

Fractures-tassements vertébrales révélatrices d'un myélome multiple : à propos d'un cas

R. ABIB-DJAAFAR¹; S. BELLAHSENE-BENDIB²;
 (1) Service de Médecine Physique et de Réadaptation,
 Centre Hospitalo-Universitaire Mustapha, Alger,
 (2) Service d'Imagerie Médicale,
 Centre Hospitalo-Universitaire Mustapha, Alger

Introduction

Les fractures-tassements vertébrales ostéoporotiques constituent un motif fréquent de consultation en médecine physique et de réadaptation.

Leur fréquence élevée et leur bénignité apparente ne doivent pas faire oublier une origine maligne possible car la prise en charge s'avère totalement différente.

Cas clinique

Madame B. F., âgée de 54 ans, ménopausée depuis 18 mois, présente depuis 50 jours des lombalgies aiguës invalidantes sans notion de facteur déclenchant avec des paresthésies à type d'hyperesthésies et des irradiations à la face antérieure de la cuisse droite en « raquette » réalisant le tableau clinique d'une cruralgie, rebelles aux traitements usuels (antalgiques, AINS, myorelaxants et corticoïdes) ainsi qu'à la rééducation (physiothérapie à visée antalgique).

Dans les antécédents, on note :

- Des lombalgies chroniques ;
- Un goitre multi-nodulaire évoluant depuis 10 ans, traité et suivi (dernière échographie datant d'une année sans particularité), arrêt du traitement - le Levothyrox - depuis 5 ans.

L'examen clinique du rachis retrouve :

- Une rectitude du rachis ;
- Une mobilité rachidienne douloureuse et limitée, lors de la flexion et de l'extension, lors des inclinaisons droite et gauche et lors des rotations droite et gauche.
- Une raideur rachidienne avec une distance doigts sol de 30 cm et un indice de Schöber de 12 cm ;
- Un syndrome local : palpation douloureuse en regard de l'épineuse L3 ;
- Absence du syndrome durement des 2 côtés.

Le bilan neuromusculaire n'est pas perturbé avec :

- Absence de déficit musculaire : marche sur la pointe et les talons possible ;
- Réflexes ostéo-tendineux présents et symétriques ;
- Réflexes cutané-abdominaux présents et symétriques aux 3 étages ;

- Réflexes cutané-plantaires indifférents des 2 côtés.

Le bilan fonctionnel retrouve :

- Une gêne à la marche : marche difficile à petits pas avec réduction du périmètre de marche ;
- Une douleur aux changements de position.

Le bilan biologique perturbé retrouve :

- Une FNS avec anémie microcytaire hypochrome ;
- Une VS accélérée.

Le Bilan radiologique :

- La radio standard retrouve une fracture-tassement de L3.



Figure 1 : Radiographie standard de face et de profil : Fracture-tassement de L3.

- L'IRM objective à la 1^{ère} lecture une fracture-tassement biconcave du corps vertébral de L3 d'origine ostéoporotique probable.



Figure 2 : IRM médullaire : Fracture-tassement de L3.

Devant une lombo-cruralgie aiguë datant de moins de 50 jours, exacerbée aux changements de position, rebelle aux traitements et invalidante, des antécédents de goitre, un bilan biologique perturbé et une fracture-tassement de L3 objectivée à la radio standard et à l'IRM, une relecture des clichés IRM s'imposait et qui a permis de retrouver des signes de malignité ^[1] (cf. Tableau 1).

Tableau 1 : Critères radiologiques permettant de différencier un tassement bénin d'un tassement malin ^[1].

Critères bénins	Critères malins
▪ Siège dorsolombaire ou lombaire	▪ Au-dessus de T5
▪ Multiplicité des lésions	▪ Souvent unique
▪ Fracture vertébrale < 25 % de la hauteur du corps vertébral	▪ Fracture > 50 %
▪ Atteinte centrale et symétrique	▪ Fracture latéralisée sur le cliché de face
▪ Respect des corticales	▪ Effacement des corticales osseuses
▪ Conservation du mur postérieur	▪ Rupture du mur postérieur
▪ Spongieux d'aspect normal en dehors de la fracture vertébrale	▪ Spongieux lysé à distance du foyer de la fracture vertébrale
▪ Absence de fuseau para-vertébral	▪ Masse para-vertébrale
▪ Clarté gazeuse au sein de la fracture vertébrale	▪ Lyse de l'arc postérieur (vertèbre borgne)

Le bilan a été complété par une échographie thyroïdienne, une tomodensitométrie (TDM) du rachis et une scintigraphie osseuse.

- L'échographie a montré une thyroïde normale avec présence de nombreuses adénopathies cervicales. La biopsie a conclu à un myélome multiple.
- La TDM a objectivé des localisations vertébrales multiples.

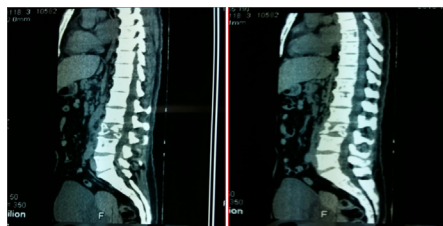


Figure 3 : TDM vertébrale : Fracture-tassement vertébrale et des géodes multiples et disséminées sur tout le rachis.

- La scintigraphie osseuse a montré des localisations osseuses secondaires d'un processus ostéophyte.

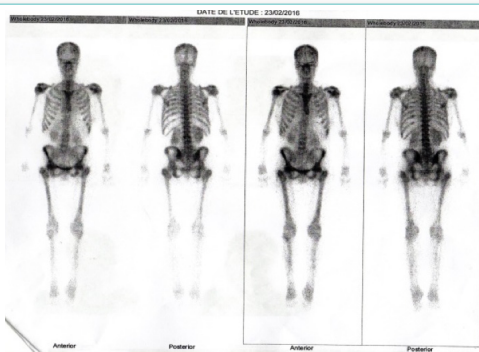


Figure 4 : Scintigraphie osseuse : lésions ostéolytiques.

Discussion

Devant une lombalgie aiguë, rebelle au traitement et invalidante, secondaire à une fracture-tassement vertébrale avec un bilan biologique perturbé, il faut compléter les bilans sanguins comme l'électrophorèse des protéines, la calcémie, le bilan rénal... et les bilans radiologiques à savoir une tomodensitométrie, une imagerie par résonance magnétique du rachis et une scintigraphie osseuse.

Les fractures-tassements vertébrales ne sont pas toujours d'origine ostéoporotique. Elles peuvent être d'origine maligne. Il faut donc rechercher les signes cliniques, biologiques et radiologiques en faveur de ^[2, 3] :

- Un cancer viscéral ostéolytique (le sein, la thyroïde, le colon, le rein) ;
- Une localisation osseuse d'une hémopathie maligne telle que le myélome, le lymphome ;
- Un cancer primitif comme l'angiosarcome et les tumeurs à cellules géantes.

La patiente a été orientée en hématologie où le diagnostic d'un myélome multiple a été confirmé.

Le myélome multiple est une hémopathie maligne caractérisée par la multiplication anormale de cellules présentes dans la moelle osseuse : les plasmocytes qui font partie des globules blancs (lymphocytes B). Les plasmocytes perturbent le mécanisme du renouvellement osseux. Ils stimulent les cellules destructrices (ostéoclastes) et freinent les cellules constructrices (ostéoblastes), ce qui entraîne une fragilité osseuse avec des zones de destruction osseuse et un risque accru de fracture. Comme c'est le cas de notre patiente qui présente une fracture-tassement de L3.

En fonction de l'étiologie, la prise en charge est totalement différente.

La patiente a bénéficié d'une chimiothérapie et d'une

greffe de cellules souches du sang.

Le geste chirurgical n'a pas été jugé nécessaire vu la stabilité de la fracture.

Evolution de la maladie

La patiente a été revue 2 ans après la pose du diagnostic; elle avait un bon état général, ne présentait aucune douleur et aucune gêne fonctionnelle mais elle poursuivait toujours son traitement de chimiothérapie.

Malheureusement, la patiente est décédée 3 ans plus tard, soit une survie de 5 ans.

Le pronostic global du myélome multiple est péjoratif. Il est exceptionnel d'obtenir la guérison. Cependant, les progrès thérapeutiques permettent d'allonger la survie de 5 ans dans 65 % des cas^[4].

Conclusion

Une fracture vertébrale d'origine ostéoporotique n'est pas toujours bénigne. Une cause tumorale doit toujours être évoquée comme le myélome multiple.

D'où l'intérêt de rappeler les critères de diagnostic du myélome multiple symptomatique à savoir les critères dits CRAB marqués par une calcémie élevée, une insuffisance rénale, une anémie et une atteinte osseuse (Bone). La présence de l'un de ces éléments suffit pour évoquer le diagnostic et instaurer rapidement un traitement adéquat.

Date de soumission

14 juillet 2023.

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêt.

Références

1. Cudennec T., Haguenaer D.: Les fractures-tassements vertébrales ostéoporotiques. Mise au point. Hôpital Sainte Péline, Paris, 2004.
2. Haute Autorité de Santé – 2010. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Myélome multiple.
3. Slouma M., Cheour E., Gharsallah I : La fracture vertébrale non traumatique : quelle démarche diagnostique? Journal d'imagerie diagnostique et interventionnelle, Volume 3, Issue 4, Septembre 2020, pp 259-272.
4. Item 166 : Myélome multiple. COFER, Collège Français des Enseignants en Rhumatologie. Date de création du document 2010-2011.

Où que vous soyez, tous les numéros sont consultables en ligne sur :
www.el-hakim.net

Accès
gratuit*



(*) exclusivement réservé aux professionnels de la santé



elhakimmedecine



elhakim.revuemedicale



linkedin.com/in/el-hakim



el_alg