

CANCER DE VESSIE



Généralités

- 7ème cause de mortalité chez l'homme, 10ème chez la femme
- 2ème cancer urologique

Approche épidémiologique

- **Sex ratio:** 3 hommes / 1 femme
- **Age médian:** 70 ans
- **Incidence accrue**
 - ◆ Pays industrialisés (sauf Japon)
 - ◆ Villes par rapport aux campagnes
 - ◆ Rôle du tabac

Facteurs de risques établis

- **TABAC**: impliqué dans 30 à 40 % des cas
 - ◆ Inhalation de fumée de cigarette (RR de 1.8 à 7)
 - ◆ Risque lié:
 - ◆ Nombre de cigarettes fumées par jour
 - ◆ Durée de l'intoxication (20 ans)
 - ◆ 10 ans d'arrêt pour revenir à une normalisation du risque

Autres facteurs de risque

■ Carcinogènes industriels

- ◆ **Colorants** : teintures, tanneries, peintures
- ◆ Métiers de l'**agriculture**, de la **métallurgie**, de la **pétrochimie**, du **caoutchouc**
- ◆ 1er cancer reconnu comme **maladie professionnelle**
 - ◆ En rapport avec les **amines aromatiques** et leurs dérivés (aniline)
 - ◆ indemnisable

Circonstances de découverte

- Hématurie
 - ◆ Micro ou macro
- Troubles mictionnels
 - ◆ Pollakiurie, impériosités, dysurie, infections récidivantes
- Manifestation clinique d'une extension loco-régionale
- Métastases à distance
- Urocytogramme suspect (exposition professionnelle)

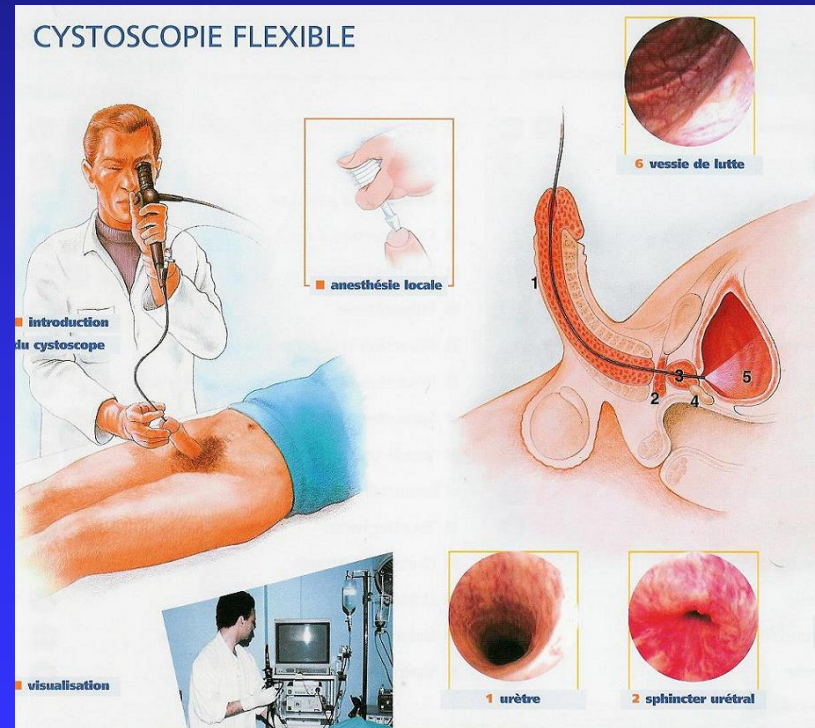
Bilan complémentaire

- Echographie urinaire



- Cystoscopie

- Urocytogramme



Diagnostic positif

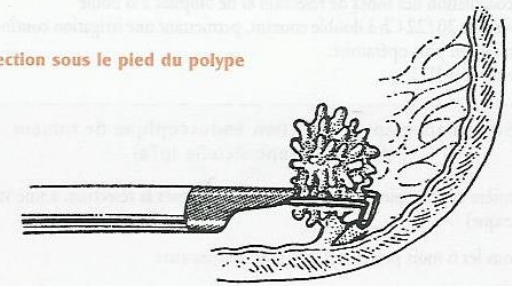
■ Résection endoscopique

- ◆ Sous AG ou anesthésie loco-régionale
- ◆ Permet la résection de la tumeur et de faire des biopsies de la vessie
- ◆ Critère de qualité: profondeur du prélèvement (muscle)

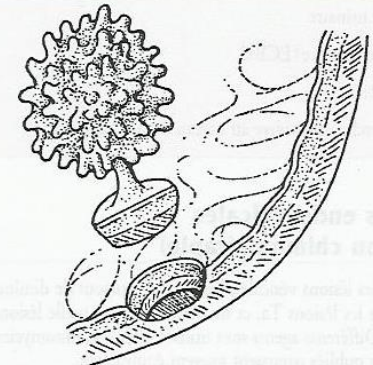
■ Examen anatomo-pathologique des copeaux de résection

- ◆ Affirme le diagnostic
- ◆ Apporte les éléments pronostiques: stade, grade

Résection sous le pied du polype



La résection a enlevé une partie de la couche musculaire



Coagulation des artérioles visibles dans le lit de la résection

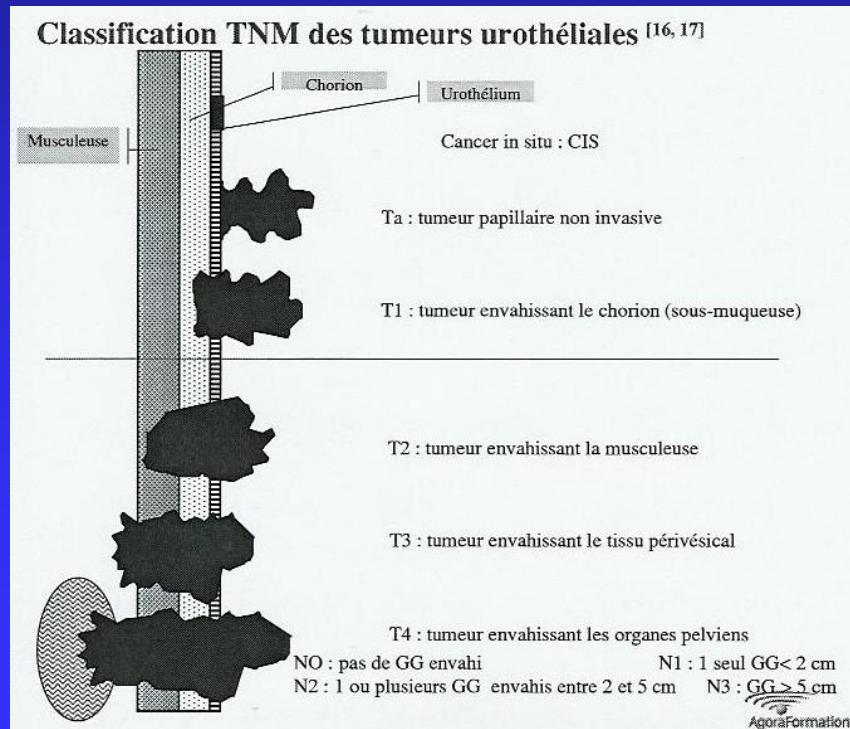


Affirme le diagnostic (1)

- Carcinome à cellules urothéliales 90 %
- Autres
 - ◆ Carcinome à cellules squameuses 6 %
 - ◆ Adénocarcinome 2 %
 - ◆ Carcinome indifférencié < 1 %

Prognostic : Infiltration dans la paroi

- 2 groupes de tumeurs
 - ◆ Tumeurs non invasives (TVNI)
 - ◆ Tumeurs invasives ou infiltrantes (TVI)
- L'événement évolutif majeur est l'invasion de la musculeuse



Prognostic: grade de différenciation

ELEMENT PRONOSTIC MAJEUR

- Faible grade: tumeur bien différenciée
- Haut grade: tumeur peu différenciée

Tumeurs de vessie non invasives (TVNI)

- 70 % des tumeurs de vessie



- Problème de récurrence locale (2/3 des cas)

- Risque de progression sur un mode infiltrant (1/3 des cas)



Tumeurs de vessie infiltrantes

- 30 % des tumeurs de vessie
- Risque élevé de métastases ou d'extension locale
- Espérance moyenne de survie globale:
 - ◆ 40 % à 5 ans si pas de métastases, 10 % à 10 ans
 - ◆ 4 % à 5 ans si métastases



Carcinome in situ



- 5 % des cas



- Néoplasie intra-épithéliale, haut grade

- Souvent associé à une tumeur infiltrante ou non

- Très symptomatique

 - ◆ Signes d'irritation vésicale

Facteurs pronostiques

- Stade
- Grade
- Taille
- Multifocalité
- CIS associé

2 cas de figures

- La tumeur est superficielle et de faible grade
 - ◆ Pas de bilan d'extension car peu de risque de métastases
 - ◆ Faire UroTDM à la recherche de lésion de l'uretère
 - ◆ Apprécier le risque de récurrence pour décider d'un éventuel traitement complémentaire
- La tumeur est infiltrante et/ou de haut grade
 - ◆ Faire bilan d'extension car risque métastatique

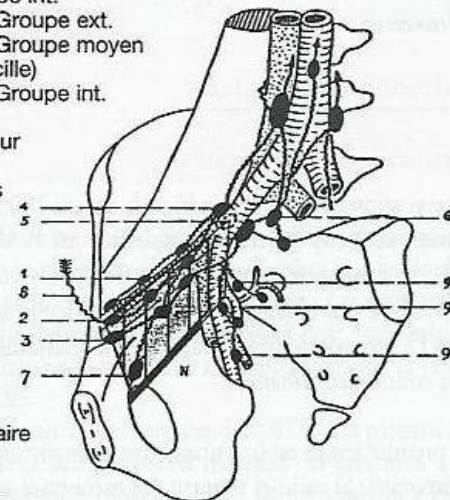
Bilan d'extension

■ Ganglions pelviens

- ◆ 1ers relais ganglionnaires
- ◆ Scanner pelvien ou IRM

Relais ganglionnaires pelviens, et la zone du curage ilio-obturateur modifié

1. Chaîne iliaque ext. : Groupe ext.
2. Chaîne iliaque ext. : Groupe moyen
3. Chaîne iliaque ext. : Groupe int.
4. Chaîne iliaque primitive : Groupe ext.
5. Chaîne iliaque primitive : Groupe moyen (Fossette der Cuneo et Marcille)
6. Chaîne iliaque primitive : Groupe int. (Promontoire)
7. Ganglion du trou obturateur
8. Chaîne épigastrique
9. Ganglions hypogastriques
- N. Paquet obturateur



☐ Aire du curage ganglionnaire classique

Extension métastatique

■ Poumons

- ◆ TDM thoracique

■ Os

- ◆ Scintigraphie osseuse si appel clinique

■ Foie

- ◆ Echographie hépatique

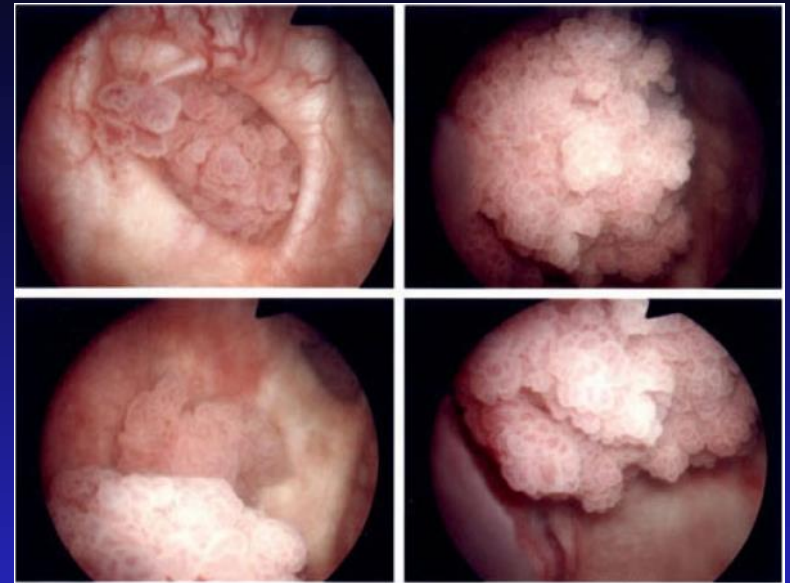
■ Cerveau

- ◆ TDM cérébrale si appel clinique

APPROCHE THERAPEUTIQUE

Tumeurs superficielles

- La résection endoscopique
 - ◆ La plus complète possible
- Dans certains cas, Instillations endovésicales
 - ◆ À visée prophylactique des récurrences
 - ◆ Immunothérapie (BCG)
 - ◆ Chimiothérapie locale (mitomycine C)
- Chez tous les patients
 - ◆ Sevrage tabagique
 - ◆ Eviction d'une éventuelle exposition à des carcinogènes



BCGthérapie

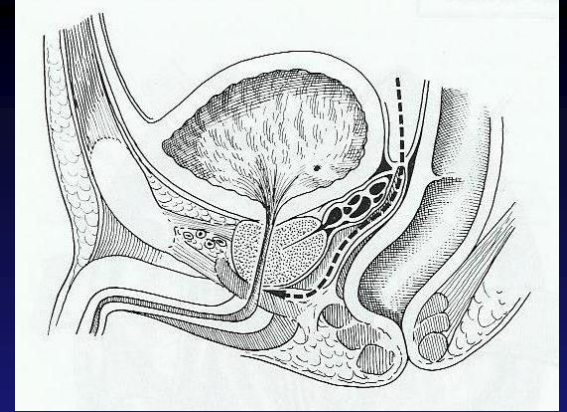


■ Morbidité

- ◆ Risques bactériens spécifiques/ non spécifiques
- ◆ Effets secondaires locaux : pollakiurie, brûlure mictionnelle, cystite, hématurie
- ◆ Complications générales : fièvre, BCGite généralisée, allergies

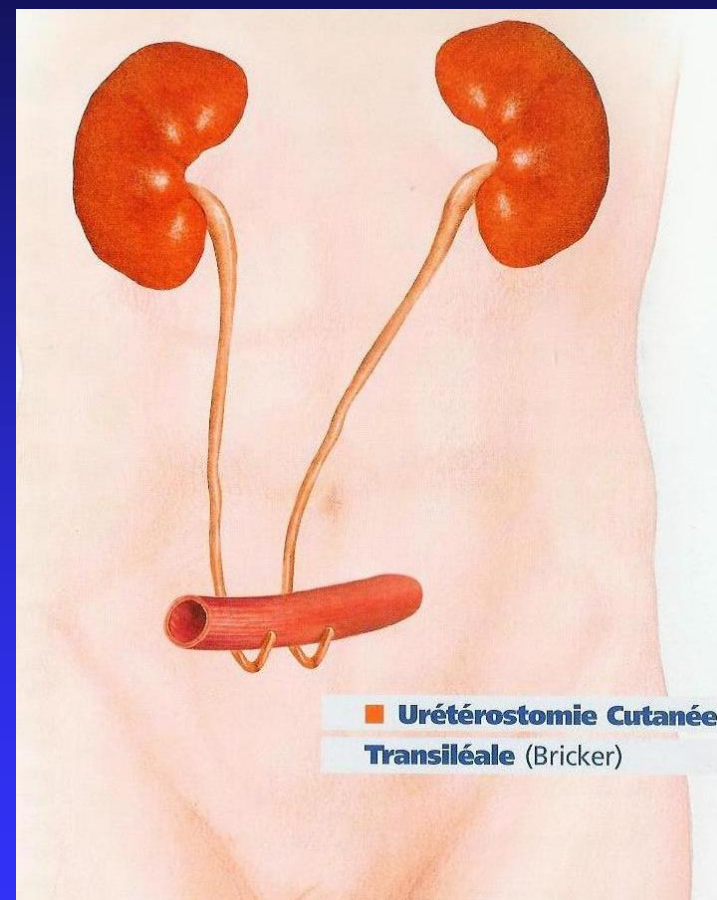
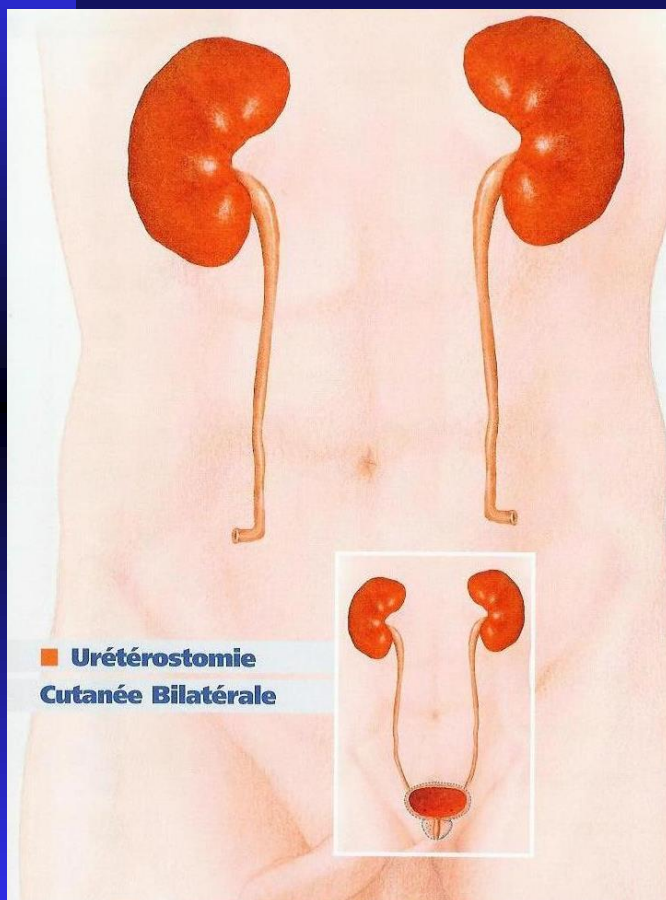
! **Toute fièvre modérée de plus de 48 h ou toute fièvre de plus de 38.5°c doit impérativement amener à consulter l'urologue**

Tumeurs invasives

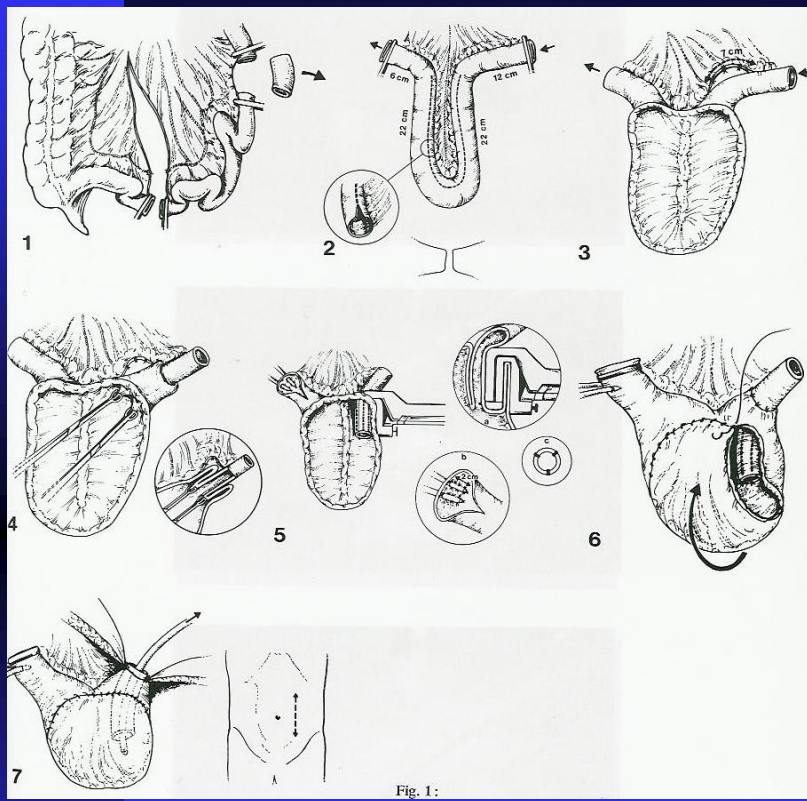


- Cysto-prostatectomie totale chez l'homme
- Pelvectomie antérieure chez la femme (vessie, utérus, annexes)
 - ◆ Remplacement de vessie ou
 - ◆ Dérivation urinaire
- Chimiothérapie systémique si métastases

Dérivations urinaires cutanées non continentes



Dérivation urinaire cutanée continente



Remplacement vésical

