



LETTRE / *Thorax*

Un carcinome épidermoïde « mimant » une atélectasie passive au contact d'un anévrisme de l'aorte thoracique[☆]

J. Rousset^{a,*}, M. Garetier^a, S. Chinellato^a,
Y. Feuvrier^a, M. André^b, T. le Bivic^a

^a Service d'imagerie médicale, hôpital d'instruction des armées de Brest, rue du Colonel-Fonferrier, BP 41, 29240 Brest Naval, France

^b Service de pneumologie, hôpital d'instruction des armées de Brest, rue du Colonel-Fonferrier, BP 41, 29240 Brest Naval, France

MOTS CLÉS

Carcinome ;
Atélectasie ;
Scanner

Les troubles de ventilation sont en rapport avec une diminution (atélectasie ou collapsus) ou une augmentation du volume pulmonaire (hyperaération, piégeage). Le cancer bronchique est la principale cause des atélectasies obstructives. Chez un patient d'âge moyen fumeur, l'hypothèse diagnostique même erronée d'une atélectasie doit faire évoquer un cancer bronchique jusqu'à preuve du contraire.

Observation

Un patient de 71 ans bénéficie d'un scanner pour le bilan d'une opacité hilare gauche. Ses principaux antécédents sont : un carcinome de la face laryngée de l'épiglotte traité par radio-chimiothérapie et une seconde localisation du plan glottique traitée par laryngectomie totale. Ces deux cancers sont en rémission complète depuis plus de dix ans. Le patient est également traité pour une hypothyroïdie et une hypertension artérielle. Ses principaux facteurs de risque sont : un tabagisme sevré évalué à 30 paquets-années, une exposition professionnelle ancienne significative à l'amiante. Une radiographie thoracique a montré trois mois avant une opacité retrocardiaque (Fig. 1) ; le bilan est complété par une tomодensitométrie volumique sans et après injection de produit de contraste. Elle met en évidence un anévrisme de l'aorte descendante, des lésions d'athérome, une plage d'atténuation de densité tissulaire fusiforme au sein du parenchyme pulmonaire au contact

DOI de l'article original : [10.1016/j.diii.2012.01.002](https://doi.org/10.1016/j.diii.2012.01.002).

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Diagnostic and Interventional Imaging*, en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jean.rousset29@wanadoo.fr (J. Rousset).

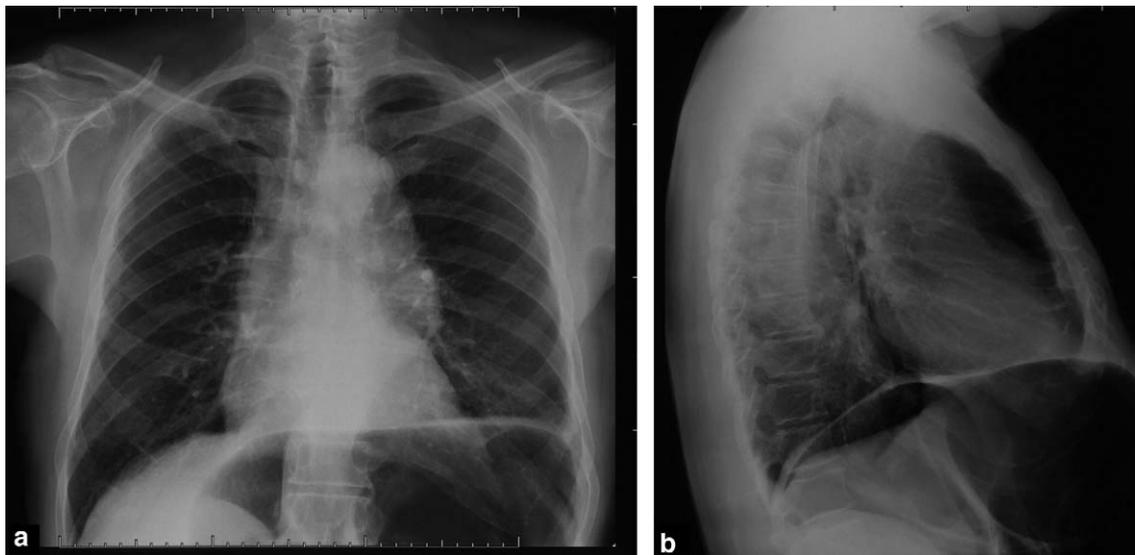


Figure 1. Radiographie thoracique face et profil : aorte sinuuse et opacité de contours flous en avant de l'aorte descendante.

de la dilatation anévrysmale (Fig. 2). Il s'agit d'une image moulant l'aorte et refoulant discrètement en avant, la bronche lobaire inférieure G et l'artère A6G. La densité spontanée est de 32 UH, homogène, sans bronchogramme

aérique, ni hydrique. Les contours lésionnels sont nets ; après injection on constate un rehaussement significatif de densité de +31UH. L'anomalie se situe au contact et en avant d'un anévrysme fusiforme de l'aorte descendante de 4,8 cm

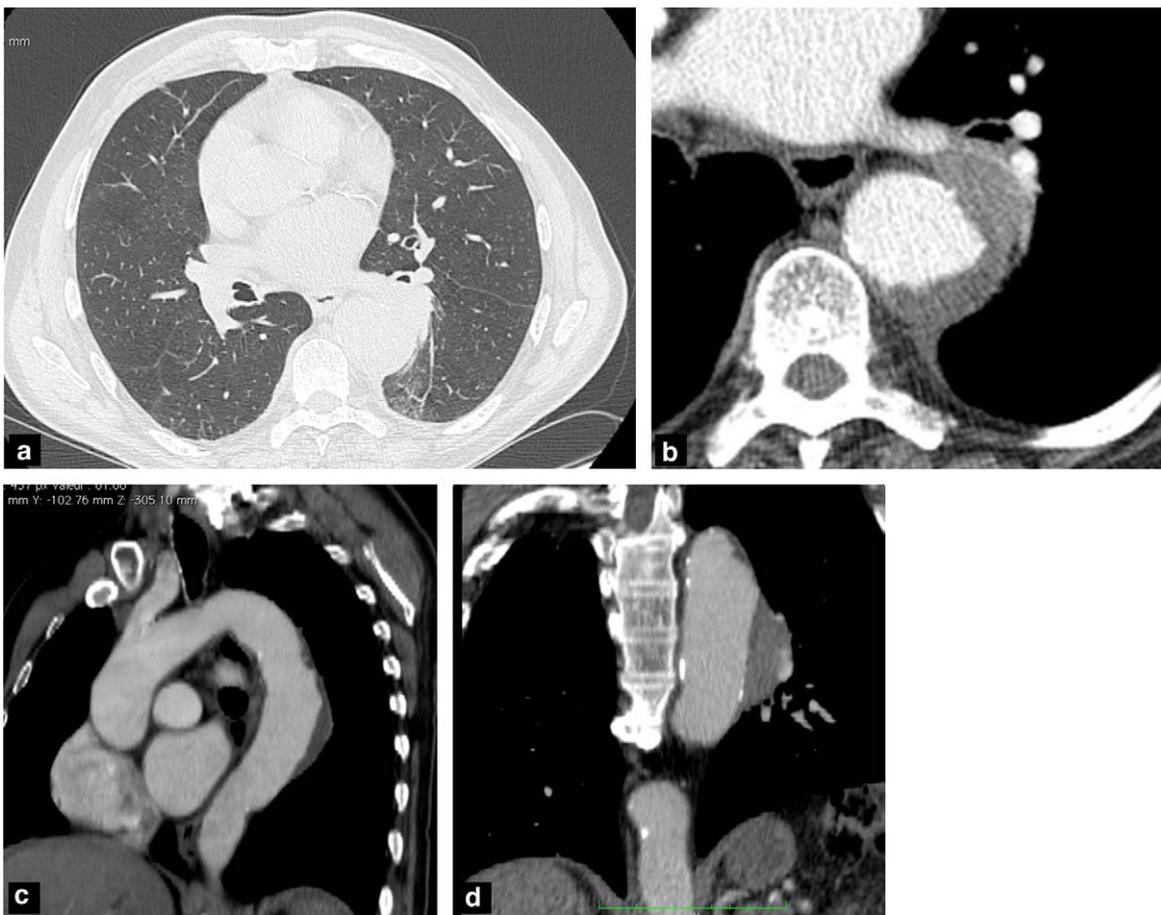


Figure 2. TDM thoracique injecté : plage d'atténuation de densité tissulaire moulant l'aorte anévrysmale ; a : coupe transversale en fenêtre pulmonaire ; b : coupe transversale en fenêtre médiastinale ; c : reconstruction sagittale oblique parallèle à la crosse ; d : reconstruction frontale oblique orthogonale à la crosse.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663661>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663661>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)