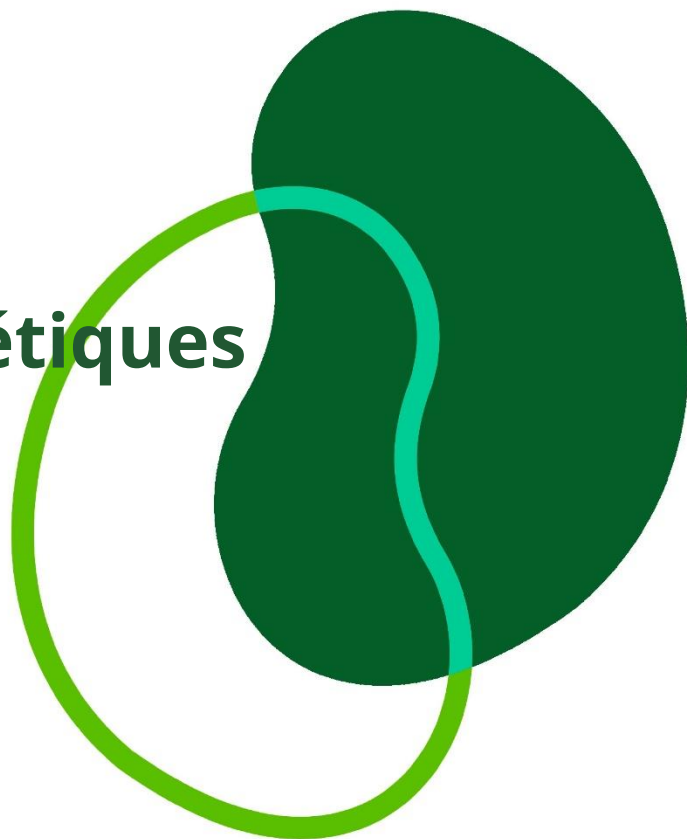


12^{ème} Rencontre Patients de l'Association A.R.Tu.R.

Jeudi 5 avril 2018
à l'Institut des Maladies Génétiques
IMAGINE





A.R.Tu.R.

*Association pour la Recherche
sur les Tumeurs du Rein*

Le traitement local du Cancer du Rein

Arnaud Méjean

12^{ème} Rencontre Patients de l'Association A.R.Tu.R.

- Mr AP, 85 ans, BMI = 28,9
- Adressée en 2^{ème} avis
- Proposition TRD robot
- Découverte fortuite tumeur du RD
- ATCD :
 - HTA sévère
 - Discarthrose lombaire
 - Hernie hiatale par glissement avec RGO
 - Embolie pulmonaire postopératoire 2007 (pancréas)
 - Diarrhées chroniques
 - Tumeur neuroendocrine pancréatique bien différenciée 2007: pancreatectomie subtotale gauche en 2007
 - Ulcère estomac en 2015
 - Dyslipidémie
 - Malaise vagal
 - Appendicectomie en 1978
 - Fissure anale en 1978 et 2003
 - Hernie hiatale en 2001
 - Pancreatectomie subtotale gauche en 2007 (Beaujon)
- Traitement : LOPERAMIDE, OMEPRAZOLE, COTAREG, TENORDATE, INSPRA, LYRICA
- Créat = 114 mM
- MDRD = 55 ml/min



TDM de 2016....

12^{ème} Rencontre Patients de l'Association A.R.Tu.R.

- Mme YY, 88 ans, BMI = 24,8
- Adressée en 2^{ème} avis
- Proposition TRD robot
- Tumeur du RD / PNA
- ATCD :
 - Triple pontage coronarien 2005
 - Cardiopathie ischémique
 - HTA
 - Asthme
 - greffes de cornée x3
- Traitements : Tareg, Amlor, Tahor, Kardegic, Aldactone, Cyclosporine collyre, Diméticone collyre, Visméd collyre, Tildiem, Zopiclone, Ventoline, Seretide, Omeprazole
- Scinti myocardique : FEVGF 57%, aspect d'ischémie myocardique d'effort apicale
- Creat = 64 mM
- MDRD = 83 ml/min



- NED coelio après BR
- Sortie J2
- Créat = 100, MDRD = 46
- Histo : CCC ISUP 3

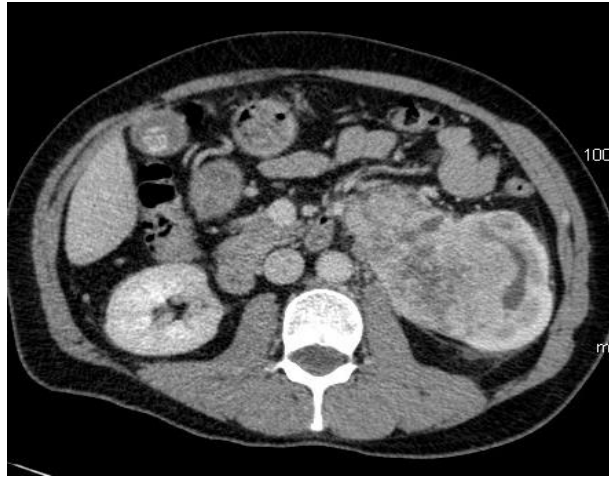
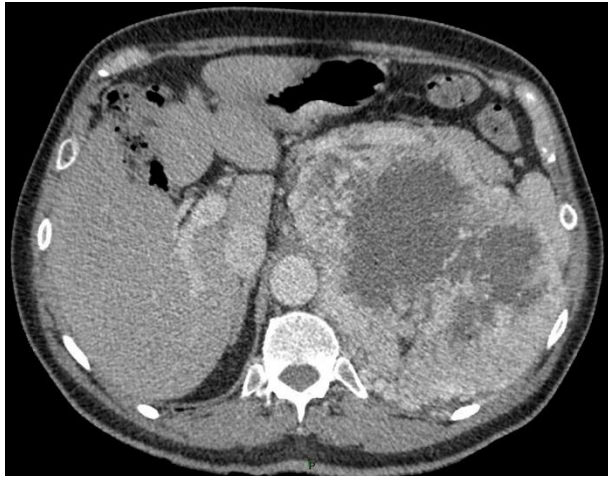
12^{ème} Rencontre Patients de l'Association A.R.Tu.R.

- Mr MR, 75 ans, BMI = 32
- Adressée en 2^{ème} avis
- Proposition TRG robot
- Découverte fortuite tumeur du RG / bilan SBAU
- ATCD :
 - HTA
 - DL
 - Cholecystectomie 2014
 - cure de HIG
- Traitement : Tahor, Amlor, Kardégic
- Creat = 77 mM
- MDRD = 89 ml/min



Biopsie : oncocytome
Surveillance depuis 3 ans sans aucune
augmentation de volume tumoral

Chaque patient a sa vie, son parcours, son histoire, ses angoisses, ses doutes, son état général et sa tumeur



Small Renal Masses Progressing to Metastases Under Active Surveillance

A Systematic Review and Pooled Analysis

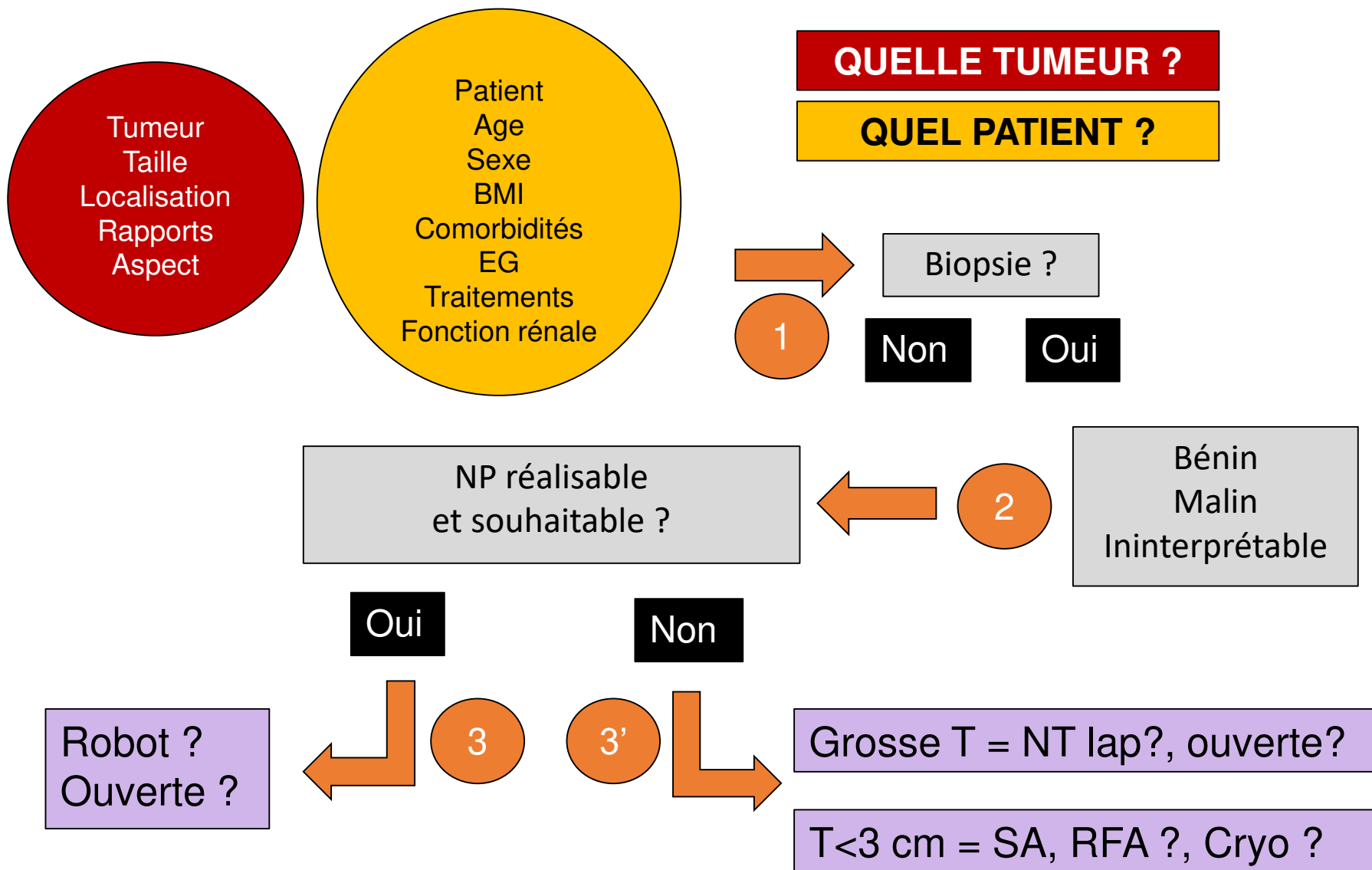
Marc C. Smaldone, MD¹; Alexander Kutikov, MD¹; Brian L. Egleston, MPP, PhD²; Daniel J. Canter, MD¹; Rosalia Viterbo, MD¹; David Y. T. Chen, MD¹; Michael A. Jewett, MD³; Richard E. Greenberg, MD¹; and Robert G. Uzzo, MD¹

Table 3. Comparison of Clinical and Cross-Sectional Imaging Characteristics in Patients who Did Not Progress to Metastasis (Pooled Cohort Series Data) and Patients who Demonstrated Evidence of Progression (Case Series Data) During Periods of Observation

Characteristic	Nonprogressors		Progressors		P
	No.	Mean±SD: Median (Range)	No.	Mean±SD: Median (Range)	
Age, y	230	66.6±12.3: 69 (35-88)	9	75.1±9.1: 78.0 (54.0-84.0)	.03
Initial MTD, cm	281	2.3±1.3: 2.0 (0.2-12.0)	16	4.3±2.1: 3.1 (2.0-8.8)	<.001
Initial ETV, cm ³	281	15.1±60.3: 4.3 (0.004-903.7)	16	66.3±100.0: 15.2 (4.3-363.0)	<.001
Final MTD, cm	249	3.0±1.6: 2.7 (0.9-15.0)	14	5.9±2.1: 5.9 (3.1-10.7)	<.001
Final ETV, cm ³	281	29.0±109.8: 10.3 (0.3-1765.1)	14	132.1±170.9: 87.9 (13.4-653.0)	<.001
Linear growth rate, cm/y	249	0.4±0.3: 0.25 (-1.4-2.47)	13	0.80±0.7: 0.65 (0.1-2.72)	<.001
Volumetric growth rate, cm ³ /y	281	6.2±27.5: 1.6 (-20.0-430.7)	14	27.1±24.9: 19.1 (4.8-84.4)	<.001
Time under AS, mo	281	33.3±22.6: 27.0 (5.3-156.0)	17	40.2±31.2: 29.0 (9.0-132.0)	.47

Abbreviations: AS, active surveillance; ETV, estimated tumor volume; MTD, maximum linear tumor dimension; SD, standard deviation.

12^{ème} Rencontre Patients de l'Association A.R.Tu.R.



Biopsie

Synthèse du niveau de preuve	Grade
La biopsie percutanée a une bonne performance diagnostique	2b
La biopsie percutanée a une faible morbidité	2b
La biopsie percutanée est plus performante que la cytoponction	3

Recommandations	Grade
Il est recommandé de faire une biopsie percutanée d'une tumeur du rein dans les situations où les résultats influenceront la décision thérapeutique	C

**Recommandations du CCAFU - Cancer du rein :
Actualisation 2016**

Pourquoi la néphrectomie partielle ?

- Résultats carcinologiques identiques / NE
- Résultats fonctionnels > NE

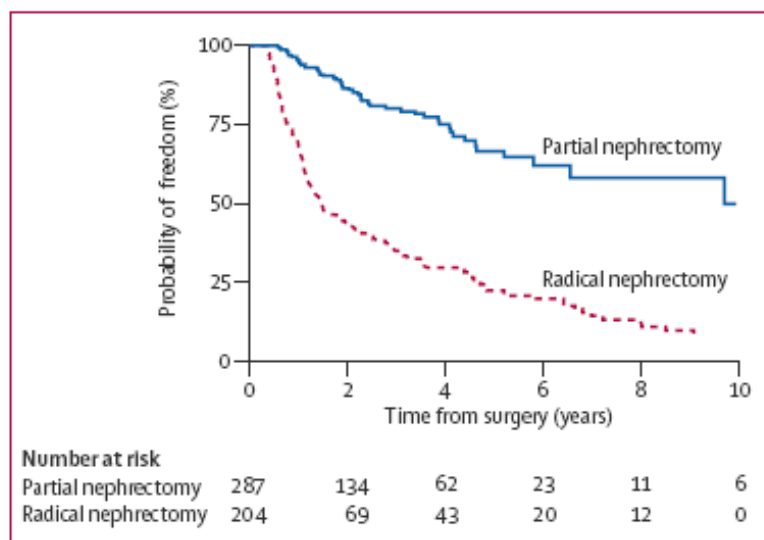


Figure 2: Probability of freedom from new onset of GFR lower than 60 mL/min per 1.72 m², by operation type

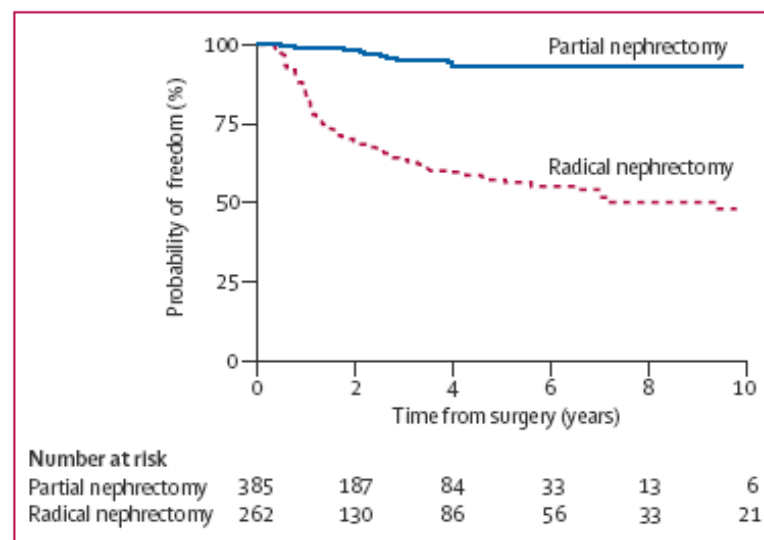
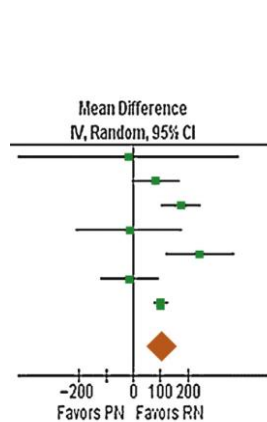


Figure 3: Probability of freedom from new onset of GFR lower than 45 mL/min per 1.72 m², by operation type

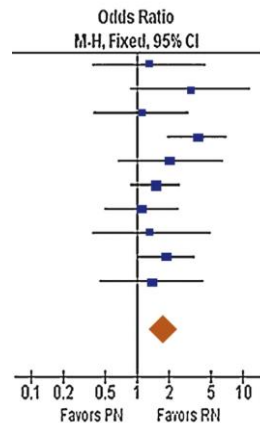
Huang et al, Lancet Oncol, 2006

Pourquoi la néphrectomie partielle ?

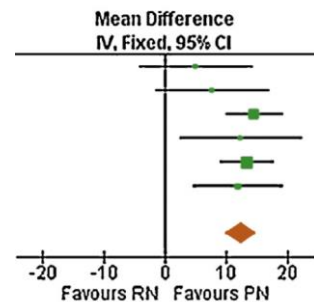
- Résultats carcinologiques identiques / NE
- Résultats fonctionnels > NE
- Comparaisons NE vs NP



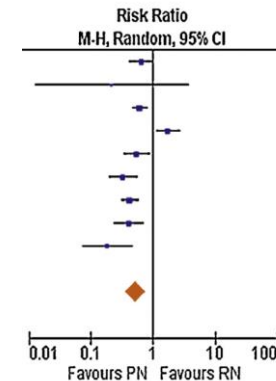
Estimated BL



Postop
complications



Postop
eGRF



Onset
CKD

Meta-analysis, 11204 pts (RN = 8620 vs PN = 2584),
Mir et al, 2017

Voies d'abord ?

- Voie ouverte (lombotomie, sous costale, médiane)
- Voie laparoscopique
- Voie robotique

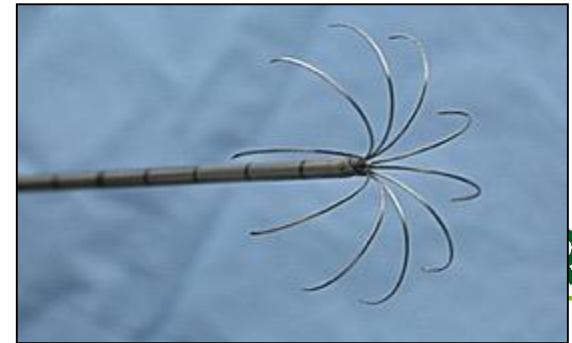


Alternatives à la chirurgie

- Techniques thermo-ablatives : RFA ou cryo
- Radiothérapie stéréotaxique ou cyberknife
- Indications :
 - Tumeurs < 3 cm
 - CI à la chirurgie
 - Patients > 75 ans comorbidités
- Avantages / Inconvénients

Radiofréquence

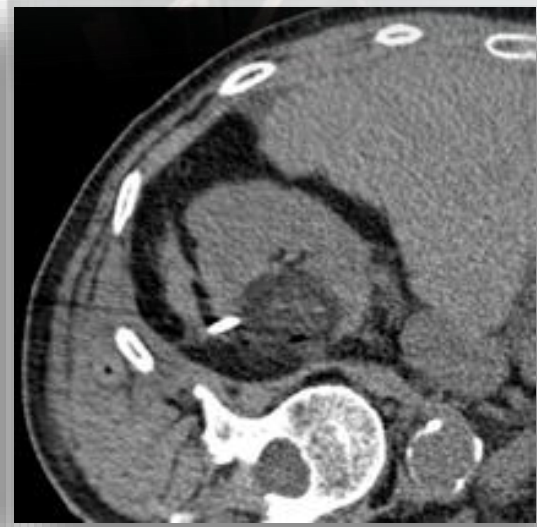
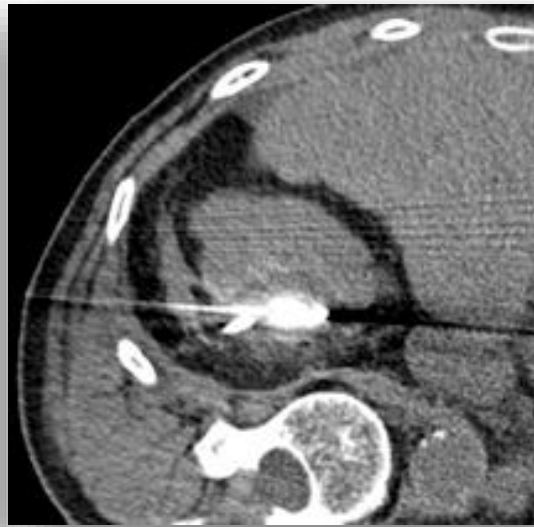
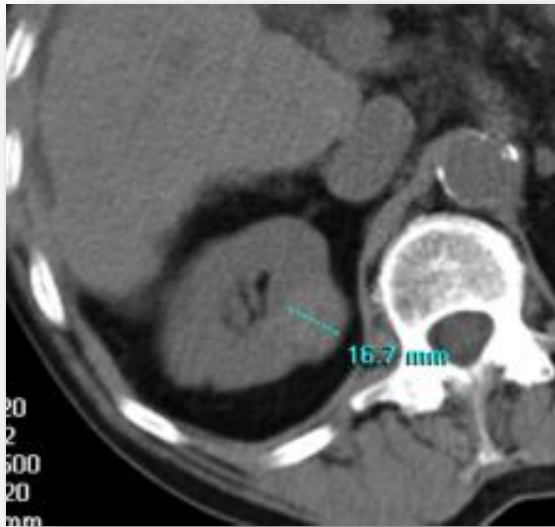
- Principe: ondes de radiofréquence (300-500 kHz)
- Augmentation de la température $> 60^{\circ}\text{C}$
- Systèmes :
 - monopolaire, bi et multipolaire
 - électrode refroidie (« cool-tip »), unique, triple (cluster) ou multiples (switch)
 - électrode « parapluie »



Cryothérapie

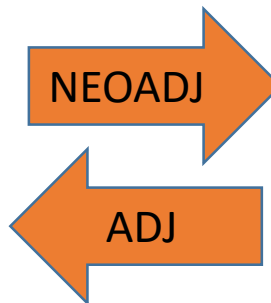
- Congélation tumorale $< -30^{\circ}\text{C}$ puis décongélation
- Déshydratation cellulaire, rupture membranaire, microthrombose retardée, ischémie et mort cellulaire
- Applicateurs multiples (contrôlés individuellement) placés à 10-15 mm les uns des autres
- Monitoring continu en imagerie => améliore le contrôle
- Marge de sécurité 5 mm
=> iceball

Cryothérapie



Cancer du rein métastatique

- Chirurgie : NE ou NP validée
- Métastasectomie
- Traitement systémique (TKI, IO, Combo)
- Traitement péri-opératoire (néoadjuvant ou adjuvant)



Et MERCI

- À tous les patients qui acceptent de participer aux études cliniques
- Aux chercheurs qui cherchent à comprendre les mécanismes d'action, de résistance aux traitements
- Aux soignants qui nous aident tous les jours: ARC, IRC etc.....et à nos secrétaires
- Aux labo pharmaceutiques