

CANCER DU REIN

ÉPIDÉMIOLOGIE

Par ordre de fréquence, le cancer du rein arrive en 3^{ème} place, parmi les tumeurs urologiques après le cancer de la prostate et celui de la vessie et au 8^{ème} rang des cancers en général. Il touche deux fois plus d'hommes que de femmes avec un âge moyen de survenue estimé à 62 ans.

Son incidence, en hausse constante depuis 1975, a été évaluée à 11,9 /100 000 chez l'homme et à 5,5/100 000 chez la femme. Sa recrudescence, de l'ordre de 20 % en l'espace de 30 ans s'explique en partie par le vieillissement de la population et par une exposition prolongée à des facteurs toxiques comme le tabac, les métaux lourds et l'impact grandissant de l'obésité et de l'hypertension, considérées comme facteurs de risque. On enregistre 7300 nouveaux cas par an.

Les formes familiales ne concernent qu'un individu sur 36 000 naissances, qui sera victime d'une apparition précoce d'un cancer siégeant sur les deux reins.

Dans leur grande majorité, les tumeurs du rein sont de petite taille et de deux nature, les plus répandues étant les carcinomes à cellules claires (73 % des cas) comparativement aux tumeurs tubulo-papillaires (10 % des cas).

NOTIONS ANATOMIQUES

Les deux reins en forme de haricots, longs de 12 cm chacun, sont situés dans les fosses lombaires à la hauteur des premières vertèbres et des deux dernières côtes. Le rein droit se niche sous le foie, le rein gauche contre la rate. En élaborant l'urine à partir du sang, ils assurent une fonction détoxifiante qui permet d'éliminer les déchets et de maintenir constants l'équilibre hydroélectrique et acido basique du sang. Ce filtrage est élaboré par les néphrons pourvus d'un glomérule et d'un tube permettant l'écoulement de l'urine.

Les reins peuvent être endommagés par différentes pathologies dont le cancer responsable d'une tumeur se formant dans le tissu rénal (parenchyme).

L'existence d'un seul rein ne nuit pas à la qualité de la fonction rénale.

SYMPTOMATOLOGIE ET SIGNES

Les symptômes cliniques d'un cancer du rein sont devenus aujourd'hui très rares car la très grande majorité des tumeurs rénales jusqu'à 70% sont découvertes fortuitement.

Toutefois la présence de sang dans les urines ou la survenue d'une douleur rénale ou d'une fièvre inexpliquée ont pu vous alerter. Aucun de ces signes n'est cependant spécifique.

Dans d'autres circonstances la fatigue, la perte de poids ou l'élévation des globules rouges, lors d'un examen, sont considérées comme des signaux d'alarme La découverte d'une tumeur solide du rein même de moins de 2 cm peut évoquer un cancer.

DIAGNOSTIC

Deux cancers sur trois au moins sont de découverte fortuite, à l'occasion d'une échographie ou d'un scanner voire d'un bilan sanguin, la palpation ne permettant pas de détecter une masse rénale au stade initial.

La confirmation radiologique de la présence d'une tumeur repose sur l'échographie rénale qui met en évidence une déformation des contours du rein.

Au moment du diagnostic, 60 % des tumeurs sont localisées, mais déjà 25 % présentent des signes d'extension veineuse, 10 % sont déjà métastatiques.

Le scanner est indispensable pour apprécier le degré d'extension de la tumeur.

LE TRAITEMENT

Avant toute chirurgie, on s'assure du bon fonctionnement de l'autre rein et on vérifie, en cas de doute, l'extension veineuse en pratiquant un doppler ou une IRM. Cette extension peut modifier la tactique chirurgicale et éventuellement rendre souhaitable l'intervention d'un chirurgien cardio-vasculaire.

Le traitement est chirurgical dans la très grande majorité des cas. Différents critères vont rentrer en ligne de compte pour décider du traitement le plus adapté comme, entre autres, la taille.

Pour les tumeurs de plus de 7 cm l'intervention la plus classique est la néphrectomie élargie qui repose sur l'ablation de la totalité du rein. Elle peut se compléter d'une surrénalectomie selon la localisation de la tumeur rénale.

Pour les tumeurs de moins de 4 cm, une néphrectomie partielle doit être envisagée ce qui permet de conserver une partie du rein. Elle n'est cependant pas toujours techniquement réalisable.

Entre 4 et 7 cm, l'urologue décidera la meilleure stratégie entre néphrectomie élargie ou partielle.

L'opération peut se faire par voie ouverte ou par coelioscopie, c'est à dire que le chirurgien conduit l'intervention sous caméra en introduisant des instruments à l'intérieur du patient à travers la paroi abdominale par de petites incisions.

Le tiers d'un rein suffit à assurer l'autonomie sur le plan de la fonction rénale.

L'extension métastatique impose en complément le recours à un traitement complémentaire le plus souvent par des médicaments appelés antiangiogéniques.

SUIVI

Le suivi s'étale sur 5 à 10 ans en raison de récurrences possibles à distance dont la fréquence est variable en fonction du stade initial de la maladie.

Il comporte une créatininémie et une tomodensitométrie (TDM) thoraco abdominale répétées chaque année pour les formes de bon pronostic, deux fois par an pour les autres formes. Dans le cadre d'une néphrectomie partielle, la tomodensitométrie est souhaitable entre 3 et 6 mois après l'opération, suivie d'une TDM thoraco abdominale annuelle.

PRONOSTIC ET SURVEILLANCE

Il dépend du stade tumoral. Le cancer du rein bénéficie d'un bon pronostic à condition d'être traité avant l'apparition des métastases. Toutefois des récurrences tardives sont toujours possibles, même à distance.

Le suivi du patient s'étale donc sur au moins 5 ans

Pour les cancers localisés, la survie à 5 ans est de 95 % pour les tumeurs de faible grade et seulement de 25 à 30 % pour les formes métastatiques.

***Mots clés :** cancer du rein, néphrectomie élargie, néphrectomie partielle, créatininémie*

***Date de publication :** 18/02/2011*