

Le traitement local du cancer du rein

Pr Arnaud MÉJEAN, urologue, HEGP - Paris

Bernard Escudier introduit l'intervention de son confrère et ami Arnaud Méjean en annonçant que celui-ci présentera une communication importante au prochain congrès de l'ASCO (American Society of Clinical Oncology) qui se tiendra à Chicago du 1^{er} au 5 juin 2018.

L'urologue prend ensuite la parole. Il rappelle que lorsqu'un carcinome rénal est découvert, il correspond, dans 30% des cas, à un cancer métastatique. En d'autres termes, 70% des malades présentent une tumeur locale qu'il est généralement possible de traiter par chirurgie. C'est sur ce type de cancer localisé que le conférencier se propose d'axer ses propos. Il débute en attirant l'attention des auditeurs sur la variété des cas qui se présentent.

1 – Diversité des tumeurs rénales locales

Le professeur expose, à titre d'exemples, trois cas concrets qu'il a récemment traités.

1/3 – Un homme de 85 ans adressé pour un second avis, après la découverte d'une tumeur au rein droit, présentant de nombreux antécédents médicaux (dont une hypertension artérielle sévère) avec un IMC (Indice de Masse Corporelle – ou *Body Mass Index* en anglais – calculée selon la formule : $(\text{poids en kilo}) / (\text{taille exprimée en m})^2$) de 28,9 (donc en surpoids, puisque la corpulence normale se situe entre 18,5 et 25). Le malade souffre d'une légère insuffisance rénale avec un taux de créatinine (produit de la dégradation par les reins d'une protéine musculaire : la créatine) à 114 μM et une MDRD (*Modification of Diet in Renal Disease*, équation permettant d'estimer le débit de filtration glomérulaire à partir d'un taux de créatinine) à 55 ml/min.

Le premier avis préconisait une tumorectomie par robot.

Compte tenu de l'âge du patient et de ses antécédents, l'urologue n'a pas suivi cet avis. Il a opté pour un traitement médicamenteux avec un suivi régulier, par imagerie médicale, de la

tumeur. Depuis deux ans, celle-ci n'a pas évolué tandis que la fonction rénale demeure normale pour un octogénaire.

2/3 – Une femme de 88 ans adressée pour un second avis, après la découverte d'une tumeur au rein droit, présentant des antécédents cardiaques et de l'hypertension artérielle. Son IMC, calculée à 24,8, est correct. La fonction rénale est normale.

Le premier avis proposait une tumorectomie par robot.

Le chirurgien a procédé, par coelioscopie (introduction de petits instruments chirurgicaux par incisions sous contrôle d'une caméra vidéo intra-corporelle), à l'exérèse de la tumeur. La patiente est rentrée à son domicile deux jours après l'intervention.

3/3 – Un homme de 75 ans adressé pour un second avis, après la découverte d'une tumeur au rein gauche. Il souffre d'hypertension artérielle et son IMC de 32 signale une obésité modérée. La fonction rénale est normale.

Le premier avis proposait une tumorectomie par robot.

Arnaud Méjean effectue une biopsie qui révèle un oncocytome (tumeur bénigne). Il est donc inutile d'opérer, mais le patient est placé sous surveillance médicale. Depuis 3 ans, l'oncocytome n'a pas augmenté de volume confirmant ainsi l'inanité d'une intervention.

Ces trois cas soulignent combien l'urologue, avant d'intervenir chirurgicalement, doit prendre en considération le cas particulier de chaque malade qui ne saurait être réduit à sa seule tumeur. En effet, le malade a sa vie, son parcours, son histoire, ses angoisses, ses doutes et son état général. Autant d'éléments à pondérer avec la tumeur pour prendre la meilleure décision possible.

2 – Les trois étapes déterminant la prise de décision en urologie

Pour décider du traitement le plus efficace, l'urologue doit impérativement connaître l'état du patient :

- Âge,
- Sexe,
- IMC (indice de masse corporelle),
- Comorbidité (les éventuelles pathologies affectant le malade, hormis sa tumeur au rein),
- Traitements en cours,
- Évaluation précise de la fonction rénale.

Il convient également de connaître le plus précisément possible la tumeur :

- Taille,
- Localisation,
- Aspect,
- Rapports.

En fonction de tous ces éléments, l'urologue peut décider de recourir à une biopsie de la tumeur. C'est une première étape dans la décision médicale. Le résultat de cet examen peut conclure à :

- Une tumeur bénigne,
- Une tumeur maligne,
- Un examen ininterprétable.

Compte tenu du résultat de cette biopsie, on peut ou non envisager une néphrectomie partielle (NP). C'est la deuxième étape du processus, celle qui décide, le cas échéant, d'une intervention de l'urologue et de la forme qu'elle doit prendre.

Si l'urologue opte pour une NP, 3 modes opératoires s'offrent à lui :

1/3 – Une néphrectomie partielle « à ventre ouvert »,

2/3 – Une néphrectomie partielle laparoscopique,

3/3 – Une néphrectomie partielle robotique.

Si une NP n'est pas réalisable, en fonction de la taille de la tumeur plusieurs techniques sont possibles :

1/2 – Dans le cas d'une grosse tumeur, le chirurgien a le choix entre :

- a) Une néphrectomie totale laparoscopique (technique permettant de réduire la surface du champ opératoire),
- b) Une néphrectomie totale « à ventre ouvert ».

2/2 – Dans le cas d'une tumeur inférieure à 3 cm, l'urologue peut adopter une autre voie que la chirurgie :

- a) La RFA (technique utilisant la Radio Fréquence Ablative),
- b) La cryothérapie,
- c) La radiothérapie stéréotaxique (également connu sous le nom de CyberKnife).

Le choix du type d'intervention chirurgicale ou du recours à une technique alternative constitue la troisième étape de la prise en charge urologique.

Ainsi, en fonction de la tumeur dont l'analyse ne peut être dissociée de l'état général du patient, l'urologue peut recourir à une biopsie pour décider d'une intervention chirurgicale (qui peut revêtir plusieurs formes) ou d'un autre mode opératoire.

3 – Savoir choisir le bon protocole de soins.

Le conférencier développe les différentes étapes qu'il vient de présenter en soulignant, pour chacune d'elle, la méthode employée et ses avantages.

1/3 – Le recours à la biopsie apparaît nécessaire dans les cas où ses résultats influenceront la décision thérapeutique. Elle est effectuée sous le mode percutané (ponction à travers la peau au moyen d'une aiguille conduite sous contrôle radiologique). Cette méthode offre une bonne

performance diagnostique avec une faible morbidité et est régulièrement pratiquée sur des tumeurs confinées à l'intérieur du rein et supérieures à 7 cm.

2/3 – La néphrectomie partielle, souligne l'urologue, pour des résultats carcinologiques identiques à ceux de la néphrectomie élargie, préserve bien davantage que cette dernière la fonction rénale, avec beaucoup moins de complications postopératoires et donc une qualité de vie supérieure pour le malade. Ce mode opératoire doit donc être privilégié à chaque fois que cela est possible.

La néphrectomie partielle peut s'effectuer de trois manières différentes : « à ventre ouvert », par voie laparoscopique (de petits instruments, glissés à travers des incisions réduites, permettent de réduire la surface du champ opératoire) ou à l'aide d'un robot (lequel, dirigé par l'urologue, accroît la précision du geste chirurgical et le confort du chirurgien).

3/3 – Arnaud Méjean rappelle que la néphrectomie partielle n'est pas toujours envisageable. On doit dans certains cas recourir à une voie alternative à la chirurgie. C'est le cas, par exemple, pour des tumeurs inférieures à 3 cm, une contre-indication à la chirurgie ou des patients de plus de 75 ans avec des facteurs importants de comorbidités. On peut alors recourir à trois méthodes (dont deux font appel à une technique dite « thermo-ablative » qui tue les cellules malignes par la température) :

- a) La Radio Fréquence Ablative (RFA) permet de détruire les cellules cancéreuses dont la température est portée à plus de 60°C grâce à des ondes de radiofréquence comprises entre 300 et 500 kHz. L'instrument employé est une électrode monopolaire, bi ou multipolaire. Il s'agit d'une technique thermo-ablative par le chaud.
- b) La cryothérapie permet de congeler la masse tumorale en faisant descendre sa température à - 30°C en dessous de 0 grâce à des applicateurs multiples disposés à une distance de 10 à 15 mm les uns des autres et contrôlés en permanence par radiologie. Il s'agit d'une technique thermo-ablative par le froid.
- c) La radiothérapie stéréotaxique (ou CyberKnife) utilise également la radiofréquence, mais de manière beaucoup plus précise, grâce à une image en 3D et un robot capable de focaliser l'irradiation dans n'importe quelle direction de façon à bombarder uniquement la masse tumorale en épargnant les tissus sains.

Enfin, dans le cas d'un cancer du rein métastatique, nous rappelle l'urologue, le protocole est naturellement différent et beaucoup plus lourd. Une néphrectomie élargie (NE) est fréquemment envisagée avec, parfois, une ou plusieurs métastasectomies. Dans ce cas, le traitement systémique peut s'accompagner d'autres traitement péri-opératoires, néo-adjuvant (avant l'intervention chirurgicale) ou adjuvant (faisant suite à l'opération).

En conclusion,

Arnaud Méjean insiste sur l'extrême importance du protocole des soins à établir pour chaque patient avant de clore son intervention en remerciant les malades qui lui font confiance, le public qui l'a écouté, les Arturiens qui ont permis l'organisation de cette journée – la douzième depuis la création de l'association –, ses confrères appartenant aux nombreuses spécialités

médicales impliquées dans la cancérologie, les aides-soignants, les aidants. Enfin, le conférencier rappelle aussi le rôle des laboratoires pharmaceutiques, souvent décriés, mais qui restent des acteurs fondamentaux pour la recherche sans laquelle aucun progrès n'est possible.

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