

Item 160bis : Tumeur vessie

- 7e K en France. 3% des décès par K. Incidence↑. Sexe ratio **H/F = 4/1**. Age moyen = **70 ans**.

FdR
<ul style="list-style-type: none"> • Tabac+++ : RR = 5-10. • Expo Prof : Travail ds aluminium, coke, charbon, fer, acier, colorants <ul style="list-style-type: none"> ○ Hydrocarbures aromatiques polycycliques ○ Amines aromatiques et nitrosamines. • Bilharziose : FdR du K épidermoïde, pays endémiques (Egypte, Orient) • Endoxan • Irradiation

CLINIQUE

Signes fonctionnels :

- **HTU MACRO TERMINALE** → **CYSTOSCOPIE** devant toute HTU après exam radio neg
- **Synd irritatif** : PKU, brulures mictionnelles, impériosités
- Signes d'extension :
 - DL pelviennes
 - DL osseuses
 - AEG

Physique

- **TR** : Recherche une atteinte des organes de voisinages allant jusqu'au blindage pelvien
- Masse abdo
- **ADP**

PARACLINIQUE DIAGNOSTIC

- **CYSTOSCOPIE SYTEMATIQUE + RTUV** : résection transurétrale de vessie
*Met en évidence la tumeur, nombre, taille, aspect (**papillaire** = bourgeon/polype à base fine = tumeur superficielle ; **sessile** = base large, ulcérée, saignant au contact ; **plages érythémateuses** si **carcinome in situ**).*
- **CUQ** : détecte les cellules tumorales de **haut grade++**. Mais mauvaise Se pour bas grade. **Suivi++**
- **Uro TDM** : pour explorer voie excrétrice supérieure, recherche K synchrone
- **Echo réno-vésicale** : Met en évidence les tumeurs vésicales => RTUV. Rôle dans le bilan d'extension : cherche dilatation du haut appareil (tumeur infiltrante) + localisations 2aires hépatiques.
- **ECBU** avant Cytoscopie

APRES RTUV → ANAPATH

- **Carcinome urothélial 95%**
- **2 éléments pronostics indispensables**
 - **Stade tumoral** : Facteur pronostic le plus important
 - **Superficiel** = **TVNIM** (80%) Tumeurs Vésicales Non Infiltrant le Muscle vésical
 - **Infiltrant** = **TVIM** Tumeurs Vésicales Infiltrant le Muscle
 - **Grade tumoral** : 1 à 3 _ LMP (*Low Malignant Potential*), bas grade, haut grade-

TVNIM	TVIM
pTis, pTa, pT1	pT2a, pT2b, pT3, pT4

pTis (carcinome in situ), pTa (limité muqueuse, basale non franchie), pT1(basale franchie mais limitée au chorion), pT2a (K infiltrant le mm superficiel), pT2b (mm profond), pT3 (graisse périvésicale), pT4 (organes de voisinage).

BILAN EXTENSION SELON ANAPATH

- **Métastases** : **GG, os, poumons, foie ++**. Plus rarement péritoine (carcinose péritonéale), cutanées, cérébrales.

INDICATIONS

- **Tumeurs infiltrantes**
- **Tumeurs non infiltrantes volumineuse ou haut grade.**

Examen clef = TDM TAP

Cherche : ADP métastatiques ilio-obturatrices, urétérohydronéphrose uni ou bilat, extension loco-régionale, méta hépatiques, pulmonaires, médiastinales

- **Scinti osseuse** si signes d'appel cliniques ou si K très évolué.
- **TDM cérébrale** : si point d'appel.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

TVNIM	TVIM
<p>Récidive (75% des cas)</p> <p>Progression (25-30%) vers une stade ou grade sup. => surveillance à vie des patients avec K superficiel</p>	<p>Dissémination métastatique sans ttt => décès.</p>

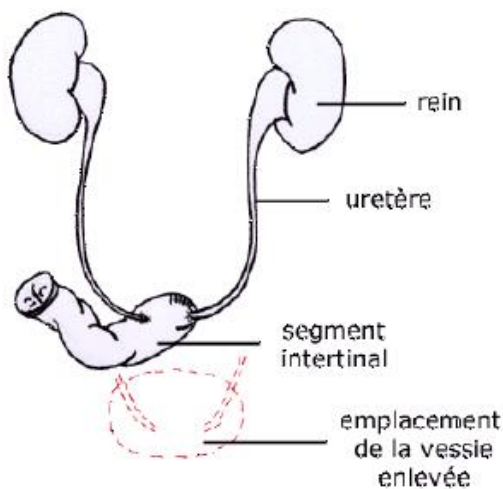
TRAITEMENT

TVNIM	TVIM
ARRET DU TABAC	
<ul style="list-style-type: none"> • CHIR : RTUV thérapeutique ++ • Instillation adjuvante : <ul style="list-style-type: none"> • Si risque RÉCIDIVE / PROGRESSION • Immunothérapie = BCG EI (fièvre, BCGite vésicale, TBC pulm) • CT endovésicale = mitomycine C 	<ul style="list-style-type: none"> • CHIR : <ul style="list-style-type: none"> • Cystoprostatectomie totale (H) • Pelvectomie antérieure (F) • Curage ggR ilio-obturateur bilat étendu • Dérivation urinaire : <ul style="list-style-type: none"> • Stomie urinaire (Bricker) • Néo-vessie • +/- CT néoadj • Autres : RT-CT si inopérable • Si méta => protocole chimioT = GemzarR + cisplatine => 20% de guérison complète.

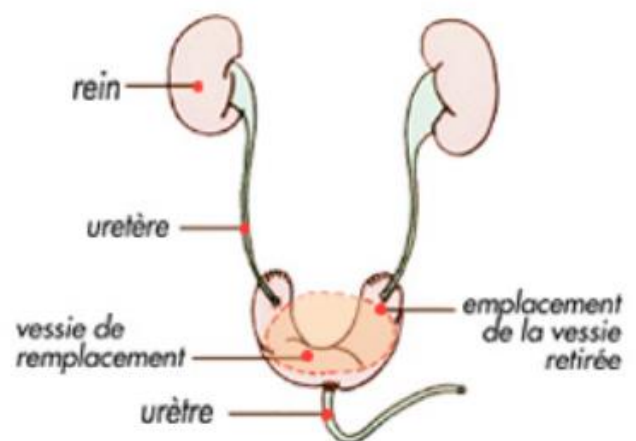
2 méthodes de dérivation des urines :

- **Cutanée par urétérostomie transiléale de Bricker** : en gros tu prends un bout de grêle auquel tu joins les uretères et tu l'abouche à la peau
- **Iléocystoplastie de remplacement** : ttt idéal chez adulte en bonne santé. Hommes++. On forme une néovessie à l'aide d'intestin.

Continence diurne excellente mais parfois incontinence nocturne (15-20%).



Bricker



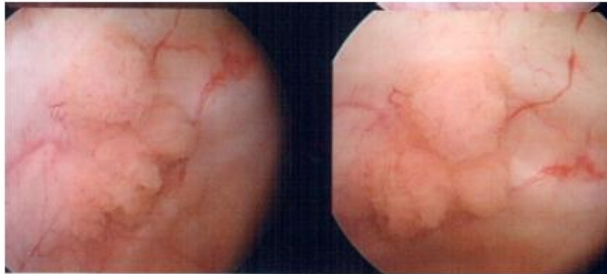
Néovessie

SUIVI

• Cystoscopie + Cytologie urinaire :

- / 3 mois pdt 1 an
- / 6 mois pdt 2 ans
- /an

• Uro-TDM / 2 ans



Tumeur de vessie à la cystoscopie



Uro-TDM : tumeur (flèche)

Tableau 4. TVNIM : Surveillance selon le risque de récurrence et progression

Risque faible	<ul style="list-style-type: none"> • Cystoscopie : à 3, 6, 12 mois puis annuelle pendant 5 ans (à vie si persistance de l'intoxication tabagique)
Risque intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> • Cystoscopie : à 3, 6, 12 mois puis annuelle pendant 15 ans (à vie si persistance de l'intoxication tabagique) • Cytologie urinaire : recommandée couplée à la cystoscopie (à 3, 6, 12 mois puis annuelle pendant 15 ans) • Uro TDM : tous les deux ans et en cas de cytologie positive ou de symptôme en faveur d'une atteinte du haut appareil
Risque élevé	<ul style="list-style-type: none"> • Cystoscopie : à 3, 6, 9, 12 mois puis tous les 6 mois la 2^e année puis annuelle à vie • Cytologie urinaire : obligatoire couplée à la cystoscopie • Uro TDM : tous les 2 ans ou si cytologie positive ou de symptôme en faveur d'une atteinte du haut appareil

Tableau 3. TVNIM : Prise en charge après RTUV et IPOP selon le risque de récurrence et progression

Risque faible	<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance simple
Risque intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> • Instillations hebdomadaires de mitomycine (MMC) sur 8 semaines consécutives après cicatrisation vésicale (4 à 6 semaines). Il n'y a pas d'indication à prolonger les instillations au-delà de ces 8 semaines. • Le BCG peut être discuté comme une alternative aux instillations de MMC ou en cas d'échec du traitement par la mitomycine.
Risque élevé	<ul style="list-style-type: none"> • Instillations endovésicales de BCG (sauf contre-indications) après cicatrisation vésicale (4 à 6 semaines). Si les instillations de BCG sont bien supportées, un traitement d'entretien est recommandé. • En cas d'échec du traitement par BCG, la cystectomie totale est le traitement de choix. • Après la RTUV, une cystectomie d'emblée peut être discutée en RCP dans certaines formes à haut risque de progression.

T (Tumeur)

Tx : tumeur primitive ne pouvant être classée ;

T0 : pas de tumeur primitive décelable ;

Ta : tumeur papillaire non invasive ;

Tis : carcinome *in situ* : « tumeur plane » ;

T1 : tumeur envahissant le chorion ;

T2 : tumeur envahissant la musculature ;

- T2a : tumeur envahissant le muscle superficiel (moitié interne),

- T2b : tumeur envahissant le muscle profond (moitié externe) ;

T3 : tumeur envahissant le tissu périvésical ;

- T3a : envahissement microscopique,

- T3b : envahissement macroscopique (masse extravésicale) ;

T4 : envahissement d'un organe périvésical ou de la paroi ;

- T4a : prostate, utérus ou vagin,

- T4b : paroi pelvienne ou paroi abdominale.

N (Adénopathies régionales)

Nx : ganglions non évaluables ;

N0 : pas de métastase ganglionnaire.

Atteinte des ganglions hypogastriques, obturateurs, iliaques externes ou pré-sacrés :

N1 : un seul ganglion atteint ;

N2 : plusieurs ganglions atteints.

Atteinte des ganglions de l'iliaque commune :

N3 : un ou plusieurs ganglions.

M (Métastases à distance)

- M0 Pas de métastase à distance ;

- M1 Présence de métastases à distance.

Stade T	Description	Dénomination	Fréquence au diagnostic initial et survie à 5 ans
pTa	Tumeur papillaire de grade variable sans infiltration du chorion	Tumeur de vessie non infiltrante du muscle – TVNIM (superficielle)	70 à 80 % des cancers de vessie Survie à 5 ans > 80 %
pTis	Tumeur plane de haut grade sans infiltration du chorion		
pT1	Tumeur papillaire de grade variable avec infiltration du chorion mais sans infiltration du muscle		
≥ pT2	Tumeur qui infiltre au moins le muscle	Tumeur de vessie avec infiltration musculaire – TVIM	20 à 30 % des cancers de vessie Survie à 5 ans < 50 %