

Résultats anatomopathologiques du curage pelvien après cystectomie pour tumeur de la vessie

A. AIT ERRAMI, Z. DAHAMI*, I. SARF*

*Service d'urologie. Hôpital Ibn Tofail. CHU Mohammed VI. Marrakech.

ملخص

يعتبر استئصال العقدة الليمفاوية خلال عملية استئصال المثانة نقطة رئيسية لتحديد مرحلة الورم، وبالتالي تشخيص تطوره. نستعرض في دراستنا 65 حالة لمرضى استفادوا من استئصال المثانة مع العقدة الليمفاوية بسبب ورم المثانة والتيم علاجها وتشخيصها بقسمي جراحة المسالك البولية والتشخيص المرضي بالمستشفى الجامعي محمد السادس والمستشفى العسكري بمراكش خلال الفترة الممتدة بين يناير 2004 وديجنبر 2011. خضع كل المرضى لاستئصال محدود للعقدة الليمفاوية. نتائج التحليل المرضي النهائي لأنسجة الأورام كانت كالتالي : 59 مريض (90,7%) يعانون من سرطان غدي بولي ظهاري، 4 حالات (6,4%) لسرطان غدي بشري، حالة واحدة (1,6%) لسرطان الخلايا الحرشفية، وحالة واحدة (1,6%) لسرطان العقدة العصبية. نتائج التحليل المرضي وفقا لتصنيف TNM2010، كان كالتالي: pT1 في 7 حالات، pT2 في 26 حالة، pT3 في 22 حالة و pT4 في 10 حالات. تم العثور على عقدة ليمفاوية مصابة في (30,7%) من الحالات، متوسط عدد العقدة الليمفاوية المتأصلة هو 8,24 وينسب تتراوح بين 2 إلى 41 غدة تصنف إصابة العقدة الليمفاوية كان كالتالي : 69,2% حالة N0، 23,07% في N1، 6,15% حالة N2 و 1,5% في N3. كان متوسط كثافة العقدة الليمفاوية 0,52 بحود تراوحت بين 0,16 و 1. بالنسبة للمرضى الذين يعانون من إصابة ورمية للعقدة الليمفاوية، لوحظ أن الورم اخترق كبسولة العقدة الليمفاوية في 7 حالات (35%)، لم يخترقها في 9 حالات (45%)، ولم يتم تحديد ذلك في 4 حالات (20%)

الكلمات الأساسية ورم المثانة-استئصال العقدة الليمفاوية-التشخيص المرضي.

Résumé Le curage ganglionnaire lors de la cystectomie est un point capital pour définir le stade tumoral, et donc le pronostic. Nous rapportons 65 patients ayant bénéficiés d'une cystectomie totale, avec curage ganglionnaire pour tumeur de vessie, colligés aux services d'urologie et d'anatomopathologie du CHU Mohammed VI et de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, entre Janvier 2004 et décembre 2011. Tous nos patients ont bénéficié d'un curage ganglionnaire limité. Le type histologique définitif de la pièce opératoire a été chez 59 patients (90,7%), un carcinome urothélial, un carcinome épidermoïde dans 4 cas (6,1%), un adénocarcinome dans un cas (1,5%) et carcinome neuroendocrine dans un cas (1,5%). Selon la classification TNM de 2010, la répartition des malades a été: pT1 dans 7 cas (10,7%), pT2 dans 26 cas (40%), pT3 dans 22 cas (33,84%) et pT4 dans 10 cas (15,38%). L'extension ganglionnaire a été retrouvée chez 30,7% des patients. Le nombre moyen de ganglions récupérés est de 8,24 avec des extrêmes allant de 2 à 41. L'envahissement lymphonodal est classé N0 dans 69,2% des cas, N1 dans 23,07% des cas, N2 dans 6,15% des cas et N3 dans 1,5% des cas. La moyenne de densité ganglionnaire a été de 0,52 avec des extrêmes variant de 0,16 à 1. Chez les patients ayant un envahissement ganglionnaire, l'effraction capsulaire tumorale a été notée chez 7 patients (35%), absente chez 9 patients (45%), et non définie chez 4 patients (20%).

Mots clés Cancer de vessie-Curage ganglionnaire-Anatomopathologie.

Abstract Lymph node dissection during cystectomy is a major point to define tumor's stage, and therefore their prognosis. We report 65 patients who benefited from a total cystectomy with lymphadenectomy for bladder tumor, collected in urology Section, University Hospitals Mohammed VI and the Military Hospital of Marrakesh, between January 2004 and December 2011. All patients had a limited lymphadenectomy. The final histology of the specimen was in 59 patients (90,7%), urothelial carcinoma, squamous cell carcinoma in 4 cases (6,1%), adenocarcinoma in one case (1,5%) and neuroendocrine carcinoma in one case (1,5%). According to the 2004 TNM classification, the distribution of patients was: pT1 in 7 cases (10,7%), pT2 in 26 cases (40%), pT3 in 22 cases (33,84%) and pT4 in 10 cases (15,38%). The lymph node was found in a 30,7% of cases, the mean number of lymph nodes recovered is: 8.24 and ranged from 2 to 41, the invasion lymphonodal is classified as N0 in 69,2% cases, as N1 in 23,07% cases, as N2 in 6,15% cases and N3 in 1,5% (Table I). The average node density was 0.52 and ranged from 0.16 to 1. In patients with nodal involvement. The capsular tumor was noted in 7 patients (35%), absent in 9 patients (45%), and not defined in 4 patients (20%).

Key words Bladder cancer-lymph node dissections-Anatomopathology.

Introduction

La cystectomie totale avec curage ganglionnaire constitue actuellement le gold standard du traitement des tumeurs infiltrantes de vessie. Elle est indiquée aussi en cas de récurrence de tumeur sans infiltration du muscle vésical résistante à un traitement endoscopique bien conduit, associée à un traitement à base d'immunothérapie (instillations de BCG) ou chimiothérapie endovésicale (Mitomycine C) [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. Au-delà de sa valeur pronostic, certains auteurs évoquent la valeur curative du curage et son impact sur la survie spécifique [2].

Matériel et méthode

Notre travail est une étude rétrospective portant sur une série de 65 patients, ayant bénéficiés d'une cystectomie totale avec curage ganglionnaire pour tumeur de la vessie colligés aux services d'urologies et d'anatomopathologie du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI et de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, sur une période de 7 ans s'étalant entre Janvier 2004 et décembre 2011. Le but de notre étude est de préciser, l'incidence de l'envahissement ganglionnaire, le nombre de ganglions à reséquer pour le repérer, et de trouver un moyen qui pourrait améliorer la détection des ganglions métastatique dans le cancer de vessie.

Résultats

L'âge moyen de nos patients était de 58 ans, avec des extrêmes allant de 39 à 80ans. Le pic

de fréquence s'est situé entre 40 et 50 ans. Nous avons noté une nette prédominance masculine (95%). Le principal facteur de risque retrouvé est le tabac (87%), avec un nombre de paquet année moyen qui de 30 PA. Les signes cliniques étaient prédominés par l'hématurie macroscopique (95%), suivie des signes irritatifs vésicaux (87,9%). Avant l'intervention, tous les patients ont subi une résection endourétrale de vessie conduisant au diagnostic. Le bilan d'extension comprenait une radiographie du thorax, une échographie abdominale, et un uro-scanner. Lors de ce bilan, l'extension ganglionnaire a été retrouvée chez 9 patients (13,8%). Le geste chirurgical a consisté en une cystoprostatectomie pour les hommes et une pelvictomie antérieure chez les femmes. Cinquante-six gestes ont été réalisés par chirurgie ouverte et 9 par laparoscopie. Tous nos patients ont bénéficié d'un curage ganglionnaire limité. Les dérivations urinaires associées à la cystectomie étaient: une urétérostomie cutanée transiléale (Briker) chez 49 patients (46 hommes et 3 femmes) soit 75,3%, une entérocystoplastie de remplacement chez 9 patients, soit 13,8%, et une urétérostomie chez 7 patients, soit 10,7%. Le type histologique définitif de la pièce opératoire a été dans 59 cas (90,7 %) un carcinome urothélial, un carcinome épidermoïde dans 4 cas (6,1%), un adénocarcinome dans un cas (1,5%) et carcinome neuroendocrine dans un cas (1,5%). Selon la classification TNM de 2010, la répartition des malades a été: pT1 dans 7 cas, pT2 dans 26 cas, pT3 dans 22 cas et pT4 dans 10 cas. L'extension ganglionnaire a été retrouvée chez 30,7% des patients. Le nombre moyen de ganglions récupérés est de 8,24 avec un minimum de 2 ganglions et un taux maximal de 41 ganglions. L'envahissement lymphonodal est classé N0 dans 69,4% des cas, N1 dans 23% des cas, N2 dans 6,2% des cas et N3 dans 1,5% des cas (Tableau I). La moyenne de densité ganglionnaire (nombre de ganglions positifs/nombre de ganglions prélevés) a été de 0,52 avec des extrêmes de 0,16 à 1. Chez les patients ayant un envahissement ganglionnaire, l'effraction capsulaire tumorale a été notée chez 7 patients (35 %), absente chez 9 patients (45%), et non définie chez 4 patients (20%).

Tableau I Répartition du stade tumoral et ganglionnaire

	N0	N1	N2	N3
pT1	6	1	-	-
pT2	22	4	-	-
pT3	14	6	1	1
pT4	2	4	3	-
Total (%)	45 (69,2%)	15 (23,07%)	4 (,15%)	1 (1,5%)

Discussion

Le curage ganglionnaire lors de la cystectomie est un point capital, il est considéré comme une partie intégrante et importante du geste opératoire lors de la cystectomie, pour définir le stade tumoral, et donc le pronostic. Il fait partie pour certains du traitement curatif de cette pathologie [1-2]. Néanmoins une enquête de la SEER relève qu'il n'est réalisé que pour 40% des patients [3]. Les patients de notre série, chez qui le curage a été réalisé, représentent 60,7% de l'ensemble des patients qui ont bénéficié de la cystectomie. Le type de la lymphadénectomie et de son étendue, ne sont pas actuellement standardisés. L'étendue du curage ganglionnaire est un critère particulièrement variable d'une série de cystectomie à l'autre. Pour certains, il s'agit d'un curage ilio-obturateur (limité), pour d'autres le curage s'étend jusqu'à la bifurcation iliaque (standard), et enfin certains réalisent un curage extensif incluant les vaisseaux iliaques communs jusqu'à la bifurcation aortique, l'aire présacrée et la région aortique jusqu'à l'artère mésentérique inférieure (extensif) [4]. Dans notre étude, Tous nos patients ont bénéficié d'un curage ganglionnaire limité. Il semble que le simple curage ilio-obturateur apparait comme insuffisant. En effet, Leissner a réalisé une cartographie de l'envahissement ganglionnaire lors du curage extensif et a retrouvé 60% d'envahissement ganglionnaire en dehors de l'aire ilio-obturatrice, avec 8% d'envahissement au niveau présacré et 16% au dessus de la bifurcation aortique [5]. Dans cette même étude, parmi les patients ayant un envahissement ganglionnaire au-dessus de la bifurcation iliaque, 57% avaient également un envahissement ganglionnaire au niveau des vaisseaux iliaques communs ou présacrés et 31% au dessus de la bifurcation aortique [5]. Un curage ilio-obturateur recueille en moyenne 8 à 19 ganglions [6], Ce qui rejoint les données de notre série (8,24 ganglions). Il est intuitivement évident que l'étendue du curage conditionne le nombre de ganglions prélevés et analysés. La qualité de l'examen anatomo-pathologique pourrait être aussi, comme l'ont rapporté certains auteurs, améliorée en soumettant les zones de curage, en blocs séparés plutôt qu'en monoblocs [7]. En effet il semble que cette pratique puisse influencer le nombre de ganglions examinés et donc potentiellement l'évaluation du stade tumoral, voir l'impact du curage sur la survie. Cette variation significative du nombre de ganglion analysé, est observée pour le curage standard et pour le curage étendu : le nombre moyen de ganglions dans le curage standard étant de 2.4 pour l'analyse en monobloc et de 8.5 pour l'analyse séparée [8]. Le taux global de patients avec atteinte ganglionnaire, varie dans la littérature de 14% à 29% [9]. Dans notre série le pourcentage de patients pN+ est de 30,7% ce qui rejoint les résultats de l'équipe de Stein (30%) [10]. La densité ganglionnaire et l'étendu anatomique du curage sont des notions récentes: la densité ganglionnaire est définie comme le

rapport entre le nombre de ganglions positifs et le nombre de ganglions total du curage. De nombreuses études rétrospectives ont montré que la densité ganglionnaire avait un impact pronostic sur la survie (de 43% à 17% à 10 ans selon que la densité ganglionnaire est inférieure ou supérieure à 20%) [11]. Dans notre série la moyenne de la densité ganglionnaire était 52%; ce qui représente un facteur de mauvais pronostic. Parmi les patients ayant un envahissement ganglionnaire, dans notre série, 35% d'entre eux ont une éfraction capsulaire. L'équipe de Studer a mis en évidence une diminution significative de la survie sans récurrence des patients ayant une extension extra-capsulaire par rapport aux patients ne présentant pas d'extension extra capsulaire [12]. La détection du «ganglion sentinelle» par cartographie ganglionnaire chez des patients porteurs d'une tumeur de vessie a été décrite par Sherif [13], il a montré qu'une atteinte sentinelle métastatique non négligeable existe en dehors de la région ilio-obturateur ce qui conforte l'idée des limites des curages limités ou standards qui font actuellement débat. Cependant les études concernant cette technique restent limitées par rapport au cancer du sein.

Conclusion

Le cancer de la vessie est relativement fréquent dans notre pays. La cystectomie totale associée au curage ganglionnaire est la thérapeutique de référence de ces tumeurs. La standardisation des techniques et de l'étendue du curage ganglionnaire semble nécessaire, ainsi que l'introduction d'autre paramètre sur la classification TNM, à savoir : le nombre de ganglions retirés, le nombre de ganglions envahis, la densité ganglionnaire et l'éfraction capsulaire pour une stadification plus précise.

Références

- 1-Pfister C, Roupert M. Recommandation en Oncurologie 2010: Tumeurs urothéliales. Progrès en Urologie 2010;4:255-74.
- 2-Braud G, Battisti S. Valeur pronostique du curage ganglionnaire lors des cystectomies totales pour cancer de la vessie. Progrès en urologie 2008;18:351-7.
- 3-Abdelatif M, Abolenein H, Ghoneim M. Nodal involvement in bladder cancer cases treated with radical cystectomy: incidence and prognosis. J Urol 2004;172:85-9.
- 4-Brichart N, Haillot O. Curages ganglionnaires dans les cancers de prostate et de vessie: technique et indications. Progrès en Urologie 2010;20:34-9.
- 5-Leissner J, Hohenfellner R, Thurhoff JW, Wolf HK. Lymphadenectomy in patients with transitional cell carcinoma of the urinary bladder; significance for staging and prognosis. BJU Int 2000;85:817-23.
- 6-Saint F. Curage ganglionnaire et cystectomie. Progrès en Urologie 2005;1 :1095-8.
- 7-Zerbib M, Bouchot O. Résultats des cystectomies totales: D. Envahissement ganglionnaire pN+ et cystectomie totale. Progrès en Urologie 2002;12:931-9.
- 8-Bochner BH, Cho D, Heer HW. Prospectively packaged lymph node dissections with radical

cystectomy: evaluation of node count variability and node mapping. J Urol 2004;172:1286-90.

9-Madersbacher S, Thalmann GN, Studer UE. The relationship of local to distant failure in pelvic lymph node positive patients after radical cystectomy. Eur Urol 2002;137:539-43.

10-Stein JP, Lieskovsky G, Skinner DG. Lymph node metastases following radical cystectomy with en bloc pelvic lymphadenectomy: the concept of lymph node density. J Urol 2003;170:35-41.

11-Wright JL, Lin DW, Porter MP. The association between extent of lymphadenectomy and survival among patients with lymph node metastases undergoing radical cystectomy. Cancer 2008;112:2401-8.

12-Fleischmann A, Thalmann GN, Markwalder R, Studer UE. Prognostic implications of extracapsular extension of pelvic lymph node metastases in urothelial carcinoma of the bladder. Am J Surg Pathol 2005;29:89-95.

13-Sherif A, De La Torre M, Malmstrom PU, Thorn M. Lymphatic mapping and detection of sentinel nodes in patients with bladder cancer. J Urol 2001;166:812-5.