

**DIALOG**



FRENCH COLLABORATIVE GROUP  
FOR GERIATRIC ONCOLOGY RESEARCH

**GERICO**

unicancer



**SoFOG**

SOCIÉTÉ  
FRANCOPHONE  
D'ONCO-GÉRIATRIE



**PACAN**

Plateforme de recherche clinique  
Personnes Agées et CANCER

RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE



INSTITUT  
NATIONAL  
DU CANCER

---

# Chirurgie

# dans le cancer de la vessie

Dr Philippe CAILLET (*Hôpital Européen G. Pompidou, Paris*)

Pr Pierre MONGIAT-ARTUS (*Hôpital Saint-Louis - Université Paris Cité, Paris*)

---

# Liens d'Intérêt

---

Philippe CAILLET

Industrie

.

Institutions

.

Pierre MONGIAT-ARTUS

Industrie

- . Bayer
- . Ferring
- . Janssen-Cilag

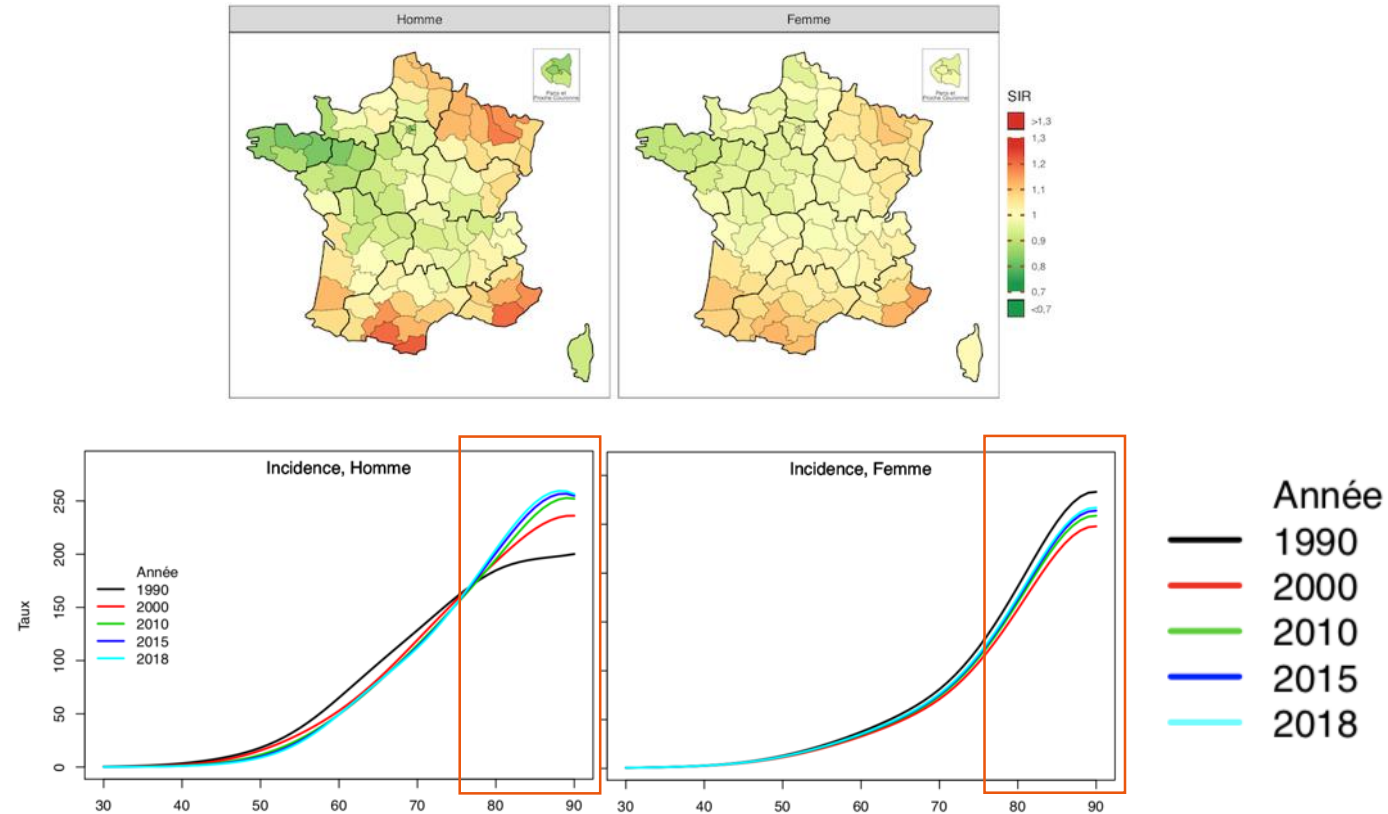
Institutions

- . Association Française d'Urologie
- . Alliance GETUG-AFU
- . INCa
- . HAS
- . ABM
- . Conseil National Professionnel d'Urologie
- . Syndicat National des Chirurges Urologues Français

# Pourquoi ce Sujet ?

Cancer de la vessie = Archétype du cancer du sujet âgé

## Epidémiologie

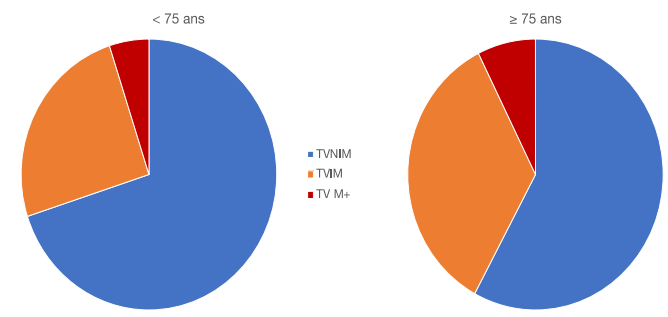


# Pourquoi ce Sujet ?

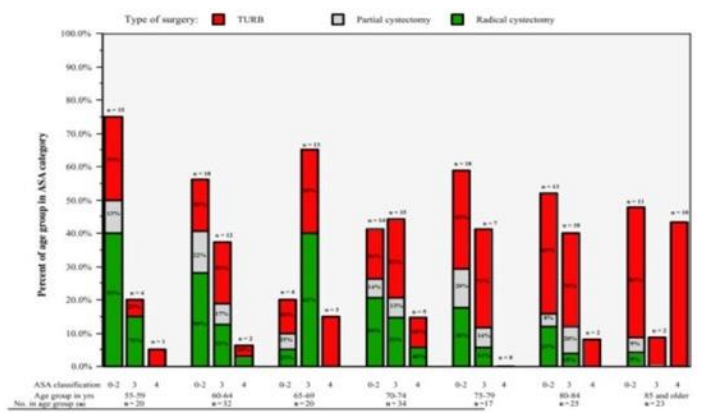
Cancer de la vessie = Archétype du cancer du sujet âgé

## Agisme

- diagnostic de formes avancées



- « sous-traitées »



# Pourquoi ce Sujet ?

---

Chirurgie = Pierre angulaire

- **diagnostique** → RTV

- **thérapeutique**

- . TV-NIM → RTV
- . Traitement Tri-Modal → RTV
- . Exérèse → Cystectomie

# Et Pourtant ...

The screenshot displays the PubMed search interface. At the top, the NIH National Library of Medicine logo is visible, along with a 'Log in' button. The PubMed logo is prominently displayed on the left. The search bar contains the query: `((bladder cancer[Title/Abstract]) AND (surgery[Title/Abstract])) AND (interver`. Below the search bar are links for 'Advanced', 'Create alert', and 'Create RSS', and a 'User Guide' link. Action buttons for 'Save', 'Email', and 'Send to' are present. The 'Sort by' dropdown is set to 'Best match', and 'Display options' are visible. At the bottom of the search results section, 'MY NCBI FILTERS' is shown, and the number '182 results' is circled in orange. To the right of this, there is a 'Clear selection' link and pagination controls showing 'Page 1 of 1'.

# Et Pourtant ...

NIH National Library of Medicine  
National Center for Biotechnology Information

Log in

PubMed®

((bladder cancer[Title/Abstract]) AND (surgery[Title/Abstract])) AND (interver

Advanced Create alert Create RSS Search User Guide

Save Email Send to Sort by: Best match Display options

MY NCBI FILTERS 182 results × Clear selection << < Page 1 of 1 >>

PubMed®

(((older[Title/Abstract]) OR (elderly[Title/Abstract])) AND (bladder cancer[Titl

Advanced Create alert Create RSS Search User Guide

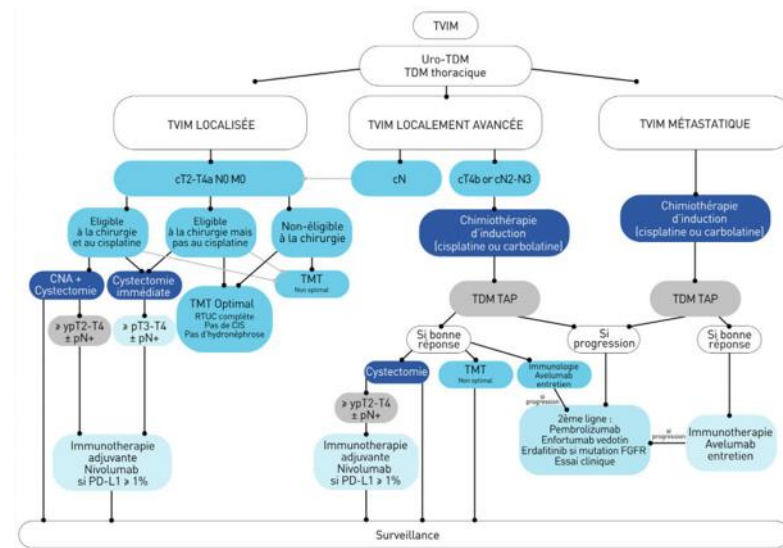
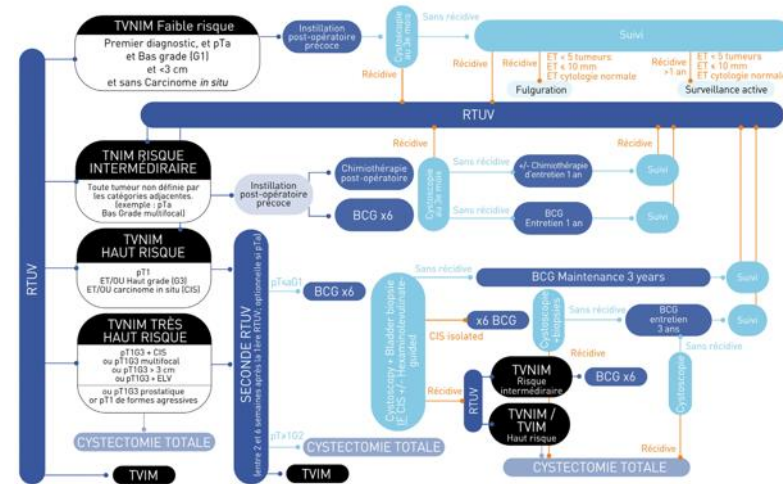
Save Email Send to Sort by: Best match Display options

MY NCBI FILTERS 11 results << < Page 1 of 1 >>

# Questions en Suspend

## Histoire de la maladie et de son traitement

- **TV-NIM** (+/- 75% au diagnostic)
  - RTV
  - Traitement adjuvant intra-vésical
- **TV-NIM** résistante au traitement intra-vésical
  - Traitement de rattrapage
- **TV-IM M0**
  - . Traitement néo-adjuvant + Cystectomie
  - . Traitement Tri-Modal
  - . Traitement adjuvant
- **TV-IM M+**
  - . Traitement palliatif





# 1. Comment Optimiser le Diagnostic ?

→ Education



**Suggestion :**

Identifier les facteurs bloquants l'appropriation des messages pour les sujets âgés

## 2. Comment Optimiser la Résection Endoscopique ?

### Technique opératoire

- risques : perforation vésicale > saignement
    - . vessie « vide »
    - . anesthésie générale + curarisation / Anesthésie loco-régionale + bloc obturateur
- Comme pour tout le monde !

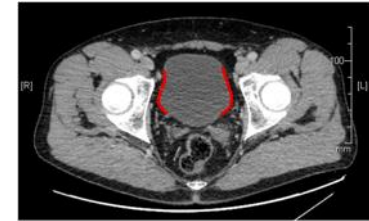
### Encadrement péri-opératoire

- risque de rétention
  - . dépistage préopératoire des facteurs de risque de rétention
- risque de syndrome confusionnel +++
  - . dépistage et prévention

### **Suggestion :**

Evaluation gériatrique précoce

- prévention d'un syndrome confusionnel peri-opératoire à l'initiation d'un long parcours de soin
- impact des RTV itératives sur l'altération fonctionnelle, quels déterminent gériatriques



# 3. Comment Minimiser Récidive et Progression ?

## Technique opératoire

→ Optimale

## Evaluation du risque

→ Abaques :

- EAU 2021 : intégration de l'âge chronologique
- AFU 2022 : pas de prise en considération de l'âge chronologique

EAU NMIBC Risk Calculator - Calculator

**Age**

≤ 70 years
> 70 years

**Select Classification System**

Either the WHO 1973, the WHO 2004/2016, or both grading classification systems can be selected.

**WHO Grade 2004/2016**

LMP-LG
HG

**WHO Grade 1973**

G1
G2
G3

**Tumor Status**

Primary
Recurrent

**Number of Tumors**

Single
Multiple

**Maximum Tumor Diameter**

< 3 cm
≥ 3 cm

**Stage**

Ta
T1

**Concomitant CIS**

No
Yes

### Risk Groups Table

RISK GROUP	PROBABILITY OF PROGRESSION AND 95% CONFIDENCE INTERVAL		
	1 Year	5 Years	10 Years
<b>NEW RISK GROUPS WITH WHO 2004/2016</b>			
Low	0.06%, 0.01%-0.43%	0.93%, 0.49%-1.7%	3.7%, 2.3%-5.9%
Inter	1.0%, 0.50%-2.0%	4.9%, 3.4%-7.0%	8.5%, 5.6%-13%
High	3.5%, 2.4%-5.2%	9.6%, 7.4%-12%	14%, 11%-18%
Very High	16%, 10%-26%	40%, 29%-54%	53%, 36%-73%
<b>NEW RISK GROUPS WITH WHO 1973</b>			
Low	0.12%, 0.02%-0.82%	0.57%, 0.21%-1.5%	3.0%, 1.5%-6.3%
Inter	0.65%, 0.36%-1.2%	3.6%, 2.7%-4.9%	7.4%, 5.5%-10%
High	3.8%, 2.6%-5.7%	11%, 8.1%-14%	14%, 10%-19%
Very High	20%, 12%-32%	44%, 30%-61%	59%, 39%-79%

# 3. Comment Minimiser Récidive et Progression ?

## Technique opératoire

→ Optimale

## Evaluation du risque

→ Abaques

→ RCP spécifique + recommandations AFU

## Traitement adjuvant

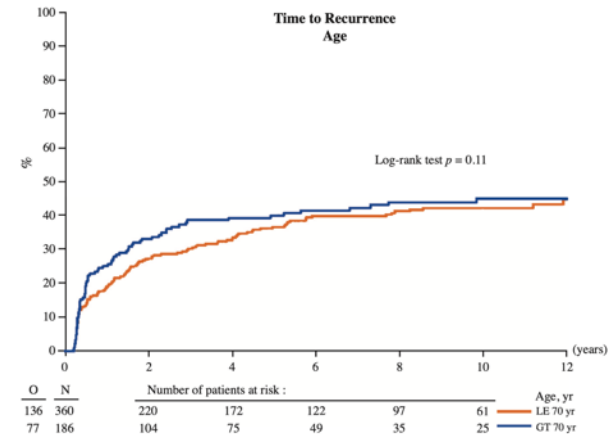
→ Respect des indications : BCG +++

- . efficacité
- . fréquence et sévérité des complications

## **Suggestion :**

Traitements adjuvants « non-BCG »

- BCG recombinant
- Immunothérapies

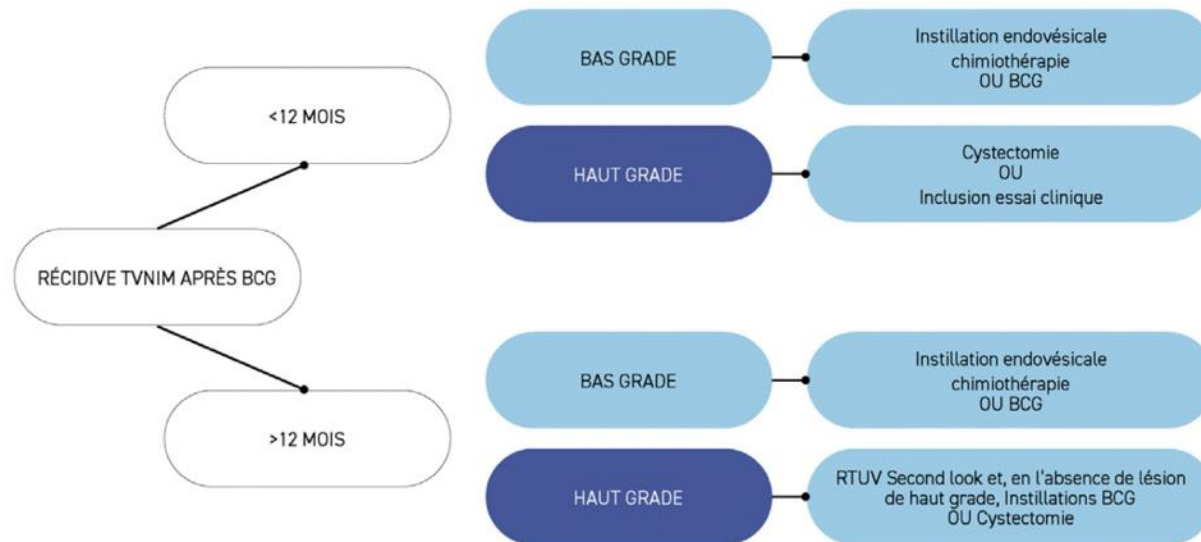


# 4. Comment Traiter une Résistance au BCG ?

## Résistance au BCG

- jusqu'à 40% avec 15% de progression
- risque d'échec de réexposition
- risque d'échec si option conservatrice

survie sans récurrence	6 mois	12 mois	24 mois
CIS	26%	17%	8%
sans CIS	67%	44%	10%



# 4. Comment Traiter une Résistance au BCG ?

## Chimiothérapie instillations

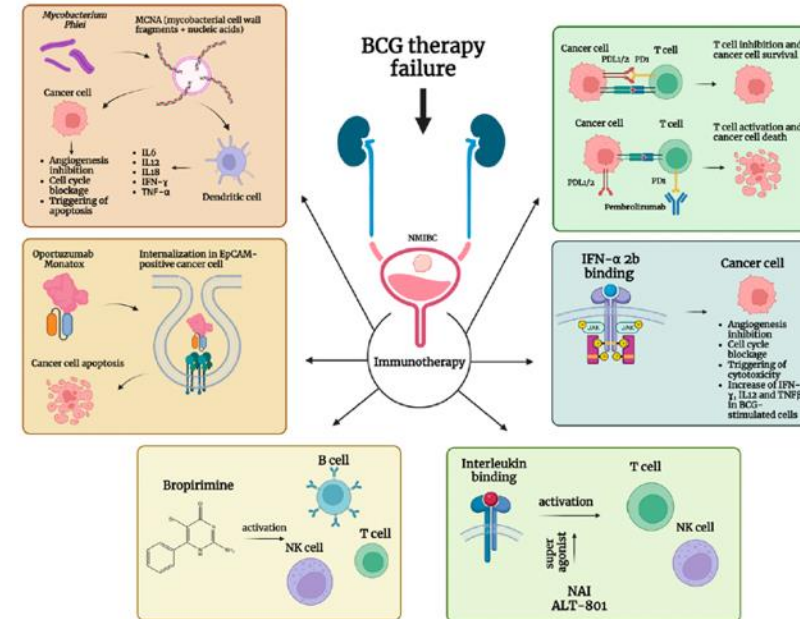
- MMC chauffée
- gemcitabine + docetaxel

## Immunothérapie

- penbro
- INFalpha2b
- ...

## Thérapie génique

- Ad-INFalpha2b
- CG0070
- Tox-DyphA



## Suggestion :

Sélection des patients pour un traitement alternatif à la cystectomie

Essais dédiés aux sujets âgés avec objectifs spécifiques

Déterminer la place de la radiothérapie combinée

# 5. Comment Estimer le Pronostic des TV-IM ?

---

TV-IM = Pronostic hétérogène

- registre Suédois = 9653 d'âge médian 75 ans
    - . décès spécifique 54%
    - . décès non-spécifique 23%
- Bénéfice oncologique incertain

**Suggestion :**

Démembrer la population âgée atteinte de TV-IM

- identification des éléments pronostiques

# 6. Comment Optimiser le Tt Néo-Adjuvant des TV-IM ?

## Chimiothérapie / 6P

- éligibilité = facteur limitant
- administration = facteur de risque (théorique) de complication de la chirurgie et d'altération de la qualité de vie

### **Suggestion :**

RAAC = Réhabilitation Améliorée Avant **Chimiothérapie**

- quelle évaluation
- quelles interventions
- quel bénéfice

patient « rendu éligible » = patient « éligible d'emblée » ?  
administration du traitement standard ?

Options alternatives au MVACdd

- quels principes (immunothérapie : penbro, atezo, ipi/nivo, ...)
- quelles combinaisons

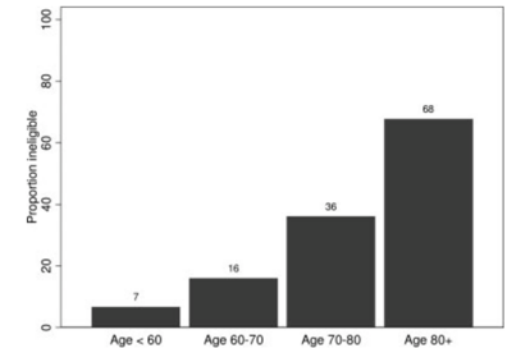


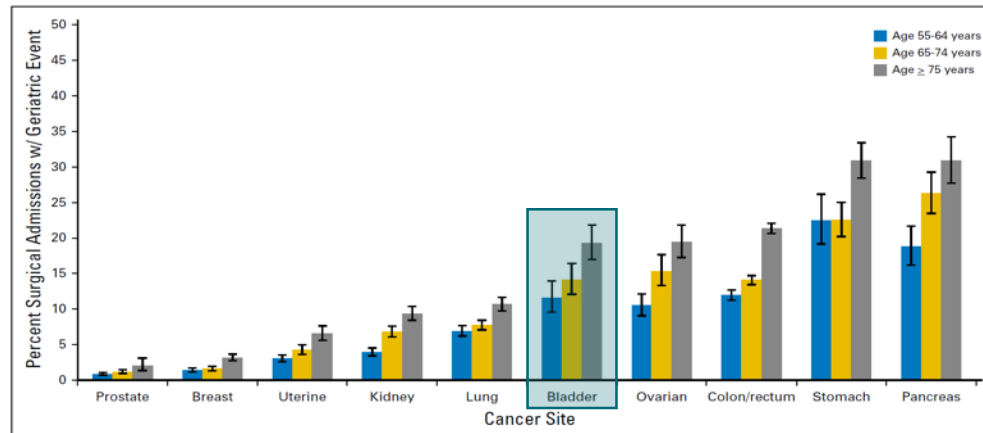
FIGURE 2. Proportion of patients deemed ineligible



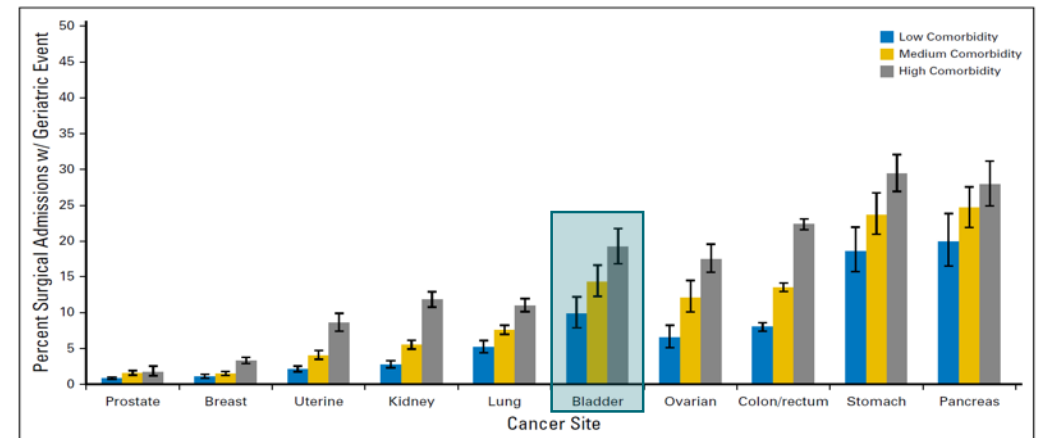
# 7. Comment Optimiser le Choix de la Chirurgie ?

## Options

- cystectomie
- traitement tri-modal



**Fig 1.** Proportion of patients with a geriatric event according to cancer site and age. Age stratified into three groups: age 55 to 64, age 65 to 74, and age  $\geq$  75 years. Proportions are derived from the number of patients with at least one geriatric event divided by the number of patients treated surgically. The association between geriatric events and age was assessed by using  $\chi^2$  testing and found to be significant for all sites ( $P < .001$ ).



**Fig 2.** Proportion of patients with a geriatric event according to cancer site and age-adjusted Charlson score. Age-adjusted Charlson score stratified into low, medium, and high comorbidity tertiles. Proportions are derived from the number of patients with at least one geriatric event divided by the number of patients treated surgically. The association between geriatric events and age-adjusted comorbidity was assessed by using  $\chi^2$  testing. Significance was noted for all sites ( $P < .001$ ).

# 7. Comment Optimiser le Choix de la Chirurgie ?

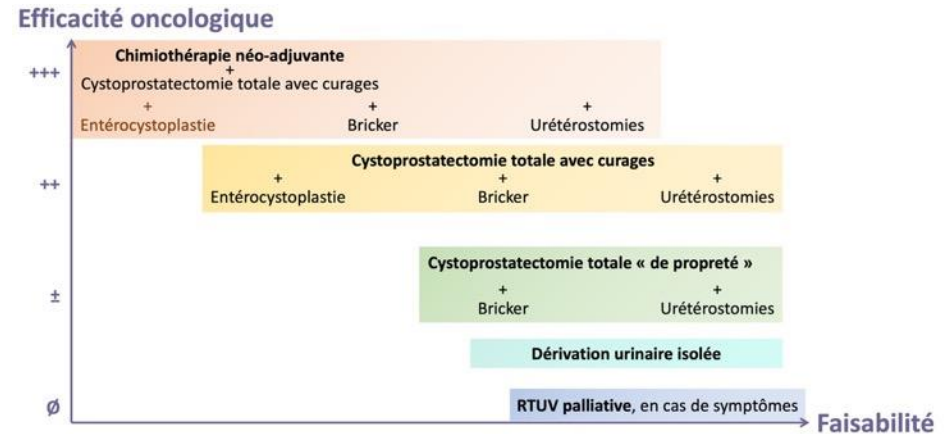
## Options

- cystectomie
- traitement tri-modal

## **Suggestion :**

Etudes dédiées

- méthodologie spécifique
- objectifs spécifiques : de qualité de vie

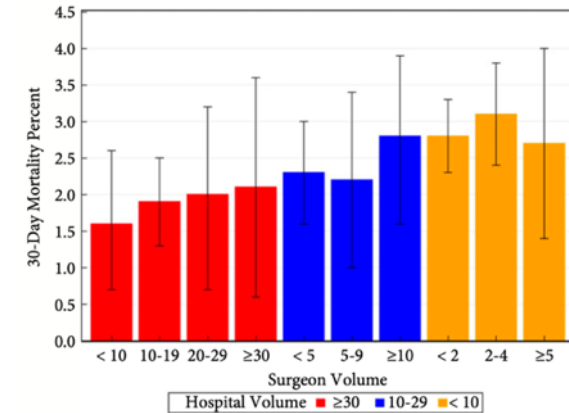
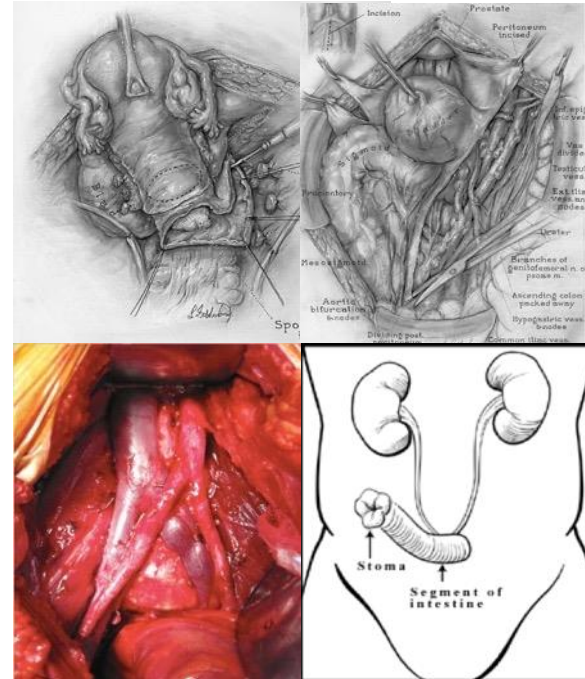


# 8. Comment Optimiser la Réalisation de la Chirurgie ?

## Technique opératoire

→ Optimale

- respect R0
- respect curage
- mode de dérivation évalué
- expérience >> volume



# 9. Comment Optimiser l'Encadrement de la Chirurgie ?

RAAC = Réhabilitation Améliorée Après Cystectomie

→ Optimale

ICFuro Intégrité Coprosecto-Prostheze Recherche en Oncologie  
 AFU ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

Le document a été validé par les partenaires suivants :

**Recommandation de bonnes pratiques**

**Récupération améliorée après chirurgie (RAAC) pour cystectomie**

**Récapitulatif des recommandations**  
 Version validée - Février 2018

En vue de la validation par :

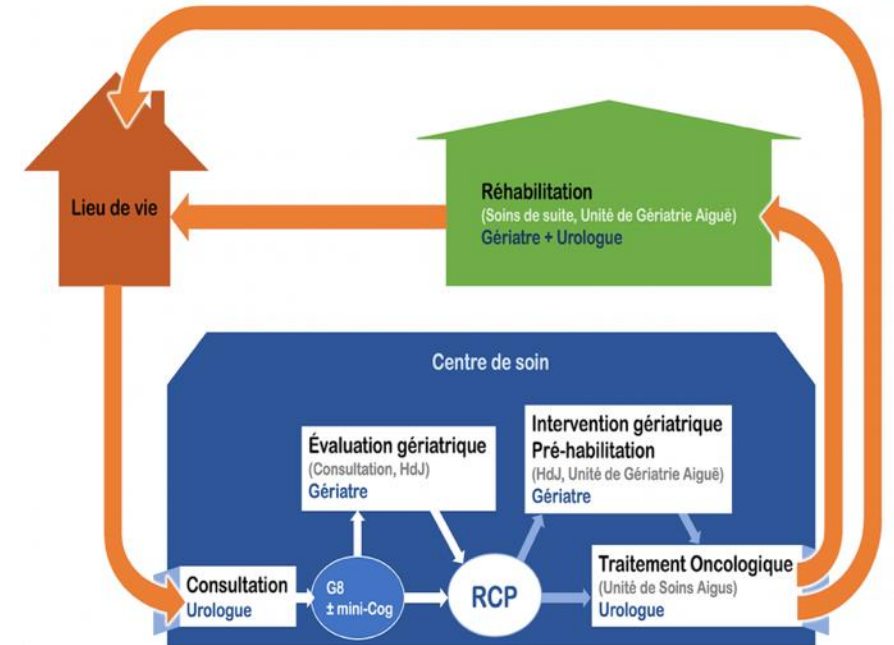
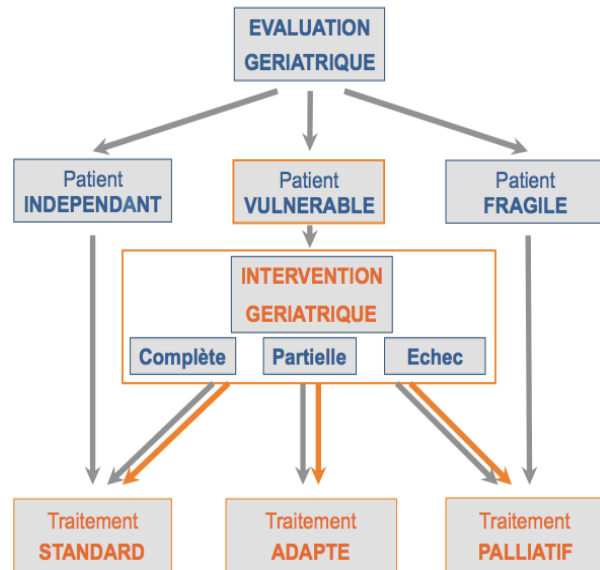
La Commission Recommandations de bonnes pratiques HAS pour l'attribution du label HAS  
 La Commission Recommandations de bonnes pratiques INCa pour l'attribution du label INCa

PRE-OPERATOIRE		PER-OPERATOIRE		POST-OPERATOIRE	
Information patients	Aide au sevrage tabagique Information sur les dérivations urinaires et le parcours de soins	<b>Chirurgie :</b>		Retrait précoce de la sonde nasogastrique	Retrait de la sonde naso-gastrique en post-opératoire immédiat ou en salle de réveil
Optimisation médicale et pré-rehabilitation	Équilibration des pathologies chroniques (HbA1c, BPCO, cardio-vasculaire) Kinésithérapie pour renforcement musculaire, préparation respiratoire et périnéale si entérocystoplastie. Prise en charge des besoins psycho-sociaux Traitement des anémies	Chirurgie mini-invasive	Équivalence carcinologique de la voie mini-invasive avec bénéfique sur les pertes sanguines	Prévention de l'iléus	Chewing-gum ≥3 fois/jour à J1 jusqu'à la reprise du transit
		Drainage pelvien	Durée et critères de retrait non établis	Réalimentation précoce	Boisson sucrée ou nutriments liquides ≤J1
Préparation nutritionnelle	Immunonutrition pré opératoire (Oral Impact) Bilan nutritionnel systématique (% perte de poids, IMC, albumine, calcul du Grade nutritionnel)	<b>Anesthésie :</b>		Drainage urinaire	Sondage urétéral : modalités et durée non établis Sondage urétral (néo-vessie) : durée non établie
		Prévention de l'hypothermie	Système de réchauffement actif	Analgésie multimodale	≥2 molécules non morphiniques de classes différentes
Préparation mécanique du côlon	Absence de préparation digestive	Optimisation de la volémie	En l'absence de transfusion peropératoire, apports liquidiens intraveineux peropératoires ≤5 mL/kg/h. Pas de diurèse peropératoire	Mobilisation précoce	Levée et mise au fauteuil à J1 Marche à J2
Durée du jeûne préopératoire	Liquides clairs jusqu'à 2 heures avant l'intervention	Anesthésie locorégionale	Péridurale thoracique ou xylocaïne IV + bloc pariétal	Thromboprophylaxie	Bas de contention, HBPM
Charge glucidique préopératoire	50 g le matin 2h avant l'intervention	Médicaments de l'anesthésie	Monitoring de la décurarisation		
Thromboprophylaxie	Bas de contention	Prévention des nausées et vomissements post opératoires	Score d'APFEL et dexaméthasone à l'induction		
Prémédication	Absence de prémédication	Ventilation artificielle protectrice	Volume courant 6-8 mL/kg de poids idéal PEEP 6-8 cm d'eau		
		Thromboprophylaxie	Bas de contention		
		Antibioprophylaxie	Protocole SFAR-AFU		

# 9. Comment Optimiser l'Encadrement de la Chirurgie ?

RAAC = Réhabilitation Améliorée Après Cystectomie

→ Optimale ET **Spécifique**



**Suggestion :**

Identification précoce de contre-indications non-réversibles

Etablissement d'interventions et d'objectifs spécifiquement gériatriques

Etablissement d'un parcours précoce (dès la RTV)

# 10. Comment Poser une Indication de Dérivation Palliative ?

## Insuffisance rénale obstructive

→ Pronostic sombre

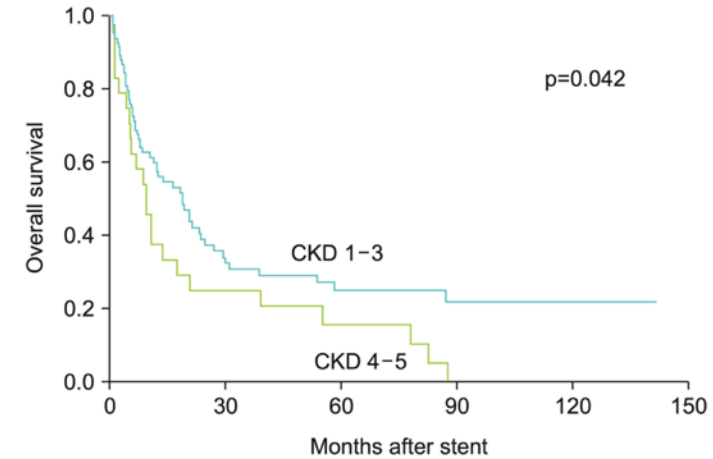
## Dérivation du haut appareil

→ Altération de la qualité de vie

→ Education

**Suggestion :**

RCP palliative



# CONCLUSIONS

---

1. Conduire des **études dédiées** aux sujets âgés
2. Identifier des **objectifs pertinents et individualisés**

**DIALOG**



FRENCH COLLABORATIV GROUP  
FOR GERIATRIC ONCOLOGY RESEARCH

**GERICO**

unicancer

**SoFOG**

SOCIÉTÉ  
FRANCOPHONE  
D'ONCO-GÉRIATRIE

LA LIQUE **PACAN**  
Plateforme de recherche clinique  
Personnes Agées et CANcer

RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

INSTITUT  
NATIONAL  
DU CANCER

---

**Merci de votre attention !**

Questions/réponses, contacts, site web,...

---



---

▣ Titre du chapitre 1

▣ Titre 2

▣ Titre 3

▣ Titre 4

▣ Titre 5

▣ Sous-titre 1

▣ Sous-titre 2

▣ Sous-titre 3

▣ Titre 6

---

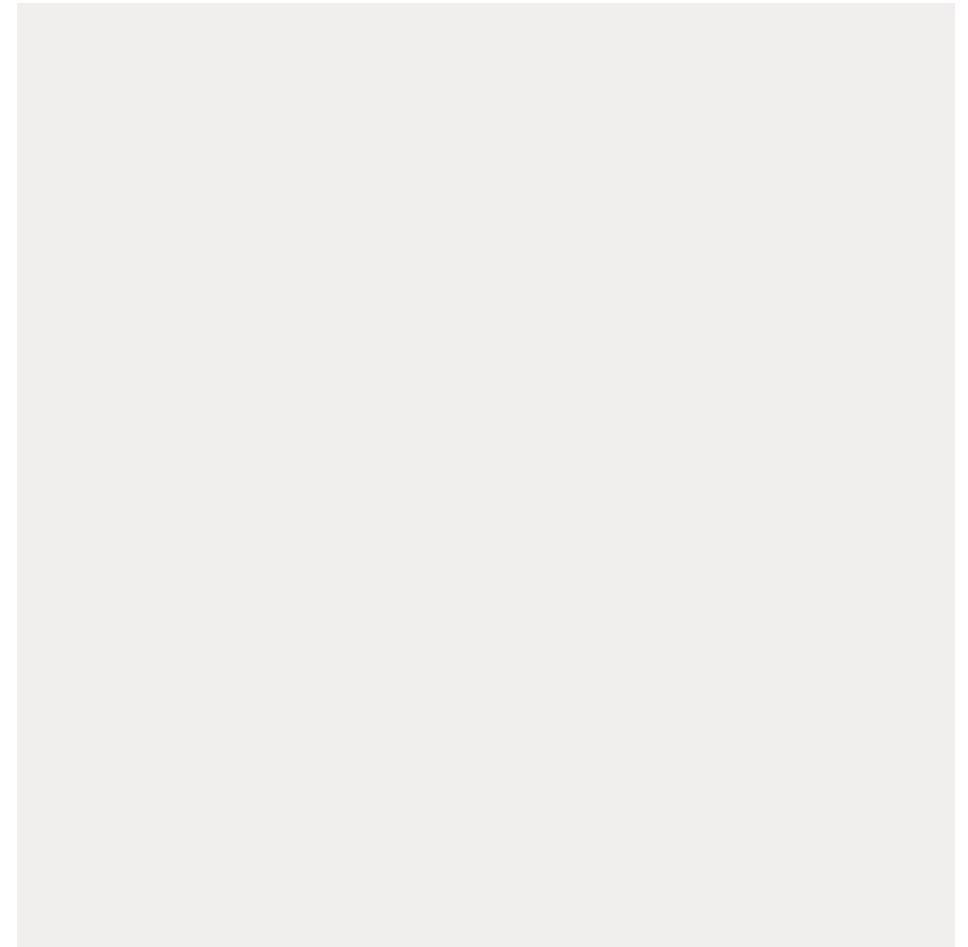
Premier niveau – texte en Arial

▣ Deuxième niveau – texte en Arial

▣ Troisième niveau – texte en Arial

▣ Quatrième niveau – texte en Arial

▣ Cinquième niveau – texte en Arial



---

Premier niveau – texte en Arial

▣ Deuxième niveau – texte en Arial

▣ Troisième niveau – texte en Arial

▣ Quatrième niveau – texte en Arial

▣ Cinquième niveau – texte en Arial

