

**D. Robert Siemens,**  
Rédacteur en chef adjoint

Cite as: *Can Urol Assoc J* 2011;5(2):78; DOI: 10.5489/cuaj.11055

C'est un privilège d'ouvrir ce numéro *du JAUC* à titre de nouveau rédacteur adjoint. L'une des importantes contributions au journal comprend celle du Dr Pouliot et de ses collègues de l'Université Laval qui ont affiné la définition des facteurs de risque associés à la détérioration de la fonction rénale après une néphrectomie partielle par laparoscopie<sup>1</sup>. Les auteurs avancent que la planification chirurgicale devrait se concentrer davantage sur la limitation de la résection de tissu normal, la fermeture du système de collecte et l'hémostase, tout en portant moins d'attention à un déclampage précoce des vaisseaux, en autant que le temps d'ischémie chaude puisse être maintenu sous les 30 minutes. Les D<sup>rs</sup> Abdullah et Kapoor présentent une synthèse qui tombe à point concernant un changement de paradigme imminent dans la prise en charge du cancer de la prostate résistant à la castration (CPRC)<sup>2</sup>. Cet article devrait être une lecture obligatoire pour tous ceux qui traitent des patients atteints de cancer de la prostate, étant donné la multitude d'agents thérapeutiques qui seront bientôt lancés sur le marché.

Finalement, nous sommes heureux de pouvoir présenter les récents travaux de l'équipe de recherche du Réseau canadien du cancer de la vessie<sup>3</sup>. Ce consortium de chercheurs canadiens de 8 centres universitaires représentant 5 provinces est né d'un besoin non comblé en raison du peu de fonds habituellement consacrés à la recherche sur le cancer urothélial. Jusqu'à présent, le Réseau a cumulé les données cliniques et pathologiques tirées de 2 287 patients contemporains ayant subi une cystectomie, mettant en œuvre de multiples procédures rigoureuses d'assurance de la qualité afin d'assurer l'exactitude et la concordance des données. L'article présenté ici aborde le cas de patients ayant subi une cystectomie pour traiter un cancer de la vessie de grade élevé (T1); l'article confirme les résultats inquiétants récemment obtenus dans d'autres essais<sup>4,5</sup>. Dans cette cohorte de patients, une sous-évaluation initiale de la tumeur locale, ensuite identifiée comme une maladie invasive musculaire, était évidente dans 48 % des cas, en plus d'un taux alarmant d'atteinte ganglionnaire de 19,9 %.

Même si les options thérapeutiques recommandées dans les cas de carcinome transitionnel sans envahissement musculaire sont bien décrites dans de nombreuses lignes directrices<sup>6</sup>, y compris un récent article de l'AUC<sup>7</sup>, peu mettent en doute que la prise en charge optimale de la maladie de grade élevé (T1) demeure un dilemme courant et frustrant. La plupart des recommandations dans les cas de cancer de grade élevé T1 incluent une tentative initiale de conservation de la vessie (grade A), avec l'option d'une cystectomie « prématurée » chez ceux présentant un risque élevé de progression (grade C). Les taux extrêmement élevés de réévaluation à la hausse du stade pathologique et les taux modestes de survie sans maladie présentés ici et dans d'autres rapports portent à croire néanmoins à une inadéquation de nos décisions cliniques en raison des outils à notre disposition pour la stratification du risque et des algorithmes actuels de traitement. Même si la présente étude est limitée par un biais de sélection et l'absence de certains paramètres cliniques (en particulier, les détails des traitements intravésicaux antérieurs), les résultats soulignent le besoin de mieux cerner les patients courant un risque élevé de progression. Vu la tendance vers la conservation vésicale au Canada et le fait que les essais randomisés sont peu réalistes, il est évident qu'il est maintenant temps de rassembler les troupes et les ressources pour un travail futur de collaboration tel que le propose le Réseau canadien pour le cancer de la vessie. L'organisation d'études multicentriques et prospectives basées sur des registres afin de mieux cerner les facteurs cliniques, pathologiques et moléculaires de prédiction de la progression est nécessaire pour nous indiquer quand « laisser tomber » et passer à un traitement définitif pour cette maladie invasive.

## Références

1. Pouliot F, Pantuck A, Imbeault A, et al. Multivariate analysis of the factors involved in loss of renal differential function after laparoscopic partial nephrectomy: a role for warm ischemia time. *Can Urol Assoc J* 2011;5:89-95; DOI:10.5489/kuaj.10044
2. Abdulla A, Kapoor A. Emerging novel therapies in the treatment of castrate-resistant prostate cancer. *Can Urol Assoc J* 2011;5:120-33; DOI:10.5489/kuaj.10160
3. Chalasani V, Kassouf W, Chin JL, et al. Radical cystectomy for the treatment of T1 bladder cancer: the Canadian bladder cancer network experience. *Can Urol Assoc J* 2011;5:83-7; DOI:10.5489/kuaj.10040
4. Kulkarni GS, Hakenberg OW, Gschwend JE, et al. An updated critical analysis of the treatment strategy for newly diagnosed high-grade T1 (previously T1G3) bladder cancer. *Eur Urol* 2010;57:60-70.
5. Fritsche HM, Burger M, Svatke RS, et al. Characteristics and outcomes of patients with clinical T1 grade 3 urothelial carcinoma treated with radical cystectomy: results from an international cohort. *Eur Urol* 2010;57:300-9.
6. Babjuk M, Oosterlinck W, Sylvester R, et al. EAU Guidelines on Non-Muscle-Invasive Urothelial Carcinoma of the Bladder. *Eur Urol* 2008;54:303-14.
7. Kassouf W, Kamat AM, Zlotta A, et al. Canadian guidelines for treatment of non-muscle invasive bladder cancer: a focus on intravesical therapy. *Can Urol Assoc J* 2010;4:168-73.