

Cas Clinique N°9 M Laroche

Mr P., 78 ans a bénéficié d'une prostatectomie totale, il y a 6 ans. L'examen anatomo-pathologique a révélé un adénocarcinome (T2a, N0, M0, Gleason 6). Un an plus tard, en raison d'une récurrence locale objectivée par IRM, une hormonothérapie par Décapeptyl* et Androcur* a été instituée. L'Androcur a été stoppé après un an. Le Décapeptyl est poursuivi avec un suivi médical médiocre.

Ce patient a eu un épisode de dorsalgies, l'ayant cloué au lit pendant un mois, environ il y a 3 ans. Il n'a pas eu d'examen complémentaire alors.

Il est hospitalisé pour des douleurs rachidiennes diffuses associées à des douleurs sacrées et pelviennes, insomniantes malgré 6 Diantalvic* par jour.

Il a maigri de 6 kg en 2 mois, est asthénique mais apyrétique. L'examen clinique est normal en dehors de douleurs à la mobilisation du rachis et des ailes iliaques.

Biologie : VS : 10, CRP : 6, électrophorèse des protéines : normale (albumine : 41 g/l), créatininémie : 86 µmol/l, calcémie : 2.00 mmol, phosphorémie : 0.80 mmol/l, phosphatases alcalines : 500 UI (N : 40-120), gamma GT : 120 (N < 65), TGO, TGP : normales ; labstix : hématurie ++.

Questions :

- 1) Interprétez les radiographies du rachis et du bassin
- 2) Comment peut-on, à posteriori, expliquer les douleurs d'il y a 3 ans, comment expliquer les douleurs actuelles ?
- 3) Interprétez la scintigraphie osseuse, expliquez le déroulement de cet examen et sa signification sur le plan physiopathologique
- 4) Quel est votre hypothèse diagnostique, par quel dosage biologique la confirmer ?
- 5) Lors de la prostatectomie, quels étaient les facteurs pronostiques ?
- 6) Quels examens complémentaires doivent-ils être réalisés pour comprendre l'augmentation des phosphatases alcalines ? Dans ce cas, quelle est l'origine probable de leur augmentation ? Par quelles cellules sont-elles habituellement synthétisées ? Quelle est leur fonction principale ?
- 7) Comment conduire le traitement symptomatique de la douleur ?
- 8) Quelles sont les possibilités thérapeutiques ?
- 9) Le malade sort du service de Rhumatologie et va être suivi par les urologues. Le traitement hormonal a été repris, associé à du Zolédronate, une perfusion tous les mois. Mr P. est admis aux urgences 4 mois plus tard pour crise comitiale et coma vigile. Le scanner crânien est normal. Bilan biologique : BES : normal, créatininémie : normale, recherche de toxiques : négative : Calcémie : 1.40 mmol/l, phosphorémie : 0.75 mmol/l. Quelle est l'origine des troubles neurologiques ? Comment expliquer les anomalies biologiques ?

Réponses cas clinique N°9

- 1) Aspect condensé hétérogène du bassin prédominant sur la branche ilio pubienne droite, sur les ailes iliaques. Aspect condensé diffus de toutes les vertèbres, tassements de T12 et L3, ponts d'hyper ostose entre L2 et L3 et entre T12 et L1 signant l'ancienneté des tassements vertébraux. Pas d'augmentation de volume des pièces osseuses. Aspect flou de certaines corticales. Calcifications aortiques.
- 2) Par les 2 tassements vertébraux, probablement anciens (ponts d'hyper ostose constitués depuis) ; par des métastases osseuses condensantes diffuses.
- 3) La scintigraphie osseuse au Pyrophosphate au Technetium 99 m consiste à injecter par voie veineuse ce pyrophosphate marqué par un isotope radioactif. 3 heures après un captage est réalisé sur tout le squelette. Le pyrophosphate se fixe sur les zones osseuses sièges d'une formation osseuse ostéoblastique. Les zones où la formation osseuse est augmentée fixent en quantité anormale le radio isotope. Chez ce malade plusieurs zones hyper fixantes existent (bassin, fémur droit, rachis), signant un processus métastatique diffus.
- 4) Cancer prostatique métastatique à l'os. Dosage du PSA très élevé dans ce cas.
- 5) Gleason de grade élevé. Extension intra prostatique
- 6) Dosage des Phosphatases Alcalines osseuses, de la gamma GT, échographie hépatique pour chercher des métastases hépatiques ou une autre étiologie à une possible cholestase. Probablement d'origine osseuse, liées à la formation osseuse accrue. Ostéoblastes, hépatocytes, entérocytes.
Assurer la minéralisation du tissu osseux.
- 7) Di antalvic inefficace, selon intensité de la douleur sur EVA essayer un autre antalgique de pallier 2 : paracétamol codéiné, paracétamol+tramadol, tramadol ou des Morphiniques : titrage par formes rapides (Actiskénan 10 mg toutes les 4 heures puis Skénan* deux fois / jour. Evaluation quotidienne de l'effet des antalgiques.
- 8) S'assurer tout d'abord que le traitement hormonal soit réellement pris et efficace (dosagetestostéronémie) si oui et échappement : Taxoter * ou oestracit* . Irradiation métabolique par Sammarium* radio actif à discuter. Perfusions mensuelles d'acide Zolédronique.
- 9) L'hypocalcémie majeure est responsable des troubles neurologiques. Elle est liée à un ostéomalacie qui existait précédemment (hypocalcémie sur le premier bilan) et qui n'a pas été corrigée. Elle a été aggravée par l'avidité des métastases condensantes pour le calcium (hungrybone syndrome) et par les perfusions de Zolédronate.

Iconographie cas clinique
N°9

