

2<sup>ème</sup> forum des cancers urologiques



# Conservation du rein : néphrectomie partielle, traitement ablatif ou surveillance active ?

Mehdi BELHADJ MOSTEFA

Service d'urologie

EPH Biskra

# Petites masses rénales ( $\leq 4\text{cm}$ )

- Tumeur bénigne : 20 à 30 %

Kulikov et al. Urology 2016

- Tumeur de bas grade : 75 %

Rothman et al. J Urol 2009

- Risque de tumeur  $\geq T3a$  ou N+ : 6.3%

Kates et al. BJU int 2011

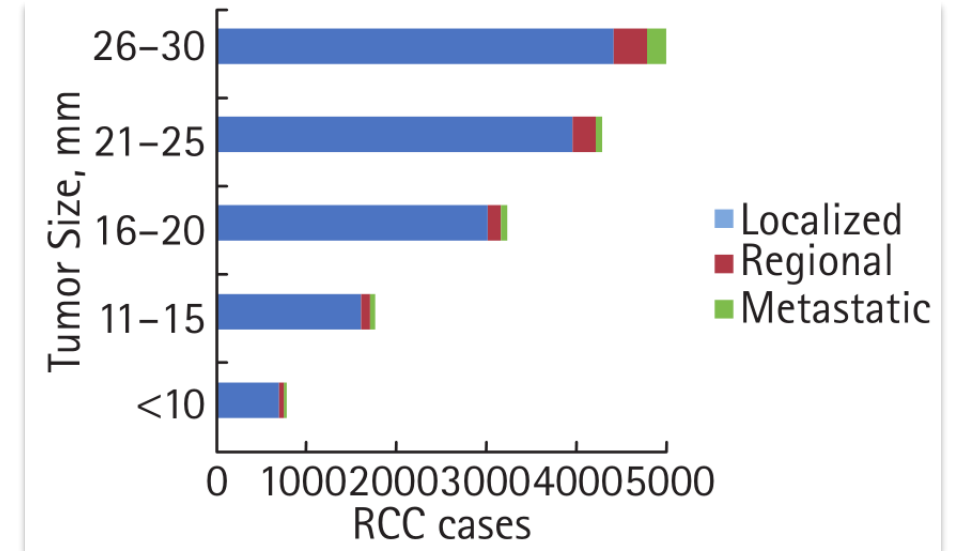
- Risque métastatique < 2%

Risque d'emblée métastatique jusqu'à 13%

Thomson et al. J Urol 2009

Risque d'évolution métastatique 1 à 2%

Smaldone et al. Cancer 2012



KATES et al. N=14962

# Les Impératifs :

Control oncologique

Limitations des complications péri opératoires

Préservation de la  $f(x)$  rénale

Chirurgie

Ablation

Surveillance

# Pourquoi la NP?

- Résultats carcinologiques :

Variable	Survival Probability for PA-PN IPTW Cohorts		Survival Probability for PA-RN IPTW Cohorts	
	PA	PN	PA	RN
<b>RCC-specific survival</b>				
1 y	99 (99-100)	99 (99-100)	99 (98-99)	99 (98-99)
3 y	98 (97-99)	99 (98-99)	98 (96-99)	97 (96-98)
5 y	95 (93-98)	98 (96-99)	96 (94-98)	95 (93-96)
<b>Overall survival</b>				
1 y	96 (95-97)	98 (97-98)	95 (94-96)	95 (94-96)
3 y	89 (87-91)	94 (93-95)	85 (83-87)	86 (85-87)
5 y	77 (74-81)	86 (84-88)	74 (71-78)	75 (73-77)

Annals of Internal Medicine

ORIGINAL RESEARCH

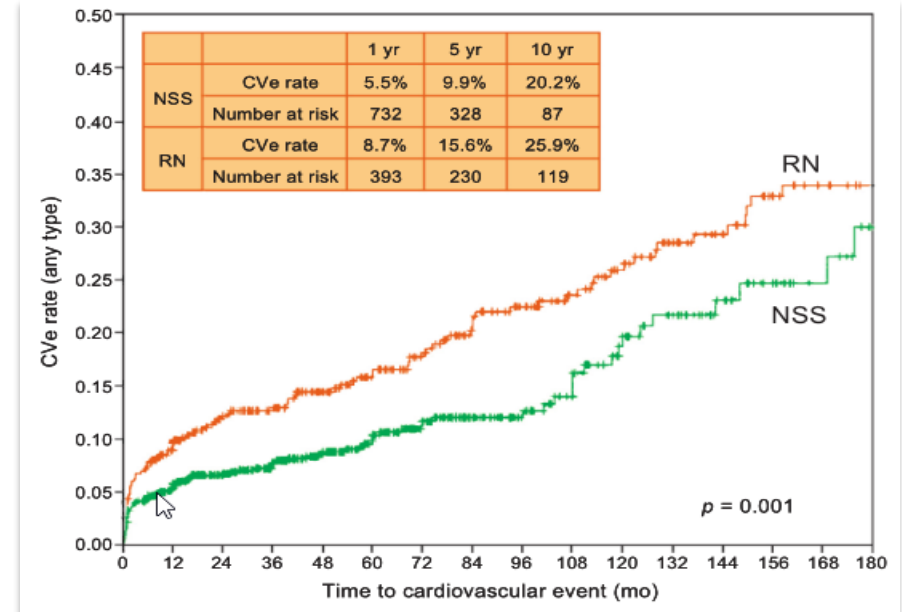
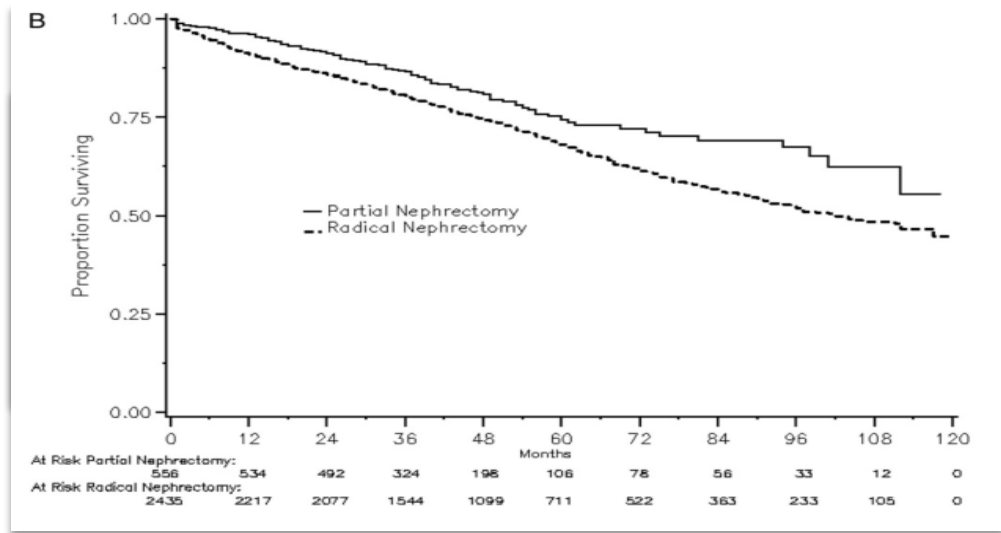
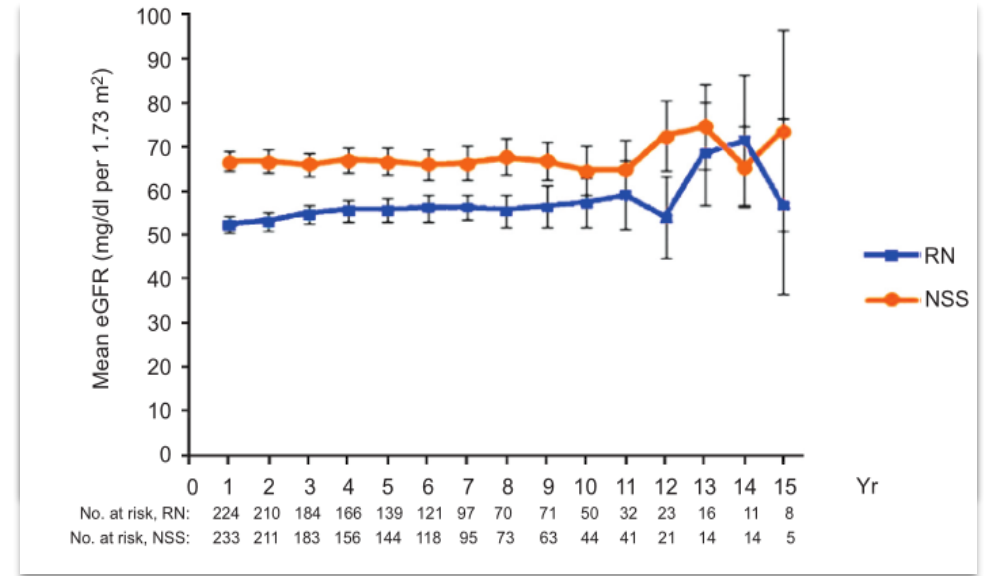
## Percutaneous Ablation Versus Partial and Radical Nephrectomy for T1a Renal Cancer

A Population-Based Analysis

Adam D. Talenfeld, MD, MS; Renee L. Gennarelli, MS; Elena B. Elkin, PhD; Coral L. Atoria, MPH; Jeremy C. Durack, MD, MS; William C. Huang, MD; and Sharon W. Kwan, MD, MS

# Pourquoi la NP ?

- $f(x)$  rénale et survie globale:
  - Limitation de l'altération de  $f(x)$ R.
  - Diminution du risque ♥
  - Augmentation de la survie globale



# Pourquoi la NP ?

- Morbidité et QoL:
  - Hémorragique et urinaire
  - Influencée par : la complexité tumorale, volume comorbidités



available at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)  
journal homepage: [www.europeanurology.com](http://www.europeanurology.com)



## Kidney Cancer

**A Prospective Randomized EORTC Intergroup Phase 3 Study  
Comparing the Complications of Elective Nephron-Sparing Surgery  
and Radical Nephrectomy for Low-Stage Renal Cell Carcinoma**

## ADULT UROLOGY



**QUALITY OF LIFE AFTER SURGERY FOR LOCALIZED RENAL  
CELL CARCINOMA: COMPARISON BETWEEN RADICAL  
NEPHRECTOMY AND NEPHRON-SPARING SURGERY**

VASSILIS POULAKIS, ULRICH WITZSCH, RACHELLE DE VRIES, MATTHIAS MOECKEL, AND  
EDUARD BECHT

# Quand faire la NP ?

- Recommandée en 1<sup>ère</sup> intention pour les T1a.
- Optionnelle en cas d'une TR hilare  $\leq 4$ cm ou T1b périphérique et exophytique.
- Nécessaire si la NTE rend le patient anéphrique.
- Lorsque le rein controlatéral présente un risque d'évolution vers l'IR ou à haut risque de récidence (maladie héréditaires)

# NP pour les T1b et T2 ?

- Peu de données solides dans la littérature
- Résultats oncologiques équivalents (rétrospectives)



	1 point	2 points	3 points
(R)adius (maximal diameter in centimeters)	≤4	>4 but <7	≥7
(E)xophytic properties	≥50%	<50%	Entirely endophytic
(N)earness of the tumor to the collecting system or sinus (millimeters)	≥7	>4 but <7	≤4
(A)nterior/Posterior	No points given. Mass assigned a descriptor of a, p, or x		
(L)ocation relative to the polar lines <sup>†</sup>	Entirely above the upper or below the lower polar line	Lesion crosses polar line	>50% of mass is across polar line or mass crosses the axial renal midline or mass is entirely between the polar lines
Suffix "h" assigned if the tumor touches the main renal artery or vein			

score	4 -6	7-9	10-12
complexité	minime	moyenne	élevée

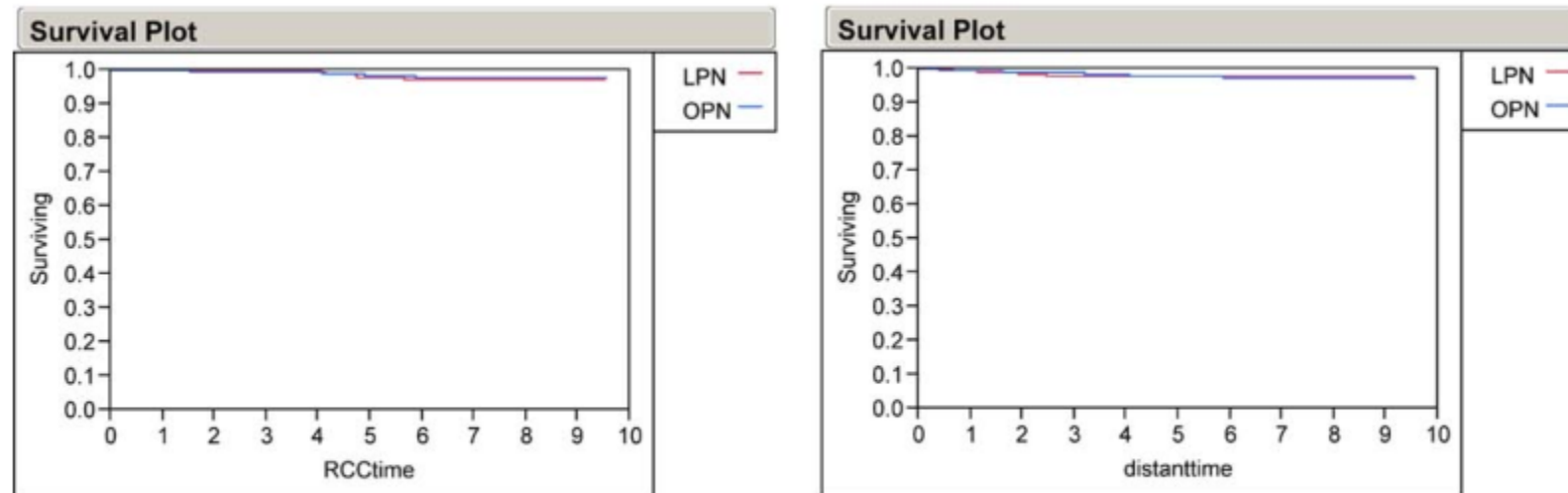
# Comment faire la NP ?

- Voie classique ou mini invasive :
  - Pas de différence sur le résultat oncologique

## 7-Year Oncological Outcomes After Laparoscopic and Open Partial Nephrectomy

Brian R. Lane\*,† and Inderbir S. Gill‡,§

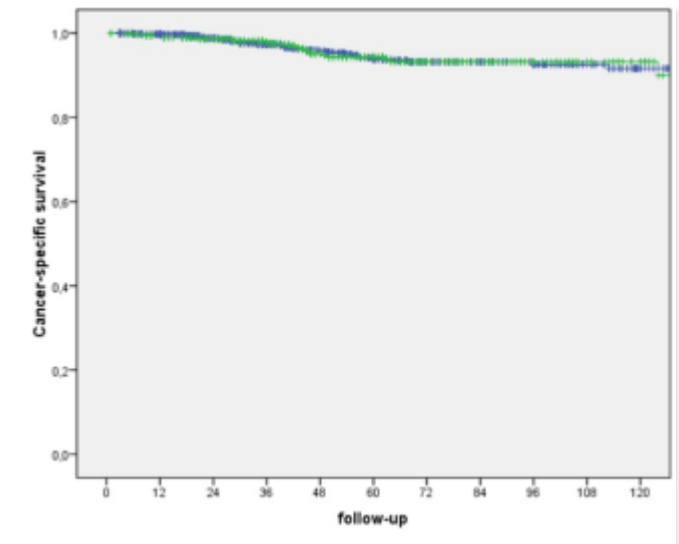
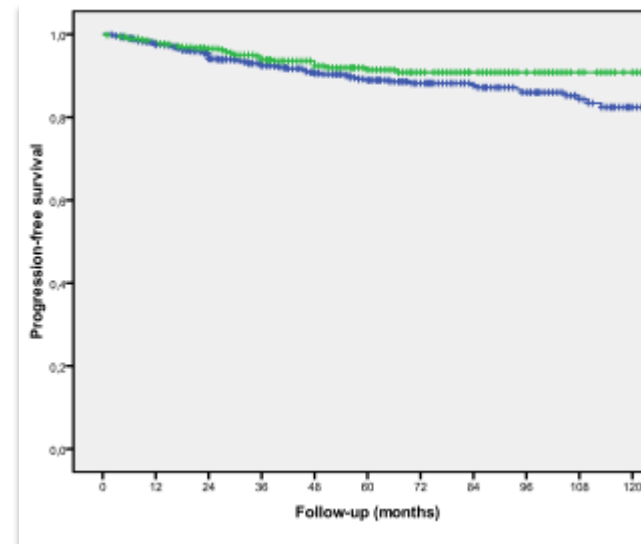
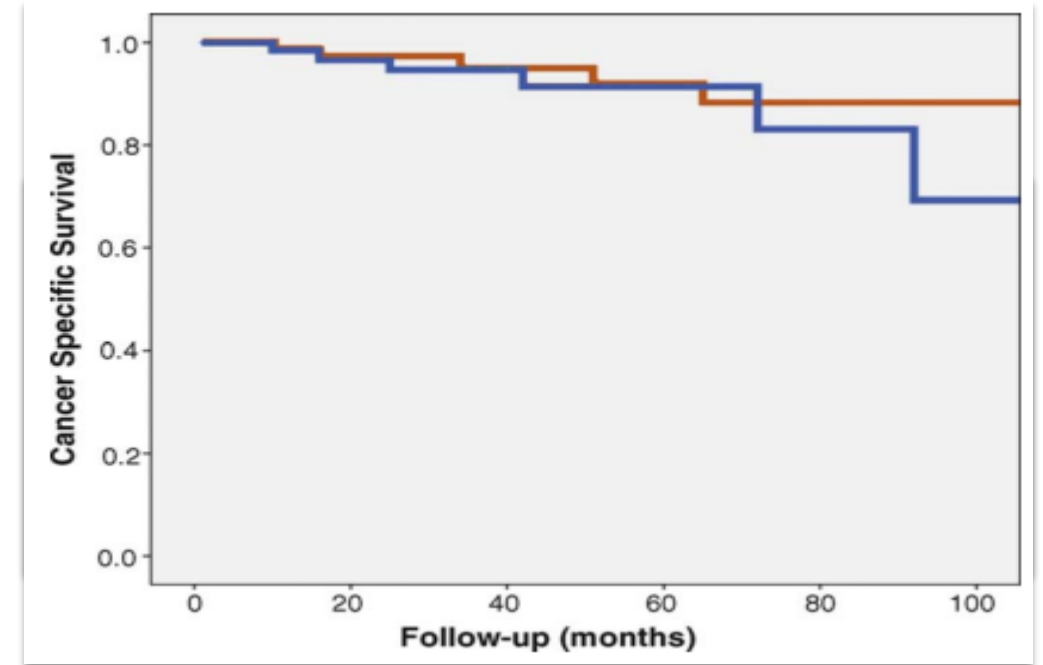
*From the Glickman Urological & Kidney Institute, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio*



**Figure 1.** Kaplan-Meier estimates of cancer specific (A) and metastasis-free (B) survival after LPN and OPN.

# R1 ?

- Pas d'impact important sur la survie spécifique
- Totalisation → surtraitement ?
- Information du patient
- Surveillance par des examens d'imagerie réguliers
- RCP si R1 +++ ou HG



# Traitement ablatif:

- Radiofréquence, cryothérapie, électroporation irréversible et radiothérapie stéréotaxique.
- Destruction de la tumeur
- Voie percutanée ou coelioscopique
- Peu de données solides dans la littérature : études non randomisées, biais, rétrospective.
- TA vs NP ? Faible niveau de preuve

## Indications de traitements ablatifs communément admises

Les petites tumeurs rénales de moins de 4 cm chez des patients âgés avec des comorbidités  
Les récurrences locales après néphrectomie partielle  
Les tumeurs du rein multiples notamment dans le cadre de syndromes héréditaires  
Les patients qui ont une insuffisance rénale avancée

## Indications qui peuvent être discutées en cas de nécessité

Petites tumeurs kystiques ou mixtes  
Certaines tumeurs de diamètre > 4 cm  
Tumeurs du rein transplanté  
Tumeurs multiples synchrones  
Cancer du rein métastatique en cas de réponse dissociée au traitement par antiangiogéniques ou immunothérapie

# Bx Rénale et Traitement ablatif :

- Se et Sp > 95 %
- AL sous Guidage echo ou scannographique
- Aiguille Coaxiale 18G
- 2 carottes hors zone de nécrose
- Complications rares

Situations où il est <b>conseillé</b> de faire une biopsie
Avant un traitement ablatif
Avant tout traitement systémique s'il n'y a pas de preuve histologique
Avant une néphrectomie partielle difficile où il y a un risque élevé de totalisation
En cas d'incertitude diagnostique sur l'imagerie (lymphome, sarcome, « pseudo-tumeur » du rein, métastase rénale d'une autre tumeur)
En cas d'indication impérative
Situations où il est <b>déconseillé</b> de faire une biopsie
Suspicion de carcinome urothélial
Risque hémorragique majeur
Tumeur kystique sans contingent solide
Suspicion d'angiomyolipome

# Traitement ablatif :

- Radiofréquence :  
augmenter la temp  $> 60^{\circ}$ , électrode à l'intérieur de la tumeur
- Cryoablation :  
combinaison des effets congélation/réchauffement de la tumeur



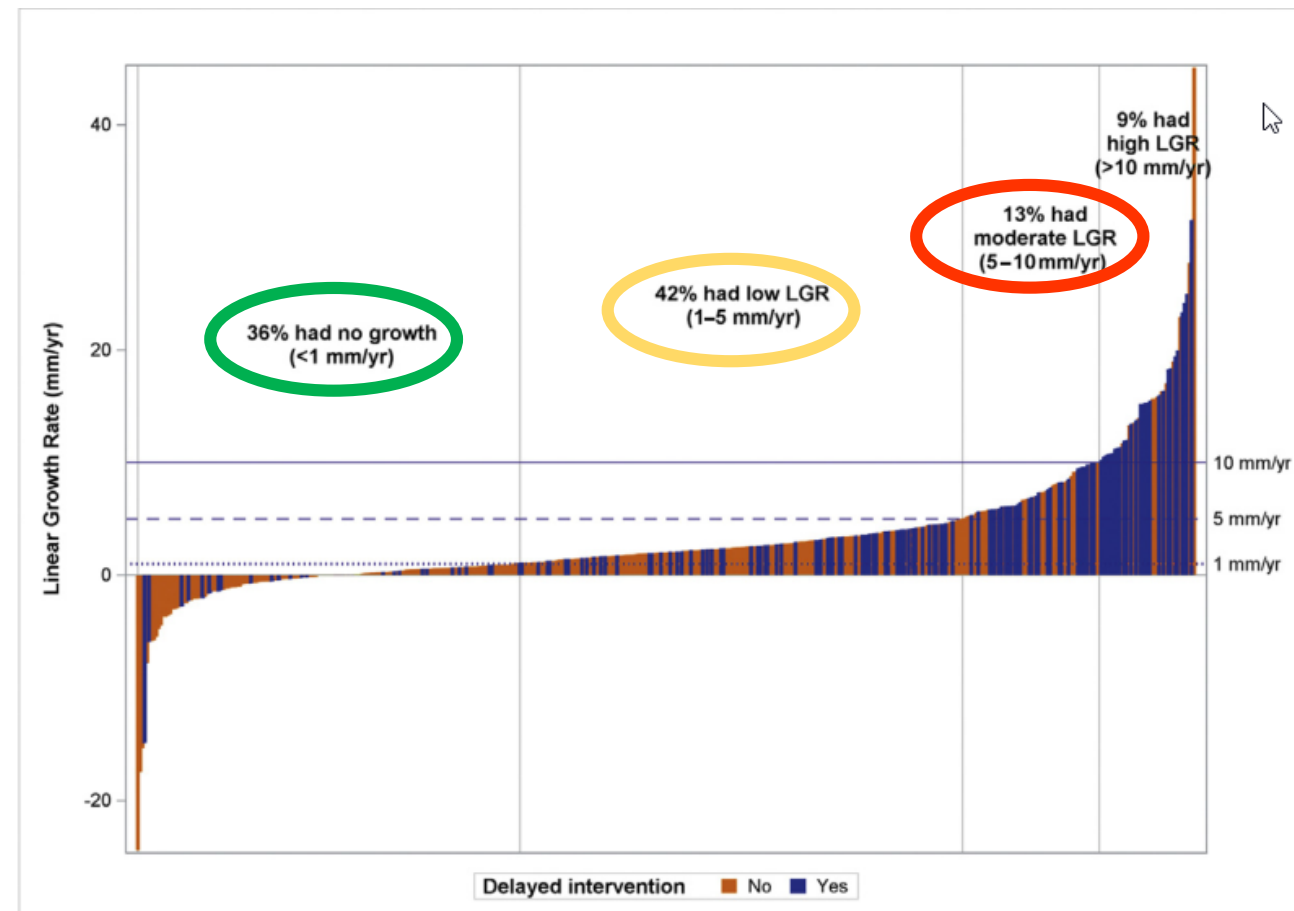
*Figure 1b. Cryoablation rénale : réchauffement.*



*Figure 1a. Cryoablation rénale : ice ball.*

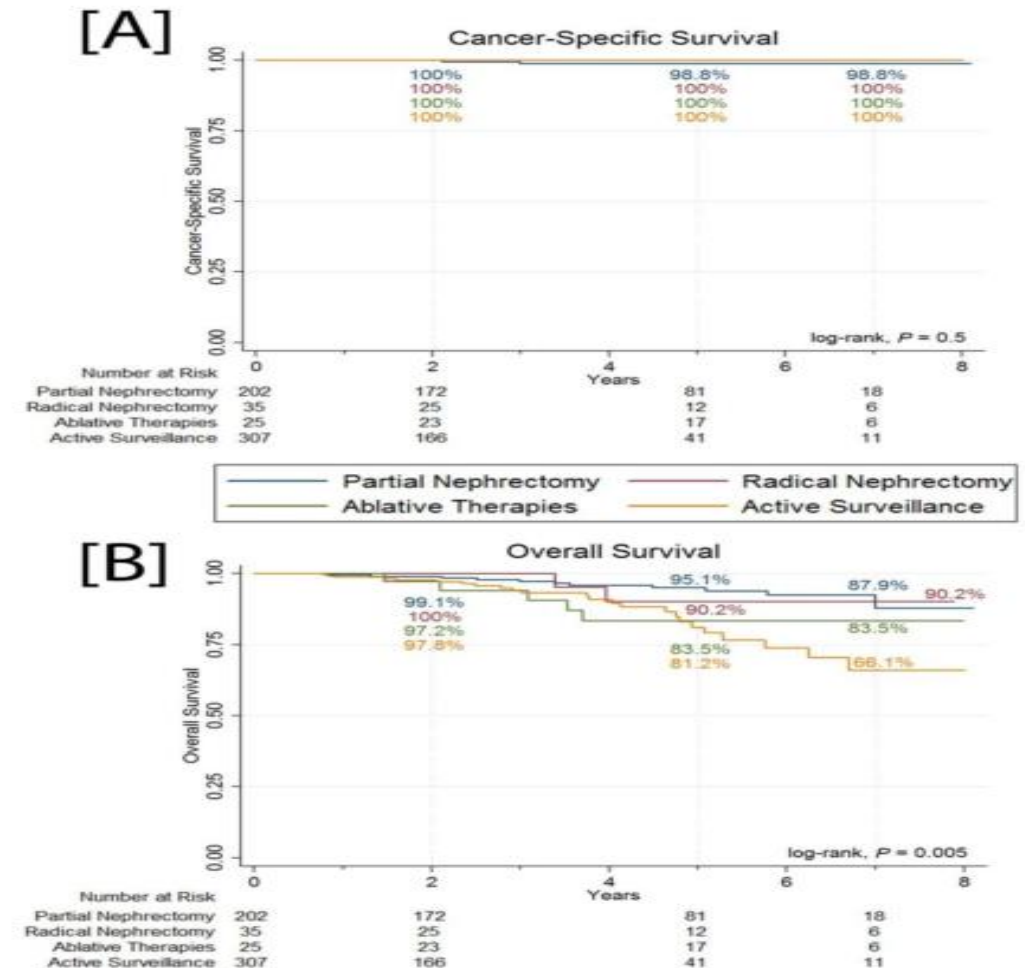
# Surveillance active :

Synthèse du niveau de preuve	Grade
Dans les cohortes de surveillance active, la croissance tumorale est lente et le risque métastatique est faible (1 à 2 %)	<b>Fort</b>
Le niveau de preuve des études de traitement ablatif est très faible, ce qui limite la portée des recommandations	<b>Fort</b>
Recommandations	Grade
Les traitements ablatifs peuvent être proposés en option aux patients âgés avec des comorbidités qui ont une petite tumeur du rein < 4 cm	<b>Faible</b>
Les patients à qui on propose une TA doivent être informés d'un risque de récurrence un peu plus élevé et de l'absence de données fiables à long terme	<b>Faible</b>
La surveillance active peut être proposée comme option aux patients âgés avec des comorbidités qui ont une petite tumeur du rein < 4 cm	<b>Faible</b>



# Surveillance active :

- Surveillance régulière de la taille tumorale par des examens radiologique répétés
- Bx rénale n'est pas obligatoire
- Personnes âgés, Co morbides voir inopérables



Merci