




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



# Les instillations endovésicales chez le sujet âgé

## Intravesical instillations in the elderly subject

Laurent Guy\*, H. Quintens, C. Pfister

Service d'urologie, Hôpital Gabriel Montpied, CHU de Clermont-Ferrand, BP 69,  
63003 Clermont-Ferrand, France

### MOTS CLÉS

Instillations  
endovésicales ;  
Sujet âgé ;  
Tumeur de vessie

### KEYWORDS

Intravesical  
instillations;  
Elderly subject;  
Bladder tumor

### Résumé

Les instillations endovésicales sont indiquées pour les tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle de risque intermédiaire ou à haut risque. Dans la littérature, les indications de ces traitements ne sont pas adaptées en fonction de l'âge du sujet et de ses comorbidités. En l'absence de données scientifiques, il convient de proposer les instillations en fonction du risque de la tumeur de vessie, mais en les modulant en fonction de l'âge physiologique et des risques potentiels de cette prise en charge.  
© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### Summary

Intravesical instillations are indicated for intermediate-risk or high-risk bladder tumors that do not infiltrate muscle tissue. In the literature, the indications for these treatments are not adapted to the subject's age and co-morbidities. With no scientific data, instillations should be proposed according to the risk of the bladder tumor, but by adapting them to the physiological age and the potential risks of this management strategy.  
© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Les instillations endovésicales sont indiquées pour les tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle (TVNIM) de risque intermédiaire ou à haut risque. Les tumeurs de risque intermédiaire correspondent aux tumeurs Ta bas grade, LMP (tumeur de faible potentiel de malignité) multifocales et/récurrentes, T1 bas grade. Les tumeurs à

haut risque correspondent aux tumeurs Ta et T1 haut grade, T1 récurrent et cis. Pour les tumeurs à faible risque (Ta unique, bas grade ou LMP, diamètre inférieur à 3 cm, non récurrentes), le seul traitement adjuvant est une instillation postopératoire précoce de Mitomycine C. Pour les tumeurs à risque intermédiaire, il est recommandé de réaliser une

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : lguy@chu-clermontferrand.fr

instillation postopératoire précoce de Mitomycine C suivie d'une série d'instillations de Mitomycine C à raison de 6 à 8 instillations hebdomadaire de 40 mg (Recommandation CCAFU 2007 et EAU 2008). Les instillations de BCG peuvent être discutées dans le traitement de ce groupe mais elles n'ont pas démontré de supériorité pour les TVNIM de risque intermédiaire [1]. Le traitement des tumeurs à haut risque repose sur des instillations de BCG réalisées en postopératoire de la résection [1-4]. L'efficacité du BCG est encore plus nette dans les études avec traitement d'entretien. Dans la littérature, les auteurs insistent sur les indications des deux types de traitements (Amétycine et BCG), mais le critère âge n'est jamais pris en considération, comme le démontre le dernier article de revue sur le sujet [5]. Le risque est adapté à la tumeur, mais pas aux comorbidités et notamment pas à l'âge.

Sur le plan épidémiologique, dans une étude récente qui s'est intéressée aux relations entre l'âge du patient et les caractéristiques des TVNIM, il apparaissait que les tumeurs Ta et T1 étaient de plus gros volume et de grade plus élevé chez les sujets de plus de 70 ans [6]. Cette donnée est confirmée par une autre équipe qui retrouve que les sujets de plus de 60 ans présentent plus souvent des TVNIM de haut grade et que le sex-ratio des TVNIM se modifie avec l'âge avec une augmentation de ce type de lésion chez la femme [7].

Pour un sujet qui présente une altération marquée de l'état général ou d'importantes comorbidités, l'indication d'un traitement complémentaire par instillations endovésicales doit être discutée, en prenant en considération les effets secondaires potentiels parfois graves d'une BCGthérapie. Aussi, est-il difficile de schématiser les indications en fonction de l'âge du sujet. Il convient d'indiquer les instillations en fonction du risque de la tumeur de vessie, mais en les modulant en fonction de l'âge physiologique et des comorbidités.

Dans certains cas de patients très âgés, la simple fulguration de lésions symptomatiques d'aspect superficiel pourra être effectuée. De même, la diminution des doses de BCG (moitié ou tiers de dose) qui avait été discutée pour diminuer les effets indésirables, peut probablement particulièrement trouver sa place chez le sujet âgé. Dans la littérature, cette diminution des doses ne semblait pas associée, dans la plupart des études, à une diminution de l'efficacité des instillations [8-10]. Cependant, dans une analyse prospective randomisée, l'utilisation d'instillations à un tiers de la dose standard (27 mg au lieu de 81 mg) pour le traitement des tumeurs à haut risque avait eu comme résultat une progression dans 25 % des cas [11]. Pour les tumeurs à haut risque, le traitement doit donc être réalisé à pleine posologie et en modulant éventuellement la dose en fonction de la tolérance.

La possibilité de diminuer les doses sans risque tumoral semble confirmée pour les tumeurs de risque intermédiaire [12]. Une alternative à la diminution des doses pourrait être de diminuer la durée de conservation du produit au sein de la vessie [13]. D'autre part, il a été démontré dans une étude multicentrique randomisée que la prescription d'ofloxacin (2 x 200 mg) après l'instillation de BCG permettait une diminution des effets indésirables graves [14].

Enfin, chez le sujet âgé, les petites lésions d'apparence peu agressive peuvent parfois ne nécessiter qu'une simple surveillance endoscopique pour ne pas avoir à réaliser des résections endoscopiques itératives trop rapprochées.

*Conflit d'intérêts* : aucun.

## Références

- [1] Böhle A, Bock PR. Intravesical bacillus Calmette-Guérin versus mitomycin C in superficial bladder cancer: formal meta-analysis of comparative studies on tumor progression. *Urology* 2004;63:682-7.
- [2] Sylvester RJ, Adrian PM, Van der Meijden, Lamm DL. Intravesical Bacillus Calmette-Guérin reduces the risk of progression in patients with superficial bladder cancer: A meta-analysis of the published results of randomised clinical trials. *J Urol* 2002;168:1964-70.
- [3] Böhle A, Jocham D, Bock PR. Intravesical bacillus Calmette-Guérin versus mitomycin C for superficial bladder cancer: a formal meta-analysis of comparative studies on recurrence and toxicity. *J Urol* 2003;169:90-5.
- [4] Witjes JA, Van der Meijden APM, Collette L, Sylvester R, Debruyne F.M.J, Van Aubel A, et al. Long-term follow-up of an EORTC randomized prospective trial comparing intravesical Bacille Calmette-Guérin-RIVM and Mitomycin C in superficial bladder cancer. *Urology* 1998;52:403-10.
- [5] Braasch MR, Böhle A, O'Donnell MA. Risk-adapted use of intravesical immunotherapy. *BJU Int* 2008;102:1254-64.
- [6] Cho KS, Hwang TK, Kim BW, Yoon DK, Chang SG, Kim SJ, et al. Differences in tumor characteristics and prognosis in newly diagnosed Ta, T1 urothelial carcinoma of bladder according to patient age. *Urology* 2009;73:828-32.
- [7] Shi B, Zhang K, Zhang J, Chen J, Zhang N, Xu Z. Relationship between patient age and superficial transitional cell carcinoma characteristics. *Urology* 2008;71:1186-90.
- [8] Pagano F, Bassi P, Piazza N, Abatangelo G, Drago Ferrante GL, et al. Improving the efficacy of BCG immunotherapy by dose reduction. *Eur Urol* 1995;27:19-22.
- [9] Losa A, Hurler R, Lembo A. Low dose bacillus Calmette-Guérin for carcinoma in situ of the bladder: long-term results. *J Urol* 2000;163:68-71.
- [10] Agrawal MS, Agrawal M, Bansal S, Agarwal M, Lavalia P, Goyal J. The safety and efficacy of different doses of bacillus Calmette Guérin in superficial bladder transitional cell carcinoma. *Urology* 2007;70:1075-8.
- [11] Lebet T, Bohin D, Kassardjian Z, Hervé JM, Molinié V, Barré P, et al. Recurrence, progression and success in stage Ta grade 3 bladder tumors treated with low dose bacillus Calmette-Guérin instillations. *J Urol*. 2000;163:63-7.
- [12] Mack D, Höftl W, Bassi P, Brausi M, Ferrari P, De Balincourt C, et al. European Organization for Research and Treatment of Cancer Genitourinary Group. The ablative effect of quarter dose bacillus Calmette-Guérin on a papillary marker lesion of the bladder. *J Urol* 2001;165:401-3.
- [13] Andius P, Fehrling M, Holmang S. Intravesical bacillus Calmette-Guérin therapy: experience with a reduced dwell-time in patients with pronounced side-effects. *BJU Int* 2005;96:1290-3.
- [14] Colombel M, Saint F, Chopin D, Malavaud B, Nicolas L, Rischmann P. The effect of ofloxacin on bacillus calmette-guérin induced toxicity in patients with superficial bladder cancer: results of a randomized, prospective, double-blind, placebo controlled, multicenter study. *J Urol* 2006;176:935-9.