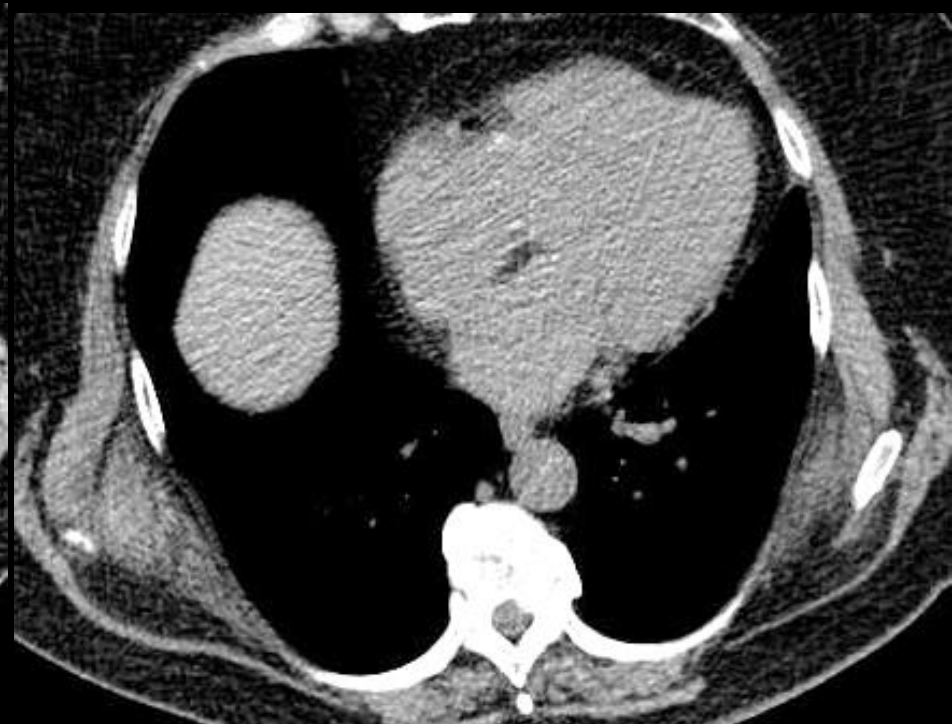
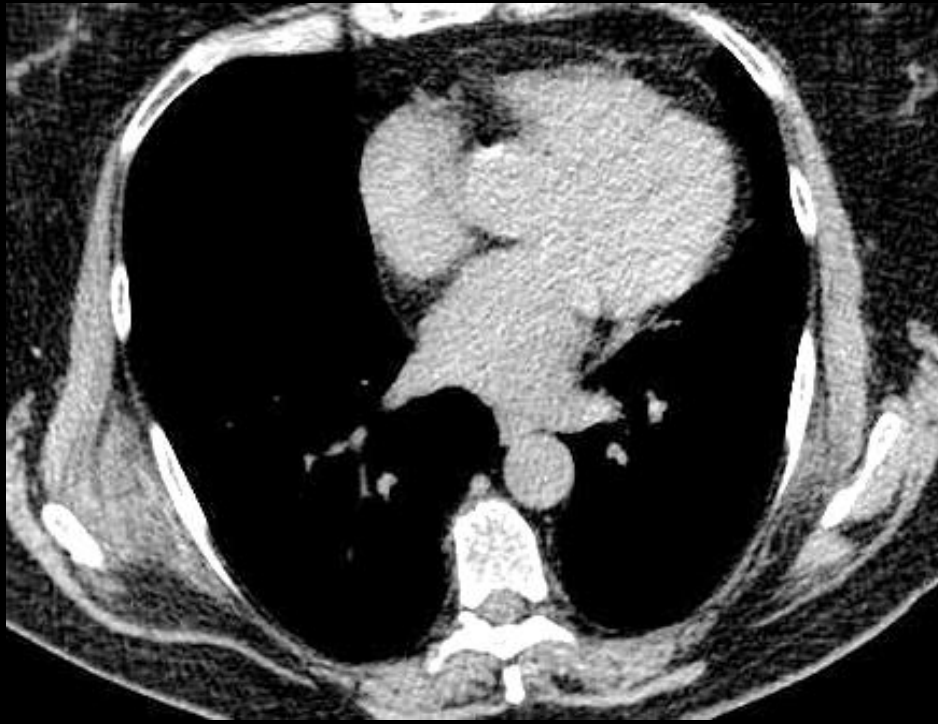


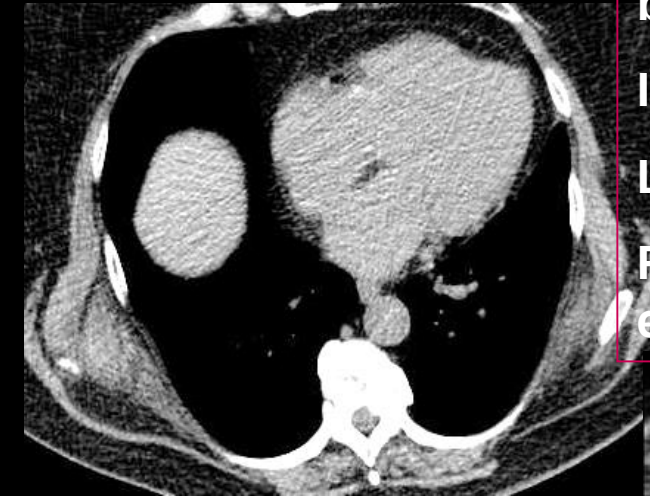
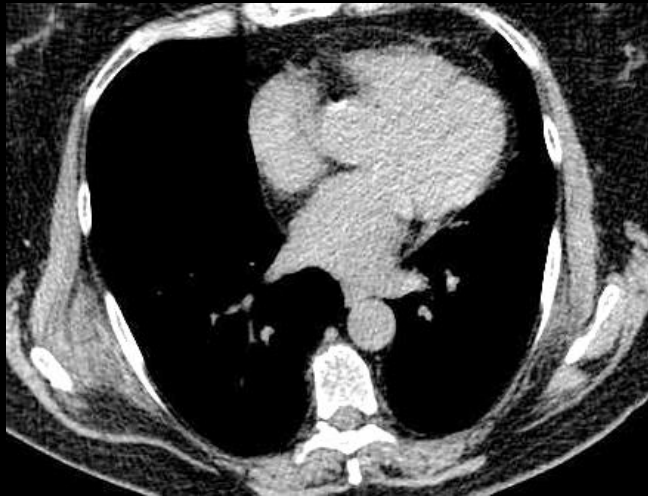
Pièges en scanner thoracique



H 70 ans

Tuméfactions sous-
scapulaires



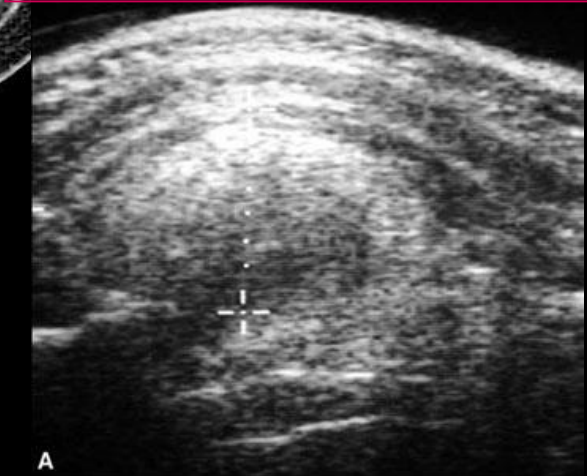


**Lésion tissulaires
bilatérales**

Inter scapulo-costales

Limites floues

**Respectant les muscles
et l'os**



A

Elastofibrome
elastofibroma dorsi



Elastofibrome dorsal

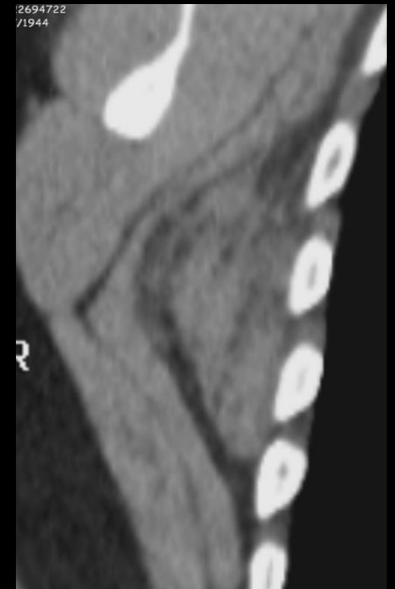
pseudo-tumeurs des tissus mous

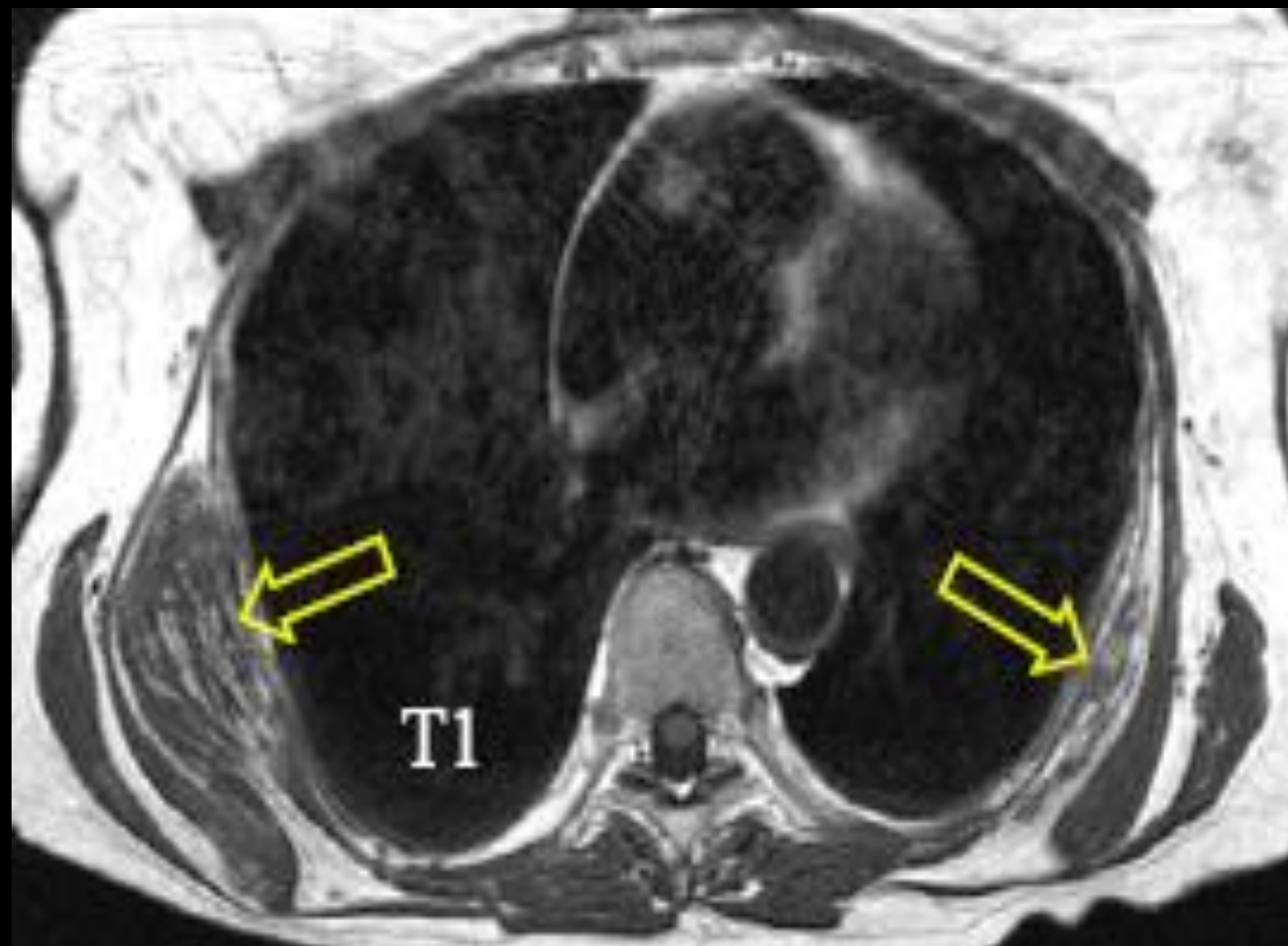
40% unilatérales

prolifération fibroblastique bénigne

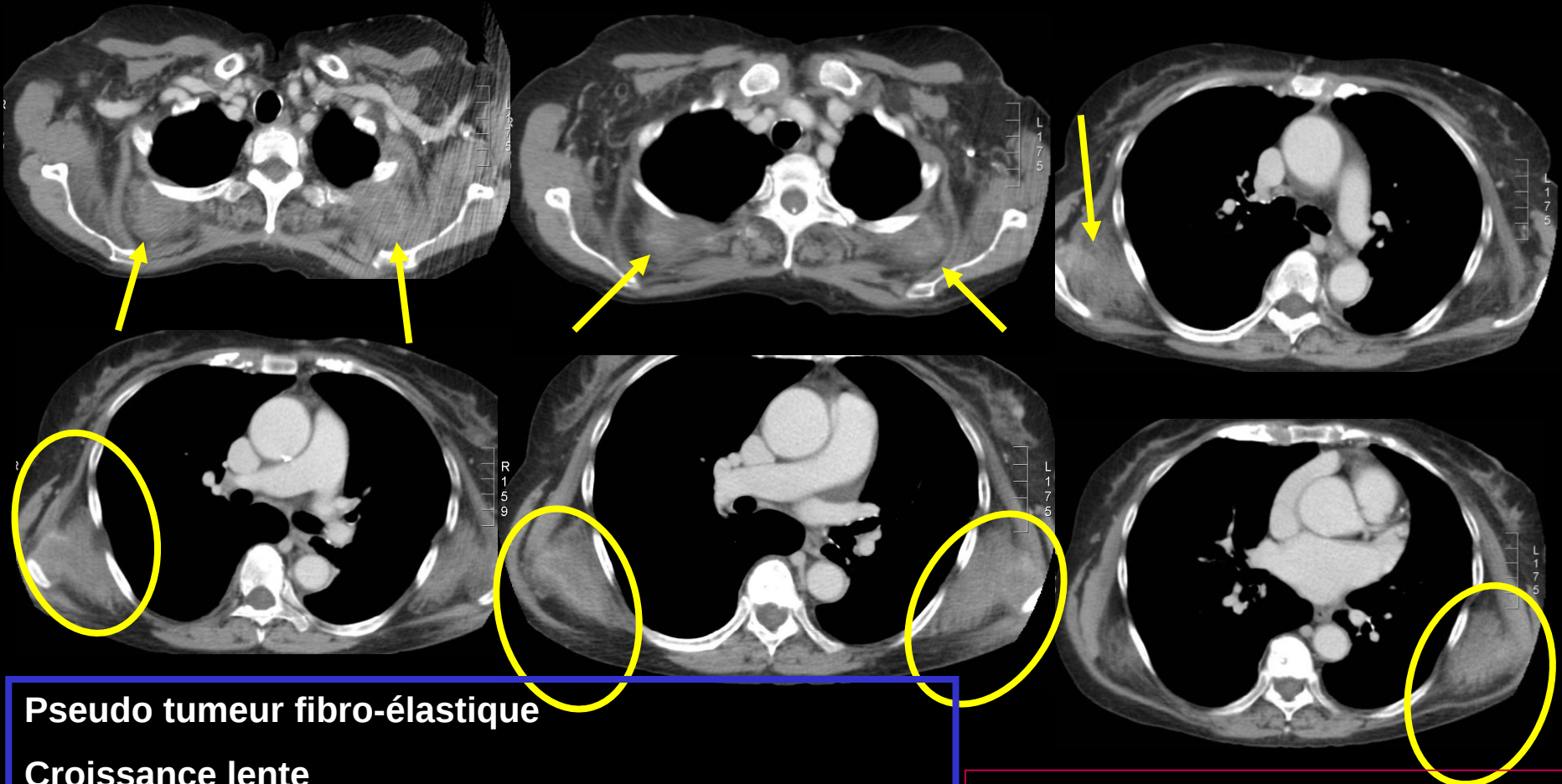
pas de transformation maligne

travées fibreuses et zones graisseuses





Patient 45 ans, douleurs dorsales



Pseudo tumeur fibro-élastique

Croissance lente

Friction mécanique de la scapula sur la paroi thoracique

Rarement décrit...car rarement symptomatique !

Mais présent chez 24% des hommes et 11% des femmes (séries autopsiques)

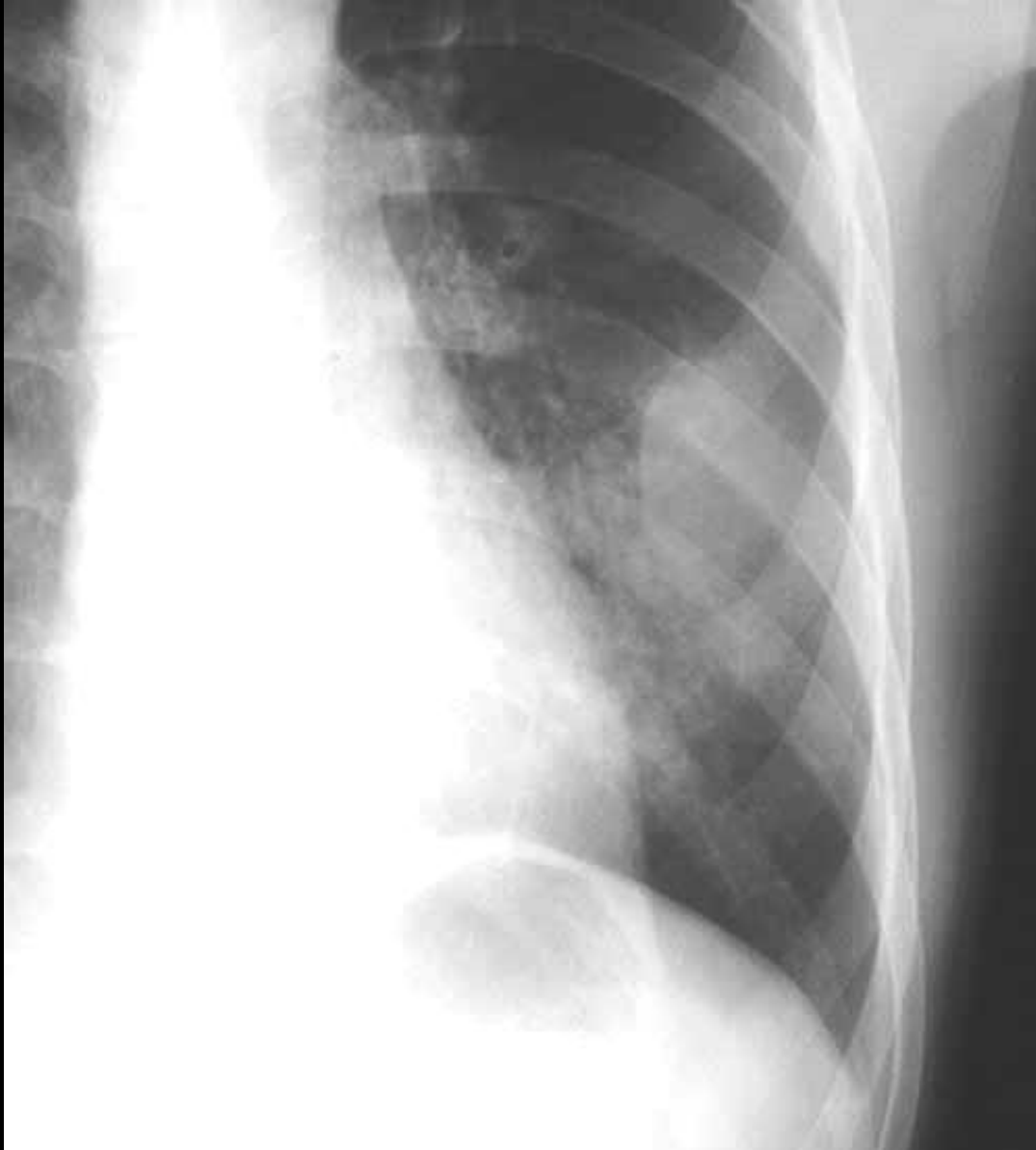
Lésion tissulaires bilatérales

Inter scapulo-costales

Limites floues

Respectant les muscles et l'os

Elastofibroma dorsi



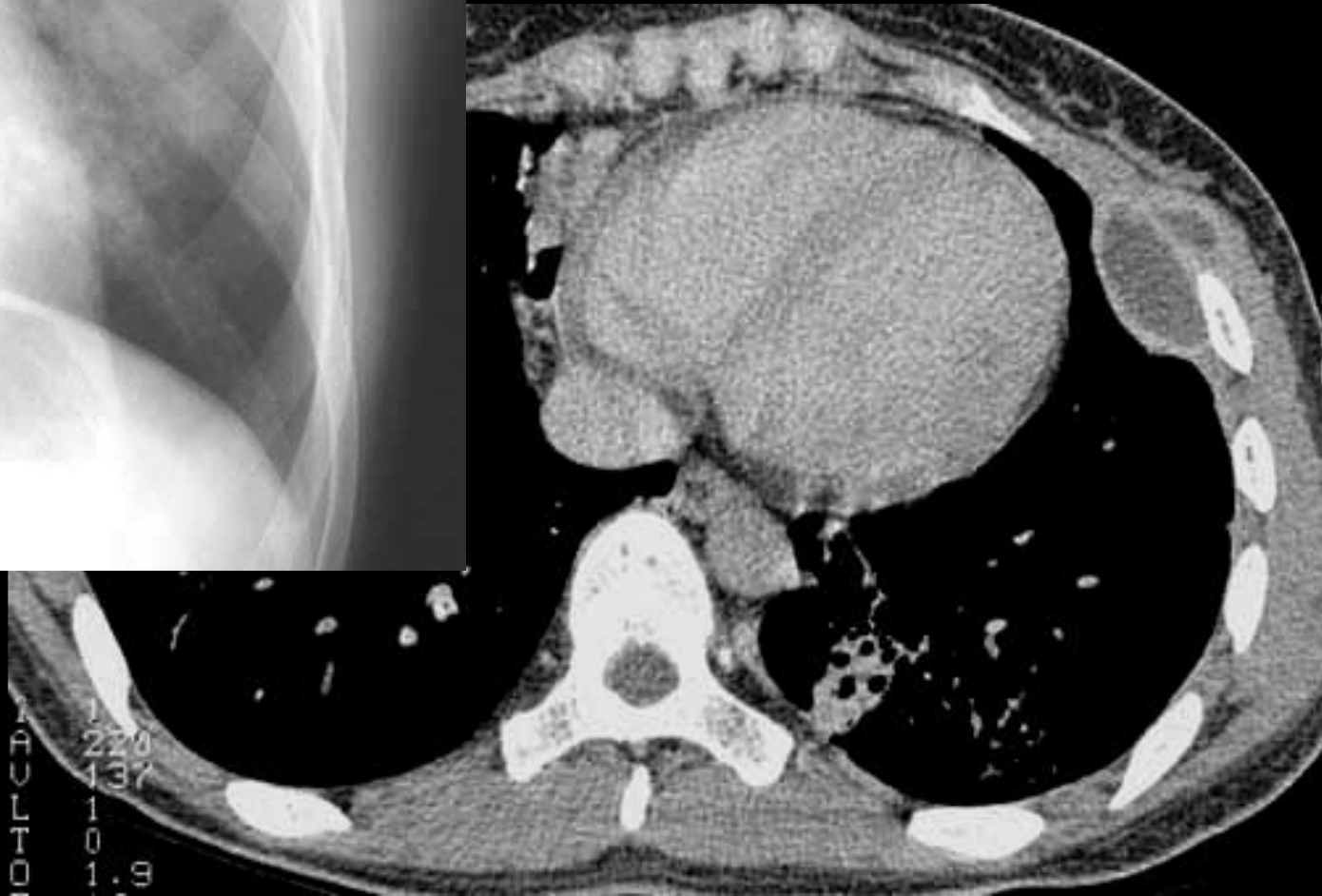
Quel est le siège de l'opacité ? ?

**Quelles sont les hypothèses
diagnostiques plausibles**



Quel est le siège de l'opacité ? ?

**Quelles sont les hypothèses
diagnostiques plausibles**





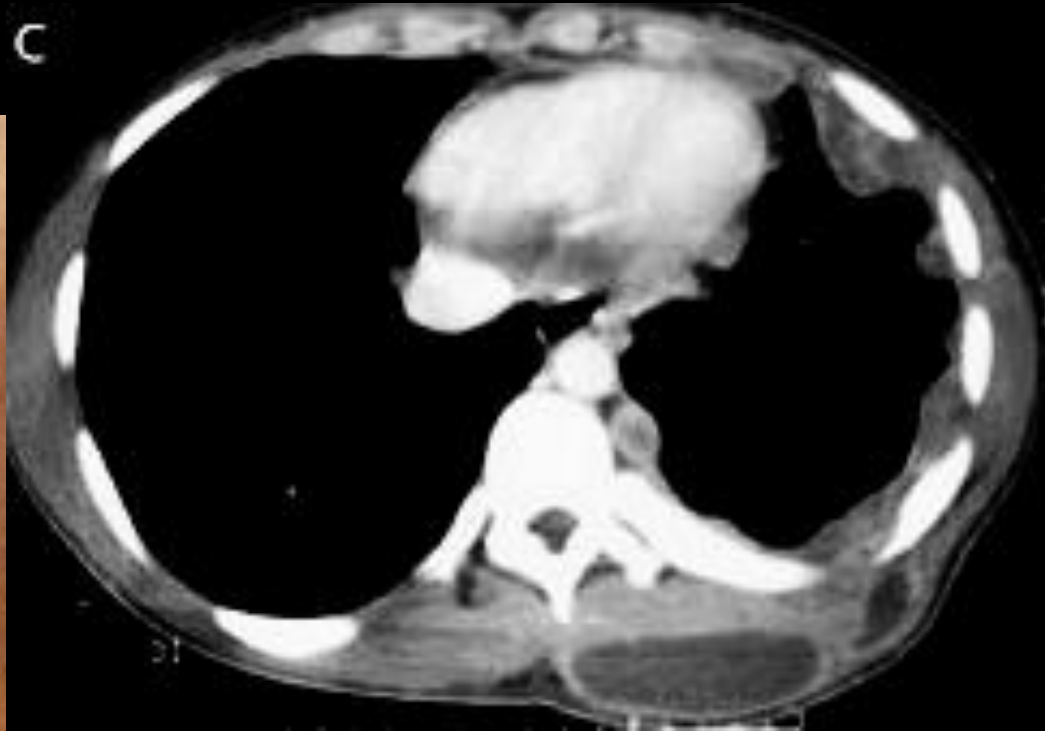
empyème de nécessité

empyema necessitatis

Empyème chronique tuberculeux



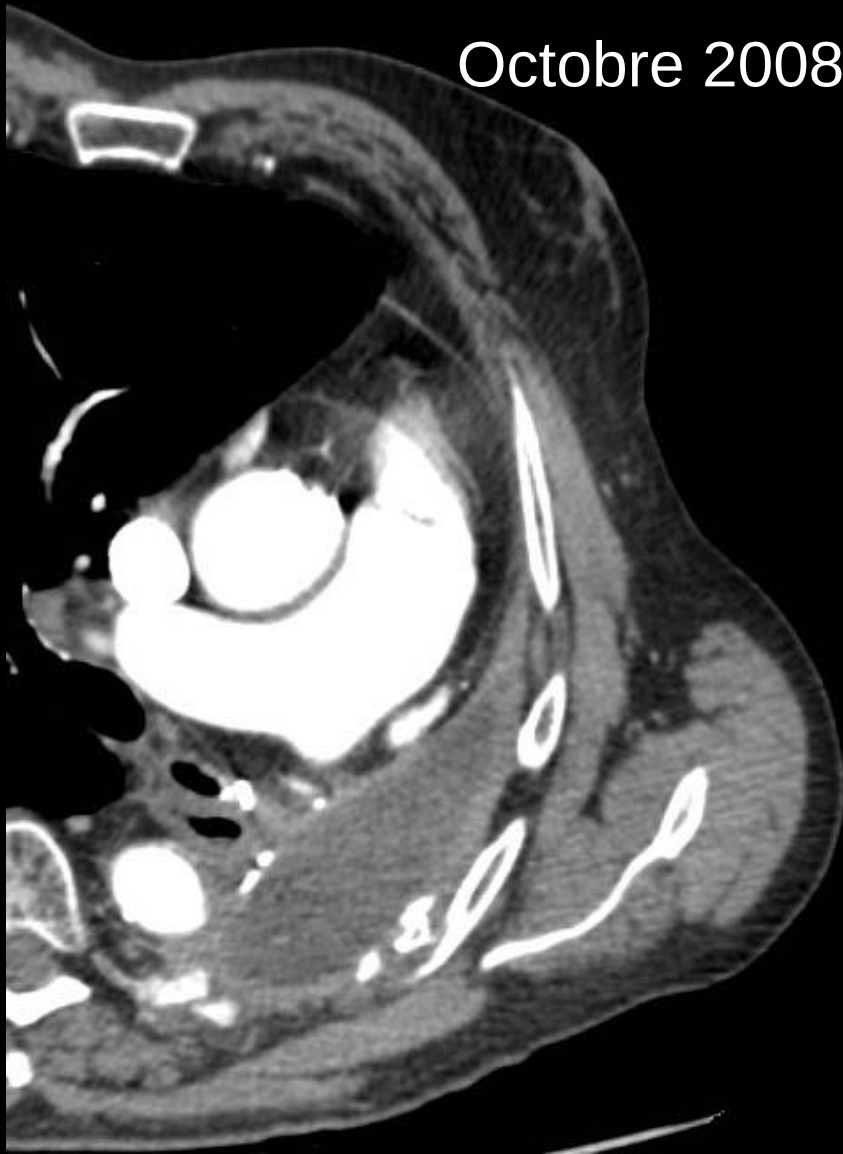
empyème de nécessité empyema necessitatis



Collection pleurale avec extension directe à la paroi thoracique : extension directe trans-thoracique

Causes : BK +++++ (pyogènes, fungiques, L, K)

Octobre 2008

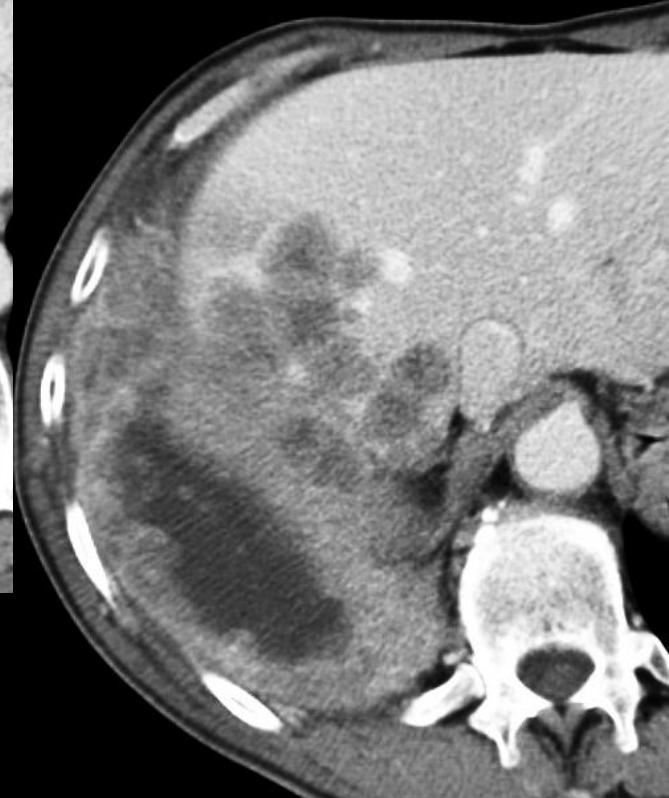
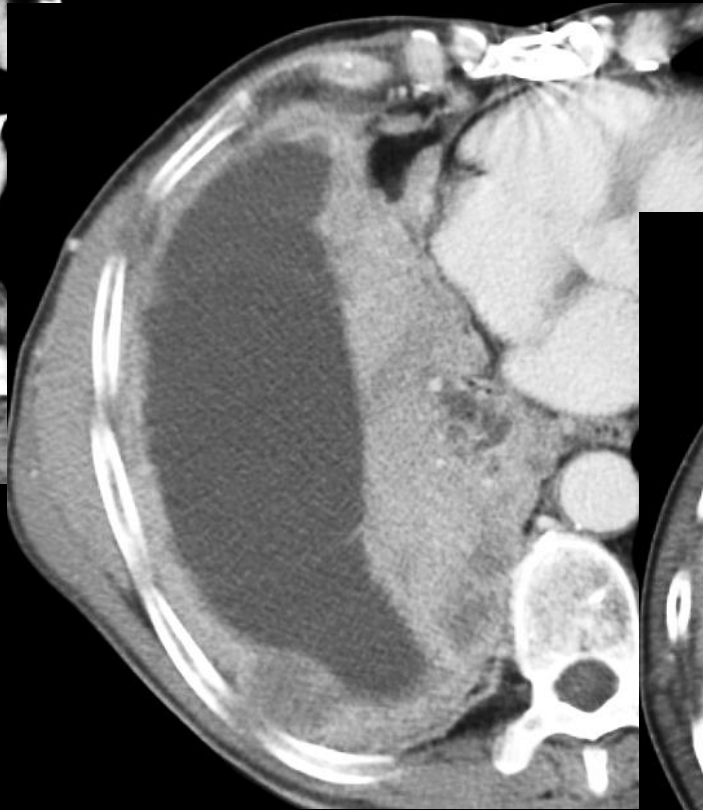


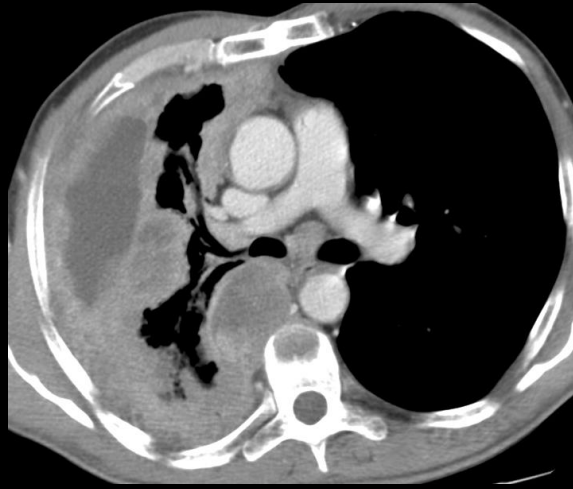
Mai 2009



Empyème de nécessité sur cavité post-pneumonectomie





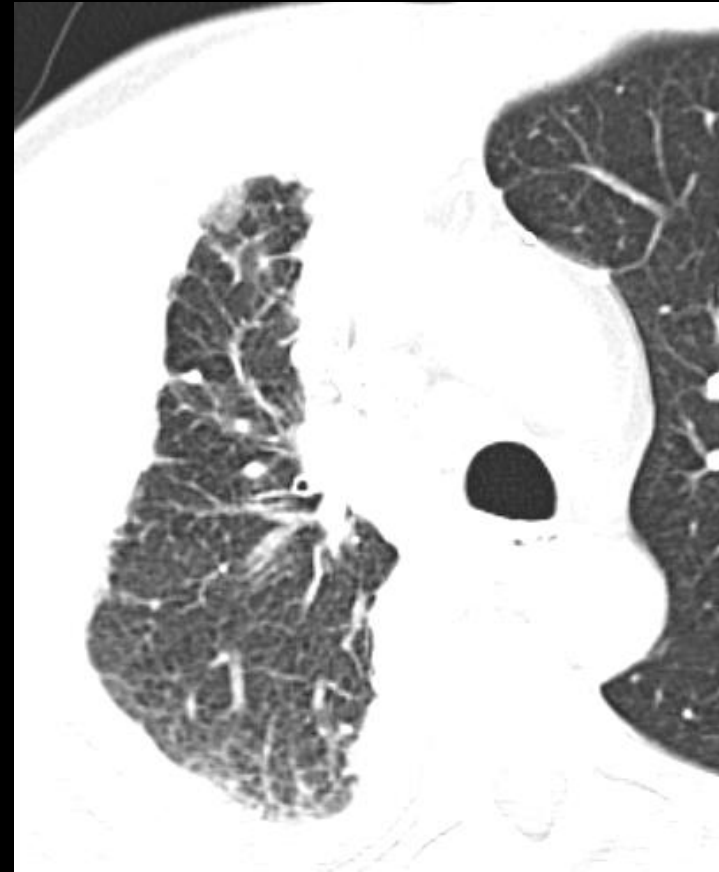


Epaississements de la plèvre viscérale et des septas
intra-lobulaires de la corticale pulmonaire

Masses tissulaires, rehaussement

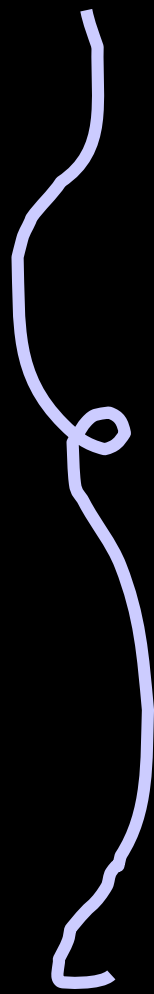
Rétraction hémithoracique modérée

Extension de contiguïté trans-diaphragmatique ++++



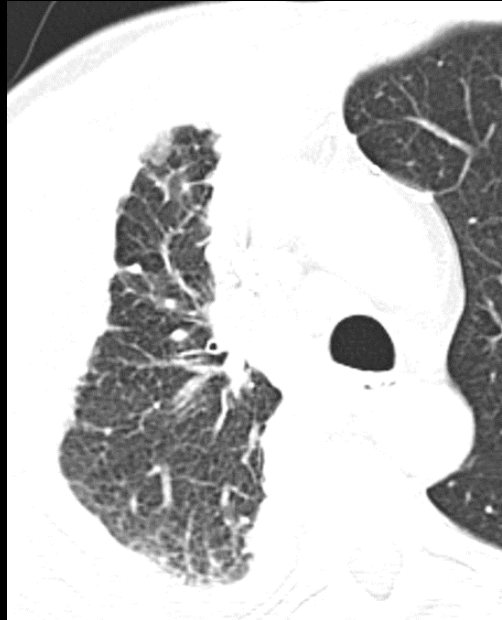
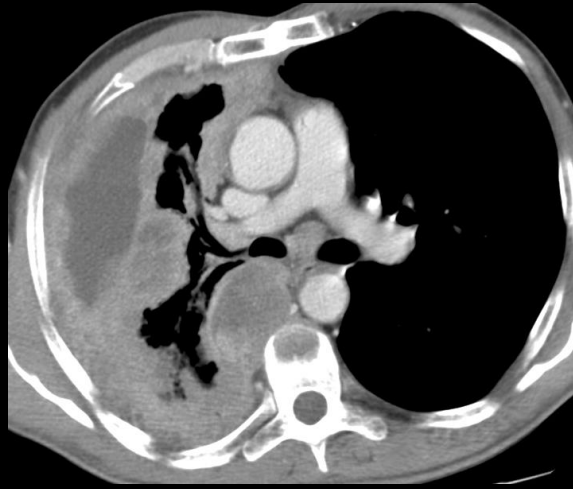
Mésothéliome / métastases pleurales

- Rétraction de l'hémi-thorax
++++
- Asbestose : épaissement fibreux de la **plèvre viscérale**
travées fibreuses sous
pleurales basales postérieures
- **pneumopathie par enroulement**
- plaques pleurales fibro-
hyalines +/- calcifiées

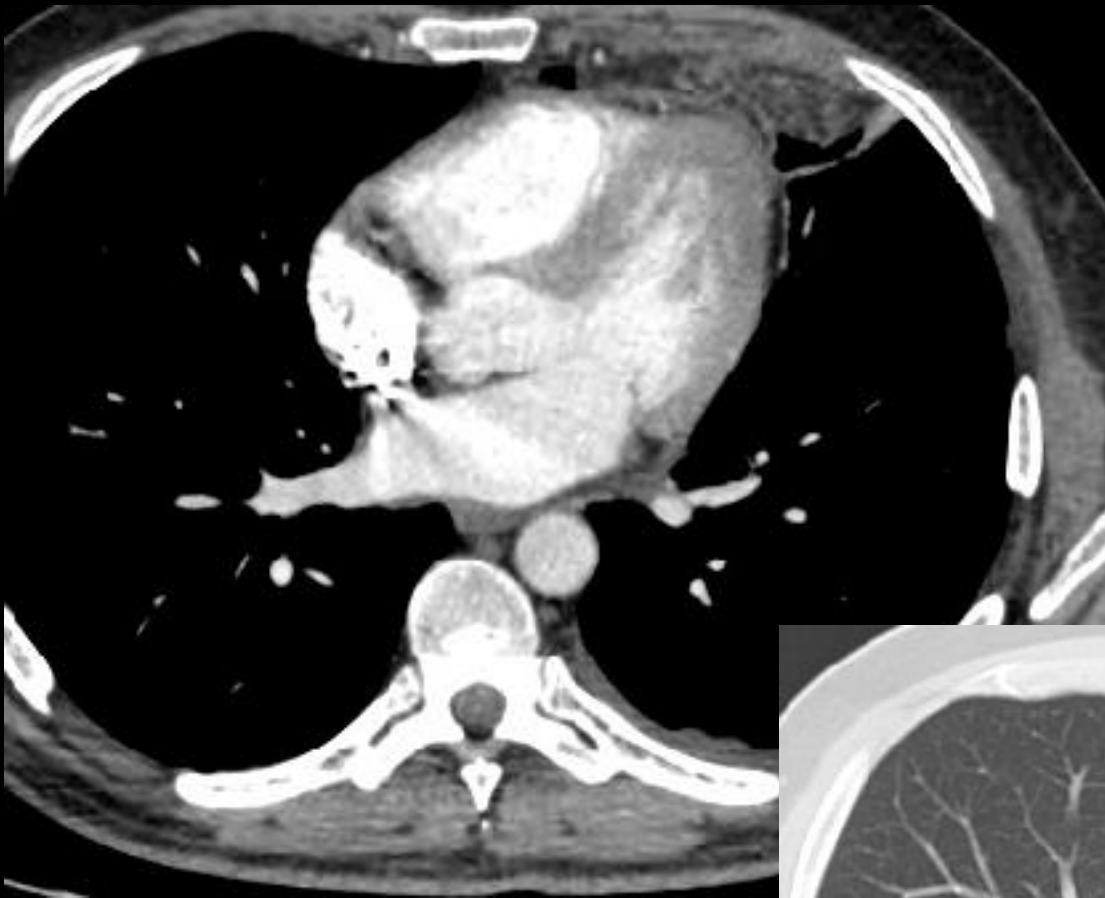


- Poumon sain ou
nodules métastatiques
- lymphangite
carcinomateuse
- Epanchement pleural
abondant, épanchement
contro-latéral
- Métastases à distance

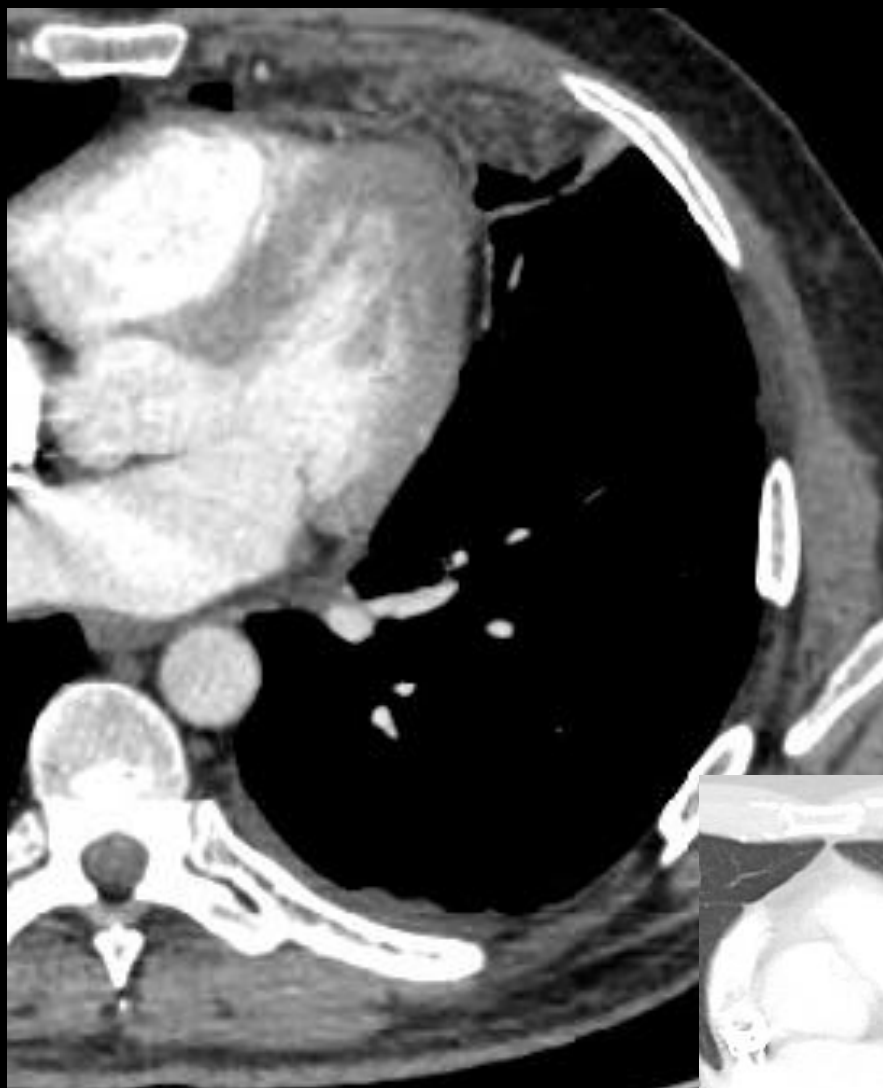
Poumon, sein, lymphome



Métastases pleurales : ADK bronchique



Homme 50 ans douleur
thoracique aiguë
apyrétique ECG normal



Torsion de frange graisseuse épi-
péricardique

Epipericardial Fat Necrosis: Radiologic Diagnosis and Follow-Up

Victor Pineda¹
Jose Cáceres¹
Jordi Andreu¹
Jose Vilar²
Maria Luisa Domingo²

Pericardial fat necrosis is an uncommon benign condition of unknown cause. It presents as acute pleuritic chest pain in previously healthy persons associated with a well-defined density on posteroanterior

Based on the clinical and radiologic findings, a tentative diagnosis of epipericardial fat necrosis was made.

Surg Today (2000) 30:739-743

 **SURGERY TODAY**
© Springer-Verlag 2000

Encapsulated Pericardial Fat Necrosis Treated by Video-Assisted Thoracic Surgery: Report of a Case

Downloaded from thorax.bmj.com on April 12, 2015
INOUE, SHOZO FUJINO, NORIAKI TEZUKA, SATORU SAWAI, KEIICHI KONTANI, JUN HANAOKA,
Shiga University of Medical Science, Seta, Otsu, Shiga 520-2192, Japan

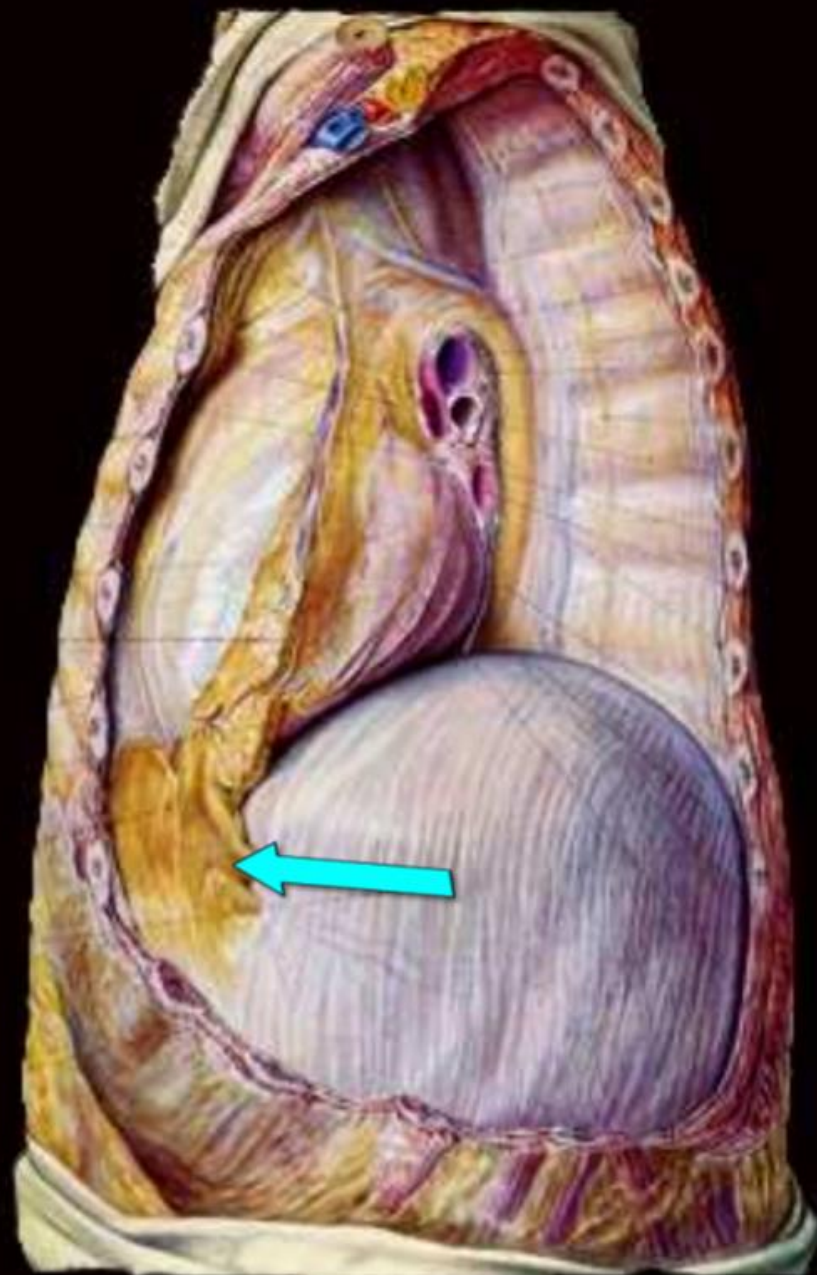
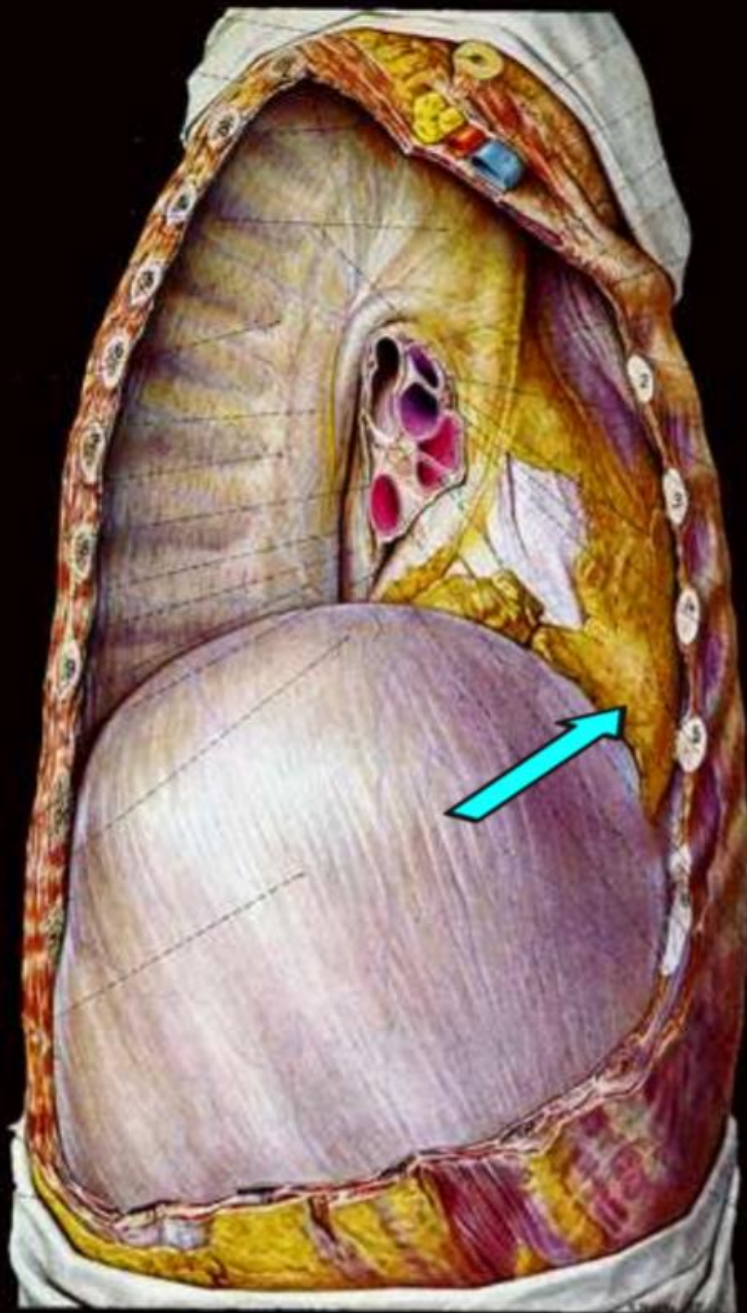
Images in Thorax

Acute chest pain caused by pericardial fat necrosis

A 55-year-old woman presented at the emergency department with acute pleuritic chest pain. The pain was located on the left side of the sternum. Her relevant medical history re-

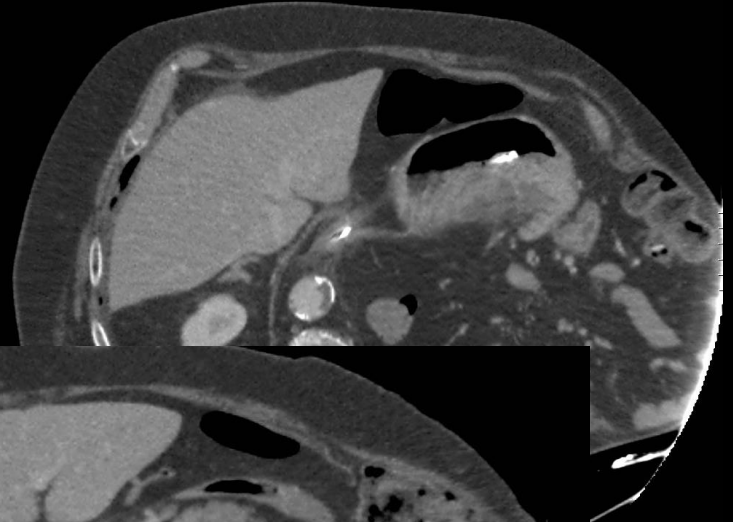
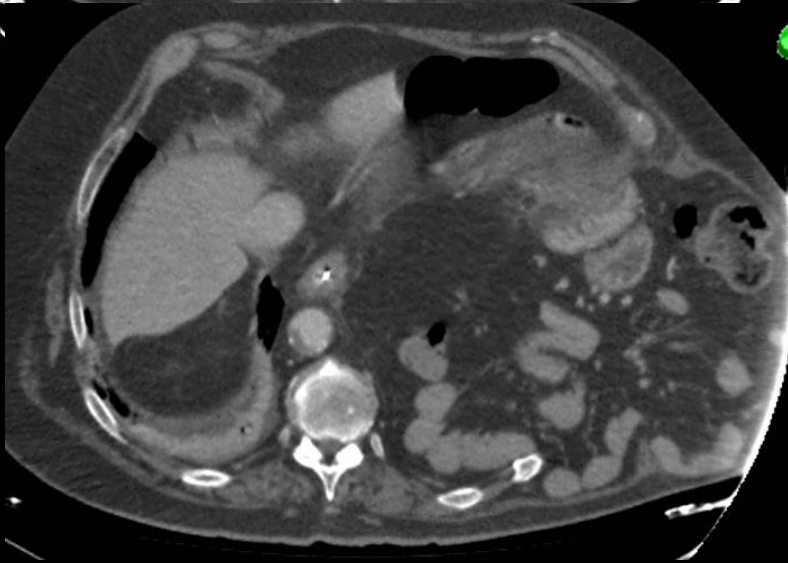
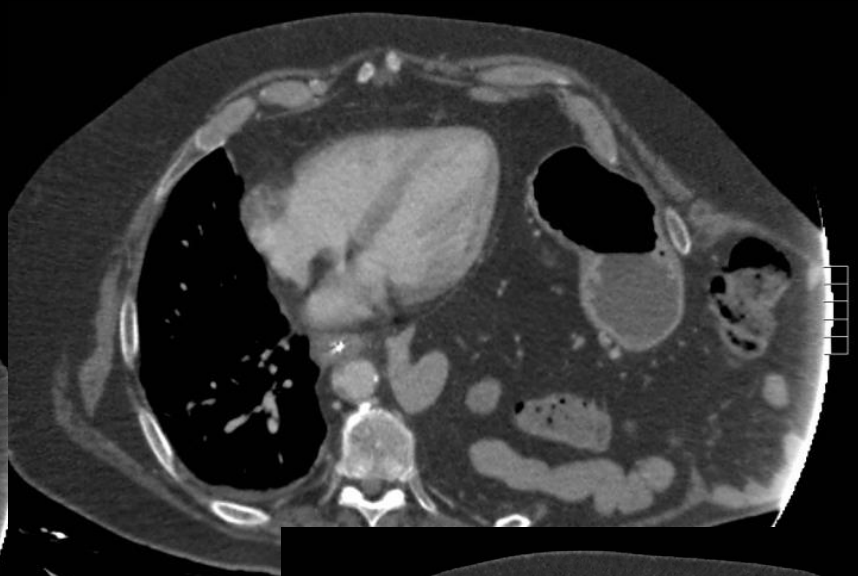
Alors :

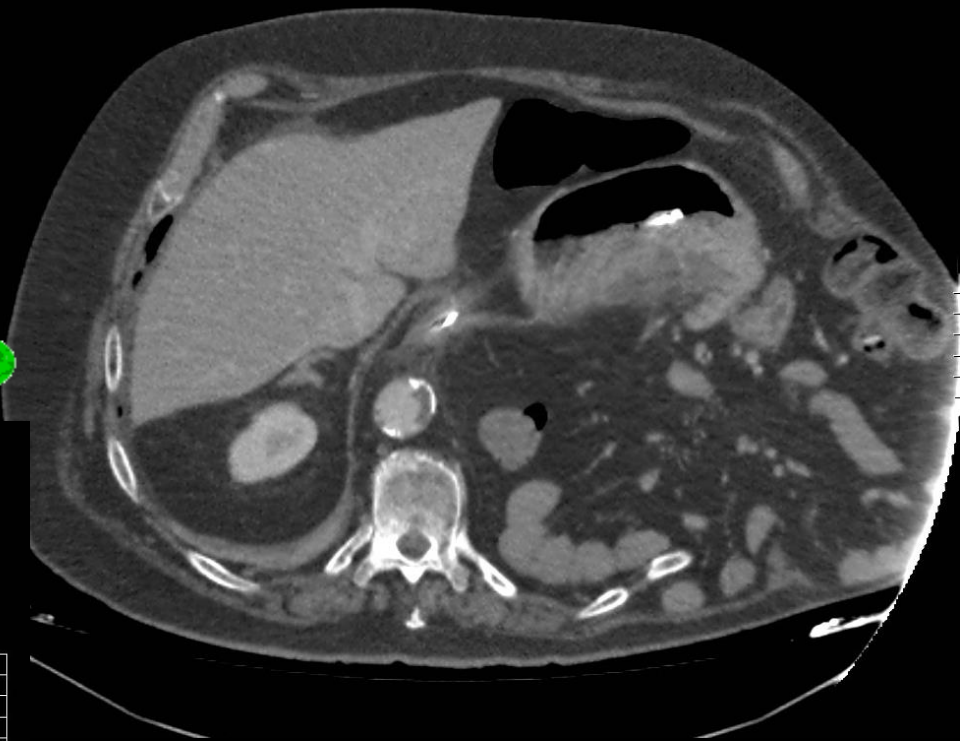
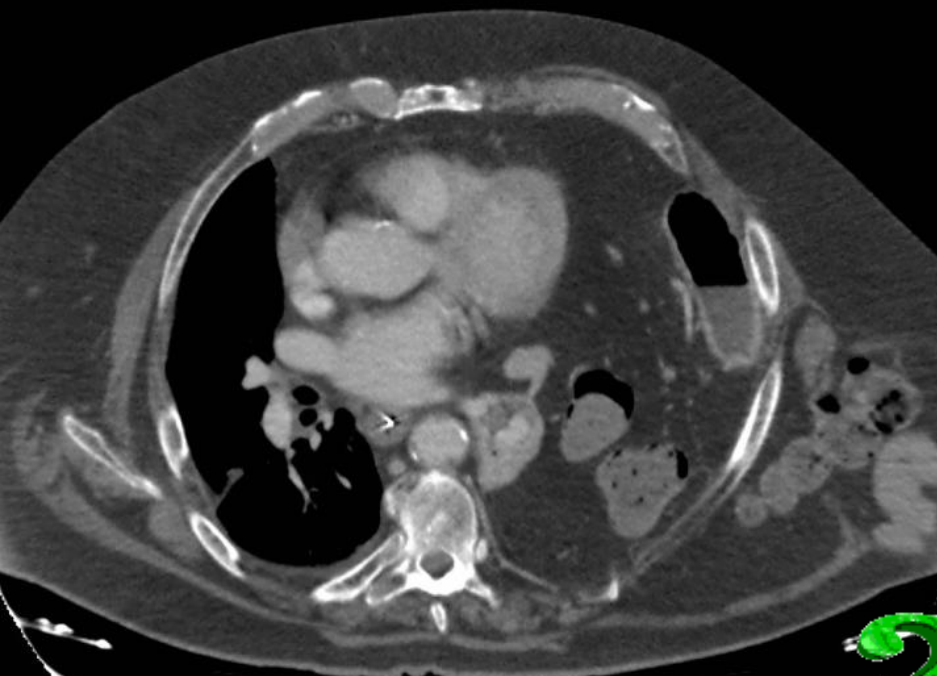
péricardique ?
épicaire ?
épipéricardique ?

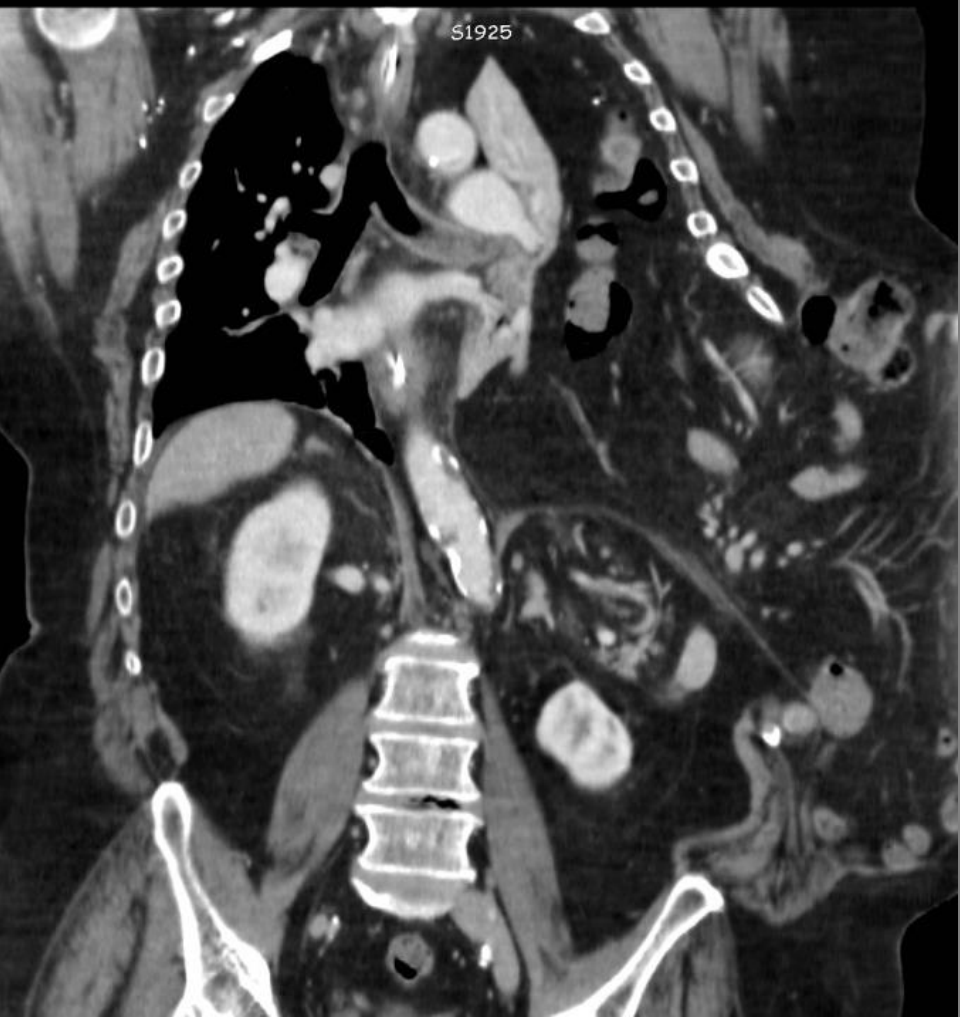


Les franges graisseuses épipéricardiques selon E Pernkopf

H 63 ans Syndrome occlusif

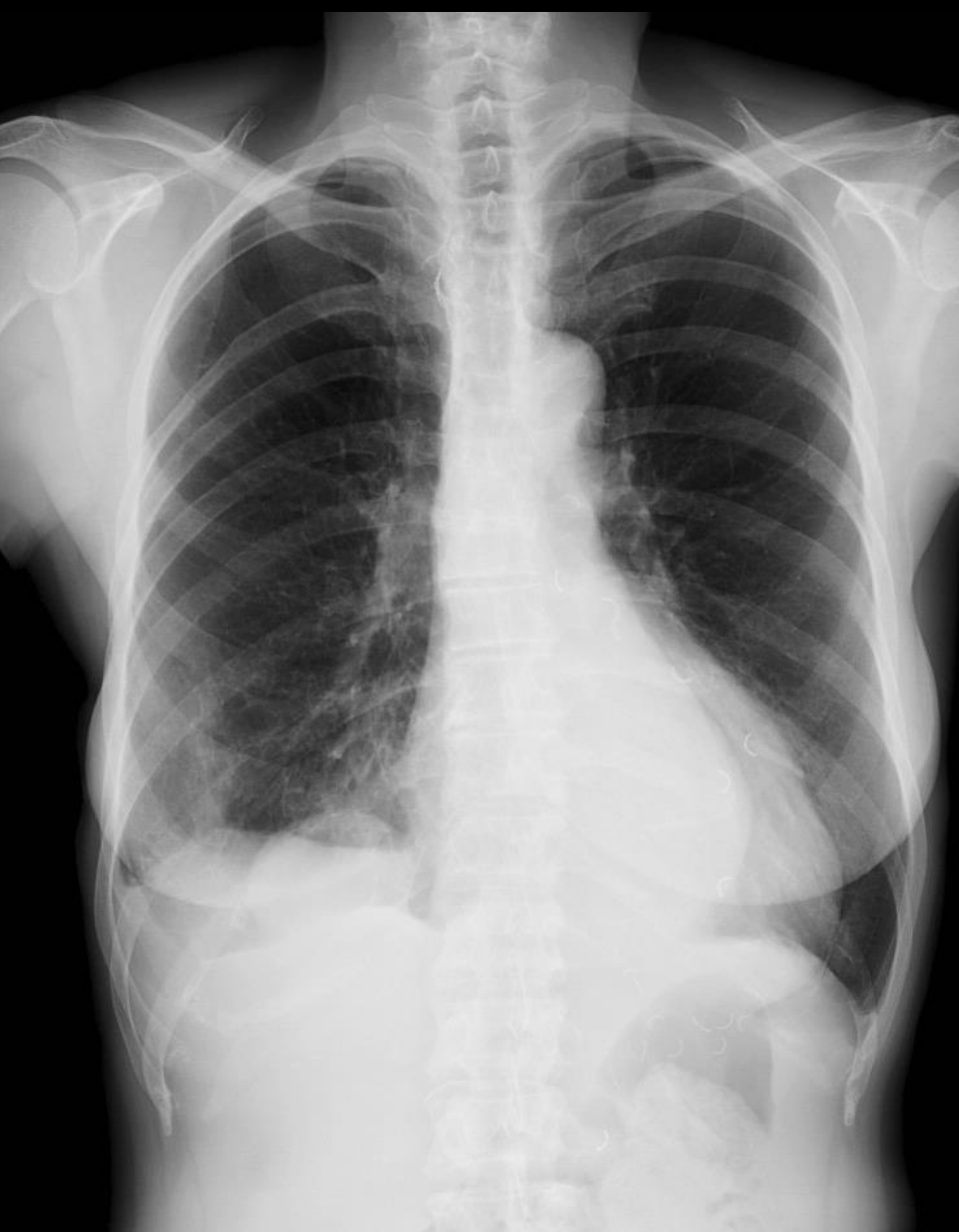






Hernie diaphragmatique
+hernie pariétale
traumatique



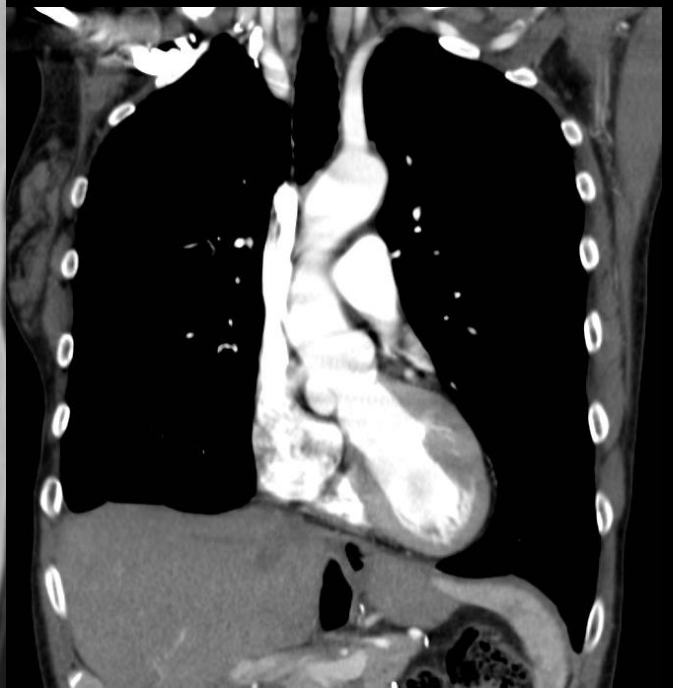
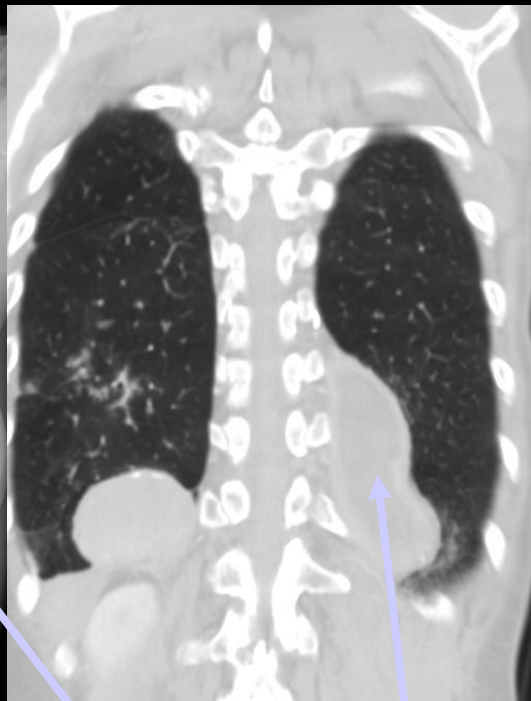
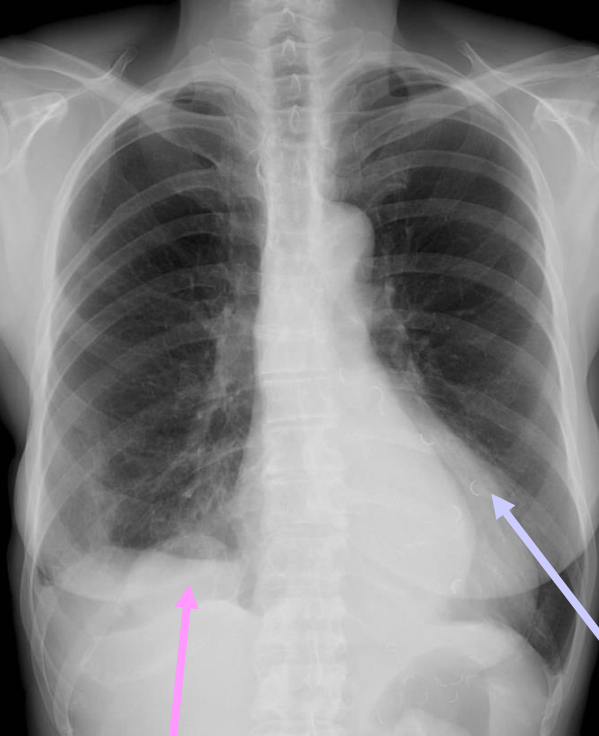


F 64 ans

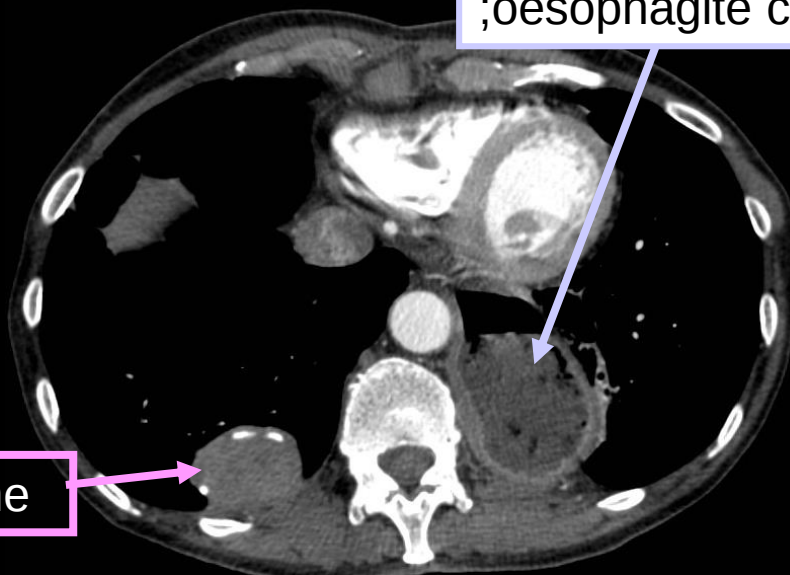
Pneumopathies à répétition



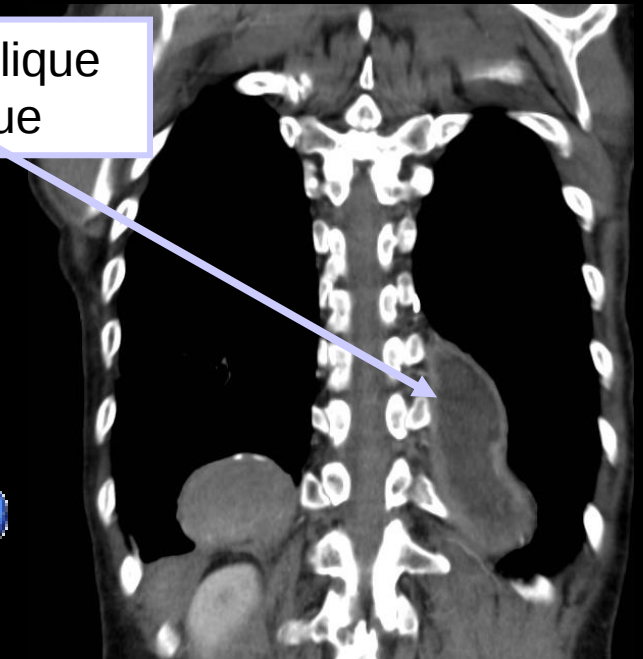


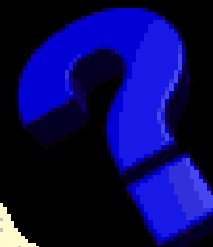
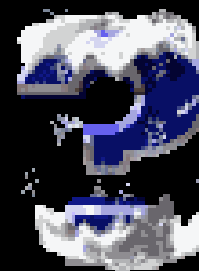
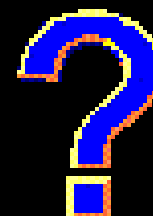
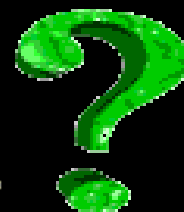
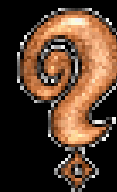


Oesophagoplastie colique
;oesophagite caustique

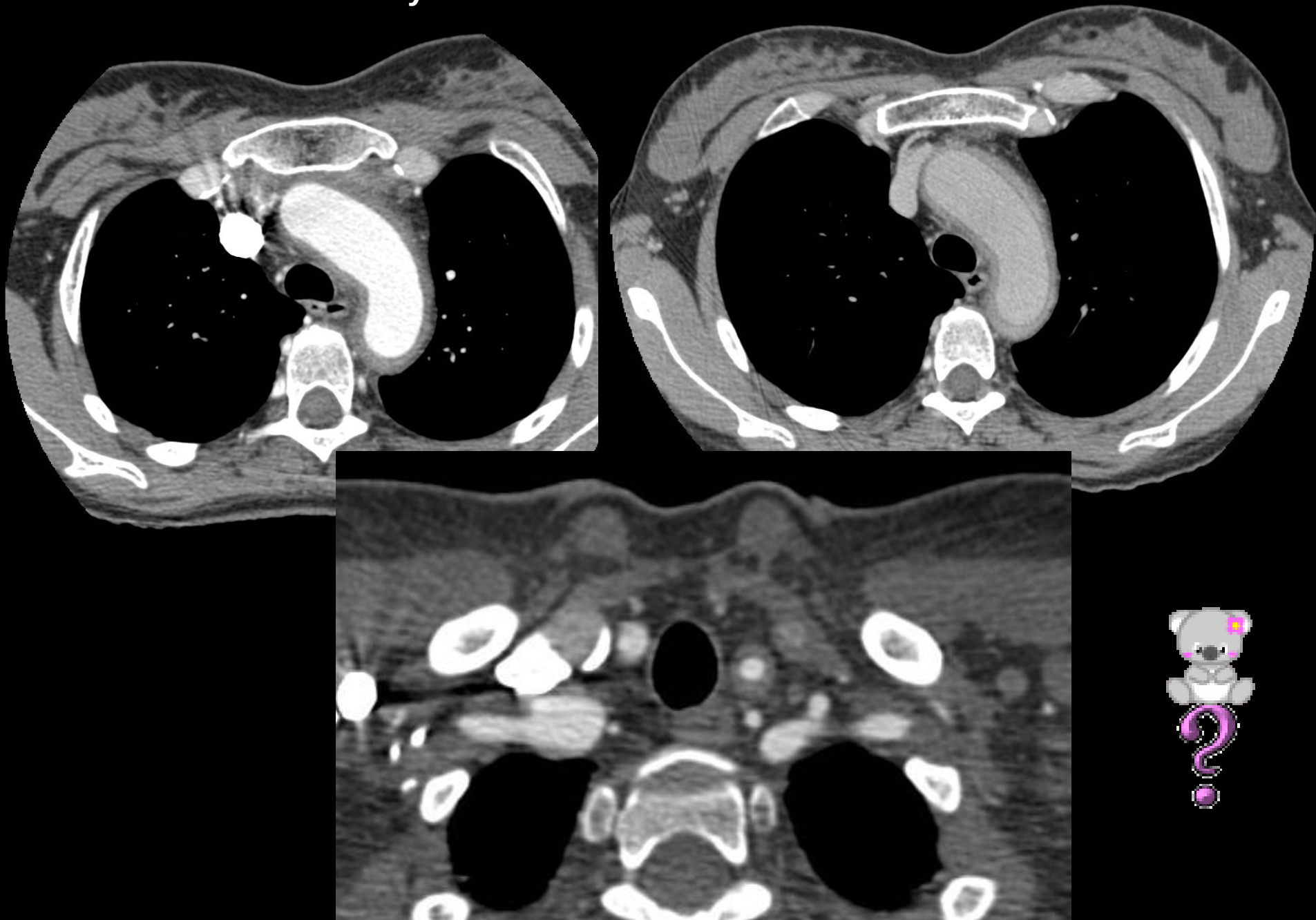


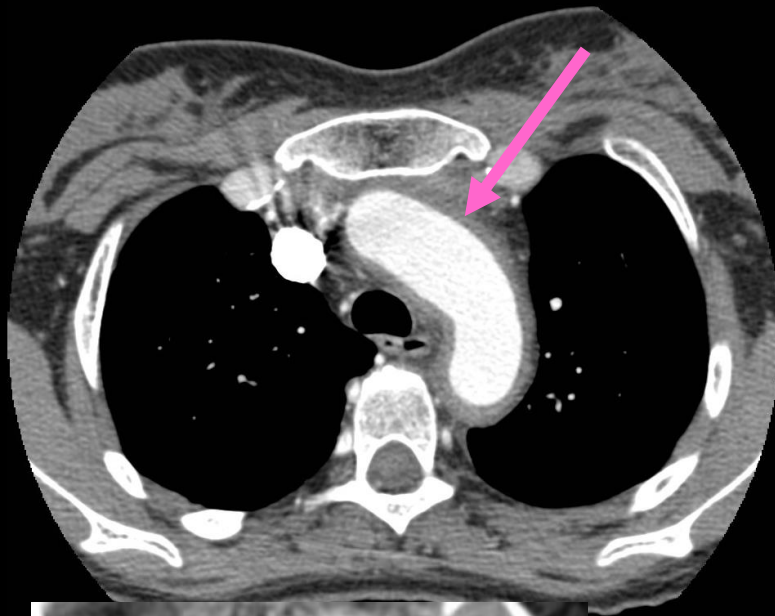
Textilome





Femme de 38 ans Syndrome inflammatoire





- Épaississement tissulaire de la paroi aortique
- Étendu aux TSA
- Sans calcifications

Takayasu



Maladie des femmes sans pouls

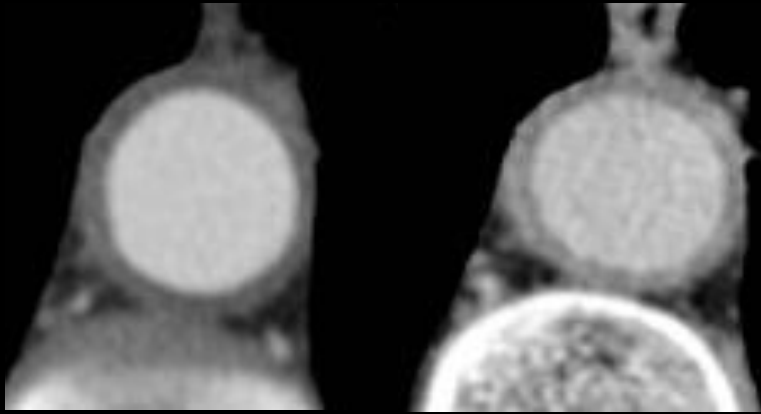
Femme jeune, Asie ou Afrique du Nord

Vascularite des artères de gros calibre

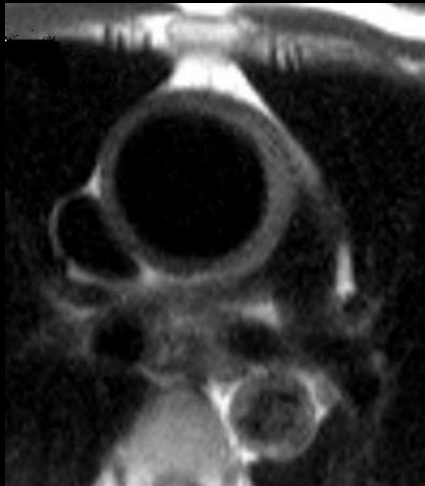
Sténoses, épaississement pariétal

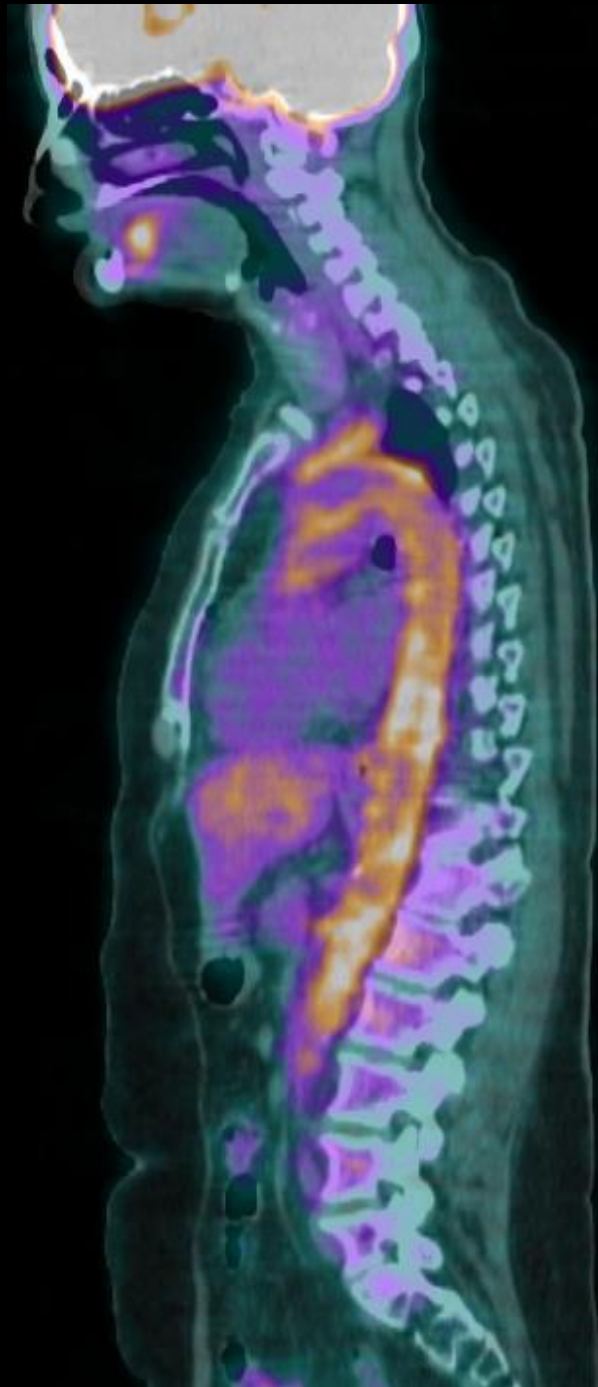
TEP ++

Signe du « double anneau »

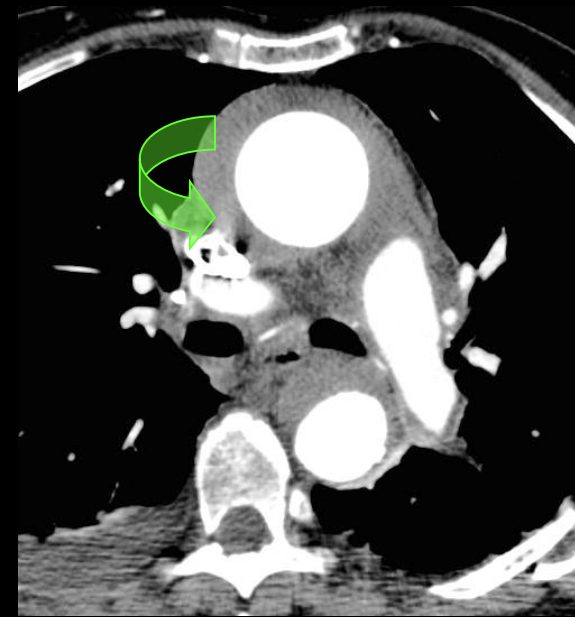


Aortite
(Horton)





Un diagnostic différentiel d'un épaissement pariétal aortique: l'hématome intra-mural

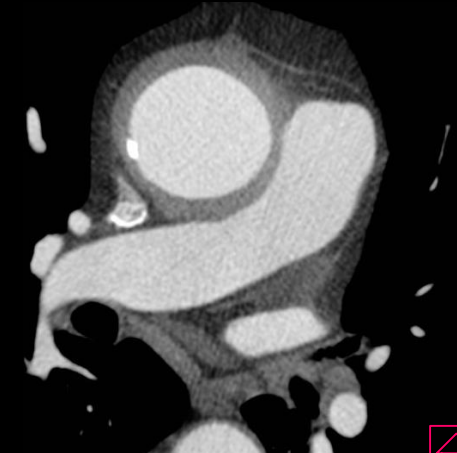


⇒ Epaissement pariétal aortique spontanément dense avant injection

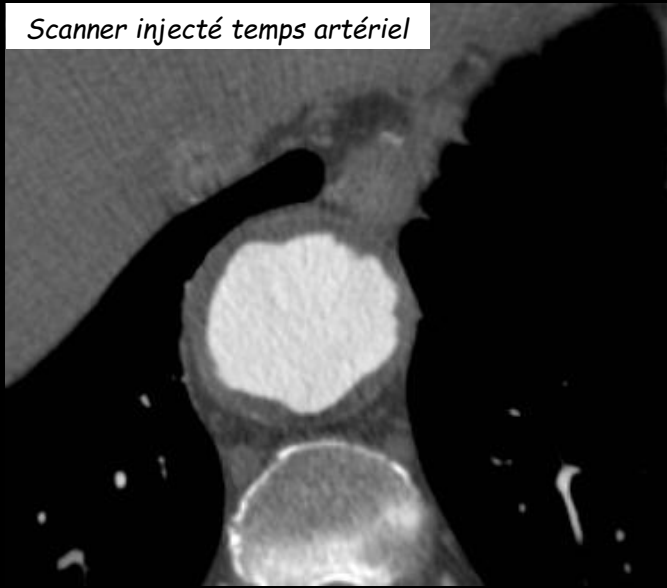
⇒ Après injection: épaissement pariétal hypodense

AORTITE de HORTON

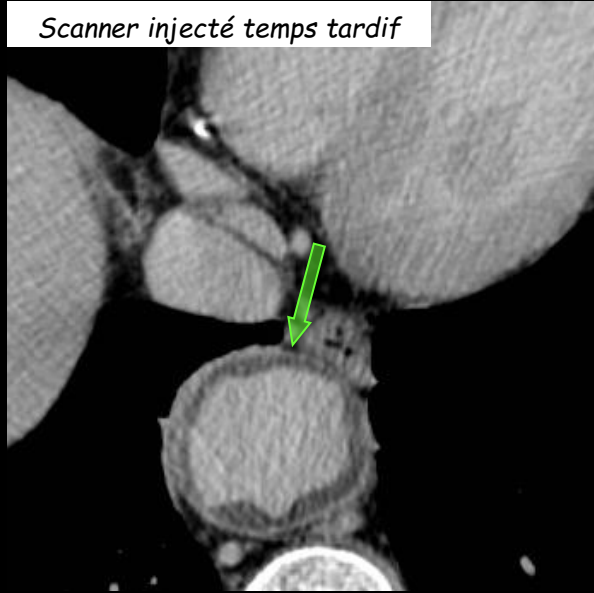
- ⇒ Epaissement pariétal non hyperdense avant injection
- ⇒ Circonférentiel et régulier
- ⇒ Rehaussé sur les temps tardifs après injection



Scanner injecté temps artériel



Scanner injecté temps tardif



Sur le temps tardif, **rehaussement annulaire périphérique adventitial marqué**, importance de l'épaississement pariétal (jusqu'à 8 mm)

Au total: anévrisme du segment thoraco-abdominal de l'aorte mixte: athéromateux et inflammatoire.



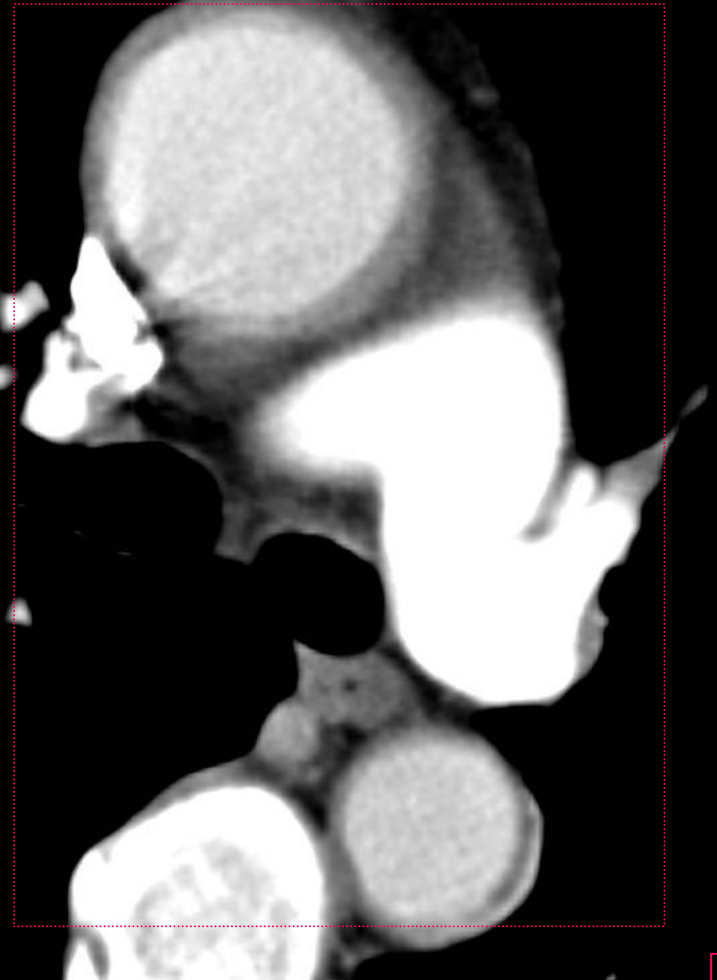


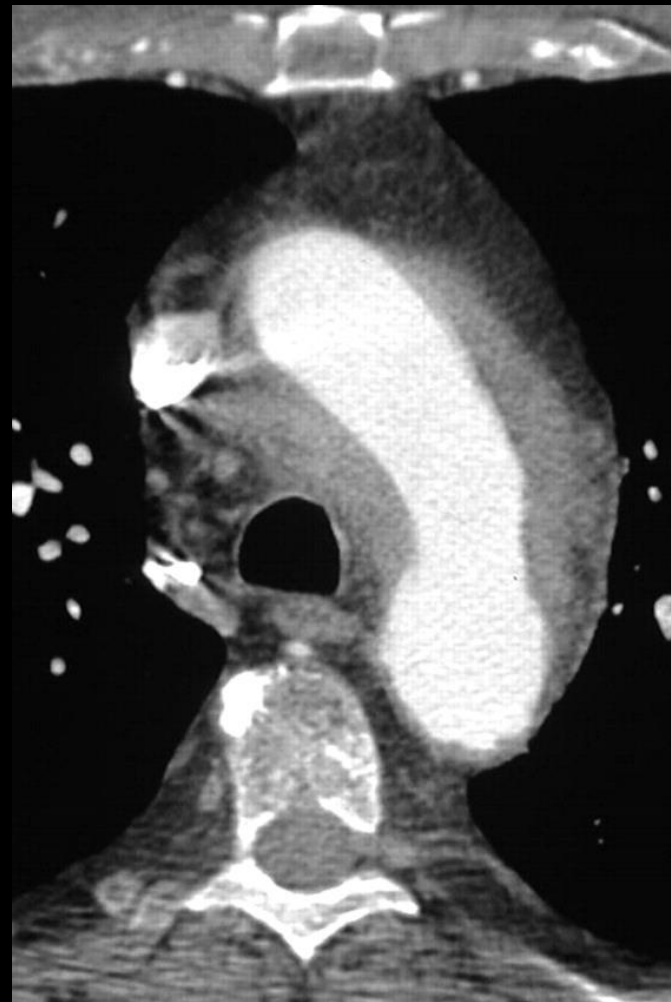
Phénomène **de flou cinétique** sur la racine de l'aorte
en l'absence de gating cardiaque :
Fausse dissection / faux épaissement pariétal

Pseudo-
épaississement
aortique

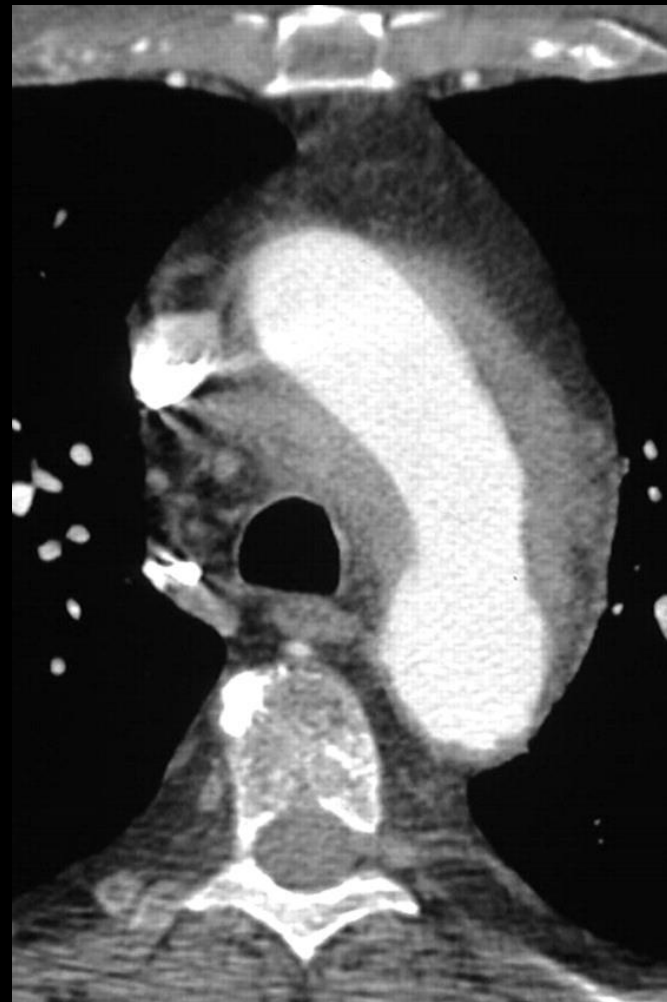


Aortite de Horton



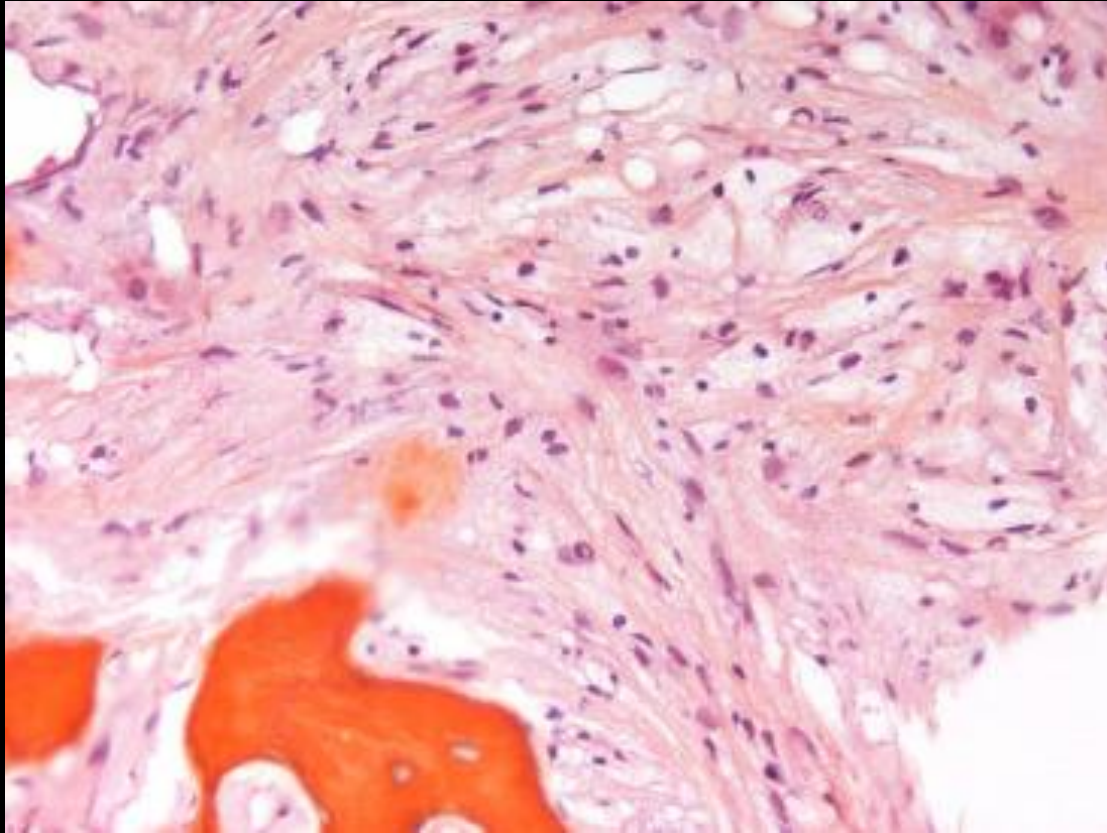


encore un diagnostic différentiel

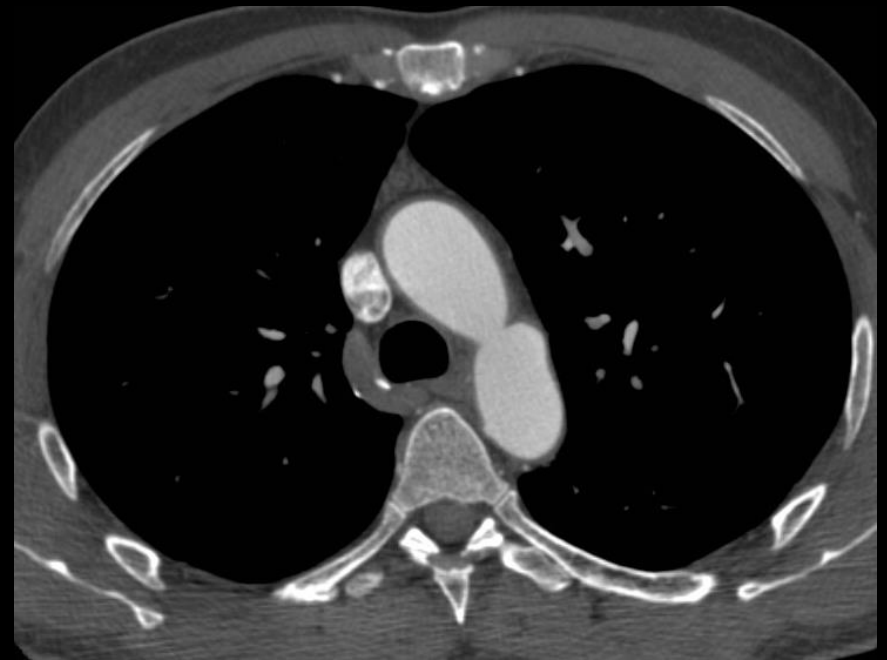
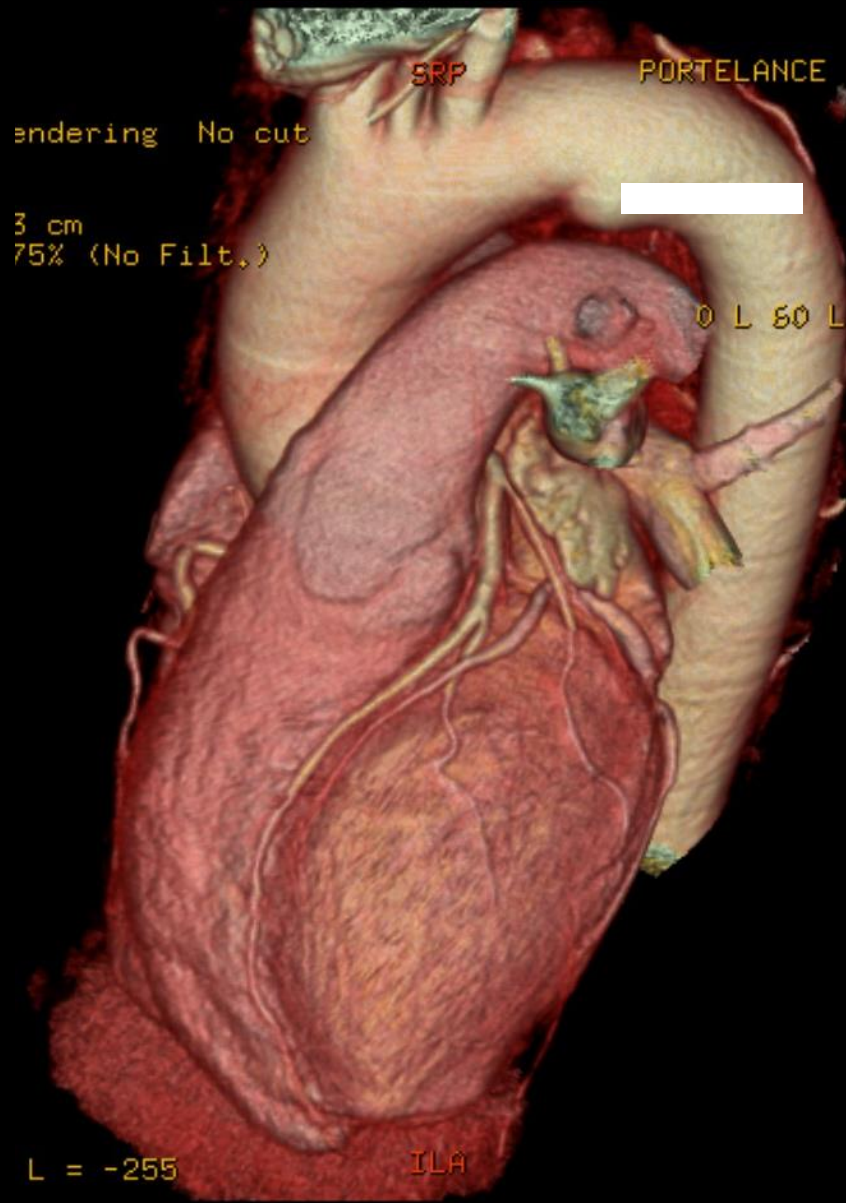


histiocytose non langerhansienne ; maladie d'Erdheim-Chester

ce n'est pas une aortite; la paroi aortique est normale .La
prolifération tissulaire est étendue sur l'adventice



histiocytose non langerhansienne ; maladie d'Erdheim-Chester
prolifération d'histiocytes à cytoplasme spumeux ans un stroma spumeux

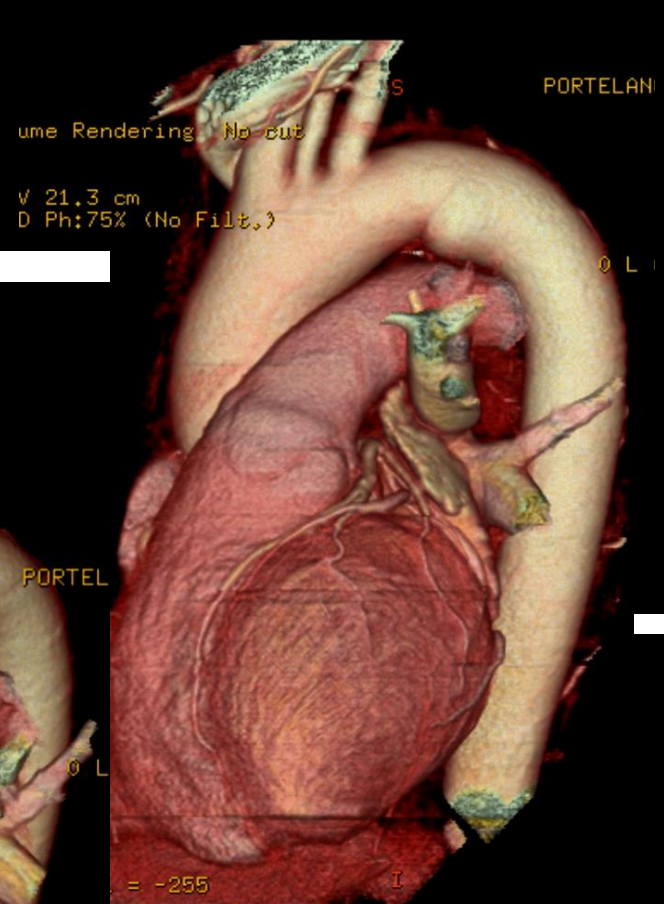
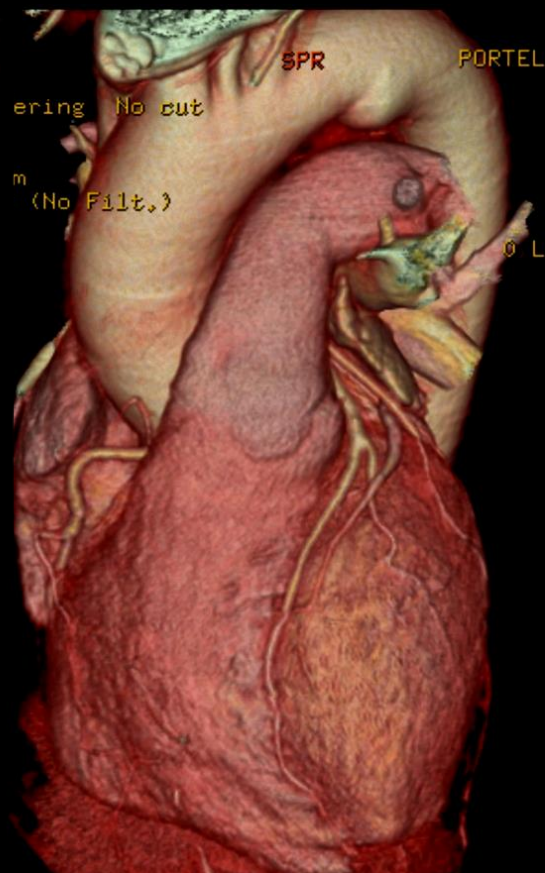
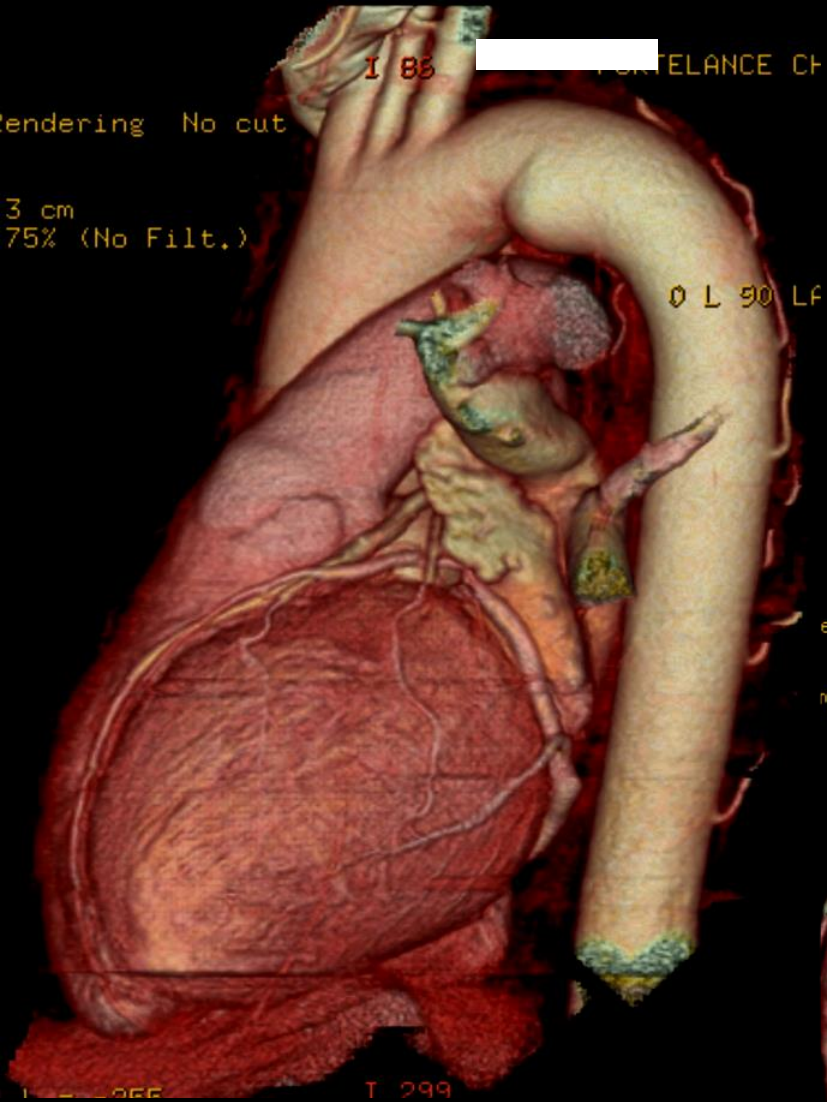


H 57 ans

Douleurs thoraciques

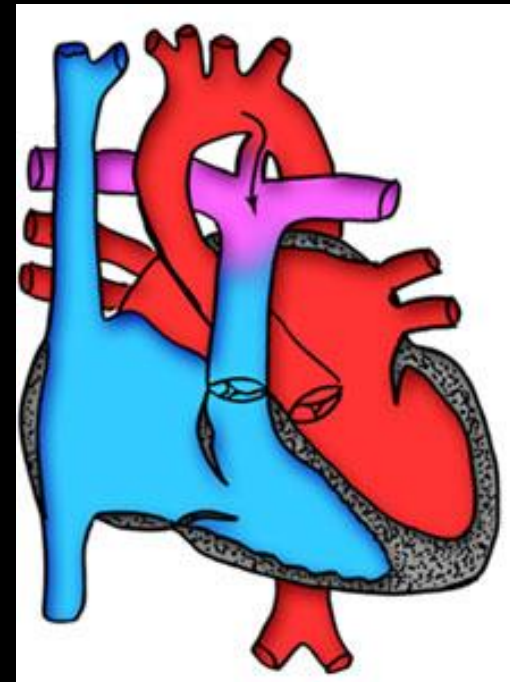
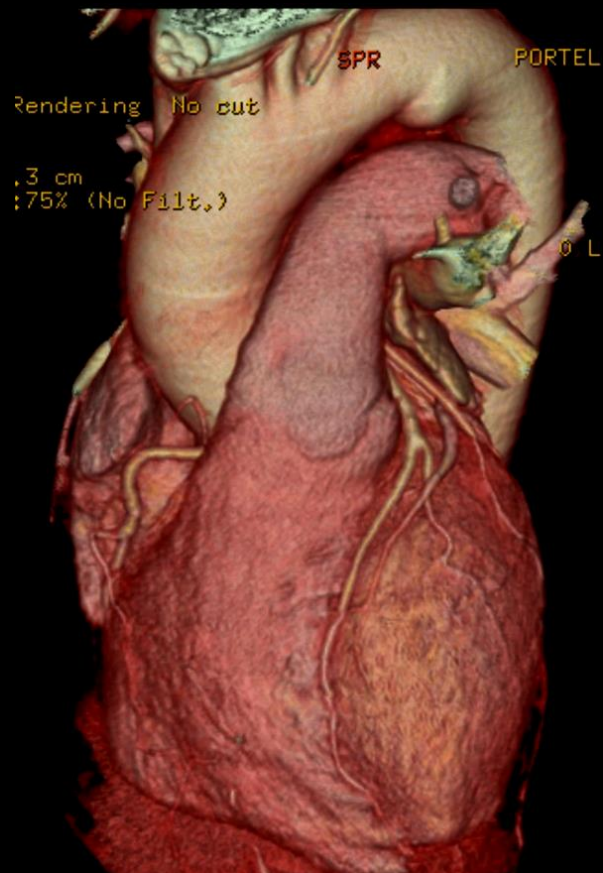
AVP faible énergie cinétique





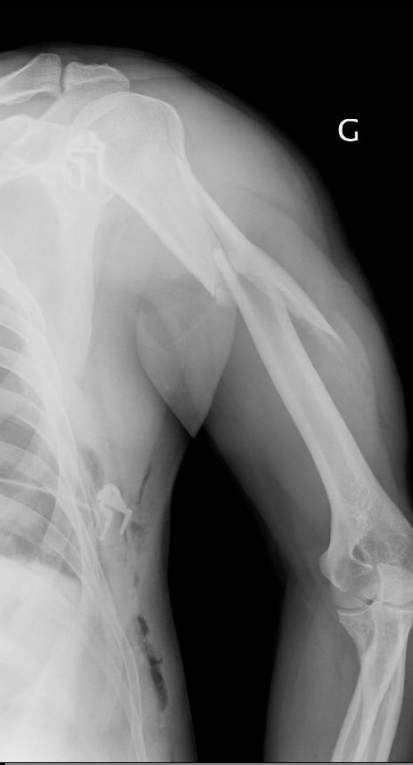
Reliquat du canal artériel

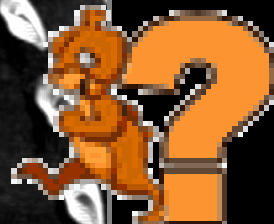
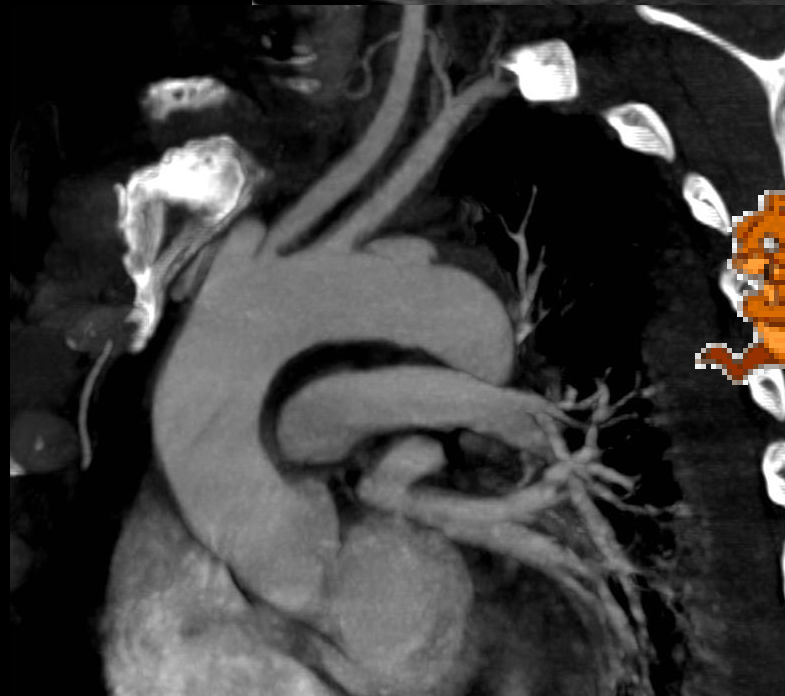
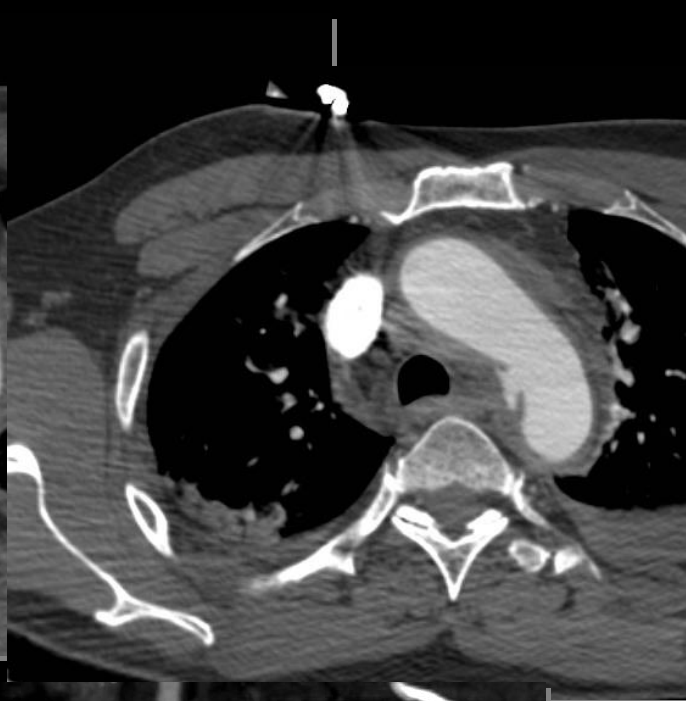
Asymptomatique ++



H de 69 ans

Polytraumatisme suite à un accident d'ULM: chute de 10 m



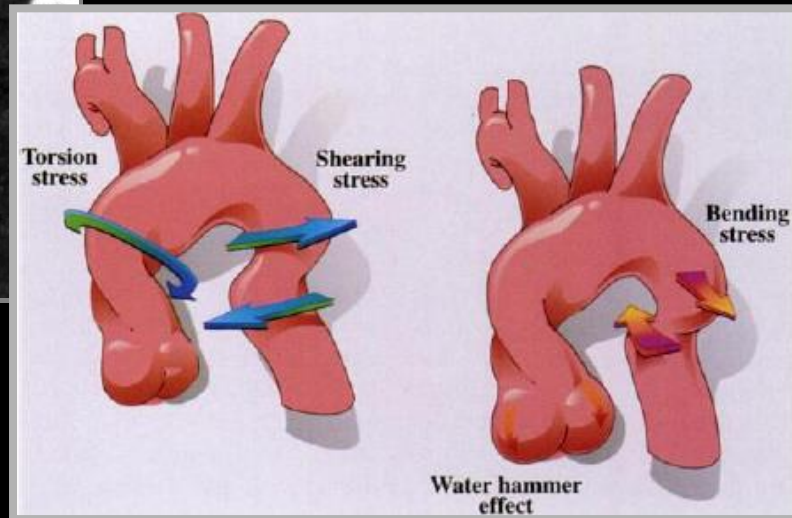


Rupture traumatique de l'isthme aortique

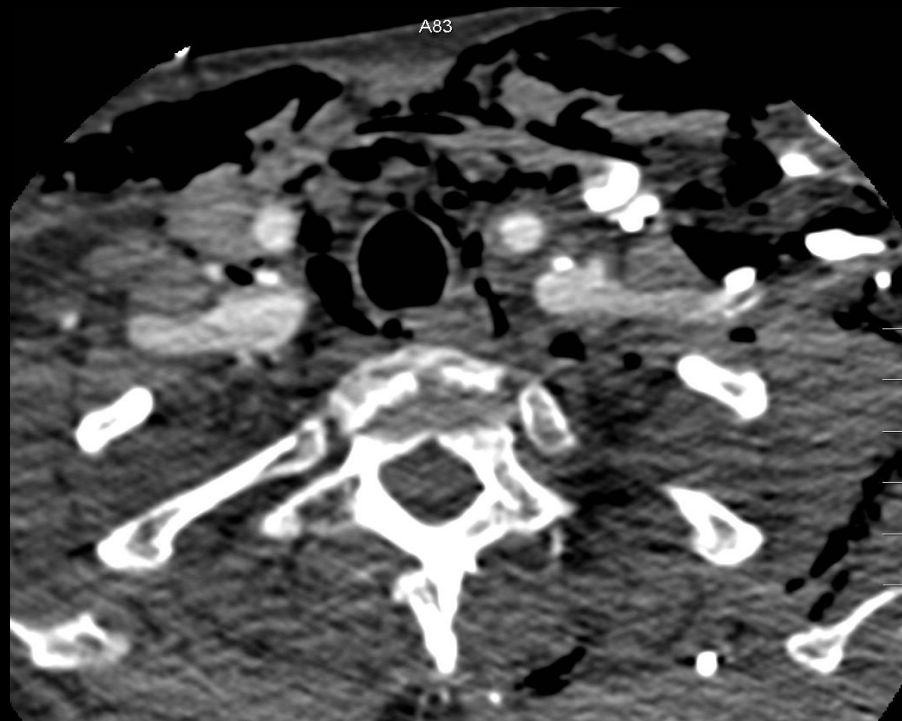
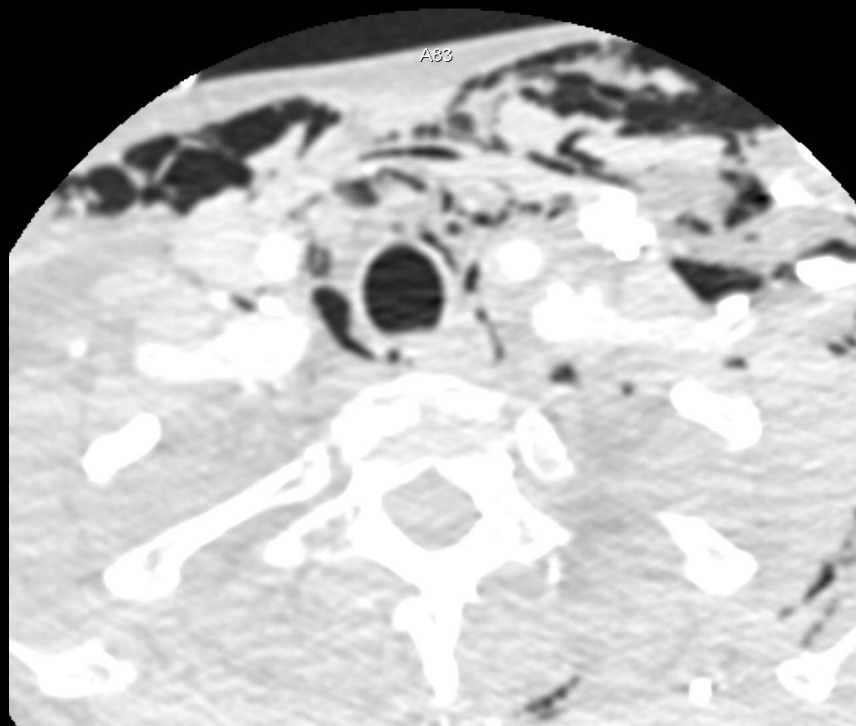
Traumatisme à haute énergie

Décélération +++

Hématome para-aortique,
hémomédiastin



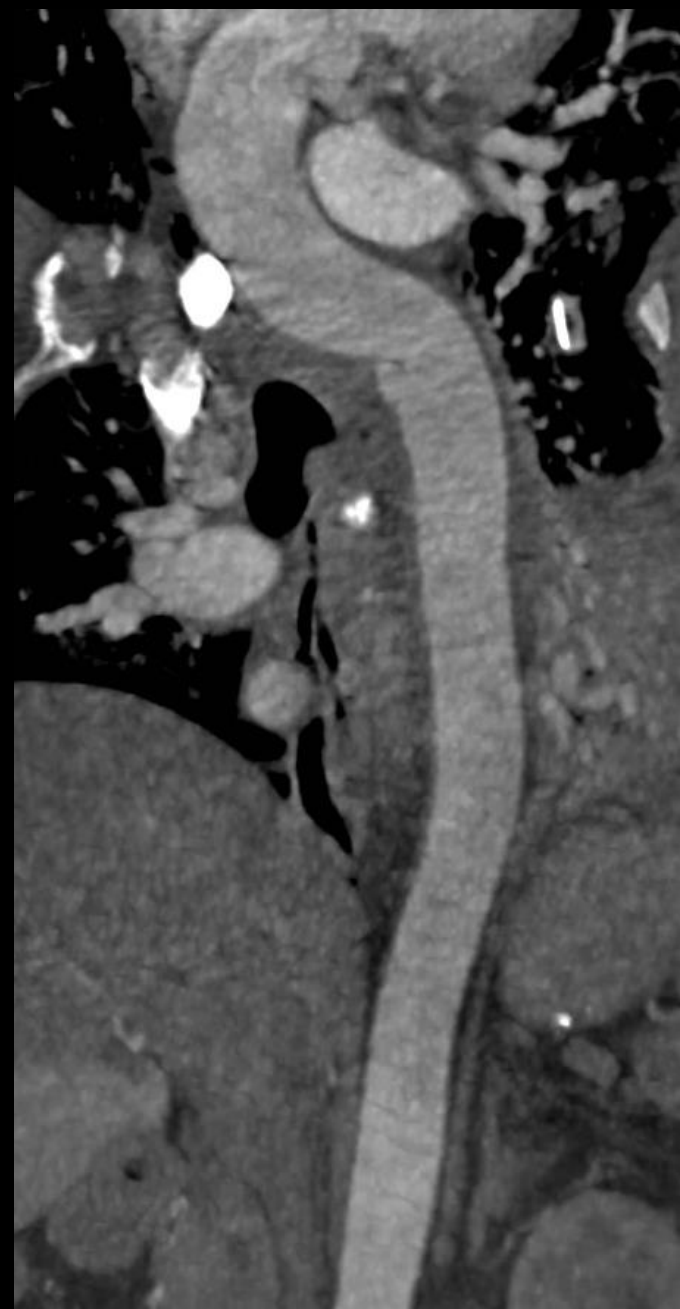


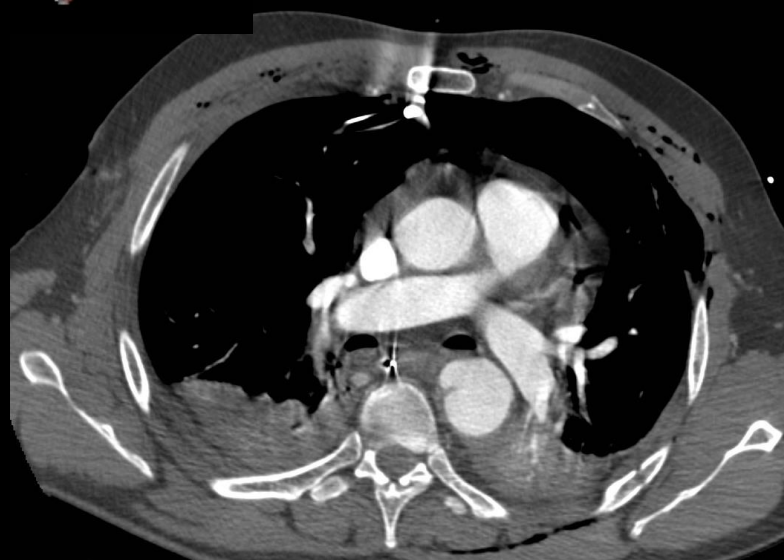


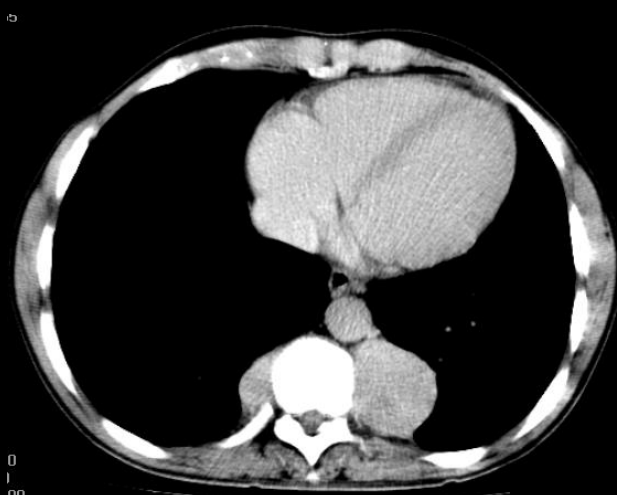
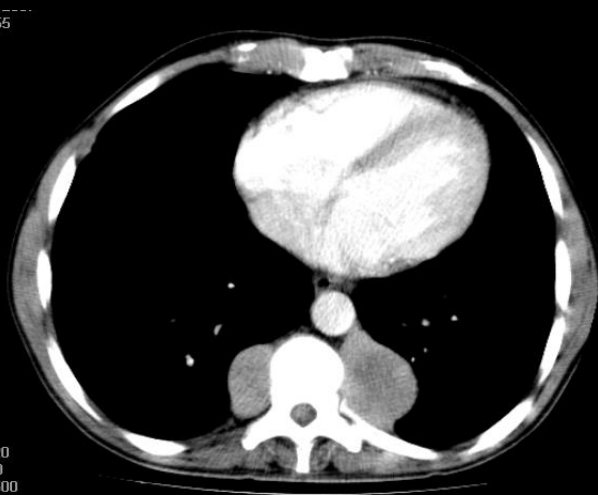
55 ans

AVP



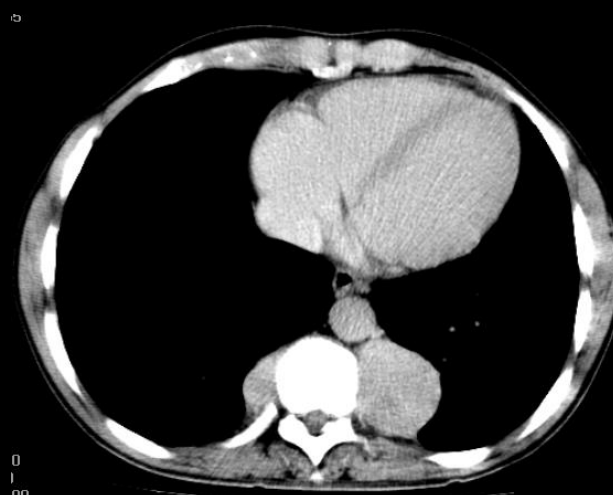
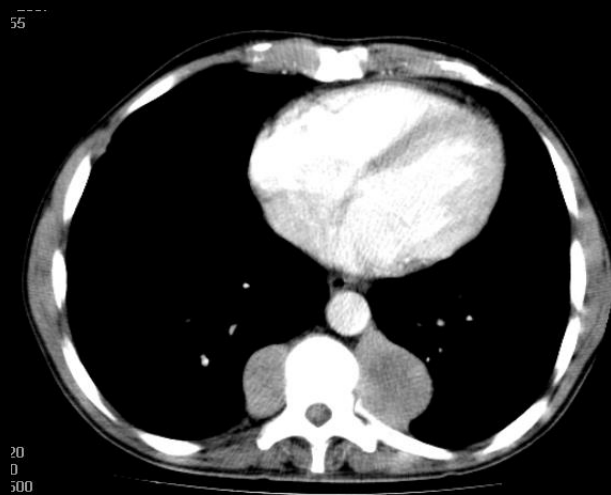
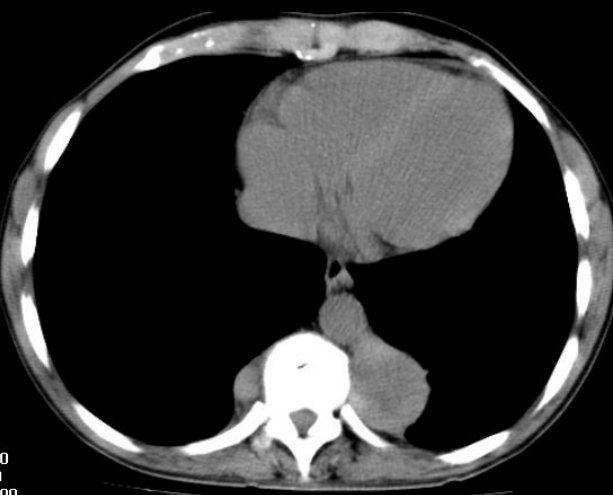






tout : contexte, symptômes ,diagnostic est dans les images

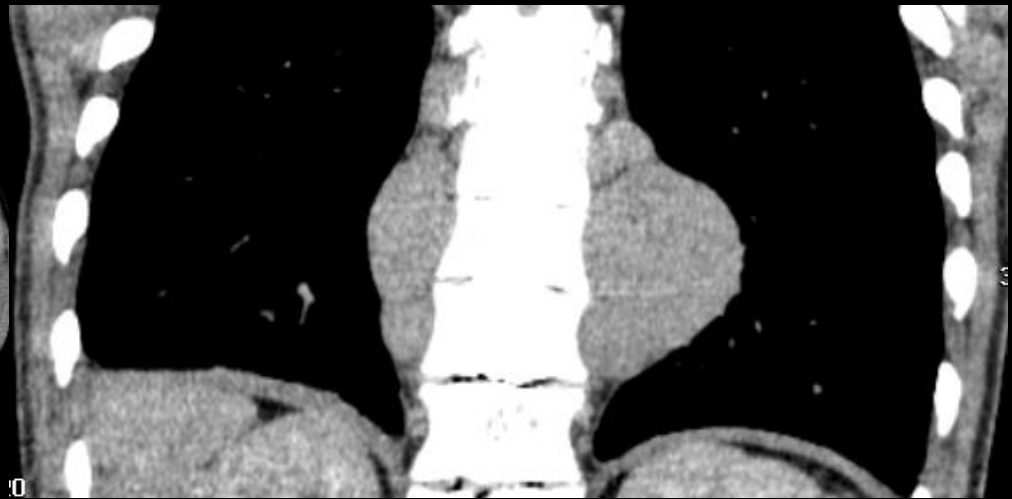




H 37 ans

ATCD: drépanocytose, toxicomanie,
splénectomie post traumatique

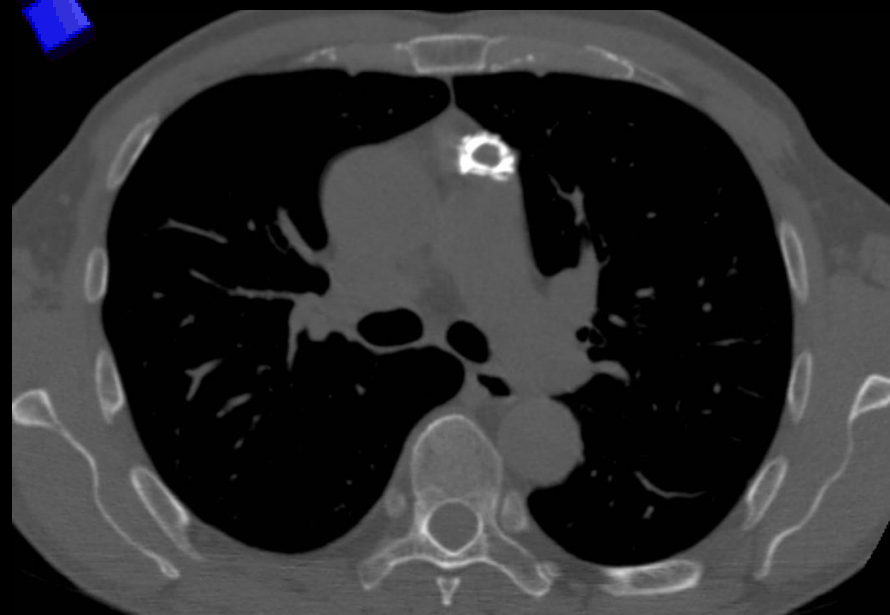
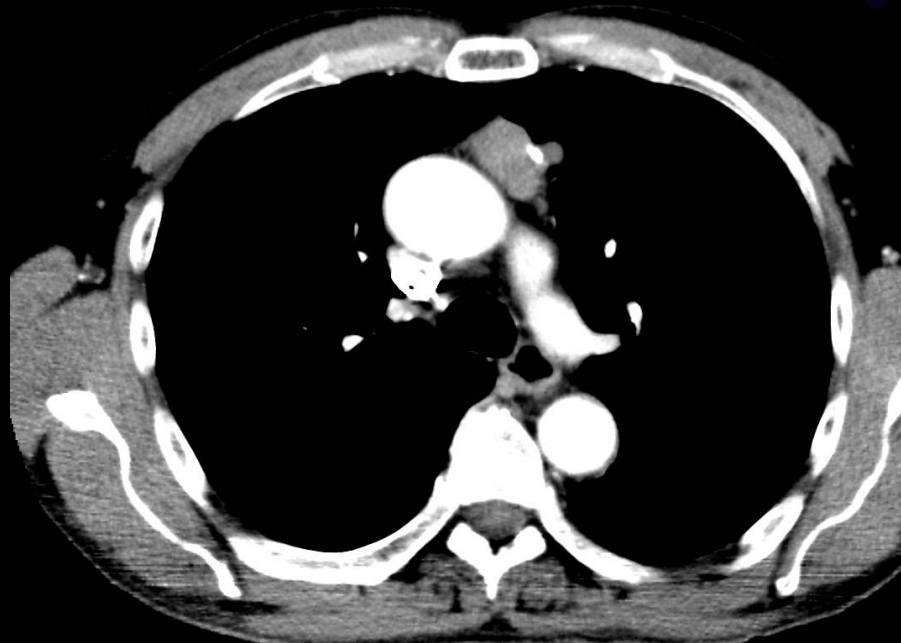
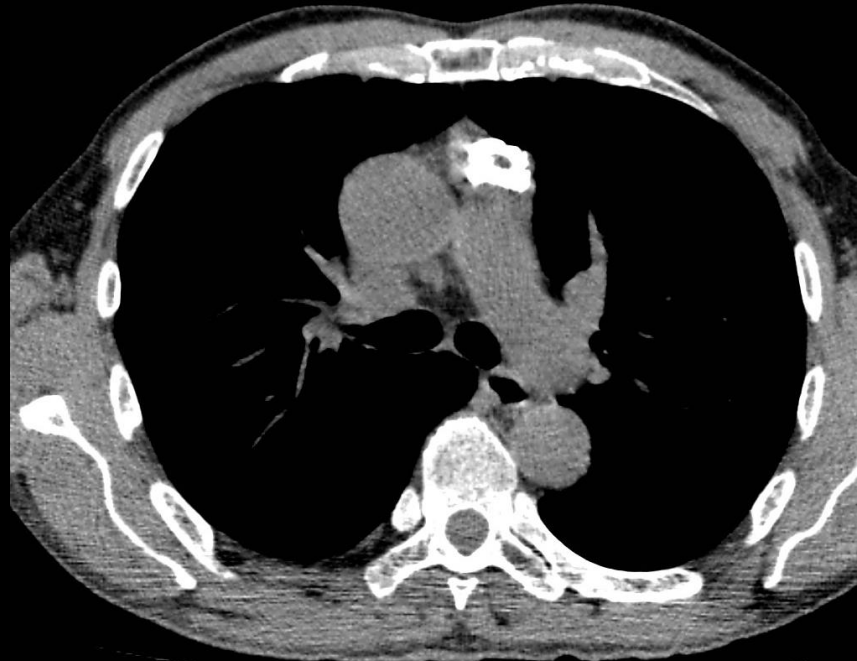
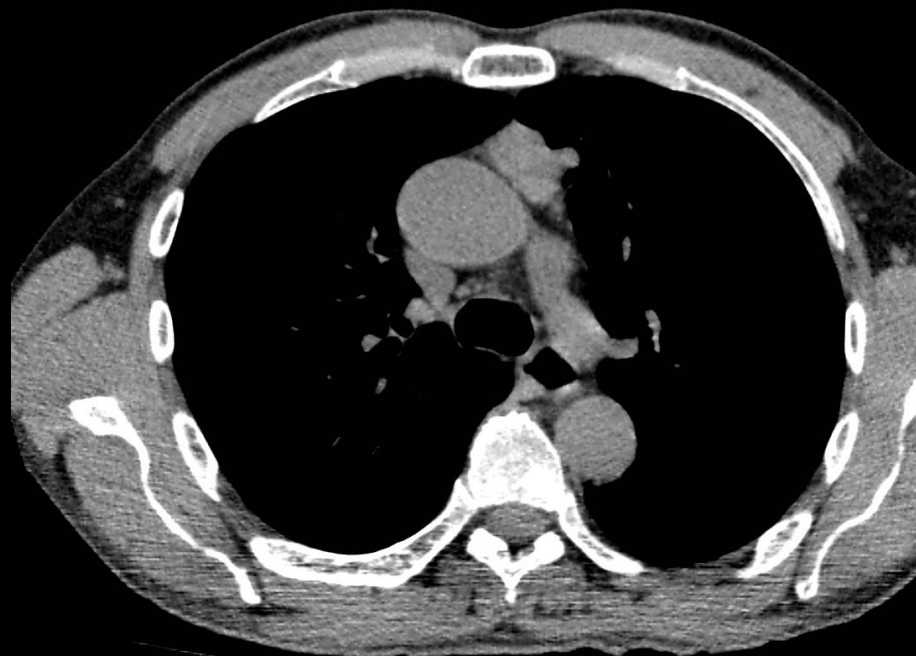




Vitr

Médiastin postérieur

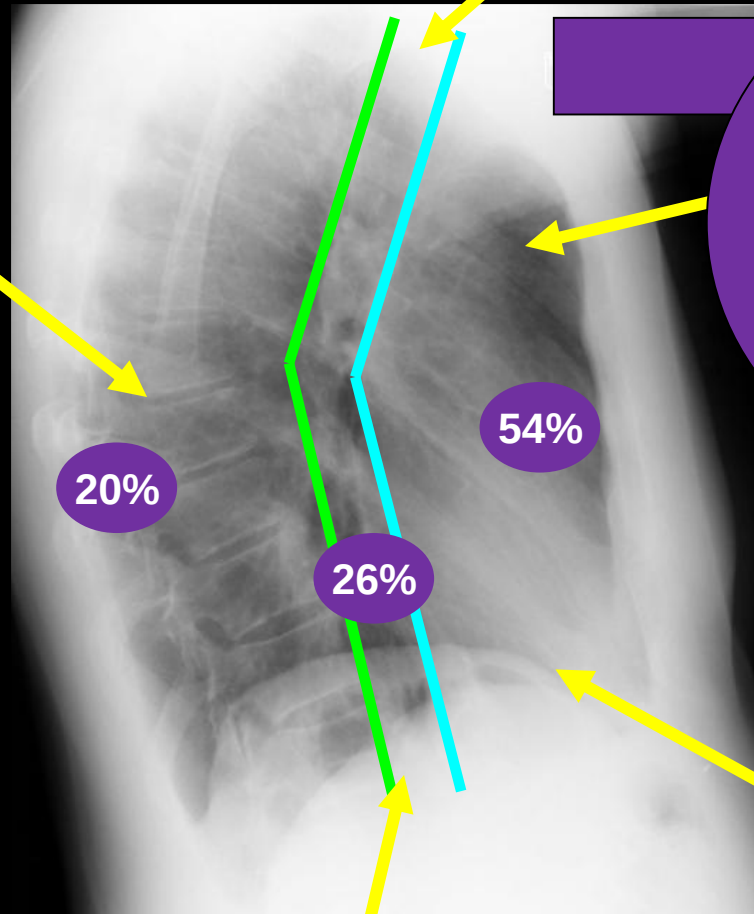
- Tumeurs neurogènes ++
- Hématopoïèse extra médullaire
- Pathologies du rachis cervico-dorsal



M. Supérieur : tumeurs
thyroïde et parathyroïde

Thymome
Lymphome
Germinales

M. Inférieur :
tumeurs
nerveuses.
kystes 16% TM
entériques
rachis mal de
Pott



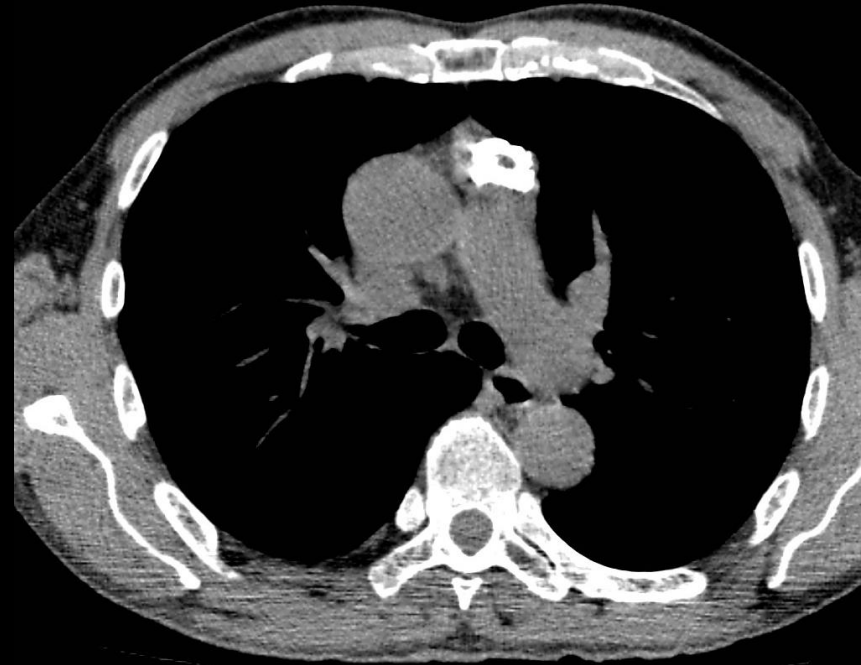
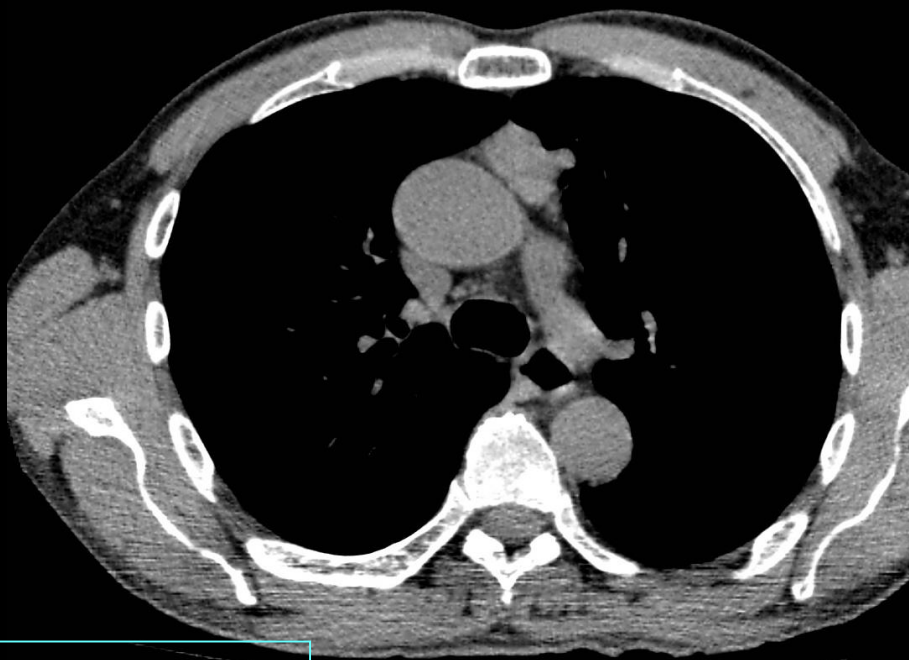
54%

20%

26%

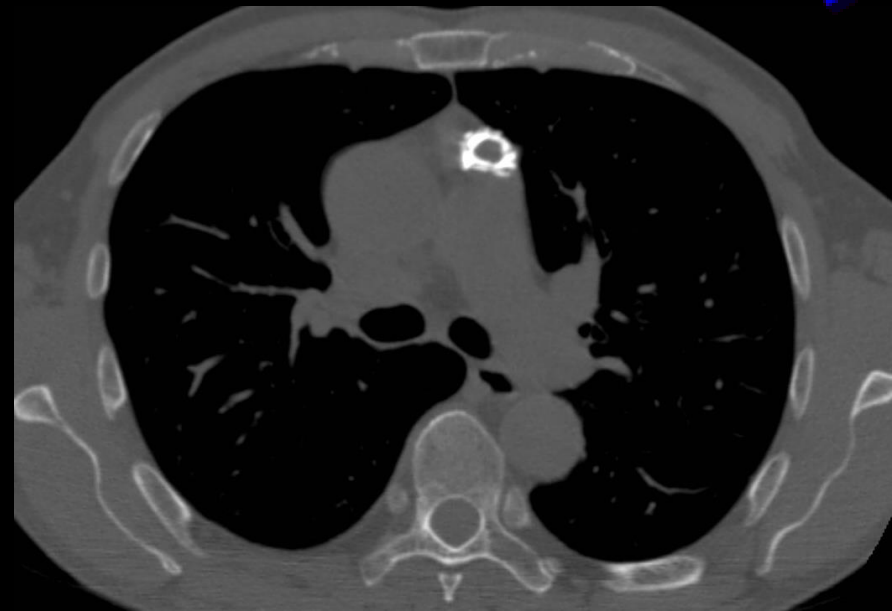
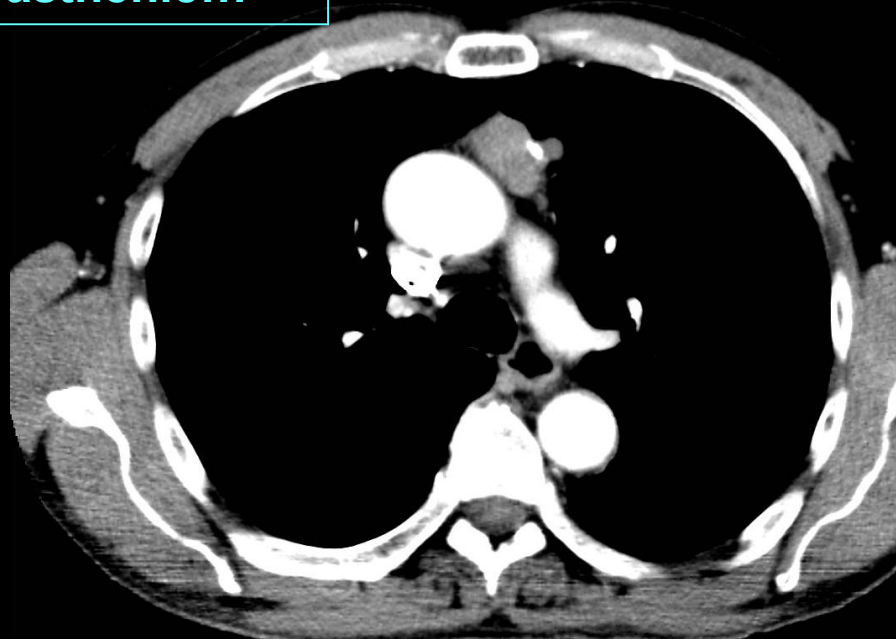
M. Antéro-inférieur :
kyste péricardique,
lipome

M. Moyen : lymphome,
kystes péricardiques et
bronchogéniques 29% TM



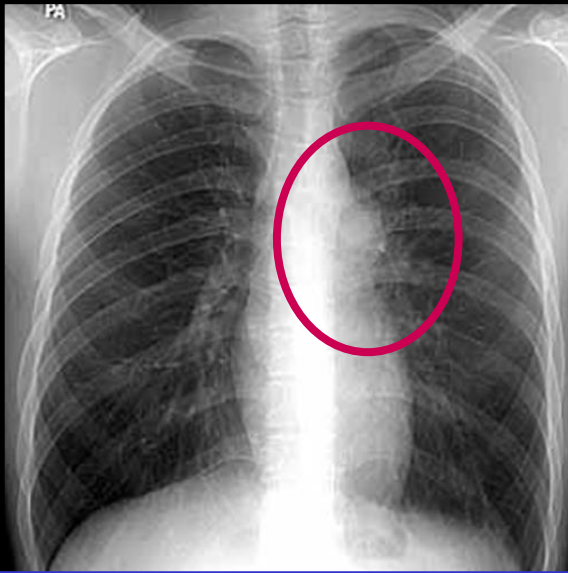
Myasthénie...

Thymome

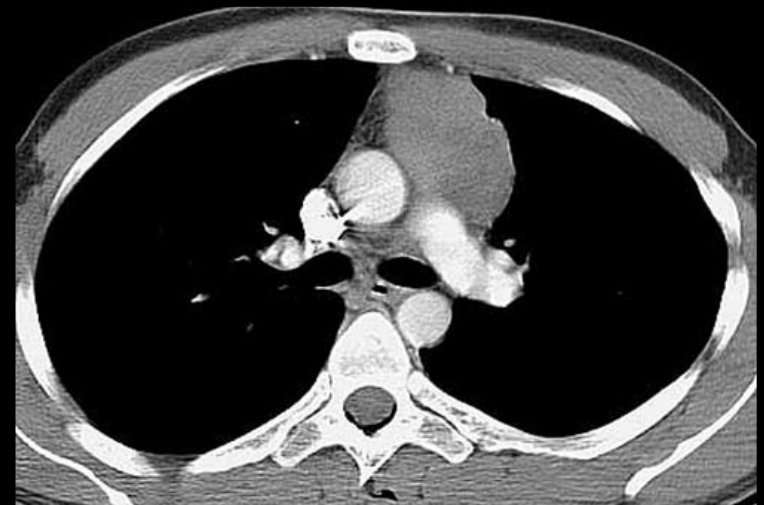
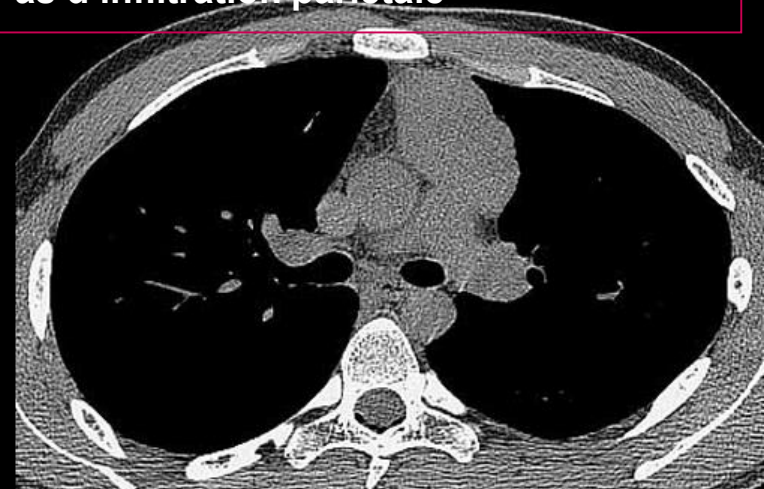


Homme 20 ans, découverte fortuite>>





Masse tumorale médiastinale antérieure
 Tissulaire, lobulée, non calcifiée
Homogène, bien limitée
 Rehaussement modéré
 Pas d'infiltration pariétale



Homme (90 %), 20-35 ans

Séminome thoracique

La plus fréquente des T germinales

... Biologie

Clinique : asymptomatique / compression ou invasion

Biologie : β HCG N ou $\nearrow$ et α FP N

TTT : RXth (si T bien limitée)/+ chimioth si invasive

Pronostic : > T malignes non séminomateuses

Tumeurs germinales

15 % des T médiastinales antérieures

Siège : médiastin antéro-supérieur (< 8% méd post)

Age :

- TCG malignes : pic 29 ans, H>>F
- Tératome bénin : 16-25 ans, H=F
- < 16 ans : TCG=20% tumeurs médiastin
 - Séminome et choriocarcinome : rare
 - Tératome immature
 - Carcinome embryonnaire
 - Tumeur sinus endodermique
 - Tératome pur

T non séminomateuses : 1 à 3,5% TM et 1 à 2% TCG

- Carcinome embryonnaire : alpha FP
- Choriocarcinome : bêta HCG
- Tumeur sinus endodermique
- Tératome

Association Klinefelter, leucémie

Mauvais pronostic



T séminomateuses (dysgerminomes)

La plus fq des TCG

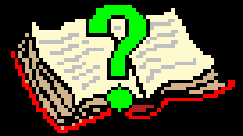
TTT : id tumeurs gonadiques

Meilleur pronostic (même si métas)

Tératome

2ème en fréquence

Fillette 14 ans, dyspnée aiguë

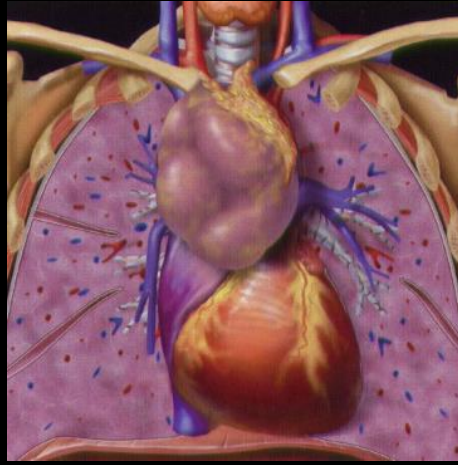


Masse para médiastinale antérieure droite

Contingent graisseux +++

Structure de densité calcique +++

Épanchement pleural et atéléctasie

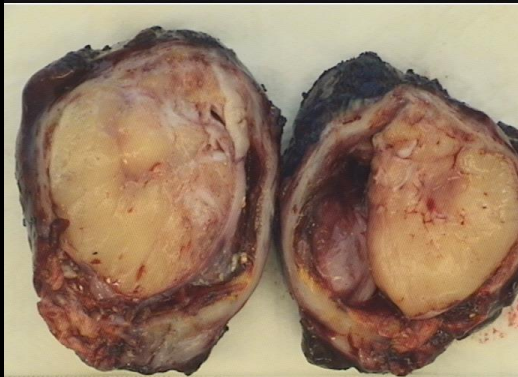


Tumeur primitive rare à cellules germinales

Tissus bien différenciés

au moins deux des trois feuillets embryonnaires :

- Mésoderme
- Endoderme
- Ectoderme



Histologie : 3 types :

75% T. mature :

- * H=F
- * âge indifférent
- * Clinique : rien, douleur, dyspnée, toux
- * Rupture : 35% (poumon, bronches, plèvre, péricarde, Vx) avec pneumonie ou pleurésie et niveau gras/liquide

Immature : tissu embryonnaire, risque malignité

Tératocarcinome : transformation maligne

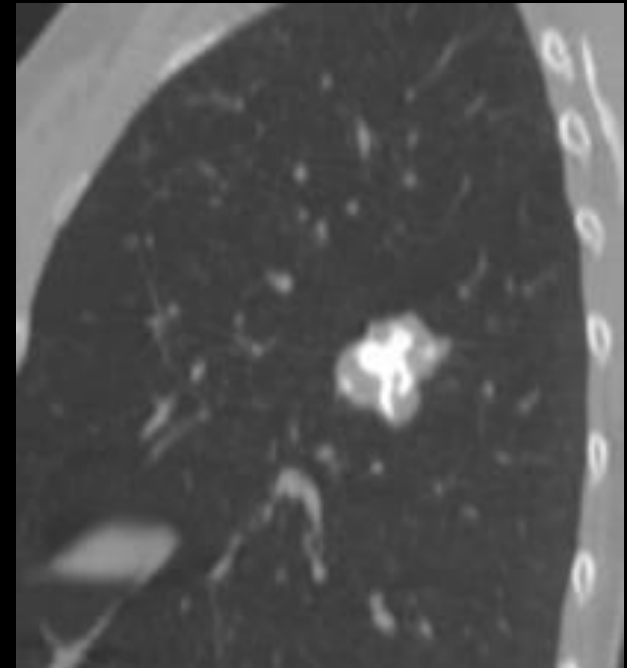
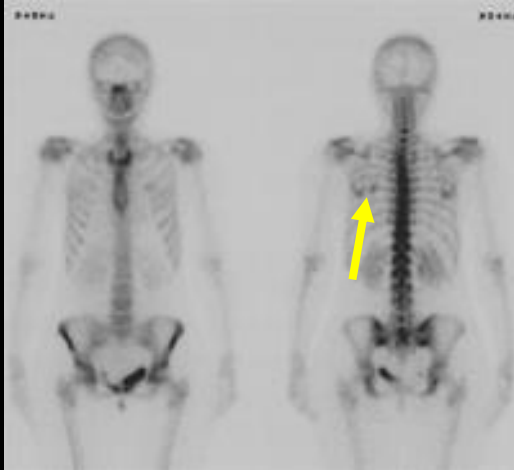
Composantes tissulaires : graisse (76 %) / liquide (88%) / calcifications (56 %) et ossifications (dents) (39 %)

Niveau gras / liquide

Épanchements plèvre, péricarde : non spécifiques

F maligne = nodulaire ++, mal limitée, composante tissulaire > grasseuse et paroi épaisse rehaussée, spiculée

Patiente 57 ans, scintigraphie osseuse



Nodule pulmonaire périphérique

Comportant du tissu ostéo cartilagineux fixant le traceur isotopique

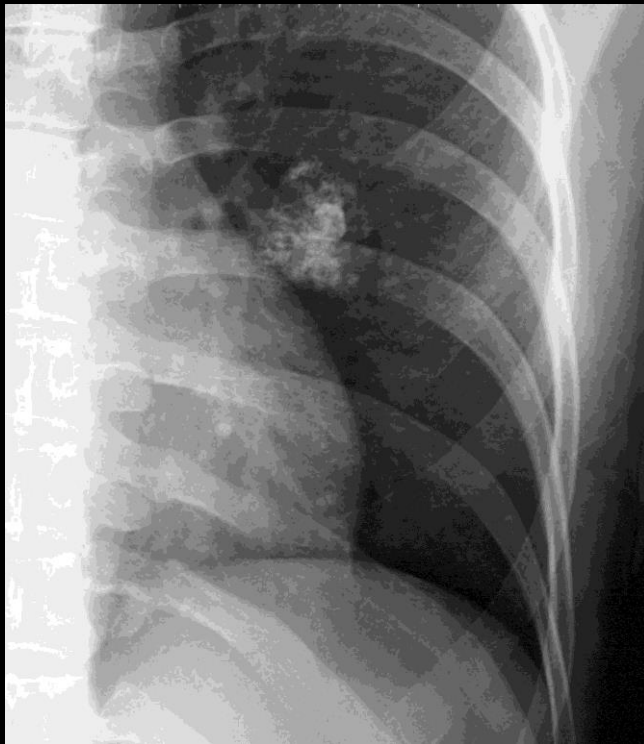
Calcification « pop corn »

Limites nettes

Hamartochondrome

T pulmonaire bénigne périphérique

Calcification « pop corn » et tissu graisseux



**Hamartochondrome pulmonaire
découvert sur une scintigraphie osseuse...**



**Prolifération bénigne de cellules
mésenchymateuses où prédominent des
éléments cartilagineux ou adipeux**

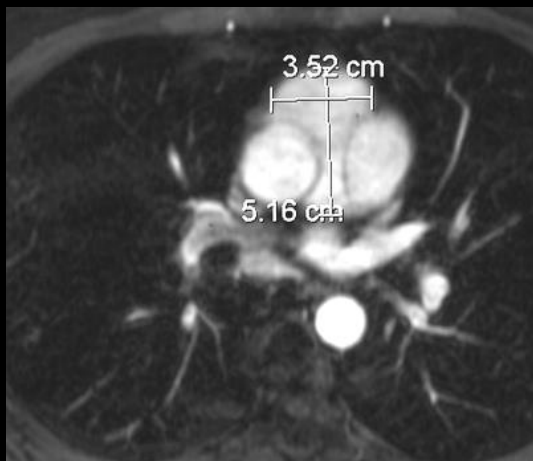
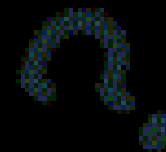
Périphérie des poumons+++

Localisations endobronchique ou endotrachéale

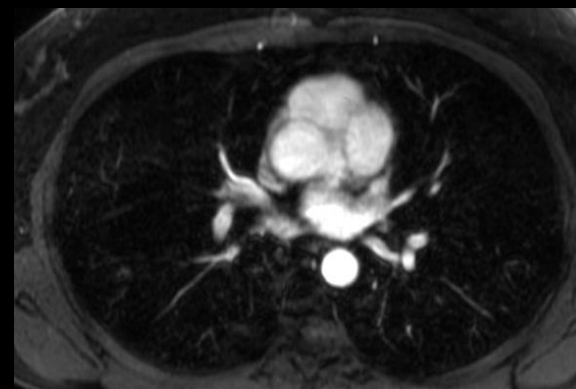
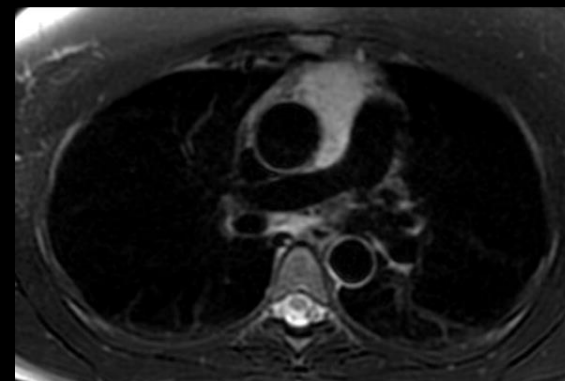
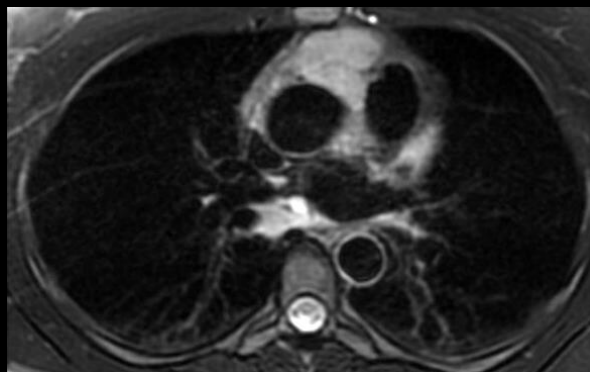
**Rx : calcifications grossières en « pop-corn »,
très inconstantes / composante graisseuse +++**

Dégénérescence maligne exceptionnelle

Patiente 31 ans, HTA, Elévation importante des catécholamines urinaires
Scintigraphie MIBG : Hyperfixation médio-thoracique



Masse tissulaire médiastinale antéro-supérieure
Très vasculaire +++
Homogène



Paragangliomes = tumeurs glomiques (TNE nées des paraganglions)

Peuvent se rencontrer de la base du crâne au plancher périnéal

80% : médullosurrénale

2 à 4% : région cervicale : glomus carotidiens +++

5ème-6ème décennie ; prédominance féminine nette : SR 4/1

5% des paragangliomes secrètent des catécholamines (noradrénaline, plus rarement dopamine), comme les phéochromocytomes (phéochromocytomes extra surrenaliens)

Paragangliomes non sécrétants = chémodectomes

Tumeurs multiples dans 20% des cas : NEM et syndromes neuroectodermiques.

Transformation maligne : 2 à 10% des cas .



Paragangliome

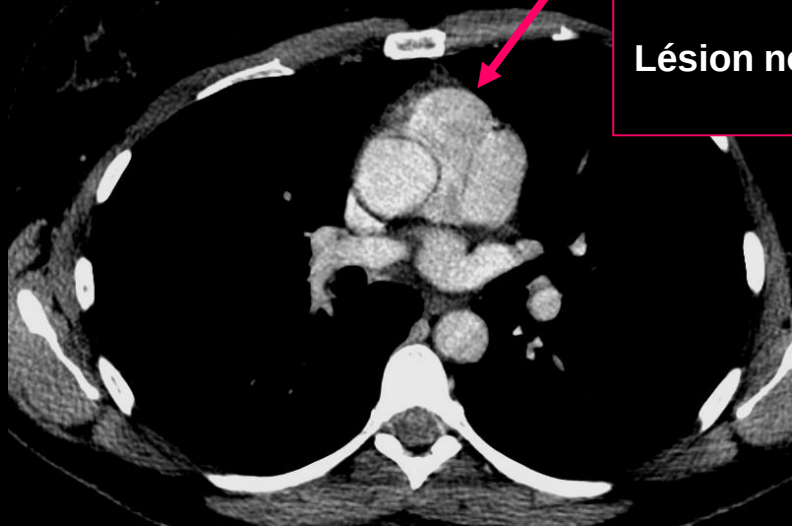
**Même patiente : Foyers hypermétaboliques à la jonction gastro-duodénale
Et grosse tubérosité gastrique**

Leiomyosarcome gastrique + chondrome pulmonaire + paragangliome extrasurrénalien

Un des 3 éléments de la triade peut être absent, triade complète dans 38 % des cas seulement

La constatation d'une des 3 tumeurs chez une femme jeune, doit faire rechercher systématiquement les 2 autres

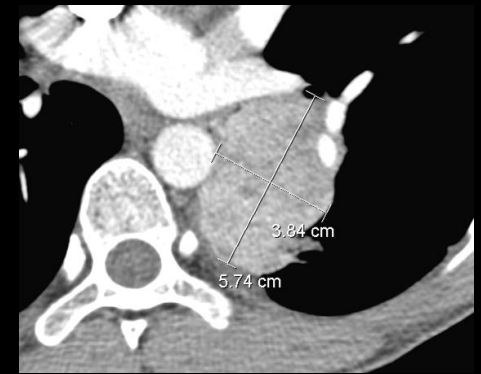
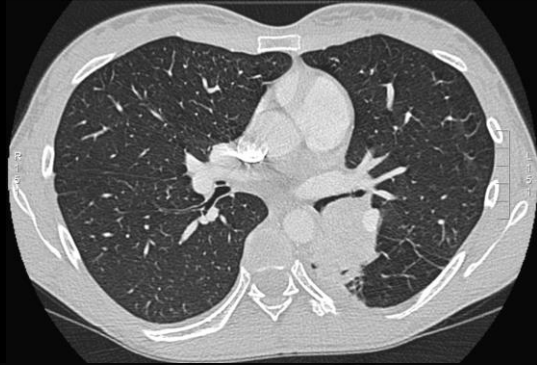
**Triade de Carney incomplète
(manque l'hamartochondrome pulmonaire)**



**Masse médiastinale
hypervascularisée
+
Lésion nodulaire pariétale gastrique
≠ ADK**



Patiente 29 ans, toux et hémoptysies



Masse tumorale hypervascularisée

Limites nettes

Relativement homogène

Para médiastinale postérieure

Sans signe d'envahissement des structures voisines

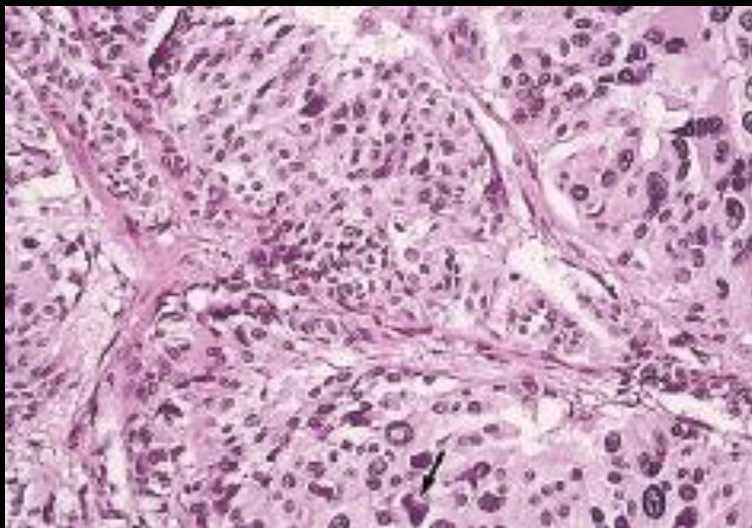


- 1 à 2 % des tumeurs bronchiques
- Age moyen 45 ans
- Pas d'association avec le tabagisme ou l'inhalation d'autres carcinogènes +++

Tumeur carcinoïde bronchique

- **Clinique importante !**
 - Fièvre
 - Toux
 - Douleurs thoraciques
 - Hémoptysies (50% => tumeur très vascularisée)
 - Expectorations
 - Wheezing
 - Symptômes d'asthme
 - Patients asymptomatiques 25% => découverte fortuite

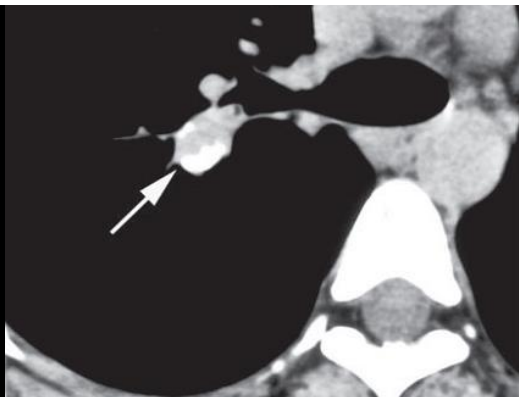
- Cellules tumorales hormono-sécrétantes : Sérotonine, ACTH, Somatostatine, Bradykinine
- Rarement symptômes en rapport avec la sécrétion :
 - Syndrome de Cushing 2% par sécrétion ACTH
- Syndrome carcinoïde présent qu'en cas de métastase hépatique (flush, diarrhée)
- Métastases 15% : Foie, os, surrénales et cerveau



- **Aspect endoscopique : Caractéristique**
 - Nodule endobronchique polypoïde
 - Aspect de 'cerise rouge'
 - Risque d'hémorragie massive après biopsie



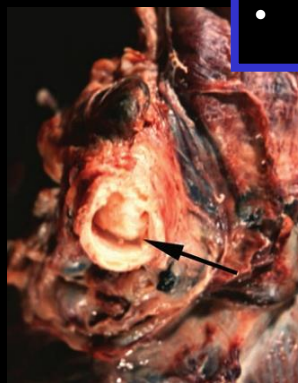
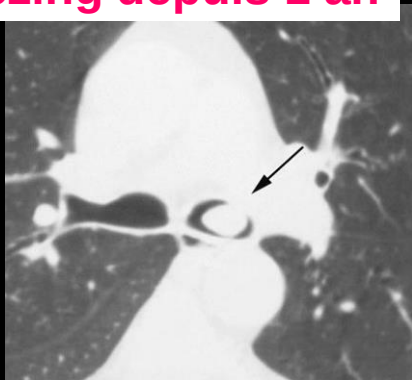
Femme 26 ans, hémoptysie



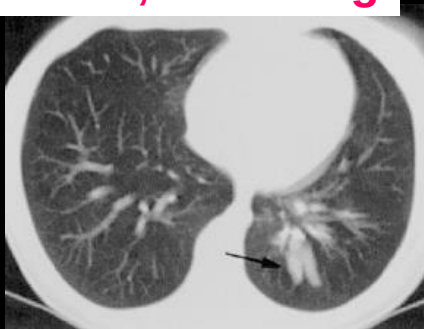
TDM :

- Formes centrales typiques, avec obstruction bronchique
- Formes atypiques plus périphériques avec fréquente extension ganglionnaire
- Hypervascularisation +++ 90%
- Calcifications 20%

Homme 42 ans, wheezing depuis 1 an



Femme 42 ans, wheezing



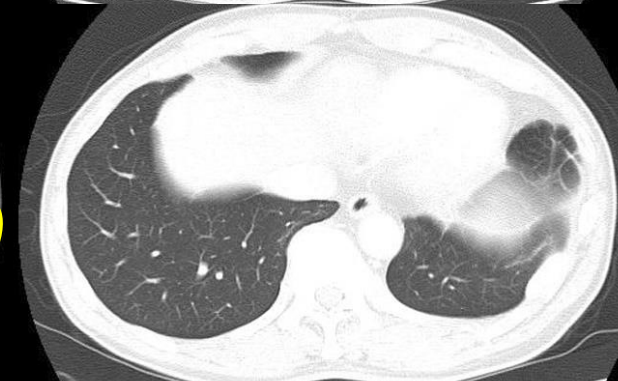
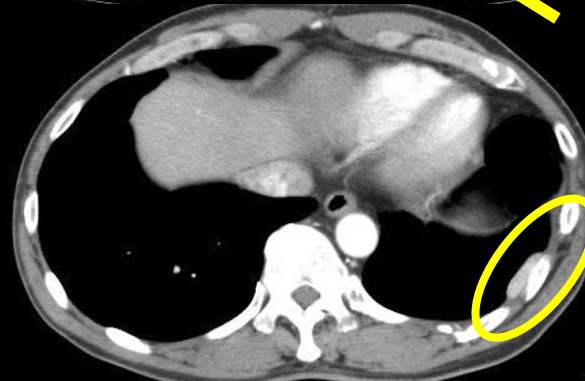
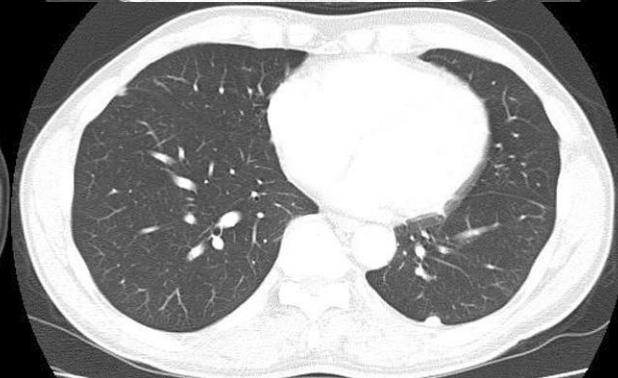
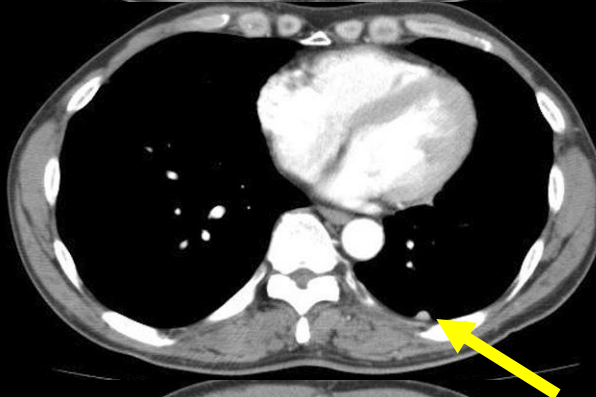
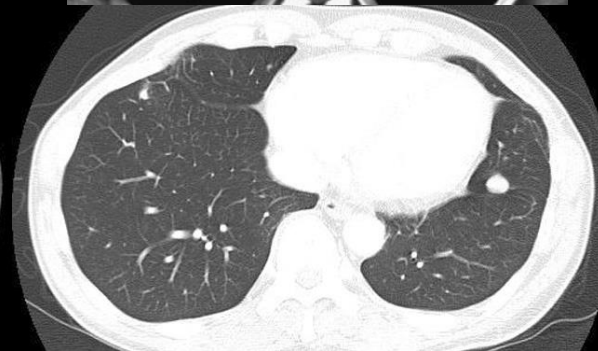
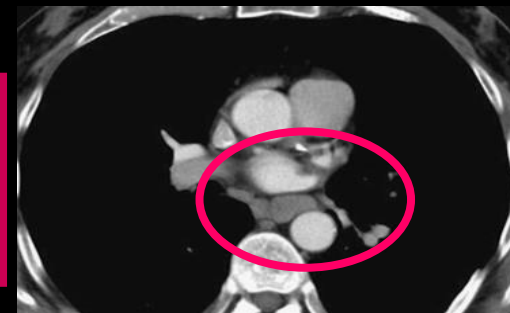
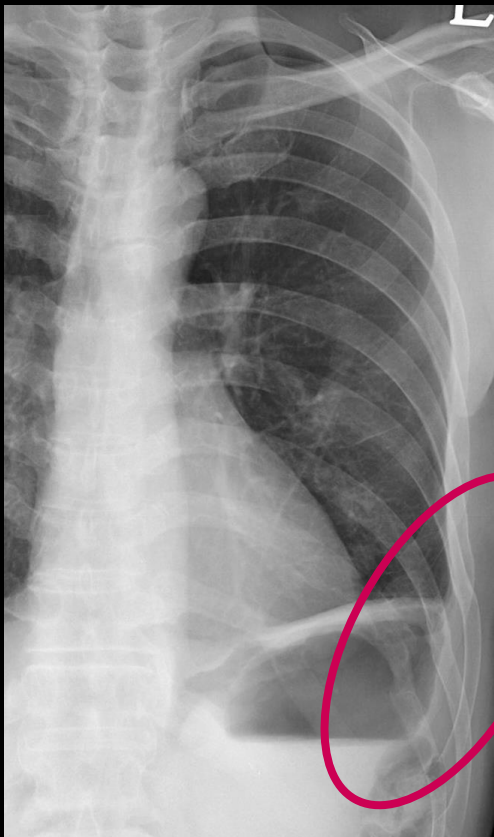
Homme 54 ans, adénocarcinome prostatique

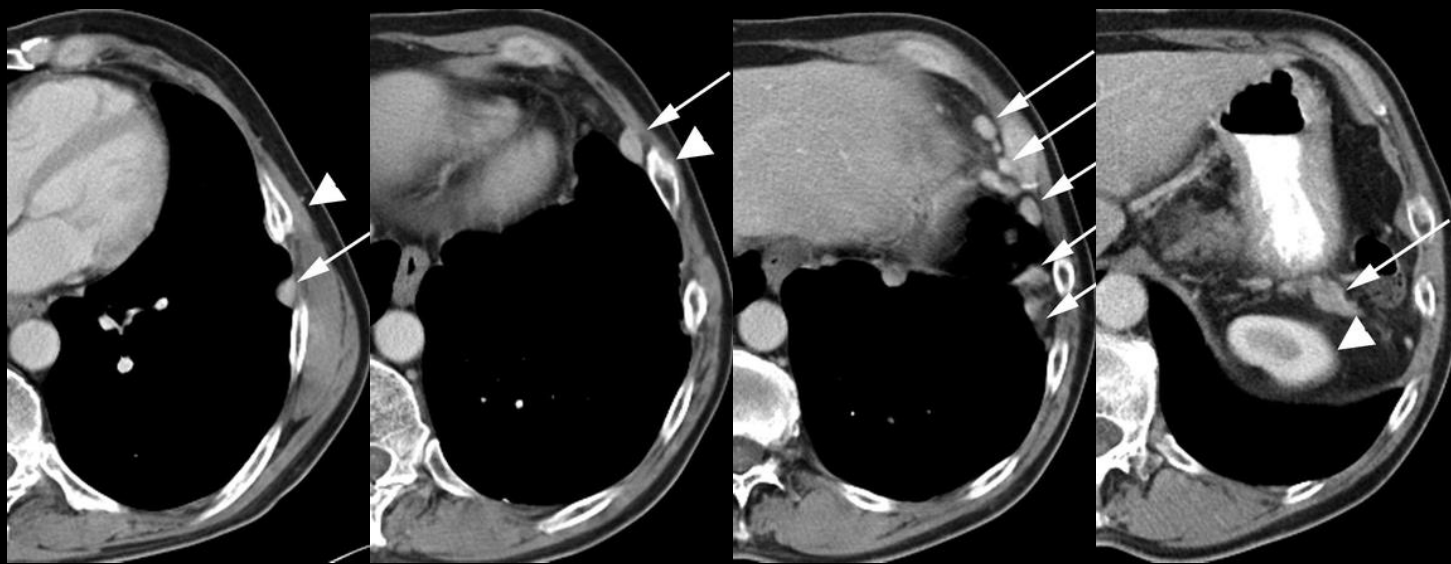
Adénopathies ?

Petits nodules pulmonaires Gauches : 1

scissural, 2 pleuraux bien rehaussés

Fractures de côtes G





Autotransplantation thoracique de tissu splénique

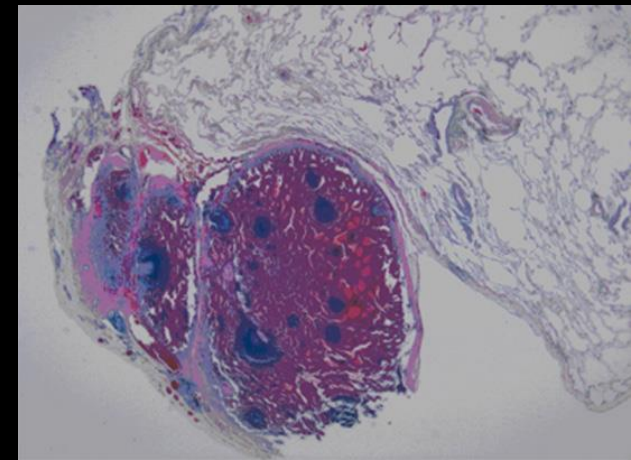
Survient dans 18% des traumatismes de la rate (brèche diaphragmatique) ou dans les suites d'une splénectomie chirurgicale

Toujours à gauche

Asymptomatique / hémoptysies

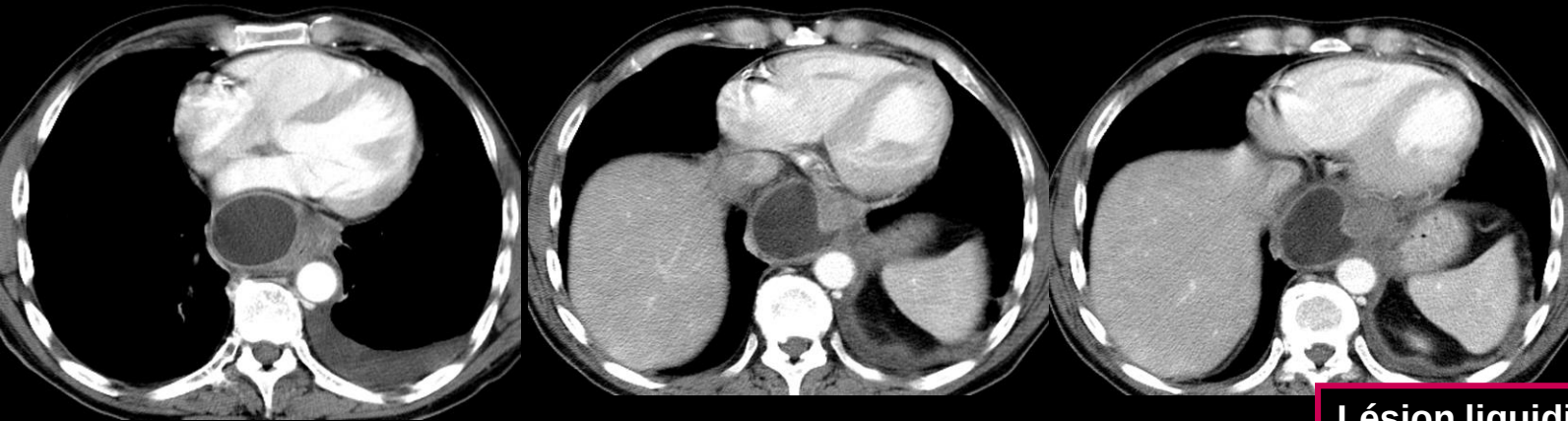
Confirmation diagnostique : scintigraphie

- Colloïdes ou hématies fragilisées par la chaleur et marquées au ^{99m}Tc
- Plaquettes marquées au $^{111}\text{Indium}$

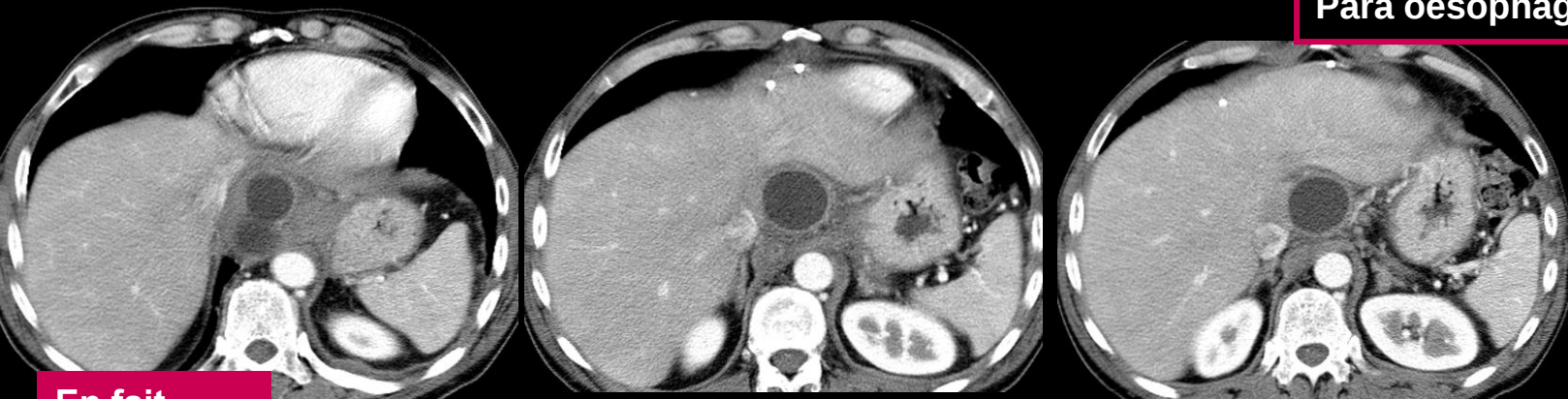


Splénose thoracique

Patient 57 ans, éthylique +++

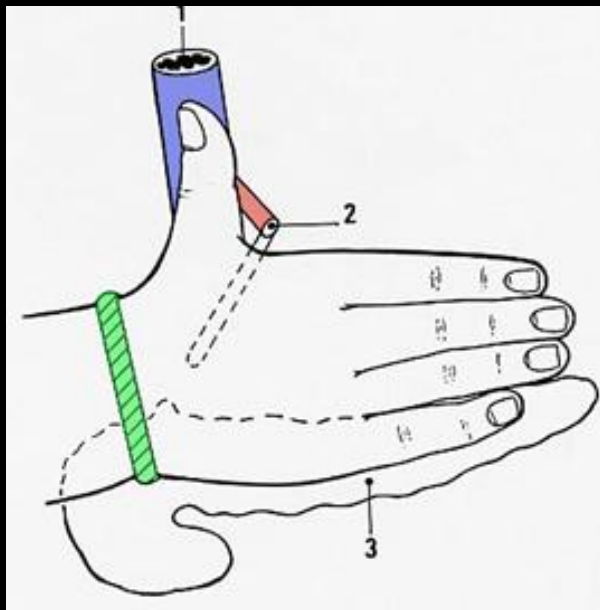


Lésion liquidienne kystique
Médiastinale postérieure
Para oesophagienne droite



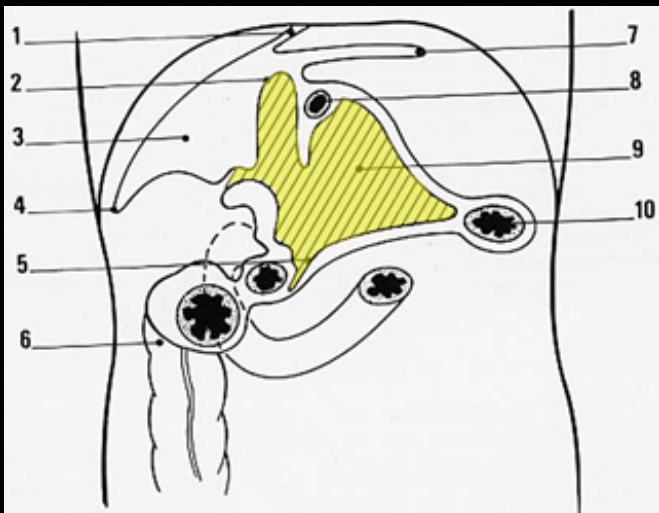
En fait....

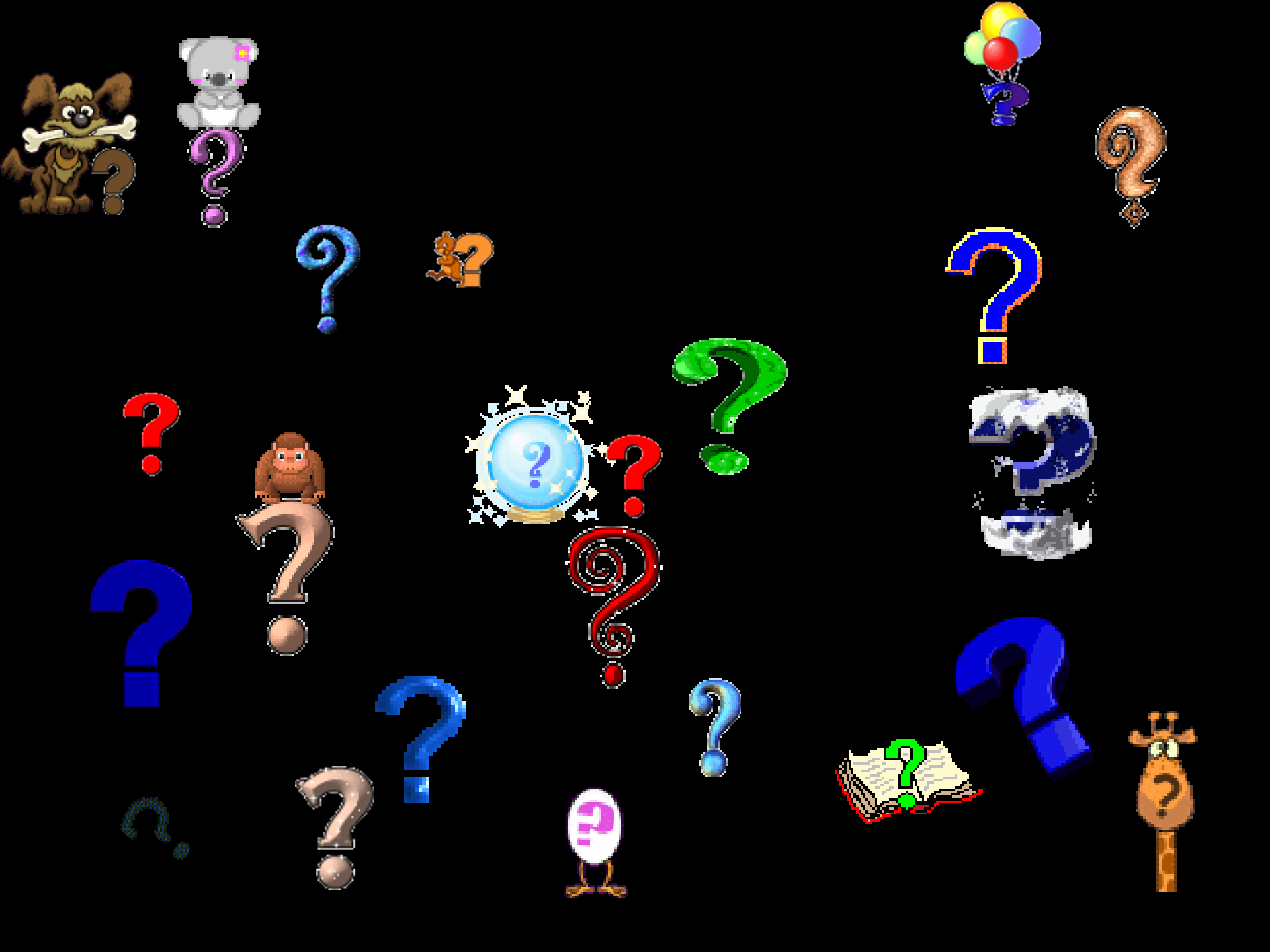




Pseudo-kyste médiastinal

Via le recessus supérieur du vestibule de l'arrière cavité des épiploons





jeune femme 37 ans , douleurs thoraciques
droites , toux non productive

antécédents récents de **pneumothorax**
spontané précédé de quelques semaines
d'un pneumothorax gauche

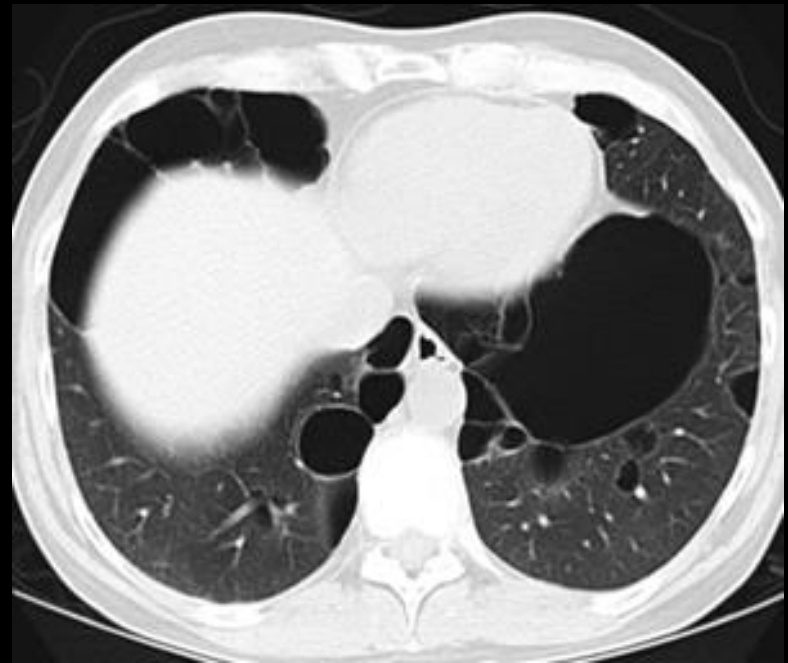
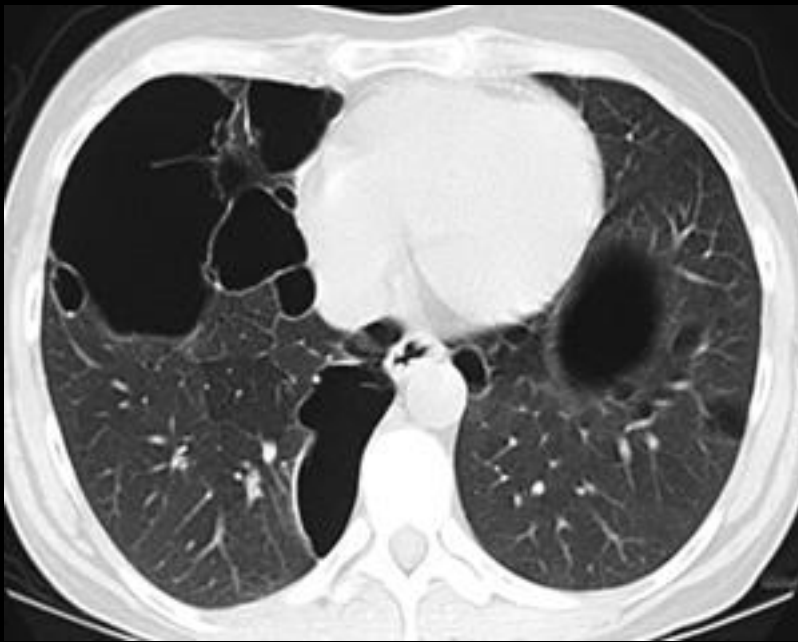
15 paquets année

néphrectomie pour **cancer du rein** 2 ans
plus tôt

pneumothorax spontanés chez la mère et
une sœur

alpha 1 antitrypsine normale





quels diagnostics peut on évoquer devant des pneumothorax récidivants
chez une jeune femme , en âge de procréer



lymphangioléiomyomatose

endométriose pleurale

pneumocystose

pneumonie interstitielle lymphoïde

histiocytose

... cancer du rein ???

Birt–Hogg–Dube´ syndrome

Rafael E. Coplin, M.D., MPH
Hospitalist Program
Eliza Coffee Memorial Hospital
Florence Alabama USA



le sd de BHD est caractérisé par:

des manifestations cutanées en particulier tumeurs des follicules
pileux

des cancers du rein

des kystes pulmonaires

des polypes et des adénocarcinomes coliques

Birt-Hogg-Dube' syndrome

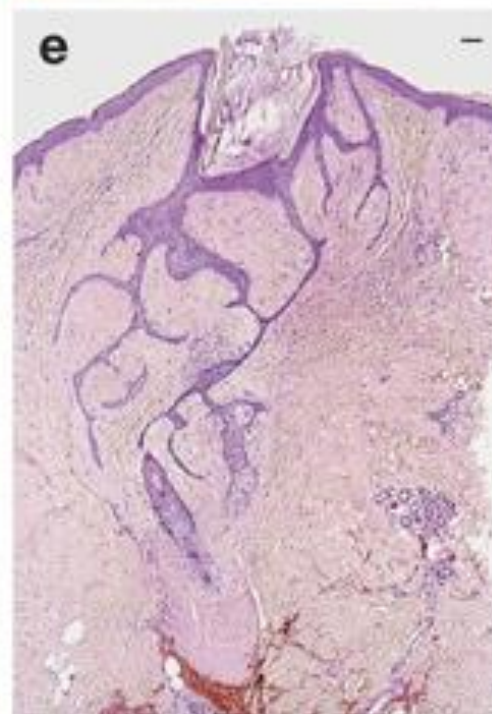
Rafael E. Coplin, M.D., MPH
Hospitalist Program
Eliza Coffee Memorial Hospital
Florence Alabama USA



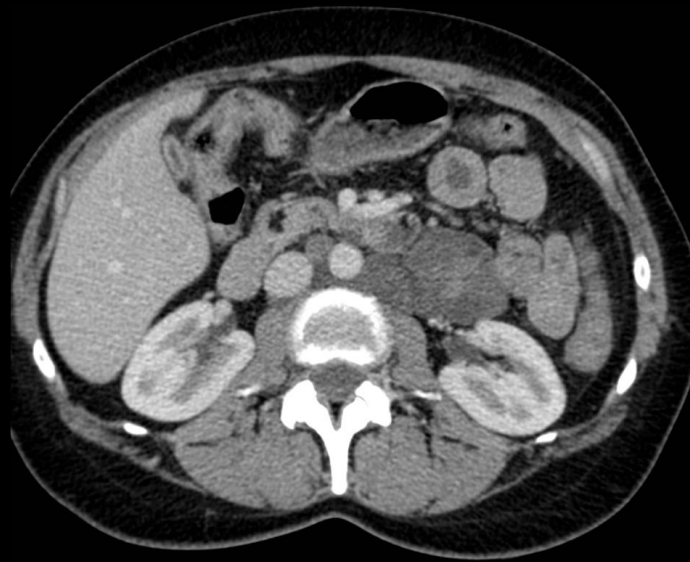
géo dermatose héréditaire à transmission autosomique dominante qui prédispose aux **fibrofolliculomes** , aux cancers du rein , aux kystes pulmonaires et aux pneumothorax.

il a été décrit en 1977 dans une famille dont les membres étaient porteurs de multiples petites papules colorées de la face et du cou

le gène responsables a été localisé sur le chromosome 17p11.2



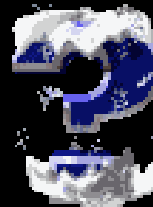
folliculofibromes
et trichodiscomes



F 46 ans

Pas d'ATCD

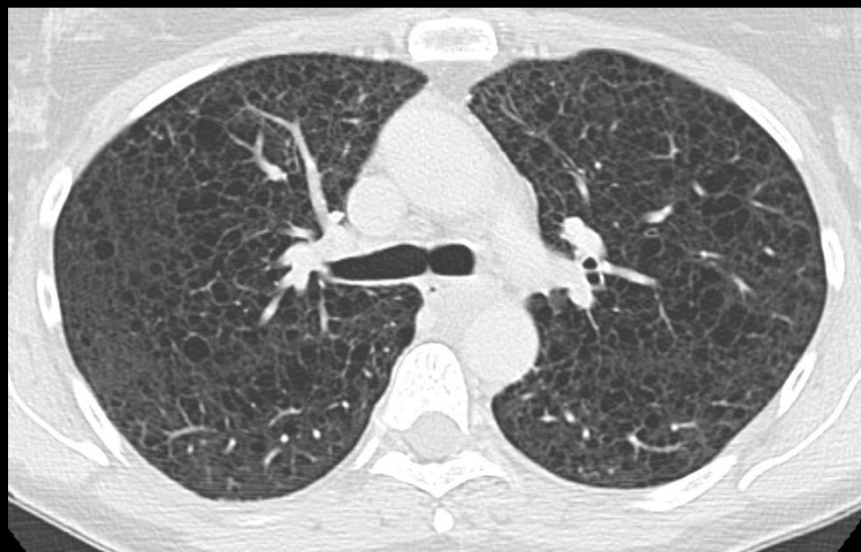
Bilan de masse pelvienne de découverte
fortuite à l'examen gynécologique



Étage thoracique







Lymphangioléiomyomatose + lymphangiectasies

Femme jeune

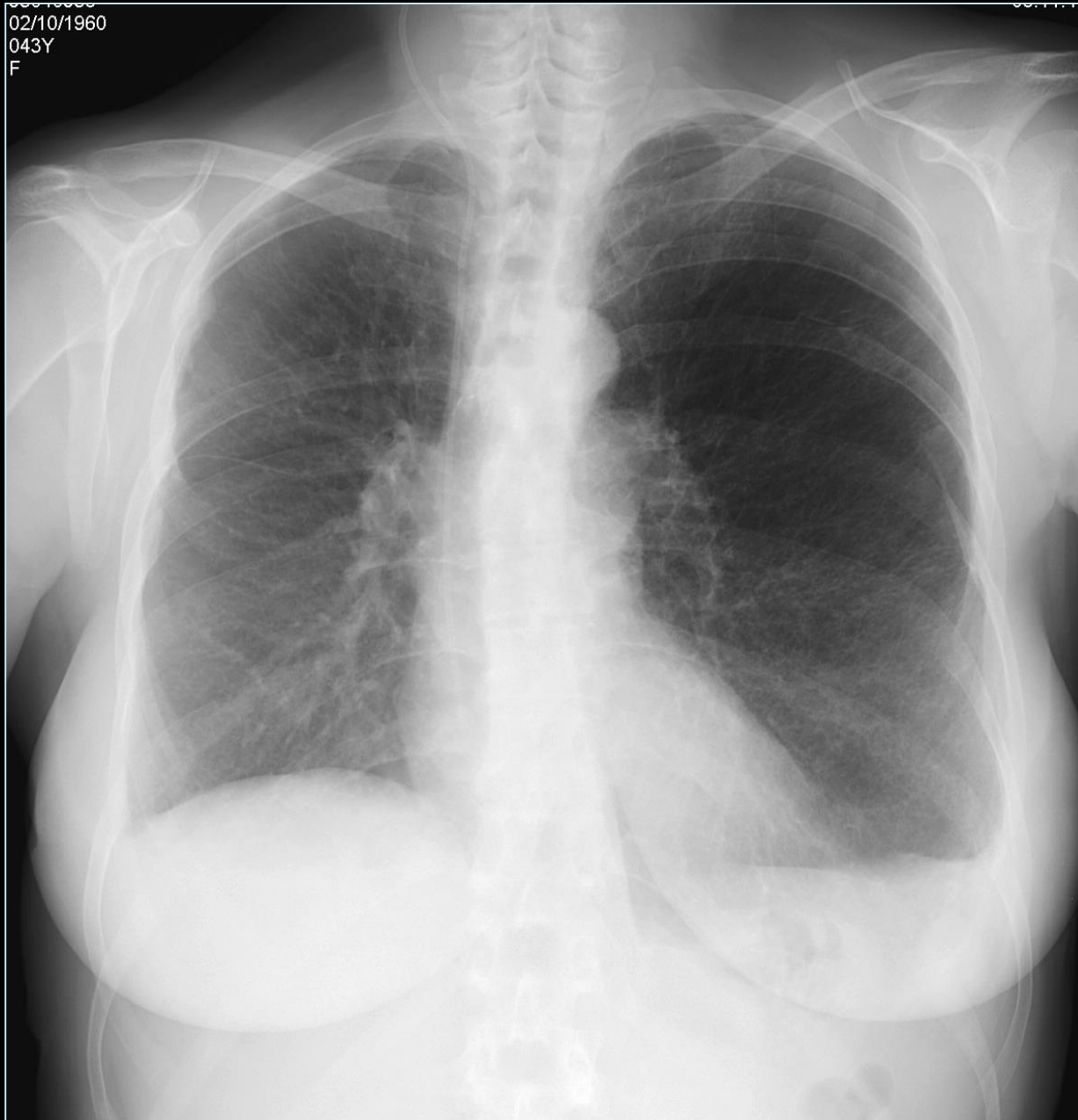
Kystes pulmonaires

Ascite chyleuse,
chylothorax

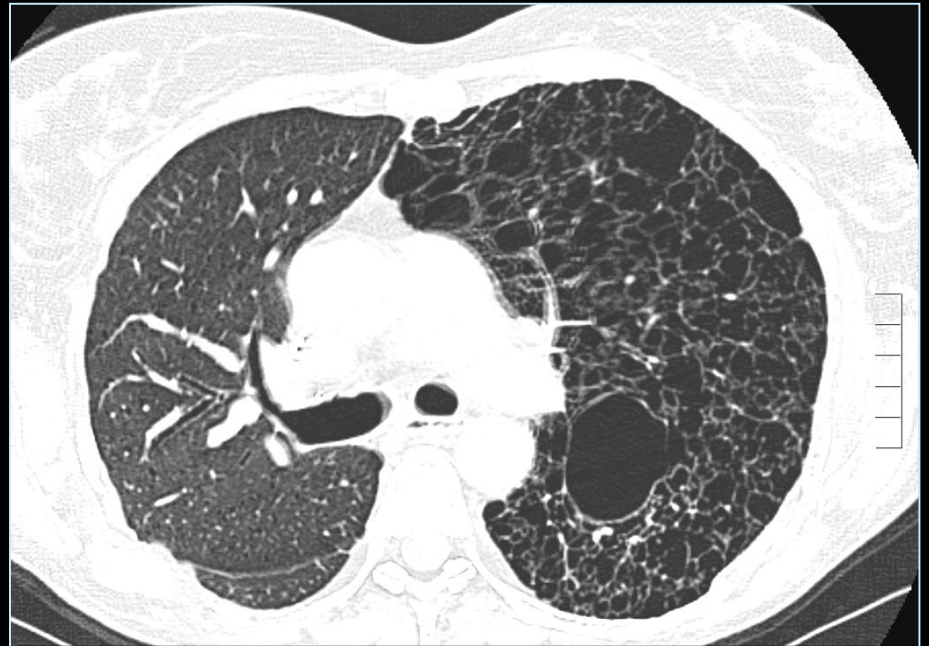
Angiomyolipomes rénaux

Surveillance après greffe pulmonaire D en 1998

Pas de symptomatologie clinique



TDM INSPIRATION



F 55 ans

Gougerot

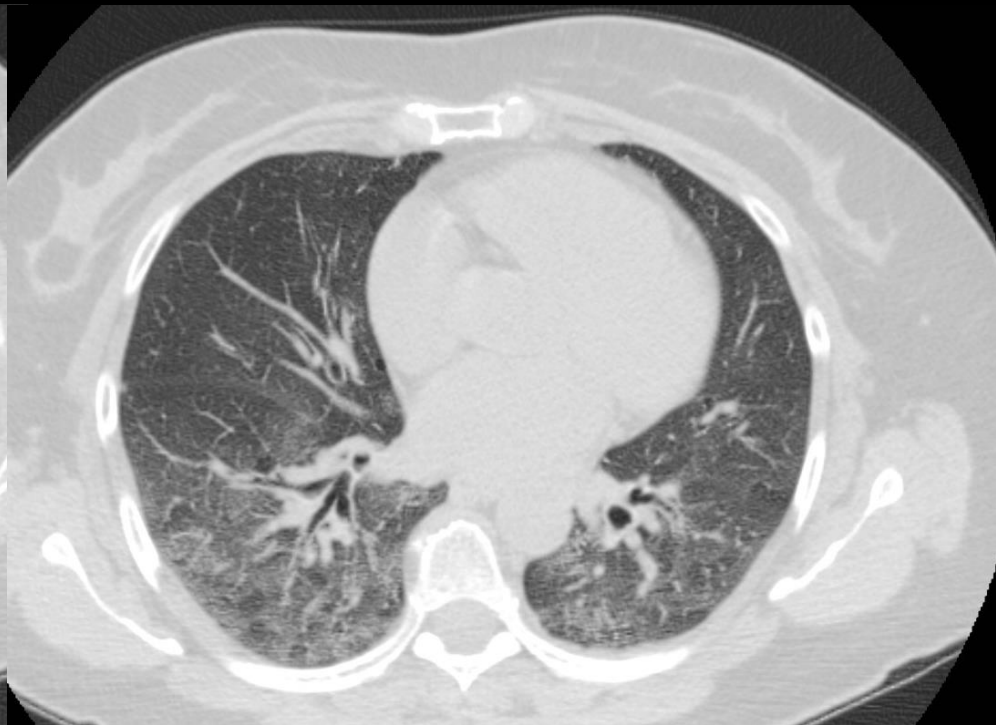
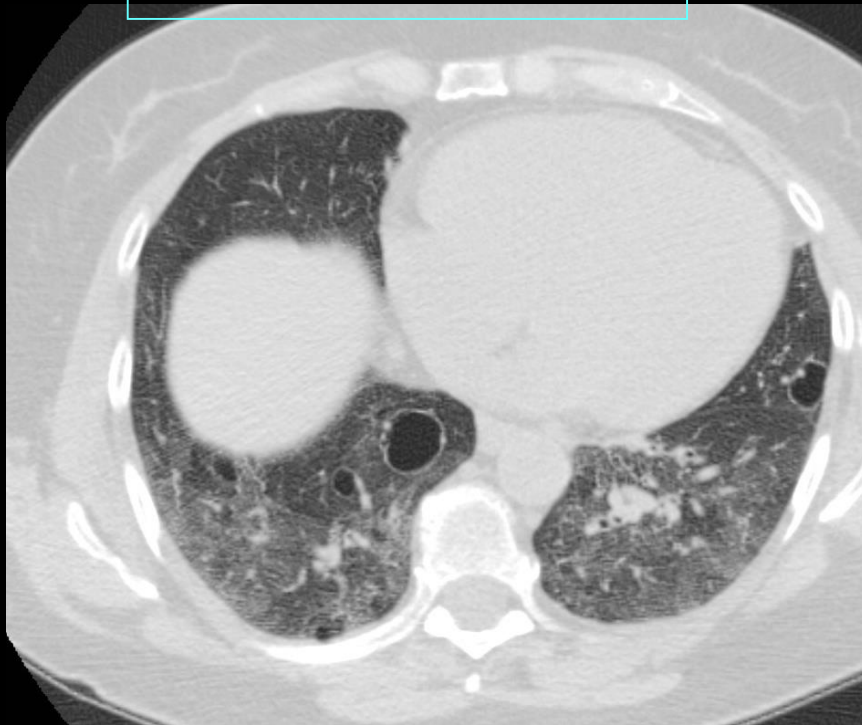
LIP

Pneumopathie interstitielle lymphoïde



Verre dépoli + Kystes

Lobes inférieurs +++

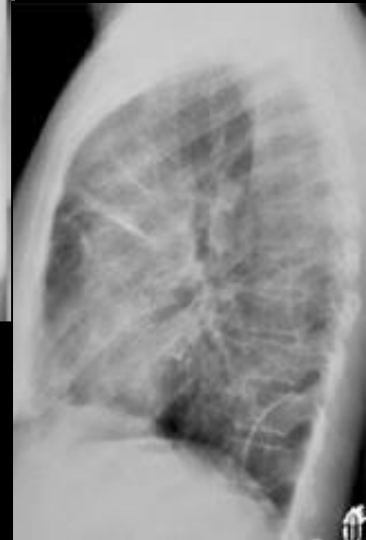
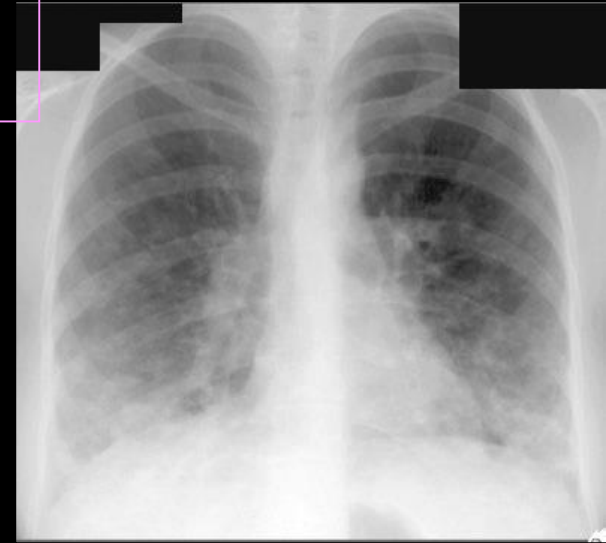


LIP

Pneumopathie interstitielle lymphoïde

- **clinique**

- plus fréquente chez la **femme**
- **4^{ème} à 6^{ème} décade**
- toux et dyspnée
- sd restrictif
- **maladies du collagène** avec
composante vasculaire
Sd de Sjögren
PR
LEAD
- **greffes médullaires**
- **SIDA**
rare chez l'adulte
fréquent chez l'enfant
- dysprotéinémies



- **imagerie**

RT standard

- prédomine aux bases
- réticulo nodulaire

CT

- verre dépoli

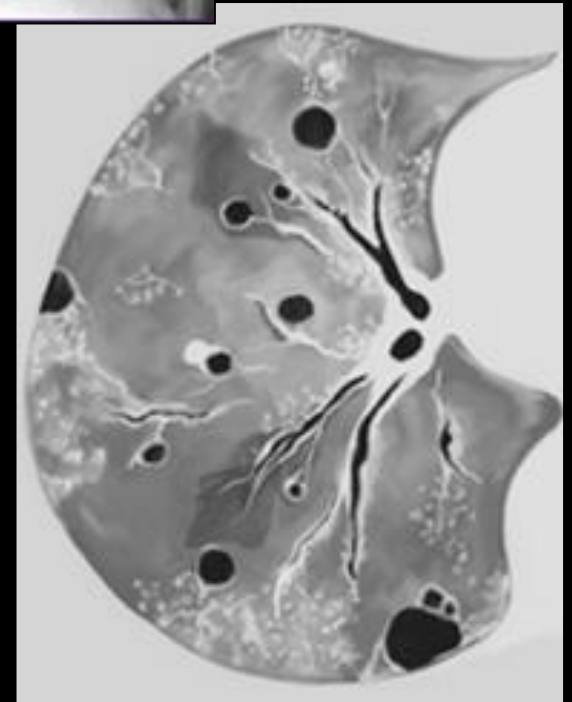
- nodules

centro lobulaires
contours mal
définis

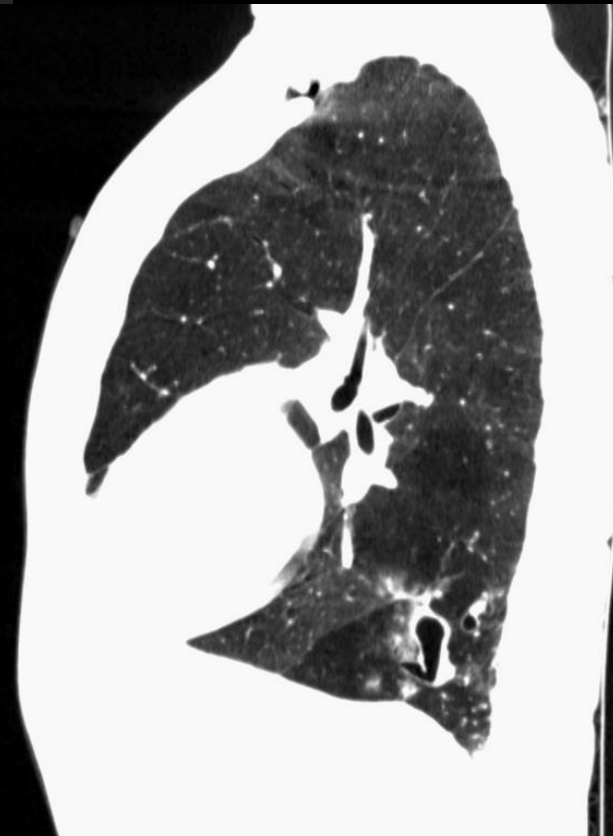
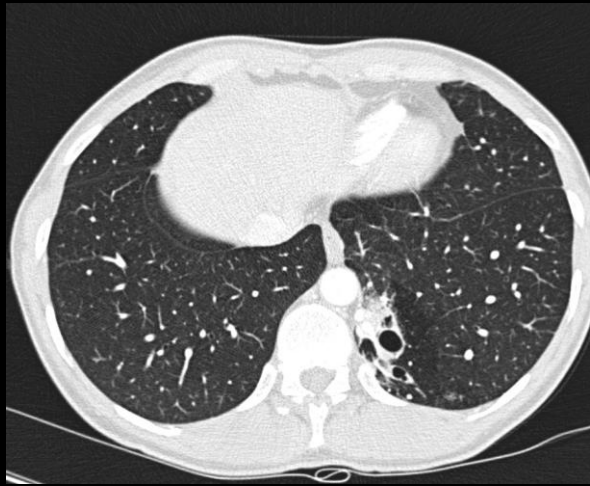
- images kystiques

- épaissement

- adénopathies



LIP



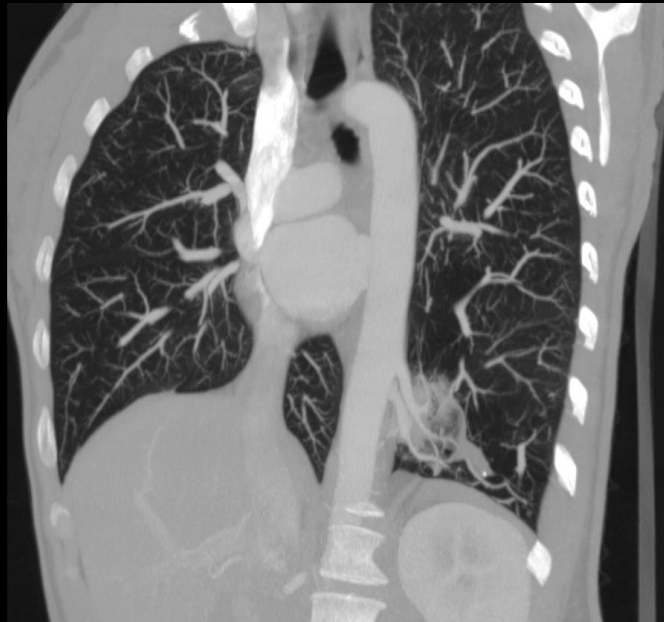


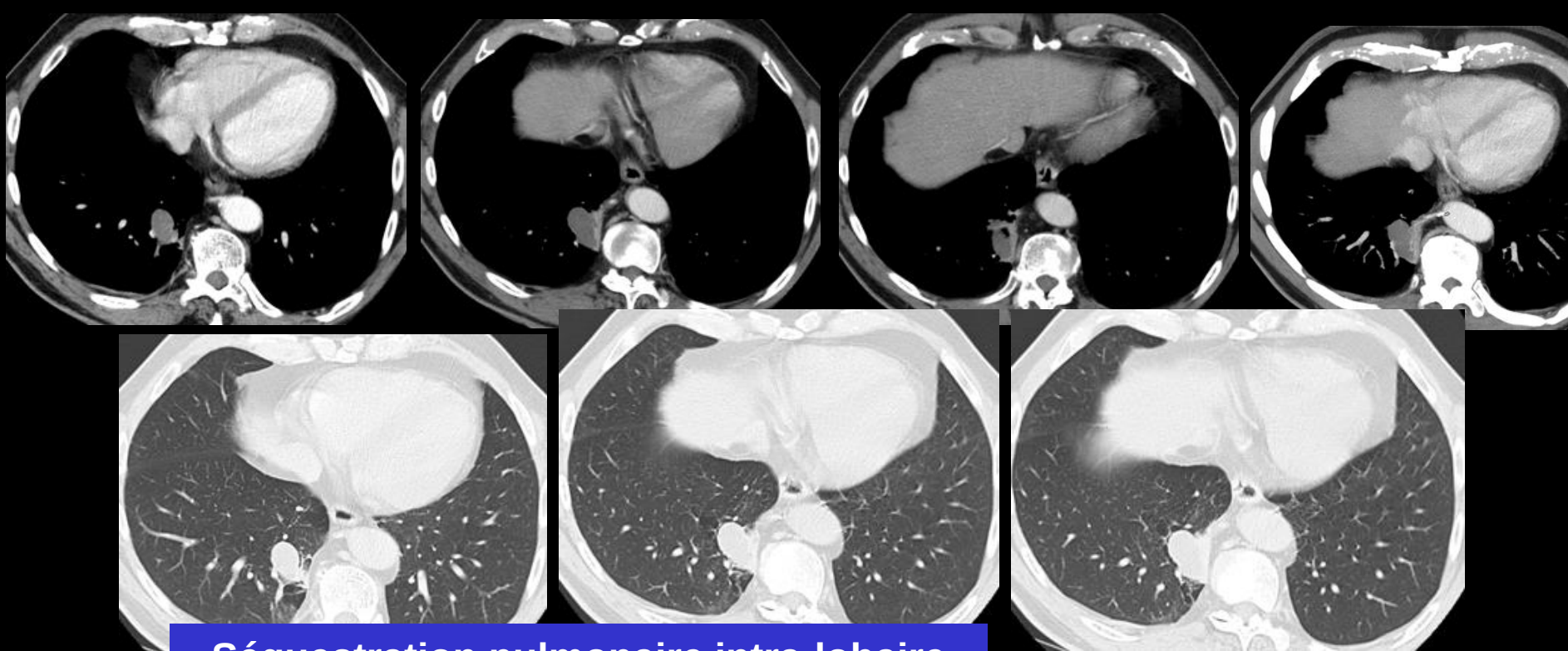
Lésion solide +/- kystique

Pédicule artériel aortique

Drainage veineux pulmonaire

Parenchyme péri - lésionnel emphysémateux





Séquestration pulmonaire intra-lobaire

Anomalie congénitale : segment pulmonaire isolé / arbre trachéo-bronchique

Adultes

Intra lobaire (75% des cas)

Paravertébral G +++

Pas d'enveloppe pleurale propre (plèvre viscérale du poumon normal)

Apport systémique / retour veineux pulmonaire

Composante alvéolaire ou caverneuse

Malformations cardiaques fréquentes

Nourrissons

Extra lobaire (25% des cas)

Basi thoracique G, possible localisation sous-phrénique

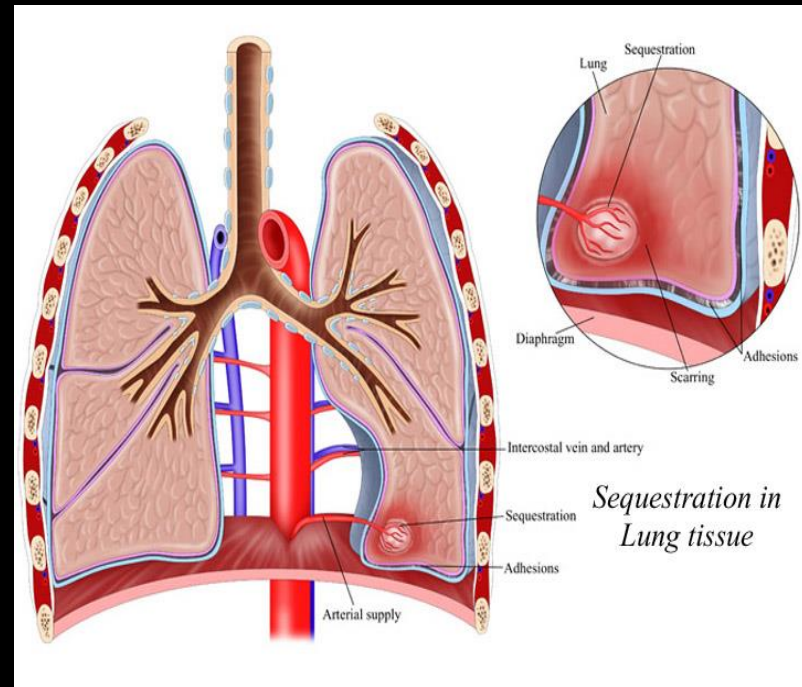
Enveloppe pleurale propre

Retour veineux systémique (80 %) (azygos)

Malformations diaphragmatiques fréquentes (paralysie, hernie) par perturbation de la fermeture du canal pleuro-péritonéal

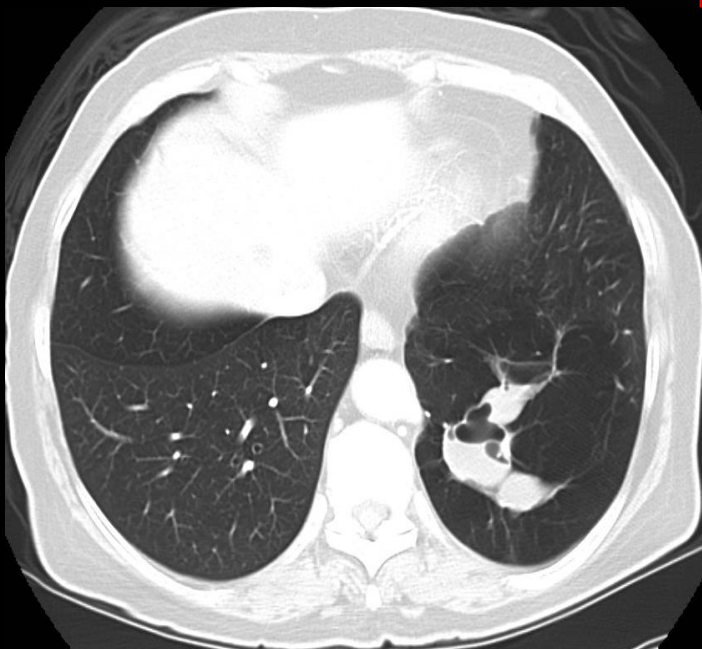


En pratique



Devant une masse kystique postéro-basale gauche
avec
une vascularisation propre issue de l'aorte

Toujours penser à la séquestration
pulmonaire



Merci de votre attention ... !!!



STOP SMOKING ...

