



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

À propos de deux énormes tumeurs carcinoïdes atypiques bilatérales bronchiques

About two huge bilateral bronchial atypical carcinoid tumors

I. Issoufou^{a,*}, H. Harmouchi^a, S. Rabiou^a, L. Belliraj^a,
F.Z. Ammor^a, M. Lakranbi^a, R. Sani^{b,c}, M. Serraj^{d,e},
Y. Ouadnoui^{a,e}, M. Smahi^{a,e}

^a Service de chirurgie thoracique, CHU Hassan II, BP 1893, km 2200, route de Sidi Harazem, 30000 Fès, Maroc

^b Service de chirurgie générale, HNN, Niamey, Niger

^c Faculté des sciences de la santé, université Abdou Moumouni, Niamey, Niger

^d Service de pneumologie, CHU Hassan II, BP 1893, km 2200, route de Sidi Harazem, 30000 Fès, Maroc

^e Faculté de médecine et de pharmacie de Fès, université Sidi Mohamed Ben Abdellah, 30000 Fès, Maroc

MOTS CLÉS

Tumeur
neuroendocrine ;
Tumeur carcinoïde ;
Hémoptysie ;
Thoracotomie ;
Lobectomie ;
Chirurgie thoracique

Résumé Les tumeurs carcinoïdes sont des tumeurs neuroendocrines bien différenciées de bas grade de malignité ou de malignité atténuée. Les formes atypiques bilatérales bronchiques ne sont que rarement rapportées. Elles posent un véritable problème de stratégie thérapeutique. Nous rapportons le cas d'une patiente de 36 ans présentant deux énormes tumeurs carcinoïdes atypiques bilatérales. Elle a bénéficié d'une résection parenchymateuse bilatérale différée avec des suites opératoires simples. À travers une revue de la littérature nous discutons la stratégie thérapeutique. Cette observation reste particulière pour plusieurs raisons. Non seulement par la rareté des formes bilatérales et atypiques mais aussi pour les tailles tumorales bilatérales ayant conduit à une gestion anesthésique peropératoire difficile.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant. 1, rue Nador, Hay Amal, route de Sefrou, 30000 Fès, Sais, Maroc.
Adresse e-mail : alzoumib84@gmail.com (I. Issoufou).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pneumo.2017.08.010>

0761-8417/© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Neuroendocrine tumor;
Carcinoid tumor;
Hemoptysis;
Thoracotomy;
Lobectomy;
Thoracic surgery

Summary Carcinoid tumors are well differentiated neuroendocrine tumors of low grade malignancy or attenuated malignancy. Atypical bilateral bronchial forms are rarely reported. They pose a real problem of therapeutic strategy. We report a case of a 36-year-old woman with two large bilateral atypical carcinoid tumors. She received delayed bilateral parenchymal resection with postoperative uneventful course. Through a review of the literature, we discuss the therapeutic strategy. This observation remains special for several reasons. Not only by the rarity of the bilateral and atypical forms but also for the bilateral tumor sizes which led to a difficult intraoperative anesthetic management.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les tumeurs carcinoïdes sont des tumeurs neuroendocrines bien différenciées dites de bas grade de malignité ou de malignité atténuée [1]. Le poumon constitue la 2^e localisation la plus fréquente avec 30 % des cas [2]. Leur traitement est essentiellement chirurgical et le pronostic dépend du type histologique. Les formes atypiques et de surcroît bilatérales ne sont que rarement rapportées. Elles posent un véritable problème de stratégie thérapeutique. À travers une observation, nous proposons une localisation bilatérale de deux énormes tumeurs carcinoïdes atypiques et discutons la stratégie thérapeutique.

Observation

Il s'agit de Mlle B.K., âgée de 36 ans, sans antécédents pathologiques connues, qui consulte pour une dyspnée d'effort et des hémoptysies récidivantes de grande abondance évoluant depuis 4 mois pour lesquels elle était hospitalisée dans un service de pneumologie. Il n'y avait ni douleur thoracique ni fièvre, non plus de syndrome carcinoïde associé. L'examen clinique retrouvait une pâleur des muqueuses et des conjonctives, un poids de 55 kg pour une taille de 1m58. Elle était stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. La radiographie thoracique montrait une opacité basithoracique droite effaçant la coupole diaphragmatique ainsi qu'une 2^e opacité paracardiacque gauche postérieure de contours irréguliers (Fig. 1). La TDM thoracique (Fig. 2) a mis en évidence deux processus tissulaires endobronchiques bilatéraux contenant des microcalcifications et se rehaussant de façon homogène après injection de produit de contraste. Le premier, situé dans le tronc intermédiaire, s'étendait jusqu'à la bronche lobaire inférieure droite et mesurait 113 × 72 mm. Il était situé à 1,5 cm de l'insertion de la bronche lobaire supérieure. En aval du bourgeon se trouvait une pneumonie obstructive. Le deuxième, controlatérale, situé dans la bronche lobaire inférieure gauche, mesurait 60 × 42 mm. Il existe également en aval du bourgeon, une atélectasie en bande ainsi que des dilatations de bronches kystiques pleines. Il n'y avait pas d'adénopathies médiastinales. Le bilan d'extension comportant une TDM cérébrale-abdominale et pelvienne était négatif. L'endoscopie bronchique a montré un bourgeon charnu de couleur rose à paroi lisse obstruant totalement le tronc intermédiaire et spontanément hémorragique situé à 2 cm de la bronche lobaire supérieure

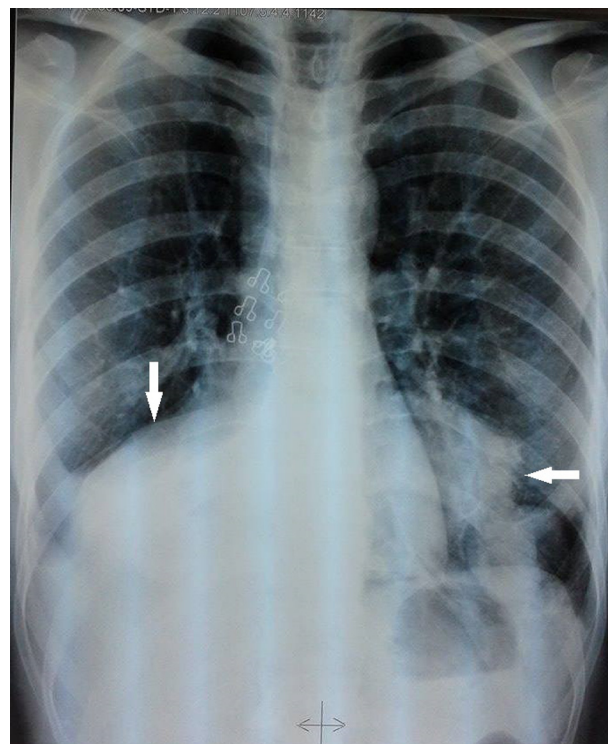


Figure 1. Radiographie thoracique montrant deux opacités. L'une, basithoracique droite, efface la coupole diaphragmatique et l'autre paracardiacque gauche postérieure de contours irréguliers (flèches).

droite. À gauche, un autre bourgeon du même aspect que le précédent obstruait complètement la pyramide basale. La tumeur était classée T3N0M0 à droite et T2N0M0 à gauche. La spirométrie a mis en évidence un VEMS à 1L790 avec un syndrome obstructif. Le dossier a fait l'objet d'une discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) d'oncologie thoracique. Une indication pour chirurgie bilatérale mais différée a été retenue et le côté droit a été choisi en premier vu le volume tumoral important. Ainsi une thoracotomie postérolatérale droite à travers le 7^e espace intercostal a été réalisée. L'intubation n'a pas été sélective. Le déroulement de l'intervention était marqué par une instabilité respiratoire de la patiente due à l'obstruction bronchique tumorale dans les deux poumons avec une saturation à l'oxygène atteignant parfois 28 %. Cette difficulté était plutôt prévisible, ce qui nous a motivés à éviter la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8751003>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8751003>

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