

COMMUNICATION

Carcinome sarcomatoïde broncho-pulmonaire. A propos d'une métastase gingivale maxillaire.

Malthiery E¹, Margottin C¹, Karine Renaudin-Autin K², Sagan C², Malard O³, Lesclous Ph¹, Said Kimakhe S¹

¹ UFR Odontologie de Nantes, Département de Chirurgie buccale, 1, place Alexis Ricordeau, BP 84215, 44042, Nantes, FRANCE

² Service d'histopathologie, Nantes, FRANCE

³ Service d'ORL, Nantes, FRANCE

Les carcinomes sarcomatoïdes, sont des tumeurs à double composante, carcinomateuse et sarcomateuse (Benmansour et al. 2009). Ils représentent 0.1 à 0.4% de tous les cancers broncho-pulmonaires (Yoo et al. 2005) et 1% des carcinomes broncho-pulmonaires non à petites cellules (CBNPC) (Thibault et al. 2010)

Un patient de 66 ans qui a pour antécédents un tabagisme de 25 P/A sévère depuis 20 ans, une orchidectomie droite en 1966 s'est plaint en janvier 2012 de douleurs dans la fosse lombaire droite, avec fébricule. Un premier bilan biologique et tomодensitométrique (TDM) est demandé par son endocrinologue en février 2012. La TDM abdomino-pelvienne montre une masse surrénalienne droite de 4 cm sur 5, le bilan biologique retrouve uniquement une discrète élévation du taux de cortisol. L'exérèse tumorale est alors discutée et le patient est adressé au service de chirurgie endocrinienne.

Le 5 mars suivant, le patient consulte pour une tuméfaction vestibulaire maxillaire droite. L'examen endobuccal, dans un contexte de parodontite généralisée, a révélé la présence d'une lésion tumorale bourgeonnante en distal de la 16. À la palpation la tuméfaction est indurée et douloureuse, accompagnée d'une adéno-pathie sub-mandibulaire homolatérale, ferme et non douloureuse. Le diagnostic évoqué en première intention est un carcinome épidermoïde et le patient est alors adressé au service d'ORL.

Le 15 mars le patient est admis dans le service de chirurgie endocrinienne pour la prise en charge de la tumeur surrénalienne. Une nouvelle TDM thoraco-abdomino-pelvienne réalisée le 21 mars retrouve une masse parenchymateuse pulmonaire du lobe supérieur gauche, une lésion ostéo-lytique au niveau de la vertèbre T6 et un envahissement surrénalien bilatéral. Une endoscopie avec biopsies bronchiques est alors pratiquée le 23 mars. La bronchoscopie retrouve une prolifération bourgeonnante du culmen ; les biopsies

sont le siège d'un CBNPC de type NOS (not otherwise specified) avec cellules fusiformes.

La biopsie de la lésion maxillaire réalisée le 29 mars révèle le caractère carcinomateux sarcomatoïde dont les aspects morphologique et immuno-phénotypique sont superposables à ceux observés au niveau bronchique. Une TDM cervicale complémentaire réalisée en avril a mis en évidence une tumeur de la région maxillaire droite, classée T4N2a, une lyse osseuse du plancher du sinus maxillaire ainsi que des adénomégalies cervicales homolatérales.

Le diagnostic de carcinome primitif lobaire supérieur gauche est retenu, multi-métastatique au niveau vertébral, surrénalien et maxillaire. Le patient est pris en charge en oncologie. La réunion de concertation pluridisciplinaire a proposé une radiothérapie urgente et l'instauration d'une chimiothérapie. L'état du patient s'est rapidement dégradé en quelques semaines. Il a été admis en soins palliatifs début mai et décédera le 6 juin 2012.

Les métastases cancéreuses au niveau de la cavité buccale sont très rares. Elles représentent moins de 1% de toutes les lésions malignes buccales (Beena et al. 2011) dont 24,2% sont d'origine broncho-pulmonaire (Allon et al. 2013). Le cas présenté met en lumière la nécessité d'une démarche diagnostique pluridisciplinaire devant toute lésion d'aspect malin. La prise en charge doit être rapide et adaptée d'autant plus que le pronostic reste sombre notamment pour ce type d'affection.

MALTHIERY Eve

eve.malthiery@univ-nantes.fr