

Case report



Association synchrone de deux tumeurs pulmonaires primitives: à propos d'un cas

 Ahmed Id M'barek, Hatim Kouismi

Corresponding author: Ahmed Id M'barek, Service de Pneumologie, Université Mohamed Premier d'Oujda, Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Oujda, Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI, Oujda, Maroc. ahmed.idmbarek@gmail.com

Received: 04 Sep 2021 - **Accepted:** 04 Aug 2023 - **Published:** 21 Aug 2023

Keywords: Tumeurs pulmonaires synchrones, adénocarcinome, carcinome épidermoïde, cas clinique

Copyright: Ahmed Id M'barek et al. Pan African Medical Journal (ISSN: 1937-8688). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Cite this article: Ahmed Id M'barek et al. Association synchrone de deux tumeurs pulmonaires primitives: à propos d'un cas. Pan African Medical Journal. 2023;45(174). 10.11604/pamj.2023.45.174.31477

Available online at: <https://www.panafrican-med-journal.com//content/article/45/174/full>

Association synchrone de deux tumeurs pulmonaires primitives: à propos d'un cas

Synchronous association of two primary lung tumors: a case report

Ahmed Id M'barek^{1,&}, Hatim Kouismi¹

¹Service de Pneumologie, Université Mohamed Premier d'Oujda, Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Oujda, Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI, Oujda, Maroc

&Auteur correspondant

Ahmed Id M'barek, Service de Pneumologie, Université Mohamed Premier d'Oujda, Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Oujda, Centre Hospitalier Universitaire Mohamed VI, Oujda, Maroc

Résumé

Les tumeurs pulmonaires multiples primitives synchrones représentent une entité relativement rare avec une incidence en augmentation croissante ces dernières années grâce au développement des moyens de l'imagerie thoracique et des techniques de l'immunohistochimie. La deuxième lésion est considérée dans la plupart des cas comme une localisation secondaire ce qui explique en partie la baisse de l'incidence de cette entité. Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 74 ans présentant deux tumeurs pulmonaires primitives synchrones, un adénocarcinome et un carcinome épidermoïde. A travers cette observation clinique nous soulignons la difficulté du diagnostic des tumeurs synchrones et sur

l'intérêt majeur des nouvelles modalités d'imagerie et de l'immunohistochimie pour la prise en charge optimale de ces tumeurs.

English abstract

Synchronous multiple primary lung tumors are a relatively rare entity with an increasing incidence in recent years due to the development of thoracic imaging and immunohistochemical techniques. The second lesion is considered in most cases as a secondary location, which partly explains the decrease in the incidence of this entity. We report the observation of a 74-year-old patient with two synchronous primary lung tumors, an adenocarcinoma and an epidermoid carcinoma. Through this clinical observation, we highlight the difficulty of diagnosing synchronous tumors and the major interest of new imaging modalities and immunohistochemical techniques for the optimal management of these tumors.

Keywords: *Synchronous lung tumors, adenocarcinoma, epidermoid carcinoma, case report*

Introduction

Les tumeurs bronchiques primitives multiples synchrones sont définies comme des tumeurs distinctes d'origine bronchopulmonaires, découvertes au même moment et chacune de ces tumeurs présente une histologie différente [1]. Ces tumeurs synchrones représentent une entité très rare avec une incidence qui varie entre 0,2 et 8% [2]. Nous rapportons le cas d'un patient avec deux tumeurs bronchiques primitives synchrones.

Patient et observation

Informations du patient: c'est un homme âgé de 74 ans sans antécédent pathologique notable, tabagique chronique à raison de 40 paquets/année, qui présentait des douleurs latéro-thoraciques droites évoluant depuis 5 mois

aggravé par l'apparition d'une hémoptysie de faible abondance, le tout évoluant dans un contexte d'amaigrissement non chiffré.

Résultats cliniques: l'examen clinique trouvait un patient stable sur le plan hémodynamique et respiratoire avec un indice de performance de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) chiffré à 1, le reste de l'examen physique était sans particularité.

Démarche diagnostique: la radiographie thoracique montrait une opacité hétérogène du champs pulmonaire droit. Le scanner thoracique objectivait un processus parenchymateux pulmonaire mesurant 100x76 mm à cheval entre le lobe moyen le lobe inférieur du poumon droit (Figure 1). La bronchoscopie souple n'a pas montré de lésion endobronchique en dehors d'une inflammation diffuse. Une biopsie sous guidage échographique de la masse a été faite et dont l'étude histologique était en faveur d'un carcinome épidermoïde bien différencié, kératinisant et infiltrant. Le bilan d'extension fait n'a pas révélé de localisation secondaire. La tomographie par émission de positrons au 18 Fludeoxyglucose (FDG) a objectivé en plus de la masse active décrite au scanner thoracique (Figure 2) un nodule actif suspect du poumon controlatéral au niveau du segment postérieur du lobe supérieur gauche hypermétabolique (SUVmax: 4.7) mesurant 10x9 mm (Figure 3), sans atteintes ganglionnaires ou autre foyer suspect. Une thoracotomie avec curage ganglionnaire et résection du nodule suspect a été faite et dont l'étude immuno-histologique du nodule était en faveur d'un adénocarcinome d'origine bronchopulmonaire.

Intervention thérapeutique et suivi: le patient a bénéficié par la suite d'une bi-lobectomie droite. L'évolution était rapidement défavorable avec décès du patient au huitième jours post opératoire.

Consentement du patient: le patient a donné son consentement pour la rédaction et la publication de son cas.

Discussion

Les tumeurs pulmonaires multiples peuvent être synchrones (diagnostiqué simultanément) ou métachrone (diagnostiqué à des moments différents) [3]. La première classification et description des critères diagnostiques des tumeurs bronchiques primitives multiples synchrones (TBPMS) a été établie en 1975 par Martini *et al.* [1]. Cette classification définit les TBPMS comme étant deux ou plusieurs tumeurs distinctes qui se développent indépendamment au cours de la même période et présentant une histologie différente de celle de la tumeur primaire. Dans la littérature l'incidence d'un double cancer primitif du poumon synchrone est estimée entre 0,2 et 20% [4]. L'incidence exacte est difficile à déterminer vu que la deuxième lésion est souvent considérée comme une métastase de la tumeur primitive et ceci est expliquée essentiellement par la limite d'utilisation ou la non-disponibilité des moyens et techniques de diagnostic notamment la tomographie par émission de positrons [5]. Parfois la distinction entre les tumeurs bronchiques primitives et les lésions secondaires métastatiques est difficile et constitue un défi majeur pour les anatomopathologistes mais cette distinction reste essentielle vu que la différence en matière de prise en charge diagnostique, thérapeutique et pronostique [6]. La découverte de multiple cancer pulmonaires synchrones impose une prise en charge de chaque tumeur de façon séparée et distincte en matière de stadification et du traitement [7]. Notre patient présentait deux lésions primitives: un carcinome épidermoïde bien différencié au niveau du poumon droit (lobe moyen et inférieur) et un adénocarcinome au niveau du lobe supérieur gauche et la tomographie par émission de positons était très utile pour la stadification et la prise en charge thérapeutique.

Conclusion

L'incidence des tumeurs bronchiques synchrones est en augmentation vu le développement des techniques de l'imagerie et des autres modalités diagnostiques. Nous insistons à travers cette observation sur l'intérêt d'essayer d'avoir une preuve histologique surtout en cas de métastase pulmonaire unique et également sur la nécessité de la biologie moléculaire afin de comprendre les mécanismes physiopathologiques de cette association synchrone.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Collecte des données, analyse et interprétation des données, rédaction de l'article et révision de l'article: Ahmed Id M'barek, Hatim Kouismi. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Figures

Figure 1: coupe axiale du scanner thoracique montrant une masse pulmonaire droite

Figure 2: tomographie par émission de positrons montrant une masse pulmonaire droite hypermétabolique

Figure 3: tomographie par émission de positrons montrant un nodule hypermétabolique au niveau du segment postérieur du lobe supérieur gauche

Références

1. Martini N, Melamed MR. Multiple primary lung cancers. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1975 Oct;70(4): 606-12. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)

2. Warth A, Macher-Goeppinger S, Muley T, Thomas M, Hoffmann H, Schnabel P *et al.* Clonality of multifocal nonsmall cell lung cancer: implications for staging and therapy. *Eur Respir J.* 2012 Jun;39(6): 1437-42. **PubMed | Google Scholar**
3. Sulkes A, Naparstek Y, Shalit M, Kopolovic J. Second primary lung carcinoma. *J Surg Oncol.* 1980;15(4): 375-80. **PubMed | Google Scholar**
4. Chang YL, Wu CT, Lee YC. Surgical treatment of synchronous multiple primary lung cancers: experience of 92 patients. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2007 Sep;134(3): 630-7. **PubMed | Google Scholar**
5. Liu XD, Qu Y, Lu SS. Synchronous double primary lung cancer: a report of three cases. *Chin J Cancer Res.* 2014 Feb;26(1): E17-21. **PubMed | Google Scholar**
6. Davidson MR, Gazdar AF, Clarke BE. The pivotal role of pathology in the management of lung cancer. *J Thorac Dis.* 2013 Oct;5 Suppl 5(Suppl 5): S463-78. **PubMed | Google Scholar**
7. Xue X, Xue Q, Wang N, Zhang L, Guo L, Li X *et al.* Early clinical diagnosis of synchronous multiple primary lung cancer. *Oncol Lett.* 2012 Jan;3(1): 234-237. **PubMed | Google Scholar**

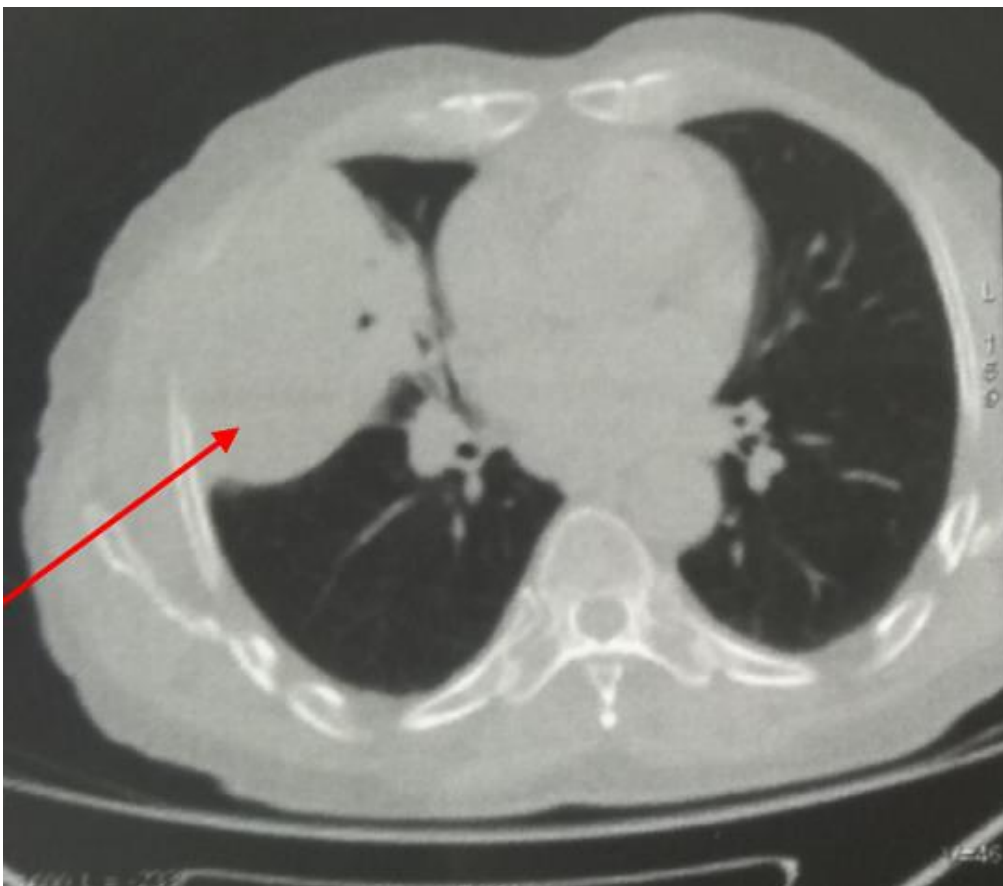


Figure 1: coupe axiale du scanner thoracique montrant une masse pulmonaire droite

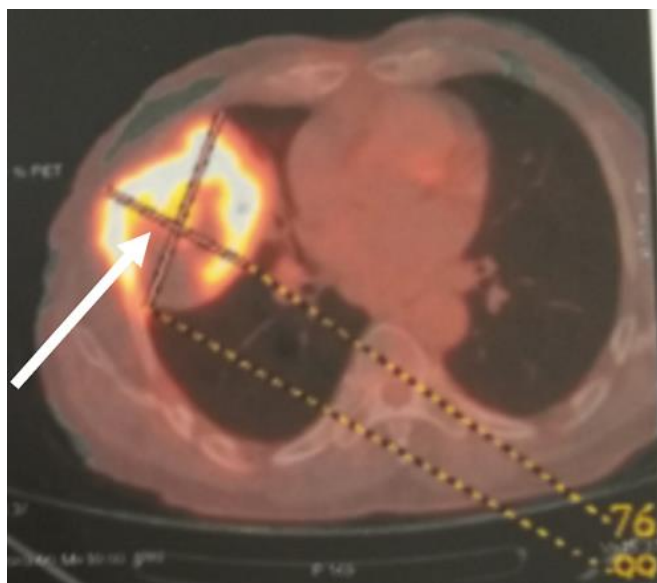


Figure 2: tomographie par émission de positrons montrant une masse pulmonaire droite hypermétabolique

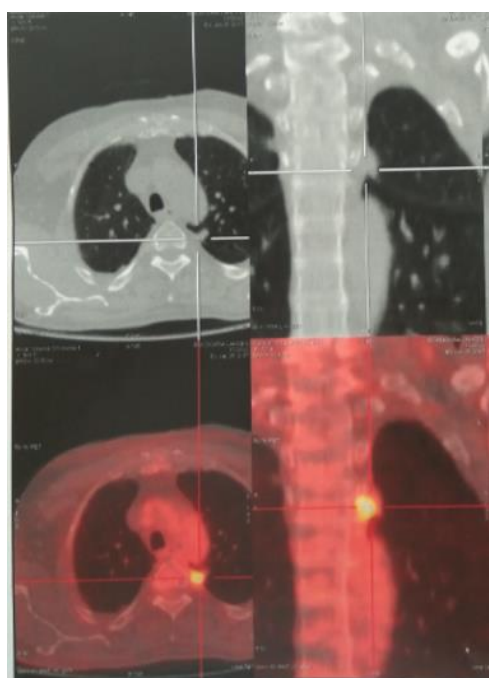


Figure 3: tomographie par émission de positrons montrant un nodule hypermétabolique au niveau du segment postérieur du lobe supérieur gauche