

Questions

ITEM 304 : Tumeurs des os primitives et secondaires

[2006 Dossier 6 - 2008 Dossier 3 - 2012 Dossier 5]

QCM 1 : Parmi les cancers suivants, lesquels donnent préférentiellement des métastases osseuses ?

- A. Poumon
- B. Sein
- C. Prostate
- D. Carcinome basocellulaire
- E. Adénocarcinome gastrique

QCM 2 : Devant la découverte fortuite sur une radiographie de bassin pour coxarthrose d'opacités arrondies bien limitées en tâches de bougies, quel diagnostic devez-vous évoquer ?

- A. Maladie de Paget osseuse
- B. Métastases d'un adénocarcinome prostatique
- C. Ostéoporose
- D. Ostéomalacie
- E. Myélome multiple des os

QCM 3 : Quels sont les arguments radiographiques en faveur d'une tumeur osseuse maligne ?

- A. Corticale soufflée
- B. Ostéolyse mal limitée
- C. Image en feu d'herbe
- D. Apposition périostée en bulbe d'oignon
- E. Envahissement des parties molles

QCM 4 : Quels sont les arguments radiologiques en faveur d'une origine maligne d'une fracture vertébrale :

- A. Lyse pédiculaire
- B. Fracture de D10
- C. Fracture du mur antérieur
- D. Signe du puzzle
- E. Effacement cortical

QCM 5 : Quels éléments peuvent faire partie de la prise en charge d'une fracture vertébrale dans la phase aiguë ?

- A. Corticoïdes
- B. Aspirine
- C. Corset rigide
- D. Vertébroplastie
- E. Renforcement musculaire et lutte contre la cyphose

Réponses

QCM 1 : Parmi les cancers suivants, lesquels donnent préférentiellement des métastases osseuses ?

- A. Poumon
- B. Sein
- C. Prostate
- D. Carcinome basocellulaire
- E. Adénocarcinome gastrique

Réponses exactes : A, B, C

✓ A retenir :

Les principaux cancers responsables de métastases osseuses sont (PPRST pépé est resté) :

- Prostate, poumon, rein, sein, thyroïde.

Le carcinome basocellulaire ne métastase pas.

QCM 2 : Devant la découverte fortuite sur une radiographie de bassin pour coxarthrose d'opacités arrondies bien limitées en tâches de bougies, quel diagnostic devez-vous évoquer ?

- A. Maladie de Paget osseuse
- B. Métastases d'un adénocarcinome prostatique
- C. Ostéoporose
- D. Ostéomalacie
- E. Myélome multiple des os

Réponse exacte : B

✓ A retenir :

Les lésions en tâches de bougies sont très évocatrices d'un adénocarcinome prostatique.

La maladie de Paget donne une hyperostose « sale ».

L'ostéoporose et l'ostéomalacie donnent une déminéralisation qui de plus est diffuse.

Le myélome multiple donne des lacunes à l'emporte-pièce.

QCM 3 : Quels sont les arguments radiographiques en faveur d'une tumeur osseuse maligne ?

- A. Corticale soufflée
- B. Ostéolyse mal limitée
- C. Image en feu d'herbe
- D. Apposition périostée en bulbe d'oignon
- E. Envahissement des parties molles

Réponses exactes : A, B, C, D, E

✓ A retenir :

Les signes radiologiques évocateurs d'une tumeur maligne sont :

- Ostéolyse massive et mal limitée.

- Rupture corticale

- Faible réaction osseuse péri-tumorale

- Image en feu d'herbe

- Apposition périostée lamellaire en bulbe d'oignon

- Eperon de Codman

QCM 4 : Quels sont les arguments radiologiques en faveur d'une origine maligne d'une fracture vertébrale ?

- A. Lyse pédiculaire
- B. Fracture de D10
- C. Fracture du mur antérieur
- D. Signe du puzzle
- E. Effacement cortical

Réponses exactes : A, E

✓ A retenir :

Les signes devant vous faire soupçonner une origine maligne à une fracture vertébrale sont :

- Fracture au-dessus de T7.

- Vertèbre borgne.

- Effacement de la corticale

- Recul du mur postérieur

Le signe du puzzle signifie que la fracture vertébrale s'est faite sans perte de pièce osseuse, ce signe est en faveur d'une origine bénigne.

QCM 5 : Quels éléments peuvent faire partie de la prise en charge d'une fracture vertébrale dans la phase aiguë ?

- A. Corticoïdes
- B. Aspirine
- C. Corset rigide
- D. Vertébroplastie
- E. Renforcement musculaire et lutte contre la cyphose

Réponses exactes : A, C, D

✓ A retenir :

A la phase aiguë d'une fracture vertébrale, le traitement repose sur :

- Antalgiques
- Immobilisation par corset rigide

Contre-indication aux mobilisations rachidiennes d'autant plus si il y a un recul du mur postérieur avec possibilité de conflit avec les structures médullaires ou de la queue de cheval.

TUMEURS DES OS PRIMITIVES ET SECONDAIRES

- Diagnostiquer une tumeur des os primitive et secondaire.

Zéros		1. Epidémiologie :			
<p>Primitives :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adulte jeune, adolescent - Triade : douleur inflammatoire nocturne, tuméfaction des parties molles, impotence fonctionnelle - Radio : ostéolyse mal limitée, rupture corticale, envahissement des parties molles, éperon périosté - Ostéosarcome : métaphyse des os longs, feu d'herbe - Sarcome d'Ewing : enfant, diaphyse des os longs, réaction périostée en bulbe d'oignon, biopsie ostéo-médullaire t(11 ;12) - Scintigraphie osseuse : skip métastase - IRM (parties molles) et TDM (os) - Biopsies osseuses chirurgicales pour anapath et bactériologique <p>Secondaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cancers ostéophiles : prostate, poumon, sein, rein, testicule, neuroblastome - Radio : ostéolyse sans réaction périostée, vertèbre borgne ou ivoire, ostéocondensation en tache de bougie - Localisation : vertèbre > fémur > pelvis - Risque de compression médullaire - Risque d'hypercalcémie - Différentiel : myélome et spondylodiscite 			<p>Enfant-Adulte jeune</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tumeurs bénignes > 90% - Tumeurs malignes primitives < 10% - Rares tumeurs malignes secondaires 		
			<p>Adulte < 40 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tumeurs malignes secondaires ++ - Tumeurs bénignes - Rares tumeurs malignes primitives 		
			2. Diagnostic :		
			<p>Anamnèse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terrain : Antécédents personnels médico-chirurgicaux et familiaux Age : enfant/adolescent ; adulte jeune ; adulte > 40 ans - Signes généraux : Altération récente de l'état général Fièvre - Signes fonctionnels : Douleurs, signes inflammatoires locaux Fracture pathologique Impotence fonctionnelle - Parfois asymptomatique, de découverte fortuite 		
			<p>Examen physique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Examen général : poids, taille, IMC - Développement statur pondéral chez l'enfant - Local : Palpation osseuse : recherche d'une masse, douleur Palpation des parties molles : recherche d'une infiltration Mobilité de la tumeur par rapport aux plans profonds - Locorégional : Compression vasculo-nerveuse, amyotrophie Palpation osseuse à la recherche de skip métastases - A distance : Palpation des aires ganglionnaires Examen neurologique complet : métastase cérébrale Auscultation pulmonaire 		
			Biologie	<ul style="list-style-type: none"> - NFS, VS, CRP - Bilan phosphocalcique + albuminémie - Marqueurs tumoraux : LDH et phosphatases alcalines 	
			Imagerie	<ul style="list-style-type: none"> - Radiographie osseuse en première intention : Aspect typique bénin : surveillance simple Aspect malin ou incertain : poursuite du bilan - TDM osseuse - IRM : corticale et envahissement des parties molles 	
			Histologie	<ul style="list-style-type: none"> - Objectifs : Confirmation diagnostique Diagnostic différentiel : ostéo-myélite Pronostique : grade histo-pronostique Préthérapeutique - Modalités : Biopsie chirurgicale au trocart sous TDM Schéma daté et signé - Complications : Liées à l'anesthésie et à l'opération Dissémination tumorale Biopsie blanche ou ininterprétable 	
			Extension à distance	<ul style="list-style-type: none"> - TDM thoraco-abdomino-pelvienne injectée - Scintigraphie osseuse : recherche de skip métastases - Myélogramme ou biopsie ostéo-médullaire : sarcome d'Ewing 	
			3. Pronostic :		
Tumeur bénigne	Bon pronostic	<ul style="list-style-type: none"> - Par définition, pronostic vital non engagé 			
	Mauvais pronostic	<ul style="list-style-type: none"> - Volume tumoral - Localisation, - Risque de récidive 			
Tumeur maligne	Bon pronostic	<ul style="list-style-type: none"> - Exérèse chirurgicale complète - Radio-chimio-sensibilité - Maladie localisée - Grade histologique de faible agressivité 			
	Mauvais pronostic	<ul style="list-style-type: none"> - Tumeur inextirpable/généralisée - Type histologique - Retard au diagnostic et au traitement 			
Classification			A	B	
	I	Bas degré de malignité	Tumeur intra-osseuse	Tumeur intra-et extra-osseuse	
	II	Haut degré de malignité			
III	Métastatique				

Radiographies : Bénin > Malin : - Taille petite > grande (6cm) - Ostéo-condensation > ostéolyse péri-tumorale - Limites tumorales nettes > irrégulières - Parties molles respectées > envahies (en feu d'herbe) - Absence > présence d'appositions périostées - Evolutivité lente > rapide	4. Tumeurs primitives bénignes :	
	Fibrome non ossifiant 35%	- Localisation métaphysaire (extrémité inférieure du fémur) - Clinique : Atteinte de l'enfant Asymptomatique - Radiologique : lacune polycyclique à limites nettes - Evolution : disparition spontanée à l'adolescence
	Ostéochondrome (exostose) 25%	- Isolé ou multiple (maladie exostosante) - Localisation métaphysaire au niveau des cartilages fertiles - Clinique : Atteinte de l'enfant Tuméfaction palpable - Radiologique : saillie osseuse typique métaphysaire - Evolution : risque de chondrosarcome si multiple - Exérèse si symptomatique
	Kyste essentiel 20%	- Localisation métaphysaire humoral supérieur et fémoral supérieur - Clinique : fracture pathologique - Radiologique : Lacune ovoïde à contour net Amincissement des corticales - Traitement médical (corticoïdes in situ) +/- greffe
	Ostéome ostéoïde 12%	- Localisations : tibia, fémur et rachis - Clinique : Douleurs nocturnes trainantes - Radiologique : Nidus : lacune osseuse de petite taille entourée d'une ostéocondensation Hyperfixation scintigraphique TDM - Exérèse chirurgicale
5. Tumeurs primitives malignes :		
Ostéosarcome ostéogénique	Localisation	- Métaphyse des os longs, cartilages fertiles - Enfants et jeunes adultes de 10 à 30 ans - Altération de l'état général - Douleurs osseuses - Tuméfaction palpable - Fracture pathologique
	Clinique	- Plages de condensation et d'ostéolyse mal limitées - Destruction corticale - Triangle périosté de Codman - Envahissement des parties molles en feu d'herbe - Bilan d'extension
	Radiologique	- Métastases pulmonaires - 60% de survie à 5 ans - < 30% si métastase - Surveillance à vie
	Evolution	- Tumeur neuro-ectodermique - Diaphyse des os longs et os plats
Sarcome d'Ewing	Localisation	- Enfant < 10 ans - Altération de l'état général - Douleurs osseuses - Tuméfaction - Fracture pathologique
	Clinique	- Ostéolyse mal limitée - Destruction corticale - Réaction périostée en bulbe d'oignon - Envahissement des parties molles en feu d'herbes
	Radiologique	- Métastases pulmonaires, osseuses et médullaires - 50% de survie à 5 ans - Surveillance à vie
	Evolution	- Os plats : ceinture scapulaire et pelvienne - Diaphyse des os longs
Chondrosarcome	Localisation	- Adulte 40-60 ans - Douleurs osseuses
	Clinique	- Aspect lobulaire, calcifications mouchetées
	Radiologique	- Métastases pulmonaires - 60-80% de survie à 5 ans - < 5% si métastase
	Evolution	- Myélome - Hémopathies malignes
Autres		