

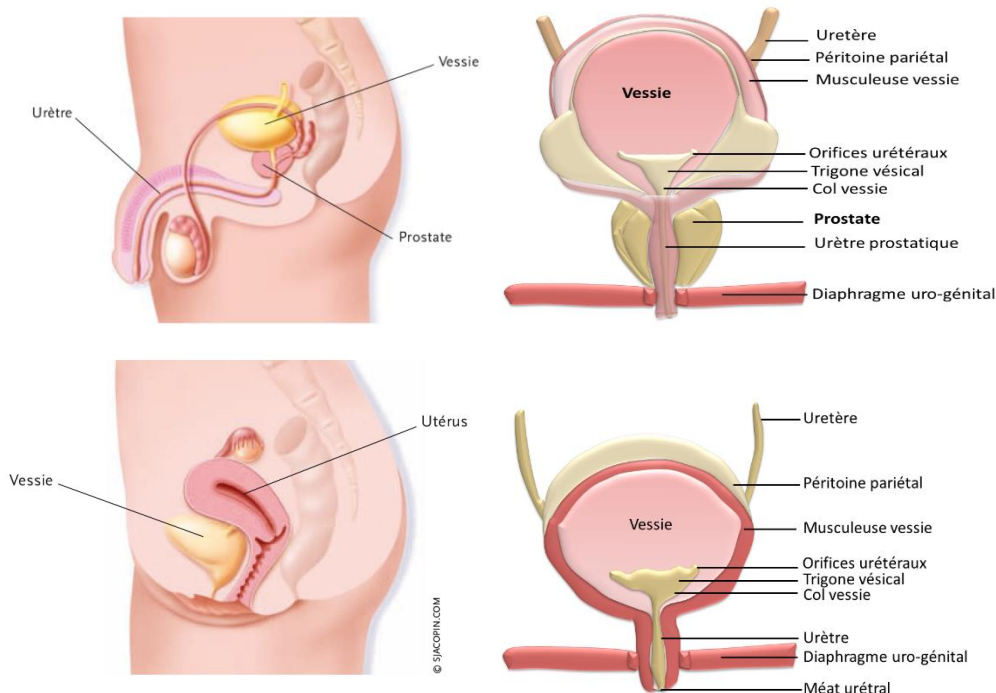
# LES TUMEURS DE LA VESSIE

## I-INTRODUCTION :

- Les cancers de la vessie sont des tumeurs malignes qui se développent au dépend des muqueuses urothéliales de la paroi vésicale.
- Ce sont des tumeurs fréquentes et récidivantes.
- Le principal facteur de risque est le tabagisme ++
- Leur diagnostic doit être systématiquement évoqué devant une hématurie macroscopique, d'autant plus s'il s'agit d'un homme, fumeur, de la cinquantaine.
- La résection endoscopique permet de préciser le diagnostic et l'extension en profondeur de la tumeur.
- En fonction de leur développement local on distingue : les tumeurs vésicales infiltrantes de la musculuse TVIM et les tumeurs vésicales non infiltrantes de la musculuse TVNIM.
- Leur pronostic est lié à leur extension en profondeur et à distance

## II- RAPPELS ANATOMIQUES :

- La vessie est un organe creux situé derrière le pubis.
- Chez l'homme est localisée juste au-dessus de la prostate et en avant du rectum.
- Chez la femme, elle se situe sous l'utérus en avant du vagin.
- Elle stocke l'urine produite par les reins à travers 2 conduits appelés uretères ; et lorsqu'elle est pleine, elle se contracte pour évacuer les urines vers l'urètre.



### III- RAPPEL HISTOLOGIQUE : La Paroi vésicale est subdivisée en 05 couches :

- La muqueuse : Urothélium
- La sous muqueuse (chorion)
- La musculature superficielle
- La Musculaire profonde
- La graisse péri-vésicale.

### IV-EPIDÉMIOLOGIE :

#### A/ Epidémiologie descriptive

- 4ème Kc chez l'homme **poumon, colorectum, prostate, vessie.**
- Registre des tumeurs INSP Alger 2012 : Incidence 1 %/an
  - Homme : Incidence Brute = 14/100000 habitant (9.8 en 2007)
  - Femme : Incidence Brute = 3.6 /100000 habitant. (1.48 en 2007)
- Sexe ratio 4 (**4homme/1femme**)
- Age moyen de diagnostic 60 ans. (50-70)

#### Registre des tumeurs INSP d'Alger 2015

Localisations	Effectifs	Fréquence Relative (%)	Incidence brute	Incidence standardisée
Poumon	476	15.3	27.1	28.7
Colon-rectum	425	13.6	24.2	24.4
Prostate	362	11.6	20.6	21.2
Vessie	314	10.1	17.9	17.9

#### B/ Epidémiologie analytique (Facteurs de risques) :

- **Age + 60 ans**
- **Le sexe masculin**
- **Tabagisme +++ 40%**
- **Expositions professionnelles 20%** : les utilisateurs de colorants aromatiques amines aromatiques : industrie de caoutchouc, peinture, colorants des textiles (**aniline**), cuir.
- **Bilharziose urinaire** : épidermoïde, égypt.
- **Autres** : traitement par le cyclophosphamide et l'ifosfamide (chimiothérapie à toxicité vésicale), irradiation pelvienne (radiothérapie), alcool.

### V-DIAGNOSTIC :

#### A/ Circonstances de découverte :

- **Hématurie (85%)** terminale, spontanée, intermittente, indolore avec des caillots pouvant entraîner une rétention vésicale complète.
- **Signes fonctionnels urinaires** : irritation vésicale (Pollakiurie, dysurie).
- **Signes d'envahissement locorégional** : douleur lombaires ou colique néphrétique, masse pelvienne.
- **Compression** des axes vasculaires iliaques : œdème des membres inférieurs, phlébite.
- **Infections urinaires** à répétition, en particulier chez le patient âgé.
- Toute hématurie surtout chez un homme de plus de 50ans tabagique est une tumeur de vessie jusqu'à preuve du contraire.
- Maladies professionnelles tableau 15.

## B/ Etude clinique :

### 1/ interrogatoire :

- Rechercher la notion d'exposition aux facteurs de risque.
- Précise l'ancienneté des troubles

### 2/ examen physique : est habituellement pauvre, on peut retrouver :

- Un état général relativement conservé.
- Une pâleur cutanée en rapport avec le saignement.
- Le Toucher Rectal permet d'apprécier l'état du plancher vésical et des vésicules séminales.
- Masse hypogastrique (cas de tumeur volumineuse).
- Des adénopathies inguinales uni ou bilatérales.
- Œdèmes des membres inférieurs, des adénopathies sus claviculaires ou une hépatomégalie.

## C/ Examens complémentaires :

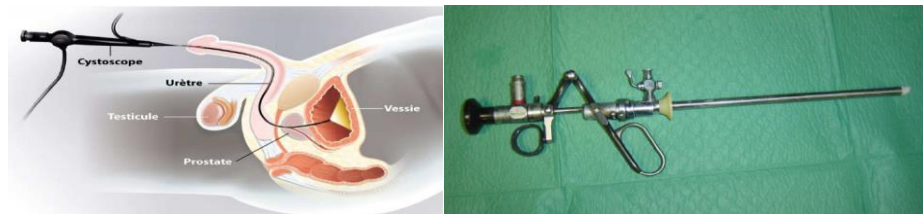
**1/ Cytologie urinaire :** desquamation des cellules vésicales, surtout les tumeurs de haut grade et Carcinomes in situ.

**2/ Echographie vésicale sus-pubienne :** examen en première intention.

Une image typique sous la forme d'une végétation endoluminale, à base d'implantation pédiculée ou sessile

**3/ Cystoscopie :** Endoscopie diagnostique et thérapeutique +++ ; **Examen de référence**

- Un polype sessile ou végétant évoque une tumeur infiltrante, des zones rouges évoquent le carcinome in situ.
- Réalisée à l'aide d'un endoscope (S/ AG ou locorégionale), en absence d'infection et trouble de l'hémostase
- Elle permet : de topographier la lésion, d'en décrire la forme, et de préciser si le nombre.



### 4/ Résection Trans-urétrale de la vessie (RTUV) :

C'est le premier examen qui permet d'obtenir le diagnostic histologique et qui en même temps constitue le premier geste thérapeutique et pronostic (stade, grade),

- La résection doit être profonde pour permettre l'analyse de la musculature vésicale.
- Risques : Infection, Hémorragie, perforation.

### 5/UIV Urographie intra-veineuse :

- Images lacunaires irrégulières avec rigidité pariétale
- Remplacée par l'uroscanner

### 6/ Uroscanner :

La technique est la même que l'UIV, mais la radiographie classique est remplacée par la tomodensitométrie ou scanner.

Elle permet de diagnostiquer et d'évaluer l'extension des tumeurs de la vessie, et le retentissement sur le haut appareil urinaire.

## VI -CLASSIFICATION ANAPATH :

### Tumeurs épithéliales :

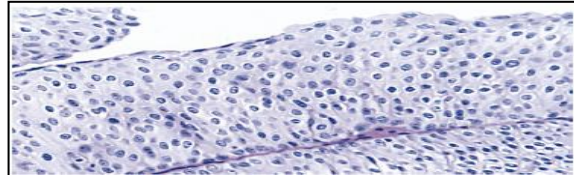
- **Tumeurs urothéliales** : plus de 90% Se développent au dépend de l'urothélium
- **Carcinome épidermoïde** : bilharziose
- **Adénocarcinomes** : primitif ou métastatique
- **Carcinome indifférencié** :

### Tumeurs non épithéliales :

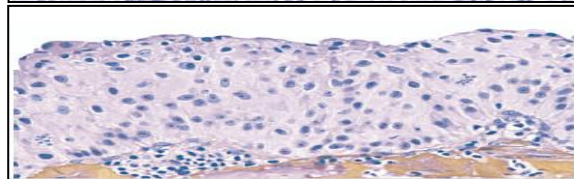
- **Sarcome, lymphome, métastases**

## Classification selon le grade

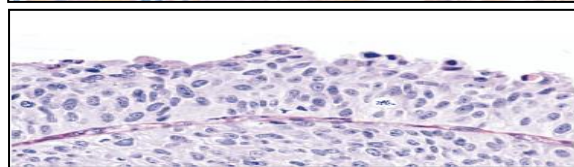
**Grade 1** bien différencié



**Grade 2** moyennement différencié



**Grade 3** peu indifférencié



## VII- DIAGNOSTIC POSITIF :

- **Clinique**
- **Echographie** vésicale sus pubienne.
- **Cystoscopie++**
- **Résection endoscopique** de la tumeur++
- Examen **anatomopathologique** ++++

## VIII- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

Il dépend du symptôme révélateur, on cite :

- Cystite.
- Polypose vésicale.
- Tumeurs bénignes de vessie.

## IX - MODE D'EXTENSION:

### Locorégionale :

- **Locale** : Muscle vésical, graisse péri vésicale
- **Organes de voisinage** : prostate, utérus, vagin, uretère, rectum, côlon
- **Lymphatique** : Ganglions pelviens :

**A distance** : Foie : +++, poumon, os

## X - BILAN D'EXTENSION :

- Tumeur non infiltrante TVNIM non à haut risque : pas d'examen systématique.
- Tumeur infiltrante TVIM ou une tumeur superficielle à haut risque (haut grade, carcinome *in situ*) : **scanner thoraco-abdomino-pelvien**.

IRM pelvienne : si doute sur extension pelvienne.

Une scintigraphie osseuse ou une échographie hépatique sont respectivement prescrites si le patient se plaint de symptômes.

## IX-CLASSIFICATION: 2 groupes:

- Tumeur Vésicale Non Infiltrant le Muscle (TVNIM) 75-85% au diagnostic
  - Tumeur Vésicale Infiltrant le Muscle (TVIM) 15-25% au diagnostic
- Envahissement ganglionnaire : 20-60%  
Métastatiques d'emblée : 7%

Classification TNM 2009

T : Tumeur primitive	
<b>Tx</b>	Tumeur primitive non évaluable
<b>T0</b>	Absence de tumeur primitive
Tumeurs de vessie sans infiltration du muscle vésical (TVNIM)	
<b>Ta</b>	Tumeur papillaire non invasive
<b>Tis</b>	Carcinome <i>in situ</i> plan
<b>T1</b>	Tumeur envahissant le chorion
Tumeurs de vessie infiltrant le muscle (TVIM)	
<b>T2</b>	Tumeur envahissant la musculature
<b>T2a</b>	Tumeur envahissant la couche musculaire superficielle (moitié interne)
<b>T2b</b>	Tumeur envahissant la couche musculaire profonde (moitié externe)
<b>T3</b>	Tumeur envahissant le tissu périvésical
<b>T3a</b>	Microscopiquement
<b>T3b</b>	Macroscopiquement
<b>T4</b>	Tumeur envahissant l'une ou l'autre des structures suivantes : prostate, utérus, vagin, paroi pelvienne et paroi abdominale
<b>T4a</b>	Tumeur envahissant la prostate, les vésicules séminales, le vagin, l'utérus
<b>T4b</b>	Tumeur envahissant la paroi pelvienne ou abdominale

N : Ganglions régionaux (pelviens)	
<b>NX</b>	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
<b>N0</b>	Pas d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
<b>N1</b>	Atteinte d'un seul ganglion lymphatique pelvien (hypogastrique, obturateur, iliaque externe ou présacré)
<b>N2</b>	Métastase dans de multiples ganglions lymphatiques pelviens (hypogastrique, obturateur, iliaque externe ou présacré)
<b>N3</b>	Métastase dans un ganglion lymphatique iliaque primitif

M : Métastases à distance	
<b>Mx</b>	Renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance
<b>M0</b>	Absence de métastase
<b>M1</b>	Métastase à distance

## XII TRAITEMENT:

### A/Tumeurs superficielles :

#### 1- Résection endoscopique (RTUV) :

- Étape initiale diagnostique pronostic et thérapeutique
- Doit être la plus complète possible
- Reste souvent à elle seule insuffisante

#### 2- Instillations intra-vésicales de chimiothérapie :

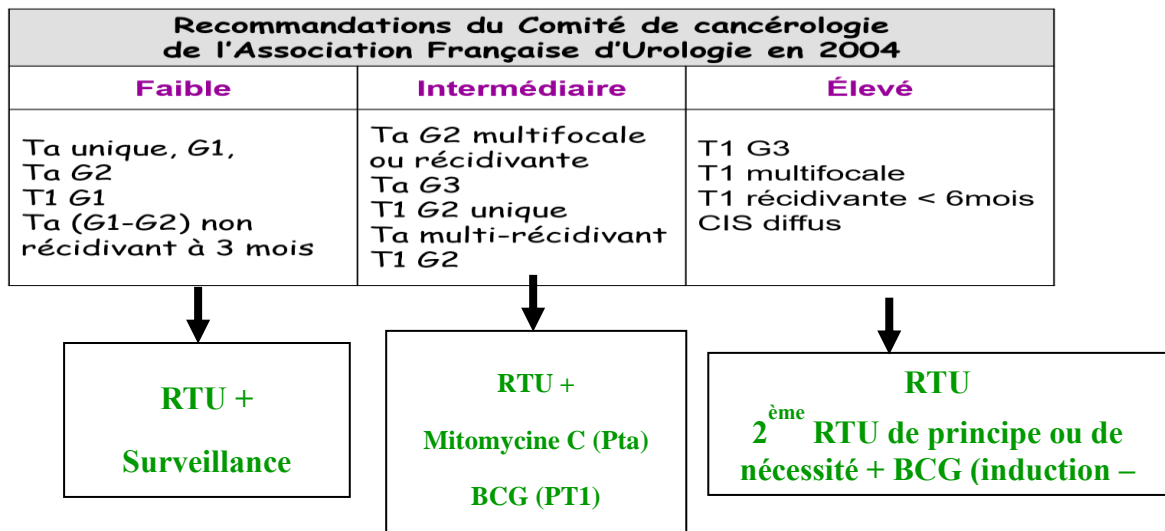
- Diminue le risque de récurrences
- Empêche la progression vers l'infiltration
- Traitement des formes in situ

#### Mitomycine C (Amétycine) :

- Inhibition de la synthèse d'ADN : agent cytotoxique
- 6 à 8 instillations hebdomadaires de 40 mg
- Cystite chimique, allergies cutanées
- 40 mg de Mitomycine C diluée dans un volume de 20 ml :
- Une réduction de la diurèse 8 heures avant et pendant l'instillation,
- Une alcalinisation des urines pour obtenir un pH urinaire neutre
- Une durée d'instillation de 2 heures

#### 3- L'immunothérapie endo vésicale :

- Instillation répétée vaccin de **bacille de Calmette-Guérin (BCG)** : IMMUCYST (27mg) ;
- Stimulation de la réponse immunitaire cellulaire :
- 6 instillations hebdomadaires 4-6 semaines post-RTUV.
- Traitement d'entretien 3 instillations tous les 6 mois pendant 3 ans

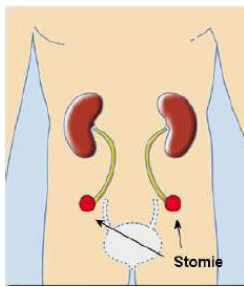


### B/ Tumeurs Infiltrantes :

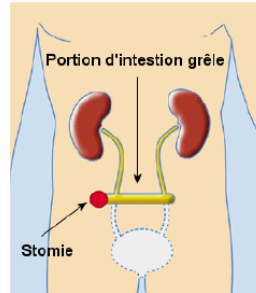
**Chirurgie** : Cystectomie totale + curage = standard

- Cysto-prostatectomie chez l'homme et pelvectomie antérieure chez la femme (emportant le vagin, l'utérus et les ovaires)

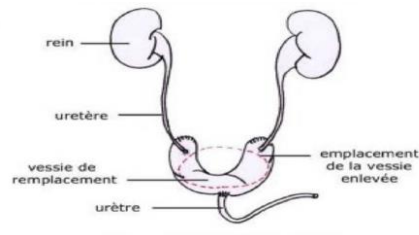
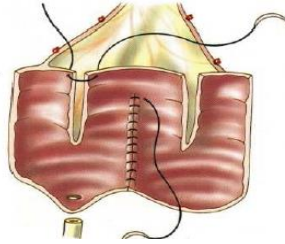
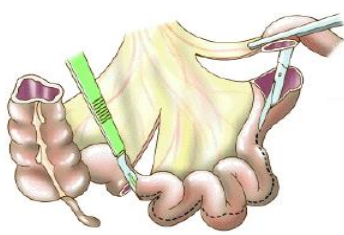
## Dérivation urinaire interne ou externe



**Urétérostomie**



**Brecker**



## C/ Localement avancées ou métastatiques :

### 1- Chimiothérapie par voie générale

Néoadjuvante ou palliative

### 2- Radiothérapie : 60 à 65 Gy sur le lit tumoral

45 Gy sur les chaînes ganglionnaires si chirurgie impossible

### 3- Immunothérapie systémique maladie localement évoluée ou métastatique : pembrolizumab

## XIII- SURVEILLANCE:

- Clinique : hématurie, masse.
- Cystoscopie +++.
- Cytologie urinaire.
- Echographie abdomino-pelvienne, Téléthorax.
- Scanner.
- Rythme : variable en fonction du risque de récurrence.

## XIV- PRONOSTIC :

### Survie a 5 ans : 50% tous stades confondus

- 90% (tumeurs superficielles).
- 45% (tumeurs infiltrantes).
- 10% (les stades métastatiques).

## XV- CONCLUSION :

- Maladie grave.
- Facteur de risque : tabac mais pas toujours.
- Toute hématurie surtout chez un homme de plus de 50 ans tabagique est une tumeur de vessie jusqu'à preuve du contraire.
- Endoscopie +++ : Diagnostique et thérapeutique.