

Cryothérapie percutanée sous guidage TDM des lésions rénales de moins de 4 cm de diamètre

(Entretien avec le Pr. Bernard Malavaud, CHU de Toulouse)

Que représente le cancer du rein en France ?

Plus de 8 000 nouveaux cas de cancer du rein sont détectés chaque année, en France, et ce chiffre est en augmentation régulière, de 2 % par an depuis une vingtaine d'années. Ce cancer arrive au 8^{ème} rang de l'ensemble des cancers, en termes d'incidence.

Quel est le profil des patients touchés ?

Le cancer du rein touche une majorité d'hommes (68 %, source INCa). L'âge moyen du diagnostic est de 70 ans. Ce cancer tue près de 4 000 personnes chaque année en France. Le cancer du rein le plus fréquent est l'adénocarcinome (90 % des cas). Le cancer du rein n'affecte généralement qu'un seul rein et survient rarement avant 50 ans.

Quels sont les facteurs de risques ?

- Le tabagisme ;
- être de sexe masculin (dans le monde, ce cancer est globalement trois fois plus fréquent chez les hommes) ;
- l'obésité ;
- la dialyse prolongée pendant des années ;
- le travail dans les industries du cuir, de l'amiante ;
- l'anomalie génétique (maladie de von Hippel-Lindau) ;
- la maladie kystique des reins.

Comment se fait le diagnostic ?

Il repose sur les techniques d'imagerie (échographie, scanner, IRM). Le scanner thoraco-abdominal ou la scintigraphie osseuse permettent d'identifier d'éventuelles métastases. Les tumeurs découvertes de manière fortuite à l'occasion d'une échographie prescrite pour une autre raison sont, en règle générale, de moindre volume et de stade évolutif plus précoce (Kato et al. J.Urol 2004 172(3) 863-866).

Quels sont les traitements ?

Alors que le traitement standard était jusqu'à peu l'ablation complète du rein porteur de la tumeur, le développement de techniques conservatives comme la néphrectomie partielle puis la tumorectomie ont donné corps au concept de conservation du capital néphronique.

Des travaux récents confirment que la chirurgie partielle préserve à terme la fonction rénale et suggère un effet encore inexpliqué d'amélioration de la survie spécifique par rapport à la néphrectomie (Becker, Eur Urol 2006 : 308-313), de sorte que tant l'Association Française d'Urologie que l'European Association of Urology en recommandent la pratique devant une tumeur de moins de 4 cm.

Comment le médecin procède-t-il ?

La chirurgie partielle peut se faire par voie ouverte (lombotomie) ou laparoscopique. Le traitement par radiofréquence est une alternative percutanée : il entraîne la brûlure et la nécrose du tissu anormal. Les lésions situées près des vaisseaux des cavités rénales ou du tube digestif sont considérées comme des contre-indications relatives ou absolues selon leur localisation, ce qui en restreint considérablement l'application (12 en 2008 à Toulouse).

Qu'en est-il de la cryothérapie ?

La cryothérapie entraîne la mort cellulaire par une combinaison d'effets biologiques :

- destruction de la microvascularisation ;
- puis destruction des membranes cellulaires par choc osmotique ;
- et l'induction directe de la cascade apoptotique (Baust, BJUInt 2005 ; 95(9) :1187-91). Cette Cryobiologie aboutissant non à une nécrose mais à une fibrose (Brashears, J.Urol 2005 ;173(6) : 2160-5, Janzen, J.Urol 2005 ;173(4)1368-74.). Cette distinction est essentielle puisqu'elle explique que la cryothérapie peut répondre à la plupart des contre-indications de la radiofréquence.

Comment se déroule l'intervention ?

Ce concept thérapeutique a récemment bénéficié d'apports techniques significatifs, notamment en termes de miniaturisation des cryodes, ce qui permet de traiter des lésions jusqu'à 50 mm de diamètre.

Le geste est réalisé sous contrôle scanner ou IRM par une équipe associant urologue et radiologue. Le patient est anesthésié pendant un peu plus d'une heure pour des raisons de confort, de restriction des mouvements spontanés et de contrôle de la douleur non au niveau rénal mais sur la peau, au point d'entrée des cryodes.

Quels sont les résultats ?

La première équipe française à l'avoir utilisé, rapporte une durée d'hospitalisation médiane de moins de 3 jours (CHU Strasbourg, AFU 2008) ce qui est en accord avec la principale série internationale (Atwell, JUrol 2008 ; 179 :2136-2141, transmis) qui note que 87 % des patients revenaient au domicile le jour suivant l'intervention. Cette nouvelle technique est très peu agressive et d'efficacité prouvée dans le traitement d'une pathologie dont la prévalence augmente.

Références Bibliographiques

Kato et al. J.Urol 2004 172(3) 863-866
Pischon, Int J Cancer 2006 ; 118(3) :728-738.
Becker, Eur Urol 2006 : 308-313.
Baust, BJUInt 2005 ; 95(9) :1187-91.
Brashears, J.Urol 2005 ;173(6) : 2160-5.
Janzen, J.Urol 2005 ;173(4)1368-74.
Atwell, JUrol 2008 ; 179 :2136-2141.