

When Lymphadenopathy Surpasses the Renal Mass

顺其自然



S.Bouras , Urology, Setif UH, Algeria
Professor , s.bouras@univ-setif.dz



AAU
ASSOCIATION ALGERIENNE D'UROLOGIE

19^e Congrès
National
D'Urologie

et
FASULF
8^e Congrès
FASULF

16, 17 et 18
janvier 2025
Hôtel El Aurassi, Alger

Programme

ESU ESU AFU

www.aaudz.com

Message Application
AAU 2025
sur google play

AAU

Management of clinically positive lymph nodes (cN+) in locally-advanced RCC

tumours) and up to 54.5% in case of locally-advanced disease. In cN+, removal of visible and palpable nodes during LND is justified [438], at least for staging, prognosis, adjuvant therapy and follow-up implications, although a benefit in terms of cancer control has not yet been demonstrated [295, 435]. Whether to extend the LND in case of lymphadenopathy (cN1) remains controversial. In addition retrospective data showed for resected isolated macroscopical lymphnode metastases (pN1) that the time to systemic progression was a median of 4.2 months

EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma

B. Ljungberg (Chair), A. Bex (Chair-Elect), L. Albiges, J. Bedke,

RENAL CELL CARCINOMA - LIMITED UPDATE MARCH 2024

Summary of evidence	LE
In patients with locally-advanced disease, the survival benefit of LN dissection is unproven but LN dissection has significant staging, prognosis, adjuvant therapy and follow-up implications.	3
Low quality data suggest that tumour thrombus excision in non-metastatic disease may be beneficial.	3

Recommendations	Strength rating
During nephrectomy, remove clinically enlarged lymph nodes for staging, prognosis and follow-up implications.	Weak
Remove the renal tumour and thrombus in case of venous involvement in non-metastatic disease.	Strong
Discuss treatment options in patients with locally-advanced unresectable RCC (biopsy and/or systemic therapy/deferred resection, or palliative management) within a multidisciplinary team to determine treatment goal.	Strong

7.2.5.1 *PD-1 Inhibition: Keynote-564*

The Keynote-564 trial is the first trial to report positive primary endpoint data on DFS [483, 484]. Keynote-564 evaluated pembrolizumab (17 cycles of 3-weekly therapy) vs. placebo as adjuvant therapy in 994 patients with intermediate (pT2, grade 4 or sarcomatoid, N0, M0; or pT3, any grade, N0, M0) or high risk (pT4, any grade, N0, M0; or pT any stage, and grade, or N+, M0), or M1 (no evidence of disease [NED] after primary tumour plus soft tissue metastases completely resected < one year from nephrectomy) disease. The median follow-up, defined

Renal Mass and Localized Renal Cancer: Evaluation, Management, and Follow Up (2021)

Surgical Principles

20. For patients who are undergoing surgical excision of a renal mass with clinically concerning regional lymphadenopathy, clinicians should perform a lymph node dissection including all clinically positive nodes for staging purposes. (Expert Opinion)

Renal Mass and Localized Renal Cancer: Evaluation, Management, and Follow Up (2021)

If suspicious lymphadenopathy is identified on imaging or during surgical exploration, a lymph node dissection (LND) should be performed with removal of all clinically evident nodes, if feasible, primarily for staging and prognostic purposes.^{273,274} In a prospective study by Blom and colleagues, 772 patients with cT1-T3N0M0 RCC were randomized to RN plus LND versus RN alone.²⁷⁵ Fifty-one patients in the RN plus LND group had palpable nodes and 10 (19.6%) were N+ on final pathology. For patients in this cohort without palpable nodes only 4/311 (1.3%) were pN+. Overall, only 4% of patients in the RN plus LND cohort had pN+ disease. Cancer-specific and overall survival rates were nearly identical in the RN plus LND and RN alone cohorts. Data from this study and others have contributed to strong consensus that LND need not be performed routinely in patients with localized kidney cancer and clinically negative nodes.²⁷³⁻²⁷⁵

Other investigators have studied risk factors for LN involvement in patients undergoing nephrectomy and have found that large primary tumor (>10 cm), clinical stage T3/T4, high tumor grade (Fuhrman grade 3 or 4), sarcomatoid features, and histologic tumor necrosis all correlate with increased incidence of pN+ disease.²⁷³ Patients with 2 or more of these risk factors were found to be at substantially increased risk of nodal involvement (>40%), and prospective evaluation has confirmed these findings. Hence, selective performance of LND should be considered at the time of renal cancer surgery.²⁷³ However, this is primarily for staging purposes, as recent studies have been unable to confirm a survival benefit for lymph node dissection among patients undergoing RN for non-metastatic RCC.²⁷⁶⁻²⁷⁹ If lymph node involvement is confirmed on final pathology, adjuvant therapy and medical oncology consultation should be considered (See Statement 24 for specific recommendations regarding this issue).

Case Report

KASSAH LAOUAR

iste en imagerie médicale

34/02334



Cabinet d'Imagerie Médicale عيادة الأشعة الطبية

BBA LE 01-09-2024

72ANS

NT : DR

IRM ABDOMINALE

Cher confrère, merci de nous avoir adressé votre patient pour son examen.

Indications :

Bilan de caractérisation d'une lésion rénale.

Rein droit : siège d'une masse tissulaire polaire inférieure mesurant grossièrement 64x54mm avec effraction capsulaire et discrète infiltration en regard plus marquée en antérieur centrée par une large zone de nécrose hémorragique à rehaussement hétérogène.

Respect des cavités excrétrices, du parenchyme rénal, la veine rénale et la veine cave inférieure.

Volumineuse adénopathie retro cave et latéro cave largement nécrosée comprimant la veine cave inférieure qui reste perméable mesurant grossièrement 32x29mm et étendu en hauteur sur

34mm.

Il existe des petits kystes hémorragiques du rein droit.

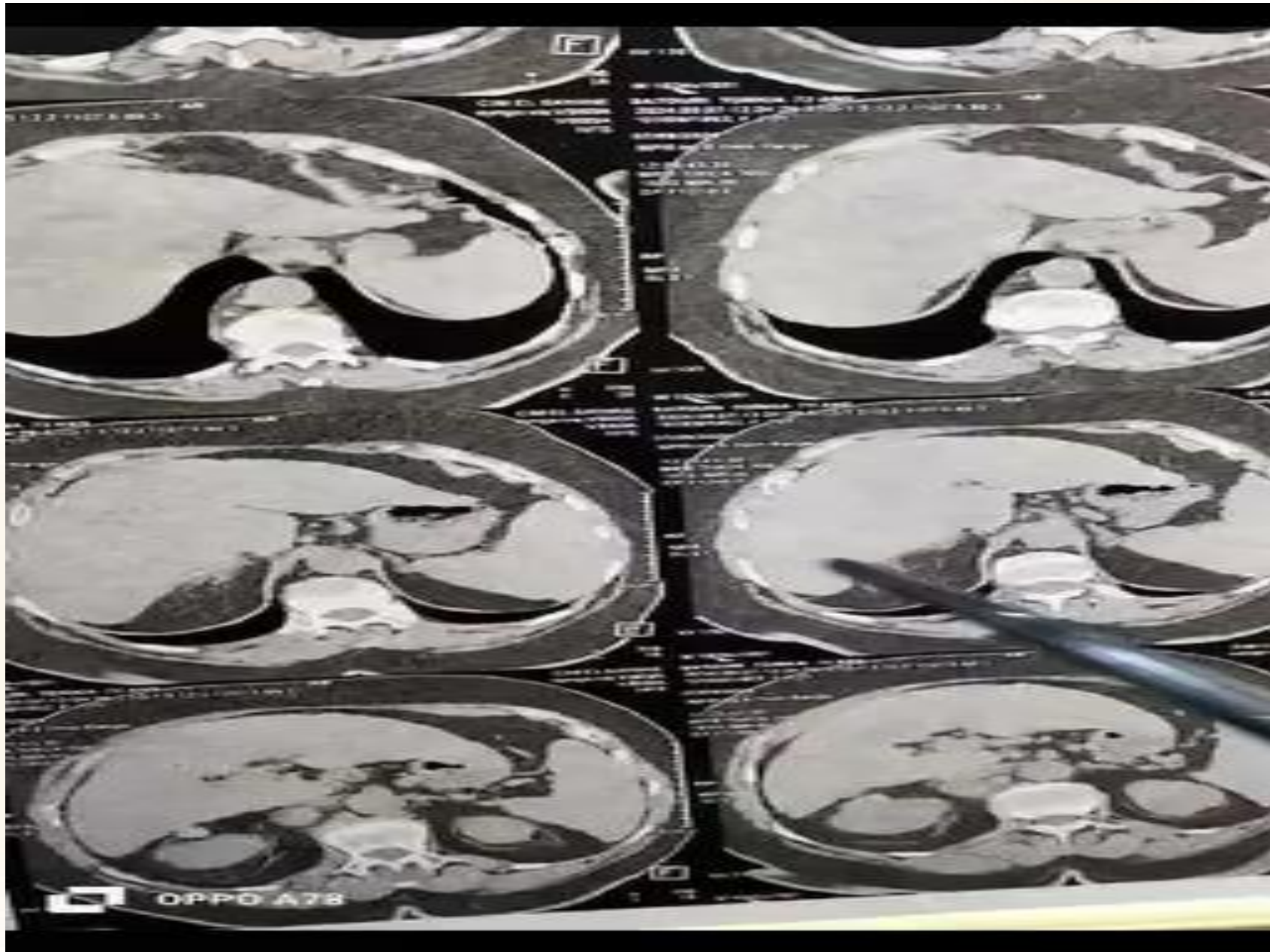
Rein gauche : de taille normale siège de multiples kystes simples, sans dilatation des CPC.

Case Report

CONCLUSION :

IRM abdominale retrouve :

- Volumineuse masse tissulaire (carcinome rénal chromophile) avec nécrose hémorragique rénale polaire inférieure et antérieure à droite avec infiltration de la graisse péri rénale, respectant le hile rénal, la veine rénale et la veine cave inférieure.
- Volumineuse adénopathie secondaire retro cave et latéro cave à droite, comprimant la veine cave inférieure qui reste perméable.
- Kystes simples rénaux bilatéraux dont certains sont à contenu hémorragique.



CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE SAADNA ABDENNOUR
LABORATOIRE D'ANATOMIE, DE CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES ET D'IMMUNOHISTOCHEMIE
Pr S.OUHIDA CHEF DE SERVICE
Tel : 036.44.89.55 poste 226
Email: labopathologiechusetif19@gmail.com



JRI	Référence : H05382/24
rénom : TORKIA	Date de prélèvement :
âge : 72 ans	Date de réception : 16/10/2024
Sexe : F	Service : Urologie
Prescripteur : DR.BOURAS	
Nature de prélèvement : Rein	

**REIN DROIT +SURRENALE DROITE + CURAGE GANGLIONNAIRE
(RÉTROCAVE,ANTÉROCAVE SUPÉRIEURE ET INFÉRIEURE ET PARCL AORTIQUE).**

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES:

Masse rénale polaire inférieure droite de 06 cm étendue vers le pédicule + ADP rétro et latéro cave .

MACROSCOPIE:

Reçu 07 flacons numérotés et intitulés :

- FL N° 1: Rein de 603 gr ,mesurant 11x7x4 cm ,recouvert par une graisse périrénale de 18x7 cm, uretère 14x0.5 cm .A l'ouverture : Présence d'une formation tumorale de 09x5 cm ,occupant les 2/3 du rein ,d'aspect blanchâtre avec remaniements hémorragiques ,Le parenchyme rénal résiduel et de 2.5 cm .
- FL N° 2 : Curage antéro cave supérieur : 02 Ganglions de 2.5 x1.5 cm et 01x0.5 cm .
- FL N° 3 : Curage rétro cave : Plusieurs fragments mesurant entre 06x03 cm et 0.5 cm .
- FL N° 4 : Curage antro cave inférieur : 04 Fragments mesurant entre 3x1 cm et 0.5 cm .
- FL N° 5 : Surrénale :02 Fragments ,mesurant 05x2.5 cm et 04x1 cm .
- FL N° 6 : Biopsie hépatique : 02 Petits fragments de 0.5 cm chacun .
- FL N° 7 : Graisse périrénale : Plusieurs fragments graisseux mesurant 07x4 cm et 1x1 cm .

MICROSCOPIE:

1/ pièce opératoire ayant fait l'objet de multiples prélèvements et à différents niveaux dont l'analyse histologique montre un parenchyme rénal ,siège d'un processus carcinomateux infiltrant focalement nécrosé parfois kystisé de 09 cm de grand axe .

Il édifie une architecture tantôt papillaire tantôt solide ou diffuse .
Les cellules tumorales sont riche en atypies cytonucléaires .Elles sont pourvues d'un cytoplasme abondant éosinophile et d'un noyau dense irrégulier hyperchromatique très atypique.Nucléoles visibles au grandissement10.Les mitoses sont fréquentes .

Il existe une composante sarcomatoïde .Le stroma tumoral est fibreux inflammatoire d'abondance variable ,remanié par l'hémorragie et par des lymphoplasmocytes et de rares histiocytes spumeux .Image d'invasion vasculaire néoplasique .

Le parenchyme rénal résiduel est dystrophique et inflammatoire .
L'uretère proximal passe en tissu tumoral l'uretère distale passe en tissu sain .
la graisse perirenale et hilare sont infiltrées par la tumeur .

L'étude immunohistochimique réalisée montre:

NB : Merci de bien fixer vos prélèvements tissulaires dans du formol à 10% ou du Bouin. A défaut de formol, conservez vos tissus dans un réfrigérateur ou bien dans un congélateur (CryoFixation) et envoyer les rapidement au laboratoire d'Anatomie Pathologique. Pour les liquides de Cytospinction, ajouter le même volume en alcool éthylique à 70° ou bien le même volume en formol à 10% et mélanger.

P504S (EPMU1, Leica) : Marquage cytoplasmique granulaire des cellules tumorales .
Vimentine (V9, Leica) : Expression cytoplasmique de la population tumorale .
EMA (27G12, Leica) : Marquage cytoplasmique et membranaire du contingent tumoral .
CD10 (56C6, Leica) : Marquage membranaire de quelques cellules tumorales .
Cam5.2 (Cam5.2, Zeta) : Expression cytoplasmique de quelques cellules .
CK7 (RN7,LEICA) -CD117 (c-Kit, Dako) -RCC (PN-15, Cell marque) : Absence d'immuno réactivité.

- 2/ Curage antéro cave supérieur : Présence de 02 ganglions infiltrés par la tumeur 2N+/2N .
- 3/ Curage rétro cave : On identifie 09 ganglions ,tous infiltrés par la tumeur 9 N+ /9 N .
- 4/ Curage antéro cave inférieur : On note 03 ganglions indemne de toute infiltration tumorale soit 3 N-/3N.
- 5/ surrénale : Non tumorale .
- 6/ Biopsie hépatique : Parenchyme hépatique d'aspect nodulaire non infiltre par la tumeur .
- 7/ Graisse perirenale : Envahie par la tumeur .

CONCLUSION:

Aspect morphologique et immunophénotypique d'un carcinome papillaire du rein droit , grade nucléolaire 4 de L'ISUP .

- Présence d'une composante sarcomatoïde .
- Présence d'une nécrose tumorale .
- Présence d'emboles vasculaires néoplasiques .
- La graisse perirénale et hilare sont envahies par la tumeur .
- L'uretère proximal est tumoral .
- La surrenale et le parenchyme hépatique biopsie passent en tissu sain .
- Le curage ganglionnaire :11N+ /14N .
PT3a N1Mx (AJCC ,8^{ème} édition) .

LE :30/10/2024

DR.KRACHE

CK

Dr. S. KRACHE Née KAOUA
Maître Assistante
Anatomie Pathologique
C.H.U de Sétif

Opérée le 15/10/2024

- Drain a été enlevé **après 50 j ??????**
- Orienté au CAC : Pleurésie bil probablement d origine néoplasique avec altération de l'état général

Rien à faire !



Pte décédée le 26/12/24

顺其自然

Let Nature Take Its Course



For macroscopic lymph node involvement (clinical or radiological): LND

Objective: Staging: Yes

Prognostic value: Unknown

Systemic progression: 4.2 months

Limitation? Unknown



Well-designed, multi-institutional, prospective, randomized trials : Yes

Novel molecular and genomic biomarker: Patients who would truly benefit



AAU
ASSOCIATION ALGERIENNE D'UROLOGIE

19^e Congrès National D'Urologie

et **FASULF**

8^e Congrès FASULF

16, 17 et 18 janvier 2025
Hôtel El Aurassi, Alger

Programme

AAU

Telecharger l'application
AAU 2025
sur google play

www.aaudz.com

The advertisement features a blue background with a stylized kidney illustration. It includes logos for AAU, FASULF, and other medical associations. A smartphone graphic shows the AAU 2025 app interface.