

CASE REPORT

LE LEIOMYOME RENAL A PROPOS D'UN CAS

R. REDOUANE, M.H. MEZZOUR, H. FEKAK, H. GUESSOUS, M. BENJELLOUN, A. JOUAL, S. BENANI ET M. EL MRINI
Service d'Urologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

MOTS CLES: rein, léiomyome, imagerie

OBSERVATION

Mme H.M., âgée de 54 ans, ayant consulté pour des douleurs lombaires gauches isolées, l'examen physique a retrouvé une sensibilité de la fosse lombaire gauche sans contact lombaire. L'échographie a montré deux formations nodulaires hyperéchogènes de 11 mm de grand diamètre au niveau du parenchyme rénal gauche. La tomodensitométrie (TDM) rénale a retrouvé une formation tissulaire du pôle supérieur du rein gauche mesurant 37 X 32 X 28 mm bien limitée modérément rehaussée par le contraste à développement endo et exorénal sans nécrose ni calcifications tumorales ni envahissement loco régional (Fig 1, 2). L'intervention a consisté en une néphrectomie totale élargie (NTE) avec des suites simples. L'étude anatomo-pathologique et immuno-histochimique (IHC) de la pièce de NTE ont conclu à un léiomyome sous-capsulaire d'exérèse complète (Fig. 3,4).

DISCUSSION

Le léiomyome rénal est une tumeur mésoenchymateuse bénigne, inhabituelle, large et solitaire développée à partir des cellules du muscle lisse présentes dans la capsule rénale, le bassinet ou les vaisseaux intra rénaux^{1,2}. Elle pose souvent des problèmes de diagnostic différentiel avec les tumeurs malignes malgré le développement de l'imagerie³. Le recours à la chirurgie radicale qu'est la NTE s'avère indispensable et l'étude histopathologique de la pièce d'exérèse permet de poser le diagnostic de léiomyome rénal.

Le léiomyome du rein représente 5% de toutes les tumeurs rénales et se rencontre plus

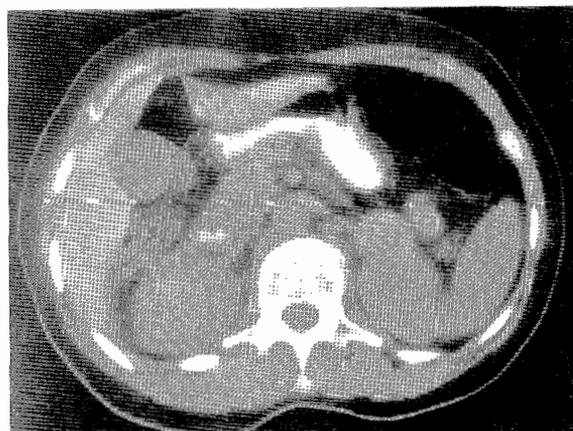


Fig. 1: Tomodensitométrie (TDM) rénale sans injection de produit de contraste (PDC) montrant une formation tissulaire du pôle supérieur du rein gauche bien limitée à développement endo et exorénal.



Fig. 2: TDM avec injection de PDC montrant un rehaussement de la densité de la masse

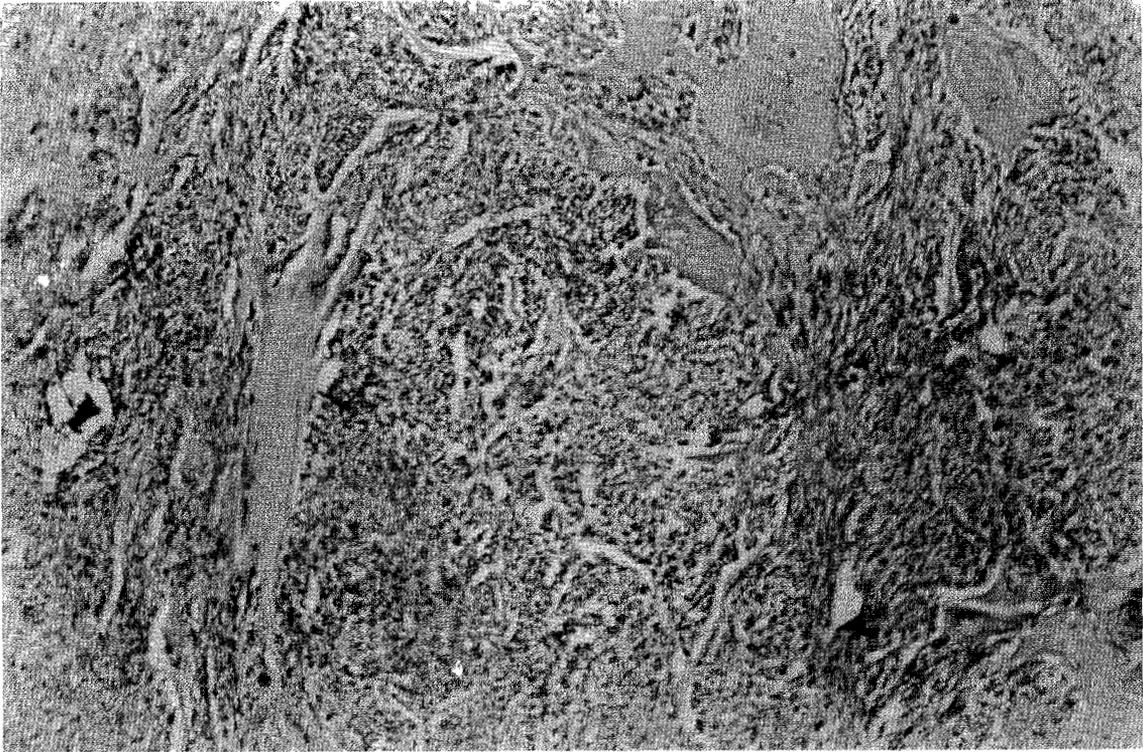


Fig. 3: Prolifération fuso-cellulaire léiomyomateuse (HE, G200)

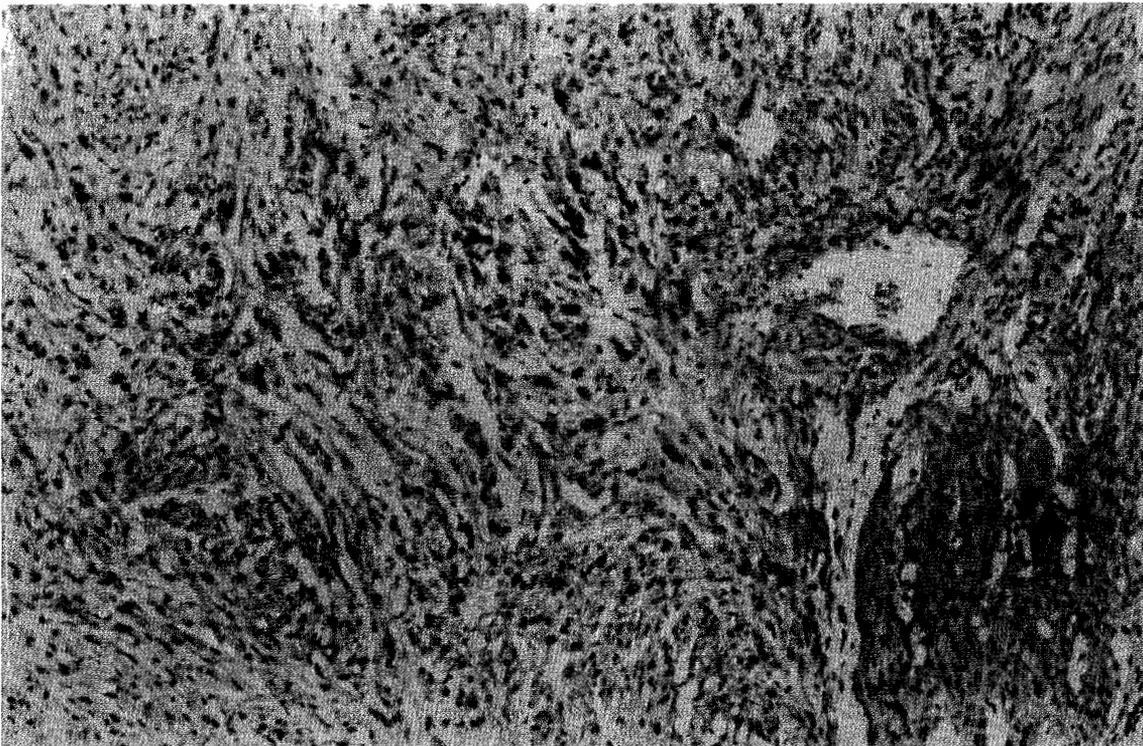


Fig. 4: Illustration immuno-histochimique (IHC): Confirmation de la nature musculaire par la desmine (marquage cytoplasmique, G 200)

souvent chez la femme (77%) entre la 2ème et la 5ème décade de la vie avec une moyenne de 46 ans^{2,4,5}. Il peut siéger dans l'ensemble des voies urinaires et au niveau du rein. Il peut être localisé au niveau capsulaire, parenchymateux comme il peut être à point de départ vasculaire⁶⁻⁸.

Généralement la découverte est fortuite car souvent asymptomatique, rarement le tableau clinique comporte des douleurs lombaires et/ou hématurie^{6,10,11}. L'aspect radiologique ne permet pas d'affirmer la bénignité des lésions, on peut avoir des lésions kystiques pures, solido kystiques ou parfois entièrement solides. La TDM retrouve une masse kystique ou de multiples masses au niveau du sinus et du hile rénal^{1,5,6}. Les léiomyomes rénaux sont habituellement bien limités. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'apporte pas plus d'informations que la TDM, en effet, elle révèle une masse homogène intense en T1 et de faible intensité hétérogène en T2¹¹. L'angiographie sélective retrouve des tumeurs hypovascularisées voir avasculaires^{3,5,6,12,13}. Le tableau clinique et radiologique des léiomyomes est identique à celui des tumeurs malignes du rein en particulier le léiomyosarcome¹⁴. En l'absence de certitude diagnostique et en dehors de traitement conservateur de nécessité l'ensemble des auteurs préconise le traitement radical par NTE dans un but de diagnostic positif et différentiel et aussi thérapeutique. L'étude anatomo pathologique de la pièce de néphrectomie permet de poser le diagnostic de léiomyome rénal par les données de l'IHC par l'expression de l'actine muscle lisse de façon diffuse et d'écarter les autres diagnostics notamment le fibrome, l'angiomyolipome, le néphrome mésoblastique et le léiomyosarcome et surtout l'adénocarcinome⁵. Après le traitement le pronostic demeure excellent¹⁴.

En conclusion, le problème majeur du léiomyome rénal demeure l'échec des investigations radiologiques même les plus récentes pour poser le diagnostic positif d'où la néces-

sité au recours à la chirurgie radicale qui permet seule de confirmer le diagnostic.

BIBLIOGRAPHIE

1. Corroy JS, Peilleron B, Six A *et al.* Pedicular leiomyoma of the kidney. A propos of a case. *J Urol* 1989, 95:72.
2. Steiner M, Goldman SM, Millmond S *et al.* Leiomyoma of the kidney. *J Urol* 1990, 143:994.
3. Delahunt B, nacey JN, Ferguson AF. Giant sclerosing leiomyoma of bladder presenting as chronic renal failure. *Urology* 1991, 37:270.
4. Imazu T, Nishimura K, Tsujimura A *et al.* Leiomyoma of the kidney: a case report. *Hinyokika Kyo* 1994, 40:519.
5. Joual A, Guessous H, Rabii R *et al.* Renal leiomyoma. Case report. *Ann Urol* 1999, 33:407.
6. Ko SF, Ng SH, Tsai CC *et al.* Cortical renal leiomyoma with extension to renal pelvis. *Abdom Imaging* 1994, 19:70.
7. Uchida K, Shibahara T, Hoshina A *et al.* A case of renal capsular leiomyoma. *Hinyokika Kyo* 1999, 45:703.
8. Yajima I, Kawamura N, Tomita M *et al.* A case of renal leiomyoma with extensive cystic degeneration. *Hinyokika Kyo* 1989, 35:1391.
9. Mohammed AY, Matthew L, Harmse JL *et al.* Multiple leiomyoma of the renal capsule. *Scan J Urol Nephrol* 1999, 33:138.
10. Montoya Lirola MD, Garcia Tabar PJ, Gutierrez Diez JM *et al.* Symptomatic renal leiomyoma. *Arch Esp Urol* 1993, 46:833.
11. Mounic V, Paillet C, Feil C *et al.* Renal leiomyoma. A propos of a case. *J Urol* 1989, 95:239.
12. Sakai N, Yamada T, Murayama T *et al.* Renal leiomyoma: a case report. *Hinyokika Kyo* 1996, 42:667.
13. Yoshida M, Inoue S, Yanagisawa R *et al.* A case of multiple renal leiomyoma located at renal sinus and hilus. *Hinyokika Kyo* 1990, 36:937.
14. Kanno H, Senga Y, Kumagai H, Tanaka Y. Two cases of leiomyoma of the kidney. *Hinyokika Kyo* 1992, 38:189.

Tirés à part:

Dr. Redouane Rabii; 26 Rue de Rome, angle d'Amsterdam; Résidence Rime; Casablanca; Morocco
rrabii@urologues.com