MedWiki-DZ (https://medwiki-dz.com/)

# **Cancers bronchopulmonaires secondaire**

Dernière mise à jour : 2019/04/15 20:26

Cancers bronchopulmonaires secondaire

 $https://medwiki-\dot{dz}.com/doku.php?id=cours:residanat:pneumologie:cancers\_secondaire\_broncho-pulmonaires.$ 

Dernière mise à jour : 2019/04/15 20:26 - Imprimé le : 2024/09/23 23:15



# Table des matières

Cancers bronchopulmonaires secondaire	i
Cancers bronchopulmonaires secondaire	1
1. Définition	1
2. Intérêt	1
3. Anatomie pathologique	1
4. Physiopathologie	2
5. Diagnostic	2
5.1. Diagnostic positif	2
5.2. Diagnostic différentiel	4
5.3. Diagnostic étiologique	4
5.3.1. Tableaux cliniques selon le primitif	4
5.3.2. Conduite à tenir : recherche de primitif	4
6. Traitement	5
6.1. Moyens	5
6.2. Indications	5
7. Conclusion	7

# Cancers bronchopulmonaires secondaire

## 1. Définition

- · Localisation métastatique pulmonaire d'un cancer d'un autre organe
- Représente 20 à 30% de toutes les métastases
- Les plus fréquents = carcinomes : sein, colon, pancréas, estomac, rein et mélanomes malins

## 2. Intérêt

- Fréquente : 2e localisation métastatique après le foie
- Diagnostic : facile quand le primitif est connu, difficile dans le cas contraire (reconnaître le caractère métastatique, préciser le primitif)
- Thérapeutique : pose problème

# 3. Anatomie pathologique

- Moyen de prélèvement selon la présentation :
  - Lymphangite ⇒ prélèvements multiples (biopsies étagées d'éperons, transbronchique, LBA)
  - Nodule périphérique ⇒ biopsie transthoracique
- Macroscopie : soit :
  - Nodules multiples, arrondis, bien limités, sous-pleuraux, prédominant aux lobes inférieurs
  - Nodule unique
  - Nodule kystique
  - Infiltrat pneumonique (localisé ou plurifocal)
  - Lésions interstitielles (réticulo-nodulaires septales, péribronchiques, centrolobulaires = lymphangite carcinomateuse)
  - Masse bronchique proximale
  - Masse endobronchique
  - Miliaire carcinomateuse

# 4. Physiopathologie

### Modes de dissémination :

## 1. Migration systémique de cellules tumorales :

- Fréquente chez les malades cancéreux, mais ne donne que rarement de greffe tumorale (les cellules se désintègrent)
- En cas de migration massive, on peut avoir une HTAP (tableaux de CPA ou CPC)

## 2. Lymphangite carcinomateuse:

- Différents mécanismes :
  - Migration par voie lymphatique transdiaphragmatique
  - Reflux de cellules par voie rétrograde par le canal thoracique et les ganglions médiastinaux
  - Migration hématogène puis pénétration secondaire dans les lymphatiques
- Il en résulte une oblitération et une dilatation des lymphatiques

### 3. Greffe tumorale endovasculaire:

Lésions qui prolifèrent dans la lumière des vaisseaux pulmonaires

# 5. Diagnostic

Multiples problèmes diagnostiques :

- Confirmer la nature métastatique (positif/différentiel)
- Rechercher le cancer primitif (étiologique)

## 5.1. Diagnostic positif

### 1. Images nodulaires:

- <u>Clinique</u>: non spécifique (signes fonctionnels respiratoires, signes généraux),
  parfois asymptomatique (surtout si nodule unique)
- Radiologie : TDM plus sensible que TLT
  - Nodules de taille variable, bilatérales le plus souvent (aspect en lâcher de ballons)
  - Contours le plus souvent nets, parfois spiculés
  - Homogènes le plus souvent, parfois hétérogènes (excavations, calcifications)
  - Épanchements (liquidien/aérien) parfois associés
- Moyens diagnostiques :
  - Fibroscopie : multiplier les techniques de prélèvements et les prélèvements
    ⇒ rendement accru
  - Biopsie transthoracique : bonne sensibilité et spécificité (80-90%) ;
    complications connues, variables mais le plus souvent pas fréquentes

(PNO+++, hémoptysies), les plus graves sont exceptionnelles (embolies gazeuses, essaimage néoplasique)

## 2. Adénopathies:

- L'atteinte ganglionnaire médiastinale est beaucoup moins fréquente que l'atteinte parenchymateuse; associées dans 40% des cas
- Surtout : cancers génito-urinaire, ORL, mammaire ou mélanomes
- Quand atteinte pulmonaire associée, le diagnostic est souvent facile (fibroscopie)
- Quand atteinte ganglionnaire isolée : biopsie transthoracique impossible, biopsie transbronchique peut être négative ⇒ médiastinoscopie, voir thoracotomie exploratrice (si territoires non accessibles à la médiastinoscopie)

## 3. Lymphangite carcinomateuse:

- Surtout : cancers gastrique, pancréatique, prostatique, mammaire et bien sure bronchique
- <u>Clinique</u>: dyspnée +++, toux, douleurs thoraciques
- <u>Radiologie</u>: syndrome interstitiel (+/- épanchement, ADP), souvent bilatéral, diffus, intense
- ∘ EFRs:
  - Syndrome restrictif, diminution de la compliance
  - Hypoxémie de repos quasi constante, plus en rapport avec des inégalités locales du rapport V/Q qu'à une altération de l'échangeur
  - DLCO le plus souvent normale
- Diagnostic:
  - Fibroscopie : biopsies bronchiques et transbronchiques positives dans 70% des cas (> brossage) ; le LBA oriente le diagnostic (cytologie)

## 4. Métastases bronchiques :

- Atteinte d'une bronche par contiguïté à partir d'une lésion néoplasique périphérique ou d'un adénopathie tumorale
- Atteinte bronchique proximale possible ⇒ simule en tout points un cancer bronchique primitif
- <u>Diagnostic</u>: fibroscopie + biopsies (dans la quasi-totalité des cas)

### 5. Embolies tumorales:

- o Soit extension endovasculaire de tumeurs, ou obstruction par des débris tumoraux
- Peut être macroscopique ou microscopique
- Peut être isolée, ou associée à une embolie fibrino-cruorique
- Cancers les plus en cause : foie, rein, sein, estomac, mais aussi choriocarcinomes, adénocarcinomes bronchiques, vessie, pancréas, côlon, mésothéliome, sarcome...
- <u>Clinique</u>: peut être identique aux embolies fibrino-cruoriques : HTAP d'aggravation progressive sub-aiguë (quelques jours)
- <u>Diagnostic</u>: scintigraphie de V/Q, angiographie, LBA ne peuvent le plus souvent pas confirmer la nature métastatique; le diagnostic ne peut être affirmer que sur biopsie pulmonaire (le plus souvent à l'autopsie)

## 6. Cancers bronchiolo-alvéolaires métastatiques :

- o Cancers les plus en cause : pancréas, côlon, sein, estomac, rein
- Images floues, mal limitées, bilatérales, bronchogramme aérien ⇒ tout est comparable à un CBA primitif
- La cytologie seule ne suffit pas au diagnostic

## 5.2. Diagnostic différentiel

- 1. **Nodules pulmonaires :** tuberculose, Wegener (excavation), kystes hydatiques, nodules rhumatoïdes, sarcoïdose pseudotumorale, granulomatose lymphomatoïde
- 2. **Opacité ronde périphérique isolée :** cancer primitif, carcinoïde, hamartochondrome, tuberculome, kyste hydatique
- 3. **Opacité excavée :** abcès, tuberculose, kyste hydatique rompu ; le tabagisme modifie les diagnostics évoqués en premier : néo bronchique + nodule controlatéral (méta/2e néo?), néo VAS + nodule (méta/néo primitif?)
- 4. Adénopathies médiastinales : sarcoïdose, LH, LMNH, tuberculose (immunodéprimé)
- 5. **Pneumopathie interstitielle :** silicose, asbestose, granulomatose (sarcoïdose, histiocytose X), pneumopathie d'hypersensibilité, maladie auto-immune (connectivite, vascularite)
- 6. **Si cancer déjà connu et traité :** pneumopathie médicamenteuse (chimiothérapie), post-radique, infectieuse
- 7. **Embolie tumorale :** embolie cruorique, HTAP primitive
- 8. Métastases bronchioloalvéolaires : différentiel purement histologique

## 5.3. Diagnostic étiologique

• Les principaux cancers sont (par ordre de fréquence) : sein (40%), tube digestif, appareil uro-génital, ORL, thyroïde, sarcome

## 5.3.1. Tableaux cliniques selon le primitif

. . .

## 5.3.2. Conduite à tenir : recherche de primitif

• Toujours orienté par les signes d'appel cliniques +++. Si non :

## 1. Tumeur glandulaire ou indifférenciée :

- Faible rendement des techniques d'imagerie + tumeurs souvent petites + pronostic souvent sombre ⇒ le nombre d'investigation entreprises est souvent limité
- Sein, prostate, thyroïde, ovaire, tumeur germinale, colon
- Échographie thyroïdienne, prostatique et pelvienne, mammographie, colonoscopie pour certains, marqueurs tumoraux (AFP, B-HCG, énolase neuronospécifique, PSA)

## 2. Tumeur épidermoïde :

- La plupart du temps la tumeur est identifiée (70%) : ORL, haut œsophage, bronchique
- Enquête étiologique simple : ORL, fibroscopie digestive et bronchique

## 3. Cancers à petites cellules et tumeurs carcinoïdes :

- <u>CPC</u>: primitif souvent bronchique +++; rares : glandes salivaires, œsophage, vésicule biliaire
- Pas de primitif identifié ⇒ mise en route d'une chimiothérapie efficace dans le CPC bronchique
- Carcinoides: primitif souvent bronchique ou gastro-intestinal
- Pas de primitif identifié ⇒ traitement optimal doit être entrepris (car possibilité de longue survie)

## 6. Traitement

## 6.1. Moyens

## 1. Chirurgie: se justifie pour 3 raisons:

- Progrès de la réanimation ⇒ morbidité et mortalité péri-opératoire acceptable (1-3%)
- Peut être la seule alternative valable pour certaines tumeurs
- Permet de corriger le diagnostic dans certains cas (une masse pulmonaire chez un cancéreux n'est pas forcément une métastase)

## 2. Chimiothérapie:

Objectif principal : améliorer la qualité de vie (diminution des symptômes)

## 3. Hormonothérapie:

- Sein et prostate ⇒ traitement de base
- Effets secondaires relativement réduits

### 4. Radiothérapie :

- Utilisation limitée car lésions souvent multiples, volumineuses, et risque de fibrose
- Indications principales : métastases compressives (trouble de ventilation), douleur (paroi thoracique, sommets), lymphangites segmentaires (visée symptomatique fonctionnelle)
- Curithérapie par iridium 192 endobronchique : désobstruction durable dans 80% des cas

## 6.2. Indications

### 1. Cancer du sein:

- <u>Traitements hormonaux</u>: tamoxifène (produit de référence), progestatifs semisynthétiques, aminogluthétimide, analogues de LH-RH, androgènes
- Chimiothérapie : tous les agents cytotoxiques sont efficaces
- Chirurgie: peu d'études, se discute surtout devant les métastases uniques
- 2. Cancers de l'utérus : chirurgie encourageante, chimiothérapie peu efficace
- 3. Cancers de l'ovaire : chimiosensible (sel de platin + cyclophosphamide = référence)
- 4. Cancers des testicules :

- Métastases fréquentes (pulmonaires ++), surtout les non séminomateuses
- Grande chimiosensibilité : PVB (platine, vinblastine, bléomycine) ⇒ 70% des réponse complète dans les tumeurs non séminomateuses métastatques
- Chirurgie pour les formes chimiorésistantes ou à visée histologique
- 5. Cancers de la prostate : hormonothérapie : diéthylstilbestrol (DES), analogues de LH-RH
- 6. **Cancers colo-rectaux :** chimiothérapie à base de 5FU-acide folinique + chirurgie de la métastase

### 7. Sarcomes:

- Sarcomes des parties molles : plusieurs chimiothérapies, notamment en association sont efficaces :
  - CYVADIC (cyclophosphamide, vincristine, adriamycine, dacarbazine ou DTIC)
    référence, 41% de réponse
  - MAID (mesna, adriamycine, ifosfamide et DTIC) = plus récente, 43% de réponse

### Ostéosarcomes :

- La plupart des auteurs propose une chirurgie systématique de toute métastase pulmonaire (RCP)
- La chimiothérapie est également très importante (survie à 5 ans de 41%, alors que 0% avec chirurgie seule)
- 8. **Cancers du rein :** chimiothérapie inefficace ⇒ chirurgie (survie à 5 ans = 13-50%, médiane = 23-33 mois)

### 9. Cancers thyroïdiens:

- Adénocarcinomes bien différenciés :
  - Tumeurs fonctionnelles, croissance lente
  - Captent l'iode, sensibles à l'action de la TSH
  - Scintigraphie à l'iode 131 ⇒ déceler les localisations tumorales
  - Les métastases fonctionnelles peuvent être contrôlées par l'administration d'iode 131 (détruit le tissus tumoral); les autres (non fonctionnelles) peuvent être réséquées (du fait de leur croissance lente)
  - Après ablation ou réponse complète à l'iode 131 ⇒ traitement hormonal (bloquer la sécrétion de TSH)
  - Chimiothérapie inefficace
- Carcinome indifférenciés (5% des cas) :
  - Très mauvais pronostic : survie de 10% à 1 an, 0% à 2 ans (médiane = 4 mois) quelque soit l'extension initiale
  - Très peu sont diagnostiqués à un stade opérable
  - Irradiation utile pour les formes localement avancées
  - Chimiothérapie : résultats médiocres ; sauf adriamycine seul (30% de réponse)

## 10. Cancers de la tête et du cou :

- Chirurgie : survie à 5 ans de 40%
- Chimiothérapie : MTX = référence (30% de réponse) ; les autres : platine (semblable à MTX), bléomycine, 5FU, mitomycine C, cyclophosphamide, adriamycine

### 11. Origine indéterminée :

Souvent, c'est patients multi-métastasés avec AEG profonde

 Les résultats sont en général médiocre, mais les progrès (nouvelles thérapeutiques) poussent à caractériser précisément la tumeur

# 7. Conclusion

- RCP +++
- Histologie indispensable avant toute thérapeutique agressive