

Acrométastase Du Pouce Révélant Un Adénocarcinome Pulmonaire

M.Beaouiss, A.Rafik, S.El Fathi, S.Baziaa, R.Laamim, H.Asri, A.Zegmout,
H.Souhi, H.El Ouazzani ,I.A.Rhorfi,
Service De Pneumo-Phtisiologie, Hmimv, Rabat, Maroc

Résumé :

Les métastases osseuses de la main et des pieds ou acrométastases sont extrêmement rares et apparaissent majoritairement dans le contexte de cancer pulmonaire. Leur présentation clinique, souvent trompeuse, peut simuler une pathologie inflammatoire, retardant ainsi le diagnostic étiologique. Nous rapportons le cas d'un patient présentant une tuméfaction douloureuse du pouce droit, chez qui le bilan d'imagerie et l'étude histologique ont révélé une acrométastase révélatrice d'un adénocarcinome bronchique. Cette observation souligne l'importance d'évoquer une origine néoplasique devant toute atteinte osseuse périphérique atypique, surtout en présence de facteurs de risque.

Date of Submission: 23-05-2025

Date of Acceptance: 03-06-2025

I. Introduction :

Les métastases osseuses de la main et des pieds ou acrométastases sont extrêmement rares et apparaissent majoritairement dans le contexte de cancer pulmonaire. Nous rapportons une observation d'un acrométastase du pouce révélateur d'un adénocarcinome pulmonaire

II. Observation :

Il s'agit d'un patient de 67 ans, tabagique chronique, suivi pour HTA sous IEC, qui présentait depuis 03 mois une tuméfaction douloureuse de l'extrémité du pouce gauche, augmentant progressivement de volume avec une gêne fonctionnelle, évoluant dans un contexte d'apyrexie et d'altération de l'état général. L'examen clinique révélait une masse dure, non inflammatoire en regard de la phalange distale du pouce gauche avec une douleur exquise à la palpation (figure n°1)

La radiographie de la main gauche retrouvait une lyse osseuse importante de la phalange distale (figure n°2). L'imagerie par résonance magnétique montrait un processus lésionnel tissulaire ovalaire occupant la quasi-totalité de la phalange distale, et n'épargnant pas sa base. Ce processus soufflait et détruisait la corticale osseuse, avec réaction des parties molles en regard et disparition de la graisse sous cutanée (figure n°3). L'intervention chirurgicale consistait en une amputation du pouce au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. L'étude histologique de la pièce opératoire objectivait un aspect compatible avec une métastase d'un adénocarcinome pulmonaire. Une radiographie thoracique réalisée avait objectivait une opacité supra-hilaire pulmonaire gauche, confirmée par TDM thoracique qui retrouvait un complexe ganglio-tumoral para-hilaire gauche (figure n°4). Patient traité par chimiothérapie et décédé 06 mois après le diagnostic de l'acrométastase



Figure n°1: masse dure, non inflammatoire en regard de la phalange distale du pouce gauche



Figure N°2: lyse osseuse de la phalange distale sur la radiographie de la main



Figure N°3: IRM qui objective un processus lésionnel tissulaire de la phalange distale avec réaction des parties molles en regard



Figure N°4: Processus para-hilaire gauche

III. Discussion :

Les acrométastases, ou métastases osseuses des extrémités distales des membres représentent 0,07 à 3% de l'ensemble des métastases osseuses selon les auteurs, avec une répartition topographique de 62% au niveau des phalanges : 19% au niveau de la phalange proximale, 9% au niveau de la phalange intermédiaire et 34% au niveau de la phalange distale. Dans une revue de la littérature réalisée en 2008, Flynn et al. ont recensé 257 cas d'acrométastases. Quelques cas isolés ont été rapportés au niveau du pouce, comme dans notre observation [1].

Elles surviennent le plus souvent chez l'homme et sont dans 50% des cas d'origine bronchopulmonaire. Elles surviennent au cours de l'évolution du cancer, mais en sont rarement révélatrices. Le type histologique le plus fréquemment rencontré est le carcinome épidermoïde, puis l'adénocarcinome et le carcinome à petites cellules [2].

Les mécanismes métastatiques restent obscurs, mais des auteurs suggèrent qu'une augmentation du flux sanguin ou un traumatisme peuvent être des facteurs de risque. Cela pourrait expliquer que les métastases de la main dominante soient plus fréquentes. La main dominante reçoit en fait un flux sanguin plus important et peut aussi être plus facilement sujette à un traumatisme [1].

La douleur est le signe d'appel le plus précoce et le plus invalidant. L'examen clinique retrouve souvent une tuméfaction d'allure inflammatoire parfois trompeuse car pseudo arthritique. Une ulcération de la tumeur à la peau est possible. Une amyotrophie avec impotence fonctionnelle, voire une fracture spontanée, sont plus rarement retrouvées.

La radiographie thoracique révèle au début des lésions minimales : déminéralisation phalangienne ou épaissement des parties molles. A un stade avancé, il existe une ostéolyse localisée irrégulière mal limitée, laissant une mince lame sous chondrale. Un éperon périoste puis une rupture de la corticale sont parfois objectivés.

La lésion est plus rarement condensante ou mixte [2,3]. Le rôle de l'IRM est de mieux caractériser cette lésion, dont on ignore initialement sa nature primitive ou secondaire [3].

Le diagnostic de nature de cette lésion ne pose pas de problème lorsqu'il existe un contexte de néoplasme malin primitif connu. Dans le cas contraire, il faut toujours garder à l'esprit cette éventualité. La biopsie sous anesthésie locale est le plus souvent rendue possible par la localisation superficielle de la lésion.

La prise en charge thérapeutique de ces patients varie selon l'extension du cancer d'origine : en cas de métastase distale unique avec tumeur primitive contrôlable, une exérèse chirurgicale est à envisager. Dans le cas contraire, une radiothérapie à dose curative donne un effet antalgique et entraîne parfois une recalcification de la lésion. Elle est contre-indiquée s'il existe une ulcération cutanée. Enfin, lorsque les métastases sont multiples, un traitement palliatif est indiqué : radiothérapie, antalgique, anti-inflammatoire et parfois chimiothérapie [4]

Le pronostic vital reste très sombre : 85% de décès pendant la première année et 100% de décès avant la fin de la seconde année [1,4]

IV. Conclusion :

Les métastases osseuses au niveau de la main sont rarement observées, et sont généralement difficile à diagnostiquer. Leur pronostic est très sombre et le traitement est essentiellement palliatif.

Références :

- [1] M.F. Amar Et Al. Tumeur Géante Du Pouce Révélant Un Adénocarcinome Pulmonaire (A Propos D'un Cas). Chirurgie De La Main. 30(2011):133-135.
- [2] M.-A. Lanfranchi Debra. Carcinome Pulmonaire Occulte A Cellules Squameuses Révélé Par Une Métastase Du Gros Orteil. Lettres A La Rédaction/Revue Du Rhumatisme 79(2012) 87-96
- [3] A.Biyi Et Al. Acrométastase De La Main Et Du Pied Compliquant Un Cancer Mammaire. Chirurgie De Main 29(2010) 40-43
- [4] P. Bigot Et Al. Acrométastase Révélée Par Une Douleur Isolée De La Main A Propos D'un Cas. Chirurgie De La Main 26 (2007) 300-302