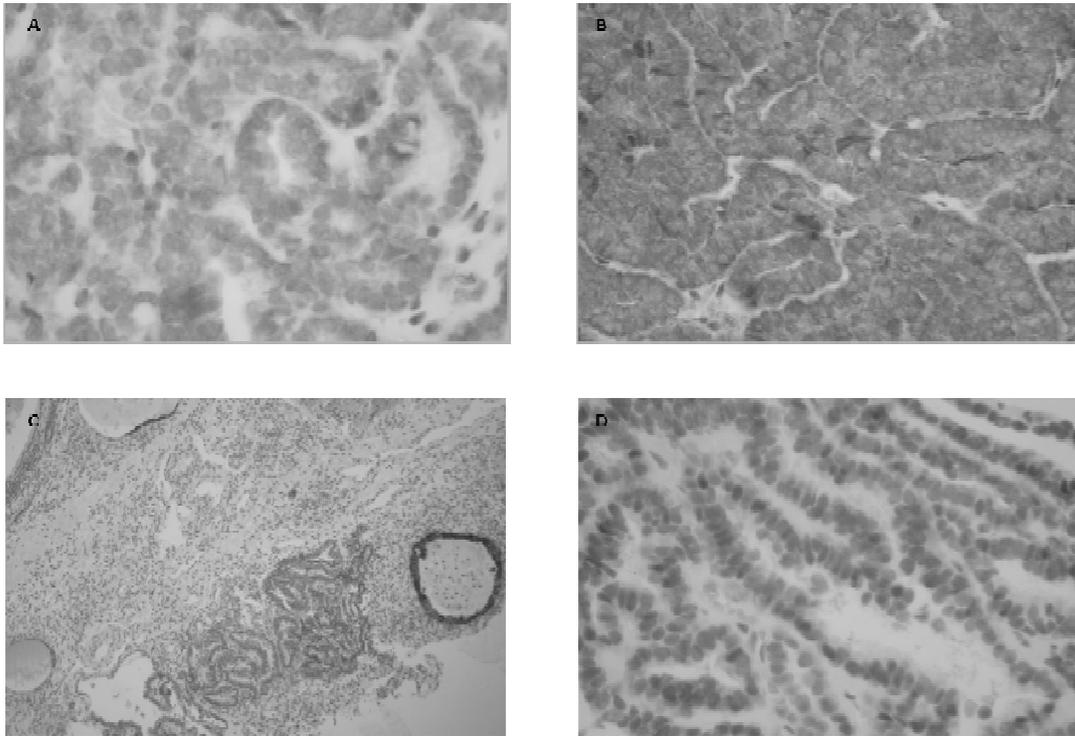


Figure 2 : Tumeur de Sertoly-Leydig: A+B : Discordance entre la pankératine positive et un EMA négatif (HE, obj. X 25). C : Le contingent hétérologue est Cytokératine 7 positive (HE, obj. X 10). D : Positivité faible mais diffuse des cellules tumorales pour l'anti-inhibine (HE, obj. X 25).



infiltration tumorale. La tumeur était classée donc stade IA. L'attitude était donc de surveiller la malade avec un recul de 13 mois au bout des quels aucune récurrence tumorale n'a été constatée.

Conclusion

La tumeur de Sertoly-Leydig rétifforme est une tumeur exceptionnelle. La présentation clinique et radiologique n'est pas spécifique. Les données histologiques sont trompeuses. Elle est découverte souvent à un stade précoce. Le diagnostic histologique repose sur des arguments morphologiques et immunohistochimiques. Considérée comme une tumeur maligne, cette forme nécessite un traitement chirurgical optimal et une surveillance rigoureuse et rapprochée afin de diminuer les rechutes précoces.

Références :

- [1] Scully RE, Young RH, Clement PB. Tumors of the ovary and maldeveloped gonads: fallopian tube and broad ligament. Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1996. Atlas of Tumor Pathology; 3rd series, fascicle 23.

Olfa. Adouni¹, Nadia. Kourda¹, Raoudha Aloui¹, Rachida. Zermani¹, Chechia. Abdellatif¹, Sarra. Ben Jilani¹

Service d'Anatomie et cytologie pathologique

Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Charles-Nicolle, boulevard 9-Avril-1938, 1006 Tunis, Tunisie

Faculté de Médecine de Tunis

Université Tunis El Manar

L'adénocarcinome gastrique sécrétant l'alpha fœtoprotéine

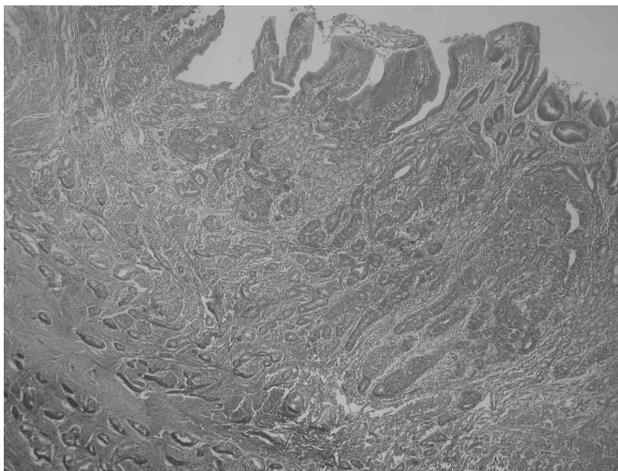
Les marqueurs tumoraux les plus souvent élevés dans le carcinome gastrique sont l'ACE et le CA19-9 [1]. Ils ont un rôle dans le diagnostic ou la surveillance après traitement [2]. L'alpha-fœtoprotéine (AFP) est un marqueur habituellement utile pour le diagnostic et la surveillance des carcinomes hépatocellulaires et des tumeurs germinales gonadiques et extra-gonadiques [3]. Son élévation a été exceptionnellement rapportée en association à des cancers de l'estomac [4]. Nous rapportons une observation de tumeur gastrique métastatique d'emblée au niveau du foie, avec un taux sérique initial très élevé d'AFP et une positivité de la tumeur gastrique pour l'AFP à l'étude immuno-histochimique.

Observation

R.Y âgé de 49 ans, sans antécédents pathologiques notables, a consulté en décembre 2000 pour des douleurs de l'hypochondre gauche et épigastriques, à type de crampe, calmées par les repas, accompagnées d'une asthénie et d'un amaigrissement chiffré à 4 kilogrammes en un mois et demi. En mars 2001, l'examen trouvait une tuméfaction épigastrique bien limitée, de 10 cm de grand axe, associée à une hépatomégalie.

La fibroscopie digestive a objectivé une lésion ulcéro-bourgeonnante suspecte, nécrosée, friable, dure à la pince, prenant la petite courbure antrale, et s'étendant sur 5 cm environ. La biopsie gastrique concluait à un adénocarcinome moyennement différencié. Le dosage des marqueurs tumoraux sériques trouvait un taux d'ACE élevé à 12,5 ng/ml (normale <5 ng/ml) et un taux d'AFP très élevé à 4700 UI/ml (normale <20 ng/ml). L'imagerie montrait de multiples nodules, disséminés au niveau du foie. En mai 2001, ce patient a reçu six cycles de chimiothérapie (adriamycine, vépéside et cisplatine) ayant occasionné une bonne réponse tumorale clinique et une nette diminution de la tuméfaction gastrique. Le taux d'AFP a baissé à 722 ng/ml à deux cycles puis à 16,3 ng/ml à trois cycles. L'endoscopie gastrique à six cycles de chimiothérapie montrait une nette régression du volume tumoral. La tomодensitométrie de contrôle révélait une nette régression des nodules hépatiques avec une calcification de ces lésions. Le patient a eu, en novembre 2001, une laparotomie exploratrice qui trouvait un estomac de forme et de taille normales, siège d'une discrète infiltration antérieure antrale de 20 mm, avec des ganglions péri-gastriques et des métastases hépatiques multiples. Il a été pratiqué une gastrectomie des 2/3 avec anastomose gastro-jéjunale trans-mésocolique et curage ganglionnaire, de même qu'une métastasectomie hépatique gauche portant sur deux nodules du segment hépatique III. L'examen macroscopique de la pièce de gastrectomie montrait la présence, au niveau de la face antérieure de la muqueuse gastrique, à 2 cm de la limite cardiale et à 1 cm de la petite courbure, d'une induration pariétale de 1,5 x 1 cm associée à une convergence des plis à ce niveau. Le reste de la muqueuse était d'aspect normal. Le curage ganglionnaire du grand et du petit épiploon a rapporté respectivement 9 et 10 ganglions. L'examen histologique montrait une prolifération carcinomateuse d'architecture tubulo-papillaire naissant du revêtement de surface et infiltrant la paroi jusqu'à la musculature sans la dépasser (Figure 1).

Figure 1 : Carcinome gastrique montrant une architecture tubulo-papillaire (±)



Les cellules tumorales étaient cubo-cylindriques, à cytoplasme éosinophile, parfois mucosécrétant. Les noyaux étaient ovoïdes, pourvus d'une chromatine hétérogène et d'un gros nucléole. Les atypies nucléaires étaient légères à modérées et l'index mitotique était faible. Six ganglions sur neuf étaient métastatiques au niveau du grand épiploon. Quatre ganglions sur dix étaient métastatiques au niveau du petit épiploon. La pièce de métastasectomie hépatique était envahie par l'adénocarcinome gastrique. L'étude immunohistochimique trouvait une positivité faible et focale des cellules tumorales pour l'AFP (figure 2) et un marquage à l'ACE du pôle apical des cellules tumorales de quelques glandes carcinomateuses (figure 3).

Figure 2 : Les cellules tumorales sont focalement positives pour l'AFP

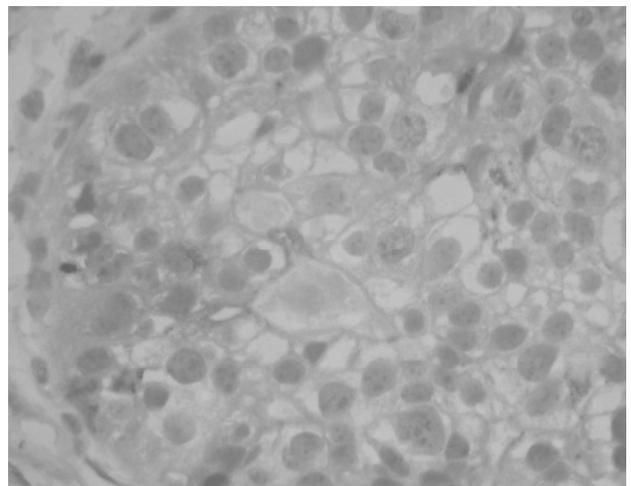
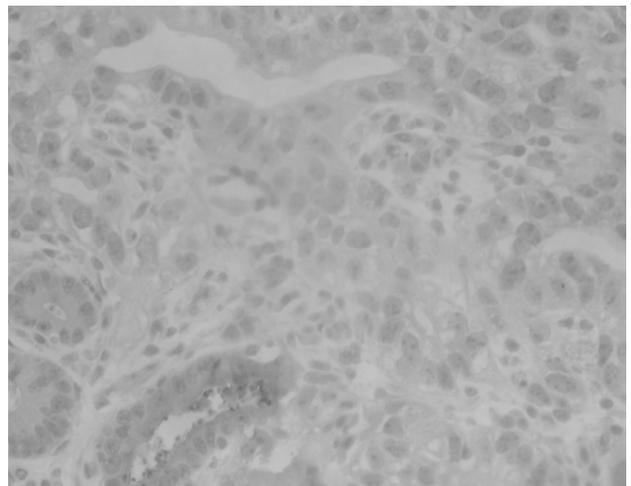


Figure 3 : La positivité de l'ACE est limitée au pôle apical de quelques glandes carcinomateuses



Les cellules tumorales étaient négatives pour la b HCG. Un dosage de l'AFP, fait en post opératoire, trouvait une réascension du taux sérique à 763 ng/ml. Une chimiothérapie palliative a été pratiquée (Vépéside, acide folinique, et 5FU). L'évolution était marquée par l'aggravation de l'état général et l'apparition de douleurs sous-costales droites et d'une ascite de grande abondance. Le taux de l'AFP s'est élevé à 5686 ng/ml et les lésions hépatiques se sont aggravées à l'échographie abdominale. Une deuxième ligne de chimiothérapie a été instaurée (CPT11, acide folinique et de 5FU). Celle-ci n'ayant pas permis l'amélioration de l'état général et le patient est décédé 18 mois après le diagnostic (en juin 2002), dans un tableau de coma hépatique.

Références

- [1] Boussen H, EL May M, Jerbi G et al. Du bon dosage clinique des marqueurs tumoraux sériques. Tunis médicale 1998 ; 76 : 1021-25.
- [2] Teilum G, Albechtsen R, Norgad-Peterson B. Immunofluorescent localisation of alpha-foetoprotein synthesis in endodermal sinus tumor (yolk sac tumor). Acta Pathol Microbiol Scand 1974; 82 A: 586-88.
- [3] Gitlin D, Perial A, Gitlin GM. Synthesis of alpha-foetoprotein by liver, yolk sac tumor and gastrointestinal tract of the human conceptus. Cancer Res 1972; 32: 979-82.
- [4] Kodama T, Kameya T, Hirota T, et al. Production of alpha-foetoprotein normal serum protein and human chorionic gonadotrophin in stomach cancer: histologic and immunohistochemical analysis of 35 cases. Cancer 1981; 84: 1647-55.

*Linda Bouaita**, *Samia SASSI***, *Mohamed Moncef HAMDANE***, *Hamouda BOUSSEN**, *Khaled BEN ROMDHANE***, *Amel MEZLINI**

* Service de Carcinologie Médicale.

** Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques. Institut Salah Azaiez. Bab Saadoun, 1006. Tunis.

Faculté de Médecine de Tunis

Université Tunis El Manar