

CANCERS BRONCHO-PULMONAIRES SECONDAIRES

Définition :

Les cancers secondaires pleuropulmonaires sont fréquents. Ils viennent en 3e position après les métastases ganglionnaires et hépatiques et ils sont retrouvés dans 30% des autopsies de patients porteurs d'une néoplasie.

Tous les cancers peuvent métastaser dans les poumons par ordre de fréquence décroissante : le cancer du sein (19%), les cancers du tube digestif (17%), les cancers du rein et de la vessie (10%), les cancers génitaux (10%), les sarcomes et en particulier l'ostéosarcome (9%) et les cancers ORL (4%).

Voies de dissémination tumorale :

- Propagation par contiguïté (cancer de l'œsophage).
- Propagation par voie sanguine : Les cellules néoplasiques parviennent au poumon par le biais des artères pulmonaires ou des artères bronchiques. (miliaires carcinomateuses et lâchers de ballons au cours des cancers ORL, thyroïde, rein, sarcomes).
- Propagation par voie lymphatique : par le biais du canal thoracique et des lymphatiques trans-diaphragmatiques ou pariétaux (lymphangites carcinomateuse au cours des cancers digestifs, cancer sein). L'atteinte pleurale y est fréquemment associée.

Diagnostic :

– Signes cliniques :

La symptomatologie respiratoire n'est pas spécifique. :

- Toux, dyspnée et hémoptysie en cas d'atteinte bronchique.
- Une dyspnée s'installe surtout en cas de lymphangite, de miliaire carcinomateuse ou de pleurésie abondante.
- Paradoxalement, les « lâchers de ballons » sont souvent bien tolérés et longtemps asymptomatiques

– Signes radiologiques :

- Les nodules pulmonaires correspondent à une dissémination hémotogène. Ils sont en général multiples, de taille variable réalisant un «lâcher de ballons» ou une miliaire carcinomateuse. Ils sont visibles à la radiographie du thorax. Le scanner est plus performant pour la détection des petits nodules.
- Le nodule unique est également fréquent et pose beaucoup plus de problèmes diagnostiques. Un des principaux arguments en faveur de sa nature secondaire est la vitesse de croissance.
- La lymphangite carcinomateuse correspond à une diffusion par voie lymphatique. Radiologiquement il s'agit d'un syndrome réticulomicronodulaire diffus, souvent bilatéral associé à des épaissements périlobulaires mieux étudiés avec le scanner avec des coupes fines.
- Forme pleurale : pleurésie abondante, douloureuse récidivante ; le liquide pleural est sero-hématique ou séro-fibrineux.
- Forme médiastinale : Adénopathies volumineuses de siège médiastinal peuvent être à l'origine d'une irritation bronchique avec toux sèche, compression récurrentielle ou syndrome cave supérieure

Démarche diagnostique :

- L'endoscopie bronchique : Les lésions endobronchiques sont rares. On pourra :
 - Biopsier une muqueuse bourgeonnante ce qui est peu fréquent.
 - Biopsier la muqueuse saine surtout s'il existe un aspect « à gros plis » évocateur de lymphangite.
 - Faire des biopsies étagées et/ou transbronchiques.
 - Enfin, les études cytologiques peuvent être très utiles et porteront sur le produit d'aspiration bronchique ou mieux sur le produit d'un lavage alvéolaire réalisé dans le territoire suspect.
- La ponction transpariétale : La ponction percutanée guidée par le scanner est particulièrement intéressante lorsque la masse est périphérique.
- La biopsie pleurale en cas de pleurésie.
- La thoracotomie : Elle peut être indiquée si tous les examens précédents sont négatifs.

TRAITEMENT :

Il dépend de la tumeur primitive.

- La chimiothérapie est souvent indiquée, car il s'agit du traitement le plus apte à traiter une maladie métastatique.
- La radiothérapie pour traiter certaines localisations très douloureuse.
- La chirurgie a 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.
- L'hormonothérapie est utile dans les cancers hormonosensibles (cancer du sein, thyroïde, prostate).
- Traitement des complications, en particulier évacuation d'un épanchement pleural associé

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC :

La survie moyenne après constatation de métastases pulmonaires non traitées est de 9 à 11 mois.