

ITEM 311 : TUMEUR VÉSICALE

5^{ème} cancer le plus fréquent en France avec 12 000 cas/an, 3^e cancer urologique, 3% des décès par cancer
 Age moyen de 70 ans, majorité chez les hommes (4/1)
 95% des cas : tumeur **urothéliale (cellules transitionnelles)** = épithélium de revêtement de tout l'arbre urinaire, des cavités excrétrices rénales au méat urétral

Vessie touchée préférentiellement (90%) car grande surface et contact prolongé avec les carcinogènes

Prise en charge dépend du **caractère infiltrant ou non du muscle vésical**

- Tumeur vésicale non infiltrant le muscle (TVNIM) (75% des cas)
 - . Atteinte épithélium de revêtement (pTa) ou du chorion (pT1)
 - . TTT : conservateur
 - . Objectif : éviter récurrence / progression vers forme infiltrante
 - . Critères de gravité : multifocalité, volume tumoral, grade tumoral, CIS, récurrence
- Tumeur vésicale infiltrant le muscle (TVIM) (25% des cas)
 - . = $\geq$ pT2
 - . TTT : non conservateur (cystectomie)
 - . Objectif : éviter les métastases
- Une tumeur de vessie doit faire rechercher une **seconde localisation de tumeur urothéliale** (calices → urètre)

Diagnostic	FdR	- Tabac : RR = 3 - Exposition professionnelle (10%) : amines aromatiques (colorant, plastique, caoutchouc), nitrosamine (colorant, conserve de poisson), hydrocarbure aromatique polycyclique (goudron, métallurgie, suie de combustion du charbon) = tableau 15 ter et 16 bis des pathologies en médecine du travail → la découverte d'une tumeur de la vessie doit faire évoquer systématiquement une exposition professionnelle → Surveillance par cytologie urinaire tous les 6 mois si exposition à risque très élevée ou > 1 an à risque élevé - Inflammation / irritation vésicale : . Bilharziose urinaire (origine africaine, surtout égyptienne) → carcinome épidermoïde . Sondage vésical chronique (vessie neurologique) . Irradiation pelvienne, retardée (plus de 5 ans) . Exposition à certains chimiothérapies (cyclophosphamide) - Atcd : tumeur du bas ou du haut appareil urinaire, syndrome de Lynch	
		- Hématurie macroscopique (80%) → toute hématurie micro ou macroscopique doit faire rechercher une tumeur vésicale (mais aussi une tumeur d'un rein ou d'un urètre) - Signes irritatifs vésicaux (20%) : pollakiurie, impériosité, brûlure mictionnelle → doit faire rechercher une tumeur vésicale après élimination d'une infection urinaire par l'ECBU - <u>Rechercher des signes en faveur d'une extension loco-régionale</u> - Touchers pelviens (recherche d'un blindage pelvien) - Palpation abdominale et lombaire (masse hypogastrique = tumeur volumineuse ? / douleurs lombaires = obstruction urétérale ?) - <u>Rechercher des signes en faveur de métastases</u> - ADP sus claviculaires ? - Signes d'anémie, de dénutrition ? - Palpation osseuse douloureuse ? - Auscultation pulmonaire - AEG - Score G8 si âge > 70 ans : outil de dépistage gériatrique qui permet aux oncologues d'identifier, parmi les patients âgés atteints de cancer, ceux qui devraient bénéficier d'une évaluation gériatrique approfondie	
	EC	Créatinine	- Evaluer le retentissement rénal - Indispensable avant de prescrire un uro-TDM pour rechercher une tumeur synchrone du haut appareil urinaire
		Cytologie urinaire	= Recherche de cellules tumorales dans les urines (sur 3 jours) par examen anatomopathologique - Résultat : - Résultat normal : le diagnostic de carcinome urothélial n'est pas écarté - Cellules atypiques : une nouvelle cytologie peut être demandée - Cellules suspectes : cystoscopie pour confirmer le diagnostic et localiser la Tumeur - Sa normalité n'exclut pas le diagnostic et ne dispense pas d'une cystoscopie
		Cystoscopie	= Examen de référence : en consultation, sous AL, après ECBU stérile - Avec un fibroscope souple > rigide - Cartographie vésicale avec schéma détaillé : nombre, taille, topographie, aspect des tumeurs (polype sessile ou pédiculé, papillaire ou solide...) et de la muqueuse vésicale - Optionnelle si forte suspicion de tumeur vésicale à l'imagerie → Seule une fibroscopie normale permet d'exclure le diagnostic de tumeur de vessie

Diagnostic	Résection transurétrale de vessie Indication : tumeur visualisée à la cystoscopie ou à l'échographie Condition : au bloc opératoire, sous AG ou ALR, ECBU stérile, arrêt des ATC (ou relais) Doit être macroscopiquement complète (ce n'est donc pas une biopsie), suffisamment profonde pour atteindre le détrusor et respecter les méats urétraux si non envahis Rôles : - Diagnostic : diagnostic anatomopathologique de certitude et histologie - Pronostique : stade et grade tumoral, distingue TVNIM / TVIM, évalue risque de progression / récurrence en cas de TVNIM - Thérapeutique en cas de TVNIM /!\ Pour les TVIM la résection ne permet pas de dire s'il s'agit de T2, T3 ou T4, seule la cystectomie le permet			
Histologie	<u>Type histologique</u> - Carcinome urothélial (95%) : différenciation épidermoïde (6%) ou adénocarcinomeuse - Formes rares (5%) : carcinome épidermoïde (penser bilharziose), adénocarcinome - Formes exceptionnelles (< 1%) : carcinomes neuroendocrines, sarcomes <u>Stade tumoral T</u> = profondeur de l'envahissement vésical - TVNIM : ≤ T1 - Ta : tumeur papillaire - Tis : carcinome in situ (toujours agressif) - T1 : chorion - TVIM : ≥ T2 - T2 = musculuseuse - T3 = graisse péri-vésicale - T4 = organe de voisinage → En cas de TVIM, seule la pièce opératoire de cystectomie permet la stadification définitive T2, T3 ou T4 <u>Grade tumoral</u> : degré de différenciation de la tumeur → valeur pronostique - néoplasie de faible potentiel de malignité - bas grade (bon pronostic) - haut grade (mauvais pronostic) /!\ attention : CIS et TVIM sont toujours de haut grade			
Facteurs pronostiques et stadification du risque des TVNIM	TVNIM (75% des cas) : > 80% de survie à 5 ans, avec récurrence (50% des cas) ou évolution en TVIM (15% des cas) TVIM (25% des cas) : < 50% de survie à 5 ans, avec risque d'évolution métastatique <u>Critères anatomopathologiques (majeurs)</u> - stade T, grade G, présence de carcinome in situ = risque de progression <u>Critères endoscopiques (mineurs)</u> - tumeur récidivante, multifocalité, taille > 3 cm = risque de récurrence Au total 4 groupes de risque (= guident le traitement) - Risque faible : Ta, bas grade, < 3cm, unifocale, pas d'ATCD de tumeur vésicale - Risque intermédiaire : Ta, bas grade, aucun des critères de haut/très haut risque - Risque élevé : pT1 ou haut grade ou CIS - Risque très élevé : pT1 + haut grade + CIS ou multifocal ou > 3 cm ou envahissement lymphovasculaire ou localisation urétrale			
TVNIM	Extension	- Aucun bilan d'extension n'est nécessaire pour la tumeur vésicale elle-même - Uroscanner avec un temps tardif urinaire ou excrétoire : recherche d'une tumeur des voies excrétrices urinaires supérieures concomitante		
	Bases du TTT	- Arrêt de l'exposition aux carcinogènes - RCP, ALD - Soins de supports associés		
	TTT	2 nd RTUV	= 2nd look pour stadification plus précise, 4 à 6 semaines après la 1^{ère} RTUV si : - 1^{ère} résection probablement incomplète (tumeur volumineuse) - risque de méconnaître une TVIM (stade T1, muscle non visualisé sur les copeaux)	
		Instillation endovésicale	Indication	= Instillation de mitomycine C (Amétycine®) ou de BCG (Immucyst®, Oncotice®) - Indications dépendent du risque de récurrence et de progression vers TVIM - Faible risque : instillations en post-opératoire précoce puis cystoscopie précoce puis annuelle - Risque intermédiaire : mitomycine intravésicale ou BCG-thérapie courte puis cystoscopie précoce puis 1x/6 mois - Risque élevé : BCG thérapie longue puis cystoscopie précoce puis 1x/3mois - Risque très élevé : proposer cystectomie / si refus idem risque élevé

TNIM non métastatique	Extension	- Uroscanner avec un temps tardif urinaire ou excrétoire : recherche d'une tumeur des voies excrétrices urinaires supérieures concomitante - Scanner thoraco-abdomino-pelvien injecté avec temps tardif urinaire (uroscanner) : obstruction urétérale, tumeur des VEUS, envahissement loco-régional et à distance (ADP et MT) - <i>Sur point d'appel</i> : - scintigraphie osseuse si douleurs osseuses, anomalie osseuse au TDM, métastases pulmonaires - TDM cérébrale si troubles neurologiques	
	TTT	Traitement chirurgical curatif	Traitement chirurgical non conservateur - Cysto-prostatectomie totale chez l'homme - Pelvectomie antérieure chez la femme : cysto-urétrectomie + hystérectomie + annexectomie + exérèse de la paroi antérieure du vagin - Curage ganglionnaire pelvien systématique - Déviation urinaire : . Non continente : urétérostomie directe ou transiléale type Bricker . Continente : entérocystoplastie (néo-vessie)
		Traitement adjuvant	- Chimiothérapie néoadjuvante (cisplatine) - Si refus/contre-indication de cystectomie : résections-radio-chimiothérapie précédée d'une chimiothérapie néo-adjuvante
	Suivi	- Examen clinique + TDM thoraco-abdo-pelvienne tous les 6 mois	
TVIM métastatique	- Pas de traitement curateur (pas de cystectomie) - But du traitement : retarder l'évolution de la maladie = TTT palliatif : - Chimiothérapie (cisplatine) en 1^{ère} intention - Immunothérapie systémique en 2^{nde} intention (inhibiteurs de check-point) - Surveillance : clinique + radiologique - Ne pas oublier les soins palliatifs et de confort		