

Le Cancer Du Rein

Le Cancer Du Rein

If you ally compulsion such a referred **Le Cancer Du Rein** book that will offer you worth, acquire the certainly best seller from us currently from several preferred authors. If you desire to hilarious books, lots of novels, tale, jokes, and more fictions collections are also launched, from best seller to one of the most current released.

You may not be perplexed to enjoy every books collections Le Cancer Du Rein that we will utterly offer. It is not going on for the costs. Its more or less what you habit currently. This Le Cancer Du Rein, as one of the most effective sellers here will agreed be accompanied by the best options to review.

<i>Le Cancer Du Rein</i>	<i>Downloaded from jonianfriendstv.org by guest</i>
MELINA O'DONNELL	

Traitement du cancer du rein par radiofréquence John Libbey Eurotext

En France, le cancer du rein est le troisième cancer urologique et représente environ 3 % des tumeurs malignes de l'adulte. Grâce à une meilleure compréhension des voies pro-oncogéniques, notamment celles du VEGF et de mTOR, la prise en charge du cancer du rein métastatique a vécu une véritable révolution. Ainsi, cinq thérapies ciblées ont été commercialisées après avoir démontré leur efficacité : le sunitinib et le sorafénib, inhibiteurs de tyrosine kinase (TKI) anti-VEGF, le bevacizumab, anticorps monoclonal anti-VEGF, le temsirolimus et l'évérolimus, inhibiteurs de mTOR. La plupart de ces thérapies ciblées sont disponibles à l'officine. Le pharmacien d'officine participe à la prise en charge des patients via la dispensation et les conseils associés. Notre étude rétrospective monocentrique a pour objectif d'évaluer l'efficacité, la tolérance et le coût des thérapies ciblées dans le cancer du rein métastatique à cellules claires. 80 patients ont été inclus, dont 63 % étaient métastatiques d'emblée. Ils ont reçu en moyenne trois lignes de traitement. La survie globale est estimée à 21 mois [13-29], la survie sans progression pour la première ligne de traitement à 8 mois [5-12]. Les thérapies ciblées sont globalement bien tolérées avec peu d'adaptation de posologie et, des changements de ligne thérapeutique principalement liés à une progression de la maladie. Le coût de la prise en charge est estimé à 33 250 + ou - 35 318 euros, dont les deux tiers sont liées au coût des thérapies ciblées.

Thérapies ciblées dans la prise en charge du cancer du rein métastatique Ellipses Marketing

La prise en charge du cancer rénal a été profondément modifiée ces cinq dernières années. Le diagnostic, devenu de plus en plus précis, permet de distinguer plusieurs types de cancers du rein au pronostic très variable. La génétique permet désormais de détecter des formes familiales du cancer du rein : ainsi elle contribue à améliorer le dépistage précoce des patients à risque. Mais c’est surtout concernant les traitements que les changements ont été les plus marquants tant sur le plan chirurgical que médical. Plus ciblés, plus précis, mieux tolérés, plus faciles à utiliser, ces traitements ont non seulement amélioré les taux de survie mais offrent un espoir sans précédent de contrôler les maladies cancéreuses avec une meilleure tolérance. Il reste cependant encore de très nombreuses questions à élucider par la recherche médicale. Ce guide pratique permettra aux patients atteints de cette maladie et nà leurs proches de trouver les réponses aux questions légitimes qu’ils se posent. Mieux informés, mieux renseignés, ils seront mieux armés pour répondre aux traitements. Ce guide illustré sera également un auxiliaire précieux pour le médecin dans sa pratique quotidienne et son souci de répondre avec le plus de franchise, de simplicité et d’expertise aux questions de ses patients sur le cancer du rein.

Le cancer du rein de l'adulte John Libbey Eurotext

Une meilleure connaissance de l'épidémiologie, des caractéristiques pathologiques, des cibles moléculaires couplés à des progrès des moyens d’imagerie ont conduit à des évolutions considérables dans la prise en charge des cancer du rein. Les tumeurs localisées sont découvertes à un stade plus précoce. Le concept de surveillance active émerge. Des traitements mini-invasifs comme la cryothérapie ou la radiofréquence pour des cas sélectionnés sont maintenant accessibles. Les indications de la néphrectomie partielle ouverte élective s’élargissent et la néphrectomie partielle laparoscopique puis robotique sont en cours d’évaluation. Longtemps confrontée aux limites de l’immunothérapie, la prise en charge des stades métastatiques est en voie d’être profondément modifiée par le développement des thérapies ciblées dirigées contre les effecteurs de l’angiogénèse tumorale, avec une amélioration significative de la survie. L’ère de la prise en charge pluri-disciplinaire des cancers du rein a commencé.

Mieux comprendre le cancer du rein Springer

L’épidémiologie du cancer du rein est en pleine évolution avec une augmentation nette de l’incidence des tumeurs rénales, de façon global, et chez les sujets jeunes en particulier. Nous avons souhaité nous intéresser à l’incidence et aux particularités cliniques et anatomopathologiques des tumeurs rénales sporadiques chez les sujets jeunes ainsi qu’à leurs facteurs de risque. Notre étude qui a porté sur 118 patients âgés de 18 à 40 ans pris en charge au sein de 2 centres hospitaliers universitaires parisiens entre 2003 et 2013 nous a permis de mettre en évidence une augmentation très nettement significative de l’incidence du nombre de tumeurs rénales au cours de nos 11 années de recul. (p=6.10-15). Le mode de découverte semble également avoir évolué avec une majorité de tumeurs découvertes fortuitement (67%), en rapport avec l’essor considérable de l’imagerie médicale au cours des dernières décennies. Nous avons également mis en évidence une répartition anatomopathologique différente par rapport aux données de la littérature avec une augmentation significative du nombre de tumeurs Papillaires (16,9%) et de Chromophobes (15,2%), parallèlement à une diminution du nombre de Carcinomes à Cellules Claires (43,2%) ainsi que l’apparition d’une nouvelle entité anatomopathologique : le Carcinome rénal lié à la translocation Xp11.2 (15,3%) (p

Le cancer du rein de l'adulte aux stades précoces

A propos d'une série rétrospective de 144 cas, observés de 1976 à 1987, nous étudions les facteurs pronostiques du cancer du rein de l'adulte. Le devenir de tous les patients ont été contrôlé en 1988 et nous avons établi les courbes de survie actuarielle selon les caractéristiques de la tumeur dans la classification TNM. La discussion a porté sur les facteurs pronostiques tels la présence d'un envahissement ganglionnaire, veineux ou métastatique. Nos résultats sont comparés à ceux de la littérature.

Index-catalogue of the Library of the Surgeon General's Office, United States Army (Army Medical Library)

La présente thèse porte sur l'étude du traitement non chirurgical du cancer du rein localisé. Spécifiquement, l'ablation de tumeur et l'observation sont étudiées sous quatre chapitres et six articles. Le premier chapitre porte sur la sécurité de l'ablation de tumeur et se décompose en deux études. La première étude évalue les complications intra- hospitalières de l'ablation de tumeur à l'aide d'une base de données américaine. Un patient sur six a subi une complication et l’âge, les comorbidités ainsi qu'un petit volume hospitalier étaient des prédicteurs indépendants de complications. Dans la deuxième étude, nous avons comparé les complications à 30 jours (intra- et extra- hospitalières) entre l'ablation de tumeur percutanée et laparoscopique. Le taux de complications était de 21 et de 25% après l'ablation de tumeur percutanée et laparoscopique, respectivement (pas de différence significative pour les complications dans l'analyse multivariée). Le deuxième chapitre porte sur les profils de pratique de l'ablation de tumeur en Amérique du Nord et se décline aussi en deux études. Dans la première étude, un sondage a été envoyé aux urologues canadiens afin de décrire les types d'ablation de tumeur qui sont les plus souvent utilisés et dans quels contextes. Une proportion importante des urologues n'avaient pas accès à l'ablation de tumeur et n'étaient pas très impliqués dans l'utilisation de cette technique. Dans la deuxième étude, une analyse les facteurs sociodémographiques qui peuvent être associés au traitement par l'ablation de tumeur au lieu de l'observation a été faite. De façon intéressante, plusieurs caractéristiques suggestives (être afro-américain, de sexe masculin, avoir un statut socio-économique bas et ne pas être marié) étaient associées à un moins grand accès à l'ablation de tumeur. Le troisième chapitre (une étude) porte sur l'efficacité oncologique de l'ablation de tumeur. Dans un registre de cancer américain, la mortalité spécifique au cancer après l'ablation de tumeur ou après l'observation a été étudiée. En analyse multivariée de type «competing-risks», l'ablation de tumeur était associée à une diminution de 53% de la mortalité spécifique au cancer comparée à l'observation. Le quatrième chapitre (une étude) porte sur la décision pré-opératoire entre la chirurgie ou l'observation pour le traitement du cancer du rein localisé. Un outil se basant sur des caractéristiques pré-opératoires a été développé afin de prédire la mortalité spécifique au cancer ou à d'autres causes selon le traitement choisi. Ces informations sont utiles lors de la prise de décision avec le patient.

Improvement in survival outcomes of triple sequential targeted therapy in patients with metastatic renal cell carcinoma

Le cancer du rein représente 3 % de l'ensemble des cancers et 5 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année. Le dépistage est primordial et de mieux en mieux assuré par les techniques Imagerie. L'histologie aidée par la génétique permet de caractériser ces tumeurs de façon beaucoup plus précise qu'auparavant. La prédisposition héréditaire au cancer du rein est d'un grand intérêt clinique et fondamental. La maladie de von Hippel-Lindau en constitue la cause principale. Le gène VHL Intervient dans la régulation de l'angiogénèse et dans la carcinogénèse. Au stade localisé, le cancer du rein est traité par la chirurgie avec les progrès de la néphrectomie partielle. Au stade métastatique, le statut général du patient ainsi que ces facteurs pronostiques vont influer sur la décision thérapeutique. Une thérapeutique visant à développer le statut immunitaire pourra être mis en place. L'immunothérapie : l'interleukine-immunitaire 2 et/ou l'interféron sera proposé, et a démontré un allongement de la survie des patients grâce à trois essais randomisés. D'autres thérapeutiques immunologiques cent du domaine de la recherche : les thérapeutiques vaccinales et la greffe de moelle allogénique. Enfin d'autres voies thérapeutiques sont à l'étude (Inhibiteurs de la tyrosine kinase, anti-angiogéniques...), qui devraient changer à court terme le pronostic du cancer du rein. Cet ouvrage d'experts, très illustré, didactique, permettra au praticien de mieux informer son patient sur sa maladie et les différentes options thérapeutiques possibles.

Essai sur le cancer du rein

Les métastases digestives gastriques ou duodénales d’un cancer du rein à cellules rénales conventionnel sont exceptionnelles. D’après les études autopsiques, l’incidence des métastases digestives est de 0,06 à 4% pour tous les cancers et de 0,2 et 0,7% pour les cancers du rein. Ce travail a pour objectif de rapporter deux cas de métastases gastriques ou duodénales d’un cancer primitif rénal et en s’aidant des autres cas rapportés dans la littérature de faire une analyse de l’incidence, du délai d’apparition, des circonstances de découverte, des modalités diagnostiques et thérapeutiques et du pronostic. Nous avons observé 2 cas de patients avec métastases gastriques sur 350 cancers du rein suivis dans la série de Lille, et 14 cas dont 5 métastases duodénales et 9 métastases gastriques décrits dans 12 articles de la littérature (un article comportait 3 cas). Les métastases étaient révélatrices du cancer dans 6 cas et sont apparues dans le suivi après néphrectomie dans 10 cas, après un délai moyen de 5 ans (1 mois à 14 ans). La circonstance de découverte était une hémorragie digestive pour 14 patients, une anémie pour un patient et pas de cause décrite pour un patient. La prise en charge a été chirurgicale pour 8 patients par gastrectomie partielle ou totale et duodénectomie. Un embolisation sélective ou une coagulation locale a été réalisée pour 4 patients. Un traitement symptomatique par correction de l’anémie a été réalisé pour 4 patients. La survie totale après le diagnostic initial de carcinome rénal varie de 1 mois 14 ans, pour une survie moyenne estimée à 7 ans. La survie en cas de métastases isolées est de 18 mois chez les patients opérés de leur métastase et 7 mois patients non opérés. Pour les patients atteints de métastases multiples, elle est d’environ 6 mois, qu’ils aient bénéficié ou non d’un traitement chirurgical.

Cancer du rein natif en transplantation rénale

Objectif: Depuis la multiplication des thérapies ciblées, elles ont été utilisées pour différentes lignes et dans différentes séquences dans le traitement du cancer du rein métastatique. Le choix est en fonction des disponibilités et des recommandations mais la séquence de traitement optimale reste inconnue. Cette étude compare les résultats de survie des patients atteints d'un cancer du rein métastatique traités par l'utilisation séquentielle d'au moins trois thérapies ciblées en débutant par le sunitinib. Méthodes: De janvier 2005 à mars 2017, les patients atteints d'un cancer du rein

métastatique traités par au moins trois thérapies ciblées avec le sunitinib en première ligne ont été étudiés rétrospectivement. Seuls les patients traités par sunitinib puis au moins deux autres lignes successives ont été inclus. Tous les patients ont reçu le traitement de deuxième et troisième lignes après progression tumorale. La survie sans progression et la survie globale ont été estimées et les séquences thérapeutiques ont été comparées. Résultats: 273 patients atteints d'un cancer du rein métastatique ont été traités par sunitinib en première ligne. Au total, 84 patients (30%) ont été traités avec au moins trois lignes de thérapies ciblées et ont été inclus dans l'étude. Aucune différence significative n'a été constatée entre les séquences sur la survie sans progression. La survie globale était plus longue chez les patients recevant everolimus en seconde ligne suivi d'axitinib en comparaison à la séquence inverse avec une différence statistiquement significative (39,1 versus 25,9 mois, $p = 0,0154$). Conclusion: Peu de patients ont reçu trois lignes de thérapie ciblée. La séquence VEGFR - mTORi - VEGFR était associée à une survie améliorée par rapport à VEGFR - VEGFR - mTORi. MSKCC, Heng et la résistance primaire à la première ligne étaient des facteurs pronostiques.

Le cancer du rein de l'adulte

Introduction : le cancer du rein natif (CRN) est 15 fois plus fréquent après transplantation rénale que dans la population générale. Ses facteurs de risque après greffe et l'intérêt d'un dépistage systématique demeurent incertains. Matériel et méthodes : il s'agit d'une étude de type cas-témoin au sein de 4 CHU, concernant des patients transplantés rénaux entre avril 1989 et décembre 2017. Tous les patients ayant présenté un CRN sur cette période ont été inclus, et deux témoins ont été appariés à chaque cas. Deux CHU réalisaient un dépistage annuel du CRN, un réalisait un dépistage annuel pendant 5 ans puis tous les deux ans, le dernier ne réalisait pas de dépistage systématique. Résultats : cent-vingt-cinq cancers ont été diagnostiqués chez 113 patients, pour une prévalence de 1,6%. La majorité des cancers était de stade I ou II (92,0%), deux patients (1,6%) présentaient une métastase au diagnostic et dix (9,0%) ont récidivé après néphrectomie. Le sexe masculin (OR 2,2 ; IC 95% [1,2 ; 4,4] ; $p=0,02$) et la maladie kystique rénale acquise (OR 3,2 ; IC 95% [1,8 ; 5,9] ; p

Le traitement non chirurgical du cancer du rein localisé

Objectif : Évaluer l'expression du récepteur à chémokines CXCR4 dans le cancer du rein à cellules claires et la confronter aux données de survie des patients. Patients et Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective incluant 104 patients admis dans le service d'urologie du CHU de Saint-Etienne entre janvier 1999 et septembre 2005 pour un carcinome à cellules claires. Un marquage immunohistochimique était entrepris en 2010 sur les pièces de néphrectomie afin de déterminer l'intensité et la localisation du marquage cellulaire de CXCR4. Parallèlement nous avons procédé à une collecte des données de survie concernant ces patients en fixant la date de fin d'étude au 31 décembre 2010. Résultats : La durée moyenne de suivi était de 79.5 mois, et à la date de fin d'étude, 39 patients étaient décédés dont 26 de cause imputable au cancer du rein. CXCR4 n'était jamais exprimé dans le parenchyme rénal sain, alors que les tumeurs montraient un marquage très hétérogène en termes d'intensité et de localisation. Environ un tiers des tissus tumoraux n'exprimait pas CXCR4 alors qu'un quart présentait un marquage intense ($\geq 85\%$ des cellules). Avec un seuil de marquage de CXCR4 $\leq 85\%$ des cellules, il existait une différence significative en terme de survie globale ($p=0.017$) et de survie spécifique ($p=0.022$) entre les groupes. La localisation du marquage était à l'origine d'une différence de survie globale significative ($p=0.023$) et d'une différence de survie spécifique à la limite de la significativité ($p=0.050$). Enfin en analyse multivariée, CXCR4 apparaissait comme un facteur pronostique indépendant de l'âge, de la classification TNM, et du grade de Fuhrman. Conclusion : Le marquage intense de CXCR4 est un facteur pronostique indépendant de la survie globale et spécifique des carcinomes rénaux à cellules claires. En revanche, bien qu'un marquage membranaire altère significativement la survie dans cette étude, la faiblesse des effectifs nous incite à la plus grande réserve dans les interprétations de l'impact de la localisation du marquage.

Le Cancer du rein, les faits

Depuis ces 3 dernières années, grâce aux avancées de la biologie moléculaire, la prise en charge des carcinomes rénaux à cellules claires métastatiques s'est profondément modifiée. Pendant longtemps, limitée aux cytokines, le traitement de cette pathologie repose désormais sur 5 molécules : trois antiangiogéniques : le bevacizumab, le sunitinib, le sorafenib et un inhibiteur de mTOR : le temsirolimus. Utilisés en première ligne ou ultérieurement, ils permettent d'améliorer la survie sans progression et le taux de réponses des patients. Cependant, aucun d'entre eux ne permet de rémission complète et très rapidement s'est posée la question du traitement à utiliser après progression. Une administration séquentielle de ces différentes drogues a été rapidement adoptée. Alors qu'au regard des mécanismes d'action des différents traitements certaines séquences semblaient peu pertinentes : association d'antiangiogéniques, des signes d'efficacité avec notamment des réponses objectives ou des réductions de taille tumorale ont été observés. Ces éléments suggèrent une absence de résistance croisée entre tous ces composés et augmentent les possibilités de traitement. Pendant longtemps considérée comme une tumeur «orpheline », nous devons désormais élaborer des stratégies d'utilisation des différentes molécules disponibles. Bien tolérée et efficace, l'administration séquentielle semble être une option intéressante à envisager afin d'allonger la survie de nos patients.

Le cancer du rein

Contexte : L'incidence du cancer du rein est en augmentation depuis ces dernières années. Les facteurs de risques personnels et professionnels connus sont le tabac, l'HTA, l'obésité, le trichloréthylène et les rayonnements gamma et alpha. D'autres facteurs de risques sont suspectés comme les fumées de soudage, l'arsenic, le cadmium etc...De nombreux articles ont été publiés sur le cancer du rein et les facteurs de risques professionnels, leurs résultats peuvent être divergents. Le cancer du rein peut être reconnu en maladie professionnelle au titre de l'alinéa 4 de l'article L461-1 du Code de la Sécurité Sociale, mais peu de demandes sont faites. Matériels et Méthodes : Dans un premier temps, nous réaliserons une revue de la littérature des articles de PubMed en lien avec le cancer du rein et les facteurs de risques professionnels. Puis, nous réaliserons une analyse, descriptive et rétrospective des dossiers de cancer du rein soumis au CRRMP des Hauts de France de 2005 à avril 2017. Les données administratives, médicales et professionnelles seront recueillies et analysés. Résultats : Certains articles sont concordants avec les données du CIRC

alors que d'autres sont divergents. Pour l'étude des dossiers soumis au CRRMP, 40 dossiers ont été analysés. La moyenne d'âge des salariés était de 57.6 ans et le sex-ratio homme/femme de 9/1. Sur ces 40 dossiers, 13 ont eu un avis favorable du CRRMP et sur ces 13 dossiers, 8 étaient en rapport avec une exposition au TCE. Les secteurs d'activité les plus à risque selon cette étude sont l'industrie chimique, la métallurgie/sidérurgie et l'industrie automobile. Conclusion : Au total, l'analyse bibliographique a permis de faire un point sur les différents facteurs de risques professionnels. L'analyse des dossiers du CRRMP a mis en évidence que le TCE apparaît comme le facteur professionnel principal et qu'il existe une sous déclaration très probable des cas de cancer du rein en MP. Il serait intéressant d'une part de sensibiliser les médecins du travail aux facteurs de risques potentiels professionnels du cancer du rein et d'autre part de proposer aux professionnels de santé un questionnaire de repérage du TCE chez les patients atteints de cancer du rein afin d'orienter un plus grand nombre de salariés vers les démarches de reconnaissance en maladie professionnelle. Une étude des cas soumis au CRRMP au niveau national serait intéressante à réaliser.

Cancer du rein et facteurs de risques professionnels

Introduction : Avec 40 000 nouveaux cas par an en Europe, le cancer du rein est le 3e cancer urologique. Son incidence est en constante augmentation touchant notamment les petites tumeurs découvertes fortuitement qui en représentent aujourd'hui plus de 59% avec une proportion de patients âgés de plus de 67 ans ayant doublée depuis 1982. Cependant, l'histoire naturelle des tumeurs de moins de 4 cm est très variable avec une croissance moyenne de 3 à 4mm par an. Se pose alors la question d'un traitement radical ou d'une simple surveillance chez les patients les plus fragiles de part leur âge ou leurs comorbidités. Mise au point initialement pour les tumeurs hépatiques, la radiofréquence a vu son utilisation se répandre largement notamment dans le traitement des cancers du rein. L'objectif de ce travail était d'évaluer la morbi-mortalité et les résultats oncologiques du traitement du cancer du rein par radiofréquence. Matériel et Méthodes : Quarante-trois patients d'âge moyen 65,4 ans ayant 47 tumeurs rénales d'une taille moyenne de 2,37 cm ont été traités par radiofréquence percutanée conjointement par les services d'urologie et de radiologie de l'hôpital Saint Louis entre août 2004 et mai 2009. Résultats : Quarante-six radiofréquences (98%) ont été réalisées sous anesthésie locale. Quarante-deux tumeurs (89%) ont été traitées efficacement en seule procédure et 5 tumeurs ont nécessité 2 (9%) ou 3 séances (2%) de RF. Le taux de complications était de 19% dont 17% de complications mineures (hématome asymptomatique, brûlure cutanée) et 2% de complications graves (hémorragie avec déglobulisation). Le recul moyen était de 25 mois [12-47]. Une seule récurrence (2%) a été objectivée 10 mois après la radiofréquence. La survie à 3 ans était de 96%. L'échec du traitement était significativement lié à la taille tumorale ($p=0,012$) mais pas à la localisation tumorale (ns). Conclusion : Le traitement des tumeurs rénales par radiofréquence est une alternative thérapeutique fiable ayant une morbi-mortalité faible avec des résultats oncologiques satisfaisants. Ses indications pourraient être élargies aux tumeurs bénignes et aux tumeurs métastatiques en association avec d'autres thérapies.

Les Résultats de la néphrectomie dans le cancer du rein chez l'adulte

Le cancer du rein est une pathologie rare, découverte le plus souvent après 65 ans et dans 40 % des cas de façon fortuite. Il existe différents types de cancer, dans 90 % des situations, il s'agit d'un carcinome à cellules rénales. La prise en charge dépend de la forme de cancer ; s'il est localisé, la néphrectomie est le traitement de référence. Concernant les cancers métastatiques, après chirurgie (chez les patients en bon état général), un traitement systémique est administré. Les cibles des thérapies systémiques sont la croissance, la prolifération et l'angiogénèse. Au niveau moléculaire, ce sont des kinases qui vont être ciblées : les récepteurs à activité tyrosines kinases (par le sorafenib, sunitinib, pazopanib) et les sérines/thréonines kinases intracellulaires (par le temsirolimus et l'évérolimus). Il est aussi possible de bloquer le facteur de croissance de l'endothélium vasculaire (VEGF) (bévacizumab) ou le facteur inductible par l'hypoxie (HIF). Les différents médicaments sont détaillés avec leurs indications exactes, posologies, modalités d'administration et précautions d'emploi. Les effets indésirables sont proches de ceux retrouvés avec les chimiothérapies classiques. Concernant l'efficacité des molécules, les résultats des études cliniques sont représentés et comparés entre eux.

Le cancer du rein vu en milieu rhumatologique

Le cancer du rein représente 2 % à 3 % de l'ensemble des cancers. Chaque année en France, 5 000 cas nouveaux sont diagnostiqués et 2 500 décès peuvent lui être attribués. Grâce aux avancées récentes de la génétique et aux progrès de l'imagerie et des techniques opératoires, la prise en charge de ce cancer est aujourd'hui facilitée. Extrêmement pratique et illustré, proposant au lecteur une approche synthétique, fournissant les informations les plus récentes sur le traitement et le suivi de la maladie, cet ouvrage répond simplement aux questions que peuvent se poser les praticiens. Le Pr Gérard Benoît décrit avec clarté comment le diagnostic génétique a permis de réaliser des progrès réels dans la découverte précoce de certains cancers et dans la prise en charge médicale du malade. Les différents types histologiques du cancer du rein, le pronostic et l'apport des nouveaux marqueurs font l'objet de larges développements. L'auteur s'attarde également sur la recherche des lésions précancéreuses et sur la mise en évidence de nouvelles entités, en particulier le carcinome à cellules chromophobes. Des progrès considérables ont été réalisés dans le pronostic de ces tumeurs, surtout liés au décryptage génétique des différents types histologiques. Grâce aux performances des méthodes d'imagerie actuelles, environ un tiers des cancers sont découverts fortuitement lors d'échographies. Cet ouvrage réserve donc une place privilégiée à l'ensemble des techniques d'imagerie (échographie, tomodensitométrie, IRM, artériographie, etc.), à travers la sélection de plus de 60 documents commentés, constituant un véritable atlas diagnostique qui rendra service à de nombreux praticiens. Enfin, toutes les techniques chirurgicales sont décrites (néphrectomie élargie, laparoscopie, etc.), abordant tour à tour : principe, voie d'abord, technique, indication et résultats. Cet ouvrage complet aidera le praticien à faire le bon choix diagnostique et thérapeutique et à mieux informer son patient des suites de son traitement.

Index-catalogue of the Library of the Surgeon-General's Office, United States Army

Le cancer du rein

Le cancer du rein

La Pyélographie et le cancer du rein