

MÉTASTASE ORBITAIRE D'UN CANCER DE LA PROSTATE : À PROPOS D'UN CAS ET UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE..

ORBITAL METASTASIS OF PROSTATE CANCER: ABOUT A CASE AND A REVIEW OF THE LITERATURE

*SARR A, DIALLO A, ZE ONDO C, SOW Y, FALL B, FALL P A, KUADJOVI S R, BA M

Auteur correspondant: Dr Alioune SARR, sarramoc@yahoo.fr

RESUME :

Les cancers de la prostate sont volontiers ostéophyles mais les métastases orbitaires sont rarement décrites. Nous rapportons un cas chez un patient de 54 ans chez qui le diagnostic a été posé par la tomodensitométrie cérébrale. À travers ce cas et une revue de la littérature nous allons discuter des aspects épidémiologiques, diagnostiques, et thérapeutiques des métastases orbitaires des cancers de la prostate.

Mots clés : cancer, prostate, métastase, orbite

Summary:

Prostate cancers are readily osteophytic but orbital metastases are rarely described. We report a case in a 54-year-old patient diagnosed with cerebral computed tomography. Through this case and a review of the literature we will discuss the epidemiological, diagnostic, and therapeutic aspects of orbital metastases of prostate cancers.

Keywords: Cancer, prostate, metastasis, orbit

INTRODUCTION

Les métastases orbitaires représentent 2 à 10% des lésions malignes de l'orbite [1]. Bien qu'ayant un tropisme particulier pour l'os, les métastases orbitaires des cancers de la prostate (MOCP) sont rares et marquent un tournant décisif défavorable dans l'évolution de ces cancers [2]. Nous rapportons un cas chez un patient de 54 ans suivi pour un adénocarcinome de la prostate. La tomodensitométrie cérébrale avait permis de poser le diagnostic. A travers ce cas et une revue de la littérature nous allons discuter des aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des MOCP

OBSERVATION

Mr H Coly patient de 54 ans, cuisinier de profession, était venu consulter pour une rétention complète d'urines faisant suite à des troubles du bas appareil urinaire à type de dysurie et de pollakiurie. Par ailleurs le patient signalait des algies diffuses. Ce tableau clinique avait motivé la mise en place d'une sonde à demeure et un traitement à base d'antalgique.

Dans ses antécédents familiaux, son père était décédé d'un cancer de la prostate il y'a 12 ans.

Au toucher rectal, la prostate était augmentée de volume d'allure maligne. Le taux de PSA était à 3753,4 ng/ ml. La biopsie prostatique avait permis d'objectiver un adénocarcinome de la prostate Gleason 8 (4+ 4).

La tomodensitométrie (TDM) thoraco-abdomino-pelvienne avait conclu à une tumeur prostatique avec localisations secondaires pulmonaires, hépatiques et rachidiennes . Vu son indigence financière une pulpectomie sous albuginée était proposée au patient, mais ce dernier avait refusé, prétextant son désir de paternité et son âge jeune.

Deux semaines après le diagnostic du cancer de la prostate métastasé, étaient apparues de façon brutale des céphalées intenses associées à des vertiges et une baisse de l'acuité visuelle (AV).

A l'examen clinique, il existait une altération de l'état général, un syndrome rachidien et dorsal, une exophtalmie gauche et l'AV était 2/10 à gauche et 10/10 à droite.

Une TDM cérébrale avait objectivé un processus temporal gauche mixte (ostéolytique et osteocondansante) mesurant 40,9 mm de grand axe et prenant fortement le produit de contraste (figure1) .

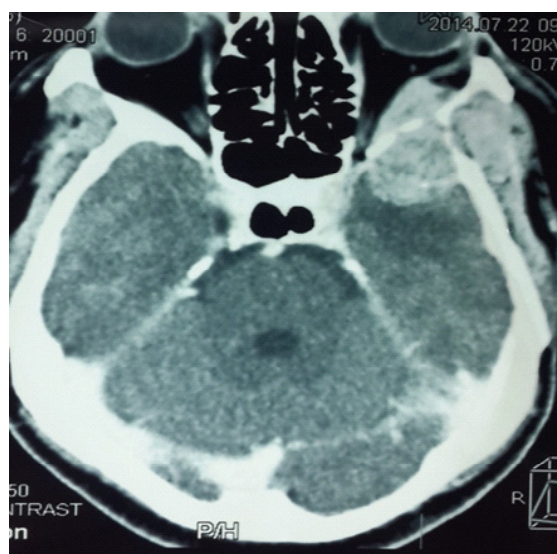


Figure 1: TDM cerebrale objectivant un processus temporal gauche avec une composante mixte osteocondansante et osteolytique

La masse tissulaire était intraorbitaire, extraconale avec passage intracranien par élargissement de la fissure orbitaire supérieure. (figure 2).

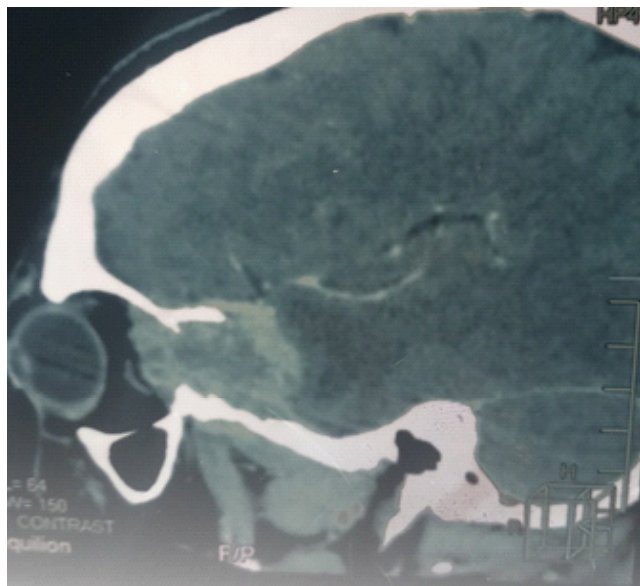


Figure 2 : coupe sagittale objectivant une lyse de la voûte en regard avec extension de la graisse orbitaire et aux plans sous cutanés adjacents

Une corticothérapie était instaurée sous forme de bolus, afin de diminuer l'œdème périorbitaire. Le patient était décédé au bout de 3 jours d'hospitalisation dans un tableau de défaillance multiviscérale.

DISCUSSION :

L'adénocarcinome de la prostate est responsable de 3,6 % à 4% des métastases orbitaires [3] et vient en troisième position après le cancer du sein (29% à 60%) [4] et le cancer du poumon (8%) [4].

Chez notre patient qui avait des localisations secondaires pulmonaires, l'extension à l'orbite de l'adénocarcinome prostatique s'est faite par des embolies tumorales passant à travers la circulation pulmonaire dans les artères carotidiennes et de là vers les artères ophtalmiques [5]. Par contre en l'absence de métastases pulmonaires, les cellules tumorales ensemencent le plexus de Batson et regagnent les sinus veineux crâniens puis les veines ophtalmiques [5].

La tomodensitométrie ou l'IRM oriente vers le diagnostic en montrant des lésions ostéo-condensantes, très évocatrices de MOCP dans 70% [6]. Ces caractéristiques radiologiques des MOCP à la TDM ou à l'IRM peuvent prêter à confusion avec des lésions inflammatoires, une tumeur bénigne ou des infiltrats lympho-prolifératifs orbitaires [6]. Ainsi le diagnostic de certitude est confirmé par la ponction-aspiration cytologique de la lésion orbitaire, à l'aiguille fine, avec étude immuno-histo-chimique et immuno-marquage du PSA à la peroxydase [6]. Mais la ponction- aspiration n'est réellement utile que lorsque la tumeur primitive n'est pas connue. Le traitement des

MOCP est palliatif et ne modifie en rien l'évolution de la maladie [1]. Ce traitement repose sur la privation androgénique [7]. Un traitement par analogue de LHRH en monothérapie semble être la meilleure option [7]. Dans notre pratique quotidienne, les faibles revenus financiers des patients nous poussent, habituellement, à remplacer cette hormonothérapie chimique par une pulpectomie sous albuginée qui certes a l'avantage d'être efficace et peu onéreuse mais est radicale et affecte l'intégrité morphologique du patient [8]. Notre observation reflète ainsi le problème de l'acceptation de la castration chirurgicale chez le sujet jeune.

Certains auteurs préconisent en urgence une radiothérapie externe focalisée à l'orbite en vue de préserver le pronostic fonctionnel de l'œil [1,9, 10]. Selon Glassburn et al, cette radiothérapie externe locale à la dose de 30 à 56 Gray permet une régression de l'exophtalmie et une amélioration de la vision dans près de 89,9 % des cas [9]. Cette radiothérapie focalisée n'a pas pu être réalisée chez notre patient à cause du plateau médical insuffisant. Seule une corticothérapie a pu être proposée à notre patient en vue d'une régression de l'œdème peritumoral [10]

Chez notre patient, il existait d'emblée un ensemble de facteurs qui faisait que le pronostic était défavorable, même si un traitement hormonal était entrepris. Ces facteurs étaient : son jeune âge, l'existence d'autres localisations secondaires (pulmonaires, hépatiques et rachidiennes), le caractère indifférencié de la tumeur (score de Gleason 8) et l'existence d'une composante ostéolytique de la tumeur à la TDM [1, 2,5].

Outre la rareté des MOCP, notre observation présente deux particularités à savoir la présentation clinique de la MOCP et l'âge du patient. En effet, comme chez notre patient, il est rare que le cancer de la prostate soit déjà connu car dans près de 58 % des cas ce sont les MOCP qui permettent de révéler la tumeur primitive [1,5].

CONCLUSION:

Les MOCP sont des situations cliniques rares qui engagent le pronostic fonctionnel de l'œil. Le diagnostic des MOCP est le plus souvent facile, lorsque la tumeur primitive est déjà connue.

Notre observation reflète entre autres le problème de l'acceptation de la privation androgénique chez les sujets jeunes atteints de cancer de la prostate, mais aussi de la précarité du plateau technique qui ne permet pas une prise en charge efficace des MOCP.

RÉFÉRENCES :

[1] Boldt HC, Nerad JA. : Orbital metastases from prostate carcinoma. Arch. Ophthalmol., 1988; 106: 1403-1408.

[2] Mseddi M A, Bouassida M, Chaabouni A et al. Métastase orbitaire d'un adénocarcinome prostatique: à propos d'un cas. African Journal of Urology 2014; 20 :165-167

[3] Autorino R, Zito A, Di Giacomo F. . Orbital metastasis as a first indication of prostate cancer: a case report . Arch Ital Urol Androl 2005; 77 :109-110.

[4] Shields JA, Shield CL, Scartozzi R. Survey of 1264 patients with orbital tumors and simulating lesions: the 2002 Montgomery Lecture, part 1. Ophthalmology 2004; 111: 997-1008

[5] Baltogiannis D., Kalogeropoulos C., Ioachim E.: Orbital metastasis from prostatic carcinoma. Urol. Int., 2003; 70: 219-222

[6] Kopelman JE, Shorr N. A case of prostatic carcinoma metastatic to the orbit diagnosed by fine needle aspiration and immunoperoxidase staining for prostatic specific antigen. Ophthalmic Surg 1987;18:599-603

[7] Leuret T, Salomon L, Richaud P, Prise en charge des métastases osseuses du cancer de la prostate. À propos d'un cas. Prog urol (2010) 20 Suppl. 1, S72-S76

[8] Fall B, Kodjo T, Sow Y, Sarr A et al. Place de la pulpectomie bilatérale dans la suppression androgénique pour cancer de la prostate. Prog Urol 2012;38:207-24.

[9] Glassburn J.R., Klionsky M., Brady L.W.: Radiation therapy for metastatic disease involving the orbit. Am J Clin Oncol., 1984, 7, 145-148

[10] El Mejjad A, Jouhadi H, Fekak H, Rabii R, Bennani S, Benider A, et al. Métastase orbitaire d'un adénocarcinome prostatique. Prog Urol 2005;15:85-8