

Tumeur de Pancoast-Tobias: à propos d'un cas



NNM Razafimanjato ^{*1}, VH Randriambololona ²,
AJC Rakotoarisoa ¹, A Ahmed ²,
HJL Rakotovao ¹, A Ahmad ³

¹ Service de Chirurgie Thoracique, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

² Service d'Orthopédie et de Traumatologie, CHU-JRA Ampefiloha, Antananarivo, Madagascar

³ Service d'Imagerie Médicale, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar

Résumé

La tumeur de Pancoast-Tobias est rare. Les auteurs rapportent un cas chez un homme de 50 ans présentant une tuméfaction cervicale et thoracique droite associée à une douleur de l'épaule droite, une névralgie du membre supérieur droit et un syndrome de Claude Bernard Horner évoquant le syndrome de Pancoast-Tobias. La radiographie et le scanner thoraciques confirmaient le diagnostic d'une tumeur apicale droite. Une exérèse large était pratiquée suivie d'une chimiothérapie. Aucune récurrence n'était observée après un recul de deux ans. Les particularités de cette pathologie rare sont discutées à travers une revue de la littérature.

Mots-clés: Chirurgie; Névralgie; Syndrome de Claude Bernard Horner; Tumeur de Pancoast-Tobias

Pancoast-Tobias tumour: a case report

Summary

Pancoast-tobias tumour is uncommon. Authors report a case in a 50 year-old man. This patient presented a right cervical and thoracic mass with a right shoulder pain, a superior limb neuralgia and a Bernard Horner syndrome referring to Pancoast-Tobias syndrome. The thoracic radiological and tomodensitometric aspects confirmed the diagnosis of right superior sulcus tumour. Large surgical excision was performed followed by chemotherapy. There was no recurrence after two years follow up. Peculiarities of this rare disease are discussed with a review of the literature.

Keywords: Bernard Horner syndrome; Neuralgia; Pancoast-tobias tumour; Surgery

Introduction

La tumeur de Pancoast-Tobias est localisée au niveau de l'apex pulmonaire. Sa topographie thoracique à la limite de l'épaule et du membre supérieur explique la richesse et la variété de ses manifestations cliniques. La tumeur de l'apex pariéto-pulmonaire est rare. Elle représente classiquement moins de 5% des carcinomes broncho-pulmonaires et son histologie est semblable à celle des tumeurs pulmonaires non à petites cellules [1]. Nous en rapportons un cas afin de montrer les aspects épidémiologique, diagnostique et thérapeutique.

Observation

Mr S, 50 ans était vu en février 2008 pour une lourdeur et une paresthésie du membre supérieur droit associées à une douleur de l'omoplate droite et à une tuméfaction latéro-cervicale et thoracique droite. Il était traité pendant six mois par des anti-inflammatoires non stéroïdiens et des séances de physiothérapie sans aucune amélioration. Le patient ne présentait aucun antécédent particulier. L'examen physique montrait une conservation de l'état général, une névralgie du membre supérieur droit, un syndrome de Claude Bernard Horner, une hyperesthésie cutanée et une anhidrose homolatérale. Il n'y avait ni dyspnée, ni douleur thoracique, ni syndrome cave supérieur. Le cliché du thorax montrait une atteinte parenchymateuse de l'apex droit avec des opacités hilaires droites (Figure 1).

Le scanner thoracique montrait une tumeur de l'apex

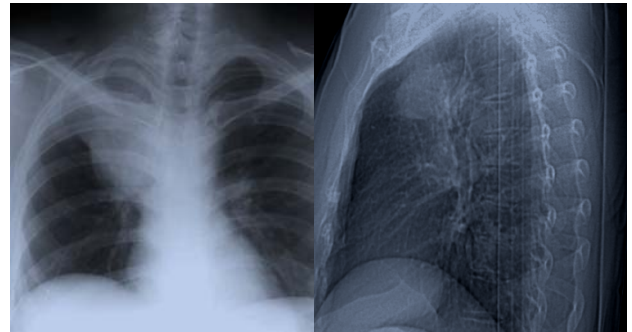


Fig. 1: Radiographie thoracique: atteinte parenchymateuse de l'apex droit avec des opacités hilaires droites

droit d'allure suspecte (Figure 2). L'exploration fonctionnelle respiratoire montrait un syndrome mixte à prédominance restrictive modérée. Le diagnostic d'une tumeur de Pancoast-Tobias postérieure envahissant les chaînes sympathiques et les dernières racines du plexus brachial (C8, D1) était retenu et l'indication chirurgicale était posée. Par thoracotomie postéro-latérale droite, une lobectomie supérieure droite avec résection pariéto-pulmonaire en bloc et une désarticulation costo-vertébrale étaient pratiquées (Figure 3). L'examen anatomo-pathologique montrait un carcinome pulmonaire à petites et grandes cellules localisé au niveau de l'apex et infiltrant les tissus avoisinants (Figure 4). Les suites opératoires étaient simples et le patient avait bénéficié d'une chimiothérapie post-opératoire. L'évolution était favorable à 2 ans de recul.

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: razafesteban@yahoo.fr (NNM Razafimanjato).

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie Thoracique, CHU-JRA Ampefiloha BP 4150 Antananarivo, Madagascar



Fig. 2: Scanner thoracique en fenêtre médiastinale injectée montrant la prise de contraste de la tumeur apexienne droite



Fig. 3: Pièce opératoire de la lobectomie supérieure droite

Discussion

Les tumeurs de l'apex pariéto-pulmonaire sont rares, du moins celles dont on peut espérer une prise en charge thérapeutique à visée curative. Elles sont estimées à seulement 2% des cancers broncho-pulmonaires primitifs selon l'expérience de la série de Moussa Ouattara [3]. Ces tumeurs se présentent cliniquement avec un syndrome de Pancoast-Tobias complet. Elles peuvent se localiser dans trois principaux territoires: antérieur dans lequel elles envahissent les vaisseaux sanguins importants comme l'artère sous clavière; moyen dans lequel elles atteignent surtout le plexus brachial; et postérieur, comme chez notre patient, dans lequel elles touchent le ganglion stellaire et les corps vertébraux [4]. En raison des symptômes aspécifiques, le délai entre le début des symptômes et le diagnostic est d'environ six à dix mois. Dans notre cas, le patient n'était vu qu'à huit mois. Les symptômes pulmonaires spécifiques comme la toux, la dyspnée, les hémoptysies sont absents au stade initial de la maladie en raison de la localisation périphérique de la tumeur. Sur une radiographie pulmonaire de face, la tumeur peut apparaître comme une petite masse ou un épaississement pleural de l'apex pulmonaire avec atteinte costale et envahissement éventuel d'un corps vertébral. Le scanner et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont les examens de choix car ils visualisent le mieux les rapports entre la tumeur et les structures adjacents comme l'artère sous clavière, le plexus brachial et les corps vertébraux [5]. L'examen le plus sensible pour le diagnostic est la ponction percutanée transthoracique avec une sensibilité de 95% [6]. Les cancers pulmonaires non à petites cellules représentent 90-95% des cas, l'adénocarcinome étant la forme histologique la plus commune, suivie par le carcinome épidermoïde et le carcinome à grandes cellules. Le carcinome à

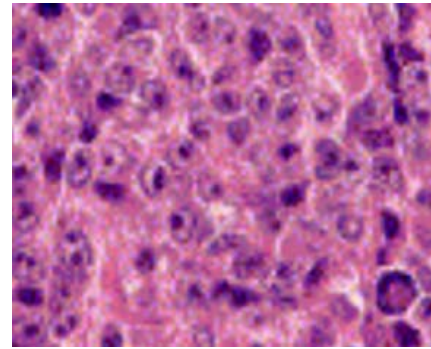


Fig. 4: Histologie: carcinome pulmonaire composé de petites et grandes cellules (Hématoxylline éosine x400)

petites cellules est rarement associé à ce syndrome [7]. Dans l'étude de Rusch, la survie à 5 ans était de 46% pour le stade IIB (T3N0) et de 13% pour le stade IIIB (tout T N3). Les analyses univariées et multivariées ont montré que le T et le N avaient un impact significatif sur la survie [8]. Notre patient était classé stade T3N0 du fait de l'envahissement de la paroi thoracique, des chaînes sympathiques et des dernières racines du plexus brachial (C8, D1). La prise en charge des tumeurs de l'apex a évolué au cours des dernières décennies, ayant comporté successivement la chirurgie seule, la radiothérapie seule, la radiothérapie pré et postopératoire, et plus récemment, la radiochimiothérapie préopératoire [9]. Sur le plan chirurgical, la voie d'abord postérieure dite de Shaw et Paulson est la plus utilisée chez les patients porteurs d'une tumeur du compartiment postérieur de l'apex [10]. La résection pulmonaire consiste en une lobectomie ou une résection atypique et Ginsberg a montré un avantage sur la survie et une réduction de la récurrence locale chez les patients bénéficiant d'une lobectomie [7]. Dans la série de Moussa Ouattara, les indications de la chimiothérapie postopératoire ont été beaucoup plus hétérogènes. Elles ont été portées principalement en cas de résection incomplète ou en présence de facteurs histo-pronostiques péjoratifs à l'analyse anatomopathologique de la pièce opératoire (métastases ganglionnaires et angio-invasion) [3]. La combinaison de radiothérapie préopératoire avec des doses entre 30 et 35Gy suivie par la résection chirurgicale a été proposée initialement par Shaw en 1961. Paulson a utilisé cette approche, l'a actualisée à plusieurs occasions et a constaté que l'irradiation préopératoire incluant la tumeur, le médiastin et la région supra claviculaire a facilité la résection chirurgicale et que le traitement combiné était potentiellement curatif [11]. Chez notre patient, la tumeur avait été jugée extirpable sans extension ganglionnaire médiastinale. C'est la raison pour laquelle nous avons effectué une chirurgie première sans radio ou chimiothérapie pré-opératoire. L'abord de la tumeur avait été fait par le biais d'une thoracotomie postéro-latérale droite suivie d'une lobectomie supérieure droite avec résection pariéto-pulmonaire en bloc et désarticulation costo-vertébrale. Par crainte d'une résection incomplète et la présence de formes combinées à l'examen histologique de la pièce opératoire, nous avons préconisé une chimiothérapie post-opératoire. A deux ans de recul, l'évolution était favorable, aucune récurrence locale n'avait été observée.

Conclusion

Les tumeurs de l'apex pulmonaire constituent une entité rare et hétérogène en ce qui concerne leur pronostic et leur prise en charge thérapeutique. Le problème central reste la sélection des candidats à une chirurgie après un diagnostic précoce, avec comme principal objectif une résection complète de la tumeur associée à un complément thérapeutique en pré et/ou post opératoire. La voie d'abord doit être individualisée et les exérèses élargies sont justifiées. L'application de ces grands principes nous a permis d'obtenir un résultat conforme aux standards internationaux contemporains.

Références

- 1- Hare ES. Tumour involving certain nerves. *London Med Gaz* 1838; 1: 16-8.
- 2- Tobías JW. Síndrome ápico-costovertebral doloroso por tumor apical: su valor diagnóstico en el cáncer primitivo pulmonar. *Rev Med Latino Am* 1932; 17: 1522-56.
- 3- Ouattara M, D'Journo XB, Avaro JP, Trousse D, Loundou A, Doddoli C, et al. Tumeurs de l'apex pariéto-pulmonaire: une expérience chirurgicale monocentrique de 63 cas. *J Chir Thorac Cardiovasc* 2007; 11: 88-97.
- 4- Maggi G, Casadio C, Pischedda F, Giobbe R, Cianci R, Ruffini E, et al. Combined radiosurgical treatment of pancoast tumour. *Ann Thorac Surg* 1994; 57: 198-202.
- 5- Heelan RT, Demas BE, Caravelli JF, Martini N, Bains MS, McCormack MR, et al. Superior sulcus tumours: CT and MRI imaging. *Radiology* 1989; 17: 637-41.
- 6- Wright CD, Moncure AC, Shepard J, Wilkins EW Jr, Mathisen DJ, Grillo HC. Superior sulcus lung tumors. Results of combined treatment (irradiation and radical resection). *J Thorac Cardiovasc Surg* 1987; 94: 69-74.
- 7- Ginsberg RJ, Martini N, Zaman M, Armstrong JG, Bains MS, Burt ME, et al. Influence of surgical resection and brachytherapy in the management of superior sulcus tumour. *Ann Thorac Surg* 1994; 57: 1440-5.
- 8- Rusch VW, Parekh KR, Leon L, Venkatraman E, Bains MS, Downey RJ, et al. Factors determining outcome after surgical resection of T3 and T4 lung cancers of the superior sulcus. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2000; 119: 1147-53.
- 9- Rusch VW, Giroux DG, Kraut MJ, Crowley J, Hazuka M, Johnson D, et al. Induction chemoradiation and surgical resection for non-small cell lung carcinomas of the superior sulcus: initial results of the Southwest oncology group trial 9416 (intergroup trial 0160). *J Thorac Cardiovasc Surg* 2001; 121: 472-83.
- 10- Doddoli C, D'Journo B, Le Pimpec-Barthes F, Dujon A, Foucault C, Thomas P, et al. Lung cancer invading the chest wall: a plea for en-bloc resection but the need for new treatment strategies. *Ann Thorac Surg* 2005; 80: 2032-40.
- 11- Paulson DL. The superior sulcus lesion. In: Delarue N, Eschepasse H, ed. *International trends in general thoracic surgery*. Saunders: Philadelphia; 1985: 121-31.