

TUMEURS PRIMITIVES ET SECONDAIRES DE L'OS

Tumeurs primitives: bénignes ou malignes,
adolescent et adulte jeune
Rares, souvent curables

Clinique : => Triade
- Douleurs osseuses localisées
- Tuméfaction osseuse palpable, déformation.
- Impotence fonctionnelle, boiterie

ANATOMOPATHOLOGIE

Tumeurs malignes:

- **Os: ostéosarcome ++**
=> Atteint la métaphyse des os longs, souvent de haut grade histologique (90%) et risque méta élevé (pulm+), pas d'AEG ni de sd inflammatoire
=> Ado/Homme jeune « près du genou et loin du coude »
- **Tissus embryonnaires:**
 - **Sarcome d'Ewing++** (neuro ectoderme) : pas de localisation particulière, toujours de haut grade, risque méta élevé, AEG et sd inflammatoire, recherche translocation t(11:22)
 - **Chordome(Notoderme)**

➤ **Cartilage:**

Chondrosarcome:

surtout os plats, humérus, extrémité sup fémur, souvent bas grade, risque méta faible

➤ **Tissu conjonctif:**

Fibrosarcome,
Histiocytofibrome malin

- Rang A – Rang B – Rang C
Prof Benoit You. Faculté
Médecine Lyon-Sud

Diagnostic radiologique Radiographie

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

- ❖ Signes radiologiques de malignité:
 - Ostéolyse à limite floue
 - Corticales rompues ou érodées
 - Appositions périostées (en bulbe d'oignon pour Sarcome d'Ewing)
 - Ossification ou calcifications des parties molles par envahissement (en feu d'herbe ou rayons de soleil pour l'ostéosarcome)
- ❖ 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:

- **Si lésion suspecte sur un membre → IRM:** extension osseuse et dans les parties molles, atteinte articulaire, recherche méta os dans le même os
- **Si lésion suspecte sur tronc → Scanner injecté :** caractères de l'atteinte osseuse
- **Biopsie percutanée sous radiologie ou chirurgicale (diagnostique de certitude)** avec examen anatomopathologique, bactériologique (banals et mycobactéries) et résection du trajet **après 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), Ostéosarcome et Sarcome d'Ewing++
- 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), radiothérapie adjuvante (Sarcome d'Ewing)

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 !!!

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. ↘ fixation si méta ostéocondensante
 - Recherche cancer primitif: + dans 60 à 80% cas
 - Marqueurs : PSA, hCG et AFP, CA 15-3, CA 125
 - 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

Métastases osseuses:

adulte > 50 ans
Fréquentes, le plus souvent incurable
FDR = ceux des cancers primitifs

Signes cliniques:

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

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)