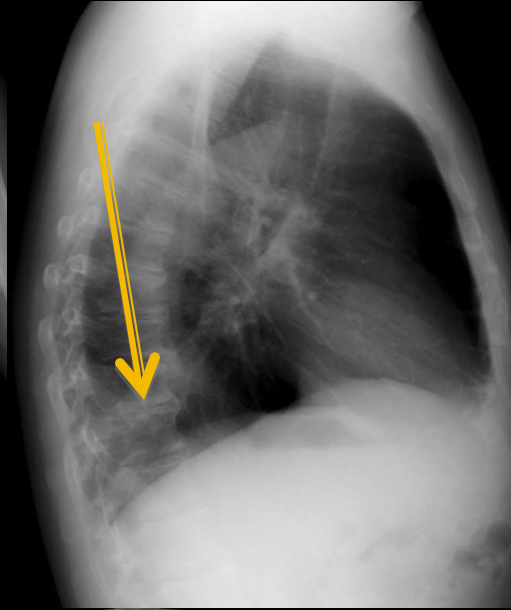
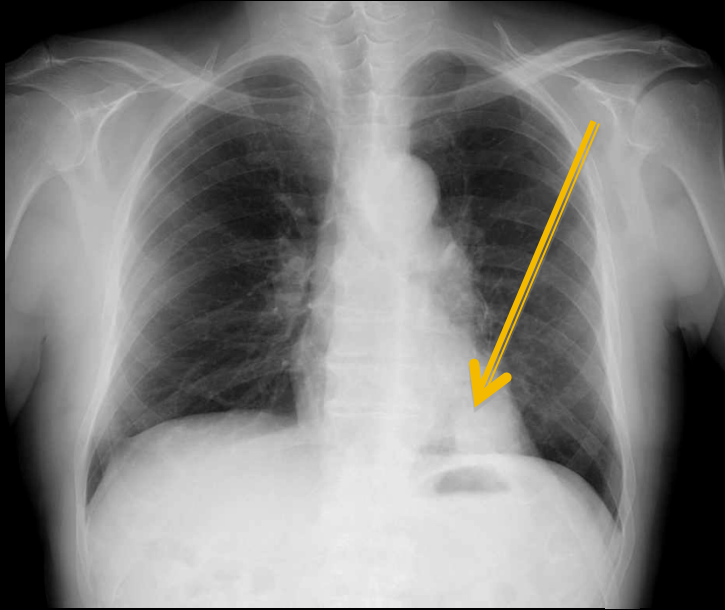
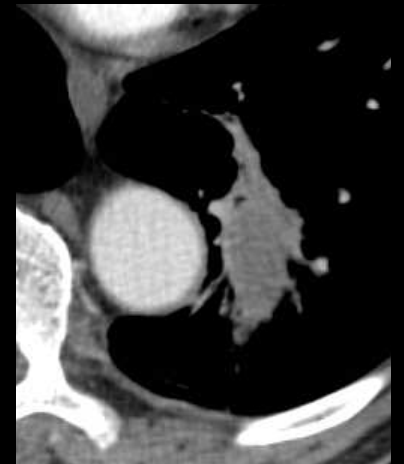
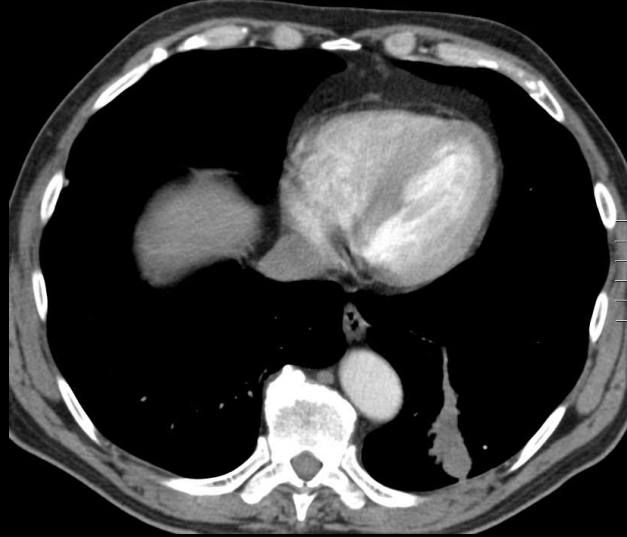


Homme de 57 ans , découverte fortuite d'une lésion pulmonaire lobaire inférieure gauche .Pas de tabagisme actif . Surveillance initiale: lésion lentement évolutive

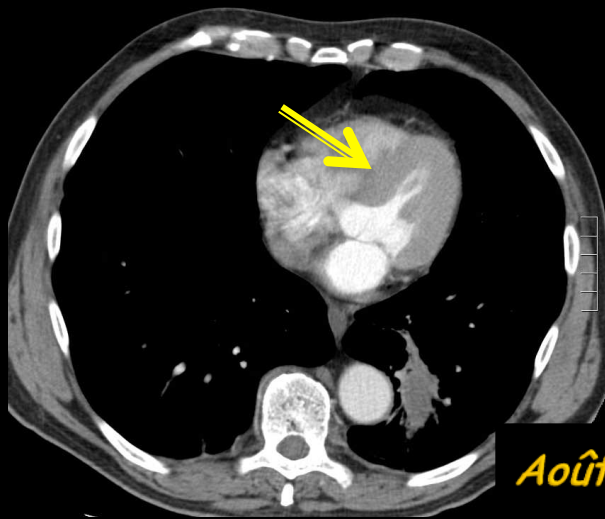


Août 2009

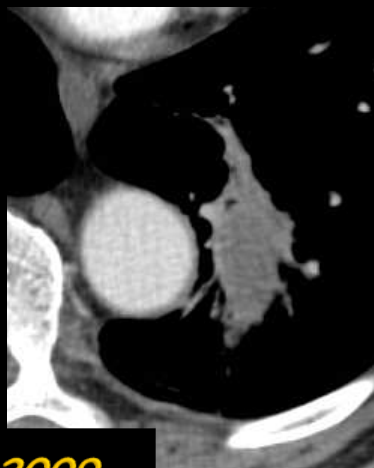


quelles sont les principales anomalies observables et les grandes orientations diagnostiques





Août 2009

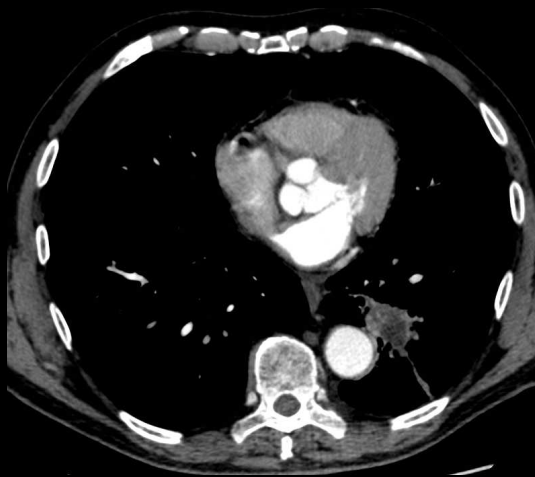
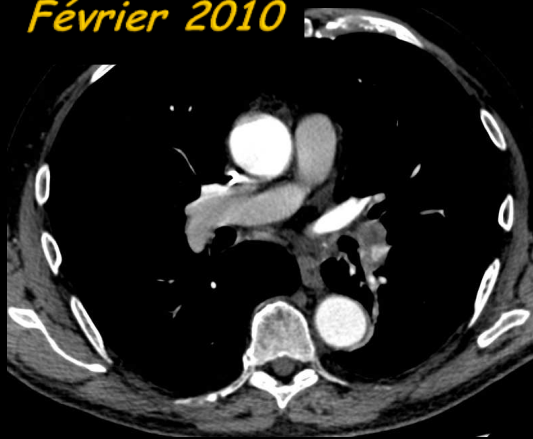


on peut retenir :

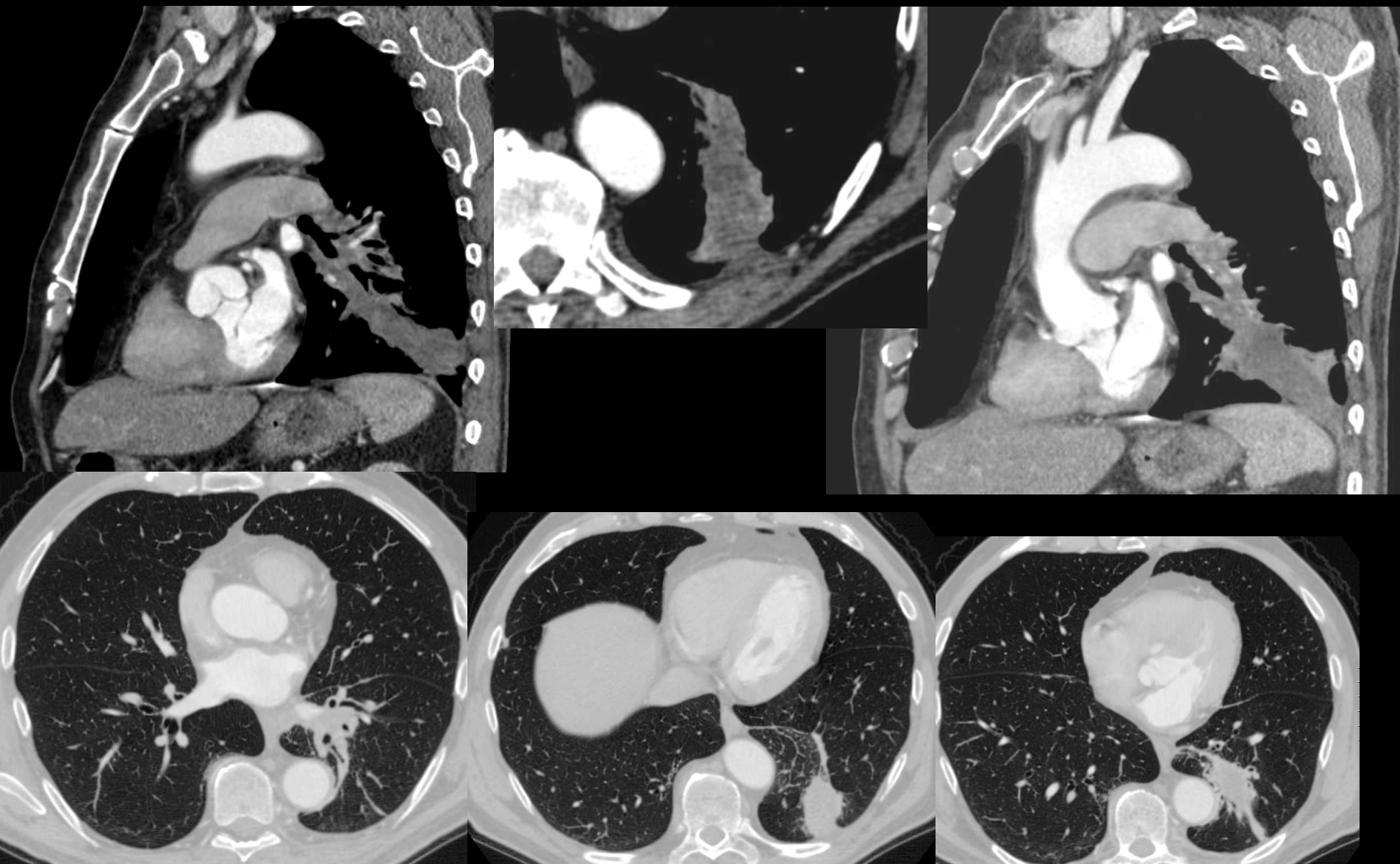
-une probable **HVG concentrique** (cardiopathie hypertensive) ; tout CT du thorax est un CT cardiothoracique et doit être "lu" dans cette optique ! (JFR 2011)

-une **opacité non systématisée du segment postéro-basal gauche** qui , en l'absence de **facteurs de risque** mais également de syndrome infectieux laisse ouvertes toutes les hypothèses diagnostiques

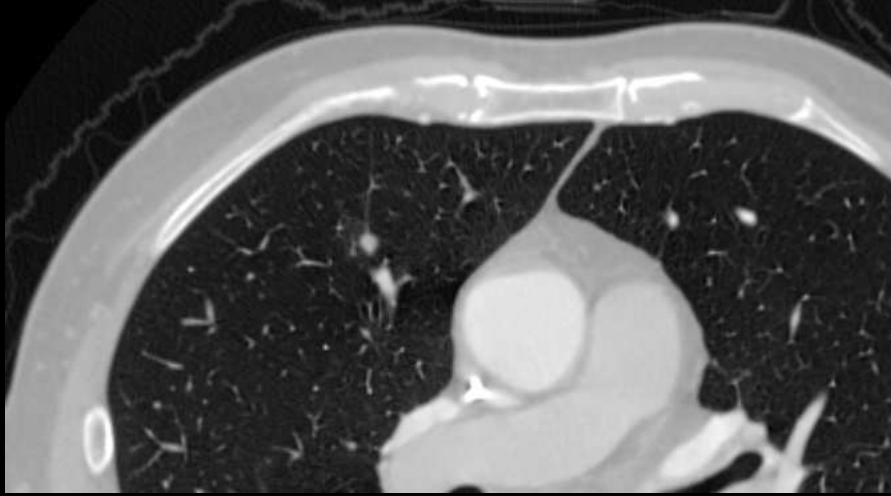
Février 2010



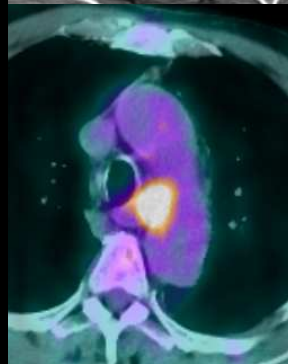
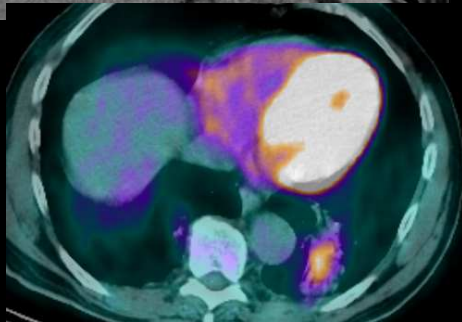
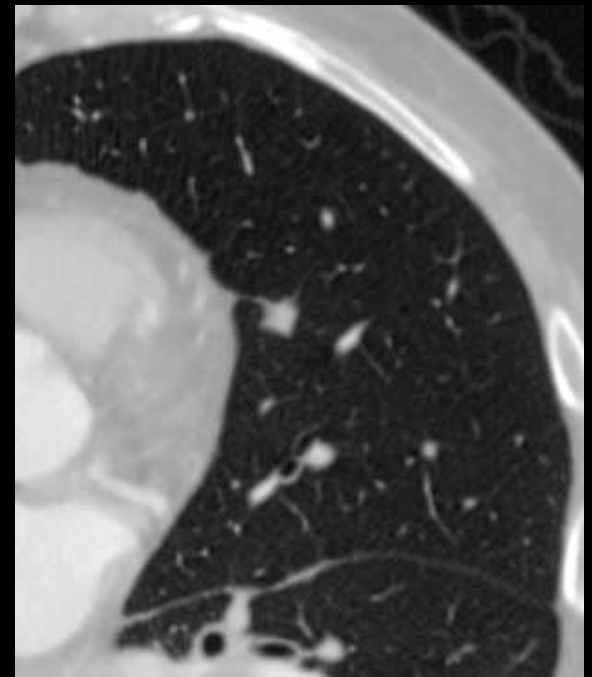
le contrôle à 6 mois ne montre pas de modifications notables de la lésion



la lésion est globalement hyodense , ne se rehausse pas ou peu après injection de PCI ; on observe un petit halo de verre dépoli et un oedème septal périlobulaire à proximité immédiate de la lésion .



plusieurs nodules infracentimétriques dispersés dans les 2 poumons sont stables en taille sur les 2 examens pratiqués



le marpho-TEP confirme le caractère hypermétabolique de la lésion qui est retrouvé à l'identique dans les adénomégalias médiastinales trachéo-bronchiques gauches

Anatomo-pathologie

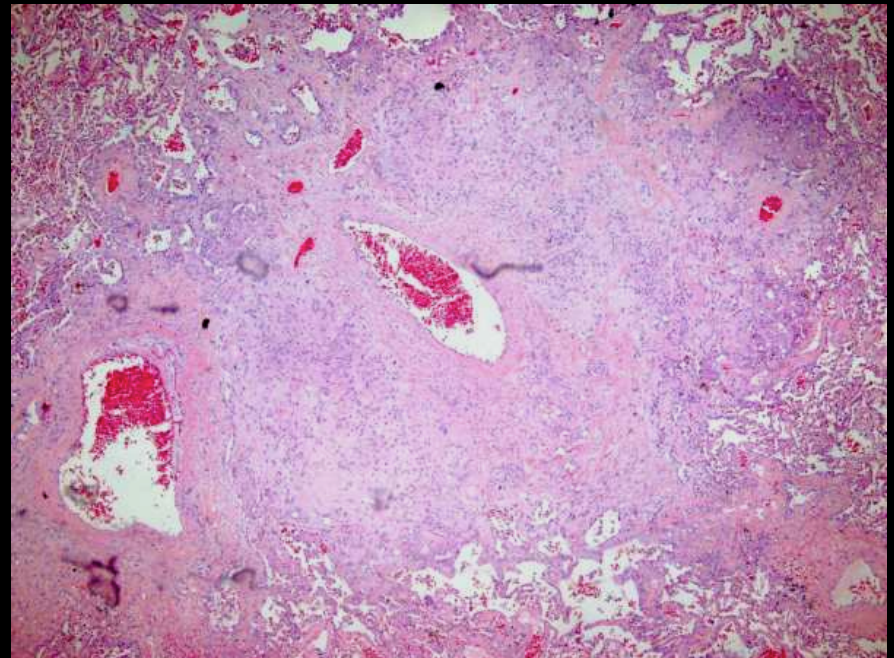
une première biopsie , trans-bronchique conclut à un adénocarcinome bronchique primitif

l'analyse de la pièce de pneumonectomie gauche apporte le diagnostic d'

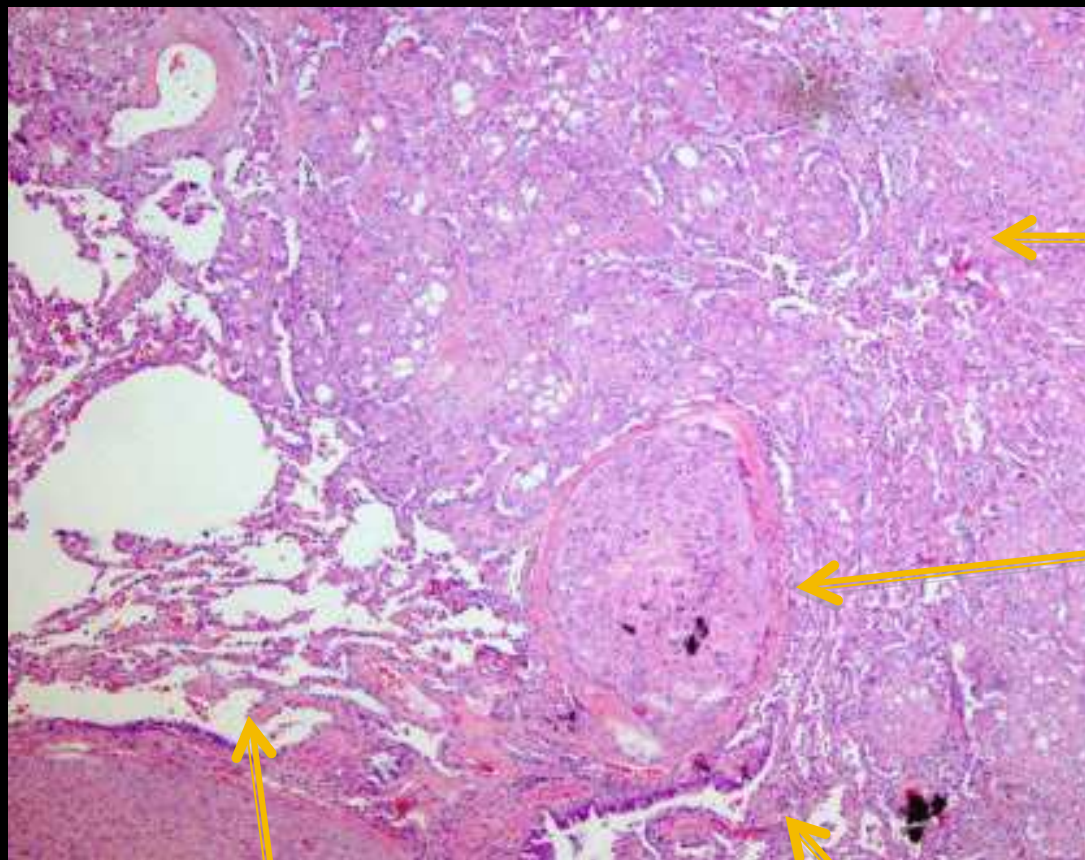
hémangioendothéliome épithélioïde avec **8 nodules tumoraux** en plus

de la lésion principale

- Cellules dendritiques et/ou épithélioïdes avec différenciation vasculaire
 - Cellules vacuolisées avec hématies intra-cytoplasmiques
-
- Stroma, de chondromyxoïde à fibreux dense présentant une sclérose progressive et d'éventuelles calcifications



Parenchyme pulmonaire



Parenchyme pulmonaire
condensé = réaction
Inflammatoire peri-tumorale

Nodule tumoral

Bronchiole

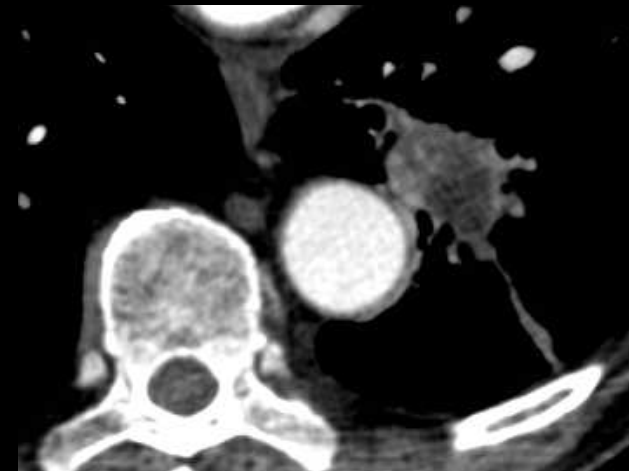
“espaces” aériens normaux

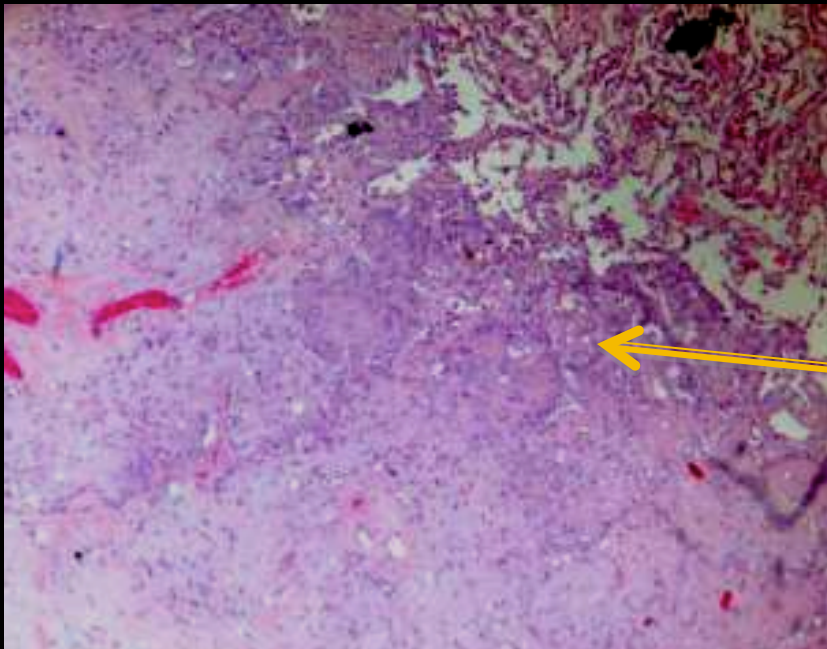
Nodule tumoral

Couronne périphérique
Prolifération polypoïde

Stroma hyalin
oedémateux

Vaisseaux intra-tumoraux

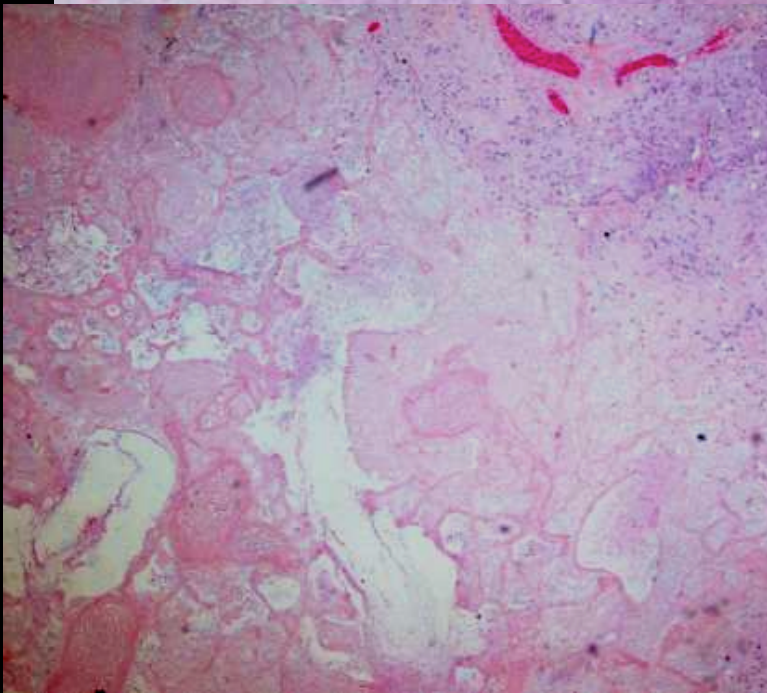




Nodule tumoral

A histological section of a tumor nodule stained with hematoxylin and eosin (H&E). The nodule is a dense, purple-stained mass of cells. A yellow arrow points from the text 'Couronne du nodule tumoral: prolifération polypoïde' to the outer edge of the nodule. The surrounding stroma is pink and appears edematous.

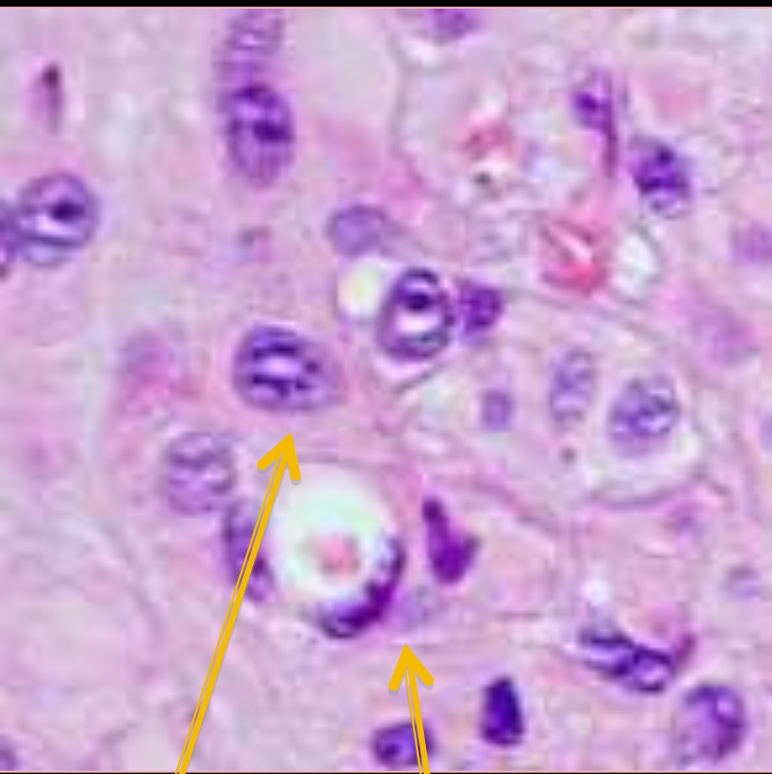
Couronne du nodule
tumoral: prolifération
polypoïde



Nécrose avec aspect fantomatique des
cellules: atypique dans une nécrose tumorale

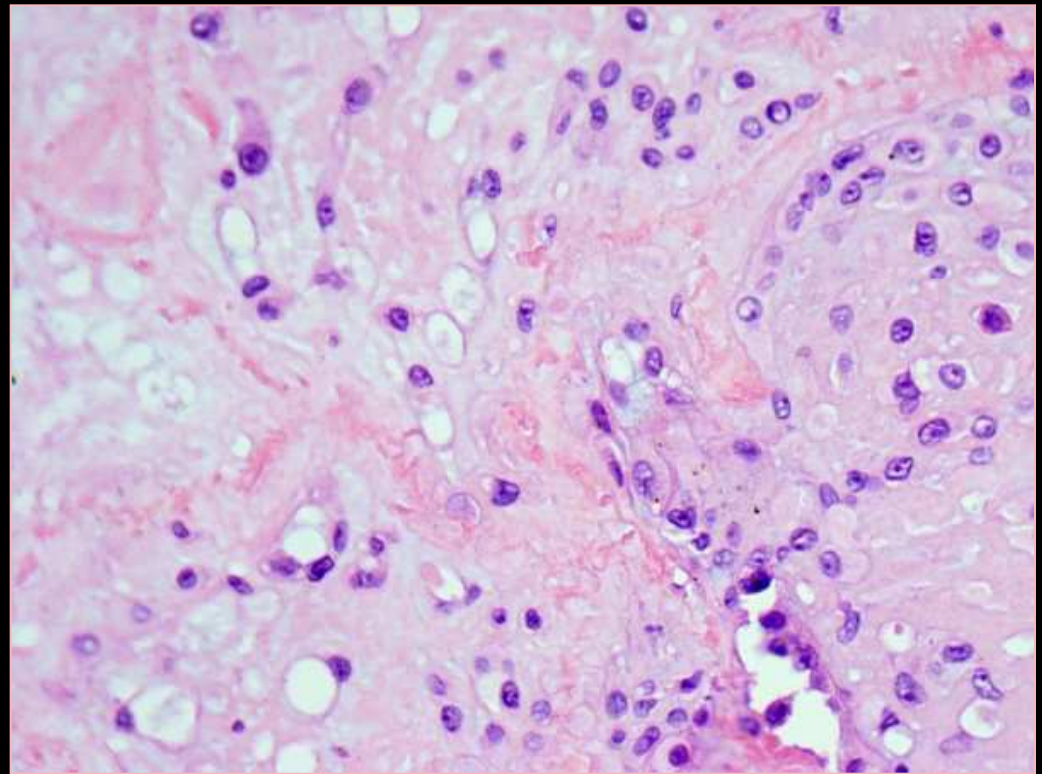
A histological section showing tumor necrosis. The tissue is pink and appears edematous. There are large, pale, eosinophilic areas of necrosis. The cells within these areas are ghostly and atypical, characteristic of tumor necrosis.

Stroma hyalin oedémateux



Mitose

Cytoplasme vacuolisé
 Volumineux noyau nucléolé
Hématie intra-cytoplasmique



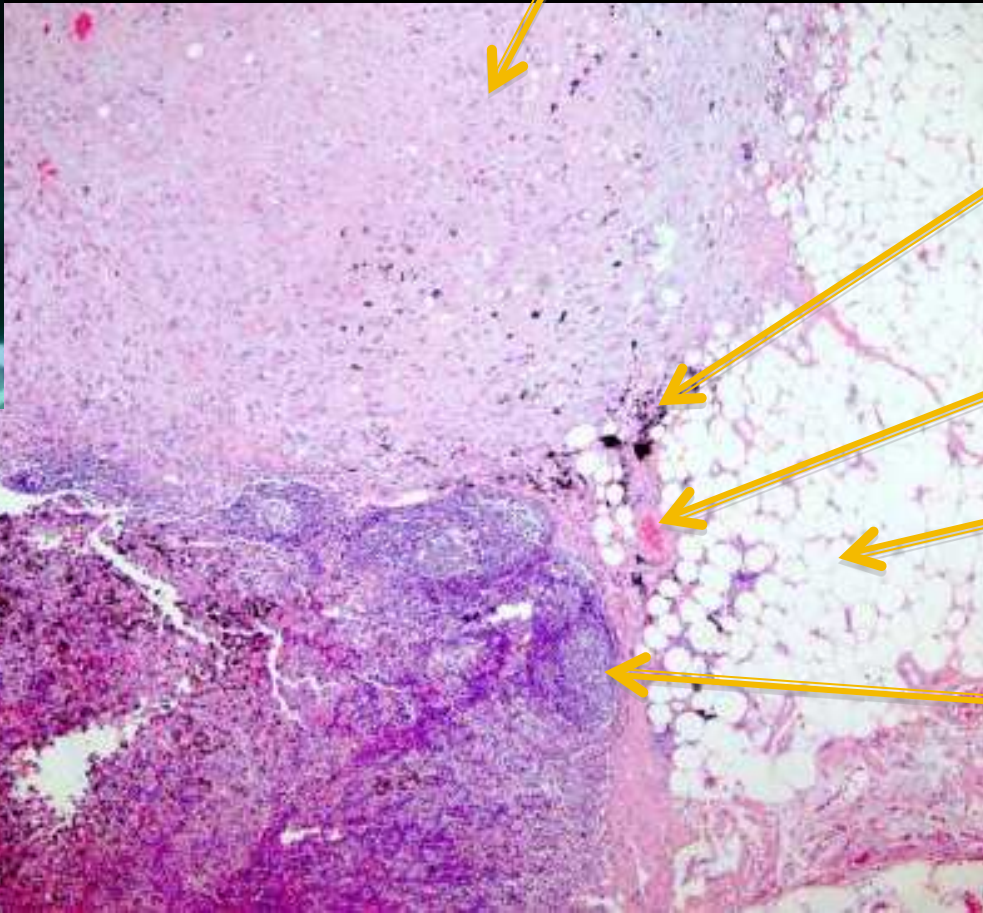
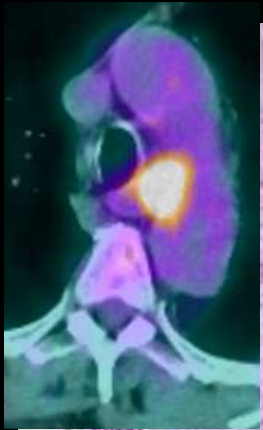
Prolifération polypoïde

Architecture cellulaire

Grossissement 400x
 Coloration HES

Ganglion tumoral

Nodule tumoral avec rupture capsulaire



Anthraxose

Capsule

Graisse médiastinale

Amas lymphoïdes
à centres clairs

Grossissement 40x

Coloration HES: hémotoxiline éosinose safran

Hémangioendothéliome épithélioïde pulmonaire

Tumeur **vasculaire** rare , en particulier dans le poumon , ayant son origine dans les cellules méssenchymateuses précurseurs

3 femmes pour 2 hommes

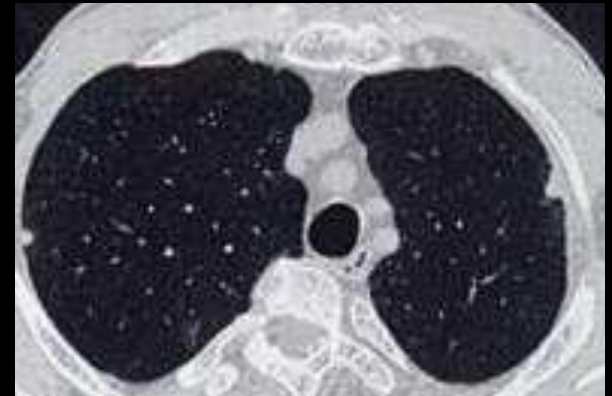
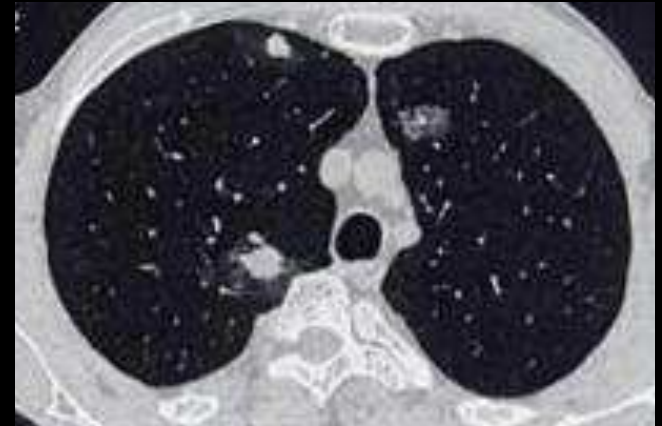
Entre 40 et 60 ans le plus souvent , observée de 7 à 72 ans

Décrite la première fois par Weiss et Enzinger en 1982

synonyme : **intravascular bronchioloalveolar tumor**
IVBT

présentation clinique : toux , dyspnée , douleurs pleurales , asymptomatique

radiologiquement : **nodules multiples généralement sous pleuraux** , pouvant être de consistance tissulaire ou mucoïde. de **taille variant de quelques mm à 2-3 cm**



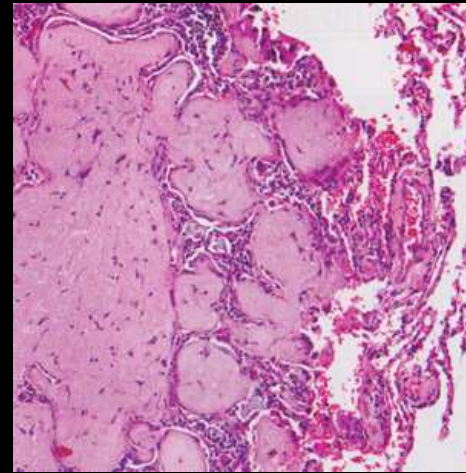
histologiquement la **matrice chondromyxoïde** est le **trait dominant** , associée à des **agglomérats polypoïdes intravasculaires de cellules tumorales** , avec des hématies extravasées

le diagnostic différentiel histologique doit faire évoquer :

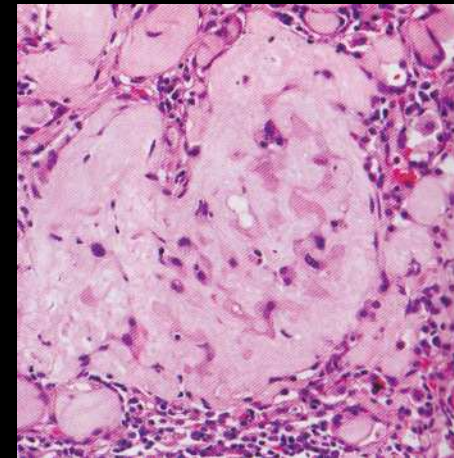
- .l'angiosarcome
- .les métastases d'adénocarcinome (marqueurs épithéliaux positifs , marqueurs vasculaires négatifs)
- .les métastases de chordome

le **pronostic** est variable :

- .l' évolution imprévisible,
- .27% sont **agressives et métastatiques**
- .la régression spontanée est possible



nodule et infiltration
des espaces alvéolaires



cellules épithélioïdes
dispersées dans un
stroma chondromyxoïde