



**19<sup>e</sup>** Congrès  
National  
D'Urologie et **8<sup>e</sup>** Congrès  
FASULF  
Francophonie  
FASULF  
16, 17 et 18 janvier 2025



# Patients with invasive bladder cancer Treated with Trimodality Bladder-sparing Therapy : literature review

**S Kerroumi** <sup>1,2</sup>, **A D Lansari** <sup>1,2</sup>, **M Hafaf** <sup>1,2</sup> , **A Bazzi** <sup>1,2</sup> , **C  
Ouanezar** <sup>1,2</sup>, **M J Yousfi**<sup>1,2</sup>

1 : Department of urology, hospital and university establishment of Oran,  
2 : Health and environment research laboratory, Faculty of medicine of Oran, university  
Oran1 Algeria

# Introduction

- La prise en charge de la tumeur de vessie comprend un traitement conservateur avec préservation du réservoir vésical ou un traitement radical.
- La préservation du réservoir vésical fait partie intégrante des objectifs de la prise en charge du cancer de la vessie .
- L'indication de la préservation vésicale dépend du stade et les facteurs de risques du cancer de vessie .

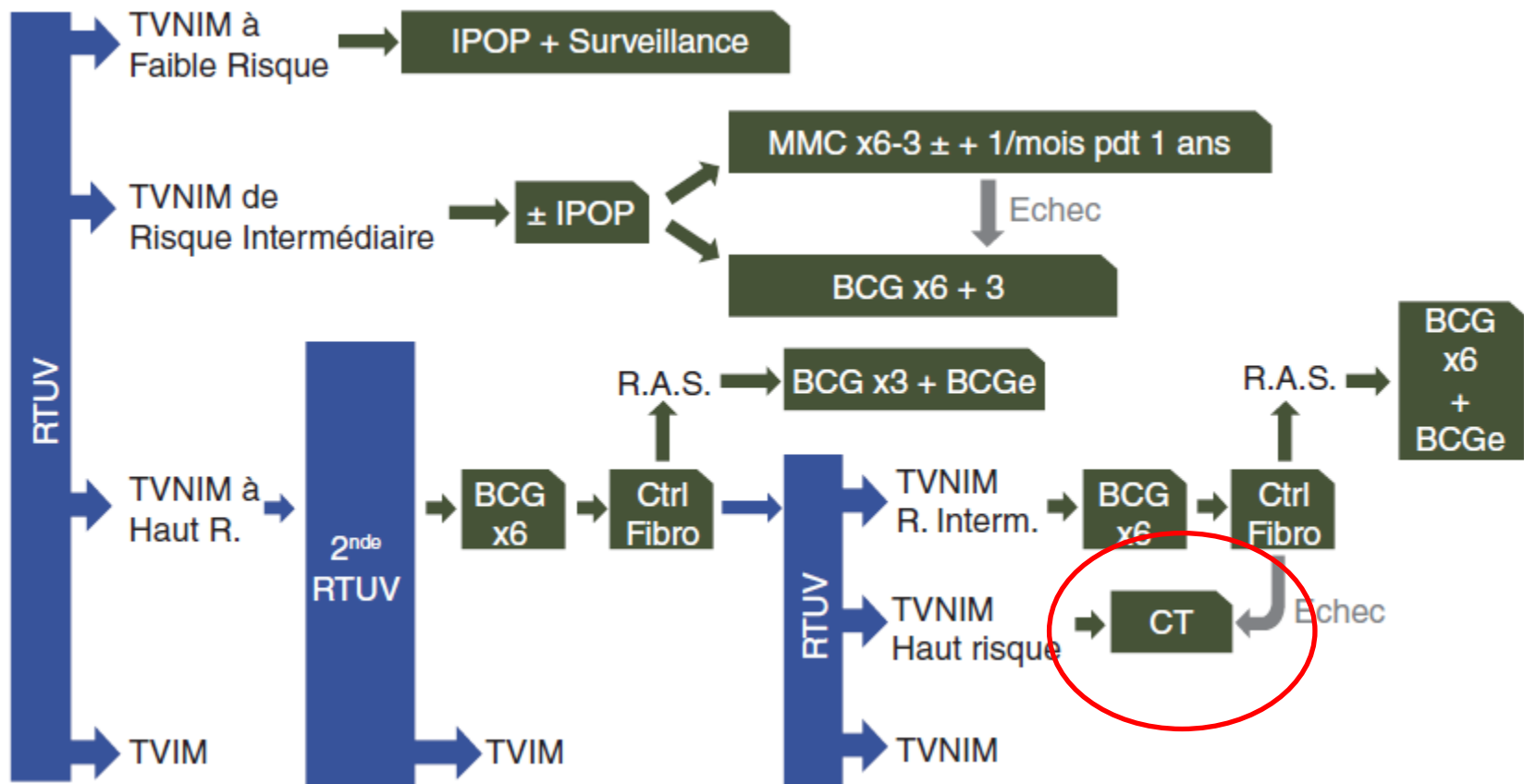
# Objectifs

- Realiser une revue de la littérature actuelle des indications de la preservation de la vessie dans le carcinome urothélial vesical.
- Decrire les criteres de selection et les protocoles de preservacions vesicale dans les TVNIM et les TVIM.

# Intérêt de la préservation vésicale

- Garder l'image corporelle intacte.
- le réservoir vesical (continence-miction).
- Améliorer la qualité de vie.
- la fonction sexuelle.
- la fonction renale en protégeant le rein des infections et du reflux et l'ensemble des troubles métaboliques dus à la résection intestinale.

# Place de la préservation vésicale: PEC des TVNIM « AFU2024 »



# Place de la préservation vésicale: PEC des TVNIM « EAU2024 »

Risk category	Definition	Treatment recommendation
Low-risk tumours	Primary, solitary, Ta, LG/G1, < 3 cm, no CIS	One immediate instillation of chemotherapy
Intermediate-risk tumours	All cases between categories of low and high risk	One immediate instillation of chemotherapy followed by further instillations, either chemotherapy for a maximum of 1 year or 1-year full-dose BCG
High-risk tumours	Any of the following: <ul style="list-style-type: none"> <li>• T1 tumours;</li> <li>• HG/G3 tumours;</li> <li>• CIS;</li> <li>• Multiple and recurrent and large (&gt; 3 cm) Ta G1G2 tumours (all these conditions must be presented)</li> </ul>	Intravesical full-dose BCG instillations for 1-3 years or cystectomy (in highest-risk tumours)
Subgroup of highest-risk tumours	T1G3 associated with concurrent bladder CIS, multiple and/or large T1G3 and/or recurrent T1G3, T1G3 with CIS in prostatic urethra, unusual histology of urothelial carcinoma, LVI	Radical cystectomy should be considered
	BCG failures	Radical cystectomy is recommended

# Place de la préservation vésicale: PEC des TVNIM

Risque	Traitement	La préservation vésicale
Faible	RTUV +IPOP+Surveillance	la préservation vésicale est de règle
intermediaire	RTUV +MMC ou BCG	la préservation vésicale est de règle
Haut risque	RTUV +BCG ou Cystectomie	Les alternatives
Haut risque récidivant	Cystectomie	Les alternatives

# Les protocoles de presevation vésicale dans les TVNIM :

- L'instillations endovésicales ou thermochimiothérapie endovésicale considérés comme des alternatives possibles en cas de refus ou d'inéligibilité à la chirurgie radicale mais avec des résultats oncologiques inférieurs.
- Essai clinique de thérapie innovante (immunothérapie, thérapie génique, chimiothérapie endovésicale) doit pouvoir être proposé au patient.

# Place de la préservation vésicale: PEC des TVIM

Type	Traitement	Place de la préservation
<b>TVNIM haut risque : (échec aux instillation )</b>	<b>Cystectomie</b>	<b>Les alternatives</b>
<b>TVIM</b>	<b>Cystectomie</b>	<b>Les alternatives</b>

# Les criteres de préservation vésicale

- Niveau socioéconomique, demandeur du protocole.
- Vessie fonctionnelle: souple , élastique , bonne capacité.
- Résection exhaustive trans- urétrale de la tumeur, T2-T3 N0 M0.
- Contrôle histologique, possibilité de CPT de rattrapage.

# Les critères de préservation vésicale : les caractéristiques tumorales TVIM

- Les meilleurs résultats oncologiques de la préservation vésicale sont obtenus lorsque **des critères** sont appliqués et respectés:
  - Stade T2 maximum, taille <3 cm, pas de CIS diffus ou HDN.
  - Résection complète et profonde de la tumeur avec 2<sup>ème</sup> look obligatoire (4-6 semaines).
  - Suivi strict avec évaluation endoscopique, histologique et une cystectomie si récidive d'une tumeur infiltrant le muscle vésical.

# Les protocoles de presevation vésicale dans les TVIM : TRT trimodal

- RTUV profonde et complète, suivie d'une radiothérapie externe (IMRT, IGRT) et une chimiothérapie radiosensibilisante concomitante (de potentialisation), à base de cisplatine, 5-fluorouracile et Mitomycine C.
- Plusieurs études randomisées ont montré une équivalence des résultats avec la CPT [9].
- A 5 ans le taux de survie spécifique varie de 50 à 84% et de 36 à 74% pour la survie globale. Le taux de cystectomie de rattrapage est d'environ 14 à 20% selon les séries.

# Les protocoles de presevation vésicale dans les TVIM : les alternatives a la CPT

- Chimiothérapie systémique:

- l'association RTUV et chimiothérapie peut permettre une survie prolongée avec vessie en place [12].
- Cette approche n'est pas recommandée en pratique (**Niveau de preuve 4**).

# Surveillance : TVIM

## tableau de surveillance

- Les modalités de surveillance est en fonction du grading tumoral sur pièce opératoire.
  - L'examen clinique.
  - Cytologie urinaire.
  - TDM thoraco-abdomino-pelvienne .
- tous les 3 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois jusqu'à 5 ans, puis annuel à vie

# Conclusion

- L'indication de la préservation vésicale dépend du stade et les facteurs de risques du cancer de vessie.
- La préservation du réservoir est un objectif dans la prise en charge de la tumeur de vessie qui est devenu en 2024 un traitement recommandé par les sociétés savantes dans le carcinome infiltrant le muscle.
- Le choix de l'alternative au traitement radical nécessite une sélection stricte des patients

# Références

- [1,2]: Raman JD, Shariat SF, Karakiewicz PI, Lotan Y, Sagalowsky AI, Roscigno M, et al. Does preoperative symptom classification impact prognosis in patients with clinically localized upper tract urothelial carcinoma managed by radical nephroureterectomy? *Urol Oncol* 2011;29:716-23.  
[2] Messer J, Shariat SF, Brien JC, Herman MP, Ng CK, Scherr DS, et al. Urinary cytology has a poor performance for predicting invasive or high-grade upper-tract urothelial carcinoma. *BJU Int* 2011;108:701-5.
- [3]: Sylvester RJ, Van der Meijden AP, Oosterlinck W, Witjes JA, Bouffoux C, Denis L, et al. Predicting recurrence and progression in individual patients with stage Ta T1 bladder cancer using EORTC risk tables: a combined analysis of 2596 patients from seven EORTC trials. *Eur Urol* 2006;49:466-77.
- [4]: Miller DC, Taub DA, Dunn RL, Montie JE, Wei JT. The impact of co-morbid disease on cancer control and survival following radical cystectomy. *J Urol* 2003;169:105-109.
- [5]: Au JL, Badalament RA, Wientjes MG, Young DC, Warner JA, Venema PL, et al. Methods to improve efficacy of intravesical mitomycin C: results of a randomized phase III trial. *J Natl Cancer Inst*. 2001;93:597-604.
- [6]: Rouprêt M, Neuzillet Y, Larré S, Pignot G, Coloby P, Rebillard X, et al. Recommandations du Comité de Cancérologie de l'Association Française d'Urologie (CC- AFU) pour la bonne pratique des instillations endovésicales de BCG et de mitomycine C dans le traitement des tumeurs de la vessie n'envahissant pas le muscle (TVNIM). *Prog Urol* 2012;22:920-31.
- [7]: Gontero P, Cattel L, Paone TC, Milla P, Berta G, Fiorito C, et al. Pharmacokinetic study to optimize the intravesical administration of gemcitabine. *BJU Int* 2010;106:1652-6.
- [8]: Joudi FN, Smith BJ, O'Donnell M.A. Final results from a national multicenter phase II trial of combination bacillus Calmette- Guerin plus interferon alpha- 2B for reducing recurrence of superficial bladder cancer. *Urol Oncol* 2006;24:344-8.
- [9]: Rodel C, Grabenbauer GG, Kuhn R, Papadopoulos T, Dunst J, Meyer M, et al. Combined-modality treatment and selective organ preservation in invasive bladder cancer: long-term results. *J Clin Oncol* 2002;20:3061-71.
- [10]: Fahmy N, Aprilian A, Tanguay S, Mahmud SM, Al- Otaibi M, Jeyaganth S, et al. Practice patterns and recurrence after partial cystectomy for bladder cancer. *World J Urol* 2010;28:419-23.
- [11]. Kassouf W, Swanson D, Kamat AM, Leibovici D, Siefker- Radtke A, Munsell MF, et al. Partial cystectomy for muscle invasive urothelial carcinoma of the bladder: a contemporary review of the M. D. Anderson Cancer Center experience. *J Urol* 2006;175:2058-62.
- [12]: Van Der Steen- Banasik E, Ploeg M, Witjes JA, Van Rey FS, Idema JG, Heijbroek RP, et al. Brachytherapy versus cystectomy in solitary bladder cancer: A case control, multicentre, East- Netherlands study. *Radiother Oncol* 2009.
- [13]: Rouprêt M, Neuzillet Y, Larré S, Pignot G, Coloby P, Rebillard X, et al. Recommandations du Comité de Cancérologie de l'Association Française d'Urologie (CC- AFU) pour la bonne pratique des instillations endovésicales de BCG et de mitomycine C dans le traitement des tumeurs de la vessie n'envahissant pas le muscle (TVNIM). *Prog Urol* 2012;22:920-31.

# Stage d'immersion 2025

Stage	Date
Uro-laparoscopie (Beker)	20 au 23 Avril
Prostatectomie radicale 1 (Ipsen)	20 au 23 Avril
Lithiase urinaire 1 (Beker)	25- 26 Mai
Lithiase urinaire 2 (Noben)	29-30 juin
Chirurgie fonctionnelle et l'urètre (Beker)	28-30 septembre
Prostatectomie radicale 2 (Ipsen)	9-10 Novembre
Masterclass Oncologic Robotic Surgery	21-22 décembre ou 17-18 janvier 2026



**THANKS**

