



Journal Homepage: - www.journalijar.com
**INTERNATIONAL JOURNAL OF
 ADVANCED RESEARCH (IJAR)**

Article DOI: 10.21474/IJAR01/4858
 DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/4858>



RESEARCH ARTICLE

ADENOCARCINOME DE L'OURAQUE METASTATIQUE A PROPOS D'UN CAS.

H. Moubachir¹, H. El Jabri², W. El Khattabi² and M. H. Afif².

1. Faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir, Université Ibn Zohr.
2. Service des maladies respiratoires, CHU Ibn Rochd, faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca, université Hassan II.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 15 May 2017
 Final Accepted: 17 June 2017
 Published: July 2017

Key words:-

Urachal cancer, Metastasis, Pulmonary,
 Scalp, Abdomino-pelvic ultrasound.

Abstract

Urachal cancer is rare. Its evolution remains for a long time occult and aggressive [1]. We report a case with metastatic adenocarcinoma of the Urachus to lung and scalp, and insisting through this observation on the interest of Abdomino-pelvic ultrasound for diagnosis.

Copy Right, IJAR, 2017,. All rights reserved.

Introduction:-

Le cancer de l'ouraque est rare. Décrit la première fois par Hué et Jackse en 1863 [2]. Son incidence est estimée à 0,01% des cancers chez l'adulte et son évolution reste longtemps occulte et agressive [3].

Observation :-

Il s'agit d'un patient âgé de 47ans, tabagique chronique sevré depuis 5 ans, traité pour tuberculose pulmonaire à microscopie positive à l'âge de 32 ans déclaré guéri, présentant depuis 4 mois une toux sèche, quelques hémoptysies de faible abondance, dyspnée d'aggravation progressive, associés à des épisodes d'hématurie terminale, évoluant dans un contexte d'altération de l'état général, chez qui l'examen clinique a objectivé une formation nodulaire de 3/2cm de diamètre, siégeant au niveau de la cuir chevelu évoluant depuis quelques mois. L'échographie abdomino-pelvienne a montré une vessie à contours finement échogènes, avec au niveau de son dôme d'un processus tissulaire hétérogènes bourgeonnant en endo-vésical, siège de quelques zones kystiques et de calcifications, de contours irréguliers, vascularisés au doppler couleur. Ce processus se propageant en haut et suit le trajet de l'ouraque, il mesure 67,4/53/42,2mm (figures 1 et 2), l'uroscanner a montré un épaississement pariétal bourgeonnant de la paroi antérieure de la vessie, à développement endo et exophytique, dans le péritoine. Le scanner thoracique a montré un processus para cardiaque gauche de densité tissulaire; La bronchoscopie souple avait mis en évidence une tumeur bourgeonnante obstruant totalement la bronche souche gauche, l'étude anatomo-pathologique et immuno-histochimique des fragments biopsiques du bourgeon étaient compatibles avec un adénocarcinome moyennement différencié CK7+, TTF1- et CK20-. Le patient a bénéficié d'une résection tumorale trans-urétrale dont l'étude anatomo-pathologique et immuno-histochimique étaient en faveur d'un adénocarcinome isolé, tubule-villeux, et infiltrant le chorion superficiel de la muqueuse vésicale. La biopsie du nodule du scalp était en faveur d'une localisation secondaire d'un carcinome mucineux. La tumeur a été classée de stade IVB de Shildon. Vu le caractère métastatique de la tumeur, et l'état général altéré, un traitement palliatif était décidé après concertation multidisciplinaire. Le patient est décédé quelques semaines après le diagnostic.

Corresponding Author:- H. Moubachir.

Address:- Faculté de médecine et de pharmacie d'Agadir, Université Ibn Zohr.

Discussion:-

Le cancer de l'ouraque est rare. Il a été décrit par la première fois par hué et Jackse en 1863 [1]. Son incidence est estimée à 0,01% des cancers chez l'adulte, 0,17% à 0,34% des cancers de la vessie et de 20% à 39% des Adénocarcinomes primitifs de la vessie [2]. IL est l'apanage du sujet adulte de la 5ème 6ème décennie, avec une nette prédominance masculine [4]. L'âge de notre patient était de 47 ans. Pour Mostofi et Parker [5] la tumeur peut survenir à tout âge avec des extrêmes de 15 à 83 ans. Les signes d'appel cliniques sont relativement tardifs par rapport à l'évolution locale de la tumeur. L'hématurie terminale, présente chez notre patient, constitue le principal symptôme, retrouvée dans 60 à 75% des cas dans différentes séries [5, 6, 7]. L'impériosité mictionnelle est un signe précoce faisant suspecter une pathologie vésicale de contiguïté. Les signes d'irritation vésicale, témoignant d'une infiltration de la paroi vésicale par la tumeur gênant ainsi la dynamique vésicale, sont présents dans la moitié des cas, et représentés par la dysurie, la pollakiurie et les brûlures mictionnelles. Vu son caractère occulte, les métastases péritonéales, hépatiques, osseuses et notamment pulmonaires [8, 9] peuvent être révélatrices du cancer de l'ouraque, comme chez notre patient où l'hémoptysie était un signe révélateur, associée à la toux sèche trainante et la dyspnée, le patient avait aussi des métastases au niveau du scalp, cette dernière n'a pas été décrite auparavant selon notre état de connaissance. L'altération de l'état général traduit l'évolution assez prolongée du néoplasme, chez notre patient l'état général était altéré au moment du diagnostic, il était classé stade trois selon la stadification de performance statut. L'échographie est un examen de première intention en particulier en présence d'une hématurie. Le caractère superficiel de ces tumeurs Ouraquiennes rend cet examen facile et très fiable [10]. Elle montre la présence d'une masse supra-vésicale et siégeant sur la ligne médiane. La taille et la position de la tumeur aideront à orienter le diagnostic [5, 6]. L'écho-structure de cette lésion est variable le plus souvent hétérogène; L'échographie précise l'existence ou non d'une masse liquidienne, la mise en évidence au sein de cette masse de plage kystique unique ou multiples associées à des plages tumorales échogènes est un élément essentiel au diagnostic; Les calcifications sont assez fréquentes, souvent périphériques, observées dans 50 à 70% des cas [9, 11, 12, 13, 14]. Cet examen échographique permet également d'étudier les rapports de la masse avec la paroi du dôme vésical et la présence d'un éventuel bourgeon tumoral endo-vésical. Toutes ces caractéristiques étaient bien détaillées dans notre compte rendu échographique, facilitant ainsi notre démarche diagnostique. La biopsie doit être pratiquée en pleine tumeur mais également en muqueuse péri-lésionnelle. Elle apporte un élément essentiel au diagnostic, révélant la nature glandulaire de la lésion. Elle peut préciser l'absence de cystite Kystique ou glandulaire dans la muqueuse péri-lésionnelle apportant ainsi un indice de plus en faveur de l'origine Ouraquienne de la tumeur. Le caractère isolé était bien précisé dans notre compte rendu anatomo-pathologique. Il existe plusieurs stadifications de l'extension des cancers de l'ouraque. Selon SHELDON [4] : I. Pas d'invasion au-delà de la muqueuse de l'ouraque. II. Confinée aux trois couches de l'ouraque. III. Invasion de: A. la vessie. B. la paroi abdominale. C. Le péritoine. D. un autre viscère que la vessie. IV. Métastase dans : A. des lymphonoeuds régionaux. B. des sites distants. Notre patient était classé stade IVB. Le traitement curatif de cette pathologie reste la chirurgie, indiquée dans les stades précoces localisés; Il n'existe pas de traitement codifié des tumeurs de l'ouraque métastatiques dont le pronostic reste sombre Ces cancers sont peu radio- et chimiosensibles, cependant, les données de recherche fondamentale sont quasiment inexistantes. Du fait de leur rareté, ils n'ont jamais été testés pour les thérapies ciblées [3, 15], vu son caractère occulte. Le mauvais pronostic de cette tumeur, est très probablement lié à sa découverte tardive. La survie moyenne à cinq ans varie de 9% à 25 % [5, 6, 16].

Conclusion:-

Plusieurs techniques d'imagerie sont utiles au diagnostic précoce de l'adénocarcinome de l'ouraque et l'échographie reste l'examen de choix. Sa prise en charge surtout en cas d'évolution métastatique, reste difficile.

Références:-

1. Brion. P et coll.; L'adénocarcinome de l'ouraque: analyse de 3 cas: Progrès en Urologie (2002), 11 2, 96-101
2. Jakse .G, Schneyder. HM, Jacobi. GH. Urachal signet- ring celle carcinoma, a rare variant of vesical adenocarcinoma. J. Urol. 1978; 120: 764-66.
3. Ohman. U, Garrelts. B, Mdserg. A. Carcinoma of the urachus . Scand. J. Uro nephrol. 1971; 5: 91-95.
4. Sheldon. CA, Claynan. RV, Conzales. R. Malignant urachal lesions. J. Urol. 1984; 131: 1-8.
5. Parker. M. Urachal carcinoma: 2 cases report and review of literature. Br. J. Surg 1983; 70 : 240-41.
6. Guarnaccia. S, Pais. V, Grous. J and al. Adenocarcinoma of the urachus associated with elevated levels of CA 125. J. Urol. 1991; 145: 140-1.
7. Nadjmi. B, Whithead. ED, Callahan. DH. Carcinoma of the urachus .J. Urol 1968; 100 : 738-43.
8. Chiche. R., Trackoen. G., Hubert. J. et Schimitt. M. Pathologie de l'ouraque. Encycl. Med. Chir., Nephrologie –

- Urologie, 18-270-A-10,1994, 4p.
9. Fitzgerald. EJ, Pirani. M. Computed tomography and ultra-sound of an urachal cancer. Br. J. Radiol. 1985; 58: 88-90.
 10. Guiliano. F. Adénocarcinome primitif de la vessie Thèse Dijon 1989 ; N°168.
 11. Cornil. C, Reynold. CT, Kichonan. CJF. Carcinoma of the urachus. J. Urol. 1967 ; 98 : 93-95.
 12. Curtis. A, Ralph. V, and Elwine. F. Malignant urachal lésions. J. Urol, 1984, 131: 92-6.
 13. Diehl. K. A rare case of urachal calculus. Br. J. Urol 1991; 67(3) : 327-32.
 14. Mengiardi et al. A case report and review of litteratur Radiology 2003; 222 (3) : 744-9
 15. Peugniez. C, Ghoneim. T, Leroy. Xet coll. Les cancers de l'ouraue: Bull Cancer: mai 2013, vol 100 (5)
 16. Santucci. RA, True. LD, Lange. PH. Is partial cystectomy the treatment of choice for mucinous adenocarcinoma of the urachus? Urology 1997; 49:536-40.





Figures 1 et 2:-Echographie abdomino-pelvienne: Vessie à contours finement échogènes, avec au niveau de son dôme d'un processus tissulaire hétérogènes bourgeonnant en endo-vésical, mesurant 67,4/53/42,2mm, de contours irréguliers, siège de quelques zones kystiques et de calcifications, se propageant en haut et suit le trajet de l'ouraue.