CO-5

Intérêt du traitement adjuvant par antiangiogénique versus surveillance après néphrectomie pour tumeur rénale M0 avec thrombus de la veine rénale ou de la veine cave (étude UroCCR-56)

R. Boissier[1,*], J.C. Bernhard[2], P. Bigot[3], C. Dariane[4], H. Lang[5], N. Doumerc[6], J.B. Beauval[7], C. Lebacle[8], F. Bruyere[9], F. Nouhaud[10], X. Tillou[11], J.A. Long[12], M. Durand[13], T. Charles[14], C. Chevreau[6], S. Oudard[4], L. Albiges[15], A. Ravaud[2], A. Mejean[4], K. Bensalah[16]

[1] *Université Aix-Marseille, service d'urologie et de transplantation rénale, AP—HM, CHU La Conception, Marseille, France*
[2] *CHU de Bordeaux, Bordeaux, France*
[3] *CHU d'Angers, Angers, France*
[4] *Hôpital européen Georges-Pompidou, Paris, France*
[5] *Nouvel hôpital civil, service d'urologie, Strasbourg, France*
[6] *CHU Toulouse Rangueil, Toulouse, France*
[7] *Clinique La Croix Du Sud, Quint-Fonsegrives, France*
[8] *Service d'urologie, CHU Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France*
[9] *CHU de Tours, Tours, France*
[10] *CHU de Rouen, Rouen, France*
[11] *CHU de Caen, Caen, France*
[12] *CHU de Grenoble, Grenoble, France*
[13] *CHU de Nice, Nice, France*
[14] *CHU de Poitiers, Poitiers, France*
[15] *Institut Gustave-Roussy, Villejuif, France*
[16] *CHU de Rennes, Rennes, France*
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : romain.boissier@ap-hm.fr (R. Boissier)

Objectifs L'efficacité d'un traitement adjuvant antiangiogénique pour les cancers à cellules rénales (CCR) dits à haut risque n'est pas démontrée actuellement. La négativité des essais pourrait être liée à l'hétérogénéité des tumeurs incluses et la difficulté de cibler les tumeurs à haut risque de récidive. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'intérêt d'un traitement médical adjuvant dans le CCR avec thrombus de la veine rénale/cave.

Méthodes Analyse rétrospective comparative, multicentrique portant sur les patients inclus prospectivement après consentement écrit dans la base de données française UroCCR (CNIL DR 2013-206 ; NCT03293563) et opérés pour CCR $\geq$ pT3a M0, avec thrombus de la veine rénale ou de la veine cave. Comparaison du groupe expérimental (traitement adjuvant) au groupe témoin (sans traitement adjuvant). Les critères de jugements étaient la survie sans métastase et la survie globale, évaluées selon la méthode de Kaplan — Meier et comparés par un test de Log-rank. Analyse multivariée selon modèle de Cox pour recherche de facteurs prédictifs de survie globale.

Résultats Au total, 542 patients ont été inclus : 40 nephrectomies + traitement adjuvant et 502 nephrectomies + surveillance. Les caractéristiques démographiques et tumorale des 2 groupes étaient comparables, excepté pour l'âge et le sous-type histologique (Tableau 1). Le suivi médian était 24 ± 26 mois. Dans les groupes Adjuvant— et Adjuvant + la survie sans métastase à 1 an, 2 ans, 5 ans était respectivement 68 vs 86 %, 58 vs 68 % et 38 vs 53 % ($p = 0{,}03$). La survie globale à 1 an, 2 ans, 5 ans était respectivement 83 vs 100 %, 73 vs 96 % et 58 vs 82 % ($p = 0{,}02$). Dans un modèle multivarié incluant les caractéristiques épidémiologiques, histologiques et le stade (modèle de Cox), les facteurs prédictifs de survie globale étaient : le traitement adjuvant OR = 0,3[0,1—0,9] $p = 0{,}04$, le contingent sarcomatoïde OR = 2,2[1,4—3,6] $p = 0{,}001$, les emboles vasculaires OR = 2,2[1,3—3,9] $p = 0{,}004$ et le stade OR = 9,3[4,0—21,8] $p < 0{,}001$.

Conclusion Dans cette étude rétrospective ciblant les CCR avec thrombus de la veine rénale/cave, un traitement adjuvant (TKI, immunothérapie) était associé à une amélioration de la survie sans métastase et de la survie globale.

Tableau 1

		ADJ+ (n=40)	ADJ- (n=502)	P
Age	moyen±Etype (année)	59	66	<0,001
Genre	homme	73%	68%	0,6
	femme	27%	32%	
IMC	moyen±Etype (kg/m²)	27±6	27±5	0,89
ECOG	median [min-max]	0 [0-2]	0 [0-3]	0,41
ASA	median [min-max]	2 [1-3]	2 [1-4]	0,15
Débit de Filtration Glomérulaire preoperatoire	moyen±Etype (mL/min)	86±28	78±33	0,12
Taille tumorale	moyen±Etype (cm)	9±4	9±6	0,95
Stade pT	pT3A	68%	73%	0,46
	pT3B	23%	17%	
	pT3C	5%	3%	
	pT4	4%	7%	
pN+		22%	30%	0,6
Contingent sarcomatoide +		36%	26%	0,23
Emboles +		61%	57%	0,73
Sous type histologique	CCR cellules claires	100%	87%	<0,001
	CCR Tubuluo-papillaire Type I	0%	1%	
	CCR Tubulo-papillaire type II	0%	6%	
	CCR Chromophobe	0%	2%	
	CCR Bellini	0%	1%	
	CCR autre	0%	3%	
Suivi	moyen±Etype (mois)	54±30	22±26	<0,001

Déclaration de liens d'intérêts Bourse AFU en partenariat avec les Bacchantes Subvention ARTP.

https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.052

CO-6

Néphrectomie « de clôture » après traitement par immunothérapie pour un cancer du rein métastatique : un nouveau challenge

G. Pignot[1,*], A. Thiery-vuillemin[2], H. Lang[3], P. Werle[4], L. Balssa[5], L. Geoffrois[6], L. Leblanc[7], J. Walz[1], G. Gravis[1], P. Barthélémy[4]

[1] *Institut Paoli-Calmettes, Marseille, France*
[2] *CHRU de Besançon, hôpital Jean-Minjoz, Besançon, France*
[3] *Nouvel hôpital civil, service d'urologie, Strasbourg, France*
[4] *CHU de Strasbourg, Strasbourg, France*
[5] *CHRU Minjoz, Besançon, France*
[6] *Institut de cancérologie de Lorraine, Vandœuvre-Lès-Nancy, France*
[7] *CHRU Nancy, hôpitaux de Brabois, Vandœuvre-Lès-Nancy, France*
* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : gg_pignot@yahoo.fr (G. Pignot)

Objectifs À l'ère des inhibiteurs de points de contrôle immunitaires (ICI), la place de la néphrectomie dans le cas d'une réponse complète sur les sites métastatiques reste inconnue. L'objectif de cette étude était d'évaluer la faisabilité de la néphrectomie chez les patients ayant reçu un ICI pour un cancer métastatique dans le but d'obtenir une réponse complète macroscopique.

Méthodes Les patients ayant eu une néphrectomie, partielle ou radicale, après un traitement par ICI entre 2015 et 2018 ont été inclus rétrospectivement de manière multicentrique et les données clinicopathologiques ont été recueillies. Seuls les patients pour lesquels une réponse complète sur les sites métastatiques avait été obtenue ont été retenus. Finalement, sept patients, d'âge médian 57 ans [38—66], de groupe pronostique IMDC intermédiaire ($n = 5$) ou mauvais ($n = 2$), ont eu une néphrectomie après ICI (nivolumab + ipilimumab [$n = 3$], nivolumab + tivozanib [$n = 1$] ou nivolumab seul [$n = 3$]). Les données périopératoires et les résultats postopératoires ont été analysées.

Résultats Parmi les sept patients ayant eu une néphrectomie, la durée moyenne de traitement par ICI était de 20 mois [6—36]. La durée opératoire moyenne était de 256 minutes [190—345] et les pertes sanguines moyennes de 157 mL [40—300]. Dans 71,4 % des