

Diagnostiquer une tumeur du rein (158)

*Christophe AVANCES (Service d'Urologie, CHU G. Doumergue, Nîmes), Pierre COSTA (Service d'Urologie, CHU G. Doumergue, Nîmes), Stéphane CULINE (Centre Régional de Lutte contre le Cancer Val d'Aurelle, Montpellier)
Décembre 2005 (mise à jour décembre 2005)*

1. Les circonstances diagnostiques

Une tumeur du rein peut être diagnostiquée de manière fortuite (45% des cas) ou à l'occasion du développement de symptômes liés au développement loco-régional (45%) ou général de la maladie (10% des cas).

1.1. La découverte fortuite

L'utilisation fréquente de l'échographie pour l'exploration de symptômes non spécifiques, le plus souvent abdominaux, a permis d'augmenter de façon notable la proportion de patients chez lesquels une tumeur du rein est découverte fortuitement. Les tumeurs diagnostiquées dans ce contexte sont généralement de plus petite taille et de meilleur pronostic que les tumeurs symptomatiques.

Une situation particulière est représentée par la demande d'une échographie dans le contexte d'une pathologie connue comme prédisposant au développement de tumeurs du rein.

Le bilan d'imagerie est réalisé dans ce cadre à titre systématique pour diagnostiquer une tumeur au stade pré-clinique.

Ainsi, la dysplasie multi-kystique acquise du patient dialysé est associée dans 9 % des cas à la survenue d'adénocarcinomes rénaux.

Les sujets atteints de la maladie de von Hippel-Lindau (autosomique dominante) développent des hémangioblastomes cérébelleux, de la moelle ou de la rétine ainsi que des tumeurs rénales (adénocarcinomes ou kystes bénins), surrenaliennes (phéochromocytomes) et/ ou pancréatiques (kystes et tumeurs malignes).

Des tumeurs rénales bénignes à contingent adipeux (les angiomyolipomes) se rencontrent dans la sclérose tubéreuse de Bourneville.

Enfin, l'association de masses rénales polykystiques bilatérales, d'une insuffisance rénale et de kystes hépatiques doit faire évoquer une polykystose hépato-rénale (maladie autosomique dominante).

1.2. Les symptômes urologiques

Ils sont rencontrés dans 40% des cas et doivent d'emblée faire suspecter une tumeur maligne. L'hématurie est classiquement totale, isolée, indolore, récidivante et parfois caillotante.

Une douleur lombaire chronique unilatérale peut conduire au diagnostic positif.

A l'examen clinique, le diagnostic de tumeur rénale doit être évoqué si une masse lombaire avec contact lombaire est palpable.

La triade associant hématurie, douleur lombaire et masse avec contact lombaire, bien que classique, n'est retrouvée que dans 10 % des cas.

Une varicocèle gauche d'apparition récente fait suspecter un thrombus rénal gauche, tandis qu'une varicocèle droite évoque un thrombus cave.

1.3. Les signes généraux

Un syndrome fébrile peut être présent en cas de tumeur maligne ou de pathologie infectieuse chronique pseudo-tumorale (pyélonéphrite xantho-granulomateuse). Les autres signes généraux (anorexie, amaigrissement, sueurs nocturnes) ne sont rencontrés qu'en cas de tumeur maligne. Dans certains cas, une hypertension artérielle ou une neuro-myopathie paranéoplasique peuvent être révélatrices. Enfin, la découverte de métastases pulmonaires, ganglionnaires (Troisier), osseuses, hépatiques ou cérébrales conduit au diagnostic dans 5 % des cas. Voir tableau I.

Signe	Prévalence (%)
Vitesse de Sédimentation élevée	55
Anémie	36
Altération de l'état général	35
Hypertension artérielle	22
Fièvre	17
Elévation des phosphatases alcalines	10
Hypercalcémie	5
Polyglobulie	3
Syndrome de Stauffer	3

Tableau I - Prévalence des signes systémiques dans le cancer du rein

1.4. Les signes biologiques

La vitesse de sédimentation peut être élevée en cas de pseudo-tumeur inflammatoire ou de tumeur maligne. La classique polyglobulie du cancer du rein est plus rarement retrouvée que l'anémie inflammatoire. Une hypercalcémie révèle le diagnostic de cancer rénal dans 5 % des cas. La perturbation du bilan hépatique traduit l'existence de métastases ou d'un syndrome de Stauffer (dysfonction hépatique non métastatique associée à une fièvre et une leucopénie). Une cytologie urinaire positive permet parfois de découvrir une tumeur rénale développée aux dépens de la voie excrétrice. (Voir tableau I, §1.3)

2. L'imagerie

L'ensemble de la démarche diagnostique est résumée dans la figure 1.

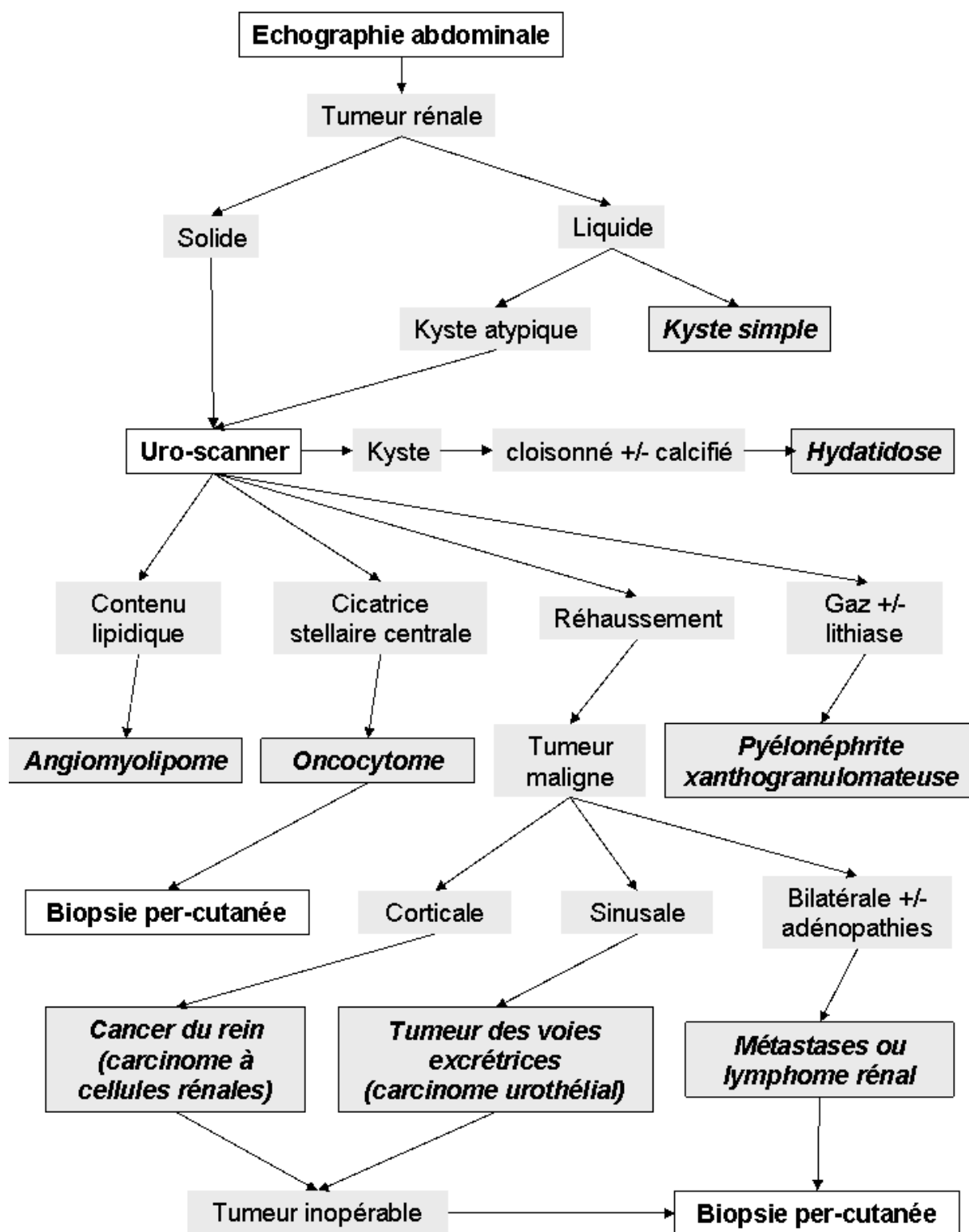


Figure 1 - Démarche diagnostique devant une tumeur rénale

2.1. L'échographie

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.

2.2. L'uro-scanner

L'examen comprend 4 temps d'acquisition :

- sans injection (recherche de calcifications, de densité graisseuse),
- temps artériel et cortical,
- temps parenchymateux
- et temps excrétoire (tumeur des cavités excrétrices).

Une image liquidienne de -10 à $+15$ unités Hounsfield (UH), homogène, à parois régulières et fines, qui ne se rehausse pas à l'injection iodée correspond à un kyste bénin. Si le kyste contient de multiples cloisons ou des calcifications, le diagnostic de kyste hydatique doit être suspecté.

Une image solide qui contient de la graisse correspond à un angiomyolipome.

Une cicatrice stellaire centrale de densité différente du reste de la tumeur fait évoquer un oncocytome (tumeur bénigne).

Un réhaussement de densité > 30 UH après injection iodée fait suspecter une tumeur maligne.

Un réhaussement rapide et massif plaide pour les tumeurs à cellules claires, tandis qu'un réhaussement discret et tardif oriente vers une tumeur tubulo-papillaire.

Le développement central d'une tumeur fait suspecter une origine urothéliale.

Une tumeur bilatérale doit faire rechercher une maladie de Von Hippel-Lindau ou une métastase rénale.

Une tumeur rénale mal circonscrite et infiltrant le parenchyme, uni ou bilatérale, doit faire suspecter le diagnostic de lymphome rénal, et ce d'autant plus qu'il existe des adénomégalies régionales ou à distance.

La coexistence de lithiases et de bulles de gaz orientent vers une pyélonéphrite xantho-granulomateuse.

Enfin, le scanner participe aussi au bilan d'extension loco-régionale et intra-vasculaire (veines rénales) d'un adénocarcinome rénal.

2.3. Les autres examens d'imagerie

Ils sont rarement révélateurs d'une tumeur rénale mais peuvent parfois être prescrits en complément du couple échographie/ uroscanner.

L'UIV ne montre que le retentissement d'un adénocarcinome rénal sur les cavités excrétrices. Les signes sont plus ou moins marqués selon la taille et la topographie de la tumeur. Cet examen objective la nature intra-cavitaire d'une tumeur urothéliale et permet dans ce contexte une cartographie de la totalité du tractus urinaire (maladie potentiellement multifocale).

L'IRM est prescrite pour complément d'investigation au scanner en cas de thrombus cave avant prise en charge chirurgicale. Par son caractère non invasif, elle peut être indiquée en cas de grossesse ou d'allergie à l'iode.

3. La biopsie rénale percutanée sous scanner

Cet examen peu morbide est une méthode diagnostique fiable qui peut être réalisée en ambulatoire.

Elle permet un diagnostic de certitude en cas de tumeurs solides non opérables en raison d'une extension locale ou métastatique ou en cas de suspicion de lymphome rénal ou de localisations rénales métastatiques.

Enfin, la biopsie peut être utile si l'imagerie fait suspecter un oncocytome de petite taille qui pourra être simplement surveillé.

4. Conclusions pratiques

L'imagerie dépiste actuellement la plupart des tumeurs rénales.

Les tumeurs symptomatiques sont généralement de stade plus avancé et de pronostic péjoratif.

L'échographie sépare les kystes des tumeurs solides. Toute tumeur solide est considérée comme maligne et doit être explorée par uro-scanner.

L'aspect radiologique permet le plus souvent de suspecter un diagnostic dont dépend une conduite à tenir thérapeutique le plus souvent chirurgicale.

En cas de maladie non opérable ou de diagnostic équivoque, une biopsie rénale per-cutanée est indiquée afin de poser un diagnostic de certitude.