

GLIOSARCOME CÉRÉBRAL PRIMITIF

(à propos d'un cas)

PRIMARY CEREBRAL GLIOSARCOMA

(a case report)

الغليوسرقوم للجهاز العصبي

(بصدد حالة واحدة)

M. AMRANI, A. ELOTMANY*, A. HAJJAJI**, L. GAMRA, A. REGRAGUI
G. CATANZANO***, M. A. BELABBAS

ملخص : يعتبر الغليوسرقوم من الأورام النادرة للجهاز العصبي. إذ يتميز بازدواجية بنيته النسيجية التي تشمل المكون العصبي والنسيج الضام. مما يجعل منه ورما مستقلا بذاته ومنفردا بخصوصياته بحثنا على مناقشة مميزاته المجهرية ونظرية نشوئه وكذا طريقة علاجه. وذلك بصدد حالة عند مصاب عمره 57 سنة أبدى أعراض ارتفاع الضغط الجمجمي قبيل ثلاثة أشهر. كما كشفت صور الرنين المغنطيسي (IRM) والسكانير ورما مكتسحا للدماغ بمنطقة الجبهة محاط بتشرب. وإن التشخيص المجهرى بعد الوخز الموجه (Stéréotaxie) لم يكن صائبا بافتراضه لورم غشائي للدماغ (منجيوم). وأخيرا توفي المريض بعيد أسبوع من استئصال الورم في حالة غيبوبة.

Résumé : Le gliosarcome est une tumeur rare du système nerveux central à double composante neurogliale et mesenchymateuse. Cette entité suscite des discussions quant à ses caractéristiques histopathologiques, son histogénèse et la conduite à tenir.

Les auteurs rapportent le cas d'un patient âgé de 57 ans ayant présenté une hypertension intra-cranienne durant 3 mois. L'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) et le scanner avaient mis en évidence la présence d'un processus tumoral frontal expansif entouré d'oedème. Le diagnostic de méningiome a été évoqué à l'examen histopathologique d'une biopsie stéréotaxique de la tumeur. Le patient est décédé une semaine après l'intervention chirurgicale dans un état comateux.

Mots-clés : gliosarcome primitif - système nerveux central - immunohistochimie-

Abstract : Gliosarcoma is an uncommon brain malignant tumor with a mixture of neuroglial and mesenchymal components. This entity rised questioning about its histopathological features, its histogenesis and its management. We report on a case of a 57 years-old male patient who suffered from intra-cranial hypertension during 3 months. MRI and CT scan showed a frontal expansive tumor process surrounded with edema. Histopathologic examination of a stereotaxic biopsy of the tumor evoked the diagnosis of meningioma. The patient underwent surgery for tumor resection but he died a week later in a comatose status.

Key-words : - primary gliosarcoma, central nervous system - immunohistochemistry

Tiré à part : M. Amrani ; service d'anatomie pathologique, Institut National d'Oncologie. Rabat. Maroc.

* Service de chirurgie, Institut National d'Oncologie. Rabat. Maroc.

** Service de neurochirurgie, hôpital Ibn Sina CHU. Rabat. Maroc.

*** Service d'anatomie pathologique, CHRU Dupuytren. Limoges. France.

INTRODUCTION

Le gliosarcome est une tumeur maligne rare du système nerveux central à double composante neurogliale et mésenchymateuse (1). Cette entité soulève des discussions concernant les critères de diagnostic histopathologiques, son histogénèse et la conduite à tenir.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agit d'un patient âgé de 57 ans ayant souffert d'une hypertension intra-crânienne depuis 3 mois. L'IRM et le scanner ont mis en évidence un processus tumoral frontal expansif entouré d'oedème. L'examen histopathologique d'une biopsie stéréotaxique de la tumeur, a permis d'évoquer le diagnostic de méningiome. Le patient a donc bénéficié d'une résection chirurgicale de sa tumeur, mais il décéda une semaine après dans un état comateux.

L'étude macroscopique des tranches de section de la pièce opératoire met en évidence une tumeur solide, d'aspect hétérogène.

Pour l'examen histopathologique morphologique, nous avons utilisé la coloration de routine à l'hématéine-éosine sur des coupes de 5 microns d'épaisseur.

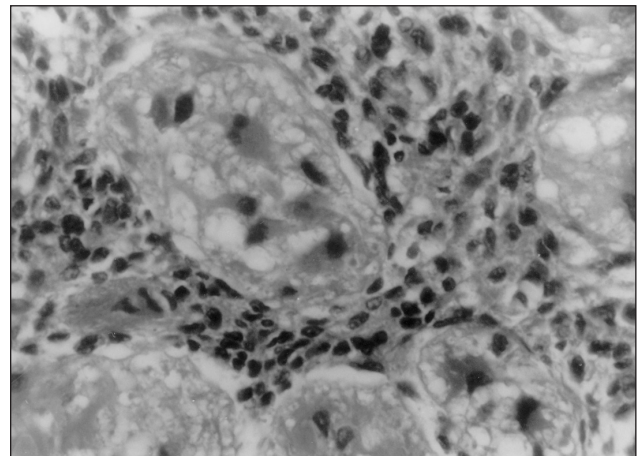
Nous avons utilisé les anticorps DAKO et la méthode PAP (Péroxydase Anti Péroxydase) pour l'étude immunohistochimique.

RESULTATS HISTOPATHOLOGIQUES ET IMMUNOHISTOCHIMIQUES

L'étude histopathologique révèle une prolifération tumorale maligne polymorphe, constituée d'une composante fusocellulaire entourant parfois des vaisseaux à paroi épaisse, de foyers de cellules neurogliales (fig. 1) et d'ilôts ostéocartilagineux.

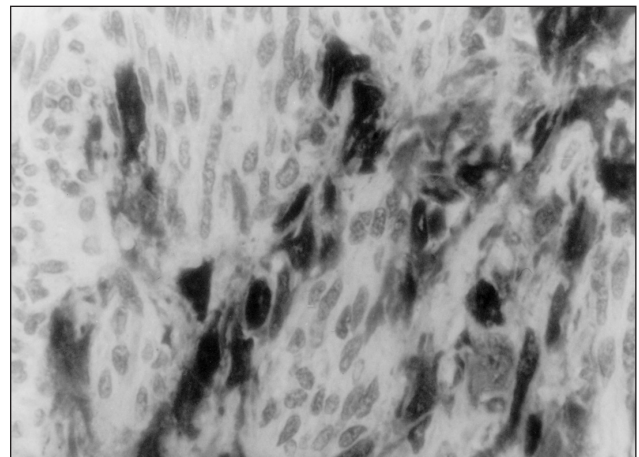
L'expression immunohistochimique des cellules tumorales révèle une forte positivité avec l'anticorps anti-PS100 (Protéine S100) (fig. 2), une positivité des cellules gliales avec l'anticorps anti-GFAP (Glial Fibrillar Antigen Protein) (fig. 3) et une positivité éparse des vaisseaux et de la composante fusocellulaire avec l'anticorps anti-Actine du muscle lisse (fig. 4). La composante fusocellulaire exprime également La Vimentine et la NSE (Neurone Specific Enolase). Aucune expression n'a été notée avec les anticorps anti-Desmine et anti-EMA (Epithelial Membrane Antigen).

Fig. 1



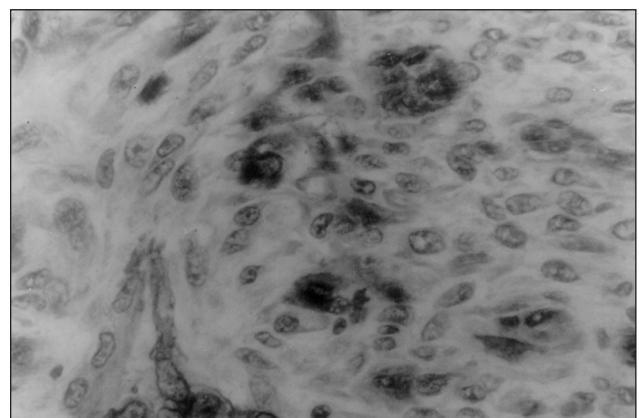
*Prolifération neurogliale et fusocellulaire.
Hématéine-éosine (x400)*

Fig. 2



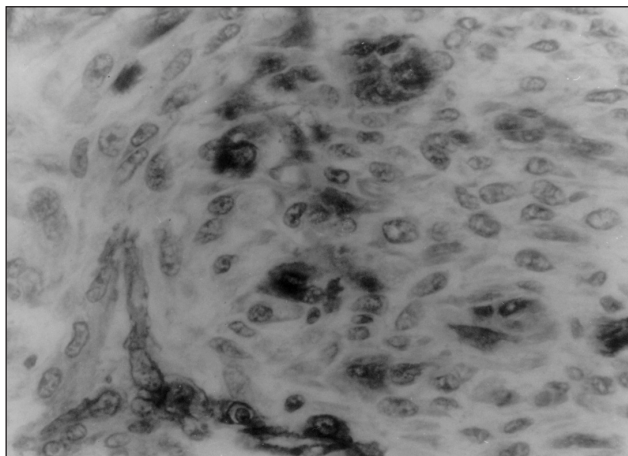
*Immunomarquage avec l'anti- PS100
Méthode PAP (x400)*

Fig. 3



*Immunomarquage avec l'anti- GFAP
Méthode PAP (x400)*

Fig. 4



Immunomarquage avec l'anti- Actine du muscle lisse
Méthode PAP (x400)

DISCUSSION

Dans certains cas, le gliosarcome et le méningiome peuvent présenter les mêmes caractéristiques cliniques, radiologiques et macroscopiques (2). Dans notre cas, le diagnostic de méningiome a également été évoqué microscopiquement lors de l'étude d'une biopsie stéréotaxique. Et ce n'est qu'après la résection chirurgicale de la tumeur que le diagnostic a pu être redressé grâce à l'examen histopathologique et immunohistochimique de plusieurs prélèvements. Le diagnostic de méningiome a pu être écarté du fait de la non expression de l'EMA (3) et le diagnostic de gliosarcome a été retenu. Il est par ailleurs rapporté dans

la littérature (7) des cas de gliosarcomes avec une différenciation rhabdomyosarcomateuse (gliomyosarcome) ou ostéosarcomateuse de la composante mésenchymateuse. Un cas a été récemment décrit (4) comportant des foyers d'aspect épithélial avec une architecture trabéculée, adénoïde et papillaire et une métaplasie malpighienne ; les cellules tumorales à ce niveau expriment la GFAP sans aucune positivité avec divers anticorps anti-cytokératines.

L'immunoréactivité de notre tumeur est en accord avec les hypothèses histogénétiques, suggérant une différenciation à partir du tissu musculaire lisse (5,6) ou de la différenciation d'une cellule souche multipotente.

L'agressivité du gliosarcome est bien démontrée dans notre cas dont l'histoire clinique n'a duré que 4 mois avec une issue fatale une semaine après le traitement chirurgical.

La radiothérapie aurait pu améliorer la survie (5) si le diagnostic de gliosarcome avait été proposé dès le début. Le pronostic reste toutefois péjoratif puisque sur une série de 29 cas de gliosarcomes colligés sur une période de 12 ans (7), 12 décès sont survenus 1 mois à 1 mois et demi après le traitement chirurgical suivi de radiothérapie post-opératoire.

CONCLUSION

Du fait des divers aspects parfois trompeurs des gliosarcomes, il serait indiqué de faire d'emblée une résection large permettant ainsi de mettre en évidence l'hétérogénéité aussi bien macroscopique, histopathologique et immunohistochimique de la tumeur en pratiquant de nombreux prélèvements.

BIBLIOGRAPHIE

1. O. Sousa, M. Honavar, T.Fernandes, E. Vieira, C. Lopes. Gliosarcomas. Acta Med Port 1998 Jun;11 (6): 573-6.
2. L. Cervoni, P. Celli. Cerebral gliosarcoma : prognostic factors. Neurosurg-Rev. (1996) (19)2:93-6.
3. R.B. Colvin, A.K. Bhan, R.T. Mc Cluskey (Second Edition) Diagnostic immunopathology. Raven Press.
4. D.S. Kim, S.K. Kang, J.G. Chi. Gliosarcoma : a case with unusual epithelial feature. J Korean Med Sci 1999 Jun;14(3) : 345-50.
5. J.R. Perry, L.C. Ang, J.M. Bilbao, J.P. Muller. Clinico-pathologic features of primary and postirradiation cerebral gliosarcoma. Cancer Jun (1995) 15 ; 75(12):2910-8.
6. L. Zhao, D. Lu, Q. Xu. Histopathological and immunohistochemical studies on gliosarcoma. Chung-Hua-Ping-Li-Hsueh-Tsa-Chih Feb (1996);25(1):10-2.
7. C. Sarkar, M.C. Sharma, K. Sudha, S. Gaikwad, A. Varma. A clinico-pathological study of 29 cases of gliosarcoma with special reference to two unique variantes. Indian J Med Res 1997 Sep;106 : 229-35.