



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Communications orales[☆]

Tumeur du rein : traitement non chirurgical et épidémiologie

CO-1

Étude de l'impact clinique des variations de copies de gènes identifiées pour un panel de gènes d'intérêt par droplet digital PCR chez des patients traités par thérapie ciblée pour un cancer du rein métastatique



A. Chebbi^{1,*}, S. Sarafon-Vasseur², L. Beaussire², F. Blanchard³, F. Gobet³, J.-C. Sabourin³, C. Pfister¹, F. Di Fiore^{4,5}, F.-X. Nouhaud¹

¹ Service d'urologie, centre hospitalier universitaire de Rouen, Rouen, France

² Unité Inserm 1245, université de Rouen, Rouen, France

³ Service d'anatomie et cytologie pathologique, centre hospitalier universitaire de Rouen, Rouen, France

⁴ Service de gastro-entérologie, centre hospitalier universitaire de Rouen, Rouen, France

⁵ Service d'oncologie médicale, centre Henri-Becquerel, Rouen, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ala.chebbi88@gmail.com (A. Chebbi)

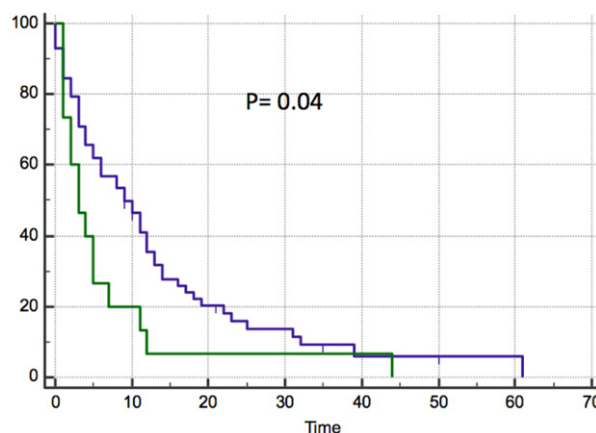
Objectifs L'intérêt clinique des variations de copies de gènes (CNVs) présentes dans le tissu tumoral primitif (TP) du cancer rénal métastatique (CRM) reste à déterminer. De même les différences de CNV retrouvées entre le tissu TP et le tissu métastatique ont été peu explorées. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer l'impact clinique des CNVs présentes dans le TP, et de comparer les CNV identifiées dans le TP à celles retrouvées dans le TM chez les mêmes patients.

Méthodes Une étude rétrospective monocentrique a inclus tous les patients traités par thérapie ciblée (TC) pour un CRM entre 2007 et 2018. L'analyse génétique était réalisée sur des TP et TM inclus en paraffine issus de CRM à cellules claires, via Droplet DigitalTMPCR (ddPCR) sur un panel de 6 gènes d'intérêt sélectionnés

selon les données de la littérature. Les données cliniques, biologiques, histologiques et les survies globales (SG) et sans progression (SSP) ont été évaluées en fonction des CNVs identifiées dans le TP. Les CNV identifiées dans le TM ont été comparées à celles identifiées dans le TP.

Résultats Soixante-treize patients ont été inclus. L'âge médian était de 62 ans pour un suivi médian de 29 mois à partir de la première ligne de TC. Le taux de CNVs au sein du TP était de 29 % dont 61 % de délétions. Les amplifications de MET étaient plus fréquemment associées à des tumeurs de haut grade (82 % contre 52 % ; $p=0,04$) et à un envahissement ganglionnaire (36 % contre 4 % ; $p=0,001$). Les amplifications de 2p12 étaient associées à un stade tumoral supérieur (70 % contre 40 % ; $p=0,02$) et à un envahissement ganglionnaire plus fréquent (30 % contre 7 % ; $p=0,02$). Les délétions d'ALDOB étaient associées à une moins bonne SSP (3 contre 9 mois ; $p=0,04$). Enfin, les taux de CNVs étaient respectivement de 22 et 28 % dans le TP et le TM, dont 59 % et 60 % de délétions (Fig. 1–3).

Conclusion Ces résultats au sein d'une cohorte homogène de CRM ont montré une potentielle association entre certaines CNVs et des facteurs pronostiques clinicobiologiques ainsi que la SSP, particulièrement MET, 2p12 et ALDOB. On note aussi une tendance à l'augmentation de la fréquence des CNVs au sein du TM.



Number at risk									
Group:	0	5	10	15	20	25	30	35	40
Group: 0	54	25	11	6	2	1	1	0	0
Group: 1	15	3	1	1	1	0	0	0	0

Fig. 1 Comparaison des survies sans progression entre perte (vert) et absence de perte du gène ALDOB (bleu).

[☆] Communications présentées lors du 113^e congrès de l'Association française d'urologie. Paris, 20 au 23 novembre 2019.

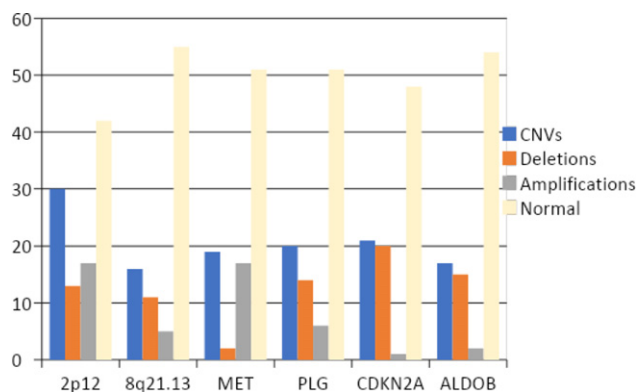


Fig. 2 Différentes CNVs (amplifications et délétions) retrouvées pour les 6 gènes sélectionnés en utilisant la méthode de ddPCR.

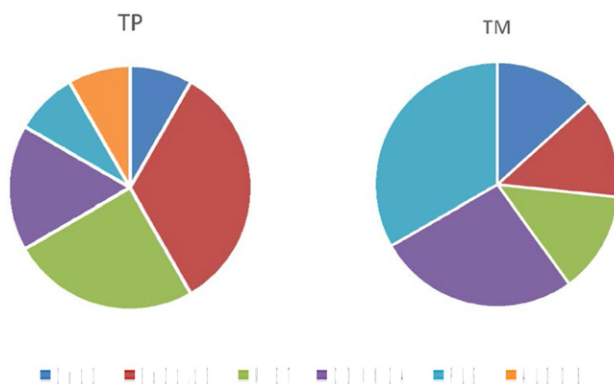


Fig. 3 Comparaison des CNVs pour chacun des 6 gènes et régions cibles en fonction du type de tissu analysé. TP : tumeur primitive ; TM : tissu métastatique ; CNVs : variations de nombre de copies.

Déclaration de liens d'intérêts Bourse AFUF année de Master 2 2017–2018.

<https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.048>

CO-2

Comparaison de la néphrectomie partielle et des traitements radio-ablatifs dans la prise en charge des tumeurs du rein de moins de 4 cm chez les patients jeunes et peu comorbides

B. Covin^{1,*}, M. Roumiguié¹, T. Benoit¹, S. Lagarde¹, M. Delchier¹, N. Doumerc¹, M. Thoulouzan¹, E. Huyghe², X. Gamé¹, M. Soulié¹, J.B. Beauval³

¹ CHU Toulouse Rangueil, Toulouse, France

² Département d'urologie, de transplantation rénale et d'androgologie, Toulouse, France

³ Clinique la Croix du Sud, Quint-Fonsegrives, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bertrand.covin@gmail.com (B. Covin)

Objectifs Les recommandations proposent la néphrectomie partielle (NP) en première intention pour le traitement des petites tumeurs du rein (<4cm) (PTR). La place des traitements radio-ablatifs (TRA) semble se situer chez les patients âgés et fragiles. L'objectif était de comparer les résultats oncologiques et la morbidité des TRA avec le traitement recommandé des PTR, la NP, chez les patients jeunes sans comorbidité.

Méthodes Une étude observationnelle rétrospective monocentrique a permis d'inclure les patients traités pour une tumeur rénale classée cT1a entre 2010 et 2014. Les patients âgés de plus de 70 ans ou porteurs d'un score ASA ≥ 3 ont été exclus. Les caractéristiques des patients et des tumeurs ont été colligées, notamment leur complexité (R. E. N. A. L. score), et les données périopératoires (durée d'hospitalisation, complications [Clavien], créatininémie). Le test du Chi² (ou Fischer) a été utilisé pour comparer les variables qualitatives, le *t*-test (Student) pour les variables quantitatives. Les survies (sans récurrence, et globale) ont été analysées selon Kaplan–Meier et comparées par test du log-rank.

Résultats Parmi les 248 patients traités pour une PTR entre 2010 et 2014 (NP=117, TRA=131). Cent vingt-trois patients ont été inclus dans l'analyse finale (NP=83, TRA=40). Les groupes étaient comparables sur les données pré-thérapeutiques sauf pour la taille tumorale, les tumeurs traitées par TRA étant plus petites que celles traitées par NP (Tableau 1). Au terme d'un suivi médian de plus de 60 mois, la survie sans récurrence n'était pas statistiquement différente entre la TRA et la NP (85 % [n=6] vs 91,5 % [n=7] [p=0,17]). La survie globale était également comparable pour TRA vs NP (97,5 % [n=1] vs 95,2 % [n=4] [p=0,52]) (Fig. 1). La variation de la créatininémie et la survenue de complications (Clavien) étaient comparables dans les deux groupes, alors que la durée d'hospitalisation était significativement plus courte dans le groupe TRA (3 vs 6 j, p < 0,0001) (Tableau 2).

Conclusion Chez les patients jeunes et peu comorbides, les traitements radio-ablatifs se placent comme une ressource thérapeutique efficace à long terme et peu morbide dans les tumeurs rénales T1a.

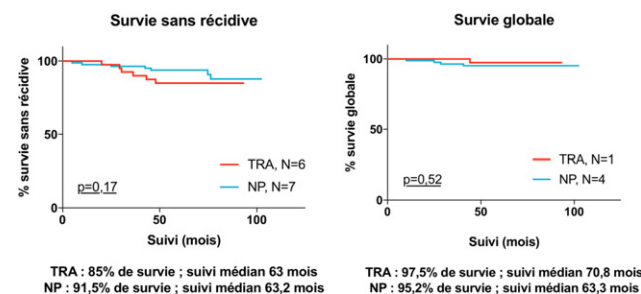


Fig. 1 Survie sans récurrence (n : nombre de récurrences) ; survie globale (n : nombre de décès).

Tableau 1

Caractéristiques des patients	TRA	NP	p
Nombre de patients, n	40	83	
Age (années), médiane	60	59	0,27
IMC (kg/m ²), médiane	27	26,7	0,9
Score ASA, médiane	2	2	0,14
Taille de la tumeur (cm), moyenne	2,1	3	<0.0001
RENAL score, moyenne	6,5	5,9	0,06
Créatinine préopératoire (μmol/l), médiane	84	76	0,4
Débit de filtration glomérulaire préopératoire (DFG, CKD-EPI, ml/min/1.73 m ²), médiane	80	88	0,06