



Métastase orbitaire d'un adénocarcinome prostatique: à propos d'un cas



M.A. Mseddi, M. Bouassida*, A. Chaabouni, N. Rebai,
K. Chabchoub, A. Bahloul, M. Hadj Slimen, M.N. Mhiri

Service d'urologie. CHU Habib Bourguiba. Sfax Tunisie

Reçu le 15 juin 2012; reçu sous la forme révisée le 21 mars 2014; accepté le 23 mars 2014

MOTS CLÉS

Adénocarcinome
prostatique;
déprivation androgénique;
hormono-résistance;
métastase orbitaire

KEYWORDS

Prostatic adenocarcinoma;
Androgen deprivation;
Hormone resistant;
Orbital metastasis

Résumé

Le cancer prostatique est parmi les cancers les plus pourvoyeurs de métastases Osseuses. Cependant, très peu de cas de métastases orbitaires ont été rapportés dans la littérature. Leur survenue constitue un tournant évolutif défavorable de la maladie et un traitement urgent serait nécessaire vu que le pronostic fonctionnel de l'œil atteint est mis en jeu.

Nous rapportons un cas de métastase orbitaire d'un adénocarcinome prostatique et nous revoyons les particularités diagnostiques et thérapeutiques de cette affection.

© 2014 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V.
Open access under [CC BY-NC-ND license](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Orbital metastasis from a prostatic adenocarcinoma: a case report

Abstract

Herein, we report a rare case of metastasis of prostate cancer in the orbit with pertinent literature review. Although, prostate cancer can metastasize in any organ, yet orbital metastasis indicates an aggressive disease course with eminent loss of vision. Very few similar cases have been reported in the literature.

© 2014 Pan African Urological Surgeons' Association. Production and hosting by Elsevier B.V.
Open access under [CC BY-NC-ND license](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introduction

Les métastases orbitaires représentent 2 à 10% des lésions malignes de l'orbite [1,2]. Le cancer de prostate est le troisième cancer pourvoyeur de telles métastases après celui du sein et du poumon [3–5].

Peu de cas de métastases orbitaires d'un cancer prostatique ont été rapportés dans la littérature. La plus grande série de 7 cas a été rapportée par De Potter [6]. Les mécanismes d'extension à

* Auteur correspondant. Service d'urologie. CHU Habib Bourguiba. 3029 Sfax. Tunisie.

Adresse e-mail : mehdi.bouassida@yahoo.fr (M. Bouassida).

Peer review under responsibility of Pan African Urological Surgeons' Association.

l'orbite sont doubles. En cas de métastase pulmonaire, les embolies tumorales passent dans la circulation pulmonaire, puis via l'artère carotidienne, dans l'artère ophtalmique. En l'absence de métastases pulmonaires, les cellules tumorales envahissent le sinus de Batson, puis les sinus veineux crâniens et enfin les veines ophtalmiques [4,7].

Nous rapportons un cas de métastase orbitaire d'un adénocarcinome prostatique et revoyons les particularités diagnostiques, thérapeutiques et évolutives de cette affection.

Observation

Mr W.S. âgé de 45 ans sans antécédents pathologiques, s'est présenté pour douleurs osseuses diffuses évoluant depuis 6 mois, prédominante surtout au niveau iliaque. L'examen physique retrouvait des douleurs localisées au niveau du rachis, des deux crêtes iliaques et au niveau des deux genoux. L'examen des aires ganglionnaires était normal. Le toucher rectal retrouvait une prostate d'environ 50 g, de consistance pierreuse. Le taux de PSA total était à 500 ng/ml. La biopsie prostatique a révélé un adénocarcinome prostatique peu différencié avec un score de Gleason à 9 (5+4). La scintigraphie osseuse a montré des lésions osseuses multiples étendues tout au long du rachis et des deux os iliaques. Après concertation pluridisciplinaire et discussion avec le patient, il a été instauré un traitement hormonal. Il s'agissait d'un blocage androgénique complet, associant un analogue de GnRH, la Triptoréline à la dose de 11,25 mg injectable en intra-musculaire tous les 3 mois et un anti-androgène non stéroïdien, le Bicalutamide à la dose de 50 mg par jour. L'évolution était marquée par une baisse du taux de PSA à 11 ng/ml après un an et 3 mois. A 18 mois après le début de traitement, une hormono-résistance a été constatée: taux de PSA élevé à 145 ng/ml à deux reprises et un taux de testostéronémie bas, à moins de 0,5 ng/ml. A la scintigraphie osseuse, étaient retrouvées des métastases osseuses diffuses, avec des lésions d'hyperfixation au niveau de la voûte crânienne et des du sphénoïde. Une chimiothérapie de première ligne par docetaxel à la dose de 75 mg/m² toutes les 3 semaines a été instaurée. Le patient a présenté une exophtalmie droite avec une cécité homolatérale au cours de première semaine de traitement. Un scanner orbitaire et cérébral (figures 1 et 2) a confirmé une atteinte osseuse multifocale de la base du crâne, avec une extension exo et endocrânienne, et intra-orbitaire droite. Des lésions ostéocondensantes intéressaient la grande aile droite du sphénoïde avec un envahissement intra-orbitaire extra-conique responsable d'exophtalmie et de compression du nerf optique. Ces lésions intéressaient aussi le corps du sphénoïde, le toit de l'orbite droit et la voute temporo-pariétale droite.

Le patient est décédé après 2 semaines de traitement dans un tableau d'altération de l'état général.

Discussion

Le cancer prostatique décrit affecte un sujet jeune (moins de 50 ans). De haut grade de Gleason, ce cancer est métastatique lors du diagnostic initial: l'extension osseuse diffuse épargne le crâne. La déprivation androgénique complète est émaillée par une résistance à la castration à 18 mois. A ce stade est découvert une extension tumorale diffuse au crâne; l'atteinte orbitaire, importante, entraîne une exophtalmie. Le décès du patient survient rapidement, 2 semaines après le début de d'une chimiothérapie. La rareté du cancer de la prostate du sujet jeune, et celle des métastases orbitaires de ce cancer



Figure 1 TDM cranio faciale en fenêtre osseuse: métastase orbitaire ostéocondensante avec exophtalmie et compression du nerf optique.



Figure 2 TDM cérébrale: métastase ostéocondensante avec envahissement intra orbitaire et endocranien.

rendent la présente observation clinique intéressante. Le plus souvent (58% des cas) les métastases orbitaires sont révélatrices du cancer de prostate [1,2,8]. Le tableau est celui d'un homme de la septième décennie qui peut présenter une exophtalmie, une diplopie, une baisse de l'acuité visuelle, voir même une cécité associées à des céphalées, d'apparition brutale ou rapidement progressive [2,4,8]. Chez un patient déjà atteint de cancer prostatique, le diagnostic est plus facile, et signe un tournant évolutif défavorable de la maladie.

La tomographie et l'imagerie par résonance magnétique orientent vers le diagnostic en montrant des lésions ostéoblastiques très évocatrices. Les lésions ostéoclastiques sont plus rares, témoignant d'une forme agressive au stade terminal [1].

Le diagnostic de certitude est confirmé par la ponction aspiration cytologique de la lésion orbitaire à l'aiguille fine avec étude immunohistochimique et immunomarquage du PSA à la peroxydase [1,9].

Les modalités thérapeutiques des métastases orbitaires de cancer prostatique comportent chimiothérapie, hormonothérapie et radiothérapie. Ce traitement est palliatif et ne modifie en rien l'évolution de la maladie. Le traitement de choix, en urgence est la radiothérapie externe focalisée à l'orbite, associée aux anti-androgènes et à une corticothérapie. Ultérieurement, le traitement hormonal classique du cancer prostatique métastatique sera mis en route s'il ne l'est pas déjà [2,8,10].

Le pronostic est mauvais, surtout si la métastase apparaît chez un malade déjà sous traitement, témoignant de l'échappement hormonal. Dans le cas rapporté, le pronostic était aussi mauvais en raison du jeune âge du patient. La survie moyenne varie entre 7,4 et 26 mois et elle est sans différence par rapport à la survie moyenne de tout malade atteint de cancer prostatique métastatique [1,4].

Conclusion

Les métastases orbitaires d'adénocarcinome prostatique sont rares. Leur survenue constitue un tournant évolutif défavorable de la maladie. Un traitement urgent serait nécessaire vu que le pronostic fonctionnel de l'œil atteint est mis en jeu. Cependant le pronostic de la maladie reste inchangé, voire même défavorable.

Références

- [1] El Mejjad A, Jouhadi H, Fekak H, Rabii R, Bennani S, Benider A, et al. Métastase orbitaire d'un adénocarcinome prostatique. *Prog Urol* 2005;15:85-8.
- [2] Boldt HC, Nerad JA. Orbital metastases from prostate carcinoma. *Arch Ophthalmol* 1988;106:1403-8.
- [3] Uluocak N, Parlaktas BS, Deniz FE, Erdemir F, Koseoglu RD, Gedar MO. Orbital metastasis of prostate cancer: a case report. *Kaohsiung J Med Sci* 2007;23:199-202.
- [4] Baltogiannis D, Kalogeropoulos C, Ioachim E, Agnantis N, Psilas K, Giannakopoulos X. Orbital metastasis from prostatic carcinoma. *Urol Int* 2003;70:219-22.
- [5] Goldberg RA, Rootman J, Cline RA. Tumors metastatic to the orbit: a changing picture. *Surv Ophthalmol* 1990;35:1-24.
- [6] De Potter P, Shields CL, Shields JA, Tardio DJ. Uveal metastasis from prostate carcinoma. *Cancer* 1993;71:2791-6.
- [7] Batson OV. The function of the vertebral veins and their role in the spread of metastasis. *Clin Orthop Relat Res* 1995;312:4-9.
- [8] Alsuhaibani AH, Carter KD, Nerad JA, Lee AG. Prostate carcinoma metastasis to extraocular muscles. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2008;24:233-5.
- [9] Reifler DM, Kini SR, Liu D, Littleton RH. Orbital metastasis from prostatic carcinoma. Identification by immunocytology. *Arch Ophthalmol* 1984;102:292-5.
- [10] Sobeh MS, Jenkins BJ, Badenoch DF. Early treatment for prostatic cranial metastasis. *Br J Hosp Med* 1992;47:538-9.