



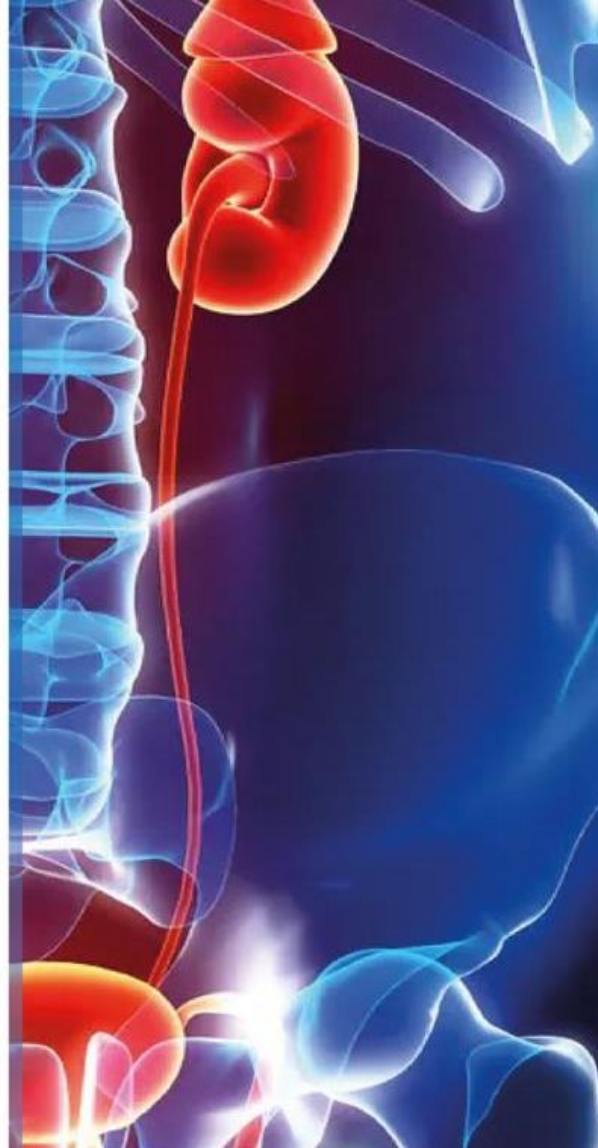
الجمعية الجزائرية للتكوين و البحث في طب الأورام
Algerian Society of Training and Research in Oncology
Société Algérienne de Formation et de Recherche en Oncologie

4^e

Forum des cancers Urologiques

6 et 7
JUIN 2024

Hôtel Sheraton, Alger



Forum des Cancers
Urologiques
Alger 06 et 07 juin
2024



Petites tumeurs du Rein Quoi faire ?

Dr Khelfat Lotfi
CH Haut Anjou / CHU Angers



Les petites masses rénales (PMR) sont une appellation récente

Ces tumeurs ont toujours existé, mais longtemps sous diagnostiquées .

Nous devons beaucoup au progrès technologiques dans le domaine de la radiologie et notamment les scanners qui ont permis l'éclosion d'une nouvelle aire de prise en charge des tumeur du rein .

ÉPIDÉMIOLOGIE

- Une augmentation d'incidence dans le monde (de **1,7 % par an chez l'homme et de 1,4 % chez la femme entre 1990 et 2018**) .
- 1,5 décès pour 100 000 habitants chez l'homme et chez la femme .

ÉPIDÉMIOLOGIE

- Deux facteurs de risque non modifiables :

L'âge et le sexe :

- Pic d'incidence entre 60 et 70 ans .
- Sex-ratio de 1,5 homme pour une femme

- Deux facteurs de risque modifiables :

- Le Tabagisme
- L'obésité

L'hypertension artérielle a également été identifiée comme pouvant favoriser le cancer du rein et le contrôle de la tension des patients hypertendus pourrait être bénéfique .

ÉPIDÉMIOLOGIE

RECOMMANDATION PRÉVENTION PRIMAIRE DU CANCER DU REIN :

- L'arrêt du tabagisme,
- la pratique d'une activité physique
- la perte de poids chez les patients obèses

EVALUATION DIAGNOSTIQUE D'UNE PETITE TUMEUR DE REIN SUR LE PLAN CLINIQUE

- Le diagnostic clinique est très pauvre .
- Nous sommes loin de la **TRIADE CLASSIQUE** des cancers localement avancés atteignant les calices .
- Pronostic : risque de mourir d'une petite tumeur du rein est très faible de 3 %

EVALUATION DIAGNOSTIQUE D'UNE TUMEUR DE REIN SUR LE PLAN RADIOLOGIQUE

La plupart des tumeurs rénales sont découvertes fortuite sur des échographies ou tomographies (TDM) abdominales prescrites pour d'autres raisons médicales .

- Le diagnostic et la caractérisation des masses rénales reposent sur trois techniques d'imagerie complémentaires – **Echographie-Doppler Tomodensitométrie et IRM** – qui peuvent être réalisées sans ou avec injection de produit de contraste.

Echographie - Doppler

- C'est l'échographie qui passe en tête et souvent l'examen qui détecte de façon fortuite une masse rénale
- L'injection de PDC peut être réalisée mais la performance de détection et surtout pour le suivi dépendent en grande partie de l'expérience du radiologue ,

La TDM

- **La TDM est l'examen de référence pour l'évaluation des tumeurs du rein**
 - l'acquisition sans injection indispensable pour définir la prise de contraste ($> + 20$ UH entre la phase tubulaire et l'acquisition sans injection)
 - **Une acquisition à la phase de la néphrographie corticale 30 à 40 secondes après injection**
 - **Une acquisition à la phase de la néphrographie tubulaire 80 à 100 secondes après injection (différente de la phase portale acquise 60 secondes après injection sur laquelle la médullaire n'est pas encore rehaussée)**
 - **Acquisition excrétoire**

L'IRM

L'IRM est plus qu'une modalité substitutive de la TDM en cas de contre-indication à l'injection d'un PCI (insuffisance rénale avec DFG < 30 ml/min, antécédent de réaction anaphylactique à l'injection d'un PCI) :

Elle trouve sa place dans

- **la caractérisation des masses kystiques et solides atypiques demeurées indéterminées au scanner.**
- le bilan d'extension (en particulier vasculaire), et pour le suivi des patients porteurs de cancer héréditaire familial (la TDM est aussi performante).
- Etude multicentriques IRM K01 pour prédire l'histologie des petites tumeurs du type histologique .

Mais le bilan pré-thérapeutique des tumeurs du rein repose encore essentiellement sur la TDM.

Le TEP-scanner

- Le fluorine-18-fluorodeoxyglucose (F-FDG) TEP-scanner est utilisé pour le bilan d'extension de nombreux cancers.
- **Il n'a pas d'intérêt pour la caractérisation des tumeurs rénales.**
- En revanche, son intérêt est étudié au moment du bilan d'extension initial ou après chirurgie pour détecter les récives.

LE BILAN D'EXTENSION

- Le bilan d'extension standard repose encore aujourd'hui :
- TDM TAP sans et avec injection,
- En cas de contre-indication absolue à l'injection d'un PCI, on pourra combiner un scannet TAP sans injection à une IRM abdominale sans et avec injection.
- Une **imagerie cérébrale** (IRM ou TDM) et une **scintigraphie osseuse** sont recommandées en cas de point d'appel clinique.

Les nouvelles recommandations du CCAFU

Le bilan d'imagerie initial

RECOMMANDATIONS POUR L'IMAGERIE DES TUMEURS DU REIN	Grade
L'échographie doit comprendre un examen précis en mode B et en mode doppler couleur	FORT
L'injection de produit de contraste lors de l'échographie est en cours d'évaluation	FAIBLE
La TDM est l'examen de référence en l'absence de contre-indications aux produits de contraste iodés. Elle doit comprendre au minimum trois phases.	FORT
La TDM abdominale et thoracique permet d'apprécier au mieux l'extension locorégionale, veineuse, ganglionnaire et métastatique de la tumeur	FORT
Les masses à composante kystique doivent être analysées selon la classification de Bosniak	FORT
L'IRM est particulièrement intéressante en cas d'insuffisance rénale, dans l'exploration des tumeurs kystiques et des tumeurs mal caractérisées par les autres examens d'imagerie.	FORT
Les scores morphométriques n'ont pas d'utilité démontrée en pratique clinique	FAIBLE

Pas de place pour
le TEP scanner

EVALUATION DIAGNOSTIQUE D'UNE TUMEUR DE REIN: SUR LE PLAN BIOLOGIQUE

Bilan biologique standard

Le bilan biologique standard d'une tumeur rénale localisée doit comprendre :

- Le dosage de la créatinine sérique avec calcul du DFG
- La numération formule sanguine
- **L'objectif de ce bilan est d'évaluer la fonction rénale**

La technique de référence Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration 2009 (CKD EPI). (plus performante que les méthodes de Cockcroft/Gault et le MDRD)

PLACE DE LA BIOPSIE DANS LES PETITES TUMEURS

Lorsque la biopsie pour les PMR est réalisée

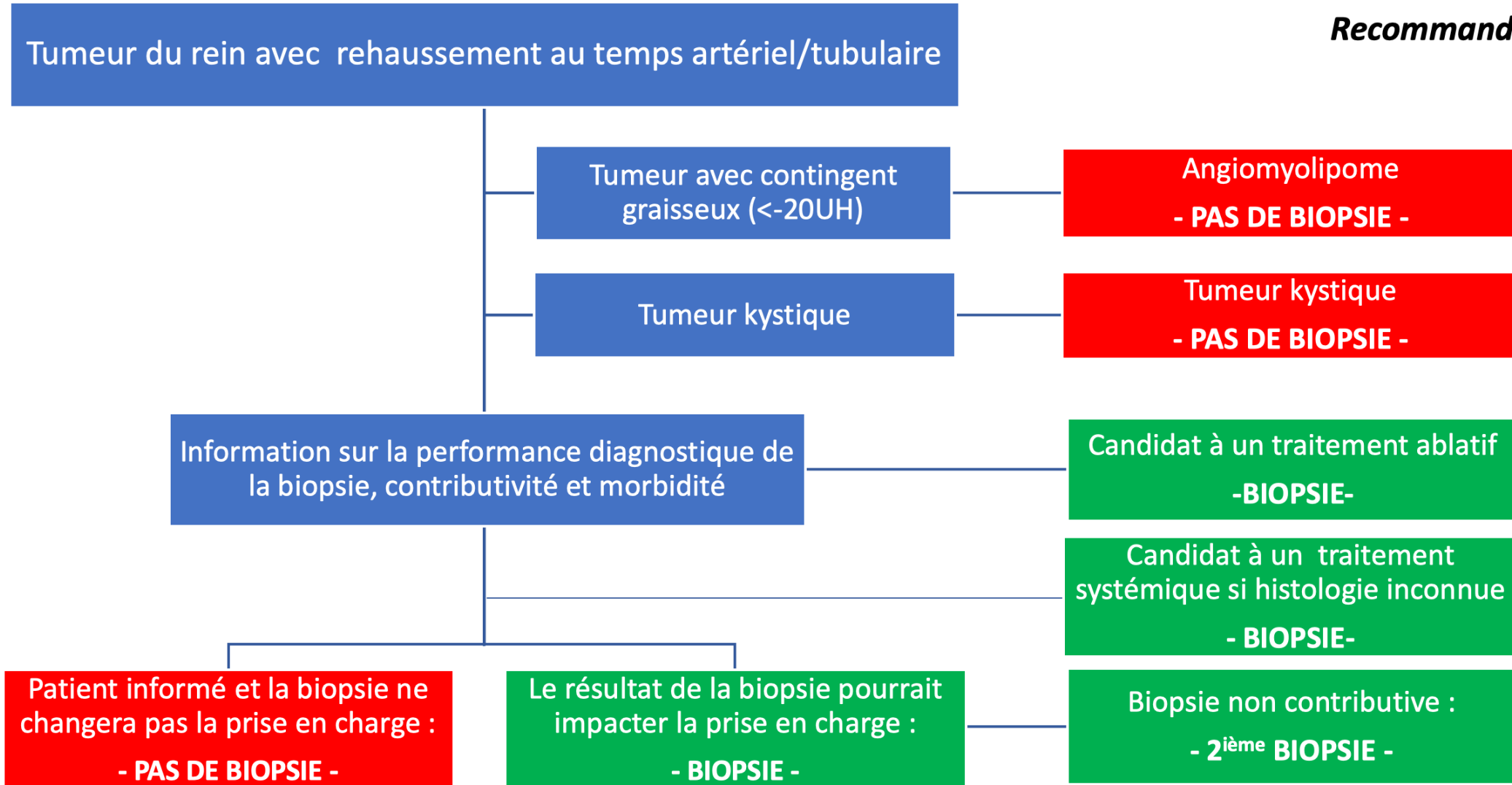
- La contribution diagnostique est de 90% .
- Les sensibilité et spécificité pour le diagnostic de malignité sont > 95%
- La concordance pour le sous-type histologique est de 96% et de 87% pour le grade .
- Plusieurs enquêtes de pratiques rapportent que la biopsie tumorale est réalisée pour moins de 20% des tumeurs du rein localisées.

Ces études ont suggéré que les résultats de la biopsie tumorale pouvaient influencer sur la décision de traitement des tumeurs du rein, car la biopsie était associée à une diminution significative de l'histologie bénigne lors d'une chirurgie (diminution ×2 à 6), et une augmentation du taux de traitement conservateur pour la prise en charge des tumeurs bénignes .

Les nouvelles recommandations du CCAFU

La place des biopsies

RECOMMANDATIONS concernant la place des biopsies	Grade
Il est recommandé d'informer le patient de la possibilité de faire une biopsie, de ses complications, de ses limites diagnostiques.	FORT
Il est recommandé de faire une biopsie d'une tumeur rénale lorsque les résultats sont susceptibles d'influencer la décision thérapeutique.	FORT
Il est recommandé de refaire une biopsie en cas de première biopsie non contributive.	FORT



Il est recommandé d'utiliser la classification 2017 revue en 2019 par l'American Joint Committee on Cancer /AJCC qui est identique à la classification pTNM 2017 de l'Union for International Cancer Control/UICC .

- **Les petites tumeurs du rein correspondent selon la classification PTnm au PT1a N0 M0**
- **Les Pt1a = tumeurs inférieurs ou = à 4cm**
- **Avec un bilan d'extension négatif**
- **Interet des facteurs de risque Histopronostiques pour la prise en charge des marges**

TRAITEMENT DES PETITES TUMEURS DU REIN T1A (≤ 4 CM)

- **PLACE DE LA NÉPHRECTOMIE PARTIELLE (NP)**
- **La NP est la technique chirurgicale de référence des petites masses rénales.**
03 impératifs :
le contrôle oncologique,
la préservation de la fonction rénale
la limitation des complications péri-opératoires.

Indications

- Patient en bon état général bon espérance de vie
- Tumeur comprise entre 2 et 4 cm

voie ouverte vs. laparoscopie vs. laparoscopie robot-assistée

- **Quelle que soit la voie d'abord (ouverte vs laparoscopie vs robot-assistance) de la NP, il n'existe pas de différence en termes de survie spécifique et de survie globale**
- **Comparée à la voie ouverte, la laparoscopie robot-assistée a un avantage en termes de pertes sanguine et la durée d'hospitalisation**
- **Cette diminution de la morbidité permet de proposer, pour des patients sélectionnés, des prises en charge en ambulatoire .**
L'assistance robotique couplée aux techniques de modélisation tridimensionnelle permet le développement de la chirurgie guidée par l'image (technique 3D-IGRAPN). L'étude récente UroCCR-51, menée au sein du CCAFU, rapporte une amélioration globale du geste chirurgical (trifecta) .

CONTRÔLE ONCOLOGIQUE

La NP permet un contrôle oncologique identique à la NT

Après NP pour tumeur T1a, la survie sans récurrence à 5 ans est > 95% .

- **Une marge chirurgicale positive augmente le risque de récurrence locale mais ne semble pas avoir d'impact sur la survie spécifique**

En cas de marge chirurgicale positive, il est recommandé de faire une simple surveillance par des examens d'imagerie réguliers.

La totalisation immédiate par néphrectomie n'est pas nécessaire .

- En cas de **tumeur agressive de haut grade et/ou de marge positive** importante: il peut être discuté en RCP de faire une totalisation.

Les sous types histologiques : le carcinome du rein du tube collecteur de Bellini et médullaire .

Le grade ISUP qui ne s'applique qu'aux CRCC et aux carcinomes papillaires

Le PTNM

La composante sarcomateuse

Le traitement d'une récurrence locale a été peu évalué:

- On peut faire une néphrectomie élargie,
- une seconde NP
- un traitement ablatif en fonction du délai d'apparition de la récurrence, du type histologique et du grade .
- **L'étude RePart UroCCR-71**, menée par le CCAFU et publiée en 2022, rapporte **l'intérêt des ablativités pour le traitement des récurrences locales après NP.**
- Comparativement au traitement de rattrapage chirurgical, ces techniques percutanées permettent une meilleure préservation de la fonction rénale et une moindre morbidité .

B. PRÉSERVATION DE LA FONCTION RÉNALE

PRESERVATION DE LA FONCTION RENALE = PRESERVATION DU PARENCHYME RENALE

- **La NP permet une préservation optimale du parenchyme rénal ce qui limite l'altération de la fonction rénale** pourrait augmenter la survie globale par rapport à la NT.
- **L'impact de la durée d'ischémie sur la dégradation de la fonction rénale est discuté**

Les données de la littérature sont contradictoires mais il est conseillé de limiter la durée de clampage du pédicule rénal à moins de 25 min .

Les techniques sans clampage ou avec clampage sélectif réduisent le risque de dégradation de la fonction rénale post-opératoire précoce mais n'ont pas fait la preuve d'une meilleure préservation rénale à long terme par rapport à un clampage total <25 minutes .

La préservation du parenchyme rénal sain apparait être le facteur le plus important du maintien de la fonction rénale

COMPLICATION PERIOPERATOIRE MORBIDITÉ DE LA NP

- **La NP a une morbidité significative qui est d'environ 20%** dans la littérature.

Les deux complications les plus redoutées sont le :

- saignement secondaire (faux-anévrisme)
- la fistule urinaire.
- Le taux de complications graves après NP peut atteindre 11 %.

Le risque de complications est influencé par de nombreux facteurs :

La complexité tumorale,

L'âge le terrain les comorbidités,

L'expérience du chirurgien,

Le volume du centre,

La voie d'abord .

**La graisse toxique : plus présente chez l'homme et elle dépend du Terrain (tabac.....)
et pas de la tumeur**

L'effet centre en France

- **Une étude prospective faite en 2010 en France** au sein d'institutions hospitalières, universitaires et libérales avait **suggéré un effet centre de la NP** avec **une augmentation de la morbidité et du taux de marges positives dans les centres de moindre volume** .
- **Une étude du CCAFU a également montré de meilleurs résultats dans les centres de haut volume concernant la NP robotique** (. **le CCAFU encourage les équipes à s'organiser de façon à ce que l'activité de NP soit concentrée sur quelques chirurgiens experts** en fonction du volume d'activité.

PLACE DE LA NÉPHRECTOMIE TOTALE (NT)

- **La NT n'est pas recommandée en première intention pour les petites tumeurs du rein.**
- Indication de la NT:
 - Rein non fonctionnel
 - Suspicion de tumeur classée T3a
 - complexité importante : après En cas de tumeur jugée trop complexe il est conseillé de prendre avis d'un centre expert avant de décider de faire une NT.

Les nouvelles recommandations du CCAFU

La néphrectomie partielle pour les tumeurs T1a

Synthèse du niveau de preuve	NP
La néphrectomie partielle assure une survie spécifique similaire à la néphrectomie totale pour les tumeurs T1a ≤ 4cm	FORT
La néphrectomie partielle permet de mieux préserver la fonction rénale par rapport à la néphrectomie totale pour les tumeurs T1a ≤ 4cm	FORT
La néphrectomie partielle peut être réalisée par voie ouverte, laparoscopique, ou avec assistance robotique selon l'expertise du chirurgien et le plateau technique disponible	FORT
La voie mini-invasive est moins morbide que la voie ouverte	FORT
La néphrectomie partielle robot assistée est associée à une diminution des complications post-opératoires, de la durée d'ischémie et des pertes sanguines par rapport aux voies laparoscopique pure et ouverte.	FAIBLE

Les nouvelles recommandations du CCAFU

La néphrectomie partielle pour les tumeurs T1a

Recommandations	Grade
La néphrectomie partielle est le traitement chirurgical recommandé en première intention pour les tumeurs T1a lorsqu'elle est techniquement faisable avec une morbidité acceptable	FORT
Elle peut être faite par voie ouverte, laparoscopique, ou par assistance robotique	FORT

PLACE DE LA SURVEILLANCE ACTIVE

Comment ?

- La surveillance active= (SA) = la surveillance d'un patient atteint d'une petite tumeur du rein par des examens cliniques et d'imagerie répétées (échographie, TDM ou IRM).
- La SA doit être différenciée de l'abstention / surveillance qui consiste en une surveillance clinique seule chez les patients avec une espérance de vie limitée ou non opérables en raison de leurs comorbidités avec pour objectif un traitement symptomatique exclusif.

Pourquoi la proposer ?

Les séries ont montré :

une croissance lente des tumeur qui va de 0.1 a 0.21 cm par an

La survenue d'une progression métastatique en cas de SA de PMR était de l'ordre de 0 à 6% à 7ans

les modalités sont **hétérogènes** selon les études :

- **sur le type d'imagerie (IRM, TDM, échographie)**
- **rythme de suivi.**

La pratique d'une biopsie tumorale à l'inclusion non systématique

- **Pas de consensus pour l'imagerie thoracique** : Une imagerie du thorax à l'inclusion et annuelle était proposée .
- **Dans les études**, les patients étaient suivis par **une imagerie abdominale tous les 3 à 6 mois pendant la première année**
- puis tous les **6 à 12 mois si la lésion restait stable.**

**PAS DE BIOPSIE
A L'INCLUSION**

Critères d'inclusion

- pour les petites tumeurs du rein < 2cm
- En option pour les tumeurs comprises entre 2 et 4 cm
- PATIENT ASSYMPTOMATIQUE

Critères d'exclusion

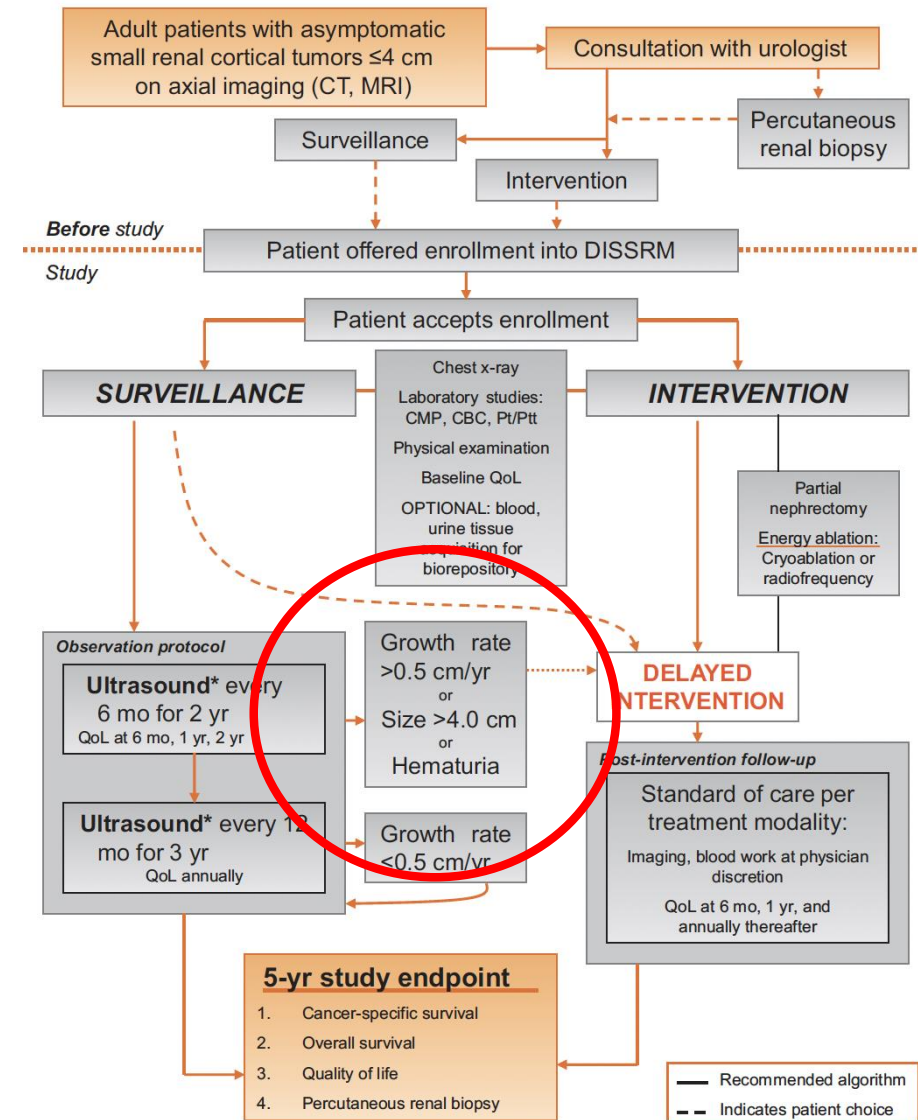
- vitesse de croissance supérieure à 0,5 cm par an,
- Patient symptomatique
- tumeur supérieure à 4 cm

Quelle est l'histoire naturelle des petites masses ?

Le risque de décès spécifique **comparé aux autres traitements**

Registre prospectif multicentrique DISSRM

- Patients inclus entre 2009 et 2019
- 638 patients non randomisés:
 - 231 (36.2%) **Néphrectomie partielle**
 - 41 (6.4%) **Néphrectomie élargie**
 - 27 (4.2%) **Ablation**
 - 339 (53.1%) **Surveillance active**



Quelle est l'histoire naturelle des petites masses ?

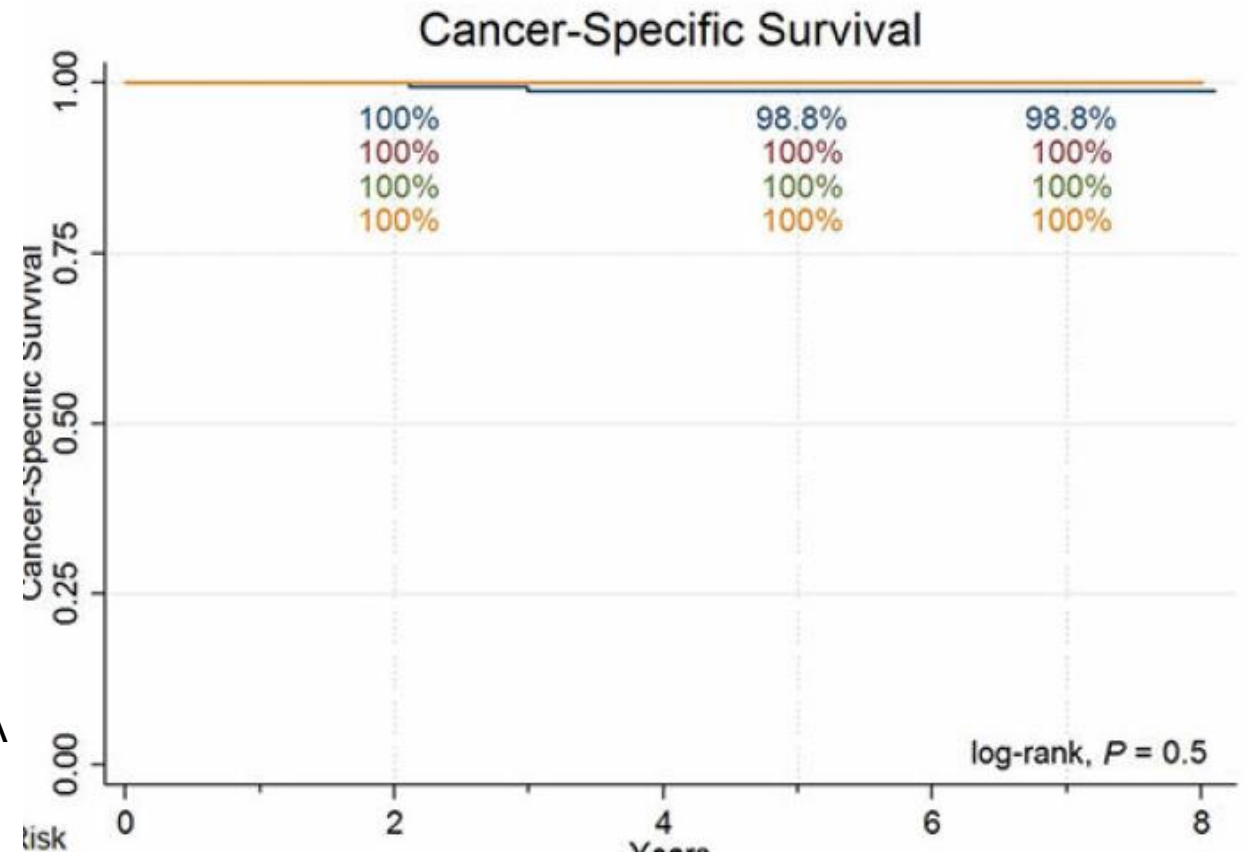
Le risque de décès spécifique **comparé aux autres traitements**

Registre prospectif multicentrique DISSRM

- Patients inclus entre 2009 et 2019
- 638 patients non randomisés:
 - 231 (36.2%) **Néphrectomie partielle**
 - 41 (6.4%) **Néphrectomie élargie**
 - 27 (4.2%) **Ablation**
 - 339 (53.1%) **Surveillance active**

Survie spécifique comparable:

- 3 ans de suivi médian
- 2 décès liés au cancer (NP)
- 46 (14%) interventions différées groupe SA

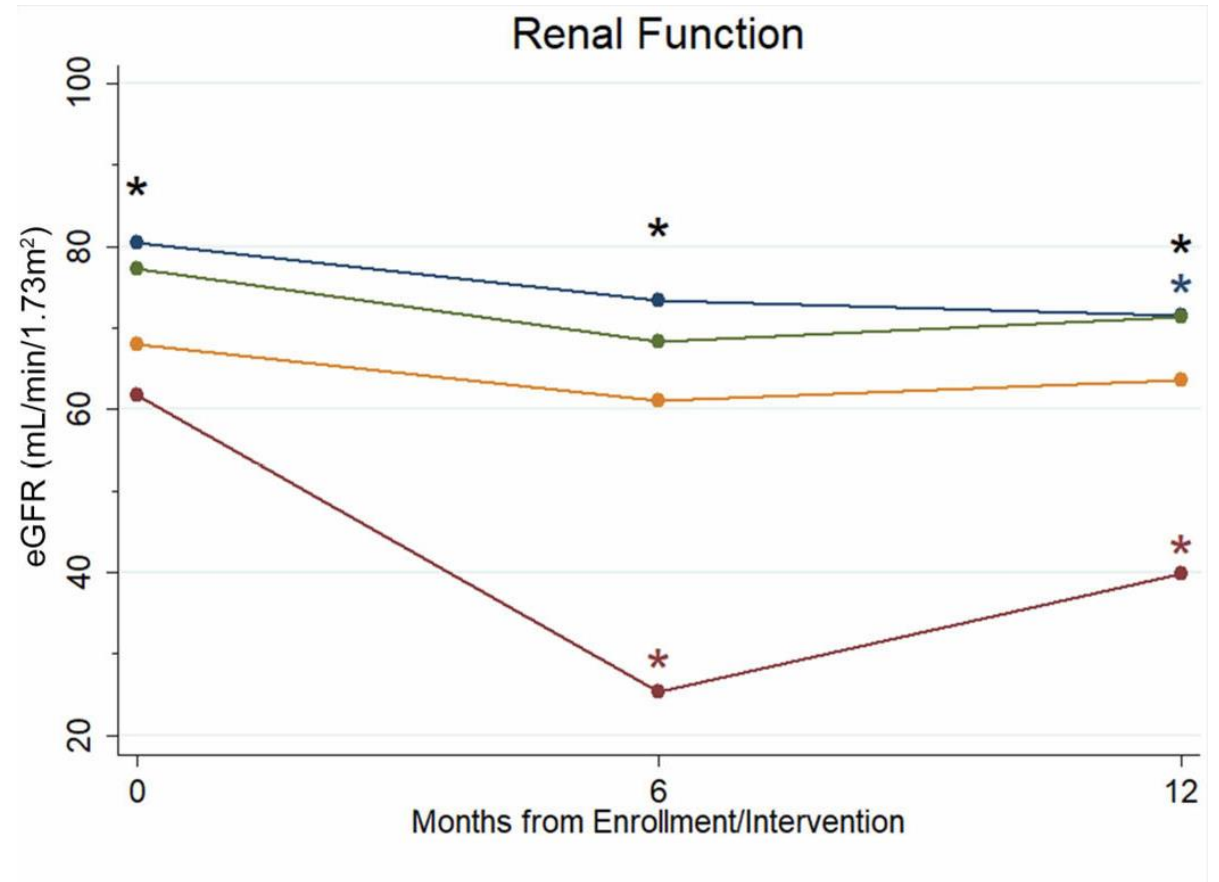


Préservation de la fonction rénale par la surveillance active

Registre prospectif multicentrique DISSRM

- Patients inclus entre 2009 et 2019
- 638 patients non randomisés:
 - 231 (36.2%) **Néphrectomie partielle**
 - 41 (6.4%) **Néphrectomie élargie**
 - 27 (4.2%) **Ablation**
 - 339 (53.1%) **Surveillance active**

Meilleure préservation de la fonction rénale



Les nouvelles recommandations du CCAFU

La Surveillance Active

Synthèse du niveau de preuve	NP
Dans les cohortes de surveillance active, la croissance tumorale est lente et le risque métastatique est faible.	FORT
La biopsie n'est pas obligatoire pour proposer la surveillance active	FAIBLE
Les facteurs qui définissent l'arrêt de la SA ne sont pas complètement élucidés, mais les plus acceptés sont les suivants : vitesse de croissance supérieure à 0,5 cm par an, patient symptomatique, tumeur supérieure à 4 cm et choix du patient	FAIBLE

Les nouvelles recommandations du CCAFU

La Surveillance Active

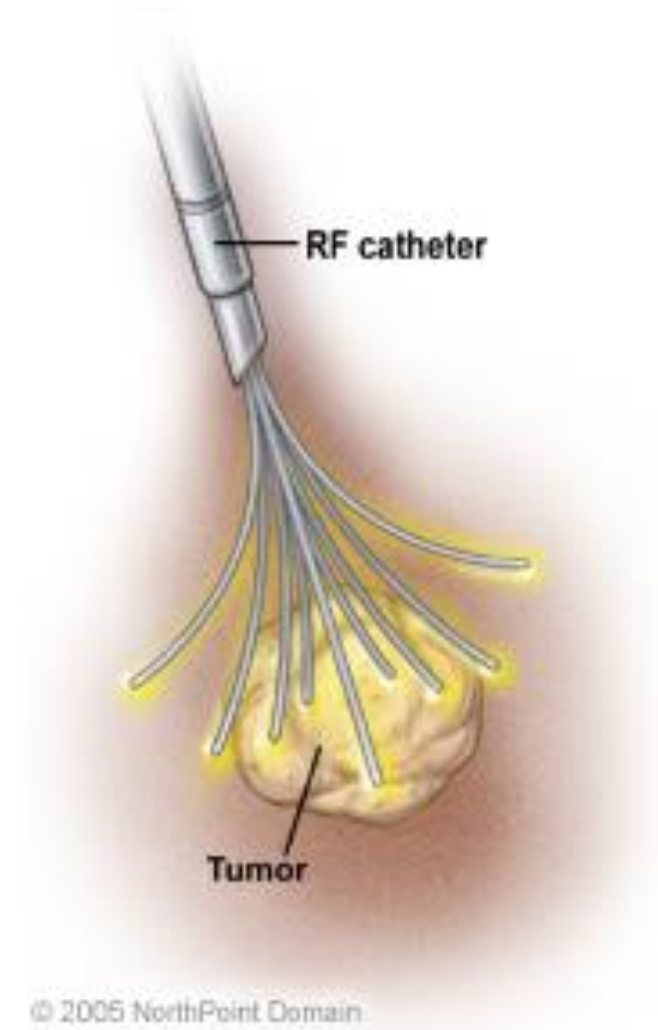
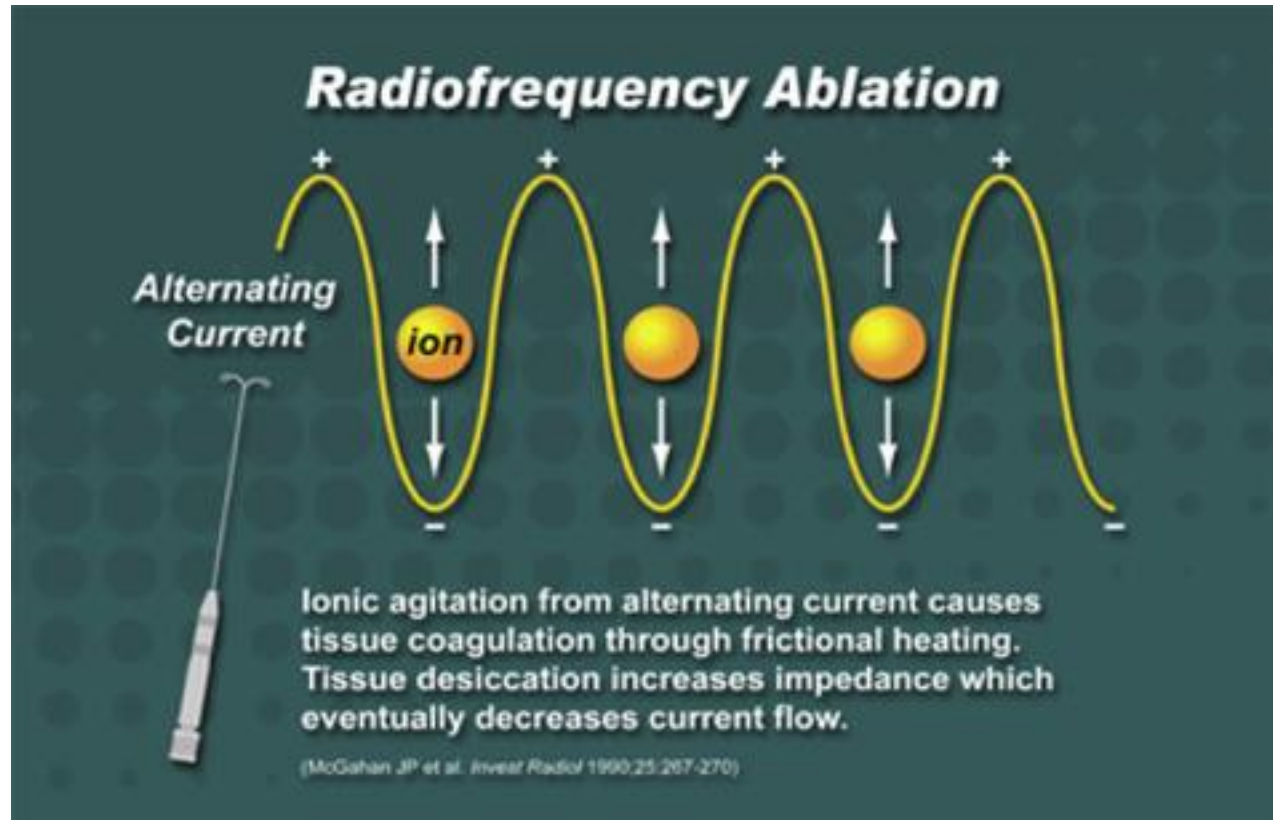
Recommandations	Grade
La surveillance active est une stratégie acceptable pour les petites tumeurs du rein < 2cm, étant donné leur faible taux de croissance et la faible probabilité d'une histologie agressive.	FAIBLE
La surveillance active peut être proposée en option aux patients qui ont une petite tumeur du rein 2-4 cm	FAIBLE
L'abstention - surveillance simple peut être proposée aux patients âgés avec des comorbidités et/ou avec une espérance de vie limitée qui ont une petite tumeur du rein.	FAIBLE

Place du traitement ablatif

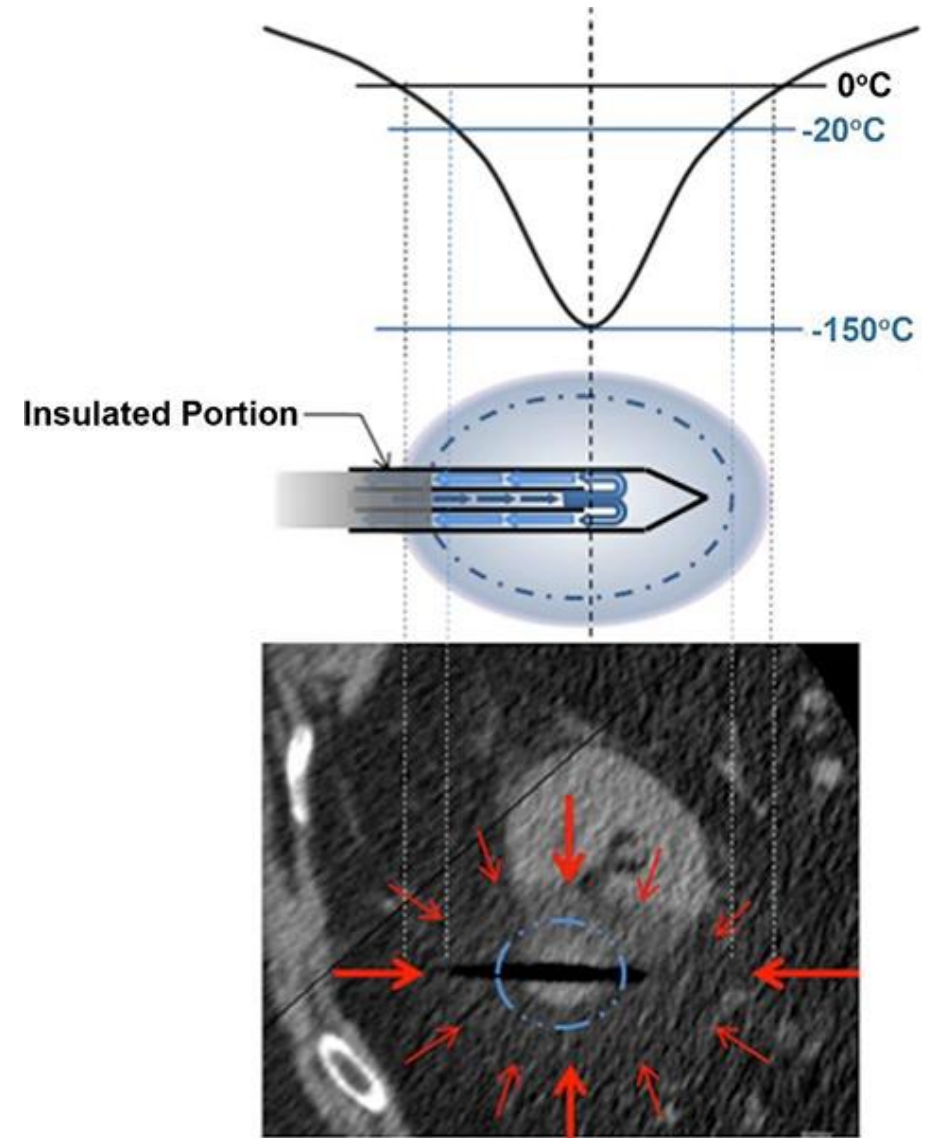
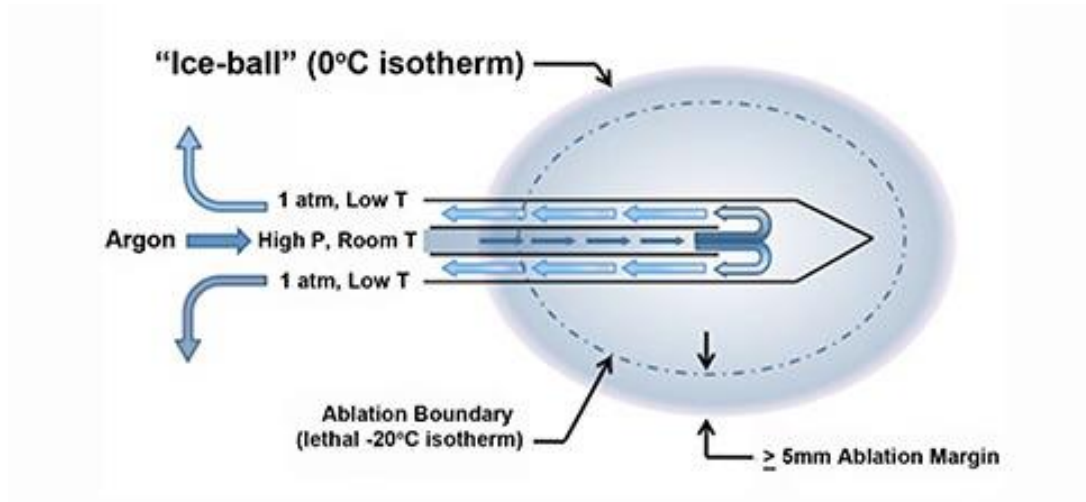
Les petites tumeurs rénales peuvent être prise en charge par traitement ablatif (TA).

- **Il est recommandé de faire une biopsie diagnostique auparavant.**
- Il existe différentes techniques de TA :
 - Radiofréquence et micro-ondes,
 - Cryothérapie,
 - Plus récemment électroporation irréversible ou radiothérapie stéréotaxique.

La radiofréquence des tumeurs du rein



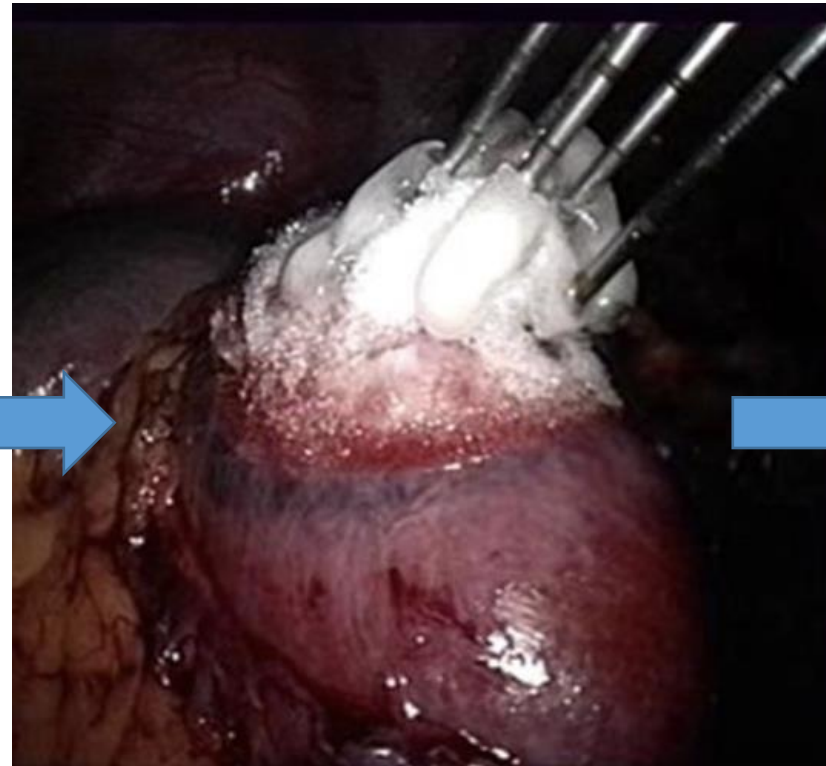
La cryoablation des tumeurs du rein



Vers des techniques mini-invasives...



Chirurgie ouverte



Laparoscopie



Percutanée contrôle scannographique

Comparaisons radiofréquence et cryoablation

	Radiofréquence	Cryoablation
Résultats oncologiques	=	=
Taille des tumeurs	=	=
Sécurité	=	=
Coût	+	-
Durée de la procédure	=	=

Mais des données légèrement en faveur de la cryoablation sans haut niveau de preuve

Comparaisons radiofréquence et cryoablation

	Radiofréquence	Cryoablation
Résultats oncologiques	=	=
Taille des tumeurs	=	=
Sécurité	=	=
Coût	+	-
Durée de la procédure	=	=

Mais un peu plus de données légèrement en faveur de la cryoablation

Comparaisons radiofréquence et cryoablation

	Radiofréquence	Cryoablation
Résultats oncologiques	=	=
Taille des tumeurs	=	=
Sécurité	=	=
Coût	+	-
Durée de la procédure	=	=

Mais une préférence pour la cryoablation pour les tumeurs proches du hile rénal ou des voies excrétrices.
Avis d'experts

Comparaisons radiofréquence et cryoablation



	Radiofréquence	Cryoablation
Résultats oncologiques	=	=
Taille des tumeurs	=	=
Sécurité	=	=
Coût	+	-
Durée de la procédure	=	=

2724±813€ vs 6702±857€ évalué en France; Piechaud-Kressmann et al. Progrès Urol 2016

Brief Correspondence – Priority Article

Editorial by Keith A. Lawson and Antonio Finelli on pp. 453–454 of this issue

Limitations of Available Studies Prevent Reliable Comparison Between Tumour Ablation and Partial Nephrectomy for Patients with Localised Renal Masses: A Systematic Review from the European Association of Urology Renal Cell Cancer Guideline Panel

[Yasmin Abu-Ghanem](#)^a, [Sergio Fernández-Pello](#)^b, [Axel Bex](#)^{c d}, [Börje Ljungberg](#)^e,
[Laurence Albiges](#)^f, [Saeed Dabestani](#)^g, [Rachel H. Giles](#)^h, [Fabian Hofmann](#)ⁱ, [Milan Hora](#)^j,
[Markus A. Kuczyk](#)^k, [Teele Kuusk](#)^l, [Lorenzo Marconi](#)^m, [Axel S. Merseburger](#)ⁿ, [Rana Tahbaz](#)^o,
[Michael Staehler](#)^p, [Alessandro Volpe](#)^q, [Thomas Powles](#)^l, [Thomas B. Lam](#)^{r s †},
[Karim Bensalah](#)^{t †}  

Show more 

Messages clés

- Toute la littérature sur les TA est de **mauvaise qualité** y compris les revues systématiques ,
- Les données de certaines études comparatives suggèrent un taux plus élevé de récurrence et de progression métastatique des TA comparés à la NP

Les nouvelles recommandations du CCAFU

Les traitements ablatifs

Indication 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

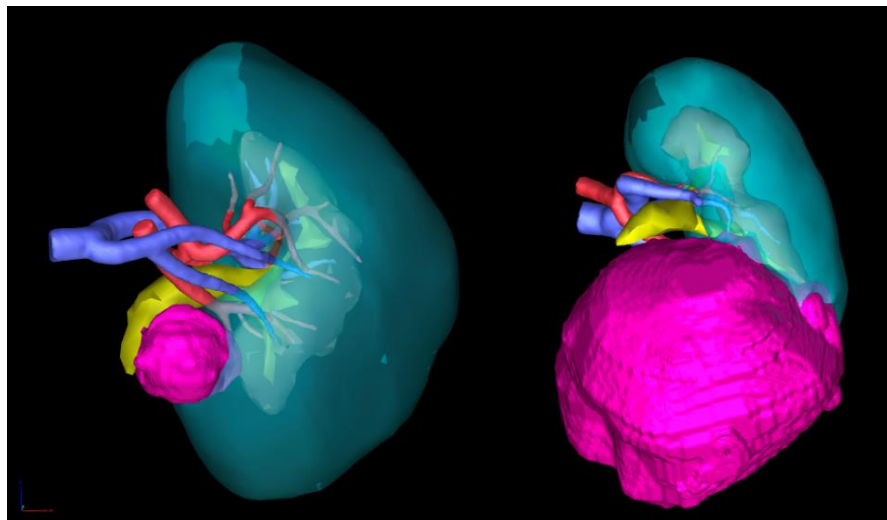
Cancer du rein métastatique en cas de réponse dissociée

CHOIX DU TRAITEMENT

Le choix du traitement des petites tumeurs proposé au patient est principalement fonction :

- de son espérance de vie
- de la taille de la tumeur.
- Chez les patients à espérance de vie limitée, une surveillance simple basée sur la clinique peut être proposée.
- Pour les tumeurs de moins de 2 cm, une surveillance active avec traitement différé si nécessaire est une option thérapeutique à privilégier particulièrement chez les patients âgés avec de nombreuses comorbidités.
- Pour les tumeurs de plus 3 cm, le traitement de référence est la néphrectomie partielle

The “personalized care” era



Décision de prise en charge adaptée à la situation : caractéristiques tumorales et du patient



Prise en charge d'une petite tumeur du rein

Espérance de vie limitée

Tumeur < 2 cm

Tumeur de 2 à 4 cm

surveillance simple

Surveillance active
Options:
Intervention chirurgicale
Traitement ablatif

Intervention chirurgicale
Options:
Surveillance active
Traitement ablatif

Surveillance active

Non Eligible à un traitement
chirurgical

Eligible à un traitement
chirurgical

Facteurs justifiant une intervention :
croissance > 4 cm, taux de croissance
> 0,5 cm/an, symptômes, choix du
patient

Traitement
ablatif

Néphrectomie
partielle

Néphrectomie élargie
Rein détruit
Impossibilité technique *

Les nouvelles recommandations du CCAFU

Les situations particulières. Les formes familiales

Recommandations	Grade
La prise en charge des tumeurs du rein survenant dans le cadre de syndromes héréditaires nécessite une prise en charge multidisciplinaire comprenant un avis oncogénétique.	FORT
La prise en charge des tumeurs du rein survenant chez des patients atteints de mutations de VHL, MET, FLCN, TSC, SDH ou BAP1 doit être conservatrice en raison du risque élevé de récurrence contralatérale. La surveillance est une option prioritaire pour les tumeurs de moins de 3 cm et doit être plus rapprochée en cas de mutation de BAP1.	FAIBLE
Les tumeurs survenant chez des patients atteints d'une mutation de FH doivent être traitées immédiatement avec la certitude d'obtenir des marges chirurgicales négatives.	FORT

Les nouvelles recommandations du CCAFU

Les situations particulières. Les oncocytomes

Recommandations	Grade
La surveillance est une alternative à l'exérèse systématique pour les oncocytomes rénaux prouvés par biopsie	FAIBLE
En l'absence d'exérèse chirurgicale, un oncocytome rénal doit être surveillé du fait du risque de croissance tumorale et d'erreur diagnostique de la biopsie	FAIBLE
En cas d'oncocytomes multiples, une enquête génétique doit être proposée	FAIBLE

Les nouvelles recommandations du CCAFU

Les situations particulières. Les tumeurs kystiques

Recommandations	Grade
Les lésions rénales kystiques doivent être classées selon la classification de Bosniak	FORT
L'exérèse chirurgicale complète est recommandée pour les kystes Bosniak IV	FORT
L'exérèse chirurgicale complète est recommandée en première intention pour les kystes Bosniak III	FAIBLE
La surveillance peut être discutée en option en fonction de la complexité de la lésion et des comorbidités des patients pour les kystes Bosniak III	FAIBLE
Les kystes Bosniak IIF doivent être surveillés régulièrement ; l'exérèse chirurgicale est recommandée s'ils évoluent en catégorie III ou IV	FAIBLE
La biopsie percutanée des tumeurs rénales kystiques n'est pas recommandée sauf en cas de composante tissulaire importante	FORT

INTERET DE LA CONSULTATION D'ONCOGÉNÉTIQUE ?

- Selon les recommandations du réseau INCA/Predir 2020, une consultation d'oncogénétique doit être proposée **si un des 6 critères suivants est présent**

Critères devant faire conseiller une consultation d'oncogénétique

Âge de survenue < 45 ans

Sous-type autre que le carcinome à cellules claires

Tumeurs rénales multiples

Tumeurs rénales bilatérales

Antécédent familial de cancer du rein

Manifestations extra-rénales évoquant une forme syndromique personnelle ou familiale

Je vous
remercie pour
votre attention.

