



CAS CLINIQUE

Cancer bronchique découvert en post partum: à propos de deux observations

Lung cancer discovered in postpartum: a suggestion of two observations

H.El Ouazzani, A. Jnien, S. Hammi, L. Achachi, M.El Ftouh, M.T.El Fassy Fihry

Service de Pneumologie. Hôpital Ibn Sina, Rabat - Maroc

SUMMARY

The incidence of occurrence of cancer during pregnancy is rare and about 1 in 1000 pregnancies, among which the diagnosis of lung cancer must be done as soon as possible because the overall prognosis is poor. Pregnancy can be sometimes contributed to the delay of diagnosis by negligence of symptoms or unwillingness to perform additional tests.

Lung cancer is more common in women. Lung cancer is a rapidly progressive disease whose diagnosis must be made as soon as possible. In rare cases, it may be discovered during pregnancy, postpartum, or months after delivery.

In any case, this is a tragic situation because it is often associated with a delayed diagnosis due to the trivialization of symptoms and unnecessary concern and misgivings regarding the radiation exposure of the fetus during a chest x-ray realization.

We illustrate these dramatic situations in the case of two patients with the diagnosis of lung cancer was confirmed after delivery while the clinical signs began during pregnancy.

KEYWORDS: lung cancer, pregnancy, delayed diagnosis, prevention

RESUME

L'incidence de survenue du cancer au cours de la grossesse est rare environ 1 pour 1000 grossesses ; parmi lequel celui du poumon dont le diagnostic doit se faire dans les plus brefs délais car le pronostic global est mauvais. La grossesse peut dans certains cas contribuer à retarder son diagnostic par négligence des symptômes ou par réticence à réaliser les examens complémentaires.

Le cancer du poumon est de plus en plus fréquent chez la femme. Le cancer du poumon est une maladie rapidement progressive dont le diagnostic doit se faire dans les plus brefs délais. Dans de rares cas, il peut être découvert pendant la grossesse, en post-partum, ou quelques mois après l'accouchement.

Dans tous les cas, il s'agit d'une situation dramatique car associée souvent à un retard diagnostique lié à la banalisation des symptômes et aux inquiétudes inutiles et les réticences en ce qui concerne l'exposition aux rayonnements du fœtus lors d'une radiographie du thorax.

Nous illustrons ces situations dramatiques par le cas de deux patientes dont le diagnostic du cancer du poumon a été porté après leur accouchement alors que les signes cliniques ont débuté pendant la grossesse.

MOTS CLES: cancer du poumon, grossesse, retard diagnostique, prévention

Auteur correspondant: Hanane El ouazzani. N°7, Rue corozo secteur 19^E Hay Riad Rabat - Maroc
Email : elouazzani_hanane@yahoo.fr

INTRODUCTION

Le cancer du poumon est le plus fréquent dans le **monde, c'est la première cause de décès par cancer**. Il est de plus en plus fréquent et notamment chez la femme. Il peut être, dans de rares cas, découvert pendant la grossesse, en post-partum, ou quelques mois après l'accouchement.

Il s'agit dans tous les cas d'une situation dramatique car associée souvent à un retard diagnostique pouvant être expliquée d'une part par la banalisation des symptômes qui sont mis sur le compte de la grossesse, d'autres part par les inquiétudes inutiles et les réticences parfois même du personnel médical en ce qui concerne l'exposition aux rayonnements du fœtus lors d'une radiographie du thorax. Or le cancer du poumon est une maladie rapidement progressive dont le diagnostic doit se faire dans les plus brefs délais.

OBSERVATION N°1

Patiente âgée de 28 ans, sans antécédents pathologiques notable et sans notion de tabagisme actif ni passif. Hospitalisée au service de pneumologie 1mois après son accouchement pour une altération de l'état général avec **asthénie, amaigrissement important non chiffré**, associée à des douleurs thoraciques et un essoufflement ayant débutés durant sa grossesse et qui ont été négligés par la patiente.

L'examen clinique trouvait une patiente en mauvais état général. La radiographie du thorax a retrouvé une opacité de tonalité hydrique hilaire gauche à limite externe spiculée et à limite interne noyer dans le médiastin. La TDM thoracique a confirmé la présence d'une **masse tissulaire hilaire gauche de 8cm** de grand diamètre à extension médiastinale.

La fibroscopie bronchique a montré un aspect **infiltratif diffus de tout l'arbre bronchique sans bourgeon individualisable**. La biopsie au niveau de l'infiltration ainsi que l'aspiration bronchique sont revenues non concluante. Une biopsie scanno-guidée a été réalisé et qui est revenue en faveur d'un **adénocarcinome moyennement différencié d'origine broncho-pulmonaire**.

Au cours de son hospitalisation, la patiente a présenté des **céphalées avec troubles visuels, l'examen neurologique** a objectivé un syndrome cérébelleux statique avec une **paraparésie spastique**. L'IRM cérébrale avec coupes médullaires a objectivé des localisations cérébrales secondaires. Le diagnostic retenu était celui d'un **adénocarcinome bronchique** avec métastases cérébrales et vertébro-médullaire.

La patiente a bénéficié en urgence d'une laminectomie puis adressée au service d'oncologie pour radiothérapie décompressive et chimiothérapie. Elle est décédée 4 mois après le début du traitement.

OBSERVATION N°2

Patiente âgée de 38 ans, sans antécédents pathologiques notables et sans habitudes toxiques, qui a présenté depuis le 1^{er} trimestre de sa grossesse, une **dyspnée d'effort pour laquelle elle a été mise sous bronchodilatateurs de courte durée d'action sans réelle amélioration** et pour laquelle aucune investigation n'a été réalisée.

2 mois après son accouchement et devant l'aggravation de la dyspnée, elle a décidé de consulter. L'examen clinique était normal. La radiographie du thorax a montré une opacité hilaire et paracardiale gauche de tonalité hydrique, à limite externe nette et limite interne noyé dans le médiastin.

La TDM thoracique a objectivé une masse inhomogène, partiellement kystique et impure, qui bourgeonne dans la lingula puis se développe en intrathoracique sans adénopathies médiastinales ni atteinte pleurale.

La fibroscopie bronchique a montré la présence d'un bourgeon blanchâtre à l'entrée de la lingula obstruant complètement sa lumière. L'examen anatomopathologique des biopsies réalisées au niveau du bourgeon est revenu en faveur d'un **adénocarcinome bien différencié de type fœtal qui a été classée T₃N₀M₀** et la patiente a bénéficié d'une **lobectomie supérieure gauche** avec un curage ganglionnaire.

DISCUSSION

Le cancer du poumon est l'une des formes les plus courantes de cancer, à la fois en termes d'incidence et de mortalité. Bien qu'il se développe plus fréquemment chez les patients dans leur sixième ou septième décennies de la vie avec une prépondérance masculine, son incidence chez les personnes de moins de 40 ans a augmenté récemment, en particulier chez les femmes [1,2].

La combinaison du tabagisme chez ces dernières, l'augmentation de l'âge maternel à la conception et l'incidence croissante du cancer du poumon à travers le monde font que l'association de ce dernier avec la grossesse deviendra de plus en plus fréquente. Par ailleurs, il semble y avoir une incidence croissante du cancer du poumon chez les femmes, y compris ceux qui n'ont jamais fumé et qui sont en âge de procréer [3].

L'incidence de survenue du cancer dans les rangs de grossesse serait de 0,07% à 0,1%, soit environ 1 pour 1000 grossesses [4]. Les tumeurs malignes les plus fréquemment diagnostiquées sont celles du sein, le cancer du col de l'utérus, les lymphomes, les mélanomes et les leucémies [5, 6]. Concernant le cancer du poumon, une recherche dans la littérature réalisée jusqu'en août 2009 a recensé 44 patientes atteintes de cancer du poumon diagnostiqué et/ou traité au cours de la grossesse [5].

Il s'agit dans environ 2/3 des cas un cancer non à petites cellules dont l'adénocarcinome en tête de liste. Plus de 80% de ces patientes ont été diagnostiquées dans les stades avancés surtout les stades III et IV [5, 6]. Le pronostic global du cancer du poumon est sombre et sa survenue durant la grossesse est souvent compromis par le retard du diagnostic. En effet les femmes enceintes atteintes d'un cancer sont souvent diagnostiquées à un stade avancé par rapport à des femmes non gravides [1]. **Quant au fœtus, des preuves de métastases transmises ont été rapportées dans trois cas dont deux étaient secondaires à un cancer à petites cellules de la mère [7].**

Le retard diagnostique du cancer du poumon chez la femme enceinte pourrait être expliqué essentiellement par deux raisons:

- **D'abord, la femme enceinte présente fréquemment des symptômes ou plaintes dites « bénignes » comme les nausées, les vomissements, l'essoufflement, la léthargie, la toux sèche et les céphalées.** Symptômes qui deviennent de plus en plus fréquents avec la progression de la grossesse et qu'il arrive que la femme néglige mais qui peuvent néanmoins être les caractéristiques d'un processus malin comme c'est le cas de la première patiente.

D'autres parts, L'exposition radiologique d'une femme enceinte engendre très souvent une inquiétude disproportionnée au risque et des conduites inadaptées. En effet il reste des inquiétudes inutiles et des réticences parfois même du personnel médical qui pourra entraîner la privation d'une femme enceinte du bénéfice d'un examen diagnostique qui n'aurait eu aucun effet sur l'enfant à naître, et risque de retarder un diagnostic et de laisser évoluer une affection grave. Or avec un écran de protection approprié avec un tablier en plomb, l'exposition est inférieure à 0,001 rad, qui est largement inférieure à l'exposition maximale acceptable pendant la grossesse qui est de 5 rad [7].

En plus, la radiographie thoracique envoie un faisceau primaire qui se situe au dessus du champ à risque qui se situe entre le diaphragme et le pubis et donc **les doses à l'utérus sont négligeables et l'examen peut être pratiqué sans risque,** toutefois la

protection du ventre reste recommandée [8]. Cette situation est illustrée par la deuxième observation ou **la patiente se plaignait d'une dyspnée pour laquelle elle a consulté et mise sous bronchodilatateurs de courte durée d'action sans amélioration clinique et pourtant aucune autre investigation n'a été réalisée** notamment une radiographie du thorax.

La tomодensitométrie (TDM) n'est pas recommandée en cas de grossesse en raison du risque de malformations fœtales secondaires à des rayonnements ionisants. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) sans gadolinium reste la technique la plus sûre en complément à la radiographie thoracique quand celle-ci objective des anomalies. En effet, **aucun effet néfaste sur le fœtus n'a été rapporté ou observé** dans les conditions de pratique clinique [5].

Néanmoins, les incertitudes persistantes quant aux effets de l'IRM, ainsi qu'une grande sensibilité du fœtus à de nombreux agents physiques au cours du premier trimestre, conduisent à adopter une attitude prudente ; **il est ainsi proposé d'exclure autant que possible l'IRM au cours du 1er trimestre de grossesse, et de ne l'indiquer au cours de la grossesse que lorsque les autres méthodes non-irradiantes ne sont pas performantes, et en alternative aux méthodes irradiantes quand le bénéfice de l'examen pour la mère et l'enfant est supérieur au risque éventuel [9].**

La tomographie par émission de positons (TEP) est de plus en plus utilisée actuellement pour définir le degré d'extension locale, ganglionnaire et des métastases à distance. Toutefois, la TEP et la scintigraphie osseuse doit être évitée en raison de la crainte que les **matières radioactives atteignent le fœtus.** Les sites osseux douloureux suspects de lésions secondaires pourraient être explorés par rayons X avec les précautions adéquates [5].

Les biopsies de toute lésion palpable peuvent être effectuées en toute sécurité (par exemple ganglionnaire cervicale) ou être écho-guidées. La bronchoscopie peut être réalisée avec la prudence requise pour éviter l'utilisation excessive de sédatifs et d'opioïdes.

Dans la plupart des cas, il n'existe pas d'indication à l'interruption de grossesse pour améliorer le pronostic maternel. Toutefois, les traitements pour le cancer dans le premier trimestre peuvent potentiellement nuire au fœtus, en effet, **l'utilisation de la chimiothérapie au cours du premier trimestre entraîne la hausse du risque d'avortement spontané, de mort fœtale et des malformations majeures et doivent donc être utilisés à partir du deuxième trimestre de grossesse où le risque est constitué par l'augmentation de restriction de croissance intra-utérin (RCIU) et un faible poids à la naissance [1,3].**

Le traitement du cancer du poumon au cours d'une grossesse n'est pas codifié comme pour celui par exemple du sein où il existe des recommandations internationales. Dans la littérature, seulement huit patientes ont reçu un traitement systémique pour cancer du poumon au cours de la grossesse.

Trois patientes ont bénéficié d'une radiothérapie pendant la gestation (2 irradiations thoraciques et une irradiation cérébrale) et n'ayant pas engendré de conséquences sur leur bébé. Les effets indésirables de la radiothérapie pendant la grossesse apparaissent habituellement au-dessus d'une dose seuil de 0,1-0,2 Gy. Ce seuil n'est pas atteint en général, même avec la radiothérapie à haute dose à condition que la tumeur soit située loin du fœtus et d'une protection adéquate. Chez les femmes enceintes atteintes d'un cancer du poumon, la radiothérapie curative est une situation rare, mais les indications

palliatives demeurent une possibilité [5].

CONCLUSION

La survenue d'un cancer du poumon au cours de la grossesse, en post partum ou quelques mois après l'accouchement est une circonstance dramatique où deux réalités inconciliables coexistent lorsqu'à un moment de grand bonheur et d'espérance, la mère devra faire face à cette terrible situation. Il est primordial alors d'insister sur la prévention pour éviter la grande part du tabagisme liée au cancer du poumon, d'autres parts d'insister sur la nécessité d'un diagnostic précoce par un interrogatoire et un examen clinique minutieux et ne pas hésiter à réaliser des examens complémentaires, même radiologiques, en cas de symptômes pulmonaires atypiques ou persistants.

CONFLIT D'INTERETS

Non déclaré.

REFERENCES

1. Alberto Zambelli, Gian Antonio Da Prada, Vittorio Fregoni, Luisa Ponchio, Paola Sagrada, Lorenzo Pavesi. Erlotinib administration for advanced non-small cell lung cancer during the first 2 months of unrecognized pregnancy. *Lung Cancer* (2008) 60, 455-457.
2. Hiren Mehta, Rubin Bahuva, Ruxana T. Sadikot. Lung cancer mimicking as pregnancy with pneumonia. *Lung Cancer* (2008) 61, 416-419.
3. Paul G. Kluetz, Martin J. Edelman. Successful treatment of small cell lung cancer during pregnancy. *Lung Cancer* (2008) 61, 129-130.
4. Lung cancer during pregnancy: An emerging issue. *Lung Cancer* (2008) 59, 279-281.
5. Hatem A. Azim Jr., Fedro A. Peccatori, Nicholas Pavlidis. Lung cancer in the pregnant woman: To treat or not to treat, that is the question. *Lung Cancer* 67 (2010) 251-256.
6. M. Garrido, J. Clavero, A. Huete, C. Sanchez, A. Solar, M. Alvarez, E. Orellana. Prolonged survival of a woman with lung cancer diagnosed and treated with chemotherapy during pregnancy. Review of cases reported. *Lung Cancer* (2008) 60, 285-290.
7. Harpold TL, Wang MY, McComb JG, Monforte HL, Levy ML, Reinisch JF. Maternal lung adenocarcinoma metastatic to the scalp of a fetus. Case report. *Pediatr Neurosurg* 2001;35:39-42.
8. Robert L. Brent. Saving lives and changing family histories: appropriate counseling of pregnant women and men and women of reproductive age, concerning the risk of diagnostic radiation exposures during and before pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Volume 200, Issue 1, January 2009, Pages 4-24.
9. C. Musielak-Zanetti, R.M. Filipo, A. Cotton. Quelle imagerie au cours de la grossesse ? *Revue du Rhumatisme* 72 (2005) 750-754.