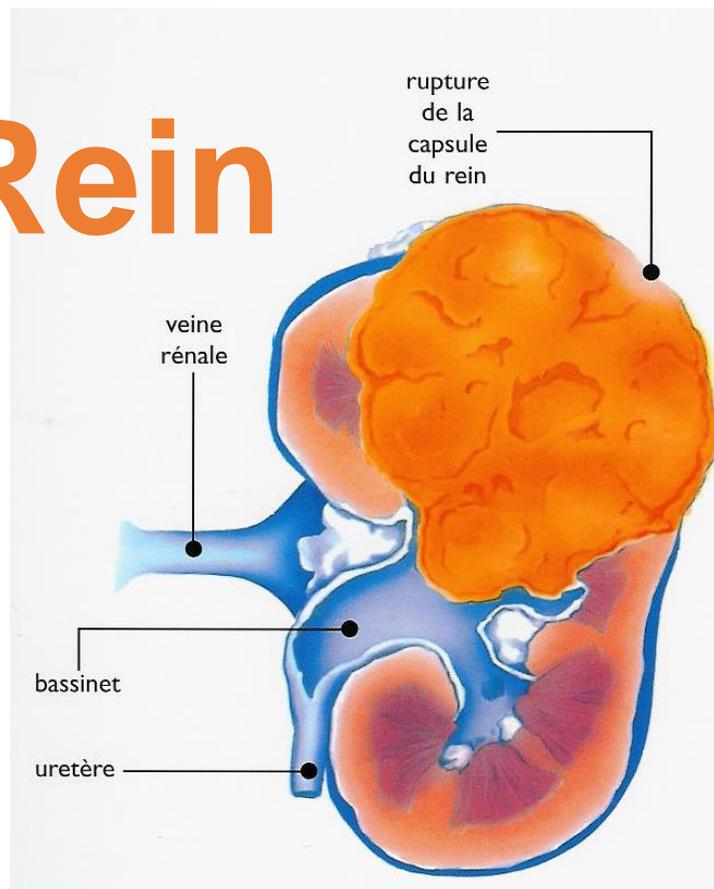


UE 2.9 Processus Tumoraux Cancer du Rein

Dr. JP. Fendler



GÉNÉRALITÉS

- 2-3 % des cancers de l'adulte
- Age moyen 62 ans, 2H/1F
- 3ème cancer urologique
- Incidence en augmentation depuis 1970
(+ 40%)
 - Progrès de l'imagerie médicale
 - Vieillesse de la population
 - Apparition de facteurs de risques

FACTEURS DE RISQUE

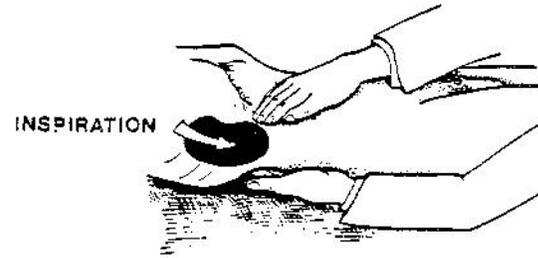
- Cause souvent inconnue
- Obésité + HTA + Tabac
- Maladies génétiques (Maladie de Von Hippel-Lindau)
- Dysplasie multikystique acquise de l'hémodialysé

CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE

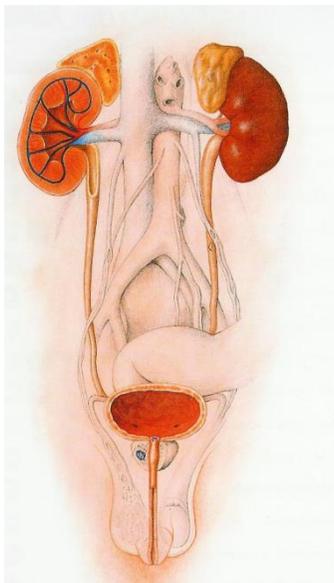
- Découverte fortuite : 40 %
- Symptômes urologiques : 42 %
- Signes généraux : 13 %
- Métastase révélatrice : 5 %

SIGNES UROLOGIQUES

- Hématurie
- Douleur lombaire
- Masse lombaire



Le contact lombaire



- L'hématurie représente 50 % des symptômes urologiques
- La triade classique (hématurie, douleur, masse) est rare et représente moins de 10 % des cas
- Le varicocèle G révélateur est exceptionnel

SIGNES EXTRA-UROLOGIQUES

- Altération de l'état général
- Embolie pulmonaire
- Syndrome paranéoplasique
 - Syndrome inflammatoire (VS, CRP)
 - Fièvre
 - Polyglobulie
 - Hypercalcémie
 - Biologie hépatique perturbée + hépatomégalie (Sd de Stauffer)
 - HTA

DIAGNOSTIC POSITIF

- Examens clé: **Echographie, TDM**
- L'**IRM** est parfois intéressante pour caractériser les petites tumeurs < 3 cm

Lorsque le diagnostic de tumeur solide du rein est posé, il faut jusqu'à preuve du contraire la considérer comme un cancer.

Ensuite, il faut

- Classer la tumeur en pratiquant un bilan d'extension
- Poser une indication thérapeutique

Parfois: biopsie per-cutanée

8:20:18

CAN 31

AST

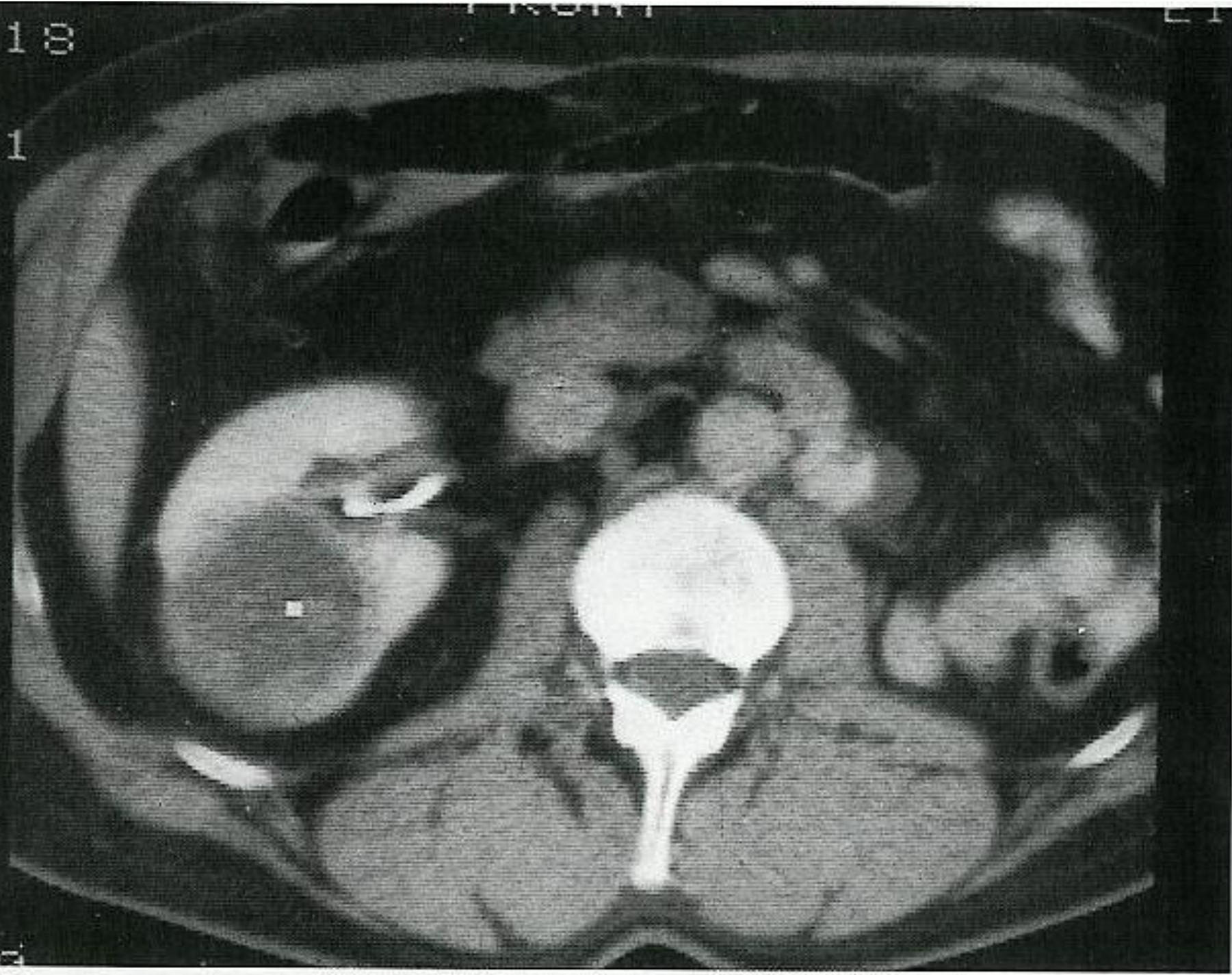
UM 15

UN 9

I 3

V 125

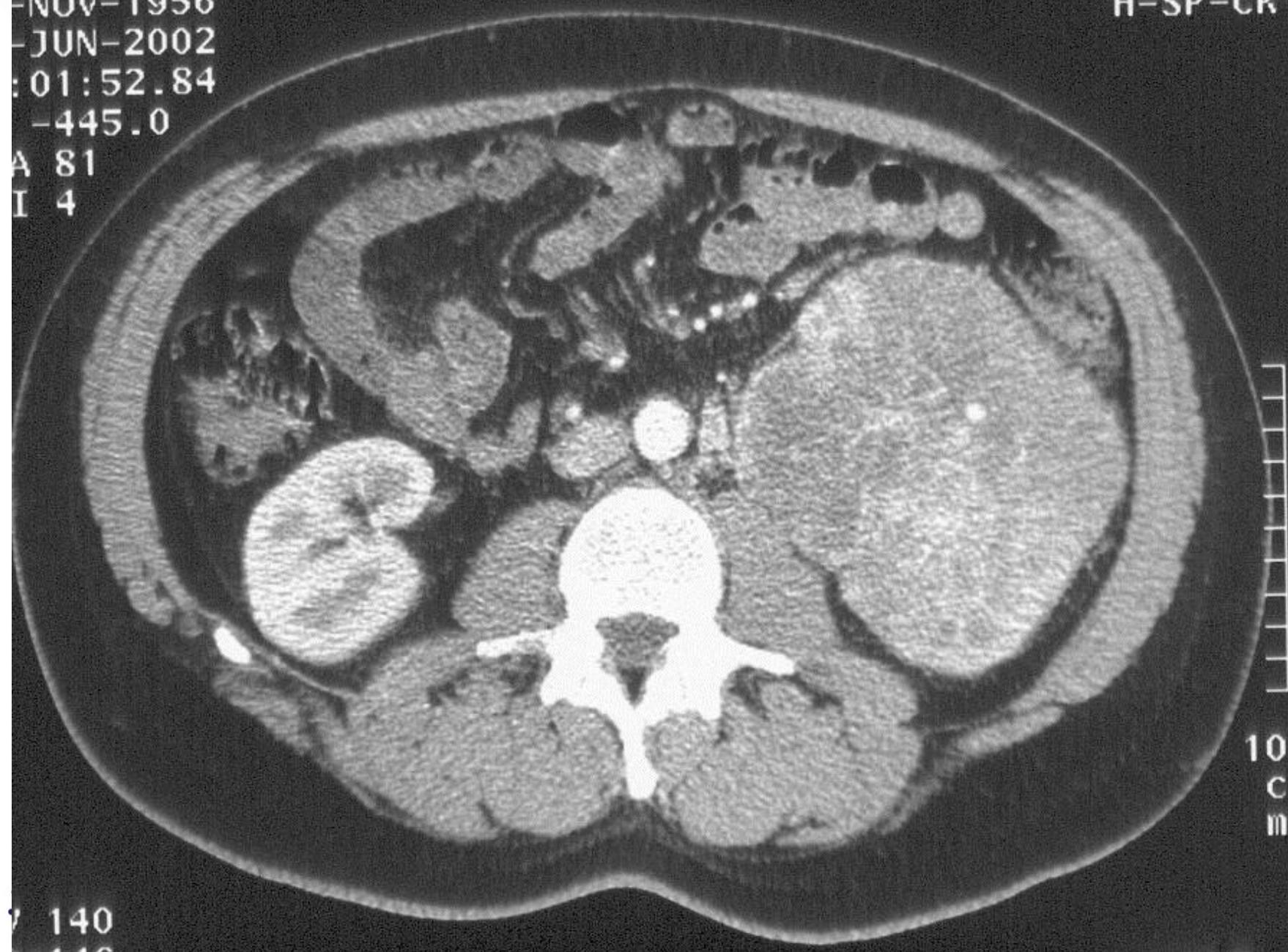
0 278



50/61
-NOV-1956
-JUN-2002
:01:52.84
-445.0
A 81
I 4

A

VC10C
H-SP-CR



10
cm

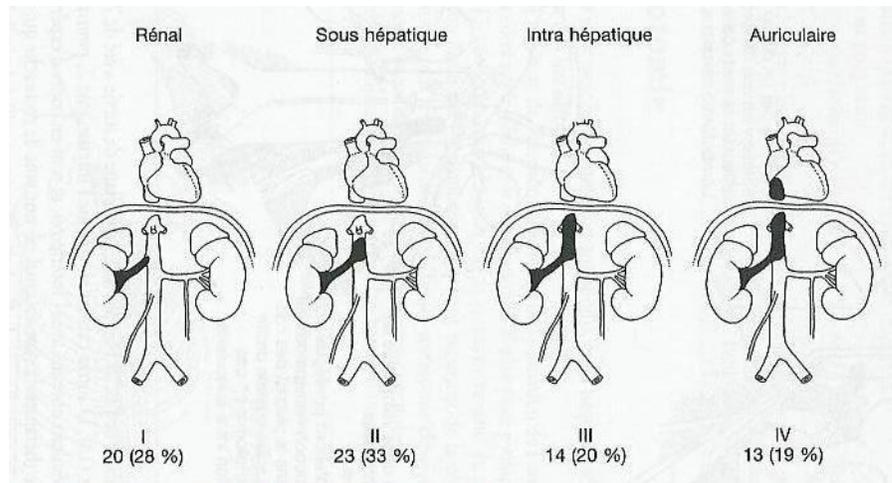
140
416

EXTENSION TUMORALE

- **Lymphatique**
 - 2ème mode de dissémination
 - 20 % des patients ont des métastases ganglionnaires au moment du diagnostic
- **Métastatique**
 - 10 à 20 % des patients
 - Poumon, os, foie, cerveau

HISTOIRE NATURELLE

- Evolution clinique imprévisible
 - Longtemps silencieuse
 - Dépend du profil biologique des tumeurs
- Originale en raison de l'extension veineuse

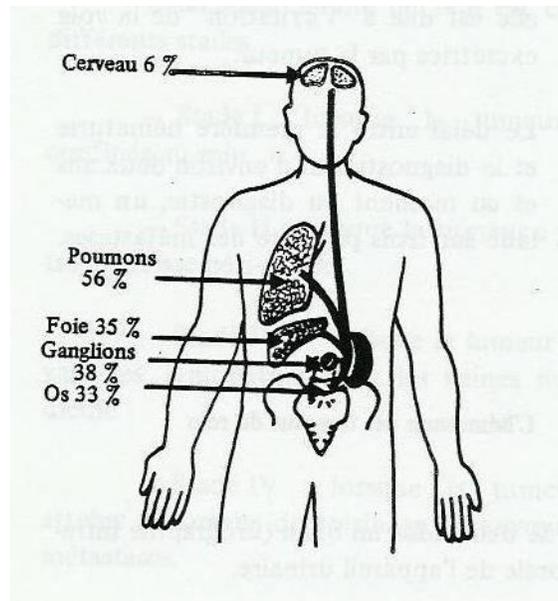


DISSÉMINATION TUMORALE PAR VOIE VEINEUSE

- **LORS DU DIAGNOSTIC :**
 - Micro-invasion : 20-30 %
 - Extension veineuse dans la veine rénale : 10-15 %
 - Extension dans la veine cave inférieure : 5%

BILAN D'EXTENSION

- Adapté à l'histoire naturelle
- TDM thoracique
- TDM Abdomino-pelvienne
- TDM cérébrale, scintigraphie osseuse en cas de signes d'appel
- IRM de la veine cave inférieure en cas de doute sur un thrombus cave

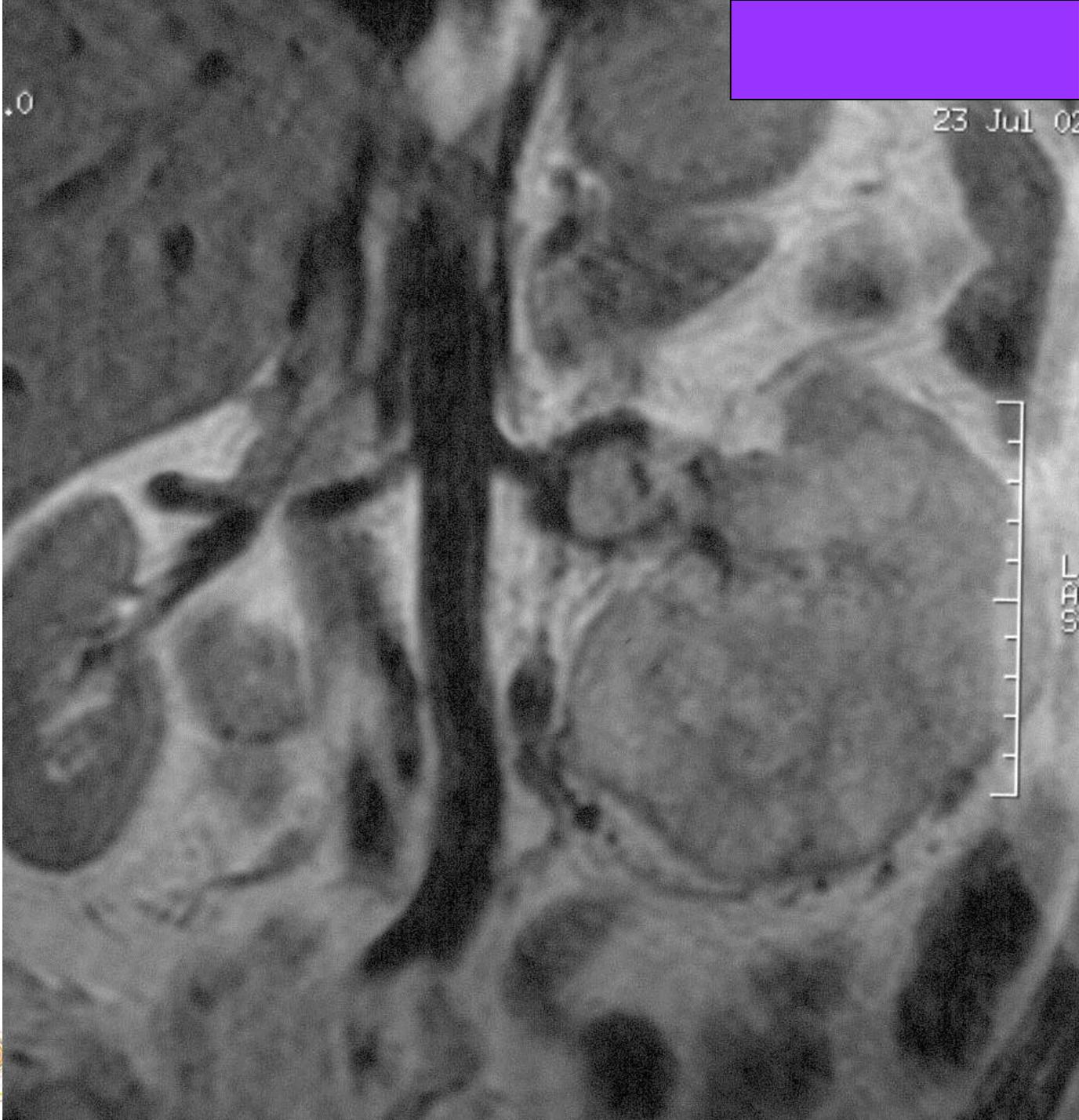




.0



23 Jul 02



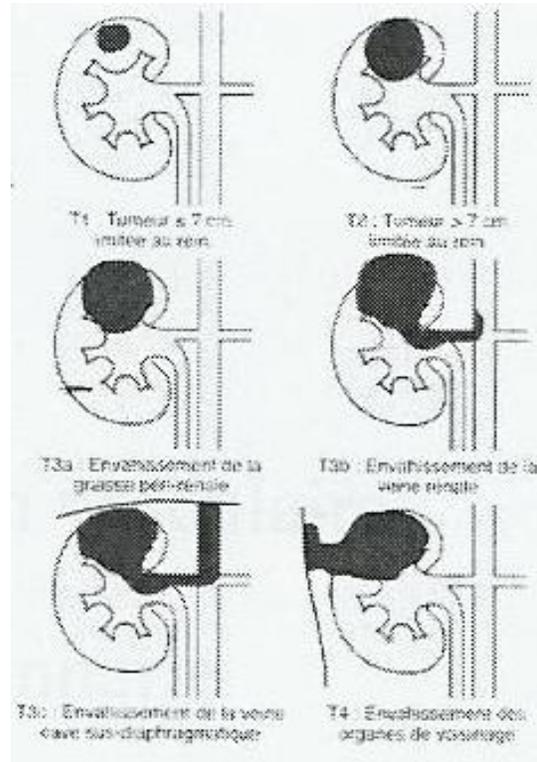
STADIFICATION

- Classification

TNM 1997

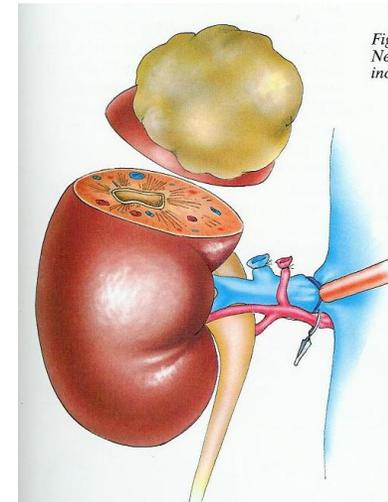
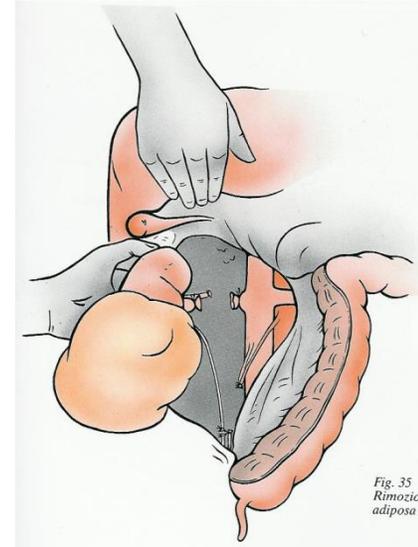
- Bilan d'opérabilité

- État général, fonction du rein
controlatéral, extension tumorale



APPROCHE THÉRAPEUTIQUE SELON LES STADES TUMORAUX

- Forme localisée
 - . **Tumorectomie**
 - Survie à 5 ans des pT1T2N0M0: > 80 %
 - . **Néphrectomie totale** si grosse tumeur ou localisation défavorable



APPROCHE THÉRAPEUTIQUE SELON LES STADES TUMORAUX

- Forme métastatique
 - La néphrectomie est discutée
 - Moyens thérapeutiques
 - Radiothérapie, chimiothérapie: non efficaces
 - Immunothérapie (Interleukine 2, Interféron α) : réponse faible
 - Thérapies ciblées: anti-angiogénique
 - Chirurgie des métastases quand unique

- **Survie à 5 ans**
 - 95 % si découverte fortuite, 60 % si tumeur symptomatique
 - T1 : 88 à 100 %
 - T2 – T3a : 60 %
 - T3b : 20 %
 - M+ : 0 – 10 %

SURVEILLANCE APRÈS TRAITEMENT

- Prolongée (10 ans) et adaptée au pronostic
- Risque de récurrence après chirurgie
 - Maxi dans les 2 premières années
 - Fonction du stade et du grade
 - Clinique
 - Biologique (VS, Créatinine sanguine)
 - Imagerie (RP, Echo, Scanner)

CAS PARTICULIER DE L'ANGIOMYOLIPOME

- Image TDM caractéristique : graisse intratumorale
- Tumeur fragile : risque d'hémorragie péri-rénale spontanée
- A opérer si taille > 6 cm

Université Claude Bernard Lyon 1



Réalisation technique : **Service ICAP - Université Claude Bernard Lyon 1**
Soutien financier : **Région Auvergne Rhône-Alpes** dans le cadre de l'**UNR-RA**