Cancer du rein

Qui opérer ? Quand opérer ?

Pr Arnaud MÉJEAN, chef de service de chirurgie, d'urologie,
d'onco-urologie et de transplantation
à l'Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP)
Professeur des Universités

Après une brève présentation humoristique de l'animateur, le conférencier souligne d'entrée de jeu que la question — en urologie — d'opérer ou non un carcinome rénal n'a désormais plus rien de paradoxal. Si autrefois, elle ne se posait guère, tant la chirurgie semblait évidente, tel n'est plus le cas aujourd'hui.

Désormais, compte tenu des récentes avancées médicales, le chirurgien se pose chaque jour, avec une acuité croissante, une double question : quel patient opérer, et à quel moment ?

1/ Typologie des tumeurs rénales selon les critères TNM.

Les cancers du rein, rappelle l'urologue, sont répartis selon la classification **TNM**[1], fondée sur trois critères :

1 – **T** désigne la taille de la tumeur et comprend quatre sous-catégories : tumeur inférieure à 7 cm (T1), comprise entre 7 et 10 cm (T2), s'étendant dans la veine rénale ou la veine cave (T3), ou envahissant les tissus périrénaux (T4) ;

2 – **N** indique l'atteinte ganglionnaire (présence d'un ou plusieurs ganglions envahis), de taille variable et parfois de nature inflammatoire ;

3 – **M** signale la présence d'une ou plusieurs métastases à distance de la tumeur initiale.

Arnaud Méjean indique qu'après une évaluation aussi précise que possible de la nature de la tumeur et de son extension, il convient d'établir un bilan de l'état de santé général du patient, lequel peut considérablement varier d'un individu à l'autre pour une même pathologie.

[1] Il s'agit d'un sigle médical international pour« **T**umour » (**tumeur** en anglais), « **N**ode » (**ganglion** en anglais) et « **Metastasis** » (**métastase** en anglais). Cette classification s'applique à tous les types de cancer dans le monde entier.

2/ Le Bilan.

Ce bilan comprend nécessairement les examens suivants :

1 – Une imagerie par **tomodensitométrie**[2] afin d'explorer le rein et le thorax ;

2 – Un examen clinique visant à recueillir les antécédents médicaux et les traitements en cours ;

3 – Une évaluation de la fonction rénale notamment par le calcul du **DFG**[3] qui constitue actuellement l'élément central du bilan biologique, en l'absence de marqueur spécifique et fiable du carcinome rénal ;

Ce bilan indispensable peut, selon les cas, nécessiter des investigations complémentaires : **IRM**[4] du rein, voire des os, du foie ou du cerveau, ainsi qu'une biopsie tumorale. Cet examen — utile pour orienter la stratégie chirurgicale — est de plus en plus pratiqué, notamment chez les patients jeunes.

Le professeur insiste sur la rigueur de ce bilan, compte tenu du rôle essentiel des reins dans la régulation de fonctions vitales, telles que la pression artérielle, et de leur caractère indispensable à la vie.

3/ Prise de décision pour le carcinome rénal le plus fréquent : de la RCP au PPS.

Le conférencier précise qu'il concentrera son propos sur le carcinome à cellules rénales le plus fréquent, à savoir le **C**arcinome à **C**ellules **C**laires **(CCR)**, qui représente environ 75 % des cas.

Une fois le bilan établi, il est examiné en **R**éunion de **C**oncertation **P**luridisciplinaire **(RCP),** réunissant les différents spécialistes concernés (oncologue, radiologue, urologue, anatomopathologiste, etc.), afin d'élaborer un **P**lan **P**ersonnalisé de **S**oins **(PPS)**.

Ce **PPS** fait ensuite l'objet d'un entretien individuel avec le patient, permettant un échange approfondi sur la maladie et ses modalités de prise en charge, en tenant compte de son état de santé et des données acquises de la science.

La stratégie thérapeutique — médicale et/ou chirurgicale — est alors définie en fonction de la taille et de la nature de la tumeur.

---

[2] L'examen par la tomodensitométrie (**TDM** synonyme **scanner)** est un examen d'imagerie assisté par ordinateur fournissant des clichés radiographiques d'organes très précis en trois dimensions.

[3] Le **D**ébit de **F**iltration **G**lomérulaire correspond au volume de liquide filtré par le rein en un temps donné. Sa valeur permet de quantifier l'activité rénale. Pour un individu (de type caucasien) un **DFG** supérieur à 90 est considéré comme normal. On parle d'insuffisance rénale à partir d'une valeur inférieure à 60. Pour interpréter correctement ce débit, il faut tenir compte de l'âge et de l'état général du patient.

[4] L'**I**magerie par **R**ésonance **M**agnétique **(IRM)** est obtenue par appareil radiologique équipé d'un gros aimant qui émet émettant des ondes électromagnétiques. Pour l'examen des tissus mous, les images offrent un meilleur contraste que lors des scanners.

4/ Le cas des tumeurs localisées.

Quatre situations sont distinguées :

- **Tumeurs inférieures à 2 cm :** une surveillance active par imagerie (tous les 3 à 6 mois) est privilégiée. En cas de doute, un traitement non invasif par thermo-ablation peut être proposé. La chirurgie reste exceptionnelle. Ces petites lésions sont rarement agressives et ne constituent généralement pas une urgence.

- **Tumeurs de 2 à 4 cm** : le risque métastatique apparaît. Une tumorectomie est souvent envisagée en première intention. La thermo-ablation reste une option, mais ne permet pas toujours une analyse histologique complète. Les progrès de la chirurgie robot-assistée ont considérablement amélioré la prise en charge.

- **Tumeurs de 4 à 7 cm** : une intervention chirurgicale est nécessaire, idéalement dans un délai de 6 à 8 semaines. En cas de tumeur agressive ou d'extension locale, une néphrectomie totale peut s'imposer. Le conférencier (également spécialisé dans les greffes rénales) rappelle qu'une vie normale est possible avec un seul rein fonctionnel. Il évoque à ce titre le cas récent d'un patient atteint d'un CCR agressif qui, effrayé par l'intervention proposée, avait choisi de suivre un autre avis. Revenu quelques mois plus tard, son état s'était entre-temps nettement aggravé.

- **Tumeurs de 7 à 10 cm** : la néphrectomie totale est généralement indiquée dans les mêmes délais. Si la chirurgie robot-assistée est parfois possible, une chirurgie ouverte peut être préférable pour des raisons de sécurité oncologique.

5/ Le cas des tumeurs localement avancées.

Il s'agit de tumeurs s'étendant au-delà du rein (stade T3a), pouvant envahir les organes voisins ou la **veine rénale[5],** voire la **veine cave[6]**, sous forme de **thrombus[7]**.

Si la chirurgie est réalisable, elle doit être effectuée rapidement (4 à 6 semaines), avec une imagerie actualisée dans les 48 heures précédant l'intervention. Un traitement adjuvant est généralement proposé après l'analyse de la pièce opératoire afin de réduire le risque métastatique.
Pour les stades plus avancés (T3b/c, T4 ou N1), bien que l'on ne parle pas encore formellement de cancer métastatique, le pronostic est comparable à celui de certaines formes métastatiques.

La décision d'une opération chirurgicale repose alors sur trois critères :

1 – L'intervention est-elle faisable ?
2 – Est-elle sûre ?
3 – Est-elle efficace ?

Si ces conditions sont réunies, la chirurgie peut être envisagée dans des centres spécialisés (où, outre l'urologie, les autres spécialités chirurgicales sont pratiquées).

---

[5] Chaque rein possède une telle veine transporte le sang du rein et de l'uretère vers une grosse veine ramenant le sang du bas du corps vers le cœur : la veine cave.

[6] Il existe deux veines caves. La veine cave supérieure qui draine le sang de la partie supérieure du corps vers le cœur et la veine cave inférieure qui ramène le sang de la partie inférieure du corps vers le cœur. Les reins sont reliés à la veine cave inférieure.

[7] Caillot sanguin.

Dans le cas contraire, un traitement néoadjuvant – même hors du cadre de l'**AMM**[8] – peut être proposé afin de réduire le volume tumoral et de rendre la chirurgie secondairement possible. Cette stratégie implique une étroite collaboration entre oncologue et urologue.

Le conférencier illustre son propos par deux cas cliniques, dont celui d'une patiente de 78 ans prise en charge par le professeur Stéphane Oudard, ayant bénéficié d'un traitement néoadjuvant permettant une réduction significative de la tumeur avant chirurgie. Cette femme présentait une tumeur de 12 cm avec un caillot.

Un autre cas concernait un malade de 39 ans atteint un CCR à cellules claires avec une tumeur de 14 cm localement avancée avec des extensions à la rate, aux surrénales et au pancréas. La première proposition thérapeutique concernait une chirurgie compliquée, lourde et douloureuse avec une néphrectomie totale et une **spléno-pancréatectomie caudale**[9] par incision ouverte sous-costale. L'homme a finalement été traité durant onze mois, par une association de pembrolizumab et de lenvatinib. Ce traitement, ayant abouti à une réponse tumorale majeure a permis une chirurgie secondaire avec disparition complète de la tumeur à l'analyse de la pièce opératoire.

L'urologue estime que l'avenir réside dans l'identification de marqueurs fiables qui pourraient, à terme, rendre certaines chirurgies inutiles.

6/ Le cas des tumeurs métastatiques.

Dans ces situations, les traitements médicaux actuels permettent une réduction moyenne de 30 % de la tumeur primitive et jusqu'à 70 % des métastases.

Deux situations sont distinguées :

- **Patient en bon état général avec risque favorable ou intermédiaire faible** : une chirurgie d'emblée peut être envisagée, suivie éventuellement d'un traitement ciblé des métastases ;
- **Patient fragile ou à haut risque** : un traitement systémique est privilégié en première intention, la chirurgie étant envisagée secondairement si l'état du patient le permet.

7/ Conclusion.

Le professeur termine son intervention en soulignant que la prise en charge du cancer rénal repose désormais sur une approche personnalisée et multidisciplinaire. Chaque situation clinique constitue un « puzzle » dont les pièces doivent être agencées avec précision, en tenant compte du patient, de la tumeur et de son extension éventuelle.

Il insiste sur le fait que la chirurgie peut aujourd'hui s'inscrire dans une stratégie globale, parfois comme traitement adjuvant ou intermédiaire entre deux phases thérapeutiques.

Enfin, la conférence s'achève sous les applaudissements. Elle est suivie par une séance de questions-réponses, à laquelle Arnaud Méjean se prête avec pédagogie et bonne humeur, avant de conclure :

« Donc, faites-vous opérer au bon moment ! »

---

[8] **A**utorisation de **M**ise sur le **M**arché.

[9] La **SPC** consiste en la double ablation chirurgicale de la **queue du pancréas** et de la **rate**.

Questions / Réponses

L'indicateur en italique renvoie, sur la vidéo, à l'instant où est posée la question.

- Vous avez parlé de « PET Scan » mais je croyais que ce n'était pas possible ?
  Question à 27' 09" (réponse du professeur Méjean)

- Est-ce que l'on fait beaucoup de progrès et de recherches sur le traitement des métastases par cryothérapie et thermothérapie ?
  Question à 28' 21" (réponses du professeur Méjean et du docteur Escudier)

- Selon ce que vous avez dit, tout patient se verrait proposer une RPC suivie d'un PPS. Pourtant tel n'a pas été le cas pour mon épouse, il y a une dizaine d'année…
  Question à 31' 14" (réponses du professeur Méjean et du docteur Escudier)

- On m'a découvert une tumeur de 6 cm. J'ai passé une scintigraphie puis on m'a retiré le rein. J'ai été suivi à l'hôpital Foch pendant 20 ans. Maintenant on vient de me découvrir des métastases au pancréas. Comment est-ce possible pourquoi ne les a-t-on pas décelées avant ?
  Question à 32' 54" (réponse du professeur Méjean)

- À partir de quelle taille de tumeur conseillez-vous le recours au traitement néoadjuvant ?
  Intervention à 36' 09" (réponse du professeur Méjean)

- J'ai deux questions. J'ai subi une néphrectomie mais on a laissé en place les glandes surrénales. N'y a-t-il pas un risque de diffusion de cellules cancéreuses sur ces glandes ? Lorsque vous effectuez une néphrectomie, vous pouvez toucher d'autres organes. N'existe-t-il pas alors un danger de diffuser des métastases ailleurs ?
  Question à 37' 00" (réponse du professeur Méjean avec une remarque humoristique du docteur Escudier)

- Vous avez parlé des greffes de rein. Je voulais savoir si vous faites des greffes si les deux reins sont touchés ?
  Question à 40' 46" (réponse du professeur Méjean)

Compte rendu rédigé par Emmanuel de Brye, bénévole de l'association A.R.Tu.R, avec une relecture par ChatGPT. Ce compte-rendu a été relu et validé par le professeur Arnaud Méjean. 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.