

 <p>ISSN NO. 2320-5407</p>	<p>Journal Homepage: - www.journalijar.com</p> <h2>INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)</h2> <p>Article DOI: 10.21474/IJAR01/10473 DOI URL: http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/10473</p>	
---	---	---

RESEARCH ARTICLE

L'ADÉNOCARCINOME DE L'OURAQUE CHEZ LA FEMME ENCEINTE: A PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

Halime Youssef, Soufiane Ennaciri, Mustapha Ahsaini, Soufiane Mellas, Jalal Eddine El. Ammari, Med Fadl Tazi, Med Jamal El Fassi and My Hassan Farih
Service D'Urologie, CHU Hassan II Fés Maroc.

Manuscript Info

Abstract

Manuscript History

Received: 07 December 2019
Final Accepted: 10 January 2020
Published: February 2020

Copy Right, IJAR, 2020,. All rights reserved.

Introduction:-

L'adénocarcinome de l'ouraque est une pathologie rare. Son évolution reste.

Longtemps occulte et agressif. La chirurgie, qui est son seul traitement potentiellement curatif, fut tout d'abord très extensive, mais cette attitude est remise en question. Nous rapportons un cas particulier d'adénocarcinome de l'ouraque chez une jeune femme enceinte.

Observation Medicale:-

Une femme âgée de 34 ans, sans antécédent pathologique notable, G3P2, Grossesse évolutive à 26 SA avait consulté pour hématurie terminale caillotante isolée .L' échographie a objectivé une tumeur bourgeonnante de 3 cm de diamètre, antérieure au dôme vésical.

Le résultat anatomopathologique de la RTUV est revenu en faveur d'un adénocarcinome mucineux infiltrant la vessie, le profil immuno histochimique est compatible avec une tumeur primitive à différenciation intestinale. Le bilan d'extension était sans particularité.

La patiente a bénéficié à 30 SA (soit 16 jours après la RTUV) et au cours du même geste opératoire de:

1. er temps opératoire: cystectomie avec résection en bloc de l'ouraque et du péritoine pariétal antérieur, associé à une omphalectomie .Figure 2
2. éme temps: césarienne
3. éme temps: Un curage lymphonodal était pratiqué de façon extensive dans la région iliaque et obturatrice en bilatéral

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire est revenu en faveur d'un adénocarcinome mucineux et invasif de l'ouraque, la tumeur arrive jusqu' à la graisse péri vésicale sans envahissement du muscle vésical, absence d'engainement péri nerveux ou d'embolies vasculaires, la limite ombilicale était saine.

La cystoscopie de contrôle faite 03 mois après était normale

Corresponding Author:- Halime Youssef

Address:- Service D'Urologie, CHU Hassan II Fés Maroc.

Discussion:-

Le diagnostic de tumeur de L'ouraque chez une femme jeune à 26SA a rendu la prise en charge thérapeutique complexe, plusieurs éventualités étaient possible notamment:

Interrompre la grossesse et réaliser immédiatement la cystectomie partielle: ce choix, étant refusé par la mère, ne pouvait être envisagé

Faire la cystectomie partielle et la Césarienne à 26 SA (au cour du même geste opératoire) : ce choix comportait beaucoup de risque pour le nouveau-né étant un très grand prématuré

Attendre la fin de la grossesse pour réaliser la cystectomie partielle: ce choix a été abandonné vu les risques d'évolution de la maladie et l'extension à distance

Reporté le geste opératoire (cystectomie partielle et césarienne) à 30 SA soit un mois après la RTUV: permettant ainsi au nouveau-né de naître dans de bonnes conditions (Diminution des risques de morbidité et mortalité néonatale)

Après concertation avec les gynécologues et la famille, la patiente a bénéficié de la cystectomie partielle et de la césarienne à 30 SA en un seul temps opératoire donnant naissance à un nouveau-né en bonne santé (APGAR à 10)

La cystectomie partielle apparait de plus en plus comme le traitement de choix. HERR [1] a pratiqué une tumorectomie avec résection de l'ouraque, des tissus environnants, une cystectomie partielle et résection des lymphonoeuds pelviens chez 12 patients; 10 sont encore vivants après un délai de 1 à 13 ans. JOHNSON[2] a pratiqué un traitement similaire chez 11 de ses 14 patients, et seulement 3 sur 11 ont présenté une récurrence locale, alors que les taux de récurrences précédemment rapportés étaient supérieurs à 50%. HENLY [2], en analysant 39 cas, n'a trouvé aucune corrélation entre l'aspect extensif de la chirurgie, et le taux de survie ainsi que le type de récurrence.

En pratique il n'est pas nécessaire de faire une cystectomie totale si une marge d'exérèse de 2 cm au niveau de la tranche de section vésicale peut être respectée. Un examen extemporané de la tranche de section sera donc opportun. Le chirurgien aura la possibilité de nuancer ce traitement en fonction de la situation, comme par exemple dans notre premier cas.

La controverse sur l'importance que doit avoir le curage lymphonodal a déjà été soulevée pour d'autres tumeurs de la sphère urologique, par exemple pour le rein ou la vessie. Les débats sont ouverts pour cette pathologie-ci, qui touche une région drainée par de nombreuses voies lymphatiques: au minimum pelviennes et inguinales. Cette situation, d'après les derniers résultats

Étudiés, ne justifie apparemment pas un curage de toutes ces aires lymphonodales, mais tout au plus des biopsies pour connaître le stade précis de l'extension de la maladie [1, 2]

L'imagerie est indispensable pour montrer la topographie extra péritonéale et antérieure de

L'ouraque [3], mais également exclure un diagnostic différentiel. Les complications infectieuses de

L'ouraque se traduisent par la présence d'une masse médiane, le long de la ligne blanche en arrière des grands droits et supra vésicale [4, 5]. À l'échographie, la masse est échogène, hétérogène. L'échographie permet de détecter cette tumeur à un stade plus précoce: elle est le premier garant d'un traitement curatif de cette pathologie qui ne peut actuellement guérir que par la chirurgie.

Le pronostic de l'adénocarcinome de l'ouraque est péjoratif avec 25 à 45% de survie à 5ans [4]. La récurrence locale ou métastatique est fréquente [5].

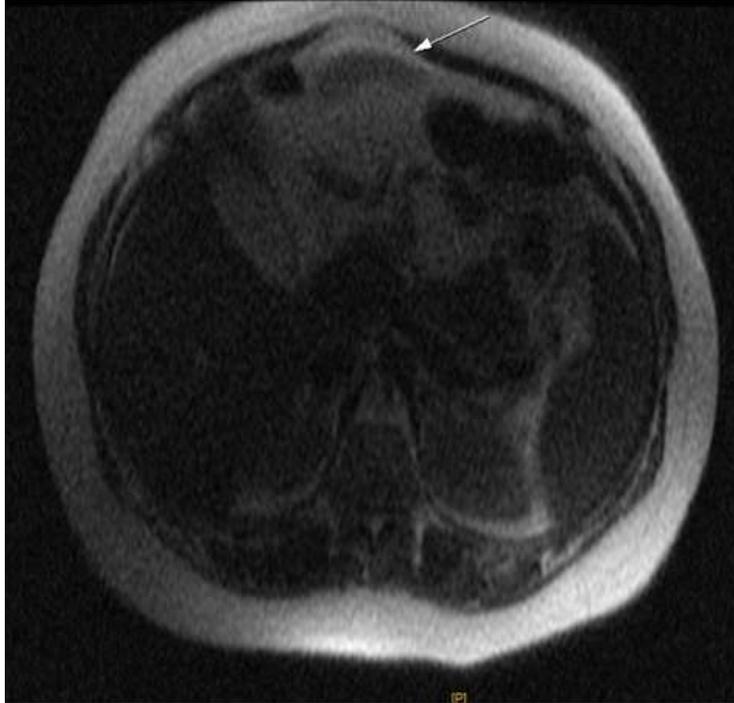


Fig 1:- IRM thoracoabdominopelvienne: masse solidokystique d'allure tumorale pré vésicale évoquant une tumeur de l'ouraque, absence d'anomalie à distance.



Fig 2:- Pièce opératoire de la tumeur enlevée en bloc avec la paroi vésicale, et l'ombilic.

Conclusion:-

Le L'adénocarcinome de l'ouraque, bien que rare, doit être inclus dans le diagnostic différentiel d'hématurie, permettant ainsi le diagnostic positif et une prise en charge adéquate.

Bibliographie:-

1. Herr H.W.: Urachalcarcinoma - the case for extended partial cystectomy. J. Urol., 1994, 151, 365-366.
2. Henly D.R., Farrow G.M., Zincke H. : Urachal cancer - role of conservative surgery. Urology, 1993, 42, 635-639.
3. Krysiewicz S. : Diagnosis of urachalcarcinoma by computed tomography and magnetic resonance imaging. Clin. Imag. 1990, 14, 251-254.
4. Lertprasertsuke N., Tsusumi Y.: Alpha-fetoprotein-producing urachal adenocarcinoma. Acta Pathol. Jpn., 1991, 41, 318-326.
5. Loggie B.W., Fleming R.A., Hosseinian A.A.: Peritoneal carcinomatosis with urachal signet-cell adenocarcinoma. Urology, 1997, 50, 446-448.