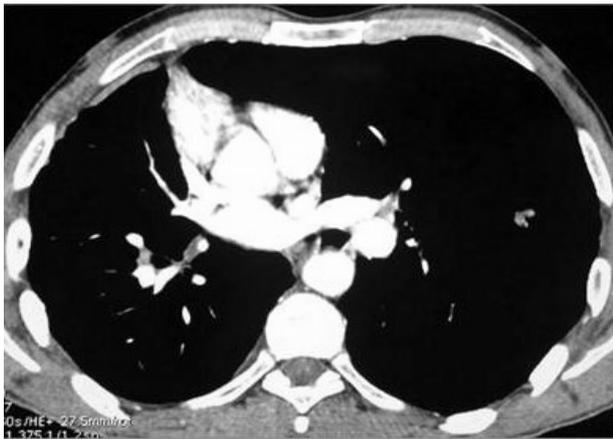


Les figures de mitose étaient assez nombreuses. En immunohistochimie, les cellules tumorales exprimaient fortement et de façon diffuse les anticorps anti-cytokératine (Figure 5 en cartouche) et anti-vimentine. Les anticorps anti-calrétinine, anti-desmine, anti-actine muscle lisse, anti-CD34, anti-bcl2 et anti-CD99 étaient négatifs. Le reste des fragments bulleux correspondaient à une paroi fibro-inflammatoire partiellement tapissée par un revêtement mésothélial régulier. Les prélèvements au niveau de la plèvre pariétale ont intéressé un tissu pleural siège de lésions de pachypleurite. Ainsi, devant l'absence de lésion pulmonaire et le profil immunohistochimique, le diagnostic de mésothéliome malin pleural localisé de type sarcomatoïde était retenu. Aucun traitement complémentaire n'a été institué. Deux scanners thoraco-abdominaux de contrôle, réalisés respectivement 11 mois et 17 mois après la chirurgie, ont objectivé un épaississement pleural minime antérieur régulier, stable (Figure 6). Le patient est suivi régulièrement avec une évolution favorable et un recul actuel de 30 mois après l'intervention, sans métastase ni récurrence.

Figure 6 : Tomodensitométrie thoracique de contrôle : Epaississement pleural minime antérieur régulier.



Références

- 1- Porret E, Madelaine J, Galateau-Sallé F, Bergot E, Zalcmann G. Prise en charge diagnostique et thérapeutique du mésothéliome pleural malin en 2007. *Rev Mal Respir* 2007; 24: 6S157-6S164.
- 2- Giudicelli R, Regnard JF, Astoul P, Ruffie P. Mésothéliome pleural malin : place de la chirurgie d'exérèse. *Rev Mal Respir* 2006 ; 23 : 11S51-11S55.
- 3- Nakas A, Martin-Ucar AE, Edwards JG, Waller DA. Localised malignant pleural mesothelioma: a separate clinical entity requiring aggressive local surgery. *Eur J Cardiothorac Surg* 2008; 33: 303-6.
- 4- Churg A, Roggli V, Galateau-Salle F, et al. Tumours of the pleura: mesothelial tumours. In Travis WD, Brambilla E, Müller-Hermelink HK, Harris CC. *World Health Organisation Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of the Lung, Pleura, Thymus and Heart*. Lyon: IARC Press: 2004: 128- 36.
- 5- Tanzi S, Tiseo M, Internullo E, et al. Localized malignant pleural mesothelioma: report of two cases. *J Thorac Oncol*. 2009; 4: 1038-40.
- 6- Takahashi H, Harada M, Maehara S, Kato H. Localized malignant mesothelioma of the pleura. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*. 2007; 13: 262-6.

*Alia Zehani*¹, *Aïda Ayadi-Kaddour*¹, *Imène Ridene*², *Dorra Haouari*³, *Adel Marghli*⁴, *Faouzi El Mezni*¹

Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques- Hôpital Abderrahman Mami- Ariana-Tunisie.

Service de Radiologie- Hôpital Abderrahman Mami- Ariana-Tunisie.

Service de Pneumologie - Hôpital Régional de Menzel Bourguiba

Service de Chirurgie Thoracique- Hôpital Abderrahman Mami- Ariana-Tunisie.

Faculté de Médecine de Tunis

Université Tunis El Manar

Mélanome MALIN primitif médiastinal

Le mélanome malin primitif intra thoracique est une tumeur extrêmement rare (1), il représente moins de 1% des atteintes primitives extra cutanées. Le caractère primitif d'un mélanome malin intra thoracique est difficile à établir puisqu'un mélanome cutané peut régresser après avoir métastasé.

Observation

Monsieur K .S âgé de 60 ans, tabagique à 40 paquets /année, aux antécédents de tuberculose pulmonaire traitée en 1975, a consulté au mois de Mai 2009 pour une symptomatologie, évoluant 6 mois auparavant, associant une douleur thoracique et une dyspnée stade II selon la classification de NYHA. Ce patient était chauffeur de taxi depuis plus de 20 ans. Une radiographie du thorax a été pratiquée et le patient a été admis au service de pneumologie du centre hospitalo-universitaire Charles Nicolle de Tunis. L'examen clinique a trouvé un patient avec un état général altéré. L'examen du thorax a trouvé une polypnée à 24 cycles /mn et une auscultation pulmonaire libre. Le reste de l'examen clinique a été normal. La radiographie du thorax a montré un élargissement du médiastin antérieur et supérieur (Fig 1).

Figure 1 : Radiographie du thorax: élargissement du médiastin antérieur et supérieur



Le diagnostic de masse médiastinale a été retenu, une tomomodensitométrie thoracique (Fig 2) a été demandée et a montré : à l'étage thoracique un processus expansif tissulaire occupant tout le médiastin antérieur, à contours irréguliers, à rehaussement hétérogène mesurant 13,5x12x10 cm.

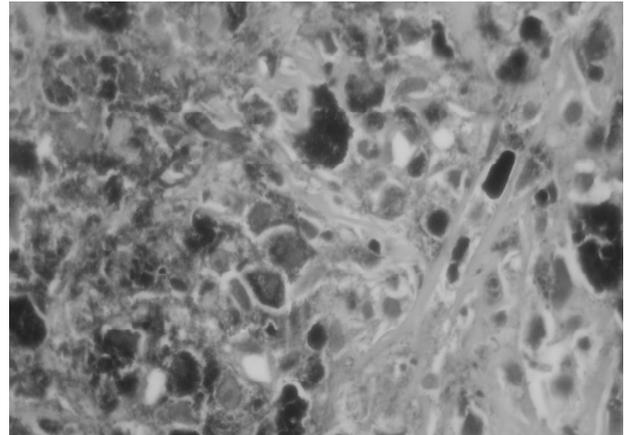
Figure 2 : Tomomodensitométrie thoracique : processus expansif tissulaire occupant tout le médiastin antérieur



Ce processus refoule le contenu médiastinal et les hiles pulmonaires en arrière, avec un épanchement péricardique de 15 mm d'épaisseur. Au niveau parenchymateux, présence de nodules et micro nodules diffus aux deux champs pulmonaires dont certains sont angiocentrés ainsi qu'une masse intra parenchymateuse du segment para cardiaque droit. A l'étage abdominal, nous avons noté cinq lésions hypodenses ovalaires siégeant au niveau des segments II, III, VI, VII évoquant des lésions secondaires hépatiques. La fibroscopie bronchique a montré une trachée réduite de calibre dans son 1 /3 inférieur par un bombement de la face postérieure ainsi qu'une diminution du calibre du tronc souche gauche par un aspect de compression extrinsèque. L'échographie cardiaque trans-thoracique a montré un épanchement péricardique circonferentiel abondant et fibrineux sans signes de compression. Une confirmation histologique (Figure 3) a été réalisée moyennant une biopsie trans-pariétale qui a mis en évidence une prolifération tumorale maligne faite de grandes cellules agencées en amas ou en cellules isolées. Les cellules tumorales sont munies d'un gros noyau atypique et fortement nucléolé et d'un cytoplasme montrant un dépôt mélanique très important masquant par endroit cette prolifération. Le stroma est abondant et fibro vasculaire. L'étude immuno histochemique réalisée a montré la réactivité des cellules tumorales aux anticorps HMB45 et Melan A. Ainsi le diagnostic de mélanome malin a été retenu. Un bilan fait à la recherche d'autres localisations notamment un examen minutieux de la peau et des phanères ainsi qu'un examen ophtalmologique avec fond d'œil n'a montré aucune autre localisation mélanocytaire. Une fibroscopie digestive a objectivé des lésions planes millimétriques pigmentées au niveau du 1/3 moyen de l'œsophage et 4 lésions millimétriques planes de couleur noire

au niveau de la muqueuse fundique dont les biopsies ont été négatives. Le diagnostic de mélanome malin primitif médiastinal a été retenu. Un scanner cérébral a été réalisé dans le cadre du bilan d'extension n'a pas révélé de localisation secondaire. Le patient a eu une radiothérapie médiastinale décompressive à la dose de 8 Gy en raison du syndrome cave.

Figure 3 : Examen anatomopathologique : prolifération tumorale maligne faite de cellules munies d'un gros noyau atypique et fortement nucléolé et d'un cytoplasme montrant un dépôt mélanique très important.



Conclusion

Le caractère exceptionnel de la localisation médiastinale ainsi que l'absence de symptômes spécifiques orientant vers le diagnostic de mélanome est à l'origine d'un retard diagnostique. Ce dernier est fait le plus souvent au stade de métastase, aggravant ainsi le pronostic.

Références

- 1- F. Rivière, A. Bonnichon-Py, H. Le Floch, et al. Mélanome malin pulmonaire : primitif ou métastase? Rev Mal Respir 2010 ; 27 : 88-92.

Service de Pneumologie Allergologie

* Service d'anatomie pathologie. Hôpital Charles Nicolle, Tunis. Tunisie.

Faculté de Médecine de Tunis

Université Tunis EL Manar

Superficial acral fibromyxoma

Superficial acral fibromyxoma (SAF) is a rare soft tissue benign neoplasm with a predilection for the fingers and toes tips. It usually involves the region of the nail and is presented as a slowly growing solitary nodule. Although usually confined to the dermis and subcutaneous tissue; it may occasionally involve deeper tissue [1].