

Peut-on surveiller un cancer du rein ?

Localisé

Dr Pignot
Urologue, Institut Paoli-Calmettes

Petites tumeurs rénales : faut-il vraiment traiter ?



Petites tumeurs rénales : faut-il vraiment traiter ?

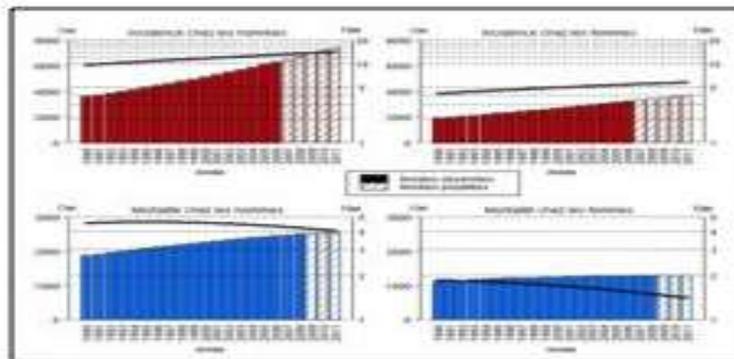
Incidence des petites tumeurs rénales en augmentation

- diagnostic fortuit
- échographie ou scanner réalisé pour une autre raison



SURTRAITEMENT ?

Mais pas de diminution de la mortalité par cancer du rein



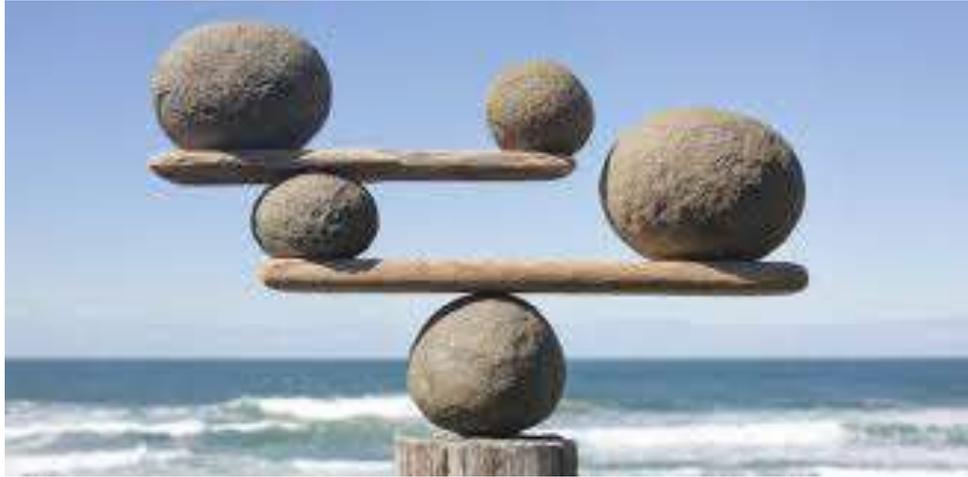
InVS 2011

Balance bénéfice-risque

TRAITER

Risque de complications liés au traitement (ex: hématome)

Retentissement sur la fonction rénale (insuffisance rénale)



NE PAS TRAITER

Risque de progression de la lésion (augmentation de taille, dissémination à distance)

Stress induit / Acceptation

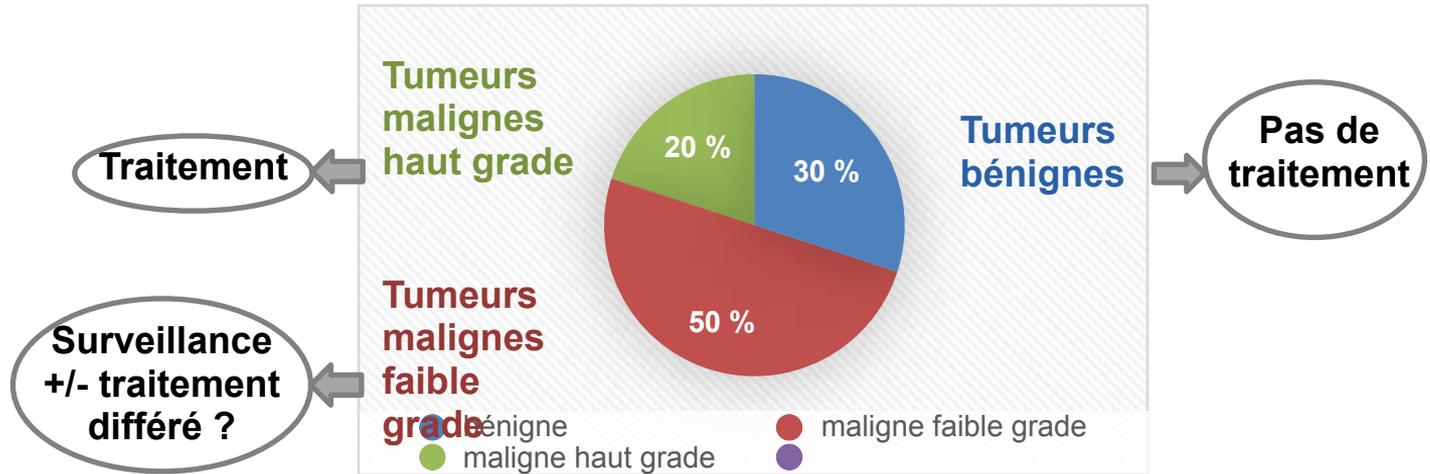
Nécessité d'un suivi régulier (scanner / IRM)

Comment bien évaluer le risque de progression de la lésion

- Taille tumorale → Scanner / IRM
- Type histologique :
cellules claires > papillaires > chromophobe → Biopsie
- Grade (agressivité) : grade 1 ou 2 versus 3 ou 4 → Biopsie
(classification de Fühрман / classification ISUP)

Intérêt de la biopsie rénale

- 20 à 30% des petites tumeurs rénales (< 4 cm) sont bénignes
- Si tumeur maligne : 70% sont de faible grade (faible agressivité)

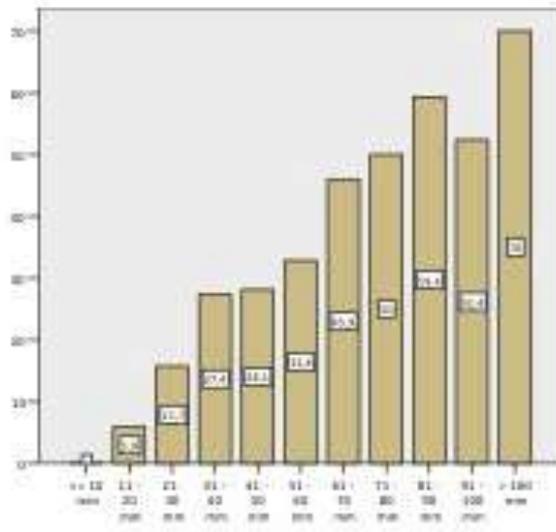


Intérêt de la biopsie rénale

- La biopsie est-elle toujours contributive et fiable ?
- La biopsie est contributive dans 90% des cas
- La biopsie est fiable concernant le caractère malin ou bénin (77 à 100%) et le type histologique
- La biopsie est un peu moins fiable concernant le grade (agressivité) (46 à 76%)

Taille tumorale

- La relation entre taille et haut grade est linéaire



A partir de quel diamètre prend t'on un risque?

- **Cut off**

* 2006: Rendon et al. Urol oncol:

= **4 cm**

* 2009: Thompson et al. J Urol:

= **3 cm**

* 2011: Mason et al. Eur Urol (prospectif)

= **2,45 cm**

Taille tumorale

- **Le risque d'extension extra-rénale** est faible pour des tumeurs < 3 cm

	Localisées au rein	Extension Extra-rénale
<30	317 (99.1%)	3 (0.9%)
31-45	143 (94.1%)	9 (5.9%)
46-70	156 (88.1%)	21 (11.9%)
>70	112 (81.8%)	25 (18.2%)

- **Le risque d'extension métastatique** à distance est ~ 0% pour des tumeurs < 3 cm

Taille tumorale

- Le diamètre des tumeurs rénales augmentent lentement?
 - **OUI le plus souvent**

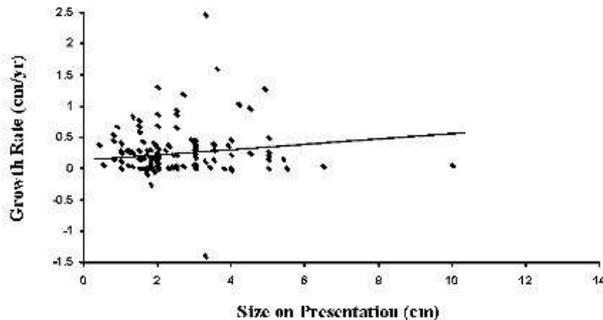


Figure 3.
Observed tumor growth rate versus tumor size on presentation, $p > 0.05$.

Crispen et al. *Urol Oncol* 2008

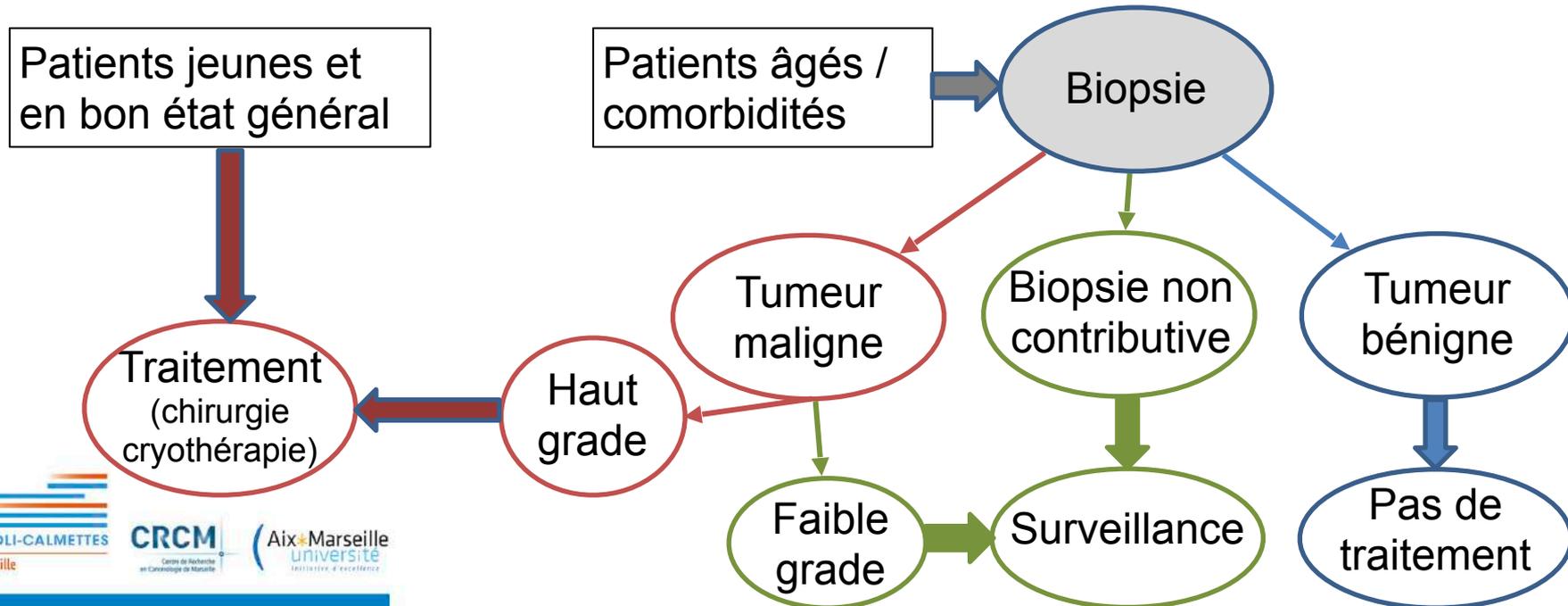
- croissance moyenne: 0,28 cm/an
 - RCC: 0,35 cm/an (0,42-1,6)
 - oncocytomes: 0,16 cm/an (0,62-1,6) - ns

- 11% des petites tumeurs grossissent rapidement
Kato et al J Urol 2004, *Kouba et al J Urol* 2007

Le risque d'évolution métastatique au cours de l'évolution est de l'ordre de 1 à 6% (idem si chirurgie d'exérèse)

Arbre décisionnel

Tumeurs de < 3 cm



Comment surveiller ?

- Surveillance active (Jewett, Urol Clin North Am. 2008 ;35:627-34)
 - traitement curateur différé
 - chirurgie
 - traitement ablatif

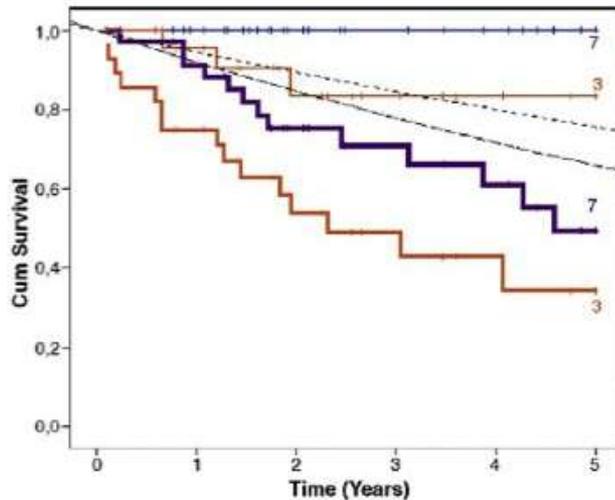
Notion SA → traitement différé: 30% des CCR < 4 cm



Scanner ou IRM
Tous les 6 à 12 mois

Résultats des séries de surveillance

- Beisland, Eur Urol 2009,55:1419-1419



SS - T. < 4 cm

→ Pas de perte de chance
– survie spécifique: 100%

SG - T. < 4 cm

3 décès par cancer: RCC 6-11 cm

Au final,...

- Surveillance possible
 - Pour les petites tumeurs rénales (**taille < 3 cm**)
 - Patients âgés **> 60 ans**
 - Sous couvert d'une **biopsie** idéalement
 - Surveillance **cinétique de croissance** (taille)
 - **Traitement différé** si croissance rapide ou taille **> 4 cm**
 - Préservation fonction rénale
 - Pas de perte de chance