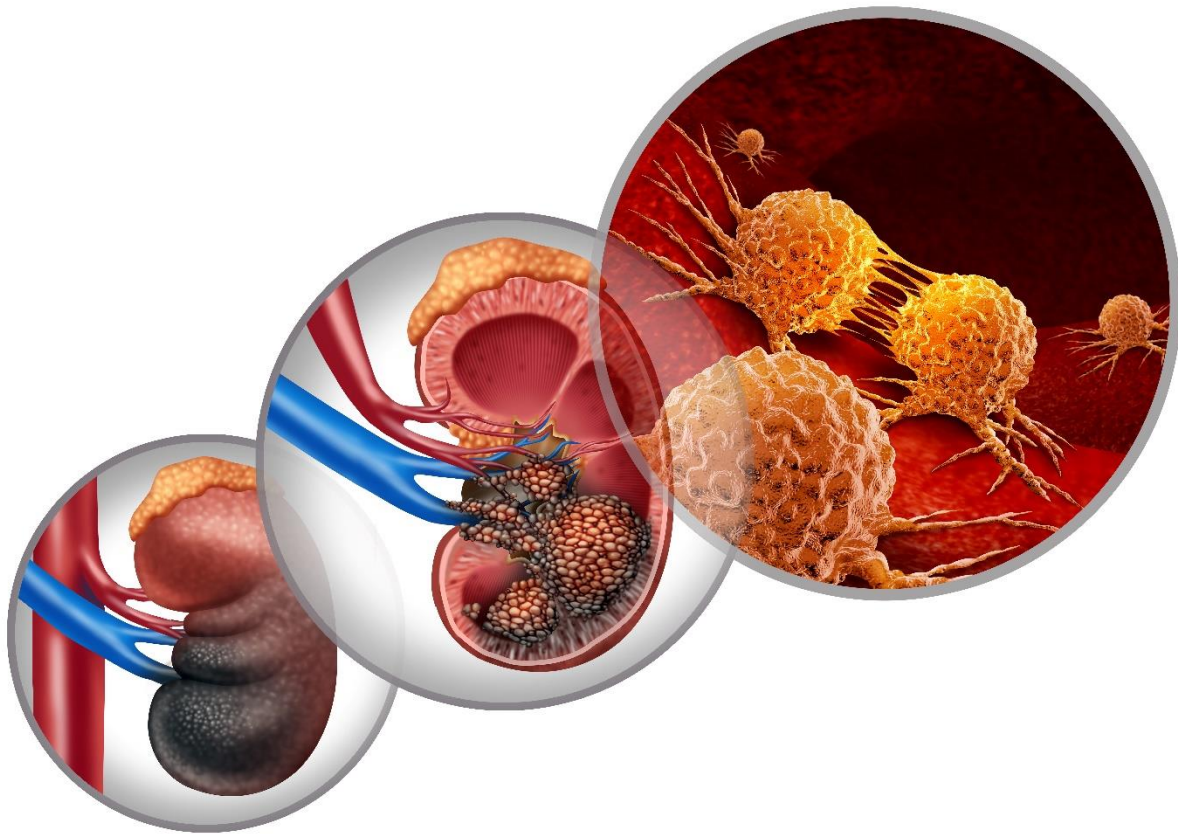


La place de la néphrectomie dans le cancer du rein avec métastases à l'heure des nouvelles thérapies



La néphrectomie est un traitement chirurgical qui correspond à l'ablation du rein de façon totale ou partielle. Elle est parfois indiquée dans le cadre des prises en charge de cancer du rein avec métastases. Dans ce type de situation clinique, aujourd'hui à l'ère de nouvelles thérapies moléculaires ciblées, elle reste donc un sujet à discussion. En effet son bénéfice a été remis en question dans ce contexte précis, pour certains patients particuliers, dans des études récentes de référence. Toutefois, il a aussi été rapporté que sa réalisation était associée à une augmentation de la survie globale chez des patients traités par immunothérapie. Il convient donc de bien faire la part des choses en discutant avec son urologue pour savoir si cette intervention doit être faite ou non.

Le Docteur François Xavier Nouhaud, chirurgien urologue fait part de son analyse concernant les recommandations du Comité de cancérologie de l'AFU dans le traitement du cancer du rein [1]. « *Avec les thérapies plus ciblées actuelles, la place de la néphrectomie se pose à nouveau dans le cas des situations de cancer du rein métastatique. En effet, les traitements anti-angiogéniques – médicaments « classiques » – sont très efficaces sur les métastases mais également la tumeur primitive. Ils empêchent la fabrication des vaisseaux sanguins qui vascularisent les*

lésions cancéreuses. Ainsi, les tumeurs réduisent progressivement de volume jusqu'à régresser parfois complètement ».

Deux études ont évalué le bénéfice de la néphrectomie pour ces patients atteints de cancers rénaux métastatiques. Une première étude, appelée CARMENA, a conclu qu'un traitement par anti-angiogénique seul, apportait les mêmes bénéfices en termes d'espérance de vie spécifique que son association avec une néphrectomie totale [2].

Une seconde étude, l'essai SURTIME, a apprécié l'intérêt pour un patient de réaliser une néphrectomie 3 mois après un traitement par anti-angiogénique [3]. Les résultats de cet essai ont montré que cette chirurgie apportait un bénéfice patient en survie globale lorsqu'elle était réalisée dans ce délai. Ces résultats sont à prendre avec prudence cependant, car cette étude portait sur un faible nombre de patients.

En conséquence, à la suite de ces publications, **les recommandations ont évolué et n'indiquent actuellement plus de faire de néphrectomie en première intention chez les patients métastatiques de mauvais pronostic qui devraient d'abord bénéficier d'un traitement systémique.**

Et en cas de bonne réponse ou pour des patients de pronostic bon et intermédiaire avec peu de métastases, il doit être en revanche discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), au cas par cas, l'intérêt de réaliser un geste d'exérèse en plus du traitement systémique.

Par ailleurs, aujourd'hui, d'autres alternatives thérapeutiques sont à l'étude et proposons dans des essais ou des indications particulières. C'est le cas, notamment, de l'immunothérapie en association avec des traitements anti-angiogéniques pour une meilleure prise en charge des métastases. La combinaison des molécules de pembrolizumab et axitinib semble en effet apporter de bons résultats chez les patients métastatiques de bon pronostic. Pour ceux de pronostic intermédiaire ou mauvais, d'autres combinaisons comme nivolumab et ipilimumab ou pembrolizumab et axitinib semblent plus recommandables.

En conclusion, l'ablation totale ou partielle du rein garde une place dans le choix des traitements du cancer rénal métastatique chez des patients bien sélectionnés. Cette décision doit être discutée au cas par cas, selon les profils et la nature des lésions. Ce geste peut d'ailleurs être réalisé parfois de façon différée par rapport au traitement systémique. « *La néphrectomie de cytoréduction différée garde donc une place qu'il convient de ne pas négliger* », conclut le docteur François Xavier Nouhaud.

Références :

[1] French ccAFU guidelines – update 2020–2022: management of kidney cancer –

K. Bensalaha, P. Bigota, L. Albigesa, J.-C. Bernhardt, T. Bodina, R. Boissiera, J.-M. Correasa, P. Gimela, J.-F. Heteta, J.-A. Longa, F.-X. Nouhauda, I. Ouzaïda, N. Rioux-Leclercq, A. Méjeana –

[2] Méjean A, Ravaud A, Thezenas S, Colas S, Beauval JB, Bensalah K, et al. Sunitinib Alone or after Nephrectomy in Metastatic Renal-Cell Carcinoma. *N Engl J Med* 2018; 379 (5):417-27.

[3] Bex A, Mulders P, Jewett M, Wagstaff J, van Thienen JV, Blank CU, et al. Comparison of Immediate vs Deferred Cytoreductive Nephrectomy in Patients With Synchronous Metastatic Renal Cell Carcinoma Receiving Sunitinib: The SURTIME Randomized Clinical Trial *JAMA Oncol* 2019; 5(2):164-70.