



Journal Homepage: - www.journalijar.com

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI: 10.21474/IJAR01/17329

DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/17329>



RESEARCH ARTICLE

ADENOCARCINOME COLIQUE ET CARCINOME RENALE A CELLULES CLAIRES :UNE ASSOCIATION RARE :A PROPOS D'UN CAS

L. Grihe, H. Meyiz, I. Eljaadi, A. Akjay S. Salhani and I. Mellouki

Service d'hépatogastro-entérologie, CHU TTA, Hôpital Mohamed VI, Université Abdelmalek Saadi.

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 31 May 2023

Final Accepted: 30 June 2023

Published: July 2023

Key words:-

Cancer Colorectal, Carcinome A Cellules Renales, Cancers Synchrones

Abstract

L'association de tumeurs primitives synchrones à un cancer colorectal a fait l'objet de plusieurs publications. Elle peut survenir de manière sporadique ou rentrer dans le cadre de syndromes cliniques bien définis tel que le syndrome de Lynch. Il s'agit d'une entité clinique rare mais réelle, dont l'incidence est variable. La découverte du carcinome rénal est le plus souvent fortuite au cours du bilan d'extension. L'étiopathogénie n'est pas complètement élucidée incluant des facteurs de risques génétiques et environnementaux. Le traitement se base essentiellement sur la résection chirurgicale généralement dans un seul temps, mais la décision doit être prise dans une réunion de concertation pluridisciplinaire. L'étude génétique s'avère nécessaire pour mieux élucider l'étiopathogénie. Nous rapportons le cas d'un homme âgé de 52 ans qui a simultanément présenté un adénocarcinome colique et un carcinome à cellules claires rénales, de découverte fortuite au cours du bilan d'extension du carcinome colorectal. Nous discuterons la pathogénie ainsi que le pronostic et le traitement de cette entité rarement décrite.

Copy Right, IJAR, 2023,. All rights reserved.

Introduction:-

Les tumeurs malignes primitives synchrones représentent deux tumeurs malignes chez le même patient avec des aspects histologiques différents. Elles peuvent concerner différents organes ou systèmes et leur découverte doit être simultanée ou dans un intervalle très court de l'une à l'autre. C'est une association rare. Dans la plupart des cas, le risque pour qu'un patient traité pour un cancer en développe un deuxième serait égal à celui de la population générale [1]. Cependant, cette possibilité soulève la question d'une éventuelle carcinogénèse commune, impliquant à la fois des mécanismes héréditaires, immunitaires et environnementaux. La découverte synchrone d'un cancer colique et d'autres tumeurs primitives a fait l'objet de plusieurs publications, rentrant soit dans le cadre de syndromes cliniques bien définis comme le syndrome de Lynch ou survenant de manière sporadique. Nous rapportons un nouveau cas où le carcinome rénal est à cellules claires.

Observation:-

Il s'agit d'un homme âgé de 52 ans, ayant comme antécédents une sœur âgée de 56 ans, traitée pour cancer du colon, qui consultait pour un syndrome occlusif évoluant depuis 3 jours. L'examen clinique montrait un état général conservé, absence de masse abdominale palpable, distension et hyper-tympanisme abdominale. Les aires ganglionnaires étaient libres. La TDM abdominale a été réalisée dans le cadre d'urgence ayant objectivé une

Corresponding Author:- L. Grihe

Address:- Service D'hépatogastro-Entérologie, CHU TTA, Hôpital Mohamed VI, Université Abdelmalek Saadi.

occlusion tumorale colique gauche. Le patient a bénéficié dans un premier temps d'une colostomie première. La coloscopie notait la présence d'une formation ulcéro-bourgeonnante hémi-circonférentiel du colon gauche. L'examen histologique des biopsies concluait à un adénocarcinome colique stade III. Le patient a bénéficié dans un deuxième temps d'une colectomie gauche avec anastomose colorectale termino-terminale. À l'examen macroscopique de la pièce, la tumeur était bourgeonnante circonférentielle partiellement sténosante blanchâtre et friable mesurant 3.5*4*1.9cm et le curage avait ramené 13 ganglions. Histologiquement, il s'agissait d'un adénocarcinome bien différencié partiellement colloïde. Dans le cadre du bilan d'extension, la tomodensitométrie thoraco-abdominopelvienne a révélé de multiples lésions pulmonaires et hépatiques d'allure secondaire et la présence d'une masse tissulaire médio-rénale gauche. Celle-ci mesurait 45mm*43mm et était arrondie, régulière, se rehaussant de manière hétérogène après l'injection de produit de contraste. Une biopsie rénale scanno-guidée a été faite revenant en faveur d'un carcinome rénal à cellules claires de grade 1 selon le système de grading nucléolaire de l'ISUP. Une chimiothérapie a été proposée au malade, puis le patient a été adressé en consultation oncogénétique.

Discussion:-

Les carcinomes colorectaux s'associent dans 5% des cas à des cancers extra-digestifs [1]. Selon Shiozawa et al, le siège de ces cancers diffère selon le sexe. En effet, chez l'homme, le cancer de l'estomac est le plus rapporté en association avec les cancers colo-rectaux, suivi du cancer du poumon, de la prostate, de la région cervico-faciale, de l'œsophage et du rein [2]. Chez la femme, c'est le cancer du sein qui est le plus rapporté, suivi du cancer de l'utérus, de l'estomac et du poumon [2]. L'incidence des tumeurs malignes primaires synchrones du rein et du côlon est difficile à évaluer. Le terme "synchrone" implique la simultanéité, mais Beisland C et al. étend l'intervalle de temps jusqu'à 90 jours avant la découverte de la deuxième tumeur maligne [3]. L'association des CCR avec ceux rénaux est extrêmement rare. Des séries autopsiques ayant étudié l'incidence des cancers associés au Cancers colo-rectaux avaient démontré que le cancer du rein était retrouvé dans seulement 0.046 à 0.1 % des cas [4,5]. O'Boyle et Kemeny avaient retrouvé 6 cas de carcinome colique associé à un carcinome rénal parmi 1200 cas de cancers coliques soit une incidence de 0.5% [6]. A ce jour, la plus grande étude, menée dans un centre expert d'oncologie sur une période de 40 ans, avait porté sur 24.642 patients suivis pour un Cancer colique et 7366 patients suivis pour un carcinome rénal : Elle avait démontré, à l'instar des autres séries, la rareté de l'association: cancers colorectaux et rénaux. En effet, seulement 0.73% des cancers colo-rectaux étaient associés à un carcinome rénal et 2.4% des carcinomes rénaux étaient associés à un cancers colo-rectaux [7]. Dans la série de Halak M et al [8], on trouve cinq cas de tumeurs synchrones dans une série de 103 carcinomes consécutifs du côlon avec une incidence de 4,85 %, la plus élevée rapportée à ce jour. L'association carcinomes rénaux et autres cancers a également fait l'objet de plusieurs études épidémiologiques avec une incidence variant de 4.5 à 16.1% [9-10]. Beisland et al. avaient étudié le siège de ces cancers à travers 287 cas. Par ordre de fréquence, la prostate, la vessie, le poumon, le sein et le colon étaient les localisations les plus rapportées [10]. La plupart des carcinomes coliques et rénaux étaient métachrones [10-11]. Dans ce cadre, le carcinome rénal était habituellement de découverte fortuite, lors du bilan d'extension radiologique, comme c'était le cas chez notre patient, ou au cours du suivi post-thérapeutique [11-12]. Les étiologies des tumeurs malignes primaires sont multiples et complexes, incluant des facteurs de risque génétiques et environnementaux communs aux deux types de tumeurs. Les facteurs de risque peuvent agir individuellement ou en combinaison et sont représentés, comme dans de nombreuses autres tumeurs malignes, par le tabac, la pollution, les rayons ultraviolets, la chimiothérapie thérapeutique et la radiothérapie, les facteurs endocriniens. En ce qui concerne les facteurs génétiques, des tumeurs primaires synchrones du colon et du rein ont été décrites dans le syndrome de Lynch II. Il s'agit de l'association du cancer colorectal héréditaire sans polypose avec des tumeurs malignes d'autres viscères, dont le rein [13]. L'étiopathogénie exacte de cette association est encore mal élucidée. Cullinane et al. avaient démontré à travers une série rétrospective de 7 patients porteurs de carcinomes synchrones rectaux et rénaux que les anomalies des protéines du système Mismatch Repair (MMR) ne seraient pas incriminées dans la genèse de cette association [14]. La recherche d'une instabilité micro-satellitaire était démontrée par phénotypage MSI à l'aide d'un panel de 10 marqueurs microsatellitaires. Seulement 5 blocs de paraffine pour l'adénocarcinome colique et 6 blocs de paraffine pour le carcinome rénal étaient disponibles [14]. Pour les carcinomes aussi bien rectaux que rénaux, le statut MSI (microsatellite instability) était affirmé par la présence d'une instabilité d'au moins un marqueur. Le statut MSS (microsatellite stability) était retenu en l'absence d'instabilité de tous les marqueurs. Quatre adénocarcinomes rectaux (80%) et cinq tumeurs rénales (83.33%) étaient de phénotype MSS. Un adénocarcinome rectal était de phénotype MSI. Les résultats étaient non concluants pour un carcinome rénal [19]. L'adénocarcinome rectal qui était de phénotype MSI était sporadique et ne remplissait pas les critères d'Amsterdam requis pour le diagnostic de syndrome de Lynch. De plus, le carcinome rénal associé était de phénotype MSS. Les patients présentant l'association CCR et rénal auraient un risque accru de développer d'autres tumeurs malignes par rapport à la population générale, suggérant une possible prédisposition génétique [7]. Steinhagen et al avaient

démonstré, à travers une série portant sur 101 patients porteurs de CCR et rénaux, que 32%, 7% et 3% parmi eux présentaient respectivement une, deux et trois autres localisations carcinomateuses [7]. La troisième tumeur maligne la plus retrouvée était le cancer de la prostate pour l'homme avec une incidence de 15.5% et le cancer du sein pour la femme avec une incidence de 21%. Ces cancers étaient découverts à un stade précoce grâce à la surveillance rapprochée de ce groupe de patients [7]. Parmi les études ayant porté sur les associations CCR et cancers du rein, neuf seulement se sont intéressées aux types histologiques propres à cette entité. Ces séries avaient porté sur un total de 15 patients [12-14-15-16]. Dans ces séries, les CCR étaient tous des adénocarcinomes, de siège souvent rectal (9 cas) et colique droit (3 cas). Pour les 3 autres cas, les tumeurs étaient de siège colique gauche dans 2 cas et colique transverse dans un cas [12-14-15-16]. Ces tumeurs infiltraient la muqueuse dans 6 cas, la musculuse dans 3 cas, la sous-séreuse dans 4 cas et la séreuse dans 2 cas. Les carcinomes rénaux étaient principalement des carcinomes à cellules claires [12-14-17-18]. Les carcinomes rénaux, lorsqu'ils sont de découverte fortuite, comme c'était le cas de notre patient, seraient de meilleur pronostic que les formes symptomatiques avec un grade et un stade histologiques moins avancés et des taux de survie à 5 ans significativement plus élevés (85,3% vs 62,5%) [19]. Comme dans la plupart des cas rapportés dans la littérature, il y a eu une résection simultanée des deux tumeurs malignes en une seule séance chirurgicale. Les deux étaient des gestes chirurgicaux radicaux. L'approche habituelle est par laparotomie ouverte, plus confortable pour les chirurgiens impliqués. Cependant, certains auteurs ont prouvé que la résection laparoscopique simultanée des deux tumeurs malignes est possible avec une très faible morbidité et une mortalité nulle. Nous n'avons trouvé que trois cas de résection laparoscopique synchrone de carcinomes colorectal et rénal dans la littérature. Une approche laparoscopique assistée par la main a été utilisée dans le premier cas (pour une néphrectomie radicale) [20], et une approche laparoscopique totale dans le deuxième cas [21]. Dans le troisième cas, le cancer du côlon gauche était obstructif. L'obstruction a été résolue dans un premier temps par l'insertion endoscopique d'un stent métallique auto-expansible, suivie de la résection laparoscopique des deux tumeurs [22]. Le carcinome rénal à cellules claires est le sous-type le plus courant de carcinome rénal [23]. Sa survie moyenne varie selon l'âge de la présentation et le stade de la tumeur. Les métastases rénales synchrones d'un cancer du côlon peuvent être possiblement isolées mais sont généralement observées dans les cas de maladie avancée [24]. La métastase colique d'un carcinome rénal est également possible, mais elle est généralement observée dans les cas de maladie avancée [24].

Conclusion:-

L'association synchrone de CCR et du carcinome rénale est rare. La découverte de la tumeur rénale est dans la plupart du temps fortuite lors de la stadification du cancer du côlon. Le traitement est généralement une résection chirurgicale en une seule étape généralement par laparotomie et occasionnellement par laparoscopie. Le rapport histopathologique est de la plus haute importance car il prouve la différence entre ces tumeurs. Des études génétiques doivent être réalisées ultérieurement afin d'élucider si ce phénomène est dû à des facteurs de risque communs ou à des causes génétiques.

Références:-

- 1-Kouraklis G, Misiakos EP. Hereditary nonpolyposis colorectal cancer (Lynch syndrome): criteria for identification and management. *Dig Dis Sci.* févr 2005; 50(2): 336- 44. PubMed
- 2-Shiozawa M, Tsuchida K, Sugano N et al. A Clinical Study of Colorectal Cancer Patients with Other Primary Cancer. *Jpn J Gastroenterol Surg.* 2007; 40: 1557-1564. PubMed
- 3-BEISLAND C, TALLERAAS O, BAKKE A, NORSTEIN J, Multiple primary malignancies in patients with renal cell carcinoma: a national population-based cohort study, *BJU Int.* 2006, 97(4):698–702.
- 4-Hajdu SI, Hajdu EO. Multiple primary malignant tumors. *J Am Geriatr Soc.* janv 1968; 16(1): 16-26. PubMed
- 5-Polk HC, Spratt JS, Butcher HR. Frequency of multiple primary malignant neoplasms associated with colorectal carcinoma. *Am J Surg.* janv 1965; 109: 71-5. PubMed
- 6-O'Boyle KP, Kemeny N. Synchronous colon and renal cancers: six cases of a clinical entity. *Am J Med.* déc 1989; 87(6): 691- 3. PubMed
- 7-Steinhagen E, Moore HG, Lee-Kong SA, Shia J, Eaton A, Markowitz AJ et al. Patients with colorectal and renal cell carcinoma diagnoses appear to be at risk for additional malignancies. *Clin Colorectal Cancer.* mars 2013; 12(1): 23- 7. PubMed
- 8-HALAK M, HAZZAN D, KOVACS Z, SHILONI E, Synchronous colorectal and renal carcinomas: a noteworthy clinical entity. Report of five cases, *Dis Colon Rectum.* 2000, 43(9):1314–1315
- 9-Czene K, Hemminki K. Kidney cancer in the Swedish Family Cancer Database: familial risks and second primary malignancies. *Kidney Int.* mai 2002; 61(5): 1806- 13. PubMed

- 10-Beisland C, Talleraas O, Bakke A, Norstein J. Multiple primary malignancies in patients with renal cell carcinoma: a national population-based cohort study. *BJU Int.* avr 2006;97(4):698- 702. PubMed
- 11-Papalampros AE, Petrou AS, Mantonakis EI, Evangelou KI, Giannopoulos LA, Marinos GG et al. Coexistence of a colon carcinoma with two distinct renal cell carcinomas: a case report. *J Med Case Reports.* 4 avr 2011; 5: 134. PubMed |
- 12-Dafashy TJ, Ghaffary CK, Keyes KT, Sonstein J. Synchronous Renal Cell Carcinoma and Gastrointestinal Malignancies. *Case Rep Urol.* 2016; 2016: 7329463. PubMed
- 13-LYNCH HT, LEMON SJ, KARR B, FRANKLIN B, LYNCH JF, WATSON P, TINLEY S, LERMAN C, CARTER C, Etiology, natural history, management and molecular genetics of hereditary nonpolyposis colorectal cancer (Lynch syndromes): genetic counseling implications, *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 1997, 6(12):987–991
- 14-Cullinane CA, Ellenhorn JDI, Weitzel JN. Microsatellite instability is a rare finding in tumors of patients with both primary renal and rectal neoplasms. *Cancer Genet Cytogenet.* 15 janv 2004;148(2):163-5. PubMed
- 15-Piao J, Friedman P, Siddiqui S, Veerapong J, Lai J-P. Synchronous Type 1 Papillary Renal Cell Carcinoma in a Patient with Rectal Adenocarcinoma. *Anticancer Res.* 2016;36(9):4821- 4. PubMed
- 16-Dalli J, Camilleri-Brennan J. Synchronous colonic adenocarcinoma and renal oncocytoma: a case report and literature review. *Scott Med J.* août 2011; 56(3): 181
- 17-Takahashi M, Ichikawa R, Honjo K, Aoki J, Okazawa Y, Kojima Y et al. Simultaneous Laparoscopic Colectomy and Nephrectomy for Synchronous Ascending Colon Cancer and Right Kidney Cancer: Report of a Case. *Juntendo Med J.* 2014; 60(4): 345-8.
- 18-Spajic B, Grubisic I, Spajic M, Marusic Z, Demirovic A, Mijic A et al. Synchronous rectal adenocarcinoma and bilateral clear cell renal carcinoma. *Acta Clin Croat.* juin 2010; 49(2): 169- 72
- 19-Tsui KH, Shvarts O, Smith RB, Figlin R, de Kernion JB, Belldegrin A. Renal cell carcinoma: prognostic significance of incidentally detected tumors. *J Urol.* févr 2000; 163(2): 426- 30.
- 20-KIM SH, PARK JY, JOH YG, HOE HE, Simultaneous laparoscopic radical nephrectomy and laparoscopic sigmoidectomy for renal cell carcinoma and colonic adenocarcinoma, *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 2004, 14(3):179–181
- 21-NAPOLITANO C, SANTORO GA, VALVANO L, SALVATI V, MARTORANO M, Simultaneous totally laparoscopic radical nephrectomy and laparoscopic left hemicolectomy for synchronous renal and sigmoid colon carcinoma: report of a case, *Int J Colorectal Dis.* 2006, 21(1):92–93
- 22-NG SS, YIU RY, LI JC, CHAN CK, NG CF, LAU JY, Endolaparoscopic left hemicolectomy and synchronous laparoscopic radical nephrectomy for obstructive carcinoma of the descending colon and renal cell carcinoma, *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 2006, 16(3):297–300.
- 23-CZAPLICKI M, BORKOWSKI A, WESOŁOWSKI S, KUZAKA B, WALECKI S, MILEWSKI JB, Late results of surgical treatment of renal clear-cell carcinoma, *Int Urol Nephrol*, 1986, 18(1):37–43
- 24-AMOROSO A, DEL PORTO F, GARZIA P, ILARDI M, CLEMENZIA C, D'AMATO A, MONTESANI C, ROSSI FANELLI F, The infrequent association of synchronous renal and colonic malignancies, *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 1999, 3(3):111–114.