



**SYNDROME DE LA QUEUE DE CHEVAL PAR METASTASES VERTEBRALES  
D'UN CANCER PRIMITIF DU FOIE : UN DIAGNOSTIC RARE.**

**ZOMALHETO Z<sup>1</sup>, AGBODANDE A<sup>2</sup>, KPOSSOU R<sup>3</sup>, DOSSOU-YOVO H<sup>1</sup>,  
AVIMADJE M<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Service de rhumatologie du centre national hospital-universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou

<sup>2</sup> Service de médecine interne du centre national hospitalo-universitaire Hubert-Koutoukou Maga de Cotonou

<sup>3</sup> Service de médecine, Hôpital de Zone de Mènontin

**Correspondant** : Zavier ZOMALHETO professeur assistant de rhumatologie à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou (Bénin). BP : 2139 Abomey-calavi.

Tel : 00229 95 01 77 79. Email : [zozaher@yahoo.fr](mailto:zozaher@yahoo.fr)

**RESUME**

La colonne vertébrale est le site privilégié des métastases des cancers ostéophiles. Les lésions métastatiques vertébrales peuvent être lytiques, condensantes ou mixtes. Les organes habituellement responsables sont le sein, le rein, la thyroïde, la prostate et les organes génitaux.

Nous rapportons un cas exceptionnel de lésions lytiques vertébrales en rapport avec un cancer primitif du foie post-hépatitique chez une patiente jeune.

**Mots-clés** : cancer, métastases vertébrales, foie.

**SUMMARY**

The spine is the preferred site of cancer metastases osteophilic. Vertebral metastatic lesions may be lytic, sclerotic or mixed. The bodies are usually responsible for the breast, kidney, thyroid, prostate and genitals.

We report a rare case of vertebral lytic lesions compared with primary liver cancer in post-hepatitic a young patient.

**Keywords**: cancer, bone metastases, liver.

**INTRODUCTION**

Les métastases osseuses constituent un motif fréquent d'hospitalisation en milieu rhumatologique. Leur diagnostic étiologique pose un problème grave, difficile et fréquent en pratique rhumatologique. Il s'appuie sur l'aspect radiologique des métastases, l'anamnèse, l'examen clinique, les examens biologiques courants, l'imagerie médicale, le dosage des marqueurs sériques et l'anatomie pathologique [1]. Elles sont inaugurales dans la majorité des cas de cancers avec métastases (jusqu'à 75% dans la série de Vandecandelaere et coll. [2]; ce qui rend le problème d'identification du foyer primitif plus difficile.

Cependant, avec les progrès réalisés ces dernières années surtout dans le domaine des biopsies osseuses dirigées par voie percutanée, avec recours aux techniques anatomopathologiques et d'immuno-marquages, l'identification du foyer primitif devient moins difficile [3].

Les organes habituellement responsables sont le sein, le rein, la thyroïde, la prostate et les organes génitaux. Chez la jeune femme de moins de 40 ans, le foyer primitif incriminé est dominé largement par le cancer du sein [2]. Nous rapportons un cas rare de CPF post-hépatitique avec métastases pelvi-rachidiennes chez une jeune femme de 35ans.

**OBSERVATION**

Patiente de 35 ans aux antécédents d'hépatite virale B active non suivie, référée dans le service de rhumatologie le 3 septembre 2012 pour une lombo-radicalgie gauche hyperalgique et inflammatoire.

Le début de la symptomatologie remontait à 2 mois avant son admission marqué par l'apparition rapidement progressive d'une lombalgie inflammatoire (permanente, non calmée par le repos et réveillant la patiente la nuit) suivie d'une irradiation mal systématisée dans le membre pelvien gauche. La douleur était d'intensité croissante, non calmée par le repos et insomnante. Ce tableau s'est installé dans un contexte d'altération de l'état général avec fièvre, asthénie, amaigrissement et anorexie. Elle fut traitée par des antalgiques et anti-inflammatoires s avec immobilisation plâtrée dans un centre hospitalier départemental. Devant la persistance et l'exacerbation de la douleur elle fut référée aux urgences puis dans le service de rhumatologie pour une meilleure prise en charge.

Après ablation du matériel d'immobilisation, l'examen a objectivé un état général altéré avec une patiente très asthénique et hyperalgique. La température était à 39° 3C, le pouls à 100 battements/mn, la TA à 90/60 CmHg.

On notait une pâleur cutanéomuqueuse, des plis de déshydratation. Il existait un syndrome de la queue de cheval avec un syndrome rachidien lombaire très marqué, une raideur multidirectionnelle et une vive douleur à la palpation des épineuses dorso-lombaires, une force motrice à 0/5, une anesthésie à niveau supérieur T12, une abolition des réflexes aux membres pelviens.

Par ailleurs, l'abdomen était douloureux dans son ensemble avec une hépatalgie et une hépatomégalie, lisse, ferme débordant légèrement l'hypogastre, à bords inférieurs mous,

sans nodules palpables, une ascite de minime abondance sans signes d'hypertension portale. Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

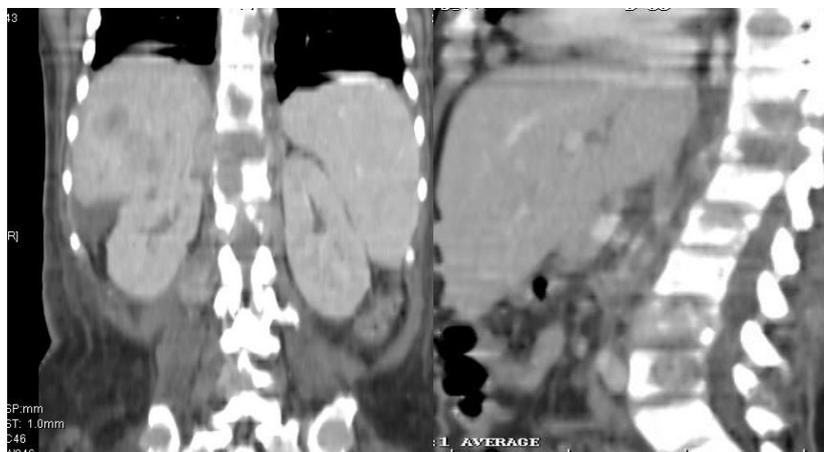
La radiographie du rachis lombaire objectivait une lyse de la vertèbre lombaire L3. L'échographie et la tomodensitométrie abdominale objectivait une infiltration tumorale de l'ensemble du foie droit sans thrombose portale s'accompagnant d'ascite et de multiples lésions ostéolytiques vertébrales de T9 à L4 avec une ostéolyse bilatérale des os iliaques (figures 1, 2 et 3).



**Figure 1 : coupe transversale du scanner abdominale montrant la lésion tumorale hépatique à gauche et une lyse costo-vertébrale en arrière**



**Figure 2 : coupe transversale du scanner abdominale montrant les lésions lytiques du bassin.**



**Figure 3 : coupe scanner abdominale montrant les lésions infiltratives tumorales et lytiques pelvi-rachidiennes.**

A la biologie, on objectivait une anémie (5,5 g/dL) normocytaire normochrome avec hyperleucocytose neutrophile à 14,36 G/L, une VS : accéléré à 44mm à la première heure, une CRP : positive 96 mg/L, une créatinémie à 15mg/L, les transaminases normales, les phosphatases alcalines à 312 UI/L, la bilirubinémie était normale. A la sérologie hépatitique B, l'Ag HBe était négatif, l'Ac anti-HBe était positif. La sérologie hépatitique C était négative. Les alpha-foeto-protéines étaient élevées à 154,75ng/ml (<15). La Glycémie : 0,87, la calcémie à 109mg/L, la sérologie HIV était négative. L'examen cyto-bactériologique des urines a isolé *Staphylococcus aureus* confirmée par deux prélèvements d'hémoculture.

Le diagnostic de cancer primitif du foie post-hépatitique B avec métastases osseuses pelvi-rachidiennes compliqué de syndrome de queue de cheval a été retenu.

Au plan thérapeutique, elle a bénéficié d'un traitement symptomatique à base de morphine en sous-cutanée, une triple antibiothérapie parentérale, des séances de rééducation au lit. L'évolution a été très vite défavorable avec le décès de la patiente avant toute instauration d'une chimiothérapie anticancéreuse.

#### **DISCUSSION**

Le cancer du foie a un tropisme osseux pelvi-rachidien faible. Très peu de métastases osseuses ont été décrites [4,5]. Les métastases peuvent être révélatrices comme le cas de notre patiente. Parfois elles surviennent secondairement dans le cas d'un suivi de la tumeur hépatique ; le plus souvent après un traitement de la tumeur primitive du foie [5].

Malgré le faible tropisme osseux, la colonne vertébrale et le bassin sont les sites les plus communs métastatiques, en raison de l'activité hématopoïétique plus élevée. En règle générale, le modèle radiographique est de type

lytique; d'autres aspects ostéosclérotique, ou mixte sont décrits [6]. Dans notre cas rapporté, les lésions étaient uniquement de type lytique.

Les signes cliniques peuvent varier d'une simple douleur pelvi-rachidienne d'horaires variable à des signes neurologiques très graves. La hantise des métastases vertébrales est le risque de compression médullaire souvent irréversible en l'absence d'une laminectomie décompressive d'urgence [5]. Dans notre cas il s'agissait d'un syndrome de queue de cheval par lyse et recul du mur postérieur de la vertèbre L3.

Au plan diagnostique, en dehors de la radiographie standard et le scanner pelvirachidien qui apportent une part non négligeable, la scintigraphie osseuse et le PET-Scan, sont aujourd'hui des techniques les plus utilisées pour la détection des lésions non visibles radiologiquement [7,8]

Au plan thérapeutique, la chirurgie et la radiothérapie sont utilisées comme traitement palliatif des métastases osseuses du carcinome hépatocellulaire [9].

Le traitement par résection osseuse et chimiothérapie intra-artérielle semble être d'une incidence limitée sur la survie des patients en raison de la diffusion de micrométastases dans d'autres organes [10,11].

#### **CONCLUSION**

Les métastases pelvi-rachidiennes des CPF sont très peu décrites dans la littérature. L'originalité de notre observation repose d'une part sur le caractère révélateur de la tumeur à travers un syndrome de la queue de cheval et d'autre part sur l'âge très jeune de notre patiente. Ce qui pose le problème de sensibilisation de la population par rapport aux hépatites B et C.

#### **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

- 1- Alcalay M; Azais I; Brigeon B; Babin P; Vandermarcq P; Debiais F et al. Stratégies du diagnostic étiologique des métastases osseuses inaugurales. Congrès français de rhumatologie n°8, Paris-La Défense, France, 1995 ; 62 (123): 675-686.
- 2- Vandecandelaere M, Flipo RM, Cortet B, Catanzariti L, Duquesnoy B, Delcambre B. Métastases osseuses révélatrices : étude comparative à 30 ans d'intervalle. Rev Rhum 2004;71:390-396.
- 3- Destombes C, Botton E, Le Gal G et al. Investigations for bone metastasis from an unknown primary. Joint Bone Spine, 2007 ; 74 : 85-89
- 4- Fontana T, Siciliano M, Franceschelli A, Annicchiarico BE, Rossi P, Bigotti , Bombardieri G. An atypical bone metastasis of hepatocellular carcinoma: case report and review of the literature Clin Ter. 2004;155(10):447-51.
- 5- Melichar B, Voboril Z, Toupková M, Dvorák J. Hepatocellular carcinoma presenting with bone metastasis. J Exp Clin Cancer Res. 2002; 21(3):433-6.3;94(2):77-90

- 6- Scutellari PN, Antinolfi G, Galeotti R, Giganti M. Metastatic bone disease. Strategies for imaging. *Minerva Med.* 200
- 7- Ono Y, Yamamoto Y, Itoh S, Arai H, Aga F, Nishiyama Y. SPECT/CT imaging in 99mTc-PMT hepatobiliary scintigraphy to detect bone metastases from hepatocellular carcinoma. *Clin Nucl Med.* 2012 Oct;37(10):1011-2.
- 8- Jung KS, Park KH, Chon YE, Lee SR, Park YN, Lee do Y, Seong JS, Park JY. A case of isolated metastatic hepatocellular carcinoma arising from the pelvic bone. *Korean J Hepatol.* 2012 Mar;18(1):89-93.
- 9- Seong J, Koom WS, Park HC. Radiotherapy for painful bone metastases from hepatocellular carcinoma. *Liver Int.* 2005;25:261–265.
- 10- Imamura H, Masutani S, Tatsuta M, Inoue Y, Makino S, Tsuda K, et al. A case report of successful transcatheter arterial embolization therapy for osseous metastasis of hepatocellular carcinoma. *Gan To Kagaku Ryoho.* 2000;27:1941–1946.
- 11- Chen CY, Hsueh YT, Lan TY, Lin WH, Wu K, Yang RS. Pelvic skeletal metastasis of hepatocellular carcinoma with sarcomatous change: a case report. *Diagn Pathol.* 2010; 5:33.