

Carcinome urothélial de l'uretère avec métaplasie osseuse du stroma

Florence Mege-Lechevallier⁽¹⁾, Arnaud Cherasse⁽²⁾, Sébastien Ronze⁽³⁾, Marc Colombel⁽²⁾, Jean-Yves Scoazec⁽¹⁾

(1) Service Central d'Anatomie et Cytologie Pathologiques,

(2) Service d'Urologie,

(3) Service de Radiologie Urinaire, Hôpital Édouard Herriot, Hospices Civils de Lyon 3 place d'Arsonval, 69437 Lyon cedex 03.

Mege-Lechevallier F, Cherasse A, Ronze S, Colombel M, Scoazec JY. Carcinome urothélial de l'uretère avec métaplasie osseuse du stroma. Ann Pathol 2007 ; 27 : 43-46.

Summary

Transitional carcinoma of the ureter with osseous metaplasia of the stroma: a case report

Transitional cell carcinoma with osseous metaplasia of the stroma is a rare variant of urothelial carcinoma which must be distinguished from sarcomatoid carcinoma. We report here a further observation of this tumor variant, in a very unusual location, the ureter, in order to underline the radiological and pathological characteristics useful for the correct diagnosis, and to point out the problems of differential diagnosis. The diagnosis was made in an 85-year-old patient, presenting with chronic right lombalgias. Imaging studies showed a calcified thickening of the right ureter, associated with a major dilatation of the right excretory cavities and a parenchymal atrophy of the

right kidney. A right nephro-ureterectomy was performed. Macroscopical examination showed an ossified, ill-limited tumor, measuring 4 cm in diameter, infiltrating the right ureteral wall. At histological examination, the lesion was identified as a high grade transitional cell carcinoma with extensive osseous metaplasia of the stroma. There was no evidence for a sarcomatous component (absence of mesenchymal cell proliferation, absence of mitosis in stromal cells). An early locoregional recurrence was observed three months after surgery. Our case report underlines the radiological and histological features of a rare variant of transitional cell carcinoma, which may be diagnosed by pre-operative imaging studies and which must be distinguished from a highly aggressive sarcomatoid carcinoma. ♦

Key words: urothelial carcinoma, transitional carcinoma, ureter, osseous metaplasia, tumor stroma, sarcomatoid carcinoma.

Résumé

Le carcinome transitionnel avec métaplasie osseuse du stroma est une variante rare de carcinome urothélial qui doit être distingué du carcinome sarcomatoïde, de très mauvais pronostic. Nous en rapportons ici une observation, dans une localisation très inhabituelle, l'uretère, afin de souligner les caractéristiques anatomo-cliniques utiles à l'identification de cette variante tumorale et les problèmes posés par son diagnostic différentiel. Notre observation est celle d'un homme de 85 ans, chez lequel un épaississement, partiellement calcifié, de la paroi urétérale droite a été découverte lors d'un bilan pour lombalgies ; il existait une dilatation d'amont des cavités excrétrices rénales, entraînant une atrophie parenchymateuse majeure. Une néphro-urétérectomie droite a été pratiquée. L'examen macroscopique

révéla l'existence d'une lésion tumorale ossifiée de 4 cm de hauteur épaississant la paroi urétérale. L'examen histologique montrait un carcinome transitionnel infiltrant de haut grade associé à une métaplasie osseuse extensive du stroma tumoral. Il n'existait aucun argument pour un contingent sarcomateux associé (absence de prolifération cellulaire mésenchymateuse suspecte, absence de mitose dans les cellules stromales). Une récurrence loco-régionale était diagnostiquée trois mois après l'intervention. Notre observation illustre les caractéristiques radiologiques et histologiques d'une variante inhabituelle de carcinome transitionnel, dont le diagnostic peut être suspecté lors du bilan d'imagerie pré-opératoire et qui doit être distingué d'un carcinome sarcomatoïde. ♦

Mots-clés : carcinome urothélial, carcinome transitionnel, uretère, métaplasie osseuse, stroma, carcinosarcome.

Cas
anatomo-clinique



Accepté pour publication
le 15 décembre 2006

Tirés à part :
F. Mege-Lechevallier,
voir adresse
en début d'article.
e-mail :
florence.mege-
lechevallier@chu-lyon.fr

Introduction

Les carcinomes urothéliaux figurent parmi les cancers les plus fréquents, avec près de 260 000 nouveaux cas par an dans le monde. Leur aspect histologique est le plus souvent typique, mais de nombreuses variantes ont été décrites [1]. La plupart d'entre elles traduisent une différenciation inhabituelle du contingent carcinomateux, comme les formes avec métaplasie glandulaire ou épidermoïde, les formes microkystiques ou micropapillaires et la variante à cellules claires [1]. Certaines variantes histologiques correspondent à un aspect particulier du stroma, comme les variantes à stroma lymphoïde, les formes pseudosarcomateuses et les formes à cellules géantes de type ostéoclastique et les très rares variantes avec métaplasie osseuse ou chondroïde du stroma [1]. Nous rapportons ici un exemple d'une de ces variantes rares, le carcinome transitionnel avec métaplasie osseuse du stroma, dans une localisation très inhabituelle, l'uretère, afin de souligner ses caractéristiques radiologiques et histologiques particulières et d'insister sur les critères du diagnostic différentiel avec le carcinome sarcomatoïde, de très mauvais pronostic.

Observation

Un homme de 85 ans, non tabagique, présentant des antécédents d'hyperplasie prostatique bénigne et de multiples adénomes tubulovilleux du côlon, consultait en novembre 2003, pour des lombalgies droites, dans un contexte d'altération de l'état général. Le bilan d'imagerie mettait en évidence un épaississement de la paroi urétérale lombaire droite, apparaissant sous forme d'une hyperdensité irrégulière, à contours spiculés, associée à deux images de calcifications interprétées initialement comme des lithiases urétérales (*figure 1*). Le diagnostic radiologique était celui de tumeur urétérale droite. Un bilan d'extension était réalisé. La cystoscopie ne montrait pas de lésion intra-vésicale. À la scintigraphie rénale, le rein droit n'était plus fonctionnel. L'indication d'une néphro-urétérectomie droite était posée.

L'examen macroscopique de la pièce opératoire montrait une dilatation majeure des cavités excrétrices rénales, entraînant une atrophie quasi-complète du parenchyme rénal. Cette dilatation était située en amont



FIG. 1. — **Aspect radiologique.** Présence d'une masse irrégulière épaississant la paroi urétérale droite, à contours spiculés et associée à des images calcifiées.

FIG. 1. — **Imaging features.** Irregular thickening of the right ureteral wall, associated with calcifications.

d'une lésion indurée, blanchâtre et mal limitée, de 4 cm de hauteur, épaississant la paroi urétérale et entraînant la rétraction du tissu adipeux péri-urétéral. La lésion était calcifiée et extrêmement dure à la coupe : une décalcification était nécessaire avant la réalisation de prélèvements pour l'étude histologique.

L'examen microscopique montrait que la lésion correspondait à un carcinome urothélial peu différencié, organisé en bourgeons et en massifs. La lésion infiltrait la totalité de la paroi urétérale, s'étendait dans l'adventice et s'accompagnait de nombreux embols vasculaires. Les marges de résection étaient saines. Le caractère particulier de la prolifération tumorale résidait dans son stroma, d'aspect très inhabituel. Il comportait de larges plages de tissu ostéoïde, organisé en lamelles osseuses associées à de rares cellules mésenchymateuses dépourvues d'atypies cellulaires et de mitoses (*figure 2*).

L'étude immunohistochimique montrait que les cellules tumorales exprimaient constamment et intensément la cytokératine 7 (OV-TL 12/30, Dako, Glostrup, Denmark) ; elles exprimaient également, mais de manière inconstante, la cytokératine 20 (clone K₂₀.8, Dako). Les cellules stromales étaient marquées par les anticorps anti-vimentine (clone V9, Dako) et anti-isoforme musculaire lisse de l'α-actine (clone IA4, Sigma) ; elles n'exprimaient pas la desmine (clone D33, Dako). Elles n'exprimaient pas de cytokératines (clone KL1, Immunotech). Leur index de prolifération, évalué à l'aide de l'anticorps anti-Ki 67 (clone MIB-1, Dako), était inférieur à 1 %.

Trois mois après l'intervention, le patient consultait pour un œdème du membre inférieur droit. L'état général était conservé.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4129401>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4129401>

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