

Le traitement de référence des tumeurs de la voie excrétrice supérieure est la néphrourétérectomie totale avec l'exérèse d'une collerette vésicale. L'intervention chirurgicale débute par la réalisation d'une néphrectomie, qui se fait le plus souvent par voie coelioscopique classique, mais une assistance robotique peut également être utilisée afin de faciliter la dissection du rein. Ensuite, une voie d'abord iliaque homolatérale permet de poursuivre la dissection du bas uretère et de prélever une collerette de vessie périméatique par voie extra-vésicale ou trans-vésicale pour finalement extraire la pièce chirurgicale. Rarement, le méat urétéral peut être désinséré au préalable par voie endoscopique rétrograde afin de faciliter l'exérèse de la collerette vésicale. Malgré les progrès de la chirurgie radicale vers une voie d'abord mini-invasive, une nouvelle prise en charge conservatrice de l'unité rénale encore moins invasive s'est développée au cours de ces dernières années. Initialement réservé aux patients présentant des indications impératives, comme par exemple un rein unique, le traitement conservateur peut désormais être proposé pour la prise en charge des tumeurs de la voie excrétrice supérieure dites de bas risque. En effet, celui-ci présente une efficacité similaire à la néphrourétérectomie totale pour des patients sélectionnés avec une lésion unifocale de bas grade, <1 cm et d'aspect superficiel au scanner. Ces critères constituent actuellement les indications électives du traitement conservateur des tumeurs de la voie excrétrice supérieure. Concernant les aspects techniques, l'abord rétrograde endoscopique par urétéroscopie avec vaporisation au laser de la tumeur après biopsie est le plus souvent utilisé, que ce soit pour les lésions urétérales ou pyéliquies. Comme pour certaines tumeurs de vessie, une seconde endoscopie rétrograde dans les semaines qui suivent cette procédure peut être proposée afin d'éliminer toute tumeur résiduelle. Même si elles restent bien moins utilisées, d'autres techniques de chirurgie conservatrice sont disponibles. En particulier, la résection des tumeurs pyéliquies par voie percutanée a été abandonnée par la plupart des équipes, notamment à cause du risque élevé d'essaimage et de récurrence secondaire au niveau du trajet de ponction du rein. Cependant, l'urétérectomie segmentaire est encore pratiquée dans de nombreux centres en France et présente l'immense avantage d'être le seul traitement conservateur permettant l'exérèse complète des lésions urétérales avec une analyse histologique et une stadification précise de la pièce d'anatomopathologie. Par rapport à une voie iliaque ouverte classique, l'abord coelioscopique, notamment avec une assistance robotique permettrait d'améliorer les résultats périopératoires liés à cette intervention. Après une chirurgie conservatrice, quelle que soit la technique utilisée, le rôle des instillations de l'arbre urinaire avec une chimiothérapie ou du BCG reste encore à définir précisément. En effet, contrairement à la vessie, le rein et l'uretère sont des organes de passage, rendant le temps de contact entre l'urine contenant les agents thérapeutiques et la muqueuse urothéliale très court. Ainsi, un gel de mitomycine C est en cours de développement afin de limiter ce problème. Par ailleurs, plusieurs techniques d'instillations du haut appareil urinaire, incluant l'abord percutané antégrade par néphrostomie et l'abord rétrograde par sonde urétérale ou reflux vésico urétéral sur sonde double JJ en place, ont été décrits dans la littérature sans qu'une d'entre elles ne soit devenu la référence à l'heure actuelle. Finalement, en transposant les résultats obtenus après néphrourétérectomie totale, la réalisation d'une instillation endovésicale de mitomycine C après traitement conservateur pourrait permettre de diminuer le risque de récurrence intravésicale des tumeurs de la voie excrétrice supérieure même si cela reste à démontrer de manière formelle. En conclusion, le traitement des tumeurs de la voie excrétrice supérieure évolue de plus en plus vers une prise en charge mini-invasive et conservatrice de l'unité rénale chaque fois que cela paraît possible. Comme dans le reste du domaine de la cancérologie, la personnalisation du traitement chirurgical de ces tumeurs semble être devenu un élément clef de ce qui fait désormais parti d'une prise en charge adaptée au risque évolutif.