

# Les instillations pour le traitement des tumeurs de la voie excrétrice urinaire supérieure : pour qui, comment ?



F. Audenet

*Instillations for the treatment of upper urinary tract urothelial carcinomas: For which patients and how to do it?*

<sup>a</sup>Service d'urologie, hôpital européen Georges-Pompidou, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, université Paris-Descartes, 75015 Paris, France

<sup>b</sup>Service d'urologie, faculté de médecine Pierre-et-Marie-Curie, hôpital Pitié-Salpêtrière, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, groupe hospitalo-universitaire Est, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

F. Audenet <sup>a</sup>  
M. Rouprêt <sup>b</sup>

## RÉSUMÉ

Les tumeurs urothéliales des voies excrétrices urinaires supérieures (TVEUS) peuvent faire l'objet d'un traitement conservateur, dans le cadre d'indications électives ou impératives. Afin de diminuer le risque de récurrence et de progression, ce traitement peut être complété par des instillations endocavitaires, principalement de mitomycine C ou de BCG à l'instar de ce qui se fait dans la vessie avec les tumeurs n'infiltrant pas la musculature (TVNIM). Deux techniques d'instillation des voies urinaires supérieures ont été décrites : la voie antérograde à travers une sonde de néphrostomie et la voie rétrograde en créant un reflux vésico-urétéral par la mise en place d'une sonde double J. Ces techniques sont réalisables sans risque majeur pour le patient. Les quelques données de la littérature rapportent une efficacité de l'instillation du BCG avec près de 50 % de guérison définitive après traitement de lésions cis, alors que l'effet sur la récurrence des lésions Ta/T1 semble moins évident. Toutefois ces résultats sont à envisager avec prudence car il s'agit de séries de cas limités avec un faible niveau de preuve.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## SUMMARY

*Urothelial carcinoma of the upper urinary tract (UUT-UC) can be treated with a nephron-sparing strategy, for elective or imperative indications. To reduce the risk of recurrence and progression, this treatment can be supplemented by intracavitary instillation, mainly mitomycin C and BCG as it can be done in non-muscle-invasive bladder cancer (NMIBC). Two techniques have been described in the literature: antegrade perfusion through a nephrostomy tube or retrograde perfusion using vesicoureteral reflux created by a double J stent. Adjuvant topical therapy seems to be safe. The few literature data report an efficacy of BCG with nearly 50% of complete cure after treatment for cis lesions, whereas the effects on recurrence for Ta/T1 lesions are less obvious. However the level of evidence is low, as we deal mainly with retrospective case series.*

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Mots clés

Carcinome urothélial  
Bassinets  
Uretère  
Traitement adjuvant  
Instillation  
BCG

## Keywords

*Urothelial carcinoma  
Upper urinary tract  
Renal pelvis  
Ureter  
Adjuvant therapy  
Instillation  
BCG*

## Auteur correspondant.

**M. Rouprêt,**  
Service d'urologie, faculté de médecine Pierre-et-Marie-Curie, hôpital Pitié-Salpêtrière, Assistance publique–Hôpitaux de Paris, groupe hospitalo-universitaire Est, 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France.  
Adresse e-mail :  
morgan.roupret@psl.aphp.fr

## INTRODUCTION

Les tumeurs urothéliales des voies excrétrices urinaires supérieures (TVEUS) sont des tumeurs rares avec une incidence de un à deux cas pour 100 000 habitants et par an. Le traitement de référence est la néphro-urétérectomie avec exérèse de la collerette vésicale afin de prévenir le risque de récurrence sur le moignon urétéral, estimé entre 30 et 75 % [1]. Cependant, les progrès technologiques des urétéroscopes permettent actuellement d'envisager une approche conservatrice. Ainsi, les patients ayant une tumeur bilatérale, une tumeur sur rein unique, une insuffisance rénale chronique ou des comorbidités pour lesquels la néphro-urétérectomie conduit à la dialyse sont-ils candidats à des traitements conservateurs. Par ailleurs, chez les patients ayant une tumeur n'infiltrant pas le muscle, de petite taille, de bas grade, avec une voie excrétrice controlatérale normale, on peut également concevoir un traitement conservateur avec des résultats carcinologiques acceptables [1]. Les facteurs pronostiques des TVEUS sont comparables à ceux des tumeurs de vessie et sont associés au risque de récurrence et de progression. Les données de la littérature montrent un taux de récurrence de 60 % avec une survie médiane sans récurrence de dix mois, obligeant à une surveillance endoscopique prolongée [2]. Afin de diminuer ce risque, inhérent aux tumeurs urothéliales, il existe un intérêt grandissant pour l'instillation d'un traitement adjuvant dans la voie excrétrice supérieure. Bien que l'efficacité du bacille de Calmette et Guérin (BCG) ou de la mitomycine C soit établie depuis longtemps dans les tumeurs de vessie n'infiltrant pas la musculuse (TVNIM) à haut risque de récurrence ou de progression, leur utilisation dans les TVEUS est encore en évaluation [3].

L'objectif de cette mise au point était de présenter les indications, les modalités techniques et les résultats des instillations dans les TVEUS.

## HISTORIQUE ET INDICATIONS

La première instillation dans les voies excrétrices urinaires supérieures a été rapportée en 1985 : il s'agissait d'un patient avec un rein unique pelvien qui avait été traité pour une TVEUS envahissant le muscle par exérèse large du pyélon et de la totalité de l'uretère avec réalisation d'une anastomose pyélo-vésicale [4]. En raison d'une marge positive avec du carcinome in situ (cis), le patient avait reçu six instillations hebdomadaires de BCG en intravésical. Lors de la surveillance ultérieure, les cytologies urinaires étaient restées négatives après plus 14 mois.

En 1987, Smith et al. ont publié les résultats d'une première série de neuf patients traités pour TVEUS n'infiltrant pas le muscle par exérèse percutanée de la lésion, associée à des instillations adjuvantes de

BCG [5]. Depuis, plusieurs équipes ont rapporté l'utilisation d'instillations de BCG ou de mitomycine C, soit à visée curative pour des lésions Tis, soit en traitement adjuvant après l'exérèse ou la photovaporisation de lésions Ta/T1. Néanmoins, les données de la littérature représentent au total moins de 300 patients traités par instillations endocavitaires dans le cadre de TVEUS et il n'existe aucune étude prospective randomisée ayant évalué son efficacité compte-tenu de la rareté de ces tumeurs.

## TECHNIQUES D'INSTILLATION DES VOIES EXCRÉTRICES URINAIRES SUPÉRIEURES

En comparaison avec les instillations vésicales, la principale difficulté du traitement des voies excrétrices urinaires supérieures est d'obtenir une durée d'exposition de la zone à traiter suffisante pour avoir une action antitumorale. Pour améliorer le temps de contact entre le produit instillé et la muqueuse urothéliale, deux principales techniques ont été décrites.

### Instillation antégrade par néphrostomie percutanée [6]

La première étape consiste à mettre en place une sonde de néphrostomie du côté de la lésion. Les instillations sont pratiquées par la sonde de néphrostomie après avoir éliminé une bactériurie et s'être assuré qu'il n'existe pas d'obstacle, par opacification antérograde sous contrôle scopique. Un flacon de 360 mg de BCG Pasteur® ou de 243 mg d'ImmuCyst® dilué dans 150 mL de sérum physiologique est placé 20 cm au-dessus du niveau du rein, patient positionné en décubitus dorsal. Le produit est instillé avec un débit de 1 mL/min de manière à avoir une perfusion continue dans les voies

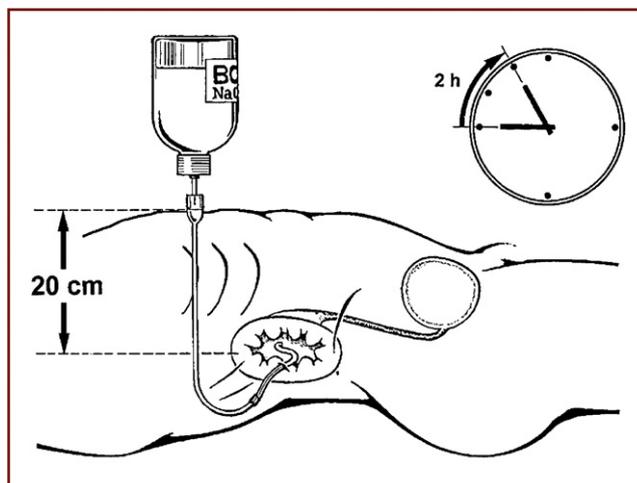


Figure 1. Technique d'instillation antégrade à travers une sonde de néphrostomie.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4273815>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4273815>

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