

**Les questions du public suite aux présentations
du Pr Arnaud Méjean « Les techniques chirurgicales »
et du Dr Frédéric Deschamps « Les traitements loco-régionaux actuels et à venir »
7ème Rencontre A.R.Tu.R. le 8 avril 2013**

Depuis ma néphrectomie partielle par chirurgie ouverte, j'ai fréquemment des douleurs de type « point de côté » et plus récemment des douleurs dorsales, est-ce que la chirurgie peut être la cause de ces douleurs ?

Pr Méjean :

La lombotomie¹ est une intervention qui passe près d'un nerf important, le nerf intercostal. Les chirurgiens essayent de limiter au maximum les atteintes de ce nerf lors de l'intervention, mais ce n'est pas toujours possible, car il existe de nombreuses petites ramifications nerveuses de la taille d'un cheveu. Dans la majorité des cas, la douleur cesse au bout d'un certain temps avec la cicatrisation du nerf. Mais il persiste parfois un petit territoire d'hypoesthésie (diminution de la sensibilité).

Après une radiofréquence, certains patients ressentent des zones d'hyperesthésie (augmentation de la sensibilité lorsqu'on touche la peau), puis d'hypoesthésie au contact du point de pénétration. Une autre complication plus rare peut s'installer. Tous les patients devraient en être prévenus avant d'être opérés. Lorsque le muscle n'est plus innervé, il reste préservé, mais il ne se contracte plus et peut alors former une « boule » plutôt disgracieuse. Il faut bien comprendre qu'il ne s'agit pas d'une éviscération qui, elle, résulte d'un défaut de cicatrisation de la paroi abdominale après une intervention chirurgicale. Il s'agit bien ici du muscle qui forme une boule.

Lorsqu'il y a des douleurs suite à l'intervention, les patients adoptent parfois une posture et une démarche anormales, ce qui risque d'entraîner secondairement des pathologies rachidiennes. Mais la spondylarthrite² ne peut pas être une conséquence de la chirurgie du cancer du rein.

Avec ces techniques loco-régionales, la tumeur est détruite localement, ce qui empêche ensuite de réaliser une analyse de ce qui a été traité pour en connaître la nature, et donc de vérifier s'il s'agissait bien d'une tumeur ou d'une métastase du cancer du rein, ou encore de conserver du matériel en vue d'analyses futures. Est-ce qu'une biopsie est systématiquement réalisée avant la radiofréquence ou la cryoablation ?

Dr Deschamps :

Il est effectivement très important de réaliser une biopsie avant de détruire la tumeur, mais il est malheureusement regrettable qu'elle ne soit pas toujours effectuée.

Il est techniquement possible de pratiquer une biopsie au moment de l'intervention, juste avant celle-ci, car une aiguille à biopsie peut être introduite par le trocart (aiguille creuse) qui va être utilisé pour le traitement loco-régional. Mais si le résultat de la biopsie est négatif (c'est-à-dire, ne montre pas la présence de cellules tumorales), il ne restera plus de tissu pour refaire une analyse, car la radiofréquence ou la cryoablation réalisées aussitôt à la suite de la biopsie vont brûler la

¹ Voie d'abord chirurgicale de référence de la chirurgie du rein qui consiste à inciser la paroi abdominale postérieure obliquement, parallèlement aux dernières côtes

² Affection rhumatologique inflammatoire de la colonne vertébrale

tumeur. Cette façon de faire peut éventuellement se justifier pour une question de confort du patient, car elle permet de gagner du temps, surtout lorsqu'il est évident qu'il s'agit bien d'une récurrence.

L'idéal est de réaliser ce geste, pratiqué sous anesthésie locale, bien avant l'intervention et ensuite de faire le traitement dans un 2ème temps, une fois les résultats de la biopsie obtenus.

Pr Méjean :

Il est très important de réaliser systématiquement une biopsie avant une technique ablatrice. Pourtant une étude a montré que 30 % des tumeurs traitées par des techniques ablatrices n'ont pas eu de biopsie pré-thérapeutique.

A l'HEGP (Hôpital Européen Georges Pompidou), il n'est pas question de faire une radiofréquence s'il n'y a pas eu de biopsie auparavant. Après la biopsie, le dossier est revu et discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) afin de décider de la technique à utiliser.

Il faut bien comprendre que le traitement du cancer du rein ou de ses métastases par radiofréquence ou cryothérapie représente une alternative à la chirurgie qui reste le traitement de première intention et de référence des tumeurs du rein. Il est possible que dans le futur, ces techniques soient plus largement utilisées, mais, à l'heure actuelle, elles restent limitées à certaines indications qui sont à discuter en RCP.

La radiofréquence et la cryothérapie permettent parfois de traiter des tumeurs primaires chez des patients âgés, fragiles, qui ont des facteurs de comorbidité (présence d'un ou de plusieurs troubles en plus du cancer du rein, comme une pathologie cardiaque par exemple) qui rendent la chirurgie plus compliquée et risquée. Il est nécessaire, dans ce cas, de respecter les recommandations : biopsie préalable, étude du résultat, choix et confirmation du traitement.

Est-ce que les techniques loco-régionales (radiofréquence, cryoablation) représentent une bonne indication en cas de récurrence après une première chirurgie de tumeur du rein ?

Dr Deschamps :

Oui, mais tout dépend de la localisation de la tumeur, de sa taille, du délai de la récurrence par rapport à la chirurgie. Il s'agit d'une solution qui peut être envisagée pour les patients qui, ayant subi une néphrectomie, se retrouvent donc avec un rein unique et ont une récurrence sur l'autre rein.

Mais il ne faut pas vouloir à tout prix utiliser ces techniques si l'indication n'est pas bonne. Les tumeurs de petites tailles situées à la périphérie du rein représentent une bonne indication. Grâce à ces traitements locaux, les conséquences d'une chirurgie parfois extrêmement lourde et compliquée peuvent être évitées. Pour retirer un nodule d'1cm, les radiologues interventionnels vont traiter efficacement la tumeur en la « piquant » localement très précisément. Le patient est hospitalisé le mardi, traité le mercredi et peut sortir dès le lendemain. A l'inverse, si la tumeur est au milieu du rein ou si elle est plus grosse, l'équipe médicale doit choisir d'utiliser les techniques de référence qui ont déjà fait les preuves de leur efficacité.

Le choix de la technique est discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire afin de choisir la meilleure solution.

Est-ce qu'il est possible de traiter en même temps plusieurs tumeurs sur un même organe (par exemple le poumon) par radiofréquence ou cryoablation ?

Dr Deschamps :

C'est justement l'intérêt de ces techniques. Comme il sera possible de détruire des zones assez petites, des traitements multiples pourront se faire sur un même poumon. Par contre, le poumon représente un cas particulier. Une des complications possibles avec l'utilisation de ces techniques est le pneumothorax (le poumon peut se dégonfler comme quand on pique un ballon avec une aiguille), si bien que les chirurgiens n'opèrent jamais les 2 poumons en même temps.

Mais la question primordiale reste toujours celle de la bonne indication. S'il existe 4 ou 5 localisations secondaires, peut-être qu'un traitement local ne sera pas indiqué, mais qu'un contrôle plus global de la maladie (traitement médicamenteux par un antiangiogénique ou une chirurgie plus invasive) sera justifié. Ces traitements locaux permettent de traiter précisément un ou plusieurs nodules, mais pas les micrométastases qui ne seraient pas visibles sur l'imagerie.

Pr Méjean :

Les patients atteints de pathologies du rein récidivantes comme la maladie de Von Hippel-Lindau (VHL), ont un risque élevé de récurrence de tumeur sur le rein et d'autres localisations. Pour ces personnes, il est possible d'envisager un traitement par radiofréquence, sur plusieurs tumeurs, en même temps.

Qu'elles sont les indications et les contre-indications de la cryothérapie ? Est-il possible de traiter 2 localisations sur un rein unique ?

Dr Deschamps :

Il n'existe pas de contre-indications absolues liées au geste. La taille de l'aiguille est la même que celle utilisée pour une biopsie. Les contre-indications sont donc les mêmes que celles de la biopsie. Les troubles de l'hémostase (baisse de plaquettes, traitement anticoagulant) peuvent représenter une contre-indication, car ils risquent de favoriser des saignements pendant et après l'intervention. Il n'y a pas de contre-indication liée à l'anesthésie générale, car la cryothérapie peut être réalisée sous sédation consciente. Mais comme nous l'avons vu, il existe des bonnes et des mauvaises indications.

En 2012, j'ai été opéré d'une métastase située sur le rein restant par radiofréquence. Concernant la métastase située dans la loge de Baretty³, ni la chirurgie, ni la radiofréquence n'étaient envisageables. J'ai été orienté vers une autre solution qui n'a pas été abordée ici : le traitement par CyberKnife. Que pensez-vous de cette technique ?

Pr Méjean :

Le CyberKnife est une nouvelle technique de radiothérapie très intéressante. Il s'agit d'un système

³ La loge de Baretty est un espace virtuel du médiastin (la région de la cage thoracique située entre les deux poumons). Il s'agit d'une région qui est contrôlée sur les scanners afin de vérifier la présence ou non d'une adénopathie (ganglions de taille supérieure à la normale), car c'est l'un des premiers relais ganglionnaires infectés.

de radio chirurgie robotisée qui permet de traiter des tumeurs, cancéreuses ou non, dans tout le corps, notamment dans le cerveau, le rachis, le poumon, la prostate, le foie et le pancréas. Le traitement consiste à administrer sur la tumeur une dose élevée de rayons, sous forme de faisceaux avec une grande précision et sans risque de léser les organes voisins. Un appareil CyberKnife sera installé en 2014 à l'HEGP.

Cette technique donne la possibilité d'augmenter fortement l'effet local de la radiothérapie, ce qui va permettre d'envisager d'utiliser la radiothérapie sur des tumeurs qui n'étaient pas radiosensibles jusqu'à présent, comme c'était le cas avec les tumeurs du rein. Ces tumeurs ne sont pas sensibles à la radiothérapie classique, car le faisceau n'est pas assez puissant. Avec le CyberKnife, il est maintenant possible d'avoir un faisceau plus puissant et très ciblé. Mais il n'y a pas encore de preuves scientifiques pour confirmer son efficacité pour le traitement du cancer du rein ou de ses métastases.

Justement, je connais quelqu'un qui a été traité pour des tumeurs cérébrales et des tumeurs osseuses par le CyberKnife et d'autres techniques locales, ce qui a permis de contrôler la progression de son cancer du rein. Il semble que ces techniques permettent de compléter l'arsenal thérapeutique à disposition des spécialistes du cancer du rein, à côté des autres techniques de référence (chirurgie et traitement antiangiogéniques) pour contrôler l'évolution du cancer du rein.

Pr Méjean :

C'est une remarque très importante à laquelle s'intéressent en effet tous les spécialistes du cancer du rein. Il n'y a pas 1 traitement pour 1 patient, mais de nombreux facteurs doivent être pris en considération pour aboutir à un traitement à la carte.

Un patient peut être opéré de son cancer du rein, puis traité par des antiangiogéniques en cas de progression, pour permettre ensuite aux radiologues interventionnels de réaliser une radiofréquence (qui est sera alors plus efficace après que le traitement ait permis de diminuer la taille de la tumeur) ; le patient pourra ensuite reprendre ou non un traitement antiangiogénique, puis éventuellement envisager une chirurgie ou un autre traitement loco-régional, etc.

Il manque encore actuellement les preuves scientifiques de l'efficacité de cette combinaison de traitements sur l'évolution du cancer du rein. Mais je suis persuadé que l'avenir, c'est le traitement multimodal du cancer du rein.

Les travaux des chercheurs pourront peut-être un jour permettre de choisir un traitement et les combinaisons de traitements selon le profil de la tumeur du rein de tel patient.

Et c'est probablement ce qui sera déterminant dans notre stratégie thérapeutique dans les années à venir. Les chercheurs, les oncologues médicaux, les chirurgiens, les radiothérapeutes et les patients seront associés pour trouver la meilleure combinaison de traitements multimodaux.

Compte-rendu rédigé par Sylvie Maudry, bénévole de l'association A.R.Tu.R. 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.