

Cas rare d'une infiltration de la moelle osseuse révélant un adénocarcinome du rectum.

M. Harandou, W. Azizi, A. Yahyaoui, I. Douichi, A. Amrani, J. Abderrahmani, M. Bensalah, R. Seddik.

Service D'hématologie, Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI, Oujda, Maroc.



Introduction

Les métastases à distance du carcinome colorectal sont plus fréquemment rapportées au niveau du foie et le poumon, alors qu'elles sont rarement rapportées dans la moelle osseuse. Environ 20 % des patients atteints de cancer colorectal présentent des métastases à distance au moment du diagnostic [1]. Nous rapportons ici le cas d'un patient qui présente une infiltration néoplasique de la moelle osseuse responsable d'une anémie sévère, et révélant un adénocarcinome du rectum.

Présentation du cas

Il s'agit d'un patient de 55 ans qui s'est présenté pour une anémie arégénérative. Le patient avait un antécédent de rectocolite hémorragique, sans néoplasie connue. Il a signalé qu'il avait arrêté son traitement depuis 9ans. Actuellement, il présentait un syndrome anémique, signalant une asthénie constante, des palpitations et des étourdissements. Il a également rapporté plusieurs épisodes de constipation et de diarrhée auto-résolutifs qui ont été ignorés par le patient. Une numération de formule sanguine a montré une pancytopénie, avec un nombre de globules blancs à 2600/ μ l, un taux d'hémoglobine à 6,5 g/dl et un nombre de plaquettes à 27000/ μ l. Le volume corpusculaire moyen et la concentration corpusculaire en hémoglobine étaient dans la fourchette normale, compatible avec une anémie normochrome normocytaire suggérant une cause centrale. Raison pour laquelle, un myélogramme a été réalisé montrant une infiltration par des cellules tumorales de nature non hématopoïétique, se présentant sous forme de cellules atypiques, de grande taille, avec un rapport nucléo-cytoplasmique élevé (Fig.). Une biopsie ostéomédullaire a été effectuée révélant une infiltration diffuse par des cellules carcinomateuses. Une coloscopie a été réalisée par la suite et a révélé une sténose recto-sigmoïdienne suspecte de malignité qui a été biopsiée, confirmant le diagnostic d'un adénocarcinome du rectum sur le plan histologique. Les cellules tumorales infiltrant la moelle osseuse avaient les mêmes caractéristiques morphologiques et immunohistochimiques que les biopsies de la tumeur rectale. Le patient a finalement été diagnostiqué avec un adénocarcinome rectal associé à une métastase au niveau de la moelle osseuse comme seule localisation secondaire.

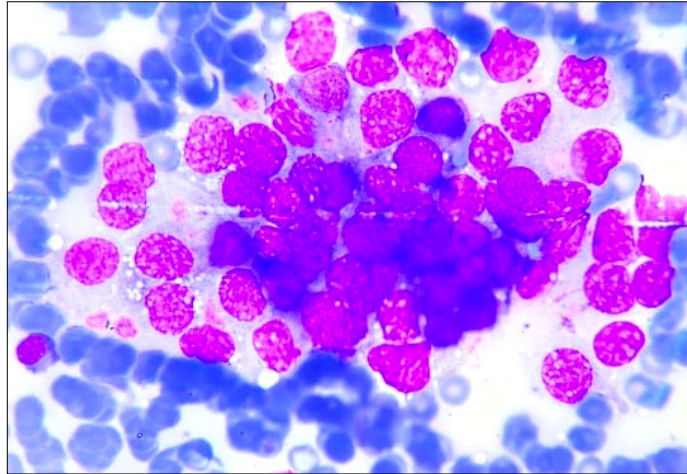


Fig. Myélogramme montrant la présence de cellules d'allure non-hématopoïétiques.

Discussion

Les métastases de la moelle osseuse dans les tumeurs solides se développent généralement à un stade avancé de la maladie. Les tumeurs solides impliquant fréquemment la moelle osseuse, telles que les cancers du poumon, du sein et de la prostate, métastasent couramment vers le système squelettique mais intéressent rarement la moelle osseuse [2]. La rareté de cette présentation peut être expliquée par l'exploration de la moelle osseuse qui n'est effectuée qu'en présence d'anomalies hématologiques notamment une cytopénie arégénérative, sachant qu'uniquement 18% des cas de métastase de tumeurs solides au niveau de la moelle osseuse se traduisent par une pancytopénie ; ou encore du fait que les métastases au niveau de la moelle osseuse sont souvent associées à d'autres localisations métastatiques [1]. Plusieurs facteurs pourraient expliquer la tendance des tumeurs solides à se localiser au niveau de la moelle osseuse, d'une part, la vascularisation abondante et le faible débit sanguin et d'autre part les interactions entre le stroma de la moelle osseuse et les cellules tumorales qui entraînent la libération de facteurs de croissance [3].

Bien que l'examen de la moelle osseuse soit une technique simple et peu coûteuse, il demeure la meilleure option pour chercher les métastases au niveau de la moelle osseuse en cas de tumeurs solides. L'identification des cellules métastatiques dans la moelle osseuse est généralement aisée car ces cellules semblent étrangères au tissu hématopoïétique normal, cependant leur morphologie n'est pas suffisante pour rattacher ces métastases à une origine particulière. La morphologie des cellules tumorales métastatiques devrait être corrélée avec la présentation clinique, les données de l'imagerie ainsi que les résultats histopathologiques de la tumeur pour confirmer le diagnostic final.

La présence de cellules tumorales dans la moelle osseuse a une valeur aussi bien diagnostique que pronostique. Les patients atteints de métastases de la moelle osseuse ont une survie plus réduite, ce qui est encore aggravé par la présence d'autres localisations secondaires, un taux diminué de plaquettes et un état général altéré [4]. Ainsi, il est essentiel de considérer l'implication de la moelle osseuse chez les patients avec une pancytopénie arégénérative, même en absence de métastases systémiques.

Conclusion

En conclusion, en cas de pancytopénie arégénérative il ne devrait y avoir aucun retard dans la réalisation d'une ponction de la moelle osseuse pour identifier l'étiologie et d'assurer une prise en charge précoce, et également pour éviter l'installation de complications hématologiques pouvant aggraver le pronostic vital.

Références

- 1- Alghandour, R., Saleh, G. A., Shokeir, F. A., & Zuhdy, M. (2020). Metastatic colorectal carcinoma initially diagnosed by bone marrow biopsy: a case report and literature review. *Journal of the Egyptian National Cancer Institute*, 32(1), 1-6.
- 2- Lim, D. H., Lee, S. I., & Park, K. W. (2014). Bone marrow metastasis of colon cancer as the first site of recurrence: a case report. *Oncology letters*, 8(6), 2672-2674.
- 3- Aïx-Panabières C, Riethdorf S, Pantel K. Circulating tumor cells and bone marrow micrometastasis. *Clin. Cancer Res.* 2008;14(16):5013-21.
- 4- Kiliçkap S, Erman M, Dinçer M, Aksoy S, Harputluoglu H, Yalçın S. Bone marrow metastasis of solid tumors: clinicopathological evaluation of 73 cases. *Turk J Cancer.* 2007;37(3):85-8.