



Tumeurs de la vessie

Dr Abdessmed

Dr Aboubou

introduction :

ce sont des tumeurs développées au dépend de la paroi vésicale ; il s'agit dans 90% d'une tumeur urothéliale.

Divisées en :

- ✓ Tumeurs vésicales non infiltrant le muscle (TVNIM) :
- ✓ Tumeurs vésicales infiltrant le muscle (TVIM) :

Intérêt de la question

Fréquence:

2^{ème} cancer urologique après celui de la prostate

Diagnostic:

-Clinique: L'**Hématurie** est le maitre symptôme.

-Paraclinique: cytologie urinaire

l' échographie

la cystoscopie

traitement:

La résection transurétrale constitue l'étape initial du traitement.

Ensuite le traitement est: Conservateur dans les TVNIM

RADICAL dans les TVIM

Palliatif dans les tumeurs métastatiques

pronostic

la survie à 05 ans est de 90% pour les TVNIM

45% pour les TVIM

10% pour les tumeurs métastatiques.

Causes et facteurs épidémiologiques

- tabagisme :× 3 le risque de tumeur de la vessie (benzopyrène et arsenic)
- professionnelles (teinture, hydrocarbures, goudrons, la métallurgie.)
- infection vésicale chronique sur calcul, sonde, vessie neurologique
- bilharziose urinaire: Carcinome épidermoïde
- irradiation pelvienne.
- Exposition à certaines chimiothérapies (cyclophosphamide).
- La sédentarité et le syndrome métabolique ont également été corrélés à une augmentation du risque de TV

ANAPATH

1- Rappel histologique:

La paroi vésicale comporte 3 couches :

- une Muqueuse : tapissée par un épithélium transitionnel= **L'urothélium**
- Une Sous muqueuse: chorion
- une Musculeuse: 2 couches (superficielle et profonde).
- L'Adventice : composée de tissu adipeux et tapissée d'un revêtement mesothéliale au niveau de la calotte vésicale.

2- aspect macroscopie des TV

Siège : Siège de prédilection des TV est le bas fond vésical.

Nombre: unique ou multiple

Aspect : Tumeur papillaire exophytique sessile ou pédiculé
Tumeur plane à large base d'implantation

3-microscopie:

- type histologique: 90% d'une tumeur urothéliale.
- Grade: Il correspond au degré de différenciation de la TV et permet de prédire son agressivité (intérêt PRONOSTIQUE).
 - tumeur de bas grade (bon pronostic)
 - tumeur de haut grade (mauvais pronostic)
- CIS= carcinome in situ: est une néoplasie intra épithéliale de haut grade.

4- stade de la tumeur

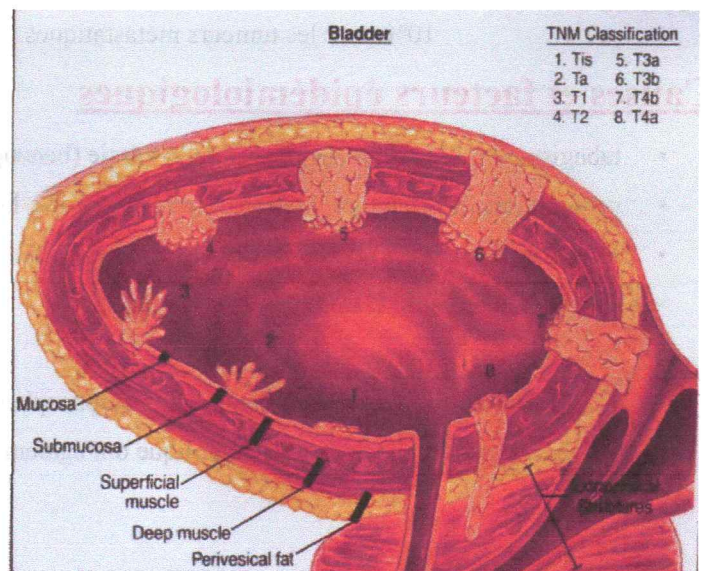
-Les TV sont subdivisés en 02 groupes:

- ✓ **Tumeurs vésicales non infiltrant le muscle vésical (TVNIM) : 70% des TV**
- ✓ **Tumeurs vésicales infiltrant le muscle (TVIM) :30% des TV, dont 5% métastatiques.**

classification

- Classification TNM 2017++++

- ✓ **T** : tumeur primitive (T1, T2, T3, T4)
- ✓ **N** : ganglions régionaux (N0, N1, N2)
- ✓ **M** : métastase à distance (M0, M1).



III – diagnostic positif

A- Circonstances de découverte

1- découverte fortuite

Bilan radiologique (échographie++) demandé pour une autre pathologie

2- Signes cliniques locaux

- L'hématurie macroscopique: terminale, indolore et intermittente(80 %).
- signes irritatifs vésicaux (20 %),
 - ✓ d'une pollakiurie,
 - ✓ d'impériosités,
 - ✓ des brûlures mictionnelles.

la persistance de ces signes doit faire rechercher une tumeur vésicale après avoir éliminé une infection urinaire (ECBU).

3 - Signes cliniques évocateurs d'extension locorégionale ou à distance

- des douleurs pelviennes
- des douleurs lombaires: en rapport avec une obstruction du méat urétéral par la tumeur, responsable d'une distension des cavités rénales.
- Phlébite, OMI par compression lymphatique ou veineuse.

4- signes évocateurs de métastases

- AEG
- Douleurs osseuses
- Signes en rapport de métastases pulmonaires ou hépatiques

B - Interrogatoire

1. Recherche de facteurs de risque
2. Caractères de l'hématurie
3. Signes associés

C-Examen physique :

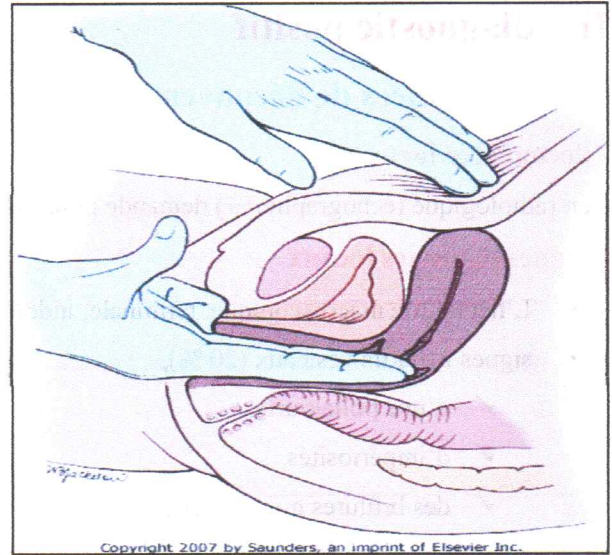
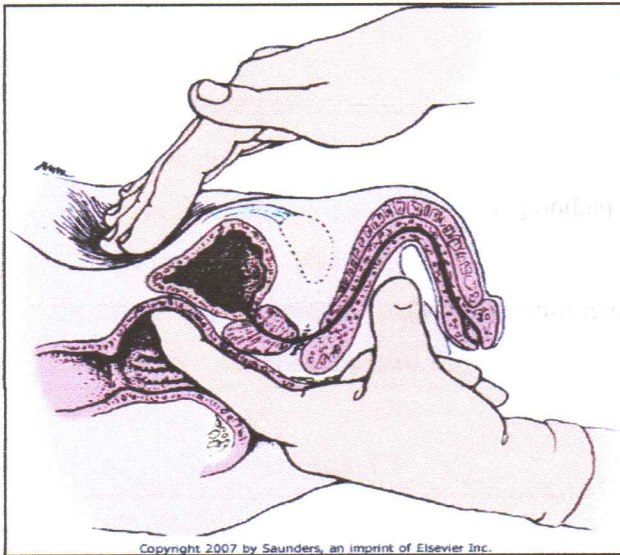
- Examen physique : souvent pauvre
- En cas de TVNIM Dans la majorité des cas, les patients ne présentent qu'une hématurie isolée

Examen physique : souvent pauvre

- Apprécier l'état général du patient
- Examen de fosses lombaires : gros reins (UHN)
- Examen de l'abdomen :
 - ✓ Rarement masse sus pubienne évoquant une volumineuse tumeur.

Touchers pelviens

- faits systématiquement à la recherche d'un blindage pelvien.



- Examen somatique complet

D - Examens complémentaires à visée diagnostique

1- la Cytologie urinaire:

rechercher des cellules tumorales de haut grade dans les urines

Inconvénient :

- ✓ tumeur n'importe où dans la VE si cytologie positif
- ✓ présente une faible sensibilité pour les tumeurs de bas grade

2 - Échographie abdomino-pelvienne

Très sensible pour détecter les lésions exophytiques de plus de 05 mm

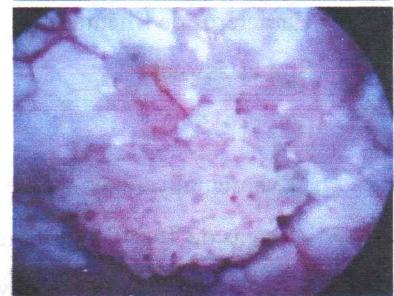
Limitée dans les petites lésions, et les lésions planes.

Sa normalité n'élimine pas le diagnostic

3) Cystoscopie :

- indication: en cas d'hématurie persistante avec échographie normale
- Elle est réalisée habituellement par fibroscopie sous anesthésie locale.
- Elle définit les caractères de la tumeur :

- ✓ - le siège
- ✓ - le nombre : unique ou multiple
- ✓ -l'aspect macroscopique
- ✓ -le type d'implantation



4-Résection endoscopique de la tumeur de vessie

La résection doit être macroscopiquement complète (si possible), et suffisamment profonde pour analyser le muscle vésical.

- La résection est à la fois un geste:
 - ✓ THÉRAPEUTIQUE lorsque la tumeur n'infiltré pas le muscle.
 - ✓ DIAGNOSTIQUE: Détermine des éléments qui conditionnent la suite de la prise en charge qui sont: type histologique, stade et grade tumoral et la présence de CIS,

1 - Type histologique

Dans 90 % des cas, les tumeurs de vessie sont des CARCINOMES UROTHÉLIAUX

2 - Stade tumoral T:

Détermine si l'on se trouve dans le cadre d'une tumeur superficielle (TVNIM) ou invasive (TVIM),

3 - Grade tumoral: classification OMS 2016

- Néoplasie de faible potentiel de malignité
- tumeur de bas grade (bon pronostic)
- de haut grade (mauvais pronostic)

4 - la présence de Cis

E - Examens complémentaires du bilan d'extension

1 - En cas de TVNIM

Aucun bilan d'extension n'est nécessaire pour la tumeur de vessie elle-même.

En cas d'une tumeur volumineuse et de haut grade un uroscanner doit être réalisé afin de rechercher une localisation tumorale concomitante sur le haut appareil urinaire.

2 - En cas de TVIM

un scanner thoraco-abdomino-pelvien:

- apprécier l'envahissement de la graisse péri-vésicale et des organes de voisinage
- rechercher des adénopathies métastatiques.
- évaluation d'un éventuel retentissement sur le haut appareil urinaire
- rechercher une tumeur concomitante du haut appareil
- Rechercher des métastases à distance(foie, poumon)

La scintigraphie osseuse

Rechercher des métastases osseuses

Autres: **Echographie hépatique:** métastase hépatique

TDM cérébrale : si manifestation clinique

V - Traitement

A - Traitement des tumeurs de vessie non infiltrant le muscle (TVNIM)

1 - RTUV: complète++

2 - Instillations endo-vésicales:

Le but des instillations est de prévenir

- la RÉCIDIVE d'une tumeur de vessie n'infiltrant pas le muscle.
- La PROGRESSION vers une tumeur invasive.

Deux types d'instillations peuvent être utilisés :

- la chimiothérapie intravésicale par mitomycine C (Amétycine®)
- l'immunothérapie par le bacille de Calmette et Guérin (BCG) (Immucyst®)

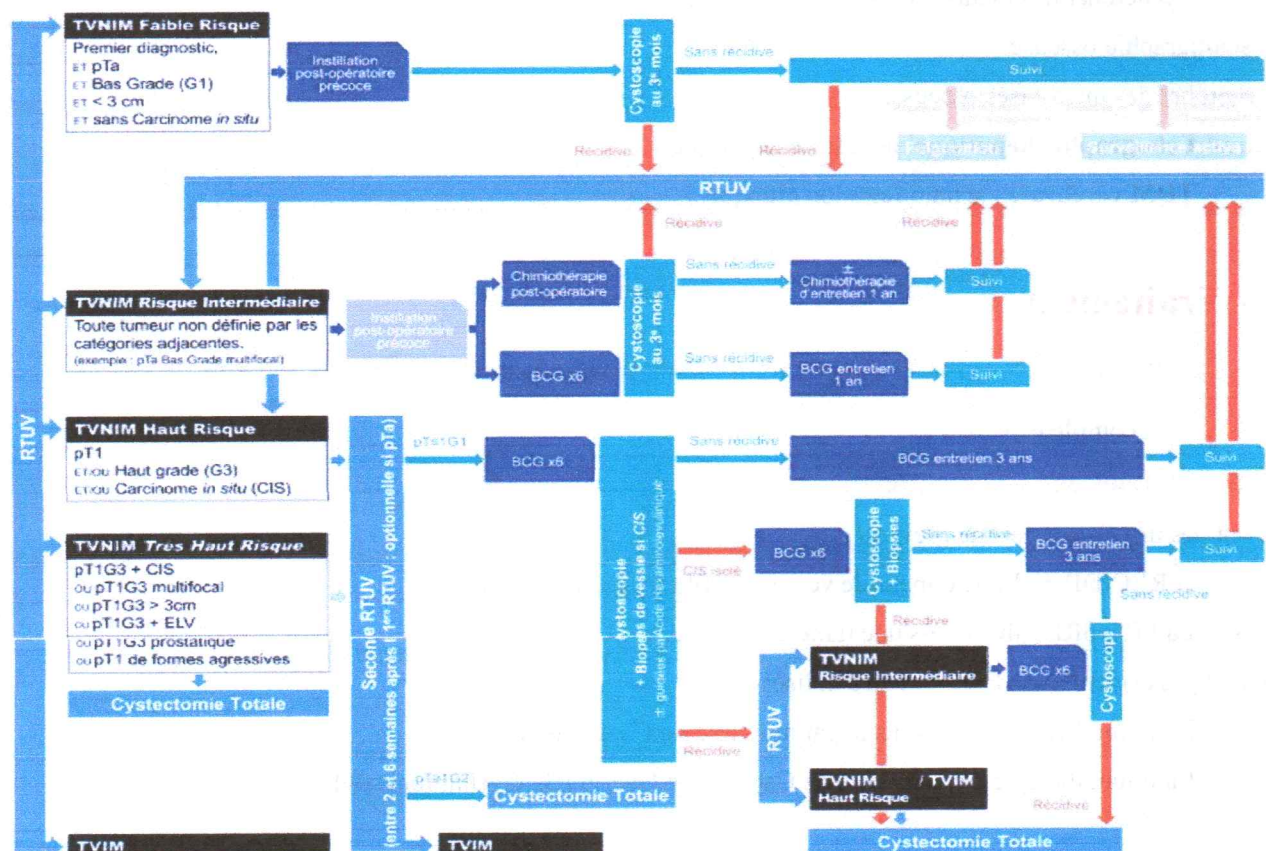
- **IPOP: instillation postopératoire précoce:**

Doit être systématiquement réalisée après une résection endoscopique en absence d'une contre indication:

- les tumeurs > 3 cm de diamètre.
- Résection profonde
- Saignement persistant
- **mitomycine C:** 8 instillations hebdomadaires.
- **BCGthérapie:** 9 instillations au minimum

indication

RTU			
Faible risque	Risque intermédiaire	Haut risque	très Haut risque
Tumeur urothéliale pTa de bas grade, de moins de 3 cm, unifocale, sans antécédent de tumeur de vessie, incluant les tumeurs à faible potentiel de malignité	Tumeur urothéliale pTa de bas grade qui ne présente aucun des critères de risque élevé ou très élevé	pT1 Haut grade (G3) Présence de CIS	pT1G3 + CIS pT1G3 multifocal pT1G3 > 3 cm pT1G3 + envahissement lympho-vasculaire pT1 G3 prostatique pT1 formes anatomo- pathologiques agressive
IPOP	immunothérapie ou chimiothérapie	Immunothérapie Cystectomie: en cas de récurrence précoce	Proposer une cystectomie avec curage



surveillance

Objectif:

- dépister les récurrences et prévenir la progression.

Comment?

- ✓ Cytologie urinaire
- ✓ cystoscopie

Rythme de la surveillance

Tous les 3 mois la première année

6 mois la deuxième année

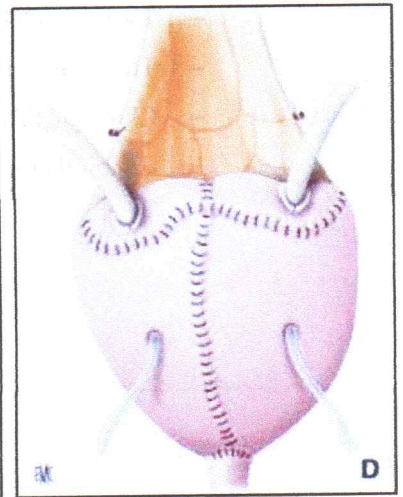
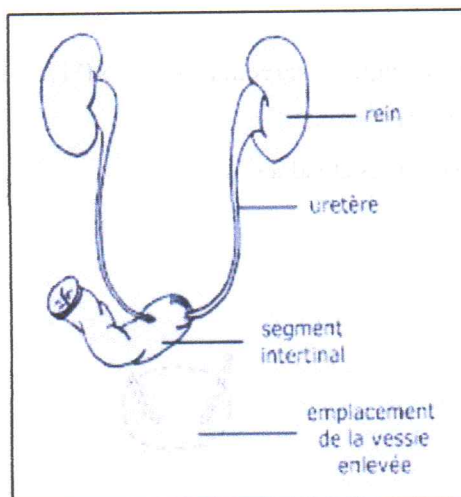
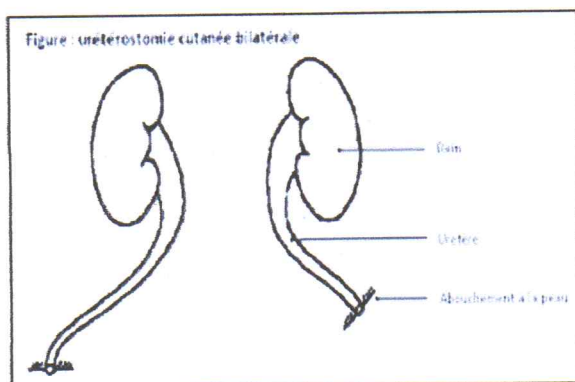
puis 1 fois/an pendant 15 ans

TRT DES TVIM

1 - Tumeur infiltrant le muscle non métastatique

a-TRT chirurgical:

- ✓ Le traitement de référence.
- ✓ Cystectomie:
 - une CYSTOPROSTATECTOMIE TOTALE pour les hommes.
 - une PELVECTOMIE ANTÉRIEURE pour les femmes (exérèse en bloc de la vessie, de l'utérus et de la paroi antérieure du vagin).
- ✓ Un curage ganglionnaire ilio-obturateur bilatéral est systématiquement associé au geste d'exérèse
- ✓ La dérivation urinaire peut être
 - urétérostomie cutanée bilatérale
 - urétérostomie iléale transcutanée de type Bricker
 - entérocystoplastie: néo-vessie à partir d'un segment digestif



b-RADIOCHIMIOTHÉRAPIE CONCOMITANTE:

En cas de refus de la chirurgie ou en cas d'existence de comorbidités contre-indiquant une intervention chirurgicale.

c-Une CHIMIOTHÉRAPIE NÉO-ADJUVANTE OU ADJUVANTE peut être proposée en fonction du bilan d'extension et des caractéristiques histologiques de la tumeur.

2 - Tumeur infiltrant le muscle métastatique

Le traitement de référence est une CHIMIOTHÉRAPIE À BASE DE CISPLATINE.

surveillance

Objectif:

- ✓ dépister et traiter précocement une récurrence locale ou métastatique
- ✓ apprécier le bon fonctionnement de l'appareil urinaire

Comment?

- ✓ Clinique: examen clinique complet
- ✓ Biologique: créatinémie
- ✓ Radiologique: une TDM thoraco-abdomino-pelvienne

Rythme de la surveillance

- ✓ Tous les 3 mois la première année
- ✓ Tous les 6 mois la deuxième année
- ✓ puis 1 fois/an pendant 15 ans

conclusion

- Cancer fréquent
- Importance du tabac+++
- TVNIM/ TVIM
- Traitement endoscopique et surveillance (TVNIM)
- Chirurgie (TVIM localisées)
- Chimiothérapie (formes étendues)