

L2

Date : 22/03/2012

Professeur : Trojani

Nombre de pages : 6



# UE appareil locomoteur

**Ronéo n° : 31**

Intitulé du cours : Tumeurs osseuses

**Chef Ronéo : Sarah**

**Binôme : Emilien et Camille**

*Corporation des  
Carabins Niçois*

UFR Médecine  
28, av. de Valombrose  
06107 Nice Cedex 2  
[www.carabinsnicois.com](http://www.carabinsnicois.com)  
[vproneo@gmail.com](mailto:vproneo@gmail.com)

*On remercie tous ceux qui ont pris les enregistrements après confiscation de notre enregistreur ©*



# BNP PARIBAS

## 1- Définition

= Prolifération cellulaire non physiologique au sein du tissu osseux

Bégnine ou maligne ++

Primitive ou secondaire à un autre cancer

A l'intérieur de l'os, si la prolifération cellulaire est osseuse, on parle d' : ostéome ou ostéosarcome

Cartilagineuse : chondrome ou chondrosarcome

Fibreuse : fibrome ou fibrosarcome



⇒ Si il n'y a pas de modification du tissu osseux à la radio c'est qu'il n'y a pas de tumeur osseuse !!!

Si il n'y a rien à la radio on ne découvrira pas une tumeur osseuse à l'IRM

## 2- Tumeurs bégnine ou maligne ?

Caractères différentiels :

|                    | Bégnine      | maligne                            |
|--------------------|--------------|------------------------------------|
| Limites            | Nettes       | Absentes                           |
| Etendue            | Circonscrite | Envahissante (rupture os cortical) |
| Réaction périostée | Absente      | Feu d'herbe éperon                 |
| Evolution          | Lente        | Rapide                             |

Diagnostic : suspicion clinique et radiologique

Confirmation malignité/bénignité : Biopsie chirurgicale

Quand faire la biopsie?

Après le bilan local et d'extension

- Bilan local : radio IRM TDM  
Ne pas biopsier une IRM
- Bilan d'extension: scintigraphie osseuse  
TDM thoraco-abdo + cérébral

Si pas d'image pathologique à la radio pas de tumeur !!!

## 3- Tumeurs bénignes

A- Ostéo-formatrices

=Prolifération anormale d'un ilot de cellules osseuses à l'intérieur d'un os

- Ostéome ostéoïde : tumeur bénigne, ilots de tissu osseux très actifs au sein de l'os  
10% de toutes les tumeurs bénignes

CONTEXTE : +++ chez ado  
LOCALISATION : 60% au genou

IMAGERIE : épaissement de la corticale avec aspect de lésion osseuse avec à l'intérieur un nidus (prolifération cellulaire ici ostéoclastes/ostéocytes/ostéoblastes très actifs)

PARTICULARITES : (seul dans l'ostéome ostéoïde) : - Douleurs nocturnes  
- Soulagées par l'aspirine

- Ostéoblastome (pas à retenir)

### B-Chondro-formatrice

=Tumeurs bénigne qui produit de l'os : ilots cartilagineux qui poussent de façon anormale à l'intérieur de l'os

- Ostéo-chondrome (exostose osseuse) mais / !\ c'est une tumeur cartilagineuse !!

45% des tumeurs bénignes= la + fréquente

LOCALISATION : 40% genou (+++ condyle fémoral interne, ou tibia proximal )  
20% humérus proximal

FORMATION : se forme dans l'os cortical

Puis se développe en extra-osseux avec une coiffe cartilagineuse

Tumeur totalement bénigne mais grossit avec l'âge et vers 18-20 devient gênante par compression des structures adjacentes (muscles, nerfs, tendons)

CARACTERISTIQUES : Masse osseuse bien délimitée  
Implantation large ou étroite  
Coiffe cartilagineuse

TTMT: résection

- Maladie des exostoses multiples (Ombredanne)

ASSOCIEE A DES MALFORMATIONS : insuffisance staturale

Inégalité de longueur des membres inférieurs  
Déformation des membres

LOCALISATION : Epaules, genou, chevilles +++



Ne se transforme jamais en cancer des os !!  
Mais dégénérescence sarcomateuse fréquente en chondrosarcome



- Chondrome

Formé uniquement du tissu cartilagineux

LOCALISATION : Mains et +++ doigts 50%

- **Chondromatose multiple** (maladie d'Ollier)

A ne pas confondre avec la maladie d'Ollier

- **Chondrome ou chondrosarcome**

LOCALISATION : fémur

CARACTERISTIQUES : calcifications +++ à l'intérieur de l'os

Quand les calcifications envahissent la corticale : forte suspicion de chondrosarcome.

TTMT : Curtage-comblement au ciment

### C- Conjonctives

L'os contient du tissu conjonctif (= tissu autre que du cartilage ou de l'os)

- **Fibrome non ossifiant**

CONTEXTE : defect cortical de l'enfant

MECANISME : Persistance d'une lacune corticale de l'enfant : le tissu fibreux alentours s'introduit dans cette lacune

LOCALISATION : métaphysaire

ASPECT PATHOGNOMONIQUE : lésion non centrée et unilatérale (que d'un côté de l'os)

TTMT : surveillance car une fois constitué le fibrome n'évolue plus

- **Tumeur à cellules géantes**

CONTEXTE : Chez adulte

LOCALISATION : ++ épiphysaire

(seule tumeur épiphysaire de l'adulte)

Quasiment toujours au genou (tête péroné / plateau tibial / condyle)

CARACTERISTIQUES : Peut soulever la corticale mais SANS destruction de la corticale

Pas de réaction périostée

Entouré par une capsule

Pas de calcification

TTMT : exérèse car elle est localisée au niveau des épiphyses donc quand elle grossit elle détruit le cartilage

## 4- **Tumeurs malignes primitives des os**

### A- Ostéosarcome

=tumeur maligne ostéo-formatrice

CONTEXTE : chez l'adulte jeune

CARACTERISTIQUES : à la radio \_ Réaction périostée : image en feu d'herbe / éperon

\_ Envahissant : pas de limite nette et détruit corticale

DIAGNOSTIC positif : Biopsie chirurgicale osseuse

**EXAMENS COMPLEMENTAIRES: TDM thoraco-abdo + cérébrale**  
**Scintigraphie osseuse**  
**(Recherche d'éventuelles métastases surtout au poumon et au cerveau)**

**TTMT : -- Si pas de métastase : CHIMIO+++ (tumeur chimio-sensible)**  
**EXERESE carcinologique +++**  
**CHIMIOthérapie**  
**-- Si métastases : chirurgie palliative de confort (prothèse de genou pour des raisons fonctionnelles)**

**/!\ Bilan urgent car double de volume en 2mois**

**Taux de survie à 10ans au stade non métastatique: 70% =/= Avec métastases : 100% décès**

### **B- Chondrosarcome**

**=Chondroformatrice → présence de calcifications**

**CONTEXTE : Age mur 50 ans**

**DIAGNOSTIC : confirmation par biopsie**

**CARACTERISTIQUES : envahissant**

**TTMT : Chirurgie seule !!**

**car chimio résistant et radio résistant**



**PARTICULARITES : PAS DE METASTASE**  
**CHIMIO RESISTANT et RADIO RESISTANT**

### **C- Sarcome d'Ewing**

**=prolifération conjonctive**

**LOCALISATION : ++ au bassin**

**DIAGNOSTIC : confirmation par biopsie**

**CARACTERISTIQUES : Ostéolyse branche ilio pubienne**

**Très grave : taux de survie à 10ans = 40%**

**TTMT : Chimio pendant 6mois (protocole l'euro-Ewing) : diminution du volume tumoral**

**Exérèse chirurgicale**

**Chimio (6 mois)**

## **5- Tumeurs malignes secondaires des os**

**Les cancers les + ostéophiles sont : poumon / rein / sein / prostate / thyroïde**

**Ces tumeurs sont associées à une AEG**

**Lésion prévalente** (=patient avec lésion osseuse mais on ne sait pas si c'est une tumeur primitive de l'os ou si c'est une métastase) = **biopsie**

Permet de diagnostiquer le primitif (lésions primitives et métastatiques sont de même nature)

Révèle la maladie

**Neoplasie primitive connue:** le cancer est déjà connu et le patient fait une lésion osseuse due à une métastase  
Dans ce cas l'exérèse est non carcinologique : chirurgie palliative

Ex : Lésion osseuse sur maladie hématologique connue : myélome

Localisation des métastase +++ sur les vertèbres

*Cas clinique :*

*\_ Lésion ostéolytique genou (biopsiée) découverte en 1<sup>er</sup> puis annonce un cancer primitif pulmonaire  
=lésion prévalente*

*\_ Patiente cancer du sein connu : métastase au genou → chirurgie palliative car stade métastatique.*

*\_ patiente avec cancer connu de la Thyroïde: métastase fémur → chirurgie palliative (curtage + comblement au ciment chirurgical)*

*\_patient avec réaction périosté (perioste visible en radio anormal) mais pas de feu d'herbe \_ biopsie : lymphome  
=maladie hématologique TTMT :soin par les hématologues mais pas d'exérèse*

## 6- **Conclusion**

En cas de suspicion de tumeur osseuse : pas d'effolement → expliquer calmement, bilanter rapidement

Staffer en **REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE** → biopsier efficacement et attente active

Décision du meilleur traitement

## 7- **Qcm et cas clinique**

< **Les cancers les + ostéophiles :**

1\_

2\_ thyroïdien

3\_ hépatique

4\_

5\_ rénal

V : 2 et 5

< **Les ostéosarcomes :**

1\_ sont des cancers primitifs du cartilage

2\_ sont des cancers chimiosensibles

3\_ ne doivent pas être opérés

4\_ nécessitent une RCP

5\_ sont diagnostiqués par une biopsie

6\_ nécessitent un bilan général

V : 2 4 5 6

< **Les chondrosarcomes :**

- 1\_ sont des cancers primitifs du cartilage
- 2\_ sont chimio-sensibles
- 3\_ ne doivent pas être opérés
- 4\_ nécessitent une RCP

V : 1 4

**\*Cas clinique 1\***

Lésion métaphysaire excentrée touchant une corticale  
=fibrome non ossifiant, tumeur bénigne primitive de l'os (qui produit un tissu conjonctif)  
Dû à un corticale defect chez l'enfant  
Surveillance mais pas d'opération !  
Attention si trop volumineux : risque de fracture

**\*Cas clinique 2\***

Tumeur épiphysaire conjonctive de l'adulte  
=tumeurs à cellules géantes

**\*Cas clinique 3\***

Lésion envahissante  
Calcifications qui se développent à l'extérieur de l'os et touchant la corticale  
= chondrosarcome  
Suspicion de chondrosarcome  
bilan d'extension (dans les 24h) : scintigraphie/ TDM thoraco-abdo et cérébral  
diagnostic par biopsie chirurgicale dans la semaine  
Ttmt : Exérèse chirurgicale puis ciment chirurgical

**\*Cas clinique 4\***

envahissement des tissus mous parallèlement à la branche ilio-pubienne D et de sa corticale  
suspicion d'ostéosarcome  
biopsie : diagnostic lymphome  
**TOUJOURS FAIRE LA BIOPSIE !!**

**\*Cas clinique 5\***

réaction périostée  
=ostéosarcome de tout le bassin  
Ttmt: résection de tout le bassin