

# Carcinome papillaire kystique chez un homme de 48 ans :

## à propos d'un cas et revue de la littérature

S.M.A. CHELEF <sup>(1)</sup>, A. KADRI <sup>(2)</sup>,  
 (1) Service d'Urologie, EPH Ahmed Medeghri, Saïda.  
 (2) Laboratoire d'Anatomopathologie.

### Résumé

Le carcinome papillaire représente 10 à 15% des carcinomes à cellules rénales. Le démantèlement de cette entité en fonction de ses caractéristiques histologiques et cytogénétiques fait depuis plusieurs années l'objet de multiples bouleversements (classification en type 1 ou basophile et type 2 ou éosinophile). Les tumeurs kystiques du rein représentent 5 à 7% des cas et sont essentiellement représentées par le carcinome rénal à cellules claires. Nous rapportant dans cet article le cas d'un carcinome papillaire kystique chez un patient âgé de 48 ans aux antécédents de péritonite appendiculaire qui s'est présenté en consultation pour une masse rénale gauche découverte fortuitement sur une échographie abdominale réalisée à l'occasion de douleurs abdominales. L'examen clinique à son admission retrouvait un patient en bon état général, apyrétique. L'examen abdominal à l'inspection retrouvait une cicatrice de laparotomie médiane, avec un contact lombaire positif à la palpation. L'uroscanner a mis en évidence une volumineuse formation kystique rénale gauche polaire supérieure avec une composante tissulaire mesurant 10 cm/8,5 cm classée Bosniak 4, prenant faiblement le contraste, avec effraction capsulaire sans envahissement veineux ni adénopathies régionales. Un scanner thoracique réalisé ultérieurement n'a pas objectivé de localisations secondaires. On a réalisé une néphrectomie totale élargie gauche par voie d'abord sous costale. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a objectivé un carcinome papillaire de type 2 infiltrant la graisse périrénale. Les marges chirurgicales étaient négatives.

#### >>> Mots-clés :

Carcinome papillaire, kystique, rein, type 2, néphrectomie élargie.

### Abstract

Papillary carcinoma accounts for 10 to 15% of renal cell carcinomas. The dismantling of this entity according to its histological and cytogenetic characteristics has for several years been subject to multiple upheavals (classification in type 1 or basophilic and type 2 or eosinophilic). Cystic kidney tumors account for 5 to 7% of cases and are mainly represented by renal clear cell carcinoma. We report in this article the case of papillary carcinoma of a cystic papillary carcinoma in a 48-year-old patient with a history of appendicular peritonitis who presented in consultation for a left renal mass accidentally discovered on an abdominal ultrasound performed for abdominal pain. The clinical examination at his admission found a patient in good general condition, afebrile. The abdominal examination at the inspection found a scar of median laparotomy, with positive lumbar contact on palpation. CT scan showed a voluminous left renal superior polar cystic formation with tissue component measuring 10 cm/8.5 cm, with low contrast; capsular intrusion without venous invasion or regional lymphadenopathy. A chest CT scan performed later did not show secondary tumours. An enlarged total left nephrectomy was performed via subcostal incision. Histological examination revealed type 2 papillary carcinoma infiltrating perirenal fat, with negative surgical margins.

#### >>> Key-words :

Papillary carcinoma, cystic, kidney, type 2, enlarged nephrectomy.

## Introduction

Les carcinomes papillaires représentent 10 à 15% des carcinomes à cellules rénales. Ils sont plus fréquents chez l'homme que chez la femme (sex-ratio : 8/1). L'âge moyen se situe dans la sixième décennie. Les carcinomes papillaires sont souvent multiples et parfois bilatéraux. Les tumeurs kystiques de rein représentent 5 à 7% des cas et sont essentiellement représentées de carcinome rénal à cellules claires.

Les carcinomes papillaires kystiques étant moins fréquents, représentent 25% des tumeurs rénales kystiques et se développent souvent chez les hémodialysés qui présentent une dysplasie multikystique acquise.

## Patient et observation

Nous rapportons le cas d'un patient de 48 ans aux antécédents de péritonite appendiculaire qui s'est présenté en consultation pour une masse rénale gauche découverte fortuitement sur une échographie abdominale réalisée à l'occasion de douleurs abdominales.

L'examen clinique à son admission retrouvait un patient en bon état général, apyrétique stable sur le plan hémodynamique. L'examen abdominal à l'inspection retrouvait une cicatrice de laparotomie médiane, avec un contact lombaire positif à la palpation.

L'uroscanner a mis en évidence une volumineuse formation tumorale mixte à composante liquidienne et charnue, polaire supérieure rénale gauche de 10 cm/8,5 cm prenant faiblement le contraste, avec effraction capsulaire sans envahissement veineux ni adénopathies rénales. Un scanner thoracique réalisé ultérieurement n'a pas objectivé de localisations secondaires.

On a réalisé une néphrectomie totale élargie gauche par voie d'abord sous costale. L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a objectivé un carcinome papillaire de type 2 infiltrant la graisse périrénale. Les marges chirurgicales étaient saines.

## Discussion

Le carcinome papillaire à cellules rénales est désormais une entité aux caractéristiques morphologiques, immunohistochimiques et cytogénétiques distinctes.

Le carcinome papillaire à cellules rénales a été individualisé à partir d'autres carcinomes à cellules rénales par son architecture à prédominance papillaire ou tubulo-papillaire (> 75% de la tumeur).

En 1976, Mancilla-Jinenez et al., ont pour la première fois, étudié l'aspect clinico-pathologique et radiologique de ces tumeurs et décrit leur meilleur pronostic par

rapport à d'autres carcinomes à cellules rénales non papillaires<sup>[1]</sup>.

Delahunt relance l'étude de ce type histologique en distinguant formellement en 1997 deux sous-types histologiques<sup>[2,3]</sup> : le type 1 correspond aux tumeurs à cellules basophiles de petite taille avec cytoplasme réduit, petit noyau ovale, discret nucléole formant une seule assise de cellules le long de la membrane basale.

Ce type est corrélé à des tumeurs de bas grade et stade de Robson et à une multifocalité importante. Le type 2 correspond aux tumeurs à cellules éosinophiles de plus grande taille avec cytoplasme abondant, noyau sphérique et large nucléole. Ce type est corrélé à des tumeurs de haut grade, apparaissant de plus grande taille, unifocales et corrélé à un moins bon pronostic.

Les carcinomes papillaires sont généralement bien circonscrits, globulaires avec une surface friable ou granulaire. Ils sont généralement associés à une hémorragie et une nécrose. La dégénérescence kystique peut être observée, mais la présentation comme un kystique entier est rare.

Certaines caractéristiques radiologiques, notamment le caractère de la paroi de la lésion, la présence de septa, des calcifications, des végétations et le rehaussement suggèrent un diagnostic particulier. La classification de Bosniak est utilisée pour définir radiologiquement la probabilité que le kyste soit bénin ou malin.

À l'examen tomodynamométrique, avant injection les carcinomes papillaires ont un aspect homogène, à contours bien définis. L'interface avec le parenchyme environnant est nette. Classiquement la tumeur est iso- ou hypodense par rapport au parenchyme adjacent. Ces lésions peuvent être le siège de calcifications dans un tiers des cas d'aspect punctiforme et de topographie centrale. Après injection du produit de contraste, le rehaussement est faible, uniforme et homogène<sup>[4]</sup>.

En imagerie par résonance magnétique, les tumeurs tubulo-papillaires apparaissent typiquement homogènes en isosignal, mais peuvent se présenter en discret hypo- ou hypersignal par rapport au cortex adjacent.

Le rehaussement après injection du Gadolinium est faible et homogène. Il est significatif s'il dépasse 10 à 15 UH<sup>[5]</sup>. L'échographie de contraste est un examen permettant une étude dynamique et en temps réel du rehaussement lésionnel.

Il offre une meilleure visualisation des septas et des cloisons ainsi qu'une meilleure appréciation de leur rehaussement. Park et al., rapportent une précision diagnostique de

74% au scanner versus 90% en échographie de contraste [6]. Sur le plan thérapeutique, la néphrectomie élargie représente le traitement de référence du fait du risque de la récurrence locale et de la multifocalité indétectable sur le bilan préopératoire [7].

Récemment, des équipes ont démontré la faisabilité de la néphrectomie partielle pour les lésions kystiques comparée aux tumeurs solides. Néanmoins ces études portent sur de faibles cohortes de patients, ne se comparent pas à la voie ouverte, et ne rapportent pas les ruptures peropératoires des kystes [8].

## Conclusion

Les carcinomes papillaires à cellules rénales représentent une entité aux caractéristiques cliniques, histologiques et cytogénétiques distinctes [9].

Ils ont un meilleur pronostic en comparaison avec les carcinomes à cellules claires. Il s'agit de lésions pouvant présenter une difficulté diagnostique, ce qui nécessite de pousser les investigations devant toute image kystique suspecte.

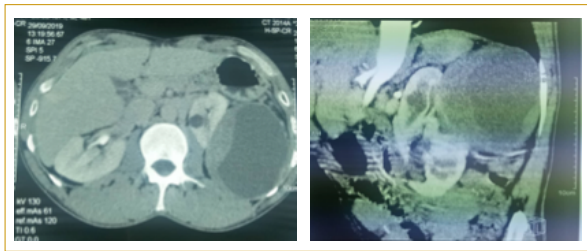


Figure 1 : Uroscanner montrant une volumineuse formation tissulaire polaire supérieure rénale gauche de 10 cm/8,5 cm. A. Coupe axiale. B. Coupe coronale.

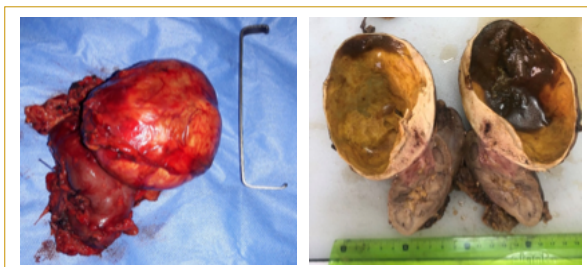


Figure 2 : A. Pièce opératoire de néphrectomie élargie intacte faisant 582g. B. Pièce opératoire de néphrectomie élargie ouverte.

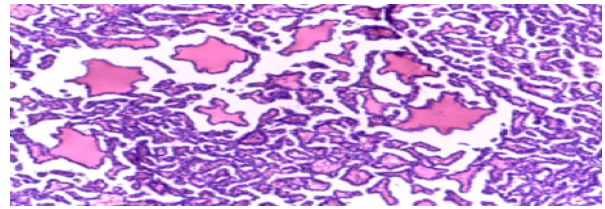


Figure 3 : Carcinome tubulo-papillaire type 2 : prolifération carcinomateuse adoptant une architecture papillaire, faite d'axes vasculaires élargis, tapissés de plusieurs couches de cellules éosinophiles à noyaux arrondis atypiques mal limités parfois hyperchromatiques encochés finement nucléolés.

## Date de soumission

08 Décembre 2020.

## Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Iconographie

Collection personnelle de l'auteur.

## Références

- Mancilla-Jimenez R, Stanley RJ, Blath RA. Papillary renal cell carcinoma: a clinical, radiologic, and pathologic study of 34 cases. *Cancer*. 1976 Dec; 38(6): 2469-2480. PubMed | Google Scholar
- Delahunt B, Eble JN. Papillary renal cell carcinoma: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 105 tumors. *Mod Pathol*. 1997; 10(6): 537-544. PubMed | Google Scholar
- Delahunt B, Eble JN, McCredie MR, Bethwaite PB, Stewart JH, Bilous AM. Morphologic typing of papillary renal cell carcinoma: comparison of growth kinetics and patient survival in 66 cases. *Hum Pathol*. 2001 Jun; 32(6): 590-595. PubMed | Google Scholar
- Herts BR, Coll DM, Novick AC, Obuchowski N, Linnell G, Wirth SL, Baker ME. Enhancement characteristics of papillary renal neoplasms revealed on triphasic helical CT of the kidneys. *AJR Am J Roentgenol*. 2002 Feb; 178(2): 367-372. PubMed | Google Scholar
- Nikken JJ, Krestin GP. Magnetic resonance in the diagnosis of renal masses. *BJU Int*. 2000 Jul; 86 Suppl 1: 58-69. PubMed | Google Scholar
- Assessment of cystic renal masses based on Bosniak classification: comparison of CT and contrast-enhanced US. *Eur J Radiol* 2007; 61(2) 310-4. PubMed | Google Scholar
- Whang M, O'Toole K, Bixon R, Brunetti J, Ikeguchi E, Olsson CA, Sawczuk TS, Benson MC. The incidence of multifocal renal cell carcinoma in patients who are candidates for partial nephrectomy. *J Urol*. 1995 Sep; 154(3): 968-970; discussion 970-971. PubMed | Google Scholar
- Laparoscopic partial nephrectomy for cystic masses. *The Journal of Urology*, 2005, vol. 174, no 2, p. 614-619. PubMed | Google Scholar
- Punga-Maole ML, Hubert J, Grignon Y, Floquet J, Mangin P. Les tumeurs tubulo-papillaires du rein. Particularités cliniques, histologiques et cytogénétiques. A propos de 15 nouvelles observations. *Prog Urol*. 1994 Dec; 4(6): 977-986. PubMed | Google Scholar