

**SYNDROME DE PANCOAST-TOBIAS REVELANT UN CANCER BRONCHO-
PULMONAIRE : DIAGNOSTIC A NE PAS RATER**

**PANCOAST-TOBIAS SYNDROM REVEALING A LUNG CANCER: DIAGNOSIS NOT
TO MISS**

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

⁽¹⁾ Ancien Interne des Hôpitaux en Médecine Interne, service de Pneumologie Hôpital Anosiala. Ambohidratrinmo -105- MADAGASCAR.

⁽²⁾ Chef de clinique en Pneumologie. Faculté de Médecine d'Antananarivo. Antananarivo -101- MADAGASCAR.

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

Reçu le 23 Juillet 2016

Accepté le 01 Décembre 2016

Nous nous proposons d'illustrer un syndrome de Pancoast-Tobias révélant un cancer broncho-pulmonaire. Un homme de 69 ans était admis pour une symptomatologie progressive survenue en 06 mois, associant, toux productive avec des expectorations blanchâtres, parfois avec des hémoptysies, douleur scapulaire et douleur de la face postérieure du bras droit.

L'examen physique retrouvait un syndrome de Claude Bernard-Horner (enophtalmie, rétrécissement de la fente oculo-palpébrale et myosis) (Figure1), une circulation veineuse collatérale thoracique, un comblement des creux sus claviculaires et une turgescence des veines jugulaires témoignant d'un syndrome cave. Les aires ganglionnaires étaient libres.



Figure 1: Syndrome de Claude Bernard-Horner associant myosis, énophtalmie et rétrécissement de la fente oculo-palpébrale de l'œil droit.

La radiographie du thorax en incidence de face montrait une opacité dense et homogène sus hilaire droite dont la limite interne plonge dans le médiastin (Figure 2)

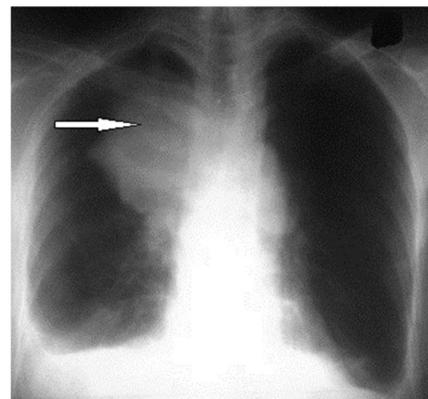


Figure 2: Radiographie du thorax en incidence de face montrant une opacité dense et homogène sus hilaire droite à limite interne plongeant dans le médiastin et à limite externe nette (flèche blanche).

Le scanner thoracique montrait une masse au niveau du lobe supérieur droit avec un épanchement pleural liquidien bilatéral (Figure 3).

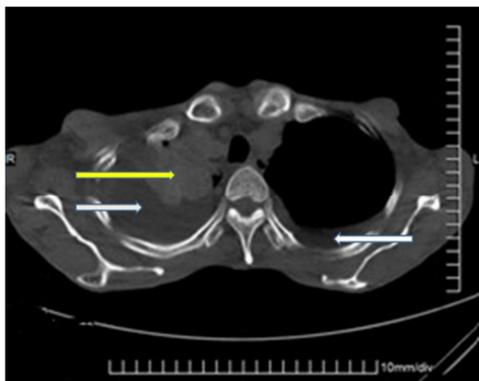


Figure 3 : Scanner thoracique fenêtre médiastinale sans injection de produit de contraste, qui montre une masse au niveau du lobe supérieur droit (flèche jaune) avec un épanchement pleural liquidien bilatéral (flèches blanches).

La fibroscopie bronchique montrait une obstruction quasi complète à plus de 95% de la lumière bronchique lobaire supérieure droite dont la biopsie était en faveur d'un adénocarcinome.

Au total, il s'agissait d'un patient présentant un syndrome de Pancoast-Tobias sur un cancer broncho-pulmonaire à type d'adénocarcinome.

Le syndrome de Pancoast-Tobias est une entité radio-clinique caractérisée par l'association d'un syndrome de Claude-Bernard-Horner (rétrécissement de la fente oculo-palpébrale, myosis, enophtalmie), une douleur scapulo-brachiale dans les territoires C8-T1 et d'une tumeur de l'apex du poumon, avec ou sans lyse costale (1).

Il est observé dans moins de 5% des cancers broncho-pulmonaires. Il est provoqué par des tumeurs envahissant les différentes structures de l'apex du thorax. La douleur est liée à une invasion du plexus brachial, des

structures osseuses de l'apex et de la plèvre pariétale. Le syndrome de Claude Bernard-Horner est lié à une invasion des chaînes sympathiques et des ganglions stellaires. L'envahissement de la veine sous-clavière est responsable d'un œdème du membre supérieur ipsilatéral (1,2).

Devant ce syndrome, l'imagerie prend une place importante dans le diagnostic. La radiographie du thorax permet de détecter les lésions. Le scanner thoracique avec et sans injection de produit de contraste et l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) sont les examens de choix parce qu'ils visualisent le mieux les rapports entre la tumeur et les structures adjacentes comme le plexus brachial, les vaisseaux sous-claviers et les corps vertébraux (2).

Le syndrome de Pancoast-Tobias est une entité radio-clinique qui doit attirer l'attention des cliniciens afin d'établir le diagnostic le plus rapidement possible. L'examen d'imagerie repose sur le scanner thoracique et l'IRM thoracique. Notre cas illustre bien un cas classique d'un syndrome de Pancoast-Tobias, très riche en symptomatologie. Il peut constituer une base d'apprentissage pour les étudiants en 3^{ème} cycle d'études médicales.

CONFLITS D'INTERETS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

REFERENCES

1. Christophoros NF, Zarogoulidis P, Darwiche K, Katsikogiannis N, Machairiotis N, Karapantzos I et al. Superior sulcus (Pancoast) tumors: current evidence on diagnosis and radical treatment. *J Thorac Dis.* 2013;5(Suppl4): S342-58.
2. Berti F, Geurlin A, Laskar M. Formes cliniques des cancers thoraciques, Traitements des tumeurs de Pancoas-Tobias. *Rev Mal Resp.* 2006 ; 23 (suppl16) : 164-9.