[1] Service d'urologie, hôpital Foch, université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, Suresnes, France
[2] Urology and Pathology, Netherlands Cancer Institute, Antoni van Leeuwenhoek Hospital, Amsterdam, Pays-Bas
[3] Urology and Pathology, University of Texas, Southwestern Medical center, Dallas, États-unis
[4] Urology, Pathology and Molecular medicine, University Health Network, Princess Margaret Hospital and Mount Sinai Hospital, University of Toronto, Toronto, Canada
[5] Urology and Pathology, University of Turku, Turku, Finlande
[6] Leeds Institute of Molecular Medicine, St James's University Hospital, Leeds, Royaume-Uni
* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : y.neuzillet@Hopital-foch.org (Y. Neuzillet)

Objectifs Les mutations activatrices du FGFR3 sont fréquemment observées dans les tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle mais peu étudiée dans les tumeurs infiltrantes. Des études in vitro ont montré qu'un traitement anti-FGFR3 réduit la croissance tumorale. Nous avons étudié l'hétérogénéité de la mutation de FGFR3 sur des échantillons des parties superficielles et profondes de tumeurs de vessie ainsi que dans les ganglions envahis.
Méthodes Nous avons identifié les échantillons couplés (superficiel et profond) provenant de 61 résection transurétrale de vessie (RTUV) diagnostiques (34 T1 et 27 T ≥ 2) parmi 494 cancers de vessie cN0M0 traités par cystectomie totale (CT) avec curage ganglionnaire. Cent cinquante-cinq sur 494 patients (31 %) étaient pN+. Des échantillons couplés provenant de la tumeur vésicale et des ganglions envahis étaient disponibles pour 117 patients (75 %). L'ADN a été isolé à partir du tissu fixé en paraffine et les mutations de FGFR3 ont été analysées par la technique de SNaPShot.
Résultats Une mutation activatrice de FGFR3 a été objectivée dans 13/34 et 8/27 des échantillons de RTUV T1 et T ≥ 2, respectivement. Dans les tumeurs T1, les mêmes mutations étaient observées dans les parties superficielles et profondes de la tumeur. Dans les tumeurs T ≥ 2, 4/8 mutations n'ont pas été détectées dans la partie invasive. Une mutation activatrice de FGFR3 a été objectivée dans 62/494 échantillons de CT (33 %), parmi lesquels 53 étaient pN0 (85 %). La présence d'une mutation de FGFR3 a été associé au stade pN0 ($p = 0{,}002$). Six sur 117 ganglions envahis (5 %) étaient FGFR3 mutés. La même mutation a été détectée dans la tumeur vésicale et dans les ganglions correspondants. Parmi les 111 ganglions envahis, aucun ne provenait de tumeur de vessie porteuse d'une mutation de FGFR3 (spécificité = 100 %).
Conclusion La mutation de FGFR3 était très rare chez les patients ayant des ganglions envahis. Le statut mutationnel de FGFR3 serait utile pour guider la décision d'un traitement adjuvant anti-FGFR3 car il s'est avéré homogène dans les tumeurs vésicales et les ganglions envahis. La partie profonde de la tumeur doit être analysée si un traitement néoadjuvant est envisagé.
Déclaration d'intérêts Subvention recherche AFU - GSK.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.08.054

O-050

Marges chirurgicales positives après cystectomie totale : une issue fatale ?

M. Such[1], N. Barry Delongchamps[2], D. Saighi[2], M. Peyromaure[2], M. Zerbib[2], E. Xylinas[2]
[1] CHU Cochin, Poissy, France
[2] CHU Cochin, Paris, France

Objectifs L'objectif de notre étude était de confirmer le caractère péjoratif sur la survie sans récidive et spécifique de la présence de marges chirurgicales positives après cystectomie totale pour une tumeur de vessie infiltrant le muscle. De plus, nous avons voulu évaluer l'impact de la localisation des marges sur le devenir des patients.
Méthodes Nous avons inclus dans l'étude 701 patients ayant bénéficié d'une cystectomie totale pour tumeur de vessie n'infiltrant pas le muscle entre 1995 et 2012. Les marges chirurgicales positives étaient définies comme la présence de cellules cancéreuses au niveau de la limite de résection de la pièce opératoire. Des modèles de régression de Cox uni- et multivariées ont permis d'évaluer l'impact de la présence de marges chirurgicales positives et de leur localisation sur la survenue d'une récidive tumorale et d'une mortalité spécifique.
Résultats Parmi 701 patients, 29 avaient des marges chirurgicales positives (4,1 %) de localisation d'abord postérieure ($n = 12$, 41 %) puis latérale ($n = 9$, 31 %), antérieure ($n = 8$, 28 %). Sept patients (24 %) présentaient des marges multifocales. En analyse univariée, la présence de marges était associée à un stade tumoral plus élevé (pT4) et un envahissement ganglionnaire ($p < 0{,}01$). En cas de marges chirurgicales, le risque de survenue d'une récidive tumorale (RR : 4,2 (IC 95 % [2,6—6,8], $p < 0{,}05$)) et d'une mortalité spécifique (RR : 5,1 (IC 95 % [3,0—8,6], $p < 0{,}05$)) étaient augmentés. En analyse multivariée, ajustant sur l'effet de facteurs cliniques et anatomopathologiques connus, la présence de marges chirurgicales positives est un facteur prédictif indépendant de récidive et de mortalité spécifique mais la localisation et la multifocalité des marges chirurgicales n'avaient pas d'impact pronostique.
Conclusion Notre étude a confirmé l'impact pronostique péjoratif de la présence de marges chirurgicales positives sur la survie sans récidive et la survie spécifique des patients traités par cystectomie totale pour une tumeur de vessie n'infiltrant pas le muscle.
Déclaration d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2014.08.055

O-051

La néovessie iléale en W : qualité de vie et résultats fonctionnels à long terme

P. Belot, H. Fassi-Fehri, M. Colombel, S. Crouzet, R. Codas, L. Badet, X. Martin
Hôpital Édouard-Herriot, Pavillon V, Lyon, France

Objectifs Évaluer rétrospectivement la qualité de vie et les résultats fonctionnels urinaires de la néovessie iléale en W de Hautmann avec un recul minimum de 10 ans.
Méthodes Entre 1994 et 2004, 89 patients ont subi une cystoprostatectomie totale pour cancer de vessie avec remplacement iléal orthotopique en W. Parmi eux, 42 patients (47,2 %) sont décédés, 14 (15,7 %) sont perdus de vue et 30 (33,7 %) parmi les 33 contactés ont accepté d'être revus en consultation. Le recul moyen était de 157 mois (120—223), l'âge moyen de 72 ans (53—87). Une évaluation de leur qualité et vie (SF36, Ditrovie) et des résultats fonctionnels de leur dérivation urinaire (USP, nombre de protections, débitmètrie, mesure du résidu post-mictionnel) était réalisée.
Résultats Les 8 dimensions du score SF36 étaient comparables à celles de la population française (Fig. 1). Le score résumé physique était de 49,2, le score résumé psychique de 48,3 contre respectivement 50,3 et 47,2 dans la population française. Le score Ditrovie (1—5) moyen était à 1,83(1,1—4). La continence diurne était satisfaisante (≤ 1 protection/jour) chez 29 patients (97 %). La continence nocturne était satisfaisante (≤ 1 protection/nuit) chez 27 patients (90 %). Les scores moyens d'incontinence diurne (0—9), d'hyperactivité (0—21) et de dysurie (0—9) du questionnaire USP étaient respectivement de 1,5, 3,4 et 2,1. Le débit maximum était en moyenne de 18 ml/s pour un volume mictionnel moyen de 324 ml et un résidu post mictionnel médian de 69 ml. Un seul patient (3,3 %) avait recours aux autosondages.