



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



MISE AU POINT

Radiochimiothérapie pour le traitement des cancers de vessie infiltrant le muscle : modalités, surveillance et résultats. Mise au point du comité de cancérologie de l'Association française d'urologie

Chemoradiotherapy for muscle-invasive cancer: Methods, surveillance and results. An update from the committee of cancer from the French National Association of Urology

H. Quintens*, M. Roupret, S. Larré, Y. Neuzillet, G. Pignot, E. Compérat, H. Wallerand, N. Houédé, C. Roy, M. Soulié, C. Pfister, Membres du CC-AFU¹

Département d'urologie, institut Arnault-Tzanck, avenue du Dr-Donat, 06700 Saint-Laurent-du-Var, France

Reçu le 25 juillet 2011 ; accepté le 28 septembre 2011
Disponible sur Internet le 9 novembre 2011

MOTS CLÉS

Cancer de vessie ;
Traitement conservateur ;
Radiothérapie ;
Chimiothérapie ;
Radiochimiothérapie ;
Préservation vésicale

KEYWORDS

Bladder cancer;

Résumé La cystectomie radicale est le traitement de référence des cancers infiltrants de vessie non métastatiques. Des stratégies de conservation du réservoir vésical peuvent être discutées 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. Le candidat idéal à un traitement conservateur de la vessie est un patient avec une petite tumeur, de stade T2 pour laquelle une résection endoscopique complète de la tumeur vésicale est réalisable, qui n'est pas associée à un carcinome in situ et sans hydro-néphrose. Les taux de survie à cinq ans et à dix ans sont approximativement de 50 % et 35 % et sont comparables à ceux obtenus après cystectomie. Environ 80 % des survivants préservent leur vessie et, parmi ceux-ci, 75 % ont une vessie fonctionnelle.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary Radical cystectomy is the treatment of choice for non-metastatic, muscle infiltrating bladder cancer. However, bladder-sparing approaches can be discussed in carefully selected

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : quintens.h@orange.fr (H. Quintens).

¹ Travail du comité de cancérologie de l'AFU (CC-AFU).

Conservative treatment;
Radiation therapy;
Chemotherapy;
Radiochemotherapy;
Bladder-preservation

patients. Bladder-preservation protocols aim to guaranty local control and survival with a functional bladder and a good quality of life. The ideal candidate for bladder-preservation therapy is a patient with a small tumor, stage T2, in whom a complete trans-urethral resection of the bladder tumor is achievable, who has no associated carcinoma in situ or hydronephrosis, and who is medically fit to receive chemotherapy. The 5- and 10-year survival rates for muscle-invasive tumors are approximately 50% and 35%, comparable to the results achievable with cystectomy. Approximately 80% of long-term survivors will preserve a native bladder, and approximately 75% of them will have a normal-functioning bladder.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Le traitement des tumeurs de vessie infiltrant le muscle (TVIM) non métastatiques est actuellement organisé autour de la réalisation d'une cystectomie totale en combinaison éventuelle avec des traitements de chimiothérapie systémique néoadjuvants ou adjuvants. Une alternative au traitement radical est un traitement conservateur préservant le réservoir vésical en proposant une résection endoscopique de la tumeur et une association de radiochimiothérapie [1]. Cette option conservatrice requiert un schéma thérapeutique spécifique et une surveillance adaptée. Le but de ce travail est de présenter les modalités de ce traitement conservateur des TVIM.

Principes de la radiochimiothérapie des cancers infiltrants de la vessie :

- le traitement conservateur doit respecter certains principes : la résection endoscopique de la tumeur doit être complète. Elle est suivie par une radiothérapie, en association avec une chimiothérapie radiosensibilisante. Au décours de cette première étape, une réévaluation endoscopique (*second look*) avec examen anatomopathologique de la réponse est requise. En cas de réponse complète, une surveillance endoscopique rapprochée est organisée dans le but de détecter une récurrence. En cas d'échec, une cystectomie de sauvetage chez les non-répondeurs est envisageable. Le traitement conservateur est discuté dans quelques cas seulement ; sélection des tumeurs : lésion T2 unique sans CIS et sans hydronéphrose, car le stade tumoral influence le contrôle local et la survie et sélection des patients : âge, comorbidités, états cardiaque, hématologique et néphrologique [2] ;
- le patient âgé représente une situation particulière ; la radiochimiothérapie peut constituer une option intéressante sous réserve d'une évaluation oncogériatrique appropriée. Le cisplatine à faible dose peut être administré à des patients de plus de 80 ans ; grâce à l'hyperhydratation la néphrotoxicité du cisplatine est limitée à 5 % et n'augmente pas avec l'âge. Par ailleurs, l'âge n'est pas un facteur associé avec un accroissement de la toxicité aiguë de la radiothérapie surtout lorsque la dose est inférieure à 70 Gy [3].

Les modalités thérapeutiques

La résection endoscopique

Le caractère complet et exhaustif de la résection est associé à une amélioration du taux de réponse complète

après traitement initial, de la survie globale à dix ans et de la survie avec préservation vésicale à cinq ans [2,4].

Les protocoles de radiochimiothérapie

Plusieurs schémas de dose sont utilisés ; le plus répandu est un protocole délivrant 65 à 66 Gy en fractions de 1,8 à 2 Gy, cinq jours par semaine. D'autres centres proposent un protocole spécifique dit en irradiation hypofractionnée avec deux séances quotidiennes (IHF 2SQ) de 3 Gy (aux jours j1–3–15–17 et 2,5 Gy à j29–31–42–44) consistant en un hypofractionnement avec des arrêts programmés de traitement et une chimiothérapie concomitante [5]. La question du contrôle cystoscopique et biopsique intermédiaire « à mi-dose » (en fait à 40–45 Gy) d'irradiation est encore largement débattue. Cette évaluation comporte un scanner et une cystoscopie avec, soit une cartographie biopsique systématique, soit une biopsie en cas de tumeur visible couplée à une cytologie urinaire. Cette évaluation doit objectiver une réponse complète définie par une absence de tumeur visible et de cellules tumorales avant de poursuivre la radiothérapie à pleine dose. La chimiothérapie concomitante associe généralement fluorouracile et cisplatine ou cisplatine seul [6,7].

L'évaluation de la réponse au traitement initial

La réponse au traitement initial est un critère pronostique essentiel. L'absence de réponse complète est associée à l'apparition de métastases à cinq ans : de 48 % contre 21 % en cas de réponse complète [2] avec une survie globale à cinq ans de 29 % contre 73 % en cas de réponse complète [8].

En l'absence de réponse complète, une cystectomie de sauvetage est indiquée, dans le cas contraire une surveillance est instaurée.

La surveillance

La surveillance recherchera des récurrences pelviennes, des métastases à distance et, avec un risque moindre, l'apparition de tumeurs de la voie excrétrice supérieure [9]. L'évolution métastatique en l'absence de récurrence locale est de l'ordre de 15 % à cinq ans et on estime aussi qu'environ 20 % des patients auront une cystectomie au cours de la surveillance après réponse complète [10]. La surveillance spécifique par cystoscopie et cytologie urinaire est habituellement trimestrielle pendant un an, puis semestrielle pendant cinq ans puis annuelle [9]. En cas de récurrence, le

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3823422>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3823422>

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