
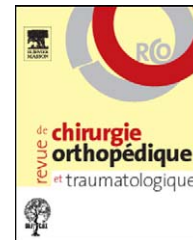




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



## FAIT CLINIQUE

# Fracture pathologique de l'humérus révélatrice d'un carcinome biliaire<sup>☆</sup>

## *Humerus pathological fracture revealing biliary carcinoma*

K. Lahrach\*, B. Chbani, F. Amar, A. Bennani, A. Marzouki, F. Boutayeb

Service de chirurgie orthopédique et traumatologique (A), CHU Hassan-II, Fès, Maroc

Acceptation définitive le : 14 juin 2010

### MOTS CLÉS

Carcinome biliaire ;  
Humérus ;  
Métastase osseuse

**Résumé** Les tumeurs des voies biliaires sont des tumeurs rares et pour lesquelles la médiane de survie est courte du fait de leur découverte souvent tardive. Leur diagnostic est difficile en l'absence des signes cliniques spécifiques. Les métastases osseuses des carcinomes biliaires sont rares. Nous rapportons une observation de métastase humérale révélatrice d'un carcinome biliaire.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## Introduction

Les métastases à distance des tumeurs biliaires sont rares. À notre connaissance, seul un cas de métastase humérale d'un cholangiocarcinome a été décrit dans la littérature. Les auteurs rapportent une observation d'une fracture pathologique de l'humérus révélatrice d'un carcinome biliaire.

## Observation

Une patiente R.G., âgée de 58 ans, sans antécédents pathologiques notables, a été hospitalisée pour prise en charge d'une fracture de la diaphyse humérale gauche, consécutive à un traumatisme minime. L'examen clinique à l'admission trouvait un état général altéré, l'examen abdominal était normal, les aires ganglionnaires étaient libres, la thyroïde était non palpable et l'examen gynéco-obstétrical était sans particularité. Le bilan radiologique a révélé une lésion lytique rompant la corticale du tiers distal de la diaphyse humérale (Fig. 1). Le diagnostic d'une fracture pathologique de l'humérus a été posé. Le traitement chirurgical consistait en une ostéosynthèse par plaque vissée DCP avec comblement au ciment (Fig. 2). L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire confirmait une métastase osseuse d'un carcinome biliaire (Fig. 3). Le bilan a été complété par une radiographie pulmonaire et une tomодensitométrie thoraco-abdominopelvienne qui a révélé des métastases pulmonaires

DOI de l'article original : [10.1016/j.otsr.2010.05.011](https://doi.org/10.1016/j.otsr.2010.05.011).

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [k.lahrach@hotmail.com](mailto:k.lahrach@hotmail.com) (K. Lahrach).



**Figure 1** Radiographie de l'humérus montrant une lésion lytique en faveur d'une fracture pathologique.

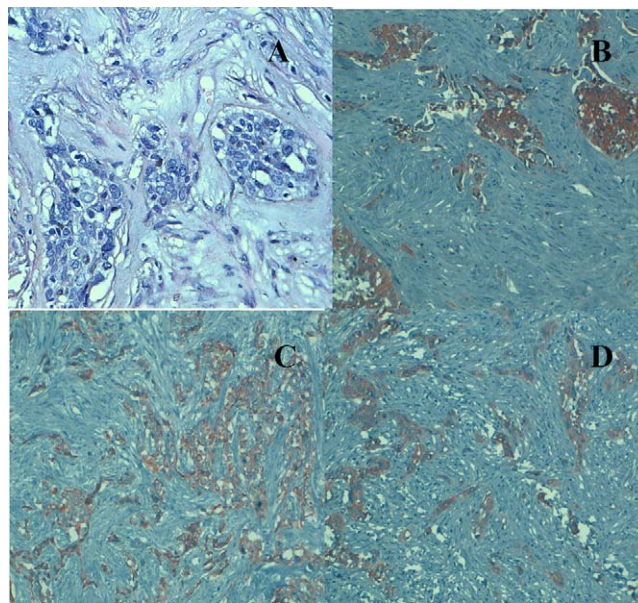
associées à une ascite de grande abondance. Trois mois après l'intervention la patiente est décédée.

## Discussion

Les tumeurs des voies biliaires sont des tumeurs rares. L'incidence du cholangiocarcinome est faible avec 2000 nouveaux cas par an en France [1]. Un certain nombre de métastases osseuses surviennent en cours de suivi d'un cancer connu et pose peu de problèmes diagnos-



**Figure 2** Contrôle radiologique après ostéosynthèse par plaque vissée DCP avec du ciment.



**Figure 3** Aspect histologique d'une métastase osseuse d'origine biliaire. A. HES  $\times 40$ . B. Anticorps anti-cytokératine. C. Anticorps anti-cytokératine 7. D. Anticorps anti-cytokératine 19.

tiques. À l'inverse, l'identification de la tumeur primitive est difficile dans près de la moitié des cas lorsque la ou les métastases sont inaugurales et de surcroît isolées : l'origine n'est pas retrouvée dans 4 à 10% des cas seulement [2,3]. La preuve histologique de la métastase apparaît alors superflue pour la majorité des cliniciens (94% dans une enquête européenne francophone conduite par le groupe Gemo) [4]. Les métastases osseuses des tumeurs biliaires sont retrouvées chez 50% des malades autopsiés. Dans de rares cas, des métastases osseuses peuvent compliquer l'évolution des cholangiocarcinomes. Sur les 13 mois de métastases osseuses décrits dans la littérature, les lésions secondaires osseuses ont révélé l'existence de la tumeur primitive biliaire chez seulement deux malades, avec une localisation vertébrale thoracique [5] et une localisation vertébrale cervicale [6]. Comme pour les métastases vertébrales liées aux autres tumeurs malignes, les localisations thoraciques sont les plus fréquentes, suivies des localisations lombaires puis cervicales [7–10]. Deux séries qui ont inclus 126 malades atteints d'un cholangiocarcinome [7,8] ont retrouvé des métastases osseuses métachrones chez seulement huit d'entre eux (6%). Un seul cas de métastase osseuse au niveau d'un os long, avec une fracture de la diaphyse humérale sur os pathologique, a été rapporté [11]. Les métastases osseuses des cholangiocarcinomes sont généralement lytiques, volumineuses (taille supérieure à 20 mm) comme dans notre observation. Le traitement des métastases osseuses est essentiellement palliatif. Le pronostic est sombre avec une durée moyenne de survie ne dépassant pas deux ans [12].

## Conclusion

Les métastases osseuses peuvent être révélatrices de cancer biliaire, elles sont agressives, rapidement évolutives,

il faut souligner qu'elles constituent un élément de mauvais pronostic.

## Conflit d'intérêt

Aucun.

## Références

- [1] Bouvier AM, Remontet L, Jouglu E, Launoy G, Grosclaude P, et al. Incidence of gastrointestinal cancers in France. *Gastroenterol Clin Biol* 2004;28:877–81.
- [2] Hainsworth JD, Greco FA. Treatment of patients with cancer of an unknown primary site. *N Engl J Med* 1993;329:257–63.
- [3] Hillen HF. Unknown primary tumours. *Postgrad Med J* 2000;76:690–3.
- [4] Tubiana-Hulin M, Laredo J, Lagrange JL, et al. Enquête sur la prise en charges des métastases osseuses en europe francophone, par le Gemo : réponse des oncologues médicaux (XXV<sup>e</sup> Forum de cancérologie 21–23 juin, Palais des congrès, Paris). *Bull Cancer* 2005;92:A191.
- [5] Yeh CN, Chen MF, Chen TC, Tseng JH. Peripheral cholangiocarcinoma with thoracic spine metastasis: a successful surgically treated case. *Int Surg* 2001;86:225–8.
- [6] Lin YY, Kao MJ, Huang WH, Cho DY, Chou LW. Spinal cord injury caused by cervical spine metastatic cholangiocarcinoma. *Mid Taiwan J Med* 2003;8:231–7.
- [7] Weber SM, Jarnagin WR, Klimstra D, DeMatteo RP, Fong Y, Blumgart LH. Intrahepatic cholangiocarcinoma: resectability, recurrence pattern, and outcomes. *J Am Coll Surg* 2001;193:384–91.
- [8] Uesaka K, Hayakawa N, Kamiya J, Kondo S, Nagino M, Kanai M, et al. Surgical treatment for advanced gallbladder cancer: indications and limitations. *Nippon Geka Gakkai Zasshi* 2002;103:538–42.
- [9] Ishiguchi T, Itoh S, Fukatsu H, Itoh Y, Horikawa Y, Tadokoro M, et al. Arterial embolization therapy for metastatic bone and soft-tissue tumors with microcatheter and microcoils. *Nippon Igaku Hoshasen Gakkai Zasshi* 1991;51:260–9.
- [10] Takahashi I, Nakamura Y, Suzuki Y, Mitsuhashi N, Niibe H, Osada J. Case report: bone metastasis from cholangiocarcinoma showing unusual accumulation on bone scintigraphy and 67Ga scintigraphy. *Br J Radiol* 1994;67:303–5.
- [11] Carlisle RT, Roberts CS. Pathologic fracture of the humerus due to metastatic cholangiocarcinoma. *South Med J* 1999;92:1216–9.
- [12] Chen MF, Jan YY, Want CS, et al. clinical experience in 20 hepatic resections for peripheral cholangiocarcinoma. *Cancer* 1989;64:2226–32.