

## Néphrectomie partielle ou totale

### La vraie vie...

Pr Arnaud MÉJEAN, chef de service de chirurgie urologique  
à l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP)

Dans le cadre de cette 17<sup>e</sup> Rencontre réunissant un public essentiellement composé de patients ayant subi une néphrectomie partielle ou totale, le professeur Méjean se propose d'exposer une vision chirurgicale du sujet.

Et l'urologue de commencer par le rappel de la typologie des tumeurs rénales.

### 1/ Typologie des tumeurs rénales.

Les cancers du rein sont classés selon la typologie **TNM**<sup>1</sup> :

**1 - T** désigne la taille de la tumeur et comprend 4 sous-catégories selon que celle-ci est inférieure à 7 cm (T1), comprise entre 7 et 10 cm (T2), s'est étendue dans une des veines cave ou rénale (T3) ou envahit le tissu périrénal (T4) ;

**2 - N** indique l'existence d'un ou plusieurs ganglions atteints autour du carcinome ;

**3 - M** signale la présence d'une ou plusieurs métastases en marge de la tumeur initiale.

Cette classification est complétée par le type histologique du cancer concerné. Celui-ci, est d'une très grande diversité puisqu'à côté du carcinome à cellules claires (la forme la plus courante de la maladie) une quarantaine d'autres variétés ont été identifiées. Cette profusion dans la dysplasie<sup>2</sup>, étonnante pour un organe aussi petit, est sans doute due à la grande richesse de ses tissus.

---

<sup>1</sup> Il s'agit d'un sigle médical international pour « Tumeur » (tumeur en anglais), « Node » (ganglion en anglais) et « Metastasis » (métastase en anglais).

<sup>2</sup> On appelle dysplasie le développement anormal de cellules dans un organe. Ce phénomène n'est pas nécessairement cancéreux à l'origine mais le devient fréquemment s'il n'est pas rapidement traité.

À cela, il faut ajouter le grade (de 1 à 4) et trois autres facteurs qui sont la nécrose et le contingent sarcomatoïde<sup>3</sup> ou rhabdoïde<sup>4</sup> de la tumeur.

Le conférencier précise que la classification moléculaire des cancers sera bien davantage exploitée prochainement grâce à l'intelligence artificielle. Celle-ci existe déjà mais on n'y recourt pas beaucoup actuellement en raison de son coût.

## 2/ La situation actuelle face aux carcinomes rénaux.

Devant un patient présentant un cancer du rein, la médecine fait face à trois principaux cas de figure que résume le conférencier :

### 1 – Carcinome localisé

Cette situation concerne de 60 à 70% des patients. Ces derniers sont opérés.

### 2 – Carcinome métastatique

Les malades qui constituent 10 à 15% des cancéreux du rein ne subissent pas d'emblée une intervention chirurgicale. Ils sont d'abord soumis à un traitement médical. Celui-ci est éventuellement suivi d'une opération en fonction de la situation thérapeutique.

### 3 – Carcinome localement avancé

Dans ce cas, c'est traditionnellement la chirurgie qui précède le traitement systémique. Cependant les protocoles évoluent. Dorénavant, la médecine cherche à mettre au point un traitement préopératoire empêchant toute récurrence après la chirurgie.

Se pose alors pour ce cas intermédiaire le choix de la meilleure stratégie thérapeutique à adopter.

## 3/ Comment choisir le meilleur traitement adapté au malade ?

Chaque cas particulier est analysé en détail dans le cadre d'une RCP<sup>5</sup> hebdomadaire. Cet échange est l'occasion d'étudier, tant pour le patient que sa tumeur rénale, ses caractéristiques fondamentales.

Ainsi, indique-t-on pour le patient les éléments suivants :

- âge ;
- sexe ;
- IMC (Indice de Masse Corporelle) ;
- comorbidité ;
- antécédents médicaux ;
- ECOG-PS<sup>6</sup> ;
- traitements en cours ;
- fonction rénale.

---

<sup>3</sup> Le cancer rénal à contingent sarcomatoïde représente une forme rare de la maladie à mauvais pronostic.

<sup>4</sup> Le cancer rénal à contingent rhabdoïde est un sous-type très rare des cancers du rein à cellules claires de pronostic défavorable.

<sup>5</sup> Réunion de Concertation Pluridisciplinaire dans laquelle interviennent notamment l'urologue, le radiologue et l'oncologue pour confronter leurs points de vue et décider du traitement pour chacun des cas étudiés.

<sup>6</sup> L'« Eastern Cooperative Oncology Group - Performance Statu » est un test, gradé de 0 à 5, permettant de déterminer l'état général d'un patient.

Tandis que l'on évalue le plus précisément possible les caractéristiques de la tumeur :

- taille ;
- localisation ;
- aspect ;
- rapports et comptes rendus médicaux ;
- limites ;
- graisse périrénale.

C'est en confrontant tous ces éléments que l'on décide ou non d'effectuer une biopsie pré-chirurgicale, sachant que celle-ci n'a d'intérêt que si elle peut modifier la stratégie thérapeutique.

Si la biopsie n'est pas décidée, il faut alors opter pour l'intervention chirurgicale. Mais à quel type d'opération faut-il recourir, une néphrectomie élargie ou une néphrectomie partielle ? Cette dernière est-elle réalisable et même souhaitable ? Ce n'est pas toujours le cas, avec des patients âgés par exemple.

Si une chirurgie conservatrice de l'organe n'est pas envisageable, on la remplace par une néphrectomie totale. On peut également, dans certaines circonstances ; lui substituer un traitement voire même une simple surveillance.

Lors d'une néphrectomie partielle il convient de choisir entre la chirurgie robotique, la laparoscopie ou l'intervention ouverte traditionnelle.

Si la biopsie s'avère négative, les mêmes questions se posent pour l'exérèse de la tumeur qui n'est pas un carcinome.

Arnaud Méjean conclut cette première partie en insistant sur l'importance de la RCP et de l'imagerie médicale dont la qualité n'a cessé de progresser. En effet, seule la concertation pluridisciplinaire des médecins et l'analyse particulièrement attentive des IRM et scanners permettent de décider de la meilleure conduite à adopter face à des carcinomes rénaux dont la taille est comprise entre 7 et 10 cm.

Il poursuit ensuite son intervention en précisant ce qu'il a baptisé la « vraie vie », et l'illustre par deux cas concrets concernant des patients qu'il a lui-même traités.

#### **4/ La « vraie vie » d'un patient opéré d'une tumeur au rein gauche.**

L'urologue nous présente un premier cas avec un homme célibataire de 57 ans, sans progéniture, de corpulence normale et non-fumeur. Il est écrivain. Sa fonction rénale est on ne peut plus normale. Dans son enfance, il a été opéré des amygdales et des végétations.

Suite à un syndrome grippal une analyse sanguine est effectuée. L'examen indique un taux de Gama GT<sup>7</sup> élevé ce qui conduit son médecin traitant à lui prescrire une échographie hépatique. Et cette dernière de montrer un foie en bon état tout en révélant une tumeur au rein gauche. Celle-ci apparaît assez grosse et si la néphrectomie partielle est possible, le chirurgien préfère opter pour une néphrectomie totale compte tenu, notamment, de l'aspect intérieur de la tumeur.

---

<sup>7</sup> Il s'agit d'un marqueur spécifique des pathologies du foie, notamment utilisé pour la recherche d'un carcinome hépatique.

L'intervention chirurgicale avec l'assistance d'un robot, filmée en partie, a été effectuée, le 27 janvier 2023, par le professeur Méjean qui nous en explique le déroulement au fur et à mesure que les images de l'opération défilent sur l'écran. Ceci permet au public très admiratif de constater de visu la prouesse technique et la dextérité du chirurgien qui, à l'aide de pincettes robotiques, de fils et de clips de ligature des vaisseaux – appelé « Hemolok » –, parvient à retirer l'organe malade en un seul bloc<sup>8</sup> pour empêcher une hémorragie qui pourrait être fatale.

L'analyse anatomopathologique de la tumeur a révélé qu'il s'agissait d'un carcinome rénal à cellules claires de 5 cm, de grade nucléaire 3. La veine rénale était saine et il n'y a pas eu d'infiltration dans les micro-vaisseaux.

Le patient examiné en consultation le 18 janvier dernier était en très bon état général avec, cependant, une fonction rénale un peu diminuée ce qui est normal après l'ablation d'un rein. Les examens d'imagerie médicale sont normaux. L'intervenant reverra ce patient dans six mois après une IRM de contrôle.

## **5/ La « vraie vie » d'une patiente opérée d'une petite tumeur chromophile au rein gauche.**

Le conférencier nous présente un second cas concernant une femme mariée de 45 ans, mère de 2 enfants. Elle ne fume pas mais est obèse avec un IMC légèrement supérieur à 30. Elle est employée de banque. Sa fonction rénale est normale. Petite, elle a subi une appendicectomie. En 2014, la patiente a été traitée pour une hernie discale.

Un premier examen par biopsie se prononce en faveur d'un carcinome chromophile au rein gauche. L'imagerie médicale précise l'étendue de la tumeur, située sur la lèvre antérieure de l'organe, au contact de la veine rénale et des voies excrétrices. Elle s'introduit aussi dans le sinus. Dans ces conditions, une néphrectomie totale paraît s'imposer. Cependant, comme la patiente est encore jeune, le chirurgien préconise une tumorectomie avec conservation du rein.

Cette opération effectuée le 11 janvier 2023 avec l'assistance d'un robot, a également été filmée partiellement, et dirigée par le professeur Méjean. Ce dernier comme précédemment décrit les différentes étapes de l'exérèse de la tumeur avec les images à l'appui. Devant un public toujours attentif, le praticien explique les différences fondamentales entre les deux types de tumorectomie qu'il a filmés. Dans le premier cas, il s'agissait de retirer l'organe en entier tandis qu'à présent il faut laisser le rein en place et n'en extraire que sa partie malade se présentant sous la forme d'un champignon qui est ôté avec un peu de graisse rénale dont l'analyse permettra de déterminer si elle a été infiltrée par le cancer.

L'analyse anatomopathologique postopératoire de la tumeur, mesurant 5,5 cm, a confirmé le diagnostic initial de la biopsie, à savoir un carcinome chromophile.

La patiente revue en consultation le 15 janvier dernier allait très bien. Ses imageries médicales postopératoires étaient parfaites et sa fonction rénale normale. Il est convenu de l'examiner à nouveau dans six mois.

---

<sup>8</sup> En médecine, on parle de retrait « monobloc ».

## 6/ En conclusion

L'urologue achève sa conférence en rappelant cinq points saillants sur le carcinome rénal :

- 1** – Le cancer du rein est une maladie en constante évolution et passionnante à étudier et soigner, en dépit de tous les drames qu'elle ne manque pas de susciter.
- 2** – En l'état actuel de la science, la néphrectomie demeure le traitement le plus efficace et cela, malgré les prouesses médicales accomplies par son confrère le docteur Bernard Escudier. Il faut signaler une nouveauté très prometteuse avec l'immunothérapie qui, appliquée à des cancers évolués avant une opération, permet la disparition de toute trace tumorale après la néphrectomie.
- 3** – Le rein présente un double enjeu carcinologique et fonctionnel en ce sens que s'il faut, bien entendu, lutter contre le cancer, il n'est pas possible de vivre sans rein, d'où le recours à la dialyse pour les malades ne possédant plus des organes en état de fonctionner. Le conférencier saisit ici l'occasion de nous informer de son désaccord avec la greffe d'un rein de porc effectuée tout récemment sur un être humain à Harvard.
- 4** – Chaque situation est particulière et amène le médecin à s'adapter aux malades qui sont tous différents.
- 5** – Enfin la RCP est indispensable car elle seule permet de définir, pour chaque patient, la meilleure stratégie.

Après ce cinquième et dernier point le professeur Arnaud Méjean conclut son intervention en remerciant le public de son attention. Et la salle d'applaudir vivement.

## QUESTIONS / RÉPONSES

L'indicateur en italique renvoie, sur la vidéo, à l'instant où est posée la question.

- Nous vivons en Charentes et mon mari souffrant d'un cancer du rein a vu sa tumeur initiale pratiquement disparaître après un traitement mais les métastases demeurent. [...] Nous avons été dirigés vers la Pr Albigès à Gustave Roussy. [...] Cependant nous nous inquiétons de ne pas pouvoir bénéficier des meilleurs équipements et des derniers traitements dans notre lieu de résidence. Que pouvez-vous nous dire à ce sujet ?  
*Question à 28' 10" (réponses du professeur Méjean et du docteur Escudier)*
- Vous avez parlé du retrait de la surrénale avant, mais je ne l'ai jamais su.  
*Intervention à 34' 41" (réponse du professeur Méjean)*
- Que deviennent les clips et les fils que vous installez lors d'une intervention chirurgicale ? Comment disparaissent-ils ?  
*Intervention à 35' 15" (réponse du professeur Méjean)*
- Deux questions candides, professeur Méjean. Comment devient-on passionné par la chirurgie telle que vous la pratiquez ? Lors d'une néphrectomie partielle, quelque chose m'a interrogé lorsque vous avez dit qu'on enlevait la tumeur et qu'on la posait de côté. Je suis étonné de ce geste.  
*Question à 36' 02" (réponse du professeur Méjean)*
- J'ai subi une néphrectomie élargie. L'apparition de métastases m'a ensuite dirigé vers des traitements par cryothérapie et radiofréquence. Conséquemment ma fonction rénale s'est détériorée mais a remonté depuis que je bois 2 litres d'eau par jour. Est-ce que le rein se régénère automatiquement et existe-t-il un moyen de le régénérer ?  
*Question à 38' 39" (réponse du professeur Méjean)*
- Pourquoi ne fait-on pas toujours une néphrectomie partielle ? Peux-tu expliquer quels sont les risques de cette intervention ? Je pose cette question afin que les choses soient bien claires et que tu puisses bien expliquer les raisons du choix qui s'impose (question du docteur Escudier).
- *Question à 41' 44" (réponse du professeur Méjean)*
- À ma connaissance il n'existe pas de test de dépistage pour le cancer du rein alors qu'il y en a pour les cancers du côlon et du sein. Qu'en pensez-vous monsieur le professeur ?  
*Question à 46' 18" (réponses du professeur Méjean & du docteur Escudier)*
- J'ai une question un peu personnelle. Avant la découverte de mon carcinome rénal, ma tension artérielle est brusquement montée à 17,11. Cette hypertension est redevenue normale après ma néphrectomie totale. Avez-vous une explication ?
- *Question à 49' 39" (réponse du professeur Méjean)*

Compte rendu rédigé par Emmanuel de Brye, bénévole de l'association A.R.Tu.R. Ce compte-rendu n'a pas encore été relu et validé par le professeur Arnaud Méjean. Il est la propriété d'A.R.Tu.R. et ne peut être utilisé que pour un usage strictement privé. Toute autre utilisation est interdite sans autorisation préalable d'A.R.Tu.R.