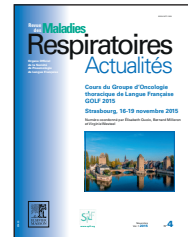




Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Tumeurs de l'apex pulmonaire

Superior sulcus tumors

**N. Ferrière¹, R. Descout¹, P.-L. Conan², C. Tromeur¹,
W. Gaspard², F. Couturaud¹, J. Margery^{2,*}**

¹Fédération de pneumologie et de médecine interne, hôpital La-Cavale-Blanche, CHRU de Brest, boulevard Tanguy-Prigent, 29609 Brest, France

²Service des maladies respiratoires, hôpital d'instruction des armées Percy, 101, avenue Henri-Barbusse, 92140 Clamart, France

MOTS CLÉS

Cancer bronchique ;
Tumeurs de l'apex
pulmonaire ;
Syndrome
de Pancoast-Tobias ;
Diagnostic ;
Traitement

KEYWORDS

Lung cancer;
Superior sulcus
tumors;
Pancoast syndrome;
Diagnosis;
Treatment

Résumé

Les tumeurs malignes de l'apex pulmonaire constituent une entité rare au sein des cancers bronchiques (moins de 5 %). En oncologie thoracique, la prise en charge des tumeurs apicales constitue toujours un challenge, du fait des particularités en lien avec cette localisation très riche au plan anatomique. La stratégie thérapeutique fait toujours l'objet de discussions riches en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). Une approche multimodale combinant chirurgie et radiothérapie améliore le taux de résection complète, si bien que chez des patients sélectionnés, l'association radiochimiothérapie d'induction-chirurgie est désormais considérée comme le standard thérapeutique.

© 2015 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Superior sulcus tumors are a rare subset of lung carcinomas which occur with an incidence of less than 5 % of all lung cancers. In thoracic oncology, management of superior sulcus tumors remains challenging because of their anatomical location. The optimal therapeutic management is still controversial. Combined approach including surgery and radiotherapy allows for a good rate of complete resection. So, in selected patients without contraindications, induction chemoradiation followed by surgical resection has become the established standard treatment approach.

© 2015 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : j.margery@free.fr (J. Margery).

Les tumeurs malignes de l'apex pulmonaire sont des maladies rares : elles représentent environ 3 % des cancers broncho-pulmonaires primitifs. Leur localisation au sommet de la cage thoracique en fait toute leur particularité. En effet, ces tumeurs peuvent se développer par contiguïté au sein d'une zone anatomiquement riche en structures nerveuses, osseuses, musculaires et vasculaires ; cette capacité d'infiltration locale conditionne en grande partie la stratégie thérapeutique. En effet, le principal challenge dans ces tumeurs apicales est la détermination de la résecabilité. Longtemps, la radiothérapie a été considérée comme le traitement de référence de ces tumeurs. C'est en proposant des stratégies combinées associant traitements néoadjuvants et chirurgie que la prise en charge et le pronostic de ces tumeurs ont évolué.

La revue que nous proposons abordera les moyens diagnostiques de ces tumeurs apicales en insistant sur les particularités propres à ce type de localisation, avant de détailler les stratégies thérapeutiques qui peuvent être discutées en RCP d'oncologie thoracique.

Présentation clinique

Du fait de la localisation périphérique de l'atteinte, la symptomatologie respiratoire (toux, dyspnée, hémoptysie, etc.) est rare. Les manifestations cliniques traduisent le plus souvent l'atteinte par contiguïté des structures de voisinage. Les symptômes les plus fréquents sont des douleurs scapulaires avec irradiation dans le membre supérieur. Cette symptomatologie atypique est souvent responsable d'un retard diagnostique et une origine rhumatologique ou neurologique est très souvent évoquée en premier lieu.

Anatomiquement, l'apex pulmonaire est divisé en trois territoires distincts délimités par les muscles scalènes antérieur, moyen et postérieur. La symptomatologie dépend du compartiment atteint. Une présentation particulière correspond à l'atteinte du compartiment postérieur et définit le classique syndrome de Pancoast-Tobias. Celui-ci se traduit par une lyse costale de l'arc postérieur de la première côte, une névralgie cervicobrachiale C8-T1 et un syndrome de Claude Bernard-Horner. On peut encore observer une asymétrie de coloration de la peau et de sudation de l'hémiface homolatérale (syndrome d'Arlequin).

Diagnostic

La stratégie diagnostique est commune à tous les cancers bronchiques non à petites cellules : elle est prioritairement orientée vers la possibilité d'une chirurgie d'exérèse en intention curative. Si une première étape fondée sur le scanner thoracique évoque une possible opérabilité, un bilan plus approfondi est requis, notamment locorégional (exploration médiastinale et imagerie par résonance magnétique nucléaire [IRM] thoracique).

Clinique

L'examen clinique initial doit être complet mais une attention toute particulière doit être apportée à l'examen neurologique du membre supérieur atteint et à la recherche d'une atteinte

traduisant un envahissement des racines du plexus brachial. Bruzzi et al. ont décrit l'atteinte des racines sus-jacentes à T1 comme étant une contre-indication chirurgicale à l'exérèse d'une tumeur de l'apex [1]. Il sera donc nécessaire de rechercher précisément un déficit moteur segmentaire. La seule atteinte sensitive n'apparaît pas pour beaucoup de chirurgiens comme une contre-indication opératoire.

Bilan initial

La radiographie thoracique standard est le premier examen d'imagerie réalisé devant des douleurs de l'épaule non spécifiques ou une toux inexplicée. Elle permet souvent de visualiser une masse tissulaire de l'apex pulmonaire. Cet examen est peu informatif en matière d'envahissement des structures adjacentes notamment osseuses.

Le scanner thoracique couplé à des coupes abdominales hautes et cérébrales est indispensable comme dans tout bilan de néoplasie pulmonaire. Il permet une première évaluation de la cTNM en confirmant la présence d'une tumeur pulmonaire. Il permet également l'étude de l'atteinte ganglionnaire médiastinale (cN) et la recherche de métastase pulmonaire et à distance. Le scanner thoracique est également l'examen qui permet d'orienter les prélèvements à visée anatomopathologique.

Dans les tumeurs de l'apex pulmonaire, le scanner n'est pas l'examen le plus performant pour la recherche d'une atteinte osseuse costale et/ou vertébrale ; il ne permet pas non plus de bien évaluer l'extension tumorale aux vaisseaux sous-claviers. C'est l'IRM thoracique qui peut apporter ces éléments et elle sera donc indispensable si une prise en charge chirurgicale est envisagée.

Diagnostic histologique

Les biopsies bronchiques et transbronchiques réalisées au cours de la fibroscopie sont souvent peu rentables (30 %) du fait de la localisation périphérique de la tumeur. Il faut donc privilégier les biopsies transpariétales sous contrôle scanographique dont la rentabilité atteint environ 90 % [2].

L'obtention d'une preuve histologique de cancer est indispensable avant d'initier toute prise en charge thérapeutique, d'autant plus que les diagnostics différentiels devant une tumeur de l'apex sont nombreux. Des causes infectieuses peuvent parfois être responsables d'une telle présentation radioclinique comme des infections bactériennes (*Pseudomonas aeruginosa*, staphylocoque) [3], mycobactériennes (tuberculose) [4] ou encore mycotiques (aspergillose invasive, actinomycose) [5]. D'autres causes néoplasiques peuvent également se manifester sous la forme d'une tumeur de l'apex pulmonaire. Il peut s'agir de localisations métastatiques de cancers primitifs solides [6] ou de localisations thoraciques de pathologies hématologiques (lympome non hodgkinien, myélomes multiples) [7]. Des analyses bactériologiques, mycobactériologiques et mycologiques devront être réalisées en plus des analyses cytologiques et anatomopathologiques habituelles.

Histologiquement, il s'agit le plus souvent de cancers bronchiques non à petites cellules principalement de type adénocarcinome (dans 2/3 des cas). Sont également décrits des carcinomes épidermoïdes et des carcinomes à grandes cellules, exceptionnellement des cancers à petites cellules [8].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4215478>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4215478>

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