

Homme 45 ans . Retard psychomoteur depuis l'enfance (vit en institution), HTA., tabagisme actif important .

AEG, toux , dyspnée croissante et expectorations depuis plusieurs semaines...réalisation d'une radiographie thoracique



Quels sont les principaux éléments sémiologiques et les orientations étiologiques



Opacités nodulaires et micronodulaires denses à contours nets , disséminées dans les 2 poumons

Pas de lésion excavée

Pas de syndrome infectieux

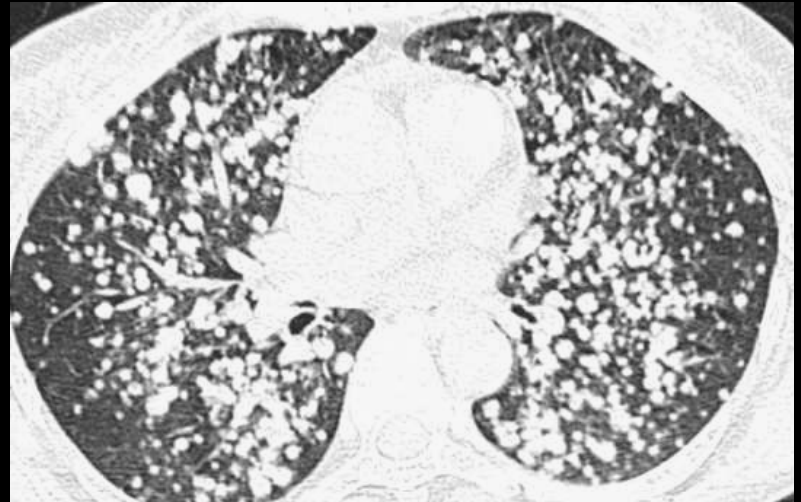
Il s'agit donc d'une **miliaire "froide"** qui , outre la tuberculose chronique , doit faire envisager:

- .une **pneumoconiose** :  
silicose, bérylliose
- .une **sarcoïdose**
- .une miliaire métastatique

NB la taille des micronodules est un peu élevée pour qu'on puisse parler de miliaire vraie. Il s'agit donc d'une miliaire "dépassée"

Fibro-LBA : recherche de BAAR et PCR-BK négatives..

IDR tuberculine : Négative... réalisation d'un scanner



Au scanner , sur les coupes fines en fenêtre "parenchyme" , on confirme :

- .que les nodules sont très denses et homogènes à contours nets ; aucun d'entre eux n'est excavé

- .qu'ils sont de tailles plus variables que ce qu'on pouvait imaginer sur le cliché standard

- .qu'il n'y a pas d'image évidente d'adénopathies médiastinales

- .il n'y a pas d'argument en faveur d'une lymphangite carcinomateuse ( pas d'épaississements septaux nodulaires)

Une coupe de l'étage sus mésocolique , non injectée mais avec un fenêtrage "serré" vous met sur la voie. Pourquoi

Présence d'une hépatomégalie hétérogène , plus évocatrice d'un foie tumoral que d'une stéatose focale...une main sur l'épigastre devrait vous confirmer la présence d'un foie dur , nodulaire !

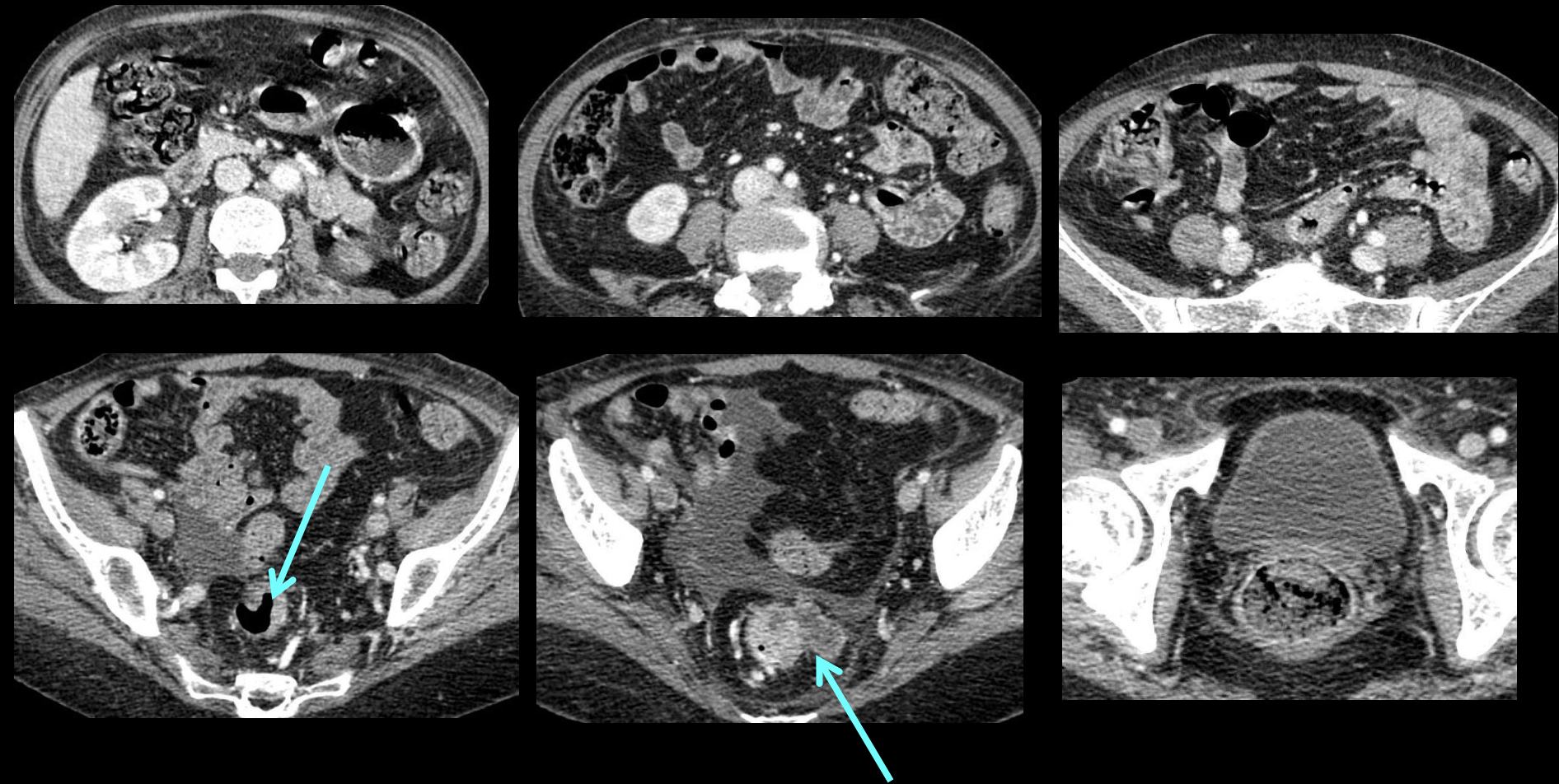


Les coupes injectées confirment la présence de lésions multifocales , sur un foie non cirrhotique , sans dilatations notables des voies biliaires intra hépatiques .

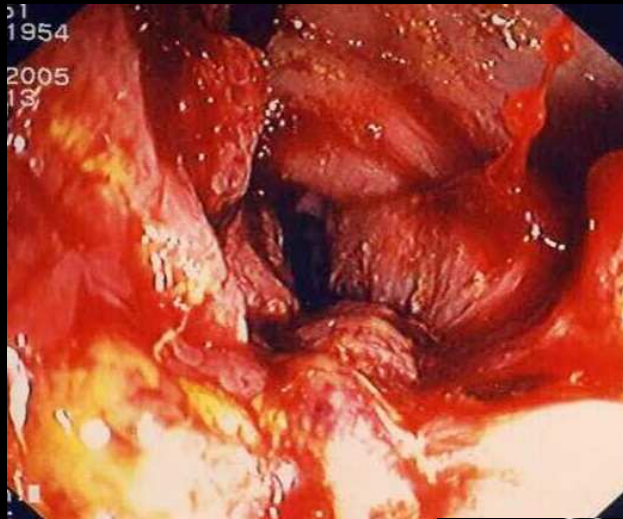
Il y a une **lésion focale peu rehaussée dans le corps du pancréas** mais elle n'entraîne aucune dilatation canalaire d'amont ; par ailleurs les lésions focales hépatiques sont trop grosses pour être les métastases d'un adénocarcinome ductal du pancréas ; elles sont trop hypodenses et trop infiltrantes pour être celles d'un carcinome endocrine du pancréas

Tant sur le plan épidémiologique que sur celui de l'aspect des lésions hépatiques , la première hypothèse à formuler chez un homme de cet âge est donc celle **d'un adénocarcinome lieberkühniens métastatique colorectal**

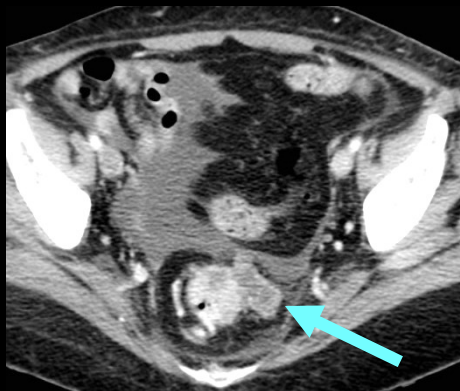
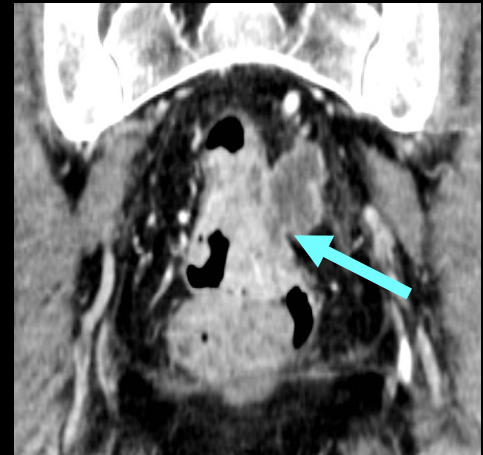
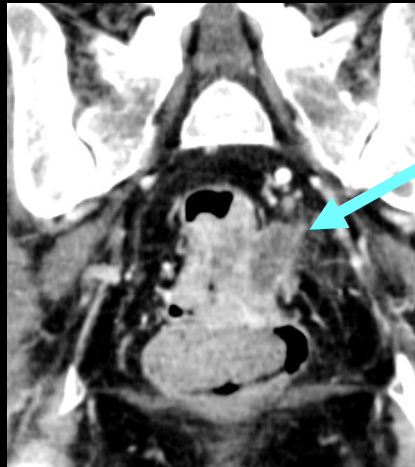
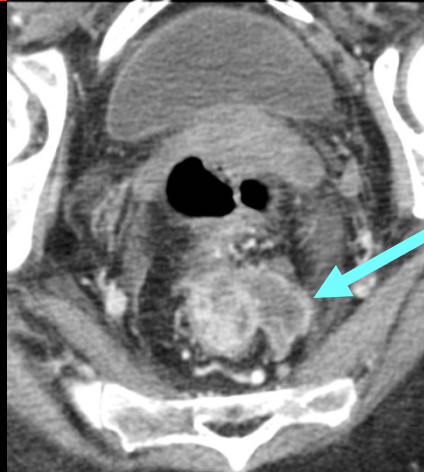
l'interrogatoire retrouve un antécédent de cancer colorectal chez les parents , à l'origine de décès "prématurés ", pouvant faire évoquer l'hypothèse d'un cancer colique familial **HNPCC** ? La biologie montre une **élévation +++ du CA 19-9 et de l'ACE**



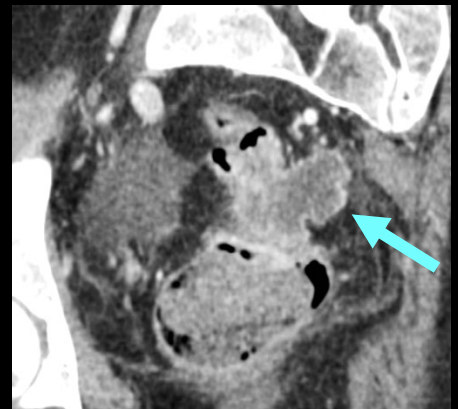
Les coupes de l'étage sous mésocolique et du pelvis montrent un adénocarcinome circonférentiel du haut rectum avec une large expansion au méso rectum et un épanchement liquide péritonéal (probable carcinomatose péritonéale)

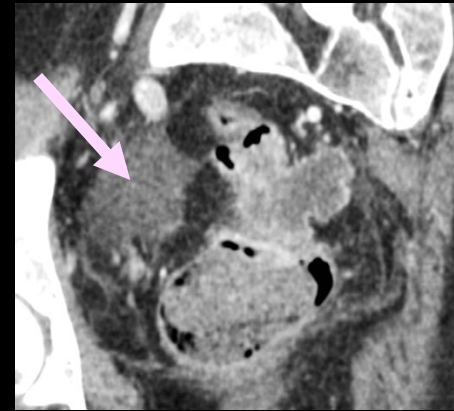
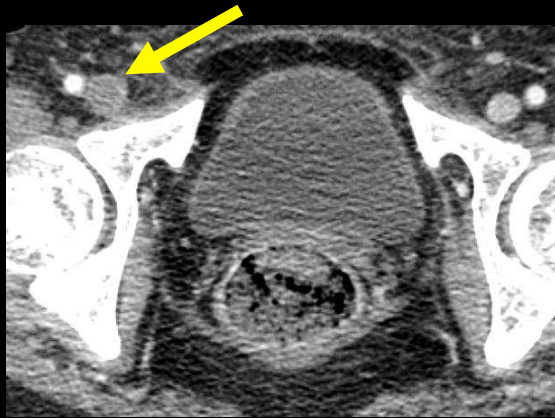


La recto-sigmoïdoscopie confirme l'envahissement tumoral rectal hémi circonférentiel postérieur sur 4 cm ; l'examen anatomo-pathologique montre un adénocarcinome lieberkühniens moyennement différencié infiltrant!

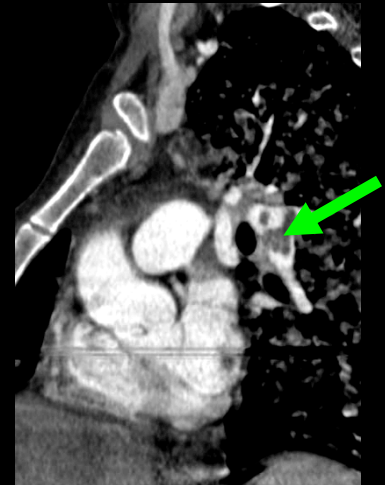
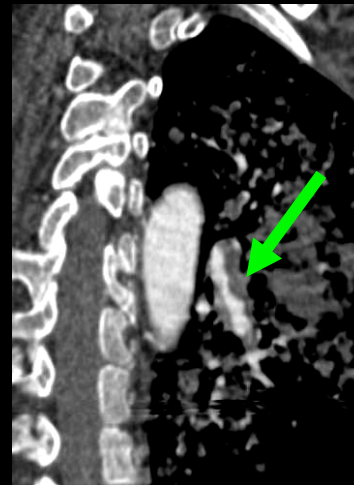
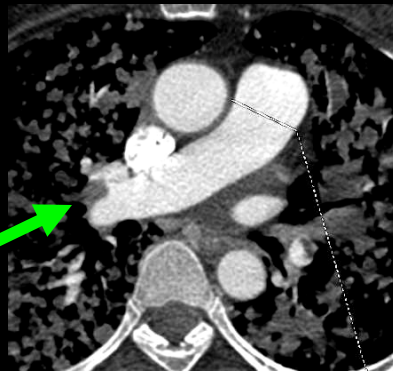
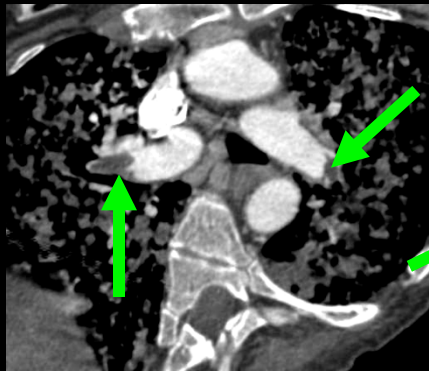


Les reformations scanographiques montrent l'envahissement massif du méso rectum et du méso sigmoïde





La révélation clinique s'étant manifestée par une dyspnée croissante , vous avez bien sur remarqué sur les coupes précédentes un élément ,sous forme de cette thrombose veineuse fémorale droite et développée en amont d'une **masse ganglionnaire hypogastrique**



L'angioscanner confirme la présence d'une embolie pulmonaire proximale bilatérale

## Take home message

-les métastases miliaires du poumon sont comme toutes les métastases pulmonaires , le fait de tumeurs ayant une très riche vascularisation veineuse .La cause la plus fréquente est le **carcinome papillaire de la thyroïde** . Parmi les autres causes on peut trouver le mélanome, l'adénocarcinome bronchique , le choriocarcinome , les tumeurs malignes des nerfs périphériques ....

-Les métastases pulmonaires des adénocarcinomes rectaux surviennent chez 10 à 25 % des patients .Chez 2 à 4 % des patients elles ne coexistent pas avec des métastases hépatiques ; il s'agit presque toujours de cancers du rectum. Cela est attribué au drainage veineux systémique des étages moyen et inférieur du rectum ;la **présence d'adénopathies pelviennes est également un facteur de risque**.

-le bilan d'extension d'un cancer du rectum doit donc comporter **impérativement un scanner thoracique**

-une **dyspnée invalidante** chez un patient cancéreux peut être révélatrice d'une **lymphangite carcinomateuse** (qui correspond à une dissémination hémotogène par les artères systémiques du poumon dont les ramifications distales se terminent dans les lymphatiques pulmonaires)

-mais il faut toujours rechercher une maladie veineuse thrombo-embolique,conséquence de **l'activation de la coagulation et de la fibrinoformation au cours du cancer**

