

CARCINOME RÉNAL SE PRÉSENTANT SOUS FORME D'UN ABCÈS RÉNAL

KHUC C (1), SEMPELS M (1), BONNET Q (1), WALTREGNY D (1)

RÉSUMÉ : Avec le développement de l'imagerie moderne, la découverte fortuite des néoplasies rénales est de plus en plus fréquente. Néanmoins, le carcinome rénal peut également rarement se présenter sous une forme atypique et peut alors être confondu avec des pathologies bénignes comme un abcès rénal ou une pyélonéphrite. Nous présentons le cas d'une néoplasie rénale se manifestant trompeusement sous la forme d'un abcès rénal.

MOTS-CLÉS : Carcinome rénal - Abcès rénal - Imagerie médicale - Piège diagnostique

RENAL CELL CARCINOMA MIMICKING A RENAL ABSCESS

SUMMARY : With the development of modern imaging, incidental findings of renal neoplasia are increasingly frequent. However, renal cell carcinoma can also rarely present as an atypical form and can be confused with benign pathologies such as renal abscess or pyelonephritis. We present the case of a renal neoplasia largely mimicking a renal abscess.

KEYWORDS : Renal cell carcinoma - Renal abscess - Medical imaging - Diagnostic pitfall

INTRODUCTION

Le carcinome rénal représente, respectivement, 3 % et 5 % des néoplasies chez la femme et chez l'homme (1). Les découvertes fortuites de cette néoplasie grâce au développement des techniques d'imagerie moderne sont de plus en plus fréquentes et permettent un diagnostic et un traitement précoces, améliorant le pronostic du patient. Cependant, on peut parfois rencontrer des carcinomes rénaux de présentation atypique. Nous rapportons un cas trompeur de carcinome rénal se présentant sous la forme d'un abcès rénal.

CAS CLINIQUE

Un patient âgé de 72 ans se présente dans le service des Urgences pour douleurs du flanc gauche dans un contexte de probable pyélonéphrite traitée par ciprofloxacine depuis 2 semaines. La culture urinaire, réalisée 15 jours auparavant, en effet, mis en évidence un *Escherichia Coli* sensible à cet antibiotique. Le patient est resté apyrétique, n'a pas présenté de frissons et a gardé des paramètres hémodynamiques stables. Cependant, malgré le traitement antibiotique, il conserve d'importantes douleurs du flanc gauche, majorées à l'inspiration profonde. Il se plaint également d'une diminution de l'appétit, avec perte de 2 kg au cours des 2 dernières semaines. Il n'a pas d'antécédent

médico-chirurgical et ne prend aucune médication chronique. L'anamnèse ne relève pas de tabagisme ni d'éthylisme chronique. C'est la première fois qu'il se présente dans notre institution.

L'examen clinique retrouve une hypoventilation basale gauche, avec une sensibilité à la palpation du flanc gauche et un point costo-musculaire gauche douteux. Le reste de l'examen clinique est non contributif.

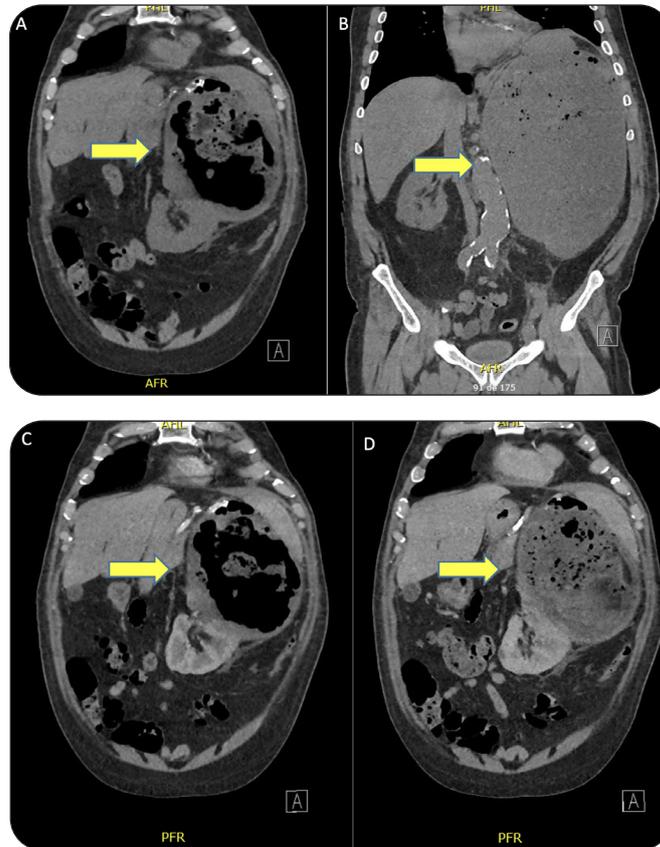
La biologie sanguine montre un taux d'hémoglobine à 12,2 g/dL, une hyperleucocytose à 18.330/mm³, une fonction rénale conservée et un important syndrome inflammatoire avec une CRP à 252 mg/L. Le sédiment urinaire est négatif et la culture urinaire est stérile.

Le scanner abdominal avec injection de produit de contraste révèle, quant à lui, la présence d'une formation hétérogène d'allure abcédée de 23 x 20 x 27 cm, avec niveau hydro-aérique et rehaussement capsulaire périphérique. La lésion est développée aux dépens de la lèvre postérieure du tiers supérieur du rein gauche. Le rein gauche est refoulé en position antéro-inférieure. Il n'y a pas d'urétéro-hydronephrose ni de lithiase au niveau des voies urinaires (Figure 1). À noter également un épanchement pleural gauche de faible volume, avec condensation passive de la base pulmonaire en regard.

Un drainage percutané de cet abcès du rein gauche est réalisé au lendemain de son admission. Le liquide de drainage d'aspect purulent est envoyé en culture et mettra finalement en évidence un *Escherichia Coli* notamment résistant à la ciprofloxacine. Sur base des prélèvements bactériologiques, et selon les recommandations du groupe d'antibiothérapie hospitalière, un traitement par ceftriaxone est instauré empiriquement. L'évolution clinique et biologique du

(1) Service d'Urologie, CHU Liège, Belgique.

Figure 1. Scanner abdominal retrouvant une lésion hétérogène d'allure abcédée en coupes frontales



En phase à blanc (A et B), artérielle (C) et portale (D)

patient est excellente, avec une nette amélioration des douleurs et une régression du syndrome inflammatoire, avec, à sa sortie, une CRP à 86,7 mg/L.

L'antibiothérapie a pu être poursuivie dans un premier temps à domicile grâce à un cathéter veineux central mis en place par voie périphérique pour une durée totale de 3 semaines (hospitalisation à domicile).

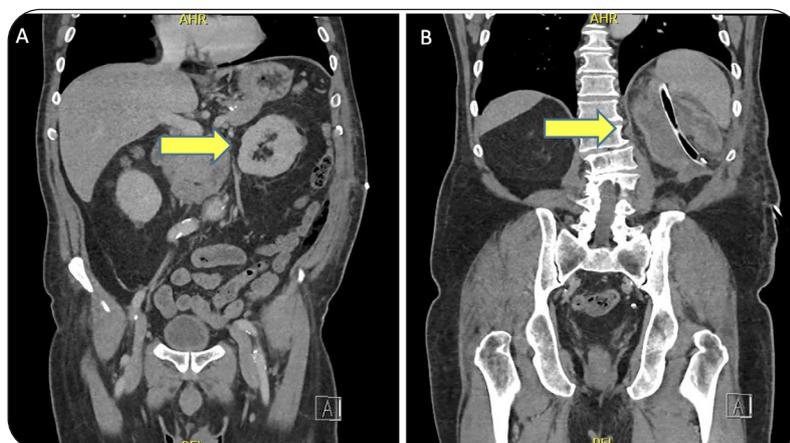
Le patient est, cependant, ré-hospitalisé une semaine plus tard en raison d'une majoration de son syndrome inflammatoire avec une CRP à 197,7 mg/L à sa biologie de contrôle. Il est apyrétique et conserve un excellent état général. Un scanner démontre une stabilité de l'abcès rénal gauche, avec un drain radiologique bien en place. Devant l'absence d'évolution favorable sur le plan biologique et ce, malgré un bon état général, une vidange avec drainage chirurgical de cet abcès est réalisée par lombotomie 4 jours plus tard.

Un scanner de contrôle, réalisé 2 semaines après l'intervention, démontre une nette régres-

sion du volume de l'abcès (Figure 2). L'analyse anatomopathologique des tissus prélevés durant la chirurgie de drainage met en évidence une nécrose ischémique et hémorragique d'une tumeur rénale de type carcinome papillaire. Le diagnostic de simple abcès rénal est donc infirmé et le patient est pris en charge pour cette tumeur rénale surinfectée de présentation atypique. Il bénéficie d'un bilan d'extension par scanner thoraco-abdomino-pelvien et scintigraphie osseuse qui ne montre pas de lésion suspecte de dissémination métastatique.

Une néphrectomie gauche élargie avec curage ganglionnaire latéro-aortique gauche par voie sous-costale est réalisée après 5 semaines de traitement antibiotique par ceftriaxone à domicile. L'évolution post-opératoire est sans particularité. L'analyse anatomopathologique définitive retrouve un carcinome rénal papillaire de type II, réalisant une lésion tumorale ulcérée et nécrotico-hémorragique sans infiltration de la graisse péri-rénale. Le curage ganglionnaire est négatif et on ne retrouve pas d'infiltration

Figure 2. Scanner abdominal démontrant une nette régression de l'abcès avec un drain chirurgical en place en coupes frontales



En phase portale (A et B)

tumorale sur le trajet du drain également réséqué durant la néphrectomie. La concertation oncologique multi-disciplinaire a recommandé un simple suivi selon les lignes de conduite de l'European Association of Urology.

DISCUSSION

Le carcinome rénal représente le 7^{ème} cancer le plus fréquent chez l'homme et le 10^{ème} chez la femme (1). Les trois sous-types histologiques principaux des carcinomes rénaux sont : le carcinome rénal à cellules claires, le carcinome rénal papillaire et le carcinome rénal chromophile (1, 2). Les facteurs de risque les plus connus sont le tabagisme, l'obésité et l'hypertension artérielle (1-3).

Auparavant, la présentation clinique typique était représentée par la triade : douleur au niveau du flanc, hématurie macroscopique et masse abdominale palpable. Depuis l'avènement et le développement des techniques d'imagerie médicale, plus de la moitié des carcinomes rénaux sont détectés de façon incidente et précoce (1, 2).

Le diagnostic est habituellement posé sur base d'examen d'imagerie médicale tels que l'échographie et, surtout, le scanner et l'IRM. Le carcinome rénal se présente typiquement comme une masse solide, comportant parfois une certaine proportion kystique. De très rares cas de dégénérescence kystique ou nécrose ont été décrits dans la littérature (4, 5). Sur les phases tomodynamométriques à blanc, les carcinomes rénaux sont généralement isodenses par

rapport au parenchyme rénal normal adjacent, puis ils présentent un rehaussement intense et anarchique en phase artérielle et une certaine hypodensité en phase tardive (5-7). Le sous-type papillaire se rehausse moins intensément après injection de produit de contraste que les autres sous-types de carcinome rénal et reste relativement homogène durant les différentes phases d'un scanner injecté (5, 8, 9). Les calcifications sont plus fréquentes dans les sous-types papillaires et chromophobes que dans le carcinome rénal conventionnel (5, 6). Les grandes tumeurs deviennent plus hétérogènes en raison de la présence de plages de nécrose, d'hémorragie ou de calcifications et peuvent alors être confondues avec des lésions inflammatoires (7, 10-12). En particulier, dans les cas de nécrose tumorale centrale, le centre de la lésion devient hypodense sans rehaussement après injection de produit de contraste tandis que les tissus tumoraux périphériques sont rehaussés et cela peut mimer et être confondu avec un abcès rénal (13). On retrouve également, dans la littérature, quelques cas d'infection rénale ou d'abcès associés à des néoplasies rénales, comme dans le cas de notre patient (7, 11-15). Ces présentations atypiques sont associées à des difficultés de diagnostic précis.

Une étude égyptienne a, par exemple, identifié sur 10 ans, 11 patients chez lesquels un diagnostic d'abcès rénal a d'abord été posé avant de conclure à la présence d'un carcinome rénal infecté (11). Les pierres angulaires du diagnostic restent le scanner, la bactériologie et les résultats anatomopathologiques. Un traitement conservateur initial par antibiothérapie à large spectre avec drainage percutané ou chirurgical

puis prise en charge élective en fonction des résultats bactériologiques et anatomopathologiques a, à chaque fois, été tenté dans cette étude et s'est avéré efficace. Ces situations diagnostiques trompeuses sont plus susceptibles de survenir chez des patients âgés ou immunodéprimés (11). Elles doivent être hautement suspectées, surtout en l'absence de facteurs de risque de développer un abcès rénal tels qu'un diabète ou la présence de lithiases urinaires (15).

La confusion entre un abcès rénal simple et une néoplasie rénale surinfectée mimant un abcès est plus fréquente dans les cas de nécrose tumorale extensive ou d'images suggestives de collections liquidiennes hétérogènes correspondant à du pus (7).

L'impact oncologique du retard de diagnostic et de traitement n'a jamais été étudié. L'impact du drainage d'une tumeur abcédée sur le pronostic et l'éventuelle nécessité d'un traitement adjuvant non plus (7). Néanmoins, ce cas nous permet de rappeler qu'un diagnostic adéquat et précoce est primordial, surtout lorsqu'il s'agit d'une pathologie oncologique. Il est, par ailleurs, important de penser à l'éventualité d'une néoplasie sous-jacente en cas d'abcès rénal, en soulignant l'importance de l'analyse anatomopathologique et du suivi radiologique jusqu'à la résolution complète de la lésion.

IMPLICATION CLINIQUE

Le carcinome rénal est une pathologie fréquemment rencontrée dans notre pratique clinique. Ce cas nous rappelle la potentielle présentation atypique et trompeuse de cette pathologie, pouvant alors être confondue avec des affections bénignes telles qu'un abcès rénal ou une pyélonéphrite. Ce cas clinique souligne l'importance de toujours se souvenir de la possibilité d'une néoplasie sous-jacente et de l'utilité des analyses cytologiques et anatomopathologiques afin de poser un diagnostic adéquat.

CONCLUSION

Les présentations atypiques de néoplasie rénale sous forme d'abcès sont des pièges pouvant conduire à un mauvais diagnostic et à un retard de prise en charge et de traitement adéquat. En cas de doute ou de mauvaise évolution clinique ou radiologique, le clinicien doit garder en mémoire la possibilité d'une tumeur surinfectée et abcédée, surtout en l'absence de fac-

teurs de risque d'abcès comme un diabète, des lithiases urinaires, ou une personne âgée ou immunodéficente. Une analyse cytologique du liquide drainé et/ou anatomopathologique des tissus présents au sein de la collection abcédée peuvent aider à poser le diagnostic adéquat.

BIBLIOGRAPHIE

- Escudier B, Porta C, Schmidinger M, et al. Renal cell carcinoma: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2019;**30**:706-20.
- Ljungberg B, Albiges L, Abu-Ghanem Y, et al. European Association of Urology Guidelines on renal cell carcinoma: The 2019 update. *Eur Urol* 2019;**75**:799-810.
- Decastro GJ, McKiernan JM. Epidemiology, clinical staging, and presentation of renal cell carcinoma. *Urol Clin North Am* 2008;**35**:581-92.
- Murad T, Komaiko W, Oyasu R, Bauer K. Multilocular cystic renal cell carcinoma. *Am J Clin Pathol* 1991;**95**:633-7.
- Kim KA, Choi JW, Park CM, et al. Unusual renal cell carcinomas: a pictorial essay. *Abdom Imaging* 2006;**31**:154-63.
- Park SB, Cho KS, Lee JH, et al. Unusual manifestations of renal cell carcinoma. *Acta Radiol* 2008;**49**:839-47.
- Khattar N, Kumar S, Dorairajan LN, et al. Adult Wilms' tumor masquerading as pyonephrosis: a diagnostic dilemma. *Indian J Surg* 2008;**70**:235-6.
- Henry N, Rouach Y, Nguyen K, et al. Particularités pronostiques, histopathologiques, génétiques et thérapeutiques du carcinome à cellules rénales tubulopapillaire. *Prog Urol* 2010;**20**:393-401.
- Prasad SR, Humphrey PA, Catena JR, et al. Common and uncommon histologic subtypes of renal cell carcinoma: imaging spectrum with pathologic correlation. *Radiographics* 2006;**26**:1795-806; discussion 1806-10.
- Amar V, Vennapusa B, Kumar MM, et al. Large cystic renal cell carcinoma leading to diagnostic dilemma: a case report. *Indian J Surg* 2013;**75**(Suppl 1):103-5.
- Eltahawy E, Kamel M, Ezzet M. Management of renal cell carcinoma presenting as inflammatory renal mass. *Urol Ann* 2015;**7**:330-3.
- Sevrin F, Rocourt N, Leroy X, et al. A spontaneously necrotic wilms' tumor mimicking renal abscess: a tricky diagnosis not to miss. *J Pediatr Hematol Oncol* 2021;**43**:e173-e175.
- Van Poppel H, Vereecken RL, Wilms G. Bilateral renal cell carcinoma diagnosed as renal abscesses. *Urology* 1985;**25**:548-50.
- Perimenis P. Pyonephrosis and renal abscess associated with kidney tumours. *Br J Urol* 1991;**68**:463-5.
- Gillitzer R, Melchior SW, Hampel C, et al. Transitional cell carcinoma of the renal pelvis presenting as a renal abscess. *Urology* 2002;**60**:165.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr. Khuc C, Service d'Urologie, CHU Liège, Belgique.
Email : khuccecile@hotmail.com