

Peut-on préserver la coque prostatique au cours des cystectomies pour tumeur de vessie : étude de l'atteinte urétrale et prostatique sur les pièces de cystectomie

Pierre PLANTE, Agnès LESOURD, Paul BLANCHET, Christian CASTAGNOLA, Patrick COLOBY, Nicolas DAFFER, Jean-Louis DAVIN, François DESGRANDCHAMPS, Jacques IRANI, Jean-Marie MARECHAL, Nicolas MOTTET, Jean-Louis PARIENTE

Groupe Tumeur de vessie infiltrante du CCAFU, Service d'Urologie, CHU Rangueil, Toulouse, France

RESUME

Buts : Evaluer la fréquence des lésions urétrales et prostatiques des pièces de cystectomie pour tumeur de vessie.

Matériel et Méthodes : L'étude rétrospective anatomo-pathologique porte sur 260 pièces : cystectomies radicales faites dans 7 sites opératoires. La prostate et l'urètre sont analysés sur 3 plans de coupe (1/3 supérieur, moyen, inférieur). L'apex est étudié séparément. L'envahissement urétral est reconnu sur la continuité tumorale ou sur la présence de CIS vésical.

Résultats : L'atteinte urétrale est fréquente (30,6% des cas) essentiellement par le fait de l'envahissement par contiguïté (43/80). Le CIS est la 2ème association pathologique (44 CIS urètre/75 CIS vessie).

L'adénocarcinome prostatique est présent dans 17,8% des cas avec pour 30% des lésions un score de Gleason > 6.

Conclusion : La fréquence élevée de l'atteinte urétrale et prostatique n'invite pas à la conservation prostatique lors des cystectomies. L'étude sérieuse prospective doit définir des critères précis pour minimiser le risque d'une chirurgie conservatrice.

Mots clés : Urètre, cystectomie, prostate.

Progrès en Urologie (1998), 8, 47-50.

La conservation d'une partie de la glande prostatique a été proposée pour améliorer la continence et favoriser la conservation de l'érection dans les remplacements de vessie. Une telle démarche implique l'absence de cancer prostatique significatif, un apex prostatique et un urètre prostatique libres de toute lésion tumorale.

L'extension tumorale à l'urètre et la coexistence de lésions primitives prostatiques, en présence d'une tumeur vésicale infiltrante, demeurent de fréquence imprécise du fait de l'absence de contrôle histologique systématique pré-opératoire et de la priorité donnée à la tumeur vésicale lors de la décision thérapeutique.

OBJECTIFS

A partir des données d'une enquête rétrospective, portant sur 261 pièces de cysto-prostatectomie, sont analysées les lésions urétrales et prostatiques.

MATERIEL ET METHODES

De 1991 à 1993, 7 centres ont fourni 260 pièces de cystectomies comportant l'étude de l'urètre et de la glande prostatique pour des patients opérés pour tumeur urothéliale de vessie.

La tumeur vésicale primitive est définie selon les critères TNM 1992 avec l'analyse de la zone d'implantation de la tumeur, mais aussi de la muqueuse vésicale à distance. Les carcinomes in situ (CIS) et les dysplasies de grade 3 sont regroupés pour l'analyse des résultats.

L'urètre est étudié par 3 coupes transversales passant le col, le 1/3 moyen et le 1/3 inférieur. L'apex prostatique est analysé séparément de l'urètre. Lorsqu'aucune continuité tumorale, ni présence de CIS vésical et/ou urétral n'est notée, l'existence de lésions urétrales infiltrantes sont considérées comme deuxième atteinte primitive.

La prostate est évaluée sur 3 coupes (1/3 supérieur, moyen, inférieur) pour déterminer la présence d'adénocarcinome prostatique associé. La codification utilisée est le TNM 1992.

RESULTATS

L'urètre est fréquemment tumoral sur les pièces de cystectomies radicales pour tumeur primitive de vessie.

Sur 260 urètres, 80 sont pathologiques, soit 30,7% des cas (Tableau 1).

Sur 20 CIS de l'urètre, 7 sont isolés c'est-à-dire sans

Manuscrit reçu : mai 1997, accepté : septembre 1997.

Adresse pour correspondance : Dr. P. Plante, Service de Chirurgie Urologique, Hôpital de Rangueil, 1, avenue Jean Poulhès, 31043 Toulouse Cedex 4 31043 Toulouse Cedex.

Tableau 1. Répartition des lésions urétrales et prostatiques des pièces de cystoprostatectomies (%).

| Tumeur de vessie | Nombre | URETRE | | | PROSTATE | | |
|---------------------------|----------|--------|---------------------|------------|--------------|---------|-----------------------|
| | | CIS | Dysplasie bas grade | Métaplasie | T des canaux | AdénoC. | Extension urothéliale |
| pT0 CIS sans CIS | 4 20 | 1 | | | 1 | 1 | |
| pT1 CIS pT1 sans CIS | 15 27 | 4 1 | 3 | 1 | | 2 6 | 1 1 |
| pT2 CIS pT2 sans CIS | 3 18 | 2 2 | | | | 1 1 | 2 |
| pT3A CIS pT3A sans CIS | 12 31 | 2 1 | 1 3 | | 1 | 1 4 | 2 2 |
| pT3B CIS pT3B sans CIS | 11 53 | | 2 2 | | | 2 4 | 1 4 |
| pT4 CIS pT4 sans CIS | 8 37 | 1 1 | | | | 2 9 | 6 24 |
| pTis CIS pTis sans CIS | 1 5 | 1 2 | | | | | |
| pTa CIS pTa sans CIS | 4 11 | 1 1 | 1 | | | 3 | |

CIS ou dysplasie sévère dans la vessie; 11 accompagnent une lésion vésicale superficielle classée pTa, pTis ou pT1 mais associée à un CIS de la vessie et 9 sont associées à des tumeurs vésicales infiltrantes.

Lorsque le CIS est présent dans la vessie (75 cas), il est retrouvé dans l'urètre dans 44 cas, soit 58,6% des pièces opératoires.

L'envahissement urétral par contiguïté reste la modalité de lésion la plus fréquente : 48/80 lésions rencontrées c'est-à-dire 53,7% des atteintes tumorales. Elle est presque totalement le fait des tumeurs infiltrantes pT3 et pT4. 2 fois seulement sont présentes des tumeurs superficielles (pT1G3) dont 1 est de siège trigonal.

Le siège de la tumeur intervient dans l'extension vers l'urètre. 50% des envahissements se font à partir de tumeurs du trigone, du col et de la face antérieure de la vessie.

Cependant sur 38 tumeurs vésicales implantées sur le col, seules 9 ont une extension urétrale (23,7 %). Sur 68 tumeurs trigonales, 8 se prolongent dans l'urètre.

Parmi les facteurs de risque la présence d'emboles lymphatiques ou vasculaires n'a pas été retrouvé comme déterminant. Des emboles existent dans la paroi vésicale alors que l'urètre est retrouvé normal et inversement sont absentes alors que l'urètre est envahi. Il en est de même de l'extension ganglionnaire.

Tableau 2. Extension ganglionnaire.

| Status ganglionnaire | Urètre normal | Urètre envahi |
|----------------------|---------------|---------------|
| N+ | 26 | 5 |
| N- | 113 | 4 |
| NX | 43 | 7 |

Deux tumeurs sont étiquetées tumeurs des canaux prostatiques et accompagnent des lésions vésicales classées pT0 et pT3G3.

Le cancer prostatique (adénocarcinome) est retrouvé chez 17,8% des opérés. L'âge moyen est de 65,7 ans avec des extrêmes allant de 47 à 84 ans. Cependant seuls 9 sujets ont un âge supérieur à 70 ans.

30% des adénocarcinomes sont classés avec un score de Gleason \geq 6. La répartition des scores est la suivante : G2=1; G3=4; G4=8; G5=9; G6=6; G7=4. 7 tumeurs sont des micro foyers.

L'apex est normal pour 91% des sujets. Il est envahi par l'adénocarcinome prostatique dans 2% des cas. 2 tumeurs ont un score de Gleason \geq 6.

Les autres lésions de l'apex sont reportées dans le Tableau 3. Il s'agit alors de lésion diffuse de nature urothéliale.

Toutes les atteintes urothéliales de l'apex accompagnent des tumeurs vésicales de grade 3.

Tableau 3. Autres lésions de l'apex.

| Atteinte de l'apex | Fréquence en % |
|--------------------------------|----------------|
| Adénocarcinome | 2 |
| Extension urothéliale | 6 |
| CIS | 0,5 |
| Tumeur des canaux prostatiques | 0,5 |
| Normal | 91 |

DISCUSSION

La conservation prostatique n'est possible qu'en l'absence de tumeur primitive de la glande (adénocarcinome) et en l'absence de localisation urothéliale sur l'urètre et/ou dans les canaux et les acini prostatiques.

La fréquence des adénocarcinomes prostatiques retrouvée dans l'étude s'écarte des valeurs des séries autopsiques :

| | | |
|--------------|-----------------|-----|
| Kabalin [1] | Coupes 4 à 5 mm | 35% |
| Montie [3] | | 46% |
| Troncoso [8] | | 61% |

Le caractère non systématisé de l'analyse des pièces explique cette divergence.

Dans une étude clinique prospective, analysant les prostates des pièces de cystectomies radicales selon le même protocole que pour les prostatectomies radicales, MONTIE [3] retrouve 46% de sujets porteurs de cancer prostatique. Si aucune extension ganglionnaire n'est notée, on retient néanmoins 17% de score de Gleason ≥ 6 , 10% de pénétration capsulaire et 17% d'infiltration capsulaire.

On peut discuter l'influence de beaucoup de ces cancers sur la survie des patients et donc de l'intérêt de leur recherche systématique. La constatation dans la série chez un sujet de 51 ans d'un cancer prostatique sur la pièce de cystectomie pose la question du devenir à long terme en cas de conservation de la prostate. Dans la série de MONTIE, 15% des opérés ont des tumeurs «significatives», la fréquence des tumeurs étant respectivement de 26 et 61% pour les sujets de moins de 60 ans et entre 60 à 74 ans. Cette notion de relative gravité n'est pas partagée par PRITCHETT [4] qui estime que le pronostic vital est fait par la maladie vésicale. KABALIN ne retrouve aucun grade 4 ou 5 sur les 25 tumeurs prostatiques dans sa série [1]. A l'opposé, 11 des 22 carcinomes prostatiques sont classés A2, C et D dans la série de WINFIELD [9].

Le taux préopératoire du PSA (antigène prostatique) permettrait une information. Ce paramètre n'était pas disponible dans l'étude rétrospective.

En cas de tumeur urothéliale, par extension à partir du site vésical ou par atteinte primitive de l'urètre, le pronostic est grandement modifié.

L'envahissement prostatique à partir de la tumeur vésicale correspond à un stade pT4 et la survie à 5 ans est en moyenne de 10%.

Lorsque le CIS est présent dans la vessie, la lésion se retrouve dans l'urètre 1 fois sur 2 dans notre série et dans 59% des cas dans la série de PROUT [5]. Sur les 9 envahissements des canaux prostatiques, 7 sont associés à un CIS dans les observations de MAHEVIA [2].

En l'absence de CIS vésical ou d'envahissement urétral, la recherche de tumeur des canaux prostatiques par biopsie systématique périmontanaie doit être discutée [6]. La présence de lésion de type urothélial à l'apex compromet le devenir de l'anastomose sur l'urètre.

Bien que la continence ne semble pas meilleure qu'avec l'anastomose uréthro-vésicale, la conservation de la prostate a été proposée comme moyen d'améliorer la continence et de réduire l'incidence des troubles de l'érection après remplacement vésical [11].

CONCLUSION

La fréquence élevée des lésions urétrales et prostatiques ne permet pas de conseiller la conservation de la glande lors des cystectomies radicales pour tumeur primitive de vessie. Des études complémentaires, comportant des coupes sériées de l'urètre et de la prostate, sont nécessaires pour préciser les situations de conservation sans risque de la glande prostatique. La justification fonctionnelle de cette démarche de conservation n'est pas totalement carcinologique.

REFERENCES

1. KABALIN J.N., Mc NEAL J.E., PRICE H.M., FREIHA F.S., STAMEY T.A. Unsuspected adenocarcinoma of the prostate in patients undergoing cystoprostatectomy. *J. Urol.*, 1989, 141, 1091-1094.
2. MAHADEVIA P.S., KOSS L.G., TAR I.J. Prostatic involvement in bladder cancer. Prostate mapping in 20 cystoprostatectomy specimens. *Cancer*, 1986, 58, 2096-2102.
3. MONTIE J., WOOD D., PONTES E., BOYETT J., LEVIN H. Adenocarcinoma of the prostate in cystoprostatectomy specimens removed for bladder cancer. *Cancer*, 1989, 63, 381-385.
4. PRITCHETT T.R., MORENO J., WARNER N.E., LIESKOVSKY G., NICHOLS P.W., COOK B.A., SKINNER D.G. Unsuspected prostatic adenocarcinoma in patients who have undergone radical cystoprostatectomy for transitional cell carcinoma of the bladder. *J. Urol.*, 1988, 139, 1214-1216.
5. PROUT G.R., GBRIFFIN P.P., DALY J.J., HENEY N. Carcinoma In Situ with and without associated vesical neoplasia. *Cancer*, 1983, 52, 52532.
6. SAKAMOTO N., TSUNEYOSHI M., NAITO S., KUMAZAWA J.

- An adequate sampling of the prostate to identify prostatic involvement by urothelial carcinoma in bladder cancer patients. *J. Urol.*, 1993, 149, 318-321.
7. SAWCAUK I., TANNENBAUM M., OLSSON C., WHITE R. Primary transitional cell carcinoma of prostatic peri-urethral ducts. *Urology*, 1985, 25, 339-343.
 8. TRONCOSO P., BABAIAN R.J., RO J.Y., GRIGNON D.J., Von ESCHENBACH A.C., AYALA A.G. Prostatic intraepithelial neoplasia and invasive prostatic adenocarcinoma in cystoprostatectomy specimens. *Urology*, 1989, 34, 52-56.
 9. WINDFIELD H.N., REDDY P.K., LANGE P.H. Coexisting adenocarcinoma of prostate in patients undergoing cystoprostatectomy for bladder cancer. *Urology*, 1987, 30, 100-101.
 10. WOOD D. Transitional cell carcinoma of the prostate in cystoprostatectomy specimens. *J. Urol.*, 1989, 141, 346-349.
 11. ZINMAN L., LIBERTINO J. Right colocolostomy for bladder replacement. *Urol. Clin. N. Am.*, 1986, 13, 321-331.

SUMMARY

Can the prostatic capsule be preserved during cystectomy for bladder tumour : Study of urethral and prostatic involvement on cystectomy specimens.

Objectives : *To evaluate the frequency of urethral and prostatic lesions on cystectomy specimens for bladder tumour.*

Material and Methods : *This retrospective histological study was based on 260 specimens : radical cystectomies performed in 7 operative sites. The prostate and urethra were analysed in 3 planes (upper, middle and lower thirds). The apex was studied separately. Urethral invasion was identified by continuity of the tumour or by the presence of vesical CIS.*

Results : *Urethral involvement is frequent (30.6% cases) essentially due to contiguous invasion (43/80). CIS is the second pathological association (44 urethral CIS/75 bladder CIS). Prostatic adenocarcinoma was present in 17.8% of cases with a Gleason score > 6 for 30% of lesions.*

Conclusion : *The high frequency of urethral and prostatic involvement does not justify preservation of the prostate during cystectomy. A serial prospective study should define the precise criteria able to minimize the risk of conservative surgery.*

Key words : *Urethra, cystectomy, prostate.*
