



Reçu le :
29 janvier 2008
Accepté le :
6 avril 2008

Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Adénocarcinome polymorphe de bas grade : deux localisations palatine et labiale

Polymorphous low-grade adenocarcinoma: A palatine and a labial location

S. Chaâbouni^{1,*}, L. Ayadi¹, H. Dhoubi², K. Abbès¹, A. Khabir¹, T. Boudawara¹

¹ *Laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques, CHU Habib-Bourguiba, route El-Ain Km 0,5, 3029 Sfax, Tunisie*

² *Service d'oto-rhino-laryngologie, CHU Habib-Bourguiba, route El-Ain Km 0,5, 3029 Sfax, Tunisie*

Summary

Introduction. Polymorphous low-grade adenocarcinoma (PLGA) is a variant of malignant tumor of minor salivary glands. We had for aim to discuss morphology, evolution and differential diagnosis of this rare tumor.

Case reports. The first case was a 65-year-old woman admitted for a two-month history of a right submaxillary swelling. The examination revealed a tumor of the right side of the palate. Biopsy was positive for a pleomorphic adenoma. The mass was enlarged and surgical resection was performed. The diagnosis was a partially resected PLGA. The patient also received adjuvant radiotherapy. There was a local recurrence 28 months after complete treatment. The second case was a 57-year-old woman who consulted for a 12-year history of lower lip swelling. The examination revealed a painless 2 cm long located nodule in the mucosal side of the lower lip. An excisional biopsy was performed. The pathological examination concluded to a completely resected PLGA. The patient was free of disease at 54 months follow-up.

Discussion. The morphologic diversity and cytological uniformity of PLGA may make the differential diagnostic difficult especially with adenoid cystic carcinoma and pleomorphic adenoma. Its aggressiveness is proved by a local infiltrative growth pattern requiring a large surgical excision.

© 2008 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Adenocarcinoma, Minor salivary glands, Prognosis

Résumé

Introduction. L'adénocarcinome polymorphe de bas grade (APBG) est une variété rare de tumeur maligne des glandes salivaires accessoires. À partir de deux cas nous en présentons les aspects morphologiques, les diagnostics différentiels et le profil évolutif.

Observations. La première observation était celle d'une femme âgée de 65 ans admise pour une tuméfaction sous-mandibulaire droite évoluant depuis deux mois. La tumeur siégeait sur le voile du palais, latéralisée, à droite. La biopsie a conclu à un adénome pléomorphe. L'augmentation de la taille tumorale a conduit à une exérèse chirurgicale. Le diagnostic était celui d'un APBG incomplètement réséqué. Le traitement a été complété par une radiothérapie adjuvante. L'évolution a été marquée par une récurrence locale, 28 mois après la fin du traitement. La seconde observation concernait une femme âgée de 57 ans ayant consulté pour une tuméfaction de la lèvre inférieure évoluant depuis 12 ans. Un nodule de 2 cm de grand axe indolore siégeait sur le versant muqueux de la lèvre inférieure. La biopsie-exérèse a abouti au diagnostic d'APBG complètement réséqué. L'évolution a été bonne avec un recul de 54 mois.

Discussion. L'APBG se caractérise par un polymorphisme architectural et une cytologie monomorphe posant un problème de diagnostic différentiel notamment avec le carcinome adénoïde kystique et l'adénome pléomorphe. Son agressivité est attestée par sa tendance infiltrative locale nécessitant une exérèse chirurgicale large.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Adénocarcinome, Glandes salivaires accessoires, Pronostic

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

Introduction

L'adénocarcinome polymorphe de bas grade (APBG) est une tumeur maligne rare des glandes salivaires accessoires, individualisée récemment [1]. Il se caractérise par sa faible malignité et par son polymorphisme histologique qui peut expliquer les difficultés du diagnostic anatomopathologique, notamment à l'examen extemporané ou sur prélèvement biopsique [2].

À travers deux nouvelles observations, nous en présentons les aspects morphologiques et évolutifs et nous en discutons le diagnostic différentiel.

Observations

Observation n° 1

Une femme âgée de 65 ans, diabétique, a consulté pour une tuméfaction sous-mandibulaire droite évoluant depuis deux mois. Une formation tumorale bleuâtre, multilobée et indolore occupait l'hémivoile droite. Cette tumeur mesurait 3 cm de grand axe infiltrant l'amygdale et les piliers amygdaliens homolatéraux. L'amygdale gauche, le plancher buccal et la langue étaient sans anomalie. La patiente présentait également un goitre thyroïdien sans signe de compression. Le scanner (fig. 1) complété par une IRM des sinus et de la région éthmoïdomaxillaire a conclu à un processus tumoral bénin du palais, de nature vasculaire probable en raison d'un rehaussement intense après injection du produit de contraste. La patiente a refusé la chirurgie ; elle a été par

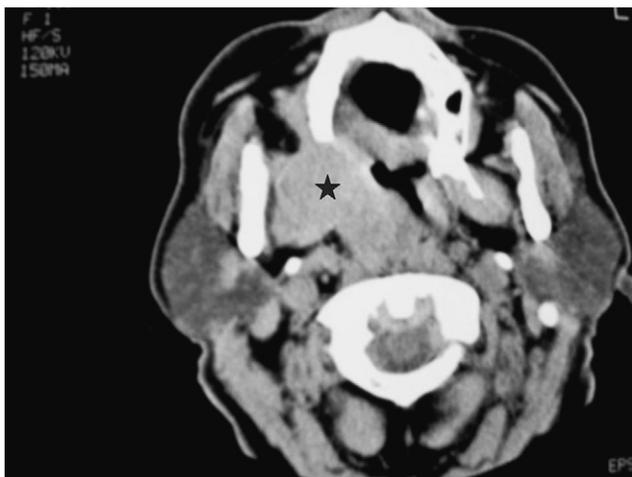


Figure 1. Tomodensitométrie : processus tumoral de l'oropharynx latéralisé du côté droit (*).

la suite perdue de vue. Après trois ans, elle est revenue dans un tableau de dyspnée d'effort avec une voix étouffée et un ronflement nocturne. La tumeur avait légèrement augmenté de taille, faisant 4 cm de diamètre. L'IRM objectivait une extension de la tumeur à l'espace préstylien droit. Une buccopharyngectomie transmaxillaire avec évidement ganglionnaire cervical fonctionnel bilatéral a été complétée par une thyroïdectomie totale. Macroscopiquement, la tumeur palatine était d'aspect nodulaire, de couleur blanc jaunâtre, ulcérant la muqueuse en regard. La tumeur était formée par la prolifération de structures tubulaires, de massifs cribri-formes et de structures papillaires et pseudopapillaires. Les cellules tumorales étaient cylindriques à cytoplasme assez abondant faiblement éosinophile et à noyau rond ou ovoïde peu atypique (fig. 2). Le stroma était peu abondant, fibreux. La tumeur infiltrait le tissu musculaire strié de voisinage. À l'étude immunohistochimique, les cellules tumorales ont exprimé la cytokératine (CK), l'antigène de membrane épithéliale (EMA), l'actine musculaire lisse (AML) et la vimentine ; l'immunomarquage pour la protéine gliale fibrillaire acide (GFAP) était négatif (fig. 3). Le diagnostic d'APBG a été retenu. L'exérèse tumorale était incomplète. Deux ganglions sur 22 étaient envahis à droite, aucun (sur 21) à gauche. La thyroïde était le siège d'un goitre bénin multinodulaire. Le traitement a été complété par une radiothérapie à la dose de 64 Gy administrée selon un fractionnement classique (2 Gy par séance ; cinq séances par semaine). Une récurrence locale (fig. 4) est apparue 28 mois après la fin du traitement conduisant à une reprise chirurgicale. L'exérèse secondaire a été complète.

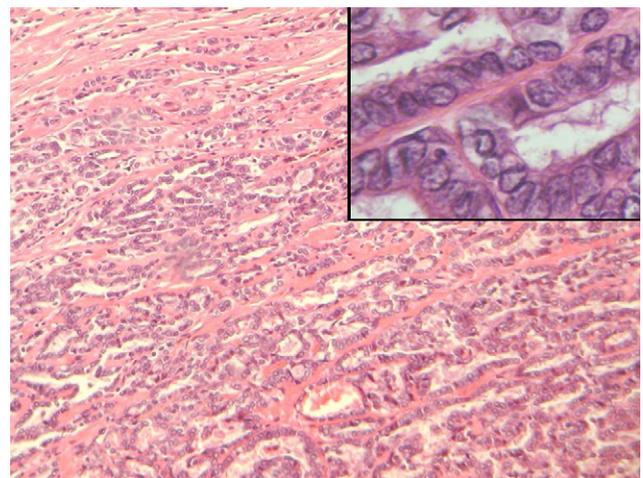


Figure 2. Architecture tubulaire (HE × 40). En cartouche, cellules tumorales cylindriques à cytoplasme faiblement éosinophile et à noyau rond ou ovoïde à chromatine vésiculeuse (HE × 400).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3174545>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3174545>

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