

## FACTEURS DE RISQUE:

- Insuffisance rénale chronique et/ou transplantés rénaux (RR= 10 pour tumeur papillaire)
- Tabagisme/Obésité/HTA/Age
- Maladies héréditaires familiales: **Von Hippel-Lindau** (carcinome rénal à cellules claires + hémangioblastome cérébelleux et de rétine + phéochromocytome + kystes /tumeur pancréatiques) par mutation gène VHL; **Rares:** carcinome papillaire héréditaire, syndrome de Birt-Hogg-Dubé => Cs génétique si tumeur rénale unique avant 50 ans (carcinome à cellules claires) ou quel que soit l'âge (papillaire de type 1, papillaire de type 2, chromophile, tumeur hybride oncocyte-chromophile) ; tumeurs rénales multiples ou bilatérales ; antécédent familial

## ANATOMOPATHOLOGIE:

**1. Tumeurs malignes (majorité):** Carcinome à cellules rénales (90%) dont:

\*Cellules claires (75%) –mutation inactivatrice VHL clé dans oncogénèse ;

\*Tubulo-papillaire type I et II (10-15%);

\*Chromophile (<5%); Carcinome des tubes collecteurs de Bellini (1%); autres (10%)

**2. Tumeurs bénignes:**

Oncocytome (5%) ; Angiomyolipome (principal risque= hémorragie)

**3. Lésions kystiques:** kyste simple, atypique, suspect ou cancer à forme kystique

(**classification de Bosniak de I à IV** : avec cloisons, calcifications, parois épaisses/irrégulières, rehaussement au PDC, végétations => **évaluation du risque de malignité**)

## EPIDEMIOLOGIE: gème

cancer de l'adulte; 3<sup>ème</sup> cancer urologique. Incidence en ↗ . Ratio ♂ / ♀ =1.5. Age moyen = 60-70ans

## **CANCERS DU REIN**

**SURVEILLANCE:** Récidive et fonction rénale par imagerie et biologie. Pas de consensus. Disparition sd paranéoplasique après chirurgie

## TRAITEMENT:

- **Tumeurs localisées au rein (T1-2):**

**Ttt chirurgical ++** : néphrectomie partielle si possible sinon néphrectomie élargie; ou Ttt ablatifs (radiofréquence, cryothérapie) si haut risque chirurgical et petite tumeur (< 4cm) ; ou surveillance active si haut risque chirurgical et petite tumeur (< 4cm)

- **Tumeurs localement avancées (T3-4):**

Néphrectomie totale élargie +/- surrénalectomie, curage ganglionnaire, thrombectomie cave.

-**Tumeurs du rein métastatiques:**

**Chimiorésistance**

**Ttt médical par anti-angiogéniques** (ex: sunitinib, pazopanib, sorafenib, axitinib, bevacizumab), **immunothérapie** (nivolumab) et **inhibiteurs de mTOR** (ex: everolimus, temsirolimus)

## DIAGNOSTIC:

• Clinique:

- Le plus souvent: **asymptomatique, découverte fortuite**
- Formes symptomatiques: hématurie macroscopique totale, intermittente, indolore; lombalgies, masse lombaire, AEG, fièvre, pâleur (anémie)
- Une varicocèle gauche par thrombus tumoral veine rénale G, à droite par thrombus veine cave inférieure

• Examens complémentaires:

Imagerie:

- Échographie abdominale => hyperéchogène (dépistage et suivi)
- **Uroscanner abdominopelvien +++ sans/avec PCI : temps vasc et tardif excrétoire** (diagnostic positif, extension locorégionale, envahissement veineux, bilan d'extension, +/- thrombus)

- **Scanner thoracique systématique**

(1<sup>er</sup> site métastatique=poumons)

- IRM abdominale si thrombus veine cave inférieure, tumeur < 4 cm ou contre-indication au scanner
- Scintigraphie osseuse et TDM cérébrale si signes d'appel

Biologie:

- Créatininémie, clairance de la créatinine
- NFS: anémie ou polyglobulie (syndrome paranéoplasique)
- Plaquettes, calcémie et LDH si maladie métastatique

Biopsie tumorale

**Pas systématique** (seulement si doute diagnostique ou atcd de tumeur extra-rénale ou tumeur du rein métastatique avant ttt anti-angiogénique ou petite tumeur et haut risque chirurgical ou avant ttt ablatif)

## FACTEURS PRONOSTIQUES:

- **Stade tumoral** (petites tumeurs < 4cm= bon pronostic, tumeurs métastatiques= mauvais pronostic)
- **Grade nucléolaire de l'ISUP (anciennement grade nucléaire de Fuhrman+++)** AEG
- **Autres: Type histologique** (ex: carcinome chromophile=bon pronostic); **discutés:** symptômes, anémie, thrombopénie, hypercalcémie, augmentation des LDH, Histologie avec composante sarcomatoïde, nécrose tumorale, invasion microvasculaire

Chiffres: tumeurs < 4cm => 95% de survie à 5 ans; Tumeurs métastatiques=> 5-10% de survie à 5 ans; 30% d'évolution métastatique pour les tumeurs localisées