

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

Cancers bronchopulmonaires secondaire

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

MedWiki-DZ :

Cancers bronchopulmonaires secondaire

https://www.medwiki-dz.com/doku.php?id=cours:residanat:pneumologie:cancers_secondaire_broncho-pulmonaires

Dernière mise à jour : **2019/04/15 20:26** - Imprimé le : **2026/02/08 16:01**



Table des matières

Cancers bronchopulmonaires secondaire	1
Cancers bronchopulmonaires secondaire	3
1. Définition	3
2. Intérêt	3
3. Anatomie pathologique	3
4. Physiopathologie	4
5. Diagnostic	4
5.1. Diagnostic positif	4
5.2. Diagnostic différentiel	6
5.3. Diagnostic étiologique	6
5.3.1. Tableaux cliniques selon le primitif	6
5.3.2. Conduite à tenir : recherche de primitif	6
6. Traitement	7
6.1. Moyens	7
6.2. Indications	7
7. Conclusion	9

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 (reconnaitre 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 hémotogène 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 :

- Clinique : 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
- Clinique : dyspnée +++, toux, douleurs thoraciques
- Radiologie : 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
- Diagnostic : fibroscopie + biopsies (dans la quasi-totalité des cas)

5. Embolies tumorales :

- 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...
- Clinique : peut être identique aux embolies fibrino-cruoriques : HTAP d'aggravation progressive sub-aiguë (quelques jours)
- Diagnostic : scintigraphie de V/Q, angiographie, LBA ne peuvent le plus souvent pas confirmer la nature métastatique ; le diagnostic ne peut être affirmé que sur biopsie pulmonaire (le plus souvent à l'autopsie)

6. Cancers bronchiolo-alvéolaires métastatiques :

- 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 crurorique, 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, émolase 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 :

- CPC : primitif souvent bronchique +++ ; rares : glandes salivaires, œsophage, vésicule biliaire
- Pas de primitif identifié ⇒ mise en route d'une chimiothérapie efficace dans le CPC bronchique
- Carcinoïdes : 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 :

- Traitements hormonaux : tamoxifène (produit de référence), progestatifs semi-synthétiques, 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 platine + 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 métastatiques
 - Chirurgie pour les formes chimiorésistantes ou à visée histologique
5. **Cancers de la prostate** : hormonothérapie : diéthylstilbestrol (DES), analogues de LHRH
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 tissu 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