



Cas cliniques - RCP métastases osseuses

Congrès annuel UCOG
Bretagne

Jeudi 6 février 2025

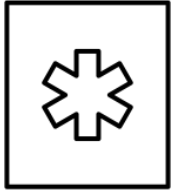
Cas clinique n°1



Patiente de 76 ans.

Veuve, vit seule à St Malo dans une maison de plain-pied.

Une fille à St Suliac.



HTA / AOMI non traitée / Coxarthrose évoluée

Pas d'allergie connue

IRBESARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE 300/25mg

↕ KARDEGIC 75mg contre avis méd ; LIPTRUZET 10/10 mg

ESCITALOPRAM 5mg

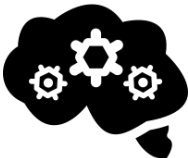


Il y a 6 mois ADL à 6/6. IADL 3/4 : courses par sa fille

Actuellement ADL à 6/6. IADL 2/4 : pilulier par IDEL, courses par sa fille



Statut nutritionnel satisfaisant



MMSE 24/30 : perte des points sur le rappel, l'attention

Plainte mnésique sans gêne majeure au quotidien

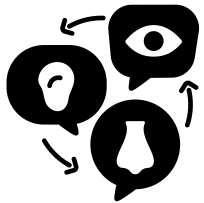
→ **Trouble neurocognitif léger**



Mini GDS 1/4
Pas d'anxiété



Périmètre de marche limité, aide technique : canne simple
Pas d'antécédent de chute
Timed up and go test > 20s → Risque de chute

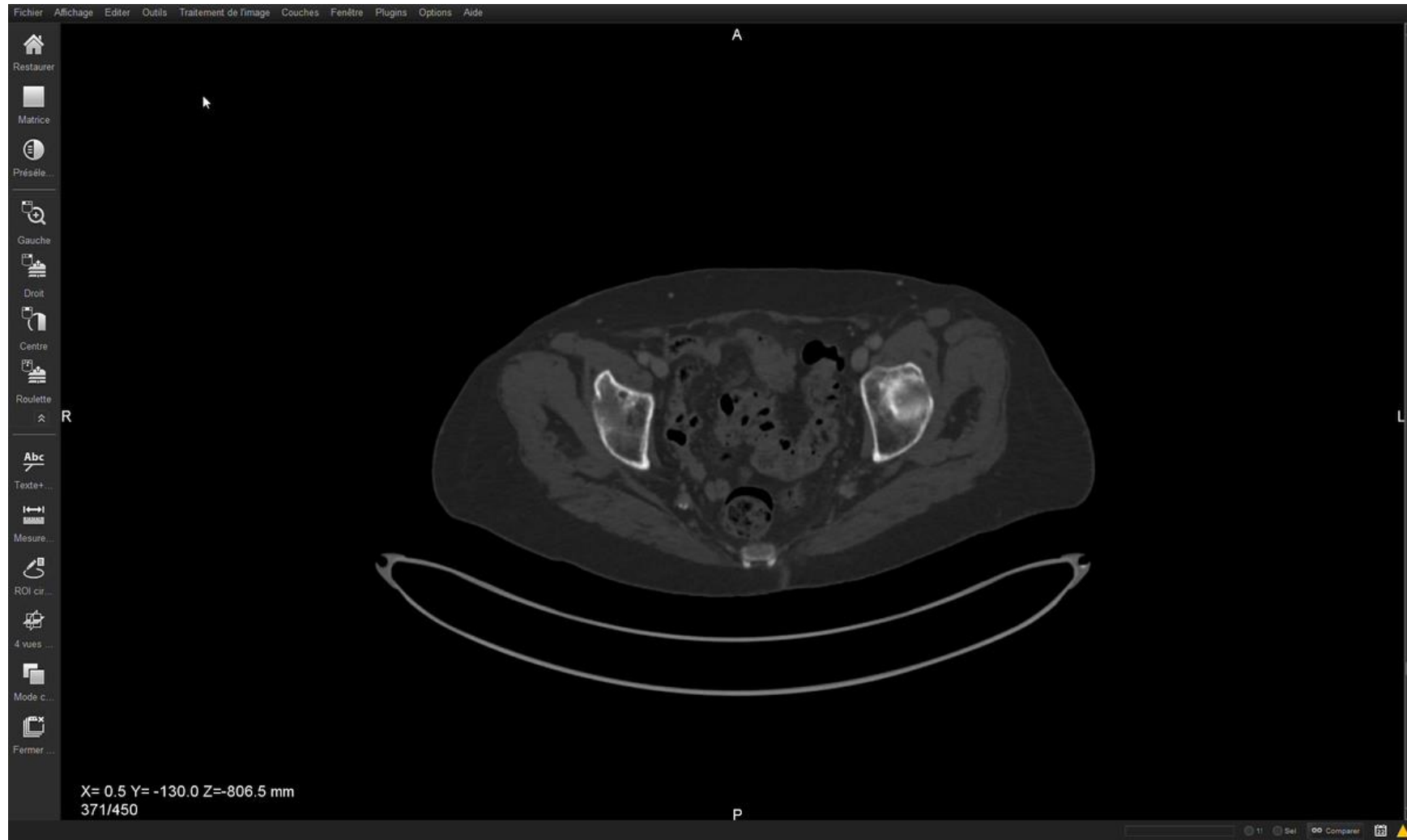


Pas de troubles neurosensoriels patents



- Juin 2024 : Carcinome infiltrant non spécifique du sein droit de grade III, ki67 75 %, RE 100 %, RP 20 %, HER2 surexprimé (3+), classable cT3N0Mx.
- RCP mammaire 20/06/2024 : Chimiothérapie néoadjuvante + Trastuzumab.
- TEP 27/06/24 : **Atteinte osseuse secondaire multifocale, rachidienne et bassin avec lésion menaçante à haut risque fracturaire du col fémoral et de l'extrémité supérieure de la diaphyse fémorale droite.**



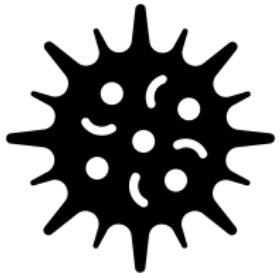




WOOCLAP :

- Ostéosynthèse avec enclouage centro-médullaire
- PTH
- PIH
- Ostéosynthèse percutanée

- ➔ **L'avis du chirurgien orthopédique**
- ➔ **L'avis du radiologue interventionnel**

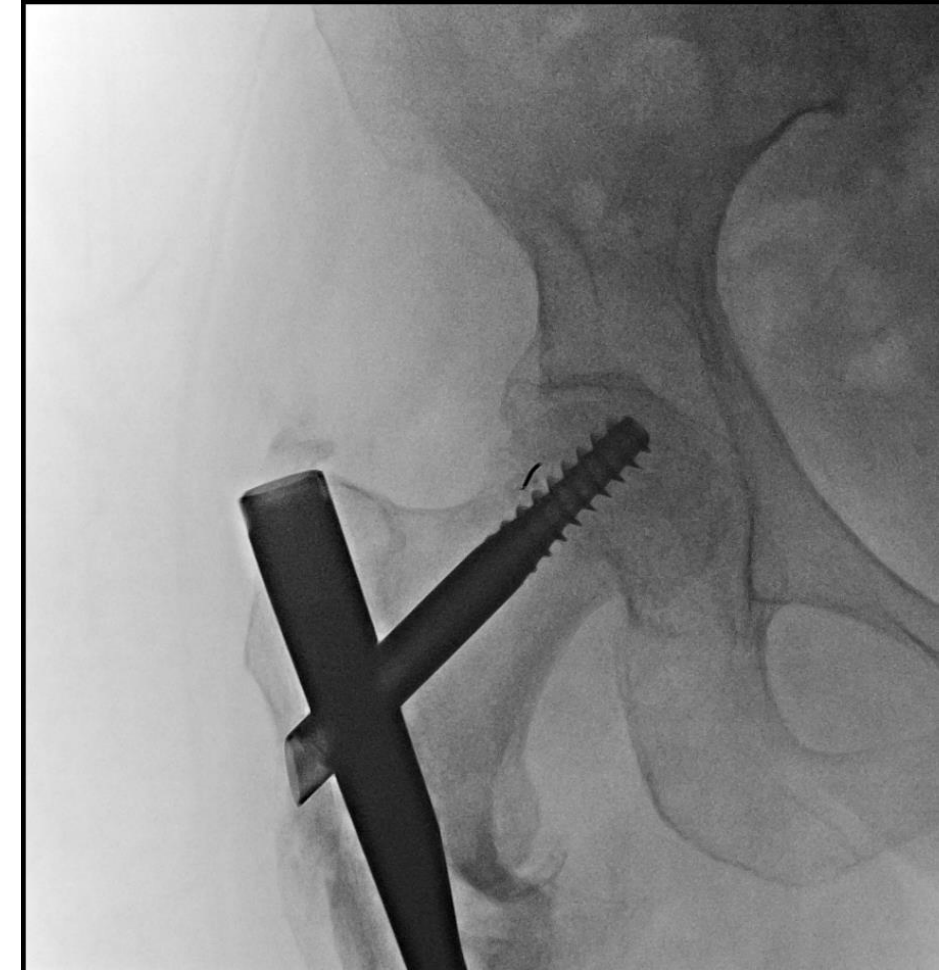


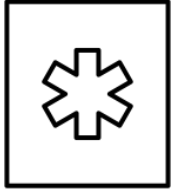
- Juillet 2024 : Enclouage fémoral droit (clou gamma droit) au CH de Saint Malo.
- Décharge post-opératoire pendant 60 jours.
- SMR Combourg.
- Paclitaxel Trastuzumab Pertuzumab débutés fin juillet.
- **Indication de radiothérapie post-opératoire fémorale droite ?**

→ L'avis du radiothérapeute



- Validation de la radiothérapie en RCP métastases osseuses.
- Radiothérapie pour une dose de 20 Gy en 5 fractions en août 2024.
- Décembre 2024 : admission aux urgences pour OMI droit avec impotence fonctionnelle et douleur partiellement soulagée par SKENAN LP 30mg + ACTISKENAN 10mg à la demande et PARACETAMOL 3g/j.
- Radio : effondrement de la tête fémorale; confirmée par scanner.





HTA / AOMI non traitée / Coxarthrose évoluée

Pas d'allergie connue

IRBESARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE 300/25mg

↕ KARDEGIC 75mg contre avis méd ; LIPTRUZET 10/10 mg

ESCITALOPRAM 5mg

SKENAN LP 30mg + ACTISKENAN 10mg si besoin ; PARACETAMOL 3g/j



Actuellement ADL à 5/6 : aide partielle pour la toilette et l'habillage (IDEL)

IADL 1/4 : gestion du ttt quotidien par IDEL, courses et admin par sa fille



Dénutrition modérée : ingestas diminués sur anorexie, perte pondérale



MMSE 16/30 : perte points sur rappel, attention, orientation, praxies

Plainte mnésique avec gêne au quotidien

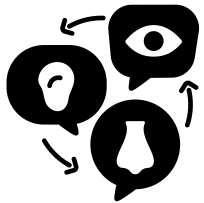
→ **Trouble neurocognitif majeur**



Mini GDS 1/4
Pas d'anxiété



Périmètre de marche limité, aide technique : **déambulateur 4 roues**
Pas d'antécédent de chute
Timed up and go test > 20s → Risque de chute



Pas de troubles neurosensoriels patents



WOOCLAP :

- Nouvelle ostéosynthèse avec enclouage centro-médullaire
- PTH
- PIH
- Radiothérapie antalgique exclusive

→ L'avis du chirurgien orthopédique



- Pose de PTH droite en janvier 2025.
- Syndrome confusionnel post-opératoire.
- SMR Combourg.

Merci pour votre attention !

Cas clinique n°2

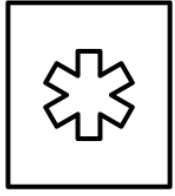
Mme C., âgée de 89 ans.



Divorcée, vit seule en appartement au 4^{ème} étage sans ascenseur
1 fille (aidante naturelle principale), 1 fils dans la région

Absence d'aide au domicile

Habituellement autonome mais depuis octobre 2024, courses réalisées par ses enfants



- Lymphome folliculaire (1965) traité par Endoxan, Chloraminophène, Méthotrexate
 - Carcinome intracanaulaire du sein droit (1994) traité par tumorectomie et radiothérapie (33 séances)
 - Colite ischémique (10/24)
- > TTT habituel : PARACETAMOL 1gx3



Il y a 6 mois : ADL à 6/6 . IADL 6/6
Actuellement : ADL à 4/4 . IADL 4/4



Dénutrition modérée

IMC 21,3 – 5% d'amaigrissement par rapport à son poids habituel



Pas de troubles mnésiques rapportés, pas d'antécédent confusionnel
MiniCOG 5/5
Test de l'horloge 7/7



Mini GDS ¼

Une sœur de 87 ans elle-aussi traitée pour un cancer

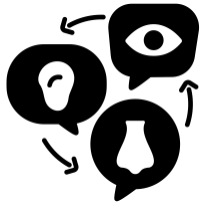


Utilise une canne depuis 11/24

Pas d'antécédent de chute

Marche marquée par une boiterie d'esquive à gauche en lien avec des douleurs de sa métastase osseuse du bassin

Risque de chute modéré



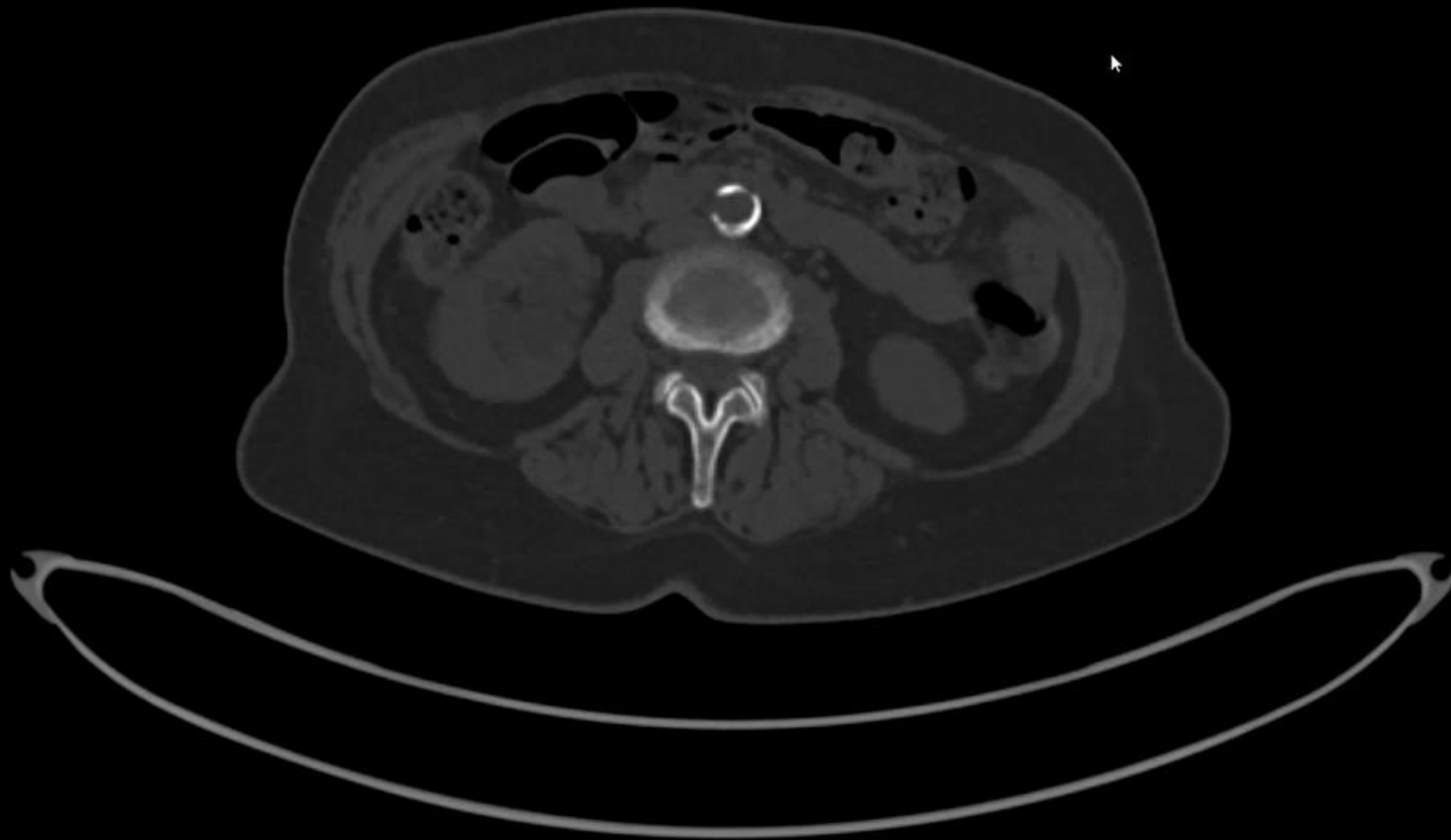
Vue : lunettes pour presbytie

Audition : presbyacousie légère non appareillée



- **Douleur de l'aîne gauche et de l'os iliaque gauche** depuis fin septembre 2024.
- Octobre 2024 :
 - TDM réalisée dans contexte de suspicion de colite ischémique faisant découvrir une **lésion lytique de l'aile iliaque gauche** et une **lésion tissulaire du rein droit**.
 - TEP-TDM : TEP-TDM : **hyperfixation** au niveau du **sein gauche** (lésion 7 mm) et de la lésion de l'aile iliaque gauche

A



L

19.5 Z=-507.7 mm

P



- Quelle **prise en charge** proposer **dans un premier temps** ?

WOOCLAP :

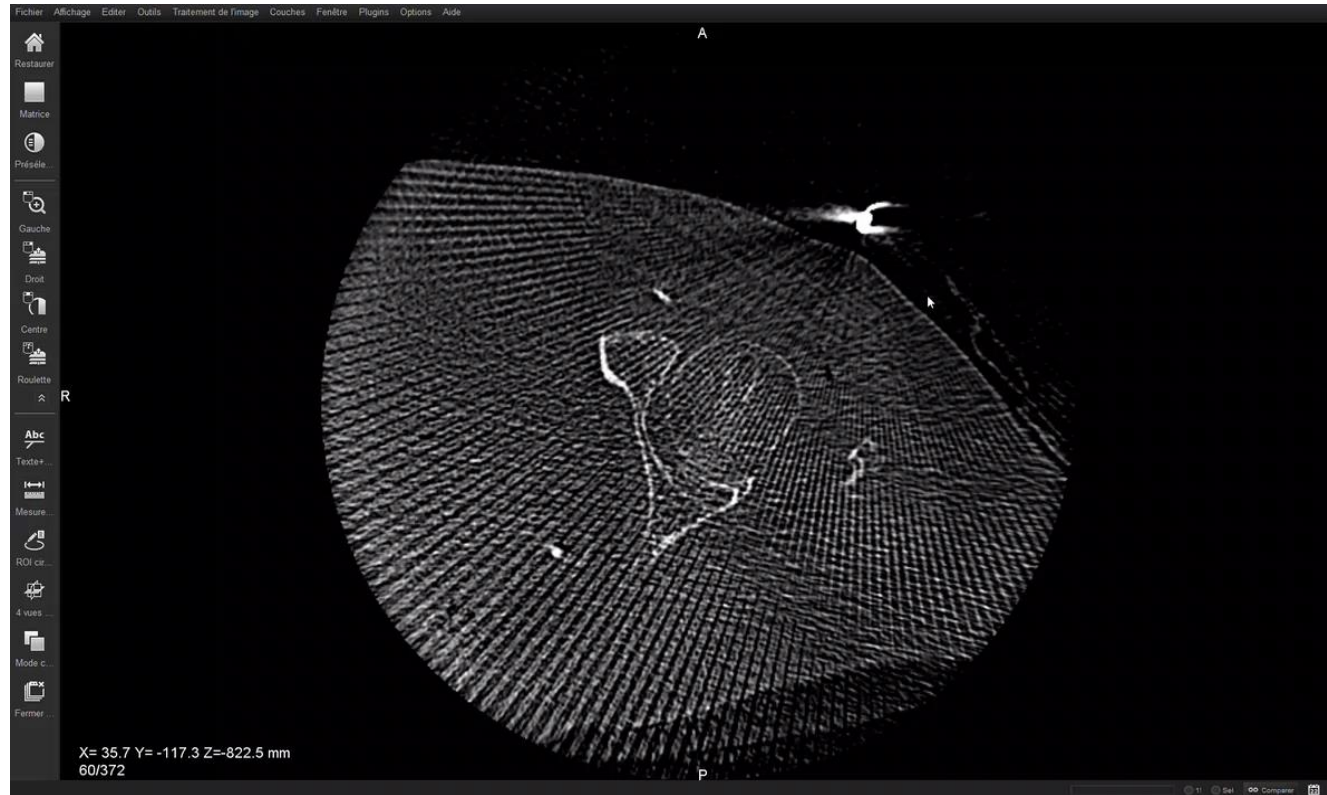
- Biopsie
- Radiothérapie externe
- Cimentoplasie renforcée
- Biphosphonates

- ➔ L'avis du chirurgien orthopédique
- ➔ L'avis du radiologue interventionnel



- RCP méta os 17/12 : biopsie osseuse et cimentoplastie renforcée

→ 7/01





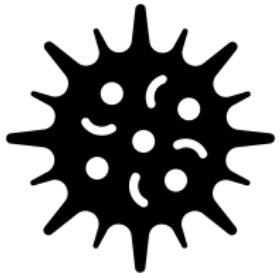
- Résultats biopsie mammaire 7/01 : **carcinome infiltrant** de grade II, index mitotique 7 mitoses/2mm², Ki-67 25 %, RE 100 %, RP 90 %, HER2 deux croix, ISH positive
- Résultats biopsie osseuse 14/01 : localisation métastatique d'un **carcinome à cellules claires** dont le profil immunohistochimique favorise une **origine rénale**



- RCP 23/01 tumeurs mammaires :
 - Pose d'un **clip** sur la lésion mammaire
 - **Hormonothérapie** le temps d'avoir une idée de l'évolution de la lésion rénale
 - Puis discuter chirurgie et anti-Her2



- RCP 24/01 urologie :
 - Avis oncogériatrique complémentaire
 - TDM crâne
 - **Radiothérapie externe** pour le traitement des 2 lésions osseuses (relecture TEP retrouvant lésion du sacrum)
 - Traitement par **radiofréquence** de la lésion du rein



- Consultation en oncologie le 27/01 :
 - En cours de déménagement en résidence sénior (car réside au 4^{ème} étage sans ascenseur)
 - Annonce des résultats des biopsies et des traitements proposés par les RCP.
 - Début **Létrozole** + DMO.
 - **Séances de radiothérapie** prévues en février après son déménagement : 30 Gy à raison de 6 Gy par fraction en 5 séances des lésions osseuses + radiofréquence de la lésion du rein droit

Cas clinique n°3. Mme R. Joelle 79 ans



Adressée au SAU par son IDEL pour altération majeure de l'état général

histoire récente :

- hospitalisation en cardiologie en février 2024 pour FA mal tolérée contexte d'altération de l'état général depuis plusieurs semaines
 - découverte de FA mal tolérée : cardioversion, retour en rythme sinusal
 - découverte de RAC sévère :
 - ETT : FEVG 15 %, recontrôlée à 42% avec hypokinésie diffuse, sténose aortique sévère
 - décision collégiale de traitement médical devant l'absence de symptômes fonctionnels et l'altération de l'état général
 - découverte fortuite d'embolie pulmonaire semi récente au TDM cardiaque
 - découverte d'hyperthyroïdie : introduction de NEOMERCAZOLE
 - introduction de traitements : ALDACTONE, BISOPROLOL, ELIQUIS, FORXIGA, RAMIPRIL
- > retour à domicile
 - > mise en place d'IDEL matin et soir pour distribution de traitements, refus d'autres aides
 - > programmation d'une HdJ dans 6 mois pour contrôle et réévaluation de l'indication du

TAVI

Mme R. est adressée au SAU 7j plus tard par son IDE

- depuis son retour à domicile : asthénie majeure, anorexie totale
- Chute à 48 h : dorsalgies, confinement au lit depuis

SAU : FA rapide avec mauvaise tolérance hémodynamique

- transfert en gériatrie aiguë

UGA : cliniquement

- cachexie, sarcopénie
- découverte d'une masse au niveau de la cicatrice de mastectomie du sein droit
- douleurs rachidiennes diffuses, majorées à la mobilisation. Pas de déficit sensitivo-moteur, pas de syndrome pyramidal



comorbidités :

- Rétrécissement aortique calcifié sévère
- Insuffisance cardiaque, FEVG 42%
- Fibrillation atriale
- Hyperthyroïdie
- Embolie pulmonaire (découverte fortuite en février 2024)

antécédents

- HTA
- Fracture cheville droite en 2004, immobilisation plâtrée
- phlébite en 2004
- fracture du poignet gauche et de plusieurs côtes gauches
- notion de tassements vertébraux sans précision
- Cancer du sein droit en 1998, traité par mastectomie + radiothérapie

Vivait dans une autre région pas d'information sur l'histologie plus de suivi



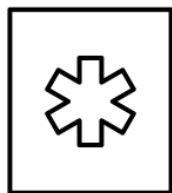
Examens complémentaires :

- CA 15.3 = 250 (N <50)

- TDM TAP : 3 nodules mammaires droit, rehaussés, suspects. Nombreuses adénomégalies controlatérales axillaires gauches + plusieurs lésions osseuses suspectes au niveau vertébral

- Microbiopsie : carcinome lobulaire infiltrant
 - grade SBR II, index mitotique <5
 - Ki 67 : 15%
 - RE positif 100%, RP 90%
 - HER2 3 +
 - biopsie ganglionnaire axillaire : métastases ganglionnaire de carcinome lobulaire du sein





Comorbidités

- Cardiopathie sévère
- ostéoporose
- Antécédents thrombo-emboliques
- Insuffisance rénale : créatinine 105 μ mol/L, **DFG 28.4ml/min** en Cockroft



Dénutrition sévère :

- poids 47 kg, IMC : 16 kg/m², **perte de poids 7 kg en 6 mois (14%)**
- cliniquement : sarcopénie majeure, cachexie
- anorexie très importante, refus d'alimentation PO
- hypoalbuminémie à 27 g/L
- mesures diététiques, discussion de SNG



Bilan cognitif :

- pas d'évaluation antérieure et non faisable en aigu
- pas de plainte mnésique, **pas de troubles cognitifs connus** selon le médecin traitant



Sur le plan thymique :

- **syndrome dépressif majeur** avec apathie, discours morbide
- incurie, clinophilie
- introduction d'un traitement antidépresseur, refus psychologue et psychiatre



Evaluation fonctionnelle :

- bon état général antérieur : il y a 6 mois : ADL 6/6, iADL 4/4
 - autonome pour tous les AVQ
 - utilise le téléphone, gère les comptes
 - sort de chez elle pour faire les courses et aller chez le kiné, marche avec déambulateur

- Depuis la dernière hospitalisation : ADL 6/6, IADL 3/4
 - passage d'une IDE matin et soir pour prise des traitement

- actuellement
 - altération majeure de l'état fonctionnel, alitement permanent, refus de mise au fauteuil
 - dépendante pour tous les AVQ, toilettes complète au lit, change complet

- Evaluation sociale :
 - vit dans un appartement à Rennes, avec son frère de 74 ans dépendant
 - veuve, pas d'enfants
 - isolement social, son entourage est composé de ses voisins (personne de confiance = sa voisine)



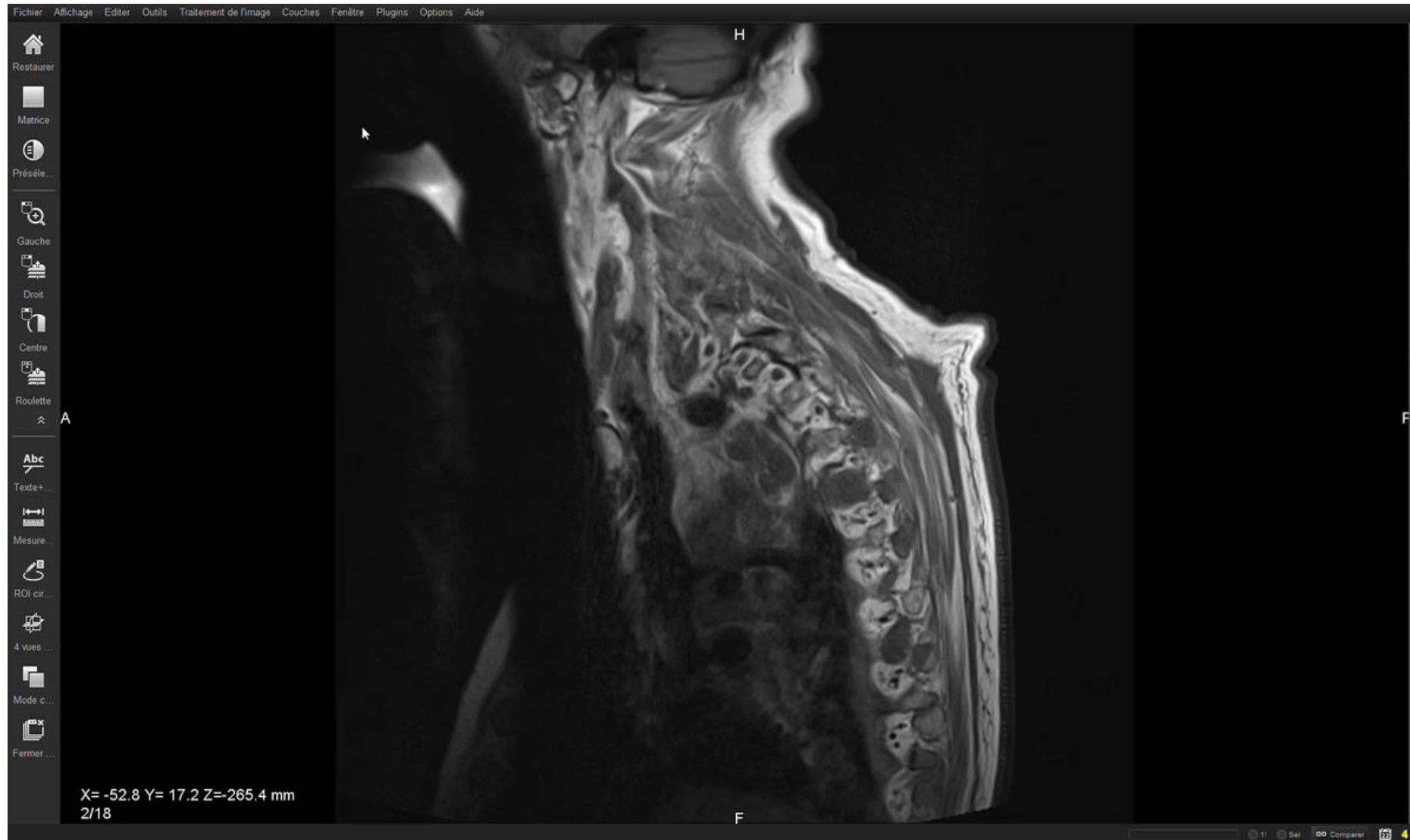
Au bout d'une semaine : installation d'un déficit 4/5 au niveau du MI gauche

On suspecte une compression médullaire +/- épidurite

- WOOPCLAP : Quel examen apparaît le plus pertinent ?
 - Scanner rachidien
 - IRM rachidienne
 - TEP scanner

Secondairement : apparition d'un déficit moteur au membre inférieur gauche

- Demande d'IRM pour réévaluer l'épidurite



> Demande d'IRM

RESULTAT :

À l'étage cervical :

On notera un envahissement lésionnel secondaire des arcs postérieurs de C2-C3, sans extension intracanalalaire.
Respect de la charnière cervico-occipitale et du cordon médullaire cervical.

À l'étage thoracique :

Envahissement plurifocale lésionnel nodulaire du squelette thoracique

Fracture tassement pathologique de la 2e vertèbre thoracique avec envahissement épidual latéralisé à gauche ainsi que le foramen adjacent.

Épidurite venant au contact du cordon médullaire sans toutefois le comprimer.

Envahissement épidual latéralisé à gauche plus discret à hauteur de T7, encore sans comprimer le cordon médullaire.

Petite dilatation focale du canal central de l'épendyme en projection de T6, fine, peu étendue, sans anomalie de signal sous-jacente évidente du cordon médullaire.

À l'étage lombaire :

Envahissement lésionnel secondaire de L1, L2, L3, partiel de L4 ainsi que du sacrum.

Pas d'envahissement intracanalalaire identifié à l'étage lombaire

CONCLUSION :

Envahissement disséminé du squelette axial avec localisations d'épidurite à hauteur de T2 et T7 venant au contact du cordon médullaire sans toutefois le comprimer.

TEP scanner

- **en faveur d'une récurrence locale sous forme de multiples nodules mammaires droit. Atteinte métastatique ganglionnaire et osseuse multiple**
 - Multiples nodules intensément hypermétaboliques mammaire droit (le plus volumineux rétromamelonnaire : 13 mm SUVmax 11,8)
 - Multiples ganglions centimétriques intensément hypermétaboliques axillaires gauches, sus-claviculaires gauches, mammaires internes droits et médiastinaux
 - Foyer hypermétabolique osseux au col fémoral gauche, envahissement des vertèbres T2, T7 et L1 à L4
- À l'étage cervico-thoracique : Foyer modérément hypermétabolique de l'arc mandibulaire droite évoquant un foyer infectieux dentaire

Quelle prise en charge proposer ?

- immobilisation avec corset
- Radiothérapie
- Chirurgie de décompression
- Cimentoplastie

Prise en charge retenue :

- radiothérapie antalgique (10 séances au total)
- corticothérapie à 60 mg/jour du fait de l'épidurite, décroissance progressive à la fin de la radiothérapie

Amélioration symptomatique



L'avis des spécialistes : quelle prise en charge peut on proposer ?

Hormonothérapie ?
anti HER2 ?

RCP : proposition d'hormonothérapie associée aux soins de confort,
début de LETROZOLE

quelle prise en charge de l'ostéoporose ?
que faire de l'état dentaire ?