

Cancer du rein [☆]

I. Ouzaid

Service d'urologie, hôpital Bichat-Claude-Bernard, université Paris Diderot, 46, rue Henri-Huchard, 75018 Paris, France

L'optimisation de la fonction rénale après NP fait toujours l'objet de plusieurs travaux. Une équipe italienne (résumé #918) a évalué la fonction rénale de 42, 45, 32 patients qui ont eu une NP avec respectivement une ischémie totale par clampage du pédicule (< 25 min dans tous les cas), une ischémie totale et pas d'ischémie. La perte de DFG en post-opératoire allait de -14 à -19,5 mL/min sans différence significative. À l'inverse une autre étude a trouvé une différence significative entre un clampage total et sélectif (perte de DFG de 14 mL/min versus 7 mL/min) sans preuve que cette différence modeste ait un impact sur le passage en IRC avec nécessité de dialyse. Le déclampage précoce lors de la NP robot-assistée bien que réalisable

s'accompagne de pertes sanguines évaluées en médiane à 250 mL (intervalle : 5–1800 mL) et un taux global de transfusion de 13 % selon un étude multicentrique française (résumé #919). La fonction rénale dépend certes de la technique chirurgicale (parenchyme rénal préservé, durée d'ischémie chaude) mais également de l'hôte. Ainsi, l'âge la fonction rénale préopératoire et les maladies systémiques sont tous des facteurs prédictifs de la fonction rénale après NP (résumé #120). Une étude a évalué le bénéfice supposé de la NP sur la survie notamment sur la mortalité cardiovasculaire (résumé #107). Cette cohorte de 1189 tumeurs rénales classées pT1a et pT1b a été analysée après un suivi

de plus de 10 ans. Sur l'ensemble, 511 (43 %) et 678 (57 %) patients ont eu respectivement une NP et NT. Après ajustement sur tous les facteurs confondants y compris les morbidités cardio-vasculaires, les résultats ont montré que le NP protégeait contre l'insuffisance rénale chronique mais ne protégeait pas contre les autres causes de mortalités (Fig. 1). La stadification des tumeurs kystiques est difficile à établir. En particulier, la prise en compte de la partie kystique d'une tumeur donnée risque d'aggraver à tort le stade sans répercussion sur la survie. Ainsi, une étude a rétrospectivement analysé les données de survie de 168 tumeurs kystiques avec un suivi supérieur à 10 ans. Les survies globales

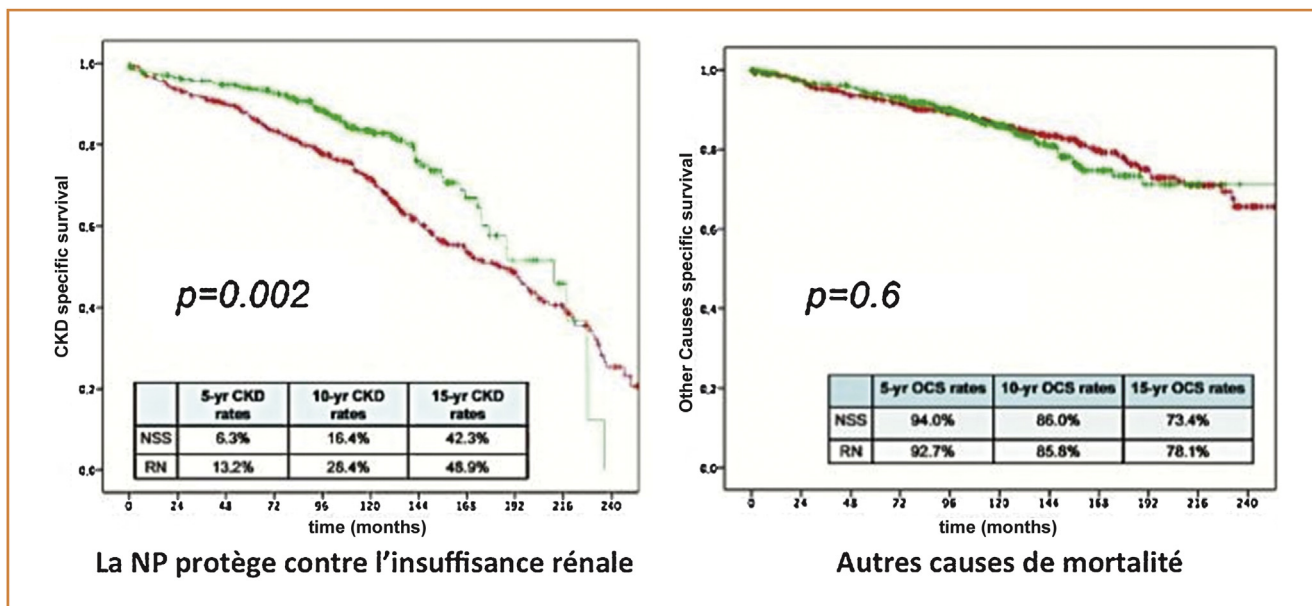


Figure 1. Courbes de Kaplan-Meier montrant que la néphrectomie partielle, comparée à la néphrectomie totale, était supérieure pour la préservation néphronique alors qu'elle ne protégeait pas contre les autres causes de mortalités.

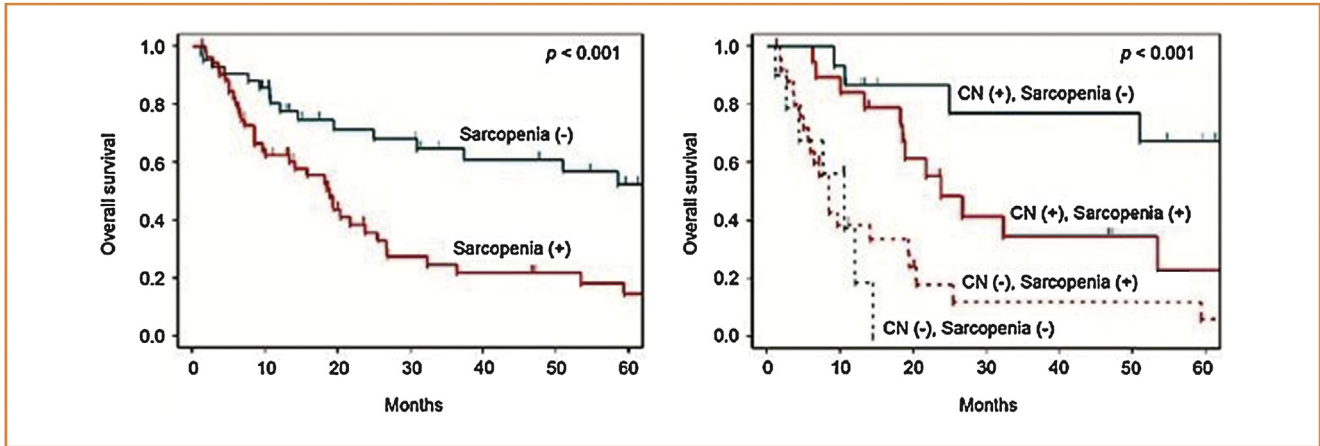


Figure 2. La sarcopénie est un facteur pronostique chez les patients atteints d'un cancer du rein métastatique. De même, les patients sarcopéniques bénéficient moins de la néphrectomie cyto-réductive.

à 5 et à 10 ans étaient respectivement de 89 % et 82 % alors que les survies spécifiques étaient de 100 % et 98 % (résumé #309). Sur l'analyse multivariée, seul l'âge était un facteur prédictif de survie indépendamment du stade tumoral. Cette étude laisse à penser que la TNM actuelle surestime les tumeurs kystiques puisque leur pronostic à stade égal semble supérieur aux tumeurs solides. Chez les patients avec un cancer du rein métastatique (mRCC), l'accent a été mis sur l'importance de l'état général des patients sur la survie des patients traités par thérapie ciblée ou par néphrectomie cyto-réductive (CN). Une étude a évalué la survie chez 96 patients qui ont eu un mRCC dont 70 traités par CN (résumé #206). L'analyse multivariée a montré qu'un taux de LDH élevé, une

albuminémie basse, une sarcopénie (évaluée au scanner) et un délai de progression inférieur à 12 mois après un traitement chirurgical étaient des facteurs pronostiques. Sur la cohorte des patients qui ont une CN, les patients avec une sarcopénie bénéficiaient moins de la résection chirurgicale (Fig. 2). L'étude du registre norvégien (RECON, résumé #011) a mis en évidence le bénéfice de la CN en association avec les anti-angiogéniques comparés aux deux options thérapeutiques administrées séparément avec une survie globale qui est passée de 9 et 12 à 18 mois après un traitement par CN seule, anti-angiogéniques seuls ou les deux associés respectivement. Une autre équipe s'est intéressée à l'état nutritionnel des patients atteints de

mRCC qui ont été traités par thérapie ciblée (résumé #207). Les 300 patients inclus avaient une évaluation par 2 scores validés : Geriatric Nutritional Risk Index Short Form (GNRI-SF) et le Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF). La graisse périviscérale a été également mesurée sur les scanners passant par L3. L'analyse des courbes de survie a montré que des résultats reflétant un état nutritionnel altéré avec les échelles utilisées étaient corrélés à la survie. Par ailleurs les résultats des scores sont corrélés à l'épaisseur de la graisse périviscérale (mesurée au scanner) elle-même corrélée à la survie (Fig. 3).

Alors que les études princeps pour l'obtention des AMM des TKI avaient pour critère de jugement principal le

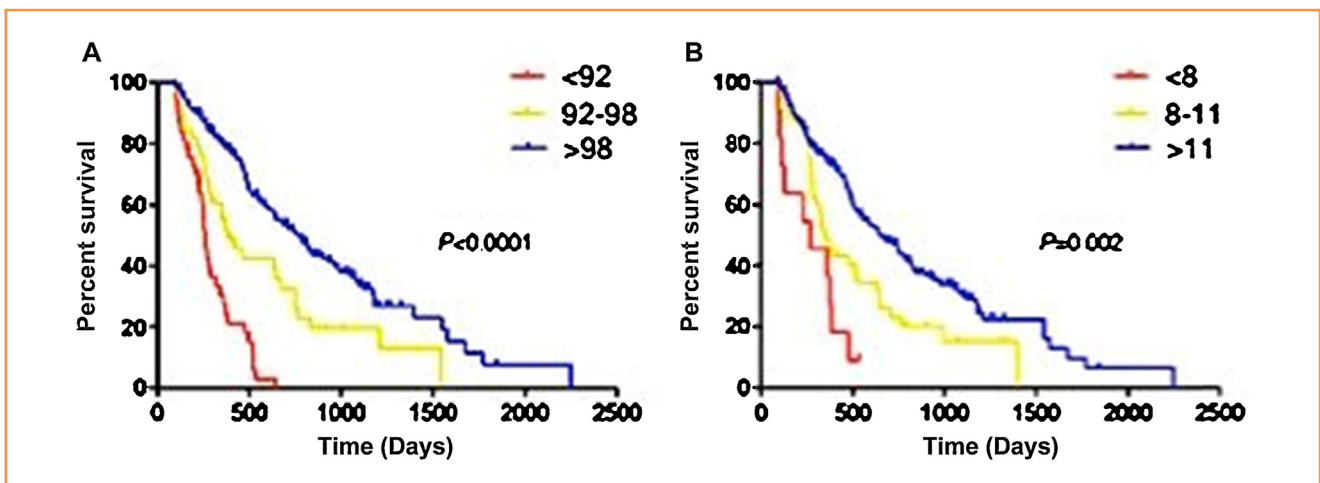


Figure 3. L'état nutritionnel évalué par le Geriatric Nutritional Risk Index Short Form (A) et le Mini Nutritional Assessment Short Form (B) impacte la survie des patients qui ont un cancer du rein métastatique et traités par thérapie ciblée.



gain en survie sans progression (comparé à l'interféron), certaines études se sont intéressées à l'amélioration de la survie globale à l'ère des anti-angiogéniques. Ainsi, Hutterer rapporte une analyse rétrospective de

594 patients qui ont été traités pour un mRCC par une immunothérapie ou un anti-angiogénique sur une période de 26 ans. En se limitant à 5 ans après initiation du traitement, la survie globale était de 26 et 21 mois ($p = 0,02$)

chez les patients traités respectivement par anti-angiogéniques et interféron (résumé #002).

*Spécial EAU 2015 – 30^e Congrès de l'Association européenne d'urologie : l'essentiel du congrès.