



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mise au point

Quelle place pour la radiothérapie et la chimiothérapie dans le traitement adjuvant des carcinomes urothéliaux des voies excrétrices urinaires supérieures ?



Use of chemotherapy and radiotherapy in the treatment of urothelial carcinoma of the upper urinary tract

P. Gustin^{a,*}, S. Yossi^a, M. Lafont^a, G. Peyraga^a, P. Trémolières^a, D. Rousseau^a, P. Cellier^a, A. Paumier^a, F. Martin^b, O. Chapet^c, N. Mesgouez-Nebout^a

^a Département de radiothérapie, institut de cancérologie de l'Ouest, site Paul-Papin, 2, rue Moll, 49000 Angers, France

^b Service d'urologie, CHU d'Angers, 4, rue Larrey, 49933 Angers cedex 9, France

^c Département de radiothérapie, centre hospitalier Lyon-Sud, hospices civils de Lyon, 165, chemin du Grand-Revoyet, 69495 Pierre-Bénite, France

IN F O A R T I C L E

Historique de l'article :

Reçu le 3 avril 2014

Reçu sous la forme révisée

le 22 octobre 2014

Accepté le 12 novembre 2014

Mots clés :

Carcinome urothélial

Radiothérapie

Chimiothérapie

Traitement adjuvant

Voie excrétrice urinaire supérieure

R É S U M É

Les carcinomes urothéliaux de la voie excrétrice urinaire supérieure sont des entités rares. La chirurgie reste le pivot de la prise en charge thérapeutique. La place des autres modalités thérapeutiques n'est pas encore clairement définie. Cependant, la fréquence des récurrences locales et locorégionales nous incite à évaluer l'indication des traitements adjuvants. Une synthèse des principales données de la littérature sur l'utilisation de la chimiothérapie et de la radiothérapie dans le traitement des carcinomes urothéliaux du bassinet et de l'uretère a été réalisée. Une recherche bibliographique sur PubMed a été réalisée en utilisant les mots clés suivants (Medical Subject Headings) : « urothelial carcinoma », « upper urinary tract », « radiation », « chemotherapy » et « adjuvant ».

© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société française de radiothérapie oncologique (SFRO).

A B S T R A C T

Urothelial carcinomas of the upper urinary tract are rare entities. Surgery remains the mainstay of the management. The use of others therapeutic modalities is not clearly defined yet. However, the frequency of local recurrence and locoregional encourage us to evaluate the indication of adjuvant therapies. We conducted a synthesis of key data in the literature on the use of chemotherapy and radiotherapy in the treatment of urothelial carcinoma of the renal pelvis and ureter. A literature search on PubMed was performed using the following keywords (MeSH) "urothelial carcinoma", "upper urinary tract", "radiation", "chemotherapy", and adjuvant.

© 2015 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of the Société française de radiothérapie oncologique (SFRO).

Keywords:

Urothelial carcinoma

Radiotherapy

Chemotherapy

Adjuvant treatment

Upper urinary tract

1. Généralités

Les carcinomes urothéliaux de la voie excrétrice urinaire supérieure sont des entités rares comptant pour environ 5 à 10 % des carcinomes urothéliaux [1–4]. La prévalence annuelle de ces tumeurs est estimée à environ deux nouveaux cas pour 100 000 habitants dans les pays occidentaux... Les carcinomes

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pit.gustin@hotmail.com (P. Gustin).

urothéliaux du tractus urinaire supérieur sont d'emblée infiltrants dans 60 % des cas, contrairement aux cancers urothéliaux de vessie (15 à 25 %) [2,4,5]. Les tumeurs du bassinet sont deux fois plus fréquemment observées que les tumeurs primitives urétérales. Le pic d'incidence est observé entre 70 et 80 ans avec une prépondérance masculine et un ratio homme/femme à 3/1. L'intoxication tabagique, un des principaux facteurs de risque, augmente le risque relatif de 2,5 à 7 [6,7]. Certains hydrocarbures aromatiques ou plus rarement la néphropathie des Balkans à l'acide aristolochique sont impliqués dans le mécanisme de carcinogenèse [6].

Les carcinomes urothéliaux du tractus urinaire récidivent dans 30 à 51 % des cas dans la vessie et dans 2 à 6 % dans le tractus urinaire controlatéral [8,9]. Moins de 10 % des carcinomes urothéliaux du tractus urinaire sont associés à une lésion vésicale synchrone. Le cas échéant, le carcinome urothélial vésical se situe préférentiellement au niveau de la zone méatique [10].

2. Méthodologie

Nous avons réalisé une revue de la littérature à partir de la base de données PubMed, et recherché les publications jusqu'à décembre 2013 en combinant les mots clés suivants (Medical Subject Headings): « urothelial carcinoma », « upper urinary tract », « radiation » « chemotherapy », « adjuvant ». Nous avons retenu les articles répondant à la question posée. Il s'agissait dans la majorité des cas d'études rétrospectives, nous avons par conséquent sélectionné les articles en fonction de leur pertinence clinique et de la qualité de l'étude.

3. Rappels anatomiques et classification TNM

Les uretères sont des conduits musculo-membraneux rétro-péritonéaux d'une longueur variant entre 25 et 30 cm. Leur moitié supérieure se trouve dans l'abdomen et leur moitié inférieure dans le bassin. Les uretères franchissent le détroit supérieur, et croisent à ce niveau la bifurcation de l'artère iliaque commune ou la partie initiale de l'artère iliaque externe en fonction des variations anatomiques. La partie pelvienne des uretères suit la paroi latérale du petit bassin parallèlement au bord antérieur de la grande échancrure ischiatique, entre le péritoine pelvien pariétal et l'artère iliaque interne. En regard de l'épine ischiatique, ce segment urétéral s'incurve vers l'avant et médialement, au-dessus du muscle releveur de l'anus, pour pénétrer dans la vessie. L'extrémité inférieure de chaque uretère est entourée par le plexus veineux vésical. Les uretères traversent obliquement la paroi de la vessie. Une distance d'environ 5 cm sépare les deux uretères lors de leur abouchement au niveau de la vessie. Chez l'homme, l'uretère a un rapport postérieur avec le conduit déférent qu'il croise au sein du pli urétérique du péritoine. Avant sa pénétration dans l'angle postéro-supérieur de la vessie, l'uretère se situe en arrière et latéralement par rapport au conduit déférent, juste au-dessus de la vésicule séminale. Chez la femme, l'uretère passe initialement au niveau du côté médial de la partie initiale de l'artère utérine puis est surcroisé par cette artère au niveau de l'épine ischiatique. L'uretère féminin passe ensuite à proximité de la partie latérale du cul-de-sac vaginal et pénètre dans l'angle postérosupérieur de la vessie.

L'irrigation de la portion pelvienne de l'uretère est assurée par un réseau anastomotique issu de diverses branches des artères iliaques communes, iliaques internes et ovariennes. Les rameaux urétériques féminins et masculins proviennent le plus fréquemment respectivement des artères utérines et des artères vésicales inférieures. Les veines urétériques entretiennent des rapports étroits avec les artères homonymes. Les collecteurs lymphatiques de l'uretère abdominal se drainent dans les aires

ganglionnaires lombaires péri-aorto-cave et iliaques communes. Ceux de l'uretère pelvien rejoignent l'aire ganglionnaire iliaque interne.

4. Prise en charge thérapeutique

4.1. Traitement chirurgical radical ou conservateur

La néphro-urétérectomie totale par voie ouverte avec excision d'une collerette vésicale périméatique est le traitement chirurgical de référence des carcinomes urothéliaux du tractus urinaire, quelle que soit la localisation de la tumeur dans la voie excrétrice [3,11]. Des taux de récurrence importants dans le moignon urétéral ont été rapportés dans 16 à 58 % des cas [3,11]. Waldert and al. ont observé qu'un temps supérieur à 45 jours entre le diagnostic et l'exérèse de la tumeur constituait un risque non négligeable de progression de la maladie urothéliale [12]. Outre un bilan plus précis de la maladie et la sélection des patients pouvant bénéficier d'un traitement adjuvant, le curage ganglionnaire présente également un intérêt pronostique. Il est en effet admis qu'en cas de cancer de stade pN0, un curage emportant au moins huit ganglions est associé à une amélioration de la probabilité de survie sans récurrence. [13–16]. Il n'existe pas de consensus sur le nombre ni les sites ganglionnaires à prélever pour effectuer un curage optimal [17].

Un traitement endoscopique conservateur par urétéroscopie peut être envisagé pour les tumeurs de faibles stades et grades pour les patients à risque d'insuffisance rénale terminale après néphro-urétérectomie totale [11,17]. Les résections segmentaires lors d'une chirurgie par voie ouverte pour le traitement des tumeurs à faible risque de l'uretère distal sont envisageables [11,17]. Cependant, un taux de récurrence local plus important est noté lorsque ce type de résection segmentaire est envisagé pour les tumeurs de l'uretère iliaque et lombaire [18]. La résection de tumeurs du bassinet ou des calices à ciel ouvert est de moins en moins pratiquée en raison des difficultés techniques et d'un risque plus élevé de récurrence locale [11,17]. La chirurgie laparoscopique peut être proposée en cas de tumeurs du bas uretère avec réimplantation urétérovésicale dans le même temps opératoire [11,17].

En l'absence de traitement adjuvant, le taux de récurrence locorégionale rapporté à 5 ans par les principales études est de 45 à 60 % [19,20]. Ce taux élevé de récurrence est un argument fort en faveur des traitements adjuvants pour les patients présentant une maladie localement avancée.

4.2. Facteurs pronostiques

Dans une étude multicentrique européenne, Ozsahin et al. ont identifié comme principaux facteurs pronostiques de survie globale : l'indice de Karnofsky, la classification T et N (Tableau 1), la localisation tumorale, le grade, et la présence de résidus tumoraux après chirurgie [21]. Le seul facteur pronostique influençant le contrôle local ou locorégional était la présence de résidus tumoraux après la chirurgie. La réalisation de la radiothérapie adjuvante n'était pas corrélée avec la survie globale ou le contrôle local. D'une part, les auteurs reconnaissent dans cette étude multicentrique, un déséquilibre entre le groupe de patients irradiés et non irradiés puisque les premiers étaient atteints des tumeurs plus volumineuses, de grade plus élevé, d'abord chirurgical plus complexe. D'autre part, le bénéfice de la chimioradiothérapie n'a pas été évalué. Cette étude multicentrique a été publiée en 1999 lorsque les dernières avancées technologiques d'irradiation, notamment avec modulation d'intensité n'étaient pas répandues.

Une étude récente évaluant les sites de rechute des carcinomes urothéliaux du tractus urinaire identifiait comme facteurs pronostiques : l'atteinte ganglionnaire, les stades T3 et T4, le caractère

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2117447>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2117447>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)