

CHIURGIE CARCINOLOGIQUE DANS LES TUMEURS INFILTRANTES DE VESSIE

Pr SAIGHI Djillali
CHU Cochin. Paris

INTRODUCTION

- Le cancer de vessie est au 5^e rang chez l'homme et au 7^e chez la femme
- 104 000 nouveaux cas en Europe (11000 en France) et 68000 au USA (2006)
- Le traitement chirurgical est la référence.
- Résultats médiocres , récidives et mortalité élevés.

INTRODUCTION

Le traitement chirurgical est la Cystectomie:

- Cystoprostatectomie chez l'homme
- Pelvectomie antérieure chez la femme

Quand et pour qui ?

Morbidité et mortalité péri opératoire

Résultats carcinologiques et facteurs histopronostiques

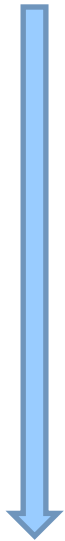
Résultats fonctionnels et qualités de vie

Chirurgie élargie ou non, « minimally invasive » ou non

Cystectomie et traitements associés ?

QUAND OPÉRER

Évaluation de la maladie



Évaluation du malade



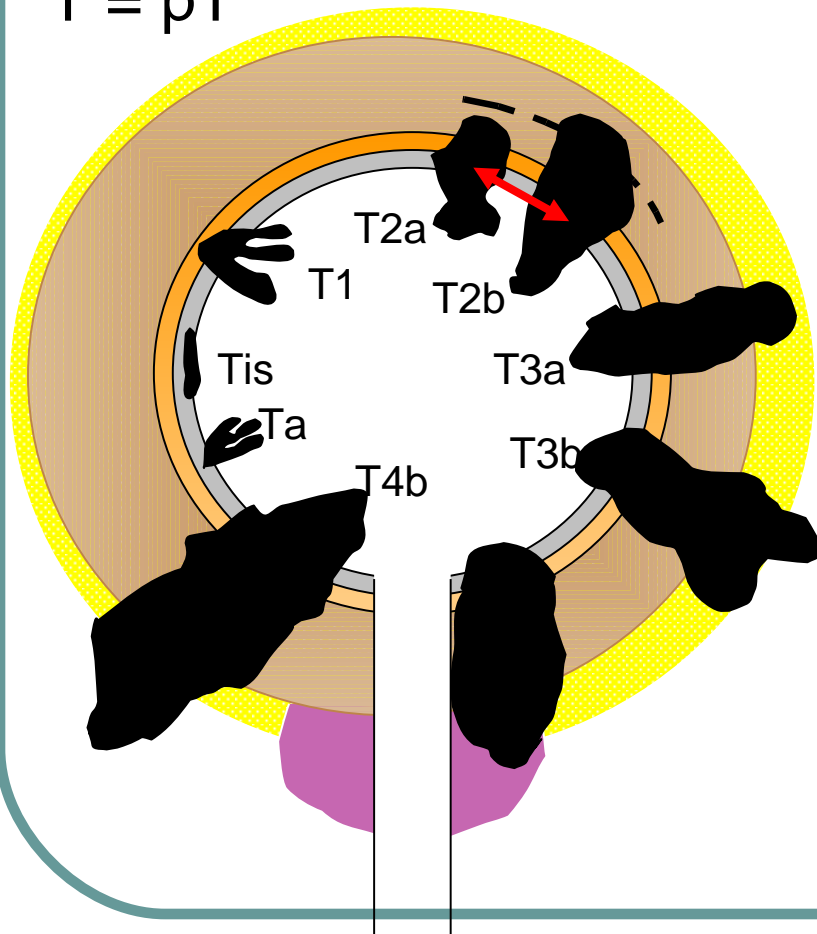
Indication thérapeutique *

LA RTUV INITIALE +++

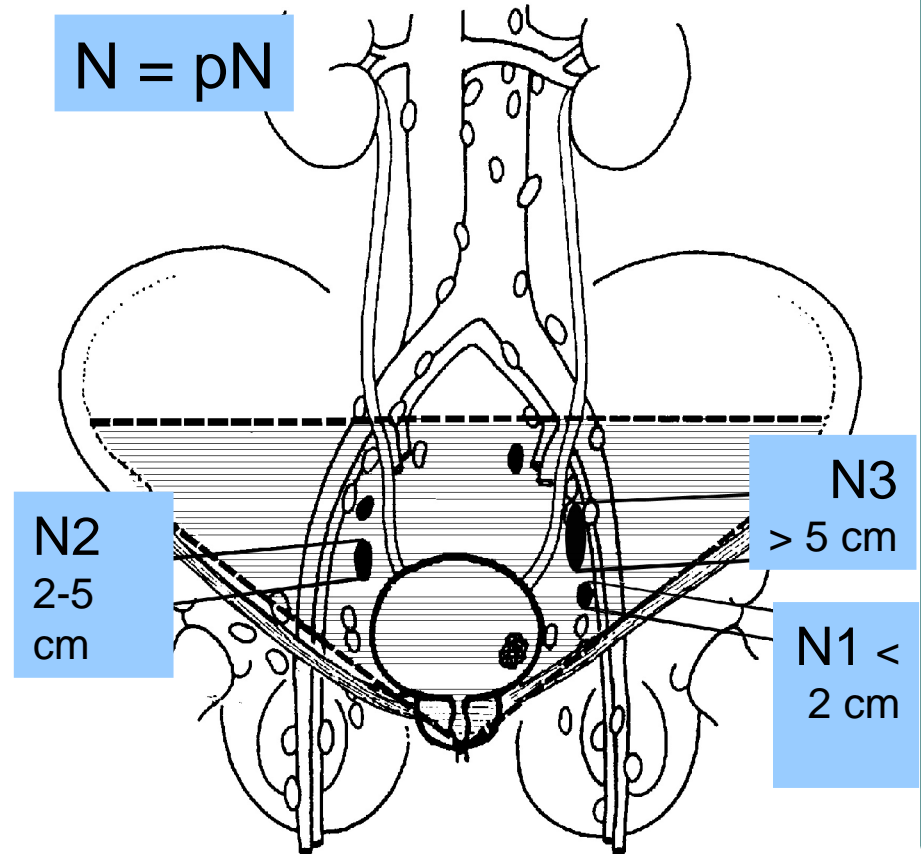
- une résection si possible complète, profonde.
 - une différenciation des copeaux par tumeur,
 - une recherche de CIS associé,
 - une cartographie vésicale, consignée sur la fiche anatomo-clinique
- Fausse impression d'infiltration de la musculuse en cas d'hyperplasie de la musculaire muqueuse (inflammations chroniques).
- La présence de tissu adipeux au sein de la prolifération tumorale n'est pas synonyme d'un stade pT3.
- Impossibilité de différencier les stades pT2a et pT2b.
- Détermination difficile du stade pour les tumeurs développées dans un diverticule de vessie.

Anatomo-pathologie: TNM 2002

T = pT



N = pN



EVALUATION LOCALE (T) DE LA MALADIE

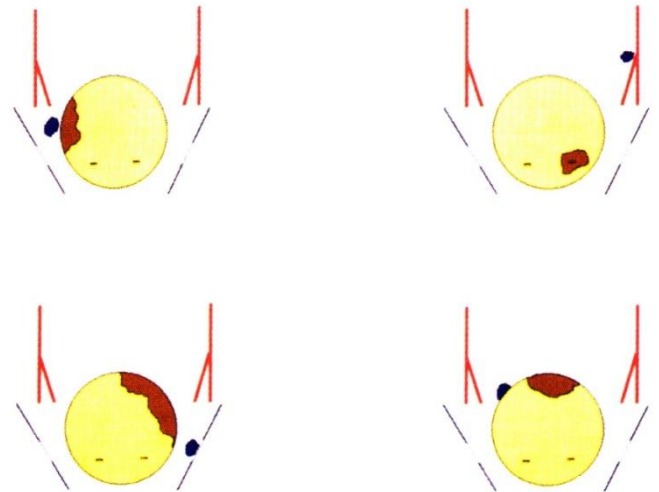
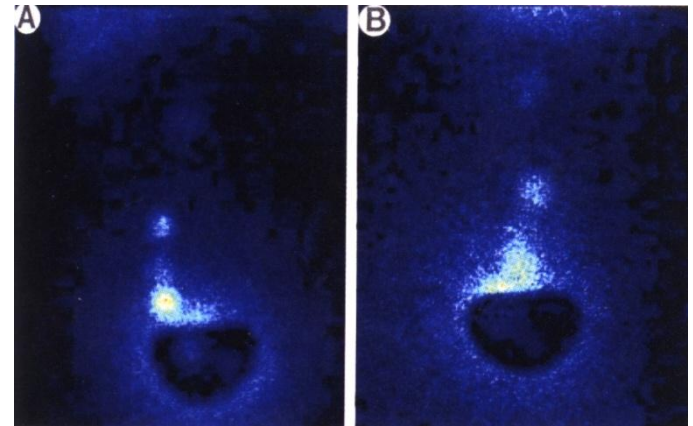
- Pas d'imagerie médicale fiable
- uro-TDM, IRM

pourcentage élevé de « sous- et sur-estimations » cliniques par rapport au stade pathologique.

EVALUATION RÉGIONALE (N) DE LA MALADIE

- En dehors des adénopathies de grande taille, il n'existe aucun critère TDM ou IRM pour diagnostiquer une micro-métastase.
- Intérêt de l'IRM 3-D (plans sagittal et oblique) avec des produits de contraste ferro-magnétiques.

Le PET-Scan et l'immuno-lympho-scintigraphie ?



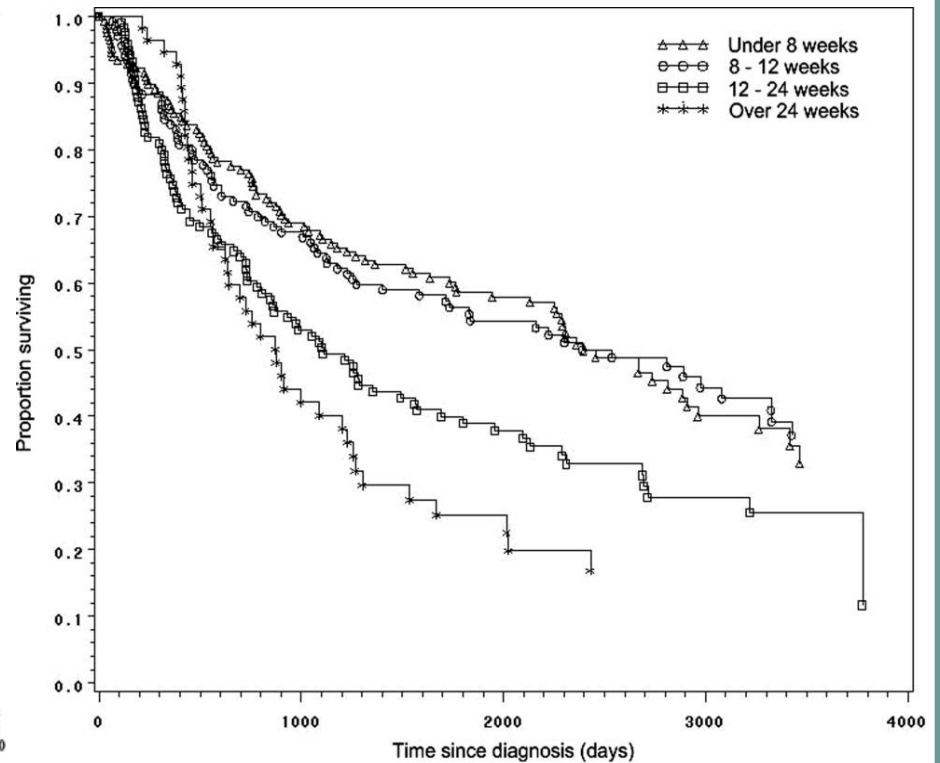
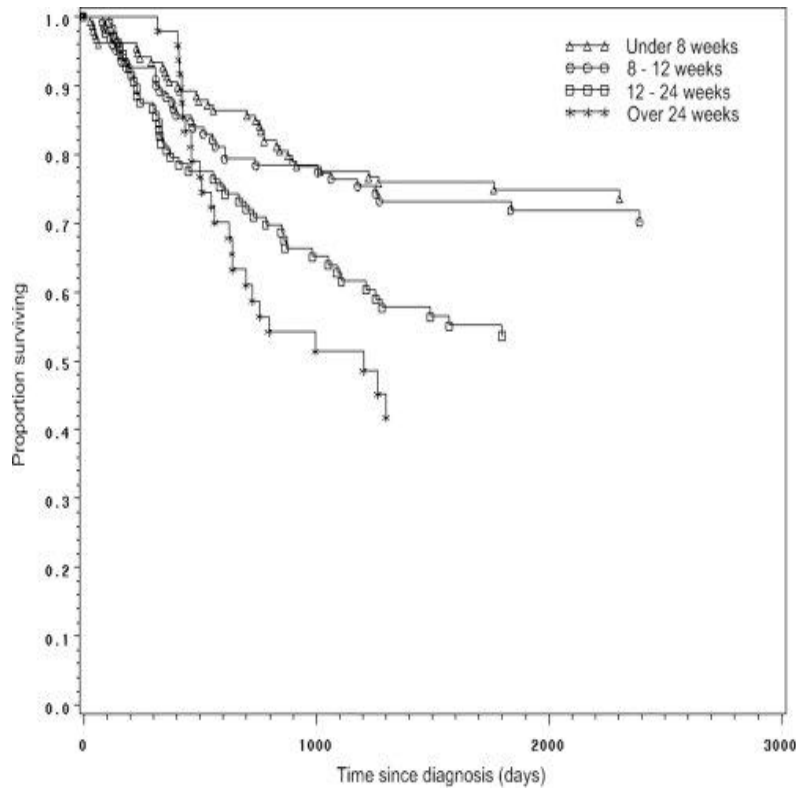
EVALUATION DU MALADE

- Age civil, âge physiologique, état général, antécédents, poids, taille;
- Score ASA = consultation d'anesthésie

	ASA (American Society of Anesthesiology)
I	Patient en bonne santé
II	Maladie systémique modérée
III	Maladie systémique
IV	Maladie systémique invalidante (sédentarité)
V	Moribond dont l'espérance de vie < 24 H avec ou sans intervention

QUAND OPERER

Délai d'attente avant Cystectomie



Un retard de plus de 12 semaines entre le diagnostic et la cystectomie totale compromet de manière significative la survie spécifique et globale des patients.

MORBIDITE - MORTALITE

La mortalité péri opératoire varie entre 0,7 et 5,6%

- Ghoneim MA : 2720 CT \Rightarrow 2,6 %

J.Urol. 2008; 180,:121-127

- Lawrence WT: 563 CT \Rightarrow 1,7%

J.Urol. 2008; 180: 1933-1937

• - Séries «Cochin » \Rightarrow 2,4% (1987) , 0,9% (1993)

Etiologies cardio-vasculaires ++++

- La morbidité précoce peut atteindre 40%.

- Le pourcentage de ré-intervention précoce peut atteindre 12%
et tardive jusqu'à 30%

MORBIDITE – MORTALITE

Série «Cochin»

● Mortalité post-op (<30 j) :	. 1975 – 1981 -----	120 pts -----	11,8 %
	. 1981 – 1987 -----	100 pts -----	2,4 %
	. 1988 – 1993 -----	106 pts -----	0,9 %

● Morbidité précoce	106 pts	16 %	
Fistule vésico-cutanée	07	Occlusions	02
Éviscération	02	Désinsertion urétérale	03
Abcès paroi	01	Fistule grêle	01
Hémorragie	01	Pyélonéphrite	01

● Complications tardives	106 pts	31 %	
Sténoses urétéro-iléales	13	Éventrations	03
Occlusions tardives	03	Sténoses urétero-néovés	03
Calculs neovessie	01		
Pyélonéphrites	02		
Reprise stomie Bricker	02		
Auto sondage	01		

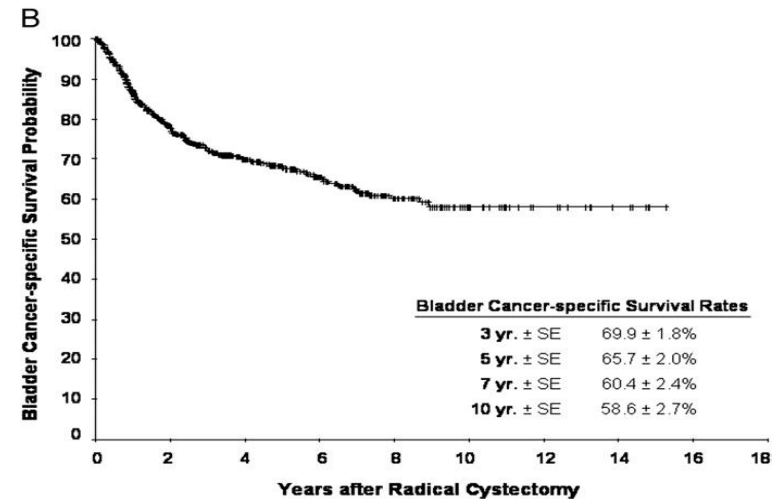
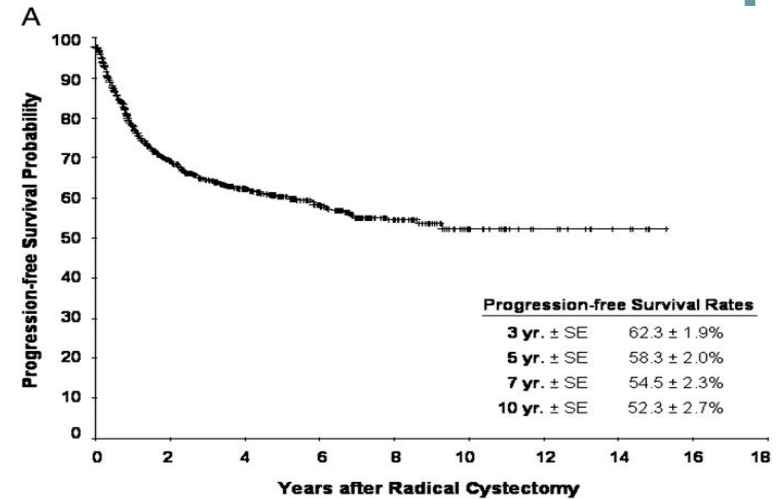
RESULTATS CARCINOLOGIQUES

Survie globale

- une survie actuarielle à 5 ans de 63%, tous stades confondus.

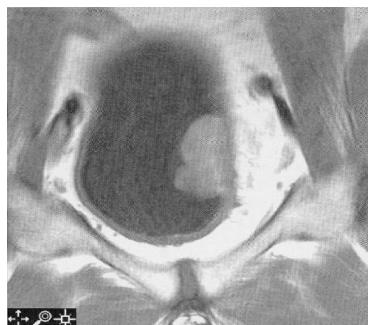
- Zerbib M : rapport afu 2002 : 65%

- Le pronostic dépend de l'extension : confinée à la vessie (\leq pT2b) ou extra-vésicale (\geq pT3a) et de l'envahissement ganglionnaire



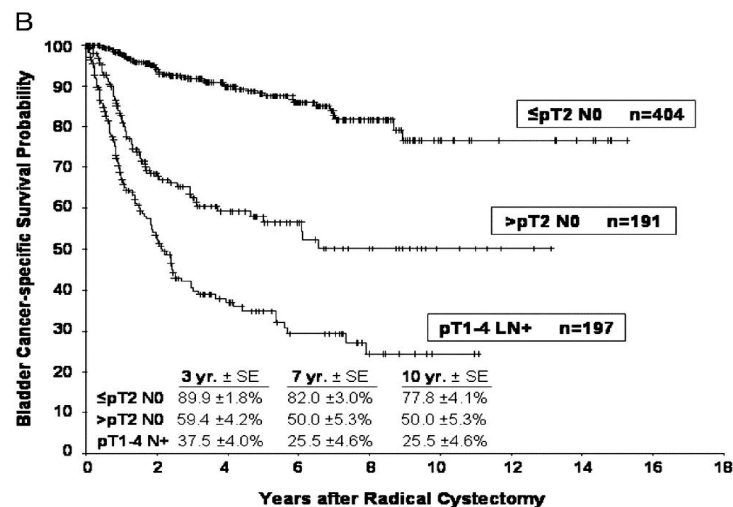
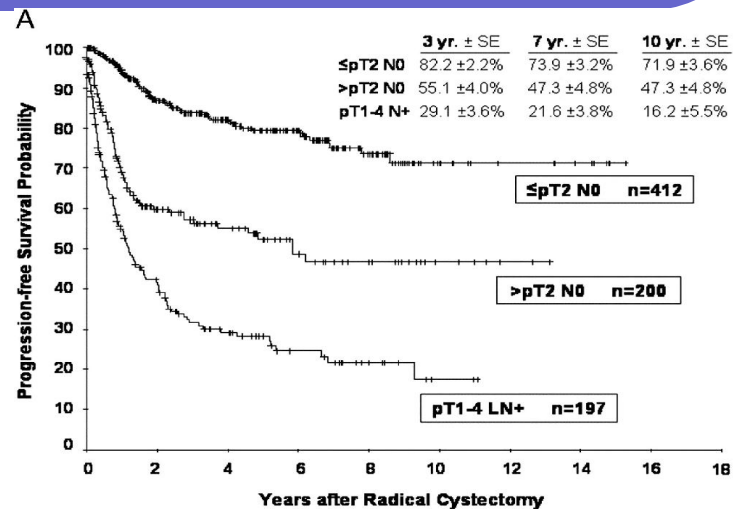
RESULTATS CARCINOLOGIQUES

En fonction du stade pT



\leq pT2b pN0 53 - 89% 81%
 \geq pT3a pN0 31 - 71% 41%
 (sans pT4b)

Série Cochin



Envahissement prostatique (pT4a)

- L'envahissement de l'urètre prostatique est présent chez **35% à 40%** des patients «candidats» à une cystectomie totale.
- Les facteurs de risque sont :
 - un CIS vésical diffus,
 - une tumeur multifocale,
 - une tumeur vésicale de stade élevé,
 - une tumeur du col ou du trigone.

Envahissement prostatique (pT4a)

● Les différents types sont :

- par un CIS de la muqueuse urétrale;
- par un envahissement urétral canalaire (ductal) ;
- par un envahissement du stroma *:
 - indirect: secondaire à une atteinte canalaire avec franchissement de la membrane basale;
 - direct: par « contiguïté », secondaire à une extension tumorale extra-vésicale.

* Pagano, 1996

L'envahissement par voie urétrale est moins grave que l'envahissement direct à travers le détrusor.

envahissement ganglionnaire (pN+)

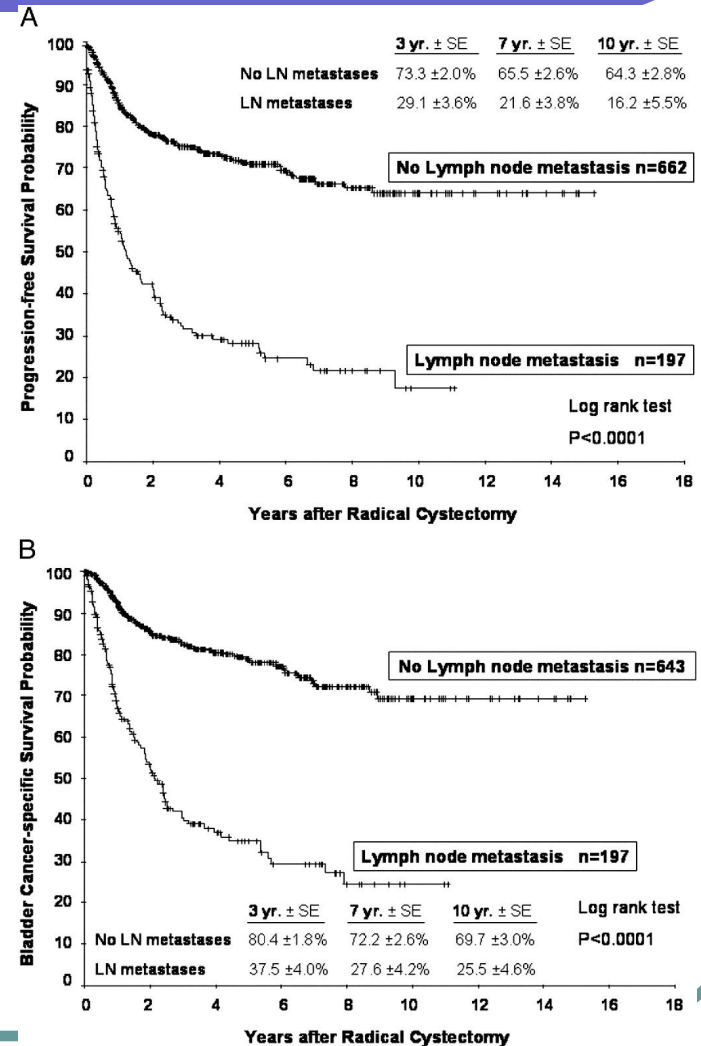
De 14 à 29%, en général corrélé au stade pT.

Le pronostic des patients pN+ semble corrélé:

- à l'étendue du curage ganglionnaire,
- au nombre de ganglions retirés,
- au nombre de ganglions envahis (≤ 5 ou 8),
- au diamètre du(es) ganglion(s) envahi(s) (< 0.5 cm),
- à l'effraction capsulaire.

Lorsque les patients pN+ évoluent, le décès survient dans les 24 à 36 mois post-opératoires:

récidives locales = 25%,
 métastases systémiques = 75%



envahissement ganglionnaire (pN+)

- **Trois questions :**

Comment améliorer la détection pré- et per-opératoire des ganglions: Immuno-lympho-scintigraphie ? Curage pelvien étendu ?

Place de la cystectomie totale pour les patients \geq pN 2: intérêt du curage pelvien étendu ?

Si oui : peut-on réaliser une vessie de remplacement pour les patients \geq pN2 ?

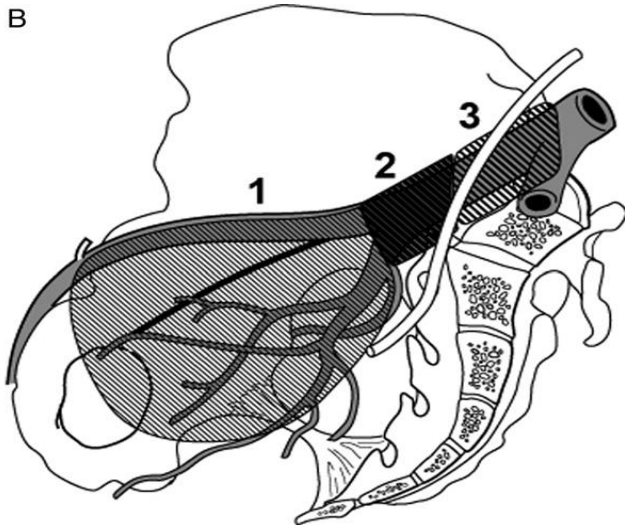
Curage ganglionnaire

Limité(1) – Standard(2) ou Extensif(3) ?

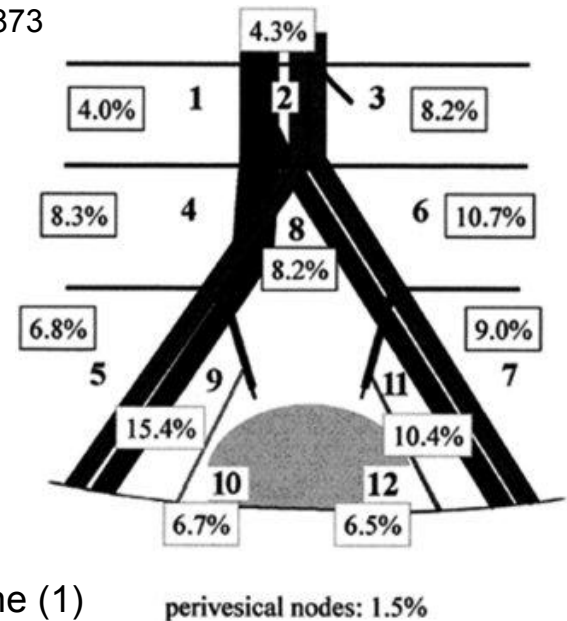
- Le pourcentage de patients pN+ varie dans la littérature de 14 à 29%, en général corrélé au stade pT de la tumeur primitive
- Sous stadification avec le curage limité : **13% N+** vs **26%** avec curage extensif

Studer E.U. *J Urol* .17(2008),p 873

B

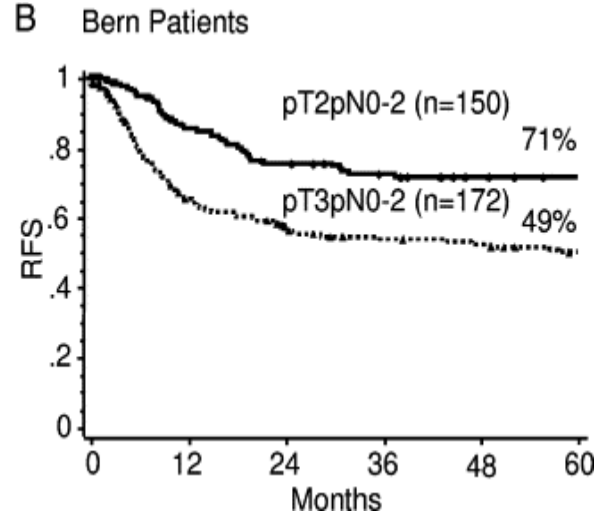
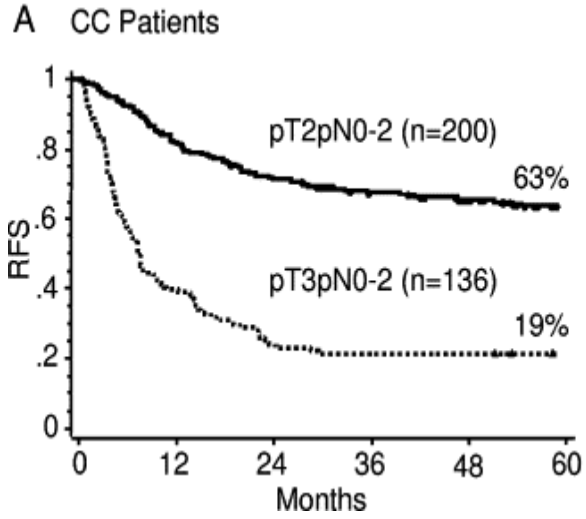


Notion de zone sentinelle de la région obturatrice et iliaque interne (1)

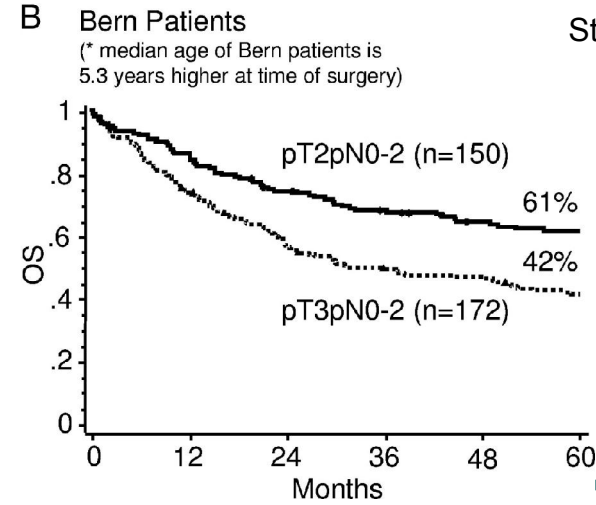
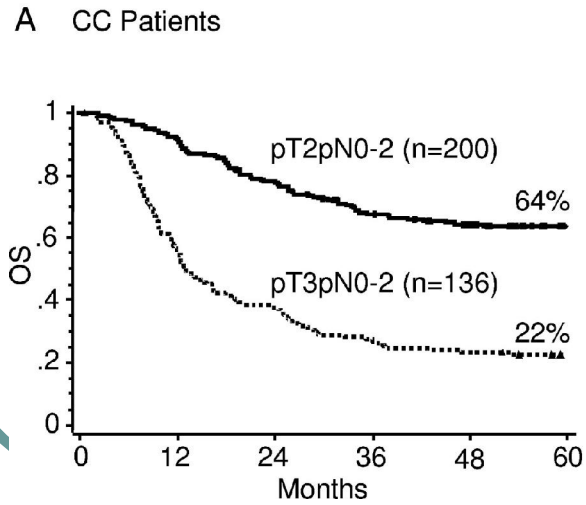


Curage ganglionnaire

Limité – Standard ou Extensif: impact sur la survie



Différence significative en survie sans récidive et survie globale, surtout pour les stades pT3 N0-2



Studer E.U. *J Urol* .17(2008),p 873

CYSTECTOMIE ET pN+

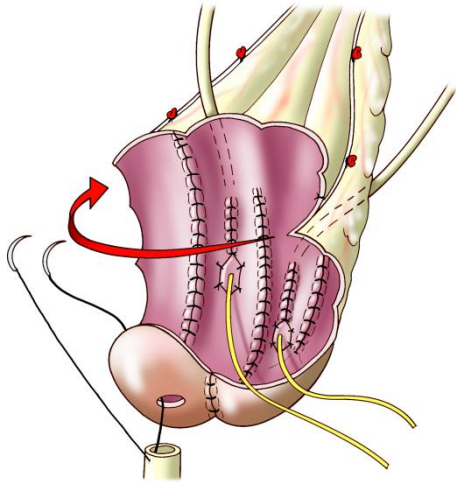
- En cas d'envahissement = pN1:
 - Il existe un consensus pour réaliser une cystectomie totale.
- En cas d'envahissement massif \geq pN2
 - le pronostic est généralement catastrophique et la question d'une CT à visée curative doit être posée.
 - Effectivement, celle-ci ne pourra prétendre guérir à elle seule le patient. Elle ne se conçoit alors que dans le cadre d'une décision multidisciplinaire, soit en cas d'impossibilité d'un traitement alternatif, soit associée à un traitement adjuvant.
- Pour ces indications de CT:
 - le curage ganglionnaire pelvien étendu est recommandé
 - si ces conditions sont réunies, la vessie de remplacement est préconisée par certains, mais l'intervention de Bricker est souvent de règle.

CYSTECTOMIE

Résultats fonctionnels

- **Continence**
- **Sexualité**
- **Qualité de vie**

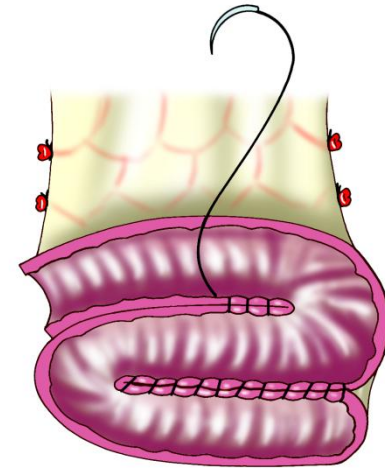
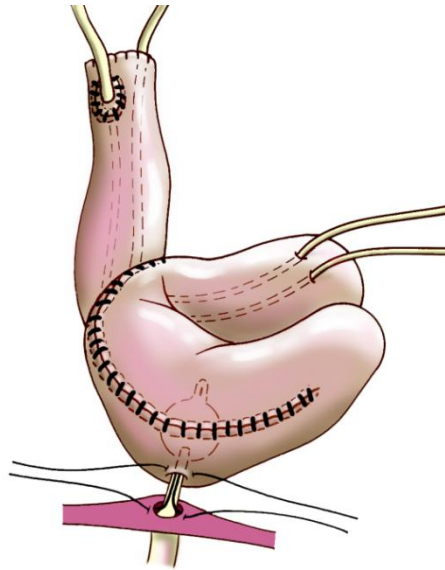
CT avec vessie de remplacement: la continence chez l'homme



Vessie de Hautmann

Diurne = 83,7%
Nocturne = 66,3%
Auto-sondage = 6,4%

Vessie de Stüder
Diurne = 92%
Nocturne = 77%
Auto-sondage = 5%



Vessie en Z
Diurne = 94%
Nocturne = 76%

CT avec vessie de remplacement: la sexualité chez l'homme

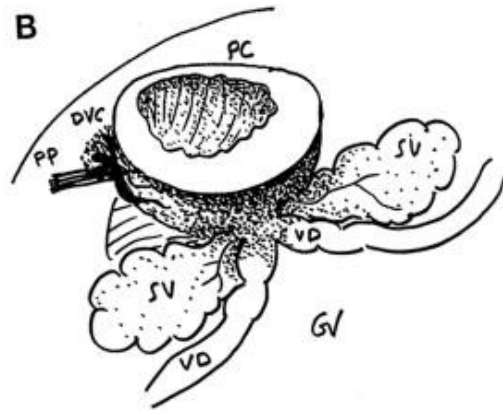
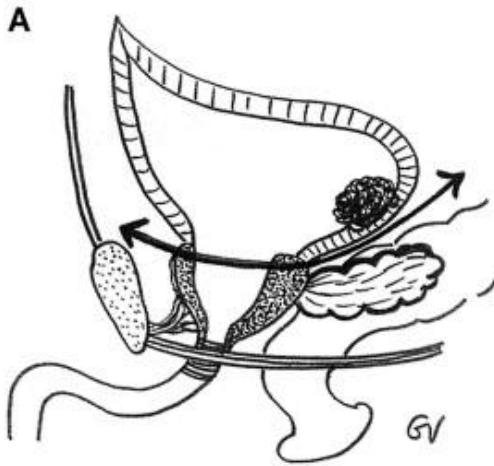
Peu d'études

Série « Cochin » :

- 106 pts (50 % « actifs » pré-op)
- Pas de préservation bandelettes NxVx
70 % impuissance

Préservation bandelettes NxVx : **36 % impuissance**

Cystectomie avec conservation de la coque prostatique



Les risques:

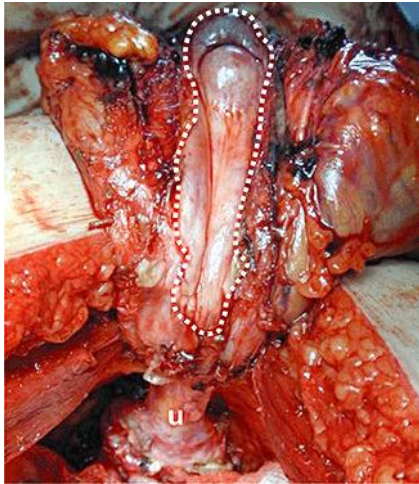
- CIS, carcinome canalaire
carcinome du stroma et
ADK de prostate

Les avantages:

- Continence immédiate **97%**
- Impuissance **18%**

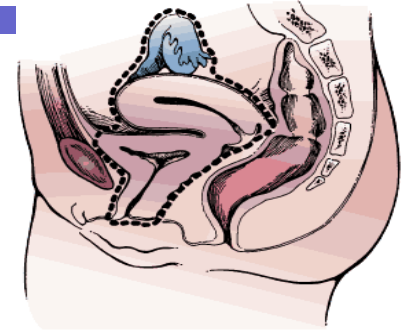
« A réserver a des patients très sélectionnés ».

CYSTECTOMIE CHEZ LA FEMME



Les variantes : - Chirurgie conservatrice

- Remplacement vésicale

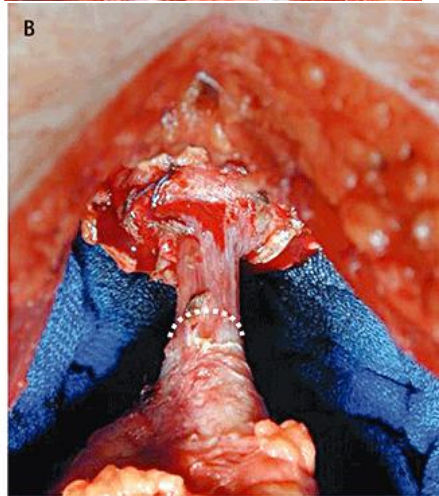


Contenance : Diurne 82 – 94%

Nocturne 72 – 93%

Auto sondage 13 – 20%

Shelling D. *BJU Int.* 2009; 1289-95



Résultats carcinologiques identiques

Donald G. Skinner. *J Urol.* 2009; 2052-59

CT : Qualité de vie et dérivation urinaire

- Il est vraisemblable que chaque patient porteur d'une dérivation urinaire souffre de difficultés spécifiques à la dérivation choisie, ce qui finalement aboutit à un retentissement sur la qualité de vie globalement identique.
- Il a été montré que pour avoir une meilleure qualité de vie post-opératoire, il faut que le patient ait participé à la décision du type de dérivation urinaire choisie *.

CT ET SUJET AGÉ

- **70% des cancers de vessie touchent des hommes de plus de 65 ans**
 - Les facteurs de risque de morbidités +++:
 - **Age**, du niveau de **dépendance**, de l'existence d'une **dyspnée**, d'une **IR**, de la prise de **corticoïdes**, d'une intoxication **alcoolique** chronique, du score **ASA (> 3)**, de la **durée opératoire**, de la nécessité de **transfusion** peropératoire, de **l'expérience du chirurgien**, et du taux **d'albumine** pré-opératoire
- Hollenbeck BK, *J Urol* 2005;174:1231-7.
- Si cystectomie : à réaliser **sans délai**
 - Mode de dérivation urinaire a discuter, **le Bricker** est le plus utilisé

CT: VARIANTES « TECHNOLOGIQUES »



- La voie laproscopique
- La voie robot assistée

Daher.C et Parra.O (J.Urol.2010 (183):862-69) :

- Faisabilité et reproductibilité: **oui**
- Moins de saignement
- Durée de séjour plus courte
- **Coût plus élevé**

LES CHALLENGES

Améliorer les résultats carcinologiques de CT

- Chimiothérapie **néo adjuvante** ou adjuvante

Préserver le réservoir vésicale

- RTUV et Chimiothérapie et/ou radiothérapie
et thérapies moléculaires ciblées...