

# Tumeur du rein sur transplant (mise au point)

**Pr Lionel BADET**

Pr Philippe PAPAREL

Pr Ricardo Codas

Xavier Matillon

Institut d'Urologie HCL

Institut d'urologie HCL d'urologie / chirurgie de la transplantation  
Lyon

# statements

- Très peu de littérature internationale :
  - 201 cas rapportés dans la littérature (incidence 0,18%)
  - Seule serie multicentrique : CTAFU (X Tillou)
- Incidence des tumeurs du reins
  - Reins propres : 4,6 %
  - Transplant: 0,23 % des patients transplantés
- Sex ratio : 1,6 hommes pour une femme
- Découverte fortuite (bilan annuel): 76 %

- Exceptionnellement métastatique
  - 2,9 % de mortalité lié à la tumeur (F3 ou F4)
  - 96,4 % de survie à 15 ans
- 65 % de patients biopsiés avant traitement
- Délai moyen de traitement
- Aucun cas de JJ ou SU préparatoire / ou pour refroidissement de la VES
- 7 cas seulement d'extempo pour consolider la stratégie de conservation.

- Risque évolutif particulier du patient transplanté sous traitement immunosuppresseur
- Les Options de traitement
  - Transplantectomie: 30 %
  - Nephrectomie partielle / tumorectomie: 46 %
  - Agents physique
    - Radiofréquence : 21 %
    - Cryothérapie : 3 %
    - recidive 4,6 % Cryo vs 11,7 % RF

- tubulo papillaire (43,7%) ou Carcinome cellule claire (46,4%)
  - Généralement faible grade (79 %)
  - 2 contingents sarcomatoides
- Variation créat moyenne: 24  $\mu\text{mol/l}$
- Modification du traitement IMSP
  - Pas de consensus clair mais switch aux Inh de mTor

- 4 traitements systémiques
  - Pour PT4
  - Patients N+
  - Patients M+
- Surveillance TDM ou IRM:
  - 3 , 6 mois
  - Tous les 6 mois 3 ans
  - Puis tous les ans jusqu'à 5 ans
  - Puis tous les 2 ans jusqu'à 10 ans

# Renal cell carcinoma in functional renal graft: Toward ablative treatments

Xavier Tillou<sup>a,c,\*</sup>, Kerem Guleryuz<sup>a</sup>, Sylvie Collon<sup>b</sup>, Arnaud Doerfler<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Urology and Transplantation Department, Caen University Hospital, Avenue Cote de Nacre, 14000 Caen, France  
<sup>b</sup> Orthopaedic Department, Caen University Hospital, Avenue Cote de Nacre, 14000 Caen, France  
<sup>c</sup> Medical University of Caen, Unicaen, Claude Bloch Street, 14000 Caen, France

*American Journal of Transplantation  
Wiley Periodicals, Inc.*

## De Novo Kidney Graft Tumors: Results From a Multicentric Retrospective National Study

© Copyright 2012 The American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons  
doi:10.1111/j.1600-6143.2012.04248.x

*American Journal of Transplantation 2012; 12: 1-8  
Wiley Periodicals, Inc.*

## Nephron Sparing Surgery for De Novo Kidney Graft Tumor: Results From a Multicenter National Study

### Transplantation

A national study of kidney graft tumor treatments: Toward ablative therapy



Kerem Guleryuz, MD,<sup>a,f,g</sup> Arnaud Doerfler, MD,<sup>a</sup> Ricardo Cotas, MD,<sup>b</sup> Grégoire Coffin, MD,<sup>c</sup> Jacques Hubert, Prof,<sup>d</sup> Eric Lechevallier, Prof,<sup>e</sup> and Xavier Tillou, MD, PhD,<sup>a,f,g</sup> the members of the Renal Transplantation Committee of the French Urological Association (CTAFU), Caen, Lyon, Paris,

# Etude CTAFU

- 32 centres Français
- 1988 à 2012
- 79 tumeurs sur greffons / 41800 transplantations
- Age moyen : 50 ans
- 12 ans de greffe en moyenne
- Aucune lésion symptomatique
- Toutes de découverte fortuite lors du bilan annuel
- Délai diagnostic
- 24 % de biopsie pré traitement (15 % tumeur benigne, lymphomes)

- traitement : 240 j (8 mois)
  - néphrectomie sur 23 reins fonctionnels (30 %) (plus de 4 cm)
  - 43 néphrectomie partielles (54 %)
  - Agents physiques : 15 %
- 58 % de tubulopapillaire de type 1
- 35 % de carcinome à cellule claire
- 15 % de complications
- 94,5 % de survie de patient à 5 ans
- 5 % d'évolution métastatique à 5 ans pour tumeurs agressives mais R0

# Procédures

[www.L.BADET.fr](http://www.L.BADET.fr)  
[www.uropocus.fr](http://www.uropocus.fr)

# Transplantectomie

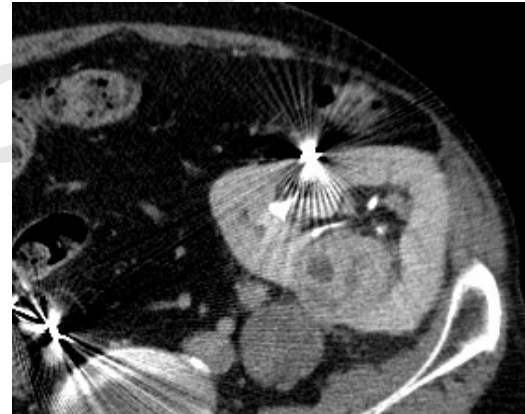
- 30 % des cas rapportés
- +
  - Contrôle carcinologique
  - DCG et faible clairance
  - Grosse tumeur mal placée / tumeurs multiples
- -
  - Retour en dialyse
  - Faible risque métastatique qui plaide pour un traitement conservateur

# Tumorectomie / partielle

- standard
- Moins de 7 cm
- Si contact avec la voie excrétrice ou structures vasculaires précieuses
- 15 % de complication chirurgicale
- Pas d'expérience robot publiée
- Préférer clampage sélectif ou parenchymateux pour protéger la fonction
- Sonde d'écho per opératoire peut être utile

# CC1

- Patient âgé de 51 ans
- Adressé pour prise en charge d'une tumeur du greffon.
- Transplantation rénale il y a 20 ans
- créatinine à 200  $\mu\text{mol/l}$ .
- Au scanner présence d'une tumeur très postérieure dont l'accès va être difficile .

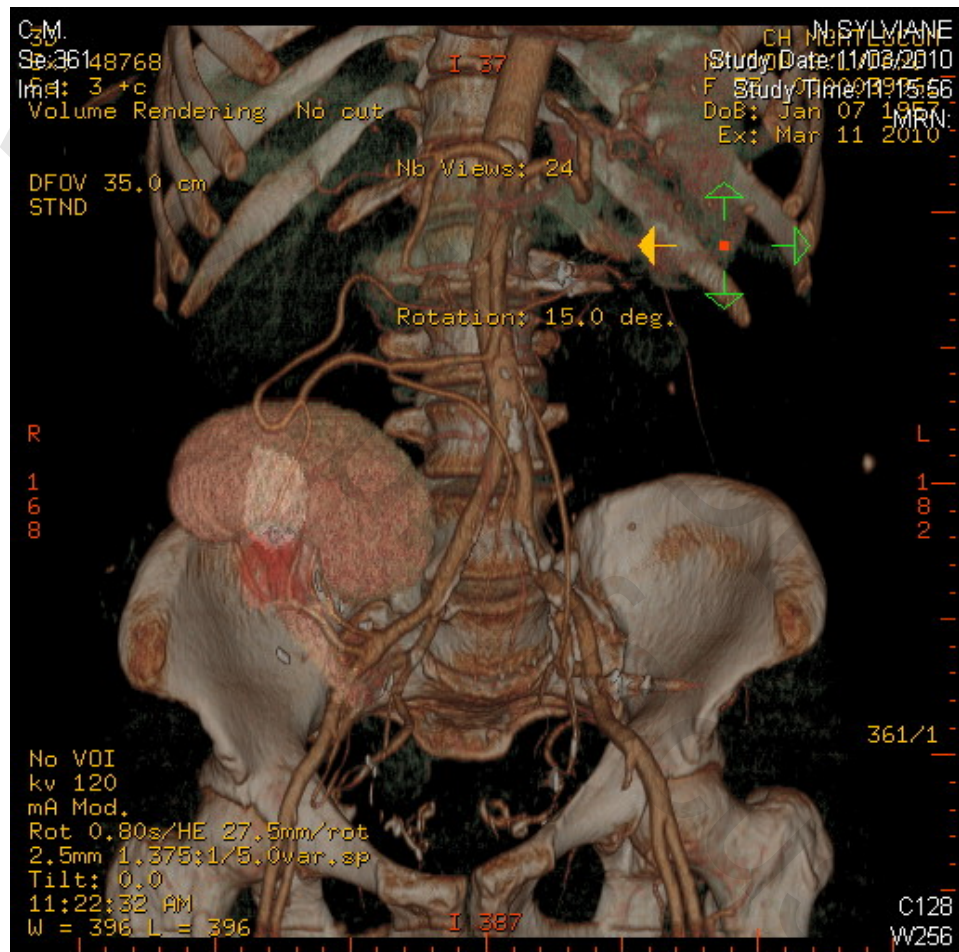


# CAT ?

- Option de cyro discutée et récusée devant la proximité de la voie excrétrice
- Décision d'intervention .
- Néphrectomie partielle difficile
  - Repérage échographique
  - Voie excrétrice largement ouverte .
- Fistule urinaire
- Créat a 220
- Anapath J 12 : **contingent sarcomatoïde**
- Transplantectomie J 14
- Pas de récidence à 9 ans

# CC2

- 53 ans
- Poids : 53 kg Taille : 1 m 49
- découverte d'une tumeur d'un greffon rénal.
- transplantation rénale réalisée il y a 17 ans
- créatinine à 107  $\mu\text{mol}$  par litre
- greffon est placé en fosse iliaque droite sous le bricker avec un uretère placé vers le haut.
- formation tumorale union médio rénale du rein estimé à 40 mm de grand axe
- Tumeur encorbellée par voie excrétrice et artères



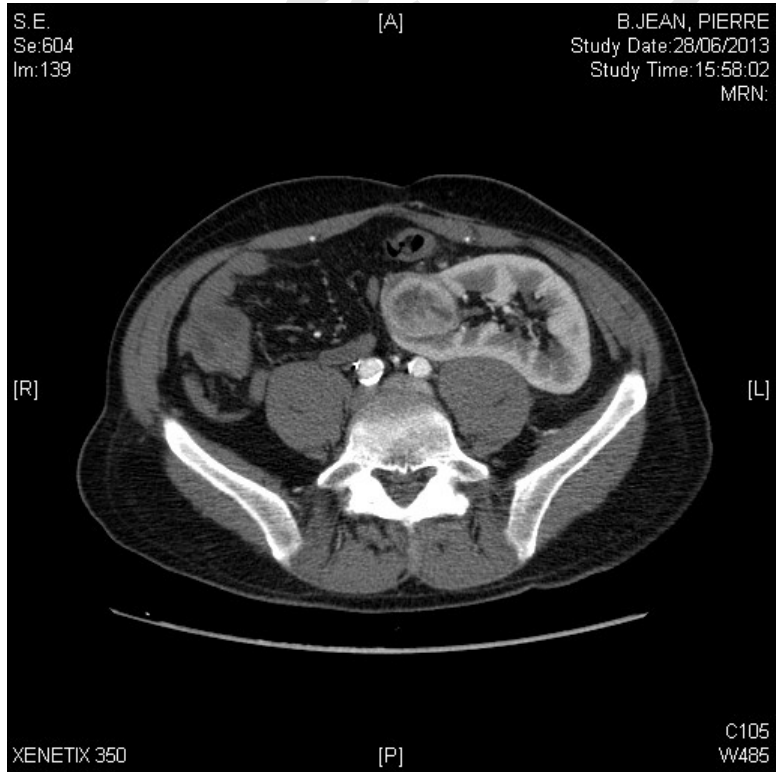
# CAT ?

- Discutée en RCP : CI pour traitement physiques
- Décision de néphrectomie partielle
- adhésiolyse grossière
- Une veine rénale et les deux artères
- la dissection du bricker.
- échographie per opératoire.
- On decide de refroidir le rein.
- 23 minutes. Bon recoloration du rein et hémostase correcte .
- filet de Vicryl pour parfaire l'hémostase

- Suites simples
- Carcinome rénal à cellules claires, kystique de 2 cm. Grade de F II. Pas d'envahissement vasculaire ni capsulaire. Marges saines. Stade TNM : pT1a R0
- 120 créat en sortie d'hospit
- 104 à 7 ans
- Pas de récidence

# CC 3

- âgé de 56 ans
- Double greffe de rein et pancréas en 2002 avec perte du pancréas
- Créat stable à 150  $\mu\text{mol/l}$  : Cl à 46
- bilan annuel lésion rénale du greffon polaire de 40 mm de diamètre
- PBR : On retrouve sur une biopsie, 3 mm de cellules claires dont l'aspect histologique est compatible avec un carcinome rénal à cellules claires de bas grade de Furhmann



# CAT ?

- Reprise de l'incision médiane
- Adhésiolyse rapide
- ouverture de la gouttière pariéto colique gauche
- acces facile au rein et à la tumeur .
- Libération du pôle porteur de la lésion tumorale jusqu'au hile
- clampage parenchymateux simple.
- La tumeur est repérée.
- réalisation du tumorectomie
- Durée opératoire 1 heure 10 min

- Carcinome rénal à cellules claires de 4,2 cm de grand axe, de grade de F II
- Evolution favorable
- Fonction rénale stable cl 48 ml
- Pas de récurrence à 5 ans



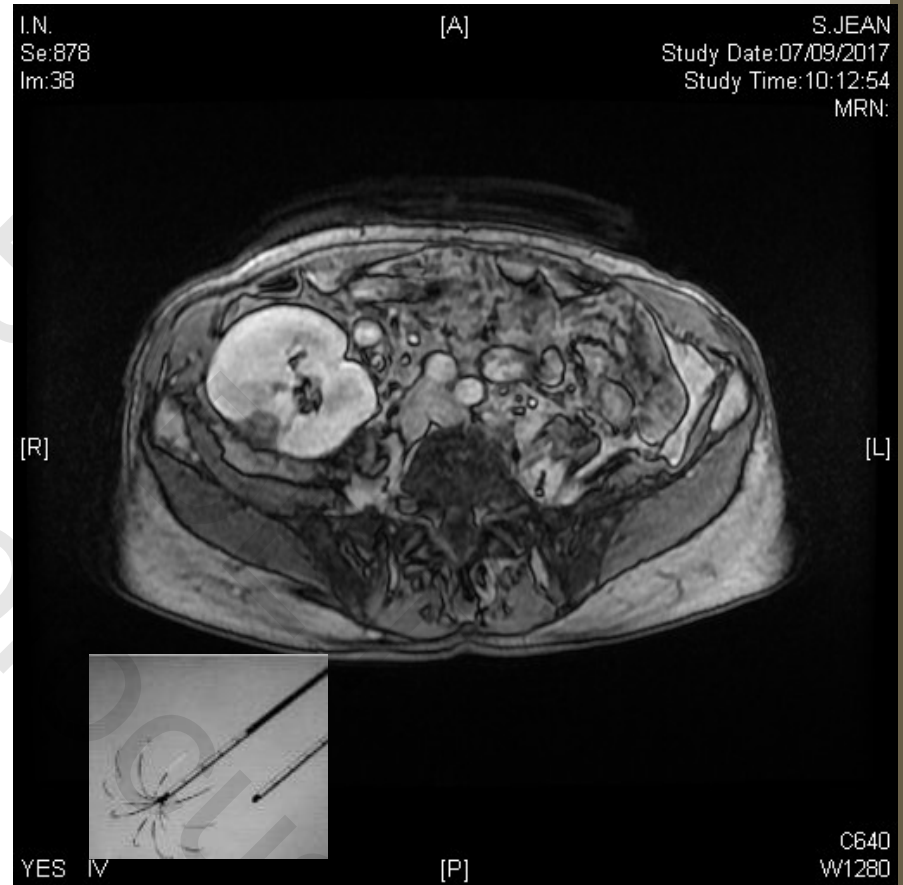
# CC4

- On voit le patient âgé de 40 ans
- Maladie de Berger Greffe rénale en 1998 après 1 an et demi de dialyse.
- Le greffon marche bien avec le créatinine est à 120  $\mu\text{mol/L}$
- Tumeur greffon en 2009
- Biopsie : tubulo pap type 1



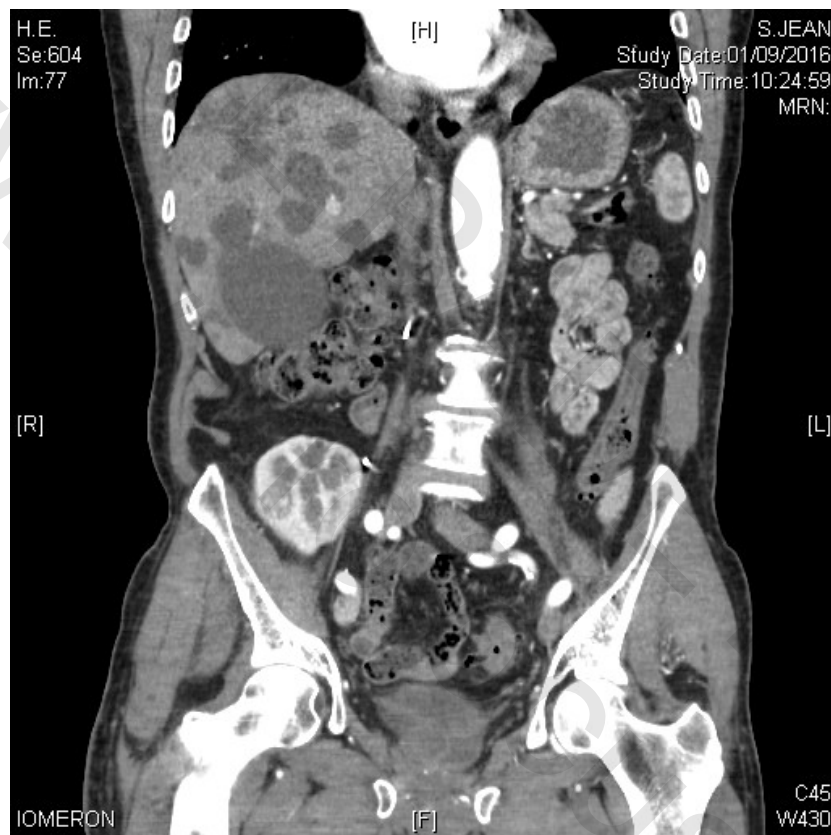
# CAT ?

- Stabilité parfaite de la fonction rénale
- Contrôle Radio par 6 mois
- Pas de récurrence à 8 ans



# CC5

- 73 ans
- Polykystose hépatorénale.
- Greffé rénal il y a 10 ans.
- Apparition d'un nodule solide hyperéchogène au niveau du rein droit
- Créat à 93  $\mu\text{mmo/l}$
- A la TDM lésion postérieure au contact de l'aile iliaque médio rénale de la convexité de 14 mm de diamètre.





- Pas de modification de la créat
- Contrôle IRM et echo de contraste satisfaisant à 1 an
- Surveillance

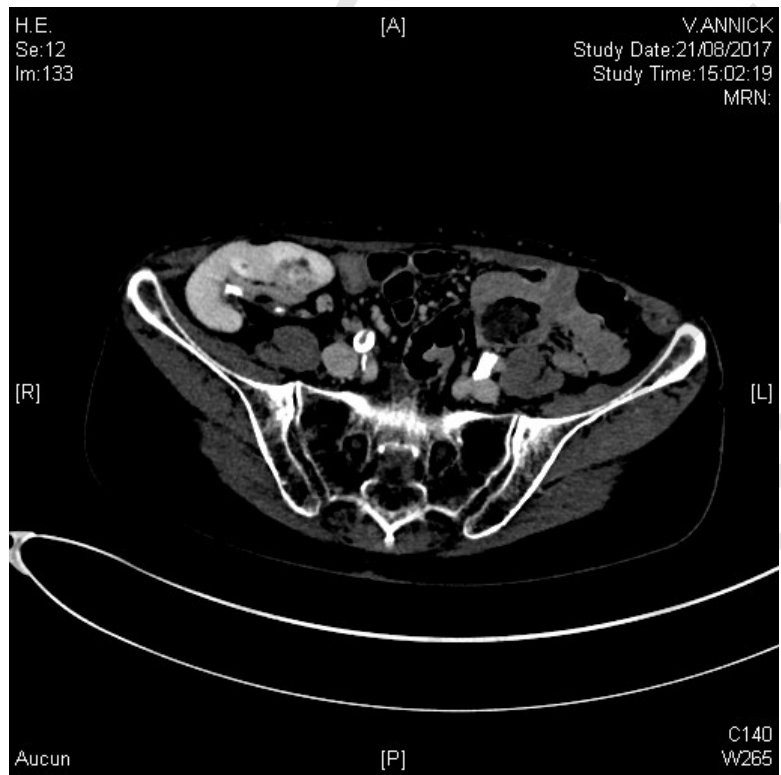
## Cas 1

- Homme de 70 ans
- Tumeurs inter polaire gauche de 3.5 cm
- Antécédent d'insuffisance rénale
  - Créatininémie: 1.7 mg/dl
  - eGFR = 40 ml/min/1.73m<sup>2</sup>
- Scintigraphie: 58% gauche – 42% droit

# Transvaginal access

# CC4

- Patiente âgée de 69 ans
- Transplantation rénale en 1994 : 24 ans de greffe
- Intervention vasculaires avec stents des deux côtés
- LEAD
- Clairance actuellement à 46
- Découverte fortuite d'une lésion tumorale du greffon
- Taille 164
- Poids 47.5 ATCD



# CAT ?

- Discussion avec les radiologue
- CI agents physique car proximité de la veine rénale
- Décision de traitement chirurgical

# Take home messages

- Incidence très faible
- Découverte fortuite ( au moins une echo annuelle)
- Tubulo papillaire dominant et CCC de faible grade d'agressivité
- Biopsie à recommander probablement (15 % de lésion bénigne)

- Privilégier une approche conservatrice
  - Adapter l'approche à la topographie , la taille, l'état général, la fonction rénale
  - Néphrectomie partielle (moins de 7 cm)
  - Agents physiques cryo vs RF avec meilleurs résultats pour la cryo
    - Tx de recidive 4,6 % vs 11,7 %
    - Cryo plutôt pour lésion moins de 3 cm centro rénale
    - RF plutôt lésion corticale de moins de 3 cm plutôt de localisation corticale