

Métastases endobronchiques d'un adénocarcinome rectal à propos d'un cas

F. HACHIMI ALAOUI, H. CHARAF, Z. SAAD, M. SOUALHI, K. MARC, R. ZAHRAOUI

Service pneumologie, Hôpital Moulay Youssef, salé

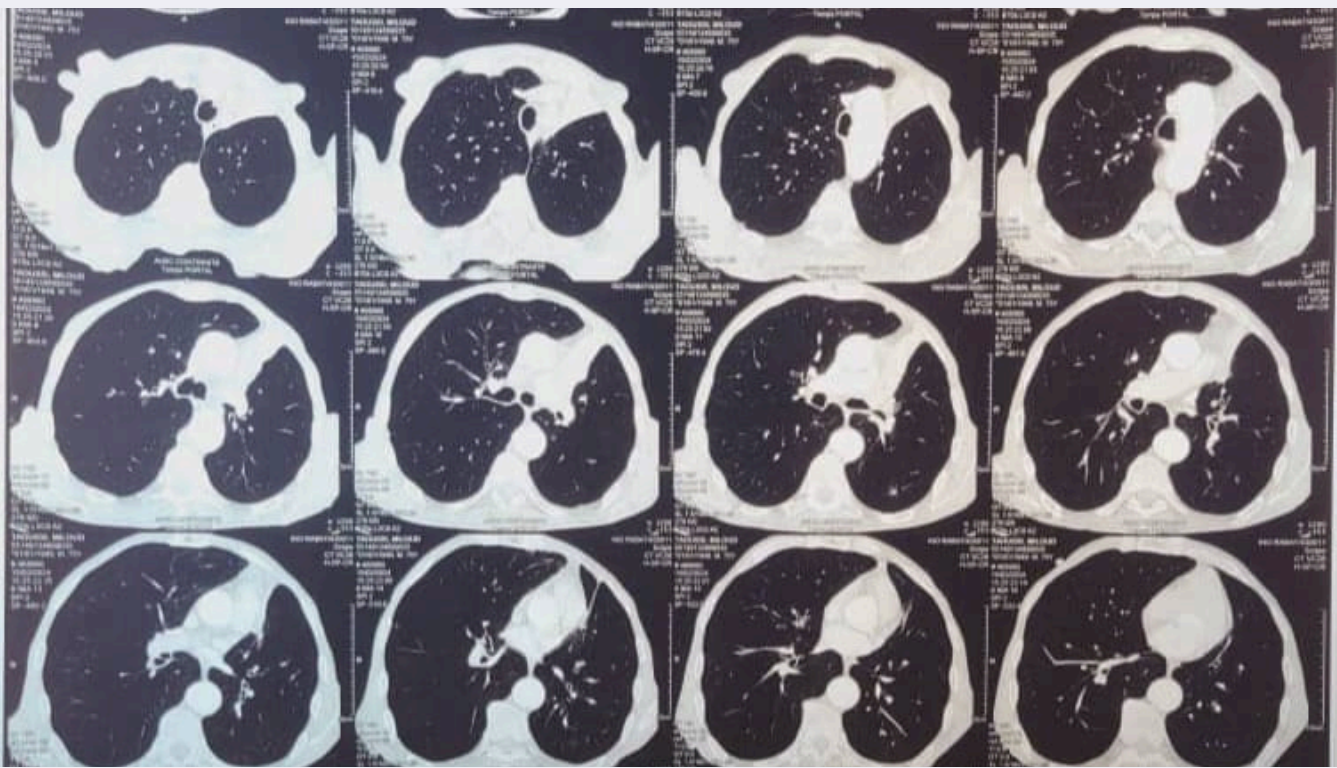
Faculté de Médecine et de Pharmacie Rabat-Salé. Université Mohamed V

Introduction

Les métastases endo bronchiques sont des localisations rares des cancers extra-pulmonaires, touchant seulement 1 à 4% des tumeurs bronchiques [1,2]. Elles résultent d'une dissémination hématogène, lymphatique ou par extension ganglionnaire, et se manifestent par une toux, une dyspnée ou des hémoptysies, mais parfois asymptomatiques [2]. Les adénocarcinomes colorectaux représentent une cause inhabituelle de ces métastases. Le diagnostic repose sur la bronchoscopie avec examen histopathologie. Leur rareté et leur présentation clinique polymorphe compliquent le dépistage et la prise en charge. Ce travail rapporte un cas de métastase endo bronchique secondaire à un adénocarcinome rectal et discute les implications diagnostiques et thérapeutiques.

Observation

Nous rapportons l'observation d'un patient de 72 ans, ancien maçon, tabagique occasionnel sevré depuis 30 ans, suivi pour un adénocarcinome du rectum diagnostiqué en 2019 et traité par chirurgie associée à une radio-chimiothérapie concomitante. Une récurrence colique a été détectée en février 2024, actuellement sous chimiothérapie. Depuis deux mois, le patient présente une dyspnée de stade II de la mMRC et une toux sèche, évoluant dans un contexte d'altération de l'état général et d'apyrexie. L'examen retrouve un patient conscient, eupnéique, avec une saturation correcte en air ambiant et un syndrome d'épanchement liquidien gauche. La TDM thoracique révèle une atélectasie de l'hémichamp pulmonaire gauche, siège d'un processus lésionnel d'allure secondaire et d'un épanchement liquidien de moyenne abondance, associé à une hypertrophie compensatrice du poumon controlatéral, comportant deux nodules non spécifiques. La ponction pleurale montre un liquide exsudatif (protéines 33 g/L, lymphocytes 92%, ADA 22 U/L), et la biopsie pleurale est non concluante. La fibroscopie bronchique a mis en évidence un bourgeon tumoral lisse et nécrosé, obstruant totalement la bronche souche gauche. La biopsie réalisée a confirmé qu'il s'agissait d'une métastase endobronchique d'adénocarcinome lieberkühnien. Le patient a alors été remis sous chimiothérapie. Cinq mois plus tard, il a présenté des troubles du langage associé à une confusion. L'IRM cérébrale a montré un processus tumoral intra-axial frontal gauche, associé à un œdème péri-lésionnel en doigt de gant. Une radiothérapie stéréotaxique encéphalique a été indiquée. L'évaluation de son état général a retrouvé un score PS OMS à 3, ne permettant pas la poursuite d'une chimiothérapie. Le patient a donc été orienté vers une prise en charge palliative.



Conclusion

Les métastases endo bronchiques d'un adénocarcinome rectal restent exceptionnelles mais cliniquement significatives. La bronchoscopie avec confirmation histologique est indispensable pour établir le diagnostic. Leur reconnaissance précoce permet une meilleure prise en charge symptomatique et guide le choix thérapeutique. Ce cas souligne l'importance de considérer les métastases endobronchiques dans le suivi des cancers colorectaux, même plusieurs années après le traitement initial. La littérature reste limitée, nécessitant des rapports de cas et des études pour mieux caractériser ces métastases rares.