



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



MISE AU POINT

Les tumeurs du rein qui ne sont pas des carcinomes à cellules claires. État des lieux en 2008

Non clear cell renal cell carcinoma. 2008 update in renal tumor pathology

Mathilde Sibony^{a,*}, Annick Vieillefond^b

^a Service d'anatomie et cytologie pathologique, hôpital Tenon, université Pierre-et-Marie-Curie Paris-VI, AP-HP, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

^b Service d'anatomie et cytologie pathologique, hôpital Cochin, université René-Descartes Paris-V, AP-HP, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques 75014 Paris, France

Accepté pour publication le 22 juillet 2008

Disponible sur Internet le 17 octobre 2008

MOTS CLÉS

Carcinomes rénaux non à cellules claires ;
Carcinomes papillaires ;
Oncocytome, Carcinome chromophile ;
Carcinomes rénaux associés aux translocations impliquant Xp11.2 ;
Groupe des REST ;
Tumeurs diverses ;
Tumeurs inclassables

Résumé Près de 20% des tumeurs du rein ne sont pas des cancers à cellules claires et leur classification est continuellement réajustée en fonction des données de la cytogénétique et de la biologie moléculaire. Mais les examens moléculaires sont coûteux et ne peuvent remplacer le diagnostic histologique. Nous rappelons ici aux anatomopathologistes les éléments du diagnostic morphologique et immuno-histochimique des tumeurs du rein non à cellules claires de l'adulte. Le groupe le plus fréquent, celui des carcinomes papillaires, est complexe et disparate. On y individualise des carcinomes de bas grade (carcinome papillaire de type 1, carcinome papillaire à cellules oncocytaires...) et des carcinomes de haut grade (carcinome papillaire de type 2, carcinome papillaire juvénile et divers carcinomes inclassés). Soulignons que les carcinomes papillaires juvéniles ont été reclassés en carcinomes avec translocation MITF. Les carcinomes tubulomucineux et les carcinomes tubulokystiques sont des carcinomes de bas grade, nouvellement décrits, plus tubuleux que papillaires. Le groupe des carcinomes de Bellini doit disparaître, la plupart de ces carcinomes sont à considérer comme des carcinomes urothéliaux à développement entièrement intrarénal, les autres comme des carcinomes papillaires de haut grade ou inclassables. Les carcinomes sarcomatoïdes correspondent à un mode évolutif tumoral de haut grade pouvant se développer à partir de tout type histologique de carcinome rénal. Le groupe des oncocytomes/chromophobes est un spectre allant d'une tumeur bénigne, à un carcinome de bas grade, voire de haut grade, parfois sarcomatoïde. De telles tumeurs peuvent être multiples et associées dans le cadre de l'oncocytomatose et/ou d'un syndrome de Birt-Hogg-Dube, avec parfois une morphologie «hybride». Le groupe angiomyolipome/pécome, comporte l'angiomyolipome sporadique et l'angiomyolipome familial (sclérose tubéreuse de Bourneville) qui est une lésion bénigne dans la grande majorité des cas, sauf dans de rares cas d'angiomyolipomes épithélioïdes (pécome malin). Le groupe des *renal epithelial stromal tumor* (REST) comporte dans un même spectre lésionnel le néphrome kystique et la tumeur mixte épithéliale et stromale du rein.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : mathilde.sibony@tnn.aphp.fr (M. Sibony).

KEYWORDS

Nonclear cell renal cell carcinoma;
Papillary renal cell carcinoma;
Oncocytoma,
Chromophobe renal cell carcinoma;
Renal carcinomas associated with Xp11.2 translocations;
REST;
Miscellaneous tumours;
unclassified carcinoma

Summary Non clear cell renal cell carcinomas represent almost 20% of all renal neoplasms. Their classification is continuously being adjusted according to new cytogenetic and molecular data. Since molecular techniques are expensive, diagnosis still relies on morphological and immuno-histochemical criteria detailed hereby. Papillary renal cell carcinomas are the most important group and its classification is more and more complex. It encompasses low-grade papillary carcinomas (type 1 papillary renal cell carcinoma, oncocytic papillary renal cell carcinoma) and high-grade papillary carcinomas (type 2 papillary renal cell carcinoma, juvenile papillary carcinoma corresponding to renal carcinoma associated with Xp11.2 translocations and unclassified carcinomas). Mucinous tubular and spindle cell carcinoma and tubulocystic carcinoma are new entities, actually considered by some authors as low-grade papillary carcinomas. The so-called carcinoma of collecting ducts of Bellini and renal medullary carcinoma should be considered as intrarenal urothelial carcinoma or as high-grade papillary or unclassified carcinoma. Sarcomatoid carcinoma derives from morphological progression of any type of renal cell carcinoma. The group of oncocytomas/chromophobe renal cell carcinomas can be considered as a spectrum from benign (oncocytoma) to malignant neoplasm (chromophobe renal cell carcinoma). They are sometimes encountered in oncocytomatosis or familial Birt–Hogg–Dubbe syndrome in which tumoral cells may have hybrid features. Angiomyolipoma is usually a benign mesenchymatous neoplasm, that can be sporadic or familial (tuberous sclerosis). In the latter situation, some cases of epithelioid angiomyolipoma (potentially malignant) have been described. Renal epithelial and stromal tumors (REST) is a new concept gathering two benign mixed mesenchymal and epithelial tumors: cystic nephroma and mixed epithelial and stromal tumors (MEST).

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

Près de 20% des tumeurs du rein ne sont pas des carcinomes à cellules claires et appartiennent à différents groupes : carcinomes papillaires, oncocytomes/chromophobes, angiomyolipomes/pécumes, groupe des *renal epithelial stromal tumors* (REST), « tumeurs rares » ou restent inclassables. Les données de la cytogénétique et de la biologie moléculaire ont permis de faire évoluer les classifications morphologiques mais elles ne peuvent les remplacer. En effet, il paraît impossible de passer directement d'une étape moléculaire à la phase thérapeutique sans une étude morphologique interactive consensuelle avec validation réciproque. Ainsi dans toute étude de pronostic et d'évaluation de l'efficacité thérapeutique, il importera d'avoir une expertise anatomopathologique centralisée au début et à la fin de l'étude.

Un grand nombre d'études de survie est en effet critiquable par l'absence de relecture des documents histologiques. Cela explique sans doute en partie, les résultats contradictoires des études qui comparent la survie des patients atteints de carcinomes rénaux. Les cancers non à cellules claires sont réputés tantôt plus agressifs, tantôt moins agressifs que les cancers à cellules claires selon les séries [1–5]. Patard et al. vont jusqu'à dire, dans une large série de carcinomes rénaux, sans relecture histopathologique, que le type histologique n'a pas de valeur pronostique [6].

Des thérapeutiques ciblées anti-angiogéniques ont été récemment mises au point pour les carcinomes à cellules claires, en raison du rôle majeur de l'angiogenèse (voie du VEGF) dans ces cancers et commencent à faire la preuve de leur efficacité. Bien qu'il n'y ait pas pour les carcinomes non à cellules claires de modèle de cancérogenèse établi, les patients porteurs de tumeurs agressives non à cellules claires se voient proposer, par analogie, des thérapeutiques antiangiogéniques, ce d'autant que les premières évaluations thérapeutiques disponibles tendent à montrer des

réponses différentes en fonction du sous-type histologique [7,8].

Notre but ici est de rappeler aux anatomopathologistes les éléments du diagnostic morphologique des tumeurs du rein non à cellules claires, bénignes ou malignes rencontrées chez l'adulte.

Rappel des principes de classification

Après la classification des carcinomes à cellules rénales de Mainz en 1997 [9], puis la Conférence OMS ISUP en 1998, la classification OMS 2004 [10] (Tableau 1) a dressé une liste exhaustive de toutes les tumeurs que peut héberger le rein et a souligné l'apparition de nouvelles entités, désormais classiques en 2008 [11–13].

Avant 2004, les classifications ne reposaient que sur l'observation morphologique : type de cellules (claires, éosinophiles, oncocytaires, fusiformes) ; architecture (compacte, alvéolaire, papillaire, kystique). Ces différentes appellations ont perduré en prenant une signification différente au fur et à mesure que les outils d'exploration évoluaient. L'histogenèse des différentes tumeurs le long du néphron a été étudiée en microscopie électronique, puis par de nombreux travaux immuno-histochimiques. On a pu ainsi dresser un tableau des différentes tumeurs en fonction de leur morphologie et de leur histogenèse présumée à partir de telle ou telle partie du néphron (Fig. 1a et b) [14]. Parallèlement, les techniques de cytogénétique et de biologie moléculaire ont permis d'améliorer et de valider cette classification histologique, en rattachant spécifiquement des anomalies chromosomiques à certaines variétés tumorales (Fig. 1b), en particulier à partir de l'étude des formes héréditaires et familiales (Tableau 2) [15–17]. La plupart des tumeurs sont actuellement facilement identifiables par la morphologie ; cependant, il persiste un certain nombre de tumeurs

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4129257>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4129257>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)