

Métastase cutanée révélatrice d'un adénocarcinome pulmonaire

Fatima El allam, Hajar EL haddar, Mohamed Lakhal, Sara Gartini, Meryem Rhazari, Afaf Thouil, Hatim Kouismi

Service des maladies respiratoires centre hospitalier universitaire Mohammed VI Oujda, Faculté de médecine et de pharmacie d'Oujda, Université Mohammed Premier, Maroc

Résumé :

Les métastases cutanées constituent une manifestation rare du cancer du poumon et peuvent parfois représenter le premier signe révélateur de la maladie. Leur présentation clinique polymorphe peut retarder le diagnostic et la prise en charge.

Nous rapportons le cas d'un homme de 64 ans, tabagique chronique, présentant depuis cinq mois une toux sèche associée à deux tuméfactions cutanées d'augmentation progressive. L'examen anatomopathologique d'une biopsie cutanée a mis en évidence un adénocarcinome peu différencié d'origine primitive indéterminée. Le bilan étiologique a révélé une masse pulmonaire au scanner thoracique. Une fibroscopie bronchique avec biopsies a été réalisée, dont l'étude anatomopathologique a confirmé le diagnostic d'adénocarcinome bronchique.

Ce cas souligne l'importance d'une démarche diagnostique rigoureuse devant toute lésion cutanée suspecte.

Les mots clés : Adénocarcinome, métastase cutanée, biopsie

Date of Submission: 06-06-2026

Date of Acceptance: 17-06-2026

I. Introduction :

Le cancer bronchopulmonaire présente une capacité élevée de dissémination métastatique, pouvant intéresser de nombreux organes. Les localisations secondaires les plus fréquemment observées sont les ganglions lymphatiques hilaires, le foie, les glandes surrénales, les os et le cerveau. Les métastases cutanées associées au cancer du poumon restent rares, avec une incidence estimée entre un et 12 % (1).

L'adénocarcinome est le type histologique le plus fréquemment impliqué dans les métastases cutanées pulmonaires, suivi des carcinomes épidermoïde, à petites cellules et à grandes cellules. Les régions cutanées le plus souvent atteintes comprennent le thorax, l'abdomen, la tête et le cou (2).

Nous rapportons le cas d'un patient de 64 ans qui présentait deux masses cutanées une au niveau axillaire et l'autre au niveau dorsale, et dont les explorations complémentaires ont permis d'établir le diagnostic du cancer du poumon métastatique au niveau cutané.

II. Observation :

Il s'agit d'un homme de 64ans fumeur régulier depuis 30ans, il présentait depuis cinq mois une dyspnée avec une toux sèche associée à une tuméfaction au niveau de la région axillaire droit et au niveau dorsal augmentant progressivement de volume. L'évolution s'est faite dans un contexte d'altération de l'état général marqué par une anorexie et une perte de poids.

Lors de l'examen général, le patient présentait une pâleur et une asthénie, score de performance OMS était évalué à deux avec une saturation en oxygène correcte à 97% à l'air ambiant, une respiration eupnéique à 24 cycles par minute et une fréquence cardiaque de 74 battements/min.

L'examen physique retrouvait une volumineuse masse axillaire droite (figure 1), arrondie, dure et ferme, mesurant environ 6 cm dans son plus grand axe, surmontée de croûtes, sans signes inflammatoires locaux. Une seconde lésion cutanée était observée au niveau dorsal, infiltrée, ulcéro-croûteuse et entourée d'un halo inflammatoire (figure 2).



Figure 1 : masse cutanée axillaire surmonté de croûtes



Figure 2 : Lésion cutanée dorsale entourée d'un halo inflammatoire

La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne objectivait une masse pulmonaire du lobe supérieur droit (Figure 3), mesurant 81 x 82 x 72mm, localement avancée, envahissant la plèvre pariétale et la paroi thoracique et englobe la bronche lobaire supérieur droit, deux nodules sous cutanés tissulaires nécrosés la première en regard de l'omoplate droit et la deuxième au niveau de la région axillaire droit associé à des adénopathies médiastinales, aucun localisation secondaire n'a été retrouvée à l'étage abdomino-pelvienne.

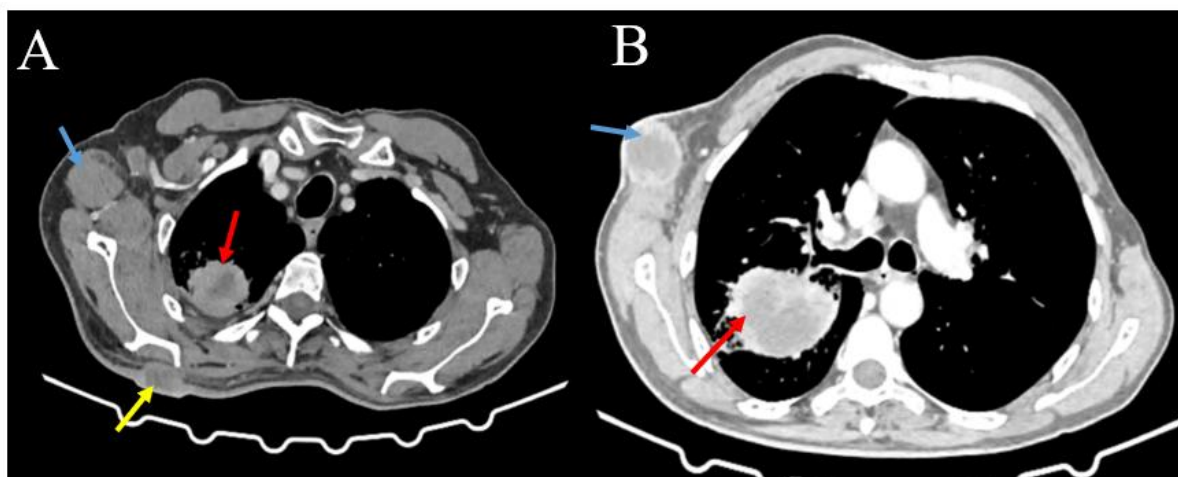


Figure 3 : Un scanner thoracique avec fenêtre médiastinale avant (A) et après injection de produit de contraste (B) a montré la présence d'une masse parenchymateuse lobaire supérieure droite (flèche rouge), deux nodules tissulaires sous-cutanés nécrotiques en regard de l'omoplate (flèche jaune) et le deuxième axillaire droit (flèche bleue).

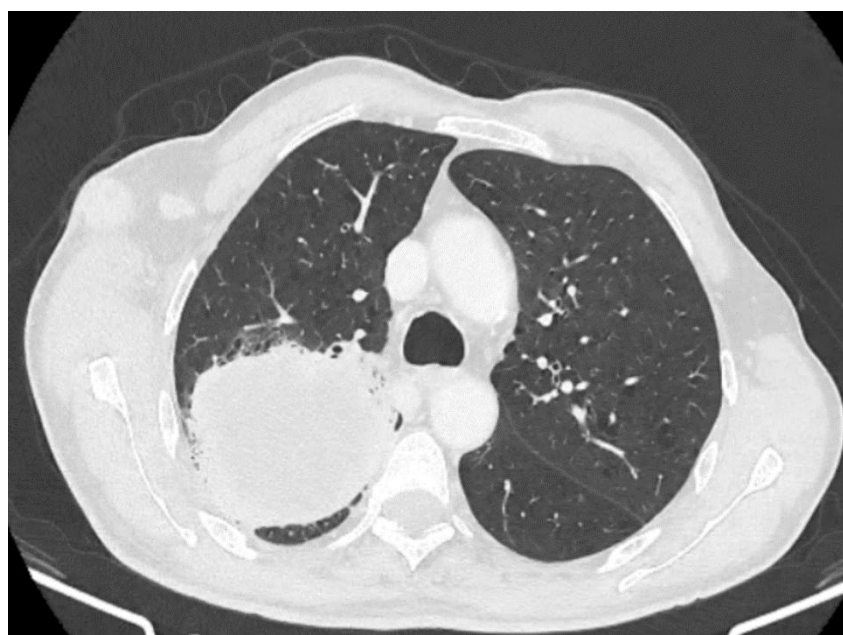


Figure 4 : Coupe axiale de tomographie assistée par ordinateur thoracique en fenêtrage parenchymateux montrant une volumineuse masse du lobe supérieur droit

Le patient avait antérieurement bénéficié d'une biopsie cutanée de la masse, dont l'étude immunohistochimique a conclu à un adénocarcinome peu différencié d'origine primitive indéterminée. En immunohistochimie, les cellules tumorales étaient positives pour la cytokératine-7 (CK7) et négatives pour CK20 et TTF-1.

Un examen bronchoscopique a été réalisé par la suite, révélant la présence d'un bourgeon tumoral nécrotique (Figure 5) obstruant la bronche lobaire supérieure droite. La biopsie bronchique a montré à l'étude immunohistochimique un adénocarcinome peu différencié d'origine bronchique.

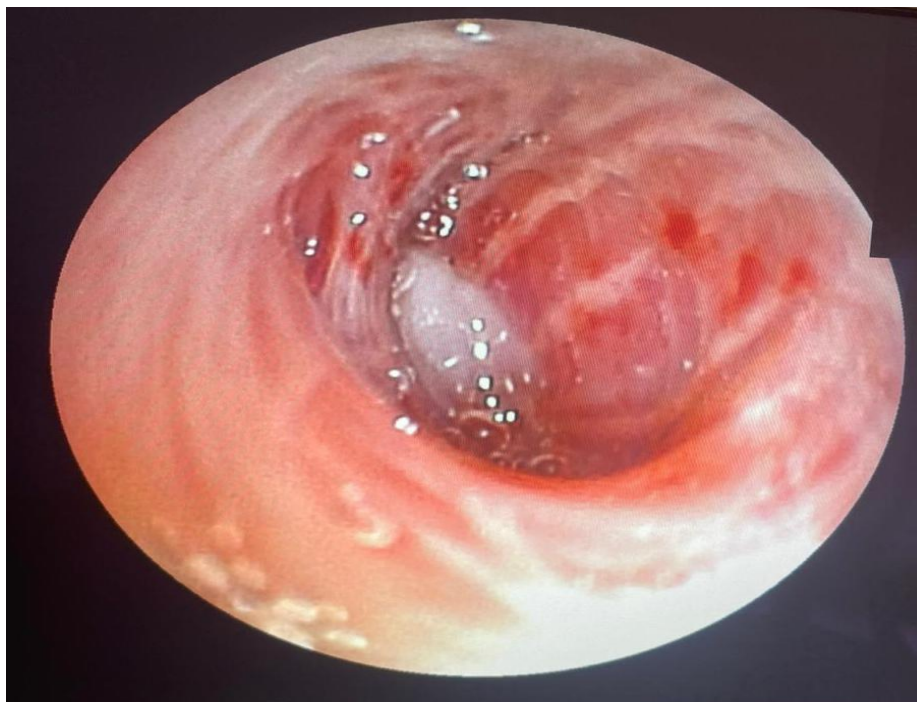


Figure 5 : image bronchoscopique montrant un bourgeon nécrosé obstruant la bronche lobaire supérieure droite (flèche bleue).

Le diagnostic retenu était celui d'un adénocarcinome bronchique avec métastase cutanée. L'équipe multidisciplinaire a décidé de ne pas procéder à la résection. Elle a plutôt recommandé une chimiothérapie. Malheureusement, le patient est décédé avant la fin du premier cycle de chimiothérapie.

III. Discussion :

Les métastases cutanées représentent de 2% de toutes les métastases. L'incidence des métastases cutanées d'origine pulmonaire varie de 1 à 12% (1). Elles sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes (3). Mollet et al ont rapporté, dans une revue systématique des métastases cutanées, que les métastases cutanées les plus fréquentes chez l'homme sont d'origine pulmonaire (24 %), suivi par les cancers colorectaux (19 %), du mélanome (13 %) et des cancers de la cavité buccale (12 %). Chez la femme, les métastases cutanées proviennent le plus souvent du cancer du sein (69 %) puis le cancer du côlon (9 %), le mélanome (5 %), le cancer de l'ovaire (4 %) et le cancer du poumon (4 %) (1). Les sites de métastases du cancer du poumon les plus fréquemment décrits sont le cerveau, le foie, les ganglions lymphatiques et les glandes surrénales. En revanche les métastases cutanées sont beaucoup moins fréquentes.

Plusieurs mécanismes de dissémination cutanée ont été proposés. L'extension par contiguïté constitue une possibilité, tandis que la propagation lymphatique ou hématogène demeure le mécanisme le plus fréquent, apparaissant le plus souvent à un stade avancé de la maladie. Une relation étroite est généralement rapportée entre la localisation du cancer primitif et la topographie des métastases cutanées (4) (5). Il convient de souligner que les métastases cutanées peuvent survenir dans tous les sous-types histologiques de cancer du poumon mais le plus souvent dans les adénocarcinomes. Généralement, les métastases cutanées se développent après le diagnostic initial de la tumeur primitive et à un stade avancé de la maladie (6) Toutefois, il arrive que des lésions cutanées d'origine pulmonaire se manifestent avant même l'identification de la tumeur primitive comme notre cas et le cas décrite par Zemme (4).

Les présentations cliniques de métastases sont variées et peu spécifique la plus courante est la forme nodulaire ou la masse, des formes moins fréquentes peuvent se présenter sous forme papuleuse, en plaque ulcérée, vascularisée, zosteriforme ou érysipéloïde (1) (7). Ces nodules sont généralement fixes, fermes et indolores, avec un diamètre allant de 2 mm à 6 cm. Les métastases cutanées peuvent apparaître sous forme de lésions isolées ou de multiples nodules regroupés, d'aspect non spécifique (8).

Les localisations fréquentes comprennent le thorax, le dos, l'abdomen, la tête et le cou (2). Les métastases cutanées se trouvent le plus souvent à proximité du cancer primaire. De plus, les cancers du poumon des lobes supérieurs ont une plus grande propension à se propager à la peau (9). Chez notre patient le processus est localisé au niveau du lobe supérieur droit.

L'analyse histologique constitue une étape clé du diagnostic, mais elle ne permet pas toujours d'identifier l'origine de la tumeur primitive. L'immunohistochimie représente alors un outil diagnostique majeur, permettant de préciser la nature cellulaire de la lésion, en particulier dans les formes histologiquement indifférenciées. La détermination de l'origine tumorale repose souvent sur l'utilisation d'un panel de marqueurs immunohistochimiques incluant CK7, CK20, TTF-1 et CDX-2. La CK7 est fréquemment exprimée dans les adénocarcinomes pulmonaires primitifs, tandis que le TTF-1 est présent dans la majorité des adénocarcinomes pulmonaires et dans les carcinomes pulmonaires à petites cellules (10) (11). Chez notre patient, l'étude immunohistochimique a révélé une expression positive de CK7, alors que les marqueurs CK20 et TTF-1 étaient négatifs.

Le traitement d'une lésion cutanée isolée comprend généralement une intervention chirurgicale, seule ou associée à une chimiothérapie et/ou une radiothérapie. En cas de lésions plus disséminées, la chimiothérapie est le traitement de première intention (12). Le pronostic reste sombre, la survie moyenne est courte, généralement de cinq à six mois après le diagnostic de métastase cutanée (1). Dans notre cas, le patient est décédé quatre mois après le diagnostic.

IV. Conclusion :

Il est rare qu'un cancer du poumon se développe sous forme de masse cutanée, mais les médecins doivent garder cette possibilité à l'esprit, notamment chez les patients présentant un risque accru de cancer du poumon. Une vigilance clinique accrue est essentielle, car un diagnostic précoce permet une prise en charge rapide et adaptée, susceptible d'améliorer le pronostic et l'évolution de la maladie, tout en contribuant à une meilleure qualité de vie des patients.

References:

- [1]. Mollet TW, Garcia CA, Koester G. Skin metastases from lung cancer. *Dermatol Online J.* 2009 May 15;15(5):1. PubMed PMID: 19624979.
- [2]. Dhambri S, Zendah I, Ayadi-Kaddour A, Adouni O, El Mezni F. Cutaneous metastasis of lung carcinoma: a retrospective study of 12 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2011 Jun;25(6):722–6. doi:10.1111/j.1468-3083.2010.03818.x PubMed PMID: 20735519.
- [3]. Wang Y, Xue R. Cutaneous Metastases from Lung Adenocarcinoma. *Case Reports in Dermatological Medicine.* 2020;2020(1):8880604. doi:10.1155/2020/8880604
- [4]. Zemmez Y, Zegmout A, Hamama J, Bouhamidi A. Métastases cutanées révélant un adénocarcinome bronchique. *The Pan African Medical Journal.* 2016 May 3;24(2). doi:10.11604/pamj.2016.24.2.9397
- [5]. Gupta V, Bhutani N, Marwah N, Sen R. Scalp metastasis as an initial presentation of lung adenocarcinoma : A case report and literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2017;41:327–31. doi:10.1016/j.ijscr.2017.10.060 PubMed PMID: 29136605; PubMed Central PMCID: PMC5683037.
- [6]. McGrath RB, Flood SP, Casey R. Cutaneous metastases in non-small cell lung cancer. *Case Reports.* 2014 Sep 20;2014:bcr2014205752. doi:10.1136/bcr-2014-205752 PubMed PMID: 25246468.
- [7]. Brownstein MH, Helwig EB. Spread of tumors to the skin. *Arch Dermatol.* 1973 Jan;107(1):80–6. PubMed PMID: 4682547.
- [8]. Hussein MRA. Skin metastasis: a pathologist's perspective. *J Cutan Pathol.* 2010 Sep;37(9):e1-20. doi:10.1111/j.1600-0560.2009.01469.x PubMed PMID: 19922483.
- [9]. Guelzim Y, Houssaini AS, Messaoud O, Taibi O, Essaber H, Bakkari AE, et al. Skin metastasis revealing lung carcinoma. *Radiology Case Reports.* 2024 Jan 1;19(1):178–81. doi:10.1016/j.radcr.2023.09.087
- [10]. Newcomer JB, Durbin A, Wilson C, Newcomer JB, Durbin A, M.d CLW. Cutaneous Metastasis of Lung Adenocarcinoma: Initially Mimicking and Misdiagnosed as Keloids. *Cureus.* 2022 Jul 26;14(7). doi:10.7759/cureus.27285
- [11]. Koyuncuer A, Cüzdan SS, Şenköy E, Kalacı N. Skin metastasis as the first manifestation of lung carcinoma. *Asian Cardiovasc Thorac Ann.* 2018 May;26(4):320–4. doi:10.1177/0218492318766784 PubMed PMID: 29562758.
- [12]. Babacan NA, Kiliçkap S, Sene S, Kacan T, Yucel B, Eren MF, et al. A Case of Multifocal Skin Metastases from Lung Cancer Presenting with Vasculitic-type Cutaneous Nodule. *Indian J Dermatol.* 2015;60(2):213. doi:10.4103/0019-5154.152582 PubMed PMID: 25814739; PubMed Central PMCID: PMC4372943.