LE CANCER DU REIN

DR SOUDANI Mehdi

I- Introduction et épidémiologie :

- 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.
- L'incidence: 14cas/100000 pour les hommes et 5.8 cas/100000 pour les femmes.
- l'homme est deux fois plus concerné que la femme (2H/1F).
- L'âge moyen lors du diagnostic est de 65 ans.
- 30% des patients sont au stade métastatique au moment du diagnostic et un tiers des patients subissant une néphrectomie pour une tumeur confinée au rein développent des métastases au cours du suivi.
- Le développement des thérapies ciblées a permis d'améliorer le pronostic des formes métastatiques.

II- Facteurs de risque :

- Le tabagisme.
- L'obésité.
- HTA.
- L'insuffisance rénale chronique et le sujet transplanté : le risque est 10 fois plus important que dans la population générale.
- Le facteur héréditaire : Maladie de von Hippel-Lindau (VHL), syndrome de Birt-Hogg-Dubé …

III- Anatomopathologie :

90% des tumeurs rénales sont des carcinomes à cellule rénale.

Les CCR sont des tumeurs malignes développés à partir de structures épithéliales tubulaires matures.

Les facteurs pronostics des tumeurs rénales sont :

Le stade, le grade, le type histologique, l'infiltration vasculaire, l'atteinte ganglionnaire et les métastases.

- Quatre types de CCR:

- Les carcinomes à cellules claires (75%) des tumeurs malignes.

- Les tumeurs tubulo-papillaires (10%), multiples et parfois bilatérales, plus fréquemment retrouvé chez les hémodialysés.

-Les carcinomes à cellules chromophobes (5%).

- Les carcinomes de Bellini (1%): les plus agressives, fréquemment métastatique au moment du diagnostic.

Les autres: oncocytome, angiomyolipome, PNET, adénome métanephrique ….

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

La stadification pTNM(2009) :

Tx Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive

T0 Pas de signe de tumeur primitive

T1 Tumeur intrarénale ≤ 7 cm dans son plus grand diamètre

- T1a Tumeur ≤ 4 cm

- T1b Tumeur > 4 cm et ≤ 7cm

T2 Tumeur intrarénale > 7 cm dans son plus grand diamètre, limitée au rein

- T2a Tumeur > 7 cm et ≤ 10 cm

- T2b Tumeur > 10 cm, limitée au rein

T3 Tumeur étendue aux veines majeures ou aux tissus périrénaux mais sans envahissement de la glande surrénale ipsilatérale ni dépassement du fascia de Gérota.

- T3a Tumeur macroscopiquement étendue à la veine rénale ou à ses branches segmentaires ou tumeur envahissant la graisse péri rénale et/ou le tissu adipeux du sinus rénal (hile rénal) mais sans dépassement du fascia de Gérota.

- T3b Tumeur macroscopiquement étendue à la veine cave au-dessous du diaphragme

- T3c Tumeur macroscopiquement étendue à la veine cave au-dessus du diaphragme ou envahissant la paroi de la veine cave

T4 Tumeur étendue au-delà du fascia de Gérota (y compris l'extension par contiguïté à la glande surrénale ipsilatérale)

Nx Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques

N0 Pas d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux

N1 Atteinte d'un seul ganglion lymphatique régional

N2 Atteinte de plus d'un ganglion lymphatique régional

Mx Renseignements insuffisants pour classer les métastase

M0 Pas de métastases à distance

M1 Métastases à distance

IV- La clinique :

- Mode de découverte :

• **Fortuite 60% :+++**

Echographie / scanner

• Hématurie macroscopique :

Indolore, spontanée, récidivante, totale

• Douleur du flanc

• Palpation d'une masse

• AEG, polyglobulie, phlébite, OMI…

- 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 (érythropoïétinelike), une hypercalcémie (PTH-like) ou un syndrome de Stauffer.
- 25% à 30% des patients sont aux stades métastatiques d'embléeau moment du diagnostic: pulmonaire, osseuse, ganglionnaire, hépatique, cérébrale, surrénalienne, rein controlatéral.

V- IMAGERIE:

- **ECHOGRAPHIE**

montre une masse solide généralement corticale. Elle permet le diagnostic différentiel avec les kystes. Elle peut aussi montrer des métastases hépatiques.

- **TDM abdomino-pelvienne :**
- Examen essentiel pour le diagnostic et le bilan d'extension.
- Avant l'injection du produit de contraste, la densité du cancer du rein est voisine de celle du parenchyme (30-50 UH).
- Apres 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 :**
- IRM présente peu d'avantage par rapport au scanner. Sa meilleur indication reste l'envahissement vasculaire surtout de veine cave inférieureet les petites masses tumorales.

VI- LE BILAN D'EXTENTION :

Le scanner thoracique est obligatoire.

Scintigraphie osseuse et scanner cérébral sont demandés en cas de signes d'appels.

VII- Traitement :

Traitement chirurgical est le traitement de référence par laparotomie ou laparoscopie

1- 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 sue l'exérèse de la lésion avec une marge de sécurité suffisante dont les indications sont :
- 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 inferieure à 4 cm avec rein controlatéral normal.

Méthodes destructives
Radiofréquence, Cryothérapie.

2- Cancer du rein localement avancé

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

3- Cancer du rein métastatique :

La néphrectomie totale élargie est indiquée quand l'état général du patient le permet.

La chirurgie des métastases est indiquée en cas de métastase unique.

La radiothérapie est indiquée uniquement à titre palliatif.

La thérapie ciblée constitue le traitement médical systémique des cancers du rein métastatique.

4- La surveillance :

Basée sur :

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