

Guide de pratique pour la prise en charge des kystes rénaux

Rédaction : Thomas F. Whelan, M.D.

Divulgarion par l'auteur des conflits d'intérêts potentiels : Aucun

Révision : David Bell, M.D., Rajiv Singal, M.D., Anil Kapoor, M.D., Justin Amann, M.D., Eric Estey, M. D., Allan So, M.D.

Introduction

Les examens radiologiques de routine révèlent fréquemment la présence de kystes rénaux, et les patients sont souvent orientés vers un urologue pour consultation concernant les interventions potentielles et le suivi.

Des examens d'autopsie menés chez des patients de plus de 50 ans révèlent une probabilité supérieure à 50 % de présenter un kyste rénal simple¹. En 1983, on a mesuré à l'aide des premières techniques de tomодensitométrie (TDM) que le taux des patients de ce même groupe d'âge présentant un kyste rénal pouvait atteindre 33 %². De nos jours, on a souvent recours aux examens échographiques et d'imagerie en coupe transversale pour tenter d'établir un diagnostic dans les cas de douleurs abdominales. Grâce à des techniques améliorées et de l'équipement diagnostique de nouvelle génération, les masses rénales sont plus souvent diagnostiquées qu'il y a 25 ans³.

Méthodologie

Le Comité des guides de pratique de l'AUC a passé en revue les articles en anglais trouvés dans la base de données MEDLINE et a formulé les lignes directrices suivantes.

Définition

De façon générale, on peut classer les kystes rénaux en deux catégories, les kystes simples et les kystes complexes. Les kystes simples sont définis selon les critères échographiques suivants : 1) absence d'écho interne; 2) rehaussement postérieur; 3) masse de forme arrondie ou ovale; et 4) parois postérieures claires et fines⁴. Lorsque tous ces critères sont satisfaits, il s'agit d'un kyste bénin qui ne nécessite aucun suivi. Les difficultés surviennent lorsque les kystes observés ne présentent pas toutes les caractéristiques strictes d'un kyste « simple ». Dans ces cas, les cliniciens ont besoin d'un système rapide, sûr et précis pour pouvoir distinguer les masses malignes des masses bénignes et choisir entre un traitement chirurgical et non chirurgical.

Classification de Bosniak des kystes rénaux

Le système de classification de Bosniak pour les kystes rénaux, reposant sur des observations par TDM, a été présenté pour la première fois en 1986⁵. Même si d'autres techniques d'imagerie sont souvent utilisées pour l'évaluation de masses rénales (par exemple, l'échographie et l'imagerie par résonance magnétique ou IRM), la TDM (avec ou sans agent de contraste), demeure la principale technique diagnostique⁶.

L'échographie est une technique utile pour l'identification des kystes simples mais ne fournit que des renseignements limités dans le cas de masses solides et de kystes rénaux de complexité croissante. L'IRM peut toutefois être utile pour l'identification de kystes de plus grande complexité. Des percées récentes en matière d'IRM permettent au patient de retenir son souffle moins longtemps et permettent une meilleure résolution et un meilleur contraste sur les images créées après injection de gadolinium. Les kystes peuvent donc être caractérisés de façon plus détaillée en comparaison avec les images produites par TDM. L'IRM peut faire ressortir des cloisons qui étaient mal définies par TDM et les images présenteront des rehaussements qui n'étaient autrement pas nettement perceptibles. D'autre part, l'IRM permet de différencier les kystes hémorragiques des masses solides avec rehaussement⁷.

Le système de Bosniak comprend quatre catégories fondées sur des observations par TDM triphasique, allant des kystes simples aux kystes complexes (tableau 1). Les kystes de catégorie 1 ne sont pas malins et aucun suivi n'est requis. Cependant, il existe une grande différence sur le plan du risque potentiel de malignité entre les catégories II et III, respectivement de 0 à 5 % et d'environ 50 %. Pour clarifier ce point davantage, on a créé une sous-catégorie, la catégorie II F (pour « follow-up » ou suivi). Les kystes de catégorie II F sont des masses légèrement plus complexes mais n'étant pas suffisamment atypiques pour motiver une exploration chirurgicale. La catégorie II F inclut les kystes ayant de multiples cloisons fines, un léger épaissement des parois *sans rehaussement mesurable*. Ils peuvent présenter des calcifications, y compris des calcifications épaisses, nodulaires ou irrégulières. Finalement, 95 % des kystes de catégorie II F se révèlent non malins⁸. L'importance des calcifications a diminué au fil des années depuis la classification originale, mais pas celle du rehaussement lors d'une TDM avec contraste. Ainsi, toute masse examinée par TDM en fines couches dont le rehaussement augmente de 10 à 20 UH (c.-à-d. les catégories III et IV) doit être considérée comme un néphrocarcinome jusqu'à preuve du contraire⁷.

Tableau 1

Système de classification de Bosniak pour les kystes rénaux

Catégorie 1 : Risque de malignité inférieur à 1 %; aucun suivi requis

- kyste simple, bénin, sans complication
- rehaussement postérieur sans écho (par transmission); masse arrondie ou ovale, parois minces et régulières
- densité hydrique homogène, délimitation claire avec le parenchyme rénal, aucune calcification ni rehaussement ni épaissement des parois

Catégorie II : Risque de malignité inférieur à 3 %; aucun suivi requis

- lésion kystique avec certaines anomalies radiographiques
 - cloisons < 1 mm (épaisseur d'un cheveu)
 - fines calcifications dans la cloison ou la paroi
 - diamètre < 3 cm
 - kyste hyperdense (> 20 UH)

Catégorie II F : Risque de malignité de 5 à 10 %; suivi recommandé

- lésion kystique avec anomalies radiographiques accrues
 - cloisons fines multiples
 - cloison plus épaisse qu'un cheveu ou paroi légèrement plus épaisse
 - calcifications pouvant être épaisses
 - lésion intrarénale > 3 cm
 - *aucun rehaussement*

Catégorie III : Risque de malignité de 40 à 60 %; excision chirurgicale recommandée

- lésion plus complexe
 - épaissement uniforme des parois ou nodules
 - calcifications épaisses ou irrégulières
 - cloisons épaisses
 - *rehaussement*

Catégorie IV : Risque de malignité supérieur à 80 %; excision chirurgicale recommandée

- larges kystes
- marges irrégulières / nodules proéminents
- rehaussement des éléments solides, indépendamment des cloisons

Conclusion

Aucun essai contrôlé avec randomisation n'a évalué le suivi ou la prise en charge des kystes rénaux; les recommandations sont donc fondées principalement sur des opinions d'experts. Actuellement, les kystes rénaux de catégories I et II ne requièrent aucun suivi ni autre épreuve d'imagerie. Les kystes de catégorie II F par contre, en raison d'un risque de malignité d'environ 5 %, nécessitent des examens périodiques par imagerie. (Il n'existe aucun consensus ni critère factuel concernant l'intervalle à préconiser pour ces examens périodiques.) Dans le cas de patients plus jeunes (< 50 ans) présentant un kyste de catégorie II F selon le système de Bosniak, on recommande d'alterner les examens par TDM et par IRM pour le suivi afin de réduire la dose totale de rayonnement reçue à vie (une fois la lésion caractérisée par TDM triphasique). Dans le cas des kystes de catégorie III (risque de malignité de 50 %) et de catégorie IV (risque de malignité de 75 à 90 %), on recommande l'excision chirurgicale⁹⁻¹³ (données probantes de niveau 3, recommandation de grade B). Comme l'IRM peut fournir des renseignements additionnels, elle devrait accompagner la TDM comme technique d'appoint dans les cas complexes (données probantes de niveau 4, recommandation de grade C).

Références

1. Kissane JM. The morphology of renal cyst disease. *Perspect Nephrol Hypertens* 1976; 4: 31 – 63.
2. Tada S. *et al.* The incidence of simple renal cyst by computed tomography. *Clin Radiol* 1983; 34 (4): 437 – 439.
3. Minor LD *et al.* Benign renal tumors. AUA update series, XXII: 170-171.
4. Weber TM. Sonography of benign renal cystic disease: *Ultras clin* 2006; 1:15-24.
5. Bosniak MA. The current radiological approach to renal cysts. *Radio* 1986;158:1-10.
6. Israel GM *et al.* An update on the Bosniak renal cyst classification system. *Urology* 2005; 66(3): 484-488.
7. Prasad SR *et al.* Cross-sectional imaging evaluation of renal masses. *Radio Clin* 2008; 46(1):95-111.
8. Israel GM, Bosniak MA. Follow up CT scan for moderately complex cystic renal masses (Bosniak category II F). *Am J Roentgenol* 2003; 181:627-633.
9. Aronson S *et al.* Cystic renal masses: usefulness of the Bosniak classification. *Urol Radiol* 1991;13(2): 83-90.
10. Siegel CL *et al.* CT of cystic renal masses: analysis of diagnostic performance and interobserver variation. *AJR Am J Roentgenol* 1997; 169 (3): 813-8.
11. Koga S *et al.* An evaluation of Bosniak's radiological classification of cystic renal masses. *BJU Int* 2000;86 (6):607-9.
12. Israel GM, Bosniak MA. Calcification in cystic renal masses: is it important in diagnosis? *Radiology* 2003;226 (1):47-52.
13. Curry NS *et al.* Cystic renal masses: accurate Bosniak classification requires adequate renal CT. *AJR Am J Roentgenol* 2000;175 2:339-42.