




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Traitement des cancers infiltrants non métastatiques de la vessie chez les patients âgés

Treatment of infiltrating nonmetastatic bladder cancers in elderly patients

H. Quintens*, L. Guy, C. Mazerolles, C. Théodore,
D. Amsellem, M. Roupret, H. Wallerand, C. Roy,
F. Saint, S. Bernardini, T. Lebret, M. Soulié, C. Pfister

Service d'urologie, Institut A Tzanck, Avenue du Docteur Dodat, 06700 Nice, France

MOTS CLÉS

Tumeur vésicale infiltrant le muscle (TVIM) ;
Patient âgé ;
Cystectomie totale ;
Radiochimiothérapie

Résumé

La cystectomie totale est le traitement de référence des cancers infiltrants de la vessie non métastatiques. Grâce aux progrès de l'anesthésie et de la réanimation post opératoire ce traitement est applicable à une population de sujets âgés sous couvert d'une évaluation onco-gériatrique pré opératoire stricte. Les séries récentes de cystectomies totales chez des sujets âgés de plus de 75 ans rapportent des taux de morbidités et de mortalité comparable avec ceux de la population générale. Des stratégies de conservation du réservoir vésical peuvent être indiquées dans des cas sélectionnés. Leurs buts sont de garantir un contrôle local et une survie identiques à ceux de la cystectomie radicale, en conservant une vessie fonctionnelle et une bonne qualité de vie. Les stratégies incluant la résection transurétrale avec radiochimiothérapie sont analysées. Ainsi grâce à une concertation multidisciplinaire et une prise en charge adaptée les patients âgés et porteurs de comorbidités significatives ne doivent pas être automatiquement exclus de l'accès à des traitements efficaces de ces cancers.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Infiltrating nonmetastatic bladder cancer ;
Elderly patient ;

Summary

Total cystectomy is the reference treatment for infiltrating nonmetastatic bladder cancers. With the progress in anesthesia and postoperative intensive care, this treatment can be applied to a population of elderly subjects provided there is a strict oncological and geriatric evaluation of the patient. Recent series reporting total cystectomies in subjects over 75 years of age report comparable morbidity and mortality rates to the general population. Strategies to preserve the vesical reservoir can be indicated in

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : quintens.h@orange.fr

Total cysechomy ; Radiochemotherapy

selected cases. Their objectives are to guarantee local control and follow-up identical to radical cystectomy, while preserving a functional bladder and good quality of life. The strategies including transurethral resection with radiochemotherapy are analyzed. Thus, with multidisciplinary consensus and adapted management, elderly patients with significant comorbidities should not be automatically excluded from access to effective treatment of these cancers.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L'allongement de l'espérance de vie s'associe à une augmentation de l'incidence de diverses localisations tumorales dont le carcinome urothélial. L'incidence du cancer de la vessie, chez les patients âgés, a largement augmenté ces vingt dernières années. La cystectomie totale avec curage lymphatique pelvien est le traitement de référence des lésions infiltrantes et non métastatiques de la vessie avec les meilleurs résultats à long terme. Il y a 20 ans, l'âge avancé du patient était souvent une contre-indication à la réalisation d'une cystectomie totale et le taux de décès était approximativement de 12 % chez les patients de plus de 65 ans comparé à un taux de 7 % chez les patients plus jeunes [1]. Depuis plusieurs années, les progrès de l'anesthésie et de la réanimation postopératoire, mais aussi des techniques chirurgicales ont contribué à diminuer significativement la mortalité et la morbidité postopératoire [2]. Il est maintenant admis, lors d'une chirurgie majeure, que le score ASA est un facteur prédictif de la mortalité et de la morbidité, plus significatif que l'âge seul [3]. Actuellement, pour beaucoup d'auteurs, l'âge avancé n'est plus une contre-indication à la cystectomie totale [4]. Toutefois, les statuts cardiovasculaires, pulmonaire et neurologique restent les principaux facteurs pronostiques de la morbidité et de la mortalité non liées à la pathologie tumorale dans les périodes opératoire et postopératoire [7]. L'évaluation pré-opératoire approfondie appuyée sur l'avis oncogériatrique et nutritionniste trouve ici toute sa valeur.

La cystectomie totale et ses résultats

Mortalité précoce

La mortalité précoce après cystectomie totale chez des patients âgés de plus de 70 ans varie de 0 à 4,5 %. L'absence de décès dans la série de Figueroa et al., était liée à la sélection soigneuse des patients dont aucun ne présentait de problème cardiaque [5]. En revanche, dans l'étude de Chang et al., tous les patients présentaient des comorbidités, en particulier cardio-vasculaire (score ASA = 3), et l'absence de mortalité postopératoire était due à la prise en charge rigoureuse en service de réanimation intensive adaptée à l'âge de ces patients [6].

Lorsqu'un décès postopératoire est rapporté, il est le plus souvent d'origine médicale sans lien avec la pathologie tumorale : infarctus du myocarde, insuffisance respiratoire et hémorragie gastro-intestinale [7]. Un travail rétrospectif

canadien portant sur une série de 314 patients consécutifs porteurs d'une lésion vésicale infiltrante traitée par cystectomie totale entre janvier 2000 et décembre 2006, a démontré que l'âge seul n'est pas corrélé à l'évolution postopératoire et que l'âge avancé ne constitue pas une contre-indication à une cystectomie totale [8]. Cependant, ces données sont en contradiction avec les conclusions d'autres auteurs : dans le "Health Care Utilization Project" incluant 13 964 patients traités par cystectomie totale, Konety et al., ont suggéré que l'âge avancé était spécifiquement lié à la mortalité hospitalière [9].

Au total, en cas de sélection soigneuse des patients, il n'est pas certain que la mortalité postopératoire augmente avec l'âge et ceci même après 80 ans [5,10,11]. En effet, les progrès réalisés en termes de mortalité postopératoire par rapport aux séries plus anciennes sont probablement liés à des techniques d'anesthésie et de réanimation médicale adaptées aux sujets âgés [12,13].

Le choix de la dérivation urinaire semble avoir peu d'impact sur la mortalité, même si ce facteur influence le taux de complications et la morbidité postopératoire [5-7,10]. En revanche, il faut souligner que la chirurgie à visée palliative dans le cadre d'une lésion localement dépassée est nettement plus pourvoyeuse de mortalité [14].

Morbidité postopératoire

Complications peropératoires

Le taux de morbidité peropératoire est très variable selon les séries et les complications observées sont essentiellement d'ordre anesthésique : hypotension ou troubles du rythme cardiaque. Aucune de ces complications ne s'est révélée fatale dans les séries rapportées [7,10,11]. L'hémorragie peropératoire n'était pas nettement individualisée comme élément contributif pour prédire l'apparition de complications. L'apport des nouveaux matériels de thermofusion pour l'hémostase et la section des tissus trouve tout son intérêt dans la cystectomie totale en réduisant les espaces de dissection, les pertes sanguines et le temps opératoire.

Complications postopératoires

Le taux global des complications apparues en postopératoire varie de 28 % à 64 %, avec dans la majorité des cas une étiologie médicale : infection urinaire et/ou pulmonaire, complications cardio-vasculaires et troubles neurologiques à

type de désorientation. La survenue de complications neurologiques était plus fréquente chez les patients déments ou sous traitement psychotrope. L'hypoxie cérébrale, la douleur postopératoire et les infections favorisant la désorientation pour laquelle la mise en place de mesures préventives per et postopératoires sont justifiées. De même, les infections pulmonaires étaient favorisées par des antécédents de bronchite chronique et d'insuffisance respiratoire fréquentes chez les sujets âgés, justifiant une kinésithérapie respiratoire pré et postopératoire adaptée [15]. Différents auteurs considèrent que la douleur postopératoire aggrave le risque de désorientation et d'infection pulmonaire et proposent la réalisation d'une anesthésie péridurale continue postopératoire [16]. Le maintien prolongé de la sonde nasogastrique n'est pas rapporté comme facteur contributif de complications pulmonaires, en revanche la pneumopathie d'inhalation est favorisée par la présence d'un iléus paralytique prolongé.

L'iléus prolongé et les complications pariétales représentent les principales complications chirurgicales, cependant la moitié des complications rapportées chez les sujets âgés sont considérées comme mineures. En effet, les fistules urinaires ou digestives ne sont pas spécifiquement décrites dans cette population. Au contraire dans une série récente de 161 cystectomies, le taux de fistules urinaires (5,6 %) et digestives (2,5 %) était directement corrélé au score ASA et non lié à l'âge [3].

L'évaluation du statut nutritionnel doit être envisagée avant l'intervention ainsi que l'évaluation éventuelle d'une perte de poids. La malnutrition est un facteur prédisposant aux complications postopératoires et justifie une réanimation postopératoire adaptée, de même les infections nosocomiales sont plus fréquentes chez le sujet âgé lorsqu'il existe un diabète, une malnutrition et une anémie postopératoire [17,18].

Dans les séries récentes de cystectomies totales, le taux des complications précoces est évalué entre 17 % et 33,6 % pour la population générale [13,19,20]. Les infections urinaires et les complications thrombo-emboliques sont les complications les plus souvent observées chez les sujets jeunes. Lorsque la comparaison a été réalisée il n'apparaît pas de différence significative des taux de morbidité entre les groupes de patients avant et après 75 ans [5,21]. En revanche, Hollenbeck et al., ont rapporté dans une expérience de 2 538 cystectomies totales, que l'âge avancé est un facteur indépendant associé à un risque élevé de complication postopératoire quel que soit son type [22]. Dans les séries contemporaines de cystectomie totale chez les patients âgés, le taux de ré-intervention est compris entre 0 et 9 % [7,12].

Dans la plupart des cas, le type de dérivation urinaire réalisé est une urétérostomie cutanée transiléale selon Bricker. Le risque d'incontinence après entérocystoplastie de remplacement augmente avec l'âge, pour atteindre environ 50 % après 70 ans [5]. Le type de dérivation urinaire doit donc être adapté à l'âge du patient. Dans la série de Clark et al., pour le groupe âgé de plus de 80 ans, un conduit iléal a été réalisé dans 46 % des cas, une vessie de substitution dans 36 % des cas [23]. De même, tous les patients de l'étude de Lance avaient plus de 80 ans et le montage urinaire réalisé était le conduit iléal [10]. Dans la série de Figueroa, 41 % des patients de plus de 80 ans avaient un conduit iléal, 39 %

une entérocystoplastie de substitution et 20 % une dérivation cutanée continente [5]. Ainsi, les différents types de dérivation urinaire sont possibles avec un taux de morbidité comparable chez le sujet âgé et chez le sujet jeune. Chez la femme après 75 ans, une entérocystoplastie de substitution est associée à un taux important d'incontinence ou de rétention nécessitant des auto-sondages, aussi un conduit iléal type Bricker est le plus souvent réalisé.

Caractéristiques de l'hospitalisation

Le nombre moyen d'unités de sang transfusé est compris entre 2 et 6 chez les patients âgés, ce qui n'est pas supérieur au taux de transfusion dans la population plus jeune [6,7,11]. Dans la série de Rosario, le taux moyen était de 3 unités de sang par patient âgé [2]. La durée de séjour en soins intensifs varie entre 1 et 14 jours [6,11], elle est peu augmentée dans la population de sujets âgés en comparaison avec la population générale [2]. La durée d'hospitalisation est très variable selon les systèmes de santé, plus courte pour les centres américains. Elle est comprise généralement entre 7 et 24 jours dans la population générale. Cette durée d'hospitalisation est significativement prolongée chez les patients âgés dès que survient une complication postopératoire. [6,11]. Une évaluation de l'index de Karnofsky pour estimer la qualité de vie après cystectomie chez des patients de plus de 80 ans a montré une baisse moyenne de 10 points un mois après l'intervention [11]. Chez les patients âgés, il est proposé de limiter les indications de cystectomie totale aux patients ayant un index de Karnofsky au moins égal à 80 % [24].

Complications tardives

Les complications tardives sont en rapport avec des réhospitalisations et le taux est très variable selon les séries entre 5,7 et 52 %. Contrairement aux complications précoces, les complications tardives sont essentiellement chirurgicales : syndrome occlusif et/ou éventration, incontinence urinaire après néovessie.

Les complications médicales tardives sont plus rares : infections urinaires, déshydratation et événements cardiovasculaires. De façon surprenante, elles semblent moins fréquentes chez le sujet âgé. Ainsi Figueroa et al., ont rapporté un taux de complications tardives de 22,8 % avant 70 ans, de 12,4 % entre 70 et 80 ans et seulement de 5,7 % après 80 ans [5]. Dans la série de Chang et al., le taux de réhospitalisation était de 9 % après cystectomie chez les patients âgés [6].

Résultats oncologiques

Taux de survie

Le taux de survie globale à 5 ans après cystectomie totale chez le sujet âgé de plus de 75 ans est compris entre 37 % et 68 %. Le taux de survie spécifique dans cette population varie de 62 % à 84 %. Lorsque Figueroa compare le taux de

survie globale à 5 ans chez des patients de plus de 70 ans avec un groupe de patients plus jeunes, le taux de survie est respectivement de 53 % et 63 % [5]. D'autres auteurs confirment que le taux de survie à cinq ans après cystectomie totale est supérieur dans la population générale par rapport à celle du groupe de patients âgés.

La survie spécifique semble équivalente dans la population générale et dans la population des patients de plus de 75 ans [12]. L'espérance de vie après cystectomie totale chez des patients âgés de plus de 75 ans avec une tumeur infiltrante de vessie est comprise entre 24 et 42 mois, elle est supérieure à l'espérance de vie sans chirurgie qui n'atteint pas 2 ans [5,7,10]. Différents auteurs considèrent que la cystectomie totale est justifiée chez les patients âgés dès lors que l'espérance de vie est estimée au moins à 2 ans. Sur le plan oncologique traiter un cancer est justifié à la condition que la probabilité de mourir du cancer soit supérieure à la probabilité de mourir d'une autre cause en rapport avec les comorbidités ou l'âge. Pour Lance, la durée de vie chez les sujets âgés présentant un cancer infiltrant de la vessie pourrait être prolongée par la cystectomie totale, même au-delà de 85 ans [10].

Tous les auteurs soulignent l'intérêt majeur d'une évaluation pré-opératoire complète gériatrique et anesthésique. Pour certains le score ASA est insuffisant et il a été proposé d'autres index par exemple l'index de Charlson. Miller et al., ont étudié l'impact des comorbidités associées sur le contrôle tumoral et la survie chez 106 patients traités par cystectomie totale : 24 % de la population avait un index de Charlson égal ou supérieur à 2. Les comorbidités associées les plus fréquentes étaient l'infarctus du myocarde (14 %), les lésions néoplasiques non urothéliales (12 %) et les troubles neurovasculaires (10 %) [25]. L'index de Charlson élevé était associé à une diminution de la survie spécifique et à un taux élevé de lésions tumorales évoluées avec atteinte extra-vésicale, montrant la nécessité d'ajuster l'existence de comorbidités avant de comparer les résultats après cystectomie totale. Koppie et al., ont proposé l'utilisation d'un index de Charlson ajusté à l'âge [26]. Dans la série du MSKCC, concernant 1 121 patients traités en première intention par cystectomie totale entre 1990 et 2004, il apparaît clairement que les patients ayant un score de Charlson modifié élevé, c'est-à-dire ceux associant un âge avancé et des comorbidités, présentaient le plus souvent des lésions histologiques évoluées et de mauvais pronostic. En tenant compte de ces critères, la survie spécifique semble équivalente chez les patients âgés et fragiles et chez les patients plus jeunes. Les patients âgés qui présentent des comorbidités ne devraient pas être automatiquement exclus de l'accès à des traitements invasifs tels que la cystectomie totale. Dans une étude rétrospective de 241 patients traités par cystectomie totale entre 1990 et 2007, Resorlu et al., ont rapporté une différence significative dans la survie spécifique à 5 ans selon les groupes d'âge : 78,5 % dans le groupe < 50 ans, 44,9 % dans le groupe entre 50 et 70 ans et seulement 28,1 % pour les patients âgés de plus de 70 ans [27]. En 2005 Clark et al., ont retrouvé également un risque de diffusion tumorale extra-vésicale, de récurrence néoplasique et de mortalité globale supérieur dans le groupe de sujets âgés [23]. Nielsen a également montré que l'âge était associé de manière indépendante à un stade tumoral avancé et à une mortalité spécifique par cancer après cystectomie totale [28].

En conclusion, après 70 ans le risque de mortalité spécifique est supérieur. Il existe probablement un biais entre une réticence à traiter ces patients par une chirurgie majeure et un retard à la décision chirurgicale. Est-ce que la dégradation de la survie spécifique est vraiment liée à l'âge ou au retard diagnostic que l'on rencontre dans ces tranches d'âge ?

Récidives tumorales

Le taux habituel de récurrence tumorale dans la population générale après cystectomie totale pour cancer infiltrant est d'environ 35 % [13]. Chez les patients traités après 75 ans, il est estimé entre 26 % et 36 % après un délai moyen de 14 mois [10,11]. Dans la série de Figueroa incluant des patients de plus de 70 ans, le taux de récurrence à 5 ans était de 35 % sans corrélation avec l'âge du patient [5]. Ces données plaident pour la réalisation d'une cystectomie totale chez des patients de plus de 75 ans [13].

Les principaux résultats de la cystectomie totale sont résumés dans le tableau 1.

Les alternatives thérapeutiques à la cystectomie totale

La résection transurétrale isolée

La résection transurétrale a été évaluée comme traitement des cancers infiltrants de vessie dans la population générale : l'indication idéale est une lésion T2 unifocale et inférieure à 3 cm. Dans une étude prospective de 133 patients traités par résection endoscopique isolée, Solsona a rapporté une survie sans récurrence tumorale respectivement de 45,8 % à 5 ans et de 35,6 % à 10 ans [29]. Dans cette série, l'âge moyen des patients était de 67,4 ans.

Cependant la plupart des auteurs considèrent que la résection transurétrale seule est associée à un taux de récurrence plus important que la cystectomie totale.

Au total, cette modalité thérapeutique doit être réservée aux patients âgés dont l'état général et les comorbidités associées contre-indiquent la réalisation d'une cystectomie totale ou d'un traitement par radiochimiothérapie concomitante.

La radiochimiothérapie

Au cours des 15 dernières années, le concept de préservation du réservoir vésical a été proposé comme une alternative à la cystectomie totale dans le cancer infiltrant de la vessie (avec une lésion peu étendue sans CIS associé). Cette stratégie thérapeutique débute par une résection endoscopique de la tumeur aussi complète que possible, suivie d'une radiothérapie de conformation parfois avec chimiothérapie concomitante à laquelle est attribué un effet synergétique réalisant ainsi une radiochimiothérapie.

Il a été recommandé d'effectuer une évaluation vésicale par résection transurétrale à mi-course de la radiothérapie (généralement à une dose de 40 Gy sur 65 Gy prévus pour

Tableau 1 Résultats de la cystectomie totale chez les patients âgés.

Résultats	%	Auteurs (références)
Mortalité précoce	0-4 %	Figuerola [5] Chang [6]
Complications post-op :		Soulié [15]
- infection urinaire ;	12,9 %	
- iléus prolongé ;	12,3 %	
- désorientation ;	10,9 %	
- infection pulmonaire ;	8,2 %	
- thrombophlébite ;	4,2 %	
- ré-interventions	0-9 %	Gamé [7] Lebret [12]
Résultats oncologiques :		Lance [10] ; Gamé [7] ; Stroumbakis [11]
- récurrence tumorale ;	26-36 %	
- survie globale à 5 ans ;	37-68 %	
- survie spécifique à 5 ans	62-84 %	

une irradiation conventionnelle standard) : en cas d'absence de rémission complète lors de cette évaluation, l'échec de cette stratégie est alors diagnostiqué et la cystectomie de sauvetage est possible avec moins de toxicité prévisible qu'après l'irradiation complète [30]. Les modalités de la radiothérapie ne sont pas définitivement codifiées et de nouvelles techniques d'irradiation visent à augmenter le contrôle local [31] ; des traitements hypofractionnés de durée brève sont pratiqués, notamment en France [32] ; des irradiations conventionnelles, mais dans des champs plus réduits permettant de délivrer une dose élevée dans un petit volume, applicables aux tumeurs unifocales ont aussi été décrites [33].

Une chimiothérapie néo-adjuvante peut être réalisée entre la résection endoscopique et le traitement local qu'est la radiothérapie ou la radiochimiothérapie. Pour les patients présentant une réponse complète à ce traitement, la conservation du réservoir vésical est alors possible, sous réserve d'une surveillance rapprochée. En cas de récurrence, une indication à une cystectomie de rattrapage est posée. Le principe de cette radiochimiothérapie concomitante est d'obtenir un meilleur contrôle local et une meilleure survie tout en préservant la qualité de vie [34]. Perdona a rapporté un taux de réponse complète (85,7 %) avec une préservation vésicale dans 51,2 % des cas [35]. Les patients étaient sélectionnés avec des critères stricts : relativement jeune âge, bon état général, plutôt des lésions T2 sans hydro-néphrose et pas de comorbidité associée. Lorsqu'il existe une tumeur vésicale infiltrante persistante ou récidivante après traitement initial une cystectomie de sauvetage est indiquée. Ainsi, dans la série d'Erlangen, pour 83 des 415 patients (20 %) une cystectomie de rattrapage a été réalisée : dans 37 % des cas pour absence de réponse complète initiale et dans 15 % des cas pour récurrence locale après réponse complète initiale. La survie spécifique à 5 ans est de 50 % des cas après cystectomie de sauvetage pour récurrence infiltrante, mais seulement de 28,5 % après cystectomie immédiate pour les patients non répondeurs [36].

À partir de l'analyse de différentes séries de la littérature, Kuczyk suggère qu'une approche multidisciplinaire avec préservation vésicale permettrait d'obtenir des résultats comparables à ceux de la cystectomie totale [37]. Cependant un nombre significatif de patients âgés présente un état général altéré ne leur permettant pas de recevoir un traitement systémique à doses suffisantes. Dans le travail de Kachnic, il est intéressant de noter que la chimiothérapie initiale d'induction a dû être modifiée chez 20 % des patients âgés en raison d'une toxicité significative [38]. Dans cette population, le taux de mortalité en rapport avec le traitement est relativement élevé, pouvant atteindre 4 %, comme l'a rapporté Shipley [30]. D'autre part, pour les patients ayant conservé leur vessie et encore en vie à 5 ans, Shipley et Kachnic rapportent un taux de récurrence tumorale vésicale proche de 28 % [38,30]. Lorsqu'une cystectomie totale de sauvetage est réalisée après échec initial ou récurrence tumorale, elle est associée à des taux de mortalité et de morbidité postopératoires élevés. La population spécifique des patients âgés pose aussi le problème de la qualité de vie : en cas de traitement conservateur vésical, il convient de ne pas négliger les conséquences des résections endoscopiques itératives et de la radiothérapie, souvent responsables d'inconfort vésical avec brûlures, incontinence, d'urgence mictionnelle et d'hématurie.

La chimiothérapie

Après cystectomie, chez les patients âgés et fragiles avec une lésion vésicale évoluée, la réalisation d'une chimiothérapie adjuvante est souvent difficile. Une des raisons principales outre la récupération post-chirurgicale est la dégradation de la fonction rénale : Dash a montré que le traitement par cisplatine a été contre-indiqué dans 40 % de la population de plus de 70 ans [39]. Ainsi, les patients les plus âgés, présentant des comorbidités sévères, ont le moins souvent accès à une chimiothérapie agressive compte tenu des risques toxiques liés à ce traitement.

Les résultats obtenus à partir de la base SEER ont montré que les essais cliniques concernant les traitements des cancers excluent souvent les patients âgés, même si l'incidence des cancers est prépondérante dans cette population [40].

Si la cystectomie totale apparaît comme le meilleur traitement des cancers infiltrants de vessie, il n'est pas démontré clairement que le bénéfice soit le même pour des patients âgés que pour des patients plus jeunes. Pour répondre à cette question, Chamie et al ont comparé, à partir de la base de données SEER du National Cancer Institute, les résultats du traitement conservateur de la vessie aux résultats de la cystectomie totale selon les groupes d'âges [41]. Dans cette cohorte entre 1992 et 1997, 1 471 patients ont été traités par cystectomie totale et 1 089 patients par radiochimiothérapie. Après ajustement des stades tumoraux et du grade cellulaire, un bénéfice apparaît en termes de médiane de survie et de survie spécifique dans le groupe traité par cystectomie quel que soit l'âge. Même dans le groupe de patients âgés (80 à 90 ans), la survie spécifique du groupe traité par cystectomie est plus que doublée.

Conclusion

La préservation du réservoir vésical associant résection endoscopique complète puis une radiochimiothérapie concomitante est une des alternatives possibles de la prise en charge des cancers infiltrants de la vessie pour une population très sélectionnée grâce à l'apport d'une concertation multidisciplinaire.

La cystectomie totale reste le traitement de référence des cancers infiltrants non métastatiques de la vessie et ce traitement semble tout à fait adapté à la population des sujets âgés. L'ensemble des données actuellement disponibles montre que l'âge seul n'est pas une contre-indication systématique à une cystectomie totale. Cette chirurgie lourde demande une approche multidisciplinaire et une évaluation pré-opératoire oncogériatrique complète concernant notamment l'état cardiorespiratoire et neurologique. Grâce à une stratégie chirurgicale adaptée et une vigilance particulière dans la période postopératoire, il est possible de limiter la morbidité et la durée d'hospitalisation. Ainsi, les patients âgés et porteurs de comorbidités significatives ne doivent pas être automatiquement exclus de l'accès à des traitements efficaces de ces cancers. À l'avenir, il conviendra de prendre en compte les tranches d'âge avancé et l'existence de comorbidités associées pour comparer les résultats des différentes séries de patients traités pour cancers infiltrants de la vessie.

Conflit d'intérêts : aucun.

Références

- [1] Thomas DM, Riddle PR. Morbidity and mortality in 100 consecutive radical cystectomies. *Br J Urol* 1982;54:716-9.
- [2] Rosario DJ, Becker M, Anderson JB. The changing pattern of mortality and morbidity from radical cystectomy. *Br J Urol* 2000;85:427-30.
- [3] Malavaud B, Vaessen C, Mouzin M, Rishmann P, Sarramon J, Schulman C. Complications for radical cystectomy. Impact of the American Society of Anesthesiologists score. *Eur Urol* 2001; 39:79-83.
- [4] Peyromaure M., Guerin F., Debre B., Zerbib M. Surgical Management of Infiltrating Bladder Cancer in Elderly Patients. *European Urology* 2004;45,147-54.
- [5] Figueroa A, Stein JP, Dickinson M, Skinner EC, Thangathurai D, Michail MS, et al. Radical cystectomy for elderly patients with bladder carcinoma. *Cancer* 1998;83:141-7.
- [6] Chang SS, Alberts G, Cookson MS, Smith JA. Radical cystectomy is safe in elderly patients at high risk. *J Urol* 2001;166:938-41.
- [7] Gamé X, Soulié M, Seguin P, Vazzoler N, Tollon C, Pontonnier F, et al. Radical cystectomy in patients older than 75 years: Assessment of morbidity and mortality. *Eur Urol* 2001;39:525-9.
- [8] Fairey A, Chetner M, Metcalfe J, Moore R, Todd G, Rourke K, et al. Associations Among Age, Comorbidity and Clinical Outcomes After Radical Cystectomy: Results From the Alberta Urology Institute Radical Cystectomy Database *J.Urol* 2008;180:128-34.
- [9] Konety BR, Dhawan V, Allareddy V and Joslyn S. Impact of hospital and surgeon volume on in-hospital mortality from radical cystectomy: data from the health care utilization project. *J Urol* 2005;173:1695.
- [10] Lance RS, Dinney CP, Swanson D, Babaian RJ, Pisters LL, Palmer LJ, et al. Radical cystectomy for invasive cancer in the octogenarian. *Oncol Rep* 2001;8:723-6.
- [11] Stroumbakis N, Herr HW, Cookson MS, Fair WR. Radical Cystectomy in the octogenarian. *J Urol* 1997;158:2113-7.
- [12] Lebre T, Hervé JM, Yonneau L, Barre P, Lugagne PM, Butreau M, et al. Study of survival after cystectomy for bladder cancer. Report of 504 cases. *Prog Urol* 2000;10:533-60.
- [13] Stein JP, Liesskowsky G, Cote R, Groshen S, Feng AC, Boyd S, et al. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: long term results in 1054 patients. *J Clin Oncol* 2001;19:666-75.
- [14] Zebic N, Weinknecht S., Kroepfl D. Radical cystectomy in patients aged \geq 75 years: an updated review of patients treated with curative and palliative intent. *BJU Int* 2005;95:1211-4. |
- [15] Soulié M, Straub M, Gamé X, Seguin P, de Petriconi R, Plante P, et al. A multicenter study of the morbidity of radical cystectomy in elderly patients with bladder cancer. *J Urol* 2002;167:1325-8.
- [16] Schwartz BR, Gregg RV, Kessler DL, Bracken RB. Continuous postoperative epidural analgesia in management of postoperative surgical pain. *Urology* 1989;34:349-52.
- [17] Malone DL, Genuit T, Tracy JK, Gannon C, Napolitano LM. Surgical site infections: reanalysis of risk factors. *J Surg Res* 2002;103:89-95.
- [18] Silk DB, Green CJ. Perioperative nutrition: parenteral *versus* enteral. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 1998;1:21-7.
- [19] Studer UE, Stenzl A, Mansson W, Mills R. Bladder replacement and urinary diversion. *Eur Urol* 2000;38:790-800.
- [20] Hautmann RE, de Petriconi R, Gottfried HW, Kleinschmidt K, Matt R, Paiss T. The ileal neobladder: complications and functional results in 363 patients after 11 years of followup. *J Urol* 1999;161:422-7.
- [21] Leibovitch I, Avigad I, Ben-Chaim J, Nativ O, Goldwasser B. Is it justified to avoid radical cystoprostatectomy in elderly patients with invasive transitional cell carcinoma of the bladder? *Cancer* 1993;71:3098-101.
- [22] Hollenbeck BK, Miller DC, Taub D, Dunn RL, Khuri SF, Henderson WG et al: Identifying risk factors for potentially avoidable complications following radical cystectomy. *J Urol* 2005;174:1231-8.
- [23] Clark PE, Stein JP: Groshen SG, Cai J, Lieskovsky MG, Skinner DG, Radical Cystectomy in the Elderly Comparison of Clinical Outcomes between Younger and Older Patients. *Cancer* 2005;104:36-43.
- [24] Zincke H. Cystectomy and urinary diversion in patients eighty years old or older. *Urology* 1982;19:139-42.
- [25] Miller DC, Taub DA, Dunn RL, Montie JE, Wei JT. The impact of the co morbid disease ine cancer control and survival following radical cystectomy. *J. Urol*;169:105-9.

- [26] Koppie TM, Serio AM, VickersAJ, Vora K, Dalbagni G, Donat SM, Herr HW, BochnerBH, Age-adjusted Charlson Comorbidity Score Is Associated With Treatment Decisions and Clinical Outcomes for Patients Undergoing Radical Cystectomy for Bladder Cancer. *Cancer* 2008;112:2384-92.
- [27] Resorlu B, BedukY, Baltaci S, Ergun G, Talas H. The prognostic significance of advanced age in patients with bladder cancer treated with radical cystectomy. *BJU International* 2008;103:480-3.
- [28] Nielsen ME, Palapattu GS, Karakiewicz PI, Lotan Y, Bastian PJ, Lerner SP, et al. Advanced age is associated with poorer bladder cancer-specific survival in patients treated with radical cystectomy. *Eur Urol* 2007;51:699-708.
- [29] Solsona E, Iborra I, Ricos JV, Monros JL, Casanova J, Calabuig C. Feasibility of transurethral resection for muscle infiltrating carcinoma of the bladder: long-term followup of a prospective study. *J Urol* 1998;159:95-9.
- [30] Shipley WU, Winter KA, Kaufman DS, Lee WR, Heney NM, Tester WR, et al. Phase III trial of neoadjuvant chemotherapy in patients with invasive bladder cancer treated with selective bladder preservation by combined radiation therapy and chemotherapy: initial results of Radiation Therapy Oncology Group 89-03. *J Clin Oncol* 1998;16:3576-83.
- [31] Thariat J, Caullery M, Ginota A, Hannoun-Lévi JM, et al. Techniques et innovations en radiothérapie pour le traitement conservateur des cancers infiltrants localisés de vessie. *Prog Urol* 2009;19:85-93.
- [32] Housset M, Maulard C, Chretien Y, et al. Combined radiation and chemotherapy for invasive transitional-cell carcinoma of the bladder: a prospective study. *J Clin Oncol* 1993;11:215-7.
- [33] Huddart RA, James ND, Adab F, Syndikus I et al. BC2001: A multicenter phase III randomized trial of standard versus reduced volume radiotherapy for muscle invasive bladder cancer. *J Clin Oncol* 2009;27:S15.
- [34] Brown AL, Zietman AI, Shipley WU, Kaufman DS. An organ preserving approach to muscle-invading transitional cell cancer of the bladder. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2004;15:345-58.
- [35] Perdona S, Autorino R, Damiano R, De Sio M, Morrica B, Gallo L, et al. Bladder-sparing, Combined-modality Approach for Muscle-invasive Bladder Cancer A Multi-institutional, Long-term Experience *Cancer* 2008;112:75-83.
- [36] Rödel C, Grabenbauer GG, Kühn R, Papadopoulos T, Dunst J, Meyer M, et al. Combined-modality treatment and selective organ preservation in invasive bladder cancer: long-term results. *J Clin Oncol.* 2002;20:3061-71.
- [37] Kuczyk M, Turkeri L, Hammerer P, Ravery V. on behalf of the European Society for Oncological Urology. Is there a role for bladder preserving strategies in the treatment of muscle-invasive bladder cancer? *Eur Urol* 2003;44:57-64.
- [38] Kachnic LA, Kaufman DS, Griffin PP, Heney NM, Althausen AF, Zietman AL, et al. Bladder preservation by combined modality therapy for invasive bladder cancer. *J Clin Oncol* 1997;15:1022-9.
- [39] Dash A, Galsky MD, VickersAJ, Serio AM, Koppie TM, Dalbagni G, et al. Impact of renal impairment on eligibility for adjuvant cisplatin-based chemotherapy in patients with urothelial carcinoma of the bladder. *Cancer* 2006;107:506-3.
- [40] Trimble EL, Carter CL, Cain D, Freidlin B, Ungerleider RS, Friedman MA. Representation of older patients in cancer treatment trials. *Cancer* 1994;74:2208-14.
- [41] Chamie K, Hu B, deVere White RW, Lars M. Ellison. Cystectomy in the elderly: does the survival benefit in younger patients translate to the octogenarians? *BJU International* 2008;102:284-90.