

RENAL CANCER

Template

1. Classification : TNM, stade, stratification par facteurs de risque
2. Traitement :
 - 2.1 Stade I, II, III
 - 2.2 Stade IV avec oligo- métastases
3. Stage IV. Première ligne pour des patients avec clear cell carcinoma et multiples métastases
 - 3.1 Groupe de faible risqué ou risqué intermédiaire selon les critères Heng
 - 3.2 Groupe de haut risque selon les critères Heng
4. 2eme ligne pour des patients avec clear cell carcinoma et multiples métastases
 - 4.1 Après échec de immunothérapie en 1ere ligne
 - 4.2 Après échec de thérapie ciblée en 1ere ligne
5. >3eme ligne pour des patients avec clear cell carcinoma et multiples métastases
6. Histologie autre que clear cell
 - 6.1 Papillary Carcinoma
 - 6.2 Carcinoma avec composante sarcomatoide
7. Etudes cliniques

1.0 Classification

TNM

T (tumeur)

« Tx » : non déterminée non évaluable

« T0 » : pas de tumeur primitive

« T1 » : limitée au rein et 7 cm envahissement de la sous-muqueuse

« T1a » : < 4 cm

« T1b » : > 4 et < 7 cm

« T2 » : limitée au rein et > 7 cm

« T3 »

« T3a » : envahissement de la graisse péri-rénale et/ou de la surrénale

« T3b » : envahissement de la veine rénale et/ou de la veine cave inférieure sous-diaphragmatique

« T3c » : envahissement de la veine cave inférieure sus-diaphragmatique

« T4 » : franchissement du fascia de Gerota

N (adénopathies régionales)

« Nx » : non déterminé

« N0 » : pas de métastase ganglionnaire

« N1 » : métastase au niveau d'un ganglion unique

« N2 » : métastases au niveau de plusieurs ganglions

M (métastases à distance)

« M0 » : pas de métastase

« M1 » : métastase(s) à distance

GROUPING (TNM)

Stade I: T1N0M0, 90%* 5-year survival.

Stade II: T2N0M0, 75% 5-year survival.

Stade III: T1-2N1M0; T3a-cN0-1M0, 65% 5-year survival.

Stade IV: T4N0-1M0; anyTN2M0, anyTanyNM1, 20% 5-year survival.

Facteurs pronostiques établies par le Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC)

- (a) temps du diagnostic jusqu'à l'initiation du traitement < 1 year,
- (b) Karnofsky performance status (KPS) < 80%,
- (c) PLTS > ULN
- (d) corrected serum calcium >10mg/dl, and
- (e) Hemoglobine < lower limit of normal (LLN)
- (g) PMN > ULN

Faible Risque: 0 facteurs pronostiques. Median overall survival (OS) de 37mois.

Risque intermedia ire : 1-2 facteurs pronostiques. Median OS de 28.5 mois.

Haut risque: 3-5 facteurs pronostiques. Median OS de 9.4 mois.

2.0 TREATEMENT

2.1 Stages I, II and III

Recommendation.

- **Nephrectomie totale** quand une chirurgie conservatrice n'est pas faisable.
- **Néphrectomie partielle** si tumeur ≤ 7 cm.
- **Tumeurs ≤ 4 cm** chez des patients non éligibles pour néphrectomie partielle une cryoablation ou un traitement local par radiofréquence pourrait être proposé.
- **Curage ganglionnaire** chez des patients qui subissent une néphrectomie totale et chez qui il y a une suspicion d'envahissement ganglionnaire.
- **Surveillance active** pourrait être considérée pour des patients avec tumeurs T1a et espérance de vie courte à cause de leur âge ou leurs comorbidités.
- **Indication pour un traitement adjuvant** : Pembrolizumab 200mg 1q/3sem **pour les patients haut risque de récidence (pT3, 4, N1/2, marges positives)**

- Traitement neo adjuvant uniquement dans le cadre d'une étude Clinique

2.2 Stage IV

Patients avec oligo-métastases

Recommandation.

- Exérèse des métastases surtout si il y a une métastase unique et au niveau pulmonaire
- Néphrectomie totale (cytroreduction) dans les cas des patients avec un bon performance status, tumeurs volumineuses et symptomatiques sans ayant des symptômes venant des sites métastatiques.
- Pas d'indication pour traitement adjuvant post exérèse des métastases.
- Etude clinique si disponible.

3.0 Stage IV

1ere ligne pour des patients avec clear cell carcinoma et multiples métastases

3.1 Groupe de faible risque selon les critères Heng

Recommandation.

- Etude clinique si disponible
- Pembrolizumab 200mg toutes les 3 semaines + Axitinib 10mg/j
- Alternatives: sunitinib, 50 mg PO, pazopanib, 800 mg PO daily si contra indication pour immunothérapie

-

3.1 Groupe de risque intermédiaire selon les critères Heng

Recommandation.

- Etude clinique si disponible
- Nivolumab 3mg/kg IV + Ipilimumab 1mg/kg (4 doses de ipilimumab au total)
- Pembrolizumab 200mg toutes les 3 semaines + Axitinib 10mg/j
- Alternatives: sunitinib, 50 mg PO, pazopanib, 800 mg PO daily si contra indication pour immunothérapie

3.1 Groupe de haut risque selon les critères Heng

Recommandation.

- Etude clinique si disponible
- Nivolumab 3mg/kg IV + Ipilimumab 1mg/kg (4 doses de ipilimumab au total)
- Pembrolizumab 200mg toutes les 3 semaines + Axitinib 10mg/j
- Alternatives: sunitinib, 50 mg PO, pazopanib, 800 mg PO daily si contra indication pour immunothérapie

4.0 2eme ligne pour des patients avec clear cell carcinoma et multiples métastases

Recommandation.

- Etude clinique
- Cabozantinib 60mg x1
- Axitinib, 5 mg PO 2x/j ou

- Pazopanib, 800 mg PO 1x/j (à jeun) ou
- Sunitinib, 50 mg PO 1x/j 4 semaines suivi de 2 semaines de repos.

5.0 >3eme ligne pour des patients avec clear cell carcinoma et multiples métastases

Recommandation.

- Etude Clinique si possible
- Everolimus 10mg 1x/j PO si pas encore reçu
- Sorafenib 400mg PO 1x/j
- Traitement supportif si patient fragile

6.0 Histologie autre que clear cell

6.1 Papillary Carcinoma

Recommandation.

- Etude Clinique
- sunitinib, 50 mg PO
- cabozantinib 60mg x1

6.2 Carcinoma avec composante sarcomatoïde

Recommandation.

- VEGF inhibitors (pazopanib, sunitinib, bevacizumab) si composante sarcomatoïde <20% de volume tumorale
- Cabozantinib 60mg en 2eme ligne
- Association Nivolumab /Ipilimumab

- **Etude clinique**