

# Cancers osseux secondaires (154b)

Aurélié Fontana, Jean-Yves Blay  
Juin 2006 (mise à jour juin 2006)

## 1. Epidémiologie

Les lésions osseuses secondaires sont plus fréquentes que les tumeurs osseuses primitives. Les cancers de la prostate, du sein et du poumon représentent environ 80 % des étiologies des métastases osseuses. Les autres cancers classiquement incriminés sont le cancer du rein et de la thyroïde (1).

## 2. Diagnostic clinique

Les métastases osseuses peuvent être mises en évidence lors d'un bilan d'extension d'une tumeur primitive, mais souvent elles sont révélées par des douleurs diffuses ou localisées, inflammatoires ou mécaniques. Elles peuvent également se compliquer de fractures, de compression médullaire et d'hypercalcémie sévère qui peuvent révéler la maladie métastatique.

## 3. Diagnostic paraclinique

Sur les radiographies standards, les métastases osseuses sont le plus souvent ostéolytiques ou mixtes, en particulier dans le cancer du sein. Les formes condensantes se voient préférentiellement dans les métastases prostatiques.

La scintigraphie osseuse montrera une hyperfixation osseuse mais non spécifique. Elle a un intérêt en complément de la radiographie standard si celle-ci montre une lésion condensante isolée. Le caractère hyperfixant de la lésion poussera le clinicien à affirmer le caractère bénin ou malin de la lésion. La scintigraphie osseuse est également utile si les radiologies standards sont normales car c'est un examen très sensible (2). Elle a également un intérêt dans la recherche d'autres lésions secondaires. Il faut noter qu'en cas de métastases osseuses purement lytiques, la scintigraphie osseuse peut être prise en défaut et ne montrer qu'une faible hyperfixation.

L'IRM a un grand intérêt dans l'exploration du rachis. En effet, en cas de fracture vertébrale, le clinicien peut être confronté au diagnostic différentiel d'un tassement vertébral ostéoporotique très souvent rencontré chez les patientes suivies pour un cancer du sein. L'IRM orientera vers une lésion secondaire en présence d'une épидurite, d'une anomalie de signal de l'arc postérieur, d'une prise de gadolinium hétérogène.

Le scanner peut aider en cas de difficulté diagnostique car il a une définition osseuse excellente et montre en particulier dans les fractures ostéoporotiques des corticales fracturées ou conservées mais jamais effacées (3).

Plus récemment, une étude semble montrer l'intérêt du FDG-pet (positron emission tomography with fluorine deoxyglucose) dans le diagnostic différentiel entre tassement vertébral secondaire et ostéoporotique. Le tassement ostéoporotique a tendance à ne pas fixer le FDG, mais ces résultats doivent être confirmés (4)

La preuve formelle de l'étiologie tumorale d'une lésion osseuse est apportée par l'étude anatomopathologique. La biopsie est en général faite en première intention par voie percutanée sous contrôle scopique, ou scanographique. Ce n'est qu'en cas d'échec de cette technique, que la biopsie sera chirurgicale. Pour les sites d'accès difficile comme des lésions costales peu lytiques qui impose à l'opérateur d'exercer une pression importante pour traverser la corticale osseuse, ou pour des lésions de petite dimension dont l'abord risque de léser une structure noble, la technique chirurgicale sera préférée.