



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
 www.em-consulte.com



Tumeurs du rein

Kidney tumours

G. Ploussard*

Clinique La Croix du Sud, Toulouse, France

Diagnostic

D'après la communication du Dr de Hautecloque

Le risque d'*upstaging* est présent lors de l'évaluation initiale des tumeurs du rein localisées. Dans une étude UroCCR n° 15, les auteurs se sont intéressés au risque pathologique de pT3 parmi les patients opérés pour des tumeurs évaluées T2 en préopératoire et de moins de 10 cm. En analyse multivariée, 3 facteurs ressortaient comme facteurs prédictifs indépendants d'*upstaging* : l'âge, la taille tumorale (OR = 1,55), et la présence de symptômes généraux au diagnostic (OR = 2,27). Néanmoins, aucune différence significative n'était rapportée entre chirurgie partielle et chirurgie élargie chez ces patients. Ces facteurs prédictifs peuvent cependant participer à la décision thérapeutique, notamment lorsque la surveillance active ou les techniques ablatives sont évoquées.
 Abstract N° CO-138

Techniques ablatives

D'après la communication du Dr Covin

Existe-t-il une prise de risque oncologique à la cryothérapie pour tumeur rénale ? Dans une série monocentrique incluant uniquement des patients jeunes et sans comorbidités importantes, les résultats de cryothérapie ont été comparés avec ceux obtenus après le traitement de référence qu'est la néphrectomie partielle. Les patients de plus de 70 ans ou ayant un score *American Society of Anesthesiologists*

(ASA) 3 ou plus ont été exclus. Au total, la cohorte incluait 248 patients (dont 131 cryothérapie), 123 ont été retenus pour l'analyse (dont 40 cryothérapie). Après un suivi médian de 60 mois, aucune différence statistiquement significative n'a été rapportée entre les deux groupes (survie globale, et survie sans récurrence, Fig. 1). La variation de créatininémie et le taux de complications étaient comparables. La durée d'hospitalisation était plus courte dans le bras cryothérapie (3 vs 6 jours, $p < 0,001$). La cryothérapie offre donc des

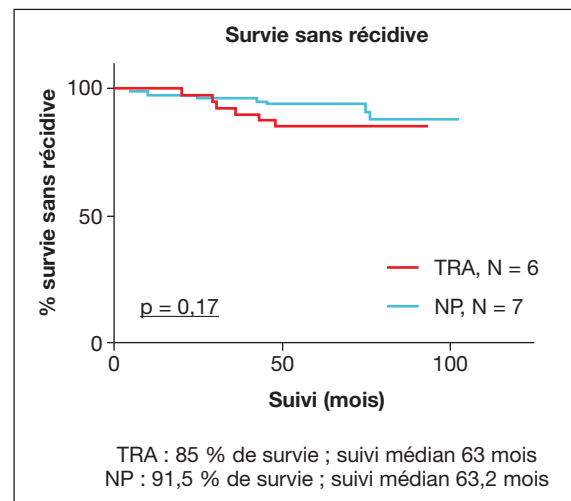


Figure 1. Courbes comparatives de survie sans récurrence entre néphrectomie partielle et cryothérapie, chez des patients < 70 ans avec score ASA < 3.

Correspondance.
 Adresse e-mail : g.ploussard@gmail.com (G. Ploussard).

résultats intéressants, même chez des patients non âgés et peu comorbides.

Abstract N° CO-02

Néphrectomie partielle

D'après les communications des Dr Debard, Dr Beauval, Dr Msika

La chirurgie partielle rénale reste une chirurgie à risque de complications, notamment en cas de résections multiples synchrones. Une étude appariée sur 148 patients a comparé pour ces chirurgies complexes la voie ouverte à la voie robotique. Il n'y avait pas de différence significative en termes de durée opératoire ou de clampage entre les deux voies d'abord. Les deux voies étaient comparables concernant le taux de complications, le taux de marges positives, et le taux de récurrence. Néanmoins, la voie robot-assistée présentait des avantages en termes d'évolution de la créatininémie, de pertes sanguines (280 vs 380 mL), de durée d'hospitalisation (4,4 vs 7,5 jours).

Le bénéfice de la chirurgie robotique a également été mis en évidence chez le patient obèse (étude RoBèse, UroCCR-43). À partir d'une base de près de 700 patients ayant un indice de masse corporelle (IMC) > 30, les auteurs ont rapporté une amélioration des paramètres périopératoires grâce à la chirurgie robotique. La durée d'hospitalisation et les pertes sanguines étaient significativement inférieures dans le groupe robot, sans modification des résultats de survie sans récurrence et de fonction rénale.

Chez des patients sélectionnés, notamment sur des critères de localisation et taille tumorale (petite taille, exophytique), la chirurgie ambulatoire semble faisable. Une étude unicentrique sur 15 patients a démontré un taux de satisfaction intéressant (90 %) avec un taux de rehospitalisation non négligeable de 14 %.

Abstract N° CO-141, CO-142, CO-144

Chirurgie du cancer avec thrombus cave

D'après la communication du Dr Boissier

La base de données UroCCR a été utilisée pour évaluer la prise en charge de tumeur rénale non métastatique avec thrombus

cave. Au total, 542 patients ont été inclus dont 40 ont reçu un traitement adjuvant à la néphrectomie. Les caractéristiques des deux groupes étaient comparables hormis l'âge et le sous-type histologique, avec 100 % de cellules claires dans le bras adjuvant (36 % de sarcomatoïde, vs 26 % dans le bras sans adjuvant). Les survies sans métastases et globales étaient significativement meilleures dans le groupe adjuvant (Fig. 2). Dans un modèle multivarié, le traitement adjuvant était significativement protecteur (HR 0,3). Les facteurs associés péjoratifs indépendants étaient la composante sarcomatoïde, les embolies vasculaires et le stade tumoral.

Abstract N° CO-05

Cancer avancé et traitements systémiques

D'après les communications des Dr Chebbi, Dr Sarrazin, Dr Ingels, Dr Pignot

Existe-t-il un lien entre copies des gènes d'intérêt et efficacité oncologique ? Plusieurs études ont suggéré une corrélation positive entre variation de copies de gènes (CNV) dans le tissu tumoral et réponse au traitement systémique. Les auteurs se sont intéressés à ce lien dans une étude rétrospective monocentrique, en évaluant l'ensemble des patients traités par inhibiteurs de la tyrosine kinase entre 2007 et 2018. Au total, 73 patients ont été évalués avec analyse génique d'un panel de 6 gènes sélectionnés selon les données de la littérature. L'âge et le suivi médian étaient de 62 ans et 29 mois. Le taux de CNV était de 29 % dans le tissu tumoral primaire (dont 61 % de délétions). Les amplifications de *Mesenchymal-Epithelial Transition* (MET) étaient les plus fréquemment associées à des tumeurs de haut grade et à un envahissement ganglionnaire. Les délétions de ALDOB étaient corrélées à une plus faible survie sans progression. La fréquence des CNV augmentait au sein des tissus métastatiques comparativement aux tumeurs primaires, et pourrait être des facteurs pronostiques et prédictifs de réponse au traitement systémique.

L'utilisation de cultures de coupe tumorale pourrait également être intéressante pour prédire la réponse aux thérapies ciblées. L'étude COMBOREIN a proposé la mise en culture de coupes de tumeur, obtenue chez des patients opérés de néphrectomie. Deux fragments étaient prélevés pendant l'opération et mis en culture, dans un milieu

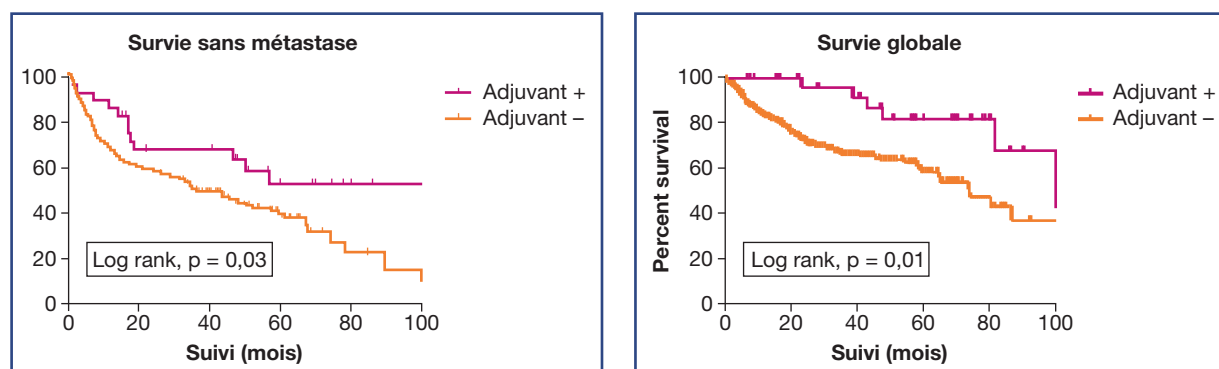


Figure 2. Survie sans métastase et survie globale selon le traitement reçu après néphrectomie totale pour cancer du rein non métastatique avec thrombus : adjuvant vs surveillance.

contenant différentes thérapies ciblées. Le critère de jugement était la proportion de cellules mortes après traitement. Un témoin négatif (DMSO) a été utilisé. Plusieurs analyses de viabilité ont été effectuées sur des coupes réalisées à des sites tumoraux différents. Les résultats ont montré une disparité de réponse selon les niveaux de coupe, témoignant probablement de l'hétérogénéité intratumorale. Cette culture organotypique permet donc d'apprécier l'efficacité des thérapies ciblées, son rôle comme test de sensibilité tumorale en routine et comme outil de prédiction de réponse reste à préciser.

L'échographie moléculaire est-elle une voie d'avenir dans le suivi sous traitement ? Une étude a évalué cette technique pour prédire la réponse au traitement sous sunitinib. Un modèle murin de xénogreffe de tissus tumoraux issus de patients a été utilisé. Des microbulles couplées soit au VEGFR1, soit au *Follicle Stimulating Hormone Receptor* (FSHR), ont été utilisées. Les souris greffées étaient randomisées en deux groupes, sunitinib vs contrôle, et le rehaussement du signal après injection de microbulles quantifié toutes les semaines. L'expression des deux marqueurs en échographie moléculaire était significativement réduite dans le groupe sunitinib, confirmant l'hypothèse de travail et ouvrant la voie à d'éventuelles études cliniques.

Quelle faisabilité de la néphrectomie après immunothérapie ? Une première expérience française de néphrectomie après immunothérapie a été présentée. Au total, 7 patients ont été opérés pour cancer du rein métastatique, après nivolumab, seul ou en association ipilimumab ou tivozanib. Deux tiers des patients ont subi une néphrectomie ouverte, avec une durée opératoire prolongée de 243 minutes. Les pertes sanguines étaient importantes, près d'un litre en moyenne. Des difficultés chirurgicales ont été rapportées dans 82 % des cas, avec 55 % de complications et une durée moyenne de séjour de 7 jours. Cette chirurgie de clôture apparaît donc difficile, et pourrait être réservée à des centres experts.

Abstract N° CO-01, CO-04, CO-07, CO-06

Déclaration de liens d'intérêts

B. P. : Activités de consultant (Astellas, IPSEN, Janssen, Ferring, Bouchara-Recordati, Takeda) ; Investigateur d'études cliniques (Janssen, Ferring, Pfizer)

Cet article fait partie du numéro supplément *Actualités du 113^e congrès de l'Association française d'urologie 2019* réalisé avec le soutien institutionnel de Mylan.