



Historique des techniques chirurgicales sur les 10 années passées et mise en perspective des années à venir

Pr Arnaud MEJEAN, Urologue, Chef du Service d'Urologie à l'HEGP, Paris

Le conférencier se propose, pour les 10 années écoulées, de dresser le bilan des actions chirurgicales contre les tumeurs rénales.

Sa présentation retrace, pour l'urologie, les progrès accomplis à partir des récentes évolutions des techniques chirurgicales et des dernières découvertes en oncologie.

1 – Rappel de la typologie des cancers rénaux en fonction de leur étendue.

La première tâche du médecin (urologue, oncologue), lorsqu'il reçoit un patient pour une tumeur rénale, consiste à établir les degrés de gravité et d'extension de celle-ci. Rappelons, que dans la grande majorité des cas, un cancer du rein est découvert de façon tout à fait fortuite (avant la manifestation de tout signe clinique) à l'occasion d'un examen médical sans rapport avec cet organe.

Le classement statistique de l'extension de la maladie permet de distinguer 3 grandes situations :

- 1 Tumeur localisée (50-60% des cas),
- 2 Tumeur métastatique (20% des cas),
- 3 Tumeur localement avancée (20% des cas).

Dans les 5% des cas restants, on ne sait pas évaluer l'extension de la maladie.

Une fois ce premier bilan établi, se pose la question du traitement. Ce dernier vise fondamentalement 2 objectifs :

- traiter la tumeur,
- conserver la fonction rénale.

2 – Quel(s) traitement(s) ?

Pour définir, le mieux possible, un protocole de soins, il convient d'établir, pour chaque malade, un bilan complet afin de décider :

- des examens complémentaires à effectuer (en fonction de l'âge, de l'état de santé et des autres pathologies éventuelles du patient),

- de l'opérabilité (néphrectomie élargie ou partielle) ou non (biopsie de la tumeur),
- du ou des traitement(s) à mettre en place (anti-angiogéniques, immunothérapies), quand (avant et/ou après une intervention chirurgicale) et pendant combien de temps,
- de l'utilité à incorporer le malade dans le protocole CARMENA (comprenant actuellement 344 patients alors que l'étude en attend 576 à son terme) ou dans un processus de dépistage.

Cependant l'intervention chirurgicale reste le traitement de référence pour l'exérèse d'une tumeur cancéreuse primaire du rein. En effet, elle permet d'empêcher la dissémination de la maladie (par métastases). C'est le cas de figure qui permet le plus grand nombre de guérisons.

3 – La fin du dogme de la NE, les progrès et les promesses de la NP.

Longtemps la néphrectomie élargie (NE : ablation du rein en entier) s'est imposée pour les tumeurs à partir de 4 cm et celles situées à l'intérieur de l'organe.

En l'espace de 10 ans, les choses ont évolué et là, où naguère, l'ablation totale d'un rein s'imposait comme une évidence, la néphrectomie partielle (NP : ablation partielle du rein) a gagné une place sans cesse plus importante dans l'acte chirurgical. Les urologues y ont dorénavant largement recours pour des tumeurs de plus en plus grosses (de 4 à 7 cm) et quelle que soit leur localisation (de la périphérie au centre de l'organe). Ces progrès ont été obtenus grâce aux recours de nouvelles techniques révolutionnaires comme :

- la fluorescence,
- la dissection hypervasculaire,
- la navigation 3D,
- la précision accrue permise par la chirurgie robotique.

Et le professeur Méjean de citer un cas d'école de cancer du rein pour témoigner des progrès accomplis durant la dernière décennie :

- 2005 = NE par chirurgie ouverte (le rein est retiré ce qui implique une large incision),
- 2010 = NP par chirurgie ouverte (l'organe est préservé et l'incision est plus petite),
- 2015 = NP par chirurgie robotique (le rein est conservé et les incisions cœlioscopiques sont très réduites).

Les études ont prouvé, qu'à long terme, la NP n'entraînait aucun risque aggravé de récurrence par rapport à la NE. En revanche, elle aide à la préservation de la fonction rénale (toujours affaiblie lors d'une NE) et permet à l'opéré une récupération beaucoup plus rapide. La néphrectomie partielle est désormais recommandée pour toutes les tumeurs T1 (inférieures à 7 cm) à condition que les marges de la zone opérée restent saines et que l'état de santé général du patient supporte l'intervention.

L'extension du recours à la néphrectomie partielle (chirurgie dite conservatrice) dans le traitement du cancer du rein signe donc un grand progrès en urologie. Il se caractérise par un acte chirurgical de moins en moins invasif et de plus en plus précis.

4 – Un bilan pourtant mitigé.

Si le conférencier se félicite des avantages de la NP, il déplore cependant un manque de stratégie élaborée face au cancer rénal. Il regrette le maintien d'un modèle binaire se résumant à la question de savoir s'il faut opérer ou pas. Au-delà de cette interrogation, il s'agit de savoir :

- Qui dépister ?
- Comment et à qui faut-il administrer des traitements adjuvants?
- Comment et à qui faut-il administrer des traitements néoadjuvants ?
- Quel protocole envisager contre un cancer métastatique ?
- Comment définir des séquences de traitement ?

Enfin, il faut encore étendre le champ d'application de la néphrectomie partielle.

5 – La promesse du futur avec l'avènement d'un traitement personnalisé.

Les recherches en cours, notamment sur le plan moléculaire, permettent de beaucoup mieux comprendre les phénomènes métastatiques. Celles-ci laissent espérer, pour bientôt, la création d'une véritable « carte d'identité » pour chaque tumeur qui devrait permettre un traitement individuel beaucoup plus efficace.

En conclusion,

On retiendra que :

- la décennie écoulée a apporté un lot conséquent de progrès,
- mais, pour autant, le véritable « big bang » est encore à venir.

Compte rendu rédigé par Emmanuel de Brye, bénévole de l'association A.R.Tu.R. Ce compte-rendu a 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.