

CANCER DU REIN

INTRODUCTION :

- Le cancer du rein de l'adulte représente 2% de l'ensemble des cancers.
- C'est le 3ème cancer urologique après la prostate et la vessie. Son incidence est en nette augmentation. Il touche en moyenne deux fois plus l'homme que la femme (2H/1F).
- L'âge moyen lors du diagnostic est de 65 ans.
- Au moment du diagnostic, un patient sur cinq va présenter une extension métastatique de la maladie et 30% présentant une forme localisée auront une extension métastatique secondaire

FACTEURS DE RISQUE :

- Maladie héréditaire : maladie de VON HIPPEL LINDOU, maladie de BIRT-HOGG-DUBE, sclérose tubéreuse de BOUVERNEVILLE
- Hémodialyse risque x7
- Tabac ↑ 50% le risque
- Pollution

FORMES HISTOLOGIQUES :

- 1- Les carcinomes à cellules claires (75%) des tumeurs malignes, proviennent des cellules des TCP
- 2- Les tumeurs tubulo-papillaires (10 %), multiples et parfois bilatérales, plus fréquemment retrouvé chez les hémodialysés ; issues des TCD
- 3- Les carcinomes à cellules chromophobes (5%) ; issues des cellules intercalaires du TC
- 4- Les carcinomes de Bellini (1%)
- 5- Les carcinomes sarcomatoïdes 1%.

Le grade histologique le plus utilisé est le grade nucléaire de Furhmann qui va de 1 à 4.

Les facteurs pronostics des tumeurs rénales sont : le stade, le grade, le type histologique ; l'infiltration vasculaire, l'atteinte ganglionnaire et les métastases.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

*la découverte est fortuite dans 40 % des cas.

*** les signes urologiques** : révélateurs dans 42%

- L'hématurie : macroscopique totale et récidivante (20 %),
- Des douleurs lombaires à type de lombalgies ou de colique néphrétique (10 %) ;
- Une masse lombaire palpable dans 2% des cas.

***Des signes généraux**, révélateurs dans 10 % des cas.

Il s'agit d'une AEG avec asthénie, anorexie et amaigrissement.

***Un syndrome paranéoplasique** dans 5% des cas: une anémie ou une HTA (rénine-like), une fièvre au long cours, un syndrome inflammatoire inexpliqué, une polyglobulie (érythropoïétine- like), une hypercalcémie (PTH-like) ou un syndrome de Stauffer.

***Métastases** : pulmonaire, osseuse, ganglionnaire, hépatique, cérébrale, surrénalienne, rein controlatéral.

EXAMEN CLINIQUE :

Il est le plus souvent normal. On doit toutefois rechercher systématiquement une masse lombaire ou rétro péritonéale, des œdèmes des membres inférieurs, une varicocèle d'apparition récente, un ganglion sus claviculaire gauche, des métastases hépatiques, pulmonaires ou osseuses.

IMAGERIE

ECHOGRAPHIE :

Montre une masse solide généralement corticale. Elle permet le diagnostic différentiel avec les kystes(doppler couleur). Elle peut aussi montrer des métastases hépatiques.

TDM :

Examen de référence pour le diagnostic et le bilan d'extension.

Avant l'injection du produit de contraste, la densité du Kc du rein est voisine de celle du parenchyme (30-50 UH).

Après injection, il existe un rehaussement de densité (90-100 UH).

Au temps tardif, le cancer devient hypodense par rapport au parenchyme.

Le scanner peut montrer une atteinte de la graisse péri rénale, un envahissement des ganglions lombo aortiques, de la veine rénale ou de la VCI, et une atteinte des organes de voisinage

IRM :

Présente peu d'avantage par rapport au scanner. Sa meilleure indication reste l'envahissement vasculaire surtout de veine cave inférieure.

ARTERIOGRAPHIE :

Ne reste indiquée que si une cartographie vasculaire est jugée utile pour la chirurgie.

BILAN D'EXTENSION

- Le scanner thoracique
- Scintigraphie osseuse et scanner cérébral demandés en cas de signes d'appels.

BIOLOGIE

- Une mesure de VS ou de la CRP à la recherche d'un sd inflammatoire qui est un élément pronostic et qui peut servir au suivi post chirurgical.
- NFS mettra en évidence une polyglobulie ou une anémie.
- Dosage des phosphatases alcalines et des gammas GT à la recherche d'une atteinte hépatique.
- Dosage de la calcémie
- Dosage de la créatinine sanguine

CLASSIFICATION TNM 2002

T1 Tumeur inférieure ou égale à 7 cm limitée au rein. T1a Tumeur < ou = 4 cm ; T1b 4cm < T< ou=7 cm. T2 Tumeur supérieure à 7 cm limitée au rein. T3a Envahissement de la graisse péri rénale ou de la surrénale. T3b Envahissement de la V R ou de la veine cave sous diaphragmatique T3c Envahissement de la veine cave sus diaphragmatique. T4 Tumeur franchissant le fascia de Gerota.	N Ganglions régionaux Nx Non déterminé. No Pas de métastase ganglionnaire. N1 Métastase au niveau d'un gg unique. N2 Métastase au niveau de plusieurs gg M Métastase à distance Mx Non déterminé. Mo pas de métastase à distance. M1 Métastase à distance.
---	--

On discute les étiologies d'un gros rein :

- Angiomyolipome : le scanner donne le diagnostic de certitude ;
- Kystes du rein ;
- Polykystose rénale ;
- Hydronéphroses ;
- Suppuration du parenchyme rénal et de l'espace péri rénal ;
- Pyonéphrose.

TRAITEMENT : chirurgical

→ **Cancer du rein localisé (T1 T2)**

La néphrectomie totale élargie : Est le traitement de référence pour les tumeurs de plus de 7 cm ou les tumeurs de moins de 7 cm mais difficilement accessibles à une chirurgie partielle.

La néphrectomie partielle : repose sur l'exérèse de la lésion avec une marge de sécurité suffisante.

Indications

- La chirurgie conservatrice de nécessité :

- Cancer sur rein anatomiquement ou fonctionnellement unique ;
- Cancer rénal bilatéral ;
- Cancer rénal à caractère héréditaire.

- La chirurgie conservatrice de principe :

- Tm inférieure à 4 cm avec rein controlatéral normal

Place du trt ablatif

Une destruction in situ de tissu tumoral visible par : la radiofréquence, la cryothérapie, les ultrasons focalisés, la thermothérapie micro-onde et l'ablation laser

Avantages : procédure mini-invasif, épargne néphronique et complications moins fréquentes

Une épreuve histologique de la malignité de la lésion par Bx percutanée doit être réalisée avant la procédure

Indication :

- Les pttes tmrs corticales chez le patient âgé
- Patients avec comorbidités et risque chirurgical élevé
- Patient a risque génétique de développement de tmrs multiples
- Tmrs bilatérales
- Patients présentant un rein unique (fctel ou anatomique)

Contre indication absolues des traitements ablatifs a part les troubles sévères de la coagulation

→ **Cancer du rein localement avancé**

Ce sont les tumeurs non localisées et non métastatiques
Le traitement de référence est la néphrectomie élargie.

Traitements systémiques

1. Traitements ciblés

Par voie orale ou intraveineuse

- Empêcher les cellules de se multiplier
- Empêcher les vaisseaux de venir nourrir la cellule

2. immunothérapie

Stimuler les défenses immunitaires pour détruire les cellules cancéreuses

- Anticorps
- cytokines

Traitement des métastases :

- La chirurgie doit être pratiquée en cas de métastases uniques.
- La radiothérapie est indiquée à titre palliatif sur les métastases osseuses douloureuses.
- Traitements systémique

Suivi après l'intervention

- examen clinique
- TDM thoraco abdominal
- examen biologique

Suivi post-thérapeutique

Il est proposé à titre indicatif :

- Examen clinique
- TDM thoracoabdominale sans et avec injection (ou IRM sans injection si insuffisance rénale)
- Biologie : créatinémie (évaluation de la fonction rénale)

Forme localisée	Annuel pendant au moins 5 ans
Forme localement avancée	Tous les 6 mois pendant 3 ans Puis annuel pendant au moins 5 ans
Forme métastatique	Tous les 2 à 3 mois

Pour les tumeurs localisées ou localement avancées

Faible risque	A 6 mois, puis annuel pendant 5 ans, Puis tous les 2 ans
Risque intermédiaire	Semestriel pendant 3 ans, puis annuel pendant 2 ans, puis tous les 2 ans
Haut risque	Semestriel pendant 5 ans, puis annuel pendant 5 ans, puis tous les 2 ans