

I – EPIDEMIOLOGIE

- Deuxième tumeur urologique en fréquence, après le cancer de prostate.
- Plus fréquente 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 DECOUVERTE

- 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

1° 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

2° L'échographie : elle est indiquée:

- 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.

3° L'urographie intraveineuse

- en cas de tumeur vésicale suffisamment volumineuse, elle montre une image de lacune avec rigidité pariétale partielle.

4°La cytologie urinaire (CU)

- C'est l'examen des cellule 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 provenant de l'épithélium vésical**

- 1) **Tumeurs urothéliales : 90%**
- 2) Carcinomes épidermoïdes : 3%, association avec la bilharziose
- 3) Adénocarcinomes : 2%

B – AUTRES TUMEURS

- 1) Tumeurs conjonctives, exp : le rhabdomyosarcome, le fibrome...etc.
- 2) Lymphome malin
- 3) Phéochromocytome
- 4) Extension ou métastase d'une tumeur de voisinage

V– TUMEURS UROTHELIALES : Tumeurs transitionnelles ou paramalpigiennes**1° Particularités anatomo-cliniques**

- 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 in filtrantes.
- 2 grandes catégories :
 - tumeurs non infiltrantes 2/3 (pTa, pT1, pTis) 70% de récive à 2 ans, 15% de progression (pT2) à 2 ans
 - tumeurs infiltrantes d'emblée

2°Macroscopie:

75 % des tumeurs urothéliales sont macroscopiquement des tumeurs papillaires à la surface de la muqueuse vésicale, réalisant un aspect en choux fleurs.

3° Rôle de l'anatomopathologiste :

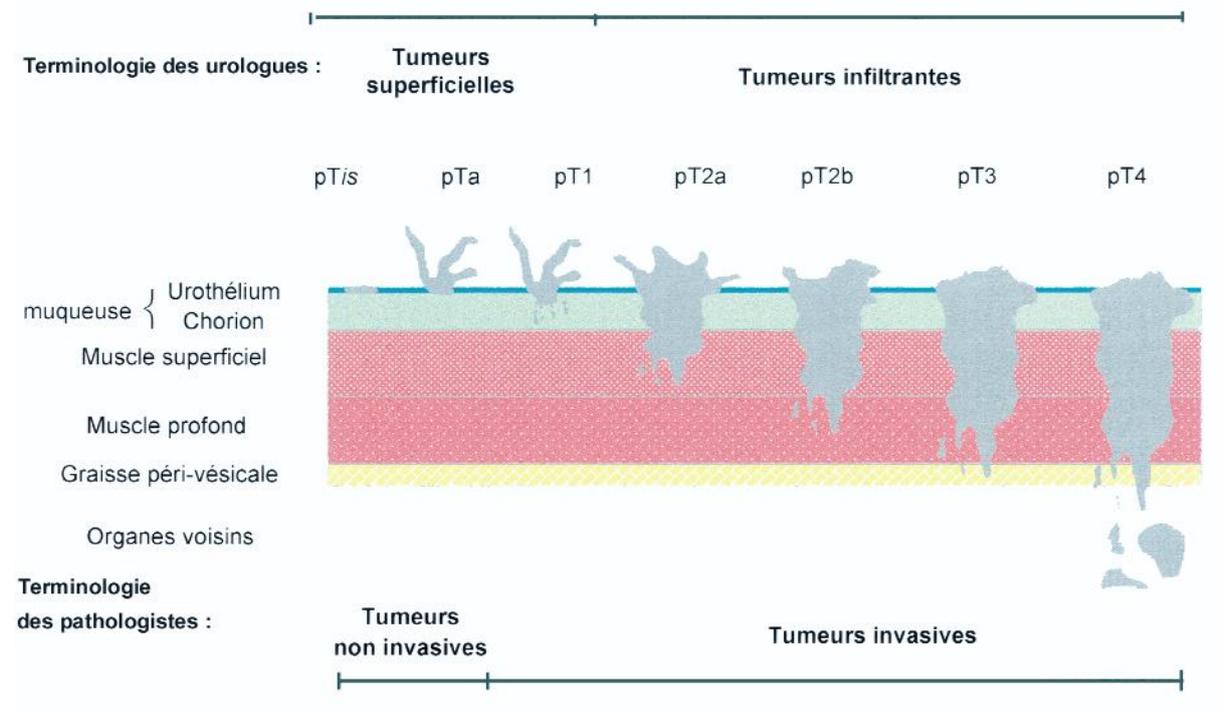
L'étude anatomopathologique détermine :

- ✓ Le stade en fonction du niveau d'extension dans la paroi vésicale

- ✓ Le grade en fonction du degré de différenciation histologique (architecture, cytologie, mitoses,...).
- ✓ L'étude d'une pièce de cystectomie permet une appréciation exacte du stade.

4° Classification TNM 2017

<p>T: Tumeur primitive</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ta: tumeur papillaire non invasive • Tis: carcinome in situ • T1: Tm envahissant le chorion <ul style="list-style-type: none"> ▪ T1a: chorion superficiel ▪ T1b: chorion profond • T2: Tm envahissant la musculature <ul style="list-style-type: none"> ▪ T2a: Muscle superficiel ▪ T2b: Muscle profond • T3: Tm envahissant le tissu péri vésical <ul style="list-style-type: none"> ▪ T3a: envahissement microscopique ▪ T3b: envahissement macroscopique 	<ul style="list-style-type: none"> • T4: envahissement d'un organe péri-vésical ou de la paroi <ul style="list-style-type: none"> ▪ T4a: prostate, utérus ou vagin ▪ T4b: paroi pelvienne ou abdominale • N : Adénopathies régionales <ul style="list-style-type: none"> ▪ N0: pas de métastases ▪ N1 : Ganglion unique < 2 cm ▪ N2 : Ganglion unique de 2 à 5 cm ou ganglions multiples, tous <5cm ▪ N3 : Ganglion (s) > 5 cm • Métastases à distance <ul style="list-style-type: none"> ▪ M0: pas de métastase ▪ M1: présence de métastase
---	--



5° ASPECTS HISTOLOGIQUES ET GRADING DES TUMEURS UROTHELIALES

a. Carcinome in situ:

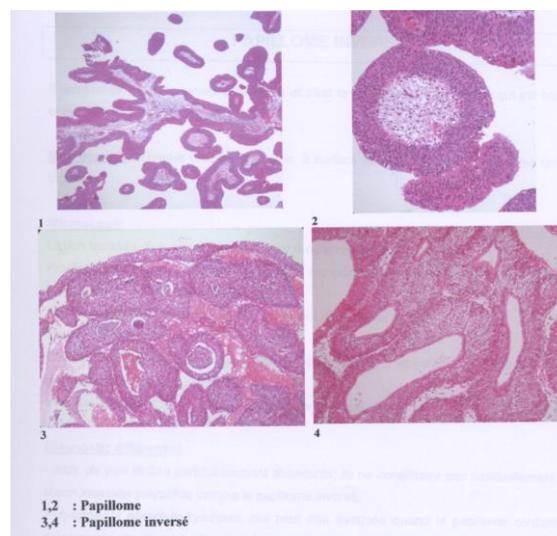
- Le carcinome in situ est une **lésion plane** de cancérisation *intra épithéliale* : elle peut être isolée ou associée à une tumeur papillomateuse plus ou moins infiltrante. Elle est d'identification difficile en cystoscopie mais peut être détectée par la cytologie urinaire d'où son intérêt majeur dans ce cas.
- Le diagnostic repose sur la désorganisation architecturale, **les atypies cyto nucléaires (sont celles du grade G3)** et l'existence de mitoses visibles sur toute la hauteur de l'urothélium(plan,épaissi ou aminci)

b-Le papillome bénin- papillome de Mostofi

- Tumeur très rare : 1%, sujet jeune
- Lésion de petite taille (< ou= 2cm)
- Solitaire, à franges fines
- Les papilles sont bordées par un urothélium normal.
- Absence d'atypies cyto-nucléaires

c-Papillome inversé

- Représente 1 à 2% des tumeurs vésicales.
- Tumeur de caractère constamment bénin et non récidivant.
- Endoscopie : tumeur unique polypoïde, sans végétations papillaires.
- Micro : 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 mitose



d-Tumeur urothéliale de faible potentiel de malignité

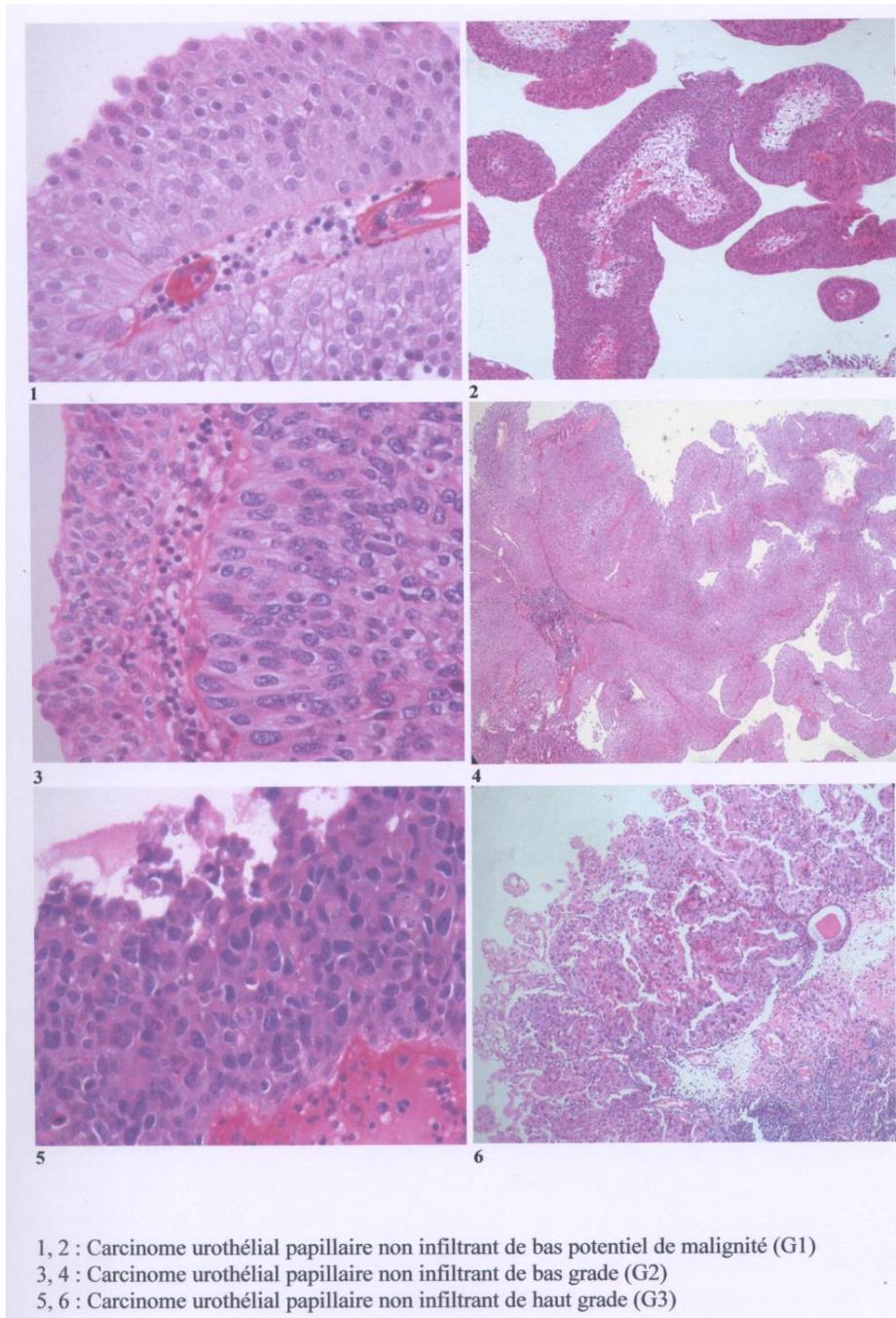
- Représente 20 à 30% des pta
- Les végétations sont plus ou moins épaisses.
- La désorganisation architecturale et les anomalies de la maturation sont discrètes.
- Les noyaux sont un peu hypertrophiés mais dans l'ensemble de taille irrégulière. Les mitoses sont exceptionnelles et basales.
- Évolution: 40 à 60 % de récurrence à 5 ans et taux de progression faible (environ 5%).

e- Carcinome urothélial de bas grade

- C'est le grade le plus important des pta (50 %)
- Végétations plus ou moins épaisses
- Anomalies cyto architecturales modérées, perte de la polarité nucléaire
- Noyaux 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 %;

f- 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 D pt2.
- Végétations plus ou moins épaisses.
- Atypies cyto architecturales 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 %).



VI- LES AUTRES TUMEURS VESICALES**A- EPITHELIALES****1°- Carcinome épidermoïde :**

- Macroscopie : Tumeur généralement infiltrante.
- Microscopie : La tumeur est constituée de lobules différenciés plus ou moins matures ou peu différenciés.

2°- Adénocarcinome :

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

B – CONJONCTIVES**1°- Bénignes :**

- Fibrome, léiomyome, lipomes.
- Angiome circonscrit ou angiomatose diffuse
- Neurofibrome du col vésical ou du trigone.
- Pseudotumeur inflammatoire : Tumeur myofibroblastique

2° - Malignes:

Leiomyosarcome, Rhabdomyosarcome, Lymphome

VI – PRONOSTIC DES TUMEURS UROTHELIALES

Il s'établit en fonction du grade et du stade. Il est important de prévoir des facteurs de risque de récurrence, permettant de déterminer une surveillance intensifiée des patients à haut risque ; ces facteurs sont :

- L'accroissement du grade lors de la récurrence.
- Le nombre et la taille des tumeurs.
- La précocité des premières récurrences.
- L'existence de lésion de dysplasie sévère ou de carcinome in situ au niveau de la muqueuse vésicale à distance de la tumeur.

Pronostic à cinq ans :

- Tumeurs superficielles : 90%
- Tumeurs invasives : 45 %
- Tumeurs métastatiques: 10 %.