

# Immagini in Pneumologia Interventistica

a cura di Pier Aldo Canessa e Angelo Gianni Casalini

## Mesotelioma a cellule chiare

### Clear cell mesothelioma



Pier Aldo Canessa (foto), Valentina Pinelli, Massimiliano Sivori, Donatella Intersimone\*, Franco Fedeli\*

SC Pneumologia ASL 5 "Spezzino", Ospedale S. Bartolomeo, Sarzana (SP); \* SC Anatomia Patologica ASL 5 "Spezzino", Ospedale S. Andrea, La Spezia

### Caso

Si tratta di uomo di 69 anni, non fumatore, ex tecnico impianti TV senza esposizione all'amianto che riferisce in anamnesi patologica remota nefrotomia sinistra per calcolosi nel 2004. Dall'inizio di settembre del 2013 comparsa di dispnea ingravescente per cui il medico curante lo invia in PS (11 settembre) dove una radiografia del torace (Figura 1) evidenzia la presenza di abbondante versamento pleurico a sinistra con spostamento del mediastino controlaterale; la EGA evidenzia ipossiemia ( $\text{PaO}_2$  59 mmHg); il BNP serico (23 pg/ml) e l'ECG sono nella norma; viene ricoverato in Pneumologia.

Il 12 settembre, previa ecografia e anestesia locale con xilocaina 1% 6 cc, viene posizionato un drenaggio endopleurico da 9 fr con ago di Verres a sn, e vengono drenati subito 1500 cc di liquido giallo-arancio (essudato con pH 7,40 ed esame citologico negativo per atipie). Dopo introduzione di aria nel cavo pleurico sn, il 16 settembre si esegue TC torace con mdc che evidenzia (Figura 2) un idropnx a sn, atelettasia compressiva del LIS, e minimo ispessimento della pleura parietale a sn.

Il giorno successivo la TC, si esegue toracosopia medica sn in sedazione profonda e assistenza anestesio-logica (Figura 3). Il cavo pleurico è ben esplorabile dopo aspirazione di 1600 cc di liquido pleurico e si reperta: 1) pleura parietale uniformemente ispessita senza il normale disegno, rosso iperemica, con diffusi micronoduli bianco-rosei (si eseguono biopsie multiple random); 2) polmone atelettasico con micronodulazioni sulla pleura viscerale alla base.

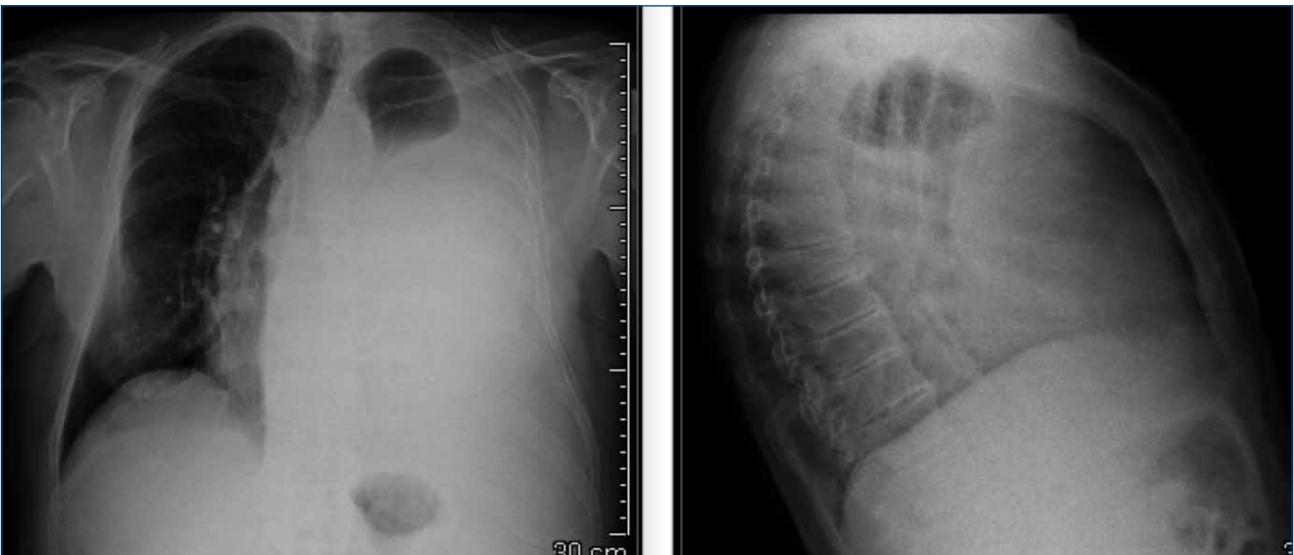


Figura 1. Rx torace: abbondante versamento pleurico sn con spostamento del mediastino controlaterale.



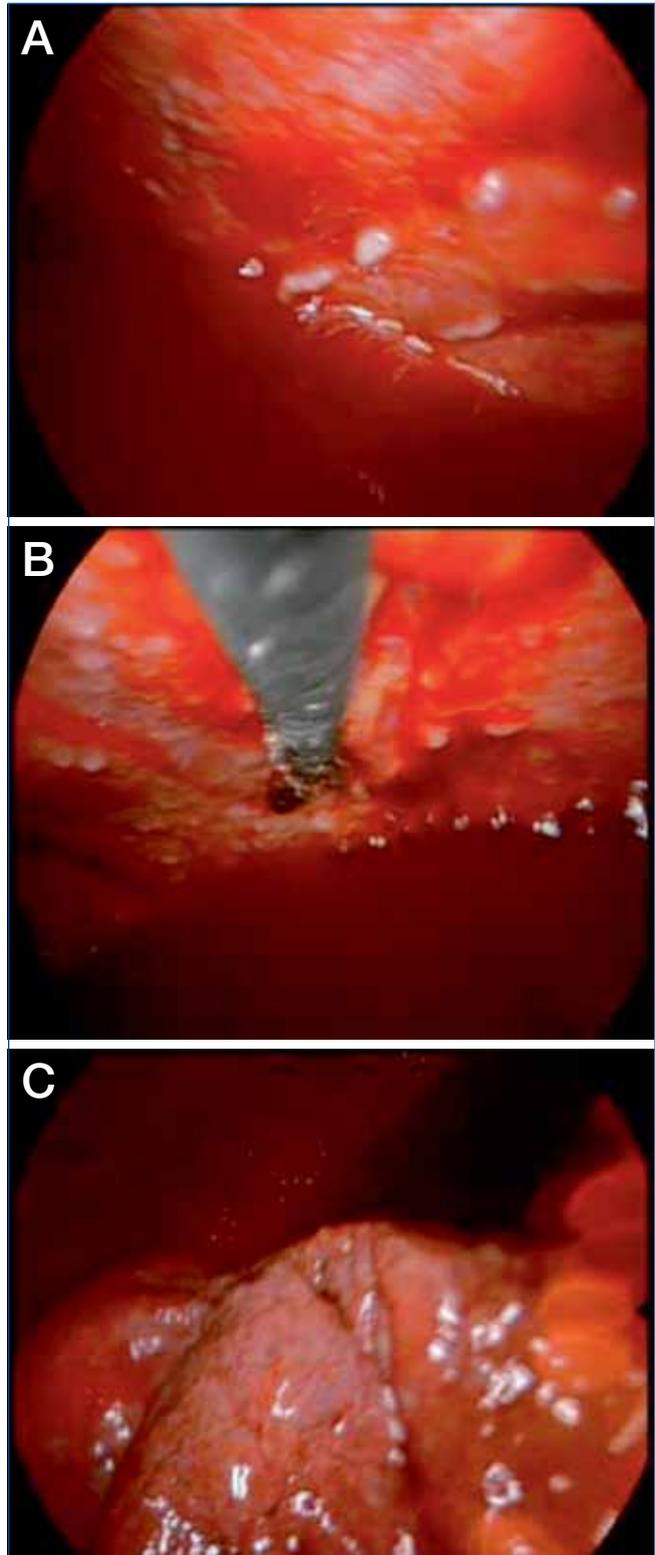
**Figura 2.** TC torace: prn e versamento pleurico sn con spostamento del mediastino verso dx, minimo ispessimento micro nodulare della pleura parietale (freccia) e atelettasia con broncogramma aereo del LIS.

Il 23 settembre viene eseguita una PET-TC total body che mette in evidenza un'iperattività a carico di tutta la pleura sinistra con SUV max 5.6. Limitatamente al potere risolutivo della metodica (circa 5 mm), non si evidenziano ulteriori aree di significativa alterazione della distribuzione del tracciante nei restanti distretti anatomici esaminati. Conclusioni: malattia ad elevata attività metabolica in sede pleurica sinistra verosimilmente primitiva.

L'esame istologico (Figura 4) ha mostrato lembi biotipici pleurici con diffusa infiltrazione da neoplasia maligna con aspetti a cellule chiare. Indagini immunostochimiche hanno documentato nelle cellule neoplastiche: 1) positività citoplasmatica per citocheratina CAM 5.2, citocheratine AE1/AE3, citocheratine 5/6, calretinina, mesotelina, WT1, CD10, P53 e periferica di membrana citoplasmatica per EMA e nucleare per calretinina e WT1; 2) negatività per CEA, P63, TTF1, PAX8, CK7, CK20, vimentina. Il quadro depone per mesotelioma maligno epitelioidale con aspetti a cellule chiare per la positività della calretinina e mesotelina e negatività del PAX8.

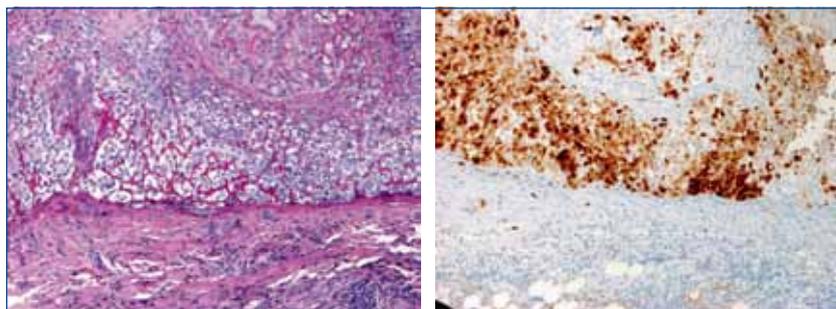
**La diagnosi è:** Mesotelioma pleurico maligno epitelioidale sinistro a cellule chiare.

**Commenti:** Il mesotelioma a cellule chiare è una rarissima variante istologica della forma epitelioidale e questo termine fu coniato nel 1996<sup>1</sup> per descrivere un quadro morfologico caratterizzato da una proliferazione di cellule poligonali con citoplasma chiaro, dovuto ad accumulo di glicogeno, senza arrangemento architetturale, facilmente confondibile con metastasi da carcinoma a cellule chiare, specie di origine renale. In letteratura sono riportati 19 casi pleurici, 3 peritoneali<sup>2-5</sup> e uno testicolare<sup>6</sup>, di cui 20 maschi; l'età è fra 55 e 86 anni e l'esposizione all'amianto è presente in poco più della metà dei casi; un caso è stato correlato a radioterapia per linfoma<sup>4</sup>; la prognosi è infausta senza differenze di sopravvivenza rispetto al mesotelioma epitelioidale<sup>2</sup>. La diagnosi differenziale è immunostochimica, con la positività alla calretinina e alla mesotelina, con esclusione clinica di carcinoma in altra sede<sup>5</sup>.



**Figura 3.** Toracosopia: **A** e **B** pleura parietale ispessita con perdita del normale disegno, intensamente iperemica, con micro noduli bianco-rosei diffusi e presenza di liquido nel cavo pleurico; **C** alla base LI del polmone atelettasico con micronodulazioni sulla pleura viscerale.

La singolarità macroscopica toracoscopica di questo caso rispetto alle descrizioni di letteratura dei mesoteliomi e alla esperienza personale<sup>7-9</sup>, aggiunta alla mancanza di altri report di foto toracoscopiche sul mesotelioma a cellule chiare, ci fa ritenere interessante riportare queste immagini.



**Figura 4.** Esame istologico: **A)** infiltrazione della pleura da neoplasia con aspetti a cellule chiare (PAS D, 100 X) e **B)** immunoreattività citoplasmatica e nucleare per calretinina (100 X).

### Bibliografia

- 1 Ordonez NG, Myhre M, Mackay B. *Clear cell mesothelioma*. Ultrastruct Pathol 1996;20:331-6.
- 2 Ordonez NG. *Mesothelioma with clear cell features: an ultrastructural and immunohistochemical study of 20 cases*. Hum Pathol 2005;36:465-73.
- 3 Dessy E, Falleni M, Braidotti P, et al. *Unusual clear cell variant of epithelioid mesothelioma*. Arch Pathol Lab Med 2001;125:1588-90.
- 4 Chirieac LR, Barletta JA, Yeap BY, et al. *Clinicopathologic characteristics of malignant mesotheliomas arising in patients with a history of radiation for hodgkin and non-hodgkin lymphoma*. J Clin Oncol 2013;31:4544-9.
- 5 Gkogkou C, Samitas K, Foteinou M. *Primary pleural epithelioid mesothelioma of clear cell type: a case report and review of current literature*. Ultrastruct Pathol 2011;35: 267-70.
- 6 Mishra A, Shet T. *Clear cell mesothelioma of the testis with deciduoid areas - a case report*. Indian J Pathol Microbiol 2004;47:544-6.
- 7 Boutin C, Rey F. *Thoracoscopy in pleural malignant mesothelioma: a prospective study of 188 consecutive patients. Part 1: Diagnosis*. Cancer 1993;72:389-93.
- 8 Pinelli V, Marchetti GP, Pierucci P, et al. *La toracosopia medica nel mesotelioma maligno della pleura*. Rass Patol App Respir 2009;24:23-31.
- 9 Canessa PA, Sivori M, Bancalari L, et al. *Mesotelioma epiteloide*. Rass Patol App Respir 2010;25:379-80.



**A I P O**  
ASSOCIAZIONE  
I T A L I A N A  
P N E U M O L O G I  
O S P E D A L I E R I

# SETTIMANE in PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA

WEEKS in INTERVENTIONAL PULMONOLOGY

**BRONCOSCOPIA FLESSIBILE E RIGIDA. TORACOSCOPIA MEDICA**

**10-14  
FEBBRAIO**

**31 MARZO  
4 APRILE**

**16-20  
GIUGNO**

**14-18  
LUGLIO**

**13-17  
OTTOBRE**

**24-28  
NOVEMBRE**

**Ancona**

A.O.U. Ospedali Riuniti

**Responsabile Scientifico:** Stefano Gasparini

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



Via Antonio da Recanate, 2 – 20124 MILANO  
Tel. +39 02 36590350 – Fax +39 02 67382337  
segreteria@aiporicerche.it – www.aiporicerche.it



Dal 2004 al servizio della Pneumologia Italiana  
aiposegreteria@aiporicerche.it  
www.aiponet.it



**CORSI 2014**