

Tératome intra pulmonaire. A propos d'un cas



AJC Rakotoarisoa*¹, P Tsiaviry¹, A Ramorasata²,
L Rabarioelina³, JF Kapisy³, A Ranaivozanany³

¹ Service de Chirurgie Cardio-vasculaire et Thoracique, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

² Service de Réanimation Chirurgicale, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

³ Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Résumé

La localisation intra pulmonaire des tératomes est inhabituelle. La forme maligne de cette pathologie constitue une éventualité rare et particulière des cancers du poumon. Nous rapportons un cas de tératome intra pulmonaire de forme maligne chez une femme de 52 ans. Notre objectif, à travers ce cas, est de faire connaître cette pathologie et de réaliser une revue de littérature afin de soulever les aspects clinique, thérapeutique et évolutif.

Mots-clés: Chirurgie; Diagnostic; Evolution; Poumon; Tératome

Intrapulmonary teratoma: a case report

Summary

Pulmonary development of teratoma is uncommon. The malignant feature of intrapulmonary teratoma constitutes a particular entity of lung cancers. We report a case observed in a 52 year-old woman. We aim to present our case with revue of literature paying regard to clinical features, treatment and evolution.

Keywords: Diagnosis; Evolution; Lung; Surgery; Teratoma

Introduction

Les tératomes sont des malformations dues à une anomalie de l'organisation des feuilletts embryonnaires. Ils sont rares et leur localisation intra pulmonaire est inhabituelle [1,2]. Essentiellement bénins, les tératomes peuvent évoluer sur un mode cancéreux, en teratocarcinome, après une phase latente ou d'emblée [3,4]. Nous rapportons une observation de tératome intra pulmonaire (TIP) de forme maligne, dont les signes cliniques et radiologiques lors de l'admission sont communs avec les autres types histologiques de cancers pulmonaires. L'objectif de cette étude est de soulever l'aspect particulier d'une telle affection sur le plan diagnostique, thérapeutique et évolutif.

Observation

Madame Raz. Ber., mère d'une famille de trois enfants, 52 ans, était adressée dans le service de chirurgie cardiothoracique du Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona (CHU-JRA Antananarivo Madagascar) le mois de septembre 2002 pour des symptômes cliniques thoraciques, à type de douleur thoracique, dyspnée de décubitus, toux sèches chroniques, évoluant depuis environ un an. Dans ses antécédents, elle avait présenté, à l'âge de 25 ans, une tuberculose pulmonaire, traitée pendant huit mois selon le protocole antituberculeux en vigueur à Madagascar. L'examen physique était sans anomalie en dehors d'une crépitation de la base pulmonaire droite associée à une diminution des murmures vésiculaires et des vibrations vocales. Il n'y avait pas de ganglions périphériques suspects perçus à la palpation. La recherche de bacille acido-alcool-résistant (BAAR) et

des cellules anormales dans le liquide de lavage bronchique était négative. L'étude histologique des fragments de muqueuse bronchique et la recherche de réaction spécifique ou d'une prolifération cellulaire suspecte dans les limites du prélèvement, après une fibroscopie pulmonaire, restaient normales. La radiographie pulmonaire montrait la présence d'une masse à contour flou intéressant le lobe inférieur droit (Figure 1 et 2).

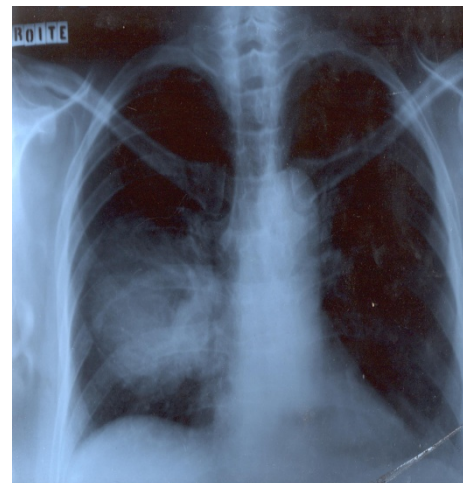


Fig. 1: Radiographie pulmonaire de face: masse occupant le lobe inférieur droit

La tomographie thoracique confirmait l'existence de cette masse sous forme d'une opacité au niveau du lobe inférieur, de siège périphérique et adhérent à la plèvre pariétale (Figure 3 et 4). Le médiastin était libre. Ailleurs, l'examen tomographique abdominal et cérébral ne montrait aucune anomalie. La scintigraphie osseuse était normale. La biologie objectivait une anémie,

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: hajajc@yahoo.fr (AJC Rakotoarisoa).

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie Cardio-vasculaire et Thoracique, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar



Fig. 2: Radiographie pulmonaire de profil: opacité de siège postérieur

une légère hyperleucocytose et une vitesse de sédimentation évaluée à 12mm à la première heure. L'exploration fonctionnelle respiratoire était dans la limite de la normale. Une lobectomie inférieure droite emportant la tumeur et une partie de la plèvre pariétale ainsi qu'un curage ganglionnaire étaient réalisés. L'évolution était simple et à J12 après le traitement chirurgical, la patiente avait pu quitter l'hôpital. Le résultat de l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire mettait en évidence un TIP de forme maligne (tératocarcinome intra pulmonaire) entouré par des structures de tératome bénin bien encapsulé. Les ganglions, dans la limite du prélèvement, ne présentaient aucun envahissement métastatique. Les bilans réalisés en post opératoire pour rechercher particulièrement des anomalies ovariennes et des métastases hépatiques revenaient négatifs. Pareillement, les dosages de l'alfa foeto-protéine (AFP) et du bêta HCG (hormone gonadique chorionique) étaient normaux. La surveillance multidisciplinaire régulière, clinique et paraclinique, pour dépister une récurrence éventuelle, n'objectivait jusqu'à maintenant avec sept ans de recul aucune lésion suspecte.

Discussion

Les tératomes sont des tumeurs de localisation et de structure anormales composées de tissus multiples, indifférenciés et de structure polymorphe en provenance des feuilletts ectodermique, mésodermique et endodermique, étrangers à la région qui l'environne et ne provenant pas d'elle [1]. Les trois feuilletts embryonnaires donnent des tératomes dits matures et bénins lorsque les dérivés tissulaires sont bien différenciés ou des tératomes immatures et potentiellement malins lorsque la tumeur est composée de tissus indifférenciés [1,2]. Les tératomes peuvent conserver des caractères fœtaux ou embryonnaires. Ils peuvent évoluer sur un mode cancéreux après une phase latente ou d'emblée [3,4]. Le tératome intra thoracique est rare et siège plus particulièrement dans le médiastin [5,6]. Les TIP regroupent les tératomes bénins et malins développés dans le parenchyme pulmonaire [1,2,7,8]. Actuellement, l'histogénèse du TIP reste encore mal connue [1,9,10]. En dehors d'une trichoptysie (émission de poils lors de l'expectoration), signe pathognomonique mais rarement observé, les signes cliniques du TIP sont très polymorphes

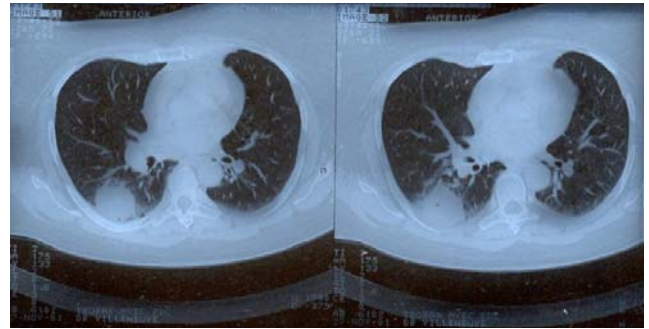


Fig. 3: Scanner pulmonaire: Opacité à contour irrégulier de siège postérieur au niveau du lobe inférieur droit

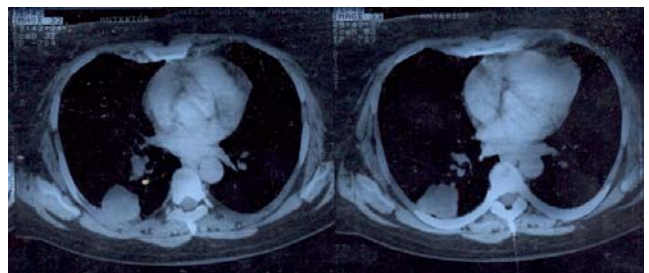


Fig. 4: Scanner pulmonaire: fenêtre médiastinale montrant la lésion

[2]. Il est souvent asymptomatique. La manifestation clinique dépend de la taille de la tumeur, de la nature histologique, des rapports anatomiques entre la tumeur et les organes voisins et/ou l'existence d'une complication. Notre observation ne montre pas de particularité clinique. La symptomatologie incluait une douleur thoracique et scapulaire, des toux sèches, une dyspnée de décubitus dorsal et une altération de l'état général. L'imagerie joue un rôle important dans cette pathologie car elle permet de visualiser la morphologie de la tumeur (contour, forme kystique, solide ou mixte), d'apprécier son extension et son retentissement sur les organes voisins ainsi que de préciser sa localisation pulmonaire primitive. Rappelons ici la valeur pathognomonique, pour poser le diagnostic du tératome, de la présence d'éléments organoïdes comme dents, poils et os dans la tumeur, absents dans notre cas [6,7,10]. Dans cette étude, la tomодensitométrie avait permis d'envisager avec de fortes probabilités le diagnostic d'une tumeur maligne. En pratique, le choix d'un examen radiologique dépend des disponibilités locales, des expressions cliniques et des objectifs à rechercher. Si le développement actuel des techniques d'imagerie permet d'évoquer le diagnostic, seule la ponction-biopsie guidée par l'imagerie ou la fibroscopie peut apporter les arguments cytologiques de certitude indispensables pour la conduite thérapeutique [9]. Parfois, comme dans notre cas, le diagnostic ne sera fait qu'en per opératoire. Quant aux mesures thérapeutiques, l'absence de tout essai randomisé pour le traitement du TIP, en particulier le type malin, fait que toute approche thérapeutique ne peut être qu'individuelle et aujourd'hui en aucune façon standardisée [1,8]. La stratégie thérapeutique est généralement prise au cas par cas et calquée sur les autres formes tumorales. Pour les TIP bénins, la chirurgie reste le seul moyen thérapeutique curatif efficace. Pour les TIP malins, la chirurgie possède une grande

valeur thérapeutique lorsque l'exérèse est possible et complète. L'exérèse chirurgicale doit être envisagée d'emblée devant une tumeur localisée dans un lobe ou un poumon. Dans ce cas, l'exérèse chirurgicale donne aux malades le maximum de chance de guérison. Chez les malades inopérables, l'efficacité croissante des nouvelles molécules permet actuellement d'espérer une amélioration des résultats du traitement des TIP [1,3,6,8]. En principe, la stratégie thérapeutique nécessite une concertation pluridisciplinaire et chaque cas doit être discuté. Une lobectomie inférieure droite avec curage ganglionnaire, associée à une résection cunéiforme de la plèvre pariétale avaient été effectuées pour notre patiente. L'évolution était satisfaisante avec sept ans de recul. Certes un cas n'est pas suffisant pour établir des conclusions significatives. Cependant, notre cas illustre les formes rares du cancer pulmonaire. Soulignons que les tératomes peuvent évoluer sur un mode cancéreux après une phase latente; c'est dire que la transformation ou dégénérescence de la forme bénigne en forme maligne de la tumeur est alors probable [3,4,6,8,9]. Dans notre cas, l'appréciation du résultat à long terme sera particulièrement intéressante.

Conclusion

Bien que rare, le TIP doit être présent à l'esprit devant une tumeur du poumon. Les signes cliniques ne sont pas spécifiques en dehors d'une trichoptysie. Le TIP peut être malin ou bénin et la transformation de la forme bénigne en forme maligne est possible. Le diagnostic préopératoire

est indispensable pour instituer un traitement correct. L'évolution dépend de la nature histologique et l'extension de la tumeur.

Références

- 1- Morgan DE, Sanders C, McElvein RB, Nath H, Alexander CB. Intrapulmonary teratoma: a case report and review of literature. *J Thorac Imaging* 1992; 7: 70-7.
- 2- Ustün MO, Dermican A, Paksoy N, Ozkaynak C, Tüzüner S. A case of intrapulmonary teratoma presenting with hair expectoration. *Thorac Cardiovasc Surg* 1996; 44: 271-3.
- 3- Hong EK, Lee JD, Yuh SY, Chin JK, Yoon Y. Adenocarcinoma arising in intrapulmonary teratoma: a case report. *Korean J Pathol* 1983; 17: 53-9.
- 4- Pound AW, Willis RA. A malignant teratoma of the lung in an infant. *J Pathol* 1969; 98: 111-4.
- 5- Bousseta K, Jaziri F, Bousnina D, Aloui N, Maherzi A, Kilani T, et al. Mediastinum teratoma: a case report. *Acta Med Austriaca* 2003; 30: 26-8.
- 6- Smahi M, Achir A, Chafik A, al Aziz AS, el Messlout A, Benosman A. Mature teratoma of mediastinum. *J Thorac Imaging* 2003; 18: 26-8.
- 7- Murata T, Takasaki Y, Ohta Y, Yamabayashi H, Iwasaki M, Ogawa J, et al. A case of mediastinal teratoma-differentiation from lung abscess and bronchogenic carcinoma. *J Jpn Assoc Thorac Surg* 1992; 30: 328-32.
- 8- Suzuki Y, Saiga T, Ozeki Y, Koyama A, Homma M, Ohba S. Two cases of intrapulmonary teratoma. *J Jpn Assoc Thorac Surg* 1993; 41: 498-502.
- 9- Tsuji H, Furukawa M, Sakai A, Miyashita M, Sasaki M, Tokunaga Y, et al. A case of mature teratoma accompanying elevated CA 19-9 and CEA in the cystic fluid. *Kyobu Geka* 2000; 53: 158-61.
- 10- Asano S, Hoshikawa Y, Yamane Y, Ikeda M, Wakasa H. An intrapulmonary teratoma associated with bronchiectasia containing various kinds of primordium: a case report and review of literature. *Virchows Arch*, 2000; 436: 384-88.