

LE CAS CLINIQUE DU MOIS

Découverte histologique d'un cancer du poumon dans une énorme bulle d'emphysème

W. TRIGUI (1), H. MNIF (2), A. HADJ KACEM (1), S. MASMOUDI (1), T. SELLAMI-BOUDAWARA (2), R. BEL KNANI (3), I. FRIKHA (1)

RÉSUMÉ : Le développement d'un cancer pulmonaire chez des jeunes patients porteurs de bulles d'emphysème est classique mais rare. Ces patients peuvent cependant être opérés pour une résection d'une bulle géante avec retentissement respiratoire. Nous rapportons l'observation d'un patient âgé de 41 ans, opéré pour résection d'une bulle d'emphysème géante, apicale droite. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a révélé la présence d'un carcinome indifférencié du poumon de taille infra-centimétrique. Cette observation demande l'intérêt de l'examen systématique de la pièce opératoire de la bulle d'emphysème et de la surveillance radiologique étroite des malades opérés.

MOTS-CLÉS : *Bulle géante - Cancer - Chirurgie*

INTRODUCTION

Un diagnostic précoce et une résection complète représentent les principaux facteurs assurant une meilleure survie dans les cancers non à petites cellules du poumon (CNPC). L'incidence des CNPC rapportée dans la littérature est significativement plus élevée chez les patients porteurs de bulles d'emphysème (1). Ces patients peuvent cependant être opérés pour une résection d'une bulle géante avec retentissement respiratoire. Quelques rares cas de cancers microscopiques trouvés dans la paroi d'une bulle d'emphysème ont été rapportés (2).

De 1996 à 2003, 50 patients ont été opérés pour résection de bulles d'emphysèmes.

Nous rapportons une observation d'un patient opéré pour une bulle d'emphysème géante compressive avec découverte fortuite d'un carcinome à l'examen histologique.

OBSERVATION

Homme de 41 ans, sans antécédent pulmonaire connu, tabagisme à 20 paquets/années, sans autres facteurs de risque chez qui fut découvert en mai 2003 à l'occasion d'une douleur thoracique droite d'installation brutale avec gêne respiratoire, à la radiographie pulmonaire, une énorme bulle d'emphysème compressive occupant les trois-quarts supérieurs du champ pul-

HISTOLOGICAL DISCOVERY OF A LUNG CANCER IN AN ENORMOUS EMPHYSEMATOUS BULLA

SUMMARY : The development of a lung cancer in young patients with emphysematous bullae is a classical, albeit rare, event. These patients can however be operated upon for the resection of a giant bulla causing respiratory distress. We report the case of a 41 year old male patient who was submitted to the resection of a giant right apical emphysematous bulla. The histopathological examination of the fragment revealed an undifferentiated lung carcinoma the diameter of which was less than one centimeter. This observation underlines the need for a systematic examination of the resected material and for a careful radiological follow-up of such patients.

KEYWORDS : *Giant emphysematous bulla - Lung neoplasm - Surgery*

monaire droit (Fig. 1). Le scanner thoracique a montré d'autres bulles apicales gauches entre 1 et 7 cm de diamètre (Fig. 2). L'exploration fonctionnelle respiratoire a mis en évidence un syndrome obstructif réversible sous Ventoline avec un volume résiduel à deux fois la normale. Devant le caractère compressif de la bulle et la localisation bilatérale des lésions, l'indication d'exérèse de la bulle a été retenue.



Figure 1. Radiographie standard de face : volumineuse bulle compressive du lobe supérieur droit

(1) Service de Chirurgie Cardio-Vasculaire et Thoracique, Hôpital H. Bourguiba, Sfax, Tunisie.

(2) Laboratoire d'Anatomie et de Cytologie pathologiques, Hôpital H. Bourguiba, Sfax, Tunisie.

(3) Service de Pneumo-Physiologie, Hôpital Ibn El Jazzar, Kerouan, Tunisie.

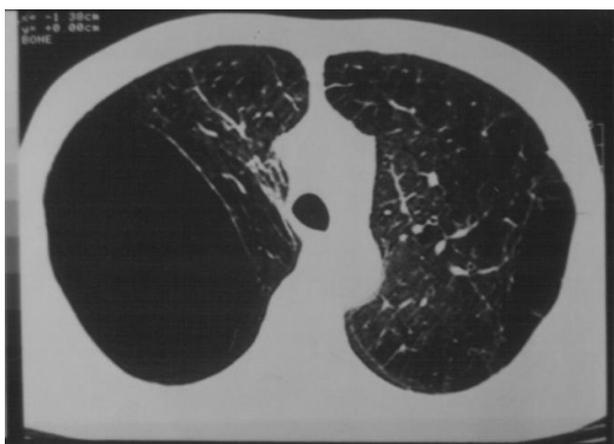


Figure 2. Scanner thoracique : bulles d'emphysème bilatérales

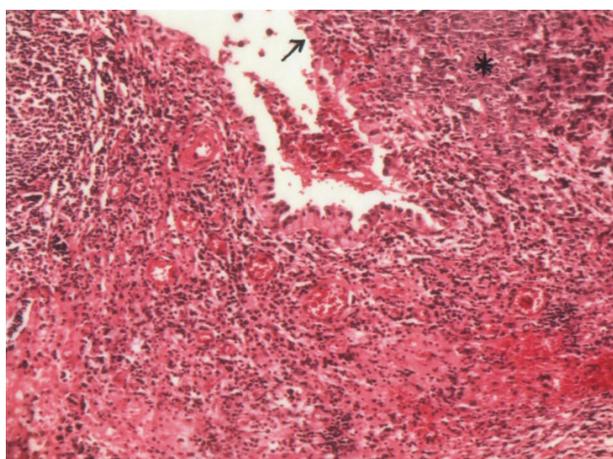


Figure 3. Paroi de la bulle d'emphysème (x100) : nodule tumoral (*) soulevant l'épithélium cylindrique de la bulle →

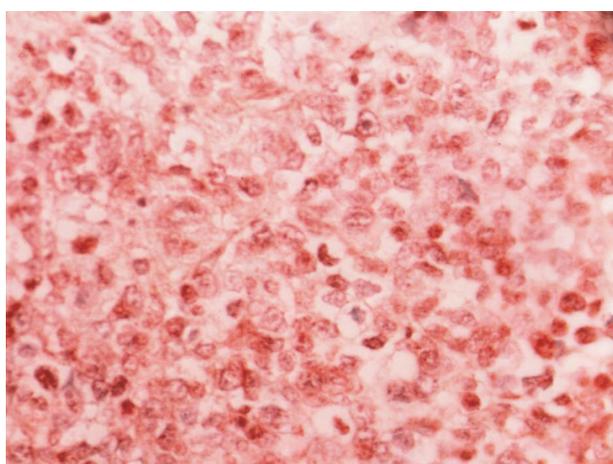


Figure 4. Cellules tumorales positives pour l'anticorps anti-cytokératine bas poids moléculaire (x 400)

La chirurgie a consisté en une résection suture de la bulle apicale droite par thoracotomie.

Les suites opératoires ont été simples. L'étude anatomo-pathologique de la pièce opératoire a trouvé, à l'examen macroscopique, une poche kystique de 10 cm de diamètre à paroi scléreuse comportant un petit nodule blanchâtre de 0,5 cm de diamètre. L'étude histologique et immunohistochimique de ce nodule révélait un carcinome indifférencié du poumon (Fig. 3, 4). Les limites étaient saines. Un an après l'intervention, le bilan d'extension était normal et le patient était indemne de toute récurrence aux contrôles radiologiques.

DISCUSSION

Etant donné l'incidence élevée du cancer du poumon chez les patients présentant un emphysème bulleux, leur prise en charge peut poser quelques problèmes concernant le choix du moment de l'intervention d'une part, et la meilleure stratégie opératoire d'autre part.

Plusieurs publications avaient rapporté l'association d'une dystrophie pulmonaire et cancer pulmonaire de découverte radiologique (1, 3, 4).

La découverte histologique d'un carcinome dans la paroi d'une bulle est un fait rarement décrit dans la littérature.

Plusieurs facteurs pathogéniques ont été évoqués (5) pour expliquer cette dégénérescence. En effet, la compression du parenchyme pulmonaire par une bulle géante peut entraîner une hypoperfusion du parenchyme adjacent et une séquestration des carcinogènes au sein des cavités bulleuses. Le rôle du tabac est certain, malgré un délai d'exposition court.

Les données de la littérature sont concordantes sur le fait que la localisation du lobe supérieur est la plus fréquente, comme c'est le cas dans notre observation, et que les types histologiques les plus fréquemment trouvés sont l'adénocarcinome et le carcinome indifférencié (1). L'attitude d'opérer systématiquement tout patient jeune porteur d'une bulle apicale géante, avant même l'apparition de troubles respiratoires pour éviter la dégénérescence, paraît excessive. En effet, la résection d'une bulle apicale ne protège pas le patient contre l'apparition ultérieure de cancer (6). Cependant, il est important d'insister sur :

- le suivi radiologique régulier de ces patients à la recherche d'un épaississement localisé ou irrégulier dans la paroi d'une bulle;

- la recherche de localisation bilatérale étant donné le risque de développement synchrone et asynchrone de cancer dans les deux poumons (7, 8);

- l'examen anatomopathologique systématique de la pièce opératoire d'une bulle d'emphysème et la recherche de cellules néoplasiques, même en absence d'anomalie macroscopique.

- l'intérêt d'un examen extemporané de la pièce de résection d'une bulle d'emphysème à la recherche de cellules néoplasiques peut se discuter pour justifier une chirurgie réglée (lobectomie), d'autant plus que le lobe supérieur droit est, dans la plupart des cas, le point de départ du cancer chez ces jeunes patients avec dystrophie bulleuse.

BIBLIOGRAPHIE

1. Guérin JC, Martinat Y, Boiface E, Champel F.— Dystrophie bulleuse et cancers broncho-pulmonaires chez des sujets jeunes. *Rev Pneumol Clin*, 1986, **42**, 21-25.
2. Venuta Federico, Erino A Rendina, Edoardo O Pescarmona, et al.— Occult lung cancer in patients with bullous emphysema. *Thorax*, 1997, **52**, 289-290.
3. Natali F, Guigay J, Laamim M, et al.— Cancer bronchique primitif chez le sujet de 40 ans et moins. *Rev Pneumol Clin*, 1991, **47**, 80-84.
4. Murciano G, Aubier M, Desmonts JM, Servois V.— Aspects différents de la chirurgie du cancer développé sur emphysème pulmonaire bulleux sévère. *Ann Chir : Chir thorac cardio-vasc*, 1993, **47**, 152-156.
5. Aronberg DJ, Sagel SS, Lefrak S, et al.— Lung carcinoma associated with bullous lung disease in young man. *Am. J. Roentgenol*, 1980, **134**, 249-252.
6. Scannel JG.— "Bleb" carcinoma of the lung. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 1980, **80**, 904-907.
7. Hatakeyama S, Tatibana A, Suzuki K, Kobayashi R.— Five cases of lung cancer with emphysematous bullae. *Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi*, 2001, **39**, 415-418.
8. Mizuguchi S, Nishida T, Kawata Y, et al.— Synchronous double cancers developing from the wall of bullae in the bilateral lungs. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg*, 2004, **52**, 36-40.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr Trigui, Service de Chirurgie Cardio-Vasculaire et Thoracique, Hôpital Habib Bourguiba 3029 Sfax, Tunisie.