

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI  
Un Peuple - Un But - Une Foi



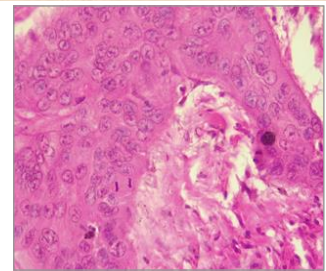
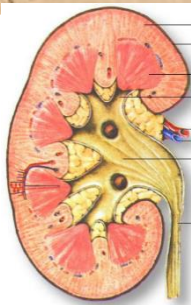
**U.S.T.T-B**

Année Universitaire 2019-2020

Mémoire N° :..... /



# LE CARCINOME EPIDERMOIDE DU REIN AU MALI : A PROPOS DE 3 CAS



Mémoire présenté et soutenu le .../.../ 2021

devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako par

**Mme Rokia MAIGA**

Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spéciales (D.E.S.) en

Anatomie et Cytologie Pathologiques

## Composition du Jury

Président : Professeur Cheick Bougadari TRAORE

Membre : Professeur Mamadou Lamine DIAKITE

Co-directeur : Docteur Bourama COULIBALY

Directeur : Professeur Bakarou KAMATE

# DEDICACES

## **DÉDICACES**

### **A ALLAH**

*Le tout puissant, le tout Clément, le tout Miséricordieux, l'Unique, l'Omnipotent, L'Omniscient, l'absolu.*

*Je ne crois qu'en Toi, je ne crains que Toi et je n'attends de récompenses que de Toi. Merci de m'avoir permis d'accomplir ce travail jusqu'au bout.*

*Béni soit ALLAH l'Inébranlable ! J'aurai toujours besoin de ton assistance !*

*Et à son Prophète MUHAMMAD EL AMIN le bien aimé de toutes les créatures. Paix et Salut sur Lui, sur Sa famille, ainsi que ses fidèles compagnons et tous ceux qui l'ont suivi et le suivent encore jusqu'au jour du jugement dernier !*

*Je dédie ce travail :*

### **A la mémoire de mon mari Feu Abroulaye KONE**

*Mon chéri, ce travail fait honneur entièrement à toi et à toi seul malgré que le bon Dieu ait voulu que les choses se passent ainsi. Le vide est tellement grand à cause de ta brusque et prématurée disparition ; mais nous espérons que ce travail comblera sûrement une grande partie du vide que nous te devons. Il sera aussi un témoignage et un grand souvenir de revivre ton existence dans nos cœurs. Il n'y a rien de plus odieux que la mort surtout celle des proches. Nous ne nous cessons pas d'implorer Allah le Tout-puissant pour que ton âme soit couverte de paix et de repos éternels ! Nous réitérons les mêmes vœux aux âmes de tous les fidèles musulmanes et musulmans qui nous ont précédés dans le monde de l'au-delà !*

*Dors en paix mon chéri. Puisse Allah te garder dans sa sainte protection et t'accueillir dans son paradis. Amina !*

# Remerciements :

## **REMERCIEMENTS**

***A ma mère Astan DIABY dite Nani:***

*Je magnifie ton amour et le sacrifice consentis pour mon éducation.*

*Les mots me manquent pour t'exprimer le bonheur, la joie, la fierté et surtout la chance que j'ai de t'avoir comme mère. Tu es le modèle de mère africaine, pour qui la recherche de la cohésion familiale est le cheval de bataille. Tu as toujours accueilli les enfants des autres comme les tiens, ce qui a beaucoup simplifié mon adoption partout où je suis passé. Sois en remerciée !*

*Puisse Dieu te prêtes santé et longévité. Amen.*

***Mon papa : Boubacar MAÏGA***

*Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'a jamais fait défaut.*

*Ton souci permanent d'une meilleure éducation de tes enfants et ton amour sans borne pour les études ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui.*

*Aujourd'hui plus que jamais, j'apprécie la valeur de tes efforts et la justesse de ton éducation, tu resteras pour moi un exemple à suivre. Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, le respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté. Je resterai toujours un enfant digne de toi et je me souviendrai toujours de tes sages conseils. Je te suis reconnaissant pour toute la confiance que tu as placée à ma personne depuis le début de mon cycle.*

*Je te témoigne ma reconnaissance et mon affection infinies.*

***A mes enfants : Aminata, Fatoumata Founè, Kadidia Founè et Dramane KONE.*** *Ce travail est aussi le vôtre !*

***A mon tonton Abdoulaye Maïga :***

*Les mots me manquent pour t'exprimer tout ce que j'ai sur le cœur. Trouves ici, cher tonton l'expression de ma reconnaissance. Que Dieu le tout Puissant te garde longtemps auprès de nous !*

***Que la terre soit légère à tonton Feu Amadou et sa femme feu Niafadi et ma tante Nanaïssa Maïga.***

***A mes frères et sœurs : Dramane, Alhassane, Alfouseyni, Mahamoud, Oumar dit Barou, Hamaye dit Harbert, Mahamane dit Babert, Seyni, Fatoumata dite Tata, Fatoumata dite Faïty, et Kadidia :*** *toujours de larmes aux yeux quand je pense à tout ce que vous avez fait pour moi. Vous avez été plus qu'un frère, un père car vous m'avez donné tout ce qu'un père ou une mère peut donner à sa fille. Compréhension, disponibilité, attention, soutien moral, matériel et financier ne*

*m'ont jamais fait défaut. C'est l'occasion pour moi de vous remercier très sincèrement. Tout petite vous avez déchargé notre père de toutes mes dépenses. Je ne sèche jamais de le répéter si je pouvais réussir sans vous. C'est grâce à vous que je suis arrivé là où je suis au jour d'aujourd'hui. Je vous dois également la vie. Je ne pourrais jamais vous récompenser et toutes les pages du monde ne me permettraient pas d'écrire, toutes les belles actions que vous avez faites à ma modeste personne. Puisse Dieu le tout puissant renforcer nos liens et vous donnez longue vie. Amen. Ce travail est vraiment le vôtre.*

***A mon cœur Yah Bagayoko et sa famille :***

*Chéri, sache qu'en toi j'ai trouvé les qualités recherchées en un homme. Ta patience, ta simplicité, ta piété ont fait naître en moi un amour infini. Je prie le tout puissant pour qu'il fortifie notre amour, qu'il soit au contrôle de notre vie au quotidien. Mon cœur, une fois de plus merci pour ton soutien indéfectif car ce travail est aussi le tien !*

***A toutes mes belles sœurs***

***A mes cousins et cousines : Lamine TRAORE, Mahamane Maïga, Alassane Maïga dit Aïba, Ibrahim Kalil Maïga, Amadou Maïga dit Babert, Alassane Maïga, Boulkassime Maïga, Lassine Diakité, Bintou founé Diakité, Oumou Diakité, Fatoumata founè Maïga, Kadidia Founè Maïga, Diarha Maïga.***

*Que dieu renforce nos liens et qu'on reste toujours unis comme nos parents nous ont enseigné.*

***A Bakary TRAORE et Mastan TOURE :***

*Vous êtes un couple modèle qui a su inculqué la discipline, la politesse, la piété. Qu'Allah puisse vous accordez une longue vie remplie de bonheur !  
Merci pour tous !*

***A mes enseignants :*** *des écoles fondamentale, secondaire, et ceux de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (F.M.OS.) de Bamako qui ont concouru à ma formation. Merci pour les enseignements de qualité que vous nous avez prodigué puis l'humilité et le sacrifice dont ils font preuve tous les jours.*

***A Professeur Kamaté Bakrou***

*Cher Maître, merci pour la confiance que vous m'avez accordé en me donnant ce sujet. Vous avez été un guide et un conseiller attentif. Votre disponibilité, votre rigueur, votre courage ont toujours fait l'objet d'une grande admiration de ma*

*part. Auprès de vous nous avons acquis l'amour de la recherche scientifique. Très cher Maître les mots me manquent pour vous exprimer toute ma reconnaissance et toute mon affection. Merci pour vos conseils et pour tous les bons moments passés ensemble et mes excuses pour tout le tort que je vous ai causé. Que la Grâce et la Miséricorde du tout PUISSANT vous accompagne toute la vie.*

***A Dr COULIBALY Bourama***

*Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude, merci infiniment.*

***Dr Mamadou L KEÏTA :***

*Ba Keïta merci pour tous, qu'Allah te récompense pour tout le soutien technique et morale ! Ce travail est le vôtre.*

***A tous les Médecins et thésards du service d'anatomie et cytologie pathologiques***

***A mes copines : Dambo K KEÏTA, Molobaly SOUMANO, Sitan Founè THERA, Assetou Fomba :***

*Plus que des amies vous avez été pour moi des sœurs, quand je me remémore les bons moments vécu, en votre compagnie ça me fait chaud au cœur. Je vous souhaite tout le bonheur dans votre vie socioprofessionnelle !*

***A tout le personnel du service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques***  
*Particulièrement tonton Dembélé, tonton Yacou, Samaké, Yabema, Sow, Issouf, Djoba, Ami, Djelika, Alou, Koniba merci pour ces moments de franche collaboration.*

***A tous ceux que j'ai omis***







*Non pas que je vous aime moins ou que je ne vous considère pas, mais la perfection n'étant pas humaine, aucune œuvre ne peut être réalisée par l'Homme sans faille. Recevez ici mes excuses sincères et le témoignage de mon affection à votre égard. Ce mémoire je vous le dédie !*

# *Hommages aux membres du jury*



*A notre Maître et Président du jury :*

**PROFESSEUR Cheick Bougadari TRAORE**


-  Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (F.M.O.S.) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T-B).
-  Chef du Département d'Enseignement et de Recherche (D.E.R.) des sciences fondamentales à la F.M.O.S de l'U.S.T.T-B.
-  Chef de service du laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du C.H.U. du Point G.
-  Chercheur et Praticien hospitalier au C.H.U. du Point G.
-  Collaborateur du registre national des cancers et du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus au Mali.
-  Président de la SMP

*Cher maître, c'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme président du jury de cette thèse malgré vos multiples occupations. Vous nous avez grandement ouvert la porte du service ; Homme de science aux qualités immenses, simple et compréhensible. J'avoue consciencieusement que ce travail est le fruit de la franche et instructive collaboration sous votre égide au sein du service. Chose précieuse qu'on ne trouve nulle part ailleurs.*

*Veillez accepter ici cher maître nos sincères remerciements et qu'Allah vous donne la force nécessaire et la santé indispensable pour vos futurs projets !*

*A Notre Maître et Juge :*

*Professeur Mamadou Lamine DIAKITE*


 *Maître de Conférences Agrégé en Urologie à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (F.M.O.S.) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T-B.).*

 *Chirurgien Urologue au CHU du Point G*


*Cher maître, nous avons eu le plaisir de vous connaître et ainsi nous avons pu apprécier l'homme que vous êtes. Rigoureux, simple, aimable et travailleur. Vos qualités intellectuelles, vos capacités pédagogiques, et votre don d'écoute font de vous un exemple. Veuillez trouver ici cher Maître l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond attachement.*


*A notre Maître et Co-directeur de thèse :*

**DOCTEUR Bourama COULIBALY**

 *Médecin Pathologiste*

 *Ancien Interne des Hôpitaux de Bamako*

 *Praticien hospitalier au C.H.U. du Point G*

 *Collaborateur du registre national des cancers du Mali*

 *Secrétaire général adjoint de la SMP*

*Cher maître, ce travail est le fruit de vos efforts. Votre simplicité, votre humanité, votre amour pour le travail bien fait font de vous un exemple. La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail ne nous a pas fait douter de votre compétence et de votre savoir-faire. C'est l'occasion solennelle de vous dire infiniment merci pour votre soutien et que ce travail soit un témoignage de notre reconnaissance !*

*A notre Maître et Directeur de thèse :*

**PROFESSEUR Bakarou KAMATE**

- ✚ *Maître de Conférences Agrégé en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (F.M.OS.) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T-B.).*
- ✚ *Chercheur et praticien hospitalier au C.H.U. du Point G.*
- ✚ *Collaborateur du registre national des cancers et du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus au Mali.*
- ✚ *Secrétaire général de la DAF/AIP, CME, SMP et WACT*

*Cher maître, les mots nous manquent pour vous exprimer tout le bien que nous pensons de vous. Tout au long de ce travail, vous avez forcé notre admiration tant par la grandeur de vos talents scientifiques que par vos multiples qualités humaines, notamment votre bienveillance à notre égard. La clarté de votre enseignement et votre dévouement pour les malades, votre rigueur scientifique et vos qualités intellectuelles font de vous un modèle. Votre intérêt pour la ponctualité impose respect et admiration. Ce fut un véritable privilège pour nous de compter parmi vos étudiants. Veuillez agréer, cher maître, l'expression de notre vive reconnaissance et de notre profond attachement.*

# *SIGLE ET ABREVIATIONS*

## **SIGLES ET ABREVIATIONS :**

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>ALK</b>         | : Anaplastic Lymphoma Kinase                             |
| <b>Drt</b>         | : Droit  |
| <b>G</b>           | : Gauche   |
| <b>H.E.</b>        | : Hématéine-éosine                                       |
| <b>M</b>           | : Métastase  |
| <b>MiTF</b>        | : Microphthalmia Associated transcription Factor         |
| <b>N</b>           | : Ganglion   |
| <b>OMS</b>         | : Organisation Mondiale de la Santé                      |
| <b>p</b>           | : Pathologiste   |
| <b>PAS</b>         | : Acide Périodique de Shift                              |
| <b>SDHB</b>        | : Succinate Dehydrogenase complex, iron sulfur subunit B |
| <b>T</b>           | : Tumeur   |
| <b>TDM</b>         | : Tomodensitométrie                                      |
| <b>TFEB (6p21)</b> | : Tanscription Factor EB                                 |

## Table des matières

|                          |    |
|--------------------------|----|
| • INTRODUCTION :         | 16 |
| • GENERALITES :          | 18 |
| 1. Rappels [7].          | 18 |
| 2. Les cancers du rein : | 22 |
| • MATERIEL ET METHODES   | 31 |
| • OBSERVATIONS :         | 33 |
| Observation n°1 :        | 33 |
| Observation n°2 :        | 35 |
| Observation n°3 :        | 36 |
| • DISCUSSION :           | 39 |
| • CONCLUSION :           | 42 |
| • RECOMMANDATIONS :      | 42 |
| • REFERENCES :           | 43 |

### La liste des figures et tableau

|  |    |
|--|----|
| Figure 1: Les différentes parties du rein normal (externe et interne)  | 20 |
| Figure 2: Vascularisation du rein.   | 22 |
| Figure 3: TDM d'une tumeur solide (A) avant la chimiothérapie, (B) après la chimiothérapie.                  | 25 |
| Figure 4: Les différents sites de prélèvement [18].  | 28 |
| Figure 5: TDM abdominopelvienne droite avec parenchyme rénal droit laminé associé à une urétérohydronéphrose | 34 |
| Figure 6: Aspect histologique (HE x 40) du carcinome épidermoïde du rein.                                    | 34 |
| Figure 7: Aspect histologique (HE 20X, 40X) du carcinome épidermoïde du rein.                                | 35 |
| Figure 8: Aspect macroscopique.  | 35 |
| Figure 9: Aspect histologique (HE du faible au fort grossissement) du carcinome épidermoïde du rein.         | 37 |
| Tableau I: Le résumé des 3 cas observés.   | 38 |

## INTRODUCTION :

Le carcinome épidermoïde ou carcinome malpighien est un carcinome développé aux dépens d'un épithélium malpighien et pouvant atteindre un épithélium malpighien, paramalpighien ou glandulaire. Le carcinome épidermoïde du rein est une tumeur maligne rare [1]. Il se caractérise par un caractère invasif et un pronostic défavorable [2]. Il représente 0,5 à 0,8% des tumeurs du tractus urinaire supérieur [3]. Le carcinome épidermoïde du rein survient le plus souvent après un long passé de lithiase rénale et d'infections urinaires à répétition non et mal traitées. Il représente 9 à 17% des tumeurs pyélocalicielles primitives [4]. Le principal facteur favorisant est la présence de calculs associés à une infection chronique avec un risque relatif de 2,5 [5]. L'incidence du carcinome épidermoïde du rein est estimée à 2% des patients porteurs de lithiase rénale récidivante [6]. Son aspect sur le plan d'imagerie n'est pas spécifique. Sa rareté, ainsi que les problèmes diagnostiques et thérapeutiques qu'il pose nous ont amené à rapporter ces 3 cas diagnostiqués au service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU point G.



 **OBJECTIFS :**

➤ **Objectif général :**

- Décrire le carcinome épidermoïde du rein.

➤ **Objectifs spécifiques :**

- Déterminer le nombre de cas diagnostiqué dans le service.
- Décrire les aspects macroscopiques et microscopiques du carcinome épidermoïde du rein.
- Déterminer la survie du carcinome épidermoïde du rein.

## GENERALITES :

### 1. Rappels [7]

#### 1.1 Rappel embryologique :

Les reins se forment à partir du mésoderme intermédiaire. Ils se développent en 3 phases au cours desquelles leurs structures deviennent de plus en plus complexes:

- ✓ La phase pro néphrotique apparaît à la 3<sup>ème</sup> semaine : formation des tubules et des conduits pro néphrotiques.
- ✓ La phase mésonéphrotique apparaît à la 4<sup>ème</sup> semaine : formation des tubules méso néphrotiques et des glomérules primitifs.
- ✓ La phase métanéphrotique apparaît à la 5<sup>ème</sup> semaine : formation des blastèmes métanéphrogènes et du bourgeon urétéral dont la fusion induira la formation des reins et des voies excrétrices. Les reins deviennent fonctionnels à partir de la 6<sup>ème</sup> semaine de la vie embryonnaire [7].

#### 1.2 Rappel anatomique :

##### ➤ Anatomie externe :

Les reins, au nombre de deux, sont des organes rougeâtres dont la forme rappelle celle d'un haricot. Ils sont situés immédiatement au-dessus de la taille, entre le péritoine pariétal et la paroi postérieure de l'abdomen. Puisqu'ils sont situés derrière le péritoine tapissant la cavité abdominale, on dit qu'ils sont retro péritonéaux. Par rapport à la colonne vertébrale, les reins sont situés entre la dernière vertèbre thoracique et la troisième vertèbre lombaire. Ils sont aussi partiellement protégés par les 11<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> paires de côtes. Le rein droit est légèrement abaissé par rapport au rein gauche, à cause du grand espace qu'occupe le foie du côté droit.

Chez l'enfant, les dimensions et le poids des reins varient en fonction de l'âge.

Le rein a une surface lisse, régulière, rouge foncée avec deux faces (antérieure et postérieure), deux bords (externe et interne) et deux pôles (inférieur et

supérieur). Le bord externe est convexe et le bord interne est concave faisant face à la colonne vertébrale. Près du centre de ce bord concave se trouve une échancrure appelée hile, par laquelle l'uretère quitte le rein. Les vaisseaux sanguins et lymphatiques ainsi que les nerfs pénètrent dans le rein et en sortent également par le hile. Le hile s'ouvre sur une cavité dans le rein, appelée sinus rénal [8].

➤ Anatomie interne

Chaque rein se compose de :

- ✓ Un parenchyme entouré d'une capsule fibreuse, dont on distingue de la périphérie vers le hile trois zones différentes :

Le cortex, situé sous la capsule, riche en glomérules.

La médullaire, formée de pyramides de Malpighi, au nombre de 4 à 6, à base externe et dont le sommet bombe vers le hile et forme la papille sur laquelle vient se ventouser le petit calice. Les pyramides de Malpighi présentent des striations longitudinales faites de l'alternance de traits clairs et de traits sombres qui convergent vers la papille. Les traits clairs correspondent aux tubes urinaires, et les sombres aux vaisseaux droits (vasa recta). Les pyramides de Malpighi sont séparées les unes des autres par des prolongements de la corticale, les colonnes de Bertin.

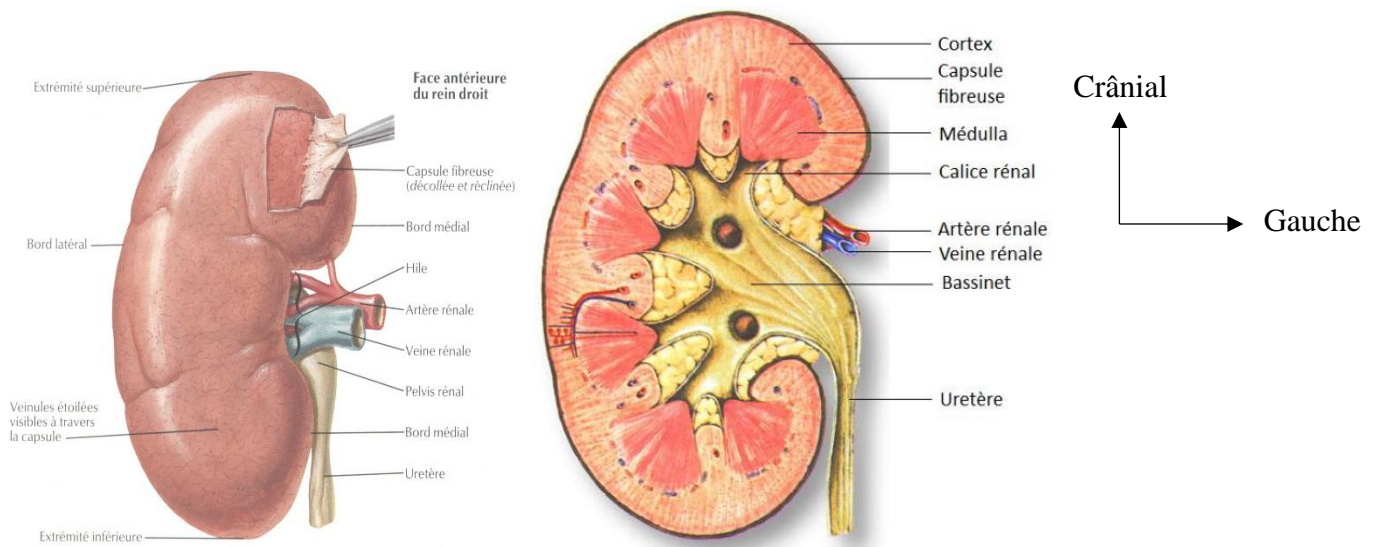
- ✓ Le sinus graisseux, qui abrite la voie excrétrice et les vaisseaux du rein, en avant de celle-ci. La voie excrétrice : petits calices se réunissant pour former 3 grands calices qui se réunissent en 3 tiges calicules ; lesquelles confluent pour former le bassinnet.

Chaque rein est entouré de tissu cellulo-graisseux et est situé, avec la glande surrénale, dans un sac fibreux ; l'ensemble constitue la loge rénale.

### **1.3 Rappel physiologique**

Les reins sont des organes d'une très grande importance pour l'organisme. Ils ont pour fonction :

- De maintenir l'équilibre hydrique ; électrolytique et acido-basique de l'organisme.
- D'éliminer les déchets produits par l'activité des billions de cellules appartenant à notre organisme (substances intrinsèques, toxines, médicaments...).
- D'assurer un certain nombre de fonctions endocrines. À cet effet, le fonctionnement rénal met en jeu trois mécanismes principaux : La filtration glomérulaire, la réabsorption tubulaire et la sécrétion tubulaire.



**Figure 1:** Les différentes parties du rein normal (externe et interne)

### 1.4 Rapports du rein :

Par l'intermédiaire de sa propre loge, le rein est en rapport :

- En haut : avec le diaphragme, dont le rein est séparé par la glande surrénale.
- En arrière : avec de haut en bas la partie postéro inférieure du thorax (dont le cul de sac pleural, les 11<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> côtes) qui se poursuit par la paroi lombaire en bas (muscle psoas).

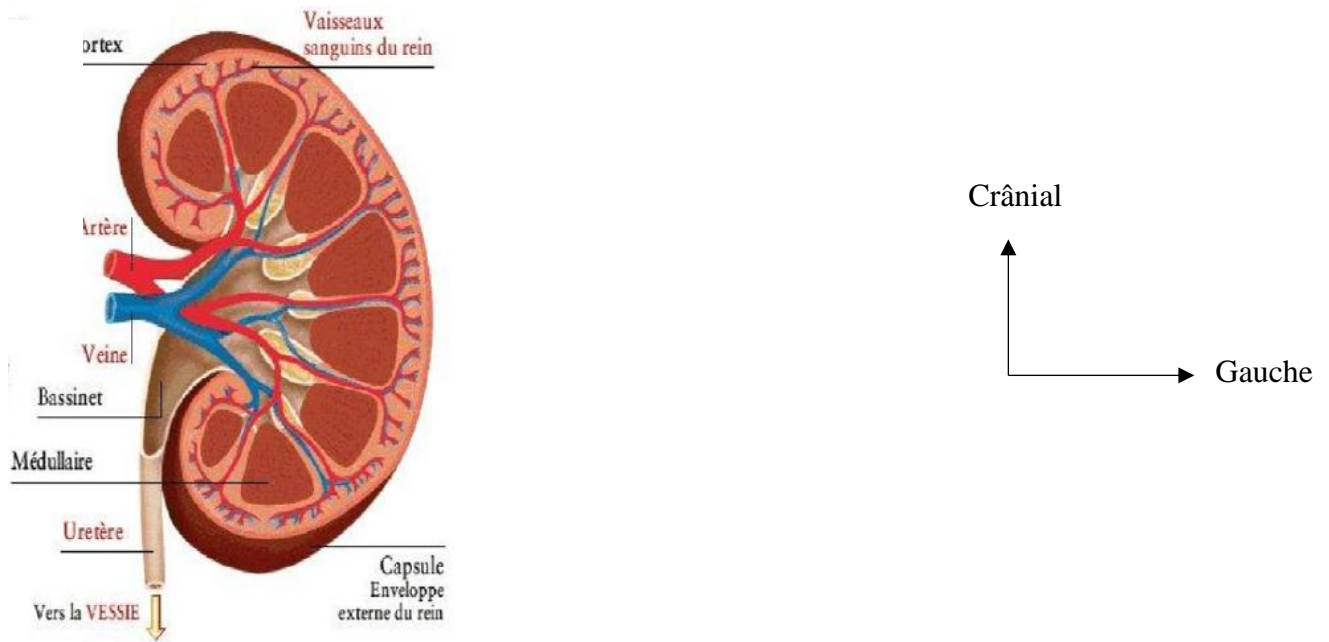
- En dedans : avec à droite, la veine cave inférieure dont le rein est séparé par les vaisseaux génitaux. À gauche, avec l'aorte dont le rein est séparé par les vaisseaux génitaux [7].
- En avant : à droite, la loge rénale est en rapport par l'intermédiaire du péritoine avec, de haut en bas, la face postérieure du foie, le bloc duodéno-pancréatique, l'angle colique supérieur droit. À gauche, la loge rénale est en rapport, par l'intermédiaire du péritoine, avec de haut en bas la rate et la queue du pancréas, l'angle colique gauche.

### **1.5 Vascularisation :**

Les artères rénales naissent habituellement de chaque côté de l'aorte abdominale, immédiatement sous l'artère mésentérique supérieure, et vascularisent les reins. Elles sont des artères majeures du corps humain.

Les artères rénales assurent un apport de sang très important aux reins, assurant l'unique vascularisation fonctionnelle des reins. Jusqu'à un tiers du débit cardiaque, et en moyenne 20% de ce débit [9], transitent par les artères rénales pour être filtrés par les reins.

La vascularisation trophique, ou nourricière des reins, est plus variable. Elle assure également la perfusion d'autres structures du système excréteur, à savoir le pelvis rénal et l'uretère. Cette vascularisation est dans la majorité des cas assurée exclusivement par l'artère rénale droite et l'artère rénale gauche. Cependant, il peut exister une ou plusieurs artères rénales supplémentaires visant à ce but pour chaque rein. L'artère rénale droite a une origine parfois un peu plus basse, et a un trajet plus long et avec une discrète obliquité vers le bas. L'artère gauche est plus courte et pratiquement horizontale.



**Figure 2:** Vascularisation du rein.

## 2. Les cancers du rein :

### 2.1 Classification OMS des tumeurs du rein [10]:

#### ✓ Tumeurs à cellules rénales:

- Carcinome à cellules claires (70% des cas)
- Carcinome kystique multiloculaire à cellules rénales
- Carcinome papillaire du rein (type 1 et 2; 15%)
- Carcinome chromophile du rein (5 à 10%)
- Carcinome des tubes collecteurs de Bellini
- Carcinome médullaire du rein
- Carcinome avec translocation xp11.2
- Carcinome associé au neuroblastome
- Carcinome tubulo-mucineux à cellules fusiformes de bas grade
- Carcinome inclassable
- Adénome papillaire (diamètre <5mm)
- Oncocytome (5 à 7%)

#### ✓ Carcinomes épidermoïdes

- ✓ Tumeurs métanéphriques
- ✓ Tumeurs néphroblastiques
- ✓ Tumeurs neuroendocrines
- ✓ Tumeurs germinales
- ✓ Tumeurs mésenchymateuses:
  - Angiomyolipome
  - Tumeurs à cellules interstitielles de la médullaire du rein
  - Tumeurs à cellules juxta-glomérulaires
  - Tumeurs exceptionnelles: léiomyome, léiomyosarcome, hémangiome, angiosarcome, lymphangiome
- ✓ Nouvelles entités:
  - Carcinome tubulokystique
  - Carcinome associé à la maladie kystique acquise
  - Carcinome associé à des translocations des gènes de la famille MiTF: translocation 6p21 (TFEB), carcinome rénal associé à la léiomyomatose héréditaire
  - Carcinome papillaire à cellules claires
- ✓ Entités émergentes:
  - Carcinome folliculaire de type thyroïdien
  - Carcinome rénal associé à la mutation du gène SDHB

Carcinome rénal associé à la translocation ALK

## **2.2 Carcinome épidermoïde :**

### **2.2.1 Epidémiologie :**

- a. Fréquence : C'est une tumeur rare. La rareté du carcinome épidermoïde du rein a été soulignée par plusieurs auteurs [11-14], qui ont rapporté quelques cas dans la littérature. Plusieurs cas de carcinome épidermoïde du rein sur rein non fonctionnel ont été rapportés dans la littérature [15-17].

- b. Age :** C'est une tumeur à prédominance masculine. Ainsi l'âge des patients varie de 48 à 73 ans.
- c. Terrain:** L'association de calculs rénaux et d'une infection rénale a été rapportée par plusieurs auteurs [15, 16]. L'irritation chronique du calcul peut être responsable de la survenue de la tumeur. Le carcinome épidermoïde du rein associé au kyste rénal a été rapporté par Jiang P et al. [17].

### **2.2.2 Clinique et paraclinique**

#### **a. La symptomatologie :**

Elle est dominée par une douleur de la fosse lombaire plus une hématurie totale. La tumeur peut se révéler quelquefois par une insuffisance rénale. Dans d'autres observations, l'atteinte rénale s'accompagne d'une hypertension, d'œdème et d'ascite.

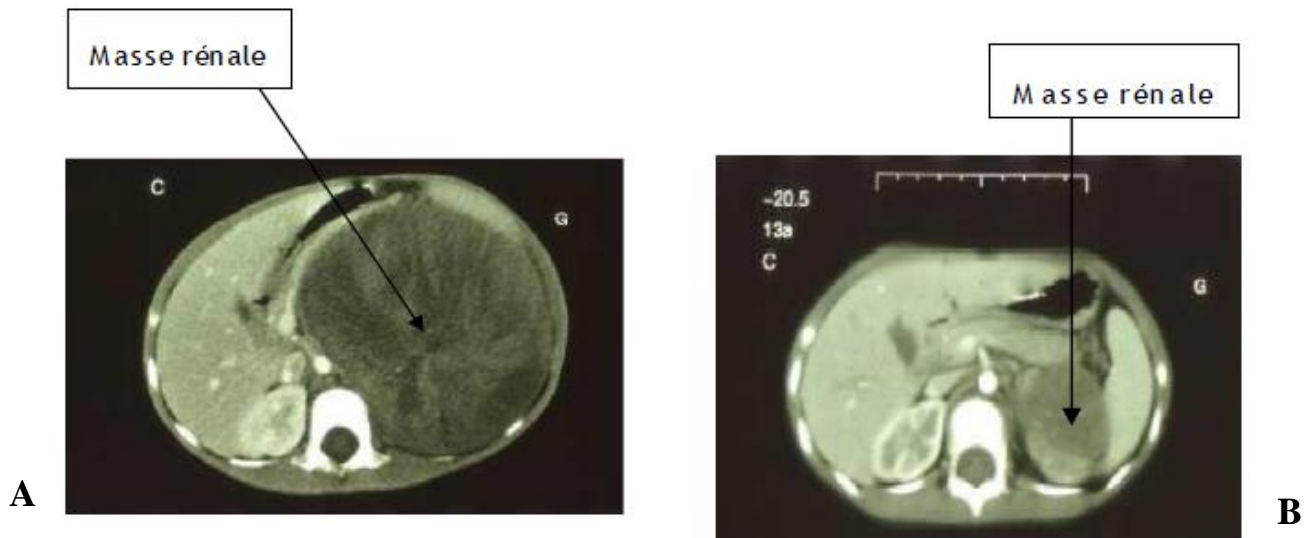
#### **b. L'examen clinique:**

Il retrouve une augmentation du volume rénal avec une urétérohydronéphrose, une adénopathie et un rein non fonctionnel. L'état général est conservé le plus souvent sauf s'il y a présence de métastases.

#### **c. Les examens paracliniques :**

- L'échographie abdominale : Le premier examen à demander dans les tumeurs abdominales est l'échographie abdominale. Elle permet de visualiser la tumeur en montrant une masse tumorale intra rénale hétérogène déformant les contours du rein. Cette masse est pleine, bien encapsulée, solide et hyperéchogène (remaniements nécrotiques).
- La tomodensitométrie (TDM) : Le scanner, nécessaire au diagnostic confirme les données de l'échographie en montrant la tumeur intra rénale. Il permet la réalisation des coupes au niveau pulmonaire qui seront confrontées avec la radiographie standard.
- La biologie : Il n'existe pas de signes biologiques permettant de porter le diagnostic de carcinome épidermoïde.





**Figure 3:** TDM d'une tumeur solide (A) avant la chimiothérapie, (B) après la chimiothérapie.

d. **Bilan d'extension** : À la recherche de métastases. Il comprend :

- L'étude échographique du foie et du rein controlatéral.
- La radiographie du thorax (les métastases pulmonaires sont les plus fréquentes).
- Le scanner thoracique est souhaitable.

### 2.2.3 Anato-pathologie

a. **Macroscopie** :

Sur pièce de néphrectomie, la tumeur se présente sous forme de nodule avec parfois une effraction capsulaire. La couleur du tissu tumoral est variable selon les observations, allant du blanc au jaune. De consistance ferme à molle, la tumeur peut présenter des foyers d'hémorragies isolés et de nécrose parfois importants.

- Les types de prélèvement sont :
  - ✓ Biopsie rénale
  - ✓ Pièce de tumorectomie rénale ou néphrectomie partielle
  - ✓ Pièce de néphrectomie élargie pour tumeur.
- La technique macroscopique [18]:

## ✓ **Néphrectomie totale**

- Doit être disséquée à l'état frais pour une fixation satisfaisante
- Repérer: uretère vers le bas, surrénale au pôle supérieur de la pièce si présente (néphrectomie élargie).
- Peser le rein.
- Mesurer le rein dans ses 3 dimensions (hauteur, largeur et diamètre antéro-postérieur), longueur de l'uretère et la surrénale si présente
- Repérer les recoupes vasculaires et cathétériser la veine rénale si possible
- Ouvrir le rein en deux sur le plan frontal en passant par la convexité
- Description de la tumeur :
  - Siège, taille tumorale dans ses 3 dimensions, limitation, présence d'une capsule ou non, consistance, couleur, remaniements nécrotiques ou hémorragiques
  - Encre les zones indurées en périphérie
  - Vérifier s'il existe un thrombus tumoral dans la veine rénale ou ses branches
  - Rapport tumeur-capsule rénale et graisse péri-rénale (distinguer l'infiltration tumorale de la graisse du simple refoulement par bombement) et rapport tumeur – graisse hilaire,
  - Rapport tumeur-cavités pyélocalicielles
- Description du rein non tumoral
  - Prélèvements :
    - Surrénale si présente avec coupes sériées entre la tumeur et la surrénale pour distinguer entre un envahissement par contiguïté et une métastase
    - Limite urétérale distale (A)
    - Hile: 2 à 3 prélèvements comprenant les sections vasculaires (artère et veine rénales) et des prélèvements sériés sur la graisse hilaire (indispensables pour ne pas méconnaître les invasions microscopiques);

repérer d'éventuels ganglions lymphatiques (B); en cas de thrombus tumoral dans la veine rénale, prélever la paroi pour rechercher une invasion de celle-ci.

- Rapport tumeur-graisse péri rénale (C)
- Rapport tumeur-bassinnet/cavités pyélocalicielles (D)
- Rapport tumeur-parenchyme non tumoral (E)
- Echantillonnage de la tumeur: 1 prélèvement pour 2 cm de tumeur (F)
- Prélèvements des lésions associées: nodules tumoraux, kystes etc
- Prélèvements systématiques du parenchyme rénal non tumoral (faire réaliser une coloration par le trichrome de Masson et le PAS afin d'évaluer la fibrose interstitielle et l'atrophie tubulaire)

✓ **Néphrectomie partielle ou tumorectomie rénale**

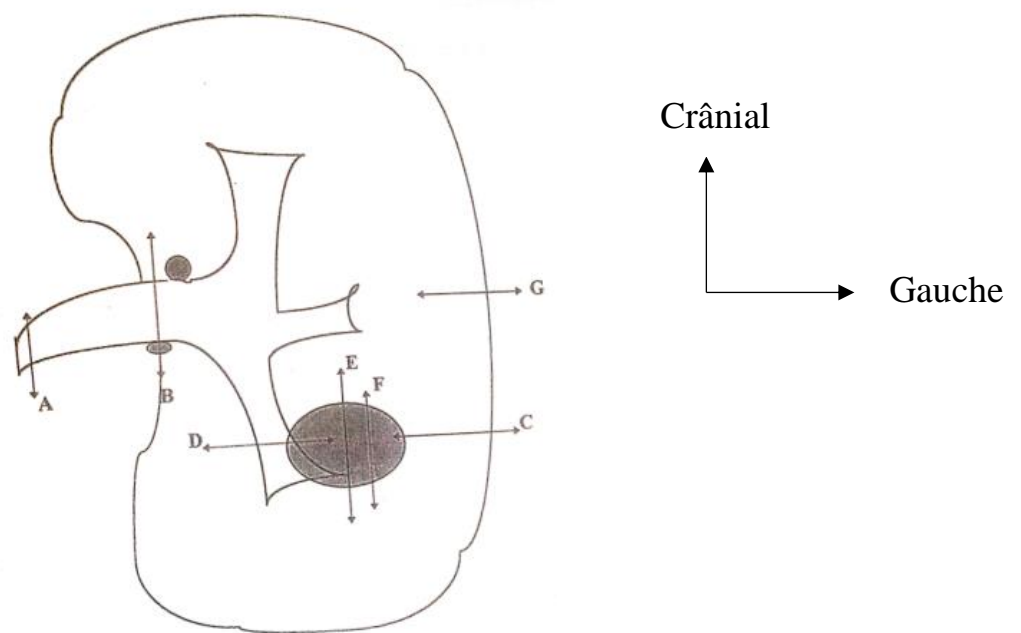
○ **Prise en charge à l'état frais**

- Peser et mesurer la pièce
- Encrage de la section chirurgicale et  $\pm$  de la surface externe de la tumeur
- Ouverture de la pièce
- Congélation
- Description de la tumeur:
  - Taille dans ses trois dimensions, limitation, présence d'une capsule ou non, couleur, remaniements
  - Mesure de la distance en mm entre la tumeur et la limite chirurgicale la plus proche puis fixation

○ **Après fixation**

- Prélèvements perpendiculaires à la section chirurgicale
- Prélèvements perpendiculaires à la capsule et/ou la graisse péri-rénale en regard de la tumeur
- Prélèvements diagnostiques de la tumeur
- Indication d'un examen cytogénétique et/ou de biologie moléculaire

- Tumeur chez un sujet jeune (<45ans)
- Contexte familial ou personnel de la maladie héréditaire
- Tumeur multifocale ou bilatérale
- Aspect inhabituel de la tumeur



**Figure 4:** Les différents sites de prélèvement [18].

### c. Microscopie :

#### ➤ *Coloration par l'Hématéine-éosine (H.E.):*

Le carcinome épidermoïde du rein est le siège d'une prolifération tumorale faite de lobules et de travées avec des foyers de maturation. Les cellules sont polygonales ou polyédriques tantôt claires ou éosinophiles. Les noyaux sont polymorphes avec des nucléoles souvent visibles. Le nombre de mitoses est généralement augmenté. Des aspects de nécrose et d'hémorragie sont fréquents, mais moins abondants que le carcinome à cellules claires. On peut aussi observer une fibrose glomérulaire et un aspect pseudo-thyroïdien des tubes.

#### ➤ *Immunohistochimie :*

Les techniques d'immunohistochimie jouent un rôle très important dans le diagnostic positif et différentiel. Les marqueurs utilisés sont les Cytokeratines.

#### **b. Diagnostic différentiel :**

Lorsque la nature de la lésion est établie, le pathologiste doit écarter les métastases, le carcinome indifférencié et le carcinome à cellules claires.

#### **2.2.4 Evolution et traitement :**

##### **a) Evolution**

L'extension se fait par contiguïté au bassinet, ou à l'uretère avec rupture capsulaire. Elle peut atteindre également la surrénale, la vessie et la prostate.

Les métastases se font par voie hématogène ou lymphatique.

Les sites métastatiques les plus fréquents sont le poumon, le cerveau, les organes pelviens et le foie. Le pronostic est incertain. La survie est inférieure à 5 ans.

##### **➤ Classification TNM 2009 [19] :**

- T : Tumeur primitive
- Tx : Tumeur non évaluable
- T0 : Absence de tumeur primitive
- T1 : Tumeur inférieure ou égale à 7cm limitée au rein
- T1a : Tumeur inférieure ou égale 4cm
- T1b : Tumeur supérieure à 4cm et inférieure ou égale à 7cm
- T2 : Tumeur supérieure à 7cm limitée au rein
- T2a : Tumeur supérieure 7cm et inférieure ou égale à 10cm
- T2b : Tumeur supérieure à 10cm
- T3 : Envahissement de la graisse péri-rénale, hilare, de la veine rénale ou cave
- T3a : Envahissement macroscopique de la veine rénale ou de ses branches, ou de la graisse péri-rénale et/ou hilare
- T3b : Envahissement de la veine cave inférieure sous diaphragmatique

- T3c : Envahissement de la veine cave inférieure sus diaphragmatique ou de la paroi de la veine cave
- T4 : Envahissement au-delà du fascia de Gerota ou envahissement contigu de la surrénale ipsilatérale
- N : Ganglions régionaux
- Nx : Non évaluables
- N0 : Absence de métastase ganglionnaire
- N1 : Métastase au niveau d'un ganglion unique
- N2 : Métastase au niveau de plusieurs ganglions
- M : Métastase à distance
- Mx : Non évaluables
- M0 : Absence de métastase à distance
- M1 : Métastases à distance

#### b) **traitement**

Le traitement de choix est une néphrectomie totale.

La chimiothérapie et/ou la radiothérapie est utilisée après le diagnostic histologique.

## **MATERIEL ET METHODES**

### **1. Cadre et lieu d'étude :**

L'étude s'est déroulée dans le service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU du point G de Bamako.

### **2. Période et durée d'étude :**

L'étude s'est étalée du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 Décembre 2019, soit une période de 2 ans portant sur les cas de carcinome épidermoïde du rein diagnostiqués à l'histologie.

### **3. Population d'étude :**

Elle était constituée par les 3 cas de carcinomes épidermoïde du rein diagnostiqués à l'histologie.

### **4. Echantillonnage :**

#### ➤ **Critères d'inclusion :**

Ont été inclus tous les cas de carcinome épidermoïde du rein diagnostiqués à l'histologie pendant la période d'étude.

#### ➤ **Critères de non inclusion :** n'ont pas été inclus :

- Tous les cas de carcinome épidermoïde du rein diagnostiqués en dehors de la période d'étude.
- Tous les autres cancers du rein.

### **5. Technique opérationnelle :**

#### ➤ **Fixation :**

- C'est une étape essentielle dans la préparation tissulaire. La pièce est fixée dans le formol à 10%. La durée de fixation est variable.

#### ➤ **Macroscopie :**

- La pièce doit être disséquée à l'état frais pour permettre une fixation satisfaisante. On doit repérer l'uretère et la surrénale s'il s'agit d'une néphrectomie élargie.
- Peser et mesurer le rein dans ses 3 dimensions.

- Ouvrir le rein en deux sur le plan frontal en passant par la convexité et décrire la tumeur et le rein non tumoral.

#### **6. Considération éthique et déontologique :**

Les résultats ainsi obtenus seront publiés au besoin. En prévention d'un manquement à l'éthique, nous nous proposons d'éviter toute falsification ou toute suppression de résultats de notre étude. Toutes les références bibliographiques seront mentionnées.



## OBSERVATIONS :

### Observation n°1 :

Il s'agissait d'un homme âgé de 48 ans, admis en urologie pour lombalgie droite. A l'interrogatoire, il se plaignait de douleur abdominale. Le patient rapporte un antécédent de bilharziose urinaire à l'enfance. Il était suivi aussi en cardiologie pour cardiopathie ischémique. Il avait un assez bon état général. La palpation a retrouvé une masse du flanc droit. L'échographie abdominopelvienne a mis en évidence une urétérohydronéphrose droite. Le PSA total et la fonction rénale étaient normaux. L'examen cyto-bactériologique des urines était stérile. Le scanner abdominopelvien a évoqué un rein droit augmenté de taille (132 mm de grand axe) avec masse tumorale qui infiltre la graisse périphérique jusqu'à l'iliaque au contact d'une volumineuse adénopathie à centre nécrotique (58x39mm). Il s'y associe une importante urétérohydronéphrose droite en amont d'une volumineuse adénopathie nécrotique iliaque droite. Le rein droit était non fonctionnel (figure 5). Le patient a bénéficié d'une néphrectomie totale droite.

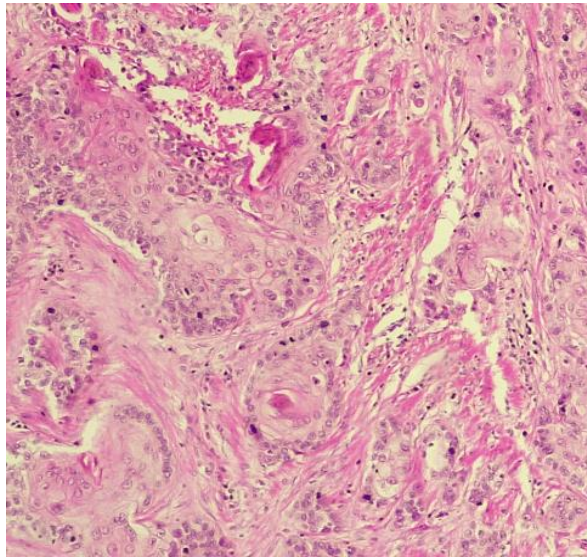
Macroscopiquement, la pièce mesurait 13cm de grand axe, encapsulée. La tranche de section était blanchâtre avec un nodule de 4cm de grand axe, nécrotique et hémorragique.

A l'histologie, la tumeur correspondait à un carcinome épidermoïde réalisant une prolifération tumorale. La tumeur est faite de lobules et de travées centrés par des globes cornés. Les cellules sont polygonales présentant une anisocaryose, un hyperchromatisme, une dyskératose et des mitoses anormales (figure 6). La marge de résection était saine. La tumeur était classée pT3aNxMx. Après la présentation du dossier à la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), le patient a été adressé au service d'oncologie médicale du CHU du point G. pour carcinome épidermoïde du rein. Le bilan d'extension par la tomodensitométrie thoraco-abdominopelvienne a été réalisé le 03/12/2019. Le

patient a été mis sous chimiothérapie adjuvante. Un mois après la néphrectomie, la tomodensitométrie montrait une masse retro péritonéale infiltrant le muscle psoas iliaque droit et engainant les gros vaisseaux retro péritonéaux avec lyse vertébrale de L4. Il n'y avait ni métastase hépatique, ni pulmonaire. Le patient est décédé après 3 cures de chimiothérapie après 3 mois.



**Figure 5:** TDM abdominopelvienne droite avec parenchyme rénal droit laminé associé à une urétérohydronéphrose



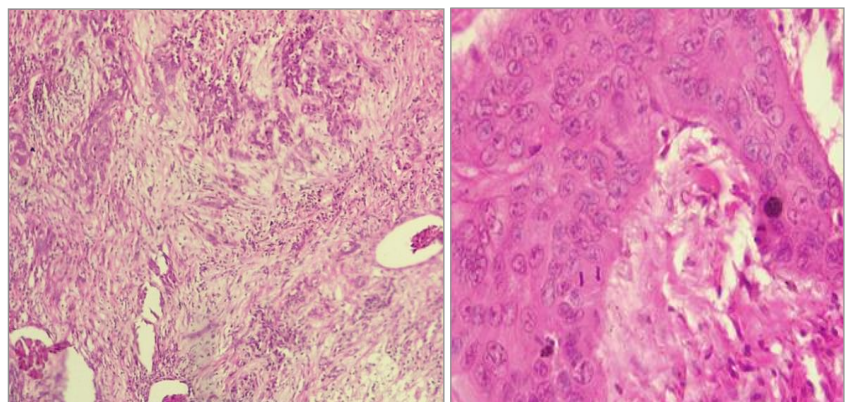
**Figure 6:** Aspect histologique (HE x 40) du carcinome épidermoïde du rein.

## Observation n°2 :

Il s'agissait d'un homme de 60 ans qui a consulté pour une hématurie totale et une douleur de la fosse lombaire gauche. L'état général était altéré. L'examen clinique a retrouvé une masse douloureuse à la palpation au niveau du flanc gauche. L'échographie révéla la présence de multiples lithiases obstructives sur gros rein gauche nécrosé. L'ASP a montré aussi des multiples lithiases dans le rein gauche. Une néphrectomie totale gauche fut réalisée.

A la macroscopie, la pièce mesurait 16x10x15cm, entièrement tumorale avec une effraction capsulaire. La tranche de section était blanchâtre, et nodulaire avec des remaniements nécrotiques (figure 7).

A l'histologie, la tumeur était un carcinome épidermoïde réalisant une prolifération tumorale faite de lobules et de travées, infiltrant la capsule. Les cellules sont polygonales, atypiques et dyskératosiques comportant une anisocaryose, un hyperchromatisme, des nucléoles visibles et des mitoses anormales. Le stroma est peu abondant, fibreux et nécrotique avec présence d'embolies vasculaires (figure 8). La tumeur était classée pT3aNxMx. L'évolution était défavorable, le patient est décédé avant la chimiothérapie à 1mois après le diagnostic.



**Figure 8:** Aspect macroscopique.

**Figure 7:** Aspect histologique (HE 20X, 40X) du carcinome épidermoïde du rein.

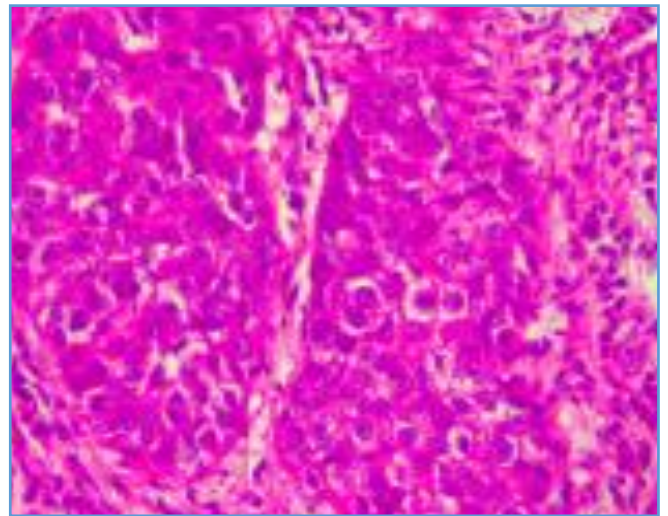
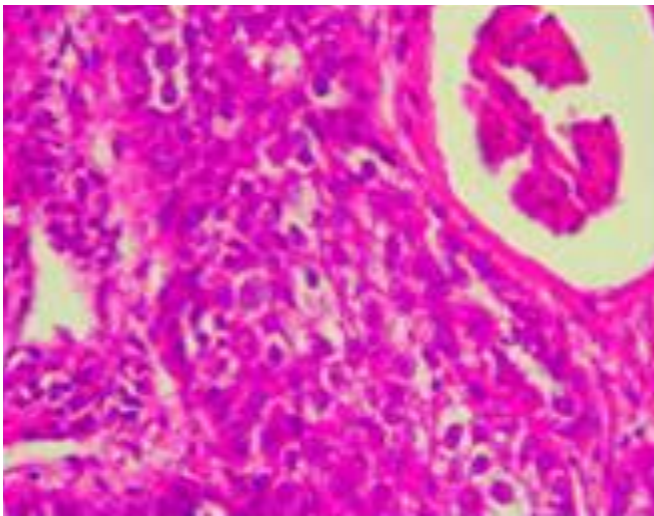
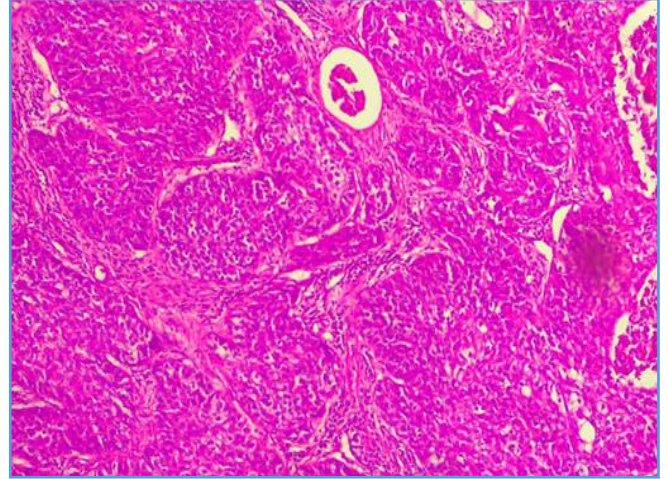
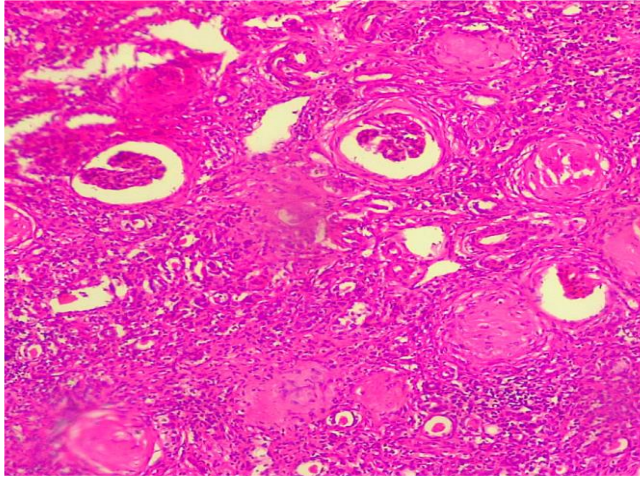
### **Observation n°3 :**

Il s'agissait d'un homme de 73 ans qui a consulté pour hématurie et douleur lombaire gauche. L'état général était altéré. La palpation a retrouvé une masse sensible et douloureuse. L'échographie a montré une masse rénale gauche mesurant 12x 10cm, sans adénopathie et la présence de nombreux calculs dont le plus grand mesurait 6cm de grand axe. Une néphrectomie fut réalisée avec examen histologique.

A la macroscopie, la pièce mesurait 13x10x6cm. La tranche de section était entièrement tumorale, nodulaire, de coloration blanchâtre avec des remaniements nécrotiques. On notait aussi des calculs dont le plus gros mesure 6cm dans la cavité pyelique.

A l'histologie, la prolifération est faite de lobules et de travées. Les cellules sont polygonales et présentent une dyskératose, une anisocaryose, un hyperchromatisme et des mitoses anormales avec un stroma fin, fibreux et inflammatoire. Ailleurs, il s'agissait des lésions de glomérulonéphrite chronique avec une fibrose glomérulaire et un aspect pseudo thyroïdien des tubes. La tumeur est classée pT2bNxMx.

Après la réunion de concertation pluridisciplinaire, le patient a reçu 4 cures de chimiothérapie. Après 5 mois de survie, il est décédé dans un tableau d'insuffisance rénale.



**Figure 9:** Aspect histologique (HE du faible au fort grossissement) du carcinome épidermoïde du rein.

### Tableau de résumé des 3 observations :

**Tableau I:** Le résumé des 3 cas observés.

|                                   | <b>Cas N°1</b>           | <b>Cas N°2</b>            | <b>Cas N°3</b>    |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------|
| <b>Sexe</b>                       | Masculin                 | Masculin                  | Masculin          |
| <b>Age</b>                        | 48 ans                   | 60 ans                    | 73 ans            |
| <b>Topographie</b>                | Rein Drt                 | Rein G                    | Rein G            |
| <b>Taille de la tumeur</b>        | 4cm                      | 16cm                      | 13cm              |
| <b>Infiltration de la graisse</b> | Oui                      | Oui                       | Oui               |
| <b>Emboles vasculaires</b>        | Non                      | Oui                       | Non               |
| <b>Stade</b>                      | pT3aNxMx                 | pT3aNxMx                  | pT2bNxMx.         |
| <b>Nombre de cure</b>             | 3                        | 0                         | 4                 |
| <b>Survie</b>                     | 3 mois                   | 1 mois                    | 5 mois            |
| <b>Pathologies associées</b>      | Urétérohydro<br>néphrose | Lithiases<br>obstructives | Glomérulonéphrite |

## DISCUSSION :

La rareté du carcinome épidermoïde du rein a été soulignée par plusieurs auteurs [11-14], qui ont rapporté quelques cas dans la littérature. Nous rapportons nos trois cas documentés. Il représente 0,5 à 0,8% des tumeurs rénales malignes [6]. Plusieurs cas de carcinome épidermoïde du rein sur rein non fonctionnel ont été rapportés dans la littérature [2, 20, 21]. Cetindag MF et al. [21], rapportent que le carcinome épidermoïde du rein est une tumeur agressive souvent associée au calcul rénal sur un rein non fonctionnel. Nos cas corroborent les données de la littérature sur le plan agressivité du carcinome épidermoïde du rein et la notion de mutité rénale. Singh V [11], a rapporté 5 cas de carcinome épidermoïde du rein. Sur les 5 cas, 3 patients présentaient un calcul rénal, un était non opérable, les 4 ont bénéficié d'une néphro-urétérectomie.

Un de nos patients, avait un antécédent de bilharziose urinaire et un autre avait des calculs urinaires. L'irritation chronique du calcul peut être responsable de la survenue de la tumeur. L'association de calculs rénaux et d'une infection rénale a été rapportée par plusieurs auteurs [2, 20]. Le carcinome épidermoïde du rein associé au kyste rénal a été rapporté par Jiang P et al. [15]. Zengin K [20] et al ont rapporté un carcinome épidermoïde du rein avec un calcul rénal sur rein muet. Dans nos cas, les reins atteints étaient non fonctionnels.

Nos patients étaient des hommes. Ainsi, l'âge des patients variait de 48 à 73 ans. Blacher EJ et al et Kinn AC ont rapporté que l'âge moyen de survenu est situé entre 56 et 69 ans avec une prédominance masculine [22, 23].

Deux sur trois de nos patients consultaient pour une hématurie totale et des douleurs lombaires. Kinn AC rapporte que la symptomatologie est constituée principalement d'hématurie dans 60% des cas et de douleurs abdominales [23], qui perdent leur valeur d'alarme puisqu'elles sont souvent associées aux épisodes infectieux antérieurs [24].

Le carcinome épidermoïde du rein a un caractère invasif et de pronostic défavorable [16, 17]. Plusieurs auteurs rapportent que le carcinome épidermoïde du rein est un cancer agressif et de mauvais pronostic [1, 16, 17]. El Hachem G et al [17], rapportent que le carcinome épidermoïde du rein est rare avec une évolution clinique rapide et dramatique. Chez nos patients, les évolutions ont été défavorables.

Sur le plan clinique et radiologique, il n'existe pas de spécificité du carcinome épidermoïde du rein par rapport aux autres tumeurs solides du rein. La présence de calculs ne doit pas faire égarer le diagnostic. L'association de calcul rénal, de lacune pyélocalicielle et ou de syndrome de masse rénal doit nous alarmer d'autant plus qu'il s'agit de calculs anciens [25]. Lee TY et al ont montré que les images radiologiques des lésions obstructives, de lacunes, ou de de rein non fonctionnel sur urographie intraveineuse n'étaient pas spécifiques, ce qui tardait encore plus le diagnostic [26]. Le scanner garde une place importante pour le diagnostic et le bilan d'extension locorégional et à distance. Les métastases ganglionnaires sont moins fréquentes, elles sont plutôt osseuses, pulmonaires ou hépatiques [23].

Sur le plan thérapeutique, le recours à la chimiothérapie après la néphrectomie, a été constaté dans la plus part des cas rapportés. La néphrectomie a été difficile dans notre premier cas, due à l'envahissement de la graisse péri rénale et du muscle psoas droit par la tumeur. Le bilan d'extension thoraco-abdominopelvien de contrôle a montré une masse retro péritonéale et une lyse vertébrale de L4 après la chimiothérapie témoignant le mauvais pronostic du carcinome épidermoïde primitif du rein.

La survie après la néphrectomie totale a varié de 1 à 6 mois et tous les patients sont décédés dans les 6 mois après le diagnostic histologique. Le mauvais pronostic est confirmé par plusieurs auteurs [2, 15, 17] et la survie globale ne dépasse pas les 6 mois. Par contre, Maher S et al avait un cas de carcinome rénal



avec envahissement cutané qui est guéri [27]. Avec ce type de cancer, la prévention prend toute son importance. Il est primordial de traiter les calculs rénaux correctement et de prévenir les infections urinaires hautes à répétition qui sont les principaux facteurs de risque du carcinome épidermoïde du rein.

## **CONCLUSION :**

Le carcinome épidermoïde du rein est un cancer rare. Le mauvais pronostic de cette entité peut être expliqué par le retard diagnostique et de prise en charge. Il est associé souvent au calcul rénal et à une glomérulonéphrite. Il survient sur rein non fonctionnel au moment du diagnostic. Son traitement est basé sur la néphrectomie et la chimiothérapie. Le pronostic est mauvais avec une survie de moins de 6 mois. La prise en charge précoce des calculs rénaux et des néphrites est nécessaire pour prévenir le carcinome épidermoïde rénal.

## **RECOMMANDATIONS :**

Nous recommandons :

- **Au ministère de la santé et des affaires sociales, de**
  - ✓ Mettre tout en œuvre pour réduire le coût des bilans pré thérapeutique ;
  - ✓ Mettre en place un programme national de lutte contre les cancers en général et du rein en particulier au Mali.
- **Aux prestataires, de**
  - ✓ Promouvoir la prise en charge pluridisciplinaire des cancers du rein.
  - ✓ Référer précocement les cas suspects vers l'unité de néphrologie.
  - ✓ Faire un examen histologique de toute tumeur du rein chez l'adulte.
- **A la population, de**
  - ✓ Ne pas se laisser influencer par les préjugés entourant cette pathologie.
  - ✓ Consulter précocement devant toute symptomatologie.
  - ✓ Respecter le calendrier de suivi.

## REFERENCES :

1. Chen CH, Wu TR, Tiu CM, Wang JH, Chou YH. Epidermoid carcinoma of the kidney. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 1989; 44(5): 318-21.
2. Kumar S, Tomar V, Yadav SS, Udawat H, Priyadarshi S, Vyas N et al. Primary squamous cell carcinoma of kidney associated with large calculus in non-functioning kidney: a case report. *Urology case reports* 2016; 8: 4-6.
3. Holmång S, Lele SM, Johansson SL. Squamous cell carcinoma of the renal pelvis and ureter: Incidence, symptoms treatment and outcome. *J. Urol.* 2007;178(1):51-6.
4. Uysal Z, Tasar C, Bakkaloglu M, Remzi D. Primary carcinoma of the renal pelvis and ureter : a collective review. *Int Urol Nephrol.* 1988;20(1): 23-8.
5. Ouzzane A, Rouprêt M, Leon P, Yates DR, Colin P. Epidemiology and risk factors of upper urinary tract tumors: Litarature review for the yearly scientific report of the French national Association of Urology. *Prog Urol.* 2014 Nov; 24(15):966-7.
6. Li MK, Cheung WL. Squamous cell carcinoma of the renal pelvis. *Journal of Urology.* 1987; 138(2):269-7.
7. Tortora GJ, Grabowski SR. Principes d'anatomie et de physiologie 2e édition française. *Québec: De Boeck 1994 ; 921-957.*
8. Saenko EL. Sémiologie des maladies infantiles. *Biélorussie: Edition Minsk 1996 ; 226-234.*
9. Walter F, Boron (trad. De l'allemand), *Medical Physiology : A Cellular And Molecular Approach*, Philadelphie, Elsevier/Saunders, 2004, 1319 p., relié.
10. Mostofi FK, Sesterhenn A, Sobin LH. Classification histologique internationale des tumeurs n°25: types histologiques des tumeurs du rein. OMS; Genève 1981; 24pages.

11. Singh V, Sinha RJ, Sankhwar SN, Mehrotra B, Ahmed N, Mehrotra S. Squamous cell carcinoma of the kidney-rarity redefined: case series with review of literature. *J cancer sci Ther* 2010; 2(4): 82-85.
12. Lanjewar SM, Bodade RM, Bansod AN, Kulkarni A. Primary squamous cell carcinoma of kidney: a case report. *Int Surg J* 2015; 2(1): 82-84.
13. Badruddoza SM, Pervin S. Primary renal squamous cell carcinoma. *AKMMC J* 2012; 3(2): 34-36.
14. Kaur P, Chauhan A, Singh G, Kataria S, Kalra R. Primary squamous cell carcinoma of kidney-A case report and review of literature. *The internet journal of nephrology* 2009; 6(1): 1-6.
15. Jiang P, Wang C, Chen S, Li J, Xiang J, Xie L. Primary renal squamous cell carcinoma mimicking the renal cyst: a case report and review of the recent literature. *BMC Urology* 2015; 15: 69.
16. Sahoo TK, Das SK, Mishra C, Dhal I, Nayak R, Ali I et al. Squamous cell carcinoma of kidney and its prognosis: A case report and review of the literature. *Case Report in Urology* 2015; 3(1): 1-3.
17. El Hachem G, Choueiry C, Al Hajj Obeid W, Chamseddine N. Renal squamous cell carcinoma: rare and aggressive variant of renal cancers. *Cancer biology and therapeutic oncology* 2017; 1(2): 1-6.
18. Camilo A, Thomas P. *Mémento de Pathologie*; 4<sup>ème</sup> édition; 305-316.
19. Ch Witte Kind, FC Greene, RVP Hutter, M Klimpfinger, LH Sobin. *Guide illustré de la classification TNM/pTNM des tumeurs malignes : global cancer control* 5<sup>ème</sup> édition. 268-271.
20. Zengin K, Tanik S, Sener NC, Albayrak S, Ekici M, Bozkurt IH et al. Incidence of renal carcinoma in non-functioning kidney due to renal pelvic stone disease. *Molecular and clinical oncology* 2015; 3: 941-943.
21. Cetindag MF, Ozsavran AY. Primary renal squamous cell carcinoma: a case report. *Türk Onkoloji Dergisi* 2015; 30(2):74-77.

22. Blacher EJ, Johnson DE, Abdulkarim FW, Ayala AG. Squamous cell carcinoma of renal pelvis. *Urology*. 1985; 25(2): 124-6
23. Kinn AC. Squamous cell carcinoma of the renal pelvis. *Scand J Urol Nephrol*. 1980; 14(1): 77-80.
24. Seaman E, Yagoda A, O'Toole KM. Squamous cell carcinoma of the renal pelvis associated with cystinuria. *Anticancer Res*. 1994; 14(3B): 1361-3.
25. Mhiri MN, Rebait T, Turki L, Smida ML. Association between squamous cell carcinoma of the renal pelvis and calculi. *Br J Urol*. 1989;64(2):201-2.
26. Lee TY, Ko SF, Wan YL, et al. Renal squamous cell carcinoma: CT findings and clinical significance. *Abdominal Imaging*. 1998;23(2):203-8.
27. Maher S, Manel H, Hatem B, Maha D, Olfa J, Houda H, Monia H, Khaled R. Carcinome épidermoïde du bassin découvert par un envahissement pariétal et cutané. *Pan Afr Med J*. 2018 ; 31 :246.

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**NOM ET PRENOM :** MAIGA Rokia

**TITRE DE THESE :** Le carcinome épidermoïde du rein à propos de 3 cas dans le service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU du Point G.

**ANNEE UNIVERSITAIRE :** 2019-2020 **LIEU DE DEPOT :** Bibliothèque FMOS

**VILLE DE SOUTENANCE :** Bamako **PAYS D'ORIGINE :** MALI

**SECTEUR D'INTERET :** Anatomie et cytologie Pathologiques, Urologie.

### **RESUME :**

Le carcinome épidermoïde ou carcinome malpighien est un carcinome développé aux dépens d'un épithélium malpighien et pouvant atteindre un épithélium malpighien, paramalpighien ou glandulaire.

L'objectif de ce travail était de décrire les aspects morphologiques du carcinome épidermoïde du rein.

Nous avons mené une étude descriptive à caractère rétrospectif sur une période de 24 mois.

Au cours de cette étude, la totalité de nos patients était des hommes. Le rein gauche était le plus touché. Tous les patients se plaignaient d'une douleur des fosses lombaires et une hématurie. Un des patients rapporte un antécédent de bilharziose urinaire à l'enfance. L'échographie révéla la présence de calculs parfois obstructifs chez deux patients et une urétérohydronéphrose chez le 3<sup>ème</sup>. Ils ont tous bénéficiés une néphrectomie totale. Macroscopiquement, la majorité des pièces était nécrotique sans effraction capsulaire du rein droit. A l'histologie, on notait une maturation cornéenne et la différenciation était modérée. La survie après la néphrectomie totale a varié de 1 à 6 mois et tous les patients sont décédés dans les 6 mois après le diagnostic histologique.

En somme cette entité est associée souvent au calcul rénal et à une glomérulonéphrite. Le mauvais pronostic peut être expliqué par le retard diagnostique et de prise en charge.

**Mots clés :** Carcinome épidermoïde, Rein, Maturation cornéenne, Calcul, Glomérulonéphrite.