

# Forum des cancers urologiques Alger juin 2022

Cystectomie + Néo Vessie orthotopique iléale  
à propos de 40 cas

DR A.HADDOUCHE .

DR M.BENATMANE.

# INTRODUCTION

- La cystectomie est le traitement de référence dans le traitement des TVIM et les TVNIM de très haut risque ou réfractaire à la BCG ,
- Plusieurs dérivations sont possibles après la cystectomie ,le BRICKER demeure le plus pratiqué mais l'entérocystoplastie iléale serait la dérivation idéale,
- Chirurgie majeure qui se heurte à de nombreuses contraintes en milieu libéral

# Matériel

- Nous rapportons notre expérience de 40 malades ayant subi une CPT+ curage ganglionnaire étendu +vessie de substitution iléale colligés en une dizaine d'année de 2010 à 2021
- Les résultats oncologiques; fonctionnels et qualité de vie seront exposés

# Les aspects cliniques et pathologiques

- Série comportant 37 hommes et 03 femmes
- Age moyen de nos malades est de 59 ans avec des extrêmes allant de 37 à 72 ans
- 11 cas de TVNIM ,05 cas réfractaires au BCG et 6 cas CU très haut risque
- 29 cas de TVIM .

# Anatomopathologie

<b>Carcinome urothélial seul</b>	<b>34 cas</b>	<b>85%</b>
CU micro papillaire	02 cas	5%
CU sarcomatoide	02 cas	5%
CU +différenciation glandulaire	01 cas	2,5%
Adénocarcinome primitif	01 cas	2,5%

## Stade TNM après bilan d'extension

<b>TVNIM T1 HG</b>	<b>11 cas</b>	<b>27,5%</b>
T2 Nx Mx	19 cas	47,5 %
T3b Nx Mx	07 cas	17,5 %
T3b N1 Mx	03 cas	07,5 %
T3b N 2 Mx	01 cas	02,5 %

# Chimiothérapie néo adjuvante

- 04 cas ont subi une chimiothérapie néo adjuvante.
- A partir de 2018 avec le même protocole 04 cures de CG et opérés dans les délai 03 semaines à 06 semaines il représentent 10%
- 02 cas classé T3b N+
- 02 cas T2 N0

# Délai de prise en charge

Le délai recommandé de PEC est de 03 mois

- 60 % de nos malades sont opérés dans le délai
- 30 % dans un délai de 03 à 06 mois
- 10 % au delà de 06 mois
- **Les causes du retard de prise en charge:**
  - le coût élevé de la PEC
  - retard de PEC dans les hôpitaux
  - réticences des malades

# Données biologiques pré opératoires

- 03 critères biologiques mesurables sont pris en considération pour l'opérabilité des nos malades ,le taux d'HB, la fonction rénale et état nutritionnel à travers l'albuminémie
- HB entre 12 et 15 gr 21 cas
  - entre 10 et 12 gr 12 cas
  - < 10 gr dans 7 cas
- Fonction rénale normale avec une clairance de + de 70 ml/'' dans 25 cas

\*Clairance 60 ml/' dans 7 cas d'origine métabolique

\*Clairance < 45 ml par dilatation du haut appareil dans 5 cas 02 néphrostomies et les 03 autres opérés d'emblée

- état nutritionnel est jugé cliniquement satisfaisant et mesuré par le taux d'albuminémie réalisé dans 10 cas était normal

# Préparation pré opératoire

- Préparation coliques avec une RSR et laxatifs la veille dans 10 cas
- Pas de préparation dans 30 cas
- 04 cas ont reçu 02 culots globulaires pour anémie sévère en pré opératoire.
- 02 néphrostomies préopératoires

# Données opératoires

- Durée moyenne d'intervention de 4h30 avec des extrêmes de 3h45 à 6h 15,
- Pertes sanguines de 180 cc à 720 cc avec une moyenne de 360 cc
- Transfusions per op ,dans 1/3 des cas de 1 à 2 culots,
- Drainage endo-urologique
  - sonde JJ dans 04 cas et
  - trans pariétal soit mono J ou sondes d'aspirations dans 36 cas

# Type de plastie iléale

- plastie type Camey II 04 cas
- **Plastie en Z dans 25 cas**
- Plastie selon STUDER 05 cas
- Plastie en W 06 cas

A noter 03 plastie en Z chez les 03 femmes après pelvectomie préservant le col de la vessie

# post op immédiat

- Durée moyenne est de 12 jours ,malade sortant au retrait des sondes urétérales
- Alimentation orale est précoce au 3eme jour précoce
- Antibioprophylaxie à base de Claforan un gr deux fois
- Prophylaxie thromboembolique selon le poids du patient pendant 15 jours
  - Bilan rénal ,ionique et FNS systématiquement au 5eme jour ,
- Lavage biquotidien de la néovessie pour éliminer le mucus

# Mortalité post opératoire

- Un au 8ème jour par décompensation de sa cardiopathie ischémique
- Un DC au 45eme jours par urosepsis malgré un drainage par néphrostomie et ATBs massive

# Complication précoces

Troubles du transit	Distension ,retard du transit,nausées et hoquet	09 cas
Anémie sévère	HB – de 8 gr transfusion	02 cas
Troubles ioniques	Hypo K et hypo Na	03cas
Pyélonéphrite aigue		02 cas
Lâchage d'anastomose urinaire	Sur Studer intervention	01 cas
Sepsis pariétal		03 cas
Rétention	Bouchons muqueux	04 cas
Fuites urinaires de la NV Psychose aigue post op		03 01 cas

# Complications tardives

Infection urinaires	PNA	03 cas
	Urosepsis sévère avec DC Pyo néphrose	01 cas
	E CBU positif asymptomatique	12cas
Détérioration de la fonction rénale	Sténose de la Jonction urétéro-ileale	02 cas
Incontinence urinaire	Fuites nocturnes	12 cas
Rétention urinaire	Sténose de l'anastomose RPM + dilatation rénale	02 cas
		01 cas
Greffe sur plastie		01 cas
Récidive locale		04 cas
TVES		01 cas

# Restadification

stade	Nbre de cas	%
T0	03 cas	7,5 %
TVNIM HG	09 cas	22,5 %
T2a N0 M0	13 cas	30%
T2b N0 M0	08 cas	17,5%
T3a N0M0	05 cas	12,5%
T3a N+	02 cas	5%

# Chimiothérapie adjuvante et palliative

- 04 cas adressés pour un adjuvant les T3a et le N+
- Récidive locale
- Greffe sur plastie iléale

# résultats oncologiques

- le suivi a intéressé 32 patients de 2 à 10 ans
- En plus des 03 décès ,05 malades sont perdus de vue après une année
- La survie globale à 05 ans des 37 malades est de 72 %
- La survie globale à 10 ans est de 60%

# Résultats fonctionnels

04 paramètres

- la continence
- l'activité érectile
- préservation de la fonction rénale
- enfin la réinsertion socio professionnelle

Contenance diurne est complète dans 95 % des malades

- Contenance nocturne dans 50 %
- Fuites nocturnes jugées

Minimes 35 %

Moyennes 10 %

Invalidantes dans 02 cas

# Fonction érectile

Défaillance érectile chez 20 cas de nos malades

- 09 cas gardent un fonction érectile

Spontanée dans 05 cas où on a préservé les BVN

Facilitateurs de l'érection dans 02 cas

02 cas sous prostaglandines en gel ou injectables

# Préservation de la fonction rénale

- Amélioration et normalisation de la fonction rénale chez 06 malades qui avaient le haut appareil dilaté
- 05 malades présentent des dilatation rénale modérée avec un clairance moyenne de 45 ml/’
- Un malade est en dialyse par sténose bilatérale et subi une néphrectomie pour Pyo néphrose

# Réinsertion sociale et professionnelle

- La réinsertion sociale à 05 ans voire à 10 ans de la majorité des malades avec une qualité de vie jugée correcte
- 07 ont repris leur activité professionnelles

# Contraintes

- Chirurgie majeure conteuse estimée à 40 fois le SMIG,
- Urologue libéral seul face au malade
- Peu de clinique sont habituées à cette chirurgie majeure
- Equipe paramédicale non formée pour gérée le suites opératoires,
- Accès au banque de sang difficile

# 1ere Conclusion

- la tumeur de vessie invasive est une pathologie grave et lourde de PEC
- Le traitement nécessite une approche pluridisciplinaire car il est multimodal
- La cystectomie demeure le TRT de référence des tumeurs invasives et de plus en plus étendue au TVNIM à très haut risque
- Entérocystoplastie est une dérivation séduisante plutôt recommandée chez les patients jeunes ,sa morbidité est réduite ,et offre une bonne qualité de vie

# Conclusion II

- En milieu libéral ,Cette chirurgie est lourde contraignante ,couteuse qui demande beaucoup d'engagement et de dévouement,
- Mais grande est notre satisfaction de trouver un malade opéré ,05 voire 10 ans plus tard ,autonome continent ,mieux encore sexuellement actif,