CARCINOME MUCOEPIDERMOIDOIDE À PROPOS D'UN CAS

C. Issolah ; Y. Djillali; A,Ketfi
Service de Pneumophtisiologie et d'Allergologie EPH Rouiba ; ALGER

RÉSUMÉ

Introduction : Les carcinomes mucoépidermoïdes (CME) du poumon sont rares. Ils sont classés en carcinomes de bas grade qui relèvent dans la mesure du possible d'un traitement chirurgical conservateur et en carcinomes de haut grade qui doivent bénéficier d'une chirurgie large suivie parfois de radiothérapie

Observation : Les auteurs rapportent le cas d'une patiente de 31 ans qui a été admise pour l'exploration d'une une atélectasie du LID et EPL homolatéral, dont la bronchoscopie a montré une formation bourgeonnante obstruant la totalité du tronc intermédiaire. Des biopsies du bourgeon ont été réalisées et ont révélé un carcinome mucoépidermoïde de bas grade. Par la suite, la patiente a bénéficié d'une pneumectomie mais elle décède dans les suites opératoires.

Conclusion : Le carcinome mucoépidermoïde (CME) du poumon fait partie du groupe des tumeurs « type glandes salivaires » et se développe aux dépens des glandes bronchiques [1]. C'est une tumeur maligne rare constituée par un mélange en proportions variables de cellules tumorales mucosécrétantes, de cellules malpighiennes et de cellules intermédiaires — Le meilleur traitement de cette maladie orpheline reste la chirurgie.

Mots clés : Carcinome mucoépidermoïde ; cancer du poumon, adénome bronchique résection bronchoplastique ; Bronchoscopie.

ABSTRACT

Introduction : Mucoepidermoid carcinomas (MEC) of the lung are rare. They are classified into low-grade carcinomas, which are best treated conservatively whenever possible, and high-grade carcinomas, which require extensive surgery, sometimes followed by radiotherapy.

Case Report: The authors report the case of a 31-year-old female patient admitted for exploration of right lower lobe atelectasis and ipsilateral pleural fluid effusion.Bronchoscopy revealed a budding formation obstructing the entire intermediate trunk.Biopsies were performed and revealed a low-grade mucoepidermoid carcinoma. The patient subsequently underwent pneumectomy but died postoperatively.

Conclusion : Mucoepidermoid carcinoma (MEC) of the lung is part of the group of "salivary gland type" tumors and develops at the expense of the bronchial glands [1]. It is a rare malignant tumor consisting of a mixture in variable proportions of mucosecreting tumor cells, squamous cells and intermediate cells — The best treatment for this orphan disease remains surgery.

Keywords : Mucoepidermoid carcinoma ; lung cancer, bronchial adenoma bronchoplastic resection; Bronchoscopy.

INTRODUCTION

Le carcinome muco-épidermoïde bronchique est une tumeur maligne rare. Il représente moins de 0,5 % des tumeurs malignes broncho-pulmonaires primitives. Ces tumeurs muco-épidermoïdes (TME) forment le sous-type de carcinome de type salivaire le plus fréquemment observé en pathologie pulmonaire avec le carcinome adénoïde kystique. l'Age de survenue est compris entre 3 mois à 78 ans toutefois il faut souligner que la moitié des cas se révèlent avant 30 ans. Il n'existe pas de prédominance de sexe. Le traitement de choix reste l'ablation chirurgicale. Le pronostic dépend du grade histologique.

OBSERVATION

Une femme de 31 ans non tabagique sans aucun antécédent néoplasique personnel ni familial qui consulte pour une toux sèche gênante et une douleur basithoracique droite. la radiographie du thorax a révélé une atélectasie du LID et un EPL homolatéral, complétée par une TDM thoracique qui rajoute la notion d'un processus endobronchique du tronc intermédiaire mal limité mesurant 37*57, étendu sur 60 mm de longueur rehaussé après contraste ; venant en contact de l'artère pulmonaire droite avec un liseré de séparation et engainant la veine pulmonaire inferieure droite, des ADP réactionnelles, atélectasie et l'épanchement pulmonaire mixte classée T4N0Mx. La Patiente a bénéficié d'une fibroscopie bronchique qui a objectivé une formation endobronchique lisse polylobée a l'entrée du tronc intermédiaire qui l'obstrue totalement, des biopsies ont été effectuées et le diagnostic de carcinome muco epidermoide a été por-

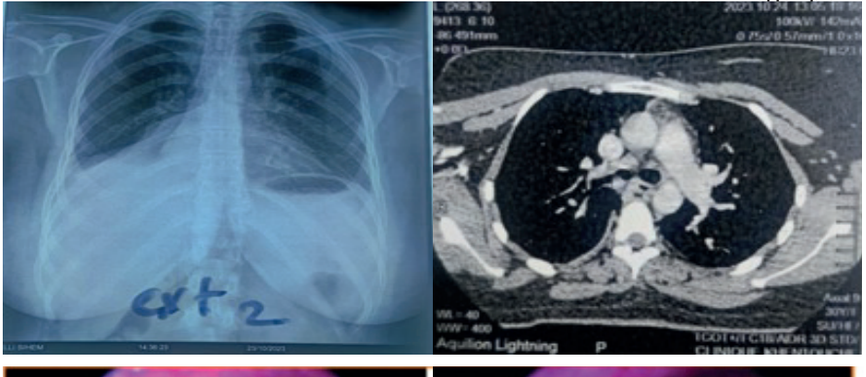
té. Le bilan d'extension à savoir une TDM CTAP, IRM cérébrale, scintigraphie osseuse et une nasofibroscopie ne retrouvaient pas une extension métastatique. La patiente a été opérée par thoracotomie latérale droite ; ce qui a permis d'effectuer une pneumectomie et une lymphadectomie médiastinale. L'examen histopathologique a confirmé l'envahissement bronchique sans métastases ganglionnaires médiatisnales. Malheureusement à quelques jours du geste opératoire la patiente a succombé suite à une infection nosocomiale (SDRA)

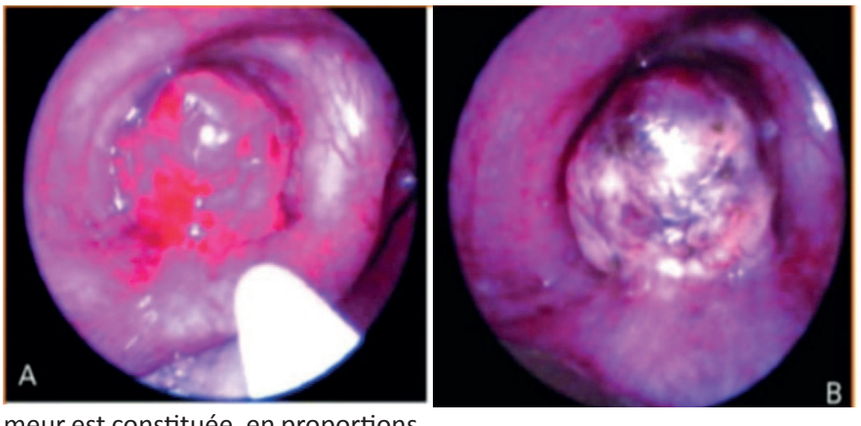
Discussion

Les circonstances de découverte sont variées, allant des formes asymptomatiques de découverte fortuite aux formes symptomatiques souvent en rapport avec une irritation ou une obstruction bronchique[4]. Sur le plan endoscopique, la tumeur se présente sous forme d'un nodule endobronchique, de siège habituellement proximal[2, 4]. Le diagnostic de certitude est anatomopathologique et il est souvent porté sur pièce opératoire. Cette tumeur est constituée, en proportions variables, de cellules mucosécrétantes, de cellules intermédiaires et de cellules malpighiennes disposées en cordons, massifs ou structures kystiques [1, 2]. Les CME sont classés en tumeurs de bas grade de malignité (IM < 5 mitoses/10 grands champs, nécrose cellulaire minime ou absente, atypies cytonucléaires discrètes et prédominance des cellules mucosécrétantes) et en tumeurs de haut grade de malignité (IM > 5 mitoses/10 grands champs, nécrose cellulaire, atypies cytonucléaires marquées et prédominance des cellules malpighiennes et intermédiaires) [1, 2].

En immunohistochimie, l'expression des cytokératines 7 et 14 et de l'anticorps antimitochondrial apparaît comme un aspect particulier des CME [9].

Le diagnostic différentiel se pose essentiellement avec l'adénocarcinome et l'exceptionnel adénome des glandes muqueuses, pour le CME de bas grade[2], et avec le carcinome adénosquameux pour les CME de haut grade de malignité [2]. Le carcinome adénosquameux est habituellement de siège périphérique, présente une kératinisation franche et ne comporte pas de foyers tumoraux de bas grade, classiquement notés dans les CME de haut grade [3].Pour le CME de bas grade, dont le pronostic est généralement favorable, une résection tumorale peut être appropriée si une marge de tissu sain est obtenue et en l'absence d'atteinte ganglionnaire ; sinon une lobectomie ou même une pneumonectomie peuvent être indiquées[5].





Conclusion

Le pronostic des tumeurs bronchiques mucoépidermoïdes est étroitement lié au grade de malignité et à l'extension de la tumeur au moment du diagnostic. Contrairement aux CME de haut grade, les CME de bas grade prédominent chez l'enfant, ont un potentiel évolutif lent et un bon pronostic quand ils sont diagnostiqués précocement. Ces tumeurs doivent être recherchées devant des manifestations respiratoires traînantes ou récidivantes afin d'éviter le retard diagnostique et d'améliorer le pronostic.

Références

1. *Travis WD, Colby TV, Corrin B, Shimosato Y, Brambilla E. Histological typing of lung and pleural tumours. In : International histological classification of tumours. 3rd ed. Berlin: World Health Organization, 1999:46-7.*
2. *Colby TV, Koss MN, Travis WD. Tumors of the lower respiratory tract. In : Atlas of tumors pathology. 3rd series, fascicle 13. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology, 1995:*

65-88.

3. *Yousem SA, Hochholzer L. Mucoepidermoid tumors of the lung.*

Cancer 1987;60:1346-52.

4. *Terrier JP, Chetaille B, Reynaud-Gaubert M, Dumon JF, Guidicelli R, Garbe L. Carcinome mucoépidermoïde bronchique : à propos de 3 observations. Ann Pathol 2000;20 623-5.*
5. *Anton-Pacheco J, Jimenez MA, Rodriguez-Peralto JL, Cuadros J, Berchi FJ. Bronchial mucoepidermoid tumor in an 3-year-old child. Pediatr Surg Int 1998;13:524-5.*