

Cas Clinique

Carcinome épidermoïde du bassinet révélé par une pyonéphrose : A propos d'un cas et revue de la littérature

Y. A Elmessaoudi¹, M. Dakir¹, H. Balhouss¹, M. Elbaghouli, M. Karkouri²
S. Belhaj², S. Zamiaty, H. Fekak¹, R. Rabii¹, A. Joual¹, S. Bennani¹ et
F. Meziane¹

¹Services d'urologie et ²d'anatomo-pathologie, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

RESUME

Le carcinome épidermoïde du bassinet est une tumeur rare et grave. Elle survient principalement chez des patients au long passé de calculs et d'infections urinaires. Nous rapportons le cas d'un jeune patient âgé de 45 ans suivi pour lithiases urinaires et présentant un rein détruit et douloureux sur calcul coralliforme. Le diagnostic préopératoire a évoqué une pyonéphrose. La néphrectomie réalisée, l'étude histologique a conclu un carcinome épidermoïde du bassinet infiltrant le rein. Le patient est décédé 3 mois après l'intervention. A travers l'étude de cette observation et une revue de la littérature, nous discutons les aspects étiopathogéniques, anatomopathologiques, et thérapeutiques de cette affection dont le diagnostic est histologique et le traitement reste chirurgical avec un pronostic sombre.

Mots clés : Carcinome épidermoïde, calcul coralliforme, bassinet, voies excrétrices.

Correspondance: Dr. Yassir Arafat Elmessaoudi, 49 Bis Avenue Mohamed Trii, Eljadida, Maroc.
E.mail : elmessaoudiyassir@yahoo.fr

Détails d'acceptation: article reçu : 17/01/2007 article accepté (après corrections): 23/11/2007

INTRODUCTION

Le carcinome épidermoïde du bassinet est une tumeur rare et grave. Il est presque toujours associé à la maladie calculeuse et l'infection urinaire récidivante. A travers une observation et une revue de la littérature, nous rappelons les caractéristiques générales et les difficultés diagnostiques de cette affection.

OBSERVATIONS

Il s'agit d'un patient âgé de 45 ans, non tabagique, ayant comme antécédents des lithiases rénales bilatérales non traitées évoluant depuis 12 ans. Il a été admis initialement pour insuffisance rénale aigue obstructive sur lithiases rénales bilatérales objectivées à l'échographie et l'arbre urinaire

sans préparation (AUSP). Le patient a bénéficié d'une montée de sonde urétérale simple bilatérale, puis d'une sonde double J longue durée du côté gauche avec bonne amélioration clinique et biologique. Il a gardé une clairance rénale à 22,6 ml/mn/m², le rein droit étant à cortex laminé. Une scintigraphie rénale réalisée auparavant a montré que la globalité de la fonction rénale était assurée par le rein gauche; le droit était non fonctionnel (Fig. 1).

Le patient perdu de vue a été réadmis 3 mois après dans un tableau d'infection urinaire haute avec lombalgies droites. L'examen clinique a constaté une altération de l'état général avec fièvre à 39°C. La fosse lombaire

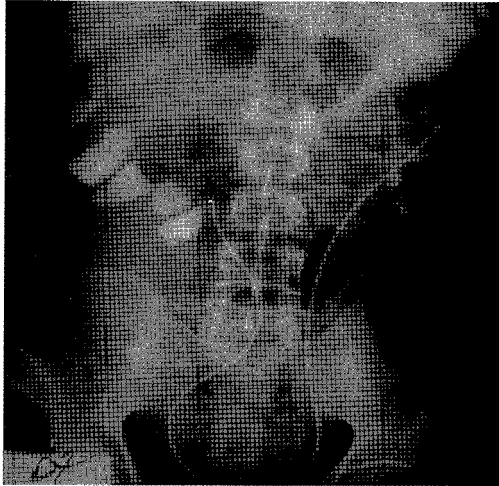


Fig. 1 : Arbre urinaire sans préparation (AUSP) : lithiase rénale bilatérale, coralliforme du côté droit, sonde urétérale simple bilatérale

droite était douloureuse et il existait une défense de l'hémi abdomen droit. Le toucher rectal était normal. La biologie a montré une hyper leucocytose à 20000 éléments par mm^3 , une créatinémie à 35 mg/l, une glycémie normale. Le prélèvement bactériologique urinaire a montré une leucocyturie sans germe. La radiographie de l'abdomen sans préparation a montré des lithiases rénales bilatérales avec sonde double J en place du côté gauche. L'échographie a objectivé un rein droit totalement détruit avec un contenu échogène. Le diagnostic de pyonéphrose a été retenu et une néphrectomie droite a été réalisée en urgence après une courte réanimation comportant une réhydratation et une triple antibiothérapie. La néphrectomie réalisée par voie lombaire droite a concerné un rein inflammatoire et détruit autour de volumineux calculs pyélocalicielles qui adhéraient au muscle psoas et au péritoine; ce dernier a été ouvert accidentellement en per opératoire. L'évolution a été ensuite favorable avec apyrexie dès la 24^{ème} heure, normalisation de la formule blanche et reprise du transit au 3^{ème} jour. Le prélèvement bactériologique per opératoire était stérile. L'anatomopathologie de la pièce opératoire a conclu à un carcinome épidermoïde du bassinnet (stade pT3) infiltrant le cortex et la graisse péri rénale, la tranche de section urétérale était saine (Fig. 2,3).

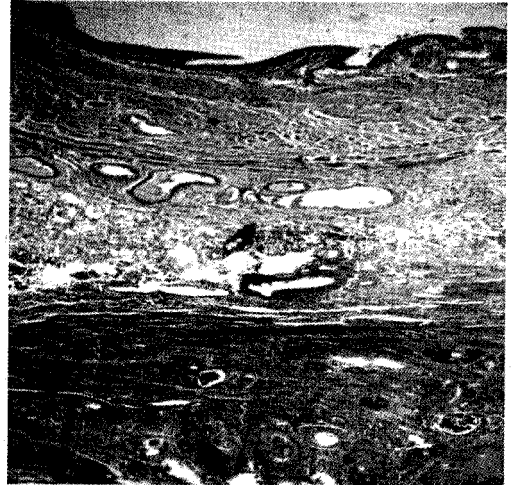


Fig. 2 : Amas d'un carcinome épidermoïde bien différencié infiltrant une muqueuse urothéliale. (H&E x 4)

Le patient a été de nouveau perdu de vue et réhospitalisé 3 mois après l'intervention dans un tableau d'altération de l'état général et de récurrence locale avec carcinose péritonéale (Fig. 4).

Le patient est décédé avant qu'une chimiothérapie ne puisse être commencée.

DISCUSSION

Le carcinome épidermoïde du bassinnet est une affection rare et de pronostic sombre. Il représente 0,7 à 7% des tumeurs des voies excrétrices supérieures et 9 à 17% des tumeurs pyélocalicielles¹⁻³. Le principal facteur de risque est la présence de calculs associés à une infection urinaire chronique^{4,5}. L'incidence de coexistence de calcul est de 100% en Inde et à Hong Kong⁵. Il faut savoir que la nature des calculs en cause n'est pas limitée aux struvites. Un cas de carcinome épidermoïde du bassinnet chez une patiente porteuse de lithiase cystinique a été rapporté². La bilharziose qui constitue le principal facteur au niveau vésical ne semble pas incriminée.

Histologiquement il se produit une différenciation malpighienne dans toute la tu-



Fig. 3 : Cellules carcinomateuses jointives à membrane cytoplasmique distincte avec de nombreux globes cornés. (H&E x 20).

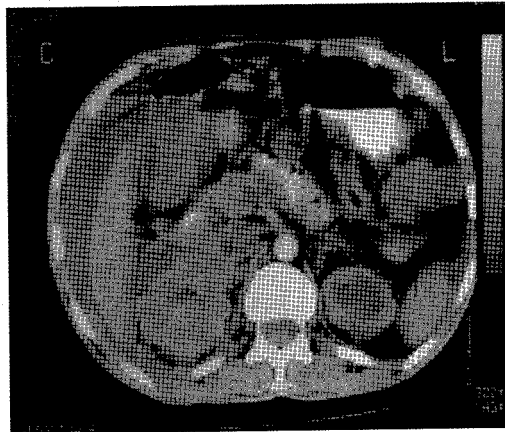


Fig. 4: Tomodensitométrie abdominale. Adénopathies rétro-péritonéales avec carcinose péritonéale

meur à opposer aux inflexions épidermoïdes des carcinomes urothéliaux. Le mécanisme conduisant à son développement comprend trois étapes: prolifération cellulaire, métaplasie néoplasique avec progression et mutation⁶.

La cytologie urinaire aurait très peu d'importance dans les carcinomes épidermoïdes qui sont des tumeurs non papillaires⁷.

Par ailleurs un nouveau marqueur immunohistochimique, le MAC387, paraît plus intéressant dans la détection de ce type de tumeurs. Son utilisation dans le diagnostic des inflexions épidermoïdes lors des carcinomes urothéliaux a montré de bons résultats⁸.

L'extension est principalement locale. Les métastases ganglionnaires sont rares; elles sont plutôt osseuses, pulmonaires ou hépatiques^{2,9}. Dans notre observation le patient a présenté une récurrence locale avec carcinose péritonéale.

L'âge moyen de survenue se situe entre 50 et 60 ans^{1,5,9}. En effet, il est lié à la durée d'évolution des facteurs de risque. Cette dernière est estimée à 8,8 ans dans une série publiée en Inde⁵. Cette longue durée d'évolution de la maladie lithiasique explique

l'âge jeune dans notre observation qui est de 12 ans.

La prédominance est masculine contrastant avec l'épidémiologie de la lithiasie urinaire^{5,9}.

La symptomatologie clinique est non spécifique: douleurs lombaires, hématurie et fièvre habituellement retrouvée chez un patient porteur de calcul urinaire. Un tableau infectieux sévère avec altération de l'état général peut être au premier plan faisant évoquer une pyonéphrose comme c'est le cas de notre malade^{1,9-11}. Plusieurs cas de syndromes para néoplasiques ont été rapportés: hypercalcémie, polyglobulie^{2,12}.

Sur le plan radiologique, l'urographie intra veineuse montre un rein muet et détruit plus souvent que la présence d'image lacunaire. C'est l'échographie et/ou le scanner qui porteront le diagnostic en montrant une masse échogène au niveau du bassinet^{9,13}. L'indication du scanner est jugée utile chez un patient avec un long passé de maladie calculeuse associé à un rein non fonctionnel ou une hématurie seul garant de faire un diagnostic précoce de la maladie⁵.

Le pronostic est sombre avec une médiane de survie de 5 mois pour les tumeurs de stade

avancé¹. Raghavendran et coll. ont rapporté dans leur série une médiane de survie de 3,6 mois⁵, tandis que Holmang et coll. ont trouvé une médiane de survie de 50 mois versus 7 mois en comparant les carcinomes urothéliaux et épidermoïdes traités par chirurgie¹⁴.

C'est le diagnostic fait tardivement qui est responsable du pronostic sombre comparé à celui des carcinomes épidermoïdes de la vessie^{5,14}.

Le traitement est chirurgical³⁻⁵ et permet de confirmer le diagnostic. C'est la néphrectomie élargie avec l'urétérectomie associée à une collerette vésicale, mais du fait que la plupart des patients sont hospitalisés pour pyonéphrose lithiasique le geste initial réalisé est la néphrectomie, et le diagnostic n'est fait qu'en post opératoire. C'est la raison pour laquelle nous conseillons en cas de suspicion de carcinome épidermoïde de demander au moins un examen histologique extemporané. Toutefois le geste chirurgical peut être complété à posteriori par une urétérectomie. Quant à la radiothérapie et chimiothérapie, aucune études randomisées n'ont fait la preuve de leur efficacité. L'administration de sels de platine chez le sujet jeune a été rapportée^{4,5}.

En conclusion, devant le pronostic sombre de ces tumeurs le traitement reste préventif comportant l'éradication des infections urinaires chroniques du haut appareil et la prise en charge de calculs. Le diagnostic précoce par scanner est possible chez les patients au long passé de maladie lithiasique.

BIBLIOGRAPHIE

- Blacher EJ, Johnson DE, Abdul Karim FW, Ayala AG. Squamous cell carcinoma of renal pelvis. *Urology*. 1985; Feb;25(2):124-6.
- Van Glabeke E, Chartier Kastler E, Delcourt A, Cluzel P, Bruel S, Richard F. Cancer épidermoïde du bassinet. [Epidermoid cancer of the kidney pelvis]. *Prog.Urol*. 2000; Dec;10(6):1200-3.
- Elammari JE, Khallouk A, Achour Y, Tazi FM, Elfassi MJ, Farih MH. Le carcinome épidermoïde pyélocaliciel et l'irritation chronique de la voie extrémité supérieure. *Onconews* 25, 2007, p. 35-36.
- Li MK, Cheung WL. Squamous cell carcinoma of the renal pelvis. *J.Urol*. 1987; Aug;138 (2):269-71.
- Raghavendran M, Rastogi A, Dubey D, Chaudhary H, Kumar A, Srivastava A, et al. Stones associated renal pelvic malignancies. *Indian J.Cancer*. 2003; Jul-Sep;40 (3):108-12.
- Bernier M, Cariou G, Cochand Priollet B. Carcinome épidermoïde primitif du bassinet. Particularités par rapport aux carcinomes urothéliaux et revue de la littérature à propos d'un cas. [Primary epidermoid carcinoma of the kidney pelvis. Characteristics in relation to urothelial carcinomas and review of the literature apropos of a case]. *Arch.Anat.Cytol.Pathol*. 1992;40(5-6):278-80.
- Conde Sanchez JM, Espinosa Olmedo J, Rico Lopez J, Camacho Martinez E, Blasco Hernandez P, Lara Lara I, et al. Carcinoma de celulas escamosas de la pelvis renal. Caso clinico. [Squamous cell carcinoma of the renal pelvis. A clinical case]. *Actas Urol.Esp*. 2001; Jul-Aug;25(7):513-8.
- Lopez Beltran A, Requena MJ, Alvarez Kindelan J, Quintero A, Blanca A, Montironi R. Squamous differentiation in primary urothelial carcinoma of the urinary tract as seen by MAC387 immunohistochemistry. *J.Clin.Pathol*. 2007; Mar;60(3):332-5.
- Kinn AC. Squamous cell carcinoma of the renal pelvis. *Scand.J.Urol.Nephrol*. 1980;14(1):77-80.
- Messing EM, Catalona W. Urothelial tumors of the urinary tract. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, editors. *Campbell's urology*. 7th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1998. p. 2327-410.
- Fekak H, Rabii R, Moufid K, Joual A, Dahami Z, el Mrini M. Tumeurs pyéliquies à révélation inhabituelle: A propos de 2 cas. [Unusual clinical presentations of tumors of the renal pelvis. Report of two cases]. *Prog. Urol*. 2002; Jun;12(3):482-5.
- Cadeddu JA, Jarrett TW. Hypercalcemia associated with squamous cell carcinoma of the renal pelvis. *J.Urol*. 1998; Nov;160(5):1798.
- Vas W, Salimi Z, Tang Barton P, Vargas F, Sidharthan AS. Computed tomography and ultrasound demonstration of squamous cell carcinoma of the kidney. *J.Comput. Tomogr*. 1985; Jan;9(1):87-9.
- Holmang S, Lele SM, Johansson SL. Squamous cell carcinoma of the renal pelvis and ureter: Incidence, symptoms, treatment and outcome. *J.Urol*. 2007; Jul;178(1):51-6.

ABSTRACT

**Squamous Cell Carcinoma of the Pelvis Presenting as Pyonephrosis. A Case Report and
Review of the Literature**

Squamous cell carcinoma of the renal pelvis is a rare tumor with a poor prognosis, mainly occurring in patients with neglected and secondarily infected pyelocalyceal stones. We report a new case of a 45-year-old man who presented with features of pyonephrosis and was subjected to nephrectomy. Post-operative histological evaluation revealed an unsuspected squamous cell carcinoma of the renal pelvis. The patient died 3 months after the operation. Based on our observation and a review of the literature, we discuss the etiopathogenesis, histological, clinical and therapeutic aspects of this pathology.