

# COMMENT RÉALISER LE BILAN PRÉ-OPÉRATOIRE D'EXTENSION D'UN ADÉNOCARCINOME DU REIN EN 1987

A. BRESSON, D. RÉGENT, M. CLAUDON  
M. BRAUN, C. BAZIN, A. TRÉHEUX\*

Représentant 85 à 90 % des tumeurs malignes primitives du rein, l'adénocarcinome rénal a largement bénéficié tant pour son dépistage que pour son bilan pré-opératoire d'extension des progrès récents de l'imagerie médicale. Les indications des explorations vasculaires sont devenues exceptionnelles alors que la place de l'échographie et surtout de la scanographie (en attendant celle de l'IRM) s'est considérablement accrue. Le bilan pré-opératoire permet de poser au mieux les indications thérapeutiques, dominées par la chirurgie qui reste le seul traitement curatif envisageable.

## I - HISTOIRE NATURELLE DU DÉVELOPPEMENT DE L'ADÉNOCARCINOME RÉNAL

Ayant une croissance le plus souvent lente, la symptomatologie clinique révélatrice tardive permet de découvrir une tumeur déjà volumineuse dans une majorité de cas. La découverte fortuite lors d'un examen échographique pour une symptomatologie extra-urinaire en particulier digestive est de plus en plus fréquente (au moins 20 % des cas). Macroscopiquement, l'adénocarcinome du rein se présente soit sous forme nodulaire soit sous un aspect infiltrant qui est en fait souvent l'évolution de la précédente.

\* Travail du Département de Radiologie, CHU Nancy-Brabois.

L'extension tumorale s'effectue selon quatre directions :

- *Voie directe de proximité* : la tumeur se développe de manière centrifuge, déformant les contours du rein, refoulant la capsule rénale puis la rompant et envahissant alors le tissu cellulo-graisseux de l'espace péri-rénal. Secondairement, le fascia de Gerota est infiltré ; l'espace para-rénal est plus rarement atteint par le processus néoplasique qui s'étend alors par contiguité aux organes de voisinage. Le développement tumoral peut s'effectuer de manière centripète vers les cavités pyélocalicielles et est alors responsable du classique syndrome tumoral urographique. Le plus souvent la croissance tumorale est à la fois centripète et centrifuge.

- *Envahissement veineux* : l'adénocarcinome rénal présente un tropisme veineux particulier. Cet envahissement est **indépendant** de la taille de la tumeur. Il peut être macroscopique ou microscopique et varie en fonction du stade évolutif (de 5 % des cas dans les tumeurs peu étendues à 25 % des cas dans les très grosses lésions). Il peut intéresser :

- les branches d'origine de la veine rénale, dans le sinus,
- la veine rénale, partiellement dans la partie proximale de son trajet ou en totalité jusqu'à son abouchement dans la VCI,
- la veine cave inférieure, l'extension se faisant alors dans le sens du courant, parfois jusqu'à l'oreillette droite mais la propagation peut également

s'effectuer de manière rétrograde vers la veine rénale contro-latérale ou les veines iliaques,

- les veines génitales et para-vertébrales.

Ce thrombus le plus souvent néoplasique peut également présenter une composante cruorique.

- *L'envahissement lymphatique*: les principaux collecteurs du rein se drainent vers la chaîne ganglionnaire latéro-aortique s'étendant de la région coeliale jusqu'à la bifurcation aortique. Des voies de drainage sont possibles vers le pelvis ou le thorax soit indirectement après relai au niveau des chaînes sus-mentionnées, soit beaucoup plus rarement directement. La fréquence de l'envahissement ganglionnaire varie de 9 à 23 % selon les séries et le stade évolutif. Seul l'examen microscopique permet d'affirmer l'envahissement néoplasique.

- *L'extension canalaire dans la voie excrétrice* est exceptionnelle.

Les métastases intéressent principalement, mais pas exclusivement, le poumon, les os, le foie, les surrénales, le rein contro-latéral, le cerveau.

Le bilan radiologique doit permettre une stadification pré-opératoire qui aura un intérêt pronostique pré-thérapeutique, ceci en attendant les constatations in situ du chirurgien et de l'anatomopathologiste mais déterminera surtout dans l'immédiat le choix de la tactique opératoire.

Les différentes méthodes d'imagerie doivent préciser:

- la topographie de la tumeur, ses dimensions;
- l'existence d'une extension à la graisse péri-rénale ou aux espaces para-rénaux, l'atteinte éventuelle d'un organe de voisinage;
- l'état du pédicule vasculaire, l'obstruction par un thrombus de la veine rénale et éventuellement de la veine cave inférieure, l'importance de l'atteinte de cette dernière, la topographie du thrombus par rapport à l'oreillette droite;
- la présence d'adénopathies et leur topographie;
- l'existence de métastases, leur caractère unique ou multiple, leur localisation;
- l'état fonctionnel du rein contro-latéral.

Différentes classifications ont été proposées, celle de ROBSON (17) est la plus usitée. Elle définit 4 stades:

- **Stade I**: tumeur localisée au rein sans extension extra-capsulaire.
- **Stade II**: tumeur envahissant la graisse péri-rénale mais ne dépassant pas le fascia de Gerota.
- **Stade III**: III a: tumeur s'étendant à la veine

rénale et/ou à la veine cave inférieure, III b: extension ganglionnaire, III c: extension mixte, veineuse et ganglionnaire.

- **Stade IV**: IV a: extension tumorale aux organes de voisinage, glande surrénale exceptée, IV b: métastases à distance.

La répartition et les résultats thérapeutiques de quelques séries chirurgicales récentes sont rapportés dans le tableau I

TABLEAU I

		ROBSON 1969	CHATELAIN* 1980	BRONSTEIN* 1979	SKINNER 1972	HOLLARD 1981
	Années	86 cas	168 cas	120 cas	309 cas	179 cas
Stade I	1-3	73 % (3 ans)	81 % (2 ans)	98 % (1 an)	-	-
	5	66 %	71 %	83 %	65 %	67,7 %
	10	60 %	(65) %	59 %	56 %	34,5 %
	1-3	67 %	95 %	84 %	-	-
Stade II	5	64 %	77 %	84 %	47 %	67,7 %
	10	67 %	(77) %	-	20 %	-
	1-3	59 %	62 %	69 %	-	-
Stade III	5	42 %	48 %	53 %	51 %	11,3 %
	10	38 %	(38) %	-	37 %	-
	1-3	25 %	31 %	27 %	-	-
Stade IV	5	11 %	23 %	-	8 %	3 %
	10	0 %	(12) %	-	7 %	-

\* Taux de survie après néphrectomie élargie pour adénocarcinome rénal, selon les stades de ROBSON et calculés selon la méthode actuarielle

## II - BILAN D'EXTENSION PRÉ-OPÉRATOIRE ET IMAGERIE DE L'ADÉNOCARCINOME DU REIN

### A) Extension à l'espace péri-rénal

L'extension à la graisse péri-rénale du processus tumoral s'accompagne, dans la plupart des séries, d'une discrète diminution des probabilités de survie (cf tableau I).

- *L'artériographie* ne permet pas d'apprécier de manière satisfaisante cette extension.

- MICHEL (12) considère que l'échographie peut fournir de précieux renseignements sur l'extension extra-capsulaire et WEILL (20) rapporte comme signe d'extension directe au péri-rein « la disparition de l'image de la graisse rétro-péritonéale » et « la disparition de la mobilité respiratoire » de l'organe. Il faut cependant constater que la plupart des séries publiées font état de piètres performances de l'échographie