

homme , 73 ans , hospitalisé pour insuffisance respiratoire

Poignet gauche douloureux et inflammatoire .

F Jausset IHN

Quels sont les principaux éléments sémiologiques significatifs à retenir

Quels diagnostics doit-on évoquer devant ces images et dans ce contexte



lésion ostéolytique à contours géographiques de type IB (cernés par un liseré d'os compact) sur les bords postérieur et médial

"soufflant" l'os ce qui signifie destruction de la corticale et reconstitution d'une coque d'os compact par le périoste

multiples cloisons conférant un aspect "en bulles de savon" sur le bord médial

les bords latéral et postérieur sont par contre pratiquement inapparents , en regard d'une masse largement étendue aux parties molles , ce qui témoigne d'un degré d'agressivité biologique nettement plus important à ce niveau

à cet âge, une lésion focale tumorale de l'os doit

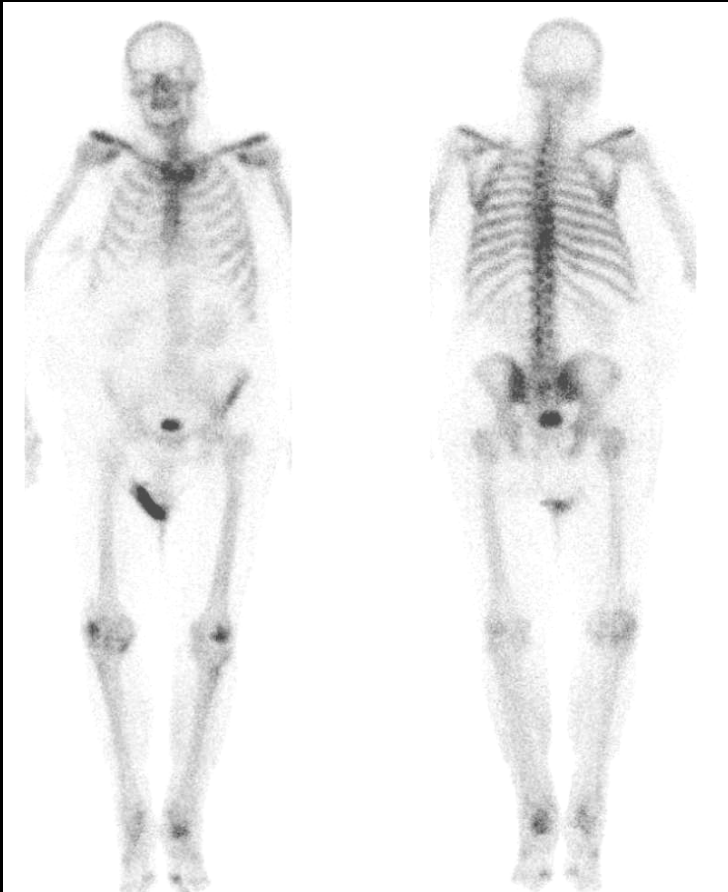
, **de principe**, faire évoquer quatre diagnostics - plasmocytome solitaire

:

- métastase ostéolytique

- lymphome osseux primitif ou secondaire

- chondrosarcome



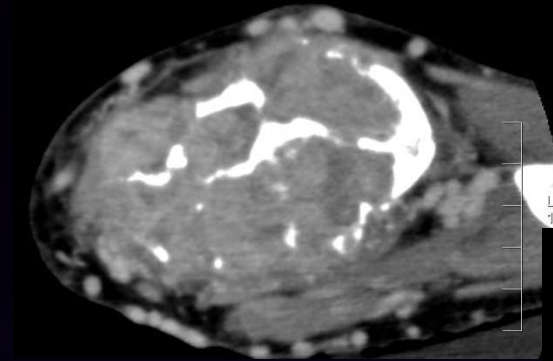
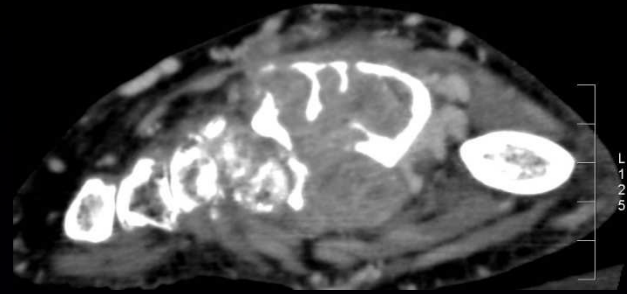
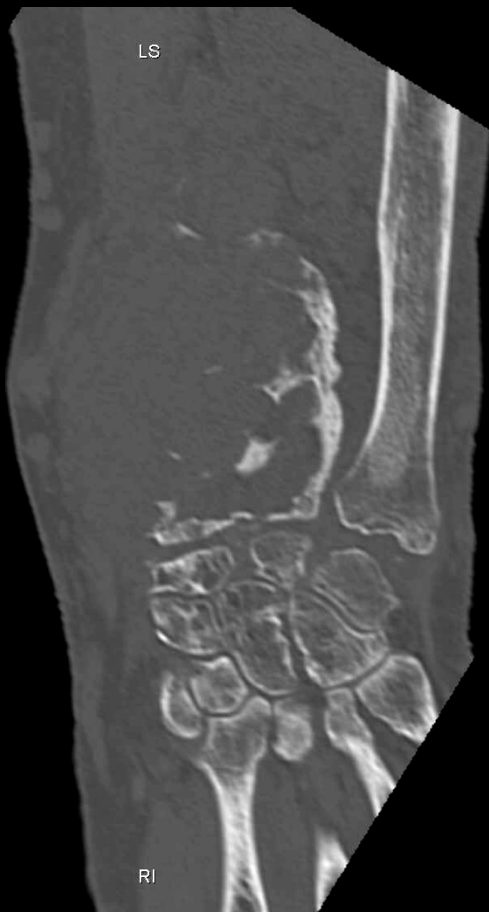
une scintigraphie osseuse aux diphosphonates de technétium 99 m peut être réalisée qui a pour objectif de préciser s'il existe d'autres atteintes squelettiques.

le caractère " corps entier" de cette exploration représente à l'heure actuelle le seul intérêt de cette technique.

Dans le cas présent il n'y a pas d'anomalie squelettique patente dans les segments explorés.

La région pathologique a malencontreusement échappé à l'examen....(errare humanum est)

On peut néanmoins conserver l'information d'une lésion focale a priori unique



le scanner précise les lésions osseuses tant en ce qui concerne l'os cortical que l'os spongieux. il confirme les données précédemment observées notamment le caractère plus agressif de la lésion sur son contour antérieur et latéral

le scanner ne montre aucun argument en faveur d'une matrice chondroïde : pas de ponctuations ni de floculations ni d'images calcifiées "en arcs et anneaux" ; ce qui élimine pratiquement le chondrosarcome différencié

notez la **déminéralisation algodystrophique des os du poignet**

G



chez un sujet plus jeune, il aurait fallu envisager d'autres diagnostics, en particulier :

- tumeur à cellules géantes (pic de fréquence troisième décennie)
- kyste osseux anévrysmal (pic de fréquence, deuxième décennie)

les cancers primitifs ostéophiles à évoquer devant une lésion d'allure métastatique, ostéolytique, chez un sujet de 70 ans sont :

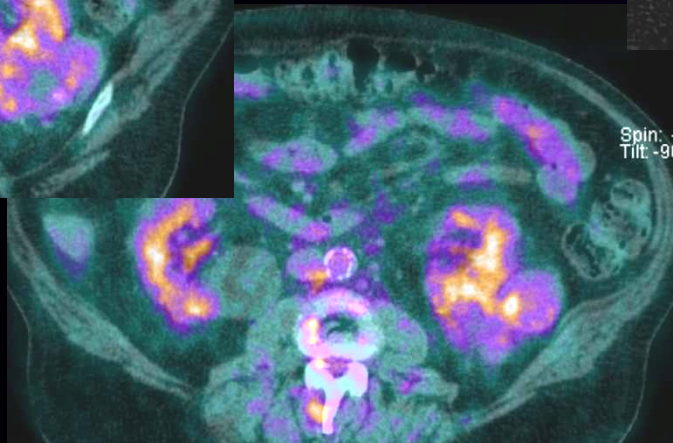
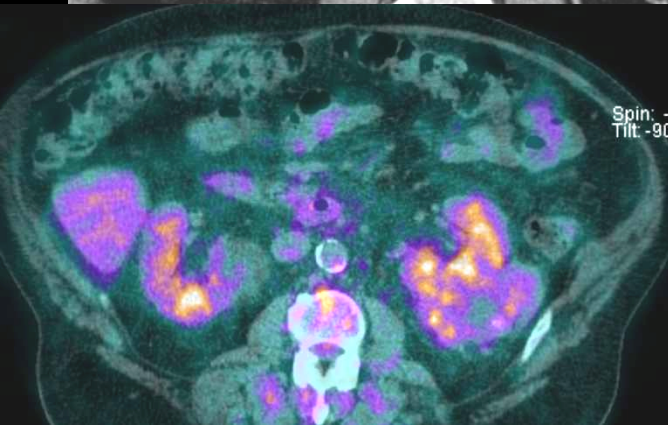
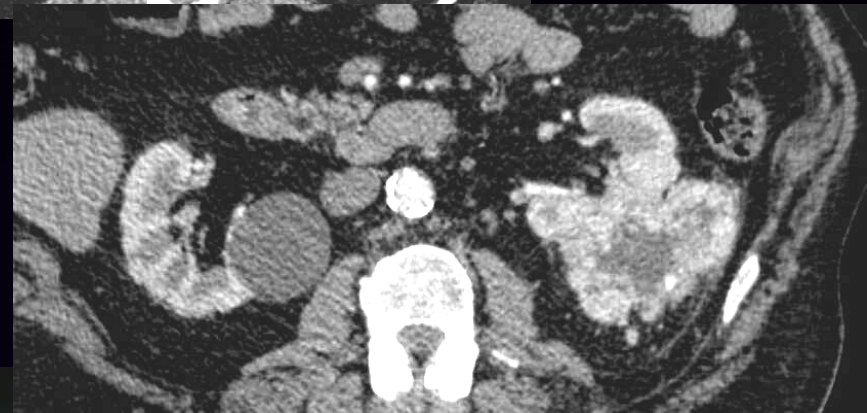
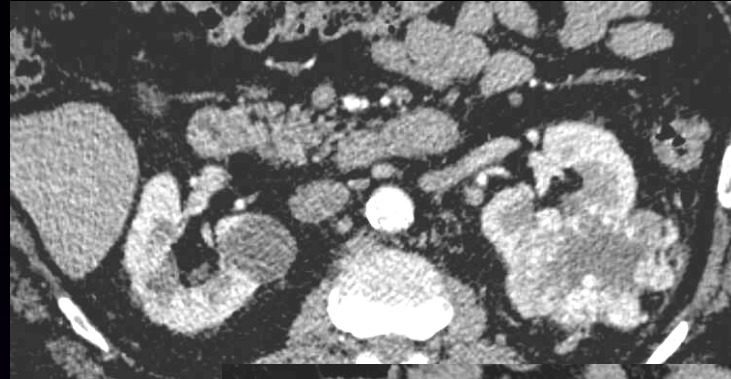
-d'abord et avant tout **les cancers bronchiques** et les cancers des voies aérodigestives supérieures

-loin derrière, les cancers de la vessie, du rein, de la thyroïde, de la prostate mais également tout les cancers viscéraux en particulier digestifs (colon et rectum, pancréas, CHC ...)

-parmi les métastases ostéolytiques; celles "soufflant l'os" sont plus particulièrement le fait des **adénocarcinomes à cellules claires du rein, des des hépatocarcinomes, des cancers de la thyroïde.**



notre patient avait effectivement été opéré 18 mois auparavant d'un adénocarcinome à cellules claires du rein gauche (tumeurs de Grawitz) avec signes patents d'effraction capsulaire et d'extension à la graisse péri rénale



l'examen anatomopathologique de la biopsie réalisée sur la lésion focale du radius confirme la métastase d'adénocarcinome rénal à cellules claires

les métastases osseuses des cancers du rein

-Les métastases osseuses des tumeurs de Grawitz sont classiquement des **lésions expansives ostéolytiques "soufflant l'os"**, kystiques, "anévrismales", très vascularisées, ce qui leur confère un aspect évocateur sur les différentes techniques d'imagerie ; l'envahissement des parties molles est fréquent.

-Elles peuvent siéger dans tout le squelette y compris sur les segments distaux des membres (**acrométastases** des orteils et de l'avant-pied), mais prédominent sur le squelette axial

Dans les localisations accessibles à l'examen clinique elles peuvent avoir un **caractère pulsatile palpable**.

-les métastases osseuses des tumeurs de Grawitz ne sont pas fixantes à la scintigraphie osseuse si les lésions sont purement ostéolytiques sans réaction ostéo formatrice associée. la sensibilité globale varie entre 10 et 60 %.

-l'I.R.M. corps entier (STIR, diffusion) et le PET CT paraissent à l'heure actuelle les techniques les plus efficaces dans la mise en évidence des localisations métastatiques multiples

-les métastases osseuses peuvent être **révélatrices** du cancer ou, au contraire, apparaître dans le cours évolutif, parfois avec un **retard important (10 à 20 ans)** par rapport au traitement de la lésion initiale. Leur traitement chirurgical en cas de lésion unique d'apparition retardée peut-être suivi d'une longue période de rémission. la **métastasectomie radicale** est donc, en pareil cas, parfaitement justifiée ; sa réalisation pratique peut-être rendue plus facile par une **embolisation préopératoire**..



-mais d'une façon générale, l'apparition de métastases multiples d'une tumeur de Grawitz est de très mauvais pronostic, malgré l'espoir que font naître les thérapeutiques récentes:

- . immunothérapie avec interféron et interleukine 2 (10 à 20 % de bonnes réponses chez les 20 % de sujets à bon pronostic
- . inhibiteurs de la tyrosine kinases
- . thérapeutiques ciblées antiangiogéniques

-les métastases à distance sont essentiellement observées dans les formes localement très évoluées de tumeurs du rein et leur délai d'apparition est d'autant plus court.

-les métastases osseuses sont observées dans 7 à 11 % des cancers du rein ,tous sous types confondus, elles sont moins fréquentes que les métastases pulmonaires et de moins bon pronostic

-fréquence des différentes localisations métastatiques des cancers du rein :

- . poumons 50 à 60 %
- . os 30 à 40 %
- . fois 30 à 40 %
- . glandes surrénales, rein contre latéral, rétropéritoine, cerveau
5 % chaque

take home message

-une lésion ostéolytique agressive chez un adulte ou un sujet âgé doit faire envisager en premier lieu 2

diagnostics : **plasmocytome solitaire ou métastase**.

Il faudra également penser à une localisation lymphomateuse primitive ou secondaire et à un **chondrosarcome**

-une **lésion ostéolytique soufflante**, avec discontinuités de la lame osseuse compacte périlésionnelle devra faire discuter plasmocytome solitaire et métastase d'un carcinome rénal ou d'un **G** carcinome thyroïdien

-les métastases rénales peuvent s'observer après un **long de temps de latence** (parfois jusqu'à 20 ans) par rapport au traitement de la lésion primitive.

-en cas de métastase osseuse unique d'un cancer du rein et surtout si le délai d'apparition est relativement important, le traitement chirurgical par **métastasectomie radicale** doit être proposé ,éventuellement précédé d'une **embolisation** en raison du caractère très hypervascularisé des lésions, car ses résultats sont globalement satisfaisants.

