Journal d'Urologie du Mali (JUMA)
juma-urology.ml

MASSE RÉNALE KYSTIQUE RÉVÉLANT UN CARCINOME RÉNAL À CELLULES CLAIRES : À PROPOS D'UN CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

CYSTIC RENAL MASS REVEALING CLEAR CELL RENAL CELL CARCINOMA: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

COULIBALY Issa[1*], HAMADA Moussa[1], SISSOKO Idrissa[1], TAPILY Dramane[1], TRAORÉ N'Golo[1], DIASSANA David[1], CISSÉ Abdoul Karim[2], SANGARÉ Daouda[1], DIALLO Moussa Salifou[1,2], COULIBALY Bourama[2,3], KASSOGUÉ Amadou[1,3]

1. Service d'Urologie, CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati, Mali
2. Service d'Anatomie et de Cytologie pathologiques, CHU du Point G, Bamako, Mali
3. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB), Mali

*Auteur correspondant : Dr COULIBALY Issa, Service d'Urologie, CHU Pr Bocar Sidy Sall de Kati, Mali. Email : coulibalyissaharouna@gmail.com. Tél : (+223) 76 06 27 57

DOI : https://doi.org/10.65825/amum2026.13

Date de soumission : 27/10/2026 accepté le : 30/10/2026 publié le : 16/11/2026

© 2026 Les auteurs. Article en accès libre publié sous licence Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0).

Résumé

Mots clés

Masse rénale,

Kystique,

Néphrectomie totale élargie,

Carcinome rénal à cellules claires.

Introduction : Les kystes rénaux atypiques posent un problème diagnostique et thérapeutique. La classification de Bosniak permet de stratifier le risque de malignité à partir des caractéristiques de la paroi, des cloisons, des calcifications et surtout des composantes tissulaires rehaussées. Nous rapportons un cas de carcinome rénal à cellules claires découvert après une néphrectomie totale élargie pour masse rénale kystique atypique et discutons, à travers une revue de la littérature, les aspects diagnostiques et thérapeutiques.

Observation : M. SD, âgé de 60 ans, cultivateur, référé d'un centre de santé de référence, a consulté pour une lombalgie gauche évoluant depuis 2 ans. L'examen retrouvait une sensibilité et un contact lombaire gauche. La créatininémie était à 167 µmol/l et l'hémoglobine à 11 g/dl. L'uroscanner montrait une masse kystique ovalaire bien limitée de 27 UH, hétérogène du fait de végétations tissulaires de 37 UH, occupant la moitié inférieure du rein gauche, mesurant 136 × 108 × 94 mm, avec une légère prise de contraste et un effet de masse sur les structures de voisinage. Il existait également deux masses tissulaires hypodenses de 52 UH et un nodule hyperdense sur le reste du rein gauche, mesurant respectivement 42 × 33 mm, 42 × 22 mm et 17 mm. Le scanner thoraco-abdomino-pelvien (TAP) d'extension était négatif. Une néphrectomie totale élargie gauche a été réalisée pour suspicion de cancer du rein. Les suites opératoires ont été simples et le patient est sorti à J6. L'examen histologique a confirmé un carcinome à cellules claires de grade 2 selon le grade nucléolaire de l'ISUP, sans signe d'infiltration capsulaire, classé pT2NxMx.

Conclusion : La masse rénale kystique pose un problème diagnostique et thérapeutique. Le scanner est capital pour la classification de Bosniak avant toute décision thérapeutique. En cas de doute diagnostique, une néphrectomie est indiquée en respectant les règles carcinologiques.

Auteur correspondant.
Adresse e-mail : coulibalyissaharouna@gmail.com (Coulibaly Issa)

Abstract

Introduction: Atypical renal cysts present diagnostic and therapeutic challenges. The Bosniak classification allows for the stratification of malignancy risk based on characteristics such as the cyst wall, septations, calcifications and, crucially, enhancing tissue components. We report a case of clear cell renal cell carcinoma diagnosed after an extended radical nephrectomy for an atypical cystic renal mass and discuss the diagnostic and therapeutic aspects through a review of the literature.

Case report: Mr. SD, a 60-year-old farmer, presented with a two-year history of left-sided lower back pain after being referred from a primary health centre. Physical examination revealed tenderness and a palpable mass in the left flank. Serum creatinine was 167 µmol/L and haemoglobin 11 g/dL. Uro-CT revealed a well-defined, oval, heterogeneous cystic mass (27 HU) occupying the lower half of the left kidney; it measured 136 × 108 × 94 mm, showed slight contrast enhancement, contained tissue vegetations (37 HU) and exerted a mass effect on adjacent structures. Two hypodense tissue masses (52 HU) and one hyperdense nodule were also observed in the remainder of the left kidney, measuring 42 × 33 mm, 42 × 22 mm and 17 mm, respectively. Thoraco-abdomino-pelvic CT staging showed no metastasis. An extended radical left nephrectomy was performed for suspected renal cancer. The postoperative course was uneventful and the patient was discharged on postoperative day 6. Histology confirmed a grade 2 clear cell renal cell carcinoma (ISUP nucleolar grading) with no capsular invasion, classified pT2NxMx.

Conclusion: A cystic renal mass is a diagnostic and therapeutic challenge. CT imaging is crucial for Bosniak classification before any treatment decision. In cases of diagnostic uncertainty, radical nephrectomy is indicated, following oncological principles.

Keywords

Renal mass,

Cystic,

Radical nephrectomy,

Clear cell renal cell carcinoma.

INTRODUCTION :

Les masses rénales kystiques complexes posent un problème diagnostique particulier. Selon Silverman et al. [1], la classification de Bosniak, notamment sa version 2019, permet de stratifier le risque de malignité à partir des caractéristiques de la paroi, des cloisons, des calcifications et surtout des composantes tissulaires rehaussées. Une étude tunisienne d'Oueslati et al. [2], portant sur 44 patients classés Bosniak III–IV, rapportait une malignité de 66 % pour les Bosniak III et de 89 % pour les Bosniak IV, et discutait la corrélation entre l'imagerie et l'anatomopathologie. Le carcinome rénal à cellules claires (ccRCC) représente environ 70 % des carcinomes rénaux et peut présenter des remaniements pseudo-kystiques. Il figure également parmi les principaux types histologiques rencontrés dans les lésions Bosniak III [1]. Selon les données récentes intégrant la version 2019 de la classification, le risque de malignité augmente nettement avec la catégorie : environ 9 % pour Bosniak II, 26 % pour IIF, 80 % pour III et 88 % pour IV dans une méta-analyse citée par les recommandations européennes [1].

L'objectif de ce travail est de rapporter un cas de carcinome rénal à cellules claires découvert après une néphrectomie totale élargie pour masse rénale kystique atypique et, à travers une revue de la littérature, d'en discuter les aspects diagnostiques et thérapeutiques.

OBSERVATION :

M. SD, âgé de 60 ans, cultivateur, référé d'un centre de santé de référence, a consulté pour une lombalgie gauche évoluant depuis 2 ans, sans notion d'hématurie. Il avait un antécédent de cure de hernie inguinale bilatérale 3 ans auparavant. L'examen retrouvait une sensibilité et un contact lombaire gauche. Au toucher rectal, la prostate était estimée à 40 g, d'allure bénigne. La créatininémie était à 167 µmol/l et le taux d'hémoglobine à 11 g/dl. L'ECBU était négatif. L'échographie rénale concluait à une tumeur rénale gauche.

L'uroscanner a mis en évidence une masse kystique ovalaire bien limitée de 27 UH, hétérogène du fait de végétations tissulaires de 37 UH, occupant la moitié inférieure du rein gauche et mesurant 136 × 108 × 94 mm, avec une légère prise de contraste et un effet de masse sur les structures de voisinage. Il existait également deux masses tissulaires hypodenses de 52 UH et un nodule hyperdense sur le reste du rein gauche, mesurant respectivement 42 × 33 mm, 42 × 22 mm et 17 mm (Figures 1 et 2). Le scanner concluait à un rein gauche multitumoral d'allure suspecte, dont la lésion principale était une masse kystique contenant des végétations. Le bilan d'extension par scanner thoraco-abdomino-pelvien (TAP) confirmait l'absence de localisation secondaire.

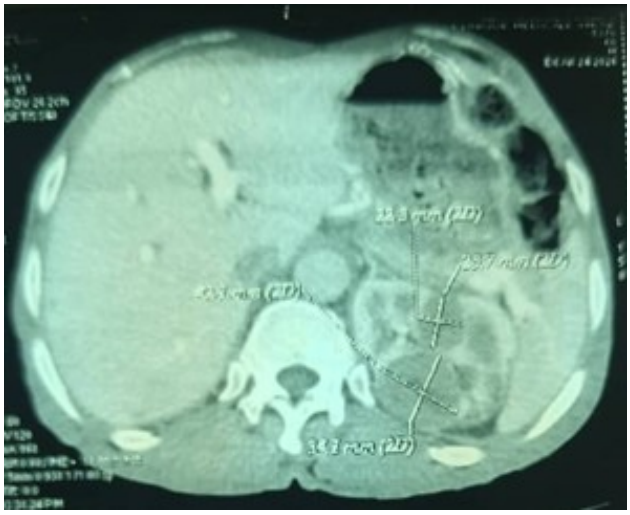


Figure 1 : *masse kystique polaire inférieure gauche (flèche).*

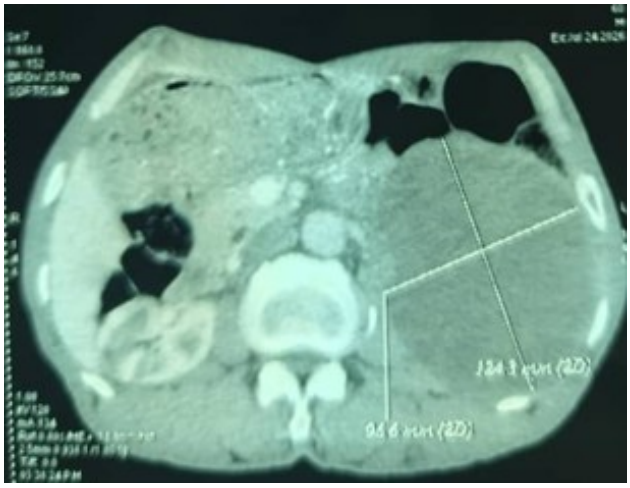


Figure 2 : *volumineuse masse kystique polaire inférieure gauche (flèche).*

Une néphrectomie totale élargie gauche a été réalisée pour suspicion de cancer du rein gauche (Figure 3). Les suites opératoires ont été simples et le patient est sorti de l'hôpital à J6 postopératoire.

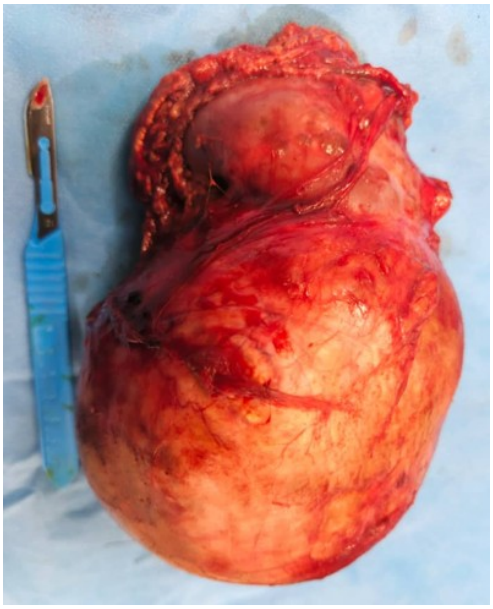


Figure 3 : *pièce de néphrectomie totale élargie gauche.*

À l'examen anatomopathologique, la pièce de néphrectomie, bien capsulée, mesurait 20 × 10 cm et était associée à du tissu graisseux. À la coupe, une formation tumorale nodulaire, friable et grisâtre, occupait presque tout le parenchyme rénal. À l'examen microscopique, il s'agissait d'une prolifération tumorale faite de tubes et de papilles. Les cellules étaient polymorphes, tantôt claires, tantôt éosinophiles, avec des noyaux volumineux nucléolés. Le stroma était inflammatoire. La capsule et le tissu graisseux étaient normaux. L'aspect était celui d'un carcinome à cellules claires de grade 2 selon le grade nucléolaire de l'ISUP, sans signe d'infiltration capsulaire, classé pT2NxMx.

DISCUSSION :

La découverte d'un carcinome à cellules claires n'est pas rare dans les masses kystiques rénales, surtout de type Bosniak III et IV. Westerman et al. [3] rapportaient, sur 145 lésions anciennement classées comme ccRCC kystiques, que 66 % étaient finalement des ccRCC kystiques, 22 % des tumeurs papillaires à cellules claires kystiques et 12 % des néoplasies kystiques multiloculaires de faible potentiel de malignité. Krishna et al. [4] ont souligné l'intérêt de l'IRM dans le diagnostic des lésions kystiques complexes : excellente pour caractériser les masses rénales kystiques, elle présente cependant des limites propres, et ces auteurs insistent sur la classification de Bosniak version 2019. Dans notre contexte, l'IRM rénale n'a pas été réalisée.

Cassell et al. [5] ont analysé les difficultés diagnostiques et thérapeutiques du carcinome rénal à cellules claires en Afrique subsaharienne. La néphrectomie radicale par voie ouverte y était l'option thérapeutique la plus largement adoptée aux différents stades de la maladie, en raison de son rapport coût-efficacité, de son applicabilité à divers stades et du coût réduit du suivi ; une approche multidisciplinaire s'avère efficace pour le diagnostic, la stadification et le traitement [5]. La plupart des patients de la région

présentaient une maladie à un stade avancé et, malgré la chirurgie, le pronostic demeurait défavorable.

Dans l'étude de Du Plessis et al. [6], portant sur 35 patients opérés (néphrectomie partielle ou radicale) pour suspicion de carcinome à cellules rénales, le mode de présentation le plus fréquent était la découverte fortuite (48 %) ; un seul cas présentait la triade classique associant masse abdominale, douleur du flanc et hématurie macroscopique. Le carcinome à cellules claires représentait 74 % des cas [6]. Notre patient ne rapportait pas d'hématurie mais présentait une douleur lombaire et une masse lombaire palpable. L'étude de Kisenha et al. [7] mettait en évidence un taux de mortalité élevé et une forte prévalence de carcinomes à cellules rénales à un stade avancé au moment du diagnostic, soulignant l'urgence de stratégies favorisant le dépistage précoce et une prise en charge rapide.

Bigot et al. [8] ont rappelé l'importance de l'imagerie, de la biopsie et de la classification OMS 2022 pour distinguer le carcinome à cellules claires de la néoplasie kystique multiloculaire de faible potentiel de malignité. Les cancers du rein ont un aspect kystique dans 5 à 7 % des cas, et le carcinome à cellules claires est le sous-type histologique le plus fréquent des tumeurs rénales kystiques [8]. Une grande variété de néoplasmes rénaux peut comporter des zones kystiques : certaines tumeurs possèdent une architecture kystique intrinsèque, tandis que d'autres présentent une dégénérescence pseudo-kystique de foyers nécrotiques ou des tubules dilatés en kystes, comprimés par des cellules néoplasiques stromales [9].

Les données françaises rapportées par Bigot et al. [10] retrouvaient, pour les lésions Bosniak III et IV, des taux de malignité respectifs de 69 % et 91 %. Le scanner est l'examen de référence pour l'évaluation des tumeurs du rein en l'absence de contre-indication aux produits de contraste iodés (PCI), dont la dose doit être suffisante pour détecter le rehaussement des tumeurs hypovasculaires et des masses kystiques Bosniak III et IV [10]. Pour une lésion Bosniak III, la probabilité de malignité est de 30 à 50 % ; une lésion Bosniak IV est considérée comme un kyste malin, et la chirurgie d'exérèse est indiquée selon les règles oncologiques [10].

Selon Cassell et al. [5], 80 à 90 % des tumeurs rénales malignes sont des carcinomes à cellules rénales, qui représentent 2 à 4 % de l'ensemble des cancers ; en Afrique et au Moyen-Orient, leur incidence standardisée sur l'âge varie de 1,8 à 4,8 pour 100 000 chez les hommes et de 1,2 à 2,2 pour 100 000 chez les femmes. Les modalités thérapeutiques vont de la surveillance active à l'ablation thermique, la néphrectomie partielle, la néphrectomie radicale, la néphrectomie de cytoréduction et l'immunothérapie, selon le stade. Dans notre contexte, la néphrectomie totale élargie par voie ouverte demeure l'option la plus réalisée, du fait d'un plateau technique limité pour la chirurgie mini-invasive et du stade souvent avancé ; c'est l'option retenue chez ce patient.

Toute masse rénale kystique nécessite une classification de Bosniak. En cas de Bosniak III ou IV, le risque de malignité augmente et un carcinome rénal à cellules claires doit être suspecté ; la prise en charge repose alors sur une chirurgie d'exérèse respectant les règles oncologiques.

CONCLUSION :

La masse rénale kystique pose un problème diagnostique et thérapeutique. L'apport du scanner est capital pour la classification de Bosniak avant toute décision thérapeutique. En cas de doute pour les kystes classés Bosniak III ou IV, une néphrectomie est indiquée en respectant les règles oncologiques.

DÉCLARATIONS :

Consentement : le patient a donné son consentement écrit à la publication de son observation et des images anonymisées.

Éthique : conformément à la politique de l'établissement, l'avis d'un comité d'éthique n'était pas requis pour ce cas clinique anonymisé ; aucune information permettant d'identifier le patient n'est publiée.

Conflits d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Financement : aucun.

Contributions des auteurs : les auteurs ont participé à la prise en charge, au recueil des données, à la rédaction et à la relecture ; tous ont lu et approuvé la version finale.

Utilisation d'outils d'intelligence artificielle : aucun outil d'IA n'a été utilisé dans la préparation de ce manuscrit.

RÉFÉRENCES :

1. Silverman SG, Pedrosa I, Ellis JH, Hindman NM, Schieda N, Smith AD, et al. Bosniak classification of cystic renal masses, version 2019: an update proposal and needs assessment. Radiology. 2019;292(2):475-88. doi:10.1148/radiol.2019182646
2. Oueslati M, Saadi A, Chakroun M, Zouari S, Abderrazak B, Derouiche A, et al. Profils histologiques et corrélation radio-histologique des kystes rénaux Bosniak 3 et 4 opérés : étude monocentrique. Prog Urol. 2020;30(13):819. doi:10.1016/j.purol.2020.07.210
3. Westerman ME, Cheville JC, Lohse CM, Sharma V, Boorjian SA, Leibovich BC, et al. Long-term outcomes of patients with low grade cystic renal epithelial neoplasms. Urology. 2019;133:145-50. doi:10.1016/j.urology.2019.07.017
4. Krishna S, Schieda N, Pedrosa I, Hindman N, Baroni RH, Silverman SG, et al. Update on MRI of cystic renal masses including Bosniak version 2019. J Magn Reson Imaging. 2021;54(2):341-56. doi:10.1002/jmri.27364
5. Cassell A, Jalloh M, Yunusa B, Ndoye M, Mbodji MM, Diallo A, et al. Management of renal cell carcinoma – current practice in sub-Saharan Africa. J Kidney Cancer VHL. 2019;6(2):1-9. doi:10.15586/jkcvhl.2019.122
6. Du Plessis DE, Van Deventer H, Fernandez P, Van Der Merwe A. A prospective observational study of the epidemiology and pathological profile of RCC in a South African referral centre. Afr J Urol. 2020;26:15. doi:10.1186/s12301-020-00022-z

7. Kisenha D, Brighton M, Kitua D, Arda F, Mwanga A, Mtaturu G, et al. Clinical characteristics and survival outcomes of patients with renal cell carcinoma in a Tanzanian cohort. Afr J Urol. 2025;31:44. doi:10.1186/s12301-025-00518-6

8. Bigot P, Boissier R, Khene ZE, Albigès L, Bernhard JC, Correas JM, et al. Recommandations françaises du Comité de cancérologie de l'AFU – actualisation 2024–2026 : cancer du rein. Fr J Urol. 2024;34:102735. doi:10.1016/j.fjurol.2024.102735

9. Pini GM, Lucianò R, Colecchia M. Cystic clear cell renal cell carcinoma: a morphological and molecular reappraisal. Cancers (Basel). 2023;15(13):3352. doi:10.3390/cancers15133352

10. Bigot P, Barthélémy P, Boissier R, Khene ZE, Pettenati C, Bernhard JC, et al. Recommandations du Comité de cancérologie de l'Association française d'urologie – actualisation 2022–2024 : prise en charge du cancer du rein. Prog Urol. 2022;32(15):1195-274.

Pour citer cet article :

COULIBALY I, HAMADA M et al. Masse rénale kystique révélant un carcinome rénal à cellules claires : à propos d'un cas et revue de la littérature.
JUMA UROL 2026 ; 1(3) :6-10
DOI : https://doi.org/10.65825/amum2026.13