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

DAOUD SOUAD¹ - M. BENATTA² - H. MESSID³ -BOUCHAKOUR MAMMAR*

1 Service de neurochirurgie de chu d'Oran

2 Service d'urologie CHU d'Oran - 3 Service d'épidémiologie CHU d'Oran

Résumé : Les cancers de la prostate sont volontiers ostéophyles, les localisations cérébrales sont rares et inhabituelles. Nous rapportons le cas d'un patient âgé de 57 ans opéré au sein du service de neurochirurgie du CHU d'Oran pour un processus intra crânien temporo polaire extra axiale dont l'étude anatomopathologique est revenue en faveur d'une métastase d'un adénocarcinome prostatique. À travers ce cas et une revue de la littérature nous allons discuter des aspects épidémiologiques, diagnostiques, et thérapeutiques des métastases cérébrales des cancers de la prostate.

Mots clés : *Métastase cérébrale - Cancer de la prostate.*

Abstract : Prostate cancers are usually osteophylic; cerebral localizations are rare and unusual. We report the case of a 57-year-old patient operated on in the neurosurgery department of the CHU of Oran for an extra axial temporo-polar intracranial process with histologic study came back in favor of a metastasis of a prostate adenocarcinoma. Through this case and a review of the literature, we discuss the epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of brain metastases of prostate cancer.

Mots clés : *Brain metastasis - Prostate cancer.*

INTRODUCTION

Les métastases cérébrales constituent les tumeurs cérébrales les plus fréquentes [1]. Leur incidence est en augmentation du fait du progrès des techniques diagnostiques et de l'amélioration de la prise en charge globale des cancers primitifs qui permet d'améliorer la survie des patients. L'adénocarcinome de la prostate donne des métastases à des stades avancés : 4.2% de métastases intracrâniennes sont rapportées dans les séries autopsiques [2,3]. Les lésions intra cérébrales étant l'exception : 2% des métastases de la série de Nussbaum [2,4].

OBSERVATION

Il s'agit d'un patient âgé de 57ans, sans antécédents pathologiques. Suivi en neurologie pour des névralgies faciales. Une IRM cérébrale a été réalisée, a objectivé une formation tissulaire temporo polaire droit, visible en signal intermédiaire en T2, et en discret hyper signal en T1, fixant le contraste de façon intense, mesurant dans un

plan axial 37mm/38mm ; avec épaissement et remaniement osseux dural en regard de la petite et grande aile du sphénoïde ; dont l'aspect évoquant un méningiome (Fig. 1). Patient a été mis sous traitement médical à base d'anti épileptique et de corticoïdes, est confié en neurochirurgie. Il a été opéré par un abord parotidien droit bénéficie d'une exérèse biopsie vu le caractère hémorragique.

Les suites post opératoires étaient marquées par l'installation d'une douleur lombaire aiguë, d'intensité rapidement progressive associée à des paresthésies des deux membres inférieurs. Une IRM médullaire a été demandée et a objectivé des lésions osseuses infiltrantes du rachis dorso lombaire et du bassin (Fig. 2).

L'avis des oncologues a été demandé et donc un dosage de PSA a été réalisé, et qui était supérieur à 200ng/ml à ce moment-là une biopsie prostatique a été réalisée en urgence par les urologues, et qui a objectivé un adénocarcinome de la prostate gleason

4+4 (groupe 4. OMS 2016). Entre temps l'étude anatomopathologique est revenue en faveur d'une métastase cérébrale d'un adénocarcinome d'origine prostatique. Patient ensuite mis sous chimiothérapie et hormonothérapie, ainsi qu'une radiothérapie cérébrale adjuvante.

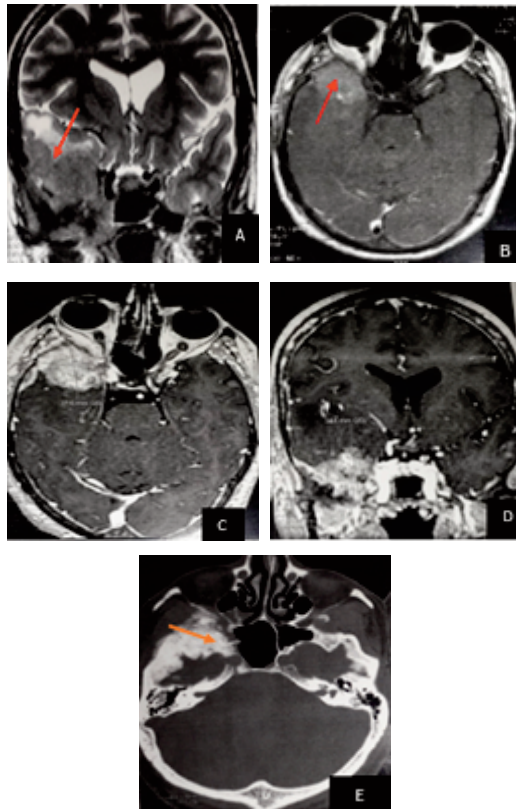


Figure 1 : IRM cérébrale objectivant un processus lésionnel extra axial temporo polaire droit : visible en signal intermédiaire en T2(A) ; discret hyper signal en T1 (B) ; fixant le contraste de façon intense (C, D). Avec épaissement et remaniement osteo dural en regard de la petite et grande aile du sphénoïde (E)

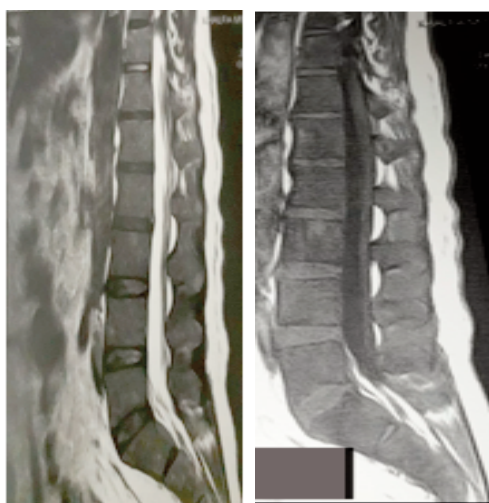


Figure 2 : IRM du rachis lombaire montrant des lésions osseuses infiltrantes diffuses

DISCUSSION

Les métastases cérébrales sont des tumeurs cérébrales malignes. Elles représentent 20% des tumeurs cérébrales et sont retrouvées dans 15% des autopsies de routine [1]. Elles sont observées surtout entre 50 et 60 ans, elles sont beaucoup plus rares après l'âge de 70 ans (moins de 5 % des métastases cérébrale) [12] avec une prédominance masculine, c'est le cas de notre patient. 50% des métastases cérébrales des séries publiées trouvent leur origine au niveau d'une tumeur primitive des poumons ou du sein [2]. Suivent par ordre de fréquence décroissant, les cancers cutanés, le rein et le tube digestif. Rarement, il s'agit d'un cancer prostatique ou utérin.

Le cancer de la prostate est la première cause de c.ancer chez l'homme [6] ; souvent découvert à l'occasion d'un dosage de PSA ou révélé par une localisation secondaire comme pour notre patient. Ses localisations métastatiques les plus fréquentes sont osseuses et ganglionnaires, puis hépatiques et pulmonaires [6]. En effet, les localisations cérébrales sont rares. Les grandes séries d'autopsies de cancers de la prostate métastatiques retrouvent une localisation cérébrale dans 2 à 10 % des cas [7,8]. Parmi ces lésions secondaires intra crâniennes, il faut distinguer les métastases parenchymateuses, et les méningites carcinomateuses (ou atteintes leptoméningées). En théorie, selon les séries publiées la proportion des atteintes méningées varie entre 5,9 et 9,5%, et elle est plus importante que celle des atteintes parenchymateuses [6,7]. Ces métastases cérébrales pourraient être isolées, sans autre localisation métastatique [9] ou entrant dans le cadre d'une maladie métastatique généralisée comme pour notre malade.

Les particularités biologiques des cancers prostatiques métastatiques au niveau cérébral sont mal connues et la dissémination peut se faire soit par voie hématogène et dans ce cas les atteintes cérébrales apparaissent quand plusieurs organes sont déjà le siège de lésions métastatiques ; soit par envahissement de la dure-mère par continuité de lésions osseuses crânienne, pour envahir parfois le parenchyme [6]. Chez notre patient, la métastase cérébrale était secondaire à la métastase localisée au niveau des os de la base du crane (paroi du sinus sphénoïdal, le bord latéral de l'orbite, la pointe de la pyramide pétreuse...) retrouvée à l'IRM cérébrale.

Habituellement le tableau neurologique lié au cancer de la prostate métastatique est marqué par des signes de compression radiculaire ou médullaire en rapport avec une localisation vertébrale secondaire et/ou épidurale. Dans le cas de métastase cérébrale la symptomatologie clinique diffère en fonction du siège et du volume de la lésion cérébrale secondaire, ainsi de l'importance de l'œdème péri tumoral ; il peut s'agir des signes d'hypertension intra crânienne et/ou des signes de focalisation et/ou des troubles psychiques et/ou des crises d'épilepsies.

Le diagnostic est établi essentiellement sur l'imagerie par résonance magnétique, tandis que la preuve histologique repose sur la biopsie soit par chirurgie classique ou par stéréotaxie.

Le traitement des métastases cérébrales de cancer de la prostate est multidisciplinaire. Il fait appel à la neurochirurgie, la chirurgie urologique, la radiothérapie conventionnelle et la chimiothérapie. Le choix thérapeutique est discuté en réunion de concertation multidisciplinaire dédiée à la neuro-oncologie et tient compte de l'objectif du traitement [10].

CONCLUSION

Les localisations métastatiques cérébrales du cancer de la prostate sont rares, et pose un problème de diagnostic différentiel.

Une IRM cérébrale doit être réalisée devant des signes d'appel neurologiques et la prise en charge est multidisciplinaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. PETIT T. Métastases cérébrales et cancer du sein -Brain metastases and breast cancer. Mise au point. La Lettre du Cancérologue • Vol. XIX - n°2 - février 2010
2. P. KEHRLI. Epidémiologie des métastases cérébrales. Neuro chirurgie, 1999, 45, n°5,357-363
3. CASTALDO JE, BERNAT JL, MEIER FA, SCHNED AR. Intracranial metastases due to prostatic carcinoma. Cancer 1983 ; 52 : 1739-1747
4. NUSSBAUM ES, DJALILIAN HR, CHO KH, HALL WA. Brain metastasis Histology, multiplicity, surgery and survival. Cancer 1996; 78: 1781- 1788.
5. VIETH, RG., ODOM, GL. Intra-cranial metastases and their neuro surgical treatment. J Neurosurg 1965;23:375-383
6. E. LOIR, G. PIGNOT, N. SALEM, S. FUENTES, G. GRAVIS : Métastases cérébrales dans le cancer de la prostate : revue de la littérature. Correspondances en Onco-Urologie - Vol. VIII - n° 2 - avril-mai-juin 2017
7. BUBENDORF L, SCHÖPFER A, WAGNER U, SAUTER G, MOCH H, WILLI N. Metastatic patterns of prostate cancer: an autopsy study of 1,589 patients. Hum Pathol 2000 ; 31(5):578-83.
8. SAITOH H, HIDA M, SHIMBO T ET AL. Metastatic patterns of prostatic cancer. Correlation between sites and number of organs involved. Cancer 1984;54(12):3078-84.
9. LIARENA I.R., ZABALA E.J.A., ACHA P.M., PERTUSA P.C., GARIBI U.J. : Cerebral metastasis of prostatic adeno carcinoma. Hormonal control and review of the literature. Arch. Esp. Urol., 1991, 44, 831-832.
10. DZIGGEL L, SCHILD SE, VENINGA T ET AL. Clinical factors associated with treatment outcomes following whole-brain irradiation in patients with prostate cancer. In Vivo 2017;31 (1) : 35-8.