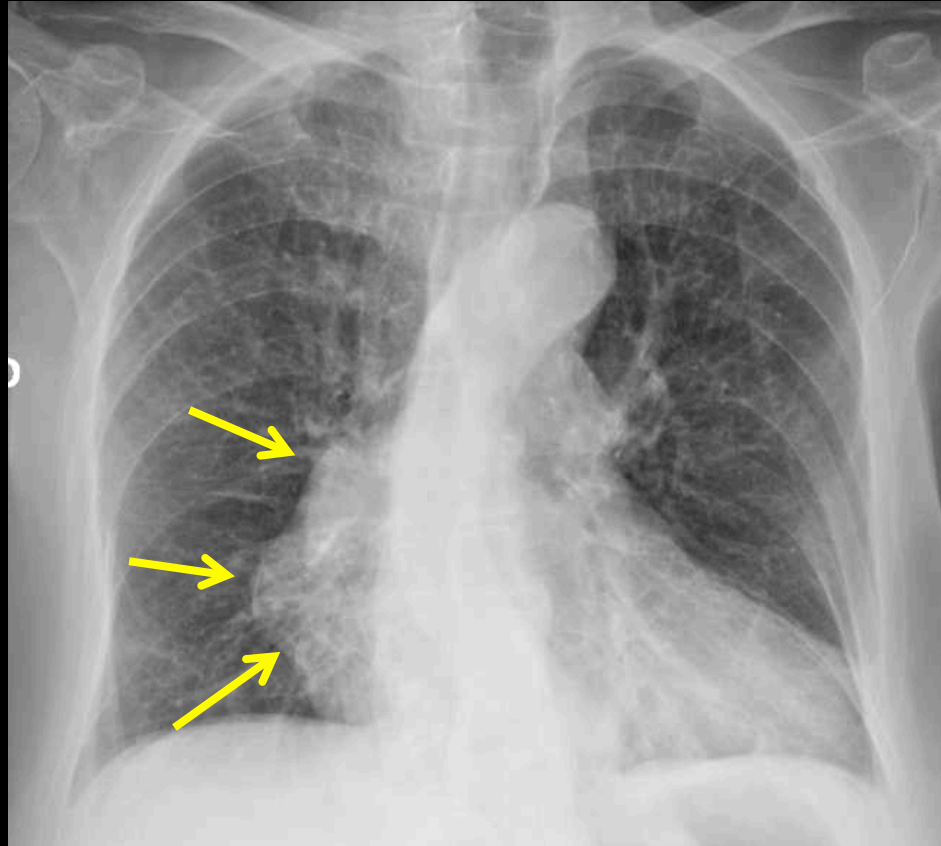


femme 79 ans ; bilan de pneumopathies infectieuses récidivantes
Quels sont les principaux éléments sémiologiques à retenir sur ce cliché(cardo)thoracique standard



A. OLIVER

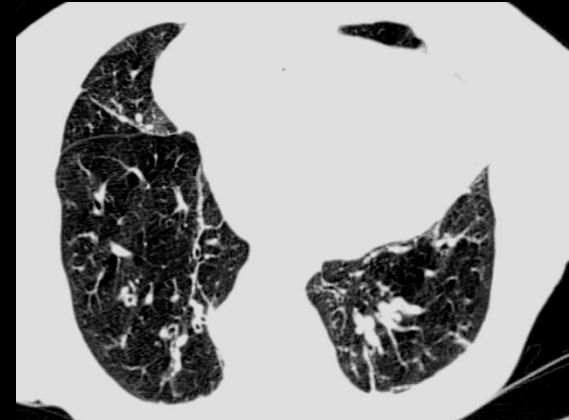
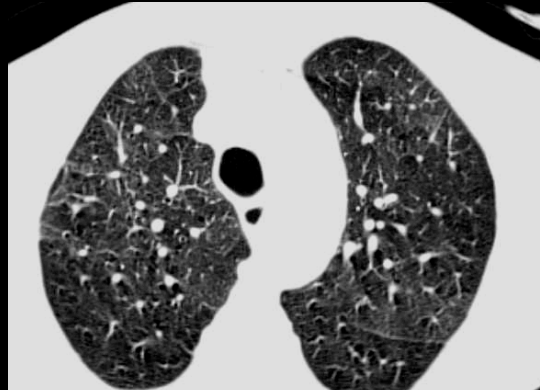
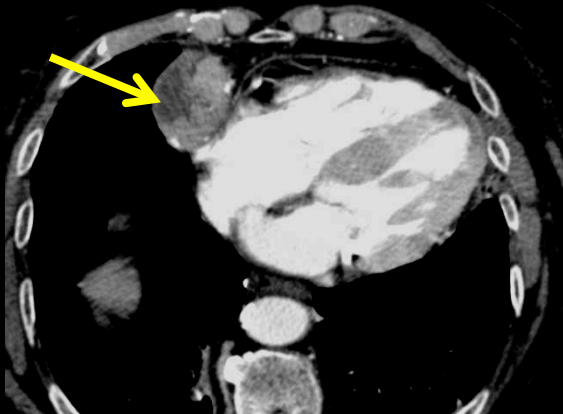
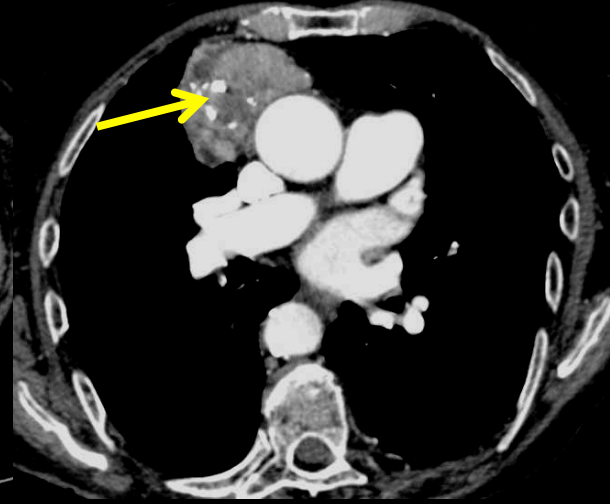
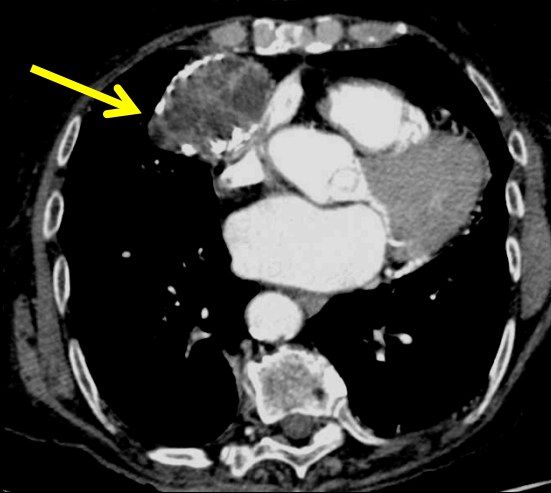
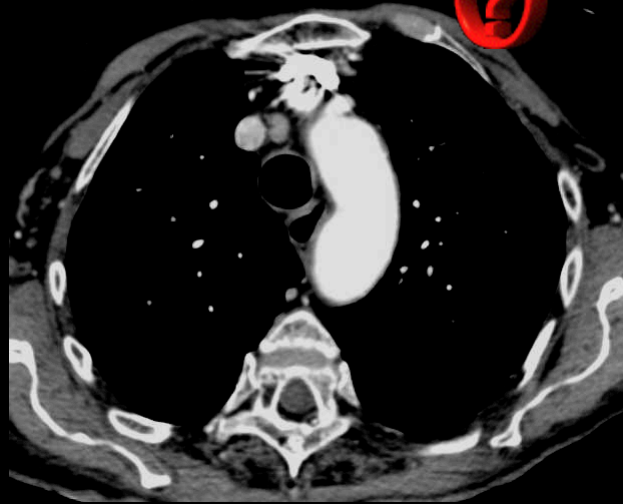


Outre un index cardio-thoracique à 0,63 et une redistribution vasculaire bi apicale témoignant d'une insuffisance cardiaque gauche congestive à minima

il existe une opacité polylobée effaçant le bord de l'arc inférieur droit du médiastin et recouvrant les gros vaisseaux proximaux du hile qui restent visibles.

Ce "signe de la silhouette de Felson" associé à un "signe du recouvrement hilair" permettent de suspecter un processus expansif situé dans le même plan que l'atrium droit et en avant du plan des vaisseaux hilaires (médiastin antérieur).

quelles sont les principales anomalies observées sur le scanner et les principales hypothèses diagnostiques à évoquer

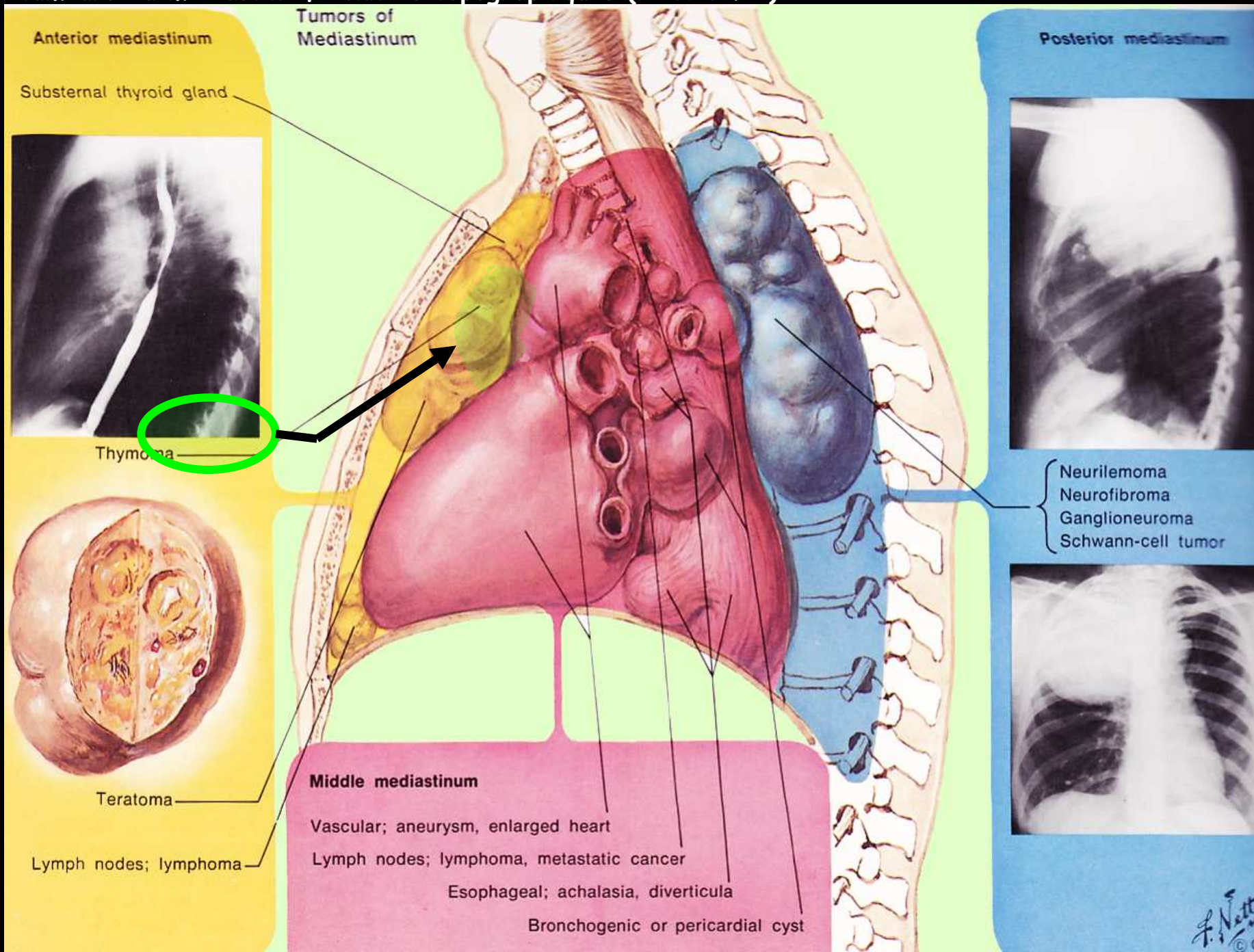


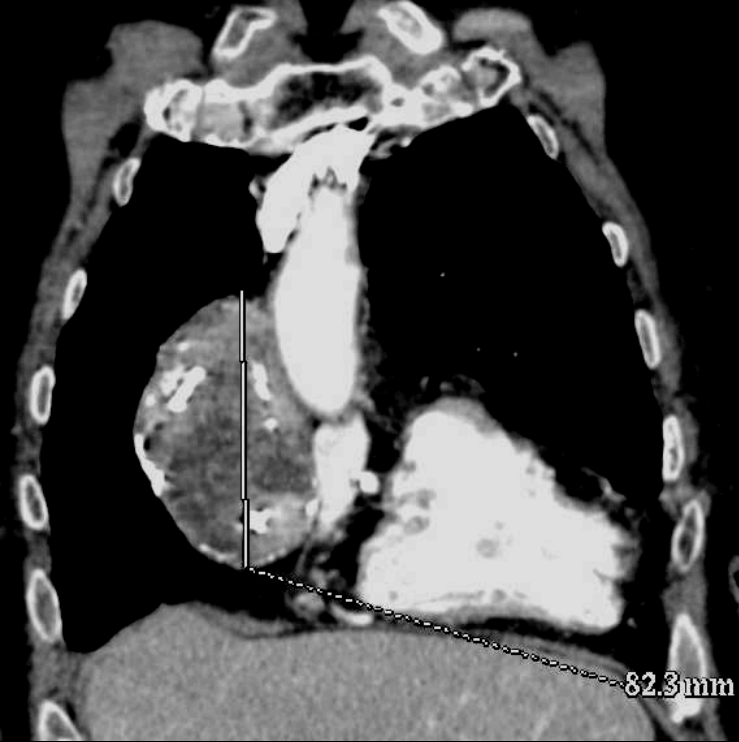
il existe bien une masse médiastinale antérieure des étages moyen et inférieur , hypervascularisée , au contact de l'atrium droit et de la VCS

on note en outre une dilatation modérée de l'atrium G et un œdème septal avec des plages de verre dépoli mais pas d'hydrothorax

on peut évoquer une **masse thymique** (thymome ou carcinome thymique) , ou une **tumeur à cellules germinales du médiastin** (marqueurs : bêta HCG , alpha FP , LDH ...) ; la localisation permettant a priori d'éliminer une lésion thyroïdienne

tumeurs du médiastin ; données topographiques (Netter FH)





La lésion présente des caractéristiques particulières et évocatrices du diagnostic

.terrain: sujet âgé

.découverte fortuite (manifestement sans rapport avec les pneumopathies récidivantes)

.caractère bien limité, encapsulé, régulier

.topographie: médiastin antérieur ,étage moyen ,

.contingents tissulaires multiples: centre d'aspect "nécrotique " et/ou fibreux avec nodules muraux et calcifications



Aspect très évocateur de thymome !

Thymomes

Rappels thymus

Origine: 3-4^{ème} arc branchial

Aspect : bilobé, triangulaire, constitué de cellules épithéliales, de **lymphocytes**, de **cellules myxoïdes** distribuées dans le cortex et la médullaire

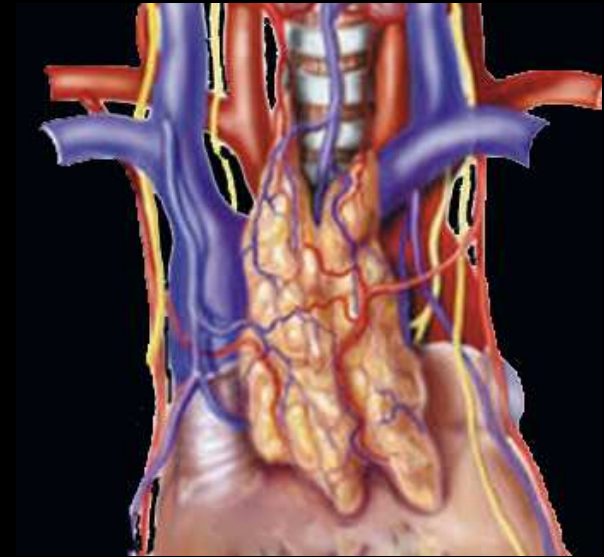
Evolution: croissance jusqu'à la puberté puis régression avec dégénérescence graisseuse (corps adipeux rétro-sternal de Waldeyer)

TDM: iso ou hyperdense par rapport aux muscles pariétaux

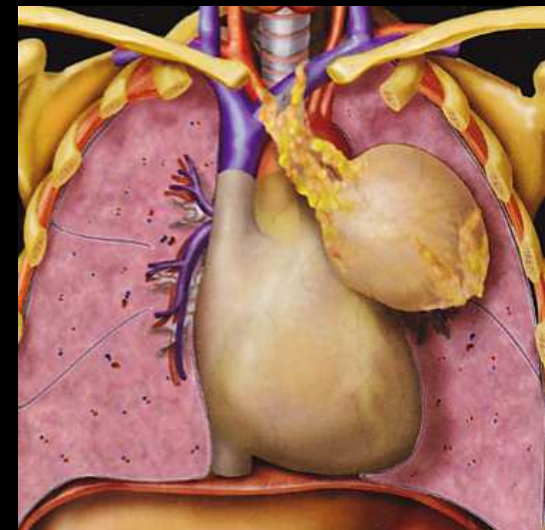
IRM:

T1: signal > muscle et < graisse

T2: signal > muscles et presque = graisse



thymus normal



thymome

Thymomes

Généralités

Epidémiologie :

tumeur thymique la plus fréquente: 50%
des tumeurs du médiastin antérieur
(15% des T médiastinales), 35% de
formes invasives

découverte entre 50 et 60 ans,

sex ratio: 1

Clinique :

asymptomatique +++ (20 à 50% des cas)

signes de compression

35 à 40% : myasthénie (T moins
agressive, meilleur pronostic, signes
cliniques améliorés par tumorectomie)

désordres hématologiques :
érythroblastopénie
hypo gamma-globulinémie

CLASSIFICATION

- **A** : thymome médullaire
- **AB** : thymome mixte
- **B1** : thymome à prédominance corticale
- **B2** : thymome cortical
- **B3** : carcinome thymique bien différencié
- **C** : carcinome thymique typique

Thymomes
bénins

Signes en
faveur
malignité
: histo/
TDM

PRISE EN CHARGE

Formes encapsulées: résection complète +/-
radiothérapie post-op si adhérences

Formes macroscopiquement invasives: résection
maximale et radiothérapie post-op

Formes métastatiques: chimiothérapie première
puis en fonction radiothérapie post-op
(rarement reprise chirurgicale).

Thymomes iconographie

Meilleur examen: **TDM +++**

Médiastinale **antérieure** (supérieure +++)

Masse tissulaire:

asymétrique (croissance unilatérale), ovoïde
rehaussement homogène et modéré
calcifications dans 20% des cas (capsule) et
plages liquides (20% des cas)

Signes en faveur d'une lésion invasive:+++++

limites irrégulières ,effacement des plans
graisseux +++

effet de masse et envahissement des
structures adjacentes (plèvre, vaisseaux,
péricarde...)

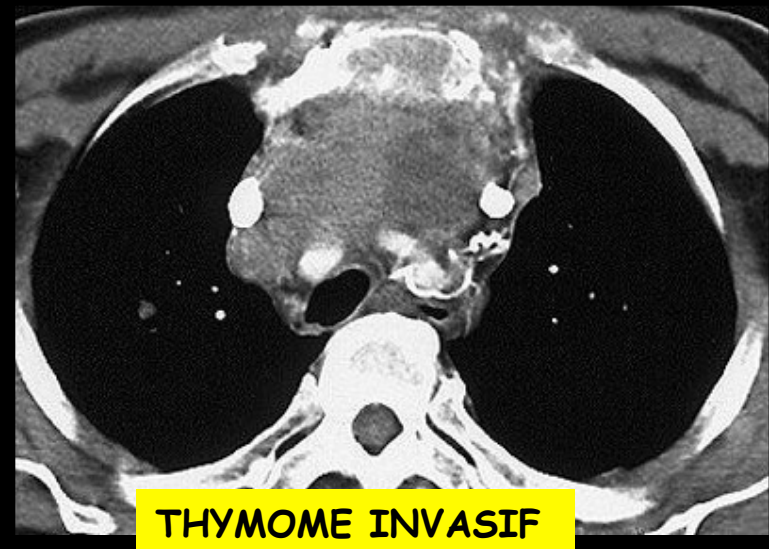
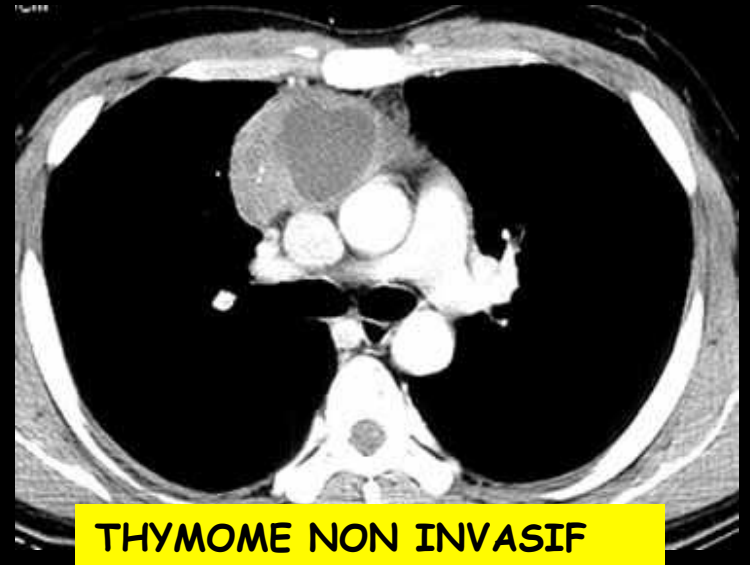
adénopathies

épanchements des séreuses.

IRM:

T1: isoS / muscles

T2: hyperS / muscles

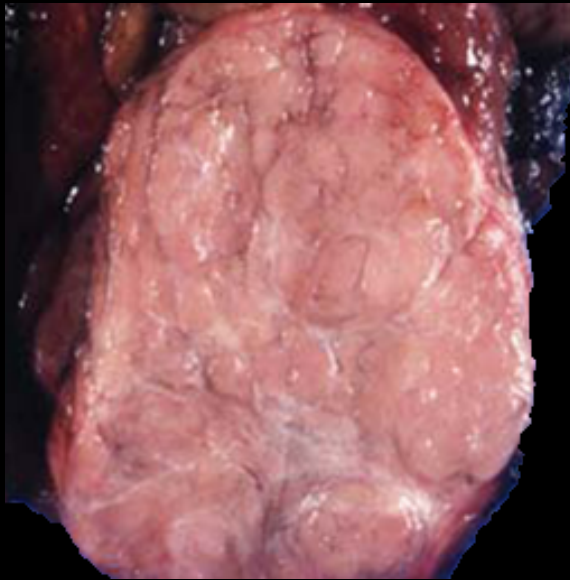


Thymomes

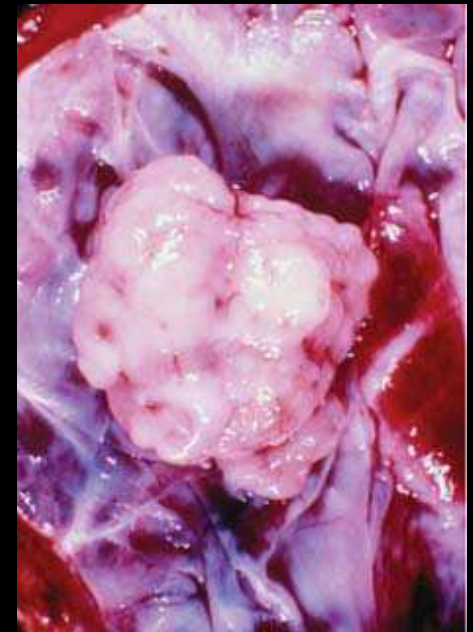
anatomie pathologique
macroscopique



*Thymome: hémorragie
centrale et nécrose*



*Thymome:
Lobules tumoraux
individualisés par des
bandes fibreuses*



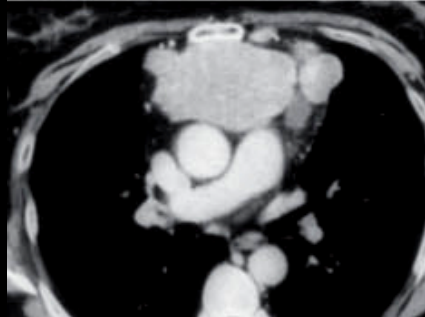
*Lésions kystiques
avec nodules muraux*

Thymomes

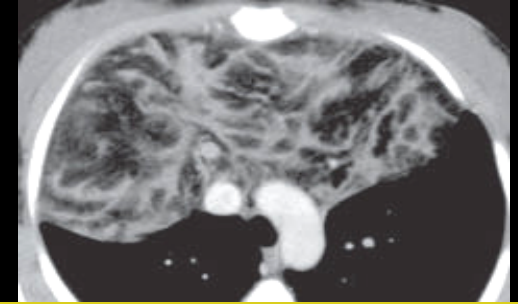
Diagnostics différentiels



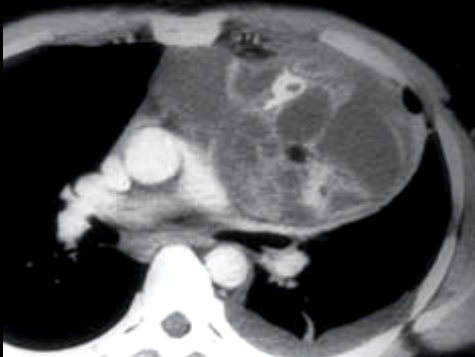
Lymphome: amas ganglio-tumoral avec rehaussement progressif et zones de faible prise de contraste (nécrose)



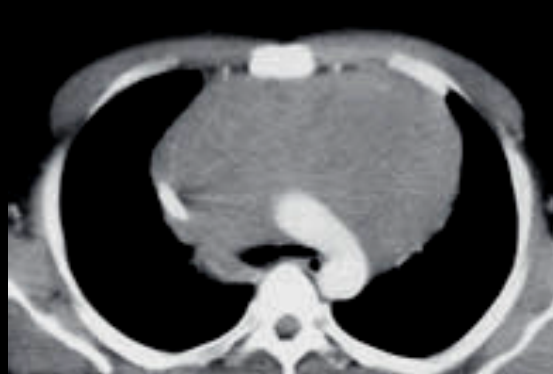
Carcinoïde thymique: masse médiastinale ;**rehaussement intense +++++** , avec ADP adjacente



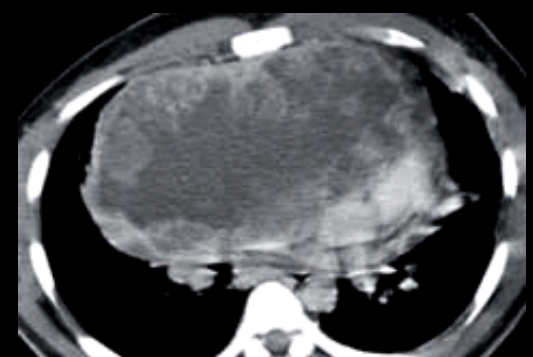
Thymolipome : masse médiastinale raccordée au thymus associant un **contingent graisseux** et tissulaire



Tératome mature: lésion du médiastin antérieur, contenant des kystes multiloculés, avec **contingents tissulaires, adipeux et calciques**



Séminome: volumineuse masse médiastinale antérieure tissulaire, **homogène**, se rehaussant progressivement



Tumeur à cellules germinales non séminomateuse: lésion **localement agressive**, contenant un centre nécrotique et/ou fibreux.

Take home message

-le thymome est une tumeur épithéliale avec un contingent variable de lymphocytes . C'est la **tumeur médiastinale antérieure la plus fréquente , surtout après 40 ans** .

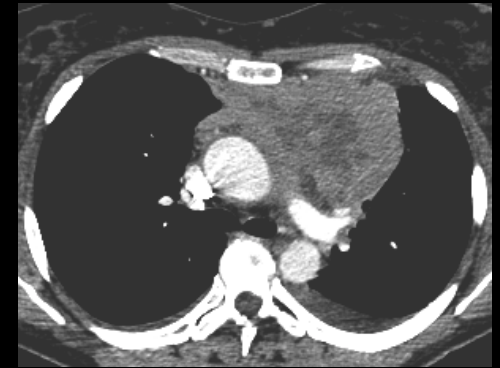
-mase ovalaire ou lobulée du médiastin antérieur avec **zones kystiques et nécrose fréquente (1/3 des cas)** , surtout dans les grosses tumeurs .

Il faut alors rechercher les irrégularités et les pertes de transparence des fascia graisseux péri thymiques ainsi que les signes d'extension aux structures médiastinales et/ou à la paroi thoracique

-sur le plan anatomo-pathologique les classifications sont fondées sur **le type cellulaire prédominant(épithélial ou lymphocytaire)** ; il n'y a pas de différences histologiques entre les formes encapsulées et les formes invasives . Il faut une analyse macro et microscopique précise de toute la capsule sur la pièce d' exérèse pour déterminer le caractère invasif .

La terminologie de thymome malin est donc inappropriée puisqu'il n'y a pas de malignité histologique

-l'anomalie thymique la plus fréquemment associée à la myasthénie grave n'est pas le thymome mais l'hyperplasie folliculaire thymique (65 % des cas)



femme 47 ans
thymome invasif