

Les cancers secondaires de la plèvre

J.-M. Bréchet¹, E. Biron²

Épidémiologie

Les cancers secondaires de la plèvre se manifestent le plus souvent par une pleurésie liquidienne.

Une pleurésie carcinomateuse complique l'évolution d'un cancer connu dans environ 6 % des cas. Elle peut être révélatrice [1]. Le carcinome bronchique primitif et le carcinome mammaires sont les deux tumeurs solides les plus souvent en cause dans la survenue de ces pleurésies carcinomateuses secondaires.

Tableau clinique et imagerie

– Dyspnée d'installation progressive et toux sèche sont les symptômes révélateurs les plus fréquents [1]. Des douleurs thoraciques signent un envahissement pariétal ;

– La radiographie thoracique confirme l'image d'épanchement pleural liquidien, le plus souvent unilatéral ou l'existence d'épaississement pleural irrégulier ;

– La TDM thoracique est systématique. Elle confirme l'image d'épanchement pleural liquidien ou met en évidence un épaississement irrégulier, mamelonné de la plèvre. La recherche d'anomalies associées bronchiques, parenchymateuses pulmonaires, médiastinales ou pariétales est systématique (tableau I) [2].

La mise en évidence de calcifications pleurales est au contraire très évocatrice de pathologie bénigne (sensibilité 33 %, spécificité 96 % en faveur de la bénignité).

Tableau I.

En faveur d'une pathologie maligne (primitive ou secondaire) de la plèvre (74 patients).

	Sensibilité	Spécificité
Épaississement pleural circonférentiel	41 %	100 %
Épaississement pleural nodulaire	51 %	94 %
Épaississement pleural pariétal > 1 cm	36 %	94 %
Atteinte plèvre médiastinale	56 %	88 %

¹ Service d'Oncologie Médicale, Hôpital Avicenne, Bobigny, France.

² Clinique St. Jean, Lyon, France.

Voir Éditorial p. 23.

Tirés à part : J.-M. Bréchet, Service d'Oncologie Médicale, Hôpital Avicenne, 125 route de Stalingrad, 93009 Bobigny Cedex, France.
jeanne-marie.brechet@avc.ap-hop-pocus.fr

L'IRM n'est pas utile en pratique clinique courante. L'analyse des aspects morphologiques et d'intensité des signaux pondérés en T1 et T2 lui confère une sensibilité de 100 % et une spécificité de 90 % dans la détection de pleurésie maligne [3].

La TEP (tomographie à émission de positons) peut montrer une hyperfixation de toute la plèvre tumorale. Mais il existe des faux positifs liés à une pathologie inflammatoire ou infectieuse de la plèvre. Elle peut en outre aider dans la recherche d'un carcinome primitif. Elle est en cours d'évaluation dans cette pathologie.

Diagnostic anatomopathologique

La ponction pleurale doit être systématique ; elle retrouve le plus souvent un liquide citrin ou séro-hématique, de type exsudatif ; l'examen cytologique du liquide pleural peut permettre d'affirmer le diagnostic de pleurésie carcinomateuse secondaire s'il met en évidence la présence de cellules carcinomateuses (sensibilité de 62 à 90 % selon les études) [4]. Ce diagnostic cytologique peut suffire chez un patient porteur d'une néoplasie connue ; l'aspect morphologique et les caractéristiques immunocytochimiques doivent être compatibles avec le diagnostic de métastase du carcinome connu. En l'absence d'antécédents néoplasiques, une cytologie positive est le plus souvent insuffisante pour éliminer formellement un mésothéliome malin et orienter vers un carcinome primitif.

La biopsie pleurale à l'aveugle est un geste simple, réalisé au lit du malade ; sa sensibilité varie de 40 à 75 % selon les études [5].

La pratique de biopsie pleurale sous TDM se développe et semble d'un apport diagnostique supérieur (*tableau II*) [6].

L'approche diagnostique par thoracoscopie est le *gold standard* du diagnostic des pleurésies malignes. Elle permet de préciser l'aspect macroscopique des lésions, leur extension au sein de la cavité pleurale et la pratique de nombreuses biopsies sous contrôle de la vue en territoire sain et suspect. Dans une étude prospective sur 208 patients, la sensibilité diagnostique de la cytologie pleurale, de la biopsie pleurale à l'aveugle et de la thoracoscopie était respectivement de 62 %, de 44 % de 95 % [7].

Tableau II.
Etude prospective sur 50 patients [6].

	Sensibilité	Spécificité	Valeur prédictive -	Valeur prédictive +
B.PI à l'aveugle	47 %	100 %	44 %	100 %
B.PI sous TDM	87 %	100 %	80 %	100 %

B.PI= biopsie pleurale.

Le diagnostic anatomopathologique doit affirmer qu'il s'agit d'une pleurésie néoplasique, de nature carcinomateuse, rechercher une éventuelle différenciation et orienter si possible la recherche du carcinome primitif. Aspect morphologique et données de l'immunohistochimie avec un panel d'anticorps concourent à ce diagnostic. L'immunomarquage par TTF-1 (thyroid transcription factor-1) permet de différencier les métastases pleurales d'adénocarcinomes bronchiques primitifs des métastases d'adénocarcinomes extrathoraciques avec une sensibilité de 54 %, une spécificité de 100 % et une valeur prédictive positive de 100 % [8].

Bilan à la recherche d'un cancer primitif

Il est essentiel pour guider au mieux la stratégie thérapeutique. En l'absence d'antécédents néoplasiques connus et/ou d'éléments d'orientation anatomopathologiques, les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique sont fondamentales. La TDM thoracique, systématique pour l'appréciation des lésions pleurales, peut déceler une image bronchique ou parenchymateuse anormale imposant la poursuite des investigations pneumologiques, en particulier la pratique d'une fibroscopie bronchique, à la recherche d'un carcinome bronchique primitif. En l'absence d'hémoptysies ou de toute image scannographique pulmonaire anormale et si l'épanchement pleural est de faible abondance, l'endoscopie bronchique n'a un rendement diagnostique que de 2 % [9]. Cancer du sein et de l'ovaire chez la femme, cancer de la prostate chez l'homme sont importants à identifier car relevant de traitements spécifiques potentiellement curatifs : échographie prostatique et dosage des PSA chez l'homme, mammographie et échographie ou scanner abdominopelvien chez la femme seront systématiques [10].

Traitement local des pleurésies carcinomateuses récidivantes

Les ponctions pleurales évacuatrices, réalisées en ambulatoire, améliorent la dyspnée et l'hypoxémie. Mais la reproduction rapide du liquide impose leur répétition avec une efficacité qui s'estompe au fil du temps en raison de l'épaississement de la plèvre et des cloisonnements.

Une symphyse pleurale doit être proposée rapidement si l'épanchement est récidivant, si les ponctions évacuatrices soulagent le patient, si le poumon sous-jacent se réexpand bien après évacuation, et si l'espérance de vie du patient dépasse quelques semaines [11]. Trois agents symphysants ont été très utilisés : les cyclines, la bléomycine et le talc avec une efficacité variant de 54 à 93 %, les meilleurs résultats étant obtenus avec le talc, que ce soit en pulvérisation lors d'une thoracoscopie ou mélangé à du sérum physiologique par drain thoracique [12].

Le drainage pleural en continu poursuivi à domicile est une alternative aussi efficace que la symphyse aux cyclines [13].

Références

- 1 Chernow B, Sahn SA : Carcinomatous involvement of the pleura: an analysis of 96 patients. *Am J Med* 1977 ; 63 : 695-702.
- 2 Leung AN, Muller NL, Miller RR : CT in differential diagnosis of diffuse pleural disease. *AJR* 1990 ; 154 : 487-92.
- 3 Hierholzer J, Luo L, Bittner RC, Stroszczyński C, Schröder R-J, Schoenfeld N, Dorow P, Loddenkemper R, Grassot A : MRI and CT in the differential diagnosis of pleural disease. *Chest* 2000 ; 118 : 604-9.
- 4 Johnston WW : The malignant pleural effusion. A review of cytopathologic diagnoses of 584 specimens from 472 consecutive patients. *Cancer* 1985 ; 56 : 905-9.
- 5 Poe RE, Israel RH, Utell MJ, Hall WJ, Greenblatt DW, Kallay MC : Sensitivity, specificity and predictive values of closed pleural biopsy. *Arch Intern Med* 1984 ; 144 : 325-8.
- 6 Maskell NA, Gleeson FV, Davies RJO : Standard pleural biopsy versus CT-guided cutting-needle biopsy for diagnosis of malignant disease in pleural effusions: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003 ; 361 : 1326-31.
- 7 Loddenkemper R, Grosser H, Gabler A, Mai J, Preussler H, Brandt HJ : Prospective evaluation of biopsy methods in the diagnosis of malignant pleural effusions: inpatient comparison between pleural fluid cytology, blind needle biopsy and thoracoscopy. *Am Rev Respir Dis* 1983 ; 127 : 127.
- 8 Gomez-Fernando C, Jorda M, Delgado PI, Gangel-Azar P : Thyroid transcription factor-1. A marker for lung adenocarcinoma in body cavity fluids. *Cancer (Cancer Cytopathol)* 2002 ; 96 : 289-93.
- 9 Poe RH, Levy PC, Israel RH, Ortiz CR, Kallay MC : Use of fiberoptic bronchoscopy in the diagnosis of bronchogenic carcinoma. A study in patients with idiopathic pleural effusions. *Chest* 1994 ; 105 : 1663-7.
- 10 Abbruzzese JL, Abbruzzese MC, Lenzi R, Hess KR, Raber MN : Analysis of a diagnostic strategy for patients with suspected tumors of unknown origin. *J Clin Oncol* 1995 ; 13 : 2094-103.
- 11 Rodriguez-Panadero F, Antony VB : Pleurodesis: state of the art. *Eur Respir J* 1997 ; 10 : 1648-54.
- 12 Walker-Renaud PB, Vaughan LM, Sahn SA : Chemical pleurodesis for malignant pleural effusions. *Ann Intern Med* 1994 ; 120 : 56-64.
- 13 Putman JB, Light RW, Rodriguez RM, Ponn R, Olak JS, Lee RB, Payne DK, Graeber G, Kovitz KL : A randomized comparison of indwelling pleural catheter and doxycycline pleurodesis in the management of malignant pleural effusions. *Cancer* 1999 ; 86 : 1992-9.