

Masse Sternale Révélant Un Adénocarcinome Pulmonaire : À Propos D'un Cas

H. Arfaoui, Z. Sqalli Houssini, W. El Khattabi, S. Msika, N. Mouhssine,
H. Bamha, N. Bougdeb, H. Jabri, H. Afif

Service Des Maladies Respiratoires, Hôpital 20 Août 1953, Casablanca, Maroc

Résumé

La révélation initiale d'un adénocarcinome pulmonaire par une masse sternale est rare et traduit souvent une forme localement avancée. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 43 ans, tabagique chronique à 28 paquets-années sevré, alcoolique chronique et consommateur de cannabis arrêté, ayant un père suivi pour néoplasie pulmonaire, et qui présente depuis 6 mois une tuméfaction sternale associé à des lombalgie droites avec altération de l'état général. L'examen clinique a objectivé une masse au niveau de la partie antérosupérieure et à droite du sternum. La TDM thoracique a objectivé une masse tissulaire lobaire supérieur droite avec envahissement pariétal et sternal, associé à une masse ostéolytique de la gouttière costo-vertébral de la 10 ème côte droite, un nodule pulmonaire apicale droit, et une adénopathie hilare droite et prévasculaire. La bronchoscopie souple a objectivé une inflammation à la limite du 1er degré diffuse. La biopsie pariétale échoguidée a révélé un adénocarcinome pulmonaire moyennement différencié et invasif (CK7+, TTF1-, EGFR -), classé T3N2M1b (stade IV-A). La prise en charge a reposé sur une chimiothérapie associée à une radiothérapie décompressive sur l'atteinte costo-vertébrale. L'évolution a été marquée par une réponse partielle après six mois de traitement. Ce cas souligne l'importance d'évoquer une origine pulmonaire devant toute masse sternale inexpliquée.

Mots-clés : Adénocarcinome pulmonaire – Masse sternale – Scanner thoracique – TEP-Scan – Radiothérapie.

Date of Submission: 18-01-2026

Date of Acceptance: 28-01-2026

I. Introduction

Le cancer bronchopulmonaire demeure la principale cause de décès par cancer dans le monde. L'adénocarcinome est son type histologique le plus fréquent, notamment chez les tabagiques chroniques. La présentation inaugurale par une masse sternale douloureuse reste exceptionnelle et correspond le plus souvent à une extension locorégionale avancée. Nous rapportons l'observation d'un adénocarcinome pulmonaire révélé par une atteinte sternale.

II. Observation

Monsieur A.L., âgé de 43 ans, tabagique chronique à 28 paquets- années sevré il y a 9 mois, alcoolique chronique et consommateur de cannabis pendant 10 ans sevré il y a 2 ans, bronchitique chronique depuis 5 ans, ayant un père suivi pour néoplasie pulmonaire depuis 3 ans. L'histoire de la maladie remontait à 6 mois par l'installation de lombalgie se projetant à droite à type de brûlure, associée à l'apparition progressive d'une tuméfaction sternale douloureuse, le tout évoluant dans un contexte de sensations fébriles, sueurs nocturnes, asthénie, anorexie et amaigrissement chiffré à plus de 10 kg. L'examen clinique retrouvait une masse au niveau de la partie antérosupérieure et à droite du sternum, de 5 cm de grand axe, molle, fixe par rapport au plan superficiel et profond, sans signes inflammatoires en regard, et non douloureuse à la palpation, associé à un pectus excavatum (Figure 1), le signe de la Sonnette et de Lasègue étaient négatifs, et l'indice de Schober était normal. Sur la radiographie thoracique on avait douté sur la présence d'une masse à projection hilare droite de contours polylobé, des signes de distension thoracique étaient présents (Figure 2). La TDM thoracique objectivait la présence d'une masse tissulaire du segment ventral du lobe supérieur droit mesurant 47x56x63 cm de diamètre avec envahissement pariétal et osseux sternal, associé à une masse ostéolytique de la gouttière costo-vertébral de la 10 ème côte droite avec début d'extension endocanalaire, un nodule pulmonaire apicale droit, et une adénopathie hilare droite et pré-vasculaire étaient également visibles, associé à un poumon emphysémateux (Figure 3). La numération de la formule sanguine n'avait pas objectivé d'anomalies, le bilan hydro- électrolytique, hépatique et rénal étaient correct. La bronchoscopie souple avait objectivé une inflammation à la limite du 1er degré diffuse sans autres anomalies visibles, les biopsies bronchiques étaient en faveur d'un remaniements fibro-inflammatoires chroniques non spécifiques, et les aspirations bronchiques

dont : (Genexpert, BK directe et culture, et recherche d'actinomycètes) étaient tous négatives. Une échographie thoracique d'accessibilité a été réalisé visualisant une masse parasternale grossièrement ovalaire assez bien limitée de contours lobulés hétérogènes vascularisée au doppler couleur semblant envahir les parties molles adjacentes (Figure 4), et la biopsie pariétale échoguidée a révélé un adénocarcinome pulmonaire moyennement différencié et invasif (CK7+, TTF1-, EGFR-). Devant l'atteinte vertébral avec début d'extension endocanalaire une IRM médullaire a été réalisée montrant une discrète épidurite sans compression (Figure 5). Le bilan d'extension fait d'une TDM cérébral avec injection de produit de contraste qui s'est révélé normale, et d'un TEP-Scanner ayant objectivé un hypermétabolisme intéressant le processus tumoral pariéto-pleuro-pulmonaire antérieur droit associé à la lésion costo vertébrale droite, et à l'atteinte ganglionnaire pré-vasculaire et hilare droite, (le nodule parenchymateux pulmonaire apical droit n'était pas hypermétabolique) (Figure 6), avait permis de classer le malade selon la 9 ème édition de la classification TNM: T3N2M1b (stade IV-A). Dans le cadre de l'évaluation de sa BPCO le patient avait bénéficié d'une spirométrie avec test de réversibilité aux Beta 2 mimétiques courte durée d'action objectivant un trouble ventilatoire obstructif modéré non réversible, et le patient a été classé selon la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) en groupe A justifiant un traitement de fond à base d'anticholinergiques à longue durée d'action (LAMA). Après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire, une chimiothérapie à base de cisplatine et vinorelbine (3 cures) a été initiée, associée à une radiothérapie décompressive (20 séances) sur l'atteinte costo-vertébrale. L'évolution après 6 mois de traitement a été jugé favorable avec une amélioration clinique (Figure 7) et une régression morpho métabolique partielle du processus tumoral pariéto-pleuropulmonaire antérieur droit, ainsi que de l'atteinte ganglionnaires pré- vasculaire, avec une stabilité morphologique et métabolique de l'adénopathie hilare droite, et une légère régression métabolique de la lésion costo-vertébrale évaluée par TEP scanner de contrôle (Figure 8) correspondant à une réponse partielle selon les critères RECIST 1.1.

III. Discussion

L'adénocarcinome pulmonaire constitue aujourd'hui le type histologique le plus fréquent des cancers bronchiques primitifs, représentant près de 40 à 50 % des cas dans les séries occidentales et asiatiques (1,2). Cette prédominance s'explique en partie par l'évolution des habitudes tabagiques et l'exposition croissante à des facteurs environnementaux (2). Chez notre patient, un tabagisme chronique à 28 paquets-années, associé à des antécédents de consommation d'alcool et de cannabis, constituait un terrain favorisant.

L'extension pariétale directe reste un mode de révélation inhabituel, retrouvé dans 5 à 8 % des cancers bronchiques au diagnostic (6,10). Elle concerne le plus souvent les côtes, tandis que l'atteinte sternale demeure exceptionnelle, avec seulement quelques cas rapportés (6). Cette présentation doit néanmoins faire suspecter un processus néoplasique, particulièrement chez les sujets à risque.

Le diagnostic repose sur une approche multimodale. Le scanner thoracique demeure l'examen de référence pour caractériser la masse et l'extension pariétale, complété par l'IRM pour préciser les atteintes osseuses et des parties molles (7). Le TEP-Scan, essentiel à la stadification, a confirmé dans notre cas l'atteinte sternocostale et ganglionnaire médiastinale (7).

La confirmation histologique est indispensable. L'immunohistochimie a montré une expression diffuse et intense de la CK7, avec absence de TTF1, en faveur d'un adénocarcinome pulmonaire moyennement différencié et invasif, conformément aux critères de l'OMS 2021 (1). La recherche de mutations activables incluant EGFR était négative, confirmant l'indication d'une chimiothérapie à base de sels de platine. Le statut PD-L1, recommandé pour orienter l'immunothérapie, n'a pas été analysé (5).

Chez notre patient, une chimiothérapie par cisplatine-vinorelbine, validée en réunion multidisciplinaire, a été associée à une radiothérapie palliative ciblée permettant un bon contrôle des douleurs osseuses (2,4,6). Les progrès récents de l'immunothérapie, en particulier les inhibiteurs de PD-1/PD-L1, ont profondément modifié le pronostic des NSCLC avancés, mais leur utilisation reste conditionnée au statut tumoral (5).

Sur le plan pronostique, l'atteinte pariétale avec envahissement osseux correspond au stade T3 de la classification TNM (3). La présence concomitante d'adénopathies médiastinales (N2) et de métastases osseuses (M1b), comme dans notre observation, confère un pronostic sombre et exclut toute chirurgie curative. Malgré cela, une régression morpho-métabolique partielle selon les critères RECIST 1.1 (8) a été observée après six mois, traduisant une réponse satisfaisante au traitement instauré.

Ce cas met en évidence l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire, indispensable pour optimiser le diagnostic, définir la stratégie thérapeutique et améliorer le pronostic des patients (9).

IV. Conclusion

La révélation d'un adénocarcinome pulmonaire par une masse sternale demeure une situation exceptionnelle. Toute tuméfaction sternale inexplicable doit faire envisager une origine néoplasique pulmonaire,

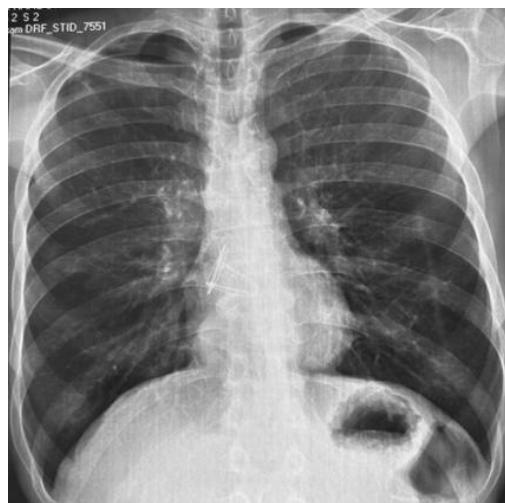
en particulier chez les patients à risque. L'imagerie multimodale et la biopsie sont essentielles pour établir le diagnostic, et la prise en charge doit être rapide et multidisciplinaire afin d'optimiser le pronostic.

References

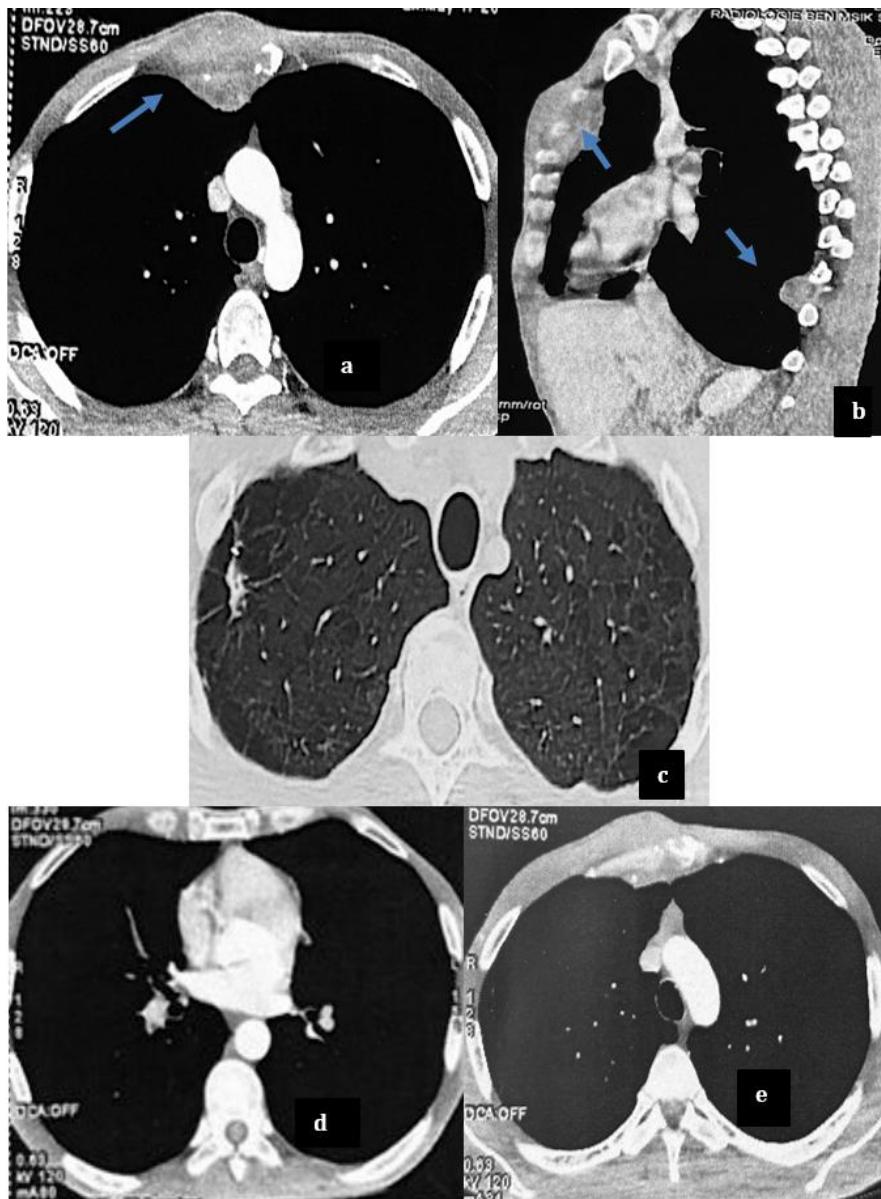
- [1]. Travis WD Et Al. The 2021 WHO Classification Of Lung Tumors. *J Thorac Oncol.* 2021;16(3):E1–E14.
- [2]. ESMO Guidelines Committee. Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol.* 2023.
- [3]. Goldstraw P, Et Al. IASLC Staging Manual In Thoracic Oncology: 9th Edition Update. *J Thorac Oncol.* 2024.
- [4]. Radiotherapy For Chest Wall Invasion In Lung Cancer. *J Thorac Dis.* 2022.
- [5]. Immunotherapy For NSCLC: Breakthroughs And Challenges. *Lancet Respir Med.* 2020.
- [6]. Trousse D Et Al. Management Of Lung Cancer Invading The Chest Wall. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2003.
- [7]. Role Of PET-CT In Staging Lung Cancer. *Cancer Imaging.* 2019.
- [8]. Response Assessment Criteria In Solid Tumors: RECIST 1.1 Update. *Eur J Cancer.* 2021.
- [9]. Wahl RL, Jacene H, Kasamon Y, Lodge MA. From RECIST To PERCIST: Evolving Considerations For PET Response Criteria In Solid Tumors. *J Nucl Med.* 2009;50 (Suppl 1):122S-150S. Doi:10.2967/Jnumed.108.057307.
- [10]. Early Multidisciplinary Management Of Thoracic Malignancies. *Curr Opin Pulm Med.* 2020.
- [11]. Prognostic Impact Of Chest Wall Involvement In NSCLC. *J Thorac Oncol.* 2018.



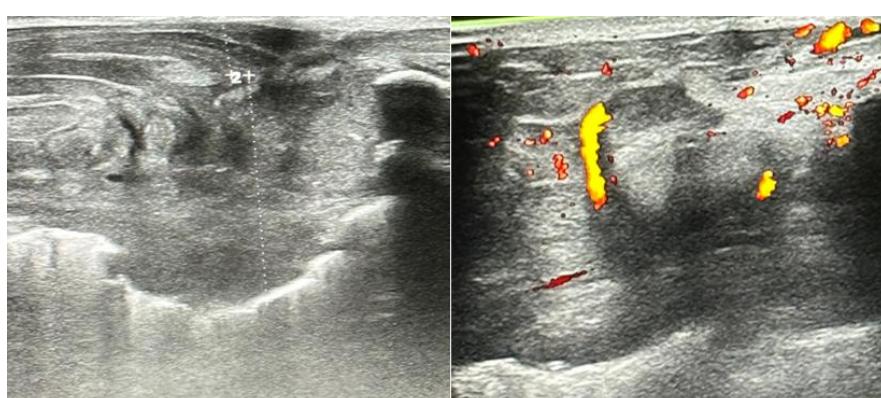
[Figure 1 : Image montrant une masse au niveau de la partie antéro-supérieure et à droite du sternum]



[Figure 2 : Radiographie thoracique de face : doute sur la présence d'une masse à projection hilaire droite de contours polylobé, associé à des signes de distension thoracique]



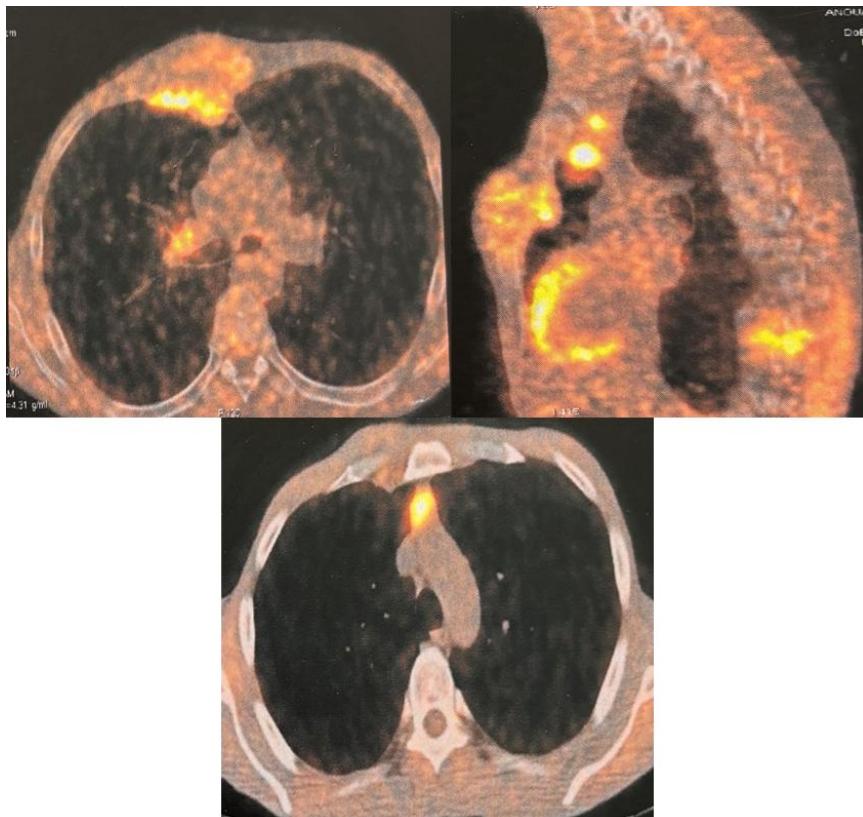
[Figure 3 : TDM thoracique : Masse tissulaire du segment ventral du lobe supérieur droit de 47x56x63 cm de diamètre avec envahissement pariétal et osseux sternal (a), masse ostéolytique de la gouttière costo-vertébral de la 10 éme cote droite avec début d'extension endocanalaire (b), nodule pulmonaire apicale droit (c), et adénopathie hilaire droite (d) et pré-vasculaire (e), poumon emphysématieux]



[Figure 4 : Échographie thoracique d'accessibilité : Masse parasternale grossièrement ovalaire assez bien limitée de contours lobulés hétérogènes vascularisée au doppler couleur semblant envahir les parties molles adjacentes]



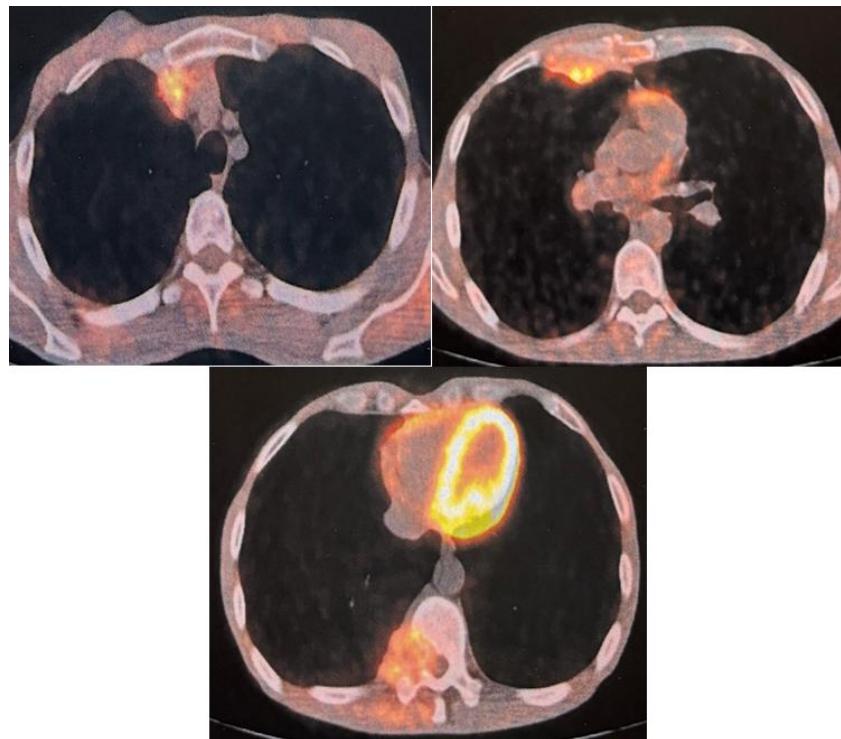
[Figure 5 : IRM médullaire : discrète épidurite sans compression]



[Figure 6 : TEP scanner : Hypermétabolisme intéressant le processus tumoral pariéto-pleuro-pulmonaire antérieur droit associé à la lésion costo vertébrale droite, et à l'atteinte ganglionnaire pré-vasculaire et hilaire droite]



[Figure 7 : Régression quasi-totale de la tuméfaction sternale après 6 mois de traitement, NB : la cicatrice était présente avant le diagnostic en rapport avec une agression]



[Figure 7 : TEP scanner de contrôle : Régression morpho métabolique partielle du processus tumoral pariéto-pleuropulmonaire antérieur droit, et de l'atteinte ganglionnaires pré- vasculaire, avec stabilité morphologique et métabolique de l'adénopathie hilaire droite, et une légère régression métabolique de la lésion costo-vertébrale/