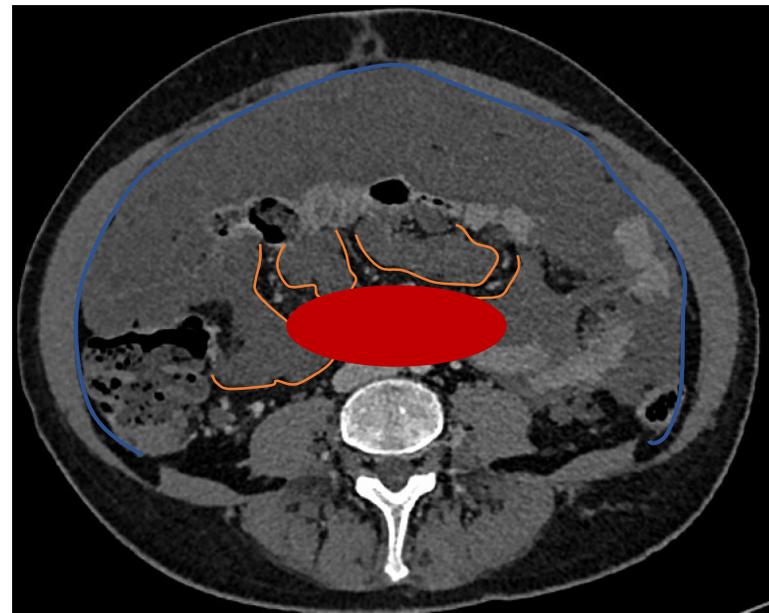
Péritoine viscéral tapissant les méso



Méso = repli péritonéal reliant la paroi abdominale postérieure à un segment mobile du tube digestif



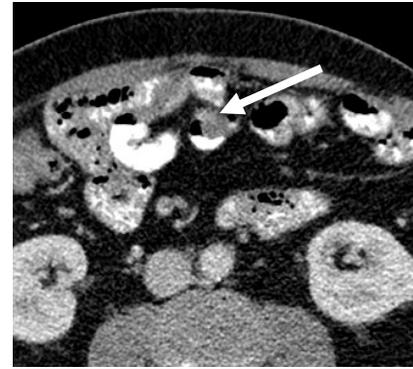
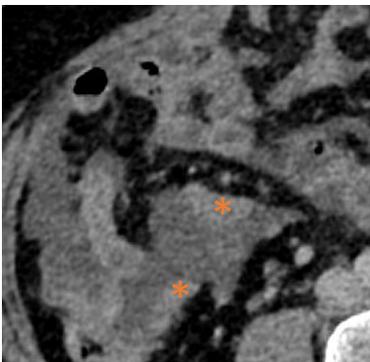
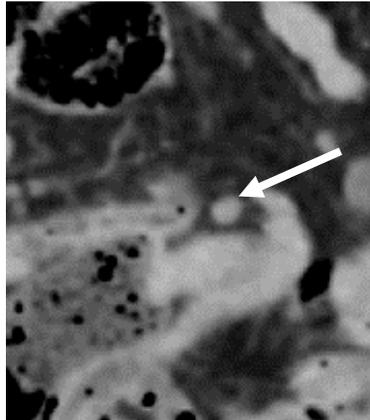
Ligament = relie un organe plein à la paroi abdominale, une structure digestive ou un autre organe



Atteinte mésentérique

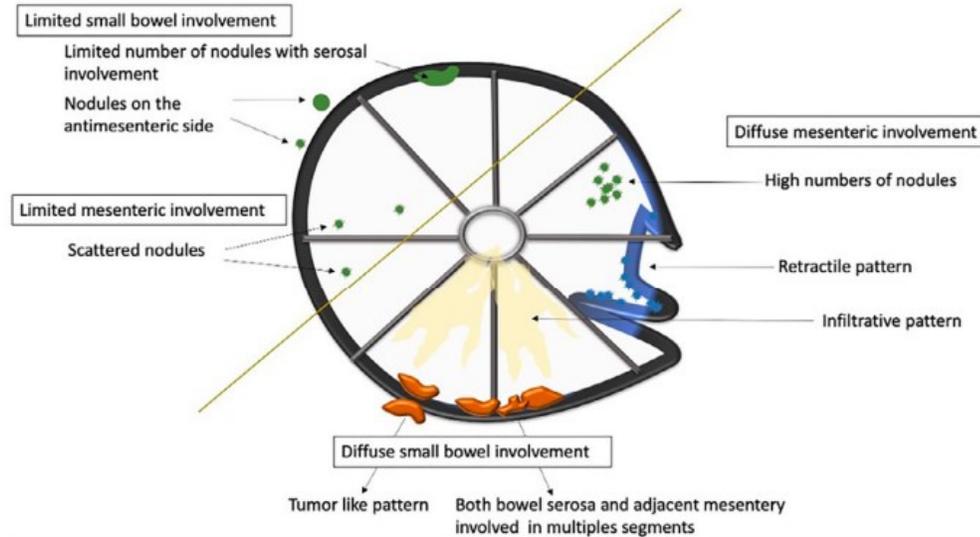
Préciser si atteinte proximale ("racine") ou distale

Préciser si atteinte des anses grêles : douteux (contact étroit) ou formel (engainement)



Resectable

Difficult to resect



Le compte-rendu standardisé



Société d'Imagerie de la Femme

COMPTES-RENDUS TYPE « PELVIS »

Echographie

- Echographie-Examen normal
- Echographie-Bilan de myomes utérins
- Echographie-Bilan d'endométriose

Scanner

- Scanner TAP-Bilan d'opérabilité d'un cancer de l'ovaire avec carcinose péritonéale

IRM

- IRM-Examen normal
- IRM-Bilan d'un cancer de l'endomètre
- IRM-Bilan de dysfonctions pelvi-périnéales
- IRM-Bilan de caractérisation d'une masse pelvienne
- IRM-Bilan de myomes utérins
- IRM-Bilan d'endométriose
- IRM-Bilan d'un cancer du vagin
- IRM-Bilan initial d'un cancer du col utérin
- IRM-Evaluation d'un cancer du col utérin après radio-chimiothérapie

- Annexe
- Péritoine → Carcinose localisée / plurifocale / diffuse
→ Nombre de régions atteintes
→ PCI radiologique
- Atteinte ganglionnaire
- Atteinte sus-diaphragmatique
- Métastases à distance
- Variantes anatomiques

Regions

- 0 Central
- 1 Right Upper
- 2 Epigastrium
- 3 Left Upper
- 4 Left Flank
- 5 Left Lower
- 6 Pelvis
- 7 Right Lower
- 8 Right Flank
- 9 Upper Jejunum
- 10 Lower Jejunum
- 11 Upper Ileum
- 12 Lower Ileum

PCI

Lesion Size

—
—
—
—
—
—
—
—
—
—
—
—
—

Lesion Size Score

- LS 0 No tumor seen
- LS 1 Tumor up to 0.5 cm
- LS 2 Tumor up to 5.0 cm
- LS 3 Tumor > 5.0 cm or confluence

Sugarbaker . Adv Surg. 1996

Choose the type of evaluation :

CT

PET-CT

MRI

Surgery

Operating Room Nurse

Pathology

Start a new evaluation

Please choose the Primary Tumor :

Ovarian cancer

Stage :

Serous

Start evaluation

- Please choose the involved anatomic structures at the bottom of this page

Region 0 - Central

PCI = 3 / 39

Peritoneal Implant(s)

Largest positive implant (mm): 10

Thickening of visceral / parietal peritoneum

Infiltration of adipose tissue

Mucinous / Ascites fluid

Involved anatomic structure(s)

Reason(s) for non resectability

Abdominal lymph node(s)

Extraperitoneal location(s)

Other Scores

Gilly = Stage NA/4

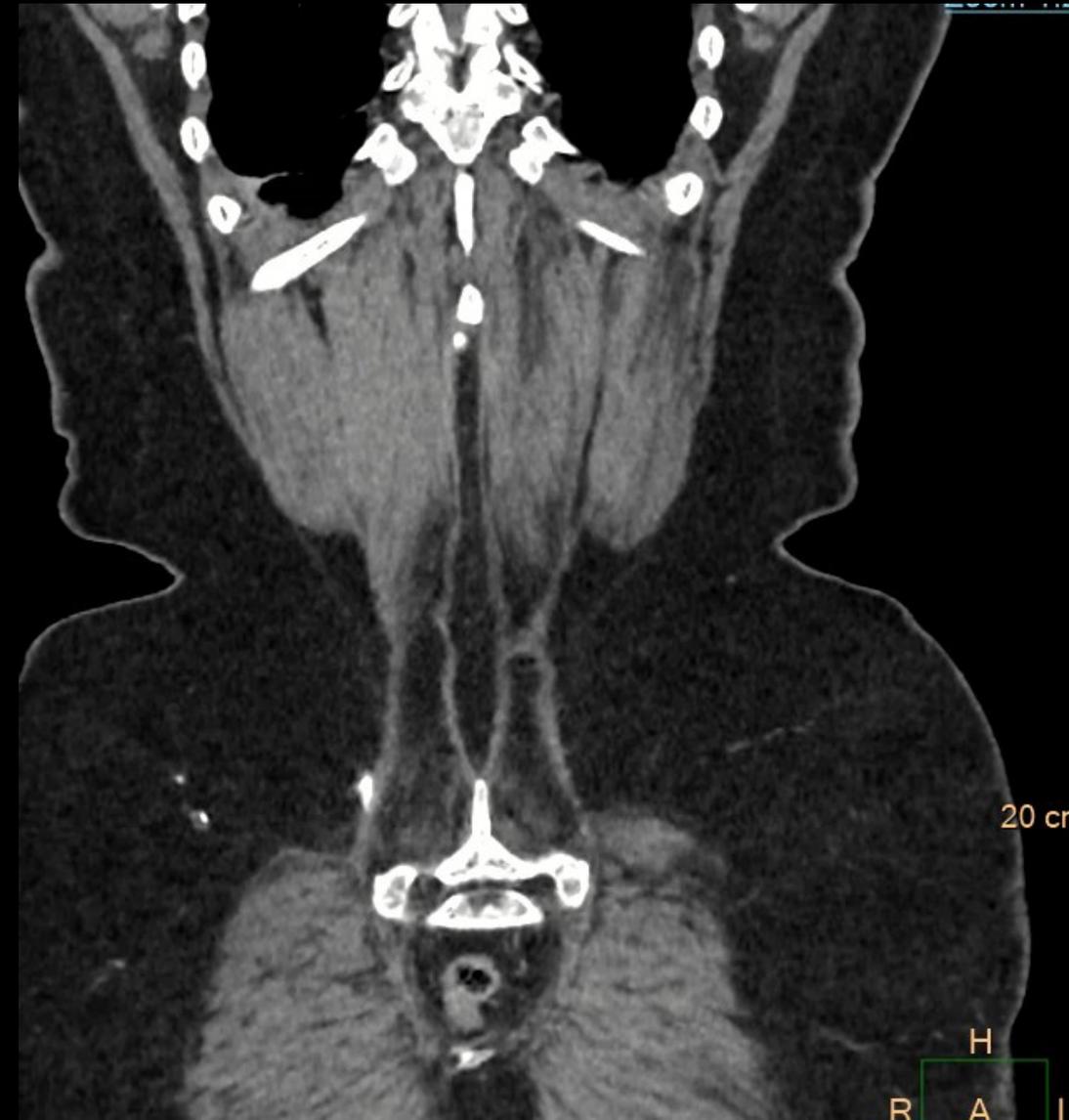
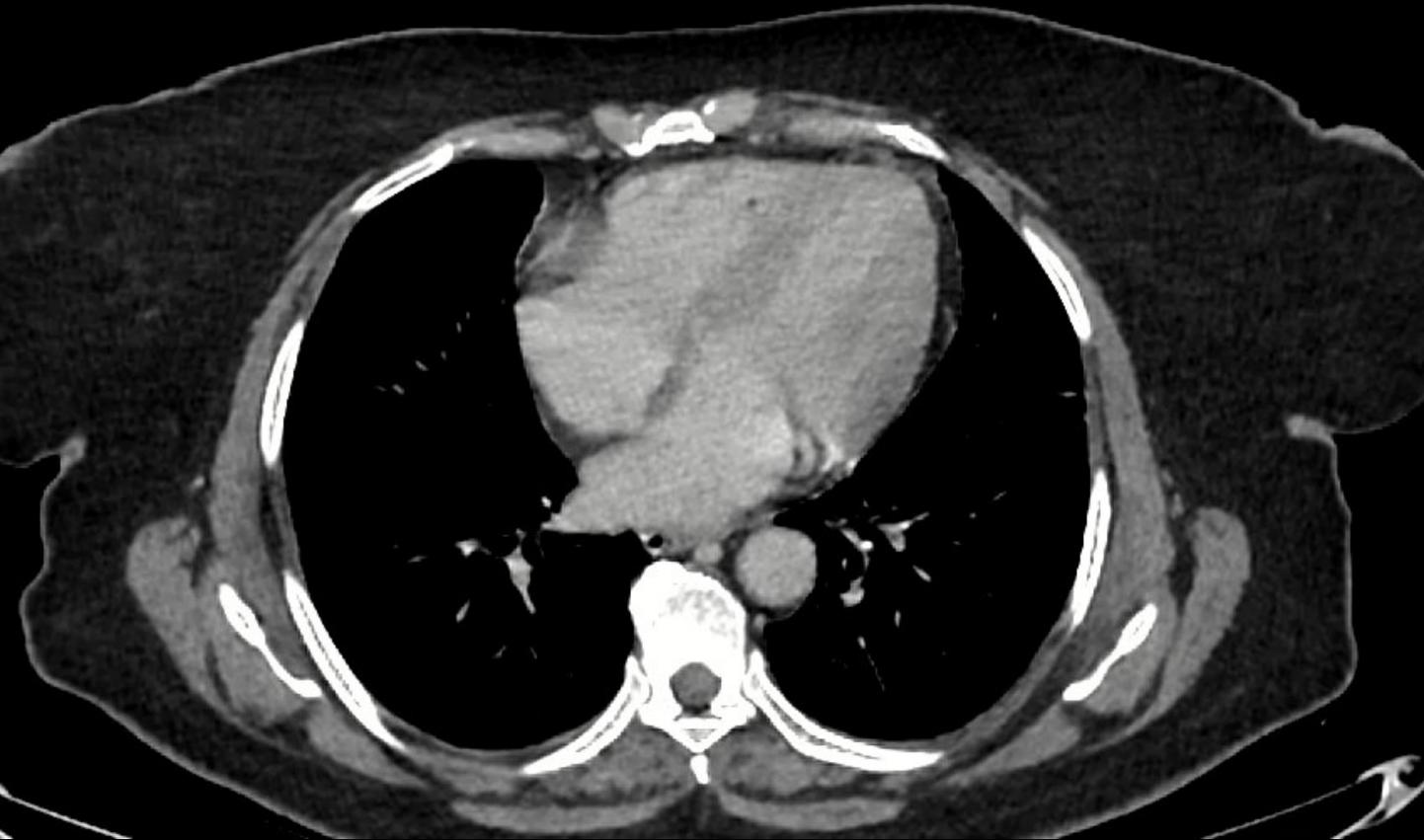
Fagotti = NA/14

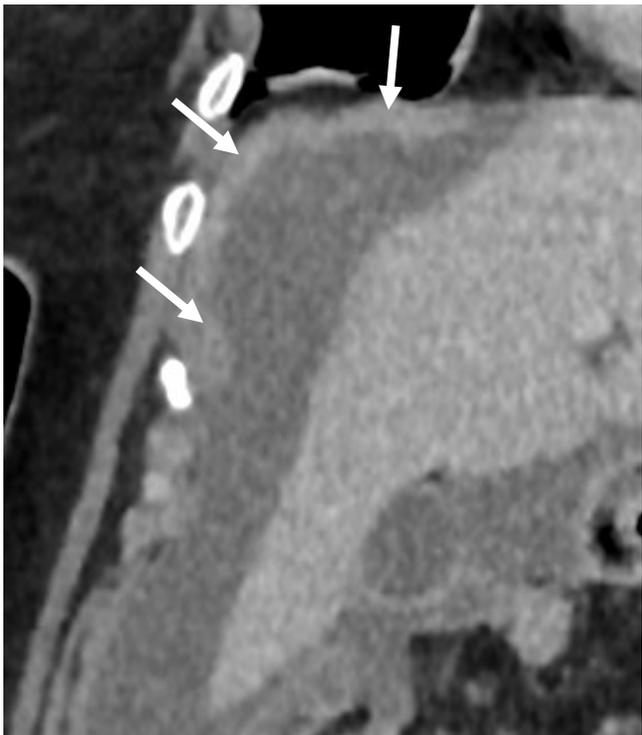
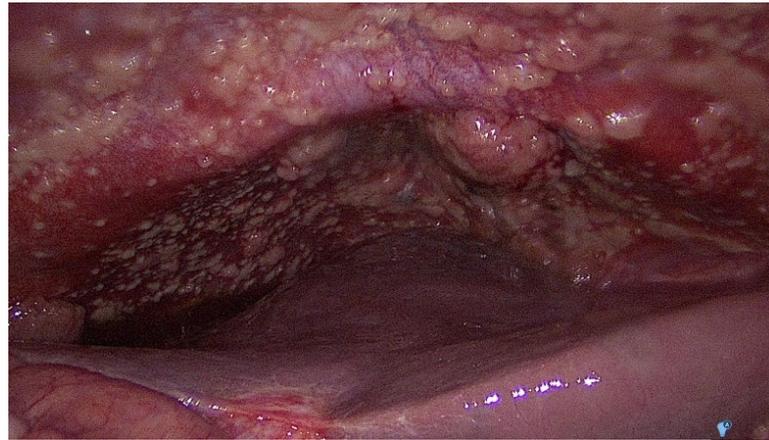
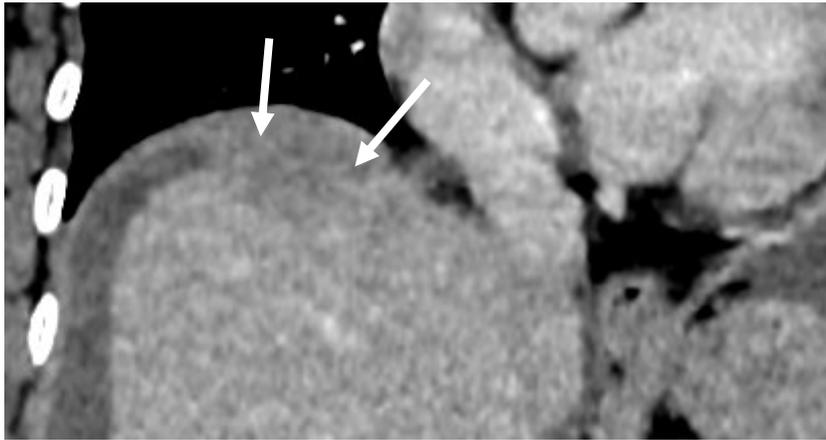
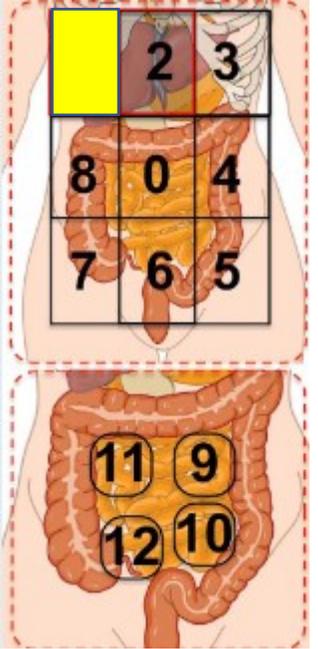
Fagotti mod. = NA/8

SPCI = NA/21

Cas 1

- Patiente âgée de 65 ans, scanner devant la palpation d'un ganglion de Troisier.
- Découverte d'une carcinose péritonéale, ascite, masse ovarienne.
- Ponction d'ascite : présence de cellules carcinomateuses dont l'aspect oriente vers un carcinome séreux de haut grade tubo-ovarien





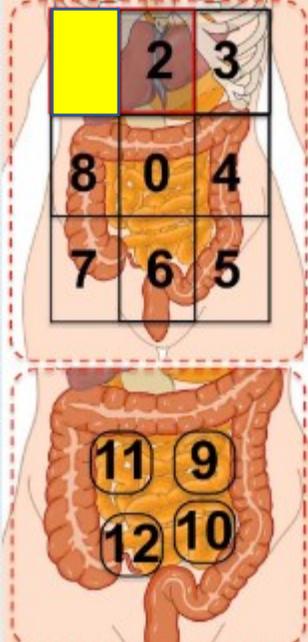
Région 1 : Hypochondre droit

Multiples implants confluents → PCI : 3

Effets de scalloping sur le foie

Envahissement diffus de la coupole droite

Atteinte de la loge de Morisson



Region 1 - Right hypochondrium

Peritoneal implant(s)

0 1 2 3
 + than 3

Largest positive implant (mm) :

Tissue adhesion
 Confluent disease
 Scalloping
 Calcified

Thickening of visceral / parietal peritoneum

No Yes

Length of the thickening (mm) :

Tissue adhesion
 Diffuse thickening

Infiltration of adipose tissue
 (mesentery, mesocolon, ligaments, omentum)

No Yes

Focal Diffuse
 Retraction

Mucinous / Ascites fluid

None
 Minimal vol.
 Significant vol.

Right hepatic lobe surface
 Diaphragm

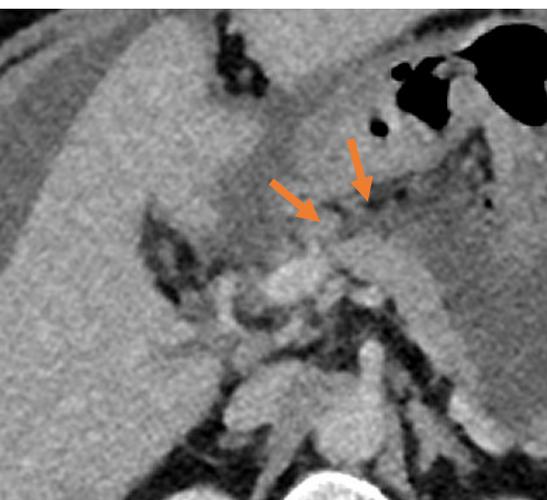
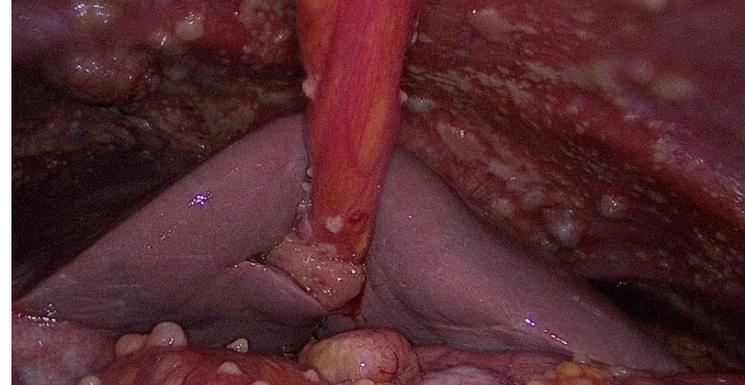
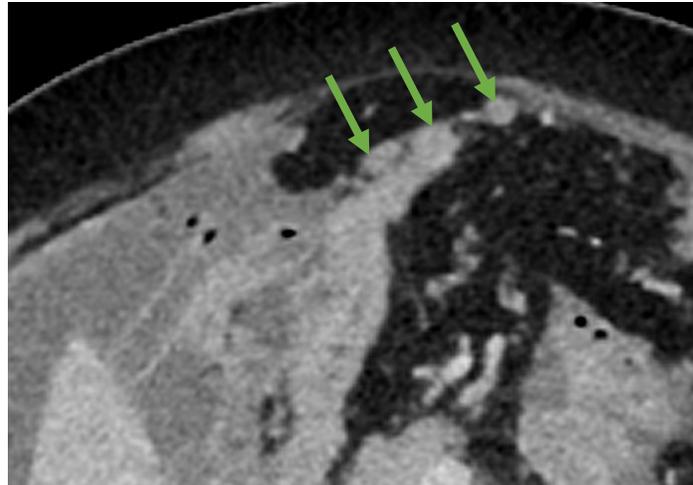
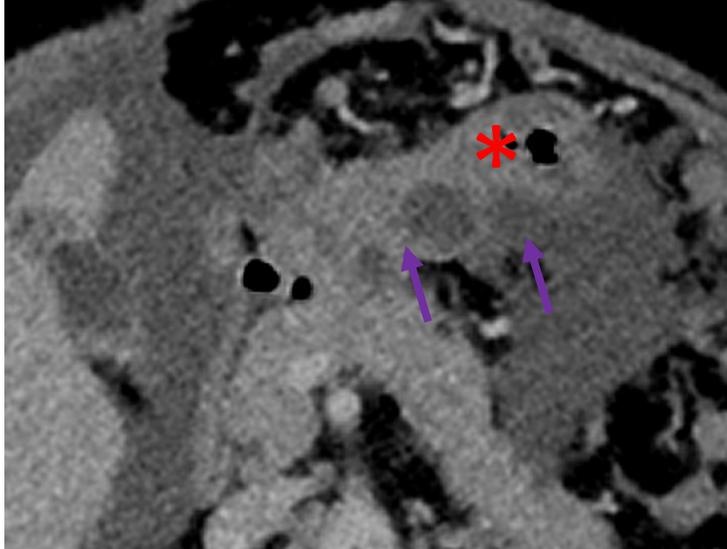
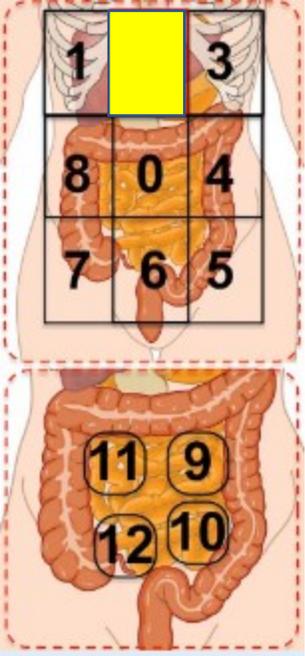
Involved anatomic structure(s)

Foramen of Winslow
 Gallbladder
 Hepatorenal recess

PCI = 3 / 39

Region 0 : 0
Region 1 : 3
 Region 2 : 0
 Region 3 : 0
 Region 4 : 0
 Region 5 : 0
 Region 6 : 0
 Region 7 : 0
 Region 8 : 0
 Region 9 : 0
 Region 10 : 0
 Region 11 : 0
 Region 12 : 0

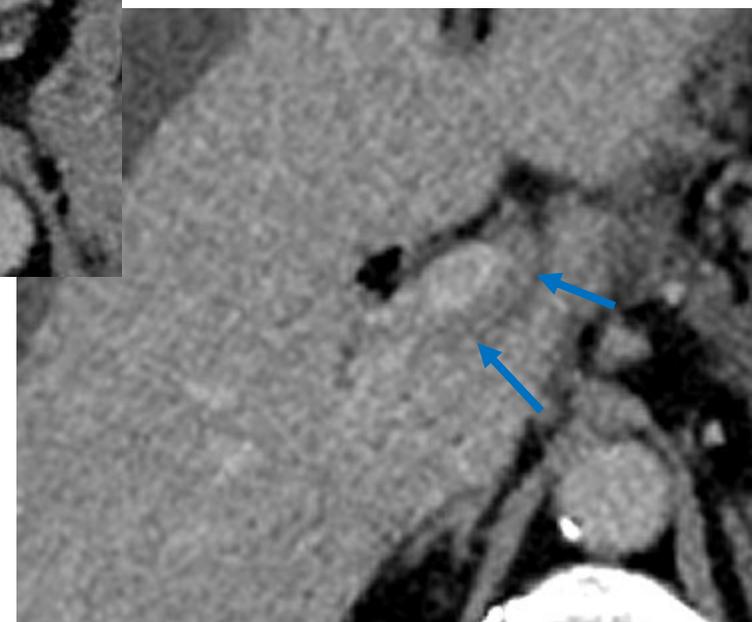
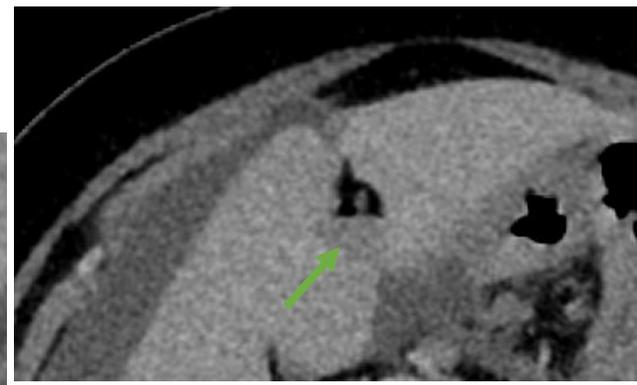
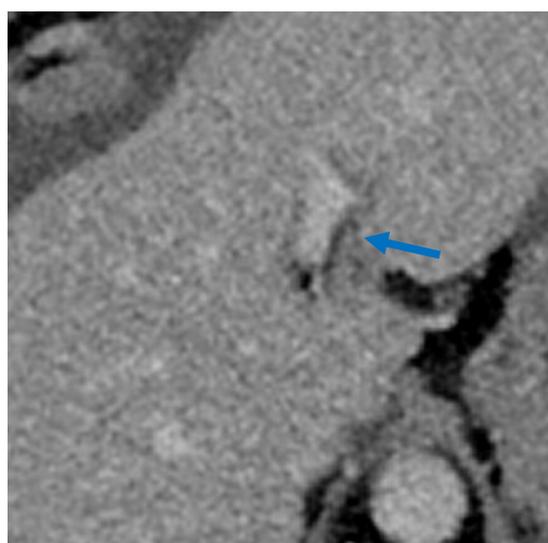


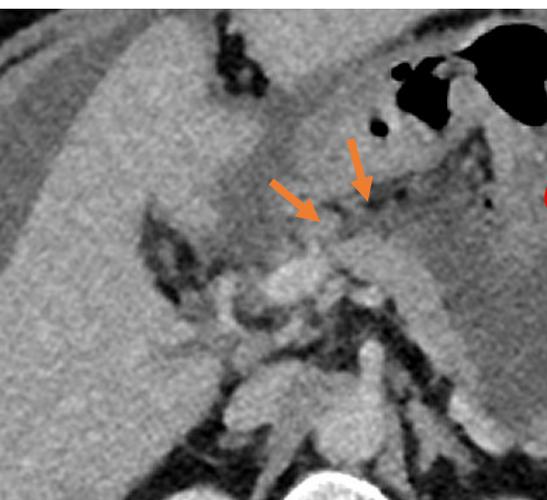
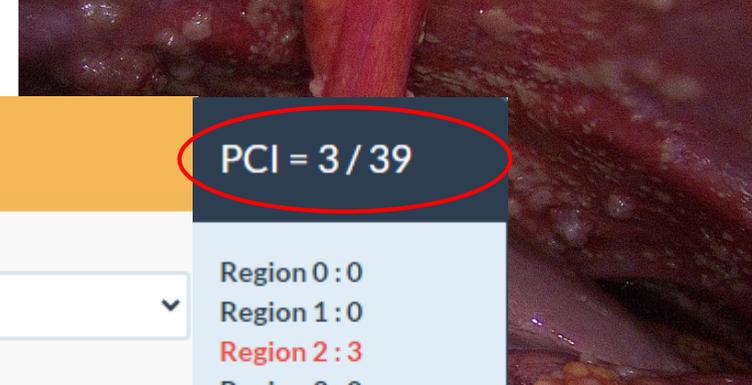
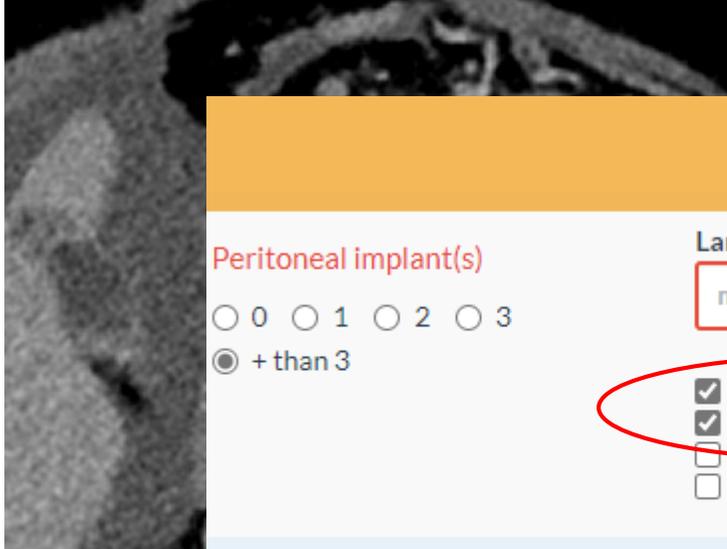
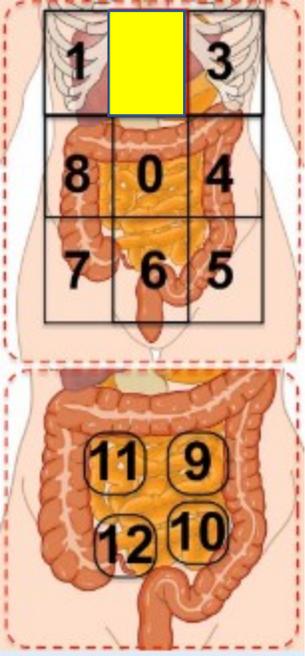


Région 2 : Epigastre

Multiples implants confluents → PCI : 3

- Atteinte du petit omentum
- Envahissement de la jonction antro-pylorique (*)
- Foramen de Winslow
- Hile hépatique et la plaque hilaire
- Atteinte profonde du ligament falciforme





Region 2 - Epigastrium

PCI = 3 / 39

Peritoneal implant(s)
 0 1 2 3
 + than 3

Largest positive implant (mm) :

Tumoral probability
 Certain

Tissue adhesion
 Confluent disease
 Scalloping
 Calcified

- Region 0 : 0
- Region 1 : 0
- Region 2 : 3**
- Region 3 : 0
- Region 4 : 0
- Region 5 : 0
- Region 6 : 0
- Region 7 : 0
- Region 8 : 0
- Region 9 : 0
- Region 10 : 0
- Region 11 : 0
- Region 12 : 0

Thickening of visceral / parietal peritoneum
 No Yes

Length of the thickening (mm) :

Tumoral probability
 Certain

Tissue adhesion
 Diffuse thickening

Infiltration of adipose tissue
 (mesentery, mesocolon, ligaments, omentum)
 No Yes

Focal Diffuse
 Retraction

Tumoral probability
 Certain

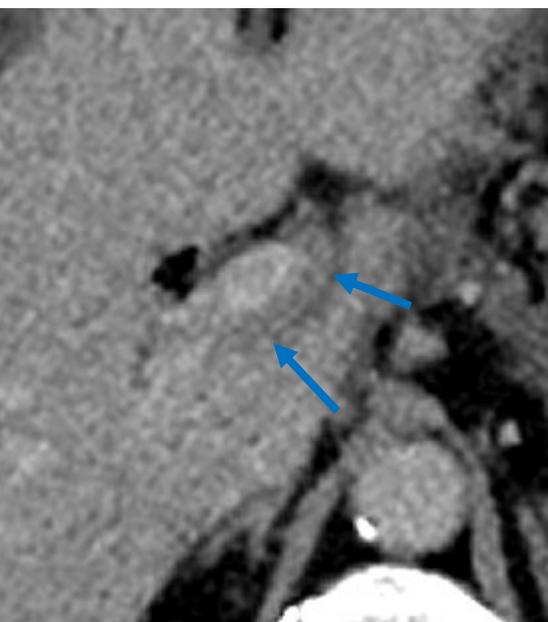
Mucinous / Ascites fluid
 None
 Minimal vol.
 Significant vol.

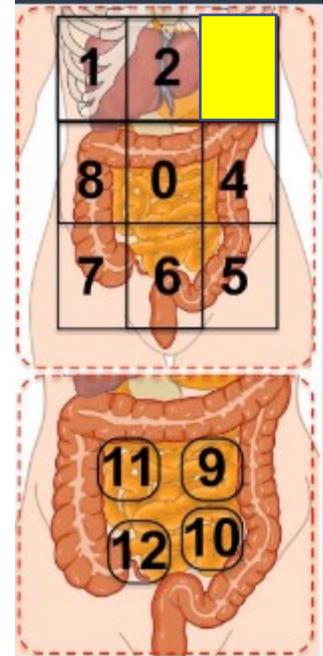
Free
 Loculated

Tumoral probability
 Certain

Involved anatomical structure(s)

Left hepatic lobe surface
 Lesser omentum
 Hepatic hilum
 Falciform ligament



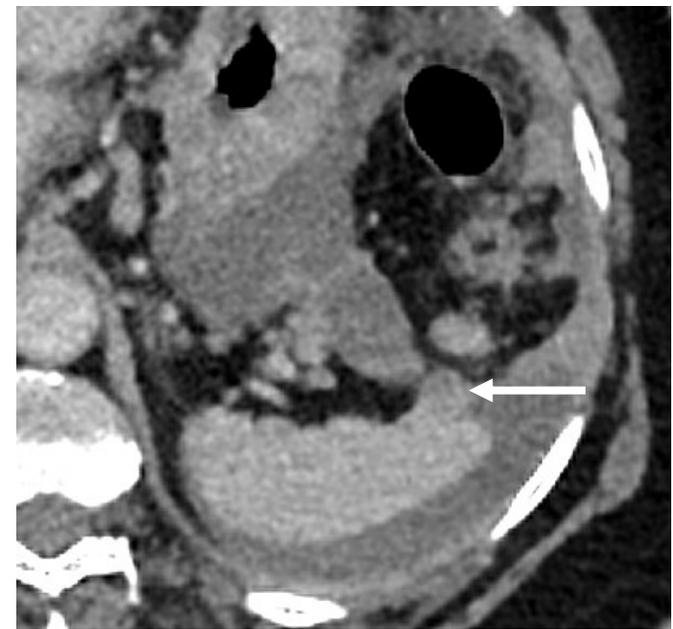
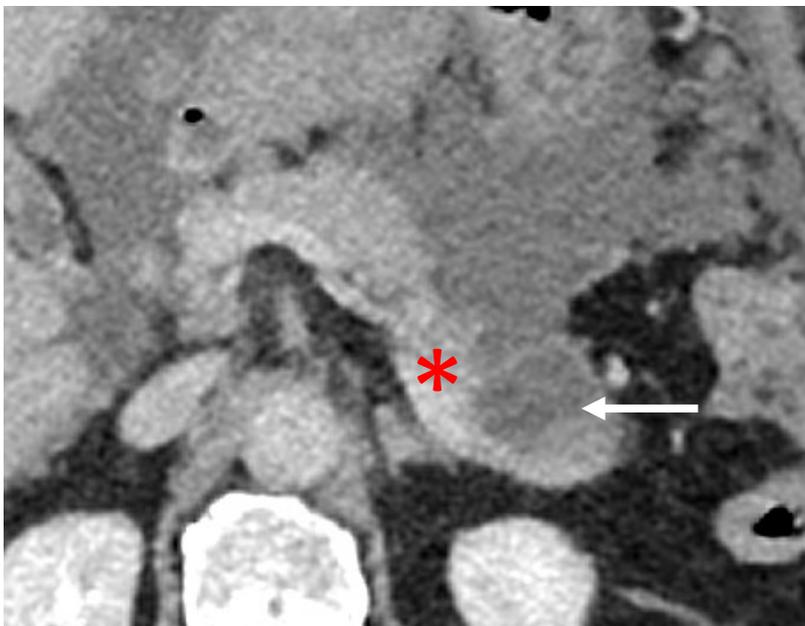
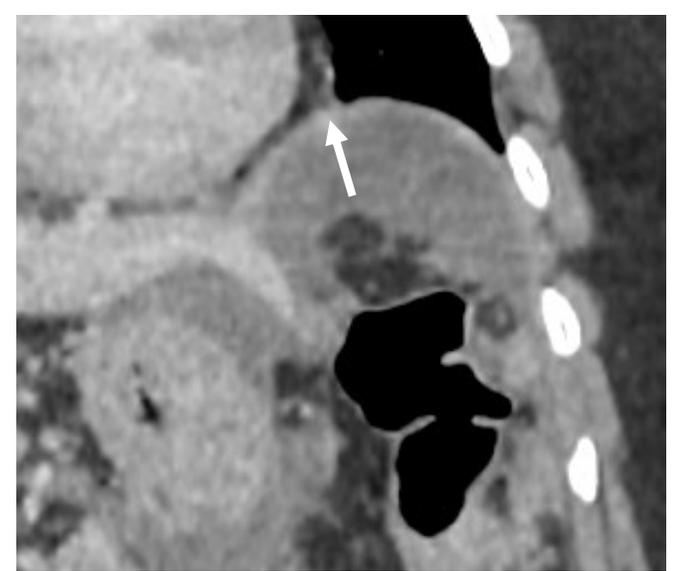


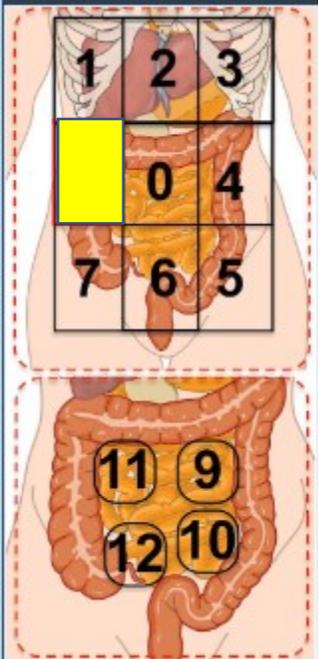
Région 3 : Hypochondre gauche

Plusieurs nodules de carcinose dont un au contact de la rate et un nodule envahissant la queue du pancréas (*)

Epaississement diffus de la coupole gauche

→ PCI 3



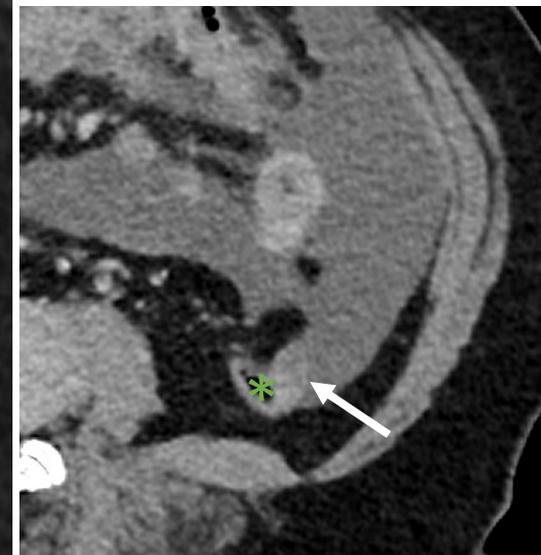
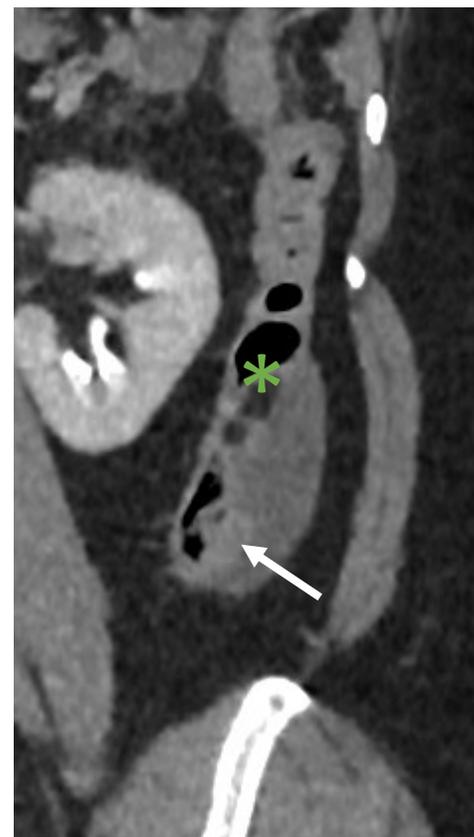
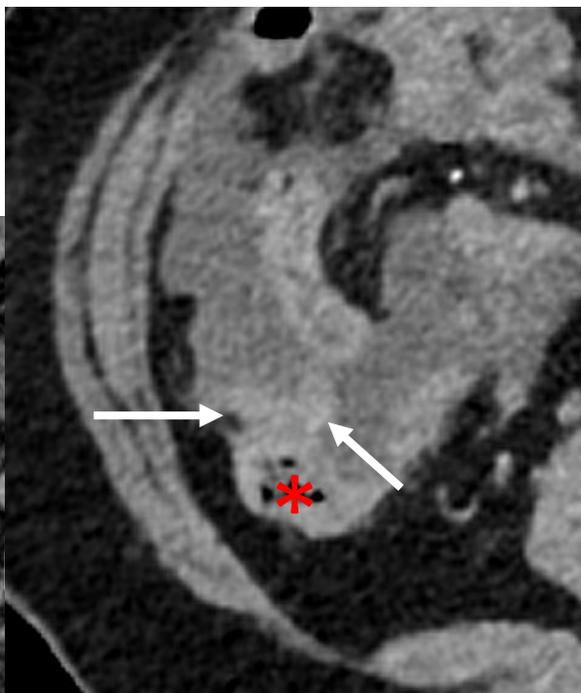
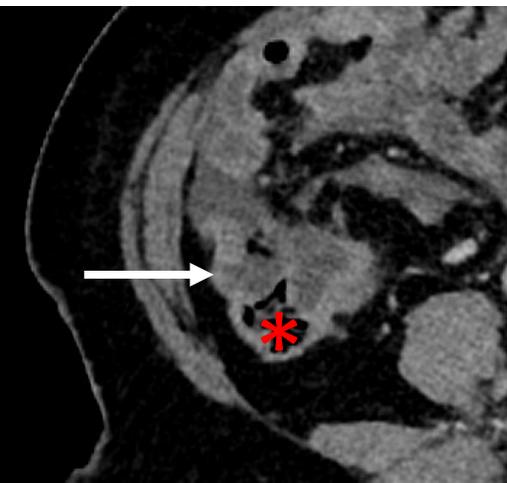
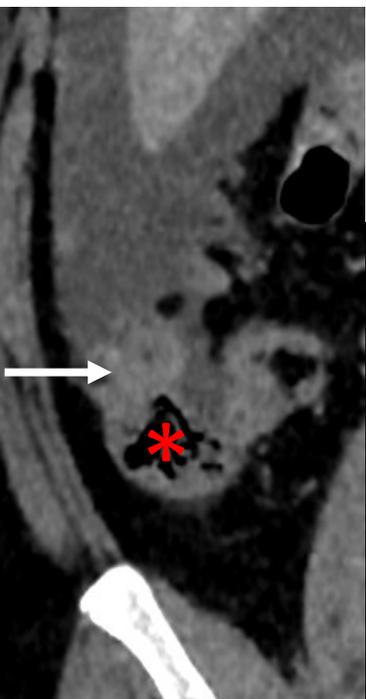
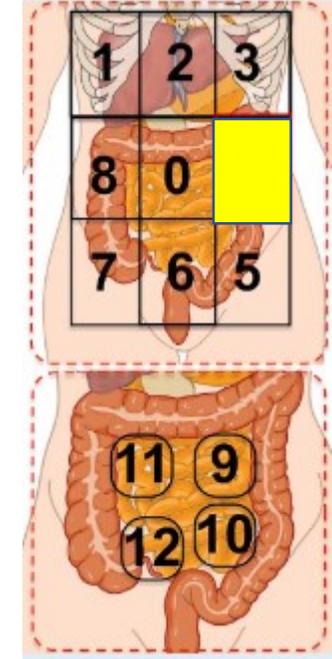


Région 8 : flanc droit

Multiples nodules confluents adhérents au
 colon droit (*)
 → PCI 3

Région 4 : flanc gauche

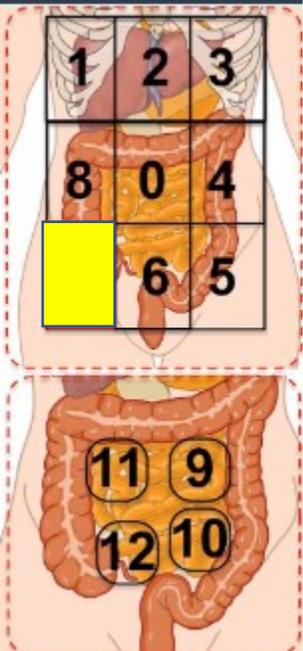
Atteinte nodulaire avec nodules adhérents
 au colon gauche (*) → PCI 3



Région 7 : Fosse iliaque droite

Atteinte nodulaire venant au contact du caecum (*) et de la dernière anse iléale (*)

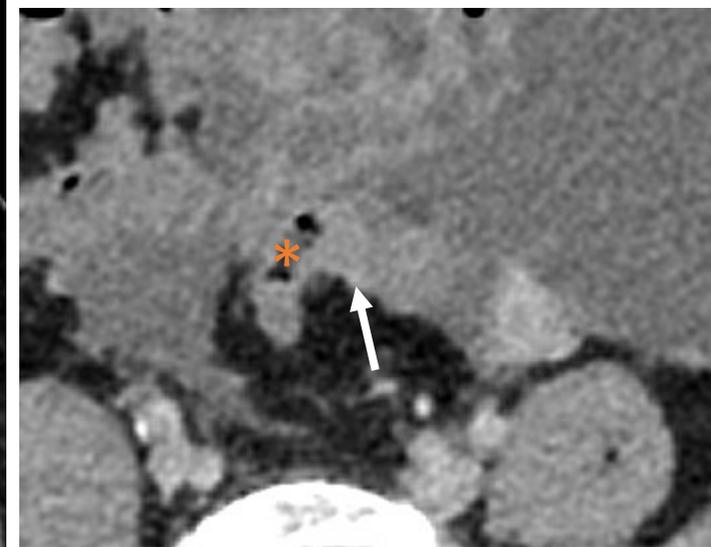
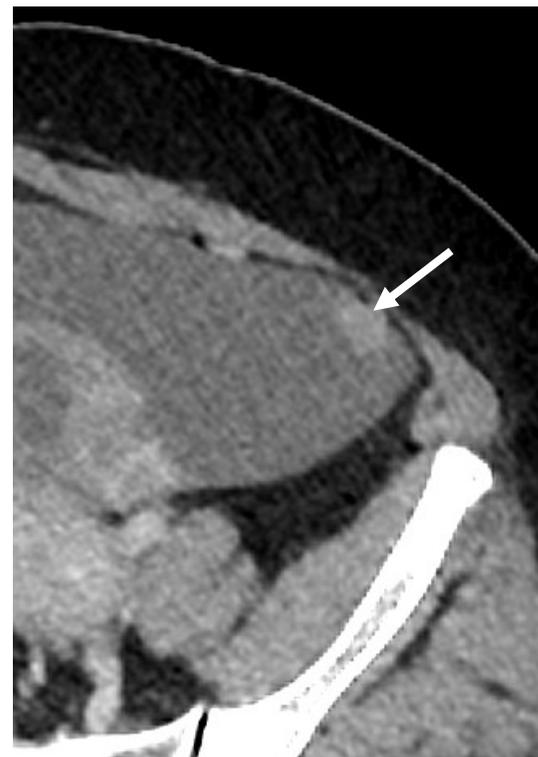
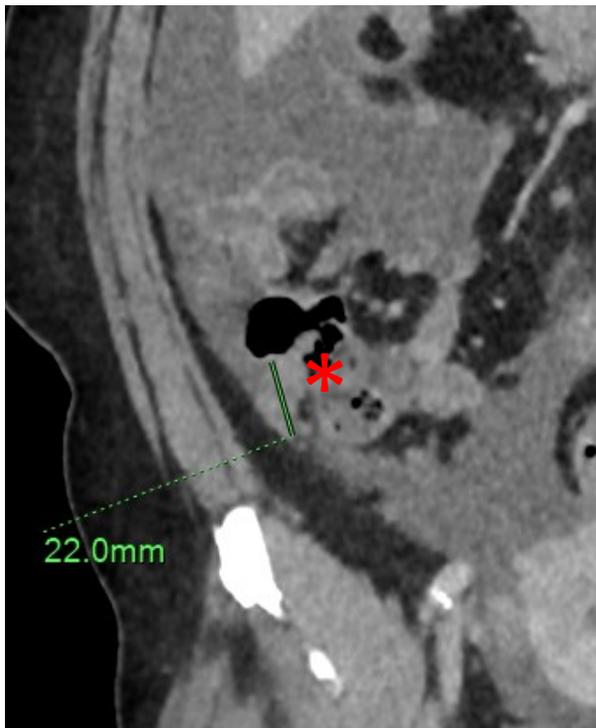
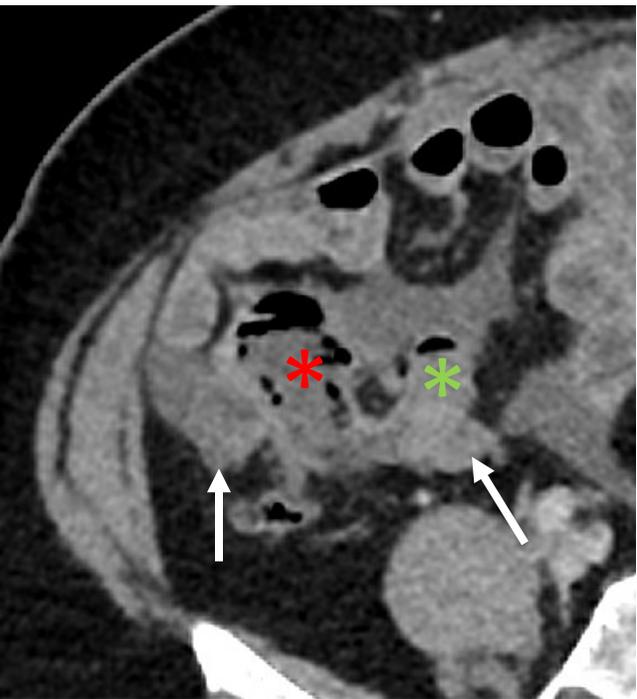
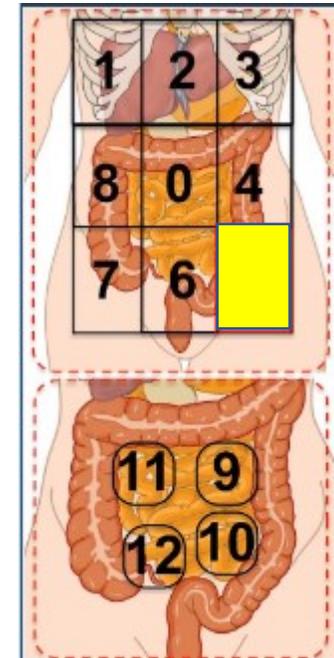
→ PCI 3



Région 5 : Fosse iliaque gauche

Plusieurs nodules dont un nodule au contact du colon sigmoïde (*)

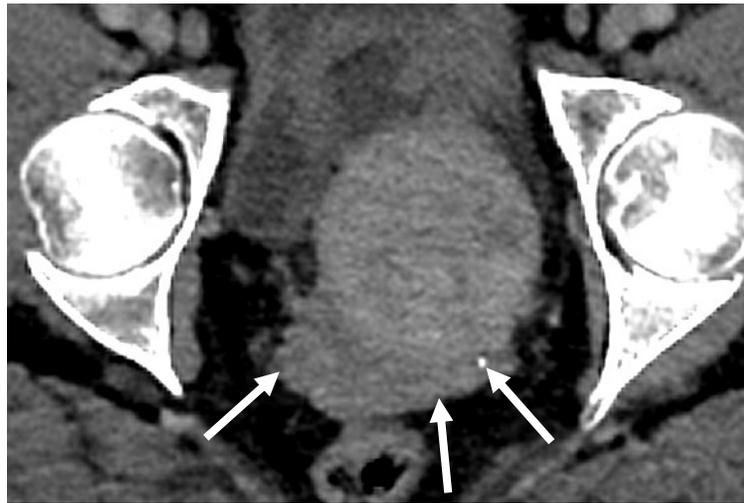
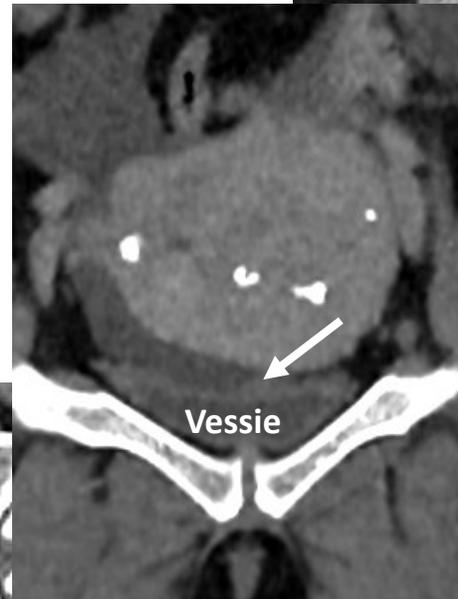
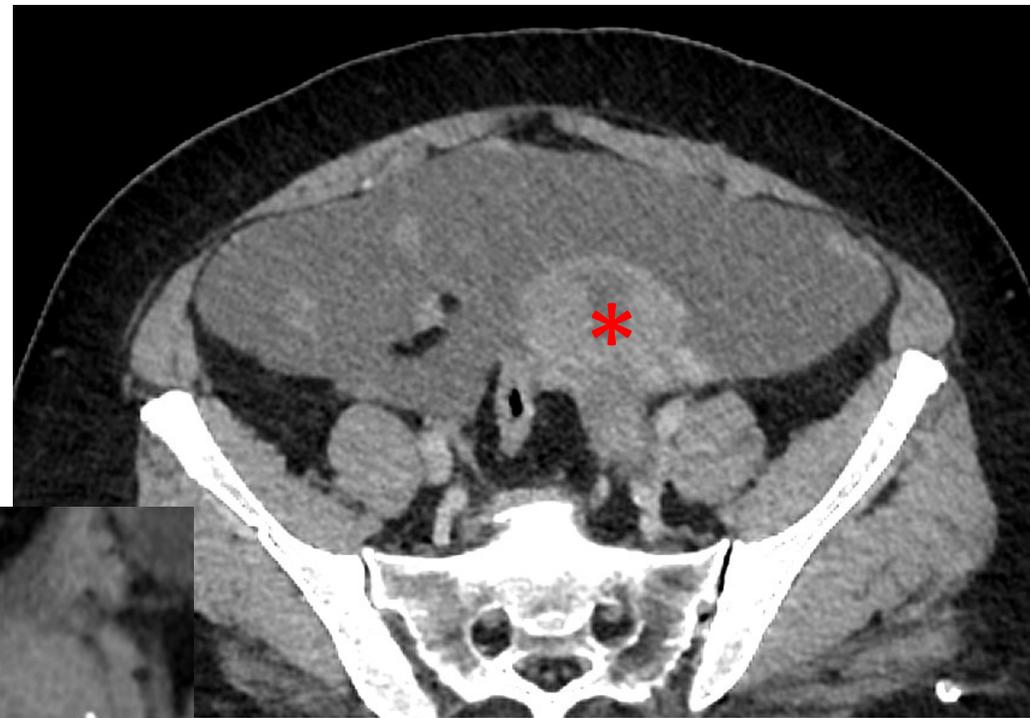
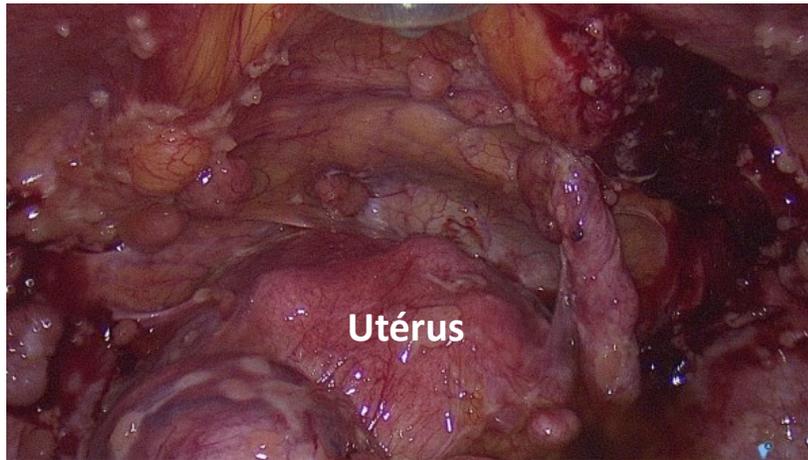
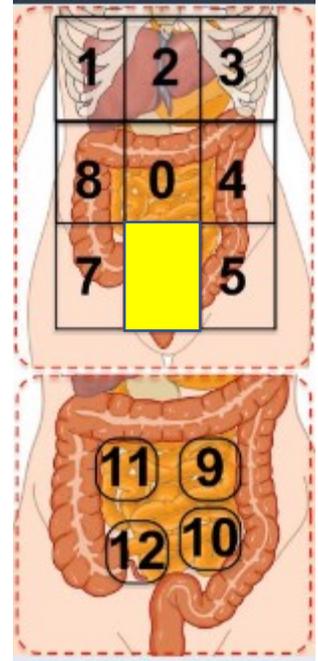
→ PCI 3

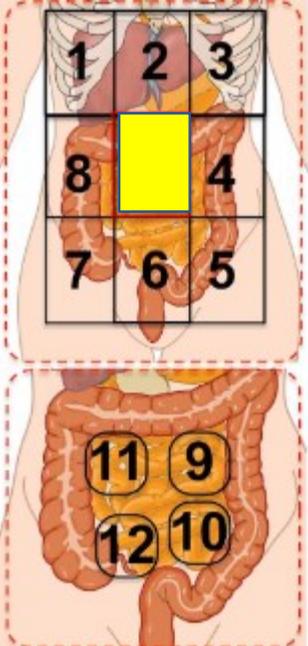


Région 6 : pelvis

Atteinte nodulaire et épaissement diffus
du péritoine pariétal → PCI 3

Masse ovarienne gauche (*)
Implants sur le dôme vésical





Région 0 : région centrale

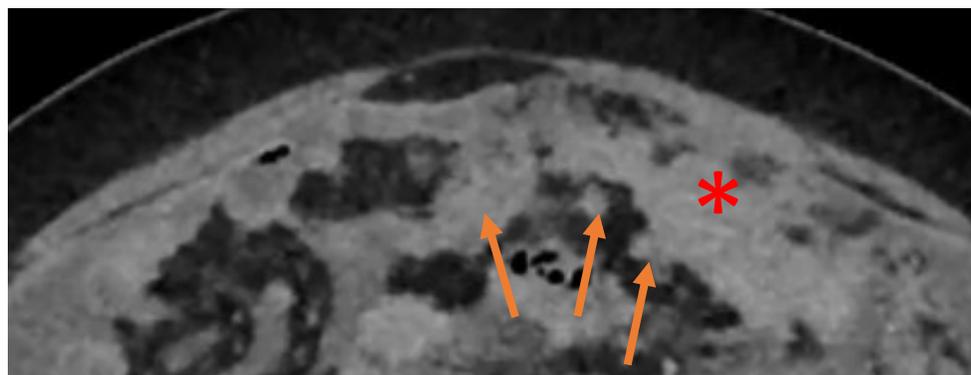
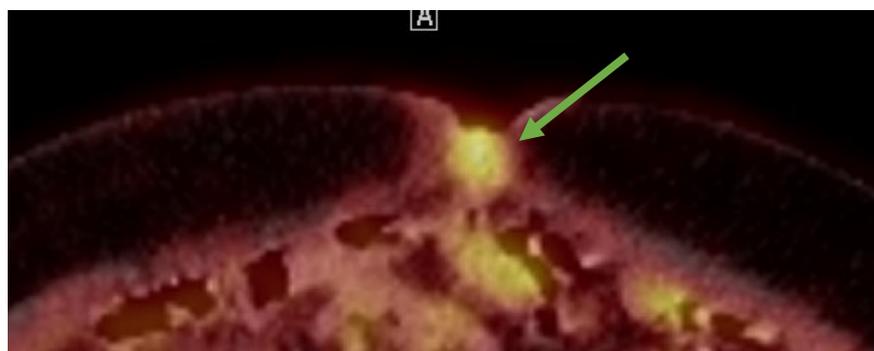
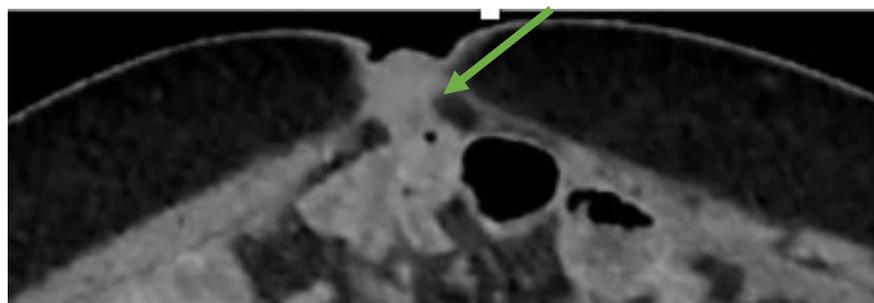
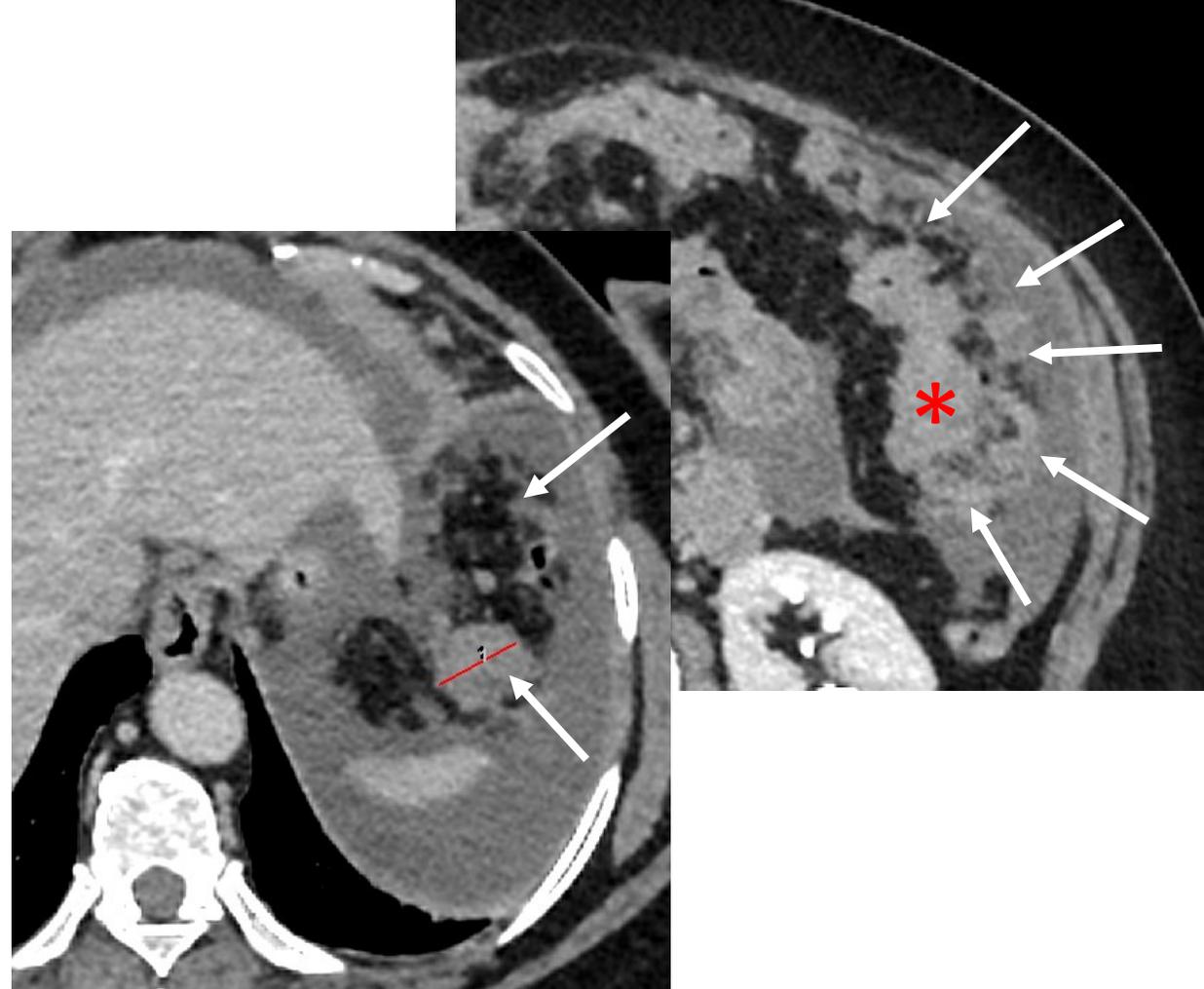
Atteinte confluyente multinodulaire du grand épiploon → PCI 3 (gâteau épiploïque)

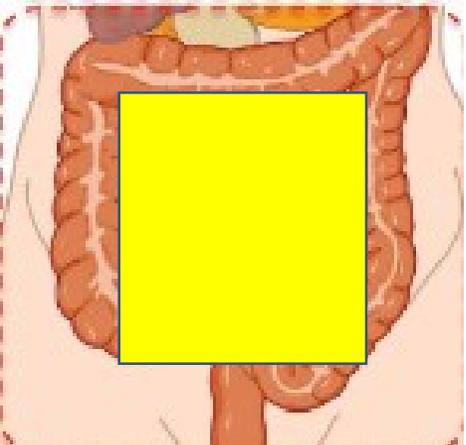
Atteinte péritonéale pariétale antérieure

Atteinte de la paroi abdominale

Atteinte du colon transverse (*)

Atteinte du méso-colon transverse





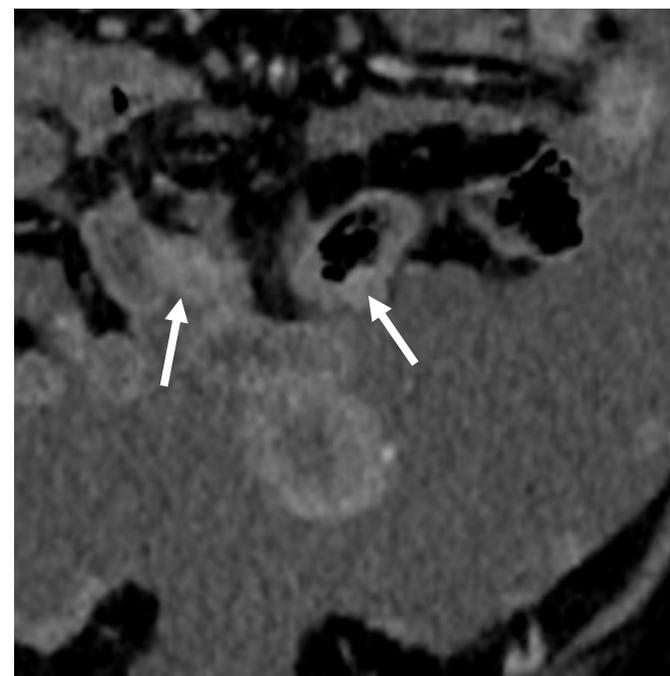
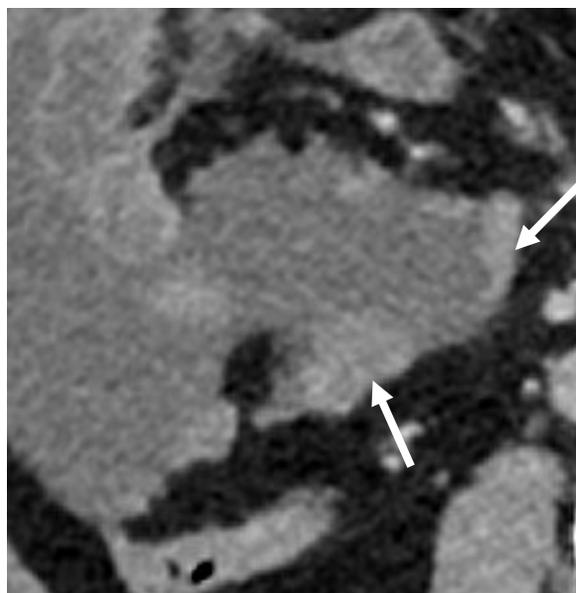
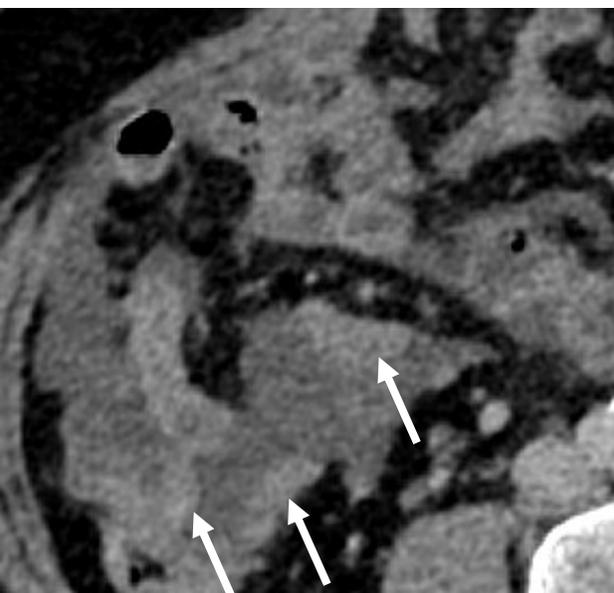
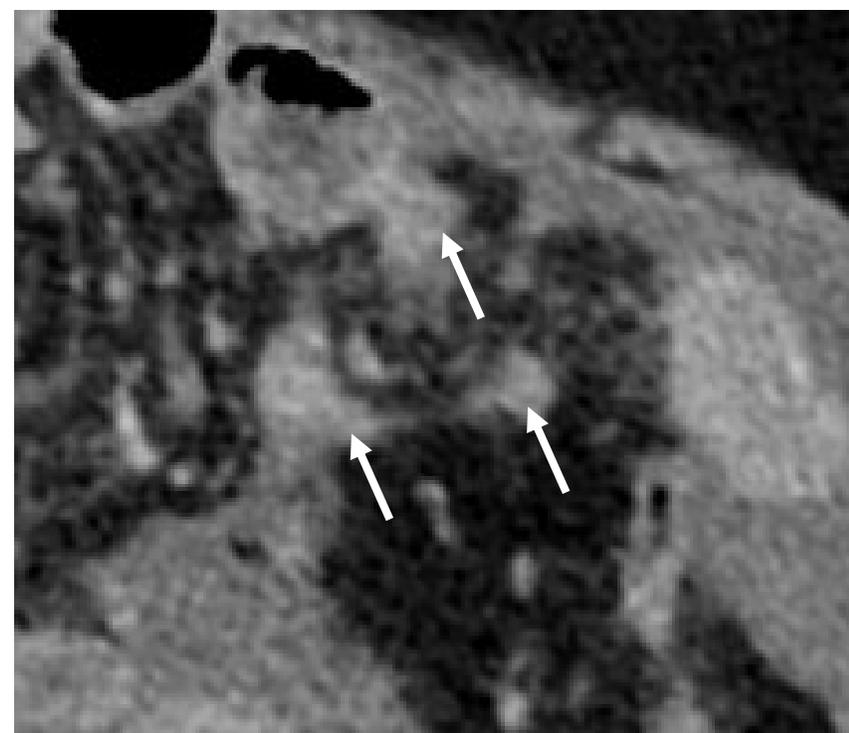
Région 9 : Jéjunum proximal

Région 10 : Jéjunum distal

Région 11 : Iléon proximal

Région 12 : Iléon distal

Multiples nodules parfois confluents et
épaississement du péritoine des mésos →
PCI 3



Cas 1



Au total : Carcinose non résecable.

Toutes les régions sont atteintes. PCI radiologique 39/39 avec plusieurs critères de non résecabilité :

- Hile hépatique
- Atteinte viscérales multiples : estomac, colon, pancréas
- Atteinte mésentérique diffuse

PCI = 39 / 39

Region 0 : 3

Region 1 : 3

Region 2 : 3

Region 3 : 3

Region 4 : 3

Region 5 : 3

Region 6 : 3

Region 7 : 3

Region 8 : 3

Region 9 : 3

Region 10 : 3

Region 11 : 3

Region 12 : 3

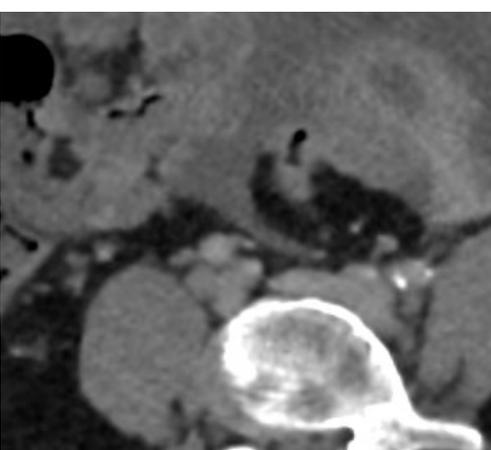
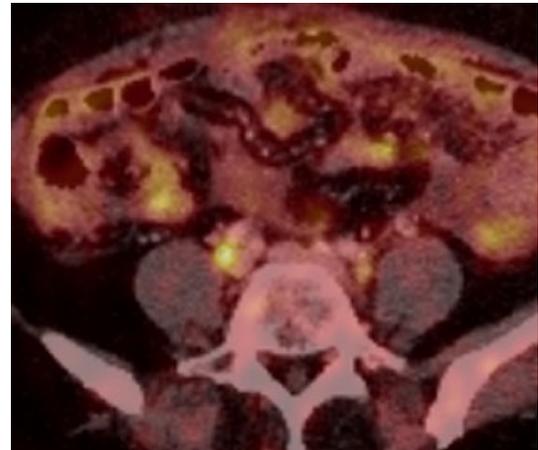
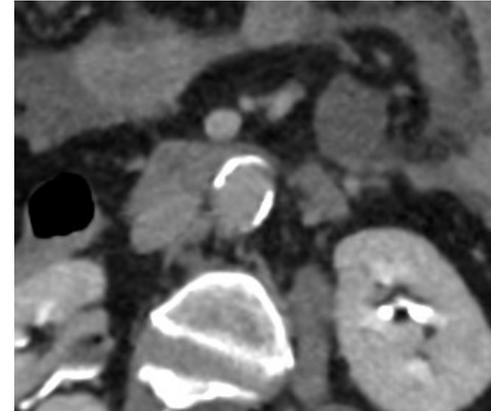
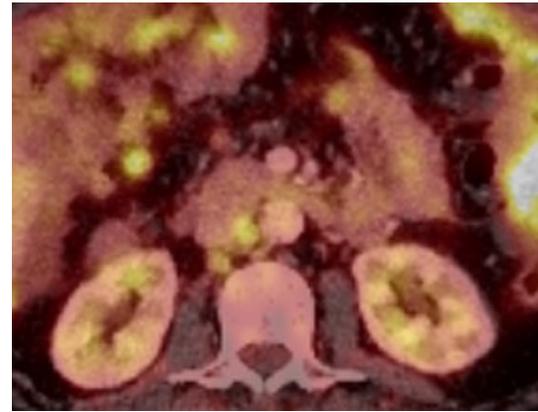
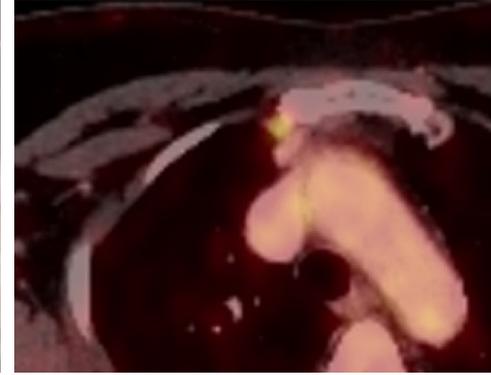
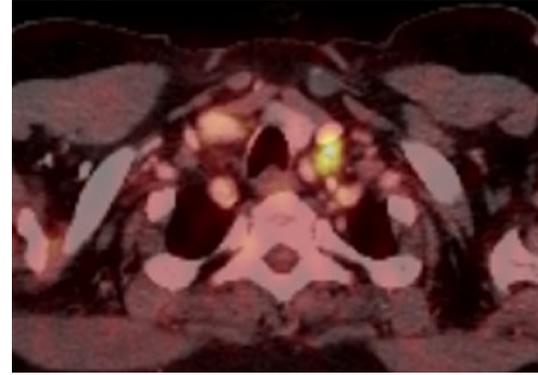
Reason(s) for non resecability	Abdominal lymph node(s)	Extraperitoneal location(s)
<input checked="" type="checkbox"/> Hepatic hilum invasion or Hepatic pedicle invasion	<input type="checkbox"/> Celiac	<input type="checkbox"/> Brain
<input type="checkbox"/> Mesenteric retraction	<input type="checkbox"/> Mesenteric	<input checked="" type="checkbox"/> Cervical adenopathy
<input checked="" type="checkbox"/> Colic invasion and peri gastric invasion	<input type="checkbox"/> Hilum of spleen	<input checked="" type="checkbox"/> Thorax
<input checked="" type="checkbox"/> Multiple intestinal structures invasion	<input type="checkbox"/> Retroperitoneal and above the renal pedicle	<input type="checkbox"/> Liver
<input checked="" type="checkbox"/> Mesenteric adipose tissue invasion	<input checked="" type="checkbox"/> Retroperitoneal and below the renal pedicle	<input type="checkbox"/> Abdominal or pelvic wall
<input checked="" type="checkbox"/> Extensive pelvic invasion	<input checked="" type="checkbox"/> Iliac	<input type="checkbox"/> Arterial and/or vein structure(s) invasion
<input type="checkbox"/> Invasion of bladder posterior wall		<input type="checkbox"/> Ureter(s) invasion
		<input type="checkbox"/> Inguinal adenopathy
		<input type="checkbox"/> Others

Compte rendu opératoire

L'exploration de la cavité abdominale confirme rapidement la présence d'une carcinose péritonéale majeure associée à une ascite dont le volume est estimé à 2,6L

La carcinose se présente sous forme de macronodules intéressant :

- Le grand épiploon sous forme d'un gâteau épiploïque ;
- La coupole droite sous forme de lésions confluentes tout comme l'espace de Morisson ;
- Le ligament rond du foie et le ligament falciforme ;
- La coupole gauche sous forme de lésions confluentes ;
- Le petit épiploon est également atteint et il existe une probable atteinte de la grande courbure gastrique sur environ un centimètre en lien avec l'atteinte du grand épiploon ;
- Les gouttières pariétocoliques sont le siège de nombreuses lésions macronodulaires suspectes et celle-ci sont également présentes à la surface du caecum et du côlon droit qui est d'ailleurs impacté dans la paroi de la gouttière pariétocolique droite. L'appendice n'est pas visible ;
- Le pelvis est complètement inexplorable mais on identifie la masse ovarienne gauche suspecte ;
- Concernant l'intestin grêle, le mésentère est le siège de lésions étagées macronodulaires intéressant l'ensemble du mésentère avec une atteinte rétractile du méso iléon terminal. Les séreuses de l'intestin grêle sont respectées.



Anapath : Envahissement péritonéal par un carcinome de haut grade de type carcinome séreux de haut grade compatible avec une origine tubo-ovarienne.

RE +, RP +,

P53 profil muté

Le liquide péritonéal est envahi par des amas carcinomateux d'un adénocarcinome.

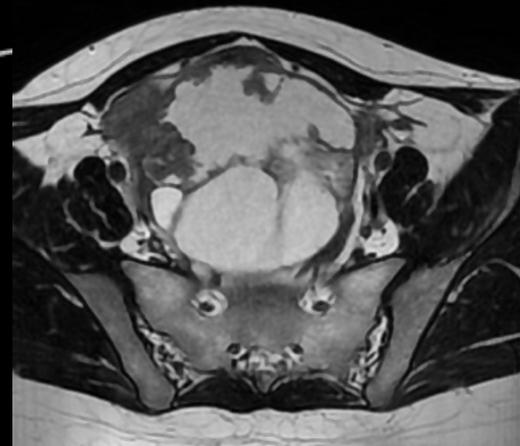
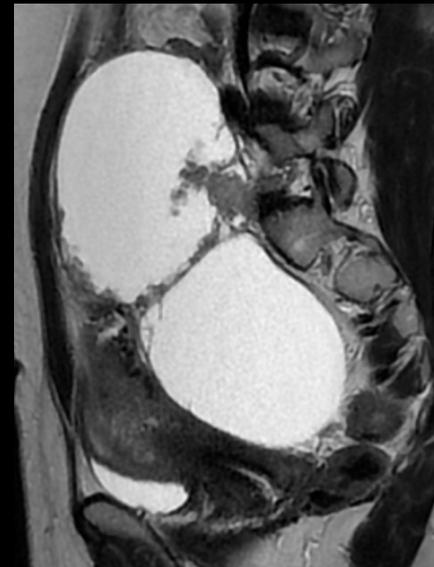
Curetage endomètre non productif

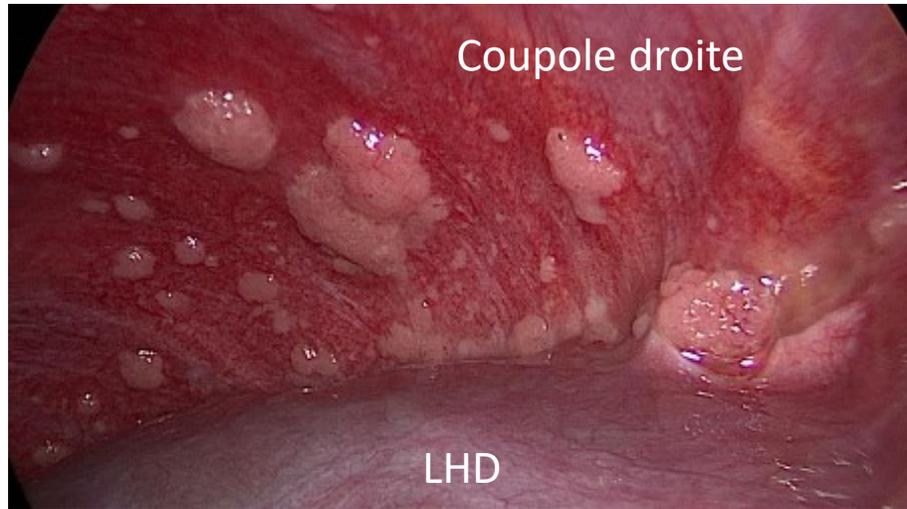
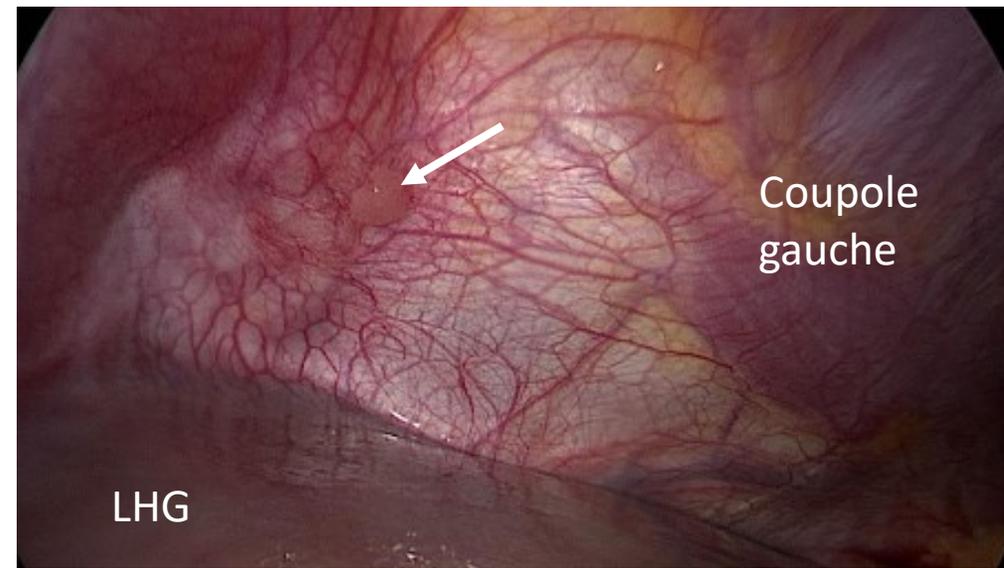
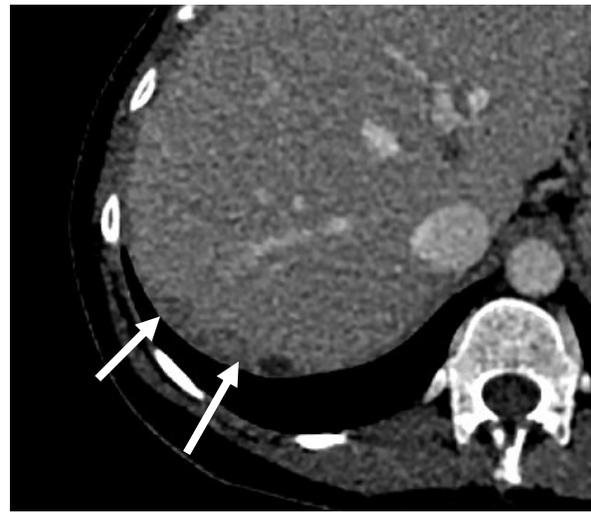
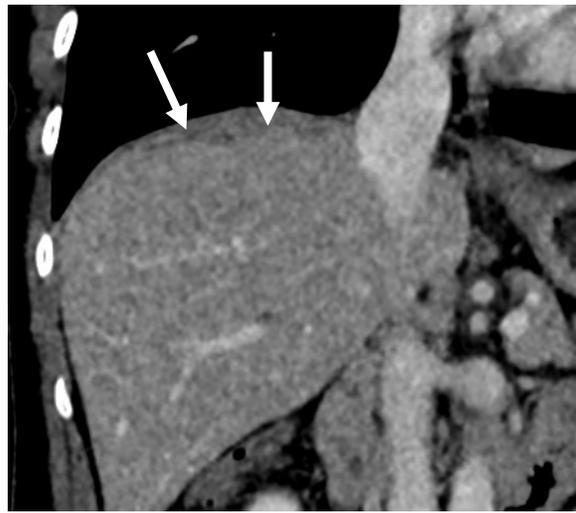
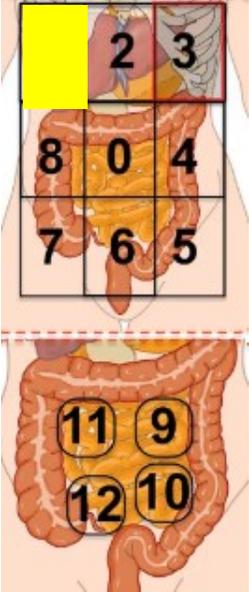
(Compte tenu de la très faible positivité de Pax 8, un complément d'étude immunohistochimique est réalisé afin d'éliminer de façon formelle une origine mésothéliale primitive.

Le complément d'immunohistochimie montre que les cellules tumorales ont un profil BerEP4 positif, Claudine 4 positif, ACE positif hétérogène, permettant d'éliminer une origine mésothéliale primitive)

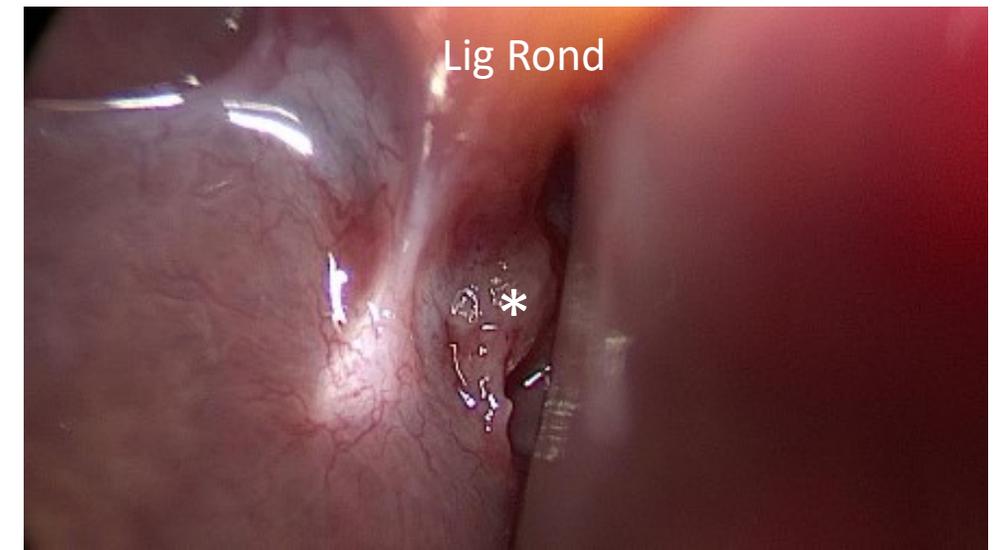
Cas 2

- Patiente âgée de 43 ans, porteuse d'une mutation BRCA1.
- Douleurs pelviennes, sensation de pesanteurs. Masse pelvienne en échographie.

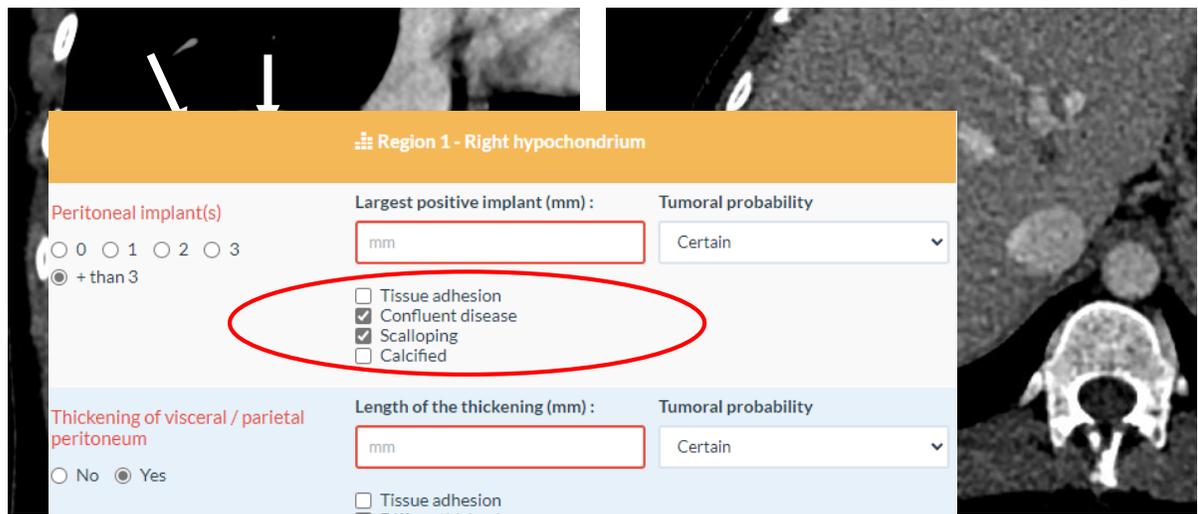
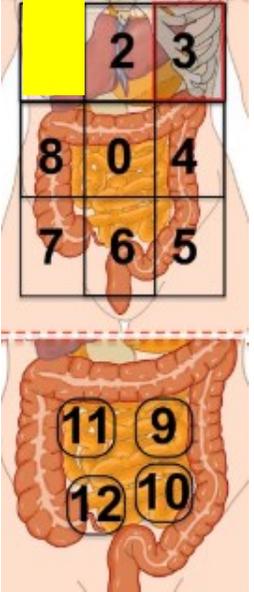




*Péritonectomie complète de la coupole gauche (absence de lésion carcinomateuse).
 Au niveau du hile splénique : 2 nodules carcinomateux de 5 mm
 Nodules ligaments ronds (indemne)*



Région 1 :
 Atteinte confluyente de l'espace sous-phénique droit → PCI 3
 Nodule de la loge de Morisson



Region 1 - Right hypochondrium

Peritoneal implant(s)
 0 1 2 3
 + than 3

Largest positive implant (mm) :

Tumoral probability
 Certain

Tissue adhesion
 Confluent disease
 Scalloping
 Calcified

Thickening of visceral / parietal peritoneum
 No Yes

Length of the thickening (mm) :

Tumoral probability
 Certain

Tissue adhesion
 Diffuse thickening

Infiltration of adipose tissue
 (mesentery, mesocolon, ligaments, omentum)
 No Yes

Focal Diffuse

Retraction

Tumoral probability
 Certain

Mucinous / Ascites fluid
 None Minimal vol. Significant vol.

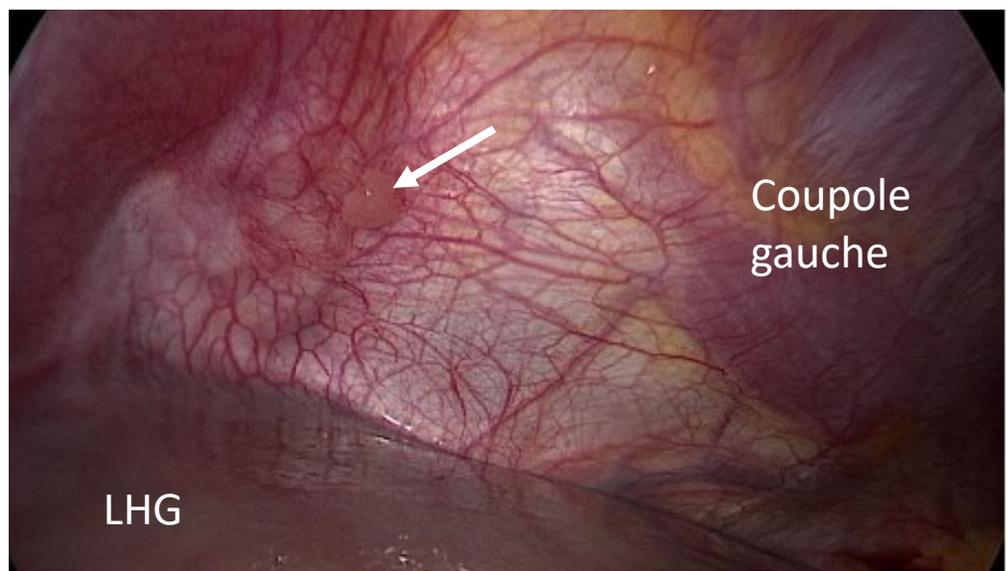
Free Loculated

Tumoral probability
 Certain

Involved anatomic structure(s)

Right hepatic lobe surface
 Diaphragm

Foramen of Winslow
 Gallbladder
 Hepatorenal recess

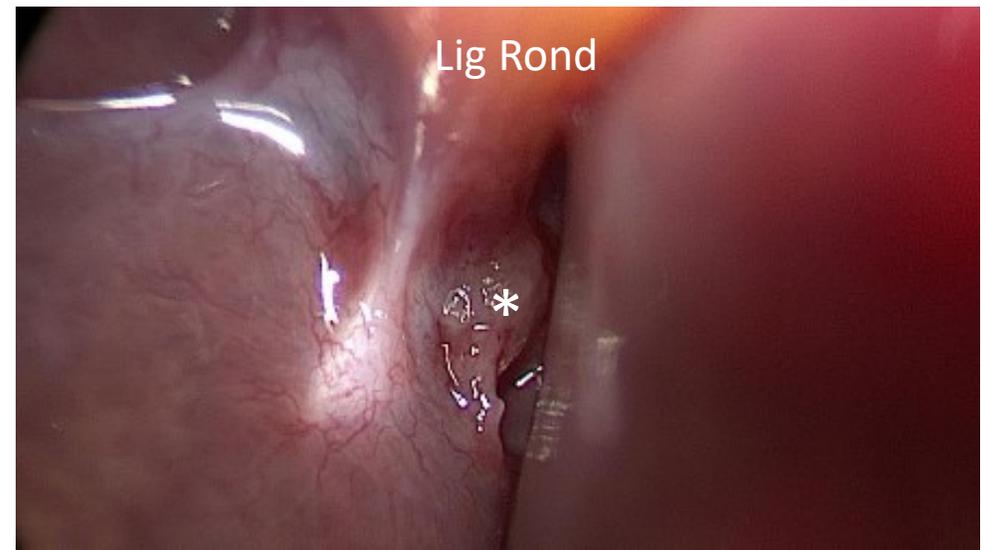


LHG



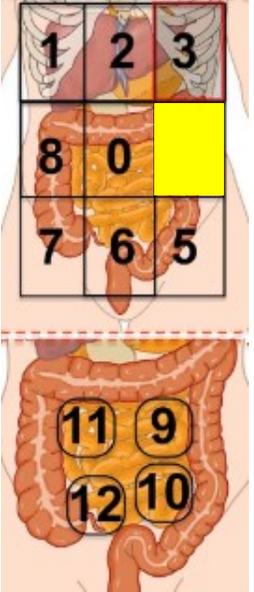
LHD

*Péritonectomie complète de la coupole gauche (absence de lésion carcinomateuse).
 Au niveau du hile splénique : 2 nodules carcinomateux de 5 mm
 Nodules ligaments ronds (indemne)*



Lig Rond

Région 1 :
 Atteinte confluyente de l'espace sous-phénique droit → PCI 3
 Nodule de la loge de Morisson



Région 4 :

Nodules > 5 cm adhérent au colon gauche (*) → PCI 3

*Résection segmentaire colique gauche avec péritonectomie de la gouttière.
Infiltration de la sous-séreuse colique.*

Region 4 - Left flank

Peritoneal implant(s)
 0 1 2 3
 + than 3

Largest positive implant (mm):

Tumoral probability
 Certain

Tissue adhesion
 Confluent disease
 Scalloping
 Calcified

Thickening of visceral / parietal peritoneum
 No Yes

Length of the thickening (mm):

Tumoral probability
 Certain

Tissue adhesion
 Diffuse thickening

Infiltration of adipose tissue
 (mesentery, mesocolon, ligaments, omentum)
 No Yes

Focal Diffuse
 Retraction

Tumoral probability
 Certain

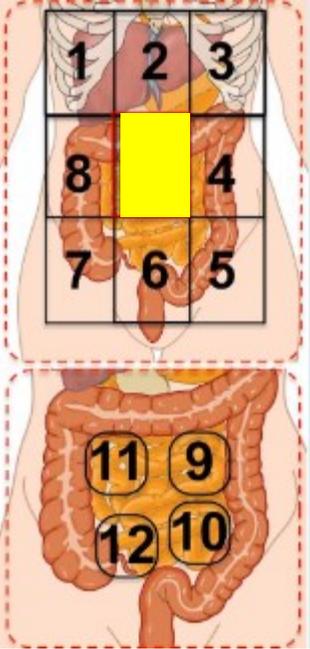
Mucinous / Ascites fluid
 None
 Minimal vol.
 Significant vol.

Free
 Loculated

Tumoral probability
 Certain

Involved anatomic structure(s)
 Left colon
 Left paracolic gutter
 Left mesocolon





Région centrale → PCI 2

Region 0 - Central

Peritoneal implant(s)
 0 1 2 3
 + than 3

Largest positive implant (mm):

Tumoral probability
 Certain

Thickening of visceral / parietal peritoneum
 No Yes

Length of the thickening (mm):

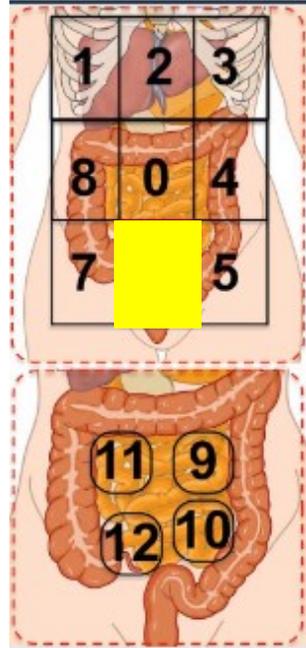
Tumoral probability
 Certain

Infiltration of adipose tissue (mesentery, mesocolon, ligaments, omentum)
 Focal Diffuse

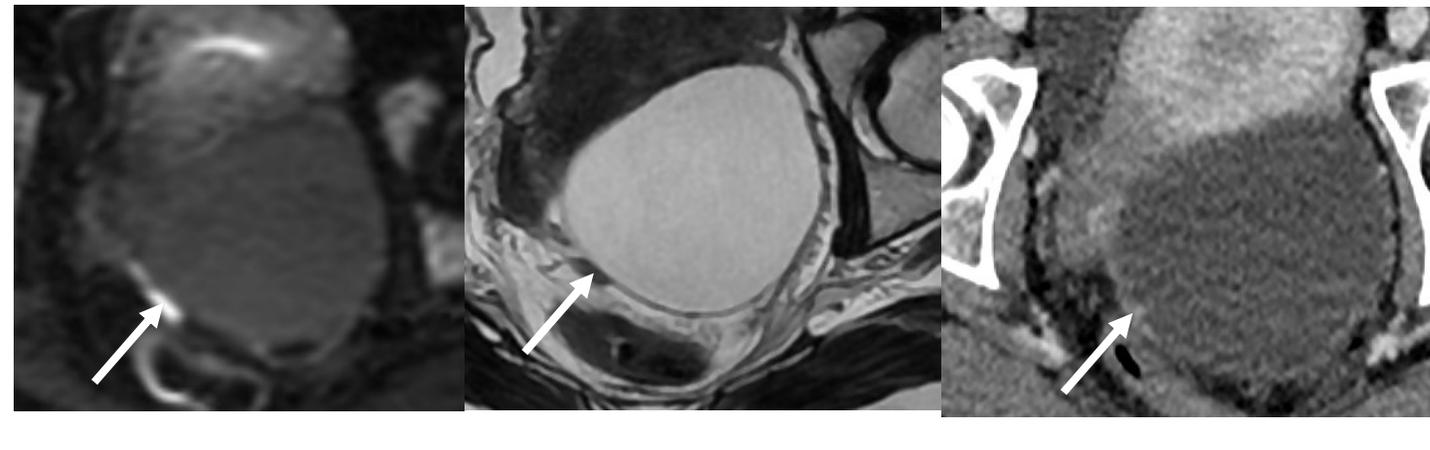
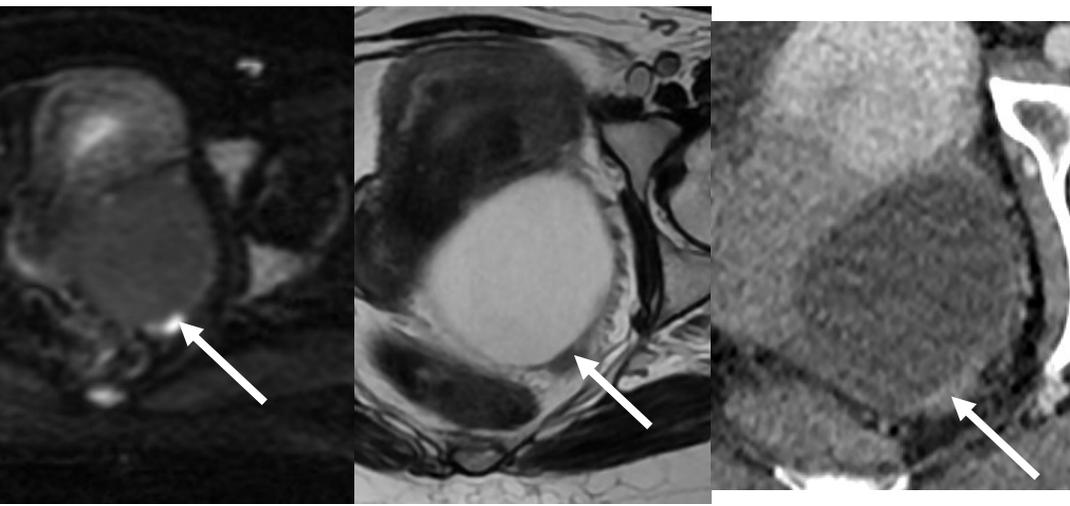
Mucinous / Ascites fluid
 None Minimal vol. Significant vol.

Involved anatomic structures

Midline incision
 Anterior parietal peritoneum
 Greater omentum
 Omental cake
 Transverse colon
 Gastrocolic ligament
 Transverse mesocolon



Région pelvienne : masse ovarienne droite, implants sur la surface de l'ovaire / péritoine du cul-de-sac de Douglas



Cas 2

- Au total : 4 régions atteintes, PCI radiologique à 10/39
- Pas de critère de non résécabilité

Coelioscopie initiale : PCI 8/39. Biopsie en faveur d'un carcinome séreux de haut grade tubo-ovarien

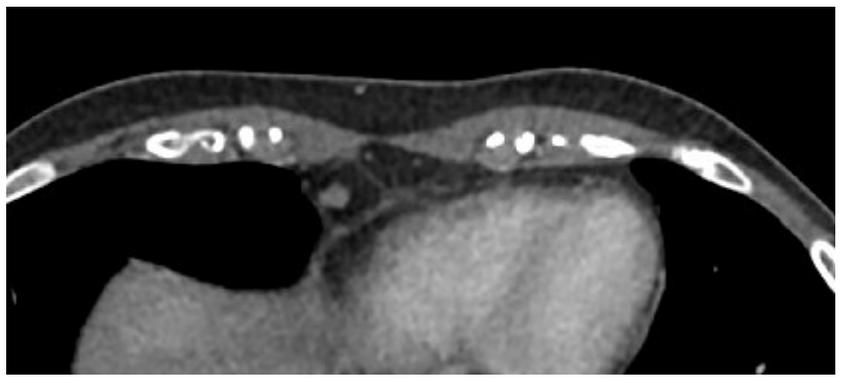
Chirurgie de cytoréduction première CCO : PCI chirurgical final 16

CONCLUSION :
CARCINOME SEREUX DE HAUT GRADE de l'ovaire droit associé à des lésions de carcinose péritonéale mesurant de quelques millimètres à 4,5 cm de plus grand axe, visibles :
 - à la surface de l'ovaire controlatéral, sur la séreuse tubaire gauche et sur la pelvipéritonectomie ;
 - sur la pièce de péritonectomie, coupole droite, Morisson, Glisson segment 7-8, résection partielle diaphragmatique ;
 - sur le péritoine inflammatoire coupole droite ;
 - sur le nodule du hile splénique ;
 - sur la résection segmentaire du côlon gauche : au niveau de la séreuse, respectant la musculuse, la sous-muqueuse et la muqueuse colique ;
 - et sur l'omentectomie totale :
 Présence d'embolies vasculaires néoplasiques.

Curage cardiophrénique droit : 5 ganglions métastatiques (5 N+/5N) avec effraction capsulaire
 Ganglion du pédicule hépatique : 1 ganglion sain (1N-/1N)
 Ganglion du pédicule hépatique commun : un ganglion métastatique (1N+/3N).

Absence de localisation tumorale sur les prélèvements suivants :
 - vésicule biliaire, péritoine postérieur du pédicule hépatique ;
 - ligament rond hépatique ;
 - péritonectomie coupole gauche.

Absence de néoplasie tubaire intraépithéliale bilatérale.
 Pas de processus tumoral au niveau de l'endomètre.



Curage cardiophrénique droit : 5 N+/5N avec effraction capsulaire

PCI = 10 / 39

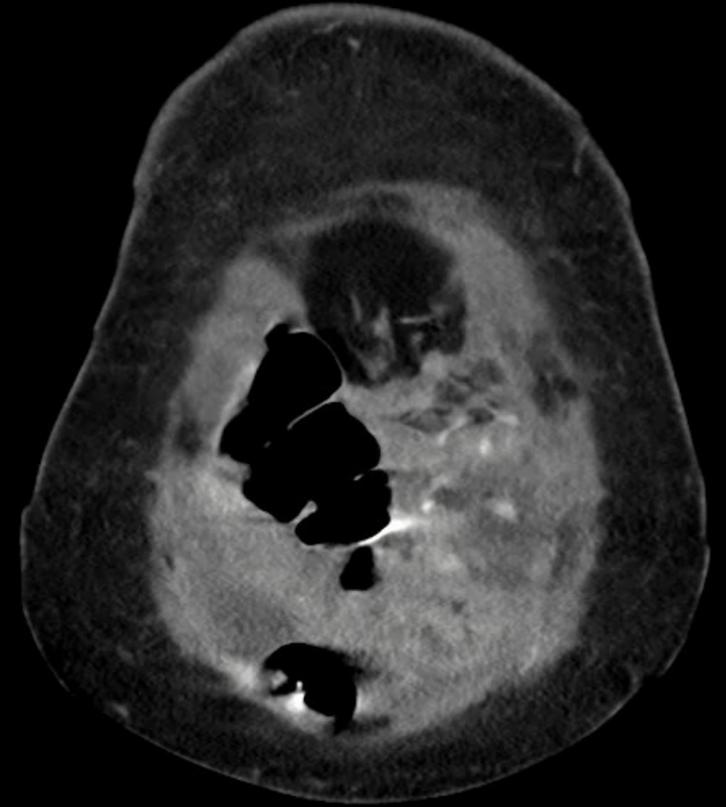
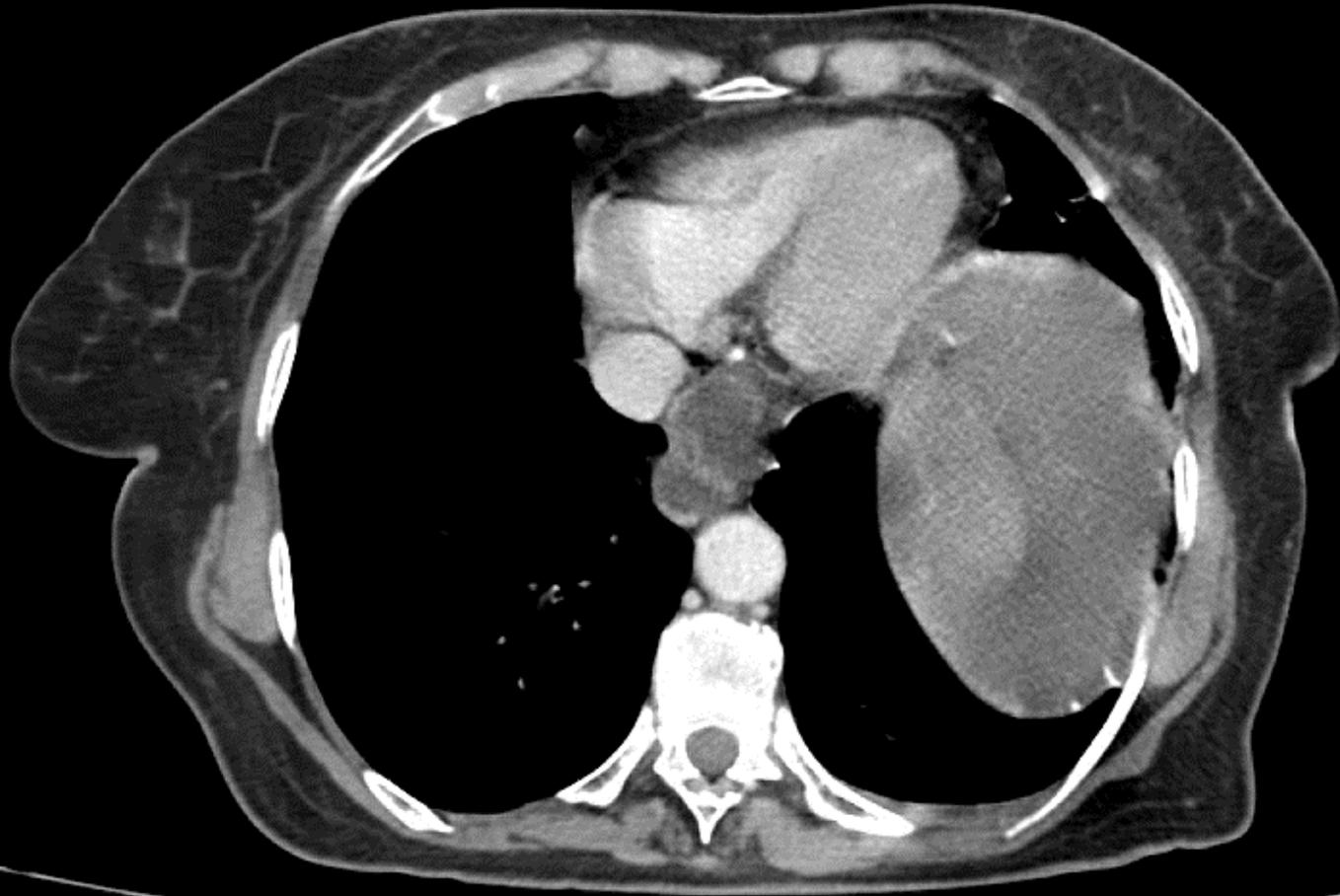
- Region 0 : 2
- Region 1 : 3
- Region 2 : 0
- Region 3 : 0
- Region 4 : 3**
- Region 5 : 0
- Region 6 : 2
- Region 7 : 0
- Region 8 : 0
- Region 9 : 0
- Region 10 : 0
- Region 11 : 0
- Region 12 : 0

Reason(s) for non resectability	Abdominal lymph node(s)	Extraperitoneal location(s)
<input type="checkbox"/> Hepatic hilum invasion or Hepatic pedicle invasion	<input type="checkbox"/> Celiac	<input type="checkbox"/> Brain
<input type="checkbox"/> Mesenteric retraction	<input type="checkbox"/> Mesenteric	<input type="checkbox"/> Cervical adenopathy
<input checked="" type="checkbox"/> Colic invasion and peri gastric invasion	<input type="checkbox"/> Hilum of spleen	<input type="checkbox"/> Thorax
<input type="checkbox"/> Multiple intestinal structures invasion	<input type="checkbox"/> Retroperitoneal and above the renal pedicle	<input type="checkbox"/> Liver
<input type="checkbox"/> Mesenteric adipose tissue invasion	<input type="checkbox"/> Retroperitoneal and below the renal pedicle	<input type="checkbox"/> Abdominal or pelvic wall
<input type="checkbox"/> Extensive pelvic invasion	<input type="checkbox"/> Iliac	<input type="checkbox"/> Arterial and/or vein structure(s) invasion
<input type="checkbox"/> Invasion of bladder posterior wall		<input type="checkbox"/> Ureter(s) invasion
		<input type="checkbox"/> Inguinal adenopathy
		<input type="checkbox"/> Others

	PRE	POST
0 Central	2	0
1 Right upper	3	0
2 Epigastrium	1	0
3 Left upper	3	0
4 Left flank	3	0
5 Left lower	1	0
6 Pelvis	3	0
7 Right lower	0	0
8 Right flank	0	0
9 Upper jejunum	0	0
10 Lower jejunum	0	0
11 Upper ileum	0	0
12 Lower ileum	0	0
PCI	16	0

Cas 3

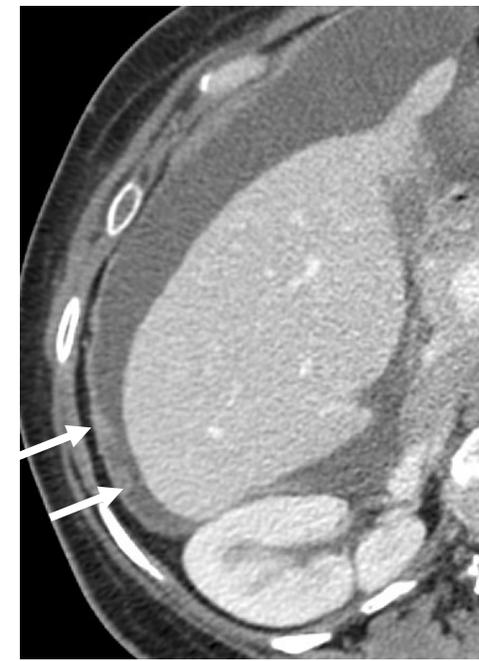
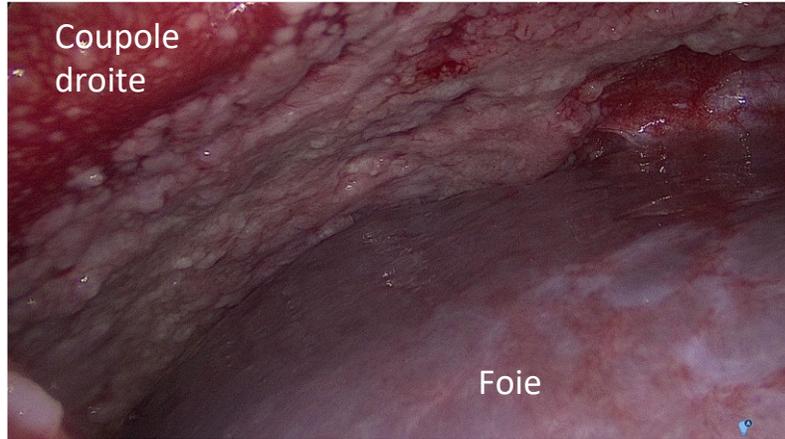
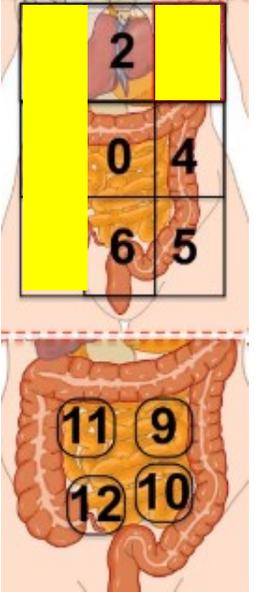
- Patiente âgée de 65 ans
- Douleurs abdominale et augmentation du périmètre abdominal. Altération de l'état général.
- Carcinome séreux de haut grade d'origine ovarienne.



Contr

2

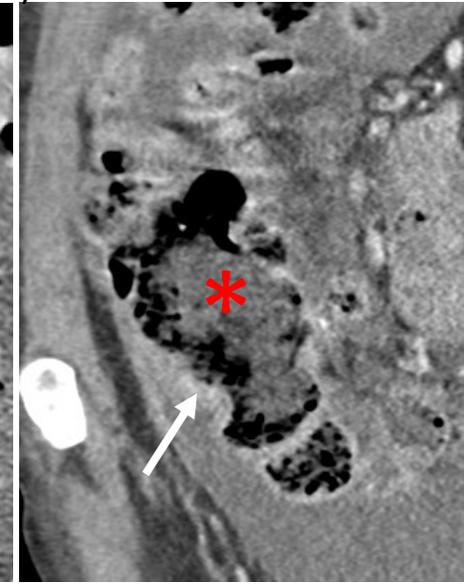
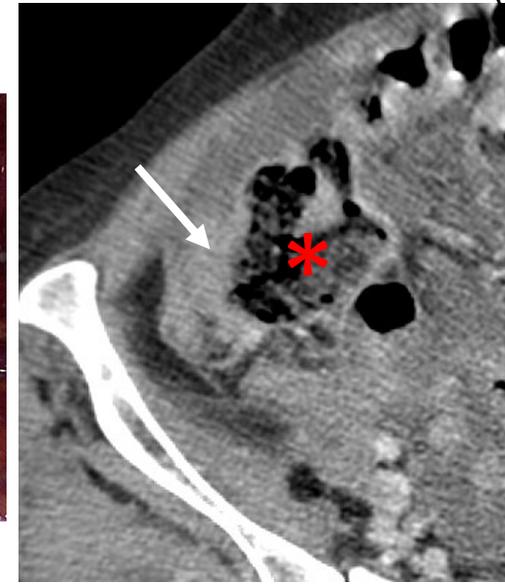
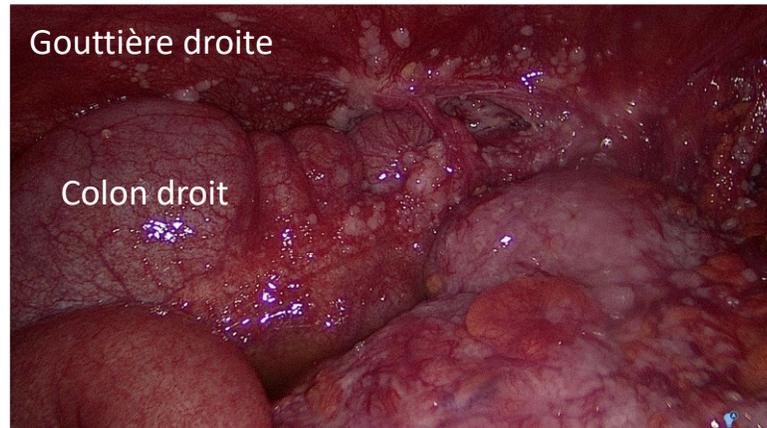
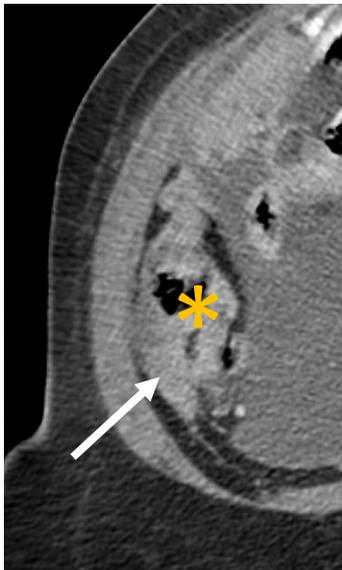
H
A
R

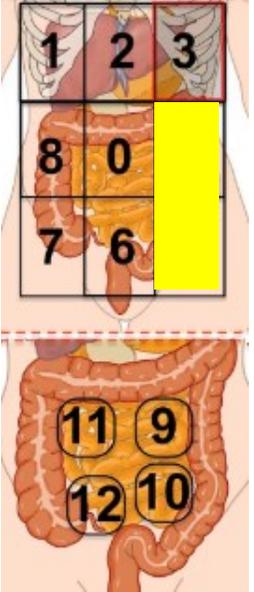


Région 1 → PCI 3

Région 8 : atteinte nodulaire et épaissement diffus du péritoine pariétal → PCI 3
 Envahissement du colon droit (*)

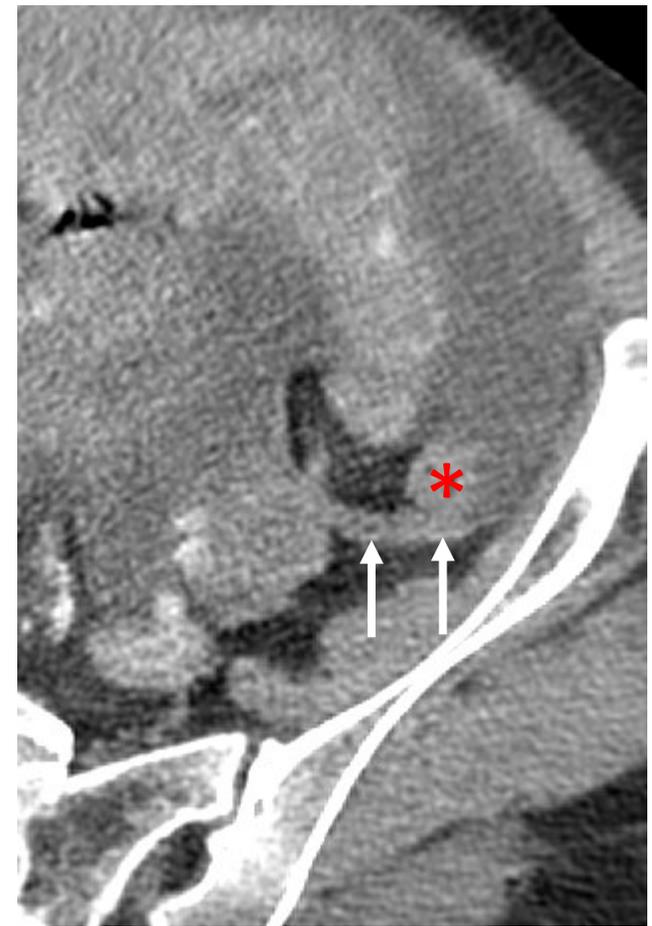
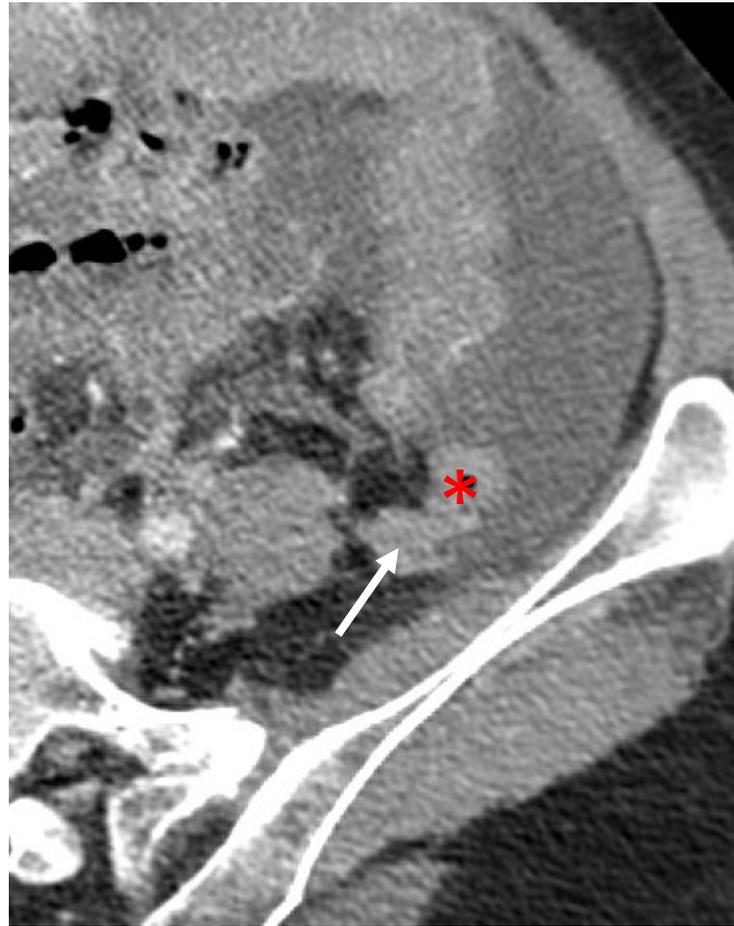
Région 7 : atteinte nodulaire confluyente → PCI 3
 Envahissement du caecum (*)

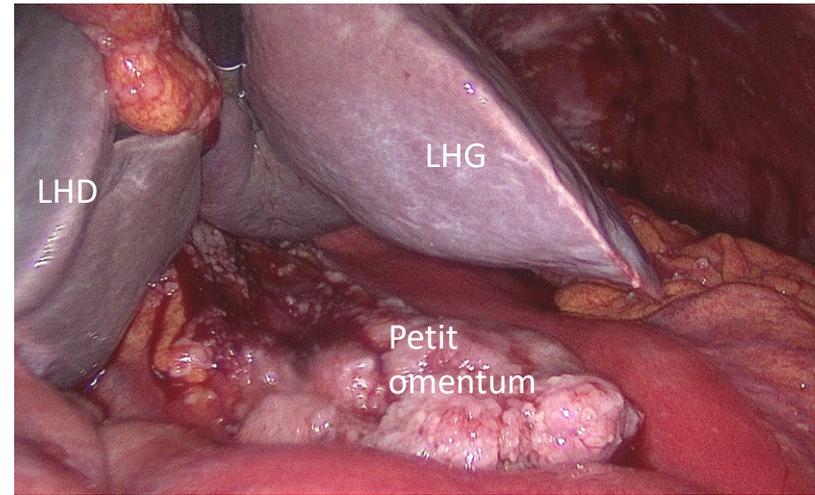
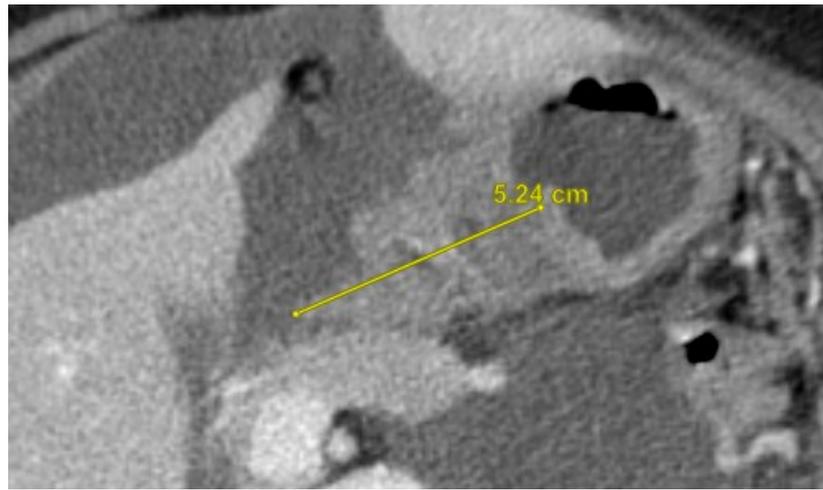
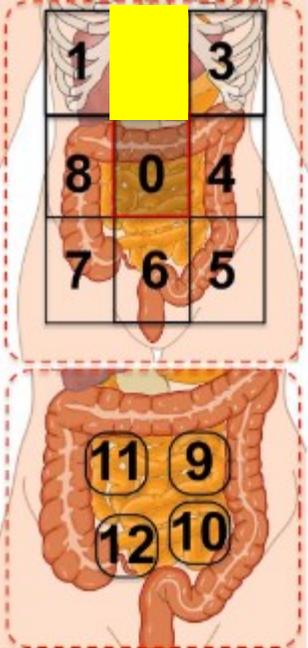




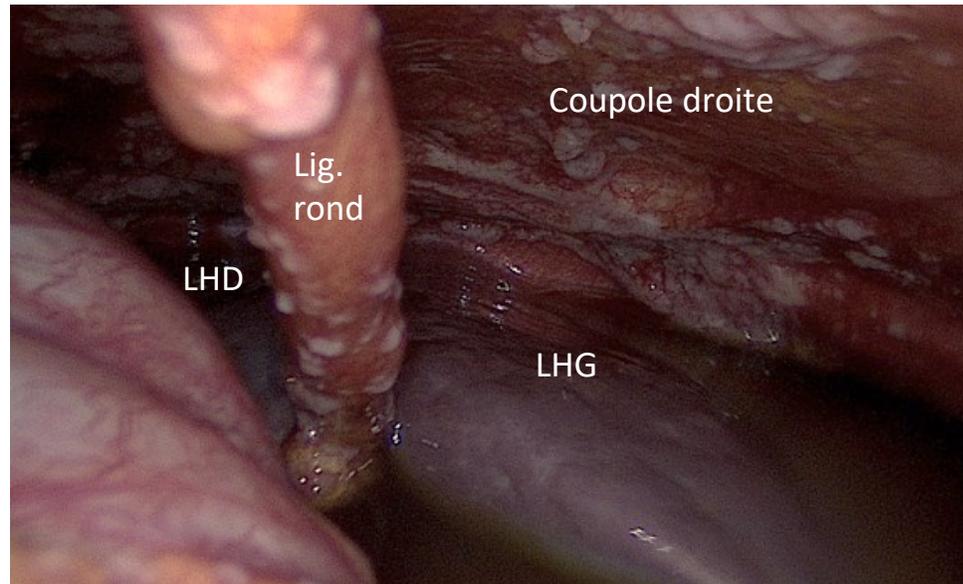
Région 4 : atteinte nodulaire → PCI 2

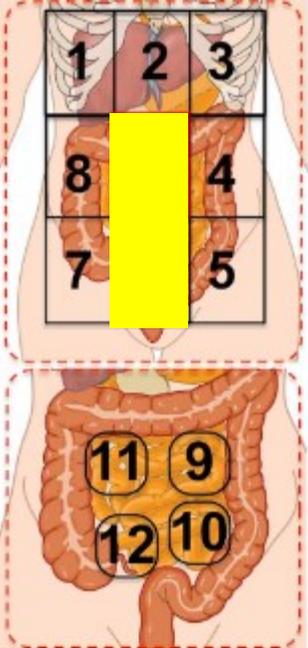
Région 5 : atteinte nodulaire et confluente venant au contact du sigmoïde (*) → PCI 3



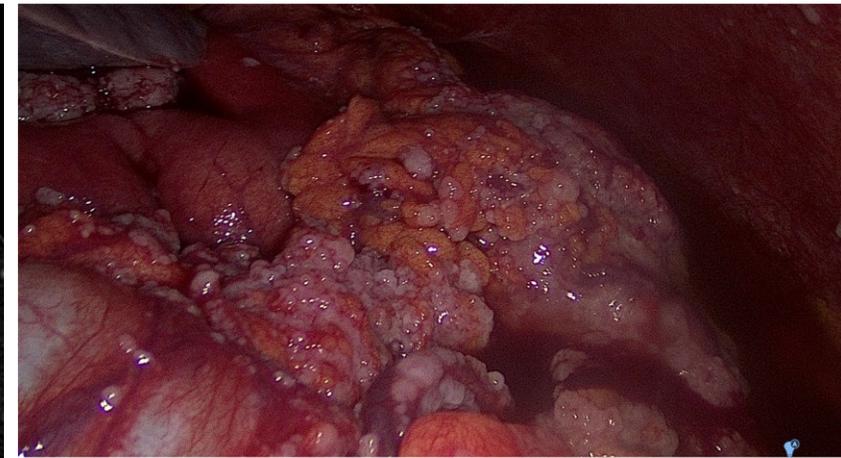
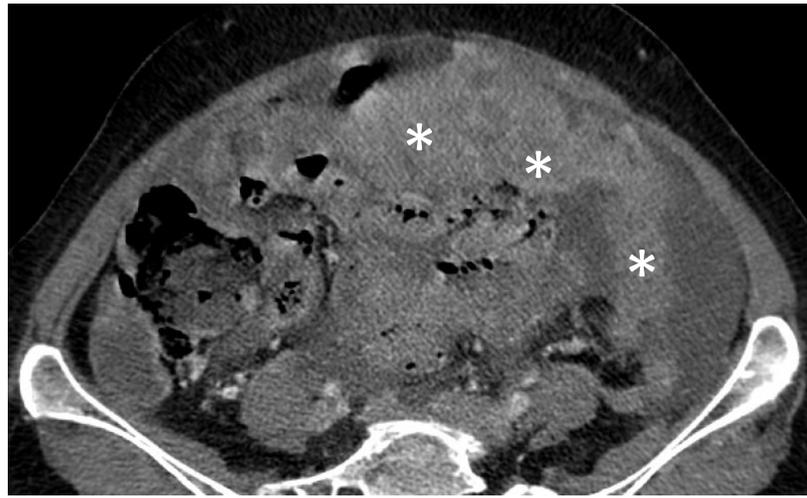


Région 2 : masse > 5 cm du petit omentum adhérent à la petite courbure de l'estomac et atteinte nodulaire du ligament rond → PCI 3

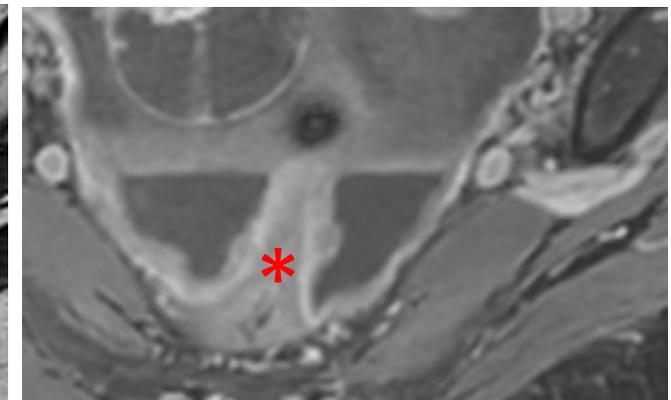
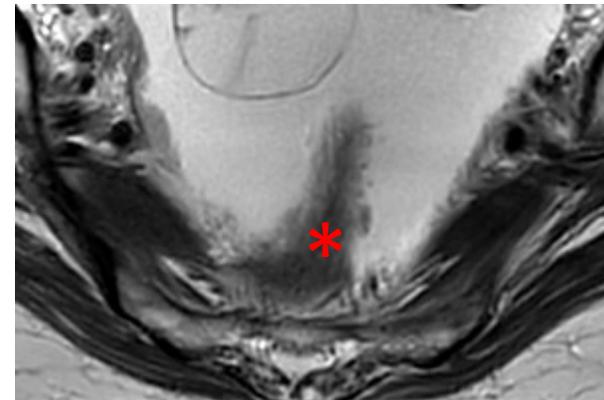
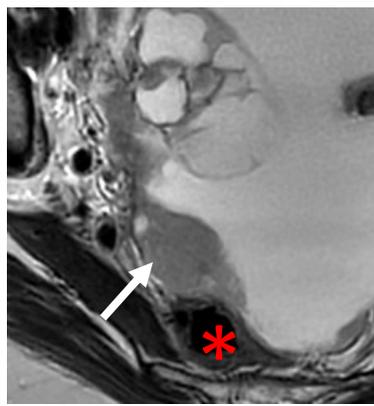
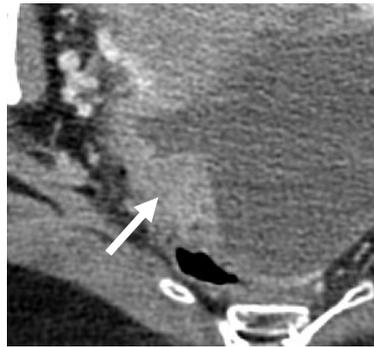


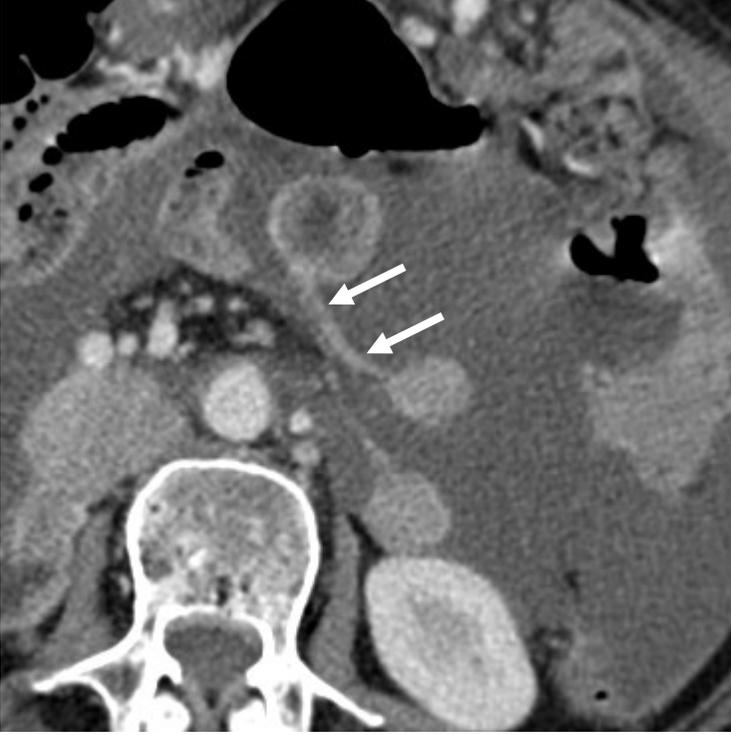
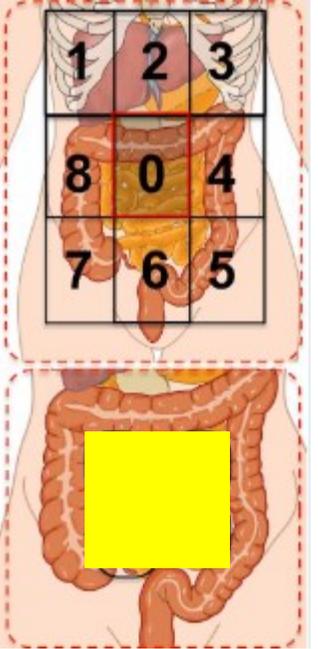


Région 0 : Gâteau épiploïque → PCI 3

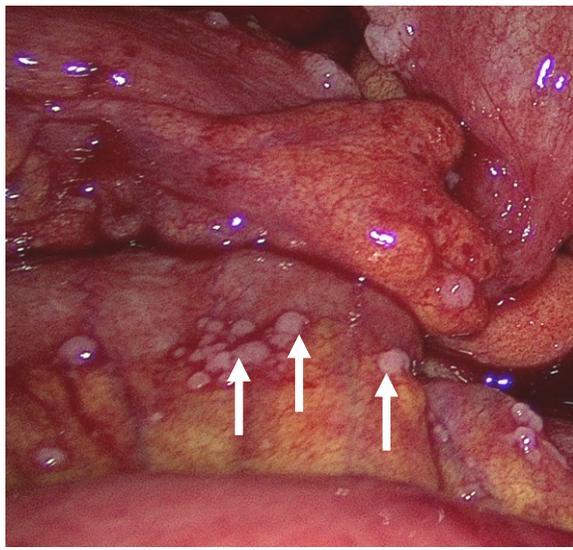
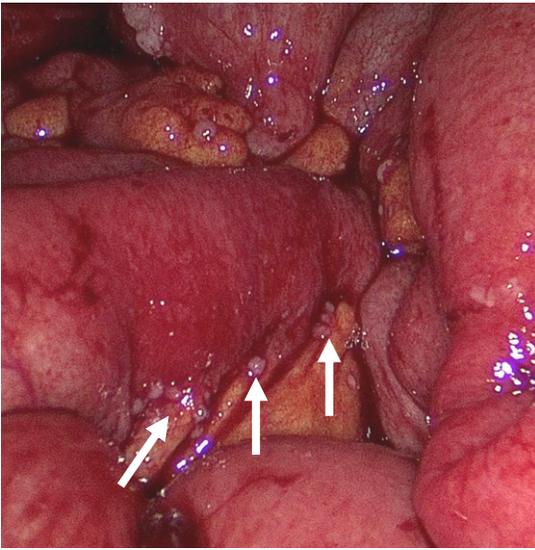
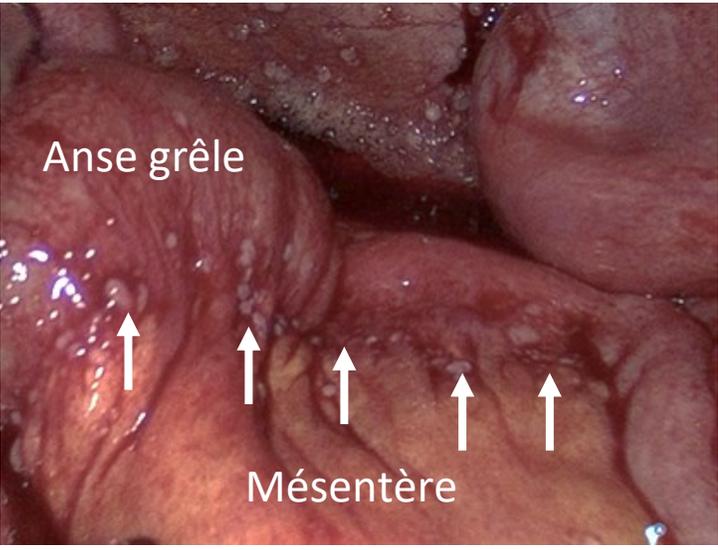


Région 6 : Epaissement diffus du péritoine pelvien → PCI 3
 Envahissement de la jonction recto-sigmoïdienne (*)





Jéjunum proximal :
Epaississement des méso → PCI 3



- Concernant l'intestin grêle, celui-ci présente des lésions à la jonction séreuse-mésentère étagées sur toute la hauteur de l'intestin grêle explorable.

Cas 3



- Au total : PCI radiologique 25/39, sous estimé au scanner
- PCI chirurgical : 35/39
- Irrésécabilité sur l'atteinte mésentérique majeure, atteinte colique droite et gauche

PCI = 26 / 39

- Region 0 : 3
- Region 1 : 3
- Region 2 : 3
- Region 3 : 0 (artéfacts)
- Region 4 : 2
- Region 5 : 3
- Region 6 : 3
- Region 7 : 3
- Region 8 : 3
- Region 9 : 3
- Region 10 : 0
- Region 11 : 0
- Region 12 : 0

Primitive tumor : Ovarian cancer Type of evaluation : SURGERY			
Peritoneal Cancer Index (PCI) of Sugarbaker			
	REGIONS	Involved structures	Score
	Region 0	None	3
	Region 1	None	3
	Region 2	None	3
	Region 3	None	3
	Region 4	None	3
	Region 5	None	3
	Region 6	None	3
	Region 7	None	3
	Region 8	None	3
	Region 9	None	2
	Region 10	None	2
	Region 11	None	2
	Region 12	None	2
- Gilly = Stage NA	PCI = 35 / 39		
- SPCI = NA			
- Fagotti = NA			
- Fagotti mod. = NA			

La carcinose intéresse :

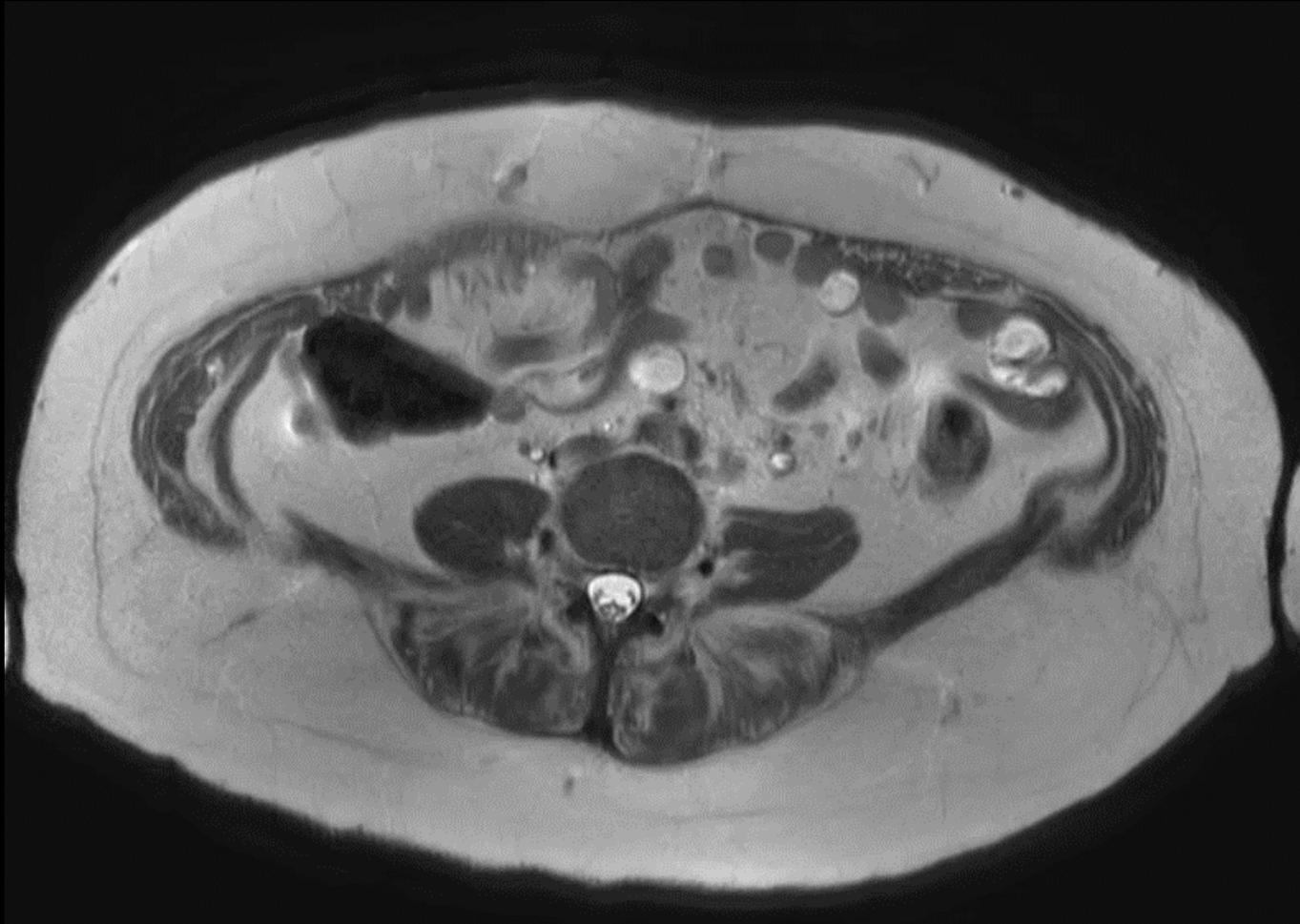
- Le grand épiploon sous forme d'un gâteau épiploïque adhérent au côlon transverse.
- La coupole droite sous forme de lésions confluentes majeures.
- Le ligament rond hépatique ainsi que le petit épiploon qui est porteur d'une atteinte majeure.
- La coupole gauche sous forme de lésions confluentes.
- Il existe également une atteinte majeure de l'ensemble du côlon droit avec des adhérences tumorales significatives. La séreuse du côlon droit est pathologique du cæcum jusqu'à l'angle au moins.
- La gouttière pariétocolique gauche est également le siège de lésions confluentes sans qu'il soit facile d'explorer la séreuse du côlon descendant.
- En revanche la boucle sigmoïdienne est porteuse de lésions tumorales certaine.
- Le pelvis est entièrement comblé et inexplorable en lien avec les adhérences tumorales.
- Concernant l'intestin grêle, celui-ci présente des lésions à la jonction séreuse-mésentère étagées sur toute la hauteur de l'intestin grêle explorable.

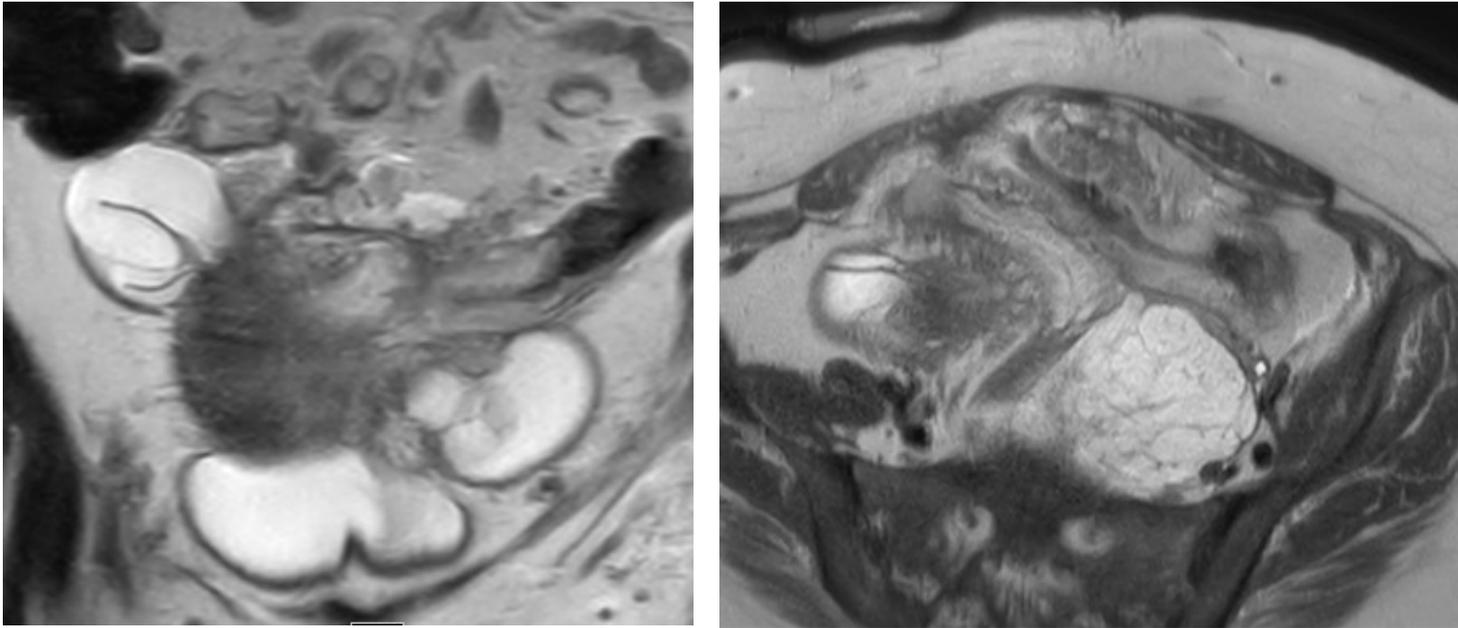
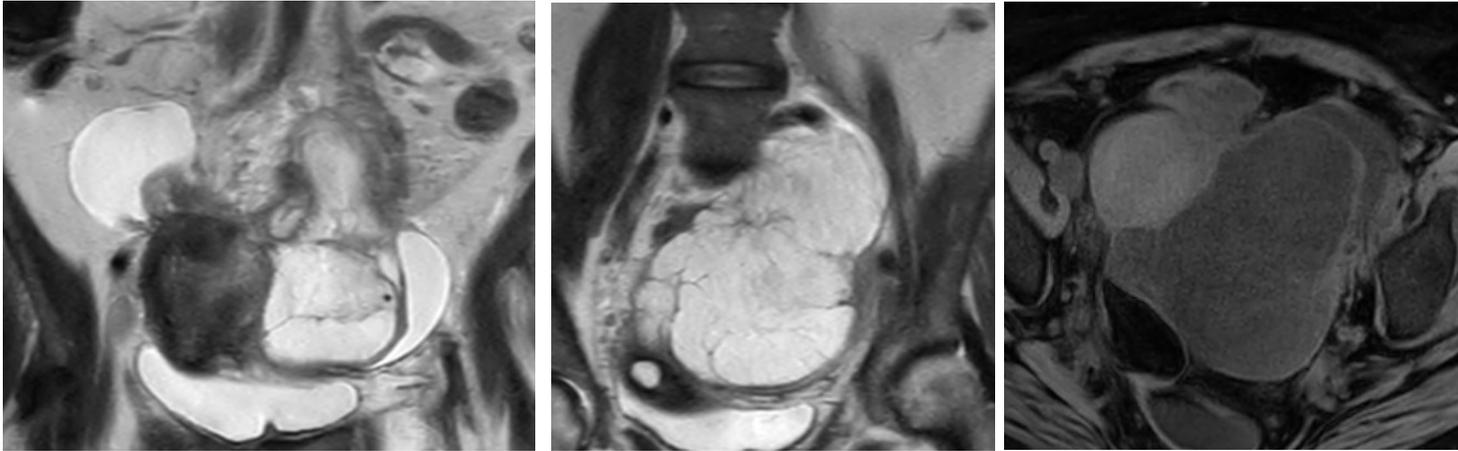
Atteinte péritonéale et Masses annexielles

Orientations diagnostiques

Cas 4

- Patiente âgée de 53 ans. Antécédent d'occlusion fébrile sur perforation sigmoïdienne perforée bouchée, traitée de manière conservatrice par coelioscopie. Crise sanitaire Covid perturbant le suivi évolutif.
- Récidive du syndrome occlusif. Masse pelvienne et carcinose péritonéale au scanner.

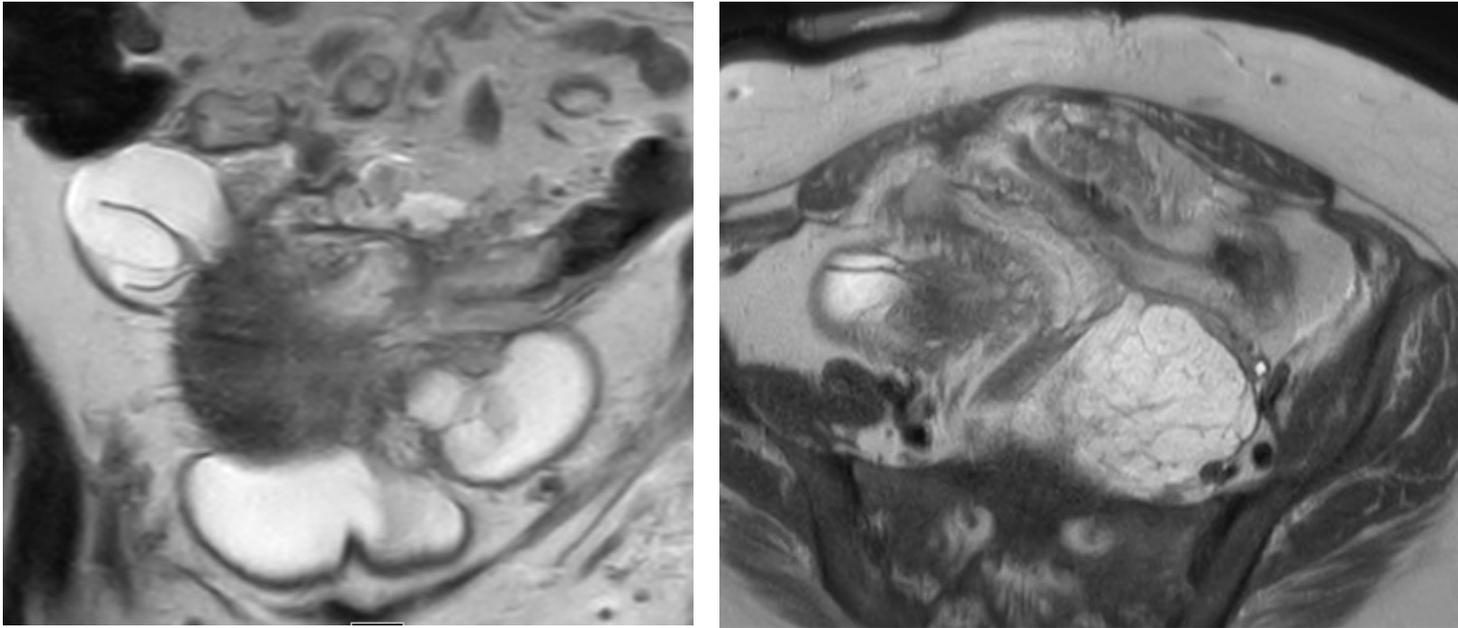
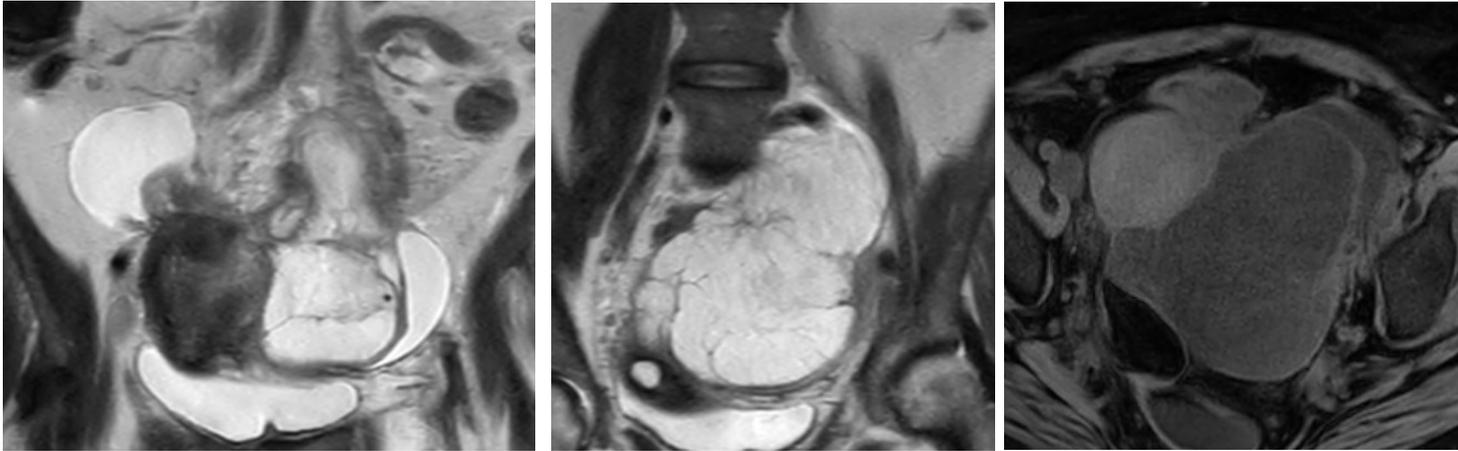




Quel diagnostic évoquez vous ?

A : Cystadénocarcinomes mucineux ovariens ?

B : Métastases ovariennes ? Primitif ?



Quel diagnostic évoquez vous ?

A : Cystadénocarcinomes mucineux ovariens ?

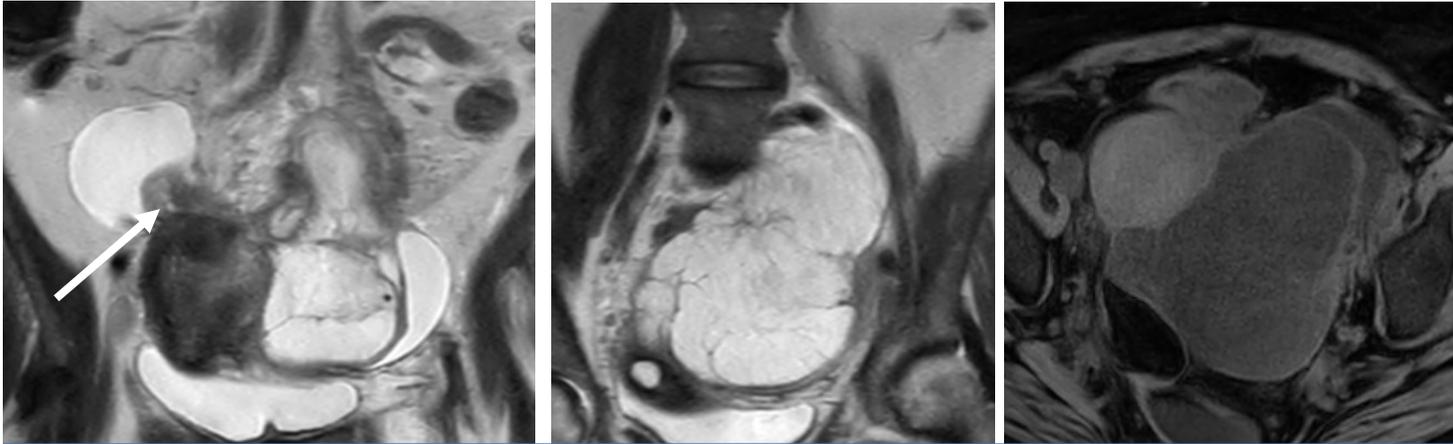
→NON

Primitif digestif visible (sigmoïde)

Peu de portion tissulaire nodulaire

Signal « homogène » (pas de loculi de signaux différents)

Plus fréquemment unilatéral

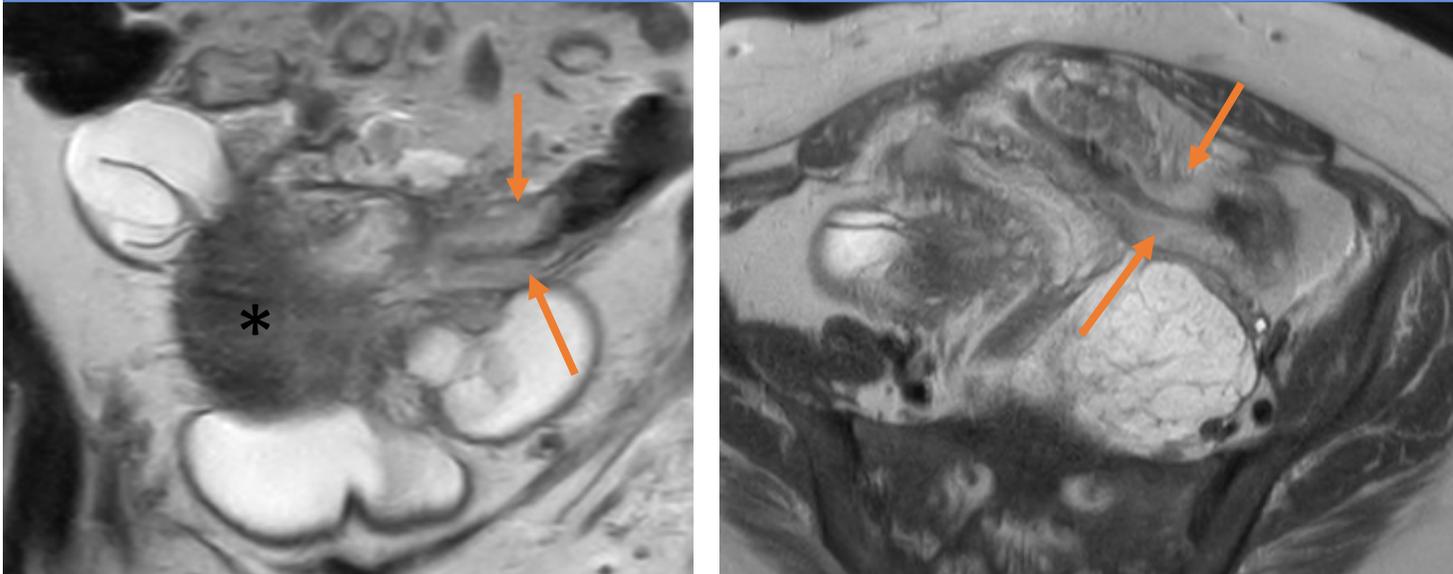


Laparotomie et biopsie de la masse tumorale pelvienne (bloc pelvien)

→ Localisation d'un adénocarcinome mucosécrétant dont le profil immuno-histochimique est en faveur d'une origine lieberkuhnienne.

ACE 22.6 / CA-19-9 28 / CA-125 78

Masses ovariennes bilatérales, signal mucineux. Portion tissulaire (OD)



Chimiothérapie puis chirurgie de cytoréduction + CHIP intervalaire

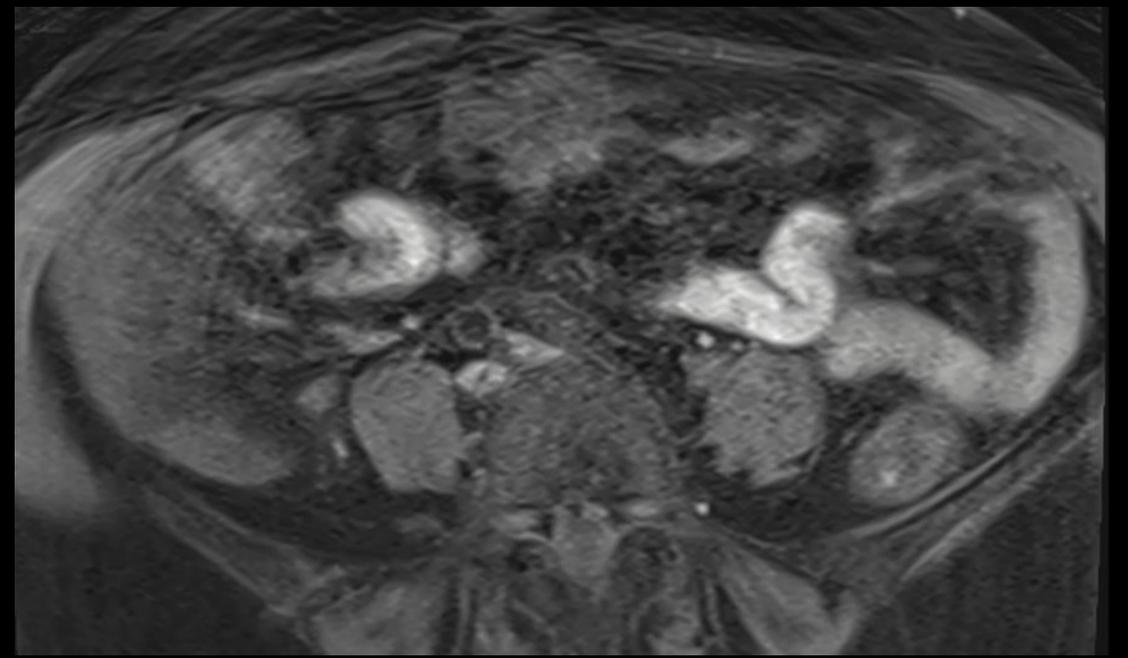
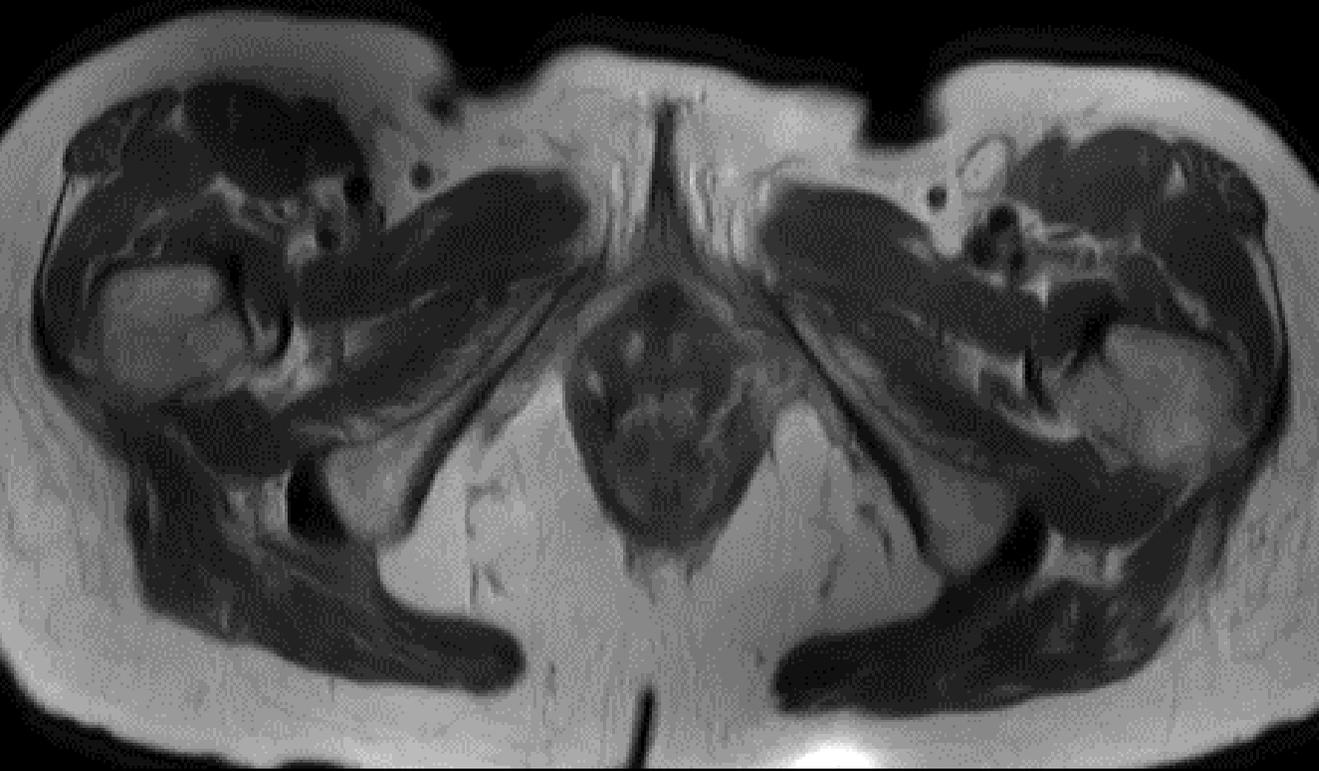
- Adénocarcinome mucineux du sigmoïde
- Carcinose péritonéale
- Ovaire : masse tumorale avec un abondant mucus et de la régression colloïde. Il persiste des glandes résiduelles et des cellules isolées dispersées. Il n'y a pas de stroma ovarien sur ces prélèvements on reconnaît des franges tubaires (K) qui sont envahies avec mucus et quelques cellules tumorales (CDX2+).

Épaississement paroi du sigmoïde en hypersignal T2, envahissement utérin (*)

Cas 5

- Patiente âgée de 61 ans, asymptomatique. Echographie dans le cadre d'un bilan d'infection urinaire.

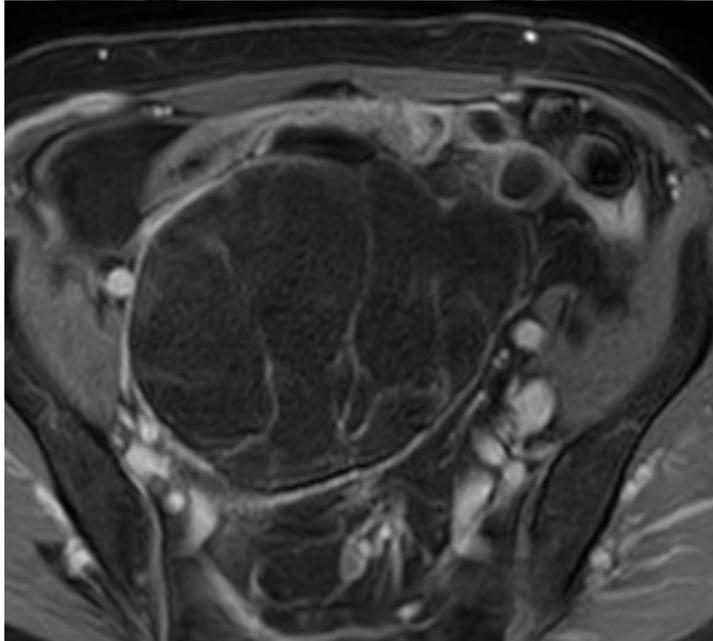
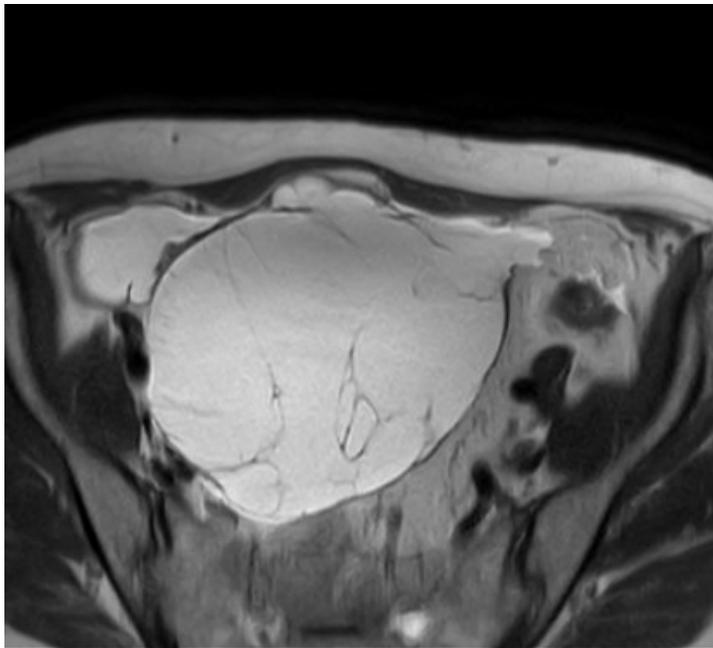




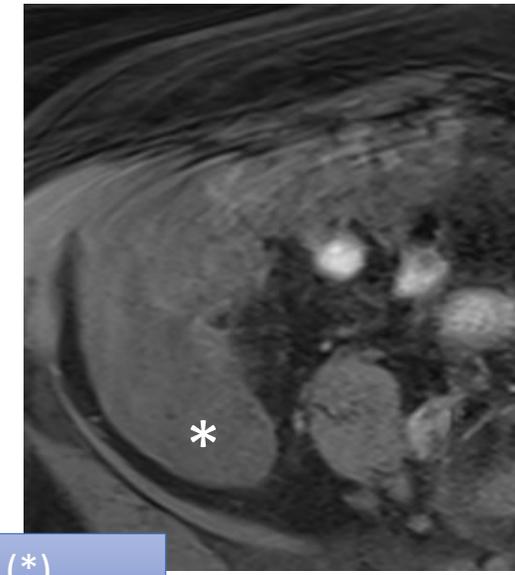
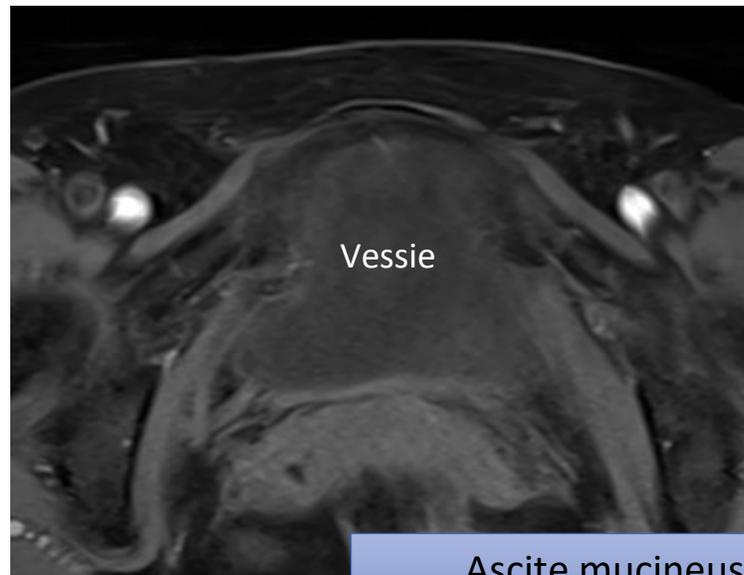
Quels diagnostics évoquer ?

A : Métastase ovarienne d'un adénocarcinome digestif ?

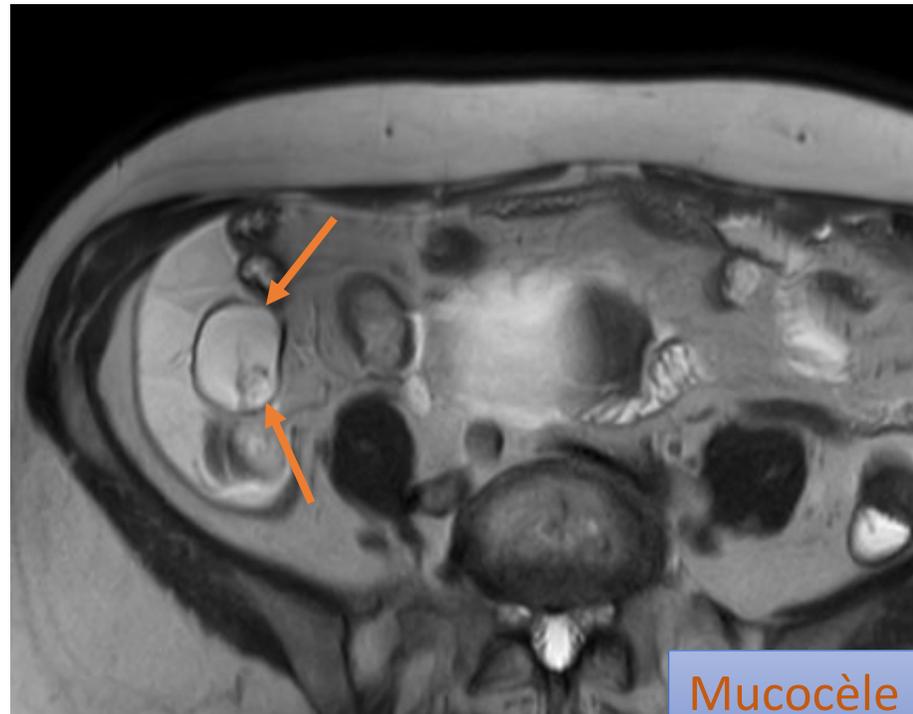
B : Une autre idée ?



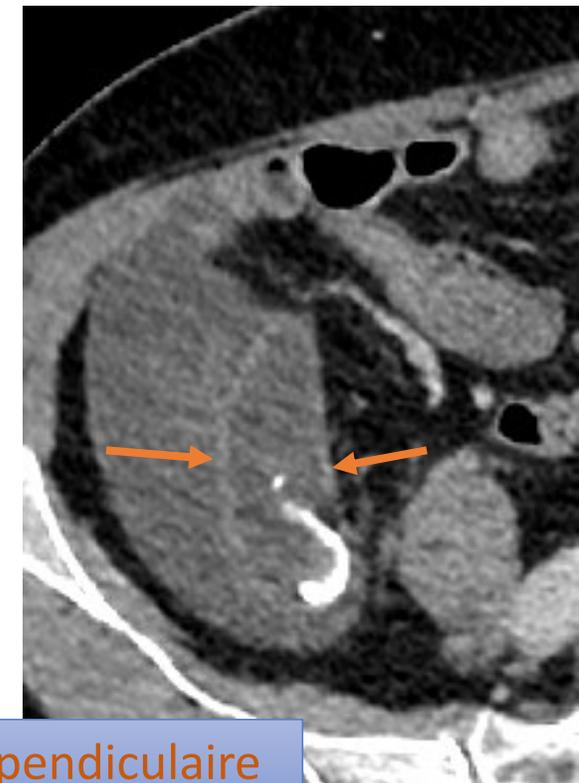
Masse ovarienne droite de signal mucineux, pas de portion tissulaire



Ascite mucineuse (*)



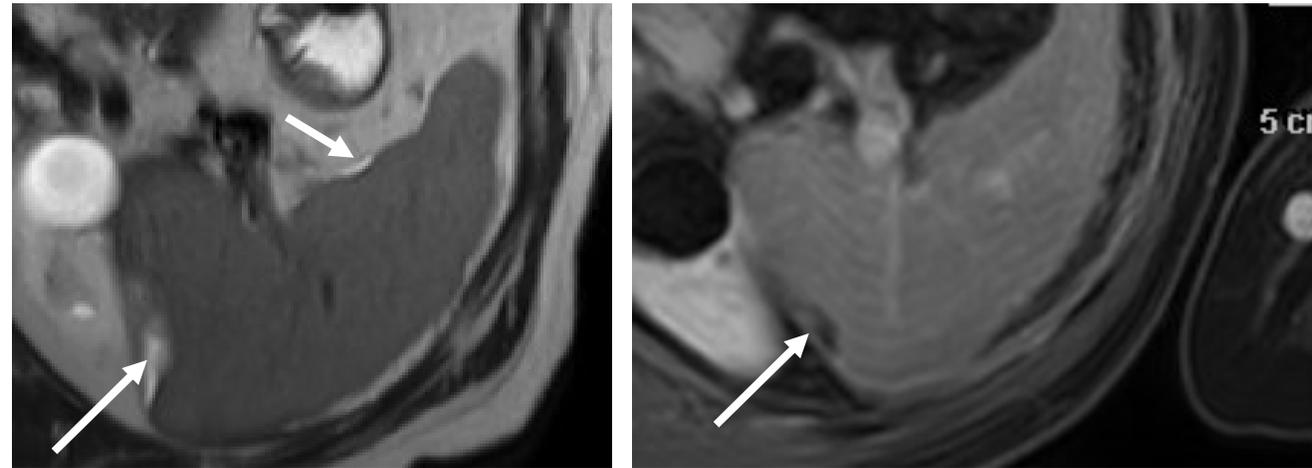
Mucocèle appendiculaire



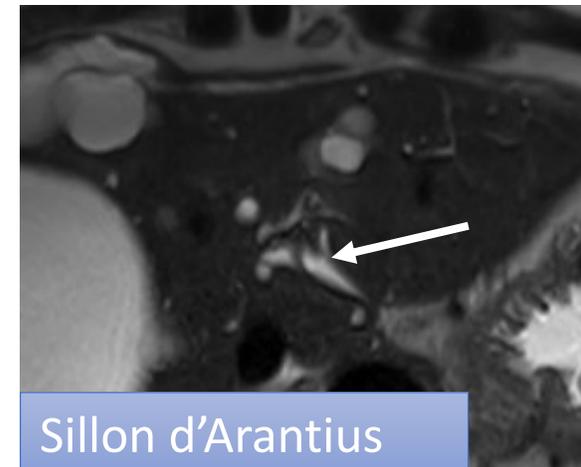
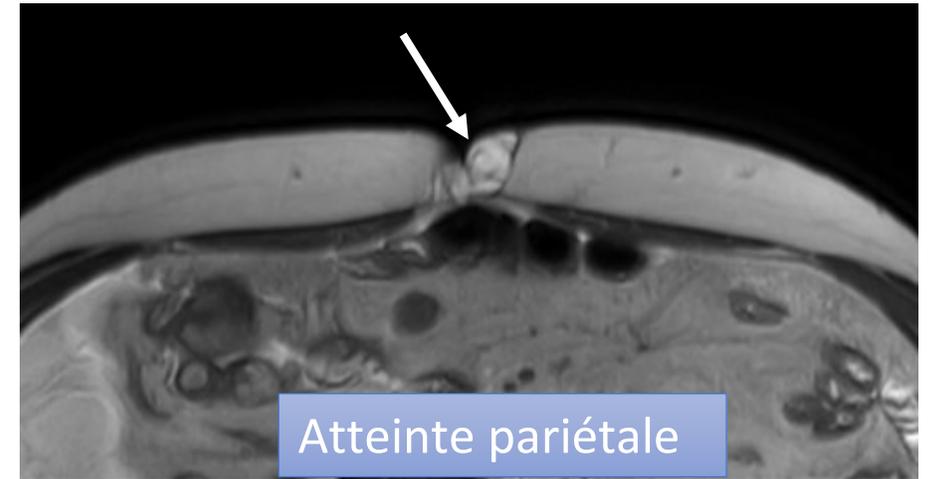
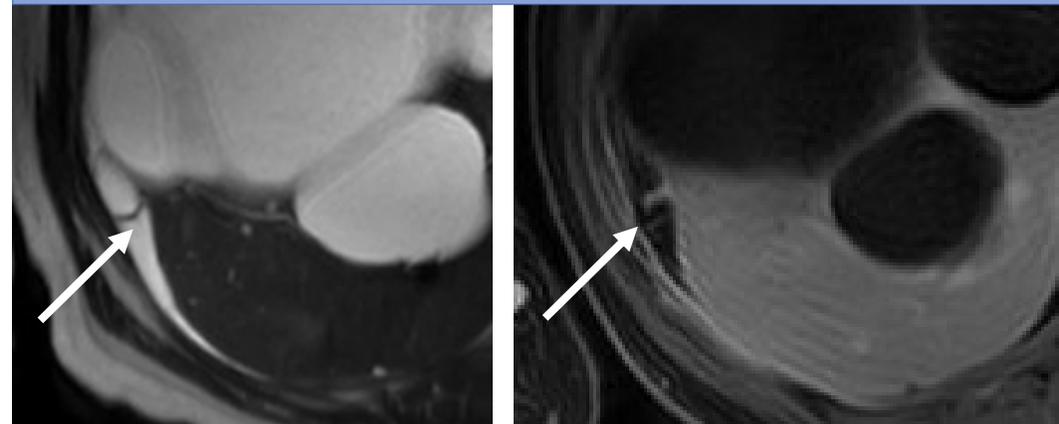
Au total :

Pseudo-myxome péritonéal sur néoplasie mucineuse appendiculaire de bas grade rompue associé à un carcinome mucineux péritonéal de bas grade.

→ **Bilan exhaustif de la maladie péritonéale (en vue d'une chirurgie de cytoréduction complète).**



Atteinte péri-splénique et péri-hépatique avec scalloping

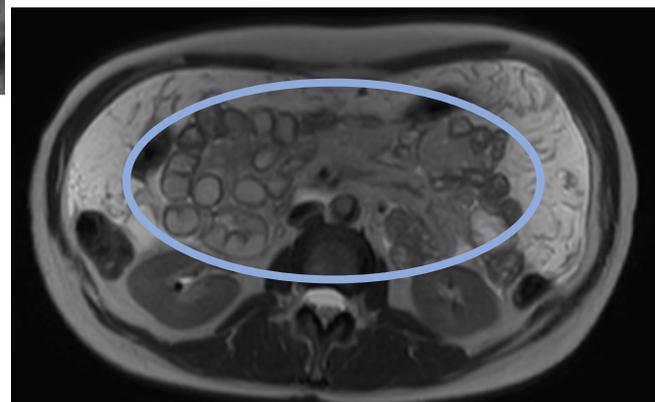
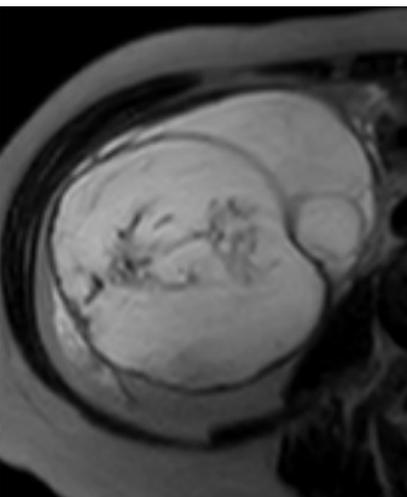
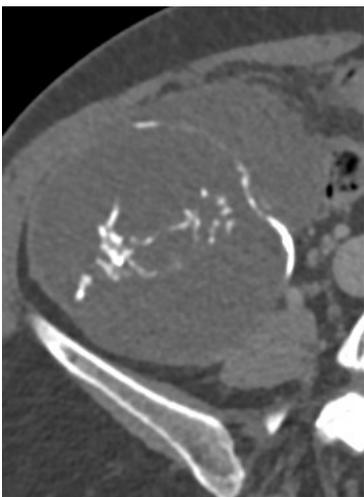
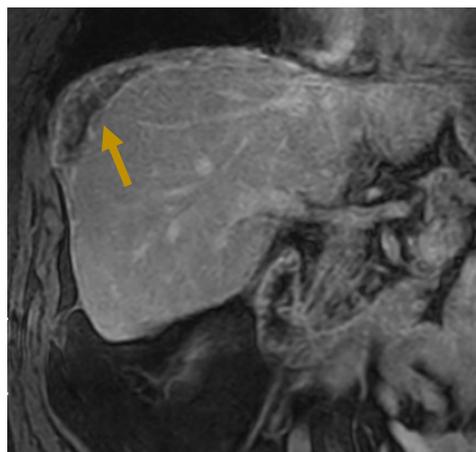
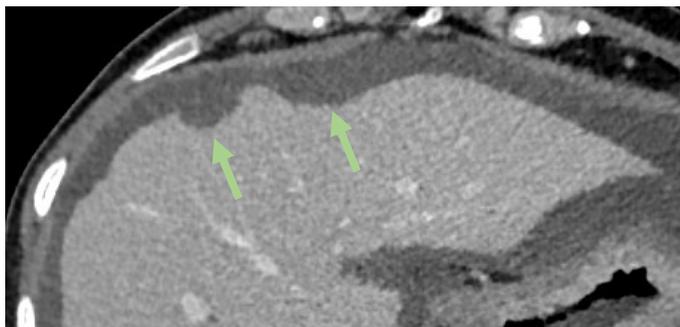
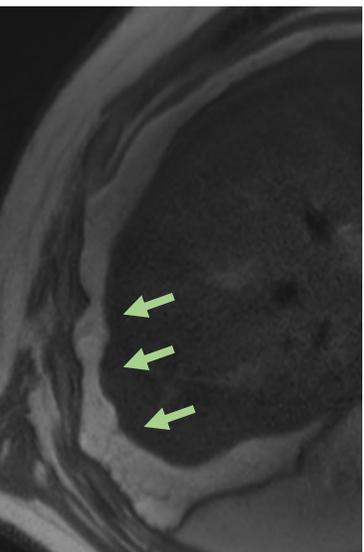


Pseudo-myxome péritonéal

- Rare (0,2 cas pour 100 000 habitants)
- Syndrome correspondant à la présence d'implants mucineux péritonéaux diffus
- Point de départ **appendiculaire**
→ **rupture d'un mucocèle**, lui-même secondaire au développement d'une néoplasie appendiculaire (de bas ou de haut grade) ou d'un adénocarcinome appendiculaire mucineux.
- Localisations secondaires ovariennes fréquentes
- Ascite mucineuse +/- implants tissulaires péritonéaux de bas ou de haut grade
- Prise en charge chirurgicale en centre expert



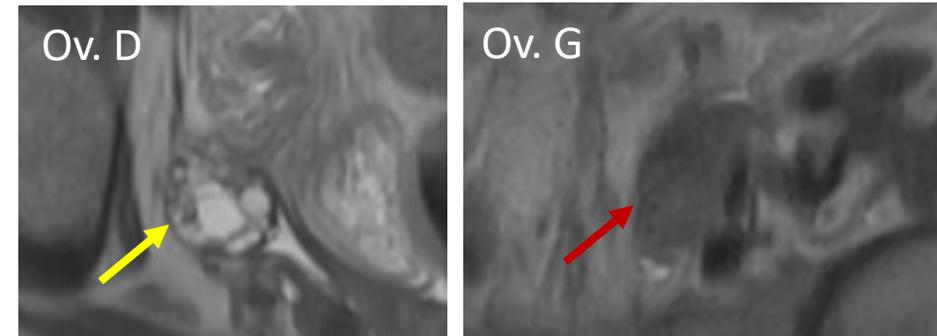
Pseudo-myxome péritonéal



- Epanchement dense (ascite mucineuse)
- Anses digestives accolées, effet de masse de l'ascite (redistribution des anses)
- Scalloping
- Prises de contraste périphériques
- Calcifications possibles (fines / en coup d'ongle)
- Visualisation d'un mucoécèle appendiculaire

Métastases ovariennes

- Environ 10% des tumeurs ovariennes
- Voie de dissémination : péritonéale ou par contiguité, lymphatique, hématogène
- Polymorphisme de présentation radiologique
 - Bilatéralité (primitif gastrique, colique, sein)
 - Prédominance kystique (colo-rectal ++, gastrique)
 - Prédominance solide et de plus petite taille (sein)
- Masse(s) ovarienne(s) + carcinose : chercher le primitif !
 - **ADK digestifs**
 - **Masse(s) ovarienne(s) mucineuse(s) : toujours chercher un primitif digestif colique, pancréatique ou appendiculaire**
 - **Si carcinose mucineuse associée : PMP ? Appendice ?**
 - Sein
 - Plus rares : Utérus, mélanome, carcinoïde (TNE du grêle), lymphome



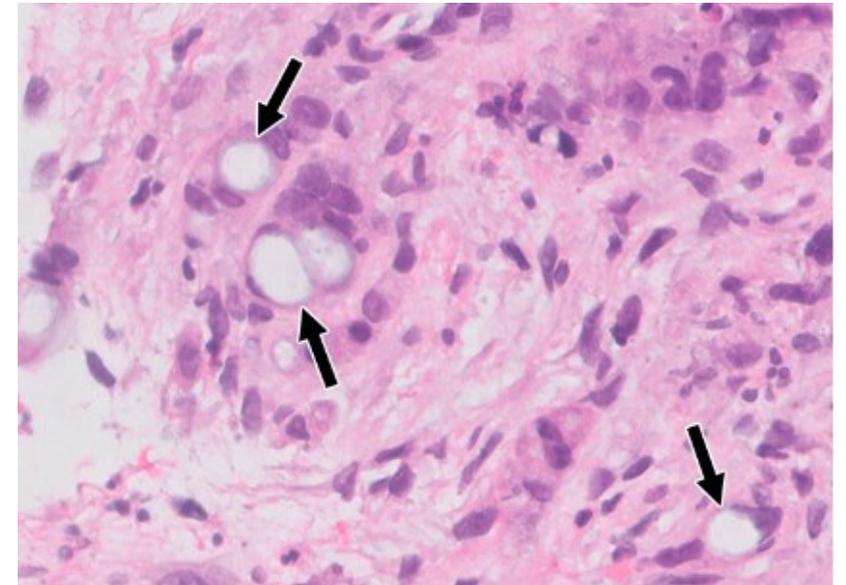
Métastases ovariennes d'un ADK colique moyennement différencié avec métastases péritonéale.



Localisations ovariennes de lymphome

Tumeur de Krükenberg

- Environ 50% des métastases ovariennes
- Origine gastrique (70% des cas)
 - Colique, pancréatobiliaire et appendice de type mucineux
- Définition histologique précise : infiltration stromale par un ADK peu différencié, sécrétion de mucine par des cellules en bague à chaton, prolifération stromale sarcomatoïde



Tumeur de Krükenberg

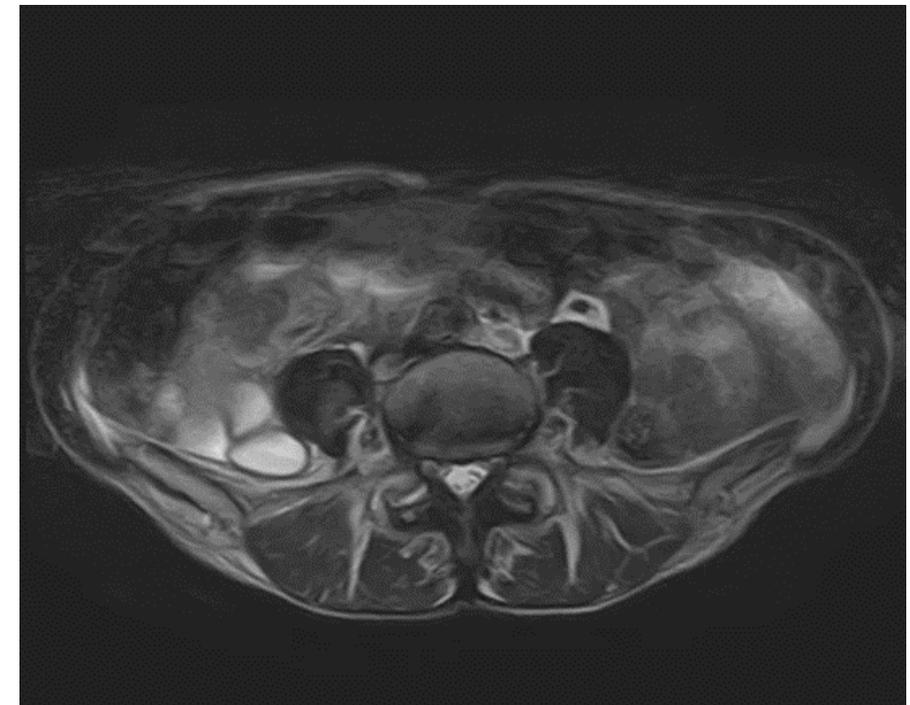
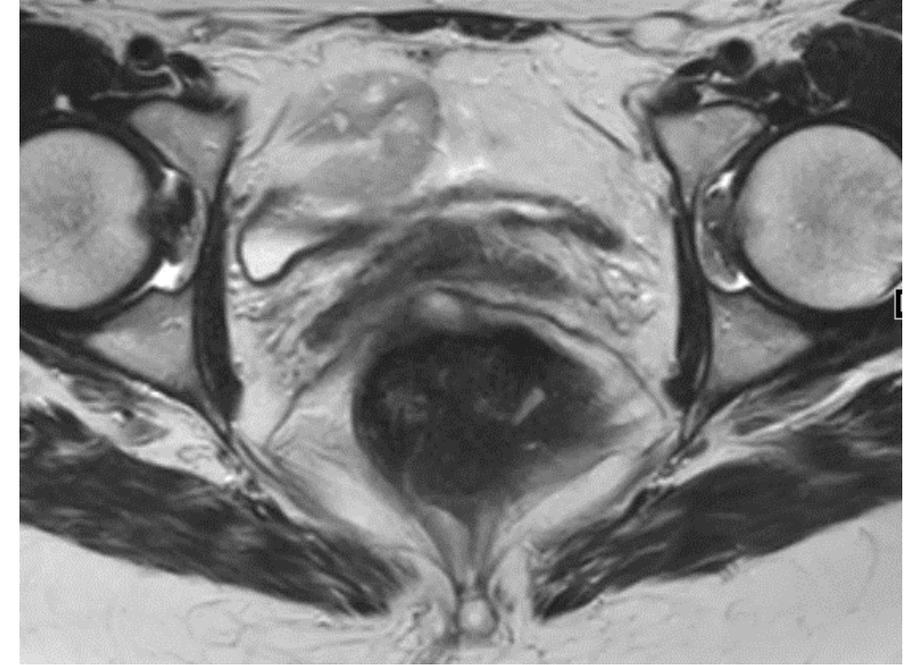


Aspect typique :

Bilatéral (80% des cas)

Masse mixte, solide ou à prédominance liquidienne :

- Portion solide en franc hyposignal T2
- fortement rehaussée
- Hypersignal diffusion
- Portion liquidienne (mucine)



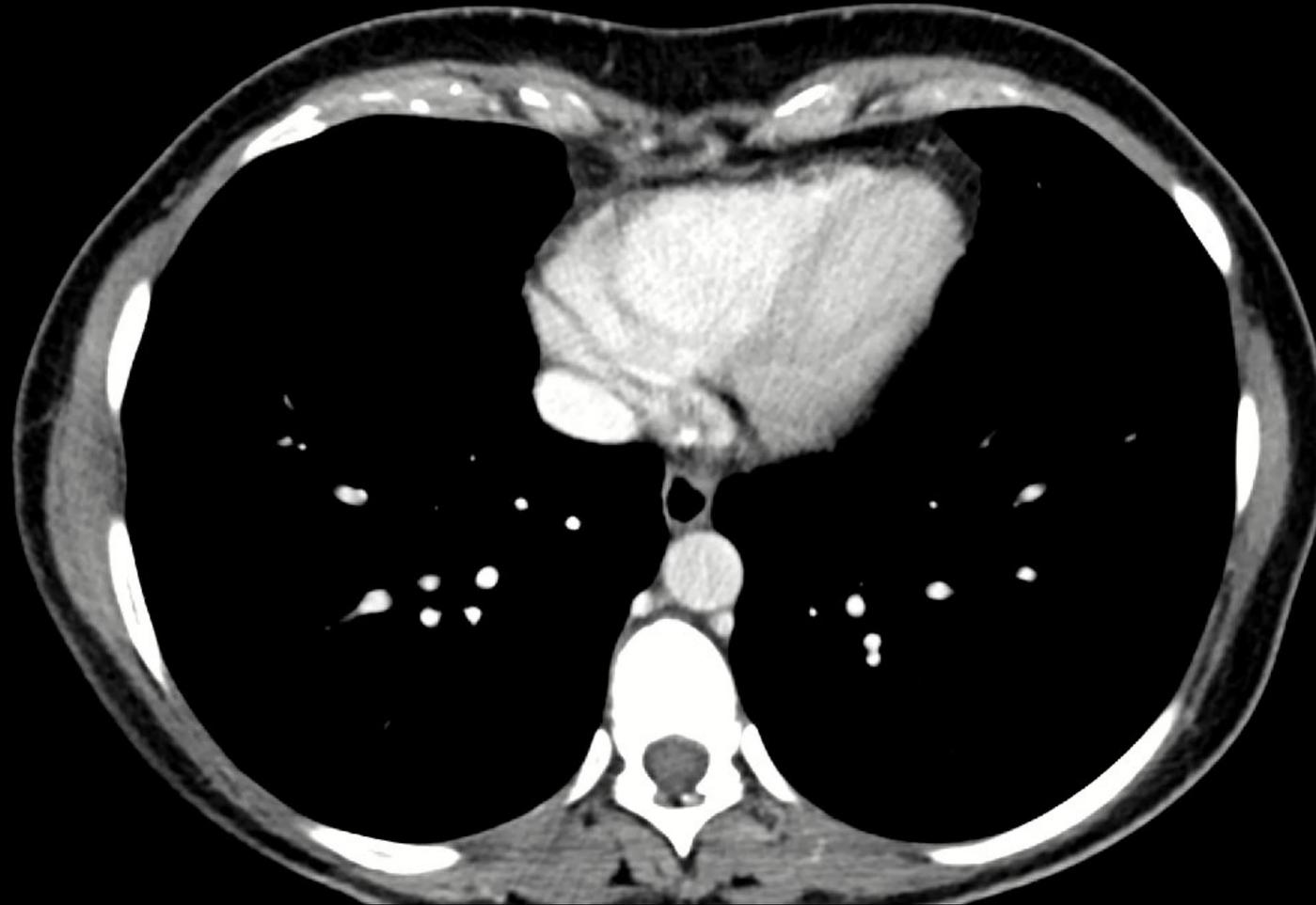
Patiente âgée de 56 ans, antécédent de cancer gastrique en rémission il y a 3 ans.

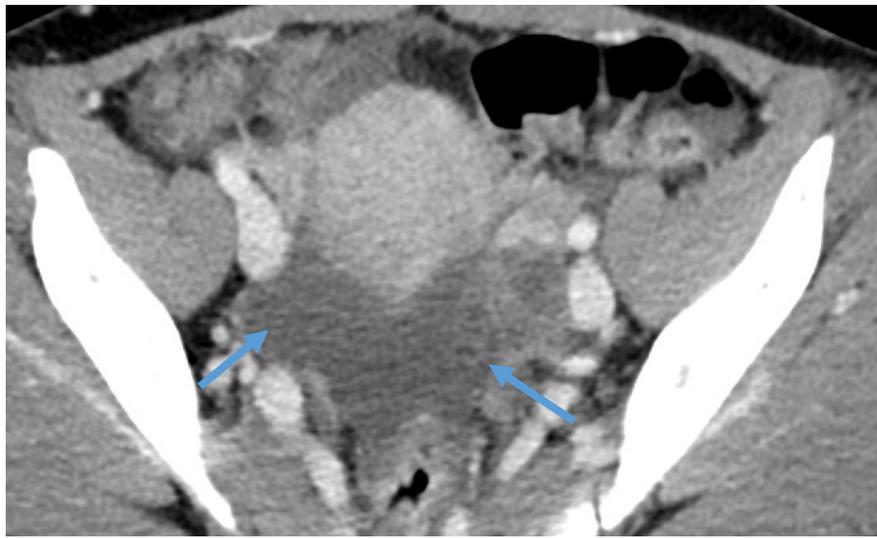
Pas de carcinose péritonéale. Masses ovariennes bilatérales.

CA 125 normal, ACE 8,7 (N<5), CA 19.9 278 (N<37)

Cas 6

- Patiente âgée de 38 ans. Douleurs de la FID depuis 3 jours. Pas de fièvre.
- Epanchement péritonéal pelvien à l'échographie.
- Leuco 15 000, CRP 100.





Epanchement cloisonné du Douglas. Ovaire droit ?

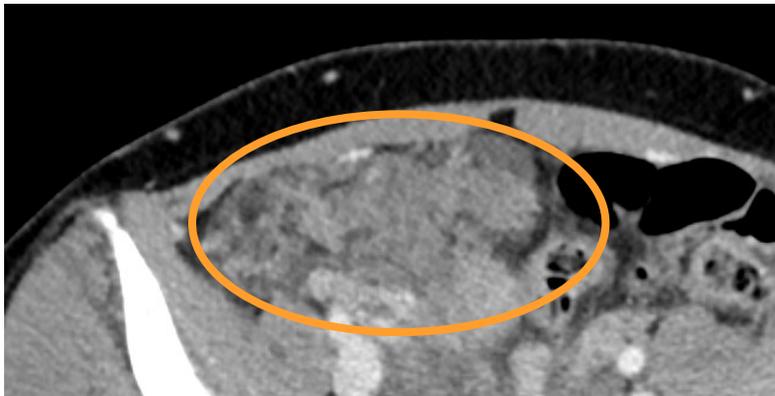
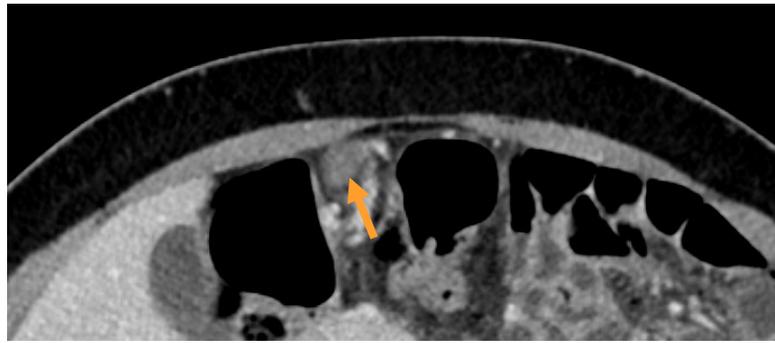
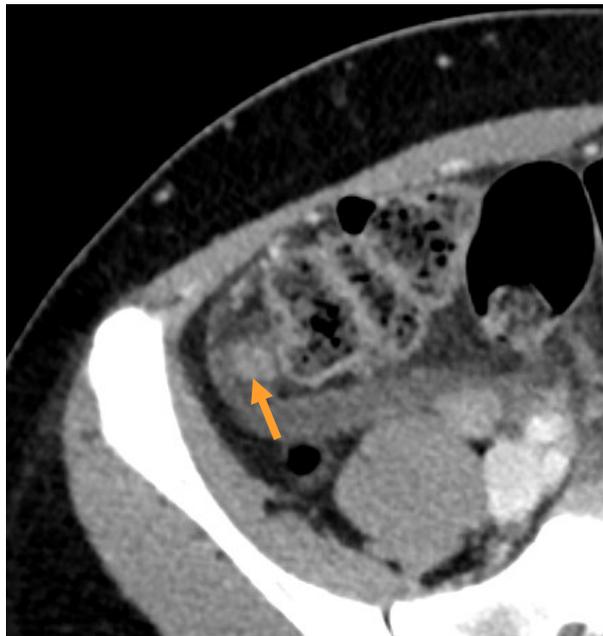
Equipe gynéco : TV non douloureux. Pas de leucorrhée

EEV :

OD : non vu

OG : RAS

CA 125 augmenté (54 UI/L) – CA 19-9 normal



Patiente prise en charge au BO.
Coelioscopie exploratrice

L'exploration de la cavité abdominale met en évidence un gâteau épiploïque et la présence d'une ascite hémorragique.

Prélèvement de cette ascite pour analyse cytologique mais également bactériologique et mycologique.

L'exploration de la cavité abdominale retrouve donc [redacted] on retrouve au niveau de la [redacted] entre 8 et 10 millimétriques, le glisson et le Morisson sont sains, pas de nodules retrouvés dans la région n° 2, le pédicule hépatique est mal vu en raison d'adhérences.

Aucun nodule au niveau de la coupole gauche et la face antérieure de l'estomac, gouttière pariéto-colique gauche saine, présence d'un [redacted]

Le pelvis retrouve la présence de [redacted] qui est de taille limitée, il est également identifié la même chose du côté gauche.

Présence de [redacted] ce dernier est tout à fait fin et sain. On retrouve également un [redacted], la gouttière pariéto-colique droite est libre

Pas d'anomalie retrouvée sur le grêle.

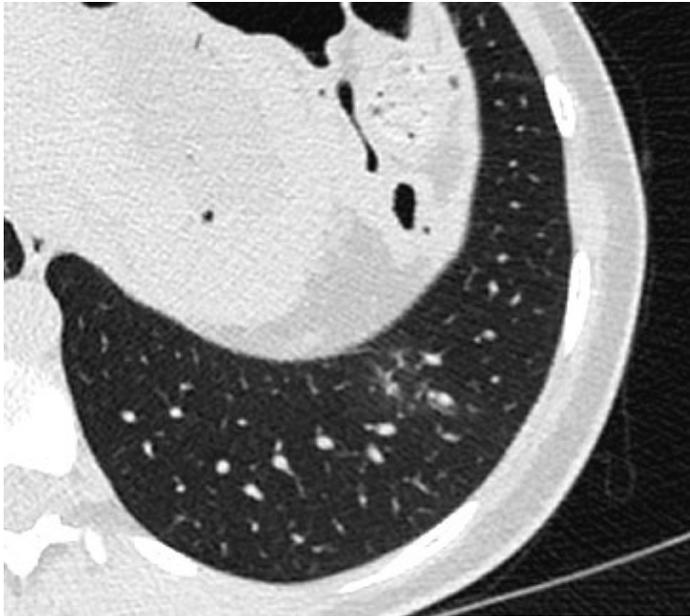
Biopsie gâteau épiploïque : remaniements inflammatoires diffus avec [REDACTED]

Présence de [REDACTED] s en périphérie du prélèvement.

Pas de cellule suspecte de malignité visualisée.

PCR BK et mycobactérie atypique sur le liquide péritonéal : négatif

Extraction de l'ADN BK sur biopsie : négative

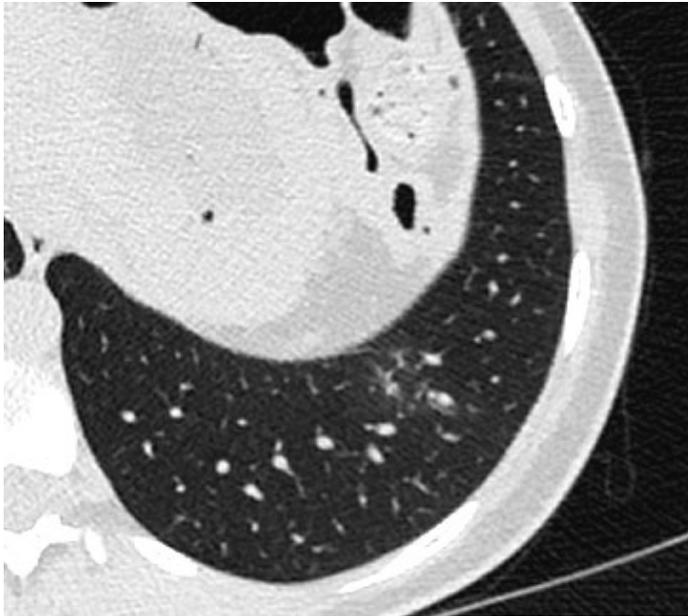


Prélèvements
bronchiques négatifs

Biopsie gâteau épiploïque : remaniements inflammatoires diffus avec

Présence de [redacted] en périphérie du prélèvement.
Pas de cellule suspecte de malignité visualisée.

PCR BK et mycobactérie atypique sur le liquide péritonéal : négatif
Extraction de l'ADN BK sur biopsie : négative



Prélèvements
bronchiques négatifs

Au total :

Il est conclu à une probable tuberculose
péritonéale.

Disparition des anomalies cliniques et d'imagerie
sous quadrithérapie anti-tuberculeuse.

Tuberculose péritonéale

- 1-2 % d'atteinte péritonéale
- Signes thoraciques et extra-péritonéaux souvent absents
- Parfois asymptomatique
- Elévation fréquente des marqueurs (CA 125)

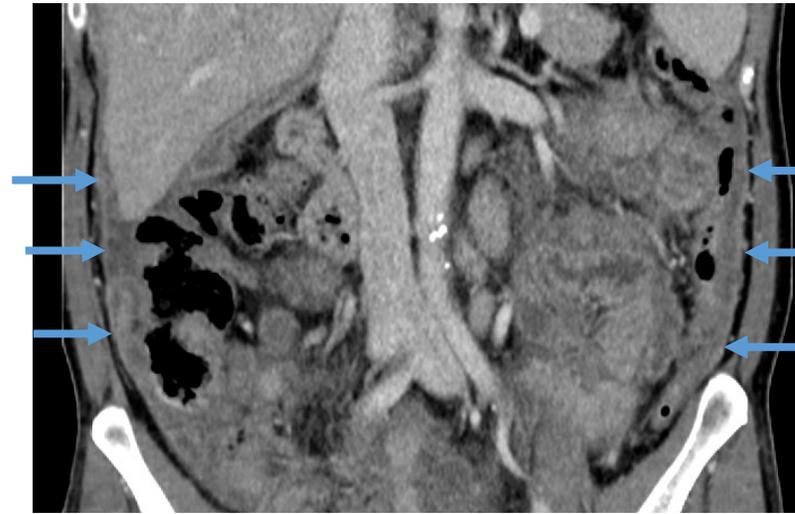
- Ascite dense, infiltration péritonéale / épiploïque, micro et macro nodules
- Epaissement des feuillets péritonéaux
- Proposer une biopsie de l'endomètre, biopsie de l'épiploon (par la ligne médiane). Sinon coelioscopie.

- Y penser → cultures longues sur milieu spécifique. Biopsies.

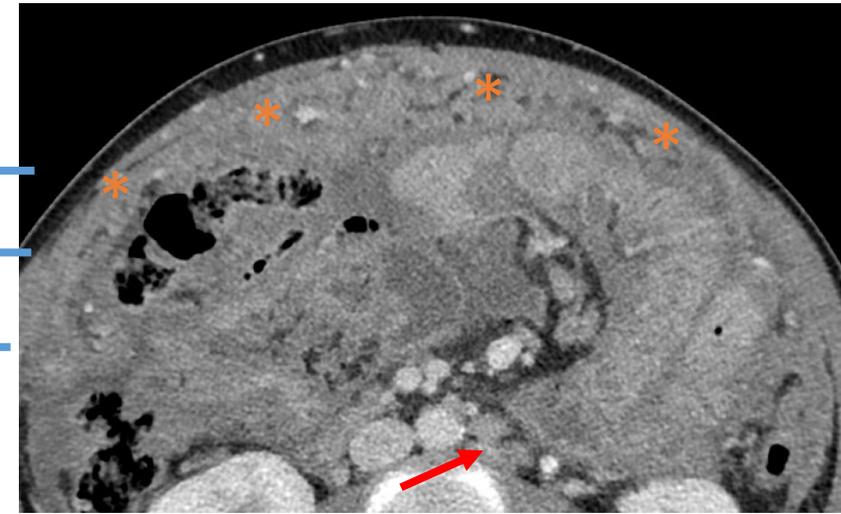
Tuberculose péritonéale, urinaire et ganglionnaire.

Biopsie per cutanée d'un nodule sous échographie : granulome épithélioïde et giganto cellulaire sans nécrose caséuse. La PCR BK est négative

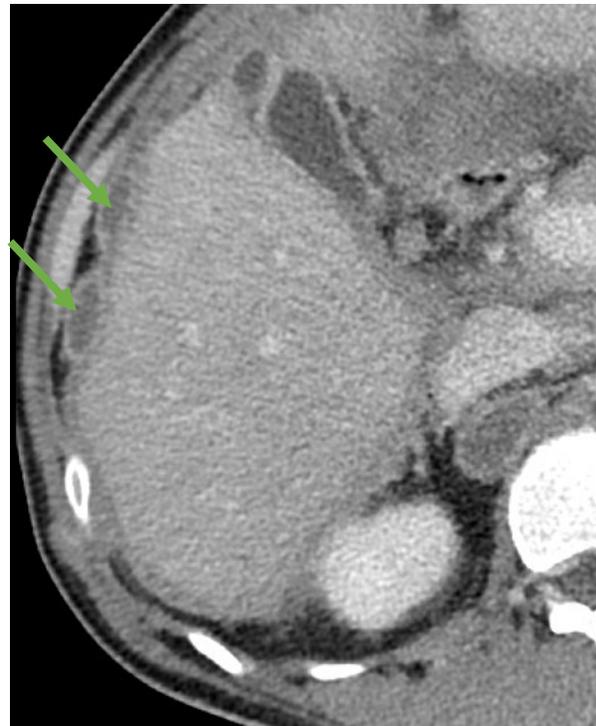
Isolement de BK dans les urines.



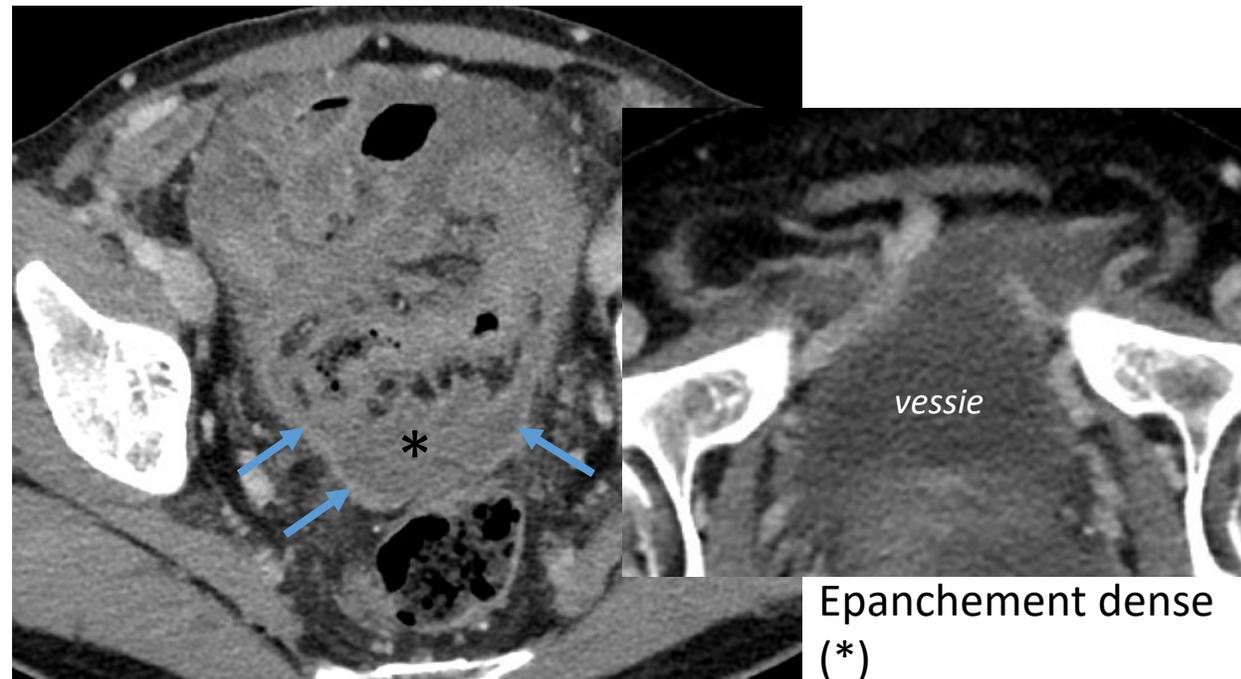
Epaississement des feuillets péritonéaux



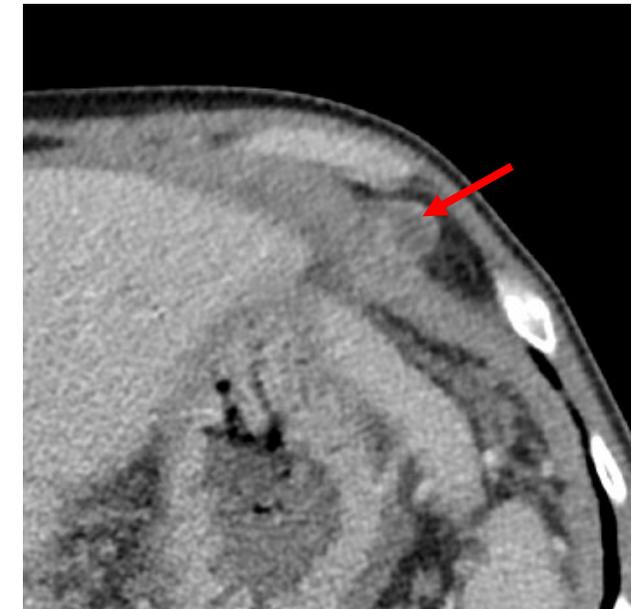
Infiltration épiploïque (« omental cake like »)



Nodules nécrotiques



Epanchement dense (*)



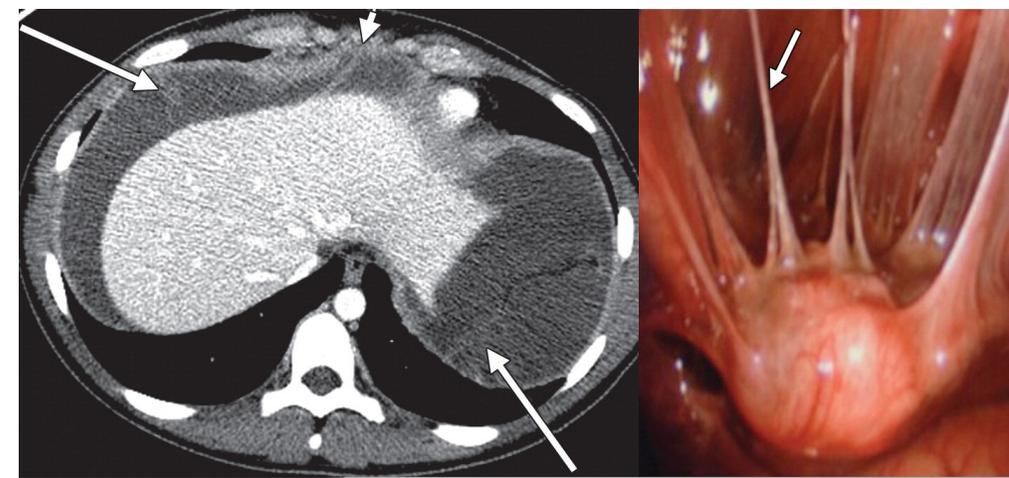
Ganglions nécrotiques

Infections génitales hautes

- 20 % de présentations non fébriles
- Hyperleucocytose inconstante (70% des cas)
- Contexte particulier : IST, geste endo-utérin

- Atteinte bilatérale → mécanisme ascendant
 - Continuum salpingite / pyosalpinx ovarite / abcès TO / pelvipéritonite
 - Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium et BGN
- Atteinte unilatérale → en général secondaire à une cause locale digestive (appendicite, sigmoïdite,...)

- Epaissement tubaire
- Rechercher une atteinte péri-hépatique : Syndrome de Fitz-Hugh-Curtis (au temps artériel)
- Œdème périportal
- Thrombophlébite septique

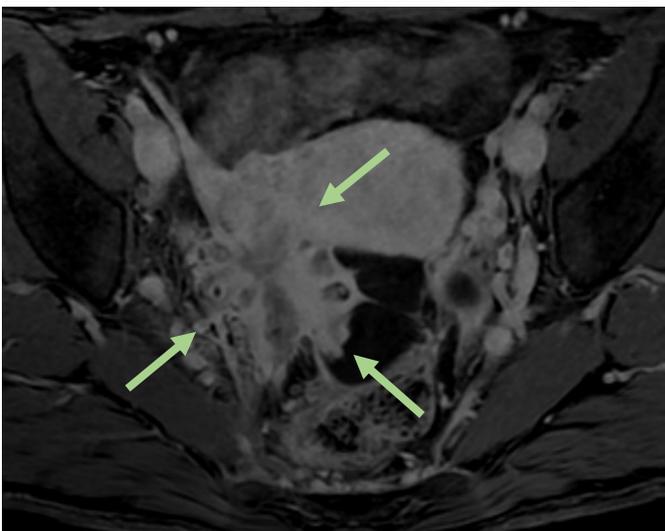
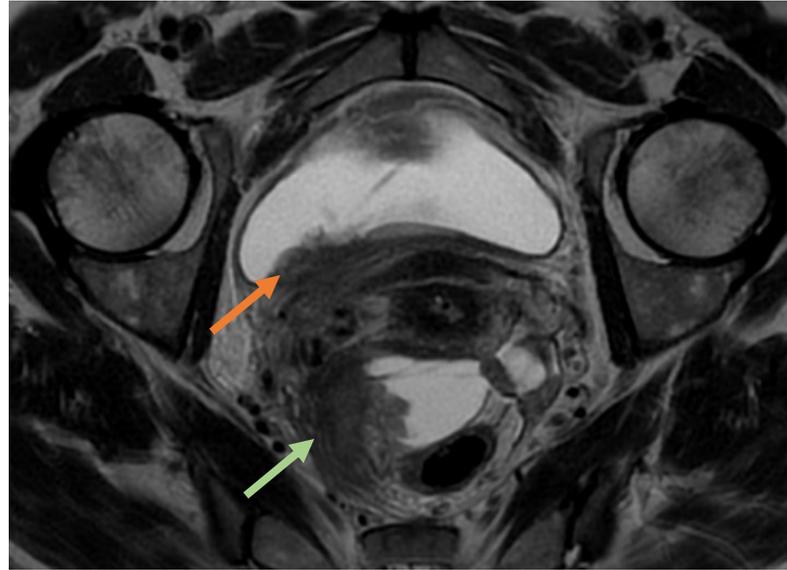
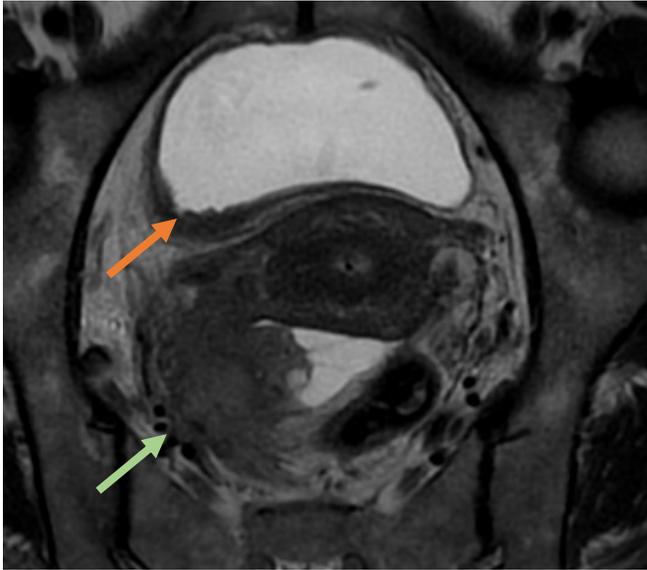


Radiographics 2016, pelvis inflammatory disease



IGH avec péritonite à Chlamydia trachomatis.

Forme pseudo-tumorale



Masse ovarienne droite de signal tumoral.
Envahissement du paramètre, de la paroi pelvienne latérale et de l'uretère, envahissement du mésorectum.

Envahissement vésical confirmé en cystoscopie.
Anapath : PSEUDO-POLYPE INFLAMMATOIRE DE LA PAROI VESICALE

Coelioscopie exploratrice :

- Pas de carcinose
- Masse latéro-utérine droite (trompe ?) étendue au rétro-péritoine.
- Ovaires et utérus sains.
- **Cytologie péritonéale** : négative
- **Biopsie** : pas d'élément suspect

Biopsie par voie trans-glutéale



Cellules d'allure myofibroblastique et cellules inflammatoires mononucléées. Cet aspect fait évoquer en premier lieu une tumeur myofibroblastique inflammatoire ou une zone péri-lésionnelle.

Bactériologie sur les prélèvements : négatif

Après relecture : tissu inflammatoire et fibreux sans signe histologique de malignité, pouvant correspondre à une **coque inflammatoire et fibreuse péri-tumorale**.

Biopsie par voie trans-glutéale



Cellules d'allure myofibroblastique et cellules inflammatoires mononucléées. Cet aspect fait évoquer en premier lieu une tumeur myofibroblastique inflammatoire ou une zone péri-lésionnelle.

Bactériologie sur les prélèvements : négatif

Après relecture : tissu inflammatoire et fibreux sans signe histologique de malignité, pouvant correspondre à une **coque inflammatoire et fibreuse péri-tumorale**.

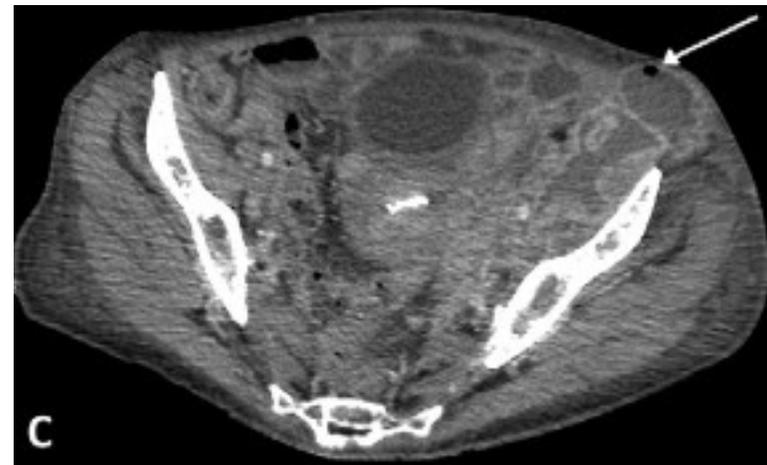
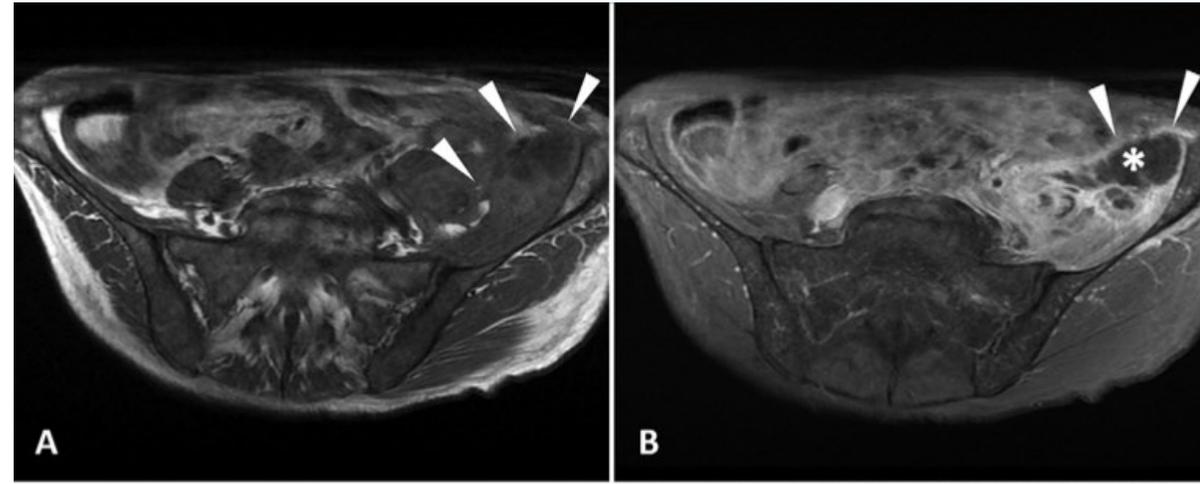
Nouvelle série de microbiopsies :

Les biopsies sont en faveur d'une **actinomyose pelvienne pseudo-tumorale**.

Patiente porteuse d'un dispositif intra-utérin qui avait été conservé « trop longtemps » et retiré en mai

Actinomycose

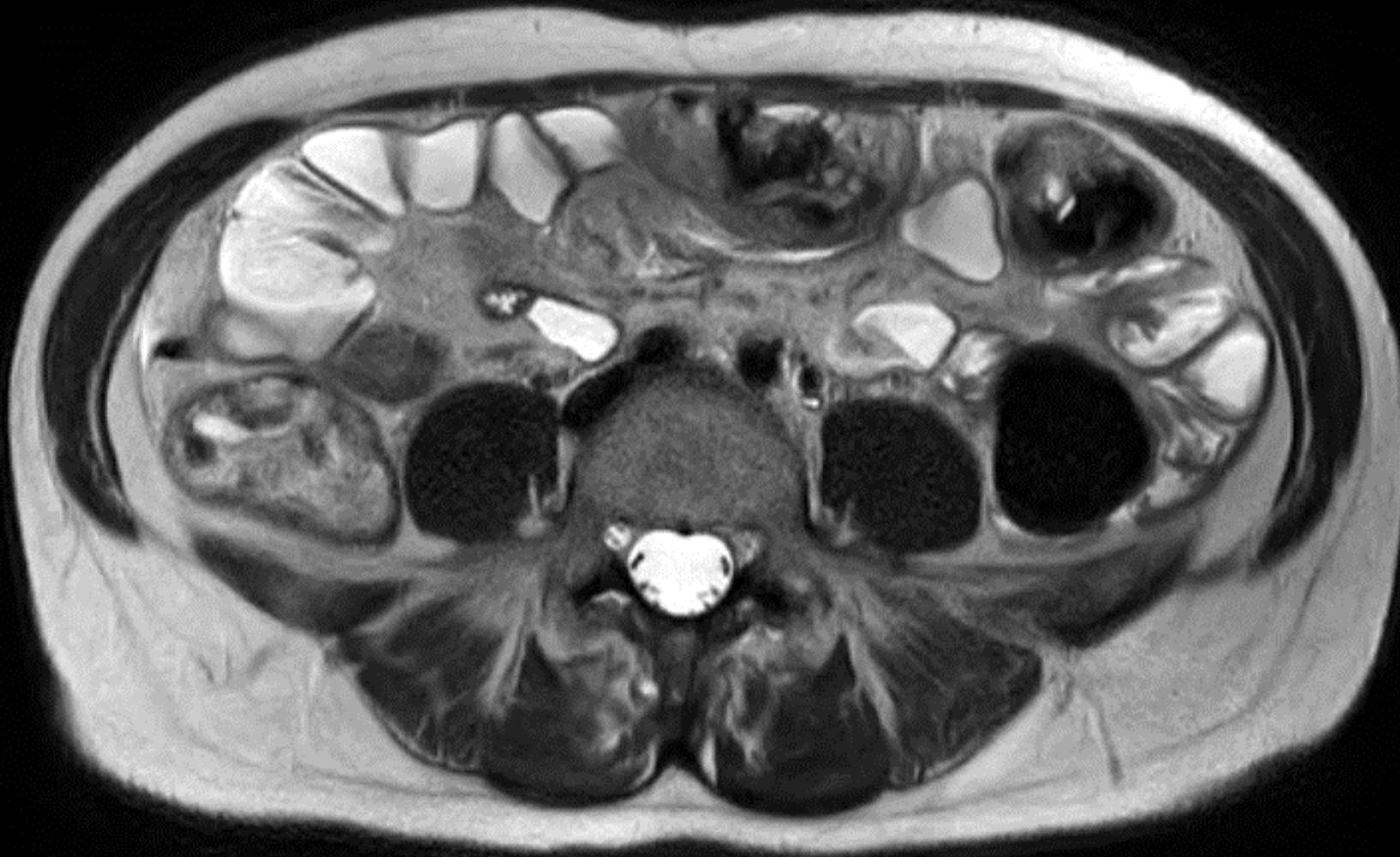
- Actinomyces israelii : BG + anaérobie possédant une enzyme protéolytique
- Facteurs de risque : DIU, curetage endomètre, antécédent de chirurgie digestive
- Masse ovarienne inquiétante mixte / tissulaire / nécrotique, pelvis gelé d'allure tumorale
- Atteinte péritonéale infiltrante ne respectant pas les espaces anatomiques
- Abscès
- Fistules digestives
- Biopsies itératives per-cutanées ++
- Traitement antibiotique IV / éviter la chirurgie

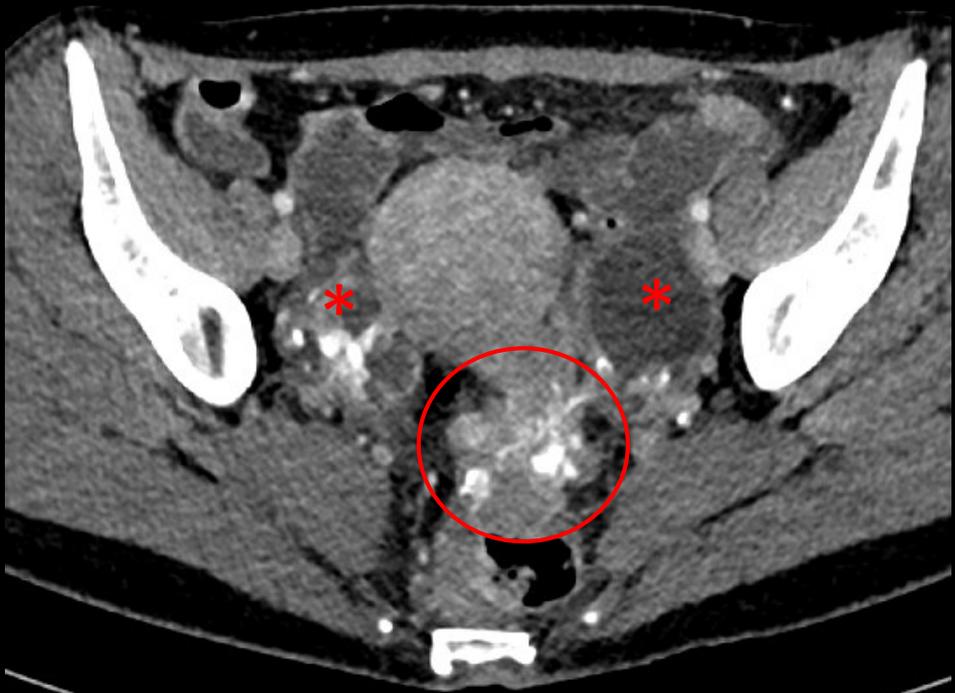


Morland. Radiology 2015

Cas 7

- Patiente âgée de 51 ans, diarrhées chroniques. Suspicion de maladie de Crohn devant une atteinte iléale sur un scanner. Echec de coloscopie car charnière infranchissable.





Au total

Forte suspicion de maladie de Crohn

Atteinte tumorale de la charnière recto-sigmoïdienne

Nodules de carcinose péritonéale avec masses annexielles bilatérales

Echec d'une première coloscopie (charnière fermée / fixée, non franchissable)

Seconde rectoscopie :

RESULTAT

Patient positionné en décubitus dorsal
Anus et toucher rectal normal.

Effraction de la muqueuse si on force, y compris avec le gastroscopie pris dans un 2^{ème} temps.

(nombreuses biopsies mis dans un même flacon). Trois photos.

Qu'en pensez-vous ?

Tumeur de la charnière recto-sigmoïdienne sur maladie de Crohn, métastases ovariennes et nodules de carcinose péritonéale ?

Au total

- Résultats des biopsies :

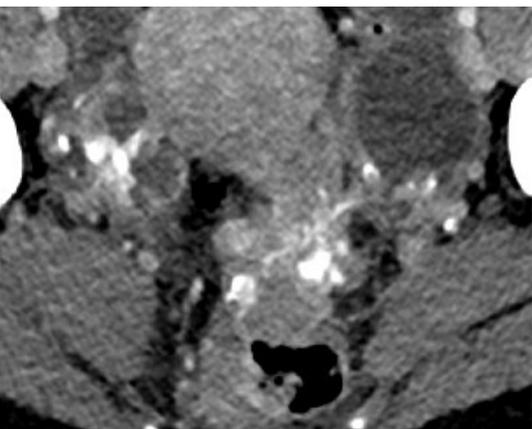
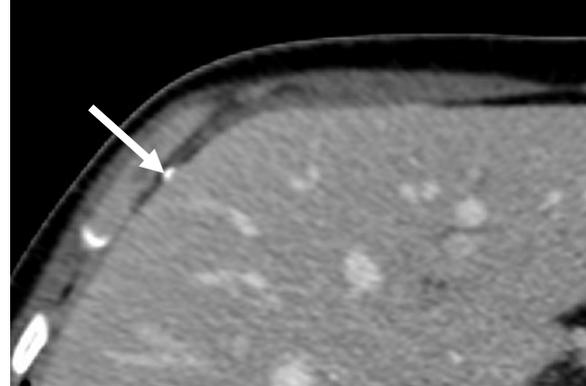
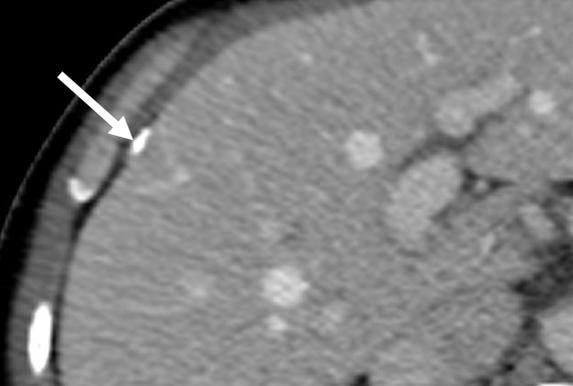
Conclusion :

Adénocarcinome infiltrant le chorion, sans adénome associé.

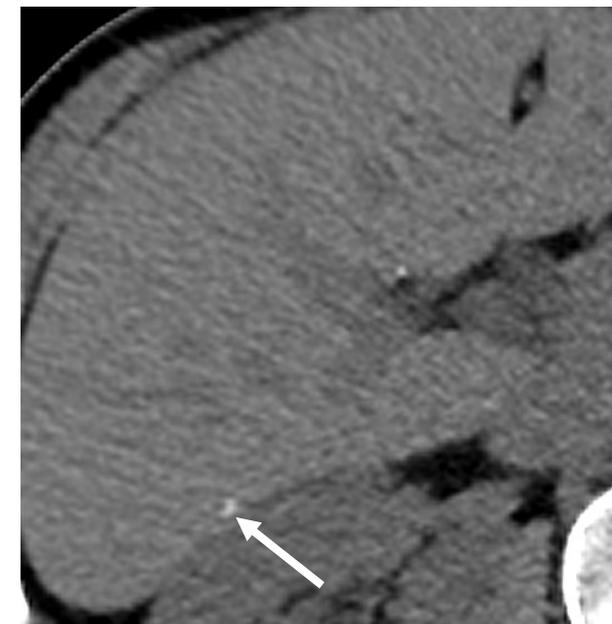
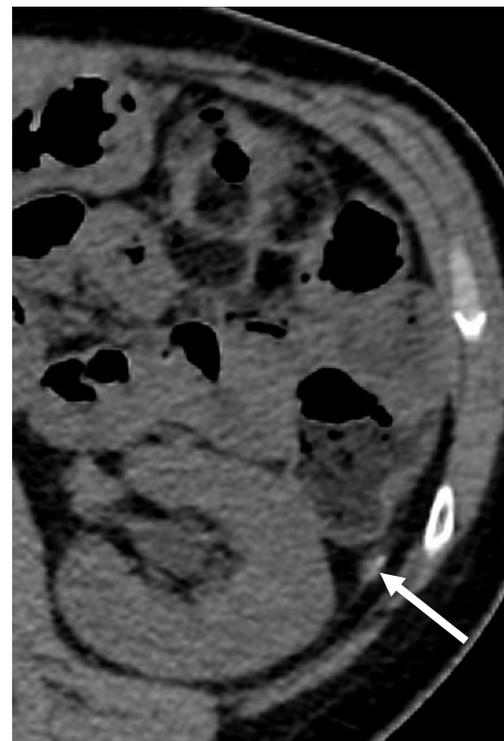
voire à un carcinome rénal.

Une étude immunohistochimique est en cours et fera l'objet d'un compte-rendu complémentaire.

au sens large



- Implants calcifiés
- Envahissement extrinsèque du rectum



CONCLUSION :

CARCINOME PAPILLAIRE SEREUX DE BAS GRADE, des ovaires droit et gauche avec nodules tumoraux mesurant respectivement 4 et 2 cm de grand axe. RE +, RP +, W1 +, P53 sauvage.

LESIONS DE CARCINOSE associées, sous la forme de nodules mesurant de 1 à 30 mm de grand axe, au niveau de la coupole gauche, de l'omentum de la coupole diaphragmatique droite, espace de Morisson, Gleason extrémité segment VIII, Gleason segment V, petit épiploon et sillon d'Arantius, gouttière pariétocolique gauche, mésosalpinx droit et gauche, séreuse utérine, péritoine utérin, séreuse iléo-colique et rectale, cul-de-sac de Douglas, paramètre droit, mésentère.

Curage ganglionnaire : 8N+/18N

Recoupe colique gauche, collerette rectale, collerette colique : indemnes d'envahissement carcinomateux.

Tumorectomie du rein droit : carcinome rénal à cellules claires, de 23 mm de grand axe, de grade OMS/ISUP 2, intrarénale et en zone saine. Classification TNM 8e édition : pT1a R0

Calcifications péritonéales

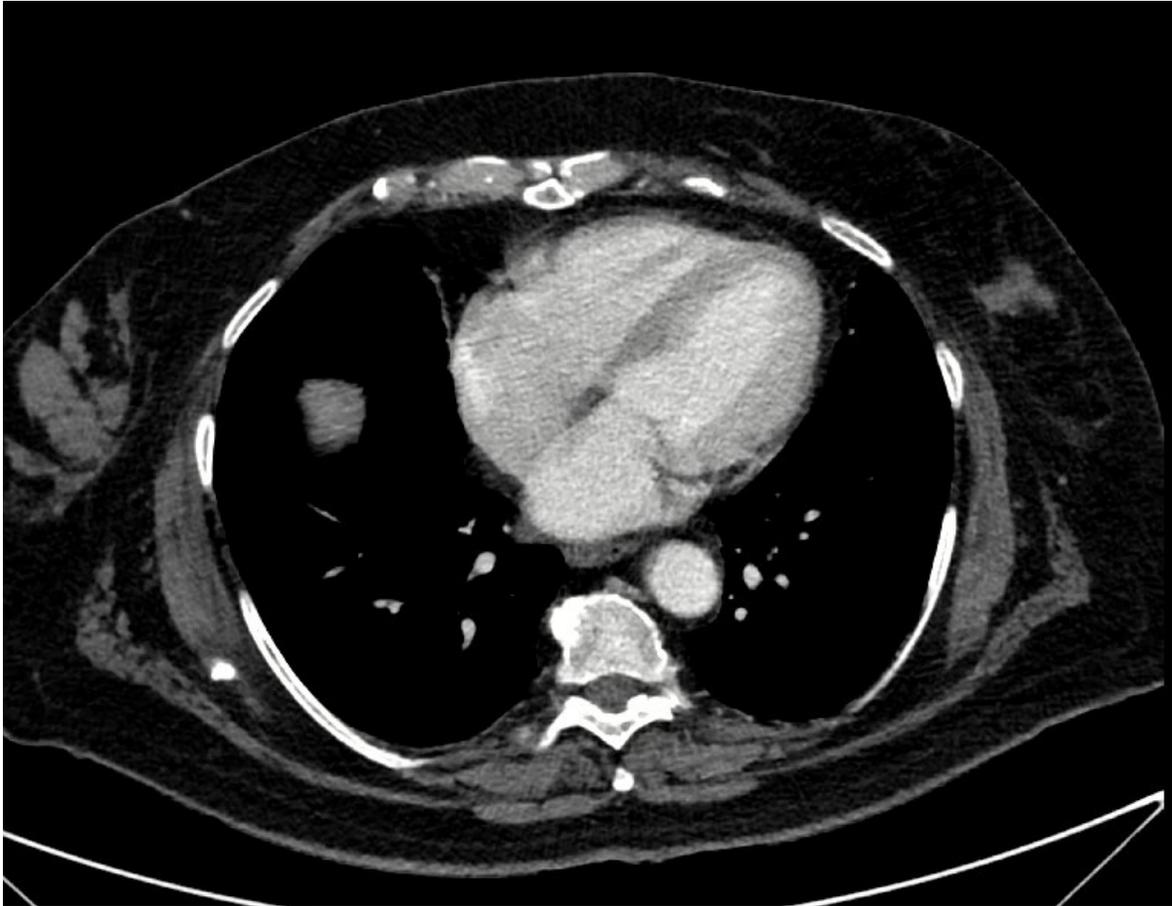
MALIN

- Carcinome papillaire séreux de l'ovaire
 - Plus fréquent dans les carcinomes de bas grade
- Carcinome papillaire séreux primitif du péritoine (*origine tubaire*)
- Psammocarcinome séreux du péritoine
- Pseudomyxome péritonéal (rare, calcifications arciformes en « coups d'ongle »)
- Carcinose de tumeur gastrique, colique, bronchique surtout après chimiothérapie

BENIN

- Dialyse péritonéale
- Tuberculose péritonéale (maladie sys)
- Hydatidose péritonéale

Psammocarcinome



Carcinome séreux de bas grade du péritoine

BIOPSIE PÉRITONÉALE

L'étude histologique met en évidence la localisation péritonéale d'une prolifération épithéliale maligne, infiltrante.

Les cellules carcinomateuses sont de petite taille, ovoïdes, présentant peu d'atypies cytonucléaires.

Les cellules s'agencent en papilles.

Le stroma au contact est souvent rétracté.

L'anisocaryose est faible.

L'index mitotique est peu important.

À noter [redacted] par places au moins > à 75%

L'étude immunohistochimique communiquée met en évidence une positivité hétérogène de l'anticorps p53. Une positivité diffuse de PAX58 et de RE. Par contre RP est négatif..

CONCLUSION

- Carcinose péritonéale d'origine ovarienne :
 - Guider le chirurgien
 - Etendue de la carcinose, régions atteintes, PCI : **upfront chirurgie ?**
- Carcinose et masses ovariennes : métastases ? **chercher le primitif !**
 - ADK digestifs
 - Lésions ovariennes mucineuses : colon, pancréas, appendice
 - Implants mucineux péritonéaux et masses ovariennes : pseudo-myxome ? **chercher l'appendice !**
- Infections :
 - Germes « classiques » (pelvi-péritonite, collections, adhérences...)
 - Aspect « carcinose like » et forme pseudo-tumorale: **penser aux germes atypiques** (tuberculose, actinomycose)
→ Biopsies itératives !
- Carcinose péritonéale sans étiologie : penser au mésothéliome → centre expert (RENAPE)



Merci !

- Des questions ?

marie.gavrel@chu-lyon.fr

