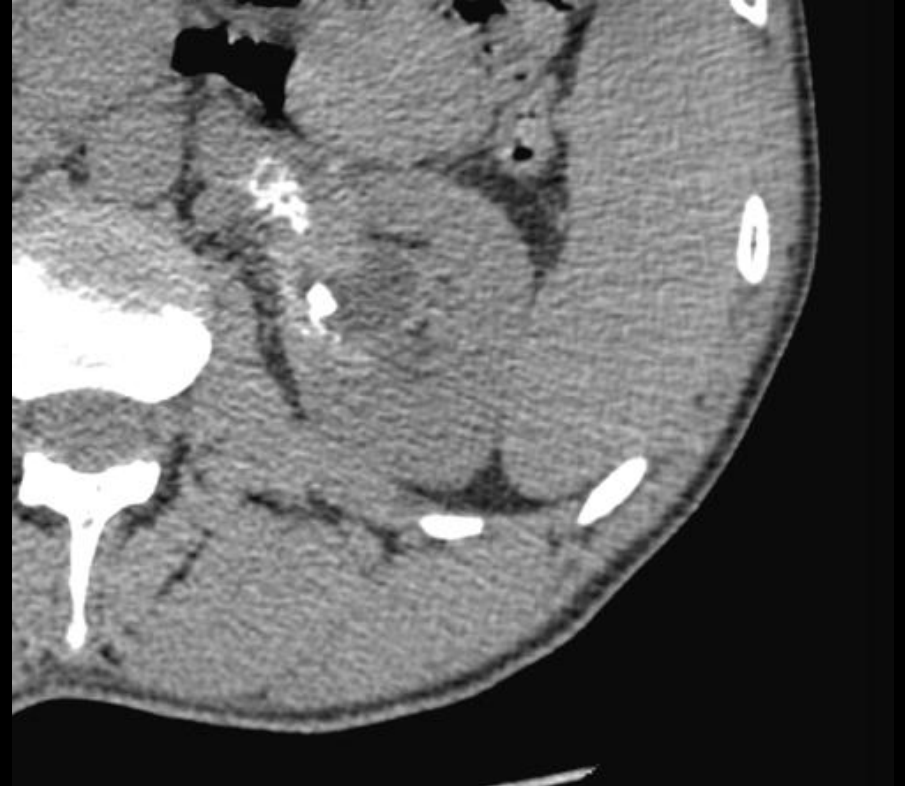


Patient de 50 ans, non fumeur .. Découverte lors de l'exploration de douleurs abdominales d'une tumeur du haut appareil urinaire gauche. Quels sont les principaux éléments sémiologiques à retenir sur les coupes sans injection en raison d'une fonction rénale altérée



-présence de **calcifications** au sein d'un épaissement tissulaire dont il est, de prime abord, difficile de préciser le siège exact : lèvre du sinus rénal, paroi pyélique ou les 2

-la coexistence d'une **dilatation pyélique** (sans dilatation urétérale associée) confirme le caractère obstructif mais n'apporte pas d'élément supplémentaire à l'étiologie

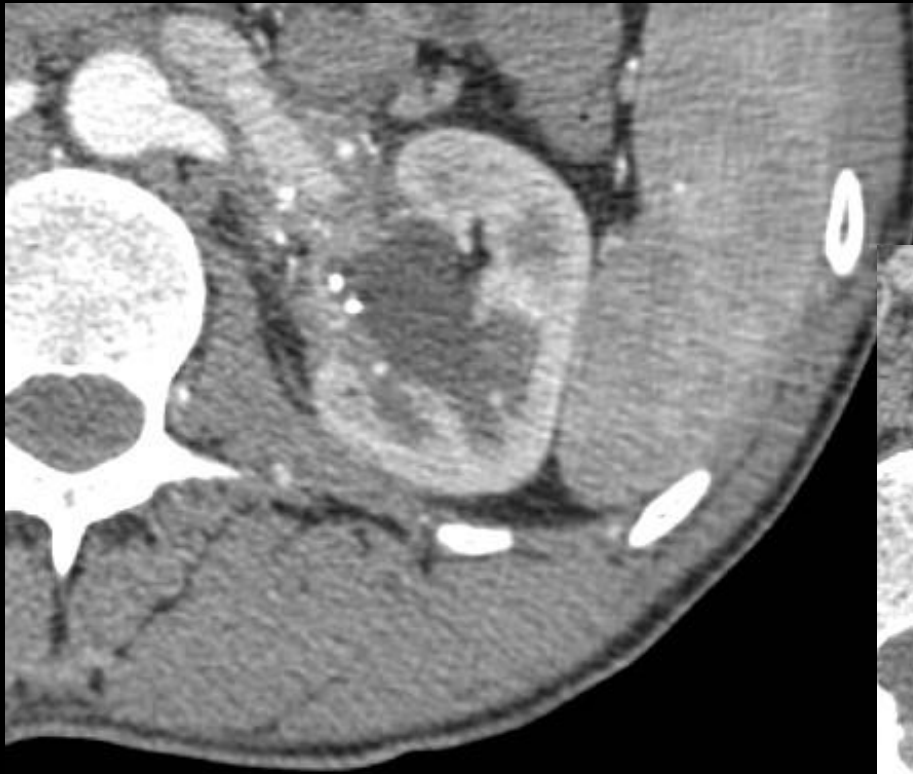


la lecture des images agrandies est en faveur d'une **infiltration calcifiée de la paroi pyélique**, dépassant l'adventice pour s'étendre au péri rein et au compartiment para rénal antérieur médian

le rein parait n'être que **secondairement et très partiellement envahi**



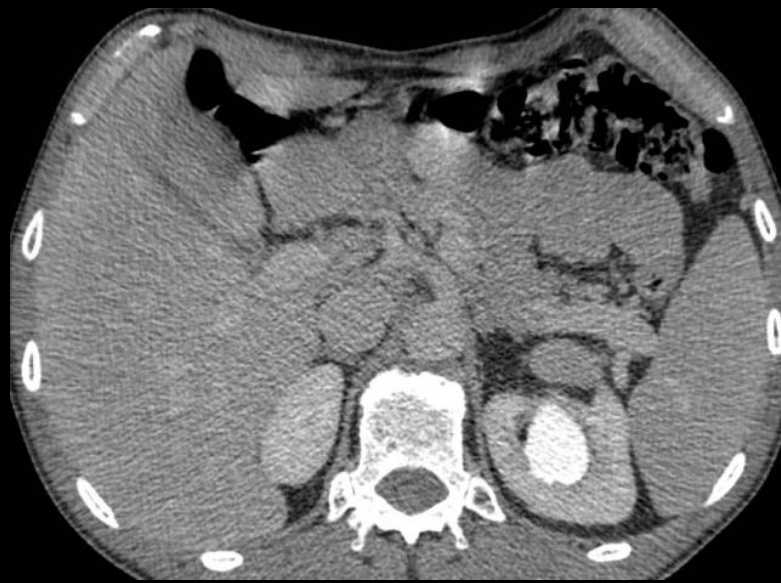
après injection, il apparait clairement que le processus pathologique est essentiellement pyélique et péri pyélique et qu'il épargne le cortex rénal



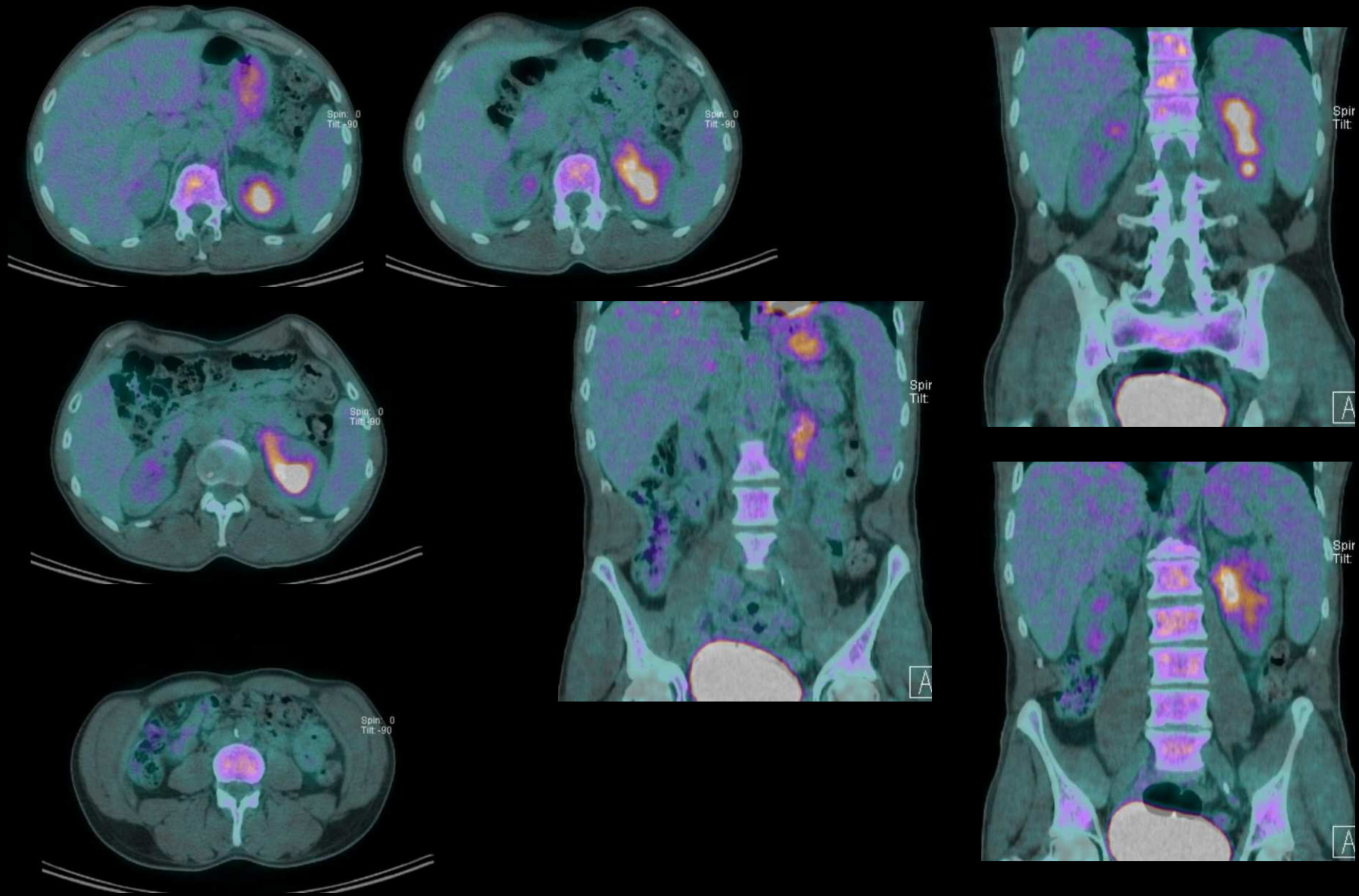
les images agrandies montrent l'épaississement à limites nettes et régulières de la paroi pyélique , l'hydronéphrose et l'infiltration du pédicule rénal , en particulier à l'entour de la veine , sans qu'elle soit ni comprimée , ni envahie



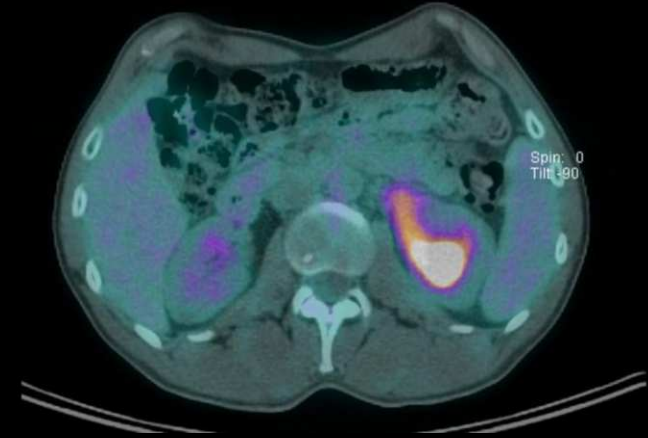
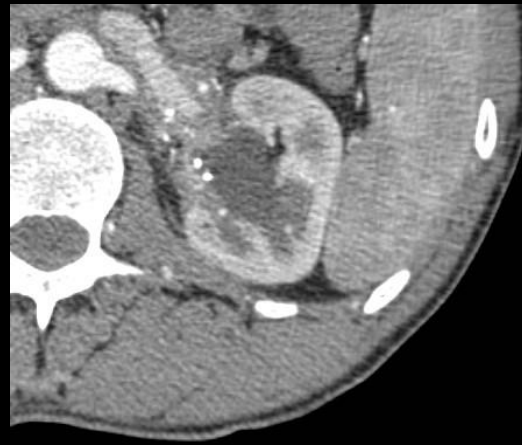
les reformations frontales précisent la **localisation pariétale pyélique du processus expansif** et l'infiltration, sans limite nette, du pédicule rénal dans son segment latéral ainsi que celle du pédicule veineux spermatique dans sa partie haute



le temps excréteur de l'uro-scanner objective
l'hydronéphrose par sténose de la jonction pyélo-urétérale
liée au processus lésionnel



enfin un PET-CT au 18FDG ne montre aucune autre atteinte viscérale et / ou ganglionnaire hypermétabolique



le plus difficile reste à faire : quel éventail diagnostique étiologique est-il licite de proposer ?



-l'absence de signes généraux , de syndrome infectieux clinique , de signe inflammatoire biologique ,d'atteinte clinique multi-systémique (neurologique , cutanée , respiratoirela localisation a priori unique des anomalies au PET CT permettent d'éliminer une maladie systémique (vascularite, collagénose , maladie auto-immune...)

-la recherche d'une cause tumorale parait plus logique , primitive plus probable que secondaire , de la voie excrétrice haute plutôt que du rein ,ou...du rétropéritoine

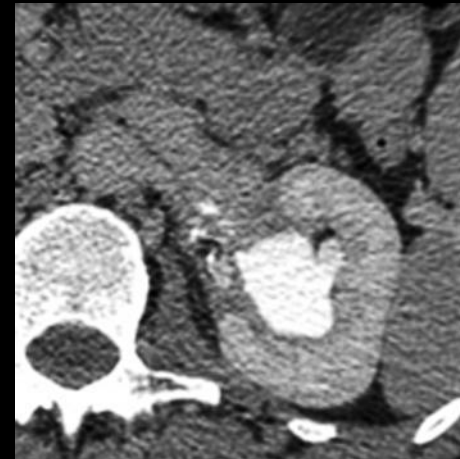
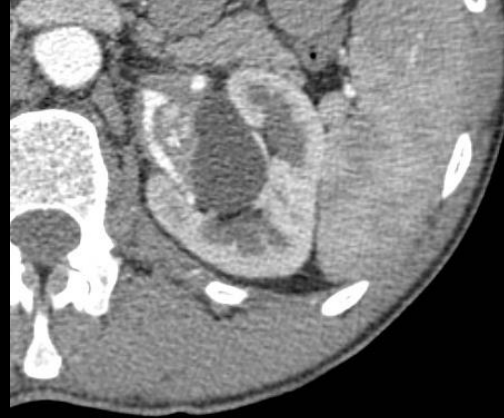
-le **carcinome urothélial pyélique** est la première hypothèse logique. mais il n'y a pas de facteurs de risque : tabagisme ,abus d'antalgiques de type phénacétine. Il peut se présenter sous forme infiltrante ou papillaire , avec des adénopathies dans 10 %des cas.

-le carcinome des voies excrétrices/carcinome rénal est une atteinte maligne très évolutive , à l'inverse du précédent.

-une **métastase** ou une **carcinose métastatique rétropéritonéale** ..mais il n'y a pas de primitif individualisé sur l'exploration corps entier qu'est le PET-CT

-une **tumeur maligne conjonctive du rétropéritoine** ,
ou du pyélon ou de la capsule du rein
:léiomyosarcome , liposarcome peu différencié

...what else 



-une néphrectomie gauche élargie a été pratiquée; la caractérisation histologique et immuno-histochimique s'est révélée délicate :

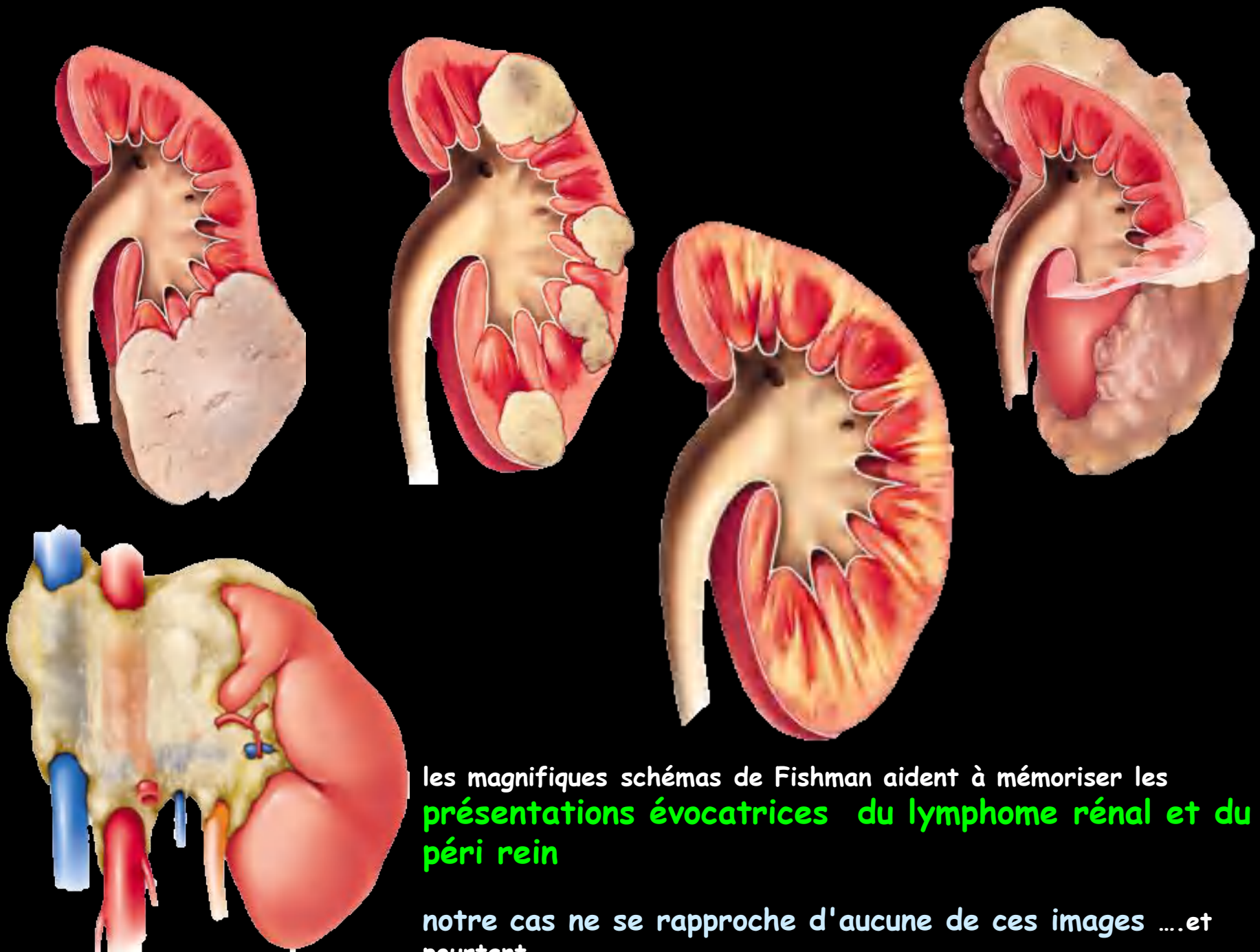
prolifération de type plasmocytaire avec production monoclonale de chaînes légères kappa ayant dans un premier temps fait porter le diagnostic de tumeur de Castelman de type plasmocytaire .
Une seconde lecture pose le diagnostic de

lymphome B de la zone marginale avec grosse lésion Castelman-like

c'est ce diagnostic qui sera retenu , bien que , dans la littérature anatomo-pathologique , on puisse lire qu'il existe de nombreux variants histologiques des carcinomes urothéliaux pyéliqués parmi lesquels :

- .un variant micro papillaire
- .un variant carcinome lymphoépithéliome-like
- .des carcinomes à différenciation épithélioïdes et épidermoïdes
- .des variants sarcomatoïdes
- .des traits de cellules en bague à chaton ou plasmocytoïdes
- .des traits de carcinome à petites cellules ...

quels mystères se cachent sous ces vocables luxuriantsquoiqu'il en soit :



les magnifiques schémas de Fishman aident à mémoriser les présentations évocatrices du lymphome rénal et du péri rein

notre cas ne se rapproche d'aucune de ces images ...et pourtant ...

messages à retenir

-Oncle Paul dit depuis plusieurs décennies aux jeunes internes "quand une lésion tissulaire ne ressemble à aucun processus tumoral connu dans l'organe considéré, c'est un lymphome" et c'est une "chance" relative pour le patient car le lymphome , tous types confondus ,est l'atteinte maligne pour laquelle on dispose des traitements les plus efficaces.

-on peut , après cette observation, ajouter si une lésion tissulaire ne ressemble à rien , pas même aux formes connues des atteintes lymphomateuses de cet organe ; c'est quand même un lymphome (ou un plasmocytome extra-osseux) !

-ce "raisonnement" d'apparence totalement empirique n'est que la traduction simpliste des données épidémiologiques . Pourtant lorsqu'on interroge les étudiants sur les principales lésions malignes observables dans tel ou tel organe ; c'est une véritable maïeutique socratique pour "accoucher" le lymphome qui effectivement est trop souvent , en pratique , une "surprise" de la biopsie ou de l'exérèse

-retenez donc :

"si ça ne ressemble à rien, c'est un lymphome" et c'est une raison de plus pour accéder rapidement à l'histologie (et à l'immuno histo chimie) par exérèse plutôt que par biopsie pour le cas où il s'agirait d'une lésion sarcomateuse à haut risque de dissémination.