



# Réunion rétrospective et prospective en oncologie urologique

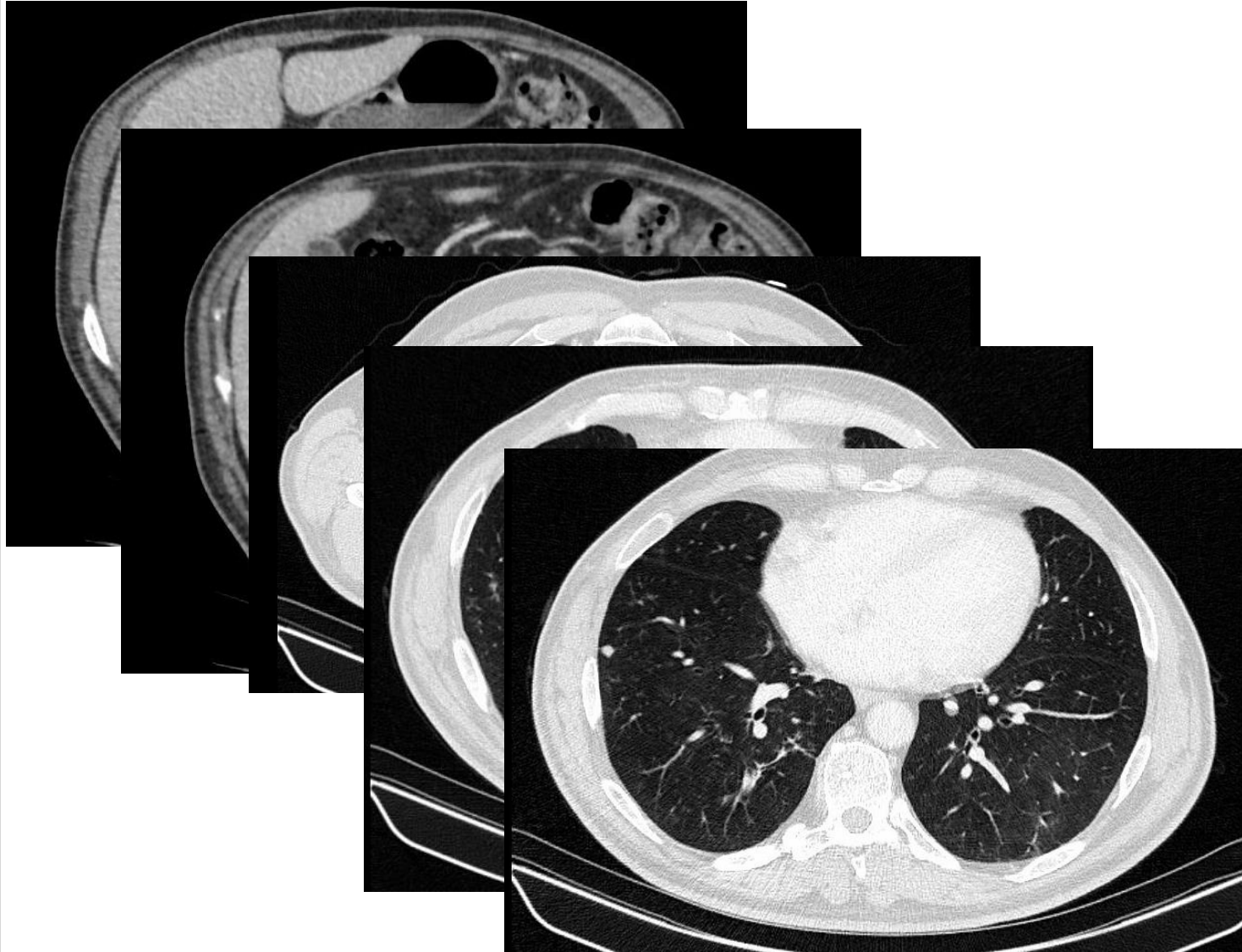
Cas clinique n° 1:  
Cancer rénal

Dr PILLET Armelle  
Le 18 décembre 2019

# Cas clinique N° 1

- Patient de 60 ans
- Antécédents:
  - Diabète de type II
  - Dyslipidémie
  - HTA
  - Orchi-épididymite gauche
  - Cure d'hydrocèle gauche
  - Intolérance au tramadol
- Hématurie, amaigrissement et asthénie, échographie puis TDM TAP en novembre 2016
- OMS=0-I
- Bilan biologique:
  - NFS: anémie à 11.5, plaquettes normales
  - Calcémie corrigée =2.45
  - LDH normaux

# Cas clinique N° 1



# Cas clinique N° 1

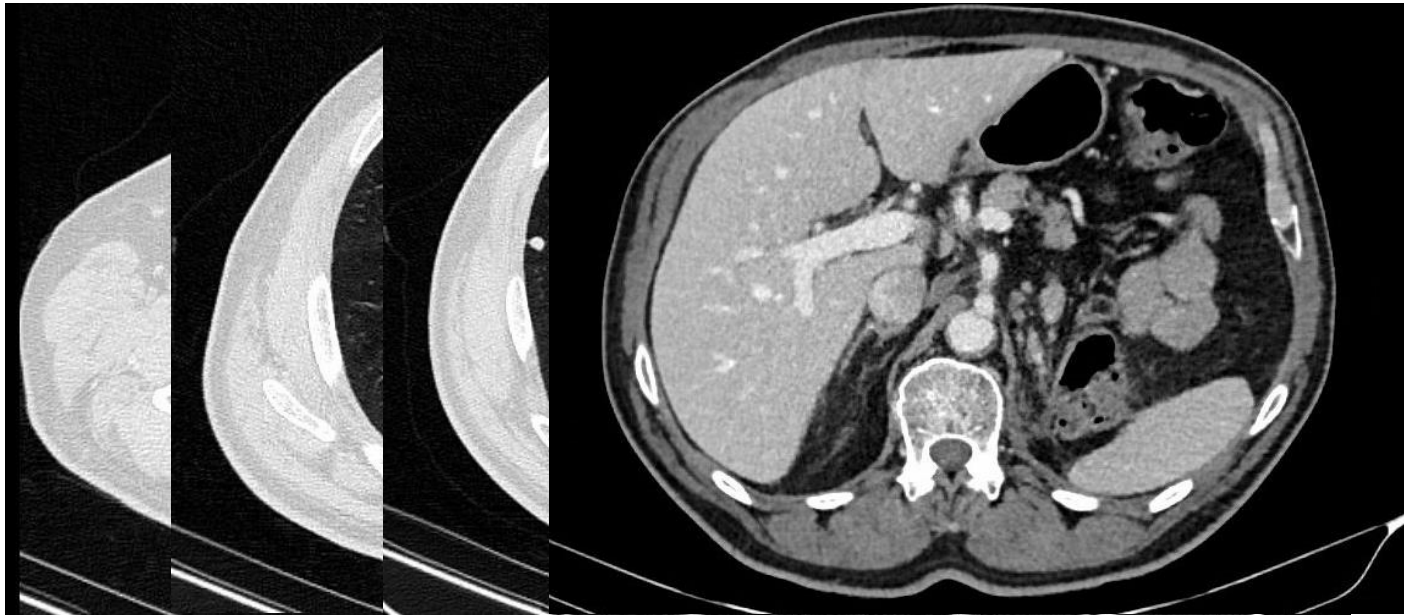
- **Classification pronostique cancer du rein métastatique :**
  - **Classification MSKCC:**
    - Indice de KARNOSFKY <80%
    - Délai entre le diagnostic et le traitement < 1 an
    - Hémoglobine < normale
    - Calcémie corrigée > normale
    - Taux de LDH > 1,5N
  - **Modèle de Heng**
    - Critères idem
    - + taux de plaquettes et de polynucléaires neutrophiles

# Cas clinique N° 1

- **Décembre 2016:**
  - Néphrectomie totale élargie gauche
  - Anapath: tumeur de 10 x 7.5 x 7 cm, carcinome à cellule claires, grade IV, nécrose estimée à 30%, avec une composante sarcomatoïde et rhabdoïde, pas d'atteinte ganglionnaire. Lésion classée pT2a
- Bilan cardiologique en janvier 2017: FEVG = 54%
- Début d'un traitement par Sunitinib

# Cas clinique N° 1

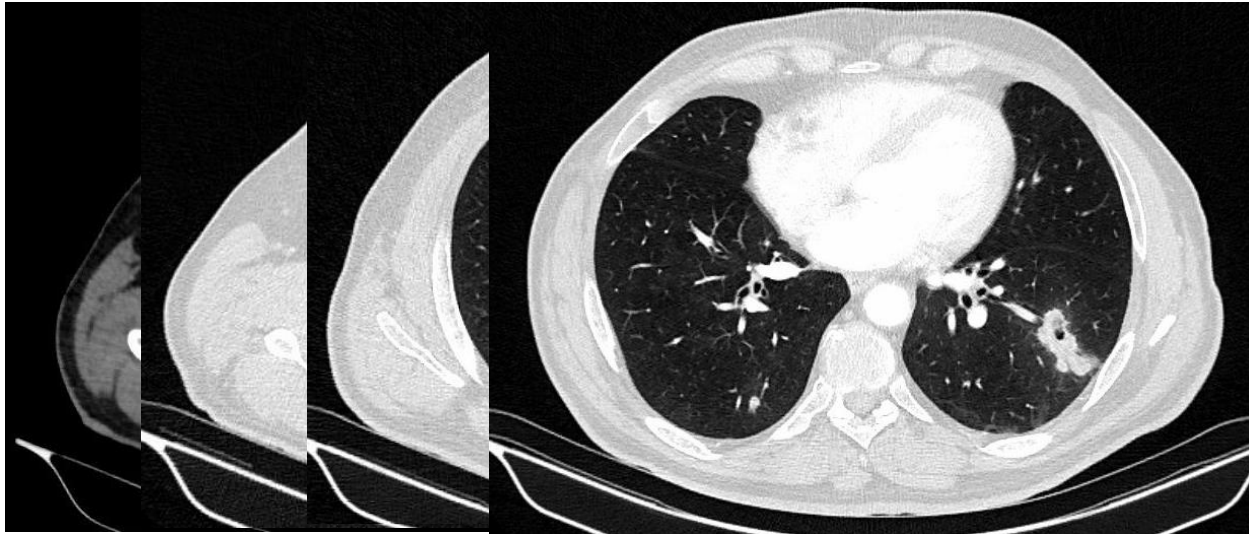
- Bilan à 2 mois:
  - TDM: micronodules pulmonaires stables, lésion lobaire inférieure gauche :en diminution (-13% selon les critères RECIST)



- Poursuite du traitement par Sunitinib

# Cas clinique N° 1

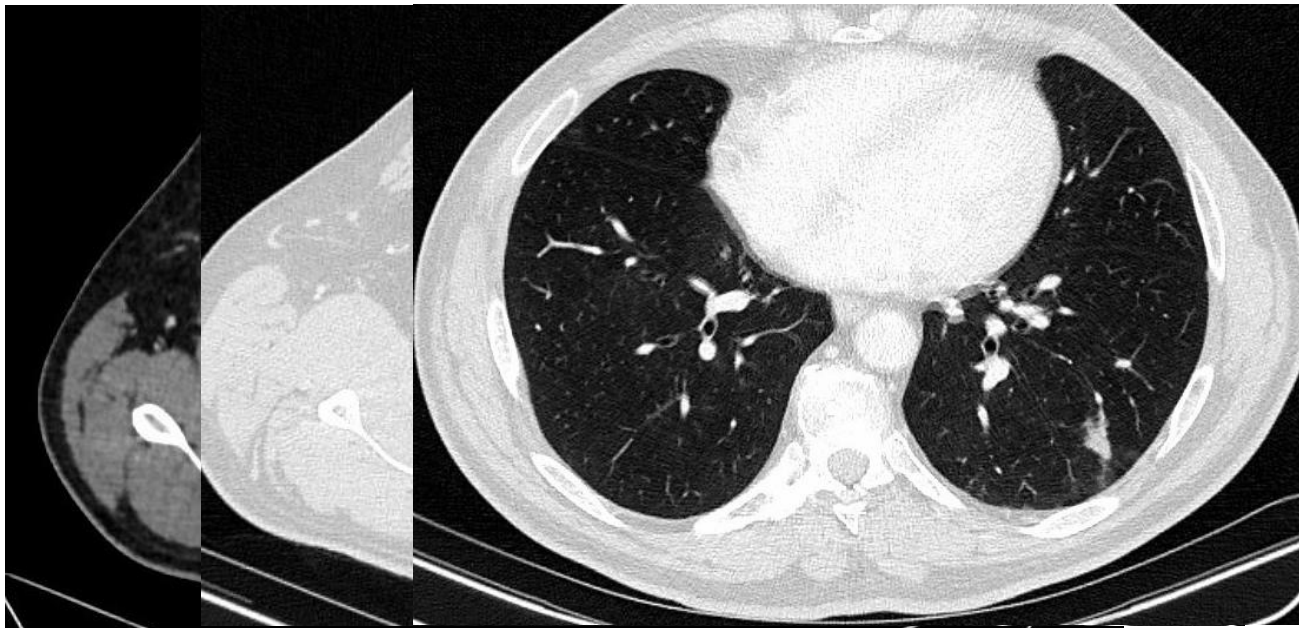
- Bilan à 5 mois:
  - TDM TAP: progression lésionnelle avec augmentation de taille d'adénomégalies médiastinales et des localisations pulmonaires secondaires, pas de lésions à l'étage sous diaphragmatique.



- Début d'un traitement par Cabozantinib à 60mg/jour en juin 2017

# Cas clinique N° 1

- Bilan à 3 mois:
  - Bonne tolérance clinique et biologique
  - TDM : diminution de volume significative des lésions secondaires pulmonaires et des adénomégalies médiastinales





# Cas clinique N° I

- Bilan ultérieurs retrouvant une stabilité lésionnelle
  - Evènements / toxicités
    - Hypothyroïdie
      - Bilan endocrinologique : hypothyroïdie périphérique induite par le traitement
      - Echographie de la thyroïde: corps thyroïdien morphologiquement normal, pas de stigmates évocateurs de thyroïdite chronique auto-immune
      - Supplémentation par Levothyrox
    - Description en novembre 2018 de dysesthésies mains et pieds avec retentissement fonctionnel
      - Bilan neurologique avec EMG: neuropathie mixte probablement diabétique et majorée par le traitement
      - IRM cérébrale: pas d'anomalie spécifique
- => Devant la bonne réponse au scanner décision de réaliser une pause thérapeutique

# Cas clinique N° 1

- **Bilan en février 2019:**
  - Régression quasi complète de la neuropathie périphérique à l'arrêt du traitement
  - Progression lésionnelle (pulmonaire: progression lésion cibles et apparition de nouvelles lésions)
  - Début d'un traitement par immunothérapie: Nivolumab 240mg J1 J15 puis 480 mg 1 fois / mois
  
- **Evaluation à 3 mois :**
  - Bonne tolérance au traitement, quelques arthralgies
  - TDM : régression significative des lésions pulmonaires

**Patient actuellement toujours sous Nivolumab, avec une stabilité lésionnelle sur les bilans ultérieurs**