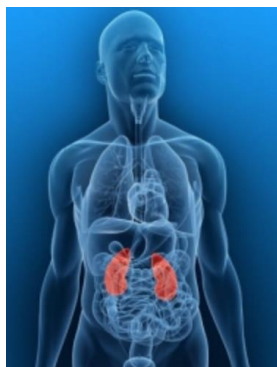


Actualités en chirurgie oncologique du Rein 2020



Polyclinique
de Limoges



Réunion Onco nouvelle aquitaine

Dr Berger Julien

Urologue

Polyclinique de limoges

Epidémiologie en France

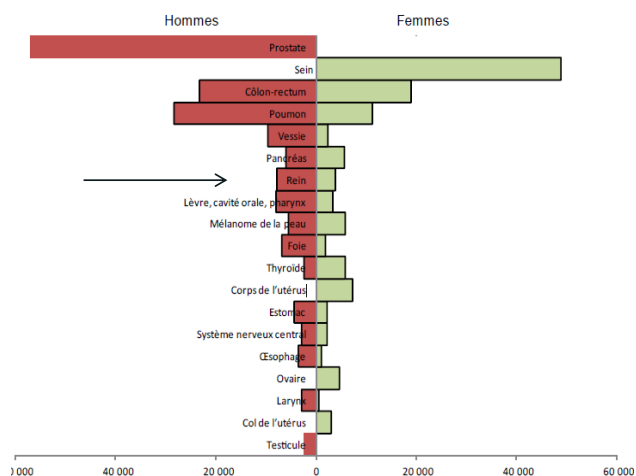
- Incidence : 15 000 /an
- Sex ratio : 2/1
- 6ème rang ♂ et 9ème rang ♀
- Age moyen 65 ans
- 25% M+ au diagnostic
- et 20% le devienne

Facteurs de risque reconnus :

- **TABAC +++**
- **Age**
- **Obésité**
- **(HTA et IRC)**

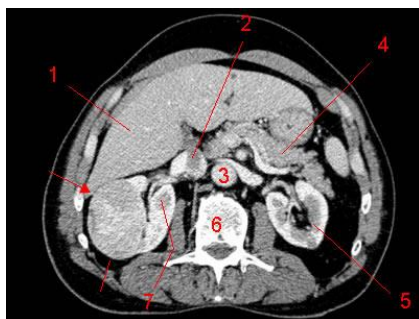
Consultation onco génétique :

- AFU CCRC avant 50 ans ou tumeurs bilatérale ou multifocale



Epidémiologie en France

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



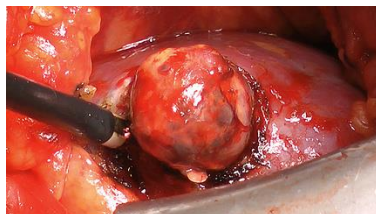
³
Ljungberg B, et al. Eur Urol 2015;67:913–24;

Traitement des cancers du rein localisé Petite tumeur < 4cm (pT1a)

- Néphrectomie partielle : TTT de référence

- Intérêt :

- Même résultat carcinologique/ NT
- Préserve la fonction rénale (amélioration survie globale)



- Technique :

- Clampage < 25min
- Enucléation : Pas plus de récidence mais **PAS d'effraction capsulaire**
- Marge positive impact oncologique limité si surveillance rapprochée avec ttt de rattrapage

- Voie d'abord :

- Pas de différence en terme de survie spécifique et globale
- Perte sanguine et durée d'hospitalisation : voie coelio/ robot assistée > ouverte
- Durée d'ischémie, conversion, variation DFG et durée séjour : Robot > coelio
- **Recommandation : Ouvert ou coelio ou robot assistée (Ambulatoire ?)**

Traitement des cancers du rein localisé Petite tumeur < 4cm (pT1a)

- Traitements Ablatif :

- **Radiofréquence et cryothérapie ++**
- **Autres** : Micro-ondes, laser, ultrasons focalisés, **électroporation irréversible, radiothérapie stéréotaxique.**

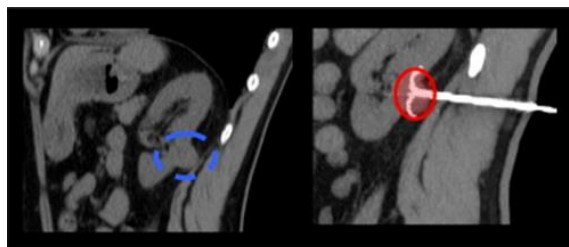
- **Indications** :

- Vs indication à la chirurgie
- Tumeurs multiples - Rein unique
- Insuff rénale sévère
- Parfois : Tumeurs kystique , > 4cm, T sinusale,
- Récidive dans lit tumorale.

- **Résultats carcinologique**

- Taux récidence + élevé (5 à 13%) vs NP (3%)
- Diminution morbidité vs NP (7% vs 11%)

Recommandations : S agés, avec des comorbidités, qui ne sont pas de bon candidat à la chirurgie



Traitement des cancers du rein localisé Petite tumeur < 4cm (pT1a)

- **Surveillance active**
 - **Vérification régulière de la taille tumorale**
 - Croissance moyenne faible (<0,28cm/an),
 - Evolution métastatique 5%
 - Traitement possible si progression
- **Résultats**
 - A 5 ans SA non inférieure à attitude interventionniste (Patient âgés+ comorbidités)

Recommandations : S agés, avec des comorbidités importantes

Traitement des cancers du rein localisé (4) Tumeur > 4cm (pT1b et T2)

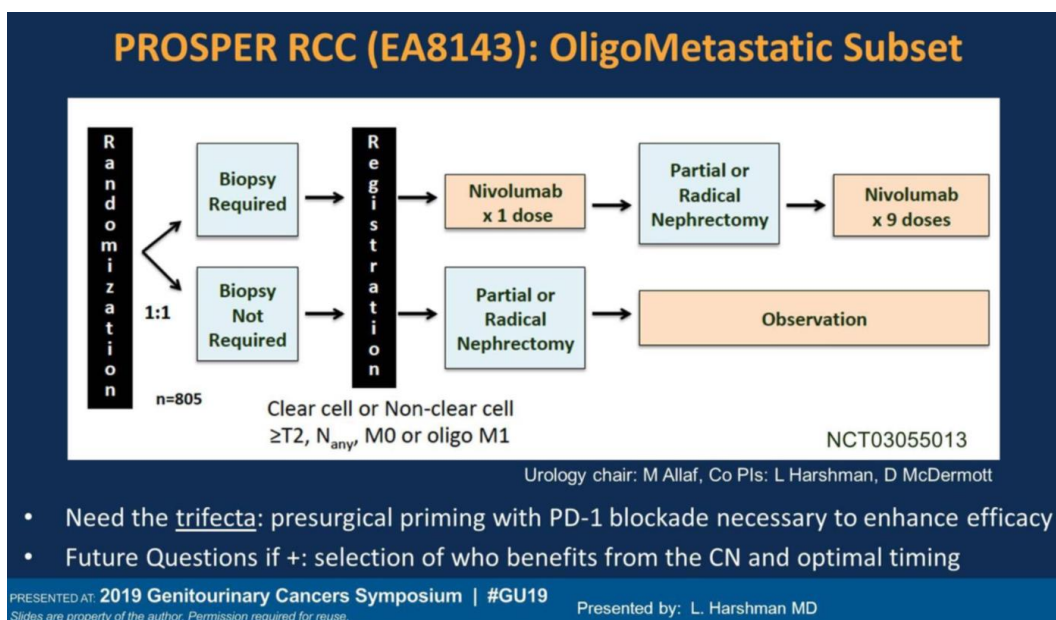
- Néphrectomie Partielle
 - Si possible pour pT1b
 - Morbidité NP > NT (et augmente avec la taille tumorale)
- Néphrectomie Totale
 - Laparoscopie = voie d'abord préférentielle
 - 📌 Perte sanguine, durée hospi, douleur, convalescence
 - **Surrénalectomie que si envahissement vu en per opératoire ou sur l'imagerie.**
 - Curage ganglionnaire n'est pas recommandé.

Grazke and al. Quality of life and perioperative outcomes after retroperitoneoscopic radical nephrectomy, open RN and nephron-sparing surgery in patients with renal cell carcinoma. BJU Int2009;104:470-5.

Traitement des cancers du rein localement avancé

- Définition
 - Cancer ni intra-capsulaire (pT1-pT2), ni métastatique
- TTT :
 - Néphrectomie totale élargie
 - Voie ouverte = référence car éviter marge +
 - Curage si ganglion palpable: imagerie but = stadification et réduction masse tumorale.
- Traitement adjuvant et néo-adjuvant
 - 30 à 40% de risque de progression après chirurgie
 - **Aucune étude n'a montré un bénéfice (SORCE, ASSURE, S-TRAC, PROTECT, ATLAS)**

A venir : Etude à venir : PROSPER



Cancer du rein métastatique

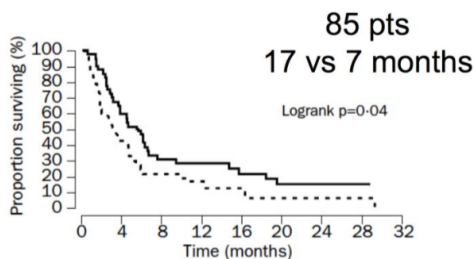
- Intérêt de la néphrectomie cytoréductrice ?
- Chez quel patient ?
- Quelle séquence ?
- Volume tumorale ?



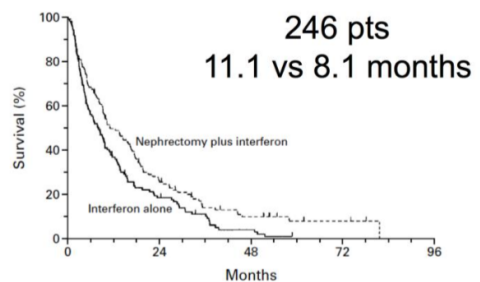
10

Traitements cancer métastatique

- Place de la néphrectomie cyto-réductrice à l'ère des cytokines
 - But : Diminuer la charge tumorale → améliorer réponse anti tumorale
 - ↗ survie chez patient en bon état général avant ttt par INF alpha (EORTC et SWOG)
 - CN + interféron vs interféron seul
 - Baisse mortalité 30%
 - Median OS : 17mois vs 7 mois

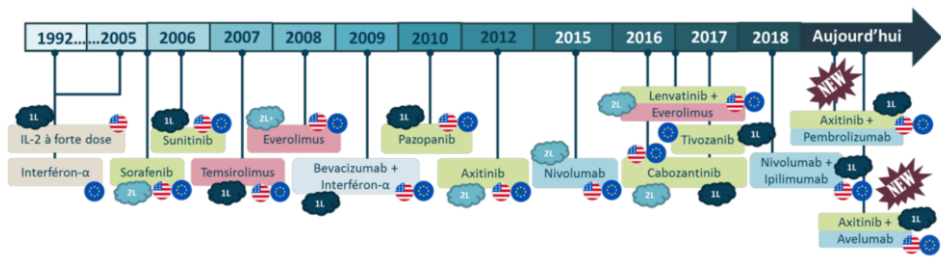


Mickisch et al EORTC, 2001



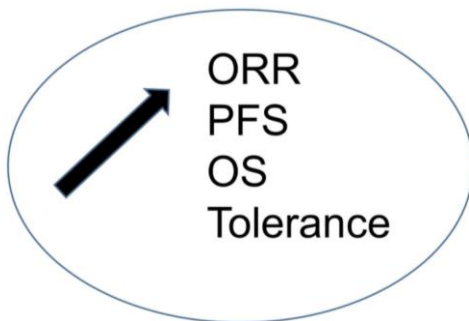
Flanigan et al SWOG, 2001

Traitements cancer métastatiques Apparition thérapie ciblées

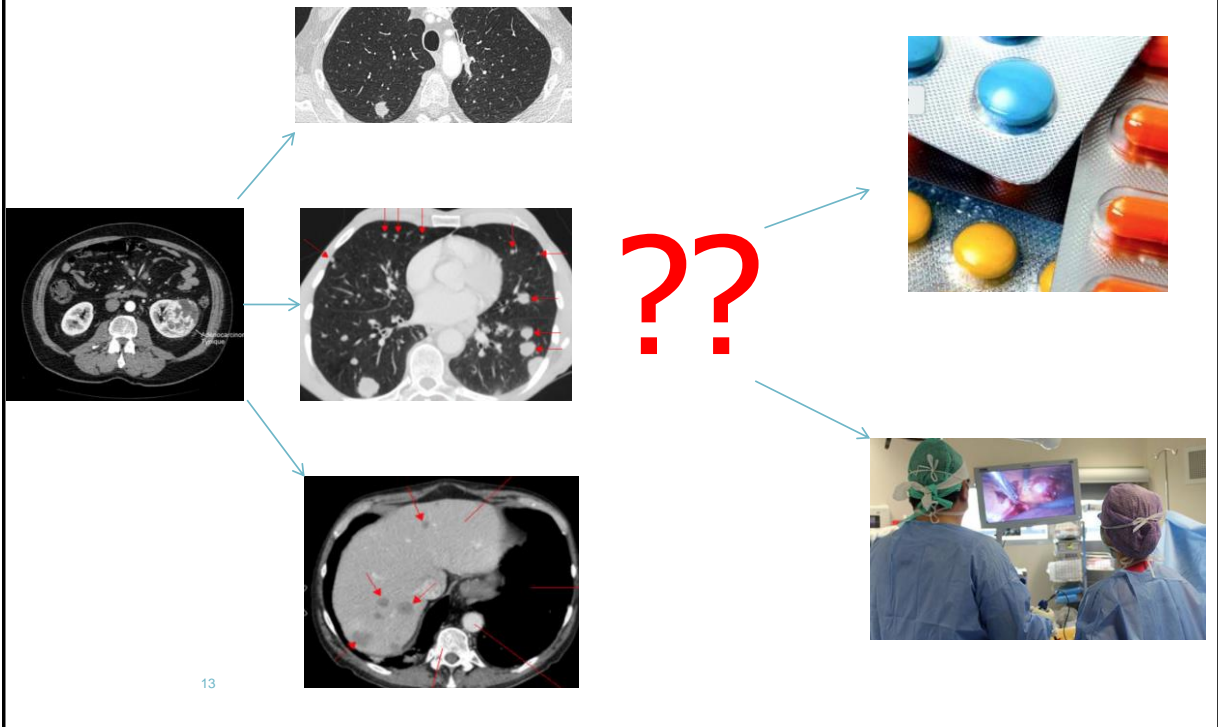


Mécanismes d'action

- Interleukine/
interféron
- Inhibiteur de
mTOR
- Inhibiteur de
tyrosine kinase
- Anticorps
monoclonal @VEGF
- Anticorps monoclonaux
@PD-1 et @CTLA-4



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



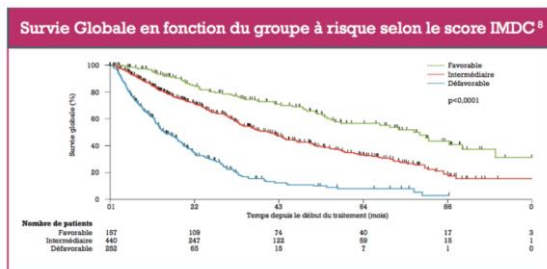
Cancer métastatique Système pronostique : IMDC

Dans la population générale
75%
 des patients atteints
 d'un cancer rénal avancé
 ont un score **IMDC** ≥ 1 ,
 soit un pronostic
 intermédiaire
 ou défavorable^{7,10}

Facteur pronostique		Classification IMDC
Index de Karnofsky (PS)	< 80	✓
Intervalle diagnostic/ traitement systémique	< 1 an	✓
Hémoglobinémie	< la normale	✓
Calcémie corrigée	> 10mg/dl	✓
Plaquettes	> la normale	✓
Polynucléaires neutrophiles	> la normale	✓
LDH	>1,5 x la normale	✓

- Mise à jour régulière
- Validée en 2^{ème} ligne
- Validée CnCC

Survie en fonction du groupe pronostic (score IMDC*) ⁹		
Groupe pronostique	Médiane de survie globale 1 ^{re} ligne (mois)	Médiane de survie globale 2 ^{de} ligne (mois)
Favorable (0 facteur de risque)	43,2	35,3
Intermédiaire (1-2 facteurs de risque)	22,5	16,6
Défavorable (≥ 3 facteurs de risque)	7,8	5,4

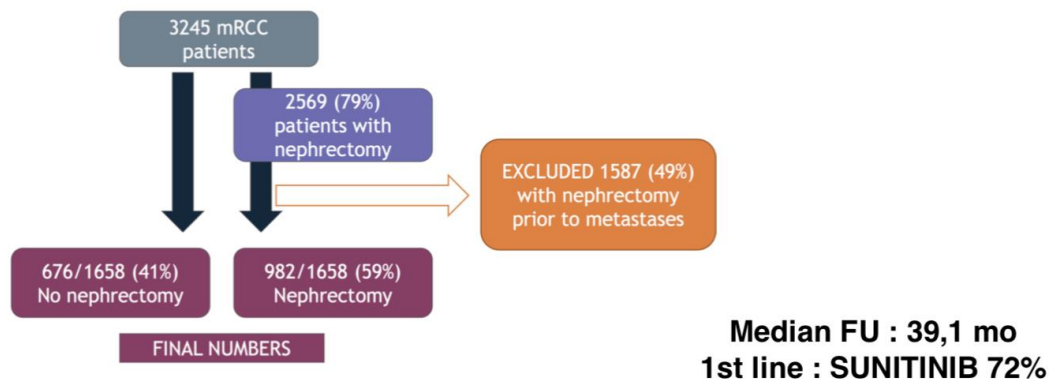


ETUDE IMDC

Cytoreductive Nephrectomy in Patients with Synchronous Metastases from Renal Cell Carcinoma: Results from the International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium

October 2014 Volume 66, Issue 4, Pages 704–710

Daniel Y.C. Heng^{a,*}, J. Connor Wells^{a,t}, Brian I. Rini^b, Benoit Beuselinck^c, Jae-Lyun Lee^d, Jennifer J. Knox^e, Georg A. Bjarnason^f, Sumanta Kumar Pal^g, Christian K. Kollmannsberger^h, Takeshi Yuasaⁱ, Sandy Srinivas^j, Frede Donskov^k, Aristotelis Bamias^l, Lori A. Wood^m, D. Scott Ernstⁿ, Neeraj Agarwal^o, Ulka N. Vaishampayan^p, Sun Young Rha^q, Jenny J. Kim^r, Toni K. Choueiri^s

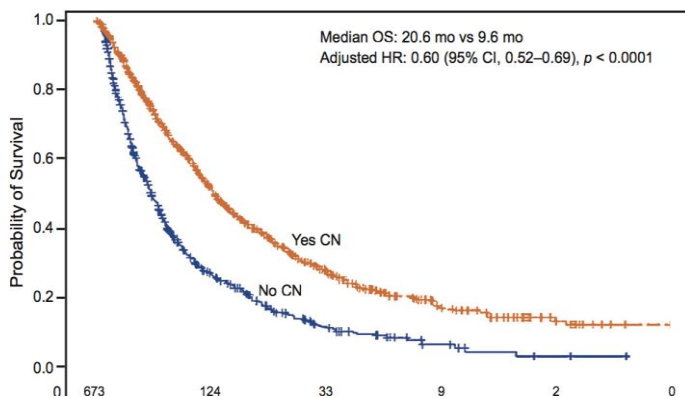


IMDC, International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium; mRCC, metastatic renal cell carcinoma
Heng D, et al, *Eur Urol* 2014;66:704.

Etude IMDC (résultats)

Pronostique	CN + TKI	TKI seul
Favorable	9%	1%
Intermédiaire	63%	45%
Mauvais	28%	54%

Groupe
non
homogène



Survie Globale:
- CN : 20,6 mois
- No CN : 9,6
mois ($p < 0,0001$)

Heng and al. Cytoreductive nephrectomy in patients with synchronous metastases from renal cell carcinoma: results from the IMDC. *Eur Urol.* 2014 Oct;66(4):704-10.

Etude IMDC (résultats)

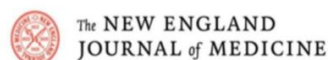
No. of IMDC criteria met	No CN OS, mo (n)	CN OS, mo (n)	p value
0	92% of patients (65/71) had CN, insufficient number to compare		
1	22.5 (n = 72)	30.4 (n = 178)	0.002
2	10.2 (n = 143)	20.2 (n = 253)	<0.001
3	10.0 (n = 113)	15.9 (n = 106)	<0.001
4	5.4 (n = 103)	6.0 (n = 67)	0.166
5	3.6 (n = 36)	2.8 (n = 14)	0.504
6	25% of patients (3/12) had CN, insufficient number to compare		

Patients 4 critères ou plus IMDC
pas de bénéfice à la CN
(survie < 12 mois)

17

Heng and al. Cytoreductive nephrectomy in patients with synchronous metastases from renal cell carcinoma: results from the IMDC. *Eur Urol.* 2014 Oct;66(4):704-10.

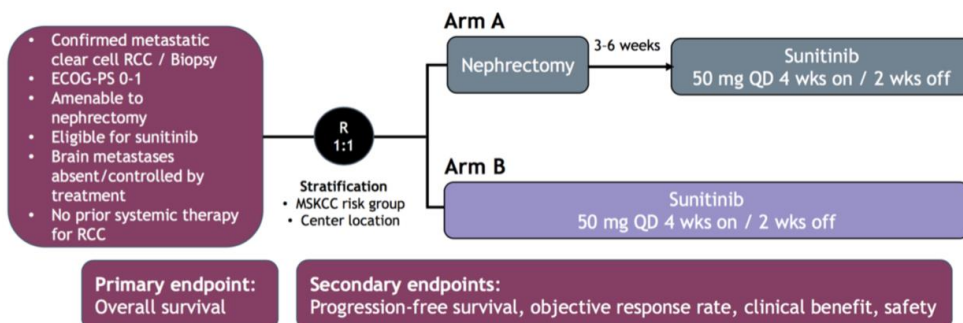
CARMENA



Sunitinib Alone or after Nephrectomy in Metastatic Renal-Cell Carcinoma

Arnaud Méjean, M.D., Ph.D., Alain Ravaud, M.D., Ph.D., Simon Thezenas,

CARMENA: Prospective, multicentrique, randomisée, phase 3, Etude de non-infériorité



18

A.Mejean and al. Sunitinib alone or after nephrectomy in metastatic Renal cell carcinoma. N Engl J Med 2018;379:417-27

CARMENA

- 450 patients
- 226 NT puis sunitinib
- 224 sunitinib seul
- Basé sur grpe MSKCC

Table 1. Demographic and Clinical Characteristics of the Patients at Baseline.^a

Characteristic	Nephrectomy–Sunitinib (N = 226)	Sunitinib Alone (N = 224)
Median age (range) — yr	63 (33–84)	62 (30–87)
Male sex — no. (%)	169 (74.8)	167 (74.6)
MSKCC risk category — no./total no. (%) [†]		
Intermediate risk	125/225 (55.6)	131/224 (58.5)
Poor risk	100/225 (44.4)	93/224 (41.5)
ECOG performance-status score — no. (%) [‡]		
0	130 (57.5)	122 (54.5)
1	96 (42.5)	102 (45.5)
Fuhrman grade of renal-cell carcinoma — no./total no. (%) [§]		
1 or 2	77/150 (51.3)	82/156 (52.6)
3 or 4	73/150 (48.7)	74/156 (47.4)

Characteristic	Arm A: Nephrectomy + sunitinib (N = 226)	Arm B: Sunitinib alone (N = 224)
Median size of primary tumor, mm (range)	88 (6-200)	86 (12-190)
Median number of metastatic sites, n (range)	2 (1-5)	2 (1-5)
Tumor burden* by RECIST v1.1, mm (range)	140 (23-399)	144 (39-313)
Location of metastases, n (%)		
Lung	172 (79)	161 (73)
Bone	78 (36)	82 (37)
Lymph nodes	76 (35)	86 (39)
Other	78 (36)	90 (40)

19

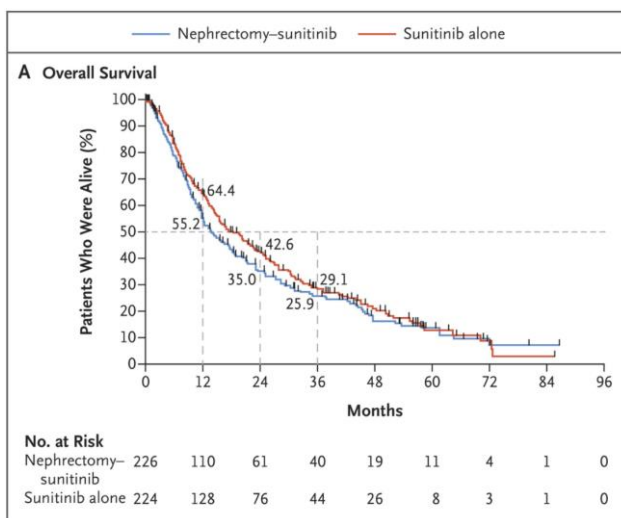
A.Mejean and al. Sunitinib alone or after nephrectomy in metastatic Renal cell carcinoma. N Engl J Med 2018;379:417-27

CARMENA (Résultats)

- Recul médian 51 mois
- 165 décès et 161 décès

SURVIE GLOBALE:

Sunitinib seul 18,4 mois
 NT + sunitinib 13,9mois



Median OS, months (95% CI)	Arm A: Nephrectomy + Sunitinib (n = 226)	Arm B: Sunitinib alone (n = 224)	HR (95% CI)
Overall	13.9 (11.8–18.3)	18.4 (14.7–23.0)	0.89 (0.71–1.10)
MSKCC intermediate risk	19.0 (12.0–28.0)	23.4 (17.0–32.0)	0.92 (0.6–1.24)
MSKCC poor risk	10.2 (9.0–14.0)	13.3 (9.0–17.0)	0.86 (0.62–1.17)

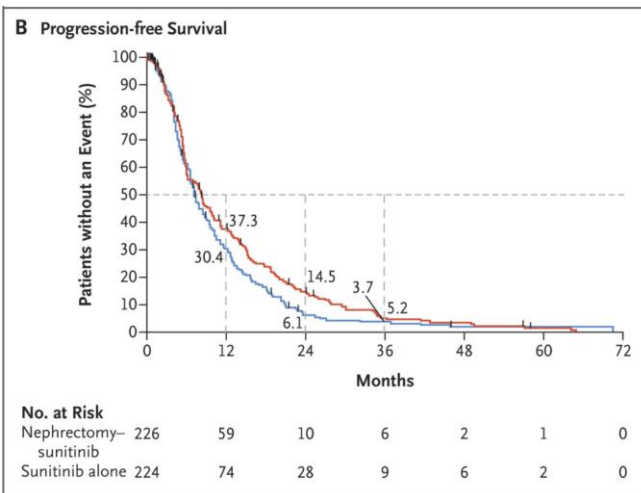
Non inferiority study ≤ 1.20

20

A.Mejean and al. Sunitinib alone or after nephrectomy in metastatic Renal cell carcinoma. N Engl J Med 2018;379:417-27

CARMENA (Résultat)

SURVIE SANS PROGRESSION



	Median PFS, months (95% CI)	HR (95% CI)
Arm A: Nephrectomy + Sunitinib (n = 226)	7.2 (6.5–8.5)	0.82 (0.67–1.00)
Arm B: Sunitinib alone (n = 224)	8.3 (6.2–9.9)	

²¹ A.Mejean and al. Sunitinib alone or after nephrectomy in metastatic Renal cell carcinoma. N Engl J Med 2018;379:417-27

CARMENA (Conclusion)

- **Le sunitinib seul n'est pas inférieur à la néphrectomie + sunitinib dans les risques intermédiaire ou mauvais**
- **Néphrectomie cytoréductrice plus recommandée chez patient de pronostic intermédiaire et mauvais non symptomatique**
- **Néphrectomie cytoréductrice si :**
 - Pronostic intermédiaire
 - Et en bon état général
 - Et faible charge métastatique
- **Interrogation sur la sélection des patients (Groupe intermédiaire)**
- **Différence IMDC et MSKCC**

CARMENA (UPDATE ASCO juin 2019)

- Suivi 61,5 mois
- Focus :
 - **Refonte selon grpe IMDC/ MSKCC : résultat identique**
 - **Sous Groupe : intermédiaires (1 critère ou 2 critères)**
 - Bras CN + Sunitinib : SG 31,4 mois (1 facteur) vs 17,6 mois (2 facteurs)
 - **Métastase**
 - OS : 1 site 23 mois vs 14,4 mois si >1 site
- CCL :
 - **Sunitinib seul n'est pas inférieur à CN suivi d'une TKI (en grpe MSKCC ou IMDC)**
 - **CN ne doit plus être considéré comme le standard grpe intermédiaire et défavorable**
 - **Mais possible si**
 - 1 seul FDR et 1 site métastatique
 - Symptomatique

Revue systématique

Review – Kidney Cancer

Systematic Review of the Role of Cytoreductive Nephrectomy in the Targeted Therapy Era and Beyond: An Individualized Approach to Metastatic Renal Cell Carcinoma

Bimal Bhindi^{a,b,*}, E. Jason Abel^c, Laurence Albiges^d, Karim Bensalah^e, Stephen A. Boorjian^a, Siamak Daneshmand^f, Jose A. Karam^g, Ross J. Mason^a, Thomas Powles^h, Axel Bexⁱ

^a Department of Urology, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA; ^b Southern Alberta Institute of Urology, Calgary, AB, Canada; ^c Department of Urology, University of Wisconsin, Madison, WI, USA; ^d Department of Medical Oncology, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France; ^e Department of Urology, University of Rennes, Rennes, France; ^f Institute of Urology, USC/Norris Comprehensive Cancer Center, Los Angeles, CA, USA; ^g Department of Urology, University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, TX, USA; ^h Barts Cancer Institute, Queen Mary University of London, London, UK; ⁱ Department of Urology, The Netherlands Cancer Institute, Amsterdam, The Netherlands

10 études évaluant CN et OS

- Sunitinib +++
- Pas de bénéfice si mauvais pronostic et mauvais PS
- Bénéfice SG si bon/ intermédiaire pronostic et bon PS

18 études évaluant morbidité et CN

- Tx de complication et mortalité opératoire similaire si CN immédiate ou différée
- 12 à 30% pas de TTT systémique après CN (progression/ complications post op)

24

Hindi and al. Eur Urol. 2019 Jan;75(1):111-128;

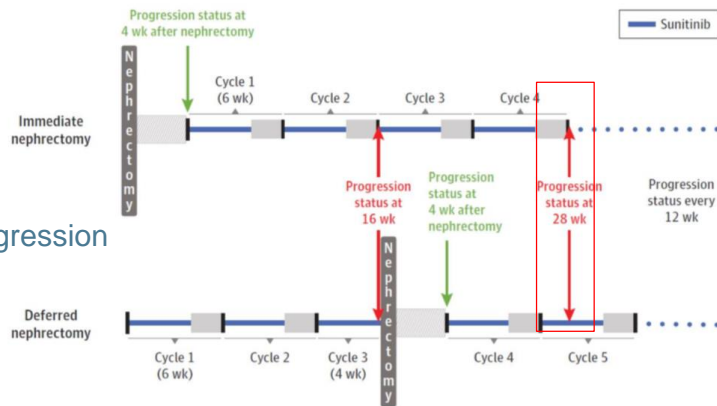
ETUDE SURTIME: Moment optimal ?

JAMA Oncology | Original Investigation

Comparison of Immediate vs Deferred Cytoreductive Nephrectomy in Patients with Synchronous Metastatic Renal Cell Carcinoma Receiving Sunitinib The SURTIME Randomized Clinical Trial

Axel Bex, MD, PhD, Peter Mulders, MD, PhD, Michael Jewett, MD, John Wagstaff, MD, Johannes V van Thienen, MD, PhD, Christian U. Blank, MD, PhD, Roland van Velthoven, MD, PhD, Maria del Pilar Laguna, MD, PhD, Lori Wood, MD, PhD, Harm H. E. van Melick, MD, PhD, Maureen J. Aarts, MD, PhD, J. B. Lattouf, MD, Thomas Powles, MD, Iqbal Jan de Jong, MD, PhD, Sylvie Rottey, MD, PhD, Bertrand Tombal, MD, PhD, Sandrine Marreaud, MD, Sandra Collette, MSc, Laurence Collette, PhD, John Haanen, MD

Figure 1. Trial Design



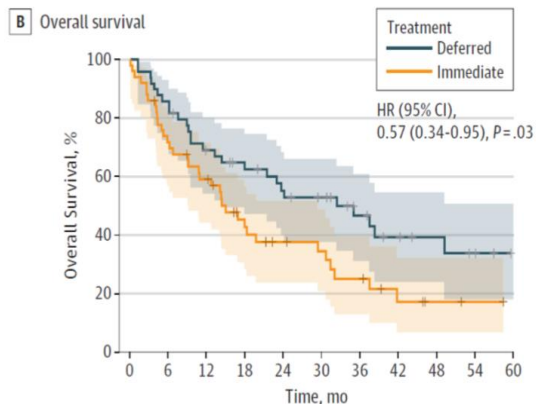
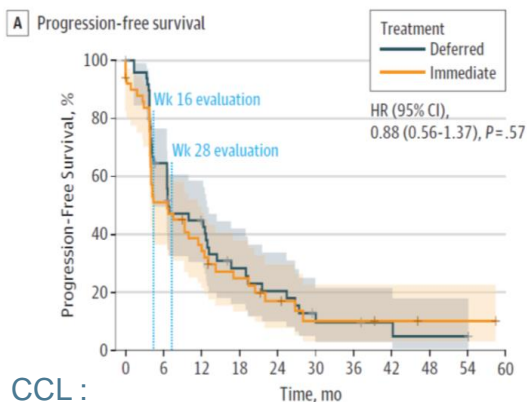
Essai randomisé

- 99 patients
- 19 centres
- Survie sans progression à 28 semaines

25

Axel Bex and al. The SURTIME Randomized Clinical Trial. JAMA Oncology, 2019;5(2):164-170.

ETUDE SURTIME (résultats)



CCL :

- PFS comparable à 28 semaines (42% vs 42,9%)
- SG (stratifié selon l'état général et en intention de traiter)
32 mois TTT systémique avant néphrectomie
15,1 mois néphrectomie puis TTT systémique

TTT sunitinib av NT améliore les résultats chez les M+ par rapport à NT immédiate suivie d'un traitement par sunitinib

26

Axel Bex and al. The SURTIME Randomized Clinical Trial. JAMA Oncology, 2019;5(2):164-170

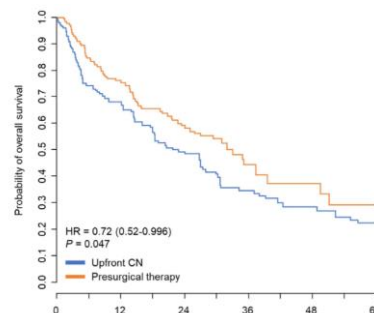
Méta-analyse

Deferred Cytoreductive Nephrectomy Following Presurgical Vascular Endothelial Growth Factor Receptor-targeted Therapy in Patients with Primary Metastatic Clear Cell Renal Cell Carcinoma: A Pooled Analysis of Prospective Trial Data

Roderick de Bruijn^a, Akhila Wimalasingham^b, Bernadett Szabados^b, Grant D. Stewart^c, Sarah J. Welsh^d, Teele Kuusk^e, Christian Blank^f, John Haanen^f, Tobias Klatter^{g,h}, Michael Staehlerⁱ, Thomas Powles^b, Axel Bex^{a,e,*}



- **But :**
 - **Comparer sequence TKI suivi d'une CN (n=141) vs CN suivi d'une TKi (n=131) chez patients à risque intermédiaire MSKCC (2006 à 2016)**
- **Résultats :**
 - **Survie Globale :**
 - 33 mois TKI puis CN vs 22,8 mois CN puis TKI (p<0,05)
- **CCL :**
 - **Risque intermédiaire (MSKCC),**
 - **SG : TKi puis en l'absence de progression CN > CN première**



de Bruijn R, et al. Deferred Cytoreductive Nephrectomy Following Presurgical Vascular Endothelial Growth Factor Receptor-targeted Therapy in Patients with Primary Metastatic Clear Cell Renal Cell Carcinoma: A Pooled Analysis of Prospective Trial Data. Eur Urol Oncol (2020)

Recommandations AFU au temps des TKi...

Recommandations pour la néphrectomie cyto-réductrice	Grade
Chez les patients de bon pronostic, il est recommandé de proposer une néphrectomie cyto-réductrice	A
Chez les patients de mauvais pronostic, la néphrectomie cyto-réductrice n'est pas recommandée en dehors des situations palliatives	C
Chez les patients de pronostic intermédiaire, la priorité est au traitement médical et la néphrectomie cyto-réductrice n'est pas recommandée en première intention. Elle peut être discutée en réunion multi-disciplinaire en fonction des caractéristiques tumorales, de l'état général du patient et de ses préférences	C

QUID des immunothérapies

CPI +/- Cytoreductive Nephrectomy in the IO era (PROBE)

PROBE (in development):

- Treatment-naïve metastatic RCC
- Zubrod score 0-1
- Biopsy proven RCC

Stratified by

- IMDC prognostic score (inter vs high)
- Zubrod score (0 vs 1)

Arm A

3mg/kg nivo +
1mg/kg ipi q3w
for 4 doses

Nephrectomy*

480mg q4w until
progression or
unacceptable
toxicity

1:1

Arm B

3mg/kg nivo +
1mg/kg ipi q3w
for 4 doses

480mg q4w until
progression or
unacceptable
toxicity

Primary endpoint: OS

PIs: Hyung Kim, Ulka Vaishampayan

PRESENTED AT 2019 Genitourinary Cancers Symposium | #GU19
Slides are property of the author. Permission required for reuse.

Presented by: L. Harshman MD

Etude Papillaire métastatique

available at www.sciencedirect.com
journal homepage: euoncology.europeanurology.com



Cytoreductive Nephrectomy in Metastatic Papillary Renal Cell Carcinoma: Results from the International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium

Jeffrey Graham^a, J. Connor Wells^a, Frede Donskov^b, Jae Lyun Lee^c, Anna Fraccon^d, Felice Pasini^e, Camillo Porta^f, I. Alex Bowman^g, Georg A. Bjarnason^h, D. Scott Ernstⁱ, Sun Young Rha^j, Benoit Beuselinck^k, Aaron Hansen^l, Scott A. North^m, Christian K. Kollmannsbergerⁿ, Lori A. Wood^o, Ulka N. Vaishampayan^p, Sumanta K. Pal^q, Toni K. Choueiri^{r,1}, Daniel Y.C. Heng^{n,1,*}

Table 1 – Baseline characteristics for the CN and non-CN groups.

	No CN (N = 109)	CN (N = 244)	p value
Male, n (%)	86/109 (79)	173/244 (71)	0.1163
Median age (yr)	67	59	0.0001
Karnofsky performance status <80%, n/N (%)	28/90 (31)	41/214 (19)	0.0231
Diagnosis to targeted therapy <1 yr, n/N (%)	99/109 (91)	204/244 (84)	0.0723
Calcium >ULN, n/N (%)	16/89 (18)	30/193 (16)	0.6072
Hemoglobin <LLN, n/N (%)	69/99 (70)	136/216 (63)	0.2445
Neutrophils >ULN, n/N (%)	25/98 (26)	38/209 (18)	0.1383
Platelets >ULN, n/N (%)	26/98 (27)	42/213 (20)	0.1769
Histologic subtype, n/N (%)			0.902
Type 1	6/41 (14.6)	13/94 (13.8)	
Type 2	35/41 (85.4)	81/94 (86.2)	
Liver metastases, n/N (%)	21/105 (20)	50/207 (24.5)	0.4082
Bone metastases, n/N (%)	30/107 (28)	86/212 (41.5)	0.0281
Brain metastases, n/N (%)	3/106 (2.8)	5/204 (2.5%)	0.8417
More than one site of metastasis, n/N (%)	87/108 (81)	169/222 (76.1%)	0.3653
IMDC risk group, n/N (%)			0.2627
Favorable risk	4/78 (5.1)	10/175 (5.7)	
Intermediate risk	37/78 (47)	101/175 (58)	
Poor risk	37/78 (47)	64/175 (37)	

CN = cytoreductive nephrectomy; ULN = upper limit of normal; LLN = lower limit of normal; IMDC = International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium.

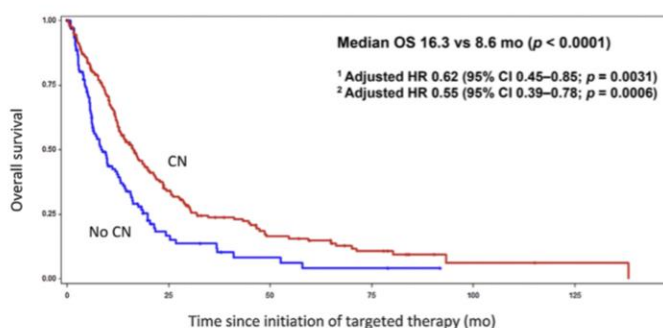
- nccRCC non inclus dans CARMENA et SURTIME
- Faible taux réponse ST dans papillaire, d'où importance potentielle de la CN dans la stratégie de la PEC du M+

Etude Papillaire métastatique

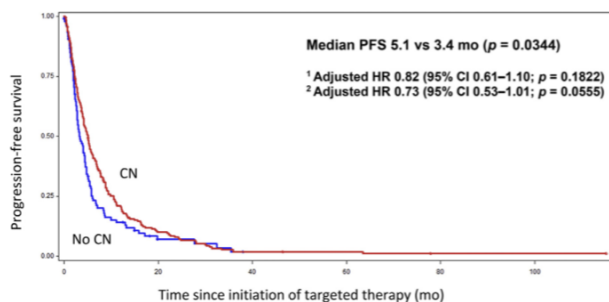
Bénéfice de la CN en balance avec complication potentiel de la chirurgie

Patient potentiel :

- Jeune
- PFS >80%
- Méta limitée
- Symptomatique
(dl, hématurie..)



¹ Adjusted for IMDC prognostic factors.
² Adjusted for IMDC prognostic factors, age, and bone metastases.



31

Chirurgie des métastases

THE LANCET
Oncology

REVIEW | VOLUME 15, ISSUE 12, PE549-E561, NOVEMBER 01, 2014

Local treatments for metastases of renal cell carcinoma: a systematic review

Saeed Dabestani, MD • Lorenzo Marconi, MD • Fabian Hofmann, MD • Fiona Stewart, MSc • Thomas B L Lam, MD
Steven E Canfield, MD • et al. [Show all authors](#)

Survie globale

Chirurgie d'exérèse : 36 à 142 mois
vs Pas chir d'exérèse : 8 à 27 mois

↘ Mortalité toutes causes confondues, quelques soit état général

Métastasectomie (poumon, foie et pancréas)

↗ Survie spécifique et globale
41 mois vs 15 mois

Métastasectomie doit être complète

1 :Dabestani and al. Local treatments for metastases of renal cell carcinoma : a systematic review. Lancet Oncol 2014;15:e549-61.

Chirurgie des métastases

- **Autres TTT locaux des métastases**
 - **Objectifs :**
 - Prévenir complications locales, TTT symptômes, différer ttt systémique, obtenir RC pr envisager pause thérapeutique
 - **Faible niveau de preuve :** radiothérapie, radiothérapie stéréotaxique, radiofréquence.
 - **Méta osseuse :**
 - Radiothérapie dose unique (>24 grays) améliore le contrôle local/ radiothérapie hypofractionnée.
 - Si visée antalgique 8 grays dose unique
 - **Méta cérébrale :** Rx stéréotaxique ou chir stéréotaxique > Rx pan-encephalique
 - **Embolisation possible si saignement ou réduction des symptômes**
 - **Rx alternative à la chir si dose biologique > 100Gy pour TTT ablatif**

Conclusion

- Chirurgie reste pierre angulaire des CCR localisés et localement avancés
- Groupe mRCC hétérogène +++
 - **Bon pronostic** : CN doit être proposée. Séquence ?
 - **Pronostic intermédiaire** : TTT systémique à privilégier (puis NT si 1 facteur IMDC)
 - **Mauvais pronostic** : TTT systémique pas de chirurgie
- Chirurgie de la métastase +++ si résection complète possible
- Quid de l'immunothérapie : Nouveaux paradigmes à venir ?