

Néphroureterectomie (NUT)

Jacques IRANI

La NUT reste le traitement de référence pour les tumeurs de la voie excrétrice supérieure (TVES).

L'intervention consiste à faire une néphrectomie simple associée à une urétérectomie et l'ablation d'une collerette vésicale de 2 cm.

L'intervention peut-être menée après :

- incision médiane
- deux incisions séparées (exemple lombotomie et Pfannensiel) avec abord extrapéritonéal de toute la filière urinaire du rein jusqu'à la vessie.

Certains ont défendu :

- la voie transabdominale pour une néphrectomie élargie avec surrénalectomie en plus de l'urétérectomie et l'ablation d'une collerette vésicale, en particulier pour les grosses tumeurs envahissant le parenchyme rénal.
- un apport bénéfique sur la survie d'une lymphadénectomie associée. Ces constatations n'ont pas été retrouvées par d'autres.

Il n'y a pas de preuve suffisante actuellement pour recommander ces attitudes. Il paraît raisonnable entre temps de faire une néphrectomie élargie dans le cas des tumeurs de haut stade et/ou de haut grade en raison du risque d'envahissement du parenchyme rénal.

I. VARIATIONS TECHNIQUES PLUS RÉCENTES

1. La mobilisation de l'uretère intra-mural par résection endoscopique précédent:

- soit l'ablation en bloc du rein et de l'uretère par voie chirurgicale
- soit le « stripping » de l'uretère sous contrôle endoscopique après ablation chirurgicale du rein.

Ces techniques ne sont pas recommandées en cas de tumeur de l'uretère.

2. Le traitement chirurgical (endoscopique ou non) conservateur des TVES localisées peut-être envisagé dans les tumeurs de faible stade et grade.

- Elle implique une motivation d'un patient informé, une expérience de l'urologue et un matériel adapté ainsi qu'une surveillance plus contraignante
- Cette alternative est d'autant plus appropriée que le patient est à risque d'insuffisance rénale terminale après NUT.

Le traitement conservateur des TVES peut-être complété par des instillations de BCG ou de Mitomycine C par voie percutanée ou au moyen du reflux obtenu par une sonde urétérale autostatique JJ.

a) L'approche ouverte

Les tumeurs urétérales distales peuvent être traitées par une résection segmentaire- réimplantation. Les résections segmentaires de l'uretère lombaire ou iliaque haut peuvent nécessiter l'interposition d'un segment iléal. Dans le cas d'une tumeur du bassinet, une néphrectomie partielle peut-être réalisée. Le traitement conservateur ouvert dans ces dernières localisations (uretère proximale et cavités pyélo-calicielles) a été associé dans la littérature à de moins bon résultats.

b) L'approche endoscopique

L'approche endoscopique par urétéroscopie a été simplifiée par l'amélioration de la technologie : urétéroscopes et instruments endoscopiques plus petits, meilleure vision, choix des longueurs d'onde d'émission laser.

L'électrocoagulation peut-être faite dans les petites tumeurs ou pour compléter une résection de la partie exophytique d'une tumeur. Le risque de sténose doit cependant rester à l'esprit, d'autant plus que la zone électrocoagulée est large. Les différentes longueurs d'onde du laser doivent être prises en compte avec leurs caractéristiques (profondeur de pénétration, caractère plutôt coagulant ou sectionnant) ayant amené à utiliser des combinaisons type Nd:YAG and Ho:YAG.

Les complications les plus fréquentes de l'approche endoscopique sont la perforation et la sténose. La perforation est associée théoriquement à un risque d'essaimage rétro-péritonéal.

Ces complications semblent diminuer avec la miniaturisation du matériel endoscopique.

L'approche endoscopique par néphrostomie percutanée est mieux adaptée aux tumeurs pyélo-calicielles larges. Des résections en 2 voire 3 temps peuvent être envisagées pour obtenir le résultat le plus satisfaisant possible en cas de tumeur volumineuse. Les complications habituelles de cette technique sont le saignement et l'extrasation mais également l'essaimage le long du trajet de néphrostomie qui a été rapporté dans la littérature.

3. La NUT par laparoscopie:

Des séries de cas sont rapportées régulièrement dans la littérature. Les voies trans et rétropéritonéales ont été décrites. Il été démontré que cette intervention par laparoscopie est faisable et associée statistiquement à un moindre saignement, une diminution de la consommation d'antalgiques post-opératoires et une reprise plus rapide des activités que la voie ouverte. Cette technique est cependant encore en évaluation en raison des risques suspectés d'essaimage encouragés par l'insufflation et la pression. L'équivalence de survie des patients opérés par voie ouverte ou laparoscopique n'est pas encore suffisamment étayée surtout dans les stades de haut grade et de haut stade.

II. A NE PAS FAIRE

- Ouvrir la voie excrétrice au risque d'induire un essaimage. Si cela survenait accidentellement, il est nécessaire de refermer au plus vite la brèche de la voie excrétrice.
- Prévoir une chirurgie partielle si les critères cités ci-dessus ne sont pas remplis.
- Un « stripping » de l'uretère en cas de localisation urétérale de la tumeur.
- Le retrait de la pièce d'exérèse en laparoscopie sans utiliser de sac d'extraction ou en prenant des risques de rupture du sac (incision d'extraction insuffisante, mauvaise qualité du sac).
- Utiliser des pressions de lavage importantes lors de l'abord endoscopique

RÉFÉRENCES

- CHARBIT L, GENDREAU MC, MEE S, et al. Tumors of the upper urinary tract: 10 years of experience. *J Urol* 1991;146(5):1243.
- GILL IS, MUNCH LC, LUCAS BA, et al. Initial experience with retroperitoneoscopic nephroureterectomy: use of a double balloon technique. *Urology* 1995;46(5):747.
- GIOVANSILI B, PEYROMAURE M, SAIGHI D, DAYMA T, ZERBIB M, DEBRE B. Stripping technique for endoscopic management of distal ureter during nephroureterectomy: experience of 32 procedures. *Urology*. 2004 Sep;64(3):448-52; discussion 452.
- IRANI J, SAINT F, BONNAL JL, MAZEROLLES C, THEODORE C, LEBRET T, PARIENTE JL, PFISTER C, MAIDENBERG M, COLOMBEL M, COLOBY P, DAVIN JL. Tumeur de la voie excrétrice supérieure: traitement conservateur dans les formes localisées. *Prog Urol*. 2003 Sep;13(4):555-9.
- JOHANSSON S, WAHLQVIST L. A prognostic study of urothelial renal pelvic tumors: comparison between the prognosis of patients treated with intrafascial nephrectomy and perifascial nephrectomy. *Cancer* 1979;43(6):2525.
- JOHNSON GB, FRAIMAN M, GRASSO M. Broadening experience with the retrograde endoscopic management of upper urinary tract urothelial malignancies. *BJU Int*. 2005 Mar;95 Suppl 2:110-3.
- KOMATSU H, TANABE N, KUBODERA S, et al. The role of lymphadenectomy in the treatment of transitional cell carcinoma of the upper urinary tract. *J Urol* 1997;157(5):1622.
- LIM DJ, SHATTUCK MC, COOK WA. Pyelovenous lymphatic migration of transitional cell carcinoma following flexible ureterorenoscopy. *J Urol* 1993;49:109.
- MATIN SF. Radical laparoscopic nephroureterectomy for upper urinary tract transitional cell carcinoma: current status. *BJU Int*. 2005 Mar;95 Suppl 2:68-74.
- MAZEMAN E. Tumors of the upper urinary tract calyces, renal pelvis and ureter. *Eur Urol* 1976;2(3):120.
- MCCARRON JP JR, CHASKO SB, GRAY GF Jr. Systematic mapping of nephroureterectomy specimens removed for urothelial cancer: pathological findings and clinical correlations. *J Urol* 1982;128(2):243.
- MONDET F, BOYER C, ESTERNI JP. Dissémination métastatique précoce après néphro-urétérectomie pour tumeur de la voie excrétrice supérieure : quelle responsabilité de la coelioscopie ? *Prog Urol*. 2004 Dec;14(6):1203-5; discussion 1205.
- RASSWEILER JJ, HENKEL TO, POTEMPA DM, et al. The technique of transperitoneal laparoscopic nephrectomy, adrenalectomy, and nephroureterectomy. *Eur Urol* 1993;23(4):425.
- RASSWEILER JJ, SCHULZE M, MARRERO R, FREDE T, PALOU REDORTA J, BASSI P. Laparoscopic nephroureterectomy for upper urinary tract transitional cell carcinoma: is it better than open surgery? *Eur Urol*. 2004 Dec;46(6):690-7.
- STRONG DW, PEARSE HD. Recurrent urothelial tumors following surgery for transitional cell carcinoma of the upper urinary tract. *Cancer* 1976;38(5):2173.
- UBRIG B, BOENIG M, WALDNER M, ROTH S. Transurethral approach to the distal ureter in nephroureterectomy: transurethral extraction vs. "pluck" technique with long-term follow-up. *Eur Urol*. 2004 Dec;46(6):741-7.