



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Kyste bronchogénique diaphragmatique : une localisation exceptionnelle



Diaphragmatic bronchogenic cyst: An exceptional location

A. Legras^a, P. Mordant^a, L. Gibault^b, A. Hernigou^c,
F. Le Pimpec Barthes^a, M. Riquet^{a,*}

^a Département chirurgie thoracique et transplantation pulmonaire, université Paris-Descartes, hôpital européen Georges-Pompidou, 20, rue Leblanc, 75015 Paris, France

^b Service de cytologie et d'anatomie pathologique, université Paris-Descartes, hôpital européen Georges-Pompidou, 75015 Paris, France

^c Service de radiologie, université Paris-Descartes, hôpital européen Georges-Pompidou, 75015 Paris, France

Disponible sur Internet le 15 août 2014

MOTS CLÉS

Tumeur ;
Diaphragme ;
Poumon ;
Lésion bénigne ou
congénitale ;
Embryologie

Résumé Un homme de 64 ans se plaignait d'une dyspnée persistante et d'une douleur basi-thoracique avec irradiation scapulaire. Le scanner thoracique avait révélé la présence d'une masse hétérogène de l'hémi-diaphragme gauche, caractérisée en imagerie par résonance magnétique hypo-T1 et hyper-T2. Aucun hypermétabolisme n'avait été décelé à la tomographie par émission de positrons. Un abord chirurgical thoracique vidéo-assisté avait été décidé. À l'inspection, la tumeur apparaissait au sein de la portion costale postérieure du diaphragme. La résection de la tumeur avait nécessité d'étendre la résection à un segment diaphragmatique de 8 cm se prolongeant jusqu'au pilier. Le diaphragme avait été réparé par des points séparés non résorbables. Les suites postopératoires furent simples. Le diagnostic anatomo-pathologique avait conclu à un kyste bronchogénique intra-diaphragmatique, une localisation exceptionnelle. Les tumeurs primitives diaphragmatiques sont très rares et le diagnostic ne peut être affirmé en préopératoire. Les hypothèses embryologiques (migration le long de l'œsophage ou inclusion dans les structures à l'origine du diaphragme d'un bourgeon pulmonaire surnuméraire anormal) sont discutées en intégrant de récentes données moléculaires de voies dérégulées (*fibroblast growth factor-10* et NOTCH).

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marc.riquet@egp.aphp.fr (M. Riquet).

KEYWORDS

Tumour;
 (Diaphragm);
 Lung (benign or
 congenital lesions);
 Embryology

Summary A 64-year-old man complained of persistent dyspnea and bilateral basi-thoracic pain with shoulder irradiation. Chest computed tomography revealed a heterogeneous left diaphragmatic mass, while magnetic resonance imaging showed hypo-T1 and hyper-T2 signal. Positron-emission tomography did not show any hypermetabolism. Video-assisted thoracic surgery was decided. At inspection, tumour appeared within the posterior costal part of the diaphragmatic muscle. Tumour resection was extended to a 8-cm-long portion of the lumbar part of diaphragm. Diaphragm was repaired with non-absorbable interrupted sutures. Postoperative course was uneventful. Final pathology revealed an intra-diaphragmatic bronchogenic cyst, which is an exceptional condition. Primary diaphragmatic tumours are very rare and preoperative diagnosis cannot be affirmed. Embryologic hypotheses (migration along the oesophagus or envelopment within diaphragmatic precursors of an abnormal supernumerary lung bud) including recent molecular findings of deregulated pathways (fibroblast growth factor-10 and NOTCH) are discussed.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les tumeurs diaphragmatiques primitives sont exceptionnelles et leur diagnostic difficile. La prise en charge thérapeutique inclut une résection chirurgicale. Le cas d'un kyste intra-diaphragmatique, dont la nature exacte n'a pu être définie en préopératoire, est présenté.

Observation

Un homme de 64 ans se plaignait d'une dyspnée et d'une douleur basi-thoracique avec irradiation scapulaire, persistantes depuis une chute 2 ans auparavant. La radiographie thoracique était normale. Le scanner thoracique avait révélé la présence d'une masse hétérogène du pilier diaphragmatique gauche (Fig. 1a). La fibroscopie bronchique était normale. Aucun hypermétabolisme n'avait été décelé à la tomographie par émission de positrons. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) avait montré au niveau de la masse un hyposignal T1 et un hypersignal T2 (Fig. 1b et c). Un kyste mésothélial était suspecté. Cependant, dans la mesure où un fibrome pleural ou un fibrosarcome ne pouvait être exclus, l'indication d'une exploration chirurgicale avait été statuée.

L'exploration chirurgicale était réalisée par chirurgie thoracique vidéo-assistée. Aucun épanchement pleural n'était constaté. La tumeur apparaissait au sein de la portion costale du diaphragme, en arrière (Fig. 1a et c). La résection de la tumeur nécessitait d'étendre la résection à un segment diaphragmatique de 8 cm se prolongeant jusqu'au pilier. Le péritoine diaphragmatique était respecté. À l'examen macroscopique, la tumeur était kystique, multiloculée et contenait un liquide sombre, évocateur d'une hémorragie ancienne. L'examen histologique extemporané décelait la présence de glandes, sans cellule tumorale. L'examen direct du liquide était négatif et les cultures stériles. Le diaphragme était réparé par des points séparés non résorbables. Les suites postopératoires furent

simples et le patient quittait l'hôpital au 6^e jour postopératoire.

L'examen anatomo-pathologique révélait la présence d'un kyste multiloculé bordé d'un épithélium respiratoire (épithélium cilié cuboïde à pseudostratifié), recouvrant une paroi de tissu de soutien fibreux incluant des glandes séro-mucineuses et du cartilage (Fig. 1d). Le muscle diaphragmatique adjacent était par ailleurs normal, confirmant le diagnostic de kyste bronchogénique ectopique intra-diaphragmatique.

Discussion

L'envahissement tumoral du diaphragme peut être observé en cas :

- de lésion métastatique, bénigne (endométriose) ou plus fréquemment maligne ;
- d'extension directe par contiguïté d'une tumeur provenant d'un organe adjacent ;
- de tumeur pleurale avec une atteinte exclusive de la plèvre diaphragmatique (mésothéliome pleural, tumeur fibreuse solitaire de la plèvre) ;
- de lésion primitive, comme rapporté ici.

Les tumeurs diaphragmatiques primitives sont très rares (moins de 150 cas décrits) et classées comme bénignes ou malignes [1]. Elles sont bénignes dans près de 60% des cas. Cliniquement, ces tumeurs atteignent plus fréquemment les femmes (54%), n'ont pas de latéralisation préférentielle et sont souvent associées à des douleurs thoraciques. Les lésions bénignes les plus fréquentes sont les kystes diaphragmatiques (26% des tumeurs primaires du diaphragme) et les lipomes (9%) [1]. Les tumeurs malignes les plus fréquentes sont le rhabdomyosarcome (10%) et le fibrosarcome (6%) [1]. Les kystes diaphragmatiques sont soit mésothéliaux, provenant de reliquats cœlomiques, soit bronchogéniques. Malgré les progrès récents, l'imagerie diaphragmatique n'est pas assez performante pour définir précisément le diagnostic. En IRM, les signaux prennent l'aspect d'une structure kystique indéterminée (hypo-T1,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3419398>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3419398>

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