



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/13928

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/13928>



RESEARCH ARTICLE

TUMEUR DE L'OURAQUE : A PROPOS D'UN CAS

R. Allali, M. Aarab, R. Ait Ouali, A. Mortaji, M. Lakmichi, Z. Dahami, S. Moudouni and I. Sarf

Service D'urologie Chu Med Vi Marrakech Maroc.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 15 October 2021

Final Accepted: 18 November 2021

Published: December 2021

Abstract

Les cancers de l'ouraque sont rares et de pronostic péjoratif. Nous rapportons un cas de carcinome urothélial de l'ouraque révélé par une hématurie et exploré par tomодensitométrie abdominopelvienne dont la prise en charge a été chirurgicale.

Copy Right, IJAR, 2021,. All rights reserved.

Introduction:-

L'ouraque, vestige embryonnaire d'origine controversée, reliant le dôme vésical à l'ombilic, est siège de processus tumoraux qui sont rare. Ces tumeurs de l'ouraque ne représentent que 0,01 % des tumeurs de l'adulte [1]. Leur pronostic est très sombre, la survie à cinq ans est inférieure à 20 %. Les circonstances de découvertes sont variables et non spécifiques [2]. Le traitement repose avant tout sur la chirurgie. Nous rapportons le cas d'un patient de 70 ans atteint d'une tumeur de l'ouraque.

Observation:-

Un patient de 70 ans, sans antécédents, qui accuse une hématurie macroscopique totale (caillotante) et des signes fonctionnels urinaires à type de dysurie évoluant depuis un an avec notion d'altération de l'état général (amaigrissement non chiffré et anorexie).

Il existait, à l'examen clinique, une masse abdominale hypogastrique avec une légère sensibilité hypogastrique.

À la cystoscopie, il existait une hypertrophie des deux joues prostatiques. Les deux méats urétraux sont vus. La vessie était siège d'un processus tumoral d'allure non urothélial d'aspect blanchâtre très friable occupant toute la paroi antérieure, la paroi latérale droite et le bas fond. Un prélèvement des lésions tumorales pour étude anatomopathologique a été fait. Les biopsies concluaient à un matériel de nécrose d'allure tumoral.

La TDM a mis en évidence l'existence d'une masse tissulaire antérieure du dôme vésical venant au contact de la paroi vésicale et d'étendant jusqu'à la paroi abdominale antérieure refoulant la vessie vers la droite en faveur d'une tumeur tissulaire de l'ouraque mesurant 102*90 mm ; associée à un épaissement circonférentiel de la paroi vésicale contenant un diverticule postérieur associé à des lésions hypodenses intra-vésical et intra-diverticulaire : caillot sanguin probable.

Corresponding Author:- R. Allali

Address:- Service D'urologie Chu Med Vi Marrakech Maroc.

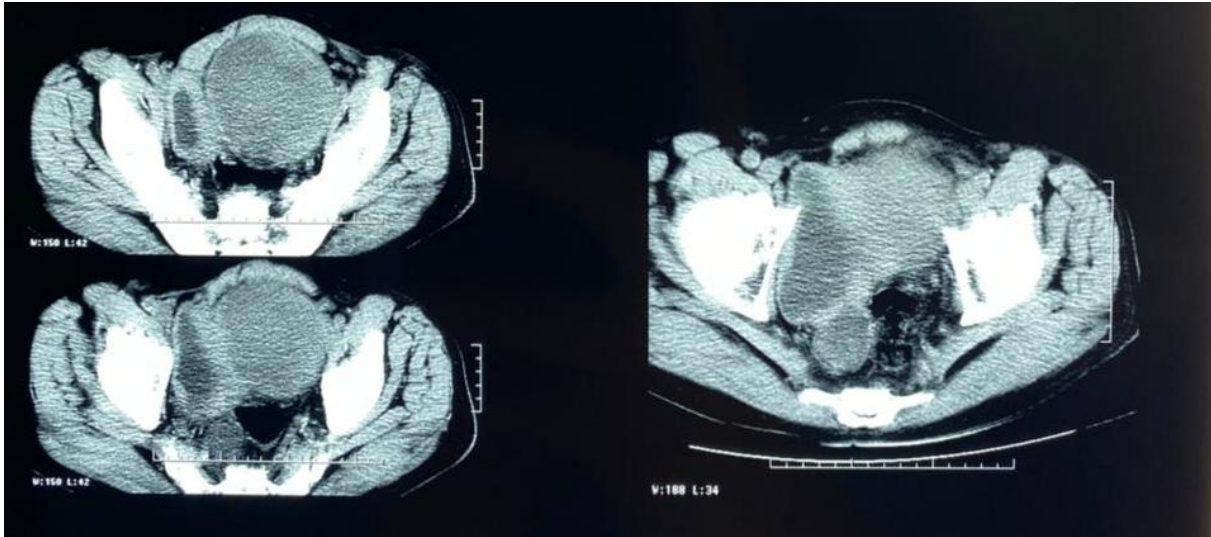


Figure 1:- TDM pelvien avec injection de produit de contraste en coupe axiale, mettant en évidence la masse pelvienne refoulant la vessie à droite contenant un diverticule postérieur.

Une cystoprostatectomie totale (Figure2) emportant l'ombilic et l'aponévrose postérieure des grand-droits associée à un curage ilio-obturateur bilatérale, avec une urétérostomie droite.

L'examen anatomopathologique a conclu à un adénocarcinome de l'ouraque. Les limites de résection uréthroprostatique et les recoups urétérales droites et gauche passent en tissu sain. Le curage ganglionnaire était négatif.

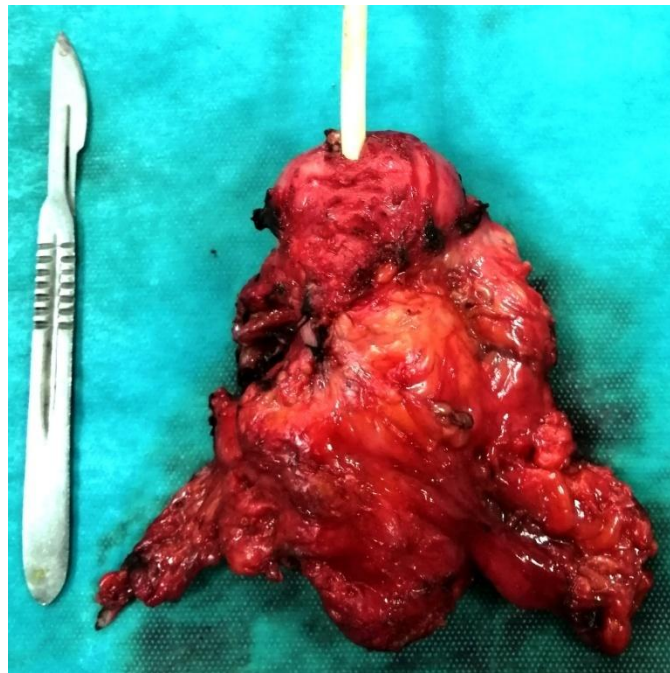


Figure 2:- Pièce de cystoprostatectomie.

Discussion:-

L'ouraque est un reliquat embryonnaire d'origine allantoïdienne qui est sous forme d'un tube, situé entre le péritoine et le fascia transversalis, en dedans de l'espace de Retzius. Il est limité latéralement par les cordons fibreux des artères ombilicales. Il s'étend du dôme vésical à l'ombilic sur 3 à 10cm de long et 8 à 10mm de diamètre [3].

Il est constitué de trois couches. Une couche interne composée d'un épithélium transitionnel à activité sécrétoire ; une couche moyenne constituée de tissu conjonctif ; et une couche externe musculaire lisse en continuité avec le détrusor.

La tumeur de l'ouraqua a été décrite pour la première fois en 1863 par Hue et Jacquin. Le cancer de l'ouraqua est très rare. Il représente 0,01% des cancers de l'adulte et 0,17 à 0,34% des cancers de vessie. Elle peut survenir à tout âge, avec des extrêmes de 6 à 85 ans et semble toucher le plus souvent le sexe masculin avec une sex-ratio est de trois hommes pour deux femmes (65 à 80% des cas), âgé de 40 à 70 ans dans 68% des cas. L'âge moyen de survenue est de 50ans [3].

Les différents types histologiques rencontrés sont : l'adénocarcinome (dans 85 à 90 % des cas) : composé de 69 % de mucosécrétants, 15 % de non-sécrétants. Les autres types plus rares sont représentés par les carcinomes urothéliaux et anaplasiques typiques, le carcinome épidermoïde, les sarcomes, les carcinomes à cellules transitionnelles.

Wheeler et Hill [4] ont proposés cinq critères pour retenir le diagnostic de tumeur de l'ouraqua: la localisation préférentiellement au niveau du dôme vésical, l'envahissement de la paroi vésicale de dehors en dedans avec une muqueuse vésicale intacte ou ulcérée, l'absence de cystite kystique ou glandulaire, la présence de reliquats embryonnaires, l'absence de tumeur primitive de type glandulaire et extravésicale.

À ces critères, s'ajoutent ceux de Mostofi et al. [4] : la présence d'une masse sus-pubienne, la démarcation nette entre la tumeur et la muqueuse périlésionnelle.

La pathogénie n'est pas claire, il s'agit très probablement d'une métaplasie de l'épithélium transitionnel due à une infection chronique[5].

Cette tumeur peut être longtemps asymptomatique. La symptomatologie clinique est dominée par l'hématurie qui se voit dans 65 à 85% des cas. On peut avoir une masse sus-pubienne sensible, des douleurs abdominales, des troubles mictionnels, un suintement ombilical, des sécrétions urinaires muqueuses (25% des cas), hautement évocatrices d'un adénocarcinome mucosécrétant mais non spécifiques de l'ouraqua, et une déformation ombilicale [1]. Parfois, il existe une pyurie, une 'fausse cystite', ou du mucus dans les urines. Une infection secondaire de la tumeur peut donner des douleurs abdominales, allant parfois jusqu'à simuler une péritonite, de la fièvre ou des suintements ombilicaux. Il est possible d'avoir des signes cliniques en rapport avec la localisation, le volume et l'extension éventuelle de la masse aux organes de voisinage.

L'échographie vésicale permet d'estimer la taille et le siège de la masse médiane, permet de détecter un envahissement vésical et de rechercher d'éventuelles localisations métastatiques. [1]

La cystoscopie peut mettre en évidence des lésions de l'urothélium et des signes en faveur d'une compression extrinsèque. Elle permet de caractériser avec précision la taille, l'aspect et la mobilité de la masse et permet de faire une biopsie transurétrale. À un stade précoce, la tumeur intramurale peut passer inaperçue. Dans 90 % des cas, il existe une tumeur papillaire siégeant au niveau du dôme ou de la face antérieure de la vessie.[6]

Pour poser le diagnostic positif de la tumeur, la TDM est déterminante pour préciser sa nature solide, kystique ou mixte, la présence de calcifications qui sont généralement périphériques mais peuvent être également centrales ou les deux. Elle précise l'envahissement vésical (présent dans la majorité des cas), locorégional ganglionnaire ou métastatique. L'IRM est réalisée en cas de contre-indication à l'injection d'iode ou de doute diagnostique.[1]

Seule la chirurgie est curative. Elle repose sur l'exérèse tumorale monobloc large emportant l'ombilic, la graisse de l'espace prévésicale, le feuillet postérieur du muscle grand droit, du péritoine avec une cystectomie partielle ou totale associée à une lymphadénectomie ilio-obturateur. Notre patient a bénéficié d'une cystoprostatectomie totale en raison des constats objectivés lors de l'exploration après laparotomie qui trouvait une volumineuse masse très adhérente ainsi que la cystoscopie qui trouvait une tumeur qui envahissait les parois vésicales.

La radiothérapie ou la chimiothérapie, isolée ou adjuvante, n'améliore pas le pronostic mais semblent intéressantes en cas de métastases[7].

Le pronostic du carcinome de l'ouraque est péjoratif. La survie à 5ans varie de 25 à 45%. [8]Les facteurs de mauvais pronostic sont multiples : un stade > II, ou une taille tumorale > 50 mm, son type histologique et son degré de différenciation [9].

Un suivi rapproché est recommandé les deux premières années. Il repose sur la réalisation de tomodensitométrie tous les 3 à 6 mois et éventuellement des cystoscopies répétées en cas de cystectomie partielle. Le CA125 pourrait être un marqueur utile pour le suivi postopératoire. Un taux élevé étant un argument supplémentaire pour la réalisation d'une chimiothérapie [10].

Conclusion:-

Le cancer de l'ouraque est une pathologie rare. Son pronostic est péjoratif en raison de son diagnostic qui se fait tardivement parce qu'elle grandit "là où elle ne dérange pas". 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.

Conflit D'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions Des Auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la rédaction de ce manuscrit et lu et approuvé la version finale.

Références:-

- [1] Arifa N, Hasni I, Khadraoui H, Mhiri M, Jemni H, Derbel F, Ben sorba N, Tiligraïess K. Atlas d'imagerie de l'ouraque du normal au pathologique. JFR 2004.
- [2] Brion P., Lefèbvre Y., De Neve De Rodien A. Urachal adenocarcinoma: analysis of 3 cases Prog Urol 2002 ; 12 (1) : 96-101
- [3] Descazeaud A. pathologie de l'ouraque Annales d'urologie 2007 ; 41 (5) : 209-215 [inter-ref]
- [4] Wheeler J.D., Hill W.T. Adenocarcinoma involving the urinary bladder Cancer 1954 ; 7 : 119-135 [cross-ref]
- [5] Pal DK, Chowdhury MK. Urachal adenocarcinoma masquerading as an urachal cyst. Indian J Surg. 2008;70:135–7.
- [6] E. Thibaudeau, A. Venara, E. Brassart, A.R. Azzouzi, J.-P. Arnaud, F. Dubois. ADÉNOCARCINOME DE L'OURAQUE : À PROPOS D'UN CAS CLINIQUE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE. Progrès Urologie, 2011, 5, 21, 364-366
- [7] Mostofi F.K., Thomson R.V., Dean A.L. Mucous adenocarcinoma of the urinary bladder Cancer 1955 ; 8 : 741-758 [cross-ref]
- [8] El Demellawy D, Nasr A, Alowami S, Escott N. Enteric type urachal adenocarcinoma: a case report. Can J Urol. 2009 Aug;16(4):4753–6.
- [9] Nakanishi K., Kawai T., Suzuki M., Torikata C. : Prognostic factors in urachal adenocarcinoma. Hum. Pathol., 1996, 27, 240-247.
- [10] Quilty P.M. Urachal adenocarcinoma: a response to chemotherapy Br J Urol 1987 ; 60 : 372.