

Histoséminaire

Cas cliniques, diagnostic, commentaires

Cas n° 1 :

Femme de 56 ans. Tumeur de la parotide droite connue depuis plusieurs mois, indolore. Pas de paralysie faciale ni d'adénopathie cervicale.

Taille = 3,5 x 2,5x 2cm ; bonne limitation, coloration jaune ou plus blanche.

Diagnostic proposé : **adénome pléomorphe à cellules fusiformes prédominantes et lipomateux**

Commentaires : nombreuses variantes (métaplasie malpighienne, infarcissement ...).

Difficultés possible lors de l'examen extemporané mais diagnostic de bénignité.

Note sur les adénomes pléomorphes cellulaires avec anisonucléose et bonne limitation : intérêt pour certains du Ki67 et Her2 pour dépister un foyer de carcinome in situ sur adénome pléomorphe.

Cas n° 2 :

Homme de 74 ans. Tumeur du pôle inférieur de la parotide gauche, connue depuis environ 20 ans ; augmentation récente de volume. Cytoponction suspecte. Tumeur de 5x 3,5 cm, remaniée, brunâtre.

Diagnostic proposé : **tumeur de Warthin remaniée, avec métaplasie malpighienne et dystrophies cellulaires.**

Commentaires : cytoponction piège diagnostique

Cas n° 3 :

Femme de 61 ans. Exérèse d'une petite tuméfaction de la lèvre supérieure.

Diagnostic proposé : **adénocarcinome polymorphe de bas grade**

Commentaires : tumeur des glandes salivaires accessoires (avant tout palais puis muqueuse buccale et lèvre) ; polymorphisme architectural avec aspects particuliers en « courants cellulaires » et tourbillons ; caractère infiltrant (souvent nerfs +) mais cytologie tranquille.

Cas n° 4 :

Homme de 64 ans. Tumeur de la glande sub mandibulaire gauche connue depuis quelques mois, asymptomatique.

Tumeur de 3 x 2,5cm, de coloration hétérogène, blanchâtre avec remaniements hémorragiques et nécrotiques.

Diagnostic proposé : **adénocarcinome primitif de haut grade avec secteurs de type canalaire sur adénome pléomorphe.**

Commentaires : intérêt de l'immunohistochimie pour des cas évolutifs en vue de thérapies ciblées (Her2, EGFR).

Cas n° 5 :

Femme de 35 ans. Découverte d'une lésion nodulaire de 0,6cm de la muqueuse du palais buccal.

Diagnostic proposé : **carcinome muco épidermoïde à cellules claires, de bas grade.**

Commentaires : le diagnostic différentiel est ici celui des tumeurs salivaires à cellules claires ou leur variante à cellules claires (oncocytome, carcinome myoépithélial, carcinome épithélial myoépithélial, adénocarcinome à cellules claires, adénocarcinome à cellules acineuses à cellules claires) et pour les métastases, avant tout l'adénocarcinome rénal à cellules claires.

Cas n° 6 :

Homme de 38 ans. Tumeur parotidienne gauche évoluant depuis 3 ans, ferme, indolore, sans paralysie faciale. Pas d'adénopathie satellite. Aspect hétérogène superficiel sur 2cm au scanner. Aspect de tumeur salivaire remaniée en cytoponction.

Diagnostic proposé : **carcinome mucoépidermoïde de bas grade**

Commentaires : diagnostic différentiel avec la tumeur de Warthin.

Problème des tumeurs kystiques avec comme diagnostics différentiels principaux : tumeur de Warthin, cysadénome, carcinome à cellules acineuses.

Cas n° 7 :

Femme de 64 ans. Découverte fortuite d'une tumeur parotidienne.

Diagnostic proposé : **adénocarcinome à cellules acineuses, à stroma lymphoïde**

Commentaires : le diagnostic différentiel est ici celui des tumeurs salivaires à stroma lymphoïde et avant tout le carcinome mucoépidermoïde à stroma lymphoïde, la métastase d'un ganglion intra glandulaire.

Cas n° 8 :

Homme de 32 ans. Tuméfaction parotidienne droite connue depuis plusieurs années avec augmentation de volume récente et douloureuse depuis un mois. Cytoponction suspecte.

Diagnostic proposé : **adénocarcinome à cellules acineuses, avec contingent dédifférencié, de haut grade.**

Commentaires : nécessité selon la taille de la tumeur d'une inclusion totale ou d'un échantillonnage suffisant. Le contingent dédifférencié conditionne le traitement et le pronostic.

Cas n° 9 :

Femme de 70 ans. Tuméfaction sous parotidienne gauche ; pas d'antécédent particulier.

Diagnostic proposé : **carcinome lympho épithélial**

Commentaires : aspect identique au carcinome lymphoépithélial nasopharyngien ; problème d'une tumeur primitive ou secondaire. Entité rare (population asiatique, de l'arctique), siège parotidien : 80% des cas, pratiquement toujours lié à l'EBV (EBER1).

Cas n° 10 :

Homme de 72 ans. Tumeur parotidienne gauche apparue brutalement en août 2009.

Antécédent d'adénocarcinome pulmonaire lobaire supérieur droit traité en 2001.

Diagnostic proposé : **métastase parotidienne d'un adénocarcinome peu différencié (primitif pulmonaire).**

Commentaires : métastases rares au niveau des glandes salivaires (8 à 16% des tumeurs malignes salivaires).

- Parotide surtout avec pour primitif carcinome cutané et mélanome tête et cou (70%) ; thyroïde, neuroblastome, autre région tête et cou (15%) et sous claviculaire ou primitif inconnu (15%).

- Glande sub mandibulaire plus rare avec pour primitif autour de 80% sous claviculaire (sein, rein, poumon). Nécessité d'avoir connaissance du contexte clinique.