

# TUMEURS DU RACHIS

## DÉFINITION

---

Les tumeurs sont des changements dans la nature de nos tissus qui peuvent survenir au cours de la vie.

## BÉNIN ET MALIN

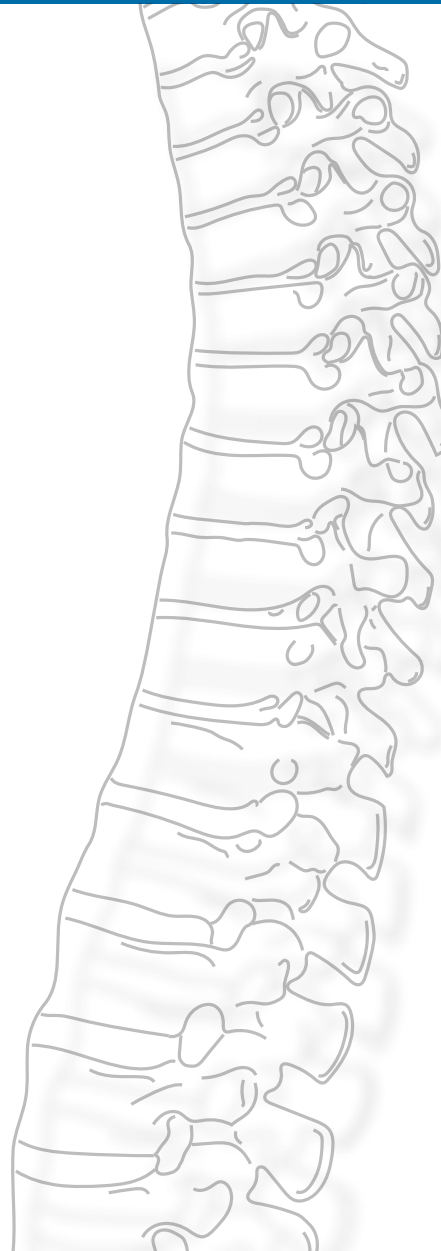
---

On distingue les tumeurs bénignes des tumeurs malignes. Leurs différences sont multiples mais pour l'essentiel, on retiendra que les tumeurs malignes ont une agressivité accrue de par leur capacité à donner des lésions à distance que l'on nomme métastases. Les formes bénignes sont constituées de cellules moyennement modifiées, tandis que les formes malignes le sont par des cellules plus fortement modifiées. Pour prendre un exemple bien connu, le nævus (grain de beauté) est une tumeur bénigne des mélanocytes, cellules qui donnent à la peau leur coloration. Le mélanome est lui la tumeur maligne de ces mélanocytes et est de ce fait beaucoup plus dangereux.

## PRIMAIRE ET SECONDAIRE

---

Une tumeur est dite **primaire** si elle est localisée dans le site anatomique qui lui a donné naissance. Elle est **secondaire** dans le cas contraire (on parle de **métastase**). La colonne thoracolombaire est le plus souvent touchée, suivie du sacrum et enfin du rachis cervical.



---

LUDOVIC KAMINSKI  
ÉRIC FAVRE

---



### ORIGINE

---

Presque tous les tissus peuvent donner des tumeurs, mais ces dernières vont souvent présenter un aspect semblable à leur tissu d'origine. On nomme ainsi **carcinomes** les tumeurs venant du revêtement de surface de l'organisme (surface cutanée et cavités naturelles). On nomme **sarcomes** les tumeurs venant du tissu de soutien des surfaces (tissu conjonctif).

### TUMEURS DE LA COLONNE

---

La colonne est parfois la cause mais souvent *la victime* des tumeurs. En effet, seulement **10%** de l'ensemble des tumeurs de la colonne viennent des tissus qui la constituent. Ces tumeurs dites primaires peuvent être bénignes ou malignes.

La majorité (**90%**) des tumeurs de la colonne est donc secondaire, c'est-à-dire qu'elles proviennent d'une tumeur primaire située ailleurs dans l'organisme. Si elles ont une localisation secondaire, cela signifie qu'elles sont malignes et ont métastasé à partir d'une tumeur primaire. Cette tumeur primaire peut être ou non connue et le patient avoir été ou non traité pour cela. Elles proviennent le plus souvent des organes suivants : sein, prostate, poumon, rein, thyroïde.

De manière générale mais non absolue, les tumeurs bénignes s'observent chez les sujets jeunes (moyenne d'âge : 27 ans) et se localisent préférentiellement au niveau de l'arc postérieur. Les tumeurs malignes en revanche, s'observent chez les sujets plus âgés (moyenne : 55 ans...) et touchent préférentiellement le corps vertébral.

Le pronostic des tumeurs bénignes est variable mais souvent bon à excellent. La plupart des tumeurs bénignes ne nécessite aucun traitement. Dans le cas contraire, l'évolution est souvent bonne et ce même s'il existe pour la plupart d'entre elles un risque de récurrence. Enfin, comme toute règle a ses exceptions, certaines tumeurs dites bénignes sont localement agressives et

leur traitement peut être très difficile.

Les tumeurs malignes sont beaucoup plus variables de par leur nature. Leur prise en charge se fait toujours de manière pluridisciplinaire car chaque patient représente un cas particulier.

Leur gravité dépend intrinsèquement du pronostic de la maladie. Celui-ci est conditionné par les facteurs suivants :

- ✦ l'état général du patient,
- ✦ le nombre et la localisation des métastases,
- ✦ le type de tumeur primaire,
- ✦ la présence ou non d'une atteinte neurologique.

Le pronostic vital des patients est en effet très difficile à définir car les moyennes ne sont qu'un aspect abstrait de la réalité. Pour autant, le patient a souvent besoin de connaître cette information et peut ainsi mieux planifier son devenir. Mais les données brutes avancées par le médecin au patient qui en fait la demande doivent être prises comme une estimation tout en sachant qu'une estimation n'est jamais la réalité. Toutes choses étant égales par ailleurs, si le pronostic vital moyen est établi autour d'un an, un patient peut vivre 6 mois comme plusieurs années.

### PRÉSENTATION ET PLAINTES

---

Leur présentation est toujours individuelle et souvent insidieuse. Globalement, on peut individualiser trois tableaux chez le patient : **sans aucune plainte, douloureux** ou en **déficit neurologique**.

### EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

---

Les examens complémentaires ont pour objectif : ① de **détecter** la (ou les) métastase(s), ② de déterminer s'il y a **compression** de la moelle épinière ou



des racines nerveuses et ③ d'évaluer la **stabilité** de la colonne.

L'examen clé est l'**IRM**. Il doit couvrir l'ensemble de la colonne. Bien faite, l'IRM permet d'atteindre les objectifs ① et ②.

Le CT-scan vient compléter ce bilan en terme d'évaluation de l'atteinte osseuse osseux. Il est ainsi utile pour évaluer la stabilité locale, l'objectif ③.

## TRAITEMENT

Le chirurgien participera à un effort global de lutte contre la maladie et ses complications. L'approche pluridisciplinaire est le principe de base. Tous les spécialistes partagent trois objectifs généraux :

- ▶ **éviter à tout prix une paralysie,**
- ▶ **combattre la douleur,**
- ▶ **améliorer le pronostic vital.**

### LA RADIOTHÉRAPIE

C'est la modalité de traitement la plus utilisée dans les métastases vertébrales symptomatiques. Elle est immédiatement efficace sur la douleur dans pratiquement tous les cas de figure. Une instabilité vertébrale importante, un risque fracturaire imminent ou une compression franche sont des contre-indications à la radiothérapie et la stabilisation/décompression passera éventuellement avant dans le traitement. La radiothérapie est le traitement de choix dans les métastases sans compression médullaire. C'est aussi le traitement de choix de la compression médullaire si le cancer est très radiosensible.

### LA CHIRURGIE

Les raisons qui amènent donc un chirurgien à proposer une intervention sont les suivantes :

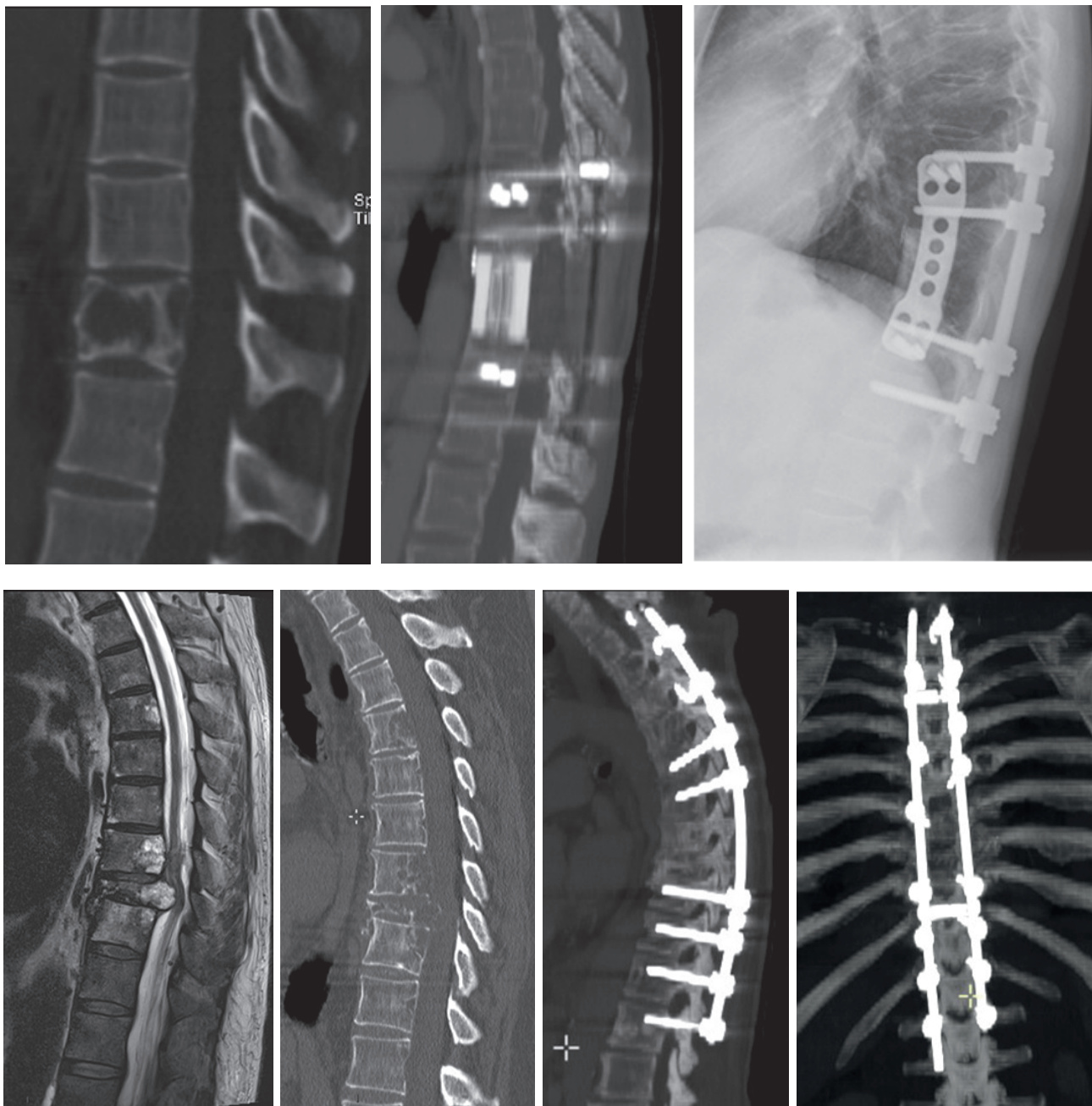
- ✦ paralysie progressive,
- ✦ douleurs intolérables,
- ✦ échec ou insuffisance du traitement médical,



- ✧ amélioration de l'efficacité du traitement médical après chirurgie,
- ✧ parfois pour préciser la nature de la tumeur.

Souvent, la chirurgie a un rôle palliatif c'est-à-dire qu'elle permet de redonner au patient une **qualité de vie** sans pouvoir enlever complètement la tumeur. Parfois, en cas de métastase unique d'une tumeur primaire, il est possible de réaliser une chirurgie curative (qui enlève complètement la tumeur).

Si la chirurgie, nous le voyons, est peu efficace sur la guérison des tumeurs secondaires, elle l'est en revanche tout à fait sur la douleur et sur les capacités fonctionnelles du patient. En cela, son objectif principal reste d'apporter à un malade qualité de vie et dignité.





## EN RÉSUMÉ

- 🔑 Les métastases vertébrales sont fréquentes. La colonne thoracique est souvent atteinte ; plus rarement la colonne lombaire et la colonne cervicale.
- 🔑 Les métastases vertébrales peuvent être asymptomatiques, occasionner des douleurs rachidiennes ou une atteinte neurologique. Cette dernière se caractérise souvent par des difficultés de marche et une faiblesse des membres inférieurs.
- 🔑 La compression du cordon médullaire constitue une urgence.
- 🔑 Le bilan se fait par IRM et CT-scan. La prise en charge est toujours pluridisciplinaire (chirurgien, oncologue, radiologue, radiothérapeute).
- 🔑 Les deux grandes modalités de traitement de la compression médullaire sont la radiothérapie et la chirurgie. Elles se combinent souvent. En cas de chirurgie, il conviendra de décompresser et de stabiliser la lésion.
- 🔑 Dans les rares cas de métastase vertébrale isolée, on peut envisager une chirurgie complexe à visée curative.