

Les axes vasculaires n'ayant pas été explorés, ni lors de l'imagerie préopératoire, ni lors de l'intervention, il était prescrit une imagerie par tomodensitométrie. Celle-ci était faite avec injection de produit de contraste au temps veineux et ne dénotait aucune extension intra luminale veineuse, que ce soit aux niveaux iliaque, ovarien ou cave inférieur. Il n'existait pas de masse résiduelle.

Aucun traitement complémentaire chirurgical ou hormonal n'a été donc proposé, hormis une simple surveillance. Les suites opératoires étaient simples, et un traitement anticoagulant a été prescrit. Une surveillance par échographie doppler des axes veineux iléo caves a été mise en place en raison du risque d'extension vasculaire à long terme. La patiente n'a pas présenté de complications après un recul de deux mois.

Conclusion

L'absence d'un uniforme diagnostic et la rareté de la maladie, la LIV peut revêtir plusieurs facettes. En général, le diagnostic est histologique. L'imagerie par IRM est nécessaire pour réaliser un bilan d'extension vasculaire. L'exérèse chirurgicale complète s'impose pour éviter tout risque de récurrence. Son hormono-dépendance impose une castration définitive et proscrit tout traitement hormonal substitutif. Un traitement par anti-œstrogènes peut être associé. Un suivi périodique prolongé par imagerie est recommandé afin de dépister d'éventuelles récurrences.

Références

[1] Dankoro A, Foucher E, Grossin M, Mandelbrot L. Intravascular leiomyomatosis of the uterus. Two cases and review of the literature. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004;33:753-7.

Leïla Elbaqqali, Soumia Ait laayache, Houda Behraoui, Najia Zerai, Driss Farhati, Aïcha Kharbach
Service de Gynécologie Obstétrique, Maternité Souissi, CHU Ibn Sina, Rabat, MAROC

Le carcinome à petites cellules primitif de la vessie

Le carcinome à petites cellules de la vessie (CPC) est une entité rare représentant 0.5 à 1% de l'ensemble des tumeurs vésicales [1, 2]. Il s'agit d'une tumeur agressive, découverte souvent à un stade avancé et métastatique justifiant ainsi une prise en charge rapide. Ces tumeurs partagent les mêmes caractéristiques immuno-histochimiques et ultra-structurales avec les autres tumeurs neuroendocrines.

Le rôle de l'anatomopathologiste est primordial. Le diagnostic positif ne sera retenu qu'après avoir éliminé une localisation secondaire et démontrer le caractère neuroendocrine de cette tumeur. L'examen anatomopathologique permet aussi de

dégager les facteurs de pronostic. Nous rapportons deux nouvelles observations de CPC.

Observation 1

C L... âgé de 51 ans, tabagique à 30 PA, sans antécédents pathologiques notables était hospitalisé au service de chirurgie en septembre 2008 pour occlusion mécanique du grêle pour laquelle il a été opéré le jour même. En per-opératoire, la découverte d'une plicature de la troisième et de l'avant dernière anse intestinale à 40 cm de la valvule iléo-coecale et au contact d'une volumineuse tumeur vésicale avait amené le chirurgien à pratiquer une entérostomie avec mise en place d'un cathéter sus pubien. Le patient était par la suite transféré au service d'urologie pour prise en charge de sa tumeur vésicale. Un scanner thoraco-abdomino-pelvien pratiqué en post opératoire révélait un processus tissulaire quasi circonférentiel de la paroi vésicale infiltrant la graisse adjacente et le méat urétéral gauche avec urétéro-hydronephrose modérée en amont et infiltration par contiguïté de la paroi abdominale. Par ailleurs, absence de tumeur pulmonaire et de métastases. Devant cette tumeur vésicale infiltrante et localement très avancée, une cystoprostectomie de propreté était indiquée. Le patient était donc réopéré. En per-opératoire, la vessie de très faible capacité était totalement prise par une tumeur solide franchement extra-vésicale. Il existait un plan de clivage par rapport au rectum. Cependant, cette tumeur collait à la symphyse pubienne et latéralement aux muscles. Une cystoprostectomie la plus large possible était pratiquée.

La vessie était complètement occupée par la tumeur avec de larges foyers de nécrose. Cette tumeur infiltrait toute la paroi vésicale ainsi que la graisse péri-vésicale. L'examen histologique montrait une prolifération carcinomateuse largement nécrosée, infiltrant toute la paroi vésicale jusqu'à la graisse péri-vésicale. Elle était agencée en travées et en cordons anastomosés au sein d'un stroma richement vascularisé. Les cellules tumorales étaient de petite taille, à cytoplasme peu abondant, munies de gros noyaux hyper chromatiques, atypiques.

Ces cellules s'organisaient par place en pseudo-rosettes. Une étude immuno-histochimique a été pratiquée aux anticorps suivants : CK, chromogranine, CLA et synaptophysine. Elle montrait que les cellules tumorales étaient CK, chromogranine et synaptophysine positives. Le curage ganglionnaire ilio-obturateur droit et gauche a ramené des ganglions métastatiques. Par ailleurs, le bilan d'extension était négatif. Le diagnostic retenu était celui d'un CPC primitif de la vessie classé T4b N2 M 0. Le diagnostic de carcinome à petites cellules primitif de la vessie a été donc retenu et le patient a été adressé à l'institut Salah Azaiz pour chimiothérapie.

Observation 2

Patient de 44 ans, tabagique à 50 PA, sans antécédents pathologiques notables, consultait au service d'urologie de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis en février 2008 pour oligo-anurie, hématurie et douleurs lombaires évoluant depuis 3 mois. L'examen clinique était sans particularité en dehors d'une prostate dure au toucher rectal. Une échographie abdomino-

pelvienne a été pratiquée. Elle révélait une masse tissulaire infiltrante du plancher vésical avec urétéro-hydronephrose bilatérale. La cystoscopie trouvait une tumeur vésicale prenant les 2/3 de la vessie. La tomодensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne mettait en évidence un processus tumoral vésical envahissant la prostate, la fosse ischio-rectale et la graisse pelvienne avec de multiples adénopathies intrapéritonéales. Le bilan était négatif en particulier absence de tumeur pulmonaire et de métastase hépatique. Une cystoprostatectomie totale avec curage ilio-obturateur bilatéral étaient pratiqués. A la macroscopie, la tumeur occupait le plancher vésical et prenait les 2/3 de la paroi vésicale. La tumeur infiltrait toute la paroi vésicale et s'étend même à la graisse péri vésicale. L'examen histologique montrait une prolifération tumorale indifférenciée, largement nécrosée, faite des plages de cellules monomorphes, peu cohésives, de petite taille, à cytoplasme mal visible. Les noyaux étaient hyper chromatiques, avec une chromatine fine. Le nucléole était petit ou absent. Les mitoses étaient fréquentes. En profondeur, la tumeur infiltrait le muscle et la graisse péri-vésicale ainsi que la prostate à gauche. Les ganglions ilio-obturateurs droit et gauche étaient métastatiques.

Il s'agissait donc d'une tumeur vésicale T4a N2 M0 selon la classification TNM de 2004.

L'étude immuno-histochimique montrait un marquage fort des cellules tumorales avec les anticorps anti-CK, focal avec anti-chromogranine, et une absence de marquage avec l'antigène leucocytaire commun (CLA). Le diagnostic de CPC primitif de la vessie a été donc retenu. Le patient est actuellement traité par deux cures de chimiothérapies type VP16-Platinum.

Figure 1 : Prolifération tumorale indifférenciée faite de petites cellules infiltrant la musculature.

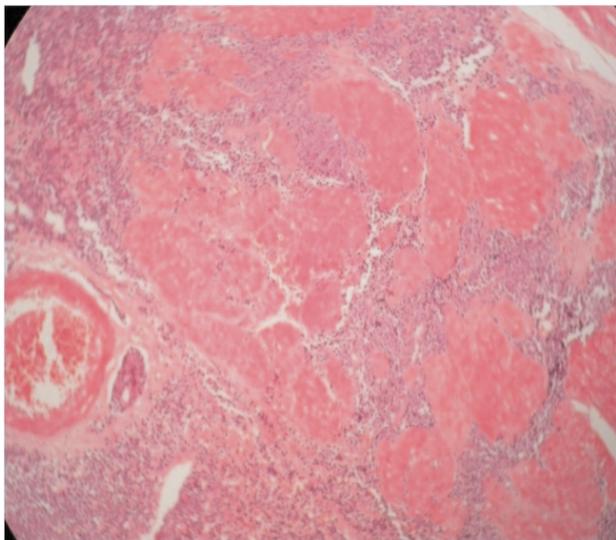


Figure 2 : La prolifération tumorale est faite de petites cellules rondes à cytoplasme réduit et au noyau à chromatine finement mottée et à nucléole rare ou discret. Ces noyaux ont tendance à s'emboîter avec des mitoses très fréquentes.

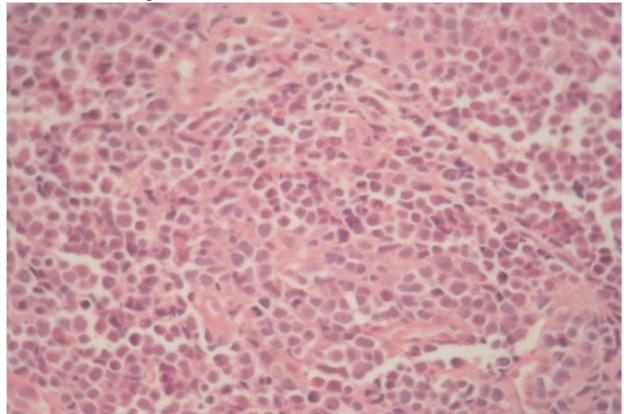
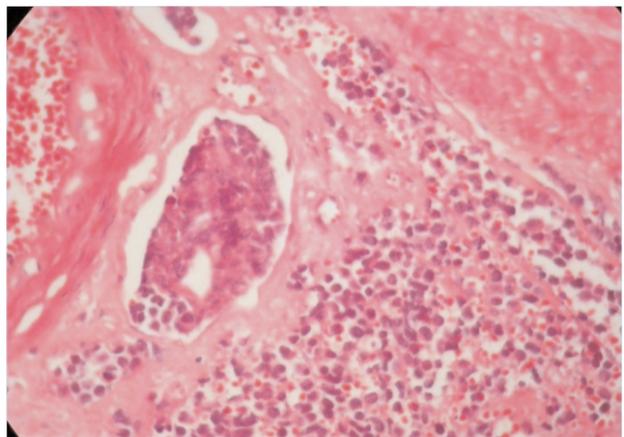


Figure 3 : Tumeur hautement agressive avec présence d'embols vasculaires



Conclusion

Le CPC de vessie est l'une des tumeurs rares, de mauvais pronostic, diagnostiqué souvent à un stade déjà évolué localement ou métastatique. Le diagnostic histologique s'impose afin de confirmer la nature neuro-endocrine primitive de la prolifération cellulaire tumorale et de mettre en place un traitement adéquat qui associerait une chirurgie radicale à une chimiothérapie adjuvante ou néo-adjuvante et qui permettrait d'espérer une amélioration de la survie des patients.

Références

- [1] Abrahams N.A, Moran C, Reyes A.O, Siefker-Radtke A, Ayala A.G. Small cell carcinoma of the bladder: A contemporary clinicopathological study of 51 cases. *Histopathology*. 2005; 46, 57-63.
- [2] Cheng L, Pan C.X, Yang X.J et al. Small cell carcinoma of the urinary bladder: A clinicopathologic analysis of 64 patients. *Cancer*. 2004 ; 101, 957-62.

Olfa. Adouni Naili (1), Faten Farah Klibi (1), Nadia Kourda (1), YSH Zidi-Mouaffak (1), Rachida. Zermani (1), Mohamed Chebil (1), Sarra. Ben Jilani (1)

(1) Service d'Anatomie et cytologie pathologiques

(2) Service d'Urologie, Hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

Université Tunis El Manat