

**Réunion DPC du 2 mai 2019 :**

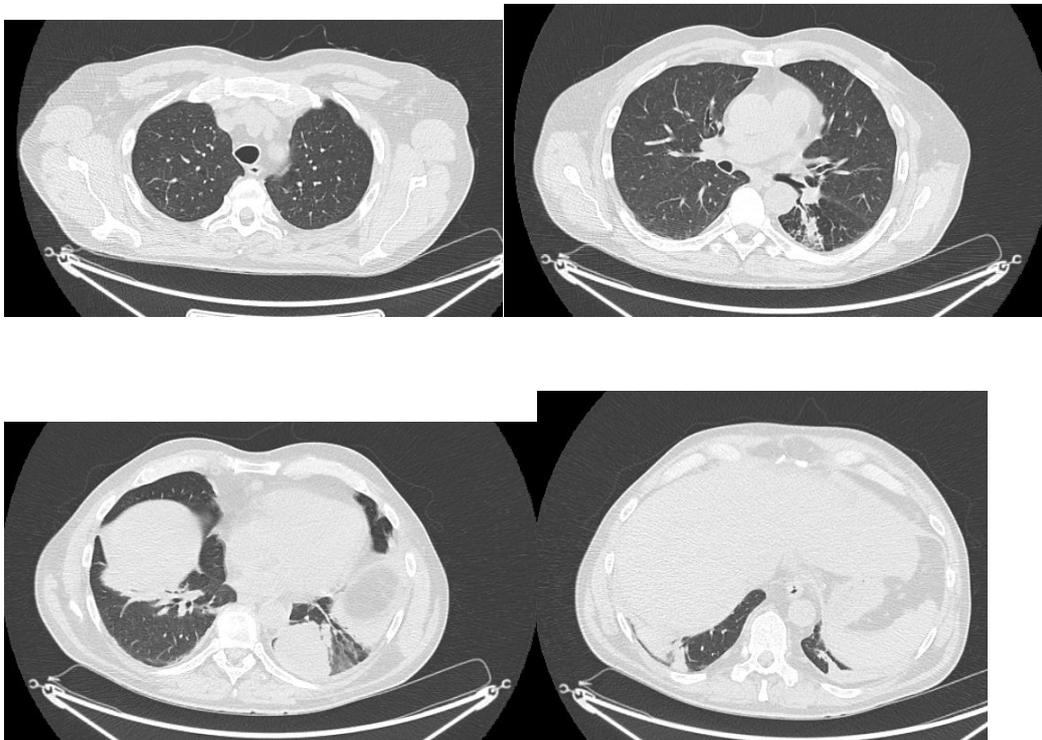
**1<sup>er</sup> cas :** Mr M, 59 ans, est hospitalisé pour le bilan étiologique et la prise en charge de lombalgie : suspicion de métastases rachidiennes (lombaire), en attente d'un avis en orthopédie.

Ce patient est éthylique chronique : cirrhose diagnostiquée dans le service.

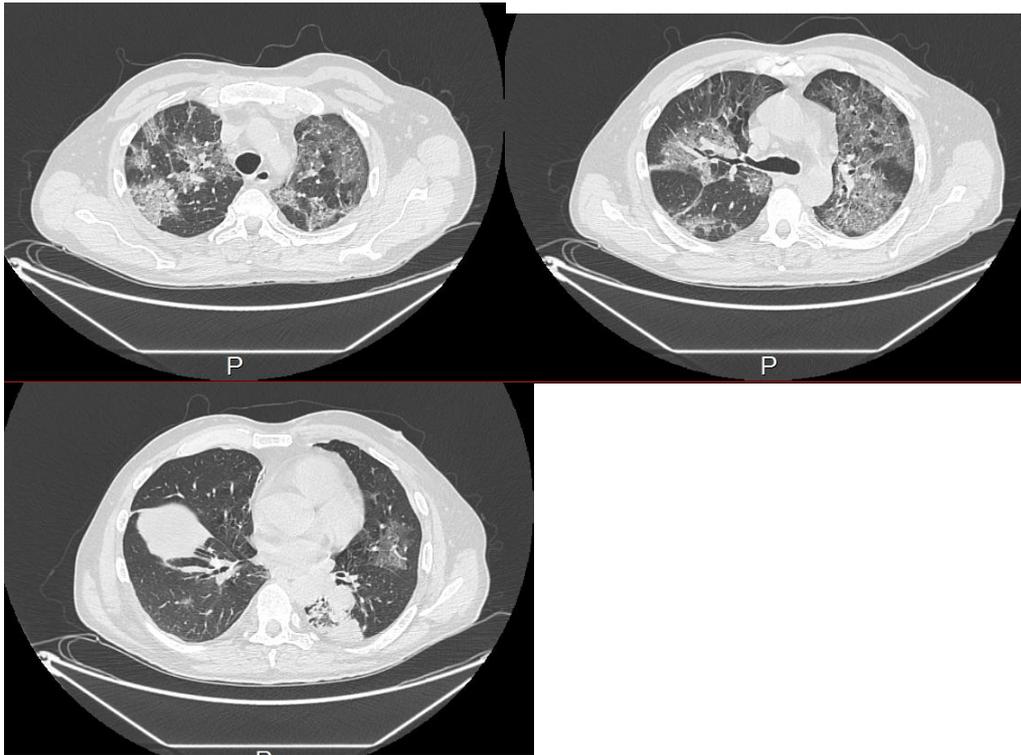
Durant son hospitalisation, il décompense une cytolyse hépatique puis insuffisance rénale puis une insuffisance respiratoire => pas d'argument pour un syndrome hépato rénal

⇒ transfert en réanimation le 01.05.2019

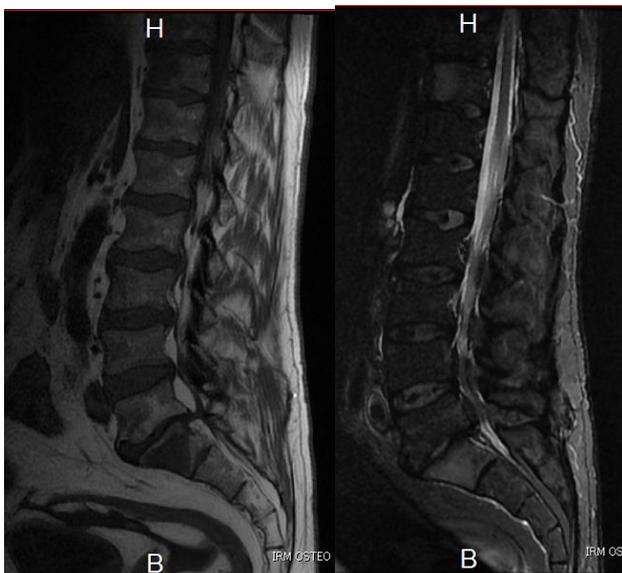
TDM du 25.04.2019 : images pulmonaires (primitif ou secondaire ? très volumineux foie)



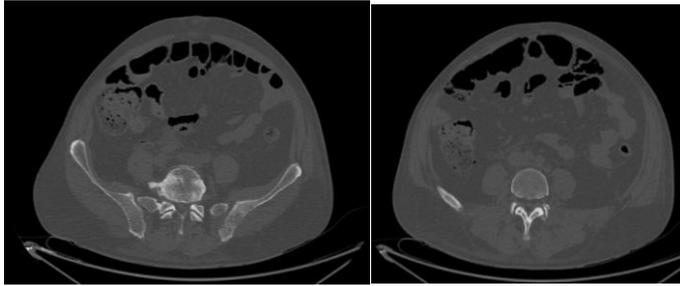
et sur le TDM du 1<sup>er</sup> mai (soit à J5 du précédent TDM) : apparition d'un infiltrat diffus dans les 2 champs pulmonaires ! Quel est le diagnostic des lésions pulmonaires : tumoral ou infectieux ?



IRM du rachis lombaire du 20.04.2019:



Or le TDM semble normal



On constate que sur le TDM les lésions sont peu visibles contrairement à l'IRM, SAVOIR ne pas se contenter d'un TDM

Pb : Evolution du patient très rapidement péjorative sur le plan respiratoire => Transfert en réanimation à J2 de l'hospitalisation

**Hypothèses :**

-surinfection sur une histoire tumorale ?

Une fibroscopie bronchique est réalisée, l'examen cytologique met en évidence des cellules carcinomateuses de type petites cellules.

Décès du patient le 03.05.2019

**2<sup>ème</sup> cas :** Mme F, 53 ans, hospitalisée afin de réaliser la prise en charge et le bilan étiologique de douleurs rachidiennes.

L'IRM du rachis du 13.06.2018 puis TDM du rachis du 20.02.2019 montrent des lésions ostéocondensantes vertébrales.

**Quelles hypothèses diagnostics** évoquées devant des lésions ostéocondensantes ?

- Mastocytose
- Lymphome
- certains K (sein, prostate)
- Paget
- Sarcoïdose
- POEMS
- SAPHO
- Mal de Pott
- Infection à mycobactérie

Notre patiente de 53 ans présente

- ⇒ sur le plan biologique CRP de 18 à 50 mg/l, hyperleucocytose à PNN avec monocytose sur plusieurs bilans
- ⇒ en attente de l'anapath sur une BOM (dans l'hypothèse d'une hémopathie) car prélèvement osseux d'une lésion ostéocondensante est très souvent non contributif

(La difficulté est le diagnostic étiologique d'une condensation osseuse, souvent l'anapath est négative).

### 3eme cas :

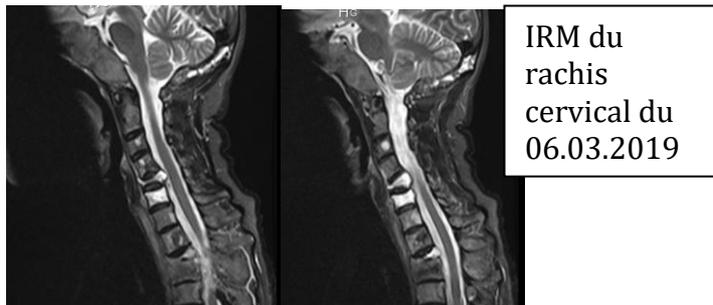
Mme B, 52 ans, suivie pour un syndrome de Mac Cune Albright.

Hospitalisée pour fractures spontanées de vertèbres cervicales (localisation de lésions de dysplasies fibreuses sur ces vertèbres)

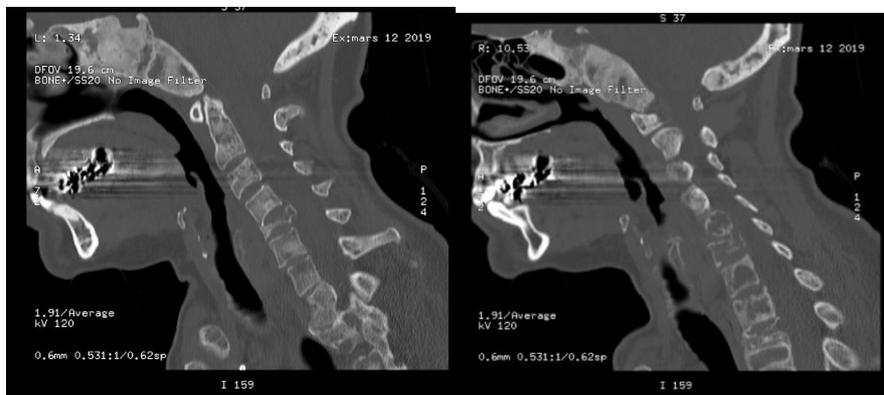
-nombreuses fractures dans l'enfance et déformations sur atteinte polyostotique

- puberté précoce, thyroïdectomie sur atteinte thyroïdienne nodulaire.

- ATCD d'adénocarcinome du pancréas compliquant une TIPMP en 2017 traité par chimiothérapie et chirurgie considéré en rémission. : Augmentation du CA199 depuis 2 mois (1200 puis 435).



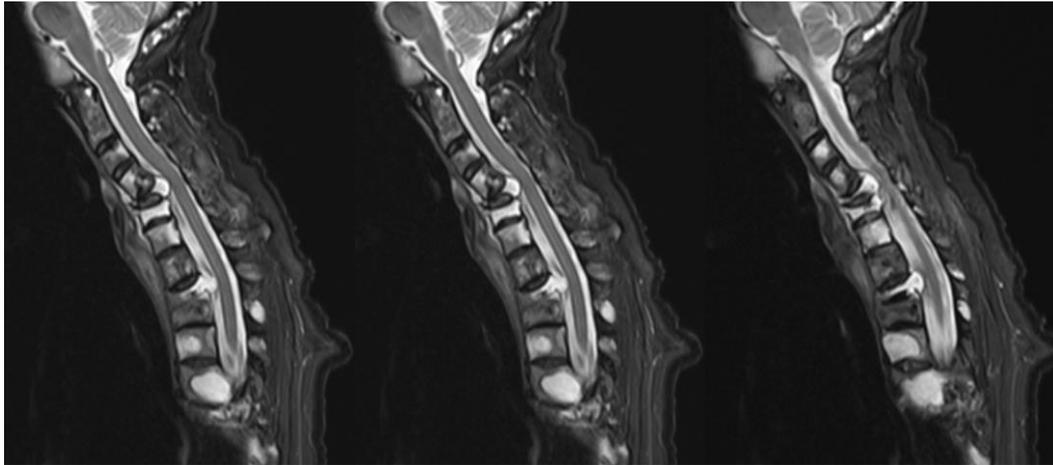
TDM du rachis cervical du 12.03.2019



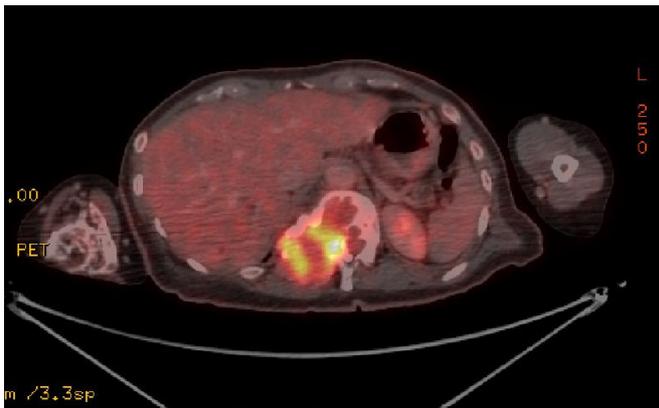
Apparition secondairement à la mi-avril de **paresthésies de territoire C6-C7** au niveau du membre supérieur droit ainsi que des douleurs d'allure neuropathique intense évoquant une **névralgie cervico-brachiale de C5**.

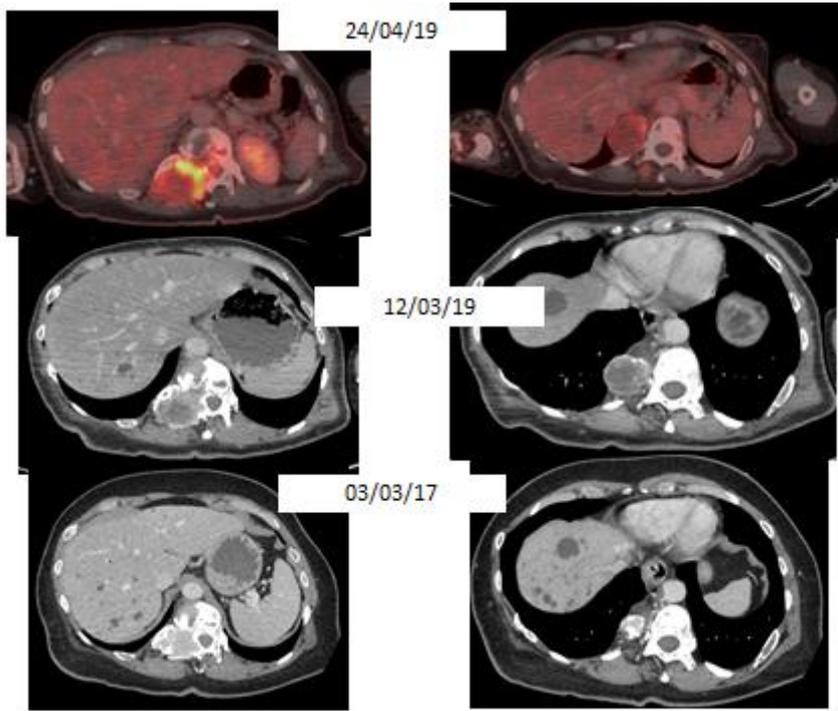
Réalisation d'une nouvelle IRM le 25/04.

Entre temps réalisation d'une perfusion d'acide zolendronique début avril



TEP du 24.04.2012 T11/T12 : il existe une lésion hypermétabolique unique sur cette lésion de dysplasie fibreuse connue.  
Pas d'hyperfixation suspecte par ailleurs





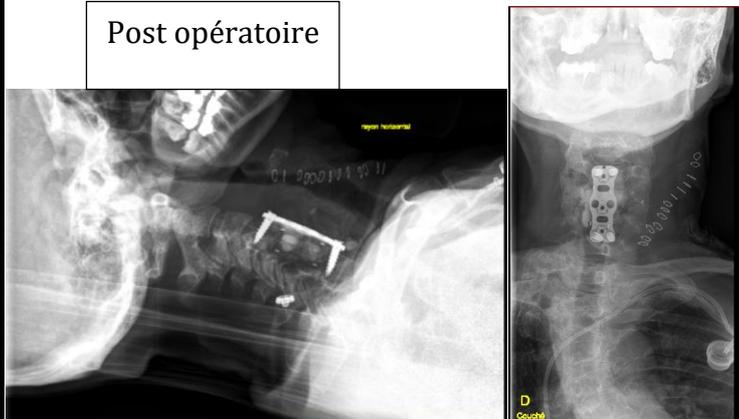
On constate une augmentation progressive de cette lésion de DF.  
 Décision de réaliser un prélèvement local.

Parallèlement, Mme B présente une aggravation des cervicalgies avec irradiation de type NCB C5/C6 droite, hyperalgique, non soulagée par la prise en charge médicale.  
 Prise en charge chirurgicale avec corpectomie de C5.

Pré opératoire



Post opératoire



**Lecture anapath des 2 prélèvements :**

Aspect histologique d'une localisation d'un adénocarcinome avec une différenciation mucineuse (colloïde) et un phénotype CDX-2+ (inflexion intestinale)

**Au total :**

- Difficultés et retard diagnostique car imagerie difficile à interpréter à cause des lésions de DF
- Pas de lésion hypermétabolique franche à part sur la lésion de DF en T11/T12
- les lésions tumorales secondaires siègent sur les lésions de DF (probablement car ce sont des lésions osseuses hypervascularisées ?)

**Proposition thérapeutique :**

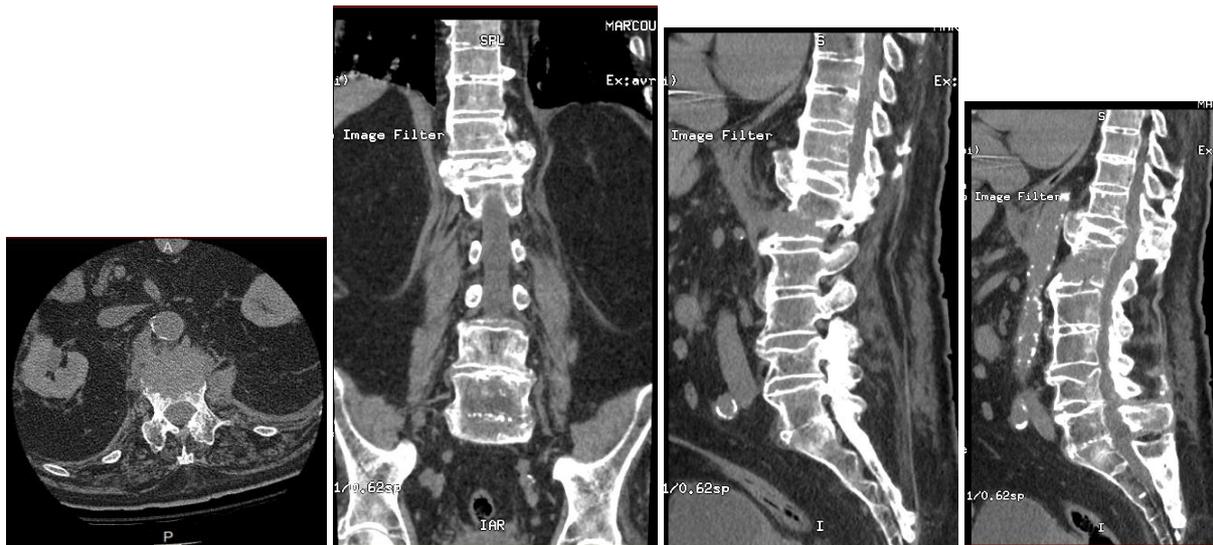
- Chimiothérapie et Radiothérapie (focalisée sur la région C3/C6 et T11/T12)
- Denosumab à dose oncologique

**4eme cas** : homme de 85 ans, lombalgie chronique

Chute avec aggravation des lombalgies.

Hospitalisé car hypothèse d'une localisation métastatique chez un patient qui a des PSA élevés.

TDM du rachis :



AU vu du TDM, le diagnostic est redressé. Ce n'est pas une métastase, c'est une fracture en gueule de loup = fracture au milieu du corps vertébral chez ce patient qui présente une spondylo arthrite)

Pas d'IRM complémentaire car Mr M est porteur d'un Pace maker.

**Cas 5 :**

Femme de 38 ans, consulte car douleur de la base du pouce et du poignet après une séance de ponçage, traitée dans un 1<sup>er</sup> temps comme une tendinite.  
Mais persistance de la douleur et réalisation d'un TDM du poignet.

**Quid de cette image sur le scaphoïde ?**

Conclusion que ce n'est pas un trait de fracture, mais une image normale (vaisseau sanguin du scaphoïde).



Cas 8 : femme de 50 ans, scoliose qui s'aggrave progressivement avec apparition d'une cyphose dorsale => est ce dégénératif ou dans le cadre d'un RIC psoriasique (psoriasis et déformations des doigts+poignets images en hameçon, qui prédominent sur 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> avec importante arthrose scapho trapéziennes => chondrocalcinose / hémochromatose/ bilan en cours