

9^{ème} Rencontre Patients ARTuR, 9 avril 2015

Actualités « chirurgicales »

Professeur Arnaud Méjean

Urologue, Chef de Service d'Urologie à l'HEGP, Paris

Faculté de Médecine, Université Paris Descartes

Le conférencier précise qu'il écrit « chirurgicales » entre guillemets, car son intervention évoque des techniques en voie de développement ou en expérimentation.

La présentation est donc consacrée aux **actualités « chirurgicales »** et développée autour des 3 thèmes suivants :

1 – Traitement des tumeurs localisées d'une taille inférieure à 4 cm.

Rappelons que les tumeurs de moins de 4 cm représentent 70 % des tumeurs du rein. Elles sont découvertes, en grande majorité, à l'occasion d'une échographie ou d'un scanner réalisés pour une autre raison, à un stade où les signes cliniques ne sont pas encore présents.

1 – a. Chirurgie.

C'est une chirurgie dite **conservatrice** (néphrectomie partielle), car elle est limitée à l'exérèse de la tumeur (tumorectomie = néphrectomie partielle). C'est dorénavant le traitement de référence (avec un taux de survie sans progression à 98 % sur 7 ans). Il s'agit de répondre à un double défi :

- **Traiter la tumeur ;**
- **Préserver la fonction rénale.**

Les dernières statistiques confirment, qu'à long terme, la fonction rénale est beaucoup mieux conservée avec une néphrectomie partielle plutôt qu'élargie et que le risque de métastase et/ou de rechute n'est pas aggravé. La chirurgie conservatrice présente donc un réel bénéfice pour le patient.

L'intervention peut s'effectuer par trois voies différentes :

- **Chirurgie ouverte**, c'est la technique de référence ;
- **Laparoscopie ou cœlioscopie** (chirurgie mini-invasive opérant avec des trocars introduits dans de petites incisions et guidés par des appareils optiques reliés à un moniteur) si la localisation de la tumeur le permet ;
- **Chirurgie robotique** qui se développe de plus en plus (c'est toujours le chirurgien qui opère, mais à partir d'une console lui permettant de diriger avec une grande précision le robot qui tient les instruments). Cette technique nécessite une bonne maîtrise liée à l'expérience du chirurgien. Cette expertise ne peut s'acquérir que dans les grands centres qui opèrent un grand nombre de patients du cancer du rein.

1 – b. Thermoablation.

Cela consiste à détruire la tumeur par des techniques **percutanées** (à travers la peau) en recourant à des températures extrêmes. Deux méthodes sont actuellement utilisées :

- **La radiofréquence** (ou RFA pour *radiofrequency ablation* en anglais) : destruction de la tumeur par le **chaud** (100° C) au moyen d'ondes électromagnétiques.

- **La cryoablation** : destruction de la tumeur par le **froid** (-40°C) en recourant à l'argon ou à l'azote liquide. La visualisation de la boule de glace (*iceball* en anglais) qui se forme permet une meilleure évaluation de l'efficacité de la technique sur la tumeur que la radiofréquence.

Les résultats obtenus avec ces techniques percutanées (radiofréquence et cryoablation) sont comparables en termes de survie sans métastases avec ceux obtenus après néphrectomie partielle. Elles sont aujourd'hui réservées à certains cas bien précis discutés lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) :

- Patients âgés de plus de 70 ans ;
- Patients atteints de la maladie de Von Hippel-Lindau (ou VHL, syndrome familial de prédisposition aux cancers, dont celui du rein) car dans ce cas les tumeurs rénales sont multiples et récidivantes ;
- Patients ayant une fonction rénale altérée ;
- Comorbidité importante (présence d'autres pathologies comme l'hypertension, le diabète, antécédents d'infarctus, qui risqueraient de compliquer la chirurgie) ;
- Récidive locale au niveau du site chirurgical ou ailleurs après une néphrectomie partielle.

La radiofréquence peut également être utilisée pour traiter des métastases comme celles pouvant apparaître au niveau des glandes surrénales ou des poumons.

1 – c. Nouvelles techniques.

Celles-ci font appel à des voies **transcutanées** (qui se font à travers la peau) et concernent différentes méthodes :

- **Ultrasons focalisés de haute intensité** (HIFU pour *High Intensity Focused Ultrasound* en anglais) : c'est une technique utilisée aujourd'hui pour le cancer de la prostate.
- **Stéréotaxie** : traitement par rayons de haute précision grâce à la localisation très précise de la tumeur ; le cancer du rein n'est pas insensible à la radiothérapie, mais cette technique n'était pas utilisée jusqu'à présent, car il est difficile d'appliquer la radiation sur la tumeur sans abimer le rein. Mais grâce à la stéréotaxie et au *cyberknife* (« couteau cybernétique » en anglais, qui est un outil de radiation extrêmement performant sur une très petite surface), il est possible de condenser une zone de radiation très importante avec un faisceau qui tourne dans tous les sens sans irradier les tissus voisins. Un essai va prochainement être initié en France pour évaluer ce procédé par rapport à une technique de thermoablation pour le cancer du rein. Le promoteur est l'Association Française d'Urologie (AFU).
- **Thérapie photodynamique** : destruction de la tumeur grâce à un produit injecté dans le patient qui va se fixer sur les cellules cancéreuses et être ensuite activé par la lumière entraînant la destruction de la tumeur.
- **Thérapie sonodynamique** : procédé similaire au précédent mais où les ultrasons remplacent la lumière ce qui permet de pénétrer plus profondément dans le corps.
- **Nanoparticules.**
- **Micro-ondes.**

Ces techniques sont encore en expérimentation et ne seront vraisemblablement pas pleinement opérationnelles avant dix ans.

1 – d. Abstention / Surveillance.

Pour les patients concernés, le risque évolutif est suffisamment faible pour qu'ils décèdent d'autre chose. Ces patients restent sous surveillance et si la tumeur évolue, ils peuvent être opérés selon la décision de l'équipe médicale.

Le choix de la thérapie à appliquer pour une tumeur de moins de 4 cm se fait en considérant plusieurs critères liés :

- **au patient** (âge, état général, critères onco-gériatriques pour évaluer la situation d'une personne âgée) ;
- **au rein** (fonction rénale, importance de la graisse autour du rein) ;
- **à la tumeur** (taille, localisation, caractéristique, zone péri-tumorale) ;
- **au chirurgien** (expertise, conviction).

2 – Traitement des tumeurs localisées d'une taille supérieure à 4 cm.

Dans ce cas, le recours à la chirurgie est obligatoire. Des études avaient été mises en place pour savoir s'il serait possible de faire diminuer la taille de la tumeur avec un traitement antiangiogénique avant d'opérer (traitement dit néo-adjuvant) pour que l'intervention soit plus facile. Les résultats publiés récemment montrent globalement que ce n'est pas possible.

La laparoscopie est utilisée en premier recours. Les interventions à ventre ouvert (chirurgie dite ouverte ou « *open* ») restent réservées pour les très grosses tumeurs et celles qui sont localement avancées (par exemple lors d'envahissement de la veine cave).

3 – Néphrectomie en situation métastatique : où en est CARMENA ?

CARMENA est un essai randomisé de phase III pour évaluer la pertinence, chez des malades atteints d'un carcinome rénal à cellules claires d'emblée métastatique, d'un traitement antiangiogénique (en l'occurrence le Sunitinib 50 mg) associé ou non à une néphrectomie. L'étude, qui ne comprend actuellement que 332 patients sur les 576 requis, n'est pas terminée. On ne peut donc pas encore se prononcer. Une réponse est espérée d'ici 2 ans.

En conclusion,

Il faut retenir que :

Pour les **tumeurs inférieures à 4 cm**, la chirurgie conservatrice est de moins en moins invasive et paraît devoir laisser la place, sur le long terme, à de nouvelles techniques expérimentales prometteuses.

Pour les **tumeurs supérieures à 4 cm** la chirurgie demeure, pour l'instant, la référence.

Pour les **tumeurs métastatiques du rein**, on reste dans l'attente des résultats de l'étude CARMENA.

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 Pr 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.