

"3" - mars 2009

● Intérêt des techniques micro-ablatives dans le cancer du rein : radiofréquence et cryoablation

Avec l'augmentation de l'incidence des tumeurs rénales dans les pays industrialisés et leur découverte à des tailles de plus en plus petite, il est important de conserver au maximum les néphrons.

La néphrectomie totale était le gold standard jusqu'à la fin des années 90.

Elle a été supplanté par la néphrectomie partielle pour les tumeurs de moins de 4 cm, technique qui tend actuellement à s'étendre aux tumeurs de plus grande taille.

Plus récemment de nouvelles méthodes dites " mini-invasives " ont fait leurs apparition. Elles ont pour but de diminuer les risques et la morbidité liée aux néphrectomies, partielles ou totales, et sont regroupées sous le terme de " traitements ablatifs ". Il s'agit essentiellement de la cryoablation et de la radiofréquence.

La Cryoablation consiste en une congélation du tissu tumoral au dessous de -20°C entraînant un éclatement de la membrane cellulaire puis, pendant la phase de réchauffement, d'une ischémie de la zone traitée consécutive à une vasoconstriction, à des lésions endothéliales et à des thromboses microvasculaires.

L'" ice ball " ainsi obtenu est suivi par IRM ou TDM et disparaît au cours du temps pour laisser la place à une cicatrice qui ne se rehausse plus après injection de produit de contraste. Le taux de succès avec ce traitement est estimé à 96% même si quelques récurrences locales ont été rapportées.

La radiofréquence, à l'inverse, utilise des rayonnements électro magnétiques non ionisants dont l'énergie est transmise aux tissus sous forme de chaleur. Cette élévation thermique (50 à 100°C) provoque une nécrose des tissus tumoraux par coagulation. L'efficacité de la technique est évaluée par imagerie et repose sur une absence de rehaussement après injection de produit de contraste. L'analyse de la littérature est rendu difficile par l'absence d'homogénéité des séries et un manque de recul suffisant mais les premières études avec plus de 6 ans de recul montrent un taux de succès d'environ 85 %. En cas d'échec une deuxième séance de radiofréquence est possible.

Ces deux techniques ont la même voie d'abord qui nécessite la mise en place d'une électrode au centre de la tumeur par voie percutanée sous repérage échographique et scanographique ou par voie chirurgicale le plus souvent coelioscopique. La réalisation de ce geste se fait sous neuroanalgésie mais nécessite parfois, en fonction de la localisation de la tumeur, la montée au préalable de sondes urétérales pour refroidir les cavités excrétrices au sérum glacé.

Si ces nouvelles techniques sont séduisantes elles restent néanmoins limitées dans leurs indications :

Tumeur < 35 mm chez un sujet présentant des signes de comorbidité importants ou des risques néphroniques ou âgé de > 70 ans ou ayant une espérance de vie courte OU Récidive locale d'un cancer rénal OU Tumeur < 35 mm dans le cadre d'une maladie de Von Hippel Lindau.

Les complications sont évaluée à 11 % avec majoritairement des complications mineures à type de paresthésies ou de douleurs. Les complications majeures ne sont estimées qu'à 1,8%.

Malgré le faible recule que nous avons sur ces techniques elles semblent extrêmement prometteuses et répondent à la volonté d'offrir des traitements de moins en moins agressifs à des patient de plus en plus âgés dans le cadre d'indication bien précises.

