

Ressources à l'intention des personnes qui présentent une masse rénale et qui envisagent une néphrectomie partielle ou radicale

La présente ressource explique les types de masses rénales, les facteurs de risque associés au cancer du rein, la façon dont on établit les stades du cancer du rein et les options de traitement chirurgical pour les masses rénales (qu'elles soient malignes ou bénignes). Nous vous invitons à parcourir ce document, puis à répondre au questionnaire qui se trouve à la fin en balayant le code QR fourni. Si vous avez besoin d'une copie papier du questionnaire, demandez-le à votre professionnel de la santé.



Cancer
du rein
CANADA



Kidney
Cancer
CANADA



Comprendre l'emplacement et la fonction des reins

Où se trouvent les reins?

LES REINS SONT SITUÉS À L'ARRIÈRE DE L'ABDOMEN, DE PART ET D'AUTRE DE LA COLONNE VERTÉBRALE, SOUS LA CAGE THORACIQUE. En raison de cet emplacement à l'arrière de l'abdomen, il est souvent nécessaire, au cours d'une intervention chirurgicale liée aux reins, de déplacer ou de contourner d'autres organes qui se trouvent devant eux. En effet, le rein droit se trouve derrière le foie, la vésicule biliaire et les intestins, tandis que le rein gauche est situé derrière la rate, le pancréas et les intestins. Il est important de savoir quels organes se trouvent devant chacun de vos reins, puisqu'ils peuvent subir des lésions durant une opération. Le risque que cela se produise est toutefois extrêmement faible (moins de 1 % des cas).

Quelle est la fonction des reins?

Les reins servent à éliminer les déchets du sang, les plus connus étant l'urée et la créatinine. On se sert souvent de la créatinine pour mesurer le bon fonctionnement des reins. Il est important de le savoir, puisqu'il est possible que votre taux de créatinine augmente dans les semaines ou les mois suivant votre opération, ce qui indique une fonction rénale réduite. Votre médecin surveillera cela de près et apportera les changements nécessaires à vos soins. Les reins font aussi partie de l'appareil urinaire et permettent aux déchets du sang d'être évacués hors de votre corps sous forme d'urine. L'urine passe des reins aux uretères, puis à la vessie, où elle est emmagasinée, puis évacuée.

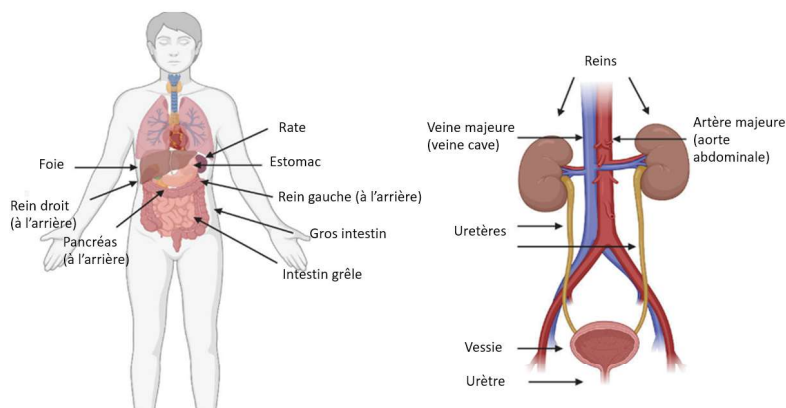


Figure 1. L'abdomen et ses organes, et le tractus urinaire et ses organes

Les types de masses rénales et leurs causes

Quels sont les types de masses rénales?

GLOBALEMENT, LES MASSES RÉNALES PEUVENT ÊTRE DIVISÉES EN MASSES MALIGNES (CANCÉREUSES) OU BÉNIGNES (NON CANCÉREUSES).

La biopsie est la seule façon de confirmer qu’une masse est maligne avant d’opérer; en revanche, il est impossible de confirmer qu’une masse est bénigne par biopsie seulement. On peut toutefois faire des suppositions en s’appuyant sur l’apparence des masses aux examens d’imagerie. Pour les masses qui semblent remplies de liquide (qu’on appelle kystes), il existe des systèmes de classification pouvant déterminer la probabilité qu’elles soient malignes. Vous avez peut-être déjà entendu parler de la catégorie de Bosniak associée à votre masse si celle-ci est remplie de liquide, ou kystique. La catégorie de Bosniak est attribuée par un radiologiste en fonction de ce qui est visible à l’examen d’imagerie¹.

Elle donne une idée de la probabilité qu’une masse kystique soit maligne et est associée à certaines recommandations en matière de traitement. Il convient de noter que le risque de malignité indiqué dans le tableau suivant est probablement une surestimation du risque réel. Les masses peuvent aussi être entièrement formées de tissu (et sont ainsi qualifiées de solides). Ces masses sont plus souvent malignes, et on suppose généralement qu’elles sont cancéreuses, sauf preuve du contraire. Cependant, une masse solide n’est pas nécessairement maligne. En général, plus une masse solide est grosse, plus elle est susceptible d’être cancéreuse. Il faut noter qu’on n’attribue pas de catégorie de Bosniak aux masses solides; cette classification ne s’applique pas à elles.

| Catégorie de Bosniak | Risque approximatif de malignité | Plan d'action recommandé |
|----------------------|----------------------------------|---|
| I | 2 % | Aucun suivi recommandé; refaire un examen d'imagerie ou procéder à une intervention chirurgicale seulement en présence de symptômes. |
| II | 10 % | Aucun suivi recommandé; refaire un examen d'imagerie ou procéder à une intervention chirurgicale seulement en présence de symptômes. |
| IIF | 28 % | Examen d'imagerie tous les 6 mois au cours de la première année, puis une fois par année. La surveillance peut prendre fin s'il n'y a aucune progression après 5 ans. |
| III | 58 % | Surveillance active ou intervention chirurgicale recommandées, selon la situation du patient. |
| IV | 89 % | Surveillance active ou intervention chirurgicale recommandées, selon la situation du patient. |

Tableau 1. Source : Guide de pratique de l'Association des urologues du Canada¹

La prise en charge chirurgicale des masses rénales

Qu'est-ce qu'une néphrectomie partielle?

ON RECOMMANDE GÉNÉRALEMENT UNE NÉPHRECTOMIE PARTIELLE LORSQUE LA MASSE EST PETITE OU QU'ELLE SE TROUVE À UN ENDROIT PLUS FAVORABLE (C'EST-À-DIRE PLUS LOIN DES VEINES, DES ARTÈRES ET DE L'URETÈRE).

Il est important de discuter avec votre chirurgien pour savoir si une néphrectomie partielle est possible dans votre cas. La néphrectomie partielle est souvent réalisée au moyen de techniques à effraction minimale. Le chirurgien pratique plusieurs petites incisions (de 3 à 7, ou même plus) qui lui permettent d'insérer les instruments chirurgicaux dans l'abdomen. La néphrectomie partielle peut se faire par laparoscopie (c'est-à-dire que le chirurgien manipule directement les instruments chirurgicaux ainsi qu'une caméra au moyen de courtes tiges), ou encore être assistée par robot. Pour cette dernière méthode, le chirurgien contrôle les instruments à partir d'une console qui se trouve dans la salle d'opération. On met d'abord le patient sous anesthésie générale, puis on le tourne sur le côté en le maintenant bien en place. Il est ainsi plus facile d'écarter les organes qui se trouvent devant le rein. Le chirurgien pratique alors de petites incisions (de 1 à 3 cm) de façon à créer des orifices par lesquels les instruments chirurgicaux seront introduits. Il contourne les organes et le tissu conjonctif qui se trouvent devant le rein jusqu'à ce qu'il atteigne celui-ci et qu'il parvienne à localiser la masse ainsi que la ou les veines et artères rénales. Après avoir dégagé de l'espace autour de la masse, le chirurgien installe une pince occlusive sur la ou les artères rénales afin de limiter les saignements. Il retire alors la masse ainsi qu'une partie du tissu rénal sain qui l'entoure pour s'assurer qu'il ne reste rien de la masse, au cas où celle-ci serait maligne. Enfin, il répare le tissu rénal restant et referme les incisions à la surface au moyen de sutures.

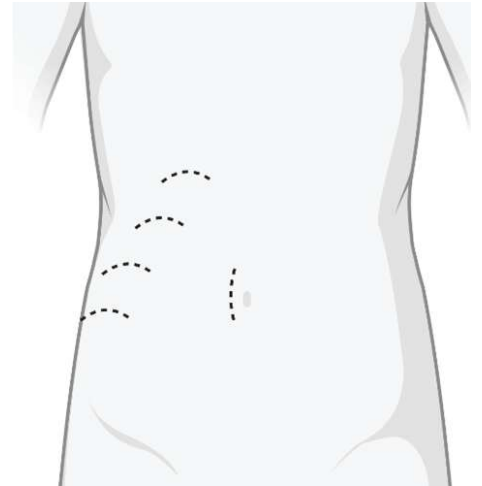


Figure 2. Points d'incision pour la chirurgie laparoscopique

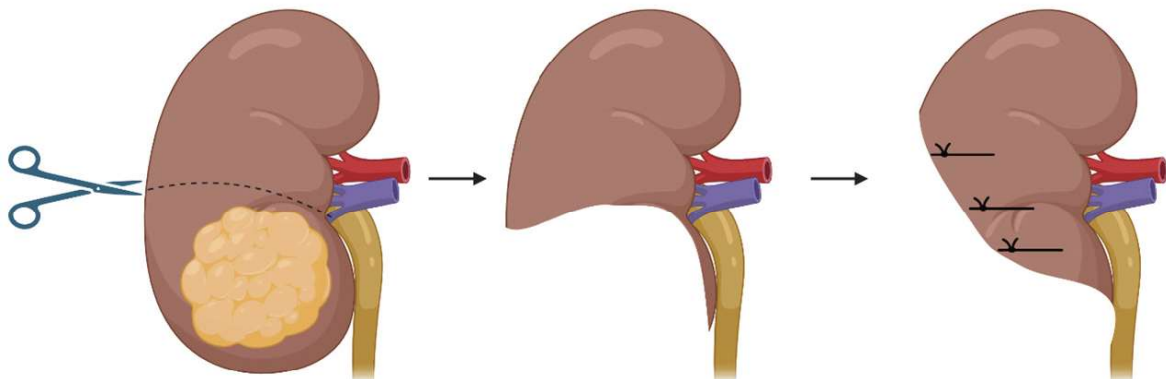


Figure 3. Processus de la néphrectomie partielle

La prise en charge chirurgicale des masses rénales (suite)

Qu'est-ce qu'une néphrectomie radicale?

UNE NÉPHRECTOMIE RADICALE PEUT ÊTRE RÉALISÉE PAR LAPAROSCOPIE, ENCORE UNE FOIS EN PRATIQUANT PLUSIEURS PETITES INCISIONS ET EN UTILISANT DE COURTES TIGES POUR DÉPLACER LES INSTRUMENTS CHIRURGICAUX ET LA CAMÉRA. UNE INCISION LÉGÈREMENT PLUS LONGUE EST PRATIQUÉE POUR EXTRAIRE LE REIN, SELON SA TAILLE. Cette intervention est toutefois souvent réalisée par une approche ouverte, où l'on pratique une seule longue incision, lorsque la masse est plus grosse ou plus complexe. On met d'abord le patient sous anesthésie générale, puis on le tourne sur le côté. Il est ainsi plus facile d'écarter les organes qui se trouvent devant le rein. Le chirurgien pratique ensuite plusieurs petites incisions (de 1 à 3 cm) de façon à créer des orifices chirurgicaux par lesquels introduire les instruments dans le cas d'une laparoscopie, ou, dans le cas d'une chirurgie ouverte, une seule longue incision dont la taille et l'emplacement peuvent varier selon la taille et la complexité de la masse. Le chirurgien contourne les organes et le tissu conjonctif qui se trouvent devant le rein touché jusqu'à ce qu'il atteigne celui-ci ainsi que la veine et l'artère rénales. Après avoir dégagé de l'espace autour du rein

et séparé celui-ci du tissu conjonctif avoisinant, il contrôle et divise la ou les veines et artères rénales pour pouvoir retirer le rein et la masse. Les ganglions lymphatiques avoisinants pourraient aussi devoir être enlevés, selon leur taille visible à l'imagerie et leur aspect durant l'intervention. La néphrectomie radicale a pour avantage d'éliminer le risque qu'une nouvelle opération soit nécessaire sur le même rein, celui-ci n'étant plus présent. Si vous subissez une néphrectomie par laparoscopie, il est toujours possible qu'il soit nécessaire de convertir l'intervention en une chirurgie ouverte. Cela se produit dans environ 3 à 5 % des cas⁵. Lors d'une néphrectomie radicale, cependant, la fonction rénale risque d'être altérée de façon permanente. Un médecin pourrait mentionner que votre taux de créatinine est élevé ou que votre débit de filtration glomérulaire est faible; ce sont des mesures de la fonction rénale. De plus, si quelque chose devait altérer la fonction du rein qui vous reste, on devra vous mettre sous dialyse et peut-être même vous inscrire à la liste d'attente pour une greffe. En dépit de cela, il est possible de mener une vie tout à fait normale en n'ayant qu'un seul rein, et l'espérance de vie des personnes qui choisissent de donner un rein est semblable à celle de la population générale.⁸

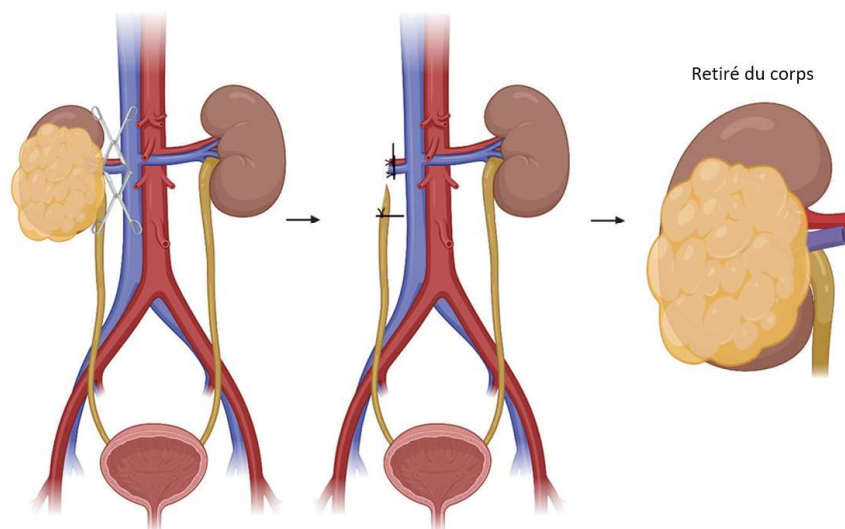


Figure 5. Processus de la néphrectomie radicale



Le cancer du rein

Quels sont les stades du cancer du rein?

Les masses rénales ne sont pas toutes cancéreuses, mais le stade de la masse pourrait avoir une incidence sur le traitement que vous recevrez. Vous trouverez ci-dessous un tableau présentant les stades du cancer du rein, ainsi que les différents types de suivi et de traitement associés à chacun.

| Stades | Critères du stade ¹⁴ | Suivi postopératoire recommandé ¹⁵⁻¹⁷ |
|--------|---|---|
| I | La tumeur mesure 7 cm ou moins sur son côté le plus long et se trouve seulement dans le rein. | Analyses sanguines, rendez-vous à la clinique et radiographie thoracique une fois par année, ET examen par TDM après 24 mois et 60 mois. |
| II | La tumeur mesure plus de 7 cm sur son côté le plus long et se trouve seulement dans le rein. | SI TUMEUR DE BAS GRADE (C.-À-D. QUI SE DÉVELOPPE LENTEMENT) : Analyses sanguines, rendez-vous à la clinique et radiographie thoracique tous les 6 mois pendant 3 ans, puis une fois par année, ET examen par TDM après 12, 36, 60, 84 et 108 mois. SI TUMEUR DE HAUT GRADE (C.-À-D. QUI SE DÉVELOPPE PLUS RAPIDEMENT) : Même suivi que ci-dessus, avec instauration, 12 semaines après l'opération, d'un traitement adjuvant pendant un an. À l'heure actuelle, le seul traitement approuvé est un inhibiteur de point de contrôle immunitaire (le pembrolizumab)*. |
| III | La tumeur a envahi une veine majeure ou les tissus autour du rein, mais n'a pas touché les organes se trouvant à proximité OU La tumeur principale est limitée au rein, mais des cellules cancéreuses se sont propagées aux ganglions lymphatiques avoisinants (c.-à-d. que le cancer a métastasé) | Pendant les 3 premières années, analyses sanguines, rendez-vous à la clinique, examen par TDM et radiographie thoracique tous les 6 mois, PUIS analyses sanguines, rendez-vous à la clinique et radiographie thoracique une fois par année ET examen par TDM tous les 2 ans. Les personnes qui se trouvent à ce stade pourraient aussi recevoir un traitement adjuvant pendant un an, instauré 12 semaines après l'opération, au moyen d'un inhibiteur de point de contrôle immunitaire (le pembrolizumab). |
| IV | La tumeur a traversé le rein et appuie contre les organes abdominaux à proximité, ou affecte ceux-ci OU Des cellules cancéreuses se sont propagées aux ganglions lymphatiques ou aux organes éloignés (c.-à-d. que le cancer a métastasé) | Analyses sanguines, rendez-vous à la clinique, examen par TDM et radiographie thoracique tous les 3 mois pendant les 6 premiers mois, puis tous les 6 mois pendant jusqu'à 3 ans, PUIS une fois par année après 3 ans. Les personnes qui se trouvent à ce stade pourraient aussi recevoir une certaine forme de traitement adjuvant, dont la durée dépendra de l'ampleur de la maladie, après consultation avec un oncologue. |
| | | * Certaines personnes atteintes d'un cancer de stade II de bas grade pourraient aussi recevoir un traitement adjuvant, mais c'est beaucoup moins courant. |

Tableau 3. Sources variées

Références

1. Richard PO, Violette PD, Bhindi B, Breau RH, Gratton M, Jewett MAS, *et coll.* MISE À JOUR DE 2023 – Guide de pratique de l'Association des urologues du Canada : Prise en charge des lésions kystiques du rein, *Can Urol Assoc J*, 30 mai 2023; 17(6), pp. 162–174.
2. *Risk Factors for Kidney Cancer | How Do You Get Kidney Cancer?* [En ligne]. [Consulté le 21 janvier 2025]. Accessible à l'adresse : <https://www.cancer.org/cancer/types/kidney-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>
3. Sakız D, Sencar ME, Çalapkulu M, Ünsal iÖ, Kızılgül M, Uçan B, *et coll.* « Prevalence and associated risk factors of simple renal cysts in primary hyperparathyroidism », *Horm Athens Greece*, mars 2023;22(1), pp. 107–112.
4. Razdan S, Okhawere K, Wilson M, Nkemdirim W, Korn T, Meilika K, *et coll.* « Conversion to Open Radical or Partial Nephrectomy Associated with Unplanned Hospital Readmission After Attempted Minimally Invasive Approach », *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, août 2022; 32(8), pp. 823–831.
5. Wang Y, Wilder S, Butaney M, Hijazi M, Gandham D, Van Til M, *et coll.* « Conversion to Radical Nephrectomy From Robotic Partial Nephrectomy Is Most Commonly Due to Anatomic and Oncologic Complexity », *J Urol*, mai 2024; 211(5), pp. 669–676.
6. Chung JH, Song W, Kang M, Sung HH, Jeon HG, Jeong BC, *et coll.* « Risk factors of recurrence after robot-assisted laparoscopic partial nephrectomy for solitary localized renal cell carcinoma », *Sci Rep*, 23 février 2024; 14(1), p. 4481.
7. Richard PO, Violette PD, Bhindi B, Breau RH, Kassouf W, Lavallée LT, *et coll.* « Guide de pratique de l'Association des urologues du Canada : Prise en charge des petites masses rénales – Texte intégral », *Can Urol Assoc J*, 27 janvier 2022; 16(2), pp. E61–75.
8. Boudville N, Garg AX. « Living kidney donation: outcomes, ethics, and uncertainty », *Lancet Lond Engl*, 16 mai 2015; 385(9981), pp. 2003–2013.
9. Vricella CJ, Finelli A, Alibhai SMH, Ponsky LE, Abouassaly R. « The true risk of blood transfusion after nephrectomy for renal masses: a population-based study », *BJU Int*, juin 2013; 111(8), pp. 1294–1300.
10. Wei M, Yang W, Xu W, Liu G, Xie Y, Dong J, *et coll.* « The role of antimicrobial prophylaxis in laparoscopic nephrectomy for renal cell carcinoma », *BMC Urol*, 13 mars 2024; 24(1), p. 60.
11. Caputo PA, Kaouk J. « Management of complications arising from the treatment of small renal masses », *Int J Surg*, 1^{er} décembre 2016;36, pp. 583–587.
12. Harris M, Chung F. « Complications of General Anesthesia », *Clin Plast Surg*, 1^{er} octobre 2013;40(4), pp. 503–513.
13. *Kidney Cancer (Renal Cancer) Signs, Symptoms* | Saint John's Cancer Institute - Santa Monica, Californie [en ligne]. Urology. [Consulté le 29 janvier 2025]. Accessible à l'adresse : <https://www.saintjohnscancer.org/urology/conditions/kidney-cancer/>
14. *Kidney Cancer Stages | Renal Cell Carcinoma Staging* [en ligne]. [Consulté le 23 janvier 2025]. Accessible à l'adresse : <https://www.cancer.org/cancer/types/kidney-cancer/detection-diagnosis-staging/staging.html>
15. Lalani AKA, Kapoor A, Basappa NS, Bhindi B, Bjarnason GA, Bosse D, *et coll.* « Adjuvant therapy for renal cell carcinoma: 2023 Canadian Kidney Cancer Forum consensus statement », *Can Urol Assoc J*, 25 avril 2023;17(5), pp. E154–163.
16. Choueiri TK, Tomczak P, Park SH, Venugopal B, Ferguson T, Chang YH, *et coll.* « Adjuvant Pembrolizumab after Nephrectomy in Renal-Cell Carcinoma », *N Engl J Med*, 19 août 2021;385(8), pp. 683–694.
17. Kassouf W, Siemens R, Morash C, Lacombe L, Jewett M, Goldenberg L, *et coll.* « Follow-up guidelines after radical or partial nephrectomy for localized and locally advanced renal cell carcinoma », *Can Urol Assoc J*, février 2009;3(1):73–76.



Cancer
du rein
CANADA



Kidney
Cancer
CANADA