

**I. 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<sup>ème</sup> cancer urologique après celui de la prostate

**Diagnostic:**

-Clinique: L'**Hématurie** est le maître 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.

**II. Causes et facteurs épidémiologiques**

tabagisme :× 3 le risque de tumeur de la vessie.

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

**III. 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 tapissé 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).

#### **IV. 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 persistante 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 assoies

##### **C-Examen physique :**

-Examen physique : souvent pauvre

-En cas de TVNIM Dans la majorité des cas, les patients ne présentent qu'une hématurie isolée

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.

Recherche une hépatomégalie

Examen des aires ganglionnaire : Ganglion de TROISIER++

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:**

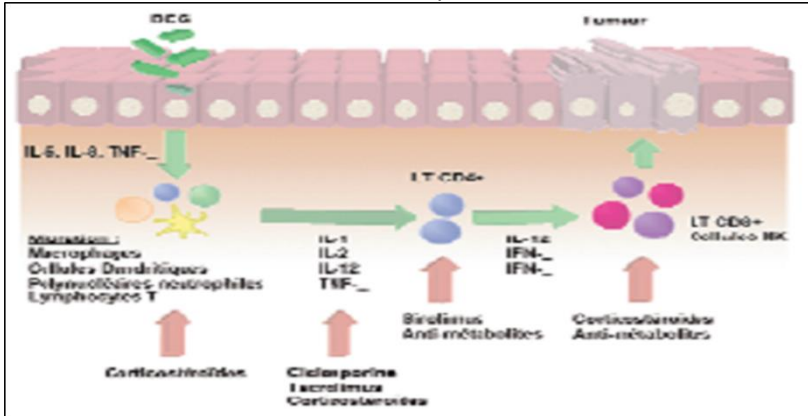
Doit être systématiquement réalisée après une résection endoscopique en absence d'une contre indication: les tumeurs > 3 cm de diamètre.

Résection profonde

Saignement persistant

- **mitomycine C:** 6-8 instillations hebdomadaires.
- **BCGthérapie:** 9 instillations au minimum

Mécanisme d'action de la BCG thérapie



indication

## RTU

### IPOP

( en absence de contre indication)

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 anatomopathologiques agressive
surveillance simple	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

## B. 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

## V. conclusion

Cancer fréquent

Importance du tabac+++

TVNIM/ TVIM

Traitement endoscopique et surveillance (TVNIM)

Chirurgie (TVIM localisées)

Chimiothérapie (formes étendues)

