

MÉTASTASE UNIQUE CERVICALE D'UN CANCER DU SEIN

A.C. COURTOIS (1), J. COLLIGNON (2), P.J. BRUYERE (3), J.M. CRIELAARD (1), J.F. KAUX (1)

RESUME : Nous rapportons un cas rare de métastase cervicale unique d'un cancer du sein. Les atteintes métastatiques osseuses sont les plus fréquentes dans le cancer du sein. Le diagnostic précoce et les progrès thérapeutiques de ces dernières années ont fortement augmenté la qualité et l'espérance de vie. L'imagerie tient un rôle primordial dans la mise au point, particulièrement la scintigraphie et la radiographie voire, la tomодensitométrie et l'IRM. Le traitement n'est actuellement pas standardisé; il associe hormonothérapie, chimiothérapie, radiothérapie, et/ou chirurgie.

MOTS-CLÉS : *Métastase osseuse - Métastase unique - Cancer du sein*

SINGLE CERVICAL METASTASIS OF BREAST CANCER

SUMMARY : We report a rare case of single cervical metastasis of breast cancer. Bone metastases are the most frequent in breast cancer. Early diagnosis combined with the new therapeutic advances have considerably improved the quality of life and increased the survival. Imaging plays a great role in the diagnosis, particularly scintigraphy and radiography, but sometimes also CT and MRI. The treatment is currently not standardized and it combines hormone therapy, chemotherapy, radiotherapy, and / or surgery.

KEYWORDS : *Bone metastases - Single metastase - Breast cancer*

PRÉSENTATION CLINIQUE

Une patiente de 58 ans s'est présentée à la consultation de Médecine de l'Appareil Locomoteur pour des cervicalgies aiguës apparues dans les suites d'un faux mouvement en rotation gauche de la colonne cervicale. Un claquement a été ressenti. Une irradiation non métamérique dans le membre supérieur gauche était également apparue. Les douleurs ont continué à s'intensifier malgré la prescription d'un traitement antalgique de palier 2. Huit ans auparavant, la patiente avait bénéficié d'une prise en charge pour un cancer du sein (ER +; Cgr +; HER2 négatif; grade 2 et KI67 20%) traité par tumorectomie et radiothérapie associée à une curiethérapie.

A l'examen clinique, il existait un enraidissement de la colonne cervicale dans toutes les directions. A la palpation, des contractures douloureuses paracervicales et de l'angulaire de l'omoplate gauche étaient objectivées. L'examen neurologique segmentaire ne révélait pas de déficit ni de syndrome pyramidal.

Une radiographie de la colonne cervicale montrait une radiarthrose modérée en C5, C6 et C7 (Fig.1).

Ensuite, une imagerie plus exhaustive fut sollicitée :

- La scintigraphie corps entier montrait une fixation unique du traceur au niveau du corps vertébral de C4 (Fig. 2).

- Le scanner révélait la présence d'une ostéolyse centrale du corps vertébral de C4 avec effraction de son plancher (Fig. 3).

- L'IRM confirmait la présence d'une plage de remplacement médullaire d'allure secondaire de la presque totalité du corps vertébral de C4, sans tassement mais avec un envahissement des tissus mous périrachidiens, en particulier de l'espace épидural antérieur et du trou de conjugaison C3/C4 gauche, entraînant un retentissement sur la racine C4 (Fig. 4).

En raison de l'étiologie, des plaintes douloureuses et fonctionnelles présentées par la patiente, une sanction chirurgicale (corporectomie de C4 puis reconstruction avec greffe osseuse et plaque d'ostéosynthèse) fut rapidement programmée. On a confirmé le diagnostic de rechute du cancer du sein avec les mêmes caractéristiques immunohistochimiques. Le traitement a été poursuivi par une radiothérapie et une hormonothérapie.

DISCUSSION

L'OMS estime que 10 millions de cancers ont été diagnostiqués en 2000 et qu'ils devraient passer à 15 millions en 2020 (1, 2).

Les cancers à l'origine des métastases rachidiennes sont, par ordre de fréquence, le sein, la prostate, le poumon, la vessie, le rein et le mélanome. Bien que les possibilités thérapeutiques et la survie s'améliorent, la fréquence élevée des cancers augmente l'incidence de cas de métastases osseuses et particulièrement rachidiennes car

(1) Service de Médecine de l'Appareil Locomoteur, CHU de Liège.

(2) Service d'Oncologie Médicale, CHU de Liège.

(3) Service de Radiologie, CHU de Liège.

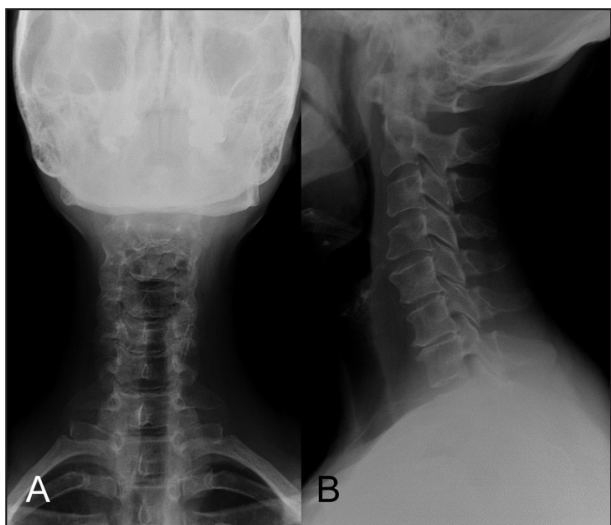


Figure 1. Radiographie de face (A) et de profil (B) du rachis cervical montrant une cervicarthrose modérée étagée prédominant dans les niveaux inférieurs.



Figure 2. Scintigraphie osseuse (vue postérieure) : hyperfixation au niveau de la quatrième vertèbre cervicale.

le squelette est le site de prédilection des lésions secondaires. La scintigraphie osseuse demeure l'examen de choix, de par sa haute sensibilité, pour la détection des métastases osseuses. En cas de positivité ou de symptômes, le bilan est complété par des radiographies ou par un examen tomodensitométrique centré, voire une RMN. Environ 70% des patients avec un cancer du sein au stade métastatique développeront des lésions

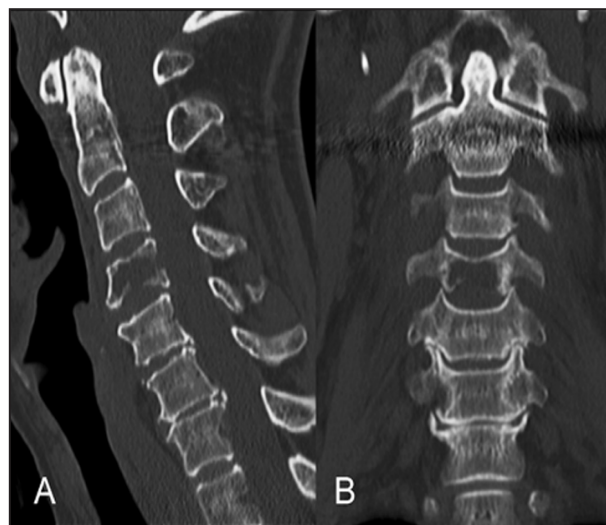


Figure 3. Reformations sagittale (A) et coronale (B) d'une tomodensitométrie du rachis cervical : ostéolyse centrale du corps vertébral de la quatrième vertèbre cervicale avec effraction du plancher et du mur postérieur.

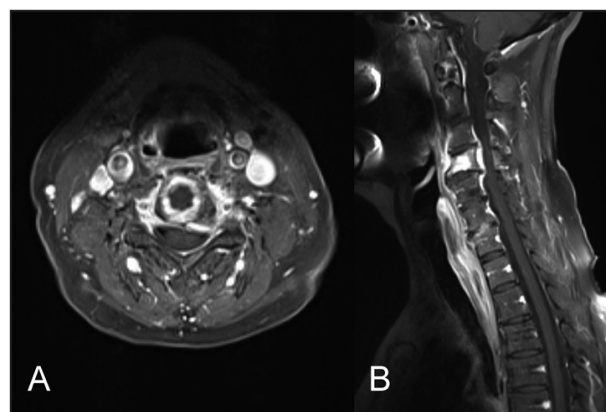


Figure 4. Coupes axiale (A) et sagittale (B) pondérées T1 après injection de gadolinium : prise de contraste du corps vertébral de la quatrième vertèbre cervicale confirmant un envahissement tumoral s'étendant à l'espace péri-dural antérieur et au trou de conjugaison gauche.

osseuses et dans 26 à 50% des cas, il s'agira du premier site de lésions secondaires (1, 3-6).

Les patients avec des métastases uniquement osseuses présentent, dans la plupart des cas, une positivité pour les récepteurs hormonaux ER et/ou PgR et peuvent être traités en première ligne par hormonothérapie. Leur espérance de vie est supérieure aux patients avec lésions secondaires viscérales (5, 7, 8).

Les métastases osseuses sont responsables d'une morbidité significative qui affecte la qualité de vie des patients : douleurs intenses et rebelles aux antalgiques, fractures pathologiques, hypercalcémie, atteintes neurologiques par compression (3, 5).

Le dépistage et la prise en charge précoce des cancers du sein sont donc primordiaux. Bien

qu'actuellement, il n'existe pas de consensus pour la détection des métastases, l'imagerie tient un rôle essentiel dans le diagnostic et la mise au point de ces lésions (6, 9, 10).

La scintigraphie osseuse, de par sa sensibilité élevée, est recommandée pour le suivi des patients atteints d'un cancer du sein. La radiographie standard, mais surtout la tomodensitométrie centrée, voire la RMN selon le site des lésions, permettent de confirmer la nature tumorale des lésions détectées par la scintigraphie. Les nouvelles techniques comme l'IRM corps entier et les techniques combinées comme le PET-CT et le SPECT-CT permettent encore d'affiner le diagnostic, mais leur place dans le diagnostic des lésions osseuses secondaires n'est pas encore validée (3, 6, 9). La comparaison et la complémentarité des techniques d'imagerie pour explorer les métastases osseuses, notamment en cas de cancer du sein, ont été décrites dans un autre cas clinique illustratif (11) et analysées en détail dans un article de revue complet (12) de ce numéro thématique.

Le traitement des métastases osseuses n'est pas clairement défini. Il associe une hormonothérapie et/ou une chimiothérapie. La radiothérapie et la chirurgie peuvent également prévenir ou traiter les fractures pathologiques (1, 5).

Enfin, les biphosphonates, par leur action anti-tumorale directe, induiraient l'apoptose des cellules tumorales mammaires et inhiberaient leur attachement à la matrice osseuse minéralisée. Ils diminuent les risques de fractures pathologiques, l'hypercalcémie et les compressions médullaires (1, 5, 7).

CONCLUSION

Des douleurs osseuses sont un signe d'appel important chez un patient avec des antécédents de cancer du sein. Le squelette est le site de prédilection des lésions secondaires. La scintigraphie osseuse demeure l'examen de choix, de par sa haute sensibilité, pour la détection des métastases osseuses. En cas de positivité ou de symptômes, le bilan est complété par des radiographies ou par un examen tomodensitométrique centré, voire une RMN.

Le traitement des métastases osseuses n'est pas encore standardisé. Il associe, selon la topographie et l'envahissement tumoral et en fonction de la symptomatologie clinique : chimiothérapie, hormonothérapie, biphosphonates, radiothérapie et/ou chirurgie. Les études actuelles visent à améliorer nos connaissances des mécanismes moléculaires des métastases osseuses afin de

déterminer des cibles thérapeutiques potentielles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Harel R, Angelov L.— Spine metastases : current treatments and future directions. *Eur J Cancer*, 2010, **46**, 2696-2707.
2. Hayat MJ, Howlader N, Reichman ME, et al.— Cancer statistics, trends, and multiple primary cancer analyses from the Surveillance, Epidemiology, and end Results (SEER) Program. *Oncologist*, 2007, **12**, 20-37.
3. Hamaoka T, Madewell JE, Podoloff DA, et al.— Bone imaging in metastatic breast cancer. *J Clin Oncol*, 2004, **22**, 2942-2953.
4. Solomayer EF, Diel IJ, Meyberg GC, et al.— Metastatic breast cancer : clinical course, prognosis and therapy related to the first site of metastasis. *Breast Cancer Res Treat*, 2000, **59**, 271-278.
5. Niikura N, Liu J, Hayashi N, et al.— Treatment outcome and prognostic factors for patients with bone-only metastases of breast cancer : a single-institution retrospective analysis. *Oncologist*, 2011, **16**, 155-164.
6. Costelloe CM, Rohren EM, Madewell JE, et al.— Imaging bone metastases in breast cancer : techniques and recommendations for diagnosis. *Lancet Oncol*, 2009, **10**, 606-614.
7. Coleman RE, Smith P, Rubens RD.— Clinical course and prognostic factors following bone recurrence from breast cancer. *Br J Cancer*, 1998, **77**, 336-340.
8. Plunkett TA, Smith P, Rubens RD.— Risk of complications from bone metastases in breast cancer. Implications for management. *Eur J Cancer*, 2000, **36**, 476-482.
9. Muindi J, Coombes RC, Golding S, et al.— The role of computed tomography in the detection of bone metastases in breast cancer patients. *Br J Radiol*, 1983, **56**, 233-236.
10. Smith TJ, Davidson NE, Schapira DV, et al.— American Society of Clinical Oncology 1998 update of recommended breast cancer surveillance guidelines. *J Clin Oncol*, 1999, **17**, 1080-1082.
11. Withofs N, Collignon J, Rorive A, et al.— Hétérogénéité des métastases osseuses du cancer du sein : cas clinique illustrant l'intérêt de combiner différentes techniques d'imagerie. *Rev Med Liège*, 2011, **66**, 288-290.
12. Withofs N, Collignon J, Hustinx R.— Imagerie des métastases osseuses du cancer du sein. *Rev Med Liège*, 2011, **66**, 291-298.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr. A.C. Courtois, Service de Médecine de l'Appareil Locomoteur, CHU de Liège, 4000 Liège, Belgique.
E-mail : ac.courtois@gmail.com