

Case report

Métastase atypique du cuir chevelu et surrénalienne d'un carcinome urothelial de la vessie

Serpos Dossou^{1,*}, Laurianne James¹, Mohammed Afif¹, Leila Rahali¹, Amine Bazine¹, Joelle Irigo¹, Etienne Ogandaga¹, Tayeb Kebdani¹, Fouad Kettani², Noureddine Benjaafar¹

¹Service de Radiothérapie, Institut National d'Oncologie, CHU Ibn-sina, Université Mohammed V Souissi, Rabat, Maroc, ²Centre d'Anatomie pathologique Nations Unies, Rabat, Maroc

*Corresponding author: Serpos Dossou, Service de Radiothérapie, Institut National d'Oncologie, CHU Ibn-sina, Université Mohammed V Souissi, Rabat, Maroc

Key words: Métastase atypique, surrénalienne, carcinome urothelial

Received: 22/06/2014 - Accepted: 30/06/2014 - Published: 30/09/2014

Abstract

Les métastases du cuir chevelu et surrénaliennes d'un carcinome urothelial de la vessie sont rares, peu de cas ont été rapportés dans la littérature, et la chimiothérapie est le traitement de choix. Nous rapportons le cas d'une femme de 60 ans qui présente un carcinome urothelial stade IV avec métastases surrénaliennes, pulmonaire et osseuses (cotes et scapula). Deux lignes de chimiothérapies ont été instaurées et la patiente bénéficia d'une radiothérapie palliative antalgique sur la scapula. Après la première ligne de chimiothérapie, une masse du cuir chevelu augmentant progressivement de volume apparue, une biopsie fut faite et le diagnostic de métastase d'un carcinome urothelial de la vessie fut confirmé par l'histologie.

Pan African Medical Journal. 2014; 19:109 doi:10.11604/pamj.2014.19.109.4874

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/19/109/full/>

© Serpos Dossou et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

Le cancer de la vessie est actuellement au deuxième rang des cancers urologiques aux USA et la deuxième cause de décès par cancer urogénital, le type histologique le plus fréquent est le carcinome urothélial ; dans le registre des cancers de rabat 2006-2008 son incidence brute est de 4,8 pour 100000 habitants. Un tiers des tumeurs infiltrantes de la vessie vont développer des métastases, dont les sites préférentielles sont ganglionnaires, pulmonaires, hépatiques et osseuses, par contre les localisations secondaires cutanées, cérébrales, rénales et surrénaliennes sont très rares. [1] La chimiothérapie gemcitabine-cisplatine reste le traitement de première ligne de ces métastases secondaires. Nous rapportons à travers cette observation un cas de localisations secondaires atypique du cuir chevelu et surrénalienne d'un carcinome urothélial de la vessie.

Patient et observation

Il s'agit d'une femme de 60 ans ménopausée suivie pour cystite à répétition, avec des épisodes d'hématuries minimales, dont le bilan d'exploration révéla à l'échographie pelvienne une masse vésicale de 8 cm et à la tomographie pelvienne une lésion (**Figure 1**) inter-vésico-utérine associée à deux masses surrénaliennes (**Figure 2**) et des adénopathies lombo-aortiques. Une cystoscopie plus biopsie faite objectiva un carcinome urothélial papillaire de grade 3, infiltrant massivement le chorion (**Figure 3**). Le bilan d'extension fait d'un scanner thoraco-abdomino-pelvien objectiva des localisations secondaires pulmonaires osseuses (costales, et scapulaires) (**Figure 2, Figure 4**) et surrénalienne la classifiant ainsi stade IV.

La patiente bénéficia d'une chimiothérapie palliative première ligne type Gemcitabine en monothérapie: quarts cures à la dose de 1000mg /m² (J1-J8) tous les vingt et un jours, avec bonne tolérance clinique et respect des intervalles inter-cures. L'évolution sous ce traitement a été marquée par une progression clinique et radiologique caractérisée par une accentuation des lésions surrénaliennes et scapulaires qui sont devenues douloureuses nécessitant une radiothérapie palliative antalgique sur la scapula par deux champs antérieurs et postérieurs à la dose de 30 Gray avec un fractionnement de 3Gray par séance. Cette évolution a également été marquée par l'apparition d'une masse molle du cuir chevelu douloureuse augmentant progressivement de volume (15 x13 cm) (**Figure 5**) dont l'aspect radiologique (**Figure 6**) et histologique (**Figure 7**) est compatible avec une métastase d'un carcinome urothélial. La patiente bénéficia alors d'une chimiothérapie deuxième ligne type Paclitaxel-carboplatine et décéda un an après le début de la symptomatologie.

Discussion

La tumeur de la vessie est diagnostiquée chez l'adulte avec un âge médian de 69 ans chez les hommes et 71 ans chez la femme, [2,3] le carcinome urothélial est le type histologique le plus fréquemment retrouvé dans 90% des cas. Le potentiel métastatique est variable et tous les organes peuvent être envahis: le poumon, le foie et les os sont les sites fréquemment atteints [4]. Les métastases surrénaliennes sont présentes dans 14% des cas de vessie métastatique [5] et sont rarement isolées.

Les localisations secondaires cutanées d'un carcinome urothélial de la vessie sont assez rares, **Block et al** rapportent un taux d'incidence de 0,84 à 3,6% [6] et une large étude rétrospective taïwanaise ne retrouve que 2 cas de localisations secondaires cutanées sur 911 cas de tumeurs vésicales et urétérales [7]. Pour **Spector et al** les métastases cutanées sont le résultat de l'augmentation de la longévité des patients traités avec succès [8]. Quatre mécanismes de disséminations à la peau peuvent être impliqués à savoir: l'invasion directe d'une tumeur sous-jacente, l'implantation iatrogène d'une opération, l'envahissement ganglionnaire et la dissémination hématogène, [9,10] dans notre cas la voie hématogène est la plus probable.

La présentation clinique des lésions dermatologiques métastatiques est aspécifique, elle se manifeste souvent par des nodules indolores croissants rapidement, [11] le tableau clinique le plus fréquent est une plaque ou un nodule infiltré cependant, des gonflements ulcérés, des nodules sous-cutanés, et des papules violacées ont été rapportés [10]. Les métastases viscérales et une performance statut (PS) inférieur ou égale à 70 % sont reconnus comme facteurs indépendants de mauvais pronostic et conditionnent la prise en charge.

La cisplatine en monothérapie ou en association: MVAC (methotrexate, vinblastine, doxorubicine, cisplatine) reste le traitement de référence en première ligne métastatique des tumeurs vésicales, cependant à cause de leurs toxicités respectives, d'autres protocoles tels que la Gemcitabine en monothérapie ou associée à la cisplatine sont préférées. Au-delà de la chimiothérapie de première ligne métastatique, le pronostic devient de plus en plus sombre. Il n'y a pas de consensus sur la prise en charge des maladies réfractaires au cisplatine; le paclitaxel, le docétaxel, et l'ifosfamide donnent des taux de réponses entre 7 et 20 %.

Conclusion

Les localisations secondaires surrénaliennes d'un carcinome urothélial de la vessie sont rares, celles cutanées sont exceptionnelles surtout dans le cas du cuir chevelu, leurs pronostic est mauvais malgré la prise en charge.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Serpos Dossou a fourni l'effort intellectuel pour la prise en charge du patient et la rédaction de l'article. Laurianne James, Mohammed Afif, Leila Rahali, Amine Bazine, Joelle Irigo et Etienne Ogandaga ont participé à la relecture de l'article. Tayeb Kebdani et Noureddine Benjaafar ont participé à la révision critique du contenu intellectuel du document et ont donné l'approbation finale de la version à publier.

Remerciements

Les remerciements vont à l'endroit du Professeur Kettani qui a gracieusement mis à notre disposition les images histologiques.

Figures

Figure 1: coupe scannographique axiale montrant le processus lésionnel inter-vésico-utérin

Figure 2: coupe scannographique axiale montrant la métastase surrénalienne et costale

Figure 3: coupe histologique montrant carcinome urothélial papillaire de grade 3, infiltrant massivement le chorion

Figure 4: coupe scannographique axiale montrant une lésion scapulaire secondaire

Figure 5: lésion du cuir chevelu

Figure 6: coupe scannographique axiale montrant la lésion du cuir chevelu

Figure 7: coupe histologique montrant une prolifération tumorale d'aspect métastatique d'un carcinome urothélial peu différencié

Références

1. Wakisaka S, Miyahara S, Nonaka A, Asami N, Kinoshita K, Kohriyama K. Brain metastasis from transitional cell carcinoma of the bladder: case report. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 1990 Mar; 30(3):188-90. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
2. Lynch CF, Cohen MB. Urinary system. *Cancer*. 1995 Jan 1; 75(1 Suppl):316-29. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
3. Scosyrev E, Noyes K, Feng C, Messing E. Sex and racial differences in bladder cancer presentation and mortality in the US. *Cancer*. 2009 Jan 1; 115(1):68-74. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)

4. Babaian RJ, Johnson DE, Llamas L, et al. Metastases from transitional cell carcinoma of urinary bladder. *Urology*. 1980 Aug;16(2):142-. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
5. Wallmeroth A1, Wagner U, Moch H, Gasser TC, Sauter G, Mihatsch MJ. Patterns of metastasis in muscle-invasive bladder cancer (pT2-4): an autopsy study on 367 patients. *Urol Int*. 1999;62(2):69-75. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
6. Block CA, Dahmouh L, Konety BR. Cutaneous metastases from transitional cell carcinoma of the bladder. *Urology*. 2006 Apr;67(4):84e15-7. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
7. Hu SC, Chen GS, Wu CS, et al. Rates of cutaneous metastases from different internal malignancies: experience from a Taiwanese medical center. *J Am Acad Dermatol*. 2009 Mar; 60(3):379-8. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
8. Spector JI, Zimble H, DeLeo M, Ross JS. Skin metastases from transitional cell bladder cancer. *Urology*. 1987 Feb;29(2):215-7. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
9. Swick BL, Gordon JR. Superficially invasive transitional cell carcinoma of the bladder associated with distant cutaneous metastases. *J Cutan Pathol*. 2010 Dec;37(12):1245-50. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
10. Mueller TJ, Wu H, Greenberg RE, et al. Cutaneous metastases from genitourinary malignancies. *Urology*. 2004 Jun;63(6):1021-6. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
11. Hussein MR. Skin metastasis: a pathologist's perspective. *J Cutan Pathol*. 2010 Sep;37(9):e1-20. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)



Figure 1: coupe scannographique axiale montrant le processus lésionnel inter-vésico-utérin

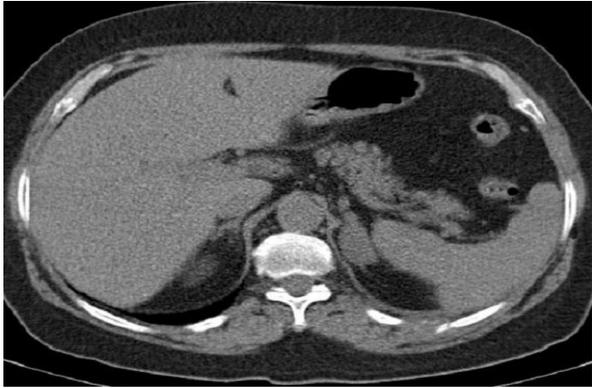


Figure 2: coupe scannographique axiale montrant la métastase surrénalienne et costale

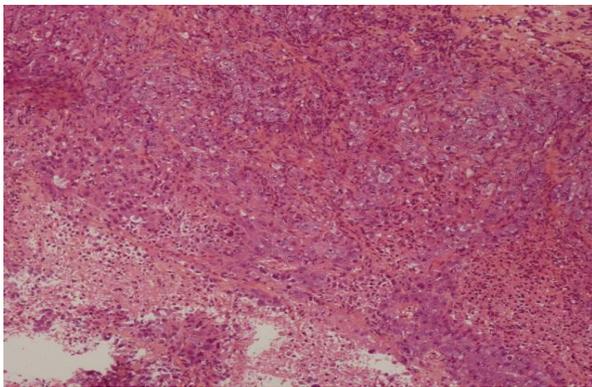


Figure 3: coupe histologique montrant carcinome urothélial papillaire de grade 3, infiltrant massivement le chorion



Figure 4: coupe scannographique axiale montrant une lésion scapulaire secondaire



Figure 5: lésion du cuir chevelu

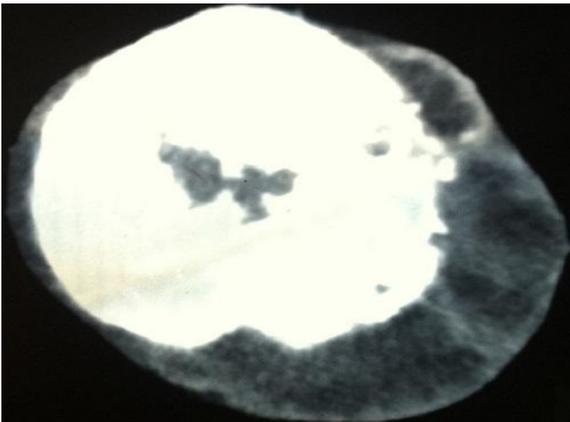


Figure 6: coupe scannographique axiale montrant la lésion du cuir chevelu

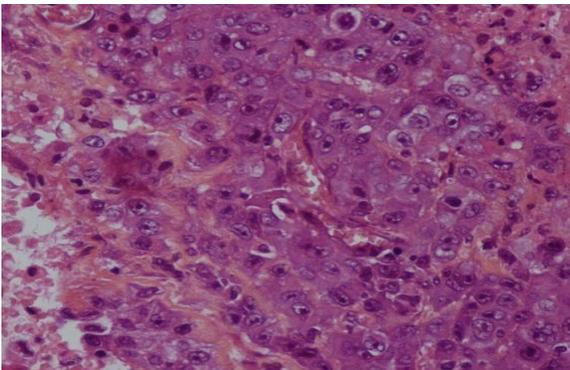


Figure 7: coupe histologique montrant une prolifération tumorale d'aspect métastatique d'un carcinome urothélial peu différencié