

4^{ème} Forum des Cancers Urologiques 6-7 Juin 2024

Optimisation de l'interprétation anatomopathologique dans les résections endoscopiques transurétrales monobloc des carcinomes urothéliaux de moins de 03 cm , non infiltrant le muscle vésical , à propos de 189 patients

N.BEKKI , M.MEDJAMIA , MJ.YOUSFI, M.LOUNICI
Service de Chirurgie Urologique / HMRUO

INTRODUCTION

- Carcinome urothélial : 2,7 millions/année/monde.
- 7^{ème} rang des décès /cancer.
- 2^{ème} cancer en urologie .
- Incidence augmente avec l'âge, elle rejoint celle du cancer du sein et du colon après 75 ans.
- Facteurs de risque: Tabagisme, exposition professionnelle
- Hématurie macroscopique terminale: signe le plus fréquent.
- Carcinome urothélial est le type histologique le plus fréquent (90 %).
- RTUV: Traitement initial et de référence des TVNIM

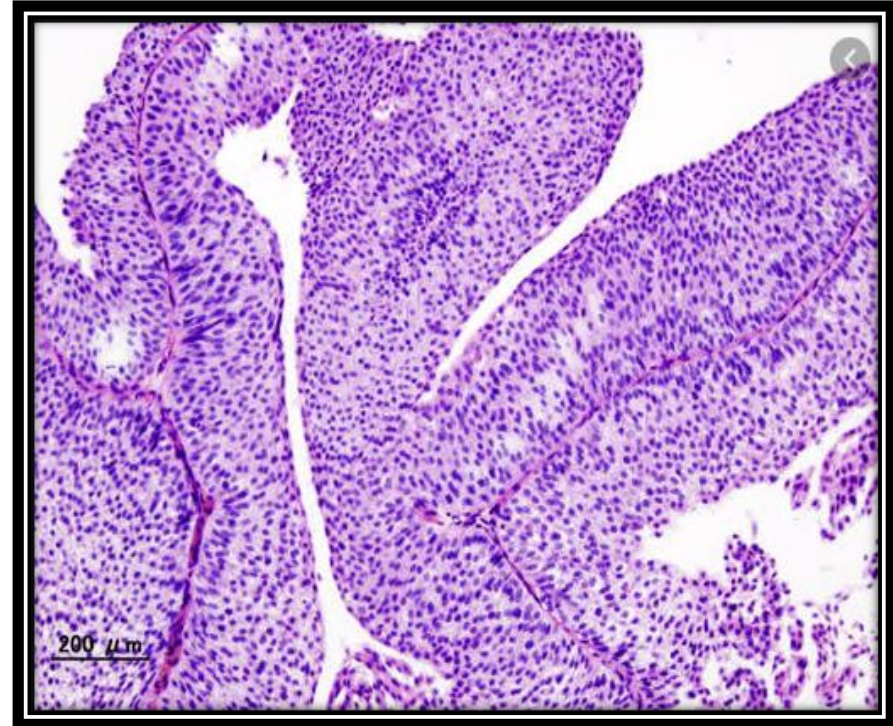
HISTOLOGIE



Organisation de la paroi vésicale

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- Macroscopiquement: forme exophytique, touffes papillaires plus ou moins nombreuses et plus ou moins compactes. Peuvent donner l'aspect de papillomatose.



Aspect d'un carcinome urothélial

ALLORY Y , FOUTUGNE J : Anatomopathologie de l'arbre urinaire in Mémento de pathologie sous la direction de Camilo Adem et Thomas Petit. Octobre 2017 - ISBN: 978-2-8183-1645-0.

K.RENAUDIN , A.MOREAU , F.BUZELIN: ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES TUMEURS ÉPITHÉLIALES DE VESSIE.Prog Urol, 2002, 12, 787-802.
Endoscopic Treatment of Bladder Tumors .Petrișor A. Geavlete, Dragoș Georgescu, Răzvan Muțescu, Mihai Drăguțescu, Marian Jecu et Bogdan Geavlete.Endoscopic Diagnosis and Treatment in Urinary Bladder Pathology, Chapter 4, 83-203

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Grade tumoral

- Classification **OMS** établie en **2016**.
- Majore la proportion des carcinomes de haut grade par rapport à la classification **OMS** de **1973**.

Correspondance du grade tumoral entre classification OMS 1973 et 2016

Classification OMS 1973	Classification OMS 2016
G1	Néoplasie de faible potentiel de malignité
G2	Bas Grade
G3	Haut Grade

ETUDE PRATIQUE

PROBLÉMATIQUE

- **Les limites de la RTUV conventionnelle:**
 - Résection par passages successifs de l'anse,
 - Progression pas à pas en profondeur vers le muscle vésical.
 - Entraînant des sources d'erreur dans l'évaluation du stade tumoral.
 - Libération de cellules tumorales (essaimage tumoral).
 - Un taux élevé de récurrence et de progression tumorale.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

- Objectif:
 - Améliorer la qualité de la lecture et la stadification anatomopathologique sur des pièces de résection endoscopique monobloc des TVNIM (Tumeur, chorion et détrusor en un seul bloc).

PROTOCOLE D'ÉTUDE

- Etude observationnelle, descriptive et prospective monocentrique, incluant **189** patients.
- Période de Janvier 2018 à Décembre 2023.(Moyenne de suivi de 36 mois) .

MATÉRIEL D'ÉTUDE

Critères d'inclusion

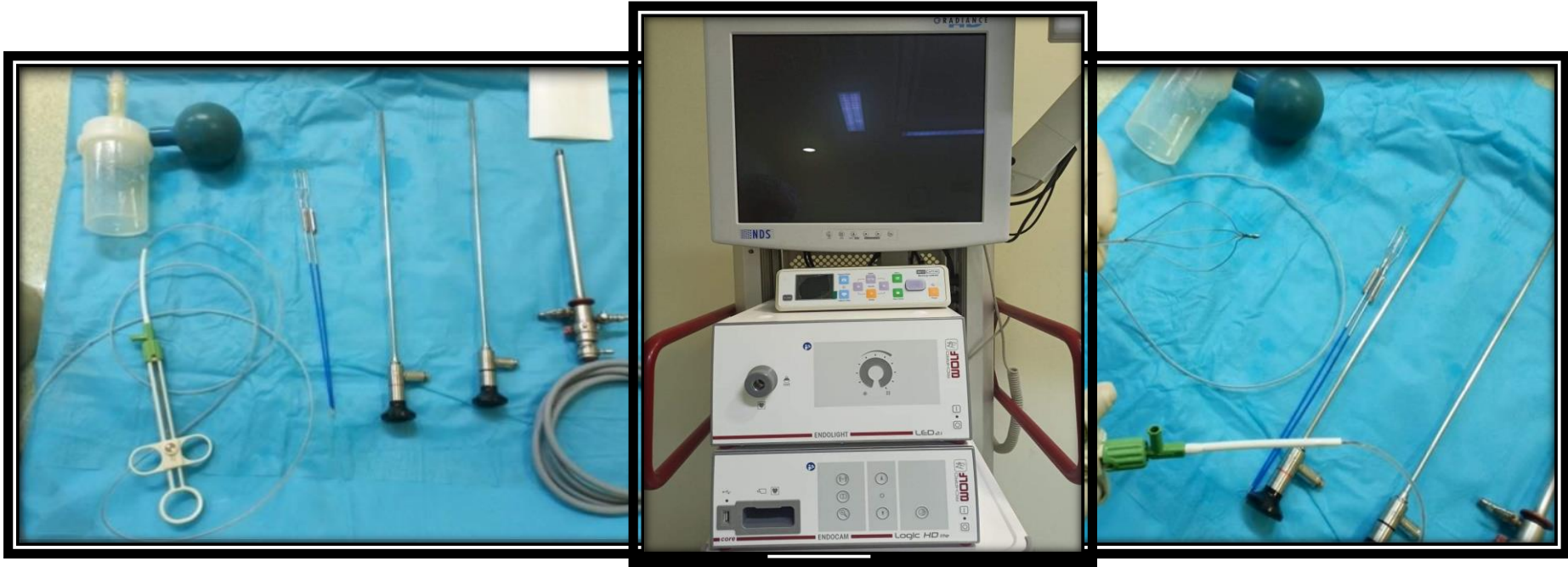
- Age supérieur à 18 ans.
- Tumeur inférieure ou égale à 03 cm,
- Les TVNIM: Faible risque, risque intermédiaire, haut risque de récurrence et de progression.

Critères d'exclusion

- Greffe vésicale d'une TVES.
- Tumeurs de situation antérieure et dôme,
- Autres types histologiques que les carcinomes urothéliaux.
- TVIM à la lecture anatomopathologique.

MOYENS MATÉRIELS

Equipements



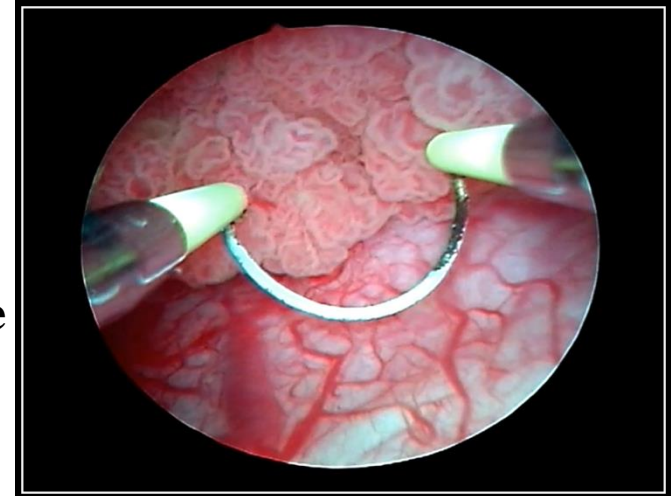
**Matériels de résection endoscopique: résectoscope, monopolaire , optiques, anses de résection
(Photo collection personnelle)**

Source d'énergie

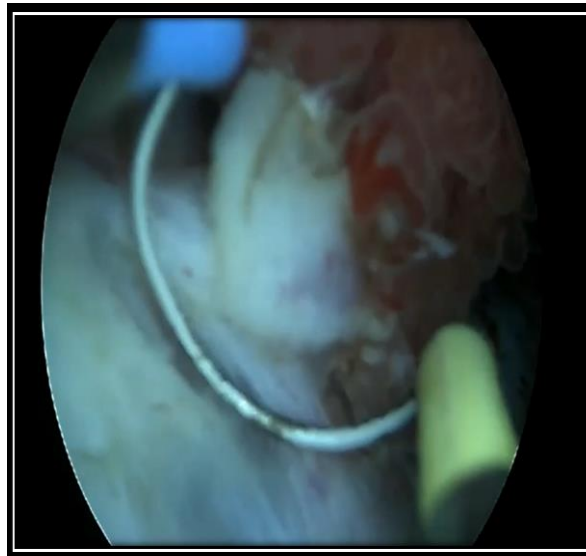


**Source d'énergie bipolaire
(Photo collection
personnelle).**

**Résection monobloc bipolaire
d'une tumeur vésicale (Photo
collection personnelle).**

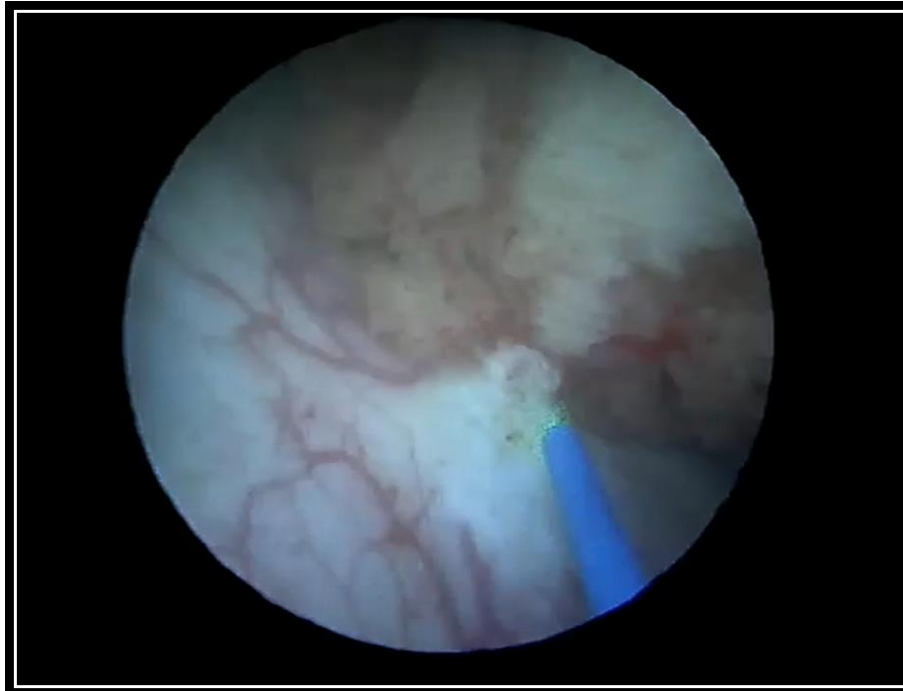
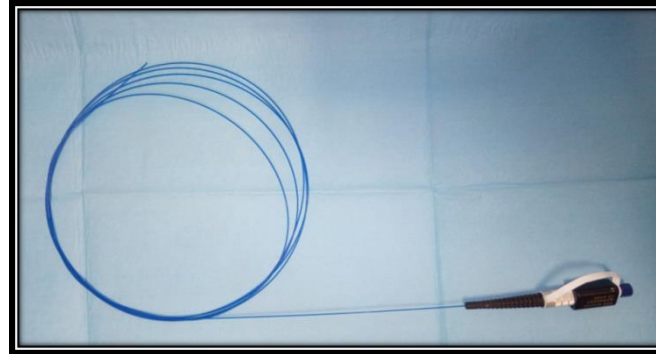


**Résection monopolaire monobloc
d'une tumeur vésicale (Photo
collection personnelle).**



Source d'énergie

Fibre laser 272 microns (Photo collection personnelle).

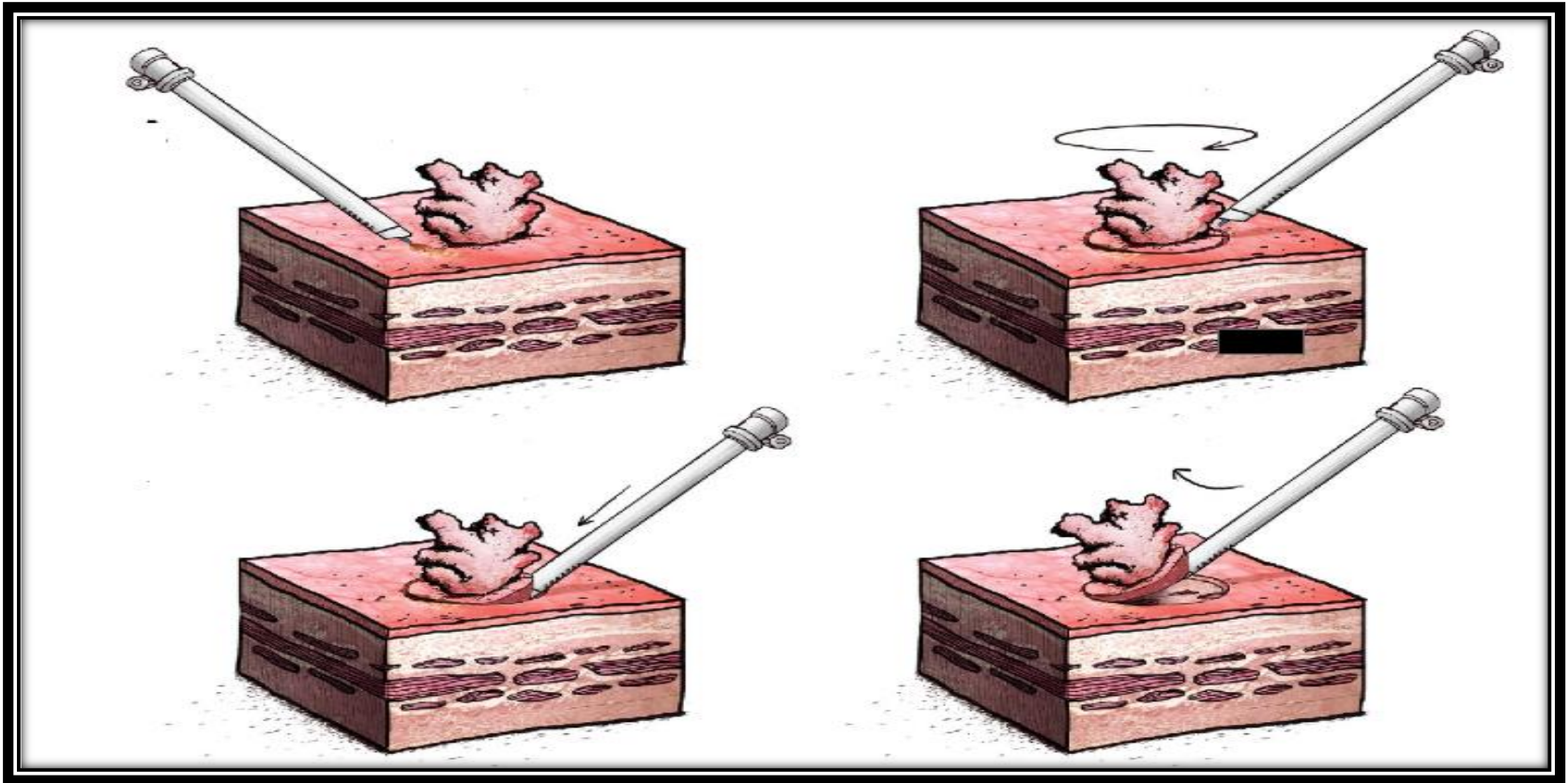


Résection monobloc laser d'une tumeur vésicale (Photo collection personnelle).



Source laser Holmium YAG (Photo collection personnelle).

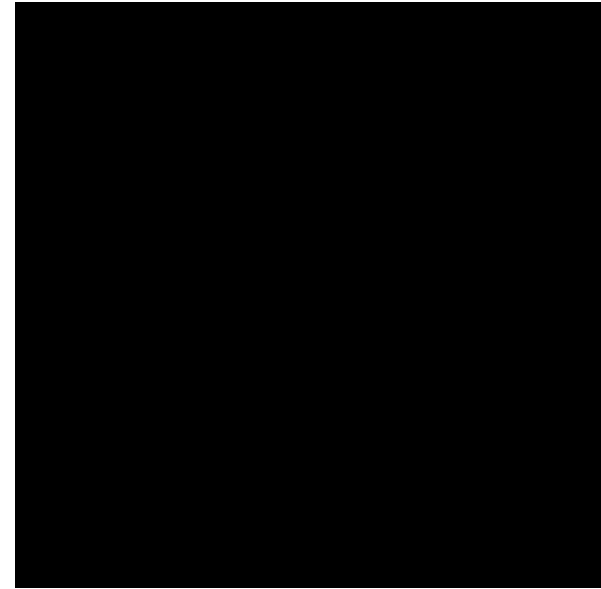
Principes de la résection monobloc



Principes de la résection endoscopique monobloc.

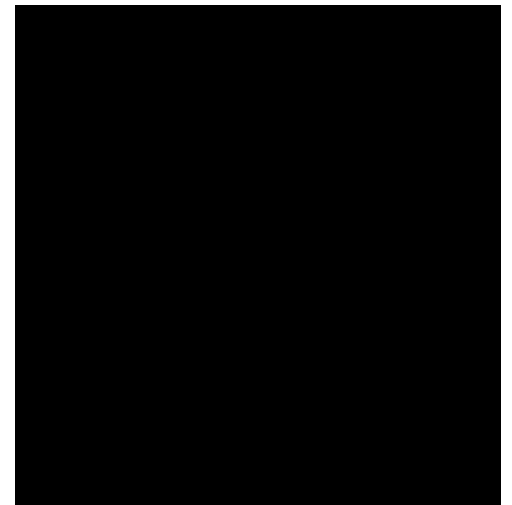
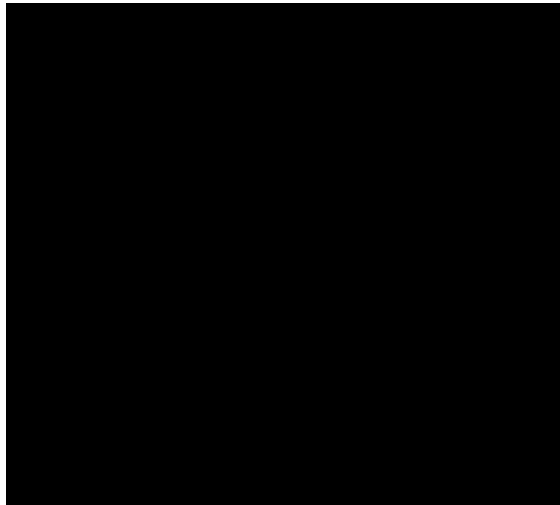
DÉROULEMENT DE L'INTERVENTION

- RA/AG, position de taille, urétrocystoscopie.
- Récupération des premières urines pour examen cytologique.
- Le col, les méats urétéraux et l'ensemble de la vessie doivent être explorés avant de débiter la résection.
- La résection est réalisée en emportant la tumeur et la couche musculaire profondément en progressant pas à pas.
- Récupération du bourgeon à l'aide de l'anse et/ou la poire d'Hellick ou sonde panier.



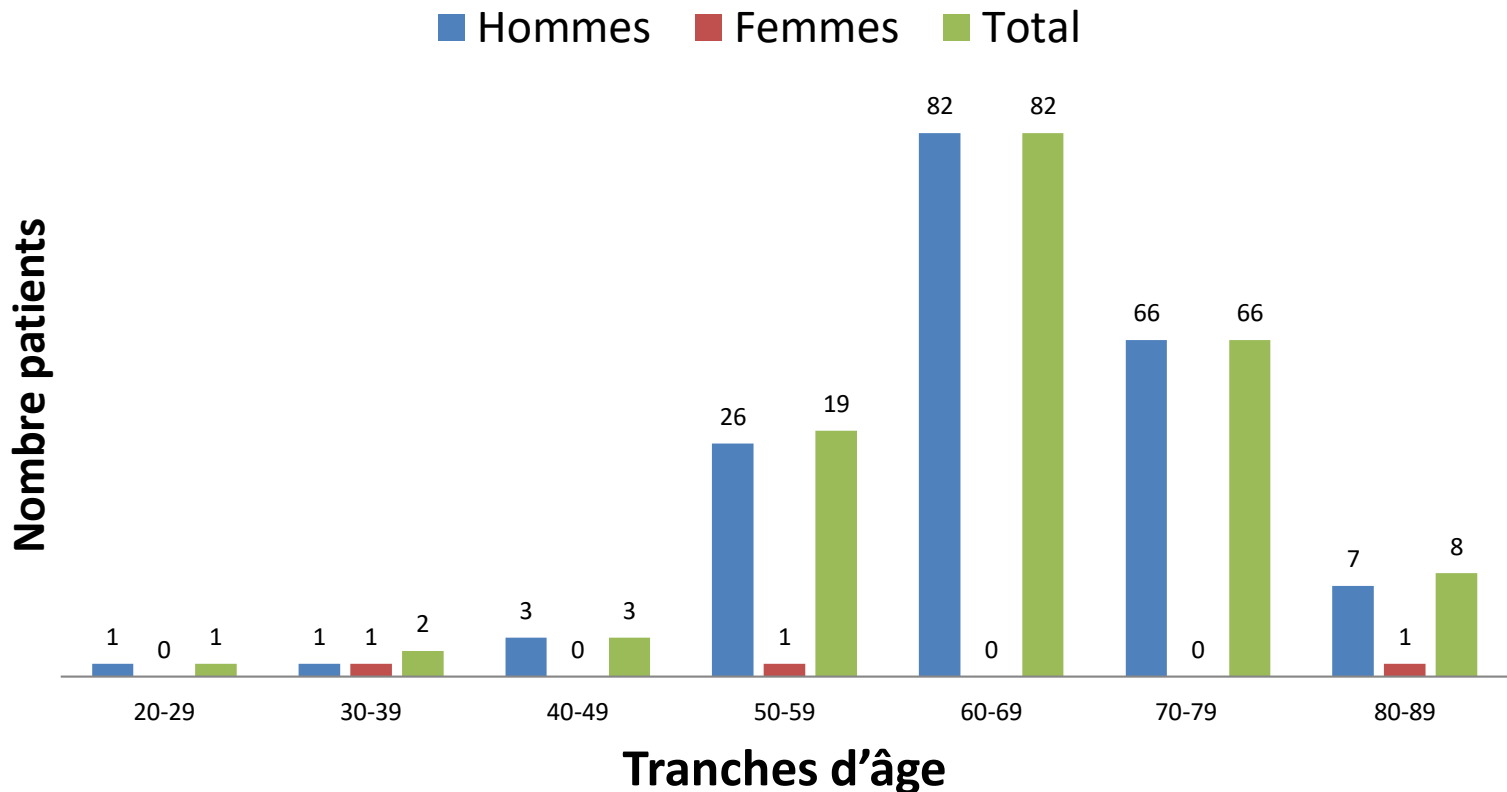
DÉROULEMENT DE L'INTERVENTION

- La zone de résection est délimitée de façon circulaire, à **5 mm** autour de la tumeur .
- La résection est réalisée par la suite à partir de cette limite en emportant la tumeur et la couche musculaire profondément en progressant pas à pas.



RÉSULTATS

Répartition des résultats selon les tranches d'âge et le sexe

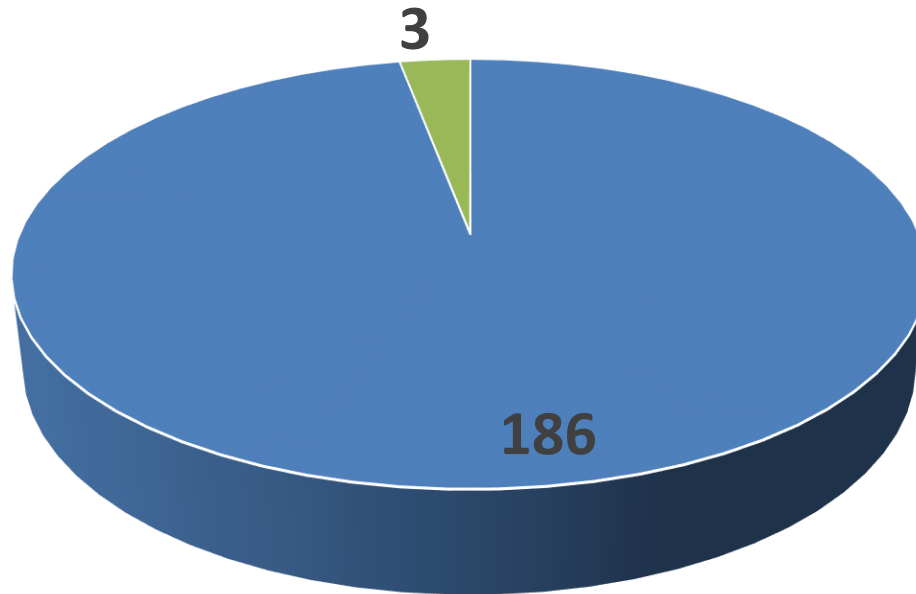


Age moyen : **65,57 ans +/- 10,53**, avec des extrêmes allant de **28 à 84 ans**.

RÉSULTATS

SEXE

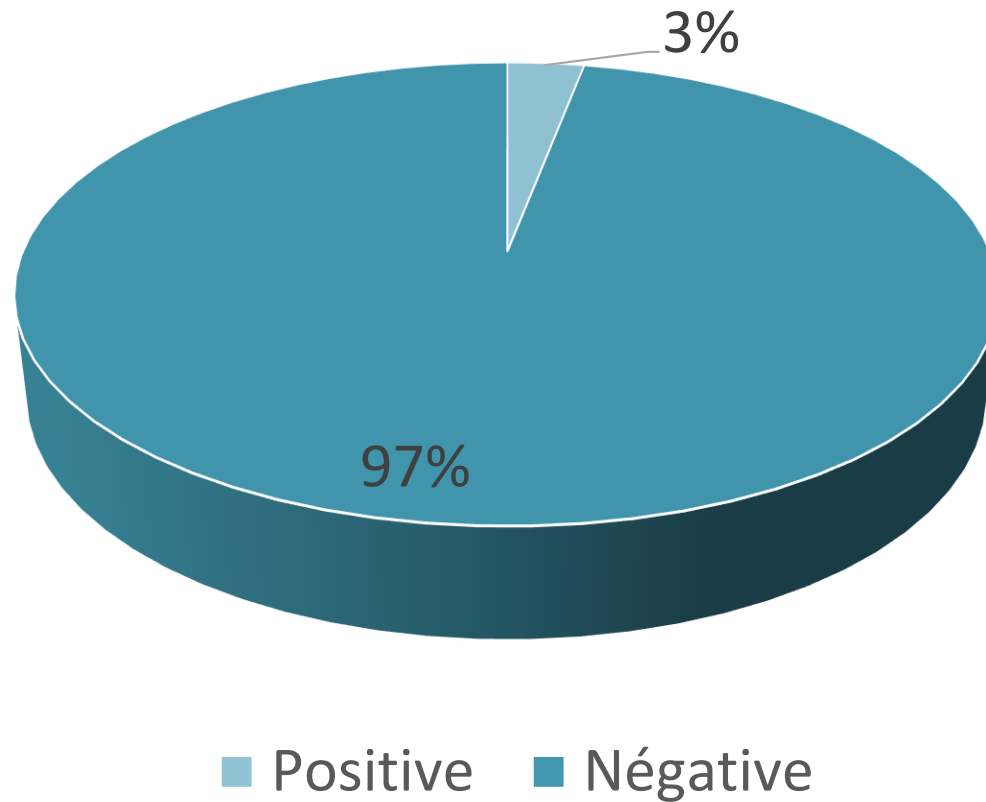
Nette prédominance masculine avec **186** Hommes et **3** Femmes soit un sex-ratio de **61**.



■ Homme ■ Femme

RÉSULTATS

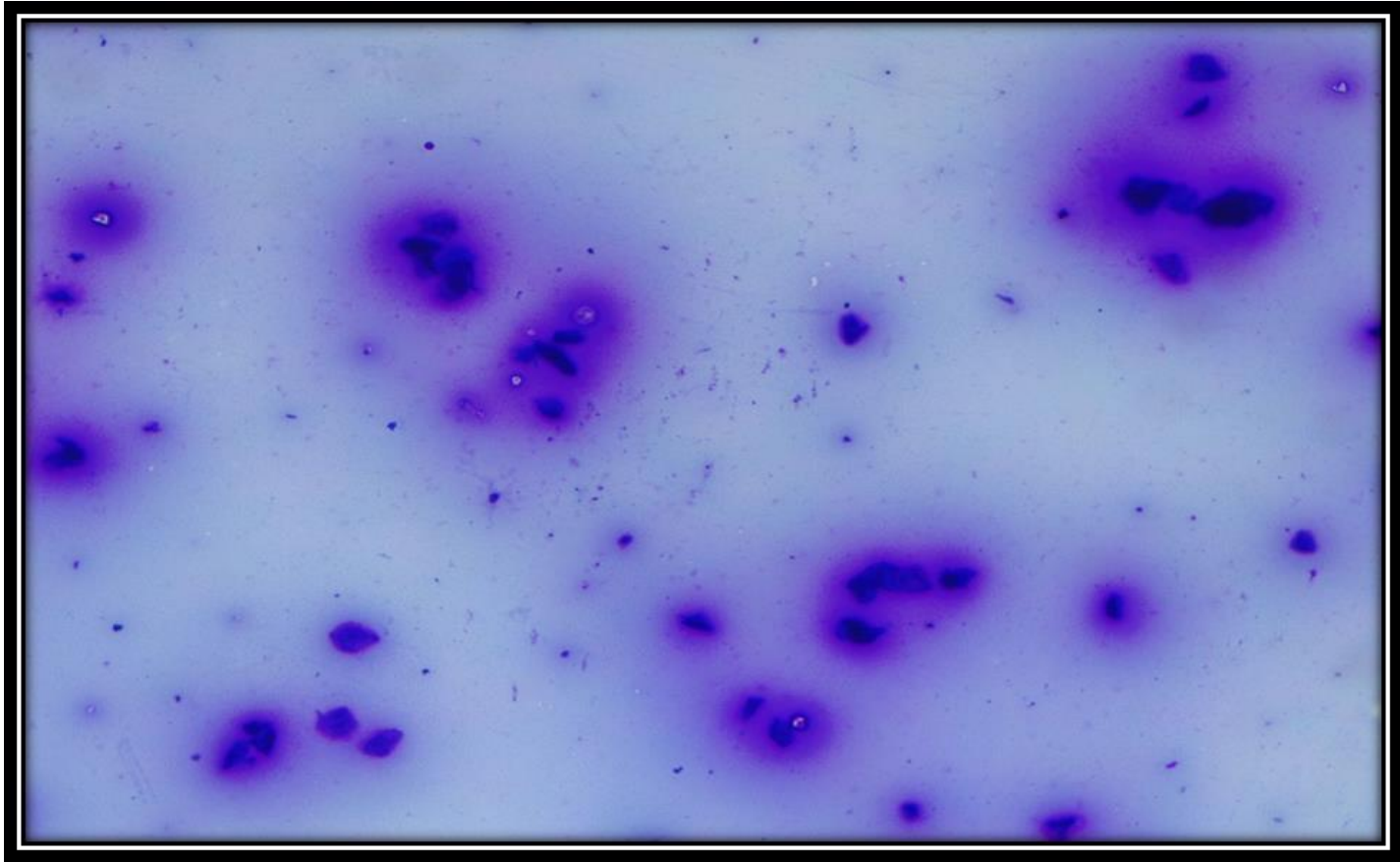
Cytologie urinaire peropératoire



Positive chez **03 %** patients et **négative** chez **98 %** patients.

RÉSULTATS

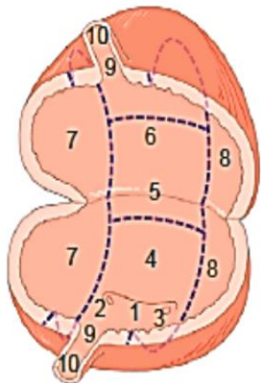
Résultats anatomopathologiques



Cytologie urinaire per-opératoire positive, catégorie V de la classification de Paris (Photo collection personnelle).

RÉSULTATS

Résultats anatomopathologiques

Aspects cytoscopiques	
Nom :	Date de la RTV :
Prénom :	
Âge :	
- Aspect macroscopique de la tumeur	Pédiculée <input type="checkbox"/>
	Sessile <input type="checkbox"/>
	Infiltrante <input type="checkbox"/>
- Taille (mm) <input type="text"/>	
- Nombre <input type="text"/>	
	1 : Trigone <input type="checkbox"/>
	2 : Uretere droit <input type="checkbox"/>
	3 : Uretere gauche <input type="checkbox"/>
	4 : Mur posterieur <input type="checkbox"/>
	5 : Dôme <input type="checkbox"/>
	6 : Mur anterieur <input type="checkbox"/>
	7 : Mur droit <input type="checkbox"/>
	8 : Mur gauche <input type="checkbox"/>
	9 : Col <input type="checkbox"/>
	10 : Uretere <input type="checkbox"/>
- Perception de la tumeur par palpation abdominale	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- Sensation d'infiltration par TR + palpation	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
- Résumé :	Stade clinique : <input type="text"/>
	Stade reel <input type="text"/>
	Grade <input type="text"/>

Exploration en consultation : fibroscopie souple

Exploration 1^{re} au bloc operatoire : endoscopie 70° (12°/30°)

Fiche de demande d'examen anatomopathologique.

RÉSULTATS

Résultats anatomopathologiques



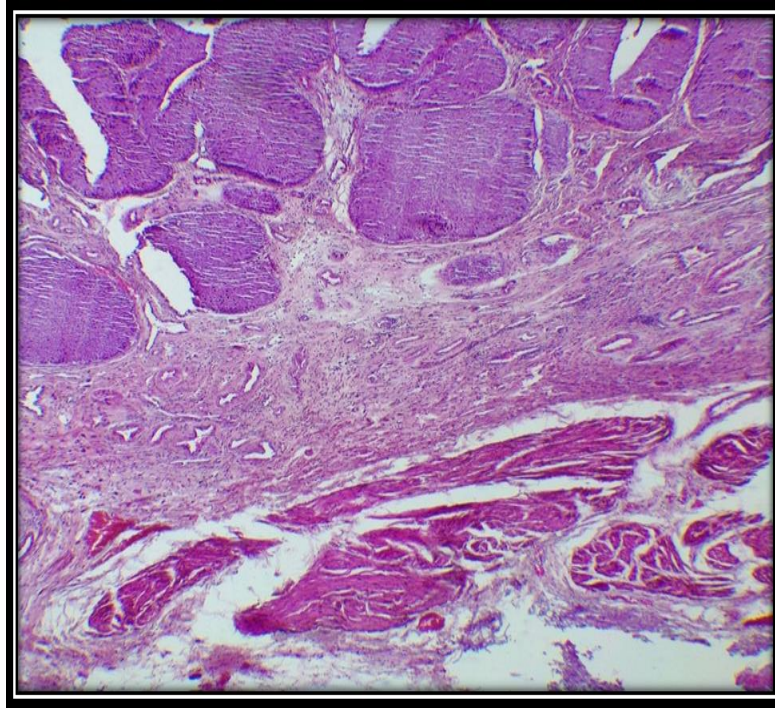
**Bourgeons tumoraux réséqués en monobloc
(Photos collection personnelle).**



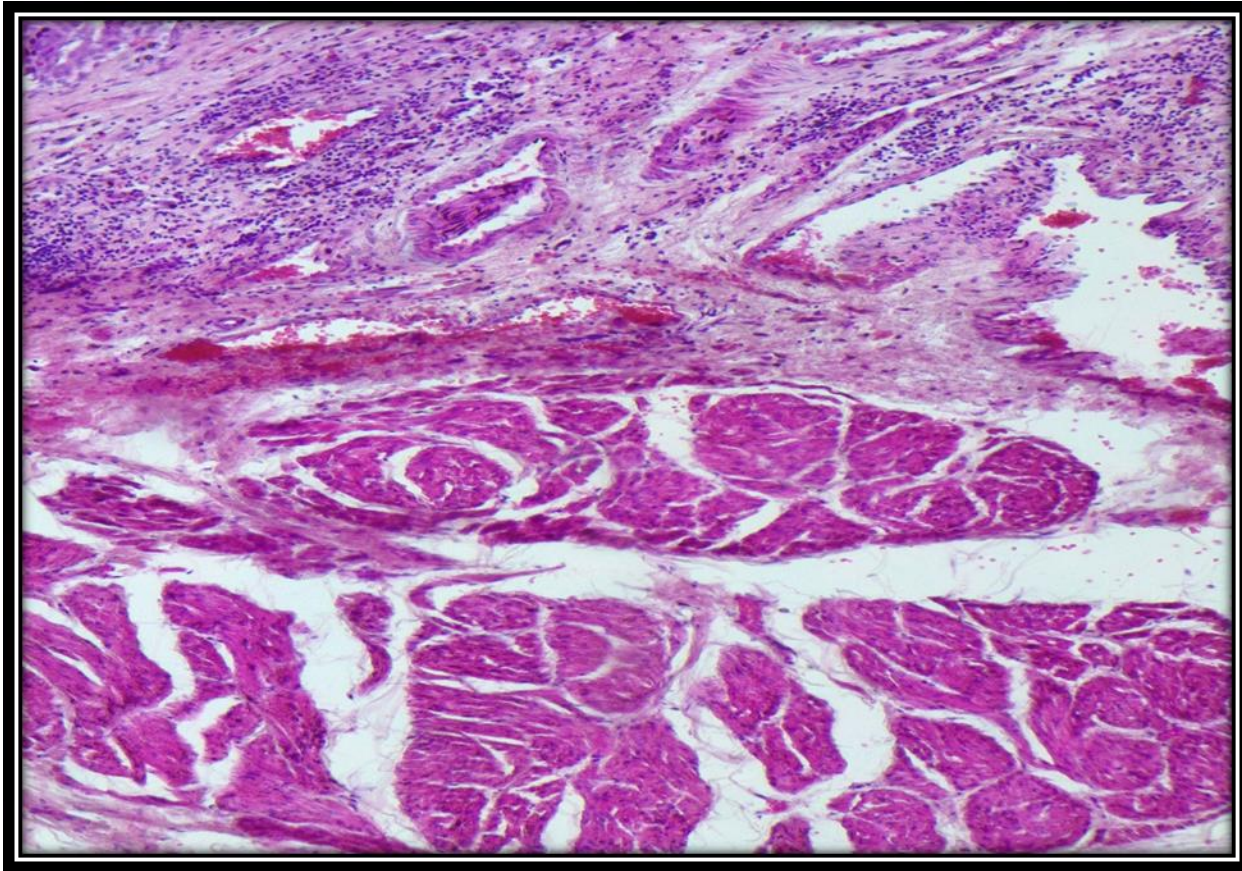
Résultats anatomopathologiques	Nombre	%
PTa bas grade	50	26,45
PTa haut grade	19	10,05
PT1 bas grade	95	50,26
PT1 haut grade	25	13,22

RÉSULTATS

Résultats anatomopathologiques



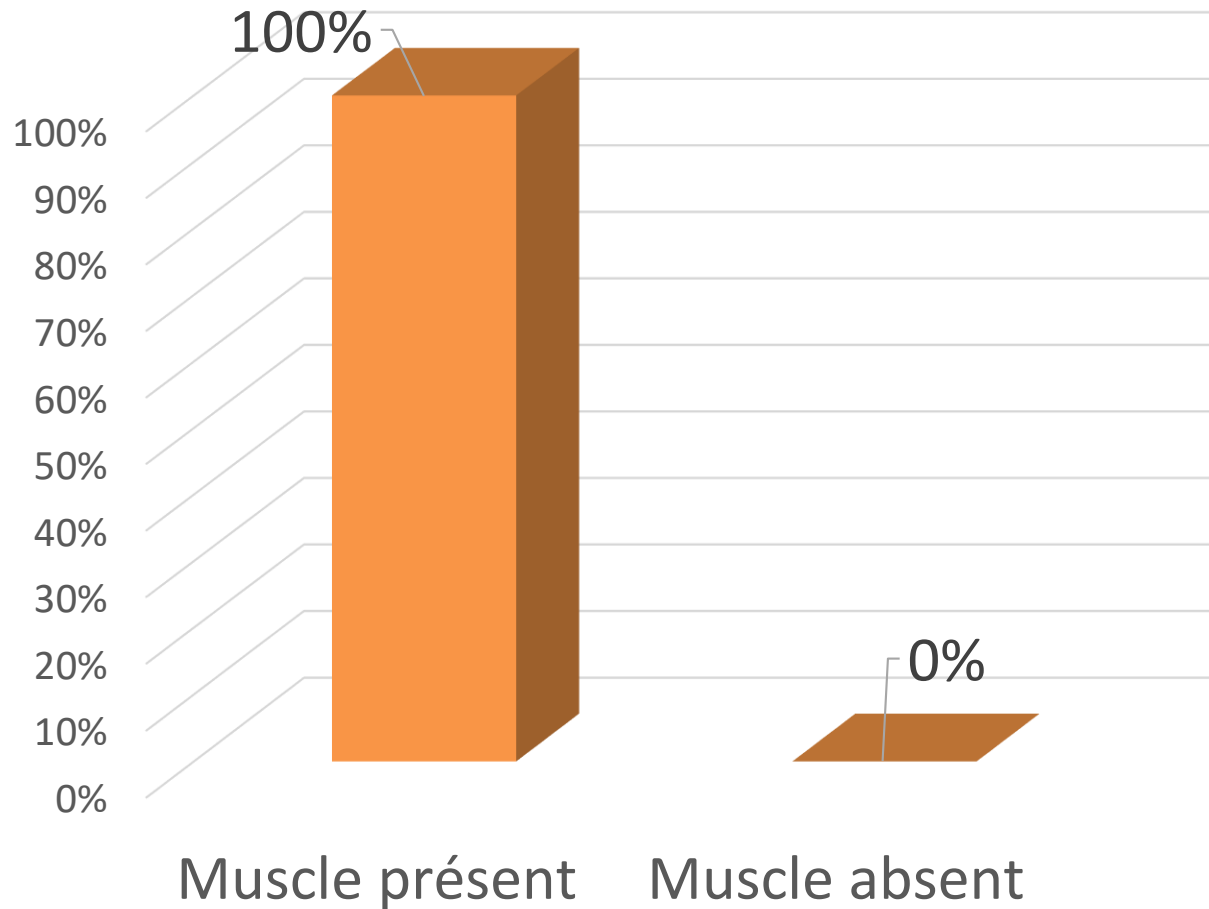
Aspect anatomopathologique d'un copeau de résection (Tumeur, chorion, détrusor) (Photo collection personnelle).



Recoupe démontrant l'épaisseur du détrusor après résection monobloc (Photo collection personnelle) .

RÉSULTATS

Présence du détrusor

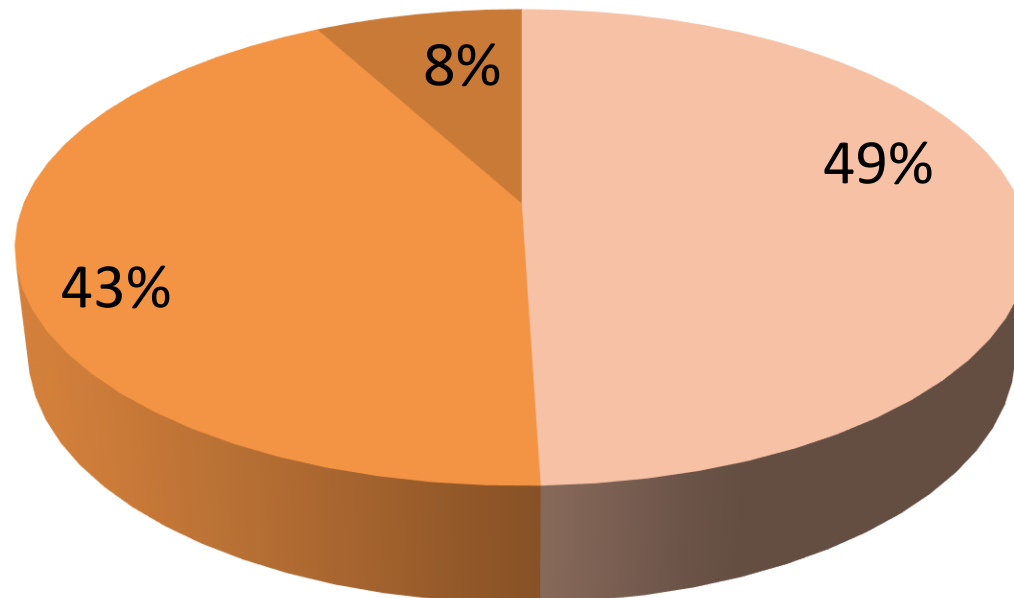


Dans notre série, le muscle vésical était présent sur tous les copeaux

RÉSULTATS

Distance base tumorale – base du copeau de résection

■ 02 mm ■ 03 mm ■ 04 mm



2,54 mm + / - 0,64 mm avec des extrêmes allant de **2 à 4 mm**.

RÉSULTATS

Résection de second look

120 patients (**63,49%**) ayant un carcinome urothélial PT1 ont bénéficié d'une résection de second look après 05 semaines (en moyenne), tous les résultats anatomopathologiques sont revenus **négatifs**.

RÉSULTATS

Relation entre la positivité de la cytologie urinaire pré et peropératoire et une tumeur de haut grade

		Grade tumoral		Total
		Bas grade	Haut grade	
Cytologie urinaire préopératoire	Négative	145	41	186
	Positive	0	3	3
		145	44	189

P= 0,004.

RÉSULTATS

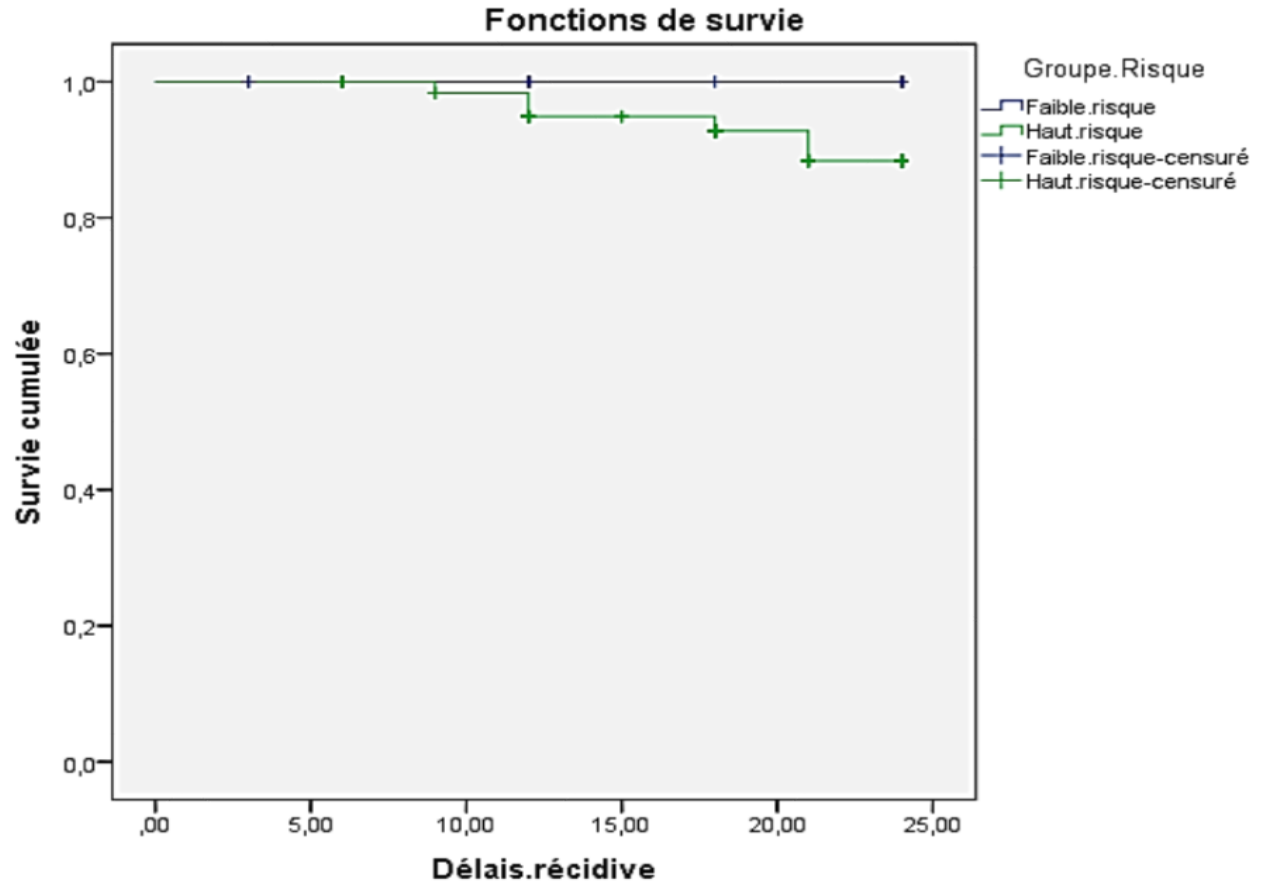
Relation entre le grade tumoral et la récurrence

Grade	Récurrence
Récurrence Bas grade	03/69
Récurrence Haut grade	06/120
Total	09/189 (4,76%)

RÉSULTATS

Evolution sans récidive

- Faible risque : aucune récidive:03
- Haut risque : 06 récidives :
 - 01 à 9 mois,
 - 02 à 12 mois,
 - 01 à 18 mois
 - 01 à 21 mois.
 - 01 à 30 mois



Courbe de survie sans récidive en fonction des groupes à risque de récidive et de progression.

DISCUSSION

Résultats anatomopathologiques

- Stade tumoral PT1 plus fréquent (63,46%).
- Bas grade plus fréquent (76,71%) que le haut grade.

DISCUSSION

Résultats anatomopathologiques

Tableau comparatif sur les résultats anatomopathologiques.

Séries	Population de l'étude	PTa (%)	PT1 (%)	Bas grade (%)	Haut grade (%)
Zhang K Y et al 2017	40	37,5	62,5	55	22,5
Kramer et al 2015	221	74,25	25,75	51,37	48,63
Hurle et al 2016	74	63,5	26,5	59,5	40,5
Sureka et al 2014	21	57,14	42,86	38,10	61,90
Notre série	101	36,50	63.49	76,71	23,28

DISCUSSION

Lecture anatomopathologique et présence du détrusor

- Une analyse /lecture anatomopathologique optimale.
- Dans le même bloc: la tumeur, le chorion et le détrusor.
- Lors des résections endoscopiques conventionnelles , la musculuse est absente dans **30 à 50 %** des échantillons.
- Dans notre série, le détrusor était présent chez tous les patients (**100%**).

Séries	Population de l'étude	Présence du détrusor (%)
Hurle et al 2016	74	100
Soria et al 2019	321	73
Zhang K.Y et al 2017	40	100
Upadhyay et al 2012	21	94,4
Notre série	189	100

DISCUSSION

Lecture anatomopathologique et présence du détrusor

- Détrusor absent des échantillons de résection : taux de récurrence lors de la première cystoscopie de contrôle était de **44,4 %**, comparativement à **21,7 %** chez les patients dont la couche musculaire était présente.

DISCUSSION

Distance base tumorale – base du copeau de résection

2,54 + / - 0,64 mm

- Pas de relation avec le risque de récurrence, ceci pourrait être en relation avec la faible proportion de récurrence dans notre série.
- Notion de marges (**R0** - **R+**) au-delà desquelles le risque de récurrence serait négligeable et la résection de second look peut être remise en question. (distance à définir)

CONCLUSION

- Technique sûre et efficace avec faible taux de complication et récurrence en comparaison à la résection conventionnelle.
- Respecte les grands principes carcinologiques , résection profonde et élargie en latéral
- Excellents échantillons tumoraux, en un seul bloc avec présence quasi constante du détrusor.
- Une aisance d'interprétation anatomopathologique, qui permettra certainement de définir ultérieurement une notion de marges chirurgicales.
- Toutes ces données nous permettent de recommander cette technique chaque fois que cela est possible dans la prise en charge des TVNIM de moins de 03 cm.

Perspectives

- Etudes multicentriques?
 - Marges négatives ? Quelle distance? Eviter un second look?
 - Apport de la résection monobloc dans les TVIM : patients sélectionnés?



*Merci pour votre
attention*

