

Références

1. Patel VS, Saint-Louis JD, Oduntan O, Landolfo KP. Intrathoracic peripheral nerve sheath tumors in patients with neurofibromatosis type 1. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2006;131:736-7.
2. Bertoletti L, Sztrymf B, Tourneux H, Humbert M, Vergnon J-M. Complications pulmonaires de la neurofibromatose. *EMC Pneumologie* 2008, 6- 062- D-50.
3. Ayed Della S, Kotti A, BenSik Ali H, Ayed S, Fekih Hassen M, S. Elatrous S. Pneumothorax spontané et maladie de Recklinghausen : À propos d'un cas. *Revue de Pneumologie clinique* 2012 ; 68 :202-204.
4. Zamora AC, Collard HR, Wolters PJ, Webb WR, King TE. Neurofibromatosis-associated lung disease: a case series and literature review. *Eur Respir J* 2007; 29:210- 4.

Métastase gastrique d'un hémangiopéricyctome méningé malin

Aida Khadhar¹, Alia Zehani¹, Yassine Ben Safta², Mohamed Amine Bani¹, Ines Chelly¹, Slim Haouet¹, Nidhameddine Kchir¹

1-Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologique - hôpital la Rabta / faculté de médecine de Tunis

2-hôpital Charles Nicolle / faculté de médecine de Tunis

L'hémangiopéricyctome est une tumeur mésenchymateuse rare dérivant des péricytes [1]. Elle représente moins de 1% des tumeurs intracrâniennes [1,2]. Son pronostic est plus péjoratif que les méningiomes avec lesquels elle a été longtemps confondue [1]. L'hémangiopéricyctome central présente un taux élevé de récives locales variant de 42% à 90% et un potentiel métastatique élevé avec un taux de métastases extra crâniennes estimé à 20% [1-3]. Les sites métastatiques les plus fréquents sont: l'os, le foie, le poumon et la peau [1,4]. La localisation secondaire gastrique est extrêmement rare [1].

Nous rapportons dans ce travail un cas d'hémangiopéricyctome gastrique secondaire survenant six ans après le diagnostic d'un hémangiopéricyctome méningé malin.

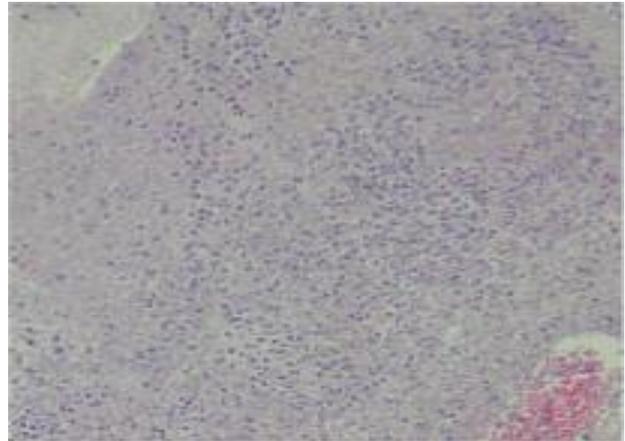
Observation

Il s'agissait d'un patient âgé de 60 ans, opéré six ans auparavant d'un hémangiopéricyctome méningé malin temporal gauche. Le patient ne présentait aucune symptomatologie digestive au moment du diagnostic. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien ne mettait pas en évidence d'autres lésions notamment gastrique. Le patient reconsultait pour une masse épigastrique douloureuse, d'apparition progressive, sans vomissements ni troubles du transit.

Une échographie abdominale était réalisée. Elle objectivait une volumineuse masse tissulaire vascularisée au Doppler, développée au dépens de l'antrum gastrique et mesurant 14 cm de grand axe. L'imagerie par résonance magnétique révélait une volumineuse masse à point de départ antro-pylorique et à développement exophytique. Celle ci s'étendait à l'hypochondre droit, venant au

contact de la face inférieure du foie et refoulant le colon transverse vers le bas. Cet aspect radiologique évoquait en premier lieu une tumeur stromale. Une biopsie scanno-guidée de la masse était réalisée. L'examen histopathologique mettait en évidence une prolifération tumorale maligne densément cellulaire et largement nécrosée (Figure 1).

Figure 1 (HE x 100) : Prolifération tumorale densément cellulaire siège de larges foyers de nécrose.



Elle était faite de cellules fusiformes agencées en nappes diffuses avec une orientation anarchique. Ces cellules s'organisaient autour d'un important réseau de capillaires branchés et ramifiés « en bois de cerf » réalisant une architecture hémangiopéricyctaire (Figure 2).

figure 2 (HE x 200) : Agencement des cellules tumorales autour de vaisseaux ramifiés « en bois de cerf » réalisant une architecture hémangiopéricyctaire.



Elles étaient dotées d'un cytoplasme éosinophile peu abondant. Les noyaux étaient ovoïdes, volumineux, volontiers atypiques et hyperchromatiques (Figure 3). L'index mitotique était estimé à 6 mitoses par 10 champs au fort grossissement. Par ailleurs, il existait de larges foyers hémorragiques.

Une étude immunohistochimique utilisant le panel d'anticorps anti - CD 99, anti - Bcl 2, anti - CD 34 anti - CD 117, anti- Dog 1 et anti-facteur VIII, était réalisée. Les cellules tumorales exprimaient de façon intense et diffuse le CD 99 et le Bcl 2. Elles étaient focalement marquées par l'anticorps anti - CD 34 (Figures 4).

Figure 3 (HE x 400) : Cellules tumorales munies de volumineux noyaux, atypiques, pléomorphes et mitotiques.

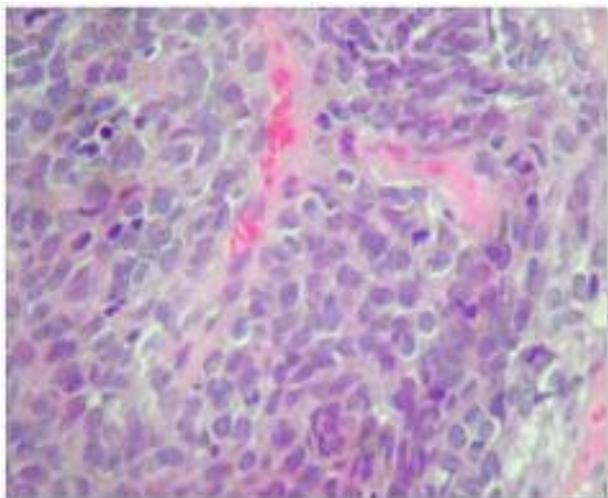
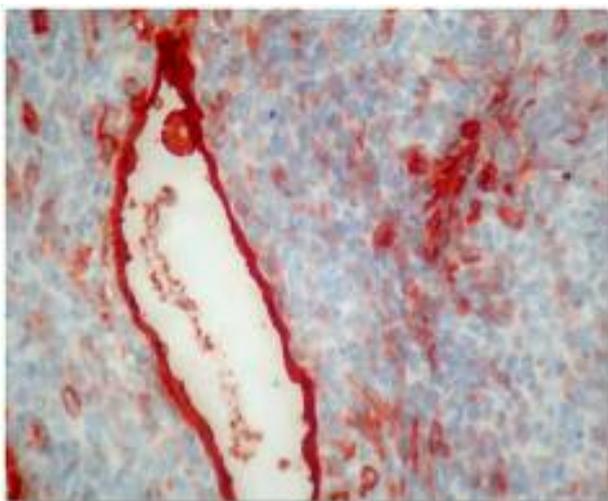


Figure 4 (IHC x 400) : Expression focale du CD 34 par les cellules tumorales.



Par ailleurs, les cellules tumorales n'exprimaient pas le CD 117 et le Dog 1, éliminant une tumeur stromale gastrique. Le facteur VIII était également négatif. Les aspects histologiques et immunohistochimiques étaient ceux d'un hémangiopéricytome anaplasique. Le diagnostic d'une localisation secondaire gastrique d'un hémangiopéricytome méningé malin était retenu devant : les antécédents d'hémangiopéricytome malin cérébral il y a 6 ans, un bilan d'extension initial négatif et le résultat de l'étude immunohistochimique (CD117- et Dog1-). Le patient était traité par chimiothérapie.

Conclusion

L'hémangiopéricytome malin est une nouvelle entité récemment décrite [2]. C'est une tumeur agressive avec un potentiel métastatique élevé [1-3]. La localisation gastrique secondaire est extrêmement rare [1]. Son pronostic est défavorable, ce qui justifie une surveillance rapprochée [1,3,4].

Références:

1. Nickerson TP, Fahy AS, Bingener J. Laparoscopic resection of intra-abdominal metastasis from intracranial hemangiopericytoma. *Int J Surg Case Rep* 2015;15:50-3.
2. Doxtader EE, Mukhopadhyay S, Prayson RA. Solitary lung metastasis from intracranial hemangiopericytoma 18 years after initial resection. *J Clin Neurosci* 2015;22:1210-2.
3. Schiaviti M, Goetz P, El-Maghraby H, Tailor J, Kitchen N. Hemangiopericytoma: long-term outcome revisited. *Clinical article. J Neurosurg* 2011;114:747-55.
4. Melone AG, D'Elia A, Santoro F et al. Intracranial hemangiopericytoma-our experience in 30 years: a series of 43 cases and review of the literature. *World Neurosurg* 2014;81:556-62.