

grand axe, douloureuse, bosselée et ulcérée par endroits, associée à un magma d'adénopathies jugulo-carotidiennes droites. L'examen TDM a objectivé une masse infiltrante du cuir chevelu, en regard de l'os pariétal droit, mesurant 47x13 mm de grand axe, mal limitée, se rehaussant après injection de produit de contraste sans atteinte osseuse ni de lésion parenchymateuse cérébrale. L'examen tomodensitométrique thoraco-abdomino-pelvien a montré la présence de 7 nodules pulmonaires bilatéraux dont la taille variait entre 2 et 10 mm. La biopsie de la lésion n'a pas été concluante du fait d'un caractère fibreux du prélèvement qui n'a pas permis de préciser la différenciation épithéliale ou mésenchymateuse de la tumeur. Le diagnostic de SEP a été établi sur la 2ème biopsie chirurgicale devant l'aspect de prolifération tumorale dermo-hypodermique de cellules volumineuses à cytoplasme abondant éosinophile à noyaux ronds volumineux fortement nucléolés avec nombreuses mitoses, avec positivité en immunohistochimie pour la Cytokératine(CK) et la vimentine(Vim) (fig2). La patiente est rapidement décédée après un cycle d'adriamycine et d'ifosfamide

Figure 1 : masse ulcérée du cuir chevelu

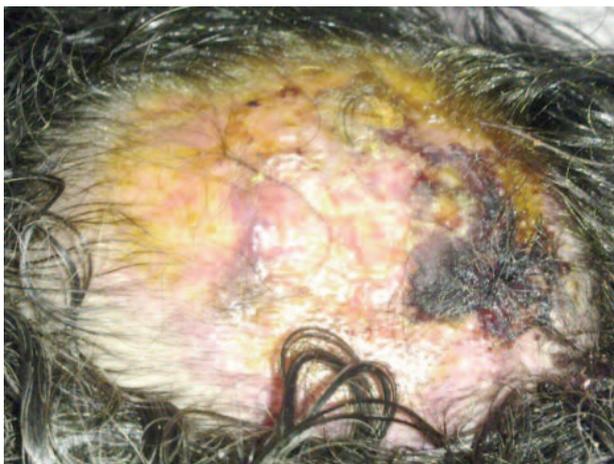
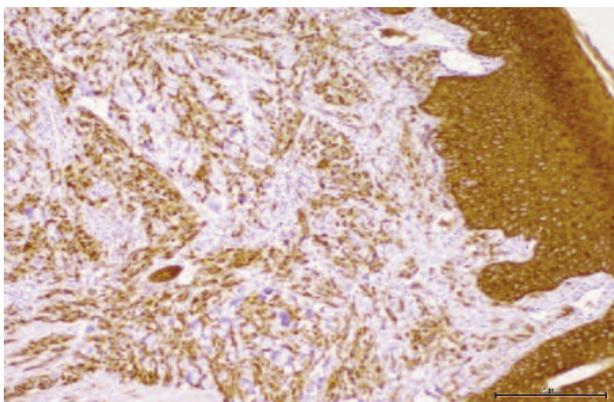


Figure 2 : positivité de la la vimentine en immunohistochimie



Conclusion

Les sarcomes épithélioïdes sont de pronostic défavorable avec des taux élevés de récurrence locale, ganglionnaire et métastatique.

Du fait de leurs caractéristiques cliniques et histologiques, leur diagnostic est souvent confondu avec une lésion bénigne amenant à une prise en charge retardée.

Le nombre limité d'études, incluant peu de patients, ne permettent pas de codifier une prise en charge optimale pour ce genre de sarcomes. L'identification de cibles moléculaires sélectives peut aboutir à de nouvelles thérapeutiques.

Références

- [1] Spillane AJ, Thomas JM, Fisher C. Epithelioid sarcoma: the clinicopathological complexities of this rare soft tissue sarcoma. *Ann Surg Oncol.* 2000;7:218-25.
- [2] Guillou L, Wadden C, Coindre JM, et al. "Proximal-type" epithelioid sarcoma, a distinctive aggressive neoplasm showing rhabdoid features. Clinicopathologic, immunohistochemical, and ultrastructural study of a series. *Am J Surg Pathol.* 1997;21:130-146.

A propos d'un cas de métastase amygdalienne d'un carcinome à grande cellules du poumon opéré et traité par chimiothérapie

Daghfous Hafaoua¹, Kotti Amina¹, Ayadi Aida², Belloumi Nidal¹, Ben Miled Khaoula³, Kilani Tarak⁴, Tritar Fatma¹

1 : Service de pneumologie pavillon C, Hôpital Abderrahmen Mami, Ariana

2 : Service d'anatomopathologie, Hôpital Abderrahmen Mami, Ariana

3 : Service d'imagerie, Hôpital Abderrahmen Mami, Ariana

4 : Service de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, Hôpital Abderrahmen Mami, Ariana.

Les métastases amygdaliennes sont rares (1). Il s'agit le plus souvent de métastase de mélanome, de cancer du rein, de l'estomac ou du pancréas (2,3). Quelques cas de métastases amygdaliennes de cancer broncho-pulmonaire type carcinome neuroendocrine à petites cellules ont été décrits dans la littérature (1, 4).

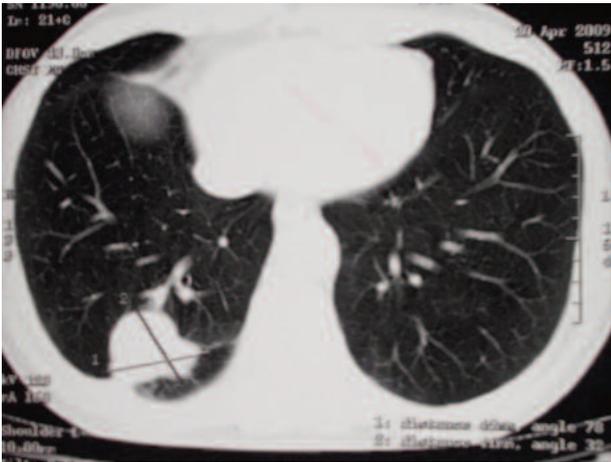
Nous nous soulignons les difficultés de l'approche diagnostique d'une métastase amygdalienne d'un carcinome à grande cellules du poumon diagnostiqué 4 mois après traitement par chimiothérapie associé à une lobectomie inférieure droite et une surrénalectomie droite.

Observation

Patient âgé de 63 ans, tabagique à 40 paquets année sevré il y a 4 ans, sans antécédents pathologiques a été hospitalisé pour hémoptysie de faible abondance récidivante et douleurs basithoraciques droite. L'examen physique a été normal. La radiographie du thorax a montré une opacité hétérogène, grossièrement arrondie, à limites floues réalisant des

prolongements en pattes de crabe et siégeant au niveau du lobe inférieur droit. La fibroscopie bronchique a visualisé un bourgeon tumoral à surface nécrotique qui obstrue complètement l'origine de la segmentaire médio-basale droite. Les biopsies bronchiques et la cytologie du liquide bronchique ont conclu à un carcinome non micro-cellulaire largement nécrosé. Le scanner thoraco-abdominal a objectivé une masse tissulaire siégeant au niveau du segment postéro-basal du lobe inférieur droit de 50 x 40 mm de diamètre associée à des adénopathies hilaires droites, des adénopathies latéro-trachéales droites et sous carénares (Figures n°1) et une masse tissulaire surrénalienne droite hétérogène, assez bien limitée, de 55x53 mm de grand axe.

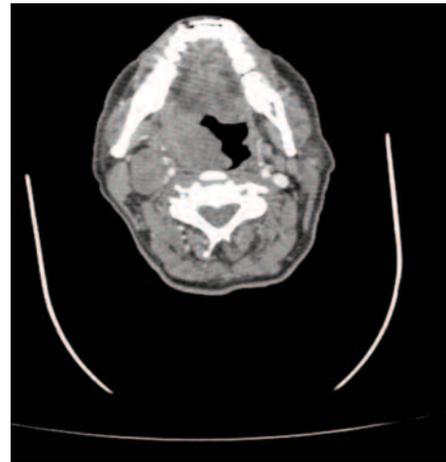
Figure 1 : scanner thoracique (coupes médiastinale + parenchymateuse). Masse tissulaire au niveau du segment postéro-basal du lobe inférieur droit associée à des adénopathies hilaires droites, des adénopathies latéro-trachéales droites et sous carénares.



Le diagnostic de carcinome non micro-cellulaire du poumon classé stade IV (T2bN2M1b) a été retenu. Le patient a eu ainsi 3 cures de chimiothérapie associant un sel de platine (Cisplatine) et Gemcitabine. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien de contrôle a montré une diminution de 60% de la taille de la masse tumorale pulmonaire, une diminution de la taille des adénopathies devenues infra-centimétriques mais et une augmentation de la taille de la masse surrénalienne (65 x 58 mm). Le scanner cérébral et la scintigraphie osseuse sont normaux. L'indication opératoire d'une surrénalectomie droite a été posée, puisqu'il s'agit d'une métastase unique et réalisée sans incidents. L'étude anatomo-pathologique de la pièce opératoire a conclu à une métastase surrénalienne d'un carcinome à grandes cellules. Puis, le patient a eu une lobectomie inférieure droite. Les suites opératoires sont simples. L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire montre un parenchyme pulmonaire remanié dystrophique et inflammatoire, sans processus tumoral, les recoups bronchiques et vasculaires sont saines et les ganglions pédiculaires, sous carénares, inter-lobaires et pré-carénares sont réactionnels. Six semaines après la chirurgie de la surrénale, le patient a eu 3 autres cures de chimiothérapie à base

de Cisplatine et Gemcitabine. L'évolution a été marquée par l'apparition 4 mois après la lobectomie inférieure droite, d'une dysphonie d'aggravation progressive, de douleurs oropharyngées à type de brûlures et d'une hémoptysie de moyenne abondance. L'examen de la gorge a mis en évidence une masse nécrotique pharyngée droite mesurant 3 cm de grand axe et saignant spontanément. La tomодensitométrie cervicale et thoraco-abdominale a montré à l'étage cervical une masse tissulaire se développant au dépend de la muqueuse oropharyngée latéralisée à droite mesurant 35 mm de grand axe, se rehausse faiblement au produit de contraste et respecte la graisse para-pharyngée en regard. Il existe une volumineuse adénomégalie sous angulo-maxillaire homolatérale mesurant 30 mm de diamètre, absence d'adénomégalie cervicale, l'artère carotide et la veine jugulaire interne homolatérale sont perméables, les glandes parotides, sous-maxillaires et thyroïde sont de morphologie normale et les fosses de Rosen Muller et tubulaire sont libres (Figures n°2).

Figure 2 : scanner cervical. Masse tissulaire oropharyngée latéralisée à droite, se rehausse faiblement au produit de contraste, respecte la graisse para-pharyngée en regard et adénomégalie sous angulo-maxillaire homolatérale.



A l'étage thoracique et abdominal, on note l'absence de récurrence tumorale. La biopsie de la masse oro-pharyngée a révélé une prolifération tumorale carcinomateuse indifférenciée surmontée par une fausse membrane nécrotique. Les cellules tumorales en nappe sont de grande taille globuleuse à limites mal définies avec un cytoplasme faiblement basophile de moyenne abondance. Les noyaux sont atypiques, nucléolés et parfois bourgeonnants. L'étude immunohistochimique montre une positivité des cellules tumorales à la vimentine et à la cytokeratine. Le TTF1 et les marqueurs lymphoïdes sont négatifs. Ces aspects anatomopathologiques cadrent avec une localisation amygdalienne d'un carcinome à grandes cellules indifférencié (Figures n°3 et 4). Une radiothérapie cervicale était réalisée mais sans effet, suivi d'une trachéotomie indiquée en urgence devant l'apparition d'un état d'asphyxie. Le patient a eu ensuite une chimiothérapie de 2ème ligne (pemetrexed), mais décédé 2 mois après la fin de la chimiothérapie dans un tableau d'asphyxie.

Figure 3 : biopsie amygdalienne. Nappes de cellules de grande taille munies de gros noyaux nucléolés parfois monstrueux

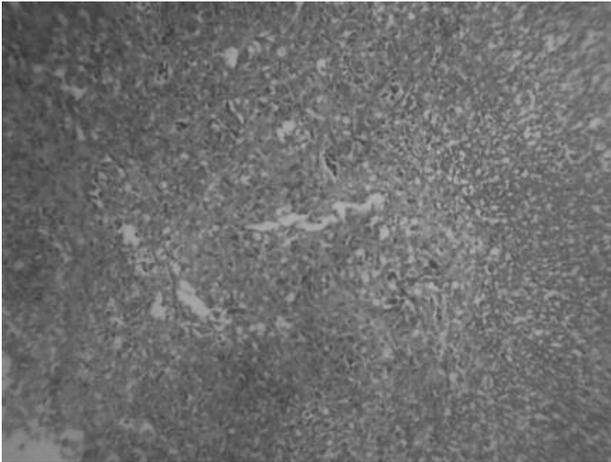
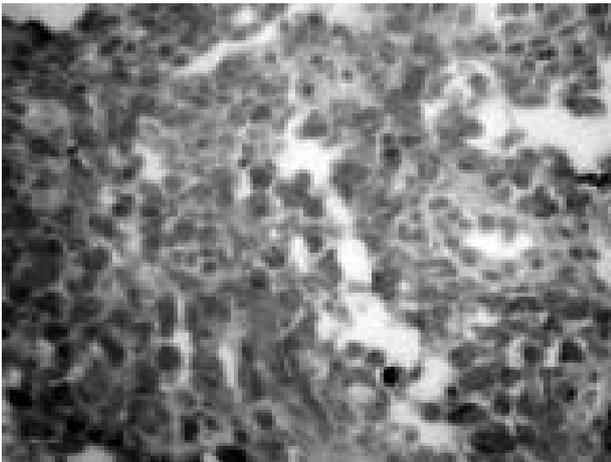


Figure 4 : biopsie amygdalienne. Nappes de cellules de grande taille munies de gros noyaux nucléolés parfois monstrueux



Conclusion

Nous rapportons une observation clinique originale d'une métastase amygdalienne d'un cancer broncho-pulmonaire type carcinome à grande cellule alors que la tumeur primitive est contrôlée. Un seul cas de métastase amygdalienne de carcinome à grande cellule a été décrit par Murakawa en 2001 (5) et notre patient est le 2ème cas rapporté. Le traitement des métastases amygdaliennes est palliatif regroupe la radiothérapie qui permet de réduire la taille de la tumeur (3, 5). Les métastases amygdaliennes sont de mauvais pronostic avec une médiane de survie inférieure à 9 mois (6). Un traitement par EGFR permet d'améliorer la survie sans progression qui a passé de 4,7 mois à 58,8 mois (1, 6)

Références

1. Hong W, Wang X, Yu XM, Chen B, Ding GJ, Zhang YP. Palatine tonsillar metastasis of lung cancer during chemotherapy. *Int J Clin Exp Pathol* 2012; 5: 468-71.
2. Mastronikolis NS, Tsiropoulos GE, Chorianopoulos D, Liava AC, Stathas T, Papadas TA. Palatine tonsillar metastasis from lung adenocarcinoma. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2007; 11: 279-82.
3. Bozza F, Piantanida R, Pellini R, Spriano G. Palatine tonsillar metastasis from small cell carcinoma of the lung. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2000; 20: 281-3.
4. Murakawa T, Nakajima J, Fukami T, Tanaka M, Takeuchi E, Takamoto S. Tonsillar metastasis from large cell carcinoma of the lung. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg* 2001; 49: 377-80.
5. Bozza F, Piantanida R, Pellini R, Spriano G. Palatine tonsillar metastasis from small cell carcinoma of the lung. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2000; 20: 281-3.
6. Gottschling S, Penzel R, Pelz T, Herpel E, Schnabel PA, Dyckhoff G, Thomas M, Kuhnt T. KRAS-mutation positive, metastatic tonsil carcinoma with cancer stem-like cell features and long-term response to gefitinib: a case report and review of the literature. *J Clin Oncol* 2011; 29: e616-9.