

## Papillome inverse du bassinet

Le papillome inversé est une tumeur bénigne et rare. Décrite initialement en 1927 par PASCHKIS [1, 2], cette tumeur n'a connu sa dénomination actuelle de papillome inversé qu'en 1963 par POTTS et HIRST [3]. La plupart des observations décrites dans la littérature ont été présentées sous forme de cas cliniques, peu de ces cas concernaient le haut appareil urinaire. Nous rapportons un nouveau cas de papillome inversé du bassinet.

### Observation

Patiente âgée de 83 ans, hypertendue équilibrée sous traitement, opérée en 1983 pour kyste hydatique du foie par laparotomie qui présentait depuis trois ans des lombalgies gauches isolées auxquelles se sont associées, deux mois avant sa consultation plusieurs épisodes d'hématurie totale. L'examen physique était sans particularités. Le bilan biologique était sans anomalie; la fonction rénale était normale avec un taux de créatinine à  $73\mu\text{mol/l}$ .

La malade a été explorée par un uroscanner objectivant des reins multi-kystiques (type I de Bosniack) avec présence au niveau du rein gauche d'une formation tissulaire de 15mm polaire inférieure (figures 1, 2). Une néphrectomie élargie gauche laissant la surrénale en place a été réalisée. L'examen macroscopique de la pièce opératoire a montré un rein multi-kystique avec présence d'une lésion blanchâtre, mal limitée, ferme, mesurant 15 x 10mm au niveau du bassinet. L'examen histologique de cette lésion a objectivé une prolifération épithéliale surmontée par un urothélium normal, faite de massifs épithéliaux bien circonscrits par une membrane basale. Les cellules tumorales étaient homogènes sans atypies ni mitoses (figures 3, 4, 5). Le diagnostic de papillome inversé du bassinet a été retenu. La malade ne présente pas de récurrence tumorale après un recul de 12 mois.

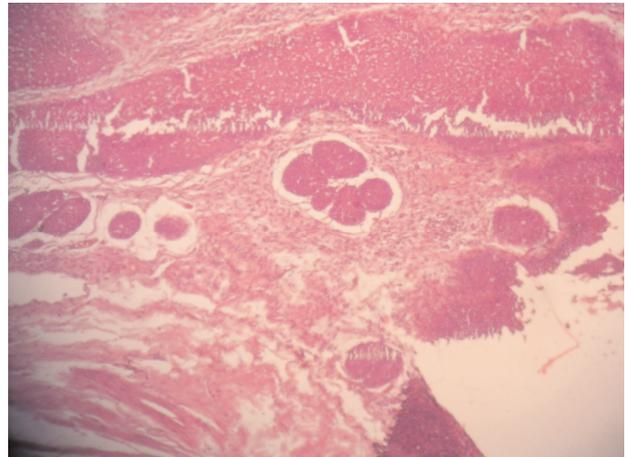
**Figure 1 :** Formation tissulaire de 15 mm polaire inférieure rénale gauche



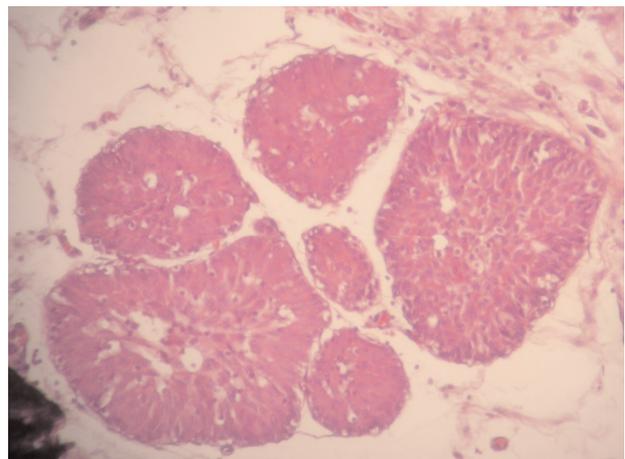
**Figure 2 :** Reins multi-kystiques



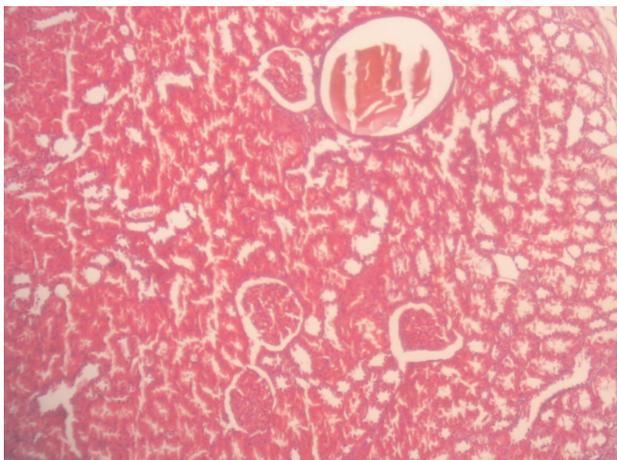
**Figure 3 :** HEx100: prolifération urothéliale endophytique au sein d'une cavité pyélocalicielle revêtue par un urothélium régulier.



**Figure 4 :** HEx 250: La prolifération est agencée en massifs composés par des cellules urothéliales régulières.



**Figure 5** :HEx250: le parenchyme cortical rénal est de morphologie normale



### Conclusion

Le papillome inversé du bassinet est une tumeur rare. Son diagnostic est anatomopathologique. Les explorations radiologiques sont le plus souvent non spécifiques, ne permettant pas toujours d'évoquer le processus tumoral. La controverse de la bénignité des papillomes inversés n'est toujours pas levée. Il faut donc surveiller rigoureusement les patients porteurs de cette lésion afin de détecter précocement un carcinome urothélial associé.

### Références

1. PASCHKIS R. Uber adenome der harnblase. Z. Urol. Chir. 1927; 21: 315-25.
2. DEROUICHE A, EL ATTAT R, KOURDA N et al. Le papillome inversé de la vessie : diagnostic et évolution. Prog Urol 2006 ; 16 : 160-62.
3. POTTS I.F., HIRST E. Inverted papilloma of the bladder. J.Urol. 1963; 90: 175-79.

*Khiari Ramzi, Ben Ali Moez, Maarouf Jamel, Ghorbel Jilani, Msakni Issam\*, Bougrine Fathi\*, Regaya Neila\*\*, Kouki Sami\*\*, Dridi Mohamed, Ghozzi Samir, Ben Rais Nawfel*

*Service d'urologie*

*Service d'anatomopathologie\**

*Service de radiologie\*\*, Hôpital Militaire, Tunis, Tunisie*

*Université Tunis El Manar*

## Manifestations cutanées révélatrices d'une leucémie monoblastique

Les localisations cutanées ne sont pas rares dans les leucémies aiguës myéloïdes (LAM) mais sont exceptionnellement révélatrices (1). Elles sont le plus souvent considérées comme de mauvais pronostic. L'existence de localisations cutanées

dans les hémopathies myéloïdes peut exceptionnellement révéler la maladie d'où l'intérêt d'y penser et de réaliser les explorations nécessaires (examen histopathologique, bilan sanguin puis médullaire).

### Observation

Patient âgé de 66 ans a été hospitalisé pour fièvre au long cours associée à des nodosités cutanées étendues à tout le corps. Depuis un mois avant son admission, il présentait une éruption cutanée faite de nodosités cutanées étendues à tout le corps d'aggravation progressive associée à des arthralgies des grosses et petites articulations de type inflammatoire et une fièvre non chiffrée. L'examen à l'admission a objectivé des nodosités sous-cutanées érythémateuses, fermes, indolores, non prurigineuses, de tailles différentes et étendues à tout le corps sans adénopathies périphériques ni hépato-splénomégalie (figures 1, 2, 3).

**Figure 1** : Lésions nodulaires diffuses à tout le corps



**Figure 2** : Lésions nodulaires diffuses à tout le corps

