



## Tumeurs urothéliales<sup>☆</sup>

E. Xylinas

Service d'urologie, hôpital Cochin, université Paris Descartes, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France

### Tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle

#### Instillation postopératoire précoce de chimiothérapie

L'instillation postopératoire précoce de mitomycine (IPOP) est recommandée après une résection transurétrale de vessie (RTUV) aussi bien par l'Association française d'urologie que par l'Association européenne. Cette recommandation découlait d'une méta-analyse d'essais prospectifs randomisés qui datait de 2004. Une mise à jour de cette méta-analyse a été réalisée par l'équipe de l'EORTC (abstract 939). Celle-ci a inclus les données individuelles de 2278 patients de 11 études randomisées (1117 ayant une IPOP et 1161 ayant une RTUV seule). Cette méta-analyse a mis en évidence que l'IPOP permet une diminution du risque de récurrence tumorale de 35 % pour les TVNIM traitées par RTUV à l'exception des tumeurs avec plus d'une récurrence par an et/ou un score EORTC  $\geq 5$  (RR = 0,65 ; IC95 % : 0,58–0,74,  $p < 0,001$ ) (Fig. 1).

En revanche, cette méta-analyse a confirmé l'absence de bénéfice de l'IPOP en termes de progression tumorale (Fig. 2) et de mortalité spécifique (Fig. 3).

#### Intérêt de la thermochemiothérapie

Malgré les options thérapeutiques actuelles telles que l'immunothérapie par BCG, le taux de récurrence et de progression tumorale des TVNIM demeurent trop importants. Ainsi, de nouvelles options thérapeutiques sont nécessaires et explorées. Au cours du congrès de l'EAU, a été présenté le premier essai clinique randomisé multicentrique comparant la thermochemiothérapie (mitomycine C) et le BCG en traitement adjuvant après RTUV (abstract 944). Cette première était associée à un risque diminué de récurrence tumorale avec une survie sans

récurrence à 2 ans de 78,3 % versus 66,7 % dans le groupe BCG (Fig. 4 ;  $p = 0,008$ ).

### Tumeur de vessie infiltrant le muscle

#### Place du curage ganglionnaire associé à la cystectomie totale

La première étude randomisée évaluant l'intérêt d'un curage ganglionnaire étendu a été rapportée. Celle-ci a randomisé 438 patients à un curage standard ( $n = 218$ ) ou un curage étendu ( $n = 215$ ). Le taux de détection de ganglions positifs était sans surprise supérieur dans le groupe curage étendu (18 % versus 10 %). De manière surprenante, par examen anatomopathologique standard (par comparaison à la caractérisation moléculaire par CK-20), 61 % des ganglions positifs ont été bien identifiés dans le cadre d'un curage standard alors que seulement 39 % de ces ganglions

positifs étaient bien identifiés dans le cadre d'un curage étendu. Ceci confirme que la maladie micrométastatique est plus prépondérante avec l'étendue du curage, et justifie en quelque sorte le probable intérêt thérapeutique de ce dernier. L'autre étude randomisée en cours émanant du SWOG a inclus environ deux tiers de l'effectif souhaité (420/620).

#### Place de la chirurgie robotique

La cystectomie robot-assistée est en plein essor notamment en Amérique du Nord. Une étude a comparé les localisations des récurrences après cystectomie ouverte ( $n = 120$ ) ou robot-assistée ( $n = 263$ ) dans un seul centre (abstract 656). En effet, les localisations sont assez variables avec notamment plus de métastases pulmonaires et de carcinomes péritonéaux dans le cadre de la chirurgie robot-assistée.

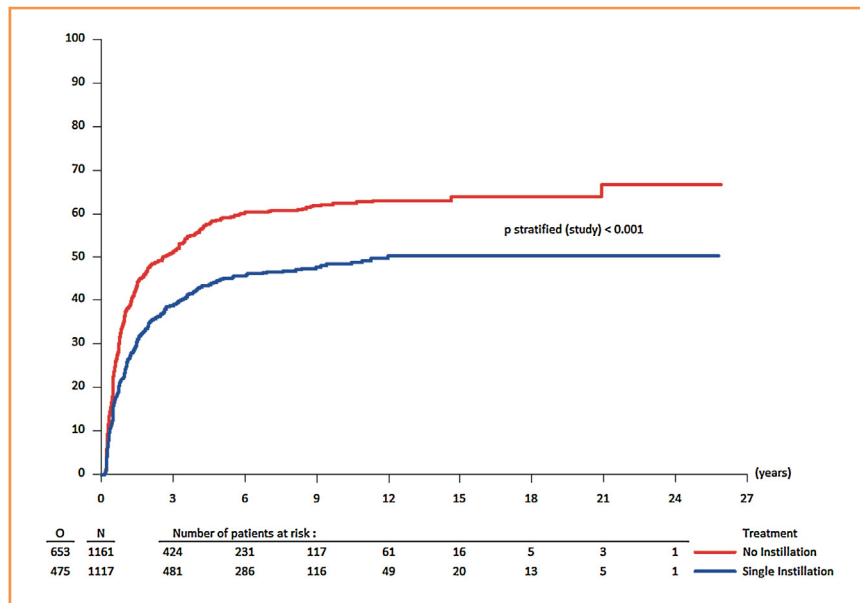


Figure 1. Courbe d'incidence cumulée de la récurrence tumorale après résection transurétrale de vessie suivie d'une instillation postopératoire précoce de mitomycine (courbe bleue) ou non (courbe rouge).

Adresse e-mail :  
evangelosxylinas@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.fpurol.2015.04.004>

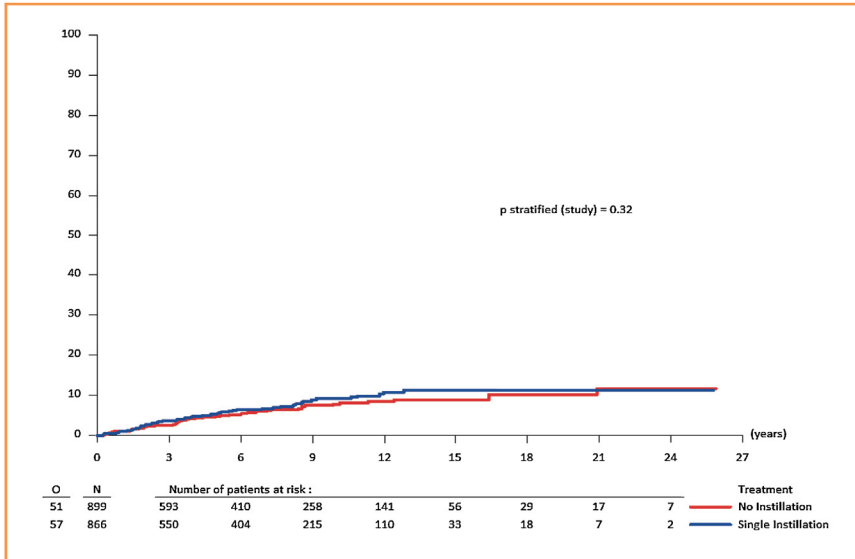


Figure 2. Courbe d'incidence cumulée de la progression tumorale après résection transurétrale de vessie suivie d'une instillation postopératoire précoce de mitomycine (courbe bleue) ou non (courbe rouge).

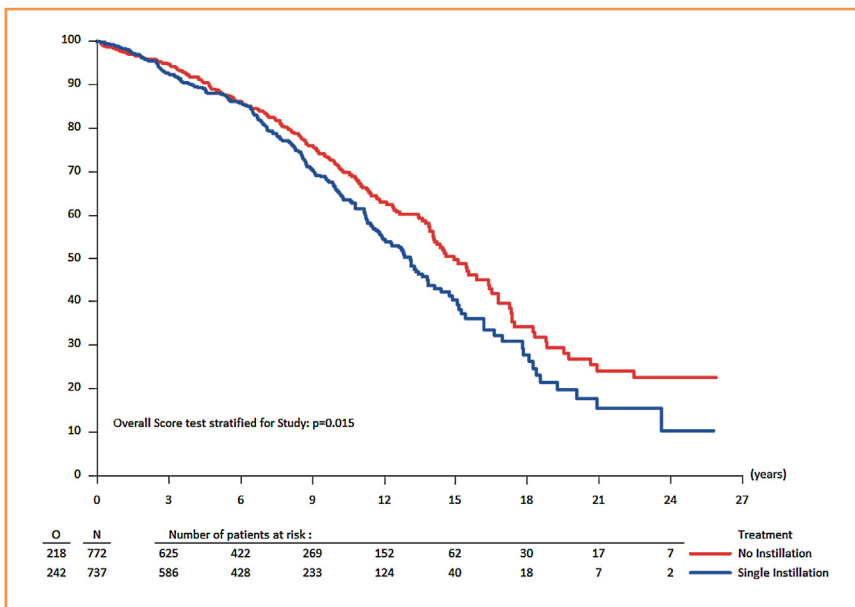


Figure 3. Courbe d'incidence cumulée de la mortalité spécifique après résection transurétrale de vessie suivie d'une instillation postopératoire précoce de mitomycine (courbe bleue) ou non (courbe rouge).

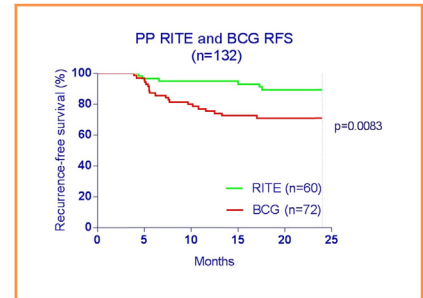


Figure 4. Courbe de Kaplan-Meier de survie sans récurrence tumorale stratifié par type de traitement adjuvant thermochimiothérapie (courbe verte) et BCG (courbe rouge).

### Chimiothérapie néoadjuvante

Le délai entre le diagnostic de TVIM et la réalisation de la cystectomie a été associé au pronostic des patients dans l'ère pré-chimiothérapie néoadjuvante avec le seuil de 12 semaines considéré comme critique. Une étude a évalué si ce délai impactait aussi la survie en cas de réalisation dans l'intervalle d'une chimiothérapie néoadjuvante (abstract 737). Cette étude n'a pas mis en évidence d'effet délétère du délai quel qu'il soit (12, 16, 20 et 24 semaines) sur la survie globale des patients, justifiant d'autant plus la réalisation d'une chimiothérapie néoadjuvante avant cystectomie totale dans le cadre d'une TVIM.

### Chimiothérapie adjuvante

L'essai de l'EORTC 30994 comparant chimiothérapie adjuvante après cystectomie totale et chimiothérapie différée au moment de la récurrence pour les TVIM pT3/pT4 et/ou pN+. Malgré une inclusion insuffisante ( $n = 284/1344$ ), l'étude n'a pas mis en évidence de bénéfice de la chimiothérapie adjuvante hormis dans le sous-groupe ( $n = 86$ ) de patients pT3/pT4 N0 (RR = 0,39 ; IC95 % : 0,18–0,81).

\*Spécial EAU 2015 – 30<sup>e</sup> Congrès de l'Association européenne d'urologie : l'essentiel du congrès.