

## Tumeurs de vessie

**I- Épidémiologie :** •Deuxième tumeur urologique après le cancer de prostate. Plus fréquent chez l'homme que chez la femme. L'âge médian de survenue : 69 ans chez l'homme et 71 ans chez la femme.

**Facteurs de risque** •le tabac : risque relatif multiplié par 4.

• l'exposition professionnelle: 1 cancer de vessie sur 4. Produits impliqués : dérivés des hydrocarbures et de l'aniline, (métiers de la teinture, du caoutchouc)

• bilharziose urinaire, prédispose au cancer de vessie de type épidermoïde. Ce Kc est retrouvé dans 70 % des cas de tumeurs de vessie en Égypte, où la prévalence de la bilharziose est de 45%.

**II- circonstances de découverte :** •Hématurie (85 % des cas): classiquement terminale, indolore et intermittente.

• Environ 20% des patients présentent des signes d'irritation vésicale (mictions impérieuses, pollakiurie) traduisant volontiers la présence de CIS,

• Parfois, la découverte est fortuite (échographie).

• Manifestations de métastases ou d'envahissement loco-régional

**III-Diagnostic :** •Le diagnostic est fondé sur **la cystoscopie** : Elle permet de voir la tumeur vésicale, d'en déterminer sa localisation, d'en préciser ses caractères morphologiques

**L'échographie :** est indiquée: \*Devant une clinique inquiétante, \*pour la surveillance de patients traités pour tumeur de vessie superficielle, \*ou pour ceux refusant la cystoscopie. •Elle objective une image caractéristique de végétation endo-luminale, à base d'implantation pédiculée ou sessile.

**L'urographie intraveineuse : UIV :** •en cas de tumeur vésicale suffisamment volumineuse, elle montre une image de lacune avec rigidité pariétale partielle.

**La cytologie urinaire (CU) :** •C'est l'examen des cellules desquamées qui sont éliminées naturellement dans l'urine du patient ou recueillies lors d'un lavage vésical au cours d'une cystoscopie.

• Leur étude permet de détecter des anomalies, ce qui est très utile pour le diagnostic, la surveillance et en particulier la détection des récives après traitement .

• La CU est utile pour les tumeurs de haut grade et en cas de carcinome in situ.

**IV- Classification OMS des tumeurs de vessie :**

**A - TUMEURS PROVENANTS DE L'EPITHELIUM VESICAL**

**1 Tumeurs urothéliales :** 90%

• Elles forment un ensemble lésionnel, pouvant siéger en tout point de l'appareil excréto-urinaire (calice, pyélon, uretère, vessie, urètre).

• Ces tumeurs ont la particularité d'être multiples, de récidiver au même endroit ou ailleurs et de devenir infiltrantes.

• 2 grandes catégories :

- **tumeurs non infiltrantes** 2/3 (pTa, pT1, pTis) 70% de récive à 2 ans, 15% de progression (pT2) à 2 ans , nécessitant Traitement Conservateur : Résections itératives, instillations endovésicales

- **tumeurs infiltrantes d'emblée**, nécessitant un traitement radical : cystectomie

•**Macroscopie:** 75 % des tumeurs urothéliales sont macroscopiquement des tumeurs papillaires à la surface de la muqueuse vésicale, réalisant un aspect en choux fleur.

### Aspects histologiques et grading des tumeurs urothéliales

**1-1-Carcinome in Situ :** c'est une lésion plane de cancérisation intra épithéliale : elle peut être isolée ou associée à une tumeur papillomateuse plus ou moins infiltrante. Elle est d'identification difficile en cystoscopie mais peut être détectée par la cytologie urinaire d'où son intérêt majeur dans ce cas.

•Le dg repose sur la désorganisation architecturale, les atypies cytonucléaires (sont celles de haut grade) et l'existence de mitoses visibles sur toute la hauteur de l'urothélium (plan, épaissi ou aminci)

**1-2-Le papillome bénin- papillome de Mostofi :** tumeur très rare : 1%, sujet jeune, de petite taille (< ou = 2cm), Solitaire, à franges fines, les papilles sont bordées par un urothélium normal. Absence d'atypies cyto-nucléaires

**1-3-Papillome inversé :** •Représente 1 à 2% des tumeurs vésicale, constamment bénin et non récidivant. Endoscopie : tumeur unique polypoïde, sans végétations papillaires.

•**Microscopie :** urothélium plan, par mécanisme d'invagination donne naissance à des cordons de cellules tumorales qui se développent dans le chorion muqueux. Absence d'atypies cellulaires et de mitoses.

**1-4-Tumeur urothéliale de faible potentiel de malignité :** •Représente 20 à 30% des pTa. Les végétations sont plus ou moins épaisses. La désorganisation architecturale et les anomalies de la maturation sont discrètes. Les noyaux sont un peu hypertrophiés mais dans l'ensemble de taille irrégulière. Les mitoses sont exceptionnelles et basales.

•Évolution: 40 à 60 % de récurrence à 5 ans et taux de progression faible (environ 5%).

#### 1-5- Carcinome urothélial de bas grade :

•C'est le grade le plus important des pTa ( 50 %), les Végétations sont plus ou moins épaisses, les anomalies cyto architecturales sont modérées avec perte de la polarité nucléaires, les Noyaux sont peu irréguliers avec quelques mitoses dans les couches basales et moyennes.

•Évolution : taux de récurrence à 5 ans (50 à 70 %) et taux de progression de 5 à 10 %;

**1-6- Carcinome urothélial de haut grade :** Représente environ 20 à 30 % des pTa. C'est le grade très majoritaire des tumeurs pT1 et surtout des tumeurs pT2. Les Végétations plus ou moins épaisses. Les atypies cyto architecturales sont marquées: Perte de la polarité cellulaire et nucléaire, chevauchement nucléaire, anisocytose, anisocaryose et mitoses nombreuses.

•Évolution : taux de récurrence à 5 ans (50 à 70 %), risque de progression élevé vers le carcinome infiltrant pT1 (15 %).

#### 2 Carcinomes épidermoïdes : 3%, association avec la bilharziose.

•**Macroscopie :** Tumeur généralement infiltrante.

•**Microscopie :** La tumeur est constituée de lobules différenciés plus ou moins matures ou peu différenciés.

#### 3- Adénocarcinomes : 2%•Macroscopie: Tumeur infiltrante.

Microscopie: Adénocarcinome plus ou moins bien différencié, de types variés (Leiberkuhnien, colloïde muqueux, à cellules indépendantes mucipares)

## **B - AUTRES TUMEURS**

**1-Tumeurs conjonctives bénignes et malignes.** Exp : le rhabdomyosarcome, le fibrome...etc.

Lymphome malin, tumeurs neuroendocrines, tumeurs mélanocytaires de type mullerien etc...  
Extension ou métastase d'une tumeur de voisinage

**C- Tumeurs de la voie excrétrice haute :** on peut rencontrer le même type de tumeurs tout le long des voies excrétrices. Le grade et le stade des tumeurs malignes doit être également précisé dans le compte rendu anatomopathologique.

## **Tumeurs des voies excrétrices supérieures**

### **T Tumeur primitive**

- Tx Tumeur primitive non évaluable
- T0 Tumeur primitive non retrouvée
- Ta Carcinome papillaire non invasif
- Tis Carcinome in situ
- T1 Tumeur envahissant le chorion
- T2 Tumeur envahissant la musculature
- T3 *Bassin et calices* : tumeur dépassant la musculature envahissant la graisse péri-pyélique ou le parenchyme rénal
- *Uretere* : tumeur dépassant la musculature et envahissant la graisse péri-urétérale
- T4 Tumeur envahissant les organes de voisinage ou la graisse péri-rénale à travers le rein

### **N Ganglions lymphatiques régionaux**

- Nx Ganglions non évaluables
- N0 Absence de métastase ganglionnaire régionale
- N1 Métastase ganglionnaire unique < 2 cm
- N2 Métastase ganglionnaire unique > 2 cm et < 5 cm ou métastases ganglionnaires multiples < 5 cm

## **D- Rôle de l'anatomopathologiste dans les tumeurs de vessie:**

\*Etablir le diagnostic

\* Etablir le stade en fonction du niveau d'extension dans la paroi vésicale.  
L'étude d'une pièce de cystectomie permet une appréciation exacte du stade.

\*Etablir le grade en fonction du degré de différenciation histologique (architecture, cytologie, mitoses,...).

**Classification OMS 2016 des tumeurs de vessie****Urothelial tumours**

<i>Infiltrating urothelial carcinoma</i>	8120/3
Nested, including large nested	
Microcystic	
Micropapillary	8131/3
Lymphoepithelioma-like	8082/3
Plasmacytoid / signet ring cell / diffuse	
Sarcomatoid	8122/3
Giant cell	8031/3
Poorly differentiated	8020/3
Lipid-rich	
Clear cell	

**Non-invasive urothelial neoplasms**

Urothelial carcinoma in situ	8120/2
Non-invasive papillary urothelial carcinoma, low-grade	8130/2
Non-invasive papillary urothelial carcinoma, high-grade	8130/2
Papillary urothelial neoplasm of low malignant potential	8130/1
Urothelial papilloma	8120/0
Inverted urothelial papilloma	8121/0
Urothelial proliferation of uncertain malignant potential	
Urothelial dysplasia	

**Squamous cell neoplasms**

Pure squamous cell carcinoma	8070/3
Verrucous carcinoma	8051/3
Squamous cell papilloma	8052/0

**Glandular neoplasms**

Adenocarcinoma, NOS	8140/3
Enteric	8144/3
Mucinous	8480/3
Mixed	8140/3
Villous adenoma	8261/0

**Urachal carcinoma**

	8010/3
--	--------

**Tumours of Müllerian type**

Clear cell carcinoma	8310/3
Endometrioid carcinoma	8380/3

**Neuroendocrine tumours**

Small cell neuroendocrine carcinoma	8041/3
Large cell neuroendocrine carcinoma	8013/3
Well-differentiated neuroendocrine tumour	8240/3
Paraganglioma	8693/1

**Melanocytic tumours**

Malignant melanoma	8720/3
Naevus	8720/0
Melanosis	

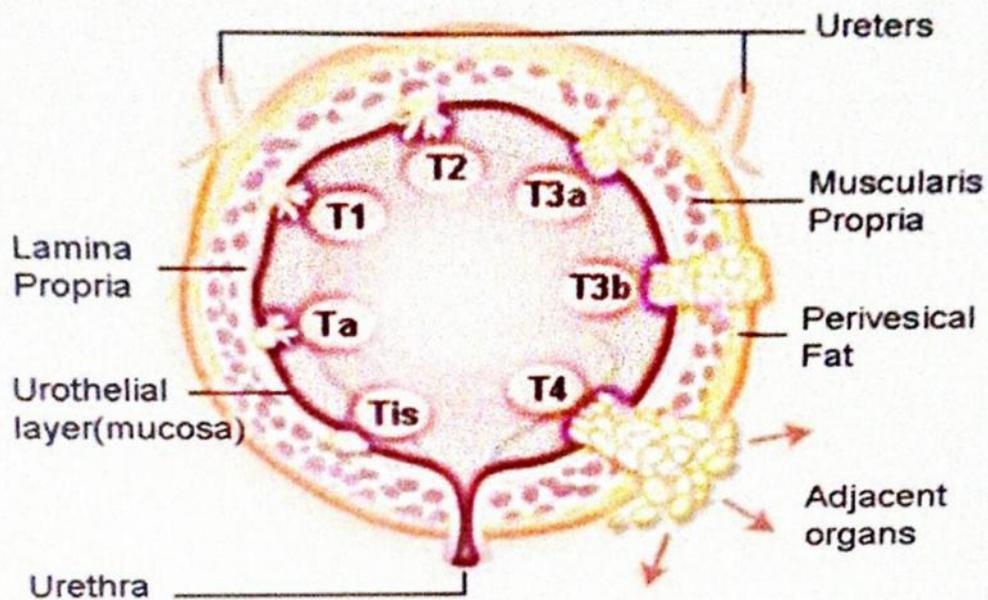
**Mesenchymal tumours**

Rhabdomyosarcoma	8900/3
Leiomyosarcoma	8890/3
Angiosarcoma	9120/3
Inflammatory myofibroblastic tumour	8825/1
Perivascular epithelioid cell tumour	
Benign	8714/0
Malignant	8714/3
Solitary fibrous tumour	8815/1
Leiomyoma	8890/0
Haemangioma	9120/0
Granular cell tumour	9580/0
Neurofibroma	9540/0

**Urothelial tract haematopoietic and lymphoid tumours****Miscellaneous tumours**

Carcinoma of Skene, Cowper, and Littre glands	8140/3
Metastatic tumours and tumours extending from other organs	
Epithelial tumours of the upper urinary tract	
Tumours arising in a bladder diverticulum	
Urothelial tumours of the urethra	

The morphology codes are from the International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O) (917A). Behaviour is coded /0 for benign tumours, /1 for unspecified, borderline or uncertain behaviour, /2 for carcinoma in situ and grade III intraepithelial neoplasia, and /3 for malignant tumours. The classification is modified from the previous WHO classification (75EA), taking into account changes in our understanding of these lesions.

Classification TNM des tumeurs de vessie 2010**BLADDER CANCER STAGING (TNM)****T Tumeur primitive**

- Tx Tumeur primitive non évaluable
- T0 Tumeur primitive non retrouvée
- Ta Carcinome papillaire non invasif
- Tis Carcinome in situ « plan »
- T1 Tumeur envahissant le chorion
- T2 Tumeur envahissant la musculature
  - T2a Tumeur envahissant le muscle superficiel (moitié interne)
  - T2b Tumeur envahissant le muscle profond (moitié externe)
- T3 Tumeur envahissant le tissu péri-vésical
  - T3a Envahissement microscopique
  - T3b Envahissement extra-vésical macroscopique
- T4 Tumeur envahissant une structure péri-vésicale
  - T4a Prostate, vagin ou utérus
  - T4b Paroi pelvienne ou abdominale

**N Ganglions lymphatiques régionaux**

- Nx Ganglions non évaluables
- N0 Absence de métastase ganglionnaire régionale
- N1 Métastase ganglionnaire unique < 2 cm
- N2 Métastase ganglionnaire unique > 2 cm et < 5 cm
- ou métastases ganglionnaires multiples < 5 cm
- N3 Métastase(s) ganglionnaire(s) > 5 cm