



LETTRE / Digestif

Une tumeur mésothéliale péritonéale primitive rare : le mésothéliome papillaire bien différencié

A rare primary mesothelial tumor of the peritoneum: Well-differentiated papillary mesothelioma

M. Pernin^{a,*}, A. Gervaise^b, A.-C. Ezanno^c,
P. Bassnagel^d, P. Sockeel^c, D. Régent^b,
M. Lapierre-Combes^a

^a Service d'imagerie médicale, hôpital d'instruction des armées Legouest, 27, avenue de Plantières, BP 10, 57998 Metz-Armées, France

^b Service de radiologie adultes, hôpital Brabois, rue du Morvan, 54511 Vandœuvre-lès-Nancy, France

^c Service de chirurgie viscérale, hôpital d'instruction des armées Legouest, 27, avenue de Plantières, BP 10, 57998 Metz-Armées, France

^d Service de radiologie, polyclinique Majorelle, 1240, avenue Raymond-Pinchart, 54000 Nancy, France

MOTS CLÉS

Néoplasie péritonéale ; Mésothéliome papillaire bien différencié ; Diagnostic en imagerie

KEYWORDS

Peritoneal neoplasm; Well-differentiated papillary mesothelioma; Imaging diagnosis

Le mésothéliome papillaire bien différencié (MPBD) est un sous-type rare de mésothéliome péritonéal atteignant la femme jeune sans exposition à l'amiante. Il est peu décrit dans la littérature radiologique [1], bien que présentant des caractéristiques morphologiques et épidémiologiques évocatrices. Il est important pour le radiologue de mieux connaître cette pathologie qui, chez une femme jeune, peut revêtir des aspects trompeurs et inquiétants pour une affection dont le pronostic est le plus souvent favorable.

Observations

Cas 1

Une patiente de 28 ans sans antécédent consultait pour des algies pelviennes isolées. Un scanner abdominopelvien montrait un épaississement de la séreuse pararectale, du ligament large, des nodules tissulaires intrapéritonéaux au contact de l'utérus (Fig. 1a) et une lame liquidienne pelvienne : une endométriose était évoquée. L'IRM trouvait des masses pelviennes hétérogènes tissulaires avec des plages microkystiques, une lame liquidienne au contact (Fig. 1b). L'utérus et les ovaires étaient normaux. Une coelioscopie avec biopsies

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mpernin@hotmail.fr (M. Pernin).

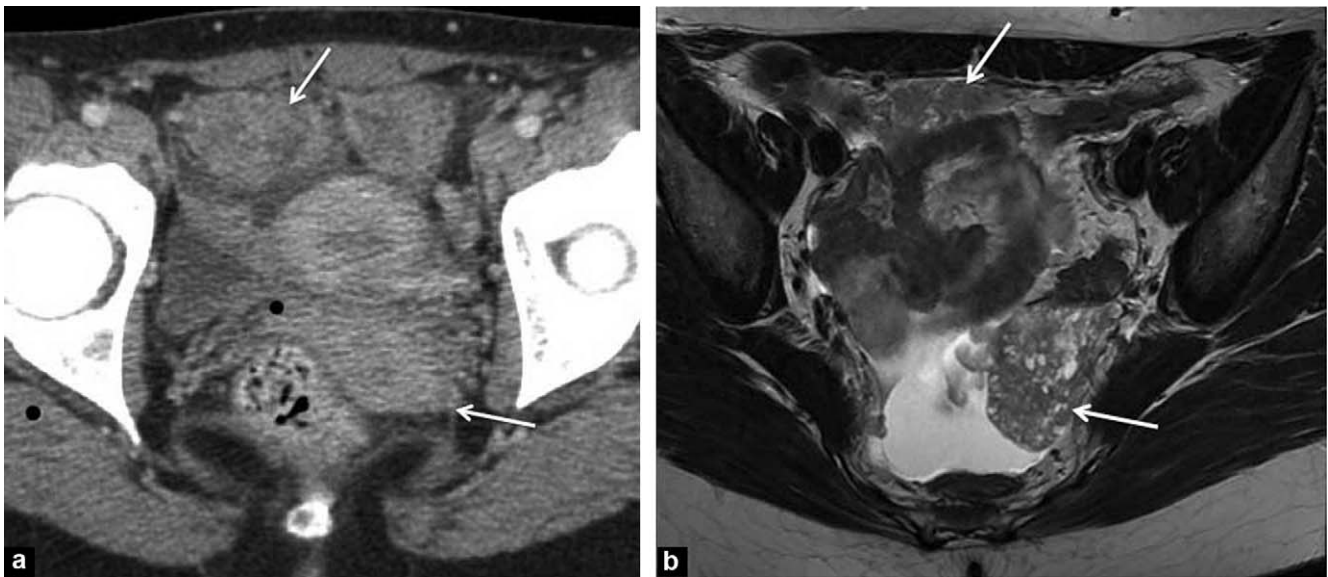


Figure 1. Masses pelviennes : a : scanner abdominopelvien avec injection de produit de contraste : masses pelviennes (flèches) avec deux masses au contact de la paroi antérieure et une masse postérieure en regard du cul-de-sac de Douglas ; b : IRM pelvienne coupe axiale T2 : masses (flèches) hétérogènes en hypersignal tissulaire avec des plages microkystiques en franc hypersignal.

des lésions était effectuée. Microscopiquement, la lésion contenait des structures papillaires délimitées par un revêtement cubiforme mésothélial non atypique (Fig. 2) avec des cellules mésothéliales à l'étude immunohistochimique. L'anatomopathologie concluait à un MPBD. Une exérèse chirurgicale complète des lésions était réalisée.

Cas 2

Une patiente de 30ans consultait pour des douleurs de l'hypocondre gauche évoluant depuis sept jours sans fièvre. Ses antécédents comportaient un syndrome de Fitz-Hugh-Curtis diagnostiqué lors d'une exérèse de polypes utérins. Un scanner thoraco-abdominopelvien montrait une masse péritonéale tissulaire paracolique gauche (Fig. 3a), sans

fistule colique (Fig. 3b) mal limitée, de 85 mm de grand axe associée à un épanchement intrapéritonéal. La première hypothèse évoquée était une tumeur péritonéale fibreuse sans pouvoir exclure une localisation péritonéale de *Chlamydia trachomatis*. Une coelioscopie trouvait une masse tumorale adhérente au côlon associée à des nodules blancs d'allure carcinomateuse (Fig. 4). Des biopsies des nodules et une exérèse de la masse péritonéale étaient réalisées. L'anatomopathologie concluait à un MPBD. Une exérèse chirurgicale des lésions était effectuée et une surveillance scanographique semestrielle instaurée.

Discussion

Le mésothéliome péritonéal représente 20 à 25 % des formes cliniques de mésothéliome [2]. Sept types différents de mésothéliomes péritonéaux ont été identifiés [3], mais certains auteurs les répartissent en quatre groupes : le mésothéliome malin, le mésothéliome kystique, la tumeur adénomatoïde et le MPBD [4].

Le MPBD concerne le plus souvent le péritoine pelvien. Moins de 60 cas de MPBD péritonéal ont été rapportés [5]. Il touche préférentiellement la femme jeune sans exposition à l'amiante mais des cas masculins et de patients exposés à l'amiante ont été décrits [6]. Les signes cliniques rapportés sont aspécifiques (douleurs abdominales...), la découverte est le plus souvent fortuite lors d'une intervention chirurgicale.

Ses aspects radiologiques sont également aspécifiques [1] : plaques ou nodules péritonéaux parfois calcifiés, épaississement péritonéal, infiltration du grand omentum ou masse solitaire [7], sans primitif évident. Ces aspects ne permettent pas de le différencier des autres atteintes péritonéales, notamment du mésothéliome malin. Si le scanner est plus performant que l'échographie pour l'évaluation des mésothéliomes péritonéaux, l'échographie est meilleure

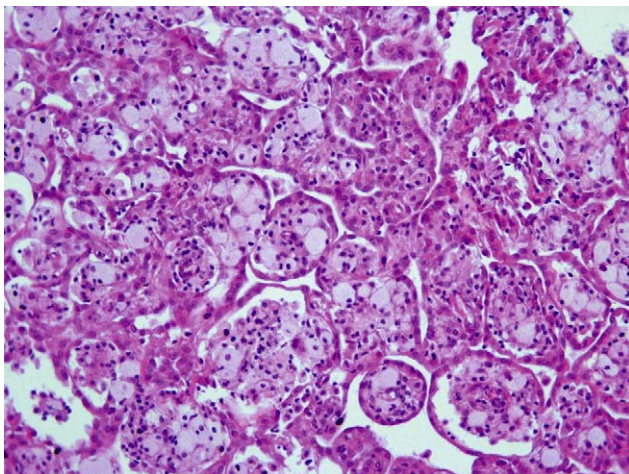


Figure 2. Biopsie d'une masse pelvienne (HES x 100) : structure papillaire de contours réguliers délimitée par un revêtement cuboïforme ou endothéliiforme de nature mésothéliale avec des macrophages spumeux au centre.

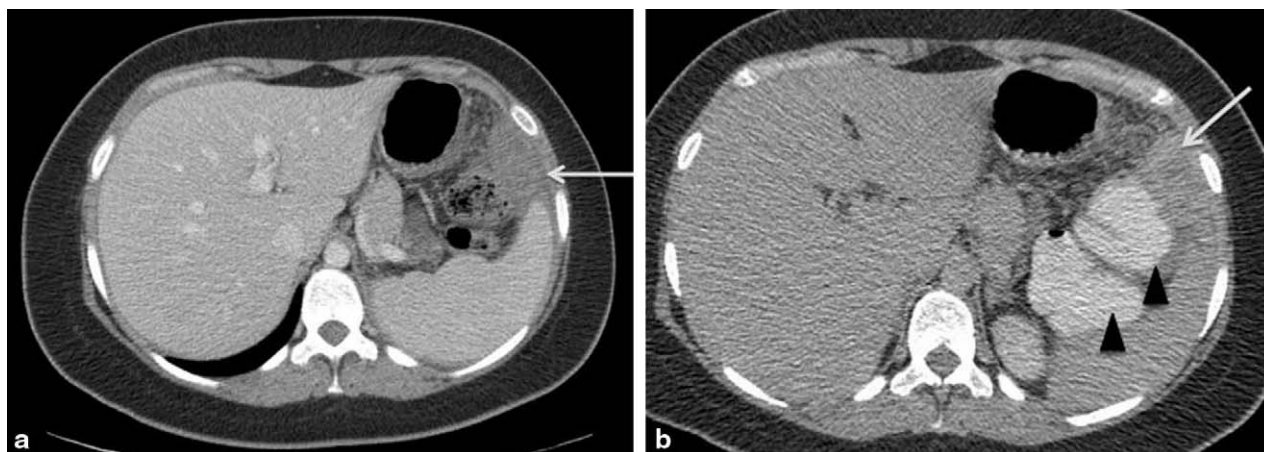


Figure 3. Masse de l'hypocondre gauche : a : scanner abdominopelvien injecté : masse péritonéale (flèche) de l'hypocondre gauche au contact de l'angle colique gauche ; b : scanner abdominopelvien injecté avec opacification colique par voie basse : absence de passage de produit de contraste colique (tête de flèche noire) au sein de la masse (flèche blanche).

pour l'évaluation de l'atteinte pelvienne. Lorsque les nodules tumoraux sont inférieurs à 5 mm, le scanner peut être considéré comme normal [8]. Le diagnostic de certitude du MPBD est histologique ; les biopsies sous contrôle radiologique sont proscrites devant le risque d'essaimage d'une tumeur maligne.

Histologiquement, la tumeur est papillaire ou tubulovillaire. Les papilles sont bordées par une seule assise de cellules mésothéliales aplaties ou cubiques non atypiques [9]. Les mitoses sont rares. L'étude immunohistochimique prouve la nature mésothéliale des cellules.

La plupart des MPBD sont considérés comme des tumeurs de bas grade de malignité et sont de meilleur pronostic que les autres mésothéliomes péritonéaux.

Il n'existe pas de consensus quant à leur prise en charge : la chirurgie et la chimiothérapie ne sont pas des garanties de guérison car la lésion est indolente. La mise en route d'un traitement agressif doit être pesée devant les complications possibles. Un suivi à long terme est recommandé devant le risque potentiel de récurrence et de dégénérescence maligne.

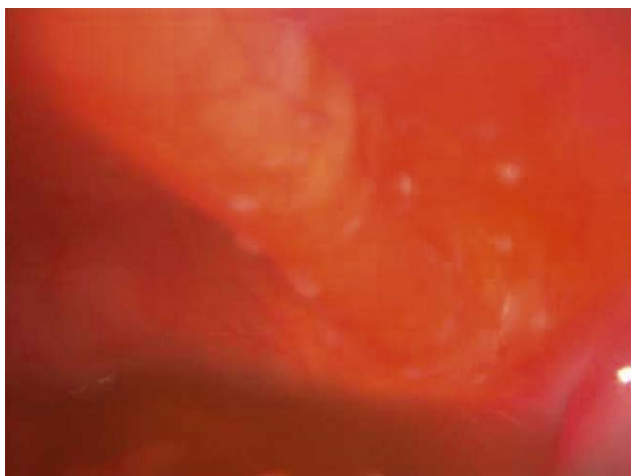


Figure 4. Photographie prise au cours de la cœlioscopie : nodules blanchâtres recouvrant le péritoine.

Conclusion

La présentation radiologique du MPBD est aspécifique mais les données épidémiologiques constituent des éléments importants pour évoquer son diagnostic : devant une ou des lésion(s) péritonéale(s) chez une femme jeune sans primitif connu ni signe de gravité, son diagnostic pourra être avancé. La confirmation est histologique.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Park JY, Kim KW, Kwon HJ, Park MS, Kwon GY, Jun SY, et al. Peritoneal mesotheliomas: clinicopathologic features, CT findings and differential diagnosis. *AJR Am J Roentgenol* 2008;191:814–25.
- [2] Sugarbaker PH, Yan TD, Stuart OA, Yoo D. Comprehensive management of diffuse malignant peritoneal mesothelioma. *Eur Surg Oncol* 2006;32:686–91.
- [3] Sugarbaker PH, Welc LS, Mohammed F, Glehen O. A review of peritoneal mesothelioma at the Washington Cancer Institute. *Surg Oncol Clin N Am* 2003;12:605–21.
- [4] Levy AD, Arnáiz J, Shaw JC, Sobin LH. From the archives of the AFIP: primary peritoneal tumors: imaging features with pathologic correlation. *Radiographics* 2008;28:583–607.
- [5] Clarke JM, Helft P. Long-term survival of a woman with well-differentiated papillary mesothelioma of the peritoneum: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep* 2010;4:346.
- [6] Butnor KJ, Sporn TA, Hammar SP, Roggli VL. Well differentiated papillary mesothelioma. *Am J Surg Pathol* 2001;25:1304–9.
- [7] Gong Y, Ren R, Ordonez NG, Sun X, Sneige N. Fine needle aspiration cytology of well-differentiated papillary mesothelioma: a case report. *Acta Cytol* 2005;59:537–42.
- [8] Cotte E, Passot G, Isaac S, Gilly FN, Glehen O. Tumeurs malignes primitives du péritoine. *Presse Med* 2009;38:1814–22.
- [9] Hoeckman K, Tognon G, Risse EJK, Bloemsm CA, Vermorken. Well-differentiated papillary mesothelioma of the peritoneum: a separate entity. *Eur J Cancer* 1996;32:255–8.