

# Valeur de l'échographie et de la tomодensitométrie dans le diagnostic des tumeurs pyélo-calicielles

par V. GIROT, M. CLAUDON, J. HUBERT, E. BODARD, D. REGENT, P. GUILLEMIN

## RÉSUMÉ

Le travail reprend 13 dossiers de patients opérés depuis 1981 d'une tumeur pyélocalicielle et dont le bilan préopératoire complet comprenait au moins une échographie et une tomодensitométrie abdominale. L'UIV et l'UPR gardent toute leur valeur diagnostique. L'échographie et surtout le scanner déçoivent dans leurs capacités de diagnostic positif et d'extension. Le pronostic de ces tumeurs reste mauvais surtout dans la forme tumorale infiltrante.

### Mot-clé :

Tumeur pyélocalicielle

## PRE OPERATIVE INVESTIGATION WITH AN ECHOGRAPHY AND A CT SCAN WITHIN THE DIAGNOSIS FOR A KIDNEY PELVIS TUMOR

### SUMMARY

*This work reports on 13 patients who have been operated on since 1981 for a kidney pelvis tumor. A complete pre operative investigation with an echography and a CT scan has been realised on each patient. The I.V.U. and the U.P.R. keep a real diagnosis value. But the echography and the CT scan are not as reliable as expected as for as the diagnosis and the extension are concerned. The prognosis of these tumors remains poor especially in the infiltrative presentation.*

### Key-word :

*Kidney pelvis tumor*

Le cancer urothélial se localise assez rarement au niveau des cavités pyélo-calicielles, vingt fois moins souvent qu'au niveau de la vessie, mais c'est toujours un cancer grave et de diagnostic parfois difficile. Pour cette raison il nous a semblé intéressant de savoir dans quelle mesure l'apport de l'échographie et de la tomодensitométrie pouvait, comparativement à l'UIV et à l'UPR, améliorer le diagnostic dans sa précocité et dans sa fiabilité.

Nous avons étudié une série de 13 dossiers relativement récents qui ont tous bénéficié, après les explorations classiques, UIV et UPR, frottis, d'une étude échographique et tomодensitométrique en préopératoire (tableau).

## LES DOSSIERS ET LES EXPLORATIONS CLASSIQUES

Il s'agit de neuf hommes et de quatre femmes, de 51 à 74 ans, dont deux déjà opérés de tumeur vésicale. La lésion s'est manifestée chez dix d'entre eux par des hématuries totales, souvent accompagnée de lombalgies, alors que pour les trois autres ce fut une découverte fortuite sur

Communication présentée à la Société de Médecine de Nancy le 28 mai 1986.

UIV réalisée pour une dysectasie prostatique ou une néoformation vésicale.

Pour tous du reste l'urographie montrait trois types d'images :

- 5 fois une lacune typique des cavités pyélocalicielles ;
- 5 fois un syndrome tumoral aspécifique du rein ;
- 3 fois un obstacle jonctionnel avec deux rétrodilata-tions sus-jacentes et une mutité fonctionnelle.

L'urétéropyélographie rétrograde diluée précise l'aspect des lacunes et dans un cas a bien mis en évidence une lacune alors typique au niveau d'une jonction.

Quant aux frottis ils ne furent positifs que chez un seul malade pour lequel l'image radiotumorale était déjà évidente.

Au total avec les seules explorations radiologiques classiques l'aspect lacunaire était suffisamment évocateur pour affirmer la tumeur urothéliale chez six patients. Pour les autres le diagnostic restait hésitant et se discutait suivant la localisation avec le cancer parenchymateux, une lithiase urique enclavée ou un banal syndrome sténosant de la jonction.

Malade	Sexe	UIV + UPR		ECHO		SCANNER			Inter- vention		COMPLEM.	DEVENIR
		diag. lésion	diag. nature	diag. lésion	diag. nature	diag. lésion	diag. nature	diag. extension				
BI		rein muet	-	-		-			U.N.P.	grade II infiltrant médul. GG +	Rxth.	Récidive
BL	M	lacune	+	-		-			N	grade II stade 0		RAS
DI	M	dilatation	-	-		+	+	sous- estimé		grade II infiltrant hile	Rxth	Récidive
GA	M	tumeur	-	+	+	+	+	sous- estimé	UN	grade II infiltrant médul.		RAS
MA	F	tumeur	-	+	-	+	-			infiltrant hile et graisse		DCD
MIS	M	tumeur	-	-		+	-		UNP	Infiltrant graisse GG +		DCD
MAZ	F	tumeur	-	+	-	+	-			grade III infiltrant hile	Rxth	récidive + méta
NO	M	lacune	+	-		-			UN	grade I stade I		RAS
SC	F	tumeur	-	+	+	+	+	correct	UN	grade I stade I		RAS
TS	M	lacune	+	-		-			UN	grade II stade II		RAS
VE	M	lacune	+	-		+	+	sous- estimé	UN	grade III veine + infiltrant médul.		RAS
VI		dilatation + lacune	+	+	-	+	+	surestimé	UN	grade II stade I		RAS
ZO	M	lacune	+	+	-	+	+	correct	UN	infiltrant médul. et graisse		RAS

## L'APPORT DES NOUVELLES IMAGERIES

Tous les patients ayant bénéficié ensuite des nouvelles techniques d'exploration, nous avons pu évaluer leur intérêt.

1. A son avantage **l'échographie** nous a donné un diagnostic de certitude dans deux cas alors que les images radiologiques évoquaient plutôt un cancer du rein. Elle a aussi éliminé le diagnostic de lithiase. Mais à son désavantage, elle n'a pu trancher pour les cinq autres cas « hésitants » et même n'apportait pas toujours de confirmation alors que le diagnostic était certain après l'urographie.
2. La **tomodensitométrie** s'est montrée aussi quelque peu décevante car elle ne fut affirmative que dans un cas « hésitant », mais deux fois ne put confirmer la nature de la lésion bien interprétée sur l'urographie. Par contre elle seule décèle l'extension possible extra-cavitaire ou ganglionnaire mais souvent de façon sous-estimée.

## CONFRONTATIONS ANATOMO-CHIRURGICALE ET HISTOLOGIQUE

Au terme du bilan **le diagnostic de certitude** de la nature de la lésion n'est porté que neuf fois sur 13 cas et il n'y aura pas d'erreur, mais les quatre autres patients sont

opérés pour tumeur primitive du rein. Au cours de l'intervention, par l'aspect des lésions le diagnostic sera rétabli sauf une fois, faute d'examen histologique extemporané.

Pendant **l'urétéronéphrectomie totale**, geste obligatoire, n'a pas toujours été réalisé, dans le cas précédemment cité par méconnaissance du diagnostic exact et cinq fois à cause de l'importance de l'extension, l'opération étant réduite de nécessité à une urétéronéphrectomie partielle ou même à une simple néphrectomie de propreté.

L'examen **anatomopathologique** retrouva douze carcinomes épithéliaux paramalpighiens à cellules transitionnelles et une forme épidermoïde. Les lésions infiltrantes intéressent déjà la musculature dans neuf cas sur treize et sont de grade élevé II ou III en majorité. Enfin chez six malades sur treize les tissus celluloso-graisseux ou les ganglions sont envahis, mais une seule fois on constate une localisation urétérale sous-jacente conjointe. Trois patients ont subi une irradiation complémentaire de principe mais sans efficacité comme en témoignent les résultats.

## RÉSULTATS

Avec un recui, certes un peu faible, on peut se faire une idée de la gravité de ces lésions pyélocalliciennes :

- deux patients sont décédés rapidement de leur maladie ;

- trois autres sont encore en vie, mais la persistance de tissu pathologique ou de récidives constatées ne laissent que peu d'espoir à brève échéance. Tous présentaient des lésions infiltrantes ou déjà une extension loco-régionale ;
- les huit autres sujets sont en vie sans signes de résurgence locale ou de localisation métastatique.

## DISCUSSION

En l'absence d'extension loco-régionale et ganglionnaire le seul traitement curateur des tumeurs pyélocallciennes est l'**urétéro-néphrectomie totale en un temps**. On le sait depuis le début du siècle et le rapport de MAZEMAN le confirme sur de grandes statistiques. Il faut donc absolument reconnaître avec certitude et au préalable la nature urothéliale de la lésion, mais il a de nombreux pièges diagnostiques, en particulier :

- dans sa forme lacunaire papillaire la tumeur peut prendre le masque d'une lithiase radiotransparente mais là, l'échographie doit trancher sans problème ;
- dans sa forme tumorale massive la confusion s'avère fréquente avec une lésion parenchymateuse de Grawitz (voire avec une lésion solide bénigne). Il est très difficile de savoir si c'est un cancer du rein qui envahit le bassinot ou une tumeur urothéliale qui infiltre le tissu rénal. Là, l'échographie apporte peu et l'interprétation du scanner reste aléatoire à cause de la quasi similitude des densités ;
- on retrouve la même difficulté vis-à-vis de la localisation infiltrante pariéto-jonctionnelle qui peut simuler un banal syndrome sténosant.

Le risque serait alors de retarder l'intervention ou après simple néphrectomie de laisser en place un moignon urétéral siège possible d'une récidive toujours gravissime. Mais heureusement le diagnostic peut et doit être rectifié immédiatement sur la pièce de néphrectomie (pour ne pas ouvrir les cavités dans le champ opératoire) à la vue ou par

examen extemporané, et d'emblée l'intervention est alors complétée par l'urétérectomie et curage. La situation devient alors plus critique par risque d'essaimage s'il s'agit d'une « jonction » puisque l'on ouvre d'emblée la voie excrétrice en amont et en aval. On voit donc l'intérêt d'affirmer le diagnostic en pré-opératoire.

Notre courte série, comme le travail de LOZE souligne la valeur diagnostique de l'UIV et de l'UPR. Par contre il semble que les nouvelles imageries apportent moins que prévu :

- l'échographie permet certes d'éliminer la lithiase, mais ne fut décisive que deux fois, à bon escient du reste, sur l'ensemble des explorations ;
- le scanner nous semble décevant parce qu'il n'a pas décelé un certain nombre de lacunes pourtant visibles sur les radios traditionnelles, ou n'a pu préciser la nature urothéliale d'une tumeur et, s'il est plus fiable pour évaluer l'infiltration et l'extension, il les sous-estime trop souvent. Son apport nous paraît donc médiocre et ce, contrairement aux conclusions de RICHARD et de BOCCON-GIBOD. De ce fait le pronostic de ces tumeurs ne s'est guère amélioré.

## PRONOSTIC

Il reste sévère avec une nuance essentielle suivant la variété anatomique de la lésion :

- la forme lacunaire, généralement peu infiltrante, précocement hématurique, de diagnostic facile dès l'UIV et l'UPR, permet une exérèse chirurgicale correcte et de bons espoirs de guérison ;
- la forme infiltrante par contre, d'aspect tumoral massif ou sténosant, se révèle plus tardivement. Son diagnostic de nature plus difficile malgré les nouvelles imageries et le traitement trop souvent palliatif n'améliorent en rien son tragique devenir.

Travail des services d'Urologie et de Radiologie  
CHR Nancy

## BIBLIOGRAPHIE

- BOCCON-GIBOD (L.), CORREAS (G.), GODEFROY (D.), DUCELLIER (R.), TEYSSIER (P.). — Calculs rénaux radiotransparents et tumeurs urothéliales : apports diagnostiques de l'échotomographie et de la tomodensitométrie. *Ann. Urol.*, 1982, 16, 51-52.
- BOCCON-GIBOD (L.), RICHIR (C.). — Tumeurs des voies excrétrices hautes survenant après tumeur de vessie. 7 observations. *Ann. Urol.*, 1980, 14, 341-343.
- LOZE (J.F.), DUCASSOU (J.), HERMANOWICZ (M.), SERMENT (G.), RICHAUD (C.). — Les tumeurs de la voie excrétrice haute. Analyse d'une série de 85 observations. *J. Urol.*, 1984, 90, 111-116.
- MAZEMAN (E.). — Les tumeurs de la voie excrétrice urinaire supérieure. *A.F.U. 66<sup>e</sup> congrès*, Paris, 1972.
- MAZEMAN (E.). — Les tumeurs de la voie excrétrice urinaire supérieure. *Rev. du prat.*, 1984, 34, 2223-2229.
- RICHARD (F.), LE CUDONNEC (P.), FOURCADE (R.), JARDIN (A.), CHATELAIN (C.), KUSS (R.). — Apport de la tomographie dans le diagnostic et le bilan d'extension des tumeurs de la voie excrétrice supérieure. A propos de 7 cas. *Ann. Urol.*, 1980, 14, 301-304.
- RICHARD (F.), VALLANCIEN (G.), LARDÉ (D.), PARIENTY (R.), KUSS (R.). — Intérêt de la tomographie dans le diagnostic des lacunes de la voie excrétrice supérieure. A propos de 24 cas. *Ann. Urol.*, 1983, 17, 23-28.