



Métastase d'un cancer bronchopulmonaire à petites cellules dans la glande submandibulaire : un nouveau cas

Metastasis of small cell bronchopulmonary cancer in the submandibular gland: a new case.

Sabrine Majdoub Fehri, Nesssrine kallel, Amina kotti, Ilhem Yanguï, Sami Kammoun

Hôpital Hédi Chaker / faculté de médecine de Sfax

RÉSUMÉ

Les métastases d'un cancer bronchopulmonaire dans la glande submandibulaire sont peu fréquentes.

Nous rapportons un cas de métastase dans la glande submandibulaire chez un patient ayant un cancer bronchopulmonaire à petites cellules ayant eu une chimiothérapie avec stabilité de la maladie.

Mots-clés: métastases, glande submandibulaire, cancer bronchopulmonaire à petites cellules

SUMMARY

The metastases of bronchopulmonary cancer in the submandibular gland are infrequent.

We report a case of metastasis in the submandibular gland in a patient with small cell lung cancer who had chemotherapy with disease stability.

Key words: metastases/ submandibular gland / small cell bronchopulmonary cancer

Correspondance

Sabrine Majdoub Fehri
Hôpital Hédi Chaker / faculté de médecine de Sfax
sabrinemajdoubfehri@gmail.com

INTRODUCTION

Bien que rapportées dans la littérature, les métastases au niveau des glandes salivaires majeures restent très rares. La localisation au niveau de la glande parotidienne est la plus fréquente. Les glandes submandibulaires sont rarement décrites comme localisation métastatique. Les tumeurs primitives les plus pourvoyeuses de métastases au niveau des glandes salivaires sont les mélanomes et les carcinomes à cellules squameuses. (1) Nous rapportons le cas d'une métastase au niveau de la glande submandibulaire d'un carcinome à petites cellules du poumon.

OBSERVATION

Il s'agissait d'un patient âgé de 52 ans, aux antécédents de psychose maniaco-dépressive sous traitement, d'un syndrome d'apnées de sommeil sévère et d'une BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive) sous traitement de fond. Le patient était suivi dans notre service pour un hamartochondrome pulmonaire gauche confirmé histologiquement. Une radiographie du thorax réalisée dans le cadre d'un bilan périodique a découvert, une opacité d'apparition récente au niveau du lobe inférieur gauche (figure 1). Le scanner thoracique a mis en évidence un processus ganglio-tumoral médiastino-pulmonaire hilair gauche qui arrive au niveau du péricarde, et associé à des multiples adénopathies médiastinales (figure 2). La fibroscopie bronchique a objectivé une formation bourgeonnante blanchâtre, située à moins de 2 cm de la carène obstruant presque toute la lumière de la bronche souche gauche. L'examen anatomopathologique a révélé : un carcinome neuroendocrine à petites cellules. Au terme du bilan d'extension à distance la maladie était classée « carcinome à petites cellules localisé » et la décision était de faire une chimiothérapie et une radiothérapie thoracique curative. Cependant et du fait de l'état fonctionnel du poumon (hypoxie avec une saturation de 60%), la radiothérapie a été renoncée et le patient a eu donc 6 cures de chimiothérapie, ce qui a entraîné une stabilité objectivée sur le scanner thoraco-abdomino-pelvien fait en fin du traitement. Le patient a consulté, un mois après la fin du traitement pour une altération de l'état général. L'examen a noté une asymétrie faciale avec la présence d'une masse sous maxillaire droite non douloureuse et sans signes inflammatoires en regard.



Figure 1. radiographie de thorax : opacité paracardiale gauche grossièrement arrondie

L'aspect en imagerie par résonance magnétique (IRM) cervico-faciale était en faveur d'une masse tumorale maligne de la glande sub-mandibulaire droite à développement exophytique de contours irréguliers en hyposignal T1 et en hyper signal T2 avec une prise de contraste modérée après injection de gadolinium (figure 3). La cyto-ponction de la glande submandibulaire droite a mis en évidence à l'examen cytologique la présence d'un étalement très riche en cellules de tailles moyennes à grandes avec un noyau volumineux hyperchromatique de contours irréguliers et à cytoplasme peu abondant basophile. Ces cellules s'organisent en nappes avec quelques aspects d'emboîtement cellulaire ; les mitoses sont fréquentes, il existe de nombreux débris nucléaires. A l'immunohistochimie, les cellules tumorales exprimaient fortement le CD56 et le TTF1, le marquage pour la kératine était focal en dot, alors qu'il était négatif pour le CD20. Donc, il s'agissait bien d'une métastase submandibulaire d'un carcinome neuroendocrine du poumon de type à petites cellules avec composante à grandes cellules. Le dossier du patient était rediscuté en RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire) et la décision était de faire une chimiothérapie de deuxième ligne. L'évolution était marquée par l'altération rapide de l'état général du patient, le développement d'une insuffisance respiratoire chronique nécessitant sa mise sous oxygénothérapie au long cours à domicile et le décès du patient.

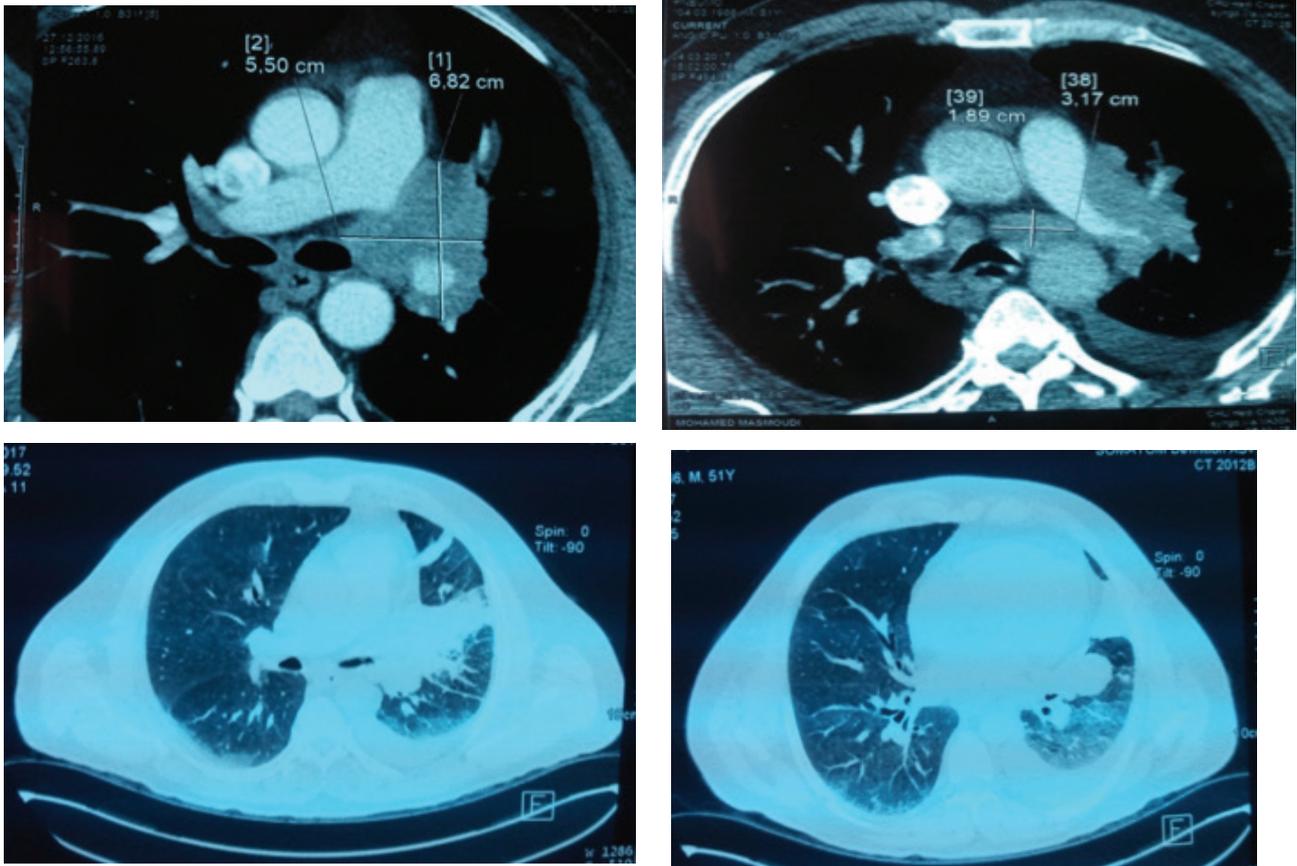


Figure 2. TDM thoraco abdomino pelvienne : processus gangliotumoral médiastino pulmonaire hilare gauche localement avancé associé à des multiples adénopathies médiastinales. Hamartocondrome du poumon gauche

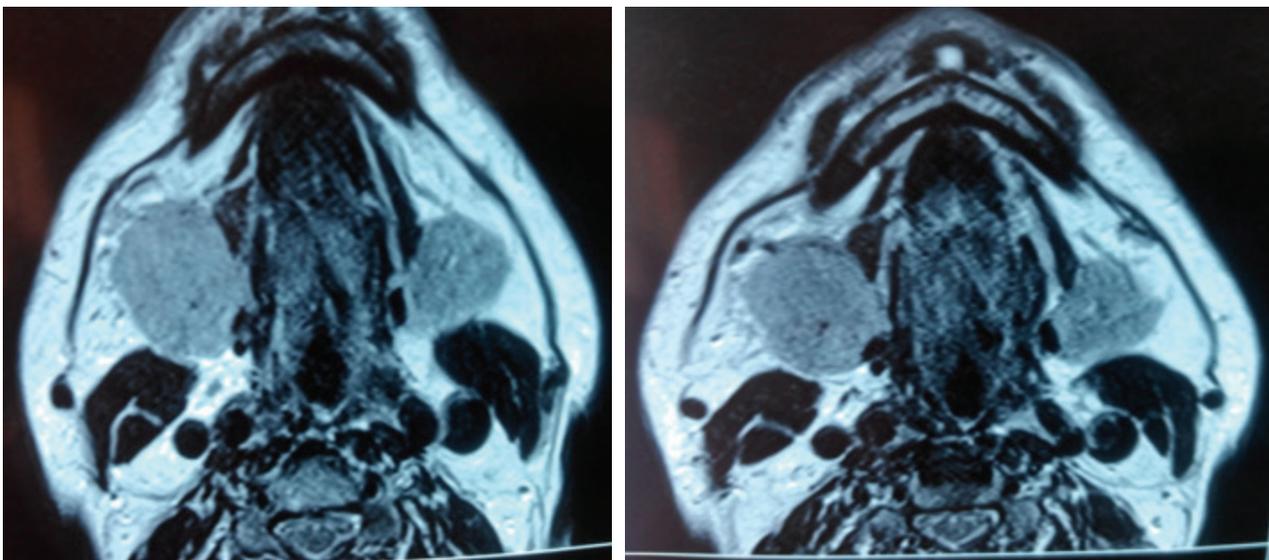


Figure 3. IRM cervicale : masse tumorale maligne de la glande sub-mandibulaire droite à développement exophytique de contours irréguliers en hyposignal T1 et en hyper signal T2 avec une prise de contraste modérée après injection de gadolinium. Elle mesure 36*32 mm dans le plan axial et 27 mm de hauteur.

DISCUSSION

Les métastases au niveau des glandes salivaires, bien que bien documentées, sont rares (1). Elles représentent 1 à 4 % des tumeurs de la tête et du cou et approximativement 0,4 % de toutes les tumeurs (2-4). Elles touchent les hommes et les femmes de façon identique (5).

Dix à 15% des tumeurs malignes des glandes salivaires intéressent les glandes sous-mandibulaires (1-3) et seulement, 10 à 15 % de ces tumeurs sont des métastases. Les tumeurs des glandes sub-mandibulaires sont plus rares que les tumeurs des glandes parotides mais elles sont plus souvent malignes que ces dernières (6-7). Grage et Lober (8) dans leur série comportant 68 tumeurs malignes des glandes salivaires, 3 cas seulement étaient des métastases, avec comme primitif un carcinome mammaire dans un cas et une tumeur de la région de la tête et du cou dans les deux autres cas. Salomon et ses collaborateurs (9) ont rapporté un seul cas de métastases sous-mandibulaires d'un carcinome du sein, et Januska et Leban (10) ont également rapporté un seul cas, secondaire à un cancer du poumon. Dans chacun de ces cas, la tumeur primitive était déjà connue et diagnostiquée.

L'incidence de l'atteinte des glandes salivaires secondaires au cours d'un carcinome pulmonaire est très faible. Dans leur série de plus de 3000 cancers du poumon, Ochsner et DeBaakey (11) ne mentionnent aucun cas. La revue de la littérature montre que les métastases au niveau de la glande submandibulaire sont rares et qu'elles se développent plusieurs années après la tumeur primaire. (12) Dans le cas rapporté, il s'agissait d'une métastase survenant après traitement et stabilité de la tumeur primitive connue par sa chimiosensibilité.

Dans la littérature, les métastases dans la glande submandibulaire révélatrices d'un cancer à petites cellules du poumon selon notre connaissance n'était retrouvé que dans un seul cas, rapporté par Brodsky (13). Les tumeurs de la glande sous mandibulaire se présentent généralement sous forme d'une tuméfaction indolore de croissance lente. La malignité est à suspecter devant une tuméfaction sous mandibulaire dure, douloureuse, et plus ou moins fixe au plan superficiel et ou profond. (14,15)

L'imagerie occupe une place importante dans le diagnostic des tumeurs des glandes salivaires dominée par l'imagerie par résonance magnétique (IRM). L'échographie avait été longtemps considérée comme

un examen clé de l'exploration des tumeurs des glandes salivaires ce qui n'est plus le cas. (16)

Le diagnostic définitif est histologique. La biopsie par aspiration ou la biopsie à l'aiguille fine sont les méthodes de choix pour la détermination de l'histologie des masses dans la région maxillo-faciale (17).

Le diagnostic différentiel des tumeurs secondaires est particulièrement difficile lorsque l'architecture histologique est similaire à celle des véritables tumeurs primitives des glandes salivaires. Des similitudes sont observées dans les carcinomes à cellules squameuses, dans les adénocarcinomes et dans les carcinomes à cellules claires. Les tumeurs primaires des glandes salivaires à différenciation cellulaire claire sont observées dans les tumeurs muco-épidermoïdes, les tumeurs à cellules acineuses, les carcinomes des voies salivaires et les carcinomes sébacés (18). Contrairement à ces tumeurs, les tumeurs métastatiques à cellules claires du cancer du rein présentent une architecture plus hétérogène, une forte vascularisation et une invasion fréquente dans les vaisseaux. Les observations sur les «carcinomes à petites cellules» des glandes salivaires (19-21) doivent être interprétées de manière critique par rapport à une éventuelle tumeur primitive issue de l'arbre bronchique.

CONCLUSIONS

Les métastases du cancer bronchopulmonaire à petites cellules au niveau des glandes submandibulaire est très rare. A notre connaissance notre malade est le troisième cas rapporté. La pathologie tumorale de la glande submandibulaire est complexe, son diagnostic est orienté par l'analyse des arguments cliniques et radiologiques et repose sur l'analyse anatomopathologique. Son association à un cancer bronchopulmonaire vient assombrir d'avantage le pronostic.

RÉFÉRENCES

1. Brodsky, Gilbert et al: Metastasis to the submandibular gland as the initial presentation of small cell ("oat cell") lung carcinoma. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, Volume 58, Issue 1, 76 – 80, 1984.
2. Moss ALH. Metastatic tumor in the submandibular salivary gland. *Br J Plast Surg* 1983;36:79-80.
3. Roh JL, Choi SH, Lee SW, Cho KJ, Nam SY, Kim SY. Carcinomas arising in the submaxillary gland: high propensity of systemic failure. *J Surg Oncol* 2008;97:533-7.

4. Sarda AK, Pandey D, Bhalla SA, Goyal A. Isolated submandibular gland metastasis from an occult papillary thyroid cancer. *Indian J Cancer* 2004;41:89-91.
5. Rosenfeld L, Sessions DG, McSwain B, Graves H. Malignant tumors of salivary gland origin: 37-year review of 184 cases. *Ann Surg* 1966;163:726-34.
6. Seifert G, Hennings K, Caselitz J. Metastatic tumors to the parotid and submandibular glands. Analysis and differential diagnosis of 108 cases. *Pathol Res Pract* 1986;181:684-92.
7. Spiro RH, Hadju SI, Strong EW. Tumors of the submaxillary gland. *Am J Surg* 1976;132:463-8.
8. Grage TB, Lober PH: Malignant tumors of the major salivary glands. *Surgery* 52: 284-294, 1962.
9. Solomon MP, Rosen Y, Gardner B: Metastatic malignancy in the submandibular gland. *ORAL SURG* 39: 169-473. 1975.
10. Januska JR, Leban SC: Pulmonary metastasis to the submandibular gland. *J Oral Surg* 36: 40-51, 1978.
11. Ochsner A, DeBaakey M: Significance of metastasis in primary carcinoma of the lungs; report of two cases with unusual site of metastasis. *J Thorac Surg* 11: 357-387, 1942.
12. Clémence Escaith, Tommaso Lombardi, Métastase d'un cancer du sein dans la glande submandibulaire : un nouveau cas, *Med Buccale Chir Buccale* 19 (4) 267-272 ,2013.
13. Brodsky, Gilbert & B. Rabson, Arnold. (1984). Metastasis to the submandibular gland as the initial presentation of small cell lung carcinoma. *Oral surgery, oral medicine, and oral pathology*. 58. 76-80. 10.1016/0030-4220(84)90368-2.
14. Rice DH.Malignant Salivary Gland Neoplasm. *Otolaryngol ClinNorth Am*. 1999 Oct;32(5):875-86.
15. Westra WH. The Surgical pathology of salivary gland neoplasms. *Otolaryngol ClinNorth Am*. 1999 Oct;32(5):919-43.
16. Halimi P, Gardner M, Petit F.Les tumeurs des glandes salivaires. *Cancer Radiother*. 2005; 9(4) :251-60.
17. Sykes AJ, Slevin NJ, Birzgalis AR, et al: submandibular gland carcinoma; an audit of local control and survival following adjuvant radiotherapy. *Oral Oncol* 35:187,1999.
18. Seifert G, Donath K (1978) Uber das Vorkommen sog. heller Zellen in Speicheldriisentumoren. *Ultrastruktur und Differentialdiagnose. Z Krebsforsch* 91: 165-182
19. Koss LG, Spiro RH, Hadju S (1972) Small cell (oat cell) carcinoma of the minor salivary gland origin. *Cancer* 30: 737-741
20. Kraemer BB, Mackay B, Batsakis JG (1983) Small cell carcinomas of the parotid gland. A clinicopathologic study of three cases. *Cancer* 52: 2115-2121
21. Wirman JA, Battifora HA (1976) Small cell undifferentiated carcinoma of the salivary gland origin. An ultrastructural study. *Cancer* 137: 1840-1848