

# UN SYNDROME D'ACTIVATION MACROPHAGIQUE INEXPLIQUÉ

SERVICE DE MEDECINE NUCLEAIRE  
CH VALENCIENNES

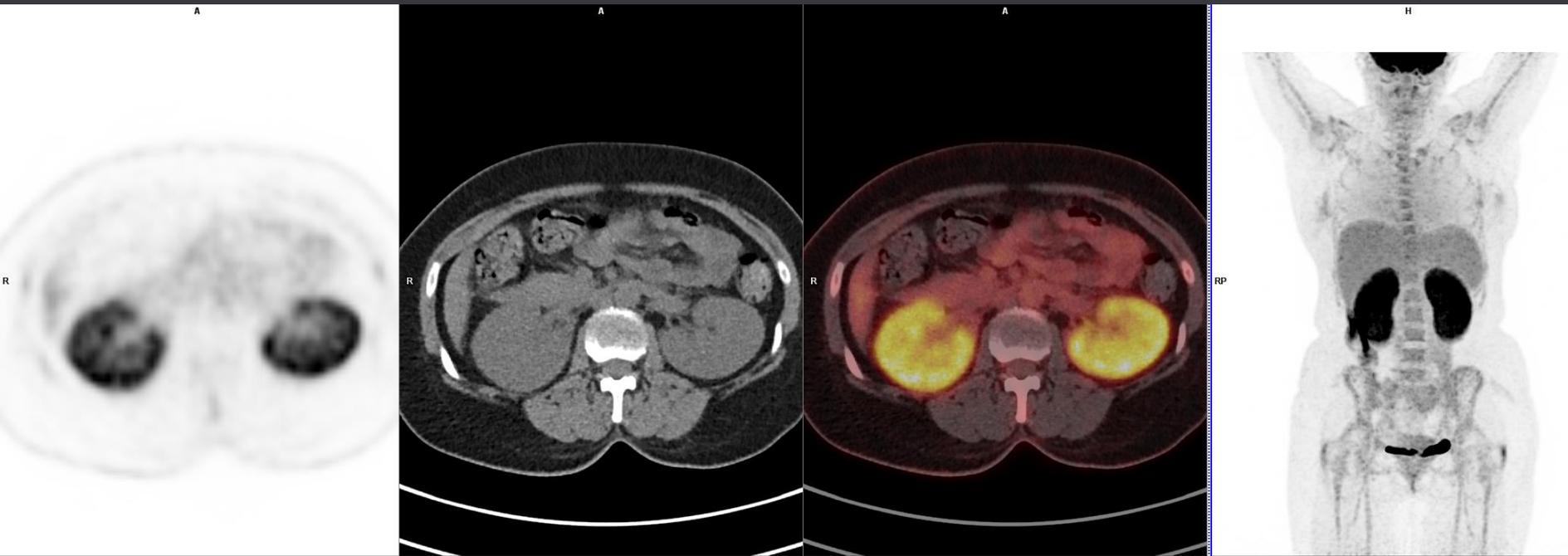
Mélissa BOURGEAU (interne)

Guillaume COLLET (PH)

31.01.2019

- Femme de 45 ans
- ATCD : tabagisme actif et HTA
- MH : Hyperthermie, SIB, SAM inexpliqué
- Biologie :
  - Bicytopenie (anémie et thrombopenie)
  - LDH 1200 UI/L (N 190-400)
  - Hyperferritinémie 1800 µg/L (N 15-200)
  - Hypertriglycémie 6.5 g/L (N<1,5)

- Bilan complémentaire 1<sup>ère</sup> intention :
  - Bactério : Stériles
  - Sérologies Lyme, Brucellose, Mycoplasme pneumoniae, Syphilis, VIH, VHA, VHB, VHC, candida et aspergillus négatives
  - Complément : normal
  - Cryoglobulinémie : négative
  - BAT et BOM : sans particularité
  - ETT : pas d'endocardite infectieuse
  - TDP TAP : pas de foyer infectieux profond

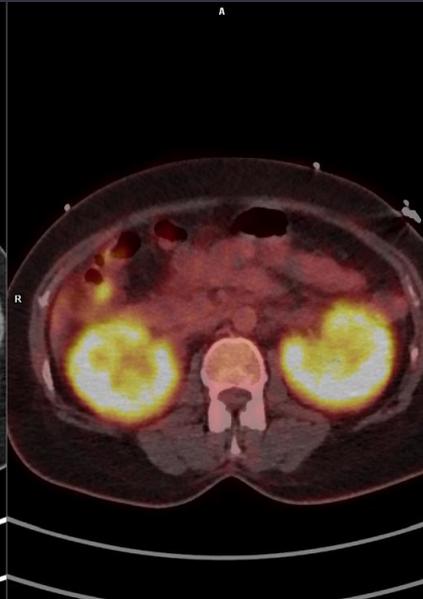
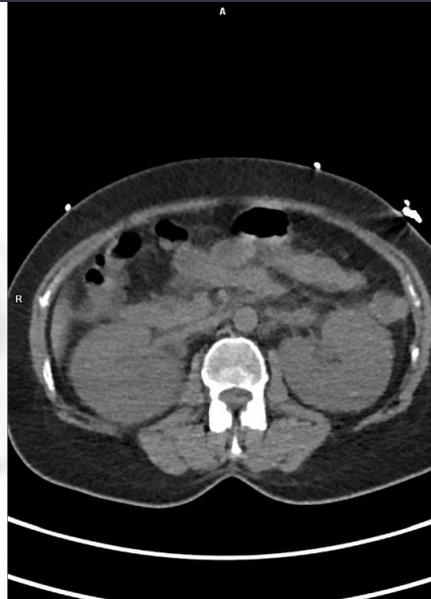
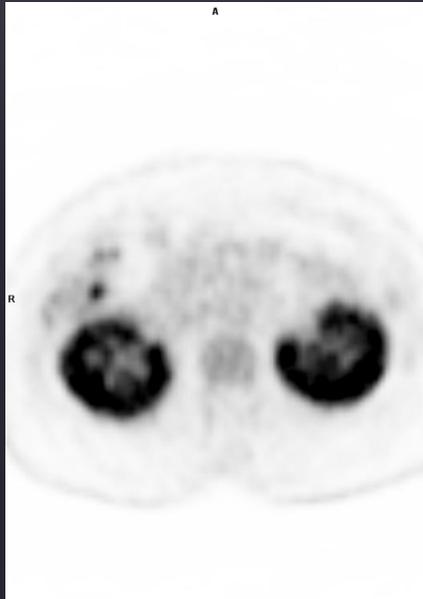


- TEP  $^{18}\text{F}$ FDG : néphromégalie bilatérale + hyperfixation rénale (et pulmonaire plus discrète) diffuse symétrique

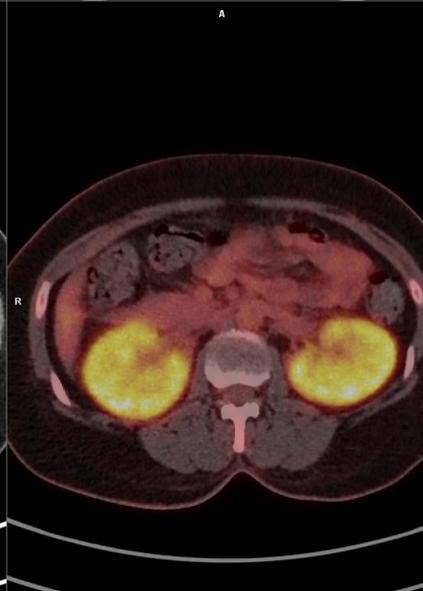
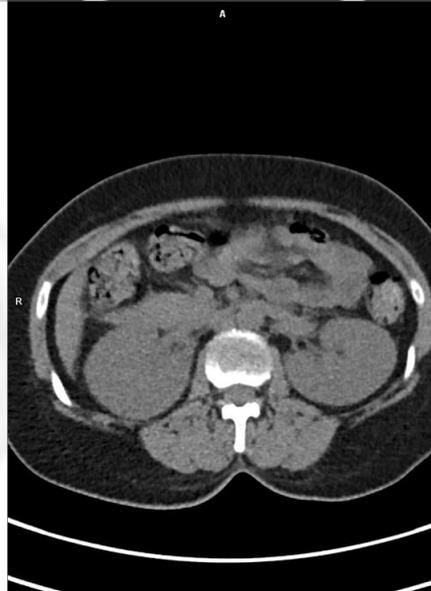
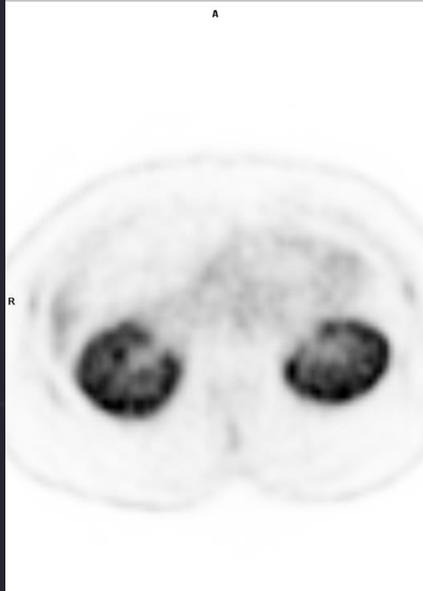
Rechute précoce SAM...

- Clinique : AEG, **signes B**, pas d'ADP ni d'HSMG
- Biologie : IRA pauci-protéinurique et discrètement hématurique
- Examens complémentaires : multiples... tous négatifs !
- 2<sup>ème</sup> TEP 18-FDG :
  - Persistance de la fixation corticale rénale bilatérale stable
  - Apparition d'une **fixation pulmonaire diffuse**
  - **Apparition d'une** fixation au niveau de l'omoplate
  - Apparition d'une fixation splénique

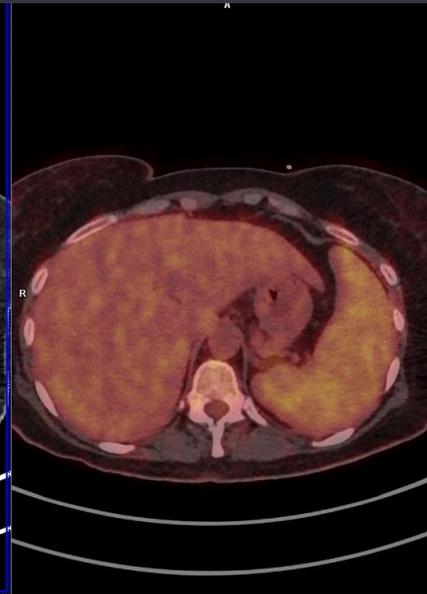
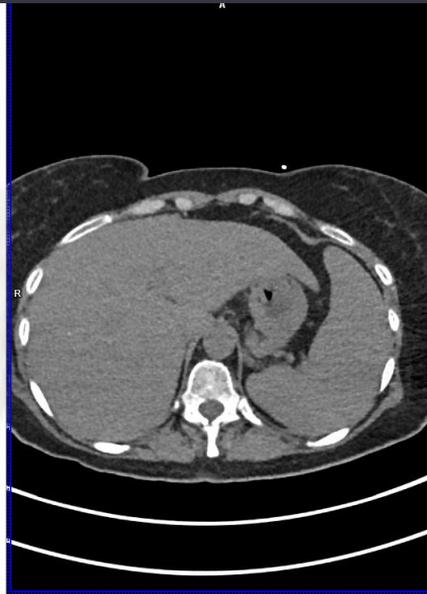
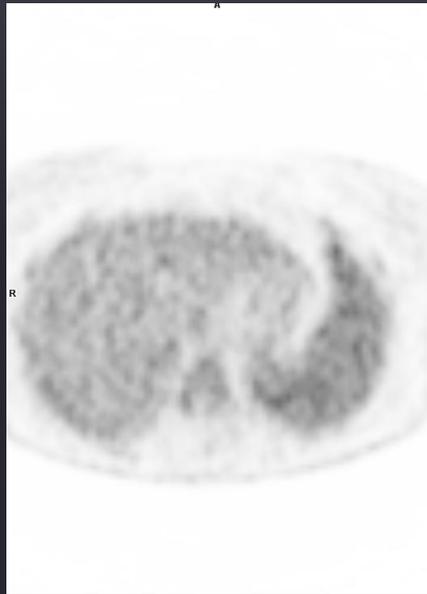
Juillet 2017



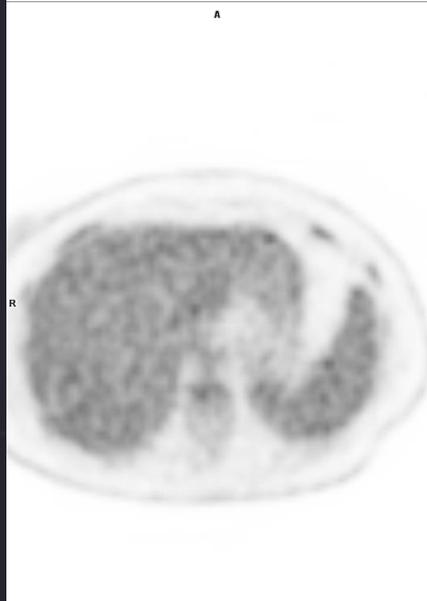
Avril 2017



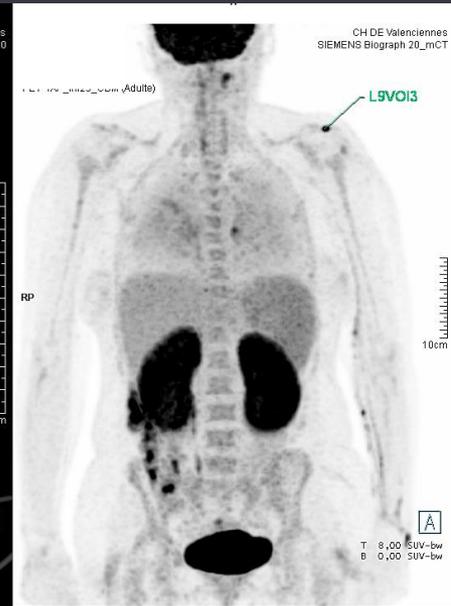
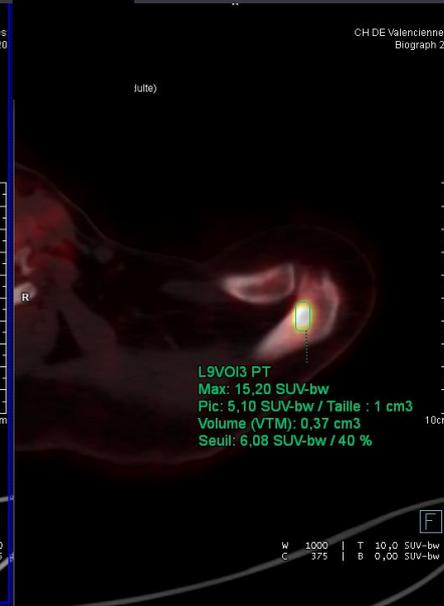
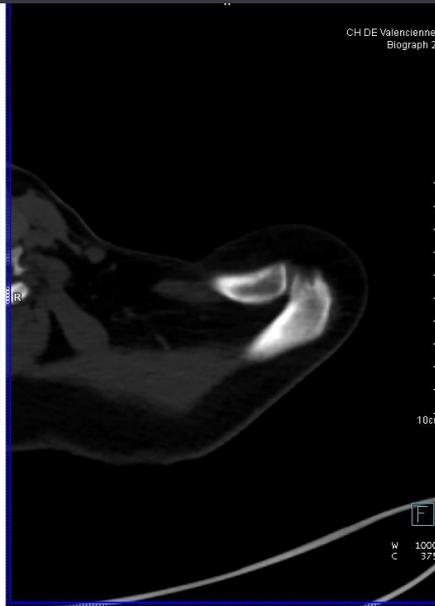
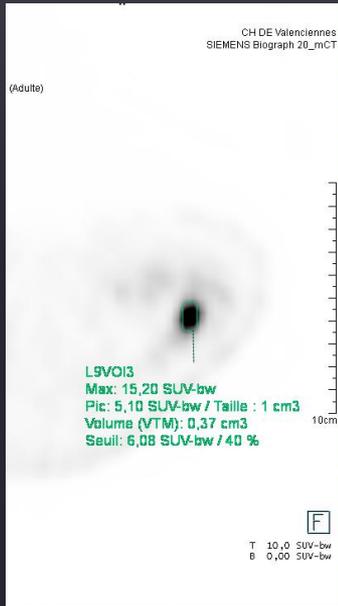
Juillet 2017



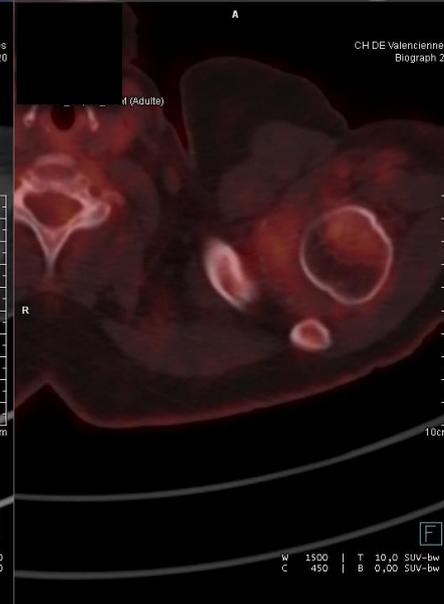
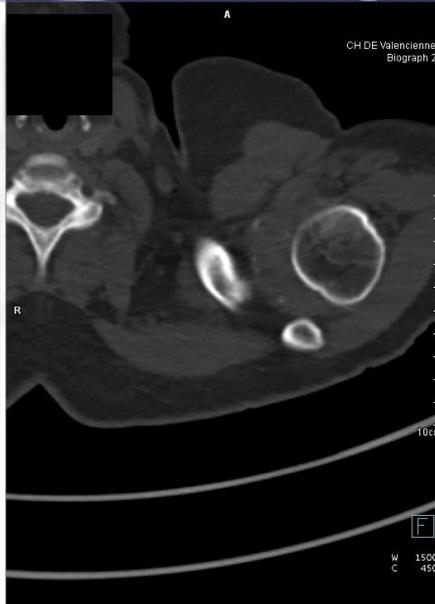
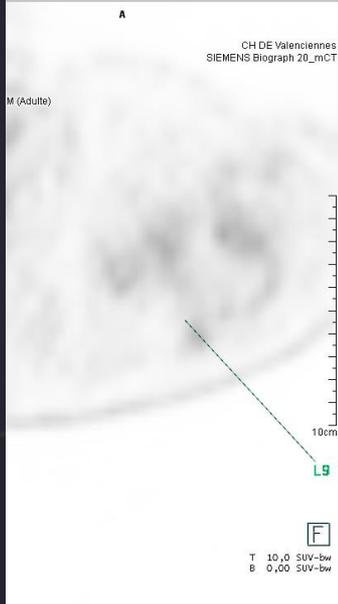
Avril 2017



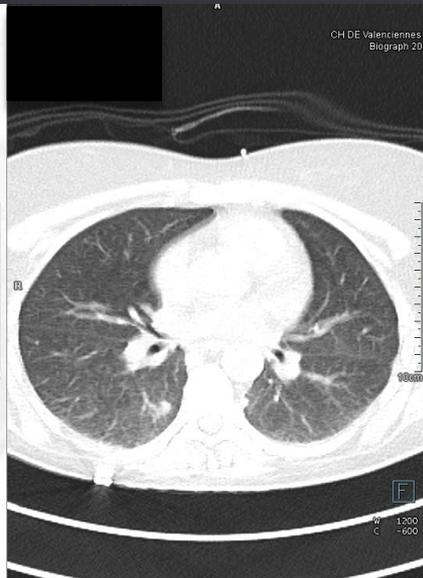
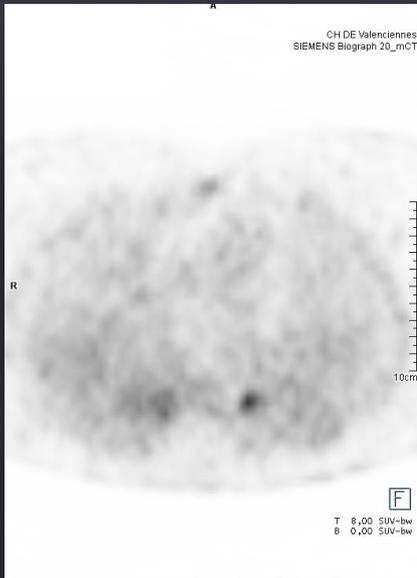
Juillet 2017



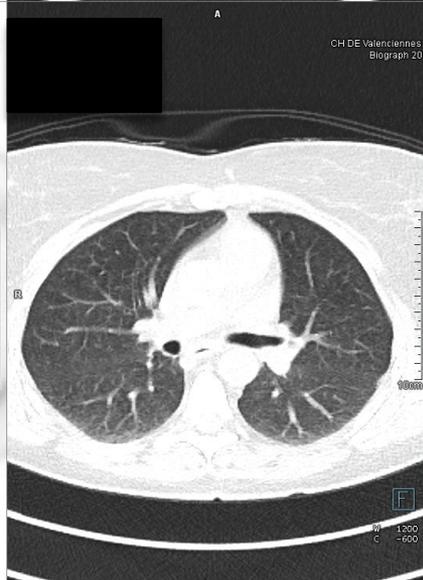
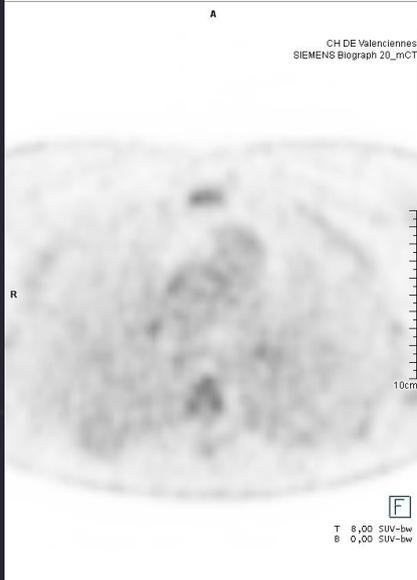
Avril 2017



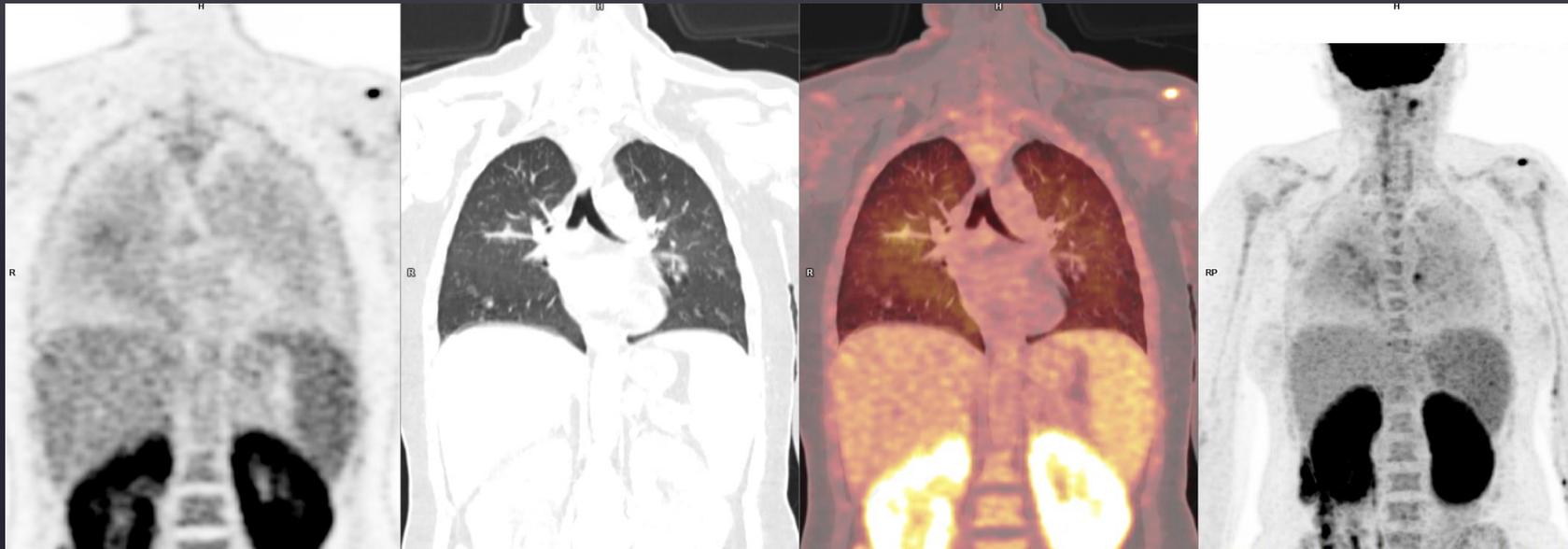
Juillet 2017



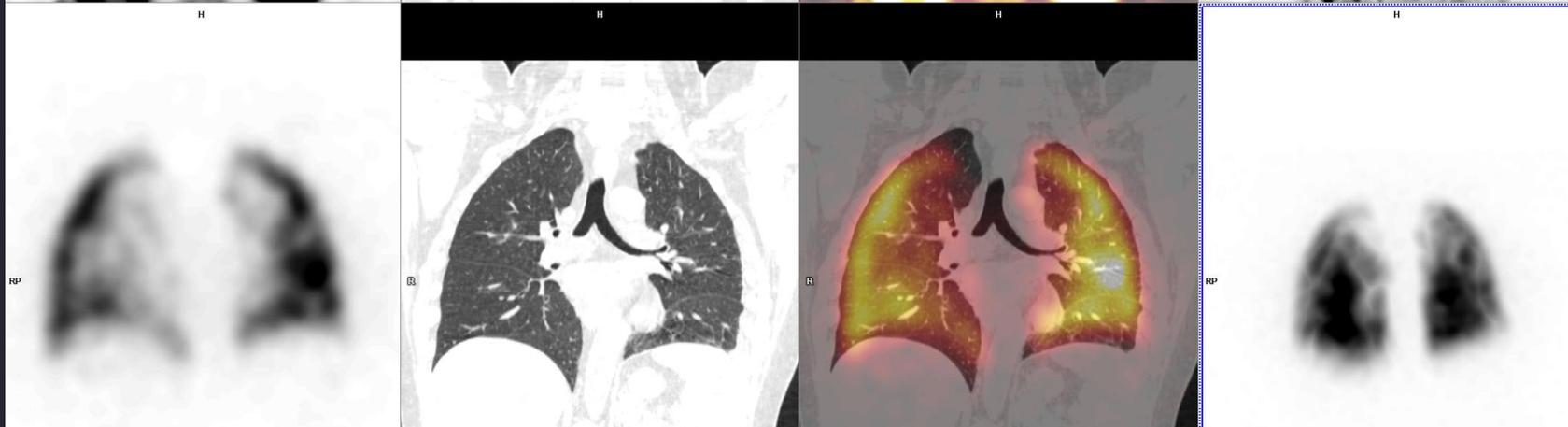
Avril 2017



TEP-FDG

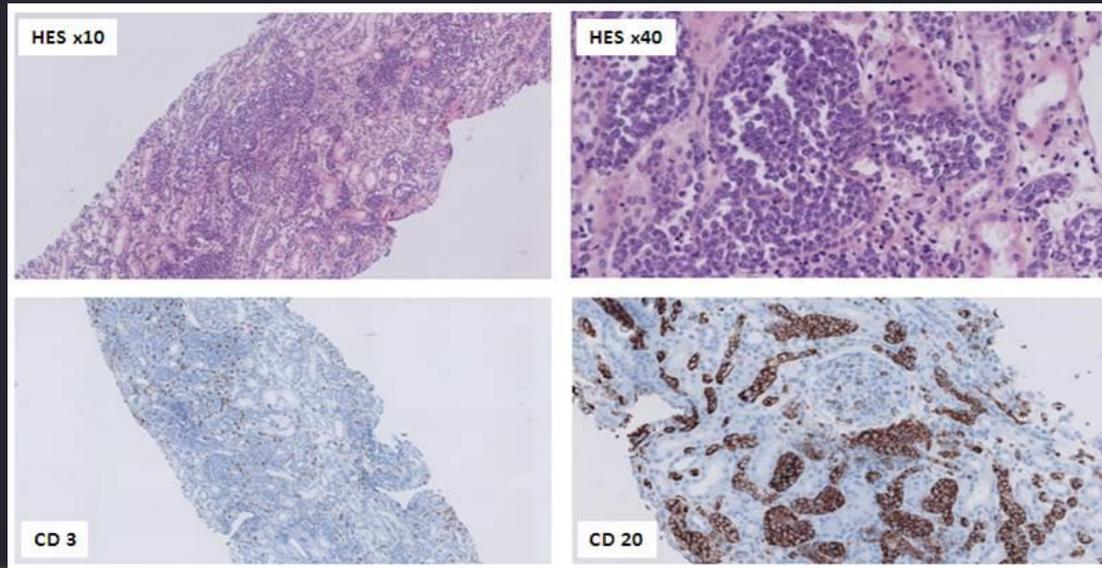


$^{99m}\text{Tc}$ -MAA



Scintigraphie pulmonaire pour dyspnée avec effet shunt : hypoperfusion péri-hilaire bilatérale et symétrique

- Anapath PBR : Comblement des capillaires glomérulaires et péri-tubulaires par des **cellules de grande taille**, non cohésives, à chromatine mottée et multinucléolées dont le marquage immunohistochimique était positif pour les **anticorps anti-CD20**, faiblement positif pour les anticorps anti-MUM1 et négatif pour les anticorps anti-CD5, CD10 et Bcl6. Pas de lésion tubulo-interstitielle ni de dépôt en immunofluorescence



Diagnostic final :

**Lymphome non Hodgkinien à grandes cellules B de type intravasculaire avec atteinte glomérulaire et péri-tubulaire diffuse.**

**DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE DE LYMPHOME INTRA-VASCULAIRE GUIDE PAR UNE  
HYPERFIXATION CORTICALE RENALE A LA TOMOGRAPHIE PAR EMISSION DE POSITONS : A  
PROPOS D'UN CAS.**

Sébastien Puigrenier<sup>1</sup>, Viviane Gnemmi<sup>2</sup>, Jean-Baptiste Gibier<sup>2</sup>, Guillaume Collet<sup>3</sup>, Sabine Tricot<sup>4</sup>, Thomas Quémeneur<sup>1</sup>, Marc Ulrich<sup>1</sup>.

# LYMPHOME INTRA VASCULAIRE

- Forme rare de lymphome non Hodgkinien à grandes cellules B
- Age > 50 ans
- Sex ratio = 1
- Prolifération endo-vasculaire (capillaire et veinules post-capillaires)
- Présentation clinique hétérogène, non spécifique (pouvant atteindre les vaisseaux de petit calibre de tous les organes, préférentiellement reins et poumons)
- Diagnostic histologique difficile
- 40 cas dans la littérature
- Haute malignité : mortalité 30% à 6 mois (errance diagnostique...)

## **FDG-PET/CT is a pivotal imaging modality to diagnose rare intravascular large B-cell lymphoma: case report and review of literature**

Cecile Colavolpe<sup>1\*</sup>, Mikael Ebbo<sup>2</sup>, Delphine Trousse<sup>3</sup>, Hajar Khibri<sup>2</sup>, Jerome Franques<sup>4</sup>, Bruno Chetaille<sup>5</sup>, Diane Coso<sup>6</sup>, Matthieu John Ouvrier<sup>7</sup>, Lauris Gastaud<sup>8</sup>, Eric Guedj<sup>1</sup> and Nicolas Schleinitz<sup>2</sup>

- Homme 71 ans
- MH : AEG, fièvre récurrente, sueurs nocturnes, toux sèche **depuis 2 ans**
- ATCD : Thyroïdectomie partielle / GMN
- Bio : Bicytopénie, SIB, ↑ LDH , hyperferritinémie
- BOM (x3) : négatives
- Examens complémentaires : tous négatifs !!!
- 1<sup>ère</sup> TEP 18-FDG : Négative
- 2<sup>ème</sup> TEP 18-FDG : Hypermétabolisme intense et isolé du lobe G de la thyroïde
- Traitement d'épreuve par Ig et CTC : efficacité transitoire...
- Aggravation clinique : FA, dyspnée, hypoxie, hypocapnie

## **FDG-PET/CT is a pivotal imaging modality to diagnose rare intravascular large B-cell lymphoma: case report and review of literature**

Cecile Colavolpe<sup>1\*</sup>, Mikael Ebbo<sup>2</sup>, Delphine Trousse<sup>3</sup>, Hajar Khibri<sup>2</sup>, Jerome Franques<sup>4</sup>, Bruno Chetaille<sup>5</sup>, Diane Coso<sup>6</sup>, Matthieu John Ouvrier<sup>7</sup>, Lauris Gastaud<sup>8</sup>, Eric Guedj<sup>1</sup> and Nicolas Schleinitz<sup>2</sup>

- 3ème TEP 18-FDG : **Apparition d'un franc hypermétabolisme pulmonaire bilatéral intense**, ↑ hypermétabolisme lobe G de la thyroïde, apparition hypermétabolisme du rachis thoracique et dorsal, du pancréas, de l'hypophyse
  - Biopsie pulmonaire : Lymphocytes atypiques CD20+ intravasculaires
- => Diagnostic : **Lymphome intravasculaire**

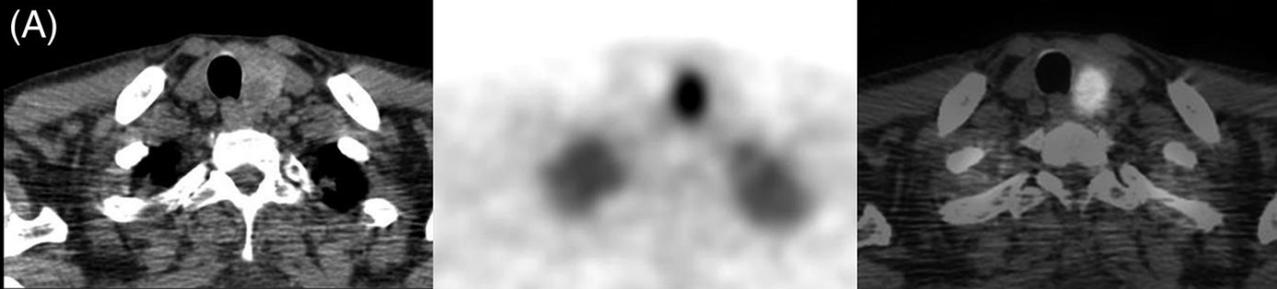


Case Report

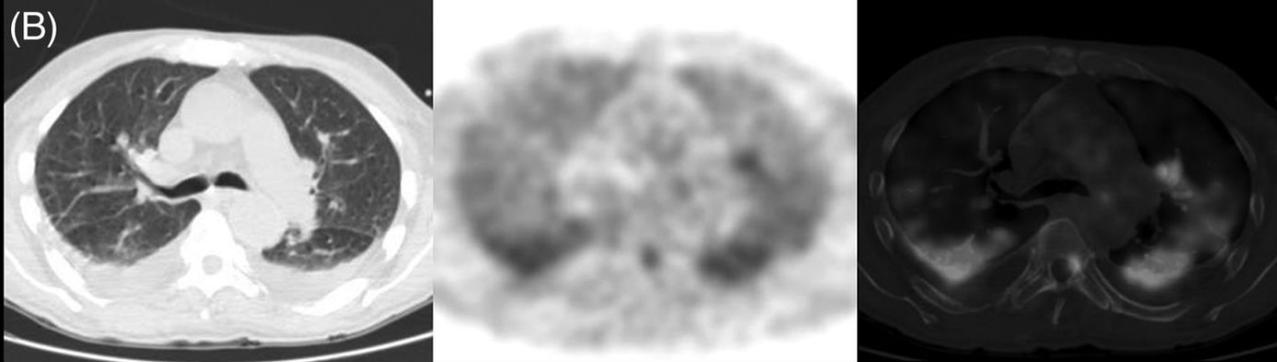
**FDG-PET/CT is a pivotal imaging modality to diagnose rare intravascular large B-cell lymphoma: case report and review of literature**

Cecile Colavolpe<sup>1\*</sup>, Mikael Ebbo<sup>2</sup>, Delphine Trousse<sup>3</sup>, Hajar Khibri<sup>2</sup>, Jerome Franques<sup>4</sup>, Bruno Chetaille<sup>5</sup>, Diane Coso<sup>6</sup>, Matthieu John Ouvrier<sup>7</sup>, Lauris Gastaud<sup>8</sup>, Eric Guedj<sup>1</sup> and Nicolas Schleinitz<sup>2</sup>

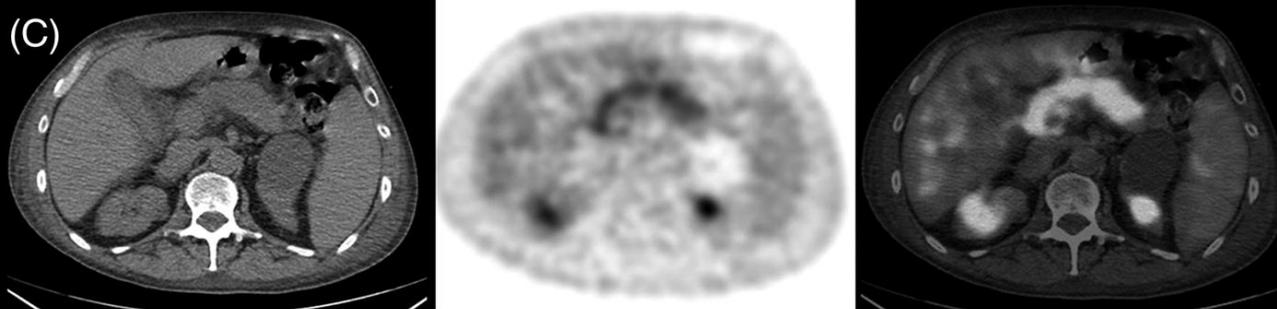
Thyroïde



Poumons  
Pédicule G T6



Pancréas



## Fluorodeoxyglucose-PET/CT for Diagnosis of Intravascular Large B-Cell Lymphoma

[Yasuo Miura](#), MD, PhD and [Mitsuru Tsudo](#), MD, PhD

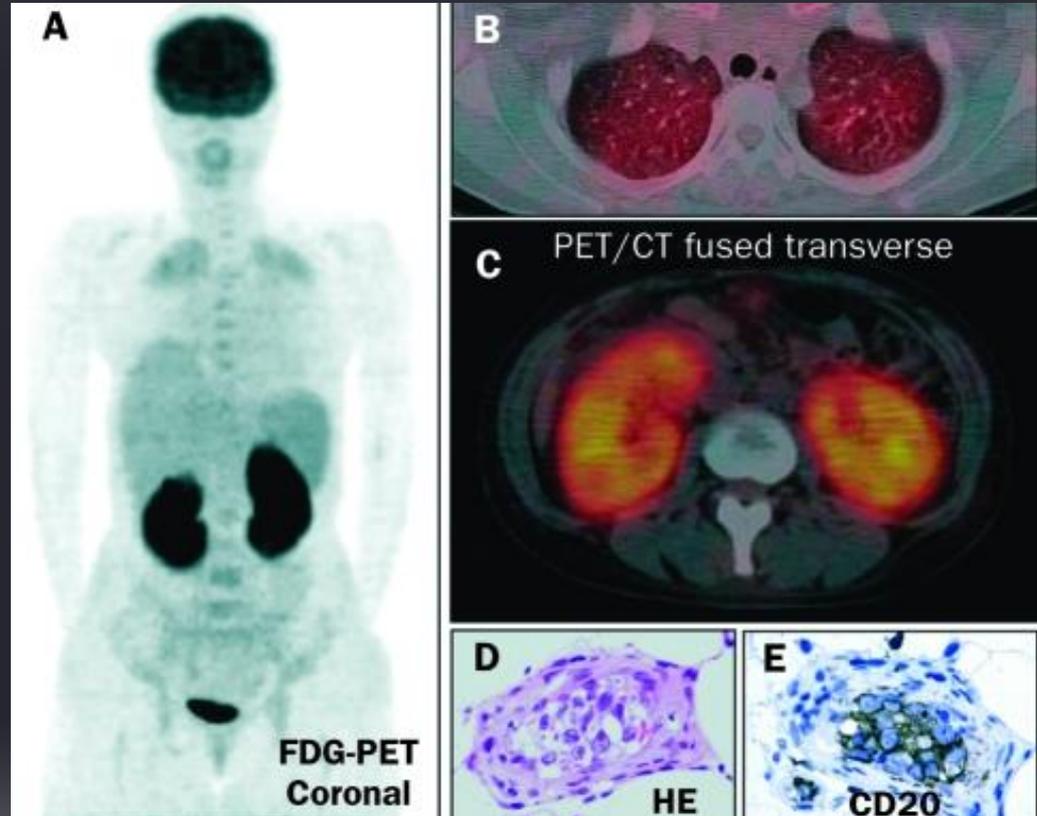
- Femme de 39 ans
- MH : Fièvre récurrente
- Clinique : SMG, pas d'ADP, hypoxie (Sat 90%)
- Bio : ↑ LDH à 1051 U/L, hyperferritiémie à 1019 µg/L, bicytopenie (Hb 7g/dL, Plq à 3.7 G/L)
- RP et TDM pulmonaire : sans particularités
- TEP 18-FDG :
  - Fixation diffuse et bilatérale pulmonaires, prédominante aux apex
  - Fixation bilatérale du cortex rénal
  - Fixation osseuse
- BOM : Pas de cellules lymphomateuses
- Biopsie cutanée : Lymphocytes CD20+ intravasculaires

=> Diagnostic : Lymphome intravasculaire

## Fluorodeoxyglucose-PET/CT for Diagnosis of Intravascular Large B-Cell Lymphoma

[Yasuo Miura](#), MD, PhD and [Mitsuru Tsudo](#), MD, PhD

- IVLBCL en TEP =
  - (1) diffuse accumulation in the bilateral lung field
  - (2) accumulation in the bilateral renal cortex
  - (3) multiple accumulations in the bones



# RESUME : INTÉRÊT DE LA TEP $^{18}\text{F}$ FDG POUR LE DIAGNOSTIC D'IVLBCL

## AVANTAGES

- Meilleure détection des lésions (absence d'anomalies morphologiques)
- Orientation de la biopsie
- Evaluation de la réponse métabolique
- Positivité plus précoce que TDM
- Rare FN

## INCONVENIENTS

- Délai de positivité (parfois > 2 ans)
- Répéter les examens +++

# DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL : NÉPHRITES TUBULO-INTERSTITIELLES (EX : IgG4)

[Clin Nucl Med](#), 2015 Oct;40(10):808-9. doi: 10.1097/RLU.0000000000000899.

## **IgG4-Related Tubulointerstitial Nephritis Pattern in 18F-FDG PET/CT.**

[Bélissant O Jr<sup>1</sup>](#), [Guernou M](#), [Rouvier P](#), [Compain C](#), [Bonardel G](#).

- Femme 17 ans
- MH : Arthrite chronique, phénomène de Raynaud, péricardite, SIB chronique
- TEP 18-FDG : Fixation rénale modérée et diffuse : Néphrite ?
- Echo rénale : normale

7 mois après... Douleurs abdominales...

- Nouvelle TEP 18-FDG : Persistance de la fixation rénale intense et diffuse
- PBR : **Maladie à IgG4**

# DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL : NÉPHRITES TUBULO-INTERSTITIELLES (EX : IgG4)

