

Séance d'Urologie du 11 juin 2003

Résultats des cystectomies totales

M Zerbib (1) et O Bouchot (2)

(1) Clinique Urologique – CHU Cochin – Paris – France
(2) Clinique Urologique – CHU Hôtel Dieu – Nantes – France

Correspondance :

Pr. Marc Zerbib — Clinique urologique – Hôpital Cochin – 27
Rue du Faubourg Saint Jacques – 75014 – Paris – France. – e-
mail : marc.zerbib@cch.ap-hop-paris.fr
Pr. Olivier Bouchot – Clinique urologique – CHU Hôtel Dieu – BP
1005 – 44093 Nantes Cedex 1 – France. – e-mail : obou-
chot@chu-nantes.fr

Résumé

La cystectomie totale est le traitement de référence des tumeurs infiltrantes de vessie de haut grade non métastatiques ainsi que des tumeurs superficielles ayant résisté au traitement par immunothérapie ou par chimiothérapie endovésicale.

Après cysto-prostatectomie totale chez l'homme ou pelvectomie antérieure chez la femme, la mortalité peropératoire est < 1%, la mortalité postopératoire précoce (< 30 jours et/ou durant l'hospitalisation) est < 4% dans les séries les plus récentes. La morbidité précoce (< 30 jours ou durant l'hospitalisation) peut atteindre 35% dans certaines séries. Elle est dominée par les complications médicales liées à l'acte chirurgical et au terrain (ASA > III) et aussi d'ordre chirurgical : iléus prolongé, fistule anastomotique, infection systémique et pariétale. Le pourcentage de réintervention précoce peut atteindre 12%. La morbidité tardive (> 3 mois) peut atteindre 30% dans certaines séries. Elle est dominée par les sténoses urétéro-intestinales et la détérioration au long cours de la fonction rénale.

Les résultats fonctionnels des vessies de remplacement montrent une continence diurne de plus de 80% et nocturne de plus de 70% dans la plupart des séries utilisant différents modes de reconstruction vésicale. Chez la femme, la vessie de remplacement est possible avec une continence diurne de plus de 88% et nocturne de 80% mais avec un risque de rétention d'urine de l'ordre de 15%.

Les résultats carcinologiques : la survie à 5 ans après cystectomie totale tous stades confondus pT et pN0 varie de 48% à 68%. Pour les stades \leq pT2b, les survies globale et spécifique varient de 53% à 89%. Pour les stades \geq pT3a pN0, sans extension pT4b, les survies globale et spécifique varient de 31% à 71%. L'envahissement de la prostate ne contre-indique pas une cystectomie en sachant

qu'un envahissement direct du stroma prostatique a un impact statistiquement significatif sur la survie.

Il semble actuellement exister un consensus pour réaliser également une cystectomie totale chez les patients présentant un envahissement ganglionnaire modéré (pN1) ce d'autant que la tumeur vésicale est localement peu étendue (< pT2b). La cystectomie avec curage ilio-obturateur bilatéral est bénéfique pour un certain nombre de patients pN1 avec un pourcentage de survie globale à 5 ans d'environ 25%. Le pronostic des patients pN+ semble corrélé à l'étendue du curage, au nombre de ganglions prélevés, au nombre de ganglions envahis, à l'existence d'une effraction capsulaire.

Enfin l'âge, comme paramètre unique n'est pas une contre-indication systématique à une cystectomie totale. Le score ASA < III est déterminant. Pour les patients âgés, l'intervention de Bricker est pour beaucoup la référence mais le remplacement vésical est possible même si le risque d'incontinence est plus élevé.

Mots-clés : Tumeur infiltrante de vessie / mortalité / morbidité / survie après cystectomie

Abstract

Results of total cystectomy.

This article is a summary of the 2002 French Urological Association (AFU) report on treatments in invasive bladder cancer. Major topics include histopathological patterns, evaluation of the tumor and patient before treatment, modalities and results of surgery.

Keywords : Invasive bladder cancer / mortality / morbidity and survival of cystectomy .

Introduction

Pour les urologues, une tumeur infiltrante de vessie est définie par l'envahissement du muscle vésical par les cellules néoplasiques. Comme pour les tumeurs superficielles de la vessie, le diagnostic est anatomo-pathologique, basé sur l'analyse des copeaux tissulaires obtenus par la résection trans-urétrale de vessie (RTUV). L'ambiguïté du terme « Tumeur infiltrante de vessie » naît du fait que les anatomo-pathologistes considèrent qu'une tumeur est infiltrante dès qu'il y a un franchissement de la lame ba-

sale de l'épithélium (envahissement du chorion). Il est essentiel que les urologues soient vigilants à la lecture du compte-rendu anatomo-pathologique.

Une fois le diagnostic fait, il est nécessaire de réaliser une évaluation de la tumeur pour en définir au mieux le stade TNM et une évaluation du patient, avant de prendre une décision thérapeutique en Unité de Concertation Multidisciplinaire de Cancérologie Urologique.

La RTUV initiale

Elle est l'acte chirurgical de base devant une tumeur de

vessie, et :

- nécessite une antibioprofylaxie ;
- nécessite une anesthésie loco-régionale ou générale ;
- doit comprendre :
 - une cytologie urinaire,
 - une résection si possible complète, au moins pour les tumeurs T2a-b de moins de 3 cm,
 - une différenciation des copeaux par tumeur, et pour chacune d'elle, des copeaux superficiels et profonds (présence de fibres musculaires),
 - une recherche de CIS associé,
 - une cartographie vésicale, consignée sur la fiche anatomo-clinique, dont une copie sera intégrée dans le dossier du patient,
 - une surveillance postopératoire attentive, pour dépister le plus rapidement possible une complication.

Anatomo-Pathologie

Quelle classification doit-on utiliser pour le grade et le stade tumoral ?

Le grade a été défini par la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La majorité des publications utilise la classification de 1973, qui distingue les papillomes (tumeurs bénignes) des carcinomes urothéliaux de grade 1, 2 ou 3. En 1998, un consensus OMS - Société Internationale de Pathologie (ISUP) a introduit la notion de tumeurs à faible potentiel de malignité (LMP/ *low malignant potential*) classées dans les tumeurs de grade 1. Pour les autres tumeurs, elles ont été divisées en tumeurs de bas grade et de haut grade. En 1999, l'OMS a rétabli la classification en grade 1, 2 et 3, tout en conservant la notion de tumeurs à faible potentiel de malignité. Au vu des données récentes de la littérature et d'une enquête menée auprès des pathologistes français, Billerey et Sibony concluaient dans le rapport AFU 2001 qu'il n'est pas souhaitable d'adopter la classification de l'OMS 1999 car la subdivision des tumeurs papillaires en 5 catégories repose sur des critères trop peu fiables pour assurer une bonne reproductibilité. Le choix entre OMS 1973 et Consensus 1998 est une affaire de préférence personnelle, et ne soumet pas les pathologistes et les urologues à des erreurs de compréhension si la correspondance entre ces deux classifications est claire dans l'esprit des utilisateurs.

Pour le stade, la classification TNM 1997 est recommandée pour l'ensemble des tumeurs, en dehors des lésions planes où la classification de 1998 permet de différencier : carcinome in situ, dysplasie et atypie.

Les difficultés d'évaluation du stade pT à partir des copeaux de RTUV

- Fausse impression d'infiltration de la musculature en cas d'hyperplasie de la musculature muqueuse (inflammations chroniques).
- L'infiltration du tissu adipeux par la prolifération tumorale ne signifie pas forcément qu'il s'agit d'un stade pT3. Il a été décrit la présence de tissu adipeux non

seulement dans le plan musculaire, mais parfois dans la partie profonde du chorion vésical. Le diagnostic fiable d'un stade pT3 ne peut donc être établi que sur une pièce de cystectomie.

- Impossibilité de différencier les stades pT2a et pT2b.
- Evaluation difficile du stade pour les tumeurs développées dans un diverticule de vessie.

Anatomo-pathologie des tumeurs épithéliales

Les tumeurs infiltrantes sont dans 90% des cas des carcinomes urothéliaux. Le caractère multicentrique des lésions, le polymorphisme et l'association à une dysplasie ou un carcinome in situ font qu'il s'agit d'une véritable maladie de l'urothélium.

Le carcinome épidermoïde représente, en France, 5% des tumeurs de vessie.

L'adénocarcinome pose le problème d'établir sa nature primitive ou secondaire, en particulier colo-rectale.

Les tumeurs neuro-endocrines, très agressives, représentent 0.5 à 1% des tumeurs de vessie.

Histo-pronostic des tumeurs urothéliales

Les critères permettant, actuellement, de définir un pronostic sont cliniques et pathologiques, comprenant le type histologique, le stade, le grade et la présence de carcinome in situ associé.

Il est essentiel que le pathologiste précise la présence de fibres musculaires appartenant à la musculature ou non sur le spécimen, et en cas de doute une relecture ou une RTUV itérative doivent être réalisées.

Evaluation pré-thérapeutique

Evaluation de la maladie

L'évaluation des stades T et N, par les examens d'imagerie actuellement disponibles, est imparfaite.

Les difficultés sont liées :

- au fait, que le plus souvent, l'examen d'imagerie est réalisé après la RTUV. Il n'est pas alors possible d'obtenir une évaluation tumorale fiable tant par l'uro-TDM que par l'IRM ;
- aux problèmes d'accessibilité aux appareils les plus performants pour l'évaluation tumorale locale: TDM hélicoïdale avec reconstruction, IRM et imagerie 3D.
- aux faibles performances de ces examens pour l'évaluation ganglionnaire (le PET scan et l'immunolymphoscintigraphie doivent être évalués à plus grande échelle).

L'absence d'imagerie médicale fiable explique :

- le pourcentage élevé de "sous et sur-estimations" cliniques par rapport au stade pathologique ;
- le manque de fiabilité des protocoles, évaluant les traitements conservateurs du réservoir vésical, basés essentiellement sur l'évaluation clinique et para-clinique.

Evaluation du malade

Le score ASA du patient permet une évaluation globale du nombre et de la gravité des co-morbidités. Malavaud, en 2001, a montré que le score ASA = III de patients de-

vant avoir une cystectomie totale, est un facteur prédictif de morbidité et de mortalité plus significatif que l'âge seul.

La « stadification » clinique est donc peu performante. Ceci est à même d'expliquer l'évolution parfois péjorative de certaines tumeurs déjà extra-vésicales où un bilan clinique erroné a pu induire un retard thérapeutique préjudiciable.

La cystectomie totale

La cystectomie totale est le traitement de référence en cas de tumeur infiltrante de vessie. Les facteurs prédictifs cliniques sont : le stade pT, le stade pN et le grade tumoral. Pour les tumeurs confinées à la vessie, la taille de la tumeur est un facteur prédictif déterminant.

Mortalité, morbidité et résultats fonctionnels de la cystectomie totale

- La mortalité opératoire est inférieure à 1%.
- La mortalité postopératoire précoce (< 30 jours et/ou durant l'hospitalisation) est inférieure à 4% dans les séries les plus récentes.
- La morbidité précoce (< 30 jours et/ou durant l'hospitalisation) peut atteindre 35% dans certaines séries. Elle est alors dominée par les complications médicales liées à l'acte chirurgical et au terrain (ASA³ III), mais aussi d'ordre chirurgical : iléus prolongé, fistules anastomotiques, infections systémiques et pariétales. Le pourcentage de ré-intervention précoce peut atteindre 12%.
- L'étiologie de l'iléus postopératoire est multifactorielle. Il ressort de l'ensemble des études publiées que : l'association du retrait précoce de la sonde nasogastrique, de la reprise précoce de l'alimentation et d'une déambulation précoce diminue, après cystectomie totale, les durées de l'iléus postopératoire et de l'hospitalisation.
- L'âge, comme paramètre unique, n'est pas une contre-indication systématique à une cystectomie totale. Un score ASA³ III augmente considérablement le risque de complications majeures postopératoires plus que le type de dérivation urinaire. Pour les patients âgés, l'intervention de Bricker est, pour beaucoup, la référence mais le remplacement vésical est possible même si le risque d'incontinence est plus élevé.
- La morbidité tardive (> 3 mois) peut atteindre 30% dans certaines séries. Elle est dominée par les sténoses urétéro-intestinales et la détérioration au long cours de la fonction rénale.
- Les résultats fonctionnels des vessies de remplacement sont :
 - Continence :
 - Chez l'homme :
 - Vessie de Hautmann : diurne 83.7%, nocturne 66.3%, auto-sondage 6.4% ;
 - Vessie de Studer : diurne 92%, nocturne 77%, auto-sondage 5% ;
 - Vessie en Z : diurne 94%, nocturne 76% ;
 - Avec conservation de la coque prostatique : diurne 97%, nocturne 95%.

- Chez la femme :

- Sur 270 cas colligés pour ce rapport (vessie de Hautmann le plus souvent) : continence diurne 88%, nocturne 79%, rétention 15%.

- Sexualité :

- Chez l'homme :

- Après cysto-prostatectomie totale sans conservation des bandelettes neuro-vasculaires : impuissance 80% ;
- Après cysto-prostatectomie totale avec conservation des bandelettes neuro-vasculaires : impuissance 36% ;
- Après conservation de la coque prostatique : impuissance 18%.

- Chez la femme :

- pas de résultats actuellement disponibles, mais dyspareunie souvent signalée.
- Les complications postopératoires non néoplasiques après cystectomie totale et dérivation urinaire peuvent être globalement divisées en 4 catégories : mécaniques, métaboliques, infectieuses et lithiasiques.
- La surveillance des patients, pour dépister ces complications non néoplasiques, nécessite le contrôle :
 - de la fonction rénale : créatininémie, échographie rénale, uro-TDM ;
 - du ionogramme sanguin ;
 - de l'ECBU avec antibiogramme ; près de 80% des patients porteurs d'une dérivation cutanée, continente ou non, ont une bactériurie asymptomatique, qui ne nécessite aucun traitement prophylactique.

Résultats carcinologiques après cystectomie totale

Sous- et sur-estimations cliniques par rapport au stade pathologique

La RTUV reste un moyen très décevant d'appréciation du degré d'infiltration tumorale ; la plus importante source d'erreur réside dans l'impossibilité d'évaluer la profondeur de l'invasion musculaire.

Les sous et sur-estimations de l'évaluation clinique par rapport au stade pathologique varient selon les séries de 35 à 70%. Ces chiffres rendent peu crédibles les interprétations d'efficacité de traitements ou de courbes de survie basées sur le stade clinique.

Le pourcentage de pT0 sur la pièce de cystectomie, en moyenne de 12.3% (8 - 22), ne semble pas apporter un avantage de survie comparé au stade clinique initial.

La RTUV itérative

Elle ne doit pas être systématique, car elle n'améliore pas l'estimation du stade pathologique en cas de tumeur infiltrant le muscle vésical, mais doit être réservée :

- à l'indication d'une éventuelle alternative thérapeuti-

que à la cystectomie ;

- aux patients référés pour un 2° avis surtout si la relecture des lames initiales ne permet pas un diagnostic histologique définitif.

Survie à 5 ans après cystectomie totale dans les séries après 1980

- Pour tous stades pT et pN0, les survies globale et spécifique varient de 48 à 68%.
- Pour les stades £ pT2b pN0, les survies globale et spécifique varient de 53 à 89%.(Tableau 1)
- Pour les stades ³ pT3a pN0, sans extension pT4b, les survies globale et spécifique varient de 31 à 71%.(Tableau 2)

Envahissement prostatique et indication de l'urétréctomie

L'envahissement de la prostate ne contre-indique pas une cystectomie en sachant que l'envahissement direct du stroma prostatique par la tumeur vésicale a un impact sta-

tistiquement significatif sur la survie.

- Le remplacement vésical est tout à fait envisageable si l'examen extemporané de la recoupe urétrale est négatif.
- Le remplacement de vessie est contre-indiqué pour les patients présentant un envahissement manifeste de l'urètre antérieur et pour ceux ayant un examen histologique extemporané positif de la recoupe urétrale au moment de la cystectomie.
- Les biopsies de l'urètre prostatique ne sont pas utiles pour l'évaluation préopératoire avant une vessie de remplacement.
- L'envahissement prostatique impose une urétréctomie :
 - concomitante à la cystectomie en cas de recoupe urétrale positive à l'examen extemporané ;
 - différée en cas d'examen positif sur l'analyse définitive de l'urètre, sous réserve que l'espérance de vie à 5 ans du patient ne soit pas faible (pT4b, pN2-3).
- La présence d'un envahissement prostatique augmente tout de même le risque de récurrence urétrale, parfois tardive, imposant une surveillance attentive au long cours des patients et plus particulièrement de

Auteurs	Stade pT	N	% survie 5 ans
Skinner, 1988 *	pT2a	--	83
	pT2b	--	69
Malkowicz, 1990 *	pT0, pTa	12	100
	pTis	40	85
	pT1	14	80
	pT1/pTis	41	78
	pT2	22	76
Pagano, 1991 *	pT2/pTIS	26	87
	pT2a	58	63
	pT2b	--	67
Frazier, 1993**	? pT1	126	82
Amling, 1994 **	pT2	90	64
	pTa	11	88
	pTis	19	100
Freeman, 1995 **	pT1	91	76
	? pT2	120	84
Schoenberg, 1996	? pT2b	101	82% (78% à 10 ans)
Hautmann, 1998 **	? pT2b	85	89
Zerbib**, 1998	? pT2b	72	81
Bassi, 1999 *	pT0 Nx	16	94
	pTIS Nx	46	78
	pTa, pT1 Nx	49	69
	pT2a Nx	67	63
	pT2b Nx	70	53
Gschwend, 2000 **	pTis	34	96
	pT1	45	92
	pT2a	121	82
	pT2b	74	71
Lebret, 2000	? pT2b	273	79,4
Stein, 2001	pT2a	--	89 (87% à 10 ans)
	pT2b	--	78 (76% à 10 ans)
Vallancien, 2002 **	? pT2b	--	73

Tableau 1 : Survie à 5 ans après cystectomie totale pour les tumeurs ? pT2pN0

* survie actuarielle

** survie spécifique

Auteurs	Stade pT	N	% survie 5 ans
Whitmore, 1962	pT3	42	17
	pT4 a	9	0
Richie, 1975	pT3	23	20
Bredael, 1980	pT3	24	25
	pT4	11	18
Skinner, 1988	pT3	-	29
Pagano, 1991	pT3	-	31
	pT4	40	21
Wishnow, 1991	pT3	48	58
	pT4	21	49
Frazier, 1993	pT3 pT4	240	39
Schoenberg, 1996 *	? pT3a	-	53 (49% à 10 ans)
Hautmann, 1998	pT3 pT4	50	53
Zerbib, 1998 *	? pT3a	44	42
Abratt, 1998	? pT3a	-	31
	pT4	-	29
Bassi, 1999	pT3 Nx	72	33
	pT4 Nx	49	28
Gschwend, 2000	pT3	128	44
	pT4a non stroma	17	74
	pT4a stroma	45	51
	pT4b	29	26
	? pT3aN0	-	71.2
Lebret, 2000 *	? pT3aN+	-	26.6
	pT4a	-	31 (à 2 ans)
	pT4b	-	3 (à 2 ans)
	? pT3a	-	62 (61% à 10 ans)
Stein, 2001	pT4	-	50 (45% à 10 ans)
	? pT3a	-	63
Vallancien, 2002 *	? pT3a	-	63

Tableau 2: Survie à 5 ans après cystectomie totale pour les tumeurs ? pT3a pN0

* survie spécifique

ceux ayant une dérivation urinaire cutanée.

- Quand à l'éventuelle conservation de la coque prostatique, il est trop tôt aujourd'hui pour en définir l'indication qui ne paraît pas prudente quand il existe des facteurs de risques préopératoires d'envahissement de l'urètre prostatique.

En conclusion, des recommandations raisonnables, en fonction de l'ensemble des études, peuvent être actuellement données pour aider à la décision de conserver ou non l'urètre au cours d'une cystectomie totale:

- Pour l'homme :
 - Pour ceux, chez qui une vessie de remplacement était envisagée, l'urétréctomie immédiate ou différée doit être réalisée si l'analyse extemporanée et/ou à distance, de la recoupe urétrale est positive.
 - Pour ceux, chez qui une dérivation cutanée était envisagée, l'urétréctomie (immédiate ou différée) doit être réalisée pour les patients présentant un carcinome in situ ou une tumeur manifeste envahissant l'urètre prostatique, les glandes ou le stroma prostatique.
 - Pour tous les hommes chez qui l'urètre a été conservé (qu'il soit fonctionnel ou pas), l'urétréctomie est indiquée si la cytologie de lavage urétral est positive ou si le patient présente une urétrorragie, une masse périnéale ou urétrale palpable.
- Pour la femme :
 - L'urétréctomie est systématique pour les patientes chez qui une dérivation urinaire cutanée ou interne (« sigma-pouch ») est décidée.
 - Les deux tiers distaux de l'urètre peuvent être conservés chez les femmes pour qui une vessie de remplacement est indiquée, si la tumeur n'envahit pas le col vésical, et si l'analyse histologique extemporanée des recoups urétrale et vaginale sont négatives.
 - L'urétréctomie est indiquée en cas de récurrence tumorale au niveau de la paroi antérieure du vagin ou de l'anastomose uréthro-iléale.

Envahissement ganglionnaire pN+ et Cystectomie totale

Il semble actuellement exister un consensus pour réaliser une cystectomie totale chez les patients présentant un envahissement ganglionnaire modéré pN1 ce d'autant que la tumeur vésicale est localement peu étendue (£ pT2b). La cystectomie totale avec curage ilio-obturateur bilatéral est bénéfique pour un certain nombre de patients pN1 avec un pourcentage global de survie à 5 ans d'environ 25%. Le pronostic des patients pN+ semble corrélé à l'étendue du curage, au nombre de ganglions prélevés, au nombre de ganglions envahis (< 5 ou 8), à l'existence d'une effraction capsulaire.

En fait, la classification TNM 1997 manque de précision. Il faudrait, pour être plus précis, donner :

- le nombre de ganglions retirés,
- le nombre de ganglions envahis (£ 5 ou à 8 ?),
- le diamètre des ganglions envahis (< 0.5 cm),

- l'effraction capsulaire.

Cependant une constante demeure : lorsque les patients pN+ évoluent, le décès des opérés survient dans les 24 à 36 mois postopératoires.

- En cas d'envahissement massif des ganglions ? pN2, le pronostic est généralement catastrophique et la pertinence d'une cystectomie totale 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, le curage ganglionnaire « pelvien étendu » est recommandé.
- L'âge n'est pas une contre-indication à la cystectomie pour les patients pN+. Seul un score ASA ? III est prédictif de complications.
- Enfin, une vessie de remplacement peut être réalisée pour des patients pN1 et même ? pN2 à la condition qu'un curage ganglionnaire « pelvien étendu » complet soit réalisable.

Cystectomie totale chez le sujet âgé

L'ensemble des données actuellement disponibles montre que l'âge comme paramètre unique n'est pas une contre-indication systématique à une cystectomie totale. Le score ASA < III est déterminant.

Pour les patients âgés, l'intervention de Bricker est pour beaucoup la référence mais le remplacement vésical est possible, même si le risque d'incontinence est plus élevé.

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. D'autre part, le fait qu'un patient informé ait choisi personnellement le type de dérivation est déterminant pour l'acceptation de sa situation postopératoire.

Ainsi, Morris a montré (comme pour le cancer du sein) que pour avoir une meilleure qualité de vie postopératoire, il faut que le patient ait participé à la décision du type de dérivation urinaire choisie.

Surveillance après cystectomie totale

La surveillance doit avoir 2 axes principaux :

- Carcinologique : recherche d'une récurrence tumorale locale ou métastatique, d'une autre localisation urothéliale : urétrale et/ou sur le haut appareil ;
- Non carcinologique : dominé par l'évaluation de la fonction rénale mais aussi par la recherche des complications : mécaniques obstructives, métaboliques, infectieuses et lithiasiques.

Indépendamment du mode de dérivation

La surveillance doit inclure :

- examen clinique : palpation des fosses lombaires et de l'hypogastre, les touchers pelviens ;

- échographie rénale, hépatique ;
- biologie : numération – formule sanguine, ionogramme sanguin, fonction rénale, équilibre acido-basique ;
- PSA, en cas d'adénocarcinome ou de PIN sur la pièce de cysto-prostatectomie et systématiquement en cas de cystectomie avec conservation de la coque prostatique ;
- uro-TDM abdomino-pelvienne qui permet :
 - l'évaluation du haut appareil : dilatation urétéro-pyélo-calicielle, calculs, récurrence tumorale ;
 - recherche de métastases ganglionnaires rétro-péritonéales ;
 - recherche d'une récurrence locale et/ou loco-régionale.
- recherche de métastases systémiques, en particulier par la TDM thoracique.

Le rythme de cette surveillance est fonction du type histologique, du stade pT et pN de la tumeur primitive (une tumeur localement avancée et/ou l'existence de métastases ganglionnaires représentent un haut risque de progression) : plus le risque de progression est élevé, plus la surveillance doit être étroite.

Si le risque de récurrence et/ou de progression de la maladie est certes élevé au cours des 2 premières années, il persiste à distance et la surveillance doit être longtemps poursuivie.

De ce fait, le bilan de surveillance doit être réalisé :

- dans les 2-3 mois qui suivent l'intervention chirurgicale ;
- tous les 4 à 6 mois pendant les 2 premières années ;
- tous les 6 mois jusqu'à 5 ans ;
- tous les ans jusqu'à 10 à 15 ans.

En cas de dérivation urinaire externe

- l'ECBU n'est nécessaire qu'en cas de douleurs lombaires ou de fièvre ;
- une cytologie urinaire, pour dépister une récurrence tumorale du haut appareil, doit être faite tous les 3 mois pendant les 3 premières années, puis tous les ans (jusqu'à 10 à 15 ans) ;
- l'UIV peut être réalisée en alternance avec l'uro-TDM pour la recherche d'une localisation tumorale du haut appareil, ou d'une sténose urétéro-iléale en cas de dilatation urétéro-pyélo-calicielle.

En cas de conservation de l'urètre, une cytologie urétrale par lavage de 10 mL de sérum salé isotonique doit être faite :

- en l'absence d'atteinte prostatique sur la pièce de cysto-prostatectomie : tous les 12 mois ;
- en cas d'atteinte, au minimum, du stroma prostatique sur la pièce de cysto-prostatectomie : tous les 6 mois pendant les 2 premières années, puis tous les ans, si l'urétréctomie complémentaire n'a pas été réalisée.

En cas de vessie de remplacement :

- Biologie : en plus du bilan systématique après cystectomie totale, il faut insister sur
 - l'ionogramme pour dépister et compenser précocement les désordres métaboliques ;

- le dosage de la vitamine B12, en cas d'anomalie préopératoire.
- Echographie abdominale pour dépister :
 - une dilatation urétéro-pyélo-calicielle, imposant une UIV pour rechercher une sténose urétéro-intestinale voire un reflux ;
 - un calcul du haut appareil ou du réservoir
 - un résidu post-mictionnel en rapport soit à un dysfonctionnement du réservoir, soit à une sténose urétéro-iléale qui sera confirmée par une fibroscopie.
- La cytologie urinaire est nécessaire pour dépister une récurrence urétrale ou du haut appareil, tous les 3 mois pendant les 3 premières années, puis tous les ans (pendant 10 à 15 ans).

Le rythme sera identique à celui de la surveillance après cystectomie.

En cas de dérivation interne :

- Biologie : en plus du bilan systématique après cystectomie totale, il faut insister sur l'ionogramme pour dépister et compenser précocement les désordres métaboliques (acidose hyperchlorémique) ;
- Coloscopie : tous les 2 à 3 ans, à la recherche d'une cancérisation urothéliale ou glandulaire des anastomoses urétéro-coliques.

Le rythme sera identique à celui de la surveillance après cystectomie.

Conclusions sur les cystectomies totales

- La distinction pronostique majeure réside dans le caractère infiltrant mais confiné au muscle vésical de la tumeur par rapport aux patients présentant une pénétration tumorale dans le tissu péri-vésical voire atteignant les organes adjacents ou les ganglions pelviens.
- L'étude de la survie après cystectomie par calcul de la survie spécifique est beaucoup plus précise et reflète plus réellement le pronostic des patients que la survie globale, surtout lorsqu'il s'agit d'une tumeur confinée à la vessie avec de bons facteurs pronostiques. La classification TNM 97 est extrêmement précise pour prédire le pronostic grâce au stade pT et au stade pN qui sont des facteurs pronostiques indépendants extrêmement pertinents. Le stade pN doit être le plus précis possible : nombre de ganglions retirés, de ganglions envahis, leurs tailles et l'état de la capsule. La cystectomie totale a montré qu'elle était un traitement curatif extrêmement performant pour les patients présentant une tumeur confinée à la vessie, même s'ils sont âgés. Cependant, même pour les patients présentant une tumeur ayant dépassé le détrusor, la cystectomie peut quand même à elle seule guérir près d'un tiers d'entre eux lorsqu'il existe un envahissement microscopique péri-vésical (pT3a) et un envahissement ganglionnaire modéré (pN1 ou mieux moins de 5 ganglions envahis et sans perforation capsulaire).
- De la même façon, l'envahissement de la prostate par une tumeur vésicale confinée à l'organe ne semble pas

être un facteur prédictif péjoratif à lui seul avec une survie spécifique à 5 et 10 ans comparable à celle des patients de même stade pathologique vésical n'ayant pas d'atteinte prostatique. Il est important tout de même de faire préciser sur l'analyse histologique de la pièce de cystectomie l'état de l'envahissement prostatique éventuel pour distinguer atteinte purement muqueuse ou canalaire d'une atteinte du stroma. L'urétrectomie est indiquée en cas d'envahissement de la recoupe urétrale.

- La vessie de remplacement permet une amélioration certaine de la qualité de vie des patients. Elle peut être proposée chez l'homme même aux patients pT4a voire pN1 à la condition que l'examen histologique extemporané de la recoupe urétrale soit négatif. Chez la femme, la vessie de remplacement peut être proposée à la condition que la tumeur n'atteigne pas le col vésical et que l'examen histologique extemporané de la recoupe urétrale soit négatif.
- La surveillance à long terme est indispensable après une cystectomie pour dépister une récurrence urétrale, pelvienne, du haut appareil ou métastatique). Elle est aussi fondamentale pour surveiller l'apparition d'éventuelles complications liées au mode de dérivation urinaire qu'elles soit mécaniques, infectieuses, lithiasiques ou métaboliques.
- La survie à long terme des patients présentant une tumeur non confinée à la vessie n'est pas bonne et nécessite d'être améliorée vraisemblablement par des traitements adjuvants qui sont encore à définir. Cependant, le pourcentage de récurrence locale a bien diminué ces dernières années, vraisemblablement en raison de l'amélioration de l'exérèse chirurgicale.

Références

1. M Zerbib et O Bouchot : Les traitements des tumeurs infiltrantes de la vessie : Rapport AFU 2002, Progrès en Urologie, Volume 12, numéro 5, Novembre 2002