

# Item 154 : Tumeurs des os primitives et secondaires (Évaluations)

---

**Date de création du document** 2008-2009

## CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°1

### Scénario :

Monsieur A., vingt-cinq ans, étudiant vétérinaire, vient consulter pour lombalgies. La symptomatologie évolue depuis trois ans. Le patient n'avait jamais consulté car les douleurs étaient auparavant intermittentes, de faible intensité, et étaient soulagées par du paracétamol acheté en vente libre en pharmacie. Depuis quatre mois, la symptomatologie s'est modifiée. Les douleurs sont plus intenses et plus invalidantes. Elles siègent au rachis lombaire et dans les fesses. Elles réveillent le patient vers 3 h du matin. Elles sont maximales en début de journée et entraînent un dérouillage matinal que le patient évalue à environ une heure. Le traitement par paracétamol s'est avéré inefficace.

L'examen clinique trouve un sujet d'état général conservé. Il n'y a pas de fièvre. Le rachis lombaire est raide et douloureux à la palpation. Les manœuvres sacro-iliaques sont douloureuses, en particulier à gauche. Il n'y a pas de signe de Lasègue. L'examen neurologique est sans particularité. L'examen général est normal.

Parmi les antécédents, on retient un tabagisme à cinq paquets-années et quelques lésions traumatiques : deux entorses de la cheville droite il y a cinq et deux ans, une entorse du genou gauche avec lésion du ménisque interne ayant nécessité une suture sous arthroscopie il y a trois ans, un accident de la voie publique il y a cinq mois, s'étant soldé par des plaies cutanées.

### QUESTION 1/7 :

Vous évoquez le diagnostic de spondylarthropathie. Quels éléments complémentaires importants en faveur de ce diagnostic recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique ?

*Réponse attendue :*

Interrogatoire : antécédents familiaux de spondylarthrite ankylosante ou de spondylarthropathie, antécédents familiaux de psoriasis, antécédents personnels de psoriasis, d'entérocologie inflammatoire (Crohn et rectocolite hémorragique), d'arthrites périphériques, d'orteil ou doigt en « saucisse », de talalgies, d'uvéite antérieure.

Examen clinique : psoriasis.

### QUESTION 2/7 :

Ces recherches sont négatives. Vous revoyez le patient avec les résultats de clichés radiographiques (rachis thoracique et lombaire face et profil, bassin de face – ce dernier étant sur le cliché joint). Les résultats des examens de laboratoire sont les suivants :

- hémoglobinémie : 13 g/100 ml ; leucocytes : 5 300/mm<sup>3</sup> (65 % de polynucléaires

- neutrophiles, 25 % de lymphocytes) ; plaquettes : 188 000/mm<sup>3</sup> ;
- vitesse de sédimentation : 8 mm ; protéine C réactive : 4 mg/l (N < 5) ;
  - natrémie : 142 mEq/l ; kaliémie : 4,1 mEq/l ; albuminémie : 39 g/l ; créatininémie : 85 µmol/l ;
  - calcémie = 2,35 mmol/l.

Outre une spondylarthropathie :

1. Quelles sont les principales autres hypothèses diagnostiques ? Discutez-les.
2. Quel examen d'imagerie doit être privilégié dans le cadre du diagnostic ?

*Réponse attendue :*

- Spondylodiscite infectieuse ou sacro-iliite infectieuse :
  - Pour cette hypothèse : lombo-fessalgies d'horaire inflammatoire ; plaies cutanées peu de temps avant le début des troubles ; brucellose, compte tenu de son emploi.
  - Contre cette hypothèse : pas de fièvre ; pas de syndrome inflammatoire ; pas de polynucléose neutrophile ; radiographies retrouvant une sacro-iliite bilatérale.
  - Tumeur osseuse :
  - Pour cette hypothèse : douleurs d'horaire inflammatoire.
  - Contre cette hypothèse : pas d'altération de l'état général ; examens biologiques et radiographie standards.
- Il existe une sacro-iliite évidente radiologiquement, ce qui permet de ne pas discuter d'autre imagerie.

### QUESTION 3/7 :

Le diagnostic de spondylarthrite ankylosante est retenu. Quelle est votre attitude thérapeutique ? Quel suivi planifiez-vous ?

*Réponse attendue :*

- Information du patient.
- Éducation du patient.
- Conseil d'arrêt du tabac.
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens en l'absence de contre-indication.
- Antalgiques.
- Kinésithérapie :
- en extension rachidienne ;
- avec travail de l'amplitude respiratoire ;
- apprentissage d'une autoréducation.
- Suivi tous les trois à six mois :
- évaluation de la douleur par échelle visuelle analogique ;
- évaluation de la statique et des mobilités rachidiennes ;
- indice BASDAI.

### QUESTION 4/7 :

Après quelques semaines, le patient se plaint de gastralgies. La fibroscopie oesogastroduodénale objective un ulcère gastrique prépylorique de 0,5 cm de diamètre, macroscopiquement bénin (les biopsies réalisées n'objectivent que des remaniements inflammatoires banals).

Quelle doit être la conduite à tenir ?

*Réponse attendue :*

- Arrêt des anti-inflammatoires non stéroïdiens.
- Arrêt du tabac si non fait.
- Traitement antisécrétoire pendant six semaines (IPP).
- Éradication d'*Helicobacter pylori* si la recherche est positive :
  - antisécrétoire double dose pendant une semaine ;
  - associé à double antibiothérapie parmi amoxicilline, clarithromycine, métronidazole pendant une semaine ;
  - puis arrêt ou poursuite de l'antisécrétoire trois semaines à simple dose.
- Contrôle endoscopique et histologique à huit semaines. Contre-indications : aux anti-inflammatoires non stéroïdiens ; ou association définitive AINS-IPP et contrôle de la fibroscopie.

### QUESTION 5/7 :

Le problème digestif est réglé. L'évolution ultérieure de la spondylarthrite ankylosante se fait vers une aggravation des symptômes. Le patient est très invalidé. Il existe une résistance ou une contre-indication à tous les traitements « classiques » locaux ou généraux.

1. Quelle classe thérapeutique peut être envisagée ?
2. Quelles sont ses principales contre-indications ?

*Réponse attendue :*

Anti-TNFa. Principales contre-indications :

- infections actives ;
- situations à haut risque d'infection ;
- sclérose en plaques ;
- insuffisance cardiaque congestive ;
- néoplasies et cancers, saufs ceux traités depuis plus de cinq ans et guéris ;
- lésions précancéreuses en l'absence d'avis d'un oncologue ou d'un hématologue ;
- grossesse, allaitement.

Le bilan préthérapeutique doit comporter obligatoirement un interrogatoire et un examen soigneux à la recherche de contre-indications et/ou d'antécédents ou signes pouvant faire craindre une contre-indication. Selon l'AFSSAPS : interrogatoire soigneux à la recherche de situation à risque de tuberculose, une radiographie pulmonaire, une IDR à la tuberculine.

### QUESTION 6/7 :

La thérapie envisagée est efficace, mais le patient garde quelques douleurs persistantes. Il a entendu parler des cures thermales et vous demande quelles en sont les modalités et si elles pourraient lui être bénéfiques. Que lui répondez-vous ?

*Réponse attendue :*

La crénothérapie est l'ensemble des traitements appliqués à un patient pendant son séjour dans la station thermale :

- dans la plupart des cas, des soins de kinésithérapie et de rééducation sont effectués ;
- utilisant souvent les eaux thermales ou leurs dérivés (boue) ;
- ayant lieu dans une station agréée ;
- au cours d'une période d'environ trois semaines en général.

Les soins sont quotidiens.

Le médecin doit remplir un formulaire de prise en charge comportant l'orientation thérapeutique et le nom de la station thermale. La demande est adressée par le patient à la sécurité sociale.

L'efficacité à long terme des cures thermales sur la douleur ou le handicap n'est pas démontrée. Elles peuvent cependant être utiles dans la spondylarthrite ankylosante.

Elles sont contre-indiquées en cas de poussée inflammatoire. Elles sont également contre-indiquées en cas de traitement immunosupresseur.

### QUESTION 7/7 :

La maladie est peu active pendant plusieurs mois. Malheureusement, l'évolution se fait vers un échappement thérapeutique. Le patient vient vous demander conseil. Il lui a été proposé d'être inclus dans une étude testant l'efficacité d'un nouveau traitement, en comparaison avec un placebo.



Il vous demande ce qu'est :

1. un placebo ;
2. l'effet placebo ;
3. l'effet thérapeutique ;
4. et pourquoi l'étude comporte un groupe « placebo ».

*Réponse attendue :*

1. Le placebo est une substance inerte (dépourvue d'activité pharmacologique), délivrée dans un contexte thérapeutique.
2. L'effet placebo est un effet thérapeutique produit par la prescription d'une substance inerte (dépourvue d'effet pharmacologique).
3. L'effet de tout traitement pharmacologique résulte d'un effet pharmacologique et d'un effet placebo.
4. Dans l'étude, l'utilisation d'un groupe placebo permettra de connaître les effets pharmacologiques de la molécule testée à condition que l'étude soit réalisée en double aveugle (double insu) et soit randomisée. Les études contre placebo sont nécessaires pour évaluer l'efficacité et la tolérance des traitements.

## CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°28

### Scénario :

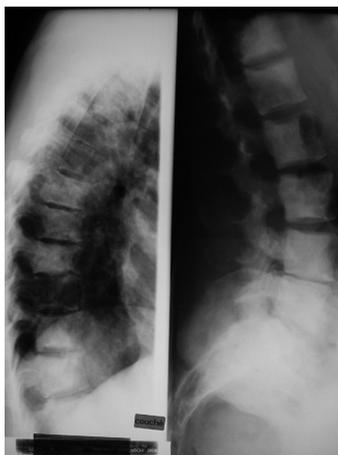
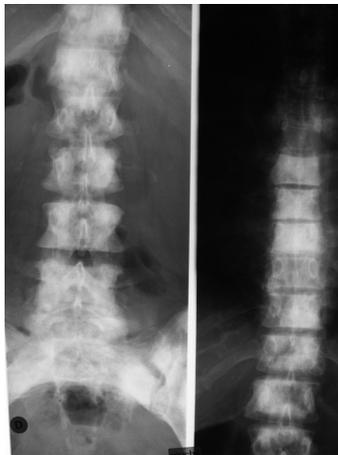
Monsieur B., âgé de soixante-huit ans, veuf, est hospitalisé pour la découverte d'anomalies radiographiques (clichés ci-dessous) à l'occasion de douleurs de hanche et de rachialgies dorsolombaires de rythme inflammatoire. Cette découverte, associée à une baisse de l'état général (amaigrissement de 5 kg en trois mois) et à la constatation au toucher rectal d'une prostate augmentée de volume, asymétrique, avec un nodule dur dans le lobe droit, fait évoquer une ostéose métastatique d'origine prostatique.

Le reste de l'examen clinique paraît normal.

Les antécédents sont limités à une hypertension artérielle essentielle traitée par diurétiques.

Les premiers résultats biologiques sont les suivants :

- VS : 65 mm ;
- Sur la NFS : 7 000 blancs dont 70 % de neutrophiles ; hémoglobine : 12 g/dl ; plaquettes : 40 000/mm<sup>3</sup> ;
- créatininémie : 100 µmol/l ; calcémie : 3 mmol/l ; phosphorémie : 1 mmol/l.



**QUESTION 1/5 :**

Quelles lésions osseuses retenez-vous ? Sont-elles typiques de la maladie ?

*Réponse attendue :*

Lésions osseuses condensantes (ou ostéocondensation).

L'aspect est hautement évocateur de métastases ostéocondensantes.

**QUESTION 2/5 :**

Quels examens complémentaires convient-il de demander chez ce patient ? Qu'en attendre ?

*Réponse attendue :*

- Élévation du PSA (antigène spécifique de prostate) et ratio PSA libre sur PSA total.

- Bilan de coagulation : produits de dégradation de la fibrine pour confirmer la CIVD (thrombopénie).

- Ponction-biopsie osseuse : pour confirmer le diagnostic de métastases osseuses, à prévoir après correction de la thrombopénie.

- Diagnostic d'extension :

- scintigraphie osseuse ;

- radiographie pulmonaire ;

- transaminases, g-GT, phosphatases alcalines ;

- échographie hépatique.

- Éliminer une infection (VS augmentée) : ECBU et hémocultures.

**QUESTION 3/5 :**

Quel traitement mettre en place à visée antalgique ?

*Réponse attendue :*

- Antalgiques de niveau I : paracétamol.

- Si inefficace, passer aux antalgiques de niveau II : association au dextropropoxyphène ou à la codéine, ou tramadol.

- Si échec, passer aux antalgiques de niveau III : morphiniques.

**QUESTION 4/5 :**

Quels sont les autres éléments du traitement à mettre en place en urgence ?

*Réponse attendue :*

- Réhydratation : 3 l/24 heures en surveillant, surtout s'il y a une voie veineuse et un apport sodé, le risque de surcharge.

- Bisphosphonates : perfusion intraveineuse de pamidronate (*Aredia*) ou de zolédronate (*Zometa*) avec une consultation dentaire préalable et un suivi ultérieur (risque d'ostéonécrose de la mâchoire).

**QUESTION 5/5 :**

Le patient refuse la castration chirurgicale. Quelle solution alternative faut-il envisager ?

*Réponse attendue :*

- Blocage hormonal complet par antiandrogène pendant dix jours, *per os*.
- Puis, associer un agoniste du GnRH en injections à intervalle régulier.
- Suivi : état clinique, correction de l'hypercalcémie et de la CIVD, dosage du PSA.