



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



CAS CLINIQUE

Métastase urétérale isolée d'un adénocarcinome prostatique : à propos d'un cas et revue de la littérature

Ureteral metastasis of prostatic adenocarcinoma: Case report and literature review

Q. Manach^a, V. Phé^{a,*}, J. Parra^a, R. Renard-Penna^b,
E. Compérat^c, M.-O. Bitker^a

^a Service d'urologie, université Paris VI, université Pierre-et-Marie-Curie, CHU Pitié-Salpêtrière, Assistance publique—Hôpitaux de Paris, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13, France

^b Service de radiologie, université Paris VI, université Pierre-et-Marie-Curie, CHU Pitié-Salpêtrière, Assistance publique—Hôpitaux de Paris, 75651 Paris, France

^c Service d'anatomopathologie, université Paris VI, université Pierre-et-Marie-Curie, CHU Pitié-Salpêtrière, Assistance publique—Hôpitaux de Paris, 75651 Paris, France

Reçu le 8 février 2013 ; accepté le 2 mai 2013

MOTS CLÉS

Adénocarcinome prostatique ;
Métastase urétérale ;
Obstruction urétérale

KEYWORDS

Prostatic adenocarcinoma;
Ureteral metastasis;
Ureteral obstruction

Résumé Les métastases urétérales secondaires à un adénocarcinome prostatique sont très rares. Nous rapportons un cas de métastase urétérale droite d'un cancer de prostate découverte chez un homme de 66 ans. Seulement dix cas de métastases urétérales de cancer de prostate ont été rapportés ces 30 dernières années dans la littérature. Les patients avaient le plus souvent un cancer de prostate multimétastatique. Le traitement local n'est pas standardisé. Il semble pertinent de proposer une hormonothérapie seule en première intention.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Ureteral metastases of prostatic adenocarcinoma are very rare. We report the case of a 66-year-old man with a right ureteral metastasis of prostate cancer. Only 10 cases have been reported in the literature these last 30 years. Most patients had a multimetastatic prostate cancer. Local treatment is not standardized. Hormonotherapy seems to be the most appropriate treatment in first intention.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : veronique.phe@gmail.com, veronique.phe@psl.aphp.fr (V. Phé).

Introduction

Le cancer de la prostate, avec 71 000 nouveaux cas par an en France, est le cancer le plus fréquent chez l'homme [1]. Si l'on exclut l'atteinte ganglionnaire pelvienne qui représente un développement locorégional de la maladie, le site métastatique à distance le plus fréquent du cancer de prostate est le tissu osseux, en particulier celui du squelette axial et des os longs proximaux. L'atteinte urétérale peut exister en cas de cancer prostatique avancé avec un envahissement locorégional [2]. La localisation métastatique urétérale isolée d'un adénocarcinome prostatique est, quant à elle, exceptionnelle puisque seulement dix cas ont été rapportés dans la littérature ces 30 dernières années.

Nous rapportons une observation de localisation de métastase urétérale isolée d'un adénocarcinome prostatique chez un homme de 66 ans et précisons la fréquence et les caractéristiques de ce type de lésion rapportée dans la littérature ces 30 dernières années.

Observation

Un homme de 66 ans, ayant pour principaux antécédents une hypertension artérielle traitée, un accident ischémique transitoire et un éthyisme non sévère, a consulté pour une élévation progressive du PSA associée à une aggravation de la fonction rénale.

Le patient se plaignait d'une lombalgie droite depuis trois mois associée à une asthénie inhabituelle.

Au toucher rectal, la prostate était souple, évaluée à 30 g. Le patient n'avait ni syndrome urinaire irritatif ni obstructif.

Sur le bilan biologique, il existait une élévation de la créatinémie à 157 $\mu\text{mol/L}$ (clairance selon Cockcroft à 39 mL/min) alors qu'elle était de 86 $\mu\text{mol/L}$ six mois auparavant. Une élévation du PSA était notée depuis un an : 2,74 ng/mL en février 2011, 5,77 ng/mL en février 2012 et 7,25 ng/mL en juillet 2012.

Une tomodensitométrie thoraco-abdominopelvienne (Fig. 1A–C) a mis en évidence une urétérohydronéphrose droite avec un bassin mesuré à 23 mm en amont d'une lésion tissulaire endoluminale de l'uretère pelvien avec un épaississement de la paroi urétérale sus-jacente, associé à un retard d'excrétion rénale droite. Cette urétérohydronéphrose n'était pas constatée trois mois auparavant sur une échographie rénovesicoprostatique réalisée pour exploration de l'élévation du PSA. Le rein controlatéral était normal.

Aucune lésion pulmonaire métastatique n'a été mise en évidence sur la tomodensitométrie thoracique. La scintigraphie osseuse, relue, ne mettait pas en évidence de fixation osseuse suspecte. Par ailleurs, il n'existait aucune anomalie mise en évidence lors de l'urétrocystoscopie.

Devant la suspicion de carcinome urothélial, le caractère unique et localisé de la lésion urétérale et une fonction rénale anormale, une résection segmentaire de l'uretère droit associée à un curage iliaque droit a été réalisée. L'exploration peropératoire n'a pas retrouvé de ganglions pathologiques. La tranche de résection urétérale était macroscopiquement saine. Une anastomose urétéro-urétérale terminoterminal a été réalisée. Les suites

postopératoires immédiates ont été marquées par un iléus nécessitant la pose d'une sonde nasogastrique. La fonction rénale s'est progressivement améliorée (créatinémie de sortie égale à 109 $\mu\text{mol/L}$). Le retour à domicile du patient a été possible à j10 postopératoire.

L'examen anatomopathologiste macroscopique de la pièce opératoire a affirmé l'envahissement tumoral de la paroi urétérale (Fig. 2A et B) et le diagnostic d'adénocarcinome d'origine prostatique (cellules carcino-mateuses exprimant le PSA, marqueurs racemase/P504s positifs, P63 négatifs) (Fig. 2C). Les limites de résections étaient saines. L'un des dix ganglions lymphatiques du curage était le siège d'une localisation adénocarcinomeuse comparable, avec un envahissement supérieur à 50%. Aucun marqueur de tumeur neuroendocrine n'a été mis en évidence. Une seconde lecture anatomopathologique a été réalisée et a confirmé le diagnostic. L'ensemble des éléments permettait de conclure à un adénocarcinome prostatique cT1, pTxN1M1c. Des biopsies prostatiques n'ont pas été réalisées secondairement car la tumeur primitive était connue.

Après réunion de concertation pluridisciplinaire, une hormonothérapie associant un agoniste de la GnRH (triptoréline) et un anti-androgène (bicalutamide) a été débutée.

Le patient a consulté un mois plus tard pour une élévation de la créatine à 170 $\mu\text{mol/L}$ associée à une récurrence de l'urétérohydronéphrose droite motivant la pose d'une sonde double J. L'urétéropyélographie rétrograde peropératoire était en faveur d'une sténose de l'anastomose urétéro-urétérale.

Discussion

Les métastases du cancer de prostate sur l'appareil urinaire sont rares et toujours délicates à affirmer. En effet, l'obstruction urétérale avec urétérohydronéphrose dans un contexte d'adénocarcinome prostatique est due le plus souvent à une compression extrinsèque par des adénopathies rétropéritonéales ou par envahissement direct du trigone vésical [3].

De plus, la localisation secondaire urétérale à partir d'une lésion cancéreuse primitive est un phénomène rare [4]. Les néoplasies responsables de ce type de lésion sont essentiellement les carcinomes du poumon, de l'estomac, du pancréas, du côlon, de la prostate et de la vessie [5].

Les critères diagnostiques d'une métastase urétérale sont complexes. L'absence de contiguïté avec le cancer primitif est un élément essentiel pour confirmer le caractère métastatique de l'atteinte urétérale. Il est parfois difficile de l'affirmer, notamment dans le cas d'un adénocarcinome prostatique, où l'extension tumorale vésicale ou rétropéritonéale peut atteindre directement les uretères [6].

Les publications relatives aux vraies métastases urétérales d'un cancer de prostate peuvent parfois être discutables. Seulement dix cas, résumés dans le Tableau 1, ont été rapportés dans la littérature ces 30 dernières années [2–4,7–13]. Le plus souvent, la lésion était révélée par des douleurs lombaires associées ou non à une hématurie macroscopique.

L'âge moyen de découverte des métastases urétérales était de 60 ans. Le mode de révélation le plus fréquent lors

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3824449>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3824449>

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