

Anatomie pathologique Pathologie tumorale rénale

Tumeurs bénignes

	Angiomyolipome	Oncocytome	Adénome papillaire	Adénome métanéphrique
Origine	Mésenchymateuse	Epithéliale Cellules du tube collecteur	Epithéliale	Epithéliale
Généralités	La plus fréquente des tumeurs bénignes Autrefois : hamartomes du rein Actuellement on pense qu'il s'agit de Tm vraie née de cellules péricytaires qui se différencient en cell fusiformes musculaires, adipeuses et épithélioïdes (HMB45+)	5% des pièces opératoires de néphrectomie pour tumeur.	Prudence Dg : Ponction à l'aiguille ⇒ n'apprécie pas - le grade - l'hétérogénéité du grade	Longtemps confondus avec les néphroblastomes ou les tumeurs de Wilms de l'adulte. Dg différentiel avec tumeur de Wilms
Macro	Limitée au rein ou progressant ⇒ des parties molles péri-rénales Aspect polymorphe (jaunâtre, rose pale)	Taille : peut atteindre 10 cm Encapsulation inconstante Brunes foncées acajou, Homogènes, souvent centrées par une cicatrice fibreuse stellaire.	Diamètre < 15 mm Non encapsulée	
Micro	3 composantes en proportion variable: - vaisseaux dysplasiques - tissu musculaire lisse - tissu adipeux Fibrome médullaire: petits fibromes découverts fortuitement au niveau de la médullaire rénale	Prolifération à - cellules granuleuses (oncocytes) - atypies cytonucléaires faibles, et - activité mitotique minime	Architecture papillaire et tubulaire Grade : bas	Agencement tubulaire Cellules basophiles

Tumeurs malignes

Carcinomes à cellules rénales

	A cellules claires	Papillaire	Chromophile	Tubes collecteurs
Généralités	Le plus fréquent 70 % des CCR de l'adulte Prédilection masculine Sporadique ou héréditaire (VHL ...) Origine : épithélium tubulaire proximal	10 % des CCR Sans prédominance de sexe Sporadique ou Sd Carcinome papillaire héréditaire	5-10% Prédilection masculine Age moyen de découverte 60 ans	Rares: < 1% CCR Age: ≈ 55 ans, M>F Origine : tube collecteur cellules principales
Siège	Multifocal et / ou bilatéral Souvent cortical unique	Unique, multifocal, bilatéral Corticale excentrée	Unilatéral et uni focal Médio rénal	Médullaire Infiltrant le bassinnet, la graisse péri rénale et/ou hilaire
Limites	Pseuo-capsule périphérique		Bien limitée mais non encapsulée	Mal limitée
Coloration	Polychrome, jaune chamois		Grise, beige à brune ou jaune	blanchâtre
Consistance	Molle Kystisation	Solide ou Kystique	Charnue, parfois lobulée	Ferme
Autre	Hémorragie Nécrose Formes agressives	Nécrose parfois diffuse	Hémorragie Nécrose	
Taille	Variable	> 15 mm	variable de 2 à 22 cm	Variable de 2 à 15 cm
Architecture	variable : - trabéculaire ou cordonnale - glandulaire, kystique, massive, papillaire	papillaire (> 75 %) : papilles - fines ou - avec un axe injecté d'histiocytes spumeux - revêtement uni stratifié	compacte	Morphologie très polymorphe Critères diagnostiques : 1. Absence d'autre sous types de CCR ou de cancer urothélial 2. Infiltration médullaire 3. Aspect infiltrant 4. Morphologie tubulaire prédominante 5. Cytologie de haut grade 6. Réaction stromale desmoplasique
Cellules	Plusieurs types, associables : - claires : grandes cellules d'aspect pseudo-végétal, à cytoplasme riche en glycogène et en lipides. - éosinophiles granuleuses - fusiformes : tumeurs peu différenciées, à évolution rapide	Cellules cubiques, cylindriques basophiles Histiocytes spumeux et calcifications type calcosphérites fréquentes	- Type classique: cellules pales cytoplasme réticulé microbulleux - Type éosinophile: cytoplasme éosinophile granuleux - Type mixte: cadres cytoplasmiques épais	Evolution- pronostic : Potentiel évolutif rapide et péjoratif, métastases synchrones Moyenne de survie: 44 mois
Noyaux		Ronds peu atypiques	Irréguliers chiffonnés, incisurés, pseudoinclusions Halos clairs perinucléaires aspect pseudokoilocytaires	
Autres	A cellules fusiformes ⇒ mauvais pronostic		Variante agressive avec contingent sarcomatoïde / nécrose Histochimie : - Coloration de Hale: bleu cytoplasmique intense (≠ oncocytome) Cytogénétique: - Pertes chromosomiques : - 1, -2, -6, -10, -13, -17,-21.	

Carcinome multiloculaire kystique	Tubulo-mucineux et à cellules fusiformes	CCR à translocation impliquant des gènes de la famille MiT
<p>A l' imagerie ⇒ kyste atypique grade 3 ou 4 de Bosniak. Lésion solitaire unilatérale Lésion kystique multiloculaire Bien limitée à paroi fine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kystes séparés/travées fibreuses • Face interne: une à plusieurs assises de cellules claires peu atypiques: G1 –G2 • Absence: nécrose, invasion vasculaire et transformation sarcomatoïde 	<p>Tubulo- => architecture tubulaire Mucineux => stroma myxoïde, localisation Médullaire Fusiforme => - architecture fusiforme - prédilection Féminine – faible grade nucléaire – pronostic Favorable</p> <ul style="list-style-type: none"> • IHC: variable avec souvent une positivité de l'EMA, CK7, PAX2 et AMACR 	<p>Translocations impliquant la région Xp11.2: - Carcinome rénal ASPL-TFE3: t(X; 17) formant le gène de fusion ASPL (alveolar soft part sarcoma) - TFE3 - Carcinome rénal PRCC- TFE3: t(X; 1)gène de fusion PRCC (papillary renal cell carcinoma)-TFE3 - T(6; 11): Ca rénal TFEB</p>

CCR Chromophobe => 7 chromosomes délétion

- 1 1 10
- 2 2 21
- 3 13
- 4 /
- 5 /
- 6 6
- 7 17