

Plasmocytome solitaire de l'urètre

P. BONNET, J. de LEVAL, G. FILLET et M.C. GOLLAIRE

Mots clés : Urètre. Cancer. Plasmocytome extra-médullaire.

Introduction

Les localisations urogénitales des plasmocytomes sont peu fréquentes. Elles sont exceptionnelles lorsqu'elles sont primitives.

Cas clinique

Il s'agit d'un homme de 38 ans qui consulte en mars 1985 pour dysurie croissante avec nycturie, apparue cinq mois auparavant et pour urétrorragie survenant après la palpation du bulbe urétral. Le patient a remarqué depuis quelques semaines une induration de son urètre.

L'état général est excellent, le patient a une vie professionnelle et sexuelle tout à fait normale. Il n'a présenté aucune maladie particulière. On ne relève aucun antécédent d'urétrite ou de traumatisme urétral.

L'examen clinique est banal, mis à part l'induration du bulbe urétral.

L'urographie intraveineuse montre un haut appareil morphologiquement et fonctionnellement normal. L'urétrographie rétrograde et permictionnelle objective une sténose d'aspect chagriné au niveau de l'urètre bulbaire et pénoscrotal.

Le bilan biologique est strictement normal, en particulier le sang complet, l'urée, la créatinine, le calcium, la V.S., l'électrophorèse et l'immunoélectrophorèse des protéines plasmatiques et urinaires.

Une uréthroscopie est réalisée, sous anesthésie locale, avec biopsie. Elle montre une infiltration plasmocytaire sous-muqueuse avec dépôt de substance amyloïde. Le patient est mis sous Bactrim®.

On observe une amélioration clinique avec diminution de l'induration et disparition de la nycturie.

Une seconde biopsie, effectuée en avril 1985, confirme les premières observations anatomo-pathologiques. Par étude histo-immunologique des coupes (technique de l'immunoperoxydase), la population plasmocytaire apparaît monoclonale de type IgA, Lambda.

Un bilan d'extension comprenant Rx squelette, biopsies osseuses, ponctions de moelle se révèle négatif.

Le diagnostic de plasmocytome extra-médullaire solitaire est donc posé et le patient est traité par radiothérapie externe (Cobalt 60, 45 Greys répartis en quatre semaines et demie, à raison de $4 \times 2,5$ Greys par semaine).

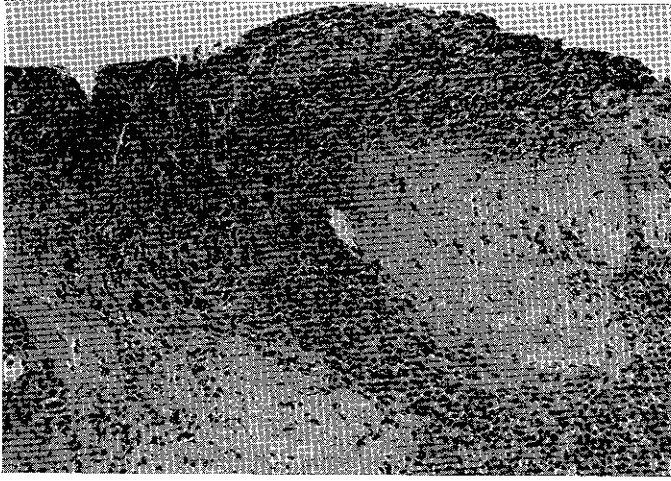
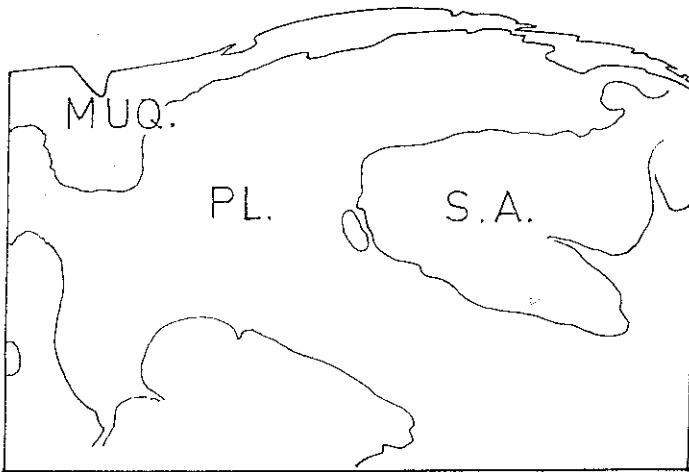


FIG. 1. — Coloration ordinaire (Safran).

- Infiltration plasmocytaire 55 muq.
- (AM
- Substance amyloïde.



MUQ. : muqueuse urothéliale ; PL. : plasmocytes ; S.A. : substance amyloïde.

Vingt mois après le traitement radiothérapique, les biopsies urétrales montrent la réapparition d'une prolifération plasmocytaire monoclonale.

Une uréctomie partielle avec urétrostomie périnéale est réalisée en mars 1987.

Après un recul de six mois, l'évolution locale est satisfaisante et on ne note aucun signe biologique ou clinique de myélome multiple.

Discussion

Les tumeurs plasmocytaires peuvent se présenter :

a) Soit sous forme diffuse :

— *Myélome multiple* : forme la plus fréquente.

— *Leucémie plasmocytaire*.

b) Soit sous forme localisée (moins de 10 % des tumeurs plasmocytaires :

— *Myélome solitaire* : lésion osseuse unique.

— *Plasmocytome extra-médullaire solitaire* : 82 % siègent au niveau des voies respiratoires supérieures et de la cavité orale, les autres se situant au niveau des poumons, des ganglions, de la rate, de la peau et du tube digestif, et exceptionnellement au niveau du foie, de la glande mammaire et du système urogénital.

Ces différentes tumeurs peuvent produire une γ -globuline et/ou une subunité polypeptidique de celle-ci, à caractère monoclonal (IgG, IgA, plus rarement IgD, E et M ; subunités kappa et lambda, protéine de Bence Jones). Certaines tumeurs sont non-sécrétantes (1 %, surtout en cas de myélome solitaire ou de plasmocytome extra-médullaire). Exceptionnellement, la sécrétion peut être biclonale (0,5 à 1 %).

Ces protéines sont mises en évidence par électrophorèse et immunoelectrophorèse du plasma et de l'urine. Les techniques immuno-histologiques (peroxydase) révèlent sur coupes les cellules responsables de cette synthèse et permettent de différencier les proliférations monoclonales (tumoraux) des proliférations polyclonales, réactionnelles.

La découverte d'un plasmocytome extra-médullaire impose la réalisation d'un bilan d'extension complet afin d'affirmer la nature primitive de la tumeur. Le myélome multiple peut en effet métastaser au niveau de la rate, du foie, des ganglions, du rein et plus rarement au niveau de la thyroïde, de la surrénale, de l'ovaire, du testicule, du poumon, de la plèvre, du péricarde, de la peau et du tube digestif.

Le diagnostic de plasmocytome extra-médullaire solitaire repose sur 4 critères :

1. Tumeur plasmocytaire prouvée par biopsie avec étude immunohistologique.
2. Biologie sanguine entièrement normale, sans stigmate d'atteinte rénale, sans hypercalcémie.
3. Electrophorèse et immunoelectrophorèse des protéines plasmatiques et urinaires normales ou, s'il existait un pic monoclonal lors du diagnostic, disparition de celui-ci après traitement de la lésion.
4. Contrôles radiologiques du squelette, histologie et immunohistologie de la moelle osseuse, normaux.

Le plasmocytome extra-médullaire solitaire est de meilleur pronostic que le myélome multiple, on observe plus de 50 % de survie à 10 ans avec des guérisons complètes possibles. Le pronostic semble plus favorable pour les formes siégeant au niveau des voies respiratoires supérieures et de la cavité orale.

Le traitement local comprend de la radiothérapie à dose adéquate après une éventuelle exérèse chirurgicale. Une chimiothérapie est parfois discutée en cas de dissémination subclinique (par exemple persistance d'un pic monoclonal après traitement local correctement effectué).

Le follow-up est basé sur l'examen biologique à la recherche d'une anémie, d'une atteinte rénale, d'une hypercalcémie ou d'un pic monoclonal à l'électrophorèse des protéines plasmatiques ou urinaires.

Les localisations extra-médullaires du myélome multiple sont traitées dans le cadre de la maladie plasmocytaire générale, c'est-à-dire, en fonction du stade de la maladie, par chimiothérapie (schéma V.M.C.P.) [Vincristine (Oncovin®), Melphalan (Alkeran®), Cyclophosphamide (Endoxan®), Prednisone]. Le pronostic du myélome multiple est plus sombre : le temps de survie moyen est de vingt-quatre à cinquante mois après le début du traitement.

Conclusion

La localisation urétrale du plasmocytome extra-médullaire solitaire est rarissime. Différentes localisations génito-urinaires ont été rapportées (urètre, testicule, vessie, rein). Ces tumeurs étant en elles-mêmes déjà rares, il convient lors de leur découverte de rechercher un myélome. La métastase extra-médullaire du myélome est plus fréquente, son traitement et son pronostic sont différents de ceux du plasmocytome extra-médullaire solitaire.

RESUME

Les plasmocytomes extra-médullaires solitaires se rencontrent le plus souvent au niveau des voies respiratoires supérieures. De rares observations de plasmocytome ont été faites au niveau du système génito-urinaire. Les auteurs rapportent le cas d'un plasmocytome isolé de l'urètre, traité par radiothérapie locale et chirurgie.

Le plasmocytome extra-médullaire solitaire est replacé dans le cadre des tumeurs plasmocytaires; ses critères diagnostiques, son traitement et son évolution sont revus.

P. Bonnet
Service d'Urologie
CHU Sart-Tilman
B-4000 Liège (Belgique)

ABSTRACT

Solitary plasmocytoma of the uretra.

Solitary extra-medullary plasmocytomas are mostly located in the upper respiratory airways. Genito-urinary localizations have been rarely described.

The authors report one case of solitary plasmocytoma of the urethra which was treated by external radiotherapy and surgery. A review of the diagnosis, treatment, evolution and prognosis is given.

BIBLIOGRAPHIE

- WINTROBE M.M. *Clinical hematology*. Ed. Lea and Febiger, Philadelphia, 1981, eight edition, pp. 70-71.
- BEGUIN Y., BURY J. Plasmacytoma of the thyroid. *Case report study with immunoperoxidase technique and review of the literature*. ULg Belgium.
- KANDELI L.B. Renal plasmacytoma: a case report and summary of reported cases. *J. Urol.*, December 1984, 132.
- de LEVAL J. Myélome du testicule. *Acta urol. belg.*, 1972, 40, 597-603.
- CHAITIN B.A. Hematologic neoplasms with initial manifestations in lower urinary tract. *Urology*, 1984, XXIII, nr. 1.
- CAMPBELL C.M. Plasmacytoma of the urethra. *J. Urol.*, May 1982, 127.
- CONSTANTIAN H.M., WYMAN P. Localized amyloidosis of the urethra: report of a case. *J. Urol.*, November 1980, 124.
- JASPER O., GREGSON M. Extra-medullary plasmacytoma of the kidney. *Br. J. Radiol.*, 1984, 57, 95-97.
- KRAJ M., MAJ S., WRONSKI D., LETOWSKA M. Solitary and multiple plasmacytoma. *Acta Med. Pol.*, 1982, 28, 1-2.
- TAYLOR R.E., DUCAN W., PARKER A.C. Bilateral testicular plasmacytoma. *Clin. Radiol.*, 1986, 37, 293-294.
- NEAL M.H., SWEARINGEN M.L., GAWRONSKI L., COTELINGAM J.D. Myeloma cells in the urine. *Arch. Path. Lab. Med.*, 1985, 109, 870-872.
- HAUTZER N.W. Primary plasmacytoma of ovary. *Gynecol. Oncol.*, 1984, 18, 115-118.
- WOMEY T.B.P., KATZ D. Computed tomography in the diagnosis of extramedullary plasmacytoma. *J. Comput. Tomogr.*, 1983, 7, 407-409.