



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Deux cas de métastases au niveau de l'os temporal révélant un cancer pulmonaire[☆]

D. Bakhos^{a,*}, M. Chenebaux^a, E. Lescanne^{a,b}, M.-A. Lauvin^{b,d},
B. Cormier^{b,c}, A. Robier^{a,b}

^a Service d'ORL et chirurgie cervicofaciale, CHRU de Tours, boulevard Tonnellé, 37000 Tours, France

^b Faculté de médecine, université François-Rabelais de Tours, 37044 Tours, France

^c Service d'anatomo-pathologie, CHRU de Tours, 37000 Tours, France

^d Service de neuroradiologie, CHRU de Tours, 37000 Tours, France

MOTS CLÉS

Métastase ;
Os temporal ;
Cancer pulmonaire ;
Traitement palliatif

Résumé

Objectif. – Rapporter les caractéristiques cliniques et radiologiques des lésions métastatiques localisées au niveau de l'os temporal et leur association à un primitif pulmonaire.

Présentation des cas. – Les patients se plaignaient de céphalées, de signes cochléaires ou de paralysie des nerfs crâniens. La tomodensitométrie des rochers et l'imagerie par résonance magnétique montraient une masse lytique de l'os temporal. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien et une tomographie par émissions de positons ont complété le bilan. Une fibroscopie bronchique avec biopsies a permis de diagnostiquer un cancer pulmonaire.

Discussion/conclusion. – La découverte d'une lésion lytique de l'os temporal impose un bilan étiologique et doit faire rechercher une néoplasie pulmonaire dans l'hypothèse d'une métastase localisée à l'os temporal. De nos jours, la tomographie par émissions de positons doit être effectuée devant la découverte de telles lésions. La prise en charge des patients associe une chimiothérapie à une radiothérapie à but antalgique dans le cadre d'un traitement palliatif.

© 2012 Publié par Elsevier Masson SAS.

Introduction

Les métastases au cours de l'évolution d'une néoplasie sont localisées au niveau pulmonaire, hépatique ou osseux. Rarement, l'os temporal est le siège de localisation métastatique

[1]. La découverte d'une masse lytique de l'os temporal doit faire suspecter ce diagnostic même si le cancer primitif est inconnu. Nous rapportons deux observations de métastases mastoïdiennes et nous discutons la présentation clinique et l'imagerie des lésions lytiques de l'os temporal.

Cas cliniques

Cas n° 1

M. C., 74 ans, présentait depuis trois mois des céphalées, une hypoacousie, des acouphènes et une dysphonie.

DOI de l'article original : 10.1016/j.anorl.2011.07.001.

[☆] Ne pas utiliser pour citation la référence française de cet article mais celle de l'article original paru dans *European Annals of Otorhinolaryngology Head and Neck Diseases* en utilisant le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bakhos_d@med.univ-tours.fr (D. Bakhos).

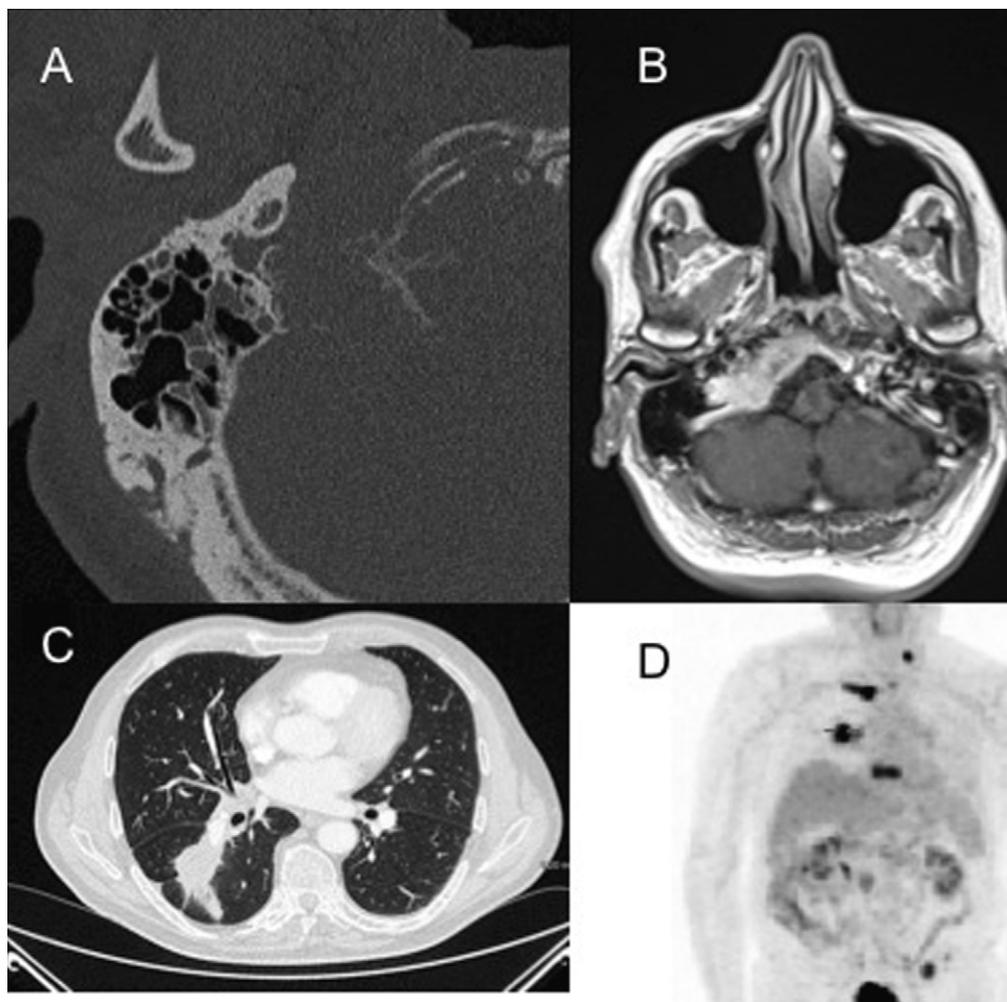


Figure 1 Observation n° 1. A. TDM du rocher droit, coupe axiale. Lyse de l'apex pétreux droit avec disparition des corticales et ostéocondensation périphérique. B. IRM craniofaciale, coupe axiale, T1 avec injection de gadolinium montrant un processus tissulaire expansif prenant le contraste et envahissant le clivus et l'apex pétreux. C. TDM thoracique, coupe axiale. Masse dense du segment de Fowler droit avec spicules en connexion avec la plèvre. D. TEP-scan, fixation au niveau du hile et segment de Fowler droit et fixations osseuses multiples.

Il existait une paralysie laryngée droite et du VI droit. L'otoscopie était normale. L'audiométrie a mis en évidence une cophose droite.

Devant l'atteinte homolatérale du VI, VIII et du X droit, une tomodynamométrie (TDM) des rochers et une imagerie par résonance magnétique (IRM) craniofaciale ont été effectuées. La TDM a montré une lyse irrégulière de l'apex pétreux droit de 4,5 cm (Fig. 1A). L'IRM a retrouvé cette masse lytique de l'apex pétreux droit se rehaussant à l'injection de gadolinium et envahissant le clivus (Fig. 1). L'électrophorèse des protéines plasmatiques n'a pas montré de pic monoclonal.

Une TDM thoraco-abdomino-pelvienne a mis en évidence une masse du segment apical du lobe pulmonaire inférieur droit, mesurant 43 × 36 × 34 mm, accolée à la scissure (Fig. 1C). La fibroscopie bronchique était normale, mais des biopsies étagées ont révélé un adénocarcinome muco-sécrétant. À la tomographie par émission de positons (TEP-scanner), il existait une fixation au niveau du segment de Fowler droit, du hile droit, et des fixations osseuses

(rachis, clavicule droite, aile iliaque droite, base du crâne) (Fig. 1D).

Un traitement palliatif, associant une radiothérapie à but antalgique (rachis et os temporal) et une chimiothérapie (carboplatine-taxotère), a été proposé. Le décès du patient est survenu après cinq mois de suivi.

Cas n° 2

M. L., 76 ans, tabagique sévère, présentait depuis deux mois une tuméfaction rétro-auriculaire droite et une hypoacousie droite. La tuméfaction rétro-auriculaire droite était inflammatoire, molle et douloureuse à la palpation. À l'otoscopie, il existait un épanchement rétro-tympanique droit. L'audiométrie mettait en évidence une surdité de transmission droite.

À la TDM des rochers, il existait une masse lytique mastoïdienne droite de 3 cm de diamètre (Fig. 2A). L'IRM a retrouvé cette masse hétérogène en isoT1 et en hyperT2 étendue au

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4105349>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4105349>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)