

## Métastases Intramédullaires D'un Adénocarcinome Pulmonaire : A Propos D'un Cas

El Fathi S1, El Khachine I1, Siba Z2, Beaouiss M1, Rafik A1, Baziaa S1, Asri H1, Tiresse N1, Mzouri S1, Zegmout A1, Souhi H1, Elouazzani H1, Rhorfi A I1  
Service De Pneumo-Phthysiologie De l'Hôpital Militaire Mohamed V De Rabat, Maroc  
Service De Neurochirurgie De l'Hôpital Militaire Mohamed V De Rabat, Maroc

### Resumé

Les métastases intramédullaires (MIM) représentent une complication neurologique rare et dévastatrice du cancer broncho-pulmonaire, Nous rapportons le cas d'un patient de 63 ans, tabagique chronique actif, qui présente un syndrome bronchique trainant associé à un déficit sensitivo-moteur des deux membres inférieurs, le bilan réalisé a permis le diagnostic d'un adénocarcinome peu à moyennement différencié d'origine broncho-pulmonaire avec localisation secondaire intra-médullaire, patient mis sous corticothérapie par voie générale associée à une chimiothérapie à base de Carboplatine -Paclitaxel en attendant le résultat de recherche des mutations. Le patient est décédé deux semaines après le diagnostic du cancer.

A travers cet article, les auteurs insistent sur la possibilité d'une localisation secondaire intra-médullaire d'un adénocarcinome chez tout patient atteint présentant des signes neurologiques malgré sa rareté.

Date of Submission: 25-02-2025

Date of Acceptance: 05-03-2025

### I. Introduction :

Les métastases intramédullaires (MIM) représentent une complication neurologique rare et dévastatrice du cancer, la détection précoce est importante car un traitement adapté peut ralentir la détérioration neurologique, cependant, les symptômes apparaissent tardivement et le diagnostic aux stades précoces reste un défi [1].

### II. Patient Et Observation :

Il s'agit d'un Patient âgé de 63 ans, tabagique chronique actif de 50 paquets/année, accusant depuis un mois un syndrome bronchique trainant, une dyspnée d'effort et une altération de l'état général. L'examen clinique a noté un déficit sensitivo-moteur des deux membres inférieurs. La radiographie du thorax a montré une opacité occupant les 2/3 inférieurs de l'hémichamp thoracique gauche, La TDM thoracique a montré un processus médiastino-pulmonaire inférieur gauche.

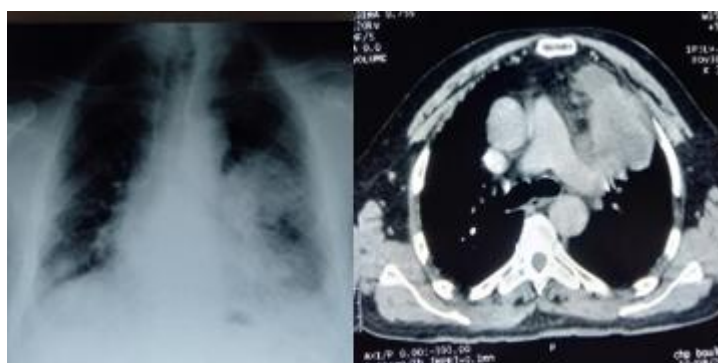
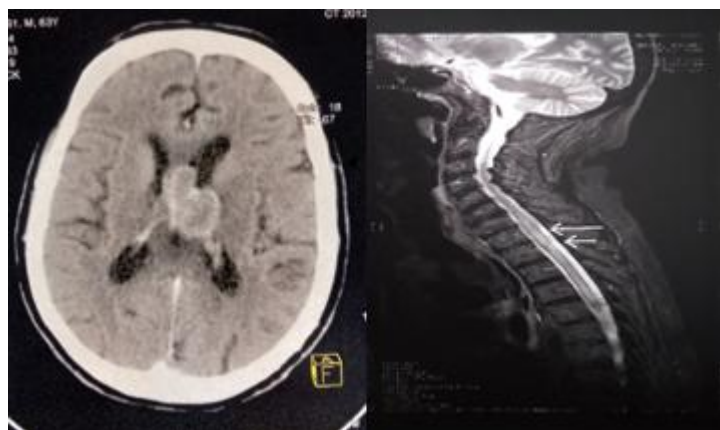


Figure 1 : Rx Thorax Face Montrant Une Opacité Des 2/3 Inférieurs De L'hémichamp Thoracique Gauche

Figure 2 : TDM Thoracique Montrant Un Processus Pulmonaire Lobaire Inferieur Gauche

Vu l'accessibilité de la lésion thoracique, une biopsie pulmonaire écho-guidée a été réalisée, l'étude anatomopathologique est revenue en faveur d'un adénocarcinome peu à moyennement différencié d'origine broncho-pulmonaire.

La TDM cérébrale a montré un processus lésionnel sus tentorial de la ligne médiane et Capsulo-thalamique d'allure suspecte, l'IRM médullaire a objectivé des lésions médullaires étagées et lepto-meningées d'allure secondaire avec signes de souffrance médullaire.



**Figure 3 :** TDM Cérébrale Montrant Un Processus Lésionnel Sus Tentorial De La Ligne Médiane Et Capsulo-Thalamique

**Figure 4 :** IRM Médullaire Montrant Des Lésions Médullaires Etagées Et Lepto-Meningées

Une corticothérapie par voie générale et une chimiothérapie à base de Carboplatine -Paclitaxel ont été débutées en attendant le résultat de recherche des mutations. Le patient est décédé deux semaines après le diagnostic du cancer.

### III. Discussion :

Les métastases intra-médullaires constituent une complication très rare du cancer (0,1–0,4 %) [2], le cancer du poumon est le primitif le plus fréquent suivi du cancer du sein, le cancer à petites cellules est le cancer bronchique le plus fréquemment rencontré [3], Les symptômes les plus fréquents sont les troubles sensitifs (42,5 %), les douleurs (30 %) et une faiblesse (30 %) [3].

La situation profonde des métastases dans la moelle est expliquée par la dissémination par voie artérielle des cellules tumorales, la dissémination par voie peri-veineuse reste à évoquer [2, 4]

La localisation dorsale est la plus fréquente des MIM, suivie des localisations cervicales et lobaires, ainsi la localisation multiple reste toujours valable [5, 6], chez notre patient les lésions ont été étagées et multiples.

La détérioration rapide des symptômes neurologiques dans un délai moins d'un mois distingue les MIM des tumeurs intramédullaires primitives dont l'évolution des symptômes est généralement plus lente [7], L'IRM est le seul examen à prescrire pour rechercher les MIM

La résection chirurgicale est indiquée quand le primitif est contrôlé avec une MIM localisée. Les objectifs de la chirurgie sont décompression de la moelle épinière, préservation de la fonction neurologique et de diagnostic histologique

La radiothérapie peut être utilisée comme un traitement curatif pour les patients en mauvais état général ou en tant que traitement adjuvant après chirurgie de réduction tumorale, La radiothérapie fractionnée stéréotaxique ou radio-chirurgie est une option thérapeutique prometteuse [2, 8] mais encore peu répandue.

L'apport de la chimiothérapie est inconnu mais probablement dépend de la tumeur primaire [9].

Les MIM d'origine pulmonaire ont un pronostic très sombre avec une moyenne de survie d'un mois [9, 8, 10]

### IV. Conclusion :

Les adénocarcinomes pulmonaires sont exceptionnellement à l'origine de métastases intramédullaires, mais cela n'empêche la recherche de localisations médullaires secondaires chez tout patient atteint de cancer broncho-pulmonaire avec signes neurologiques associés.

### Références :

- [1] O. Ait Sahel, S. Touil, Y. Benameur, S. Oueriagli, J. El Bakkali, A. Biyi, A. Doudouh, Médecine Nucléaire, Hôpital Militaire D'instruction Mohamed V, Rabat, Maroc, Available Online 4 March 2020, Version Of Record 4 March 2020.
- [2] P. Dam-Hieu Et Al. Retrospective Study Of 19 Patients With Intramedullary Spinal Cord Metastasis, Clin Neurol Neurosurg (2009)
- [3] D.D. Do-Dai Et Al. Magnetic Resonance Imaging Of Intramedullary Spinal Cord Lesions: A Pictorial Reviewcurr Probl Diagn Radiol (2010)
- [4] Pelissou-Guyotat J, Guyotat J, Szapiro J, Ravon R, Moreau Jj, Vidal J. Métastases Spinales Intradurales De Néoplasies Viscérales. Neurochirurgie. 1989;35(4):236–41. [PubMed] [Google Scholar]
- [5] 10.Potti A, Abdel-Raheem M, Levitt R, Schell Da, Mehdi Sa. Intramedullary Spinal Cord Metastases (Is cm) And Non-Small Cell Lung Carcinoma (Nsc lc): Clinical Patterns, Diagnosis And Therapeutic Considerations. Lung Cancer. 2001 Feb-Mar;31(2-3):319–23. Doi: 10.1016/S0169-5002(00)00177-X. [Doi] [PubMed] [Google Scholar]
- [6] Mercier Ph, Vialle M, George B, Fardoun R, Guy G. Les Métastases Rachidiennes Intradurales Des Cancers Viscéraux. Neurochirurgie (French) 1984;30(3):177–81. [PubMed] [Google Scholar]

- [7] Findlay Jm, Bernstein M, Vanderlinden Rg, Resch L. Microsurgical Resection Of Solitary Intramedullary Spinal Cord Metastases. *Neurosurgery*. 1987 Dec;21(6):911–5. Doi: 10.1227/00006123-198712000-00022. [Doi] [Pubmed] [Google Scholar]
- [8] Chang Uk, Youn Sm, Park Sq, Rhee Ch. Clinical Results Of Cyberknife Radiosurgery For Spinal Metastases. *J Korean Neurosurg Soc*. 2009 Dec;46(6):538–44. Doi: 10.3340/Jkns.2009.46.6.538. [Doi] [Pmc Free Article] [Pubmed] [Google Scholar]
- [9] Ding D, Fullard M, Jarrell Hs, Jones De. Intramedullary Spinal Cord Metastasis From Salivary Ductal Carcinoma Of The Parotid Gland Mimicking Transverse Myelitis In A Patient With Radiologically Isolated Syndrome. *J Neurol Sci*. 2014 Jan 15;336(1-2):265–8. Doi: 10.1016/J.Jns.2013.10.025. [Doi] [Pubmed] [Google Scholar]
- [10] Belaid I, Jlassi H, Debbiche G, Rais H, Ben Ayed F. Adénocarcinome Pulmonaire Avec Métastases Intramédullaires : A Propos D'un Cas Et Revue De La Littérature. *Rev Pneumol Clin*. 2013 Jun;69(3):149–51. Doi: 10.1016/J.Pneumo.2013.02.007. [Doi] [Pubmed] [Google Scholar]