

Métastases Endobronchique, Pulmonaire Et Ganglionnaires Médiastinales Avec Aspect De Lymphangite Carcinomateuse D'un Carcinome Mammaire

Bamha H., Mouhssine N., Bougteb N., Bentaleb S., Msika S., Arfaoui H.,
EL Khattabi W., Afif My.H.

Service Des Maladies Respiratoires, Hopital 20 Aout 1956, Casablanca

Resumé:

Le thorax est le site le plus fréquent de métastases du cancer du sein après les métastases ganglionnaires régionales et osseuses [1].

Il s'agit d'une patiente âgée de 44 ans, exposée au tabagisme passif à domicile depuis 28 ans, sa soeur est décédée par cancer du sein il y a 6 ans, qui a consulté pour une toux sèche insomnante évoluant depuis 2 mois devenant productive ramenant des expectorations purulentes avec plusieurs épisodes d'hémoptysies de faible abondance, une dyspnée stade IV mMRC, douleurs thoracique à type de brûlure, avec apparition d'une tuméfaction axillaire droite qui augmentait progressivement de volume, évoluant dans un contexte d'apyrexie et de fléchissement de l'état général.

La patiente à l'admission était en assez bon état général (PS : 2), avec désaturation à l'air ambiant à 90%, des râles crépitants diffus à l'examen pleuro-pulmonaire, et des adénopathies cervicales bilatérales, et axillaires droits avec des signes inflammatoires en regard, un sein droit augmenté de volume avec des signes de rétraction mammelonnaire et inflammatoires en regard. La TDM thoracique a montré un aspect d'une lymphangite carcinomateuse, une mastite carcinomateuse du sein droit associée à de multiples adénopathies axillaires, médiastinales et sus claviculaires, avec des lésions hépatiques d'allure secondaire.

L'étude histologique avec immunohistochimie d'un bourgeon tumoral de la lobaire inférieure droite a montré une localisation bronchique d'un carcinome peu différencié et invasif compatible avec une origine mammaire (cellules tumorales expriment la Gata3).

Date of Submission: 08-03-2026

Date of Acceptance: 18-03-2026

I. Introduction:

Les poumons, les voies respiratoires, la plèvre, ainsi que les ganglions lymphatiques médiastinaux et mammaires internes sont des sites courants de localisations secondaires du cancer du sein [1,2].

Patient et observation:

Il s'agit d'une patiente âgée de 44 ans, sans antécédents personnels notables, exposée au tabagisme passif à domicile depuis 28 ans, soeur décédée par cancer du sein il y a 6 ans, qui a consulté pour une symptomatologie respiratoire évoluant depuis 2 mois faite d'une toux sèche insomnante devenant productive ramenant des expectorations purulentes avec plusieurs épisodes d'hémoptysies de faible abondance, une dyspnée stade IV mMRC, douleurs thoracique à type de brûlure, avec apparition d'une tuméfaction axillaire droite qui augmentait progressivement de volume de façon concomitante à la symptomatologie respiratoire, le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie et de fléchissement de l'état général.

La patiente à l'admission était en assez bon état général (PS:2), la saturation à l'air ambiant était 90%, avec des râles crépitants diffus à l'examen pleuro-pulmonaire, l'examen des aires ganglionnaire a objectivé la présence des adénopathies cervicales bilatérales, un magma d'adénopathies axillaires droits avec des signes inflammatoires en regard, avec un comblement du creux sus claviculaire droit. L'examen gynéco-mammaire a montré un sein droit augmenté de volume douloureux à la palpation, une rétraction mammelonnaire avec des signes inflammatoires en regard.

La radiographie thoracique a montré la présence d'un syndrome interstitiel (Figure 1). La TDM thoracique a montré un aspect d'une lymphangite carcinomateuse, une mastite carcinomateuse du sein droit associée à de multiples adénopathies axillaires, médiastinales et sus claviculaires, avec des lésions hépatiques d'allure secondaire (Figure 2,3).

Devant un score de Wells simplifié calculé à 2 avec des D-Dimères augmentées, un angioscanner thoracique a été réalisé et qui a montré la présence de multiples magmas d'adénopathies médiastinales et hilaires dont certaines englobent la bronche lobaire inférieure droite, un épanchement pleural droit de faible abondance, des opacités nodulaires en lâcher de ballon de disposition lymphatique avec épaississements septaux avec un aspect de mastite carcinomateuse du sein droit associée à des adénopathies axillaires homolatérales sans signes en faveur d'embolie pulmonaire (Figure 4).

L'échographie thoracique de repérage a objectivé la présence d'un émoussement du cul de sac pleural droit non ponctionnable.

La bronchoscopie a objectivé la présence d'un bourgeon tumoral à l'entrée de la lobaire inférieure droite sans autres anomalies visibles. L'étude histologique avec immunohistochimie des biopsies bronchiques a montré une localisation bronchique d'un carcinome peu différencié et invasif compatible avec une origine mammaire (Cellules tumorales expriment la Gata3).

L'échographie axillaire a montré la présence de multiples adénopathies pré-axillaires, axillaires droits réalisant l'aspect en chaîne (Figure 5). L'écho-mammographie a objectivé la présence d'une masse tissulaire inféro-externe droite BIRADS 5.

Elle a été mise sous oxygénothérapie longue durée à domicile, la biopsie mammaire est non faite vu l'altération de l'état général (PS à 3).

La patiente est décédée 1 semaine après sa sortie au décours d'une détresse respiratoire.

Le diagnostic retenu était des métastases endobronchique, pulmonaire avec aspect le lymphangite carcinomateuse, ganglionnaires axillaires, médiastinales, sus claviculaires et hépatiques d'un carcinome peu différencié et invasif d'origine mammaire.

La particularité de notre observation réside dans la rareté des métastases endobronchique et de l'aspect de lymphangite carcinomateuse secondaire à un cancer du sein.

II. Discussion:

Le poumon est le site métastatique intrathoracique le plus fréquent et, lors des séries d'autopsie, 57 à 77 % des patientes atteintes d'un cancer du sein présenteront des métastases pulmonaires [1-2]. Les nodules sont généralement multiples, bilatéraux et périphériques dans leur distribution et de taille variable, allant de plusieurs millimètres à plusieurs centimètres de diamètre [3].

Les métastases trachéobronchiques peuvent être détectées par tomодensitométrie thoracique et se manifestent généralement sous forme de nodules au sein de la trachée et des bronches. Pour les localisations endobronchiques, elles sont généralement pas détectées sur la radiographie thoracique, parfois elles entraînent une obstruction bronchique se manifestant par une atélectasie, retrouvées chez 36 % des patientes lors de l'autopsie [4].

En ce qui concerne les métastases lymphatiques, elles sont présentes dans les lymphatiques pulmonaires chez la plupart des patientes (83 %) lors de l'autopsie.

L'implication métastatique des lymphatiques pulmonaires peut survenir soit par dissémination hématogène de la tumeur avec une extension ultérieure du lit capillaire vers les lymphatiques adjacents [3]; soit par dissémination centrifuge de la tumeur le long des lymphatiques, des ganglions trachéobronchiques vers la périphérie du poumon [2].

La lymphangite carcinomateuse se manifeste généralement sur les radiographies sous forme d'opacités réticulonodulaires [3], et sur la TDM thoracique par épaississement lisse ou nodulaire des septa interlobulaires.

Les métastases à la plèvre viscérale et pariétale sont représentées surtout par un épanchement pleural qui est plus souvent unilatéral et ipsilatéral par rapport à la tumeur primaire, et sont présentes lors de l'autopsie chez 75 % et 50 % des patientes, respectivement [2]. La nodularité pleurale est une manifestation moins courante des métastases pleurales, et survient rarement sans épanchement pleural concomitant [1].

Les métastases ganglionnaires sont détectées sur la radiographie thoracique chez 25 % des patientes atteintes d'un cancer du sein [5].

Les ganglions lymphatiques axillaires, médiastinaux, hilaires et mammaires internes sont les plus fréquemment impliqués. Des métastases ganglionnaires doivent être suspectées si les ganglions mammaires internes mesurent 5 mm ou plus de diamètre et si les ganglions médiastinaux ont un diamètre supérieur à 10 mm. La taille normale des ganglions dans l'aisselle peut atteindre 14 mm [6].

Les métastases osseuses sont courantes, peuvent être des lésions lytiques ou sclérosantes, ou une combinaison des deux, et présents chez 47 à 85 % des patientes atteintes d'un cancer du sein lors de l'autopsie [5]. Des métastases péricardiaques et myocardiques ont été détectées chez 18 % et 5 % des patientes lors de l'autopsie, respectivement, et peuvent être détectées par CR ou IRM.

III. Conclusion:

Le thorax est le site le plus fréquent de métastases du cancer du sein dont les manifestations radiologiques sont variables.

Conflits D'intérêts : Aucun Conflits D'intérêt.

References:

- [1]. Kamby C, Vejborg I, Kristensen B, Olsen LO, Mouridsen HT. Metastatic Pattern In Recurrent Breast Cancer. Cancer 1988;62:2226-2233.
- [2]. Thomas JM, Redding WH, Sloane JP. The Spread Of Breast Cancer: Importance Of The Intrathoracic Lymphatic Route And Its Relevance To Treatment. Br J Cancer 1979;40:540-547.
- [3]. Libshitz HI, North LB. Pulmonary Metastases. Radiol Clin North Am 1982;20:437-451. [4]. Ettensohn DB, Bennett JM, Hyde RW. Endobronchial Metastases From Carcinoma Of The Breast. Med Pediatr Oncol 1985;13:9-13. 6 Gawne-Cain ML, Malthouse SR, Reidy IF, Rubens RD, S
- [4]. Gawne-Cain ML, Malthouse SR, Reidy IF, Rubens RD, Smith P, Gregory W. Radiographic Patterns Of Intrathoracic Disease In Breast Carcinoma: Prognostic Implications. Clin Radiol 1993;48:253-257.
- [5]. Kronthal AJ, Fishman EK, Gotfrieb LM, Davidson NE. CT Evaluation Of Breast Cancer: Spectrum Of Disease. Clin Rev Diagn Lmag 1993;34: 159-237.



Figure 1: Radiographie thoracique : syndrome interstitiel

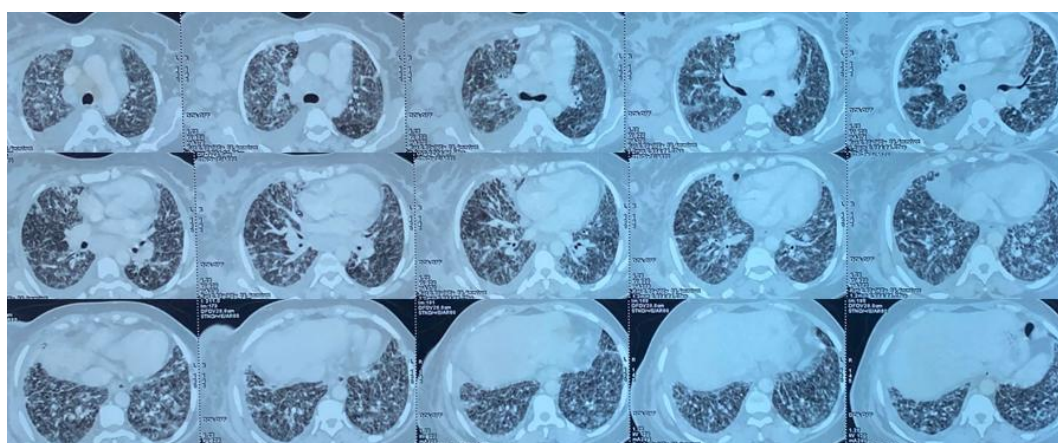


Figure 2 : TDM thoracique (fenêtre parenchymateuse): Epaississements septaux réguliers, nodulaires et irréguliers épars aux deux champs pulmonaires et des plages en verre dépoli diffuses, sièges de réticulations

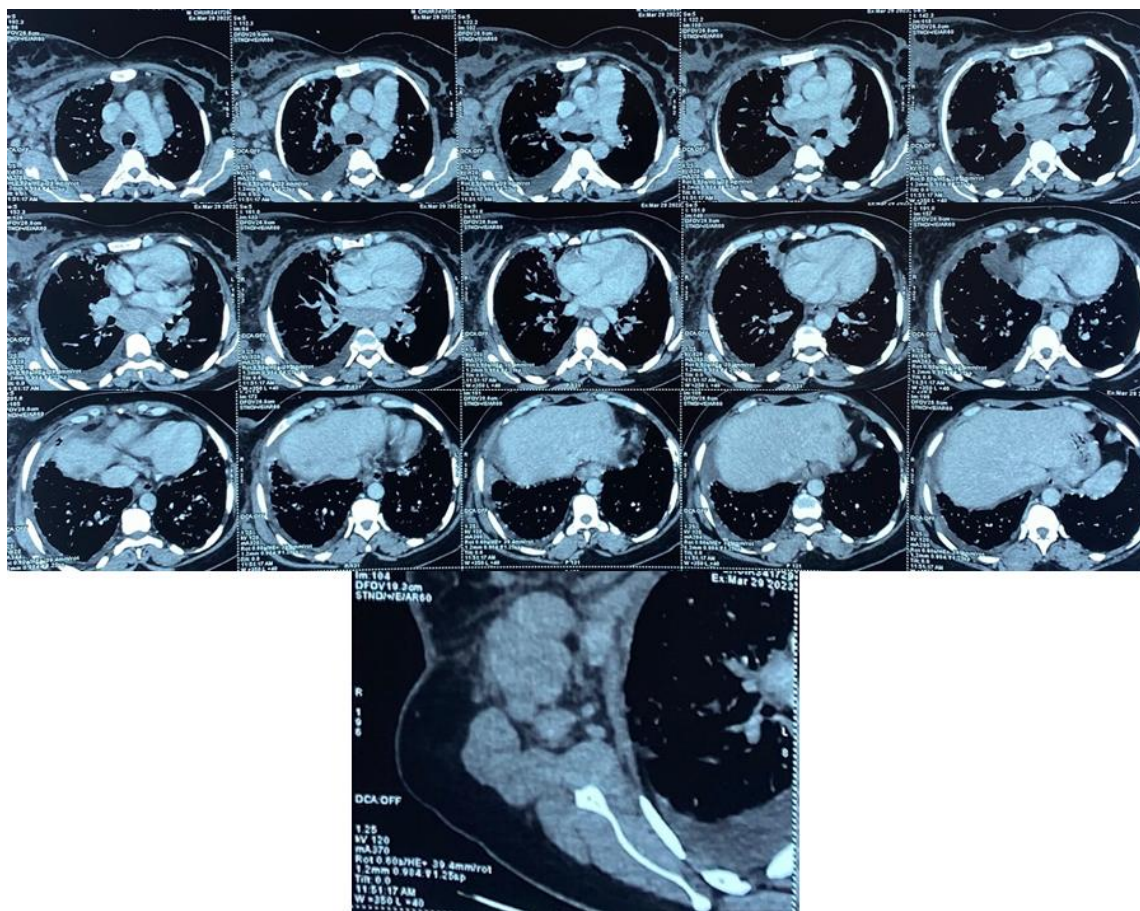


Figure 3 : TDM thoracique (fenêtre médiastinale) : Adénopathies médiastinales , axillaires droites et sus claviculaires bilatérales , associées à un épanchement pleural bilatéral de faible abondance , et une infiltration nodulaire de la glande mammaire droite .

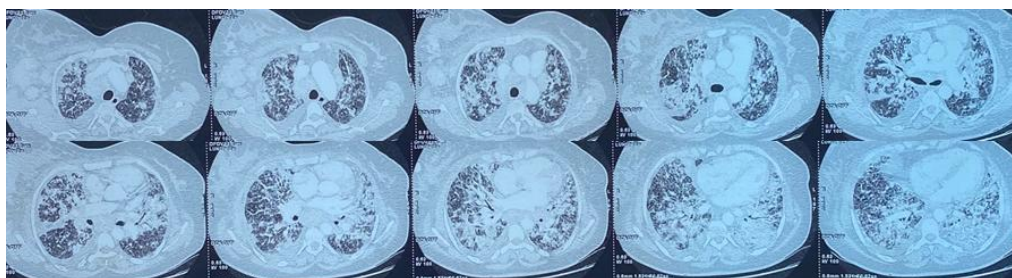


Figure 4 : Angioscanner thoracique : Lâcher de ballon de disposition lymphatique, avec épaissements septaux, adénopathies médiastinales et hilaires et axillaires, avec une mastite carcinomateuse.



Figure 5 : Echographie axillaire : Multiples adénopathies préaxillaires , axillaires droites