



H, 62 ans, sportif

Tabagisme sevré depuis 2 mois

Lichen plan

Recherche si origine paranéoplasique

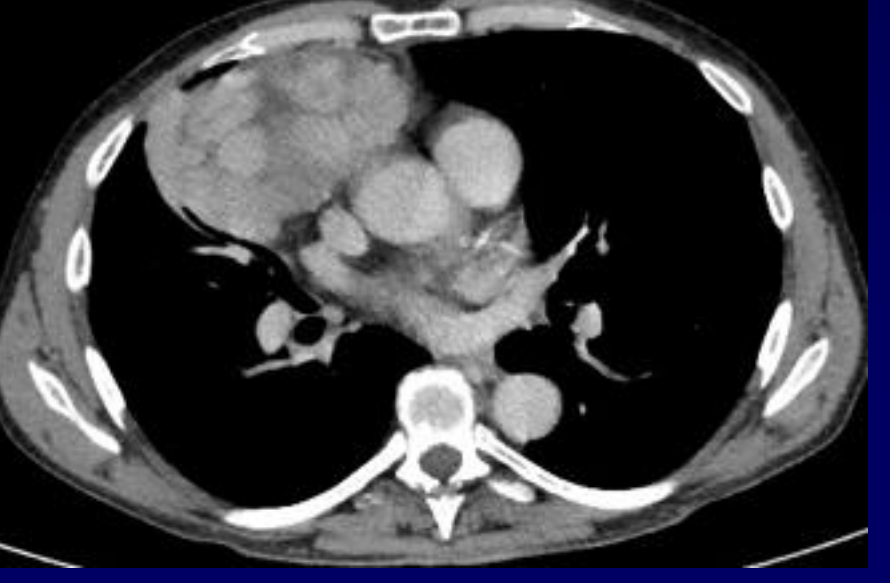
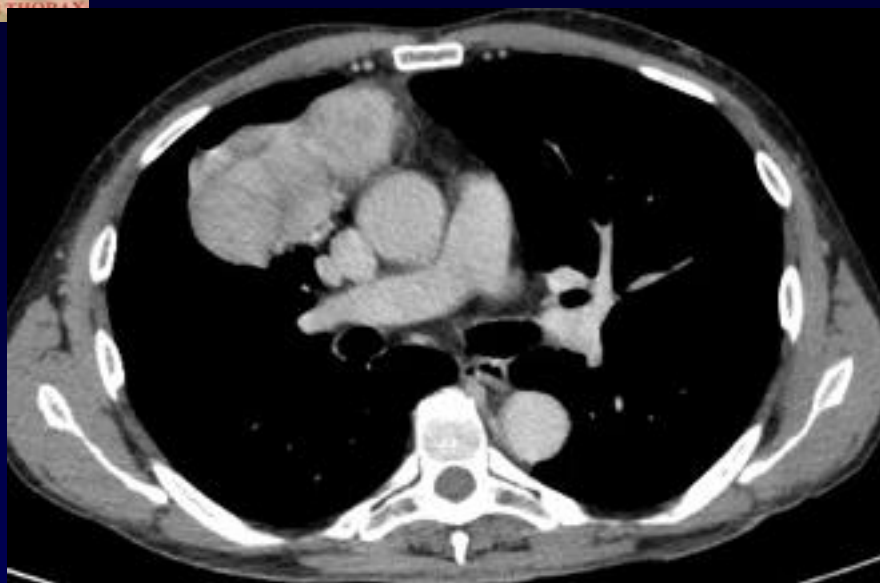
Pas de symptomatologie respiratoire.

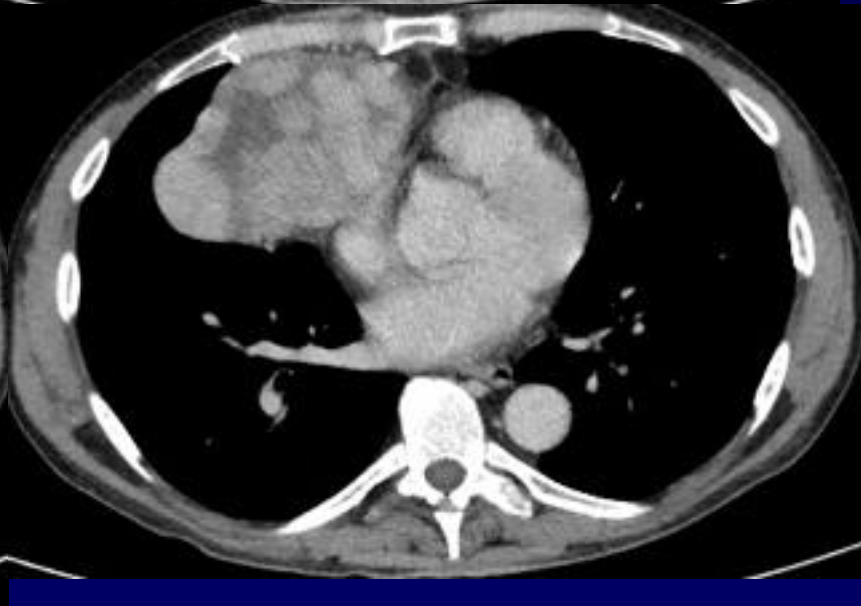
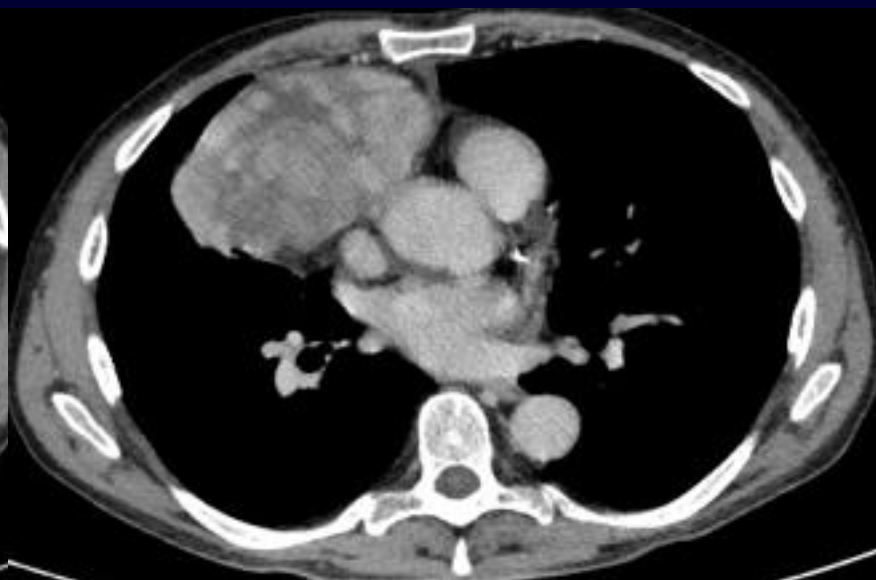


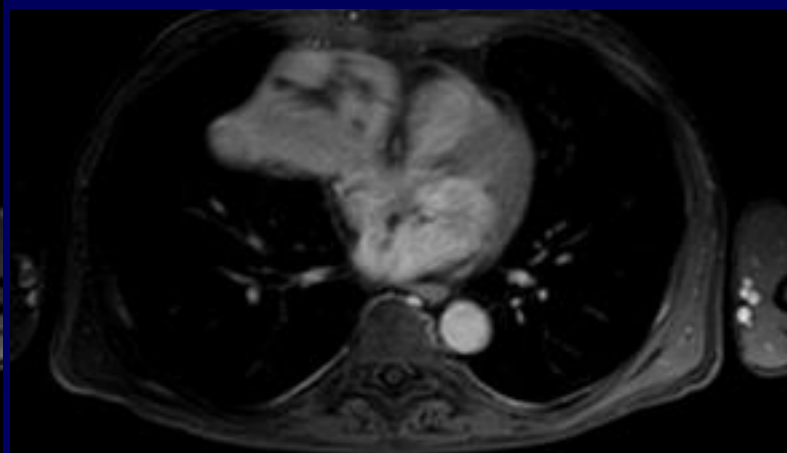
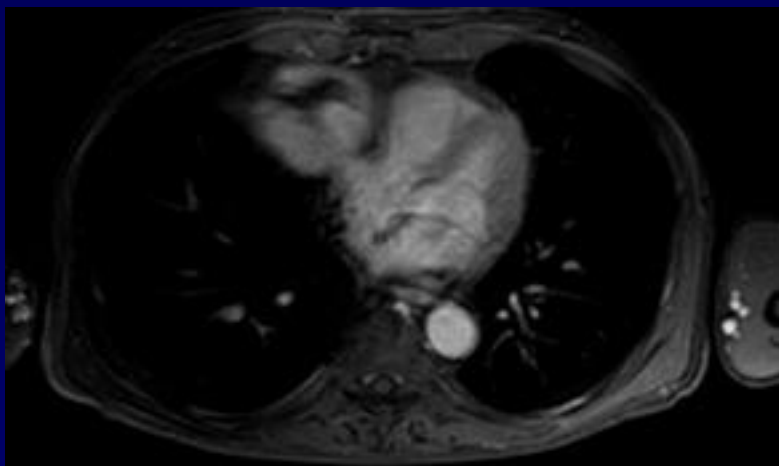
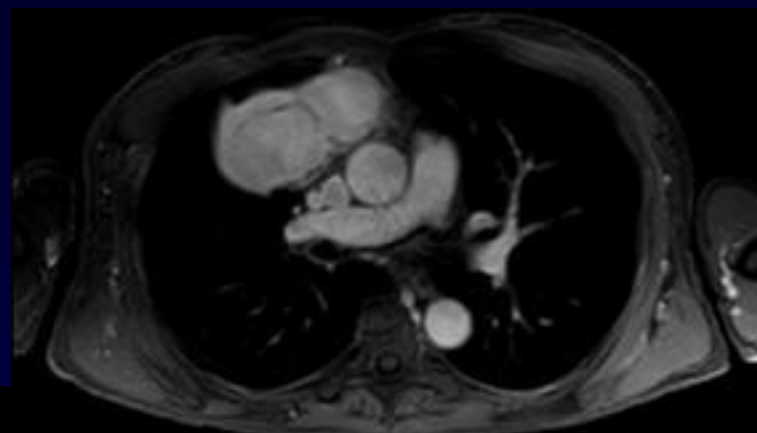


Diagnostic ?











Diagnostic ?



Ponction guidée



Diagnostic

Thymome type A



Evolution-Discussion-Point fort

Biopsie masse médiastinale

Trans pariétale

Le prélèvement comporte 2 fragments étudiés sur 4 niveaux de coupe.

A l'examen microscopique, on observe une prolifération cellulaire constituée de cellules fusiformes, organisées en faisceaux courts parfois storiformes, avec une densité cellulaire variable d'un secteur à l'autre. La vascularisation est abondante. Présence d'amas d'histiocytes spumeux. Absence d'atypies cytonucléaires. Il n'est pas observé de figure de mitose. On note quelques lymphocytes dispersés.

L'étude immunohistochimique réalisée avec l'automate Benchmark XT Ventana met en évidence :

- CKAE1/AE3 : marquage diffus
- actine, desmine, caldesmone, PS100, CD34 : négatif
- CD20 : marquage cytoplasmique modéré d'une partie des cellules fusiformes.
- CD3 et CD5 : quelques lymphocytes marqués
- Cd1a : absence de marquage
- Ki67 : 1 à 10% de cellules marquées

CONCLUSION :

Thymome de type A sur ces fragments biopsiques.

Dr S. Gonzalez



Evolution-Discussion-Point fort

Chirurgie -exérèse

Biopsie masse médiastinale Exérèse chirurgicale

Le prélèvement comporte 2 fragments étudiés sur 4 niveaux de coupe.

A l'examen microscopique, on observe une prolifération cellulaire constituée de cellules fusiformes, organisées en faisceaux courts parfois storiformes, avec une densité cellulaire variable d'un secteur à l'autre. La vascularisation est abondante. Présence d'amas d'histiocytes spumeux. Absence d'atypies cytonucléaires. Il n'est pas observé de figure de mitose. On note quelques lymphocytes dispersés.

L'étude immunohistochimique réalisée avec l'automate Benchmark XT Ventana met en évidence :

- CKAE1AE3 : marquage diffus
- actine, desmine, caldesmone, PS100, CD34 : négatif
- CD20 : marquage cytoplasmique modéré d'une partie des cellules fusiformes.
- CD3 et CD5 : quelques lymphocytes marqués
- Cd1a : absence de marquage
- Ki67 : 1 à 10% de cellules marquées

CONCLUSION :

Thymome de type A sur ces fragments biopsiques.

CONCLUSION :

1 – Masse tumorale : Thymome de type A, stade I (stade Ia de la classification de Masaoka-Koga).

2 – Corne supérieure lobe gauche : Absence de lésion tumorale

Dr H. C



Evolution-Discussion-Point fort

- Médiastin antérieur
- Masse composite tissulaire
- Diagnostic par ponction trans pariétale
- Exérèse complète



Evolution-Discussion-Point fort

Classification de Masaoka

- Stade I- Tumeur encapsulée sans infiltration de la graisse
- Stade IIA- Atteinte de la graisse médiastinale et/ou de la plèvre médiastine
- Stade IIB- Atteinte de la capsule
- Stade III- Atteinte des organes de voisinage, péricarde, gros vaisseaux, poumon
- Stade IVA- Dissémination pleurale et/ou péricardique
- Stade IVB- Dissémination hématogène ou lymphatique (métastases)



Evolution-Discussion-Point fort

Classification OMS.

A Thymome de type A (thymome à cellules fusiformes ou thymome médullaire)

AB Thymome de type AB(thymome mixte, thymome cortical et médullaire)

B1 Thymome de type B1 (thymome riche en lymphocytes, thymome à prédominance cortical, thymome organoïde)

B2 Thymome de type B2 (thymome cortical)

B3Thymome de type B3 (thymome épithélial, thymome atypique, carcinome thymique bien différencié)

C Thymome de type C (carcinome thymique)



Evolution-Discussion-Point fort

Classification de Régnard et coll.

Stade I : Thymome encapsulé sans invasion capsulaire

Ia sans adhérence péritumorale

Ib avec adhérence péritumorale

Stade II: Thymome invasif

IIA Avec invasion macroscopique de la graisse adjacente ou de la plèvre

IIB Avec invasion microscopique de la capsule

Stade III : Thymome envahissant les organes adjacents (plèvre, péricarde, gros vaisseaux)

IIIA Résection complète

IIIB Résection incomplète ou biopsie

Stade IV : Thymome métastatique

IVA Résection complète

IVB Résection incomplète



Références

M.Jolibert & coll; »Le thymus sur le divan, séméiologie normale et pathologique.
SFR Posters 2011.

S;Hantous-Zannad Thymomes : corrélations TDM et Anatomopathologie
. SFR Posters 2011