



FACULTÉ DE
MÉDECINE
D'ALGER

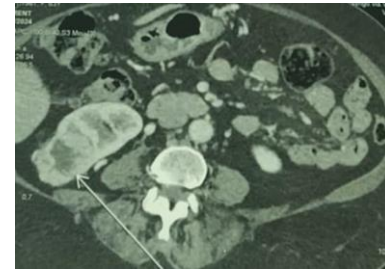


Optimisation de la prise en charge des tumeurs rénales

S. Rezkallah, CHU Bab El Oued
r17salem9@yahoo.fr

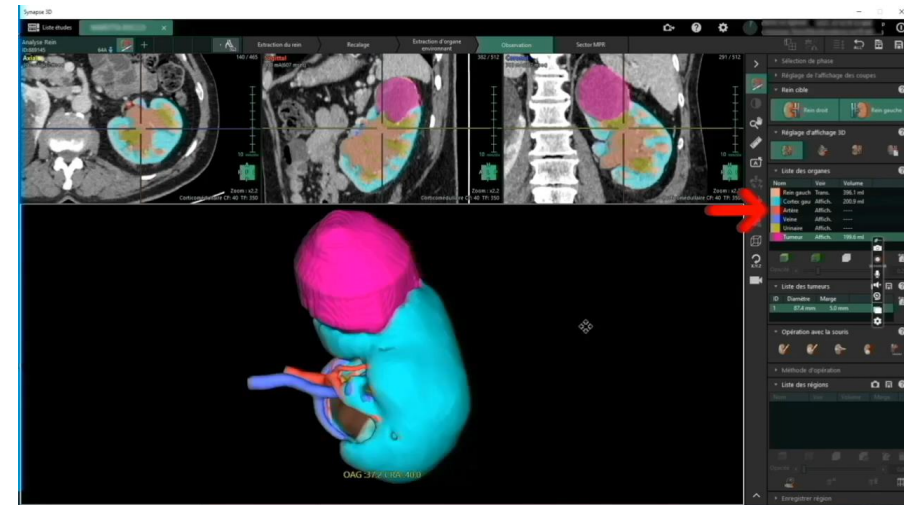
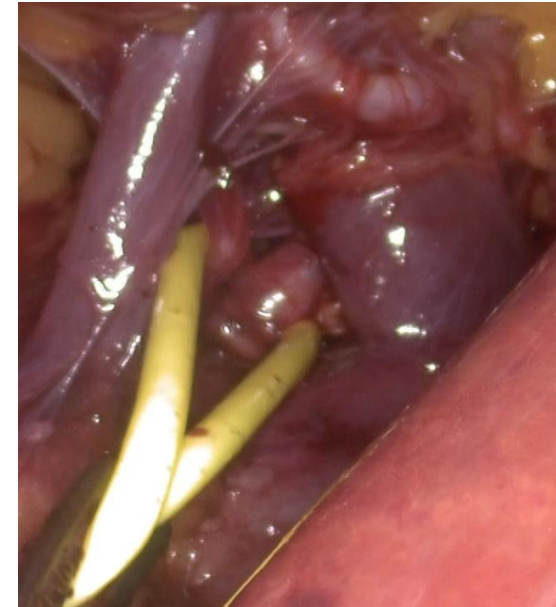
Cas clinique

- Mme B H âgé de 63 ans, femme au foyer
- Antécédents médicaux: diabète type 2 bien équilibrés
- Suite à une colique néphrétique gauche, l'urologue a réalisé une échographie abdominopelvienne retrouvant une UHN gauche sans visualisation d'obstacle avec découverte fortuite d'une image tissulaire du pole inferieur du rein droit mesurant 46/36mm
- Patiente mise sous AINS, calcul d'environ 5 mm expulsé après 48h
- TDM TAP



Données anatomiques

- Un bon scanner TAP précisant:
 - ✓ Taille et topographie de la tumeur(score RENAL)
 - ✓ Rapports avec les vaisseaux et VES
 - ✓ Variantes anatomiques(pédicule)
 - ✓ Intérêt des programmes de modélisation 3D
- Radiologue référent ++++



Accompagnement du patient

- Pathologie et geste opératoire
- Préparation psychologique
- Diététique (bilan nutritionnel si FR)



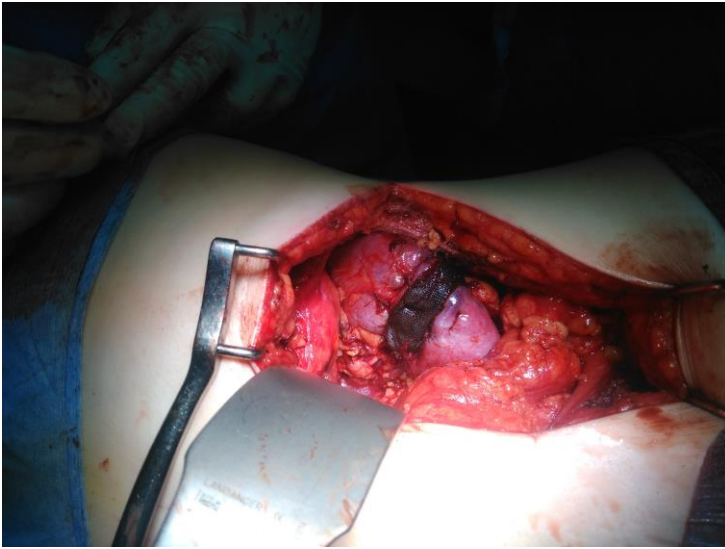
Pré op

- Hospitalisation
- Jeune pré op

Tableau de synthèse : Protocole RAAC-Néphrectomies – AFU 2022

Critères RAAC	Applicables sans adaptation	Spécificités pour les néphrectomies	Spécificités pour les néphrectomies partielles vs totales
Préopératoire			
Information patients	X		Spécificité liée à la typologie des complications
Optimisation médicale et Réhabilitation		Bilan nutritionnel si facteurs de risque de dénutrition	
Durée du jeûne préopératoire	X	Liquides clairs jusqu'à 2 heures avant l'intervention	
Charge glucidique préopératoire	X	50 g le matin	
Prémédication	X	Absence de prémédication	
Peropératoire			
Chirurgie			
Chirurgie Invasive	Mini	Bénéfice de la voie laparoscopique lorsque techniquement faisable.	Bénéfice de l'assistance robotique sur la diminution de la morbidité péri-opératoire
Insufflation		Limiter pressions d'insufflation Exsufflation soigneuse	
Drainage		Non nécessaire	
Sondage vésical		Non nécessaire	
Post-opératoire			
Retrait précoce de la sonde nasogastrique	X	En salle de réveil	
Prévention de l'iléus			
Réalimentation précoce		Alimentation légère dès J0	
Analgésie multimodale	X	≥ 2 molécules non morphiniques de classes différentes	
Mobilisation précoce	X	Lever et mise au fauteuil à J0	
Thromboprophylaxie	X	Médicamenteuse	débuter à J2 possible vs débuter à J1
Critères de déperfusion	X		

Sélection de la voie d'abord



Sélection de la voie d'abord

© European Association of Urology 2024



European
Association
of Urology

Summary of evidence for radical and partial nephrectomy techniques	LE
Laparoscopic radical nephrectomy (RN) has lower morbidity than open nephrectomy.	1b
Short-term oncological outcomes for T1-T2a tumours are equivalent for laparoscopic- and open RN.	2a
Partial nephrectomy can be performed, either by open-, pure laparoscopic- or robot-assisted approach, based on surgeon's expertise and skills.	2b
Robot-assisted and laparoscopic PN are associated with shorter length of hospital stay and lower blood loss compared to open PN.	2b
Transperitoneal and retroperitoneal laparoscopic PN do not differ in post-operative surgical and medical complications, positive surgical margins (PSMs), and kidney function.	2a

Per op

- Position



Per op

Clampage pédicule?



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
 www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

L'ischémie a un impact limité sur la fonction rénale après néphrectomie partielle sur rein unique chez les patients sans insuffisance rénale préopératoire

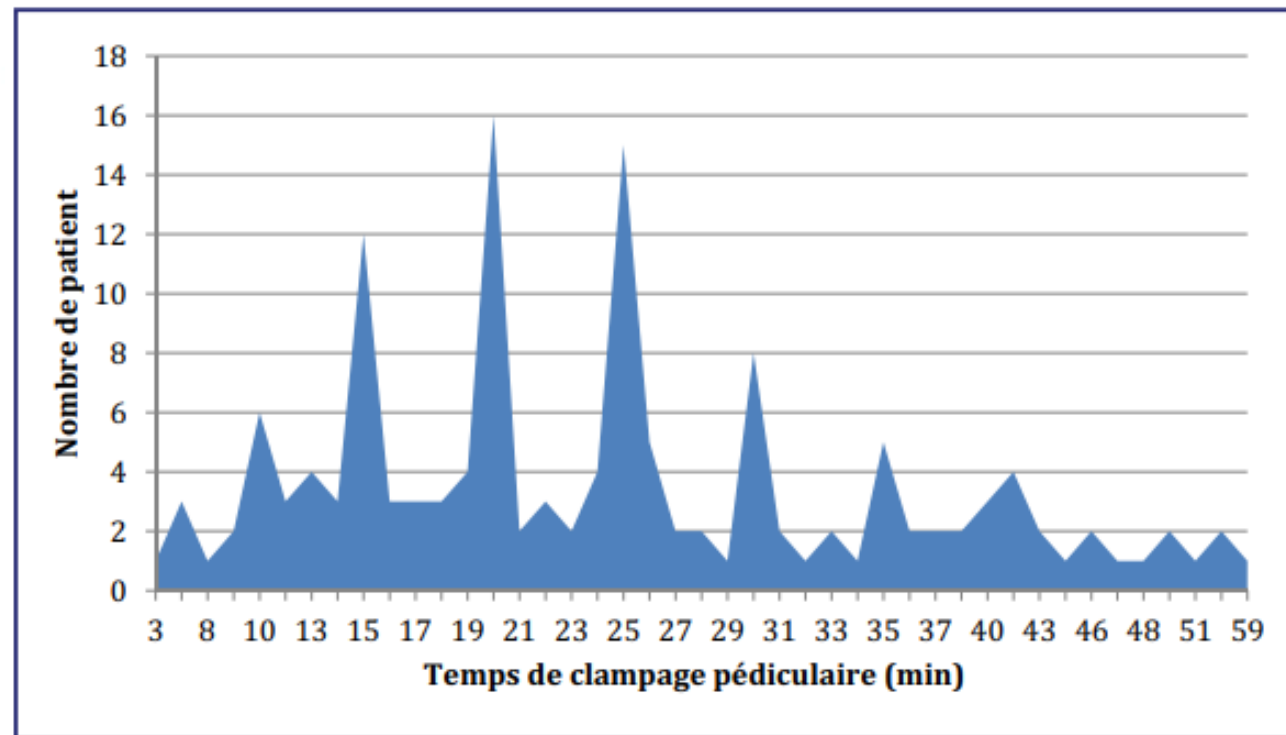


Ischemia is not an independent predictive factor of chronic renal failure after partial nephrectomy in a solitary kidney in patients without pre-operative renal insufficiency

R. Bahi^{a,*}, G. Pignot^a, Y. Hammoudi^a, K. Bensalah^b,
 E. Oger^b, P. Laguna^c, K. Barwari^c, T. Bessède^a,
 J. Rigaud^d, M. Roupret^e, J.-C. Bernhard^f, J.-A. Long^g,
 A. Zisman^h, J. Bergerⁱ, P. Paparel^j, E. Lechevallier^k,
 R. Bertini^l, L. Salomon^m, A. Bex^c, R. Farfaraⁿ,
 B. Ljungberg^o, A.R. Rodriguez^p, J.-J. Patard^a

Données générales

Au total, 259 patients ont été inclus entre février 1979 et septembre 2010. La taille tumorale moyenne était de $4,0 \pm 2,3$ cm. La voie d'abord était ouverte (lombotomie ou voie sous-costale) chez 250 patients (96,5%). Le clampage a été pédiculaire pour 159 patients (61,4%) et parenchymateux chez 19 patients (7,3%). Chez les 81 patients restants (31,3%), la chirurgie s'est faite sans clampage. En cas de clampage vasculaire, un refroidissement a été réalisé dans 53 cas (20,5%). Le temps d'ischémie moyen était de $22,8 (\pm 11,0)$ minutes en cas d'ischémie chaude (médiane = 21 min) et de $34,1 (\pm 17,4)$ minutes en cas d'ischémie froide (médiane = 30 min). La durée opératoire moyenne était de $189,8 \pm 75,4$ min avec des pertes sanguines moyennes de 625,8 mL. Respectivement 43 (16,6%) et 49 patients (18,9%) ont été pris en charge pour des complications médicales et chirurgicales postopératoires.





Disponible en ligne sur
ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
 www.em-consulte.com



ARTICLE ORIGINAL

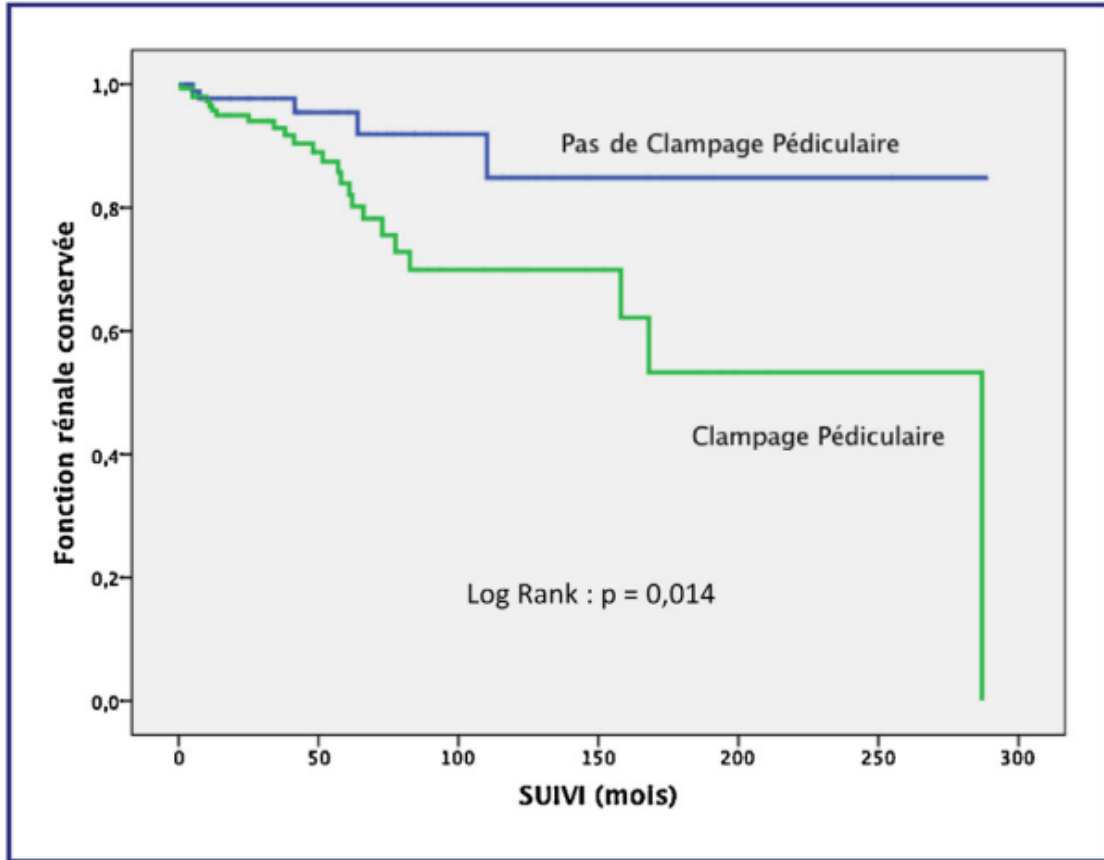


Figure 2. Survie sans insuffisance rénale postopératoire en fonction de l'utilisation d'un clampage pédiculaire.

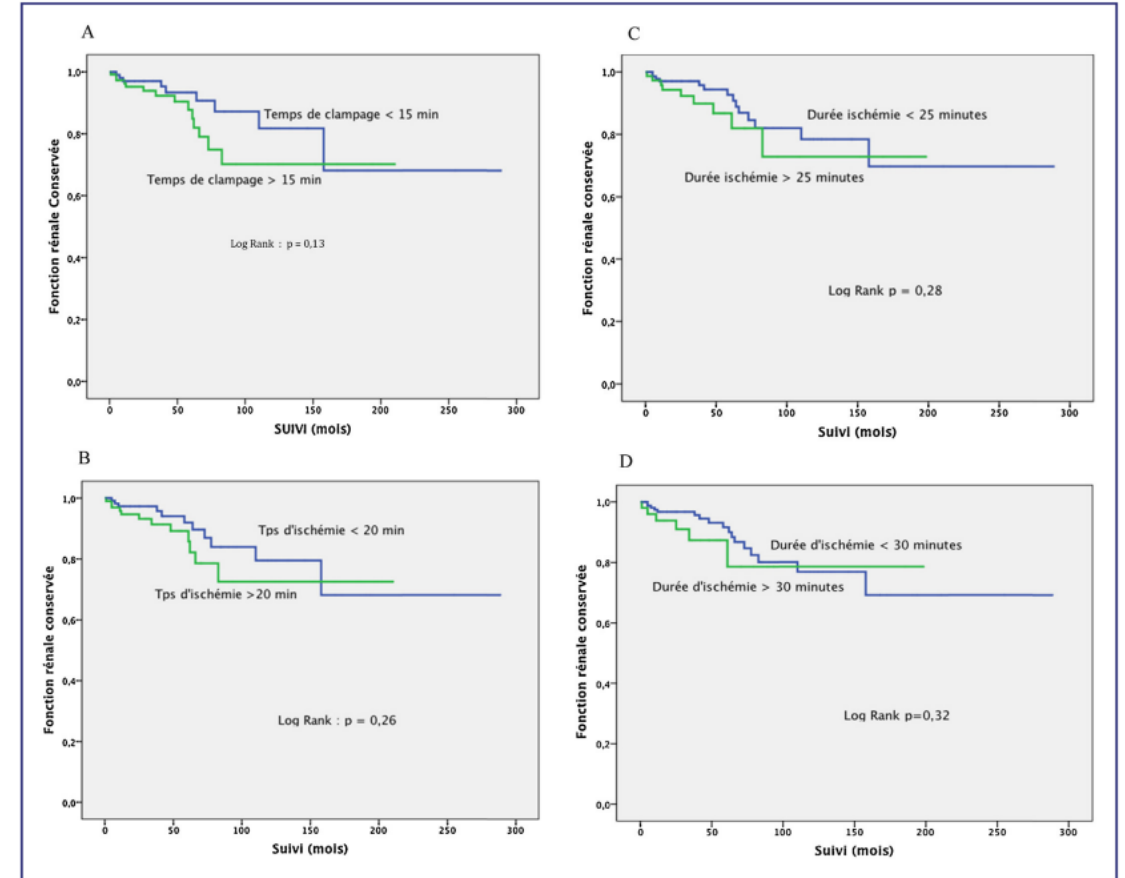
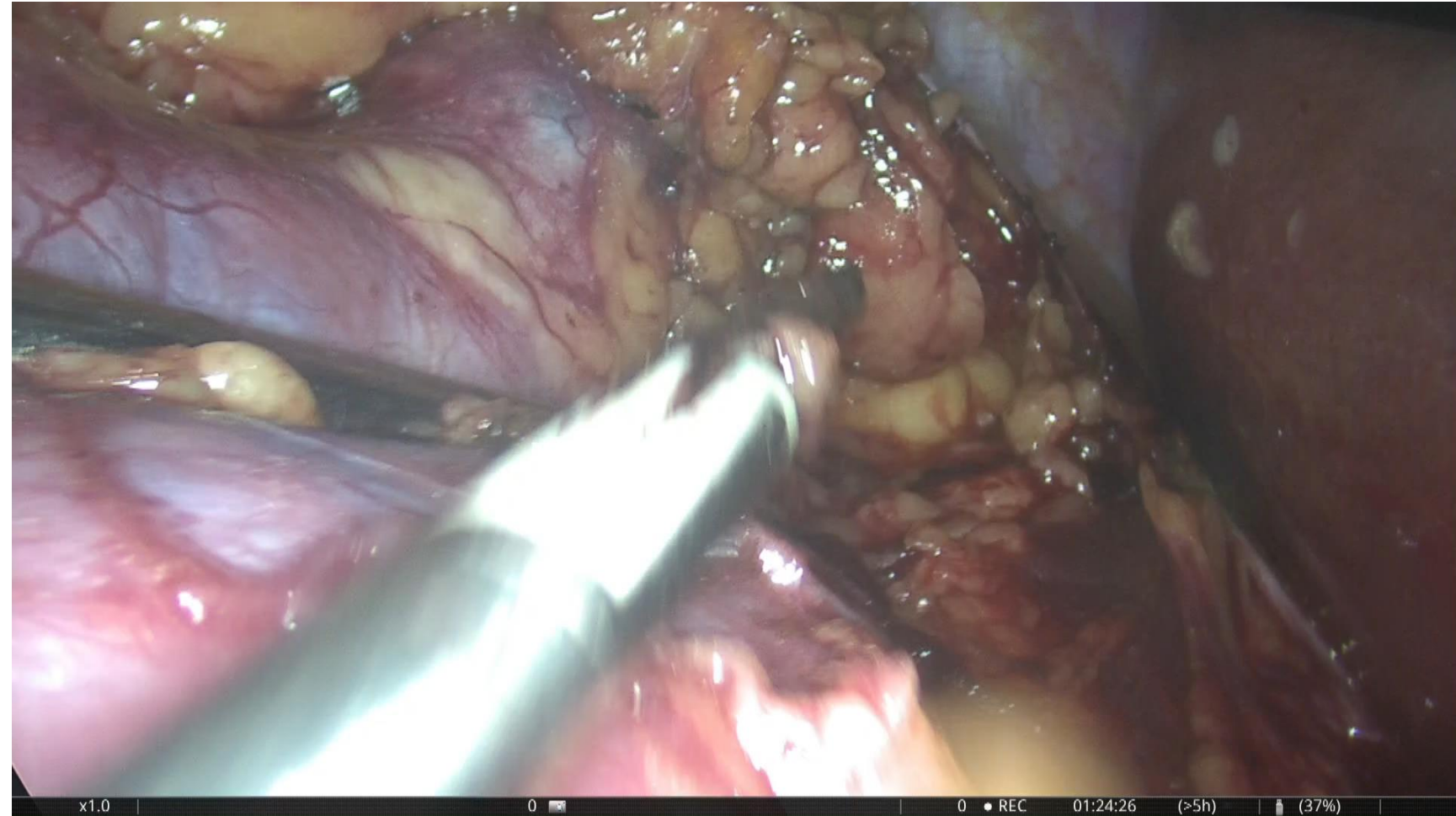


Figure 3. Survie sans insuffisance rénale postopératoire en fonction de la durée d'ischémie : seuils fixés à 15, 20, 25 et 30 minutes. A. Seuil fixé à 15 minutes. B. Seuil fixé à 20 minutes. C. Seuil fixé à 25 minutes. D. Seuil fixé à 30 minutes.

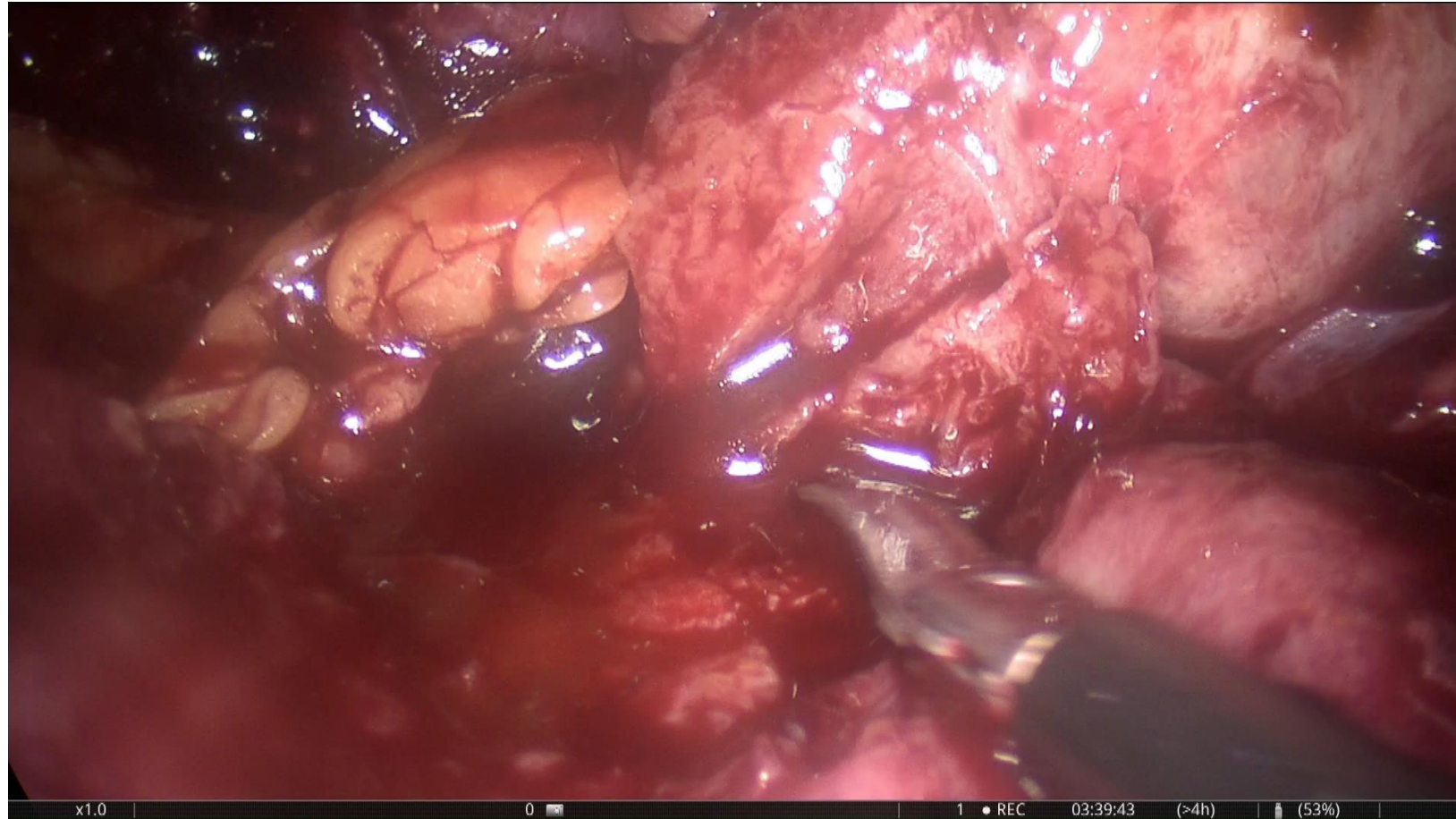
Per op

- Libération du rein



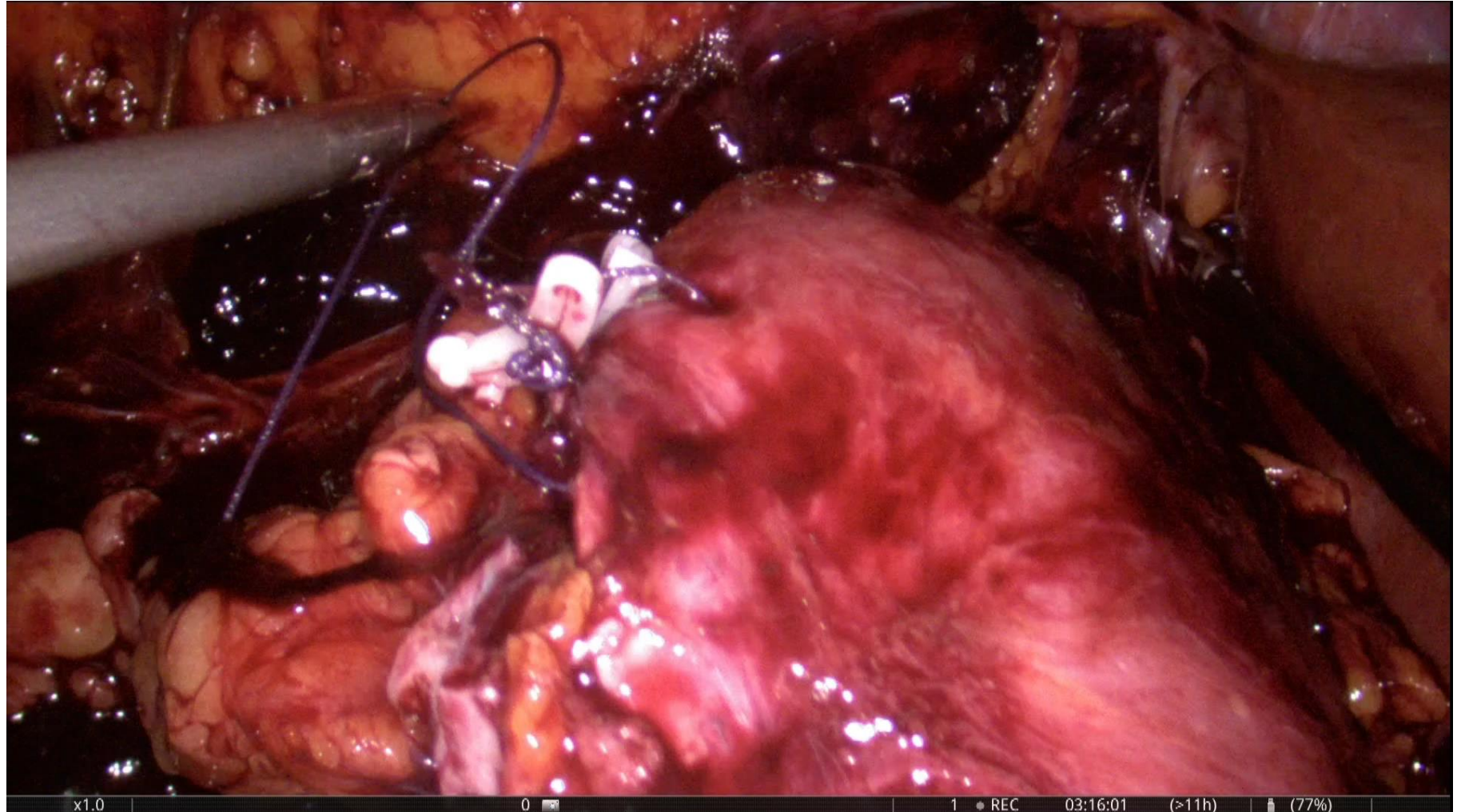
Per op

- Enucléation VS énucléo-réséction ?



Per op

- Pas de sonde urétérale (double J)



x1.0

0

1

REC

03:16:01

(>11h)

(77%)

Post op

- **Réhabilitation précoce**

- Éviter les morphiniques

- Levé précoce

- Reprise de l'alimentation

- Discuter la sortie à J1 si NFS et bilan rénal normal

1r Control

- Ana path: type histologique, marges
- Consultation d'onco génétique:
 - CC RCC < 50 ans
 - Tm non CC RCC
 - Tm bilatérale

HTA

- Risque de faire une HTA augmente de 10% si NTE, 30% si NP
- Auto mesure pendant 6 mois minimum



IRC

- 1 patient /5
- Dépend de:
 - Fonction rénale pré op
 - L'âge
 - TA pré op
 - Taux de transfusion per op
 - Albuminurie pré op

Suivi oncologique

Tableau 8 Algorithme de classification du cancer du rein localisé et localement avancé selon l'UISS.

Stade T	T1		T2	T3		T4	
ISUP	1-2		3-4	1-4	1	2-4	1-4
ECOG	0	1-3	0-3		0	1-3	0-3
Risque	Faible	Intermédiaire			Élevé		

Tableau 9 Proposition de suivi postopératoire après chirurgie du cancer du rein localisé ou localement avancé.

Risque (UISS)	Faible	Intermédiaire	Élevé
Modalités	TDM TAP Alternance possible avec échographie ou IRM rénale	TDM TAP ou IRM abdominale et TDM thoracique	TDM TAP Ou IRM abdominale et TDM thoracique
Fréquence	À 6 mois Puis tous les ans pendant 3 ans Ultime contrôle à 5 ans	Tous les 6 mois pendant 2 ans Puis tous les ans pendant 4 ans Puis tous les deux ans pendant 4 ans	Tous les 3 mois pendant 1 an Puis tous les 6 mois pendant 4 ans Puis tous les ans pendant 5 ans
Durée	5 ans	10 ans	10 ans

Nb: A l'imagerie s'associe un suivi clinique comprenant la mesure de la pression artérielle et biologique avec surveillance du DFG

Conclusion

- La prise en charge des tumeurs rénales a connu une grande évolution des modalités thérapeutiques
- Une bonne préparation de la stratégie thérapeutique permet d'anticiper les différentes complications et de les prendre en charge à temps
- Importance des antécédents du patient et de son adhérence au Protocol de soins

Références bibliographiques

- P. Bigot, P. Barthelemy, R. Boissier, Z.-E. Khene, C. Pettenati, J.-C. Bernhard, J.-M. Correas, N. Doumerc, P. Gimel, A. Ingels, F.-X. Nouhaud, I. Ouzaïd, N. Rioux-Leclercq, L. Albiges, M. Rouprêt “Recommandations françaises du Comité de cancérologie de l’AFU– actualisation 2022–2024 : prise en charge du cancer du rein” 2022 Elsevier Masson SAS
- B. Ljungberg (Chair), A. Bex (Chair-Elect), L. Albiges, J. Bedke, U. Capitanio, S. Dabestani, M. Hora, T. Klatter, T. Kuusk, L. Lund, L. Marconi, G. Pignot, T. Powles, M. Tran, A. Volpe Patient Representative: S. Bonn, R.H. Giles Guidelines Associates: Y. Abu-Ghanem, R. Campi, S. Fernández-Pello Montes, C. Palumbo Guidelines Office: N. Schouten “EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma” 2024 European Association of Urology
- Nicolas GRENIER, François CORNELIS “Vers une meilleure caractérisation des tumeurs solides du rein en IRM multiparamétrique “ 2019 SFR e-bulletin

MERCI

MERCI

