



Tumeurs urothéliales, surrénale, OGE, incontinence urinaire féminine et masculine

**Evangelos Xylinas**

Service d'urologie, hôpital Cochin Port-Royal
(AP-HP), Paris

Tumeurs urothéliales

L'utilisation à présent de la nouvelle classification ISUP 1998/WHO 2004 pour les tumeurs de vessie résulte en une augmentation du nombre de lésions Ta définies comme étant de « haut grade » (précédemment classées TaG2 ou TaG3). Du fait de l'absence de données cliniques validées, une confusion existe quant au fait que ces lésions devraient être considérées ou non comme à « haut risque ». Une étude italienne a comparé les deux classifications sur 131 patients (105 G2 et 26 G3). Les lames étant relues par deux pathologistes indépendants. Ils en ont conclu que les Ta haut grade avaient un pronostic favorable et ne pouvaient être équivalentes à des tumeurs à haut risque n'envahissant pas le muscle (**Abstract 39**).

La BCG thérapie est le traitement standard pour la prévention de la récurrence du carcinome urothélial de vessie à haut risque (pTaG3, TIGx, CIS). Le schéma de traitement recommandé est une cure de six instillations suivies de trois et d'un traitement d'entretien. Ce schéma n'est pas toujours possible pour des raisons de toxicité, d'intolérance ou de non compliance. Une étude a analysé l'impact pronostique des cures incomplètes quelle qu'en soit la cause. Au total, 332 patients ont été inclus. Le taux de non-complément de la cure minimale de six instillations était de 18,3 %. En analyse univariée, seul le caractère complet (plus

de six instillations) donnait des résultats significatifs pour la récurrence (RR : 0,557, $p=0,0078$). Aucun des paramètres analysés n'était prédictif de la progression locale ou métastatique. Ces résultats confirmés par une analyse multivariée mettaient en lumière l'importance des mesures d'information et de prévention des effets indésirables lorsqu'une cure de BCG thérapie est indiquée. L'objectif étant de limiter au minimum les abandons de cure et d'améliorer le taux de réponse au traitement (**Abstract 190**).

L'actuelle classification TNM des tumeurs de vessie envahissant le muscle se divise en T2a (superficielle) et T2b (profonde). Cette sous-stadification a été validée au sein d'une large cohorte internationale de 565 patients. Les survies sans progression (73,2 % vs 58,7 %) et spécifiques (78,0 % vs 65,1 %) étaient significativement meilleures dans le groupe T2a (**Abstract 33**).

Un essai clinique prospectif de traitement conservateur de tumeurs de vessie envahissant le muscle a été présenté. Trente-trois patients ayant refusé la cystectomie totale (CT) ont été inclus à la seule condition que la RTUV soit complète. Après RTUV, tous les patients ont eu trois cycles de chimiothérapie à base de méthotrexate, vinblastine, adriamycine et cisplatine (M-VAC) suivis d'un protocole de radiothérapie. Parmi les 33 patients éligibles, 28 patients

Correspondance

Evangelos Xylinas

Service d'urologie, hôpital Cochin Port-Royal, 27, rue
du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris.
evangelosxylinas@hotmail.com



ont complété l'étude. La tolérance a été satisfaisante. Après 12 mois de suivi une réponse complète a été obtenue chez 39 % des patients, et une réponse partielle chez 7 % (taux de réponse global de 46 %). Ce protocole conservateur pourrait être une option thérapeutique pour les patients présentant des tumeurs envahissant le muscle mais de manière localisée (**Abstract 10**).

Récemment, la présence concomitante de CIS a été démontrée comme facteur pronostic péjoratif du devenir après CT. Sur une étude rétrospective de 3973 patients ayant eu une CT, 1741 présentaient un CIS concomitant (56 %). Cependant, aucune valeur pronostique n'a pu être démontrée sur cette importante cohorte internationale aussi bien en survie sans progression, qu'en survie spécifique (**Abstract 35**).

Une équipe internationale a rétrospectivement étudié les caractéristiques et le devenir des patients pT4 après CT (**Abstract 322**). Ainsi, les dossiers de 4257 patients ont été repris. Parmi eux, 583 (14 %) présentaient un stade pT4. Avec un suivi de 55 mois, les survies sans récurrence et spécifiques à 5 ans étaient de 29 et 31 % respectivement. Les facteurs pronostics retrouvés étaient : le sexe féminin, les marges chirurgicales positives, les stades pT4b et N+.

Une équipe suédoise a présenté ses résultats de 39 cystectomies totales laparoscopiques robot-assistées avec remplacement vésical réalisé en intracorporel. Une courbe d'apprentissage a été constatée concernant la durée opératoire (512 minutes de moyenne pour les 20 premières et 417 minutes pour les 19 suivantes). Aucune complication majeure n'a été décrite. Avec un suivi moyen de 38 mois, trois patients sont décédés (**Abstract 1026**).

Le taux de patients présentant des cancers de vessie métastatiques tend à progresser. Sur une série entre 1988 et 2006, 29 381 patients ont été suivis. Le taux global de patients métastatiques était de 7,1 % en augmentation pendant la durée de l'étude de 6,3 à 8,4 %. Ces taux étaient plus mar-

quées pour les femmes et les patients âgés (>80 ans). Le délai de prise en charge et le délai avant consultation semblaient être les principales explications de cette hausse préoccupante (**Abstract 40**).

Une équipe française a présenté des résultats prometteurs à deux ans de la vinflunine en seconde ligne de traitement du cancer de la vessie avancé après échec d'une première ligne à base de platine. Trois cent soixante-dix patients ont été randomisés (253/117) avec une moyenne d'âge de 64 ans. Les toxicités majeures constatées étaient : neutropénie 50 %, anémie 19 %, thrombocytopenie 6 %, fatigue-asthénie 19 %, constipation 16 %, douleurs abdominales 4 %, nausées-vomissements 3 %. Une différence de survie de plus de deux mois a été constatée dans le bras vinflunine (**Abstract 13**).

Les microARN (miRNA ou mi-RNA) sont des ARN simple-brin longs d'environ 21 à 24 nucléotides. Des études récentes suggèrent que des microARN aberrants contribuent au développement de tumeurs malignes chez l'homme. Une équipe japonaise a démontré que miR-96 et miR-183 dans les urines seraient des biomarqueurs de tumeurs urothéliales et pourraient améliorer la détection de ces tumeurs couplés à la cytologie urinaire (**Abstract 44**).

L'IRM de diffusion, qui ne requiert pas de produit de contraste, est utile au diagnostic de nombreux cancers. Cependant, elle a été très peu utilisée pour le diagnostic de tumeurs urothéliales. Un total de 84 tumeurs de vessie de 78 patients différents a été évalué et comparée à l'IRM classique au temps T2, reconnue comme la technique de référence. La sensibilité de l'IRM de diffusion était de 95 % pour le diagnostic de tumeurs vésicales et de 100 % pour celui de tumeurs envahissant le muscle (sensibilité supérieure à celle de la technique de référence : 93/100 %) (**Abstract 45**). En ce qui concerne la détection de tumeurs de la voie excrétrice supérieure (TVES), la sensibilité/spécificité était de 92%/96 % pour

l'IRM de diffusion versus 87 %/80 % pour la technique de référence sur 76 patients (**Abstract 47**).

Il est recommandé devant une hématurie asymptomatique de réaliser une cytologie urinaire. Cependant, sa faible sensibilité et plus spécialement pour les tumeurs de bas grade, tend à remettre en cause son utilisation en pratique courante. Deux mille quatre cent soixante-cinq patients consécutifs présentant une hématurie ont été inclus de manière prospective. Les résultats de la cytologie urinaire ont été comparés à ceux de la cystoscopie et de l'échographie vésicale. La sensibilité et la spécificité de la cytologie urinaire était respectivement de 38 % et 98 %. Cette dernière détecta un CIS qui était passé inaperçu à la cystoscopie. De plus, la cytologie urinaire est clairement faussée par la présence d'un processus infectieux (**Abstract 53**). Ces résultats laissent penser qu'omettre de réaliser une cytologie urinaire dans cette situation n'est pas forcément une perte de chance pour le patient (**Abstract 54**).

Surrénale

La surrénalectomie laparoscopique est considérée comme le traitement chirurgical de référence de la plupart des lésions surrénales. Deux importantes séries de techniques transpéritonéales ont été présentées. La première de 234 patients sur 12 ans (**Abstract 205**) et la seconde de 308 patients sur 17 années d'expérience (**Abstract 204**). Fondé sur ces deux études, la surrénalectomie laparoscopique transpéritonéale est une technique sûre aussi bien unilatérale que bilatérale. Les taux de conversion étaient de 2 à 3 % et les reprises chirurgicales (essentiellement pour hémorragie) étaient de 1 à 2 %. Une complication grave décrite, outre le saignement, était la fistule pancréatique. Enfin, une équipe japonaise a présenté ses résultats à court terme de surrénalectomie rétropéritonéale via un single-port

(**Abstract 206**). Par comparaison à des surrénalectomies laparoscopiques transpéritonéales, la durée opératoire était plus longue (198 vs 160 minutes), la perte sanguine plus importante (170 vs 30ml) et la durée de séjour plus longue (12 vs 10 jours). Bien que faisable, les auteurs conseillent une meilleure sélection des patients pouvant bénéficier de cette nouvelle approche.

Organes génitaux externes

À ce jour, aucun consensus n'existe concernant la place de la tumorectomie dans l'arsenal thérapeutique du cancer du testicule. Sur une étude de 22 patients ayant eu une tumorectomie testiculaire pour nodule de moins de 15mm de découverte fortuite avec des marqueurs normaux, 17 étaient des tumeurs bénignes et cinq malignes (trois séminomes et deux carcinomes embryonnaires). Les cinq présentant une tumeur maligne ont une orchidectomie immédiatement après le diagnostic anatomopathologique. Sur un suivi de trois ans, aucun n'avait récidivé (**Abstract 724**).

Le curage ganglionnaire laparoscopique rétropéritonéal dans les tumeurs germinales non séminomateuses de stade I a été évalué par deux études (**Abstracts 725-726**). Les taux de complications et de conversions étaient respectivement de 8 % et 3 %. Avec un suivi moyen de 68 mois, 11 patients (6 %) ont présenté une récurrence. Comparé à la technique ouverte qui est la technique de référence (**Abstract 726**), la durée opératoire était plus longue (200 vs 133 minutes), le taux de complications plus important (6 vs 1 %) et le nombre de ganglions prélevés moins important (13 vs 21). Cependant, la durée moyenne de séjour était diminuée de deux jours (4 vs 6).

Les séquelles tardives de la radiothérapie ont été comparées à celles de la chimiothérapie à base de sels de platine (**Abstract 731**). Après un suivi de sept ans, elles semblent être plus importantes dans le groupe radiothérapie.

L'influence de la paternité sur la qualité de vie des patients ayant eu un cancer du testicule a été abordée par une étude autrichienne (**Abstract 732**). Cent trois patients avec un désir de paternité et ayant répondu au questionnaire de qualité de vie (EORTC QLQ-C30) ont été inclus dans l'étude et divisés en deux groupes (un groupe paternité et un groupe absence de paternité). Des différences significatives ont été constatées entre les deux groupes avec de meilleurs scores de qualité de vie pour le groupe paternité aussi bien pour les questionnaires relatifs à la satisfaction du traitement, à l'insertion sociale, au fonctionnement émotionnel, à la fatigue, à la douleur, aux troubles du sommeil, aux problèmes familiaux, sexuels et d'image corporelle.

Incontinence urinaire féminine

Les bandelettes sous-urétrales sont le traitement de référence de l'incontinence urinaire d'effort (IUE) féminine. Récemment, ont été introduites des mini-bandelettes afin de minimiser les morbidités chirurgicales et les complications de ces bandelettes. Une équipe portugaise a proposé un essai prospectif et randomisé comparant TVT-O™, TVT-Secur™ et Mini-Arc™ (**Abstract 391**). Quarante-deux patientes présentant une IUE isolée sans traitement antérieur, ont été randomisées 30 TVT-O™, 30 TVT-Secur™ et 30 Mini-Arc™. À 12 mois de suivi, l'efficacité des Mini-Arc™ était comparable à celle des TVT-O™ (93 %) avec des taux de complications inférieurs ; en revanche l'efficacité des TVT-Secur™ (80 %) était inférieure aux deux précédentes.

Les prolapsus génitaux sont un problème de santé publique en partie dû au vieillissement de la population. Une nouvelle procédure dite « sans tension » a été présentée (**Abstract 394**) avec des résultats prometteurs. La série comprenait 310 femmes présentant des prolapsus essentiellement grade 3 et 4 et évaluées de manière prospective.

Le taux de complications était faible (<2 %) essentiellement cinq plaies vésicales. Après un suivi de 12 mois, 24 patientes (7 %) ont présenté une récurrence de prolapsus (dont 15 grade I) et neuf ont nécessité une réintervention chirurgicale.

Une série internationale de pose de sphincter artificiel laparoscopique a été présentée avec 25 femmes présentant une incontinence urinaire par insuffisance sphinctérienne d'origine neurologique (**Abstract 402**). À quatre ans de recul, la voie laparoscopique est une technique sûre, faisable et efficace (un seul échec par érosion vaginale).

La dysurie est la principale complication des bandelettes sous-urétrales. La section de la bandelette est le traitement de référence de cette complication. Sur 319 patientes ayant une bandelette transobturatrice pour IUE, 29 ont été traitées par section de la bandelette en raison de troubles urinaires obstructifs. Trois ans après la section, 68 % étaient continentes, 20 % présentaient une dysurie persistante (**Abstract 404**).

L'incidence des douleurs pelviennes après pose d'une bandelette sous-urétrale est de 0 à 30 %. La prise en charge de ces douleurs est complexe et à ce jour aucun consensus n'existe. En cas de douleur rebelle aux traitements médicaux, l'ablation de la bandelette est une option thérapeutique décrite. L'équipe de Nantes a présenté ses résultats à moyen terme d'ablations de bandelettes dans ce cadre (**Abstract 403**). Avec un suivi moyen de dix mois, 68 % des patientes étaient améliorées (diminution de plus de 50 % des douleurs) avec en contrepartie 20 % des patientes qui présentaient une récurrence de l'incontinence urinaire.

Incontinence urinaire masculine

La continence urinaire est en général atteinte un an après prostatectomie totale (PT). L'incontinence urinaire à un an semble



être un facteur pronostic de récupération de la continence (**Abstract 239**). Parmi 708 patients ayant eu une PT, 73 patients étaient toujours incontinents un an après l'intervention. Parmi ceux-là, seuls 27 (37 %) sont devenus continents avec un suivi de plus de deux ans.

Le sphincter artificiel est le traitement de référence de l'incontinence urinaire par insuffisance sphinctérienne. L'équipe de Madrid a présenté son expérience de 26 ans de pose de sphincter artificiel (**Abstract 244**). Cent neuf patients ont été inclus dans l'étude, avec un taux de continence de 78 %.

Les complications décrites dans cette série sont : mécaniques, exposition du sphincter, fistule uréthrale, atrophie uréthrale.

Les traitements mini-invasifs comme les bandelettes sont des alternatives au sphincter artificiel pour les incontinenances légères et modérées. Les résultats à court terme des bandelettes Advance™ sont excellents cependant les résultats à long terme sont mitigés avec un taux de continence de 52 % à 14 mois dans une série italienne (**Abstract 233**).

Les ballons ajustables ProACT™ sont une autre alternative mini-invasive. Initialement,

l'implantation de ce dispositif était effectuée à l'aide d'un amplificateur de brillance. Récemment, la faisabilité et la sécurité de la mise en place de ces ballons à l'aide d'une échographie transrectale a été démontrée. L'équipe de Milan pionnière dans cette technique a présenté ces résultats à 25 mois de suivi moyen, avec 66 % de patients secs, 26 % de patients améliorés et 8 % en échec (tous des patients ayant eu de la radiothérapie antérieure) (**Abstract 236**).

Pour en savoir plus

European Urology Supplements ; Volume 9, issue 2, pages I-XX, 35-367, April 2010.