

## Papillomatose malpighienne endobronchique

Le papillome est une tumeur bénigne, dont la localisation laryngée est la plus fréquente. L'atteinte trachéo-bronchique associée se voit dans 5% des cas, et l'extension aux poumons dans moins de 1% des cas [1]. Le papillome endobronchique malpighien est une variante rare, représentant 0.38% des tumeurs broncho-pulmonaires de l'adulte, et son caractère solitaire sans localisation laryngée, est encore plus rare [2]. Le papillome bronchique pose des problèmes de diagnostic, essentiellement avec les tumeurs malignes et la tuberculose endo-bronchique. Nous rapportons le cas de papillomatose bronchique malpighienne, traitée par bi-lobectomie inférieure et moyenne droite avec bonne évolution clinique ultérieure.

### Observation

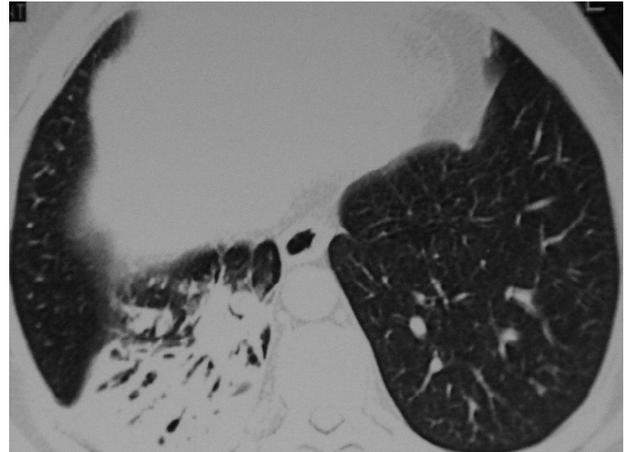
Monsieur SM, âgé de 46 ans, tabagique à 40 PA, Ethylique depuis 10 ans, agriculteur, était hospitalisé pour douleurs thoraciques et hémoptysie de faible abondance évoluant depuis un mois. L'examen physique avait noté un syndrome de condensation de la base de l'hémithorax droit. A la biologie, on objectivait une hyperleucocytose à 16600 éléments /mm<sup>3</sup>, un syndrome inflammatoire avec une VS à 40 à la première heure. La gazométrie artérielle était normale : PH=7.39, PaO<sub>2</sub>=86mmHg, PaCO<sub>2</sub>=42mmHg, SaO<sub>2</sub>=94%. La recherche de bacille de Koch dans les crachats à l'examen direct ainsi qu'à la culture étaient négative. La Radiographie du thorax avait montré la présence d'une opacité inhomogène du lobe inférieur droit, avec ascension de la coupole diaphragmatique homolatérale (figure.1).

**Figure 1 :** Radiographie du thorax: opacité hétérogène du lobe inférieur droit responsable d'une atelectasie.



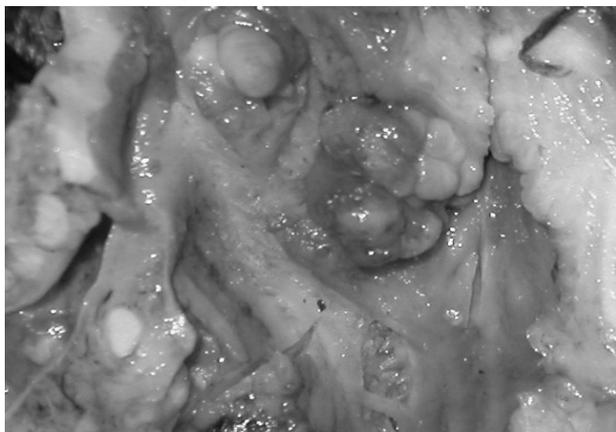
La fibroscopie bronchique notait la présence de deux excroissances de couleur blanchâtre, d'allure tumorale au niveau du tronc intermédiaire et de la pyramide basale droite, qui restaient cathétérissables. Le scanner thoracique avait révélé une obstruction partielle de la bronche lobaire inférieure droite par un épaississement pariétal, bourgeonnant, s'étendant au tronc intermédiaire avec un collapsus lobaire inférieur d'aval, associé à des adénopathies de la loge de baréty (figure 2).

**Figure 2 :** Tomodensitométrie Thoracique en fenêtre parenchymateuse: Collapsus lobaire inférieur droit

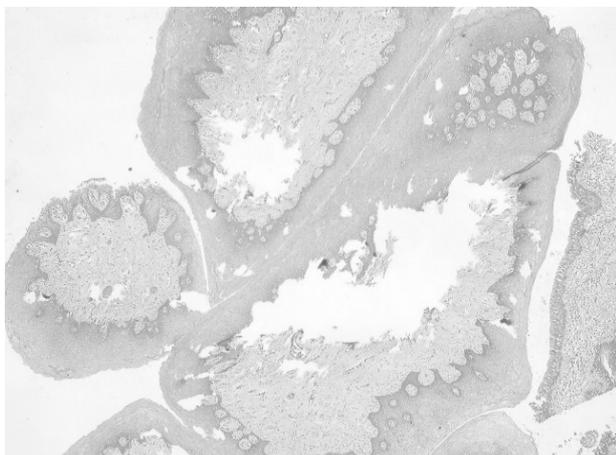


Les biopsies bronchiques avaient conclu au diagnostic de papillome malpighien. L'examen ORL n'avait pas objectivé de localisation laryngée associée de papillome. La sérologie du Human Papilloma Virus (HPV) était négative. La spirométrie était normale avec une CVF à 3870ml (81%), un VEMS à 2650 ml (78%) et un rapport de Tiffeneau à 69%. Le traitement consistait en une médiastinoscopie première avec examen anatomopathologique des adénopathies qui s'est révélé négatif. Le geste avait été complété par une thoracotomie qui trouvait un lobe inférieur droit hépatisé, avec présence de deux excroissances au niveau du tronc intermédiaire; une bi-lobectomie inférieure et moyenne droite avait été réalisée. L'aspect macroscopique de la pièce opératoire consistait en deux formations polypoïdes, blanchâtres, de consistance molles, mesurant 1x 0.5 cm et 0.5 x 0.5 cm de tailles (figure 3), et l'examen histologique montrait des axes conjonctivo-vasculaires revêtues par un épithélium malpighien hyperplasique, acanthosique et papillomateux non kératinisé (figures 4 et 5). En plus, on observait des foyers de parakératose et quelques éléments d'allure koilocytaire, avec dilatations des bronches au sein du parenchyme pulmonaire. L'examen des ganglions prélevés au niveau de la loge de baréty était négatif; cet aspect histologique confirmait le diagnostic de deux papillomes malpighiens de la lobaire inférieure droite et du tronc intermédiaire, sans signes histologiques de malignité. Les suites opératoires étaient simples. Le Patient va bien, avec un recul de trois ans.

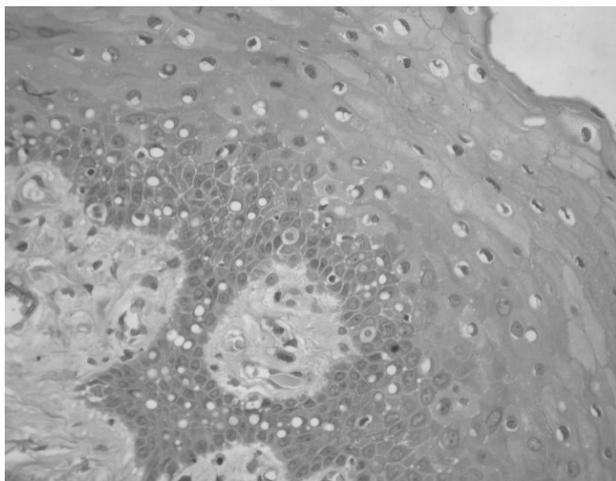
**Figure 3 :** Coupe macroscopique de la pièce opératoire montrant deux excroissances blanchâtres, polypoïdes, d'allure tumorale du tronc intermédiaire



**Figure 4 :** Coupe histologique : Axes conjonctivo-vasculaires revêtus par un épithélium malpighien (HE ; x 100).



**Figure 5 :** Coupe histologique : Axes conjonctivo-vasculaires revêtus par un épithélium malpighien hyperplasique, acanthosique et papillomateux non kératinisé (flèche) (HE ; x 200).



## Conclusion

La papillomatose endobronchique malpighienne est une tumeur bénigne, rare; sa présence doit conduire à rechercher une localisation laryngée associée, surtout chez l'enfant.

Le diagnostic positif est histologique et doit faire appel aux biopsies bronchiques. Le traitement standard doit être chirurgical, afin de prévenir les récives et le risque de dégénérescence vers un carcinome épidermoïde.

## Références

1. James RC. Squamous Cell Carcinoma Arising in Recurrent Respiratory Papillomatosis with Pulmonary Involvement. *Mod Pathol* 2000; 13:914-18.
2. Inoue Y, Oka M, Ishii H, Kimino K, Kishikawa M, fro M, et al. A Solitary Bronchial Papilloma with Malignant Changes. *Int Med* 2001; 40: 56-60.

*Imen Aïssa\**, *S. Darouaz\**, *A. Ayadi\*\**, *Faouzi El Mezni\*\**, *Tarek Kilani\*\*\**, *Habib Ghedira\**

*\*Service de pneumologie Pavillon I*

*\*\*Service d'anatomie pathologique*

*\*\*\*Service de Chirurgie thoracique et cardiovasculaire, Hôpital A.Mami, Ariana-Tunisie*

*Faculté de Médecine de Tunis*

*Université Tunis El Manar*

## Ostéodysplasie fibreuse avec et sans syndrome de Mc Cune Albright

L'ostéodysplasie fibreuse (DF) est une affection sporadique congénitale rare qui se caractérise par une prolifération focale du tissu fibreux au sein de la médullaire osseuse. Elle représente 7% des tumeurs osseuses bénignes. Elle est à l'origine de lésions ostéolytiques, de déformations et de fractures. Elle peut être monostotique (limitée à un seul os) ou polyostotique. Elle peut entrer dans le cadre du syndrome de Mc Cune Albright si association à des troubles endocriniens avec ou sans taches cutanées café au lait.

Nous rapportons trois observations de DF dont un cas de syndrome de Mc Cune Albright; une entité rarement observée dans un service de médecine Interne.

### Observation 1

Une patiente de 47 ans avait présenté des douleurs costales gauches avec tuméfaction pariétale basithoracique gauche. La radiographie du thorax avait objectivé une lyse de l'arc moyen de la sixième côte gauche et une lésion soufflante de l'arc antérieur de la septième côte gauche. Le scanner thoracique avait montré des lésions lytiques des sixième et septième côtes gauches (Figure 1) ainsi que de la neuvième vertèbre thoracique (D9). La scintigraphie osseuse avait montré des foyers d'hyperfixation au niveau des mêmes côtes, du bord interne de l'omoplate gauche et du rachis dorsal (D9, D10 et D11). Le