



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



CAS CLINIQUE

Métastase cardiaque d'un carcinome épidermoïde bronchique

Cardiac metastasis of bronchial squamous cell carcinoma

L. Herrak^{a,*}, M. Bouchikh^b, M. Maidi^b, H. Fennane^b,
F. Ouchen^b, A. Benosmane^b

^a Service de pneumologie, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc

^b Service de chirurgie thoracique, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc

Disponible sur Internet le 12 avril 2012

MOTS CLÉS

Carcinome ;
Cœur ;
Métastase

Résumé Les localisations secondaires du cancer du poumon sont fréquentes mais la localisation cardiaque est rare et souvent de diagnostic post-mortem. Nous rapportons un cas d'un patient de 67 ans, sans antécédents pathologiques particuliers en dehors d'un tabagisme chronique, porteur d'un carcinome épidermoïde bronchique et dont le bilan d'extension retrouve une localisation secondaire intra-auriculaire gauche. À travers cette observation, les auteurs proposent une mise au point sur cette localisation rare et exceptionnelle.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Carcinoma;
Heart;
Metastasis

Summary Secondary location of lung cancer are frequent but the location heart is rare and often diagnosed postmortem. We report a case of a patient of 67 years without disease history, individuals smoking outside a chronic carrier of bronchial squamous cell carcinoma and the staging of which finds a secondary location within the left atrial. Through this observation, the authors propose an update on this rare and exceptional location.

© 2012 Published by Elsevier Masson SAS.

* Auteur correspondant. Rue Jaafer Essediq, Palmier II, Immeuble « C », Appt 8, Agdal, Rabat, Maroc.
Adresse e-mail : herraklaila@yahoo.fr (L. Herrak).



Figure 1. Scanner thoracique : processus hilaire supérieur droit.

Introduction

Les tumeurs cardiaques secondaires sont 20 à 40 fois plus fréquentes que les tumeurs primitives et sont généralement cliniquement méconnues [1]. Les métastases cardiaques sont retrouvées à l'autopsie des patients traités pour cancer dans 2 à 18% des cas selon les séries car elles sont souvent asymptomatiques [2]. Les cancers bronchopulmonaires, mammaires, les mélanomes et les lymphomes sont les principaux cancers responsables.

Observation

Il s'agit d'un patient âgé de 67 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, notamment cardiovasculaires, connu tabagique chronique à 30 paquets par année, qui présentait depuis quatre mois des douleurs thoraciques droites avec toux et crachats hémoptoïques. L'examen clinique trouvait un patient en assez bon état général, apyrétique, eupnéique au repos, sans cyanose et sans hippocratisme digital. L'examen pleuropulmonaire était normal, le reste de l'examen est sans anomalies et les aires ganglionnaires étaient libres.

La radiographie thoracique de face montrait une opacité parahilaire droite. La fibroscopie bronchique trouvait un bourgeon obstruant complètement l'orifice de la bronche lobaire supérieure droite dont la biopsie est revenue en faveur d'un carcinome épidermoïde infiltrant et bien différencié. Le scanner thoracique confirmait la présence d'un processus hilaire supérieur droit sans adénopathies médiastinales associées et sans lésions pariétales (Fig. 1). Le bilan d'extension était négatif, notamment le scanner cérébral, la scintigraphie osseuse et l'échographie abdominale. Le PET scan n'était pas disponible. Ainsi, la tumeur fut classée en stade IB.

Dans le cadre du bilan préopératoire, l'électrocardiogramme (ECG) a été réalisé et objectivait un bloc de branche gauche, l'échocardiographie

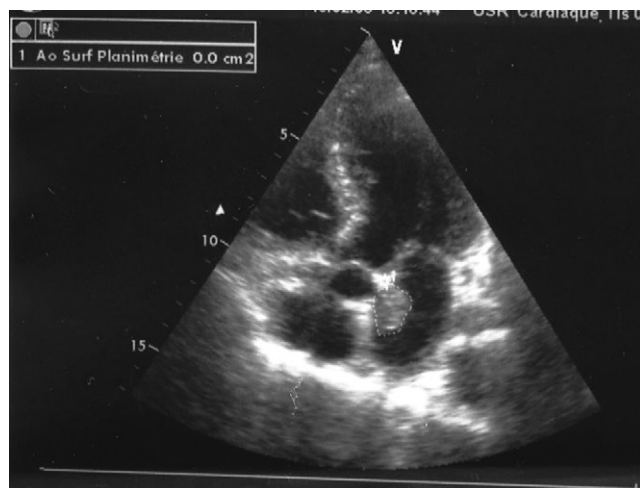


Figure 2. Échocardiographie transthoracique : masse auriculaire gauche anéchogène adhérente au septum interauriculaire.

transthoracique (ETT) montrait une masse auriculaire gauche anéchogène de 2 cm² adhérente au septum interauriculaire, ne gênant pas le fonctionnement de la valve mitrale sans valvulopathie associée (Fig. 2), la contractilité ventriculaire était conservée. Le bilan était complété par une imagerie par résonance magnétique (IRM) qui confirmait la présence d'un processus tumoral de l'oreillette gauche dont la dynamique de rehaussement n'est pas en faveur d'un angiome ni d'un myxome. Cette masse est très suspecte de localisation secondaire, changeant la stadification du cancer pulmonaire devenu alors stade IV et relevant d'une prise en charge médicale. Malheureusement, le patient refusait toute thérapeutique.

Discussion

Les localisations secondaires du cancer du poumon sont fréquentes mais la localisation cardiaque est rare, généralement associée à un mauvais pronostic et souvent de diagnostic post-mortem [1–3].

Toutes les tumeurs malignes peuvent donner des métastases cardiaques. Certains cancers possèdent un fort potentiel métastatique cardiaque mais sont rares, c'est le cas du mélanome malin dont l'envahissement cardiaque est présent à l'autopsie dans 71% des cas [3]. Les localisations secondaires cardiaques sont observées par ordre décroissant, dans les autres cancers, de 30 à 10% environ en cas de cancer bronchique, du sein, de l'œsophage, de l'utérus, ORL, du rein, de l'os et des ovaires. Les lymphomes non hodgkiniens s'accompagnent de métastases cardiaques dans 13% des cas et les leucémies dans 6% des cas [4,5].

La dissémination au cœur peut être directe par extension locorégionale en cas de tumeurs bronchiques ou médiastinales; indirecte par voie hématogène en empruntant les artères coronaires en cas de métastases à distance (cancer ORL) ou par voie lymphatique surtout hilaires touchant les cavités cardiaques droites qui semblent plus fréquemment atteintes que les cavités gauches (cancer utérin ou de tumeur de Grawitz envahissant l'oreillette droite) ou atteignant le péricarde [1,3,5,7] ou par extension intravasculaire

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3419853>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3419853>

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