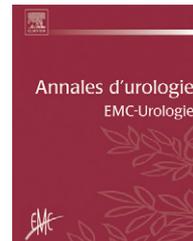




disponible en ligne sur www.sciencedirect.com



journal homepage: www.elsevier.com/locate/anndur



Traitement conservateur des tumeurs des voies excrétrices supérieures

Conservative treatment of upper urinary tract tumors

M.-E. Jabbour^a, A.-D. Smith^b

^a Hôpital Saint-George, Université de Balamand, B.P. 166 378, Achrafieh, Beyrouth 1100 2807, Liban

^b Long Island Jewish Medical Center, 270-05 76th Avenue, New Hyde Park, NY 11042, États-Unis

MOTS CLÉS

Tumeur urothéliale ;
Rein ;
Urètre ;
Uréteroscopie
percutanée

Résumé Les tumeurs urothéliales de la voie excrétrice supérieure possèdent un comportement biologique comparable à celui des tumeurs de la vessie. Les tumeurs papillaires superficielles évoluent rarement vers une maladie invasive, et ceci malgré un taux parfois élevé de récurrence. Le développement de techniques endo-urologiques a permis d'aborder les tumeurs des voies excrétrices de la même façon que les tumeurs de la vessie. Une résection endoscopique de la tumeur est réalisable d'une façon sûre et efficace par urétéroscopie ou par néphroscopie selon la localisation et la taille, et avec un risque limité d'essaimage tumoral. Une attitude conservatrice est adoptée dans le cas de tumeurs superficielles (Ta, T1), de bas grade, sans compromettre le pronostic ou la survie des patients. Pour les tumeurs invasives > T2 ou de haut grade, la néphro-urétérectomie reste le traitement de choix. Le BCG utilisé en intrapyélique après résection percutanée de la tumeur réduit le taux de récurrence des tumeurs urothéliales quel que soit le grade. Finalement, la littérature et l'expérience personnelle ont démontré que les facteurs qui influencent d'une façon indépendante la survie des patients porteurs d'une tumeur urothéliale de la voie excrétrice sont le grade et le stade de la tumeur. © 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Transitional cell carcinoma;
Urothelial tumour;
Kidney;
Ureter;
Percutaneous ureteroscopy

Abstract The histological appearance and the clinical behaviour of upper urinary tract urothelial tumours are almost identical to those of the bladder. Superficial papillary tumours rarely progress and turn to invasive disease despite a high frequency of recurrence. Technical developments in the endourology field have allowed full endoscopic access to upper tract tumours. Endoscopic resection or ablation of the tumour can be undertaken safely and effectively through ureteroscopy or percutaneous nephroscopy with low risk of extra-renal tumour seeding. For superficial (Ta, T1), low grade (I, II) tumours, a conservative approach can be selected without compromising survival and prognosis. For muscle invasive > T2 or high grade (III) tumours, nephroureterectomy remains the treatment of choice. Intracavitary BCG used after percutaneous resection reduces the risk of recurrence of upper tract urothelial tumours regardless of the grade. Finally, the world literature and our personal experience have shown that the tumour grade and stage are the two independent factors that affect survival of patients with upper urinary tract tumours. © 2006 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Introduction

La néphro-urétérectomie avec exérèse de collerette vésicale a toujours été le traitement de choix des tumeurs urothéliales du haut appareil urinaire¹. Cette chirurgie radicale a été justifiée depuis sa première description par Kimball et Ferris² en 1934 jusqu'à maintenant en raison de la multifocalité et du taux élevé de récurrence de ces tumeurs^{3,4}. La discussion a effectivement débuté en 1945 à la suite de la publication d'un travail de Vest⁵. Celui-ci, à l'occasion de trois observations personnelles, a remis en question le principe généralement admis de la néphro-urétérectomie totale pour toute tumeur de la voie excrétrice supérieure, quels que soient le siège et le type histologique : « Si toutes les investigations cliniques et paracliniques indiquent que la tumeur est bénigne et localisée, la néphro-urétérectomie de routine est inutile. L'exérèse d'un rein innocent pour traiter un papillome urétéral unique et bénin est sans nul doute un bien cruel mode de traitement ... La néphro-urétérectomie ne doit pas être le procédé systématique de traitement de toutes les tumeurs de l'uretère »⁵. Après avoir traité d'une façon conservatrice trois cas de tumeur des voies excrétrices, Gibson⁶ affirmait en 1967 que la doctrine de néphro-urétérectomie totale pour toute tumeur urothéliale du haut appareil urinaire était aussi illogique qu'une cystectomie totale pour une lésion solitaire résecable de la vessie. Les limitations de l'endoscopie du haut appareil urinaire, contrairement à celle de la vessie, ont rendu difficile le suivi endoscopique à la recherche de récurrences après chirurgie conservatrice du haut appareil⁷⁻⁹. Le développement des techniques de plus en plus sophistiquées de l'endo-urologie pour le traitement des affections bénignes, et surtout lithiasiques de l'uretère et du système pyélocaliciel, a ouvert la porte à l'application de ces techniques dans le traitement des tumeurs urothéliales du haut appareil urinaire¹⁰. L'amélioration en matière d'optique, de qualité d'image, de calibre et de flexibilité des urétéroscopes et des néphroscopes en plus de la possibilité de résection par courant électrique ou fulguration au laser a permis d'aborder les tumeurs urothéliales des voies excrétrices de la même façon que les tumeurs urothéliales de la vessie¹¹. Le traitement conservateur s'impose dans les cas de rein unique, d'insuffisance rénale et de tumeurs bilatérales. La néphro-urétérectomie aboutit dans ces cas à un état anéphrique ou d'insuffisance rénale avancée qui nécessitera une hémodialyse⁴. Il est évident que l'hémodialyse chronique s'associe à un taux de mortalité et de morbidité assez significatif : la survie à 5 ans des hémodialisés âgés de 65 à 74 ans ne dépasse pas 20 %¹². Le traitement conservateur est aussi fortement souhaité chez les patients porteurs de néphropathie des Balkans, chez qui les tumeurs des voies excrétrices présentent un risque élevé de bilatéralité^{13,14}. Toutes ces situations et l'éventuel besoin d'une chimiothérapie néphrotoxique pour contrôler les stades avancés de la maladie remettent en question la nécessité absolue de traiter toute tumeur des voies excrétrices par néphro-urétérectomie.

Épidémiologie

Les tumeurs urothéliales des voies excrétrices représentent seulement 5 % des tumeurs urothéliales et 10 % environ des tumeurs rénales. Les tumeurs de l'uretère sont de deux à quatre fois moins fréquentes que celles du système pyélocaliciel¹⁵. Ces tumeurs surviennent le plus fréquemment chez des personnes âgées de 50 à 70 ans et rarement avant l'âge de 40 ans¹³. Le tiers des tumeurs est multifocal ; elles sont bilatérales simultanément dans 1 % des cas, et d'une façon métachrone dans 2 à 9 %. De 2 à 4 % des patients avec des tumeurs urothéliales de la vessie développent des tumeurs de la voie excrétrice supérieure, alors que le risque d'avoir une tumeur de la vessie après une tumeur de la voie excrétrice atteint de 30 à 50 %¹⁶.

Le facteur de risque principal est le tabac. Les autres facteurs prédisposant incluent les analgésiques, l'exposition à des produits chimiques, pétrochimiques (asphalte, goudron) et plastiques à base d'aniline, et le traitement par cyclophosphamide¹⁰.

Histoire naturelle des tumeurs urothéliales

Les tumeurs urothéliales du haut appareil urinaire ont un comportement biologique semblable à celui des tumeurs de la vessie¹⁷. Les tumeurs papillaires superficielles évoluent rarement vers une maladie invasive, et ceci malgré un taux relativement élevé de récurrence¹⁸. La théorie expliquant l'invasion des tumeurs urothéliales par une transformation avec le temps d'un état superficiel à un état invasif a été rejetée. Jones et Droller¹⁸ ont trouvé deux lignées tumorales distinctes qui vont aboutir soit à des tumeurs superficielles, soit à des tumeurs invasives. Ils parlent de « prolifération » ou de « progression ». Des transformations génétiques et biochimiques vont dicter très tôt à la cellule tumorale une attitude proliférative superficielle ou une autre attitude plus agressive. Quatre-vingt-dix pour-cent des tumeurs invasives de la vessie le sont dès leur première manifestation, alors que seulement 10 % des tumeurs invasives étaient superficielles initialement et deviennent invasives à une étape ultérieure^{19,20}. Le grade et le stade de la tumeur superficielle initiale représentent les facteurs les plus importants pour le potentiel de transformation de ces tumeurs^{3,8}.

Point fort

Classification de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) 1998 pour les tumeurs urothéliales²¹

- Tumeur avec un potentiel bas de malignité : équivalente au grade 1 (OMS 1973)
- Carcinome urothélial de bas grade : équivalent au grade 2 (OMS 1973)
- Carcinome urothélial de haut grade : équivalent au grade 3 (OMS 1973)

Le National Bladder Cancer Group a étudié la progression des tumeurs urothéliales superficielles avec un potentiel bas de malignité (grade 1) et a trouvé que le taux de progression vers une maladie invasive ne dépasse pas 2 %, ceci

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4267840>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4267840>

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