



HAL
open science

Une lésion amygdalienne atypique

C. Fabre, H. Gil, C.A. Righini

► **To cite this version:**

C. Fabre, H. Gil, C.A. Righini. Une lésion amygdalienne atypique. *Annales françaises d'Oto-rhinolaryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*, 2019, 136, pp.326 - 328. 10.1016/j.aforl.2019.04.003 . hal-03487873

HAL Id: hal-03487873

<https://hal.science/hal-03487873>

Submitted on 20 Jul 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Titre : Une lésion amygdalienne atypique.

Christol FABRE, MD¹ *; Hugo GIL, MD¹⁻² ; Christian Adrien RIGHINI, MD-PhD¹⁻²⁻³

1 : Service Hospitalo -Universitaire d'ORL et Chirurgie cervico-faciale, CHU de Grenoble - Alpes (CHUGA), France

2 : Faculté de médecine, Universités des Alpes, Grenoble, France

3: UGA/UMR/CNRS 5309/Inserm 1209, Institut Albert Bonniot, Grenoble, France

* Auteur correspondant.

CHU Grenoble Alpes Avenue Maquis du Grésivaudan 38700 La tronche
Grenoble,
FRANCE
e-mail : cfabre2@chu-grenoble.fr

Cas : Une femme de 56 ans, sans antécédents, sans facteurs de risque éthylo-tabagique, a consulté aux urgences pour un œdème sus-claviculaire gauche apparu trois jours auparavant, s'intensifiant malgré un traitement par Clarithromycine. L'interrogatoire retrouvait une dysphagie modérée aux solides et l'apparition de ganglions cervicaux bilatéraux deux semaines auparavant dans un contexte de rhino-pharyngite. L'état général était conservé, sans perte de poids. La patiente signalait également des douleurs abdominales depuis un mois, pour lesquelles une coloscopie et un scanner abdominal avaient été prescrits, non réalisés au moment de la prise en charge. L'examen clinique retrouvait : 1) une induration sus-claviculaire gauche remontant jusque dans la région jugulo-carotidienne ; 2) des adénopathies cervicales jugulo-carotidiennes supérieures et moyennes centimétriques bilatérales, non inflammatoires, indolores, mobiles, indurées. Le bilan sérologique (EBV, CMV, VIH, toxoplasmose) était non contributif.

La patiente a été adressée en consultation ORL pour programmer une adénectomie à visée diagnostique. L'examen, a révélé une lésion bourgeonnante, exophytique, du pôle inférieur de l'amygdale palatine droite. Le scanner cervico thoraco-abdominal injecté retrouvait : 1) des adénopathies cervicales bilatérales, hétérogènes avec un centre nécrotique et un conglomérat ganglionnaire sus-claviculaire gauche associé à une thrombose de la veine jugulaire interne ; 2) une suspicion de tumeur appendiculaire (Figure 1A).

Une TEP-TDM-18 FDG (Figure 1B) a été réalisé ainsi qu'une amygdalectomie à visée diagnostique. L'analyse histologique a permis de confirmer la présence d'une tumeur amygdalienne. (Figure 1C).

Quel est votre diagnostic ?

Réponses : Il s'agit d'une métastase amygdalienne d'un adénocarcinome mucineux avec cellules en bagues à chaton d'origine intestinale, probablement appendiculaire (TEP-TDM-18 FDG et scanner abdominal). Les cellules tumorales sont non cohésives et flottent dans du matériel mucoïde. Ces plages de mucus dissèquent le chorion réalisant une architecture alvéolaire. Les cellules tumorales possèdent des noyaux hypertrophiques et nucléolés avec la présence de mitoses, et certaines d'entre elles ont un aspect en « bague à chaton » avec un noyau refoulé en périphérie par la mucine intracytoplasmique (flèches bleues sur la coupe histologique).

La morphologie et l'immunophénotypage à la recherche des protéines du système de réparation des erreurs de réplication de l'ADN (système MMR), n'ont pas permis de préciser l'origine tissulaire exacte ni la présence de mutations ou d'instabilité d'origine génétique du système MMR. La coloscopie notait un aspect infiltré et ulcéré au centre de la muqueuse du bas fond caecal sur la zone d'implantation de l'appendice. Les biopsies réalisées au pourtour de l'orifice appendiculaire, n'ont pas retrouvé de prolifération maligne sur les échantillons analysés. Toutefois, les prélèvements étaient, selon le gastro-entérologue, trop superficiels, devant être refaits. Mais l'évolution clinique n'a pas permis de refaire cet examen. L'endoscopie oesogastroduodénale était normale.

Compte tenu du caractère multi-métastatique et très évolutif de la maladie, une chimiothérapie a été débutée par 5 Fluoro-uracile, Oxaliplatine et Bevacizumab, compliquée d'une insuffisance hépato rénale nécessitant l'arrêt du traitement. Une prise en charge palliative a donc été décidée et la patiente est décédée le mois suivant.

Les métastases siégeant au niveau des amygdales palatines sont rares : moins de 100 cas rapportés dans la littérature. Dans plus de 90% des cas, la tumeur primitive est un mélanome (cutané ou muqueux), un cancer du poumon ou du rein [1].

L'adénocarcinome avec cellules en bagues à chaton d'origine intestinale est caractérisé par l'accumulation intracytoplasmique de mucine repoussant le noyau en périphérie de la cellule, comme dans le cas présenté. La majorité des tumeurs digestives primitives de ce type de tumeur sont d'origine gastrique, mais peuvent être localisées tout au long du tube digestif [2]. L'origine appendiculaire de ce type de carcinome est extrêmement rare et reste discutée [3,4]. Ce type de cancer agressif est souvent découvert d'emblée à un stade métastatique du fait de son caractère très lymphophile avec, par conséquent, un très mauvais pronostic [2]. Une métastase amygdalienne comme première manifestation permettant la découverte d'un cancer

primitif intestinal n'a été rapportée qu'une seule fois dans la littérature pour un adénocarcinome mucineux à cellules en bague à chaton d'origine caecale [5]. En cas de tumeur de l'amygdale palatine, bien que rare, une métastase tonsillaire d'une tumeur primitive située en dehors des voies aéro-digestives supérieures (VADS) est le principal diagnostic différentiel des deux types histologiques les plus fréquents des tumeurs primitives de l'amygdale palatine que sont le carcinome épidermoïde et le lymphome. Il faut donc être particulièrement vigilant surtout en l'absence de facteurs de risque éthylo-tabagique. Dans ce cas, la recherche de signes fonctionnels et physiques orientant vers une tumeur primitive située en dehors des VADS au stade métastatique doit être systématique.

Conflits d'intérêt : Aucun

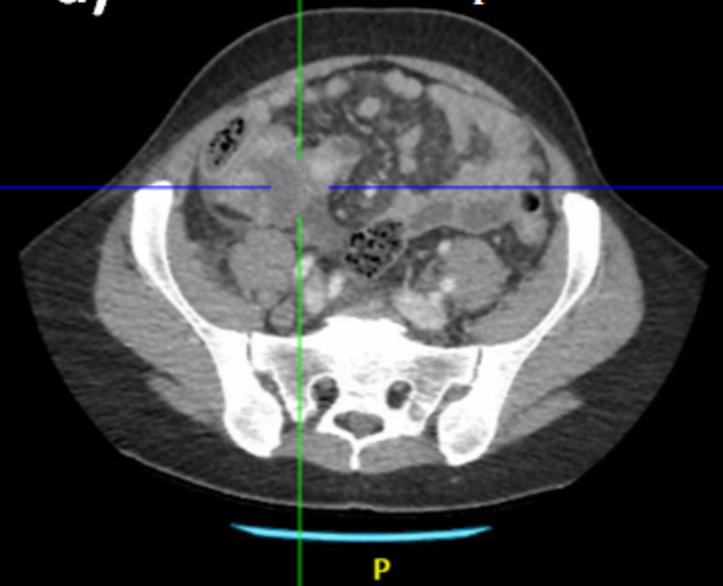
Références :

1. Irani S. Metastasis to the oral soft tissues: A review of 412 cases. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2016;6(5):393–401.
2. Bittorf B, Merkel S, Matzel KE, et al. Primary signet-ring cell carcinoma of the colorectum. *Langenbecks Arch Surg.* 2004 Jun;389(3):178–83.
3. Khan SA, Dwyer JP, Vaughan R. Peritoneal carcinomatosis from signet-ring cell adenocarcinoma of the appendix. *Gastrointest Endosc.* 2017;86(3):569–71.
4. Wu S-G, Chen X-T, Zhang W-W, et al. Survival in signet ring cell carcinoma varies based on primary tumor location: a Surveillance, Epidemiology, and End Results database analysis. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2018 Feb;12(2):209–14.
5. Güvenç MG, Ada M, Acioğlu E, et al. Tonsillar metastasis of primary signet-ring cell carcinoma of the cecum. *Auris Nasus Larynx.* 2006 Mar;33(1):85–8.

Légendes des figures

Figure 1 : Bilan d'extension du cas présenté : Imagerie métabolique (B) et radiologique (A) de la tumeur amygdalienne. Image anatomopathologique après fixation et coloration (C)

a) TDM abdominal coupe axiale

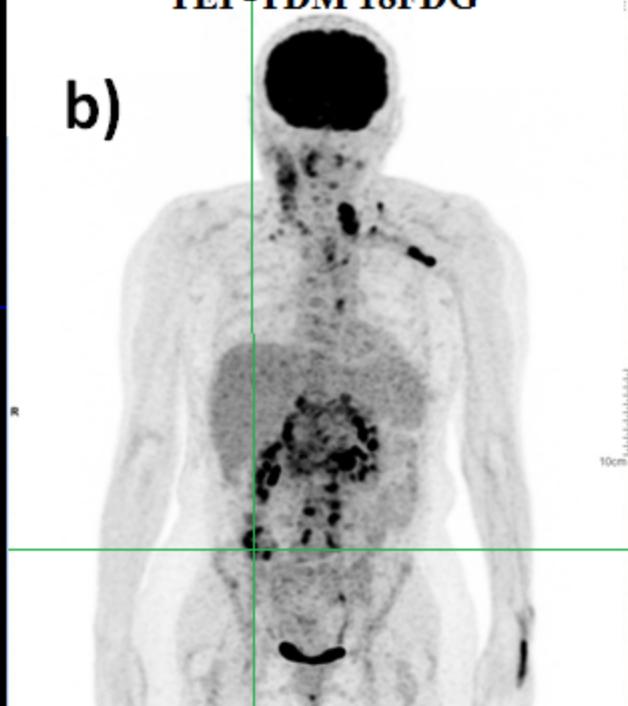


P

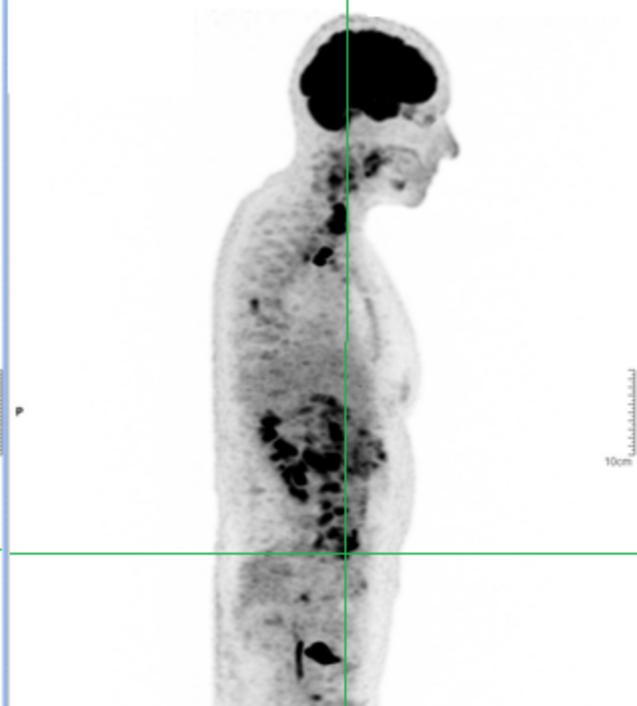
H

TEP-TDM 18FDG

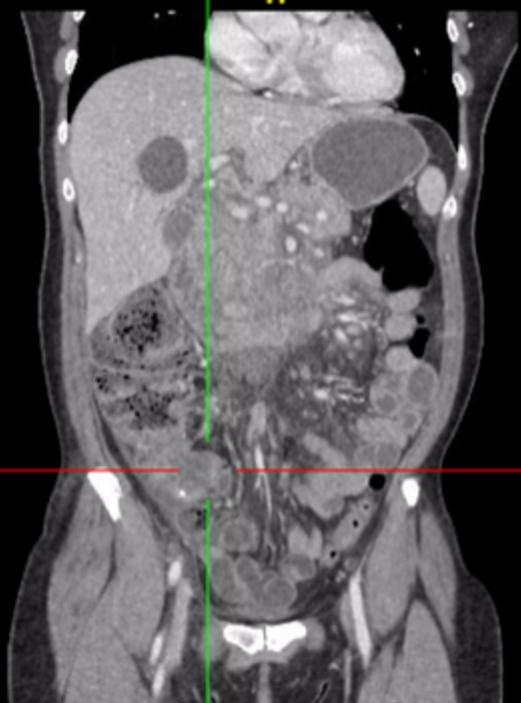
b)



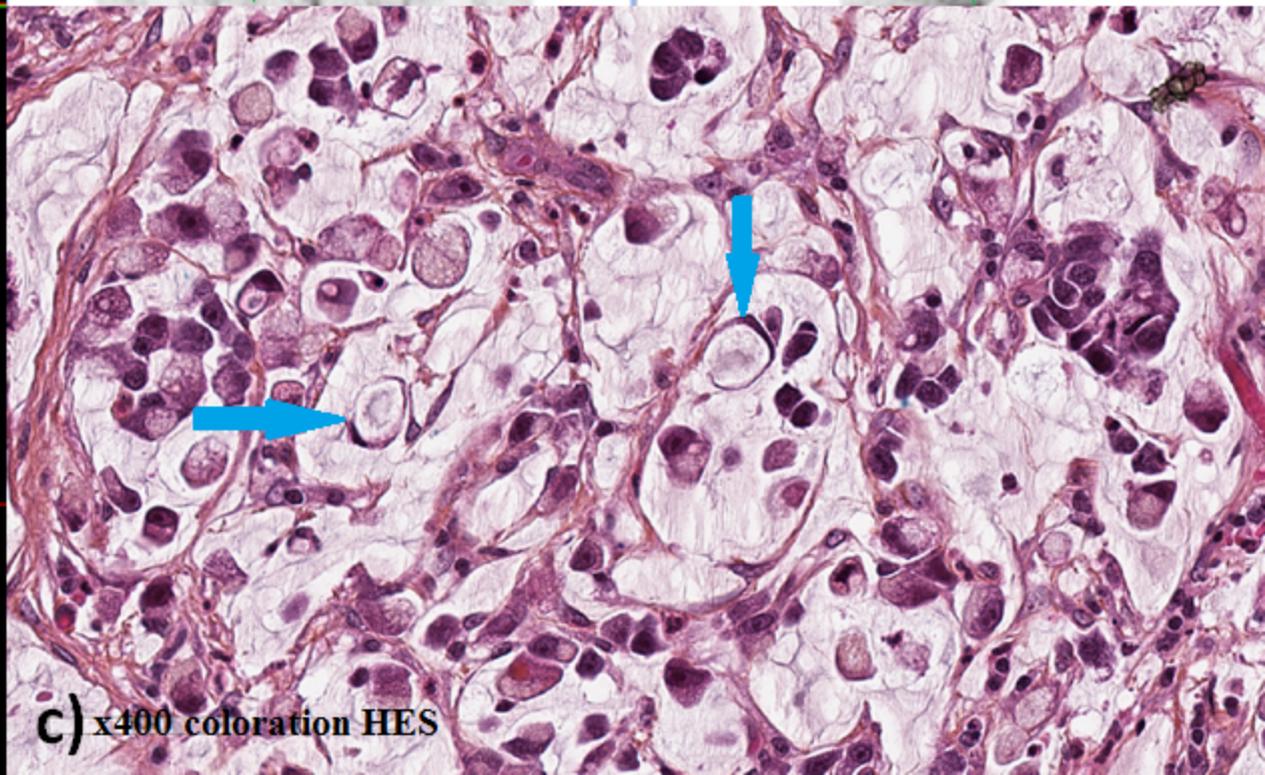
10cm



10cm



TDM abdominal coupe frontale



c) x400 coloration HES