

# Tumeur fibreuse solitaire des vésicules séminales : à propos d'un cas

Gilles MORIN (1), Alain HOULGATTE (1), Philippe CAMPARO (2), Jean Luc SARRAZIN (3),  
Patrick BERLIZOT (1), Patrice HOUDELETTE (1)

(1) Clinique d'Urologie (Pr. Houdelette), (2) Service d'Anatomo-Pathologie (Pr. Arborio),  
(3) Service de Radiologie (Pr. Cordoliani), Hôpital du Val de Grâce, Paris, France

## RESUME

Les tumeurs fibreuses solitaires constituent une affection rare dont la localisation au niveau des vésicules séminales n'a pas été décrite. Nous rapportons le cas d'une tumeur fibreuse solitaire de la vésicule séminale droite chez un homme de 53 ans. Le diagnostic de tumeur de la vésicule séminale repose sur l'échographie endo-rectale et l'IRM. Le diagnostic histologique est effectué après exérèse chirurgicale de cette tumeur. L'exiguïté des prélèvements et l'aspect hétérogène de ces lésions rendent difficile le diagnostic sur les seules biopsies. L'attitude chirurgicale face à une tumeur fibreuse solitaire de la vésicule séminale sera fonction de la symptomatologie et de l'évolution de la lésion.

*Mots clés : Vésicules séminales, tumeur fibreuse solitaire.*

Progrès en Urologie (1998), 8, 92-94.

Le diagnostic de tumeur des vésicules séminales est rarement évoqué, d'une part en raison de leur rareté, d'autre part d'une symptomatologie non univoque. Il peut s'agir de tumeurs malignes dont le pronostic apparaît péjoratif, en particulier face à des sarcomes de haut grade, mais également de tumeurs bénignes. Ces dernières ne font l'objet d'un traitement chirurgical qu'en cas de retentissement de voisinage notamment urinaire ou rectal. Cette tumeur fibreuse solitaire illustre bien une telle attitude.

## OBSERVATION

Mr Imb., 53 ans, consulte en novembre 1995 pour une pollakiurie d'apparition récente essentiellement nocturne, sans dysurie ni hématurie associée. Il n'y a pas chez ce patient, de notion d'antécédent infectieux urinaire. Au toucher rectal, la prostate apparaît souple, non hypertrophiée; en revanche, on note la présence dans son prolongement à droite d'une masse indurée, régulière, siégeant à l'emplacement de la vésicule séminale droite. L'échographie confirme la présence de cette masse tissulaire hétérogène, hypoéchogène, de 45 mm de diamètre située dans le prolongement supéro-externe du lobe droit de la prostate. Le taux sérique de l'antigène spécifique

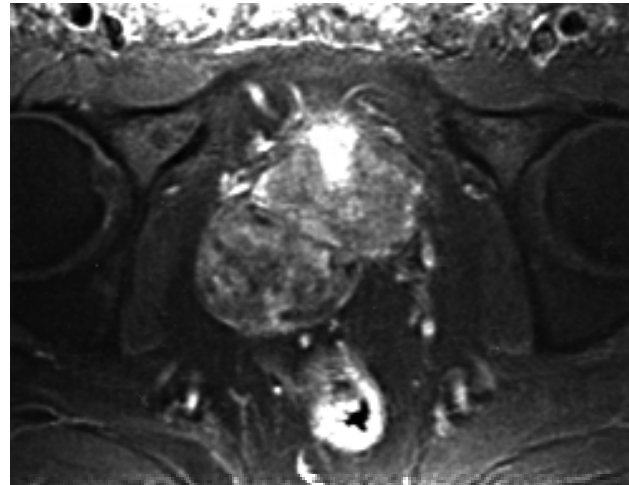


Figure 1. Coupe axiale IRM.

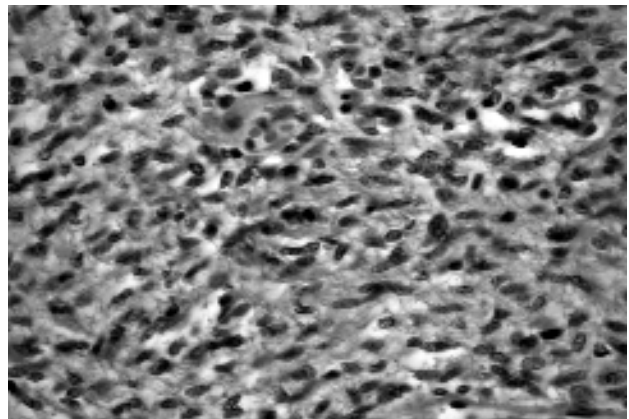


Figure 2. Vue anatomopathologique.

prostatique est normal à 0,97 ng/ml ( $nl < 2.5$ ). A l'IRM (Figure 1) cette formation en isosignal au muscle en T1, en hyposignal marqué en pondération T2 se réhausse après injection de produit de contraste faisant évoquer une lésion maligne de la vésicule séminale droite.

Manuscrit reçu : mai 1997, accepté : juillet 1997.

Adresse pour correspondance : Pr. P. Houdelette, Clinique d'Urologie, Hôpital d'Instruction des Armées du Val de Grâce, 74, Bd. de Port Royal, 75230 Paris Cedex 05.

L'échographie de l'appareil urinaire ne montre pas de dilatation des voies excrétrices. Une biopsie est réalisée sous échographie endorectale, montrant la présence d'un tissu fibro-inflammatoire sans prolifération suspecte de malignité. En l'absence d'évolution clinique, le patient effectue un contrôle IRM à 6 mois qui ne montre pas de progression lésionnelle. La persistance de troubles mictionnels conduit à réaliser en janvier 97 une vésiculectomie par une voie latéro-vésicale. L'examen anatomo-pathologique de la pièce d'exérèse (Figure 2) révèle une tumeur composée de cellules fusiformes d'aspect fibroblastique sans anomalie cytonucléaire. Les immunomarquages sont positifs pour la vimentine et surtout le CD 34. Ces éléments font évoquer le diagnostic de tumeur fibreuse solitaire. Le patient est actuellement asymptomatique. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien effectué à distance de l'intervention s'avère normal.

## DISCUSSION

Les tumeurs fibreuses solitaires sont des lésions d'histogénèse imprécise, l'origine mésothéliale ou purement conjonctive restant controversée [14, 16]. Leurs caractères microscopiques sont peu spécifiques, ce qui explique sans doute le peu de cas rapportés, en particulier dans des sites extra-pleuraux. Initialement individualisées dans cette localisation qui reste la plus classique, quelques observations en ont cependant été faites dans des sites variés [7, 8] : sein, foie, méésentère, ovaire, scrotum, vaginale testiculaire, périoste, loge thymique, duremère, orbite et récemment capsule rénale [5]. A notre connaissance, il s'agit de la première description d'une telle lésion dans une vésicule séminale. Il s'agit de lésions de taille variable, habituellement inférieures à 10 cm, bien limitées mais non toujours encapsulées. Histologiquement, il existe le plus souvent une grande variabilité architecturale désignée sous le terme de "patternless-pattern" par STOUT [13]. Ailleurs, l'aspect est proche de celui observé dans les hémangiopéricytomes. La cellularité est hétérogène, des zones richement cellulaires avoisinant avec des zones de fibrose scléro-hyaline paucicellulaires. Les cellules, fusiformes, ont un noyau irrégulier, non nucléolé. Leur cytoplasme est éosinophile mais ne possède aucun caractère spécifique, en particulier à l'examen ultrastructural [11]. Au sein de ces tumeurs, l'activité mitotique est variable, généralement peu marquée. Les études immunohistochimiques apportent d'importants éléments d'orientation [7]. La négativité de marqueurs tels que l'actine du muscle lisse, la myoglobine ou la desmine [9] permettent de les distinguer des tumeurs musculaires. Les cytokératines et la vimentine sont positives dans environ 50% des cas. Mais c'est le CD 34 qui reste le marqueur tumoral le plus fiable [7, 15]. Mis en évidence initialement au sein de tissus endothéliaux et vasculaires, il est retrouvé dans certaines tumeurs musculaires et dans la plupart des tumeurs stro-

males gastrointestinales. Ce marqueur est constamment retrouvé dans les tumeurs fibreuses solitaires [15] comme c'est le cas dans notre observation. Le diagnostic différentiel est variable suivant l'organe intéressé. Au niveau de la vésicule séminale, quelques auteurs ont ainsi décrit, en dehors d'hamartomes, des tumeurs bénignes essentiellement de type cystadénomes ou léiomyomes. Les premières [10] se caractérisent par la présence d'éléments épithéliaux au cytoplasme parfois chargé de lipofuscine, groupé en petits cordons, les secondes [6] sont formées de cellules fusiformes qui apparaissent marquées par les anticorps anti-vimentine et anti-actine du muscle lisse. Ces tumeurs ont un potentiel évolutif purement local. Des récurrences ont été observées dans deux cas sur neuf, mais correspondaient à des lésions dont l'exérèse chirurgicale n'avait pu être réalisée en totalité. Le diagnostic différentiel peut s'avérer plus délicat avec certaines tumeurs malignes. Ainsi les hémangiopéricytomes [7] dont elles possèdent parfois les caractéristiques morphologiques, les mésothéliomes avec lesquelles elles partagent peut-être une même origine histogénétique. D'autres tumeurs malignes peuvent également être évoquées : histiocytomes malins, fibrosarcomes, synoviosarcomes, léiomyo- ou encore rhabdomyosarcomes [1, 3]. Ces sarcomes ne représentent cependant que 0.1 à 0.3% des tumeurs prostatiques et séminales. Encore faut-il distinguer les tumeurs de haut grade, au pronostic sombre [4], des tumeurs de bas grade pouvant bénéficier d'une chirurgie d'exérèse isolée [2, 12]. La plupart des auteurs s'accordent pour reconnaître le caractère habituellement bénin, ou tout au moins faiblement évolutif, des tumeurs fibreuses solitaires [7, 8, 11]. Cependant, certains soulignent le caractère potentiellement malin, de 13 à 23% de ces tumeurs dans leur localisation pleurale [11]. Quelques critères cytologiques ont été recherchés pour tenter de déterminer le potentiel évolutif de ces lésions et VAN DE RIJN et coll. [15] retiennent ainsi le caractère péjoratif de l'hypercellularité, de la présence de mitoses, et de l'aspect infiltratif de la lésion. En pratique, l'exiguïté des fragments biopsiques et l'aspect hétérogène de ces lésions à l'examen histologique rend difficile une telle appréciation dans les localisations séminales. Ainsi, chez notre patient, les premières biopsies n'avaient permis de retenir que le diagnostic peu spécifique de remaniements fibro-inflammatoires, alors que l'examen, 14 mois plus tard, de la pièce d'exérèse retrouvait, sur une lésion par ailleurs stable radiologiquement, quelques atypies cytonucléaires et une activité mitotique modérée (6 mitoses/10 champs au x 400). Ce sont donc les données cliniques qui doivent guider la conduite thérapeutique. Les tumeurs des vésicules séminales qu'elles soient bénignes ou malignes se manifestent essentiellement par une symptomatologie urinaire associant dysurie, pollakiurie, impériosités voire rétention vésicale. Il peut coexister des signes digestifs avec troubles de la défécation, épreintes, tenesmes ou constipation liés à une compression rectale. En présence d'une tumeur évoluée peu-

vent apparaître un oedème du scrotum, du périnée et des membres inférieurs, une insuffisance rénale obstructive voire des douleurs pelvi-périnéales. L'examen clinique repose essentiellement sur le toucher rectal qui retrouve une masse bombant dans le rectum, indurée, plus ou moins irrégulière. Le bilan radiologique repose sur l'échographie de l'appareil urinaire et/ou l'urographie intra-veineuse afin d'apprécier le retentissement de cette affection. La tomodensitométrie voire l'IRM permettent d'évaluer l'étendue de la lésion ainsi que l'extension locorégionale. Différentes voies d'abord [17] ont été proposées depuis la première vésicectomie décrite par ULLMANN en 1889. Le choix, fonction des habitudes chirurgicales et de l'étendue de la lésion, reposera sur la voie trans-périnéale, les voies trans-, para- ou rétro-vésicales voire transcoccygienne. La voie trans-périnéale est identique à celle utilisée pour la réalisation d'une prostatectomie radicale. Elle permet, après ouverture de l'aponévrose de Denonvilliers, l'abord direct des vésicules séminales, les limites de cette voie d'abord étant liées au volume tumoral et à la difficulté d'exérèse d'une lésion tumorale difficilement clivable. La voie trans-vésicale, décrite en 1968 par WALKERS et BOWLES, permet un abord direct des vésicules séminales en réalisant une ouverture verticale de la paroi vésicale, au-dessus du trigone. La voie para-vésicale, préconisée chez l'enfant, constitue une voie élective en cas de développement latéralisée de la lésion tumorale, ce qui était le cas chez notre patient. La voie trans-coccygienne peut être utile en cas d'antécédent de chirurgie pelvienne ou périnéale.

## CONCLUSION

L'observation rapportée d'une tumeur bénigne des vésicules séminales rend compte de la difficulté à porter une indication chirurgicale même si les biopsies orientent en général le diagnostic histologique. Une telle attitude justifiée par la symptomatologie ou l'évolutivité de la lésion constitue en général le seul traitement. Un suivi évolutif s'avère néanmoins nécessaire comme le montrent certaines données de la littérature.

## REFERENCES

- 1 - AMIRKHAN R.H., MOLBERG K.H., WILEY E.L., NUREMBERG P., SAGALOWSKY A.I. Primary leiomyosarcoma of the seminal vesicle. *Urology*, 1994, 44, 132-135.
- 2 CHIOU R.K., LIMAS C., LANGE H. Hemangiosarcoma of the seminal vesicle: case report and literature review. *J. Urol.*, 1985, 134, 371-373.
3. CORDONNIER C., SEVESTRE H., PETIT J., FILLoux-MORFAI-JX V., DE SAINT MAUR P., SMADJA A., GONTIER M.F. Les tumeurs rares de la prostate et des vésicules séminales. A propos d'un cas de léiomyosarcome. *Ann. Pathol.*, 1996, 16, 37-40.
4. FAIN S.J., COSNOW I., KING B.F., ZINCKE H., BOSTWICK D. G. Cystosarcoma-phyllodes of the seminal vesicle. *Cancer.*, 1993, 71, 2055-2061.

5. GELB A.B., SIMMONS M.L., WEIDNER N. Solitary fibrous involving the renal capsule. *Am. J. Surg. Pathol.*, 1996, 20, 1288-1295.
6. GENTILE A.T., STEPHENS MOSELEY S., QUINN S.F., FRANZINI D., PITRE T.M. Leiomyoma of the seminal vesicle. *J. Urol.*, 1994, 151, 1027-1029.
7. HANAU C.A., MIETTINEN M. Solitary fibrous tumor: histological and immunohistochemical spectrum of benign and malignant variants presenting at different spectrum sites. *Hum. Pathol.*, 1995, 26, 440-449.
8. HARDISSON D., LIMERES M.A., JIMENEZ-HEFFERMAN J.A., DE LA ROSA P., BURGOS E. Solitary fibrous tumor of the mesentery. *A. J. G.*, 1996, 91, 810-811.
9. LAURILA P., LEIVO I., MAKISALO H., RWTU M., MIETTINEN M. Mullerian adenocarcinoma-like tumor of the seminal vesicle. A case report with immunohistochemical and ultra-structural observation. *Arch. Pathol. Lab. Med.*, 1992, 116, 1072-1076.
10. MAZZUCHELLI L., STUDER U.E., ZIMMERMANN A. Cystadenoma of the seminal vesicle. Case report and literature review. *J. Urol.*, 1992, 147, 1621-1624.
11. MORAN C.A., SUSTER S., KOSS M.N. The spectrum of histologic growth patterns in benign and malignant fibrous tumor of the pleura. *Sem. Diagn. Pathol.*, 1992, 9, 169-180.
12. RUSSO P., BRADY M.S., CONLON K., HADJU S.I., FAIR W.R., HERR H.W., BRENNAN M.F. Adult urological sarcoma. *J. Urol.*, 1992, 147, 1032-1037.
13. STOUT A.P. Tumors of the pleura. *Harlem Hosp. Bull.* 1971, 5, 54-57.
14. STROM E.H., SKJORTEN F., AARETH L.B., HAUG E. Solitary fibrous tumor of the pleura. *Path. Res. Pract.*, 1991, 187, 109-113.
15. VAN DE RIJN M., LOMBARD C.M., ROUSE R.V. Expression of CD 34 by solitary fibrous tumors. *Am. J. Surg. Pathol.*, 1994, 18, 814-820.
16. WESTRA W.H., GERALD W.L., ROSAI J. Solitary fibrous tumor. *Am. J. Surg. Pathol.*, 1994, 18, 992-998.
17. WILLIAMS R.D. Surgery of the seminal vesicles. In *Campbell's Urology*. Ed. P.C. Walsh, A.B. Retik, T.A. Stamey, E.D. Vaughan. W.B. Saunders Company, 3, 2942-2946, 1992.

## SUMMARY

### Solitary fibrous tumour of seminal vesicles : a case report.

*Solitary fibrous tumours constitute a rare disease, which has never previously been described in the seminal vesicles. We report a case of solitary fibrous tumour of the right seminal vesicle in a 53-year-old man. The diagnosis of seminal vesicle tumour was based on transrectal ultrasonography and MRI. The histological diagnosis was established after surgical resection of this tumour. The small biopsy samples and the heterogeneous appearance of these lesions make it difficult to establish the diagnosis on biopsies alone. The surgical attitude to solitary fibrous tumour of the seminal vesicle depends on the clinical features and the course of the lesion.*

*Key-words: Seminal vesicles, solitary fibrous tumour.*