



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Association d'un carcinome pulmonaire et d'un cancer canalaire du sein



Association of pulmonary carcinoma and ductal breast cancer

W. El Khattabi, N. Lakhdar*, H. Jabri, H. Afif

Service des maladies respiratoires, hôpital 20-Août, Casablanca, Maroc

Disponible sur Internet le 24 juin 2016

MOTS CLÉS

Dilatation des bronches ;
Cancer du poumon ;
Cancer du sein

Résumé Les cancers primitifs multiples sont relativement rares. L'association de cancer du poumon et du sein reste exceptionnelle et impose une recherche génétique et des facteurs favorisant la survenue du cancer. Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 43 ans, hospitalisée pour atelectasie du poumon gauche avec nodules du sein. Les biopsies bronchiques ont conclu à un adénocarcinome pulmonaire primitif. La biopsie du sein a objectivé un cancer canalaire infiltrant du sein. Le traitement était à base de chimiothérapie palliative. L'évolution a été marquée par le décès rapide de la patiente. Bien que l'association de cancers multiples reste rare, leur découverte impose un schéma thérapeutique particulier dépendant de la stadification de chaque cancer.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Bronchiectasis;
Lung cancer;
Breast cancer

Summary Multiple primary cancers are relatively rare. The association between lung and breast cancer is exceptional and requires genetic research and predisposing factors. We report the case of a female patient of 43 years, hospitalized for atelectasis of the left lung with breast lumps. Bronchial biopsies have concluded a primary lung adenocarcinoma. Breast biopsy

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lakhdarnawal@gmail.com (N. Lakhdar).

objectified ductal invasive breast cancer. The treatment was a palliative chemotherapy. The evolution is marked by the early death of the patient. Although the association of multiple cancers is rare, their discovery requires a particular treatment regimen depends on the staging of each cancer.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Le cancer bronchopulmonaire constitue un problème majeur de santé publique vu sa prévalence élevée et son pronostic sombre. La coexistence de plusieurs cancers primitifs chez un même individu a été décrite dans la littérature oncologique avec une fréquence variant de 5,5 à 8,5 %, tous cancers confondus [7]. L'association d'un cancer bronchogénique et un cancer du sein est exceptionnelle. Nous rapportons un nouveau cas d'une telle association.

Observation

Madame F.F. âgée de 43 ans sans antécédents pathologiques particuliers, non connue tabagique avait consulté un an auparavant pour un syndrome bronchique à répétition remontant à 3 mois. La radiographie thoracique avait objectivé une opacité à projection paracardiacque gauche (Fig. 1). En complément, le scanner thoracique avait objectivé un foyer de dilatation de bronches basithoracique gauche associé à des adénopathies décrites comme inflammatoires (Fig. 2). Une surinfection de dilatation des bronches avait été évoquée et la patiente était mise sous antibiothérapie à base d'amoxicilline-acide clavulanique avec une bonne évolution clinique initiale. Un bilan de dilatation des bronches localisée a été demandé mais la patiente n'avait plus reconsulté. Trois mois plus tard elle venait en consultation dans notre formation pour hémoptysies de faible abondance associée à une dyspnée d'effort dans un contexte de fléchissement de l'état général. L'examen clinique trouvait un syndrome d'épanchement liquidien de

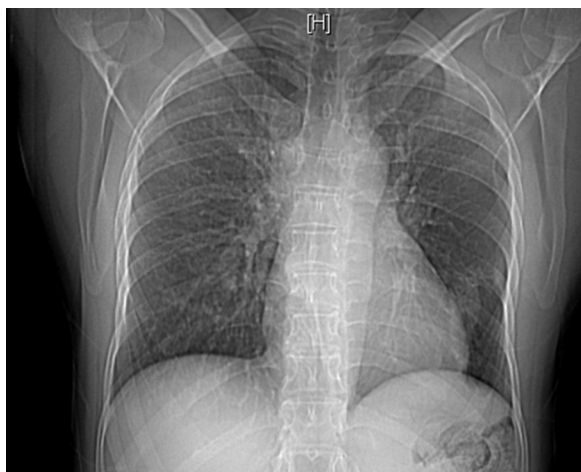


Figure 1. Radiographie thorax : opacité à projection paracardiacque gauche.

l'hémithorax gauche et un nodule du quadrant supéro-externe du sein gauche de 2 cm mobile indolore sans adénopathie axillaire. La radiographie et la TDM thoracique révélait une atelectasie totale du poumon gauche sans autre atteinte thoracique (Fig. 3). La bronchoscopie souple montrait de multiples bourgeons d'allure tumorale dès la partie terminale de la trachée s'étendant vers la carène et la bronche souche gauche qui était réduite de calibre. L'écho-mammographie montrait de multiples lésions bilatérales des seins évoquant des adénofibromes sans caractère suspect évident classées ACR3. Les biopsies bronchiques concluaient à un adénocarcinome peu différencié primitif d'origine bronchopulmonaire exprimant le TTF1 et n'exprimant pas la p63. Le diagnostic de carcinome bronchogénique classé cT4N0Mx était retenu et un bilan d'extension était demandé. L'IRM cérébrale était normale. Le TEP-scanner (Fig. 4) objectivait, en plus du processus pulmonaire gauche, des métastases surrenaliennes, osseuses et ganglionnaires périphériques avec des lésions nodulaires hypermétaboliques bilatérales des seins. Le carcinome bronchogénique était alors classé T4N0M1b. Devant la forte fixation des nodules des seins au TEP et dans la crainte de métastases pulmonaires du cancer du sein qui serait classé stade IV et qui serait de meilleur pronostic par rapport au cancer du poumon, la biopsie au niveau des deux seins révélait alors un carcinome canalaire infiltrant du sein gauche et était non contributive au sein droit. À cette étape, le diagnostic d'un cancer bronchogénique primitif initialement révélé par un foyer de dilatation des bronches associé à un cancer du sein était retenu. Des mutations génétiques étaient indiquées mais non réalisées par défaut de moyens. La décision thérapeutique a été pour le carcinome bronchogénique une chimiothérapie palliative ainsi que pour le cancer du sein. Le protocole thérapeutique incluait des molécules visant les 2 cancers et était à base de carboplatine et docétaxel dont la patiente a reçu 3 séances de chimiothérapie. L'évolution était marquée par une progression évolutive et la patiente décédait 5 mois après le diagnostic.

Discussion

Les dilatations des bronches (DDB) sont des affections chroniques des bronches résultant de causes multiples qui peuvent influencer sur le traitement et le pronostic. Les DDB localisées nécessitent la recherche d'un facteur mécanique local endo- ou extra-bronchique [1]. La bronchoscopie fait partie du bilan des dilatations de bronches, elle permet de mettre en évidence une cause locale notamment une tumeur bronchique souvent bénigne ou à malignité réduite [2]. La découverte d'un carcinome bronchogénique est

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3419303>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3419303>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)