

Le cancer du rein

Les tumeurs du rein comprennent les kystes, les tumeurs bénignes et les cancers.

Le cancer du rein :

- Le traitement du cancer du rein
- Faut-il faire des biopsies du rein ?
- Le choix de la technique
- Les résultats
- Y a-t-il des traitements complémentaires ?
- Existe-t-il des facteurs prédisposant au cancer du rein ?

Les cancers du rein

Ils se voient aussi bien chez l'homme que chez la femme, en général aux alentours de la soixantaine et représentent 85% des tumeurs du rein.

Actuellement, leur détection est faite le plus souvent par échographie abdominale réalisée à l'occasion d'un bilan de santé ou d'un trouble digestif par exemple.

Cette détection par échographie permet de déceler des tumeurs de petit volume, qui sont donc d'autant plus facilement curables.

Les signes cliniques qui peuvent amener à la découverte d'une tumeur du rein sont : l'hématurie (urines sanglantes). Il s'agit d'une hématurie dite totale, c'est-à-dire que tout le jet urinaire est sanglant. Plus rarement, on peut découvrir la maladie à l'occasion de la découverte d'une masse dans la région lombaire, d'une varicocèle gauche apparue récemment, chez un homme jusque là sans atteinte veineuse, ou encore d'une fièvre prolongée. Enfin, dans de rares cas, la maladie est découverte par des métastases ganglionnaire, osseuse ou autres.

L'examen clinique : en dehors de la découverte d'une masse dans la région lombaire, il n'y a pas d'anomalie à l'examen clinique.

Les examens complémentaires : l'échographie est le plus souvent l'examen qui permet le diagnostic. Pour réaliser un bilan plus complet, un scanner de l'abdomen et du thorax est nécessaire afin de rechercher si la tumeur s'accompagne d'adénopathies (ganglions tumoraux), d'une atteinte d'une veine rénale ou de la veine cave, ou de métastases pulmonaire, osseuse ou hépatique. La résonance magnétique nucléaire n'apporte pas d'élément d'information plus important dans la quasi-totalité des cas.

La résonance magnétique nucléaire n'apporte pas plus de renseignements.

Le traitement du cancer du rein

Le traitement est chirurgical.

Deux techniques sont possibles :

1- la néphrectomie totale :

Cette chirurgie est réalisée lorsque la tumeur dépasse 4cm, ou lorsqu'elle est située au centre du rein. On la pratique par voie coelioscopique, dans la quasi-totalité des cas. On réserve la chirurgie ouverte aux tumeurs les plus grosses ou lorsqu'il existe un envahissement de la veine rénale ou de la veine cave.

La première néphrectomie coelioscopique a été faite par le Professeur Ralph Clayman, à St Louis (USA) en 1990 pour un rein non cancéreux. Depuis, la néphrectomie coelioscopique est devenue une référence dans la chirurgie rénale des tumeurs bénignes ou malignes.

Sous anesthésie générale, l'abdomen est insufflé avec du CO₂. 5 trocarts sont placés dans la paroi abdominale permettant une vision et manipulation optimale du rein.

L'optique est télécommandé à la voix.

Le rein est disséqué et l'artère et la veine rénales sont liées et sectionnées.

L'uretère est clipé et la surrénale est enlevée quand la tumeur a un gros risque d'extension ou de métastase (exceptionnel).

A la fin, le rein est mis dans un sac spécial et extrait à travers une petite incision.

A un petit drain est laissé en place pour 1 ou 2 jours.

Le taux de conversion en chirurgie ouverte : 6% des cas

Les résultats

500 néphrectomies coelioscopiques pour cancer du rein ont été réalisées à l'IMM. L'âge moyen était de 50 ans.

Dans 75% des cas, la tumeur a été détectée par échographie abdominale sans symptôme.

Le temps opératoire : 147 minutes (de 60 à 185mn), le saignement moyen est de 250ml et le taux de transfusion de 3%.

Il n'y a eu ni décès, ni de complications majeures.

150 néphrectomies partielles ont été réalisées pour des tumeurs de moins de 7cm, permettant de préserver le rein.

Les résultats oncologiques :

On a observé une récurrence locale et 4 métastases (0,8%)

Les résultats fonctionnels :

La néphrectomie totale coelioscopique pour cancer n'a jamais été responsable d'insuffisance rénale nécessitant une dialyse.

Les complications :

Hématomes : 6%

Infection de paroi : 2%

(1 occlusion intestinale, 1 infection de paroi, 2 hématomes)

Taux de réintervention : 1,5%

2-la chirurgie partielle :

Elle consiste à enlever seulement une portion du rein contenant la tumeur. Cette technique apparaît aujourd'hui aussi efficace que l'ablation complète du rein (néphrectomie totale), à condition qu'elle respecte les règles de la chirurgie du cancer : à savoir, passer à distance de la tumeur. On réalise cette ablation partielle du rein, soit par coelioscopie, à l'aide de 5 trocarts placés dans l'abdomen, soit par chirurgie ouverte. De plus en plus la coelioscopie est indiquée, notamment lorsque la tumeur est bien isolée à un pôle du rein.

Faut-il faire des biopsies du rein ?

La question aujourd'hui n'est pas tranchée. Dans la mesure où 85% des tumeurs du rein sont des cancers et dans la mesure où les techniques d'ablation sont devenues très sûres et peu agressives, les biopsies sont à réserver au cas où l'on se pose vraiment la question d'intervenir, notamment chez des malades âgés. Elles peuvent être réalisées sous scanner ou sous échographie, à la radio ou au bloc opératoire.

Le choix de la technique dépend à la fois de l'état général du malade, de sa corpulence, de ses antécédents chirurgicaux et médicaux, du volume et de la situation de la tumeur.

La durée d'hospitalisation : par coelioscopie, la durée d'hospitalisation est en moyenne de 4 jours, par chirurgie ouverte, elle est de 7 jours. Le suivi des malades atteints d'un cancer du rein : il est réalisé à intervalles réguliers, en général : 3 mois, 6 mois, un an, 18 mois, deux ans puis tous les ans à l'aide des examens d'imagerie, tels que : l'échographie et le scanner abdominal. On évalue aussi la fonction rénale.

Quel est le retentissement sur la fonction rénale de l'ablation complète d'un rein. Ce retentissement est en général nul ou très faible. En effet, dès que l'artère rénale, du rein que

l'on doit enlever, est liée, l'autre rein prend le relais et fonctionne pour deux. On ne constate en général pas d'augmentation de la créatinine sanguine (examen qui permet d'évaluer la fonction rénale). Chez les personnes à la fonction rénale déjà un peu diminuée ou chez les personnes âgées, on observe souvent une augmentation de la fonction rénale qui reste à un niveau tout à fait acceptable, sans qu'il n'y ait besoin de dialyse. Le risque de dialyse après ablation d'une tumeur du rein est quasiment égale à 0, sauf chez certaines personnes dont la fonction rénale est déjà très altérée par une autre maladie rénale.

Le risque de tumeur sur l'autre rein. Il existe, mais est très rare, entre 1 et 2% des tumeurs du rein surviennent sur l'autre rein. Dans ces cas, la tumeur est en général détectée très tôt puisque c'est par la surveillance réalisée à l'aide de scanner successif que l'on détecte la tumeur du rein. Dans ce cas, c'est une chirurgie partielle qui sera indiquée, de façon à préserver au maximum la fonction rénale.

Les résultats

La chirurgie du cancer du rein est très efficace.

Dans les stades, T1 (tumeur de moins de 7cm) sans métastase, ni ganglion atteint, la survie à dix ans est de 95%.

Dans les stades T2, elle est de 75%, dans les stades T3, de 70%.

Y a-t-il des traitements complémentaires ?

Si la tumeur est localisée, sans atteinte de ganglion ou de métastase, il n'y a pas d'autre traitement à entrevoir après la chirurgie.

La radiothérapie est inefficace.

En cas d'atteinte des ganglions ou de métastases, quels sont les autres traitements ?

Les traitements par immunothérapie (utilisation de l'Interféron, de l'Interleukine) peuvent permettre d'obtenir une rémission dans un certain nombre de cas.

Existe-t-il des facteurs prédisposant au cancer du rein ?

Nous ne connaissons pas actuellement de facteur prédisposant à la survenue de ces tumeurs.