

**TUMEUR BRONCHIQUE CARCINOÏDE AU CENTRE NATIONAL
HOSPITALIER DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE DE COTONOU.**



AGODOKPESSI G. *, SOSSOU R. **, ADE S. *, VINASSE A. ***, GNANGNON A. ***, ADE G *, GNINAFON M. *.

*Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie, Cotonou, Bénin

**Service de radiodiagnostic et imagerie médicale de l'HOMEL, Cotonou, Bénin.

***Hôpital d'Instruction des armées, Cotonou, Bénin.

Auteur correspondant :

Dr Gildas AGODOKPESSI ; 01 BP 321, +229 21 33 15 33 ; +229 97 58 21 23; aggil-das@yahoo.fr

RESUME :

Les tumeurs neuroendocrines sont rares. La localisation bronchique de la tumeur carcinoïde qui en est une, est encore plus rare voire exceptionnelle. Nous rapportons ici un cas de carcinoïde bronchique découvert chez un jeune homme de 26ans, sans antécédent pathologique particulier, reçu pour hémoptysie. Le diagnostic évoqué sur les arguments cliniques, radiographique, tomodensitométriques et endoscopiques est confirmé par l'anatomopathologie. Les suites de la lobectomie chez ce patient ont été simples et le suivi post opératoire clinique et tomodensitométrique est satisfaisant.

Mots clés : tumeur carcinoïde, radiologie, endoscopie, thérapeutique, Cotonou.

ABSTRACT

Neuroendocrine tumors are rare. The location of the bronchial carcinoid tumor which is one, is even more rare or exceptional. We report a case of bronchial carcinoid found in a young man of 26 years, no history of pathological particular, received for hemoptysis. Diagnosis discussed on clinical, radiographic, CT and endoscopic pathology is confirmed by. The suites of lobectomy in this patient was uneventful and follow-up postoperative clinical and CT is satisfactory.

Keywords: Carcinoid tumor, radiology, endoscopy therapy, Cotonou

INTRODUCTION

Les carcinoïdes bronchiques font partie avec le carcinome à petites cellules et le carcinome neuroendocrine à grandes cellules, des tumeurs neuroendocrines du poumon.[1]

Ce sont des tumeurs rares qui représentent entre 1 et 2% des tumeurs bronchiques [1]. Les tumeurs carcinoïdes sont typiques ou non. Elles se distinguent des autres tumeurs neuroendocrines par leurs présentations clinique, radiologique, histologique et leur pronostic. [1,2]

Si dans le contexte occidental, les moyens de diagnostic sont disponibles, en Afrique subsaharienne, du fait du plateau technique peu performant dans nos hôpitaux, le diagnostic de la maladie est moins aisé. Nous rapportons ici, le seul cas de cette pathologie, observé au Bénin, notamment au Centre National Hospitalier de Pneumo-Phtisiologie de Cotonou (CNHP-P).

OBSERVATION

A.W, jeune homme de 26 ans, sans antécédent particulier, a été hospitalisé au CNHP-P, pour prise en charge d'une hémoptysie non fébrile de faible importance.

L'examen clinique était normal. La pression artérielle était de 120/80mmHg. Le poids 90Kg pour une taille à 182cm ce qui correspond à un indice de masse corporel à 27kg/m². Sa saturation transcutanée au repos était à 99%. Le pouls était à 76 bpm. L'auscultation cardiopulmonaire était sans particularité. Le reste de l'examen clinique : hépato-digestif, ostéoarticulaire, spléno-ganglionnaire, neurologique et uro-génital, était sans particularité.

Sur le plan biologique : L'examen des crachats à la recherche de BAAR était négatif. L'Intradermoréaction à la tuberculine était à 11mm. L'Hémogramme notait un taux d'hémoglobine à 13,5g/dL, 4.200 GB/mm³, les plaquettes à 211.000 éléments/mm³. Le reste du bilan infectieux comportant la VS et la CRP était négatif. La sérologie VIH était aussi négative. Le bilan biologique rénal, hépatique et l'ionogramme sanguin étaient normaux.

La radiographie du thorax avait mis en évidence une opacité arrondie intra parenchymateuse paracardiaque droite de siège postérieur, aux contours irréguliers (figure N°1).



Figure N°1 : Opacité arrondie (a) de contours nets et irréguliers, intra parenchymateuse, paracardiaque.

La tomодensitométrie thoracique montrait en sans injection et en paracardiaque droite une formation tissulaire homogène, arrondie, de contours irréguliers, sans calcification intra lésionnelle (figure N°2).

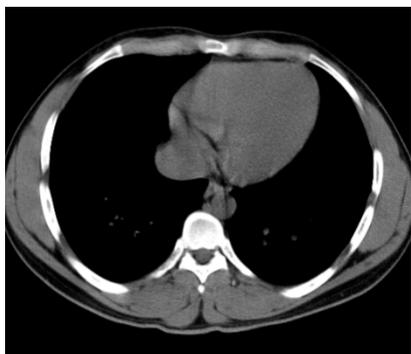


Figure N°2 : Masse arrondie (b) irrégulière paracardiaque droite non calcifiée.

Cette masse prenant le contraste après injection de l'opacifiant était en contact étroit avec

l'artère pyramidale basale qu'elle refoulait et comprimait en avant.

Aucune adénomégalie médiastinale, n'était retrouvée. (figure N°3).



Figure N°3 : Masse arrondie irrégulière non calcifiée, prenant le contraste. Elle est en contact étroit avec l'artère pyramidale basale (d) qu'elle refoule et comprime.

L'exploration tomодensitométrie hépatique en sans et avec injection du produit de contraste n'avait pas montré de lésions en foyers.

L'endoscopie bronchique avait montré un arbre bronchique gauche sans particularité. Par contre à droite on observait une formation tumorale framboisée, obstruant à 90% l'entrée de l'axe de la pyramide basale, à environ 2 cm de l'entrée de la lobaire inférieure et saignant au contact. En raison de l'importance du saignement, il n'a été possible d'effectuer rapidement qu'une seule biopsie dont l'examen anatomopathologique n'a pas été contributif.

Après réunion de concertation pluridisciplinaire, une lobectomie inférieure droite et un curage ganglionnaire avaient été réalisés. L'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire concluait au carcinome neuroendocrine, bien différencié (tumeur carcinoïde typique) de 34mm de grand axe, dépourvu de remaniement nécrotique, infiltrant toute la paroi bronchique jusqu'au contact du parenchyme pulmonaire. Il n'était pas retrouvé d'engainement péri nerveux, ou d'embolie carcinomateuse. L'index de prolifération était de 1,5%. On avait également noté par ailleurs, la présence de 2 ganglions métastatiques au niveau sous carénaires (2N+/6N) et dans la région hilare (2N+/3N). Pas de métastases dans la loge de BARETY (6N-). Les suites opératoires étaient simples. Une surveillance tomодensitométrie thoracique est réalisée tous les six mois. Le recul à un an était satisfaisant et ne notait pas de récurrence.

DISCUSSION :

Les tumeurs carcinoïdes sont les tumeurs bronchiques les plus rares chez l'adulte. Selon GROUSSARD [1] et NARCINI [2], son âge de survenue se situe autour de la cinquantaine pour la variété typique alors celle atypique surviendrait à un âge plus tardif. Ces constats sont discordants avec notre cas d'étude où le sujet n'avait que 26ans. Le mode de révélation ici, dans le cas que nous rapportons, est une

hémoptysie. La symptomatologie est d'autant plus riche que la tumeur est proximale [1]. Mais 20 à 50% des carcinoïdes bronchiques sont asymptomatiques et de découverte fortuite [1].

Si dans la forme typique, l'association avec le tabagisme est faible (30%), elle paraît plus importante dans la forme atypique (80%) [1, 2]. Notre patient est non fumeur, ce qui de notre

point de vue explique la particularité de notre cas clinique.

Les tumeurs carcinoïdes peuvent s'accompagner d'un syndrome paranéoplasique. Le plus retrouvé est le syndrome carcinoïde qui peut être très sévère, menant à la confusion, au coma et parfois au décès [3, 4]. Le syndrome de Cushing et l'acromégalie sont retrouvés dans des proportions moindres et s'intègrent le plus souvent dans le cadre d'une néoplasie endocrinienne multiple [5-6].

A l'imagerie thoracique, entre 16 et 40% des carcinoïdes bronchiques sont de localisation périphérique. Il s'agit de lésions nodulaires, rondes (comme c'est le cas chez notre patient) ou ovoïdes avec bords parfois lobulés [6]. D'autres explorations tels le PET-SACAN (Tomographie par émissions de positons) et la scintigraphie à l'octroétide, non disponibles dans notre contexte, sont utilisés dans l'évaluation de l'extension à distance de la tumeur [7,8], mais leur spécificité reste à améliorer, surtout pour les tumeurs de taille plus petites (< 1,5cm) [9,10].

L'aspect endoscopique est celui d'une masse bourgeonnante endoluminale visible dans ¾ des cas [1, 11]. Dans plus de la moitié des cas [11], l'atteinte est lobaire comme c'est le cas chez notre patient, où en raison de

l'importance du saignement, il ne nous a été possible, d'effectuer rapidement, qu'une seule biopsie. Le carcinoïde bronchique possède la réputation d'être une source redoutable de saignement lors des biopsies [12-13].

La sanction thérapeutique qu'est la chirurgie radicale reste le traitement de choix du carcinoïde typique [12-14]. Elle donne 90% de guérison à 5ans. Toutefois la taille tumorale supérieure à 3 cm, la localisation périphérique, l'envahissement ganglionnaire et l'âge supérieur à 55 ans sont rapportés comme des facteurs pronostiques péjoratifs [15]. Il n'existe pas à ce jour de recommandations de traitement adjuvant pour les carcinoïdes bronchiques [1, 12-15].

CONCLUSION

Le carcinoïde bronchique, tumeur neuroendocrine exceptionnelle des bronches a une symptomatologie clinique peu bruyante et peu spécifique. L'imagerie médicale oriente le diagnostic et apprécie les lésions de voisinage. L'anatomopathologie confirme le diagnostic. Le diagnostic de carcinoïde bronchique doit donc être évoqué entre autre dans le diagnostic de toute lésion bourgeonnante endobronchique et dans l'évaluation d'un nodule solitaire à la radiographie du thorax.

REFERENCES

- 1- GROUSSARD O et DASTE G. Anatomie pathologique des cancers broncho-pulmonaires. Classification, anatomie pathologique, cytologie. *Encycl Méd Chir , Pneumologie*, 6-002-G-20, 2001, 17 p.
- 2- NACCINI B, LETOVANEC I, FITTING J.-W. Approche actuelle des tumeurs carcinoïdes bronchiques. *Rev Med Suisse*. 2007 Nov 21 ; 3 (134):2655-2662.
- 3- DE MATOS LL, TRUFELLI DC, DAS NEVES PEREIRA JC, DANIEL C, RIQUET M. Cushing's syndrome secondary to bronchopulmonary carcinoid tumor : Report of two cases and literature review. *Lung Cancer* 2006; 53:381-386.
- 4- VALLETTE S, DISDIERL P, MORANGE-RAMOS I , THOMAS , PA", AZORIN JM, JAQUET P , WEILLER PJ', BRUE T. Syndrome de Cushing révélateur d'un carcinome neuroendocrine bronchique : intérêt de la scintigraphie à l'octroétide. *Rev Med Interne* 1997;18:138-143.
- 5- GOMARD-MENNESSON E , SEVE P. A, DE LA ROCHE E., COLLARDEAU-FRACHON B, S. , LOMBARD-BOHAS C, C., BROUSSOLLE C. Tumeur carcinoïde du thymus révélée par un syndrome de Cushing : intérêt de la tomographie par émission de positons. *La Revue de médecine interne* 29 (2008) 751-753.
- 6- JEUNG MY., GASSER B., GANGI A., CHARNEAU D., DUCROQ X., KESSLER R., QUOIX E., ROY C. Bronchial carcinoid tumors of the thorax: spectrum of radiologic findings. *Radiographics*, 2002, 22, 2: 351-365
- 7- ERASMUS JJ, MCADAMS HP, PATZ EF J.R. Evaluation of primary pulmonary carcinoid tumors using FDG PET. *AJR Am J Roentgenol* 1998;170:1369-73.
- 8- KAYSER K, KAYSER C, RAHN W, BOVIN NV, GABIUS HJ. Carcinoid tumors of the lung : Immunohistochemistry, analysis of integrated optical density, syntactic structure analysis, clinical data, and prognosis of patients treated surgically. *J Surg Oncol* 1996;63:99-106.
- 9- KRÜGER S, BUCK AK, BLUMSTEIN NM. Use of integrated FDG PET/CT imaging in pulmonary carcinoid tumours. *J Int Med* 2006;260:545-550.
- 10- DANIELS CE, LOWE VJ, AUBRY MC, ALLEN MS, JETT JR. The utility of fluorodeoxyglucose positron emission tomography in the evaluation of carcinoid tumors presenting as pulmonary nodules. *Chest* 2007;131:255-260.

- 11- FINK G, KRELBAUM T, YELLIN A. Pulmonary carcinoid : Presentation, diagnosis, and outcome in 142 cases in Israel and review of 640 cases from the literature. *Chest* 2001;119:1647-1651.
- 12-VERGNON JM, BAYLES S. Carcinoïdes bronchiques : place de l'endoscopie interventionnelle. *Rev Mal Respir* 2007 ; 24 : 76-78.
- 13-MINEO TC, GUGGINO G, MINEO D, VANNI G, AMBROGI V : Relevance of lymphnode micrometastases in radically resected endobronchial carcinoid tumors. *Ann Thorac Surg* 2005 ; 80 : 428-433.
- 14-CARDILLO G, SERA F, STAT D, DI MARTINO M, GRAZIANO P, GIUNTI R, CARBONE L, FACCILOLO F, MARTELLI M : Bronchial carcinoid tumors: nodal status and long-term survival after resection. *Ann Thorac Surg* 2004 ; 77 : 1781-1785.
- 15- KILANI T, DJILANI H., MARGHLI A., SMATI B., MESTIRI T. Pronostic des tumeurs carcinoïdes bronchiques opérées (à propos de 90 cas). *Revue des Maladies Respiratoires*, 2006 ; Vol 23, 4 : 115-118.