

# Cas CHdN - Néoplasme - Atelier du 19/11/2015

CAS CHdN N°1

Homme de 68 ans

Questions : Topo / Morpho ?

| Prélév.    | Entrée     | Sorte      |
|------------|------------|------------|
| 21/06/2013 | 24/06/2013 | 26/06/2013 |

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Biopsie  
Foie, métastases  
Métastases hépatiques diffuses  
Origine pulmonaire ?  
Bx du foie  
Cf. H2013/25546

## EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

### EXAMEN MACROSCOPIQUE

Plusieurs fragments fixés de 0.2 à 0.4 cm de grand axe mesurant réunis 2 x 2 x 0,4 cm

### EXAMEN MICROSCOPIQUE

A l'examen histologique les fragments sont constitués par du parenchyme hépatique d'architecture régulière avec des travées hépatocytes, autour des sinusoides avec des cellules de von Kupffer non hyperplasées avec de très rares espaces portes non fibrosés ni élargis

Présence de nombreux fragments tantôt isolés, tantôt au sein des caillots sanguins et du matériel de nécrose d'un tissu tumoral assez cellulaire avec une anisocaryose une hyperchromatie et un cytoplasme peu abondant. En de rares endroits on note une discrète pigmentation brunâtre cytoplasmique. Présence de nombreuses mitoses.

Absence d'une stéatose, d'une cirrhose hépatique et d'un carcinome hépatocellulaire

### CONCLUSION

Foie – ponction biopsie – infiltration métastatique du foie par une tumeur maligne – examens immunohistochimiques en cours.

Prélèv.      Entrée      Sortie  
21/08/2013      27/08/2013

#### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Gastroscolpie  
Métastase foie  
Un nodule ombiliqué : méta ?

#### EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

##### EXAMEN MACROSCOPIQUE

4 fragments.

##### EXAMEN MICROSCOPIQUE

Ces prélèvements biopsiques sont centrés sur une muqueuse de type gastrique, certains fragments sont réduits à l'état de lambeau très superficiels, d'autres sont plus profonds et concernent une muqueuse antrale congestive et oedémateuse. L'un des fragments observé est pathologique occupé par une prolifération manifestement néoplasique occupée de cellules de taille moyenne regroupées en amas dans le chorion et présentant d'assez nombreuses mitoses (VF/AL).

Une étude immunohistochimique a été effectuée, les cellules présumées néoplasiques malignes n'expriment pas les marqueurs Kératine, CD45. Il n'y a pas d'expression notamment des marqueurs neuro-endocrines, synaptophysine et chromogranine.

Un complément immunohistochimique est en cours.

##### CONCLUSION

Biopsie gastrique : infiltration de l'un des fragments biopsiques par un processus vraisemblablement néoplasique. Etude immunohistochimique en cours.

#### COMPLEMENT DE RAPPORT DU : 27.08.13 (VF/AL)

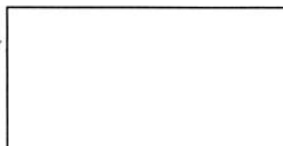
Un complément immunohistochimique a été effectué, les cellules néoplasiques précédemment décrites n'expriment pas les marqueurs CD3, CD20 et CD34. Les cellules sont discrètement positives avec les marqueurs CD117. Par ailleurs les cellules sont discrètement PS100 positives. On observe également une positivité conjointe des 2 marqueurs mélaniques HMB45 et Melan A.

##### CONCLUSION

C.R. du 27.08.13 (VF/AL) Biopsie gastrique : infiltration de l'un des fragments biopsiques par un processus néoplasique malin dont le phénotype cadre avec un mélanome (de caractère primitif ou secondaire indéterminé).

T: 151/9 M: 8720/3  
T: 151/9 M: 8000/9

Dr



|            |            |            |
|------------|------------|------------|
| Prélèv.    | Entrée     | Sortie     |
| 09/07/2013 | 09/07/2013 | 17/07/2013 |

---

#### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Aspiration bronchique \*\*\*  
Bronches  
Néoplasie généralisée. Métas hépatiques  
Opacité du segment interne du lobe moyen  
Nodules tumoraux segment interne lobe moyen



---

#### EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

##### EXAMEN MACROSCOPIQUE

A. 10 ml d'un liquide fixé.

B. 4 biopsies de 0,1 cm.

##### EXAMEN MICROSCOPIQUE

A. On observe un prélèvement modérément cellulaire à fond fibrinohématique. On note la présence de rares polynucléaires accompagnés de petits lymphocytes. On observe également des macrophages alvéolaires et quelques cellules bronchiques bénignes. A noter la présence de quelques cellules tumorales le plus souvent isolées à noyaux agrandis, parfois polylobés entourés de peu de cytoplasme. Certaines cellules montrent des nucléoles assez proéminents, ailleurs, la chromatine est le plus souvent assez dense.

B. Les deux biopsies montrent un parenchyme pulmonaire également largement infiltré par des cellules tumorales paraissant peu cohésives à cytoplasme éosinophile modérément large. Les noyaux montrent une anisocaryose modérée et parfois on observe des pseudo-inclusions nucléaires. Focalement, le cytoplasme montre un pigment brunâtre, cependant le tissu collagène de voisinage montre des dépôts d'antracose.

En résumé, on observe un infiltrat tumoral diffus compatible avec une localisation d'un mélanome malin (cf. H2013/25546), nous allons encore effectuer une étude immuno-histochimique pour confirmer la nature mélanocytaire et un complément de compte rendu suivra.

## CONCLUSION

A. Aspiration bronchique – présence de cellules malignes.

B. 4 biopsies bronches lobe moyen segment interne – infiltrat tumoral solide et diffus (cf. commentaire ci-dessus).

---

## COMPLEMENT DE RAPPORT DU 24.07.2013 (WW/HS)

B) L'étude immuno-histochimique montre une réaction négative des éléments tumoraux avec l'anticorps dirigé contre la kératine et l'anticorps dirigé contre le CD45. Par contre on observe une réaction très fortement positive avec les anticorps dirigés contre la protéine S100, le HMB45 et le Melan-A témoignant de la nature mélanocytaire de l'infiltrat. On observe un taux de prolifération assez élevé autour de 20 % avec l'anticorps dirigé contre le Ki67.

## CONCLUSION

C.R. du 24.07.2013 (WW/HS) : 4 biopsies bronches lobe moyen segment interne – métastase d'un mélanome malin.

---

## COMPLEMENT DE RAPPORT DU 30.07.2013 (WW/KA)

A la demande du Dr  nous allons transmettre le matériel pour recherche d'une mutation du gène B-RAF.

# LABORATOIRE NATIONAL DE SANTE

Service Génétique, Biologie Moléculaire  
42, rue du Laboratoire  
L-1011 LUXEMBOURG  
Tél.: 49 11 91 215 Fax: 49 11 91 219

Patient:

Matricule:  Age: 68 a (M)

Date de prélèvement: 31/07/2013

Date d'entrée: 31/07/2013

Edition complète : 07.08.2013 08:32

## Analyses de Biologie Moléculaire

### - Recherche de mutations du gène BRAF

Technique permettant de détecter spécifiquement la mutation V600E et ayant aussi une faible sensibilité pour la mutation V600K:

Absence de mutation au codon 600.

**CONSULTATION EN PNEUMOLOGIE LE 01.07.13**  
**HOSPITALISATION DU 02.07 AU 24.07.13**

**Motif :** découverte de métastases hépatiques. Masse pulmonaire. 2 nodules polypoides gastriques. Importante altération de l'état général.

**Antécédents :**

**Chirurgicaux :** - appendicectomie en 1952

**Médicaux:** - HTA

**Allergies:** - néant

**Familiaux:** - néant

**Traitement:**

Corenitec 1/jour. Traitement irrégulier pour le Cholestérol.

**Mode de vie :**

Divorcé. Vit seul. 1 fille. Est accompagné par son ex-femme.

Tabagisme sevré depuis 1978. 2 pqts de cig/j pdt une dizaine d'années.

Consommation d'alcool.

A travaillé à l'état dans l'enregistrement puis à la Good-Year et ce dernier temps était comptable à la brasserie Diekirch. Durant son activité professionnelle a bu beaucoup de bière et actuellement consommation de très rare d'alcool.

Il est retraité.

### Affection actuelle :

Depuis 2 mois, épigastralgies et gêne au niveau de l'hypochondre droit. Altération de l'état général.

Examen initial par Dr [ ]. Biopsies de nodules gastriques. Réalisation d'un CT thorax-abdomen. Mise en évidence de métastases hépatiques avec ponction sous scanner (Dr [ ]). Le patient est adressé pour prise en charge.

Durant les derniers mois, perte de 20 kg avec une importante inappétence. Il y a un an, bronchite. Une RX thorax a été protocolée comme normale.

Du point de vue pulmonaire, occasionnelle toux productive d'expectorations muqueuses. Absence de sibilances. Est très faible. Arrive à peine à se lever du lit. Il est seul à la maison. Cette altération de l'état général est présente depuis plusieurs semaines. Il est demandeur pour une prise en charge hospitalière.

### Examen physique :

spO<sub>2</sub> à l'air à 98%. FC : 116/min. T° : 37.2°. TA : 120/80 mmHg.

Absence d'adénopathie cervico-sus-claviculaire ni d'hippocratisme digital. L'auscultation cardio-pulmonaire est libre. Foie palpé au rebord, irrégulier et douloureux. Absence d'œdème périphérique.

### Examens complémentaires :

#### Biologie :

Copie jointe. Anémie microcytaire. Important syndrome inflammatoire. Cholestase et cytolysé hépatique. Hypercalcémie. Hypothyroïdie fruste.

#### CT thorax-abdomen (21.06.13) :

Processus tumoral hilair proximal engainant la bronche lobaire droite et s'étendant vers la bronche lobaire moyenne. Adénopathies médiastinales dont sous-carinaires pathologiques. Métastases hépatiques diffuses. Copie jointe.

#### CT cérébral : (03.07.2013)

Absence de métastases.

#### Scintigraphie osseuse : (03.07.2013)

Localisations suspectes de métastases costales bilatérales (6<sup>ème</sup> - 7<sup>ème</sup> côtes gauches, arcs postérieurs et arcs antérieurs 6<sup>ème</sup> - 7<sup>ème</sup> côté gauche, 9<sup>ème</sup> et 10<sup>ème</sup> côtes droites, arcs postérieurs).

#### Bronchoscopie : (03.07.2013)

Muqueuse irrégulière au niveau du lobe moyen avec nodules tumoraux.

Anatomo-pathologie bronchique : mélanome malin, étude immunohistochimique en cours. Les biopsies réalisées au niveau gastrique montrent également un mélanome, les biopsies hépatiques vont également dans ce sens. Les diverses analyses immunohistochimiques restent en cours.

#### EFR :

Absence de déficit ventilatoire. Discrets signes d'atteinte bronchique obstructive comme en témoigne une diminution des DEMM 25-75, une hyperinflation pulmonaire. VEMS : 2.87L (86%). Rapport VEMS/CV à 78%. CPT : 7.17L (97%). Rapport TLCV/VA à 95%.

ECG :

Tachycardie sinusale. Bloc de branche gauche complet.

Examen cardiologique :

Rapport en attente.

Dosage de divers marqueurs tumoraux et examen oncologique par Dr .

Rapport en attente.

Evolution :

Hydratation et alimentation parentérale initiale par voie IV. Correction de l'hypercalcémie tumorale (Zometa).

Antibiothérapie initiale devant ce syndrome inflammatoire marqué et l'atteinte pulmonaire. Antibiothérapie à visée respiratoire.

Persistance de pics fébriles améliorés sous AINS évocateurs de fièvre tumorale.

Anémie nécessitant une transfusion de 2 unités de globules rouges concentrés.

Amélioration suffisante permettant un retour au domicile. En attente d'une prise en charge oncologique spécifique versus une orientation palliative.

Patient averti du diagnostic.

Conclusions :

Cancer généralisé (poumons, estomac, foie, os).

Histologie montrant un mélanome malin.

Signalons une absence de lésion cutanée mise en évidence.

Hypercalcémie initiale, important syndrome inflammatoire et tableau fébrile, anémie en rapport avec la pathologie tumorale.

Consultation oncologique prévue en ambulatoire.

Traitement prescrit :

Nexiam 40 mg

Co-Rénitec

Duphalac 3x1

Fortimel 3x1

Lysanxia gouttes 3-3-5.

Diclofenac 50 mg 2x10

Dafalgan effervescent 1 g au besoin

Bien confraternellement,

Wiltz, le 21/06/2013

Honoré Consœur, Confrère,

Suite à l'examen pratiqué ce jour, mon analyse est la suivante.

**Examen scanographique thoraco-abdominal :**

**Indications :**

*Métastases hépatiques diffuses. La coloscopie a montré deux polypes d'allure bénigne. La gastroscopie montre une formation nodulaire ombiliquée.*

**Description :**

L'examen est réalisé après opacification intestinale par voie orale, d'abord en contraste spontané puis après injection intraveineuse de produit de contraste iodé bien toléré. Acquisition à la phase de rehaussement portal.

Présence de nodules hépatiques disséminés périmentriques, les plus volumineux mesurant plus de 3 cm.

Absence de processus tumoral solide des viscères pleins. Kystes rénaux du pôle inférieur du rein droit, avec périviscérite non spécifique. Absence de processus expansif pariétal colique.

Absence d'adénomégalie intra- ou rétro-péritonéale. Absence d'épanchement liquidien intrapéritonéal.

Macrocalcifications centrales de la prostate qui n'est pas augmentée en volume.

Athéromasie calcifiante majeure aorto-iliaque est extensive des artères coronaires.

Au niveau thoracique, présence d'un processus tumoral hilair proximal engainant la bronche lobaire droite, polycyclique, s'étendant de proche en proche dans le lobe moyen jusqu'au niveau périphérique avec assise d'implantation au niveau de la plèvre médiastine du lobe moyen. Adénopathies médiastinales, notamment sous-carénaire de quatre sur 3 cm . Absence d'autre lésion pleuro-pulmonaire droite ou gauche.

En fin de procédure 3 prélèvements percutanés ciblés sont réalisés au niveau des lésions du lobe droit du foie. Le patient est gardé en observation au service pendant heures. L'examen clinique est normal. Absence de complication apparente. Le patient est autorisé à quitter le service, muni des recommandations d'usage et accompagné.

**Conclusion :**

Cancer bronchique lobaire moyen droit avec extension pleuro-parenchymateuse dans le lobe moyen. Adénopathies métastatiques médiastinales. Métastases hépatiques diffuses. Biopsie hépatique effectuée.

Métastases hépatiques diffuses non pathognomoniques. Absence de processus expansif abdomino-pelvien.

Soyez assuré honoré Consœur, Confrère, de mes sentiments les plus confraternels.

Scintigraphie osseuse réalisée le 03/07/2013

MOTIF D'EXAMEN :

Screening carcinologique osseux.

PROTOCOLE D'EXAMEN :

3 heures après injection de 20 mCi de médronate marqué au Technétium-99m, nous avons réalisé des clichés scintigraphiques au niveau de l'ensemble du squelette en vue antérieure et en vue postérieure.

RÉSULTATS :

Renforcement de la fixation au niveau des arcs postérieurs des 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> côtes gauches, des arcs postérieurs des 9<sup>ème</sup> et 10<sup>ème</sup> côtes droites, des arcs antérieurs des 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> côtes gauches, de la partie proximale des deux fémurs, des épaules, des articulations sacro-iliaques et du rachis lombaire bas.

CONCLUSION :

Les anomalies décrites au niveau des côtes sont suspectes de correspondre à la présence de localisations osseuses secondaires.

Les autres anomalies évoquent en première hypothèse une origine arthrosique.

Bien amicalement,

Docteur

Cher Confrère,

Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu de l'examen réalisé le **05/07/2013** chez votre patient.

### **RADIOGRAPHIE DU GRIL COSTAL (3 CLICHÉS DE CHAQUE CÔTÉ)**

Motif : suspicion de métastase à la scintigraphie.

Pas de lésion lytique ou ostéocondensante significative décelée sur la radiographie standard à l'endroit de fixation scintigraphique des arcs postérieurs notamment au niveau du versant proximal des arcs postérieurs de la dixième et de la neuvième côtes droites et de la sixième gauche.

L'hyperfixation scintigraphique au niveau de la partie distale des dernières côtes inférieures gauches correspondant à la pointe des côtes. Les remaniements osseux visible sur la radiographie standard du cliché réalisé à gauche en légère oblique (12 :02 :03) à hauteur de la sixième, septième, huitième côte gauche apparaissant plutôt constructif séquellaire plutôt que de métastase lytique ou condensante.

Pas d'argument radiographique standard franc pour des lésions ostéolytique ou condensante. Cf. éventuel scanner du gril thoracique.

Bien confraternellement,

Dr

Cher Confrère,

Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu de l'examen réalisé le **11/07/2013** chez votre patient.

**RADIOGRAPHIE DU THORAX (1 CLICHÉ) :**

Motif : contrôle voie centrale.

Description et **CONCLUSION** :

Voie centrale sous-clavière droite dont l'extrémité se projette au niveau la veine cave supérieure.

On observe une infiltration hilare et infrahilaire droite évoquant un foyer parenchymateux ou une lésion évolutive : à compléter par une tomodensitométrie si non connu.

Absence d'épanchement pleural.

Étalement de la silhouette cardio-médiastinale.

Bien confraternellement,

Dr

**Analyses laboratoire :**

|            |              |            |        |
|------------|--------------|------------|--------|
| 02.07.2013 | CEA          | 1.0 NG/ML  | Normal |
| 05.07.2013 | NSE          | 66.4 NG/ML | ↑      |
| 08.07.2013 | CA72-4       | 1.3 U/ml   | Normal |
|            | B2-microglob | 2.39 mg/l  | ↑      |

**Décès du patient le 04.08.2013**

| Service ou Type d'information | Date entrée | Médecin traitant | Suivi examen                               | Diagnostic ou Information | Acte nomenclature |
|-------------------------------|-------------|------------------|--------------------------------------------|---------------------------|-------------------|
| Diagnostic de sortie          | 2013/08/04  | Oncologue        | Décédé<br>Voir le diagnostic →             | MELANOME MALIN DE LA PEAU |                   |
| Diagnostic de sortie          | 2013/07/24  | Pneumologue      | Retour au domicile<br>Voir le diagnostic → | MELANOME MALIN DE LA PEAU |                   |