

Association synchrone d'un adénocarcinome prostatique et d'un carcinome pulmonaire à petites cellules : à propos d'un cas

SALAK L^{1,2}, EL ALLAM F¹, JENDER A¹, ZAGOUACH D², FDIL S², BOUTI K², HAMMI S²

¹ Centre hospitalier JEANNE DE NAVARE, Château Thierry, France, ² CHU Mohamed VI Tanger, université Abdelmalek Essadi, MAROC

INTRODUCTION

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez le sujet âgé, 5 à 10% des cancers prostatiques sont métastatiques au moment du diagnostic. Le bilan d'extension repose sur une imagerie morphologique et fonctionnelle (scanner, IRM, TEP-scanner, scintigraphie osseuse) afin de rechercher des localisations secondaires notamment ganglionnaires et osseuses, les métastases pulmonaires sont moins fréquentes et posent un problème diagnostique, en particulier chez les patients grands tabagiques.

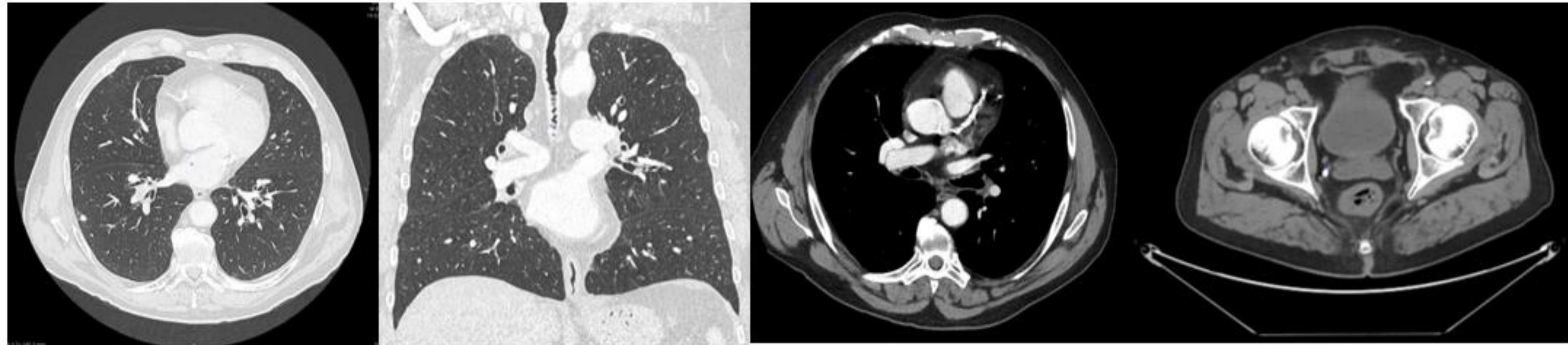
Le cancer bronchique à petites cellules (CBPC), une tumeur à cinétique tumorale rapide, souvent diagnostiquée à un stade avancé, dont la présentation peut mimer des métastases d'un autre cancer primitif.

Nous rapportons ici le cas d'une association synchrone d'un adénocarcinome prostatique et d'un CBPC, soulignant l'importance de la confirmation histologique dans le bilan d'extension.

OBSERVATION

La découverte de nodules pulmonaires chez un patient atteint d'un cancer prostatique soulève classiquement la question de métastases, bien que les localisations pulmonaires soient moins fréquentes que les atteintes osseuses et ganglionnaires. Dans la majorité des cas, la localisation pulmonaire secondaire du cancer de la prostate survient classiquement au cours d'une maladie métastatique systémique, le plus souvent associée à une atteinte osseuse et/ou ganglionnaire étendue, ce qui n'était pas le cas chez notre patient.

Chez les sujets à risque, notamment les grands tabagiques, la possibilité d'un second cancer primitif bronchique doit être systématiquement évoquée. Le cancer bronchique à petites cellules (CBPC) est une tumeur agressive à évolution rapide, caractérisée par une atteinte ganglionnaire précoce et une présentation radiologique parfois trompeuse, pouvant mimer des métastases d'un autre cancer primitif. Le TEP-scanner, bien qu'utile dans le bilan d'extension, ne permet pas de différencier de façon formelle une métastase d'un second primitif pulmonaire. La confirmation histologique est donc indispensable. L'EBUS-TBNA constitue actuellement une technique de référence pour l'exploration des adénopathies médiastinales, offrant une excellente sensibilité diagnostique avec une morbidité minimale. Dans notre cas, l'EBUS a permis d'établir le diagnostic de CBPC, modifiant radicalement la prise en charge thérapeutique.



Nodules parenchymateux bilatéraux avec adénomégalie hilare

DISCUSSION

Il s'agit d'un patient âgé 65 ans tabagique chronique 40 PA sevré, jamais traité pour tuberculose, ayant comme ATCDS infarctus du myocarde, cardiopathie stabilisée sous traitement, porteur de 7 stents sans autres pathologiques notables. Dans le cadre de l'élévation progressive de l'antigène prostatique spécifique (PSA) passant de 2,27 ng/mL en novembre 2017 à 18,14 ng/mL en décembre 2024, une IRM prostatique a été réalisée, objectivant une lésion classée PIRADS 5 au niveau de la base prostatique gauche. Les biopsies prostatiques ont conclu à un adénocarcinome prostatique de score de Gleason 7 (3+4). Le bilan d'extension a révélé, au scanner thoraco-abdomino-pelvien, la présence de multiples nodules parenchymateux pulmonaires bilatéraux, prédominant au lobe inférieur droit, associés à des adénopathies hilaires droites, évoquant des localisations secondaires. Le TEP-scanner a mis en évidence un micronodule pulmonaire du lobe inférieur droit de 8 mm discrètement hypermétabolique, ainsi que deux foyers hilaires inférieurs droits et un foyer ganglionnaire sous-carinaire hypermétabolique. L'IRM cérébrale était sans anomalie et la scintigraphie osseuse ne retrouvait pas d'argument pour des métastases osseuses ni d'atteinte ganglionnaire lombo-aortique ou pelvienne.

Fibroscopie bronchique: n'a pas identifié d'irrégularités ni de bourgeon ou de la muqueuse bronchique biopsiable. L'étude cytologique du matériel d'aspiration bronchique était négative. En revanche, les prélèvements ganglionnaires réalisés par écho-endoscopie bronchique (EBUS), ciblant les stations 11 et 7R, ont permis de poser le diagnostic de carcinome neuroendocrine à petites cellules. Ces éléments étaient en faveur d'un primitif bronchique distinct, et non de métastases du cancer prostatique.

Le dossier a été discuté en RCP de pneumologie en concertation avec l'équipe de l'urologie. La décision thérapeutique retenue était l'instauration d'une chimiothérapie suivie d'une radiothérapie concomitante, avec une surveillance régulière.

CONCLUSION

Les nodules pulmonaires chez un patient avec cancer prostatique ne sont pas toujours des métastases. L'EBUS s'avère un outil clé pour le diagnostic histologique précis des adénopathies médiastinales, permettant de distinguer un second primitif bronchique et d'orienter la prise en charge thérapeutique. Une approche multidisciplinaire reste indispensable pour optimiser le traitement et le suivi dans ces situations complexes.

BIBLIOGRAPHIE

1- Li F, Zhong WZ, Niu FY, Zhao N, Yang JJ, Yan HH, Wu YL. Synchronous primary lung cancer and other malignancies: clinical characteristics and prognosis. *BMC Cancer*. 2015;15:696.

2- Dingemans A-M, Früh M, Ardizzone A, Besse B, Faivre-Finn C, Hendriks LE, et al. Small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2021;32(7):839-853.

3- Cornford P, van den Bergh RCN, Briers E, Van den Broeck T, Brunckhorst O, Darraugh J, et al. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG guidelines on prostate cancer—2024 update. Part I: Screening, diagnosis, and local treatment with curative intent. *Eur Urol*. 2024.

4- Bubendorf L, Schöpfer A, Wagner U, et al. Metastatic patterns of prostate cancer: an autopsy study of 1,589 patients. *Hum Pathol*. 2000;31(5):578-583.