

Révélation inhabituelle d'un carcinome rénal par un abcès du rein

Ahmed Saadi, MD ; Mohamed Chlif, MD ; Yassine Ayari, MD ; Mourad Mohamed Gargouri, MD ; Ahmed Sellami, MD ; Sami Ben Rhouma, MD ; Yassine Nouira, MD

Department of Urology, Hospital La Rabta Tunis, Tunisia

Cite as: *Can Urol Assoc J* 2015;9(9-10):E737-40. <http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.3121>
Published online October 13, 2015.

Résumé

La suppuration d'un carcinome rénal nécrosé a été rapportée seulement trois fois dans la littérature et demeure une circonstance exceptionnelle de découverte de cancer du rein. Le tableau clinique et radiologique est trompeur, et c'est l'évolution défavorable malgré un traitement approprié qui doit évoquer le diagnostic de cancer rénal. Nous rapportons un nouveau cas de carcinome rénal révélé par un abcès du rein.

Introduction

Le mode de révélation des tumeurs du rein a changé depuis le début des années 1980. Classiquement révélé par des symptômes urologiques ou généraux¹, il est actuellement fortuit dans près de 70 % des cas, grâce à l'apport de l'imagerie².

Un carcinome rénal présenté comme un abcès du rein est une situation exceptionnelle. Il est important de poser le diagnostic exact pour une prise en charge convenable.

Observation

Patiente âgée de 62 ans, hypertendue, qui présente des lombalgies droites avec une fièvre entre 38 et 38,5°C évoluant depuis 3 semaines. L'examen biologique a montré un syndrome inflammatoire biologique avec une hyperleucocytose et une CRP élevée. La culture des urines était négative. L'échographie (Fig. 1) a révélé une formation de 3 cm au rein droit, hypoéchogène et finement hétérogène, non vascularisée au Doppler couleur, sans dilatation des voies excrétrices ni image de lithiase.

Une TDM abdomino-pelvienne a objectivé une collection rénale droite de 3 cm, de siège médio-rénal cortical antérieur, entourée d'une coque périphérique épaisse rehaussée par le produit de contraste, avec une infiltration de la graisse périrénale (Fig. 2 et 3).

Le diagnostic retenu était un abcès rénal droit. Une ponction de la collection a été pratiquée (Fig. 4), ayant ramené quelques millilitres de pus épais, dont l'étude bactériologique était négative. L'analyse cytologique n'a pas été faite.

La patiente a été mise sous antibiothérapie avec une association de céfotaxime et de gentamicine. L'évolution était marquée par l'aggravation du tableau septique et la détérioration de l'état général après 10 jours d'antibiothérapie. Une TDM de contrôle après 15 jours a montré une augmentation de la taille de la masse liquidienne, passant à 5 cm de diamètre, un aspect globuleux hétérogène du pôle inférieur du rein avec infiltration de graisse et des fascias périrénaux en regard (Fig. 5 et 6).

Devant l'absence d'amélioration clinique malgré le traitement et l'aggravation des lésions radiologiques, une néphrectomie droite a été réalisée. En peropératoire, l'ablation du rein a été très difficile en regard de la lésion en raison de rapports intimes avec les structures digestives adjacentes. À l'ouverture de la pièce de néphrectomie, on note la présence d'une néoformation tumorale, indurée, mal limitée et d'aspect blanchâtre.

L'examen histologique et immuno-histochimique a révélé un carcinome à cellules claires du rein de grade 4 de Furhman associé à une composante sarcomatoïde et rhabdoïde.

L'évolution a été marquée par la récurrence tumorale sur la cicatrice de lombotomie après 3 mois. L'état général de la patiente était altéré. La patiente a été orientée vers un oncologue médical pour traitement anti-angiogénique.

Discussion

Classiquement, le cancer du rein était révélé par des symptômes urologiques ou généraux, et ce, dans 90 % des cas en 1971³. La proportion des cancers infracliniques de découverte fortuite a considérablement augmenté au cours des deux dernières décennies grâce au développement de l'imagerie médicale⁴. En effet, l'utilisation de plus en plus répandue de l'échographie, de la TDM abdominale et plus récemment de l'IRM a permis d'augmenter à près de 70 % le diagnostic des cancers du rein à un stade présymptomatique².



Fig. 1. Échographie rénale : formation polaire inférieure du rein droit de 3 cm hypoéchogène et finement hétérogène non vascularisée au Doppler couleur évoquant un abcès rénal.

L'uroscanner reste l'examen de référence pour le diagnostic des tumeurs rénales, mais dans certains cas, les suppurations rénales peuvent se présenter sous forme de pseudotumeurs inflammatoires et, dans ce cas, seront responsables d'un syndrome de masse trompeur⁵.

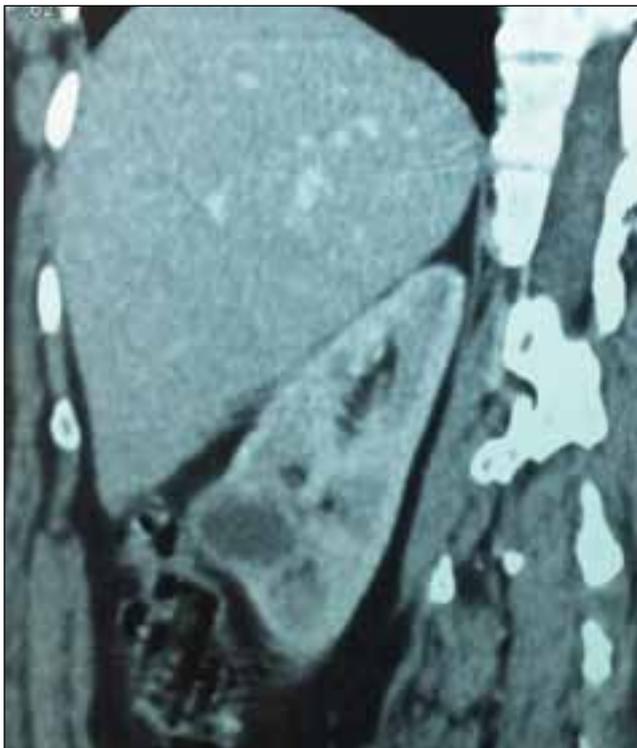


Fig. 3. Aspect de la formation rénale sur une coupe sagittale prise par TDM après injection du produit de contraste.



Fig. 2. Coupe transversale d'un scanner abdominal après injection du produit de contraste. Collection rénale droite de 3 cm, entourée d'une coque périphérique rehaussée par le produit de contraste.

L'aspect scannographique d'un abcès rénal peut mimer une tumeur nécrosée avec une néovascularisation périphérique, mais souvent le contexte clinico-biologique est évocateur et on trouve habituellement sur le scanner des signes de néphrite et de périnéphrite associés⁵. Dans les cas douteux, le diagnostic est obtenu par la ponction ou après traitement antibactérien efficace⁵.

La pyélonéphrite aiguë focale peut également, dans certains cas rares, se traduire par une masse pseudotumorale isolée, sans signe scannographique évocateur de pyélonéphrite dans le reste du parenchyme⁵. C'est le contexte clinique et biologique de pyélonéphrite aiguë qui doit faire évoquer le diagnostic et proposer un traitement médical à



Fig. 4. Ponction sous contrôle scannographique de la collection rénale par une aiguille 18G.

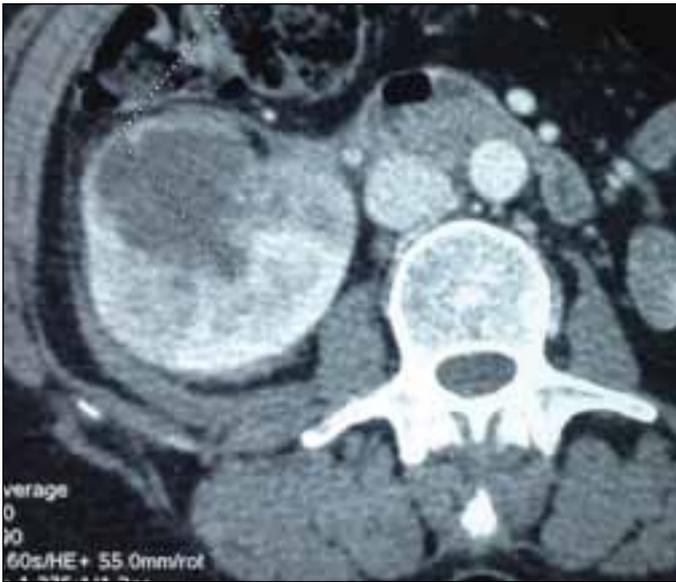


Fig. 5. Coupe transversale du scanner abdominal de contrôle. Augmentation de la taille de la masse avec infiltration des fascias péri-rénaux en regard.

base d'antibiothérapie prolongée associée à une surveillance scannographique rapprochée⁵. Celle-ci montrera la disparition progressive de la lésion en quelques semaines après la guérison clinique.

L'association d'un abcès rénal, secondaire à l'obstruction de la voie excrétrice par la masse tumorale, à un hypernéphrome a été décrite dans la littérature⁶⁻⁹. Cette association est plus fréquente avec les tumeurs des voies excrétrices urinaires supérieures.

La suppuration d'un carcinome rénal nécrosé a été rapportée et constitue une circonstance exceptionnelle de découverte du cancer. Seulement trois cas ont été rapportés dans la littérature¹⁰⁻¹². Le tableau clinique n'est pas différent de celui d'un abcès rénal d'origine hémotogène avec une étude cytobactériologique urinaire négative. Le diagnostic repose sur les résultats de l'imagerie réalisée à distance de l'épisode infectieux après un traitement antibactérien efficace, démontrant la persistance d'une masse solide vascularisée de signification péjorative.

Dans notre cas, le contexte clinico-biologique (lombalgies fébriles avec un syndrome inflammatoire biologique), l'aspect scannographique qui n'était pas en faveur d'une tumeur et la ponction ramenant du pus, ont écarté d'emblée le diagnostic de carcinome rénal, et donc l'analyse cytologique du liquide de ponction n'a pas été réalisée. La présence de la tumeur n'a pas été soupçonnée avant la néphrectomie, qui a été motivée par l'absence d'amélioration après traitement antibiotique et l'aggravation des lésions radiologiques. La nécrose extensive, objectivée sur la pièce de néphrectomie, était probablement responsable de la genèse de l'abcès, mode de découverte de la tumeur.



Fig. 6. Aspect sur une coupe sagittale du scanner après injection du produit de contraste. Augmentation de la taille de la formation

Conclusion

Ce cas souligne les pièges d'interprétation des données de l'imagerie dans le diagnostic des tumeurs rénales qui peuvent prêter à confusion avec des abcès rénaux. Il souligne également l'importance du suivi étroit, même après le succès d'un traitement conservateur des abcès rénaux. L'évolution défavorable d'un abcès rénal sous traitement antibactérien efficace doit toujours évoquer un cancer rénal et impose un réajustement de la stratégie thérapeutique.

Competing interests: The authors declare no competing financial or personal interests.

This paper has been peer-reviewed.

Références

1. Skinner DG, Colvin RB, Vermillion CD, et al. Diagnosis and management of renal cell carcinoma. A clinical and pathological study of 309 cases. *Cancer* 1971;28:1165-77. [http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142\(1971\)28:5<1165::AID-CNCR2820280513>3.0.CO;2-G](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142(1971)28:5<1165::AID-CNCR2820280513>3.0.CO;2-G)
2. Charles T, Lindner V, Matau A, et al. Cancer du rein. *EMC-Urologie*; 2010:article-18-096-A-10.
3. Skinner DG, Colvin RB, Vermillion CD, et al. Diagnosis and management of renal cell carcinoma. A clinical and pathological study of 309 cases. *Cancer* 1971;28:1165-77. [http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142\(1971\)28:5<1165::AID-CNCR2820280513>3.0.CO;2-G](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142(1971)28:5<1165::AID-CNCR2820280513>3.0.CO;2-G)
4. Hélénon O, Eiss D, Hayoun J, et al. Tumeurs du rein de l'adulte. *EMC-Radiologie et Imagerie Médicale : Génito-urinaire - Gynéco-obstétricale - Mammaire* 2008;1:29 ; article 34-117-A-10.

5. Hélénon O, André M, Correas JM, et al. Caractérisation des masses rénales. *J Radiol* 2002;83 :787-802.
6. Perimenis P. Pyonephrosis and renal abscess associated with kidney tumours. *Br J Urol* 1991;68:463-5. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-410X.1991.tb15385.x>
7. Van Poppel H, Vereecken RL, Wilms G. Bilateral renal cell carcinoma diagnosed as renal abscesses. *Urology* 1985;25:548-50. [http://dx.doi.org/10.1016/0090-4295\(85\)90477-7](http://dx.doi.org/10.1016/0090-4295(85)90477-7)
8. Childs GJ, Pickleman J, Churchill RJ, et al. Renal cell carcinoma complicated by perinephric abscess and colon perforation. *Urol Radiol* 1982;4:37-9. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02924023>
9. Chintapalli K, Lawson TL, Foley DW, et al. Perinephric abscess with renal cell carcinoma. *Urol Radiol* 1981;3:113-5. <http://dx.doi.org/10.1007/BF02927820>
10. Lee TY, Ko SF, Wan YL, et al. Unusual imaging presentations in renal transitional cell carcinoma. *Acta Radiol* 1997;38:1015-9. <http://dx.doi.org/10.3109/02841859709172121>
11. Salvatierra O Jr, Bucklew WB, Morrow JW. Perinephric abscess: A report of 71 cases. *J Urol* 1967;98:296-302.
12. Gillitzer R, Melchior SW, Hampel C, et al. Transitional cell carcinoma of the renal pelvis presenting as a renal abscess. *Urology* 2002;60:165. [http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295\(02\)01634-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295(02)01634-5)

Correspondence: Dr. Ahmed Saadi, Department of Urology, Hospital La Rabta Tunis, Tunisia; saadiahmedrabta@gmail.com