

Tumeur à cellule granuleuse broncho pulmonaire : à propos d’un cas

S. Aalil1, A. Amrani1, L.Boumekrat1 L.Lahbabi1, M. Karhate1 L.Senhaji1 B.Essabahi1, A. Bouhamdi1, M. El Biaze1, M. Serraj1, B. Alami2,Tahiri elousrouti layla3, B. Amara1 MC. Benjelloun1

1 Department of pneumology, University Hospital Center Hassan II, Fez, Morocco
3 Radiology department, University Hospital Center Hassan II, Fez, Morocco
4 Laboratoire d’anatomie et cytologie pathologiques, CHU Hassan II, Fès, Maroc.

Introduction:

Une tumeur à cellules granuleuses est une tumeur rare et principalement bénigne, elle est décrite en 1926 par le pathologiste russe, Alexeï Ivanovitch Abrikossoff. Elle dérive des cellules de Schwann. Elle naît sur la peau et les muqueuses, dans le derme ou le chorion, parfois en position parfois sous-cutanée ou même profonde, intramusculaire. Elle se localise essentiellement à la tête et au cou, mais aussi à la paroi thoracique et aux membres, sa localisation broncho-pulmonaire est rare, elles représentent 6 à 10 % de toutes les autres localisations.

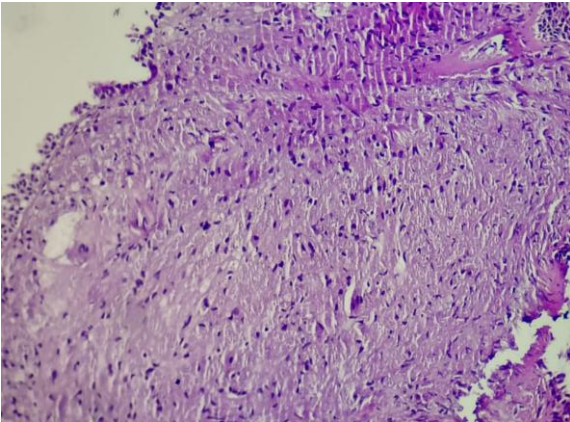
Observation:

Nous rapportons le cas d’un patient de 39 ans, tabagique chronique et cannabique chronique non sevré, qui présente 2 mois avant sa consultation une toux sèche, dyspnée stade III de mMRC avec une douleur basithoracique gauche en point de côté, le tout évoluant dans contexte d’AEG et sensation fébrile. L’examen clinique trouve un patient OMS à 1 avec râles crépitants en bilatéral. La radio thorax a mis en évidence plusieurs opacités nodulaires et infiltratives diffuses. Le patient est mis sous antibiothérapie pendant 2 semaines par voie orale. . Le bilan biologique montre une hyperleucocytose à prédominance neutrophile et une CRP élevée. La sérologie VIH est négative. Le GenXpert sur expectoration revient négatif, et il est mis sous ATB probabliste

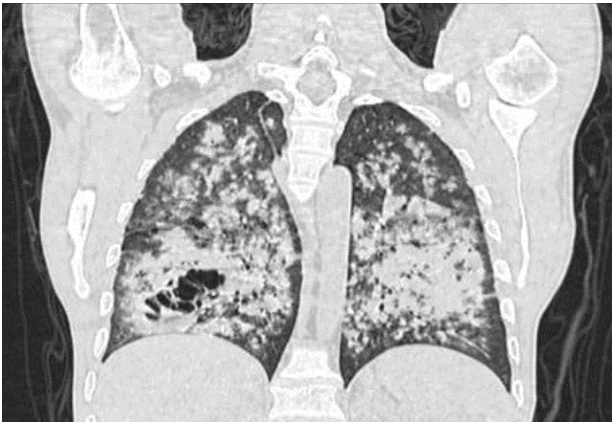
Un scanner thoracique a été réalisé 1 mois après la fin de l’antibiothérapie a objectivé de multiples nodules et micronodules parenchymateux, des foyers de condensation Il s’ associe à des plages de verre dépoli tout autour et quelques adénopathies médiastinales.

La fibroscopie bronchique a mis en évidence un nodule blanchâtre au niveau de la bronche souche gauche qui a été biopsié. Le lavage bronchoalvéolaire ramène un liquide clair dont l’étude microbiologique se révèle négative, incluant une recherche MTB GeneXpert. Une biopsie bronchique ciblée de la lésion est réalisée. L’analyse histologique trouve une prolifération de cellules polygonales au cytoplasme granuleux éosinophile, compatible avec une tumeur à cellules granuleuses. L’immunohistochimie confirme l’origine schwannienne (positivité diffuse S100 et CD68) sans signes histologiques de malignité (absence de nécrose, mitoses, spindling ou pléomorphisme significatif).

Un scanner abdomino-plevien et cérébral a permis d’éliminer la présence d’autres lésions à distance. Après discussion RCP, aucun traitement n’a été indiqué et la décision était de gardé le patient sous surveillance.



coupe histologique montrant que les cellules ont des noyaux réguliers à chromatine homogène et au cytoplasme abondant granulaire éosinophile (HE x 200)



Coupe scannographique

Discussion:

Les tumeurs granuleuses du tractus respiratoire (GCT) sont des tumeurs rares dont les localisations bronchopulmonaires incluent les atteintes trachéales, bronchiques et, plus rarement, parenchymateuses

Sur le plan clinique, plusieurs études confirment que la forme endobronchique est la plus commune, se manifestant par une toux chronique, une dyspnée, une hémoptysie ou des pneumopathies récidivantes liées à une obstruction bronchique. Cependant, jusqu’à un quart des patients peuvent être asymptomatiques, avec une découverte fortuite lors d'une imagerie ou d’une endoscopie réalisée pour une autre indication (1)
Radiologiquement, les lésions se présentent le plus souvent comme des masses ou nodules endobronchiques, parfois associés à des atélectasies ou pneumonies obstructives, mais les formes parenchymateuses diffuses restent exceptionnelles. Valenstein a rapporté une occurrence plus fréquente du côté droit que du côté gauche (2)

Au cours de l’endoscopie, les lésions se présentent plutôt sous un aspect polypoïde et bien délimité, à la différence des autres localisations où un motif de croissance infiltrative est observé dans 60 % des cas (1)

Histologiquement, les TCG se composent de cellules polygonales ou fusiformes, au cytoplasme granuleux et éosinophile, et possédant des noyaux ronds ou ovales. Ces cellules se regroupent en amas infiltrant les tissus adjacents, avec une coloration PAS positive et une immuno-expression pour S100, CD68 et nestine
les formes malignes représentent 1 à 3 % des cas et sont définies selon les critères de Fanburg-Smith ou par l’existence de métastases (3)

La prise en charge des patients atteints de tumeurs à cellules géantes n'est pas clairement définie. Les options thérapeutiques actuelles comprennent la résection chirurgicale, l'exérèse endoscopique, le laser YAG (4)

L’intérêt de la radiothérapie et de la chimiothérapie n’est pas démontré. (2)



Conclusion:

La localisation broncho pulmonaire des tumeurs granuleuses reste rare, la plupart des cas ces tumeurs ont une évolution bénigne, mais le caractère malin a été décrit en de rares cas d’où l’intérêt de la surveillance du malade

Références:

(1) Houcine Y, Mlika M, Moussa C, Rouis H, Brahem E, Ismail O, et al. Granular cell tumor of the lung and tracheobronchial tree: Two case-presentation with a review of the literature. Rare Tumors [Internet]. avr 2023 [cité 7 janv 2026];15:20363613231187822
(2) Hokquelouxl L, Jaussaudl R, Stradyl A, Betbeze’ P, Pluot’ M, Devillel J. Tumeur & cellules granuleuses : revue de la littkrature B propos d’une localisation bronchique.
(3) Plantier F. La tumeur à cellules granuleuses ou tumeur d’Abrikossoff. Ann Dermatol Vénéréologie [Internet]. mai 2013 [cité 7 janv 2026];140(5):399-402. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0151963813005528>
(4) Farooqui SM, Khan MS, Adhikari L, Doshi V. Multifocal Pulmonary Granular Cell Tumor Presenting with Postobstructive Pneumonia. Case Rep Pulmonol. 2017;2017:8513702. doi: 10.1155/2017/8513702. Epub 2017 Oct 15. PMID: 29163998; PMCID: PMC5661083