



## Article original

### Pronostic des patients porteurs de tumeurs de vessie et classés pT0 après cystectomie totale

Prognosis of Patients with Bladder Tumors Classified as pT0 After Radical Cystectomy

DS Yonli\*<sup>1</sup>, B Kabre<sup>2</sup>, A Ouedraogo<sup>3</sup>, T Hafing<sup>4</sup>, P Sama<sup>5</sup>, M Chakroun<sup>6</sup>, FA Kabore<sup>7</sup>

#### Résumé

**Introduction :** La cystectomie totale est le traitement de référence des cancers de vessie infiltrant le muscle vésical non métastatiques. A l'étude anatomopathologique, la pièce de cystectomie totale peut être indemne de tumeur (pT0). L'objectif de cette étude était d'évaluer le pronostic des patients porteurs de tumeurs de vessie et classés pT0 après cystectomie totale.

**Méthodologie :** Il s'est agi d'une étude transversale, descriptive et analytique à collecte de données rétrospective portant sur le pronostic des patients pT0 après cystectomie totale pour tumeur de vessie. Les survies globale, spécifique et sans récurrence des patients pT0 ont été réalisées selon le modèle de Kaplan-Meier.

**Résultats :** Sur les 579 cystectomies réalisées, 30 étaient pT0 (5,18%). Le temps de recul moyen était de 54,5 ± 52,2 mois. La survie globale à 3 ans et à 5 ans était respectivement de 79,3% et de 60,8%. La survie spécifique était respectivement de 92,5% et de 86,7% à 3 ans et à 5 ans ; la survie sans récurrence de 78,3% à 3 ans et de 64,1% à 5 ans. Le score de l'American Society of Anesthesiologists (ASA) était

significativement associé à la survie après cystectomie totale ( $p = 0,01$ ).

**Conclusion :** Les patients pT0 après cystectomie totale ont un bon pronostic à long terme. Cependant la possibilité de récurrence locale ou à distance impose un suivi rigoureux après chirurgie.

**Mots-clés :** pronostic, tumeur de vessie, cystectomie totale, pT0.

#### Abstract

**Purpose:** Radical cystectomy (RC) is an effective standard treatment in non-metastatic muscle-invasive tumor stages. In some patients, RC exhibits no residual tumor cells (pT0) in the definitive histological analysis. The aim of this study was to evaluate the prognosis of pT0 patients after RC for bladder cancer. **Methodology:** We designed a transversal, descriptive and analysis study with retrospective collect of the prognosis of patients managed by RC for bladder cancer. Overall survival, cancer-specific survival and recurrence-free survival of pT0 patients were performed according to Kaplan-Meier model.

**Results:** Of the 579 radical cystectomies performed, 30 were pT0 (5, 18%). The median length of follow up

were  $54.5 \pm 52.2$  months. Overall survival was 79.3% and 60.8% respectively at 3 and 5 years. Cancer-specific survival was 92.5% and 86.7% respectively at 3 and 5 years. Recurrence-free survival rates were 78.3% and 64.1%, respectively at 3 years and 5 years. The American Society of Anesthesiologists ASA score was significantly associated with survival after RC ( $p = 0, 01$ ).

Conclusions: pT0 patients have good prognosis after RC at long time follow up. But the eventual local and metastasis recurrence requires a better follow up after surgery.

Keywords: prognosis, bladder tumor, radical cystectomy, pT0.

---

## Introduction

La cystectomie totale avec curage ganglionnaire est le traitement de référence des cancers de la vessie infiltrant le muscle vésical et non métastatiques [1]. L'analyse histologique de la pièce de cystectomie peut ne pas retrouver de tumeur. Il s'agit de cancers de la vessie classés pT0. Dans les essais utilisant la chimiothérapie néo adjuvante, les tumeurs de vessie pT0 après cystectomie totale varient entre 26 à 40% [2]. Bien que ces cancers soient associés à un bon pronostic en général, certains patients meurent cependant des suites de tumeur de vessie au cours de leur suivi [3]. Quelle est l'évolution après cystectomie totale pour tumeur de vessie infiltrant le muscle (TVIM) avec un stade pT0 à l'examen histologique de la pièce opératoire ? L'objectif de cette étude était d'évaluer le pronostic des patients porteurs de tumeurs de vessie et classés pT0 après cystectomie totale.

## Méthodologie

Nous avons réalisé une étude transversale, descriptive et analytique à collecte rétrospective portant sur le pronostic des patients pT0 après cystectomie totale. La période d'étude est de dix-huit (18) ans. Tout patient classé pT0 a été suivi au moins cinq années

après la cystectomie totale.

La population d'étude a concerné tous les cas de cystectomie totale pour cancer de la vessie. Ont été inclus dans notre étude les patients ayant eu une Résection transurétrale de vessie (RTUV) complète avant la cystectomie, un compte rendu opératoire, une histologie pT0 de la pièce opératoire et une classification de la tumeur. N'ont pas été inclus les patients présentant d'autres pathologies tumorales. Ont été exclus de notre étude les patients perdus de vue au cours du suivi et ceux dont les dossiers n'étaient pas à jour.

Les patients de sexe masculin ont subi une cystoprostatectomie totale et ceux de sexe féminin, une pelvectomie antérieure. Un curage ganglionnaire a été fait dans tous les cas. Toutes les pièces opératoires pT0 ont fait l'objet d'une seconde lecture en staff par l'équipe d'anatomopathologistes. Trois patients avaient bénéficié d'une chimiothérapie néoadjuvante. Le suivi post opératoire était basé notamment sur l'examen physique des patients et la tomodensitométrie thoracique et abdomino-pelvienne. Les patients ont été vus aux 3<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> mois post-opératoire, à un an puis tous les ans.

Les paramètres étudiés étaient l'âge, le sexe, le score de l'American Society of Anesthesiologists (ASA), l'Index de Comorbidité de Charlson (ICC), les survies globale, spécifique et sans récurrence.

Nos données ont été collectées à partir des dossiers cliniques des patients, des registres de consultation, des fiches de consultation pré-anesthésique et des comptes rendus opératoires. Elles ont été recueillies sur le logiciel Microsoft Excel 2010. Les analyses ont été faites à partir du logiciel EPI INFO dans sa version 3.5.1. Nous avons utilisé le test de student pour les variables quantitatives et le test de Khi deux pour les variables qualitatives. Des analyses univariées ont été faites avec chaque variable pour déterminer son degré d'influence sur la survie. Les survies globale, spécifique et sans récurrence ont été réalisées selon le modèle de Kaplan-Meier. Les résultats ont été considérés statistiquement significatifs pour  $p < 0,05$ .

## Résultats

Au cours de la période d'étude, il a été réalisé 579 cystectomies totales pour cancer de la vessie. Il y avait 24 patients de sexe masculin soit 80,0% et 6 de sexe féminin soit 20,0%. Le sex-ratio était de 4. L'analyse anatomopathologique des pièces de cystectomie n'avait pas retrouvé de tumeur résiduelle sur 30 pièces. La fréquence des tumeurs classées pT0 après cystectomie était donc de 5,18%. Les patients étaient régulièrement suivis après chirurgie. Le temps de recul moyen était de  $54,5 \pm 52,2$  mois avec des extrêmes compris entre 0,5 et 204 mois. L'âge moyen

était de  $62,3 \pm 8,8$  ans avec des extrêmes compris entre 40 et 77 ans.

La survie globale à 3 ans était de 79,3% et de 60,8% à cinq ans. Quant à la survie spécifique, elle était respectivement de 92,5% et de 86,7% à 3 ans et à 5 ans. La survie sans récurrence était de 78,3% à 3 ans et de 64,1% à 5 ans. La survie spécifique à 3 ans était de 92,5% et de 86,7% à 5 ans.

### La survie globale après cystectomie totale

- Survie à 3 ans = 79,3%
- Survie à 5 ans = 60,8%

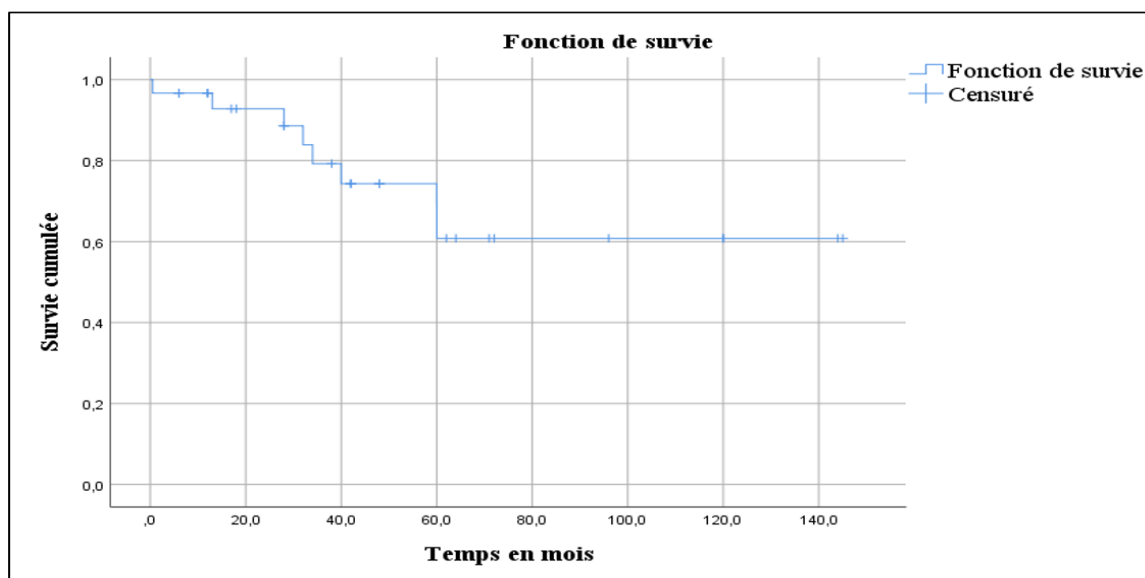


Figure 1 : Courbe de survie globale après cystectomie totale

### La survie spécifique après cystectomie totale

- Survie à 3 ans = 92,5%
- Survie à 5 ans = 86,7%

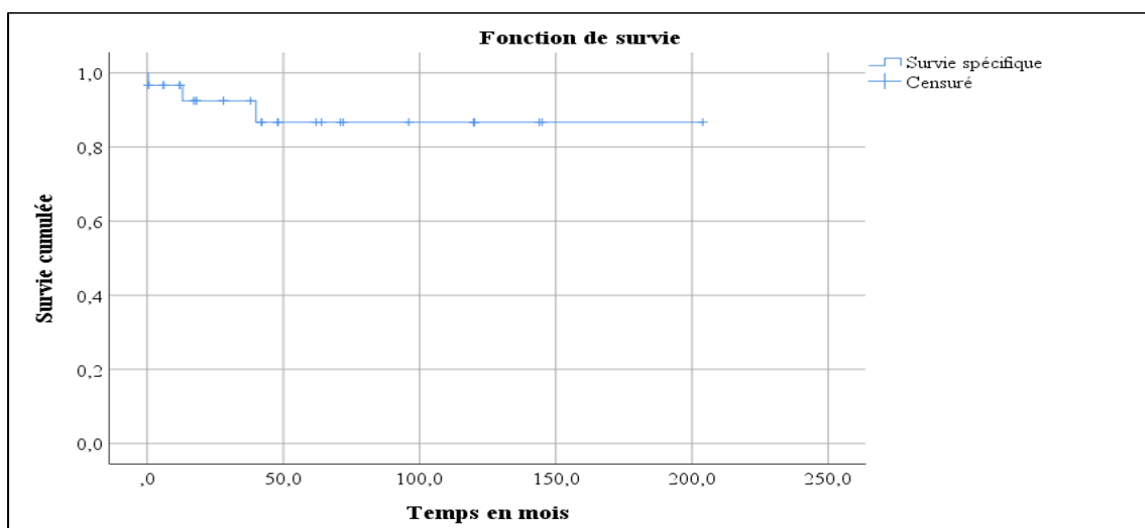


Figure 2 : Courbe de survie spécifique après cystectomie totale

Le score de l'American Society of Anesthesiologists (ASA) était significativement associé à la survie après cystectomie totale ( $p = 0,01$ ).

L'Index de Comorbidité de Charlson (ICC) n'était pas significativement associé à la survie après cystectomie totale ( $P = 0,63$ ).

## Discussion

### *Limites de l'étude*

- Son caractère rétrospectif ne nous a pas permis d'échanger directement avec tous les patients.
- Le temps de recul n'a pas été suffisant pour évaluer la survie à 10 ans.

### *La survie globale*

La prise en charge des cancers de la vessie s'est beaucoup améliorée ces dernières années avec surtout l'émergence de nouvelles thérapies comme les protocoles de chimiothérapie moins toxiques et l'immunothérapie. Ces thérapies ont considérablement amélioré la survie globale des patients. Nos patients n'ont pas bénéficié de l'immunothérapie. En revanche quelques-uns ont eu de la chimiothérapie en préopératoire. Le suivi régulier et strict de nos patients a permis de réduire la mortalité postopératoire avec des taux de survie globale satisfaisants. Ces taux de survie dans notre étude sont par ailleurs similaires à ceux retrouvés dans la littérature. Ainsi, TILKI et al rapportaient une survie globale à 5 ans de 83,5% sur une série multicentrique de 228 cancers de vessie pT0 après 4430 cystectomies [4].

La survie globale des cancers de vessie est par ailleurs beaucoup influencée par les facteurs pronostiques des patients. Nous avons étudié particulièrement l'influence de certaines comorbidités sur la survie globale après cystectomie.

- L'Index de Comorbidité de Charlson (ICC)

L'ICC est un facteur pronostic indépendant de la mortalité globale et de la mortalité spécifique liée aux cancers de la vessie [5]. L'ICC est l'index de comorbidité le plus utilisé pour estimer la survie à long terme quand il est ajusté à l'âge [5]. Dans notre étude les patients qui avaient un ICC bas avaient des

taux de survie élevés. Tous nos patients qui avaient un  $ICC \leq 2$  ont survécu à 5ans. En revanche les survivants n'étaient plus que 58,3% chez les patients avec un  $ICC \geq 3$ .

Des études prospectives sur l'évaluation du risque des comorbidités ont conclu que les patients avec les ICC élevés en préopératoire avaient des résultats postopératoires moins satisfaisants [6].

- Le score ASA

Le score ASA était le seul facteur significativement associé à la survie après cystectomie totale ( $p = 0,01$ ). Plus le score ASA était élevé plus la survie était réduite.

Les résultats similaires sont rencontrés dans la littérature. DJALADAT H et al. sur 1140 cystectomies avaient évalué l'impact du score ASA sur la survie. A cinq ans la survie globale était de 68.0% dans le groupe ASA3 et ASA4 et de 82.5% dans le groupe ASA1 et ASA2. Dans leur analyse multivariée, un score  $ASA \geq 3$  était indépendamment associé à une baisse de la survie globale [7].

MAYR et al étaient parvenus aux mêmes conclusions sur l'impact des scores ASA élevés sur la survie des patients [8].

Notons cependant que ce score ne prend pas en compte l'âge du patient, l'expérience de l'opérateur, le type d'opération. La meilleure sélection des patients candidats à la cystectomie totale pourrait permettre l'amélioration de leur survie. Au demeurant les chirurgiens urologues sont souvent partagés entre tenter un geste chirurgical salvateur ou abandonner le patient avec un score ASA élevé avec sa tumeur.

### *La survie spécifique*

La prise en charge précoce permet de réduire les décès liés au cancer de vessie. Les possibilités thérapeutiques des cancers TVIM localisées se sont améliorées ces dernières années notamment avec la chimiothérapie néoadjuvante à base de sels de platine chez les patients en bon état général [9].

C'est ainsi qu'on retrouve des survies spécifiques à 5 ans de 66% dans des grandes séries multicentriques [10].

Nos résultats étaient bien meilleurs du fait du

caractère assez homogène de notre échantillon constitué de patients qui avaient tous eu une résection endoscopique complète de leur tumeur avant la cystectomie totale. Ils sont comparables à ceux d'autres auteurs notamment TILKI et al qui avaient rapporté une survie spécifique de 93,1% à 5 ans sur 4430 cystectomies [4].

Dans notre étude il s'agissait de deux décès dus aux complications infectieuses postopératoires et d'un décès des suites de complications de métastases viscérales.

Les complications après cystectomie totale sont connues et décrits dans la littérature. L'iléus post opératoire est la complication précoce la plus rencontrée [11]. En revanche nous avons eu plus de décès suite aux complications infectieuses tout comme dans l'étude de FRAIZER et al. [11].

#### **La survie sans récurrence**

La survie sans récurrence dans notre étude était de 78,3% à 3 ans et de 64,1% à 5 ans. Toutes nos récurrences étaient métastatiques. Dans la littérature, les récurrences de cancers de vessie de stade pT0 ont été plus souvent métastatiques. VOLKMER et al. n'avaient décrit aucune récurrence locale sur les 181 patients ayant un cancer de stade pT0N0, mais 4,7 % de récurrences métastatiques [12]. De même, DOUGLAWI et al. avaient enregistré 6,8% de récurrences chez des patients pT0N0 après un suivi moyen de 44 mois de 234 patients [13].

Ces récurrences justifient donc, pour les patients ayant un cancer de stade pT0, une surveillance aussi stricte que celle dédiée aux autres stades de cancers, même si le pronostic global semble meilleur.

#### **Conclusion**

Les patients pT0 après cystectomie totale ont un bon pronostic à 3 ans et à 5 ans. Leur survie est influencée de façon significative par le score ASA dans cette étude. Certains patients ont présenté des récurrences à distance. Cette possibilité de récurrence des cancers pT0 commande une surveillance postopératoire rigoureuse au même titre que les autres stades de

cancer de vessie. Ceci permettra la détection précoce et la prise en charge tout aussi rapide des récurrences.

---

#### **\*Correspondance**

Diataga Sylvestre YONLI

[sylvestreyonli@yahoo.fr](mailto:sylvestreyonli@yahoo.fr)

**Disponible en ligne** : 22 Janvier 2026

- 1 : Centre hospitalier régional de Ziniaré (Burkina Faso)
- 2 : Centre hospitalier régional de Tenkodogo (Burkina Faso)
- 3 : Centre hospitalier universitaire régional de Ouahigouya (Burkina Faso)
- 4 : Centre hospitalier universitaire de Tengandogo (Burkina Faso)
- 5 : Centre hospitalier universitaire de Bogodogo (Burkina Faso)
- 6 : Hôpital Charles Nicolle de Tunis (Tunisie)
- 7 : Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou (Burkina Faso)

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2026

**Conflit d'intérêt** : Aucun

#### **Références**

- [1] Rouprêt M, Neuzillet Y, Pignot G, et al. Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU – actualisation 2018–2020 : tumeurs de la vessie. *Prog Urol.* 2018;28:R48-80.
- [2] Zibelman M, Asghar AM, Parker DC, O'Neill J, Wei S, Greenberg RE, et al. Systematic endoscopic evaluation in predicting pT0 bladder cancer: a prospective trial. *J Urol.* 2021;205(6):1605.
- [3] Kukreja JB, Porten S, Golla V, Ho PL, Noguera-Gonzalez G, Navai N, et al. Absence of tumor on

- repeat transurethral resection of bladder tumor does not predict final pathologic T0 stage in bladder cancer treated with radical cystectomy. *Eur Urol Focus*. 2018;4(5):720-4.
- [4] Tilki D, Svatek RS, Novara G, et al. Stage pT0 at radical cystectomy confers improved survival: an international study of 4,430 patients. *J Urol*. 2010;184(3):888-94.
- [5] Hall WH, Ramachandran R, Narayan S, Jani AB, Vijayakumar S, et al. An electronic application for rapidly calculating Charlson comorbidity score. *BMC Cancer*. 2004;4:94.
- [6] Williams SB, Kamat AM, Chamie K, Froehner M, Wirth MP, Wiklund PN, Black PC, et al. Systematic review of comorbidity and competing-risks assessments for bladder cancer patients. *Eur Urol Oncol*. 2018;1(2):91-100.
- [7] Djaladat H, Bruins HM, Miranda G, Cai J, Skinner EC, Daneshmand S, et al. The association of preoperative serum albumin level and American Society of Anesthesiologists score on early complications and survival of patients undergoing radical cystectomy for urothelial bladder cancer. *BJU Int*. 2014;113(6):887-93.
- [8] Mayr R, May M, Martini T, Lodde M, Pycha A, Comploj E, et al. Commentary on “Predictive capacity of four comorbidity indices estimating perioperative mortality after radical cystectomy for urothelial carcinoma of the bladder”. *Urol Oncol*. 2013;31(5):718-9.
- [9] Rouprêt M, Neuzillet Y, Masson-Lecomte P, Colin E, Compérat F, Dubosq N, et al. Recommandations en onco-urologie 2016-2018 du CCAFU : tumeurs de la vessie. *Prog Urol*. 2016;27(1):S67-92.
- [10] Shariat SF, Karakiewicz PI, Palapattu GS, et al. Outcomes of radical cystectomy for transitional cell carcinoma of the bladder: a contemporary series from the Bladder Cancer Research Consortium. *J Urol*. 2006;176(6):2414-22.
- [11] Frazier HA, Robertson JE, Paulson DF. Complications of radical cystectomy and urinary diversion: a retrospective review of 675 cases in 2 decades. *J Urol*. 1992;148(5):1401-5.
- [12] Palapattu GS, Shariat SF, Karakiewicz PI, et al. Cancer-specific outcomes in patients with pT0 disease following radical cystectomy. *J Urol*. 2006;175:1645-9.
- [13] Douglawi A, Ghoreifi A, Lee R, Ladi-Seyedian SS, Alsyouf M, Ahmadi H, et al. Recurrence patterns in bladder cancer patients with no residual disease (pT0N0) at radical cystectomy: a 20-year experience. *Urol Oncol*. 2023;41:107.e9-107.e14.

**Pour citer cet article :**

DS Yonli, B Kabre, A Ouedraogo, T Hafing, P Sama, M Chakroun et al. Pronostic des patients porteurs de tumeurs de vessie et classés pT0 après cystectomie totale. *Jaccr Africa* 2026; 10(1): 34-39

<https://doi.org/10.70065/26101.jaccrAfri.006L012201>