

## Tumeurs urothéliales de l'enfant

Christine Grapin-Dagorno<sup>1</sup>, Matthieu Peycelon<sup>1</sup>, Pascale Philippe-Chomette<sup>1</sup>, Dominique Berrebi<sup>2</sup>, Alaa El Ghoneimi<sup>1</sup>, Daniel Orbach<sup>3</sup>

Reçu le 18 juillet 2016

Accepté le 26 novembre 2016

Disponible sur internet le :

1. Hôpital Robert-Debré, service de chirurgie viscérale et urologique, 48, boulevard Sérurier, 75019 Paris, France
2. Hôpital Robert-Debré, service d'anatomopathologie, 48, boulevard Sérurier, 75019 Paris, France
3. Institut Curie, service d'oncopédiatrie, 26, rue d'Ulm, 75005 Paris, France

### Correspondance :

Christine Grapin-Dagorno, hôpital Robert-Debré, service de chirurgie viscérale et urologique, 48, boulevard Sérurier, 75019 Paris, France.  
[christine.grapin@aphp.fr](mailto:christine.grapin@aphp.fr)

### Mots clés

Tumeurs urothéliales  
Enfants  
Vessie  
Hématurie

### Résumé

Les tumeurs urothéliales sont très rares chez l'enfant (environ 150 cas sont retrouvés dans la littérature internationale); seules 20 % d'entre elles surviennent avant l'âge de 10 ans. L'objet de cette revue de la littérature est de préciser leurs particularités, notamment leur pronostic et leur traitement. Ces tumeurs prédominent dans le sexe masculin dans un rapport de 3:1. Elles siègent principalement au niveau du bas appareil urinaire. Le principal symptôme est l'hématurie macroscopique, qui ne doit jamais être banalisée chez l'enfant malgré la rareté des étiologies tumorales. L'échographie rénale et vésicale, et la cystoscopie en cas de lésion de la paroi vésicale ou en cas d'hématurie persistante, doivent permettre un diagnostic précoce. Les lésions vésicales siègent principalement sur le trigone, à proximité des méats urétéraux. Selon la classification issue de la conférence de consensus de la WHO Health Organisation/International Society of Urological Pathology (WHO/ISUP), ces lésions sont généralement de faible malignité chez l'enfant (bas grade histologique, non invasives et peu récidivantes). Le traitement repose sur la résection endoscopique. Le suivi ultérieur (fréquence des échographies et des cystoscopies de contrôle) est peu codifié étant donné l'extrême rareté de ces lésions. Le pronostic dépend étroitement de l'histologie initiale. Malgré l'habituelle bénignité, une récurrence est cependant décrite dans environ 10 % des cas et quelques cas mortels ont été rapportés.

### Keywords

Urothelial tumors  
Children  
Bladder  
Hematuria

### Summary

#### Urothelial tumors in children

*Urothelial tumors are very rare in children (to date, only about 150 cases have been reported worldwide). Only 20 % occur before the age of ten. The aim of this study is to specify the clinicopathologic features of urothelial tumor in young patients, which require a slightly different approach to treatment. On the basis of the WHO/ISUP (World Health Organisation/International*

*Society of Urological Pathology) consensus classification report, these lesions are usually low-grade lesions, non invasive, and rarely recurrent. The sex ratio is three boys to one girl. These tumors are located preferentially in the low urinary tract, especially in the bladder. The main symptom is the macroscopic hematuria, which requires ultrasound examination in all cases. Cystoscopy is indicated in case of lesion of the bladder wall, or in case of persistent or recurrent hematuria, to obtain definitive diagnosis and biopsies. The tumors are mainly located on the posterior or lateral bladder wall above the trigone or near the ureteral orifices. Treatment is based on the transurethral resection of the lesion. The subsequent monitoring is sparsely codified, due to the exceptional occurrence of these tumors in the paediatric age group. These patients are likely to have better outcome than older patients, but it is due to the predominance of noninvasive papillary urothelial tumors. Tumor recurrences are not uncommon. In case of invasive, high-grade urothelial carcinomas, metastases or even lethal outcome may occur in rare cases.*

## Introduction

Les tumeurs urothéliales sont développées à partir des cellules mésodermiques transitionnelles qui tapissent l'arbre urinaire, d'où leur appellation de *transitional cell carcinoma* (TCC). Fréquentes chez l'adulte à partir de 60 ans, elles sont exceptionnelles à l'âge pédiatrique. Elles se distinguent alors par leur bas grade, leur faible agressivité et leur lente évolution. Il est, de ce fait, difficile d'établir un consensus sur leur prise en charge : faut-il adopter les mêmes protocoles que chez l'adulte [1], existe-t-il des facteurs de risques spécifiques ? S'agit-il chez l'enfant d'une entité particulière, d'évolution plus favorable et autorisant, de ce fait, une surveillance moins contraignante [2,3] ?

## Fréquence

Les tumeurs urothéliales sont exceptionnelles avant l'âge de 20 ans (0,1 à 0,4 % des cas) [3-6]. La principale série pédiatrique de tumeurs de vessie est celle de la *Surveillance epidemiology and end results* (SEER) portant sur 140 cas [5] : les tumeurs urothéliales représentent 60 % des cas ; elles n'apparaissent qu'après l'âge de 5 ans, le plus souvent après 13 ans. Il existe une nette prédominance masculine avec un sex-ratio de 2:1 à 4:1 [7,8].

## Les facteurs prédisposants

À l'inverse de chez l'adulte, peu de facteurs prédisposants sont identifiés.

### L'exposition aux toxiques

Le tabagisme est un facteur reconnu dans la genèse des tumeurs urothéliales de l'adulte. Chez l'enfant, le tabagisme passif pourrait augmenter le risque [5,9,10].

L'exposition à certains produits (phénacétine, acide aristolochique [11], cyclophosphamide) qui peuvent révéler une prédisposition génétique [12] n'est pas retrouvée dans les séries pédiatriques.

## Le terrain génétique

Des facteurs génétiques peuvent prédisposer aux tumeurs urothéliales. Ceci a été démontré dans certains isolats génétiques [13], ou dans certains syndromes [12,14], en particulier le syndrome de Lynch II [15,16], le rétinoblastome familial [14], le syndrome de Costello [17-19], la maladie de Cowden [2], le syndrome de Muir-Torre [20]. Cependant, aucun terrain génétique particulier n'a jamais été mis en évidence chez l'enfant [21-23].

## Les antécédents tumoraux

Des antécédents de chimiothérapie sont associés à un risque de tumeur vésicale quatre fois supérieur, en particulier en cas de rétinoblastome familial [24], d'exposition au cyclophosphamide ou d'irradiation pelvienne [25]. Dans une série pédiatrique de 12 cas, Di Carlo retrouve deux cas d'antécédents tumoraux : un tératome ovarien immature traité chirurgicalement deux ans auparavant et une tumeur rhabdoïde irradiée 8 ans avant [26].

## Les antécédents de transplantation rénale

Chez l'adulte, le carcinome urothélial est la tumeur maligne la plus fréquente après transplantation rénale, avec une incidence de 0,6 % [27]. Chez l'enfant, un cas a été décrit chez une fillette de 10 ans, quatre ans après une transplantation rénale réalisée dans le cadre d'un syndrome *branchio oto renal* (BOR) : il s'agissait d'un *Papillary urothelial neoplasm of low malignant potential* (PUNLMP) découvert à la suite d'infections urinaires récidivantes [28].

## Les antécédents d'infection chronique du bas appareil urinaire

La corrélation avec l'inflammation chronique et l'apparition de tumeurs urothéliales est établie chez l'adulte notamment en cas de sondage prolongé [29], de vessie neurologique [30], ou d'infection chronique à *Schistosoma haematobium* [31]. Cependant, il s'agit le plus souvent de carcinomes muqueux et non de TCC [31]. Chez l'enfant, aucune publication ne fait état de ce risque particulier qui est d'ailleurs remis en question [32].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5697450>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5697450>

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