

FACTEURS DE RISQUE:

- Insuffisance rénale chronique / transplantés rénaux
- Tabagisme / Obésité / HTA / Age / Exposition environnementale (trichloréthylène)
- Maladies héréditaires familiales: **Von Hippel-Lindau** ; carcinome papillaire héréditaire, syndrome de Birt-Hogg-Dubé

=> Cs génétique si tumeur rénale unique avant 45 ans d'un sous-type autre que le CRCC ; tumeurs rénales multiples ou bilatérales ; antécédent familial de cancer du rein ; manifestation extra-rénale évoquant une forme syndromique

ANATOMOPATHOLOGIE:

1. Tumeurs malignes (70 à 80% des tumeurs rénales): Carcinome à cellules rénales (90%) dont:

*Carcinomes rénaux à cellules claires (CRCC) (75-85%) ;

*Carcinomes rénaux tubulo-papillaire type I et II (CRTP) (10-15%);

*Carcinomes chromophile (<5%);

2. Tumeurs bénignes:

Oncocytome ; Angiomyolipome (principal risque= hémorragie si taille tumorale > 4 cm)

3. Lésions kystiques: kyste simple, atypique, suspect ou cancer à forme kystique (=> **classification radiologique de Bosniak de I à IV** : avec cloisons, calcifications, parois épaisses/irrégulières, rehaussement au PDC, végétations => **évaluation du risque de malignité**)

EPIDEMIOLOGIE: 6^{ème}

cancer solide de l'adulte; 3^{ème} cancer urologique. Incidence en \uparrow . Ratio \uparrow / \uparrow \approx 1,5. Age moyen = 60-70 ans

CANCER DU REIN

Diagnostiques différentiels : - Tumeur secondaires ; métastases ou localisations d'un autre cancer (mélanome, lymphome)
- Carcinomes urothéliaux

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 systémique par anti-angiogéniques (ex: sunitinib, pazopanib, bevacizumab), **immunothérapie** (nivolumab) et **inhibiteurs de mTOR** (ex: everolimus)

DIAGNOSTIC:

• Clinique:

- Le plus souvent: **asymptomatique, découverte fortuite dans 70% des cas.**

- **10 à 20% des cancers rénaux sont d'emblée métastatiques**

- Formes symptomatiques: **hématurie** macro- et microscopique, lombalgies, **masse lombaire, AEG**, fièvre, pâleur (anémie), syndrome paranéoplasique possible

- Une **varicocèle gauche** possible par thrombus tumoral veine rénale G

• Examens complémentaires:

Imagerie:

- Échographie abdominale => dépistage et suivi

- **EXAMEN CLEF : Uroscanner abdominopelvien +++** sans/avec PCI : temps vasculaire et tardif excrétoire (diagnostic positif, extension locorégionale, envahissement veineux, bilan d'extension, +/- thrombus, classification de Bosniak si tumeur kystique)

Scanner thoracique systématique

- IRM abdominale si thrombus veine cave inférieure, CI scanner

- Scintigraphie osseuse et TDM cérébrale si signes d'appel

Biologie:

- Systématique : Créatininémie, DFG, NFS

- Si métastatique : bilan hépatique, plaquettes, calcémie, LDH; PAL, bilan de coag => infos pronostiques et recherche Sd paranéo.

- **Biopsie tumorale** : nature tumorale + sous-type histo + grade ISUP

↳ Pas systématique (seulement si doute diagnostique ou tumeur du rein métastatique avant ttt anti-angiogénique ou petite tumeur ou avant ttt ablatif ou avant surveillance active tumeur < 4 cm)

FACTEURS PRONOSTIQUES:

- **Stade tumoral** (petites tumeurs < 4cm= bon pronostic, tumeurs métastatiques= mauvais pronostic)
- **Grade nucléolaire de l'ISUP (anciennement grade de Fuhrman+++)** pour les CRCC et carcinomes tubulo-papillaire, AEG

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