



TUMEURS DE LA VESSIE

I- Définition :

- ✘ Les tumeurs urothéliales de la vessie sont des carcinomes développés aux dépens de l'épithélium urothélial, elles représentent 95% des tumeurs de vessie.
- ✘ Les autres tumeurs sont le carcinome épidermoïde, l'ADK et le carcinome indifférencié.

II- Epidémiologie :

- Incidence mondiale : C'est le deuxième cancer urologique après celui de la prostate.
- En Algérie, le cancer de la vessie est classé en 3^{ème} place chez l'homme
- Nette prédominance masculine avec un sexe ratio de 9 hommes pour 1 femme.
- L'âge moyen au diagnostic est de 70 ans.
- **Stades au diagnostic :**
 - Approximativement, 70% des tumeurs de vessie sont des tumeurs non infiltrant le muscle vésical (TVNIM) anciennement appelée tumeurs superficielles.
 - Les tumeurs infiltrant le muscle vésical (TVIM) représentent 25% des tumeurs.
 - Les tumeurs au stade métastatique représentent 5%.

III- Facteurs de risque :

- Tabagisme (amines aromatiques).
- Professionnelles (colorants, hydrocarbures, goudrons).
- L'infection vésicale chronique (production de nitrosamines) sur calcul, sonde, vessie neurologique.
- Schistosomiase (bilharziose urinaire).
- Autres: irradiation pelvienne, phénacétine, cyclophosphamide, génétiques ...

IV- Diagnostic :

CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE :

02 types de manifestations sont évocateurs de tumeurs de vessie :

- 1) **Une hématurie** : Macroscopique ou microscopique associée à des troubles mictionnels. Dans le cadre d'une profession exposée, d'un tabagisme ou d'un âge > 50 ans, elle doit être explorée par un examen endoscopique dès le 1^{er} épisode, qu'elle soit révélée ou non par une prise d'anticoagulant.
- 2) **Des troubles mictionnels irritatifs** : (pollakiurie, impériosités mictionnelles) isolés ou associés à une infection urinaire doivent être explorés par une cytologie urinaire et une endoscopie vésicale, surtout s'ils surviennent sur un terrain tabagique ou un terrain professionnel à risque. Chez l'homme, il ne faut pas se contenter de rattacher ces troubles mictionnels à un problème prostatique.

La découverte peut être aussi fortuite lors d'une cystoscopie, échographie ou TDM abdominale.

INTÉROGATOIRE : Il doit rechercher :

- ✓ Age, profession,
- ✓ Habitudes toxiques : Tabagisme (nombre de cigarette/j)...,
- ✓ Prise médicamenteuse (AVK, Aspégic..).
- ✓ ATCD personnels et familiaux.
- ✓ Chronologie de l'hématurie : initiale, terminale, ou totale
- ✓ Signes associés : brûlures mictionnelles, dysurie, lombalgies, fièvre.
- ✓ Voyage récent au pays d'endémie (bilharziose).



SIGNES GÉNÉRAUX : On recherche :

- ▶ Une fièvre, HTA, pâleur cutanéomuqueuse,
- ▶ Anorexie, asthénie.
- ▶ Notion d'amaigrissement et perte de poids récente.

EXAMEN PHYSIQUE : Il doit être complet.

- ▶ Examen des fosses lombaires à la recherche de:
 - Un contact lombaire.
 - Signe de GIORDANO (ébranlement positif).
- ▶ Examen d'hypogastre à la recherche de :
 - Masse pelvienne, un globe vésical,.
 - Cicatrice d'intervention chirurgicale.
- ▶ Examen des aires ganglionnaires.
- ▶ Les Touchers pelviens sont systématiques à la recherche d'un envahissement locorégional.

L'hématurie est souvent macroscopique et terminale mais elle peut être totale en cas de saignement abondant.

V- Examens complémentaires :

a- Pour le diagnostic :

Les examens à demander en 1^{ère} intention :

- Δ **Une analyse d'urine (ECBU)** : pour confirmer et quantifier le saignement et éliminer une infection urinaire.
- Δ **Une échographie vésicale** : qui montre une déformation de la paroi vésicale ou une lésion bourgeonnante intra vésicale
- Δ **La fibroscopie vésicale (cystoscopie)** : est demandée en cas d'image suspecte à l'échographie ou une hématurie qu'on ne trouve pas son origine, effectuée au moyen d'un endoscope pourvu d'une caméra examine la paroi vésicale et permet de confirmer la présence de la tumeur vésicale. Il s'agit d'un examen qui est effectué sous anesthésie locale réalisable au cours d'une consultation ou au bloc opératoire sous anesthésie locorégionale ou générale

Si l'image échographique est évidente, l'endoscopie est réalisée sous anesthésie locorégionale ou générale afin de réaliser dans le même temps la résection de la tumeur.

b- Bilan d'extension :

✧ **TDM :**

- **En cas de TVNIM**, le bilan d'extension par TDM abdominale n'est pas systématique, mais il est d'autant plus justifié que le grade cellulaire est élevé ou que la tumeur est volumineuse (diamètre > 3cm).
- **En cas de TVIM**, la TDM thoraco-abdomino-pelvien constitue l'examen de référence pour le bilan d'extension, elle a pour but :
 - ✓ D'évaluer le retentissement sur le haut appareil urinaire et de rechercher une lésion associée éventuelle du haut appareil (tumeur des voies excrétrices).
 - ✓ D'apprécier l'envahissement des organes de voisinage et l'infiltration de la graisse périvésicale.
 - ✓ De rechercher des adénopathies locorégionales.
 - ✓ De rechercher des métastases à distance.

✧ **IRM :**

En pratique, l'IRM pelvienne est utile dans les situations suivantes :

- En cas de suspicion d'extension aux organes de voisinage (meilleur que la TDM).



- En cas de suspicion d'envahissement de la paroi pelvienne avec lyse osseuse.
- En cas de contre-indication à la TDM avec injection de produit de contraste iodée (Insuffisance rénale ou femme enceinte).
- ✧ **UIV** (tumeurs urothéliales du haut appareil urinaire ? retentissement sur le haut appareil ?)
- ✧ **La TDM cérébrale et Scintigraphie osseuse** : A la recherche de localisations secondaires ne sont indiquées qu'en cas de manifestations cliniques neurologiques ou osseuses (signes d'appel).

VI- Classification TNM 2009 du cancer de la vessie :

T-TUMEUR :

- Δ **T0** : Absence de tumeur primitive.
- Δ **Ta** : Tumeur papillaire non invasive.
- Δ **Tis** : Carcinome *in situ* : tumeur plane.
- Δ **T1** : Tumeur envahissant le chorion.
- Δ **T2** : Tumeur envahissant la musculature.
 - **T2a** : Tumeur envahissant le muscle superficiel (moitié interne).
 - **T2b** : Tumeur envahissant le muscle profond (moitié externe).
- Δ **T3** : Tumeur envahissant le tissu périvésical.
 - **T3a** : Envahissement microscopique.
 - **T3b** : Envahissement macroscopique (masse extra vésicale).
- Δ **T4** : Envahissement d'un organe périvésical ou de la paroi :
 - **T4a** : Prostate, Utérus ou Vagin.
 - **T4b** : Paroi pelvienne ou Paroi abdominale.

N-EXTENSION RÉGIONALE GANGLIONNAIRE :

- **N0** : Pas d'extension ganglionnaire régionale.
- **N1** : un seul ganglion atteint (Atteinte des ganglions hypogastriques, obturateurs, iliaques externes ou pré-sacrés).
- **N2** : Plusieurs ganglions atteints.

M-EXTENSION MÉTASTATIQUE À DISTANCE :

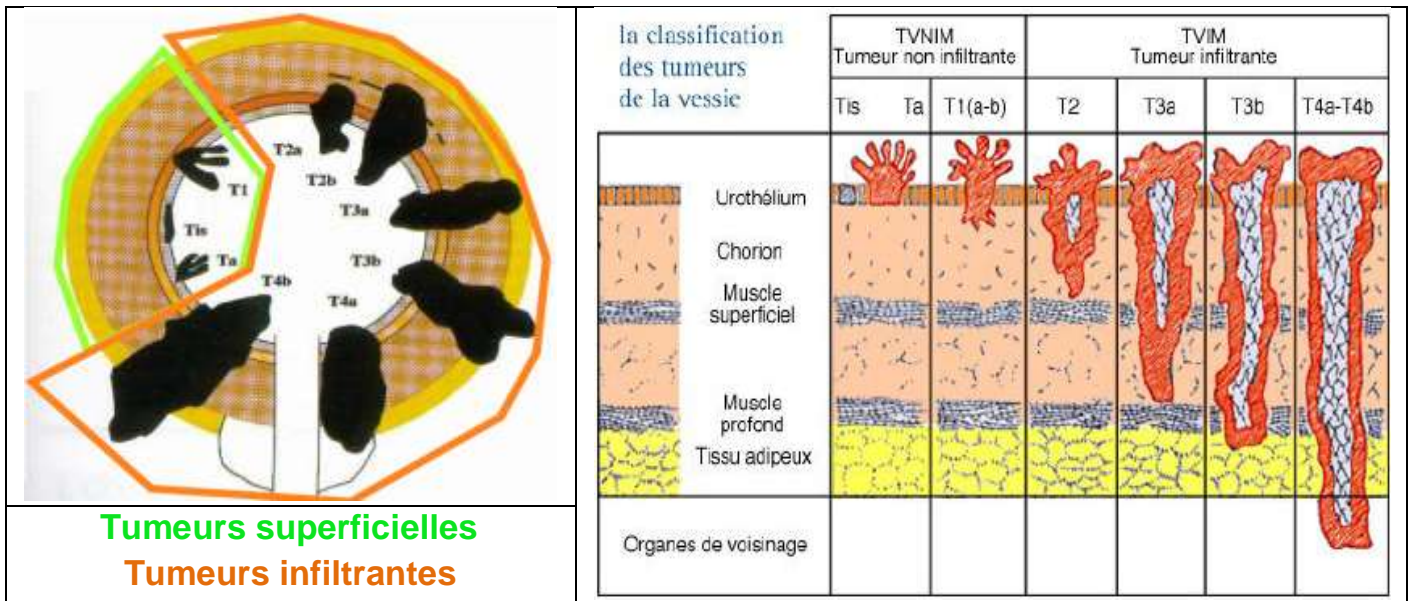
- Δ **M0** : Absence de métastase distante.
- Δ **M1** : Métastase à distance.

VII- Mode d'extension :

- **Locale** : Atteintes vésicales multiples d'emblée, soit desquamation cellulaire et greffe tumorale à distance.
- **Régionale** : Atteinte du rectum, de la prostate, du vagin, de l'utérus.
- **À distance** : Dissémination lymphatique et hématogène : ganglions pelviens, poumons, os, foie

VIII- Anatomopathologie :

- **Type histologique le plus fréquent** : **Carcinome urothélial** peut atteindre tout l'urothélium, des cavités rénales jusqu'au méat urétral, il peut se présenter sous :
 - Formes non infiltrantes TVNIM (superficielle pure ou envahissant le chorion).
 - Formes infiltrantes TVIM (envahissant le muscle vésical et au-delà).
- **Autres** : carcinome épidermoïde (bilharziose), adénocarcinome (ouraqué), sarcome, lymphome, ...



IX- Traitement :

BUTS :

- Ablation de la tumeur dans un but curatif pour les tumeurs localisées (stades Ta, T1, CIS, T2, T3, et N1)
- Traitement palliatif : amélioration de la survie et de la qualité de vie pour les tumeurs localement avancées et métastatiques. (T4, N2-3 et M1)

ARMES THÉRAPEUTIQUES :

➔ Résection trans-urétrale de vessie (RTUV) :

Elle permet le diagnostic de certitude (type histologique) et l'évaluation du degré d'infiltration de la tumeur (TVNIM ou TVIM), suffit à elle seul comme geste thérapeutique pour certaines tumeurs TVNIM (si la résection est complète).

➔ Chirurgie conservatrice :

- **Cystectomie partielle** : pour les petites tumeurs unique qui siègent dans la partie libre de la vessie (dans de rares cas).
- RTUV associée aux protocoles de radio-chimiothérapie.

➔ Chirurgie radicale : Cystectomie totale

Traitement de référence des tumeurs vésicales infiltrantes, elle consiste en une exérèse de la vessie et de la prostate (chez l'homme) ou pelvectomie antérieure (chez la femme), précédée d'un curage ganglionnaire ilio-obturateur de stadification, suivie d'une dérivation urinaire continente ou incontinente, ou la confection d'une néo-vessie.

➔ Traitement palliatif : stade évolué.

- ✓ Radio-chimiothérapie concomitante RCC.
- ✓ Chimiothérapie dans les formes métastatiques
- ✓ Radiothérapie exclusive.
- ✓ Dérivations urinaires, résection hémostatiques ...



INDICATIONS :

A- TVNIM :

Dans tous les cas, l'arrêt de l'intoxication tabagique est impératif, le traitement est essentiellement local.

On commence par une **résection transurétrale de vessie**, qui doit être complète puis en fonction du caractère unifocal ou multifocal de la tumeur, en fonction de l'âge du patient, de son état général, du risque de récurrence et du délai de récurrence, on proposera un traitement complémentaire :

- une immunothérapie par instillations de BCG.
- une chimiothérapie endovésicale par Mitomycine C.

Surveillance : se fait tous les 3 mois par : cytologie urinaire, fibroscopie vésicale (cystoscopie).

B- TVIM :

- Le traitement de référence est chirurgical : Cysto-prostatectomie radicale chez l'homme ou pelvectomie antérieure chez la femme associée à un curage ilio-obturateur étendu bilatéral.
- Radio-chimiothérapie si inopérable

PRÉVENTION DES RÉCIDIVES APRÈS RÉSECTION :

- ▶ Arrêt du tabac
- ▶ Instillation endovésicale de mitomycine C (Améticyne) :
 - 6 à 8 instillations hebdomadaires consécutives
 - contrôles fibroscopiques réguliers
- ▶ Instillation endovésicale d'Immucyst* (BCG-thérapie)
 - 6 instillations hebdomadaires consécutives
 - en l'absence de récurrence, 3 instillations de «rappel» semestrielle

X- Pronostic :

- Le pronostic est lié à l'agressivité de la tumeur (grade cellulaire) et le stade TNM.
- La survie est excellente pour les TVNIM (supérieure à 90 % à 5 ans). Cependant une tumeur peu agressive lors de sa découverte peut devenir agressive ultérieurement (progression).
- Pronostic à 5 ans : T. superficielle : 90%, T. invasive : 45%, T. métastatique : 10%

Points forts

- * Cancer fréquent
- * Importance du tabac
- * L'examen clé pour le diagnostic est la cystoscopie.
- * Le type histologique le plus fréquent est le carcinome urothélial.
- * On distingue 2 stades au profil évolutif et au pronostic complètement différents : les TVNIM et les TVIM de vessie.
- * Le traitement des TVNIM repose sur la résection transurétrale ± chimiothérapie intra vésicale ou instillation de BCG.
- * Les 2 risques évolutifs sont la récurrence et la progression.
- * Le traitement du cancer infiltrant comprend la cystectomie associée à une dérivation des urines et d'éventuels traitements complémentaires (chimio/radiothérapie).
- * Le risque évolutif des cancers infiltrants TVIM est la dissémination métastatique.
- * La surveillance des patients qui ont un cancer de vessie est une surveillance à vie.