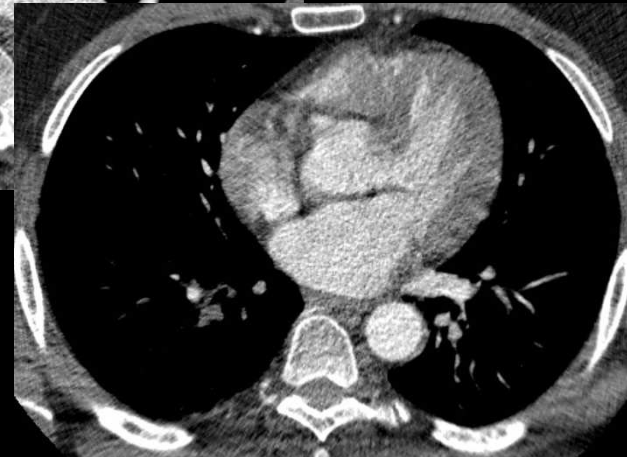
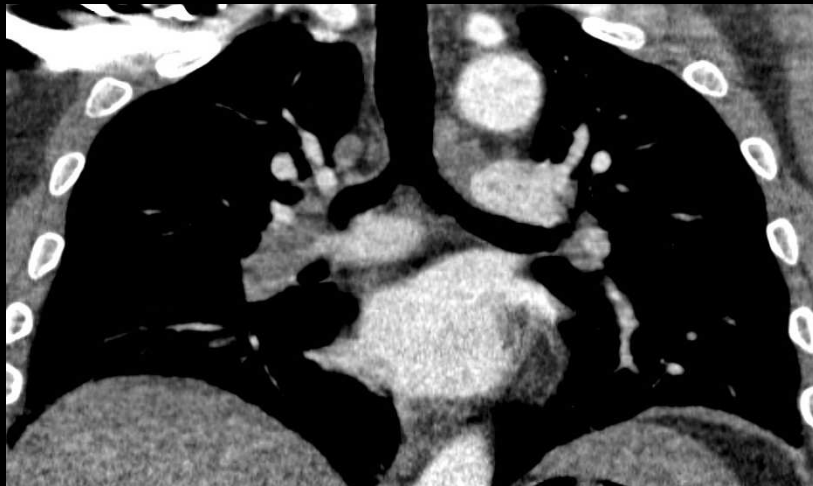
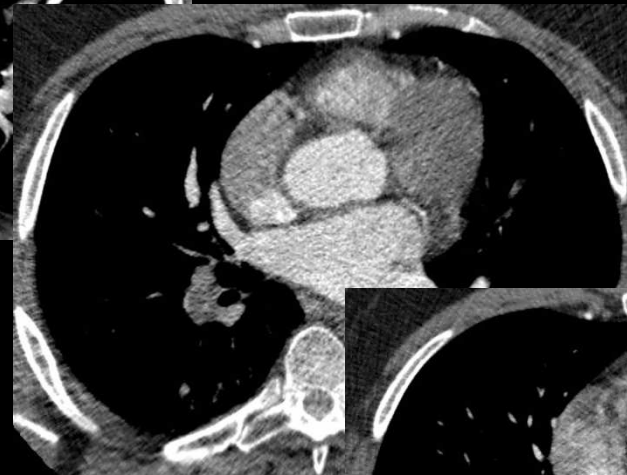
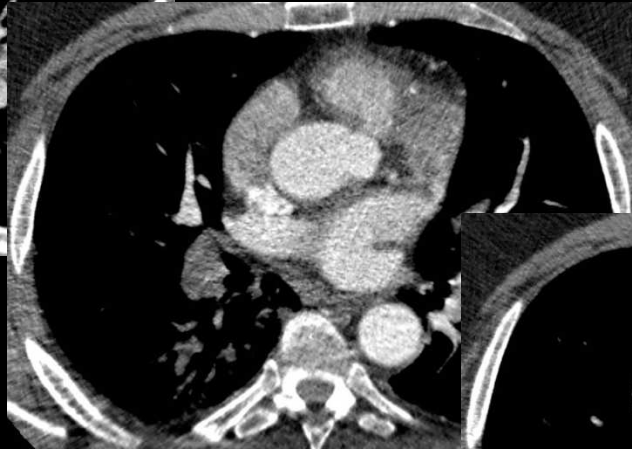
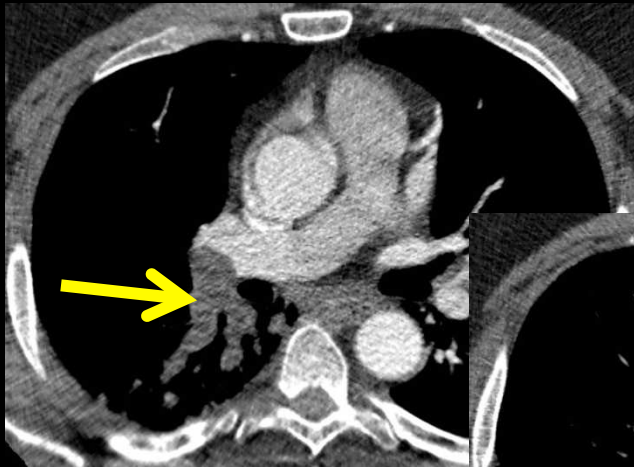
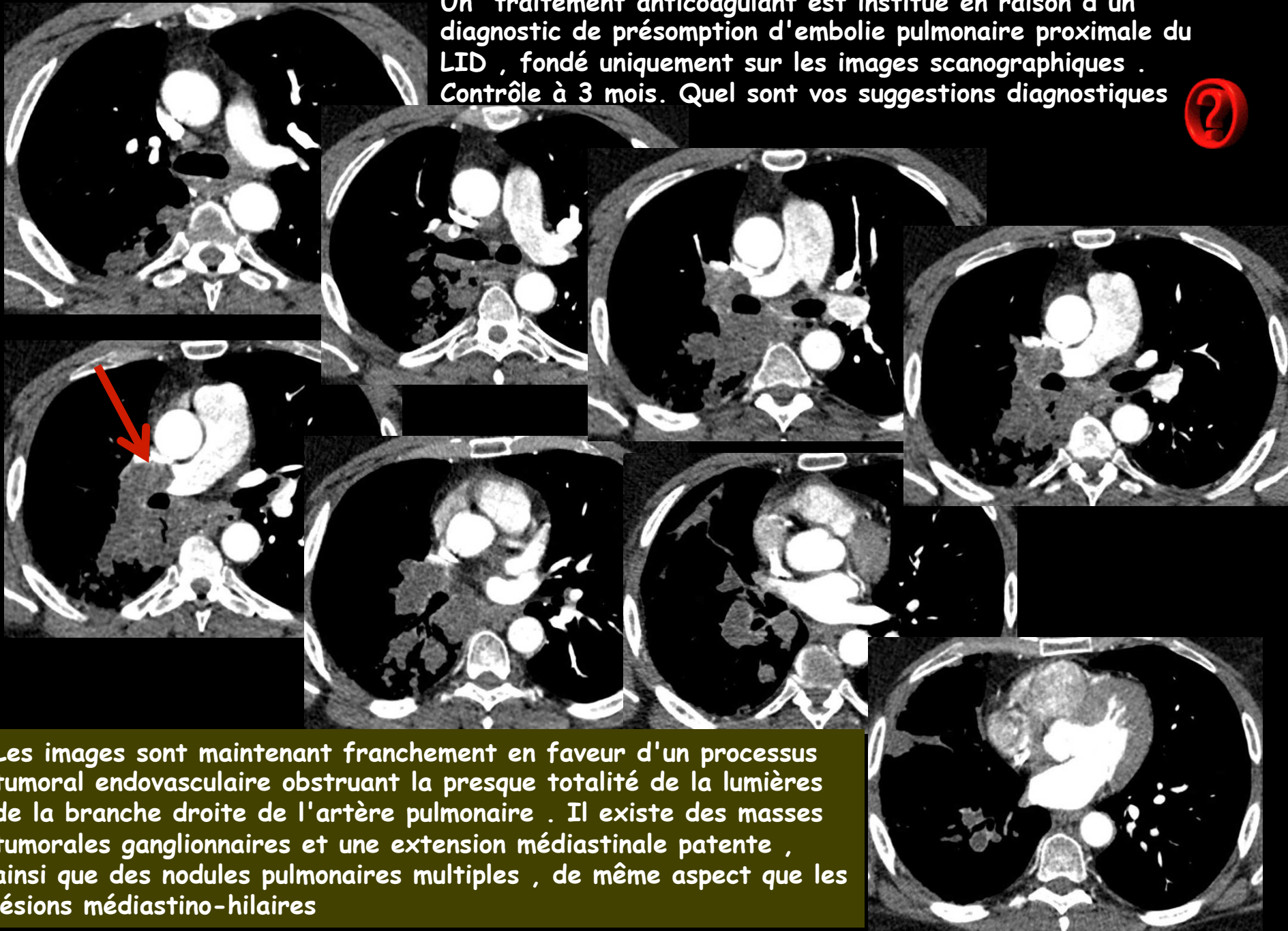


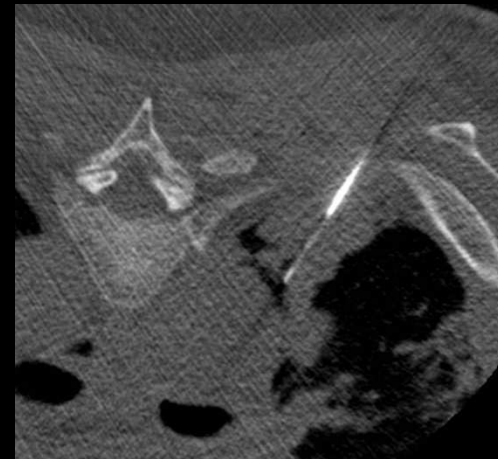
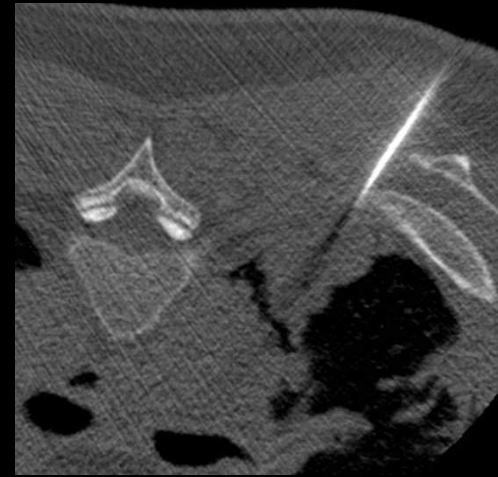
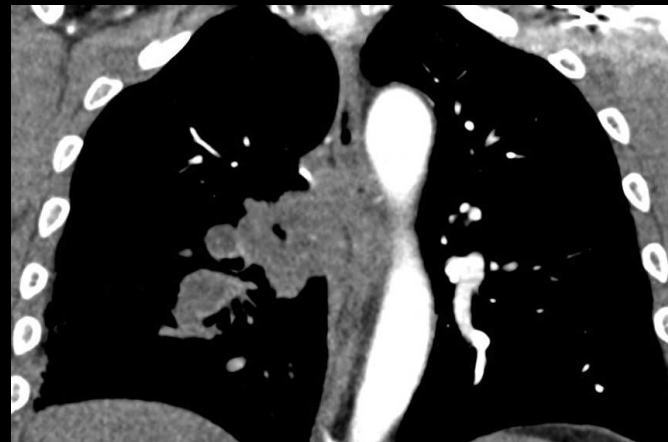
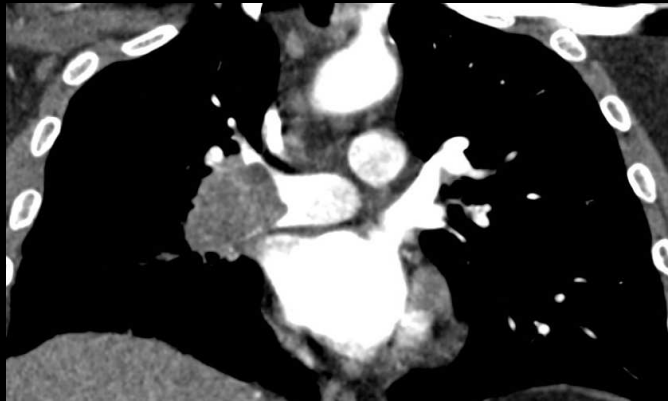
Homme, 41 ans. Opéré d'un chondrosarcome étendu du fémur gauche en février.
Scanner de contrôle. Juin 2011 Quel(s) diagnostic(s) peut-on évoquer, en l'absence
de manifestations cliniques évocatrices d'une embolie pulmonaire



Un traitement anticoagulant est institué en raison d'un diagnostic de présomption d'embolie pulmonaire proximale du LID, fondé uniquement sur les images scanographiques. Contrôle à 3 mois. Quel sont vos suggestions diagnostiques



Les images sont maintenant franchement en faveur d'un processus tumoral endovasculaire obstruant la presque totalité de la lumière de la branche droite de l'artère pulmonaire. Il existe des masses tumorales ganglionnaires et une extension médiastinale patente, ainsi que des nodules pulmonaires multiples, de même aspect que les lésions médiastino-hilaires



Anatomie-pathologique:

métastase pariétale proximale , à développement endoluminal de la branche droite de l'artère pulmonaire , d'un chondrosarcome

diagnostic différentiel principal: **angiosarcome de l'artère pulmonaire**

Cause rare d'obstruction vasculaire pulmonaire correspondant au développement d'une atteinte tumorale endoluminale ,généralement tronculaire proximale , par **prolifération de surface de l'endothélium**

40-50 ans, sex ratio 1

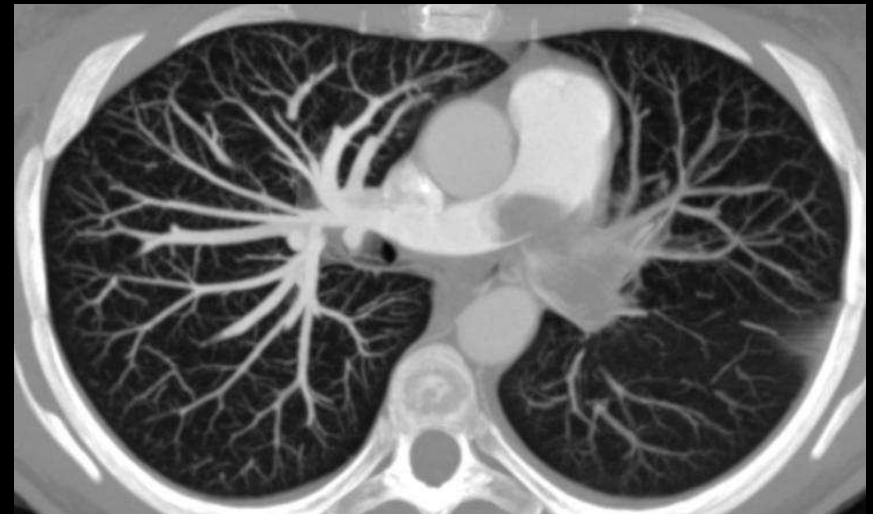
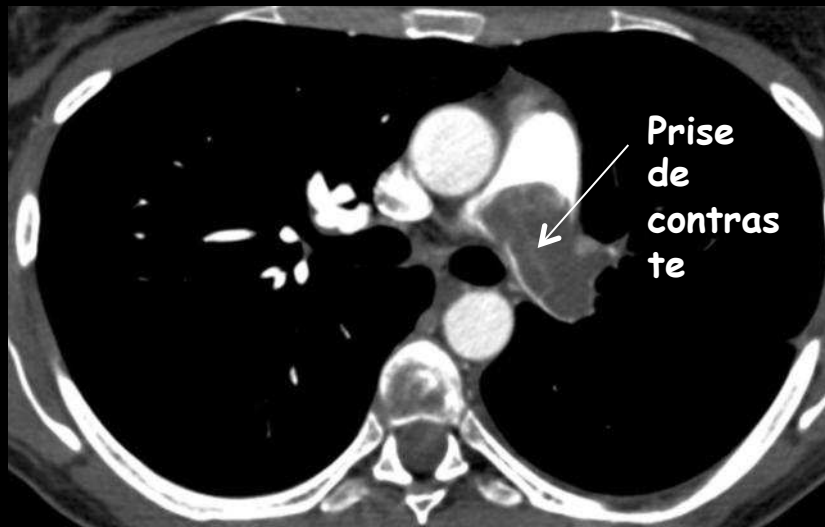
Clinique semblable à celle de l'embolie pulmonaire, mais ne disparaît pas sous traitement anticoagulant.

Souvent **unilatérale, lobulée et rehaussée de manière hétérogène plutôt tardivement.**

La branche artérielle pulmonaire proximale atteinte est distendue.

Extension le long des axes vasculaires artériels et transmurale vers le hile, le médiastin, le parenchyme pulmonaire ou le péricarde.

Sur la plan anatomo-pathologique ,il existe des formes variées de différenciation : rhabdomyosarcome , chondrosarcome , Léiomyosarcome , ostéosarcome



(macro) embolies pulmonaires tumorales (proximales)

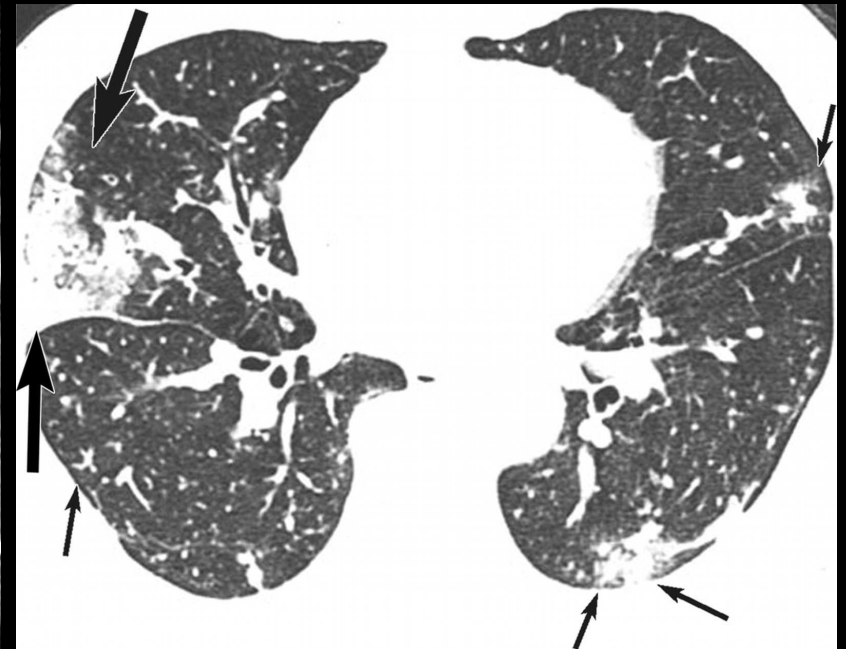
CHC, carcinome mammaire et tumeurs phyllodes, carcinomes gastrique, prostatique et choriocarcinome, sarcome stromal endométrial ...

Dyspnée, fièvre, hypoxie et HTAP

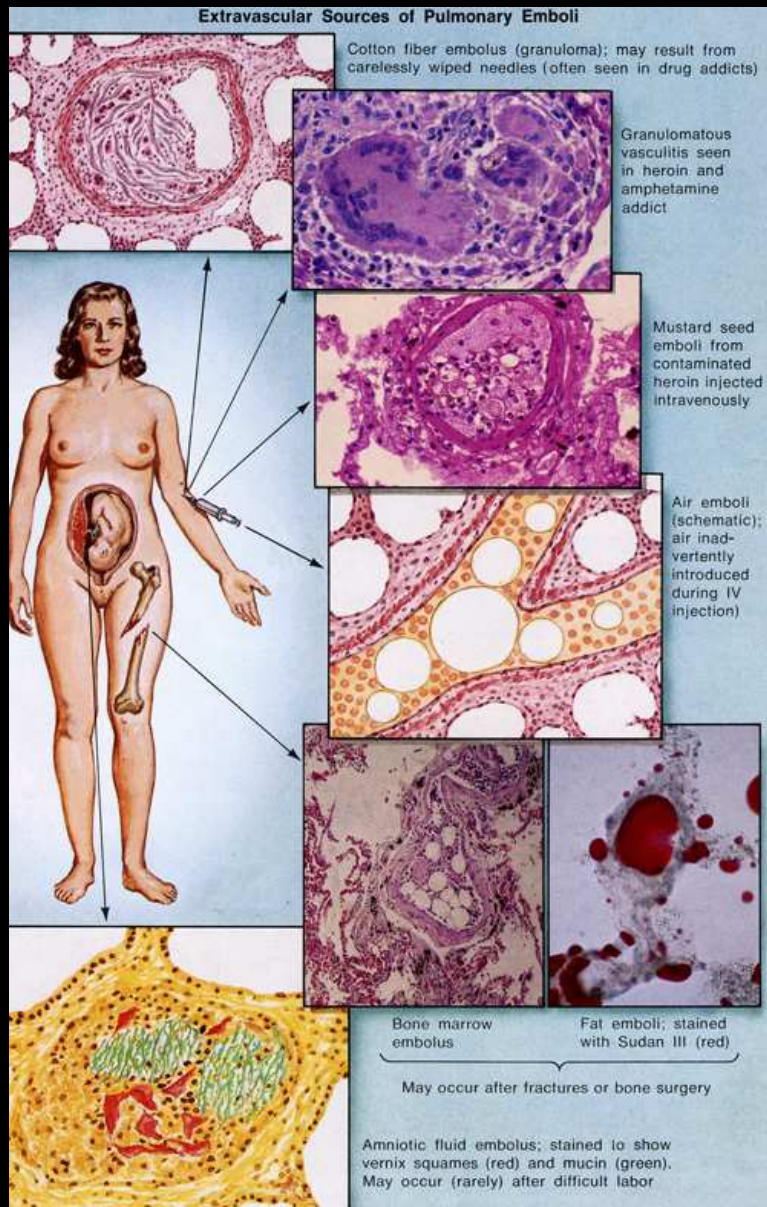
Tableau clinique d'embolie pulmonaire
+/- *lymphangite carcinomateuse*

Envahissement médiastinal et parenchymateux
au contact.

Infiltration multinodulaire



Embolies pulmonaires non cruoriques



→ **Embolie septique**

→ **Embolie gazeuse**

→ **Embolie graisseuse**

→ **Embolie amniotique**

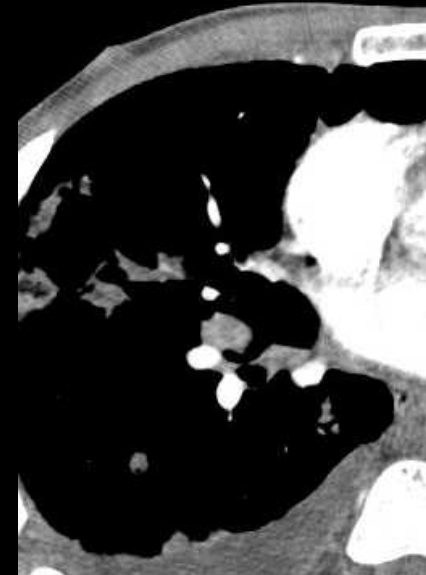
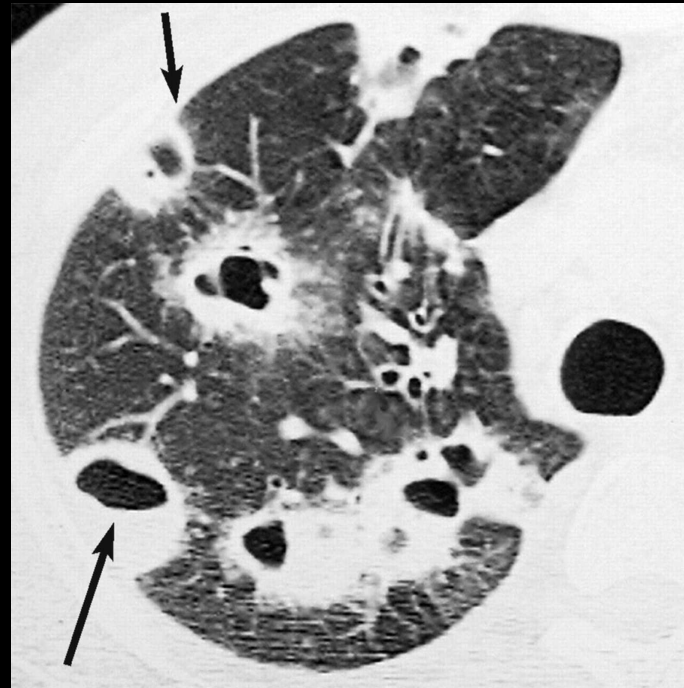
Embolies septiques

drogués IV +++
nodules de répartition hétérogène , **périphériques**
appuyés sur la plèvre pariétale
contours flous
excavation fréquente (*staphylocoques++*)
tailles multiples (*embolies répétées*)

Rechercher porte d'entrée +++

étiologie:

- endocardite tricuspidienne,
- infections cutanées
- immunodéficience (lymphome ++)
- corps étrangers intra cardiaques (cathéter, pace-maker)



Embolies gazeuses

Causes iatrogènes ++ :

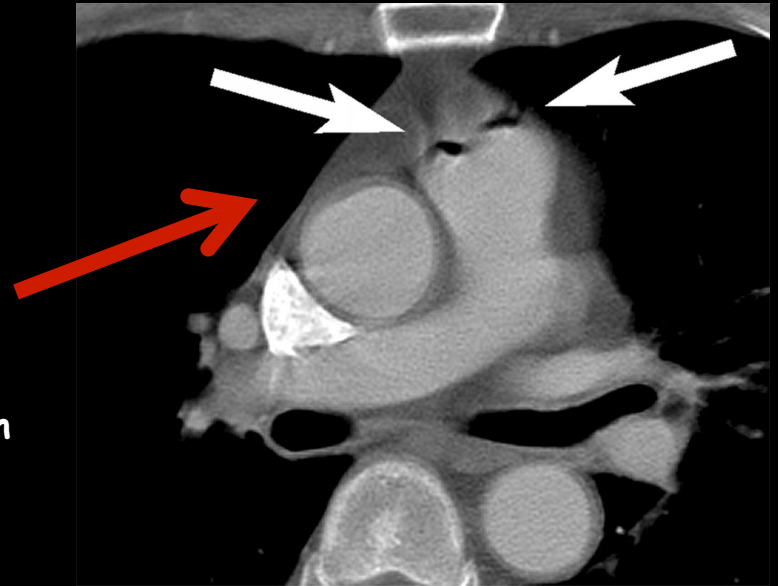
cathéters centraux, hémodialyse, ponction-biopsie transthoracique, baro-traumatisme par ventilation à pression positive

CT et injection de PdC iodé : présence de faibles quantités de gaz visibles dans le tronc de l'AP jusqu'à 23% des patients ; généralement par prise d'air au niveau des raccords de cathéters d'injection

plongeurs sous-marin et scaphandriers (changement de pression rapide ; non respect des paliers de remontée)

Quantité létale: 300-500 ml à 100 ml/s

Clinique: dyspnée, hypotension, convulsions et déficits neurologiques transitoires (AIT), douleur thoracique



Embolies graisseuses

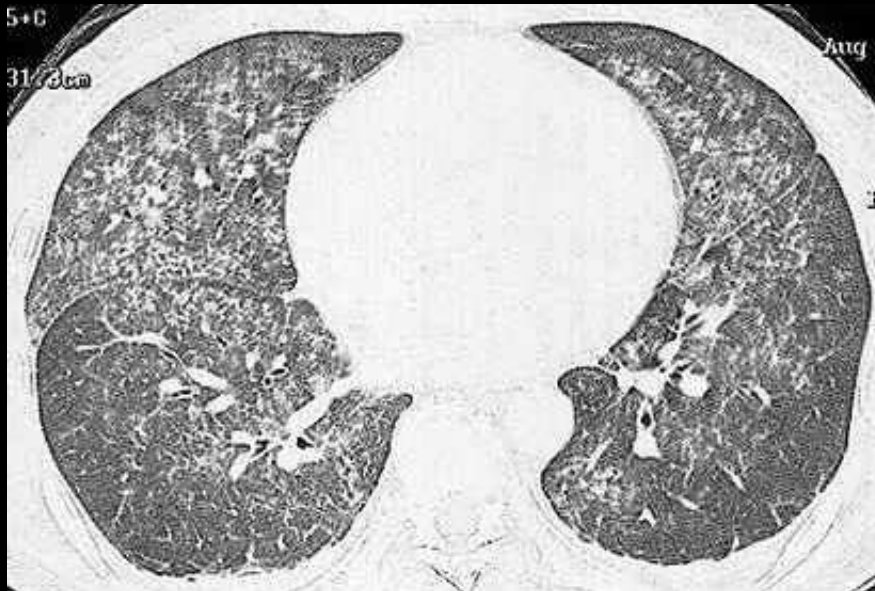
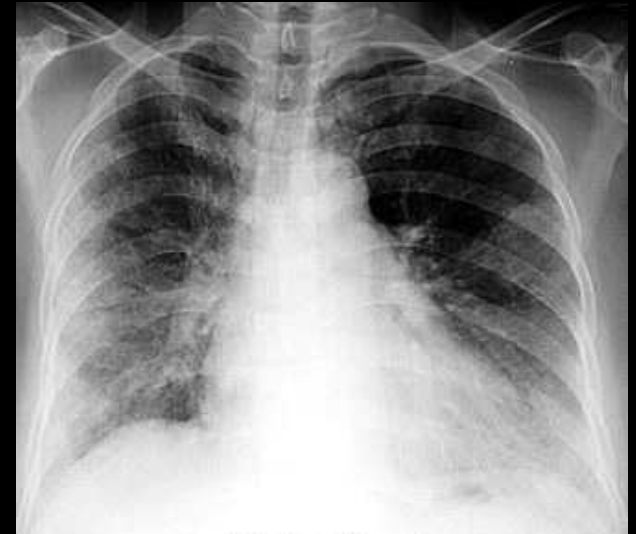
Atteinte clinique combinée : cérébrale, pulmonaire et cutanée (pétéchies sur la face antérieure du thorax) dans les 24 heures après un traumatisme, une fracture.

Délai d'apparition des images radiologiques: 1-2 jours.

Tableau de SDRA (zones d'atténuation diffuses +/- hétérogènes, sans signe de poumon cardiaque) ; œdème pulmonaire non cardiogénique

Opacités réticulo-nodulaire diffuses

Verre dépoli, nodules mal limités, distribution péribronchovasculaire



Embolies de liquide amniotique

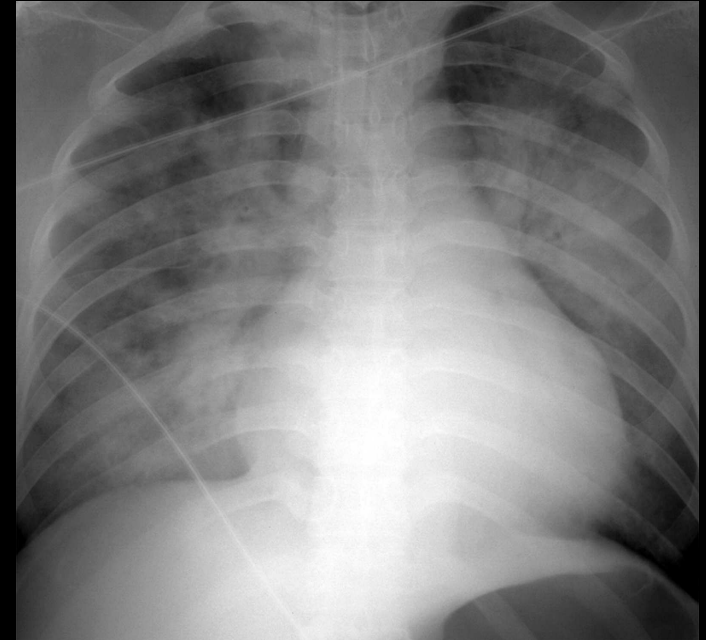
Femme enceinte ; **mortalité de 80%**.

Mécanisme : liquide amniotique passant dans la circulation maternelle veineuse utérine au travers de petites déchirures placentaires (atteinte directe par chirurgie / trauma)

Clinique : dyspnée, cyanose et choc aigu évoluant rapidement vers le collapsus cardio-pulmonaire et l'OAP sévère.

70% lors du travail spontané

30% en post-partum



Take home message

Devant une image endoluminale proximale (tronc ou branches D ou G de l'artère pulmonaire , pensez à rechercher des signes d'hypervascularisation au sein de l'image lacunaire (surtout si le traitement anticoagulant bien conduit n'amène pas à l'évolution favorable attendue)

Sur la plan étiologique , le sarcome primitif de l'artère pulmonaire (ou sarcome intimal), à développement de surface ,formant un bourgeon volumineux endoluminal doit être évoqué en premier lieu , en sachant qu'il existe un très large spectre de différenciation sarcomateuse

Les métastases des atteintes sarcomateuses périphériques dans le tronc ou les branches de l'artère pulmonaire sont rares mais connues et une lésion primitive extra pulmonaire doit être systématiquement recherchée avant de conclure à un sarcome primitif de l'artère pulmonaire

Une détresse respiratoire avec tableau radiologique d'OAP non cardiogénique ou de SDRA doit , en fonction du contexte dans lequel il est observé faire évoquer , parmi d'autres causes des embolies septiques au cours d'une endocardite du cœur droit ou une embolie pulmonaire non cruorique : graisseuse , gazeuse , amniotique