



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Fait clinique

Ostéosarcome vertébral primitif : cinq cas[☆]

Guillaume Lefebvre^{a,*}, Armelle Renaud^{a,b}, Nathalie Rocourt^b, Bernard Cortet^c,
 Luc Ceugnart^b, Anne Cotten^a

^a Service de radiologie et imagerie musculosquelettique, centre de consultation et d'imagerie de l'appareil locomoteur, CHRU, rue du Professeur-Emile-Laine, 59037 Lille cedex, France

^b Service d'imagerie oncologique, centre de lutte contre le cancer Oscar Lambret, 3, rue Frédéric-Combemale, BP 307, 59020 Lille cedex, France

^c Service de rhumatologie, hôpital Salengro, CHRU, rue du Professeur-Emile-Laine, 59037 Lille cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 26 mars 2013

Disponible sur Internet le 31 mai 2013

Mots clés :

Ostéosarcome

Rachis

Tomodensitométrie

Imagerie par résonance magnétique

RÉSUMÉ

L'ostéosarcome vertébral primitif est une forme rare d'ostéosarcome, se distinguant des formes appendiculaires par un pic d'incidence à un âge plus élevé et un pronostic plus sombre, expliqué notamment par la difficulté de l'exérèse chirurgicale. Nous présentons ainsi cinq cas d'ostéosarcome vertébral primitif histologiquement prouvé, suivis dans notre institution entre 2004 et 2012 permettant d'illustrer certains points sémiologiques radiologiques essentiels pouvant aider à évoquer cette entité rare.

© 2013 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société Française de Rhumatologie.

1. Introduction

L'ostéosarcome est une tumeur osseuse primitive maligne rare, caractérisée par l'élaboration de substance ostéoïde par les cellules tumorales [1]. Si l'atteinte du squelette appendiculaire, la plus fréquente [1,2], est bien décrite en imagerie [1,3,4], il n'en est pas de même de la localisation rachidienne, ce qui peut être à l'origine d'erreurs diagnostiques ou de prise en charge thérapeutique susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital des patients. Nous rapportons ainsi cinq cas de patients pris en charge pour un ostéosarcome vertébral.

2. Observations

Nous avons revu de façon rétrospective et descriptive les dossiers de patients avec un ostéosarcome vertébral primitif histologiquement prouvé à partir de la base de données de notre institut, le centre Oscar-Lambret, centre régional de lutte contre le cancer, entre janvier 2004 et avril 2012. Les caractéristiques cliniques et paracliniques de chaque patient comprenant l'âge, le sexe, la symptomatologie initiale, la survie et les caractéristiques de l'atteinte osseuse et extra-osseuse sont reprises dans le [Tableau 1](#).

2.1. Clinique

Cinq patients présentant un ostéosarcome vertébral primitif ont été inclus sur les 98 ostéosarcomes diagnostiqués durant cette période (5,1%). Il s'agissait de trois femmes et deux hommes, âgés de 14 à 53 ans (moyenne de 33 ans ± 15). Le symptôme initial principal était des douleurs rachidiennes dans l'ensemble des cas, souvent accompagnées d'une irradiation radiculaire (quatre cas sur cinq) ([Tableau 1](#)). Ainsi, l'ostéosarcome de T1 était révélé par des dorsalgies hautes avec paraparésie et douleurs intenses des membres supérieurs, celui de T6 par des dorsalgies d'intensité progressive d'allure inflammatoire et une névralgie intercostale gauche. L'ostéosarcome de L1 était révélé par des lombalgies isolées, celui de L4 par des lombalgies associées à des douleurs neuropathiques, une hypoesthésie et une amyotrophie de la face interne de la cuisse droite. Une sciatalgie gauche révélait la localisation sacrée. Le délai diagnostique (symptomatologie initiale – confirmation anatomopathologique) était en moyenne de 12,7 semaines (± 9,9), allant de six semaines à six mois. L'évolution était défavorable dans trois cas sur cinq avec décès survenant entre 18 et 31 mois. Chez ces trois patients, une exérèse chirurgicale carcinologique complète n'avait pas pu être réalisée soit du fait d'une progression sous chimiothérapie néo-adjuvante par holoxan-adriablastine (patient 4), soit du fait du caractère partiel de la résection initiale effectuée lors d'un geste de décompression (patients 1 et 5). Chez ces deux derniers patients, le diagnostic anatomopathologique était obtenu par l'analyse des pièces opératoires et non par prélèvements biopsiques ; ils n'ont donc pas pu bénéficier d'une chimiothérapie néo-adjuvante. La patiente 1 bénéficiait par la suite de deux tentatives d'exérèse toujours carcinologiquement insuffisantes,

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbspin.2013.04.003>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais la référence anglaise de *Joint Bone Spine* avec le DOI ci-dessus.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : guillaume.lefebvre59@gmail.com (G. Lefebvre).

Tableau 1

Résumé des caractéristiques cliniques et paracliniques des cinq patients.

	Sexe et âge	Délai diagnostique (semaines)	Mode de révélation	Survie (mois)	Type d'atteinte	Topographie	Matrice minéralisée	Atteinte extra vertébrale
Patient 1	F 18	24	Rachialgies Douleurs membres supérieurs Paraparésie	Décès 31 mois	Lytique	Thoracique corps T1	Oui	Épidurale et paravertébrale
Patient 2	F 46	6	Rachialgies Névralgie intercostale gauche	Survie 29 mois	Lytique	Thoracique corps T6	Oui	Épidurale et paravertébrale
Patient 3	M 33	8	Lombalgies	Survie 25 mois	Mixte	Lombaire corps et arc postérieur L1	Non	Épidurale et paravertébrale
Patient 4	F 53	Non connu	Lombosciatalgies Hypoesthésie et amyotrophie de la face interne de la cuisse droite	Décès 20 mois	Mixte	Lombaire corps L4	Oui	Paravertébrale
Patient 5	M 14	Non connu	Lombosciatalgies	Décès 18 mois	Mixte	Sacrum corps et aileron S1	Non	Épidurale et paravertébrale

s'expliquant notamment par l'envahissement des structures vasculaires de voisinage. L'évolution était défavorable sous radiothérapie et chimiothérapie par méthotrexate puis adriablastine-cisplatine. La chirurgie d'exérèse chez le patient 5 était récusée du fait d'une progression sous chimiothérapie (VP 16-Holoxan en alternance avec méthotrexate) entreprise après le geste de décompression. Chez les deux patients survivants, une exérèse complète précédée de chimiothérapie a pu être obtenue et l'évolution avec chimiothérapie adjuvante (patient 3) et radio-chimiothérapie (patient 2) semble favorable, mais le suivi (25 et 29 mois) est encore en cours.

2.2. Anatomopathologie

L'ostéosarcome était de type ostéoblastique (trois patients), fibroblastique (un patient) et chondroblastique (un patient).

2.3. Imagerie

Les modalités d'imagerie disponibles au stade diagnostique étaient dans l'ensemble des cas la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique dans trois cas. Les localisations rachidiennes étaient thoraciques dans deux cas (Fig. 1 et 2), lombaires dans deux cas (Matériel complémentaire, Fig. S1) et sacrée dans un cas. Plusieurs vertèbres contiguës étaient touchées dans trois cas (Fig. 1 et 2). La présentation la plus fréquente était celle d'une tumeur agressive mixte, à la fois ostéocondensante et ostéolytique (3 cas sur 5), touchant le corps vertébral avec parfois tassement vertébral (Fig. 1 et 2) et s'étendant volontiers vers l'arc postérieur (deux cas) (Matériel complémentaire, Fig. S1). Une atteinte purement lytique était retrouvée dans deux cas. L'extension extra-osseuse était constante, à la fois épидurale et paravertébrale dans quatre cas et une uniquement paravertébrale dans le cas restant, avec présence d'une matrice minéralisée dans trois cas (Fig. 1 et 2).

3. Discussion

Notre article est original car il présente cinq observations d'une tumeur rare, l'ostéosarcome (0,2% des tumeurs malignes) [1] dans une de ses formes non communes, la localisation vertébrale, représentant entre 0,6 et 4% des ostéosarcomes [5–9]. Elle se distingue par un pic d'incidence situé dans la quatrième décade, 33 ans en moyenne dans notre étude, contrairement aux localisations appendiculaires affectant préférentiellement la deuxième et troisième décades [6–8,10]. La prédominance masculine, classique dans les

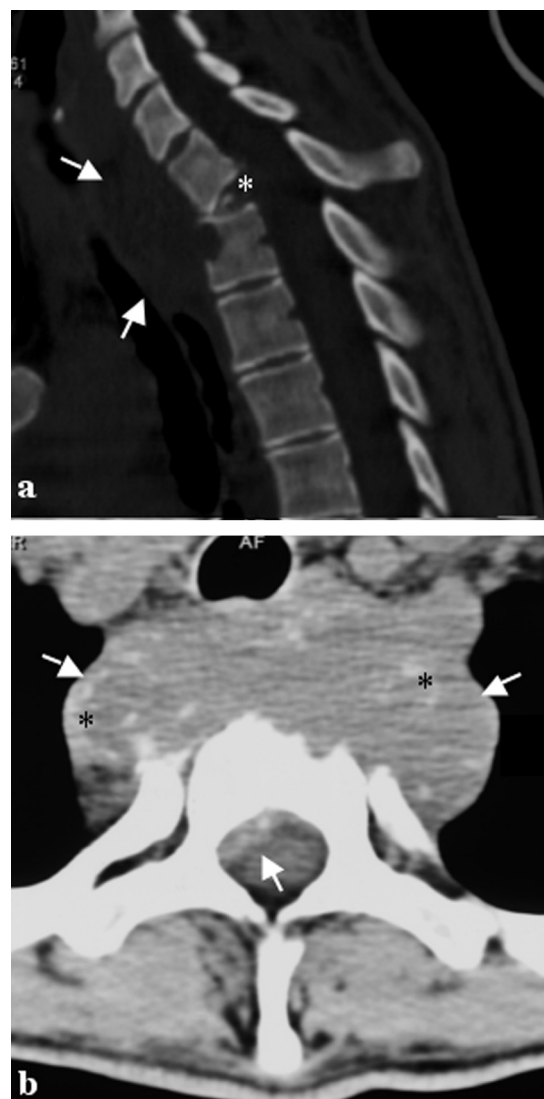


Fig. 1. Ostéosarcome ostéoblastique de haut grade de T1 chez une patiente de 18 ans (patient 1). a : coupe sagittale tomodensitométrique. Tassement avec ostéolyse quasi complète du corps de T1 (astérisque blanc) et ostéolyse par contiguïté du mur antérieur du corps de T2 ; b : coupe axiale tomodensitométrique. Extension tissulaire prévertébrale et épидurale antérieure (flèches blanches) avec une composante minéralisée (astérisque noir).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/6125767>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/6125767>

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