

REFERENTIELS

CAT diagnostique devant une anomalie clinique ou radiologique de l'os ou des T.mous (sauf rachis)

Version téléchargeable et imprimable (PDF)

A propos de la version PDF (aide)

Ce référentiel, dont l'utilisation s'effectue sur le fondement des principes déontologiques d'exercice personnel de la médecine, a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels du réseau ONCOLOR conformément aux données acquises de la science au **30 novembre 2005**.

▶ Généralités p.1

▶ Stratégies diagnostiques p.2

▶ Imagerie p.5

Cliquez-ici

Principales modifications p.9

Aspects généraux

- ▶ Ce référentiel propose la **conduite à tenir diagnostique** devant une anomalie clinique et/ou radiologique de l'os ou des parties molles.
- ▶ Toute tuméfaction de taille supérieure à 5 cm ou sous aponévrotique doit faire poser la question de la malignité et justifie une [imagerie](#) avant tout geste.
p.5
- ▶ Si l'on suspecte une tumeur maligne de l'os ou des parties molles, la biopsie parcellaire constitue la technique standard de diagnostic histologique. Toute autre modalité biopsique (microbiopsie radioguidée, exérèse d'emblée...) doit faire l'objet d'une discussion préalable en **RCP**.
- ▶ Le prélèvement opératoire et l'ensemble des renseignements clinico-radiologiques sont nécessaires à l'anatomopathologiste pour poser un [diagnostic](#).
- ▶ Les **circonstances diagnostiques** d'une tumeur osseuse ou des parties molles sont diversifiées et la conduite à tenir adaptée à chaque cas :
 - p.2 - [Tuméfaction et/ou douleur](#)
 - p.4 - [Fracture pathologique](#)
 - p.4 - [Découverte occasionnelle](#) : image radiologique osseuse, patient paucisymptomatique.
- ▶ La prise en charge des anomalies du **rachis** et de son contenu est abordée dans un autre [référentiel](#). Voir le référentiel "Rachis osseux et son contenu"

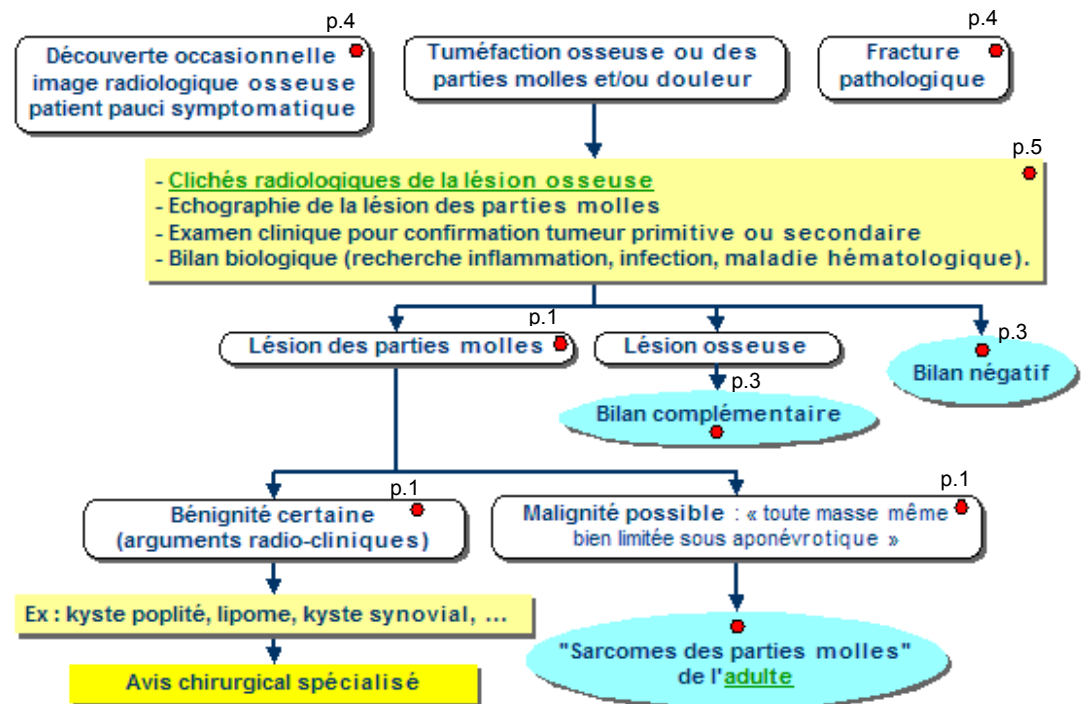
Voir le référentiel "Tumeurs de l'os et des parties molles : procédures diagnostiques chirurgicales et anatomopathologiques"

REFERENTIELS

CAT diagnostique devant une anomalie clinique ou radiologique de l'os ou des T.mous (sauf rachis)

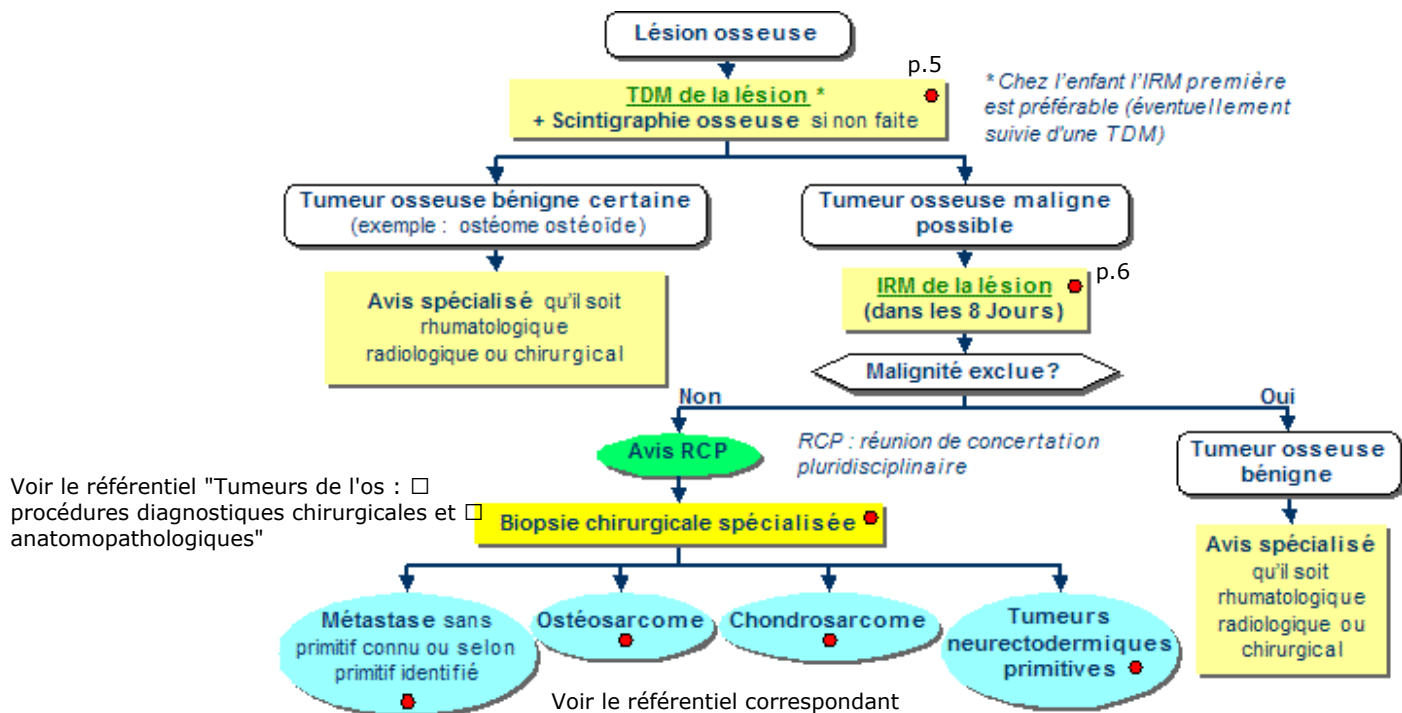
Stratégies diagnostiques

Orientation diagnostique initiale

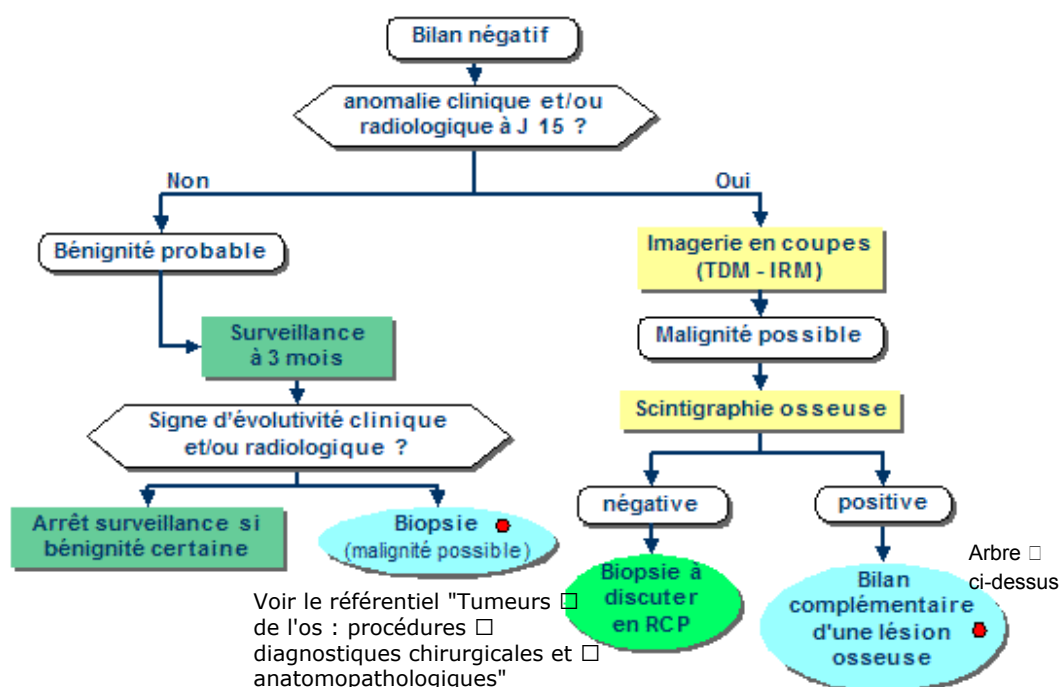


Voir le référentiel "Sarcomes des parties molles"

Bilan complémentaire d'une lésion osseuse



Bilan négatif



REFERENTIELS

CAT diagnostique devant une anomalie clinique ou radiologique de l'os ou des T.mous (sauf rachis)



■ Bilan radiologique d'une tumeur osseuse ou des parties molles

Radiographies standards lésionnelles

Orientation technique

- ▶ Os simple : 2 incidences perpendiculaires (face et profil) avec articulations sus- et sous-jacentes.
- ▶ Conditions techniques : permettant l'analyse de l'ensemble des compartiments osseux et des tissus mous adjacents.
- ▶ Sans agrandissement ou avec repère gradué facilitant l'évaluation des dimensions.

Objectifs

- Confirmation de l'existence d'une lésion osseuse
- Détermination de son agressivité (ostéolyse, réaction périostée)
- Détermination de la taille et de la distance par rapport à l'interligne articulaire

Scanner et/ou IRM initial sur tumeur

Scanner initial : Orientation technique

Acquisition volumique recommandée

▶ Avant injection

- Coupes fines inférieures ou égales à 1,5 mm chevauchées avec MPR systématiques (frontales, sagittales, obliques) et éventuelles 3D si tumeur et/ou région complexes
- Présentation en fenêtres osseuses et parties molles

▶ **Après injection (acquisition multiphasique recommandée)**

- Préciser les rapports vasculaires et le degré de vascularisation tumorale ainsi que l'extension aux parties molles
- Produit de contraste : 2 ml/kg à 3-5 ml/s à adapter selon le patient
- Acquisition en phase interstitielle (en option phase artérielle)
- Coupes fines avec MPR et 3D (VRT et MIP de préférence)

IRM initiale : Orientation technique

▶ **Bilan local**

- Antenne adaptée à la région anatomique
- 3 plans orthogonaux. Epaisseur de coupe inférieure ou égale à 4 mm.
- Au moins une acquisition en pondération T1, en pondération T2 et en pondération T1 avec suppression de graisse après injection de Gadolinium (± précédée d'une séquence vasculaire à la phase artérielle + Gado + Fat Sat si extension aux parties molles, une série SE T1 + Fat Sat avant injection de Gadolinium est utile à titre de référence pour mieux évaluer la prise de contraste)

▶ **Recherche de Skip métastase**

- Si suspicion de tumeur maligne
- Antenne corps pour permettre l'exploration de la totalité du segment osseux

Scanner et IRM initiaux : Objectifs

▶ **Mensurations tumorales**

- Taille de la tumeur dans les 3 plans de l'espace (critères OMS) plus grand diamètre dans le plan axial et plus grand diamètre perpendiculaire.
- Distance par rapport aux interlignes articulaires et aux cartilages de conjugaison.

▶ **Rapports anatomiques**

- Situation de la tumeur par rapport aux vaisseaux, nerfs, muscles et tendons voisins. Atteinte de l'articulation (épanchement).

▶ **Caractérisation tumorale**

- Type de matrice, signes d'agressivité (ostéolyse, réaction périostée, hypervascularisation).
- Présence d'une capsule de nécrose, d'hémorragie, d'une réaction inflammatoire de voisinage.

▶ **Localisation de la zone la plus représentative en vue d'une biopsie**

▶ **Recherche de skip métastase (IRM)**

Scanner thoracique

Orientation technique

▶ **Acquisition volumique recommandée**

- sans injection ou sans réinjection si réalisé dans le même temps que le scanner tumoral)

Objectifs

- Recherche de métastases pulmonaires

Scintigraphie osseuse

Orientation technique

Généralités

- ▶ Balayage corps entier FA / FP
- ▶ Incidences complémentaires

▶ Tomoscintigraphie

Objectifs

- expliciter une anomalie clinique
- s'adapter au site tumoral
- prendre en compte les résultats du balayage ou des superpositions (osseuse ou viscérale en particulier pour l'appareil urinaire)
- mieux localiser une anomalie scintigraphique
- compléter si insuffisance de renseignements malgré des incidences complémentaires

Particularités

- ▶ Profil de bassin systématique
- ▶ Profil de côtes systématique
- ▶ Incidences prolongées localisées (en particulier aux extrémités du squelette)
- cancer pelvien
- cancer mammaire et pleuro-pulmonaire
- cancer ostéolytique

Morpho-TEP

- ▶ Examen en cours d'évaluation. Pas d'indication standard actuelle.

Voir le Standard Options Recommendations (SOR) sur la "[Tomographie par émission de positons au \[18F\]-FDG](#)" (les SOR "Sarcomes des tissus mous" et Ostéosarcomes" sont en cours d'actualisation).

■ Conduite à tenir devant une anomalie clinique ou radiologique de l'os ou des tissus mous (sauf rachis)

Version mise à jour le 30 novembre 2005

Modifications par rapport à la version du 7 février 2002

▶ On insiste sur les aspects généraux suivants :

- ▶ Toute tuméfaction de taille supérieure à 5 cm ou sous aponévrotique doit faire poser la question de la malignité et justifie une [imagerie](#) avant tout geste.

p.5

- ▶ Si l'on suspecte une tumeur maligne de l'os ou des parties molles, la [biopsie parcellaire](#) directe constitue la technique standard de diagnostic histologique.

Toute autre modalité biopsique ([microbiopsie radioguidée](#), exérèse d'emblée...) faire l'objet d'une discussion préalable en RCP.

Voir le référentiel "Tumeurs de l'os et des parties molles : procédures diagnostiques chirurgicales et anatomopathologiques"

- ▶ Le prélèvement opératoire et l'ensemble des renseignements clinico-radiologiques sont nécessaires à l'anatomopathologiste pour poser un

[diagnostic](#).

Voir le référentiel "Tumeurs de l'os et des parties molles : procédures diagnostiques chirurgicales et anatomopathologiques"

- ▶ **Précisions** sur les données de [radiologie](#).

p.5