



Outil éducatif d'imagerie radiographique du cancer thymique

Version 2025.07

Contexte

Le Groupe de travail sur le cancer thymique a créé des exemples de cas des résultats d'imagerie radiographique pour fournir des conseils cliniques à chaque stade des tumeurs épithéliales thymiques, y compris le thymome, le carcinome thymique et les tumeurs neuroendocrines thymiques (TNET). Ces images radiographiques sont fondées sur la 8^e édition de la classification TNM du thymome et du carcinome thymique. Cette ressource peut être utilisée par les médecins de famille, les infirmières praticiennes, les radiologistes, les oncologues en radiothérapie, les oncologues médicaux, les oncologues chirurgicaux, les chirurgiens généraux et les résidents.

Cet outil éducatif accompagne les cartes des voies pour le diagnostic, le traitement et le suivi du cancer thymique, qui peuvent être consultées sur la page suivante : [Carte des voies du cancer thymique | Action Cancer Ontario](#).

Une liste des cliniciens experts du Groupe de travail sur le cancer thymique se trouve dans le document [Thymic Cancer Pathway Map Acknowledgements](#) (en anglais seulement).

Imagerie radiographique du cancer thymique

Exemple de cas n° 1 : Imagerie radiographique du thymus



Figure 1 : Une masse médiastinale antérieure a été découverte au cours d'une tomodensitométrie de stadification (A). La masse était homogène avec des contours lisses, ce qui suggère une hyperplasie thymique. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) a été

réalisée aux fins de confirmation. L'intensité du signal uniforme sur l'image pondérée en T1 dans le plan axial (B) et la diminution du signal hors phase (C) avec une intensité de signal calculée à 34 % et un rapport de décalage chimique de 0,6 étaient compatibles avec une masse thymique bénigne.

Exemple de cas n° 2 : Imagerie radiographique d'un thymome, stade 1

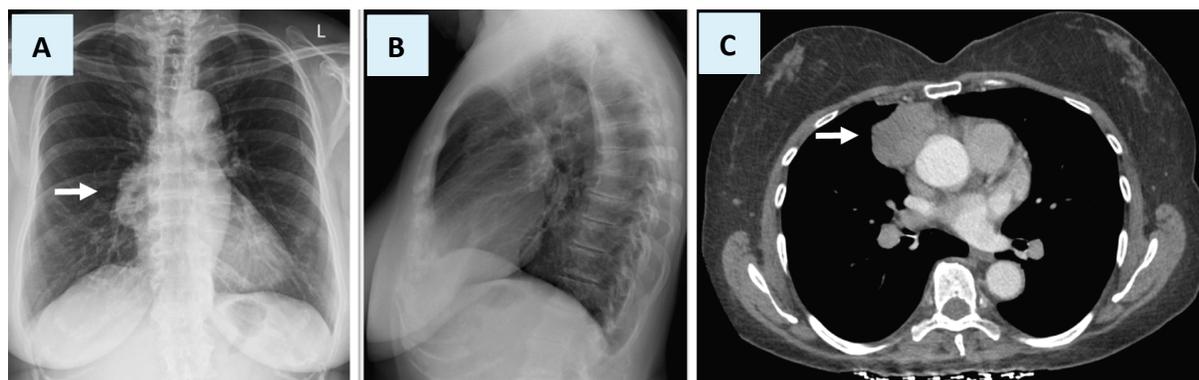


Figure 2 : Une radiographie thoracique postéroantérieure (1A) et latérale (1B) a été réalisée en raison d'une toux et a révélé une masse médiastinale antérieure droite fortuite plus visible sur la radiographie postéroantérieure (flèche). L'image tomodensitométrie axiale du thorax (1C) montre la masse de tissu mou (flèche) adjacente au péricarde sans preuve de prolifération à l'imagerie. L'examen pathologique suivant la résection chirurgicale a révélé un thymome de type AB présentant des marges chirurgicales négatives. Stade 1, pT1a pN0.

Exemple de cas n° 3 : Imagerie radiographique d'un thymome, stade 1

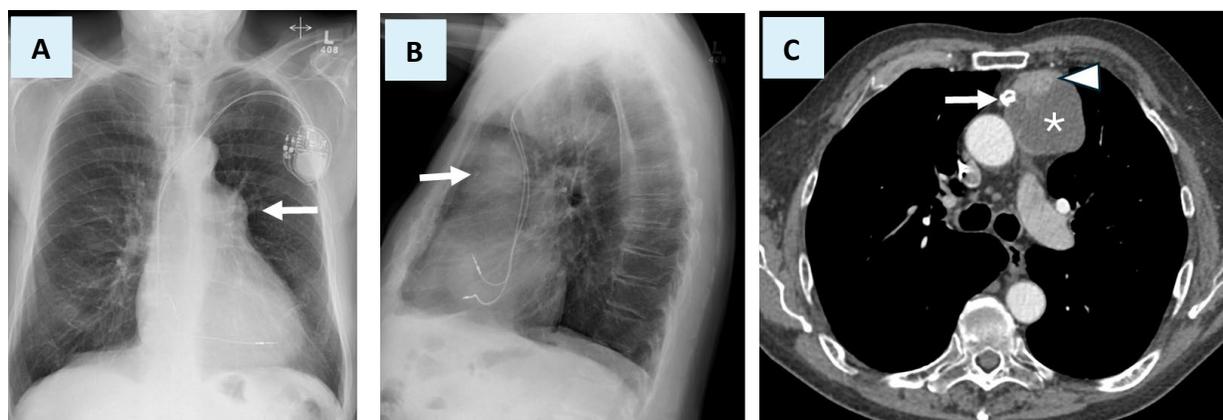


Figure 3 : On a découvert une masse médiastinale sur les radiographies thoraciques postéroantérieure (A) et latérale (B). On a observé une masse avec des composants kystiques solides (flèche) et à faible densité (astérisque) ainsi qu'une petite calcification (pointe de flèche) au cours de la tomodensitométrie (C). La masse ne s'était pas propagée au péricarde, au parenchyme pulmonaire ou dans les structures médiastinales. Elle a fait l'objet d'une résection

chirurgicale. L'examen pathologique a révélé un thymome accompagné de stromas lymphoïdes. Les marges chirurgicales étaient négatives. Stade 1, pT1a pN0.

Exemple de cas n° 4 : Imagerie radiographique d'un thymome, stade 1

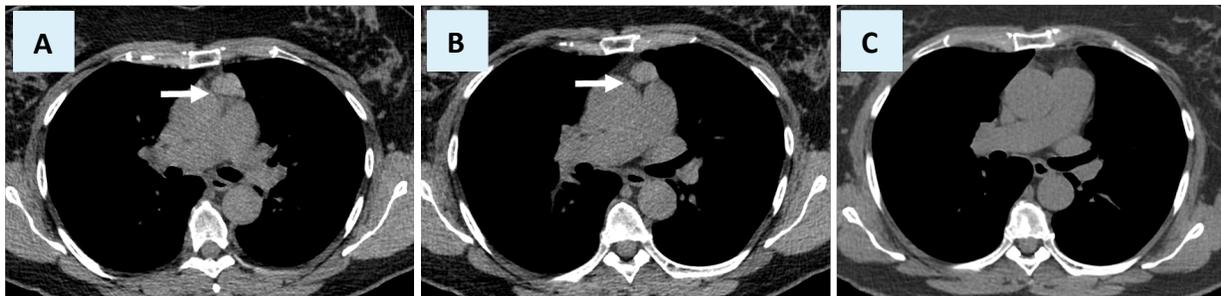


Figure 4 : Une tumeur médiastinale antérieure (A et B) bien définie a été découverte au cours de la tomodensitométrie; elle était séparée de l'artère pulmonaire principale sous-jacente et de l'aorte ascendante par une mince couche de graisse (flèche). La tumeur a été réséquée. L'examen pathologique était conforme au thymome pT1b pN0 causé par une prolifération microscopique. Une tomodensitométrie de suivi (C) n'a révélé aucune récurrence ni aucune métastase quatre ans après la résection. Stade 1.

Exemple de cas n° 5 : Imagerie radiographique d'un thymome, stade 3A

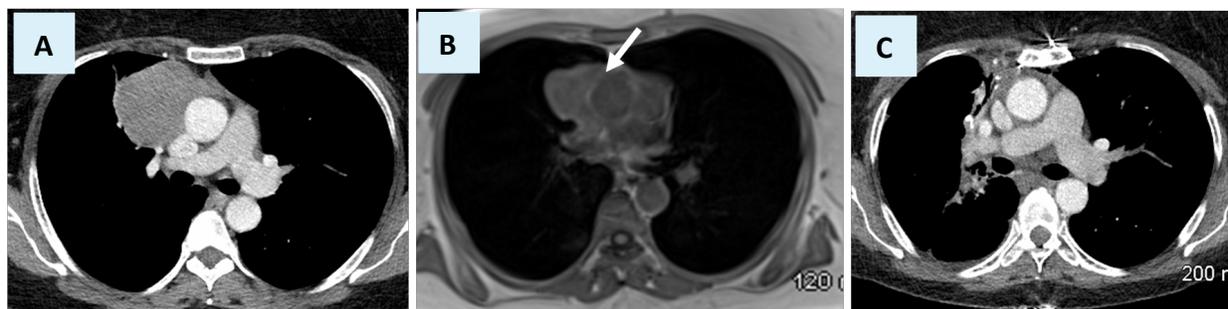


Figure 5 : Une tumeur médiastinale antérieure a été découverte au cours d'une tomodensitométrie chez un patient atteint de myasthénie grave (A). À l'IRM, trois semaines plus tard, il y a un plan graisseux clair entre la masse et l'aorte ascendante (flèche). La taille plus petite de la masse était due à une corticothérapie par intervalles pour la myasthénie grave. La masse pT3 N0 (type B1/B2) a été réséquée, il y avait une prolifération dans le parenchyme pulmonaire adjacent du lobe supérieur droit et les marges de résection chirurgicale étaient négatives pour la tumeur, qui était de stade 3A. Le patient a reçu une radiothérapie adjuvante. Une tomodensitométrie de suivi, effectuée un an plus tard, n'a révélé aucune récurrence locale ni aucune métastase.

Exemple de cas n° 6 : Imagerie radiographique d'un thymome mixte et d'un carcinome thymique, stade 4A (carcinome thymique avec métastases pleurales tardives)

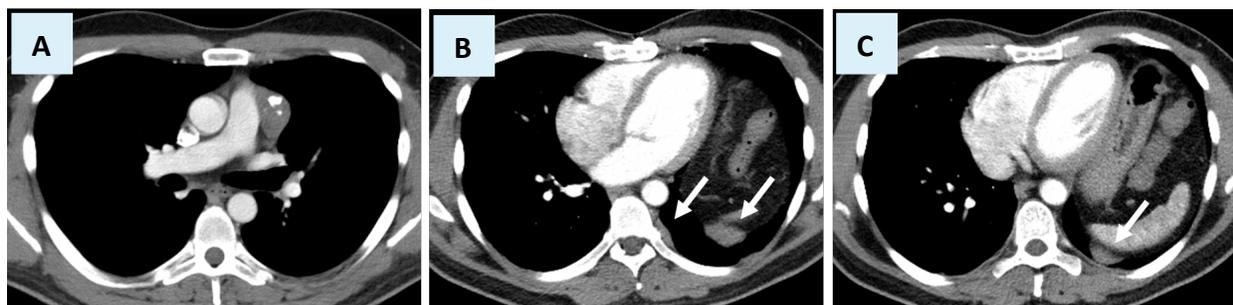


Figure 6 : Une tumeur médiastinale antérieure fortuite a été découverte sur la tomodensitométrie (A). La lésion a été réséquée; l'examen pathologique a révélé un carcinome épidermoïde thymique bien différencié provenant d'un thymome de type B2 avec atteinte du péricarde pariétal et de la plèvre viscérale sans prolifération au parenchyme pulmonaire. Un des onze ganglions lymphatiques (1/11) médiastinaux antérieurs s'est révélé positif pour le pT3 N1. Aucune tumeur n'était présente dans les marges de résection chirurgicale. Le patient a été placé sous surveillance et six ans plus tard, la tomodensitométrie de suivi annuelle (B et C) a révélé des métastases pleurales dans la partie inférieure gauche (flèches).

Exemple de cas n° 7 : Imagerie radiographique d'un thymome, stade 4A

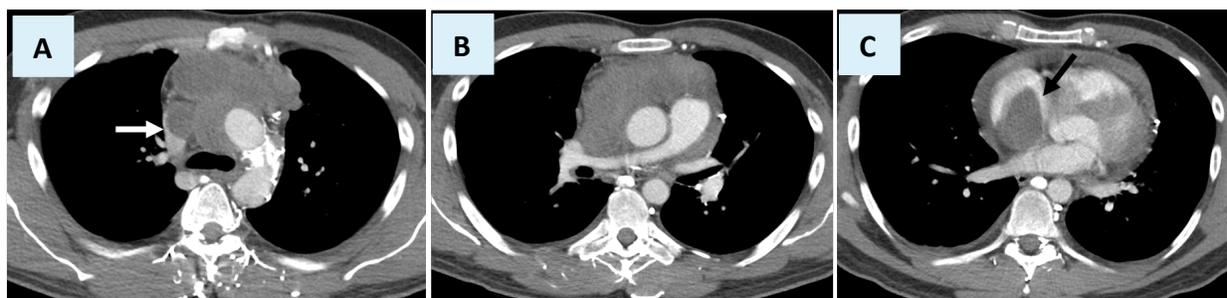


Figure 7 : On a détecté une grande masse médiastinale antérieure avec prolifération dans la veine cave supérieure (A, flèche blanche) et l'oreillette droite (C, flèche noire) sur la tomodensitométrie. La masse, un segment focal de l'aorte, la veine cave supérieure et de l'oreillette droite ont été réséqués. Les résultats de l'examen pathologique ont déterminé qu'il s'agissait d'un thymome de type B3 et deux des neuf ganglions lymphatiques (2/9) réséqués étaient positifs. Stade 4A, pT4 N1.

Exemple de cas n° 8 : Imagerie radiographique d'un carcinome thymique, stade 1



Figure 8 : Une masse médiastinale antérieure fortuite, avec des contours mal définis, a été découverte sur l'angiographie pulmonaire par tomodensitométrie (A), ce qui suggère une prolifération dans la graisse médiastinale environnante. Le patient n'était pas un candidat pour la résection chirurgicale. On a réalisé une microbiopsie à l'aiguille guidée par tomodensitométrie (B) et le résultat était conforme à un carcinome épidermoïde. L'examen métastatique s'est révélé négatif. Le patient a été aiguillé vers l'oncologie radiologique et, d'après une discussion avec des spécialistes interdisciplinaires, il a été traité uniquement par radiothérapie stéréotaxique corporelle (RSC). Un suivi par tomodensitométrie (C) effectué deux ans après la radiothérapie a démontré que la lésion était restée petite et que l'aspect flou de la graisse environnante ainsi que les petites calcifications à l'intérieur de la masse ont été induits par la radiothérapie. Stade 1.

Exemple de cas n° 9 : Imagerie radiographique d'un carcinome thymique, stade 3A

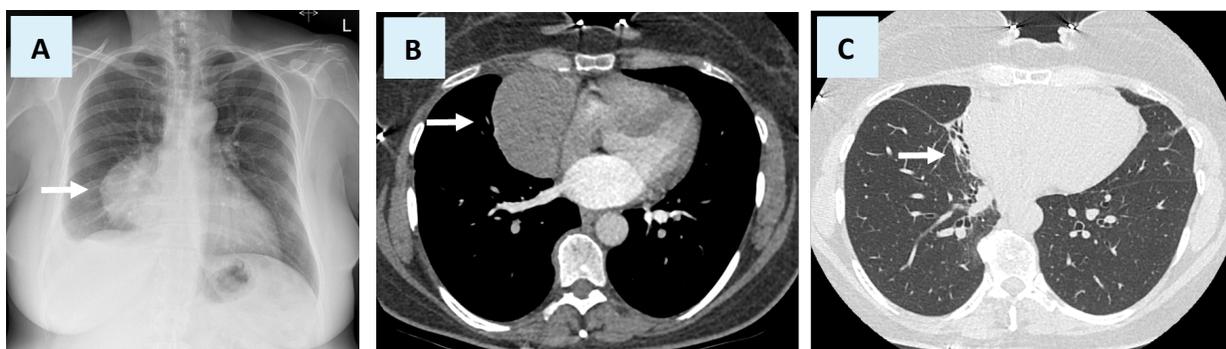


Figure 9 : On a découvert une masse médiastinale antérieure sur la radiographie thoracique (A). La tomodensitométrie (B) a révélé une grande masse médiastinale antérieure à droite avec un effet de compression lisse sur l'oreillette droite, sans invasion ni prolifération extrathoracique. Le résultat de la biopsie à l'aiguille guidée par imagerie a révélé un carcinome neuroendocrinien à grandes cellules. Le patient a reçu quatre cycles de chimiothérapie néoadjuvante (cisplatine, doxorubicine, cyclophosphamide). La masse pT3 pN0 a ensuite été retirée par une résection

cunéiforme des lobes moyen et inférieur droits sous-jacents et on a noté une marge de résection positive. Par conséquent, on a ordonné une radiothérapie adjuvante. L'image C, prise quatre ans après la résection, montre des changements induits par la radiation dans le poumon droit paramédiastinal, sans récurrence ni métastase. Stade 3A, pT3.

Exemple de cas n° 10 : Imagerie radiographique d'un carcinome thymique, stade 4A

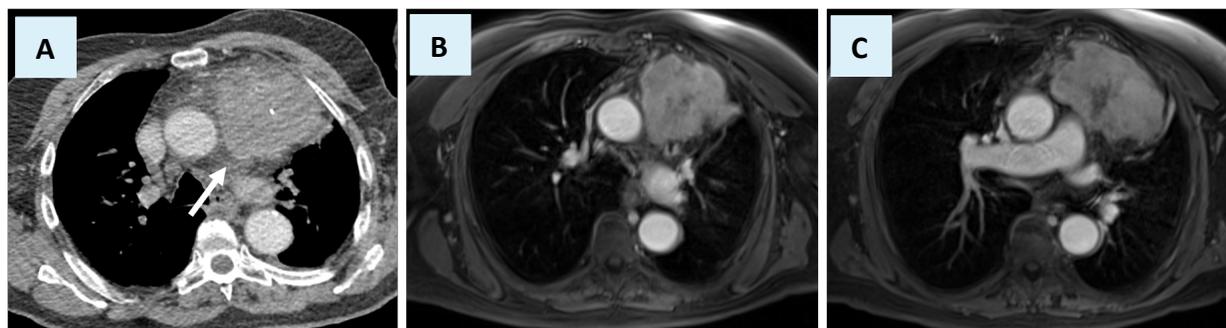


Figure 10 : Une tumeur médiastinale antérieure fortuite a été découverte sur la tomodensitométrie (A), avec invasion de la graisse médiastinale au niveau de la fenêtre aortopulmonaire (flèche). Une IRM pondérée T1 avec saturation des graisses et contraste par voie intraveineuse (IV) (images B et C) a révélé que la masse avait une large base sur le péricarde et a confirmé une invasion limitée de la graisse médiastinale au niveau de la fenêtre aortopulmonaire. Cependant, sur les images ciné (non montrées ici) avec pulsation cardiaque, l'artère pulmonaire principale, le trajet d'éjection du ventricule droit et du ventricule gauche se déplaçaient séparément de la masse, excluant une invasion directe des structures vasculaires sous-jacentes. La masse a été réséquée et l'examen pathologique a confirmé un carcinome épidermoïde thymique, il y avait une invasion non transmurale du péricarde et un carcinome métastatique dans deux des quinze nœuds périthymiques. Stade 4A, pT2N1M0.

Avvertissement : L'outil éducatif est destiné à des fins d'information seulement. L'outil éducatif n'est pas destiné à constituer ou à remplacer des conseils médicaux et ne doit pas être considéré comme tel. De plus, cet outil éducatif est soumis au jugement clinique et les pratiques réelles peuvent ne pas suivre les étapes proposées dans le document. Dans le cas où le lecteur n'est pas un professionnel de la santé, il devrait toujours consulter un professionnel de la santé s'il a des questions concernant les renseignements présentés dans ce document. Les renseignements contenus dans cet outil éducatif ne créent pas de relation médecin-patient entre Santé Ontario (Action Cancer Ontario) et le lecteur.

Avvertissement : Avez-vous besoin de ces renseignements dans un format accessible? 1-877-280-8538, ATS 1-800-855-0511, info@ontariohealth.ca et OH-CCO_CIDAPInfo@ontariohealth.ca.

Document available in English, please contact info@ontariohealth.ca