



Cancer du rein de l'adulte

Dr.OUARHLENT.H.E



PLAN :

- INTRODUCTION
- Épidémiologie
- Anatomie pathologique
- Facteurs pronostiques du cancer du rein
- DIAGNOSTIC
- Prise en charge thérapeutique, et
- surveillance

Introduction:

- 2 à 3 % des cancers de l'adulte.
- 80 % carcinome à cellules conventionnelles.
- La tomодensitométrie est l'examen de référence
- Traitement curatif est chirurgical
- Le pronostic défavorable dans ses formes évoluées

Épidémiologie : ÉPIDÉMIOLOGIE DESCRIPTIVE:

- 3 % des cancers solides, 3 cancer urologique, 6 cause de décès par cancer dans pays industrialisés
- Sex ratio 2hommes/1femme
- AGE médian du diagnostic est de 65 ans

Facteurs de risque :

➤ Facteurs de risque liés au patient :

1. **Facteurs génétiques** : 1 à 2 % des cas. Âge plus précoce, bilatéral et multifocal.
 - **Les syndromes héréditaires :**
 - la maladie de Von Hippel-Lindau (VHL)
 - le cancer du rein familial « commun » qui n'est rattaché à aucun syndrome particulier
 - Les carcinomes héréditaires tubulo-papillaires(CTP).
 - **Autres maladies génétiques.**
2. **Obésité**
3. **Diabète**
4. **Facteurs hormonaux**
5. **I R chez les patients dialysés**
6. **Patient transplanté**
7. **HTA**

➤ Facteurs environnemen-taux :

1. **Tabagisme**
2. **Exposition profession-nlle**
3. **Alimentation**
4. **Chimio prévention**
5. **Alcoolisme**

Anatomie pathologique:

- 90 % carcinome à cellules rénales (CCR) et quelques tumeurs bénignes(oncocyto-me,angiomyolipome).
- L'examen anatomopathologique prend une place prédominante dans la reconnaissance de ces tumeurs
- Diagnostic histologique permet de préciser les facteurs histo-pronostiques.

Carcinomes à cellules rénales:

- ❖ Carcinome à cellules claires (et/ou acidophiles) ou Conventionnelles :la plus fréquente, qui représente 70 % .
- ❖ Carcinome à cellules rénales papillaires(tubulopapillaire) : 10 % à15 %
- ❖ Carcinome à cellules rénales chromophile: 5 % des CCR

- ❖ Carcinome des tubes collecteurs de Bellini : rare moins de 1% caractérise sur le plan clinique par son agressivité, métastatique au moment de sa découverte et d'évolution rapide.

Figure 2. Aspects macroscopiques des principaux types histologiques de carcinome à cellules rénales (CCR) (A à D). Aspects microscopiques (hématoxyline-éosine [HE]) (E à I).

A. CCR conventionnelles du segment moyen du rein : la tumeur, de couleur jaune d'or, est bien limitée et est le siège de remaniements hémorragiques.

B. CCR papillaire : la tumeur est ici multifocale, de couleur plus crème, mais bien limitée, souvent de consistance molle.

C. CCR chromophile : la tumeur, bien limitée, est de couleur plus brune avec quelques accidents hémorragiques.

D. CCR des tubes collecteurs de Bellini : la tumeur est de couleur blanche, mal limitée et nécrotique.

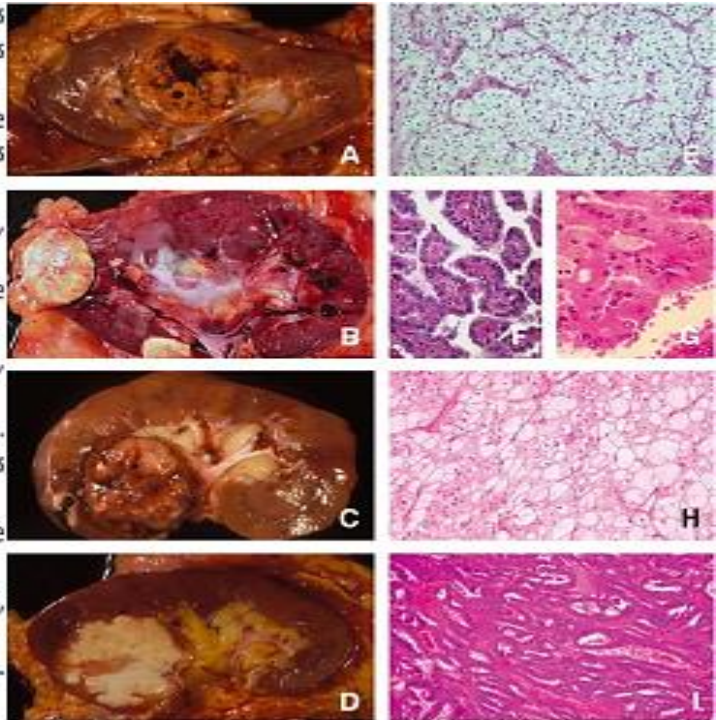
E. CCR conventionnelles, aux cellules d'architecture acineuse (HE, $\times 20$).

F. CCR papillaire de type 1, aux papilles bordées de cellules unistratifiées étroites peu atypiques (HE, $\times 40$).

G. CCR papillaire de type 2, aux papilles bordées par plusieurs assises de cellules atypiques, au cytoplasme large, éosinophile (HE, $\times 40$).

H. CCR chromophile, dont les cellules prennent un aspect végétal (HE, $\times 20$).

I. CCR des tubes collecteurs de Bellini, constitué de structures glandulaires au noyau atypique et proéminent (HE, $\times 20$).



Facteurs pronostiques :

- **Clinique** : - altération performance status
- présence de symptômes locaux
- cachexie ou anémie
- **Histopathologique** : - stadification pTNM
- grade
- type cellulaire
- micro-angio-invasion
- **Biomoléculaires**

Classification TNM 2009:

T – Tumeur primitive

TX La tumeur primitive ne peut être évaluée

T0 Aucune preuve de tumeur primitive

T1 Tumeur limitée au rein ≤ 7 cm de grand axe

– **T1a** Tumeur limitée au rein ≤ 4 cm de grand axe

– **T1b** Tumeur limitée au rein > 4 cm mais ≤ 7 cm de grand axe

T2 Tumeur limitée au rein > 7 cm de grand axe

– **T2a** Tumeur limitée au rein > 7 cm mais ≤ 10 cm de grand axe

– **T2b** Tumeur limitée au rein > 10 cm

T3 Tumeur intéressant les veines principales ou envahissant la graisse périrénale ou du sinus rénal mais sans atteindre le fascia de Gerota

T4 Tumeur s'étendant au-delà du fascia de Gerota, incluant l'envahissement de contiguïté de la surrénale homolatérale.

N – Envahissement des ganglions régionaux

NX les adénomégalies ne peuvent être évaluées

N0 Pas de métastase ganglionnaire

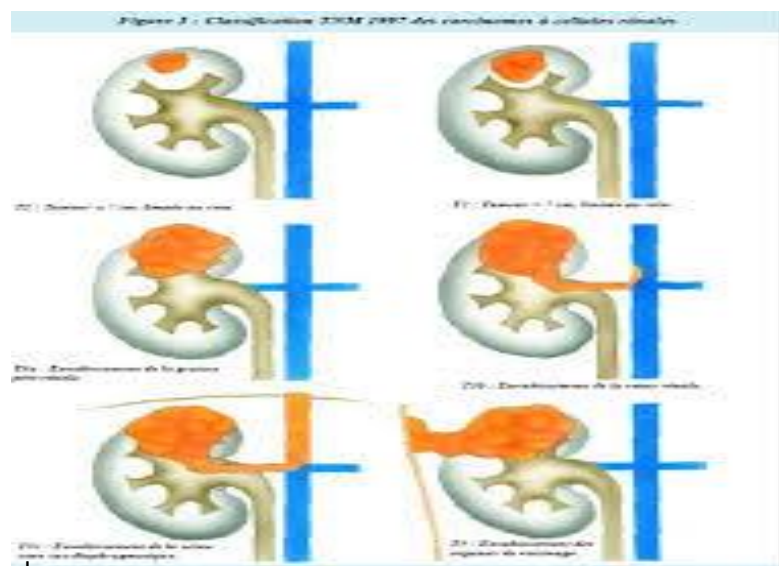
N1 Métastase ganglionnaire unique

N2 Plus de 1 métastase ganglionnaire

M – Métastase à distance

MX Les métastases à distance ne peuvent pas être évaluées

M0 Pas de métastase à distance



Le grade de Fuhrman:

- Quatre grades selon la taille et les contours des noyau et présence de nucléoles, cellules monstrueuses
- Le grade 4 de Fuhrman : de très mauvais pronostic.
- Une composante sarcomatoïde doit être systématiquement gradée en Fuhrman 4.

Type cellulaire :

Chromophobe → papillaires → Conventionnelles → tubes collecteurs de Bellini

Diagnostic :

Clinique :

- **Circonstances de découvertes :**
 - **Découverte fortuite 60 %**
 - **Manifestations urologiques :** (hématurie, douleur et masse lombaire) 10 %
 - **Manifestations liées à une localisation secondaire 28 %**
 - **Signes généraux :** L'altération de l'état général 10 %
 - **Manifestations en rapport avec un syndrome Paraneoplasique :**
 - ✓ L'hypercalcémie
 - ✓ L'hypertension artérielle
 - ✓ La polyglobulie
 - ✓ Le syndrome de Stauffer
 - ✓ La fièvre au long cours
 - ✓ Une anémie

Examen clinique :

- **Interrogatoire :**

L'état général du patient

L'évolution des signes cliniques

Antécédents familiaux de cancer du rein

La notion de formes héréditaires

Examen physique :

- HPM
- Une varicocèle récente
- Un syndrome cave inférieur
- Un contact lombaire
- La dissémination à distance



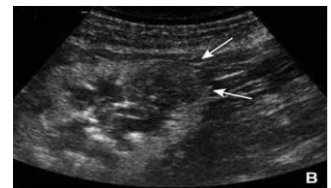
Imagerie diagnostique :

Échographie conventionnelle : Examen clé,

60 % des cas découverte fortuite

La sensibilité de l'échographie est de 80 % pour les lésions supérieures à 3 cm et de 60 % pour des tumeurs de moins de 2 cm,

Avec une taille seuil de détection aux alentours de 1 cm.



Échographie de contraste (ECUS) :

La sensibilité de l'échographie conventionnelle a été augmentée par l'apparition relativement récente de l'échographie avec contraste (ECUS), permettant une meilleure détection des petites masses



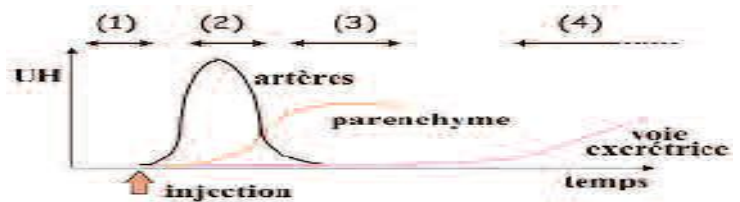
Doppler :

Le Doppler confirme parfois l'existence d'une vascularisation anarchique intratumorale avec mise en évidence de shunts artérioveineux

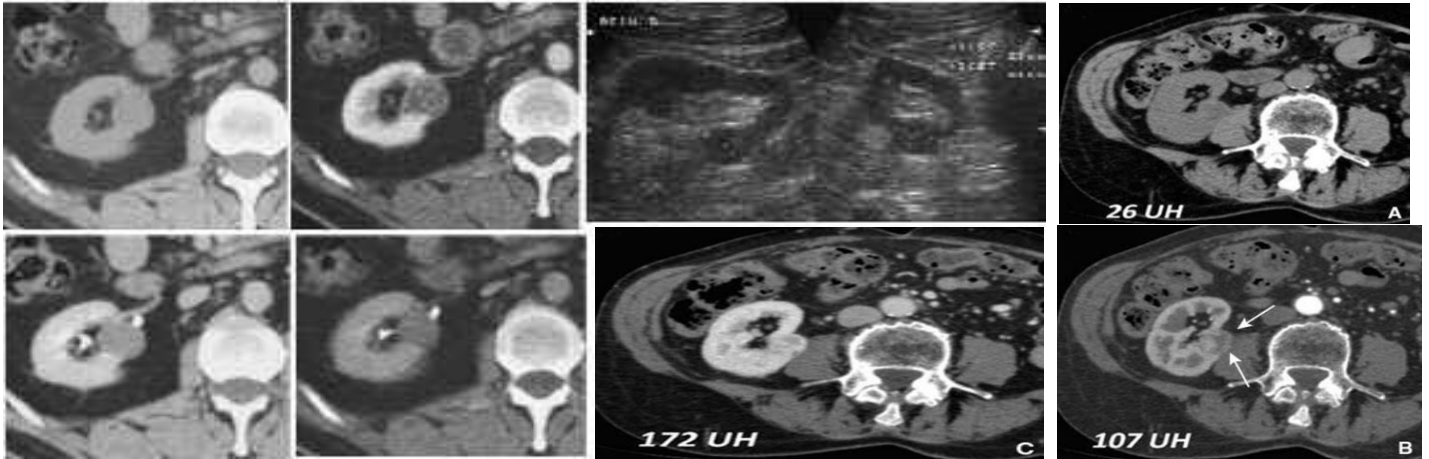


Examen tomodensitométrique :

- Examen de référence
- Détection et la caractérisation de la tumeur
- Bilan d'extension locorégional.
- La sensibilité : 90 %
- La TDM est fiable pour la détection des lésions de taille inférieure ou égale à 1 cm,



- **Le passage sans injection**
- **La phase artérielle ; cartographie artérielle rénale et tumorale**
- **La phase corticomédullaire**
 - Apporte l'élément clé de la caractérisation tumorale qu'est le **rehaussement**
 - Significatif au-delà de **12 UH**
- **La phase parenchymateuse ou néphrographique** : plus sensible dans la détection des petites lésions hypodenses.
- **La phase excrétoire**



Imagerie par résonance magnétique :

- Les critères sémiologiques sont voisins de ceux de la TDM
- L'IRM permet de mieux caractériser les lésions de petites dimensions
- N'induit pas d'irradiation
- La sensibilité : 90 %

Carcinome rénal atypique :

Tumeur de petite taille

Carcinome solide hypovasculaire

IRM supérieure au scanner

Carcinomes multiples bilatéraux

Possibilité de métastases ou de lymphome

Carcinomes infiltrants

Carcinome à composante grasseuse

Exceptionnel, possibilité d'angiomyolipome bénin

Imagerie d'extension :

Extension locorégionale : évaluée de façon identique par la TDM et l'IRM

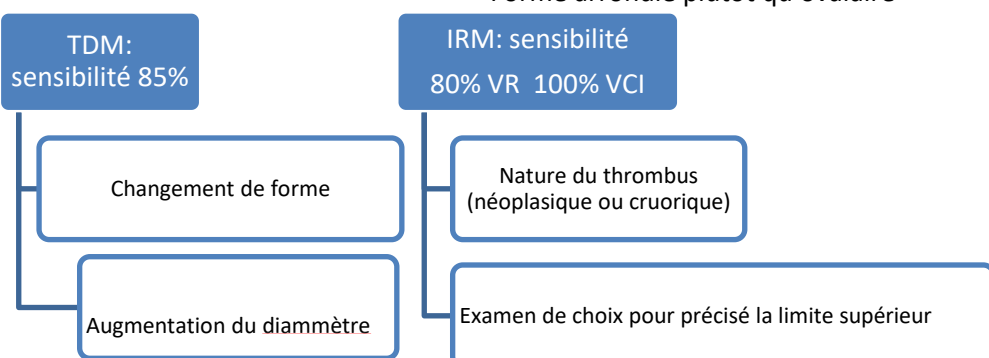
Extension lymphatique : sensibilité comparable TDM/IRM 90%

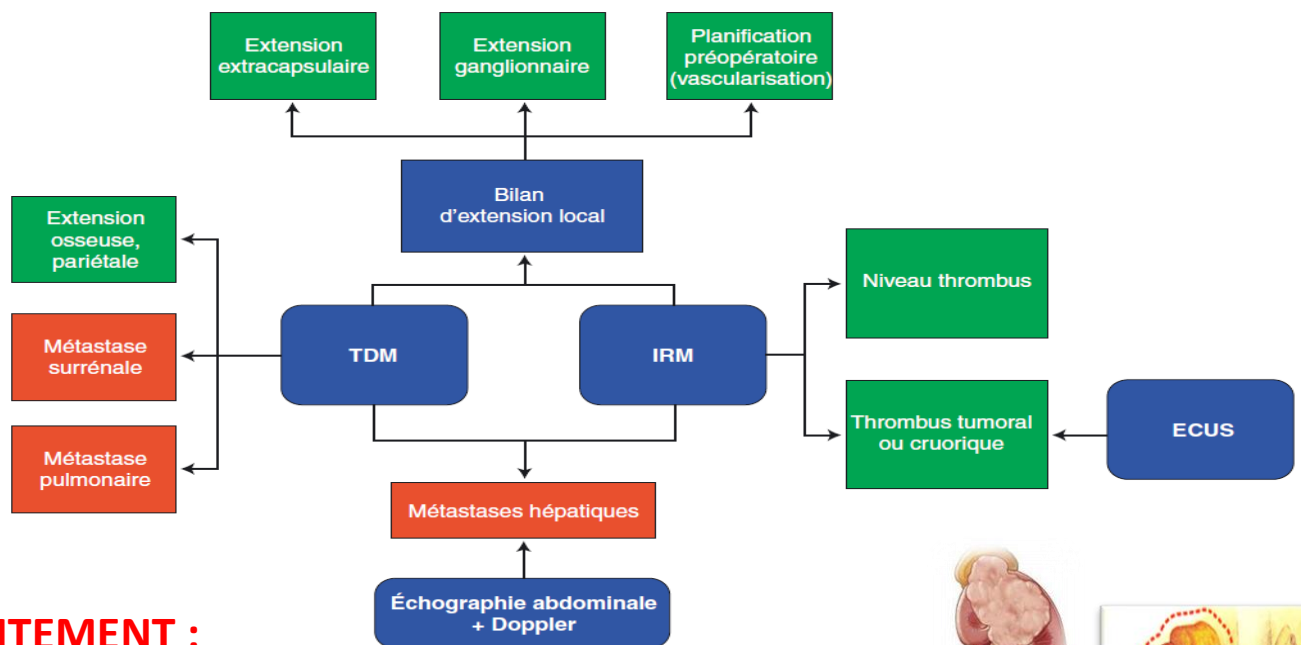
> 1,5 cm : suspecte

> 2 cm : métastatique

Forme arrondie plutôt qu'ovale

Extension veineuse :





TRAITEMENT :

1. Cancer du rein localisé (T1-2) :

Chirurgie du rein :

- Le traitement chirurgical est le seul traitement efficace du cancer du rein au stade localisé.

Néphrectomie totale élargie :

La NTE est le traitement de référence pour les tumeurs de plus de 7 cm

NTE pour cancer a pour but l'ablation en un seul bloc du rein, de la graisse périrénale, de la surrénale, du fascia de Gerota et des gangl

Néphrectomie partielle :

Les chirurgies partielles du rein reposent sur l'exérèse complète de la lésion avec une marge de sécurité de quelques millimètres de parenchyme sain et de graisse périrénale.

Indications de la néphrectomie partielle :

Chirurgie conservatrice de nécessité.

- Les patients présentant un cancer sur rein unique,
- Une tumeur bilatérale, ou un rein controlatéral non ou peu fonctionnel.
- Les maladies héréditaires à risque de CCR
- L'indication de néphrectomie partielle peut être relative en cas de maladie pouvant altérer la fonction rénale (lithiases, pyélonéphrite chronique, sténose de l'artère rénale, reflux, diabète, hypertension artérielle).

Chirurgie conservatrice de principe.

- Les petites tumeurs sporadiques (moins de 4 cm) exophytiques (limite interne à plus de 1 cm du hile) avec un rein controlatéral normal.
- Pour certaines équipes entraînées, les tumeurs inférieures à 7 cm (T1b) peuvent aussi bénéficier d'1 chir partielle.

Méthodes destructives : Radiofréquence, Cryothérapie

2. Cancer du rein au stade localement avancé :

- Le cancer du rein localement avancé regroupe l'ensemble des cancers qui ne sont ni localisés intracapsulaires (pT1, pT2), ni métastatiques (M+).
- Le traitement de référence du cancer du rein localement avancé est la chirurgie.

Deux situations sont à distinguer :

- La chirurgie est réalisée dans un but curatif (T3a, b, c N0M0)
- La chirurgie est réalisée dans un but palliatif (T4, N+). Le but est donc de proposer l'exérèse la plus large possible afin de retirer l'ensemble de la masse tumorale.
- Des essais de traitements adjuvants par antiangiogéniques sont actuellement en cours.

3. Prise en charge du cancer du rein métastatique :

- Traitement anti angiogénique +++++
- Une néphrectomie est recommandée pour les patients présentant un bon état général en complément avec le traitement médical
- Radiothérapie ; Le CCR est hautement radiorésistant, mais le traitement des métastases cérébrales et osseuses à visée palliative peut faire appel à la radiothérapie conformationnelle afin de diminuer les symptômes

