

Open Access Full Text Article

CASE REPORT

Inflammatory lung myofibroblastic tumor associated with diffuse lipomatosis in a 65-year-old patient: a case report

Tumeur myofibroblastique inflammatoire pulmonaire associée à une lipomatose diffuse chez un patient de 65 ans: à propos d'un cas

BD. Diallo^{1,2}, OA. Bah¹, D. Sylla^{1,3}, A. Kake³, AO. Barry², OH. Diallo³, F. Soraya⁴, LM. Camara^{1,2}

¹: Facultés des Sciences et technique de la santé, Université de Conakry, République de Guinée

²: Service de pneumologie, Hôpital National Ignace Deen, Conakry, République de Guinée

³: Service de Médecine Interne CHU Conakry, Hôpital National Donka

⁴: Service de Pneumologie, Hôpital Ariana Tunis

ABSTRACT

Inflammatory myofibroblastic tumor of the lung is a benign and rare tumor. We report a clinical case of a 63-year-old patient who was referred for Pneumology consultation for cough and hemoptysis with the presence of thoracic radiography and CT scan of an upper right lumbar pulmonary mass. Postoperatively, it was a myofibroblastic inflammatory tumor.

KEYWORDS: Inflammatory myofibroblastic tumor; Lung.

RÉSUMÉ

La tumeur myofibroblastique inflammatoire du poumon est une tumeur bénigne, rare. Nous rapportons un cas clinique d'une patiente de 63 ans adressée en consultation de pneumologie pour toux et hémoptysies avec la présence à la radiographie thoracique et au scanner d'une masse pulmonaire lobaire supérieure droite. En post opératoire, il s'agissait d'une tumeur inflammatoire myofibroblastique.

MOTS CLÉS: Tumeur inflammatoire myofibroblastique; Poumon.

Corresponding author:

Dr. DIALLO Boubacar Djelo. Facultés des Sciences et technique de la santé, Université de Conakry, République de Guinée.

E-mail: diallodjelo@yahoo.fr

INTRODUCTION

La tumeur myofibroblastique inflammatoire (TIM) est une maladie bénigne rare.

Elle représente 0,7% de toutes les tumeurs du poumon. Son origine est inconnue de nos jours [1,2]. Les TIM sont de localisation ubiquitaire et ont été le plus souvent décrites dans le poumon [3]. La présentation en imagerie n'est pas spécifique, ce qui rend le diagnostic difficile parfois, la confirmation histologique étant souvent faite en postopératoire [3].

Nous rapportons l'observation d'une patiente de 63 ans reçue en consultation de pneumologie pour hémoptysies chez laquelle le diagnostic Tumeur Myofibroblastique inflammatoire du poumon a été posé.

OBSERVATION

Madame MT âgée de 63 ans, ingénieure agronome a été admis en consultation de pneumologie début Avril 2019 pour hémoptysies de petite abondance récidivantes. Elle n'a pas d'antécédents particuliers en dehors d'un tabagisme passif chez son mari décédé en 1999. Le premier épisode d'hémoptysie remontait à plus d'un mois l'ayant conduit à consulter dans un centre de santé, un traitement antibiotique par Amoxicilline avait été institué sans succès et la patiente fut référée au service de pneumologie du CHU Ignace Deen de Conakry. A son admission, elle décrivait une toux associée à une hémoptysie de petite abondance, les constantes hémodynamiques étaient normales de même que l'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire. Par ailleurs, on notait la présence de deux formations d'allure lipomateuse au niveau de l'hypochondre droit, au pli du coude et à la face antérieure de la cuisse droite. Une radiographie thoracique de face (Figure 1) fut réalisée et montrait une opacité parenchymateuse droite arrondie à contours nets avec discret épaissement scissural homolatéral. Sur les examens de biologie sanguine, on retrouvait des globules blancs à 5700 éléments /mm³, des plaquettes à 288000/mm³, un taux d'hémoglobine à 12 g/dl, le bilan rénal et hépatique était normal.

Un scanner thoracique sans et avec injection du contraste iodé avait été réalisé montrant une masse tissulaire solitaire polylobée lobaire supérieure droite étendue au lobe moyen de faible rehaussement après injection du contraste iodé classée T4NoMo (Figure 2 et 3).

L'échographie des parties molles évoquait un aspect cadrant avec un lipome sous cutané. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) des membres avait conclu également à l'aspect lipomateux des nodules sous cutanés.

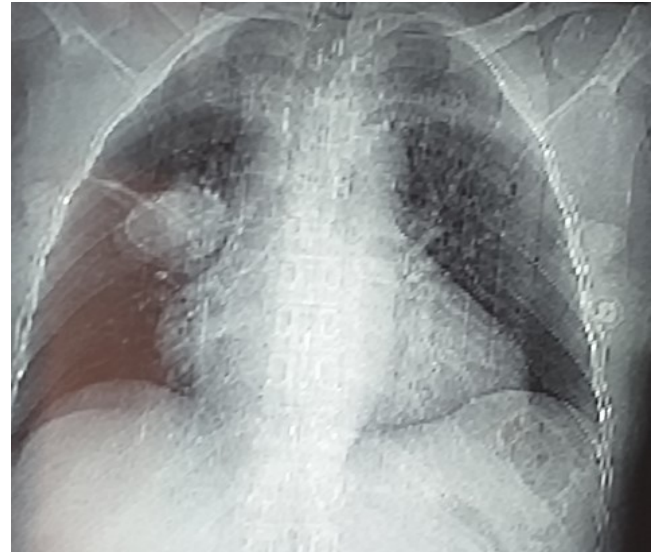


FIGURE 1. Radiographie pulmonaire face. Opacité parenchymateuse droite arrondie à contours nets avec discret épaissement scissural homolatéral.

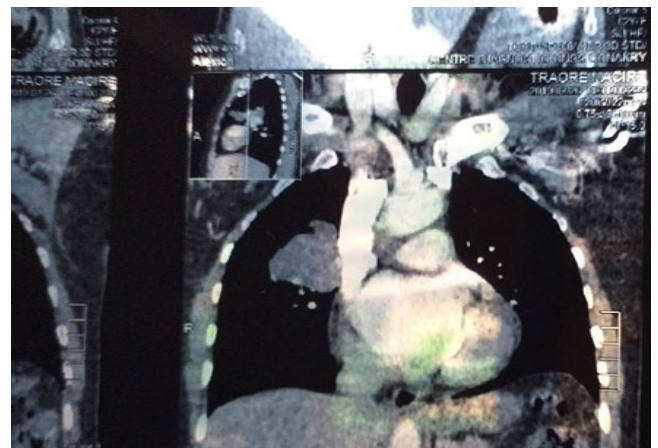
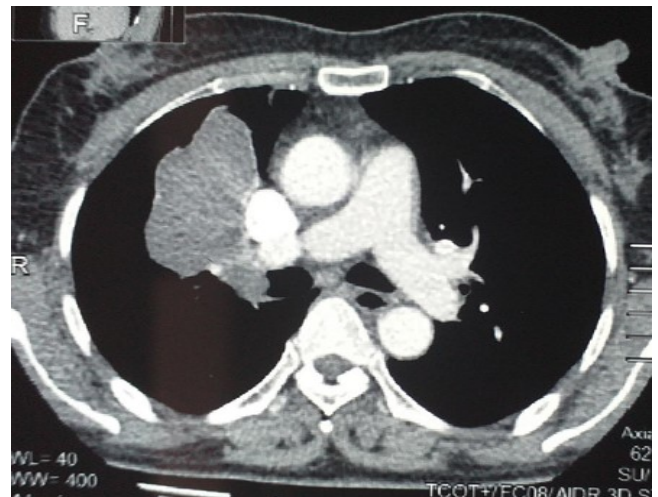


FIGURE 2 ET 3. TDM thoracique injectée en coupe axiale (2) et reconstruction coronale (3). Masse tissulaire solitaire polylobée lobaire supérieure droite étendue au lobe moyen de faible rehaussement après injection du contraste iodé

En endoscopie bronchique, il avait été mis en évidence un bourgeon tumoral à l'entrée de la bronche lobaire supérieure droite, des biopsies avaient été effectuées et l'anatomopathologie avait conclu à la présence de cellules mésenchymateuses difficiles à typer. La décision d'opérer la patiente a été prise en RCP et l'intervention eut lieu fin avril avec des suites simples, voir radiographie post chirurgie (Figure 4).

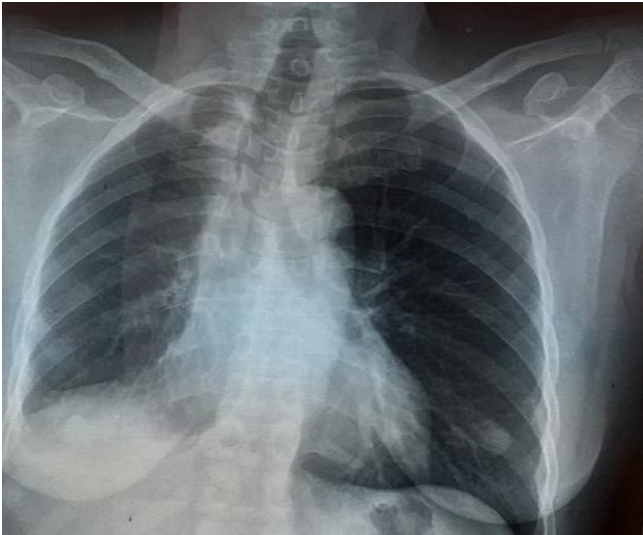


FIGURE 4. Radiographie pulmonaire de face contrôle post chirurgicale.
Ablation tumorale sans signe de complication.

La tumeur a été classée T4NoMo soit un stade IIIA. L'anatomopathologie de la pièce opératoire a conclu à une tumeurmyofibroblastique inflammatoire riche en cellules xanthomateuses de 60,5 cm de grand axe, assez bien limitée mais non encapsulée, occupant le lobe supérieur, obstruant la bronche lobaire et s'étendant dans le lobe moyen, les recoupes vasculaires et bronchiques étaient saines, absence de micro invasion, 5 ganglions pédiculaires réactionnels. Les autres ganglions adressés étaient non tumoraux.

DISCUSSION

La tumeur myofibroblastique du poumon est une tumeur rare, cette rareté est décrite par de nombreux auteurs [1-3]. Elle reste une tumeur bénigne dont la localisation est essentiellement pulmonaire [1]. Cette tumeur se rencontre chez tous les sexes et tous les âges même si elle semble être plus fréquente chez

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Aucun.

RÉFÉRENCES

1. Hammas N, Chbani L, Rami M, Boubbou M, Benmiloud S, Bouabdellah Y, et al. A rare tumor of the lung: inflammatory myofibroblastic tumor. *Diagn Pathol.* 17 juill 2012;7:83.
2. Sakurai H, Hasegawa T, Watanabe S ichi, Suzuki K, Asamura H, Tsuchiya R. Inflammatory myofibroblastic tumor of the lung. *Eur J Cardio-Thorac Surg Off J Eur Assoc Cardio-Thorac Surg.* févr 2004;25

les chez les enfants et les jeunes adultes [4]. Notre patiente était de sexe féminin et d'un âge supérieur à 60 ans. La pathogenèse des tumeurs inflammatoires myofibroblastiques est mal connue, des auteurs décrivent des mécanismes auto-immun et infectieux comme étant les étiologies probables [5,6]. Du point de vue clinique, les symptômes sont non spécifiques, et dans bien des cas le diagnostic est fait de façon fortuite. Notre patiente a présenté des symptômes respiratoires à type de toux et d'hémoptysies qui dans le contexte de pays d'endémie tuberculeuse orienteraient plutôt vers une tuberculose pulmonaire. A l'examen clinique chez cette patiente, on avait retrouvé de nombreux formations sous cutanées qui au terme des investigations (IRM, échographie) présentaient des caractéristiques compatibles avec des lipomes.

Les aspects radiologiques ne sont pas spécifiques, les images les plus fréquemment décrites sont une masse ou un nodule pulmonaire, solitaire, rarement multiple fortement limitée, lisse ou bosselée, la lésion est souvent située à la périphérie avec une prédilection pour les lobes inférieurs [1,4]. Les lésions radiologiques peuvent présenter des signes d'agressivité comme dans le cas de notre patiente. Le diagnostic différentiel radiologique va se faire avec les localisations pulmonaires des lymphomes, les pneumopathies cryptogéniques, les tumeurs solides solitaires, l'hyperplasie lymphoïde, le pseudo lymphome, le carcinome pulmonaire sarcomatoïde [1,3,5]. Le diagnostic est strictement anatomopathologique et est très souvent fait en postopératoire. Le traitement est chirurgical nécessitant un plateau de chirurgie thoracique, ce qui explique que notre patiente soit évacuée vers une clinique de chirurgie thoracique pour être opérée, les suites chirurgicales avaient été simples (Figure 4). Dans la littérature, la survie à 5 ans est supérieure à 90% [7].

CONCLUSION

La Tumeur Myofibroblastique inflammatoire du poumon est une pathologie bénigne rare avec des manifestations clinique et radiologique non spécifiques, seul l'examen anatomopathologique confirme le diagnostic. Le traitement est essentiellement chirurgical.

3. Hantous-Zannad S, Esseghaier S, Ridène I, Zidi A, Baccouche I, Ayadi-Kaddour A, et al. Imagerie des tumeurs myofibroblastiques inflammatoires du poumon. *J Radiol.* déc 2009;90(12):1851-5.
4. Racil H, Saad S, Amar JB, Rouhou SC, Chaouch N, Zarrouk M, et al. Pseudotumeur inflammatoire pulmonaire invasive. *Rev Médecine Interne.* 32 (4):e55-8.
5. Syiem T, Kumar RS, Paraman M, Han X, Beniwal S, Purohit RC, et al. Inflammatory myofibroblastic tumor of lung with tuberculosis. In 2017.
6. Ochs K, Hokschi B, Frey U, Schmid RA. Inflammatory myofibroblastic tumour of the lung in a five-year-old girl. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 1 mai 2010;10(5):805-6.
7. Chen C-K, Jan C-I, Tsai J-S, Huang H-C, Chen P-R, Lin Y-S, et al. Inflammatory myofibroblastic tumor of the lung- a case report. *J Cardiothorac Surg.* 20 juill 2010;5:55.