

Cas Clinique

Tumeur fibreuse solitaire du rein: A propos d'un cas avec revue de la littérature

N. Derhem¹, M. Zahlane¹, N. Chérif Idrissi El Ganouni², A. Ousehal², F. Mansouri³, B. Belaabidia³ et L. Essaadouni¹

¹Service de médecine interne, ²Service de radiologie et ³Service d'anatomopathologie, CHU Mohammed VI, Marrakech, MAROC

RESUME

Les tumeurs fibreuses solitaires sont des tumeurs mésenchymateuses qui se développent à partir du tissu conjonctif. Les localisations rénales sont exceptionnelles et à notre connaissance seuls 11 cas ont été rapportés dans la littérature. Nous rapportons une nouvelle observation d'une tumeur fibreuse solitaire découverte chez une patiente âgée de 60 ans à l'occasion d'un seul épisode de colique néphrétique. La tomодensitométrie abdominale a révélé une tumeur développée aux dépens du hile rénal. Une néphrectomie élargie a été réalisée et l'analyse anatomopathologique a mis en évidence une prolifération tumorale fusocellulaire d'aspect fibreux. L'immunohistochimie a confirmé le diagnostic en montrant un marquage positif pour le CD 34 et le bcl-2.

Mots clés : Tumeur fibreuse solitaire, rein, immunohistochimie

Correspondance: Dr. Najib Derhem, 22 rue Addahak Kasba 2, Massira III, Marrakech, 40000, MAROC,
E mail : nderhem@yahoo.fr

Détails d'acceptation: article reçu: 21/12/2006

article accepté (après corrections): 28/11/2007

INTRODUCTION

Les tumeurs fibreuses solitaires (TFS) sont des tumeurs mésenchymateuses bénignes qui se développent à partir du tissu conjonctif. La principale localisation est pleurale¹. La localisation rénale est exceptionnelle et à notre connaissance seuls 11 cas ont été rapportés dans la littérature^{1,2}. Nous en rapportons une nouvelle observation et soulignons les problèmes diagnostiques que ces tumeurs peuvent soulever.

OBSERVATION

Une femme de 60 ans a été hospitalisée en juin 2005 pour colique néphrétique avec découverte d'une masse rénale à l'échographie. Il s'agissait d'une patiente sans antécédents particuliers en dehors d'un psoriasis traité par antihistaminiques

et corticothérapie locale. La palpation abdominale a retrouvé une sensibilité du flanc droit sans masse palpable. Le reste de l'examen clinique était normal.

L'échographie abdominale a révélé une tumeur du rein droit d'échogénicité hétérogène. La tomодensitométrie abdominale (TDM) a mis en évidence une masse rénale droite de 5 cm de grand axe développée aux dépens du hile et refoulant les cavités pyélocalicielles (Fig. 1). Une néphrectomie élargie droite a été réalisée. L'étude macroscopique a montré une tumeur hilare pesant 70 g et mesurant 7 x 4 cm, encapsulée, blanchâtre et fibreuse à la coupe. L'examen anatomopathologique a mis en évidence une prolifération de cellules fusiformes à cytoplasme éosinophile et noyau allongé ou ovalaire, sans

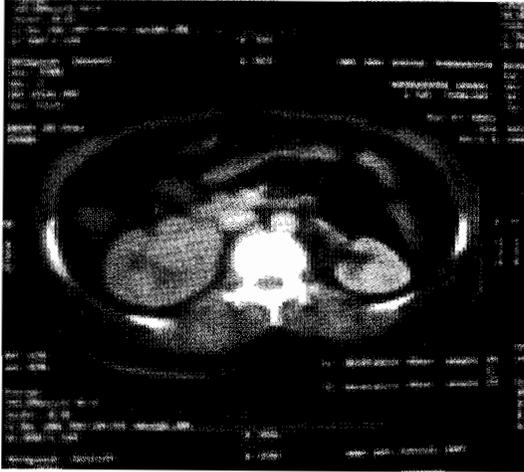


Fig.1: TDM abdominale mettant en évidence une masse rénale droite de 5 cm de grand axe développée aux dépens du hile et refoulant les cavités pyélocalicielles.

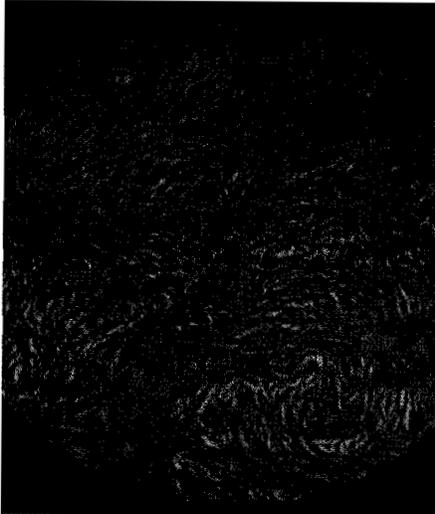


Fig. 2: L'examen anatomopathologique met en évidence une prolifération faite de cellules fusiformes à cytoplasme éosinophile à noyau allongé ou ovalaire, sans atypie nucléaire ni activité mitotique (HE x 20).

signes suspect de malignité. La tumeur est organisée selon un mode fasciculé avec des foyers étoilés, le stroma comporte des fibres de collagène assez abondantes. Il existe des foyers pauci-cellulaires comportant exclusivement une fibrose avec des fibres de collagène et quelques éléments inflammatoires (Fig. 2). L'immunohistochimie est basée sur la technique utilisant la peroxydase et l'ami-noethylcarbamine (AEC) comme chromo-gène. Le clone CD 34 QBend-10 est un anti-

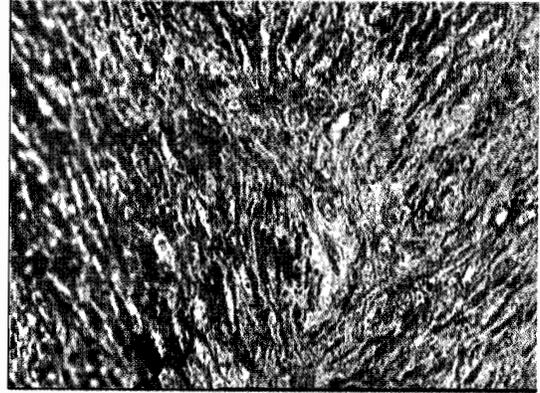


Fig. 3 : Expression intense de l'anticorps anti CD34 par les cellules tumorales (M.O. G x 40).

corps monoclonal d'origine murin. Il existait un marquage positif pour le CD 34 et le bcl-2 confirmant le diagnostic de tumeur fibreuse solitaire (Fig.3). Avec un recul de 24 mois la patiente est stable et la TDM abdominale de contrôle est normale.

DISCUSSION

Le premier cas de TFS du rein a été décrit en 1996 par Fain et coll.³. Un cas impliquant la capsule rénale a aussi été décrit par Gelb et coll.⁴ Plus récemment cette localisation a été rapportée à plusieurs reprises, témoignant probablement de la meilleure connaissance de ce diagnostic^{1,2,5}.

Les patients étaient tous symptomatiques (douleurs lombaires et/ou hématurie) avec un âge moyen de 57.3 ans (28-82 ans), une taille tumorale élevée (moyenne de 9.6 cm) comme ce fut le cas dans notre observation (Tableau 1). Ces tumeurs soulèvent de nombreux diagnostics différentiels tant à l'étape radiologique qu'histologique.

Sur le plan radiologique, le diagnostic se pose avec toutes les autres étiologies des masses rénales notamment le carcinome rénal et les tumeurs des voies excrétrices. L'étude anatomopathologique de ces tumeurs permet de retrouver une prolifération faite de cellules fusiformes à noyau arrondi ou ovoïde avec un

Tableau 1 : Aspect macroscopique des TFS rapportées dans la littérature.

Auteur	Age	Sexe	Taille de la lésion (cm)	Suivie (mois)	Survie
Cortes et al. ¹	28	F	15 x 11	12	V
Leroy et al. ⁵	66	F	9 x 7 x 6	9	V
Wang et al. ²	41	M	13	NP	NP
	72	M	14		
Gelb et al. ⁴	48	F	2.5 x 2.8 x 4.2	NP	NP
Fain et al. ³	45	F	6 x 5 x 3.2	8	V
	46	F	7.2 x 6 x 5.5	33	
	51	M	4.5 x 4 x 2.5	2	
Fukunaga et Nikaido ⁷	33	F	NP	90	V
Notre cas	60	F	7 x 4.5 x 4	24	V

NP : non précisé ; V : vivant et indemne de toute récurrence tumorale.

cytoplasme éosinophile pâle enchâssées dans un tissu collagène dense. Les diagnostics différentiels se posent avec le fibrome, l'histiocytofibrome bénin, l'angiomyolipome, le néphrome mésoblastique, le neurofibrome, le fibrosarcome et le sarcome fibromixoïde de bas grade². L'étude immunohistochimique permet de confirmer le diagnostic de TFS en montrant un marquage positif pour le CD 34, le CD 99 et le bcl-2. Un marquage positif pour le CD 34 et le bcl-2 est suffisant pour retenir le diagnostic de TFS².

Les TFS rénales peuvent être découvertes chez des patients complètement asymptomatiques, mais le plus souvent ces tumeurs sont diagnostiquées à l'occasion de la survenue de symptômes urologiques divers: coliques néphrétiques, hématurie, masse lombaire palpable. On note une prédominance féminine avec un âge moyen de 47 ans⁵. Le traitement est chirurgical avec une néphrectomie élargie. Cette attitude est justifiée par le risque élevé de récurrences locales qui surviennent si l'exérèse est incomplète⁶. La plupart des TFS sont bénignes, les suivis prolongés des localisations à la loge rénale (allant jusqu'à 7 ans et demi⁷) ont montré un comportement

bénin puisqu'aucune récurrence locale ni décès n'ont été déplorés⁸. Néanmoins, l'évolution reste imprévisible, potentiellement maligne avec la survenue de métastases pulmonaires, hépatiques et osseuses rapportées dans les localisations pleurales essentiellement⁹. Une hypercellularité, un index mitotique élevé et un aspect anaplasique sont des facteurs de mauvais pronostic⁸. Récemment, des études in vitro ont montré que des tumeurs potentiellement malignes étaient sensibles au 5 FU, adriamycine, mitomycine C et docétaxel, ce qui pourrait améliorer le pronostic des TFS les plus agressives, récidivantes, inextirpables ou ayant une exérèse incomplète¹⁰. En raison du recul faible, il apparaît nécessaire de maintenir une surveillance régulière et prolongée de ces tumeurs^{6,11} quoiqu'il n'existe pas de consensus clairement établi à ce jour.

En conclusion, les TFS à localisation rénale sont rares, leur diagnostic repose sur l'étude anatomopathologique avec immunomarquage. La néphrectomie élargie est le traitement de référence. Un suivi prolongé est nécessaire à cause d'un risque de récurrence locale persistant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cortes Gutierrez E, Arista Nasr J, Mondragon M, Mijangos Parada M, Lerma Mijangos H. Solitary fibrous tumor of the kidney. *J.Urol.* 2001; Aug;166(2):602.
2. Wang J, Arber DA, Frankel K, Weiss LM. Large solitary fibrous tumor of the kidney: Report of two cases and review of the literature. *Am.J.Surg.Pathol.* 2001; Sep;25(9):1194-9.
3. Fain JS, Eble J, Nascimento AG, Farrow GM, Bostwick DG. Solitary fibrous tumor of the kidney. *J.Urol.Pathol.* 1996;4:227-38.
4. Gelb AB, Simmons ML, Weidner N. Solitary fibrous tumor involving the renal capsule. *Am.J.Surg.Pathol.* 1996; Oct;20(10):1288-95.
5. Leroy X, Copin MC, Coindre JM, Meria P, Wacrenier A, Gosset P, et al. Solitary fibrous tumour of the kidney. *Urol.Int.* 2000;65(1):49-52.
6. Durand X, Deligne E, Camparo P, Riviere P, Best O, Houlgatte A. Tumeur fibreuse solitaire de la loge renale. [Solitary fibrous tumor of the kidney]. *Prog.Urol.* 2003; Jun;13(3):491-4.
7. Fukunaga M, Nikaido T. Solitary fibrous tumour of the renal peripelvis. *Histopathology.* 1997; May;30(5):451-6.
8. Bugel H, Gobet F, Baron M, Pfister C, Sibert L, Grise P. Tumeur fibreuse solitaire du rein et autres localisations a l'appareil urogenital: Caracteristiques morphologiques et immunohistochimiques. [Solitary fibrous tumour of the kidney and other sites in the urogenital tract: Morphological and immunohistochemical characteristics]. *Prog.Urol.* 2003; Dec;13(6):1397-401.
9. Chan JK. Solitary fibrous tumour--everywhere, and a diagnosis in vogue. *Histopathology.* 1997; Dec;31(6):568-76.
10. Yoshimasu T, Oura S, Hirai I, Kokawa Y, Nishida M, Sasaki R, et al. [Histoculture drug response assay for solitary fibrous tumor--a case report]. *Gan To Kagaku Ryoho.* 2004; Oct;31(10):1547-9.
11. Hasegawa T, Matsuno Y, Shimoda T, Hasegawa F, Sano T, Hirohashi S. Extrathoracic solitary fibrous tumors: Their histological variability and potentially aggressive behavior. *Hum.Pathol.* 1999; Dec;30(12):1464-73.

ABSTRACT

Solitary Fibrous Renal Tumor

Solitary fibrous tumors are mesenchymal neoplasms which develop from connective tissue. They rarely occur in the kidney and to our knowledge only 11 cases have been reported in the literature so far. We herein report a solitary fibrous tumor of the kidney in a 60-year-old patient presenting with renal colic. CT scan revealed a tumor in the renal hilum. The patient was subjected to total nephrectomy, and histological examination of the excised tissue showed fusiform cellular fibrotic proliferation. Immunohistochemistry confirmed the diagnosis by showing positive CD 34 and bcl-2 markers.