

## Tumeurs vésicales

### 09/01/2020

Dr DARDENNE Emilie  
Assistante Spécialiste  
Service d'Urologie - Pr Desgrandchamps  
Hôpital Saint-Louis - Paris

1

## Epidémiologie, pathologie

- 5<sup>ème</sup> cause de cancer en France
- 12000 nouveaux cas par an, 4000 décès
- 3% des décès par cancer
- 4 hommes/ 1 femme (incidence en augmentation chez la femme)
- Age moyen au diagnostic: 70 ans
- Facteurs de risque connus:
  - Tabac
  - Bilharziose urinaire: carcinome épidermoïde
  - Produits chimiques (hydrocarbures aromatiques: métiers de la teinture, goudron, caoutchouc, métallurgie)
  - *Cornedis: controversé*
- Histologies:
  - Carcinomes urothéliaux (95%)
  - Carcinomes épidermoïdes
  - Adénocarcinomes
  - Lymphomes et autres raretés

2

## Clinique

- Hématurie +++
  - Totale
  - Caillots fréquents
  - Après instauration d'un ttt anticoagulant
- Impériosités mictionnelles
- Douleurs mictionnelles (CIS!)
- Signes liés à l'extension locorégionale ou à distance : douleurs pelviennes, douleurs lombaires, AEG, douleurs osseuses...

3

## Classification



### IMPORTANT

L'appellation « tumeur superficielle » est remplacée par « tumeur n'infiltrant pas le muscle vésical » (TVNIM).

L'appellation « tumeur invasive » est remplacée par « tumeur infiltrant le muscle vésical » (TVIM).

4

## Classification TNM Vessie

- T Tumeur primitive
  - T0 Absence de tumeur primitive
  - Ta Tumeur papillaire non invasive
  - Tis Carcinome in situ : tumeur plane
  - 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 macroscopique (masse extravésicale)
  - T4 Envahissement d'un organe pérvésical ou de la paroi
    - T4a Prostate / Utérus / Vagin
    - T4b Paroi pelvienne / Paroi abdominale
- N Extension régionale ganglionnaire clinique et radiologique
  - N0 Pas d'extension ganglionnaire régionale
  - N1 1 seul ganglion atteint
  - N2 Plusieurs ganglions atteints
  - N3 1 ou plusieurs ganglions à distance
- M Extension métastatique à distance
  - M0 Absence de métastase distante
  - M1 Métastase à distance

5

## Histoire naturelle des tumeurs vésicales

- TVNIM: 80% des TV
  - 2/3 bas grade et stade Ta
    - Taux de récidive: 50-60% (surtout la première année)
    - Taux de progression: 10% à 20%
  - 1/3 haut grade et stade T1 et/ou Cis
    - Récidive et progression dans > 50%
    - Métastases dans 5% des cas
    - Cis: isolé 5%, associé 95% (facteur péjoratif)
- TVIM: 20% des cas
  - Toujours de haut grade
  - Risque métastatique: 20 à 50 %

**Découverte: hématurie presque toujours, fortuite dans de très rares cas.**

6

## Histoire naturelle des TVNIM

Risque	Tumeur	Progression à 5 ans	Décès à 10 ans
Faible	- pTa bas grade - unifocale - < 3cm - Pas d'ATCD de tumeur	7,1%	4,3%
Intermédiaire	- pTa bas grade ne présentant aucun critère de risque élevé	17,4%	12,8%
Haut risque	- Haut Grade (G3) - CIS - pT1 - > 3 cm	41,6%	36,1%

7

## Orientation diagnostique



- Imagerie:
  - Echographie RV: éliminer une cause rénale
  - ECRU: éliminer une prostatite
  - Cytologie urinaire avec analyse anapath (recherche de cellules évocatrices de carcinome urothélial de haut grade). Attention: cyto normale n'élimine pas le diagnostic
  - UroTDM: pas en première intention. Indiqué si volumineuse tumeur, tumeur multifocale et/ou haut grade anapath

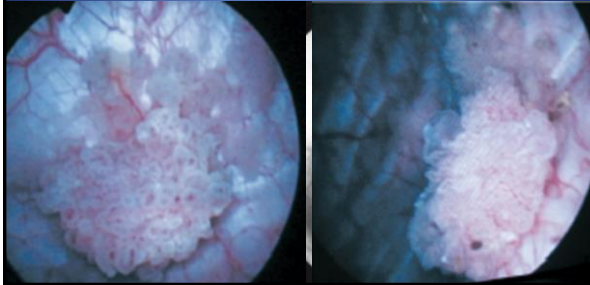
8

## La fibroscopie urétrovésicale: diagnostic et suivi

Diagnostic étiologique de l'hématurie : examen de référence

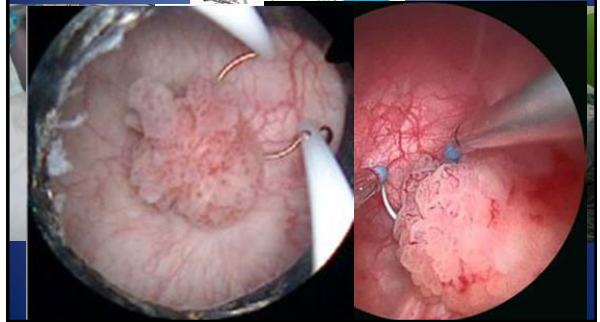
Fibroscopie vésicale

- Anesthésie locale, ECBU Stérile +++



9

## Premier geste: la résection endoscopique= geste diagnostique et thérapeutique



10

## Instillations endovésicales de Mitomycine C

- **IPOP: instillation unique dans les 24 heures suivant la résection endoscopique:**
  - Indication: tumeurs à faible risque
- **8 instillations hebdomadaires de 40 mg**
  - ECBU stérile
  - Indication: tumeurs à faible risque ou intermédiaire
  - Tolérance satisfaisante (cystite chimique)

11

## Actualisation Mitomycine C

### Recommandations ANSM

- Les spécialités AMETYCINE 10 mg, poudre pour solution injectable et AMETYCINE 40 mg, poudre pour solution pour irrigation vésicale (mitomycine C) sont actuellement en rupture de stock pour une durée indéterminée.
- En remplacement de ces deux médicaments : médicament importé du marché scandinave à la demande de l'ANSM : MITOMYCIN MEDAC 1 mg/mL (40 mg de mitomycine C).
- Compte tenu des quantités limitées disponibles, l'ANSM a établi des recommandations à l'attention des professionnels de santé afin que les patients prioritaires soient pris en charge.
- « A titre exceptionnel et transitoire, l'ANSM recommande que le médicament importé MITOMYCIN MEDAC 1 mg/ml soit réservé aux indications prioritaires suivantes : Cancer de la vessie. L'épirubicine est une alternative à la mitomycine C dans cette indication. La spécialité MITOMYCIN MEDAC 1mg/ml doit donc être réservée aux patients ne pouvant pas recevoir d'épirubicine. »

12

## Instillations endovésicales de BCG

- TVNIM haut risque ou échec de Mitomycine
- 6 instillations hebdomadaires un mois après la résection endoscopique et 3 supplémentaires
- ECBU stérile
- Ofloxacine pour prévenir les effets secondaires
- Traitement d'entretien possible pendant 3 ans
- Effets secondaires et contre-indications
  - CI: immunodépression, tuberculose
  - Effets secondaires: BCGite

13

## Résultats du BCG

- Récidive: 20 à 60 % des cas à 5 ans
- Progression: 10 à 30 % des cas à 5 ans
- Schématiquement:
  - 50 % des patients seront guéris avec leur vessie en place
  - 25 % seront guéris après une cystectomie
  - 25 % auront une évolution défavorable

14

## Actualisation BCG Recommandations ANSM

- Tensions d'approvisionnement des spécialités BCG Medac et Oncotice (spécialité importée). **Arrêt de commercialisation d'IMMUCYST (BCG intravésical – Sanofi)**
- L'ANSM, en concertation avec le Comité de Cancérologie de l'Association Française d'Urologie (CCAFU), actualise les recommandations de prise en charge des patients : « **Réserver le traitement par BCG aux patients dont le traitement est le plus urgent.** Les facteurs de pronostic défavorable sont : présence de carcinome in-situ (CIS), stade, grade, multifocalité, taille des lésions, nombre de récurrence antérieure et alternatives possibles (cystectomie, traitement trimodal...) »
- Critères d'attribution de la BCG thérapie actuellement en cours de validation par le CCAFU afin d'établir une hiérarchisation[LB1]. Dans ces situations, le traitement d'induction par BCG doit être démarré dès obtention de la cicatrisation complète de la vessie (généralement 4 à 6 semaines / 30-45 j minimum après l'intervention de résection endoscopique des tumeurs).

15

## Surveillance des TVNIM

Risque	Examen de suivi
<b>Faible</b> (EORTC < 7)	Cystoscopie : au 3 <sup>e</sup> et 12 <sup>e</sup> mois puis annuelle pendant 10 ans (à vie si persistance de l'intoxication tabagique).
<b>Intermédiaire</b> (7 < EORTC < 13)	Cystoscopie : au 3 <sup>e</sup> , 6 <sup>e</sup> , 12 <sup>e</sup> mois puis annuelle pendant 15 ans (à vie si persistance de l'intoxication tabagique). Cytologie urinaire : recommandée, couplée à la cystoscopie Uro-TDM : tous les 2 ans et en cas de cytologie positive ou de symptôme en faveur d'une atteinte du haut appareil.
<b>Élevé</b> (EORTC > 14)	Cystoscopie : au 3 <sup>e</sup> , 6 <sup>e</sup> , 9 <sup>e</sup> , 12 <sup>e</sup> mois, puis tous les 6 mois la 2 <sup>e</sup> année, puis annuelle à vie. Cytologie urinaire : 3 <sup>e</sup> , 6 <sup>e</sup> , 9 <sup>e</sup> , 12 <sup>e</sup> mois, puis tous les 6 mois la 2 <sup>e</sup> année, puis annuelle à vie. Uro-TDM : tous les 2 ans ou si cytologie positive ou de symptôme en faveur d'une atteinte du haut appareil.

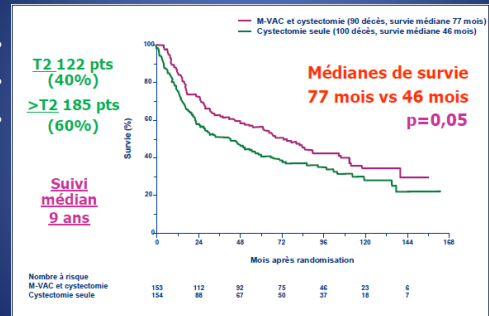
16

## Traitement des TVIM: Cystectomie

- Tumeurs LOCALISÉES (N0, T3 maximum)
- Cysto-prostatectomie chez l'homme
- Pelvectomie antérieure chez la femme
- Dérivations urinaires:
  - Urétérostomie cutanée directe
  - Urétérostomie cutanée trans-iléale (Bricker)
  - Urétéro-sigmoïdostomie
  - Poche continente
  - Entérocystoplastie de substitution

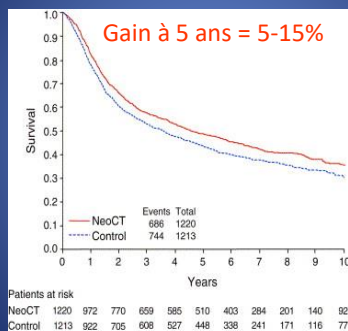
17

## Chimiothérapie néo-adjuvante



18

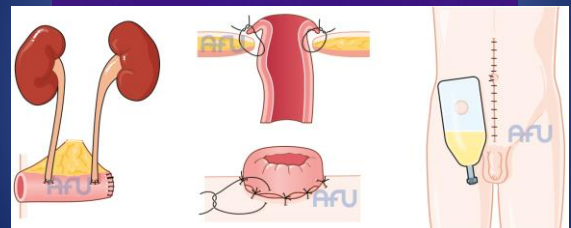
## Chimiothérapie néo-adjuvante



ABCMC, Eur Urol, 2005, 202

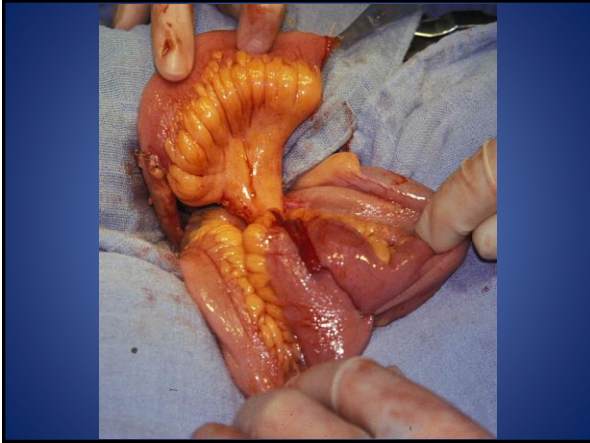
19

## Urétérostomie transiléale non continente (Bricker)



20





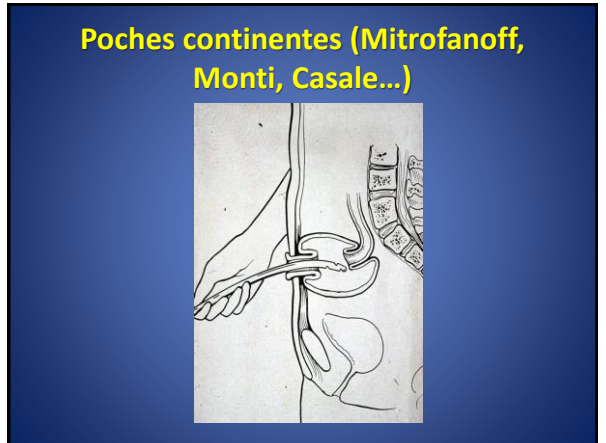
21



24



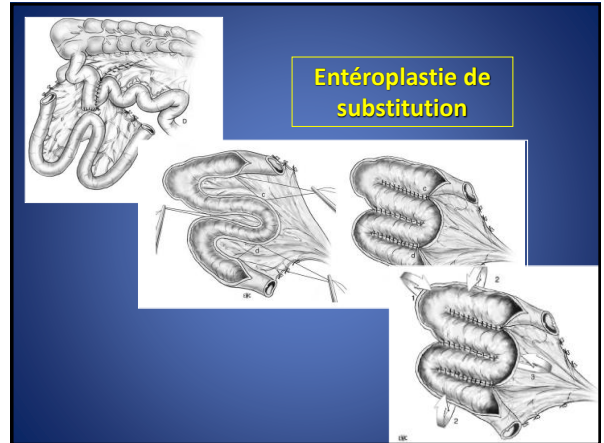
25



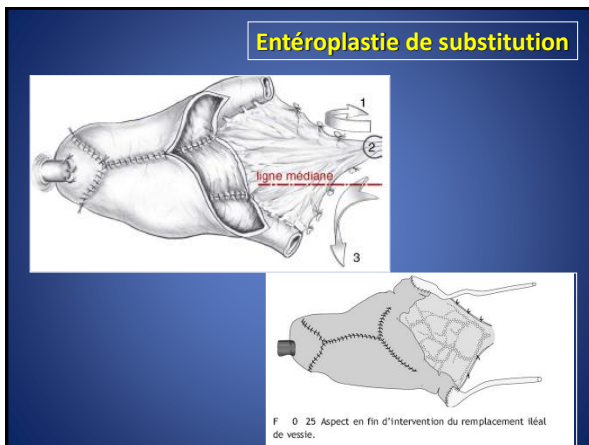
26



29



30



31

### Alternatives à la cystectomie totale pour TVIM

- Cystectomie partielle: récurrence > 50% à 5 ans
- Association radio-chimiothérapie:
  - Récurrence: 40% des cas dont la moitié TVIM
- Chimiothérapie seule: récurrence: 12-50%
- Radiothérapie seule (sujets fragiles, âgés)

35

## En pratique

- Hématurie MACROSCOPIQUE: suspecter une tumeur de vessie
  - ECBU
  - Cytologie urinaire avec examen anapath
  - Echographie réno-vésicale
  - Adresser à l'urologue
  - Conseils de boissons abondantes ++ à visée de lavages vésicaux
  - +/- suspendre ttt anticoagulant si possibilité
- Echographie normale = n'élimine pas un polype de vessie. Diagnostic de certitude: fibroscopie urétrovésicale. Si normale: recherche de tumeur de la voie excrétrice
- Quand adresser aux urgences?
  - Hématurie macroscopique caillotante avec RAU
  - Hématurie avec anémie aiguë
  - Insuffisance rénale aiguë chez patient avec Bricker/Entérocystoplastie
  - Sepsis chez patient avec Bricker/Entérocystoplastie (pyélonéphrite obstructive?)
- Sevrage tabagique +++

36

**Merci pour votre attention.**

Remerciements au Dr Paul MERIA  
pour son aide et ses iconographies

37