

Ministère de l'Enseignement Supérieur

et de la Recherche Scientifique

Université de Bamako



REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple - un but - Une foi

**FACULTÉ DE MÉDECINE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

Année universitaire:2013-2014



TITRE :

DIAGNOSTIC ET CONDUITE A TENIR DEVANT UNE TUMEUR DU REIN DANS LE
SERVICE D'UROLOGIE AU CHU DU Point « G » :
A PROPOS DE 10 CAS DE MARS 2009 à FEVRIER 2010

THESE

Présentée et soutenue publiquement le.../.../2014.

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali

Par *Monsieur ADAMOU NIANDOU MAÏRIGA*

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'état)

JURY

Président : Professeur : Tiéman COULIBALY

Directeur de thèse : Professeur : Kalilou OUATTARA

Co-directeur de thèse : Docteur : Mamadou Lamine DIAKITE

Membre : Docteur : Cheick Mohamed Chérif CISSE

DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

DEDICACES

- ***Je dédie ce travail ...***

- **A ALLAH** Le Tout Puissant, Clément et Miséricordieux, gloire et louange à DIEU qui m'a permis de terminer ce travail.

- **Au Prophète Mohamed** Paix et salut sur lui.

- **A mon Père**

Tu nous as appris depuis le bas âge que seul le travail paye et libère l'homme. Ce travail est l'aboutissement d'un projet auquel tu tenais beaucoup, il est la concrétisation ultime de l'éducation responsable que nous avons reçue très tôt de vous.

- **A ma Mère Aminatou Hassoumi**

Aucun mot ne pourra exprimer mes sentiments envers vous. Ce travail est surtout le vôtre ; vous avez partagé avec moi l'angoisse des examens, l'attente des résultats et la joie des réussites. Je n'oserai jamais imaginer de plus beaux jours et de plus beaux cadeaux dans ce monde que votre présence parmi nous à ce début de « cueillette de l'arbre que vous avez planté ». Une fois encore, c'est, on ne peut plus, le fruit de votre patience.

- **A mon Grand frère Harouna Cissé, ses deux femmes Balkissa et Djénaba ainsi qu'à toute la famille Cissé**

- J'ai bénéficié auprès de vous amour, tendresse, éducation, respect et conseils décisifs pour la suite de ma carrière. Je vous remercie de m'avoir supporté lors de mon séjour à vos côtés et de m'avoir traité pendant ce temps comme votre propre fils, Soyez rassuré de ma reconnaissance et respect.

- **A mon Frère, Ami Abdoulaye Houdou Maiga, sa femme Mariama Maiga ainsi qu'à toute la famille Maiga**

- Ce travail est aussi le votre car notre rencontre n'est nullement un fait de hasard mais plutôt les retrouvailles de familles ayant eu le même ancêtre en commun. Pas besoin de le rappeler ton soutien indéfectible ne m'a jamais fait défaut, Soyez rassuré de ma reconnaissance et respect.

- **A mon Grand Frère et Aîné Docteur Manirou Haladou, sa femme Maimouna ainsi qu'à toute sa famille**

Ce travail contient votre marque, vous qui avez su me donner des conseils, des encouragements durant des moments difficiles de ma vie. Merci pour vos appuis financiers et moraux.

- **A mon Professeur et Aîné Professeur Ahmadou Cisse ainsi qu'à toute sa famille**

- Vos conseils ainsi que votre soutien financier ont été déterminants dans ce travail, retrouvez ici l'expression de ma profonde gratitude !

- **A mon Grand Frère Djingareye Ousmane Maiga, sa femme Sakina Dadda Maiga ainsi qu'à toute sa famille**

Pour tous les efforts inlassables consentis pour que ce travail soit, sachez retrouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance !

- **A ma petite sœur salamatou Mairiga et son Mari Farouq au Bénin**
Merci de considérer que ma réussite est aussi la vôtre !

- **A mon oncle Professeur Hamidou Maiga ainsi qu'à toute sa famille**

Trouvez à travers cette œuvre l'expression de ma profonde reconnaissance et de toute ma considération.

- **A tous mes frères et sœurs :** Tous mes remerciements et encouragements à vous, que le Bon DIEU vous récompense !

REMERCIEMENTS

- **A mon Professeur et encadreur Professeur Aly TEMBELY**

Merci pour vos conseils, la qualité de l'encadrement dont j'ai bénéficié de vous. Qu'ALLAH le tout puissant vous donne longue vie dans la santé et le bonheur.

- **A mes aînés et mes collègues du service**

Dr Pathé DIALLO, Dr Tiéfolo, Dr Flatié CISSE, Dr BALLO, L'Infirmier d'Etat GUINDO ...Merci pour votre collaboration !

- **Au personnel du service d'urologie**

Mes encouragements pour l'exercice de votre fonction qui n'est pas toujours facile !

- **Aux personnels du C.H.U du Point G**

- **A toute la communauté nigérienne** résidant au Mali particulièrement aux étudiants nigériens

- **A tous mes Enseignants** depuis l'école primaire jusqu'à la FMPOS.

Par la qualité de l'enseignement dont j'ai reçu de vous.

- **A mes Amis et Aînés**

Dr Bouba Sadou, Dr Hadiza MAIGA, Dr Sissoko, Bakary COULIBALY, Adama DIARRA, Aly Bahachim, Abdoul Aziz Maiga, Mohamadou Al Houmoudou Maiga, Dr Adamou Alpha, Alpha CISSE, Dr Salifou KONATE.

- **A tous ceux qui de près ou de loin** m'ont apporté leur soutien tout au long de mon cursus jusqu'à la réalisation de ce travail, soyez en remercier !

AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY :

Professeur Tiéman COULIBALY

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue.

Maitre de conférences à la FMOS

Chargé de cours de Traumatologie, de secourisme à la Faculté de Médecine,
d'Odontostomatologie (**FMOS**).

Nous sommes comblés par le grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples préoccupations .C'est le témoignage de votre souci de mettre votre expérience au service de la jeune génération.

Recevez ici l'expression de notre profonde reconnaissance !

A NOTRE MAITRE, JUGE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Mamadou Lamine DIAKITE

Chirurgien -Urologue

Maitre Assistant à la FMOS.

Nous sommes très honorés par votre grande ouverture d'esprit en acceptant de Co-superviser ce travail. Notre séjour dans le service nous laisse garder de vous un médecin praticien responsable et soucieux de mettre ses compétences au service de ses étudiants.

Veillez cher maitre, retrouver ici l'expression de toute ma reconnaissance !

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Cheick Mohamed Chérif CISSE

Chirurgien –Urologue – Andrologue.

Diplôme de lithotripsie Extra Corporelle.

Votre humilité, votre sens d'écoute et de compréhension font de vous un maître remarquable dans la transmission du savoir.

L'honneur est pour nous immense de vous avoir dans ce jury afin de juger ce travail.

Veillez accepter l'expression de nos sentiments les plus distingués !

A NOTRE, JUGE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Kalilou OUATTARA

Dr Ph. D de l'institut d'urologie de Kiev,

Pr. titulaire de la chaire d'urologie, chef de service d'urologie du CHU du Point
« G »

Pr. chargé des cours à la faculté de Médecine et d'odontostomatologie.

C'est un grand honneur que vous avez nous fait en acceptant de superviser ce travail. Cet acte est non seulement une marque de confiance mais aussi, dénote de votre souci de mettre votre expérience au service des jeunes générations.

Veillez accepter infiniment toute notre reconnaissance et nos remerciements !

SOMMAIRE

Pages

I / Introduction.....	1
II / Objectifs	2
III / Généralités	3-33
IV / Méthodologie.....	34-36
V / Résultats.....	37-50
VI / Commentaires et discussion.....	51-53
VII / Conclusion et recommandations.....	54-57
VIII / Références bibliographiques.....	58-59
IX / Annexes	

LEXIQUE

-A.E.G : Altération de l'état général

ANAPATH : Anatomie Pathologie

-A.S.P : Abdomen Sans Préparation

-A.G : Anesthésie Générale

-A.T.C.D : Antécédent

-Dr : Docteur

-E.C.B.U : Examen Cytobactériologique des urines

-ECHO : Echographie

-F.M.O.S : Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie

-Hb : Hémoglobine

- HT : Hématocrite

-H.T.A : Hypertension Artérielle

-I.N.R.S.P : Institut National de Recherche en Santé Publique

-I.R.M : Imagerie par résonance magnétique

-I.R : Insuffisance Rénale

-L.A.K : Lymphocytes Activated Killer

-T.I.L : Tumor Infiltrate Lymphocyte

-N.F.S : Numération Formule Sanguine

-Pr : Professeur

-Rx : Radiographie

- T.R : Toucher rectal
- T.V : Toucher vaginal
- Tx : Taux
- T.D.M : Tomodensitométrie
- U.I.V: Urographie intra Veineuse
- U.C.R : UréthroCystographie Rétrograde
- μmol : Micromole
- V.S : Vitesse de Sédimentation
- n : Effectif
- % : Pourcentage.

I / INTRODUCTION

Les tumeurs du rein sont essentiellement des proliférations tumorales malignes du parenchyme rénal dont la forme la plus fréquente est le carcinome à cellules rénales qui représente 85 % des cas.

Le carcinome à cellules rénales est un adénocarcinome ; il peut naître des cellules épithéliales des tubes contournés ou des tubes collecteurs donnant des expressions histologiques différentes (cf. classification des tumeurs rénales épithéliales).

Autrefois, on avait tendance à regrouper ensemble toutes les tumeurs épithéliales rénales (à l'exception du carcinome urothélial de l'arbre pyélique qui doit être rattaché aux tumeurs urothéliales et Vésicales), sans tenir compte de leur morphologie.

A l'époque, toutes ces tumeurs étaient considérées comme au moins potentiellement malignes. Cette approche considérait également que toutes les tumeurs rénales pédiatriques étaient des tumeurs de Wilms.

Les découvertes des deux dernières décennies ont prouvé que ces conceptions étaient fausses. Il convient de séparer les tumeurs du rein de l'adulte de celles de l'enfant, sachant que les tumeurs de l'enfant peuvent se rencontrer exceptionnellement chez l'adulte et inversement.

En outre, l'augmentation de sa fréquence ces dernières années dans le service d'urologie au CHU du Pt « G » nous amène à dégager fondamentalement les objectifs suivants :

II / OBJECTIFS

1 - Objectif général :

* Décrire le diagnostic et la conduite à tenir devant une tumeur du rein.

2 - Objectifs spécifiques :

*Déterminer la prévalence des tumeurs rénales dans ce même service.

*Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et para cliniques des tumeurs du rein.

*Evaluer les résultats de la prise en charge des tumeurs du rein dans le service d'urologie.

III / GENERALITES

A - Définition

Les tumeurs du rein sont des tumeurs émanant du parenchyme rénal et de l'urothélium des cavités pyélocalicielles .Il existe des tumeurs solides du rein et les tumeurs liquidiennes du rein (Kystes) qui peuvent être soit bénignes soit malignes .Néanmoins le problème de leur différenciation qui se posait avec acuité auparavant est actuellement définitivement résolu.

B – Epidémiologie

Les tumeurs du rein sont deux fois plus fréquentes chez l'homme que chez la femme. (Sex ratio 2.1/1).L'incidence du cancer du rein est, en 2003, de 5.7 / 100.000 chez la femme et 12.2 /100.000 habitants chez l'homme.

Le cancer du rein de l'adulte représente 3% de l'ensemble des cancers. C'est le troisième cancer urologique après la prostate et la vessie. En 2000, on a dénombré plus de 8 000 nouveaux cas de cancer du rein en France ; l'âge moyen de survenue est 62 ans et plus de 80 % des patients ont plus de 50 ans au moment du diagnostic.

. Elle est en augmentation régulière dans les pays industrialisés, du fait de l'amélioration des techniques diagnostiques, mais probablement aussi du fait des changements de mode de vie (augmentation de l'obésité, de l'HTA pour les deux critères les mieux évalués). De 1993 à 1994 dans une étude de l'association française d'urologie, l'âge moyen lors du diagnostic était de 70 ans, on retrouvait 2 hommes pour une femme, 40% de découverte fortuite, 14% de multifocalité et le diamètre moyen était de 6,4 cm.

Au Mali, dans le service d'urologie du CHU du Point « G », elles font partie des causes de néphrectomies .Par exemple les Néphrectomies pour tumeur du rein du 2 Octobre 1997 au 31 janvier 1999 représentent 0,42%.[12].

C - Facteurs de risque

- 1.Le tabac est un facteur favorisant prouvé. L'augmentation du risque est en moyenne multipliée par 1,8 et est liée à l'importance du tabagisme, un gros fumeur voyant son

risque multiplié par 2 à 2,5. Le risque diminue après l'arrêt du tabagisme de 25 à 30 % après 10 à 15 ans d'arrêt. On estime que le tabac a une responsabilité majeure dans l'apparition du cancer dans 25 à 30 % des cas.

2.L'obésité est un facteur reconnu, initialement chez les femmes et plus récemment chez les hommes. Le rôle des perturbations hormonales, notamment chez la femme, semble essentiel.

3.L'hypertension artérielle et/ou les traitements antihypertenseurs. Initialement, les diurétiques, et parfois d'autres types de médicaments antihypertenseurs, ont été incriminés. Plus récemment l'hypertension elle-même a été identifiée comme facteur de risque.

4.Expositions professionnelles. Des suspicions fortes, mais pas de preuve formelle de causalité ont été évoquées avec certains produits chimiques tels que les sels de cadmium, les hydrocarbures polycycliques aromatiques ou les chloro-éthylènes.

5.L'atrophie des reins chez les hémodialysés favorise la survenue de cancer, et justifie une surveillance particulière.

➤ **PREDISPOSITION**

Il s'agit d'une situation rare (2 % des cas), à évoquer lorsque plusieurs cas de cancers du rein sont retrouvés dans la même famille.

- Dans ces cas, il existe une anomalie génétique constitutionnelle, d'un de ou plusieurs gènes, touchant toutes les cellules d'un individu, pouvant être transmis à la descendance. Un conseil génétique peut alors être proposé
- De nombreux gènes ont été récemment rapportés. Le plus fréquent est le gène VHL (de la maladie de Von Hippel Lindau). Les anomalies de ce gène favorisent non seulement la survenue de cancer du rein, mais aussi d'autres tumeurs notamment du cerveau, de la rétine, du pancréas ou de la glande surrénale. Une particularité de ce gène est d'être indirectement impliqué dans le contrôle de la vascularisation des tumeurs. [2]

D – Rappel anatomique et histologique

A cause de la présence du foie, le rein droit est plus bas que le gauche.

Ils ont une **forme** de haricot, mesurent environ 12 cm de long, 6 cm de large et 3 cm d'épaisseur chez l'adulte et ont un poids moyen de 150 g.

Ils sont **vascularisés** par l'artère rénale qui naît de l'aorte abdominale et par la veine rénale qui se jette dans la veine cave inférieure. Cette vascularisation du rein est importante parce que du côté gauche les veines spermatiques s'abouchent dans la veine rénale. Une hydrocèle ou une varicocèle peut se développer rapidement si la veine est obturée. L'atteinte de la veine cave par la tumeur ou sa thrombose peut amener le développement de dilatations veineuses de la paroi abdominale.

Le hile contient une veine et une artère rénales ainsi que l'uretère. Le **néphron** est l'unité structurale et fonctionnelle du rein, visible qu'au microscope. La majeure partie du néphron se trouve dans le cortex rénal. Il **existe** environ 800'000 - 1.5 millions de néphrons par rein.

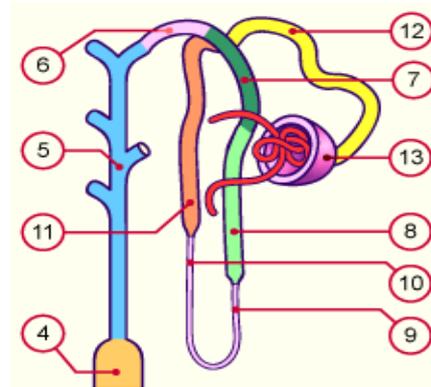
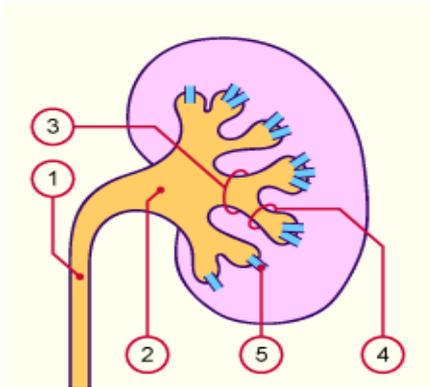
Le système tubulaire **comprend** plusieurs parties:

- le tube proximal (tubulus proximalis, pars convoluta, pars recta)
- le tube intermédiaire (tubulus inter medius, pars descendens, pars ascendens)
- Le tube distal (tubulus distalis, pars recta, macula densa, pars convoluta)
- Le segment d'union
- Le tube collecteur (tubulus colligens cortical, médullaire)
- Le conduit papillaire (ductus papillaire)

L'**anse de Henle** est composée par 4 parties (tube droit proximal, partie descendante du tube intermédiaire, partie ascendante du tube intermédiaire, tube droit distal).

Coupe schématique du rein
(section sagittale)

Système tubulaire



© www.embryology.ch

1.uretère 3.grand calice
2.bassinets 4.petit calice

5.tube collecteur

6.segment d'union

7.tube contourné distal

8.tube droit distal

9.partie ascendante du tube

10.intermédiaire

11.partie descendante du tube

12.intermédiaire

13.tube droit proximal

14.tube contourné proximal

15.capsule de Bowman

La position des tubes urinaires dans le parenchyme rénal, leur emplacement ainsi que la longueur des différents segments permet de mieux comprendre la structure histologique du rein. Ceux-ci déterminent les différentes régions du rein (corticale; médullaire externe, zone superficielle; médullaire externe, zone profonde; médullaire interne).

- Les tubes contournés proximaux et distaux sont localisés uniquement dans la corticale (labyrinthe).

- Les tubes droits proximaux sont localisés dans les irradiations médullaires et se terminent à la jonction
- entre la médullaire externe zone superficielle et zone profonde.
- Les tubes intermédiaires commencent à la jonction entre la médullaire externe zone superficielle et zone profonde.
- Les tubes droits distaux commencent à la jonction entre la médullaire interne et la médullaire externe zone profonde.

➤ HISTOLOGIE

Le cancer primitif du rein dérive de trois principales sources :

-L'épithélium tubulaire donne l'adénocarcinome et l'oncocytome.

-Le tissu parenchymateux immature est à la source du néphroblastome.

L'épithélium du revêtement pyélocaliciel à partir duquel se développe l'épithélium papillaire ou à cellules transitionnelles.

-Certaines tumeurs malignes comme les sarcomes peuvent originer d'éléments mésodermiques dans le rein.

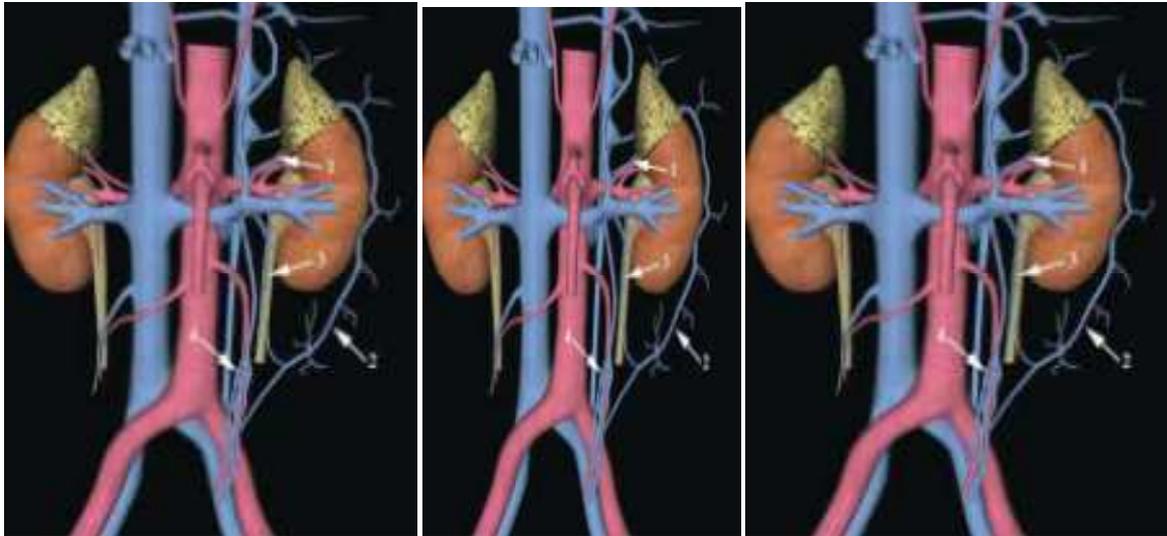
-La pathogénie des Kystes simples du rein est mal connue. La classification actuelle distingue les tumeurs à cellules rénales qui naissent du tube contourné proximal ou du tube contourné distal et qui représentent la majorité des cancers du rein. Elles se décomposent en carcinome à cellules claires ou cellules conventionnelles (73%), tumeur tubulo-papillaire (10%), carcinome à cellules chromophobes (5%), carcinome de Bellini (1%), carcinome sarcomatoïde (1%), oncocytome (5%), cette dernière étant une tumeur bénigne.

Le grade histologique le plus fréquemment utilisé est le grade nucléaire de Fuhrman qui va de 1 à 4.

Les autres lésions plus rarement rencontrées sont les tumeurs carcinoïdes, à petites cellules, les sarcomes, les lymphomes, le néphroblastome et les métastases d'autres organes.

Les facteurs pronostics des tumeurs rénales sont : le stade, le grade, le type histologique, l'infiltration vasculaire, l'atteinte ganglionnaire et les métastases. [3]

Schémas sur vascularisation, histologie :



a b c

Fig. 2a-c : Dessins figurant l'anatomie vasculaire des reins.

a, b : représentations comportant les reins, de face (**a**) et en OAG (**b**).

c : représentation sans les reins en OAG.

1 : tronc capsulo-diaphragmatique, 2 : cercle veineux péri-rénal gauche, 3 : plexus péri-urétéral gauche, 4 : veine gonadique gauche,

5 : tronc réno-azygo-lombaire, 6 : veine hémi-azygos inférieure.

.

D / ANATOMIE PATHOLOGIE:

1- Les tumeurs solides du rein

a) Les tumeurs solides du rein d'origine parenchymateuse :

Elles peuvent être bénignes ou malignes.

-Les tumeurs solides du rein d'origine parenchymateuse bénigne :

Ce sont des tumeurs rares par rapport aux tumeurs malignes du parenchyme rénal. Elles comprennent : Actuellement, la seule tumeur bénigne du rein qui peut être diagnostiquée par l'imagerie est l'angiomyolipome grâce à sa composante grasseuse. Parmi les autres tumeurs bénignes, beaucoup plus rares, les données de l'imagerie permettent seulement dans certains cas

(aspect TDM évocateur) d'indiquer au chirurgien que le diagnostic d'oncocytome a une probabilité relativement élevée de manière à envisager une chirurgie partielle avec vérification extemporanée de la tumeur.

***Angiomyolipome**

C'est un choristome dont le diagnostic repose sur la mise en évidence d'une composante grasseuse intra tumorale en TDM ou en IRM. Celle-ci peut être quasi-exclusive ou ne constituer que quelques ilots au sein d'une masse solide.

L'examen TDM réalisé en coupes fines (5 voire 3mm) avec un passage sans injection reste actuellement la meilleure technique pour démontrer la présence de petits ilots gras intra tumoraux. Le diagnostic de bénignité, mais pas nécessairement d'innocuité (risque hémorragique de certains gros angiomyolipomes hyper vascularisés), peut alors être affirmé avec certitude si la tumeur ne contient pas de calcifications et si l'on a éliminé l'éventualité exceptionnelle d'une grosse tumeur mal limitée ayant englobé de la graisse extrarénale ou d'un liposarcome de la capsule à développement retro péritonéal.

***Angiomyome**

Il s'agit d'une variante rare de choristome sans composante grasseuse dont l'aspect est celui d'une tumeur solide vascularisée solide non grasseuse. Contrairement à l'angiomyolipome, il ne peut être caractérisé en imagerie et son diagnostic est **histologique**. Son aspect n'est pas différent de celui des angiomyolipomes dont la composante grasseuse histologique n'est pas détectable en TDM.

***Oncocytome**

C'est une tumeur solide, généralement homogène et bien limitée contenant parfois une image de cicatrice stellaire centrale hypo dense en TDM. Un aspect en rayon de roues de la distribution des vaisseaux tumoraux à l'artériographie est également un signe évocateur. Néanmoins, ces signes sont très inconstants, et aucun critère réellement spécifique en imagerie ne permet de le différencier d'un cancer dont la présentation TDM ou artériographique peut en tous points être

semblable. En IRM, un signal intense sur les images pondérées en T2, traduit la présence d'un stroma œdémateux, et semble être un argument supplémentaire en faveur de l'oncocytome devant une petite tumeur solide vascularisée du rein.

***Adénome**

C'est une petite tumeur corticale peu vascularisée dont l'aspect, quelle que soit la méthode d'imagerie, n'a aucune spécificité. Son diagnostic est **histologique**. Seule sa petite taille et sa situation superficielle sous-capsulaire en imagerie peuvent faire envisager un traitement spécifique (chirurgie partielle avec vérification extemporanée).

***Fibrome médullaire**

Tumeur bénigne très rare, le fibrome médullaire se traduit en TDM par une image de petite lésion tumorale solide vascularisée. En IRM, la tumeur se traduit par une lésion de faible signal sur les images pondérées en T1 et T2. Cet aspect est différent de celui rencontré habituellement dans les cancers, néanmoins la présence de dépôts intra tumoraux d'hémosidérine peut produire un signal comparable au sein d'un carcinome.

***Tumeurs bénignes exceptionnelles**

Ces tumeurs sont des surprises histologiques lorsqu'elles ont atteint une taille suffisante pour être détectées et justifier exérèse chirurgicale.

***Le lipome**

Le lipome est une masse grasseuse indiscernable d'un angiomyolipome à composante grasseuse quasi-exclusive.

***Le léiomyome et la tumeur à cellule juxta glomérulaire**

Le léiomyome et la tumeur à cellule juxta glomérulaire ou réninome (cause exceptionnelle d'HTA du sujet jeune) se traduisent par une petite tumeur solide plus ou moins vascularisée.

***L'hémangiome**

L'hémangiome correspond le plus souvent à une petite lésion tumorale vasculaire de la papille cause rare des hématuries, plus rarement (quelques cas isolés rapportés) il s'agit d'un hémangiome caverneux. [4]

-Les tumeurs solides du rein d'origine parenchymateuse maligne :

***L'adénocarcinome (ou tumeur de GRAVITZ) :**

90% de tumeurs malignes du rein se développe à partir du tube contourné proximal (TCP) .Son architecture est polymorphe avec des remaniements multiples, son extension est hématogène.

*** Autres tumeurs malignes du rein**

- Tubulo papillaires (tumeurs urothéliales : type papillaire ou carcinome comme tumeur de vessie).
- Tumeurs à cellules chromophobes
- Sarcomes
- Néphroblastome : tumeur de l'enfant – tumeur de Wilms

2 – les tumeurs liquidiennes du rein

Il s'agit de kystes rénaux.

*** kyste multiloculaire**

➤ **Néphrome**

Le Néphrome kystique ou kyste multiloculaire du rein est une lésion kystique multiloculaire vascularisée très rare dont l'aspect en imagerie n'est pas différent de certains cancers kystiques. Il est composé de multiples espaces kystiques séparés par des cloisons épaisses vascularisées. Lorsqu'il est de petite taille, les multiples cloisons qu'il contient, délimitant des petites logettes kystiques, peuvent masquer sa nature liquidienne en échographie et en TDM. L'IRM montre un hyper signal marqué associé à des images de cloisons hypo intenses sur les images pondérées en T2 suggérant la nature kystique (mais pas nécessairement bénigne) de la tumeur.

***Le lymphangiome kystique**

Est une tumeur kystique multi loculée peu différente du néphrome kystique sinon par sa taille souvent très importante

***Le rein en éponge :**

Dysplasie congénitale caractérisée par la présence de dilatations kystiques des tubules collecteurs situés dans la région pré calicielle et aboutissant à une stase urinaire et une néphrocalcinose.

***Les reins polykystiques (polykystose rénale) :**

C'est une néphropathie caractérisée par le développement d'au moins 3 à 5 kystes rénaux.

On distingue à l'examen anapath. Trois (3) anomalies principales :

-prolifération cellulaire de l'épithélium kystique.

-accumulation de liquide dans les kystes par sécrétion active.

-défaut de la matrice cellulaire.

*** Néphronophisie (maladie kystique de la médullaire)**

*** Dysplasie rénale**

***Kystes rénaux.**

E / EVOLUTION CLINIQUE:

Elle concerne surtout les cancers du rein.

➤ Histologie

L'histologie est caractérisée par son grand polymorphisme cellulaire. On retrouve une prolifération épithéliale de grandes cellules claires prédominantes, plus ou moins associées à des cellules granuleuses acidophiles (ou éosinophiles), plus rarement à des cellules basophiles dont

certaines sont d'aspect papillaire; exceptionnellement la prolifération est fusiforme, et alors de pronostic très sombre. Le grade et le stade sont deux éléments fondamentaux du pronostic.

Le grade va de I à IV exprimant la différenciation cellulaire. C'est le grade de Fuhrman.

I = bien différencié

IV = indifférencié

Le grade est important mais relatif car en partie arbitraire et ne peut donc à lui seul orienter le pronostic.

Il exprime la différenciation et la morphologie nucléaire selon une échelle allant de I à IV et de pronostic décroissant.

1 - La classification utilisée actuellement est la classification TNM

Tx : Tumeur non décelable

T0 : Pas de signe de tumeur locale décelable.

T1 : T < 7 cm dans sa plus grande dimension (limitée au rein)

T2 : T > 7 cm dans sa plus grande dimension (limitée au rein)

T3a : Envahissement de la surrénale ou des tumeurs périphériques sans dépasser le fascia de Gerota

T3b : Envahissement de la veine rénale et/ou de la veine cave inférieure sous diaphragmatique

T4 : Tumeur étendue au-delà du fascia de Gerota

Nx : Ganglions non décelables

N0 : Pas de métastases ganglionnaires

N1 : Envahissement d'un seul ganglion régional

N2 : Envahissement de plus d'un ganglion

Mx : Métastases non décelables

M0 : Pas de métastases

M1 : Présence de métastases

*** Extension**

- locale, vers les organes voisins

- lymphatique

- veineuse : souvent précoce. [6]

2-Classification de ROBSON :

. Diagnostic d'extension

2.1. Extension locorégionale :

Le degré d'extension locorégionale de la tumeur, évalué selon la classification de Robson, guide la stratégie opératoire (voie d'abord, technique opératoire). La TDM reste actuellement l'examen de choix en première intention. Ses résultats permettront de dégager les rares indications de l'écho-Doppler et de l'IRM, en particulier pour l'étude des veines rénales et de la VCI.

2.2. Dépassement capsulaire (stade II)

Quelle que soit la technique d'imagerie (TDM ou IRM), le diagnostic d'un stade II repose sur la mise en évidence de modifications de l'interface tumeur-graisse (limites tumorales floues et irrégulières) et de la graisse péri-rénale elle-même (présence de travées denses, aspect strié), mais ces critères sont peu spécifiques car de telles anomalies peuvent coexister avec un cancer de stade I. De plus, la non visualisation de la capsule rénale explique la possibilité de faux négatifs en cas d'envahissement capsulaire débutant voire microscopique.

2.3. Envahissement veineux (stade IIIA)

Il conditionne la voie d'abord chirurgicale et le siège de la ligature veineuse notamment pour les cancers du rein gauche et en cas d'extension à la VCI. L'envahissement veineux se traduit en TDM par un défaut d'opacification partiel ou complet de la veine rénale associé à un élargissement de celle-ci. Le diagnostic d'envahissement veineux est plus difficile à droite, en raison de l'orientation oblique ascendante de la veine rénale, en cas de veines rénales multiples et lorsque la tumeur est de grande taille et se développe contre le pédicule, refoulant et laminant la veine. En cas d'extension à la VCI, l'étendue du thrombus néoplasique en hauteur est souvent mal évaluée en TDM, en raison de l'orientation transverse des coupes et d'une opacification souvent de mauvaise qualité. En IRM, le thrombus néoplasique est visible directement sous la forme d'une image endoluminale de signal tissulaire bien différenciée du sang circulant en hyper signal

intense en imagerie rapide avec effet angiographique (écho de gradient avec compensation de flux).

Si la fiabilité globale de l'IRM pour le diagnostic d'envahissement veineux (88% pour la veine rénale et 100% pour la VCI) n'est que légèrement supérieure à celle de la TDM (évaluée entre 68 et 95%), elle fournit souvent un complément d'examen essentiel notamment en cas d'extension à la VCI dont elle détermine avec précision le niveau supérieur grâce aux plans de coupes longitudinaux. Le développement de nouvelles séquences d'imagerie spécialement adaptées à l'exploration vasculaire (séquences rapides avec compensation de flux ou pré saturation du sang circulant) contribuent également à améliorer les performances de l'IRM.

L'écho-Doppler couleur permet de visualiser le thrombus néoplasique dans la veine rénale et la VCI. L'intérêt de l'écho-Doppler réside essentiellement dans l'évaluation précise du degré d'envahissement de la VCI. La sensibilité du Doppler couleur semble excellente lorsque l'exploration est techniquement satisfaisante. Dans certaines conditions d'examen (patients pléthoriques, météorisme abdominal, tumeur de grande taille,...) l'écho-Doppler est insuffisant pour obtenir une étude fiable des veines rénales (veine rénale gauche en particulier) et de la VCI et conduit à réaliser une IRM ou, à défaut (appareillage indisponible ou contre-indication), une cavographie inférieure. L'envahissement débutant d'une veine lobaire, au niveau du sinus rénal, constitue une limite commune à toutes les méthodes d'imagerie mais a peu d'incidence sur l'attitude thérapeutique et le pronostic.

2.4. Extension ganglionnaire (stade IIIB)

Les critères morphologiques d'envahissement ganglionnaire sont identiques en IRM et TDM (ganglion suspect entre 1 et 1.5 cm, ganglion envahi au dessus de 2 cm). Les performances des 2 techniques sont comparables (90% de fiabilité globale).

2.5. Extension aux organes de voisinage (stade IV)

Cet envahissement par contiguïté est rare, il se traduit par des modifications de densité en TDM, ou de signal en IRM, de l'organe atteint au niveau d'une interface irrégulière avec la tumeur. Une simple zone de contact entre la tumeur et l'organe de voisinage ne suffit pas à l'affirmer, alors

que la présence d'un liseré graisseux visible entre la tumeur et la structure voisine permet d'écarter l'éventualité d'un envahissement par contiguïté. Ainsi, en utilisant de tels critères diagnostiques, les faux positifs, tant en TDM qu'en IRM, semblent exceptionnels.

2.6. Métastases (stade IVB)

La mise en évidence d'un nodule rénal controlatéral compatible avec une deuxième localisation sur l'examen TDM est essentielle, car elle peut modifier la technique opératoire (néphrectomie partielle controlatérale avec vérification histologique extemporanée dans le même temps opératoire). La présence d'une deuxième localisation tumorale ipsilatérale est également importante à rechercher car elle contre-indique tout recours à la chirurgie partielle qui peut être envisagée en cas de cancer bilatéral ou de petit cancer sur rein unique. En outre, l'examen TDM recherche la présence de métastases viscérales (surrénales, pancréas,...) qui sont rares et de signification pronostique péjorative.

La recherche de localisations à distance repose sur le cliché de thorax et la scintigraphie osseuse.

Après néphrectomie élargie la surveillance TDM périodique (à 6 mois puis annuelle) recherche une récurrence locale (loge de néphrectomie) exceptionnelle, l'apparition de métastases ganglionnaires lombo-aortiques ou d'une localisation dans le rein controlatéral ou la surrénale restante. Une technique adéquate, nécessitant notamment une parfaite opacification du tractus digestif, est essentielle afin d'éviter certains pièges d'interprétation. Ces difficultés d'interprétation sont principalement liées à la bascule des viscères péritonéaux dans la loge de néphrectomie pouvant simuler une récurrence locale.(5).

F / EXAMEN CLINIQUE

1) *Type de description :*

2) L'ADÉNOCARCINOME DU REIN.

- a) **Début :** Au début l'adénocarcinome se manifeste par des signes locaux (sensation de pesanteur dans la fosse lombaire et rarement une douleur lombaire).
- b) **Période d'état :**

c) **Clinique :**

❖ **INTERROGATOIRE:** Elle retrouve la notion :

° D'Hématurie 50-60% :c'est une hématurie totale macroscopique.

° De troubles gastro-intestinaux à type de constipation due à la compression du tube digestif par l'adénocarcinome.

° Plus rarement (5% des cas) un syndrome paranéoplasique peut être révélateur. On rencontre :

Une anémie ou une hypertension artérielle, une fièvre au long cours, un syndrome Inflammatoire inexpliqué, une polyglobulie, une hypercalcémie ou un syndrome de Stauffer.

Enfin des métastases peuvent être révélatrices le plus souvent d'atteintes pulmonaires ou osseuses.

❖ **EXAMEN PHYSIQUE :**

-Signes généraux:

Ces signes sont en faveur d'une tumeur rénale agressive. Il s'agit :

°D'une altération de l'état général (Amaigrissement 28-36%, asthénie et anorexie).

°D'une pâleur conjonctivale et palmo- plantaire.

hyperthermie (t° supérieure à 37°C)

°D'une

°D'un pouls accéléré (pouls supérieur à 100 battements par mn.)

°D'HTA (22-38%).

L'examen clinique est le plus souvent normal. On doit toutefois rechercher systématiquement une masse lombaire ou rétro péritonéale, des œdèmes des membres inférieurs, un ganglion sus claviculaire gauche, des métastases hépatiques, pulmonaires ou osseuses. Il porte sur plusieurs parties du corps.

- Inspection :

L'abdomen est asymétrique avec présence d'une voussure au niveau lombaire.

- Palpation :

-Les fosses lombaires : Elle découvre près d'une sur deux une masse lombaire douloureuse donnant le contact lombaire et le ballotement rénal.

-aires ganglionnaires : le bilan d'extension, adénopathies sus claviculaires.

-Le foie : gros foie dur, douloureux à bord inférieur tranchant consécutif à une tumeur rénale =métastase hépatique.

-Les os : métastase osseuse= notion de douleurs osseuses, acuité articulaire.

- percussion : La matité est barrée par la sonorité colique.
- Auscultation : Pas d'anomalies majeures en dehors parfois d'un souffle au niveau abdominal en cas de sténose de l'artère rénale d'origine tumorale.
- Touchers pelviens :

Le toucher rectal combiné au palper hypogastrique : Il apprécie l'ampoule rectale, de la vessie et le volume de la prostate chez l'homme.

Le toucher vaginal combiné au palper hypogastrique : apprécie l'état du vagin, du col de l'utérus, de la vessie et du rectum.

❖ **Les examens complémentaires :**

➤ **BILAN BIOLOGIQUE :**

Il comprend un ECBU à la recherche d'urine sanguinolente synonyme d'hématurie macroscopique et microscopique, une mesure de la vitesse de sédimentation(VS) ou de la CRP à la recherche d'un syndrome inflammatoire qui est un élément pronostic et qui peut servir au suivi post chirurgical.

La numération formule sanguine (NFS) mettra en évidence une polyglobulie (d'un syndrome paranéoplasique) ou une anémie paranéoplasique ou conséquence d'une hématurie.

Le dosage des phosphatases alcalines et des gammas GT recherche une atteinte hépatique.

La calcémie recherche une hypercalcémie paranéoplasique.

Enfin le dosage de la créatinine évalue la valeur de la fonction rénale ce qui est indispensable pour envisager la stratégie thérapeutique.

➤ **IMAGERIE:**(examens radiologiques) :

- **L'échographie et le scanner** font ou précisent le plus souvent le diagnostic.

L'échographie rénale: confirme la présence d'une masse rénale, Elle permet le diagnostic différentiel avec les kystes. Elle peut aussi montrer des métastases hépatiques. Il faut toutefois se rappeler que c'est un examen opérateur dépendant.

- **U.I.V** : montre soit un défaut de sécrétion et /ou d'excrétion voire un rein muet.

-**Scanner rénal:** actuellement le meilleur examen pour le bilan locorégional; permet de voir des adénopathies lombo-aortiques, un thrombus dans la veine rénale et/ou cave.

-**IRM** : qui permet dans quelques rares cas de mettre en évidence des angiomyolipomes.

-**ASP: Abdomen sans préparation post-scanner** : permet d'observer la morphologie des voies excrétrices.

d- Evolution:

Elle est lente, parfois purement locorégionale, la tumeur pouvant prendre des proportions monstrueuses ; parfois au contraire rapidement métastatique, la tumeur primitive pouvant rester relativement petite.

e-Pronostic : Le pronostic est fonction du stade anatomique, du grade histologique, de l'état général du patient, de la présence d'un envahissement ganglionnaire ou de métastases

2- formes cliniques :

Elles sont nombreuses et souvent trompeuses.

a) Formes selon la symptomatologie :

-L'hématurie : constante, elle se rencontre dans la tumeur du bassinet, de l'uretère et de l'adénocarcinome.

-Masse abdominale : Elle se voit dans le néphroblastome, les sarcomes et l'adénocarcinome.

- Douleur : présente surtout dans les sarcomes.

b) Les formes avec syndromes para néoplasiques :

-Cliniquement il ya :

- * Une HTA : par hyperproduction de rénine par l'appareil juxta glomérulaire.
- * Une fièvre prolongée,
- * Une A.E.G,
- * Une fatigue,
- * Une hépatomégalie non métastatique.

-Biologiquement il y a :

- * Une polyglobulie isolée,
- * Une thrombocytose,
- * Une hypercalcémie,
- * Une hyperplaquettose,
- * Une augmentation des phosphatases alcalines et du taux de prothrombine(T.P),
- * Un syndrome inflammatoire (V.S. et CRP augmentées),
- * Une hypersécrétion de rénine.

c) Formes selon le terrain :

-les syndromes tumoraux familiaux :

- ✓ Les phacomatoses,
- ✓ La sclérose tubéreuse de BOURNEVILLE :

Elle est caractérisée par des manifestations nerveuses, psychiques, des lésions rétiniennes et des hamartomes du cerveau .Au cours de cette affection, on observe des Kystes et des angiomyolipomes du rein .sa transmission est autosomique.

- ✓ La maladie de VON HIPPEL LINDAU :

Elle se caractérise par un angiome rétinien et cérébelleux, un trouble de la vision, une hypertension intra crânienne et une ataxie cérébelleuse.

Au cours de cette affection il ya une atteinte du pancréas associée à des Kystes rénaux ou à un carcinome rénal.

- ✓ Syndrome de BIRT – HOGG DUBE : Il associe des oncocytes, parfois des adénocarcinomes du rein à des tumeurs bénignes cutanées et à un pneumothorax spontané,
- ✓ Léiomyomatose cutanée familiale ;
- ✓ L'HTA ;
- ✓ L'hémangiopéricytome ;
- ✓ Kyste rénal ;
- ✓ Néphroblastome (tumeur de Wilms) ;
- ✓ L'adénocarcinome du rein.

-Gène WT1 et Tumeur de WILMS : Le gène prédisposant à la tumeur de Wilms serait le gène WT1 sur la 11^{ème} paire de chromosome [6].

-La tuberculose rénale et l'échinocose hydatique (Kyste hydatique du rein)

d) Formes selon l'âge :

-Chez l'enfant et l'adulte jeune (25-30 ans) : Le néphroblastome, tumeur développée aux dépens du blastème rénal survient dans cette tranche d'âge.

- âge > 50ans : c'est l'âge de découverte des Kystes rénaux et de l'adénocarcinome du rein se situe autour de 60ans.

e) Les formes compliquées :

-Les formes métastatiques :

* Les métastases osseuses ostéolytiques ;

* les métastases pulmonaires ;

* Foie : Il est augmenté de volume et est nodulaire avec présence d'une ascite souvent ;

*Métastases cérébrales : L'examen anatomo-pathologique montre son origine rénale par la présence de cellules claires ;

*Métastases de ganglions lymphatiques ;

*Autres complications : Une hydrocèle ou une varicocèle se développe si la veine spermatique est obstruée.

G / DIAGNOSTIC

1) DIAGNOSTIC POSITIF :

a) Signes cliniques :

- Interrogatoire :

L'interrogatoire du patient révèle parfois la notion :

*D'hématurie,

*De douleur abdominale ;

*D'un syndrome para néoplasique ;

-Examen physique,

*Signes généraux :

Ils existent dans la moitié des cas, il s'agit :

- D'une A.E.G ;
- D'une hyperthermie,
- D'une pâleur conjonctivale et des extrémités ;
- D'un pouls accéléré et d'HTA.

-Inspection :

- Abdomen asymétrique avec présence d'une voussure au niveau lombaire.
- Amaigrissement modéré ou AEG ;
- Conjonctives toujours pâles.

-Palpation : révèle souvent :

- Un gros rein qui donne le contact lombaire et le ballottement rénal ;
- Hyperthermie au tact ;
- Une tuméfaction des aires ganglionnaires en particulier la présence de ganglion de TROISIÈRE (tuméfaction cervicale gauche) ;

- Percussion :

La percussion de la fosse lombaire ne décèle rien parce que la matité rénale est barrée par la sonorité colique.

-Toucher rectal : il permet d'apprécier l'état du rectum, de la vessie, et le volume de la prostate chez l'homme.

b) Examens paracliniques :

*L'échographie rénale :

L'échographie est plus performante pour le diagnostic des tumeurs supérieures à 2cm. L'échographie permet de définir la nature solide ou liquide d'une tumeur rénale. Un kyste rénal bénin est trans-sonore, à parois régulières et contenu homogène, avec renforcement postérieur et des cônes d'ombres latéraux. Toute tumeur solide doit être considérée comme un cancer, sauf si elle contient de la graisse (angiomyolipome). L'échographie participe également au bilan d'extension intra-abdominale.

* L'artériographie :

Elle est techniquement réalisée par cathétérisme de l'artère fémorale selon la méthode de Seldinger. Pratiquement plus utilisée depuis l'avènement du scanner.

Les signes de tumeurs malignes sont fort évocateurs s'ils reflètent une hyper vascularisation de la masse (9 fois sur 10) : néo vaisseaux, augmentation de calibre de l'artère rénale, ...

T. pôle inf. du rein G



Limites de l'artériographie :

- cancers nécrosés devenus avasculaires, petit contingent de tumeurs malignes hypovasculaires d'emblée, petit contingent de tumeurs bénignes hypervasculaires,

Il faut signaler enfin l'intérêt préopératoire de l'artériographie qui peut révéler une vascularisation d'anatomie inhabituelle (vaisseaux polaires).

*La cystoscopie : Elle est faite en cas d'hématurie afin de trouver l'origine du saignement .S'il s'agit d'une tumeur rénale, elle permet de voir le sang jaillir par intermittence à travers l'orifice urétéral.

***Le scanner :**

Le développement du scanner depuis plus de 10 ans a transformé l'approche traditionnelle. Ambulatoire, non invasif, il donne en plus de très nombreuses informations sur le stade et l'extension.

Avec injection d'iode, il permet un examen précis des deux reins, de la loge rénale, de la surrénale, des aires ganglionnaires, de la veine rénale et de la veine cave, du foie ; de plus, on peut faire le couplage, scanner et UIV pour avoir des clichés d'UIV.

Le cancer du rein est une masse ne contenant pas de graisse, de densité tissulaire qui augmente lors de l'injection du produit de contraste. Le scanner donne des informations indispensables et fiables dans la grande majorité des cas sur l'extension veineuse et l'extension aux organes voisins. L'extension ganglionnaire est sujette à caution.

c) L'IRM : Elle est indiquée pour préciser l'envahissement veineux (veine cave inférieure) et aux organes de voisinage, (foie ou rate en cas de tumeur polaire inférieure notamment) quand le scanner est insuffisant.

d) L'UIV : L'UIV traditionnelle reste un examen extraordinaire : clichés simples montrant les contours du rein, d'éventuelles calcifications ; les clichés précoces réalisent une vraie parenchymatographie ; les clichés plus tardifs montrent toute la voie excrétrice et le retentissement de la tumeur.

L'UIV peut affirmer la tumeur et son caractère malin mais elle est parfois insuffisante

- . Soit que la tumeur soit petite,
- . Soit que la tumeur, découverte pourtant, ne puisse être affirmée maligne,
- . Soit que le rein soit "muet" (3 raisons : obstruction de la veine, destruction du rein massivement envahi, envahissement du pédicule).

De toutes les façons, à l'heure actuelle, l'UIV est insuffisante comme examen pré-chirurgical mais fournit une étude du rein controlatéral qui restera en place.

*Examen des urines : L'urine peut avoir un aspect sanguinolent avec présence d'hématurie macroscopique ou microscopique. On peut déceler une pyurie avec un nombre de germes supérieur à 100000/ml.

*N.F.S : peut montrer :

- ✓ une polyglobulie consécutive à la sécrétion de l'érythropoïétine par la tumeur rénale ;
- ✓ une hyperplaquettose
- ✓ une anémie parfois

*Ionogramme : Il existe parfois une hypercalcémie si tumeur rénale (due à la sécrétion d'une substance PTH like).

*Vitesse de sédimentation (VS) : Elle est très élevée dépassant 80-100 mm à la première heure en cas de tumeur rénale.

* Anatomopathologie : confirme la nature macroscopique et histologique de la tumeur rénale.

2) *DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :*

a) Tumeurs surrenaliennes :

La tumeur surrenalienne non sécrétante ressemble à la tumeur rénale, si elle est volumineuse dans la loge rénale. Elle diffère de la tumeur rénale car elle possède des signes précis qui sont : l'hirsutisme, l'aménorrhée et l'obésité.

- b) La Pyo néphrose : elle ressemble à la tumeur rénale par la présence d'une masse palpable dans la loge rénale. Elle diffère de la tumeur rénale par la présence d'une pyurie et son apparition après une hydronéphrose.
- c) Tumeur de la vessie : Sa similitude avec la tumeur du rein réside au niveau de l'hématurie. Toutefois, la tumeur rénale diffère de la tumeur de vessie par la présence de sang qui ne coagule.
- d) Calcul du rein : Ici aussi la ressemblance d'avec la tumeur rénale se trouve au niveau de l'hématurie. La différence se situe à l'U.I.V où la limite de l'ombre négative représentant le calcul est arrondie ou ovale en cas de calcul et irrégulière en cas de tumeur.

- e) Tumeur de l'ovaire : Une grosse tumeur ovarienne ressemble à une tumeur rénale à la palpation (présence d'une masse dans la loge rénale) et par la présence de syndrome paranéoplasique .la tumeur ovarienne diffère de celle rénale par la présence d'un gros ovaire au toucher vaginal.
- f) Bilharziose urinaire : Elle ressemble le plus à la tumeur rénale par l'hématurie.la différence réside au niveau du fait qu'un patient porteur d'une tumeur rénale a un mauvais état général par rapport à un patient porteur de la bilharziose urinaire.
- g) La tuberculose rénale : Leur ressemblance est la douleur rénale à la palpation. La tuberculose rénale diffère de la tumeur rénale par une pyurie aseptique des urines, par une irritation de la vessie, et par sa tendance à l'envahissement des organes génitaux.
- h) Sténose urétérale : La tumeur du rein se confond avec la sténose urétérale quand les amas des ganglions lymphatiques compriment l'uretère au cours d'un processus malin, et quand l'hydronéphrose se présente sous la forme d'une masse palpable dans la loge rénale.

La sténose urétérale se différencie de la tumeur rénale par l'absence de métastases.

- l) Tumeurs intra péritonéales : Elles peuvent être :

- Splénique ;

- colique.

Leur différence avec la tumeur rénale est la présence de la masse abdominale à la palpation pour la tumeur intra péritonéale mais aussi par des troubles digestifs à type de diarrhée, constipation, méléna.

- i) Kyste rénal bénin

- k) Autres tumeurs malignes du rein: cancers des voies excrétrices, sarcomes, lymphomes, métastases rénales.

3-DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

Les étiologies des tumeurs primitives du rein son totalement inconnues. Néanmoins GRAVITZ affirmait que les adénocarcinomes sont le résultat de résidus surrenaliens intra rénaux.

De l'autre côté, les causes des tumeurs secondaires du rein sont bien connues, elles résultent des métastases provenant d'un lymphome malin, d'une leucémie, ou d'une tumeur d'un organe proche (exemple : tumeur du foie, de la surrenale.....).

H / TRAITEMENT

1) TRAITEMENT PREVENTIF :

a) La prévention primaire : Elle consiste à :

-l'éviction de certains facteurs environnementaux (tabac et obésité) incriminés dans la survenue des tumeurs du rein.

-Une limitation de la durée du traitement de certains antihypertenseurs qui semblerait être impliqué dans l'apparition des tumeurs rénales. [7]

b) La prévention secondaire :

Elle consiste à :

-Un dépistage et à un traitement précoce des tumeurs rénales en cas d'insuffisance rénale afin d'avoir un meilleur pronostic.

-Un dépistage génétique précoce des formes héréditaires des tumeurs rénales afin de préconiser une prise en charge spécialisée, une surveillance particulière et un conseil génétique.

c) La prévention tertiaire : Elle consiste à diminuer les effets et les séquelles des tumeurs rénales ou de son traitement.

2) TRAITEMENT CURATIF :

a) But :

Le but est :

-d'enlever la tumeur rénale et les ganglions para rénaux.

-d'empêcher l'extension et la multiplication des cellules tumorales du rein.

b) Moyens :

- La chirurgie :
 - ✓ -Classiquement et en pratique courante, c'est la ***néphrectomie totale élargie***, opération qui emporte le rein, la loge rénale avec la surrénale, les ganglions. C'est cette dernière "étape", ganglionnaire qui est la plus variable selon les opérateurs ; certains se contentent d'enlever les ganglions juxta-hilaires ; d'autres font un large curage latéro-aortique. Les résultats sont donc difficiles à interpréter car le pourcentage d'envahissement ganglionnaire varie beaucoup selon l'étendue du curage, d'autant que, on l'a vu, même le scanner préopératoire ne peut formellement préjuger de l'envahissement ; il faut noter, **en faveur de l'extension systématique du curage** :
 - ✓ sa facilité et l'absence de morbidité supplémentaire,
 - ✓ probablement un allongement de la survie lorsque les ganglions envahis sont enlevés,
 - ✓ un facteur pronostic important.
 - ✓ Cette néphrectomie s'élargit à la veine rénale et à la veine cave lorsqu'il y a une extension veineuse ; bien sûr le diagnostic précis d'envahissement doit être fait en préopératoire afin de choisir la voie d'abord et d'être préparé à cette chirurgie veineuse particulière qui peut nécessiter l'ouverture (et le clampage) de la veine cave inférieure, la découverte de la veine cave inférieure sus-hépatique et rétro-hépatique (avec mobilisation du foie), voire l'ouverture du diaphragme et de la veine cave intra péricardique.
 - ✓ La néphrectomie peut être élargie aussi aux organes de voisinage ; côlon et méso côlon, grand épiploon, rate, queue du pancréas.
 - ✓ Une métastase hépatique unique peut être enlevée en même temps.

- ✓ Tous les degrés sont possibles, de la simple néphrectomie "élargie" pour une tumeur limitée à une néphrectomie "extensive" ; la voie d'abord peut donc être différente.

***LA VOIE D'ABORD**

Elle varie selon les chirurgiens et bien sûr, selon l'extension de la tumeur. Ce choix est surtout guidé par la préférence individuelle du chirurgien ; cependant il ne faut pas oublier qu'en règle, il faut tout de même choisir une approche qui permet la **ligature précoce du pédicule** (c'est pourquoi dans certains cas d'énormes tumeurs hypervascularisées, on peut commencer par une **embolisation de l'artère rénale** ; l'hémorragie est réduite et la ligature initiale de la veine rendue plus facile ; ce n'est cependant pas une technique anodine ; elle peut se compliquer, aboutissant à retarder l'intervention ; en général, sauf exception, il est toujours possible en choisissant bien la voie d'abord, de lier d'emblée le pédicule.

- ✓ **La lombotomie :**

La lombotomie "élargie" est pour beaucoup la voie habituelle ; en réséquant la XI^e côte ou dans le XI^e espace. Elle donne une bonne exposition et peut rester extra péritonéale ; son inconvénient principal est qu'elle ne permet pas l'exploration intra péritonéale, et rend l'abord premier du pédicule difficile si la tumeur est grosse.

- ✓ **La médiane**

- ✓ **La voie sous-costale** peut facilement être agrandie, en "chevron" de l'autre côté. Elle permet un abord premier du pédicule et d'exécuter toute la chirurgie quelle que soit l'extension ; on peut aisément enlever le cancer du rein gauche et le bourgeon cave même rétro-hépatique par une voie sous-costale, par ailleurs facile (et solide) à refermer.

- ✓ **La thoracophréno-laparotomie (TPL)** décrite en 1949 par Chute aux USA et en France par A. Dufour vers 1953 donne un grand jour sur le pôle supérieur lorsque la tumeur est polaire supérieure et surtout à gauche.

Elle a été décrite à une époque où les urologues n'osaient pas ouvrir l'abdomen, le diaphragme et le thorax. Sa vogue a été longtemps excessive.

Si la voie est large, elle est tout de même très latéralisée et la morbidité non négligeable. Il est rare aujourd'hui d'être obligé d'y avoir recours.

L'urologue doit être à même d'utiliser toutes les voies d'abord et de choisir la mieux adaptée à l'état de l'opéré et de sa tumeur.

❖ CAS PARTICULIERS

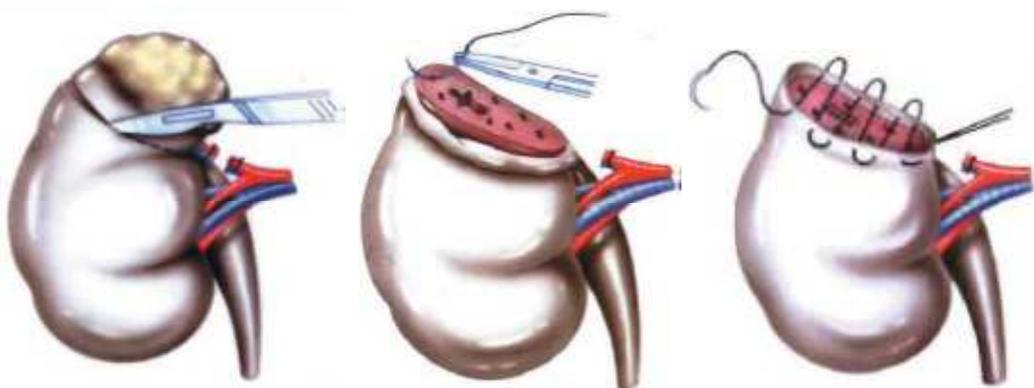
Ils sont nombreux :

Les tumeurs bilatérales : Les tumeurs bilatérales existent, nécessitant une chirurgie partielle bilatérale ou une néphrectomie élargie d'un côté et partielle de l'autre.

- **La tumeur sur rein unique**

Nécessite une chirurgie partielle (néphrectomie partielle ou tumorectomie) et parfois une technique "ex vivo" de façon à conserver le rein.

- **La chirurgie partielle:** La chirurgie partielle conservatrice du parenchyme est de plus en plus utilisée en raison des diagnostics plus précoces ; et il semble que le pronostic à distance ne soit pas différent.



a, b, c

20 :

Schémas des différentes étapes de la néphrectomie partielle polaire supérieure

a : section parenchymateuse.

b : hémostase et suture de la tige calicelle.

c : suture de la capsule au-dessus de la tranche de section.

- **La chirurgie en cas de métastases pulmonaires**

Les métastases pulmonaires ne sont pas une contre-indication formelle à la néphrectomie, ni une métastase hépatique. Certaines localisations secondaires peuvent être enlevées en même temps que la tumeur rénale ou dans un deuxième temps [8].

- La chimiothérapie :

C'est l'utilisation des médicaments antimitotiques, elle consiste à bloquer la mitose des cellules tumorales du rein .Exemple : le cyclophosphamide (Endoxan et la vincristine).

- Immunothérapie : C'est l'injection de médicaments analogues aux médiateurs inter cellulaires du système immunitaire.

Ils sont représentés par l'interféron et l'interleukine

- L'embolisation artérielle

- La radiothérapie : elle s'opère par irradiation de la tumeur rénale.

c)Indications :

-Le traitement chirurgical :

Il est indiqué dans les cas ci-dessous :

*Grosse tumeur rénale bénigne

*Cancer du rein non métastatique

*Kyste rénal compliqué (avec rupture ou infecté...)

*Tumeur sur rein unique non métastatique

*Tumeur rénale bilatérale métastatique

*tumeur du rein sur métastases pulmonaires

- La chimiothérapie : Elle est indiquée dans :

Le néphroblastome : Exemple : le traitement en monothérapie par la vinblastine (0,15mg / kg intraveineux toutes les semaines pendant 6 semaines puis tous les 15 jours).

-L'Immunothérapie :

Elle est indiquée dans l'adénocarcinome.

-L'embolisation artérielle :

Elle est indiquée en cas de :

*Néphroblastome

*Tumeur rénale avec métastases osseuses douloureuses localisées.

d) Résultats :

-La chirurgie :

Le traitement chirurgical notamment La **néphrectomie élargie** emportant la graisse péri rénale et le fascia de Gerota est le traitement de référence du cancer du rein.

-La chimiothérapie :

Elle n'est pas efficace car la tumeur rénale n'est pas chimio sensible.

-L' immunothérapie :

En cas d'atteinte métastatique diffuse, l'immunothérapie par Interféron et Interleukine reste le protocole actuel standard en attendant les nouvelles thérapeutiques (cellules dendritiques, greffe de moelle, facteurs anti-antigéniques). Ce traitement a des effets secondaires sévères et fréquents. Il ne doit être utilisé que dans des centres spécialisés sachant maîtriser les effets secondaires. L'efficacité est fonction de la dose administrée. Des associations peuvent être utilisées telle que Interféron + Vinblastine ou Interféron +IL 2. [9]

Le taux de réponse est de 20% avec 5% de rémission complète et 15% de rémission partielle. Ces rémissions sont habituellement de courte durée.

L'association chirurgie-immunothérapie donne de meilleurs résultats que l'immunothérapie seule dans la maladie métastatique.[10]

-L'embolisation artérielle : Son efficacité est discutée.

-La radiothérapie :

La radiothérapie est indiquée à titre palliatif sur les métastases osseuses douloureuses

La radiothérapie curatrice, en raison de la radiorésistance de cette tumeur, n'a pas d'indication. Par contre, celle-ci peut avoir une action antalgique sur des localisations osseuses par exemple. Elle est aussi utilisée en cas de métastases cérébrales ou pour réduire une masse tumorale des parties molles. La dose délivrée doit atteindre au moins 40 Grays. [11]

SUIVI POST-THERAPEUTIQUE :

Il doit être régulier et prolongé à vie en raison du risque de récurrence tardive.

On recherchera en priorité une récurrence locale et des métastases pulmonaires.

Le suivi comprend au minimum une échographie abdominale et radiographie du thorax, au maximum un scanner thoraco-abdominal, une mesure de la VS, de la créatinine et des phosphatases alcalines.

La durée du suivi est indéterminée en raison du risque de récurrences très tardives.

La tumeur rénale est une pathologie rare, d'étiologie inconnue.

Dans sa forme cancéreuse, elle demeure une maladie redoutable.

Son traitement repose sur la chirurgie qui permet d'obtenir des survies à 5 ans entre 80 % et 45 % selon qu'il s'agisse d'un stade I ou III. Les formes métastatiques (stade IV) relèvent actuellement d'un traitement systémique basé sur les cytokines (IFN- α , IL-2), éventuellement associées à la chimiothérapie. Les résultats restent médiocres avec des taux de réponses en général inférieurs à 30 %. Si un bénéfice en survie a été démontré avec les traitements fondés sur l'IL-2, celle-ci reste limitée et les survies à 5 ans sont rares. Tout de même l'espoir est permis devant l'intensification de la recherche qui devra permettre d'avoir plus d'éclairage sur le diagnostic et la prise en charge de la pathologie.

A / METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude :

Cette étude a été réalisée au service d'urologie du centre hospitalier et universitaire du Pt « G » (C.H.U).

1-1- Présentation du C.H.U du Pt « G ».

1-2- Aperçu historique :

Le point « G » est une dénomination coloniale de repère géodésique donnée à une colline située au nord de Bamako dont l'hôpital porte le nom.

En effet la première pierre de l'hôpital du point à été posée en 1906 et les travaux ont duré 6 ans, l'hôpital a été fonctionnel en 1912. Depuis cette date, il ya eu plusieurs extensions dont :

-La construction du pavillon des indigènes en 1913.

-La construction de l'école des infirmiers, du laboratoire et du service matériel en 1950.

-la construction du nouveau bloc opératoire en 1953.

-La construction du service d'urologie, l'actuel service de cardiologie B, la Pneumo phtisiologie entre 1956 -1958.

-La clôture en barbelé en 1960.

Le style architectural de l'hôpital du point « G », à l'origine qui était un hôpital militaire est de type pavillonnaire , il fut transformé en hôpital civil avec l'arrêté n° 174 de Février 1958 portant réforme hospitalière et civilisation des services de santé du Soudan ,pour ensuite être érigé en établissement public hospitalier (EPH) avec la loi n° 02- 048 du 22 juillet 2002 portant réforme hospitalière.

1-3-Situation géographique : Le C.H.U du Point «G » est situé sur les collines du Point « G » sur la rive gauche du fleuve Niger en commune III du district de Bamako, il occupe une superficie de 25 hectares dont 17,30% sont bâtis.

1-4-Statut juridique :

Compte tenu de la spécificité des hôpitaux, la loi n° 02-048 du 22 juillet 2002 modifiant la loi n° 94-009 du 22 mars 1994 portant principes fondamentaux de la création, de l'organisation de la gestion et du contrôle des services publics prévoit les établissements publics Hospitaliers (EPH).

La loi d'orientation sur la santé (loi n° 02-049 du 22 juillet 2002) confère aux hôpitaux le statut d'Etablissements Publics Hospitaliers dotés de la personnalité morale et de l'autonomie administrative et financière.

La loi n°03-021 du 04 juillet 2003 porte sur la création d'un établissement public hospitalier dénommé du Point « G ».

1-5-Missions :

Le C.H.U du Point « G », en tant qu'établissements Publics Hospitaliers (EPH) a pour missions entre autres de :

- Assurer le diagnostic, le traitement et la surveillance des malades, des blessés et des femmes en procédant, lorsque nécessaire, à leur hébergement ;
- Participer à des actions de santé publiques dans la limite de ses compétences ;
- Participer à des actions de formation et de recherche dans le domaine de la santé.

2- Patients et Méthode :

2-1-Type d'étude :

Cette étude comporte deux phases qui sont :

- Une rétrospective qui va du 01 Mars 2009 au 31 décembre 2009.
- Une prospective qui va du 01 janvier 2010 au 01 Février 2010.

A propos de la prise en charge des tumeurs du rein dans le service d'urologie.

2-2-Période d'étude : Un an s'étendant de Mars 2009 à février 2010.

2-3-Population d'étude :

Il s'agit des patients hospitalisés au service d'urologie du C.H.U de Point « G » dont les dossiers sont exploitables.

2-4-Echantillonnage : type de fiche d'enquête population type.

2-5-Variables étudiées :

-Incidence ;

-Fréquence.

L'étude a porté sur un échantillon de patients diagnostiqués et pris en charge dans le service d'urologie pour tumeurs du rein.

2-6-Critères d'inclusion :

*Patients ayant fait une échographie abdomino-rénale et pelvienne.

*Patients pour lesquels l'examen anatomo-pathologique a confirmé le caractère de tumeur de la pièce opératoire.

-Patients pour lesquels la néphrectomie a montré à l'examen anatomo-pathologique une tumeur rénale.

2-7-Critères de non inclusion :

Patients admis pour autres pathologies.

Au total, nous avons retenu 10 cas de tumeurs rénales.

2-8-Supports :

Le support des données a été des fiches individuelles d'enquête adressées à nos patients (fichier en annexe). A la fin les données ont été traitées au logiciel Microsoft Word 2007.

B-RESULTATS

3) Fréquence dans le service :

Tableau I : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Masculin	4	40
Féminin	6	60
Total	10	100

Il y avait 6 femmes contre 4 hommes dans notre échantillon.

2) Caractéristiques sociodémographiques :

Tableau II : Répartition en fonction de la tranche d'âge :

Tranche d'âge (ans)	Effectif(n)	Pourcentage(%)
0-18	2	20
18-40	4	40
AGE> 40	4	40
Total	10	100

Huit patients sur dix (8/10) avaient au moins 18 ans dans notre échantillon.

Tableau III : Répartition en fonction de l'éthnie

Ethnie	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Bambara	4	40
Malinké	2	20
Sarakolé	1	10
Peulh	2	20
Sénoufo/minianka	1	10
Total	10	100

Quatre patients sur dix (4/10) étaient bambaras.

Tableau IV : Répartition en fonction de la profession

Profession	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Ménagère	4	40
Fonctionnaire	1	10
Elève/Étudiant(e)	2	20
Commerçant	2	20
Paysan	1	10

Quatre patients sur dix (4/10) étaient des ménagères.

Tableau V : Répartition sociogéographique des patients

Résidence	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Bamako	5	50
Kayes	2	20
Koulikoro	1	10
Mopti	1	10
Sikasso	1	10
Total	10	100

Cinq patients sur dix (5/10) résidaient à Bamako.

3) Données cliniques

Tableau VI : Répartition des patients selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Douleur lombaire	9	90
Pollakiurie	1	10
Masse lombaire	3	30
Hématurie	1	10

La douleur lombaire isolée ou associée à au moins une autre plainte avait constitué le motif de consultation le plus fréquent.

Tableau VII : Répartition des patients selon les antécédents médicaux :

Antécédents médicaux	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Aucun	6	60
Bilharziose urinaire	3	30
HTA	1	10
Total	10	100

Quatre de nos patients (4/10) ont présenté des antécédents médicaux.

Tableau VIII : Répartition selon les types de tumeurs et l'âge

Types tumeurs	Carcinome rénal		Néphroblastome		Oncocytome		Kyste rénal	
	Effectif(n)	%	Effectif(n)	%	Effectif(n)	%	Effectif(n)	%
Age								
0<âge<18			2	100				
18<âge<40	2	100			1	100	2	100
Age > 40	2	100					1	100

Deux patients (2/10) âgés de plus de ans quarante ont développé le carcinome rénal.

Tableau IX : Répartition des patients selon les signes cliniques

Signes cliniques	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Masse lombaire	4	40
Vomissements	1	10
Amaigrissement	3	30
Hyperthermie	9	90
Dysurie	1	10
Brûlures mictionnelles	0	0
Hématurie	2	20
Nausées	4	40
Asthénie	1	10
Pollakiurie	3	30
Pyurie	0	0
Douleur hypogastriques	0	0
Douleur lombaire	9	90
Total	10	100

Dans 9 cas sur 10, il y avait de l'hyperthermie et de la douleur lombaire.

Tableau X : Répartition selon le traitement déjà reçu avant l'admission à l'hôpital du

Point« G »

Traitement déjà reçu	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Traitement médical et traditionnel	2	20
Traitement traditionnel seul	1	10
Traitement médical seul	4	40
Pas de traitement	3	30
Total	10	100

Sept patients sur dix (7/10) avaient reçu un traitement médical et/ou traditionnel dans notre échantillon.

4) Données para cliniques :

Tableau XI : Répartition des patients selon les résultats de la créatininémie

Résultats de la créatininémie ($\mu\text{mol/L}$)	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Créatininémie > 120	5	50
Créatininémie < 120 (valeur normale)	2	20
Créatininémie <65	3	30
Total	10	100

La moitié de nos patients (5/10) avaient présenté une créatininémie élevée.

Tableau XII : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine

Taux d'hémoglobine (g/dl)	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Hb <12	5	50
12<Hb>18	4	40
Hb>18	1	10
Total	10	100

Cinq patients sur dix (5/10) avaient un taux d'Hb bas tandis qu'un seul avait un taux d'Hb supérieur à 18 g/dl.

Tableau XIII : Répartition des patients selon le taux d'hématocrite

Tableau d'hématocrite	Effectif(n)	Pourcentage(%)
Hématocrite <35	5	50
35<Hématocrite<52 (taux normal)	4	40
Hématocrite <52	1	10
Total	10	100

La moitié de nos patients (5/10) avaient présenté un taux d'hématocrite élevé.

Tableau XIV : Répartition des patients selon le groupe sanguin

Groupe Sanguin	Effectif(n)	Pourcentage(%)
O+	5	50
B+	3	30
A-	0	0
A+	2	20
AB+	0	0
Total	10	100

La moitié de nos patients (5/10) étaient du groupe sanguin O+

VI / COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Cette étude portant sur 10 cas de tumeurs de rein recensées durant une période de 12 mois (Février 2009 à mars 2010) dans le service d'urologie au CHU du Point « G » de Bamako a permis de dégager des résultats qui suscitent des commentaires et discussions :

- A) La prévalence des tumeurs rénales a été faible au Mali. Elle a décru au fil des années.
- B) Les résultats épidémio-cliniques ont montré ce qui suit :

1) Bamako a été la région la plus représentée du fait certainement de la forte concentration des patients (5 patients /10).

2) La profession ménagère a occupé la première place de cette étude : quatre (4) cas sur dix(10) soit 40%, ceci pourrait être dû au fait qu'au Mali, une certaine discrimination est faite à l'endroit des femmes dans la reconnaissance de leurs droits notamment celle à la santé, à l'éducation.....

3) Deux classes d'âge ont été dominantes, il s'agit de celle comprise entre 18 et 40 ans et de celle dont l'âge est supérieure à 40 ans. Ce qui indiquerait probablement que les tumeurs rénales touchent de plus en plus de jeunes alors même que la littérature attribue le pic de fréquence à l'adulte (50-60ans).

4) Selon cette étude ,6 patients sur 10 soit 60% ne souffrent d'aucun antécédent.

Nous avons également retrouvé 2 cas de Bilharziose urinaire sur adénocarcinome du rein soit 20%., 1 cas d'antécédent de Bilharziose urinaire sur Kyste rénal.

Ce qui pourrait être dû à l'endémicité de la Bilharziose urinaire dans certaines zones d'irrigation du Mali (Ségou, Mopti...).

Un (1) antécédent d'hypertension artérielle a été retrouvé chez un patient souffrant d'adénocarcinome rénal, ce qui confirme davantage les résultats obtenus dans ce sens par des scientifiques comme CONN et COLL, qui avaient prouvé une production de rénine par certaines tumeurs rénales. [11]

- 5) Concernant les habitudes alimentaires, seul un patient fumeur du tabac est porteur de kyste rénal .Il est important de savoir qu'actuellement le lien de causalité entre carcinome à cellules rénales et consommation de tabac a été établi à partir de plusieurs études de cas témoins et de cohortes. Cette association serait due à la présence de carcinogènes rénaux dans le tabac : le cadmium et diméthyle nitrosamine. [7]
- 6) Sur le plan clinique, les signes révélateurs ont été la douleur et la masse lombaire. Les tumeurs rénales sont en général volumineuses et se compliquent par conséquent de compressions, de métastases des organes de voisinage.
- C) Les résultats de l'anatomopathologie ont montré ce qui suit :
- Quatre (4) cas de carcinome rénal dont 2 cas concernent la classe d'âge 18 ans < âge < 40ans et les 2 autres concernent la classe d'âge > 40 ans.

-Deux (2) cas de Néphroblastome au niveau de la classe d'âge 0 < âge < 18ans.

-Trois (3) cas de kyste rénal dont 2 cas au niveau de la classe d'âge comprise entre 18 ans < âge < 40ans et l'autre concerne la classe d'âge > 40ans.

Ce résultat est conforme à la littérature qui confère à l'adulte la prédominance du carcinome rénal. Néanmoins, on note une répartition égale de carcinome rénal entre les classes d'âge suivantes :

Deux (2) cas pour la classe d'âge 18 ans < âge < 40ans et 2 autres pour la classe d'âge > 40ans.

Un (1) cas d'oncocytome et 3 cas de kyste rénal ont été constatés.

Au total, Neuf tumeurs étaient unilatérales avec six cas de localisation gauche, trois cas de localisation droite et un cas de localisation bilatérale.

D) Concernant l'Imagerie ;

-Tous les patients ont fait le scanner et celui-ci a posé le diagnostic de tumeur rénale, contrairement au travail effectué par Flantié Cissé sur les tumeurs rénales où sur 14 patients, un seul a fait le scanner. [1 2]

Malgré la pertinence du scanner dans le diagnostic des tumeurs rénales, son coût reste malheureusement au-dessus de la bourse de nos populations.

- L'échographie abdominopelvienne a permis non seulement d'orienter le diagnostic des tumeurs du rein, mais aussi demeure financièrement accessible à la population comparativement au scanner.

Les dix (10) patients ont fait l'échographie abdominopelvienne qui a orienté le diagnostic de tumeur rénale.

-Aucun patient par contre n'a fait l'urographie intraveineuse (UIV) qui pourrait pourtant constituer un élément clé dans l'orientation diagnostique mais aussi dans la prise en charge des tumeurs du rein.

E) Du point de vue Traitement chirurgical : La voie d'abord la plus utilisée a été la lombotomie classique. Son avantage est certain, elle est simple et permet un abord sûr et confortable des reins logés en position retro péritonéale, tout en mettant à l'abri le patient de complications digestives.

Sur les dix (10) patients recensés, huit (8) ont subi une lombotomie, un(1) a subi une laparolombotomie, et chez un autre, une montée de sonde à double J à été effectuée.

F) Du point de vue traitement médical : Ni la chimiothérapie, ni l'immunothérapie n'ont été utilisées du fait de leur efficacité discutable.

IV / CONCLUSION-RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude supervisée par le Professeur **Kalilou Ouattara** dans le service d'urologie du CHU du Point « G » de Mars 2009 à Février 2010 et qui a porté sur dix (10) patients répertoriés sur la base de critères d'inclusion proposés pour la tumeur du rein. Elle survient chez les hommes aussi bien que chez les femmes de toutes classes sociales.

Le diagnostic est essentiellement posé par l'imagerie.

Le diagnostic précoce et la prise en charge adéquate permettent d'éviter des effets pervers (complications) liés aux métastases.

Il ressort que :

- ✓ Les tumeurs du rein constituent 25% des pathologies urologiques dans le service d'urologie du CHU du Point « G » pendant la période d'étude.
- ✓ Toutes les classes d'âge ont été concernées.
- ✓ L'adénocarcinome du rein a été rencontré au niveau de deux(2) classes d'âge notamment : 18ans<âge<40ans et âge>40ans et à cela une raison probable : L'adénocarcinome touche de plus en plus les jeunes.
- ✓ Le néphroblastome a été rencontré entre 0 et 18 ans conformément à la littérature.
- ✓ L'oncocytome entre 18 et 40ans.
- ✓ L'ethnie la plus touchée a été l'ethnie Bambara avec un pourcentage de 40%.
- ✓ La couche sociale la plus touchée a été celle des ménagères.
- ✓ Bamako a été la région la plus touchée soit 50%.
- ✓ Les études toutes confondues effectuées sur les tumeurs rénales révèlent que le pic de fréquence est jusqu' à présent à l'actif de 2001soit 42,80%.
- ✓ Sur le plan clinique, la douleur et la masse lombaire ont été mentionnées chez les dix(10) patients.
- ✓ Le groupe sanguin O+ a été le plus touché (5 patients /10).
- ✓ NB : Sur les dix(10) patients, un a développé un néphroblastome bilatéral, son bilan paraclinique a révélé un taux de créatininémie de 1062 $\mu\text{mol/L}$, témoin de la souffrance

rénale bilatérale .Il a subi une néphrectomie unilatérale droite totale dont la voie d'abord a été l'incision Xyphopubienne .La moitié des patients a présenté l'anémie soit 50% et qui a nécessité des transfusions sanguines.

- ✓ Ce même pourcentage de patients a présenté un taux de créatininémie $<120\mu\text{mol/L}$ avec pour signification, souffrance rénale.
- ✓ La biologie a été dominée par l'anémie dans 50%.
- ✓ L'amélioration des signes cliniques après traitement était significative.
- ✓ La durée de l'hospitalisation a été de sept(7) jours en moyenne.
- ✓ L'évolution du traitement a été favorable dans l'ensemble chez les 7 patients soit 70% des cas, on note une régression des signes cliniques de la tumeur rénale après chirurgie.
- ✓ Le taux de récurrence a été de 30% dans cette étude.

RECOMMANDATIONS

A l'issue de cette étude, des recommandations suivantes formulées:

AU PERSONNEL SANITAIRE:

- ✓ La prise en charge de tous les cas de tumeurs rénales dans un milieu hospitalier spécialisé pour endiguer à temps les effets pervers de la symptomatologie et prévenir l'évolution vers sa forme chronique ;
- ✓ L'échographie abdominopelvienne doit être systématique dans le bilan de tumeurs rénales :
 - Devant toutes les formes d'hématurie,
 - Devant toutes les douleurs lombaires et abdominales,
 - Devant toutes les masses abdominopelviennes.
- ✓ L'échographie doit être un examen de choix dans l'orientation diagnostique des tumeurs rénales.
- ✓ L'Uro-scanner disponible au CHU du Point « G » permet de mieux apprécier le parenchyme rénal et de déceler les lithiases radio transparentes qui pourraient passées inaperçues à l'ASP.
- ✓ Vu que l'obésité constitue un facteur de risque reconnu et que le poids des patients ne figure pas dans cette étude, il faut Instaurer le pesage systématique des patients dans la prise en charge des tumeurs du rein dans les services d'urologie.
- ✓ Référer les patients à un urologue dès la suspicion de tumeurs rénales.
- ✓ Il importe aussi de prendre toutes les précautions d'asepsie lors des interventions chirurgicales et lors de la prise en charge post opératoire des patients afin de réduire les infections post opératoires qui constituent une complication et non des moindres après chirurgie.

A LA POPULATION:

- ✓ Consulter précocement les spécialistes dès l'apparition des signes comme l'hématurie, la douleur lombaire, la masse lombaire.
- ✓ Prendre conscience et abandonner définitivement certaines pratiques et considérations traditionnelles nuisibles qui peuvent compliquer ou aggraver la prise en charge de la pathologie.

AUX AUTORITÉS ADMINISTRATIVES :

- ✓ Vu le coût trop onéreux des examens complémentaires dans la prise en charge des pathologies de façon générale, une politique beaucoup plus conséquente doit être pensée et mise en œuvre conformément au coût de vie, sommes toutes, précaire de nos populations.
- ✓ Doter les services d'urologie de pèse poids dans la prise en charge de ces tumeurs.
- ✓ Créer un service spécialisé d'immunothérapie au CHU du Point « G » pour le traitement des cancers du rein inopérables.
- ✓ Faciliter et encourager la formation et le goût de la recherche à la jeune génération en lui garantissant les conditions morales et matérielles optimales indispensables à cet effet car le potentiel humain existe.
- ✓ La population générale doit être informée sur les manifestations et les conséquences de la maladie à travers un programme d'information, d'éducation et de communication disponible dans tous les centres de santé du pays.

FICHE D'ENQUÊTE

N°.....

Date :.....

I-Identité du malade

Nom : ----- Prénom : ----- Age : ----- Sexe : ----- Nationalité : -----

Ethnie : ----- ; Profession : ----- ; Provenance : -----

Situation matrimoniale : -----

II-Examen clinique :

A-Interrogatoire :

1-Motif de consultation :

Douleur lombaire Masse lombaire
Douleur de la fosse iliaque masse hypogastrique
Douleur hypogastrique Brûlure mictionnelle
Dysurie Hématurie
Pollakiurie Pyurie

Retard de consultation(en mois) :-----

2-Signes d'accompagnement :

Fièvre Vomissement Nausées Pollakiurie Céphalées Vertige

Douleur post mictionnelle Asthénie Miction impérieuse

3-Traitement déjà reçu : Oui Non

4- Nature de traitement effectuée : Traditionnel Médical Chirurgical

Nature des produits utilisés :

Antalgique ATB Anti-inflammatoire Anti spasmodique Transfusion sanguine Notion de sondage

5-Résultat du traitement : Satisfaisant Non satisfaisant

ATCDS médicaux : Bilharziose HTA Asthme MST

ATCDS chirurgicaux : Oui Non Non

Lesquels :.....

Habitudes alimentaires : Tabac Thé Café Cola Alcool

B-Examen général :

Etat général : Bon peu satisfaisant Altéré

Conscience : Bonne Mauvaise

Coloration des conjonctives : Bonne légère Pâle

Pouls :..... TA :.....T° :.....

C) Examen physique

° Inspection : morphologie de l'abdomen

Symétrique Non symétrique Voussure : Droite Gauche

° Palpation : douleur provoquée douleur non provoquée

Contact lombaire positif : droite gauche

Fébrile au toucher Non fébrile au toucher

° Percussion :.....

° TR :.....

III. Examens para cliniques

A) Bilan biologique

- Type d'intervention : Néphrectomie unilatérale gauche totale ou partielle

Néphrectomie unilatérale droite totale ou partielle

- Durée de l'hospitalisation :

IX) Résultat anatomo-pathologique du rein néphrectomisé :

- Poids du rein :

- Macroscopie et microscopie :

X) Contrôle post opératoire après néphrectomie (1 mois)

- Patient perdu de vue :

- Patient en bon état :

- Récidive post opératoire constatée :

- Patient décédé :

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Mairiga Niandou

Prénom : Adamou

TITRE : Diagnostic et conduite à tenir devant une tumeur du rein dans le service d'urologie au CHU du Point « G » à propos de 10cas.

ANNEE : 2010

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : Niger

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie

SECTEUR D'INTERET : Chirurgie urologique, Néphrologie

RESUME :

Dix (10) patients atteints de tumeur de rein ont été concernés par cette étude afin de dégager le diagnostic, les aspects épidémiocliniques, thérapeutiques et la prise en charge de cette affection.

Elle a représenté 25% des pathologies urologiques dans le service d'urologie du CHU du Point «G » pendant cette période qui a duré de Mars 2009 à Février 2010.

La symptomatologie clinique a été dominée par la masse et la douleur lombaire.

Le Néphroblastome a été plus fréquent chez l'enfant.

Le carcinome rénal a été rencontré au niveau de deux(2) classes d'âge notamment : 18ans<âge<40ans et âge>40ans et à cela une raison probable :

L'adénocarcinome touche de plus en plus les jeunes.

L'échographie a été décisive dans le diagnostic des tumeurs du rein du fait notamment de son coût accessible par rapport au scanner qui, malgré tout, demeure l'examen le plus performant.

La voie d'abord la plus utilisée a été la lombotomie classique

Le point d'achoppement réside toujours au niveau de l'existence des facteurs d'étiologies des tumeurs primitives qui constituent jusqu' à présent un défi à relever pour les recherches scientifiques. Ce qui garantirait davantage et certainement une meilleure prise en charge de ces tumeurs.

MOTS CLES : TUMEURS / REIN.

VI / Références

1-aubert.- guittart. p

-essentiel médical de poche 2^{ème} édition 1990

2-association pour la recherche sur les tumeurs du rein

-a.r.tu.r.2008++ ;

3-pr jacqmin faculte de medecine de strasbourg :

- polycopie: module 10 - cancerologie
clinique onco-hematologie - année 2005-2006 ;

4- cordoliani ys, pharaboz c, jeanbourquin d, derosier c, merran :

- tumeurs du rein. encycl. méd. chir. (paris, france), radiodiagnostic v, 34117 a10, 4-1990, 32p

5- fradet y., tetu b.

-histopathology of renal carcinoma.
in scientific foundations of urology (third edition),
ed. chisholm & fair, section x: special oncology: kidney: 516-522

7-association des médecins de la langue française du canada

-cancer : horizons nouveaux .1973.

8-Desgrandchamps f., cussenot o., maréchal j.m. et al.

-les traitements du cancer du rein métastaté

-données actuelles et perspectives. progrès urol 1993;3 : 177-186.

9- faculté de médecine de strasbourg

- polycopie: module 10 – cancérologie
clinique onco-hematologie - année 2005-2006
313

10- Oudards , coll. le cancer du rein

-collection ellipses 2002, chapîtres 8-10

11-Prest signes, grande encyclopédie, atlas de la méd. vol 7 1980

12-f. cissé :

-étude épidémioclinique des tumeurs du rein 2003.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE !