

Resolution Spontanee D'une Pseudo-Tumeur Inflammatoire : Situation Rare (A Propos D'un Cas)

S. Msika¹, M. Zadi², H. Arfaoui³, H. Bamha⁴, N. Bougteb⁵, H. Jabri⁶,
W. El Khattabi⁷, H. Afif⁸

^{1,2,3,4,5,6}Service des maladies respiratoires, hôpital 20 août 1953, Casablanca, Maroc

Résumé

Les pseudotumeurs inflammatoires du poumon sont des tumeurs bénignes rares, représentant moins de 1% des tumeurs pulmonaires et qui peuvent présenter les caractéristiques d'une tumeur maligne [1]. Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 59 ans, exposée au tabagisme passif et à la fumée de bois depuis 45 ans, connue dyspnéique chronique depuis 2 ans, hospitalisée pour une hémoptysie de moyenne abondance, une toux productive et aggravation de sa dyspnée évoluant dans un contexte d'altération de l'état général. La TDM thoracique a objectivé un foyer de verre dépoli lobaire inférieur gauche, la bronchoscopie souple a montré la présence de tumeur bourgeonnante lisse et mobile au niveau de la lobaire inférieure gauche dont la biopsie a montré une prolifération de cellules fusiformes associée à un infiltrat lymphoplasmocytaire et histiocytaire. La décision de la RCP onco-thoracique était de réaliser un bilan d'opérabilité pour exérèse chirurgicale. Le TEP-scan fait à 1 mois après prise d'une antibiothérapie probabiliste, n'a pas objectivé de foyer hyper métabolique suspect sur l'ensemble du volume exploré. Devant les résultats de ce dernier, une bronchoscopie souple refaite objectivant un aspect endoscopique sensiblement normal avec disparition des lésions sus-décrites et donc le diagnostic de pseudo-tumeur inflammatoire a été posé qui a régressé spontanément.

Motsclés: Pseudo-tumeur inflammatoire, poumon, bronchoscopie souple, résolution spontanée.

Résolution spontanée d'une pseudo-tumeur inflammatoire : situation rare (à propos d'un cas)

La pseudo-tumeur inflammatoire des poumons est une tumeur bénigne rare souvent décrite comme un « granulome plasmocytaire » [2]. Cette entité d'origine inconnue est fréquemment localement invasive. Comme elle imite les tumeurs malignes à la fois cliniquement et radiologiquement, elle nécessite souvent une résection pulmonaire étendue toute fois une régression spontanée ou sous corticothérapie a été décrite comme le cas rapporté de notre observation qui présentait à la bronchoscopie souple une tumeur bourgeonnante lisse et mobile au niveau de la lobaire inférieure gauche avec disparition de la lésion à l'imagerie de contrôle faite à 1 mois.

Observation :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 59 ans, exposée au tabagisme passif et à la fumée de bois

depuis 45 ans, connue dyspnéique chronique depuis 2 ans, non connue bronchorrèique chronique, jamais traitée pour tuberculose pulmonaire et sans contage tuberculeux récent connu dans l'entourage.

Son histoire de maladie a remonté à dix jours par l'aggravation rapidement progressive de sa dyspnée devenant au moindre effort, une hémoptysie de moyenne abondance et un syndrome bronchique muqueux sans autre signe respiratoire le tout évoluant dans un contexte de sensations fébriles et de fléchissement de l'état général.

L'examen à l'admission a trouvé une patiente en mauvais état général (Performans status à 2), apyrétique à 37°C, saturait à 96% à l'air ambiant et était en état de maigreur avec un IMC chiffré à 15,97 kg/m², l'examen pleuropulmonaire et le reste de l'examen somatique étaient sensiblement normal.

La TDM thoracique a objectivé un foyer de verre dépoli lobaire inférieure gauche (Figure 1).

La patiente a bénéficié d'une numération de formule sanguine qui a montré une anémie hypochrome microcytaire d'origine inflammatoire chiffrée à 10,2 g/dl et une hyperleucocytose à 17500/mm³ à prédominance PNN à 14260 /mm³. La patiente a été mise sous antibiothérapie probabiliste à base d'amoxicilline et acide clavulanique pendant 7 jours.

La bronchoscopie souple a montré la présence de tumeur bourgeonnante lisse et mobile au niveau de la lobaire inférieure gauche (Figure 2), dont la biopsie de la tumeur a montré une prolifération de cellules fusiformes associée à un infiltrat lymphoplasmocytaire

et histiocytaire. La recherche de germes banals, de BAAR et de Genexpert dans les aspirations bronchiques était négative.

La décision du staff d'oncologie thoracique était de réaliser un bilan d'extension et d'opérabilité pour but de réséquer la tumeur.

Le TEP-scan n'a pas objectivé de foyer hyper métabolique suspect sur l'ensemble du volume exploré et la spirométrie était normale.

Bronchoscopie souple refaite afin de visualiser l'aspect endoscopique vu l'absence de lésion suspecte sur la TEP-TDM objectivant un aspect endoscopique sensiblement normal avec disparition de la lésion sus-décrite (Figure 3), et donc le diagnostic de pseudo-tumeur inflammatoire a été posé et l'évolution de la patiente était bonne sur le plan clinique et disparition des foyers scannographiques (Figure 4).

Discussion :

La pseudo-tumeur inflammatoire a été décrite la première fois en 1939 par Brunn, mais le terme de «pseudo-tumeur» n'a été adopté qu'en 1954 par Umiker en raison de similitudes cliniques et radiologiques avec les tumeurs malignes [3]

La pseudo-tumeur inflammatoire est une lésion rare, représentant 0,04 à 1 % des tumeurs pulmonaires, est une prolifération bénigne d'étiologie indéterminée [4]. Les poumons et les voies respiratoires sont impliqués dans la majorité des cas, principalement au niveau du parenchyme, plus rarement endobronchique, le médiastin, les ganglions lymphatiques thoraciques et d'autres structures sont rarement touchés [5,6].

Sa pathogénie reste mal élucidée, plusieurs hypothèses sont décrites, mécanisme auto-immun, origine infectieuse ou anomalies chromosomiques impliquant fréquemment la région chromosomique 2p23 [7]. C'est une croissance non néoplasique et non régulée de cellules inflammatoires. Bien que les plasmocytes avec des éléments réticulo-endothéliaux, ce type de tumeur est souvent décrit comme un granulome plasmocytaire [8].

Elle survient chez les deux sexes, à tout âge, avec une prédominance pour l'enfant et l'adulte jeune et reste

un diagnostic d'élimination [4].

La clinique est non spécifique, elle peut être asymptomatique de découverte fortuite ou mimer un carcinome bronchogénique (toux, dyspnée, hémoptysie, fièvre, infections respiratoires à répétitions) [5]. L'imagerie est non spécifique, elle peut montrer une opacité solitaire, bien circonscrite au niveau de la région périphérique du poumon surtout des lobes inférieurs, des nodules, un foyer de condensation, une atelectasie, des adénopathies hilaires ou médiastinales, une pleurésie [10].

Il s'agit d'une entité bénigne d'origine inconnue qui est souvent localement invasive et nécessite une résection pulmonaire étendue pour prévenir les récives locales et permet d'obtenir d'excellentes chances de survie [4].

En 1981, Mandelbaum a documenté pour la première fois la résolution spontanée de la pseudo-tumeur inflammatoire, ce qui est un phénomène exceptionnel [9]. Les raisons de la résolution spontanée de cette lésion sont inconnues [11].

Conclusion :

La pseudo-tumeur inflammatoire du poumon, diagnostic d'exclusion, est une tumeur rare bénigne d'origine indéterminée pouvant mimer un cancer broncho-pulmonaire. Son diagnostic de confirmation est histologique, elle est de bon pronostic pouvant régresser spontanément mais toutefois le risque de récive demeure.

Bibliographie :

1. Petrovic MD, Tomovic MS, Stankovic VD. Inflammatory pseudotumor of the lungs. *Respiratory Medicine Extra*. 2007;3(3):155–158.
2. Epstein DM, Glickstein MF. Pulmonary Lymphoproliferative Disorders. *Radiologic Clinics of North America*. 1989;27(6):1077–1084.
3. Hussain SF, Salahuddin N, Khan A, Memon SSJ, Fatimi SH, Ahmed R. The Insidious Onset of Dyspnea and Right Lung Collapse in a 35-Year-Old Man. *Chest*. 2005;127(5):1844–1847.
4. Cerfolio RJ, Allen MS, Nascimento AG, Deschamps C, Trastek VF, Miller DL, et al. Inflammatory pseudotumors of the lung. *Ann Thorac Surg*. 1999;67(4):933–936.
5. Bahadori M, Liebow AA. Plasma cell granulomas of the lung. *Cancer*. 1973;31(1):191–208.
6. Narla LD, Newman B, Spottswood SS, Narla S, Kolli R. Inflammatory pseudotumor. *Radiographics*. 2003;23(3):719–729.
7. Singh RS, Dhaliwal RS, Puri D, Behera D, Das A. Inflammatory pseudotumour of the lung : report of a case and review of literature. *Indian J Chest Dis Allied Sci*. 2001;43(4):231–234.
8. Hussain M, Hanif G, Hamid A, Shahid A, Zaman S, Basit Z, et al. Frequency of Inflammatory Myofibroblastic Tumours at Children Hospital, Lahore. .
9. Mandelbaum I, Brashear RE, Hull MT. Surgical treatment and course of pulmonary pseudotumor (plasma cell granuloma). *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1981;82(1):77–82.
10. Agrons GA, Rosado-de-Christenson ML, Kirejczyk WM, Conran RM, Stocker JT. Pulmonary inflammatory pseudotumor: radiologic features. *Radiology*. 1998;206(2):511–518.
11. Maurya V, Aditya Gupta U, Dewan RK, Jain S, Shah A. Spontaneous Resolution of an Inflammatory Pseudotumour of the Lung Subsequent to Wedge Biopsy. *Arch Bronconeumol*. 2013;49(1):31–34.

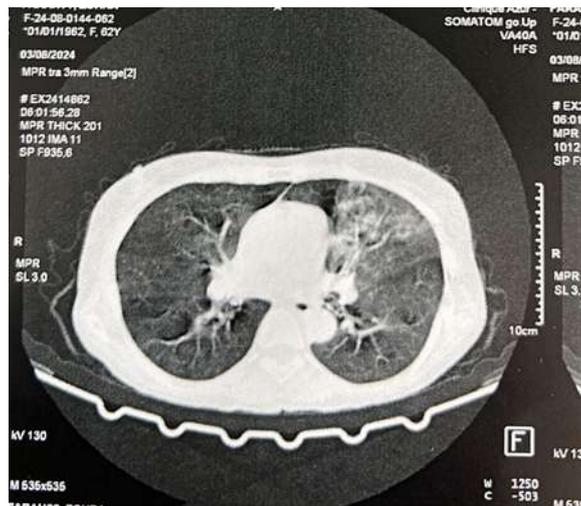


Figure 1 : TDM thoracique en fenêtre parenchymateuse objectivant un foyer de verre dépoli lobaire inférieure gauche



Figure 2 : bronchoscopie souple objectivant une tumeur bourgeonnante lisse et mobile au niveau de la lobaire inférieure gauche gauche en bronchoscopie souple



Figure 3: aspect endoscopique sensiblement normal et disparition de la lésion

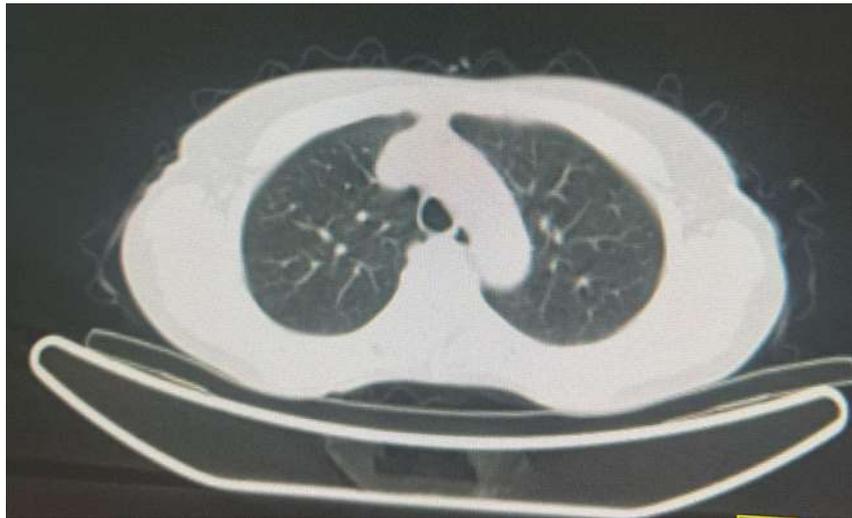


Figure 4: TDM thoracique en coupe parenchymateuse objectivant la disparition de la lesion sus-décrite