IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)
e-ISSN: 2279-0853, p-ISSN: 2279-0861.Volume 25, Issue 11 Ser. 2 (November. 2026), PP 56-58
www.iosrjournals.org

Tumeur du sac vitellin : cause rare de masse médiastinale antérieure (à propos d'un cas)

Msika S., Laokri S., Arfaoui H., Mouhssine N., Bougteb N., Bamha H., Jabri H., El Khattabi W., Afif H.

Résumé :
*La tumeur vitelline est une variante rare des tumeurs germinales non séminomateuses. La localisation médiastinale est la localisation extra-gonadique la plus fréquente. Il s'agissait d'un patient âgé de 29ans, admis pour une toux sèche, une douleur thoracique antérieure diffuse à type de picotement et une tuméfaction du membre supérieur gauche intermittente avec un amaigrissement chiffré à 5Kg. La TDM thoracique a objectivé une masse médiastinale antérieure mesurant 22*12cm refoulant les éléments du médiastin moyen. Les marqueurs tumoraux (AFP et Béta HCG) étaient élevés. La PBTP a retrouvé une tumeur sac vitellin. Le patient é reçu 3 cures de chimiothérapie à base de BEP (Bléomycine, Étoposide, Cysplatine) à 1 mois d'intervalle avec stabilité clinique et radiologique.*
Mots clés : *Tumeur vitelline, tumeur du sac vitellin, masse médiastinale antérieure, marqueurs tumoraux, AFP, glypican*

Date of Submission: 02-11-2026 Date of Acceptance: 13-11-2026

I. Introduction :

Les tumeurs vitellines, aussi appelées tumeurs du sac vitellin, est une variante histologique des tumeurs germinales non séminomateuses (TGNS). Les localisations extra gonadiques (comme le médiastin, le sacro coccyx ou le système nerveux central) sont rares et représentent environ 1% de tous les cancers chez l'homme. Nous rapportons le cas d'un patient diagnostiqué pour tumeur vitelline.

II. Observation :

Mr S. H. âgé de 28 ans, tabagique chronique à 20 PA non sevré, alcoolique occasionnel, consommateur chronique de Hachich et occasionnel de Kif.

L'histoire de sa maladie remonte à 2 mois par l'installation progressive d'une dyspnée stade II mMRC, une toux sèche, une douleur thoracique à type de picotement, et une tuméfaction du membre supérieur gauche intermittente, sans signe en faveur d'un syndrome cave supérieur, ni de dysphonie ni de dysphagie, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général chiffré à 5kg en 2 mois.

L'examen clinique a trouvé un patient apyrétique à 37,1°C, saturait correctement à 98% à l'air libre, un IMC correct à 19,6kg/m. L'examen général a retrouvé une tuméfaction du membre supérieur gauche et de la région latéro-cervicale gauche avec comblement du creux sus claviculaire gauche et une circulation veineuse collatérale(Figure 1). L'examen pleuro-pulmonaire a objectivé une douleur à la percussion du sternum et un syndrome d'épanchement liquidien des 2/3 supérieurs en bilatéral, le reste de l'examen somatique était sans particularités notemment l'examen testiculaire.

La radiographie thoracique de face a objectivé un élargissement médiastinal fait d'une opacité sus-hilaire, hilaire et paracardiaque droite, à limite interne noyé dans le médiastin, à limite externe parenchymateuse arrondie associée à une opacité gauche qui s'étend de la trachée jusqu'à la coupole diaphragmatique à limite interne noyé dans le médiastin et à limite externe grossièrement polylobée parenchymateuse (Figure 3)

La TDM thoracique a montré une volumineuse masse tissulaire du médiastin antérieur mesurant 22*12cm, occupant ses trois étages décrivant un effet de masse et un contact intime avec les éléments du médiastin moyen, notamment le cœur, les gros vaisseaux et la trachée avec les bronche souches, ainsi qu'une pleurésie gauche et un épanchement péricardique de faible abondance. (Figure 3)

Une échographie thoracique de repérage a été réalisée objectivant la présence d'un épanchement liquidien anéchogène à gauche non ponctionnable, sans épanchement pleural droit.

Les marqueurs tumoraux étaient élevés, l'AFP était à 1658,7ng/ml (Normale: inférieure à 10ng/ml) et Béta HCG à 376UI/L (5-8UI/L) avec une LDH à 2000UI/L (140-280UI/L) posant le diagnostic de tumeur germinale non séminomateuse .

La PBTP a objectivé une prolifération tumorale maligne avec à l'étude immunohistochimique des cellules tumorales positives pour alpha-foeto-protéine (anticorps polyclonal), et pour le glypican, et donc un aspect morphologique et immunohistochimique compatible avec une tumeur vitelline.

L'échographie testiculaire a montré un testicule droit et gauche de taille normale, à échostructure homogène sans masse focale ni calcifications suspectes. La TDM abdomino-pelvienne n'a pas objectivé d'anomalies.

Le diagnostic final de tumeur du sac vitellin médiadiastinale primaire a été posé et le patient a reçu 3 cures de chimiothérapie à base de BEP (Bléomycine, Étoposide, Cysplatine) à 1 mois d'intervalle avec stabilité clinique et radiologique.

III. Discussion :

La tumeur vitelline, ou tumeur du sac vitellin, est une tumeur germinale maligne appartenant au groupe des tumeurs germinales non séminomateuses (TGNS) dont elle représente environ 44% [1]. Elle constitue la tumeur germinale maligne la plus fréquente chez l'enfant de moins de trois ans, et demeure exceptionnelle chez l'adulte, où elle est souvent associée à d'autres contingents histologiques et se caractérise par un comportement plus agressif [2].

Les localisations extragonadiques sont rares, estimées entre 1 et 3 % des tumeurs germinales, avec une prédominance médiastinale antérieure [1,3]. Cette distribution s'explique par une anomalie de migration des cellules germinales primordiales au cours de l'embryogenèse, conduisant à leur persistance le long de la ligne médiane [4]. Des anomalies génétiques sont fréquemment impliquées dans la tumorigenèse, notamment la présence d'un isochromosome 12p, caractéristique des tumeurs germinales malignes [4]. Une association avec le syndrome de Klinefelter a également été décrite, particulièrement dans les formes médiastinales primitives [4].

Cliniquement, les formes médiastinales se révèlent le plus souvent par des signes liés à l'effet de masse : toux sèche, dyspnée progressive, douleurs thoraciques rétrosternales, dysphagie ou syndrome cave supérieur [1]. Cette symptomatologie peu spécifique peut retarder le diagnostic. Dans les formes gonadiques, la présentation est dominée par une masse testiculaire indolore, parfois associée à des métastases pulmonaires ou ganglionnaires rétro-péritonéales [2].

Le dosage des marqueurs tumoraux constitue un élément fondamental du diagnostic et du suivi. L'élévation de l'alpha-fœtoprotéine (AFP) est retrouvée dans près de 98 % des cas, souvent à des taux supérieurs à 100 ng/ml [5]. La β-HCG peut être modérément augmentée, tandis que la LDH reflète la masse tumorale sans spécificité diagnostique [5].

L'imagerie par tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne constitue l'examen de référence pour l'évaluation de l'extension locorégionale et métastatique [6]. L'échographie testiculaire est systématique afin d'éliminer une tumeur primitive gonadique, notamment dans les formes médiastinales [6].
Le diagnostic de certitude repose sur l'examen histologique. Les corps de Schiller-Duval, correspondant à une différenciation endodermique caractéristique, constituent un élément morphologique évocateur bien que non constant [3]. L'étude immunohistochimique montre une positivité pour l'AFP, le glypican-3, SALL4 et les cytokératines AE1/AE3, confirmant la nature germinale et la différenciation vitelline [3].
Sur le plan thérapeutique, la prise en charge repose sur une chimiothérapie systémique à base de sels de platine. Le protocole BEP (Bléomycine, Etoposide, Cisplatine) administré sur quatre cycles constitue le traitement standard en première ligne [7]. La réévaluation repose sur la cinétique des marqueurs tumoraux et l'imagerie. En cas de normalisation des marqueurs avec persistance d'une masse résiduelle, une exérèse chirurgicale est indiquée afin d'éliminer un résidu tumoral viable ou un tératome mature [7]. Les formes réfractaires peuvent nécessiter une chimiothérapie de seconde ligne à base d'Ifosfamide et de Vinblastine (Ve-IP) [7].
Le pronostic des tumeurs vitellines chez l'adulte est globalement moins favorable que chez l'enfant, en particulier dans les formes médiastinales primitives, souvent diagnostiquées à un stade avancé et classées dans le groupe de mauvais pronostic selon la classification internationale des tumeurs germinales [8]. Toutefois, l'introduction des chimiothérapies à base de cisplatine a considérablement amélioré la survie globale [8]. L'évolution dépend essentiellement du stade initial, du taux d'AFP au diagnostic et de la réponse au traitement. Une surveillance prolongée est indispensable, reposant sur l'examen clinique, le dosage sérique de l'AFP et l'imagerie, afin de détecter précocement toute récidive locale ou métastatique [8].

IV. Conclusion :

La localisation médiastinale primitive de la tumeur vitelline de l'adulte demeure une entité rare et agressive dont le diagnostic précoce et la prise en charge multidisciplinaire conditionnent le pronostic.

Références

[1]. Mohammed Alami M, et al. Tumeur germinale non séminomateuse médiastinale. Pan African Medical Journal. 2014.
[2]. Zizi M. Tumeur du sac vitellin du testicule au stade IIIc métastatique : à propos d'un cas. 2014.
[3]. Giuseppe Rosti G, Andrea Necchi A, et al. Primary mediastinal germ cell tumors. Seminars in Oncology. 2019;46.

[4]. Tourne M. et al. Tumeurs germinales du testicule. Bull Cancer. 2019.
[5]. Collège français des pathologistes. Tumeurs non épithéliales. 2011.
[6]. Rosti G, Necchi A, et al. Primary mediastinal germ cell tumors. Semin Oncol. 2019;46.
[7]. Akasbi Y. et al. Complete histologic response to chemotherapy in a patient with a mediastinal yolk sac tumor: a case report. 2014.
[8]. Brunereau L. et al. Bilan d'extension et surveillance du cancer testiculaire. 2017.



Figure 1 : Tuméfaction du membre supérieur gauche avec circulation veineuse collatérale

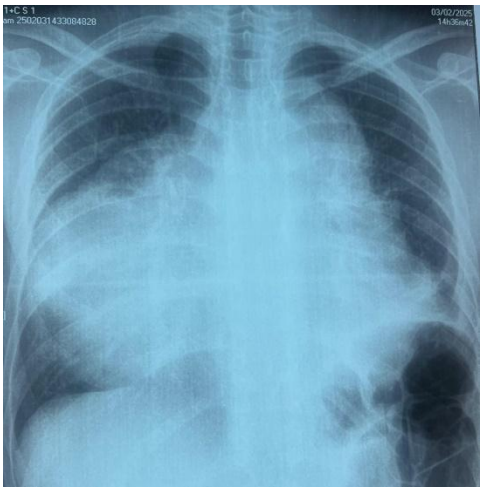


Figure 2 : Radiographie thoracique de l'admission : Elargissement médiastinal supérieur moyen et inférieure + Opacité droite sus hilaire hilaire et paracardiaque

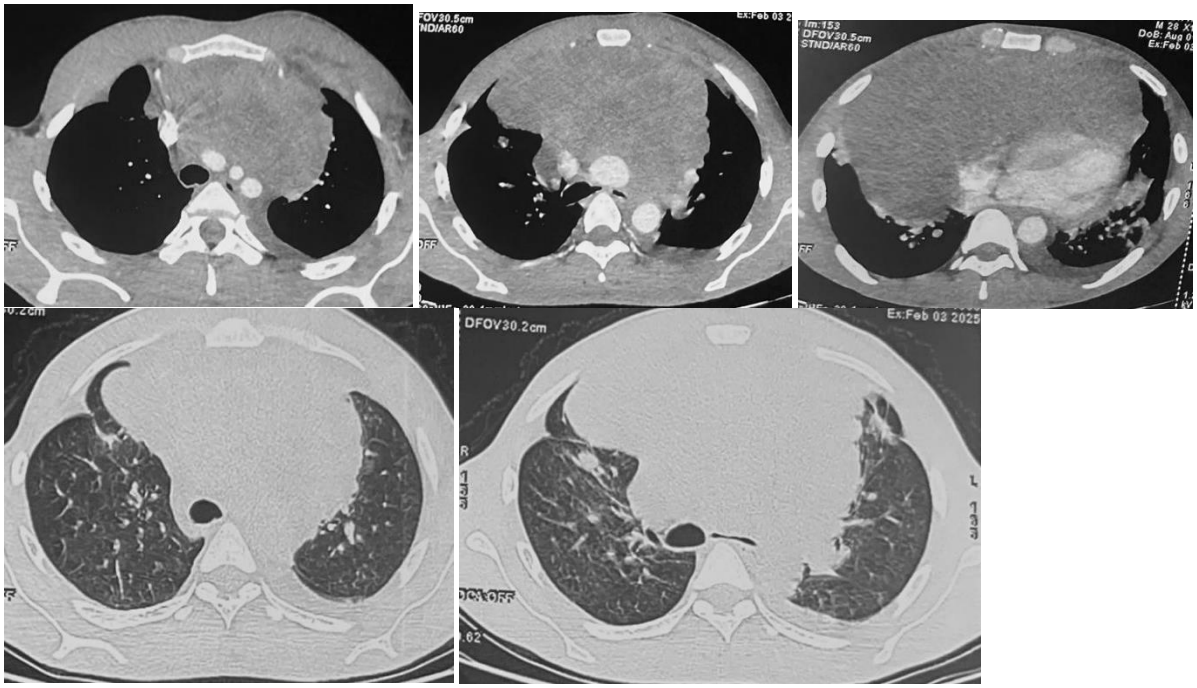


Figure 3 : TDM thoracique : Masse médiastinale antérieure mesurant 22*12cm exerçant un effet de massesur le médiastin moyen et refoulant ses éléments + Epanchement pleural gauche de faible abondance et un épanchement péricardique