

# **Tumeurs primitives de la plèvre – Mésothéliome malin**

**Collège Français des Pathologistes (CoPath)**

2013

## Table des matières

Préambule.....	3
1. Prérequis.....	3
2. Mésothéliome malin.....	3
2.1. Généralités.....	3
2.2. Prélèvements.....	4

## Objectifs ENC

- Diagnostique.

## Préambule

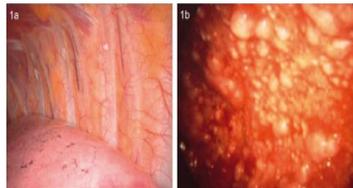
Ce sujet n'apparaît pas en tant que tel mais est à connaître. Il est rattaché aux items suivants :

- 109 : Pathologie respiratoire professionnelle
- 157 : Tumeurs du poumon, primitives et secondaires
- 312 : Épanchement pleural

## 1. Prérequis

L'espace pleural est une cavité virtuelle délimitée par deux feuillets (les plèvres à la surface des tissus sous-jacents) : la plèvre pariétale/médiastinale bordant la cavité thoracique/médiastin, et la plèvre viscérale tapissant la surface du parenchyme pulmonaire. Macroscopiquement, elles présentent un aspect lisse, rosé, fin, avec une vascularisation sous-pleurale bien visible (figure 1a).

**Figure 1a et b : Vues de la plèvre en vidéothoroscopie. (a) Plèvre normale, lisse, rosée avec vascularisation sous-pleurale bien visible. (b) Mésothéliome avec multiples nodules au sein d'une plèvre blanchâtre, épaissie**



Ces plèvres sont bordées par une monocouche de cellules mésothéliales. Ce sont des séreuses comme le péritoine, le péricarde et la vaginale testiculaire.

À l'état physiologique, le liquide pleural (5 mL en permanence qui humidifie la cavité) est principalement produit par la plèvre pariétale et est réabsorbé simultanément par les lymphatiques situés entre les cellules mésothéliales de la plèvre pariétale et médiastinale (cela représente un débit de production/réabsorption d'environ 100 mL/jour).

Un épanchement pleural est presque toujours pathologique, et il résulte soit d'un excès de production soit d'un défaut de réabsorption, voire les deux.

## 2. Mésothéliome malin

### 2.1. Généralités

**C'est une tumeur rare** : le taux d'incidence est d'environ deux cas pour 100 000 habitants par an chez les hommes et 0,5 pour 100 000 chez les femmes, soit environ 900 nouveaux cas par an. Cette incidence est cependant en augmentation.

**L'exposition à l'amiante** constitue le facteur étiologique de loin le plus fréquent. Le tabac n'augmente pas le risque de mésothéliome. Le mésothéliome pleural peut survenir après des expositions cumulées de niveau faible. Le délai de prise en charge est de 40 ans, et l'exposition à l'amiante n'est pas identifiée dans 20 à 40 % des cas.

Il y a une très nette **prédominance masculine** en raison des professions les plus exposées (plombiers, tuyauteurs, tôliers-chaudronniers, soudeurs, monteurs de charpente et de structure métallique, électriciens,

charpentiers, menuisiers, garagistes, chauffagistes, travailleurs des chantiers navals, dans les travaux publics...).

N.B : les autres pathologies liées à une exposition à l'amiante sont des pneumopathies interstitielles (asbestose), des plaques/calcifcations pleurales, le cancer du poumon, la pleurésie bénigne à l'amiante.

Le mésothéliome survient en général entre 50 et 70 ans.

La symptomatologie est le plus souvent la survenue d'un épanchement pleural.

Le diagnostic est anatomopathologique.

Depuis 2012, les mésothéliomes malins font partie des maladies à déclaration obligatoire.

## 2.2. Prélèvements

### 1. Liquide de ponction d'un épanchement pleural

Il s'agit d'un **exsudat** (riche en protéines : > 35 g/L ou entre 25–35 g/L + LDH > 200 UI/L ou protides pleuraux/sériques > 0,5 ou LDH pleuraux/sériques > 0,6).

En plus de l'analyse cytologique faite dans les laboratoires d'anatomie et cytologie pathologiques, le prélèvement doit être partagé pour réaliser une analyse biochimique et (myco)bactériologique (systématique).

L'examen cytologique recherchera des cellules malignes. La négativité de cet examen n'élimine pas le diagnostic (sensibilité de l'ordre de 30 %).

En cas de présence de cellules malignes, il est parfois difficile de déterminer le type des cellules tumorales (cellules adénocarcinomeuses ? cellules de mésothéliome malin ?).

La cytologie seule ne peut pas affirmer le diagnostic de mésothéliome malin.

### 2. Prélèvements diagnostiques : biopsies avec examen anatomopathologique

Les biopsies pleurales peuvent être réalisées à l'aveugle (rentabilité < 50 %), sous scanner ou sous contrôle de la vue (**biopsies sous thoracoscopie** : excellente rentabilité).

*Remarque : il faut noter les trajets de ponction et de biopsies pour irradiation ultérieure de la paroi, compte tenu du caractère agressif de la tumeur et de sa particularité à envahir puis à traverser les parois (paroi thoracique, péritoine, péricarde).*

Prélèvement idéal : biopsie large et allant jusqu'à la graisse sous-pleurale par thoracoscopie.

Si une biopsie pulmonaire est réalisée dans le même temps opératoire, un fragment doit être placé dans du formol dépoussiéré pour envoi au LEPI (laboratoire d'étude des particules inhalées) afin de rechercher des corps asbestosiques signant l'exposition à des fibres d'amiantes.

La plèvre présente un aspect épais, induré et blanchâtre (figure 1b). La tumeur se présente sous forme de nodules ou masses nodulaires mesurant de quelques millimètres jusqu'à 10 cm, ou sous forme d'un épaissement diffus.

Le diagnostic de mésothéliome malin est un diagnostic anatomopathologique souvent difficile car il existe de nombreuses variantes morphologiques, et donc de nombreux diagnostics différentiels.

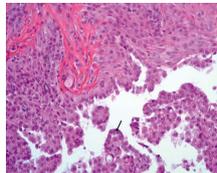
L'étude immunohistochimique complémentaire est **obligatoire** pour affirmer le diagnostic.

Le diagnostic de mésothéliome étant un diagnostic difficile, il y a une double lecture systématisée par un réseau de référence anatomopathologique sous l'égide de l'INCa (groupe Mesopath).

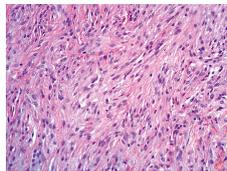
En histologie, on distingue :

- des mésothéliomes malins ayant un aspect épithélial (« épithélioïdes ») (figure 2), 50 % des cas ;
- des mésothéliomes malins à cellules fusiformes (« sarcomatoïdes ») (figure 3), 20 % des cas ;
- des mésothéliomes malins biphasiques (épithélioïdes et sarcomatoïdes).

**Figure 2 : Microscopie : mésothéliome de type épithélioïde d'architecture massive (flèche grise) ou tubulaire (flèche noire) composé de cellules cubiques, cohésive, atypiques avec un volumineux nucléole**



**Figure 3 : Microscopie : mésothéliome de type sarcomatoïde d'architecture massive constitué de cellules fusiformes plus ou moins atypiques**



## Points essentiels

- Le mésothéliome malin est une tumeur rare, survenant le plus souvent chez l'homme entre 50 et 70 ans.
- La notion d'exposition à l'amiante aide au diagnostic mais n'est pas indispensable (absent dans 20 à 40 % des cas).
- Maladie professionnelle (tableau 30). Demande d'indemnisation à la FIVA (Fonds d'indemnisation aux victimes de l'amiante). Maladie à déclaration obligatoire.
- En l'absence de mésothéliome, si l'exposition à l'amiante est recherchée, un fragment de biopsie pulmonaire ou une portion du LBA doivent être envoyés au LEPI (laboratoire d'étude des particules inhalées).
- La cytologie du liquide pleural peut mettre en évidence des cellules malignes mais ne permet pas d'affirmer le diagnostic de mésothéliome malin sur ces seules données.
- Prélèvement diagnostique idéal : biopsie large par thoracoscopie (faible rentabilité de la biopsie « à l'aveugle »).
- Le diagnostic de mésothéliome malin est un diagnostic anatomopathologique difficile. L'étude immunohistochimique complémentaire est **obligatoire** pour affirmer le diagnostic.
- Il y a une double lecture systématisée par un réseau de référence anatomopathologique (groupe Mesopath).