

A LA DECOUVERTE DE L'AGRESSIVITE DES CANCERS BRONCHIQUES!

DISCOVERING THE AGGRESSIVENESS OF LUNG CANCER!

TIARAY Michel ^{(1)&}, RAVAHATRA Kiady ⁽²⁾, RAKOTOSON Joelson Lovaniaina ⁽³⁾

⁽¹⁾ Chef de Clinique en Pneumologie, USFR de Pneumologie Hôpital Universitaire Joseph Raseta Befelatanana. Antananarivo -101-MADAGASCAR

⁽²⁾ Ancien Interne en médecine interne, Service de Pneumologie Hôpital Anosiala. Ambohidratrimo -105- MADAGASCAR

⁽³⁾ Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Pneumologie, Faculté de Médecine d'Antananarivo, Antananarivo -101-MADAGASCAR

Reçu le 11 Avril 2016

Accepté le 29 Juin 2016

Nous nous proposons d'illustrer la forme agressive que peut prendre un cancer bronchique dans le cas clinique suivant: Un homme de 57 ans, tabagique actif à 10 paquets-année, sans passé médical particulier, ayant consulté dans un service des urgences pour une douleur basithoracique en barre évoluant depuis trois jours, sans notion de fièvre mais associée à une altération rapidement progressive de l'état général (Performans Status OMS passé de 0 à 3 en un mois). Les examens clinique, biologique et l'électrocardiogramme (ECG) ont permis d'écarter une origine cardiovasculaire et découvrait un taux de D-dimères élevé (3 fois la normale) malgré une CRP négative. La radiographie thoracique (Figure 1) retrouvait une opacité sous hilare gauche n'effaçant pas le bord du cœur. L'angioscanner thoracique (Figure 2) ne trouvait rien qui soit en faveur d'une

embolie pulmonaire mais plutôt une masse tissulaire médiastino-hilaire gauche d'allure tumorale, envahissant la paroi de la bronche souche gauche, de la veine pulmonaire inférieure gauche, ainsi que la paroi de l'oreillette gauche avec thrombus mural, associée à des adénomégalies latéro-trachéales supérieures gauches. Sur le scanner abdominal (Figure 3) avec injection de produit de contraste iodé en temps artériel et en temps portal : masses surrénaliennes bilatérales nécrotiques aux centres avec rehaussement en périphérie mesurant 8,8 cm à gauche et 8,1 cm à droite associées à de multiples lésions nodulaires hypodenses de différentes tailles au niveau hépatique bien individualisées au temps portal. La tomographie par émission de positons (TEP) dans le cadre bilan d'extension ne retrouvait aucune autre lésion secondaire. L'exploration endoscopique a retrouvé un

&Auteur correspondant: tiarayharison@yahoo.fr

bourgeon tumoral à l'entrée de la bronche souche gauche dont l'examen anatomopathologique révélait un adénocarcinome. Au total, il s'agissait d'un adénocarcinome bronchique stade IV (T4 N2 M1b) à extension locorégionale et métastatique impressionnante au niveau hépatique et surrénalienne chez un patient ne se plaignant que d'une simple

douleur thoracique dont la radiographie thoracique avait montré une discrète opacité sous-hilaire gauche. Le patient était décédé deux mois après sa consultation aux urgences suite à la dégradation rapide de son état clinique.



Figure 1 : Radiographie du thorax en incidence de face (A), en position debout montrant une opacité sous-hilaire gauche n'effaçant pas le bord du cœur (de siège rétrocardiaque difficilement individualisable)

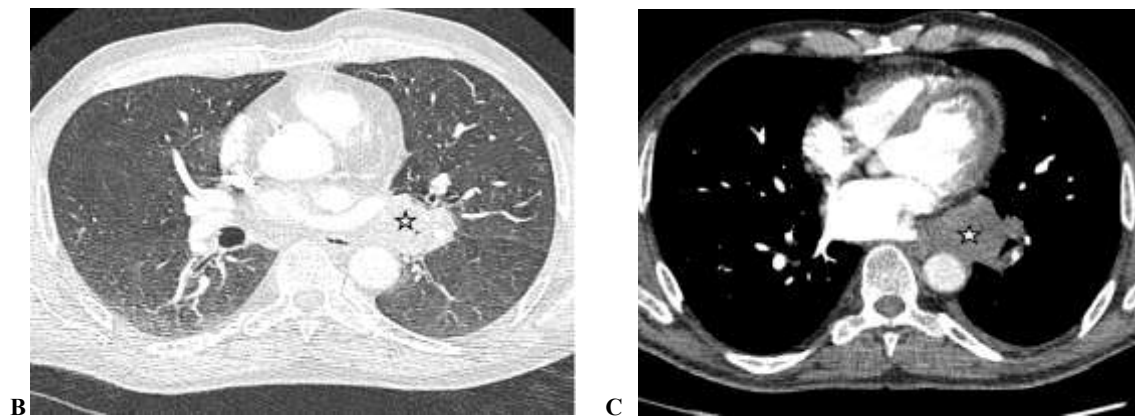


Figure 2 : Angioscanner thoracique : coupes axiales en fenêtre parenchymateuse à gauche (B) et en fenêtre médiastinale à droite (C) montrant une masse médiastino-hilaire gauche sténosant la bronche du segment apical du lobe inférieur gauche et entraînant une obstruction du tronc bronchique des basales gauches (étoiles), envahissant la veine pulmonaire inférieure gauche et la paroi de l'oreillette gauche (C).

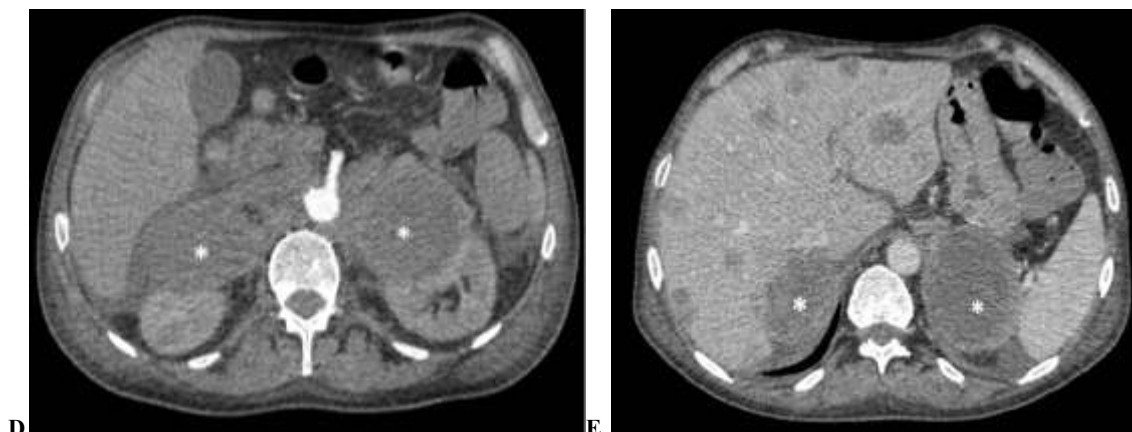


Figure 3 : Scanner abdominal après injection de produit de contraste iodé au temps artériel (D) et au temps portal (E) montrant des masses surrenaliennes bilatérales à centre nécrotique (astérisques) mesurant 8,8 cm à gauche et 8,1 cm à droite associées à de multiples lésions nodulaires hypodenses hépatiques métastatiques.

Les cancers bronchiques sont réputés être l'un des cancers les plus meurtriers au monde. La mortalité liée à ce type de cancer est estimée à 1,59 million de personnes (soit 19,4% de la mortalité globale par cancer) (1). Ils sont responsables de la première cause de décès par cancer chez les hommes, par contre son incidence est devenue de plus en plus élevée chez le sexe féminin (1). Tout signe respiratoire ou extra-thoracique inexplicé chez un fumeur ou ex-fumeur devraient faire évoquer un cancer bronchique. L'imagerie doit être réalisée dans les meilleurs délais. La radiographie du thorax (face et profil) peut être normale et n'élimine pas à elle seule le diagnostic (2). Cet examen est facilement accessible à l'ensemble des patients à Madagascar (3). Le scanner thoracique avec injection de produit de contraste est plus sensible et doit être fait avant l'endoscopie bronchique. Elle constitue en plus une aide précieuse à l'évaluation du stade de la maladie qui va guider la prise en charge thérapeutique. Les autres imageries (cérébrales et

osseuses) ne sont pas demandées systématiquement sauf si la tumeur présente une accessibilité à un traitement locorégional (2).

L'élimination d'un cancer bronchique devrait rester une hantise pour tout médecin prenant en charge un patient tabagique présentant des symptômes respiratoires ou extra-thoraciques. Et ce d'autant plus qu'à Madagascar près de 76% des patients atteints de cancers broncho-pulmonaires primitifs peuvent accéder au scanner (3). Plus un cancer bronchique est découvert tôt, plus la chance de guérison est élevée.

CONFLITS D'INTERETS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt vis-à-vis de cet article.

REFERENCES

1. Locatelli-Sanchez M, Couraud S, Souquet P.-J. Epidémiologie du cancer bronchique : données actuelles. Rev Mal Respir. 2015, 7: 285-89.
2. Trédaniel J. Cancer bronchique primitif. In : Maitre B, Salmeron S, Valeyre D. Le livre de l'interne en pneumologie. Paris : Lavoisier; 2014. p.195-207.
3. Ramahandrisoa AVN, Hasiniatsy NRE, Rafaramino F. Quelles explorations paracliniques du thorax pour les cancers bronchopulmonaires primitifs dans un service d'oncologie malgache ? Revue Malgache de Cancérologie. 2016;1(1):9-11.