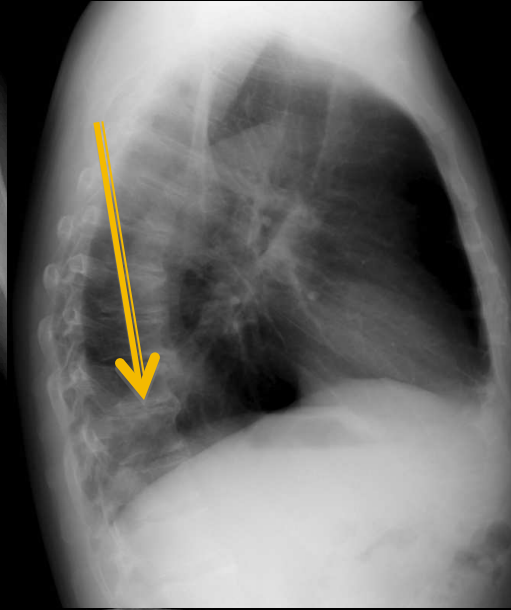
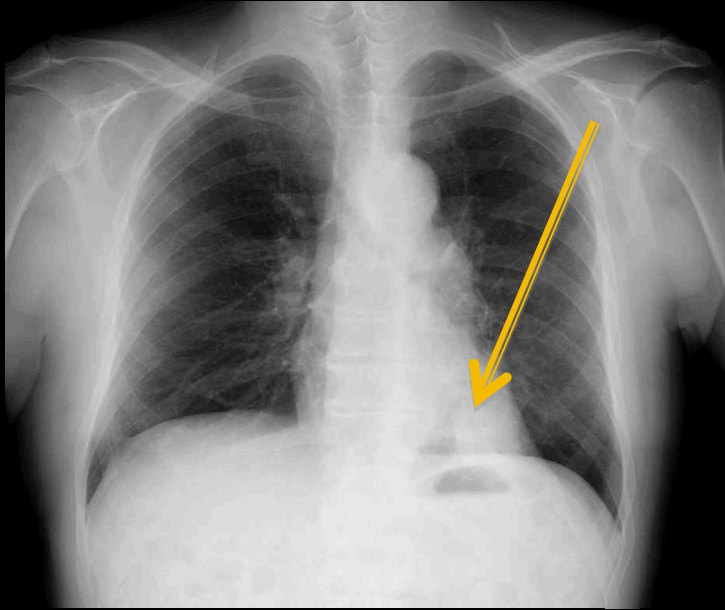
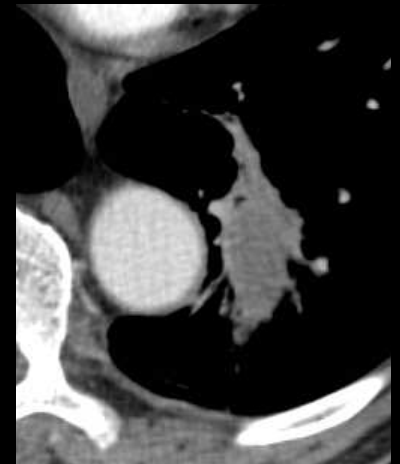
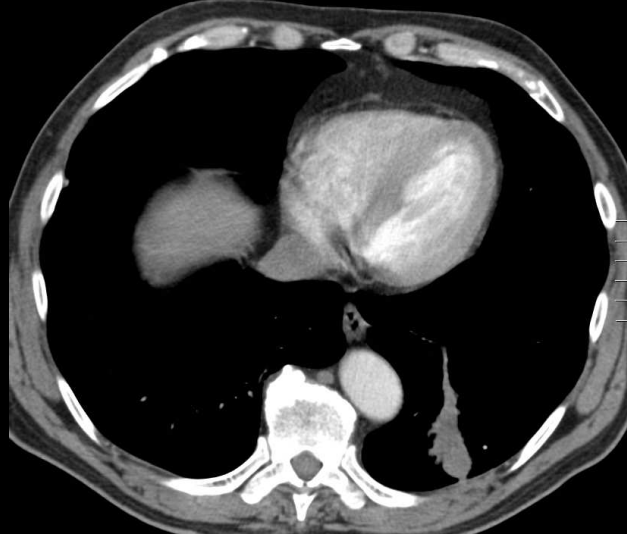


Homme de 57 ans , découverte fortuite d'une lésion pulmonaire lobaire inférieure gauche .Pas de tabagisme actif . Surveillance initiale: lésion lentement évolutive

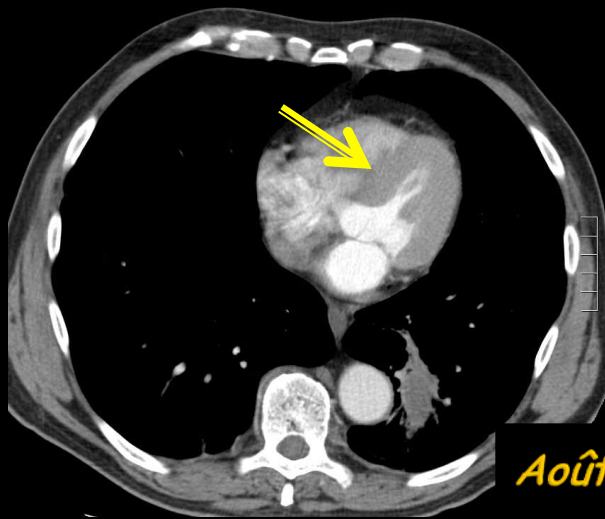


Août 2009

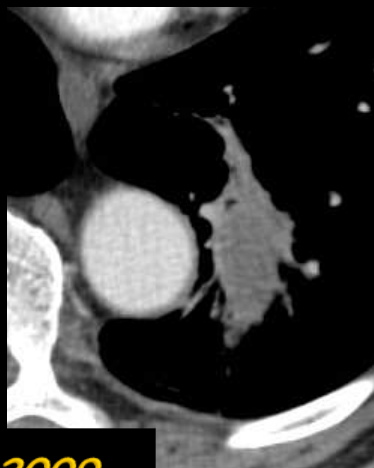


quelles sont les principales anomalies observables et les grandes orientations diagnostiques





Août 2009

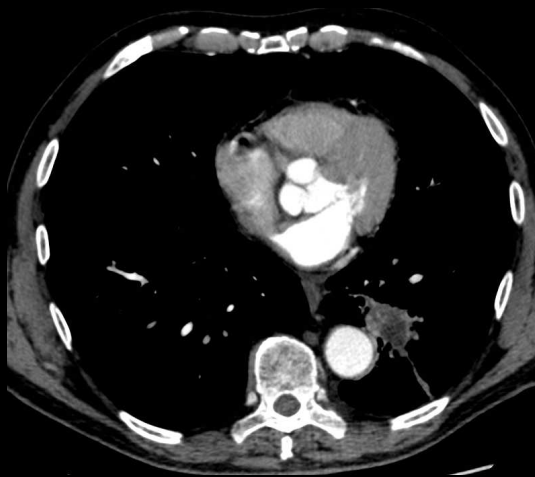
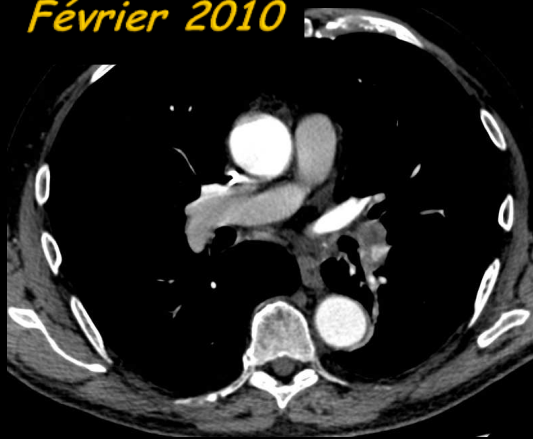


on peut retenir :

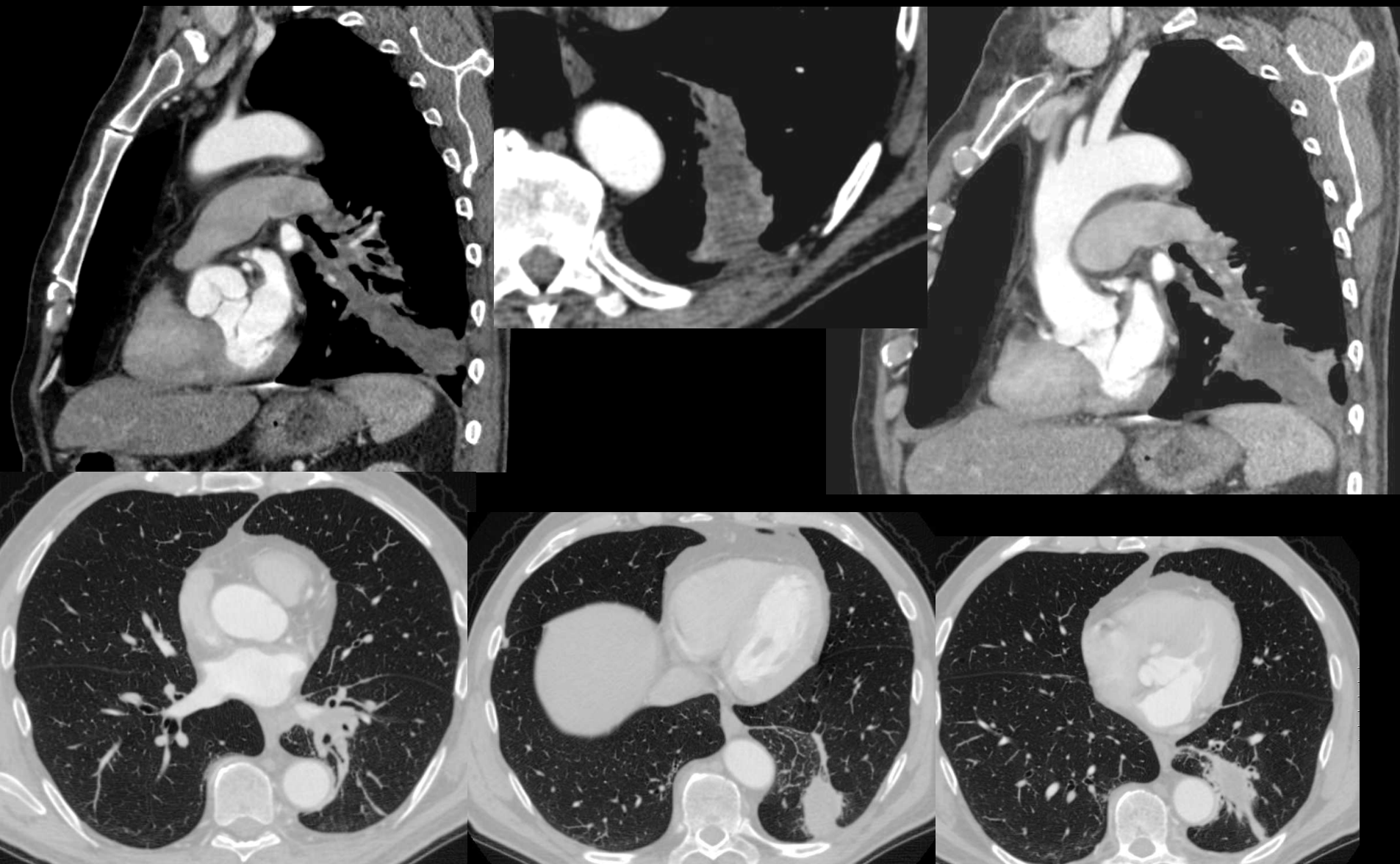
-une probable **HVG concentrique** (cardiopathie hypertensive) ; tout CT du thorax est un CT cardiothoracique et doit être "lu" dans cette optique ! (JFR 2011)

-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

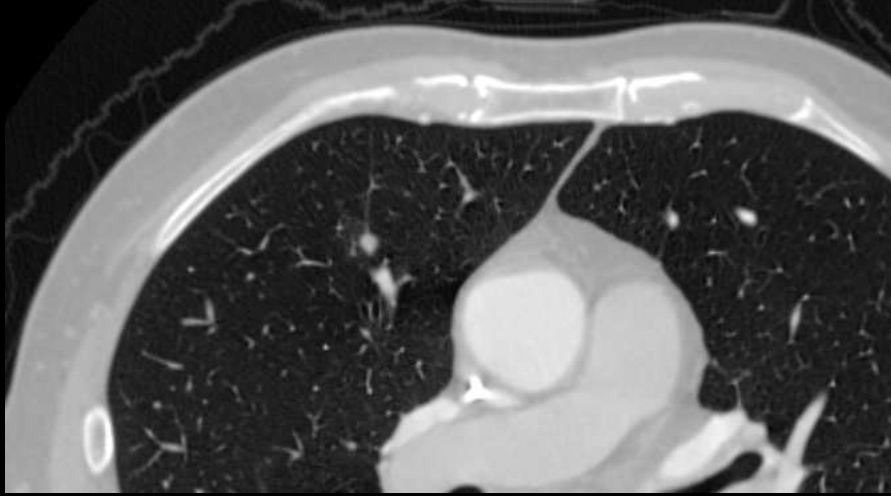
Février 2010



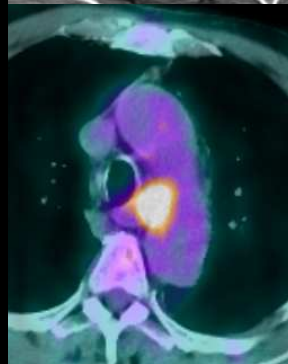
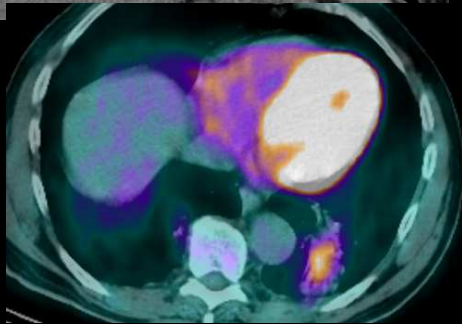
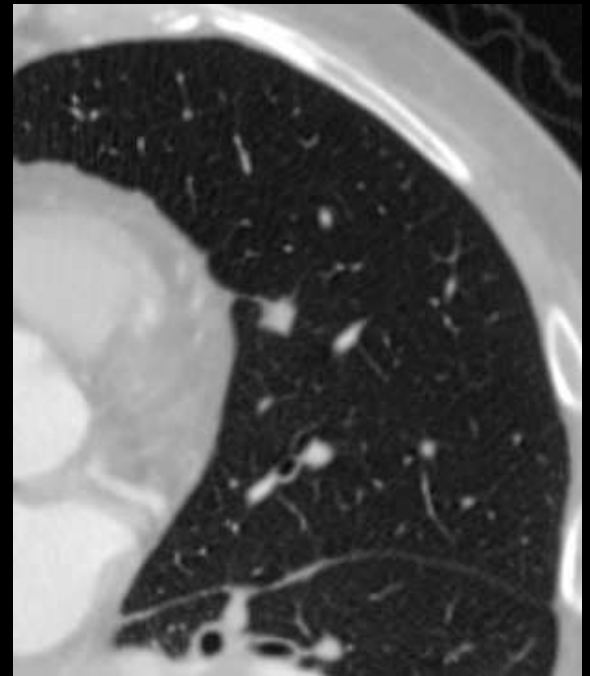
le contrôle à 6 mois ne montre pas de modifications notables de la lésion



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

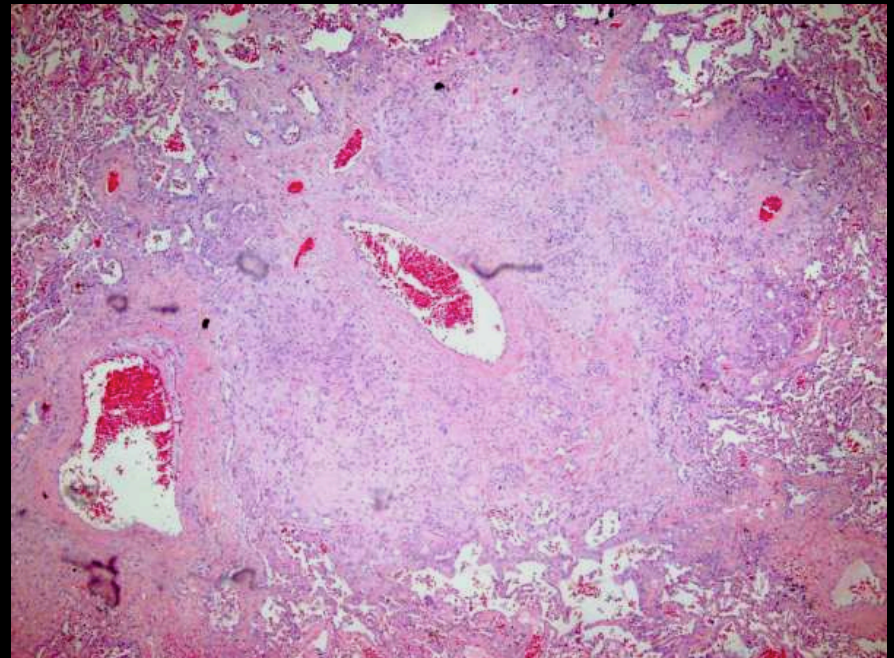
une première biopsie , trans-bronchique conclut à un adénocarcinome bronchique primitif

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

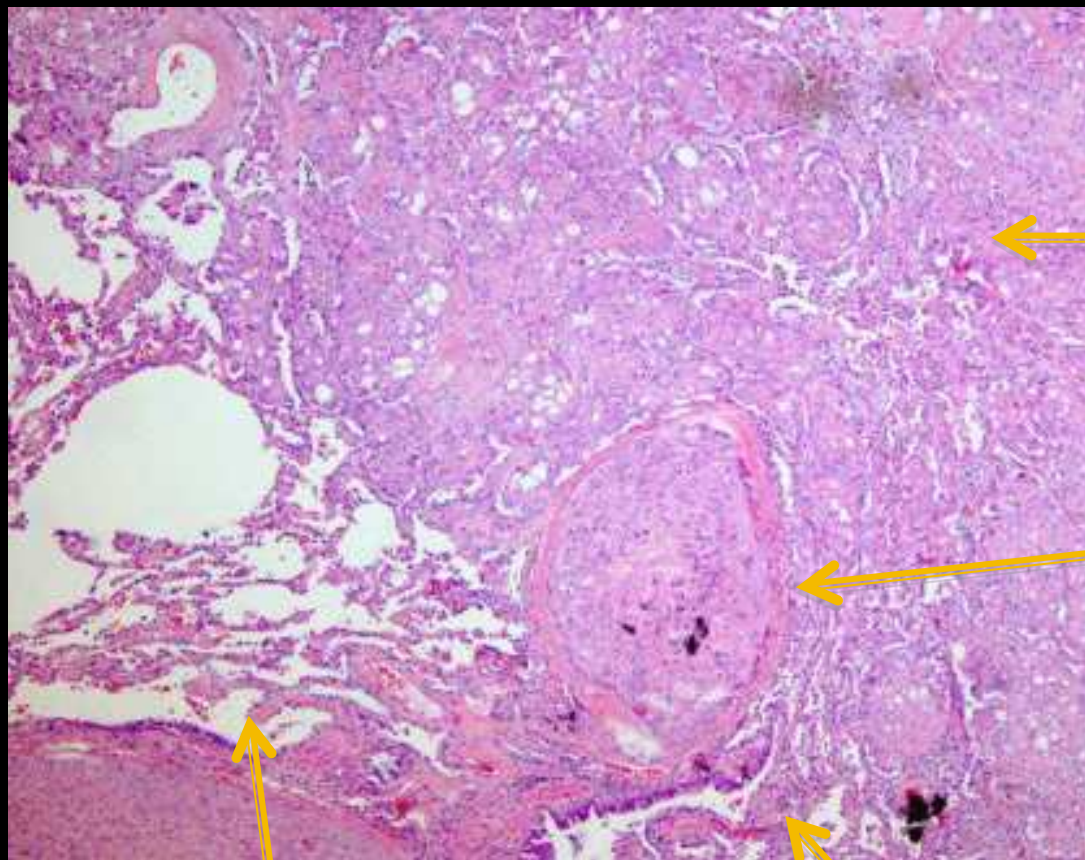
hémangioendothéliome épithélioïde avec **8 nodules tumoraux** en plus

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

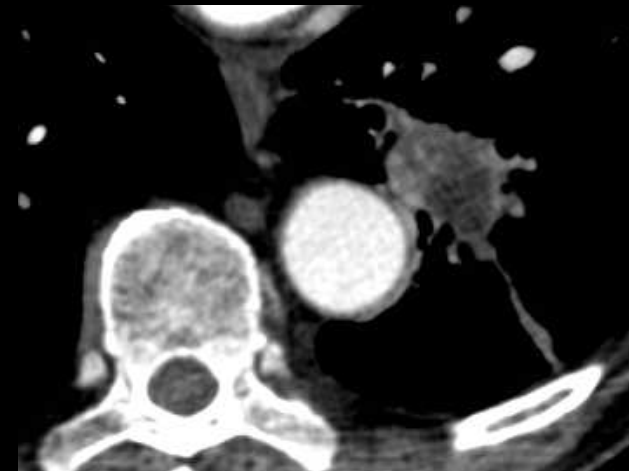
“espaces” aériens normaux

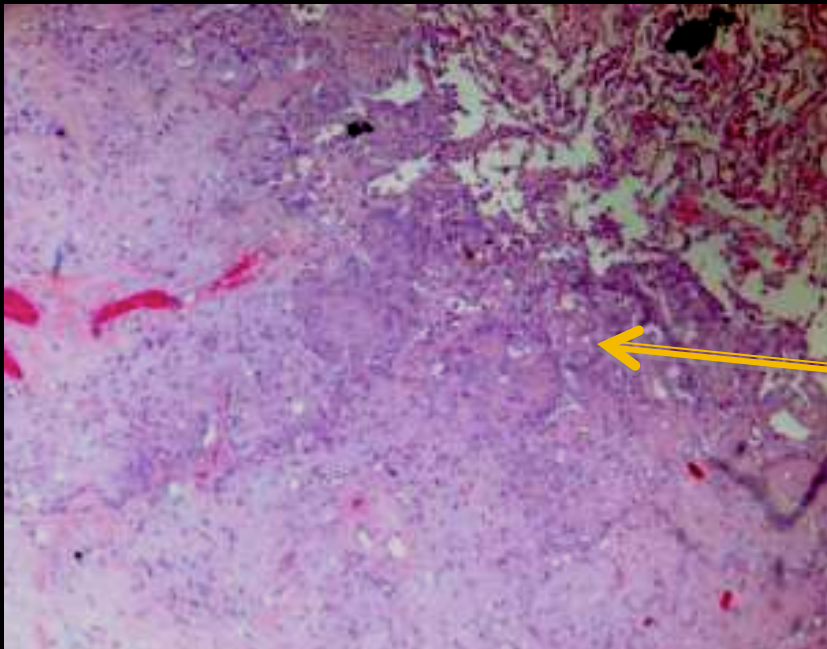
Nodule tumoral

Couronne périphérique
Prolifération polypoïde

Stroma hyalin
oedémateux

Vaisseaux intra-tumoraux

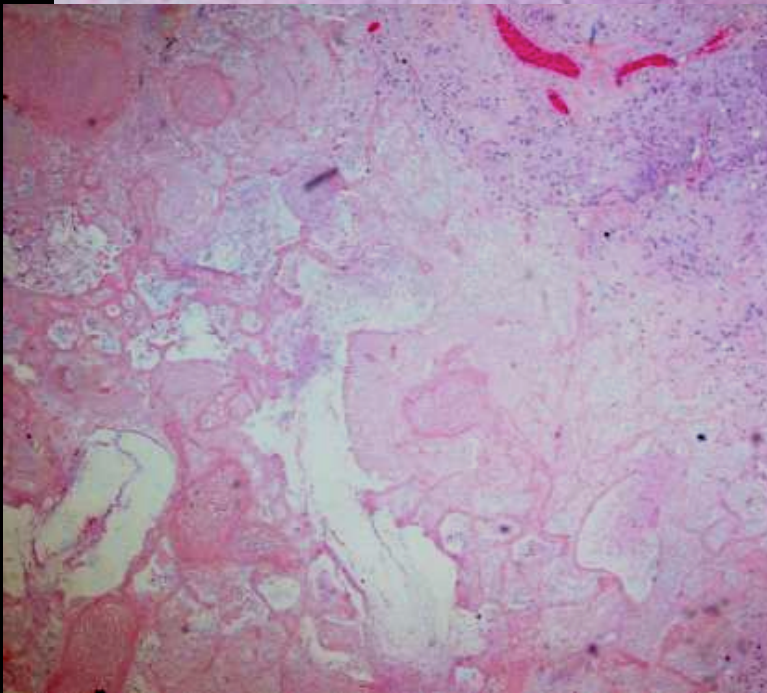




Nodule tumoral

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.

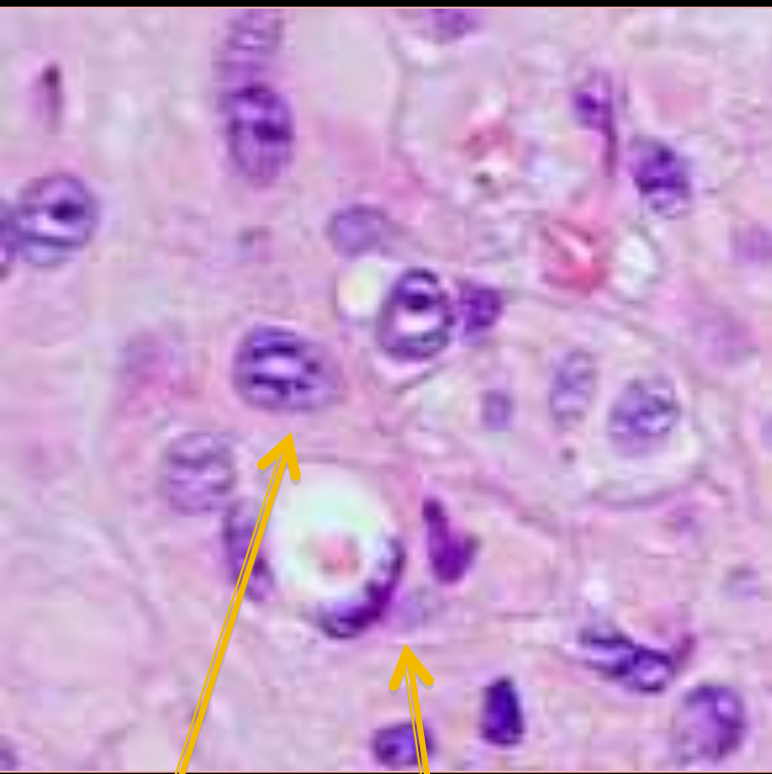
Couronne du nodule
tumoral: prolifération
polypoïde



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

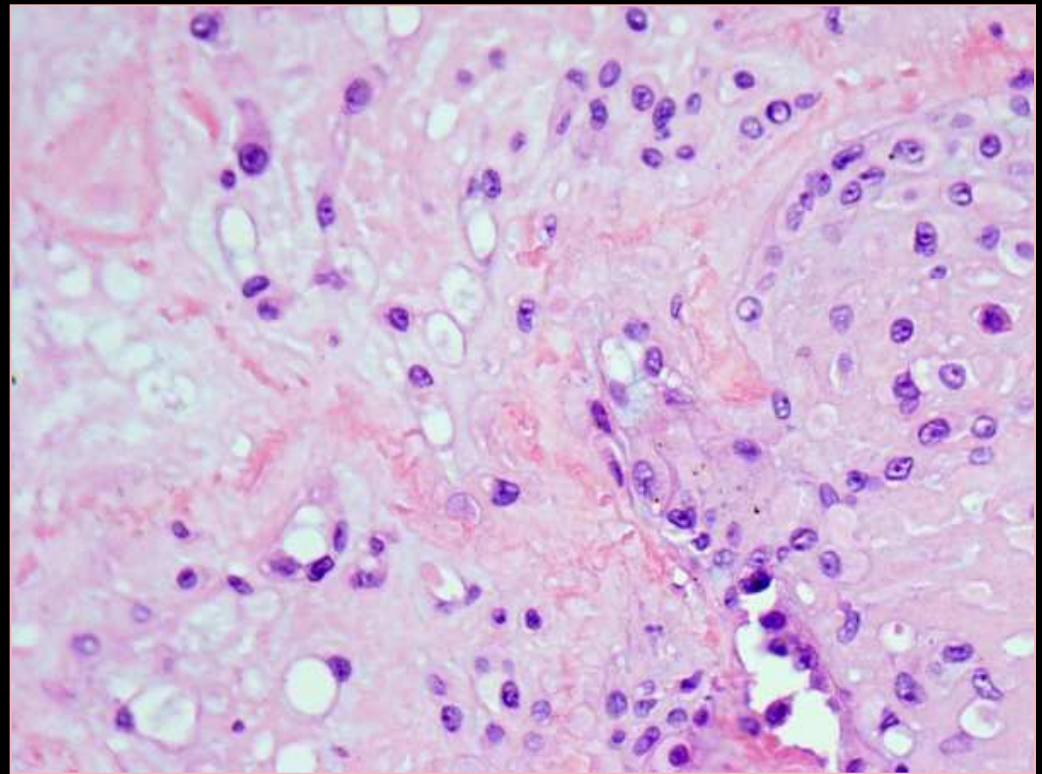
A histological section showing tumor necrosis. The tissue is pink and appears edematous. There are areas of necrosis where the cells have lost their structure and appear as pale, ghost-like outlines. The surrounding stroma is pink and appears edematous.

Stroma hyalin oedémateux



Mitose

Cytoplasme vacuolisé
 Volumineux noyau nucléolé
Hématie intra-cytoplasmique



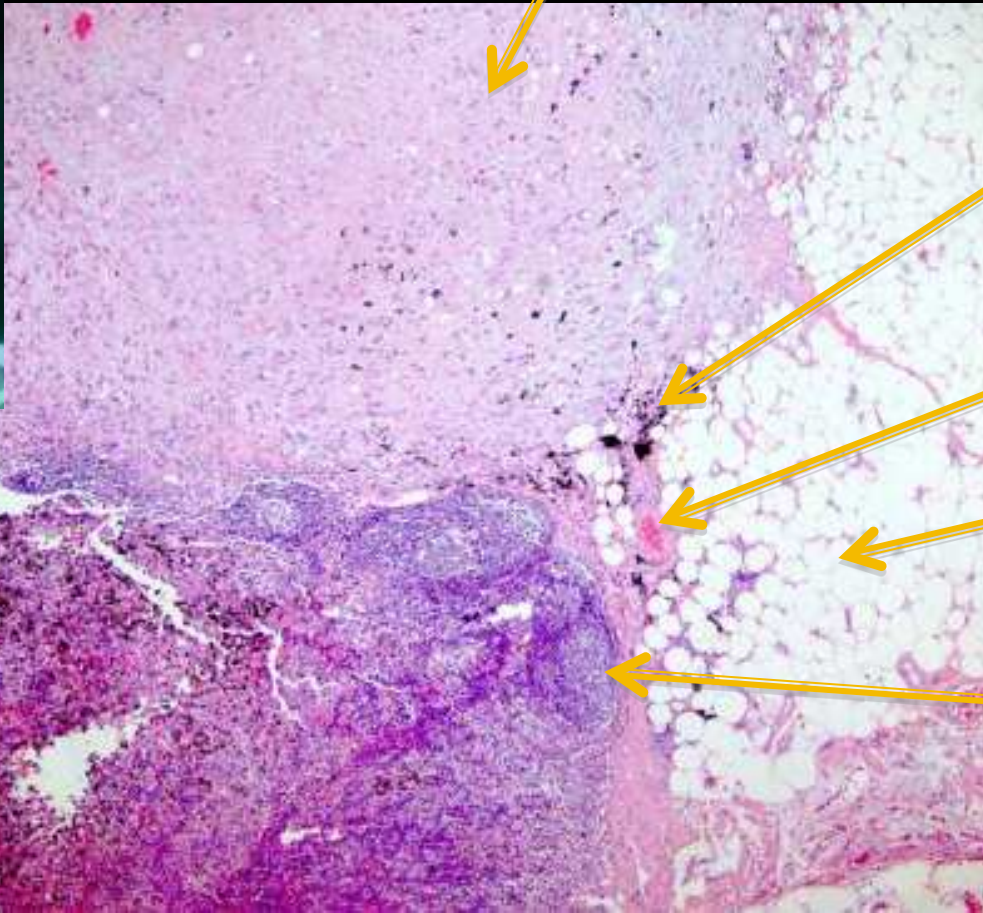
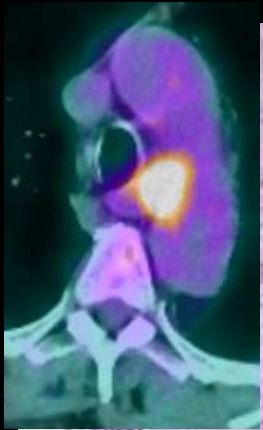
Prolifération polypoïde

Architecture cellulaire

Grossissement 400x
 Coloration HES

Ganglion tumoral

Nodule tumoral avec rupture capsulaire



Anthracose

Capsule

Graisse médiastinale

Amas lymphoïdes
à centres clairs

Grossissement 40x

Coloration HES: hémotoxiline éosinosine 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

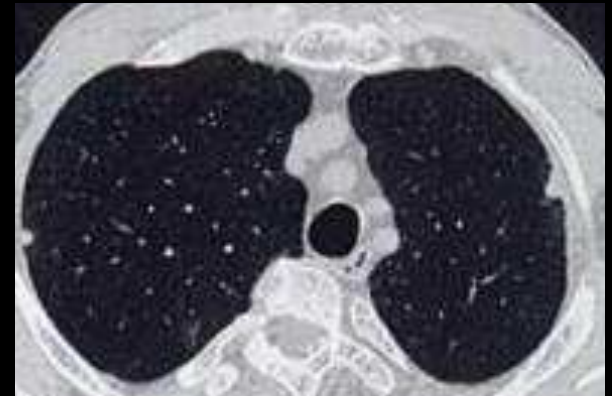
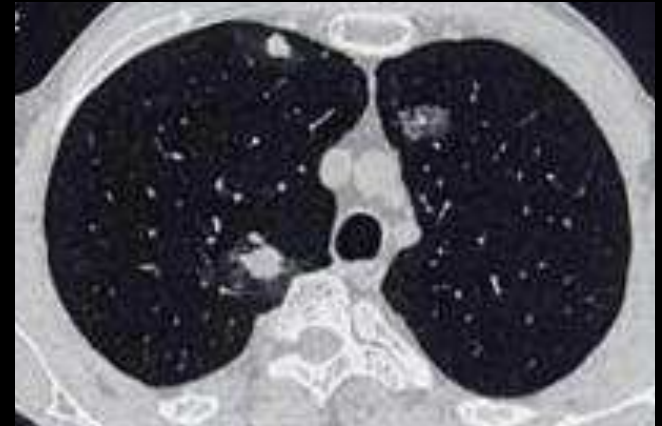
Entre 40 et 60 ans le plus souvent , observée de 7 à 72 ans

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**



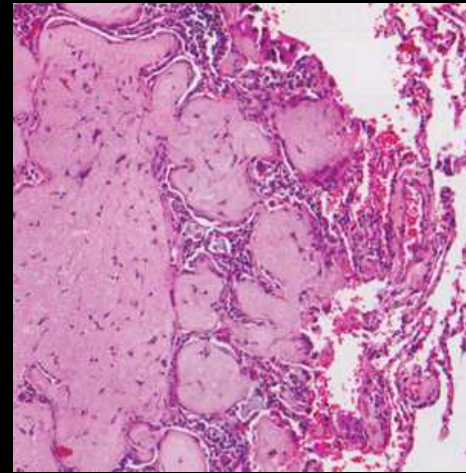
histologiquement la **matrice chondromyxoïde** est le **trait dominant** , associée à des **agglomérats polypoïdes intravasculaires de cellules tumorales** , avec des hématies extravasées

le diagnostic différentiel histologique doit faire évoquer :

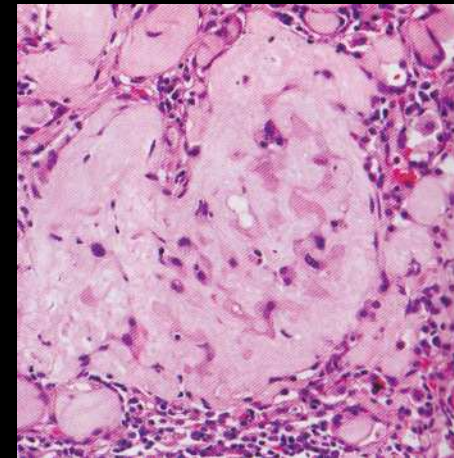
- .l'angiosarcome
- .les métastases d'adénocarcinome (marqueurs épithéliaux positifs , marqueurs vasculaires négatifs)
- .les métastases de chordome

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