



Item311-Tumeurs vésicales.

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une tumeur vésicale.		
Recommandations	Mots-clés	NPO / A savoir !
- Guide ALD Cancer de vessie - HAS 2010 - Tumeurs vésicales.	- Urothéliome: tabac / CE: bilharziose - Hématurie macroscopique récidivante - Cystoscopie diagnostique (sous AL) - Uroscanner (TVEUS) + TDM TAP - Cystoscopie thérapeutique seconde - Résection complète ss AG: anapath - Chimio ou cystectomie adjuvante - PenC à 100% / soutien psy / palliatif	- RCP et PPS - Arrêt du tabac - Hématurie = cystoscopie - Ex. aires Gg = schéma daté - ECBU stérile avant tout geste - Déclaration en MP si amines aromatiques

Généralités

Epidémiologie

- Cancers de vessie = 4,8% des cancers chez l'homme / 1,6% chez la femme
- Age moyen au diagnostic = 70ans / 2ème cancer urologique (après prostate) / sex ratio: H > F = x5
- 6ème cause de mortalité par cancer en France (5000 décès par an)

Types histologiques

- **Carcinome urothélial (à cellules transitionnelles / urothéliome) = 90%**
 - !! de l'urètre jusqu'aux CPC / type le plus fréquent en France
 - **Facteurs de risque**
 - **Tabac +++** : facteur de risque le plus important
 - **Amines aromatiques** (!! MPI)
 - Goudrons de houille, huiles de houille, suie de combustion du charbon (!! MPI)
 - Syndrome de Lynch (ureteres)
- **Carcinome épidermoïde**
 - Rare en France mais type le plus fréquent dans le monde (PVD)
 - **Facteurs de risque**
 - **Bilharziose urinaire** (Egypte et Afrique ++) (infection à Schistosoma haematobium)
 - Inflammation: IU chronique / sondage à demeure
 - Radiothérapie pelvienne / chimiothérapie (cyclophosphamide)

Classification des tumeurs de vessie

- **Tumeurs de vessie non infiltrantes du muscle** (TVNIM) (anciennement "tumeurs superficielles") (70-80%)
 - Seul l'épithélium de revêtement ou le chorion sont envahis.
 - pTa (infiltration urothélium), pTis (carcinome in situ) et pT1 (tumeur envahissant le chorion)
- **Tumeurs de vessie avec infiltration musculaire** (TVIM) (20-30%)
 - ≥ pT2

Diagnostic

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**: tabagisme / exposition professionnelle / atcd de RCT
 - **Anamnèse**: origine géographique / voyage (cf bilharziose)
 - **Signes fonctionnels**
 - **hématurie +++** (cf Hématurie.)
 - **macroscopique** / totale ou terminale (++) / récidivante / indolore
 - !! toute hématurie doit faire rechercher un urothéliome (**A savoir !**)
 - **signes associés**: pollakiurie / impériosités / brûlures mictionnelles / rechercher épisodes de RAU
 - **signes d'extension locorégionale ou à distance**: douleurs pelviennes / douleurs lombaires (obstruction du méat)

urétéral par la tumeur → distension des CPC) / AEG / métastases (douleurs osseuses ++)

- **Examen physique**
 - !! examen physique le plus souvent normal
 - **Bilan d'extension clinique**
 - Examen des aires ganglionnaires (!! schéma daté: **A savoir !**)
 - Palpation fosses lombaires +/- toucher rectal bimanuel (blindage pelvien)
 - Recherche de signes d'anémie
- **Examens complémentaires**
- **Bilan minimal devant toute hématurie** (cf **Hématurie.**)
 - **ECBU-cytologie urinaire**: élimine une infection urinaire / recherche des cellules anormales
 - **Echographie de l'appareil urinaire**: recherche une masse tumorale / explore le haut appareil urinaire
- **Pour diagnostic positif**
 - **Cystoscopie diagnostique (sous AL) +++**
 - Systématique devant toute hématurie macroscopique + ECBU normal
 - !! si tumeur visualisée: biopsie lors du 2nd temps seulement (sous AG)
 - **Cystoscopie diagnostique et thérapeutique avec résection transurétrale de tumeur de vessie (RTUV)**
 - !! Le seul examen qui posera le diagnostic définitif (cf infra): examen anapath des copeaux de résection
 - Résection macroscopiquement complète et jusqu'au muscle détrusor
 - Geste thérapeutique pour les TVNIM
- **Pour bilan d'extension**
 - **Uroscanner**
 - Avant toute résection / évaluation de l'envahissement local
 - Etudie le haut appareil urinaire: uretère / CPC (TVEUS)
 - **TDM thoraco-abdomino-pelviennne injectée avec temps tardif urinaire (pour les TVIM)**
 - Pour extension régionale: recherche ADP pelviennes
 - Pour extension à distance: métastases viscérales
 - **+/- si point d'appel clinique (pour les TVIM)**: scintigraphie osseuse
- **Pour bilan pré-thérapeutique**
 - **ECBU**: stérile: systématique avant tout geste endo-vésical (**A savoir !**)

Evolution

Tumeurs de vessie non infiltrantes du muscle

- Risque de récurrence (50-70%) à un an
- Risque de progression vers une TVIM (15 à 20%)

Tumeurs de vessie infiltrantes du muscle

- Risque de récurrence
- Risque de métastases ganglionnaires et à distance
- 50% de survie à 5 ans

Traitement

Prise en charge

- Réunion de concertation pluri-disciplinaire (**RCP**) (**A savoir !**)
- Proposition d'un programme personnalisé de soins (PPS)
- Bilan pré-thérapeutique / annonce du diagnostic, etc.
- Arrêt de l'exposition aux carcinogènes

Tumeurs de la vessie (bas appareil urinaire)

- **Résection endoscopique première à visée curative +++ (RTUV)**
 - Cystoscopie sous AG (ou ALR) / urines stériles (ECBU: **A savoir !**)
 - Résection endoscopique complète (jusqu'au muscle): ex. **anapath**
 - 1er temps du traitement des TVNIM
- **Traitement complémentaire adjuvant selon extension**
 - **Tumeur de vessie non infiltrante du muscle**: instillations endovésicales de chimiothérapie (mitomycine C) ou d'immunothérapie (BCG)
 - **Tumeur infiltrante du muscle (≥ pT2)**: **cystoprostectomie** totale si homme / pelvectomie antérieure si femme + curage ganglionnaire ilio-obturateur bilatéral +/- chimiothérapie néo-adjuvante (si PSO ou 1 avec fonction rénale normale) ou adjuvante (si pT3 ou N+) / radiochimiothérapie concomitante si contre-indication ou refus de la chirurgie
 - **Tumeur métastatique**: chimiothérapie (MVAC ou gemcitabine-sel de platine) : survie médiane : 12 mois
 - nouvelle voie thérapeutique et espoir: immunothérapie par anti PD1/PDL1 : 50% de réponse en 2ème ligne métastatique chez les patients réfractaires aux platine

- Remarque: dérivation urinaire post-cystectomie: 2 possibilités
 - Entérocystoplastie: réalisation d'une néo-vessie à partir d'un segment digestif (grêle ou côlon): 20 à 50 % d'incontinence à 1 an , 80% dysfonction érectile à 1 an
 - Urétérostomie iléale transcutanée (Bricker) : pas de continence
 - stomie urinaire cutanée si palliatif

Tumeurs de l'urètre (haut appareil urinaire)

- Tumeurs de la voie excrétrice supérieure (TVEUS) = 5% des urothéliomes
- Traitement chirurgical curatif = cysto-urétérectomie totale + curage ganglionnaire

Mesures associées (cf Prise en charge et accompagnement d'un malade cancéreux à tous les stades de la maladie dont le stade de soins palliatifs en abordant les problématiques techniques, relationnelles, sociales et éthiques. Traitements symptomatiques. Modalités de surveillanc)

- Arrêt du **tabac** si patient fumeur (**A savoir !**)
- **Déclaration** en maladie professionnelle si amines aromatiques (cf [Accidents du travail et maladies professionnelles : définitions et enjeux.](#))
- Prise en charge de la douleur / soins palliatifs si fin de vie
- Soutien psychologique
- Prise en charge à **100%**

Surveillance

- **Clinique:** récurrence d'hématurie / signes d'extension à distance, etc. A VIE
- **Paraclinique:** cytologie urinaire / cystoscopie 1x/3M pendant 1an puis 1x/an / dosage de la créatininémie / uroscanner 1x/2ans
- **Si TVIM:** TDM TAP
- **Surveillance des salariés exposés à un carcinogène:** cytologie urinaire 1x/6M