



Cancer du rein, dysfonction sexuelle, lithiase, uretère, traumatisme, infection et urètre

**Vidal Azancot**Service d'urologie, hôpital Cochin Port-Royal
(AP-HP), Paris

Cancer du rein

Cancer du rein métastatique

Une grande étude américaine (**Abstract 100**) s'est intéressée à l'utilisation de l'acide zolédronique en prévention du risque fracturaire dans différents cancers dont le cancer du rein métastatique. Il n'y a que 14 % des cancers du rein métastatiques qui sont traités par des bisphosphonates IV et il apparaît un grand retard à l'initiation de ce traitement par rapport au moment de la découverte des métastases osseuses (en moyenne 133 jours) (**tableau I**).

Une étude allemande (**Abstract 95**) a regardé rétrospectivement en termes de tolérance et d'efficacité les résultats de l'utilisation de temsirolimus après échec de l'utilisation d'inhibiteurs de récepteurs aux tyrosines kinases (sunitinib, sorafenib). Cette méthode apparaît sûre avec une toxicité dans la majorité des cas de faible grade avec un taux de contrôle de la maladie de 55 %.

En attendant les résultats d'essais comme CARMENA, on ne sait toujours pas quel est le rôle de la néphrectomie cytoréductive dans le cancer du rein métastatique. De

Tableau I : Taux de patients traités par zolédronate par cancer et retard au démarrage de celui-ci après découverte des métastases.

Type de cancer	Traité (%)	Non traité (%)
Poumon	16	84
Sein	45	55
Prostate	26	74
Cancer à cellules rénales	14	86
Vessie	11	89
Myélome multiple	78	22

Type de cancer	Retard (jours)
Poumon	70,8
Sein	91,1
Prostate	139,0
Cancer à cellules rénales et de vessie	133,1
Myélome multiple	73,4

Total	93,7
-------	------

Correspondance

Vidal AzancotService d'urologie, hôpital Cochin Port-Royal, 27, rue
du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris.
azancot@hotmail.fr



nombreuses présentations (**Abstracts 99, 101**) ont analysé les résultats de l'utilisation d'inhibiteurs de récepteurs aux tyrosines kinases en préopératoire. On retrouve dans ces études une bonne tolérance de ce traitement avec une diminution de la taille des métastases et de la tumeur principale dans plus de 50 % des cas.

Cancer du rein non métastatique

Néphrectomie partielle

Deux études (**Abstracts 446, 768**) ont analysé le taux de décès non lié au cancer après chirurgie rénale partielle ou totale. En terme de contrôle carcinologique ces deux techniques apparaissent similaires, mais on observe un gain en terme de survie globale avec une chirurgie de préservation néphronique. Tout ceci doit encourager les chirurgiens à faire le plus possible de chirurgie partielle dès que cela est techniquement réalisable comme le montrent les nombreuses études présentées sur les tumeurs de plus de 4cm avec une morbidité et un contrôle carcinologique satisfaisants.

Facteurs pronostics et marqueurs des cancers du rein

Lors de ce congrès de nombreuses équipes ont analysé des facteurs pronostics dans le cancer du rein.

L'obésité (**Abstract 416**), qui est un facteur de risque de cancer du rein, apparaît comme un facteur bénéfique en terme de survie pour les carcinomes à cellules rénales (CCR).

Le rapport neutrophile/lymphocyte est un facteur de risque de récurrence dans le CCR non métastatique (**Abstract 287**).

Avoir un calcium élevé (**Abstract 300**) est un facteur péjoratif en terme de survie spécifique dans le CCR.

Les macrophages associés à la tumeur (**Abstract 294**) sont considérés comme un facteur régulateur de la progression de nombreuses tumeurs. Dans le cancer papil-

laire, la présence de ces macrophages est associée à une réduction du risque de décès liée au cancer de 66 %. La présence de ces macrophages doit donc être indiquée par l'anatomopathologiste.

De nouveaux marqueurs ont été explorés. Ainsi l'équipe de Saint-Étienne (**Abstract 289**) montre que l'ARNm CA9 est fortement détectable dans le sérum des patients atteints d'un carcinome rénal à cellules claires avec une spécificité qui semble excellente. Son taux est corrélé à la taille et au stade de la tumeur.

Classification de Bosniak

Une étude (**Abstract 298**) sur la variabilité interpersonnelle dans la classification de Bosniak montre des écarts très importants entre les médecins interpréteurs. Cette variabilité peut poser problème au moment de la décision ou non d'un acte chirurgical. Cependant, une équipe néerlandaise (**Abstract 420**) rappelle l'utilité de cette classification avec un taux de cancer de 83 % pour les kystes classés Bosniak III.

Cancer du rein et insuffisance rénale chronique

Une étude multicentrique française (**Abstract 415**) a étudié les caractéristiques des tumeurs rénales chez les insuffisants rénaux chroniques. Ces patients font des tumeurs de meilleur pronostic clinique et anatomopathologique que la population générale. On ne sait pas encore si cela est dû à des modes de carcinogenèse différents ou à un biais dû au mode de diagnostic.

Nouvelles techniques chirurgicales dans le cancer du rein

De nombreuses vidéos se sont intéressées à la chirurgie rénale laparo-endoscopique single-site surgery (LESS) (**Vidéos V6, V7, 756**) et Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery (NOTES) (**VidéoV2**). D'autres travaux ont montré que la technique LESS était faisable et sûre (**Abstract 757-760**).

Cryoablation

Des études (**Abstracts 763, 764**) ont rappelé qu'avec un recul plus important la cryoablation est une technique sûre avec un bon contrôle oncologique en cas d'indication de chirurgie de préservation néphronique. Cependant, une étude multicentrique américaine (**Abstract 765**) comparant les résultats oncologiques et en terme de fonction rénale à moyen terme retrouve un plus gros taux d'échec lors du traitement par cryoablation que par néphrectomie partielle laparoscopique. Le taux de survie sans récurrence et de patients non insuffisants rénaux est également meilleur en cas de néphrectomie partielle laparoscopique que de cryoablation.

Dysfonction sexuelle

Dysfonction érectile (DE)

De nombreuses études se sont intéressées aux facteurs de risques cardiovasculaires dans la dysfonction érectile (DE). Ainsi chez le rat (**Abstract 174**), le tabagisme chronique ou aigu diminue le taux de testostérone ainsi que le rapport pression max intracaverneuse/pression artérielle moyenne et le taux de remplissage des corps caverneux. On retrouve une diminution du taux de testostérone en cas de syndrome métabolique (**Abstract 177**), ainsi qu'en cas d'apnée du sommeil (**Abstract 72**).

Le traitement par testostérone (**Abstract 75**) chez les patients hypogonadiques apparaît être un traitement sans danger pour la prostate avec une bonne efficacité sur la DE parfois en association avec les inhibiteurs de phosphodiesterase 5 (IPDE5).

DE après prostatectomie

Certaines études suggèrent (**Abstract 81**) que la récupération des érections est plus rapide après prostatectomie robot que ouverte en cas de préservation nerveuse bilatérale. Une étude italienne (**Abstract 82**) suggère qu'un traitement proérecteur

est bénéfique pour la récupération de la fonction érectile si celui-ci est débuté précocement après la chirurgie c'est à dire durant les deux premiers mois.

Dysfonction sexuelle féminine

De multiples (**Abstracts 184, 185**) études montrent que l'incontinence urinaire ou les troubles urinaires du bas appareil (TUBA) ont un impact négatif très important sur la sexualité féminine.

Lithiase

NLPC

Une étude multicentrique (**Abstract 1**) portant sur 4693 cas de néphrolithotomie per-cutanée (NLPC) a été menée. Dans 26 % des cas le traitement portait sur un calcul coralliforme, 17 % un calcul du calice supérieur ou moyen et 45 % sur un calcul caliciel inférieur. Dans 63 % des cas il y avait un calcul dans le bassin. Le taux de patient *stone free* était de 76 % à 30 jours. On ne reporte des complications que dans 16 % des cas avec seulement 4 % de complications de grade 3 ou 4 selon le score de Clavien. Tout cela montre la très bonne efficacité de la NLPC avec un très faible taux de complications graves.

De nombreux travaux (**Abstracts 2, 5, 351, 354, 355**) ont étudié la NLPC dite « tubeless » (sans néphrostomie postopératoire) et retrouvent de bons résultats

en terme de sécurité ainsi qu'une diminution des douleurs postopératoires et du temps d'hospitalisation. Cette technique apparaît également sûre chez les patients cirrhotiques ou sous anticoagulants. Une équipe italienne utilise une compresse de TachoSil® qui est apposée dans le trajet de la NLPC.

De nombreuses études se sont intéressées à la NLPC en décubitus dorsal, position dite de Valdivia modifiée par Galdakao (**Abstracts 2, 5, 347, 348**) avec un gain en terme de temps opératoire et un taux de patients *stone free* et un taux de complication similaire au décubitus ventral.

Certaines équipes ont réalisé des NLPC sous rachianesthésie (**Abstracts 358, 359**) avec de bons résultats.

Lithotritie

Ce congrès s'est intéressé aux différents facteurs pouvant influencer la réussite d'une lithotritie. Pour les calculs de plus de 10mm, le taux de succès est meilleur (50 % vs 16 % $p=0,052$) en utilisant un rythme de 60 ondes de choc par minute plutôt que 120 avec une tolérance similaire (**Abstract 223**).

Une équipe allemande a étudié les facteurs de réussite de la lithotritie sur les lithotripteurs de troisième génération. La taille du calcul et l'utilisation ou non d'une sonde urétérale apparaissent comme des facteurs pronostics à contrario de l'IMC qui n'influence pas les résultats, sans doute par amélioration de la pénétration des ondes

de choc avec les lithotripteurs de troisième génération (**Abstract 226**).

Uretère et jonction pyélo-urétérale (JPU)

La cure de jonction pyélo-urétérale (JPU) apparaît accessible de façon aisée à une chirurgie par voie robot-assistée (**vidéos V34, V35**).

Dans le traitement des sténoses de l'uretère se développent des stents auto-expandables urétéraux avec pour le stent Allium des premières analyses encourageantes en termes d'efficacité et de sécurité (**Abstract 215**). De plus ces stents semblent améliorer la qualité de vie des patients ainsi que la morbidité en comparaison avec les sondes JJ classiques (**Abstract 230**) (**tableau II**).

Traumatisme

Une étude australienne suggère qu'en cas de traumatisme du rein, le scanner à 48 heures reste utile pour voir une éventuelle progression des lésions. Un scanner à distance ne semble, lui, n'avoir aucun intérêt (**Abstract 210**).

En cas d'hématurie macroscopique lors d'un traumatisme, l'écho-FAST aux urgences n'a pas d'intérêt et il est plus intéressant de réaliser directement un scanner car les lésions rénales sont très souvent associées à d'autres lésions viscérales (**Abstract 208**).

Tableau II : Mesure de la qualité de vie des patients porteurs d'un stent urétéral Memokath® (MMK) ou d'une sonde JJ.

QOL mesure	sonde JJ	MMK stent	p-value
Pénibilité d'avoir des symptômes urinaires	6.0	3.0	0.02
Index des symptômes urinaires	32.0	21.5	0.048
Douleur	18	7	0.009
Activités légères	2.0	1.0	0.02
Activités lourdes	3.0	2.0	0.04



Infections

Une étude allemande (**Abstract 367**) sur la prostatite chronique et les algies pelviennes chroniques retrouve que les patients atteints de ces pathologies sont souvent atteints de TUBA et de dépression. Il y a une corrélation entre la sévérité

des algies pelviennes/prostatites chroniques et la sévérité des TUBA et de la dépression.

Chirurgie de l'urètre

La chirurgie des sténoses de l'urètre en utilisant le laser Ho : YAG (**Abstract 376**)

semble sûre et efficace avec un temps opératoire plus court et une diminution du nombre de récurrences.

De nombreux travaux se sont intéressés (**Abstracts 383, 386, 387**) aux greffes de muqueuses buccales dans les sténoses longues de l'urètre avec une bonne efficacité.