

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LA STRATÉGIE DES RÉSECTIONS TRANSURÉTHRALES (RTU) DES TUMEURS VÉSICALES SUPERFICIELLES (TVS)

D. Nicolescu, V. Oșan, I. Bakos, M. Imbăruș, O. Golea, Orsolya Mártha,
C. Cantâr, I. Dumbrăveanu

Clinique Urologique
Université de Médecine et de Pharmacie Târgu-Mureș

De nos jours le traitement initial des tumeurs vésicales superficielles est la résection transurétrale (RTU) avec ou sans utilisation de cytostatiques ou BCG par voie locale (5). Les données bibliographiques font état d'un taux élevé de récurrences après ce type de traitement (1).

Dans les travaux plus anciens, l'incidence des récurrences est d'environ 70% alors que dans les travaux plus récents ce taux descend à environ 30% (3).

Les principales raisons d'une différence aussi significative semblent être:

1. L'amélioration de la stratégie et de la technique de RTU;

2. Une possibilité accrue de distinguer une récurrence d'une tumeur résiduelle (2, 8). Dans le but de confirmer ces données et d'améliorer nos résultats, nous avons procédé à une rétrospective comprenant 200 cas de tumeurs superficielles, séparées en 2 groupes de 100. Ces 2 groupes ont bénéficié d'une technique différente:

1. - Une résection standard pour le groupe nr.1;
2. - Une résection de type différentiel pour le groupe nr.2 (tab.I).

Tab.I

Groupe 1:	TRU standard
Groupe 2:	RTU de type différentiel

Après 1 à 3 mois tous les patients ont subi une RTU itérative.

Aujourd'hui il est acquis que seul l'examen histologique rigoureux est capable de définir les 2 éléments capitaux de l'évolution de la tumeur: la modalité et le degré d'extension.

Les principales modalités de l'extension tumorale sont (2): 1. de type "compact" (fig.nr.1); 2. de type "tentaculaire" (fig.nr.2). Pour cette raison la RTU standard qui tient compte uniquement de l'examen anatomo-pathologique d'ensemble, présente le risque d'une résection incomplète, donc d'une tumeur résiduelle.



Fig.nr.1 Extension tumorale
"compacte"

Fig.nr.2 Extension tumorale
"tentaculaire"

Par contre, la RTU de type différentiel, comporte des examens biopsiques distincts dans des zones bien définies:

1. La partie exophytique
2. Le lit tumoral (base de la tumeur)
3. La région peritumorale

Ces prélèvements multiples offrent la chance d'une extirpation radicale de la tumeur (4, 8).

Quelle est la technique de la RTU de type différentiel (fig.nr.3, 4) (1, 2).



Fig.nr.3, 4: La technique de la RTU de type différentiel: 1-partie exophytique;
2-5 -biopsies peritumorales; 6-biopsie dans le lit tumoral.

- On résèque initialement la partie exophytique de la tumeur (Prélèvement nr.1), qui va préciser le "grading" de la tumeur;
- Ensuite on réalise les 4 biopsies peritumorales (Prélèvements 2 à 5): Elles vont définir l'extension tentaculaire.
- La dernière biopsie, dans le lit tumoral, est effectuée dans le centre de la base tumorale (Prélèvements nr.6); elle permet de définir l'infiltration compacte. Les 6 prélèvements vont bénéficier d'un examen histologique distinct. En cas de tissu tumoral restant, la résection va se répéter suivant la même technique.

- Pourquoi et comment s'effectue la résection itérative?

Elle permet de vérifier la totalité de l'ablation tumorale et d'enlever une éventuelle tumeur résiduelle après la résection antérieure. Elle sera effectuée 1 à 3 mois après la RTU initiale. Elle sera aussi une résection de type différentiel (3, 7, 9).

Resultats

Dans les 2 groupes opérés par les 2 techniques différentes on a analysé les 2 paramètres suivants:

1. L'incidence des tumeurs résiduelles;
2. L'incidence des récives.
1. L'incidence des tumeurs résiduelles.

L'examen histologique de la résection itérative montre les résultats suivants. Dans le groupe ayant subi une RTU standard: l'incidence des tumeurs résiduelles est de 57%, alors que dans le groupe nr.2 ayant subi une RTU de type différentiel, cette incidence descend à 31% (tab.II).

Tab.II

L'incidence des tumeurs résiduelles	
Groupe 1 (RTU standard):	57%
Groupe 2 (RTU différentiel):	31%

II. L'incidence des tumeurs récidivantes. Le contrôle périodique, effectué jusqu'à 3 ans, relève des résultats différents également en ce qui concerne le taux des récidives tumorales. Celui-ci est respectivement de 46% dans le groupe nr.1 et de 21% dans le groupe nr.2 (tab.III).

Tab.III

L'incidence des tumeurs récidivantes (3 ans)	
Groupe 1:	46%
Groupe 2:	21%

Discussions

Le pronostic des TVS dépend d'une multitude de facteurs parmi lesquels les plus importants sont (3):

- La dimension, le nombre et le "grading" tumoral, le carcinome "in situ" et l'aneuploidie. Plus récemment, surtout après les études de *Klän* (1992) (4) et de *Alken* (1994) (1) on attribue un rôle de plus en plus important à la qualité de l'exécution de la résection et à l'impérativité de sa répétition précoce (R. itérative) (2).

De cette façon *Kolozsi* (6) a réussi à réduire le taux des tumeurs résiduelles de 61% à 21,5%, *Klän* (4) de 48,8% à 34,5 et nous de 57% à 34%.

La nouvelle stratégie diminue implicitement le taux de récurrence tumorale. Celui-ci est seulement 23% dans l'étude de *Köhrmann* (5) et de 21% dans notre étude. L'analyse synthétique des données précédentes permet de tirer plusieurs conclusions:

1. La nécessité d'abandonner la technique de la RTU standard;
2. L'obligation de pratiquer une RTU de type différentiel, associée à une RTU itérative;
3. La nouvelle stratégie résectionnelle permet de réduire de façon significative le taux des tumeurs résiduelles et aussi des récidives tumorales.
4. Jusqu'à 1 à 3 mois après une RTU, une tumeur décelée endoscopiquement n'est pas une récurrence mais une tumeur résiduelle ou une tumeur non dépistée lors de la résection antérieure.
5. La RTU des TVS est un acte thérapeutique de grande responsabilité, elle demande une stratégie et une technique opératoire rigoureuse.

Bibliographie

1. *Alken P.*: The essentials of transurethral resection of bladder tumors (TUR.B). EBU Symposion on Urology-Timișoara, 22-23 January 1994;

2. *Bressel M., Kemper K., Stadler F.*: Vorbedingungen und Technik der transurethralen Elektresektion des Harnblasenkarzinoms. *Urologe A* (1969), 81, 73-80;

3. *Hassler H., Bandhauer K.*: Lokalrezidiv oder neutumor indikation für Prognose und Therapie beim oberflächlicher Blasencarcinom. *Der Urologe A Suppl.* (1992), 59, 58-61;

4. *Klän R., Huland H.*: Residualtumor nach Resektion oberflächlicher Blasentumoren - eine wesentliche Ursache für "Frührezidive". *Der Urologe A. Suppl.* (1990), 59, 62-65;

5. *Köhrman K.U. et al.*: Die transurethrale Nachresektion. Notwendig beim oberflächlicher Harnblasen-Carcinom? *Der Urologe A Suppl.* (1992), 59, 72-74;

6. *Kolozsy Z.*: Histopathological "self control" in transurethral resection of bladder tumours. *Br.J.Urol.* (1991), 57, 162-164;

7. *Kranz A. et al.*: Stellenwert der transurethralen Nachresektion bei Behandlung von Blasentumoren. *Der Urologe A Suppl.* (1990), 59, 75-79;

8. *Nicolescu D. et al.*: Locul diagnostic și terapeutic al rezecției transuretrale a tumorilor vezicale superficiale. *Comunicare la Sesiunea Academiei Târgu-Mureș, Mai 1986;*

9. *Vögeli T.A., Marx G., Ackermann R.*: Zur Notwendigkeit der Nachresektion beim Urothelialen Blasenkarzinom als Kontrolle der Erstresektion. *Der Urologe A Suppl.* (1992), 59, 78-84.

Arrivé à la rédaction le 4.11.1994
