

Aspect miliaire d'un adénocarcinome à l'imagerie pulmonaire

Yuto Hamada MD PhD, Maki Iwata MD, Kiyoshi Sekiya MD PhD

■ Citation : *CMAJ* 2022 February 22;194:E259-60. doi : 10.1503/cmaj.211410-f

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.211410

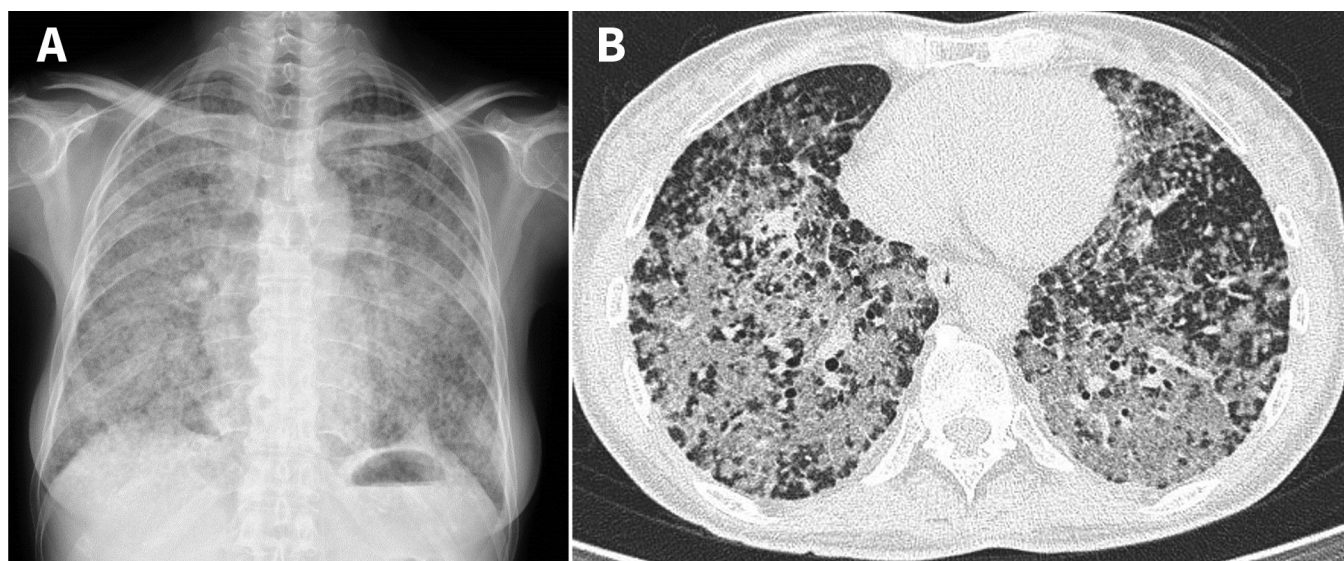


Figure 1 : (A) Radiographie pulmonaire et (B) tomodensitométrie thoracique d'une femme de 55 ans atteinte d'un adénocarcinome pulmonaire. Les 2 clichés montrent un motif miliaire et une distribution généralisée d'opacités en verre dépoli surmontant de multiples petits nodules dans l'ensemble des plages pulmonaires.

Une non-fumeuse de 55 ans indemne de maladies sous-jacentes a consulté au service des urgences pour toux productive, dyspnée, diaphorèse nocturne et perte de poids de 4 kg depuis 3 mois. À l'examen, sa température était 36,8 °C, sa fréquence cardiaque 75 battements/min, sa tension artérielle 92/73 mm Hg et sa fréquence respiratoire 15 respirations/min. Sa saturation en oxygène périphérique était de 95 % sous 3 L/min d'oxygène. À l'auscultation, nous avons entendu des crépitements inspiratoires aux 2 poumons; et ses doigts n'étaient pas en baguettes de tambour. Sa numération des éosinophiles était à 7,7 % (plage normale 0%–6%) et son taux de protéine C réactive était normal. La radiographie pulmonaire et la tomodensitométrie thoracique ont montré un motif miliaire et de multiples petits nodules répartis dans les 2 plages pulmonaires (figure 1 et vidéo en annexe 1, accessible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.211410/tab-related-content). Le test RT-PCR (test d'amplification en chaîne par polymérase couplé à une transcription inverse) pour dépistage du SRAS-CoV-2 s'est révélé négatif.

Nos diagnostics différentiels incluait tuberculose, infection fongique et cancer. Nous avons soupçonné une tuberculose pulmonaire, mais les 3 frottis d'expectorations sont restés négatifs pour ce qui est des bacilles acidorésistants, et les cultures d'expectorations et de liquide de lavage bronchoalvéolaire sont restées négatives pour ce qui est de *Mycobacterium tuberculosis* et des champignons pathogènes. Une biopsie par bronchoscopie au lobe supérieur du poumon droit a montré un adénocarcinome pulmonaire hautement différencié. La tomodensitométrie du corps entier et l'imagerie par résonance magnétique du cerveau n'ont montré aucun signe de métastase extrapulmonaire. Le test RT-PCR a révélé une délétion de l'exon 19 du récepteur du facteur de croissance épidermique (*EGFR*). La patiente a été traitée au moyen d'osimertinib, un inhibiteur de la tyrosine kinase de l'*EGFR*. Un mois plus tard, ses besoins en oxygène au repos avaient diminué à 1 L/min et la taille des nodules pulmonaires avait également diminué.

L'adénocarcinome avec mutations de l'*EGFR* s'observe chez 10%–20% des patients non asiatiques atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules. Il est plus fréquent chez les femmes, chez les non-fumeurs ou les fumeurs légers et chez les personnes d'origine asiatique¹. La présence de mutations de l'*EGFR* dans un adénocarcinome pulmonaire est associée à des métastases miliaires^{2,3}. Comparativement à la chimiothérapie, les inhibiteurs de la tyrosine kinase de l'*EGFR* améliorent considérablement les taux de réponse et la survie globale des patients atteints d'un cancer du poumon non à petites cellules de stade avancé avec mutations de l'*EGFR*^{1,4}. Un dépistage moléculaire après le diagnostic de l'adénocarcinome du poumon est donc nécessaire pour identifier les mutations oncogènes qu'il est possible de cibler.

Références

1. Hirsch FR, Scagliotti GV, Mulshine JL, et al. Lung cancer: current therapies and new targeted treatments. *Lancet* 2017;389:299-311.
2. Hsu F, Nichol A, Toriumi T, et al. Miliary metastases are associated with epidermal growth factor receptor mutations in non-small cell lung cancer: a population-based study. *Acta Oncol* 2017;56:1175-80.
3. Kawata N, Inoue M, Horita N, et al. Multiple nodular pulmonary metastases of lung adenocarcinoma with epidermal growth factor receptor mutation. *Respir Investig* 2016;54:133-5.
4. Ramalingam SS, Vansteenkiste J, Planchard D, et al. Overall survival with osimertinib in untreated, EGFR-mutated advanced NSCLC. *N Engl J Med* 2020; 382:41-50.

Intérêts concurrents : Aucun intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu l'autorisation de la patiente.

Affiliation : Centre de recherche clinique en allergie et rhumatologie, Organisation hospitalière – Hôpital national Sagamihara, Kanagawa, Japon.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4.0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Remerciements : Les auteurs remercient Yuma Fukutomi pour ses commentaires constructifs sur le manuscrit.

Correspondance : Yuto Hamada, yutohamada1983@gmail.com



Vidéo de la tomodensitométrie thoracique d'une femme de 55 ans arborant un aspect miliaire dû à adénocarcinome pulmonaire avec mutations de l'*EGFR*, annexe 1, accessible en anglais au www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.211410/tab-related-content.