



Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



ARTICLE ORIGINAL

Valeur pronostique du curage ganglionnaire lors des cystectomies totales pour cancer de la vessie[☆]

Prognostic value of lymph node dissections in bladder cancer treated with radical cystectomy

G. Braud, S. Battisti, G. Karam, O. Bouchot, J. Rigaud*

Clinique urologique, CHU Hôtel-Dieu, 1, place Alexis-Ricordeau,
44093 Nantes cedex, France

Reçu le 24 février 2008 ; accepté le 28 février 2008
Disponible sur Internet le 18 avril 2008

MOTS CLÉS

Cancer de vessie ;
Cystectomie ;
Ganglion ;
Curage ;
Envahissement

Résumé

Objectif. – Le but de notre étude rétrospective a été d’analyser l’impact de l’envahissement ganglionnaire sur les résultats carcinologiques de la cystectomie totale pour cancer de vessie.

Matériel et méthodes. – De 1988 à 2002, 192 patients ont eu une cystectomie totale pour cancer de vessie. Un curage ganglionnaire a été réalisé chez 144 patients (75%). Le curage a été ilio-obturateur bilatéral chez 130 patients et étendu aux axes iliaques chez 14 patients.

Résultats. – Le curage ganglionnaire n’a pas influencé la morbidité médicale ni chirurgicale. Un envahissement ganglionnaire a été mis en évidence dans 35,4% des cas (51/144). Une effraction tumorale de la capsule ganglionnaire a été notée chez 70,6% (36/51) des patients pN+. Un envahissement ganglionnaire a été noté chez 16,7% des patients pT0, chez 0% des pTa, pTis, pT1 et chez 40, 47 et 48% des stades pT2, pT3 et pT4, respectivement. Le suivi moyen a été de 40,3 ± 3,5 mois (médiane : 26,6 mois; extrêmes 0–207 mois). La survie globale, spécifique et sans récurrence ont été significativement influencées par l’envahissement ganglionnaire ($p < 0,0001$, $p < 0,0001$, $p < 0,0001$, respectivement) et l’effraction capsulaire ($p = 0,0021$, $p = 0,0027$, $p = 0,0113$ respectivement).

Conclusion. – L’envahissement ganglionnaire et à fortiori le dépassement capsulaire ont été des facteurs pronostiques significatifs de survie globale, spécifique et sans récurrence.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

[☆] Niveau de preuve : 5.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jrigaud@chu-nantes.fr (J. Rigaud).

KEYWORDS

Bladder cancer;
Urothelial tumor;
Cystectomy;
Lymph node
dissection

Summary

Objective. – The objective of this retrospective study was to analyse the impact of lymph node invasion on survival after radical cystectomy for bladder cancer.

Material and methods. – From 1988 to 2002, 192 patients underwent radical cystectomy for bladder cancer. Lymph node dissection was performed in 144 patients (75%) with bilateral pelvic lymph node dissection in 130 patients and extension to iliac chains in 14 patients.

Results. – Lymph node dissection had no impact on medical or surgical morbidity. Lymph node invasion was demonstrated in 35.4% of cases (51/144). Tumour effraction of the lymph node capsule was reported in 70.6% (36/51) of pN+ patients. Lymph node invasion was reported in 16.7% of pT0 patients, 0% of pTa, pTis, pT1 patients and 40, 47 and 48% of pT2, pT3 and pT4 patients, respectively. The mean follow-up was $40,3 \pm 3,5$ months (median: 26,6; range 0–207 months). Overall, specific and recurrence-free survivals were significantly influenced by lymph node invasion ($p < 0,0001$, $p < 0,0001$, $p < 0,0001$, respectively) and capsular effraction ($p = 0,0021$, $p = 0,0027$, $p = 0,0113$, respectively).

Conclusion. – Lymph node invasion and especially capsular effraction were significant prognostic factors of overall specific and recurrence-free survival.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

En France, le cancer de vessie occupe la sixième place en nombre de cas par an, il est responsable de 3% des décès par cancer dont 75% chez l'homme. Le carcinome vésical est typiquement un cancer de l'homme âgé de 50 à 70 ans. Lors du diagnostic initial, 70% des tumeurs sont superficielles, 25% des tumeurs sont infiltrantes et 5% des tumeurs sont d'emblée métastatiques.

La cystectomie totale à ciel ouvert associée à un curage ganglionnaire ilio-obturateur bilatéral est le traitement recommandé par le comité de cancérologie de l'association française d'urologie pour les tumeurs urothéliales infiltrant le muscle vésical. De même en cas de récurrence tumorale superficielle de haut grade, résistante à un traitement endoscopique bien conduit associé à un traitement par immunothérapie ou chimiothérapie endovésicale, la cystectomie totale peut être indiquée [1].

Le curage ganglionnaire est indispensable pour définir le stade tumoral et donc le pronostic. Il permet également de discuter un éventuel traitement adjuvant à la cystectomie en cas d'envahissement ganglionnaire. Cependant, au delà de sa valeur pronostic, certains auteurs évoquent la valeur curative du curage et de son impact sur la survie spécifique [2,3]. Certaines équipes recommandent désormais, en conséquence, un curage ganglionnaire étendu aux axes iliaques internes et primitifs, voire remontant au dessus de la bifurcation aortique [4,5].

Le but de notre étude a été de réaliser une évaluation rétrospective des résultats carcinologiques des cystectomies pour cancer de vessie en fonction de l'envahissement ganglionnaire. Nous avons évalué l'impact de l'envahissement ganglionnaire et de l'effraction de capsule ganglionnaire sur la survie globale, spécifique et sans récurrence.

Matériel et Méthodes**Population**

Les dossiers de 220 patients ayant eu une cystectomie totale entre 1987 et 2002, dans notre service, ont été revus

rétrospectivement. Vingt-huit patients ont été exclus du fait que la cystectomie a été partielle ou réalisée pour un autre cancer locorégional. Par conséquent, 192 dossiers de patients ayant eu une cystectomie totale pour cancer de vessie ont été analysés. Notre étude a porté sur les 144 patients ayant eu un curage ganglionnaire afin d'évaluer la valeur pronostic de l'envahissement ganglionnaire.

Les hommes ont représenté 82,6% (119) de la population. Le sexe ratio a été de 4,8 hommes pour une femme.

L'âge moyen au moment de l'intervention a été de $64 \pm 9,2$ ans (médiane 64,7 ans; extrêmes 31,7–84,3 ans). Parmi les patients, 89,6% avaient moins de 75 ans lors de la chirurgie. La répartition des scores ASA en préopératoire a été : 34 patients ASA 1, 67 patients ASA 2, 42 patients ASA 3 et un patient ASA 4. Le groupe des patients ayant un score ASA 1 ou 2 a représenté 70,1% de notre population et le groupe ayant un score ASA 3 ou 4 a représenté 29,9%.

Prise en charge chirurgicale

L'indication de cystectomie totale a été la présence d'une tumeur superficielle résistante au traitement endoscopique, associé aux instillations de chimiothérapie ou de BCGthérapie, dans 27,3% des cas et la présence d'une tumeur infiltrante au moins pT2 dans 72,6% des cas. Un antécédent de radiochimiothérapie a été noté dans 0,7% des cas (1) et une chimiothérapie néoadjuvante a été réalisée dans 3,5% des cas (5).

La cystectomie totale avec curage ganglionnaire a été effectuée par un praticien « senior » dans 75% des cas et par un « chef de clinique » dans 25% des cas. Sur l'ensemble de la population, 53,5% ont été opérés après 1995.

Le type d'intervention a été une cystoprostatectomie dans 79,1% des cas (114), une cystectomie totale avec conservation de la coque prostatique dans 3,5% des cas (5) et une pelvectomie antérieure dans 17,4% (25). Une dérivation urinaire externe a été effectuée dans 70,1% des cas (101), le plus fréquemment une dérivation trans-iléale selon Bricker. Une entérocystoplastie a été réalisée dans 29,9% des cas (43).

Une chimiothérapie adjuvante a été réalisée chez 41 patients (28,6%). L'indication d'une chimiothérapie

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3825964>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3825964>

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