

Atelier DMC du 12/12/2019

Cas clinique N°1 CHdN - neuroblastome olfactif

Je m'apprêtais à coder un cas particulier de "neuroblastome olfactif" chez un patient né le 03.04.1946.

Notre question : Est-ce que nous codons 2 tumeurs (2017 + antécédent 2011) ? Ou alors est-ce que nous ne codons rien, car celle de 2017 serait considérée comme une récurrence de 2011 ??

Le polype de 2011 avait été retiré, mais pas d'autre traitement réalisé à l'époque.

En 2017 : décision RCP : chirurgie seule suffisante. Surveillance

En annexe :

Anapth – Sinuscopie avec polypectomie du 31/12/2011

Anapath – Excision Tumeur sinus du 12/07/2017

Prélèv.	Entrée	Sortie
	02/11/2011	07/11/2011

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Polype nasal
DD : caillot sanguin

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

EXAMEN MACROSCOPIQUE

2 fragments, l'un correspondant à une formation polypeuse allongée mesurant 3 x 1,5 x 0,7 cm + un autre fragment mesurant 6 x 0,2 cm.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

L'échantillonnage réalisé sur cette lésion polypoïde allongée met en évidence une prolifération néoplasique faite de cellules relativement monomorphes de petite dimension regroupées en amas ou en plages diffuses séparées par des espaces vasculaires optiquement vides dilatés. Le stroma tumoral est peu abondant, fibreux. Les cellules néoplasiques sont dotées de noyaux à chromatine mouchetée de type neuro-endocrine. Les cytoplasmes sont moyennement abondant aux contours peu visibles, imperceptibles. On observe de rares mitoses, il n'y a pas de nécrose de type tumoral. Une étude immunohistochimique a été réalisée, les marqueurs kératine, CK5-6, CK7, CK20 sont négatifs. Il n'y a pas d'expression du marqueur PS100 ni des marqueurs hématologiques CD3 et CD20. L'indice de prolifération Ki67 est relativement faible évalué à 5%. On observe une positivité intense et constante avec les marqueurs neuro-endocrines, chromogranine et synaptophysine.

→ Cyt. + St. + Hés. + Th. max

Pat

CONCLUSION

Polype nasal — biopsie — lésion polypôïde dont la partie axiale est composée de cellules carcinomateuses neuro-endocrines moyennement différenciées co-exprimant les marqueurs neuro-endocrines synaptophysine et chromogranine.

T: 160/0 M: 8240/3

Dr. med.

verre invasives: plutôt une tumeur
pure maligne de type

Dans tumeur neuro-endocrine

à localisation sinus; (≠ extension
structurale obligatoirement). Ki67 faible
explique le bilan par

1) OCPK2020

2) dosage NS2, S100, CROMOGANINE
et 5-HTT minime

3)

Si présence de tumeur:

Aléa à envisager par OCPK2020 de

? signe d'une E carcinomateuse ??

non

Matricule:

Réception: 13/07/2017 13:03

Prélèvement: 12/07/2017

Vos références:

Préscripteur:

Contact:

Impression: Dudelange, le 4 octobre 2017

Complet - Validé

Copie à:

DIAGNOSTIC

Produit de cure de polypose sinusale droite et gauche démontrant une paroi sinusale massivement infiltrée par une tumeur maligne indifférenciée en colorations usuelles, d'aspect non sarcomateux et non lymphomateux, sans différenciation glandulaire ou épidermoïde franche, non pigmentée. Un protocole complémentaire suivra après réception du complément technique annoncé.

INFORMATIONS CLINIQUES

Polyposis

Schleimhaut Sinus re. + li.

Chronische Sinusitis

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Flacon renfermant un matériel mesurant amassé 7 x 6 x 2 cm et pesant 22 g, inclus partiellement sous forme de 2 cassettes.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

1. et 2. Les recoupes conduites démontrent de volumineux bourgeons polypoïdes, en partie désépithélialisés, en partie revêtus par un épithélium de type respiratoire régulier.

Le support de ces gros bourgeons est peuplé de cellules tumorales de taille moyenne et grande disposées soit en nappes ménageant des tracti conjonctivovasculaires plus ou moins grêles, soit en amas syncytiaux de taille variable.

Pas de différenciation épidermoïde ou glandulaire. Le cytoplasme est mal délimité, parfois finement vaguement microgranulaire ou légèrement clarifié quoique cet aspect soit rencontré dans des zones de moindre fixation.

Les noyaux sont de taille variable, à chromatine finement mottée, ornés de nucléoles uniques ou doubles, irrégulièrement développés.

L'activité mitotique est apparente, présente par salves. Parfois les zones d'organisation syncytiale refoulent en périphérie des cellules à noyau de plus petite taille, à chromatine plus dense. Pas de disposition palissadique ou en rosettes vraie.

Snomed: T-22000, M-80003 - T-22010, M-95223

Suite à la demande express du 29-09-2017 du Dr
global de ce patient .

nous avons revu l'historique et le dossier

Nous avons en 2011 posé le diagnostic d'un carcinome nasal neuro-endocrine (CF cas 42694-2011)

En l'absence pour congés de notre consueur le Dr

, nous avons repris le dossier :

ETUDE IMMUNOHISTOCHIMIQUE PRELIMINAIRE:

- négativité des marqueurs AE1-AE3, CK7, CK20, p40, CK5/6, Melan A, CD117 (c-kit), GFAP, Neurofilaments, p16, Actine musculaire lisse, Desmine, Myogénine, EBV, CD3, CD5, CD34, CD45, CD30, CD99.
- positivité des marqueurs neuro-endocrines Synaptophysine et chromogranine.
- avec la PS100 marquage particulier avec pattern de type "sustentaculaires" de quelques cellules en bordure des massifs néoplasiques neuroendocrines décrits précédemment.
- Ki 67 : entre 15 et 20%.

DIAGNOSTIC PRELIMINAIRE

Produit de cure de polypose sinusale droite et gauche :

Infiltration par une tumeur positive avec les marqueurs neuro-endocrine synaptophysine et chromogranine d'aspect superposable aux antécédents connus en 2011 (Cas 42694-2011).

Devant le marquage particulier avec "pattern sus-tentaculaire" de quelques cellules avec PS100 , par précaution un ultime volet immunohistochemique va être réalisé afin de mieux définir cette lésion inhabituelle et passer en revue les différents diagnostics différentiels (carcinome neuroendocrine sino-nasal versus esthésioneuroblastome versus paragangliome).

Un complément va suivre dès que possible.

Dr.

Compte-rendu signé électroniquement le 03/10/2017 16:02 par Dr.

ETUDE IMMUNOHISTOCHIMIQUE PRELIMINAIRE:

- négativité des marqueurs AE1-AE3, CK7, CK20, p40, CK5/6, Melan A, CD117 (c-kit), GFAP, Neurofilaments, p16, Actine musculaire lisse, Desmine, Myogénine, EBV, CD3, CD5, CD34, CD45, CD30, CD99.
- positivité des marqueurs neuro-endocrines Synaptophysine et chromogranine.
- avec la PS100 marquage particulier avec pattern de type "sustentaculaires" de quelques cellules en bordure des massifs néoplasiques neuroendocrines décrits précédemment.
- Ki 67 : entre 15 et 20%.

ETUDE IMMUNOHISTOCHIMIQUE SUPPLEMENTAIRE:

- négativité des marqueurs GATA-3 et TTF1.

- positivité des marqueurs neuro-endocrines CD56 et NSE.
- positivité du marqueur Calrétinine.

COMMENTAIRES:

Le phénotype associant une positivité des marqueurs neuro-endocrines Synaptophysine, chromogranine, NSE, CD56 et la positivité de Calrétinine combiné au marquage de pattern sus-tentaculaire avec PS100 est en faveur d'un neuroblastome olfactif.

(REF Bibliographique: Arch Pathl Lab Med - Vol 139, December 2015).

DIAGNOSTIC DEFINITIF

Produit de cure de polypose sinusale droite et gauche :

Infiltration par une tumeur positive avec les marqueurs neuro-endocrine synaptophysine, chromogranine, NSE et CD56 d'aspect superposable aux antécédents connus en 2011 (Cas 42694-2011).

Devant le marquage particulier avec "pattern sus-tentaculaire" de quelques cellules avec PS100 et la positivité intense de Calrétinine la présentation est ici intégrable dans l'entité "neuroblastome olfactif". On observe une préservation de l'architecture lobulaire, un indice mitotique bas, un polymorphisme nucléaire bas sans nécrose tumorale ce qui correspond à un grade II de la classification de Hyams des neuroblastomes olfactifs (bas grade).

Dr.

Compte-rendu signé électroniquement le 04/10/2017 16:58 par Dr.

C30.0
Fosses nasales.

