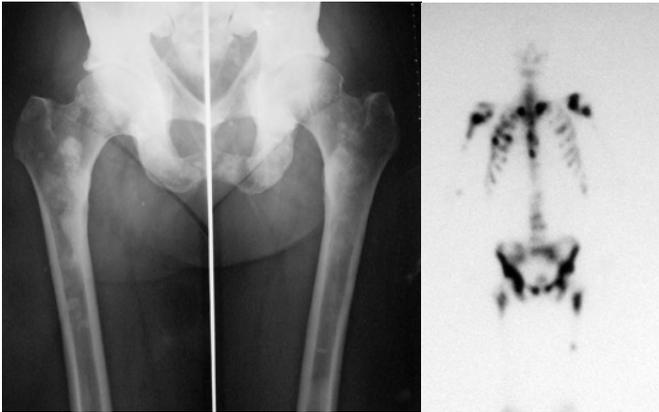


### **Cas Clinique N° 3**

Mr F., 75 ans, consulte pour des douleurs diffuses du bassin et du dos associées à une altération de l'état général, évoluant depuis 2 mois. Il s'agit d'un ancien fumeur traité pour insuffisance coronarienne (Inhibiteur calcique + Statine + Plavix\*). Il a bénéficié, il y a 5 ans, d'une résection endoscopique de la prostate (adénome bénin).

Bilan biologique : VS : 9, CRP : 4, NFS, électrophorèse des protéides : normales, TGO, TGP : bilirubine, normales, Gamma GT : 150 (N < 75) , Phosphatases alcalines : 1500 ( N < 200), Calcémie : 2.03, créatininémie : 150 µmol/l.

Iconographie cas clinique N°3



### **Questions :**

- 1) Décrivez les images radiographiques et scintigraphiques.
- 2) Commentez et expliquez les anomalies biologiques. Comment connaître l'origine des phosphatases alcalines ?
- 3) Quel est le diagnostic le plus probable ? Comment le confirmer ?
- 4) Si une biopsie était nécessaire, comment faudrait-il procéder ?
- 5) Quel autre diagnostic aurait-on pu évoquer ? Quelles auraient été, dans ce cas, les anomalies radiographiques sur le fémur ?
- 6) Chez ce patient, compte tenu du diagnostic suspecté que les examens complémentaires ont confirmé, quel bilan doit être effectué ?
- 7) Citez les principes et les grandes lignes du traitement qui va être envisagé

### **Réponses : cas clinique N°3**

Question 1 : Les radiographies montrent des images condensantes (4) en « taches de bougies » (2), inhomogènes (2), mal limitées (2), avec atteinte des corticales (2), sur bassin et 2 fémurs (2). La scintigraphie montre des hyperfixations (2) multiples concernant quasiment tout le squelette proximal (vertèbres, côtes, bassin, fémurs, humérus) (2). (18pts)

Question 2 : Absence de syndrome inflammatoire (2), Cholestase (3) anictérique (1) sans cytolyse (1), Hypocalcémie (2), Insuffisance rénale modérée (2). L'hypocalcémie peut être liée à l'insuffisance rénale (2) ou à un syndrome d'os avide de calcium (Hungrybone) (2). Les phosphatases alcalines sont probablement d'origine mixte (2), osseuses (2) et hépatiques (2) mais leur augmentation majeure, comparée à l'augmentation modérée des Gamma GT laisse penser une part osseuse prépondérante (3). Les phosphatases alcalines osseuses peuvent être dosées (2). (26pts)

Question 3 : Métastase de cancer prostatique (5), dosage du PSA (4), TR (3). (12pts)

Question 4 : Arrêt du Plavix 10 jours avant (3), relais par Calciparine (2), HBPM CI par I rénale (2). (7pts)

Question 5 : Maladie de Paget (3) : dédifférenciation cortico-trabéculaire (2), trame osseuse fibrillaire, anarchique (2), augmentation de volume de l'os (2). (9pts)

Question 6 : Radiographie thoracique (3), échographie abdominale (3) à la recherche de métastases pulmonaires et hépatiques (4). (10pts)

Question 7 : Hormonothérapie (4) ; castration physique (2) ou chimique (2) (anti androgènes périphériques et/ou centraux (analogues LHRH) (4). Bisphosphonates injectables (2) : Zolédronate en perfusion mensuelle (2) (18pts)