



Cancer du rein, lithiase, dysfonction érectile, infections, traumatismes

Vidal Azancot

Service d'urologie,
hôpital Cochin Port-Royal,
faculté de médecine Paris-Descartes, Paris

Cancer du rein

Une étude allemande (729) a porté sur la vaccination des patients ayant un cancer du rein et ayant bénéficié d'une néphrectomie totale. Entre 1993 et 1996, 1267 patients ont bénéficié après leur néphrectomie d'une vaccination par tumeur autologue. En utilisant un modèle multivarié de Cox, on retrouve une survie globale significativement augmentée (HR=1,28, $p=0,03$) et cela est encore plus vrai dans le groupe de tumeurs pT3 (HR=1,67, $p=0,011$). En particulier pour les cancer du rein pT3, le traitement adjuvant par vaccination avec un lysat de cellules tumorales autologues aurait un intérêt sur la survie globale.

Une étude multicentrique (509) (The SATURN project) a étudié la survie spécifique en fonction des sous-types de cancer du rein. On retrouve une différence significative en fonction des sous-types avec une survie spécifique à cinq ans de 89,3 % pour les chromophobes, 85,6 % pour les papillaires, 78,1 % pour les cellules claires, 55,6 % pour les non classifiées et 31,9 % pour les tubes collecteurs.

Néphrectomie partielle

Une étude (194) portant sur le registre national américain des cancers du rein a étudié les complications de la néphrectomie radicale ouverte ou coelioscopique et de la néphrectomie partielle ouverte et coelioscopique sur un registre de plus de 48 000 patients opérés entre 1998 et

2007. Pour ce qui concerne la chirurgie rénale partielle, le taux de complications apparaît similaire entre la voie ouverte et laparoscopique. En revanche, pour ce qui concerne la chirurgie radicale, la morbidité semble inférieure par voie laparoscopique en comparaison de la voie ouverte.

Toujours sur ce même registre de patients (615), en regardant l'évolution du taux de néphrectomies partielles et radicales au cours du temps, on s'aperçoit qu'entre 1998 et 2007, le taux de néphrectomies partielles a été multiplié par 4. L'utilisation de la néphrectomie partielle reste inférieure, chez les patients octogénaires (*odds ratio* [OR] : 0,5 ; $p < 0,001$), chez les femmes (OR : 0,9 ; $p = 0,008$), chez les Hispaniques (OR : 0,8 ; $p = 0,02$) et dans les centres non universitaires (OR : 0,6 ; $p < 0,001$).

La base de données (90) SATURN a étudié les résultats carcinologiques après néphrectomie partielle vraie versus énucléation. Les résultats confirment qu'il n'y a pas de différence significative en termes de survie spécifique entre les deux techniques.

Une équipe romaine (89) a réalisé des néphrectomies partielles laparoscopiques en effectuant avant l'intervention une embolisation sélective des vaisseaux à destination tumorale. Cette technique permettrait de réaliser les néphrectomies partielles sans clampage vasculaire.

Deux études (186-187) ont cherché à savoir si le temps d'ischémie froide était diminué lors de la néphrectomie partielle

Correspondance

Vidal Azancot

Service d'urologie,
hôpital Cochin Port-Royal,
27, rue du Faubourg-Saint-Jacques,
75014 Paris.
vidal.azancot@cch.aphp.fr

© 2011 - Elsevier Masson SAS - Tous droits réservés.

robot-assistée par rapport à la néphrectomie partielle laparoscopique. La première étude semble montrer que le temps requis pour suturer les vaisseaux intrarénaux, le système collecteur et pour réaliser la rénorrhaphie semble réduit. Toutefois cette étude démontre également l'importance de la courbe d'apprentissage. La deuxième étude retrouve un temps opératoire et un temps d'ischémie diminué à l'aide du robot (24 vs 17 min, $p < 0,01$). Le saignement est également significativement diminué. Il n'y a pas de différences en termes de complications ou de marges positives.

Deux études (**192-V48**) ont également porté sur l'utilisation du fil V-Loc™ pour la rénorrhaphie. Ce fil permettrait une diminution du temps d'ischémie chaude d'environ 25 % avec une plus grande facilité d'utilisation.

Cryoablation

Une étude viennoise (**289**) a comparé les résultats de la cryoablation coelioscopique et de la néphrectomie partielle à ciel ouvert. En ce qui concerne les complications, il n'y a pas de différence significative. En revanche, avec un recul moyen de 14 mois, il y a 11 % de récurrences dans le groupe cryoablation contre 0 % dans le groupe néphrectomie partielle. Les auteurs recommandent donc de n'utiliser cette technique que chez des patients à hauts risques et avec une espérance de vie réduite.

HIFU

L'HIFU est utilisable pour les tumeurs rénales (**281**). Une équipe a réalisé de l'HIFU sur des petites tumeurs rénales suivi d'une néphrectomie partielle laparoscopique afin de vérifier si l'exérèse par HIFU était complète. Les résultats sont encourageant avec une ablation complète en cas de double passage. Avec, a priori, dans cette étude préliminaire une absence de complications en rapport avec l'HIFU. Cette technique semble donc prometteuse pour les petites tumeurs rénales.

Cancer du rein avancé et métastatique

Une étude multicentrique européenne (**860**) a évalué rétrospectivement l'effet de la néphrectomie sur la survie globale chez les patients ayant un cancer du rein métastatique. 351 patients ont été inclus rétrospectivement. La médiane de survie globale était de 37,1 mois. Celle-ci passait de 16,4 à 38,1 mois ($p < 0,001$) en cas de néphrectomie. Ce bénéfice en survie était seulement observé pour les patients en bon état général ECOG 0 ou 1 mais pas pour les patients ECOG 2 ou 3 ($p = 0,8$). En utilisant la stratification MSKCC, les patients qui amélioraient leur survie après néphrectomie étaient les patients de risque bon ou intermédiaire (16,8 vs 42,4 mois [$p = 0,02$]). Il semblerait également que la lymphadénectomie (**264**) améliorerait la survie spécifique des patients T3 et T4 avec des ganglions cliniquement positifs. Le nombre de ganglions retirés et le nombre de ganglions positifs seraient des marqueurs indépendants de la survie spécifique liée au cancer (HR 0,96, $p = 0,02$ et HR 1,09, $p = 0,001$, respectivement).

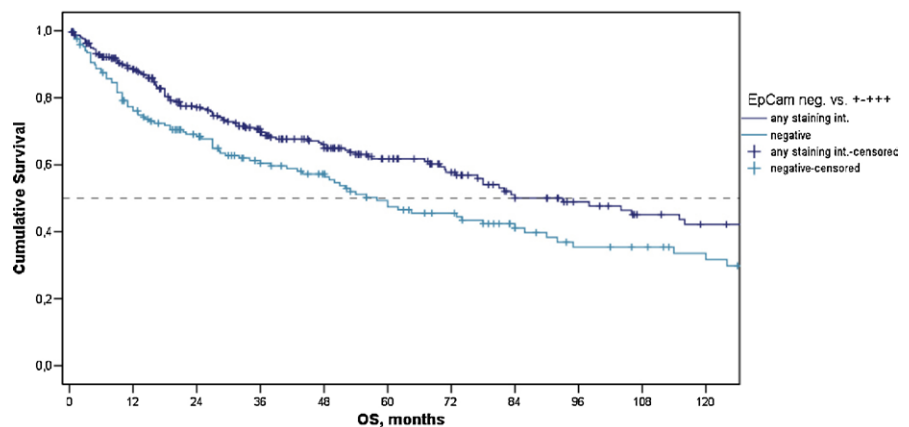
Une étude (**718**) basée sur « The SorRCC Integrated Database » évaluant les effets secondaires du sorafénib en fonction de l'âge montre que ce traitement est

bien toléré chez les plus jeunes et les plus âgés avec un profil de sécurité similaire et pas de toxicité cumulative. Ce traitement semble donc pouvoir être donné à tout âge.

Il y a quelques mois des études ont démontré que le syndrome pied-main était un marqueur de l'efficacité du sunitinib dans le cancer du rein. Lapini et al. ont (**721**) voulu voir s'il en était de même avec le taux de TSH. Les patients développant une hypothyroïdie sous sunitinib ont une survie sans récurrence significativement allongée par rapport aux patients qui restent euthyroïdiens (11,4 vs 6,6 mois, $p = 0,03$). L'augmentation de la TSH peut donc être utilisée comme un marqueur de l'efficacité du traitement.

Cancer du rein, recherche fondamentale

Une équipe japonaise (**392**) a étudié l'activité du CDK 1 et 2 dans le cancer du rein non métastatique. Un ratio CDK2/CDK1 bas serait associé à une meilleure survie sans récurrence (91,2 % vs 51,6 %, $p = 0,0016$). Eichelberg et al. (**267**) ont étudié la prévalence et le pronostic de la perte des molécules d'adhésion des cellules épithéliales (EpCam) dans le cancer du rein. EpCam serait associé aux maladies de haut grade ($p = 0,05$), aux



Pic. 1: KM analysis: Overall survival, stratified for EpCam-staining in ccRCC; n=472; $p=0.0042$

Figure 1 : Survie cumulée en fonction de la perte (bleu clair) ou non (bleu foncé) de EpCam.

métastases ganglionnaires, et à une moins bonne survie globale (**figure 1**).

Une méthylation moyenne du promoteur de transcription GATA5 (**275**) supérieure à 24 % serait associée à plus de métastases et à une moins bonne survie sans récurrence du cancer du rein ($p=0,007$, HR=3,6) (**275**).

Calcul

Néphrolithotomie percutanée (NLPC)

Une équipe (**134**) a développé une aiguille munie d'un microsystème optique de 0,9 mm permettant d'améliorer l'accès aux cavités excrétrices en cas de NLPC. Ce système peut, à terme, diminuer substantiellement les complications liées à l'abord rénal. De nombreux articles (**140-142**) ont encore comparé cette année les données de la NLPC en position supine et prone. Il ne semble pas y avoir de grosses différences entre les deux groupes avec notamment des résultats comparables chez les patients obèses.

Une équipe turque (**145**) s'est intéressée aux paramètres influençant les taux de complications de la NLPC. Il apparaît de manière significative sur une cohorte de 1117 NLPC que le temps opératoire, le nombre de points d'accès, le succès de la dilatation, et le taux d'hémoglobine préopératoire influencent le taux de complications.

Urétéroscopie

Une équipe (**705**) a développé un système d'urétéroscopie robot-assistée qui améliore la précision, facilite l'apprentissage, diminue le risque d'endommager le matériel tout en étant plus à distance du rayonnement de l'amplificateur de brillance.

Le premier urétéroscopie jetable (**V32**) a été présenté lors de ce congrès. Cet urétéroscopie n'a pour l'instant qu'une seule déflexion à 250 degrés avec un canal

opérateur de 3,6 french et permet d'obtenir des résultats comparables aux urétéroscopies standards tout en évitant les problèmes de stérilisation et de contaminations potentielles d'un patient à un autre.

Une étude internationale (**232**) multicentrique s'est intéressée au traitement des lithiases calicelles inférieures et à leur prise en charge. Cette étude démontre la possibilité de réaliser une urétéroscopie souple comme traitement alternatif à la lithotritie extracorporelle (LEC) pour les calculs de moins de 2 cm avec seulement 15,2 % de nécessité de second look et une très bonne efficacité avec une faible morbidité (pas de complication majeure) et une très bonne efficacité de la NLPC pour les calculs de plus de 2 cm avec seulement 5,4 % de second look, 11 % de complications majeures et 5,4 % de transfusion.

Une équipe milanaise (**236**) s'est intéressée aux résultats des urétéroscopies souples pour les calculs de plus de 2 cm. Les résultats semblent supérieurs pour les calculs de moins de 3 cm avec un temps opératoire plus court, moins de complications septiques, une hospitalisation plus courte, un nombre de procédures par calcul moins important et plus de patients stone free. Toutefois une autre étude (**694**) précise qu'en cas de calcul de plus de 3 cm, pour certaines catégories de patients, les résultats restent bons avec une morbidité qui reste modérée mais la nécessité de plusieurs séances.

Y a-t-il un intérêt à réaliser une urétéroscopie en urgence en cas de crise de colique néphrétique ? Cette étude (**234**) a défini deux groupes. Un premier groupe ayant une urétéroscopie en urgence dans les 12 heures et un second groupe ayant un traitement médical et une urétéroscopie en moyenne 20 jours plus tard. Dans le premier groupe, 93 % des patients étaient stone free après l'urétéroscopie et seulement 19,4 % ont nécessité la mise en place d'une sonde JJ. Dans le groupe 2, 90 % des

patients étaient stone free après l'urétéroscopie et une sonde JJ a été mise en place chez 80 % des patients. Il n'y avait pas de différence significative concernant le diamètre des lithiases, la localisation de celles-ci et le taux de patients stone free. Il y a, en revanche, une différence significative en termes de nécessité de mise en place de JJ en faveur du groupe urétéroscopie en urgence. Cette étude démontre donc l'efficacité d'une urétéroscopie en urgence en cas de colique néphrétique.

Doit-on mettre une sonde JJ pour les urétéroscopies non compliquées de l'uretère pelvien ? (**237**) Il semblerait que le fait de ne pas mettre de sonde JJ entraînerait moins de douleurs, moins de signes fonctionnels urinaires, moins d'utilisation d'antalgiques sans augmenter le nombre de complications.

Stents urétéraux

Deux études (**698-699**) se sont intéressées aux résultats des stents intra-urétéraux thermo-expandables Memokath 051™. Ces prothèses représentent une bonne alternative pour le traitement des sténoses urétérales en évitant les effets secondaires d'une sonde JJ et avec une nécessité de changer la sonde en moyenne au bout de 19 mois. Le risque de ces prothèses étant la migration et la resténose avec environ 10 % d'incrustation de la prothèse. Ces prothèses restent, dans la grande majorité des cas faciles à retirer. Le taux de migration semble supérieur en cas d'étiologie bénigne de la sténose mais avec 21 % de résolution spontanée de la sténose après le retrait du stent. Les complications (infections urinaires et hématuries) semblent assez rares.

Lithotritie extracorporelle (LEC)

Quels sont les facteurs influençant l'échec d'une LEC avec les lithotripteurs de troisième génération ? Selon une étude anglaise (**32**) il s'agit de l'indice de masse

corporelle, de la présence d'une sonde, de la présence d'infections urinaires à répétition et de la quantité importante de calculs.

Il a déjà été démontré que la lithotritie avec des chocs à basse fréquence pouvait améliorer le taux d'élimination des calculs. Cela est confirmé dans cette étude (33) avec 46,4 % de succès à basse fréquence contre 10,8 % à haute fréquence ($p=0,01$). Néanmoins, la douleur semble significativement plus importante à basse fréquence et les dommages causés sur le rein évalués par le taux de N-acetyl- β -D-glucosaminidase et d'interleukine 18 semblent également significativement plus importants ($p<0,01$).

Formation lithiasique

Une étude a évalué le scanner pour prédire la formation lithiasique chez des patients n'ayant jamais eu de calculs (36). La densité des papilles en unité Hounsfield (UH) semble supérieure chez les patients qui développeront ultérieurement des lithiases (44,2UH versus 23,1UH – $p=0,003$). Le scanner peut donc être utilisé pour la prédiction des patients qui développeront un jour des calculs.

L'équipe de Besançon a étudié les variations climatiques sur le risque de colique néphrétique (37). Il apparaît que ce risque augmente significativement en cas de d'humidité élevée, quand la température moyenne est supérieure à 15°C, quand la température minimum est supérieure à 0°C et quand la température maximum est supérieure à 20°C.

Dysfonction érectile, maladie de Lapeyronie

Dysfonction érectile

L'étude SPOUSE (1072) a évalué la satisfaction du patient et de sa partenaire après traitement chirurgical (prothèse

pénienne gonflable) ou médical de la dysfonction érectile. Les partenaires féminines ont une plus grande satisfaction concernant leur qualité de vie, les relations avec leur partenaire et leur vie de famille après traitement par prothèse pénienne en comparaison avec les partenaires des hommes n'ayant reçu qu'un traitement médical.

Il est déjà bien démontré que la dysfonction érectile est associée au risque de coronaropathie. Il y aurait (356) une relation inversement linéaire entre le domaine fonction érectile de l'indice IIEF (IIEF-EF) et l'index de comorbidité de Charlson. Ce score IIEF-EF serait donc un marqueur de l'état général chez l'homme.

Depuis de nombreuses années il existe une polémique sur le risque prostatique associé à un traitement substitutif par testostérone chez les patients hypogonadiques. La plus grosse série mondiale (361), soit 1493 patients, a été présentée lors de ce congrès. Le PSA augmente de 1,1 à 1,3ng/mL au cours du traitement puis reste stable sans augmentation du nombre de cas de cancer de la prostate. De plus, ce traitement diminue fortement le nombre de patients souffrant de dysfonction érectile et augmente les scores de satisfaction mentale et sexuelle tout en diminuant le tour de taille moyen. Ce traitement est donc efficace et sûr, n'entraînant pas de retentissement prostatique.

Un modèle de rat (1064) ayant des dysfonctions érectiles après prostatectomie radicale a été étudié et soumis à un traitement par pentoxifylline (inhibiteur de phosphodiesterase ayant une action inhibitrice sur de nombreuses voies des cytokines impliquées dans la dégénération nerveuse, l'apoptose et la fibrose). Il semblerait que ce traitement améliore de façon dose dépendante la fonction érectile, améliore la croissance nerveuse, diminue la dégénérescence Wallérienne et prévienne la perte de cellules musculaires lisses au niveau des corps caverneux.

Une équipe israélienne (1074) s'est intéressée à l'efficacité de la thérapie par ondes de choc à faible intensité chez les patients souffrant d'une dysfonction érectile résistante aux traitements par IPDE5. Ce traitement permettrait à 68 % de ces patients non répondeurs d'avoir des relations sexuelles et dans 30 % des cas de les avoir sans adjonction d'un autre traitement médical.

Lapeyronie

Une équipe japonaise (1021) a étudié l'effet d'injections dans la plaque de nicardipine en comparaison avec du sérum physiologique (groupe témoin) pendant la période de transition entre la phase aiguë et la phase chronique de la maladie. La réduction de la douleur est plus importante avec la nicardipine ($p=0,019$). On retrouve également une amélioration du score IIEF-5 et une diminution de la taille de la plaque dans ce même groupe. Dans les deux groupes on retrouve une amélioration significative de la courbure mais sans différence entre les deux groupes. Le traitement par injection de nicardipine semble donc efficace pendant la période de transition.

Infections

Une étude (474) a porté sur les 42 033 souches d'*Escherichia coli* analysées à Dublin durant ces 11 dernières années. Au cours de ces dernières années on retrouve une augmentation du nombre d'infections à *E. coli*. Les pénicillines et le triméthoprime ne doivent plus être utilisés en première intention. Il y a trop de résistances à la ciprofloxacine pour les infections nosocomiales ou survenant dans le milieu urologique. On observe également durant ces 11 dernières années une augmentation dramatique de la résistance à la gentamicine.

Deux études se sont intéressées (484 et 485) à l'effet de l'acide hyaluronique en

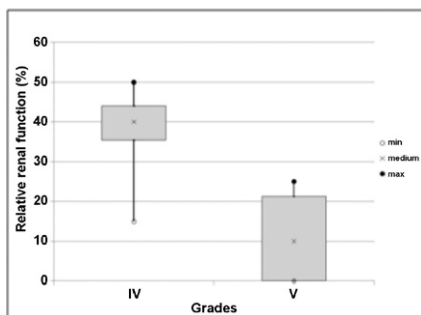


Figure 2 : Fonction rénale relative en fonction du grade du traumatisme.

instillation intravésicale dans la prévention des infections urinaires récidivantes. 75 % des patientes qui ont bénéficié de ce traitement (huit instillations) n'ont pas développé d'infections urinaires durant les 18 mois qui

ont suivi. L'intervalle entre deux infections est passé de 39 jours à 190 jours ($p < 0,001$).

Traumatismes

L'équipe de Grenoble (162) a présenté les résultats sur la fonction rénale à six mois des patients ayant bénéficié d'un traitement conservateur malgré un traumatisme de grade IV ou V (figure 2). Les résultats apparaissent très bon pour les lésions de grade IV. Pour les lésions de grade V les résultats sont plus contrastés avec 50 % des reins qui n'ont pas repris de fonction et les autres 50 % qui ont repris environ 20 à 25 % de fonction relative. Cependant le temps d'hospitalisation pour les patients de grade V apparaît plus bref en cas de traitement conservatif qu'en cas de traitement chirurgical.

Une équipe sud-coréenne (170) a étudié les mêmes résultats en termes de fonction rénale mais à long terme (plus de 10 ans de suivi). La perte de fonction rénale est de 20 % pour les traumatismes grade III, 32 % pour les grades IV et 70 % pour les grades V (figure 3).

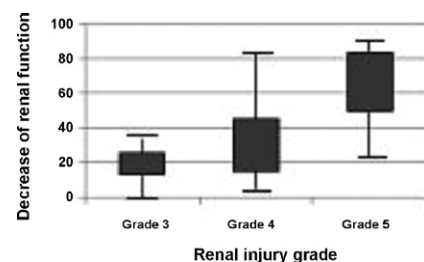


Figure 3 : Perte de fonction rénale en fonction du grade de la lésion.