
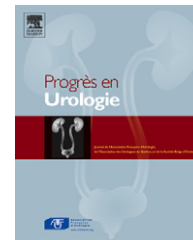




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



CAS CLINIQUE

Variante plasmacytoïde de carcinome urothélial vésical et cancer prostatique : à propos de deux cas

Plasmacytoid urothelial carcinoma of the bladder with concomitant prostatic carcinoma: Report of two cases

T. Sakuma^{a,*}, C. Maurin^b, T. Ujike^c, K. Kawano^a

^a Service de pathologie diagnostique, hôpital d'Osaka Rosai, 1179-3 Nagasone, Kita, Sakai, Osaka, 591-8025 Japon

^b Service d'urologie, hôpital Conception, 147, boulevard Baille, Marseille cedex 5, France

^c Service d'urologie, hôpital d'Osaka Rosai, Nagasone, Sakai, Osaka, 591-8025 Japon

Reçu le 29 septembre 2010 ; accepté le 2 février 2011

Disponible sur Internet le 31 mars 2011

MOTS CLÉS

Adénocarcinome
prostatique ;
Carcinome
urothélial ;
Prostate ;
Variante
plasmacytoïde ;
Vessie

KEYWORDS

Plasmacytoid
carcinoma;
Prostate;
Prostatic
adenocarcinoma;
Urinary bladder;
Urothelial carcinoma

Résumé La variante plasmacytoïde du carcinome urothélial vésical (*plasmacytoid urothelial carcinoma* [PUC]) est un sous-type rare du carcinome urothélial avec des comportements agressifs clinicopathologiques. Nous rapportons deux cas de PUC diagnostiqués au stade de maladie avancée avec composante infiltrante, métastases ganglionnaires et adénocarcinome prostatique associé. L'atteinte prostatique a été diagnostiquée en préopératoire pour le premier cas et sur les résultats histologiques pour le second. Cet article décrit les caractéristiques clinicopathologiques et les options thérapeutiques de cette association carcinomateuse.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Plasmacytoid urothelial carcinoma (PUC) is a rare variant of urothelial carcinoma with aggressive clinicopathological behaviours. We experienced two cases of PUC of urinary bladder. Both cases were advanced cancer with extravesical invasion and lymph node metastases. They also had coexisting prostatic carcinoma, one was preoperatively diagnosed and the other was incidentally discovered after surgery. As these cases were the first report of PUC simultaneously associated with prostatic carcinoma, clinicopathological features and the treatment options were discussed.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : thsakuma@hp.atsumi.jaikosei.or.jp (T. Sakuma).

Introduction

La variante plasmacytoïde du carcinome urothélial vésical (*plasmacytoïde urothelial carcinoma* [PUC]) est un sous-type rare de cancer urothélial. Depuis la première description [1], environ 60 cas ont été rapportés. Les cellules du PUC ressemblent à des cellules plasmatiques, mais expriment des marqueurs épithéliaux spécifiques identifiables par immuno-histochimie [1–4]. Le PUC est un cancer de haut grade souvent diagnostiqué à un stade avancé. Toutefois, ses caractéristiques clinicopathologiques ne sont pas encore bien connues. À notre connaissance, aucun cas d'association entre PUC et adénocarcinome prostatique n'a été rapporté. Nous décrivons deux cas de PUC vésical associés à un adénocarcinome prostatique.

Observation

Cas 1

Un homme d'origine japonaise, âgé de 66 ans, consultait pour hématurie macroscopique. Après réalisation d'un examen cytologique des urines et d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) pelvienne, il était mis en évidence un carcinome vésical de haut grade, infiltrant (Fig. 1) compliqué d'hydronéphrose droite avec suspicion d'envahissement prostatique (Fig. 2). La cystoscopie objectivait une tumeur d'allure infiltrante située sur la face latérale droite, au niveau de la pars prostatica urethrae et périméatique droite. L'analyse histologique après résection transurétrale confirmait la présence d'un carcinome urothélial de haut grade. Les marqueurs tumoraux sériques suivants étaient augmentés : CA 19-9 = 39 UI/mL (≤ 37), CEA = 12 ng/mL (≤ 5) et PSA = 11,6 ng/mL (≤ 4). Le PSA élevé évoquait la présence d'un adénocarcinome prostatique associé, confirmé

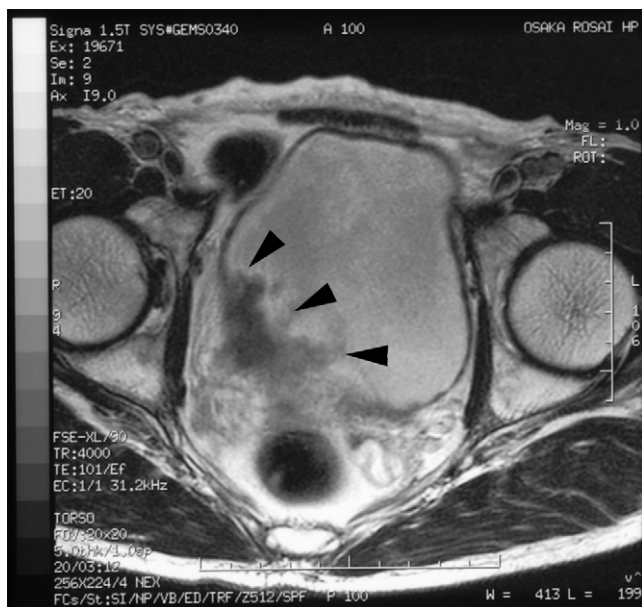


Figure 1. IRM pelvienne : épaississement de la paroi vésicale (flèches).



Figure 2. IRM pelvienne : tumeur vésicale (flèches noires) et tumeur prostatique (flèches blanches).

par la réalisation de ponction-biopsies prostatique mettant en évidence un adénocarcinome modérément différencié.

Deux cycles de chimiothérapie néoadjuvante associant méthotrexate ($30 \text{ mg/m}^2 \times 2$), vinblastine ($3 \text{ mg/m}^2 \times 2$), épirubicine (30 mg/m^2), cisplatine (70 mg/m^2) (MVEC), ont été administrés sans réponse objectivable. Après cystoprostatectomie comme un cancer invasif de la vessie [5], l'analyse histologique de la pièce opératoire mettait en évidence un PUC infiltrant sans composante urothéliale, avec invasion vasculaire et envahissement ganglionnaire au niveau obturateur soit une tumeur classée pT3aN1M0. Les nuclei des cellules tumorales, excentrés dans le cytoplasme, étaient de formes rondes ou ovales, avec un cytoplasme clair et épais. Les cellules tumorales étaient toutes de nature PUC et infiltraient les cellules musculaires et l'endothélium vasculaire (Fig. 3a). Sur le plan immuno-histochimique, les cellules tumorales étaient positives aux marqueurs épithéliaux CAM5.2, cytokeratines 34 β E12 et AE1/AE3 et négatives à la E-cadhérine. Au niveau prostatique, il s'agissait d'un adénocarcinome de 25 mm de taille, Gleason 7 (4+3), avec invasion lymphatique et périméurale, classé pT2bN0M0 (Fig. 3b).

Malgré six cycles de chimiothérapie adjuvante associant gemcitabine ($800 \text{ mg/m}^2 \times 2$) et docétaxel (50 mg/m^2), la tumeur a récidivé au niveau périnéal avec métastases ganglionnaires inguinales et ascites conduisant au décès du patient deux ans après le diagnostic. La réalisation d'une autopsie n'a pas été autorisée.

Cas 2

Un homme d'origine japonaise, âgé de 79 ans, avait consulté pour syndrome irritatif urinaire persistant. La cytologie urinaire avait révélé un carcinome de haut grade. Sur le plan biologique, les dosages hormonaux étaient à la limite de la normale excepté pour le CEA ($9,7 \text{ ng/mL}$). L'IRM pelvienne avait objectivé un épaississement diffus de la paroi vési-

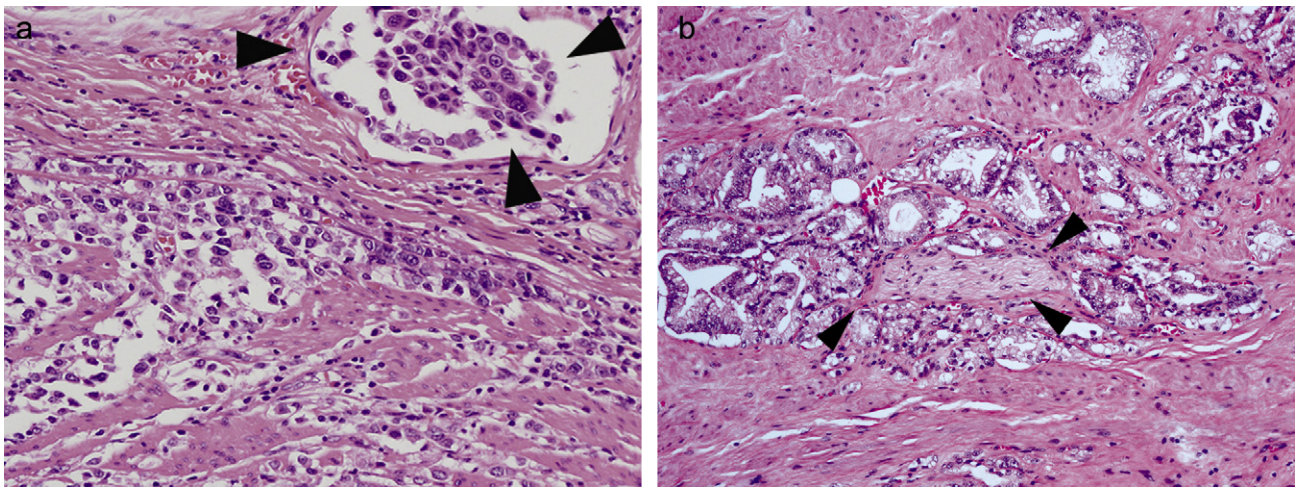


Figure 3. Résultats histologiques (cas 1). a. Vessie constituée de cellules tumorales dissociées et diffuses avec extension musculaire et vasculaire (flèches). b. prostate: Adénocarcinome modérément différencié, score de Gleason 7 (4+3) avec invasion périneurale (flèche) (Hématoxyline-éosine $\times 200$).

cale. La cystoscopie mettait en évidence une tumeur sessile panvésicale avec envahissements des méats. Une cystoprostatectomie était réalisée. Sur le plan histologique, la tumeur était classée pT3aN1M0G3, sans composante urothéliale avec invasion vasculaire et atteinte ganglionnaire obturatrice. Le profil immuno-histochimique était semblable au cas précédent. Un adénocarcinome prostatique de 3 mm, Gleason 5 (2+3), classé pTa1N0M0, de découverte fortuite sur la pièce opératoire était associé.

Deux cycles de chimiothérapie adjuvante type MVEC selon le même protocole ont été réalisés. Le patient n'a pas présenté de récurrence à ce jour (recul de 40 mois).

Discussion

Le PUC est considéré comme un cancer agressif diagnostiqué dans la majorité des cas à un stade avancé. Néanmoins, trois cas de PUC non invasifs ont été décrits dans la littérature [2,4]: en cas de maladie localisée, une exérèse chirurgicale complète pourrait potentiellement permettre un traitement curateur. D'autres cas de PUC ont été empiriquement traités par chimiothérapie [1,3,4], sans résultats satisfaisants exceptés pour deux cas décrits de réponse complète clinique [1] et histologique [3]. Les protocoles de chimiothérapie de prise en charge des PUC doivent encore être précisés.

Dans notre article, les deux patients présentaient un type histologique identique mais des caractéristiques cliniques et anatomopathologiques d'agressivité différente pouvant expliquer les différences de survies respectives: décès par rechute systémique 24 mois après le diagnostic et survie supérieure à 40 mois.

Les résultats en termes de survies de la prise en charge du PUC sont actuellement insuffisants, mais pourraient être améliorés par une meilleure connaissance des caractéristiques histologiques et pathobiologiques de cette maladie.

À notre connaissance, notre article décrit pour la première fois l'association PUC/adénocarcinome prostatique.

Les patients de sexe masculin atteints d'un carcinome vésical ont un risque majoré d'atteinte simultanée de cancer prostatique.

Les protocoles de traitements simultanés des cancers associant vessie et prostate ne sont pas établis; la prise en charge est actuellement individuellement déterminée en fonction du stade clinique, du grade histologique, du pronostic de chacun des deux cancers ainsi que de l'efficacité et des effets indésirables des traitements instaurés (chirurgie et/ou chimiothérapie). Dans l'attente de protocoles codifiés de prise en charge de cette association cancers vésical et prostatique, le traitement doit être déterminé en fonction du degré d'agressivité de chacun des cancers. Dans notre article, l'agressivité évidente de la composante PUC a permis d'orienter la stratégie thérapeutique.

Conclusion

Le PUC est un type histologique rare de cancer vésical mais potentiellement grave en cas de maladie avancée. De même, l'association PUC vésical et adénocarcinome prostatique est rare et souvent diagnostiquée à un stade avancé mais doit être évoquée compte-tenu de l'augmentation de risque de cancer prostatique simultané en cas d'atteinte vésicale. La gravité de cette association est liée à l'agressivité de la tumeur vésicale et au caractère d'emblée infiltrant qui limite les possibilités chirurgicales potentiellement curatives. La prise en charge simultanée vésicale et prostatique doit être déterminée en fonction de l'agressivité respective des tumeurs.

Une meilleure connaissance de la physiopathologie et de la pathobiologie de cette variante de carcinome urothélial pourrait permettre de préciser ses caractéristiques clinicopathologiques, d'anticiper son dépistage précoce, et de définir des modalités de traitements appropriés afin d'améliorer le pronostic sombre des formes avancées.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Sahin AA, Myhre M, Ro JY, Sneige N, Dekmezian RH, Ayala AG. Plasmacytoid transitional cell carcinoma. Report of a case with initial presentation mimicking multiple myeloma. *Acta Cytol* 1991;35:277–80.
- [2] Coyne JD, Sim E. Urothelial neoplasia with plasmacytoid morphology. *Histopathology* 2006;48:200–1.
- [3] Kohno T, Kitamura M, Akai H, Takaha M, Kawahara K, Oka T. Plasmacytoid urothelial carcinoma of the bladder. *Int J Urol* 2006;13:485–6.
- [4] Fritsche HM, Burger M, Denzinger S, Legal W, Goebell PJ, Hartmann A. Plasmacytoid urothelial carcinoma of the bladder: histological and clinical features of 5 cases. *J Urol* 2008;180:1923–7.
- [5] Leuret T. Remplacement vésical et cancer de la vessie. *Prog Urol* 2009;19:872–80.