



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Une toux trop prenante



An obstinate cough

**B. Ben Rehouma, V. Ducasse, J. Laganier,
A. Tan, A. Teixeira***

Service de gériatrie, hôpitaux universitaires Saint Louis-Lariboisière-Fernand Widal, 200, rue du Faubourg-Saint-Denis, 75010 Paris, France

Disponible sur Internet le 10 février 2014

MOTS CLÉS

Tumeur ;
Sujet âgé ;
Lymphangite
carcinomateuse ;
Poumon ;
Soins palliatifs

Résumé La lymphangite carcinomateuse pulmonaire est une forme particulière de dissémination de certaines tumeurs, particulièrement les carcinomes, d'où son nom. Il s'agit d'une embolisation de cellules tumorales dans la circulation lymphatique avec obstruction et infiltration des vaisseaux. Nous présentons un cas clinique qui illustre son pronostic redoutable et son évolution particulièrement rapide. Sa prise en charge, chez le sujet âgé, reste difficile et doit inciter à la collaboration étroite entre les équipes de soins palliatifs et les gériatres quand ils y sont confrontés. Elle soulève la question des thérapeutiques anticipées à visée symptomatique particulièrement respiratoire.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Tumor ;
Elderly ;
Lymphangitic
carcinomatosis ;
Pulmonary ;
Palliative care

Summary Pulmonary lymphangitic carcinomatosis is a particular form of dissemination of certain tumors, notably carcinomas, hence its name. It corresponds to an embolisation of tumor cells in the lymphatic circulation with obstruction and infiltration of the vessels. We present a case report which illustrates its formidable forecast and its particularly rapid evolution. Its management in elderly patients remains difficult and must stimulate the close collaboration between palliative health care teams and the geriatricians when faced with such dissemination. It raises the question of anticipated therapeutics to control symptoms, particularly respiratory symptoms.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : antonio.teixeira@lrb.aphp.fr (A. Teixeira).

La lymphangite carcinomateuse pulmonaire est une forme particulière d'évolution de certaines tumeurs. Il s'agit d'une embolisation de cellules tumorales dans la circulation lymphatique avec obstruction et infiltration des vaisseaux. La dissémination est rétrograde dans les lymphatiques d'un organe entier par drainage à partir d'adénopathies néoplasiques. On l'appelle carcinomateuse car ce mode d'extension concerne essentiellement les carcinomes. Les cancers primitifs responsables sont par ordre de fréquence : le sein, le poumon, l'estomac, le côlon, la prostate et le testicule accessoirement chez l'homme [1]. Nous rapportons le cas clinique d'une patiente dont la plainte principale était une toux pugnace et invalidante. L'évolution dramatiquement rapide chez cette patiente illustre la difficulté de prise en charge de cette forme particulière de dissémination tumorale qui doit inciter à discuter à la réflexion sur les thérapeutiques anticipées.

Cas clinique

Une patiente de 83 ans est hospitalisée en soins de suite et réadaptation gériatrique dans les suites d'une perte d'autonomie consécutive à des chutes à répétition au domicile. On notait dans ses antécédents une arythmie chronique par fibrillation auriculaire, un anévrisme de l'aorte abdominale inférieure à 4 cm de diamètre, des troubles cognitifs légers évoluant depuis deux ans, ainsi qu'une notion de tabagisme sévère estimé à 50 paquets-années. À l'interrogatoire, il était noté une asthénie importante et une toux sèche, évoluant depuis moins de deux mois, intermittente, diurne et nocturne, de plus en plus invalidante. L'auscultation pulmonaire retrouvait des sibilants diffus et une diminution du murmure vésiculaire en base droite. Une radiographie pulmonaire, réalisée aux urgences lors de son admission qui avait été interprétée comme sub-normale (Fig. 1), permettait de retrouver après relecture une opacité périhilaire droite, ainsi qu'un syndrome interstitiel au niveau du lobe moyen. Le scanner pulmonaire (Fig. 2) a confirmé la suspicion de cancer pulmonaire compliquée d'une lymphangite carcinomateuse. Il a en effet montré une lésion tumorale parenchymateuse pulmonaire hilare droite avec extension

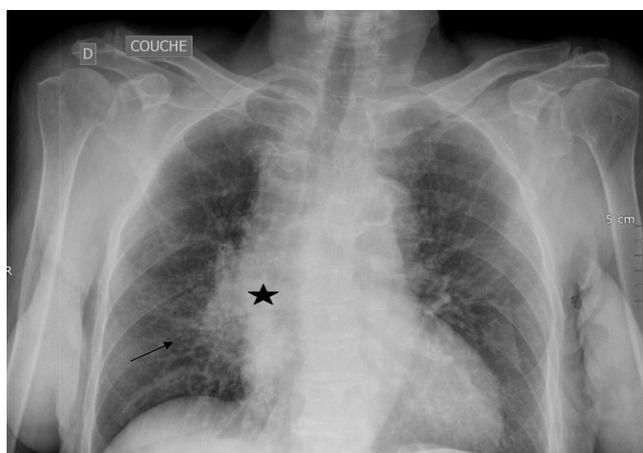


Figure 1. Radiographie du thorax réalisée aux urgences (flèche : syndrome interstitiel ; étoile : masse péri-hilaire).



Figure 2. Scanner pulmonaire (lésion tumorale parenchymateuse pulmonaire hilare droite avec extension ganglionnaire médiastinale, aspect de lymphangite carcinomateuse au niveau parenchymateux basal droit - étoile).

ganglionnaire médiastinale et un aspect de lymphangite carcinomateuse au niveau du parenchyme basal droit. L'avis pneumologique a confirmé l'absence d'indication à d'autres explorations complémentaires étiologiques et l'absence de proposition thérapeutique curative compte tenu des comorbidités présentées par la patiente. Un traitement par corticoïde (prednisone 30 mg par jour per os), associé à une antibiothérapie initiale per os (amoxicilline – acide clavulanique : 1 g deux fois par jour) compte tenu du doute sur une possible surinfection visualisée sur le scanner pulmonaire, a été proposé. La corticothérapie a été relativement efficace initialement et a permis un soulagement partiel de la toux. La dégradation clinique était rapide en l'espace de deux semaines et le traitement s'est révélé insuffisant, la patiente présentant des troubles de la vigilance en relation avec une encéphalopathie confirmée par l'électroencéphalogramme (EEG). La prise en charge conjointe avec l'équipe mobile de soins palliatifs a conduit à un traitement symptomatique de l'inconfort respiratoire par des morphiniques (morphinique retard Skénan LP 30 mg deux fois par jour, associé à de l'Actiskénan en inter-dose pour titration) initialement en fonction de la fréquence respiratoire. Et finalement, il fut décidé un transfert de la patiente en unité de soins palliatifs (USP) pour gérer le risque d'asphyxie. La patiente décédera en USP deux jours après le transfert.

Discussion

Ce cas clinique permet d'illustrer la présentation particulièrement insidieuse des cancers associés à une lymphangite carcinomateuse. Il s'agit d'une complication métastatique rare des cancers, on estime ainsi sa prévalence à moins de 8% des cancers pulmonaires métastasés [1]. Il s'agit

fréquemment d'un patient souffrant d'une asthénie initiale et de symptômes banals, tels qu'une toux et/ou une dyspnée. Ces symptômes vont s'aggraver progressivement jusqu'à devenir très invalidants et incoercibles. L'apparition d'épisodes fréquents d'hémoptysie peut orienter vers ce diagnostic [2].

La réalisation d'une imagerie à type de scanner thoracique permet d'étayer le diagnostic. Sur le plan radiologique, les caractéristiques de la lymphangite carcinomateuse sont moins atypiques et permettent de retrouver des images d'épaississement nodulaire des septas interlobulaires, épaississement nodulaire péribronchique et des épaississements de l'interstitium sous pleural scissural. Malgré tout, il peut être difficile de distinguer, en l'absence de lésions primitives, une lymphangite carcinomateuse pulmonaire d'une pneumopathie interstitielle non spécifique à l'imagerie [3]. La lymphangite carcinomateuse est une présentation néoplasique peu fréquente mais particulièrement agressive. Les images caractéristiques, de très mauvais pronostic, sont liées à l'œdème réactionnel inflammatoire, à la dilatation des vaisseaux lymphatiques obstrués et à la sécrétion tumorale [4].

Chez les sujets jeunes, le traitement peut faire appel à des chimiothérapies orientées vers la tumeur primitive, mais cette forme d'extension tumorale particulièrement agressive explique que le pronostic reste sombre et que la survie ne soit que de l'ordre de quelques jours à quelques semaines même en cas de chimiothérapie ou d'utilisation d'une corticothérapie qui peut améliorer transitoirement les symptômes [1]. La place des soins palliatifs est prépondérante en particulier dans la prise en charge préventive du risque d'asphyxie terminale. Ainsi, des recommandations de bonne pratique concernant la sédation pour détresse respiratoire en phase terminale, dans les situations spécifiques et complexes, ont été proposées par la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP), complétées dans sa révision de 2009, dans le contexte spécifique du domicile et en gériatrie. Il est ainsi explicitement indiqué

que dans les situations à risque vital immédiat, la sédation peut être considérée comme un geste d'urgence et que cette prescription de sédation doit être une prescription anticipée dans la mesure du possible. Bien qu'il n'existe pas de consensus d'experts sur le choix des médicaments, il est recommandé l'emploi de benzodiazépines tel le midazolam [5].

Devant une toux sèche chronique particulièrement rebelle, il faut savoir évoquer le diagnostic de lymphangite carcinomateuse notamment en cas de notion de tabagisme même sevré. Le recours au scanner thoracique doit permettre d'aider au diagnostic pour pouvoir orienter la prise en charge assez tôt, compte tenu de l'évolution dramatique de cette affection.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Moubax K, Wuyts W, Vandecaveye V, et al. Pulmonary lymphangitic carcinomatosis as a primary manifestation of gastric carcinoma in a young adult: a case report and review of the literature. *BMC Res Notes* 2012;5:638.
- [2] Guddati AK, Marak CP. Pulmonary lymphangitic carcinomatosis due to renal cell carcinoma. *Case Rep Oncol* 2012;5:246–52.
- [3] Gilchrist FJ, Alton H, Brundler MA, et al. Pulmonary lymphangitic carcinomatosis presenting as severe interstitial lung disease in a 15-year-old female. *Eur Respir Rev* 2011;20:208–10.
- [4] Charest M, Armanious S. Prognostic implication of the lymphangitic carcinomatosis pattern on perfusion lung scan. *Can Assoc Radiol J* 2012;63:294–303.
- [5] SFAP. La sédation pour détresse en phase terminale. *Med Pal* 2002;1:9–14.