

Comment améliorer les résultats de la cystectomie dans le cancer de La vessie

D.SAIGHI

Forum des cancers Urologiques

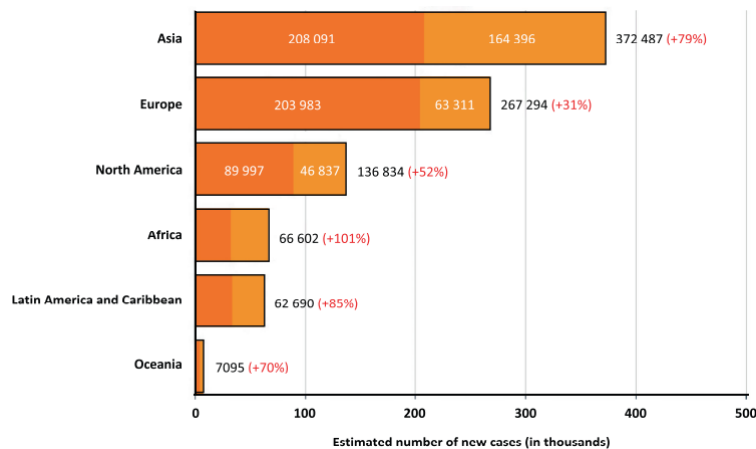
ALGER 2024

INTRODUCTION

Le cancer de la vessie est la 10ème tumeur maligne la plus fréquemment diagnostiquée dans le monde, le **2eme urologique**

Plus fréquent en occident et pays riches mais stable

Flaig TW, Speiss PE, Abern M, et al. NCCN Guidelines® Insights: Bladder Cancer, Version 2.2022. *J Natl Compr Canc Netw* 2022;20(8):866-87



European Association of Urology

EUROPEAN UROLOGY 84 (2023) 176-190

Epidemiology of Bladder Cancer in 2023: A Systematic Review of Risk Factors

Ibrahim Jubber^{a,b,*}, Sean Ong^{c,d}, Laura Bukavina^e, Peter C. Black^f, Eva Compérat^g,



GLOBALSCAN:

le plus grand pourcentage d'augmentation des cas incidents de 2020 à 2040 se produira en Afrique (101 %), en Amérique latine, les Caraïbes (85 %), Asie. (79 %) et l'Océanie (70 %)

INTRODUCTION

La Cystoprostatectomie et la Pelvectomie antérieure (+/-) sont les traitements de référence:

- TVIM non métastatiques
- TVNIM a haut risque résistant au BCG
- *TVNIM à très haut risque*

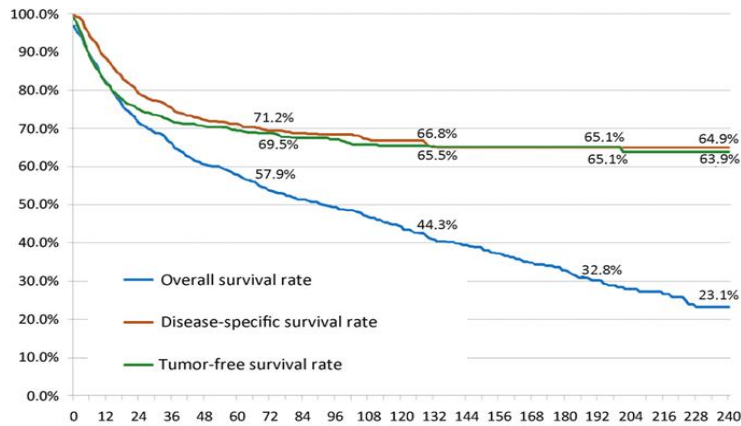
LES CHALLENGES

- Peu d'avancées depuis plusieurs années



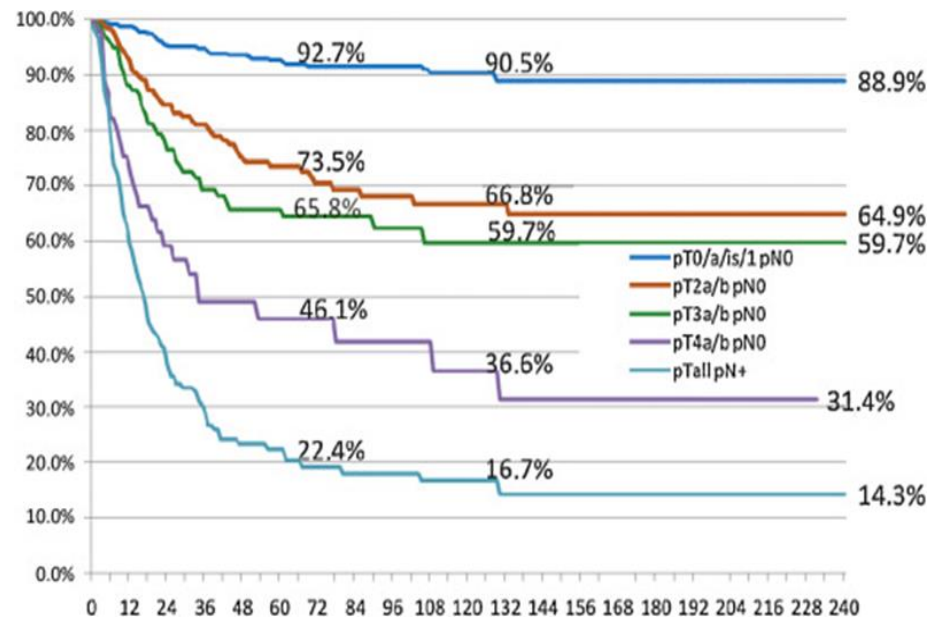
- Optimiser les résultats carcinologiques
- Optimiser les suites postopératoires et les résultats fonctionnels

Survie après cystectomie seule, série homogène, un centre ,1100 pts.

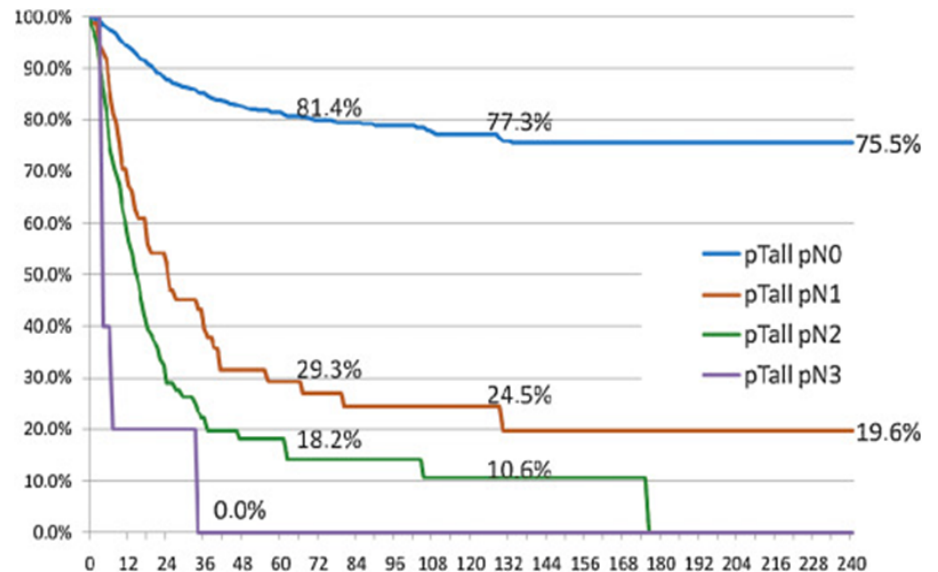


Years	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Pat. (n)	1100	815	660	567	486	434	367	318	272	250	205	172	152	131	115	87	73	51	36	27	21

- Mortalité a 30 et 90 j: **3,5 % et 5,2%**
- SG , SS, SSR: sur 10 ans: **44,3%, 66,8% et 65,5%**



SS



Optimiser les résultats carcinologiques

- Chimiothérapie néo-adjuvante,
- Chimiothérapie, Immunothérapie ou radiothérapie adjuvante

- Le délai avant l'intervention

- Le curage ganglionnaire

Optimiser les résultats carcinologiques

Chimiothérapie néo-adjuvante

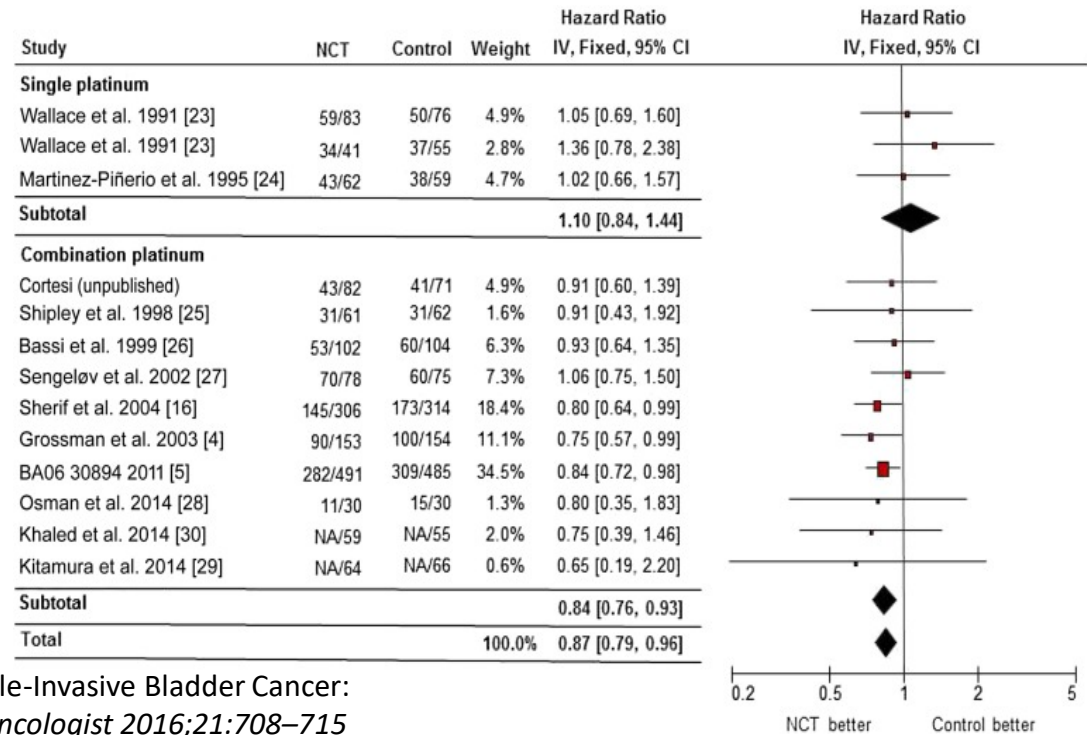
-1ere méta-analyse de 11 essais a rapporté un avantage de survie de 5% à 5 ans , **mais largement critiquée.....**

Neoadjuvant chemotherapy in invasive bladder cancer: update of a systematic review and meta-analysis of individual patient data: advanced bladder cancer (ABC) meta-analysis collaboration. Eur. Urol. 48, 202–205 (2005).

-Dernière méta-analyse (15 études randomisées et non; 3285 pts)

- **Intérêt de la chimio en néo-Adj a base de cysplatine quelque soit le stade initial**

- **Bénéfice en survie globale a 5 ans de 8%**



Ming Yin et al:Neoadjuvant Chemotherapy for Muscle-Invasive Bladder Cancer: A systematic Review and Two-Step.Meta-Analysis. *Oncologist* 2016;21:708–715

Platinum Priority – Bladder Cancer

Editorial by Irbaz Bin Riaz and Syed A. Hussain on pp. 222–224 of this issue

Randomized Phase III Trial of Dose-dense Methotrexate, Vinblastine, Doxorubicin, and Cisplatin, or Gemcitabine and Cisplatin as Perioperative Chemotherapy for Patients with Muscle-invasive Bladder Cancer. Analysis of the GETUG/AFU V05 VESPER Trial Secondary Endpoints: Chemotherapy Toxicity and Pathological Responses

Table 5 – Pathological responses observed after neoadjuvant chemotherapy and cystectomy for the dd-MVAC and GC arms

	GC (n = 198)	dd-MVAC (n = 199)	p value
Complete response			
ypT0 pN0	71 (36%)	84 (42%)	0.021
ypTis or yp1a or yp11 and ypN0		42 (21%)	
≥ypT2 and ypN0	63 (32%)	51 (26%)	
ypN+	35 (18%)	20 (10%)	
Uncertain staging	2	2	
Non-muscle invasive			
<ypT2 pN0	98 (49%)	126 (63%)	0.007
≥ypT2 or ypN+	99 (50%)	72 (36%)	
Uncertain staging	1	1	
Organ-confined disease			
<ypT3 pN0	124 (63%)	154 (77%)	0.001
≥ypT3 or ypN+	72 (37%)	43 (22%)	
Uncertain staging	1	2	

dd-MVAC = dose-dense methotrexate, vinblastine, doxorubicin, and cisplatin; GC = gemcitabine and cisplatin.

Data are presented as frequency (percentage). Comparisons between the GC and dd-MVAC groups are performed with a chi-square test. A p value of <0.05 would assume a statistical difference between the GC and dd-MVAC groups.

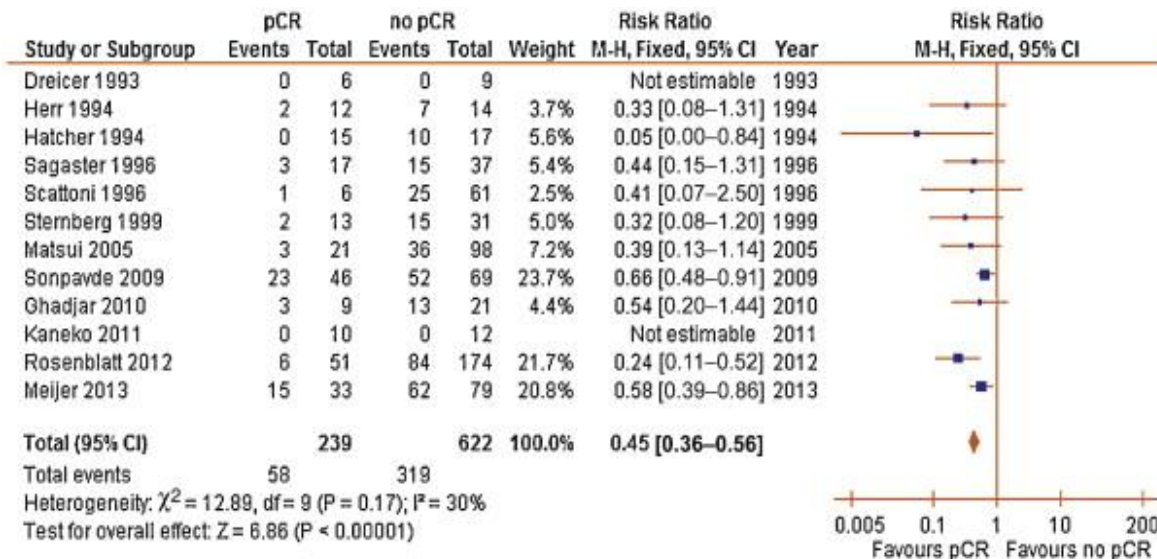
MVACdd > GC en réponse carcinologique mais une toxicité plus élevée

Correlation of Pathologic Complete Response with Survival After Neoadjuvant Chemotherapy in Bladder Cancer Treated with Cystectomy: A Meta-analysis



Fausto Petrelli^{a,*}, Andrea Coinu^a, Mary Cabiddu^a, Mara Ghilardi^a, Ivano Vavassori^b, Sandro Barni^a

La réponse ypT0NoMo post CNA



SG après une RC à toute tumeur invasive (pT0N0M0 vs \geq pT2N0M0) , le RR était de 0,4 ($p=0,001$ données disponibles dans sept essais).

Amélioration de la survie globale de 65%

La chimiothérapie Adjuvante



European Association of Urology

EUROPEAN UROLOGY 81 (2022) 50–61



Platinum Priority – Review – Bladder Cancer

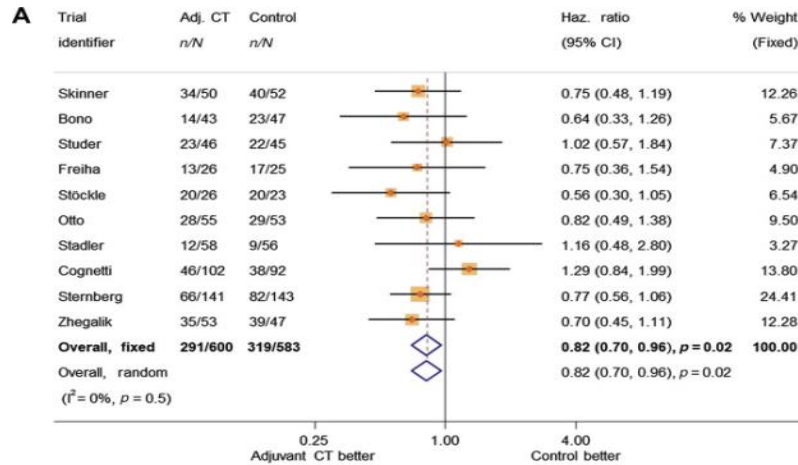
Editorial by Benjamin Miron, Laura Bukavina and Elizabeth R. Plimack on pp. 62–63 of this issue

Adjuvant Chemotherapy for Muscle-invasive Bladder Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis of Individual Participant Data from Randomised Controlled Trials

Advanced Bladder Cancer (ABC) Meta-analysis Collaborators Group^{1,}*

Démontrer l'effet de la chimiothérapie à base de Cisplatine chez les patients atteints d'un cancer de la vessie invasif opérés sans CNA qui sont à haut risque de récurrence (pT3, pT4 et pN+)

Chimiothérapie Adjuvante



- 10 essais contrôlés randomisés (ECR), 1183 pts

- démonstration de l'amélioration de :

survie sans récurrence

(HR = 0,71, IC à 95 % = 0,60-0,83, p < 0,001)

survie sans récurrence locorégionale

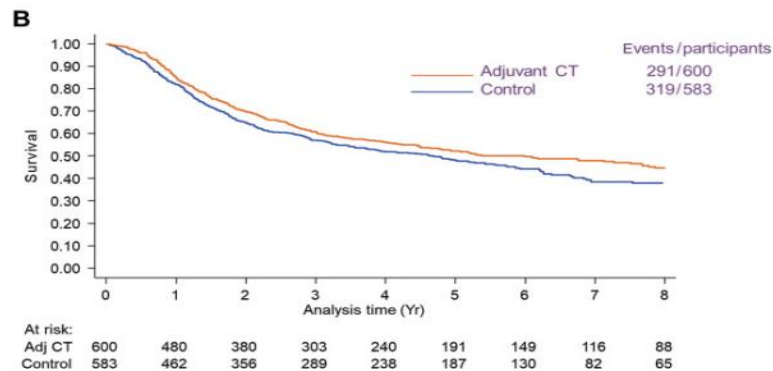
(HR = 0,68, IC à 95 % = 0,55-0,85, p < 0,001).

survie sans métastases

(HR = 0,79, IC à 95 % = 0,65-0,95, p = 0,01)

survie globale

HR] = 0,82, [IC] à 95 % = 0,70-0,96, p = 0,02)



amélioration absolue de 6 %

de la survie globale a 5 ans de 50 a 56%

Immunothérapie Adjuvante

3 essais de phase III randomisés contrôlés par inhibiteurs de check point immunitaire PD-1 /PD-L1

- pt ypT2-ypT4a ou ypN+ après CNA

Ou

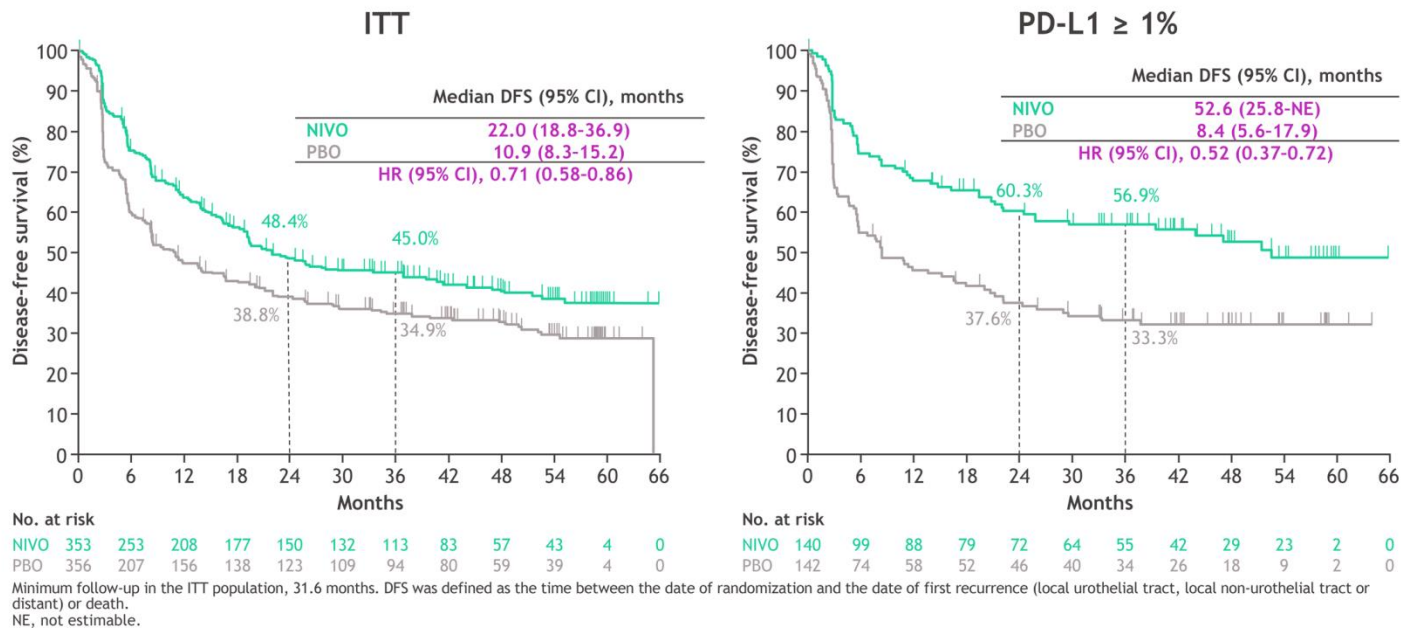
- pt pT3-pT4a ou pN+ sans CNA

- Essai CheckMate 274 : Nivolumab vs Placebo « **concluant** » +++
- Essai IMvigor010: Atezolizumab vs Placebo « **non abouti** »
- Essai AMBASSADOR : Pembrolizumab vs Placebo « **en cours** »

Immunothérapie Adjuvante

essai de phase 3 CheckMate-274, randomisé, en double aveugle
709 patients, pT3-pT4a ou pN+ , Nivolumab adjuvant vs placebo

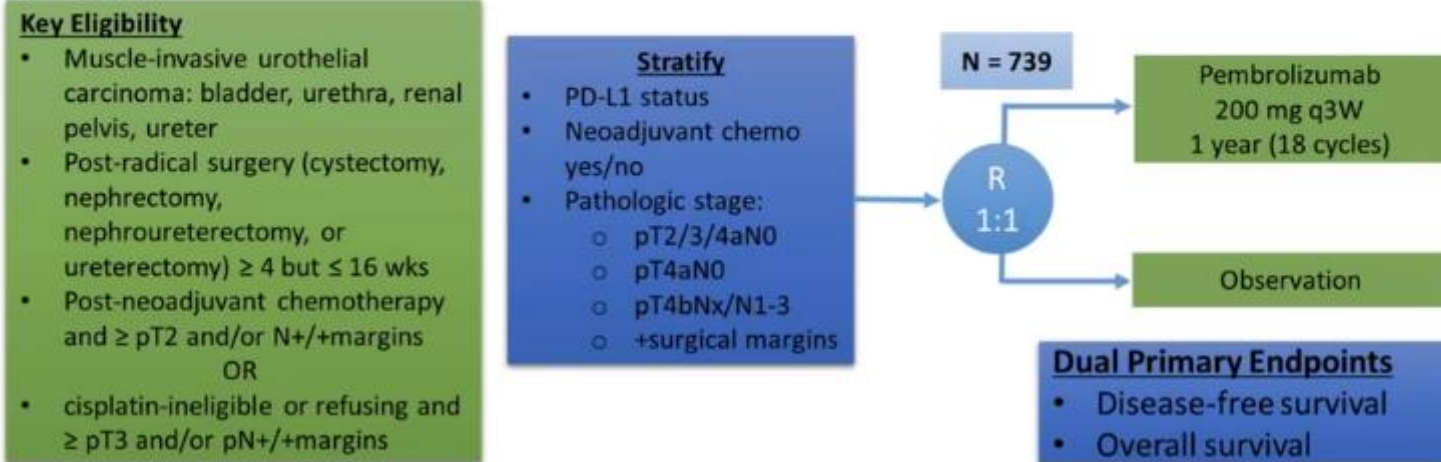
Résultats actualisés ASCO 2023



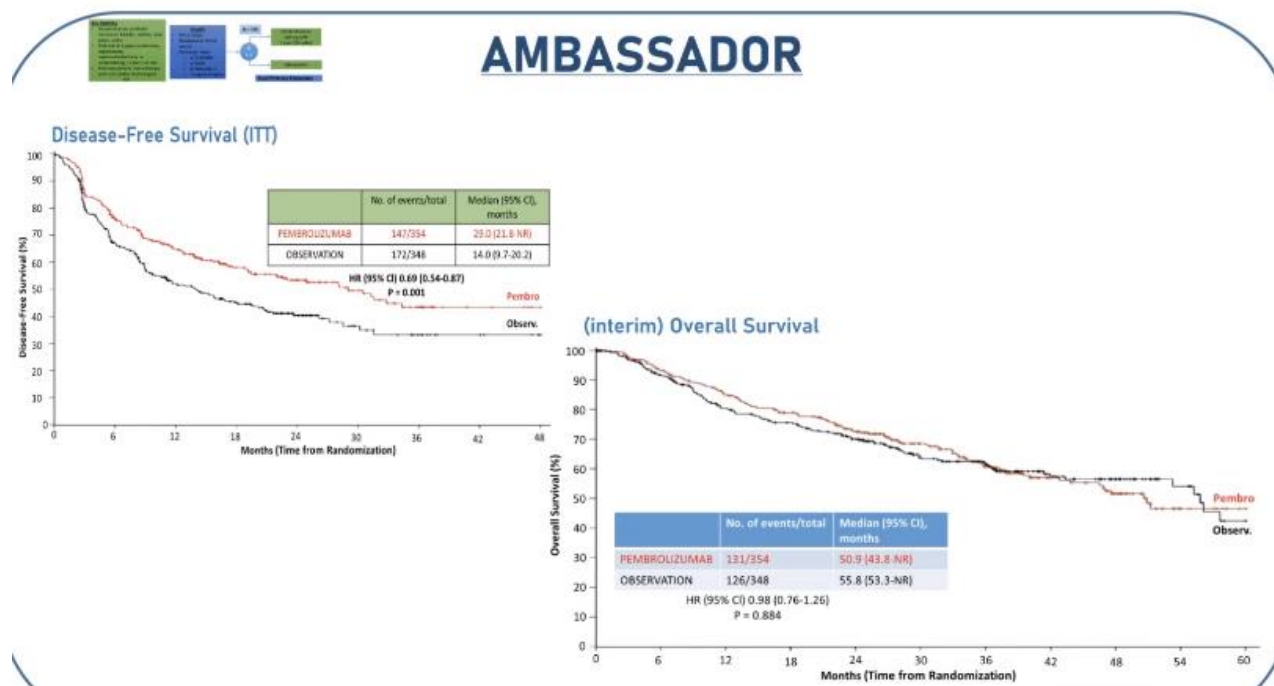
Suivi médian de 36,1 mois, la médiane de DFS était de 22,0 mois avec NIVO contre 10,9 mois avec PBO dans la pop ITT **et de 52,6 mois avec NIVO contre 8,4 mois avec PBO chez les patients PD-L1 ≥ 1 %**

AMBASSADOR Alliance A031501: Phase III randomized adjuvant study of pembrolizumab in muscle-invasive and locally advanced urothelial carcinoma (MIUC) vs observation.

AMBASSADOR



AMBASSADOR Alliance A031501: Phase III randomized adjuvant study of pembrolizumab in muscle-invasive and locally advanced urothelial carcinoma (MIUC) vs observation.



- amélioration statistiquement significative et cliniquement significative de la survie sans maladie
- pembrolizumab a réduit le risque de survie sans maladie ou de décès de 31 % vs Obs, quel que soit le statut d'expression de PD-L1

- Pas de différence pour la survie globale

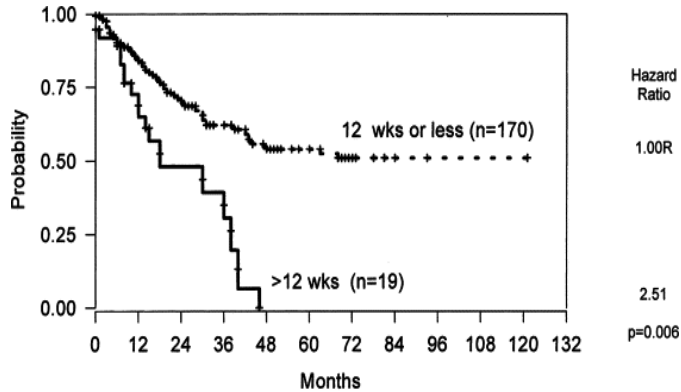
French AFU Cancer Committee Guidelines - Update 2022-2024: Muscle-Invasive Bladder Cancer (MIBC)



Recommandations : traitements périopératoires			Grade
Situation néoadjuvante	FIT	Chimiothérapie MVAC ou HD-MVAC	Fort
		ou GC	Moyen
	UNFIT	Pas de chimiothérapie néoadjuvante	Fort
Situation adjuvante (tumeur ypT2-T4 et/ou ypN+)	Exposé à une chimiothérapie néoadjuvante	Immunothérapie Nivolumab (si PD-L1 $\geq 1\%$)	Moyen
	Non exposé à une chimiothérapie néoadjuvante et FIT	Chimiothérapie MVAC ou HD-MVAC ou GC	Moyen
Situation adjuvante (tumeur pT3-T4 et/ou pN+)	FIT	MVAC ou GC	Moyen
	UNFIT	Immunothérapie Nivolumab (si PD-L1 $\geq 1\%$)	Moyen

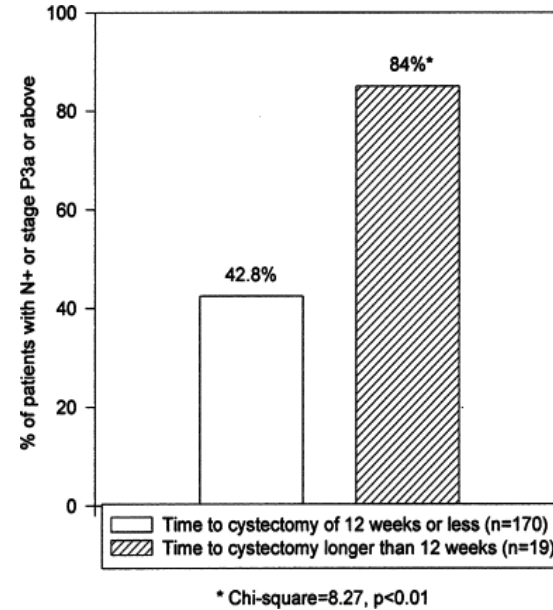
Optimiser les résultats carcinologiques

Le délai avant l'intervention



		24 months	48 months	72 months	96 months
Time lag ≤12 wks	Cumulative # events	39	52	53	53
	Patients at risk	76	31	10	2
Time lag >12 wks	Cumulative # events	7	12	12	12
	Patients at risk	6	0	0	0

Survival by interval between diagnosis of muscle invasion and cystectomy



Percent of patients with extravesical disease at cystectomy stratified by interval from diagnosis of muscle invasion to cystectomy.

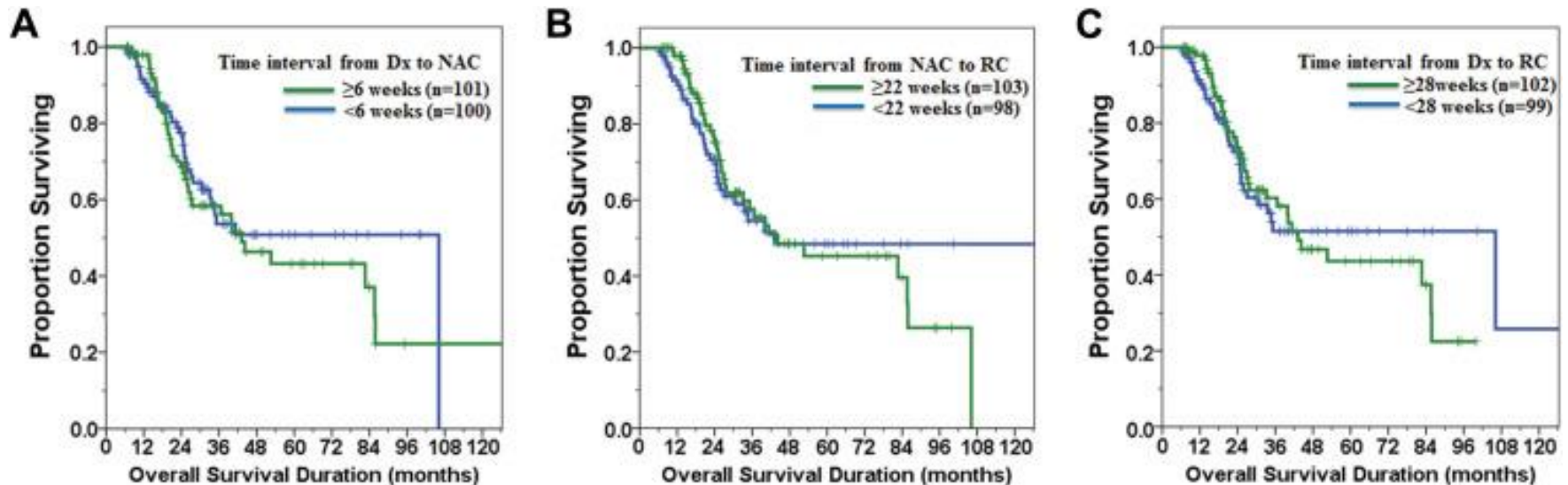
un retard > 12 semaines est associé à un stade pathologique avancé et une diminution de la survie

Sanchez-Ortiz RF, et al. An interval longer than 12 week beetwen the diagnosis of muscle invasion and cystectomy is associated with worse outcom in bladder carcinoma. *J Urol*2003;169:110-115

Optimiser les résultats carcinologiques

Le délai avant l'intervention

Quel impact de CNA sur le délai?



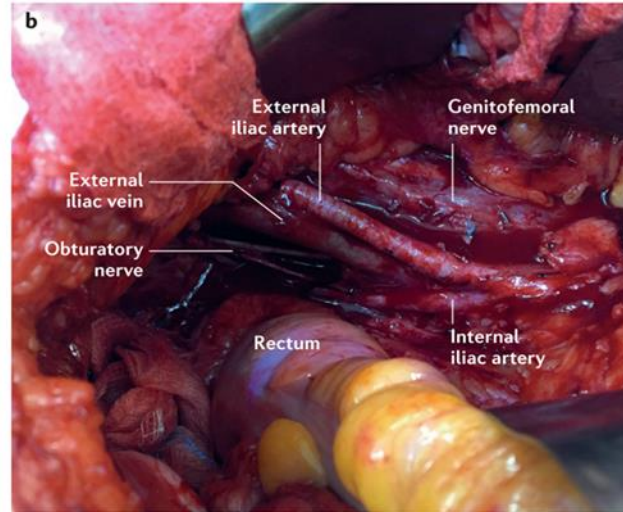
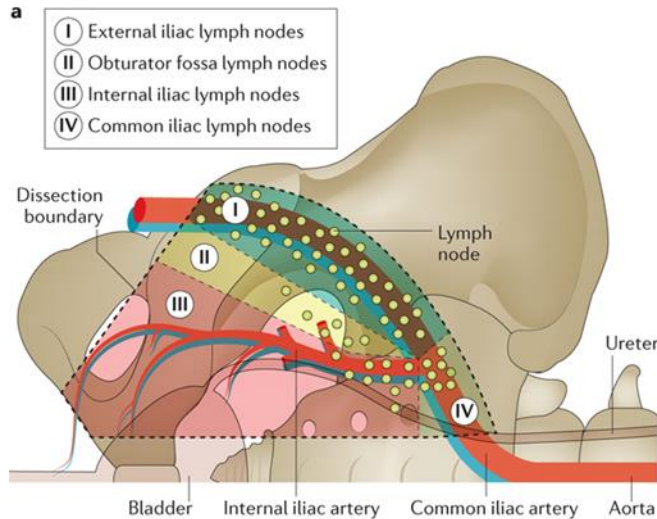
la Survie globale estimée pour chaque intervalle de traitement est affecté++ en cas de retard que ce soit pour le délai Dg/ CNE ou CNA/CR ou Dg/CR

Jong Chul Park et al. *J Urol*2013;169:110-115

-Le délai de 12 semaines peut être porté a 20 semaines ou 10 a 12 semaines après CNA

Optimiser les résultats carcinologiques

Le curage ganglionnaire



Nature Reviews | Disease Primers

Influence du curage sur les résultats de la survie? : **OUI +++**

Amélioration de la survie chez les patients à ganglions négatifs et ganglion positif.

Beat Roth et al. *The Role of Lymphadenectomy in Radical Cystectomy. Euro Urol* 2010;9;19-24

Le type de curage le plus utilisé inclus l'iliaque externe, obturateur, et la région iliaque interne ainsi que les vaisseaux iliaques communs jusqu'aux jonctions urétéro-iliaques et de façon bilatérale

Question : Quelle sera **l'étendue** du curage? Standard- étendu- extensif ?

Optimiser les résultats carcinologiques

Le curage ganglionnaire

EUROPEAN UROLOGY 66 (2014) 1065–1077

Review – Bladder Cancer

The Impact of the Extent of Lymphadenectomy on Oncologic Outcomes in Patients Undergoing Radical Cystectomy for Bladder Cancer: A Systematic Review

Harman M. Bruins^{a,}, Erik Veskimae^b, Virginia Hernandez^c, Mari Imamura^d, Molly M. Neuberger^e, Philip Dahm^{e,f}, Fiona Stewart^d, Thomas B. Lam^d, James N'Dow^d, Antoine G. van der Heijden^a, Eva Compérat^g, Nigel C. Cowan^h, Maria De Santisⁱ, Georgios Gakis^j, Thierry Lebret^k, Maria J. Ribal^l, Amir Sherif^m, J. Alfred Witjes^a*



- **23 études, 19 793 patients , une seule prospective, grande hétérogénéité, biais+++...**
 - quelque soit le type de curage , il produit des résultats oncologiques plus favorables par rapport à aucun curage
 - Le curage étendu est plus bénéfique que le standard
 - Pas d'intérêts a un curage extensif jusqu'à la bifurcation

Optimiser les résultats carcinologiques

Le curage ganglionnaire

SWOG S1011: A phase III surgical trial to evaluate the benefit of a standard versus an extended lymphadenectomy performed at time of radical cystectomy for muscle invasive urothelial cancer.

Oral Abstract Session J Clin Oncol. 2023;41(supplément):4508.

- 618 patients randomisés, curage extensif (n = 292) ou étendu (n = 300)
- suivi médian de 6,1 ans

- Pas de différence significative dans les deux groupes:
 - la SSR (HR 1,10 ; IC à 95 % 0,87, 1,42, P = .40)
 - la SG (HR 1,15 IC à 95 % 0,89, 1,48, P = 0,29).

- Complications (G 3-4) plus élevés dans le curage extensif: 16% vs 8%

- **Plutôt ne pas remonter le curage a la bifurcation aortique**

Optimiser les résultats fonctionnels

C'est l'une des procédures la plus difficile et la plus appréhendée en chirurgie urologique.

« Trop de morts post-opératoires, trop de fistules interminables, trop d'incontinence...J Cukier, rapport AFU 1967 »

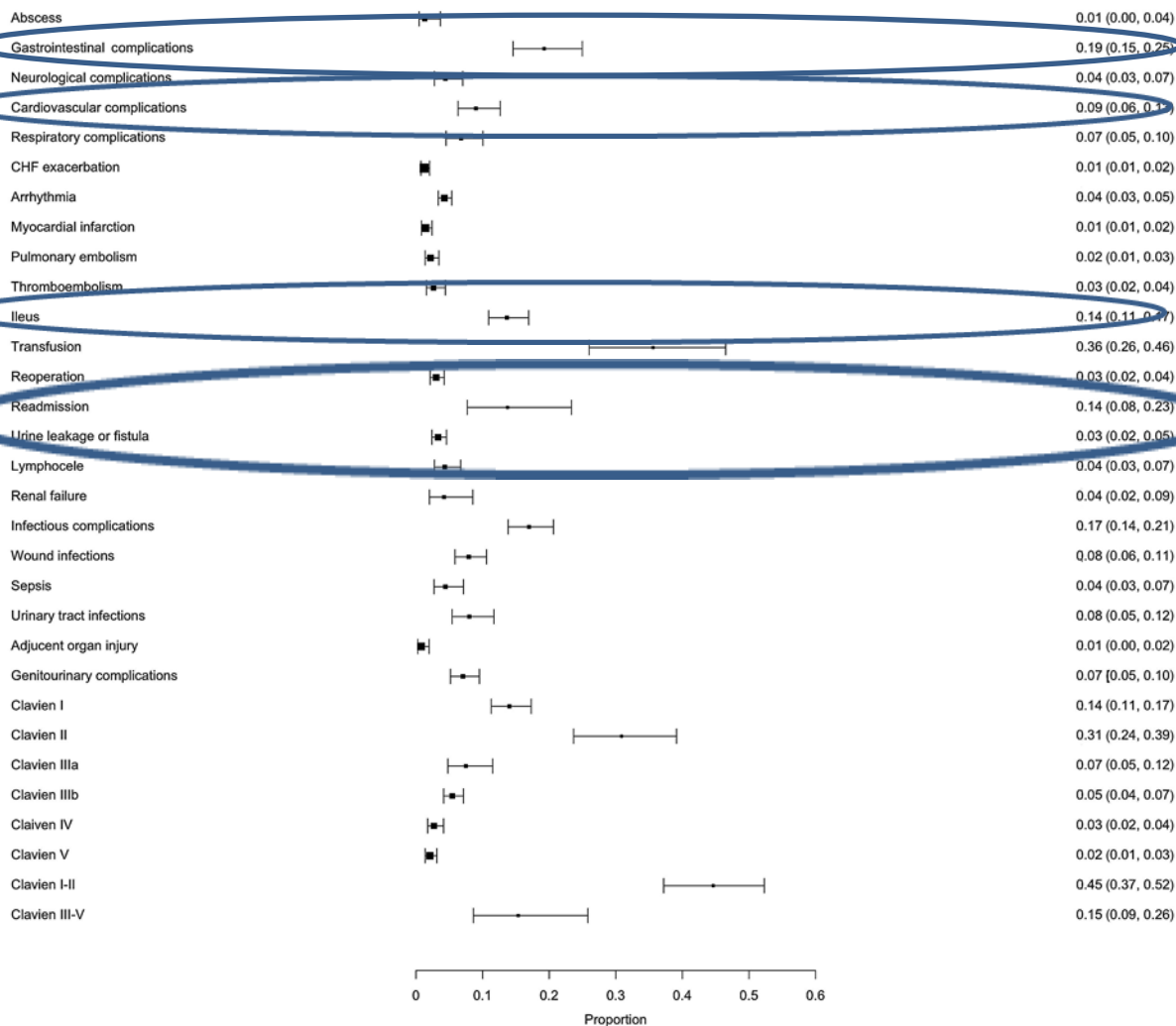
« ..il perdra la puissance virile, il urinera accroupi comme une femme ou par le ventre comme un infirme... R Couvelaire, rapport AFU 1949 »

Le taux de morbidité et à une mortalité péri-opératoire est significatif, variant entre **30% et 70%** et entre **0,3% et 7,9%**, respectivement

- les classifications des événements indésirables sont souvent subjectives et inhomogènes.
- Plusieurs essais pour uniformiser la déclaration des complications chirurgicales

Complications After Radical Cystectomy: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials with a Meta-regression Analysis

Stamatios Katsimperis^{a,*}, Lazaros Tzelves^b, Zafer Tandogdu^b, Anthony Ta^b, Robert Geraghty^c, Themistoklis Bellos^a, Ioannis Manolitsis^a, Nikolaos Pyrgidis^d, Gerald Bastian Schulz^d, Ashwin Sridhar^b, Gregory Shaw^b, John Kelly^b, Andreas Skolarikos^a



44 études éligible (sur 3600)

les complications postopératoires sont assez fréquentes et inévitables

Fort taux de complications digestives
taux transfusionnel de 36 %
taux de réintervention de 3 %.

Optimiser les suites post-opératoires

Améliorer la prise en charge en pré , per et post opératoire

Les protocoles ERAS (enhanced recovery after surgery ou récupération améliorée après la chirurgie)

En pré-opératoire:

- Evaluation précise des morbidités (score Charlson, ASA, ECOG-PS, évaluation oncogériatrique,...)
- Préparation adaptée:
 - Pas de préparation intestinale
 - Charge glucidique recommandée

En Per-opératoire:

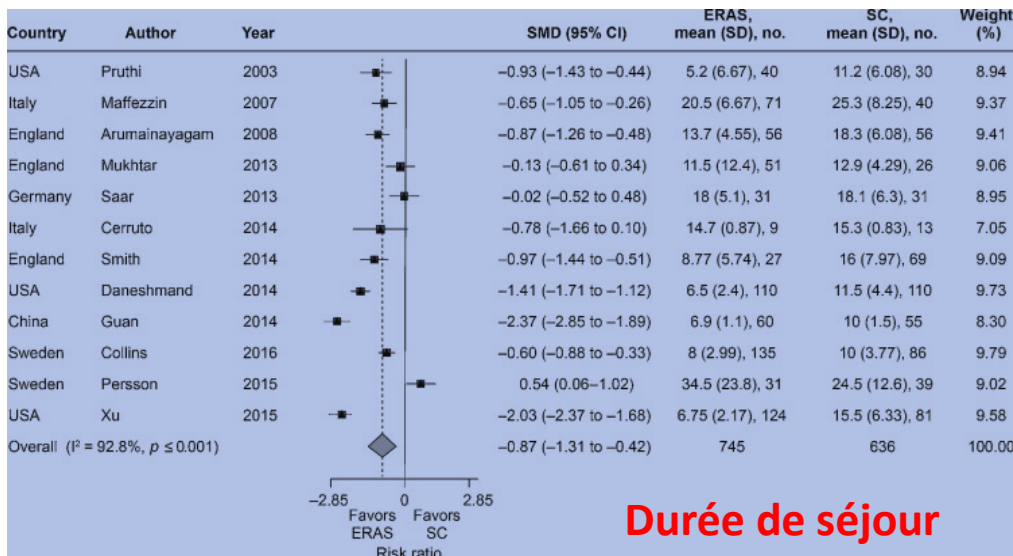
- Anesthésie d'épargne opioïde
- Réduire le volume de liquide intraveineux en fonction du volume systolique de la pression veineuse centrale
- Antibio prophylaxie pdt 24h

En post opératoire: réhabilitation précoce « *fast track* »

- *Pas de sonde naso-gastrique*
- *Prophylaxie des nausées et vomissement*
- *Inhibiteur de la pompe a proton*
- *Antalgique non morphinique*
- *Reprise précoce de l'alimentation*
- *Stimulation gastro intestinale (Chewing gum, antagoniste morphinique?, neostigmine...)*
- *Mobilisation précoce+++*

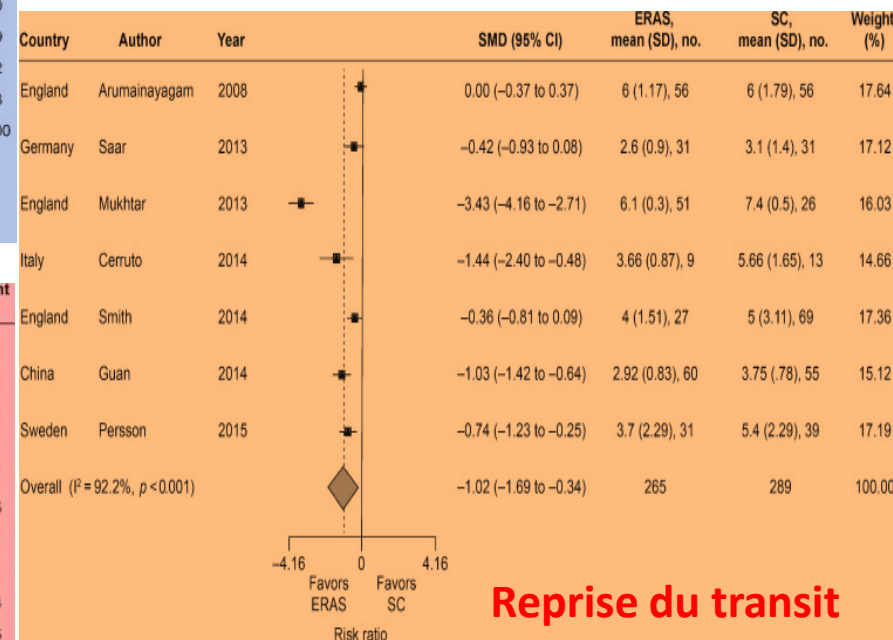
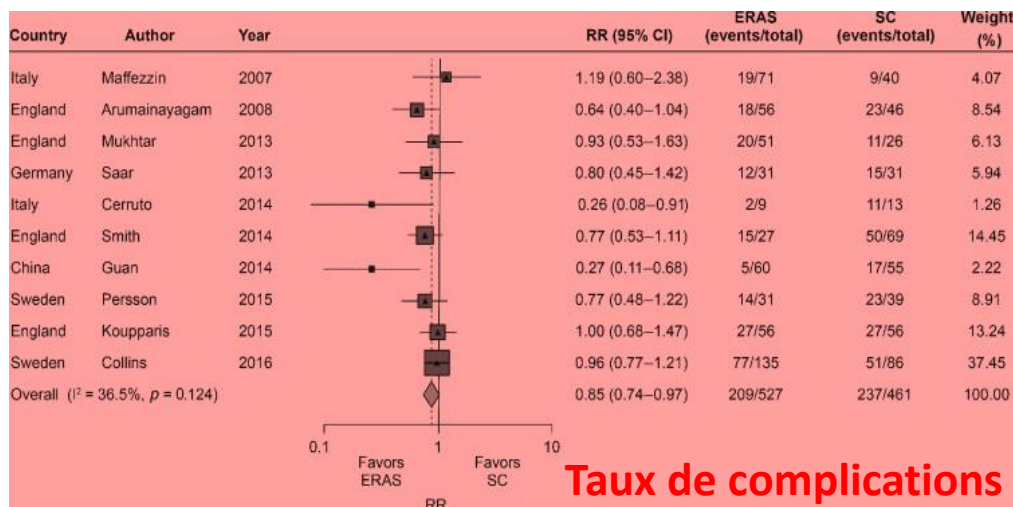
Enhanced Recovery Pathways Versus Standard Care After Cystectomy: A Meta-analysis of the Effect on Perioperative Outcomes

Mark D. Tyson^{a,b,*}, Sam S. Chang^b



13 études (1493 patients)

- taux de complications globales plus faible
- retour plus rapide du transit intestinale
- durée de séjour plus courte



Optimiser les suites postopératoires

Quel type de chirurgie?

Voie ouverte(CRO) versus laparoscopie ou robot assistée (CRAR)

Bochner BH et al. Comparing Open Radical Cystectomy and Robot-assisted Laparoscopic Radical Cystectomy:A Randomized Clinical Trial. Eur Urol2016;67;1452-1460

- Essai prospectif randomisé contrôlé (2010 et 2013,MSKCC). 118pts (R 60, O58)
- Dérivation urinaire par voie ouverte*
- Quatre chirurgiens expérimentés
- L'objectif de montrer une différence de plus de 20% de complication n'est pas atteint

Pas de différence :- taux de complications a 90 jours - de durée de séjour - de résultats pathologiques

- Moins de perte sanguines peropératoire dans la CRAR
- Surcout pour la voie robot assistée

Muhammad Shamim Khan et al. A Single-centre Early Phase Randomised Controlled Three-arm Trial of Open, Robotic, and Laparoscopic Radical Cystectomy(CORAL)

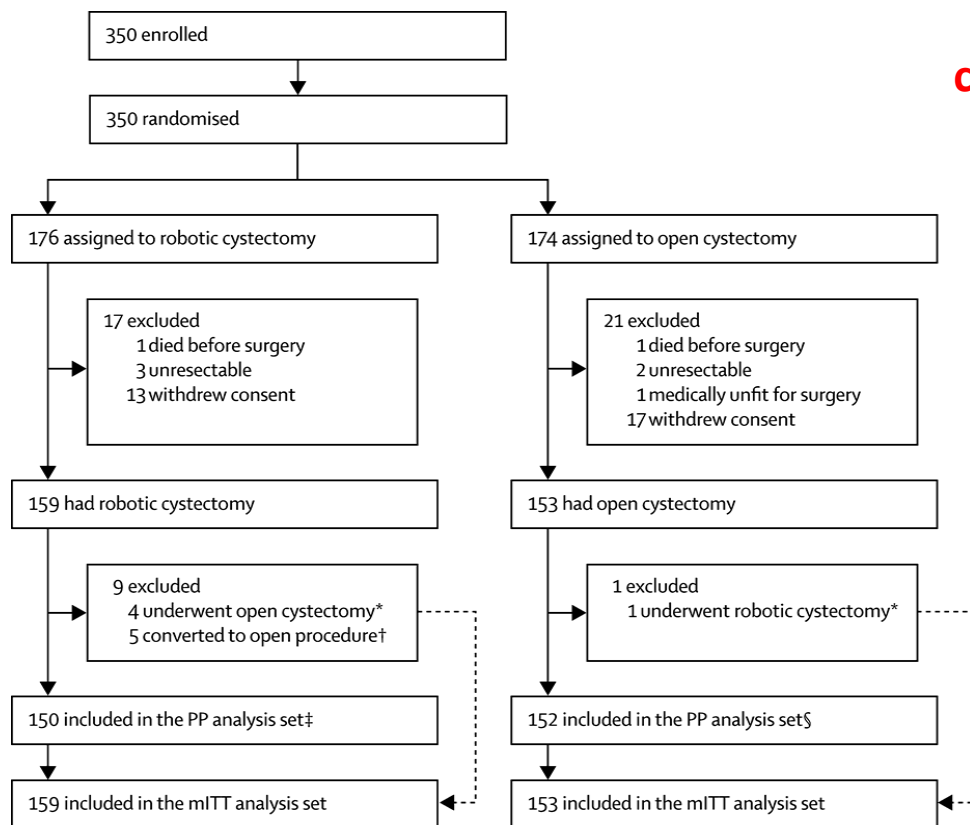
- Essai prospectif randomisé (2009-2012). 60 pts (20 dans chaque bras)
- Objectif: taux de complications a 30 et 90j
- **Les taux de complications à 30 jours est supérieur** dans CRO
- Pas de différence a 90 j

l'essai RAZOR de phase III, multi-institutionnel, randomisé, prospectif et de non-infériorité était attendu avant de porter un jugement précis sur l'avenir de la chirurgie robotisée

Robot-assisted radical cystectomy versus open radical cystectomy in patients with bladder cancer (RAZOR): an open-label, randomised, phase 3, non-inferiority trial

Dipen J Parekh, Isildinha M Reis, Erik P Castle, Mark L Gonzalgo, Michael E Woods, Robert S Svatek, Alon Z Weizer, Badrinath R Konety, Mathew Tollefson, Tracey L Krupski, Norm D Smith, Ahmad Shabsigh, Daniel A Barocas, Marcus L Quek, Atreya Dash, Adam S Kibel, Lynn Shemanski, Raj S Pruthi, Jeffrey Scott Montgomery, Christopher J Weight, David S Sharp, Sam S Chang, Michael S Cookson, Gopal N Gupta, Alex Gorbonos, Edward M Uchio, Eila Skinner, Vivek Venkatramani, Nachiketh Soodana-Prakash, Kerri Kendrick, Joseph A Smith Jr, Ian M Thompson

comparer la survie sans progression



	Robotic cystectomy	Open cystectomy	Difference (95% CI)	p value*
Per-protocol analysis set				
Patients with disease progression within 2 years of surgery	41/150 (27%)	42/152 (28%)
2-year progression-free survival (95% CI)	72.3% (64.3 to 78.8)	71.6% (63.6 to 78.2)	0.7% (-9.6 to 10.9)	0.001
Patients with disease progression (total events)†	49/150 (33%)	50/152 (33%)
Modified intention-to-treat analysis set				
Patients with disease progression within 2 years of surgery	43/159 (27%)	42/153 (27%)
2-year progression-free survival (95% CI)	72.3% (64.5 to 78.6)	71.8% (63.8 to 78.3)	0.5% (-9.7 to 10.6)	0.001
Patients with disease progression (total events)†	52/159 (33%)	50/153 (33%)

Data are % (95% CI) or n/N (%), unless otherwise specified. *One-sided p value for non-inferiority. †Total events that had occurred by the data cutoff.

Table 2: Analysis of progression-free survival

La survie sans progression à 2 ans

- 72,3% (IC à 95% de 64,3 à 78,8) dans le groupe robotique
- 71,6% (IC à 95% de 63,6 à 78,2) dans la cystectomie ouverte (p non-infériorité = 0,001)

Événements indésirables survenus:

- 101 (67%) groupe robotique
- 105 (69%) groupe de la cystectomie ouverte

Avantage groupe robotique:

- Moins de saignement
- Durée de séjour plus court.

	Open cystectomy (n=152)	Robotic cystectomy (n=150)
Gastrointestinal		
Anastomotic bowel leak	0	3 (2%)
Colitis	6 (4%)	6 (4%)
Colonic perforation	1 (1%)	0
Ileal perforation	2 (1%)	0
Ileus	31 (20%)	33 (22%)
Small intestinal obstruction	5 (3%)	4 (3%)
Infections		
Urinary tract infection	39 (26%)	53 (35%)
Sepsis	16 (11%)	15 (10%)
Superficial wound infection	18 (12%)	11 (7%)
Deep wound infection	10 (7%)	3 (2%)
Intra-abdominal infection	3 (2%)	7 (5%)
Stoma site infection	3 (2%)	2 (1%)
Renal and urinary		
Acute renal failure	19 (13%)	17 (11%)
Renal insufficiency requiring dialysis	1 (1%)	0
Urinary fistula	2 (1%)	3 (2%)
Ureteral stricture	10 (7%)	13 (9%)
Injury and procedural complications		
Intestinal stoma leak	0	1 (1%)
Intraoperative gastrointestinal injury	1 (1%)	1 (1%)
Seroma	0	3 (2%)
Ureteric anastomotic leak	5 (3%)	3 (2%)
Wound dehiscence	3 (2%)	0
Wound disruption	11 (7%)	7 (5%)
Respiratory		
Pneumonia	6 (4%)	7 (5%)
Aspiration	0	2 (1%)
Failure to wean from vent within 48 h of surgery	1 (1%)	1 (1%)
Respiratory failure	1 (1%)	2 (1%)
Re-intubation	4 (3%)	5 (3%)
Pulmonary oedema	..	1 (1%)
Pleural effusion	1 (1%)	1 (1%)
Vascular disorders		
Lymphocele	3 (2%)	4 (3%)
Pulmonary embolism	4 (3%)	4 (3%)
Thromboembolic event	12 (8%)	7 (5%)
Cardiac disorders		
Acute coronary syndrome	4 (3%)	1 (1%)
Atrial fibrillation	6 (4%)	7 (5%)

available at www.sciencedirect.com
journal homepage: www.europeanurology.com



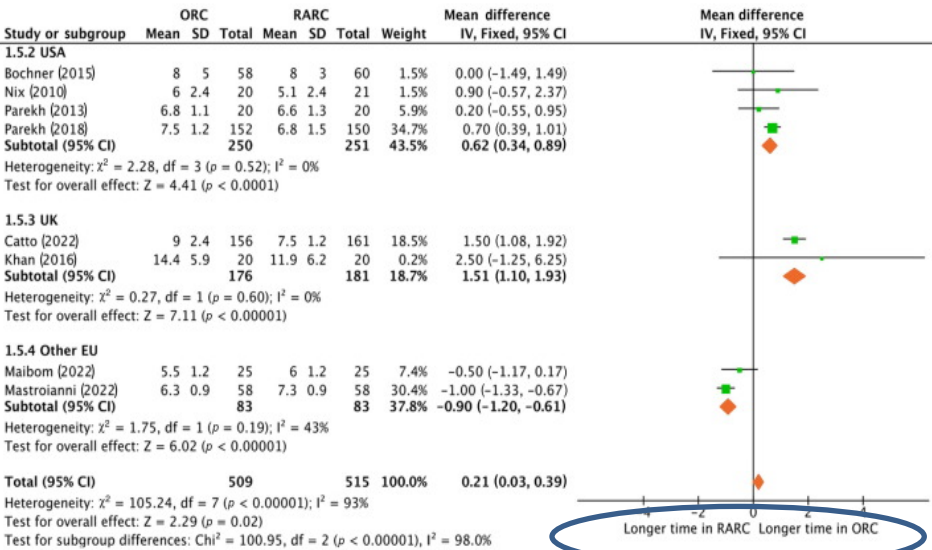
Review – Bladder Cancer

Robot-assisted Radical Cystectomy Versus Open Radical Cystectomy: A Systematic Review and Meta-analysis of Perioperative, Oncological, and Quality of Life Outcomes Using Randomized Controlled Trials

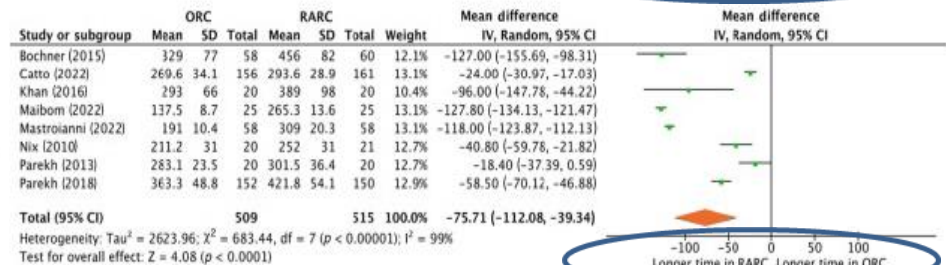
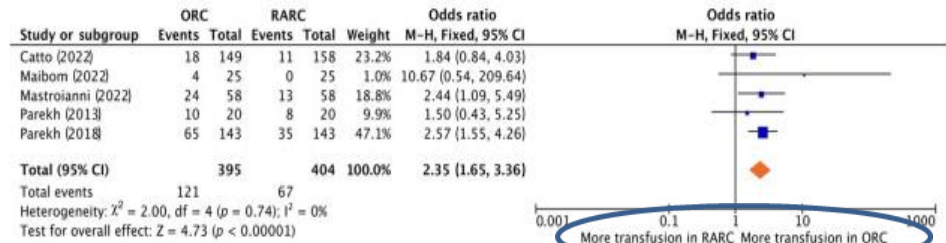
- 17 publications éligibles, détaillant 1 024 participants (dont 509 ORC et 515 RARC) issus de huit ECR
- Séries contemporaines

- Comparer les taux d'événements péri opératoires à 90 jours, y compris les complications et la durée du séjour à l'hôpital (DS)

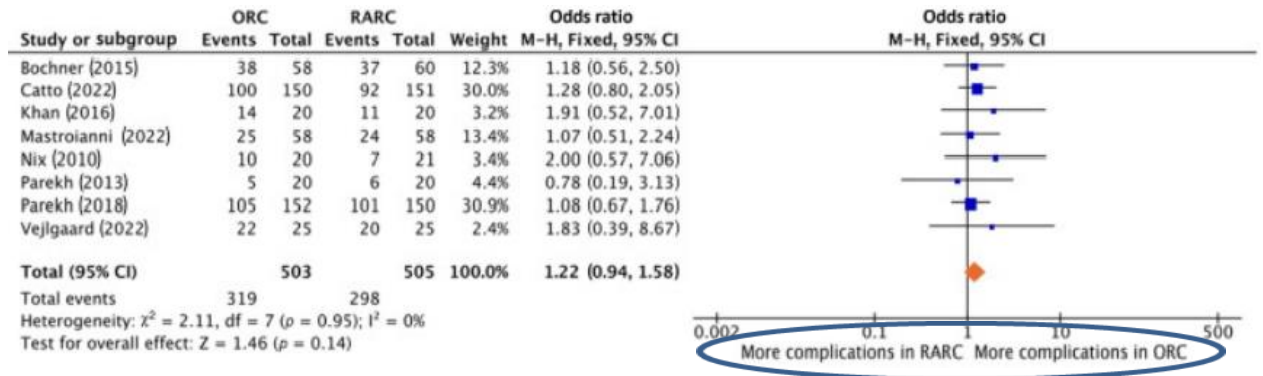
Durée de séjour > en ORC



Transfusions > en ORC Durée opératoire > RARC



Complications globales =



Quelle dérivation urinaire?

Les principes

- Choix d'un segment iléale est a privilégier sauf impossibilité
- Choix d'une technique maitrisée par le chirurgien
- Anastomoses urétéro iléale large et directe de préférence.
- le choix doit être discuté avec un patient bien informé

chaque fois que possible, il faut proposer une entérocystoplastie.

- SAUF:**
- Envahissement de l'urètre
 - Radiothérapie pelvienne +++
 - Troubles psychiques+++
 - Pathologie inflammatoire chronique de l'intestin
 - IR avancée (Clearance inf a 50ml/min
 - Espérance de vie limitée

Quelle dérivation urinaire?

Résultats de quelques enquêtes

Au USA:

- 27 494 pts entre 2001 and 2005 (the Nation wide Inpatient Sample)
- 4539 (16.5%) dérivation continente (DC)
- 22 955 (83.5%) dérivation extern (DE) type Bricker
- Hautmann (75%) dérivation interne (1180pts)

En suede: The Swedish Bladder Cancer Register

- entre 1997 and 2003, 64% de DE et 36% DC

En Allemagne: Bader et al. *Urologe A. 2009; 48: 127–136*

- 64% de DE

En France: Enquête AFU 2008 .Mottet, N et coll. *Prog Urol. 2008; 18: 292–298*

- 84% de DE

Renzo Colombo et al. *Ileal Conduit as the Standard for Urinary Diversion After Radical Cystectomy for Bladder Cancer. Euro Urol 2010;9;736-744*

French AFU Cancer Committee Guidelines - Update 2022-2024: Muscle-Invasive Bladder Cancer (MIBC)



Recommandations : Traitement des TVIM localisées	Grade
Faire une cystectomie, précédée d'une chimiothérapie néoadjuvante à base de cisplatine (traitement curatif de référence)	Fort
Faire la cystectomie par voie ouverte ou par voie coelioscopique simple ou robot-assistée	Fort
Faire un curage ganglionnaire pelvien étendu quelle que soit la voie d'abord au cours de la cystectomie	Fort
Favoriser la mise en place de protocoles de Récupération Améliorée Après Chirurgie	Fort
Demander une évaluation oncogériatrique en cas de TVIM chez un sujet de plus de 75 ans et/ou si score G8 ≤ 14 .	Fort
Faire une évaluation de la fonction sexuelle chez l'homme et la femme et proposer une technique de préservation sexuelle et génitale chez les patients bien sélectionnés	Faible

Conclusion

- Notion de volume-résultat de cystectomie, clairement établi que ce soit pour les chirurgiens que pour les institutions hospitalière:
Il y'as une courbe d'apprentissage pour les deux.

- Les résultats carcinologique et la survie après cystectomie sont directement corrélés au stade TNM
Tout retard a la cystectomie est préjudiciable

Le mode de dérivation urinaire ne doit pas impacter sur le délai .

**Mieux vaut une dérivation externe, plus simple
qu'une néo-vessie plus a risques de complications**