

Séance d'Urologie du 11 juin 2003

Traitement « conservateur » des tumeurs malignes de la vessie par résection endoscopique suivie de radiochimiothérapie

B. Dufour (1), M Housset (2)

(1) Service d'Urologie
Hôpital Necker
161 rue de Sèvres
75743 Paris Cedex 15

(2) Service d'Urologie
Hôpital Européen Georges Pompidou
20 rue Leblanc
75015 Paris

Résumé

La radiochimiothérapie est à Necker une alternative à la cystectomie dans les cancers infiltrants de vessie. Depuis 1988, un protocole thérapeutique associant une résection endoscopique de la tumeur la plus complète possible à une irradiation et une chimiothérapie (5 FU Platine) a été utilisé chez 173 patients qui auraient pu avoir une cystectomie totale. Le recul moyen dépasse 5 ans. Le taux de réponse complète est de 70 %, 18 % des patients ont eu une récurrence locale, la survie globale est de 63 %, elle est comparable à celle des différentes séries de cystectomie.

Après avoir traité aujourd'hui plus de 250 patients, nous rapportons les résultats des 173 premiers cas, avec un recul moyen supérieur à 60 mois.

Il s'agissait de 138 hommes et 35 femmes d'un âge moyen de 66,5 ans. L'examen anatomo-pathologique de résection initiale a trouvé : 74 T2a, 52 T2b, 47 T3-T4. Cinquante patients présentaient une urétérohydronephrose. Le bilan métastatique pré-thérapeutique était dans tous les cas négatif et bien sûr tous ces patients étaient « opérables » et non pas des malades « récusés » pour une cystectomie totale. Enfin tous étaient informés du protocole.

Le contrôle endoscopique, avec résection, six semaines après les deux premières séances de radiochimiothérapie a trouvé une réponse complète dans 136 cas, soit 78% et la persistance de la tumeur dans 37 cas, soit 22%. Les facteurs pronostiques de réponse à la radiochimiothérapie ont été la qualité de la résection initiale, complète ou non, et le degré d'infiltration (T2 vs T3).

Sur les 136 réponses complètes, il y eut 112 patients traités par radiochimiothérapie exclusive (sans chirurgie) et 24 cystectomies (dont les premiers 22 cas où la cystectomie avait été systématique et 2 malades où la cystectomie a été justifiée en raison de la pollakiurie et de la réduction importante de la capacité vésicale avec traitement). Pour les 112 patients traités par radio-

chimiothérapie exclusive, il a été observé 21 récurrences (18%) dont 6 superficielles (pT1) et 15 infiltrantes, justifiant une cystectomie totale.

La survie globale de l'ensemble de la population à 5 ans a été de 66%. La survie à 5 ans selon la réponse au traitement radio-chimiothérapie a été de 74% pour les patients qui ont eu une réponse complète et seulement 33% pour les patients non répondeurs à la radio-chimiothérapie. Le taux de métastases a été au total de 18% (32 sur 173 cas), mais quatre fois plus fréquent chez les non répondeurs (46%) que chez ceux qui ont bien répondu à la radiochimiothérapie (11%), et chez les patients répondeurs à la radio-chimiothérapie le taux de métastases a été le même, que l'on ait conservé ou non la vessie. Aussi, le fait de conserver la vessie ne semble pas donc exposer à un risque métastatique plus élevé.

Au vu de ces résultats, il nous semble possible de conclure :

- qu'un nombre important de patients porteurs d'un cancer de vessie infiltrant peuvent « guérir » sans cystectomie et avoir ainsi une vie normale, urinaire et génitale
- que la cystectomie totale, quand elle est nécessaire, n'est pas vraiment « retardée » par ces deux séances de radiochimiothérapie, et que cette dernière améliore probablement, dans certains cas, les possibilités de la cystectomie. Par ailleurs, elle n'empêche pas d'exécuter un remplacement intestinal après l'exérèse vésicale.

Bien évidemment ce protocole thérapeutique ne peut s'appliquer à tous les patients et la cystectomie totale reste obligatoire dans bien des cas. L'objectif de conserver une vessie fonctionnelle exclut tous les cas où la tumeur envahit toute la vessie, ceux dont la vessie est rétractée et de capacité trop réduite, et enfin bien sûr les patients qui ne pourront avoir une surveillance régulière et prolongée.

Au vu de ces chiffres, on s'aperçoit que les résultats, en terme de survie à 5 ans sont aussi bons que ceux obtenus

avec la cystectomie totale systématique, alors que le confort de vie est infiniment meilleur vessie et prostate en place qu'après un remplacement, même si celui-ci fonctionne bien. Ces résultats ont été retrouvés dans d'autres études de radio-chimiothérapie concomitante (tableau 1)

SERIE (Ref)	N	Stade	%RC	%SG
Eapen (4)	104	T1-T4	90	65 (5 ans)
Sauer (5)	79	T1-T4	76	41 (5 ans)
Tester (6)	91	T2-T4	75	62 (4 ans)
Kachnic (7)	106	T2-T4	70	52 (5 ans)
Dunst (8)	139	T1-T4	76	47 (5 ans)
Chauvet (9)	109	T1-T4	70	36 (5 ans)
Housset (10)	120	T2-T4	77	63 (5 ans)

Tableau 1 : Résultats des principales Associations de radiochimiothérapie concomitante dans les tumeurs infiltrantes de vessie.

Ref = références

N = nombre de patients

RC = rémission complète ; SG = survie globale

Pourtant la prostatocystectomie totale reste le « traitement de référence » du cancer vésical infiltrant. Pourquoi ?

- D'abord parce que sur le plan intellectuel l'opération de prostatocystectomie totale est satisfaisante sur le plan carcinologique puisqu'en enlevant largement la vessie et la prostate, avec un curage ganglionnaire, on offre en théorie de grandes chances de guérison.
- Ensuite parce qu'il est indéniable qu'un certain nombre de guérisons est obtenu, pour des tumeurs malignes, le plus souvent peu infiltrantes (muscleuse superficielle T2), et que, pour des tumeurs invalidantes (par leur saignement, leur douleur ou leur pollakiurie extrême) la cystectomie apporte un soulagement au

patient.

- Mais surtout parce qu'il existe depuis de longues années un consensus pour enlever systématiquement la vessie en cas de cancer, et il est certain qu'en conservant la vessie, on s'expose à un risque de récurrence avec un sentiment de remords, voire de culpabilité, si l'on n'a pas fait de cystectomie.

Il nous paraît cependant, au vu de notre expérience, qu'il faut reconsidérer les indications de la chirurgie dans les cancers de la vessie, en élargissant celles du traitement conservateur.

A l'heure actuelle, aucun chirurgien en présence d'un nodule cancéreux du sein, ne fait de mastectomie systématique et par ailleurs les protocoles de radiochimiothérapie concomitante ont déjà fait la preuve de leur efficacité dans de nombreux cancers comme les tumeurs du canal anal, de l'œsophage ou de larynx.

Ainsi, nous croyons qu'en 2002, même si la cystectomie totale a rendu et rend encore de grands services, elle ne doit plus être systématique :

- dans les tumeurs infiltrant seulement la muscleuse (T2), la résection endoscopique suivie de radiochimiothérapie peut souvent guérir le malade en lui offrant un bien meilleur confort de vie qu'après la chirurgie et on réservera la prostatocystectomie aux échecs de la radiochimiothérapie
- pour les tumeurs plus infiltrantes de la muscleuse (T3), la prostatocystectomie totale est certainement insuffisante à apporter la guérison et il est préférable qu'elle soit « entourée », avant et/ou après d'une radiochimiothérapie.

Mais le véritable traitement du cancer de la vessie ne regarde pas l'urologue... mais les pouvoirs publics. Il est préventif : l'arrêt précoce du tabac.