

Séance d'Urologie du 11 juin 2003

Le traitement des tumeurs infiltrantes de vessie

B. Dufour

Service d'Urologie
Hôpital Necker
161 rue de Sèvres
75743 PARIS CEDEX 15

Résumé

Les tumeurs infiltrantes de vessie restent des cancers graves. Leur traitement est discuté ; la cystectomie totale est considérée par certains comme le traitement de référence bien qu'accompagné d'une morbidité de 30 %.

Notre préférence va à la résection endoscopique large suivie de radio chimiothérapie, dont la morbidité est moindre et la survie à 5 ans meilleure.

Par définition, le cancer de la vessie est une tumeur histologiquement maligne, para-malphigienne dans l'immense majorité des cas (c'est celle que nous étudions ici), donc née de l'épithélium qui revêt le réservoir urinaire ; et on intitule cancer celle qui infiltre en profondeur la couche musculaire de la vessie. Elle peut être unique ou multiple, petite ou volumineuse; toute une variété selon leur volume et leur extension en surface mais aussi leur localisation (dôme; trigone).

Au-delà de la couche musculaire, si elle s'étend, elle infiltre l'espace sous péritonéal ou, en haut, le péritoine et les organes de voisinage.

Son extension lymphatique se fait vers les ganglions iliaques puis latéro-aortiques; elle métastase vers les poumons et surtout le foie.

Il y a donc une grande variété anatomo-pathologique mais c'est, même en 2003, un cancer qui reste redoutable... et par son pronostic et par son traitement.

Heureusement peu fréquent, il représente 2% des décès par cancer.

On en relève 336.000 cas chaque année dans le monde contre 945.000 côlon-rectum et 1.239.000 pour le poumon.

C'est un cancer du fumeur, donc l'espoir existe... de l'éviter.

Quelques remarques préliminaires :

Tous les chirurgiens, même non urologues, savaient qu'à

Abstract

Treatment of infiltrating bladder cancer.

Infiltrating bladder tumors remain serious cancers. Their treatment is discussed ; total cystectomy is considered by some as being the choice treatment, even though its morbidity rate is 30 %.

Our preference goes to extensive endoscopic resection followed by radiochemotherapy, results show a lower morbidity rate and an improved 5-year survival rate.

côté des cancers solides infiltrants existaient des tumeurs papillaires bénignes, uniques ou multiples, dont le caractère éventuellement récidivant était bien connu aussi...(récidive heureusement non inéluctable).

Malheureusement aujourd'hui -terminologie TNM 1998-, on les dénomme toutes « carcinomes » même si les adjectifs attachés démontrent leur bénignité (Classe I) ; dénomination redoutable en raison des excès thérapeutiques qu'elle induit et des effets sur le moral du malade.

Bien entendu, entre cette Classe I Bénigne Pta et la malignité extrême de la Classe PT3 existent tous les intermédiaires. Les limites se situant dans l'atteinte du chorion pour beaucoup, l'atteinte du muscle pour les autres.

On sait depuis longtemps que ce cancer est grave... comme l'est aussi son traitement, d'autant que le diagnostic est souvent tardif chez un homme assez âgé.

Tout a été essayé, toutes les formes de chirurgie, (tumorectomie, cystectomie partielle, exérèse élargie ou résection endoscopique); toutes les formes de radiothérapie, même à ventre ouvert, d'aiguillage de radium, etc ... Mais il faut aussi retenir de ce passé quelques succès - rares il est vrai.

Peu à peu cependant l'exérèse totale du réservoir est apparue comme une solution, malgré ses difficultés, sa morbidité et surtout sa mortalité.

De nombreux rapports se sont succédé à son sujet entre

1927 et 1956, et si la cystectomie totale a eu un essor considérable quand les antibiotiques sont apparus et pendant 10 ans, le remarquable rapport de R. COUVELAIRE (1947) a freiné l'enthousiasme en raison de la pauvreté des résultats à 5 ans.

Aussi essayait-on souvent d'associer une exérèse partielle à la radiothérapie; les résultats, là encore, étaient mauvais.

Par ailleurs quand bien même la cystectomie bien exécutée avait quelques chances de guérir la maladie, la dérivation qui l'accompagnait (uretères à la peau) était une infirmité difficile à supporter, en plus de l'impuissance constante. Pourtant déjà COFFEY (1911) (et il mérita le Prix NOBEL) avait décrit son intervention d'implantation colique des uretères, aux résultats parfois remarquables, mais aux complications connues.

Aussi continuait-on à faire des prostatocystectomies totales chez l'homme, des pelvectomies antérieures chez la femme, de principe parfois, de nécessité le plus souvent car les tumeurs étaient volumineuses; la dérivation étant une urétérostomie cutanée, ou un Coffey.

BRICKER imagina son opération en 1950 dérivant les uretères à la peau à travers un segment d'intestin.

R. COUVELAIRE, la même année (1950) imagina de remplacer la vessie par l'intestin; ce fut le 1er cas mondial; il fut très peu suivi et son élève CUKIER démontra dans son rapport au 61ème Congrès Français d'Urologie que la mortalité et la morbidité étaient rédhibitoires.

Le pronostic de ces cancers et les résultats thérapeutiques étaient si mauvais aussi ... que j'ai entendu ... à COCHIN, au cours d'une séance de la Société Française d'Urologie le Professeur ABOULKER dire :

« De toutes les façons il n'y a rien de bon à faire pour le cancer de la vessie; est-ce vraiment utile d'essayer ? »

C'était il y a une trentaine d'années.

Pourtant déjà, M. CAMEY, Chirurgien digestif plus qu'urologue, séduit par la méthode de remplacement imaginée par R. Couvelaire s'acharna et réussit; en exécutant une cystectomie parfaite, en ayant la patience de modeler un greffon intestinal et d'y implanter les uretères avec minutie. Les succès suivirent, alors que les mauvais résultats s'accumulaient chez les autres.

Il put ainsi démontrer à R. COUVELAIRE, aux urologues français puis européens et enfin aux américains- où il reçut le prix de l'AUA- qu'on pouvait enlever une vessie cancéreuse et la remplacer par l'intestin

Résultat extraordinaire malgré l'incontinence nocturne et l'impuissance, fréquentes sinon constantes.

Cette prostatocystectomie suivie de remplacement ou « CAMEY procedure » devint rapidement le traitement électif d'une tumeur cancéreuse de la vessie; ce fut l'euphorie: « Publications -statistiques- Modalités innombrables du remplacement » et on peut lire dans l'introduction du rapport de Marc ZERBIB et Olivier BOUCHOT, au dernier congrès de l'AFU sur le

traitement des tumeurs infiltrantes de vessie:

« LA CYSTECTOMIE TOTALE EST LE TRAITEMENT DE REFERENCE D'UNE TUMEUR INFILTRANTE DE VESSIE » et le remplacement est presque systématiquement exécuté.

Et on s'aperçoit aujourd'hui qu'effectivement l'urologue français, en présence d'une tumeur de vessie qui infiltre le muscle, quelle que soit sa situation et sa taille, enlève systématiquement la vessie ; Prostatocystectomie totale chez l'homme, pelvectomie antérieure chez la femme. Il n'y a plus aucune place pour une chirurgie partielle; pas d'autre dérivation ... que le remplacement (du moins chez l'homme); ni radio, ni chimiothérapie dont l'efficacité est pourtant connue.

Marc ZERBIB, rapporteur au Congrès d'Urologie 2002 sur le traitement des cancers infiltrants de la vessie, et Henri BOTTO, élève de Maurice CAMEY à FOCH nous rapporteront leurs résultats et nous expliqueront comment cette intervention majeure à mauvaise réputation est devenue simple, quotidienne, sans mortalité, ni morbidité excessive. Comment cette maladie considérée comme grave et mortelle est aujourd'hui de traitement presque banal et efficace.

Nous, à Necker, n'avons pas le même enthousiasme pour la cystectomie et n'avons pas la même idée sur les résultats ; 50 % de survie à 5 ans s'interprète aussi comme 50 % de mortalité à 5 ans. Et une morbidité de 30 % à 35 % dans les meilleures mains démontre que cette cystectomie totale avec remplacement n'a pas toujours des suites simples.

Bien entendu, la cystectomie totale a de nombreuses indications et nous vous présenterons notre expérience avec Y. Chrétien.

Mais n'y a-t-il pas d'autres modalités que l'amputation vésicale systématique ?

Serait-ce le seul organe qu'on enlève systématiquement complètement alors qu'on épargne le sein, le canal anal etc...?

N'y a-t-il aucune place pour la radiothérapie et la chimiothérapie qui ont tellement progressé et dont on connaît l'efficacité depuis longtemps ?

N'y a-t-il plus vraiment aucune place pour le « Coffey » ou l'urétérostomie cutanée ?

Par ailleurs, cette prostatocystectomie totale avec remplacement est une intervention longue, difficile, comportant une morbidité certaine et des inconvénients importants; d'abord sur le plan de la continence, si dans la plupart des cas les opérés retiennent les urines dans la journée, ils perdent les urines la nuit. Et l'exérèse simultanée, élargie, de la prostate les rend impuissants. Enfin, un certain nombre de complications, propres au remplacement lui-même (distension du greffon, mauvaise vidange, dilatation progressive du haut appareil rénal) surviennent relativement souvent; 35 % de morbidité dans les meilleures mains.

Enfin cette modalité de « réparation » après cystectomie interdit une irradiation postopératoire, parfois souhaitable pourtant.

Bien qu'élève admiratif et de mon père, qui à l'époque, a bien décrit et défendu la cystectomie totale et de mon maître R. Couvelaire, père du remplacement vésical, il m'est apparu que cette intervention majeure, malgré ses qualités, avait non seulement des inconvénients et des complications non négligeables, voire graves, mais surtout qu'elle ne guérissait qu'une partie des cancers de la vessie.

Il nous est apparu ainsi comme évident que le « bistouri seul », c'est à dire la seule chirurgie était incapable de guérir régulièrement tous ces cancers; et les résultats, sur le plan carcinologique, ne peuvent pas être meilleurs en 1990 qu'en 1970, en 2002 qu'en 1990 en dehors d'une moindre morbidité et mortalité péri-opératoires attribuables aux progrès de la réanimation.

Ainsi avons-nous pensé que le pronostic de ces cancers ne pouvait être amélioré qu'en associant à la chirurgie la radiothérapie et la chimiothérapie.

Connaissant par la littérature certaines séries de bons résultats obtenus par la radiothérapie; au courant par ailleurs des progrès de cette dernière (meilleur centrage, moins de morbidité et de complications sur les organes de voisinage) nous avons fait précéder la cystectomie totale d'une irradiation potentialisée par une chimiothérapie concomitante.

Le « protocole thérapeutique » était donc le suivant :

1°) Résection endoscopique large de la tumeur permettant de réduire considérablement son volume et de connaître avec certitude sa nature maligne, infiltrant la musculuse.

2°) Radio-chimiothérapie préopératoire

3°) Prostatectomie-cystectomie totale 5 semaines plus tard.

Nous avons eu alors la surprise de constater qu'à l'examen anatomopathologie de ces vessies, il n'y avait pas de tumeur résiduelle.

Après avoir ainsi traité 22 cancers de vessie avec les mêmes constatations, il était logique de s'interroger sur la nécessité de sacrifier systématiquement la vessie dans tous les cas de cancer infiltrant.

Nous avons donc établi un nouveau protocole thérapeutique comportant :

- L'exérèse première de la tumeur par voie endoscopique ;
- 2 séances de radio-chimiothérapie quelques jours plus tard ;
- Et 6 semaines plus tard, un contrôle par scanner et surtout par endoscopie avec résection profonde de la région tumorale, afin de savoir s'il existait encore de la tumeur à l'étude anatomopathologique.

Au terme de cette exploration, deux éventualités pour décider la suite du traitement :

- en l'absence de tumeur, la radiothérapie est poursuivie, en laissant la vessie en place ;
- en cas de tumeur persistante, prostatocystectomie totale, avec éventuel remplacement par l'intestin.