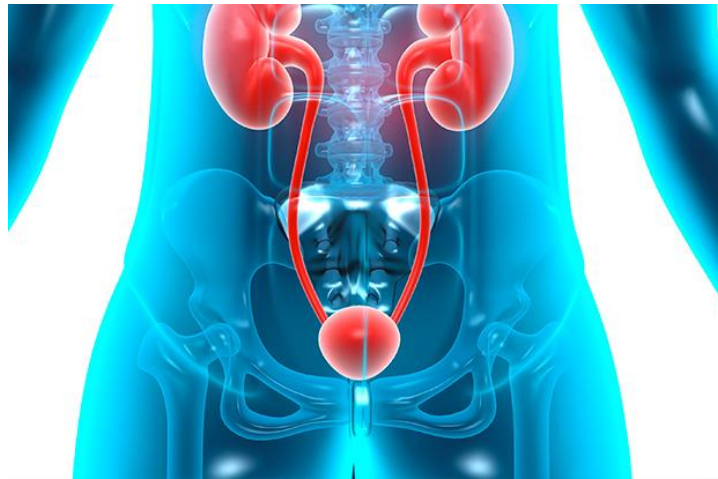




Le cancer de la vessie chez la personne âgée



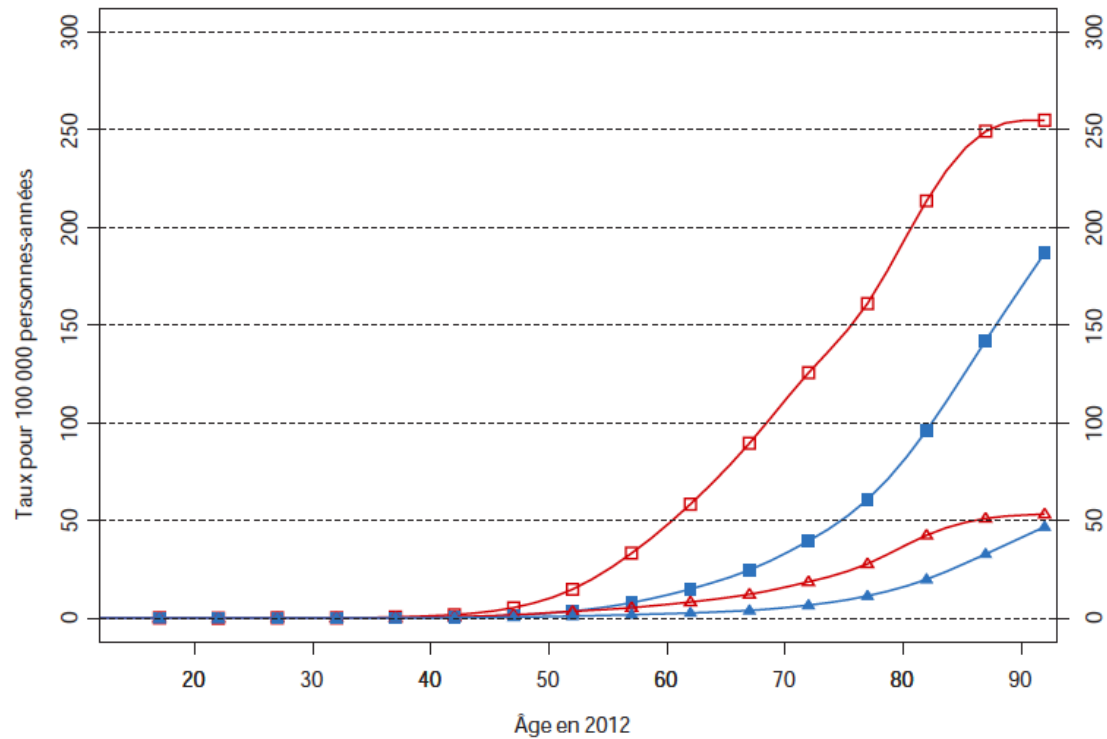
Dr Grégory VERHOEST

Service d'UROLOGIE - CHU de RENNES

Epidémiologie

- 11 nouveaux cas/jour en France
- 9^{ème} place, tous cancers confondus
- 4^{ème} chez l'Homme
- Second cancer urologique après la prostate
- Incidence en augmentation avec l'âge
- Age moyen de 73 ans
- 3 % des décès par cancer

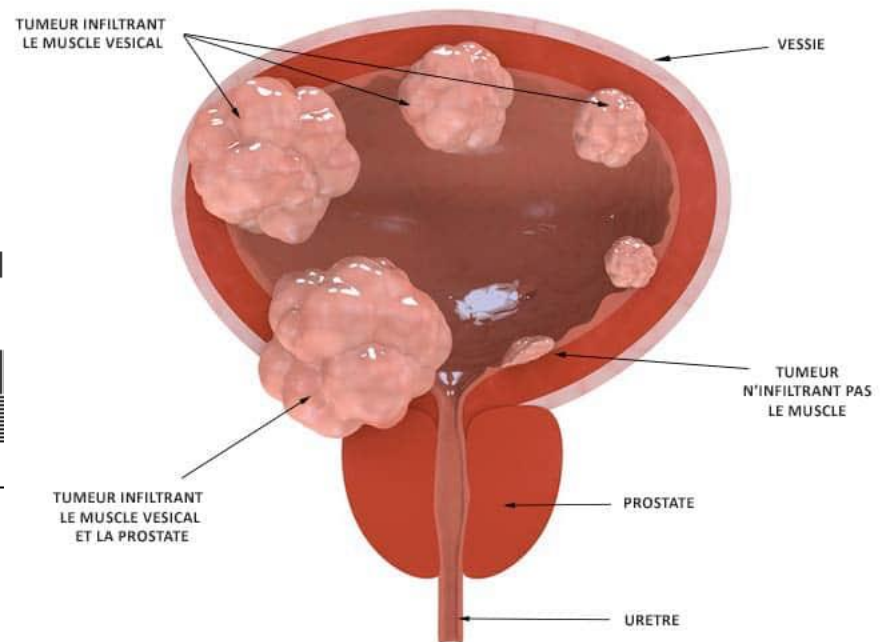
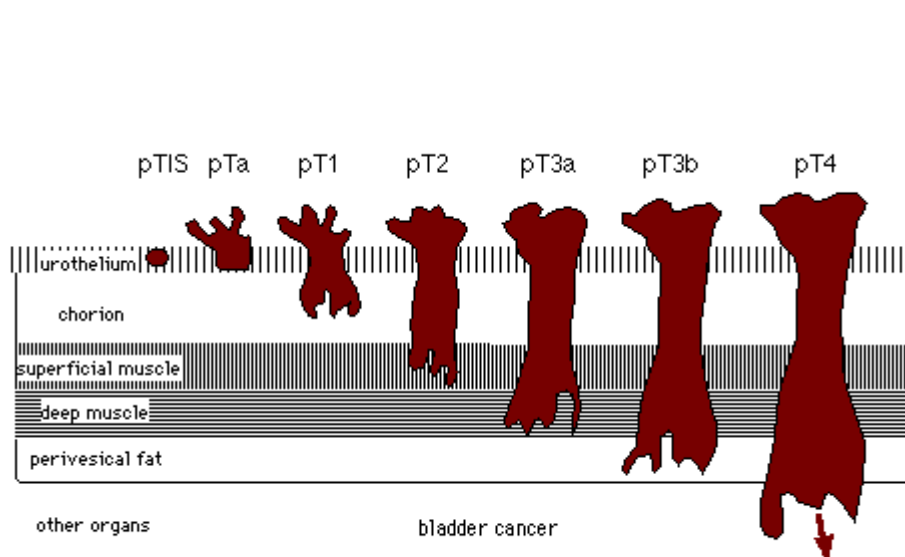
Tumeurs de vessie fréquentes et graves chez le Sujet Agé



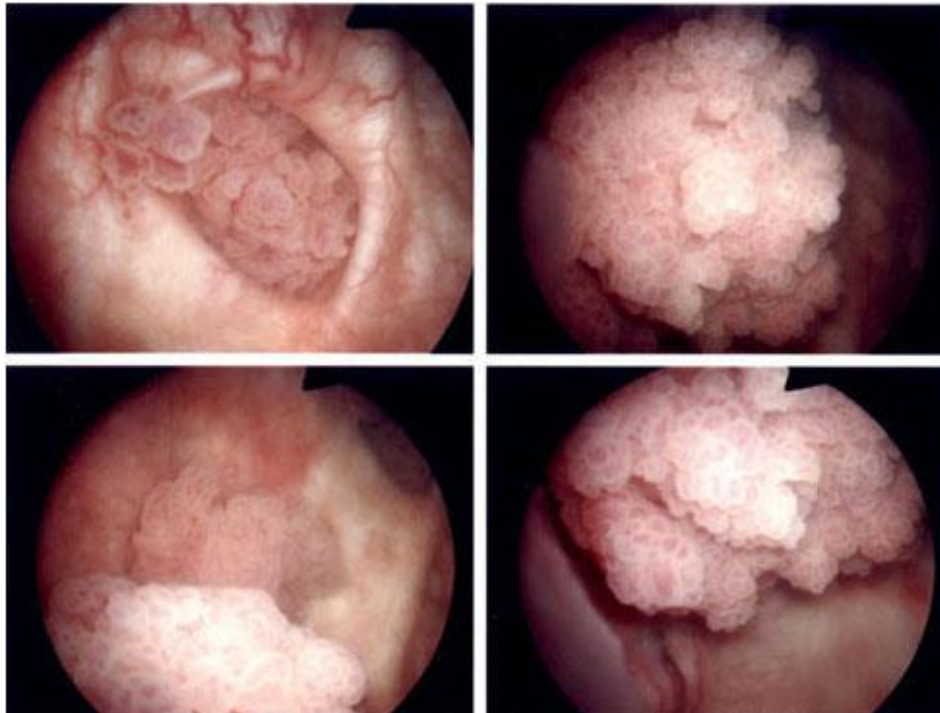
□ Incidence Homme ▲ Incidence Femme ■ Mortalité Homme ▲ Mortalité Femme

Les tumeurs vésicales

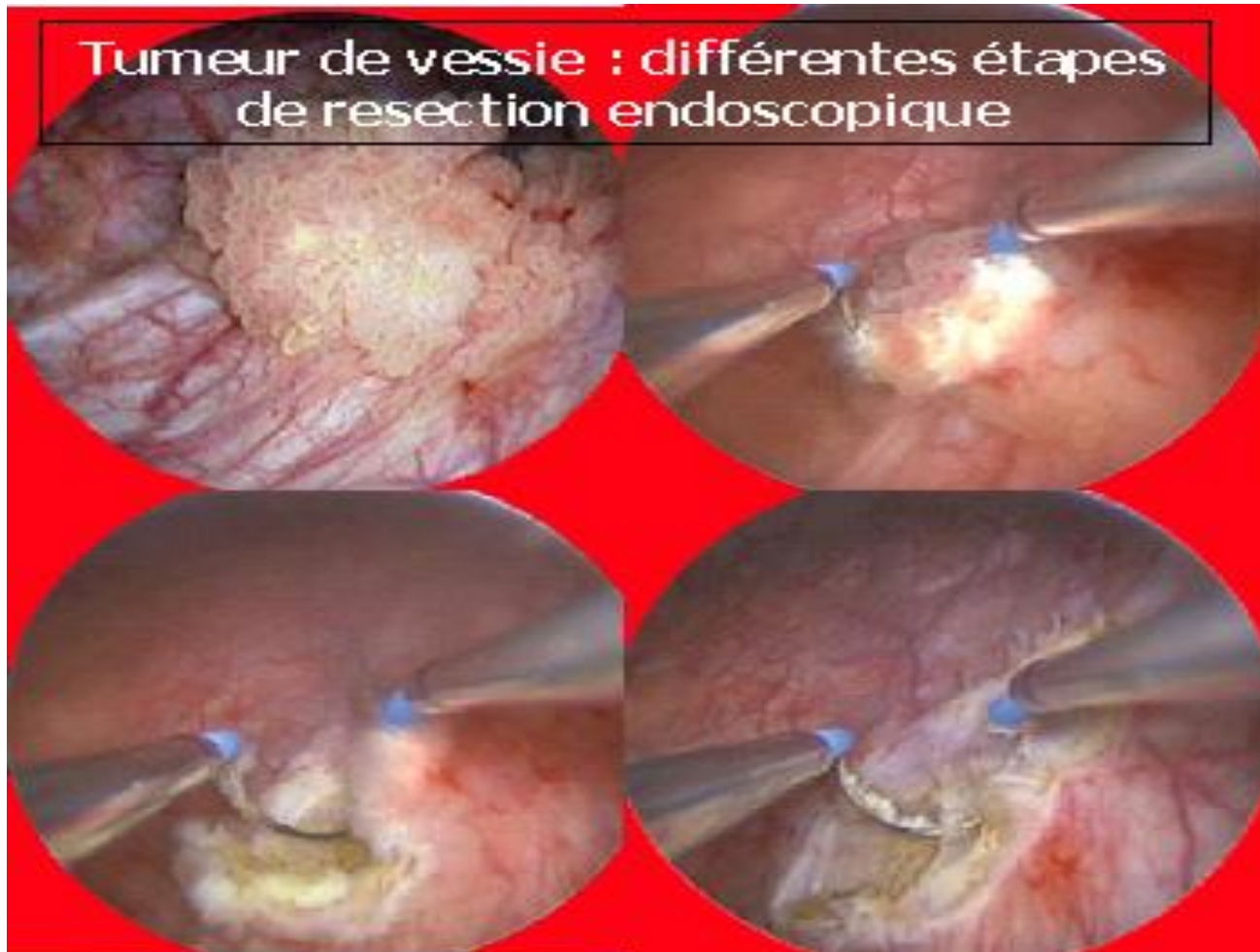
- TV superficielle (= TVNIM): si elle reste limitée à la muqueuse vésicale
- TV profonde ou infiltrante (= TVIM): en cas d'attente du muscle vésical



- 70% n'infiltrent pas le muscle
 - > 75% récidiveront la 1^{ère} année
- Mais 10-20% progresseront...
 - > Ta haut grade: 61% survie sans progression
 - > T1: 44% survie sans progression



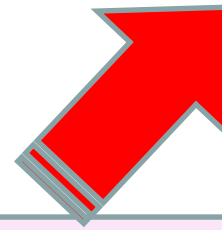
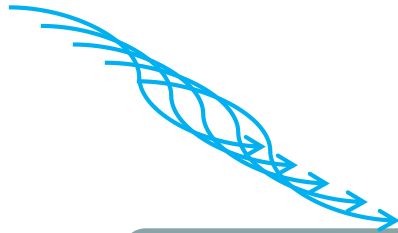
La résection endoscopique : 1^{ère} étape



Induction de la fluorescence rouge par exposition à la lumière bleue

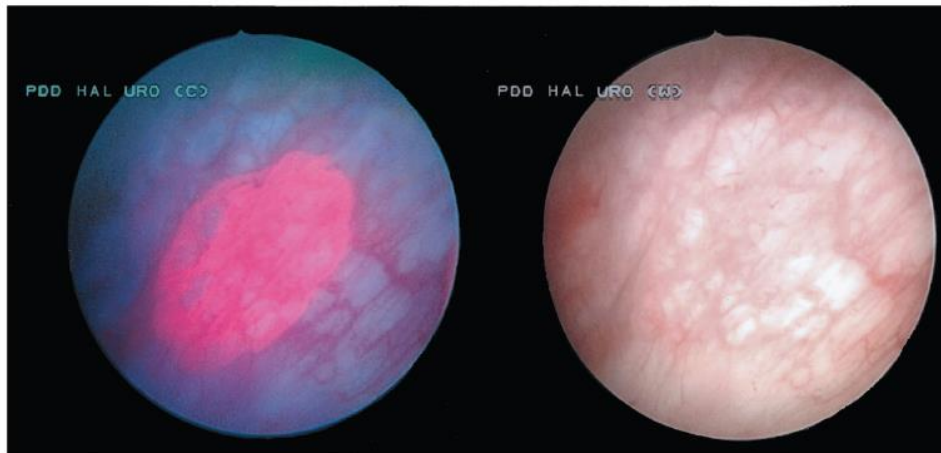
Exposition à une lumière entre l'UV et le bleu (λ : 390-420 nm)

Emission d'une fluorescence rouge (λ : 635-695 nm)



Excitation de la protoporphyrine IX accumulée dans le tissu tumoral

Mise en évidence d'un contraste net entre le tissu normal et le tissu malin, renforcé par un filtre placé sur les optiques.



Photodynamic Diagnosis of Non-muscle-invasive Bladder Cancer with Hexaminolevulinate Cystoscopy: A Meta-analysis of Detection and Recurrence Based on Raw Data

Maximilian Burger^{a,*}, H. Barton Grossman^b, Michael Droller^c, Joerg Schmidbauer^d, Gregers Hermann^e, Octavian Drăgoescu^f, Eleanor Ray^g, Yves Fradet^h, Alexander Karlⁱ, Juan Pablo Burgués^j, J. Alfred Witjes^k, Arnulf Stenzl^l, Patrice Jichlinski^m, Dieter Jochamⁿ



Nov 2013

- 10 publications/122 retenues
- 1345 patients
- >5000 lésions

Table 4 – Detection of tumours, combined studies

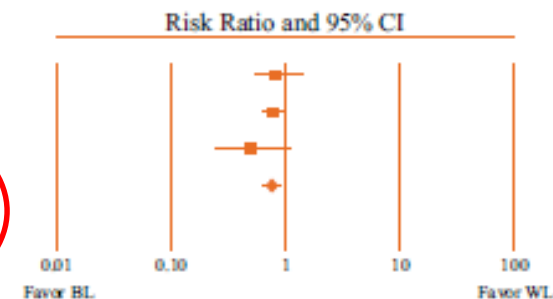
Tumour type	Both methods, n (%)	BL only, n (%)	WL only, n (%)	Total	Odds ratio (CI) in favour of BL	p value
Total Ta	1298 (80.1)	239 (14.7)	84 (5.2)	1621	4.898 (1.937–12.390)	<0.001
Ta primary	495 (86.7)	64 (11.2)	12 (2.1)	571	5.146 (2.109–12.554)	<0.001
Ta recurrent	803 (76.5)	175 (16.7)	72 (6.9)	1050	4.637 (1.739–12.364)	0.002
High risk	460 (77.3)	94 (15.8)	41 (6.9)	595	3.635 (1.474–8.966)	0.005
Intermediate risk	674 (79.9)	138 (16.4)	32 (3.8)	844	7.056 (2.376–20.990)	0.005
Low risk	164 (90.1)	7 (3.8)	11 (6.0)	182	0.849 (0.279–2.583)	0.773
Total T1	313 (84.1)	40 (10.8)	19 (5.1)	372	2.253 (0.999–5.081)	0.050
Primary	201 (84.5)	30 (12.6)	7 (2.9)	238	4.478 (1.868–10.737)	0.001
Recurrent	112 (83.6)	10 (7.5)	12 (9.0)	134	0.962 (0.315–2.941)	0.946
Total CIS	285 (54.1)	215 (40.8)	27 (5.1)	527	12.372 (6.343–24.133)	<0.001
Primary*	119 (54.6)	94 (43.1)	5 (2.3)	218	21.316 (8.163–55.661)	<0.001
Recurrent*	166 (53.7)	121 (39.2)	22 (7.1)	309	7.947 (4.629–13.644)	<0.001

BL = blue light; CI = confidence interval; CIS = carcinoma in situ; WL = white light.
 * Primary and recurrent refer to the diagnosis of the patient at study entry.

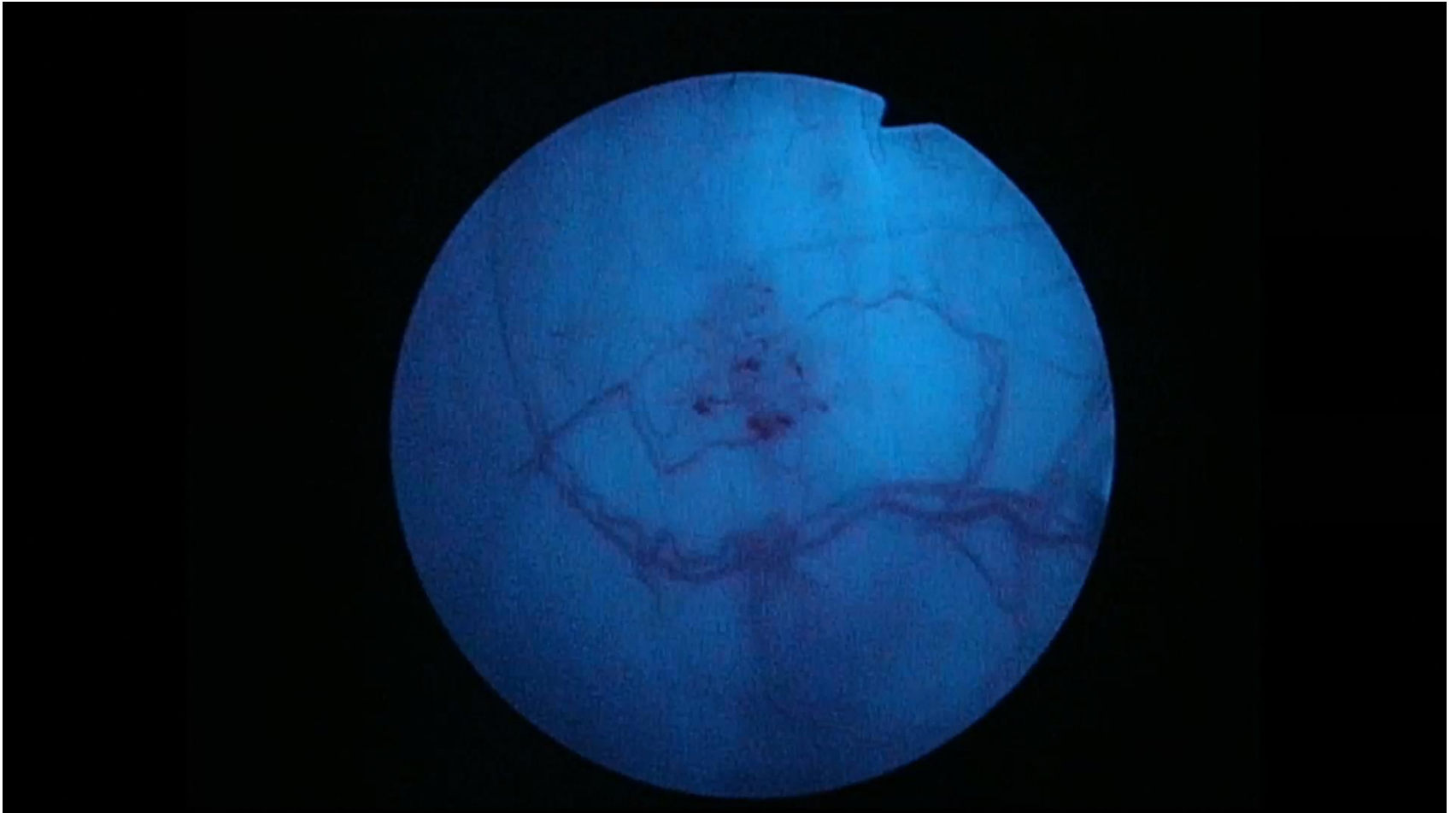
Table 6 – Overall recurrence rates up to 12 months

	Patients treated with BL, n (%)	Patients treated with WL, n (%)	Total	Follow-up period
Hermann et al. [24]	27/68 (39.7)	38/77 (49.4)	145	12 mo
Stenzl et al. [21]	72/200 (36.0)	92/202 (45.5)	402	9 mo
Drăgoescu et al. [25]	8/42 (19.0)	17/45 (37.8)	87	12 mo
Total	107/310 (34.5)	147/324 (45.4)	634*	p = 0.006; RR = 0.761 (0.627–0.924)
At least one T1 or CIS	26/74 (35.1)	45/87 (51.7)	161*	p = 0.052; RR = 0.696 (0.482–1.003)
At least one Ta	92/256 (35.9)	119/268 (44.4)	524*	p = 0.040; RR = 0.804 (0.653–0.991)
High-risk subgroup	46/126 (36.5)	70/144 (48.6)		p = 0.05; RR = 0.752 (0.565–1.000)
Intermediate-risk subgroup	43/95 (45.3)	40/74 (54.1)		p = 0.246; RR = 0.836 (0.617–1.132)
Low-risk subgroup	14/78 (17.9)	34/98 (34.7)		p = 0.029; RR = 0.561 (0.334–0.944)

BL = blue light; CIS = carcinoma in situ; RR = risk ratio; WL = white light.
 Some patients appear in both subgroups (at least one T1 or CIS and at least one Ta).



HEXVIX



N A

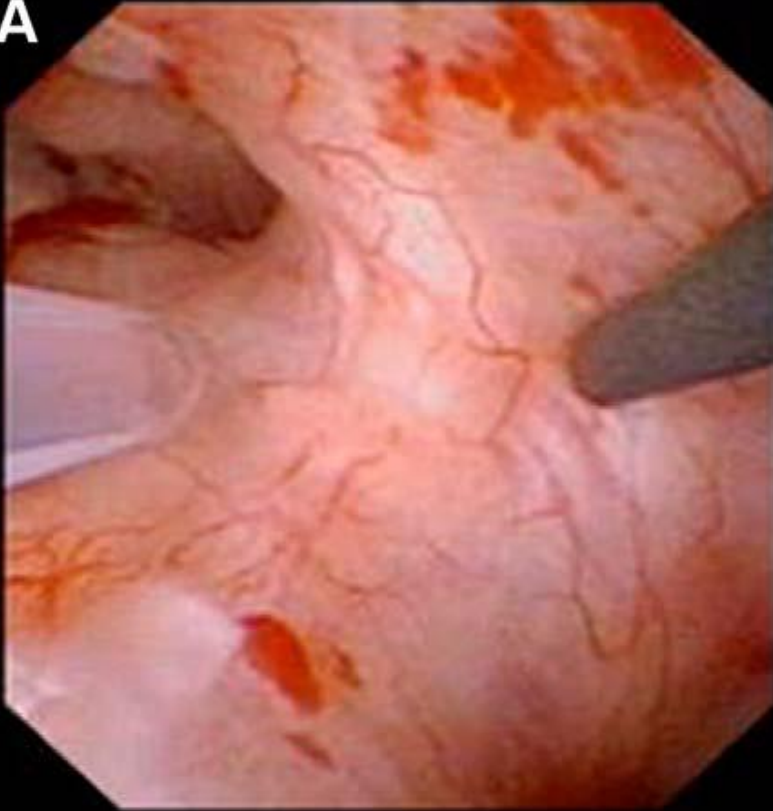


B

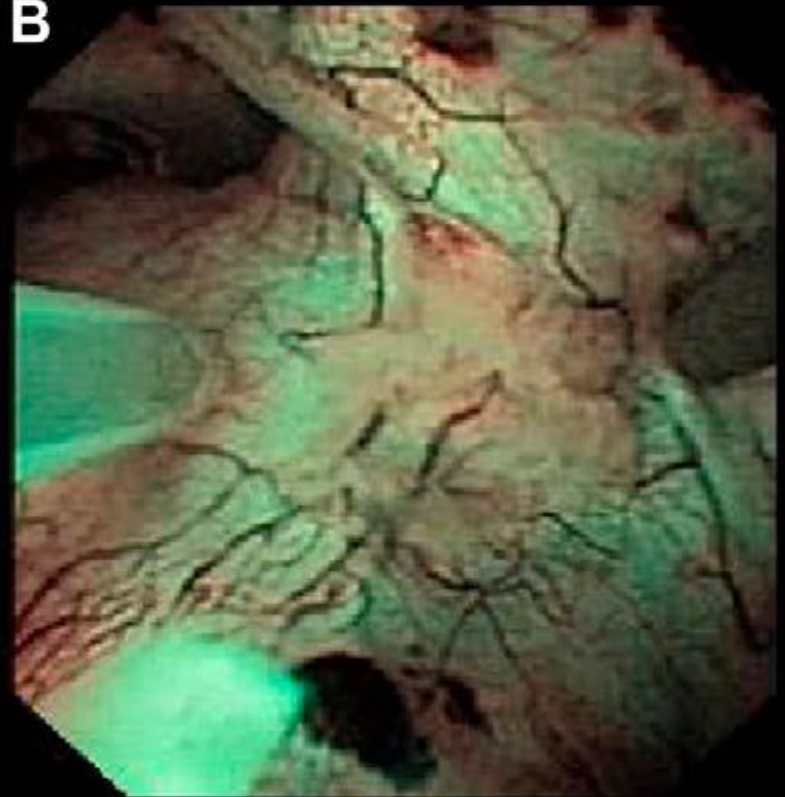


):

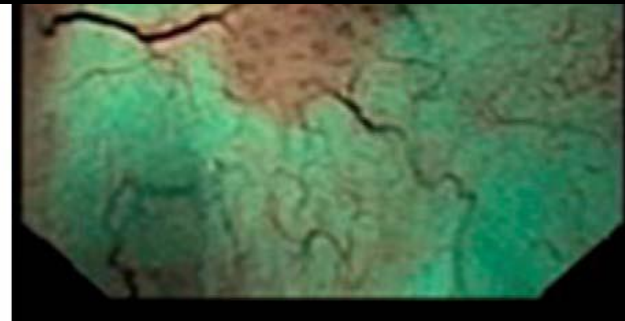
A



B



ATTN

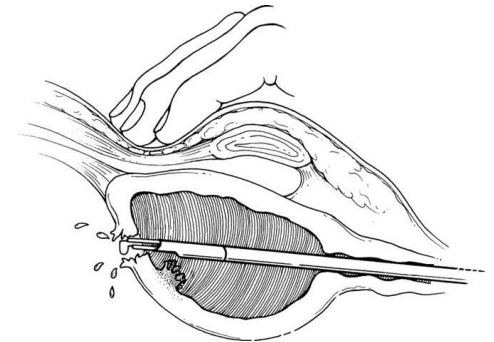


of upper

upper

RTUV en postopératoire

- Sonde vésicale pour 24-48 heures: surveillance diurèse et saignement
- Complications:
 - perforation vésicale (extra vs intrapéritonéale)
 - hématurie abondante
 - rarement réabsorption du liquide d'irrigation



Quel risque de récurrence ?

Score de récurrence	Récurrence à 1 an	Récurrence à 5ans	Groupe à risque de récurrence
0	15%	31%	risque faible
1–4	24%	46%	risque intermédiaire
5–9	38%	62%	
10–17	61%	78%	risque élevé

Quel risque de progression ?

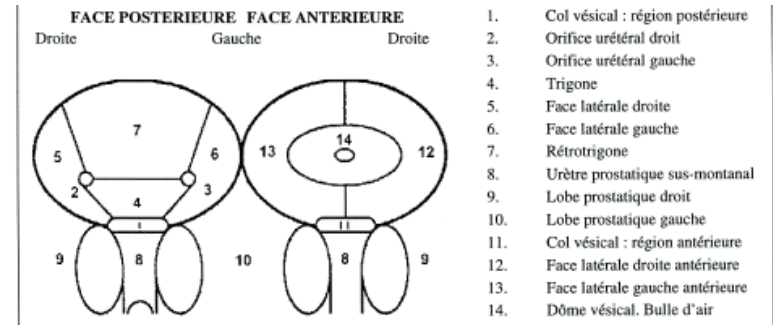
Score de progression	Progression à 1 an	Progression à 5 ans	Groupe à risque de progression
0	0.2%	0.8%	risque faible
2–6	1%	6%	risque intermédiaire
7–13	5%	17%	risque élevé
14–23	17%	45%	

Facteurs de risque de récidive et de progression

- grade
- stade
- taille
- taux de récidive
- présence de CIS
- nombre

Première RTUV systématisée

Nombre, localisation des tumeurs
taille et aspect des tumeurs



BJUI
BJU International

The impact of re-transurethral resection on clinical outcomes in a large multicentre cohort of patients with T1 high-grade/Grade 3 bladder cancer treated with bacille Calmette–Guérin

Paolo Gontero¹, Richard Sylvester², Francesca Pisano¹, Steven Joniau³, Marco Oderda¹, Vincenzo Serretta⁴, Stéphane Larré⁵, Savino Di Stasi⁶, Bas Van Rhijn⁷, Alfred J. Witjes⁸, Anne J. Grotenhuis⁸, Renzo Colombo⁹, Alberto Briganti⁹, Marek Babjuk¹⁰, Viktor Soukup¹⁰, Per-Uno Malmström¹¹, Jacques Irani¹², Nuria Malats¹³, Jack Baniel¹⁴, Roy Mano¹⁴, Tommaso Cai¹⁵, Eugene K. Cha¹⁶, Peter Ardelt¹⁷, John Vakarakis¹⁸, Riccardo Bartoletti¹⁹, Guido Dalbagni²⁰, Shahrokh F. Shariat¹⁶, Evangelos Xylinas¹⁶, Robert J. Karnes²¹ and Joan Palou²²

Résection de la tumeur
Complète Profonde
(Voir le muscle)

Envoi séparé en pots séparés

RTUV de second look

- Toute résection incomplète
- Absence de muscle sur RTUV initiale (excepté CIS et pTa bas grade)
- Toute tumeur grade élevée (excepté CIS)
- Toute tumeur T1

Restaging pTa and pT1 Bladder Tumors

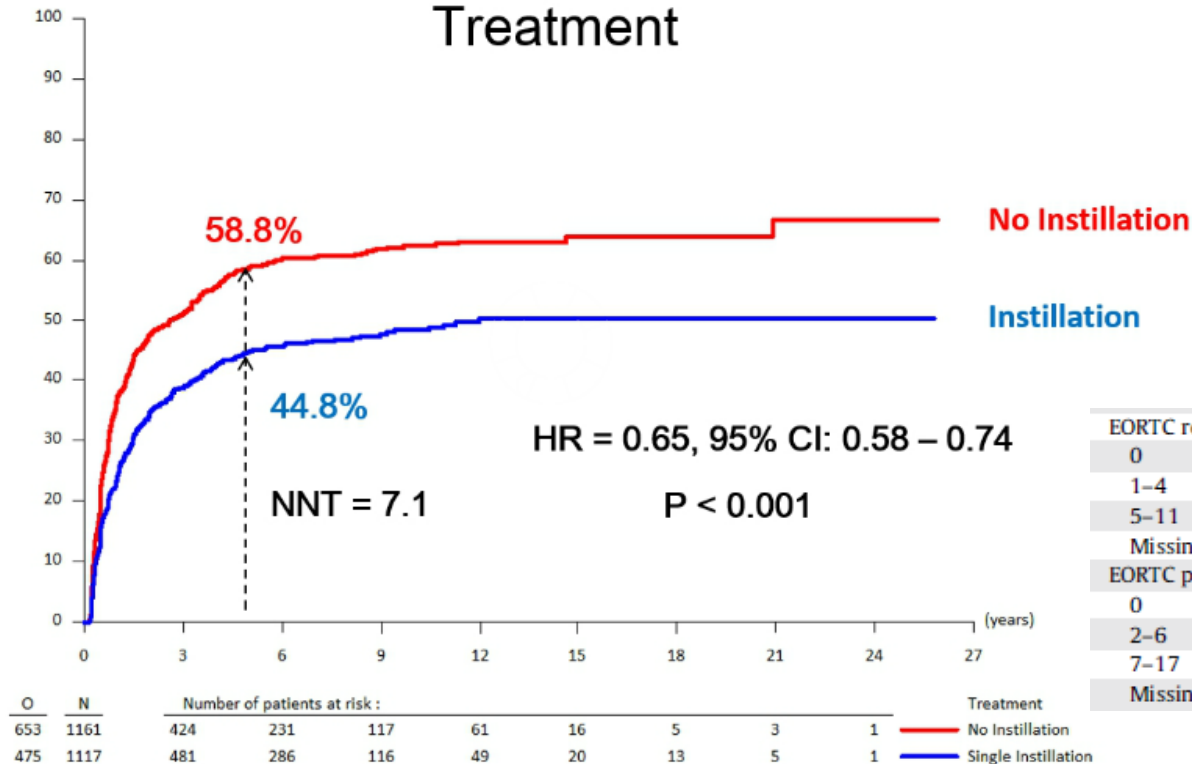
Tumor Type	No. Patients	Percent Pathology on Restaging TUR				
		pT0	pTaLG	pTaHG/CIS	pT1	pT2
pTaLG	215	49	46	5	0	0
pTaHG	396	35	0	50	10	5
pT1	701	22	0	23	25	30
Muscle	421	25	0	31	29	15
No muscle	280	20	0	15	20	45

LG: low-grade; HG: high-grade papillary tumors.

Y-a-t-il une place pour l'IPOP dans les TVNIM de haut risque ?

Time to First Recurrence

Treatment



35% risque de récurrence

EORTC recurrence risk score

0	325 (28.0)	284 (25.4)	609 (26.7)
1–4	395 (34.0)	394 (35.3)	789 (34.6)
5–11	109 (9.4)	113 (10.1)	222 (9.7)
Missing	332 (28.6)	326 (29.2)	658 (28.9)

EORTC progression risk score

0	455 (39.2)	424 (38.0)	879 (38.6)
2–6	366 (31.5)	333 (29.8)	699 (30.7)
7–17	126 (10.9)	161 (14.4)	287 (12.6)
Missing	214 (18.4)	199 (17.8)	413 (18.1)

Systematic Review and Individual Patient Data Meta-analysis of Randomized Trials Comparing a Single Immediate Instillation of Chemotherapy After Transurethral Resection with Transurethral Resection Alone in Patients with Stage pTa-pT1 Urothelial Carcinoma of the Bladder: Which Patients Benefit from the Instillation?
Sylvester RJ, et al. Eur Urol. **2016** Feb;69(2):231-44

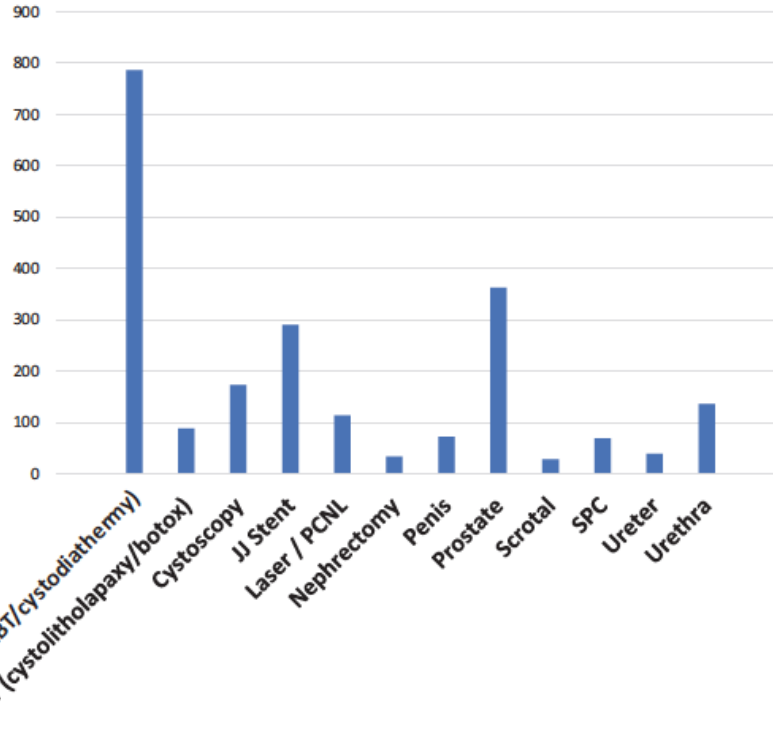
Mais pas dans les haut risque !

EORTC Recurrence Risk Score	Reduction in 5 yr recurrence rate	HR (95% CI)	NNT	P Value
0	43.2% - 25.3% 17.9%	0.55 (0.41–0.73)	5.6	< 0.001
1 - 4	50.5% - 39.9% 10.6%	0.69 (0.56-0.85)	9.4	< 0.001
≥ 5	70.5% - 69.0% 1.5%	0.93 (0.68-1.28)	---	0.64
All	58.8% - 44.8% 14.0%	0.65 (0.58-0.74)	7.1	< 0.001

- TVNIM de risque intermédiaire
= Mitomycine
- TVNIM de haut risque = BCG



La RTUV est-elle dangereuse ?



Risque de décès à 1 mois: 1%

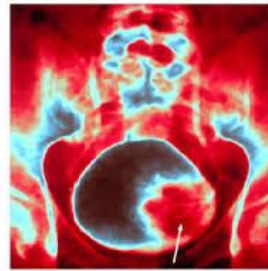
Variables	Category	Death n/N (%)
Intermediate surgeries		
Procedure	TURBT	2/273 (0.7)
	Bladder botox	1/64 (1.6)
	Cystodiathermy	1/12 (8.3)
	JJ stent	2/213 (0.9)
	Scrotal	0/28 (0.0)
	SPC	1/69 (1.5)
	Internal urethrotomy	0/57 (0.0)

Taux de réadmission : 20%

Thirty-day morbidity and mortality of elective urological surgery in patients aged 80 years and over in a UK district general hospital

Batura D et al; Urologia 2022

TVIM



tumeur invasive de la vessie

- La stadification T2 N0 M0 est essentiellement clinique
 - l’histologie de la résection est imprécise (minimum T2)
 - scanner ou PET scan ne permet pas d’évaluer de manière fiable l’infiltration locale de la tumeur (T), ni l’invasion ganglionnaire (N).
- La gravité des tumeurs infiltrantes de vessie implique une information claire du patient incluant les risques évolutifs de la maladie, la nature des traitements envisageables ainsi que les risques fonctionnels des traitements.

Cystectomie

- Demeure le **traitement curatif de référence**
- Son indication mérite également d'être discutée chez le patient octogénaire:
morbidity et mortalité identique
De Groote R, J Endourol 2016
- Le délai de prise en charge ne doit pas excéder 12 semaines à compter de la résection diagnostique sous peine de grever le pronostic (décès spécifique et risque global de décès)
Kaufman, Lancet 2009
- USA: sur 11 183 patients, 25% n'ont pas de curage!
Abdollah F et al, BJU Int 2012

Indications de la Cystectomie

- pT1 haut grade, CIS (échec BCG)
- $\geq$ pT2 N0, M0
- $\geq$ pT2 N+, M0 si symptomatique

Résultats carcinologiques

Survie globale à 5 ans

- pT2: 72-78%
- pT3: 49-58%
- pT4: 33-44%

- N+: 26-31%

Stein, J Clin Oncol 2001

Madersbacher, J Clin Oncol 2003

Problématique

Pourquoi et comment une intervention techniquement réussie peut-elle aboutir à un mauvais résultat?



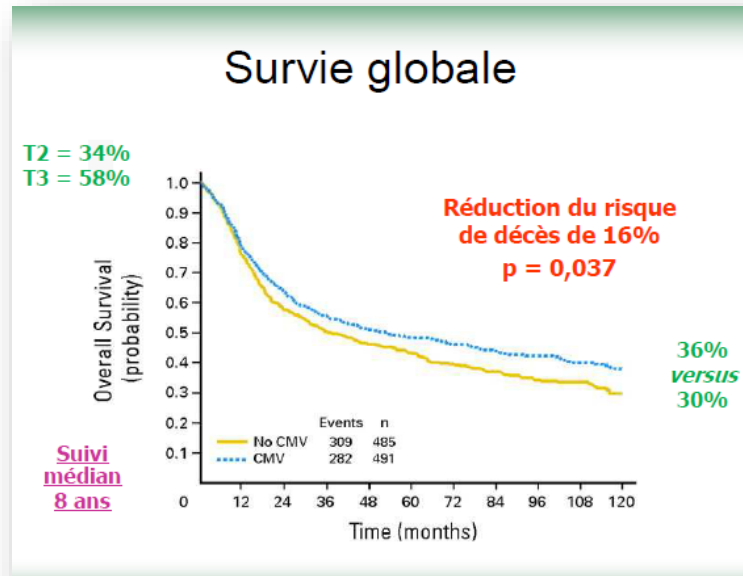
Comment aboutir d'une intervention techniquement réussie à un bon résultat post-opératoire?

Comment assurer une récupération rapide des fonctions?

Objectifs de la chimiothérapie néo-adjuvante

- Eradiquer les micro-métastases +++
↓

- Gain de survie significatif :
 - +9% de bénéfice en OS à 10 ans



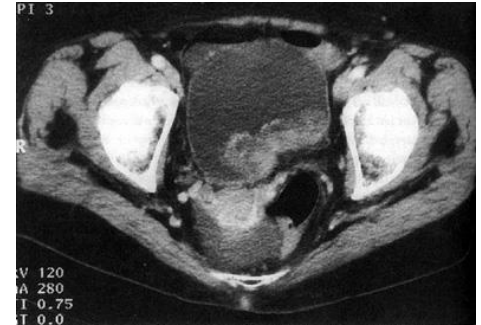
ICT, Lancet 1999
ICT, J Clin Oncol 2011

Pourquoi faut-il les opérer?!

NOUVEAU : LE ROBOT CHIRURGIEN



Objectifs de la cystectomie



- **Assurer le contrôle loco-régional de la maladie +++**



- Possible au prix d'une chirurgie carcinologique
 - Cystectomie en marges saines
 - Curage pelvien étendu

- Avec une optimisation des résultats
 - Optimisation des résultats post-op = **RAAC+++**
 - Optimisation des résultats fonctionnels = **entérocystoplastie +++**

Diminution taux de complications et DMS

Continence = 85% à 1 an

Et si on ne faisait rien?...



Patients ayant refusé la cystectomie après CT néo-adjuvante

Table 7 – Outcomes of patients who refused cystectomy after receiving neoadjuvant chemotherapy for MIBC.

	Herr, 2008 [71]	Sternberg, 2003 [72]	Meyer, 2014 [73]
CR after neoadjuvant MVAC (cT0)	N = 63	N = 37	N = 25
5-year survival DSS	64%	68%	88%
Intact bladder	54%	51%	72%
Relapse in bladder	64%	35%	52%
Muscle invasive			28%
Non-muscle invasive			24%
Relapse metastatic	NR	24%	—
Additional mortality	30%	32%	—
Alive with bladder intact	NR	38%	—

CR, complete response; DSS, disease-specific survival; MVAC, methotrexate, vinblastine, doxorubicin, and cisplatin; NR, not reported; MIBC, muscle-invasive bladder cancer.

- Survie moindre
- La moitié récidivent

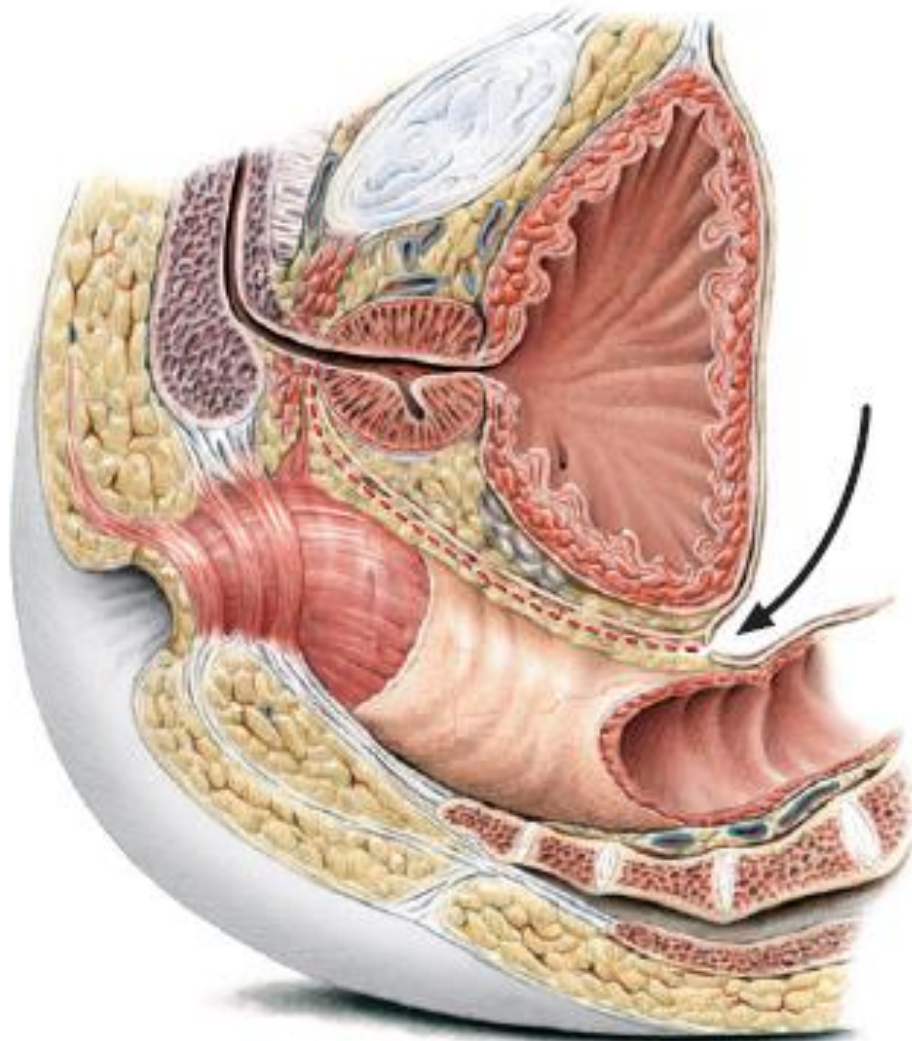
- 24% TVNIM
- 28% TVIM



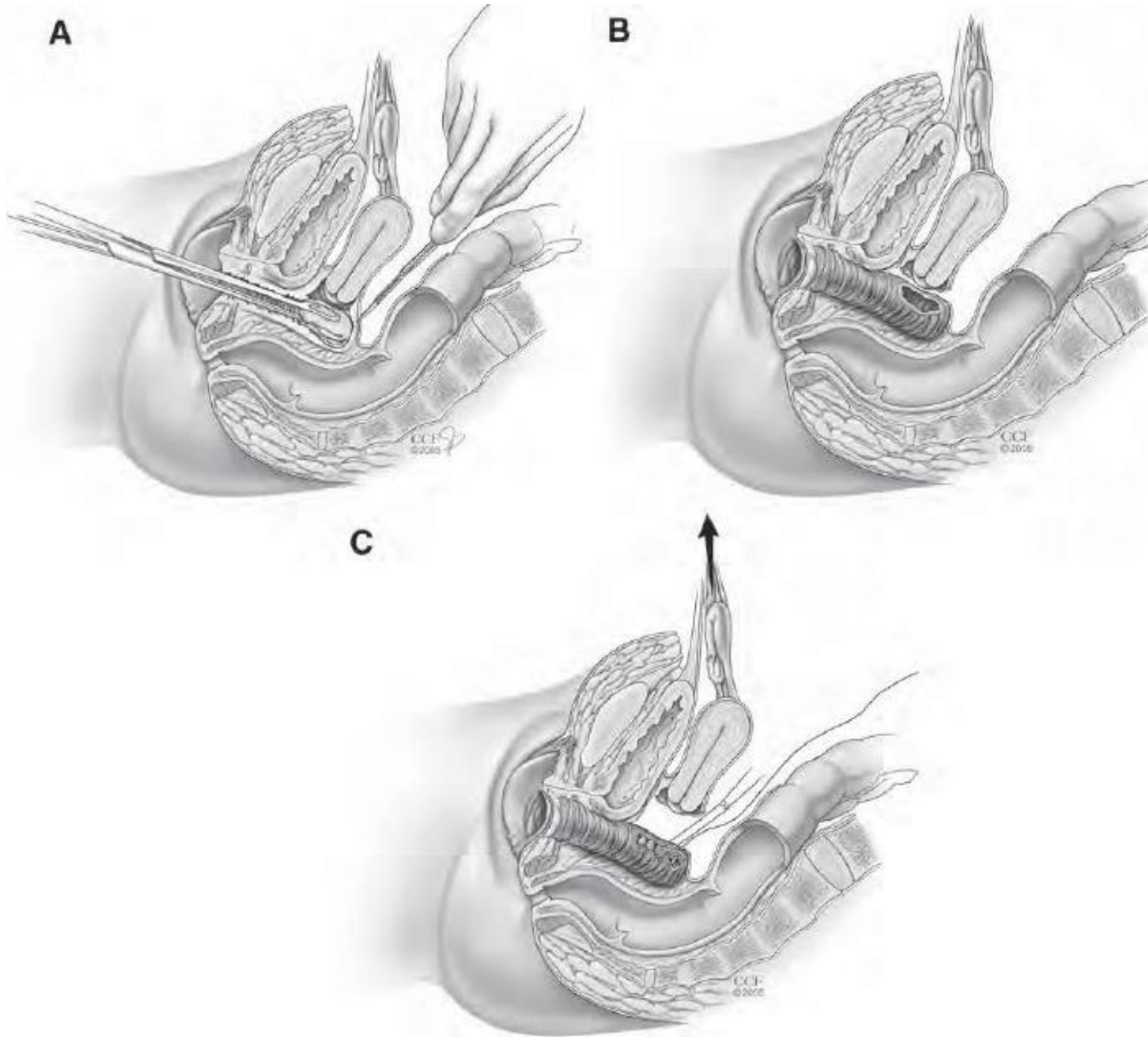
Facteurs prédictifs
de récidive ???

According to the European Association of Urology guidelines, chemotherapy alone is not recommended for the treatment of the primary tumour [21]. The main reason is the high incidence of relapse in the bladder, with added mortality. The

Vésiculo-prostato-cystectomie



Pelvectomie antérieure



La cystectomie totale robotique pour cancer



Incidence robotique en augmentation

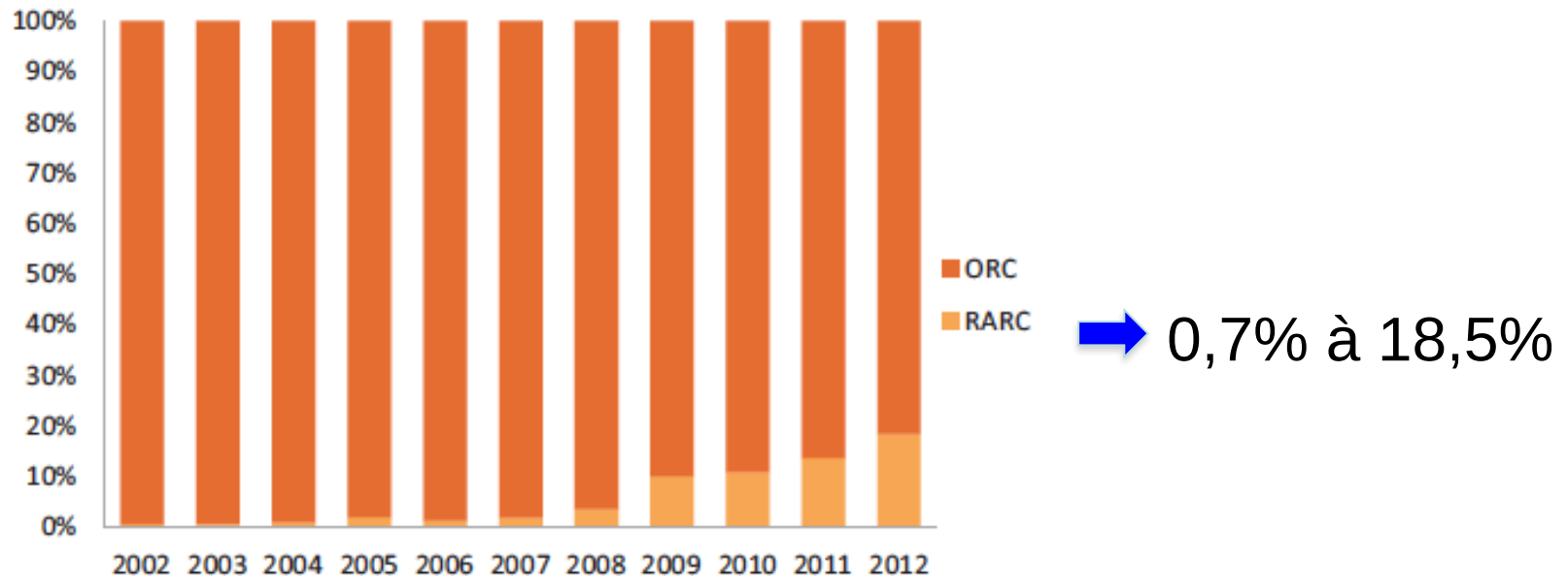
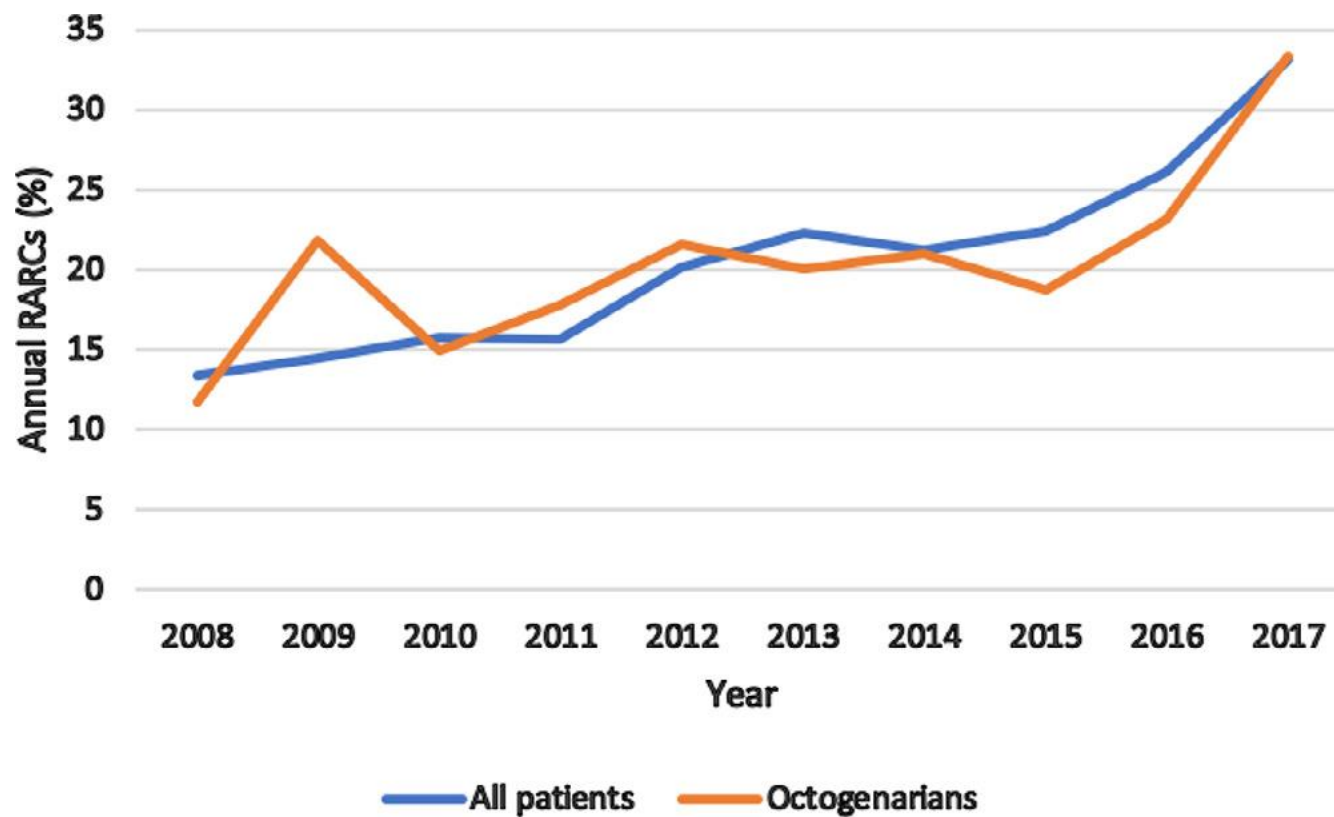


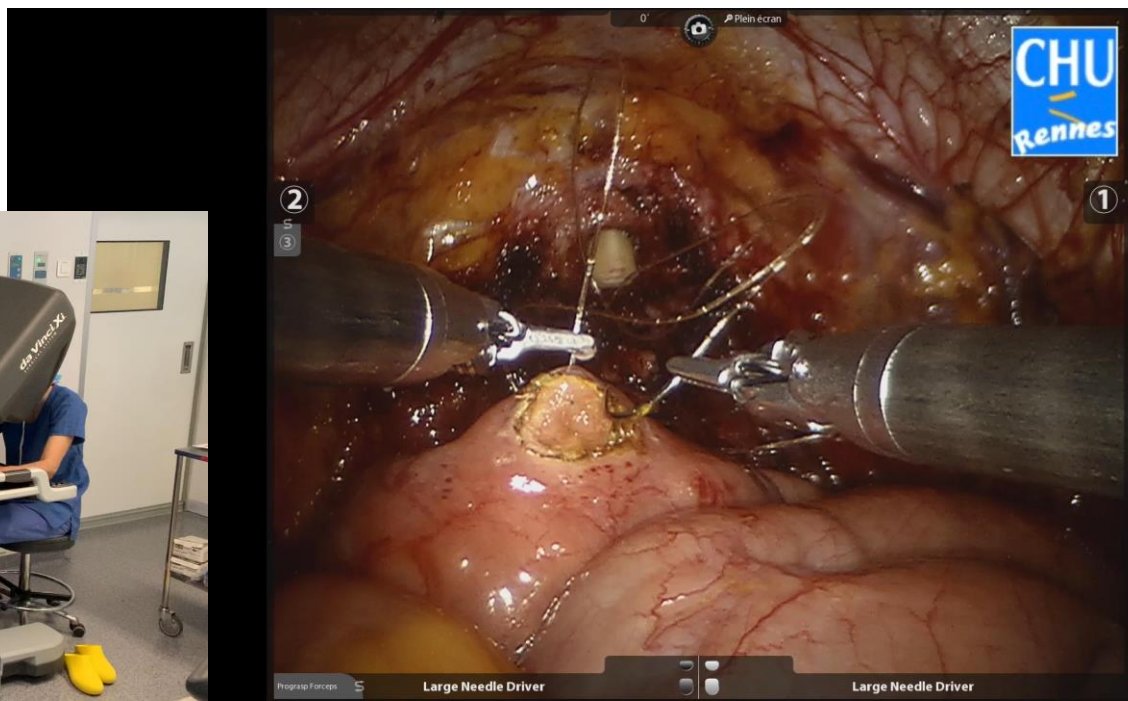
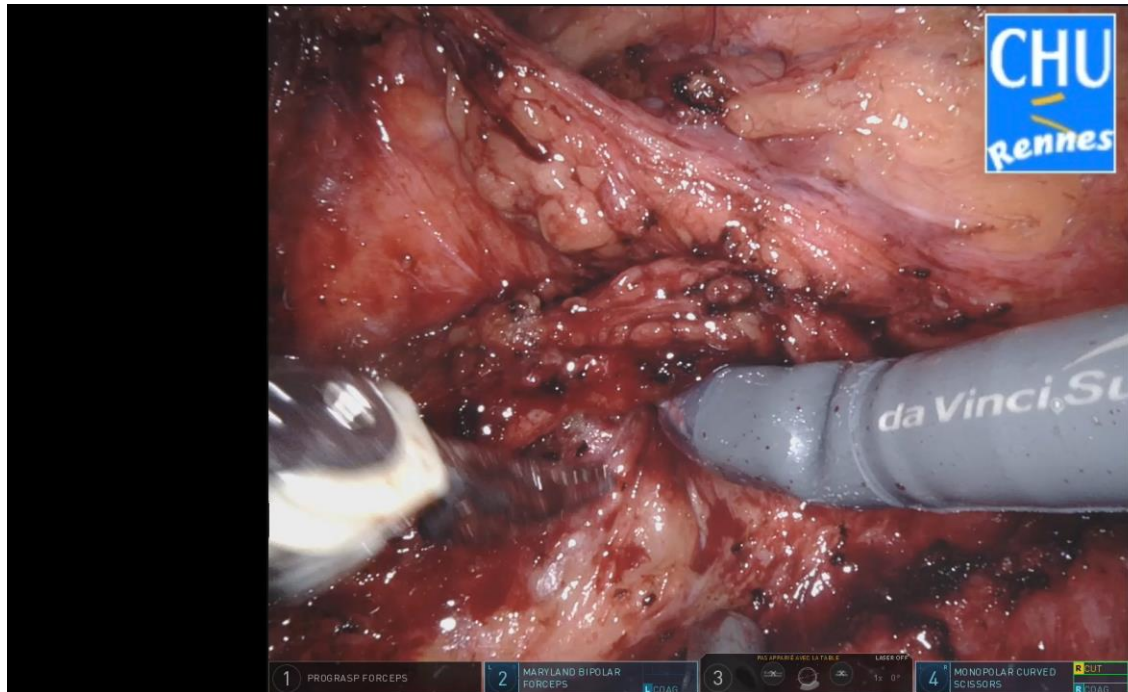
Fig. 2 – Trends of robotic-assisted (RARC) versus open radical cystectomy (ORC) utilization from 2002 to 2012 among Medicare beneficiaries with bladder cancer.



Gain de la robotique

- Récupération des degrés de mobilité
- Facilite la suture
- Nombreux bénéfices:
 - Moins de saignement
 - Incision plus petite et moins douloureuse
 - Exposition réduite des anses digestives
 - Récupération plus rapide



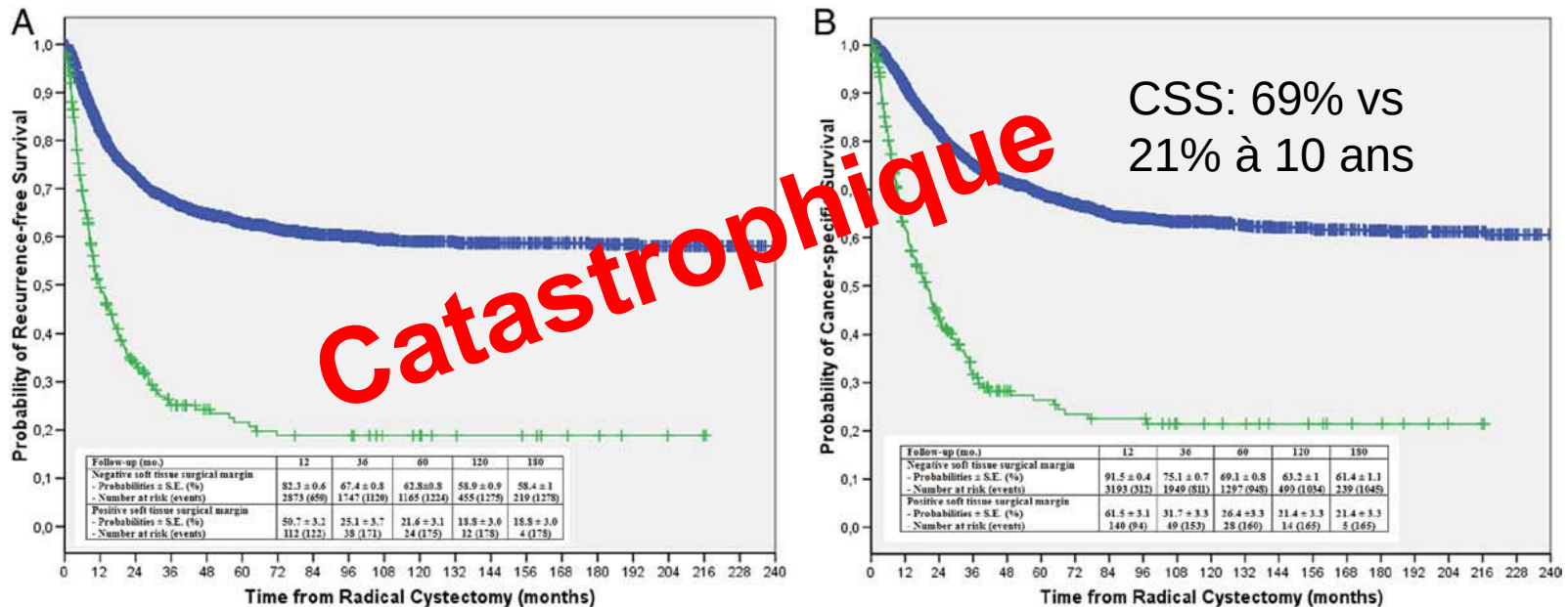


Nécessite une chirurgie de qualité

- Marge **urothéliale**:
 - Uretères: 10%
 - Urètre: 4 à 6%
- Marge **tissulaire**: 6%
 - Périprostatique (37%)
 - Périvésical (29%)

The importance of Surgical Margins – J Surg Oncol 2016
From 1995 to 2015: the MSKCC experience – J Urol 2020
Soft tissue margins status in 4400 patients – J Urol 2010

Quel est l'impact de ces marges tissulaires?



Soft Tissue Surgical Margin Status is a Powerful Predictor of Outcomes After Radical Cystectomy: A Multicenter Study of More Than 4,400 Patients

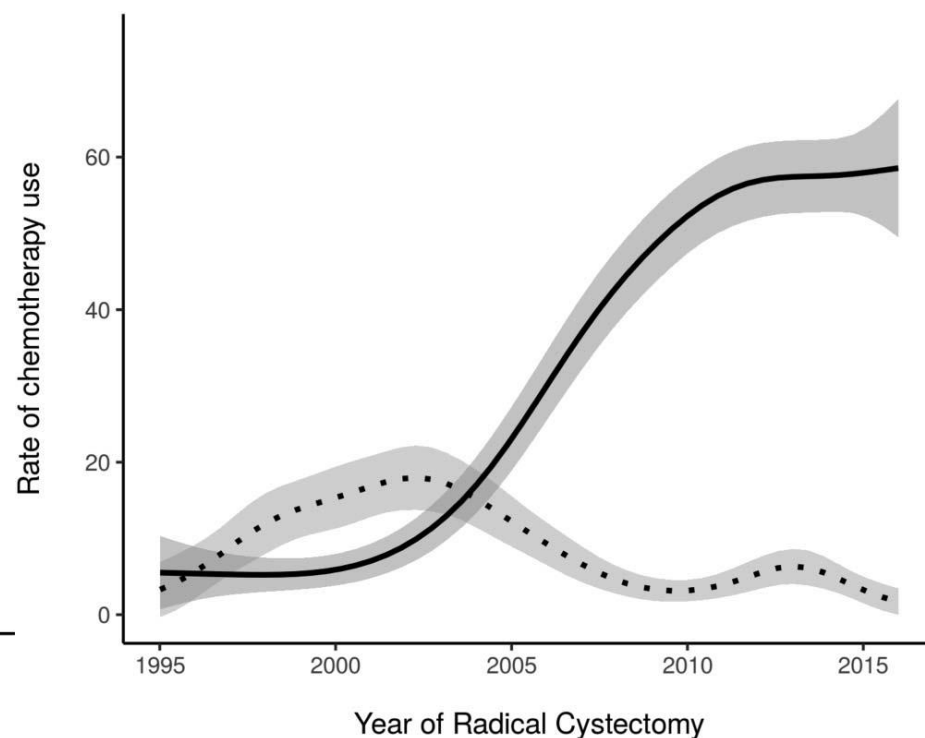
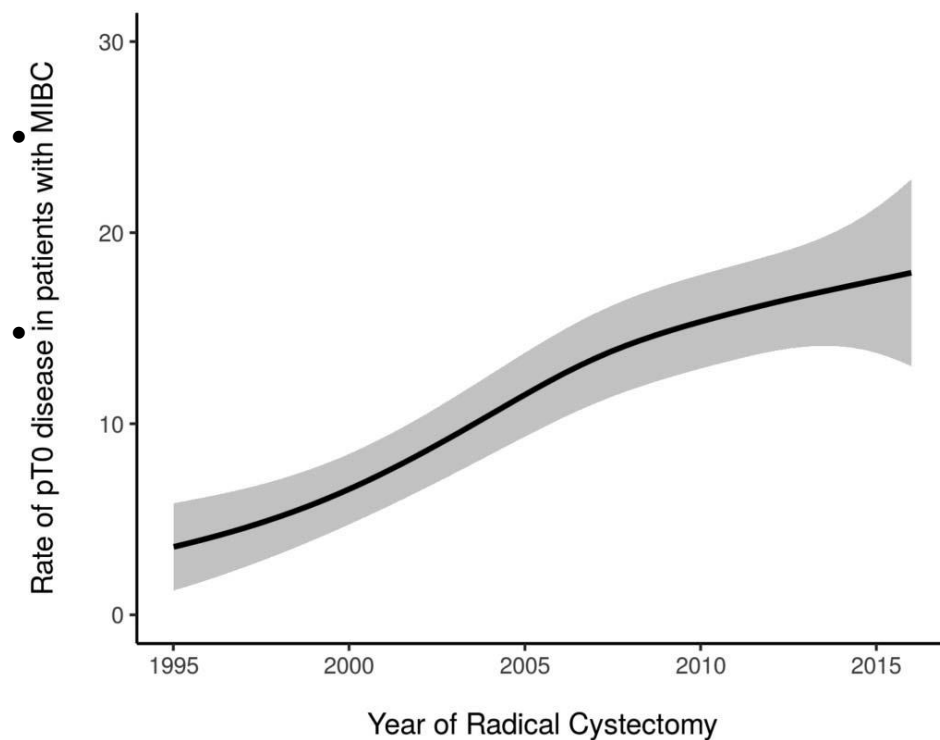
Quid des marges urétérales?

Study	PSM rate (%)	5-year RFS (%)	HR for RFS ^a	CSS	HR for CSS ^a	5-year OS (%)	HR for OS ^a
Ureteral margin ^b							
Raj et al.	13	87	2.8				1.0
Satkunasivam et al.	8.6	98.6	6.2				1.1
Tollefson et al.	12.7	95.1	4.9				

- La récurrence est rare!  1,4 à 6,4%
- Pas d'impact sur le risque de récurrence et la survie!

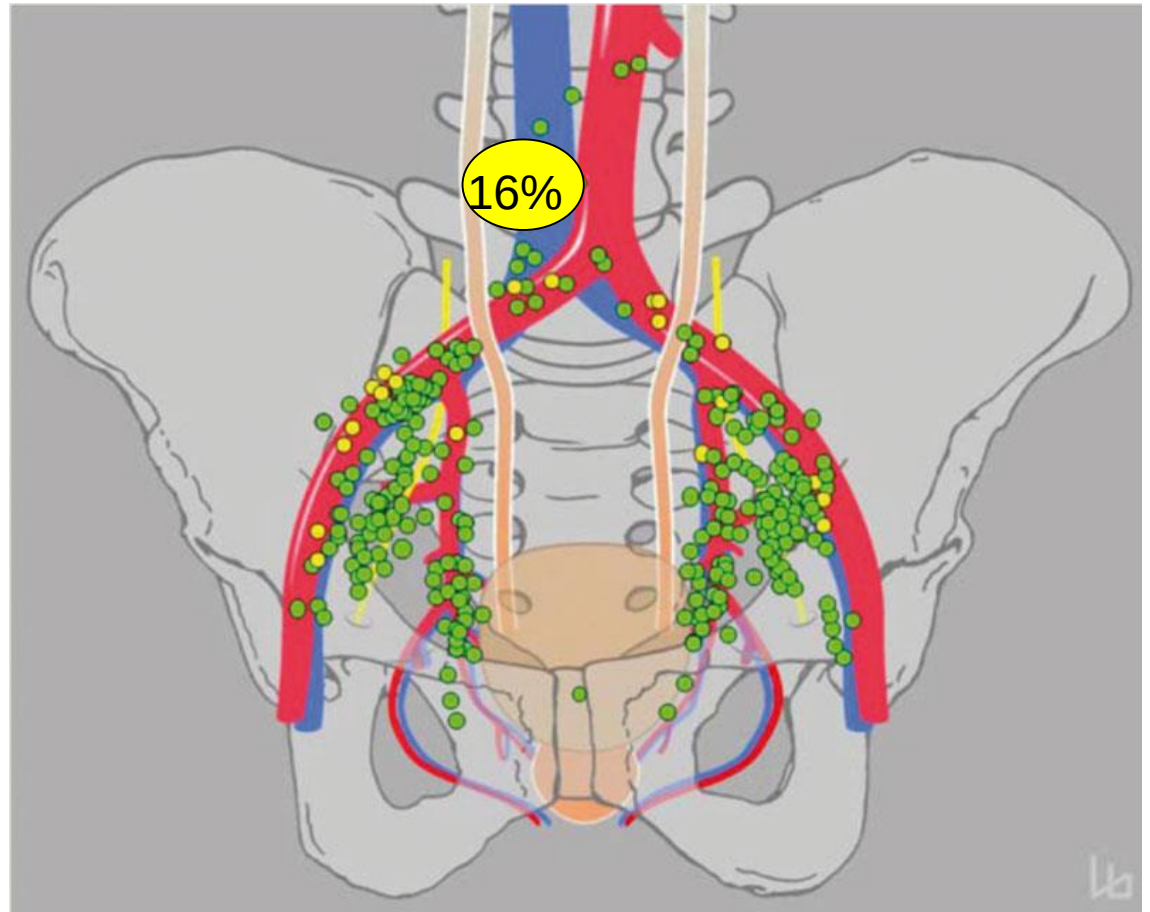
Expérience du MSKCC sur 20 ans

Almassi N – J Urol, Oct 2020



Curage ganglionnaire extensif

25 % de N+
à la cystectomie



- Potentiellement curatif dans le cas de micro-métastases

Survie sans récurrence à 5 ans:

passage de 63 à 85% si > 16 Gg N0 sur le curage

- Essai SWOG (chimio néoadjuvante)

↗ survie si curage étendu

Stenzl, Eur Urol Guidelines 2011

Herr, J Clin Oncol 2004



Table 1 Comparison of limited, extended, and super-extended LAD

	Patients	Extent	Median nodes removed (range)	Node-positive rate	Five-year RFS pT3N0*	Five-year OS pT3N0**	Five-year RFS pT2/3N0***	Five-year OS pT2/3N0***	Node-positive rate	Five-year RFS in N+	Five-year OS in N+
Dhar et al.	336	Limited	12 (2–31)	13 %	23 %	26 %			13 %	7 %*	7 %*
	322	Extended	22 (10–43)	26 %	57 %	46 %			26 %	35 %*	34 %*
Zehder et al.	405	Extended	22 (10–60)	28 %			69 %	60 %	28 %	42 %***	38 %***
	554	Super-extended	38 (10–179)	35 %			71 %	59 %	35 %	40 %***	34 %***

* $p < 0.0001$, ** $p = 0.0021$, *** $p > 0.05$



The Impact of the Extent of Lymphadenectomy on Oncologic Outcomes in Patients Undergoing Radical Cystectomy for Bladder Cancer: A Systematic Review

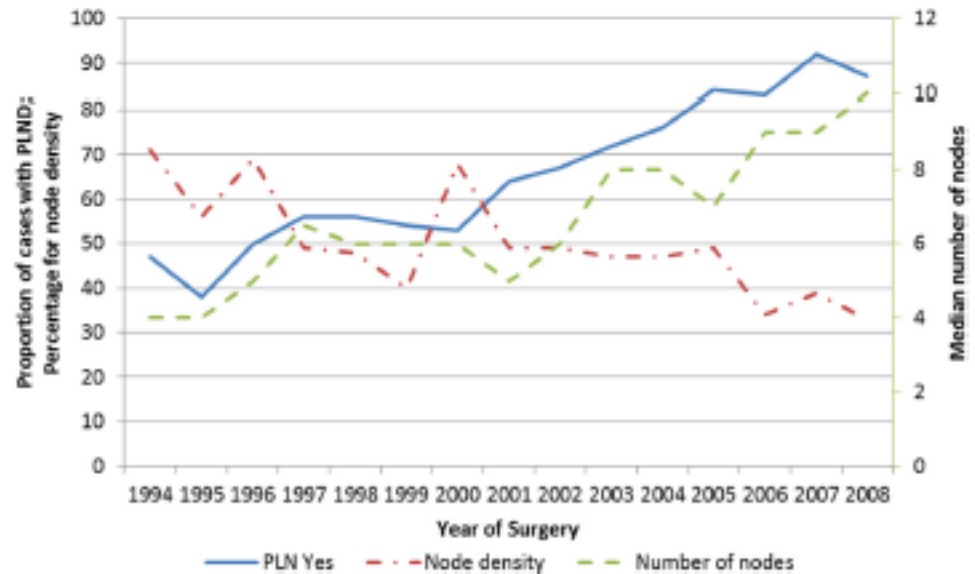
- Durée opératoire allongée
- Pas plus de transfusion
- Pas plus de lymphocèles
- Complications et mortalité à 30j identiques

Reflet de la qualité de la chirurgie

Lymph node counts are valid indicators of the quality of surgical care in bladder cancer: A population-based study

D.R. Siemens et al / Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations 33 (2015) 425.e15–425.e23

- 1994-2008: 2802 patients
- 23% N+ (69% ont eu un curage)



Quid des complications?



Complications

- Mortalité 3-4%
- 50% complications:
 - infection urinaire, Iléus
 - EP, atélectasie, abcès de paroi
- Complications majeures 20%:
plaie rectale, fistule, occlusion

Open ou Robot?...



NOUVEAU : LE ROBOT CHIRURGIEN



THE JOURNAL
of UROLOGY®

Vol. 205, 407-413, February 2021

Rates and Patterns of Recurrences and Survival Outcomes
after Robot-Assisted Radical Cystectomy: Results from the
International Robotic Cystectomy Consortium

Perioperative outcomes and safety of robotic vs open cystectomy:
a systematic review and meta-analysis of 12,640 cases

Ken D. ...ment¹ · Emily Per ...
ma ... Aboumarzouk^{5,6} · ... H. Gabr^{1,3} · Bhavan P. Rai⁴ · Abdulla Al-Ansari⁵ ·
World J Urol – Jul
2020

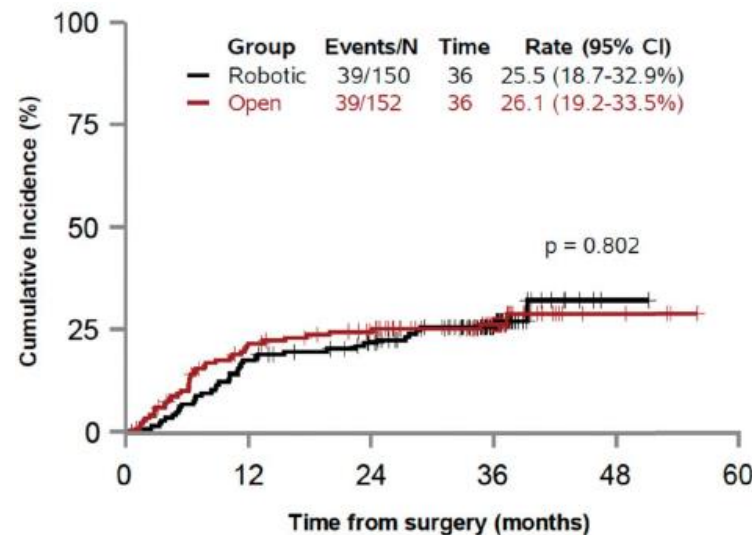
Predictors of Recurrence, and Progression-Free and Overall
Survival following Open versus Robotic Radical Cystectomy:
Analysis from the RAZOR Trial with a 3-Year Followup

THE JOURNAL
of UROLOGY®

Vol. 203, 522-529, March 2020

Robot-assisted radical cystectomy versus open radical cystectomy in patients with bladder cancer (RAZOR): an open-label, randomised, phase 3, non-inferiority trial

		Robotic cystectomy (n=150)	Open cystectomy (n=152)	Difference (95% CI)	p value
Positive surgical margin	→	9 (6%)	7 (5%)	1.4 (-3.7 to 6.5)	0.59
Positive bladder margin	→	6 (4%)	5 (3%)	0.7 (-3.5 to 4.9)	0.74
Positive urethral margin	→	3 (2%)	4 (3%)	-0.6 (-4.0 to 2.8)	1.00



- Risque de récurrence urothéliale à 3 ans:

Open 2% vs robot 0,6%

- PFS et survie globale identiques

Risque de récurrence en fonction de la voie d'abord à 3 ans

Cystectomie chez > 80 ans?

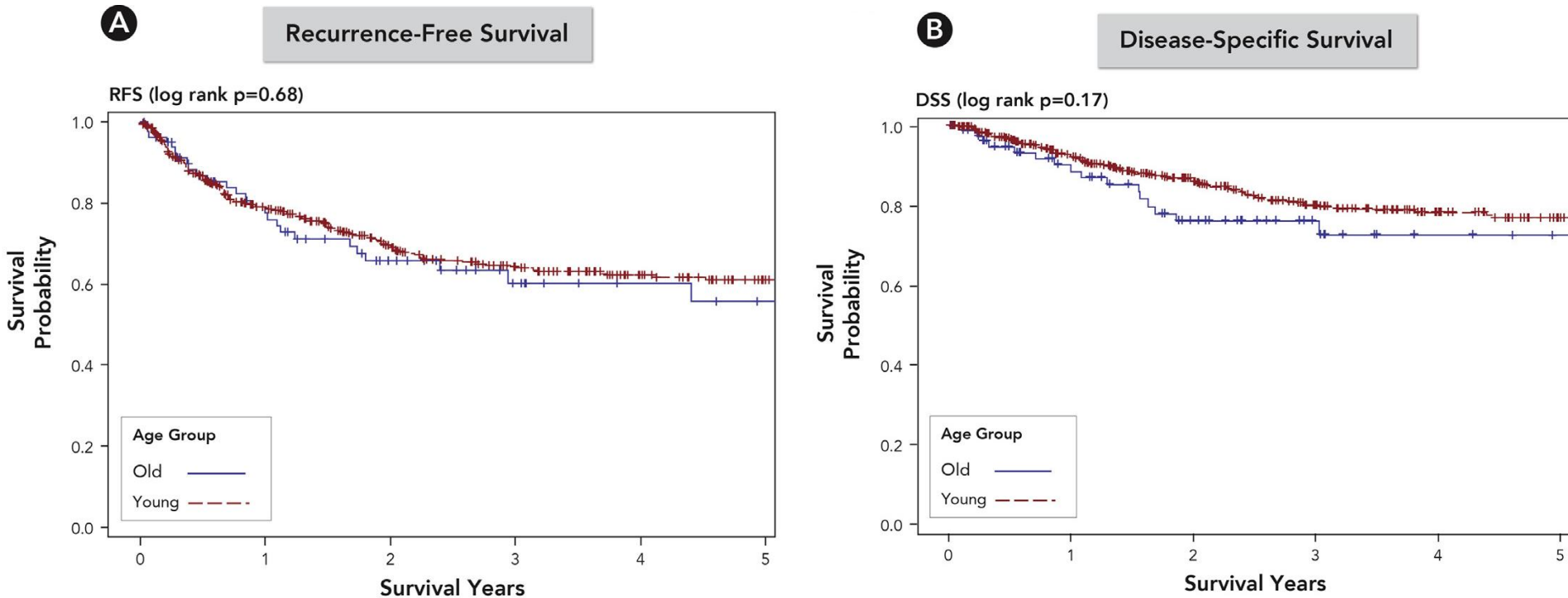
Perioperative outcomes of open vs. robotic cystectomy in octogenarians

	ORC	RARC	Overall	P-value
Mortality at index admission	72 (4.6)	9 (2.2)	81 (4.1)	0.027
Length of stay, d	9 (7–13)	8 (6–11)	9 (7–13)	<0.001
Discharged home	890 (56.6)	259 (62.3)	1,149 (57.8)	0.038
Readmission	573 (36.5)	176 (42.3)	749 (37.7)	0.028
90-day complication rate				
Minor (grade I–II)	657 (41.8)	177 (42.6)	834 (42.0)	0.8
Major (grade III–V)	508 (32.3)	130 (31.3)	638 (32.1)	0.7
Total	1,165 (74.1)	307 (73.8)	1,472 (74.0)	0.9

Healthcare database US: 13 127 patients dont 15,1% + 80 ans

➡ La chirurgie robotique semble faire mieux

Cystectomie chez > 80 ans?



Pas de différence sur:

- Pertes sanguines, complications, mortalité
- Pas plus de T3, N+ ou de marges +

Effet centre et volume

- 17 000 patients aux USA

➡ Marges open 12,9% vs robot 10,3%

Facility volume (surgeries/year)	Positive surgical margin rate (%)	Lymph-node dissection rate (%)	Median no. of LNs dissected (IQR)
1-< 3 (N=1880)	13.9	84.4	7 (2-13)
3-< 5 (N=1859)	14.7	85.9	7 (3-13)
5-< 10 (N=2931)	12.7	90.1	10 (4-16)
10-< 20 (N=2396)	12.3	90.9	11 (5-19)
20+ (N=4051)	12.0	91.0	17 (9-28)
p value (trend)	0.08	0.03	<0.001

OPEN

- Moins de marges
- Plus de curages
- Curages plus étendus

Facility volume (surgeries/year)	Positive surgical margin rate (%)	Lymph-node dissection rate (%)	Median no. of LNs dissected (IQR)
1-< 3 (N=300)	10.4	92.0	10.5 (5-19)
3-< 5 (N=443)	12.5	93.9	13.5 (7-21)
5-< 10 (N=805)	12.1	95.2	14 (7-23)
10-< 20 (N=835)	9.1	94.5	15 (8-24)
20+ (N=1278)	9.3	96.6	21 (13-30)
p value (trend)	0.01	0.07	<0.0001

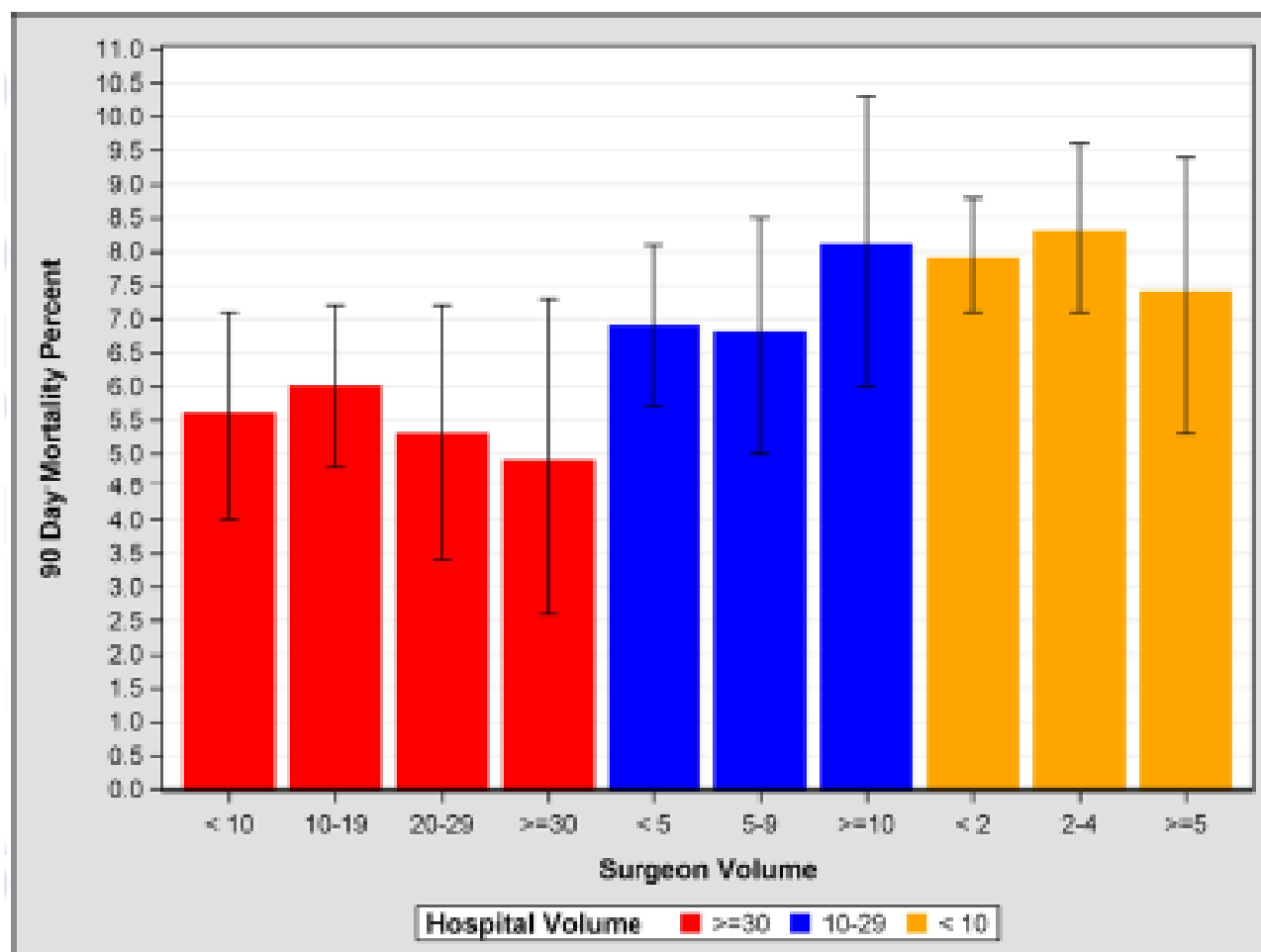
ROBOT

Pathologic measures of quality compare favorably in patients undergoing robot-assisted radical cystectomy to open cystectomy cohorts: a National Cancer Database analysis

Carla M. Miguel¹ · Kaitlin E. Kosinski¹ · Melissa J. Fazzari² · Michael Kongnyuy¹ · Marc C. Smaldone³ · Jeffrey T. Schiff¹ · Aaron E. Katz¹ · Anthony T. Corcoran¹

Assessing the Relative Influence of Hospital and Surgeon Volume on Short-Term Mortality following Radical Cystectomy

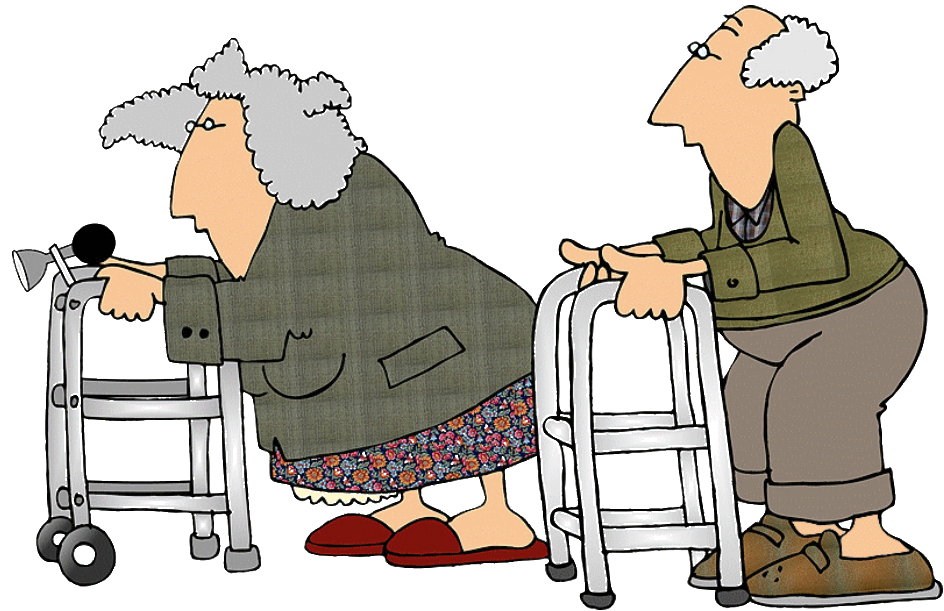
Waingankar N, Urol Oncol 2017



**Comment limiter et les
réduire au maximum?**



Terrain...



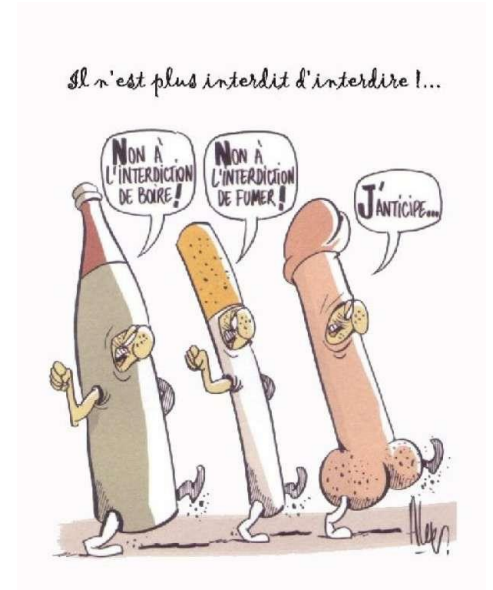
Prévention

- **+++ Repérer les patients à risque**
- **Facteurs prédisposants majeurs**
 - Déficit cognitif
 - Déficit visuel
 - Déficit auditif
 - Déshydratation (urée/créat ≥ 18)

Faible risque	0	RR: 1 (3%)
Risque intermédiaire	1-2	RR: 4,7 (16%)
Risque élevé	≥ 3	RR: 9,5 (32%)

Dépister les FDR et lutter contre les dogmes

- Tabac : 1 mois avant la chirurgie
- Alcool
- Documents d'information AFU
- Pas de préparation digestive
- Alimentation jusqu'à 6h avant la chirurgie, et liquides jusqu'à 2h
- Pas de prémédication aux BZD

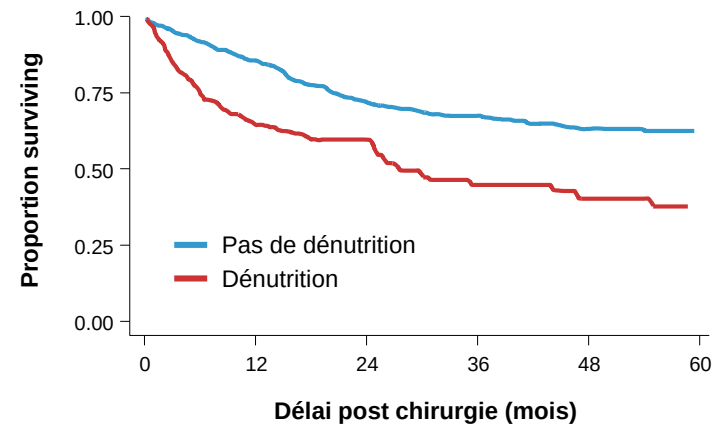


Malnutrition



- Dénutrition
 - Albumine < 3,5 mg/dl
 - IMC < 18,5 kg/m²
 - Perte de poids pré op. > 5 %
- Mortalité à 90 jours
 - 16,5 % vs 5,1 %
- Survie à 3 ans
 - 44,5 % vs 67,6 %

Survie globale après cystectomie



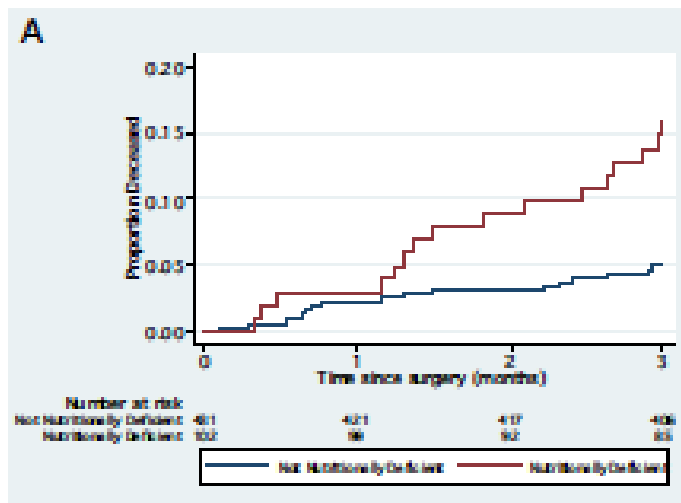
N à risque							
Pas de dénutrition	431	336	207	111	74	36	
Dénutrition	102	60	44	26	19	12	

La correction d'une dénutrition doit être un objectif majeur avant cystectomie

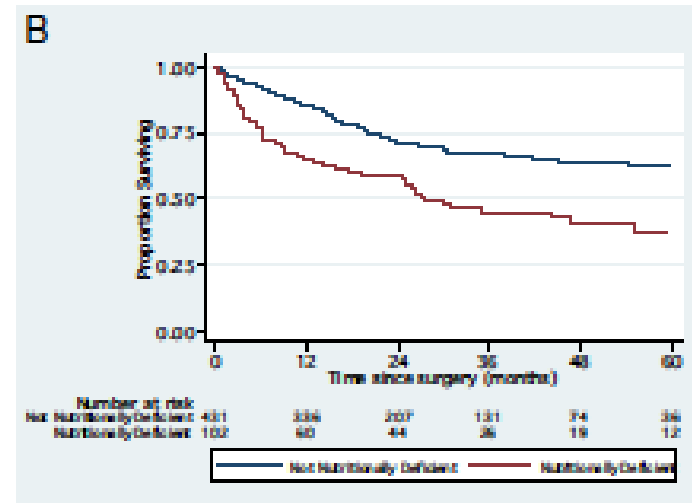
Effect of Preoperative Nutritional Deficiency on Mortality After Radical Cystectomy for Bladder Cancer

of THE JOURNAL
UROLOGY®

Official Journal of the
American
Urological
Association



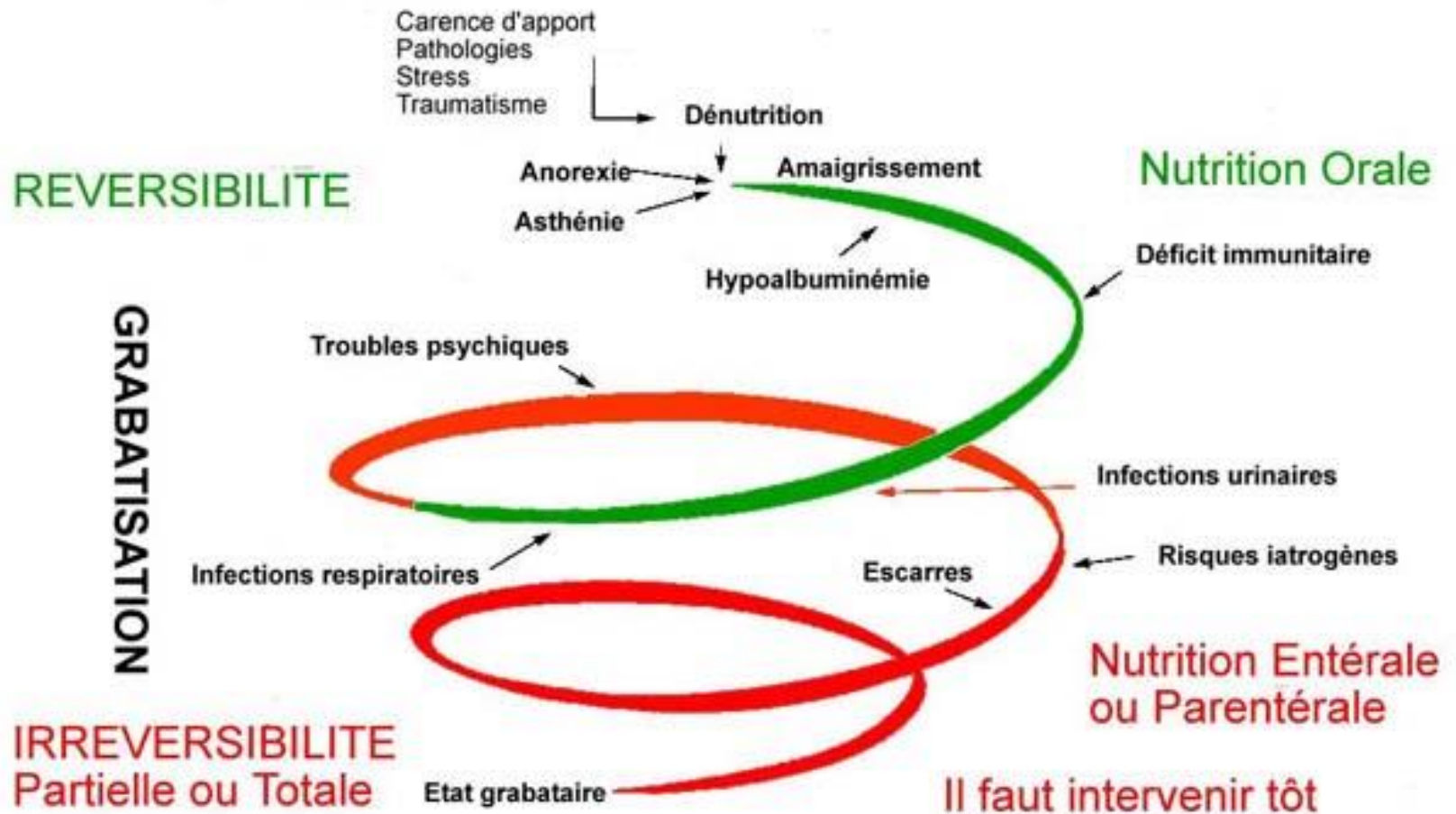
Risque de
Décès post op



Survie après
chirurgie

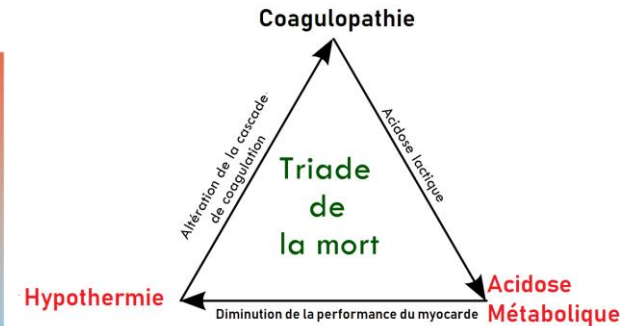
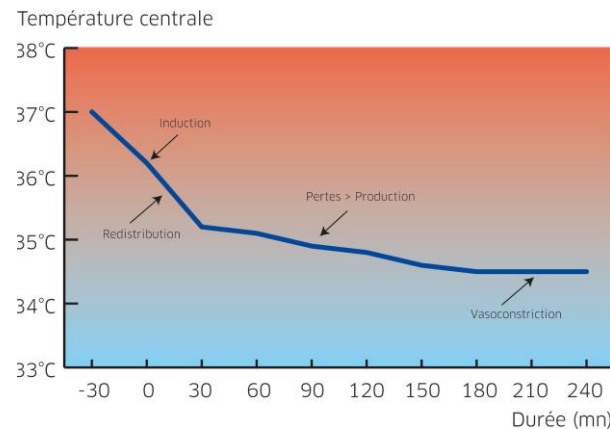
Gregg JR, J Urol Jan
2011

La Spirale de la dénutrition



Gestion du per-opératoire

- Antibioprophylaxie
- pas de SNG
- Prévenir l'hypothermie: couverture chauffante, Airseal
 - -> altère la coagulation



- Eviter le remplissage IV massif si non nécessaire (iléus)
- Favoriser l'anesthésie sans morphiniques (OFA) ou Périidurale 48h

Facteurs contribuant au retard de réhabilitation post-opératoire

- Immobilisation
- Nausées/vomissement/iléus
- Troubles du sommeil/fatigue
- Dysfonctions d'organe

Wilmore, BMJ, 2001

Conséquences de l'immobilité

- Phlébites, EP
- Encombrement bronchique
- Escarres
- Augmentation de la fatigue post-op
- Atrophie musculaire, perte de poids

Ne t'inquiète pas,
moi je ne te laisserai
jamais tomber.



Wilmore, BMJ, 2001

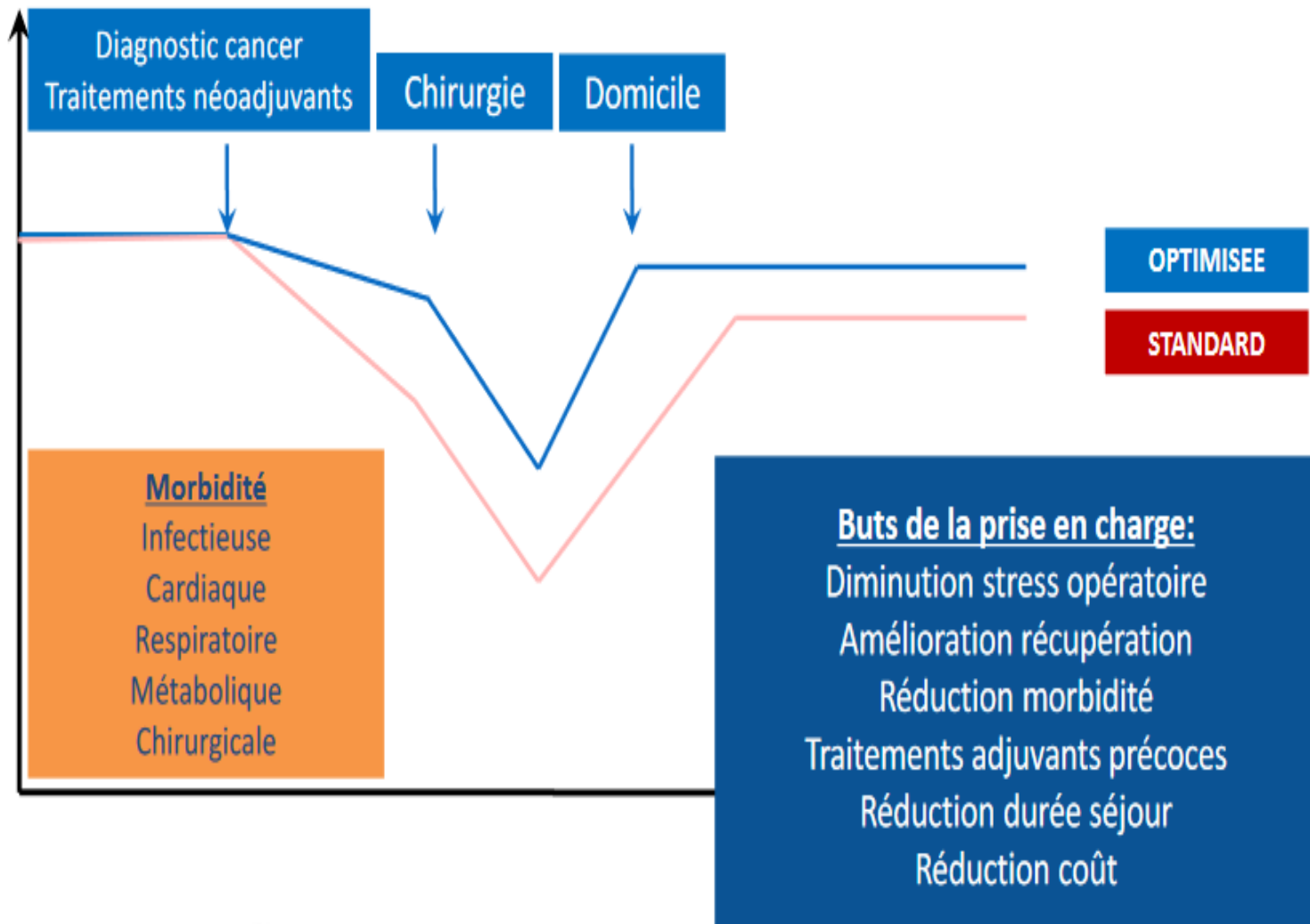
Mobilisation... Parlons-en...

- Préférer la chirurgie mini-invasive
- Eviter les redons, drains, sondes naso-gastriques
- Déperfusion dès que possible
- Alimentation précoce
- Lever précoce
- Pas de PCA morphine



Importance de la réhabilitation accélérée

Statut fonctionnel



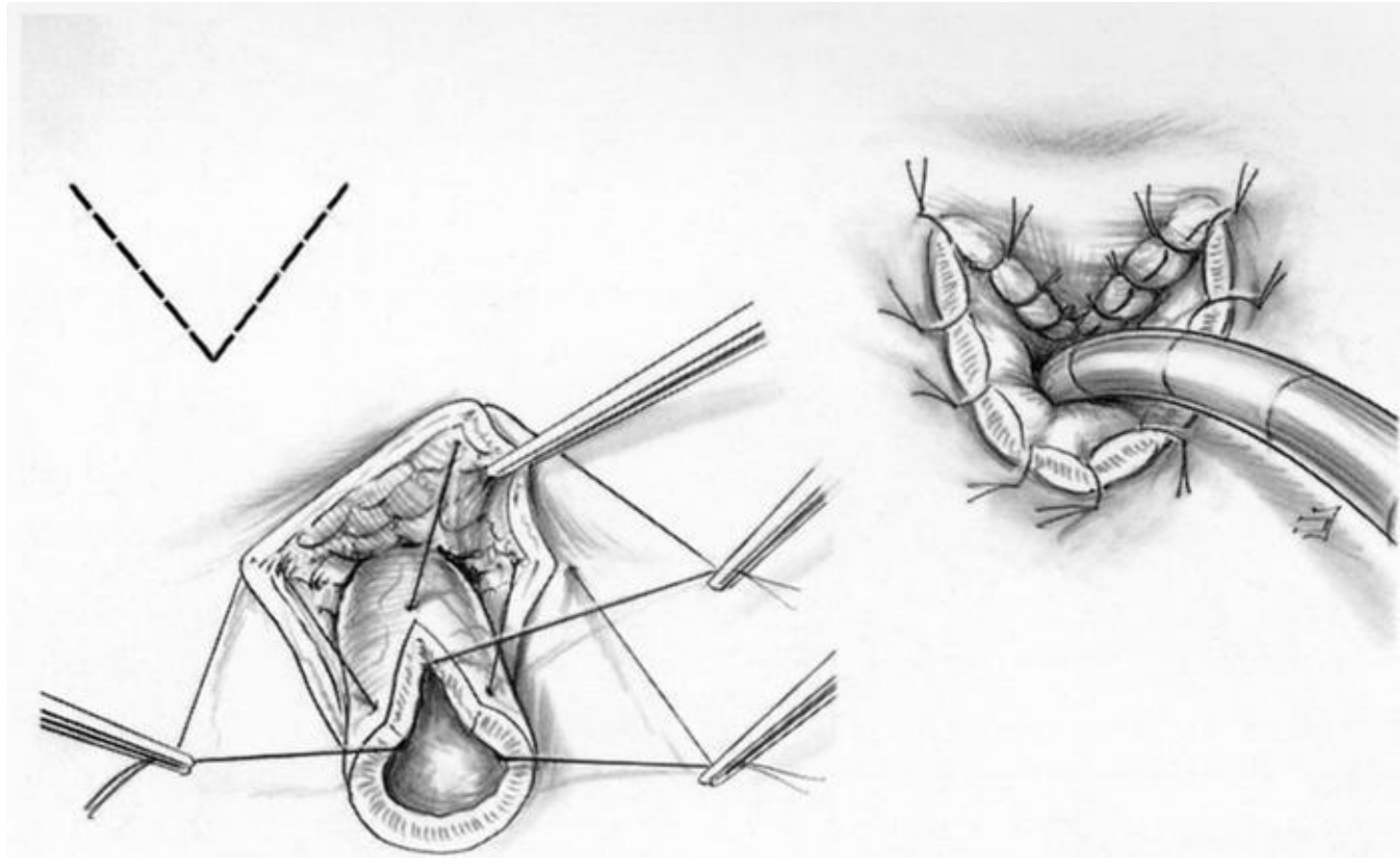
Cystectomie partielle

- Indications limitées +++
- Sonde vésicale 4-7 jours
- Principale complication: fuite
= Prolongation du drainage vésical

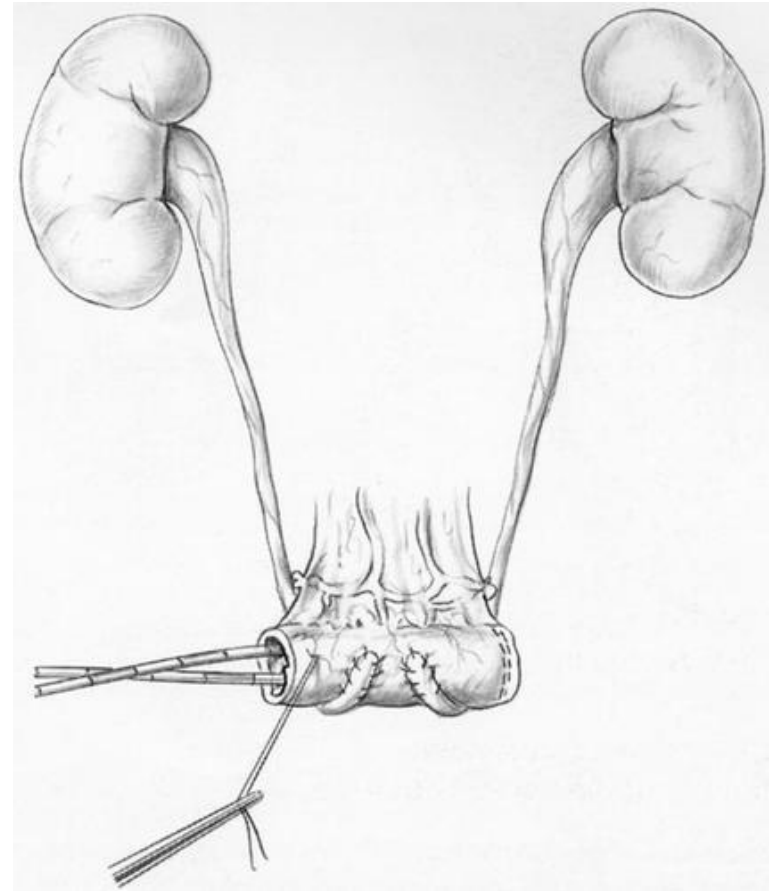
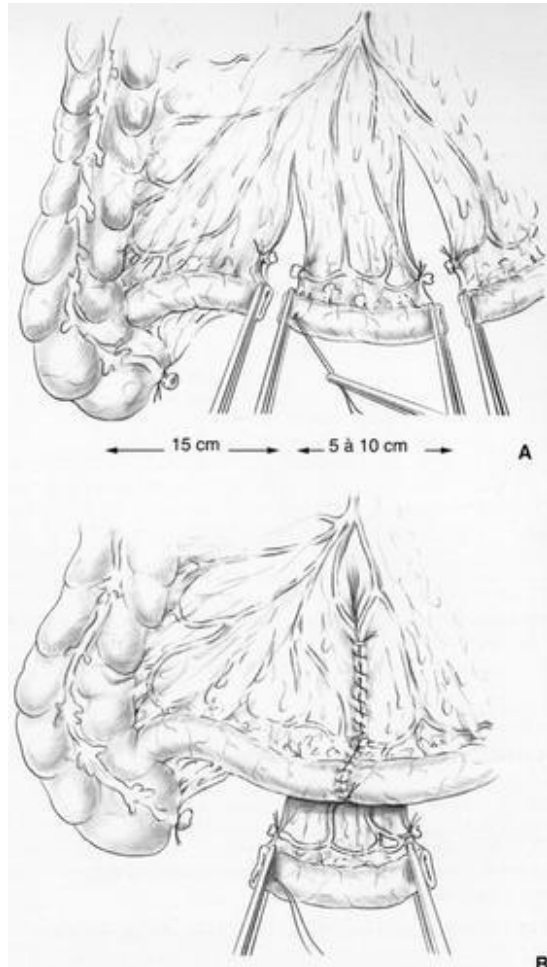
Modes de dérivation urinaire

- Urétérostomie cutanée
- Bricker
- Coley
- Remplacement vésical
- Prothèses continentales

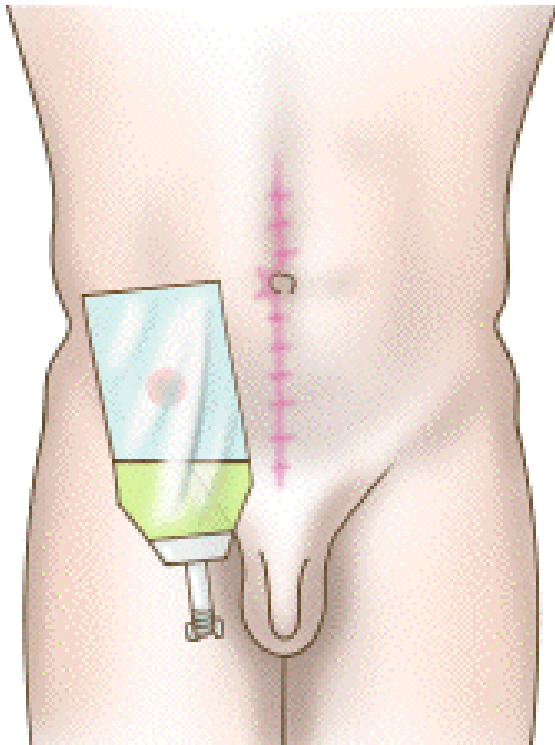
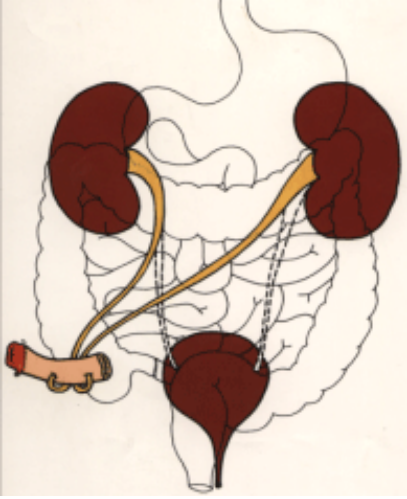
Urétérostomie cutanée



Urétérostomie cutanée trans-iléale (Bricker) □



Bricker







0 cm

1

2

3

4

5

6

7

8

DERMOTRACE®



CE
0482

NOVATEC
1058, voie A
Tél: +33(0)

Qualité de vie post opératoire

- 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
- le fait qu'un patient informé ait choisi personnellement le type de dérivation est déterminant pour l'acceptation de sa situation post-opératoire.

Alternatives à la cystectomie

- sélection stricte des patients
 - lésion unique de petite taille (30 mm), pas sur le trigone
 - absence de carcinome in situ vésical associé
 - absence d'hydronéphrose
- résection endoscopique exhaustive de la TV
- contrôle histologique de la réponse avec possibilité de cystectomie de rattrapage
- suivi strict avec évaluation endoscopique associée à une histologie par des biopsies

Alternatives à la cystectomie

- Radiothérapie seule

Inférieur à la cystectomie: 25-30% survie à 5 ans

- RTUV + Radio-Chimiothérapie

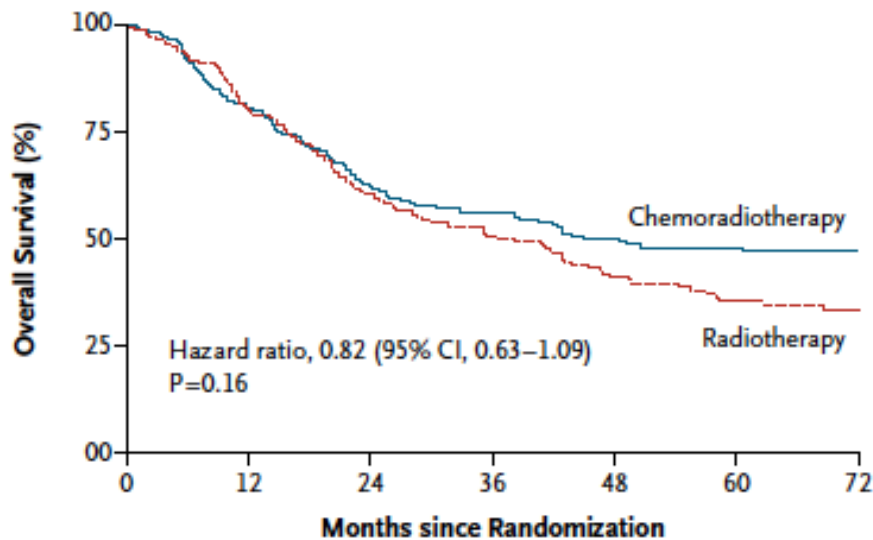
54-63% survie à 5 ans

64-77% réponse complète

Radiothérapie ou Radio-chimio?

Radiotherapy with or without Chemotherapy
in Muscle-Invasive Bladder Cancer

N ENGL J MED 366;16 NEJM.ORG APRIL 19, 2012



- 82% de T2
- 55% de résection complète
- 28% de tumeur résiduelle après RTUV

Radiothérapie ou Radio-chimio?

Problème de la tolérance...

Table 2. Worst Grade of Toxic Effects, According to Toxicity Criteria.*

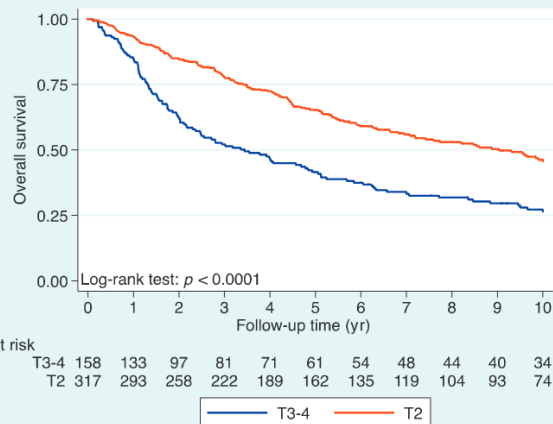
Toxicity Criteria and Worst Grade	Chemoradiotherapy (N=178) <i>no. (%)</i>	Radiotherapy (N=182) <i>no. (%)</i>	Odds Ratio (99% CI) [†]	P Value [‡]
NCI CTCAE				
Any event				
Patients with data	178 (100.0)	182 (100.0)		
Grade 3–5	64 (36.0)	50 (27.5)	1.51 (0.83–2.74)	0.07
Genitourinary				
Patients with data	178 (100.0)	182 (100.0)		
Grade 3–5	38 (21.3)	39 (21.4)	1.00 (0.52–1.95)	0.99
Gastrointestinal				
Patients with data	178 (100.0)	182 (100.0)		
Grade 3–5	17 (9.6)	5 (2.7)	3.84 (0.97–15.19)	0.007

Quid d'un traitement trimodal?...

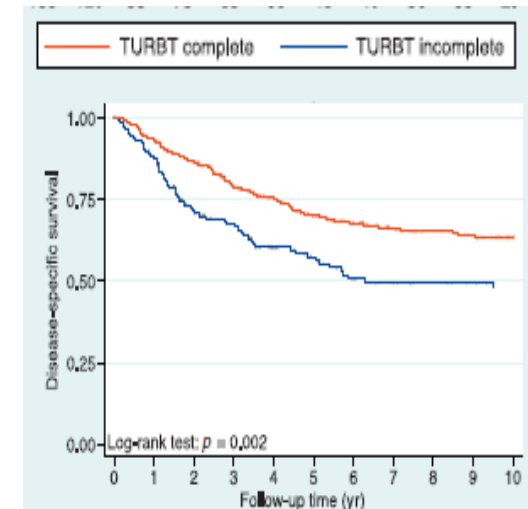
- Exclus les patients éligibles à un traitement conservateur trimodal avec résection complète avant radio-chimiothérapie

Critères:

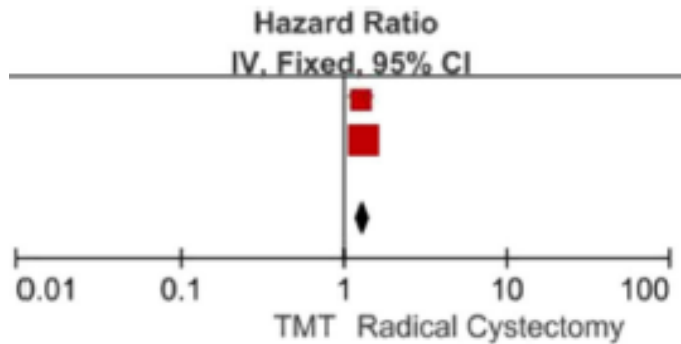
- Pas T3-T4
- Plutôt T2 en résection complète
- Pas de N+
- Pas hydronéphrose
- Pas de CIS
- Pas de multifocalité



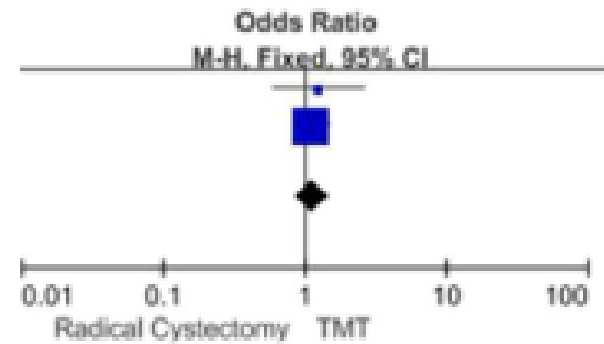
Covariates	Comparison	Bladder-intact disease-specific survival		
		HR	p value	95% CI
Age at diagnosis	Continuous	—	—	—
Clinical T stage	T2 vs T3/T4a	—	—	—
Response to chemoradiation	Complete vs incomplete	0.16	<0.001	0.12–0.21
Hydronephrosis	Presence vs absence	1.89	<0.001	1.33–2.63
Tumor-associated CIS	Presence vs absence	—	—	—
TURBT	Complete vs incomplete	0.72	0.02	0.55–0.96



Traitement trimodal



Survie globale > 10 ans

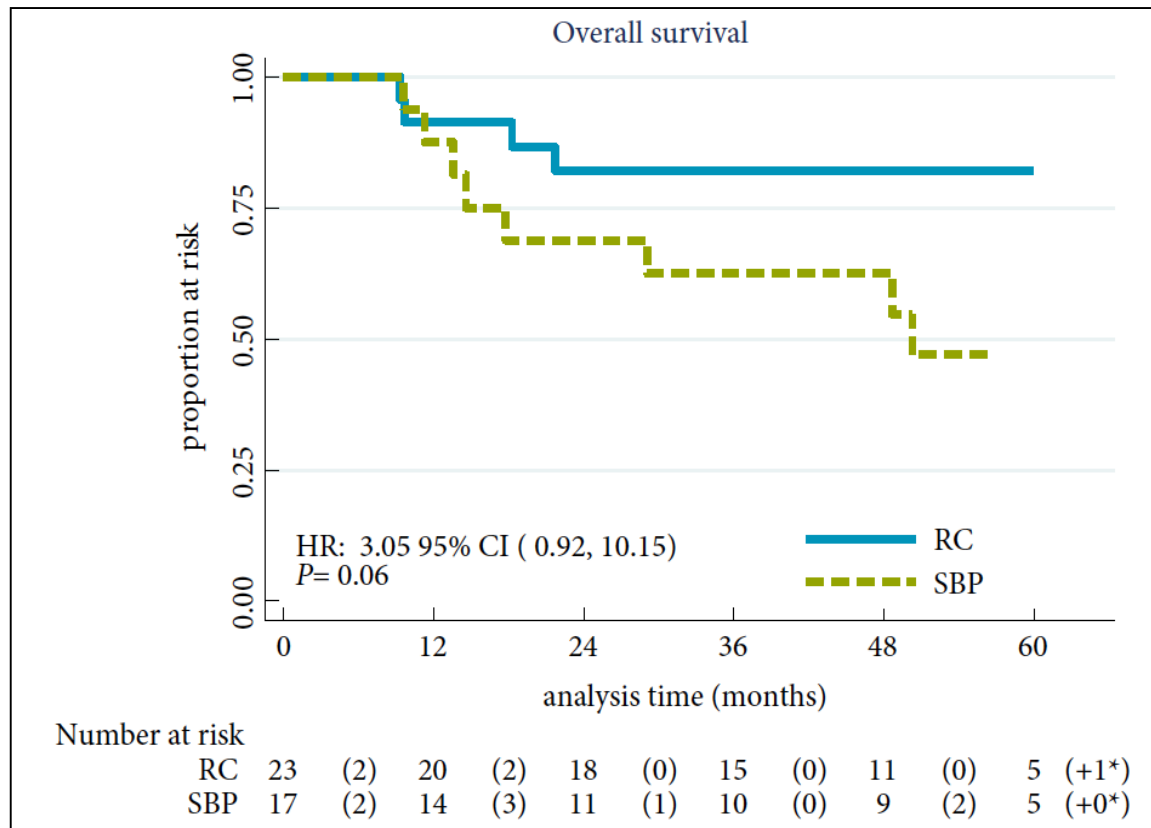


Survie globale < 10 ans

➡ Equivalents à moins de 10 ans chez des patients sélectionnés

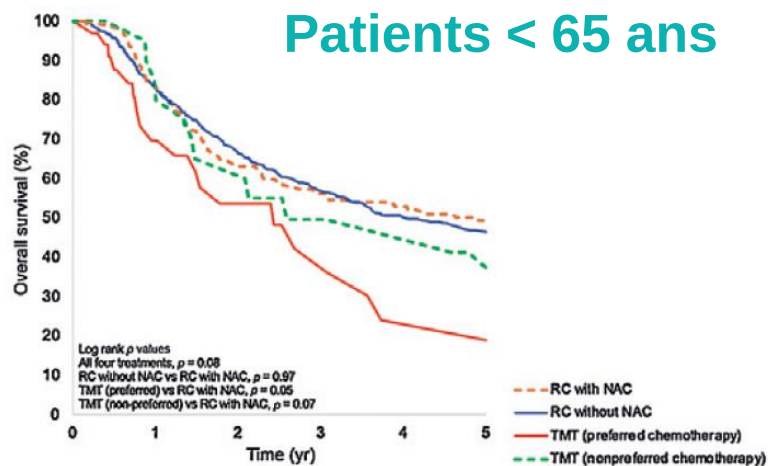
Chirurgie ou Radio-chimio?

- **SPARE** : essai randomisé de phase III incluant 40 patients (sur les 1000 nécessaires) traités par cystectomie totale ou radiochimiothérapie entre 2007 et 2010 en Angleterre



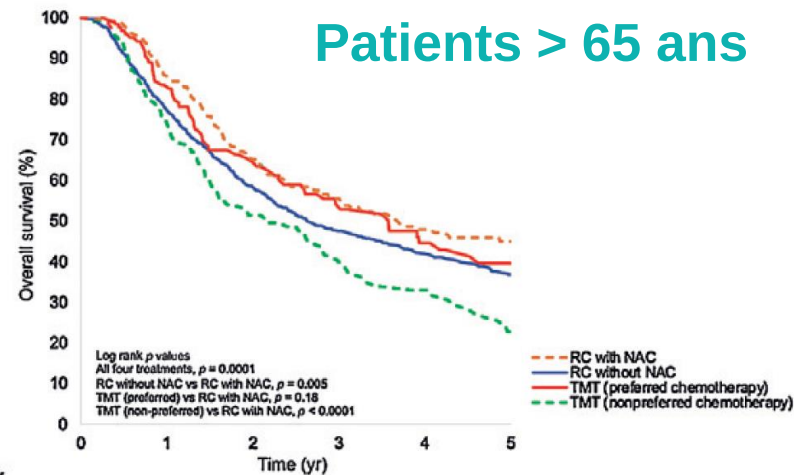
L'âge un facteur important pour le choix ?

Patients < 65 ans



Number at Risk	0	1	2	3	4	5
RC with NAC	240	193	137	107	82	63
RC without NAC	590	480	369	301	254	220
TMT (preferred)	34	19	12	7	4	4
TMT (non-preferred)	22	17	13	8	6	4

Patients > 65 ans



Number at Risk	0	1	2	3	4	5
RC with NAC	266	225	151	107	70	49
RC without NAC	882	670	484	361	295	237
TMT (preferred)	129	92	63	42	29	23
TMT (non-preferred)	143	96	58	38	30	17

Taux important de cystectomie de rattrapage avec de mauvais résultats

- SR/MA: 73 études, 9110 patients
- Taux de cystectomie de rattrapage avec suivi > 5 ans : **19.2%**
- Survie sans récurrence à 5 et 10 ans : 54.3% vs 45.3%
- Chez non-répondeurs: 15.5% vs 10.5% ; Récidive locale: 28.7%
- **Mortalité à 30 jours post-opératoire (vs chirurgie 1ère): 8.8% vs 3.1%**
- Mortalité à 5 ans post-opératoire : **19.2% vs 14.5%**

Ne pas rater l'opportunité de faire une cystectomie safe et efficace

Incidence and outcome of salvage cystectomy after bladder sparing therapy for muscle invasive bladder cancer: a systematic review and meta-analysis

Victor M. Schuettfort^{1,2}  · Benjamin Pradere^{1,3} · Fahad Quhal^{1,4} · Hadi Mostafaei^{1,5} · Ekaterina Laukhtir Keiichiro Mori^{1,7} · Reza Sari Motlagh¹ · Margit Fisch² · David D'Andrea¹ · Michael Rink² · Paolo Gontero⁸ · Francesco Soria⁸ · Shahrokh F. Shariat^{1,6,9,10,11,12}

World J Urol 2021

Conclusion

- Chirurgie du K de vessie est faisable
- Pas plus de complications
- Bien préparer les patients
- Identifier les FDR de décompensation et de complications



gregory.verhoest@chu-rennes.fr

Dr Grégory VERHOEST
Service d'Urologie

