

INTRODUCTION :

Les deux tiers des masses sternal sont métastatique, généralement secondaires à une dissémination hématogène ou par extension directe à partir d'une atteinte ganglionnaire parasternale.

CAS CLINIQUE :

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 74 ans, sans antécédents pathologiques notables, qui a présenté une dyspnée de stade III selon l'échelle mMRC, accompagnée d'une toux sèche et de céphalées, évoluant progressivement en quelque mois dans un contexte d'amaigrissement et d'asthénie.

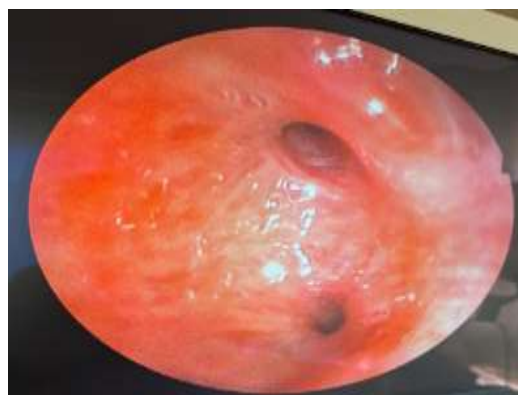
L'examen général a révélé un indice de performance OMS à 3, une pâleur générale, et l'examen neurologique était normal. Lors de l'examen pleuro pulmonaire on note la présence d'une voussure au niveau sternal sans signe inflammatoire en regard et sensible à la palpation, le reste d'examen somatique été sans particularité.

Le scanner cérébral et cervico-thoraco abdomino-pelvien a mis en évidence un processus hilaire gauche métastatique au niveau sternal, ganglionnaire, osseux et cérébral. Une fibroscopie bronchique a été réalisée, montrant un épaississement des éperons lobaire inférieur et supérieur gauche avec biopsie bronchique revenant non contributive.

Dans le cadre d'investigation diagnostique une biopsie sternale scanno-guidée a été pratiquée revenant en faveur d'un adénocarcinome pulmonaire peu différencié.

et
L'évolution a été marquée par le décès de la patiente avant le début de la prise en charge thérapeutique.

IMAGERIE/COURBES



Muqueuse bronchique enflammée sur fibroscopie bronchique



Masse sternal et processus hilaire sur une Coupe parenchymateuse et médiastinale

DISCUSSION :

Bien que les métastases du cancer du poumon se manifestent fréquemment dans les os, le sternum est rarement affecté, et seuls quelques cas ont été décrits dans la littérature, elles sont généralement causées par une dissémination hématologique ou par extension directe en raison de l'atteinte des ganglions lymphatiques parasternaux.

Cliniquement, les métastases sternales sont généralement asymptomatique (1) Des douleurs osseuses peuvent être présentes dans 10 % des cas (2) Le signe le plus courant est une masse palpable, ce qui est concorde avec notre cas. Les moyens diagnostiques dans l'évaluation des masses sternales ont considérablement évolué avec l'avènement et l'évolution du scanner et de la résonance. Cependant, le premier examen d'évaluation reste la radiographie de profil du sternum, en raison de son faible coût et de sa disponibilité. Pour les tumeurs d'origine osseuse, la tomodensitométrie en fenêtre osseuse est l'examen de référence (3).

La biopsie sternale guidée par imagerie s'est avérée être une approche fiable et sûre pour obtenir un diagnostic histologique concluant, quelles que soient les caractéristiques spécifiques ou la localisation de la lésion. La confirmation diagnostique de notre patiente a été obtenue grâce à une étude immunohistochimique réalisée sur une biopsie sternale scannoguidée. (4)

Les métastases sternales, lorsqu'elles sont associées à d'autres localisations secondaires, doivent être traitées par chimiothérapie systémique, Les nouvelles modalités de traitement des métastases osseuses comprennent les radiopharmaceutiques ciblant les os comme le strontium-89, le samarium-153 et le rhénium-186, ainsi que la thérapie prophylactique avec des bisphosphonates et du denosumab, un anticorps humain ciblant le RANK-L(5). Dans notre cas, étant donné que les métastases étaient présentes dans le cerveau et les ganglions lymphatiques médiastinaux, un traitement localisé de la métastase sternale isolée n'était pas possible, par conséquent, une chimiothérapie systémique a été prévue, mais, malheureusement, la patiente a été décédée avant le début du traitement.

CONCLUSION :

Il est rare que le cancer du poumon se développe sous forme de masse au niveau du sternum, mais les praticiens doivent garder cette possibilité à l'esprit lorsqu'ils rencontrent une tumeur thoracique, en particulier chez les patients présentant un risque accru de cancer du poumon.

REFERENCES

1. Jacofsky DJ, Metastatic disease to bone. Hospital Physician, 2004; 39:21 – 28
2. Beltrami V. Resection and reconstruction of the sternum: case report. Thorax, 1976; 31:350 – 3
- 3- Martini N, et al : Predictors of survival in malignant tumors of the sternum. J Thorac Cardiovasc Surg 1996 ; 111 : 96-105
- 4 . Li NP, Wingfield MA, Mills MK, Beckett BR, Hansford BG : [Biopsie sternale percutanée guidée par imagerie : une revue rétrospective interinstitutionnelle du rendement diagnostique et de la sécurité dans 50 cas](#) . Skeletal Radiol. 2021, 50 : 495-504. [10.1007/s00256-020-03587-6](#)
5. Sudipta Pandit1 ,Al. A RARE CASE OF STERNAL EROSION DUE TO BRONCHOGENIC CARCINOMA. April 2014 [Ethiopian Journal of Health Sciences](#) 24(1):89-92