

CANCER DU REIN

Introduction

Troisième des cancers urologiques (7500 nouveaux cas par an en France), il est certes dix fois moins fréquent que celui de la prostate mais sa gravité potentielle impose un diagnostic et un traitement aussi précoce que possible. Le ratio est de deux hommes pour une femme. Il se situe au huitième rang des cancers, tous organes confondus. Sa fréquence est en augmentation constante, probablement du fait de l'exposition à certains toxiques (tabac, métaux lourds, mode de vie, hypertension artérielle, obésité). L'âge moyen du diagnostic se situe vers la soixantaine.

Certaines formes rares sont familiales, touchent plus fréquemment les deux reins et sont d'apparition plus précoces.

Dans la grande majorité des cas, il s'agit de ce que l'on appelle un carcinome à cellules claires (3/4 des cas) et plus rarement de nature tubulo-papillaire (10% des cas). D'autres formes plus rares ne seront pas abordées ici (enfant, métastases,...).

A part, le cas de l'oncocytome qui est une tumeur dite à malignité atténuée, pour laquelle un traitement conservateur est le plus souvent envisagé voire une simple surveillance par imagerie.

Signes d'apparition

Souvent, de nos jours, c'est une découverte à l'occasion d'un examen radiologique (échographie, scanner) demandé pour une autre cause que l'on découvre le cancer du rein (60% des cas-Rapport HAS 2010:Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique Cancer du rein de l'adulte).

Cependant, si le cancer est plus évolué, il peut se révéler par la triade classique : **douleur lombaire-hématurie (sang dans les urines) - palpation d'une tumeur.**

L'hématurie signe la pénétration de la tumeur dans les voies excrétrices qui évacuent les urines. Elle s'accompagne parfois de caillots dont l'évacuation peut être source de douleurs.

Les douleurs peuvent également être dues à des phénomènes de nécrose ou d'hémorragie intra tumorales.

Il est cependant rare actuellement que la tumeur soit devenue si volumineuse pour qu'elle soit palpable par le patient lui-même ou lors de l'examen clinique du médecin. L'on parle alors de contact lombaire et de ballotement rénal.

De même, l'apparition d'une dilatation des veines du scrotum (notamment à gauche), appelée varicocèle, doit faire systématiquement rechercher une tumeur du rein homolatéral chez l'adulte. D'autres tableaux peuvent se constituer, telle une fièvre au long cours, une anémie inexpiquée, ou au contraire une polyglobulie, toutes manifestations qui disparaissent avec le traitement de la tumeur, mais qui peuvent réapparaître en cas de récurrence locale ou de métastases.

Comment arrive-t-on au diagnostic ?

Comme il a été dit plus haut, la découverte est le plus souvent fortuite, par échographie qui retrouve une masse pleine du rein dont elle déforme les contours. Ceci a comme principal intérêt de découvrir ces tumeurs du rein à un stade précoce où elles sont le plus souvent curables par un traitement conservateur.

L'étape suivante, indispensable sera la réalisation d'un scanner avec injection qui précisera au mieux le degré d'extension de la tumeur.

Dans certains cas, somme toute assez rares, l'on s'aidera d'une biopsie percutanée guidée par le scanner de la masse rénale pour en affirmer la nature maligne. C'est le cas des petites tumeurs qui n'ont pas toutes les caractéristiques de la malignité (masse pleine dont la densité se rehausse après injection de produit de contraste).

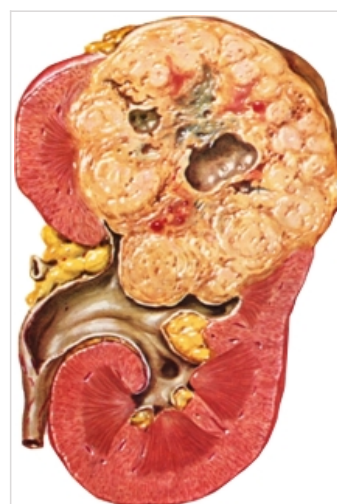
Il existe un cas particuliers qui pose souvent des problèmes diagnostiques, c'est celui des kystes du rein. Dans leur très grande majorité, les kystes sont parfaitement bénins et ne doivent faire l'objet d'aucun traitement. Mais, dans certains cas, il existe des cancers du rein qui peuvent prendre une forme kystique. Pour aider le diagnostic, le meilleur examen est alors probablement l'IRM (imagerie par résonance nucléaire), qui fera au mieux la part des choses avant de prendre une décision.

Quel bilan fait-on ?

C'est essentiellement le scanner thoraco-abdomino-pelvien qui fait au mieux le bilan de la tumeur et de son extension tant locorégionale qu'à distance. Dans certains cas, l'IRM apporte un complément d'information important surtout quant à l'appréciation de l'extension de la tumeur vers les vaisseaux du rein (évaluation d'un thrombus dans la veine rénale et la veine cave inférieure).



Cancer pole supérieur rein gauche (Cliquez sur l'image pour l'agrandir)



Le scanner va également rechercher les ganglions satellites de la tumeur (le long des gros vaisseaux abdominaux), l'extension éventuelle aux organes de voisinage (encore que celle-ci soit souvent surestimée). Enfin, compte tenu du recours fréquent à la coelio-chirurgie, le scanner va aider à évaluer l'anatomie précise des vaisseaux du rein, ce qui conditionne la tactique chirurgicale.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier d'étudier le rein controlatéral, s'assurer de sa présence et de son intégrité.

Plus rarement, l'on sera amené à demander une scintigraphie osseuse à la recherche de métastases, surtout en cas de signes cliniques d'appel ou de désordre métaboliques inexpliqués.

Enfin, il faut faire une évaluation de l'état général du patient et de son opérabilité.

Le traitement

Traitement des formes localisées

Il est avant tout chirurgical. C'est l'exérèse complète de la tumeur et/ou du rein qui doit guérir le patient.

L'intervention la plus classique est la **néphrectomie élargie** qui consiste à retirer le rein en totalité avec la graisse et les ganglions qui l'entourent (et parfois la glande surrénale, surtout dans les tumeurs du pôle supérieur). Elle est maintenant souvent pratiquée sous **coelioscopie** (voir chirurgie par coelioscopie) (voir: Coelochirurgie: le point de vue de l'anesthésiste.). Elle reste réservée aux tumeurs de plus de 4 cm. Elle reste indiquée même si il existe une dissémination à distance, dans un but de réduction du volume tumoral (« volume cible »), avant traitement complémentaire.

La **néphrectomie partielle** peut se discuter pour les petites tumeurs de moins de 4 cm à condition de faire une exérèse satisfaisant tant au plan carcinologique que technique. Elle présente comme principal intérêt de préserver une partie du rein et donc de minimiser les risques d'insuffisance rénale ultérieure.

Elle est cependant le plus souvent obligatoire en cas de cancer sur rein unique.

Elle peut également être menée dans certains cas sous **coelioscopie**. Cependant une petite tumeur, si elle est mal placée (hile du rein, contact avec les vaisseaux), elle sera le plus souvent traitée par une néphrectomie élargie.

Il faut également savoir que la réalisation d'une néphrectomie partielle est plus difficile qu'une néphrectomie totale, du fait des risques hémorragiques accrus per et postopératoires, des risques de fistule urinaire postopératoire. De toute façon, le patient doit être informé que, même s'il a été décidé en préopératoire de réaliser une néphrectomie partielle, le chirurgien peut être confronté à des difficultés qui l'amèneront pendant l'intervention à prendre la décision d'une néphrectomie totale.

Pour les volumineuses tumeurs, il peut être indiqué de retirer des organes de voisinage (rate, intestin, ...), s'ils sont envahis ou d'aborder les gros vaisseaux abdominaux pour retirer un éventuel bourgeon tumoral de la veine rénale ou de la veine cave inférieure. Dans ces cas il n'est plus possible d'opérer sous coelioscopie. Il est même parfois nécessaire de s'assurer de la collaboration d'un chirurgien cardiovasculaire en cas de tumeur qui remonte jusqu'au cœur.

Traitement des formes évoluées

Il s'agit des formes récidivées ou métastatiques. Le traitement de ces formes a fait de nombreux progrès depuis peu et est en perpétuelle évolution. L'on fait appel aux molécules anti angiogéniques qui, en quelque sorte, asphyxient la tumeur et la font régresser. Les effets secondaires de ces traitements restent cependant significatifs. L'on les associe parfois à un traitement de type immunothérapie (Interféron). De nombreux protocoles sont en évaluation. Il faut savoir que la radiothérapie n'est pas efficace, ni la chimiothérapie classique.

Traitements en évaluation : radiofréquence et cryochirurgie

Ils se pratiquent pour des petites tumeurs sous guidage échographique ou scannographique et par voie percutanée. Ils utilisent soit la chaleur (radiofréquence) soit le froid (cryothérapie).

Ces traitements sont donc en évaluation et ne peuvent être proposés que dans le cadre de protocoles scientifiques rigoureux chez des patients ne relèvent pas des indications thérapeutiques classiques notamment au vu de leur état général.

Le but est de détruire la tumeur « in situ » et impose une surveillance radiologique serrée pour ne pas méconnaître une évolutivité souvent difficile à évaluer.

Le suivi postopératoire

Il doit être prolongé sur au moins 15 ans du fait du risque même tardif de récurrence. Il consiste à réaliser périodiquement une évaluation de la fonction rénale (créatininémie) et de la réalisation périodique de scanners thoraco abdominopelviques à une fréquence variable selon les caractéristiques de la tumeur.

En effet, l'histoire naturelle du cancer du rein indique qu'il évolue habituellement relativement lentement : le temps de doublement du volume de la tumeur est de l'ordre de 2 ans. Mais des métastases, parfois uniques, peuvent survenir même très tardivement après une exérèse chirurgicale, après parfois plus de 15 ans.

Résultats

Bien sûr il dépend du stade où en est la tumeur au moment du diagnostic. Le pronostic est bon pour les formes diagnostiquées tôt. Pour les formes localisées, la survie à 5 ans est de 85 % mais chute à 25% pour les formes métastatiques.

Rédacteur: Philippe Fiatte