


Indications et Résultats des Cystectomies Totales au CHU Le Luxembourg de Bamako

A Diarra, A Tsayem, M Kouma, B Sissoko, MM Keita, H Simido 

De Service d'Urologie, CHU Luxembourg, Mali

Corresponding author, email: dralkadri@yahoo.fr

Introduction. La cystectomie totale est le traitement de référence des tumeurs infiltrantes de vessie de haut grade non métastatiques ainsi que des tumeurs superficielles ayant résisté au traitement par immunothérapie ou par chimiothérapie endovésicale. L'objectif de ce travail était de dégager les indications et résultats de la cystectomie totale au service d'urologie du CHU Le Luxembourg.

Patients et Méthodes. Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive allant de janvier 2017 à décembre 2022 (6 ans), menée au sein du service d'urologie du CHU Le Luxembourg, portant sur 38 patients opérés pour cystectomie totale.

Résultats. 38 patients ont été étudiés sur 833 patients opéré soit une fréquence de 4,6%. Le sex ratio était de 2,5 en faveur des femmes; l'âge moyen était de 50,2 +/- 13,3 ans avec des extrêmes de 27 à 77 ans. Les cystectomies totales étaient toutes réalisées dans des contextes oncologiques, il s'agissait notamment des TVIM dans 94,7% des cas. Le Facteur De Risque (FDR) par excellence était la bilharziose urinaire. Il s'agissait de 71% des cas de pelvectomie antérieure et dans 63,2% des cas de dérivation urinaire de type Bricker. Le carcinome épidermoïde de la vessie, le stade pT3No et le Grade II étaient les plus représentés respectivement à 71%, 36,8% et 50% des cas. La mortalité post opératoire précoce était de 18,4%, les complications post opératoire de Grade I et II selon la Classification de CLAVIEN-DINDO était estimée à 44,7% des cas. On notait 5 cas de récurrence à distance. Ce pendant 52,6% des patients notifiaient à 6 mois post opératoire être satisfait. La fonction érectile était absente chez la totalité des sujets masculins. Le pourcentage de survie à 3 ans était de 41,6% selon l'estimation de Kaplan Meier.

Conclusion. La cystectomie totale est généralement réalisée dans des contextes carcinologiques, sa prise de décision se doit d'être prompte avec une observation stricte du protocole RAAC en péri opératoire. L'obtention des marges d'exérèses saines et un suivi post opératoire rigoureux est le garant d'une survie prolongée à 5 ans en raison des multiples complications auxquelles ces derniers sont exposés.

Mots Clés. Cystectomie totale, Dérivation urinaire, Indications, suivi post opératoire.

Indications and results of total cystectomy to the Luxembourg University Teaching Hospital in Bamako

Introduction: Total cystectomy is the gold standard treatment for non-metastatic high-grade infiltrating bladder tumours, as well as for superficial tumours that have resisted treatment with immunotherapy or endovesical chemotherapy. The aim of this study was to determine the indications and results of total cystectomy in the urology department of CHU Le Luxembourg.

Patients and methods: This was a retrospective, descriptive study from January 2017 to December 2022 (6 years), conducted in the urology department of CHU Le Luxembourg, involving 38 patients operated on for total cystectomy.

Results: 38 patients were studied out of 833 operated patients, representing a frequency of 4.6%. The sex ratio was 2.5 in favour of women; the average age was 50.2 ± 13.3 years, with extremes ranging from 27 to 77 years. Total cystectomies were all performed in oncological contexts, including 94.7% MIBC. The risk factor (FDR) by excellency was urinary bilharziasis. Anterior pelvectomy was performed in 71% of cases, and Bricker-type urinary diversion in 63.2%. Squamous cell carcinoma of the bladder, pT3No stage and Grade II were the most common at 71%, 36.8% and 50% respectively. Early postoperative mortality was 18.4%, Grade I and II postoperative complication according to the CLAVIEN-DINDO classification was estimated at 44.7% of cases. There were 5 cases of distant recurrence. At 6 months post-op, 52.6% of patients reported satisfaction. Erectile function was absent in all male subjects. The 3-year survival percentage was 41.6% according to Kaplan-Meier's estimate.

Conclusion: Total cystectomy is generally performed in oncological contexts, and the decision must be taken promptly, with strict compliance with the RAAC protocol perioperatively. Obtaining healthy excision margins and rigorous postoperative follow-up are the key to prolonged 5-year survival, given the many complications to which these patients are exposed.

Keywords: total cystectomy, urinary diversion, indications, postoperative follow-up.

Introduction

La cystectomie totale est une technique chirurgicale qui consiste en l'ablation de la vessie. Ce terme ne traduit pas parfaitement l'étendu réelle de l'exérèse chirurgicale réalisée par nécessité oncologique, en effet il correspond à une cystoprostatectomie chez l'homme ou une pelvectomie antérieure chez la femme ; suivi de façon incontournable par un curage ganglionnaire ilio-obturateur bilatéral étendu avec plus ou moins une urétrectomie.^{1,2} Il représente le traitement de référence des TVIM non métastatique, qui sous des conditions optimales peut mener à elle seule à des rémissions carcinologiques durables ou définitives. Elle peut être aussi indiquée en cas de TVNIM avec échec du traitement conservateur, de vessie neurologique, ou de tumeur du voisinage envahissant la vessie.³ Après exérèse vésicale, les urines sont dérivées soit vers la peau (Bricker), soit en interne en créant un remplacement orthopédique de la vessie ou néo-vessie (Hautmann).⁴ La voie d'abord par chirurgie ouverte reste le Gold standard, malgré l'avènement de la laparoscopie robot assistée. La mortalité per opératoire et post opératoire précoce est de nos jours très faible (< à 1% et < à 4%), ce pendant elle reste pourvue d'une morbidité importante variant de 30 à 60%.³ La cystectomie totale reste peu documentée dans notre contexte, malgré la fréquence importante des TVIM de par le contexte d'endémie bilharzienne qu'est le nôtre. Nous présentons dans cette étude notre expérience à travers 38 patients colligés au sein du service d'Urologie du centre hospitalier universitaire Le Luxembourg à Bamako. Cette étude avait pour objectif de dégager les indications, résultats et bénéfice de la cystectomie totale. Nous avons abordé dans notre travail les aspects clinique et paraclinique des patients en péri opératoire et le niveau de satisfaction de ceux-ci patients en post cystectomie et le taux de survie.

Patients et méthodes

L'étude s'est déroulée dans le service d'urologie du Centre Hospitalier et Universitaire Le Luxembourg à Bamako. Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive conduite sur une période de 06 ans, entre Janvier 2017 et Décembre 2022. Tous les patients opérés d'une cystectomie totale, avec une indication opératoire bien précise ont été inclus dans notre étude. L'évaluation périopératoire était épidémiologique, clinique, biologique,

anatomopathologique et radiologique. En préopératoire, les caractéristiques étudiées étaient (âge, sexe, score ASA, score ECOG, stade cT, chimiothérapie néoadjuvante, le protocole RAAC) ; en peropératoire (durée d'intervention, durée d'hospitalisation, pertes sanguines, complications, marges d'exérèse, pathologie associée, type de cystectomie totale et de dérivation réalisé, le protocole RAAC) et en post opératoire (le protocole RAAC, données anatomopathologiques de la pièce opératoire, la mortalité, la morbidité / classification de Clavien-Dindo le taux de survie et la qualité de vie).

La Commission médicale d'établissement du CHU Luxembourg qui correspond à l'organe de prise en charge des questions d'éthique et de déontologie a donné son approbation pour la réalisation de l'étude. Le traitement des données ont été réalisé à l'aide des logiciels SPSS version 24.0 et Microsoft Excel et Word 2019.

Resultats

Sur une période de 06 ans, 38 patients correspondant aux critères d'inclusion ont été opérés d'une cystectomie totale avec dérivation urinaire dans notre service. Tous opérés par voie incisionnelle à ciel ouvert.

Données préopératoires

L'âge moyen de nos patients a été de 50,2 +/- 13,3 ans avec des extrêmes de 27 et 77 ans ; le sex ratio était de 2,5 en faveur des femmes (27 femmes et 11 hommes). La bilharziose urinaire ou notion de bilharziose urinaire à l'enfance était le Facteur De Risque (FDR) le plus représenté dans 71,1% des cas, on retrouvait également la consommation de tabac et l'exposition professionnelle pour la teinture. 10 patients soit 23,7% des cas présentaient une IR ; l'HTA et le diabète étaient présents chez 2 patients de façon distincte et tous deux associés chez 1 patient. L'indice de comorbidité de CHARLSON montrait que 50% des patients avaient un score compris entre 3 – 4, et 6 patients avaient un score compris entre 5 et 7. L'hématurie seule a été le motif de consultation dans 52,6% des cas (20 patients) ; elle a été associée à d'autres signes dans 44,8%. Les autres motifs de consultations ont été la douleur hypogastrique (5,3% des cas), les SBAU obstructif (0,6% des cas), les SBAU irritatifs (26,3% des cas) et la sensibilité lombaire (2,6%

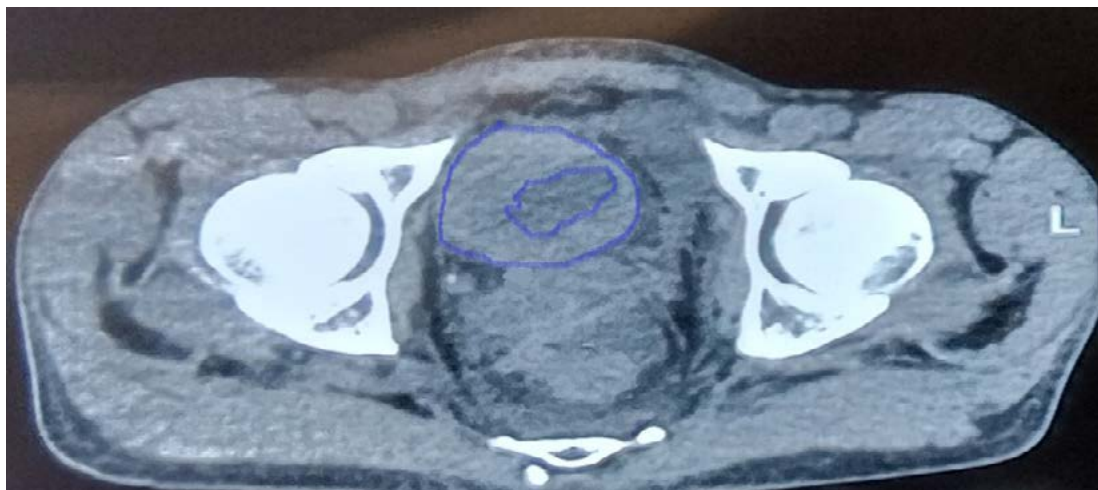


Photo 1 : Aspect TDM d'une tumeur infiltrante de la vessie

des cas). La latence clinique était de minimum 6 mois dans 56% des cas. L'état général de nos patients était globalement conservé avec un score ECOG à 2 pour 21 patients (55,3% des cas) et un score ASA \leq 2 pour 33 patients (86,8% des cas). Une masse pelvienne mobile a été retrouvée chez 26 patients (68,4% des cas), elle était associée à des adénopathies inguinales chez 3 patients. L'échographie a objectivé une masse tissulaire intra vésicale et conclu à une tumeur de vessie chez 35 patients (92,1% des cas). Elle était associée ou non à d'autres anomalies en l'occurrence un retentissement sur le HAU (à type d'UHN) dans 13,2% des cas et une HBP dans 5,3% des cas. La tomodensitométrie réalisée chez tous les patients a permis de préciser que la masse était de localisation antérieure de préférence dans 64,4% des cas (26 patients), avec une atteinte péri-vésicale chez 12 patients (31,6% des cas). La photo 1 présente l'image scanographique d'une tumeur infiltrante de la vessie.

On notait chez 17 patients (44,8% des cas) une atteinte ganglionnaire avec une lésion suspecte de métastase à distance chez 1 patient. La tumeur était unifocale dans la majorité des cas de notre étude, dans 47% des cas (18 patients) elle était unifocale avec un diamètre variant de 5 à 10 cm de grand axe. Le tableau I précise le siège de la tumeur.

Tableau I : Siège de la tumeur dans notre série.

	Effectifs	Pourcentage
Antérieur	10	26,3
Antéro latérale droite	12	31,6
Antéro latérale Gauche	4	10,5
Postérieur	3	7,9
Postéro latérale droite	2	5,3
Trigone vésical	2	5,3
Dôme vésical	3	7,9
Antérieur + Postérieur	1	2,6
Pas de masse à l'imagerie	1	2,6
Total	38	100

La RTUV a été réalisé chez 36 patients, 2 patients étaient adressés pour tumeur du voisinage envahissant la vessie et sous chimiothérapie, elle était profonde dans tous les cas, mais pas toujours complète. Il s'agissait à l'examen anatomopathologique des copeaux de résection, de carcinome épidermoïde dans 69% des cas, avec 1 cas rare de léiomyosarcome ; le stade cT3NoMo et le grade II était majoritaire dans respectivement 36,8% des cas et 55,3% des cas. Le bilan d'opérabilité était sans particularité chez 13 patients, cependant on retrouvait une anémie chez 6 patients (6,5 – 9 g/dl), une hypercréatininémie chez 6 patients (\geq 460 μ mol/l) et une infection urinaire chez 10 patients. La latence chirurgicale était \leq à 8 semaines pour 18 patients et $>$ 12 semaines pour 12 patients. Le protocole RAAC était observé chez tous les patients en préopératoire, et 2 patients de la série ont reçu une chimiothérapie néoadjuvante.

Données peropératoires

Toutes les cystectomies ont été réalisées dans des contextes carcinologiques (36 tumeurs infiltrantes de la vessie et 2 tumeurs du voisinage envahissant la vessie). Tous les patients ont été transfusés (moyenne de 4 poches) en per opératoire et on notait un envahissement iléal chez 2 patients et une duplicité urétérale droite chez 1 patient. Il a été réalisé une pelvectomie antérieure dans 71% des cas et une cystoprostatectomie totale dans 29% des cas, suivi d'un curage ganglionnaire étendu ilio-obturbateur bilatérale dans tous les cas et d'une dérivation urinaire de type Bricker dans 63,2% des cas (24 patients) ou Hautmann dans 36,8% des cas (14 patients). Les photos 2 et 3 montrent un aperçu de pelvectomie antérieure avec entérocystoplastie.

La durée d'intervention était de 4h à 6h de temps avec une moyenne de 5h45mins (345mins) dans 63,2% des cas (24 patients). En peropératoire, 3 patients ont présenté une hémorragie importante de contrôle difficile de suite du curage ganglionnaire. Les données peropératoires ont été résumées dans le tableau II.



Photo 2 : Exérèse en monobloc

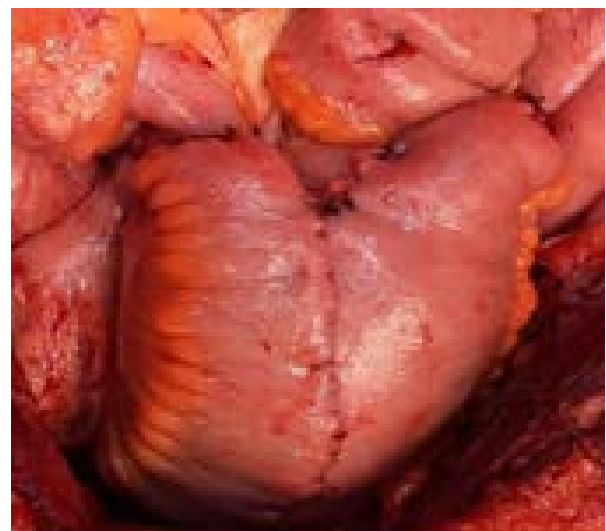


Photo 3 : Néovessie

Tableau II : Données peropératoire

	Effectifs	Pourcentage
Voie d'abord		
• CT O	38	100
Durée opératoire (moyenne en min)	345	63,2
Saignement per op	3	7,9
Transfusion	38	100
Type CT		
• Pelvectomie ant	27	71
• CPT	11	29
Curage ganglionnaire	38	100
Extemporane	0	0
Dérivation urinaire		
• BRICKER	24	63,2
• HAUTMANN	14	36,8

Données anatomopathologiques de la pièce de cystectomie

Tableau III résume les données de l'anapath de la pièce de cystectomie.

Il a été retrouvé un carcinome épidermoïde chez 22 patients (57,9% des cas), urothélial chez 7 patients (18,4% des cas), 1 cas de léiomyosarcome et 1 cas de cystite suppurée. Le stade pT3No était le plus représenté chez 12 patients, on notait également une atteinte ganglionnaire chez 13 patients, soit 34,2% des cas. Les marges chirurgicales d'exérèse étaient saines dans 60,5% des cas (23 patients).

Tableau III : Résultats anatomopathologique de la pièce de cystectomie

	Effectifs	Pourcentage
Histologie de la pièce op		
• Carcinome Epidermoïde	22	57,9
• Carcinome Urothélial	7	18,4
• Léiomyosarcome	1	2,6
• Cystite suppurée	1	2,6
Marge d'exérèse positive	8	21,1
Stade		
• pT1NoMo	1	2,6
• pT2-3NoMo	16	42,1
• N+	13	34,2
• M+	5	13,2
Grade I	6	15,8
Grade II	15	39,5
Grade III	9	23,7

Suivi post opératoire

Le tableau IV fait ressortir quelques données de suivi post opératoire.

Le délai d'hospitalisation était de 11 à 25 jours chez 33 patients (86,8% des cas), la reprise du transit était majoritairement au cours de la 1^{ère} semaine dans 78,9% des cas. Le protocole RAAC a été observé chez 34 patients (89,5%). La morbidité post opératoire précoce était selon la classification de Clavien-Dindo de grade I et II à 44,7% des cas ; elle était dominée par des iléus paralytiques dans

31,5% des cas. Nous avons déploré le décès précoce de 7 patients au décours de pathologie thromboembolique (3patients), troubles ioniques décompensant une insuffisance rénale (3 patients) et choc septique (1 patient).

La morbidité post opératoire tardive a été dominée essentiellement par des épisodes de rétention néo vésicale d'urine (dans 13,4% des cas), de fistule néo vésicale (dans 5,3% des cas) et de fistule digestive (dans 5,3% des cas). Le suivi biologique notifiât la persistance d'une hypercréatinémie au-delà de 3 mois chez 2 patients. A la tomodensitométrie on notait un cas de récurrence locale et 5 cas de récurrence à distance (1 cas de carcinose péritonéale, 2 cas d'atteinte de l'os iliaque, 1 cas d'atteinte colique et 1 cas d'atteinte de la paroi abdominale). La qualité urinaire était correcte chez 17 patients ; 10 femmes avaient retrouvé une vie sexuelle active ; 15 patients ne soulignaient aucune gêne lors des activités quotidiennes et 20 patients notifiât être satisfait du geste opératoire. Sur des délais de suivi différents nous recensons 9 patients en vie : 3 patients à plus de 5 ans post opératoire, 2 entre 3 – 5 ans, 2 entre 2 – 3 ans, 1 patient à 1 an et 1 entre 9 – 12 mois post opératoire. Selon le tracé de Kaplan Meier le taux de survie à 3 ans a été estimé à 41,6%.

Tableau IV : suivi post opératoire

	Effectifs	Pourcentage
Durée hospitalisation (11-25jrs)	33	86,8
Complication post op		
CLAVIEN 1 – 2	17	44,7
CLAVIEN ≥ 3	8	21,1
Décès Précoce	7	18,4
[3 – 6[mois	5	13,2
[6 – 9[mois	1	2,6
[9 – 12[mois	5	13,2
[1 – 2[ans (en vie)	9 (1)	23,7
[2 – 3[ans (en vie)	2 (2)	5,3
[3 – 5[ans (en vie)	4 (2)	10,5
≥ 5 ans (en vie)	5 (3)	13,2

Discussion

La cystectomie totale est une technique chirurgicale lourde et séduisante, mais peu pratiquée et surtout rare en documentation dans notre contexte. Notre étude a concerné 27 femmes et 11 hommes porteurs de tumeur infiltrante de la vessie primitive ou secondaire. La présence plus élevée des femmes dans notre échantillon s'explique par le fait que les femmes consultent de façon plus précoce en cas d'anomalie concernant la sphère uro-génitale et sont aussi plus disposés à accepter cette chirurgie lourde par rapport aux hommes. L'indice de Comorbidité de Charlson, l'indice de performance ECOG et le score ASA étaient comparable aux données de la littérature, vu qu'elles sont le reflet de l'état général des patients lié à leur pathologie et leur préparation préopératoire.⁵

Prenant compte du volet péri opératoire complet, comme toute chirurgie, il est important de connaître ses implications, donc de savoir si elle permet d'obtenir des résultats carcinologiques satisfaisants avec des complications périopératoires acceptables et

surtout de s'enquérir de l'expérience des patients et leur niveau de satisfaction globale post opératoire.⁶

En 1950 la cystectomie totale était grevée d'une mortalité d'environ 50%, de nos jours les progrès de l'anesthésie réanimation, de la technique chirurgicale avec introduction du concept du remplacement vésical orthotopique / dérivation urinaire et l'implication du protocole RAAC l'ont ramené à moins de 2% avec une morbidité acceptable.^{1,4,7} Selon l'actualisation 2022-2024 des recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU sur la PEC des Tumeur de vessie infiltrant le muscle l'observation en périopératoire du protocole de récupération améliorée après cystectomie (RAAC) a une importance quant à la qualité du résultat et de la survie après cystectomie totale, de ce fait il a été ± bien observé pour tous nos patients.⁴ La chimiothérapie néoadjuvante rentre aussi dans l'algorithme de PEC des TVIM, plusieurs études tendent à prouver un gain en termes de survie globale à 5 ans en cas de réalisation de la chimiothérapie néoadjuvante (CTNA), selon la littérature la CTNA est recommandée pour tous les patients en capacité de la recevoir, mais elle ne doit en aucun cas retarder le geste chirurgical.⁸ Juste 3 patients de notre série ont bénéficié de la CTNA, ceci lié essentiellement au coût insoutenable et à la latence chirurgicale assez réduite pour la plupart de nos patients.

La morbidité peropératoire est représentée surtout par les pertes sanguines importante, directement en rapport avec une latence chirurgicale élevé et le choix du type de dérivation urinaire (entérocystoplastie surtout) dont la répercussion se fait sur la durée de l'intervention, la durée du séjour post opératoire et le délai de reprise du transit. Dans notre étude les pertes sanguines n'ont pas pu être évaluées pour tous mais nous estimons une moyenne de 800 ml de pertes sanguines, une durée moyenne d'intervention de 5h45mins avec un délai de chirurgie dans les temps (\leq à 12 semaines) pour tous. La néovessie a été réalisé chez 14 patients (tous de type HAUTMANN) et aucun patient de notre série n'a bénéficié d'un examen extemporané en peropératoire du fait de son indisponibilité dans notre plateau technique.

La cystoprostatectomie est responsable d'une perte de l'éjaculation ; quant au maintien de la libido, il dépend de l'âge du patient, de son état général lié à la maladie causale et de son activité sexuelle avant la cystectomie. Plusieurs séries récentes se sont intéressées à ce problème car la fonction sexuelle fait partie intégrante du confort post-opératoire du malade. Egner estime que la cystoprostatectomie respectant les nerfs érecteurs conserve la potence sexuelle dans 40 à 50% des cas.⁷ De nombreuses séries rapportées dans la littérature confirment que le taux d'impuissance après cystectomie totale conservant les bandelettes latéro- prostatiques est directement fonction de l'âge des patients et que cette technique ne semble pas pénaliser les résultats carcinologiques.^{1,10} Little estime que le risque d'impuissance post-opératoire ne doit pas influencer le choix entre un traitement chirurgical radical et un traitement conservateur, car la radiothérapie elle aussi est responsable d'une diminution de la puissance sexuelle dans 30% des cas et dans plus de 50% après association de radio-chimiothérapie, mais d'une façon plus progressive et donc moins apparente.¹¹ Dans notre série aucun sujet masculin n'avait retrouvé une activité sexuelle, par contre 10

femmes avaient conservées une vie sexuelle active. Pour notre part, nous estimons que les techniques de cystoprostatectomie conservant les bandelettes latéro-prostatiques ne doivent en aucun cas impliquer des modifications de l'exérèse, pénalisant les résultats carcinologiques. De ce fait, elles sont difficiles à appliquer pour les tumeurs vésicales localement avancées. De plus dans notre contexte de travail, l'examen extemporané n'étant pas possible ; la conservation des bandelettes se fera au risque des marges d'exérèses positives. Cependant, Studer recommande la pratique de cette technique chaque fois que c'est possible au moins du côté controlatéral à la tumeur.¹²

Dans la plupart des séries récentes, la mortalité peropératoire de la cystectomie se situe entre 1 à 4%. Dans notre série la cystectomie totale n'a été responsable d'aucun décès ; mais par contre en postopératoire précoce elle a été responsable d'une mortalité dans 18,4% des cas, ceci étant liée à une latence clinique assez étendu associé à une inaccessibilité pour tous de la chimiothérapie. De même ABOL ENEIN H, M.A GHONEIM rapportaient un taux compris entre 12 - 20%.¹³

La surveillance postopératoire doit être axé sur un suivi carcinologique (recherche de récurrence tumorale locale ou métastatique) et non carcinologique (dominé par l'évaluation de la fonction rénale mais aussi par la recherche des complications qui peuvent être mécaniques obstructives, métaboliques, infectieuses et lithiasiques).¹ En général, on estime qu'elle est responsable de 25 à 35% de complications post-opératoires.⁷ Certaines complications sont inhérentes à la cystectomie, d'autres au type de dérivation urinaire et d'autres enfin au terrain. A la lumière des résultats rapportés dans la littérature, la période post dérivation urinaire reste grevée d'une morbidité non négligeable dominée essentiellement par l'infection. En effet la cystectomie totale avec remplacement vésicale est une chirurgie dite "contaminée" ou le risque infectieux est au moins égale à 20%. Ce risque est favorisé par la contamination du tube digestif, le défaut d'hémostase et l'infection nosocomiale.¹⁴ Les péritonites postopératoires sont possibles et graves. Studer note dans une série de 100 patients, 3 cas de péritonites postopératoires (3%) responsables de deux décès.¹² Dans notre série la morbidité à distance (> 3 mois) concernait 36,8% des cas et essentiellement d'ordre mécanique (rétention d'urine néovésicale chez 7 patients et infectieuses chez 5 patients).

La cystectomie totale permet un excellent contrôle local des tumeurs infiltrantes confinées à la vessie (plus de 90% à 5 ans et 88% à 10 ans).¹⁵ Cependant la survenue des récurrences pelviennes n'est pas une éventualité rare en particulier en présence d'un stade avancé pT3-pT4 et/ou de métastases ganglionnaires (10 à 30%).^{7,16} L'incidence des récurrences pelviennes après cystectomie est en général estimée dans la littérature entre 5 à 30% et elle est directement corrélée au stade tumoral et à l'envahissement ganglionnaire.¹⁶ Malgré l'arsenal thérapeutique disponible actuellement (chirurgie, chimio- radiothérapie) le pronostic après récurrence demeure très sombre avec une survie à 5 ans ne dépassant pas 5%.⁹ Dans notre étude on notait un cas de récurrence locale et 5 cas de récurrence à distance (1 cas de carcinose péritonéale, 2 cas

d'atteinte de l'os iliaque, 1 cas d'atteinte colique et 1 cas d'atteinte de la paroi abdominale).

Il est vraisemblable que chaque patient porteur d'une dérivation urinaire souffre de difficultés spécifiques à la dérivation choisie, ce qui finalement aboutit à un retentissement sur la qualité de vie globalement identique. D'autre part, le fait qu'un patient informé ait choisi personnellement le type de dérivation est déterminant pour l'acceptation de sa situation postopératoire. Ainsi, Morris a montré (comme pour le cancer du sein) que pour avoir une meilleure qualité de vie postopératoire, il faut que le patient ait participé à la décision du type de dérivation urinaire choisie.¹ Ainsi dans notre étude la qualité urinaire était bonne chez 17 patients soit dans 44,7% des cas ; 15 patients (39,5% des cas) ne soulignaient aucune gêne lors des activités quotidiennes et 20 patients (52,6% des cas) notifiaient être satisfait du geste opératoire.

La survie postopératoire est variable selon le stade tumoral, pour les stades pT2b pN0 les survies globale et spécifique varient de 53 à 89%, pour les stades pT3a pN0 sans extension et pT4b les survies globale et spécifique varient de 31 à 71%.¹ Pour tous stades confondus, la présence de métastases ganglionnaires fait chuter la survie à 3 ans à 32%.⁷ Dans notre série, Sur des délais de suivi différents nous recensons 9 patients en vie : 3 patients (un de stade pT1 et 2 de stade pT2No/+) à plus de 5 ans post opératoire, 2 entre 3 – 5 ans (stade pT3aNo), 2 entre 2 – 3 ans (stade pT2bNo), 1 patient à 1 ans (stade pT3aNo) et 1 entre 9 – 12 mois (stade pT2aN+) post opératoire.

Limites de l'étude

Notre travail s'inscrit comme l'une des premières études réalisées portant sur la cystectomie totale dans notre contexte. De ce fait la fréquence des cystectomies totales réalisées pourrait y être plus importante dans les prochaines séries, de même que le suivi péri opératoire beaucoup plus précis.

Conclusion

La cystectomie totale est le traitement de référence des tumeurs infiltrantes de la vessie, il s'associe de façon incontournable à un curage ganglionnaire étendu et à une dérivation urinaire externe ou interne. Son application est bien codifiée de nos jours et nécessite un diagnostic et une prise de décision précoce en concert avec le patient. La chimiothérapie et l'examen extemporané des recoups per opératoire ont un intérêt certain en ce qui concerne le suivi carcinologique et la survie post opératoire. La cystectomie totale n'est cependant pas exempte de complications. C'est au prix de

l'implication des malades dans la PEC, du type de dérivation, d'un suivi postopératoire minutieux qu'on peut acquérir des résultats satisfaisants à long terme.

Conflict of Interest Statement:

The authors declare no conflict of interest.

Funding sources:

No funding sources to declare.

Compliance with ethical guidelines:

Ethics approval was obtained from the Foundation For Children University Hospital Center Luxembourg.

References

- Zerbib M, Bouchot O. Les traitements des tumeurs infiltrantes de la vessie : Rapport AFU 2002. Progrès en Urologie. 2002 ;12(5).
- Oosterlinck W, Lobel B, Jakse G, et al. Guidelines on bladder cancer. European Association of Urology working group on oncological urology. Eur Urol. 2004;41(2):105-112. [https://doi.org/10.1016/S0302-2838\(01\)00026-4](https://doi.org/10.1016/S0302-2838(01)00026-4).
- De Petriconi R. Cystoprostectomie totale sans uréctomie. Encycl. Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés). Techniques Chirurgicales – Urologie. 2009;41-190(416-417).
- Neuzillet Y, Audenet F, Lorient Y, et al. Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU - Actualisation 2022-2024 : Tumeur de vessie infiltrant le muscle. Progrès en Urologie. 2002 ;32(15):1141-1163. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2022.07.145>.
- Neuzillet Y. L'évaluation des morbidités compétitives et des scores d'évaluation de la morbidité compétitive ; Progrès en Urologie. 2009;19(Suppl 3):S80-S86. [https://doi.org/10.1016/S1166-7087\(09\)73349-4](https://doi.org/10.1016/S1166-7087(09)73349-4).
- Léa NGO. Étude rétrospective de deux groupes de patients appariés comparant la cystectomie totale pour cancer de vessie par voie ouverte ou robot-assistée avec dérivation urinaire intracorporelle. Thèse de Médecine à Saint-Pierre - Réunion, Année : 2021 N° : 2021LARE050M.
- Canion R, Seigne J. Surgical management of bladder carcinoma. Cancer Control. 2002;9(4):284-292. <https://doi.org/10.1177/107327480200900403>.
- Yin M, Joshi M, Meijer RP, et al. Neoadjuvant chemotherapy for muscle-invasive bladder cancer: a systematic review and two-step meta-analysis. Oncologist. 2016;21(6):708-15. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2015-0440>.
- Racioppi M, Addessi A.D, Fanasca A, et al. Acid-base and electrolyte balance in urinary intestinal orthotopic ileocecal neobladder compared with ileal neobladder. Urology. 1999;54:629-635. [https://doi.org/10.1016/S0090-4295\(99\)00317-9](https://doi.org/10.1016/S0090-4295(99)00317-9).
- Schoenberg MP, Walsh PC, Breazeale DR, et al. Local recurrence and survival following nerve sparing radical cystoprostectomie for bladder cancer: 10 year followup. J Urol 1996;155:490-494. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(01\)66429-2](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(01)66429-2).
- Rivera N, Wajzman Z. Bladder sparing treatment of invasive bladder cancer. Cancer Control. 2000;7:340-346. <https://doi.org/10.1177/107327480000700403>.
- Studer UE, Turner WH. The ileal orthotopic bladder. Urology. 1995;45:185-9. [https://doi.org/10.1016/0090-4295\(95\)80002-6](https://doi.org/10.1016/0090-4295(95)80002-6).
- Fujisawa M, Gotoh A, Nakamura I, et al. Long-term assessment of serum vitamin B12 concentrations in patients with various type of orthotopic intestinal neobladder. Urology. 2000;56(2):236-240. [https://doi.org/10.1016/S0090-4295\(00\)00638-5](https://doi.org/10.1016/S0090-4295(00)00638-5).
- Rosario DJ, Becker M, Anderson JB. The changing pattern of mortality and morbidity from radical cystectomy. BJU Int. 2000;85(4):427-30. <https://doi.org/10.1046/j.1464-410x.2000.00454.x>.
- Highlights from South Central Action of the American Urological Association 1999.CANCUN. MEXICO. New strategies for bladder cancer and prostate cancer. Review in Urology. 1999;1(4):193-199.
- Thuroff J.W. Radical cystectomy (oral communication). Eur Assoc Urol Annual Meeting EAU 2002 Birmingham.