



ScanVet du Léman présente

Les cas de l'oncle Tom

Pat Tom O'Graphy

Chapitre 3

« Le chat qui savait son diagnostic sur le bout des doigts »

Madame Finger nous a amené son chat Dedo car depuis quelques jours il présente une boiterie de l'antérieur droit. Elle est inquiète car avec son chat elle est comme les 5 doigts de la main.

Dedo est un chat européen, mâle castré, de 15 ans. Nous arrivons à l'examiner les doigts dans le nez car c'est un chat très sympathique. Nous ne mettons en évidence qu'une zone de chaleur au niveau du carpe droit, mais ni gonflement, ni douleur.

Nous mettons en place un traitement anti-inflammatoire de quelques jours sans s'inquiéter, en ignorant que nous mettions le doigt dans un engrenage terrible.

Quelques jours plus tard, Madame Finger nous ramène Dedo car il ne fait plus rien de ses dix doigts, il reste couché, et les rares fois où il se lève, il boite à nouveau et il a mal.

Cette fois, nous mettons le doigt sur l'origine du problème : un gonflement des doigts 3 et 4 de l'antérieur droit avec suppuration à la pression (voir photo). Un traitement antibiotique est ajouté aux anti-inflammatoires. Nous avertissons Madame Finger que nous suspectons une infection, un trouble auto-immun ou une tumeur. Nous pressentons que le cas de Dedo n'est pas simple, que nous risquons de nous y brûler les doigts.



*Photo extraite de Can Vet J Volume 45, July 2004,
lésion similaire à celle de Dedo*

Dedo revient après une semaine de traitement, sans amélioration, et même, le doigt 2 du postérieur gauche présente aussi un gonflement suppuratif.

Nous sommes obligés de mettre le doigt sur la plaie : il faut amputer les deux dernières phalanges des doigts les plus atteints (le 3 de l'antérieur droit et le 2 du postérieur gauche) et faire pratiquer une analyse histologique.

Un bilan sanguin complet ne montre aucune anomalie et l'opération se passe bien, notre chirurgien ayant des doigts de fée. Nous croisons les doigts en attendant les résultats.

Analyse histologique

Deux prélèvements sont examinés après décalcification préalable. Leur aspect est globalement similaire.

L'extrémité de chaque doigt y compris la lame osseuse de la troisième et de la deuxième phalange est envahie par une prolifération tumorale de nature épithéliale, nettement carcinomateuse, peu différenciée. Elle revêt une architecture lobulaire et plus rarement tubuleuse. Elle est associée à un stroma fibroplasique abondant. Les cellules néoplasiques sont de grande taille, arrondies à polyédriques, à cytoplasme éosinophile étendu. Les noyaux sont arrondis, volumineux, plutôt vésiculeux, fortement mono ou plurinucléolés. L'anisocaryose est nette. L'activité mitotique est élevée. Présence de rares images évoquant une différenciation malpighienne.

Absence d'images nettes d'embolisation vasculaire.

L'examen histologique montre **l'envahissement des extrémités digitées par un carcinome peu différencié**. L'exérèse est complète.

Compte tenu des caractéristiques morphologiques, des commémoratifs et de l'âge de l'animal, il faudra plutôt envisager l'extension métastatique d'un carcinome et il faudra alors

penser chez un chat âgé à l'extension métastatique d'un carcinome d'origine bronchique. Le pronostic est réservé à sombre. Pour le type tumoral suspecté (carcinome bronchique) le temps moyen de survie rapporté est de 58 jours

Nous décidons de faire un bilan d'extension local, loco-régional et à distance (thorax). Pour cela, nous réalisons un scanner.

Examen tomодensitométrie

Description

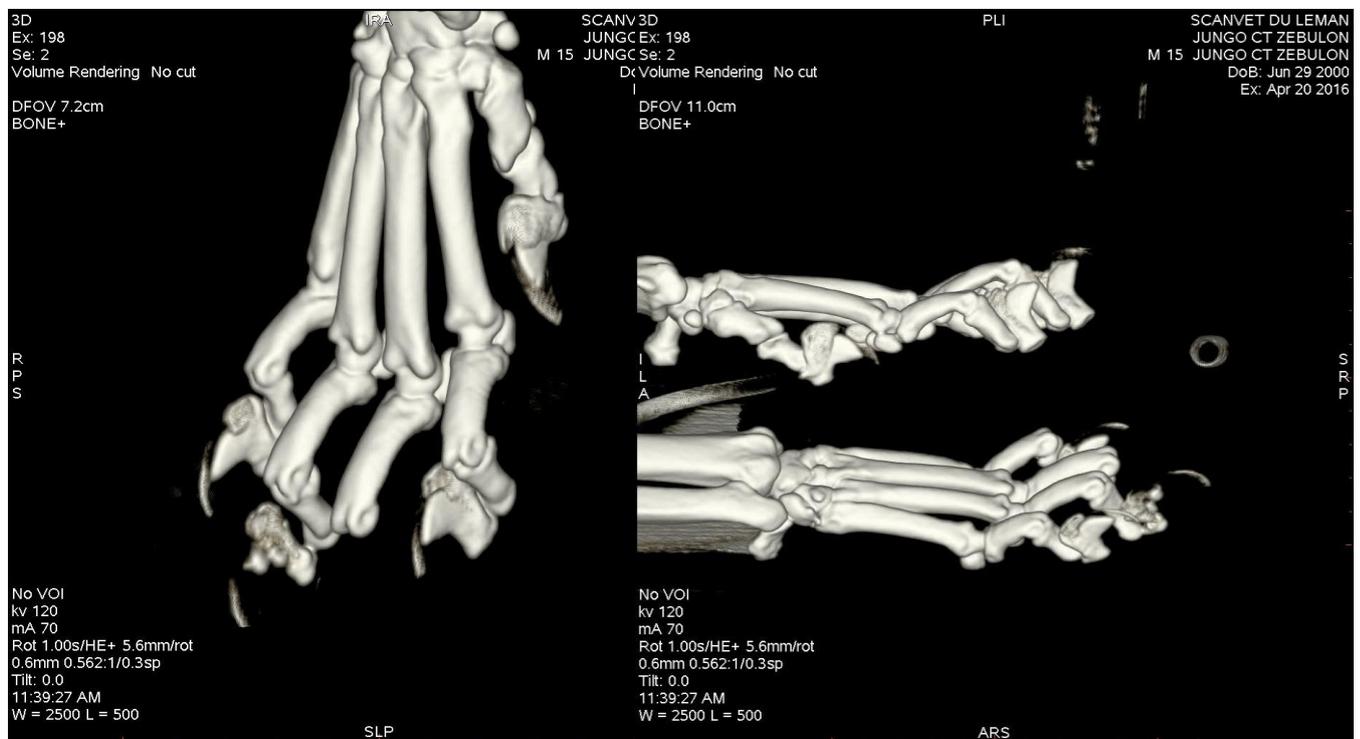
Avant injection, absence des deux dernières phalanges du doigt 3 du membre antérieur droit. Ostéolyse irrégulière de la dernière phalange du doigt 4 de l'antérieur droit et tuméfaction des tissus mous l'entourant. Absence des deux dernières phalanges du doigt 2 du membre postérieur gauche.

Présence d'une masse ovale de plus d'1 cm de diamètre dans la partie caudale du lobe pulmonaire crânial droit, d'une masse triangulaire occupant toute la partie ventrale du lobe moyen droit. Présence d'une zone opacifiée similaire, de 6 mm de diamètre dans la partie caudale du lobe cranial gauche, et une de plus de 1 cm à l'extrémité caudale et dorsale du lobe caudal gauche.

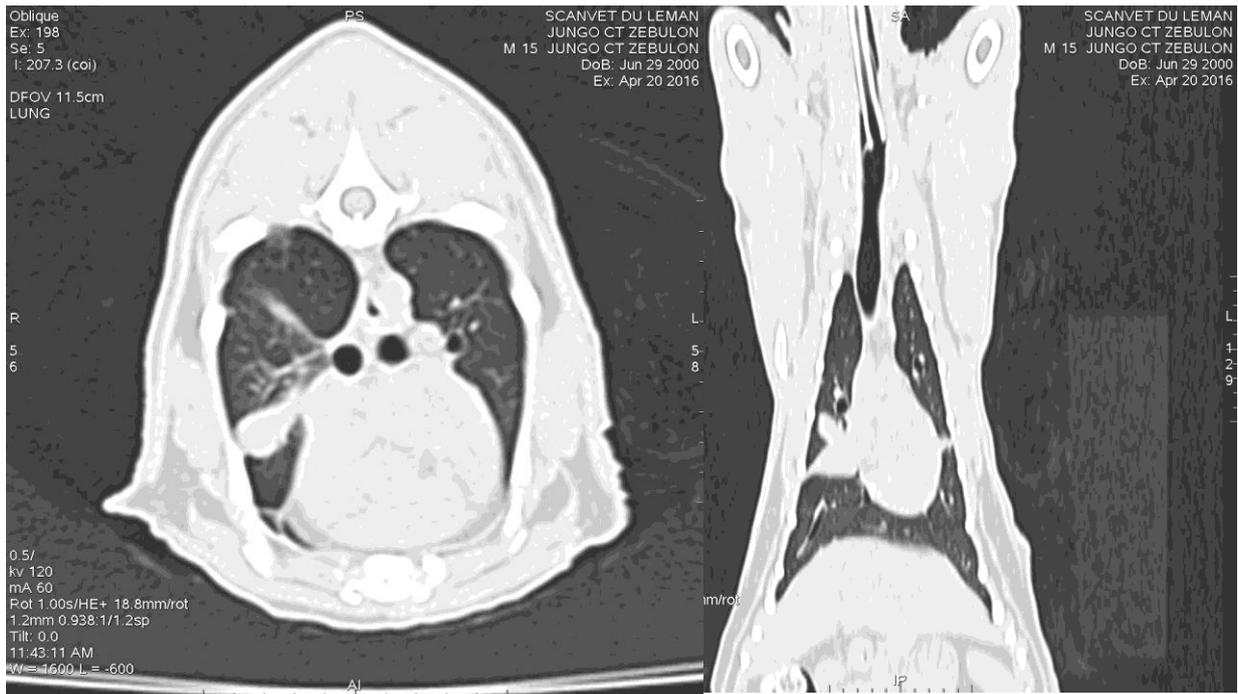
Légère amyotrophie du muscle infra-épineux droit.

Présence de trois masses hypodenses : 1 de 2,5 cm dans le triceps droit, 1 de 2 cm dans le muscle supra-épineux droit et 1 de 1 cm dans le muscle infrascapulaire droit

Après injection, rehaussement hétérogène des reins mettant en évidence des masses hypodenses responsables d'un remaniement marqué. Faible rehaussement des masses hypodenses du membre antérieur droit.



Lyse de la dernière phalange du doigt 4 droit
Absence de la dernière phalange du doigt 3



Masses pulmonaires



Masses rénales

Masse musculaire (muscle supra-épineux)

Conclusion

Absence de certaines phalanges (amputation) et ostéolyse de la dernière phalange du doigt 4 du membre antérieur droit. Présence de masses pulmonaires très probablement tumorales (carcinome bronchique). Présence de plusieurs masses hypodenses (très probablement tumorales, métastases), dans les muscles du membre antérieur droit et dans les reins.

Le scanner a permis de confirmer l'existence de masses pulmonaires en faveur de métastases digitées d'un carcinome bronchique, ainsi que de découvrir d'autres probables métastases aux reins et dans les muscles . Étant donné le pronostic sombre, nous décidons de ne pas aller plus loin, ni en terme de diagnostic (cytoponctions, biopsies), ni en terme de thérapeutique (lobectomie pulmonaire).

Nous mettons en place un traitement palliatif contre la douleur.

Discussion sur l'intérêt du scanner dans un bilan d'extension

Le scanner est l'examen de choix !



Le scanner permet une évaluation des tumeurs à trois niveaux :

- Au niveau de la tumeur elle-même (taille, extension, vascularisation)
- Au niveau des métastases loco-régionales (infiltration des tissus proches, adénopathies, parfois embolisation visible)
- Au niveau des métastases à distance (exploration de tous les autres organes)

Le scanner apporte notamment la meilleure définition du parenchyme pulmonaire pour détecter les métastases (sensibilité plus importante que les radiographies).

Ce bilan au scanner est plus rapide qu'à l'IRM.

Le scanner est devenu un outil incontournable en cancérologie pour assurer un bilan d'extension complet et fin.

Discussion sur le « lung-digit syndrome »

Le « lung-digit syndrome » correspond à l'extension métastatique dans les doigts (le lit de l'ongle principalement) d'un carcinome bronchique.

Il s'agit d'une des tumeurs digitées les plus fréquentes chez le chat (après le carcinome à cellules squameuses et le fibrosarcome). Elle concerne des chats très âgés (moyenne de 11 à 14 ans). Ces métastases touchent généralement plusieurs doigts en même temps. Le plus souvent, la tumeur primitive est un nodule pulmonaire solitaire. Le motif de consultation majoritaire est la boiterie avec douleur, il n'y a que rarement de symptômes respiratoires rapportés.

Chez l'homme, 1/3 des carcinomes bronchiques entraînent des métastases osseuses, mais ce sont les os avec une hématopoïèse active qui sont atteints (proximaux aux coudes et aux genoux), rarement les doigts. Chez le chien, aucun cas de métastases digitées de carcinome bronchique n'a été rapporté.

Le mécanisme d'extension dans les doigts n'est pas clairement identifié ; il serait en partie dû à une embolisation directe du carcinome bronchique dans les artérioles

pulmonaires. D'autres tissus peuvent être des sites métastatiques : nœuds lymphatiques, reins, cerveau, os longs, vertèbres, rate, cœur, muscles, globes oculaires et peau.

Aucun traitement efficace n'a été identifié : l'amputation ne modifie pas l'espérance de vie ou même le confort. L'amputation n'a pour intérêt que le diagnostic du problème. Le pronostic est très sombre avec une médiane de survie de 34 à 104 jours, la cause du décès étant fréquemment une mort subite sans véritable explication ou l'euthanasie suite à une importante dégradation du chat

Face à un chat âgé présentant des lésions digitées pouvant correspondre à ce syndrome, il est recommandé de faire rapidement au moins des radiographies thoraciques pour ne pas passer à côté, et voir un propriétaire revenir nous dire que nous nous sommes mis le doigt dans l'œil jusqu'au coude. Le bilan au scanner est évidemment encore plus intéressant.

Épilogue

Quelques semaines plus tard Dedo est décédé de mort subite.

Son cas nous aura permis de mettre le doigt sur le « lung digit syndrome » et l'intérêt du scanner dans les bilans d'extension.

Et vous pouvez me mettre à l'index pour tous mes jeux de mots.

Dr Tom O'Grady