



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS ANATOMOCLINIQUE

Un cystadénocarcinome séreux du pancréas dans une variante solide

A solid variant of a serous cystadenocarcinoma of the pancreas

Nicolas Brandone^{a,*}, Flora Poizat^a,
Jeanne Thomassin-Piana^a, Olivier Turrini^b,
Cornel Popovici^c, Benoît Terris^d

^a Département de biopathologie, institut Paoli-Calmettes, 232, boulevard Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France

^b Service de chirurgie oncologique, institut Paoli-Calmettes, 232, boulevard Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France

^c Service d'oncogénétique moléculaire, institut Paoli-Calmettes, 232, boulevard Sainte-Marguerite, 13009 Marseille, France

^d Service de pathologie-site Cochin, 27, rue du Faubourg-St-Jacques, 75014 Paris, France

Accepté pour publication le 12 décembre 2015

MOTS CLÉS

Pancréas ;
Cystadénocarcinome
séreux ;
Kystes ;
Métastase

Résumé Les néoplasies pancréatiques kystiques représentent 1 à 2% des tumeurs pancréatiques. Les sous-types séreux sont considérés comme bénins mais depuis 1989, plusieurs cas de cystadénocarcinomes séreux (CACS) du pancréas ont été rapportés. Nous rapportons un CACS d'architecture particulière. Il s'agit d'une patiente de 80 ans, présentant tumeur du crochet pancréatique de 4 cm associée à des lésions hépatiques évoquant en imagerie des foyers d'hyperplasie nodulaire focale. Une duodéno pancréatectomie céphalique ainsi qu'une résection des lésions hépatiques ont été réalisées. Macroscopiquement cette tumeur était majoritairement pleine associée à des kystes. À l'examen histologique, la tumeur pancréatique présentait deux contingents : un solide majoritaire constitué de cellules claires peu atypiques et un kystique. Les lésions hépatiques présentaient une architecture solide identique au contingent solide de la tumeur pancréatique. Les cellules tumorales étaient positives pour la cytokeratine 7, l'AE1/AE3 et l'inhibine. Elles renfermaient des granulations cytoplasmiques positives pour le PAS et digérées après diastase. Seule la présence de métastases permet de distinguer un cystadénome séreux d'un CACS du pancréas. Trente cas de CACS ont été rapportés à ce jour. L'immunohistochimie ne permet pas le diagnostic de malignité mais doit être réalisée pour

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nicolas.brandone@gmail.com (N. Brandone).

éliminer le principal diagnostic différentiel qui est une métastase d'un carcinome rénal à cellules claires. Il s'agit, malgré tout, d'une pathologie de bon pronostic. Seul deux cas de forme solide ont été rapportés mais notre cas présente la particularité d'avoir une composante solide majoritaire.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Pancreas;
Serous
cystadenocarcinoma;
Cysts;
Metastases

Summary Cystic pancreatic neoplasms concern 1 to 2% of the pancreatic tumours. The serous ones are considered benign tumours but since 1989, several pancreatic serous cystadenocarcinomas (SCAC) cases have been reported. We report the case of a SCAC with a particular pattern. An 80-year-old female patient presented a 4-cm tumour in the neck of the pancreas associated with liver lesions evoking, on imagery exams, focal nodular hyperplasia nests. A cephalic duodenopancreatectomy and a resection of the liver lesions were carried out. The gross exam showed a tumour with a pattern mostly solid and an area made of cysts. The microscopic exam displayed two patterns: the solid one, predominant, made of mild atypical clear cells, and the cystic one. The liver lesions revealed solid pattern similar to the pancreatic tumour one. The tumoral cells were cytokeratin 7, AE1/AE3 and inhibin positives. The Periodic-acid Schiff showed cytoplasmic granulations, which were digested after diastasis. Only the presence of metastases allows distinguishing a pancreatic serous cystadenoma from a SCAC. To date, thirty cases of pancreatic SCAC have been reported. Immunohistochemistry cannot confirm the malignancy nature of the lesion but it needs to be done in order to cross out the differential diagnosis, that is pancreatic metastatic clear cell renal carcinoma. Nevertheless, it remains a pathology with good prognosis. Only two cases have been reported but ours case a predominant solid pattern.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les néoplasies pancréatiques kystiques représentent 1 à 2% des tumeurs pancréatiques [1,2] et la plupart d'entre elles correspondent à des cystadénomes [3]. Compagno et Oertel [4] ont proposé une classification histologique de ces lésions kystiques en distinguant les lésions séreuses, qui sont les plus fréquentes et considérées comme quasi exclusivement bénignes, des lésions mucineuses, qui ont un potentiel de malignité connu. En 1989, George et al. ont rapporté le premier cas de lésion kystique séreuse maligne qui a été dénommé cystadénocarcinome séreux (CACS) [5]. Celle-ci présentait les caractéristiques histologiques d'un cystadénome séreux infiltrant la rate et ayant métastasé au foie et à l'estomac. Nous rapportons ici une forme histologique particulière de CACS.

Observation

Il s'agit d'une patiente de 80 ans qui consulte après la découverte d'une anémie ferriprive. Le bilan a permis de découvrir une volumineuse tumeur du crochet pancréatique dont la biopsie affirmait un adénocarcinome sans plus de précisions. Les examens d'imagerie retrouvaient plusieurs lésions hépatiques faisant évoquer des foyers d'hyperplasie nodulaire focale (HNF) et n'ont pas été biopsiées.

Compte tenu de la résécabilité de la lésion, une duodéno-pancréatectomie céphalique (DPC) fût programmée. Le geste chirurgical commença par l'exploration des nodules hépatiques en extemporané. Il s'agissait de nodules blanchâtres bien limités, de consistance molle, mesurant de 9 à 20 mm de grand axe en macroscopie. L'examen

microscopique retrouvait une prolifération cellulaire peu atypique et non mitotique n'évoquant ni une HNF ni une tumeur hépatocytaire primitive. Après discussion avec le chirurgien, celui-ci décida de réséquer les lésions hépatiques et de procéder ensuite à la DPC.

L'examen de la pièce opératoire retrouvait un pancréas mesurant 6 × 5 × 2,5 cm renfermant une lésion céphalique, de consistance molle et jaune, mesurant 4 × 3 cm. Celle-ci était majoritairement pleine mais il existait un foyer de remaniements kystiques avec des micro-kystes mesurant de 1 à 10 mm de grand axe. On notait, également, une zone fibreuse centrale (Fig. 1).

L'examen histologique montrait 2 contingents tumoraux :

- un contingent solide représenté par une prolifération de cellules de taille moyenne à grande, au cytoplasme clarifié, comportant un noyau de petite taille arrondi, régulier, souvent central au sein de la cellule. Ces cellules étaient organisées en cordons et en travées avec des foyers de différenciation glandulaire. Il s'agissait d'une prolifération tumorale très monomorphe sans atypies ni mitoses formelles ;

- un contingent kystique représentant 20% de la surface tumorale. Ces kystes étaient de taille variable, bordés d'un revêtement cubo-cylindrique dont les cellules avaient un cytoplasme clarifié et de petits noyaux réguliers (Fig. 2).

On notait, par ailleurs, au centre de la lésion tumorale, un aspect fibreux par place hyalinisé, réalisant un aspect de cicatrice centrale fibreuse.

Cette tumeur infiltrait massivement la paroi duodénale atteignant en surface la muqueuse duodénale. Elle infiltrait également le tissu adipeux péri-pancréatique. Les limites

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4128021>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4128021>

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