



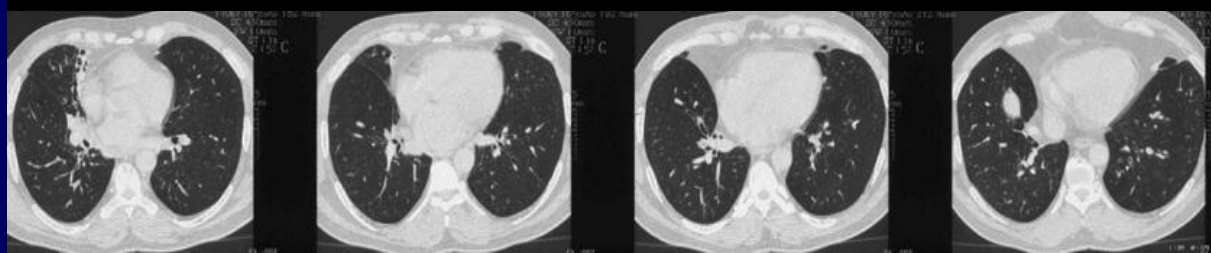
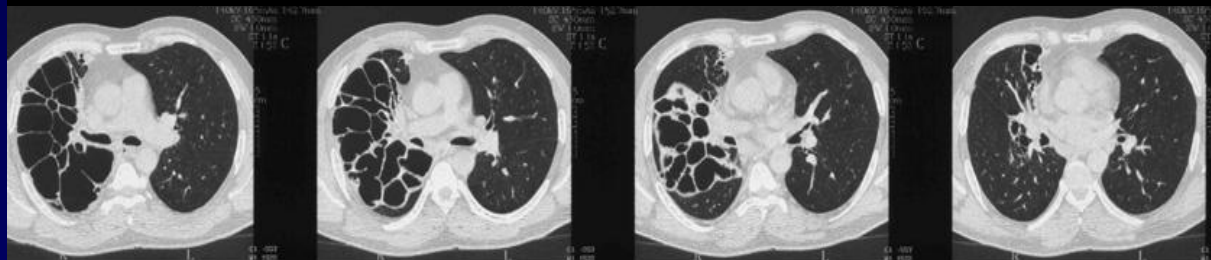
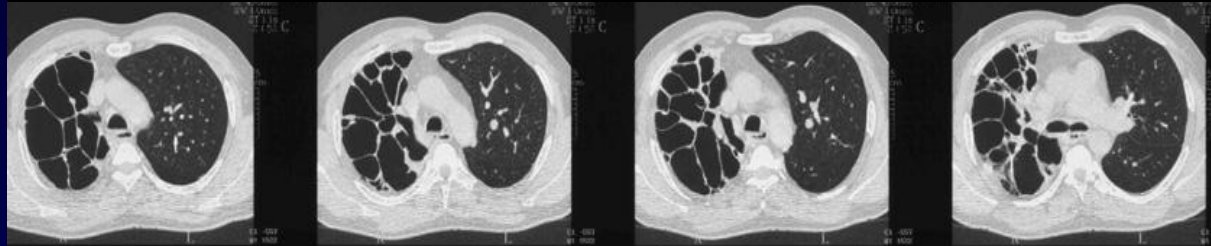
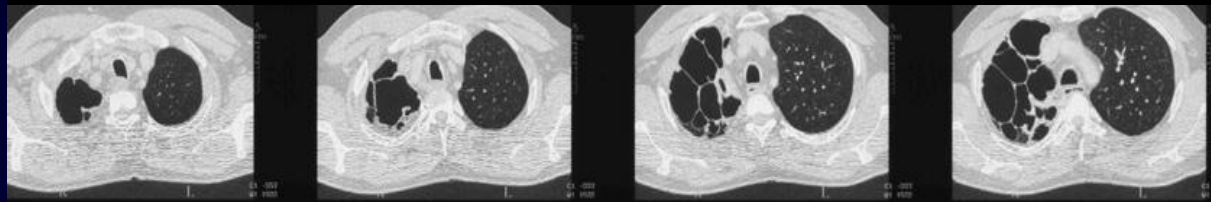
**P. FAJADET**

**Homme de 53 ans**

**Pas d'antécédents notables**





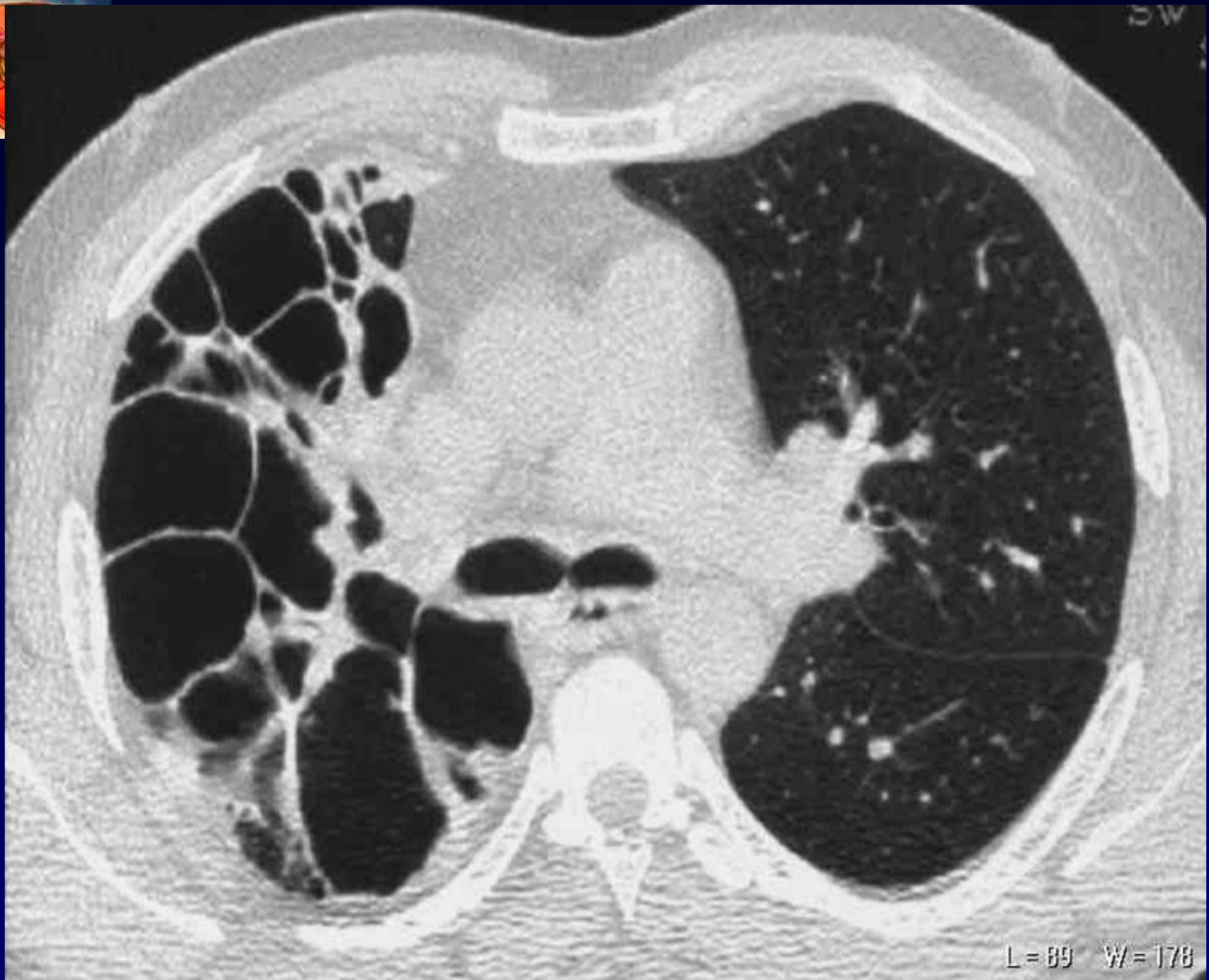




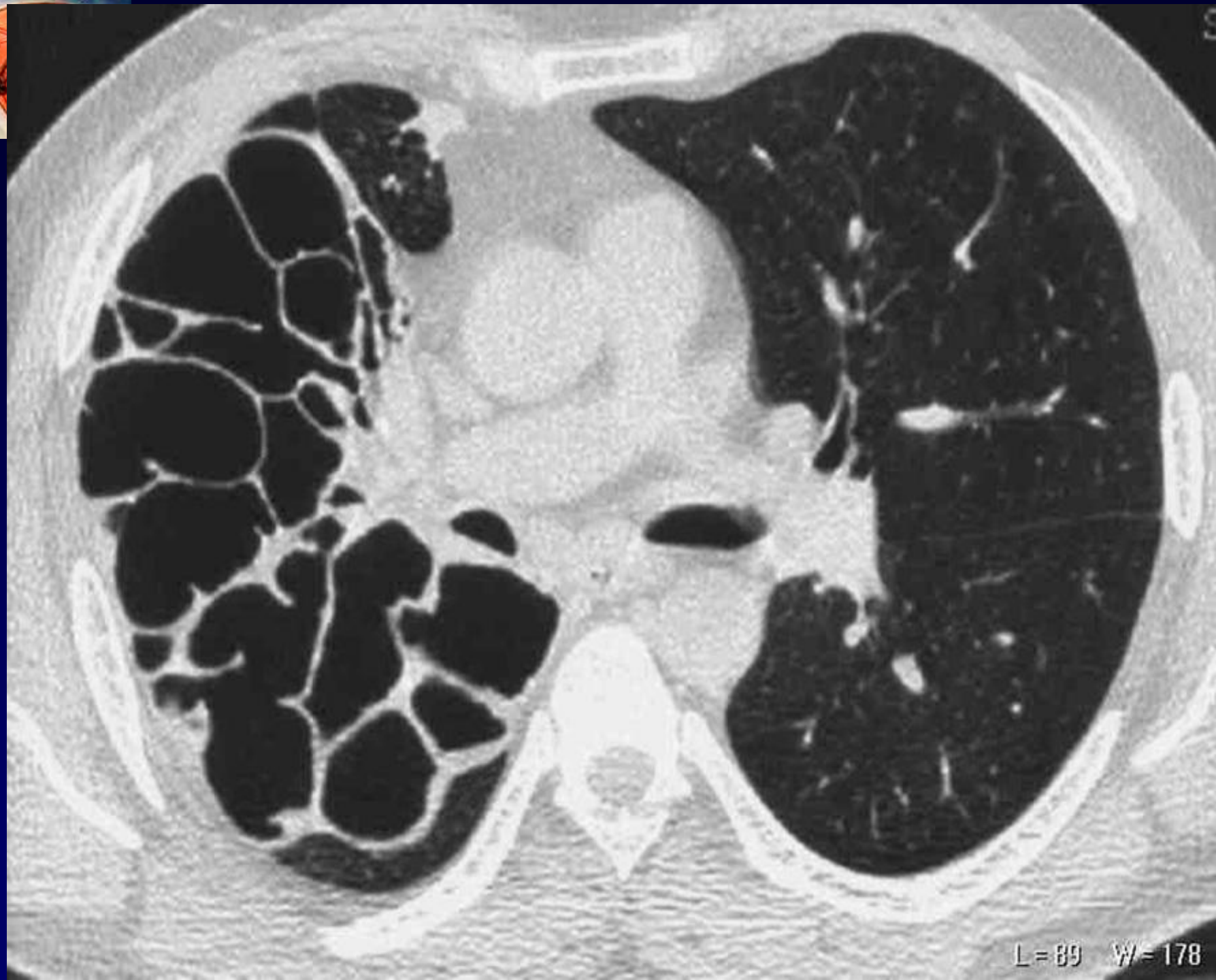
L = 89 W = 178



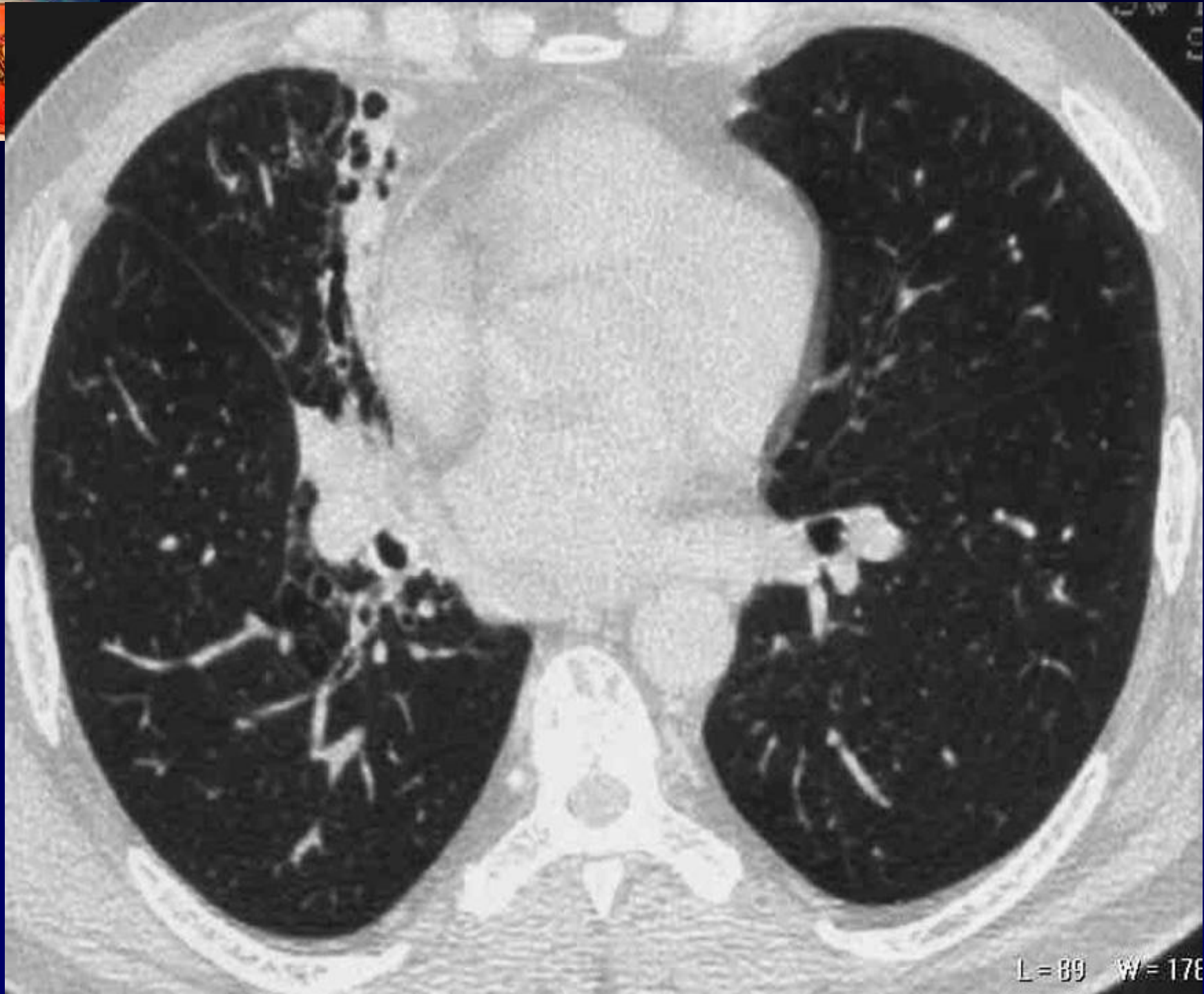
L = 89 W = 178



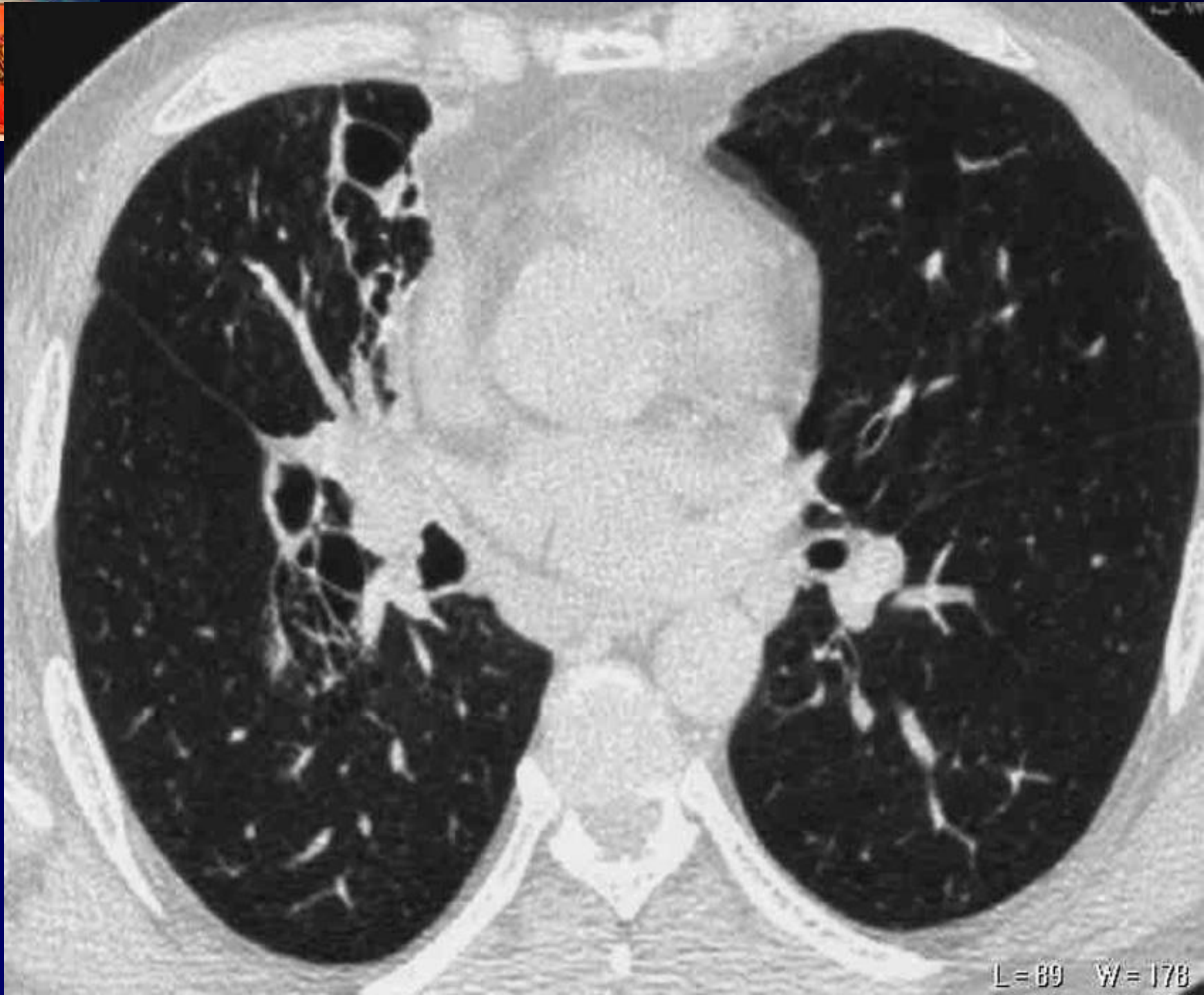
L=89 W=178



L=89 W=178



L=89 W=178



L = 89 W = 178



**Diagnostic ?**



# Malformation adénomatoïde kystique



ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

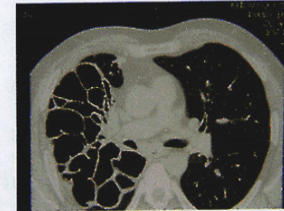
EXAMEN 00/000541

**DOCTEUR FAJADET PIERRE**  
CLINIQUE DE L'UNION  
SERVICE RADIOLOGIE  
ALLEE DE RONCEVAUX  
31240 L'UNION

Toulouse le 11/1/2000

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

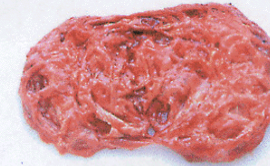
Suspicion de tumeur adénomatoïde pulmonaire.  
A) Lobe supérieur droit. B) Lobe moyen droit. C) Ganglions.



RESULTAT :

- Le lobe supérieur droit mesure 11 x 9 x 4 cm. Il présente un aspect poly-kystique à la coupe.

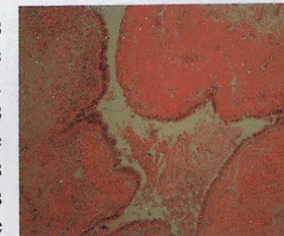
Les kystes, de grande taille, ont un contenu aérique avec une légère composante mucoïde. Les parois sont fines et lisses. Il n'y a pas de suppuration nettement visible. Une volumineuse adénopathie est identifiée au contact de la limite.



- Le lobe moyen mesure 8 x 6 x 2 cm avec une condensation parenchymateuse péri-bronchique pseudo-tumorale de 2 cm de diamètre.

- Deux ganglions sont adressés séparément. Le plus volumineux mesure 2 x 1,5 cm.

Les coupes effectuées au niveau des formations kystiques montrent des bordures cylindriques de type respiratoire à revêtement stratifié avec une population de cellules soit ciliées soit sécrétantes, en gobelets, rarement mucoïdes. Les kystes sont de tailles très variables, les plus volumineux sont bordés par un conjonctif scléreux dense ponctué de trousseaux musculaires. Autour de ces structures existent des infiltrats inflammatoires chroniques nodulaires faits de petits lymphocytes matures avec quelques ébauches de centres germinatifs. Il n'y a pas de formation chondroïde.



Les vaisseaux sont nombreux et volumineux, avec des parois épaisses et hyalines.



DOCTEURS ALAIN OKSMAN FRANÇOIS DAURENSAN DANIEL MESSELET  
MARYVONNE PRADERE MICHEL MOREAU PAUL CAVERIVIERE

## ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

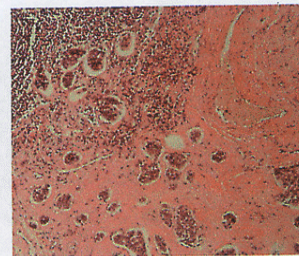
EXAMEN 00/000541

DOCTEUR FAJADET PIERRE

CLINIQUE DE L'UNION  
SERVICE RADIOLOGIE  
ALLEE DE RONCEVAUX  
31240 L'UNION

Toulouse le 11/1/2000

Les coupes systématiques ont permis enfin d'identifier trois foyers de Tumorlet. Ils se présentent sous forme de groupements de massifs compacts formant des nodules de quelques millimètres, cernés par de la sclérose et présentant parfois des fentes de rétraction, pseudo-emboliques. Quelques massifs tumoraux sont également identifiés dans le sinus marginal d'une formation lymphoïde néoformée. Sur le plan cytologique, les cellules sont régulières et ne présentent pas de mitose.



Sur le plan **immunohistochimique** existe une expression de la chromogranine A par les cellules tumorales.

Au niveau du lobe moyen la condensation est d'origine inflammatoire. Elle correspond à une organisation pneumonique avec destruction parenchymateuse. Il existe des kystisations avec accumulation de macrophages et de polynucléaires et une densification fibro-inflammatoire chronique du parenchyme adjacent. Il semble exister quelques formations kystiques de type adénomatoïde en périphérie. Il reste cependant difficile de faire la part des lésions malformatives et séquelles inflammatoires.

Les ganglions prélevés sur la pièce et ceux adressés séparément sont tous banalement réactionnels.

**CONCLUSION** : MALFORMATION ADENOMATOÏDE KYSTIQUE CONGENITALE DE TYPE I DES LOBES SUPERIEUR ET MOYEN DROITS  
Trois foyers de tumorlet du lobe supérieur.

Docteur P. Caverivière