

CAS CLINIQUE

Résection chirurgicale d'une volumineuse tumeur fibreuse solitaire de la plèvre

Surgical resection of a large solitary fibrous tumour of the pleura

Rachid KACEMI, Mokhtar JELLOUT, Meriem ZERHOUNI, Sid Ahmed BENTRARI, Nabil GHOMARI, Amel ZERHOUNI, Ahlam MEGAIZ, Azzeddine SIMERABET

Service de chirurgie thoracique, CHU Oran, Faculté de Médecine, Université Oran 1, Algérie

Auteur correspondant: kacemirac@yahoo.fr soumis le 04/05/2024 ; accepté le 28/06/2024 ; publié en ligne le 30/06/2024

Citation: KACEMI R et al.

Résection chirurgicale d'une volumineuse tumeur fibreuse solitaire de la plèvre (2024) J Fac Med Or 8 (1) : 1015-1018.

DOI : <https://doi.org/10.51782/jfmo.v8i1.226>

MOTS CLÉS

tumeur fibreuse solitaire, résection complète

Résumé

Introduction-Les tumeurs fibreuses solitaires sont des tumeurs bénignes mésenchymateuses rares, développées le plus souvent aux dépens de la plèvre. Elles surviennent plus fréquemment après 40 ans. Le fibrome pleural est le plus souvent asymptomatique ce qui explique leur caractère volumineux.

Nous rapportons un cas de tumeur pleurale volumineuse diagnostiqué chez un patient de 77 ans aux antécédents de diabète et d'hypertension artérielle. La découverte était faite sur une radiographie thoracique motivée par une toux intermittente évoluant depuis un mois.

La tomodensitométrie montrait une masse tumorale pleurale gauche mesurant 18 cm de grand axe, présentant un contact avec l'aorte descendante à l'origine d'un collapsus pulmonaire quasi-total. Une biopsie transpariétale a été réalisée et l'étude histologique revenait en faveur d'une tumeur fibreuse solitaire. L'exploration chirurgicale a révélé une tumeur volumineuse prenant naissance de la plèvre viscérale, sans contact intime avec les gros vaisseaux.

Les tumeurs fibreuses solitaires de la plèvre sont des tumeurs mésenchymateuses extrêmement rares et représentent moins de 5% de toutes les tumeurs pleurales, de diagnostic parfois difficile.

Conclusion-Le traitement de choix de ces tumeurs fibreuses solitaires est la résection chirurgicale complète, souvent sous thoracotomie, à cause de leur taille élevée. La récurrence locale est rapportée dans 1,4 à 12 % en cas de résection incomplète.

KEY WORDS

*solitary fibrous tumour,
complete resection*

Abstract

Introduction-Solitary fibrous tumours are rare benign mesenchymal tumours that most often develop at the expense of the pleura. They occur more frequently after the age of 40. Pleural fibromas are usually asymptomatic, which explains their large size.

We report a case of bulky pleural tumour diagnosed in a 77-year-old patient with a history of diabetes and arterial hypertension. The tumour was discovered on chest X-ray, after a month of intermittent coughing. A CT scan showed a left pleural tumour mass measuring 18 cm in long axis, in contact with the descending aorta, causing almost total lung collapse. A transparietal biopsy was performed and the histological study was in favour of a solitary fibrous tumour. Surgical exploration revealed a large tumour arising from the visceral pleura, without intimate contact with the large vessels.

Solitary fibrous tumours of the pleura are extremely rare mesenchymal tumours, accounting for less than 5% of all pleural tumours, and are sometimes difficult to diagnose.

Conclusion-The treatment of choice for these solitary fibrous tumours is complete surgical resection, often under thoracotomy because of their often large size. Local recurrence is reported in 1.4 to 12% of cases of incomplete resection.

Introduction

Les tumeurs fibreuses solitaires sont des tumeurs bénignes mésoenchymateuses rares, développées aux dépens des séreuses. La localisation pleurale est la plus fréquente. Elles surviennent à tout âge, mais plus fréquemment après 40 ans. Elles sont le plus souvent asymptomatiques ce qui explique leur caractère volumineux. [1]. Nous rapportons un cas de tumeur fibreuse solitaire volumineuse de la plèvre (TFSP), diagnostiquée chez un patient en bon état général.

Observation

Un patient âgé de 77 ans, menuisier de profession, aux antécédents d'hypertension artérielle et de diabète type 2, s'était présenté dans notre consultation pour investigation d'une image thoracique pathologique. L'interrogatoire révélait que suite à une toux intermittente évoluant depuis un mois, une radiographie thoracique a été faite mettant en évidence une opacité ronde occupant la totalité de l'hémithorax gauche (Figure 1).

L'examen clinique retrouvait un patient en bon état général, sans signes de gravité. La tomodensitométrie thoracique montrait une masse tumorale pleurale gauche mesurant 18 cm de grand axe sur 10 cm de largeur. Cette formation était le siège de calcifications intra lésionnelles, en contact avec l'aorte descendante et l'artère pulmonaire gauche, à l'origine d'un collapsus pulmonaire quasi-total (Figure 2).

L'étude histologique des prélèvements biopsiques, réalisés sous contrôle scannographique, a conclu à une tumeur fibreuse sans signes de malignité.

La décision d'une résection chirurgicale après préparation du patient sur le plan respiratoire, a été prise en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP). L'exploration chirurgicale a révélé une tumeur volumineuse prenant naissance de la plèvre viscérale au niveau de la grande scissure, sans contact intime avec les gros vaisseaux. Une dissection a été entreprise pour libérer la tumeur du poumon et de la paroi permettant une résection complète (Figure 3).

La résection du parenchyme pulmonaire n'était pas nécessaire et les suites opératoires étaient simples.

L'étude histologique de la pièce opératoire a montré une formation tumorale mesurant 22/18/9 cm, faite d'une prolifération tumorale de nature mésoenchymateuse, de densité cellulaire faible à modérée, faite de faisceaux enchevêtrés de cellules ovoïdes régulières monomorphes sans nucléoles évident, baignant dans un fond collagénique fibreux. Il a été noté des figures mitotiques avec absence de nécrose.

L'immunohistochimie a montré une positivité du CD34, Bcl2 et de l'EMA ; une négativité de Ps100. Une décision de surveillance sans traitement adjuvant a été prise au sein de la RCP. Après un recul de deux ans, le patient est en bon état général, sans aucune récurrence locale ou à distance.

Figure 1. Radiographie thoracique montrant une opacité homogène occupant l'hémithorax gauche refoulant le médiastin à droite



Figure 2. Tomodensitométrie thoracique montrant une masse tumorale pleurale gauche mesurant 18 cm de grand axe, contenant des calcifications et comprimant complètement le poumon gauche.

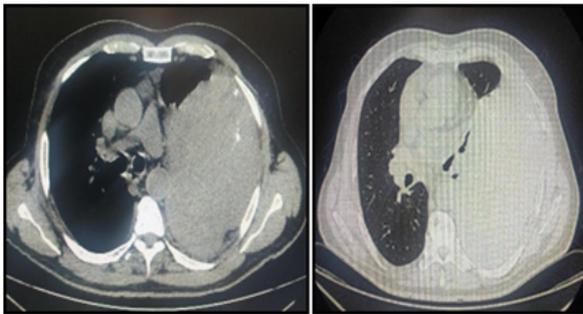


Figure 3. Vue per opératoire de la tumeur. La pièce opératoire mesure 20 cm de longueur et 6 kg de poids.



Discussion

Les tumeurs fibreuses solitaires de la plèvre (TFSP) sont des tumeurs mésenchymateuses d'évolution lente, extrêmement rares et représentent moins de 5% de toutes les tumeurs pleurales. Environ 800 cas ont été rapportés dans la littérature.

La majorité des TFSP sont pédiculées avec des caractéristiques histologiques bénignes [2]. Les formes indifférenciées ou « fibrosarcome pleural » existent, de même que la transformation d'une TFSP bénigne en une tumeur maligne. C'est pourquoi la résection complète de toutes les TFSP est obligatoire [3, 4]. Certaines formes se propagent localement et peuvent atteindre la région axillaire, le creux sus-claviculaire et la paroi thoracique. Les métastases ganglionnaires hilaires et médiastinales surviennent chez moins de 50% des patients [5]. Notre patient avait des adénopathies en peropératoire mais réactionnelles, non métastatiques à l'étude anatomopathologique.

Le diagnostic préopératoire est parfois difficile en raison de la rareté de ces tumeurs et de l'absence de signes radiologiques spécifiques [6]. La tumeur est radiologiquement similaire aux autres tumeurs des tissus mous. Elle peut contenir des zones kystiques, des calcifications ou des zones hémorragiques. La taille peut varier de 1 à 40 cm. Les TFSP prennent naissance de la plèvre viscérale dans les deux tiers des cas et sont fréquemment pédiculées.

Le pédicule contenant généralement de gros vaisseaux nourriciers avec parfois une attache pulmonaire. Dans les autres cas elles naissent de la plèvre pariétale avec une large base d'implantation. Une distinction radiologique importante pour faciliter la délimitation d'une tumeur pleurale par rapport à une tumeur pulmonaire parenchymateuse est l'angle que forme la tumeur avec la paroi thoracique, qui est obtus pour une tumeur pleurale et aigu pour les tumeurs du poumon [7].

Dans notre observation le diagnostic préopératoire a pu être obtenu par une biopsie transthoracique dont les études histologiques et immuno-histochimiques ont conclu à une tumeur fibreuse solitaire. L'exploration peropératoire a révélé une masse tumorale comblant la cavité thoracique, d'une taille de plus de 20 cm sur son grand axe provenant de la plèvre viscérale, comme fréquemment rapporté dans la littérature [5].

Le challenge était la possibilité de réaliser une exérèse complète de la tumeur. Toutefois, la mobilisation de cette masse était sans difficulté après un agrandissement de la thoracotomie, à cause de l'absence d'adhérences intimes avec la paroi, le diaphragme et le médiastin. Le poumon gauche était affaissé et ne présentait pas une adhérence importante avec la masse.

La résection chirurgicale complète est le traitement de référence et le facteur pronostique le plus important. Le choix de l'approche chirurgicale (chirurgie thoracoscopique vidéo-assistée ou thoracotomie standard) repose essentiellement sur la taille de la tumeur, la difficulté d'exérèse et l'expertise de l'équipe chirurgicale [8].

Dans certains cas, une exérèse pulmonaire ou de la paroi thoracique, voire d'une partie du diaphragme associée à la résection tumorale, est nécessaire. Dans une série de 84 patients opérés pour TFSP à la Mayo Clinic (Rochester, - Minnesota, USA), l'exérèse pulmonaire était pratiquée chez près des trois quarts des patients, et une résection de la paroi thoracique a été nécessaire chez 3 patients. L'évolution était marquée par la régression de l'ensemble des signes cliniques.

L'approche opératoire et l'étendue de l'excision chirurgicale étaient dictées par la taille et la topographie de la TFSP [9]. Dans notre cas une thoracotomie postéro latérale était incontournable du fait de l'important volume de la tumeur (qui pesait six kg) ainsi que ses rapports étroits avec la paroi thoracique et le poumon gauche. L'exérèse de la tumeur était complète sans avoir recours à une exérèse pulmonaire associée.

A 2 ans de recul, aucun signe de récurrence locale n'est observé. En général, après une résection chirurgicale complète, on peut espérer une longue survie dans presque tous les cas. Cependant, l'exploration préopératoire et la prise en charge des TFSP malignes restent des questions complexes du fait de la difficulté diagnostique et thérapeutique [10].

Conclusion

Cette observation met en évidence une rare tumeur fibreuse solitaire géante de la plèvre, présentant des caractéristiques bénignes. Le défi est la réalisation d'une exérèse complète, seule garant d'un bon pronostic et de la nette réduction du risque de récurrence locale. Un suivi postopératoire est de fait car l'évolution de la tumeur est imprévisible et mal définie.

Conflits d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Références

- [1] Yangui I, Smaoui M, Daoud S et al. Tumeur fibreuse solitaire de la plèvre. *Presse Med.* 2007; 36: 811-2 .
- [2] Mindaye E.T. et al. Intrathoracic giant solitary fibrous tumor of the pleura: Case report. *International Journal of Surgery Case Reports* 85 (2021) 106224.
- [3] El Hadri F. Les tumeurs fibreuses solitaires de la plèvre [thèse]. Université Mohammed 5 de Rabat Faculté de Médecine et de Pharmacie 2016.
- [4] Chermiti Ben Abdellah F. Les tumeurs fibreuses solitaires malignes de la plèvre. *Revue de Pneumologie Clinique.* Volume 66, Issue 3, 2010, 187-190.
- [5] Fiore F., Stoa V., Somma F. Surgical recurrence of solitary fibrous tumor of the pleura treated with microwave (MW) thermoablation : a case report. *Thorac. Cancer.* 2020.
- [6] Watanabe K. et al. Solitary fibrous tumor of the pleura mimicking a soft tissue sarcoma of the chest wall. *International Journal of Surgery Case Reports* 91 (2022) 106746.
- [7] Ajouz H. et al. Surgical considerations in the resection of solitary fibrous tumors of the pleura. *Journal of Cardiothoracic Surgery* (2023).
- [8] Barata M. Solitary fibrous tumor of the pleura: A giant finding, a benign entity? *Respiratory Medicine Case Reports* 33 (2021) 101411.
- [9] Harrison-Phipps et al. Solitary fibrous tumors of the pleura: Results of surgical treatment and long-term prognosis. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 2009 Volume 138, Number 1.
- [10] Cardillo G, Lococo F, Carleo F, Martelli M. Solitary fibrous tumors of the pleura. *Curr Opin Pulm Med.* 2012 Jul;18(4):339-46. doi: 10.1097/MCP.0b013e328352f696. PMID: 22450304.