

Une tumeur exceptionnelle le blastome pulmonaire d'implantation pleurale

A Oliver (1), PA Ganne (1), C Bastien (2), JM Vignaud (2), D Regent (1) et V Laurent (1)

Key words: Pleura. Pulmonary blastoma. Pneumoblastoma.
Radiologic-pathologic correlation.

Mots-clés : IRM. Pleural. Blastome pulmonaire. Pneumoblastome.
Corrélation radio-histologique.

Quels diagnostics évoquer devant la découverte d'une lésion nodulaire pleurale localement agressive ? Nos hypothèses ne comportaient pas le diagnostic rare de blastome pulmonaire, révélé histologiquement dans cette observation. Pourtant, la seule connaissance de cette entité et quelques caractéristiques TDM et IRM peuvent permettre d'évoquer le diagnostic.

Observation

Un patient de 44 ans, opéré 10 ans auparavant d'un séminome testiculaire et tabagique sévère (15 paquets/année), bénéficie d'une radiographie thoracique dans le cadre de la surveillance systématique du personnel hospitalier. L'interrogatoire révèle des névralgies intercostales gauches évoluant depuis plusieurs mois pour lesquelles il avait bénéficié d'une IRM rachidienne s'étant révélée normale. Le cliché pratiqué (fig. 1) met en évidence une volumineuse opacité ronde périphérique, projetée en regard des arcs moyens des 4^e et 5^e côtes gauches. En scanner thoracique (fig. 2), cette lésion tissulaire bien limitée d'environ 16 cm de plus grand axe est très périphérique et paraît pleurale et scissurale, avec extension pariétale costale et intercostale et fractures pathologiques des arcs moyens des 4^e et 5^e côtes. Le reste du bilan d'extension est négatif.

L'IRM complémentaire (fig. 3) objective la composante tissulaire de cette lésion paraissant strictement pleuro-pariétale qui apparaît en hypersignal T2 modéré et

hétérogène, en hyposignal T1, avec prise de contraste progressive. Elle est non mobile sur une acquisition complémentaire en procubitus. La séquence de diffusion dépiste en outre une adénopathie thoracique interne antérieure et deux implants pleuraux postérieurs (fig. 4). Le PET-scan (fig. 5) retrouve les mêmes anomalies.

L'histologie du matériel biopsique prélevé sous guidage scanographique ne peut statuer formellement sur la nature de la lésion mais retrouve un contingent tumoral malin mixte d'origine mésoenchymateuse et épithéliale. Dans ce contexte, une pleuro-pneumectomie avec pariéctomie des 3, 4 et 5^{es} côtes gauches est réalisée.

Macroscopiquement (fig. 6a), la pièce opératoire est le siège d'une tumeur à base d'implantation pariétale, avec infiltration de l'espace intercostal. Il existe une adhérence au poumon adjacent, sans signe d'infiltration. La lésion est bien limitée par une fine pseudo-capsule et son contenu est hétérogène : discrètement nodulaire, lardacé et focalement myxoïde avec quelques zones microkystiques.

Microscopiquement (fig. 6b), il existe une prolifération maligne biphasique, associant une composante épithéliale pseudoglandulaire et une composante mésoenchymateuse majoritaire constituée essentiellement de cellules fusiformes disposées sur une matrice myxoïde. On retrouve aussi de rares foyers de prolifération musculaire lisse et un foyer de différenciation ostéosarcomateuse (fig. 6c). L'envahissement tumoral de la médullaire costale est essentiellement le fait de la composante épithéliale. La recoupe du lit de tumorectomie est saine. L'aspect anatomopathologique est donc celui d'un blastome pulmonaire (1) à développement quasi-exclusivement extra-pulmonaire pariétal. La surveillance à 9 mois met en évidence une extension métastati-

que axillaire homolatérale et une importante croissance des implants tumoraux pleuraux et des adénopathies initiales.

Discussion

Le blastome pulmonaire est une tumeur biphasique rare classée parmi les carcino-mes sarcomatoïdes du poumon (classification OMS) (1) : elle est caractérisée par l'association de composantes mésoenchymateuses et épithéliales immatures (2), simulant morphologiquement les structures pulmonaires embryonnaires.

En 1945, Barnard (3) décrit cette lésion inhabituelle, puis introduit en 1952 la notion d'« embryome pulmonaire ». En 1961, Spencer (4) rapporte 3 cas similaires et propose le terme de « blastome pulmonaire », en référence à sa similitude avec une autre tumeur du blastème, le néphroblastome.

Depuis la description princeps, environ 200 cas de pneumoblastome ont été recensés et publiés. Cette lésion touche l'adulte, en moyenne à la quarantaine mais peut survenir à tout âge (16 à 77 ans) sans nette prédominance de sexe (ratio homme/



Fig. 1 : Radiographie thoracique de face : lésion pleurale gauche arrondie aux contours bien délimités.

(1) Service de Radiologie Hôpital Brabois Adultes, CHU Nancy, rue du Morvan, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy.

(2) Service d'Anatomo-pathologie, Hôpital Central, CHU Nancy, rue du Morvan, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy.

Correspondance : A Oliver

E-mail : alex.oliver33@gmail.com

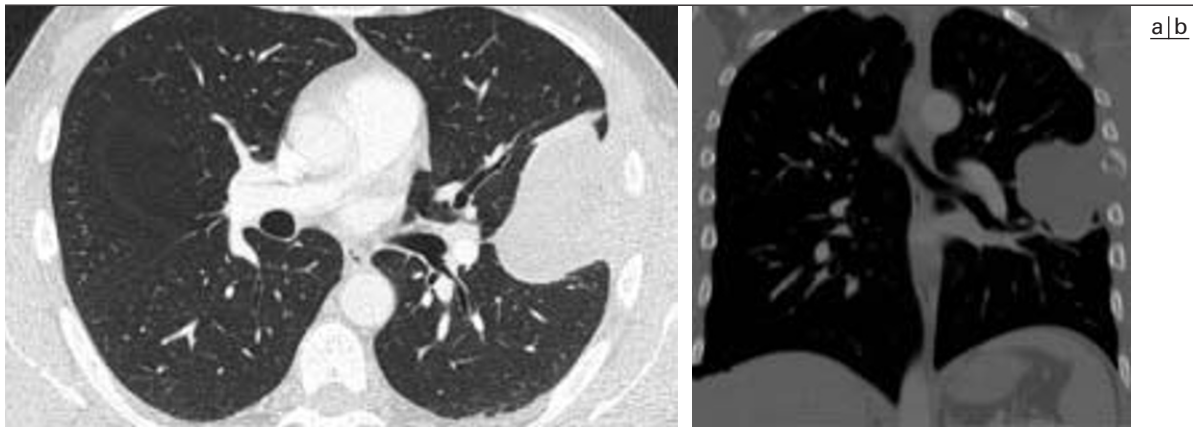


Fig. 2 : Scanner thoracique sans injection de produit de contraste iodé : rattachement pleural avec lyse osseuse de l'arc moyen de la 5^e côte gauche (remerciements : Service d'Imagerie Guilloz, Professeur Alain Blum, Hôpital Central, CHU Nancy).

a Coupe axiale en fenêtre parenchymateuse.
b Reconstruction frontale en fenêtre osseuse.

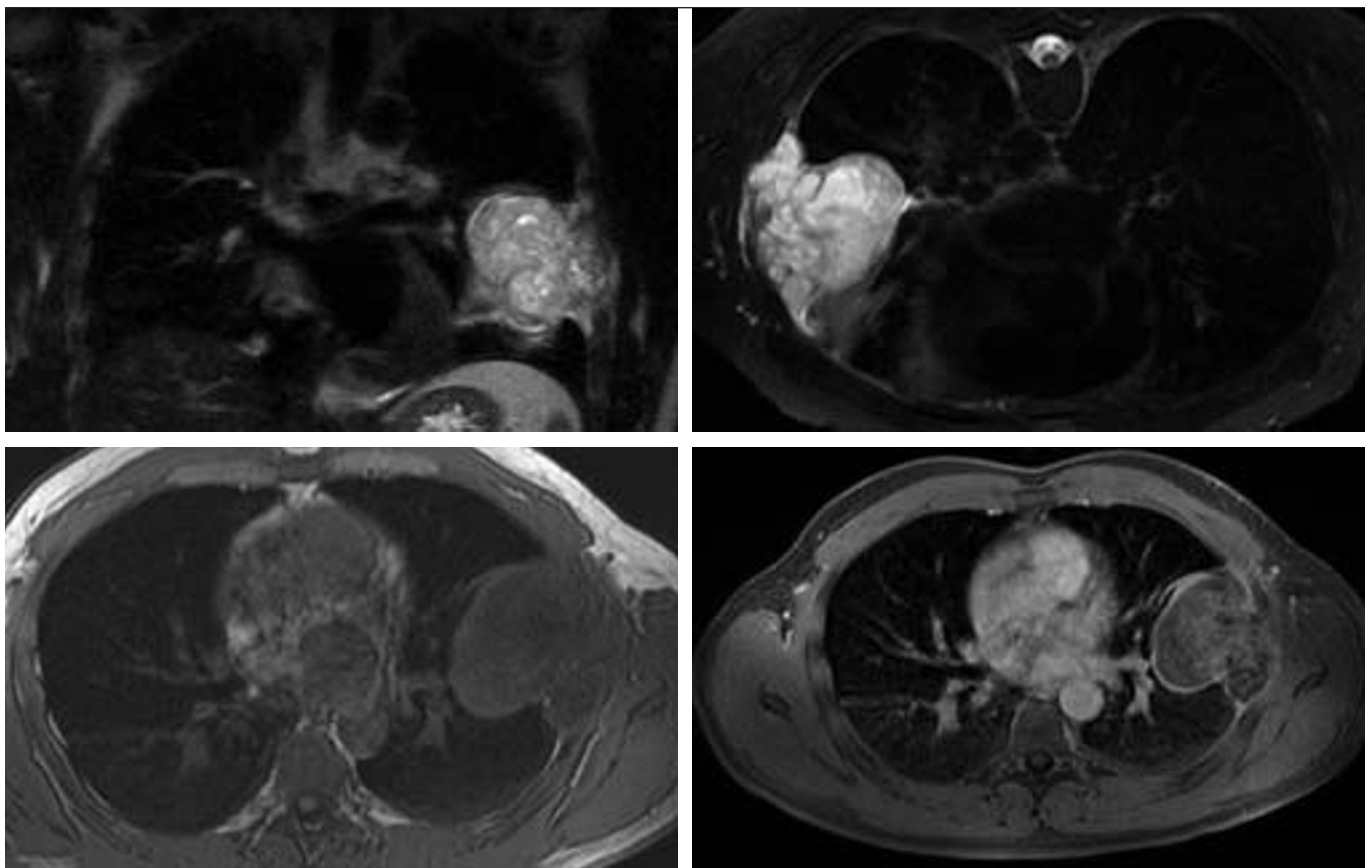


Fig. 3 : IRM thoracique.

a Acquisition frontale T2 : contingent tissulaire hétérogène.
b Acquisition axiale T2 en procubitus : pas de mobilité de la masse.
c Acquisition axiale T1 en décubitus dorsal : hyposignal T1.
d Acquisition axiale T1 tardive après injection de produit de contraste et saturation du signal de la graisse en décubitus dorsal : rehaussement hétérogène de la masse qui s'étend aux espaces intercostaux.

femme 1,33). Il s'y associe fréquemment une exposition tabagique (85 % des cas) (2, 5).

L'histogénèse reste mal comprise. Deux théories s'opposent : la théorie multipotente (les cellules tumorales dérivent

des mêmes cellules indifférenciées) et la théorie carcinomateuse (les cellules dérivent de deux cellules mères différentes) (6). Les circonstances de révélation sont variables (2) : 40 % de découverte fortuite, 60 % de symptômes non spéci-

fiques (toux, douleurs thoraciques, hémoptysies, dyspnée). La fibroscopie bronchique est le plus souvent normale (car les lésions sont souvent distales). L'imagerie, quelle que soit la modalité d'exploration, n'est pas spécifique : lé-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4234980>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4234980>

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