



Facteurs de risque de la Cystectomie

Patrick Coloby

*Service d'Urologie - CH René Dubos
Pontoise - France*

**The 8th Congress of the Lebanese Urology Society
& The 4th FASULF 2014**

**Le 8^{ème} Congrès de la Société Libanaise d'Urologie
et Le 4^{ème} Congrès International d'Urologie
en Langue Française**

FASULF 2014
Fédération des Associations et
Société d'Urologie de Langue Française

Déclaration Publique d'Intérêt

Patrick Coloby
CHRD Pontoise

- **Responsabilités professionnelles**

président de l'Association Française d'Urologie de Novembre 2010 à Novembre 2013

vice président de la Fédération des Spécialités Médicales

- **Intérêt financier avec l'industrie**

J'ai ou ai eu durant ces 3 dernières années une affiliation, des intérêts financiers (rémunération/honoraires) ou intérêts autres avec un organisme industriel ou commercial

en tant que : **Orateur/Consultant/Expert/Prise en charge Congrès**

Avec les Sociétés :

Abbott, Amgen, AMS, AstraZeneca, Astellas, Bouchara Recordati, Ferring, GSK, Ipsen, Janssen, Lilly, Novartis, Pierre Fabre, Rotapharm, Sanofi-Aventis, Takeda.

Epidémiologie en France

Tumeurs de la Vessie

- RTUV

	DP C67*
	AGE > 17
<i>2010</i>	36054
<i>2011</i>	36844
<i>2012</i>	37267

- Cystectomies

	M & F	F
<i>2010</i>	4046	738
<i>2011</i>	4045	697
<i>2012</i>	4010	735

- Modes de dérivation

	Urétérostomie	Urétérostomie	Bricker	Bricker	Poche continent	Poche continent	Remplacement	Remplacement
	M & F	F	M & F	F	M & F	F	M & F	F
<i>2010</i>	463	102	2068	462	184	50	1025	47
<i>2011</i>	440	109	2150	444	178	40	1004	45
<i>2012</i>	424	100	2108	484	179	32	1040	64

Définitions

•Risque d'échec

-Décès

-Récidives

- pelviennes
- urétrales
- urétérales
- métastatiques

•Appréciation du risque

-Lié au cancer

-Lié au patient

-Lié à la technique

•Risque fonctionnel

-Rénal

-Métabolique

-Infection

-Fuites d'urine

-Rétention

-Sténose anastomotique

-Dysfonction sexuelle

•Appréciation du risque

-Lié au patient

-Lié à la technique

- D ext non continentes
- D ext continentes
- D int orthotopiques
- D int recto sigmoïdiennes

Risque d'échec

<u>-Mortalité :</u>	3,9% à 30 jours	
<u>-SG (tous stades) :</u>	66% à 5 ans,	43% à 10 ans
<u>-SG (pTa-T2b, pN0) :</u>	77%	54%
<u>-SG (pT3a-T4, pN0)</u>	55%	27%
<u>-SG (pN+)</u>	31%	23%
<u>-SSR (tous stades) :</u>	68% à 5 ans,	60% à 10 ans
<u>-SSR (pTa-T2b, pN0) :</u>	80%	74%
<u>-SSR (pT3a-T4, pN0)</u>	58%	47%
<u>-SSR (pN+)</u>	35%	34%
<u>-Récidives</u>		
- pelviennes	5 à 15 % dans les 2 (5) ans	
- urétrales	1,5 à 10 % dans les 3 ans	
- urétérales	2 à 9 % jusqu'à 9 ans	
- métastatiques	jusqu'à 50 % dans les 2(10) ans (GG, poumons, foie, os)	
<u>-Ca de la prostate associé</u>	9,7 à 45 % des pièces de PCT	

Risque fonctionnel

- <u>Rénal</u> :	jusqu'à 50 % à 15 ans
-Insuffisance rénale	2,7 à 7,7 %
- <u>Métabolique</u> :	3 % (Vit B12, acidose hyperCl, troubles ioniques)
- <u>Infectieux</u> :	23,3 % à 90 jours
- <u>Fuites anastomotiques</u>	7,7%
- <u>Sténoses urétérales</u>	14 %
- <u>Sténoses stomiales</u> :	1,7 %
- <u>Hernies stomiales</u> :	5,2 %
- <u>Problèmes cutanés</u> :	14,5%
- <u>Incontinence diurne</u> :	8 à 18 % (Bricker ou DO)
- <u>Incontinence nocturne</u> :	15 à 80 % (DO)
- <u>Rétention</u>	5 à 20 %
- <u>Dysfonction sexuelle</u> :	46 à 68 % des patients actifs
- <u>Troubles du transit</u> :	4 à 33%

Que faire pour minimiser ces risques?

Risque d'échec

- **Critères pré opératoires**
Patient
Cancer
Choix de la dérivation
Organisation des soins
- **Critères per opératoires**
Technique
Organisation des soins
- **Critères post opératoires**
Organisation des soins
Suivi

Risque fonctionnel

- **Critères pré opératoires**
Patient

Choix de la dérivation
Organisation des soins
- **Critères per opératoires**
Technique
Organisation des soins
- **Critères post opératoires**
Organisation des soins
Suivi




1

Critères pré opératoires



Critères « carcinologiques »

- **Indications**

- T2 à T4, N0-Nx, M0
- T1 G3 à très haut risque ou échec de BCG
- Papillomatose étendue
- Cystectomie de sauvetage (après radio-chimiothérapie, palliative pour fistule douleur hématurie),

Critères « carcinologiques »

- Caractéristiques du cancer

T, Grade (cartographie, cytologie, RETV)

- Localisation (Prostate, Col vésical)

- Taille

- Multifocalité

- CIS

N M (TDM TAP, +/- Scintigraphie os)

Critères « carcinologiques »

Comment apprécier en pré opératoire le

- Risque de **récidive urétérale**
- Risque de **récidive urétrale**
- qui peut potentiellement affecter la survie, le choix de la dérivation, la fonction de celle-ci, le traitement de cette récidive.

Risque urétéral

- Risque de récurrence urétérale à 5 ans :
2 à 9 % (Sanderson 2007)
- Facteurs de risque pathologiques :
 - CIS intravésical
 - Localisation trigonale
- Examen extemporané de la recoupe de l'uretère
- se: 74%, sp: 98%, PPV: 94% (Gakis 2010)

Risque urétral chez l'homme

- Risque de récurrence urétrale : 10%
(Freeman, 1994)
- Facteurs de risque pathologiques :
Envahissement du stroma prostatique
- Risque d'envahissement prostatique : 15.6% to 40%
- Facteurs de risque d'envahissement prostatique:
CIS, Multifocality, High stage, Bladder neck
Ne sont pas considérés à eux seuls comme facteurs de risque de
récurrence urétrale mais peuvent être additifs
- L'envahissement prostatique ne devrait pas contre indiquer
à lui seul la néoessie

Comment diagnostiquer l'envahissement prostatique ?

- Biopsies prostatiques latéralement au veru (RTUP) :
 - Méthode fiable (*Wood 1989, Sakamoto 1993*)
 - se: 53%, sp: 77%, PPV: 45% (*Donat 2001*)
- Examen extemporané de la recoupe de l'urètre proximal :
 - méthode fiable (*Lebret and Botto, 1998, 2002*) avec un faible taux de récidence urétrale (2.65% at 8.13 years)
 - non fiable (*Donat 2001*)
(13/15 UR : FS -)

Comment sélectionner les hommes ?

- La connaissance précise des caractéristiques du cancer de la vessie avant cystectomie est nécessaire pour apprécier au mieux le vrai risque de préserver ou non l'urètre.
- Des biopsies prostatiques pré opératoires, peuvent être utiles.
- L'examen extemporané de la recoupe urétrale , avec un pathologiste entraîné, donnera la dernière et importante information pour une décision appropriée.

Risque urétral chez la femme

- Risque d'envahissement urétral : 6,4 to 36%
(De Paepe 1990, Coloby 1994, Stein 1994)
- Risque d'une récurrence urétrale : 1,4 to 2%
(Ashworth 1956, Stenzl 1995)
- Facteurs de risque : **Col vésical**
(Coloby 1994, Stein 1994,1995, Stenzl 1995 ,Chen 1997)
- Risque d'envahissement du col vésical : 19 à 25%
- 47 à 67% des ECV n'ont pas d'atteinte urétrale
- L'envahissement du col vésical ne devrait pas contre indiquer à lui seul une néoovessie.

Comment diagnostiquer l'envahissement du col vésical ?

- Cystoscopie : insuffisant (invasion du col vésical ou de l'urètre sans atteinte muqueuse)
- **Biopsies du col vésical** (existence possible d'une atteinte urétrale sans atteinte du CV)
(*Chen 1997*)
- **Examen extemporané de la recoupe urétrale:**
 - méthode fiable (*Stein 1998*)
 - envahissement intralymphatique de la partie moyenne de l'urètre sans atteinte de l'urètre proximal (*Coloby 1994*)

Comment sélectionner les femmes ?

- La connaissance précise des caractéristiques du cancer de la vessie avant cystectomie est nécessaire pour apprécier au mieux le vrai risque de préserver ou non l'urètre.
- Des biopsies du col vésical pré opératoires, peuvent être utiles.
- L'examen extemporané de la recoupe urétrale , avec un pathologiste entraîné, donnera la dernière et importante information pour une décision appropriée.

Critères carcinologiques pré opératoires

- Chimiothérapie néoadjuvante

Conclusions	LE
Neoadjuvant cisplatin-containing combination chemotherapy improves overall survival.	1a
Neoadjuvant chemotherapy has its limitations regarding patient selection, current development of surgical technique, and current chemotherapy combinations.	
In current routine clinical practice, it is difficult to select patients who will respond to neoadjuvant chemotherapy due to the lack of a widely applicable test. In the future, genetic markers, in a 'personalised medicine' setting, will make it easier to select patients for treatment and to differentiate responders from non-responders.	
Recommendations	GR
Neoadjuvant chemotherapy is recommended for T2-T4a, cN0M0 bladder cancer and should always be cisplatinum-based combination therapy.	A
Neoadjuvant chemotherapy is not recommended in patients with PS > 2 and/or impaired renal function.	B

Critères « Patient »

- **Patient**

- Age, Performans Status
- Index de comorbidité de Charlson (0 à 30)
- ASA \geq 3
- Evaluation oncogériatrique (> 75 ans)
- Albuminémie pré-opératoire

Critères « Patient »

Nombre de points attribués	Conditions
1 point	50-60 ans Infarctus myocardique Insuffisance cardiaque Insuffisance vasculaire périphérique Maladie cérébrovasculaire Démences Maladie pulmonaire chronique Maladie du tissu conjonctif Maladie ulcéreuse Diabète
2 points	61-70 ans Hémiplégie Maladie rénale modérée à sévère Diabète avec lésions organiques Tumeurs de toutes origines
3 points	71-80 ans Hépatopathie modérée à sévère
4 points	81-90 ans
5 points	Plus de 90 ans
6 points	Tumeurs solides métastatiques SIDA

Index de Comorbidité de Charlson

4 grades de comorbidité

- faible ≤ 3
- modérée = 4-5
- élevée = 6-7
- très élevée ≥ 8

Critères « choix de la dérivation »

Objectif d'une bonne dérivation

- Ne pas compromettre le devenir **oncologique**
- Faible morbidité
- Protection du haut appareil urinaire
- Bonne qualité de vie
- Le type de dérivation urinaire **n'affecte pas le pronostic carcinologique** (Niveau 3)
- Le type de dérivation urinaire est **un des facteurs de complications chirurgicales** (dérivation avec ou sans utilisation d'intestin) (Niveau 2)
- Expérience du chirurgien et du centre

Critères « choix de la dérivation »

Objectif

d'une bonne dérivation

- Ne pas compromettre le devenir oncologique
- Faible morbidité
- Protection du haut appareil urinaire
- Bonne qualité de vie
- Fonction rénale
- Information patient
- Age, score ASA
- Motivation
- Compétence sphinctérienne
- Positionnement pré opératoire de la stomie

Critères « Organisation des soins »

- Délai entre Diagnostic et cystectomie : 3 mois (SG et SSR)
- Volume d'activité de l'hôpital, case mix
- Expérience et habileté du chirurgien
- Fiabilité du diagnostic initial
 - *diagnostic histologique : qualité des prélèvements biopsiques (qualité du prélèvement chirurgical, qualité de la fixation, qualité de l'échantillonnage), qualité du CR*
 - *stadification précise avant toute décision thérapeutique*
 - *rôle coopératif important de l'Urologue, du Pathologiste, de la Panseuse, du Radiologue.*
- RCP -PPS



2

Critères per opérateurs



Critères « Préparation de l'opéré »

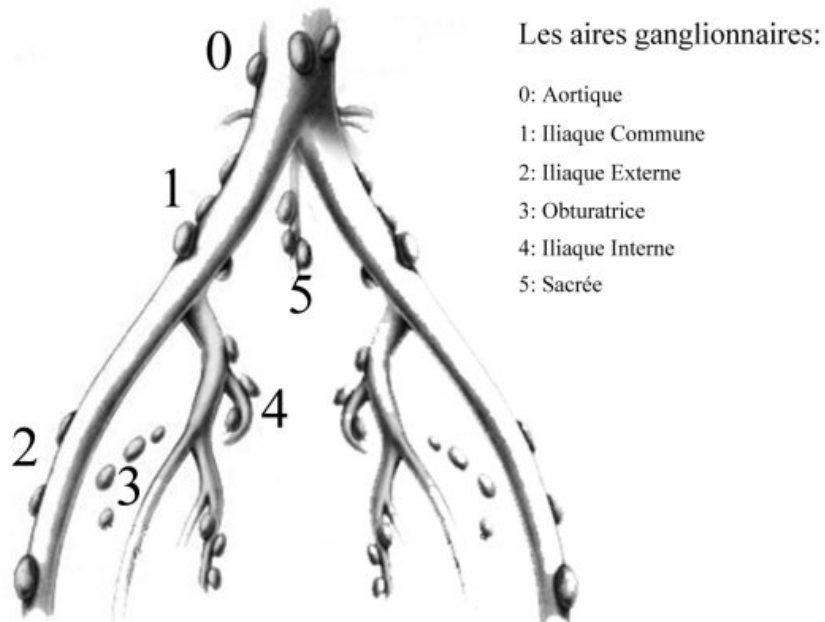
- ECBU
- Pas de préparation digestive
- Bas de contension et HBPM
- Repérage de la stomie
- Antibioprophylaxie

- Installation

Critères « Technique »

Risque carcinologique

- Curage lympho nodal (CLN)
- Cystectomie



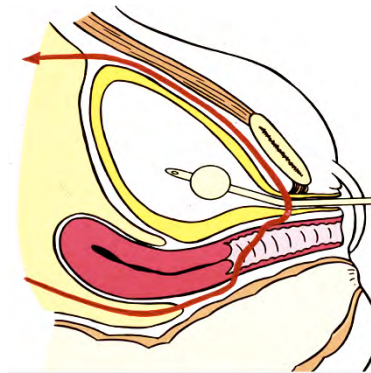
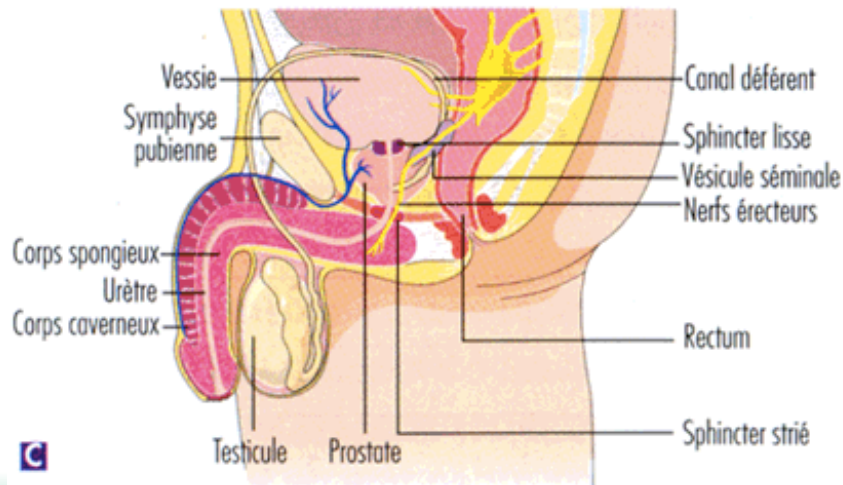
- Limité
 - Standard
 - Étendu
 - Super étendu
-
- Le CLN étendu (vs limité et standard) améliore la survie (Niveau 3)
 - Le CLN fait partie intégrante de la cystectomie. Un CLN étendu est recommandé (B)

Critères « Technique »

Risque carcinologique

- Curage lympho nodal
- Cystectomie

- VPCT (ho) (VS, prostate)
- PA (fe) (utérus, paroi V ant)
- Uretère (recoupe urétérale)
- Urètre (recoupe urétrale)
- Pas d'ouverture de la vessie

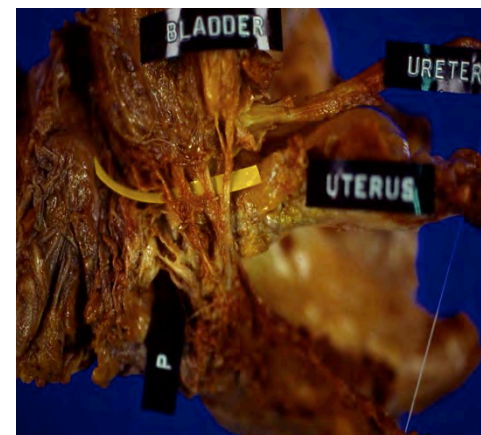
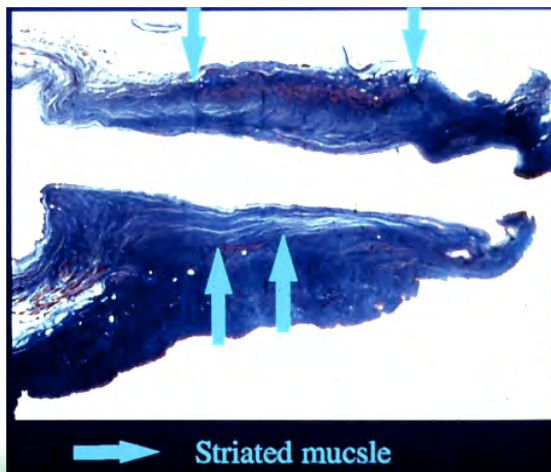


Critères « Technique »

Critères fonctionnels

- Cystectomie
- Dérivation
UC, UCTI, DO

- Préservation urétrale (si DO)
(sphincter)
- Préservation des nerfs
pelviens (miction, sexe)

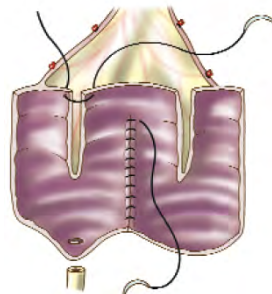
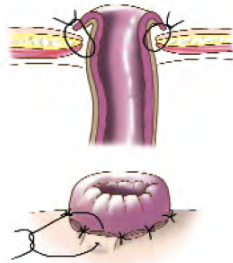
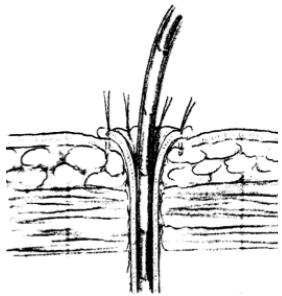


Critères « Technique »

Risque fonctionnel

- Cystectomie
- Dérivation
UC, UCTI, DO

- Choix approprié du segment digestif et de sa longueur
- Anastomose digestive
- Anastomose cutanée
- Anastomose urétéro iléale
- Anastomose uréthro iléale



Critères « Organisation des soins »

- Antibioprophylaxie
- Volume d'activité de l'hôpital (équipe)
- Expérience et habileté du chirurgien

3

Critères post opératoires

Critères « organisation des soins »

- Prévention des ATE
- Transit intestinal
- Dénutrition (PA)
- Bas de contension, HBPM (fonction rénale), 4 à 6 semaines
- Programme « Fast track »
- Albuminémie
- Dérivations cutanées
- Dérivations orthotopiques
- Stomathérapeute : matériel adapté, éducation
- Apprentissage de la miction
- RPM

Critères « suivi »

Objectif du suivi

- **Carcinologique**
Détection précoce des récidives locales ou à distance
- **Fonctionnel**
Détection précoce des anomalies fonctionnelles (fonction rénale, métabolique, transit, continence, rétention, sexe)

Schéma individuel de suivi

- pT, pN, R, L, V, CIS, Grade
- Age
- Biologie post op
- Mode de dérivation

- PS, Poids
- Symptômes (U, D, S)
- Stomie
- Débit RPM
- Urétrocystoscopie
- Biologie (Créat Clairance, Iono, Cytologie)
- TDM TAP



3

Conclusion



CHECK LIST

Pré op

- **Cancer**
 - Cartographie
 - Cytologie
 - TDM TAP
 - TNM, Grade
 - ChT NA?
- **Dérivation**
 - Fonction rénale
 - Compétence Sph
 - Motivation
- **Patient**
 - Age, PS, MC (Charlson), EOG
- **Org Soins**
 - Délai Dg-Cystect
 - RCP PPS

Per op

- **Prépa Opéré**
 - ECBU
 - Bas de Contension
 - Repérage Stomie
 - Antibioprophylaxie
 - Installation
- **Technique**
 - Curage LN
 - Uretère (extempo?)
 - Urètre (extempo, préservation?)
 - Préservation nerf?
 - Choix définitif de la dérivation

Post op

- **Org Soins**
 - Prév ATE (BC, HBPM)
 - Fast track
 - Dérivation : éducation, matériel,
- **Suivi**
 - Patient (PS, Poids)
- **Cancer**
 - TDM TAP
 - Urétrocystoscopie
 - Cytologie
- **Fonctionnel**
 - Fonction rénale et métabolique (Iono, Créat)
 - Transit
 - Dérivation(DC, DO : Sympt,débit, RPM
 - Dysfonction sexuelle



Buddha and Ginkgo Trees, Tokyo, 2011