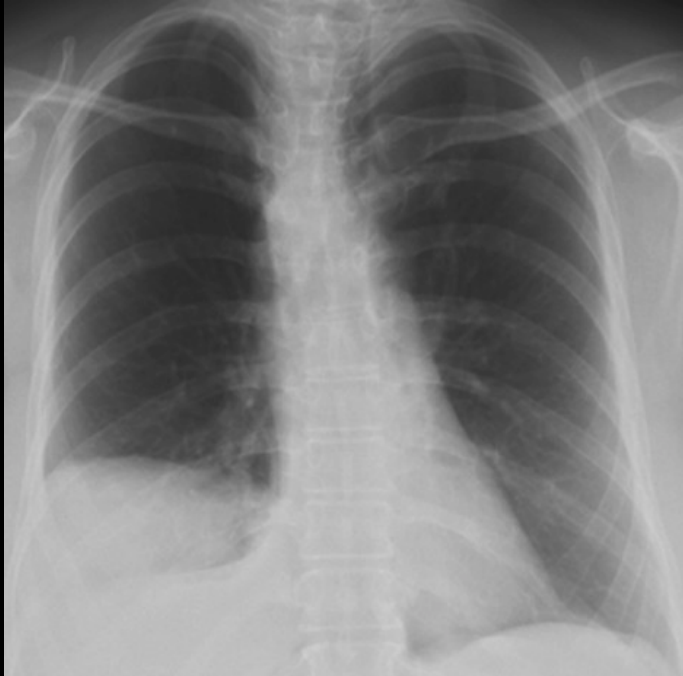


Femme de 54 ans ; radiographie "cardio-thoracique" standard de dépistage en visite annuelle de médecine de travail



Quel(s) est(sont) le(s) principal(es) élément(s) sémiologique(s) à retenir sur cet examen

-opacité basale droite , non systématisée , sans signes de rétraction de l'hémi-thorax ni bronchogramme aérien visible



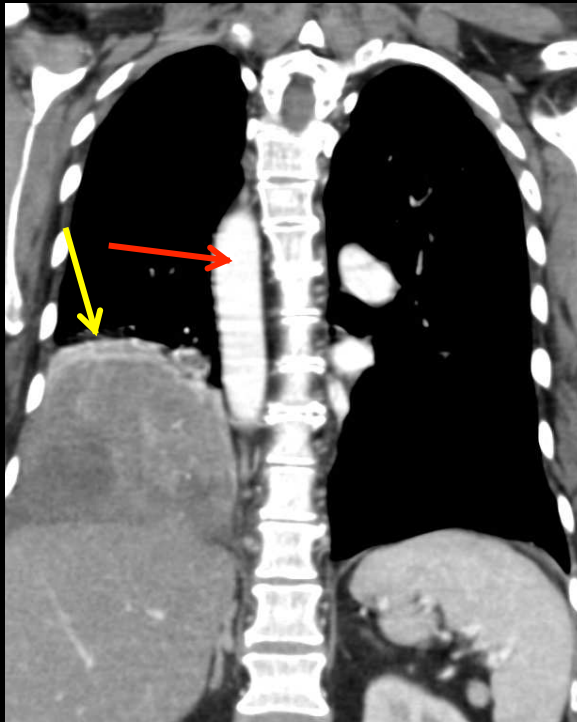
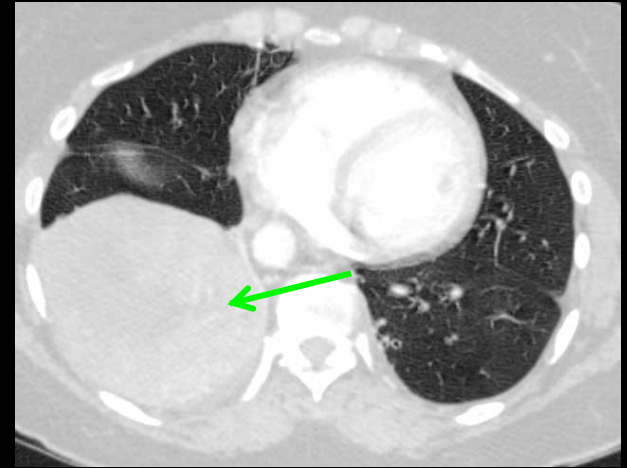
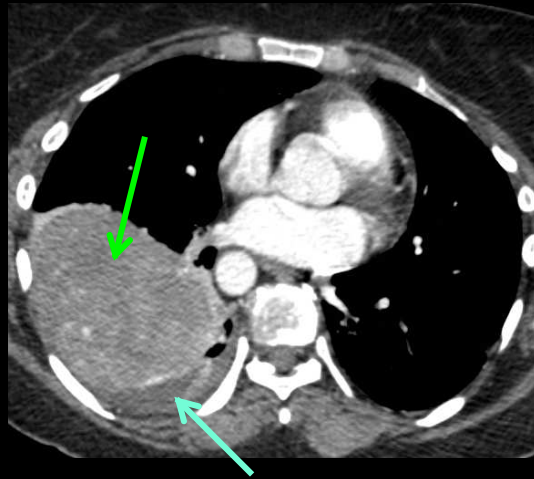
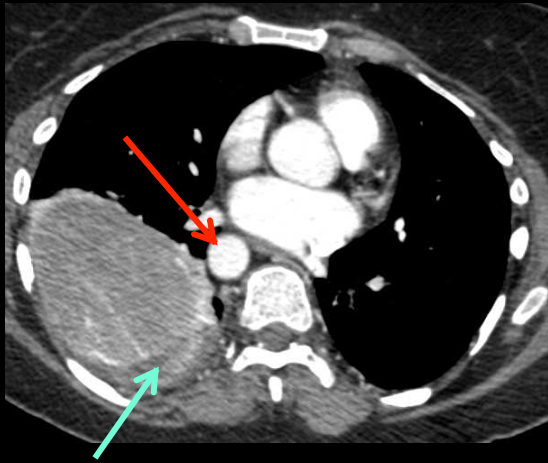
-la limite de l'arc inférieur du bord droit du médiastin restant nettement visible , la masse est postérieure (signe de la silhouette de Benjamin Felson)

-le sinus pleural latéral droit est comblé mais il n'y a pas de ligne bordante pleurale ni de limite supérieure arciforme (ligne de "Damoiseau radiologique")

NB: Louis-Hyacinthe Céleste Damoiseau est mort en 1890 , soit 5 ans avant la publication de W. C. Roentgen sur la découverte des applications médicales des rayons X ; la ligne qui l'a rendu immortel (quoique les américains l'appellent ligne de Ellis ; ce dernier étant mort en 1883) est une donnée de la percussion !!

L'hémi coupole diaphragmatique droite n'est visible que dans sa partie interne puis se "noie" dans la masse . La "bordure incomplète" est un trait très évocateur des lésions pleurales

Enfin , il n'a échappé à personne que le médiastin supérieur est "étroit" et remonte plus haut que d'habitude ; il n'y a pas de bouton aortique sur le bord gauche ; il s'agit bien sur d'une aorte à droite



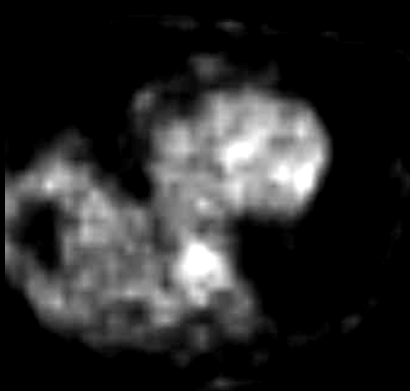
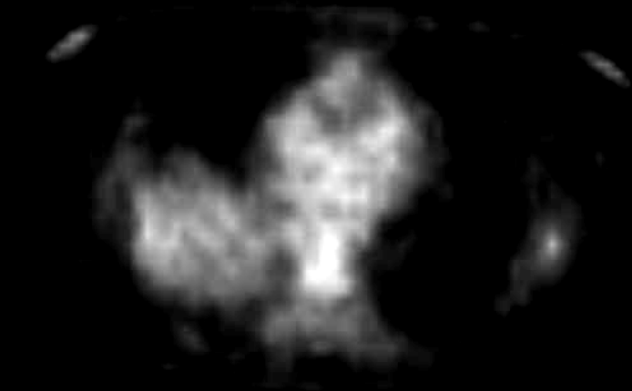
Le scanner après injection de PCI confirme :

.l'aorte à droite

.la présence d'une masse ovale encapsulée , reposant sur l'hémi-coupole diaphragmatique , hypervascularisée, sans structures bronchiques visibles , refoulant le parenchyme pulmonaire sans l'envahir

.il existe une mince lame liquide pleurale postérieure

.le parenchyme pulmonaire au contact n'est pas ventilé (atélectasie passive)



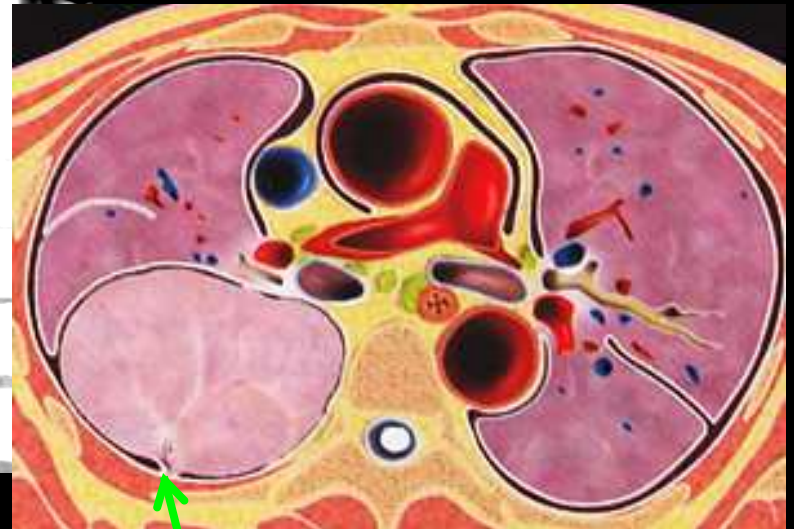
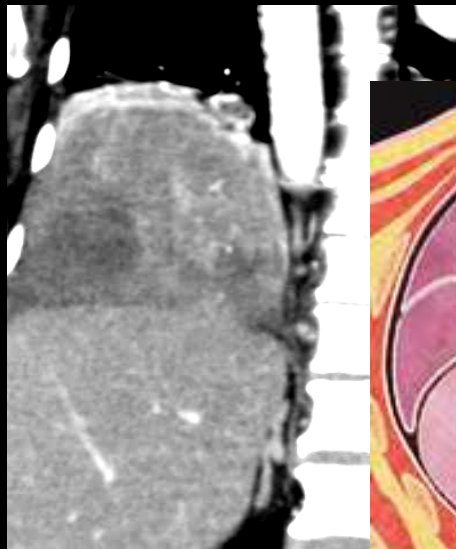
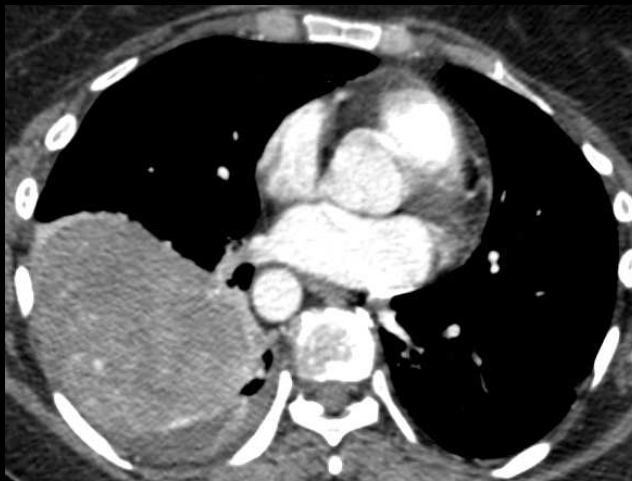
Pet-scan:

Hyper métabolisme hétérogène

Fibroscopie bronchique:

Biopsies et LBA (pourquoi ????)

anapath: pas de cellules anormales



L'ensemble des images évoque avant tout une **tumeur fibreuse localisée** (ou plus classiquement solitaire)
de la plèvre

notez le pédicule implanté sur la plèvre pariétale, observé dans 50 % des cas contrairement aux données classiques (30 % seulement)

La tumeur fibreuse solitaire de la plèvre

Nombreux synonymes dont fibrome pleural

prolifération néoplasique bénigne de cellules fibroblastiques sous mésothéliales ; sans relation avec l'amiante

souvent **asymptomatique** (50 % des cas) , parfois toux , dyspnée , douleurs pleurales (pleurodynies)
- **hypoglycémies** chez 5 % des patients (formes malignes)
- **hippocratisme digital** avec parfois ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique de P Marie-Bamberger (périostite engainant la diaphyse des os longs des membres , arthralgies) dans 4 % des cas (autrefois 35%)

Touche les 2 sexes avec la même fréquence (? , prédominance féminine) , généralement après 40 ans (âge moyen 50 ans)

Masses généralement volumineuses (5 à 25 cm) , encapsulées , surface capsulaire hypervascularisée , **rattachées par un pédicule à la surface de la plèvre viscérale classiquement 70:vs 30 % sur la plèvre pariétale (en fait 50 / 50)**, souvent développées entre les feuillets scissuraux et classiquement "mobilisables" sur des clichés "positionnels" . Les petites lésions sont homogènes à l'inverse des grosses



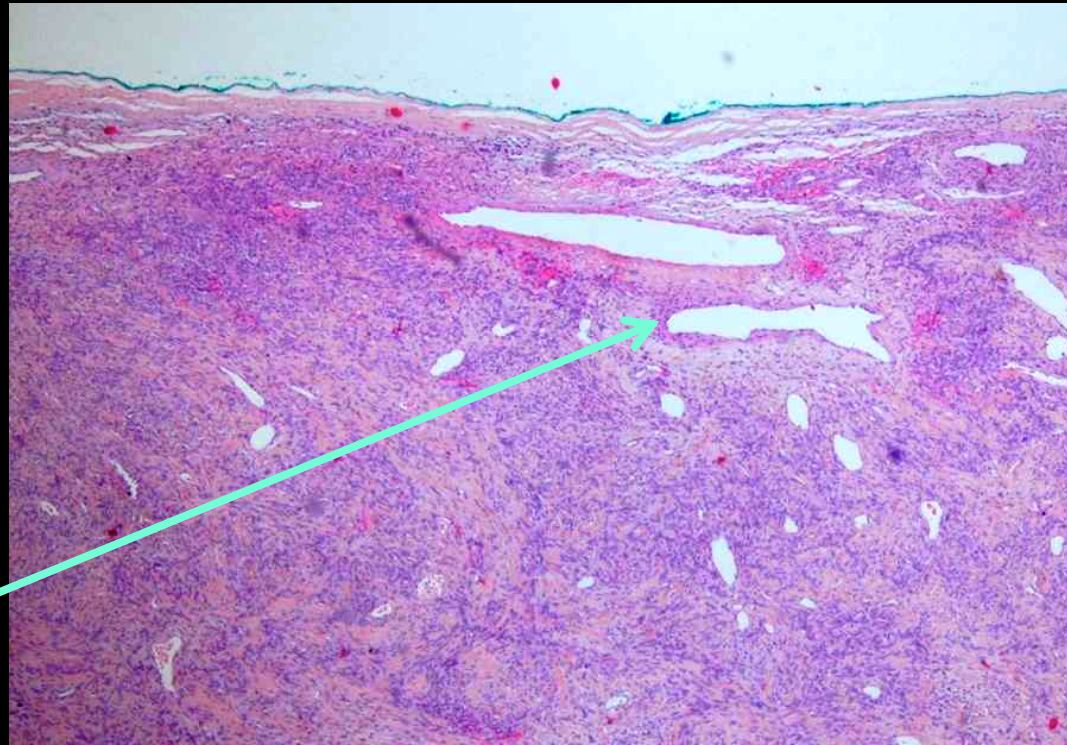
Histologiquement , constituées des cellules fusiformes en travées tourbillonnantes; stroma hypervascular

Nombreuses transformations locales possibles:

.hyalinisation , dégénérescence myxoïde du stroma

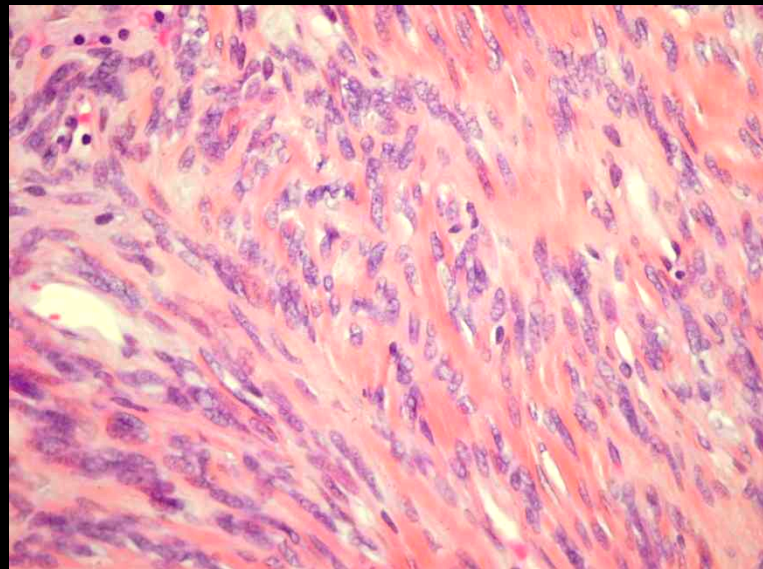
;calcifications et métaplasies osseuses; Les calcifications sont plus fréquentes dans les formes malignes (20% vs 5 % dans les lésions bénignes).

piégeages d'espaces aériens en périphérie de la tumeur



IHC : vimentine + ; CD 34 + , Bcl-2 , CD 99 +

Important pour le **diagnostic différentiel** avec le **mésothéliome sarcomatoïde** , le **sarcome synovial pleural** , le **blastome pleural**..



Le pronostic est lié à la présence d'éléments de malignité à l'examen anatomo-pathologique et à la qualité de l'exérèse qui doit être R0 ,

Les éléments péjoratifs (15 à 20 % de formes malignes) sont:

- .la révélation clinique par une hypoglycémie
- .la présence d'un épanchement pleural liquide abondant et/ou sanglant à la ponction
- .la présence de calcifications intratumorales.
- .une insertion sur la plèvre pariétale ,surtout si sessile

L'IRM peut mieux que le scanner , préciser les caractères des contingents lésionnels (nécrose , transformation myxoïde) et celles de l'épanchement pleural

L'exérèse doit être préférée à la biopsie transpariétale+
++++

Les récurrences locales (15 % des cas , y compris dans les formes bénignes) , doivent être traitées chirurgicalement avec la même "agressivité" que les atteintes initiales .Une surveillance prolongée est nécessaire , les récurrences pouvant être tardives

