

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.

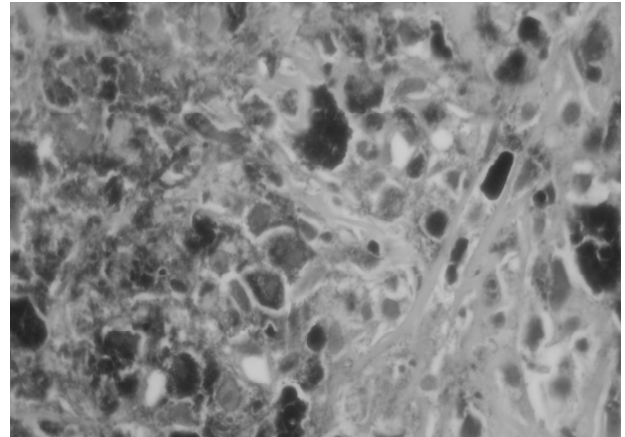
Figure 2 : Tomomodensitométrie thoracique : processus expansif tissulaire occupant tout le médiastin antérieur



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 circonférentiel 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 histochimique 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 spécifique 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].

We herein report a case of SAF which developed on the tip of the 4th toe and discuss its pathological features, and broad differential diagnosis and histogenesis.

Case Report

A 32-year-old healthy man was presented with a history of a nodular mass on the tip of his right fourth toe. The tumour had been present for over 9 months and had gradually increased in size. It was painful at prolonged walk. Plain radiographs of the finger were normal. The patient underwent excision of this tumor. The lesion measured 2.5 x 2.5 cm. It was well circumscribed, encapsulated, solid, and had a soft, uniform consistency. It adhered to the flexor sheath, but did not involve the joint space or body supply and was possible to dissect. Histological examination showed a lobular tumor filling the dermis and extending into the hypodermis. The neoplasm was moderately cellular, composed of spindle and stellate cells arranged in a loose storiform, partly fascicular growth pattern (Figure 1). There was no evidence of cyto-nuclear atypia, mitotic activity or necrosis. The neoplastic cells were embedded in a myxocollagenous stroma with increased numbers of small blood vessels. Scattered mast cells and neutrophils were seen throughout the lesion (Figure 2). These appearances were consistent with the diagnosis of superficial acral fibromyxoma. The immunohistochemical study showed that tumor cells stained for CD10 (Fig 3), CD99, and PS100. The CD34 and the EMA were negatives. At 18 months there was no recurrence of the tumor.

Figure 1 : Lobular tumor filling the dermis, with fascicular growth pattern, moderately cellular, composed of spindle cells (hematoxylin-eosin, original magnification x 25).

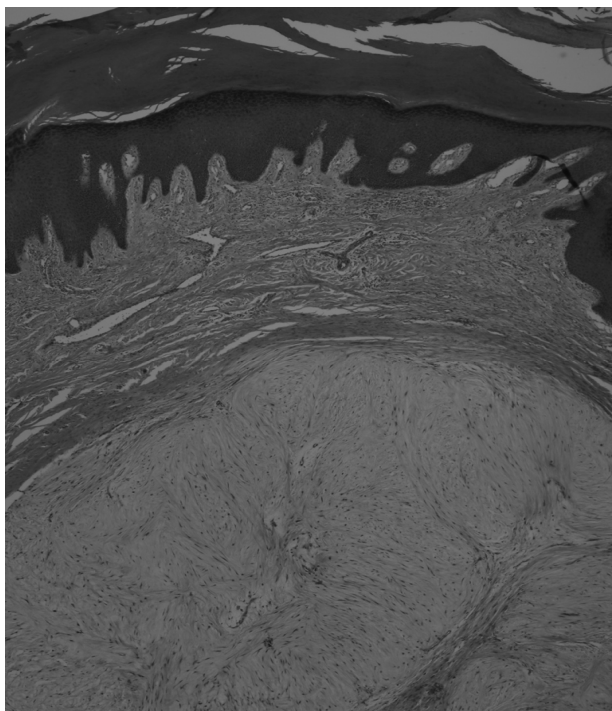


Figure 2 : Spindle and stellate cells arranged in a loose storiform, pattern embedded in a myxocollagenous stroma. (hematoxylin-eosin, original magnification x 40)

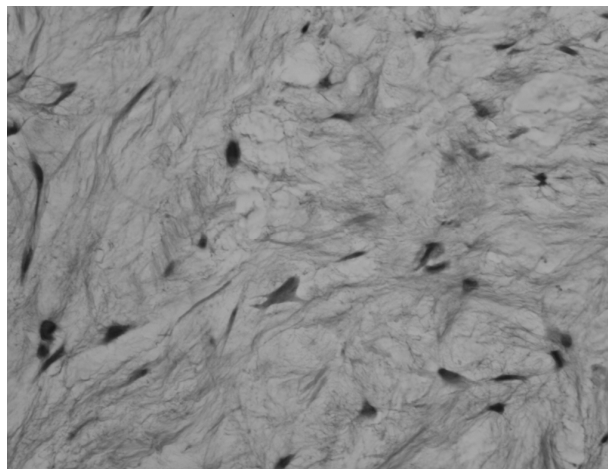
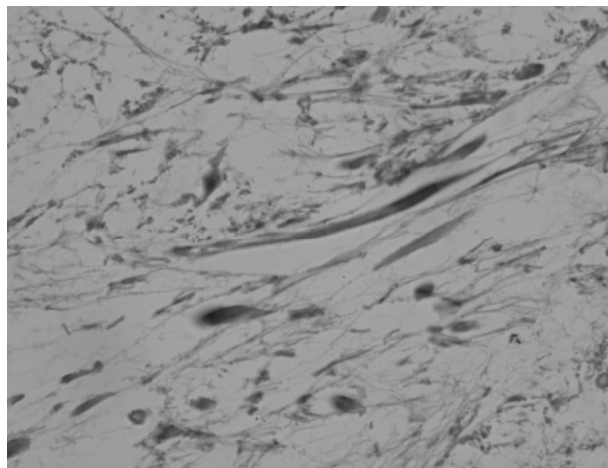


Figure 3 : CD10 show positive staining in neoplastic cells. (Immunostain x 100)



References

1. Fetsch JF, Laskin WB, Miettinen M. Superficial acral fibromyxoma: a clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 37 cases of a distinctive soft tissue tumor with a predilection for the fingers and toes. *Human Pathol* 2001; 32: 704-14.

Ehsen Ben Brahim¹, Mohamed Bouabdellah², Fatma Khanchel¹, Raja Jouini¹, Selma Abdelmoula¹, Aschraf Chadli-Debbiche¹

¹Department of Pathology, Habib Thameur Hospital. Tunis.

²Department of Orthopaedics, Charles Nicolle Hospital. Tunis.

Tunis Medical School

Tunis El Manar University