



Université 3 de Constantine
Faculté de Médecine



Année 2015

THESE

Pour l'obtention du grade de Doctorat en Sciences Médicales

Traitement chirurgical radical de tumeurs de vessie infiltrant le muscle chez l'homme

Présentée et soutenue publiquement le 26 Octobre 2015

Par

Docteur Riad SAYOUD
Maître assistant en Urologie

- Pr. Abderahmane ATTAR Président Urologue faculté de médecine d'Oran
- Pr. Abderrezak DAHDOUH Directeur Urologue faculté de médecine de Constantine
- Pr. Hamouda ACHOUR Membre Anatomie pathologique faculté de médecine de Constantine
- Pr. Mansour KHELAFI Membre Urologue faculté de médecine d'Alger
- Pr. Nadir BOUSSOUF Membre Epidémiologue faculté de médecine de Constantine

Sommaire

1. INTRODUCTION	7
2. DONNEES DE LA LITTERATURE	11
2.1. Historique	12
2.2. Epidémiologie et facteurs de risque.....	13
2.2.1. Epidémiologie :.....	13
2.2.2. Facteurs de risque :	15
2.3. Rappel anatomique	17
2.4. Anatomie pathologique :.....	22
2.4.1. Histologie :.....	22
2.4.2. Classification TNM (UICC 2002) :.....	26
2.5. Histoire naturelle et pronostic :	30
2.5.1. Tumeurs n'infiltrant pas le muscle (TVNIM) :	30
2.5.2. Tumeurs infiltrant le muscle (TVIM) :.....	31
2.6. Diagnostic :.....	32
2.6.1. Hématurie :.....	32
2.6.2. Troubles mictionnels :	32
2.6.3. Manifestations liées à l'extension loco- régionale ou à distance :.....	33
2.6.4. Dépistage par cytologie urinaire en cas d'exposition professionnelle :.....	33
2.6.5. Fortuite :.....	33
2.6.6. Cystoscopie :.....	33
2.6.7. L'examen clinique :.....	33
2.7. Prise en charge thérapeutique :.....	33
2.7.1. Tumeur de vessie n'infiltrant pas le muscle (TVNIM) :	33
2.7.2. Tumeur infiltrant le muscle (TVIM) au stade localisé :.....	36
2.8. Techniques chirurgicales	42

2.8.1.	CYSTO-PROSTATECTOMIE par chirurgie à ciel ouvert	42
2.8.2.	CYSTO-PROSTATECTOMIE laparoscopique.....	60
3.	PATIENTS ET METHODES.....	62
3.1.	Type de l'étude.....	63
3.2.	Population étudiée	63
3.2.1.	Critères d'inclusion.....	63
3.2.2.	Critères de non inclusion.....	63
3.3.	Paramètres étudiés	63
3.3.1.	Avant l'intervention.....	64
3.3.2.	Paramètres pér opératoires	64
3.3.3.	Paramètres postopératoires	64
	<i>Données anatomopathologiques</i>	64
	<i>Traitements associés</i>	65
3.4.	Critères d'évaluation	65
3.4.1.	Résultats fonctionnels.....	65
3.4.2.	Résultats carcinologiques et survie	65
3.5.	Déroulement de l'étude	66
3.5.1.	1 ^{ère} étape : recrutement des patients.....	66
3.5.2.	2 ^{ème} étape : évaluation des patients.....	66
3.5.3.	3 ^{ème} étape : prise en charge chirurgicale.....	67
3.5.4.	4eme étape : suivi	69
3.6.	Analyse des données	70
4.	RESULTATS	71
4.1.	Patient	72
4.1.1.	Age.....	72
4.1.2.	Antécédents pathologiques	72
4.1.3.	Antécédents de tabagisme	73

4.1.4.	Mode de découverte de la tumeur de vessie.....	73
4.1.5.	Délai entre l'apparition des symptômes et la consultation	74
4.1.6.	Antécédents personnels de tumeur de vessie	74
4.1.7.	Traitements antérieurs.....	75
4.2.	Bilan pré- opératoire	75
4.2.1.	Données de la RTUV	75
4.2.2.	Bilan para clinique	78
4.3.	Technique chirurgicale	80
4.3.1.	Le type d'intervention	80
4.3.2.	Différents types de dérivations urinaires	81
4.3.3.	Nécessité de transfusions péri opératoires.....	82
4.3.4.	Facteurs influençant la nécessité de transfusion	82
4.3.5.	Durée opératoire	84
4.3.6.	Durée de séjour	85
4.3.7.	Traitements adjuvants.....	85
4.4.	Résultats anatomopathologiques	86
4.4.1.	Types histologiques définitifs	86
4.4.2.	Lésions histologiques associées	86
4.4.3.	Type de lésions histologiques associées	87
4.4.4.	Grade définitif	87
4.4.5.	Emboles vasculaires.....	88
4.4.6.	Cancers associés	88
4.4.7.	Types de cancers associés	89
4.4.8.	Stade pathologique	89
4.4.9.	Comparaison entre stade pré- opératoire (RTUV) et stade après cystectomie.....	90
4.4.10.	Statut ganglionnaire définitif.....	91
4.4.11.	Statut prostatique	92

4.4.12.	Tumeur de la voie excrétrice supérieure	93
4.5.	Résultats post-opératoires	94
4.5.1.	Suivi des patients.....	94
4.5.2.	Mortalité et morbidité	94
4.5.3.	Continence.....	96
4.5.4.	Fonction érectile.....	97
4.5.5.	Survie	98
4.5.6.	Reprise évolutive	106
4.5.7.	Evolution tumorale au niveau du haut appareil urinaire	107
5.	DISCUSSION.....	108
5.1.	Limites de l'étude	109
5.2.	Caractéristiques de la population	110
5.2.1.	Age.....	110
5.2.2.	Antécédent de tumeur de vessie	110
5.2.3.	Intoxication tabagique.....	111
5.3.	Diagnostic	111
5.3.1.	Clinique.....	111
5.3.2.	Examens Radiologiques.....	112
5.3.3.	Résection endoscopique	112
5.4.	Indications de la cystoprostatectomie	113
5.5.	Evaluation préopératoire	114
5.5.1.	Hydronéphrose.....	114
5.5.2.	Bilan radiologique.....	114
5.6.	Indications des enterocystoplasties de remplacement	115
5.6.1.	Evaluation de l'urètre	115
5.6.2.	Envahissement ganglionnaire	116
5.7.	Indications des dérivations cutanées	116

5.8.	Mortalité et morbidité après cystoprostatectomie	117
5.8.1.	Mortalité péri-opératoire :	117
5.8.2.	Morbidité précoce (<30 jours et /ou durant l'hospitalisation)	118
5.8.3.	Facteurs prédictifs de morbidité précoce	120
5.8.4.	Morbidité tardive (au-delà de 30 jours post- opératoire).....	123
5.9.	Résultats anatomopathologiques	124
5.9.1.	Discordance entre stades pathologiques à la RTUV et à la cystectomie.....	124
5.9.2.	Envahissement ganglionnaire	125
5.9.3.	Découverte de cancer de la prostate sur pièce de cystoprostatectomie	125
5.9.4.	L'urétréctomie :	126
5.9.5.	Tumeur de la voie excrétrice supérieure associée	127
5.10.	Résultats fonctionnels	128
5.10.1.	Continence.....	128
5.10.2.	Fonction érectile.....	130
5.11.	Survie	130
5.11.1.	Survie globale	130
5.11.2.	Survie spécifique	131
5.11.3.	Facteurs pronostiques de survie	132
6.	PERSPECTIVES	136
6.1.	PLACE DES MARQUEURS TUMORAUX.....	137
6.2.	THERAPEUTIQUES MEDICAMENTEUX.....	139
7.	RECOMMANDATIONS	141
8.	CONCLUSION.....	144
9.	ANNEXES	147
10.	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	164
11.	ABREVIATIONS	179
12.	GLOSSAIRE.....	181

13.	LISTES DES TABLEAUX	183
14.	LISTES DES FIGURES.....	187

Résumé

Introduction : Lors du diagnostic initial, 70% des tumeurs urothéliales sont au stade non infiltrant le muscle, 25% sont invasives et 5% des tumeurs sont au stade métastatique. Au cours de l'évolution, 60 à 70% des tumeurs non infiltrant le muscle vont récidiver et 10 à 20% vont progresser.

Selon les données de la littérature, les survies globales et spécifiques à 5 ans pour les tumeurs \leq pT2b N0 varient de 53 à 89% et pour les tumeurs \geq pT3a N0 de 31 à 71%.

Le but de l'étude est d'évaluer les résultats carcinologiques et fonctionnels de la cystoprostatectomie dans le traitement radical du cancer infiltrant de la vessie.

Patients et méthode : Il s'agit d'une étude prospective de 77 patients ayant subi une cystoprostatectomie radicale pour tumeur de vessie au service d'urologie de la clinique rénale Daksi Constantine entre 01/04/2004 et 28/11/2011.

La durée moyenne de suivi des patients est de $21 \pm 19,8$ mois avec extrêmes de 02 à 94 mois.

Résultats : L'âge moyen est de $57 \pm 10,59$ ans. L'intoxication tabagique est retrouvée chez tous les patients.

Lors de la résection diagnostique, 88,3% des patients ont une tumeur infiltrant le muscle et 11,7% une tumeur non infiltrant le muscle.

Le délai moyen entre le diagnostic posant l'indication opératoire et le geste est de $10 \pm 5,2$ semaines.

On a réalisé 77 cystoprostatectomie avec une néphro- urétérectomie associée chez 01 patient.

15,58% ont bénéficié d'une dérivation urinaire par vessie de remplacement type Studer, 77,92% d'une urétérostomie cutanée trans iléale type Bricker.

12,16% des patients ont présenté des cancers associés : 7 cas de cancer de la prostate, 1 cas de carcinome urothélial du haut appareil urinaire.

La mortalité pér-opératoire dans est de 0%. La mortalité précoce : un seul patient (1,3%).

La morbidité précoce est de 26%. Taux d'impuissance est de 89,6%.

La continence diurne en cas de vessie de remplacement est de l'ordre 75% avec une fréquence mictionnelle de 4 à 4,6 fois et sans fuites gênantes.

La survie globale à 5 ans est de 28,6%. La survie spécifique à 5 ans tous stades confondus est de 84,8%.

Conclusion : La cystectomie totale est le traitement de référence des tumeurs de vessie infiltrant le muscle. Ces résultats démontrent la faisabilité de la cystoprostatectomie et les bienfaits de cette méthode thérapeutique.

Mots clés : cancer de vessie, cystectomie totale, curage ganglionnaire, incontinence urinaire, survie.