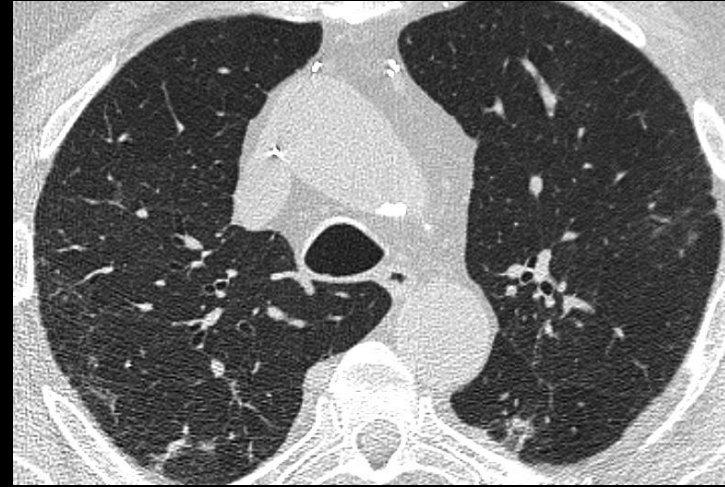


Patient de 70 ans présentant une fièvre inexplicée depuis 2 ans.

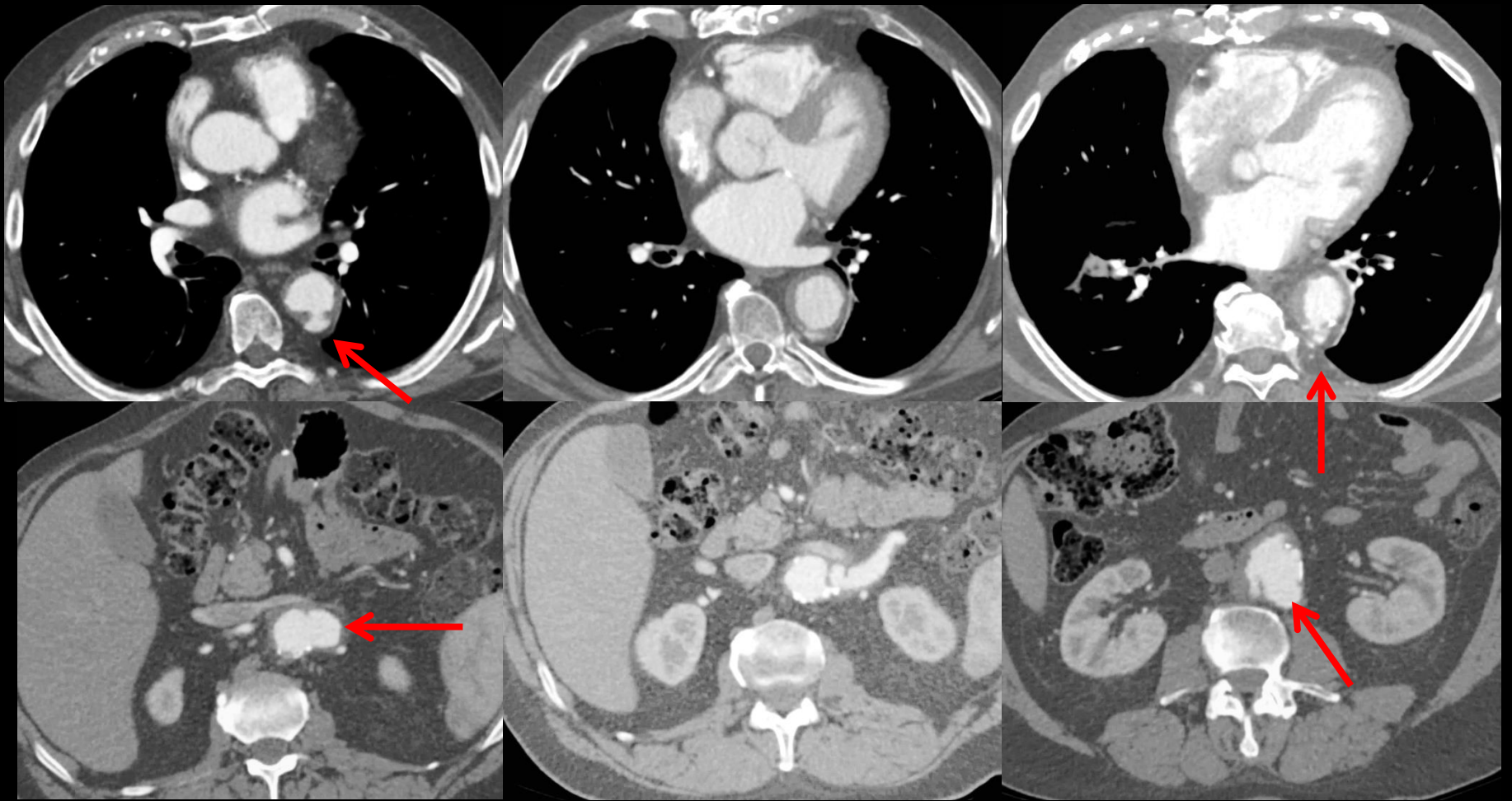
Suivi pour une LMC.

Apparition d'une toux productive et d'un syndrome inflammatoire biologique.

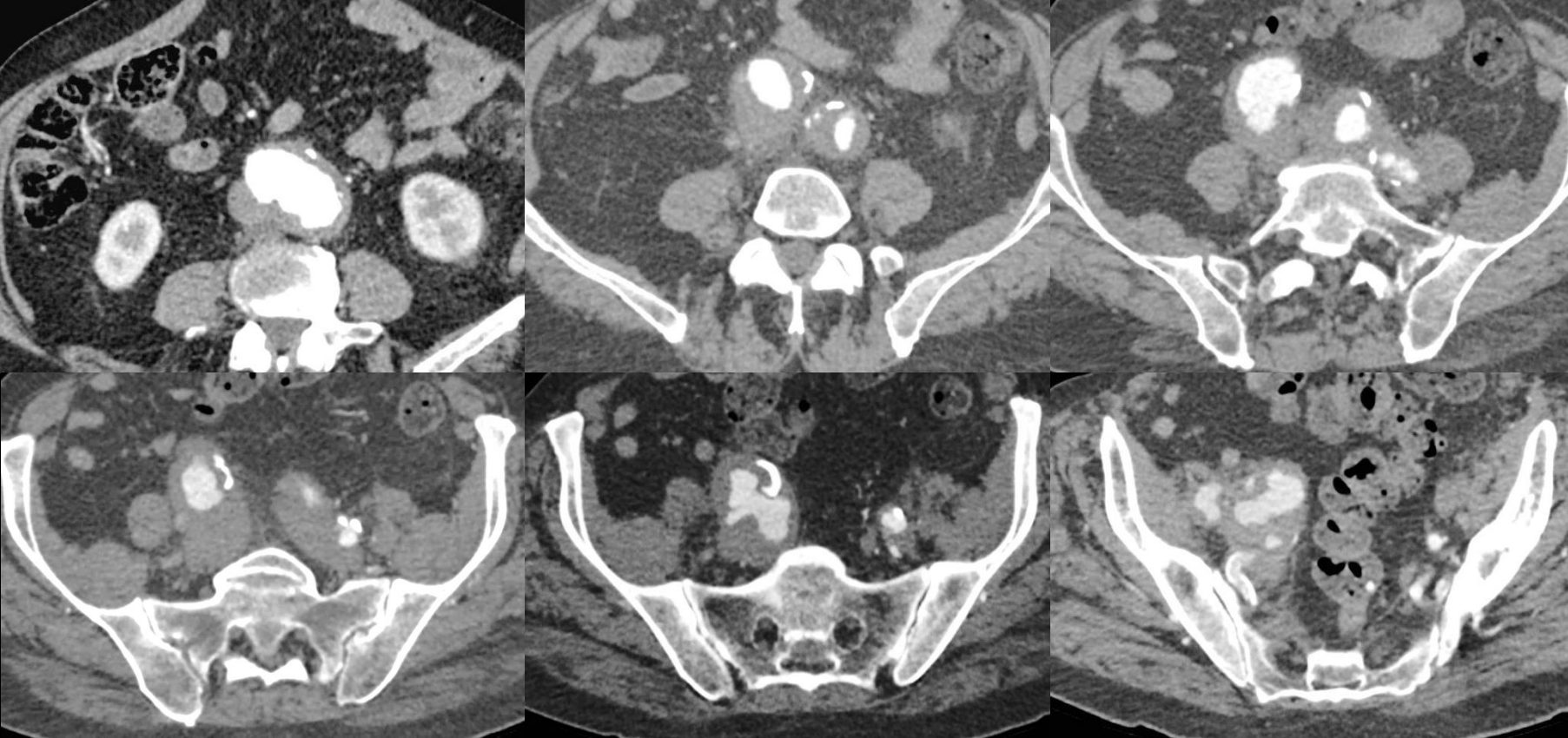
Premier scanner réalisé sans IV.



- foyers de condensation nodulaires bilatéraux : emphysème centrolobulaire en relation avec un tabagisme ancien ; lobe azygos
- ectasie localisée du bord gauche de l'aorte abdominale ,en regard d'une discontinuité des calcifications athéromateuses pariétales



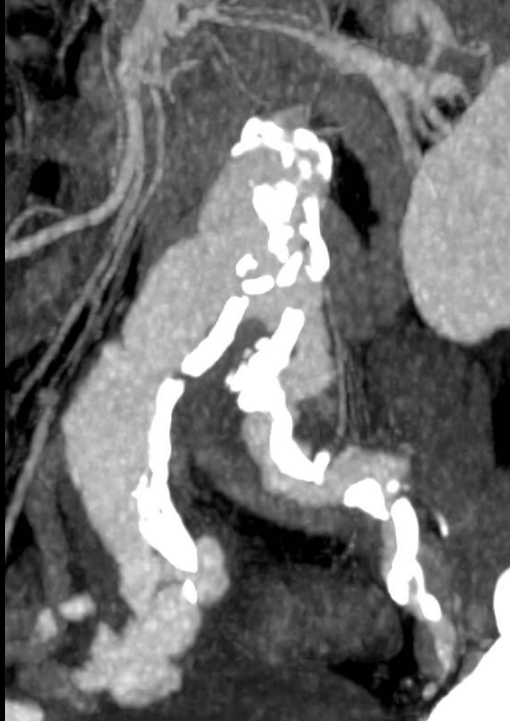
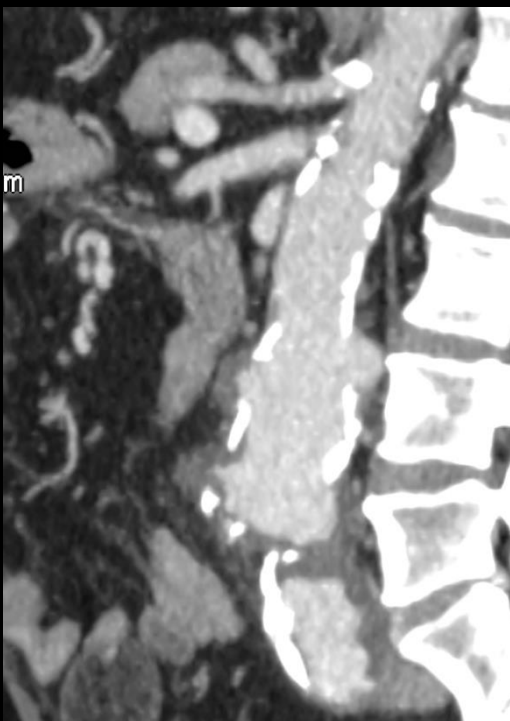
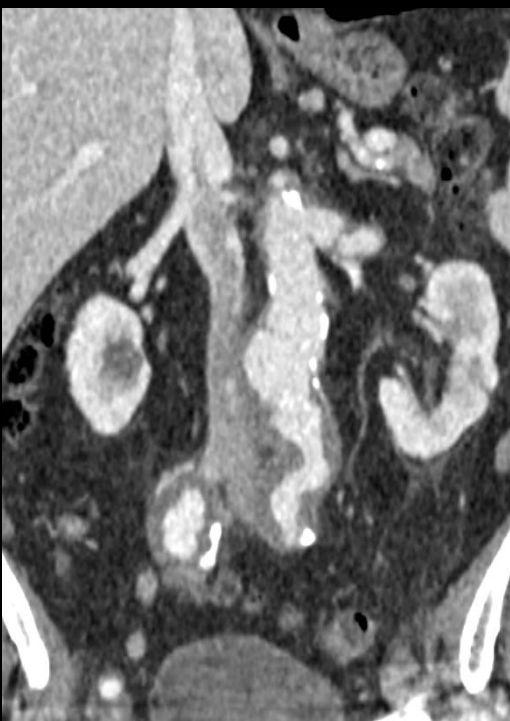
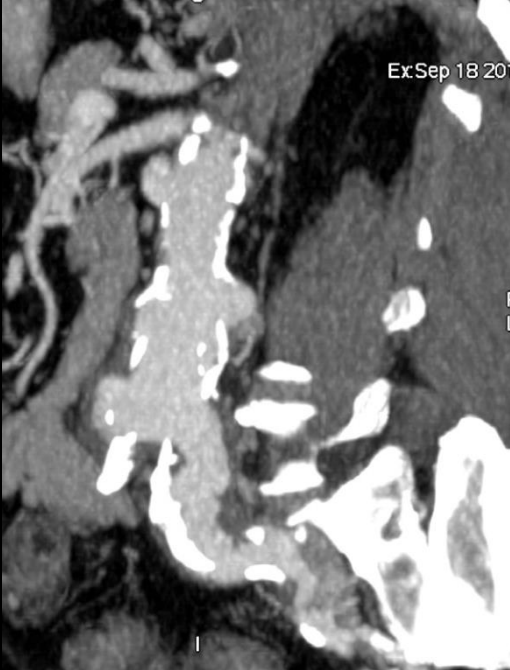
sur un second scanner réalisé 10 jours après le précédent , avec injection, on objective plusieurs **formations anévrismales ou pseudo-anévrysmes sacciformes** à contours lobulés de l'aorte thoracique descendante et de l'aorte abdominale haute
important athérome calcifié aorto-iliaque

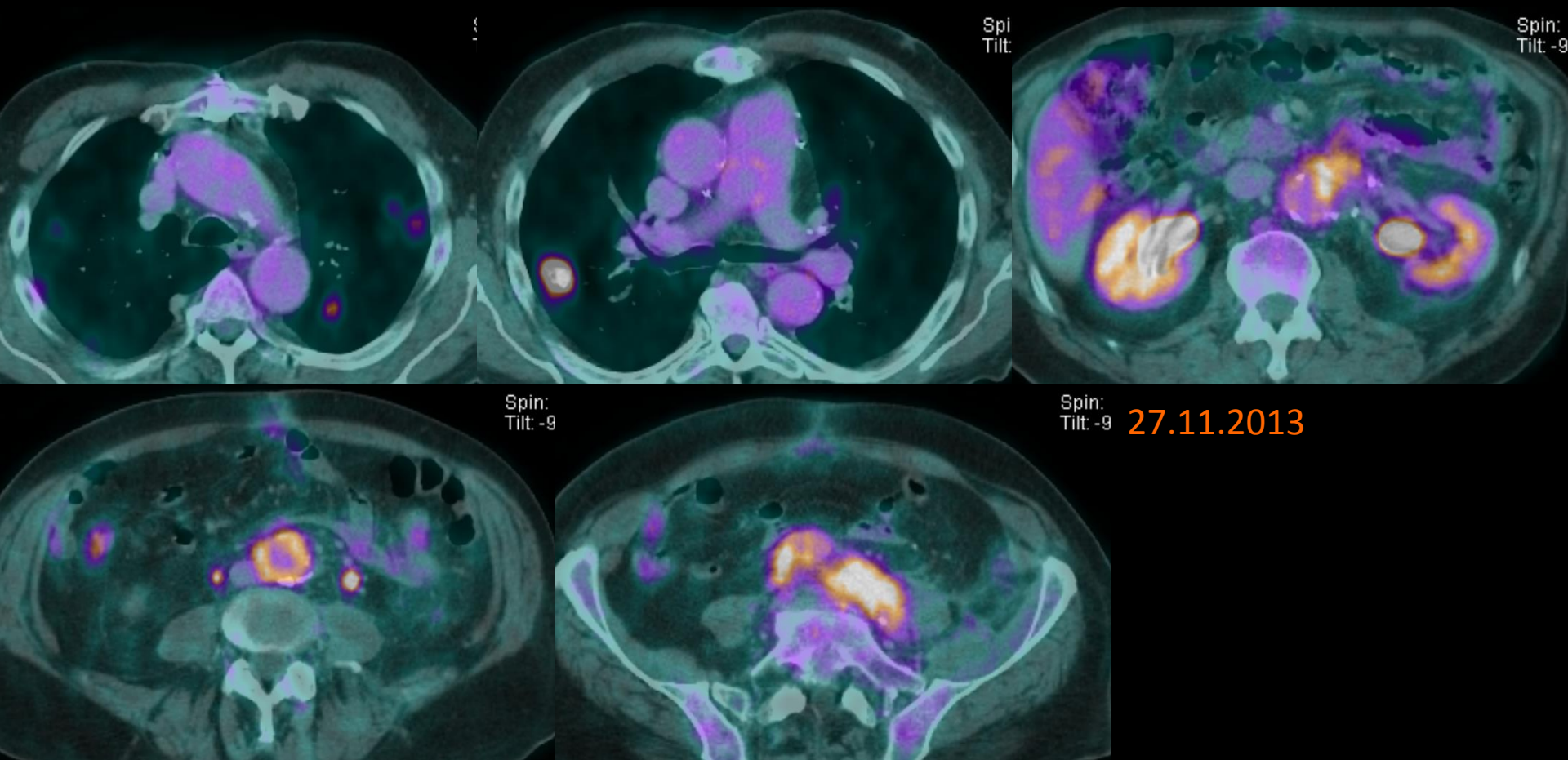


sur ce même examen , on met en évidence des **anévrismes sacciformes** de l'aorte abdominale sous rénale, de l'artère rénale supérieure gauche, des artères iliaques communes/internes/externes

une origine infectieuse est évoquée , sur les aspects morphologiques , car il n'y a pas d'épisode infectieux sévère dans les antécédents . On pense à des anévrismes mycotiques développés sur lésions athéromateuses calcifiées étendues (qui seront bien objectivées sur les reformations coronales)

18.09.2013

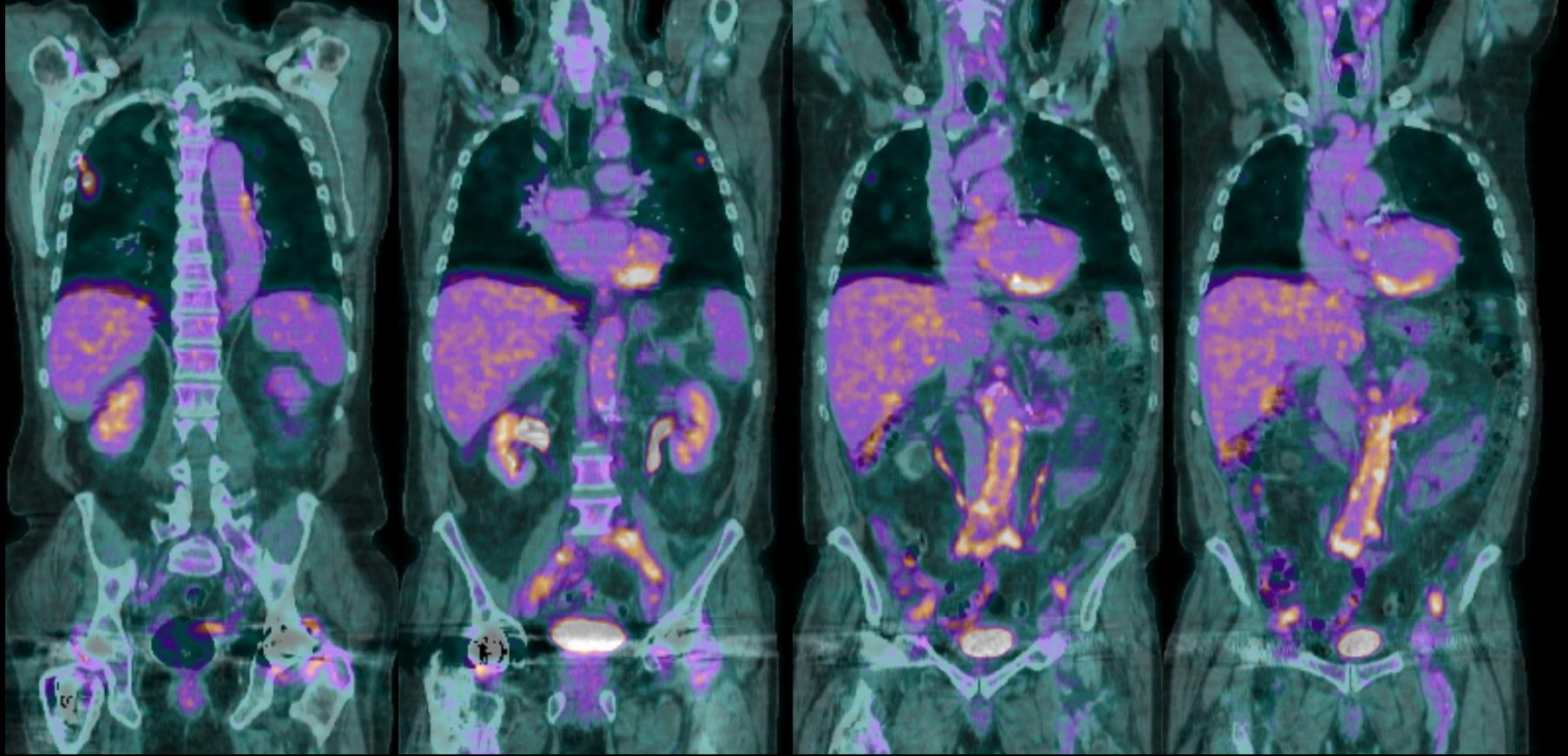




Sur le PET-CT au 18FDG, on objective :

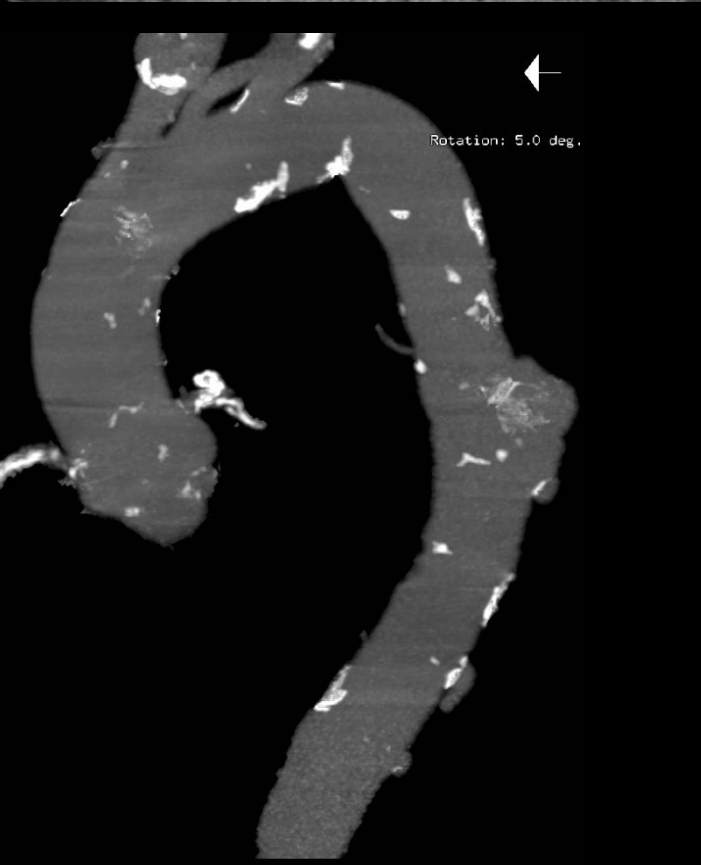
des lésions pulmonaires hypermétaboliques

-un hypermétabolisme intense des parois de l'aorte abdominale sous-rénale et des artères iliaques primitives



27.11.2013

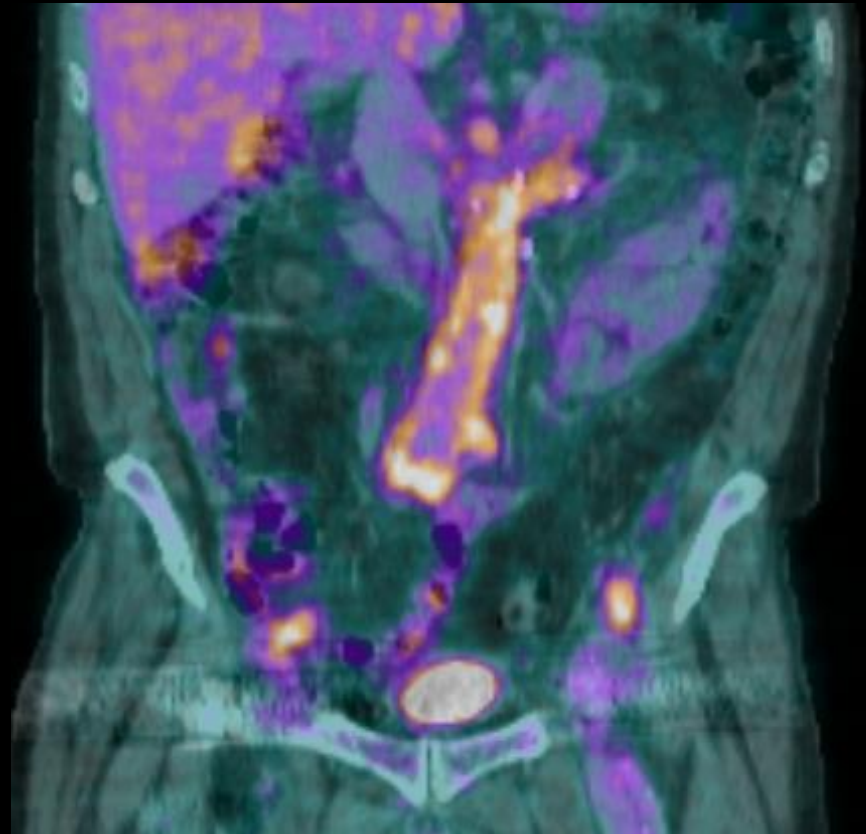
une prise en charge chirurgicale avec mise en place d'une prothèse aorto-iliaque est décidée



03.01.2014

Contrôle après chirurgie : mise à plat de l'anévrisme et multiples pontages

Les biopsies réalisées lors du geste chirurgical permettent d' identifier **un LMNH B diffus à grandes cellules au niveau de l'aorte et des lésions pulmonaires**



Tumeurs primitives de l'aorte

Rarissimes, **moins de 100 cas** dans la littérature

Premier cas rapporté en 1873 par Brodowski (diagnostic autopsique d'un fibrosarcome aortique multimétastatique chez un homme de 52 ans)

Premier diagnostic ante mortem en 1960

Age moyen: **50-60 ans** H/F = 1,2

Facteurs de risque :

aucun clairement identifié (manque de puissance des séries)

exposition aux **radiations ionisantes** ?

polymères du plastique (Dacron) : mis en évidence sur des séries animales



Tumeurs primitives de l'aorte

Clinique :

dyspnée (70%)
douleur thoracique (50%)
toux (35%)
syncope (20%)

Mode de révélation :

événement thrombo-embolique ++
fièvre prolongée inexplicquée

Localisation :

aorte thoracique ou abdominale : même proportions
aorte thoracique ET abdominale : beaucoup moins fréquent (20%)

Nature histologique :

32 lymphomes sur une série de 59 patients en 1986 : 54% ,généralement agressifs , B diffus à grandes cellules , souvent liés à l'EBV

Tumeurs primitives de l'aorte

| Diagnostics différentiels | Forme localisée | Forme diffuse | Tumeurs bénignes | Tumeurs malignes |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| | Adénopathie | Anévrismes mycotiques | Fibroélastome papillaire endothélial | Sarcomes peu différenciés |
| | Thrombus intraluminal | Dissection aortique | | Hémangio-endothéliome malin |
| | Tumeur de voisinage | | | Histiocytome |

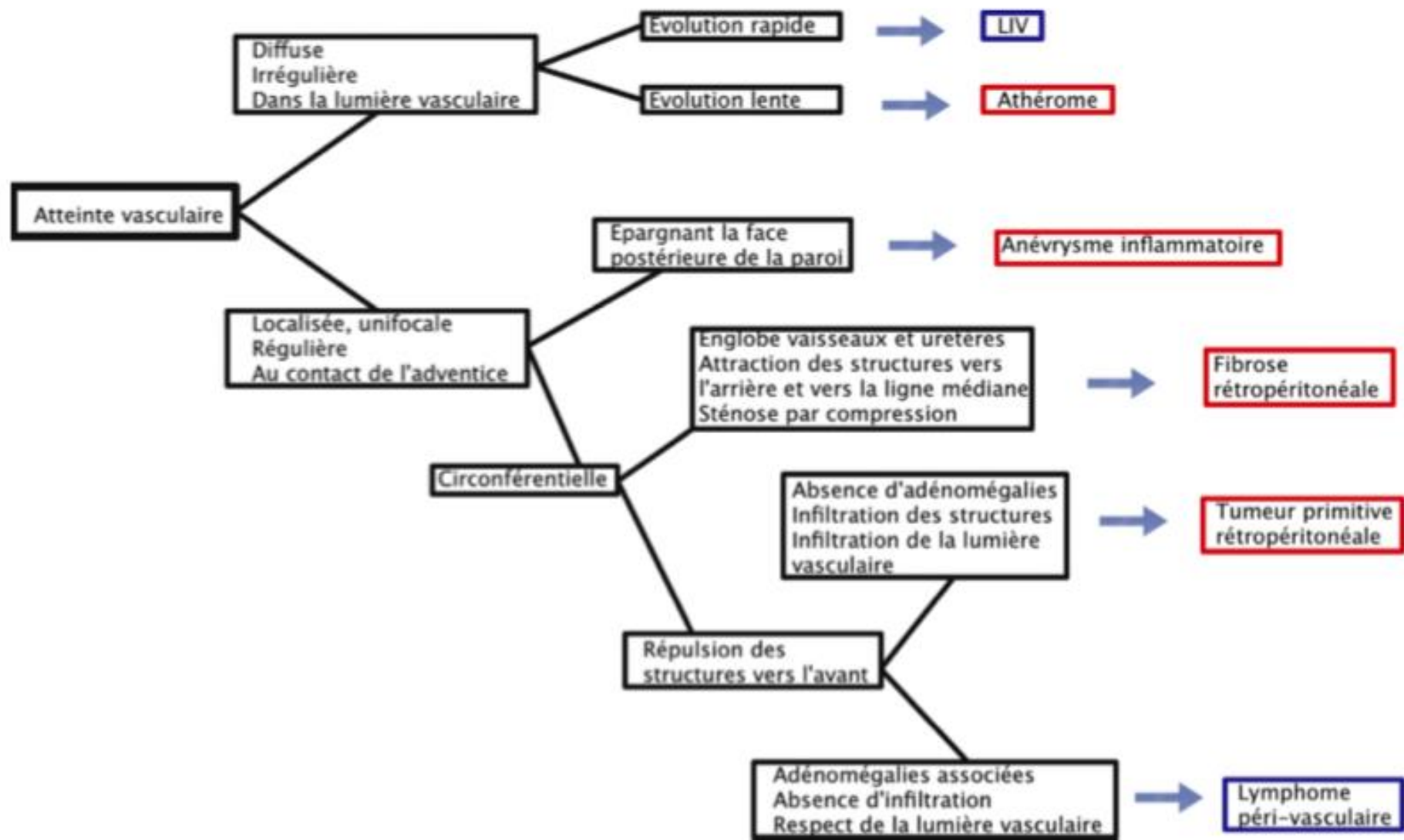
Extension :

souvent limitée à l'intima au moment de la découverte !
extension rapide aux autres tuniques
métastases pulmonaires (70%) et ganglionnaires (20%)

Traitement :

exérèse chirurgicale complète première
radiochimiothérapie adjuvante

Survie moyenne : 10 mois



A ne pas confondre...

Avec le lymphome B à grandes cellules
intra vasculaire !!

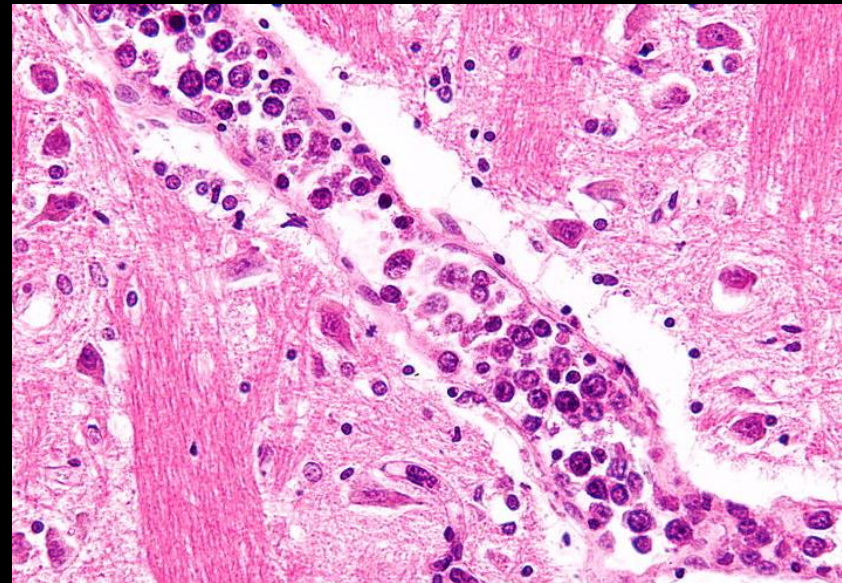
Très rare lui aussi mais beaucoup plus
fréquent que le lymphome aortique
primitif

Patients **asiatiques** +++

Prolifération **intravasculaire stricte** de
cellules lymphoïdes monoclonales dans la
lumière des vaisseaux de petit calibre ,
au contact de l'intima entraînant leur
occlusion (capillaires ++) .Il est souvent
lié à l'HVV-8 et à l'EBV , en particulier
chez les sujets HIV+

des vaisseaux de plus gros calibre
peuvent être touchés et obstrués (artère
et veine mésentériques supérieurs par
exemple)

Site préférentiels : **poumon, tégument**
+++, **SNC, reins**



Messages à retenir

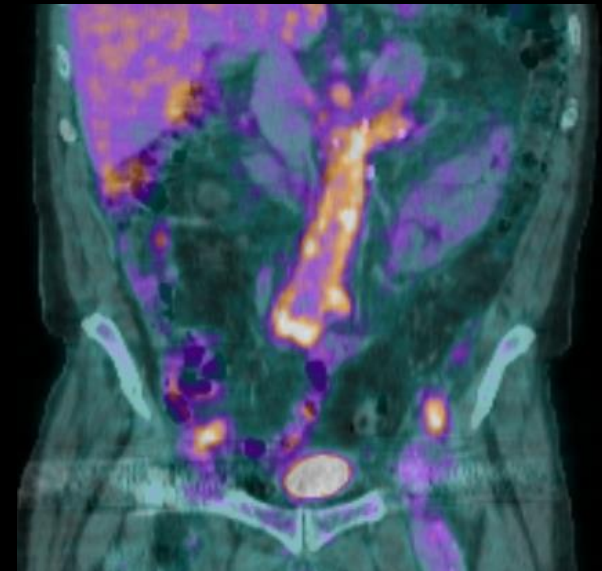
-les tumeurs primitives de l'aorte : sont rarissimes et généralement révélées par un événement thrombo embolique ++

le lymphome malin représente la moitié des cas

la localisation est thoracique ou abdominale, rarement les deux .

il peut se présenter sous l'aspect d'un faux anévrisme correspondant à une localisation para aortique , d'une fistule aorto-entérique ...

-le lymphome intravasculaire est une prolifération monoclonale endoluminale, initialement juxta intimale , puis infiltrant secondairement les parois , . Il touche surtout les petits capillaires des téguments , du cerveau des reins et entraîne leur obstruction . Il se révèle par des signes généraux et/ou des manifestations ischémiques . La biopsie des nodules sous cutanés permet souvent le diagnostic de ce lymphome très agressif et de très mauvais pronostic .



Thoracic Periaortic Lymphoma Mimicking Aortic Dissection

Ella A. Kazerooni,¹ David M. Williams,¹ and G. Michael Deeb²

[« Previous](#)

Journal of Vascular Surgery
[Volume 9, Issue 3](#), Pages 493-498, March 1989

Primary malignant tumor of the aorta☆☆☆

[Avtar Singh Josen](#), MD, FACS, [Michael Khine](#), MD, FRCP(C), FACP

New York and Brooklyn, N.Y



Holland-Frei Cancer Medicine. 5th edition.

► [Show details](#)

[Contents](#)

Chapter 91 Tumors of the Heart and Great Vessels

A. Philippe Chahinian, MD, David E Gutstein, MD, and Valentin Fuster, MD, PhD.

Lymphome et artères : une atteinte périvasculaire ou intravasculaire ?

Lymphoma and arteries: Peri- or intravascular?

M. Franz^{a,*,b}, A. Alfidja^{a,b}, C. Molucon Chabrot^c, E. Hermet^c,
P.-F. Montoriol^{a,b}, E. Rosset^d, L. Boyer^{a,b}, P. Chabrot^{a,b}

[Clin Radiol.](#) 1986 Nov;37(6):531-5.

Circumferential para-aortic masses: computed tomographic observations.

[Chisholm RA](#), [Coltart RS](#), [Cooper P](#), [Dixon AK](#).