

Métastase Cardiaque d'un Adénocarcinome du Rectum. A propos d'un cas

M. HAOUI, M.AYAD

Service de Radiothérapie -Oncologie

EHS en lutte contre le cancer. Blida

Faculté de médecine - Université Blida 1

Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 58ans, qui présente une tumeur du bas rectum à 5 cm de la marge anale(MA), la biopsie confirme l'adénocarcinome bien différencié, Le scanner thoraco abdomino pelvien(TAP) montre une tumeur à 5 cm de la MA infiltrant la graisse péri rectale avec des adénopathies, sans localisations secondaires. L'IRM pelvienne non faite. Le Toucher rectal(TR) trouve une tumeur à 4 cm de la MA hémicirconférentielle fixée. Tumeur classée T3N2Mo. Le bilan cardiovasculaire et biologique est normal.

Le patient a eu une radiothérapie externe à la dose de 45 GY en concomitance avec 3 cures de chimiothérapie(CT) type FOLFOX4. Le scanner de réévaluation montre une tumeur à 4 cm de la marge anale avec des adénopathies du méso rectum et un nodule hépatique de 32 mm du segment IV. les ACE sont à 19 ng/ml. Il a eu une résection antérieure avec exérèse totale du mesorectum(TME) et anastomose colo-anale et une colostomie de prévention, la métastase hépatique n'a pu être enlevée (fig1). L'étude histopathologique a conclu à un reliquat d'un ADK infiltrant la musculature sans embolies vasculaires, la clairance et les limites sont saines, 8 adénopathies sur 8 sont négatives. YpT2N0M1 : Le patient a reçu 6cures de chimiothérapie en post opératoires pour la métastase hépatique, le bilan de réévaluation montre une baisse des ACE à 10ng et une régression de la métastase hépatique à 18mm le patient est programmé pour une métastectomie et rétablissement de la continuité, le bilan fait en pré-op découvre une ascension des ACE à 343ng, CA19 9 à 500UI.

Le scanner thoracique (fig2) montre des localisations infracentriques pulmonaires et une masse du ventricule droit d'allure métastatique.

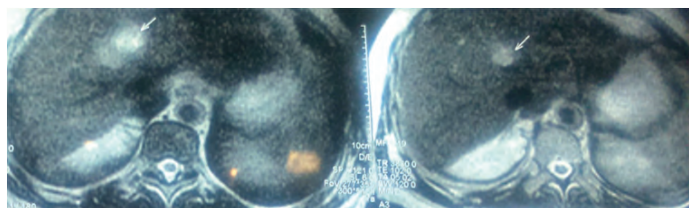


Figure1 : l'IRM abdominale montrant la localisation hépatique (flèche)

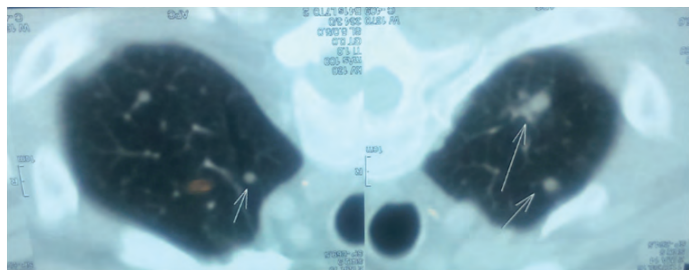


Figure2 : localisations secondaires pulmonaires

l'IRM cardiaque confirme la présence d'une localisation secondaire du ventricule droit avec un épanchement péricardique (fig3). une échocardiographie faite à 2 jours d'intervalle objective une baisse de la fraction d'éjection systolique (FES) de 77% à 56%. Le patient est décédé 7 jours après l'apparition de la métastase cardiaque.

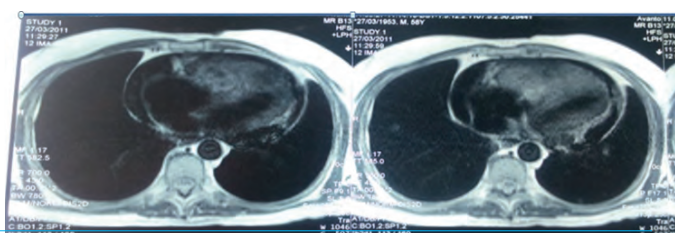


Figure 3 : IRM cardiaque: Masse hétérogène occupant la totalité du ventricule droit et un épanchement péricardique de moyenne abondance.

Discussion

Les métastases cardiaques sont très rares, elles sont retrouvées dans 1 à 10% des autopsies des malades atteints du cancer^(1,2).

Le cancer primitif est le cancer du poumon, du sein, les mélanomes, le mesothéliome pleural et les lymphomes. Le type histologique des métastases cardiaques le plus fréquent est l'adénocarcinome, il représente 36%⁽³⁾, une étude autopsique de 146 patients porteurs d'un cancer du côlon a rapporté un taux de métastases cardiaques de 1,4 %.

Les signes cliniques sont dominés par la dyspnée, les troubles du rythme (tachycardie, arythmie), une tamponnade ou une insuffisance cardiaque. Plus rarement, la découverte de l'atteinte cardiaque est fortuite⁽⁴⁾.

Le site le plus fréquent des métastases cardiaques est le ventricule droit

Peu de données sont disponibles dans la littérature concernant le traitement des métastases cardiaques des cancers colorectaux.

Le pronostic des métastases cardiaques est péjoratif à court terme⁽⁵⁾. Dans la série des cas cliniques publiés depuis 1990, la survie moyenne depuis le diagnostic de l'atteinte cardiaque était de 3,5 mois

Le pronostic est péjoratif, la survie moyenne est de 3,5 mois.

Références

1. Klatt EC, Heitz DR. Cardiac metastases. Cancer 1990;65:1456-9
2. Lam KY, Dickens P, Chan AC. Tumors of the heart. A 20-year experience with a review of 12,485 consecutive autopsies. Arch Pathol Lab Med 1993;117:1027-31.
3. Goudie RB. Secondary tumours of the heart and pericardium. Br Heart J 1955;17:183-8.
4. Butany J, Nair V, Naseemuddin A, Nair GM, Catton C, Yau T. Cardiac tumours: diagnosis and management. Lancet Oncol 2005;6:219-28.
5. Reynen K, Kockeritz U, Strasser RH. Metastases to the heart. Ann Oncol 2004;15:375-81