

Remplacement de la vessie après cystectomie totale pour cancer

par J. M. Gil-Vernet¹ (Barcelone)

Le traitement des tumeurs de la vessie constitue un des problèmes les plus importants de l'urologie.

Malgré certains progrès, c'est encore une utopie de prétendre systématiser les indications thérapeutiques du cancer de la vessie étant donné qu'on ne possède pas les moyens qui nous permettraient de savoir si la tumeur est limitée à la vessie ou pas ; on ne peut pas non plus évaluer son degré de malignité, ni son pouvoir d'évolution, ni les défenses du malade face à sa maladie.

C'est une des raisons des divergences d'opinions concernant la terminologie et la classification, ainsi que les indications thérapeutiques de cette fréquente maladie.

Cependant, le motif principal de ce désaccord apparent est que le cancer de la vessie traité avec les normes les plus strictes de la chirurgie oncologique, soit par la cystectomie totale, pose le grave et difficile problème de la dérivation urinaire ; celle-ci pouvant entraîner une pyélonéphrite, des altérations humorales etc., parfois mortelles si le patient a survécu à son cancer.

¹ Chaire d'urologie, Faculté de médecine, Université de Barcelone.

Un autre motif important est que les méthodes de dérivation urinaire (urétérostomie cutanée, urétérosigmoïdostomie, urétéroïléostomie) causant des troubles psychosomatiques qui ne sont acceptés que *in extremis* par le patient, ce qui met en question l'opportunité d'une cystectomie totale. La difficulté de l'opération (au fond de l'excavation pelvienne) et la complexité de celle-ci comme exérèse de la vessie, de la prostate, des vésicules séminales, des ganglions lymphatiques et tissus cellulaires pelviens, en plus la moyenne d'âge élevée des patients (en général plus de 60 ans) met le chirurgien devant une décision délicate.

Les conséquences physiopathologiques de la cystectomie totale, la complexité technique de l'exérèse et la formation d'une nouvelle vessie constituent les motifs pour lesquels l'urologue, à part de rares exceptions, se décide devant un cancer de la vessie pour la coagulation, l'électrorésection endo-urétrale ou par une timide cystectomie partielle, attitude sans précédent en cancérologie. Conséquence : pour conserver la fonction d'un organe, on tue le malade.

Du point de vue oncologique, les opérations conservatrices sont inefficaces et dangereuses,

on perd un temps précieux et on exclut la possibilité de guérison par chirurgie radicale.

On indique malheureusement trop fréquemment en dernier recours la cystectomie totale pour les tumeurs qui ont atteint le stade C, soit un très mauvais pronostic. C'est précisément à un tel stade, sauf exceptions, où la cystectomie totale n'est pas indiquée mais au contraire l'hémicystectomie ou la cystectomie subtotale précédée et suivie de cobaltothérapie.

Avec l'incorporation d'un segment digestif à la chirurgie plastique et de substitution de l'appareil urinaire, l'urologie a fait des progrès spectaculaires confirmés par plus de vingt ans d'expérience : dans de nombreux cas cliniques, dans lesquels un segment d'intestin exclu de la circulation entérique a substitué avec succès, partiellement ou totalement, l'urètre et/ou la vessie.

La substitution de la vessie par un segment intestinal après une cystectomie totale est la seule méthode qui atteint les trois objectifs fondamentaux :

- a) extirpation de l'organe tumoral, la vessie ;
- b) élimination des suites de l'exérèse de la vessie, c'est-à-dire, la dérivation urinaire ;
- c) éviter la mutilation du malade en lui redonnant la possibilité d'une miction par ses voies naturelles.

Quant au premier point nous n'allons pas insister à quel stade tumoral ce type de chirurgie radicale est indiqué, bien que le plus grand nombre de ces décisions chirurgicales se rencontrent dans le groupe limite des tumeurs très avancées dans le stade B₁ et dans les carcinomes peu avancés B₂ uniques, multiples ou récidivants dans lequel la cystectomie totale offre de raisonnables chances de guérison.

L'idéal ici comme dans tous les types de chirurgie oncologique sera un diagnostic précoce suivi de l'exérèse radicale (opportune), pourvu que l'extirpation de l'organe tumoral soit compatible avec :

- a) la continuation de la vie (menacée par l'insuffisance rénale) ;
- b) le confort dans une vie prolongée.

L'extirpation de la vessie suivie de l'urétérostomie cutanée ou de l'urétérosigmoïdostomie menace directement ces deux points. Les autres formes de dérivation urinaire, soit par les conduits iléaux, soit par les conduits coliques types Bricker ou Mogg sont acceptables du point de vue a) mais entraînent de graves problèmes sociaux.

La vessie rectale du type Mauclair avec colostomie définitive, comporte un moindre risque opératoire mais également des problèmes sociaux.

La vessie rectale avec colostomie périnéale transphinctérienne type Gersuny (contrôle des urines et des selles par le sphincter anal) est peut-être la moins incommode de ce type d'opérations mais de résultat peu sûr ; le contrôle de l'urine, particulièrement la nuit, ne se fait pas toujours et la pose d'un collecteur est pratiquement impossible à cause de l'apparition de dermatites dans les régions fessières par contact avec l'urine, en plus de l'inconvenient pratique et psychologique pour un homme de devoir uriner accroupi.

En conclusion, à l'heure actuelle, seule une reconstruction de la vessie avec un segment de l'intestin permet une survie de qualité supérieure à n'importe quel autre procédé de dérivation.

Malheureusement, il s'agit d'une technique laborieuse et difficile, une opération longue (quatre heures et demie) qui requiert de la part du patient de bonnes conditions générales, et une excellente préparation de la part du chirurgien. C'est pour ces raisons que cette méthode n'est pas acceptée par la majorité, mais il ne fait pas de doute que ces indications seront toujours plus étendues au fur et à mesure que les difficultés mentionnées seront surmontées.

Segment intestinal à utiliser

Dans le choix du segment intestinal idéal pour la création d'une vessie de substitution, on doit considérer plusieurs points :

- l'obtention d'un réservoir d'urine supérieur à 300 cc, capable de se dilater et de se contracter ;
- l'existence d'un minimum de sensibilité de réplétion ;
- l'obtention d'un degré efficace du contrôle urinaire ;
- un pouvoir de contraction suffisant pour obtenir un vide complet ;
- un minimum d'absorption électrolytique ;
- la possibilité d'anastomoser les uretères de manière à prévenir le reflux ;
- et enfin que le segment intestinal puisse être anastomosé à l'urètre postérieur.

*segun Boracci el segmento
del colon rojo como
receptor suficiente
a la evacuación*

Tous ces points peuvent être obtenus à un degré plus ou moins élevé, grâce à l'utilisation d'un segment de côlon sigmoïde ou de l'iléo-colique, celui-là avec son mécanisme valvulaire iléo-caecal.

Elle compte deux temps : un d'exérèse, l'autre de reconstitution.

Technique chirurgicale

1. Temps d'exérèse

Le temps d'exérèse comprend la prostatocystectomie et la lymphadénectomie ; il est commun aux trois techniques de reconstitution de la vessie que nous décrivons plus loin.

La prostatocystectomie se fait par voie extra-péritonale selon une technique que nous avons décrite en 1952 ; celle-ci évite le passage du sang, d'urine infectée et éventuellement de cellules néoplasiques dans la cavité abdominale. Une fois sectionnés, les uretères au niveau pelvien et les deux pédicules vasculonerveux de la vessie, celle-ci reste seulement fixée par l'urètre prostatique. La section urétrale peut se réaliser à trois niveaux distincts : immédiatement au-dessus du veru montanum, on respecte ainsi deux tiers de la prostate, les vésicules séminales et les conduits éjaculateurs et on conserve une potentia coeundi pratiquement normale. Cette section est seulement indiquée dans les tumeurs infiltrantes, distantes du col de la vessie ou dans les papillomatosis multiples, diffus et récidivants chez les patients d'un âge trop avancé.

La section urétrale par-dessous le veru montanum, est la plus couramment utilisée ; elle implique l'exérèse des vésicules séminales et des conduits éjaculateurs. La conservation du pic de la prostate facilite son anastomose postérieure avec le segment intestinal qui va substituer la vessie. S'il existe un adénome dans cette portion caudale prostatique, on doit l'énucléer, si petit soit-il, étant donné qu'il pourrait rendre la miction difficile.

Enfin, la section peut se réaliser immédiatement en dessous du pic prostatique, l'anastomose se réalisera ainsi avec l'urètre membraneux ; on aura soin dans ce cas de ne pas léser le sphincter externe, unique facteur dynamique de contrôle que possédera le patient.

2. Temps de reconstruction de la vessie

Nous avons décrit trois variantes de néovesie intestinale.

Technique I : un segment de côlon sigmoïde d'environ 30 cm est isolé du tractus intestinal, fermé à l'extrémité proximale et anastomosé distalement à l'urètre (anastomose termino-terminale).

Technique II : le même segment colique fermé à ses deux extrémités, s'anastomose par son milieu antimésentérique à l'urètre (anastomose latéro-terminale). C'est celle utilisée le plus fréquemment.

Technique III : une partie du côlon ascendant, le cœcum et quelques 12-15 cm d'iléon terminal sont isolés. L'anastomose du cœcum à l'urètre est latéro-terminale, et on anastomose l'iléon aux uretères.

Pour les anastomoses urétéro-intestinales, dans les deux premières techniques on suit le principe sous-muqueux de Coffey afin d'éviter le reflux. Dans le côlon sigmoïde la création d'un trajet sous-muqueux est facile et en plus indispensable. Dans la technique III, parce que le segment intestinal est doté du mécanisme valvulaire (valvule de Bahuin), l'anastomose urétéro-intestinale est directe.

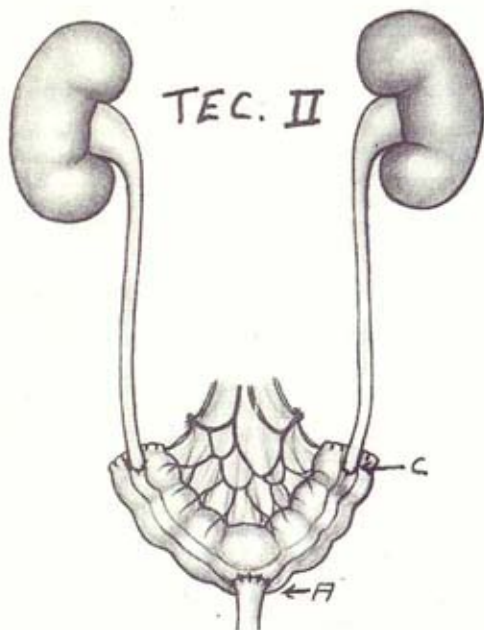
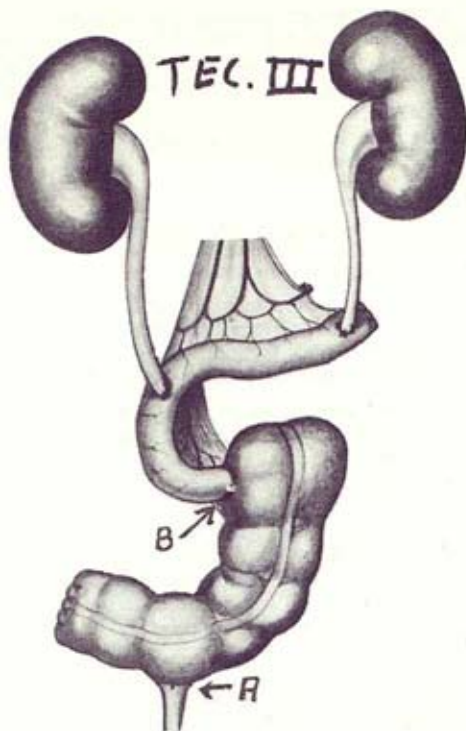
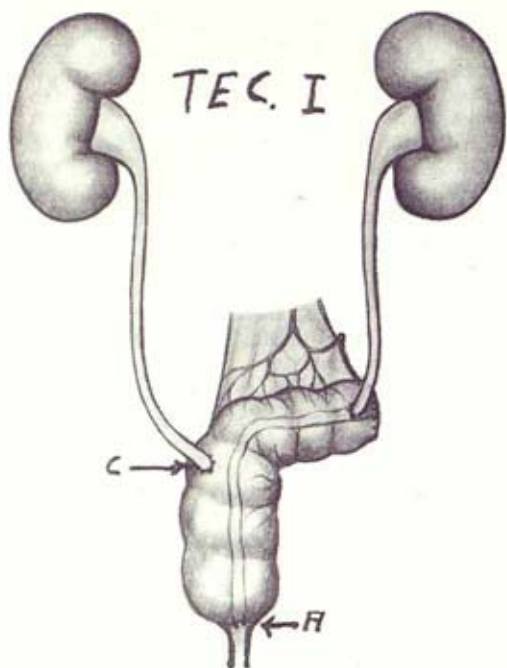
L'anastomose de l'urètre au côlon se réalise en deux plans et doit rester sans la moindre tension. Pour cela on doit recourir souvent à la manœuvre d'allongement du mésocôlon, la même que nous avons décrite pour la réalisation des colocystoplasties.

Physiologie de la vessie de substitution

Les résultats cliniques démontrent que le segment colique est du point de vue anatomique et fonctionnel, l'organe le plus capable de substituer une vessie. Sa capacité volumétrique est égale ou supérieure lorsqu'on utilise des segments de longueur suffisante.

Les graphiques des courbes cystométriques montrent que les contractions du « detrusor colico » sont comparables à celles du detrusor normal et supérieur au tonus sphinctérien. La sensation de réplétion de la vessie est transmise par les récepteurs spécifiques de l'évacuation, les mêmes dont sont munis le côlon sigmoïde.

L'expulsion de l'urine est produite par la contraction de la paroi musculaire de l'anse colique, aidée par la pression abdominale. Ceci entraîne l'urine dans le conduit urétral et par action réflexe, le système sphinctérien de l'urètre membraneux s'inhibe, cette muqueuse étant munie de terminaisons sensibles qui donnent



Dans les techniques I et II, on utilise le côlon sigmoïde pour la substitution de la vessie, dans la technique III le segment iléo-colique : a) anastomose urétero-intestinale ; b) valvule de Bahuin pour empêcher le reflux urétral ; c) anastomose urétero-intestinale avec trajet sous-muqueux.

l'information du besoin d'uriner. Il n'existe pas de différences radiocinématographiques, entre la dynamique de la miction de la néovessie colique et celle d'une vessie normale.

Pendant les dix ou vingt premiers jours après que la nouvelle vessie soit entrée en fonction, le patient a des mictions fréquentes, anarchiques, et souffre parfois d'incontinence. C'est la *phase aiguë* ou de protestation de l'intestin à un changement de fonction. Elle est suivie d'une *phase d'accommodation*, qui dure environ de trois à six mois, pendant laquelle l'état urinaire se régularise. A partir de la première année, on entre dans la *phase d'adaptation* pendant laquelle la miction se produit chaque deux

à cinq heures, avec un bon contrôle diurne, et une énurésie ou miction chaque deux à trois heures durant la nuit. L'individu a une parfaite conscience de la nécessité d'uriner et de la puissance du jet urinaire, pouvant interrompre la miction à volonté ; il n'y a pas de résidu dans la vessie, ou à peine quelques centimètres cubes.

Casulstique et résultats

On a pratiqué cette opération sur 128 malades. Le premier de ceux-ci en juin 1957 à la Clinique universitaire d'urologie de Barcelone. Ce patient a actuellement 80 ans, il contrôle normalement son appareil urinaire et a une bonne miction.

La période évolutive est au maximum de 16 ans. L'indication dans tous ces cas était due à un processus tumoral à des stades divers. La mortalité opératoire dans le premier mois après l'intervention fut de 18 % dans les 90 premiers cas et d'un seul cas dans les 38 derniers.

La mortalité tardive fut en relation directe avec le stade tumoral ; seulement dans 2 cas elle fut probablement dépendante ou influencée (patients antérieurement irradiés) par la morbidité due à la vessie créée.

La complication la plus fréquente dans la première série des 90 cas fut le reflux urétral, bien toléré et sans symptomatologie clinique ou analytique dans la grande majorité, reflux pratiquement inexistant dans la dernière série. Le nombre de récidives au niveau de l'urètre restante fut de 2,9 %.

Ces vessies de substitution permettent au patient d'uriner par l'urètre, avec des mictions espacées de deux à cinq heures. Le contrôle urinaire diurne est bon, et le 97 % urinent à volonté, ils sont secs et n'ont besoin d'aucun collecteur. L'incontinence nocturne s'observe dans une proportion de 85 %, ces patients se mettent facilement un collecteur pendant la nuit ou une pince de Cunhingam.

Ces vessies de substitution permettent à la chirurgie oncologique de déployer tout son potentiel d'attaque, sans les limites jusqu'alors imposées par la dérivation urinaire et sans qu'elle représente une mutilation pour le malade. Elles offrent à celui-ci une survie confortable à l'abri de complications, et lui permettent de réaliser une miction par les voies naturelles.

Adresse de l'auteur : Professeur J. M. Gil-Vernet, Faculté de médecine, Université de Barcelone, Barcelone, Espagne.