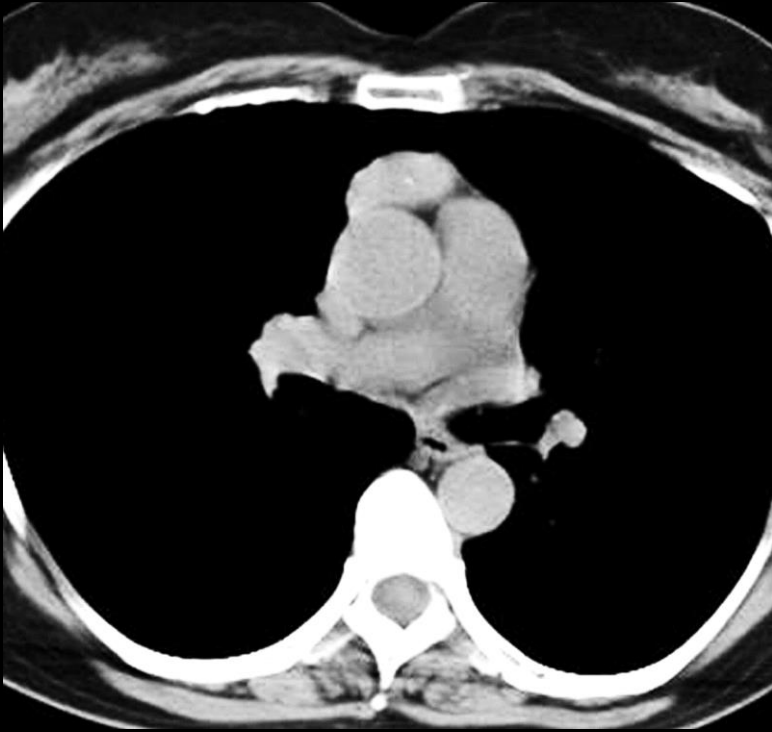


Patiente 41 ans, altération de l'état général



Masse tissulaire

Médiastinale antéro-supérieure, angle pleuro-péricardique

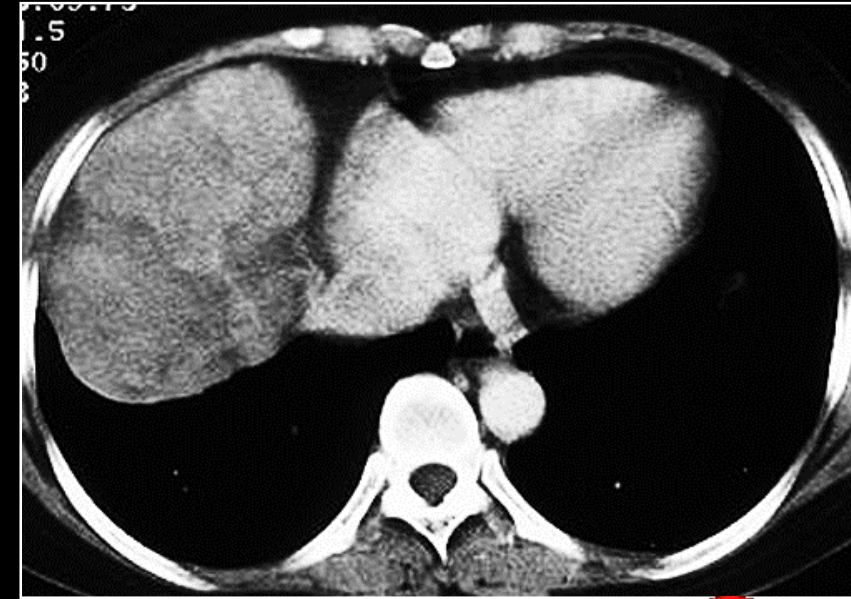
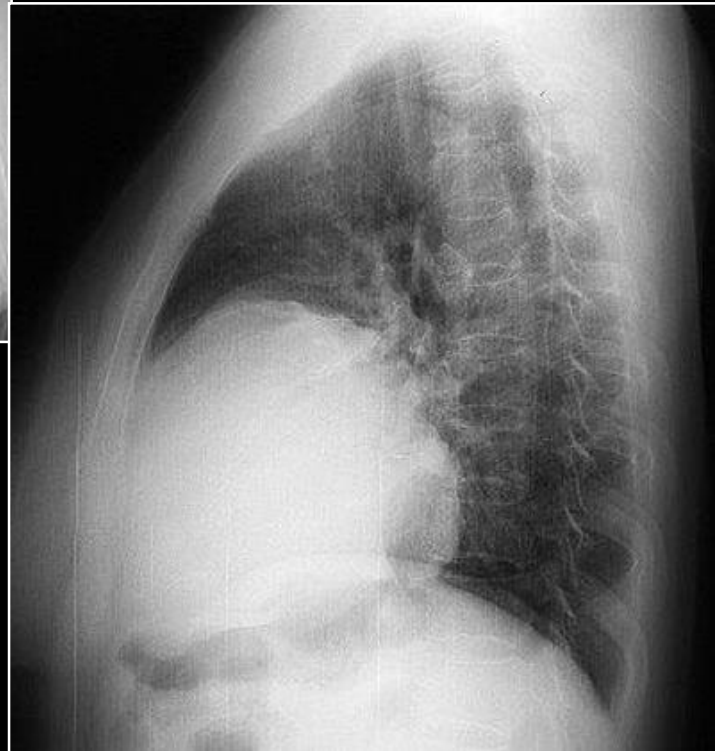
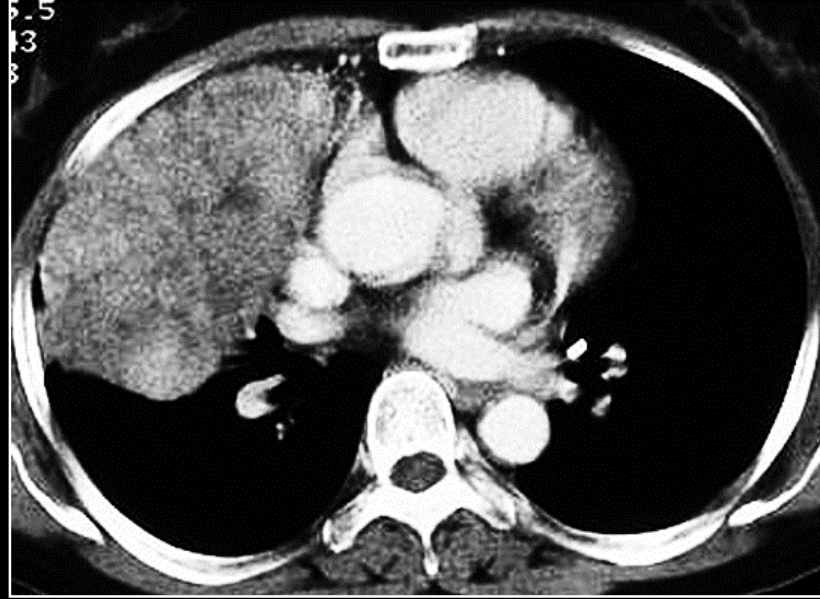
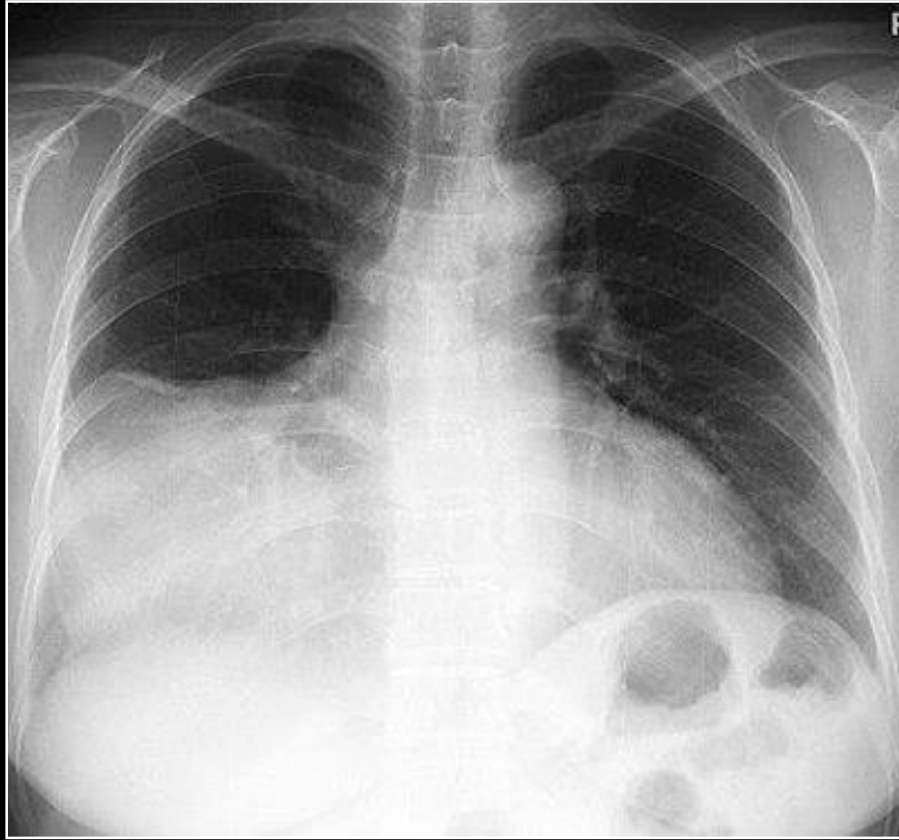
Non infiltrée par graisse médiastinale +++

Asymétrique (croissance unilatérale)

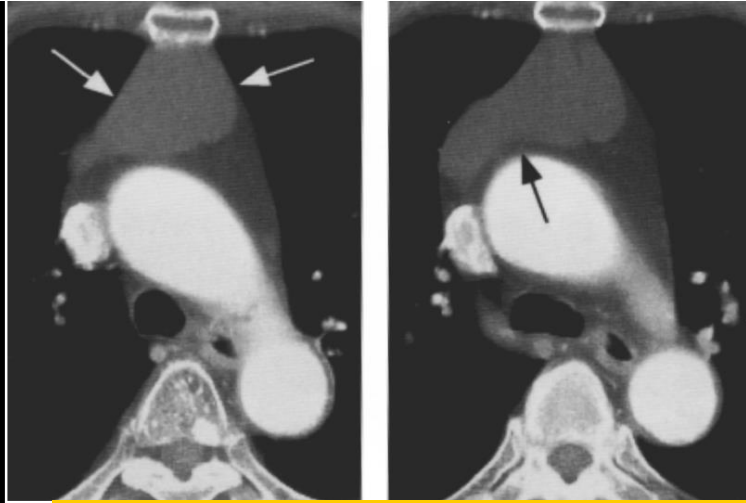
Rehaussement homogène et modéré



Patiente 60 ans, même organe d'origine



Patiente 36 ans, même lésion



Thymome

- Tumeur thymique la plus fréquente : 15% des T médiastinales
- 35% de formes invasives
- > 30 ans, homme = femme
- Clinique :
 - asymptomatique +++ ou signes de compression
 - 35 à 40% : myasthénie (T moins agressive, meilleur pronostic)
- Désordres hématologiques :
 - érythroblastopénie
 - hypo γ -globulinémie
- Histologie : **forme « invasive »** : si extension au-delà de la capsule fibreuse
(envahissement graisse, plèvre, péricarde, cœur, gros vx, poumon)
- Évolution : méta hématogènes, extension trans-diaphragmatique ou implants
plèvre/péricarde : rares

En faveur forme invasive

Limites irrégulières, interface irrégulière avec poumon, effet masse sur vx, englobement vx

Grosse tumeur / calcifications/ nécrose

Infiltration plèvre (épaississement pleural unilatéral), péricarde, diaphragme, poumon, Vx, cœur

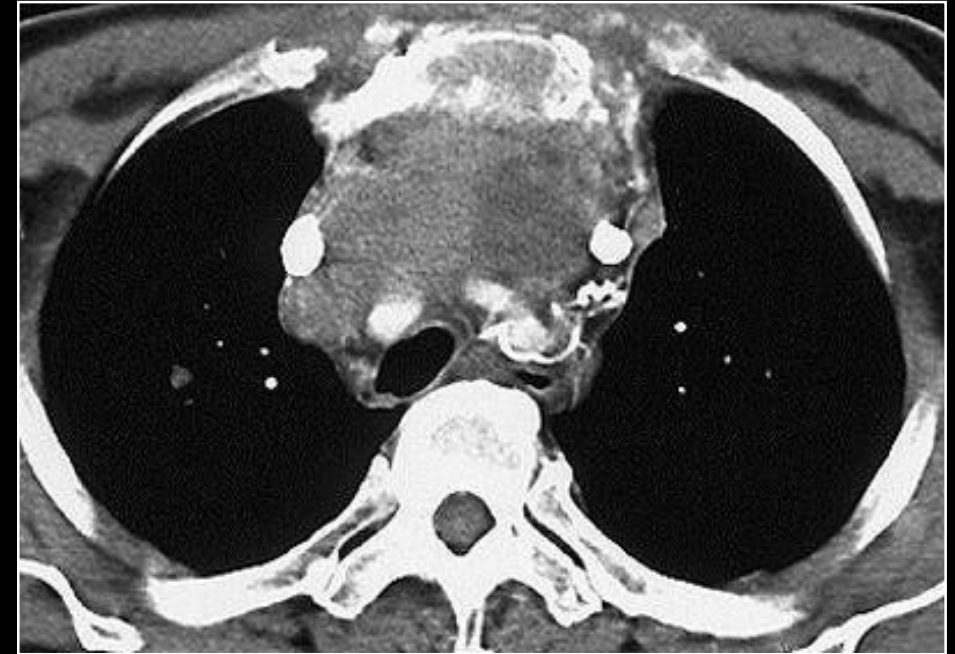
Épanchements séreuses (plèvre : rare)

ADP péri-aortiques, sus diaphragmatiques

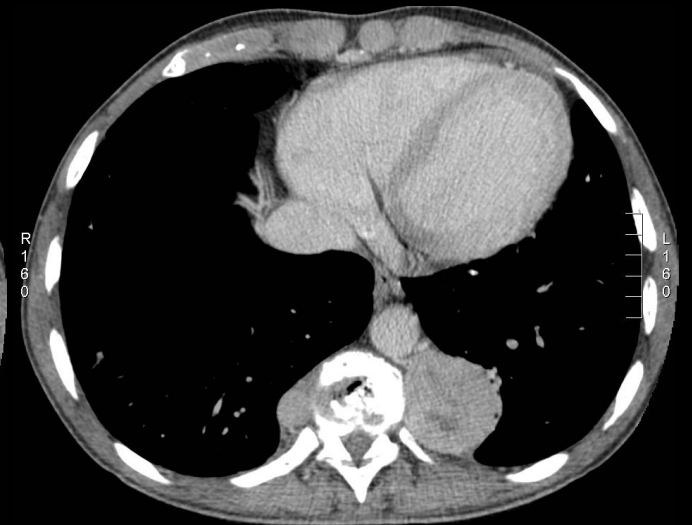
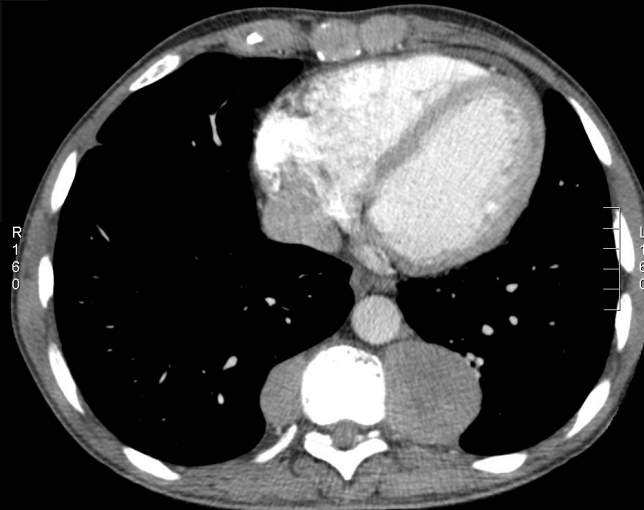
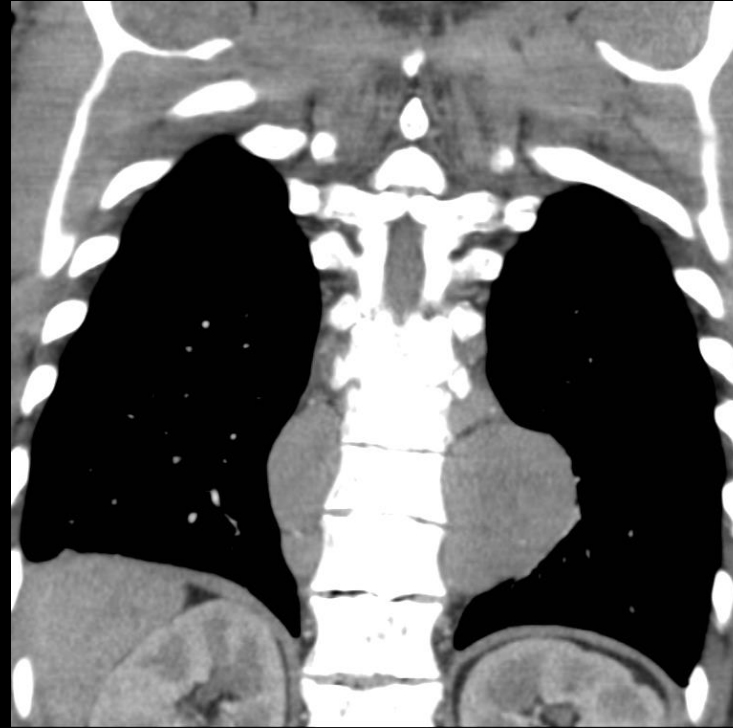
diagnostic différentiel

LMNH, Hodgkin

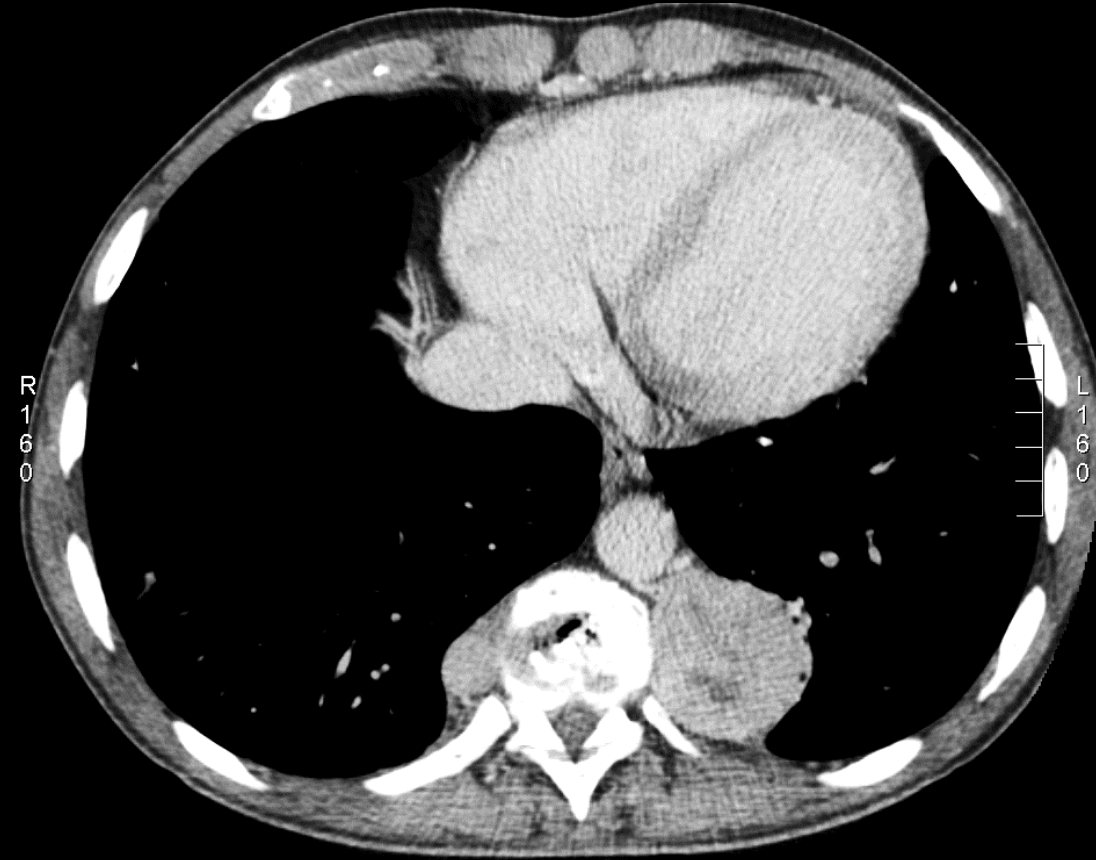
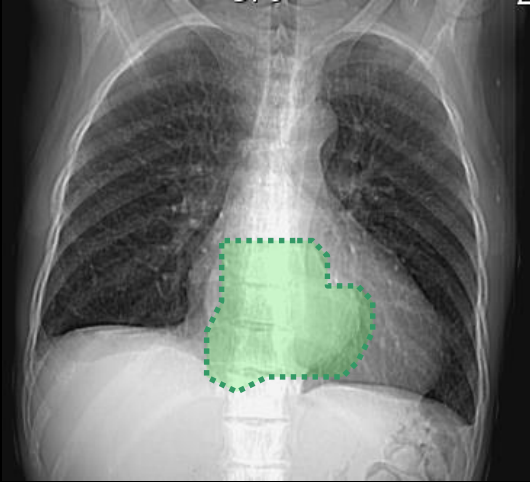
tumeur à cellules germinales (germ cell tumor)



Patient 37 ans, drépanocytaire, splénectomisé



Patient 37 ans, drépanocytaire, splénectomisée



Masses médiastinales postérieures bilatérales

Au contact des corps vertébraux

Hétérogènes avec densités graisseuses

Rehaussées

Hématopoïèse extra médullaire

Foyer ectopique de tissu hématoprolifératif EPO dépendant

Contexte +++ : hémopathies bénignes (myélofibrose, drépanocytose, Thalassémies, microsphérocytose...), malignes (syndromes myéloprolifératifs) mais aussi pathologie osseuse tumorale métastatique ou non (Paget, ostéopétrose, Gaucher)

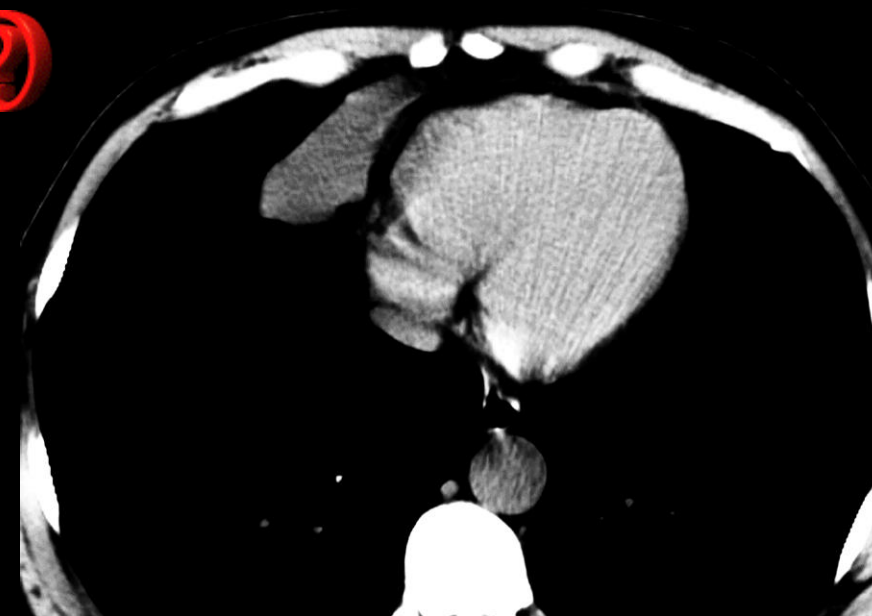
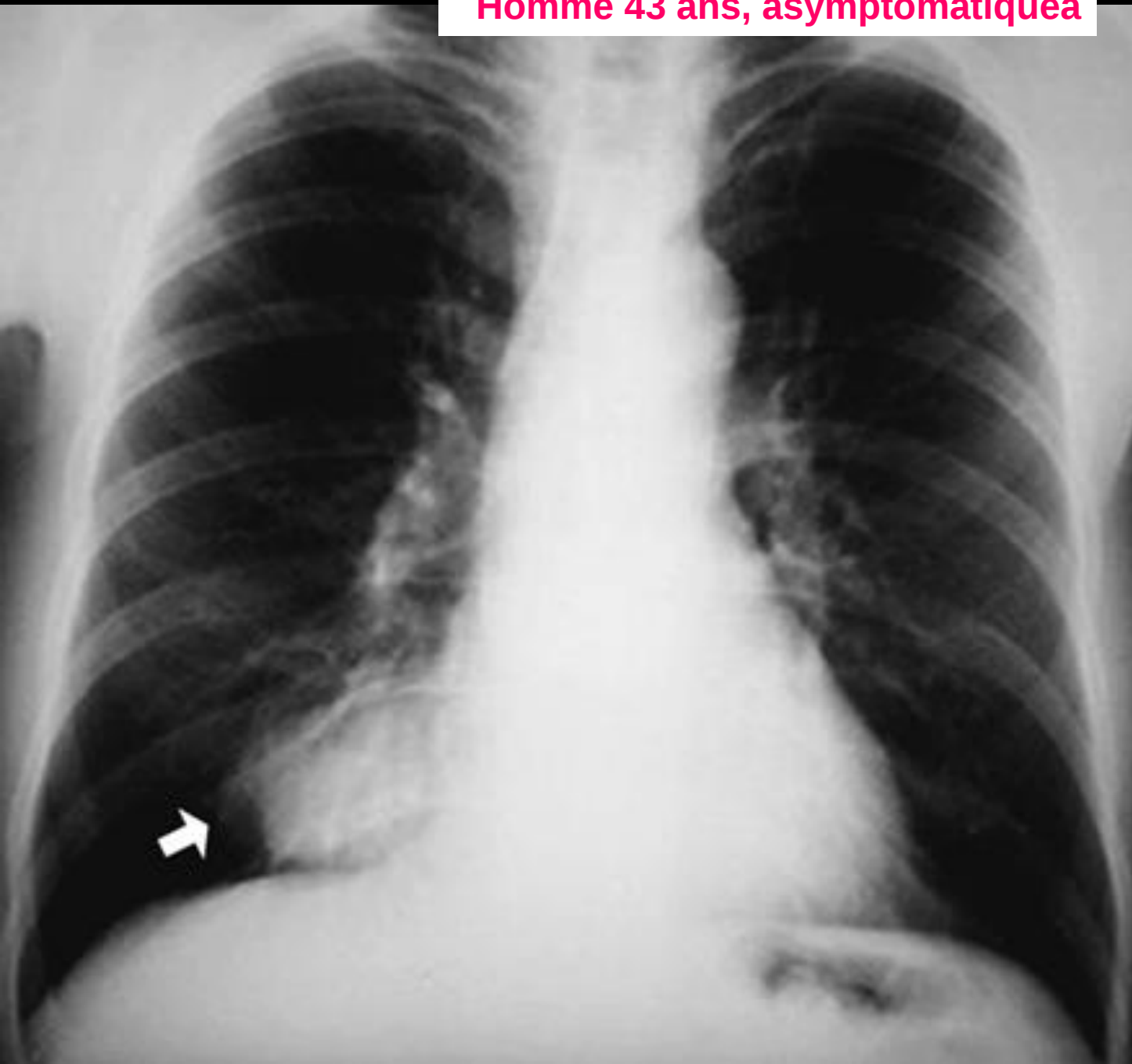
Atteinte thoracique classique

Foie et rate +++

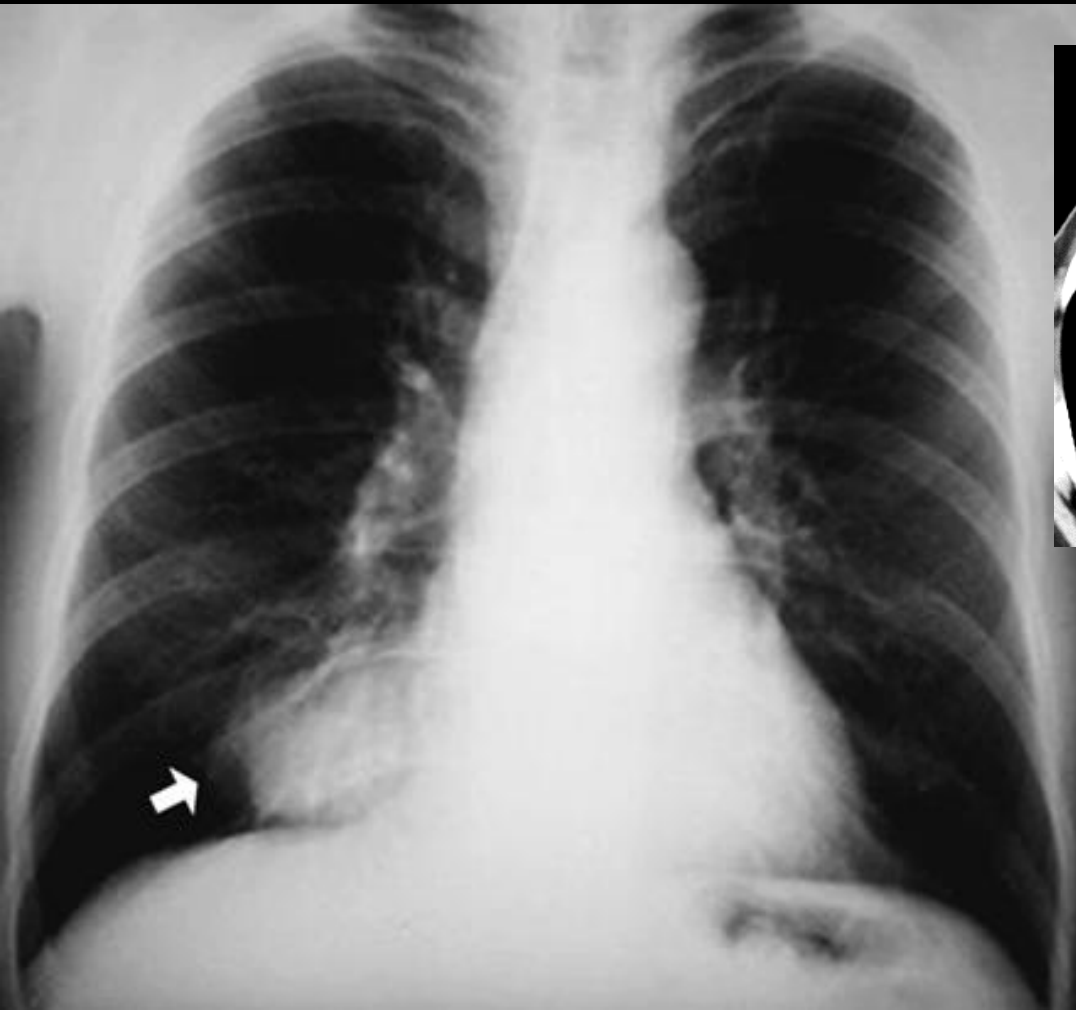
Ganglions, peau, larynx, péritoine, pancréas, surrénales...

Scintigraphie technétium hématies fragilisées

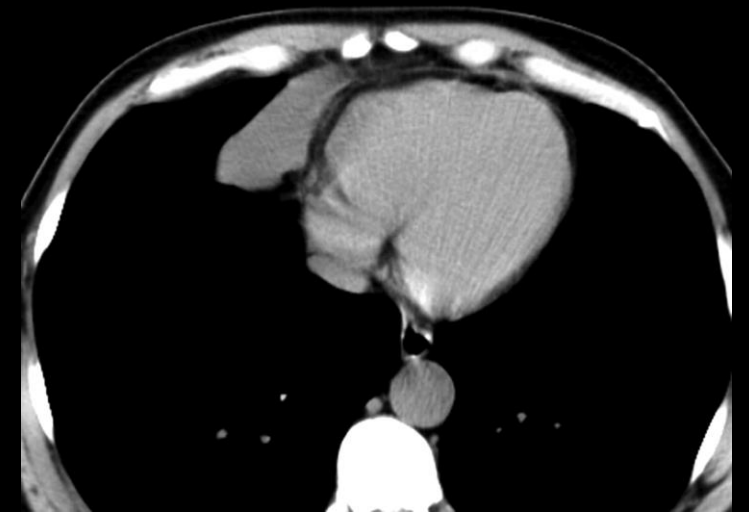
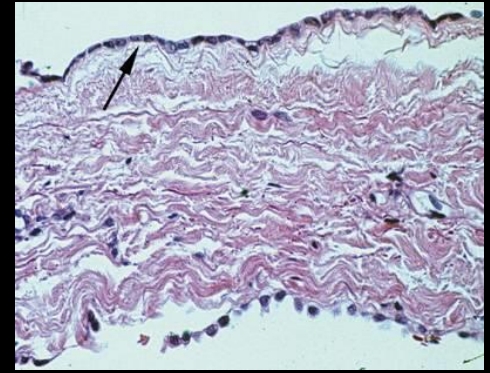
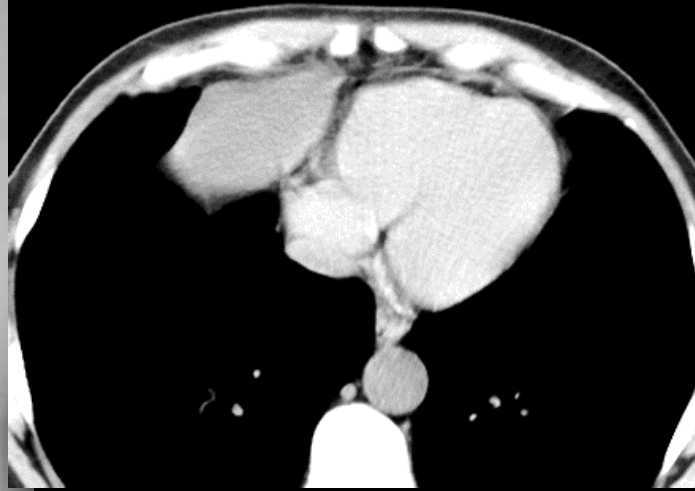
Homme 43 ans, asymptomatique



Homme 43 ans, asymptomatique



Kyste pleuro-péricardique



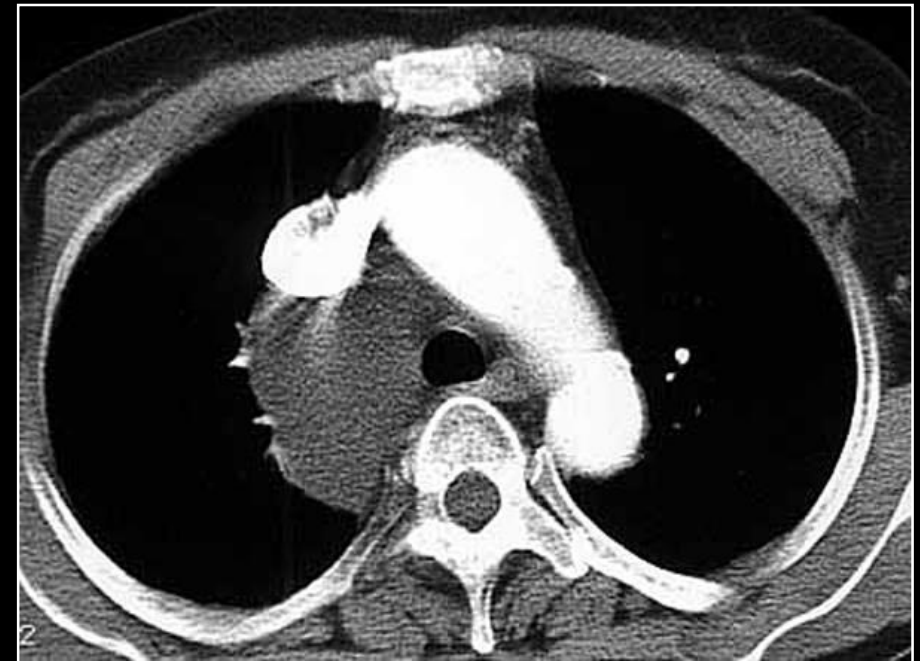
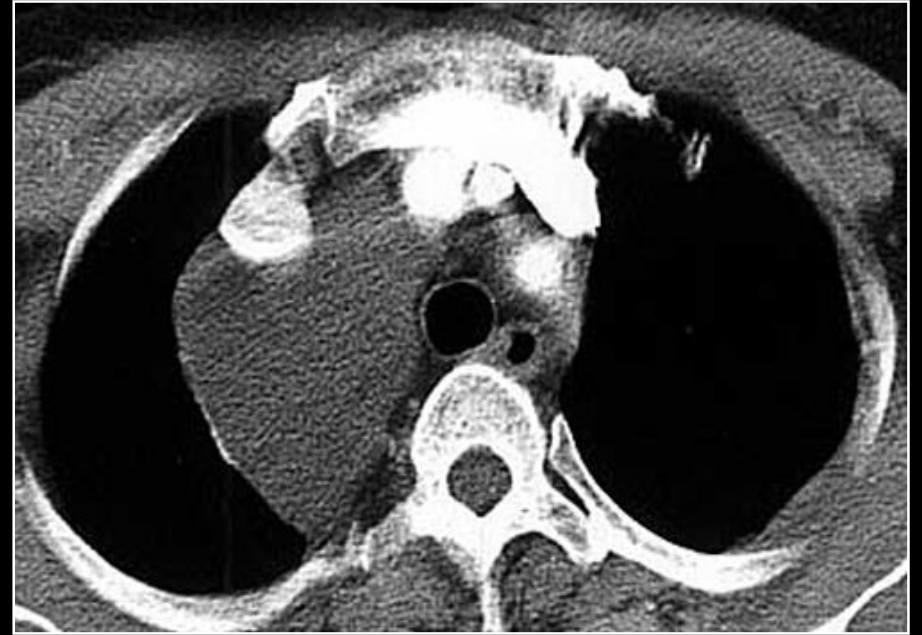
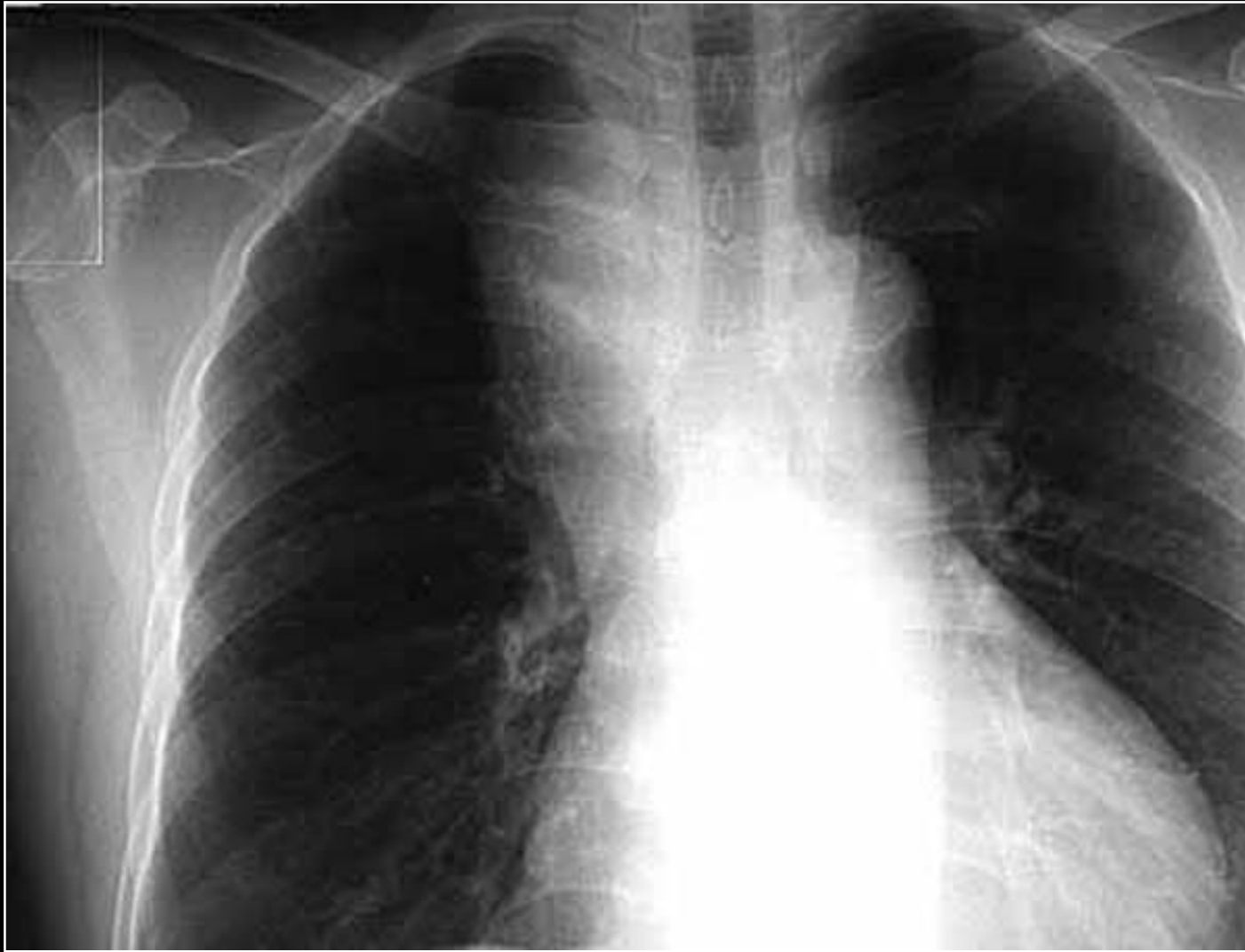
Lésion liquidienne

Paroi fine

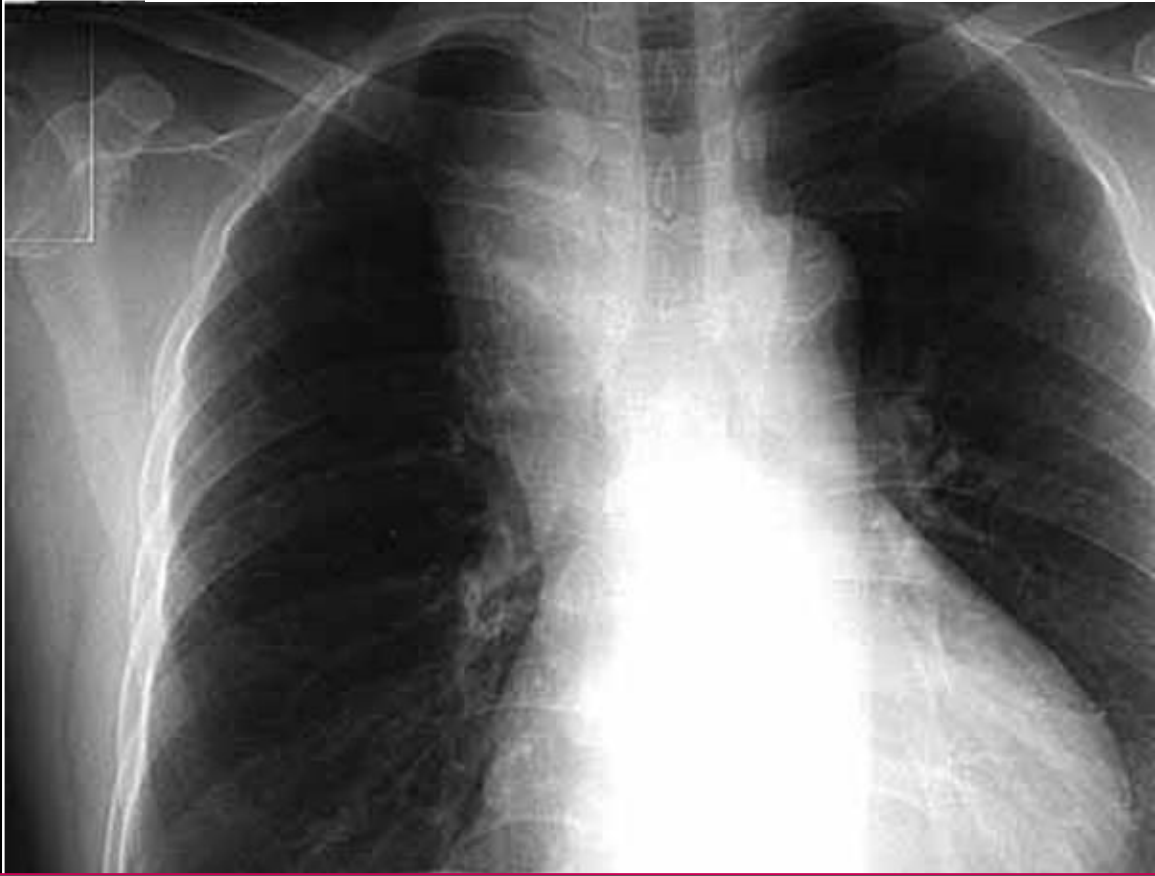
Non rehaussée

**Angle cardio phrénique
antérieur droit**

Homme 27 ans, asymptomatique



Homme 27 ans, asymptomatique

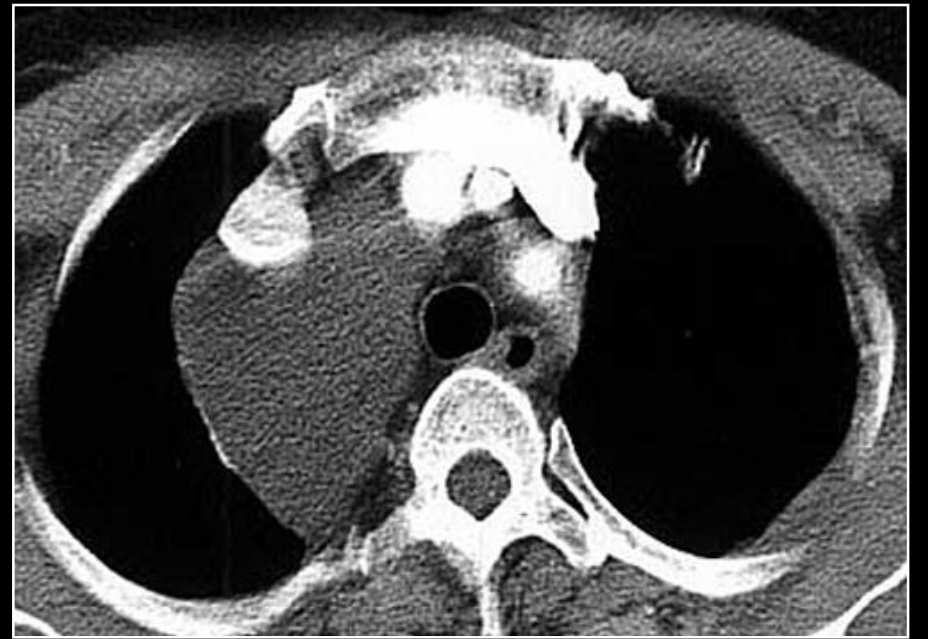


Masse cervico-thoracique, médiastinale antéro-supérieure droite

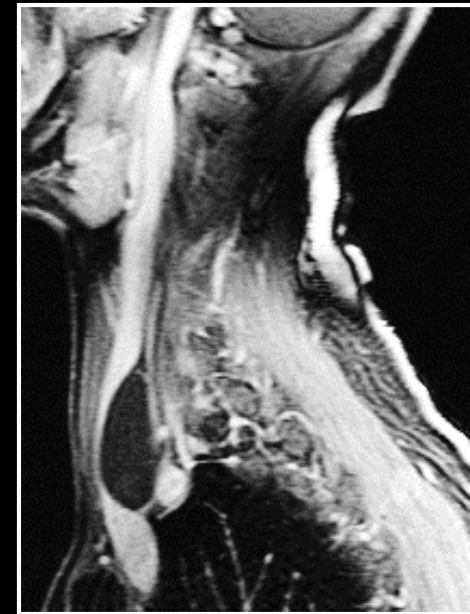
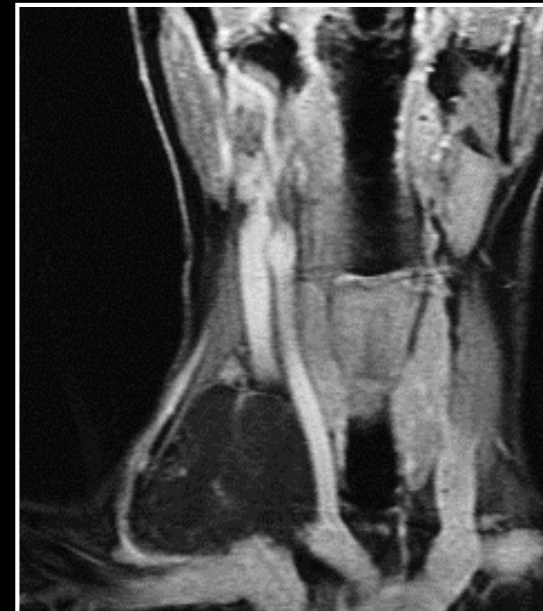
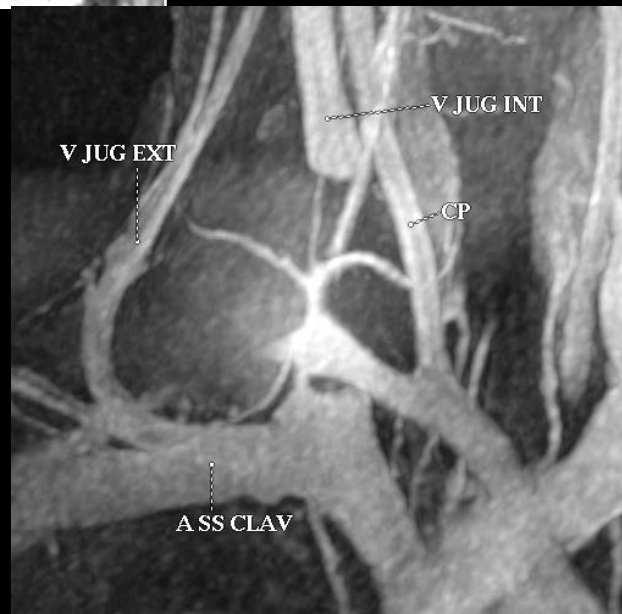
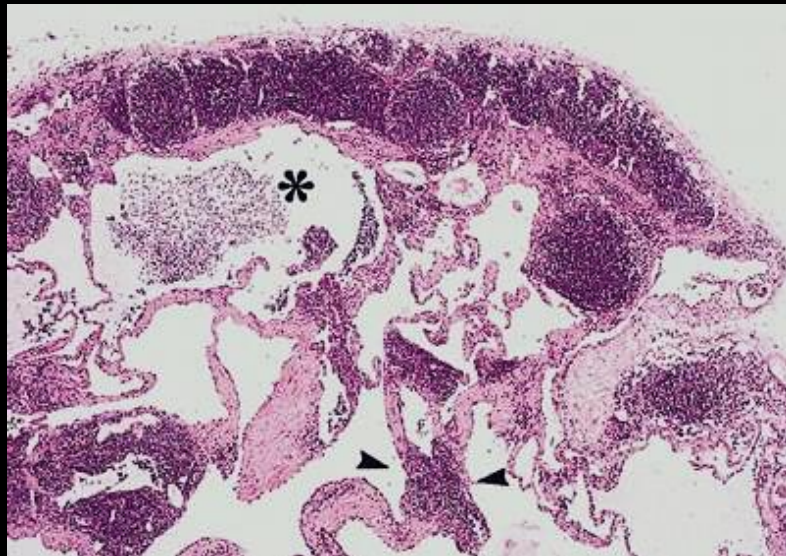
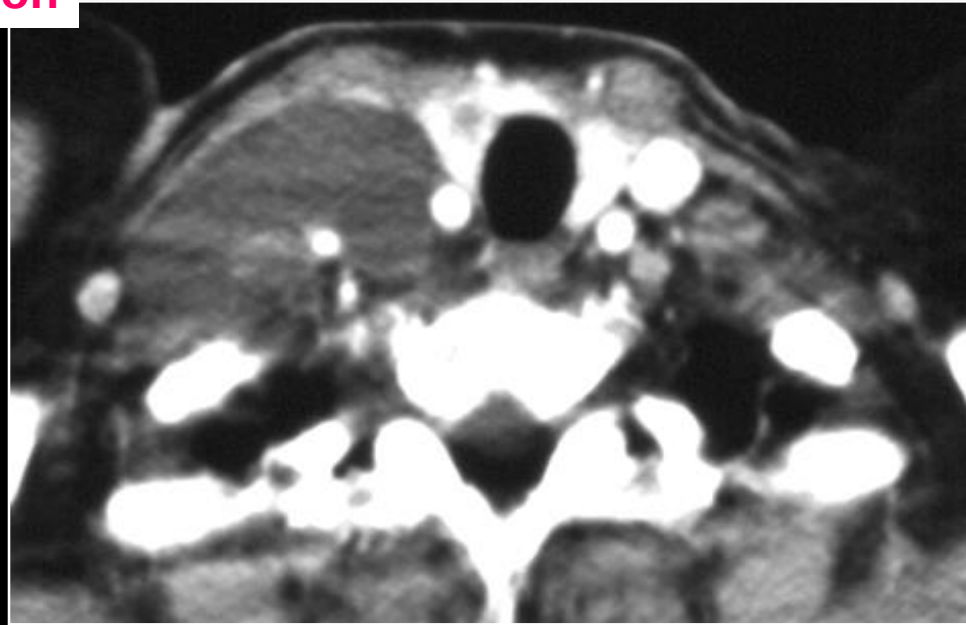
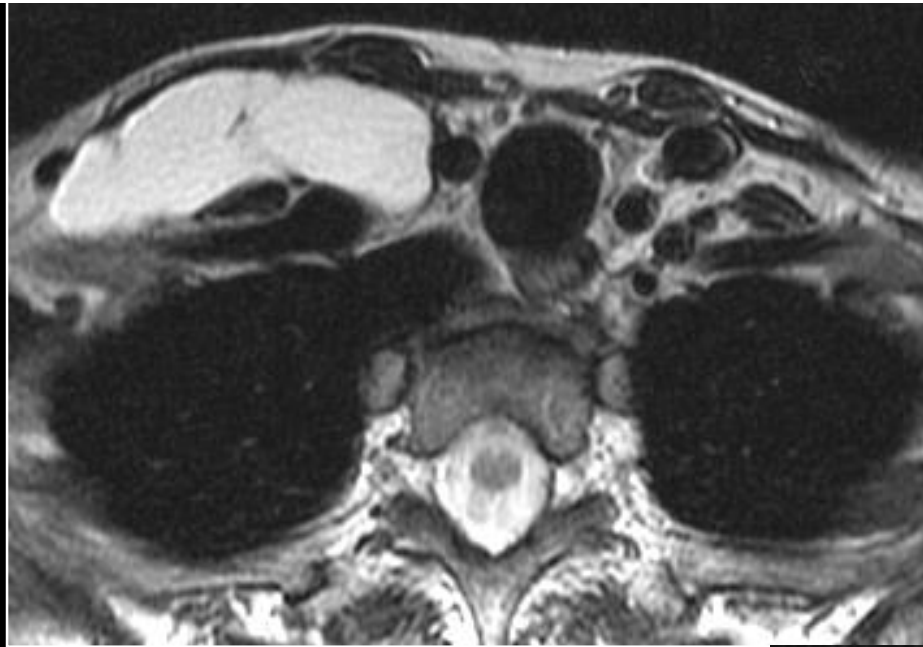
Densité liquidienne postérieure (signe du recouvrement hilair)

Paroi fine

Non compressive

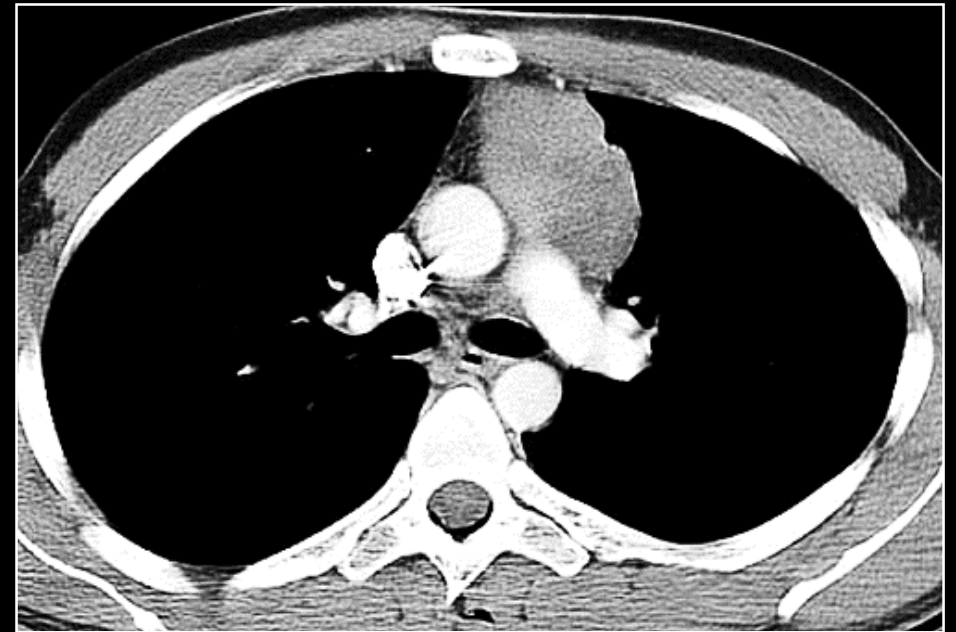
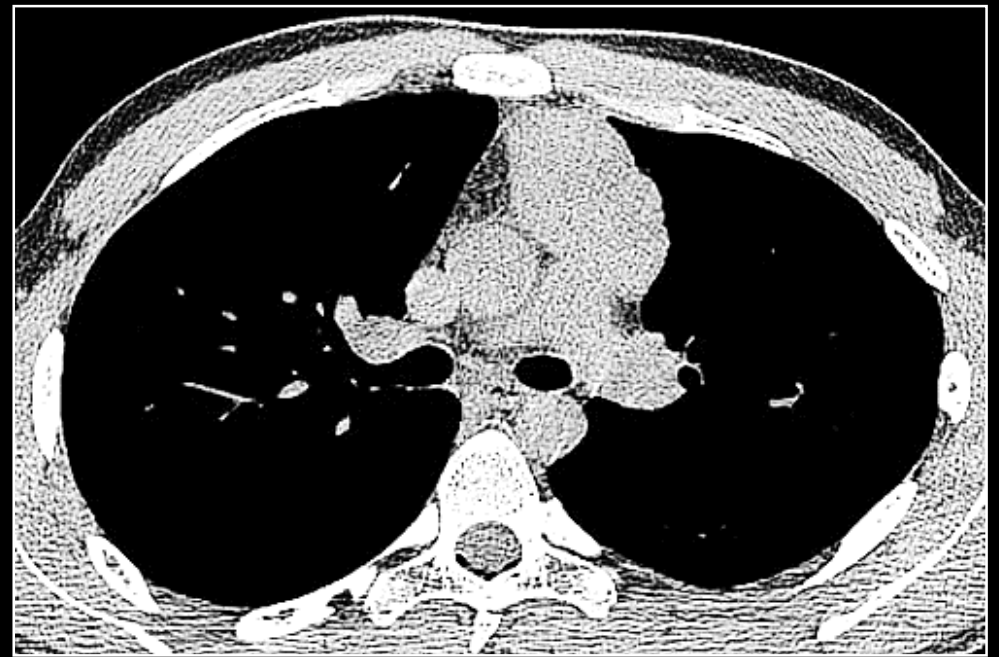
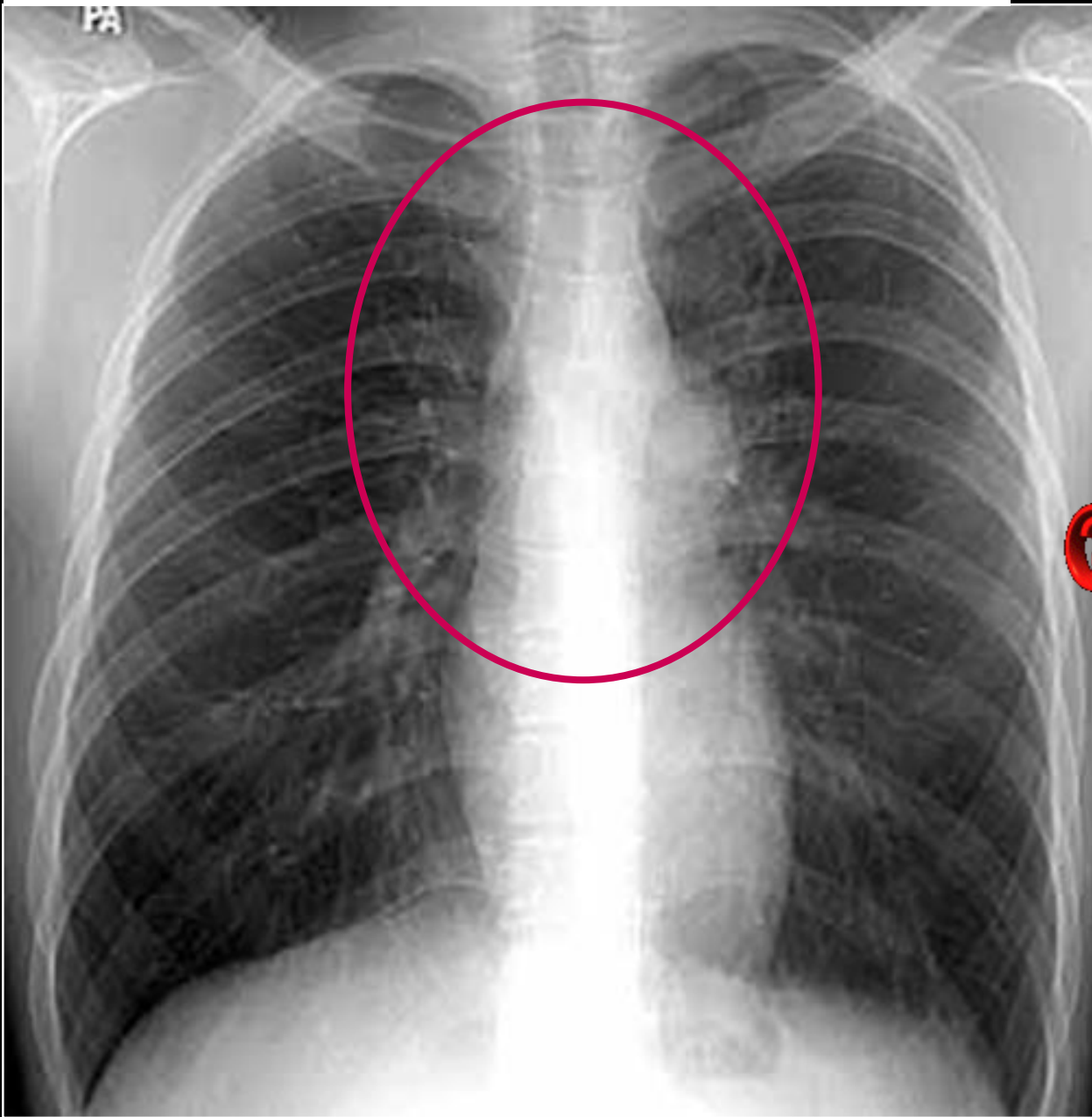


Autre jeune patient, même lésion

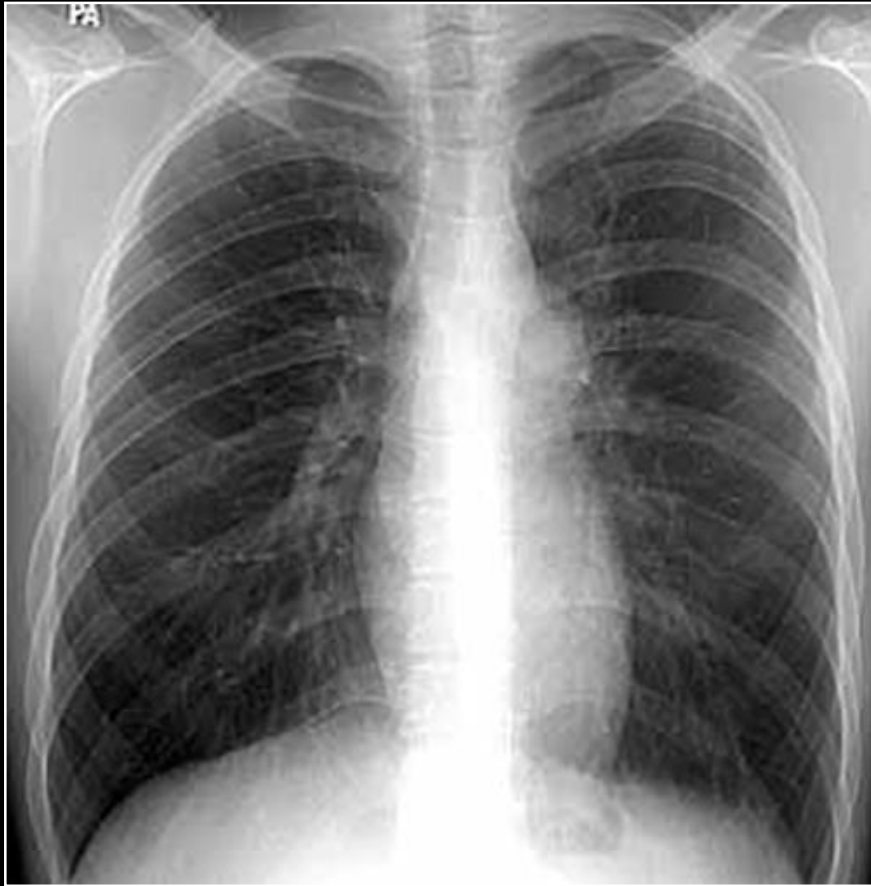


- Malformation congénitale bénigne = accumulation de lymphes intracanaux et/ ou intraganglionnaires (ectasie canaux lymphatiques bordés cellules endothéliales), croissance lente
- Siège : cou et creux axillaires +++
- Histologie : fonction taille lymphatiques
 - L. capillaires
 - L. caverneux
 - L. *kystique : les plus fréquents*
- Complications : infection, compression VAES, chylothorax et chylopéricarde
- Imagerie = masse bien limitée, multiloculaire, engainant les structures médiastinales (Vx...) sans les déplacer, densité homogène hydrique (hyperdensité si complication), +/- zones tissulaires, graisseuses, +/- épanchement pleural (chyleux), calcifications rares

Homme 20 ans, découverte fortuite



Homme 20 ans, découverte fortuite



Masse tumorale médiastinale antérieure

Tissulaire, lobulée, non calcifiée Homogène, bien limitée

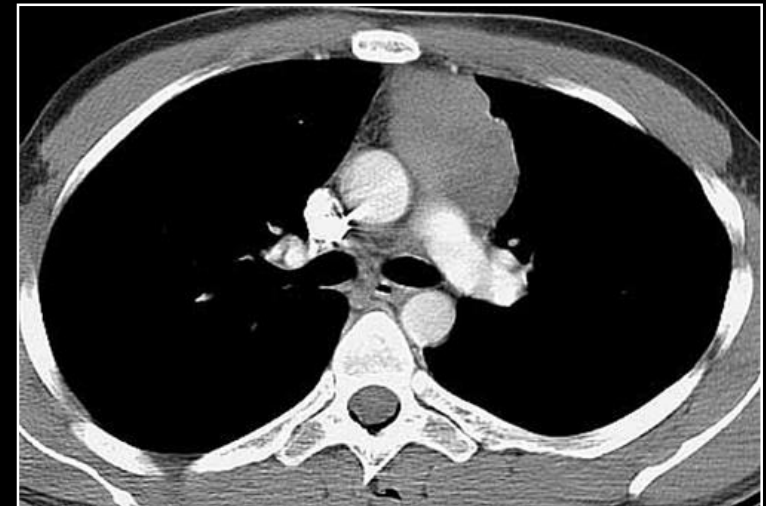
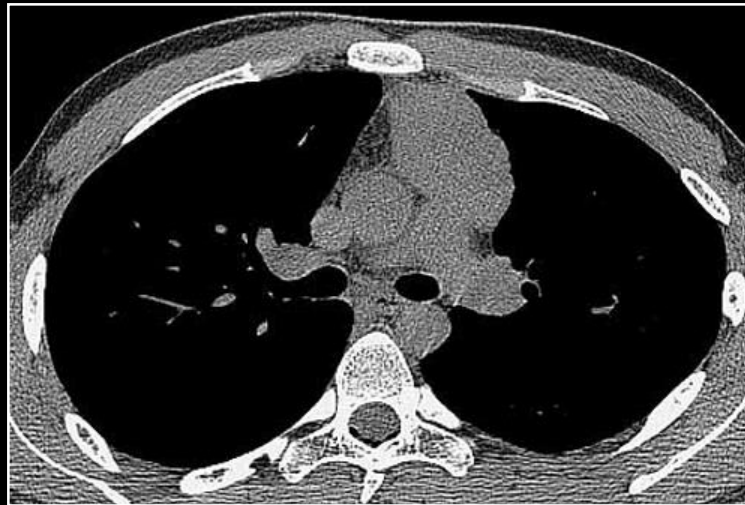
Rehaussement modéré

Pas d'infiltration pariétale

Compressive +++ distension hémithorax gauche (by-pass valve)

T à cellules germinale (germ cells tumor)

Séminome thoracique



Homme (90 %), 15-35 ans

La plus fréquente des T germinales

Clinique : asymptomatique / compression ou invasion Biologie : β HCG N ou $\nearrow$ et α FP N

TTT : RXth (si T bien limitée)/+ chimioth si invasive

Pronostic : > T malignes non séminomateuses

Imagerie :

- volumineuse masse tissulaire, lobulée, non calcifiée, homogène, bien limitée, médiastinale antérieure
- rehaussement modéré
- pas d'infiltration pariétale, compression VCS rare
- ADP précoces et métas tardives (poumons, os)

Tumeurs à cellules germinales médiastinales primitives

- **15 % des T médiastinales antérieures**
- **Siège** : médiastin antéro-supérieur (< 8% méd post)
- **Age** :
 - TCG malignes : pic 29 ans, H>>F
 - Tératome bénin : 16-25 ans, H=F
 - < 16 ans : TCG=20% tumeurs médiastin
 - Séminome et choriocarcinome : rare
 - Tératome immature
 - Carcinome embryonnaire
 - Tumeur sinus endodermique
 - Tératome pur

Tératome

2ème en fréquence

T séminomateuses (dysgerminomes)

La plus fq des TCG
TTT : id tumeurs gonadiques
Meilleur pronostic (même si métas)

T non séminomateuses : 1 à 3,5% TM et 1 à 2% TCG

- Carcinome embryonnaire : alpha FP
- Choriocarcinome : bêta HCG
- Tumeur sinus endodermique
- Tératome

Association Klinefelter, leucémie

Mauvais pronostic

jeune fille 14 ans, dyspnée aiguë



jeune fille 14 ans, dyspnée aiguë



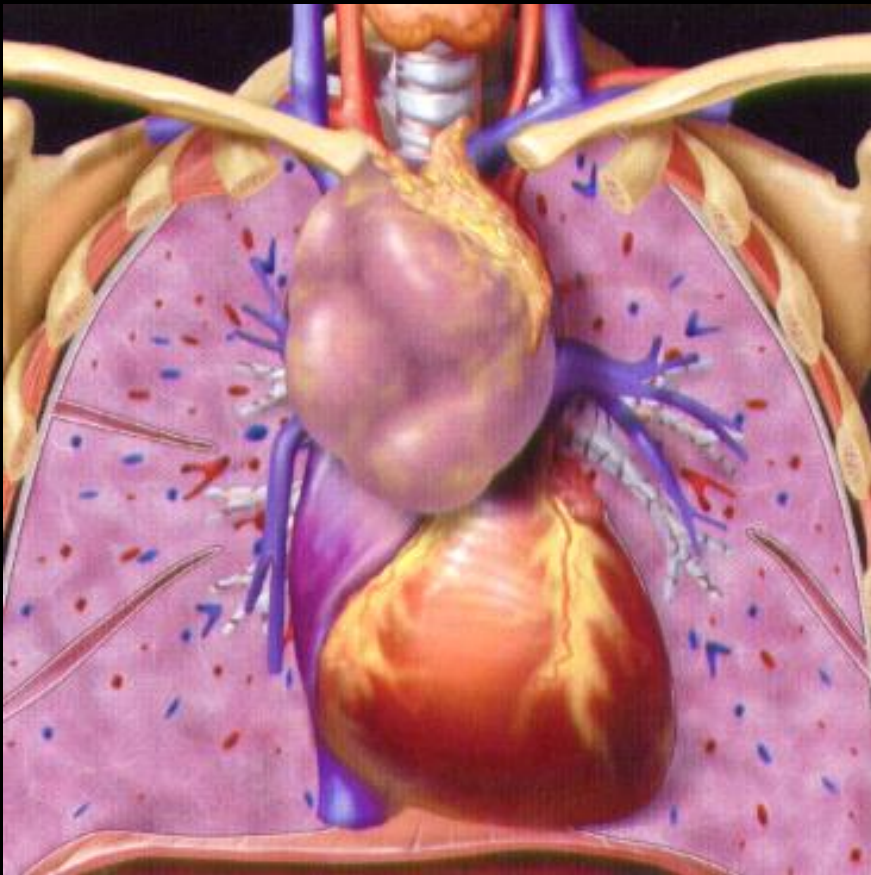
Masse para médiastinale antérieure droite

Contingent graisseux +++

Structure de densité calcique +++

Épanchement pleural et atéléctasie

Tératome mature (rompu)

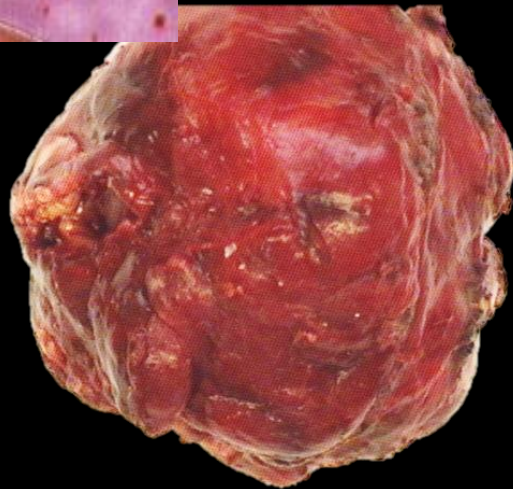


Tumeur primitive rare à cellules germinales

Tissus bien différenciés

au moins deux des trois feuillets
embryonnaires :

- Mésoderme
- Endoderme
- Ectoderme



Histologie : 3 types :

.75% T. mature :

* H=F

* âge indifférent

* Clinique : rien, douleur, dyspnée, toux

présence de tissu adipeux mature ben différencié

* Rupture : 35% (poumon, bronches, plèvre, péricarde, Vx) avec
pneumonie ou pleurésie et niveau graisse/liquide

.Immature : tissu embryonnaire, risque malignité

.Tératocarcinome : transformation maligne



Composantes tissulaires :

graisse (76 %) / liquide (88%) / calcifications (56 %) et ossifications (dents) (39 %)

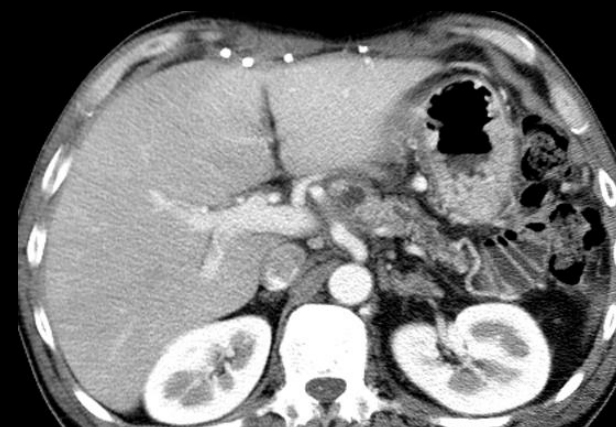
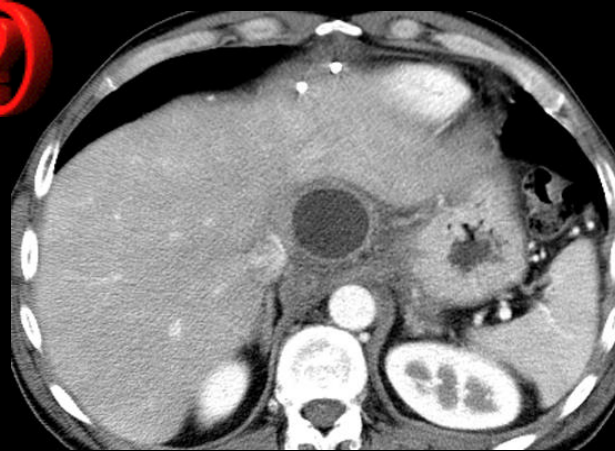
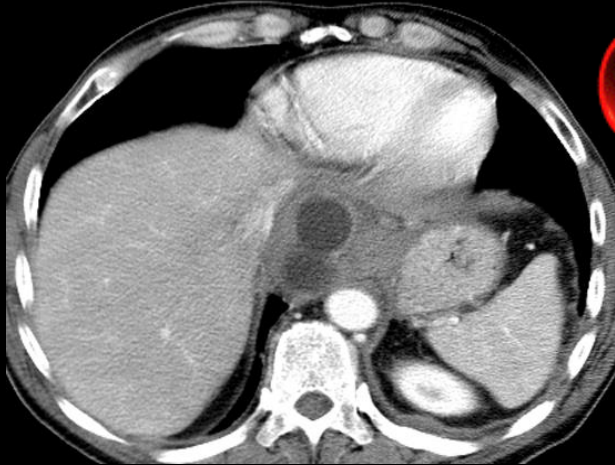
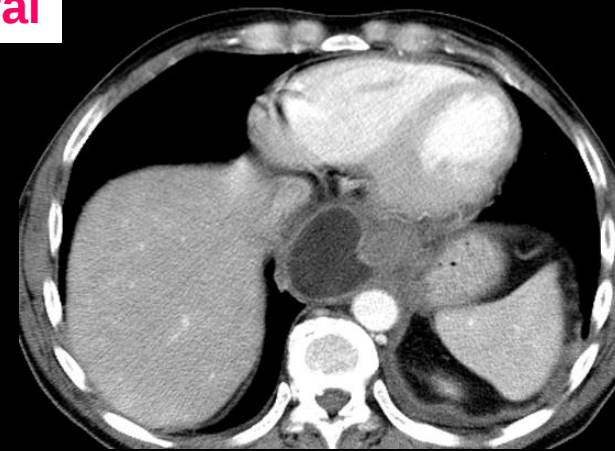
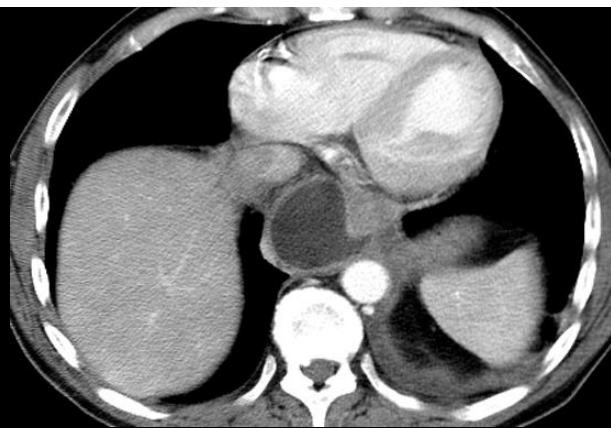
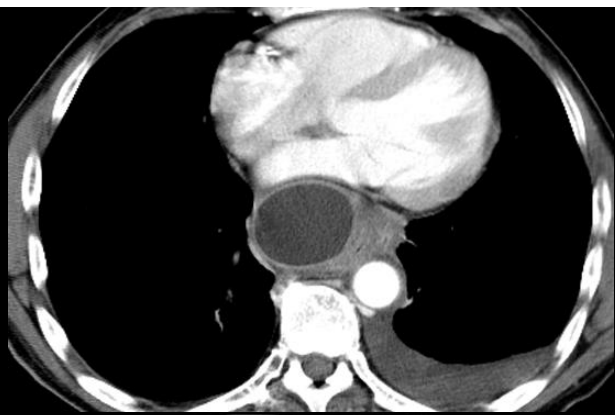
Niveau graisse / liquide

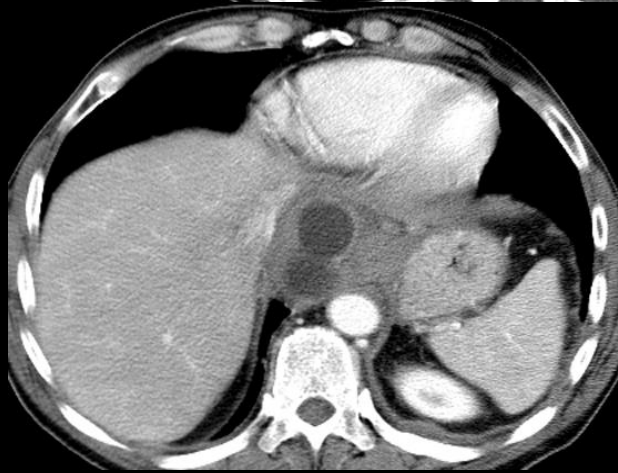
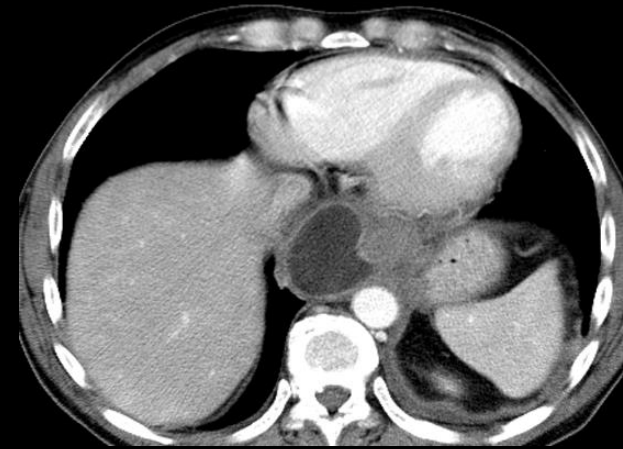
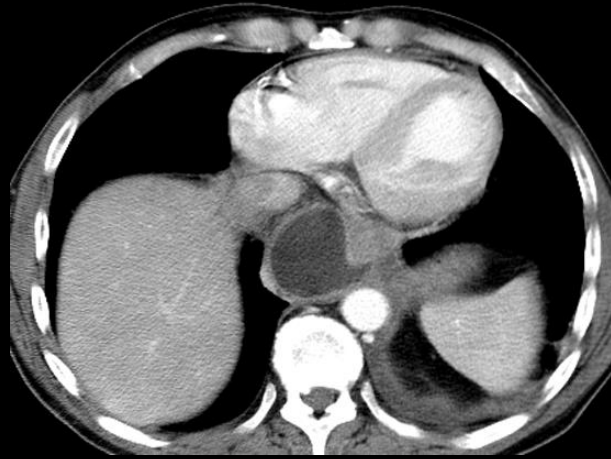
Épanchements plèvre, péricarde : non spécifiques

F maligne = nodulaire ++, mal limitée, composante tissulaire > grasseuse et paroi

épaisse rehaussée, spiculée

Patient 57 ans, éthylique +++ dysphagique; baisse de l'état général

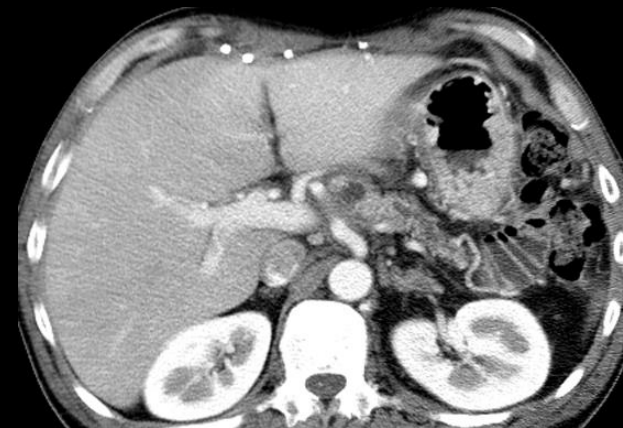
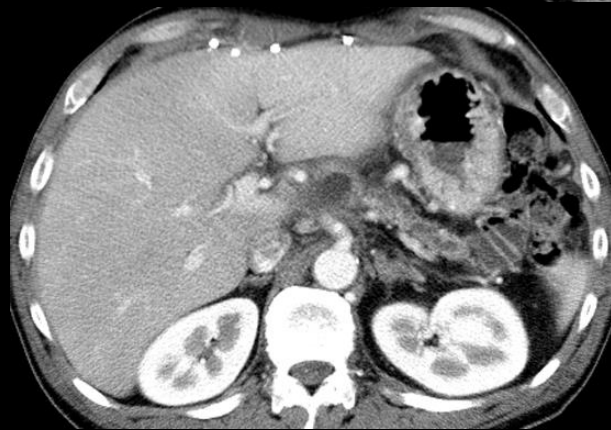


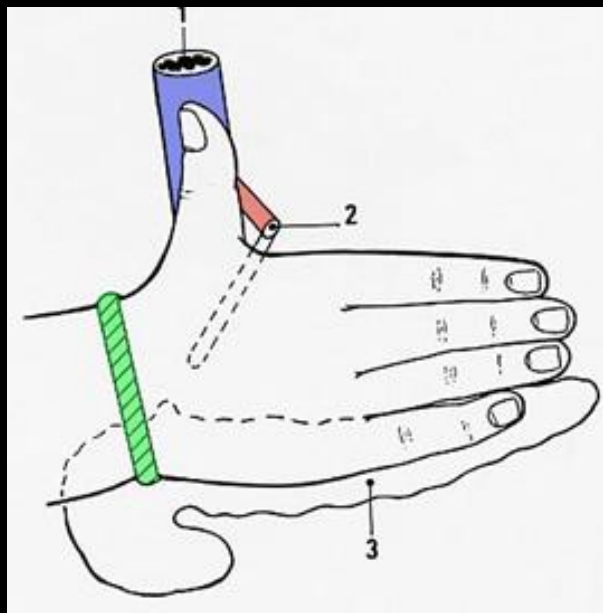


Lésion liquidienne kystique
Médiastinale postérieure
Para oesophagienne droite

pancréatite chronique
calcificiaante

En fait....





Pseudo-kyste médiastinal

**Via le recessus supérieur de
l'arrière cavité des épiploons !**

