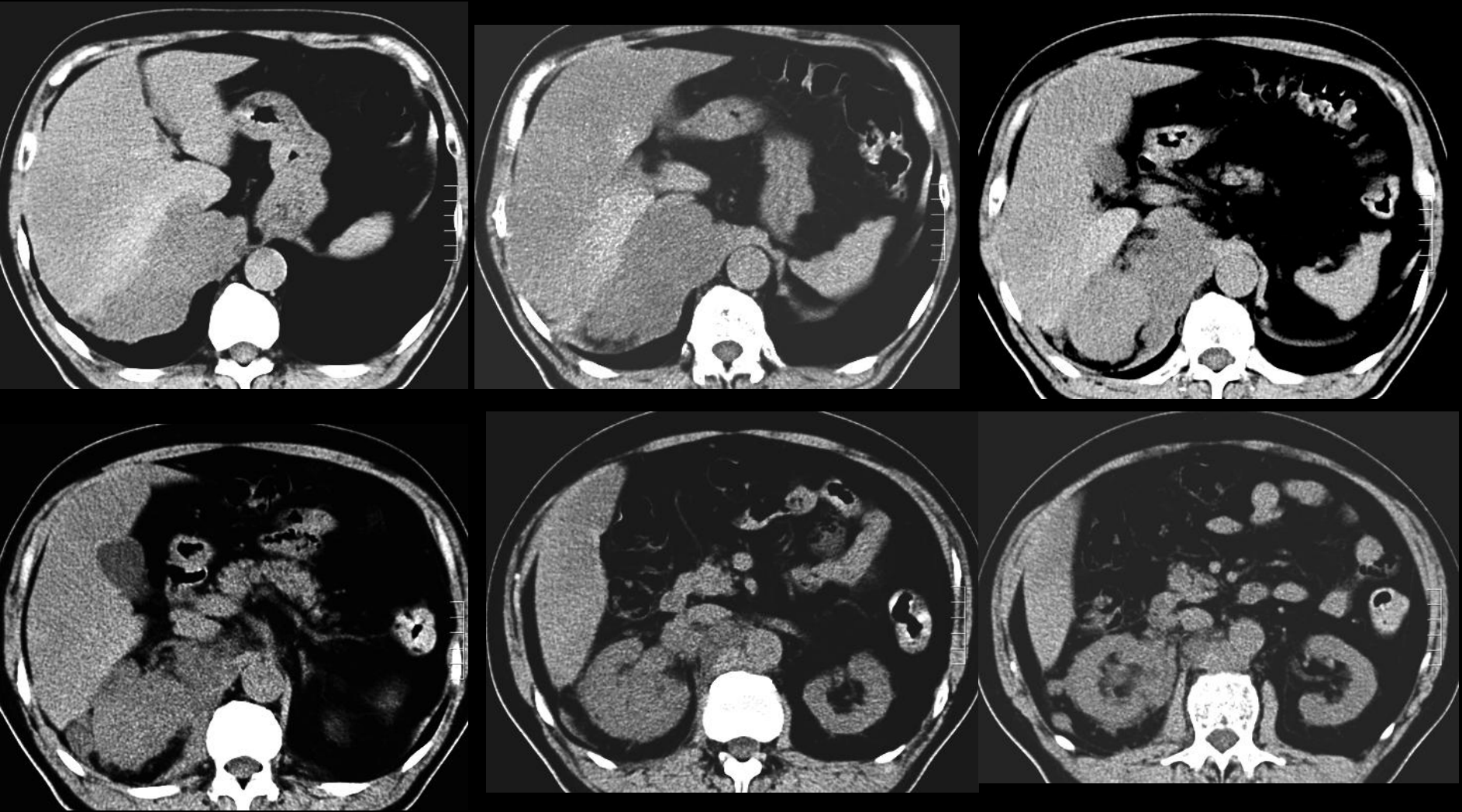
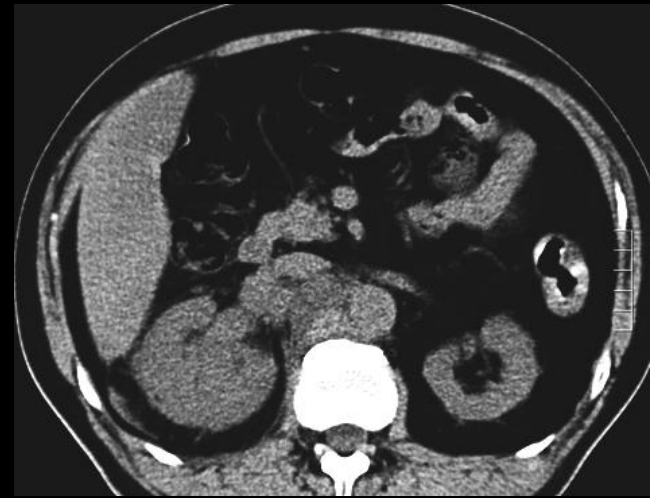


homme 66 ans , lombalgies et petite baisse de l'état général , pas d'hématurie
le scanner montre les aspects suivants :



quels sont les éléments sémiologiques significatifs à retenir sur ces coupes avant injection de PCI





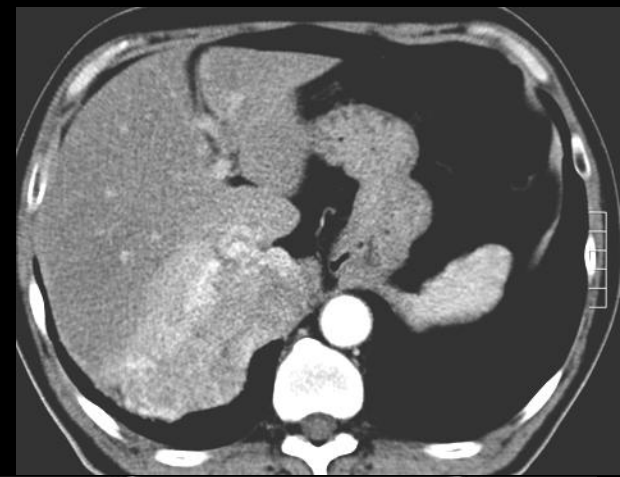
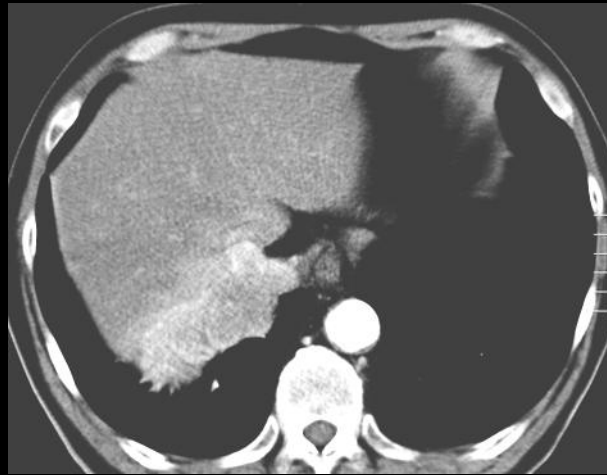
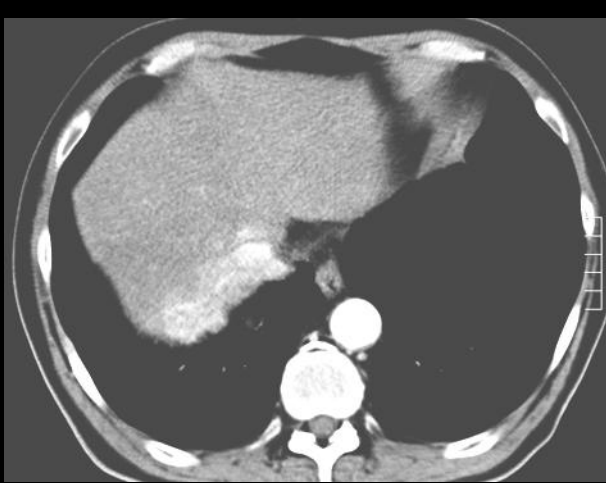
- présence d'une **stéatose hépatique hétérogène** épargnant des plages périphériques , en particulier au contact d'une masse rétropéritonéale
- le **caractère rétropéritonéal de la masse** peut être affirmé sur le fait que la lésion déplace le rein droit et qu'elle vient s'adosser à la paroi aortique
- il existe des **adénopathies** autour des gros vaisseaux rétro péritonéaux
- la surrénale droite n'est pas visible
- l'acquisition après injection de PCI devra obligatoirement être **biphasique**
 - .phase artérielle différée pour **préciser l'origine des artères vascularisant la masse +++** d'autant plus important que la masse est volumineuse
 - .phase "capillaro-veineuse (70 s après IV) pour **préciser le degré d'hypervascularisation** les **hétérogénéités de rehaussement** , l'état des axes veineux... .



les reformations coronales non injectées montrent qu'il existe:

.une masse du **pôle supérieur** du rein (flèche jaune) en continuité avec la **nappe tissulaire** qui **infiltré le rétropéritoine jusqu'au diaphragme et d'étend dans le parenchyme hépatique du lobe droit**

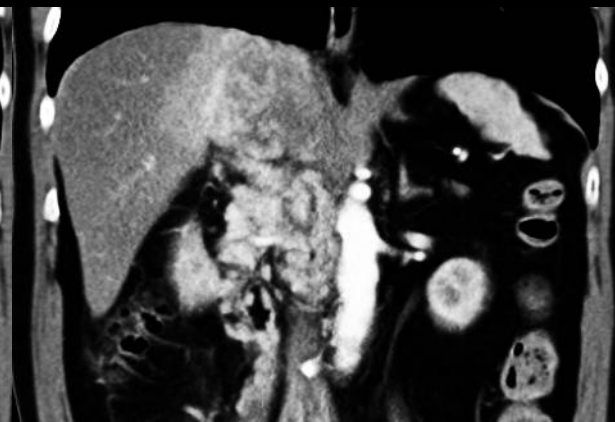
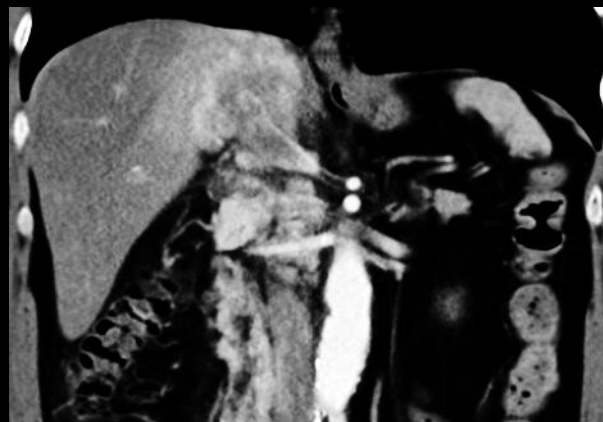
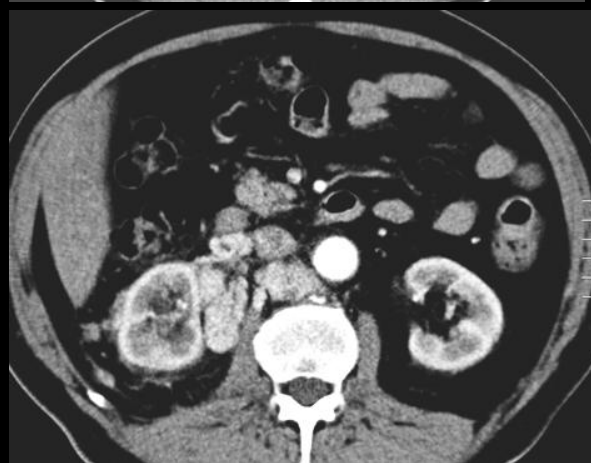
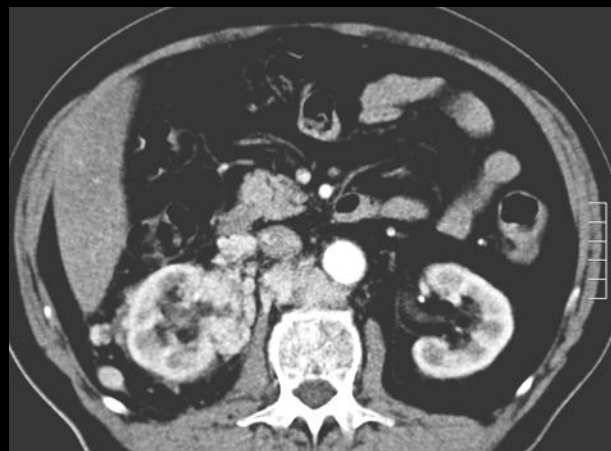
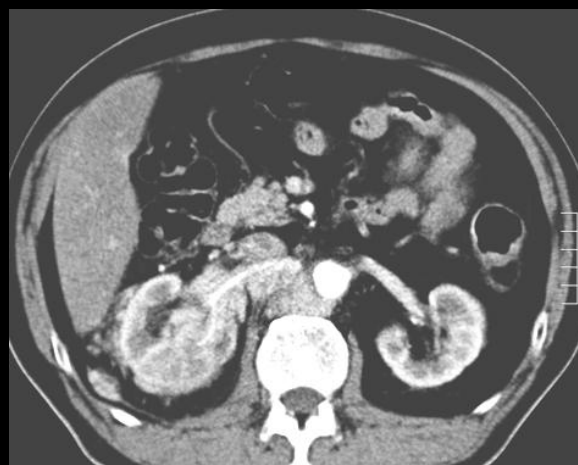
.une masse du **pôle inférieur** du rein droit (flèche rouge) plus petite que la précédente et de densité spontanée légèrement différente

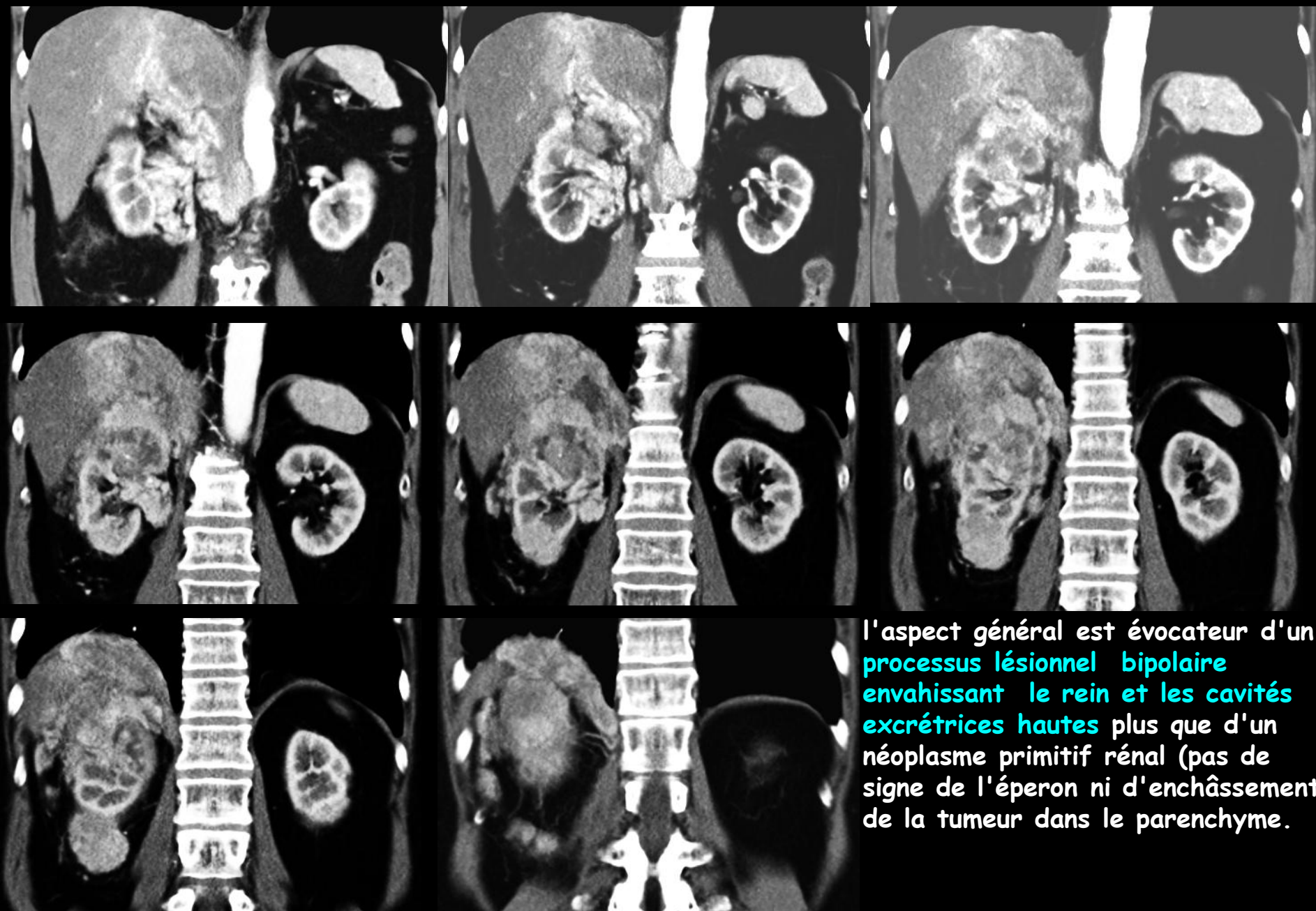


-après injection, la masse apparait nettement hypervascularisée en périphérie , comme les adénopathies satellites

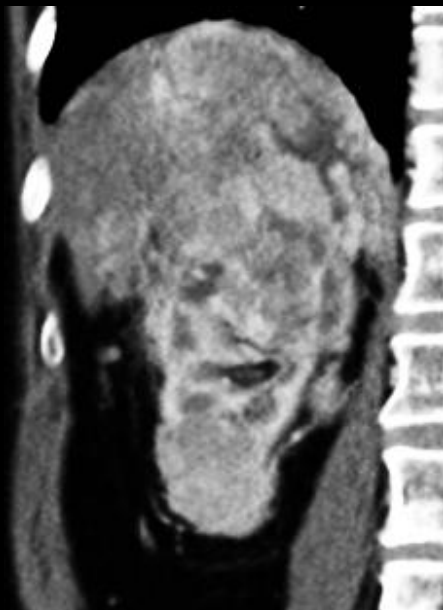
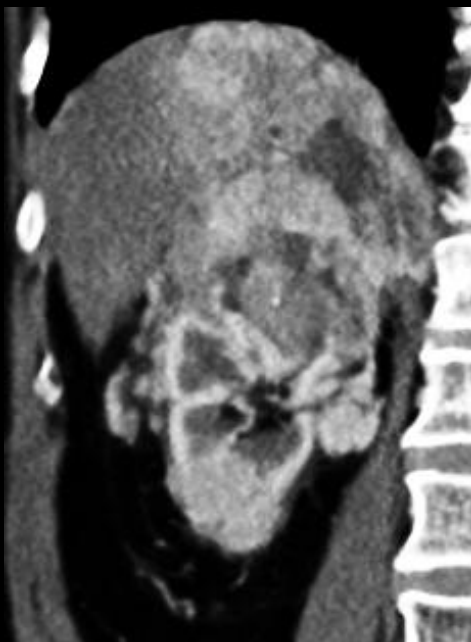
-elle envahit la face postérieure du foie droit et la VCI qui reste toutefois perméable

-les reformations sont indispensables pour préciser les rapports de la masse et du rein droit

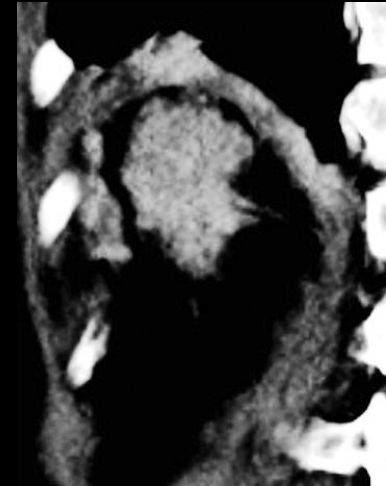
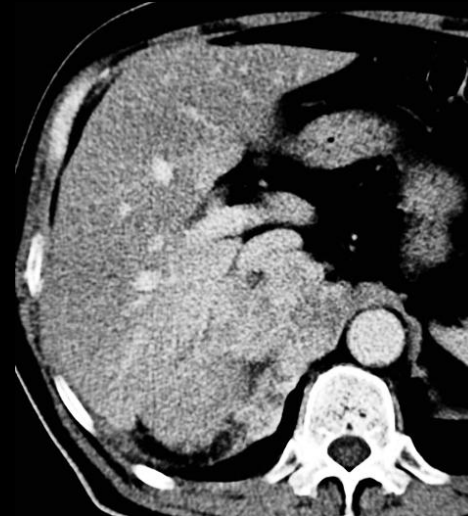




l'aspect général est évocateur d'un processus lésionnel bipolaire envahissant le rein et les cavités excrétrices hautes plus que d'un néoplasme primitif rénal (pas de signe de l'éperon ni d'enchâssement de la tumeur dans le parenchyme).



l'élément sémiologique essentiel à retenir ,à la phase d'équilibre (70 s après iv est **l'intensité du rehaussement et sa persistance** , reflet habituellement d'un contingent fibreux important mais qui , dans le cas présent est lié à l'autre mécanisme possible : **présence d'un stroma fortement vascularisé** qui explique également la prise de contraste précoce



l'étiologie des masses du péri-rein et/ou du rétropéritoine rassemble des causes très variées ; chez un **adulte de plus de 60 ans**, l'éventail des causes plausibles se réduit considérablement , surtout si , comme ici, les **lésions sont multiples** et **très fortement rehaussées après injection et de façon durable**

Table 1. Spectrum of Proliferative Tumors and Pseudotumors of the Perirenal Space

Primary lesions
Lymphoma
Leukemia
Extramedullary hematopoiesis
Metastases (bronchogenic carcinoma)
Castleman disease
Extraadrenal myelolipoma
Erdheim-Chester disease
Renal lesions with extension
Renal cell carcinoma
Angiomyolipoma
Xanthogranulomatous pyelonephritis
Leiomyoma
Hemangioma
Lymphangioma
Retroperitoneal lesions with extension
Lymphoma
Leukemia
Metastatic lymphadenopathy
Malignant fibrous histiocytoma
Liposarcoma
Plasma cell neoplasms
Retroperitoneal fibrosis

Table 2. Imaging Pattern–based Characterization of Perirenal Tumors and Pseudotumors

Solitary perirenal mass
Renal cell carcinoma with perirenal spread
Malignant fibrous histiocytoma
Leukemia
Lymphoma
Castleman disease
Leiomyoma
Hemangioma
Lymphangioma
Rindlike soft-tissue perirenal mass
Lymphoma
Leukemia
Retroperitoneal fibrosis
Extramedullary hematopoiesis
Erdheim-Chester disease
Perirenal mass with macroscopic fat
Angiomyolipoma
Liposarcoma
Extramedullary hematopoiesis
Extraadrenal myelolipoma
Multiple perirenal masses
Metastases
Plasma cell neoplasms

EDUCATION EXHIBIT

1005

Neoplastic and Non-neoplastic Proliferative Disorders of the Perirenal Space: Cross-sectional Imaging Findings¹

CME FEATURE

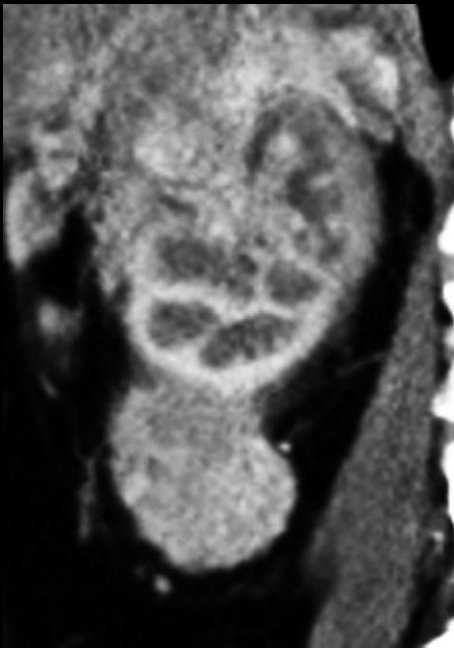
See accompanying test at <http://www.rnna.org/education>

Venkateswar R. Surabhi, MD² • Christine Menias, MD • Srinivasa R. Prasad, MD • Ankitkumar H. Patel, MD • Arpit Nagar, MD • Neal C. Dalrymple, MD

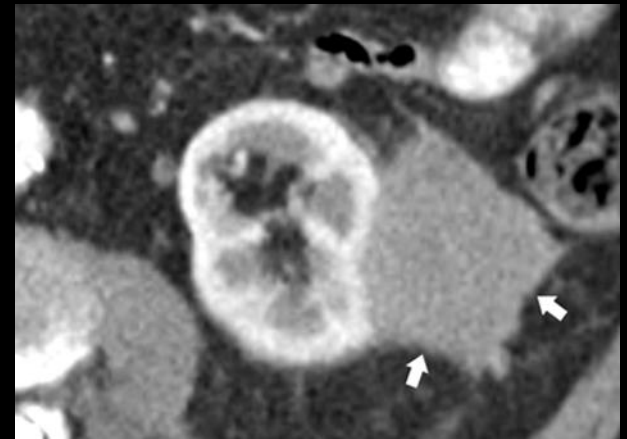
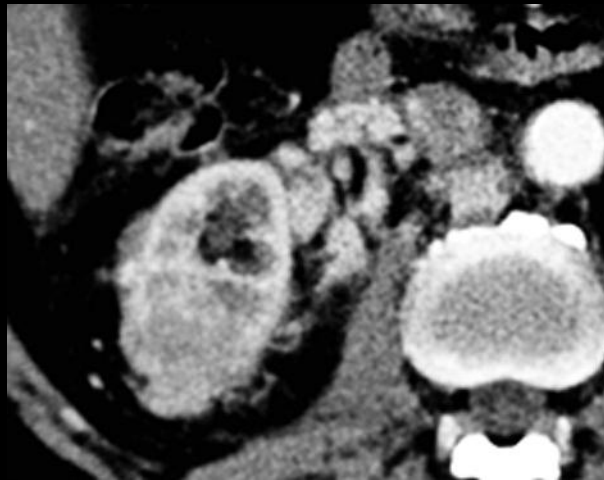
cette étude n'envisage pas les caractères du rehaussement des lésions après injection de produit contraste , Dans notre cas, le rehaussement intense et persistant n'est pas en faveur d'un lymphome et constitue par contre un élément diagnostique à connaître dans les plasmocytomes solitaires extra-osseux

la **biopsie de la masse polaire inférieure** droite montre la présence d'un infiltrat de cellules à rapport nucléo-cytoplasmiques élevé, marquant de façon intense et diffuse la vimentine , le CD 138, et l'**anticorps anti plasmocytes**. Les autres marqueurs sont négatifs .l'hybridation in situ met en évidence une **monoclonalité lambda** au sein des cellules tumorales
Il n'y a pas de gammopathie monoclonale

il s'agit donc d'un **plasmocytome à chaînes légères lambda**



notre cas



cas de la littérature

les aspects d'envahissement du cortex rénal par un processus pathologique rétro péritonéal primitif sont évocateurs dans les deux cas

les plasmocytomes primitifs extra osseux

-les **plasmocytomes primitifs solitaires extra osseux** sont **peu fréquents** (trois à 4 % de l'ensemble des plasmocytomes) mais ont un **meilleur pronostic** que les plasmocytomes solitaires osseux.

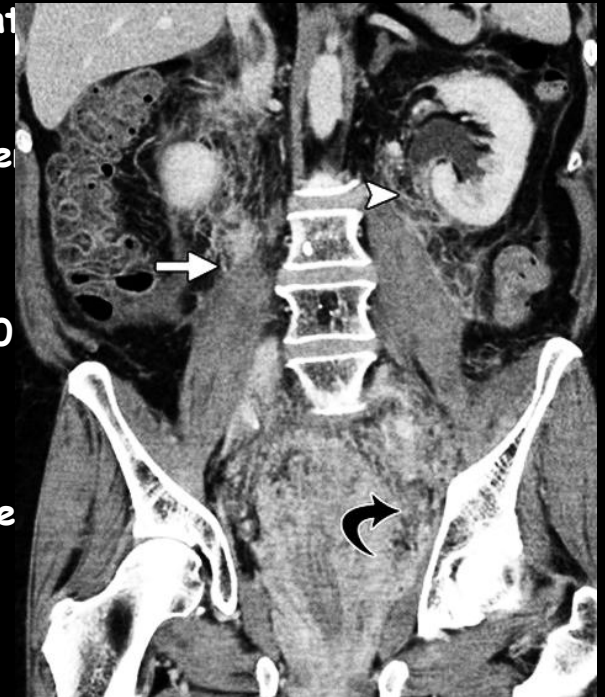
-90 % sont observés au niveau de la tête et du cou, en particulier dans le tractus respiratoire supérieur (fosses nasales, sinus, oropharynx, glandes salivaires, larynx).

Le second site est le **tractus gastro-intestinal** qui représente 10 % des localisations extra médullaires; des localisations pancréatiques, hépatiques sont également rapportées. Les testicules, la vessie, l'urètre, les glandes mammaires, les ovaires, la plèvre, la thyroïde, le cerveau, les surrénales, le rétropéritoine le système nerveux central ont également été le siège de plasmocytomes solitaires

-Dans le rétropéritoine, le plasmocytome extra médullaire siège **essentiellement dans la région péri rénale** en raison de l'activité des cellules souches sanguines à ce niveau.

-les anomalies biologiques sériques urinaires sont observées dans moins de 25 % des cas.

-les récives locales après traitement, les disséminations sont moins souvent observées que dans les plasmocytomes solitaires extra-osseux



*doi:10.1148/rq.314095132July
2011 RadioGraphics, 31,949-976.*

-les plasmocytomes primitifs solitaires du tractus gastro-intestinal sont rares et touchent essentiellement l'intestin grêle puis l'estomac le colon et l'œsophage .

Les présentations cliniques endoscopiques et en imagerie sont peu spécifiques. on retiendra toutefois le **caractère hyper vasculaire observé notamment dans les localisations** pancréatiques, constituant alors un diagnostic différentiel des tumeurs endocrines bien différenciées uniques ou multiples ou des **métastases pancréatiques d'adénocarcinome à cellules claires du rein** .

Une amylose locale et fréquemment observée dans les plasmocytomes du tractus digestif



J Hepatobiliary Pancreat Surg ,Hirata 2002.

plasmocytome solitaire du pancréas céphalique



plasmocytome solitaire du pancréas céphalique

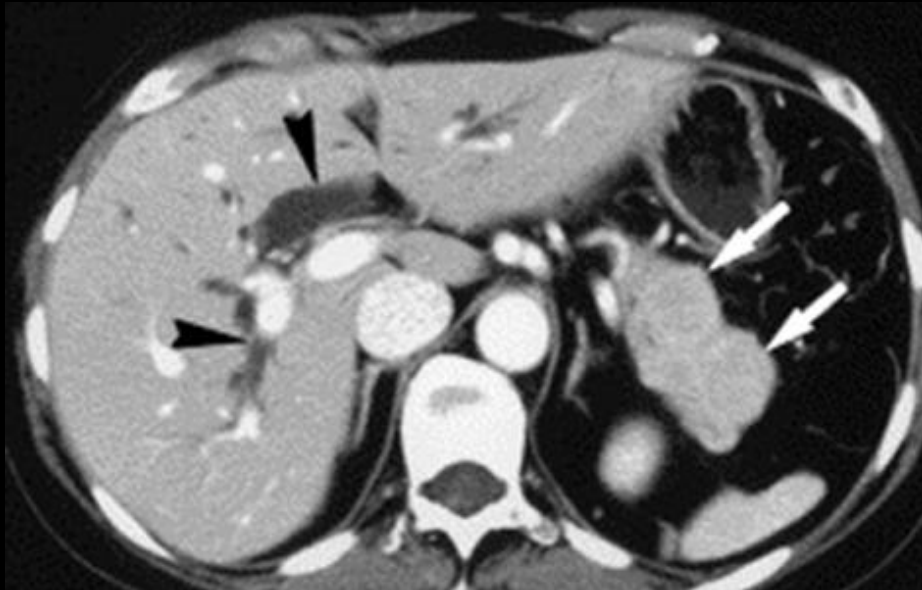


-**plasmocytome solitaire multifocal du pancréas corporeo-caudal**

-diagnostic différentiel

.tumeurs endocrines pancréatiques bien différenciées

.métastases hypervasculaires d'un adénocarcinome à cellules claires du rein



messages à retenir

-le plasmocytome solitaire du péri-rein et/ou du rétropéritoine est une **lésion rare** qui se rencontre chez un **adulte d'âge moyen** et se présente sous forme d'une nappe tissulaire pouvant circonscrire le rein , qui s'étend plus ou moins largement vers les autres compartiments et les parois du rétropéritoine.

-globalement la présentation macroscopique est proche de celle du lymphome du rétropéritoine et du péri rein du point de vue de la topographie des lésions, mais elle s'en distingue en imagerie par **la prise de contraste précoce et intense** mais fugace **à la phase artérielle différée** de la masse lésionnelle .
sur les temps tardifs, la masse conserve un rehaussement important et persistant . La lésion **envahit les viscères pleins** avec lesquels elle entre en contact, montrant ainsi son caractère d'agressivité.

-la biologie n'apporte des éléments diagnostiques que dans 25 % des cas

-**seule la biopsie permet d'affirmer le diagnostic**. Elle doit donc être réalisée dans toute masse rénale ne présentant pas les caractères typiques d'un adénocarcinome à cellules claires