

Le cystadénome des vésicules séminales : à propos d'un cas et revue de la littérature

Cystadenoma of the seminal vesicle: a case study and literature review

A. Bahloul · R. Ben Haim · M. Schneider · L. Obringer · J.-L. Jung

Reçu le 8 mai 2012 ; accepté le 20 juillet 2012
© SALF et Springer-Verlag France 2012

Résumé Les tumeurs primitives des vésicules séminales sont rares. Une centaine de cas ont été publiés dans la littérature. Il s'agit le plus souvent de tumeurs bénignes dont les cystadénomes, les tumeurs malignes primitives sont plus rares. Nous rapportant un nouveau cas de tumeur de la vésicule séminale gauche chez un patient âgé de 70 ans découvert devant une rétention aiguë d'urine associé à une constipation. Le diagnostic a été confirmé par l'imagerie (TDM et IRM) qui a montré une volumineuse masse multikystiques de la vésicule séminale gauche. Le traitement était chirurgical (vésiculectomie) précédé d'un drainage aspiration de la masse. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a conclu à un cystadénome de vésicule séminale gauche. À travers cette observation, nous discutons les différents aspects cliniques, radiologiques, histologiques et thérapeutiques des tumeurs des vésicules séminales.

Mots clés Vésicule séminale · Tumeur bénigne · Cystadénome · Vésiculectomie

Abstract The primitive tumors of seminal vesicles are rare. Almost one hundred cases were reported in the literature. This is most often benign tumours with cystadenomas, primary malignant tumours are too rare. We relate a new case of tumour of the left seminal vesicle with a 70 years aged patient discovered next to an acute retention of urine associated with a constipation. The diagnosis was confirmed by imaging (CT and IRM) that showed a large multi-cystic mass of the left seminal vesicle. The treatment was surgical (vesiculectomy) preceded by a suction drainage of the mass. The anatomopathologic exam of surgical piece has reached to a cystadenoma of the left seminal vesicle. Throughout this

observation, we discuss the different clinical, radiological, histological and therapeutic aspects of seminal vesicles tumours.

Keywords Seminal vesicle · Benign tumor · Cystadenoma · Vesiculectomy

Introduction

Les tumeurs primitives des vésicules séminales (VS) sont rares. Une centaine de cas ont été publiés dans la littérature. Il s'agit le plus souvent de tumeurs bénignes, les tumeurs malignes sont plus rares. Le cystadénome des VS est l'une des principales tumeurs bénignes décrites. Seuls 15 cas ont été rapportés dans la littérature depuis 1944 [1,2]. Le diagnostic de tumeur des VS est rarement évoqué en raison de leur rareté et d'une symptomatologie non univoque. Il est souvent tardif devant une symptomatologie en rapport avec le volume de la tumeur. Ce diagnostic est clinique et radiologique. La confirmation est histologique. Le traitement des tumeurs bénignes est chirurgical si la lésion est volumineuse, symptomatique ou histologiquement douteuse [3–5].

Observation

M. L., âgé de 70 ans, opéré il y a sept ans pour un adénome de la prostate (adénectomie par voie haute), a été hospitalisé en urgence pour une rétention aiguë d'urine dans un contexte fébrile. À l'interrogatoire, il présentait des signes urinaires de bas appareil (SUBA), associés à une constipation depuis quelques mois, aggravée depuis une semaine. Le toucher rectal (TR) trouve une masse sus-prostatique bombante au niveau de la paroi antérieure du rectum de consistance rénitente, sensible, non mobile. Le reste de l'examen clinique est sans particularité. La biologie montre un syndrome inflammatoire franc mais un PSA normal. Le

A. Bahloul (✉) · R. Ben Haim · M. Schneider · L. Obringer · J.-L. Jung
Service d'urologie, hôpital Pasteur-Colmar,
39, avenue de la Liberté, F-68000 Colmar, France
e-mail : dratefbah@yahoo.fr

scanner abdominopelvien trouve une volumineuse tumeur de la VS gauche ($14 \times 12 \times 21$ cm) de densité liquidienne (15 à 30 UH), avec par endroits des plages hyperdenses (abcès, hématome). Elle refoule la vessie et le sigmoïde avec une hydronéphrose gauche par compression urétérale (Figs. 1–3). Le patient a été mis sous antibiothérapie et a bénéficié d'un drainage percutané du kyste. L'IRM (Figs. 4, 5) de contrôle montre la persistance d'une volumineuse formation tumorale à double composante : kystique (multiples logettes) et tissulaire, développée aux dépens de la VS gauche. Devant cette volumineuse tumeur symptomatique de la VS, un traitement chirurgical a été indiqué. L'intervention a consisté initialement à une montée de sonde double J gauche suivie d'une vésicectomie par voie transpéritonéale rétrovésicale moyennant une laparotomie médiane sous-ombilicale. Les suites opératoires immédiates ont été simples. À l'ablation de la sonde vésicale, le patient a repris une miction spontanée. L'examen anatomopathologique a confirmé le diagnostic d'un cystadénome de la VS gauche (Figs. 6–8). L'échographie endorectale de contrôle ne trouve pas de masse résiduelle ni d'anomalie prostatique.

Discussion

Les VS sont deux réservoirs musculomembraneux dans lesquels s'accumulent leurs sécrétions entre les éjaculations.

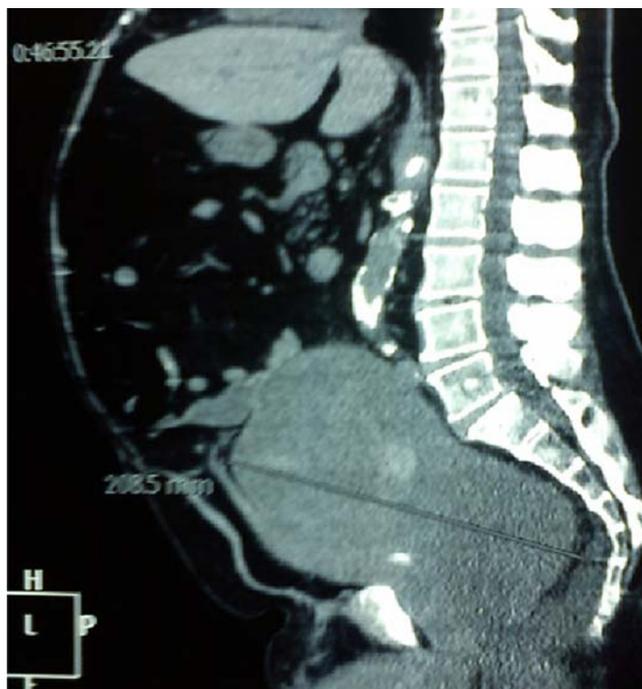


Fig. 1 Scanner coupe sagittale : formation kystique de la vésicule séminale refoulant la vessie et le sigmoïde

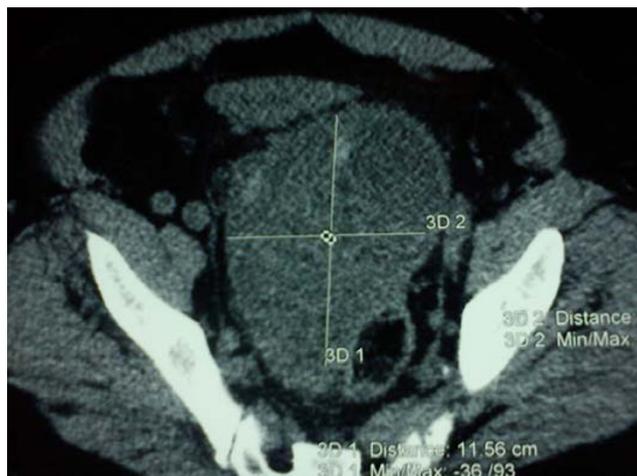


Fig. 2 Scanner coupe axiale : formation kystique de la vésicule séminale refoulant la vessie et le sigmoïde



Fig. 3 Coupe axiale du scanner montrant une dilatation de l'uretère gauche par compression

Elles sont situées au-dessus de la base de la prostate, en dehors du canal déférent [4]. Leur abouchement se fait dans le canal éjaculateur avec la partie terminale du canal déférent. Elles sont en rapport en avant avec la vessie (trigone, portion intramurale des uretères), en arrière avec l'ampoule rectale et le fond du cul-de-sac de Douglas prolongé en bas par le dédoublement de l'aponévrose de Denonvilliers, en dedans avec les canaux déférents, en haut avec la terminaison de l'uretère, en bas avec la base de la prostate et en dehors avec les branches de l'artère génitovésicale et les branches nerveuses du plexus hypogastrique [6].

Du point de vue chirurgical, il existe un plan de clivage assez aisé en avant et en arrière des VS. Les portions qui adhèrent le plus sont le bord externe et le sommet qui reçoivent les vaisseaux et les nerfs, notamment les nerfs érecteurs.



Fig. 4 IRM coupe sagittale : composante kystique de la tumeur (flèche)



Fig. 5 IRM coupe sagittale : composante tissulaire (stromale) de la tumeur (flèche)



Fig. 6 Pièce opératoire : aspect macroscopique du cystadénome



Fig. 7 Pièce opératoire : aspect macroscopique après ouverture de la pièce

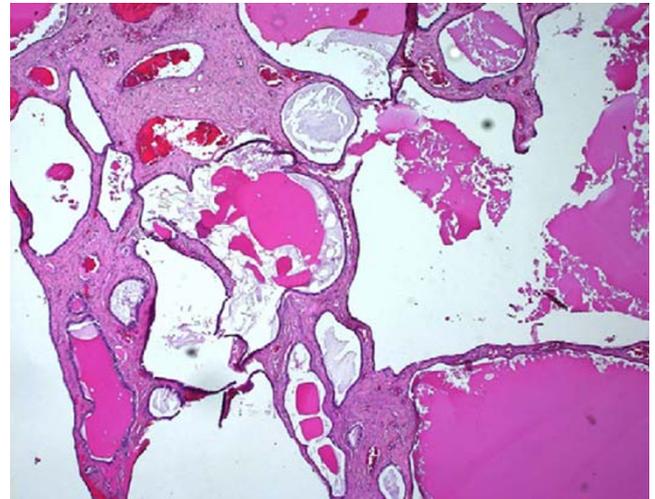


Fig. 8 Aspect microscopique du cystadénome : tumeur stromale épithéliale kystique

La zone dont la dissection est la plus difficile est interne entre le canal déférent et la VS [6].

Les tumeurs primitives des VS comprennent les tumeurs bénignes, les tumeurs à malignité intermédiaire et les tumeurs malignes.

Les tumeurs bénignes sont représentées par ordre décroissant de fréquence par : les kystes simples « hydrospermato-cystes » (congénitaux, acquis), les cystadénomes, fibroadénomes, adénomyomes et des tumeurs mésoenchymateuses

bénignes (hématome, léiomyome et schwannome) [5,7]. Les kystes sont souvent uniloculaires et de grande taille. Lorsqu'ils sont malformatifs, ils peuvent être isolés ou associés à des anomalies homolatérales rénales, urétérales, vésicales ou déférentielles. Les kystes acquis sont secondaires à une obstruction chronique des canaux éjaculateurs d'origine infectieuse ou lithiasique [3,5]. Les cystadénomes [1,8] sont des kystes multiloculaires séparés par un fin stroma. Ils peuvent mesurer jusqu'à 14 cm de grand axe et présentent à la ponction un liquide gélatineux jaune brunâtre.

Les tumeurs à malignité intermédiaire sont représentées par des tumeurs épithéliostromales combinées. Elles se distinguent des tumeurs bénignes par les atypies cellulaires.

Les tumeurs malignes sont représentées essentiellement par les carcinomes (71 % des cas) : à cellules claires, mucoïde et non spécifique, et les sarcomes (29 % des cas) : léiomyosarcome, liposarcome, rhabdomyosarcome [5,9].

Au moment du diagnostic, l'âge des patients est variable entre 37 et 66 ans. Les signes cliniques sont généralement tardifs et non spécifiques de l'atteinte des VS. Les tumeurs des VS qu'elles soient bénignes ou malignes se manifestent essentiellement par une symptomatologie urinaire associant dysurie, pollakiurie, impériosités, voire rétention vésicale pouvant être associés à une hémospérme, des infections génitales ou urinaires ou encore des troubles de la fertilité (hypo- et azoospermie par obstruction) [4,5,10]. Il peut coexister des signes digestifs avec troubles de la défécation, épreintes, ténésmes ou constipation liés à une compression rectale. En présence d'une tumeur évoluée peuvent apparaître un œdème du scrotum, du périnée et des membres inférieurs, une insuffisance rénale obstructive, voire des douleurs pelvipérinéales [3,5].

L'examen clinique repose essentiellement sur le TR qui retrouve une prostate normale avec une volumineuse masse sus- et latéroprostatique indolore, bombante dans le rectum, indurée, plus ou moins irrégulière.

Le bilan radiologique repose sur l'échographie endorectale, le scanner abdominopelvien et l'IRM avec antenne pelvienne. L'échographie endorectale confirme l'atteinte vésiculaire et précise les dimensions de la tumeur, le caractère solide ou liquide, l'échogénicité (anéchoïque comportant parfois des échos internes s'il y a eu infection ou hémorragie), l'uni- ou la bilatéralité et les rapports avec les organes de voisinage, notamment vessie et prostate. Le scanner précise la densité de la tumeur et ses rapports ainsi que le retentissement sur le haut appareil urinaire. À l'IRM, les kystes simples sont homogènes avec un hyposignal T1 et un hypersignal T2. Les tumeurs malignes ont un signal hétérogène en T1 et T2. Les hypersignaux en T1 et T2 sont en faveur de remaniement hémorragique ou de nécrose tumorale [3-5].

La confirmation diagnostique est basée sur les analyses histologiques, immunohistochimiques des pièces opératoires ou des fragments tissulaires obtenus par ponction-biopsie.

Parmi les 15 cas de cystadénome de la VS décrits dans la littérature, certains étaient de découverte fortuite avec une masse asymptomatique, d'autres ont été diagnostiqués à la suite d'une hématurie et des symptômes urinaires obstructifs. Des symptômes non spécifiques ont été également rapportés. La ponction-biopsie, réalisée dans certains cas, a été souvent peu concluante mais a permis, dans un cas, une surveillance pendant dix ans en confirmant le caractère bénin [1,2].

Le traitement des cystadénomes et des autres tumeurs bénignes peut ne consister qu'en une surveillance par TR et échographie endorectale si la tumeur est asymptomatique et l'histologie est connue. Le traitement n'est chirurgical que si la tumeur augmente de volume et devient responsable de signes cliniques gênants (rétention d'urine, infection récidivante...) [4-6].

Le traitement classique consiste à une vésicectomie. Ce type de chirurgie nécessite une préparation rectale et une antibioprophylaxie systémique. Différentes voies d'abord ont été proposées depuis la première vésicectomie décrite par Ullmann en 1889. Le choix est fonction des habitudes chirurgicales et de l'étendue de la lésion. Il peut s'agir d'une voie transpérinéale, trans-, para- ou rétrovésicale, voire transcoccygienne.

L'intérêt de la voie transpérinéale est d'offrir au patient des suites opératoires en principe plus simples. Elle 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 VS [3,6].

La voie transvésicale, décrite en 1968 par Walkers et Bowles, permet un abord des VS en réalisant une ouverture verticale de la paroi vésicale au-dessus du trigone. Après avoir incisé la paroi vésicale, on trouve facilement le plan de dissection. Les VS sont reconnues et disséquées en dehors sans difficulté [3,6].

La voie transpéritonéale rétrovésicale choisie pour notre patient est la plus utilisée. Elle consiste à une laparotomie médiane hypogastrique transpéritonéale. On expose la face postérieure de la vessie et du cul-de-sac de Douglas après avoir récliné les anses digestives vers le haut. On ouvre le péritoine transversalement entre vessie et rectum. La dissection est menée jusqu'au niveau de la base prostatique où l'on repère les VS et les ampoules déférentielles. La VS est alors mise en tension pour permettre la dissection du sommet et du bord externe. La vésicectomie se termine par une ligature au niveau de la jonction avec l'ampoule déférentielle.

La voie transcoccygienne est très peu utilisée du fait des risques majeurs de plaie rectale et de dysfonction érectile.

La vésicectomie laparoscopique, proposée par Carmignani pour l'ablation d'une VS kystique, est en cours de développement [6].

Certains kystes ont pu être traités par aspiration transpéritonéale et sclérose par injection d'une solution de glucosé

hypertonique. Pour notre patient, une ponction-aspiration a été réalisée initialement permettant la diminution du volume du kyste avant la vésicectomie.

Dans la littérature, tous les patients porteurs de cystadénome ont eu un traitement chirurgical à ciel ouvert. Diverses voies d'abord ont été décrites, y compris transpérinéale, transvésicale, paravésicale, rétrovésicale et transcoccygienne. Dans un cas, une cystoprostatectomie radicale avec entérocystoplastie a été réalisée [1].

Le traitement des tumeurs malignes est non univoque compte tenu de la rareté de ces tumeurs. Il repose sur la vésicectomie totale avec curage ganglionnaire iliaque, ou parfois une cystoprostatectomie totale. La radiothérapie est généralement indiquée en complément du traitement chirurgical. Une chimiothérapie comprenant l'adriamycine a été essayée et a permis d'obtenir des résultats favorables. Certains auteurs ont proposé des traitements hormonaux identiques à ceux connus pour le cancer de prostate (castration chirurgicale ou chimique) vu que la trophicité des VS dépend de l'imprégnation androgénique [3,5,9,11].

Les seuls vrais dangers opératoires, en dehors du risque hémorragique, sont les lésions des nerfs érecteurs et des uretères, vu que l'augmentation du volume des VS amène leur sommet à s'étendre vers le haut et à recouvrir la partie terminale de l'uretère. L'exérèse des VS doit être effectuée sous contrôle visuel permanent des uretères et bandelettes vasculonerveuses et accompagnée d'une hémostase rigoureuse.

Les complications précoces sont peropératoires le plus souvent. Il peut s'agir d'hémorragie, de plaie urétérale, de plaie rectale ou vésicale. Les complications tardives sont les troubles de l'érection et la stérilité par azoospermie en cas d'intervention bilatérale.

Le pronostic des lésions bénignes, et notamment celui du cystadénome, est souvent favorable. Un seul cas de récurrence a été noté dans la littérature après des suivis de 5 mois à 35 ans [1]. Celui des tumeurs malignes est péjoratif. Pour les formes métastatiques, la survie ne dépasse pas trois ans pour 70 % des patients en cas de sarcome et 95 % des patients en cas de carcinome [5].

Conclusion

Les cystadénomes des VS sont des lésions rares. Le diagnostic repose sur des critères cliniques, radiologiques, histologiques. Le traitement est chirurgical, mais n'est proposé que si la lésion est symptomatique. Les tumeurs malignes primitives sont exceptionnelles, de pronostic péjoratif, leur traitement repose sur la chirurgie, souvent associée à une prise en charge pluridisciplinaire.

Conflit d'intérêt : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

Références

1. Lorber G, Pizov G, Gofrit ON, Pode D (2011) Seminal vesicle cystadenoma: a rare clinical perspective. *Eur Urol* 60:388–91
2. Santos LD, Wong CS, Killingsworth M (2001) Cystadenoma of the seminal vesicle: report of a case with ultrastructural findings. *Pathology* 33:399–402
3. Morin G, Houlgatt A, Camparo P, et al (1998) Tumeur fibreuse solitaire des vésicules séminales : à propos d'un cas. *Prog Urol* 8:92–4
4. Desta M, Hubert J, Cormier L, et al (1996) Vésiculites et tumeurs des vésicules séminales. EMC, Urologie, 18-657-A-10
5. Chabchoub K, Danjou P, Fromontin C, Durand F (2008) Tumeurs des vésicules séminales. EMC Urologie 18-657-A-10
6. Paulhac P, Meria P, Cussenot O (1997) Anatomie et chirurgie des vésicules séminales. EMC, Techniques chirurgicales – Urologie 41:303
7. Fievet L, Boissier R, Villeret J, et al (2010) Schwannome kystique pelvien évoquant une tumeur de la vésicule séminale droite. *Prog Urol* 20:660–4
8. Grenier N, Trillaud H, Douws C, et al (1995) Imagerie de la pathologie non tumorale de la prostate et du carrefour urogénital. EMC, Radiologie et Imagerie médicale : génito-urinaire – gynéco-obstétricale – mammaire, 34-425-A-10
9. Thiel R, Effert P (2002) Primary adenocarcinoma of the seminal vesicles. *J Urol* 168:1891–6
10. Hermabessiere J (2006) Pathologies des vésicules séminales. *Andrologie* 16:46–9
11. Thyavihally YB, Tongaonkar HB, Gupta S, Gujral S (2007) Primary seminal vesicle adenocarcinoma presenting as isolated metastasis to penis responding to chemotherapy and hormonal therapy. *Urology* 69: 778.e1–3