

CAS
CLINIQUE

Cancer urothélial métastatique associé à une élévation marquée du CA 19.9 sérique

Jean-Yves CAMAIN (1), Pascal HAMMEL (1), Dominique CAZALS-HATEM (2), Philippe LEVY (1),
Jacques BELGHITI (1), Philippe RUSZNIEWSKI (1)

(1) Pôle des maladies de l'appareil digestif ; (2) Service d'Anatomie Pathologique, Hôpital Beaujon, Clichy.

RÉSUMÉ

Nous rapportons l'observation d'une malade âgée de 75 ans ayant des métastases hépatiques d'un carcinome des voies urinaires avec élévation marquée du CA 19-9 sérique sans cholestase. Les mécanismes d'élévation du taux de ce marqueur, dans les tumeurs urinaires, semblent similaires à ceux des affections biliaires.

SUMMARY

Metastatic transitional cell carcinoma with high CA 19.9 serum levels

Jean-Yves CAMAIN, Pascal HAMMEL, Dominique CAZALS-HATEM,
Philippe LEVY, Jacques BELGHITI, Philippe RUSZNIEWSKI

(Gastroenterol Clin Biol 2007;31:102-105)

We report the case of a 75-year-old woman with liver metastases of a urothelial carcinoma accompanied by a marked increased in CA 19-9 serum level. The mechanisms leading to this elevation, similar to that observed in biliary tract diseases, are discussed.

Introduction

L'élévation du carbohydrate-antigène 19-9 (CA 19-9) est principalement causée par les cancers bilio-pancréatiques et du tube digestif. Plus rarement, d'autres tumeurs ou des affections bénignes (cholestase notamment) peuvent expliquer une élévation de ce marqueur [1]. Nous rapportons l'observation d'une malade âgée de 75 ans qui avait des métastases hépatiques d'un cancer urothélial responsable d'une élévation marquée du CA 19-9.

Observation

En 1990, cette femme âgée alors de 62 ans a été traitée pour des polypes vésicaux par résection endoscopique. Le compte rendu anatomo-pathologique n'était pas disponible. Au mois d'avril 1997, on découvrait un adénocarcinome antral qui justifiait la réalisation d'une gastrectomie totale avec anastomose œso-jéjunale sur anse en Y. Il s'agissait d'une tumeur bien différenciée classée T2N0M0. Au cours du bilan d'extension tumoral réalisé avant la gastrectomie, on avait noté sur l'imagerie par tomographie par ordinateur une nouvelle lésion vésicale suspecte de malignité. Une seconde résection endoscopique vésicale était alors réalisée au mois de juillet 1997, associée à une BCG-thérapie. L'examen anatomo-pathologique montrait la présence d'une tumeur papillaire urothéliale de grade 3, stade pT1N0M0. En août 2000, une récurrence tumorale vésicale survenait qui était associée à une urétéro-hydronephrose bilatérale. Une cystectomie partielle était réalisée suivie d'une radiochimiothérapie (5-fluorouracile, carboplatine et irradiation de 65 Gy). En juin 2001, une nouvelle récurrence tumorale infiltrant la paroi vésicale (pT2) conduisait à réaliser une cystectomie totale avec montage de type néovessie sur segment colique.

En avril 2002, elle était adressée dans notre service en raison de la survenue de douleurs abdominales. L'endoscopie digestive haute, notamment l'anastomose œso-jéjunale, et la coloscopie étaient normales. Sur la tomographie par ordinateur, il n'existait pas d'anomalie pancréatique ni de lésion

péri-anastomotique pouvant faire évoquer une récurrence locorégionale de l'adénocarcinome gastrique, mais on notait la présence de trois lésions hépatiques des segments II (5 mm), V-VI (10 mm) et VIII sous-capsulaire (10 mm), hypodenses, avec rehaussement périphérique net après injection de produit de contraste. L'ACE et le CA 19-9 sériques étaient normaux. Deux biopsies hépatiques successives à trois mois d'intervalle sur deux des nodules hépatiques étaient non contributives. La malade était alors perdue de vue. Elle consultait à nouveau au mois de juin 2003. Sur une nouvelle imagerie par tomographie par ordinateur, il existait alors 7 nodules hépatiques, le plus volumineux, situé à la jonction V-VIII, mesurait 4,5 x 3,5 cm de diamètre (figure 1). Sur le même examen, on découvrait une masse du bassin droit (figure 2) et de la partie inférieure de l'uretère droit évoquant une nouvelle récurrence tumorale urothéliale. La créatininémie était à 110 µmoles/L (clearance : 25 mL/mn). Un nouveau dosage de CA 19-9, montrait une élévation de ce marqueur à 250 U/mL (normale < 37 U/mL), avec des tests biochimiques hépatiques normaux. L'examen histologique d'une troisième biopsie hépatique permettait cette fois de conclure à la présence d'une métastase hépatique d'un carcinome urothélial peu différencié (figure 3). Le marquage immunohistochimique à la recherche d'une anomalie d'expression des gènes hMLH1 et hMSH2 était normal. Un traitement chirurgical et une chimiothérapie étaient réduits compte tenu de l'extension tumorale et de l'altération de l'état général, et un traitement palliatif était débuté. Le décès est survenu en octobre 2003.

Discussion

Dans cette observation, les cancers urothéliaux et gastriques de la malade étaient apparemment indépendants. En effet, il n'y avait pas d'antécédent familial ou d'autre tumeur (colorectale ou de l'endomètre) ni d'argument immunohistochimique pour une mutation des gènes hMLH1 et hMSH2 sur la métastase hépatique pouvant faire évoquer un syndrome HNPCC, malgré le fait que ces deux tumeurs appartiennent au spectre de cette affection [2].

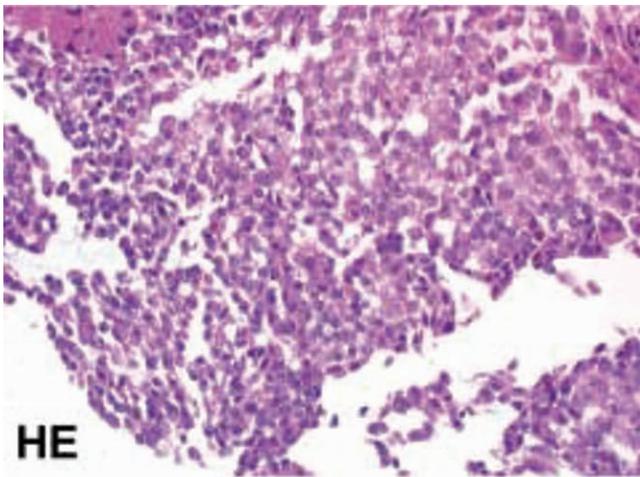
Cette observation est originale pour les raisons suivantes. Une élévation marquée du CA 19-9 sérique est habituellement observée dans les cancers digestifs, en particulier bilio-pancréatiques, gastriques ou coliques [3], mais aussi la cholestase quelle qu'en soit la cause [1-3]. Chez cette malade, ces affections étaient écartées au vu des examens réalisés. L'origine gastrique des métastases hépatiques a été évoquée en priorité. La probabilité d'observer ces localisations secondaires cinq ans après



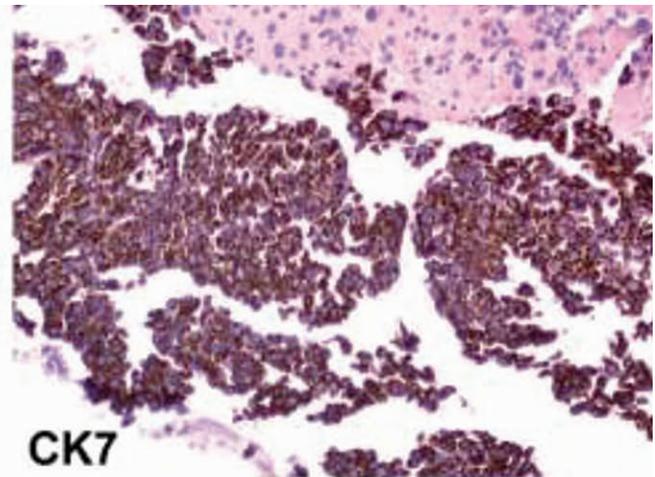
1 | 2

Fig. 1 – Imagerie par tomodensitométrie après injection de produit de contraste, temps artériel. Métastase hépatique de la tumeur urothéliale à la jonction des segments VII et VIII (flèche).
CT scan with contrast medium injection, arterial phase. Liver metastasis from the urothelial tumour, junction of segments VII and VIII (arrow).

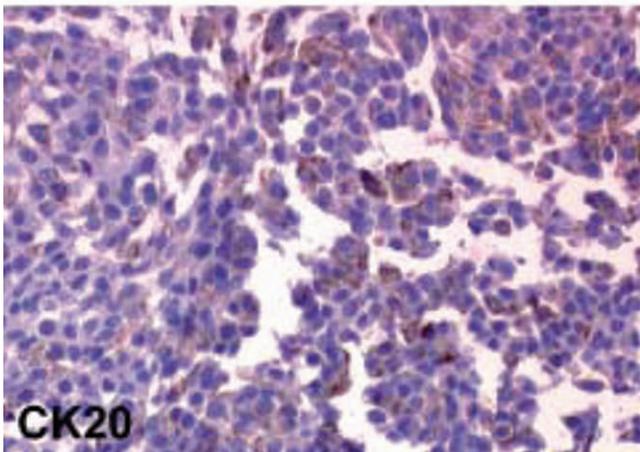
Fig. 2 – Imagerie par tomodensitométrie après injection de produit de contraste, temps artériel tardif. Récidive pyélo-urétérale de la tumeur urothéliale (flèche).
CT scan with contrast medium injection, late arterial phase. Pyeloureteral relapse of the urothelial tumor (arrow).



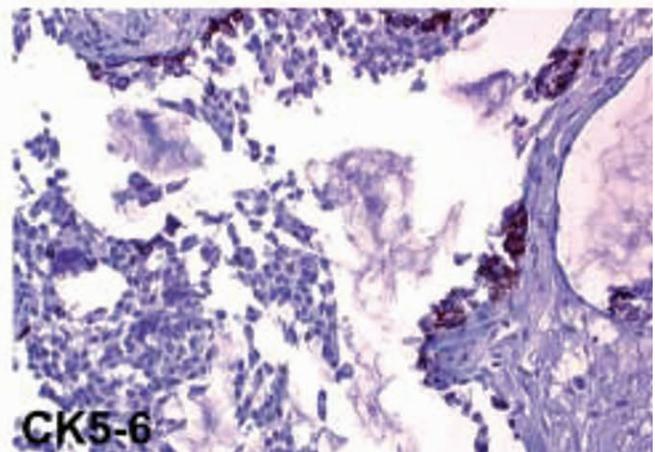
HE



CK7



CK20



CK5-6

Fig. 3 – Examen histologique et immunohistochimique (phénotype des cytokératines) du nodule hépatique biopsié. Aspect de carcinome urothélial exprimant les cytokératines CK7 et CK20, et en périphérie des lobules carcinomateux, la CK5-6.

Histological and immunohistochemical analyses (cytokeratin phenotype) of the liver metastasis biopsied. Aspect of urothelial carcinoma expressing cytokeratins CK7 and CK20, and CK5-6 at peripheral of the carcinomatous lobules (Grossissement x 250 (HE, CK7, CK5-6) et x 300 (CK20)).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3291318>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3291318>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)