

TUMEURS PRIMITIVES ET SECONDAIRES DE L'OS

Tumeurs primitives: adolescent et adulte jeune
Rare, souvent curables

Diagnostic radiologique Radiographie osseuse (F+P) = examen de 1^{ère} intention pour séparer malin vs bénin:

Signes radiologiques de malignité:

- Limites floues
- Ostéolyse à bords flous (mitée ou vermoulue)
- Corticales rompues ou érodées
- Appositions périostées: plurilamelaires (bulbe d'oignon) ou spiculées (feu d'herbe)
- Tuméfaction
- Evolutivité rapide, multiples lésions

Signes radiologiques de malignité pour vertèbre:

- Ostéolyse localisée de la corticale ou spongieux; Vertèbre borgne; Fracture tassement asymétrique de face; Déformation ou rupture du mur postérieur; Fracture tassement d'une vertèbre au dessus de T5

Autres examens:

-IRM (analyse parties molles) +++: examen de référence: nature, siège, extension, risque de complication

- **Scanner osseux** : caractères de l'atteinte osseuse
- **PET-scanner**: pour rechercher la lésion primitive
- **Biopsie percutanée sous radiologie ou chirurgicale** avec examen anatomopathologique, bactériologique (banals et mycobactéries) et résection du trajet **après analyse du dossier en RCP**

Stratégies thérapeutiques:

- PEC **spécialisée** par équipe multidisciplinaire de centre de référence
- Chirurgie**: Exérèse de la tumeur
- +/- chimiothérapie néoadjuvante**: pour une réduction du volume tumorale (chirurgie moins délabrante)
- Chimio adjuvante** : Elle sera la même que la néoadjuvante si le patient est « bon répondeur » (=95% de nécrose post-chimio au niveau de la tumeur)

Principaux cancers ostéophiles:

« PPRST »

- Poumon
- Prostate
- Rein
- Sein
- Thyroïde

!!! Les méta osseuses peuvent être ostéolytiques (sein, rein, thyroïde), ostéocondensantes (prostate) ou mixtes (sein, poumon).
Mais pas d'aspect spécifique !!!

Métastases osseuses:

adulte > 50 ans

Fréquent, le plus souvent incurable

Signes cliniques:

- Douleurs osseuses
- Fractures et tassements vertébraux
- Signes neurologiques: (compression médullaire, ou syndrome queue de cheval+++)
- Hypercalcémie aiguë
- Tuméfaction osseuse
- AEG

Examen clinique:

- Inspection et palpation osseuse.
- Examen neuro +++
- Recherche signe hypercalcémie (ECG)
- Recherche cancer primitif (TR, examen pulmonaire, palpations fosses lombaires, examens des seins, palpation thyroïde)

Clinique : => Triade

- Douleurs osseuses localisées
- Tuméfaction osseuse palpable, déformation.
- Impotence fonctionnelle

ANATOMOPATHOLOGIE

Tumeurs malignes:

- **Os**: ostéosarcome

+++ (atteint la métaphyse des os longs, méta pulm fréquentes, pas d'AEG ni de sd inflammatoire)

=> Homme jeune sur genou avec ATCD familiaux et mutations p53 ou rétinoblastome

Tissus

embryonnaires:

Neuro-ectoderme=> sarcome d'Ewing ++ (pas de localisation spécifiques, AEG et sd inflammatoire, recherche translocation t(11:22), bulbe d'oignon);

Notoderme =>

Chordome

- **Cartilage**: Chondrosarcome
- Tissu conjonctif: Fibrosarcome, Histiocytofibrome malin

Examens complémentaires:

- **Radio osseuse F+P**:

-Rupture de la corticale, lyse ou ostéocondensation

-Recul du mur postérieur pour vertèbres

-Atteinte de l'arc postérieur

- **IRM (si méta vertébrale + signes neuro) +/- scanner** :

-En **URGENCE** si suspicion de compression médullaire ou syndrome queue de cheval (par tassement vertébral ou épидурite localisée)

- **Scintigraphie osseuse corps entier**:

-Recherche d'autres foyers de fixation osseuse en faveur d'une atteinte méta diffuse. \sphericalangle fixation si méta ostéocondensante

- **Recherche cancer primitif: + dans 60 à 80% cas**

-Marqueurs : PSA, hCG et AFP, CA 15-3, CA125

- Scanner TAP ou PETscanner
- mammographie
- Biopsie en dernier ressort

Stratégies thérapeutiques:

-Traitement du cancer primitif

-Antalgiques : Paliers adaptés à EVA;

corticothérapie; cimentoplastie d'une lésion lytique à visée antalgiques et consolidatrice

-Radiothérapie locale antalgique

- Chirurgie à discuter selon risque fracturaire: ostéosynthèse

-Biphosphonates ou denosumab sous

supplémentation calcique en l'absence de contre-indication après panoramique dentaire et visite stomato-dentaire **!! Risque d'ostéonécrose !**

-Immobilisation par corset si lésion rachis

- Hyperhydratation + biphosphonates IV si hypercalcémie maligne

Compression médullaire ou syndrome queue de cheval:

- IRM en URGENCE
- Corticothérapie IV
- Repos strict et immobilisation
- Avis neuro-chir : décompression chirurgicale par laminectomie ou ostéosynthèse
- Radiothérapie externe (après la chir ou pas d'indication chirurgicale)