

Caractéristiques cliniques et radiologiques des métastases osseuses

Farhat A¹, Zaied S², El Acheh MA¹, Zrouer S¹, Hafsa C³
Service de rhumatologie CHU Fattouma Bourguiba de Monastir
Unité de carcinologie CHU Fattouma Bourguiba de Monastir
Service de radiologie Centre de maternité de Monastir

Introduction :

Les métastases osseuses (MO) sont fréquentes et souvent symptomatiques. Leur découverte constitue un événement majeur dans l'évolution d'un cancer. Différentes techniques d'imagerie sont à notre disposition ayant un rôle important dans l'exploration des MO. Le but de notre étude est de préciser les particularités épidémiologiques et cliniques des MO et de dégager l'intérêt de l'imagerie dans le diagnostic et le suivi des patients.

Matériels et méthodes :

Cinquante-deux dossiers de MO, colligés à l'unité d'oncologie du CHU Fattouma Bourguiba Monastir, entre janvier 2012 et juin 2017, étaient étudiés rétrospectivement et confrontés aux données de la littérature.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de 55 ans [29-86] et la tranche d'âge la plus représentée était d'un âge supérieur à 50 ans (65,4 % des cas).

Le sexe ratio était de 0,48. (**Figure 1**)

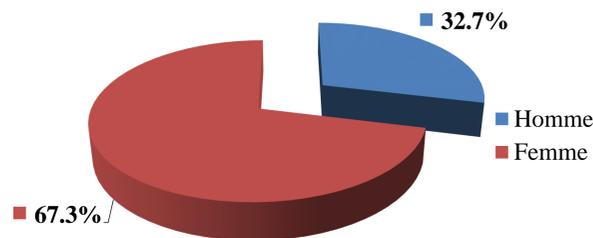


Figure 1 : Répartition des cas selon le sexe

Les MO étaient découvertes dans le cadre d'un bilan d'extension dans 67,3%. Les douleurs osseuses étaient le maître symptôme présent dans 100% des cas. Une atteinte neurologique en rapport avec une compression médullaire était observée dans 4 cas (7,7%). Le délai d'apparition moyen dans le cadre d'un bilan de suivi était de 12 mois [0-156]. L'aspect radiologique le plus fréquent était l'aspect ostéolytique dans près de 53,8% des cas (**Image 1**).



Image 1: Lésion lytique sus-cotyloïdienne droite globalement ronde mal limitée avec extension aux parties molles d'un cancer du sein

Les localisations osseuses étaient multiples dans 88,5% des cas et la localisation rachidienne était de loin la plus fréquente (98,1%) puis le bassin (50%). L'exploration complémentaire d'une symptomatologie clinique était variable et nous avons eu recours à la tomodensitométrie dans tous les cas, à l'imagerie par résonance magnétique dans 17 cas à la scintigraphie dans 32 cas. Le cancer du sein avait occupé le premier rang des primitifs (61,5%) suivi par les néoplasies d'origine digestive (17,3%). L'origine du primitif restait indéterminée dans 1,9% des cas. (**Tableau I**)

Tableau I: Sièges des cancers primitifs

Cancer primitif	Nombre de cas	Pourcentage
Sein	32	61,5%
Origine digestive*	9	17,3%
Prostate	4	7,7%
Poumon	1	1,9%
Autres*	5	9,6%
Indéterminé	1	1,9%
Total	52	100%

Discussion :

L'os est, en fréquence, le troisième site de métastases après le poumon et le foie. Les MO inaugurales représentent 25% de l'ensemble des MO [1].

Dans deux séries, elles sont inaugurales dans 60,8% et 75% des cas [2]. Dans notre série elles le sont dans 67,3% des cas.

L'âge de survenue des MO est celui des cancers qui en sont responsables, habituellement supérieur à 45 ans. En fait la tranche d'âge la plus touchée se situe entre 55 et 65 ans [3]. L'âge moyen relevé dans notre série était de 55 ans et six mois. L'âge moyen rapporté dans la littérature varie entre 59 et 65 ans [4]. La prédominance masculine est classique, elle a été notée dans toutes les séries de la littérature. Ce n'est pas le cas pour notre série où le sexe ratio (H/F) était de 0,48 avec une prédominance féminine.

Une MO peut être révélatrice chez un patient indemne de toute néoplasie connue. Les MO sont révélatrices dans plus de trois quarts des cas dans les séries tunisiennes étudiées [5]. Dans notre série, les MO inaugurales représentaient 67,3% de l'ensemble des MO, cette fréquence était à peu près égale à celle de l'étude de Marie 96 (71%) [6]. Le délai séparant la découverte du primitif de l'apparition des MO dépasse 5 ans dans 24% des cas selon Rolland et dans 35% selon Giraud [7-8]. Ce délai varie de 2 mois à treize ans dans notre série avec une moyenne de 52 mois. Les cancers de la prostate et du sein sont les plus ostéophiles. Lors d'études post-mortem, environ 70 % des patients décédés en raison de ces cancers ont des MO. Les tumeurs digestives sont plus rarement responsables de la survenue de MO [9-10]. Les douleurs osseuses restent la plainte fonctionnelle la plus fréquemment rapportée par les patients. Dans la série comparative à 30 ans d'intervalle de Marie le pourcentage qui présentait l'atteinte neurologique a passé de 34% à 37% et les signes neurologiques étaient essentiellement à type de cruralgies et de névralgie cervico brachiale [4,11]. Dans notre série, la compression médullaire est observée dans 4 cas soit 7,7% contre 7,4% des patients de Wendling [4]. Les MO lytiques sont les plus fréquentes dans toutes les études [6,12], comme c'était le cas dans notre série. La TDM est un des examens de choix pour le diagnostic des lésions précoces invisibles sur la radiographie standard. La TDM permet également de repérer les lésions profondes, d'analyser mieux l'environnement fracturaire, de guider les biopsies à visée étiologique et elle constitue un bon examen pour évaluer la réponse thérapeutique en étudiant la sclérose post thérapeutique [13,14]. L'IRM est un excellent examen pour détecter les MO avant même l'occurrence de remaniements métaboliques au niveau de l'os qui rendent ces lésions détectables à la scintigraphie osseuse particulièrement en cas de localisations vertébrales permettant un diagnostic plus précoce. La scintigraphie osseuse garde une place dans l'exploration des MO et ceci grâce à sa précocité diagnostique évalué à 9,5 mois par rapport à la radiologie standard et à l'exhaustivité de son champ d'exploration lui permettant de faire une cartographie précise des MO.

Conclusion :

Les MO demeurent un tournant grave dans l'évolution d'un cancer. Leur recherche au moment du diagnostic et leur dépistage au cours de l'évolution est une étape primordiale pour une prise en charge parfaite. Une stratégie d'exploration, non univoque, doit être adaptée en fonction de plusieurs paramètres dont le plus important est l'existence ou non de signes neurologiques.

Bibliographie :

[1]. Amoretti N, Thariat J, Nouri Y, Foti P, Hericord O, Stolar S, et al. Sémiologie des métastases osseuses en radiologie conventionnelle. Bull Cancer 2013 ; 100 : 1109-14.[2]. Destombe C, Botton E, le Gal G, Roudaut A, Jousse S, Devauchelle V, et al. Investigations for bone metastasis from an unknown primary. Joint Bone Spine. 2007 ; 74 : 85-9.[3]. Moalla M. Métastases osseuses. In : Maalej M (editeur). Cancérologie pratique Tunis : centre de publication universitaire ; 1999 : p431 – 36.[4]. Wendling D, Ranguin JM, Guidet M. Diagnostic des métastases osseuses en milieu rhumatologique. A propos de 175 cas. Sem Hop Paris 1988; 64:2076-85.[5]. Zouari R, El Haddad A, Hila A, Skandrani F, Haddad N. Métastases osseuses. Tunis Med. 1980 ; 58 : 428-31.[6]. Marie V, René-Marc F, Bernard C, Lionel C, Bernard D, Bernard D. Métastases osseuses révélatrices : Etude comparative à 30 ans d'intervalle. Rev Rhum 2004; 71:390-96.[7]. Rolland M. Etude des métastases osseuses et de leurs étiologies (à propos d'une série de 129 malades). Th D Med, Saint-Etienne ; 1984.[8]. Giraud M, Croisille M. Tumeurs métastatiques des os. E.M.C Paris. App Locomoteur. 14030 M-10, 1968. [9]. Debais F. Données épidémiologiques et cliniques des métastases osseuses. Oncologie . 2015 ; 17:63-8.[10]. Budzeczies J, von Winterfeld M, Klauschen F, Bockmayr M, Lennerz JK, Denkert C et al. The landscape of metastasis progression patterns across major human cancers. Oncotarget 2015 ; 570-83.[11]. Dimassi D. Les métastases osseuses (à propos de 64 cas). Th D Med, Tunis ; 1996.[12]. Conroy T, Platini C, Troufléau P, Dartois D, Luporsi E, Malissard L, et al. Présentation clinique et facteurs pronostiques au diagnostic de métastases osseuses. A propos d'une série de 578 observations. Bull Cancer 1993; 80:16-22.[13]. Proust C, Proust J, Maubon A. Imagerie des métastases osseuses. Méd Nucl 2006 ; 30 : n°3 : 149-54.[14]. Feydy A. Imagerie des métastases osseuses : quels examens effectuer ? Rev Rhum Monogr 2017 ; 84 : 121-9.