

RAPPORTS DE CAS

ONCOCYTOME RENAL GEANT

N. HAOUAS¹, A. YOUSSEF¹, W. SAHRAOUI³, I. THABET², N. BEN SORBA¹, M. JAIDANE¹
ET A. T. MOSBAH¹

¹Services d'Urologie, ² Radiologie, Hôpital Sahloul, ³Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Farhat-Hached, Sousse, Tunisie

INTRODUCTION

L'oncocytome rénal est une tumeur bénigne, rare de 5 cm en moyenne selon la littérature¹. Il représente environ 5% des masses solides du rein. La biopsie percutanée constitue le seul moyen de diagnostic préopératoire certain. Toutefois, sa place reste discutable si la lésion est accessible à un geste chirurgical simple complet et conservateur.

Le but de ce travail est de rapporter l'observation d'une volumineuse tumeur oncocytaire du rein et d'en discuter les caractéristiques morphologiques et l'attitude thérapeutique.

OBSERVATION

Mr. Y. A., âgé de 66 ans, sans antécédents médicaux ou chirurgicaux particuliers, a présenté une lombalgie gauche à type de pesanteur évoluant depuis 10 ans, d'accroissement progressive. L'examen physique a trouvé un bon état général, une TA = 13/8 cm Hg, une masse lombaire gauche débordant le rebord costal de 15 cm et donnant le contact lombaire. La fonction rénale était correcte avec une créatininémie à 81 µ mol/l. L'exploration morphologique (échographie, tomodensitométrie abdominale) a objectivé une masse rénale gauche, bien limitée, mesurant 21 cm de grand axe, de densité hétérogène en contraste spontané (Fig. 1) et

se rehaussant de façon intense après injection de produit de contraste déterminant un aspect d'image stellaire centrale (Fig. 2) sans envahissement veineux ou ganglionnaire. Le bilan d'extension était négatif. Une néphrectomie élargie gauche était réalisée par voie sous costale. Les suites opératoires étaient simples. Macroscopiquement, la tumeur était nettement circonscrite, totalement encapsulée, de forme ovalaire. Sa couleur était brun acajou. Il n'y avait pas de remaniements nécrotiques ou hémorragiques avec présence d'une cicatrice fibreuse centrale d'aspect stellaire (Fig.3). L'examen histologique a confirmé le diagnostic d'oncocytome rénal. L'évolution était favorable avec un recul de deux ans.

DISCUSSION

L'oncocytome du rein est une tumeur bénigne². Elle représente 3.2 à 7% des néoplasies épithéliales primitives du rein³. L'oncocytome constitue une entité clinico-pathologique bien déterminée. De ce fait, il faut la différencier du carcinome à cellules chromophobes². L'origine de l'oncocytome à partir du néphron reste encore mal élucidée. Cependant, la littérature récente suggère une origine tubulaire distale et des tubes collecteurs et plus précisément à partir des cellules intercalaires de type A du tube collecteur².

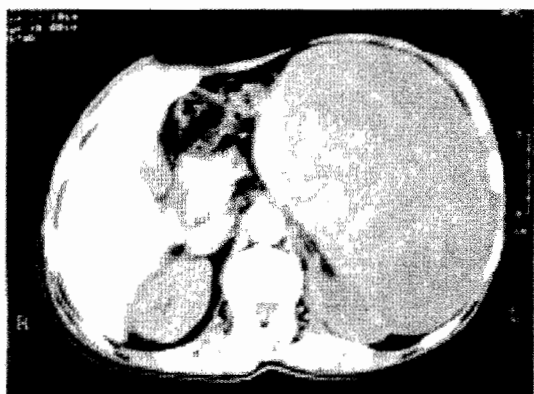


Fig. 1: TDM abdominale avant injection de produit de contraste : masse rénale gauche mesurant 21 cm de grand axe, isodense au parenchyme rénal.

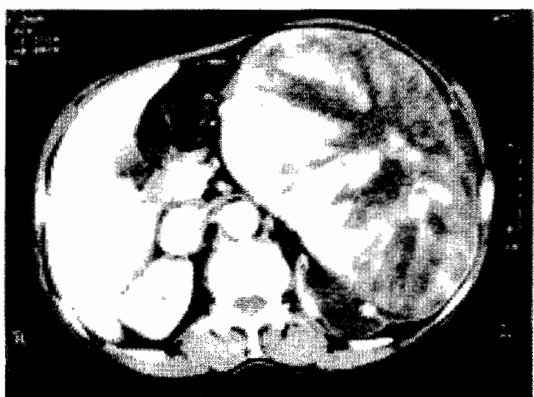


Fig. 2: TDM abdominale après injection de produit de contraste: tumeur rénale gauche, se réhaussant de façon intense sans nécrose ni hémorragie.



Fig. 3: Coupe macroscopique : présence de cicatrice fibreuse centrale.

L'étiopathogénie est en train d'être éclaircie grâce aux études cytogénétiques et de biologie moléculaire récentes. L'explication la plus plausible est une accumulation massive de mitochondries dans le cytoplasme. Actuellement, Jhang¹ détermine essentiellement deux groupes d'oncocytome du rein, le premier défini par l'absence de l'un ou des deux chromosomes (Y,1) et le deuxième caractérisé par un réarrangement structural incluant la région de codage mitochondrial du DNA: 11q12 ~ q13. L'analyse immunohistochimique réalisée par Jhang¹ a objectivé une sur expression de la protéine « Cycline D1 » produite par le gène CCND1 dans le sous groupe d'oncocytome rénal avec translocation 11q13. Récemment, Zubakov⁴ a montré que dans les oncocytomes rénaux, il existe une up-régulation d'une nouvelle isoforme du gène DLG2 qui pourrait être un gène candidat pour le diagnostic différentiel de l'oncocytome rénal, alors que la forme habituelle du gène DLG2 est down-régulée

Cliniquement, l'oncocytome rénal est de découverte fortuite dans deux tiers des cas. Ailleurs, les patients consultent pour une hématurie, une douleur lombaire ou une masse palpable comme c'était le cas de notre malade, devenu gêné par une déformation de son flanc gauche. L'oncocytome touche surtout le sujet âgé autour de la soixantaine². Le sex ratio est de 1.6 homme/ 1 femme³. La forme familiale concerne 5% des oncocytomes rénaux³.

Les localisations bilatérales et multifocales demeurent rares (4 à 6%). La répartition est équivalente au niveau des deux reins, les deux pôles peuvent être intéressés³. La taille moyenne est de 4.9 ~ 2.7⁵, 6~2.8cm¹. Dans la littérature, les tumeurs les plus volumineuses mesurent 15cm¹ et 20cm⁶. La tumeur dans notre observation mesure 21 cm de grand axe.

La disponibilité de l'échographie et du scanner ont permis d'augmenter l'incidence de l'oncocytome rénal asymptomatique⁷. Les moyens d'exploration radiologique contribuent au diagnostic d'oncocytome du rein. En effet, l'urographie intraveineuse découvre le plus souvent un syndrome tumoral avec surtout une anomalie du contour rénal plutôt qu'une désorganisation de l'architecture pyélocalicielle⁸. A l'échographie, l'aspect d'une formation tumorale solide, bien limitée, homogène, de petite taille (moins de 5,5 cm), isoéchogène au parenchyme rénal doit attirer l'attention de l'opérateur vers la possibilité d'un oncocytome rénal. L'échostructure peut devenir hétérogène avec, en particulier, une zone centrale hypoéchogène en rapport avec la fibrose centrale en cas de tumeur volumineuse⁶. Pour les tumeurs de plus que 6 cm, les auteurs ne suggèrent pas de différenciation échographique avec le cancer du rein qui demeure 20 fois plus fréquent que l'oncocytome⁶.

La tomodensitométrie (TDM) est l'examen de choix pour l'étude des masses rénales. La densité de l'oncocytome est similaire à celle du parenchyme rénal. Après injection de produit de contraste, l'atténuation homogène de contraste au sein de la tumeur et l'apparition d'une zone centrale étoilée de prise de contraste plus faible sont des éléments prédictifs d'oncocytome⁹. En outre, la TDM permet de préciser les caractéristiques morphologiques de la tumeur (contours réguliers, limites nettes, absence de zone de nécrose ou d'hémorragie) et d'établir le bilan d'extension locorégionale⁹.

L'angiographie aide au diagnostic en révélant une tumeur bien circonscrite dépourvue de vascularisation anarchique avec un temps néphrographique homogène. Cependant, il s'agit d'un examen invasif qui ne suggère l'oncocytome que dans 25 à 50% des cas. C'est la raison pour laquelle l'angiographie n'est pas de pratique courante⁶.

A l'imagerie par résonance magnétique (IRM), l'aspect d'une masse homogène, encapsulée, siège d'une cicatrice fibreuse centrale sans nécrose, ni hémorragie avec un hyposignal en T1 qui augmente d'intensité en T2 évoque fortement l'oncocytome rénal¹. Après corrélation avec l'aspect de l'oncocytome à l'IRM, Shriki¹⁰ a mis en évidence pour la première fois une hyperfixation du 1-(11)C acétate sur cette tumeur lors de la tomographie à émission de positrons. Cet examen, non invasif, pourrait fournir un argument de plus en faveur de l'oncocytome en préopératoire.

Le diagnostic certain demeure histologique en montrant l'agencement de cellules en travées, bien délimitées par des fins septa fibreux. Ces cellules sont appelées «oncocytes» caractérisées par leur grande taille avec un rapport nucléoplasmique faible et un cytoplasme acidophile granuleux. La cicatrice fibreuse centrale correspond à une zone acellulaire formée de larges bandes de tissu fibreux. Elle est retrouvée dans 54% des cas. Pour poser le diagnostic de tumeur oncocytaire du rein, il faut que la tumeur soit constituée d'oncocytes à 100%¹¹. Le potentiel malin de l'oncocytome fait l'objet de débat dans la littérature. Cependant, la plupart des auteurs s'accordent sur sa bénignité avec un excellent pronostic à long terme^{3,6,11,12}.

En revanche, l'association de l'oncocytome à un cancer du rein est bien établie, ce qui rend le pronostic fonctionnel rénal réservé notamment en cas de rein unique anatomiquement ou fonctionnellement ou dans les formes bilatérales⁷. Puisque le diagnostic préopératoire de l'oncocytome rénal ne peut pas être certain sur les données de l'imagerie, la sanction thérapeutique est habituellement une néphrectomie élargie en particulier pour les grosses tumeurs. Lorsque la tumeur ne dépasse pas 4 cm et est unifocale, bien limitée avec des caractéristiques radiologiques de bénignité, une chirurgie conservatrice constitue le traitement de choix de l'oncocytome

rénal, d'autant plus qu'il s'agit d'une tumeur bénigne⁷.

En conclusion, l'oncocytome rénal est une tumeur bénigne et rare, composé d'oncocytes. Sa caractéristique est sa grande latence clinique expliquant les formes découvertes avec une taille tumorale importante ainsi que la fréquence des découvertes fortuites.

La néphrectomie élargie demeure l'attitude préconisée en l'absence d'un diagnostic préopératoire certain malgré l'apport précieux des moyens de l'imagerie. Chaque fois que l'oncocytome rénal est évoqué devant des signes d'appel cliniques et radiologiques, il faut envisager la chirurgie conservatrice, moyen thérapeutique de référence.

Le traitement pourrait bénéficier de l'apport des modalités d'exérèse à base d'énergie telle que la cryothérapie ou la radiofréquence qui substitueraient une chirurgie agressive.

BIBLIOGRAPHIE

- Jhang JS, Narayan G, Murty VV, Mansukhani MM. Renal oncocytomas with 11q13 rearrangements: cytogenetic, molecular, and immunohistochemical analysis of cyclin D1. *Cancer Genet.Cytogenet.* 2004 Mar;149(2):114-119.
- Descotes JL, Pasquier D, Bayle F, Teil E, Rambeaud JJ. Tumeur a cellules oncocytaires sur transplant renal: quelle prise en charge? [Management of oncocytoma in transplanted kidney]. *Prog.Urol.* 2001 Feb;11(1):91-94.
- Al Saleem T, Cairns P, Dulaimi EA, Feder M, Testa JR, Uzzo RG. The genetics of renal oncocytosis: a possible model for neoplastic progression. *Cancer Genet.Cytogenet.* 2004 Jul 1;152(1):23-28.
- Zubakov D, Stupar Z, Kovacs G. Differential expression of a new isoform of DLG2 in renal oncocytoma. *BMC Cancer* 2006;6:106.
- Chao DH, Zisman A, Pantuck AJ, Freedland SJ, Said JW, Beldegrun AS. Changing concepts in the management of renal oncocytoma. *Urology* 2002 May;59(5):635-642.
- Tan YM, Yip SK, Li MK. Clinics in diagnostic imaging (36). Benign renal oncocytoma. *Singapore Med.J.* 1999 Apr;40(4):314-316.
- Hajri M, Ben Moualli S, Gelloub H, Zermani R, Ben Jilani S, Ayed M. L'oncocytome du rein. A propos de sept cas. [Kidney oncocytoma. Report of 7 cases]. *Ann.Urol.(Paris)* 2001 May;35(3):139-144.
- Romis L, Cindolo L, Patard JJ, Messina G, Altieri V, Salomon L, et al. Frequency, clinical presentation and evolution of renal oncocytomas: multicentric experience from a European database. *Eur.Urol.* 2004 Jan;45(1):53-7; discussion 57.
- Davidson AJ, Hayes WS, Hartman DS, McCarthy WF, Davis CJ, Jr. Renal oncocytoma and carcinoma: failure of differentiation with CT. *Radiology* 1993 Mar;186(3):693-696.
- Shriki J, Murthy V, Brown J. Renal oncocytoma on 1-11C acetate positron emission tomography: Case report and literature review. *Mol.Imaging Biol.* 2006 Jul-Aug;8(4):208-211.
- Slama A, Jaidane M, Elleuch A, Ben Sorba N, Yacoubi MT, Mosbah AF. Adenome oncocyttaire du rein: a propos de 5 cas. [Renal oncocytoma: report of 5 cases]. *Prog.Urol.* 2002 Feb;12(1):84-88.
- Gudbjartsson T, Hardarson S, Petursdottir V, Thoroddsen A, Magnusson J, Einarsson GV. Renal oncocytoma: a clinicopathological analysis of 45 consecutive cases. *BJU Int.* 2005 Dec;96(9):1275-1279.

Tirés-à-part :

Dr.Noureddine HAOUAS

Service d'Urologie

Centre Hospitalier Louis Pasteur

Avenue Léon Jouhaux

BP(79)

39108 DOLE Cedex

France.

E-mail: noureddinehaouas@yahoo.fr