

Les tumeurs de vessie

I/Définition-Généralités

- .c'est le kc le plus frq. Le 2°kc après celui du kc de la prostate.
- .Age généralement 70ans mais peut se voir avant.
- .Facteur de risque majeur: Tabac.
- .Facteurs de risques professionnels : les hydrocarbures aromatiques polycycliques.
- .Au moment du Dg 80% des cas sont des TVNIM et 20% sont d'emblée des TVIM.
- .La prise en charge des TVNIM est très différente de celle des TVIM.



II/PHYSIOPATHOLOGIE:

A/ Urothelium

L'urothelium est l'épithélium de revêtement de l'arbre urinaire de haut en bas des cavités excrétrices rénales au méat urétéral.

B/ Carcinogénèse:

- Tabac++++
- Carcinogènes industriels: hydrocarbures aromatiques polycycliques
- Bilharziose urinaire
- Irradiation pelvienne
- Certaines chimiothérapies aux cyclophosphamides.



III/CIRCONSTANCES DE DECOUVERTES

A/LES signes cliniques Locaux:

Hématurie macroscopique : dans 80%des cas.

Ce qui doit faire rechercher systématiquement une TV.

B/LES signes cliniques évocateurs d'extension locorégionale ou à distance:

- Douleur Pelvienne.
- Douleur lombaire par obstruction du méat urétéral par la tumeur responsable de la distension des cavités rénales.
- Altération de l'état général.
- Douleur osseuse si métastases à distance.



IV/BILAN INITIAL:

A/INTERROGATOIRE:

- A la recherche de facteurs de risques:
- LES signes irritatifs: brulures mictionnelles , pollakiurie , éliminer une infection urinaire .
- Altération de l'état général (asthénie , anorexie , amaigrissement .
- ATCDs de tumeurs des voies excrétrices supérieures (cavités pyelocalicielles , urétérales).

B/Examen physique:

EN cas de TVNIM: (tumeur de vessie non infiltrant le muscle)

Hématurie isolée ou associée à des signes irritatifs:

EN cas de TVIM: (tumeur de vessie infiltrant le muscle)

IL ya des signes d'extension locorégionale ou à distance à rechercher par un examen clinique général et urologique complet.



- LES touchers pelviens: systématique à la recherche d'un blindage pelvien.
- LA palpation abdominale et lombaire: A la recherche d'une masse hypogastrique palpable qui signe une tumeur volumineuse , et des douleurs lombaires en rapport avec une obstruction urétérale.
- Recherche des signes d'anémie: pâleur conjonctivale et polypnée.

C/LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES A VISEE DG:

1-cytologie urinaire : Recherche de cellules tumorales dans les urines si(+)

Existence d'une tumeur de vessie.



2/cystoscopie sous anesthésie locale:

- Examen de référence réalisée en cas d'ecbu stérile qui montre la présence de la tumeur de vessie.

D/RESECTION TRANSURETRALE DE LA TV AVEC EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE des copeaux de résection:

- Réalisée sous AG ou locorégionale.
- La résection doit être complète et profonde pour analyser le muscle vésicale (le détrusor).
- Donc la résection est à la fois un geste DG (anapath) et thérapeutique.

1-Type histologique:



- dans 90%des cas ce sont des carcinomes urotheliaux
- dans 10%des cas ce sont principalement des carcinomes épidermoïdes , 6% rarement des ADK, carcinomes neuroendocrines ou de sarcomes.

2-stade tumoral: T

- En cas de TVNIM : stade Ta , T1
- En cas de TVIM: stadeT2 ou T3 ou T4,seule la pièce de cystectomie permettra la stadification définitive.

3-Grade tumoral:

- IL ya les tumeurs de bas grade: bon pronostic.
- IL ya les tumeurs de haut grade: mauvais pronostic.

CLASSIFICATION TNM



T(tumeur):

Tx : tm lve ne pouvant être classée.

To: pas de tm lve décelable.

Ta: tm papillaire non invasive.

Tis: carcinome insitue : tumeur plane.

T1: tm envahissant le chorion.

T2: tm envahissant la musculuse:

T2a tm envahi. le mle superfi.(moitie int.).

T2b tm envahi. le mle profond.(moitie ext).

T3: tm envahi. le tissu perivesical .

T3a envahissement microscopique.

T3b envahissement macroscopique(masse extravesical)



T4: envahisse. d'un organe perivesical ou de la paroi .

T4a : prostate , utérus ou vagin.

T4b:paroie pelvienne ou paroi abdominale.

N(adénopathies régionales):

Nx : non évaluables .

No :pas de métastases ggaires.

Atteinte des ggs hypogastriques, obturateurs , iliaques ext. ou. présacrés

N1:1seul gg atteint.

N2:plusieurs ggs atteints.

Atteinte des ggs de l'iliaque commune:

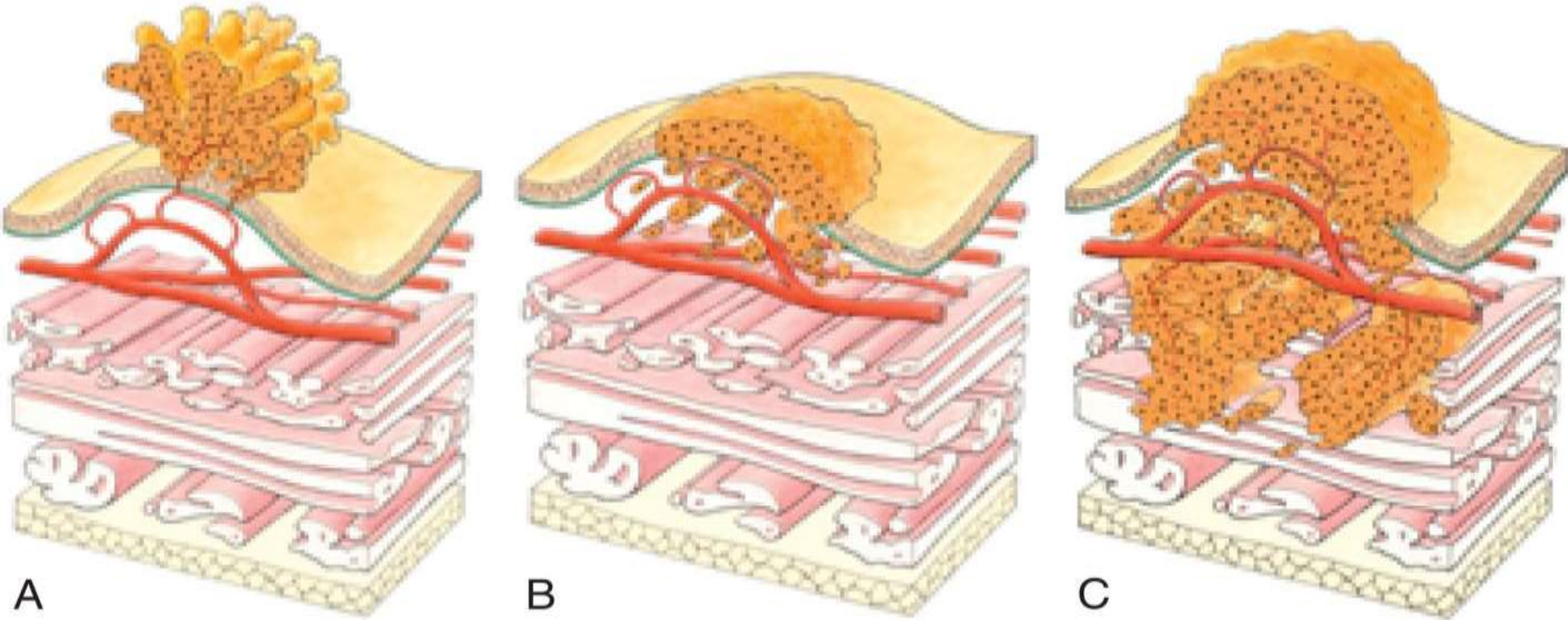
N3:1ou plusieurs ggs atteints.

M(métastases à distance):

M0:pas de métastases à distance.

M1: présence de métastases à distance.





A. Tumeur Ta : seul l'urothélium est touché.

B. Tumeur T1 : la tumeur reste superficielle mais envahit le chorion.

C. Tumeur T2 : la tumeur envahit le muscle vésical.



E-EXAMENS COMPLEMENTAIRES DU BILAN D'EXTENSION:

TVNIM: pas de bilan d'extension n'est nécessaire sauf un uroscanner à la recherche d'une localisation tumorale du haut appareil.

TVIM: faire un scanner TAP (thoraco abdomino pelvien) avec injection du produit de contraste et réalisation d'un temps tardif urinaire pour :

- éventuel retentissement sur le haut appareil urinaire.
- recherche d'une tumeur concomitante du haut appareil
- extension locorégionale et à distance de la tumeur : envahissement de la graisse péri vésicale et organes de voisinage ,ADP (adénopathie) métastatiques ou de métastases.
- Scintigraphie osseuse : en cas de douleur évocatrice de métastases osseuses.



V/TRAITEMENT:

A-traitement des TVNIM:

1-LA RTUV : c'est le 1^{er} temps du traitement qui consiste à réséquer la tumeur dans sa totalité et assez profondément pour analyser le muscle vésical detrusor

2-Instillations endovésicales :

but : pour réduire les risques de récurrences d'une TVNIM et de progression vers une TVIM:

02types d'instillations:

- chimiothérapie intra vésicale par mitomycine C (Ametycine).
- immunothérapie par le BCG



Pour les tumeurs :

faible risque : mitomycine C

risque intermedia. : mitomycine C ou BCG.

haut risque: BCG.

B-traitement des TVIM:

1-TVIM non métastatique:

traitement de référence : chirurgical

.cystoprostatectomie totale chez l'homme.

.pelvectomie ant. chez la femme.

.curage ilioobturateur bilatérale;

LA dérivation urinaire:

externe : urétérostomie cutanée transileale type
BRICKER

interne : réalisation d'une neovessie avec un segment
digestif (enterocystoplastie).



Une chimiothérapie néoadjuvante ou adjuvante:
Proposée en fonction du bilan d'extension et des
caractéristiques histologiques de la tumeur:

2-TVIM métastatique:

Le traitement de référence chimiothérapie à base de
cisplatine, sauf cas exceptionnel pas de place pour
un traitement chirurgical.

VI/ LE SUIVI:

Pour les TVNIM:

Dépister les récurrences et prévenir la progression par;

- cystoscopie
- cytologie urinaire



- uroscanner pour surveiller le haut appareil urinaire.

Pour les TVIM:

- dépister et traiter précocement une récurrence locale ou métastatique.

- .examen clinique , palpation abdominale et les touchers pelviens à la recherche d'une masse.

- .Paraclinique : TDM TAP (thoraco abdomino pelvien) à la recherche d'ADP ou de métastases.

LE SUIVI FONCTIONNEL:

- apprécier le bon fonctionnement de l'appareil urinaire:

- . par la diurèse .

- .Le dosage de la créatininémie.

- .morphologie du haut appareil par l'imagerie (uroscanner) .

