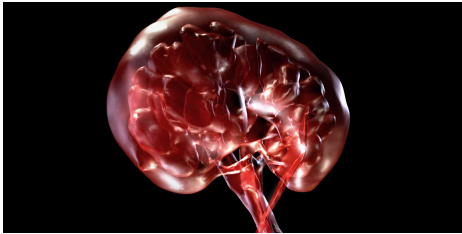


Les kystes rénaux complexes sous surveillance



La classification de Bosniak, basée sur des critères tomodensitométriques, distingue 5 types de kystes rénaux. Les deux premiers (I et II) correspondent aux kystes bénins. Mais pour le troisième, le IIF, la présence de plus de 3 cloisons dans le kyste, de calcifications épaisses ou d'un kyste hyperdense, c'est-à-dire une densité de plus de 50 unités Housefield UH (sachant que la densité d'un kyste aqueux est < 20 UH), sont des atypies significatives ; la suspicion s'accroît encore dans les types III (cloisons nombreuses, parois épaisses et rehaussées, limites irrégulières) et a fortiori dans les types IV (végétations ou nodule mural).

Mais ces critères sont observateur-dépendants, variant selon les radiologues, induisant un risque d'erreur de classification et donc de traitement. En théorie, les types I et II peuvent être négligés, les types IIF demandent une surveillance radiologique pendant 1 à 4 ans et les types III et IV doivent être opérés.

Des auteurs écossais ont cherché à répondre à 3 objectifs :


1. Évaluer la concordance des avis radiologiques, donc la fiabilité des critères de Bosniak ;
2. Préciser la durée de la surveillance des types IIF
3. Déterminer quel est le taux de cancers pour les types IIF, III et IV.

Pour ce faire, ils ont repris les kystes rénaux diagnostiqués entre 2009 et 2019 dans leur région, après avoir exclu les types I et II, les kystes inflammatoires ou hémorragiques, et les petites tumeurs rénales. Tous les cas ont été soumis à un scanner avec injection, afin d'avoir 3 phases d'images, avant contraste, temps artériel et néphrographique, ce dernier étant le plus pertinent pour caractériser les kystes. On a aussi utilisé l'imagerie de résonance magnétique et mesuré le rehaussement qui sépare la phase de pré et de post-contraste. Les patients étiquetés IIF ont été radiographiés à nouveau à 6, 12, 24, 36 et 48 mois. Toute évolution défavorable donnait lieu à la tenue d'un comité multidisciplinaire (CMD) qui décidait de la poursuite ou non de la surveillance ou de l'intervention (néphrectomie totale ou partielle, radiofréquence, cryochirurgie) en fonction des souhaits du malade. Pour évaluer la concordance diagnostique entre radiologues, le stade Bosniak attribué au départ a été discuté lors des CMD.

Accord entre les radiologues dans 70 % des cas

Dans cette cohorte, on comptait 317 kystes : 161 Bosniak IIF (50,8 %), 79 types III et 77 types IV. Chez 21 sujets, 2 kystes étaient présents, cependant que 2 patients en avaient 3 et 2 autres 5. Leur taille allait de 3 mm à 15 cm.

Les radiologues sont tombés d'accord dans 70 % des cas, les divergences concernant surtout les stades II avec 42 surévaluations de types II ou IIF.

Sur les 161 types IIF, 10 n'ont pas été suivis car non éligibles à la chirurgie et les 151 autres surveillés pendant une moyenne de 21 mois. Parmi ces derniers, 7 se sont aggravés en types III (6) ou IV (1), dont 6 ont été opérés (3 cancers de bas grade) et le dernier est redevenu IIF après 42 mois ; 5 ont régressé (surtout les petits) et les 139 autres sont restés stables. 

Sur les 79 types III, 24 ont été opérés d'emblée (80 % de cancers) ; les 55 autres ont été simplement surveillés (préférence du malade ou pathologies associées) et 5 seulement ont été opérés ultérieurement (avec 100 % de cancers).

Quant aux 77 types IV, 46 ont été opérés, avec pour 39 (85 %) confirmation de la malignité en anatomopathologie, et 4 ont été traités par radiofréquence. Parmi les 27 autres, 18 ont été surveillés, dont 5 (28 %) se sont aggravés, obligeant à un traitement, mais 10 (56 %) sont restés stables et 3 ont même régressé.

Ainsi, le taux de résection pour les types IIF, III et IV a-t-il été respectivement de 3, 36 et 60 %. La néphrectomie a été partielle dans 53 % des cas, totale dans 47 %.

Le taux global de cancers parmi les résections n'a été que de 81 % (65/80), et le cancer à cellules claires a représenté 74 % des cas, suivi par le cancer papillaire ou le carcinome multiloculaire à cellules nécrosées. Ces cancers étaient en règle de bas grade et on a observé une seule récurrence (1,5 %) sur un suivi médian de 4 ans.

Dr Jean-Fred Warlin

RÉFÉRENCE

Lucocq J et coll. : Complex renal cysts (Bosniak \geq IIF): interobserver agreement, progression and malignancy rates. Eur Radiol., 2021; 31: 901-908.

Copyright © <http://www.jim.fr>

SUR UN THÈME PROCHE

Les kystes rénaux, du plus simple au plus compliqué

COMMUNIQUÉS

- Clofoctol : aidez l'Institut Pasteur de Lille dans sa recherche de traitement contre la Covid
- Polyclinique Inkermann (ELSAN) : la conciliation médicamenteuse participe à la sécurisation des soins
- L'activité physique : c'est aussi une affaire de prescription

DPC : NOS FORMATIONS E-LEARNING


- Prise en charge des troubles mentaux : la place du généraliste
- Contraception : comment accompagner vos patientes ?
- L'entretien pharmaceutique : le rôle du pharmacien
- Suicide : comment dénouer la crise ?
- Vaccination : comment convaincre vos patients ?
- L'enfant : suivi du développement

🗨️ VOS RÉACTIONS

🗨️ Réagir

Soyez le premier à réagir !

Les réactions aux articles sont réservées aux professionnels de santé **inscrits**

Elles ne seront publiées sur le site qu'après modération par la rédaction (avec un délai de quelques heures à 48  heures). Sauf exception, les réactions sont publiées avec la signature de leur auteur.

Paramètres des cookies

