



Traitement conservateur des TVES :

Les limites du raisonnable

R. BENRABBAH – H. BOUHNİK – F. NECHICHE

Centre Hospitalier Universitaire
AIN NAADJA

H C A

HOPITAL CENTRAL
DE L'ARMÉE

Faculté
de Médecine

D'ALGER



Introduction : TVES

*Data ranging from the years 1943 to 2018.
5% Carcinomes urothéliaux sont des TVES*

Soualhi et al. *BMC Urol* (2021) 21:110
<https://doi.org/10.1186/s12894-021-00876-7>

BMC Urology

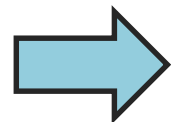
RESEARCH

Open Access

The incidence and prevalence of upper tract urothelial carcinoma: a systematic review



Ahmed Soualhi^{1*}, Elke Rammant^{2,3}, Gincy George², Beth Russell², Deborah Enting⁴, Rajesh Nair⁵, Mieke Van Hemelrijck² and Cecilia Bosco²

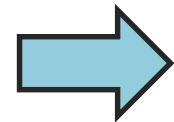


L'incidence en augmentation ces 20 dernières années

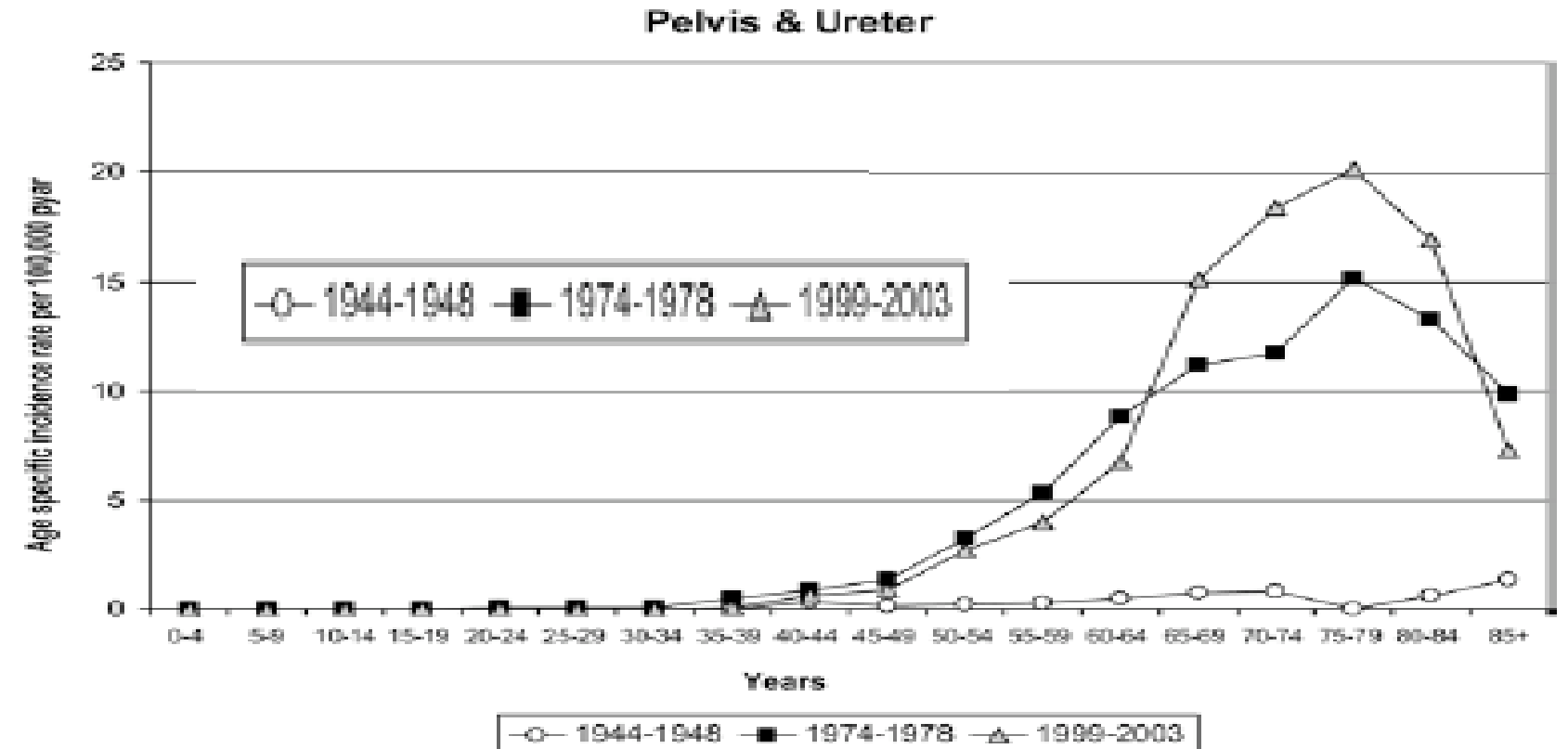
Histoire naturelle des TVES

- ❑ 60 % : Pyélocalicielle
- ❑ 20 – 30 : Multifocales
- ❑ Median time to diagnosis is : 48 days
(27days for bladder)

- ❑ 1-4% : Risk of synchronous contralateral tumour
- ❑ 3-6% : Risk of metachronous contralateral tumour



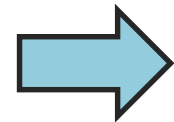
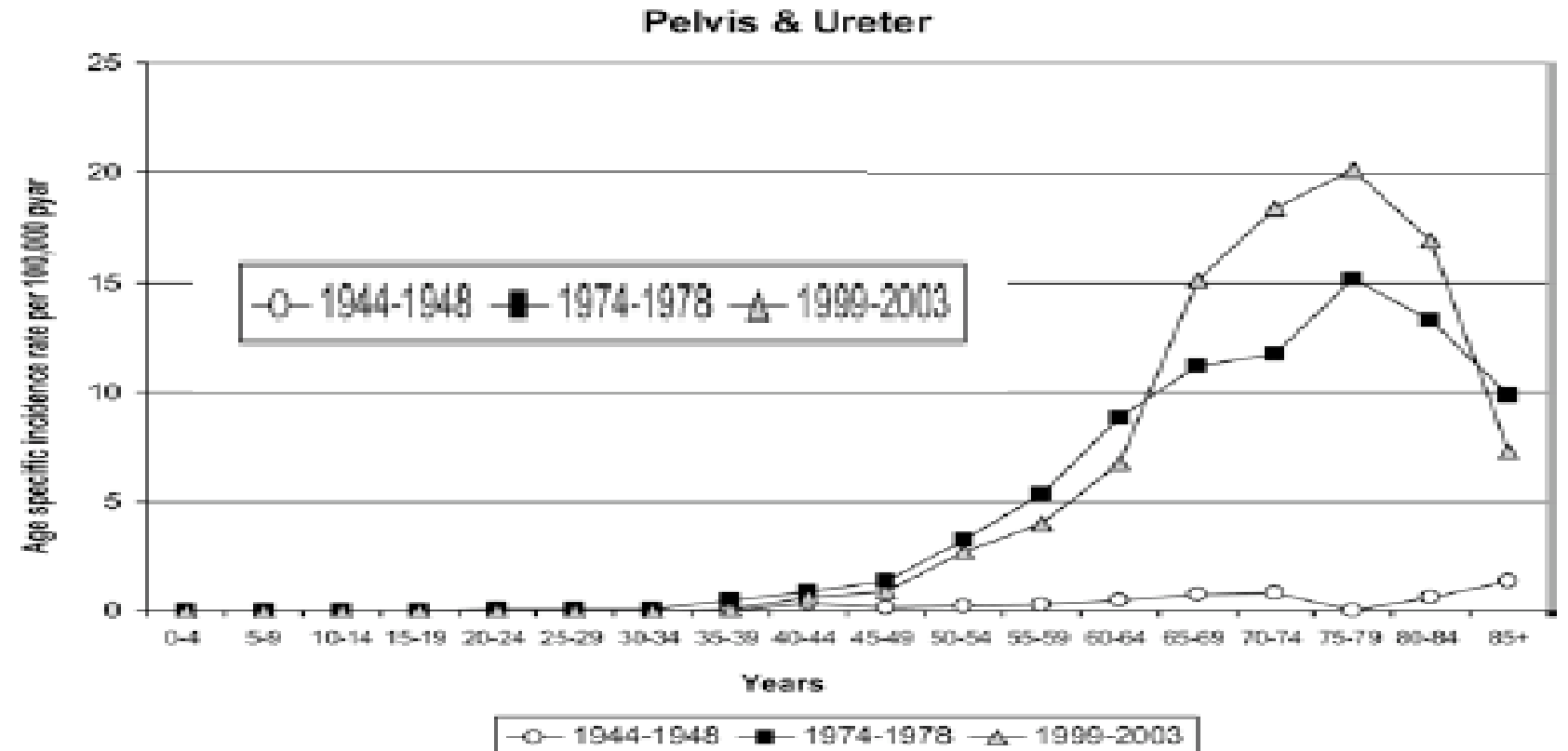
Atteinte d'une population plus âgée traditionnellement
et prédominance masculine



Histoire naturelle des TVES

- ❑ 60 % : Pyélocalicielle
- ❑ 20 – 30 : Multifocales
- ❑ Median time to diagnosis is : 48 days
(27days for bladder)

- ❑ 1-4% : Risk of synchronous contralateral tumour
- ❑ 3-6% : Risk of metachronous contralateral tumour



L'incidence en augmentation des TVES : siège urétéral

Prise en charge thérapeutique

EAU Guidelines on Upper Urinary Tract Urothelial Carcinoma

M. Rouprêt, M. Babjuk (Chair), M. Burger (Vice-chair),
E. Compérat, N.C. Cowan, P. Gontero, A.H. Mostafid, J. Palou,
B.W.G. van Rhijn, S.F. Shariat, R. Sylvester, R. Zigeuner
Guidelines Associates: O. Capoun, D. Cohen,
J.L. Dominguez-Escrig, B. Peyronnet, T. Seisen, V. Soukup

Progrès en urologie (2020) 30, S52-S77



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



French ccAFU guidelines - update 2020-2022: upper urinary tract urothelial carcinoma

Recommandations françaises du Comité de cancérologie de l'AFU - actualisation
2020-2022 : tumeurs de la voie excrétrice urinaire supérieure

M. Rouprêt^{a,b,*}, F. Audenet^{a,c}, M. Roumiguié^{a,d},
G. Pignot^{a,e}, A. Masson-Lecomte^{a,f}, E. Compérat^{a,g},
N. Houédé^{a,h}, S. Larré^{a,i}, S. Brunelle^{a,j}, E. Xylinas^{a,k},
Y. Neuzillet^{a,l}, A. Méjean^{a,b}

Prise en charge thérapeutique

Quel est l'autre angle d'approche ?

EAU Guidelines on Upper Tract Urothelial Carcinoma

M. Rouprêt, M. Babjuk,
E. Compérat, N.C. Cowan, P.
B.W.G. van Rhijn, S.F. ...
Guidelines for
J.L. Dominguez-Escrig, B.

Progrès en urologie (2020) 30, S52-S77

L. Lenfant, T. Seisen, J. Parra, C. Vaessen, M. Rouprêt

Résumé : Les tumeurs urothéliales de la voie excrétrice supérieure (TVES) sont rares et leur traitement dépend du risque carcinologique, de la localisation tumorale (calicelle ou urétérale) et du terrain. La néphro-urétérectomie (NUT) avec excision d'une collerette vésicale périméatique est le traitement de référence des TVES à haut risque quelle que soit leur localisation. Cependant, selon les dernières recommandations de l'European Association of Urology et de l'Association française d'urologie, le traitement conservateur doit être privilégié pour les TVES à bas risque en indication impérative mais aussi élective car il permet de réduire la morbidité associée à la NUT sans compromettre les résultats oncologiques. Chez les patients ayant une TVES à haut risque sur rein unique, le traitement conservateur doit être discuté au cas par cas.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



date 2020-2022:
carcinoma

oncologie de l'AFU - actualisation
supérieure

M. Rouprêt^{a,b,*}, F. Audenet^{a,c}, M. Roumiguié^{a,d},
G. Pignot^{a,e}, A. Masson-Lecomte^{a,f}, E. Compérat^{a,g},
N. Houédé^{a,h}, S. Larré^{a,i}, S. Brunelle^{a,j}, E. Xylinas^{a,k},
Y. Neuzillet^{a,l}, A. Méjean^{a,b}

Pourquoi désescalader le TRT des TVES ?

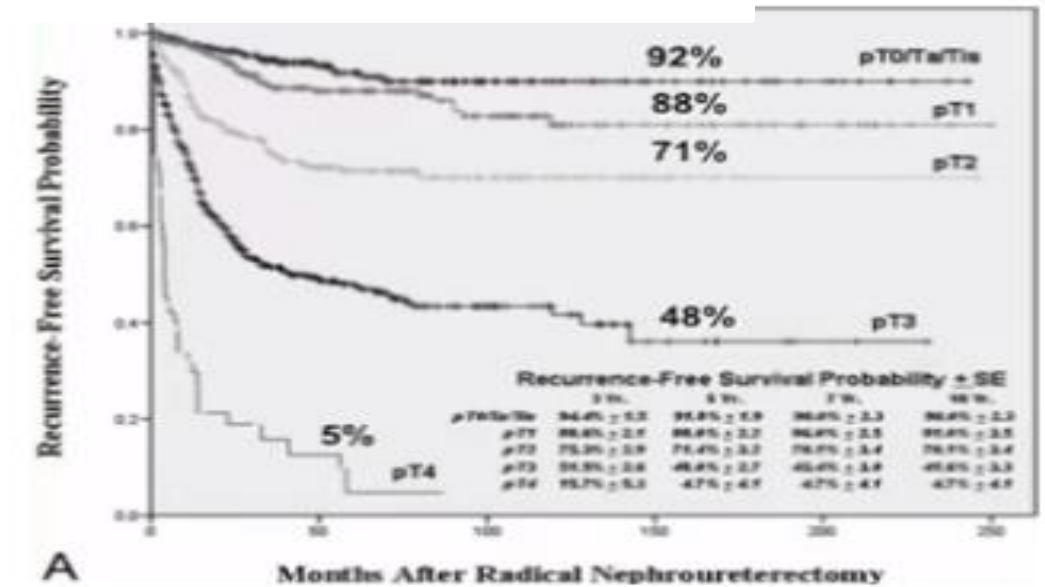
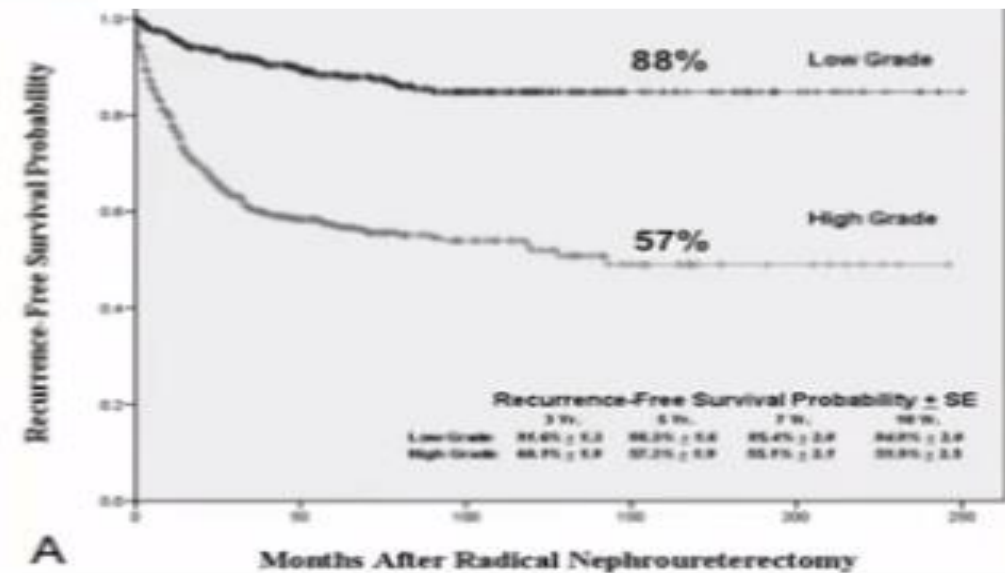
Vision critique

- 12 centres académiques
- 1992 – 2006
- N = 1363
- Similar Stage – for – Stage
- Similar Grade – for - Grade



Objectif principal
Evaluer la survie sans récidence à 3

NTU pour 1363 TVES (1986 – 2004),
MD Anderson / Etude rétrospective



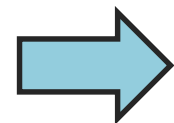
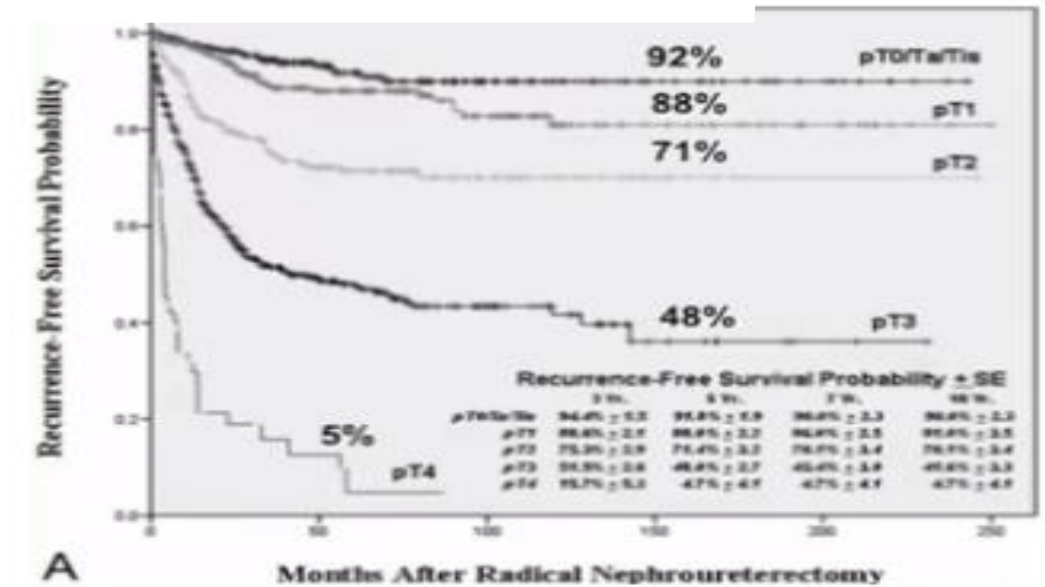
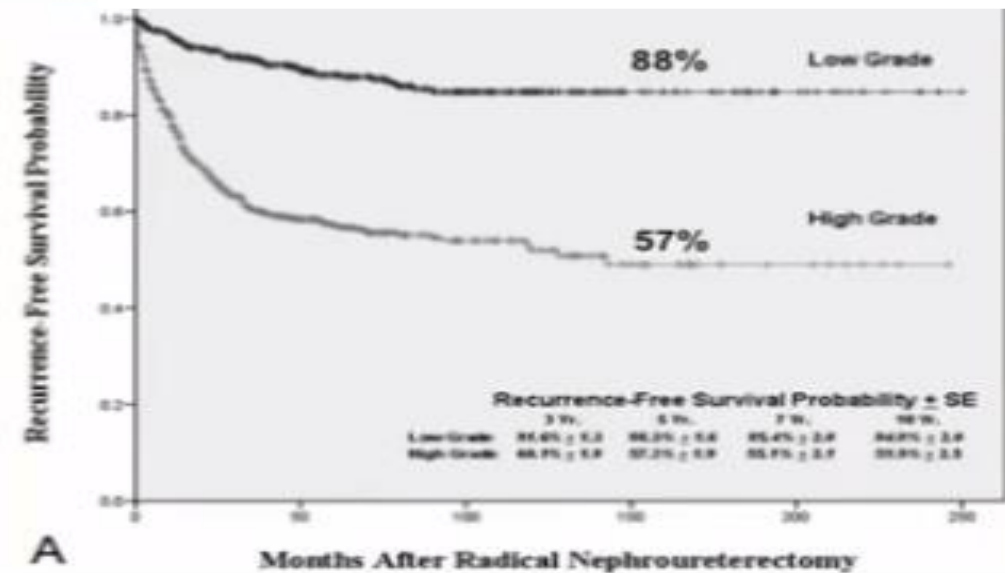
Pourquoi désescalader le TRT des TVES ?

- 12 centres académiques
- 1992 – 2006
- N = 1363
- Similar Stage – for – Stage
- Similar Grade – for - Grade



Objectif principal
Evaluer la survie sans récurrence à 3

NTU pour 1363 TVES (1986 – 2004),
MD Anderson / Etude rétrospective



Pas d'amélioration sur la survie sans récurrence
Ni sur la survie spécifique

Désescalade : Special Considerations

Can be Treated Differently

- **Distal Ureteral Tumors;**
- **Low – Grade Tumors;**
- **Solitary Kidney or Diminished renal Function;**
- **In case of a single functional or anatomical kidney;**
- **Bilateral tumours or co-morbidities that prevent radical treatment;**
- **Higher rate of progression for high-grade tumours;**



Special Considerations

Désescalade : Special Considerations

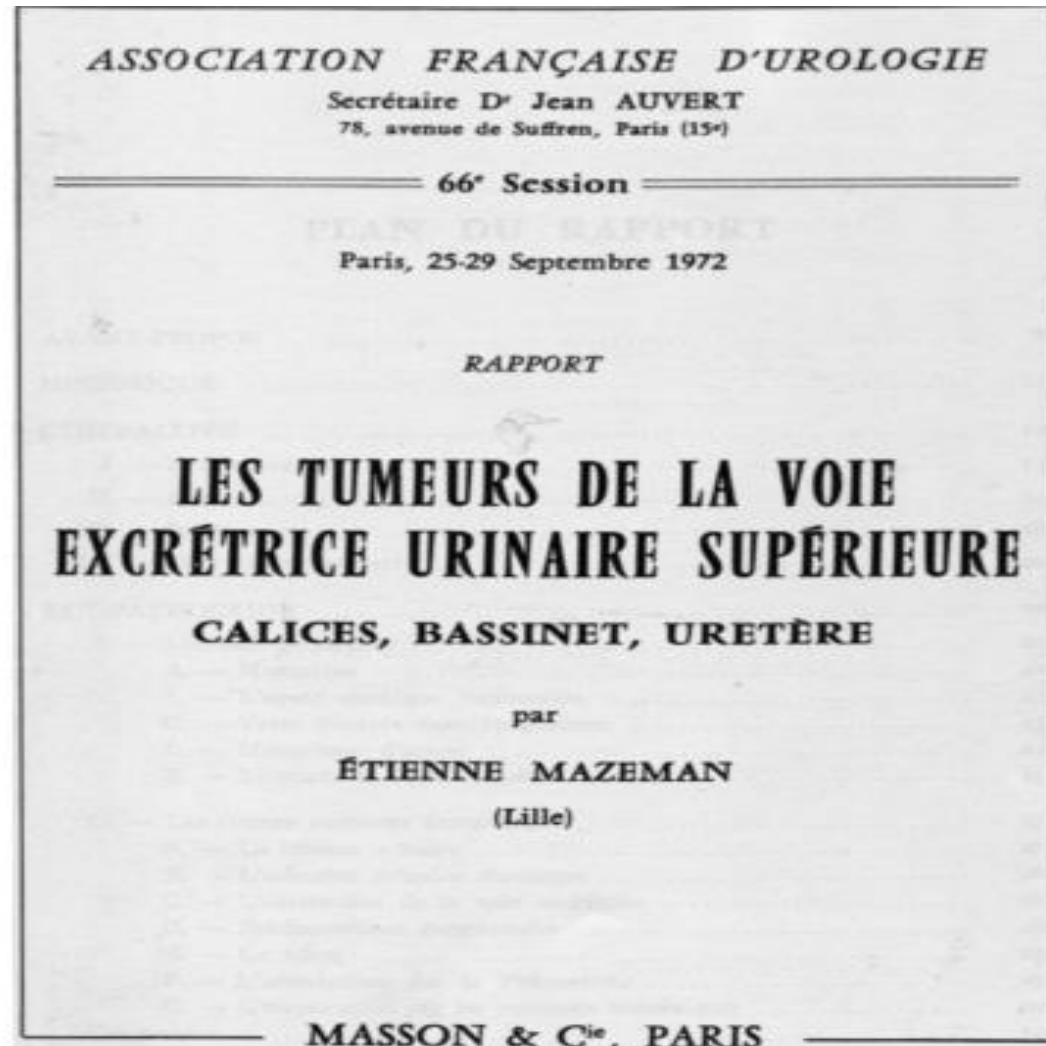
Can be Treated Differently

- Distal Ureteral Tumors;
 - Low – Grade Tumors;
 - Solitary Kidney or Diminished renal Function;
 - In case of a single functional or anatomical kidney;
 - Bilateral tumours or co-morbidities that prevent radical treatment;
 - Higher rate of progression for high-grade tumours;
-
- **Patient with comorbidity's**
ASA ≥ 3 , Age ++++
NUT conduit à la dialyse +++ .



Special Considerations

Rappel: De la NUT au TRT conservateur



Rapport de l'AFU de l'année 1972

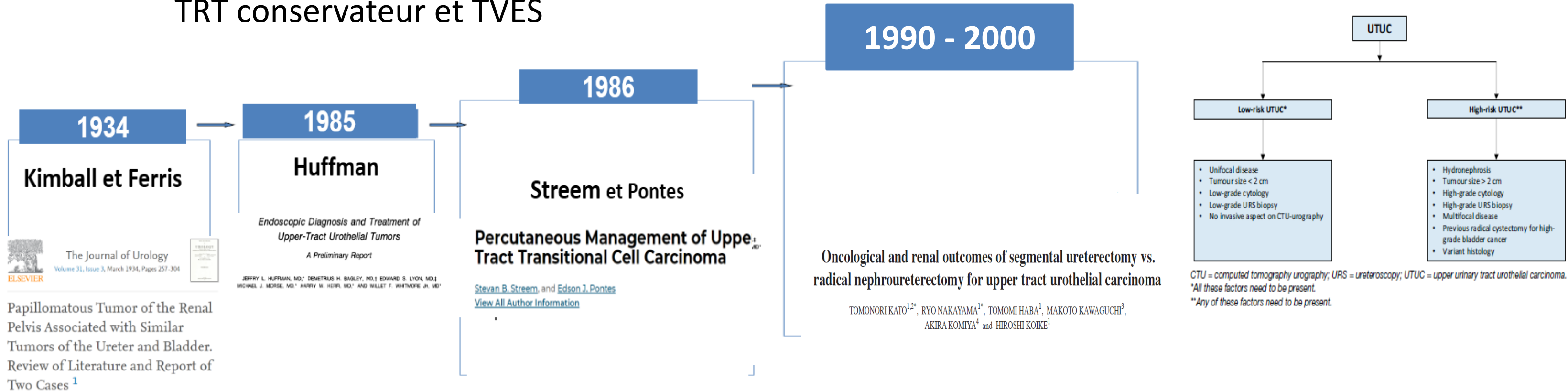


« toute solution intermédiaire entre la chirurgie conservatrice et la néphrourétérectomie totale est mauvaise »

Figure 1. Couverture du premier rapport de l'AFU dédié aux TVES en 1972.

Rappel: De la NUT au TRT conservateur

TRT conservateur et TVES



Evolution du nombre annuel de cas de TVES

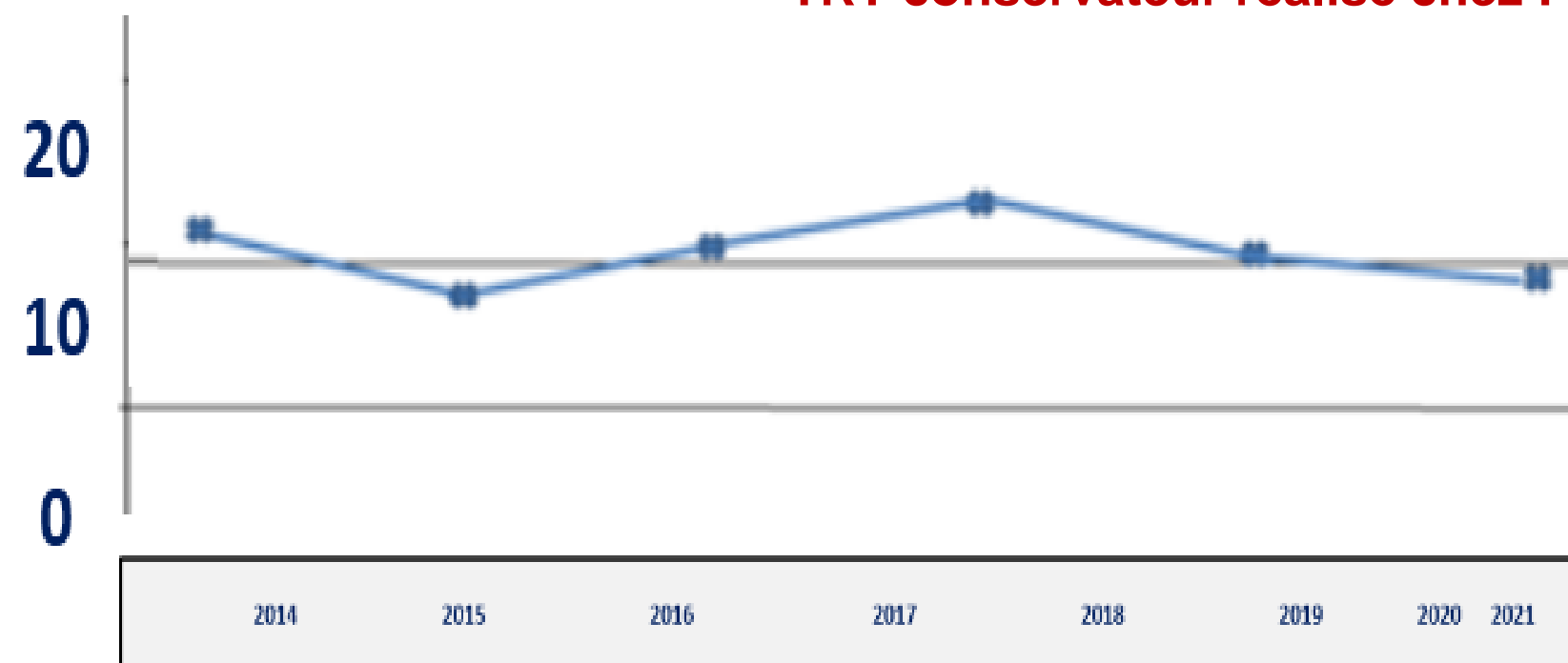
Expérience CHU Ain Naadja : Période 2014 - 2022

Etude rétrospective

N= 84 patients / NUT

TRT conservateur réalisé chez : 05 / URSS Laser

Nombre de Patients:



- Incidence corrélé à l'âge : 60 – 70 ans
- Age moyen : 59 ans
- Extrêmes : 27 - 91 ans
- Prédominance : masculine
- Sex ratio : 4 H pour 1 F
- Pic d'incidence : 2017 – 2018 +++

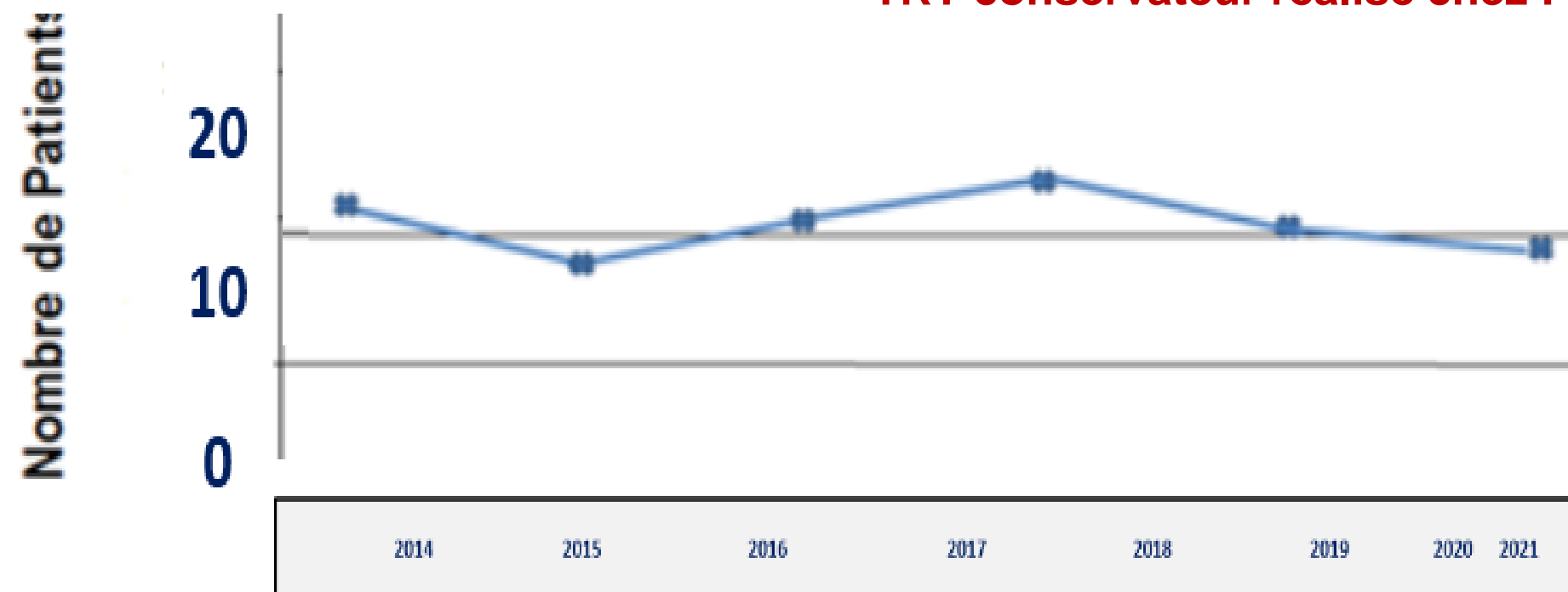
Evolution du nombre annuel de cas de TVES

Expérience CHU Ain Naadja : Période 2014 - 2022

Etude rétrospective

N= 84 patients / NUT

TRT conservateur réalisé chez : 05 / URSS Laser



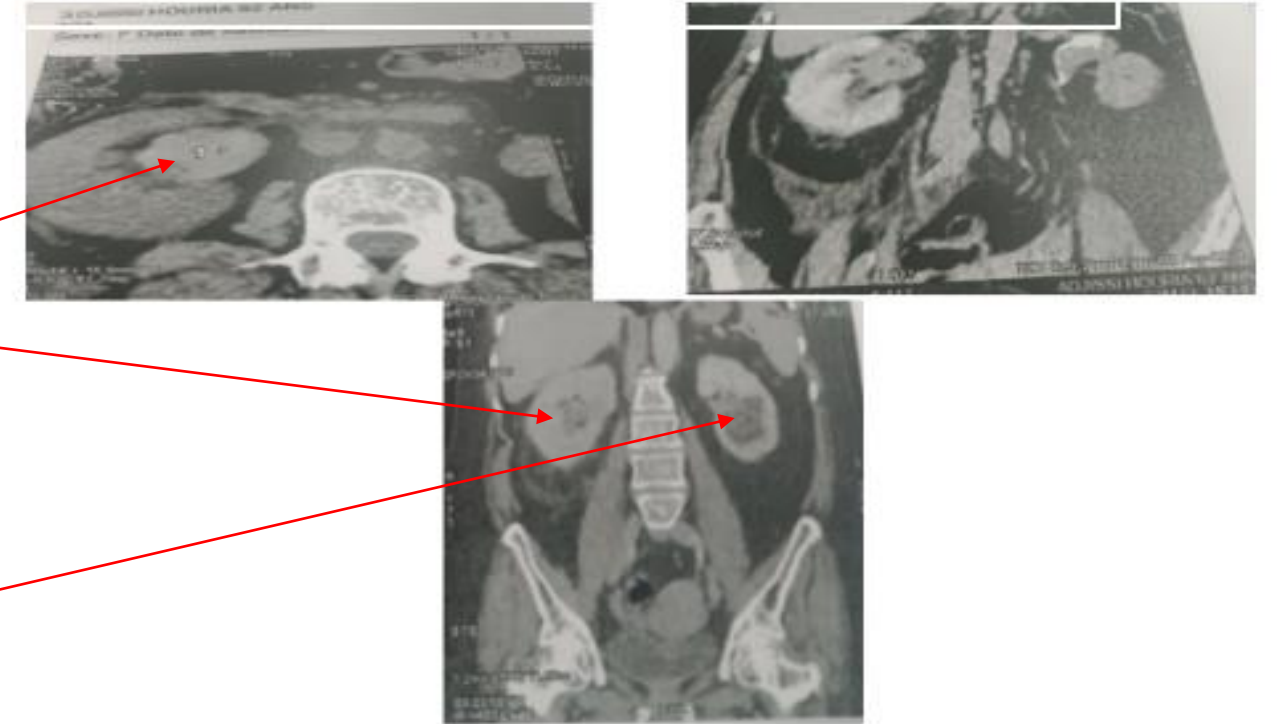
- Incidence corrélé à l'âge : 60 – 70 ans
- Age moyen : 59 ans
- Extrêmes : 27 - 91 ans
- Prédominance : masculine
- Sex ratio : 4 H pour 1 F
- Pic d'incidence : 2017 – 2018 +++

Cas clinique 1 : A. Houria, née en 1959 originaire de Sétif

- Diabétique sous insuline et HTA équilibrée
- **Juillet 2021: DG de TVES bilatérale**
- Clinique :
 - Plusieurs épisodes d'Hématurie macroscopique.
 - CN Droite à répétition **sur cailloutage**
- Uro-scanner abdomino pelvien :
 - HDN minime bilatérale;
 - Comblement tissulaire pyélique bilatérale.



Bilan diagnostique : Uro - TDM



Sémiologie:

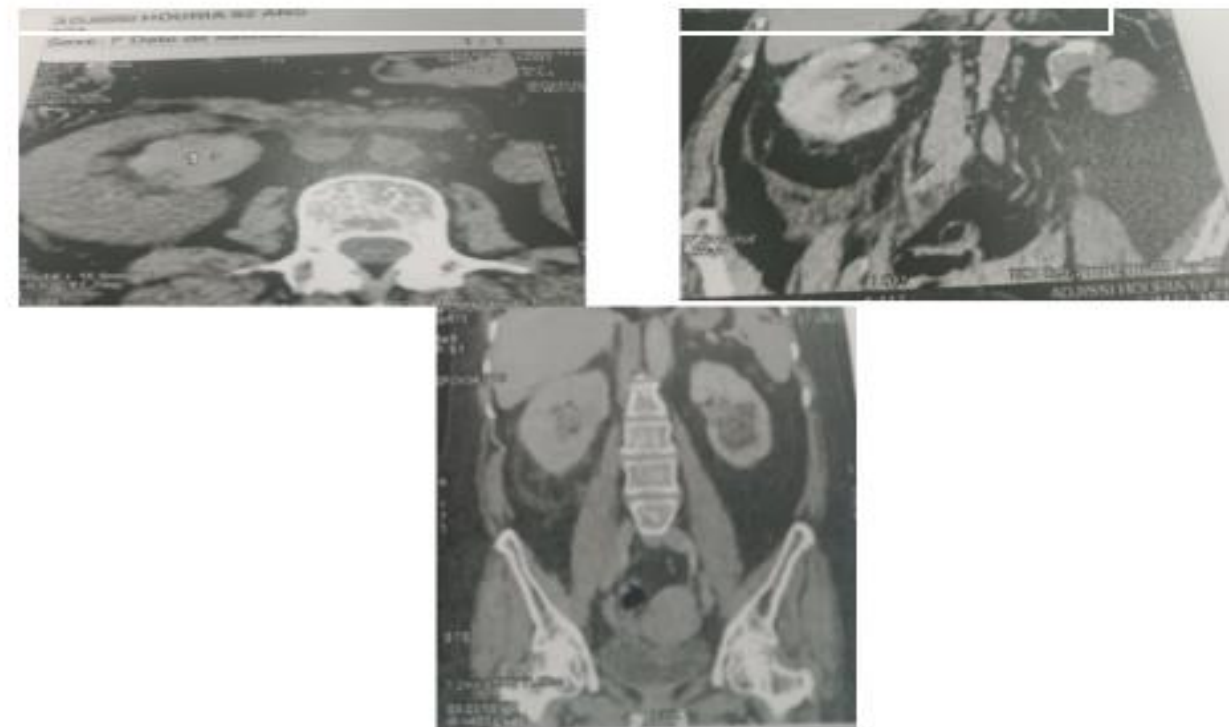
- HDN minime bilatérale;
- Comblement tissulaire pyélique bilatérale.

Cas clinique 1 : A. Houria, née en 1959 originaire de Sétif

- Diabétique sous insuline et HTA équilibrée
- Juillet 2021: DG de TVES bilatérale
- Clinique :
 - CN gauche à répétition;
 - Hématurie macroscopique.
- Uro scanner :
 - HDN minime bilatérale;
 - Comblement tissulaire pyélique bilatérale.

- Biopsie réalisée !! :
 - Prolifération urothéliale de bas grade = côté gauche chorion et muscle non vus;
 - Tissu conjonctivo-vasculaire = côté droit

Bilan diagnostique : Uro - TDM



Sémiologie:

- HDN minime bilatérale;
- Comblement tissulaire pyélique bilatérale.

- **Admission : 8 Décembre 2021 / la sortie 15 Décembre**

Examen du jour :

- Patiente en état général moyen;
- Anémique;
- Coopérative.

Examen clinique :

- Abdomen souple, pas de contact lombaire

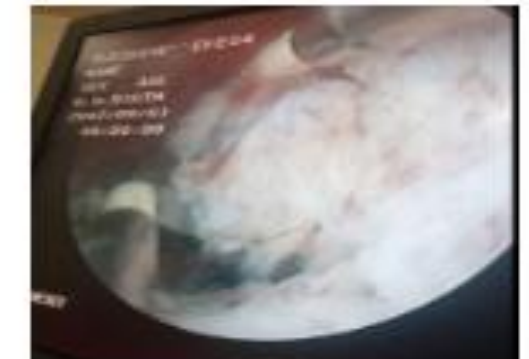
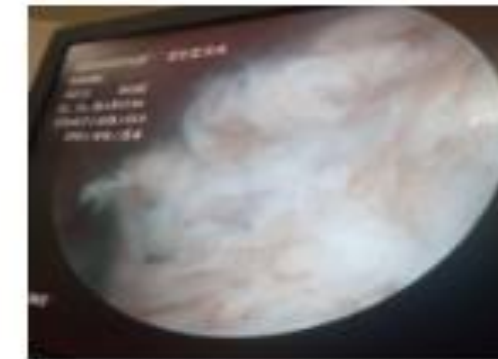
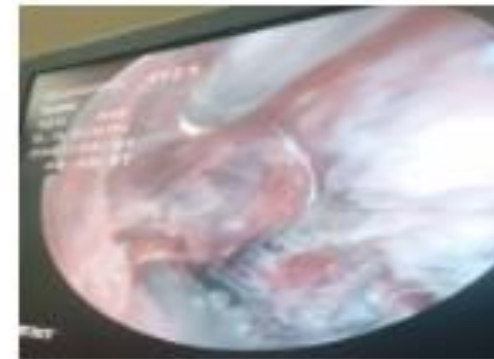
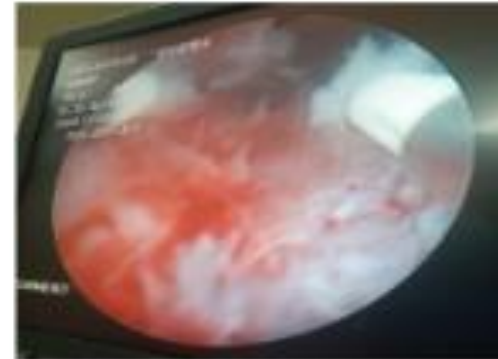
Reste de l'examen est sans particularité

Bilan hémodynamique :

- Gr: O+,
- GR: 3,95;
- Fonction rénale perturbée;
- Uree: 12 – 7,4 nl,
- HG: 9g
- PLQ 210,
- Creat: 159 -99 μ mol/l
- HG: 9 /12 – 12 /
- 11/15-12
- ASA II, OMS 0

Bilan diagnostique: Endoscopie

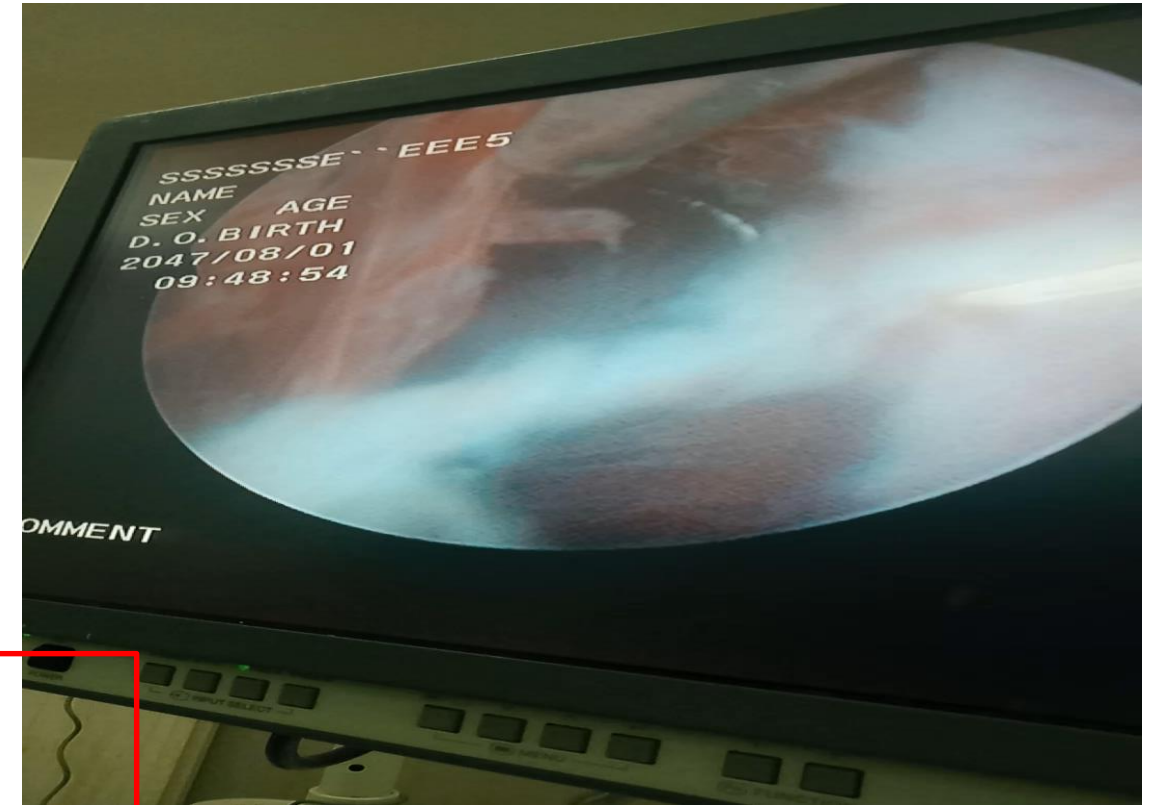
Urétéroscopie souple digitale bilatérale en simultanée



**Diagnostic d'une TVES bilatérale de siège pyélique largement $>$ à 030mm,
Saignement important à droite
Tentative d'hémostase à droite impossible**

Prise en charge thérapeutique

Abord percutané droit de la TVES



Indication de nécessité CCFU et EAU

Evaluation post opératoire à 1 mois

Conclusion :

ASPECT HISTOPATHOLOGIQUE D'UN CARCINOME UROTHÉLIAL DE HAUT GRADE /G2
INFILTRANT LE CHORION.
LE MUSCLE VU NON INFILTRE.
TUMEUR CLASSEE pT1.

Médecin : Dr.CHERGUI Nadjwa

Page 1 sur 1

Précédent Suivant

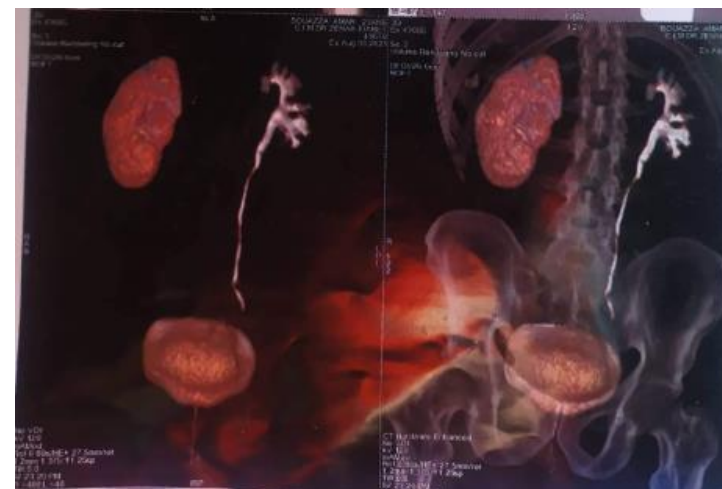
Demandé par : Pr R. BENRABBAH Le: 18/12/2021 12:09:50

Motif : Patiente ADJISSI HOURIA , âgée de 62 ans, diabétique sous insuline



Cas clinique 2 : B. Amar, née en 1998 originaire de Tiaret, exerçant un métier à Laghouat

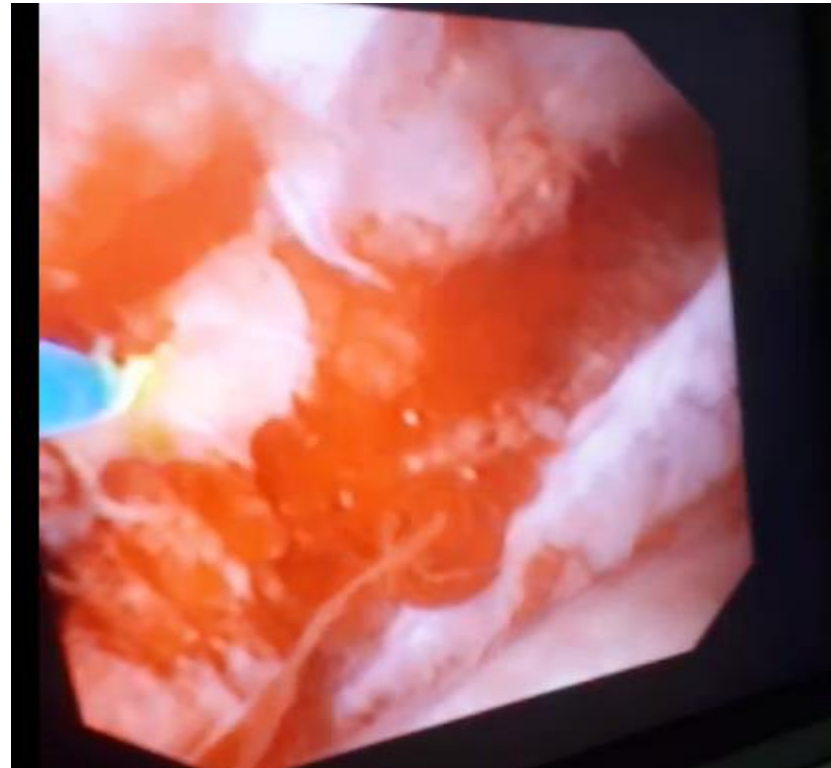
- Sans ATCD particuliers
- Septembre 2021 : suspicion de TVES
- SF :
 - Hématurie macroscopique à répétition
- Examen clinique :
 - Sans particularité hormis une pâleur cutanéomuqueuse
- Uro scanner :
 - HDN minime droite en amont d'un épaissement urétéral sous pyélique de 12mm étendu sur 37mm de hauteur.
- Cytologie urinaire : négative
- Cystoscopie : négative



Cas clinique 2 : B. Amar, née en 1998 originaire de Tiaret

Discordance entre la sémiologie radiologique et l'examen endoscopique

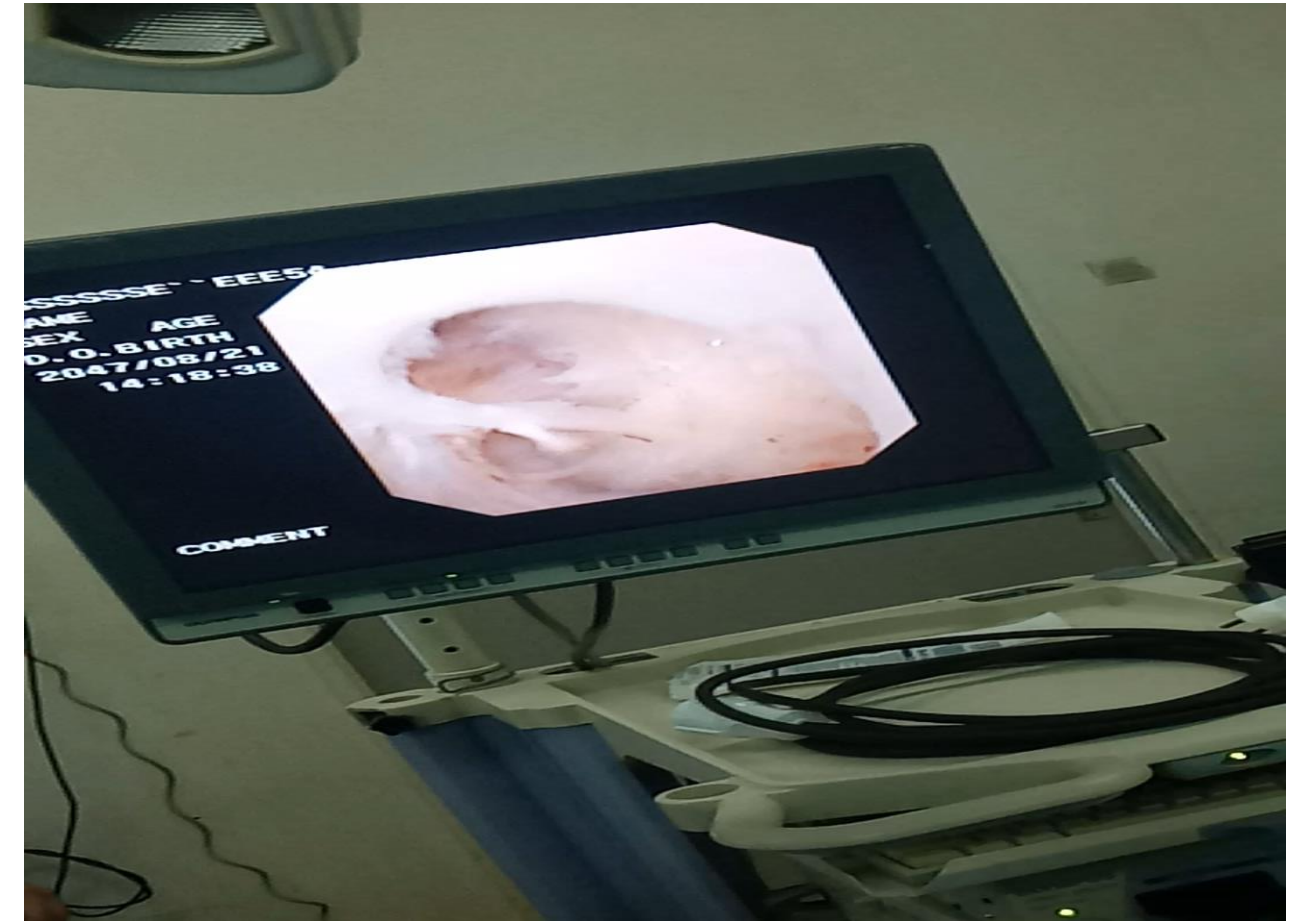
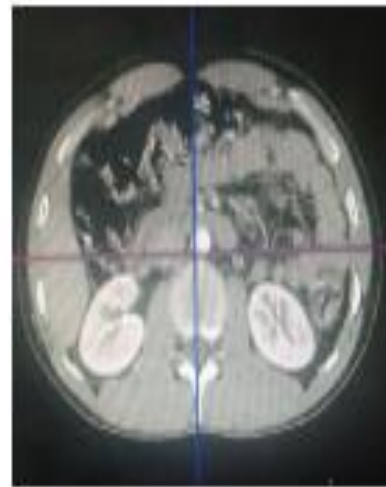
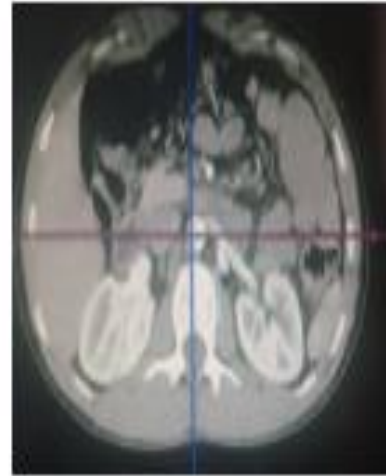
Uro TDM: Sensibilité : 97 pc Vs 93 pc Spécificité



Cas clinique 2 : B. Amar, née en 1998 originaire de Tiaret



Evaluation post opératoire



Les outils de suivi du TRT conservateur

- Les outils ?

- Quel rythme ?

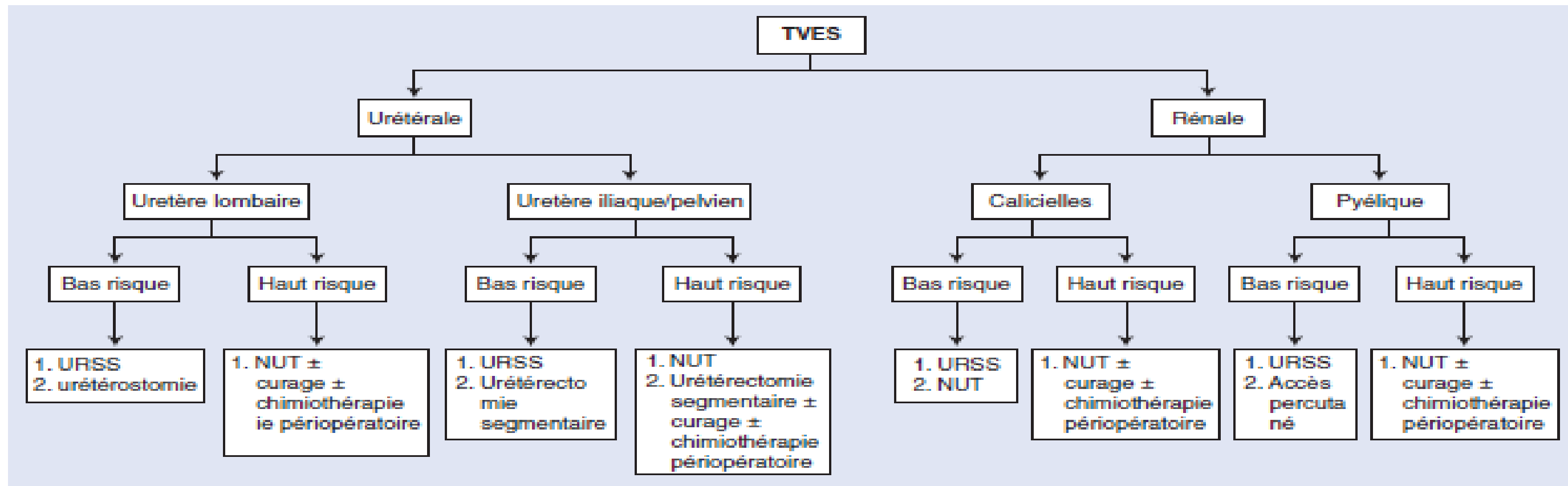
Surveillance après traitement

- Enjeu : dépister les récurrences curables et prendre en charge les effets secondaires tardifs
- Surveillance standard

Tableau de recommandations 4

Recommandations pour la surveillance des patients après traitement d'une TVES			
	Imagerie	Endoscopie	Durée
Après NUT			
TVES à haut risque localisé	- uro-TDM annuelle	- Cystoscopie - Cytologie À 3 mois, puis annuelles	5 ans minimum
TVES à haut risque localement avancé	- uro-TDM Semestrielle pendant 2 ans, puis annuelle		
Après traitement conservateur			
TVES à faible risque	- uro-TDM À 3 mois, à 6 mois, puis annuelle	- Cystoscopie - Urétérorénoscopie - Cytologie <i>in situ</i> À 3 mois, 6 mois, puis semestrielles pendant 2 ans, puis annuelles	5 ans minimum

Ce qu'il faut retenir



Arbre décisionnel Selon es Experts

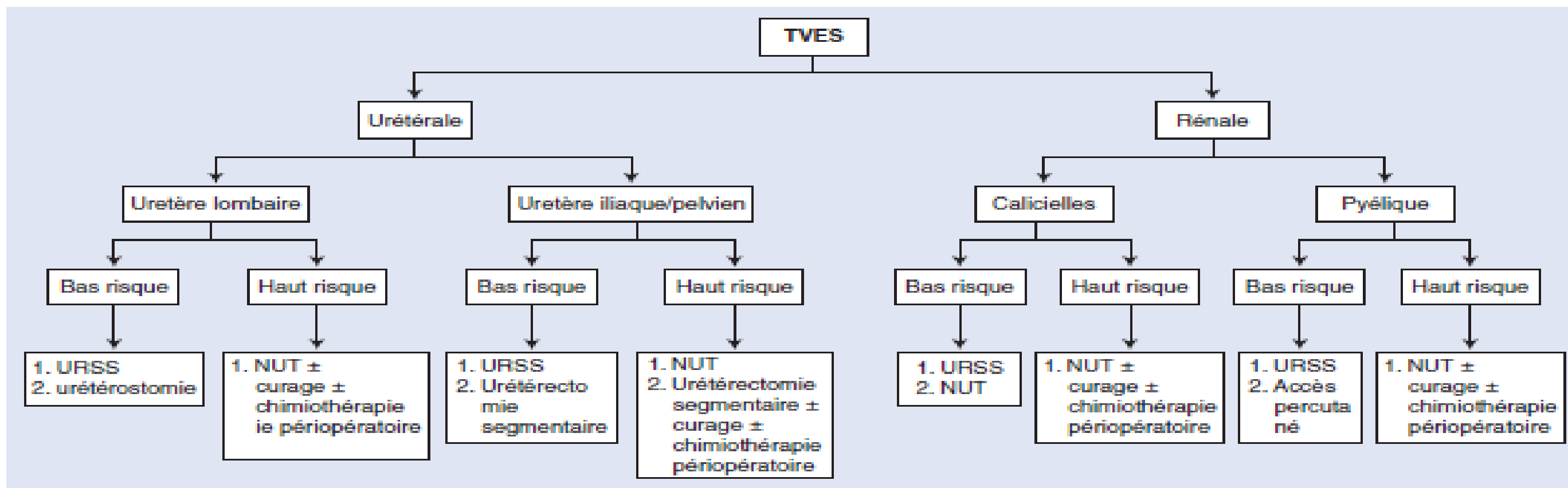


Figure 2. Arbre décisionnel. Type de prise en charge en fonction de la gravité et de la localisation des tumeurs urothéliales de la voie excrétrice supérieure (TVES). URSS : urétérorénoscopie souple ; NUT : néphro-urétérectomie totale.

Que disent les recommandations ?

Recommandations Actuelles

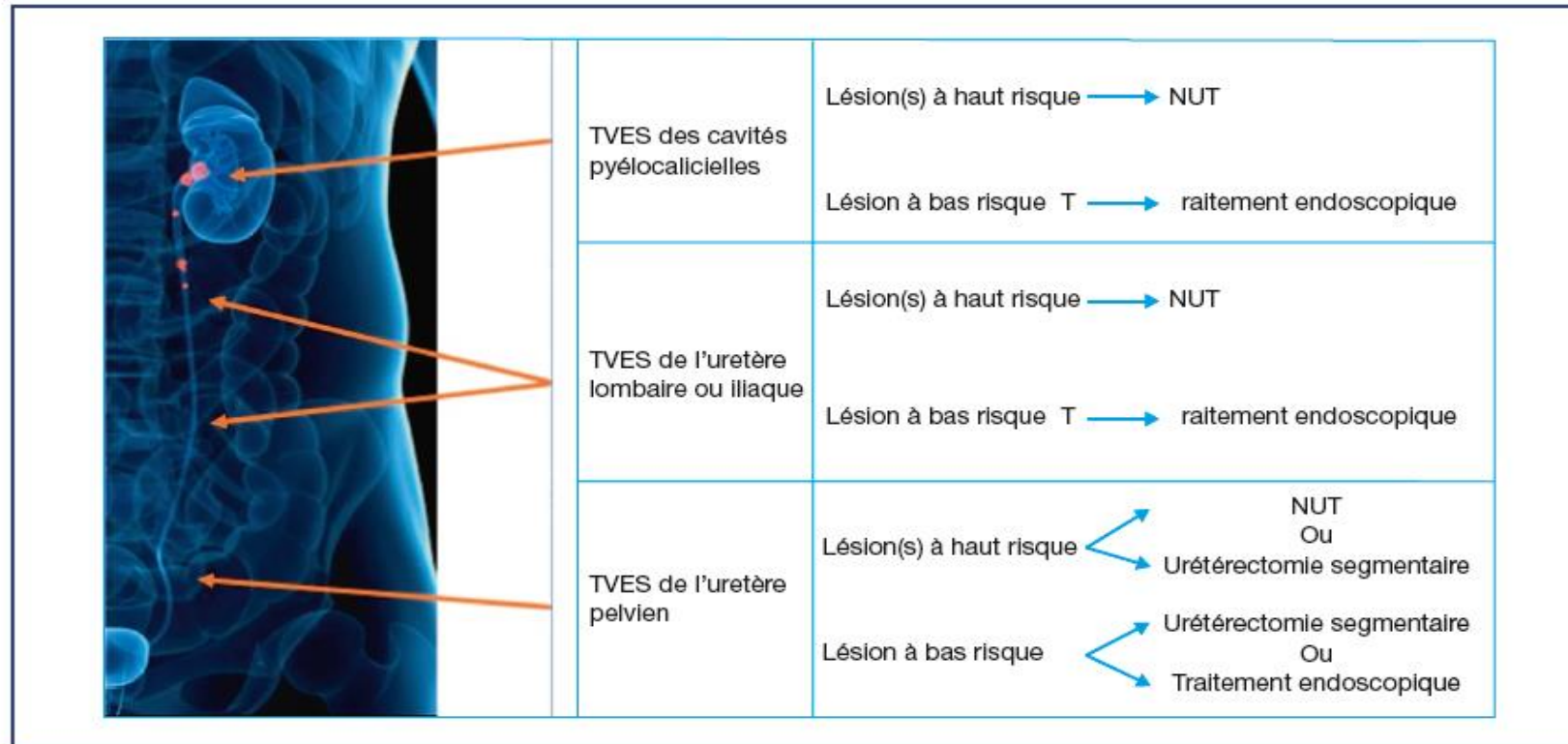
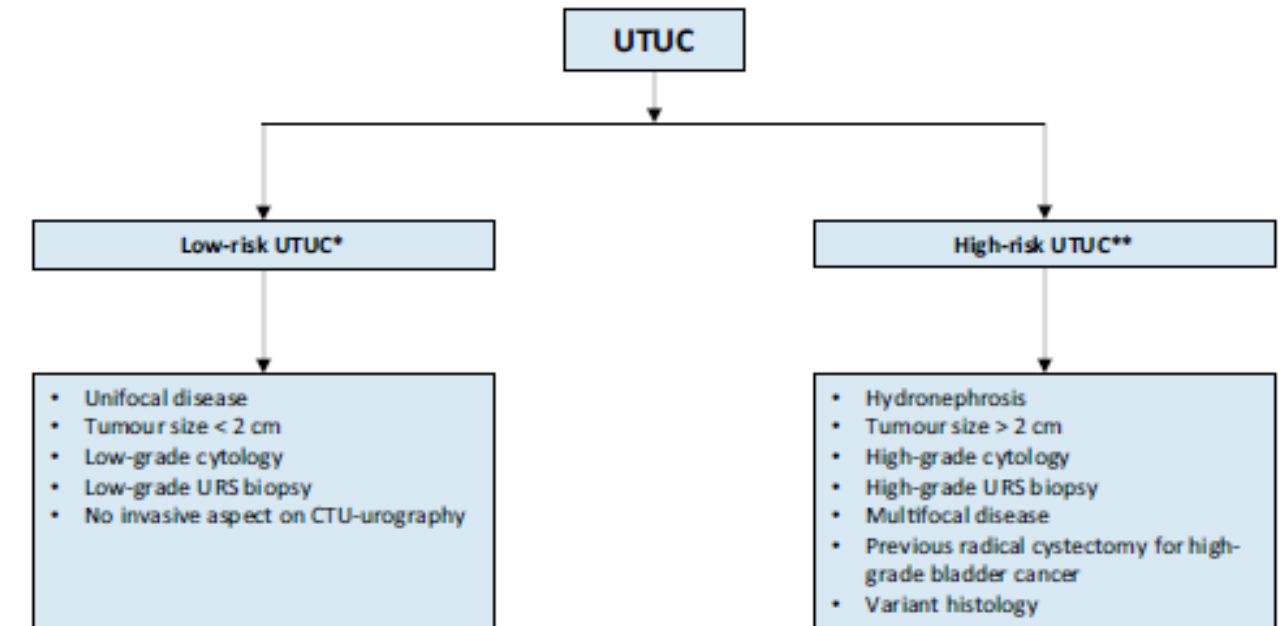


Figure 4. Algorithme de prise en charge des TVES localisées en fonction de la localisation.



CTU = computed tomography urography; URS = ureteroscopy; UTUC = upper urinary tract urothelial carcinoma.

*All these factors need to be present.

**Any of these factors need to be present.

Figure 6.2: Risk stratification of non-metastatic UTUC

Y a-t-il une place pour le TRT conservateur ?

Recommandations Actuelles

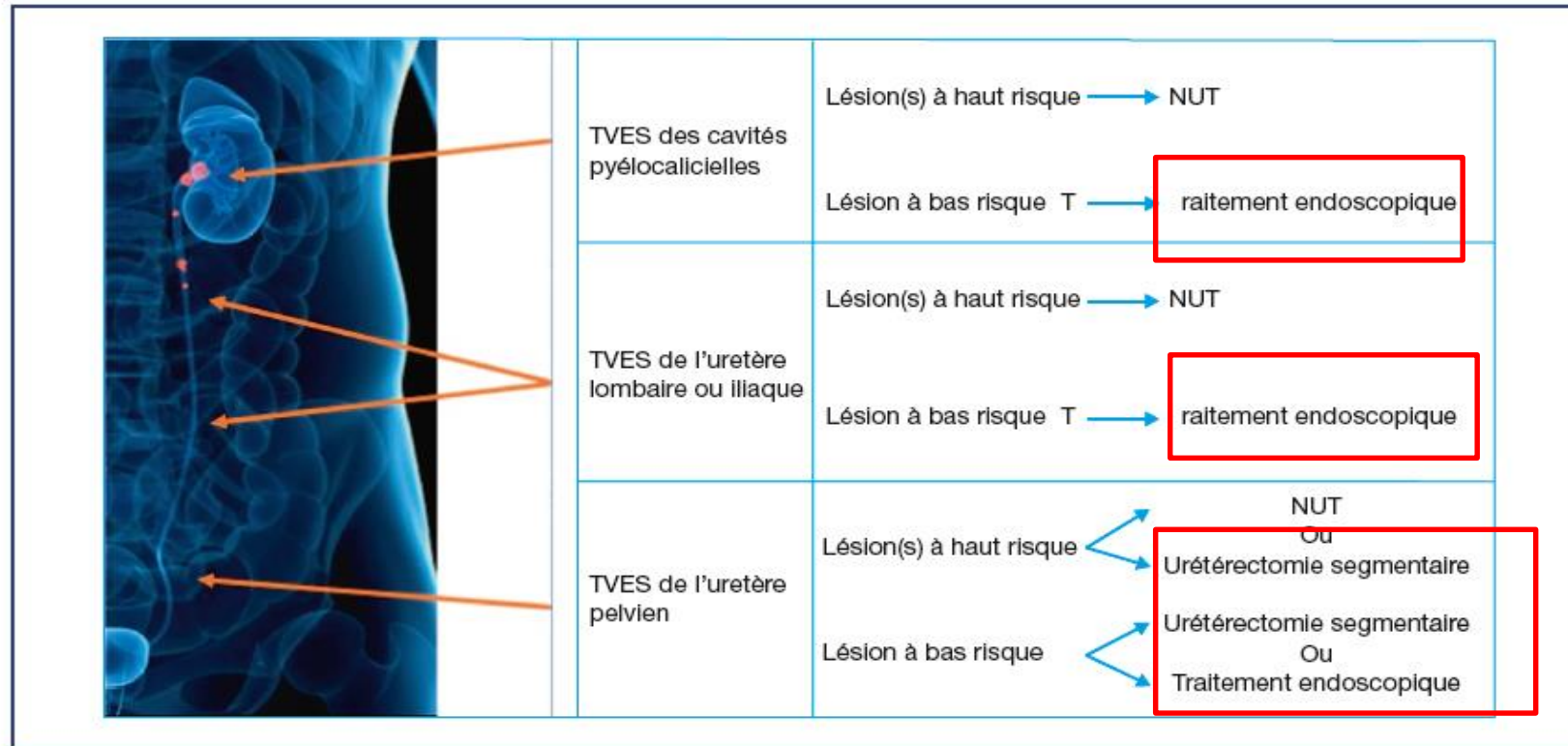
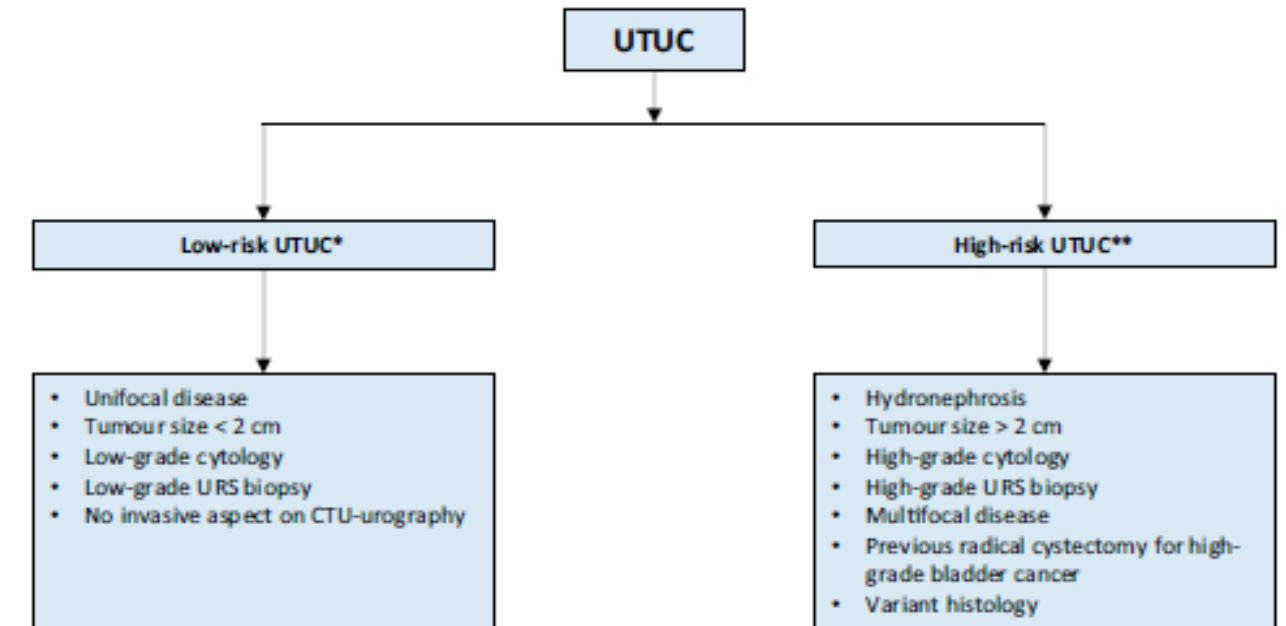


Figure 4. Algorithme de prise en charge des TVES localisées en fonction de la localisation.



CTU = computed tomography urography; URS = ureteroscopy; UTUC = upper urinary tract urothelial carcinoma.

*All these factors need to be present.

**Any of these factors need to be present.

Figure 6.2: Risk stratification of non-metastatic UTUC

Les points forts

Problème atypique – Solution atypique

- TVES, tumeur rare, mais l'incidence est en augmentation;
- Localisation variable;
- Pronostic plus sévère que les TV;
- Protocole Thérapeutique validé;
- Incluant aussi le traitement conservateur.

THANK YOU FOR YOUR ATTENTION



Département d'Urologie
Traitement Endo-urologique des Lithiases
Enfants - Adultes

benrabahrabah72@yahoo.fr

