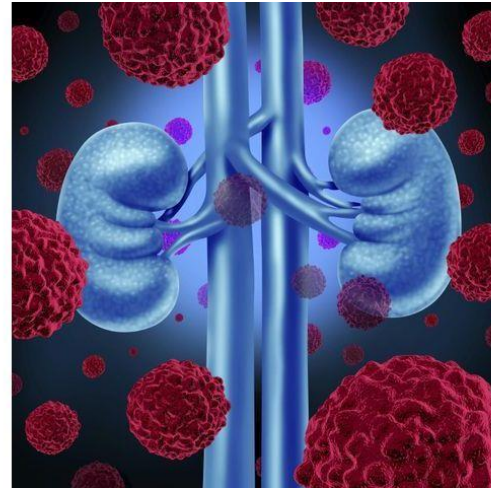


Actualités dans le **Cancer du Rein**



Dr Jérôme RIZK

Centre d'urologie de Lille – Hôpital privé la Louvière

Chirurgie: innovations

Chirurgie et CCR M+

Avancées thérapeutiques: CCR M+

Quelques données...

EPIDÉMIOLOGIE

En augmentation

Environ 15323 cas/an en France
(2018)

3ème cancer urologique

6^{ème} cancer le plus fréquent

2 hommes pour 1 femme

Carcinome à cellules claires

CLINIQUE

Découverte fortuite 80% cas

Hématurie/ douleur (+ rare)

FACTEURS DE RISQUE

Obésité

Tabac

HTA

Insuffisance rénale chronique

Formes génétiques (11 sd, 17 gènes): VHL,
STB...

Expo pro: sidérurgie, solvants, amiante

Taux de survie à 5 ans pour le CCR

Stade de la maladie	Survie à 5 ans, %
Localisée	70–90
Localement avancée	45–65
Métastatique	10

Chirurgie: innovations

Néphrectomie partielle: traitement de référence

pour T1a (< 4 cm)

à privilégier pour T1b (4-7cm)

Pour les cancers localisés :

Néphrectomie Partielle = Néphrectomie Totale

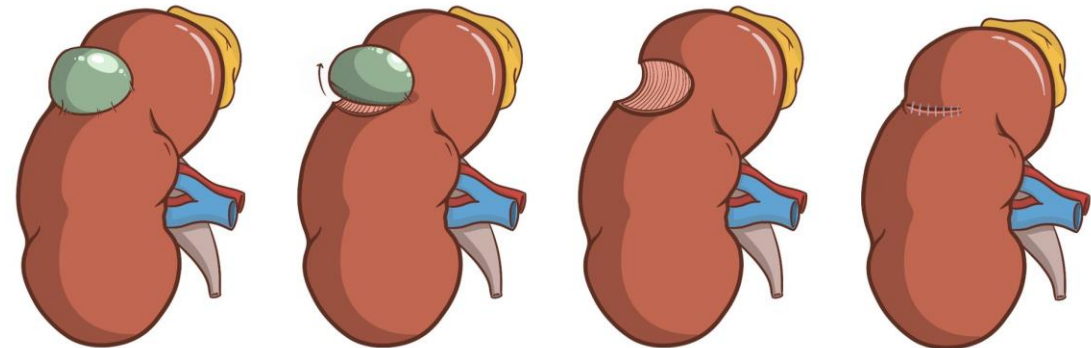
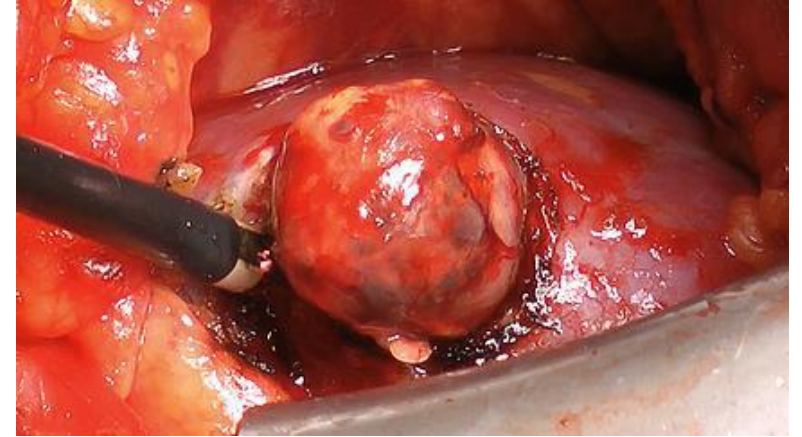
sur le contrôle carcinologique.

Avantages:

Préservation fonction rénale (clampage < 25 mn)

Réduction évènements cardio-vasculaires

Amélioration survie globale



Voie d'abord: bénéfiques ?

- Pas de différence sur la survie spécifique et globale
- Coelio: **perte sanguine et durée d'hospitalisation**
- **Coelio robot-assistée: durée ischémie, variation DFG, taux conversion, taux de complications et DMS**



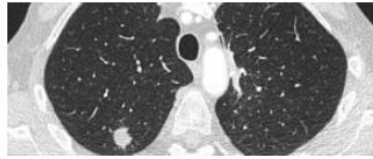
CCAFU:

- effet centre: rôle volume d'activité pour la NP
- tumeurs complexes: avis centres experts avant de faire une NT



Chirurgie et CCR M+

Faut-il encore opérer les cancer du rein métastatique à l'heure des TKIs



??



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Essai CARMENA

2018

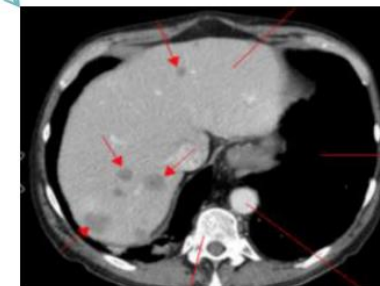
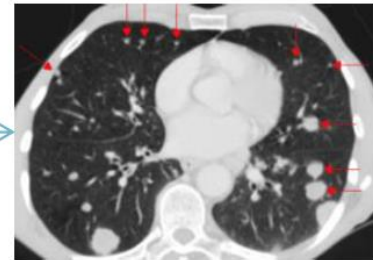
Analyse post hoc CARMENA

2019

JAMA Oncology

Essai SURTIME

2019



Classification de Heng	
Index de Karnofsky (<i>performance status</i>)	Inférieur à 80 %
Intervalle libre entre le diagnostic et le traitement systémique	Inférieur à un an
Taux d'hémoglobine	Inférieur à la normale
Calcémie corrigée	Supérieure à la normale
Taux de plaquettes	Supérieur à la normale
Taux de polynucléaires neutrophiles	Supérieur à la normale

0 facteur : bon pronostic
1 ou 2 facteurs : pronostic intermédiaire
3 facteurs ou plus : mauvais pronostic

- **Bon pronostic**

Néphrectomie cytoréductrice (NC) à proposer de manière différée par rapport au traitement systémique

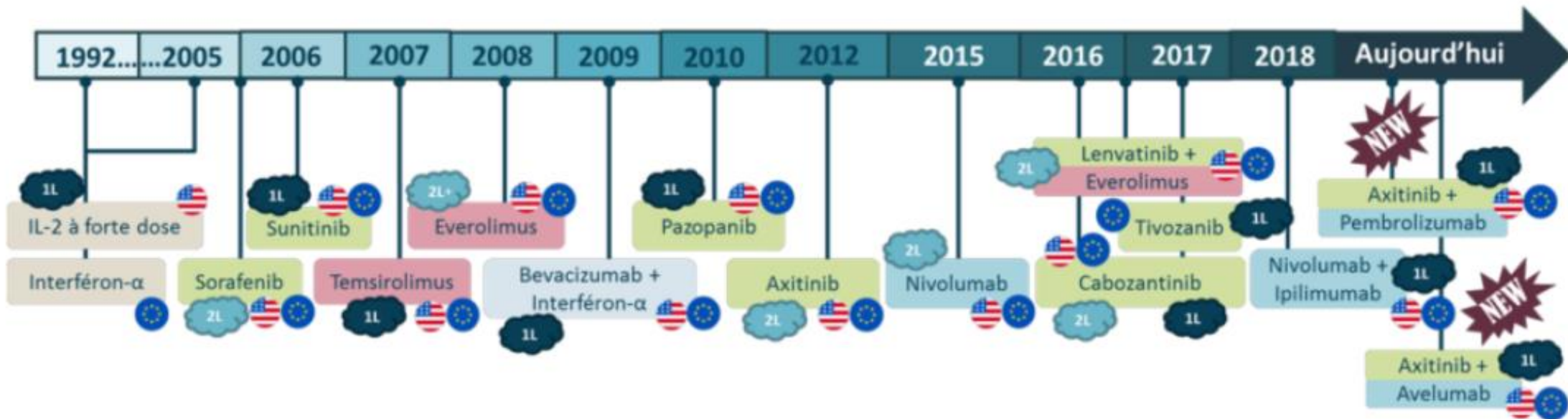
- **Risque intermédiaire**

Traitement systémique à privilégier puis NC à discuter au cas par cas

- **Mauvais pronostic**

Pas de Néphrectomie, traitement systémique seul

Avancées thérapeutiques: CCR M+



Mécanismes d'action



Étude CheckMate-214 (NCT02231749), nivolumab plus ipilimumab vs sunitinib

Étude Keynote-426 (NCT02853331), pembrolizumab plus axitinib vs sunitinib

Étude Cabosun (NCT01835158), Cabozantinib vs Sunitinib

Étude JAVELIN Renal 101 (NCT02684006), avelumab plus axitinib vs sunitinib

Reco AFU 2020

Classification pronostique IMDC	1 ^{re} ligne	
Bon	Standard	Pembrozilumab + axitinib
	Options	Sunitinib Pazopanib
Intermédiaire	Standard	Nivolumab + ipilimumab Pembrozilumab + axitinib
	Options	Sunitinib Pazopanib
Mauvais	Standard	Nivolumab + ipilimumab Pembrozilumab + axitinib
	Option	Sunitinib



Taux réponse
Survie globale
Survie sans progression
Tolérance

Nivolumab +Ipililumab versus Sunitinib

SSP: 12 mois versus 8,3 mois $p < 0,01$

Taux réponse objective: 42% vs 26% $p < 0,0001$

SG: 47 mois vs 26,6 mois; HR 0,66 $p < 0,0001$

Tx réponse complète: 10% vs 1,4%

Au total:

- Formes localisées:

- NP est le traitement de référence
- Privilégier NP coelio robot-assistée (rôle des centres experts pour tumeurs complexes)

- Formes métastatiques:

- Traitement systémique en 1ere intention
- NC dans groupes de bon pronostic et au cas par cas dans les pronostics intermédiaires
- Bénéfice important des immunothérapies (associations) sur le pronostic