



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Sécrétion d'hormone chorionique gonadotrope β au cours des cancers bronchiques

Inadequate secretion of β -human chorionic gonadotropin in lung cancer

B. Godbert^{a,*}, A. Tiotiu^a, C. Masias^b, Y. Martinet^a

^a Service de pneumologie, hôpitaux de Brabois, centre hospitalier universitaire de Nancy, rue du Morvan, 54511 Vandœuvre-lès-Nancy cedex, France

^b Service de gynécologie-obstétrique, maternité régionale Adolphe-Pinard, centre hospitalier universitaire de Nancy, 10, rue du Dr.-Heydenreich, 54042 Nancy cedex, France

Disponible sur Internet le 12 septembre 2013

MOTS CLÉS

Sécrétion inappropriée ;
Hormone chorionique gonadotrope β ;
Cancer bronchique non à petites cellules ;
Grossesse ;
Chimiothérapie

Résumé

Introduction. — La sécrétion inappropriée (SI) d'hormone chorionique gonadotrope β (β -HCG) au cours des cancers bronchiques non à petites cellules (CBNPC) est rare et méconnue. Son dosage n'est pas systématique chez les femmes en âge de procréer nécessitant une chimiothérapie (CT) pour CBNPC. Cependant, des observations de prescription de CT chez des femmes dont l'état de grossesse avait été méconnu, ont été décrites. Or l'incidence des cancers bronchiques (KB) est en augmentation chez les femmes jeunes, ce qui augmente le risque de prescription d'une CT chez une femme enceinte.

Observations. — Nous décrivons deux observations de patientes atteintes d'un CBNPC, chez qui le diagnostic de grossesse a été initialement évoqué, alors qu'il s'agissait plus vraisemblablement d'une SI de β -HCG, et une observation chez un homme atteint d'un adénocarcinome bronchique, illustrant la possibilité d'une telle sécrétion au cours des CBNPC.

Conclusion. — La SI de β -HCG au cours du CBNPC n'est probablement pas exceptionnelle. Son dosage avant toute chimiothérapie chez une femme en âge de procréer doit être systématique, afin d'éviter l'administration d'une CT chez une femme présentant une grossesse. Le diagnostic différentiel entre une grossesse et une sécrétion inappropriée, notamment lorsqu'un taux faible est mesuré, peut poser problème.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS.

* Auteur correspondant. Nouvelle affiliation depuis le 2 janvier 2013 : hôpital Robert-Schuman, hôpitaux privés de Metz, parvis Robert-Schuman, rue du Champs-Montoy, 57070 Vantoux, France.

Adresse e-mail : benoit.godbert@hp-metz.fr (B. Godbert).

KEYWORDS

Inadequate secretion;
Human chorionic gonadotropin β;
Non-small cell lung cancer;
Pregnancy;
Chemotherapy

Summary

Introduction. — The inadequate secretion of β-human chorionic gonadotropin (β-HCG) during non-small cell lung cancer (NSCLC) is rare and quite ignored. The dosage of β-HCG is probably not systematically realized in women who are in age of pregnancy and who need chemotherapy (CT) despite the descriptions of cases of prescription of CT against lung cancer in women who were pregnant. The incidence of NSCLC cancer is increasing and the risk to prescribe a CT in a woman who is pregnant is also increasing.

Cases reports. — We describe the cases of two women and one man who had an augmentation of the β-HCG plasmatic level before the prescription of CT against lung cancer. In women, the differential diagnostic between inadequate secretion of β-HCG and pregnancy has been a problem.

Conclusion. — The inadequate secretion of β-HCG during NSCLC is probably not so rare. The dosage of this hormone before each infusion of CT should be systematic to avoid the realization of CT during pregnancy. This raises the question of the method for differential diagnostic between pregnancy and inadequate secretion of β-HCG in young women who suffer from NSCLC, especially when a small level of β-HCG is measured.

© 2013 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

Physiologiquement, l'hormone chorionique gonadotrope β (β-HCG) est sécrétée par le trophoblaste dès le sixième jour puis par le placenta, après la dixième semaine. Elle assure le maintien de la gestation.

Nous décrivons trois observations de la sécrétion inappropriée (SI) de β-HCG : celles de deux patientes chez qui le diagnostic de grossesse a été initialement évoqué alors qu'il s'agissait vraisemblablement d'une SI de β-HCG au cours des cancers bronchiques non à petites cellules (CBNPC), et celle d'un homme présentant un taux élevé de β-HCG, contemporain d'un adénocarcinome bronchique. Ces trois observations, colligées au cours d'une seule année, illustrent la fréquence non négligeable de ce phénomène, alors que le dosage des β-HCG n'est pas réalisé de façon systématique dans notre service. L'augmentation actuelle de la fréquence du cancer bronchique (KB) chez les femmes jeunes, laisse présager des difficultés récurrentes de diagnostic différentiel entre SI de β-HCG et grossesse.

Observations**Cas n° 1**

Une patiente de 47 ans, au tabagisme cumulé de 30 PA, sans antécédent notable, présente depuis trois mois des douleurs basithoraciques droites. Le médecin traitant prescrit une radiographie thoracique (RT) qui permet d'observer une opacité lobaire supérieure droite d'allure tumorale, et nous confie la patiente. La date des dernières règles (DDR) remonte à plusieurs mois, mais le diagnostic de ménopause n'a jamais été établi. Elle utilise une contraception par stérilet depuis cinq ans, mais celui-ci est périmé depuis six mois, et des préservatifs avec son nouveau partenaire. L'examen clinique met en évidence un syndrome d'épanchement pleural liquidien droit. Le bilan d'extension confirme l'opacité du lobe supérieur droit, l'existence d'adénopathies homo- et controlatérales (Fig. 1), avec

pleurésie homolatérale et multiples métastases osseuses (T4N3M1). Aucune fixation au niveau gynécologique n'est visible sur la tomographie par émission de positons-scanner (TEP-scanner). Un bourgeon tumoral lobaire supérieur droit est observé en fibroscopie bronchique (FB), dont les biopsies permettent de conclure à la présence d'un adénocarcinome bronchique TTF-1 positif. Le bilan biologique révèle des β-HCG à 19 UI/L (normale < 5 UI/L). La chimiothérapie (CT) est administrée malgré ce résultat dont le médecin prescripteur n'a pas eu connaissance. Ce taux est contrôlé à 48 heures à 39 UI/L. Un avis gynécologique est demandé quant à l'opportunité de réaliser une échographie endovaginale. Cette indication est récusée en raison d'un taux de β-HCG inférieure à 1500 UI/L, considéré comme trop faible pour la détection d'un œuf par échographie endovaginale. Trois semaines après la première cure de CT, ce taux est à 9 UI/L. Ce taux, jamais normalisé au fil de l'évolution, augmente à nouveau après la troisième cure (14 UI/L), alors que l'évolution carcinologique est défavorable.

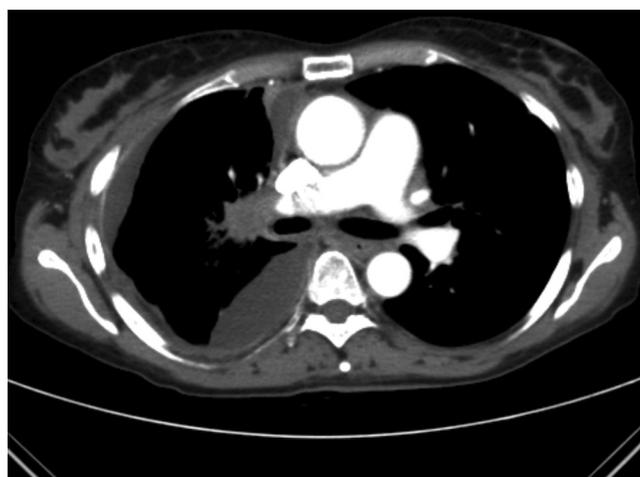


Figure 1. Scanner thoracique en coupe axiale, fenêtre médiastinale. Adénopathie hilare droite et épanchement pleural.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3419650>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3419650>

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