

Cancers secondaires

I. GENERALITES

Ils sont d'une extrême fréquence, d'une grande diversité clinique, d'un pronostic très sévère avec des possibilités thérapeutiques limités

Tous les cancers peuvent métastaser dans les poumons par ordre de fréquence décroissant : cancers de la sphère ORL, du sein, du rein, du côlon et du rectum...

II. PRÉSENTATION MACROSCOPIQUE

- Nodules uniques ou multiples, prédominant dans les lobes inférieurs (plus de vaisseaux), bien limités.
- Lymphangite carcinomateuse.
- Masse endobronchiques (proximale ou distale).
- Tumeur excavée.

III. PHYSIOPATHOLOGIE

1. Migration de cellules tumorales par voie hématogène
2. Migration de cellules tumorales par voie lymphatique rétrograde

IV. CLINIQUE :

Dans 25% des cas ces cancers sont de découverte radiologique systématique.

Le cancer secondaire peut être découvert à l'occasion d'une pleurésie abondante et récidivante ou d'une broncho-pneumopathie persistante et récidivante

✓ Signes cliniques :

Signes fonctionnels respiratoires : dyspnée d'effort, toux tenace rauque, douleur thoracique témoignant de l'envahissement pariétal et pleural, rarement hémoptysie

Symptômes extra-pulmonaires : peuvent être en relation avec un cancer primitif : douleurs osseuse, costales ou vertébrales, ADP périphérique.

L'examen clinique : peut être normal, parfois retrouve un syndrome de condensation parenchymateuse, un épanchement pleural, ou exceptionnellement un pneumothorax

✓ **Signes radiologiques** : la radio met en évidence :

- **Un nodule unique ou des nodules multiples** réalisant l'aspect en lâcher de ballons : il s'agit de foyers nodulaires multiples de taille variable et de nombre variable rarement excavés, disséminés de façon inhomogène au niveau des deux champs pulmonaires

Ces images font discuter :

1. Des foyers ronds tuberculeux multiples
 2. Kystes hydatiques multiples
 3. Staphylome multiple
- **Un aspect de miliaire, pleurésie de grande abondance, des ADP médiastinales ou de trouble de ventilation (atélectasie)**

Examen général : au terme de ce bilan radio-clinique le diagnostic devient probable, il convient de compléter avec un examen général : aires ganglionnaires, thyroïde, sein, prostate, testicule, foie, rate ...

✓ **Formes radio-cliniques** :

- **Forme nodulaire** : peut être unique ou multiple

Nodule unique : diagnostic différentiel avec toutes opacités rondes intra parenchymateuse et particulièrement le cancer bronchique primitif

Nodules multiples : classique aspect en lâcher de ballons, l'évolution de cette forme se fait rapidement vers l'asphyxie terminale

- **Forme réticulonodulaire** : 2 formes :
 - A. Lymphangite carcinomateuse : les lymphatiques du poumon sont bourrés de cellules néoplasiques, elle réalise une forme réticulaire pure

Le diagnostic se fait par biopsie bronchique et étude histologique

Cliniquement dyspnée + cyanose + hippocratisme digital

- B. Miliaire carcinomateuse : nodules de 1-3 mm de diamètre, l'extension de fait des bases vers les sommets, il existe 3 stades clinique de cette forme :
 1. Stade de latence clinique : symptomatique
 2. Stade de dyspnée: symptomatique
 3. Stade d'asphyxie

A partir du 2^{ème} stade, la dyspnée est généralement majorée par l'existence d'un épanchement pleural abondant

- **Forme infiltrative** : opacité peu dense en plage à limites imprécises et à extension hilifuge
- **Forme atélectasique**
- **Forme pleurale** : pleurésie abondante, douloureuse récidivante ; le liquide pleural est séro-hématique ou séro-fibrineux, des cellules néoplasiques peuvent être mise en évidence dans ce liquide, la ponction biopsie pleurale réalisé parfois sous pleuroscopie permet de poser le diagnostic

- **Forme médiastinale** : ADP volumineuse de siège médiastinal peuvent être à l'origine d'une irritation bronchique avec toux sèche, compression récurrentielle ou syndrome cave supérieur
- **Forme diffuse** avec envahissement parenchymateux, pleural et médiastinal.

L'évolution dans tous les cas est fâcheuse

V. PRÉLÈVEMENTS CYTO- ET/OU HISTOLOGIQUE

1. Pour la lymphangite carcinomateuse

- ✓ Biopsies étagées, voire transbronchiques
- ✓ Valeur du LBA avec cytologie.

2. Pour les nodules

- ✓ Biopsies sous fibroscopie en première intention.
- ✓ Cytoponction transthoracique si biopsies négatives à la fibroscopie.

VI. DIAGNOSTIC POSITIF: se fait à partir :

- Des antécédents du malade : l'existence d'un néo connu ou opéré.
- De l'étude histologique d'un prélèvement biopsique pleural, bronchique ou parenchymateux (par biopsie trans pariétale scanno-guidée) ou biopsie ganglionnaire périphérique

VII. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL : il est essentiellement radiologique :

- **Devant les formes bronchiques** : discuter : un cancer bronchique primitif,
- **Devant les formes uniques** : discuter le diagnostic des opacités rondes intra parenchymateuses unique (Kyste hydatique, tuberculome, Tumeur bénigne)
- **Devant les formes multiples** : Kystes hydatiques multiples, staphylome, tuberculome multiple
- **Devant les formes miliaires** : pneumoconiose (surtout silicose), miliaire tuberculeuse, sarcoïdose, miliaire cardiaque...
- **Devant les formes pleurales** : discuter toutes les pleurésies séro-hématiques ou séro-fibrineuses
- **Devant les formes médiastinales** : ADP médiastinales des hémopathies malignes, tuberculose, sarcoïdose.

PRONOSTIC : dans l'ensemble certaines formes ont une évolution foudroyante et d'autres ont une évolution très limitée (métastase du cancer du colon)

TRAITEMENT :

Médical :

Traitement à visée étiologique : il s'agit surtout de l'hormonothérapie, dans le cas des métastases pulmonaire du cancer du sein, prostate (œstrogène), de chorio-épithéliome (fréateur hypophysaire), cancer de la thyroïde (iode 131)

L'hormonothérapie est souvent associée au traitement chirurgical si possible du cancer primitif d'origine.

Traitement à visée palliative :

Chimiothérapie antimitotique

Radiothérapie : dans certaines métastases localisées ou pour traiter certaine localisation très douloureuse et inopérables.

Traitement chirurgical : indication rare surtout dans certains cas de métastases en masse unique et périphérique sans envahissement locorégional et quand la tumeur primitive est traitée chirurgicalement de façon efficace

Traitement des complications : en particulier évacuation d'un épanchement pleural associé et oxygénothérapie dans les formes asphyxiantes