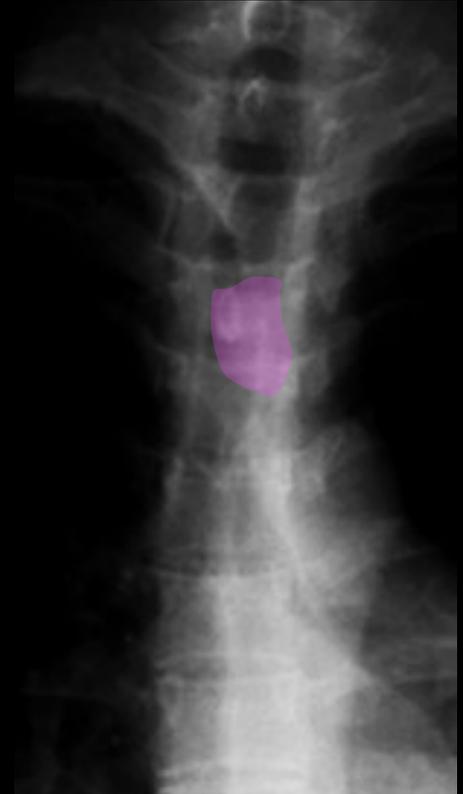


femme 30 ans ,thaïlandaise, traitée pour asthme progressivement aggravé depuis 3 ans , actuellement épisodes de dyspnée paroxystique considérés comme un état de mal asthmatique résistant aux traitements .Pas de tabagisme actif ni passif

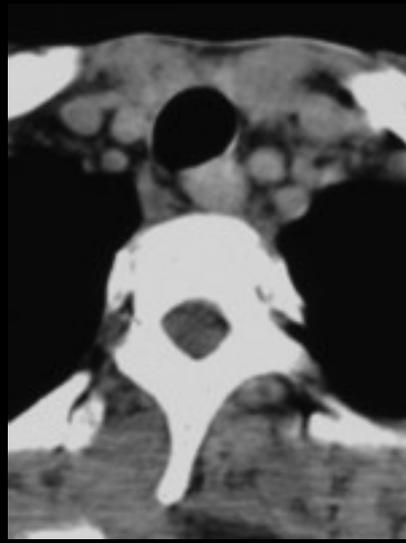
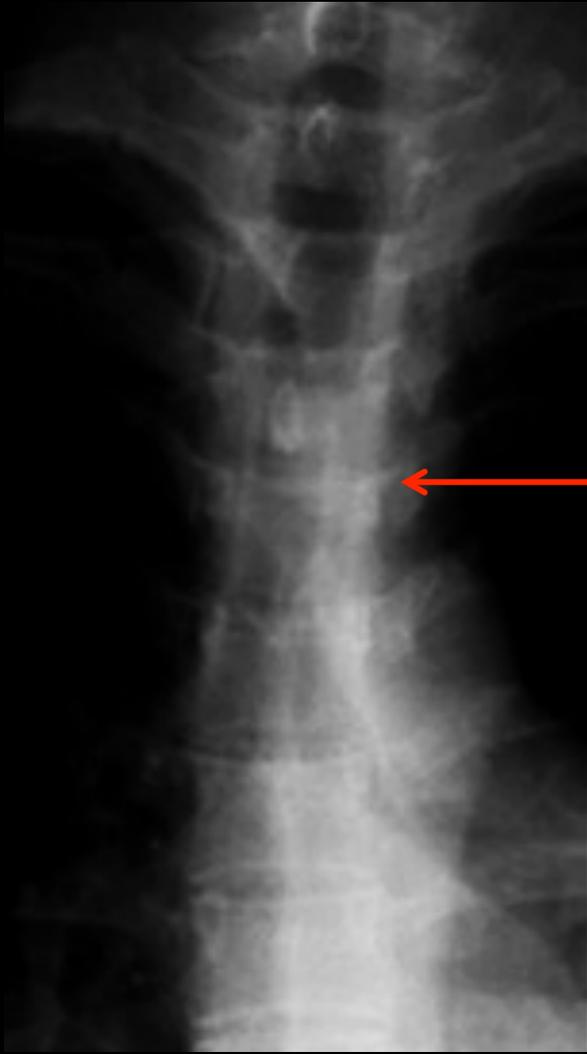


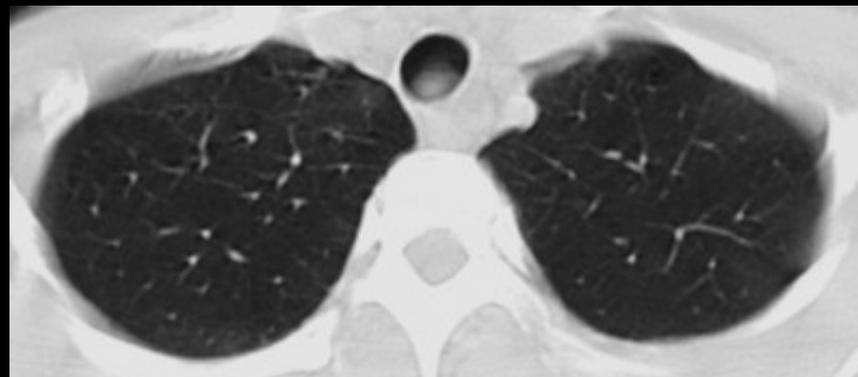
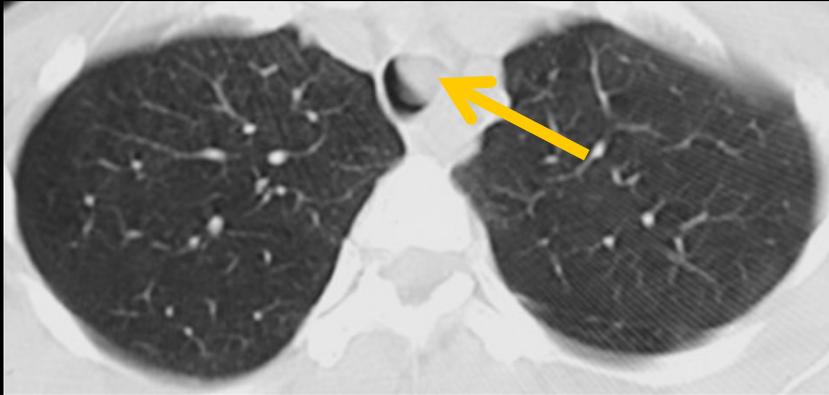
Il n'y a pas de pathologie parenchymateuse évidente et l'analyse sémiologique plus précise de la symptomatologie fait soupçonner l'existence d'un **wheezing**.

Que faire pour avancer dans le diagnostic



Le sifflement inspiratoire et expiratoire doit faire porter l'attention sur la **trachée** et la première manœuvre , en imagerie numérique , consiste à agrandir l'image de la région suspecte en optimisant le contraste par un fenêtrage adéquat





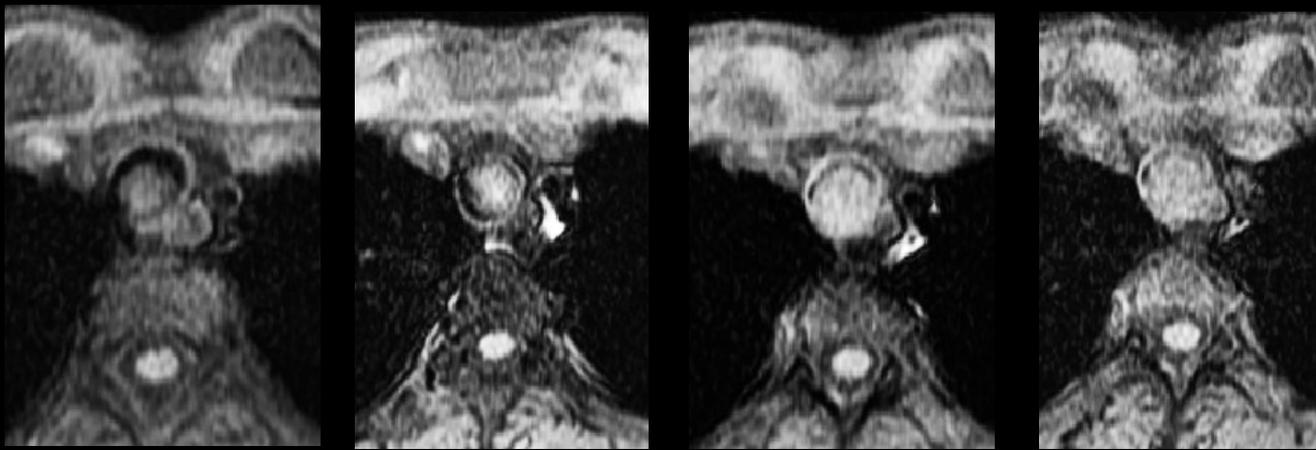
Quelles sont à ce stade les hypothèses diagnostiques à envisager



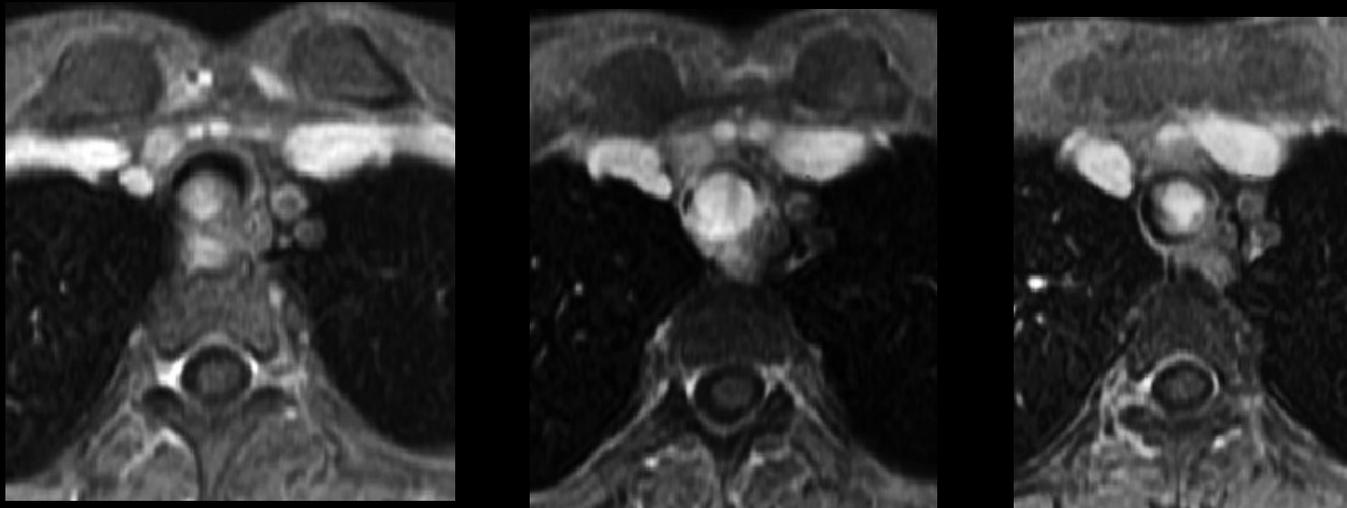
- carcinome épidermoïde
- carcinome adénoïde kystique
- carcinome muco épidermoïde
- tumeur carcinoïde typique
- tumeur bénigne à cellules fusiformes (léiomyome , schwannome..)
- papillomes (HPV)
- chondromes , hémangiomes ...

Peut-on faire plus par l'imagerie





**IRM pondérée T2  
Fatsat**



**IRM pondérée T1  
fatsat après  
injection de  
gadolinium**

L'ensemble de la lésion nodulaire est en hypersignal T2 homogène

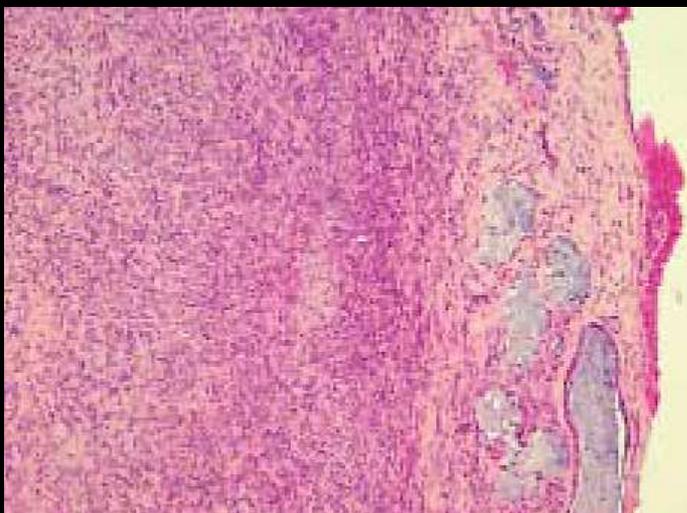
La prise de contraste est précoce , intense et homogène , témoin d'une hypervascularisation artériolo-capillaire importante



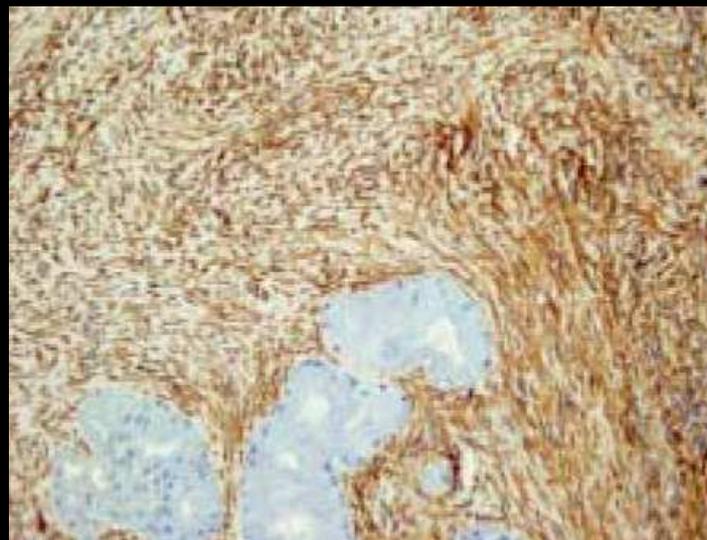
Sur les coupes tardives , en post équilibre , le rehaussement persiste **et s'intensifie** nettement par rapport au sang circulant tout en restant très homogène .

Chez un **adulte jeune** on pourrait penser à une tumeur carcinoïde typique mais leur localisation est bronchique ou plus distale .





Prolifération fibroblastiques sous muqueuse de cellules fusiformes



Expression diffuse et intense de l'antigène CD 34 correspondant à l'hypervascularisation très marquée de la lésion

**Diagnostic ana-path : Tumeur fibreuse solitaire de la trachée**

# Tumeurs fibreuses solitaires (TFS) thoraciques

-les localisations pleurales des TFS sont classiques ; les localisations VAS (pharynx et larynx) sont considérées si il existe des formes "primitives" du médiastin

VAS (pharynx et larynx)

sont décrites ; il existe

des formes "primitives" du médiastin

-les TFS se caractérisent par une prolifération faite de cellules fusiformes avec parfois un arrangement architectural particulier : fasciculaire , storiforme , de hémangiopéricytaire .

type

-la microscopie est en fait basée sur l'aspect histologique et la densité de

tissu collagène et de sclérose

ce qui explique dans le

cas rapporté à la fois la prise de contraste intense et précoce et les TFS sont très positives pour CD 34 (jusqu'à 85% des cas), Bcl2 TFS sont positives et CD 99 ; elles sont généralement négatives pour les cytokératines, SMA, desmine, S 100 (ce qui élimine les autres tumeurs bénignes cellules fusiformes trachéo- ), Bcl2 hémangiopéricytaire et CD 99 ; elles sont généralement négatives pour les cytokératines, SMA, desmine, S 100 ( ce qui élimine les autres tumeurs bénignes cellules fusiformes trachéo- ). 10 à 15% des TFS pleurales sont considérées malignes et elles sont alors souvent volumineuses et sont CD 34 négatives. Dans les localisations pleurales la récurrence de récurrence varie entre 9 et 19 %.

CD 34 négatives

