

Fait clinique

Cancer du rein avec thrombus cave type B de Kearney

Rakotosamimanana J^{*1}, Rajaonahary TMA², Rakototiana AF¹, Rantomalala HYH¹

¹ Service d'Urologie, CHU-JRA Ampefiloha, BP 4150 Antananarivo, Madagascar

² Service de Chirurgie Viscérale A, CHU-JRA Ampefiloha, BP 4150 Antananarivo, Madagascar



Résumé

L'envahissement néoplasique de la veine cave inférieure est une complication rare puisqu'il survient dans 4 à 10% des cancers du rein. Les auteurs rapportent un cas de cancer du rein droit avec thrombus de la veine cave inférieure. La circonstance de découverte était une masse abdominale évoluant depuis plusieurs mois. Le scanner abdominal montrait une tumeur suspecte du rein droit avec thrombus cave type B de Kearney. Une néphrectomie droite radicale et une thrombectomie cave étaient indiquées. Il y avait concordance entre les données du scanner et les constatations per opératoires. En absence d'envahissement pariétal veineux, la thrombectomie est bien faisable. La chirurgie du cancer du rein avec thrombus cave de type B de Kearney est réalisable par voie abdominale.

Mots-clés: Cancer du Rein; Chirurgie; Thrombus cave

Abstract

Titre en anglais: Renal cell carcinoma with cava thrombus type B of Kearney

Thrombus tumor extending to inferior vena cava is uncommon and is present in 4% to 10% of patients with renal cell carcinoma. Authors report a case of right renal cell carcinoma with thrombus of the inferior vena cava. Abdominal mass was the presenting symptom. Abdominal computerized tomography scan showed suspect right kidney tumor and inferior vena cava thrombus, type B on Kearney classification. Radical right nephrectomy and thrombectomy were indicated. The result of computerized tomography was in concordance with operatory findings. Without inferior vena cava wall invasion, thrombectomy was able to be made. Surgery of renal cell carcinoma with thrombus cave type B of Kearney is practicable through transabdominal approach.

Keywords: Renal cell carcinoma; Surgery; Vena cava thrombus

Introduction

L'envahissement néoplasique de la veine cave inférieure (VCI) par le cancer du rein est une complication rare puisqu'il survient dans 4 à 10% des cancers du rein [1]. A propos d'un cas et d'une revue de littérature, les points essentiels concernant les difficultés diagnostiques et les modalités thérapeutiques de cette complication seront soulevées.

Observation

Il s'agissait d'un homme de 50 ans qui était admis en urologie pour une masse abdominale évoluant depuis plusieurs mois. A l'examen clinique, cette masse était caractérisée par un contact lombaire positif. Le foie était de volume normal. Il n'y avait pas d'ascite ni de syndrome de compression (œdème des membres inférieurs, varicocèle). Sur le plan biologique, le taux des transaminases était normal attestant un bon retour veineux sus hépatique. Le scanner abdominal montrait un cancer rénal droit probable associé à un thrombus cave (Figure 1). L'extrémité supérieure du thrombus était retro-hépatique, restant en amont de la terminaison des veines sus hépatiques, donc de type B selon la classification de Kearney (Figure 2) [2]. L'indication opératoire était posée. La voie d'abord était bi-sous-costale en chevron. Après mobilisation du lobe droit du foie par section des ligaments triangulaires et coronaires droit (manœuvre de Langenbuch), la VCI était visualisée. Elle était dilatée (40mm). Un contrôle premier de la VCI au-dessus du thrombus, dans son segment inter hépato-diaphragmatique et au-dessous des veines rénales,

était effectué. La veine rénale saine était clampée et un clampage en masse du pédicule hépatique dans le bord libre du petit épiploon (manœuvre de Pringle) supprimait le flux veineux provenant des veines sus-hépatique. Une veinotomie linéaire était ensuite réalisée permettant l'extraction du thrombus flottant. La cavotomie était fermée au surjet. Puis, le rein droit était disséqué et une néphrectomie totale élargie était pratiquée. L'examen anatomo-pathologique concluait en un carcinome à cellules claires et permettait de classer ce cas en pT2N1M0. Les suites opératoires étaient simples. Le patient sortait du service après 10 jours d'hospitalisation. Il était revu tous les six mois pour contrôle clinico-biologique. Une carcinose péritonéale émaillait rapidement l'évolution amenant son décès deux ans après l'intervention.

Discussion

La chirurgie du cancer du rein avec thrombus de la VCI demeure un challenge opératoire [3]. Indépendamment de la classification du thrombus, il est évident que l'extension du thrombus en rétro-hépatique constitue une difficulté majeure car l'abord et le contrôle de cette portion de la VCI n'est pas évident. Dans notre observation, le scanner avait permis de bien situer le thrombus et il y avait eu une bonne concordance entre l'imagerie et les constatations per opératoires quant au niveau du thrombus cave, ce qui n'est pas toujours le cas. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) apporte beaucoup plus de précision dans l'évaluation de la veine rénale et/ou de la VCI pour détecter le thrombus et son extension proximale [4]. L'extension à la paroi veineuse constitue un élément pronostique et son appréciation est essentielle mais difficile en pratique. Aucun examen d'imagerie ne permet de répondre à cette question avec une bonne spécificité. Le

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: j.rakotosamimanana@hotmail.com

¹ Adresse actuelle: Service d'Urologie, CHU-JRA Ampefiloha, BP 4150 Antananarivo, Madagascar



Fig. 1: Scanner abdominal injecté: tumeur du rein droit et thrombus cave

diamètre de la VCI supérieur à 40mm est un élément d'orientation [1]. Bien que le diamètre de la VCI constaté en per opératoire fût supérieur à 40mm, il n'y avait pas d'adhérence pariétale. A l'extraction du bourgeon, le doigt avait trouvé un plan de clivage entre le bourgeon et la paroi endo-veineuse. Ceci rejoint les observations de Scetbon qui a noté l'absence quasi constante d'adhérence du tissu tumoral à la paroi cave. Même en cas d'obstruction complète, il persiste un plan de clivage [5]. Ainsi, a majorité des bourgeons flottent dans la lumière cave et n'adhèrent pas à la paroi vasculaire ou adhèrent uniquement à proximité de l'ostium de la veine rénale [6]. Gohji, sur 18 patients, a noté que lorsque le diamètre de la veine cave était supérieur à 4cm, 100% des patients présentaient une atteinte de la paroi veineuse nécessitant une cavectomie. En effet seule l'excision totale de la tumeur peut être curatrice [7]. Historiquement, la tumeur du rein associé au thrombus cave était dissuasive pour la chirurgie. Cette observation vient illustrer d'une part que la mobilisation hépatique donne une excellente exposition de la veine cave inférieure dans sa portion rétro-hépatique, facilite son contrôle et réduit le risque hémorragique per opératoire. D'autre part elle confirme le rôle primordial de la chirurgie dans le traitement du cancer du rein. L'évolution défavorable découle de l'agressivité de la tumeur en rapport avec son type histologique et du caractère péjoratif de l'envahissement cave.

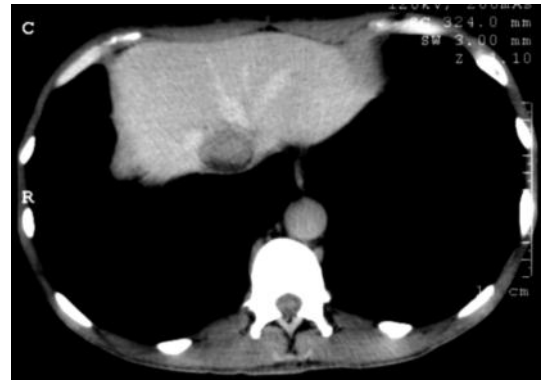


Fig. 2: Scanner abdominal injecté: limite supérieure du thrombus cave

Conclusion

La chirurgie du cancer du rein associé à un thrombus de la veine Cave type B de Kearney est faisable. Le scanner abdominal avait permis d'évaluer la hauteur du bourgeon tumoral donc de guider la technique opératoire. L'absence d'adhérence du tissu tumoral à la paroi cave facilite l'extraction du thrombus après contrôle proximal de la VCI.

Références

- 1- Coulange C, Hardwigen J, Le Treut P. Cancer du rein: gestion du thrombus veineux. *Ann Urol* 2006; 40 Suppl 3: S77-81.
- 2- Kearney GP, Water WB, Klein LA, Richie JR, Gittes RF. Results of inferior vena cava resection for renal cell carcinoma. *J Urol* 1981; 125: 769-73.
- 3- Vaidya A, Ciancio G, Soloway M. Surgical techniques for treating a renal neoplasm invading the inferior vena cava. *J Urol* 2003; 169: 435-44.
- 4- Oto A, Herts BR, Remer EM, Novick AC. Inferior vena cava tumor thrombus in renal cell carcinoma: staging by MR imaging and impact on surgical treatment. *AJR Am J Roentgenol* 1998; 171: 1619-24.
- 5- Scetbon V. Thrombose de la veine rénale et de la veine cave dans les cancers du rein. Diagnostic et traitement chirurgical. *J Urol Nephrol* 1970; 76: 585-606.
- 6- Lang H, Jacqmin D. Envahissement cave au cours des cancers du rein: Technique et tactique chirurgicales. *Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Techniques chirurgicales, Urologie*, 41-020, 1997, 5p.
- 7- Gohji K, Yamasihita C, Ueno K, Shimogaki H, Kamidono S. Preoperative computerized tomography detection of extensive invasion of the inferior vena cava by renal cell carcinoma: possible indication for resection with partial cardiopulmonary bypass and patch grafting. *J Urol* 1994; 152: 1993-6.