

Place De La Cystectomie Radicale Dans La Prise En Charge Des Tumeurs Malignes De Vessie Metastatiques

**A.ED-DEGOIJ, M.AHSAINI, S.MELLAS, J.E. EL AMMARI, M.F. TAZI,
M.J. EL FASSI, M.H.FARIH**

RESUMEE :

Le traitement chirurgical du carcinome urothélial de la vessie ou de ses métastases ne doit se concevoir que dans le cadre d'une approche multimodale afin de pouvoir garantir à nos patients les meilleures chances d'avoir des résultats optimaux en terme de survie et en terme de qualité de vie.

La chirurgie de réduction tumorale (ou chirurgie de consolidation) chez les patients métastatiques est de plus en plus considérée en urologie depuis les premiers travaux concernant le cancer du rein ou la néphrectomie est devenu la règle chez les patients métastatiques avant même d'entreprendre d'autres thérapies. Elle est identiquement utilisée, plus récemment, dans le cancer de la prostate.

Cependant, le rôle de la chirurgie dans le cancer de la vessie métastatique n'est pas encore établi dans la plupart des études rétrospectives non contrôlées. Aucun essai randomisé prospectif pertinent n'a été publié à ce sujet.

Au stade métastatique, la chimiothérapie systémique à base de platine est le traitement standard entraînant des taux de réponse initiale de 40-70%, mais une survie à long terme inférieure à 15% dans les 5 ans.

le but de notre étude est l'évaluation de la place et de l'impact (en terme de survie globale et spécifique) de la cystectomie radicale associée à une chimiothérapie péri-opératoire chez les patients et les patientes présentant un cancer de vessie avec des métastases ganglionnaires ou à distance (viscérale et/ou osseuse).

Il s'agit d'une étude rétrospective menée aux services d'urologie du CHU HASSAN II de Fès, incluant les patients ayant été pris en charge pour des tumeurs métastatiques de la vessie entre janvier 2015 et septembre 2022.

Les paramètres analysés étaient les caractéristiques épidémiologiques, cliniques, anatomopathologiques, thérapeutiques et le suivi chez les patients ayant un cancer de la vessie métastatique.

L'âge moyen des malades était de 60.9 ans avec une prédominance masculine (92%). La tranche d'âge la plus représentée était celle entre 61 et 70 ans (50%). Le carcinome urothélial de la vessie était le plus représenté comme type histologique. On a constaté que 42.85% des patients avaient un stade tumoral pT2, alors que 28,56% des patients avaient un stade tumoral pT3 et 16.67% avaient un stade tumoral PT4 selon la classification TNM de 2017.

ABSTRACT :

Tumor reduction surgery (or consolidation surgery) in metastatic patients is increasingly considered in urology since the first work on kidney cancer or nephrectomy has become the rule in metastatic patients even before starting to other therapies. It is identically used, more recently, in the cancer of the prostate. However, the role of surgery in metastatic bladder cancer is not yet established in most retrospective uncontrolled studies. No relevant prospective randomized trial has been published on this subject.

In the metastatic stage, systemic platinum-based chemotherapy is the standard treatment resulting in initial response rates of 40-70%, but long-term survival of less than 15% within 5 years.

the aim of our study is to assess the place and impact (in terms of overall and specific survival) of radical cystectomy associated with perioperative chemotherapy in patients with bladder cancer with nodal or distant metastasis (visceral and / or bone).

This is a retrospective study conducted in the urology department of CHU HASSAN II in Fes, including patients who were treated for metastatic bladder tumors between January 2015 and September 2022.

The analyzed parameters were the epidemiological, clinical, pathological, therapeutic and follow-up characteristics in patients with metastatic bladder cancer.

The mean age of the patients was 60.9 years with a predominance of men (92%). The most represented age group was between 61 and 70 years (50%). Urothelial carcinoma of the bladder was the most represented histologic type. It was found that 42.85% of the patients had a pT2 tumor stage, while 28.56% of the patients had a pT3 tumor stage and 16.67% had a PT4 tumor stage according to the TNM classification of 2017.

KEY WORDS : *Tumor reduction surgery, metastatic bladder cancer, urothelial carcinoma*

Date of Submission: 05-04-2023

Date of Acceptance: 17-04-2023

I. INTRODUCTION :

Le terme de «cancer» désigne a prolifération de cellules se multipliant de façon incontrôlée et qui envahit le tissu sain. Dans le langage courant, on parle aussi de tumeur. Il faut toutefois distinguer les tumeurs bénignes, qui ne mettent pas la vie en danger, des tumeurs malignes, qui peuvent menacer l'existence. Les tumeurs malignes sont aussi appelées néoplasmes, ce qui signifie «nouvelle formation».

Il existe plus de deux cents types de cancers différents. On distingue les tumeurs solides, qui se développent à partir des cellules d'un organe et qui forment une masse ou un nodule (comme dans le cas de la vessie), et les cancers qui prennent naissance dans le système sanguin ou lymphatique (les leucémies par ex.)

Le cancer de la vessie est le deuxième cancer urologique après le cancer de la prostate. [1]

Il atteint surtout l'homme âgé, le tabac demeure le facteur de risque majeur. Au moment du diagnostic, grâce à l'étude anatomopathologique des coupeaux de résections de la tumeur, 75% à 80% des cas sont des tumeurs de la vessie n'infiltrant pas le muscle – TVNIM, seul l'épithélium de revêtement ou le chorion sont envahis. Dans 15% à 25 % des cas, les tumeurs de la vessie se présentent d'emblée au stade de tumeur de la vessie infiltrant le muscle – TVIM (T2 ou plus) et sont dotées d'un potentiel évolutif et d'un risque métastatique importants avec un envahissement ganglionnaire dans 20% à 60% des cas et métastatique d'emblée dans 7% des cas [2].

Le traitement des tumeurs vésicales infiltrant le muscle repose essentiellement sur la chirurgie radicale, cystoprostatectomie radicale chez l'homme et la pelvectomie antérieure chez la femme, permettant ainsi un contrôle local dans 90% des cas.

Une chimiothérapie néo adjuvante peut être proposée chez les patients avec métastases ganglionnaire initiale sur le bilan d'extension initial (N+), et selon la réponse radiologique complète ou non, une cystectomie pourrait être réalisée [3]. Les autres patients ont un pronostic proche des patients métastatiques et doivent donc être considérés comme tels pour le traitement et le suivi [4].

II. MATERIELS ET METHODES :

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au services d'urologie CHU Hassan II de Fès incluant les patients pris en charge pour des tumeurs métastatiques de la vessie entre JANVIER 2015 et DECEMBRE 2022.

● Objectifs de l'étude

Objectif principal

Évaluation de l'impact en termes de survie globale et spécifique de la cystectomie radicale associée à une chimiothérapie péri-opératoire chez les patients et les patientes présentant une tumeur maligne métastatique de la vessie.

Objectifs secondaires

- Tracer le profil démographique des patients pris en charge pour un cancer de la vessie métastatique de la vessie.
- Évaluer le taux de la mortalité de la cystectomie radicale comme une chirurgie lourde sur le terrain particulier d'un patient métastatique.
- Revoir les différents protocoles de chimiothérapie de première et de deuxième ligne ainsi que la radiothérapie chez cette population de patients.
- Définir de nouveaux axes de recherche de haut niveau dans le domaine d'onco urologie dans notre région pouvant participer aux études internationales multicentriques.

Critères d'inclusion

Tous les patients et les patientes présentant un cancer métastatique de la vessie (ganglionnaire ou viscérale) traités par cystectomie radicale associée à une chimiothérapie peri-opératoire.

Tous les patients et les patientes traités par chimiothérapie palliative seul

Critères d'exclusion

Tous les patients et les patientes dont les dossiers médicaux étaient incomplets ainsi que les patients n'ayant pas bénéficié d'une chimiothérapie (état général altéré ou clairance de la créatinine inférieure 60 ml/min).

III. RESULTATS :

I. Répartition selon l'âge :

L'âge moyen de nos patients était de 63,6 ans avec des extrêmes d'âge allant de 34 et 88 ans.

Le pic de fréquence s'est situé entre 61 ans et 70 ans.

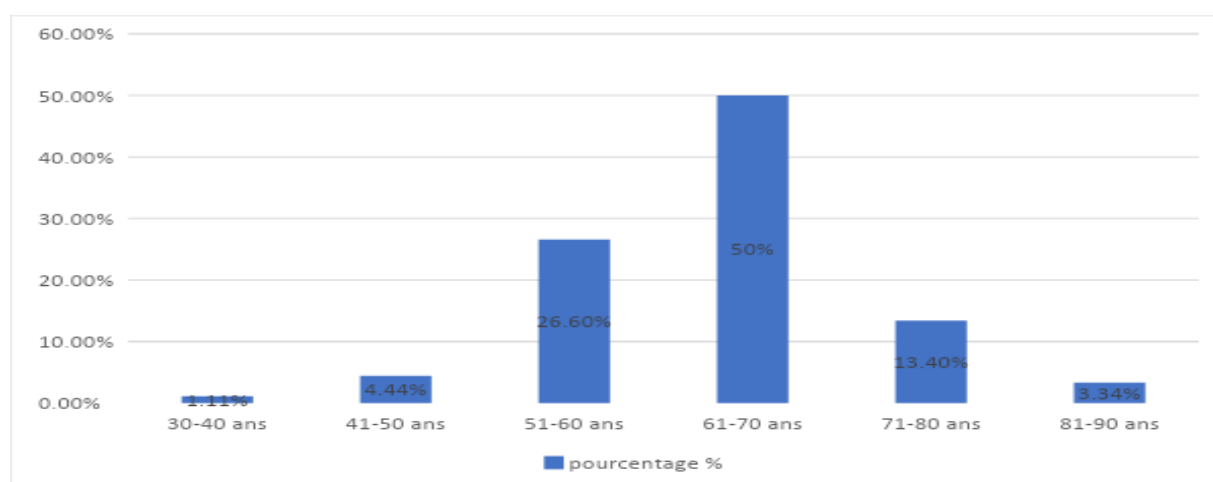


Figure 1 : Pourcentage des patients en fonction de l'âge

II. Diagnostic Clinique

- l'hématurie macroscopique était de loin le signe fonctionnel le plus fréquent chez nos patients, présente chez 82 patients (91.1%), dont la plus grande partie avait une hématurie caillotante ayant nécessité un sondage vésical avec décalottage aux urgences.
- 58 des patients avaient des troubles mictionnels du bas appareil, dont 41 (soit 45%) à types irritatifs, et 17 (soit 18.9%) à type obstructif.
- le toucher rectal a été réalisé chez 85% des malades, ayant objectivé une base vésicale infiltrée mobile chez 42% et une base vésicale fixe chez 13% des malades.
- le toucher vaginal a été réalisé chez toutes les patientes, 2 avaient une base vésicale souple, et 2 une base fixe.

III. Bilan d'extension :

1. Clinique :

L'examen clinique avait montré :

- Une masse hypogastrique chez 8 patients, témoin d'une tumeur vésicale volumineuse envahissant la paroi abdominale antérieure (stade T4b).
- Le toucher rectal avait mis en évidence une infiltration de la base vésicale chez 32 patients.
- Le toucher vaginal avait montré chez deux femmes un envahissement tumoral de la paroi vaginale antérieure (stade T4a).
- L'examen des aires ganglionnaires avait révélé des adénopathies (ADP) inguinales chez 4 patients.

2. TDM :

- La TDM thoraco-abdomino-pelvienne a été réalisée chez tous les patients (100%).
- Elle nous a permis de préciser le siège du processus tumoral vésical, l'infiltration de la graisse péri-vésicale, l'envahissement des organes de voisinage, la présence ou non d'une dilatation des voies excrétrices supérieures, l'extension ganglionnaire et aussi bien que les métastases à distance.
- TDM abdomino-pelvienne (uroscanner) a été réalisé chez 52 patients (57,73%).

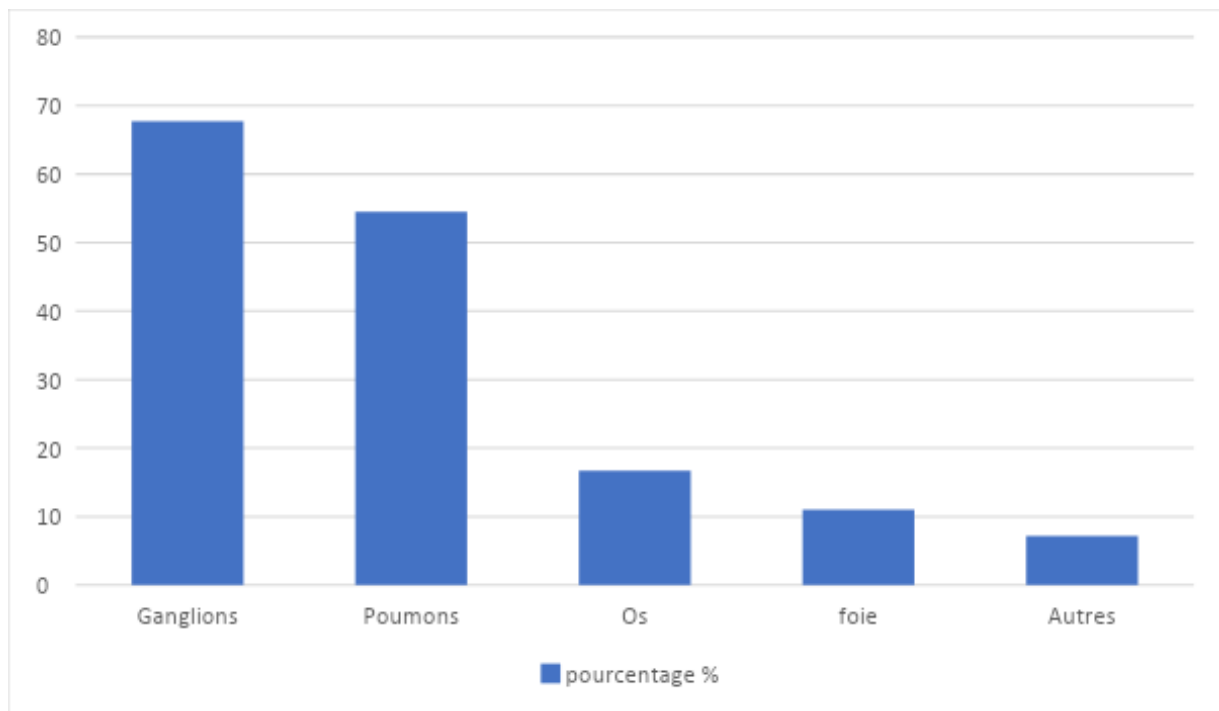


Figure 2 : Répartition selon la localisation métastatique détectée parTDM

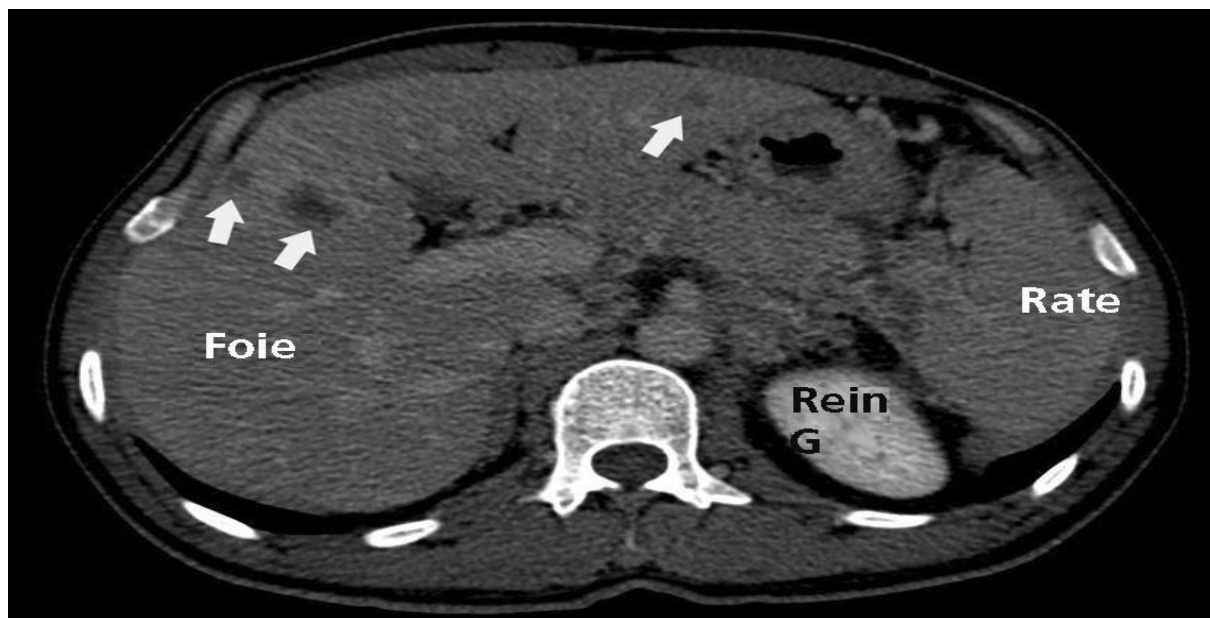


Figure 3: coupe transversale d'une TDM abdominale montrant deslocalisations secondaires d'un carcinome urothelial de vessie

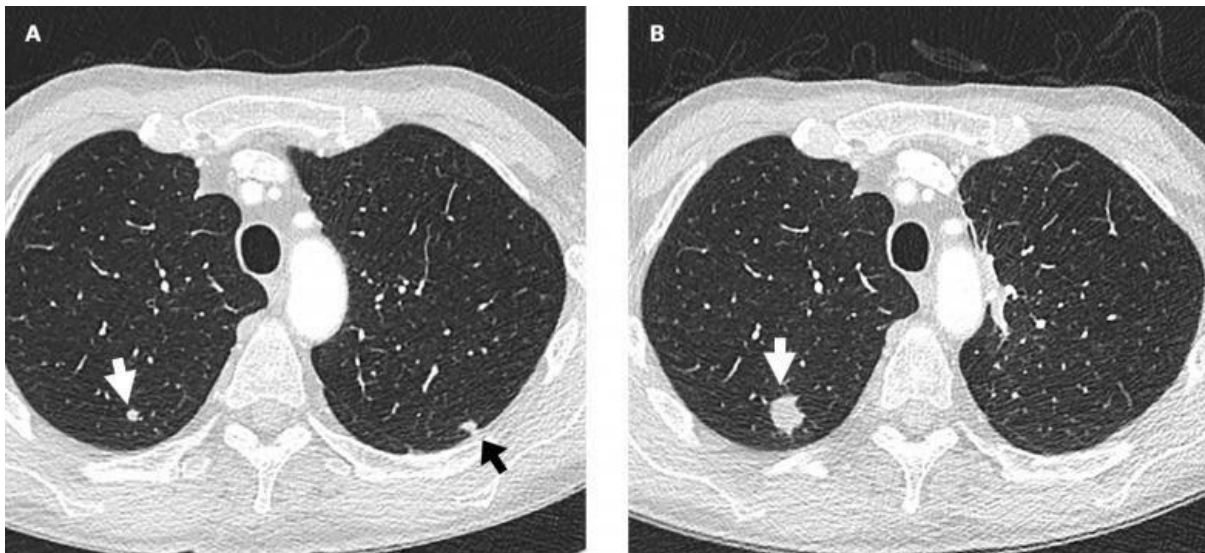


Figure 4: TDM thoracique d'un patient pris en charge au CHU Hassan II de Fes montrant des images de métastase pulmonaire

3. Scintigraphie osseuse :

La scintigraphie osseuse a été demandée chez 27 des patients (31.21%). Elle avait objectivé des métastases osseuses chez 12 des patients (13.4%).

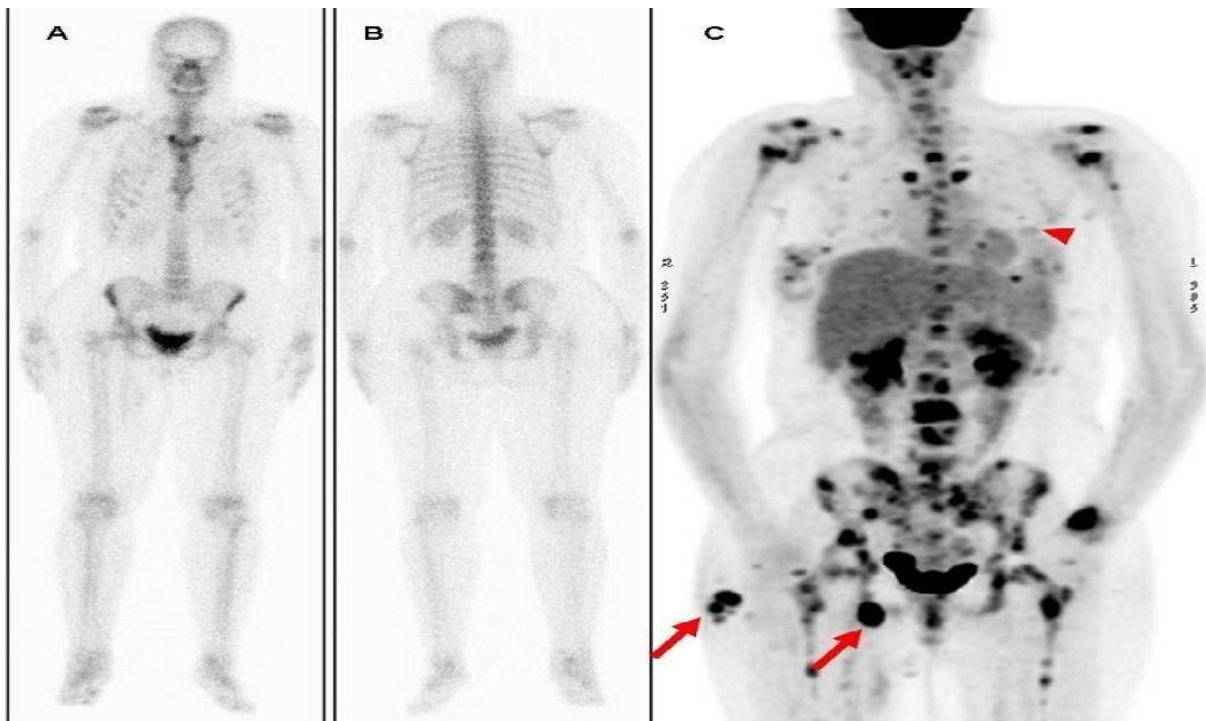


Figure 5: scintigraphie osseuse chez un patient montrant des localisations osseuses secondaires

IV. Traitement Chirurgical :

1.1. Techniques opératoires :

Dans notre série,

- la cystoprostectomie radicale a été réalisée chez 20 patients.
- La pelvectomie antérieure a été réalisée chez 1 patiente

1.2. Voies d'abord :

La chirurgie à ciel ouvert par laparotomie médiane a été réalisée chez tous les patients opérés, la voie laparoscopique n'a été pratiquée chez aucun patient de notre série .

1.3. Dérivations urinaires :

Les dérivations urinaires peuvent être non continentes (urétérostomies cutanées ou urétérostomies cutanées Trans iléales : Bricker) ou continentes (remplacementvésical par Néo vessie iléale).

- L'urétérostomie cutanée Trans iléale Type Bricker a été réalisée chez 20 cas (19 hommes et 1 femmes).
- L'entéro-cystoplastie par Néo vessie iléale a été réalisée chez 1 patient .

Tableau 1: Répartition selon le type de dérivation urinaire

	Nombre de cas	Taux de patients
Urétérostomie type Bricker	20	95.23%
Neovessie iléale	1	4.76%
Urétérostomie cutanée	0	0

1.4. Le curage ganglionnaire :

dans notre série , le curage ganglionnaire réalisée était dans la majorité des cas de type ilio obturateur bilatéral chez 20 patients (95,23%)

- Étendu (région obturatrice , iliaque interne et externe) chez un seul patient (4.76%) Alors que seuls 2 patients n'avait pas bénéficié d'un curage ganglionnaire vu l'envahissement et l'engainement des vaisseaux iliaques.

Tableau 2 : Répartition selon le type de curage ganglionnaire

	Nombre de cas	Taux %
Ilio-obturateur bilatéral	20	95.23%
Etendu	1	4.76%

1.5. Données anatomopathologiques

a. Stade de la tumeur de vessie après résection endoscopique :

Dans notre série, on note une prédominance du stade tumoral pT2 à la 1 èrerésection endoscopique (RTUV) chez 69 patients (76.67%).

- pT1 chez 13 patients (14,45%) .
- alors que le stade pTa n'a existé que chez 4 patients (4,44%)

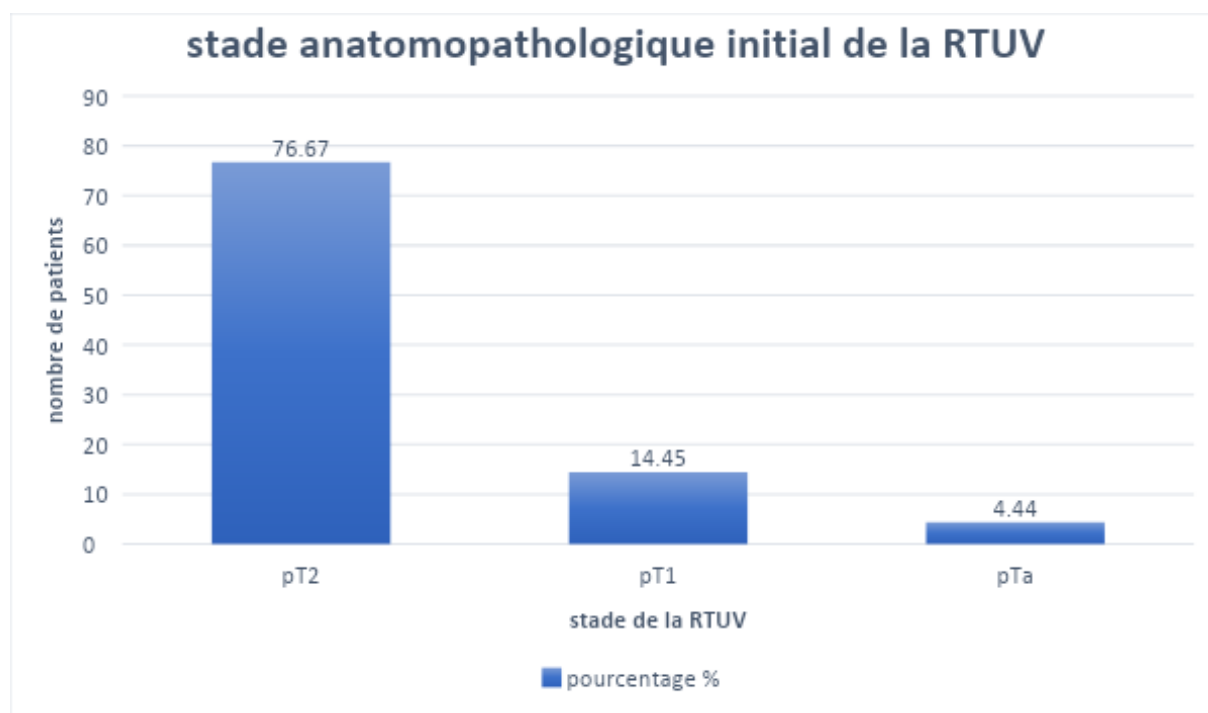


Figure 6 : Stade initial de résection Trans urétrale de la vessie.

IV. DISCUSSION :

Le cancer de vessie est le 9ème cancer dans le monde avec une incidence de 430 000 nouveaux cas et 165 000 décès par An en 2012, cette incidence et les taux de mortalité varient d'un pays à l'autre à cause de la répartition différente des facteurs de risque, le délai de la prise en charge, et la disponibilité des traitements. [5] Parmi les tumeurs superficielles, 60 à 70% vont récidiver et 10 à 20% vont progresser vers des tumeurs qui envahissent le muscle et deviennent potentiellement métastatiques [6]

Le cancer de vessie atteint surtout le sujet âgé à la sixième décennie avec un délai moyen entre l'apparition des symptômes et le diagnostic de 10.3 mois et un âge moyen lors de la cystectomie dans notre série est de 59.6 ans, celui de la série de Benchechrone est de 59 ans. La population de patients dans les 2 séries Marocaines est légèrement plus jeune que celle de la littérature occidentale qui varie de 65 à 69 ans [7,8,9,10]. Cet âge plus avancé de nos patients contraste avec l'âge plus jeune des séries Africaines ou Diao et al. [11] et Koffi et al. [12] rapportant un âge moyen respectivement de 45,5 et 49,9 ans, ce qui pourrait s'expliquer par l'exposition au Bilharziose à un âge plus jeune dans les pays Africains [13,14]

Tableau 3: âge moyen de cystectomie selon différentes séries

Etude	Age moyen de cystectomie
Hautmann et al.[28]	65 ans
P.stein et al [36]	66 ans
Manoharan et al[34]	69 ans
Koffi et Al[40]	49.9 ans
Diao et Al[39]	45.5 ans
Benchechrone[32]	59 ans
Notre série	59.6 ans

L'échographie sus pubienne reste l'examen de choix réalisée systématiquement dans le dépistage des tumeurs de vessie ayant comme avantage son caractère non invasif avec une sensibilité de 72-87% [15,16], cependant une échographie négative n'élimine pas le diagnostic.



Figure 7 : image échographique d'une tumeur de vessie

L'examen endoscopique par cystoscopie constitue le Gold standard pour le diagnostic du cancer de vessie, et dans aucun cas un test non invasif ou des marqueurs urinaires ne peuvent prendre sa place.

Selon les recommandations de l'AUA la cystoscopie est recommandée chez tous les patients suspects de tumeur vésicale ou même présentant une hématurie microscopique asymptomatique. [17] mais ne peut être fait qu'avec un ECBU stérile.

L'examen endoscopique doit être méthodique. Il commence par l'inspection de l'urètre, visualise le col, le trigone, les orifices urétéraux, les faces postérieures et antérieures de la vessie.

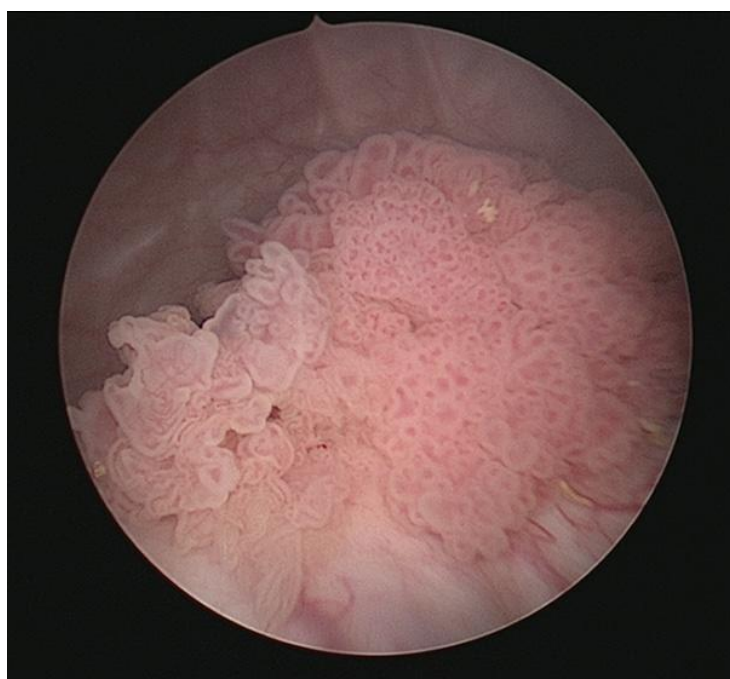


Figure 8 : image de cystoscopie d'une tumeur vésicale végétante

RTUV, c'est l'examen clé pour le diagnostic de certitude d'une tumeur de vessie, elle permet de réaliser l'étude anatomopathologique avec précision du type histologique, du stade, du grade, et du type d'invasion vasculaire et/ou lymphatique.

La cystectomie palliative sans curage ganglionnaire est une option en cas de patient de plaignant de symptômes invalidants, très symptomatique ou susceptible de le devenir rapidement (troubles mictionnels, brûlure, hématurie non contrôlée...), des douleurs rebelles aux antalgiques, et ayant peu de localisations métastatiques. Ce geste lourd doit toujours être discuté en tenant compte du terrain (comorbidités du patient et de son état général).

V. CONCLUSION :

Le cancer de vessie métastatique reste encore une maladie létale avec une légère amélioration des résultats depuis l'introduction de l'association de plusieurs molécules de la chimiothérapie à base de cisplatine.

Le rôle de la chirurgie et / ou d'autres thérapies de consolidation demeure discutable dans la gestion des patients atteints de tumeur de la vessie métastatique dans le cadre d'une approche multidisciplinaire.

Les résultats suggèrent une amélioration de la survie chez les patients présentant une tumeur de faible volume et après une réponse plus ou moins complète à la chimiothérapie.

Plusieurs études montrent que la résection chirurgicale est techniquement réalisable avec une morbidité acceptable et peut permettre un contrôle du cancer à long terme chez des patients bien sélectionnés.

Par ailleurs, la survie médiane globale dans notre série de 91 patients ayant une tumeur de la vessie métastatique était de 25 mois. Cependant, celle-ci était de 19 mois chez les patients qui avaient bénéficié de la chirurgie contre 28 mois chez les ceux qui ont fait la chimiothérapie palliative seule.

On a relevé que la survie globale était meilleure chez les patients bénéficiant d'une cystectomie radicale associée à une chimiothérapie les deux premières années.

Cependant, la survie globale à 5 ans était meilleure chez les patients bénéficiant seulement d'une chimiothérapie palliative seule

REFERENCES :

- [1]. tangara S. Etude des tumeurs de vessie au service d'urologie du CHU Gabriel Touré. Thèse de médecine, Bamako 2008 P.84 N°143
- [2]. M. Roupréta,*, y. Neuzilleta, A. Masson-Lecomtea, P. Colina, E. Compérata, F. Dubosqa, N. Houédéa, S. Larréa, G. Pignota, P. Puecha, M. Roumiguiéa, E. Xylinasa, A. Méjeana. Recommandations en onco-urologie 2016-2018 du CCAFU : Tumeurs de la vessie Grossman HB, Natale RB, Tangen CM, Speights VO, Vogelzang NJ, Trump DL, et al. Neoadjuvant chemotherapy plus cystectomy compared with cystectomy alone for locally advanced bladder cancer. N Engl J Med 2003;
- [3]. Herr HW, Donat SM. Outcome of patients with grossly node positive bladder cancer after pelvic lymph node dissection and radical cystectomy. J Urol 2001;
- [4]. Alfred Witjes, J., Lebre, T., Compérat, E.M. et al Updated 2016 EAU Guidelines on Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer. EurUrol. 2017
- [5]. Antoni S, et al. Bladder Cancer Incidence and Mortality: A Global Overview and Recent Trends. EurUrol (2016).
- [6]. Christian D. Fankhauser and Hugh Mostafidb Prevention of bladder cancer incidence and recurrence: nutrition and lifestyle (2017).
- [7]. Lebre T., Herve J.M., Yonneau L., Barre P., Lugagne P.M. Étude de la survie après cystectomie pour cancer de vessie à propos de 504 cas. ProgUrol 2000;10:553-560.
- [8]. Stein JP, Lieskovsky G, Cote R, et al. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: long-term results in 1054 patients. J Clin Oncol 2001;
- [9]. Słojewski M :Results of radical cystectomy for management of invasive bladder cancer with special reference to prognostic factors and quality of life depending on the type of urinary diversion.
- [10]. Kiriluk KJ, Prasad SM, Patel AR, Steinberg GD, Smith ND. Urol Oncol. Bladder cancer risk from occupational and environmental exposures. 2012 Mar;30
- [11]. Brennan .The contribution of cigarette smoking to Bladder cancer in women (Pooled European in data) Cancer causes and control. 2001;
- [12]. Dia, T. Amath, B. Fall, P.A. Fall, M.J. Diémé, N.N. Steevy, et al. Les cancers de vessie au Sénégal: particularités épidémiologiques, cliniques et histologiques .Progrès en urologie (2008) ; 18: 445-448 Koffi; T. Kodjo; D. Tchinn; M. A. Abdel-Kadre; N.K. Gado
- [13]. Tumeurs de la vessie au Togo : aspects épidémiologiques et diagnostiques. À propos de 36 cas observés au CHU de Lomé. Annales de pathologie (2010).
- [14]. Cumberbatch MG, Rota M, Catto JW, La Vecchia C. The role of tobacco smoke in bladder and kidney carcinogenesis: a comparison of exposures and meta-analysis of incidence and mortality risks.
- [15]. Stamatou K, Papadoliopoulos I, Dahanis S, Zafiroopoulos G, Polizois K. The accuracy of ultrasonography in the diagnosis of superficial bladder tumors in patients presenting with hematuria. Ann Saudi Med. 2009;29(2):134-7.
- [16]. JOSLYN S. A. , KONETY B. R. Lymph node dissection and survival in bladder cancer. J Urol, 2002, 167 (Suppl 4): Abstract 1034.
- [17]. E., et al Solsona: Feasibility of transurethral resection for muscle infiltrating carcinoma of the bladder: long-term follow up of a prospective study. Urol., 1998 Jan., Vol. 159, pp. 95-99.

A.ED-DEGOIJ, et. al. "Place De La Cystectomie Radicale Dans La Prise En Charge Des Tumeurs Malignes De Vessie Metastatiques". *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 22(4), 2023, pp. 19-27.