

Cas Clinique N°8 M Laroche:

Mr F., 50 ans, infirmier dans un hôpital périphérique consulte pour des douleurs du genou droit évoluant depuis 1 an.

En fait, il s'agissait au début plutôt d'une gêne à la flexion, lorsque le malade désirait s'accroupir, mais depuis 1 mois, à la suite d'une promenade, les douleurs sont devenues plus importantes, apparaissant dès la mise en charge et concernent surtout la région sous-rotulienne.

Ce malade n'a aucun antécédent, l'examen clinique est normal, en dehors d'une limitation de la flexion du genou, de douleurs à la pression de la partie supérieure du tibia et d'un épanchement modéré.

Questions :

- 1) Décrivez les anomalies radiographiques, tomodensitométriques et en IRM (séquences T2). En quoi l'injection de produit de contraste (Gadolinium) en IRM peut être utile ?
- 2) A partir de ces examens morphologiques, de façon analytique, comment peut-on évoquer des hypothèses diagnostiques ?
- 3) En quoi, l'anamnèse et l'examen clinique peuvent, eux aussi orienter le diagnostic ?
- 4) Comment, dans ce cas, peut-être le liquide synovial ? que doit-on demander de particulier dans l'analyse de ce liquide ?
- 5) A quoi peuvent être liées les douleurs récentes ?
- 6) Quel examen complémentaire morphologique manque, quelles informations supplémentaires peut-il apporter ?
- 7) Faut-il réaliser des examens biologiques, lesquels ? dans quels buts ?
- 8) Si l'on retient l'hypothèse d'une tumeur primitive, quelles précautions faut-il observer pour effectuer la biopsie ?

Iconographie cas clinique N°8



Réponses cas clinique N°8

1) radiographies : lésion lytique métaphyso-épiphysaire, ne rompant pas les corticales de l'extrémité supérieure du tibia ; lésion hétérogène avec zones condensées linéaires au sein d'une zone hypodense de l'extrémité supérieure du fémur, pas de rupture corticale. TDM : lésions à prédominance lytique des régions distales du fémur et du tibia avec discrète rupture corticale externe sur le tibia, tumeur de densité tissulaire (la densité peut être mesurée) pas de calcifications intra tumorale, pas d'envahissement des parties molles. IRM T2 : tumeur de l'extrémité distales du fémur et proximale du tibia de signal très hétérogène, pas d'envahissement des parties molles, pas d'effraction intra articulaire. La prise ou non de produit de contraste en IRM (gadolinium) donne une idée sur le caractère vascularisé ou non de la tumeur.

- 1) Il s'agit donc d'une tumeur en « miroir » touchant 2 os contigus sur la même articulation, l'atteinte est diffuse : épiphyso-métaphyso-diaphysaire. La nature de la tumeur est surtout lytique mas quelques zones condensées existent. Cette tumeur n'est pas liquidienne, ne comprend pas de calcifications en son sein, elle rompt en un seul endroit la corticale sans envahissement des parties molles. Il peut s'agir de métastases mais l'atteinte du tibia en cas de cancer secondaire des os est rare; d'un myélome où les lésions sont purement lytique et l'atteinte du tibia rarissime. L'ostéomyélite est éliminée par l'absence de contexte infectieux. il peut s'agir de lésions d'hyperparathyroïdie primitive évoluée mais le contexte clinique est différent ; il peut s'agir d'une tumeur à cellules géantes mais le caractère en miroir est exceptionnel ; il peut s'agir surtout d'une dysplasie fibreuse à prédominance lytique dont le caractère mono ou hémimélique est classique.
- 2) La présence de douleurs de repos, de signes inflammatoires, de signes généraux orientent vers une tumeur maligne. Les sujets jeunes ont plus souvent des tumeurs primitives.
- 3) Le liquide synovial peut être mécanique, réactionnel à la tumeur de voisinage, il peut être hémorragique en cas de fracture ou de fissure trans-articulaire. Il faut demander un examen anatomopathologique à la recherche de cellules malignes.
- 4) A l'épanchement articulaire ou à une fissure intra ou juxta tumorale.
- 5) Scintigraphie osseuse aux Pyrophosphate marqué par le Technétium 99m: le caractère non ou iso fixant évoque une lésion bénigne peu évolutive (mais il existe des métastases purement lytiques non fixantes) ; la scintigraphie permet de chercher d'autres fixations dans le cadre de métastases ou d'une dysplasie fibreuse ; enfin elle peut montrer une fissure non radio visible (hyperfixation très localisée).
- 6) Examens biologiques : VS, électrophorèse des protides, dosage des chaines légères libres pour chercher un myélome, bilan phosphocalcique $\pm$ PTH pour HPT
- 7) Biopsie doit être effectuée sur le trajet d'un possible exérèse chirurgicale, à priori par le même chirurgien pour que l'ensemencement du trajet lors de la biopsie par des cellules néoplasiques bénéficie de l'exérèse.