

Métastases Cutanées Révélatrices D'un Adénocarcinome Broncho-Pulmonaire : À Propos D'un Cas Et Revue De Littérature

R. El Kilali, O. Ibelkouchene, M. Bouras, R. Najimi, M. Aharmim,
R. Zahraoui, M. Soualhi

*Service De Pneumologie De l'Hôpital Moulay Yousef, CHU Ibn Sina, Faculté De Médecine Et De Pharmacie,
Université Med V, Rabat, Maroc*

*Service De Radiologie De l'Hôpital Ibn Sina, CHU Ibn Sina, Faculté De Médecine Et De Pharmacie, Université
Med V, Rabat, Maroc*

Date of Submission: 08-10-2024

Date of Acceptance: 18-10-2024

I. Introduction :

Les métastases cutanées peuvent révéler ou être concomitantes au diagnostic de la maladie néoplasique primitive. Elles sont rarement inaugurales du cancer broncho-pulmonaire.

Les auteurs rapportent un nouveau cas de masses pariétales révélatrices d'un adénocarcinome broncho-pulmonaire.

II. Observation Medicale :

Il s'agit d'un patient âgé de 64 ans, tabagique chronique, sans antécédent pathologique notable, qui présentait quatre mois avant son hospitalisation une dyspnée stade III de la mMRC associée à une douleur basithoracique gauche de type pleurale, évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général. L'examen clinique a trouvé un patient PS à 3 ayant une saturation en oxygène à 94% à l'air ambiant et un syndrome d'épanchement liquidien gauche ; par ailleurs, le reste de l'examen a trouvé cinq nodules sous cutanés de consistance dure, indolores, aux bords réguliers, siégeant au niveau thoracique, abdominale et dorsal (**figure 1**) ; les aires ganglionnaires étaient libres.

La radiographie thoracique de face avait montré une opacité dense homogène occupant la totalité de l'hémi-champs thoracique gauche (**figure 2**). Une échographie des parties molles a été réalisée, décrivant des lésions sous cutanées de la paroi thoraco-abdominale et dorsale d'échostructure tissulaire hétérogène hypoéchogène d'allure secondaire, dont la plus volumineuse siégeait au niveau de la paroi abdominale mesurant 20*14mm. La TDM thoracique avait objectivé un processus tumoral du lobe supérieur gauche, une pleurésie gauche de grande abondance et des ostéo-condensations vertébrales au niveau de D5-D8 (**figure 3**).

Le patient a bénéficié initialement d'une biopsie de la masse cutanée dorsale dont l'aspect morphologique et le profil immuno-histochimique sont revenus en faveur d'un adénocarcinome hépatoïde avec des anticorps anti CK7, anti CK20, et anti hépatocyte positifs (**figure 4**). Une biopsie pleurale a été ensuite réalisée et l'étude anatomopathologique a conclu à un adénocarcinome d'origine broncho-pulmonaire (anticorps anti-cytokératine 7 et 20 positifs). Ces résultats confirmaient la localisation pulmonaire néoplasique primitive et la nature métastatique des nodules cutanés. Le patient fut adressé en service d'oncologie pour un complément de la prise en charge, malheureusement il est décédé quelques jours plus tard.

III. Discussion :

Les métastases cutanées représentent une localisation secondaire rare avec une fréquence allant de 0,7 à 9 % de tous les cancers profonds (1). Chez l'homme, 25% des métastases cutanées sont d'origine pulmonaire (2). Par ailleurs, selon de grandes séries d'études, la peau occupe le 13e rang des sites les plus courants de métastases du cancer pulmonaire (3), tandis que les localisations secondaires les plus fréquentes étaient les ganglions hilaires, le foie, les glandes surrénales, les os et le cerveau (4). Une méta-analyse réalisée en 2003 a montré que l'incidence des métastases cutanées dans le cancer du poumon était de 3,4 % chez 89 patients parmi 2 597 sujets (5).

La plupart du temps, les métastases cutanées surviennent à un stade avancé de la pathologie néoplasique. Cependant, dans de très rares cas, ces lésions peuvent se développer en même temps que la tumeur maligne primitive ou

même avant son identification et c'est le cas de notre patient rapportant l'installation de nodules cutanés avant toute symptomatologie respiratoire.

En effet, dans une analyse rétrospective de Lookingbill et al. portant sur 7 316 patients souffrant des cancers profonds, l'atteinte cutanée en tant que signe révélateur de la pathologie néoplasique n'a été observée que chez seulement 59 patients, soit 0,8 % des cas (6). Une autre étude rétrospective réalisée en 2012 qui intéressait, cette fois ci, que des patients atteints d'un cancer pulmonaire non à petites cellules avancé, a indiqué que 2,8 % des 2 130 cas présentaient des métastases cutanées comme manifestation initiale de leur cancer (7). Les données de Gogia et al. issues d'une méta-analyse de sept études ont montré que l'incidence globale des métastases cutanées dérivées d'un cancer du poumon était de 5,3 %. Dans environ 20 à 60 % de ces cas, les métastases cutanées se sont développées avant ou pendant le diagnostic du cancer pulmonaire (8).

Les lésions cutanées métastatiques se forment essentiellement par voie lymphatique ou hématogène (9). Cette dissémination lymphatique peut expliquer que la plupart de ces métastases surviennent dans des régions proches de la tumeur primaire. Un certain nombre de cancers montrent une préférence de colonisation vers la région d'origine, c'est le cas du cancer pulmonaire qui se propage vers les régions cutanées supra-diaphragmatiques, principalement au niveau du thorax (10). De plus, la localisation tumorale des lobes supérieurs du poumon a une plus forte tendance aux métastases cutanées (11). Dans le cas de notre patient, parmi les lésions cutanées décrites, quatre étaient effectivement supra-diaphragmatiques ; et le processus tumoral se localisait également au niveau du lobe supérieur gauche, ce qui concorde avec les études ci-dessus.

Les métastases cutanées correspondent souvent à des nodules, dermiques ou hypodermiques, solitaires ou multiples, fermes, de taille variable, de croissance rapide, finissant par se stabiliser dans leur expansion. La peau en regard des lésions peut être normale, inflammatoire ou parfois ulcérée (12). Dans notre cas, il s'agissait de multiples nodules fermes non ulcérés. D'autres atteintes cutanées peuvent se manifester sous forme d'un érysipèle, de bulles ou encore d'alopécie néoplasique (13).

Sur le plan histologique, le type le plus courant de carcinome pulmonaire qui métastase sur la peau est l'adénocarcinome, suivi du carcinome épidermoïde, puis du carcinome à petites cellules et à grandes cellules (14). Chez notre patient, l'étude anatomopathologique a objectivé un adénocarcinome qui présente d'ailleurs des risques comparativement plus élevés de métastases cutanées selon l'étude ci-dessus. Mais selon d'autres études, le carcinome à grandes cellules présente la plus forte incidence de métastases cutanées, suivi de l'adénocarcinome (15).

La confirmation du diagnostic repose sur l'étude anatomopathologique de la biopsie cutanée ou de la pièce chirurgicale, en utilisant des marqueurs immunohistochimiques spécifiques. La positivité des marqueurs TTF1 et CK7 suggère une tumeur pulmonaire primitive, le marqueur CK-20 et le facteur de transcription antithyroïdien sont également utiles (16). Dans le cas présent, les anticorps anti-cytokératine 7 et 20 étaient positifs.

Le traitement du cancer du poumon avec métastases cutanées peut faire appel à plusieurs stratégies, en fonction des caractéristiques cliniques, anatomiques et pathologiques de chaque tumeur. La présence d'une seule lésion cutanée métastatique nécessite une résection chirurgicale seule ou en association avec une radiothérapie et/ou une chimiothérapie, car il est prouvé que le traitement chirurgical est responsable de l'amélioration de la survie des patients dans cette situation (17). Cependant, en cas de métastases cutanées multiples, comme le cas de notre patient, la chimiothérapie constitue le traitement principal. La radiothérapie, peut également être utilisée seule ou en association avec une chimiothérapie, mais reste généralement peu efficace et constitue un traitement palliatif (18). Les métastases cutanées extensives et en rapide croissance peuvent par contre provoquer des douleurs importantes, un traitement palliatif de confort pourra alors être proposé (19).

Les patients atteints de cancer pulmonaire survivent généralement 5 à 6 mois après la première apparition des métastases cutanées (20). Le pronostic est plus sombre si le cancer primitif est un carcinome pulmonaire à petites cellules et si d'autres métastases extra-cutanées sont présentes (21).

IV. Conclusion :

Si le cancer broncho-pulmonaire occupe le premier rang des cancers chez les hommes, les métastases cutanées qui en résultent restent rares et de mauvais pronostic.

Le diagnostic de métastases cutanées doit toujours être évoqué devant des nodules cutanés fermes indolores, uniques ou multiples, érythémateux ou ulcérés. Ces lésions peuvent être inaugurales d'un cancer pulmonaire cliniquement silencieux, qui serait dans ce cas de pronostic sombre. D'où l'importance du dépistage du cancer pulmonaire chez tout patient à risque et de sa découverte à un stade précoce et encore curable.

Figures :



Figure 1 : Nodules cutanés cervical, thoracique et abdominal



Figure 2 : Radio thoracique montrant une opacité dense homogène occupant la totalité de l'hémi-champ thoracique gauche



Figure 3 : TDM thoracique montrant un processus tumoral du lobe supérieur gauche et une pleurésie gauche de grande abondance

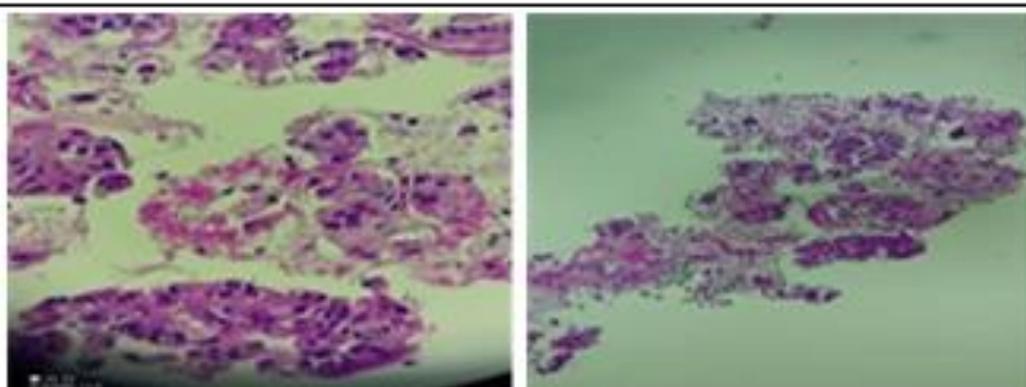


Figure 4 : Vue microscopique d'une carotte de la biopsie de la masse cutanée dorsale

References :

- [1] Hussein MR. Skin Metastasis: A Pathologist's Perspective. *J Cutan Pathol.* 2010;37(9):E1–E20. Doi:10.1111/J.1600-0560.2009.01469.X
- [2] Ambrogi V, Nofroni I, Tonini G, Mineo TC. Skin Metastasis In Lung Cancer: Analysis Of A 10-Year Experience. *Oncol Rep.* 2001;8:57–61.
- [3] D'Aniello, C., Brandi, C., & Grimaldi, L. (2001). Cutaneous Metastasis From Small Cell Lung Carcinoma. Case Report. *Scandinavian Journal Of Plastic And Reconstructive Surgery And Hand Surgery*, 35(1), 103-105.
- [4] Tamura T, Kurishima K, Nakazawa K, Et Al. Specific Organ Metastases And Survival In Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *Mol Clin Oncol.* 2015;3(1):217–221.
- [5] Krathen RA, Orengo IF, Rosen T. Cutaneous Metastasis: A Meta-Analysis Of Data. *South Med J* 2003;96:164-7.
- [6] Lookingbill DP, Spangler N, Sexton FM. Skin Involvement As The Presenting Sign Of Internal Carcinoma. A Retrospective Study Of 7316 Cancer Patients. *J Am Acad Dermatol.* 1990 Jan;22(1):19–26.
- [7] Cutaneous Metastasis As A Initial Presentation In Advanced Non-Small Cell Lung Cancer And Its Poor Survival Prognosis. Song Z, Lin B, Shao L, Zhang Y. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2012;138:1613–1617.
- [8] Gogia P, Wallach J, Dhull AK, Bhasin S: Multiple Cutaneous And Haemorrhagic Brain Metastases As The Sentinel Presentation Of Lung Adenocarcinoma. *BMJ Case Rep.* 2020, 13:E235938. 10.1136/bcr-2020-235938
- [9] Barnhill RL, Lugassy C. Angiotropic Malignant Melanoma And Extravascular Migratory Metastasis: Description Of 36 Cases With Emphasis On A New Mechanism Of Tumour Spread. *Pathology.* 2004 Oct;36(5):485–90.
- [10] Tumor Type-Specific And Skin Region-Selective Metastasis Of Human Cancers: Another Example Of The "Seed And Soil" Hypothesis. Kovács KA, Hegedus B, Kenessey I, Tímár J. *Cancer Metastasis Rev.* 2013;32:493–499.
- [11] Lung Cancer With Skin Metastasis. Coslett LM, Katlic MR. *Chest.* 1990;97:757–759.
- [12] Rose BA, Wood FM. Metastatic Bronchogenic Carcinoma Masquerading As A Felon. *J Hand Surg Am.* 1983 May;8(3):325–8.
- [13] S Pathak, S Joshi, J Jaison, D Kendre. Cutaneous Metastasis From Carcinoma Of The Lung. *Indian Dermatol Online J*, 4 (2013), P. 185
- [14] Skin Metastases From Lung Cancer. Mollet TW, Garcia CA, Koester G. <https://escholarship.org/uc/item/9r83m6wj> *Dermatol Online J.* 2009;15:1.
- [15] Lung Cancer With Skin Metastasis. Coslett LM, Katlic MR. *Chest.* 1990;97:757–759.
- [16] Ardavanis, A., Orphanos, G., Ioannidis, G., & Rigatos, G. (2006). Skin Metastases From
- [17] Primary Lung Cancer. Report Of Three Cases And A Brief Review. In *Vivo (Athens, Greece)*,
- [18] 20(5), 671-673.
- [19] Bhattarai B, Schmidt MF, Ghosh M, Et Al.: Lung Cancer With Skin And Breast Metastasis: A Case Report And Literature Review. *Case Rep Pulmonol.* 2015, 2015:1-7.
- [20] Wang X, Wang H, Jia B, He F, Yuan Y, Zhang W: Cutaneous Metastasis As The First Presentation Of Non-Small-Cell Lung Cancer With A BRAF Mutation: A Case Report. *Onco Targets Ther.* 2020, 13:13143-9.
- [21] Oualla K, Arifi S, Mellas N, El Mesbahi O. Cutaneous Metastases Of Internal Cancers: A Retrospective Study About 12 Cases. *J Cancer Sci Ther.* 2012;4(6):155–157.
- [22] Mollet TW, Garcia CA, Koester G. Skin Metastases From Lung Cancer. *Dermatol Online J.* 2009;15(5):1 [PubMed].
- [23] Schoenlaub P, Sarraux A, Groshans E, Heid E, Cribier B. Survival After Cutaneous Metastasis: A Study Of 200 Cases. *Ann Dermatol Venereol.* 2001;128(12):1310–5.