

Reçu le :
9 juillet 2007
Accepté le :
5 mars 2008

Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Tumeur à cellules granuleuses

Granular cell tumor

L. Ayadi^{1*}, A. Khabir¹, I. Fakhfakh¹, M.H. Abdelmoula², S. Makni¹,
T. Sellami Boudawara¹

¹ Laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

² Service de chirurgie maxillofaciale, CHU Habib-Bourguiba, Sfax, Tunisie

Summary

The granular cell tumor (GCT) or Abrikossoff tumor is a neurogenic tumor often benign with a predominant cervicofacial localization. The mean age of onset ranges between 40 and 60 years of age. Female patients are twice more affected. It is a rare tumor (0.019 to 0.03% of all tumors). The prognosis is usually favorable after surgical excision. The histological aspect is usually specific. Nevertheless, the tumor may be mistaken for a malignant one, especially in case of shallow biopsy. The neurogenic markers and staining by periodic acid Schiff (PAS) help to make the diagnosis. The malignant forms with typical recurrence and metastases are extremely rare and require a wide excision.

© 2008 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Granular cell tumor, Tumor markers, Periodic acid-Schiff reaction

La tumeur à cellules granuleuses (TCG) ou tumeur d'Abrikossoff est une entité rare décrite pour la première fois par Abrikossoff au niveau de la langue en 1926 [1,2]. Elle est bénigne et unique dans la majorité des cas. Les principales localisations sont la cavité buccale et les tissus sous-cutanés de la tête et du cou. Elle a été initialement considérée comme d'origine musculaire striée d'où le terme de myoblastome [2]. Mais des études récentes s'orientent vers une origine neurogène schwannienne [3].

Épidémiologie

La TCG est rare (0,019 à 0,03 % de toutes les tumeurs) et plus fréquente chez les sujets noirs [4]. Elle est souvent bénigne.

* Auteur correspondant.
e-mail : ayadilobna@yahoo.fr

Résumé

La tumeur à cellules granuleuses (TCG) ou tumeur d'Abrikossoff est une tumeur neurogène souvent bénigne et de localisation cervicofaciale prédominante. L'âge moyen de survenue se situe entre la quatrième et la sixième décennie. L'atteinte féminine est deux fois plus importante. Elle est rare (0,019 à 0,03 % de toutes les tumeurs). Le pronostic est favorable après exérèse chirurgicale. L'aspect histologique est habituellement caractéristique. Cependant, elle peut être confondue avec une tumeur maligne notamment en cas de biopsie superficielle. Les marqueurs neurogènes et la coloration à l'acide périodique de Schiff (PAS) participent au diagnostic. Les formes malignes caractérisées par les récurrences et les métastases sont exceptionnelles et nécessitent une exérèse large.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Tumeur à cellules granuleuses, Marqueurs tumoraux, Réaction à l'acide périodique de Schiff

Elle survient à tout âge avec un pic de fréquence entre la quatrième et la sixième décennie [1,2,5]. Les formes pédiatriques et congénitales sont exceptionnelles [6,8]. Le sex-ratio homme/femme est de 1/2 [4,7,8], mais Lebranchu a trouvé un sex-ratio de 2/1 sur 263 cas, qu'il explique par l'association fréquente avec un cancer de l'œsophage ou de la sphère ORL, plus fréquents chez l'homme [1]. L'hypothèse d'une médiation par les hormones sexuelles n'a pas été clairement démontrée [5].

Topographie et caractéristiques cliniques

La TCG siège surtout au niveau cutanéomuqueux. Dans la région cervicocéphalique (50 % de tous les cas), la localisation linguale est la plus fréquente (la moitié des cas), suivie du plancher buccal et du palais. L'atteinte labiale, généralement observée chez l'enfant, est exceptionnelle chez l'adulte



Figure 1. Formation polypoïde de la corde vocale droite.

[6]. Les organes génitaux externes sont atteints dans 5 à 15 % des cas et le tube digestif dans 1 à 8 % [8]. Les autres localisations sont plus rares : la vessie, le sein, les glandes salivaires, le nasopharynx, l'orbite, les méninges, etc. Bien que le plus souvent unique, des formes multifocales ont été décrites dans 16 à 25 % des cas [9,10]. Elle sont soit d'apparition simultanée, soit d'apparition successive avec un délai variant de quatre mois à six ans [1].

Il s'agit d'une tumeur de petite taille, habituellement nodulaire, de surface lisse, granulaire ou verruqueuse, polypoïde ou sessile, de couleur variable (rosée ou jaunâtre) (fig. 1) [7,11]. La croissance tumorale est lente et souvent asymptomatique. Une forme ulcérée est souvent liée à un traumatisme local [7].

Imagerie

Si l'imagerie a peu d'intérêt dans les TCG superficielles et de petite taille, elle est indispensable pour explorer les localisations profondes viscérales et tissulaires molles. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est la plus recommandée car elle oriente une éventuelle biopsie profonde et fait le bilan d'extension, notamment dans les formes malignes [12]. Les TCG sont classiquement iso-intenses en T1 et hypo-intenses en T2 [13].

Caractéristiques anatomopathologiques

Macroscopie

Il s'agit d'une tumeur bien limitée, non encapsulée généralement inférieure à 2 cm. Les lésions muqueuses sont nettement de plus petite taille comparées aux atteintes cutanées et sous-cutanées [14]. À la coupe, l'aspect est homogène, la consistance ferme et la couleur jaunâtre ou gris-jaunâtre (fig. 2) [4,14].

Histologie

Elle est caractérisée par une prolifération de cellules de grande taille, polygonales ou fusiformes, regroupées en amas d'aspect syncitial, séparées par un stroma grêle avec un cytoplasme abondant chargé de fines granulations éosinophiles. Les noyaux sont de petite taille, ronds ou ovales, souvent centraux, hyperchromatiques et réguliers, sans atypies ni mitoses (fig. 3). Aux colorations de PAS et de PAS-diastase, il y a une positivité granulaire et intense, confirmant la nature glycopeptidique des granules cytoplasmiques (fig. 4) [14,15]. La tumeur est recouverte d'un épithélium normal ou hyperplasique verruqueux particulièrement dans les localisations muqueuses [7,11]. Elle infiltre souvent le muscle strié sous-jacent (fig. 5). Une hyperplasie pseudo-épithéliomateuse du revêtement malpighien cutané ou muqueux de surface est fréquemment rapportée et peut faussement orienter vers le diagnostic de carcinome épidermoïde, notamment en cas de biopsie très superficielle (fig. 6) [6,7,11].



Figure 2. Tranche de section d'une tumeur d'Abrikossoff du périnée : aspect nodulaire.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3174540>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3174540>

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