



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2020

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Suivi à 5 ans des tumeurs de vessie incidentes de la zone de proximité  
de Lille : Etude de la survie observée et de la survie nette**

Présentée et soutenue publiquement le 29 juin 2020 à 16h00  
au Pôle Formation

**Par André-Jordan MASSA**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Arnauld VILLERS**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Philippe AMOUYEL**

**Madame la Professeur Florence RICHARD**

**Monsieur le Docteur Jean-Christophe FANTONI**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Docteur Sandrine PLOUVIER**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**



## Abbreviations

BC	Bladder Cancer
CI	Confidence Interval
HR NMIBC	High-Risk Non Muscle Invasive Bladder Cancer
ICD	International Classification of Disease
MIBC	Muscle Invasive Bladder Cancer
NMIBC	Non Muscle Invasive Bladder Cancer
TURB	Trans Urethral Resection of Bladder
CCTIRS	Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé
CNIL	Comission Nationale de l'Informatique et des Libertés

## Table des matières

<b>Résumé</b>	<b>(FR)</b>	
<b>Abstract</b>	<b>(EN)</b>	<b>1</b>
<b>Introduction</b>	<b>(EN)</b>	<b>2</b>
<b>Material and et Methods</b>	<b>(EN)</b>	<b>3</b>
Data		3
Statistical analyses		4
<b>Results</b>	<b>(EN)</b>	<b>5</b>
<b>Discussion</b>	<b>(EN)</b>	<b>8</b>
<b>References</b>		<b>11</b>
<b>Annexes</b>	<b>(FR)</b>	<b>14</b>
Questionnaire initial phase 1 du registre		15
Questionnaire phase 2 du suivi		17

## Résumé

**Introduction:** Le cancer de la vessie inclut des tumeurs hétérogènes de pronostic varié. Des données récentes sur les sous-groupes des tumeurs de vessie les plus à risque de mortalité sont nécessaires. L'objectif de ce travail est de rapporter des estimations de la survie à 5 ans pour les cas les plus graves de cancer de la vessie dans une population générale.

**Matériels et Méthodes:** Les tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle à haut risque (HRNMIBC) de stade T1 et les tumeurs de vessie infiltrantes (MIBC) enregistrées en 2011-2012 dans le registre général des cancers de Lille et de sa région ont été étudiées. La survie globale et la survie nette, à l'aide de l'estimateur de Pohar-Perme, ont été rapportées. Des analyses ont été réalisées pour l'ensemble de la population selon le groupe d'âge et le stade.

**Résultats:** La population étudiée comprenait 112 (43%) HRNMIBC et 147 (57%) MIBC. Pour HRNMIBC, la survie nette à 5 ans était de 68% [IC 95%: 54-78]. Pour MIBC, il était de 22% [IC95%: 14-30].

**Conclusion:** Il s'agit du premier rapport de survie à un stade spécifique pour le cancer de la vessie dans une population générale du nord de la France. Comme prévu, les taux de survie variaient considérablement selon le stade, étant particulièrement bas pour le MIBC. Des analyses plus poussées sur un échantillon plus large permettront de préciser ces chiffres préliminaires.

## Abstract

**Introduction:** Bladder cancer (BC) gather heterogeneous tumors with various prognosis. Recent data on subgroups of BC at highest risk of mortality are needed. The objective of this work is to report the 5-year survival estimates for the most serious cases of BC in a general population.

**Methods:** Pathological T1 High Risk Non-Muscle Invasive Bladder Cancer (HRNMIBC) and Muscle Invasive Bladder Cancer (MIBC) incident in 2011-2012 recorded in the general cancer registry of Lille area were studied. Overall survival and net survival, using the Pohar-Perme estimator, were reported. Analyzes were carried out for the whole population, according to age group and according to stage.

**Results:** The study population comprised 112 (43%) HRNMIBC and 147 (57%) MIBC. For HRNMIBC, the 5-year net survival was 68% [95%CI: 54-78]. For MIBC, it was 22% [95% CI: 14-30].

**Conclusion:** This is the first report of stage specific survival for BC in a general population in Northern France. As expected, survival rates varied widely with stage, being especially low for MIBC. Further analyses on a larger sample will precise these preliminary figures.

## INTRODUCTION

Bladder cancer (BC) was the tenth most common malignancy worldwide in 2018 (1). It affects predominantly men, being the sixth most common malignancy and the ninth leading cause of cancer death for them. BC is especially common in Europe. In France, there was an estimated 13074 new cases and 5335 deaths from BC occurring in 2018 (2). In Northern France, in the Lille area, there is an overincidence of BC among men compared with the national rate.

BC covers heterogeneous tumors, distinguished according to their potential risk for recurrence, local or distant progression. Low and intermediate risk non muscle invasive bladder cancer (NMIBC) have a high propensity to recur, with a probability of recurrence at 1 and 5 years from 15% to 61% and from 31% to 78% (3). NMIBC at high risk of progression and muscle invasive bladder cancer (MIBC) are associated with a 28% risk of metastasis to the lymph nodes (4), which can be prevented by treatments such as BCG therapy and cystectomy. Although the prognosis varies with the type of BC, specific data according to the type of BC in a general population are scarce, especially regarding survival.

The objective of this work is to report the 5-year survival rates for the two most serious groups of bladder cancer.



## MATERIAL AND METHODS

### 1. Data :

The General Cancer Registry of Lille area is a population-based cancer registry. It has been implemented following the first Cancer Plan in order to improve the representativeness of French registries with the coverage of urban zones.

It covers about 800 000 inhabitants in North of France. The registry has the approval of the national ethical committees (the CCTIRS and the CNIL), and of the National Committee for Evaluation of Registries. People are informed that they can refuse the census of their tumor in the registry.

Cancer cases were gathered from notifications provided by pathological labs, private and public hospital discharge, health insurance services. Tumors were coded according to international and national rules, using the International Classification of Diseases in Oncology, Third Edition (5). For BC, each incident case, from benign to at least T1 according to TNM classification was recorded (6), (7), (8).

A study focused on 538 BC incident in 2011-2012 in the Lille area with the aim of describing tumor characteristics and management. NMIBC were classified according to the risk for recurrence/progression, using criteria adapted from the European Organization for Research and Treatment of Cancer risk tables (9). MIBC were defined at pathological evaluation or clinical assessment of T2 stage. In this work, High-risk T1 NMIBC (HRNMIBC) and MIBC were studied.

Vital status at 30 June 2018, was retrieved, either in medical files, either by asking the Répertoire National d'Identification des Personnes Physiques.

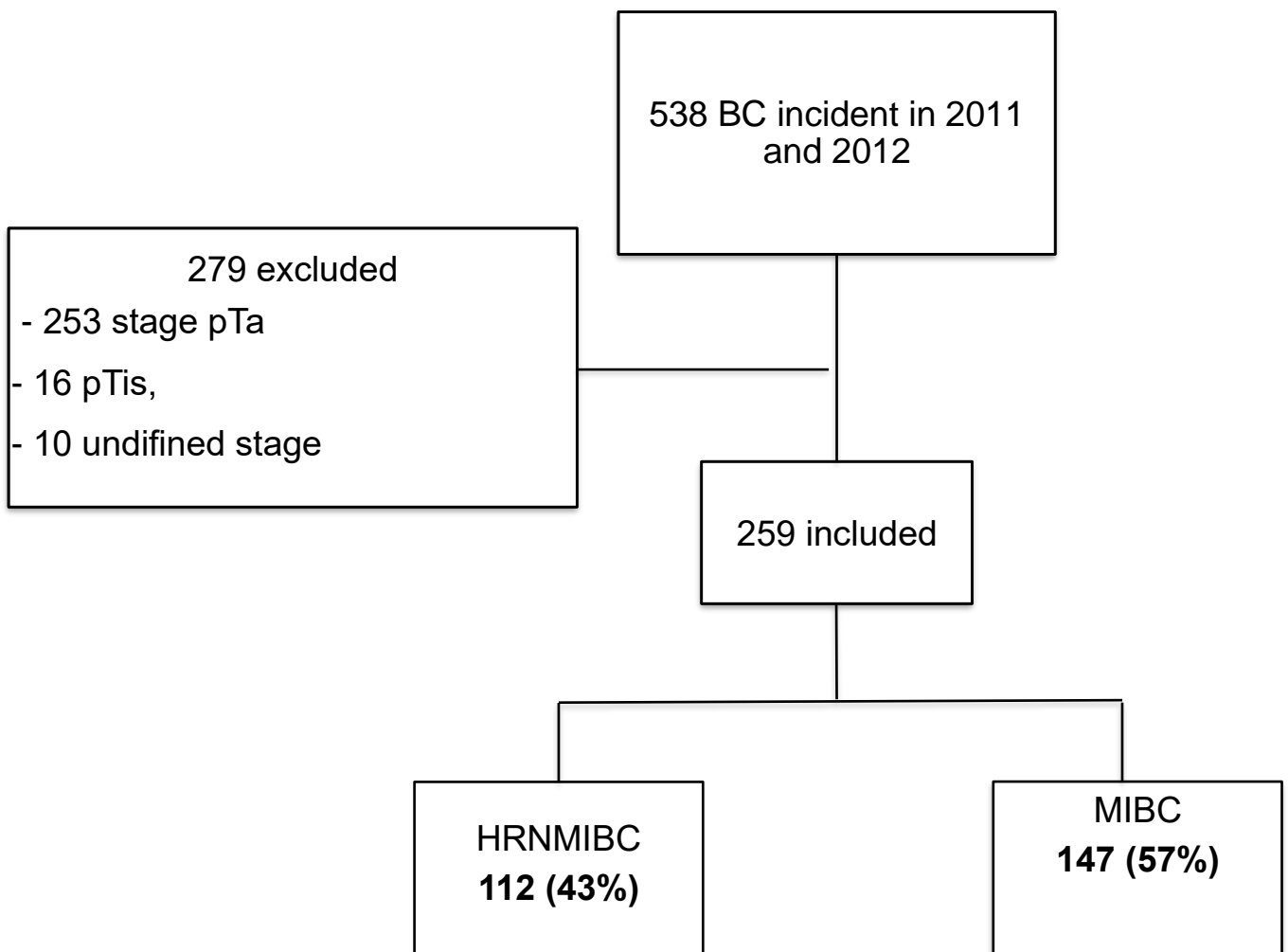
## **2. Statistical analyses:**

The overall survival (rate of subjects still alive) was assessed by the Kaplan-Meier method (10). The net survival, which is the survival that would be observed if the cancer was the only possible cause of death, was studied using the Pohar-Perme estimator (11). Thus, it is based on a hypothetical context. It does not require knowing the cause of death and is estimated from the « excess mortality », obtained from the mortality observed in the study population whatever the cause of death and the expected mortality due to causes other than cancer in the same population (12). This one is assumed to be correctly reflected by the « all-cause » mortality of the general population. Mortality tables by sex, age, year and department used were provided by the Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. The analyzes were carried out for the whole population, according to age group and according to stage. Statistical analyses were performed using R package version 3.5.3.

## RESULTS

After excluding benign and urachal tumors, there were 538 incidents BC, among which 532 had a pathological analysis. Urothelial carcinoma was the most common histological type. Among MIBC, there were also 2 adenocarcinoma, 4 infiltrating squamous cell carcinoma, 1 small cell carcinoma and 3 carcinoma. Selection of cases studied from incident cases is shown in Figure 1.

**Figure 1 : Flow-chart**



There were 259 BC cases included in the study, 112 (43%) HRNMIBC and 147 (57%) MIBC. Patients and BC characteristics are shown in Table 1. Gender rate and age distribution were similar in the two groups studied : 81% and 79% of male in the HRNMIBC group and MIBC group respectively and median age at diagnosis 74.0 [64.0-81.3] years old and 73.6 [65.4-81.2] respectively.

**Table 1 : Patients characteristics according to stage**

	Population N=259	T1 HRNMIBC N=112	MIBC N=147
Age (year) Median (first quartile- third quartile)	74.0 (65.0 – 81.5)	74.0 (64.0-81.3)	73.6 (65.4- 81.2)
Gender n (%)			
Male	207 (80)	91 (81)	116 (79)
Female	52 (20)	21 (19)	31 (21)

No patient was lost to follow-up. After 5 years of follow-up, 170 out of 259 patients were deceased, 50 in the HRNMIBC group and 120 in the MIBC group. For the whole population, overall and net survival were 75% [95%CI : 69-79] and 78% [95%CI : 72-83] at 1 year respectively and 34% [95%CI : 29-40] and 42% [95%CI : 34-49] at 5 years respectively. Thus, overall and net survival were rather close to each other. The five-year net survival appeared better for younger people (Table 2).

**Table 2 : 5-years overall and net survival according to age (% [95%CI])**

Age group (year)	5 years overall survival	5 years net survival
55-64	58 [43-70]	65 [48-77]
65-74	31 [21-42]	38 [26-50]
≥ 75	23 [16-31]	33 [22-44]

Stage specific estimates are presented in Table 3. For HRNMIBC, the 1-year net survival was very good, but reached 68% after five years. For MIBC, net survival was 64% at one year and 22% at five years, very close to overall survival.

**Table 3: 1 and 5-year overall and net survival according to stage (%[95%CI])**

Stage	1 year overall survival	1 year net survival	5 years overall survival	5 years net survival
HRNMIBC	93 [86-96]	98 [82-100]	55 [46-64]	68 [54-78]
MIBC	60 [52-68]	64 [55-71]	18 [13-25]	22 [14-30]

## DISCUSSION

This preliminary study provided up-to-date estimates of survival for clinically relevant subgroups of BC. As expected, survival rates varied widely with stage. Survival was particularly low for MIBC, with net survival very close to overall survival, reflecting the fact that cancer is the leading cause of death for these subjects.

Data on stage specific survival for BC are scarce. This is the first recent French picture for this. This is related to the fact that many cancer registries do not record the stage at diagnosis routinely.

Then, data of French cancer registries include all at least T1 BC cases. For BC diagnosed between 2005 and 2010, estimated overall and net survival 5 years after diagnosis was 41% and 49% (13). The 5-year net survival was 50% in men and 43% in women, corresponding to an age standardized survival of 55% in men and 49% in women. Net survival also decreased with age, from 64% for those aged 15-55 years old to 39% for the oldest subjects. Overall, excess mortality was highest immediately after diagnosis and decreased during the first 3 years and then decreased slowly.

In the Eurocare-5 study, based on data from 107 cancer registries, published in 2013 (14), the 5-year relative survival for BC, all stages combined, was almost 70%. However, this high survival in this study compared to other data in the literature was explained by the inclusion of benign tumors and urothelial carcinoma in situ of the bladder.

A large-scale Swedish study of 31266 patients (15), using a national bladder cancer registry, found that the relative 5-year survival was 76% for T1 tumors diagnosed between 2007 and 2011, and 34% for T2-T4. They also found that although the treatment became more aggressive, there was no statistically significant change in survival over time.

In the United States, the stage specific 5-year survival of bladder cancers diagnosed between 1973 and 2009 (16) increased for all stages, except for distant one.

Population-based cancer registries provide a continuous and exhaustive record of cancer in a predefined geographic area, allowing studying survival in an unselected population. Net survival was estimated using the Pohar-Perme estimator, a usual practice for cancer registries data to obtain accurate estimates (17) (18). Main limit of this study is the size of the population limiting gender specific analyzes and standardized calculations.

Gender differences have been observed regarding the prognosis. Women with bladder cancer have a poorer prognosis than men. It is unlikely that the difference can be fully explained by more frequent diagnoses at more advanced stage at presentation in women. It has not been identified which additional factors causing a worse prognosis for women at an equal stage (19). Increased evidence support sex, age, grade, stage, multifocality, history of previous recurrences, carcinoma in situ in the prostatic urethra and early recurrence as prognostic factors for recurrence, progression and cancer specific survival in NMIBC. Also lymphovascular invasion and new molecular markers (galectin-3, profiling-1, and combination of markers) are increasingly useful in predicting prognosis and BCG response. Moreover, there is enough evidence to consider the implementation of new specific risk tables for

patients treated with BCG. In cases with poor prognostic factors after TURB in HR-NMIBC early cystectomy should be considered (20).

However, it is necessary to treat infiltrating bladder cancer according to best practice (21), when possible, even in cases with significant co-morbidities, due to the rapid and fatal course of the disease (22). Cisplatin-containing combination chemotherapy can achieve a median survival of up to 14 months, with long-term disease-free survival reported in ~15% of patients with nodal disease and good PS. Approximately 50% of patients with MIBC relapse after cystectomy, depending on the pathological stage of the primary tumor and the nodal status. Local recurrence accounts for 30% relapses, whereas distant metastases are more common. Ten to fifteen percent of patients are already metastatic at diagnosis (23).

Hence, no major treatment shift happened during the late eighties, since the introduction of cis-platin based chemotherapy. Checkpoint inhibitors (pembrolizumab) are now studied for patients progressing during or after platinum based combination chemotherapy for metastatic disease.

For the Lille area, further analyses on a larger sample will precise the preliminary figures.



## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. F Bray, J Ferlay, I Soerjomataram, Rebecca L, Siegel MPH, Lindsey A. Torre, Ahmedin Jemal - Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries – CA : A Cancer Journal for clinicians – 2018;68:394-424)
2. G Defossez, Sandra Le Guyader-Peyrou, Zoé Uhry, Pascale Grosclaude, Marc Colonna, Emmanuelle Dantony, Patricia Delafosse, Florence Molinié, Anne-Sophie Woronoff, Anne-Marie Bouvier, Nadine Bossard, Laurent Remontet, Alain Monnereau – Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 – Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim – Volume 1 – Tumeurs solides – Juillet 2019
3. Richard J.Sylvester, Adrian P.M Van der Meijden, Willem Oosterlinck, J.Alfred Witjes, Christian Bouffieux, Louis Denis, Donald W.W Newling, Karlheinz Kurth – 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 (3)
4. Edwin Herrmann, Eva Stöter, Arndt Van Ophoven, Stefan Bierer, Christian Bolenz, Lothar Hertle and Christian Wülfing – The prognostic impact of pelvic lymph node metastasis and lymphovascular invasion on bladder cancer – International Journal of Urology (2008) 15, 607-611
5. April Fritz Percy C, Jack A. Shanmugaratram K, Sobin L, Parkin D.M. World Health Organisation; 2000 – International Classification of Diseases for Oncology – Third Edition, World Health Organization – 2008
6. Mostofi FK, Sobin LH, Torloni H. Histopathological typing of urinary bladder tumours. International histological classification of tumours N°19. Geneva : World Health Organization ; 1973
7. Epstein I, Amin MB, Reuter VR, Mostofi FK. The World Health Organization / International Society of Urological Pathology Consensus classification of urothelial (transitional cell) neoplasms of the urinary bladder. Bladder Consensus Conference Committee. Am J Surg Pathol 1998 ; 22/ 1435-48
8. TNM classification of malignant tumours, Seventh Edition. Editors: Sobin LH and Wittekind Ch. Wiley-Liss, Inc., New York, 2009.
9. Sylvester R.J, Van der Meijden A.P.M, Oosterlinck W, Witjes J.A, Bouffieux C, Denis L, Newling D.W, Kurth K. 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
10. Kaplan EL, Meier P. Nonparametric estimation from incomplete observations. *J Am Stat Assoc* 1958 ; 53 :457-64
  11. Laurent Roche, Coraline Danieli, Aurélien Belot, Pascale Grosclaude, Anne-Marie Bouvier, Michel Velten, Jean Iwaz, Laurent Remontet and Nadine Bossard. Cancer net survival on registry data : Use of the new unbiased Pohar-Perme estimator and magnitude of the bias with the classical methods – *International Journal of Cancer (IJC)* – May 2013
  12. Bossard Nadine, Remontet Laurent, Belot Aurelien. Tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer en France et projections pour l'année en cours: methods d'estimation et rythme de production – *Bulletin du Cancer* – Mars 2010 – Vol 97; Iss 1
  13. Anne Cowppli-Bony, Zoé Uhry, Laurent Remontet, Anne-Valérie Guizard, Nicolas Voirin, Alain Monnereau, Anne-Marie Bouvier, Marc Colonna, Nadine Bossard, Anne-Sophie Woronoff, Pascale Grosclaude. *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013. Etude à partir des registres des cancers du réseau FRANCIM Partie 1 – Tumeurs solides*, 2016
  14. De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, and al. Cancer Survival in Europe 1999 – 2007 by country and age: results of EURO CARE-5. A population-based study. *Lancet Oncol* 2014 ; 15(1) :23-24
  15. Jahnson S, Hosseini Aliabad A, Holmäng S, Jancke G, Liedberg F, Ljungberg B, Malmström PU, Rosell J. Swedish National Registry of Urinary Bladder Cancer : No difference in relative survival over time despite more aggressive treatment. *Scandinavian Journal of Urology*. 2016 ; 50(1) : 14-20
  16. Abdollah F, Gandaglia G, Thuret R, Schmitges J, Tian Z, Jeldres C, and al. Incidence, survival and mortality rates of stage-specific bladder cancer in United States : A trend analysis. *Cancer Epidemiol*. June 2013 ; 37(3) :219-25
  17. Bossard N, Remontet L, Jooste V, Monnereau A, Belot A, Roche L, Colonna M, Grosclaude P – Net survival : concept, estimation and illustration using results from the last FRANCIM study – *Bull Epid Hebdomadaire (BEH)* – 2013;(43-44-45):559-65– 2008
  18. Maja Pohar Perme, Janez Stare, Jacques Estève. On Estimation in Relative Survival. *stateBiometrics*. 2012 Mar;68(1):113-20.
  19. Mungan NA, Aben KK, Schoenberg MP, Visser O, Coebergh JW, Witjes JA et Al. Gender differences in stage-adjusted bladder cancer survival. *Urology*. June 2000 ;55(6) :876 80 :
  20. Oscar Rodríguez Faba, Joan Palou – Predictive Factors for Recurrence Progression and Cancer Specific Survival in High-Risk Bladder Cancer - *Curr Opin Urol*. 2012

21. EAU Guidelines Office, Arnhem, The Netherlands – 2019
22. Scosyrev E, Guan Wu, Dragan Golijanin, Edward Messing. Non-bladder cancer mortality in patients with urothelial cancer of the bladder – Urologic Oncology – July 2013 ; 31 (5) :656 63
23. Jonathan E Rosenberg, Peter R Carroll, Eric J Small - Update on Chemotherapy for Advanced Bladder Cancer Rosenberg - J Urol, 2005
24. Saint F, Pasquier D, Villers A, Plouvier S – Incidence, characteristics and initial management of high risk non-muscle invasive bladder cancer (NMIBC) in Northern France area : a population-based general cancer registry (GCR) study

## **ANNEXES**

### **Questionnaire phase 1 du suivi :**

La première phase de l'étude a porté sur l'incidence des TV en 2011-2012 avec un focus sur la prise en charge des TVNIM de haut risque et des TVIM du registre (24). Un recueil du suivi a été initié pour les TVNIM de haut risque. Les données initiales disponibles sont résumées dans l'annexe 1.

**Annexe 1 :**

**Variables recueillies au diagnostic (T0)**

	<b>TVIM</b>	<b>Risque élevé</b>	<b>Risque intermédiaire</b>	<b>Bas risque</b>
	N=147	N=98	N=163	N=119
DDN, sexe, indice de défavorisation, date de diagnostic, topographie, histologie, grade OMS 1973, grade OMS 2004, pT sur la RTUV (y), pT pN pièce opératoire, cT, cN, cM	Disponibles		pour toute les TV	
Symptômes au diagnostic/découverte fortuite/surveillance	Disponibles pour les TVIM et les TVNIM de risque élevé		Non recueilli	
Antécédents de tumeur de vessie, voies urinaires + date				
Antécédents de cancer, infarctus, insuffisance cardiaque, maladies vasculaires, AVC, maladie pulmonaire, diabète, ulcère, maladie hépatique, rénale, connectivite, démence, sida, indice de Charlson				
Cytologie+date ; cystoscopie+date	Disponibles pour les TVIM et les TVNIM de risque élevé		Non recueilli	
RTUV initiale+date ; RTUV second look + date				
Fluorescence,				
IPOP				
TDM pelvien + date ; IRM pelvien+date				
Urosocanner+date ; uroIRMN+date ;				
Echo pelvienne + date				
TDM thorax, abdomen+dates, TEP + date				

Scinti os+date; Echo/IRM abdomen + date

Presence muscle, CIS, emboli sur RTUV et RTUV second look, Taille, multifocalité,

Adénopathies pelviennes

UHN

Métastases (loc)

Instillation mitomycine/BCG + date début et fin

Cystectomie : Totale ou partielle + date

Taille, limites, emboles, CIS,

Curage et type, nombre prélevé et nombre envahis

Radiothérapie : + date début et fin, dose

Chimiothérapie +/- néo-adjuvante : + date début et fin, molécules

Passé en RCP + date + décision

Autre tumeur de vessie ou voies urinaires dans les 6 mois

Autres cancers dans les 6 mois

Disponible pour les risques élevés

Disponibles pour les TVIM et les TVNIM de risque élevé

Disponible pour les TVIM

Disponibles pour les TVIM et les TVNIM de risque élevé

Disponibles pour les TVIM et les TVNIM de risque élevé

Non recueilli

Non recueilli

Non recueilli

**Questionnaire phase 2 du suivi :**

La deuxième phase de l'étude a pour thème la progression de ces TV et la survie à 5 ans des sujets qui en étaient atteints. Une proposition de questionnaire a été réalisée pour répondre à ces objectifs (annexe 2).

Ce questionnaire a été validé à partir de 20 dossiers consécutifs de 2013-2014 du CHU de Lille.

## Annexe 2 :

### SUIVI A 5 ANS DES TV INCIDENTES EN 2011-2012

#### 1<sup>er</sup> TRAITEMENT APRÈS LE DIAGNOSTIC

**Premier contrôle cystoscopique:** Oui 1 Non 0 Non concerné 8 NSP 9

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Résultat : Normal 0 Anormal 1

**Dates cystoscopies :**

**Cytologies réalisées :** Oui 1 Non 0

**Première contrôle /RTUV (ou RTUV 2<sup>ème</sup> look ):** Oui 1 Non 0 Non concerné 8 NSP 9

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Résultat : pT \_\_\_ Morpho \_\_\_\_\_/\_\_\_

Grade : LMP 0BG 1 HG 2 NP 8 Grade : G1 1 G2 2 G3 3 NP 8

**Adénopathies régionales** Oui 1 Non 0 NSP 9

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Métastase** Oui 1 Non 0 NSP 9

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Topo :

**Passages en RCP**

Date de premier passage \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Décisions**

Décision	Inst MMC	Inst BCG	Chirurgie	Surveillance	Chimio néoadj	Radio thérapie et Chimio thérapie	Chimio Thérape e isolée	Autre
Date								
Rang								

**1<sup>er</sup> traitement**

**Instillations** Oui 1 Non 0

Si oui,

**IPOP** Oui 1 Non 0 Date de début \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Mitomycine** Oui 1 Non 0 Date de début \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Date de fin \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**BCG** Oui 1 Non 0 Date de début \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Date de fin \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**6 instillations faites** Oui 1 Non 0

**6 + 3 + 3 + 3 instillations d'entretien faites** Oui 1 Non 0



**Cystectomie** Oui 1 Non 0

Si oui, Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ type Totale 1 Partielle 0

Curage Oui 1 Non 0 Nombre de ganglion prélevés : \_\_\_\_ positifs \_\_\_\_ en RC  
\_\_\_\_

Morpho \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Grade : LMP 0 BG 1 HG 2 Grade : G1 1 G2 2 G3 3

Stade p T \_\_\_\_ p N \_\_\_\_ γ : Oui 1 Non 0

**Chimiothérapie néoadjuvante** Oui 1 Non 0 Si oui, Date de début \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Chimiothérapie dans le cadre d'une radiochimiothérapie concomitante**

Oui 1 Non 0 Si oui, Date de début \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Chimiothérapie isolée** Oui 1 Non 0 Si oui, Date de début \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Radiothérapie isolée** Oui 1 Non 0 Si oui, Date de début \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**RTUV palliatives à la demande** Oui 1 Non 0 Si oui, Date de début \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Urétérostomies cutanées de dérivation ou néphrostomie**

Oui 1 Non 0 Si oui, Date de début \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Refus de prise en charge** Oui 1 Non 0 Si oui, Date de début \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Date de dernier suivi :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**STATUT VITAL**

**Dernières nouvelles : Date** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Etat:** Vivant : SI 0 rémission -1 sans rémission -2 Décédé : dû à TV 1 autre raison 2 SI 3

**EVOLUTION**

**Nombre de contrôles RTUV à 1 an :** \_\_\_\_

**Nombre de contrôles RTUV à 5 ans :** \_\_\_\_

**Métaplasie / autre type histo au cours du suivi :** Oui 1 Non 0 Non concerné 8 NSP 9

Si oui, morpho \_\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

morpho \_\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

morpho \_\_\_\_\_/\_\_\_\_ Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Passage en Haut Grade ou grade 3:** Oui 1 Non 0 Non concerné 8 NSP 9

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ morpho \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Stade pT \_\_\_\_ Grade : LMP 0 BG 1 HG 2 Grade : G1 1 G2 2 G3 3

**Passage en pTis :** Oui 1 Non 0 Non concerné 8 NSP 9

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ morpho \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Stade pT \_\_\_\_ Grade : LMP 0 BG 1 HG 2 Grade : G1 1 G2 2 G3 3

**Passage en pT1 :** Oui 1 Non 0 Non concerné 8 NSP 9

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ morpho \_\_\_\_\_ / \_\_\_

Stade pT \_\_\_ Grade : LMP 0 BG 1 HG 2 Grade : G1 1 G2 2 G3 3

**Passage en TVIM :** Oui 1 Non 0 Non concerné 8 NSP 9

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Morpho \_\_\_\_\_ / \_\_\_

Grade: LMP 0 BG 1 HG 2 Grade : G1 1 G2 2 G3 3

Stade c T \_\_\_ N \_\_\_ M \_\_\_ Stade p T \_\_\_ p N \_\_\_

γ: Oui 1 Non 0 Non concerné 8

**Adp régionales pelviennes** Oui 1 Non 0 NSP 9

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Métastase** Oui 1 Non 0 NSP 9

Date : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Topo :

**TRAITEMENT AU COURS DU SUIVI DES 5 ANS**

**Décisions**

Décision	Inst MMC	Inst BCG	Chirurgie	Surveillance	Chimio néoadj	Radio thérapie et Chimio thérapie	Chimio Thérapie isolée	Autre
Date								
Rang								

**1<sup>er</sup> traitement**

**Instillations** Oui 1 Non 0

Si oui,

**Instillation post-opératoire précoce** Oui 1 Non 0

**Mitomycine** Oui 1 Non 0 Date de début \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Date de fin \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**BCG** Oui 1 Non 0 Date de début \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Date de fin \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Induction : 6 + 3 instillations faites Oui 1 Non 0

Entretien : 3 + 3 + 3 + 3 + 3 + 3 instillations faites Oui 1 Non 0

**Récidive** Oui 1 Non 0

Si oui,

**A plus d'un an** Oui 1 Non 0

Si oui,

**Nouvelles instillations** Oui 1 Non 0

Si non,

**Changement de traitement** Oui 1 Non 0

**Cystectomie** Oui 1 Non 0

Si oui, Date \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ type Totale 1 Partielle 0

Curage Oui 1 Non 0 Nombre de ganglion prélevés : \_\_\_\_ positifs \_\_\_\_ en RC  
\_\_\_\_

Morpho \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_

Grade : LMP 0 BG 1 HG 2 Grade : G1 1 G2 2 G3 3

Stade p T \_\_\_\_ p N \_\_\_\_  $\gamma$  : Oui 1 Non 0

**Chimiothérapie néoadjuvante** Oui 1 Non 0 Si oui, Date de début \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Chimiothérapie dans le cadre d'une radiochimiothérapie concomitante**

Oui 1 Non 0 Si oui, Date de début \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Chimiothérapie isolée** Oui 1 Non 0 Si oui, Date de début \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Radiothérapie isolée** Oui 1 Non 0 Si oui, Date de début \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**RTUV palliative** Oui 1 Non 0 Si oui, Date de début \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Urétérostomies cutanées de dérivation ou néphrostomie**

Oui 1 Non 0 Si oui, Date de début \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Refus de prise en charge** Oui 1 Non 0 Si oui, Date de début \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Date de dernier suivi :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**COMORBIDITÉS (SCORE DE CHARLSON / OMS)**

**Score OMS :**

OMS 0 1 OMS 1 2 OMS 2 3 OMS 3 4 OMS 4 5

**Score de Charlson :**

Charlson 0 1 Charlson I 2 Charlson II 3

Charlson III 4 Charlson IV 5 Charlson V 6

Charlson VI 7 Charlson > VI 8

**Insuffisance cardiaque :** Oui 1 Non 0

**Insuffisance rénale :** Oui 1 Non 0

Si oui,

Stade I 1 Stade II 2 Stade III 3 Stade IV 4 stade V 5

**AUTEUR : Nom : MASSA**

**Prénom : André-Jordan**

**Date de Soutenance : 29/06/2020**

**Titre de la Thèse :**

**Suivi à 5 ans des tumeurs de vessie incidentes de la zone de proximité de Lille :  
Etude de la survie observée et de la survie nette**

**Thèse - Médecine - Lille 2020**

**Cadre de classement : Urologie, Oncologie, Epidémiologie, Anatomopathologie**

**DES + spécialité : Chirurgie générale Urologie**

**Mots-clés : Cancer de la vessie, Survie observée, Survie nette, Zone de proximité de Lille, Epidémiologie**

**Introduction:** Le cancer de la vessie inclut des tumeurs hétérogènes de pronostic varié. Des données récentes sur les sous-groupes des tumeurs de vessie les plus à risque de mortalité sont nécessaires. L'objectif de ce travail est de rapporter des estimations de la survie à 5 ans pour les cas les plus graves de cancer de la vessie dans une population générale.

**Matériel et Méthodes:** Les tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle à haut risque (HRNMIBC), de stade T1, et les tumeurs de vessie infiltrantes (MIBC) enregistrées en 2011-2012 dans le registre général des cancers de Lille et de sa région ont été étudiées. La survie globale et la survie nette, à l'aide de l'estimateur de Pohar-Perme, ont été rapportées. Des analyses ont été réalisées pour l'ensemble de la population, selon le groupe d'âge et le stade.

**Résultats:** La population étudiée comprenait 112 (43%) HRNMIBC et 147 (57%) MIBC. Pour HRNMIBC, la survie nette à 5 ans était de 68% [IC 95% : 54-78]. Pour MIBC, il était de 22% [IC95% : 14-30].

**Conclusion:** Il s'agit du premier rapport de survie à un stade spécifique pour le cancer de la vessie dans une population générale du nord de la France. Comme prévu, les taux de survie variaient considérablement selon le stade, étant particulièrement bas pour le MIBC. Des analyses plus poussées sur un échantillon plus large permettront de préciser ces chiffres préliminaires.

**Composition du Jury :**

**Président : Le Professeur Arnaud Villers**

**Assesseurs : Le Professeur Philippe Amouyel, Le Professeur Florence Richard, Le Docteur Sandrine Plouvier, Le Docteur Jean-Christophe Fantoni**

**Directeur de thèse : Le Docteur Sandrine Plouvier**