



Faculté De Médecine
C.H.U TLEMEN
Service D'Urologie

CANCER DE LA VESSIE

Réaliser par :

- MEGHELLI Mohammed Hadi
- AMARI Abdelkader

Encadré par :

- Dr KAZI

REMERCIEMENT

Tout d'Abord, nous remercions Dieu le tout puissant de nous avoir donné le courage et la patience pour arriver a ce modeste résultat.

Au terme de cette étude je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail et en particulier :

Le Chef de Service d'Urologie Dr KAZI et tout le Personnel du service.

Néanmoins j'ai le grand plaisir de remercier chaleureusement tous les collègues et confrères qui m'ont gentiment adressé certains principes de l'étude statistique.

LE CANCER DE LA VESSIE

Table des matières

Définition du cancer de la vessie

Le cancer de la vessie est il fréquent ?

Quelles sont les causes du cancer de la vessie ?

Comment le cancer de la vessie est il diagnostiqué ?

Qu'est ce qui est important à connaître pour un traitement optimal ?

Quelles sont les options de traitement ?

Quels sont les effets secondaires éventuels des traitements ?

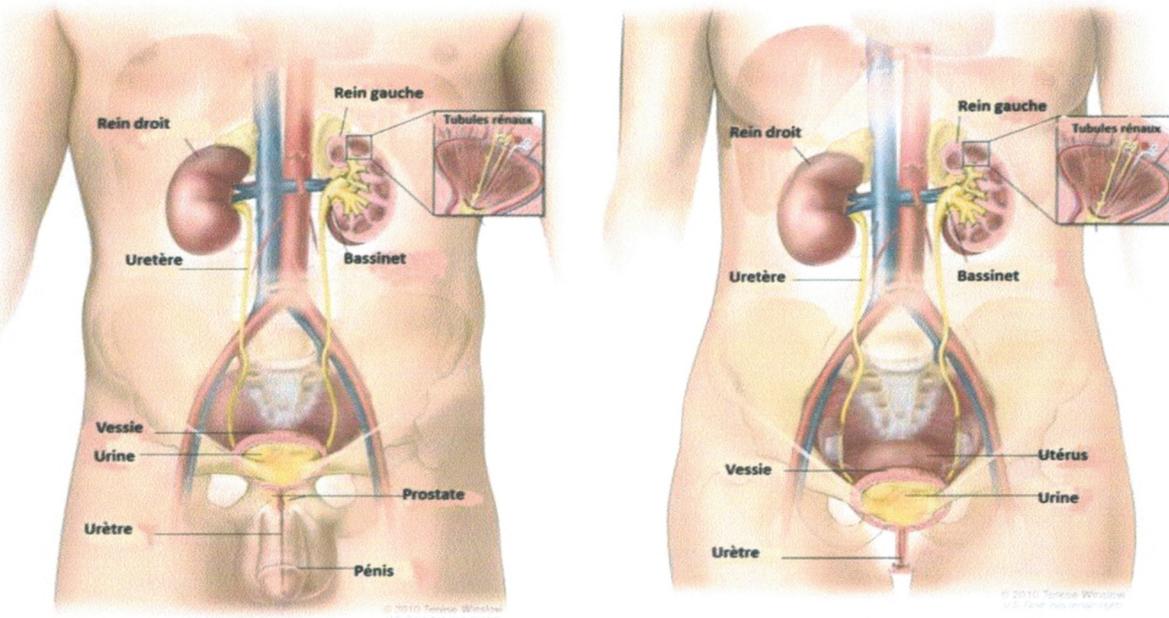
Que se passe-t-il après le traitement ?

Etude statistique Année 2011

Etude statistique Année 2012

DÉFINITION DU CANCER DE LA VESSIE

Le cancer de la vessie est un cancer qui se forme dans les tissus de cet organe. La vessie est l'organe qui stocke l'urine. Le type le plus fréquent de cancer de la vessie est le carcinome transitionnel*. Ce type de cancer apparaît initialement dans les cellules qui forment la paroi interne de la vessie, paroi que l'on appelle aussi épithélium transitionnel* ou urothélium*. Les autres types de cancer comprennent le carcinome épidermoïde*, un cancer de la vessie qui apparaît dans de minces cellules plates de la paroi de la vessie et l'adénocarcinome*, un cancer qui se forme dans les cellules de la paroi de la vessie qui fabriquent du mucus.



Anatomie du système urinaire de l'homme (à gauche) et de la femme (à droite) montrant les reins, les uretères*, la vessie et l'urètre*. L'urine est élaborée dans les tubules rénaux* et s'accumule dans le bassinet du rein*. Elle s'écoule ensuite par les uretères jusqu'à la vessie. L'urine est alors stockée dans la vessie jusqu'à ce qu'elle s'évacue du corps par l'urètre*.

LE CANCER DE LA VESSIE EST-IL FRÉQUENT ?

On estime qu'en 2008, environ 110 500 patients ont été diagnostiqués d'un cancer de la vessie en Europe. Le cancer de la vessie est donc le cinquième cancer le plus répandu en Europe.

Ce cancer est environ cinq fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. On estime qu'en 2008, 27 hommes sur 100 000 et cinq femmes sur 100 000 ont développé un cancer de la vessie. De tous les cancers, le cancer de la vessie est le 4^e le plus fréquent chez les hommes et le 13^e le plus fréquent chez les femmes.

Dans l'Union européenne, la probabilité pour un homme de développer un cancer de la vessie à un moment donné de sa vie se situe entre 1,5 et 2,5 %. Pour les hommes vivant en Flandre (Belgique), à Malte, en Espagne et en Italie, ce risque est un peu plus élevé : il se situe entre 3,1 et 4,2 %. Pour une femme vivant dans l'Union européenne, le risque de développer un cancer de la vessie à un moment donné de sa vie est inférieur à 1 %.

Le risque de développer un cancer de la vessie augmente avec l'âge. De manière générale, 70 % des patients qui développent ce cancer présentent des symptômes après l'âge de 65 ans.

QUELLES SONT LES CAUSES DU CANCER DE LA VESSIE ?

Aujourd'hui, on ne connaît pas encore précisément les causes d'apparition du cancer de la vessie. Un certain nombre de facteurs de risques* ont été identifiés, mais dans certains cas, aucun de ces facteurs n'est retrouvé. Un facteur de risque augmente le risque d'apparition du cancer, mais n'est ni suffisant ni nécessaire pour le provoquer. Un facteur de risque n'est pas une cause en soi.

Certaines personnes présentant ces facteurs de risque ne développeront jamais de cancer de la vessie, tandis que d'autres ne présentant aucun de ces facteurs en développeront un tout de même.

Principaux facteurs de risque du cancer de la vessie :

- L'âge : le cancer de la vessie se produit plus fréquemment chez les personnes âgées. Dans l'ensemble, 70 % des patients qui développent un cancer de la vessie sont diagnostiqués après l'âge de 65 ans.

- Des antécédents de cancer de la vessie.

- Le tabagisme : la cigarette est le facteur de risque le plus important pour le cancer de la vessie. Après 4 ans d'arrêt du tabac, le risque diminue.



- Certains produits chimiques ont été identifiés comme pouvant causer un cancer de la vessie :

- Les colorants à base d'aniline : il s'agit de produits chimiques pouvant être présents dans les colorants utilisés pour teinter du tissu.
- La cyclophosphamide : un médicament utilisé comme chimiothérapie* pour traiter certains cancers.
- Les amines aromatiques : l'exposition à ces produits chimiques est possible dans le cadre de certaines professions des secteurs de la peinture, du cuir, de l'automobile, du métal, du papier et du caoutchouc, mais aussi chez les camionneurs, les teinturiers, les techniciens dentaires et les coiffeurs. Dans ces circonstances, le cancer de la vessie n'apparaît pas avant 30 ou 50 ans après l'exposition.
- Arsenic : on a observé un risque accru de cancer de la vessie dans une région taïwanaise où l'eau contenait des taux élevés d'arsenic.
- *Aristolochia fangchi* : il s'agit d'une plante médicinale chinoise. On a observé un risque accru de cancer de la vessie chez les personnes qui avaient consommé un complément alimentaire dans lequel cette plante avait été incorporée par erreur.

- L'irradiation : il semble que l'exposition à des radiations ionisantes dans la zone de la vessie, par exemple, lors d'une radiothérapie traitant un cancer de la prostate, augmente le risque de cancer de la vessie.

- Certains facteurs de risque sont particulièrement importants pour un type spécifique de cancer de la vessie, le *carcinome épidermoïde**. Cette tumeur est causée par une irritation ou une inflammation chronique de la vessie. Dans les pays occidentaux, les principaux facteurs de risque du *carcinome épidermoïde* comprennent notamment les dysfonctionnements de la vessie, la présence prolongée d'une sonde vésicale, des calculs vésicaux et les infections chroniques de la vessie. En Afrique et au Moyen-Orient, un facteur de risque important du *carcinome épidermoïde* est

l'infection par *Schistosoma hematobium*, un microbe très courant dans ces régions. Il peut infecter la vessie et provoquer une inflammation chronique.

-Le diabète* : les personnes atteintes d'un diabète de type 2 ont un risque accru de développer un cancer de la vessie.

D'autres facteurs pourraient être associés à une augmentation du risque de cancer de la vessie, mais les preuves sont contradictoires :

-Le café, les édulcorants artificiels et l'alcool : il n'existe pas de preuves suffisantes démontrant que leur consommation augmente le risque de développer un cancer de la vessie.

-L'eau du robinet contenant de forts taux de trihalométhanes (produits de la décomposition du chlore servant à désinfecter l'eau) : certaines études montrent que la consommation prolongée de ce type d'eau du robinet peut augmenter le risque de cancer de la vessie, mais les résultats de l'ensemble des études sont contradictoires.

-Les gènes : de manière générale, la présence dans une famille d'une personne atteinte d'un cancer de la vessie se traduit par un risque légèrement accru pour les autres membres de la famille. Le cancer de la vessie dû à la transmission héréditaire d'un gène défectueux* est très rare.

-Une étude a montré que le surpoids était associé à un risque plus élevé de cancer de la vessie, mais d'autres études n'ont pas confirmé ce point.

Certains facteurs semblent par contre protéger de la survenue d'un cancer de la vessie, mais on ne dispose pas d'éléments probants clairs à ce sujet.

-La consommation de liquides : on pense qu'une consommation élevée de boissons pourrait réduire le risque de développer un cancer de la vessie chez l'homme, mais les résultats des études sont contradictoires.

-Les fruits et légumes : la consommation de fruits et légumes est censée exercer un effet protecteur.

COMMENT LE CANCER DE LA VESSIE EST-IL DIAGNOSTIQUÉ ?

Le cancer de la vessie peut être diagnostiqué lors d'un contrôle médical de routine ou détecté sur la base de symptômes spécifiques.

Les principaux symptômes sont :

La présence de sang dans les urines (hématurie), généralement indolore et observé par 85 % des patients atteints d'un cancer de la vessie.

Les problèmes urinaires comme le besoin d'uriner plus fréquemment que d'habitude, le besoin d'uriner de toute urgence ou des douleurs en urinant.

Cependant, ces symptômes ne sont pas spécifiques du cancer de la vessie et peuvent également survenir dans de nombreuses situations qui ne sont pas liées au cancer comme une infection urinaire, des calculs rénaux ou une hyperplasie bénigne* de la prostate*.

Le cancer de la vessie peut bloquer l'écoulement de l'urine provenant du rein. L'accumulation de l'urine dans le rein peut conduire à une distension de cet organe (hydronéphrose) et à des douleurs. En plus de rechercher les symptômes mentionnés ci-dessus lors de l'entretien, le médecin effectuera également un examen clinique général et prescrira des analyses de sang en laboratoire pour vérifier la numération sanguine et la fonction rénale.

Le diagnostic du cancer de la vessie est basé sur les examens suivants :

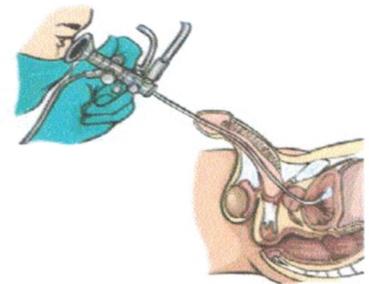
1. Un examen clinique*

Un examen clinique fournit des informations sur les signes du cancer de la vessie et d'autres problèmes de santé. Le médecin peut examiner le rectum et le vagin (chez les femmes) pour déterminer la taille de la tumeur de la vessie et vérifier si elle s'est propagée. Dans ce cas, il mesurera l'étendue de cette propagation.



2. Une cystoscopie*

La cystoscopie est une technique d'examen de la vessie : le médecin insère dans l'urètre* un tube lumineux dont l'extrémité est dotée d'une caméra pour rechercher la présence de tumeur à l'intérieur de la vessie et de l'urètre. La cystoscopie peut être effectuée au cabinet du médecin. Avec l'utilisation d'un gel anesthésique* local, cet examen est généralement bien supporté. Cependant, la cystoscopie peut également être réalisée sous anesthésie générale*, conjointement avec une palpation clinique bimanuelle* (voir ci-dessus) de la vessie.



Le médecin peut insérer un instrument chirurgical très fin dans le tube du cystoscope afin de prélever, grâce à l'observation directe, un ou des échantillons de la tumeur ou de toute autre zone suspecte.

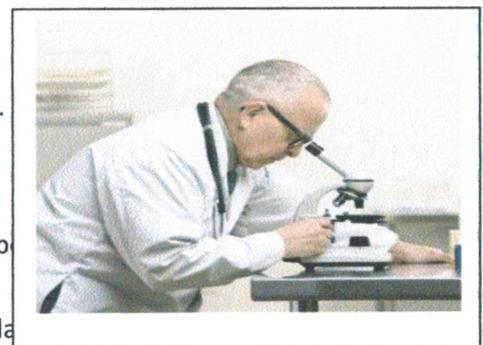
Cette procédure de prélèvement est appelée biopsie*. Dans certains cas de cancers de la vessie, le médecin peut réséquer immédiatement l'ensemble de la tumeur : c'est ce qu'on appelle une résection transurétrale de la vessie *. Dans ce cas, la cystoscopie constitue également la première étape du traitement.

Dans certains cas particuliers, le médecin peut également inspecter les uretères* lors d'une procédure appelée urétéroscopie*. Dans d'autres cas, la cystoscopie comprend également une biopsie de l'urètre*.

3. Un examen anatomopathologique*

Il s'agit de l'analyse en laboratoire des cellules tumorales. Cette analyse est effectuée sur le ou les échantillons de tumeur retirés lors de la cystoscopie*. Les données anatomopathologiques* confirmeront le diagnostic de cancer de la vessie et révéleront les caractéristiques spécifiques de déterminer le type du cancer de la vessie.

Si une intervention chirurgicale est indiquée après la résection transurétrale de la vessie (*), un second examen anatomopathologique sera réalisé sur les tissus de la tumeur réséquée lors de l'intervention.



Ceci est très important pour confirmer les résultats de la première biopsie* et obtenir davantage de renseignements sur le cancer et le stade de la maladie.

4. Un examen radiologique*

Si l'examen anatomopathologique* révèle que la tumeur s'est propagée dans les couches profondes (couches musculaires) de la vessie, un examen radiologique est nécessaire pour déterminer si la tumeur s'est également développée dans les ganglions lymphatiques* et les tissus situés à l'extérieur de la vessie.



L'examen radiologique permet d'aider à déterminer le stade* de la maladie. Il consiste en la réalisation d'un scanner* ou d'une imagerie par résonance magnétique (IRM*) de l'abdomen et du bassin. Pour compléter la détermination du stade de la maladie, il est possible que soient également réalisés un scanner de la poitrine et une scintigraphie osseuse*, si des symptômes laissent penser que la tumeur s'est propagée dans les os.

QU'EST-CE-QUI EST IMPORTANT À CONNAÎTRE POUR UN TRAITEMENT OPTIMAL ?

Les médecins doivent prendre en compte de nombreux aspects du patient et du cancer afin de décider du meilleur traitement.

Les informations importantes à propos du patient

- Le sexe
- Les antécédents médicaux personnels, les maladies antérieures et les traitements suivis
- Les antécédents de cancer de la vessie chez des proches
- L'état général et les problèmes physiques spécifiques
- Les résultats de l'examen clinique
- Les résultats des tests en laboratoire sur la numération sanguine, la fonction rénale et hépatique

Les informations importantes à propos du cancer

La détermination du stade du cancer

Les médecins utilisent les stades du cancer pour estimer l'étendue du cancer et le pronostic du patient. La classification TNM est couramment utilisée. La combinaison de T, taille de la tumeur et invasion des tissus avoisinants, N, atteinte des ganglions lymphatiques et M, métastases ou propagation du cancer à un autre organe du corps, aboutira au classement du cancer dans l'un des stades présentés dans le tableau ci-dessous.

Le stade* est un élément fondamental pour prendre une décision appropriée concernant le traitement. Moins le stade est avancé, meilleur est le pronostic. La détermination du stade est effectuée une fois que les examens cliniques et radiologiques sont terminés, ainsi que l'examen anatomopathologique des prélèvements effectués lors de la biopsie. Si une intervention chirurgicale est préconisée, une seconde détermination de stade sera effectuée en se basant sur l'analyse en laboratoire des tissus réséqués lors de l'opération.

Le tableau ci-dessous présente les différents stades du cancer de la vessie. Ces définitions revêtent un caractère très technique. Il est donc recommandé de demander des explications plus détaillées à votre médecin.

Stade	Définition	Catégorie
Stade 0a	<i>Carcinome urothélial papillaire non invasif</i> : la tumeur est limitée à la couche interne de cellules la plus superficielle de la paroi de la vessie (épithélium*)	Cancer superficiel de la vessie (pas d'invasion du muscle)
Stade 0is	<i>Carcinoma in situ, ou tumeur plate</i> : tumeur de haut grade limitée à la couche de cellules la plus superficielle de la paroi de la vessie (épithélium*)	
Stade I	La tumeur envahit les tissus conjonctifs plus profonds de la paroi de la vessie (lamina propria*)	
Stade II	La tumeur envahit le muscle de la vessie. Le stade II est divisé en 2 stades : T2a : la tumeur envahit la moitié intérieure du muscle de la vessie T2b : la tumeur envahit la moitié extérieure du muscle de la vessie	Cancer invasif de la vessie (invasion du muscle)
Stade III	La tumeur envahit les tissus entourant la vessie. Le stade III est divisé en 3 stades : T3a : envahissement microscopique* T3b : envahissement macroscopique* T4a : envahissement des organes entourant la vessie : la prostate* chez l'homme, l'utérus et/ou le vagin chez la femme	
Stade IV	La tumeur envahit la paroi pelvienne et/ou la paroi abdominale ou La tumeur est accompagnée de métastases* dans les ganglions lymphatiques ou dans un organe éloigné de la vessie	Cancer avancé et métastatique

Les résultats de la biopsie*

Les tissus prélevés lors de la biopsie de la tumeur sont examinés en laboratoire par un anatomopathologiste. Cet examen est appelé anatomopathologie. Si l'intervention chirurgicale est effectuée après la cystoscopie, l'examen anatomopathologique implique l'examen de la tumeur et des ganglions lymphatiques retirés lors de l'opération. Ceci est très important pour confirmer les résultats initiaux et obtenir davantage de renseignements sur le stade du cancer. Les résultats de l'examen de la biopsie incluent :

○ Le type histologique

Le type histologique indique le type de cellules qui composent la tumeur. Près de 90 % des cancers de la vessie sont des *carcinomes transitionnels*. Les 10 % restants sont surtout des *carcinomes épidermoïdes** et des *adénocarcinomes**. Les autres types histologiques sont très rares.

*Carcinome transitionnel**, également appelé *carcinome urothélial* : la tumeur apparaît dans l'épithélium transitionnel*. L'épithélium transitionnel est formé de plusieurs couches de cellules qui changent de forme lorsque la vessie se dilate et qui recouvre l'intérieur de la paroi de la vessie.

*Carcinome épidermoïde** : cette tumeur apparaît également dans l'épithélium transitionnel, mais dans la partie constituée exclusivement de cellules minces et plates appelées cellules *squameuses*.

*Adénocarcinome** : tumeur qui apparaît dans les cellules des glandes situées dans la paroi interne de la vessie.

○ Le grade

Le grade est basé sur la différence d'aspect des cellules tumorales par rapport aux cellules normales de la vessie. Les anomalies observées indiquent la vitesse à laquelle les cellules se divisent et leur degré d'envahissement. En ce qui concerne le cancer de la vessie, il existe quatre grades différents :

Le papillome : tumeur composée de cellules non malignes.

Les tumeurs urothéliales papillaires de faible potentiel de malignité : il s'agit d'une tumeur composée des cellules non malignes typiquement recouvertes par une couche épaisse d'épithélium transitionnel*.

Le carcinome urothélial de bas grade : une tumeur maligne qui progresse lentement et qui est peu susceptible de se propager.

Le carcinome urothélial de haut grade : une tumeur maligne qui progresse rapidement et qui est plus susceptible de se propager.

QUELLES SONT LES OPTIONS DE TRAITEMENT ?

La planification du traitement implique qu'une équipe de professionnels de santé provenant de plusieurs disciplines médicales différentes se réunissent. Cette réunion entre différents spécialistes, est appelée réunion de concertation pluridisciplinaire* ou consultation oncologique multidisciplinaire. Lors de cette réunion, la planification du traitement est débattue en fonction des informations pertinentes mentionnées précédemment.

Le traitement combinerait généralement des thérapies qui :

agiront localement sur le cancer, telles que la chirurgie, la radiothérapie*, la chimiothérapie* locale et l'immunothérapie* locale ;

agiront sur les cellules cancéreuses dans tout l'organisme au moyen d'une chimiothérapie systémique.

la décision du traitement définitif dépendra du stade du cancer, des caractéristiques de la tumeur et des risques encourus par le patient.

Les traitements énumérés ci-dessous ont leurs avantages, leurs risques et leurs contre-indications. Nous recommandons aux patients de consulter leurs médecins pour connaître les avantages escomptés et les risques de chaque traitement afin d'être informés de leurs conséquences. Dans certains cas, plusieurs options sont disponibles et leur choix doit être discuté en fonction de la balance entre les bénéfices et les risques.

Plan de traitement pour le cancer superficiel de la vessie (stade 0a, stade 0is, stade I)

À ce stade, la tumeur est limitée à la couche superficielle de la paroi de la vessie (muqueuse*) et n'envahit pas la couche musculaire de la vessie. L'objectif principal du traitement est de retirer la tumeur par intervention chirurgicale au cours d'une résection transurétrale de la vessie *. Toutefois, un traitement complémentaire délivré localement dans la vessie (traitement adjuvant* intravésical*) est recommandé, puisqu'il réduit le risque de récurrence ou de progression de la tumeur.

Le type de traitement adjuvant dépend du risque de progression* et de récurrence* de la tumeur : pour chaque patient présentant une tumeur de stade 0a ou de stade 1, ce risque est calculé en utilisant un système de notation basée sur plusieurs caractéristiques spécifiques de la tumeur.

La cystoscopie et la résection transurétrale de la vessie (RTUV)

Après une cystoscopie initiale, tous les patients subissent une résection transurétrale de la vessie. Souvent, toute la tumeur est réséquée et la résection transurétrale de la vessie constitue dans ce cas le traitement définitif. Néanmoins, il est parfois recommandé d'administrer un traitement complémentaire (appelé traitement adjuvant) en administrant des médicaments directement dans la vessie (traitement intravésical). Le type du traitement complémentaire dépendra du risque spécifique de récurrence et de progression, mais également des capacités du patient à tolérer les effets secondaires.

Chez certains patients présentant des tumeurs à haut risque, une seconde résection transurétrale de la vessie est recommandée avant ou après le traitement intravésical pour détecter la maladie résiduelle et pour déterminer de manière plus précise le stade du cancer.

La chimiothérapie* ou l'immunothérapie* intravésicale

Afin de réduire le risque de récurrence et de progression du cancer, tous les patients ayant subi une résection transurétrale de la vessie reçoivent une instillation intravésicale de chimiothérapie*, immédiatement après l'intervention chirurgicale. Les médicaments utilisés sont la mitocycine C*, l'épirubicine* ou la doxorubicine*.

Pour les patients présentant une tumeur à faible risque de récurrence et de progression, une seule instillation suffit et met fin au traitement. Pour les patients qui présentent un risque intermédiaire ou élevé de récurrence ou de progression de la tumeur, la première instillation doit être suivie d'une seconde chimiothérapie ou d'une immunothérapie intravésicale par le bacille de Calmette et Guérin (BCG*, voir ci-après). Le choix entre chimiothérapie ou immunothérapie dépend du profil de risque individuel. La chimiothérapie est généralement administrée pour un maximum d'une année. L'immunothérapie est administrée pour une durée d'au moins une année.

Immunothérapie* intravésicale avec le bacille de Calmette et Guérin (BCG)*

Pour certains patients, en raison d'un risque élevé de récurrence, il est recommandé d'administrer un traitement intravésical avec le BCG, un vaccin normalement utilisé pour protéger contre la tuberculose. Le mécanisme de fonctionnement de la thérapie intravésicale par BCG n'est pas totalement compris. On pense que le BCG induit une réaction immunitaire* qui tue les cellules cancéreuses. Le traitement par BCG est donc considéré comme une immunothérapie.

De manière générale, le traitement initial dure 6 semaines (appelé traitement d'induction), suivi d'un « traitement d'entretien » durant au moins un an. Certains schémas thérapeutiques d'entretien durent deux ans.

La cystectomie*

La cystectomie est recommandée chez les patients atteints de tumeurs de stade 0is et de stade I dont le cancer n'a pu être éliminé avec le traitement adjuvant intravésical.

Plan de traitement du cancer invasif de la vessie (stade II, stade III)

À ces stades, la tumeur a envahi la couche musculaire de la vessie ou a traversé la paroi de la vessie pour se propager dans les tissus environnant. Le traitement vise à retirer chirurgicalement l'ensemble de la vessie ainsi que les ganglions lymphatiques situés dans le bassin et les organes voisins. Avant de procéder à l'intervention chirurgicale, les médecins administrent une chimiothérapie* qui vise à réduire la taille de la tumeur, à attaquer les cellules tumorales dans d'éventuelles métastases* trop petites pour être détectées et à réduire le risque que les cellules tumorales se propagent vers d'autres parties du corps durant l'opération.*

La cystectomie radicale

Le traitement standard du cancer de la vessie invasif comprend la cystectomie radicale. Chez les hommes, cela induit l'ablation complète de la vessie, de tous les tissus tumoraux visibles, mais aussi de l'urètre, de la prostate, des vésicules séminales, des parties inférieures des uretères et des ganglions lymphatiques situés dans le bassin. Chez les femmes, la cystectomie radicale induit l'ablation de la vessie, de toutes les tumeurs visibles et résécables, de l'ensemble de l'urètre, des parties inférieures des uretères, de la partie adjacente du vagin, de l'utérus et des ganglions lymphatiques situés dans le bassin.

Chez certains patients, cette procédure peut être légèrement modifiée afin de préserver certains organes. Cette possibilité dépend de la propagation de la tumeur et doit être soigneusement évaluée pour chaque patient.

La cystectomie radicale* conduit à une perte de la fonction de la vessie, c'est-à-dire, du stockage de l'urine. Le chirurgien va donc réaliser une dérivation des uretères vers un nouveau point de sortie pour permettre l'évacuation de l'urine (dérivation urinaire). Cette nouvelle sortie d'évacuation peut-être l'urètre, une stomie pratiquée dans la peau de l'abdomen ou dans la toute dernière partie du gros intestin (dérivation urinaire rectosigmoïdienne). Le choix de l'approche dépend de plusieurs facteurs, notamment du stade de la tumeur, des structures pouvant être conservées après la cystectomie radicale, de l'état général de santé et des préférences du patient. Les différentes options sont expliquées ci-après (voir partie consacrée aux effets secondaires* des traitements).

En outre, la cystectomie radicale peut impliquer l'ablation de certains organes reproducteurs. Cela peut conduire à des dysfonctionnements sexuels et/ou à la perte de la fonction reproductrice (voir partie consacrée aux effets secondaires des traitements).

La chimiothérapie

Pour les patients atteints de tumeurs de stades T2 ou T3, on recommande une chimiothérapie néoadjuvante associant plusieurs médicaments. Cela signifie que l'on administre plusieurs médicaments avant une cystectomie* ou une radiothérapie* définitive. Les associations recommandées sont la gemcitabine* et le cisplatine* (en abrégé, GC), ou le méthotrexate*, la vinblastine*, la doxorubicine* et le cisplatine (en abrégé, MVAC). Le but du traitement néoadjuvant est d'éradiquer les micrométastases, de réduire la taille de la tumeur et de diminuer les risques que les cellules tumorales se propagent lors de l'intervention chirurgicale.

La radiothérapie

La radiothérapie seule peut-être indiquée pour les patients qui ne sont pas médicalement aptes à subir une intervention chirurgicale très lourde que représente une cystectomie radicale. Dans certains cas où le traitement vise à conserver la vessie, la radiothérapie peut être administrée dans le cadre d'un traitement d'association* (voir section ci-dessous « Les traitements conservateurs* de l'organe »).

Les traitements conservateurs*

Les traitements conservateurs* font référence à des traitements permettant au patient de conserver sa vessie. Ce type de traitement est proposé aux patients qui ne souhaitent pas subir une cystectomie* radicale ou qui ne sont médicalement pas en mesure de subir ce type d'intervention. Il peut s'agir d'une résection transurétrale de la vessie* plus étendue, d'une résection transurétrale de la vessie associée à une radiothérapie* ou une chimiothérapie*, ou alors d'une résection transurétrale de la vessie associée à une radiothérapie et à une chimiothérapie. Cette dernière approche, appelée « traitement trimodal », est l'option recommandée.

Un traitement conservateur de la vessie peut être envisagé chez certains patients dont le cancer est à un stade précoce, à condition qu'ils répondent à un certain nombre de critères médicaux stricts.

En effet, un traitement conservateur de la vessie nécessite un suivi strict à vie, avec des cystoscopies* et des cytologies urinaires* régulières pour évaluer la réponse au traitement et pour détecter les récurrences de la maladie. Si, lors de ce suivi, l'on observe que le cancer persiste ou récidive, une cystectomie immédiate est recommandée, si elle est possible.

Plan de traitement pour le cancer de la vessie avancé et métastatique (stade IV)

À ce stade, la tumeur a traversé la paroi de la vessie et a atteint la paroi pelvienne ou abdominale, ou s'est même propagée au-delà de l'abdomen, dans des organes à distance. Puisqu'il est difficile, et pas toujours médicalement indiqué, de retirer toute la tumeur par intervention chirurgicale, le premier objectif du traitement est d'atteindre les cellules tumorales au moyen d'une chimiothérapie administrée par voie intraveineuse et qui agit donc de manière systémique.

La chimiothérapie*

Les protocoles standards associent plusieurs médicaments, comme la gemcitabine* et le cisplatine* (en abrégé, GC), ou le méthotrexate*, la vinblastine*, la doxorubicine* et le cisplatine (en abrégé, MVAC). Le protocole MVAC provoque plus d'effets secondaires* toxiques que le schéma GC. Les patients atteints d'un cancer avancé limité (touchant des ganglions lymphatiques*, mais sans métastase viscérale* dans les organes*) et ceux qui sont médicalement aptes peuvent recevoir des doses élevées de MVAC en association avec un facteur de croissance des colonies granulocytaires* (G-CSF), un facteur de croissance qui peut augmenter la tolérance à la chimiothérapie.

Environ la moitié des patients ne sont pas médicalement aptes à tolérer le cisplatine en raison d'un mauvais état général, d'une insuffisance rénale ou de la présence d'autres pathologies. Ces patients sont alors traités par carboplatine* et gemcitabine* (en abrégé, CG), par méthotrexate*, carboplatine et vinblastine (en abrégé, M-CAVI) ou par taxane* ou gemcitabine uniquement. Le schéma CG est le traitement de référence. M-CAVI provoque des effets un peu plus toxiques que le schéma CG.

La chirurgie et la radiothérapie après une chimiothérapie systémique

Chez certains patients avec un cancer localement avancé, on peut envisager une chimiothérapie systémique suivie par une cystectomie et une lymphadénectomie ou une radiothérapie.

La radiothérapie*

La radiothérapie permet de soulager la douleur ou les hémorragies causées par la maladie.

Le traitement des complications causées par la maladie

La rétention d'urines

Le cancer de la vessie peut bloquer l'écoulement de l'urine (rétention), qui s'accumule alors dans les reins. Cela peut causer des douleurs et des troubles de la fonction rénale. Si la cystectomie* s'avère impossible en raison de l'avancement du cancer ou si le patient n'est pas médicalement apte à subir cette opération, il peut s'avérer nécessaire de dériver l'évacuation d'urine entre la vessie et l'extérieur du corps. Cette dérivation peut être effectuée chirurgicalement en reliant le rein ou l'uretère* à la peau de l'abdomen. C'est ce que l'on appelle respectivement une néphrostomie et une urétérostomie. L'urine est alors recueillie dans une poche en plastique maintenue sur la peau.

QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES ÉVENTUELS DES TRAITEMENTS ?

La chirurgie

Risques et effets secondaires généraux

Certains risques sont communs à toute intervention chirurgicale pratiquée sous anesthésie générale. Ces complications sont rares et comprennent la formation de caillots sanguins dans les veines, des problèmes cardiaques ou respiratoires, des saignements, une infection ou des réactions à l'anesthésie. Ces effets secondaires seront évités au maximum par une évaluation médicale approfondie avant l'intervention.

La vessie est située dans le bassin avec des ganglions lymphatiques, une partie de l'intestin, des gros vaisseaux sanguins et, chez la femme, les organes reproducteurs. Selon l'ampleur des résections chirurgicales nécessaires pour obtenir les meilleurs résultats, certaines de ces structures risquent d'être lésées. Une détermination précise du stade* avant l'opération et le recours à l'imagerie médicale aideront à minimiser ces risques.

Lors de l'ablation des ganglions lymphatiques du bassin et de l'abdomen, l'opération peut endommager ou bloquer le système lymphatique entraînant un lymphoedème, une maladie où le liquide lymphatique s'accumule dans les jambes et les fait gonfler. Cette pathologie peut se produire juste après l'intervention, mais aussi plus tard.

La perte de la fonction vésicale après la cystectomie

La conséquence de la cystectomie est la perte de la fonction vésicale. Il existe plusieurs options chirurgicales pour effectuer une dérivation et un recueil de l'urine à l'intérieur ou à l'extérieur du corps. Le meilleur choix doit être soigneusement évalué et dépendra du stade de la tumeur, du traitement chirurgical donné, de l'état général et de la préférence du patient. Les différentes possibilités sont expliquées brièvement ci-après. Nous vous recommandons d'interroger votre médecin pour obtenir des explications plus détaillées.

La néo-vessie orthotopique. Les chirurgiens reconstruisent un nouvel organe (appelé néo-vessie) : on prélève des tissus de l'intestin pour former une poche que l'on place entre les uretères* et l'urètre. Le terme « orthotopique » signifie que la nouvelle vessie est placée à l'endroit même de la vessie d'origine. Cette poche stocke l'urine, qui sera évacuée par l'urètre.

La dérivation abdominale. Le chirurgien relie les uretères à une ouverture artificielle pratiquée dans la paroi abdominale (ouverture appelée stomie). Il peut s'agir d'une dérivation directe, ou le chirurgien peut utiliser une partie de l'intestin grêle pour guider l'urine vers la stomie. L'urine est alors recueillie dans une petite poche en plastique maintenue sur la peau. Le chirurgien peut aussi former une poche à l'intérieur de l'abdomen et une stomie qui ne permet pas l'écoulement spontané de l'urine à l'extérieur : dans ce cas, la poche peut être vidée de l'extérieur en utilisant un cathéter*. Cela s'appelle une dérivation urinaire continente.

La dérivation urinaire rectosigmoïdienne. Le chirurgien relie les uretères à la dernière partie du gros intestin, appelée côlon sigmoïde. Le côlon sigmoïde retient normalement les selles et joue alors le même rôle pour l'urine. Le chirurgien peut placer un segment d'intestin entre les uretères et le côlon sigmoïde.

La nature et la fréquence des effets secondaires* de ces interventions de dérivation* dépendent du type d'opération chirurgicale. Les problèmes les plus fréquents sont le rétrécissement de l'uretère au niveau de la stomie* et les infections rénales.

Les dysfonctionnements sexuels et/ou la perte de la fonction reproductrice*

La cystectomie radicale implique chez les hommes l'ablation de l'urètre*, des vésicules séminales* et de la prostate*. Chez les femmes, cette opération implique l'ablation de l'utérus* et d'une partie du vagin*. La perte des organes reproducteurs* peut conduire à des dysfonctionnements sexuels*, à la perte de la fertilité et chez les femmes, à la perte de la possibilité de mener une grossesse à terme. Les médecins orienteront ces patients vers des services de soutien spécialisés.

La radiothérapie*

Les effets secondaires* de la radiothérapie peuvent survenir dans les organes qui sont ciblés directement, mais aussi dans des organes sains situés près de la vessie et qui ne peuvent pas être évités par les rayons X*. Pour les cancers de la vessie, les techniques modernes d'irradiation sont très sûres et des complications majeures surviennent chez moins de 5 % des patients.

Les effets de la radiothérapie sur le système urinaire incluent des douleurs lors de la miction, des besoins urgents d'uriner, la présence de sang dans les urines, la rétention d'urine et l'ulcération de la paroi interne de la vessie.

Les effets des rayons sur la partie inférieure des intestins incluent des sensations de gêne, des diarrhées, des écoulements de mucus et de sang et plus rarement, une perforation des intestins.

Chez les femmes, le rétrécissement du vagin peut constituer un effet secondaire tardif d'une radiothérapie effectuée dans la région du bassin.

L'oncologue conseillera des stratégies pour prévenir et soulager au maximum ces réactions.

Le traitement par instillation intravésicale*

L'effet secondaire principal de l'instillation intravésicale du BCG* est une inflammation de la vessie, que l'on appelle cystite*. L'effet secondaire le plus grave est une infection généralisée qui peut survenir lorsque les bacilles traversent la paroi de la vessie et passent dans le sang. Cette thérapie n'est donc pas indiquée chez des patients dont le fonctionnement du système immunitaire est réduit. En général, les effets secondaires du traitement par instillation intravésicale du BCG peuvent être contrôlés.

L'instillation intravésicale de médicaments chimiothérapeutiques tels que la mitomycine C* peut avoir plusieurs effets secondaires graves, dont la cystite, l'allergie et des réactions cutanées.

La chimiothérapie*

Les effets secondaires de la chimiothérapie sont fréquents, mais aujourd'hui bien contrôlés au moyen de mesures de soutien adéquates. Ils dépendent des médicaments administrés, de la posologie et des facteurs personnels. Si le patient a souffert d'autres pathologies dans le passé, il convient de prendre des précautions spécifiques ou de modifier le traitement. Les effets secondaires sont plus graves lorsque la chimiothérapie est administrée de manière systémique (généralement, par voie intraveineuse) plutôt que localement ou directement dans la vessie (voir la section « traitement par instillation intravésicale »).

Voici la liste des effets secondaires susceptibles de se produire avec l'un ou plusieurs des médicaments utilisés pour traiter le cancer de la vessie. La nature, la fréquence et la gravité des effets secondaires varient pour chaque association mise en œuvre.

Effets secondaires les plus fréquents :

- Perte de cheveux ou cheveux clairsemés
- Diminution de la numération des globules, ce qui peut conduire à une anémie, des hémorragies, des ecchymoses et des infections
- Fatigue
- Nausées ou vomissements

Autres effets secondaires pouvant survenir fréquemment avec l'un ou plusieurs des médicaments utilisés pour traiter le cancer de la vessie :

- Plaies ou ulcères dans la bouche
- Altération du goût
- Diarrhées
- Yeux irrités ou larmoyants
- Sensibilité à la lumière du soleil
- Lésions rénales
- Perte de l'audition
- Lésions subies par le fœtus présent dans l'utérus d'une femme atteinte d'un cancer et recevant une chimiothérapie
- Infertilité
- Interruption des règles chez la femme (aménorrhée), qui peut être temporaire

Effets secondaires occasionnels :

- Modification de la fonction et de la structure du foie
- Lésions du muscle cardiaque
- Engourdissements ou picotements dans les doigts et les orteils (neuropathie périphérique)
- Constipation
- Vision floue
- Éruptions cutanées ou rougeurs de la peau
- Toux ou essoufflement
- Modification de la couleur de la peau et/ou des ongles
- Réactions allergiques
- Inflammation autour du site de perfusion/d'injection
- Fièvre et frissons

Effets secondaires rares :

- Dépression
- Conjonctivite
- Maux de tête
- Augmentation du rythme cardiaque
- Vertiges
- Hypertension artérielle

Enfin, il convient de noter que certains médicaments chimiothérapeutiques passent dans le lait maternel et peuvent être nocifs pour le nourrisson.

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS LE TRAITEMENT ?

Il n'est pas inhabituel pour les patients atteints d'un cancer de ressentir des symptômes liés au traitement une fois ce dernier terminé.

Des patients peuvent éprouver de l'anxiété, des insomnies ou de la dépression. Ils peuvent alors avoir besoin de soutien psychologique.

Pendant et après le traitement, l'alimentation peut devenir problématique en raison d'un manque d'appétit, de nausées et d'un mal être général.

Les difficultés de concentration et de mémorisation sont les effets secondaires assez fréquents des chimiothérapies systémiques, c'est-à-dire, administrées par voie intraveineuse ou orale.

Le suivi* avec les médecins

Une fois le traitement terminé, le médecin proposera un suivi avec les objectifs suivants :

- Détecter et prévenir les effets secondaires du traitement

- Détecter une récurrence* éventuelle le plus tôt possible et mettre en place le traitement approprié

- Apporter des informations médicales, un soutien psychologique et une orientation vers les services d'accompagnement spécialisés pour optimiser un retour à la vie quotidienne normale.

Le protocole de suivi comprendra des visites régulières au cabinet du médecin et des examens fréquents. Il dépendra du grade* et du stade de la tumeur de la vessie qui a été traitée, ainsi que du type du traitement administré. En général, les visites de suivi sont constituées d'une combinaison des examens suivants :

- Des questions sur l'état de santé du patient et sur les symptômes liés au cancer de la vessie apparus depuis la dernière visite

- Une cystoscopie pour détecter une éventuelle récurrence et pour effectuer une biopsie des nouvelles lésions

- Un examen radiologique du système urinaire

- Une cytologie urinaire: il s'agit d'un examen des urines en laboratoire pour détecter la présence de cellules tumorales provenant d'une récurrence de cancer de la vessie.

- Des prises de sang pour évaluer la fonction rénale

- Des examens radiologiques réguliers si les examens préliminaires ont montré des résultats anormaux.

Il n'existe pas de protocole de suivi standard. Voici la liste des suivis recommandés et possibles :

Si une chirurgie conservatrice de la vessie a été effectuée, un suivi très strict est obligatoire : une cystoscopie, une cytologie urinaire* et/ou une biopsie* de la vessie sont recommandées tous les 3 mois durant les 2 premières années et tous les 6 mois ensuite. Ce schéma s'applique également chez les patients qui ont été traités par radiothérapie*. Après une cystectomie, un examen clinique* doit avoir lieu tous les 3 mois durant les 2 premières années, puis tous les 6 mois durant les 5 années suivantes.

Le retour à la vie normale

Il peut être difficile de vivre avec l'idée que le cancer peut réapparaître. Si l'un des facteurs de risques connus du cancer de la vessie est présent et modifiable, il est conseillé de l'éliminer autant que possible.

Les visites de suivi* chez le médecin offrent aux patients l'occasion d'obtenir des informations médicales, un soutien psychologique et une orientation vers des services d'accompagnement spécialisés. Des psychologues spécialisés peuvent apporter un soutien non négligeable et certains patients trouveront du réconfort au sein de groupes de patients ou dans des outils d'information pour les patients. Les nutritionnistes peuvent conseiller une alimentation appropriée et les travailleurs sociaux peuvent aider les patients à trouver les ressources nécessaires pour une réinsertion réussie.

Et si le cancer réapparaît ?

Quand le cancer réapparaît, on parle de récurrence*. L'étendue de la récurrence orientera la décision de traitement, qui doit être soigneusement déterminée en fonction de chaque patient.

Chez les patients traités par chirurgie conservatrice de la vessie*, une tumeur résiduelle est observée dans 20 % des cas, lors de l'examen en laboratoire des tissus retirés lors de l'opération. Une autre proportion de 20 à 30 % des patients traités par chirurgie conservatrice de la vessie* dont le traitement était considéré comme complet développeront un nouveau cancer ou un cancer récidivant dans le reste de la vessie laissée en place. Jusqu'à 70 % des patients n'ont plus de tumeur après le premier contrôle par cystoscopie*. Un quart d'entre eux développeront de nouvelles lésions durant l'évolution de la maladie, ce qui nécessitera un traitement supplémentaire (une cystectomie, lorsque cela est possible).

Pour les patients atteints d'un cancer métastatique et chez lesquels le cancer est en progression après avoir suivi un traitement de première intention à base de médicaments dérivés du platine (cisplatine, carboplatine), une chimiothérapie de seconde intention à base de vinflunine* est recommandée.

ETUDE STATISTIQUE ANNEE 2011

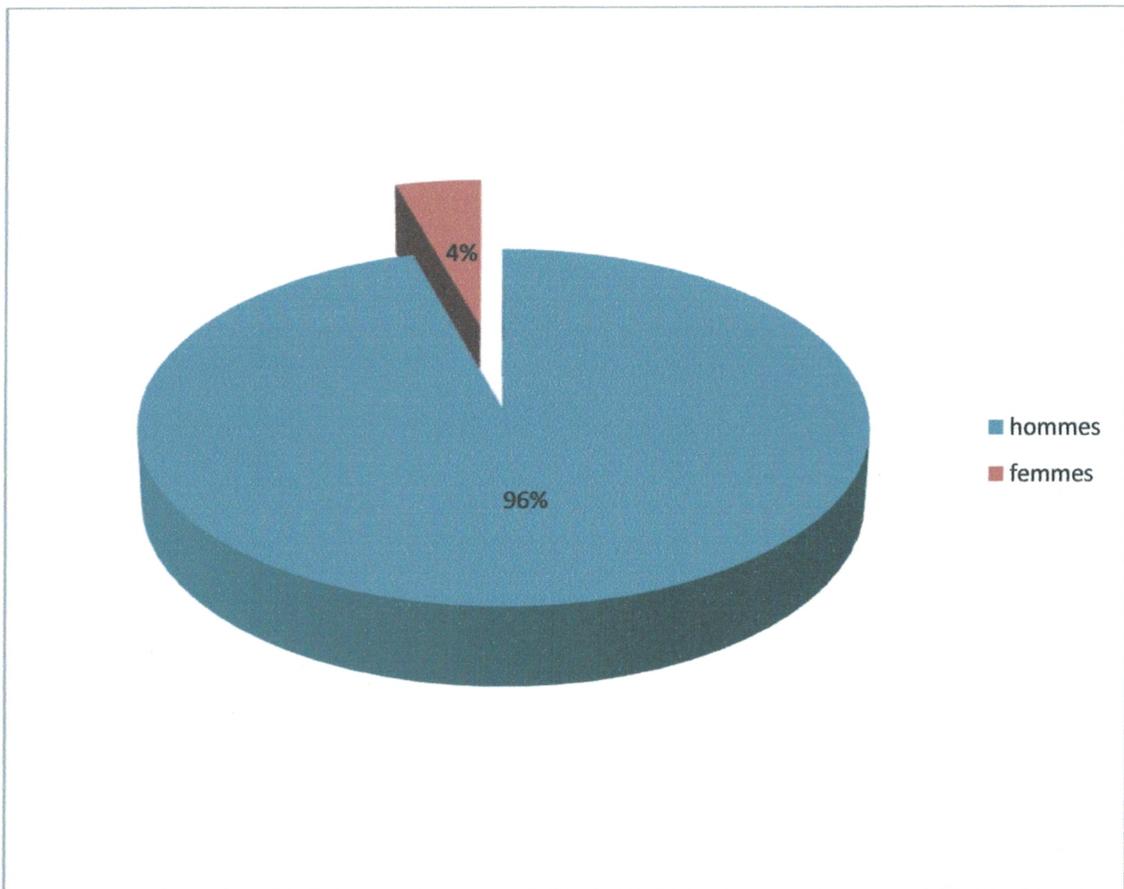
Service d'Urologie

C.H.U.Tlemcen

- L'étude statistique rétrospective sur dossiers des malades hospitalisés pour la résection de la tumeur de vessie, dans le service d'Urologie, CHU Tlemcen, durant l'année 2011.
- Nombre de malade réséqués par DR KAZI en 2011 : 23 malades.

1-selon le sexe:

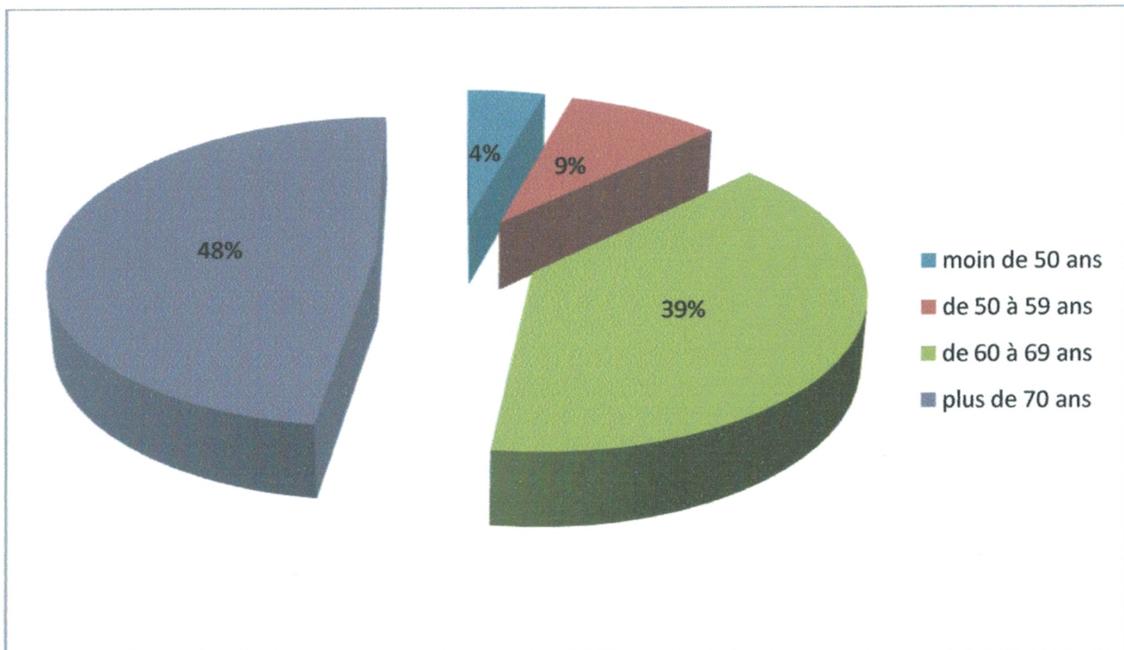
Sexe	Hommes	Femmes	total
Nombre	22	01	23
Pourcentage	95.65%	4.35%	100%



Commentaire : on voit une nette prédominance masculine représenté par 95.65%.

2-selon l'age:

Age	Moin de 50	50-59	60-69	70 et plus	total
Nombre	01	02	09	11	23
Pourcentage	4.35%	8.7%	39.13%	47.82%	100%

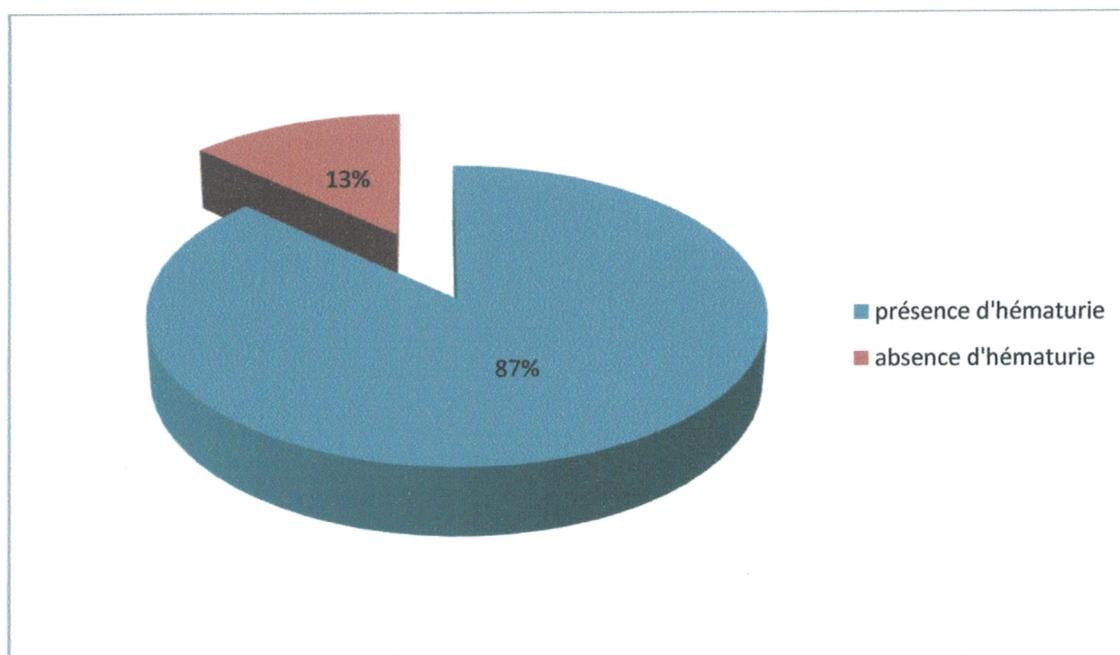


Commentaire: les personnes âgées de plus de 70 ans sont les plus atteintes.

3-motif de consultation:

A- Hématurie:

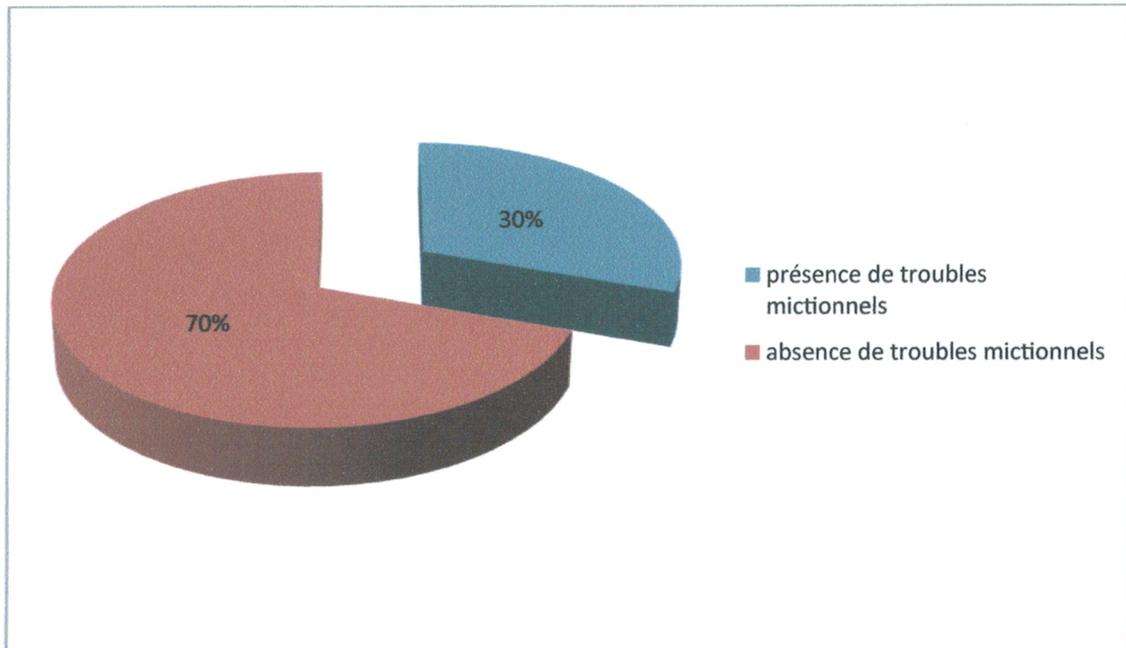
Hématurie	Présente	Absente	Total
Nombre	20	03	23
Pourcentage	86.95%	13.05%	100%



B- Troubles mictionnels:

(Brulure, dysurie, anurie, pollakiurie)

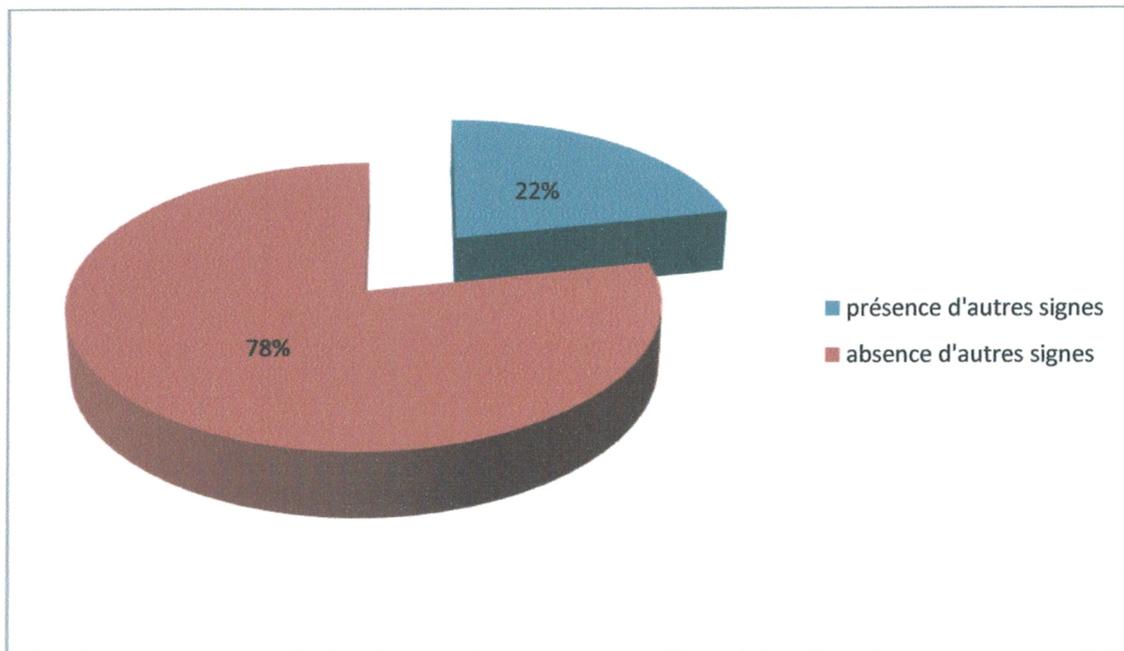
Troubles mictionnels	Présente	Absente	Total
Nombre	07	16	23
Pourcentage	30.34%	69.56%	100%



C- Autres signes:

(Lombalgie, anémie, altération de l'état général)

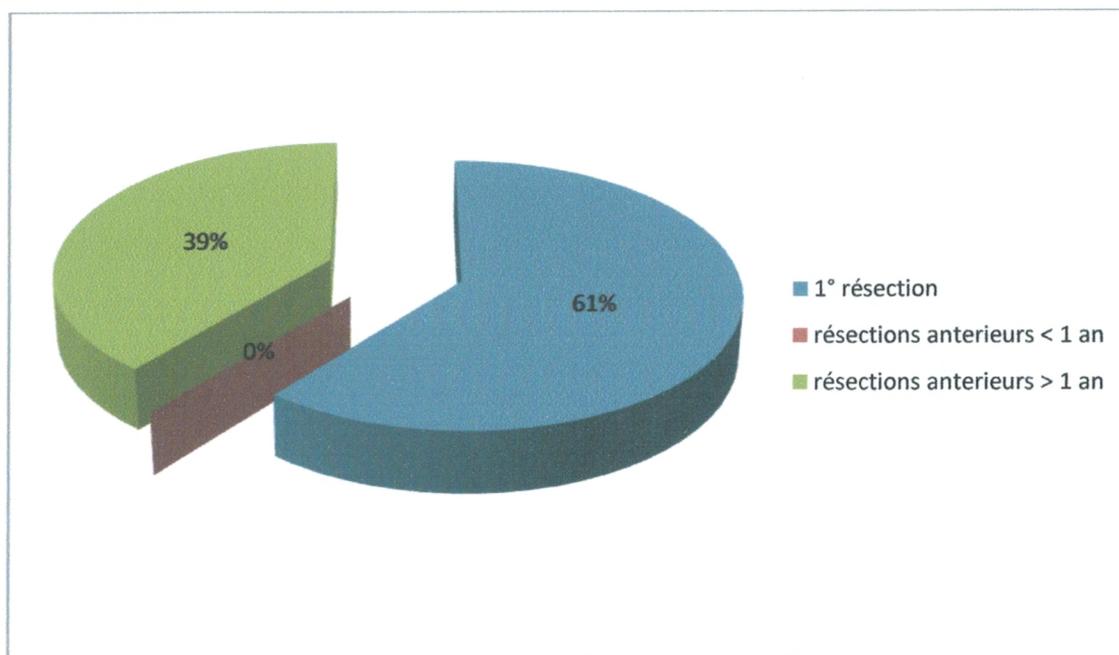
Autres signes	Présente	Absente	Total
Nombre	05	18	23
Pourcentage	21.74%	78.26%	100%



Commentaire: l'hématurie est le **premier signe du cancer de la vessie.**

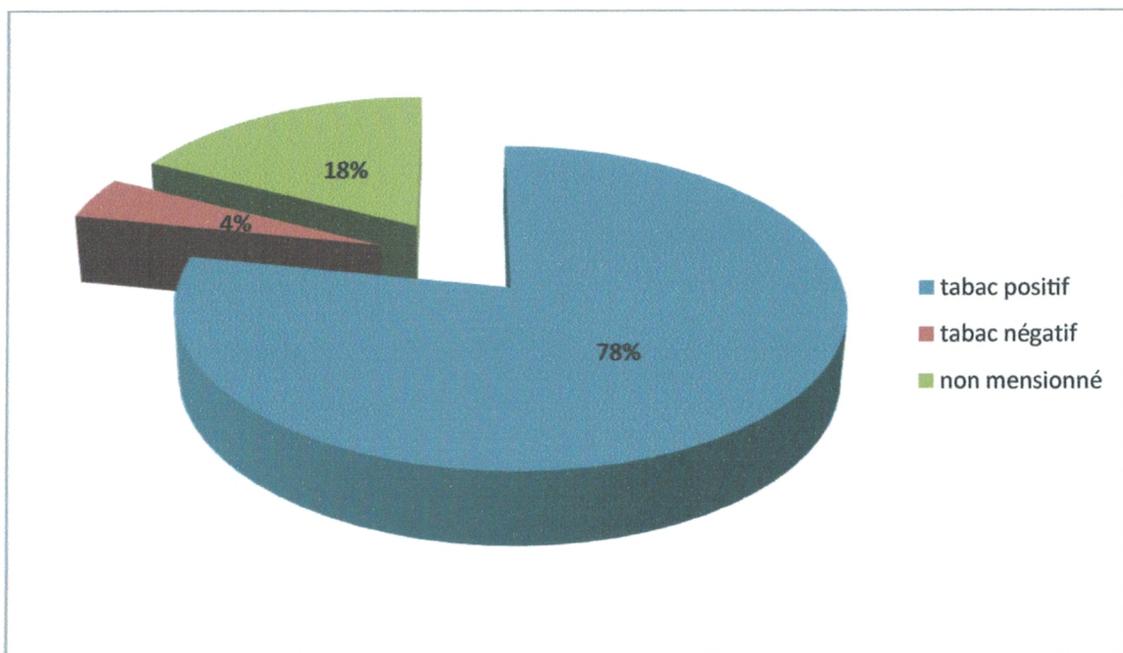
4-Nombre de résections:

Résections	1 ^o résection	Résections antérieurs <1an	Résections antérieurs >1an	total
Nombre	14	00	09	23
Pourcentage	60.87%	00%	39.13%	100%



5-Facteur de risque (tabac):

Tabac	Positif (actif et passif)	Negatif	Non mentionné	total
Nombre	18	01	04	23
Pourcentage	78.26%	4.35%	17.39%	100%

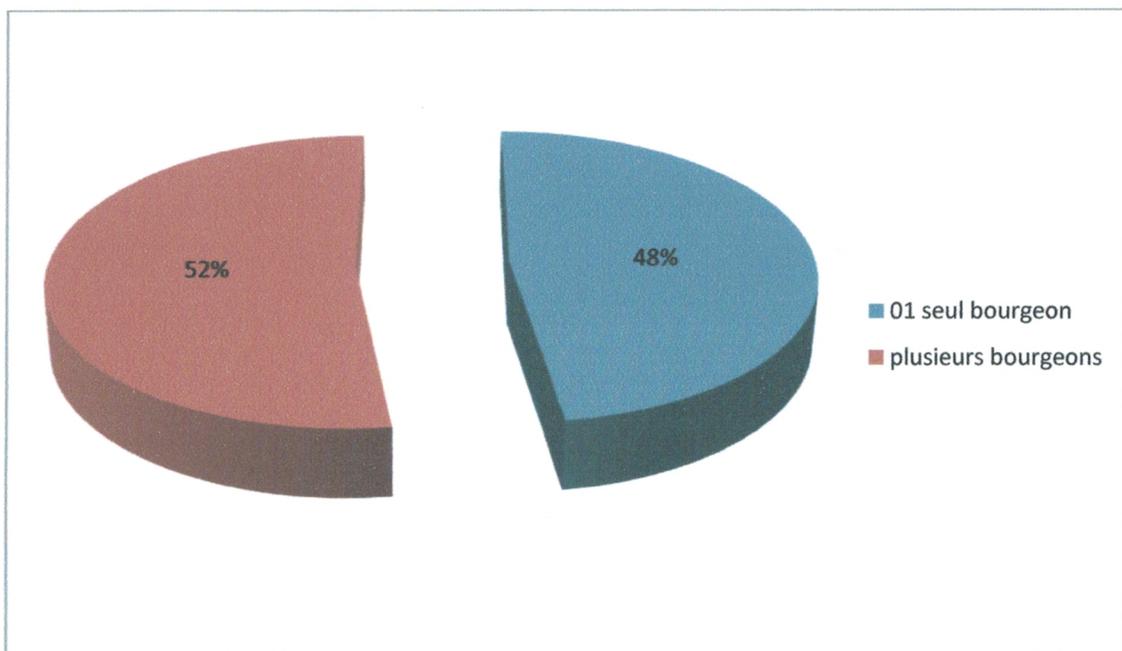


Les **fumeurs** courent beaucoup plus de risques que les non-fumeurs.

6- Tumeur (nombre, siège, taille, forme) :

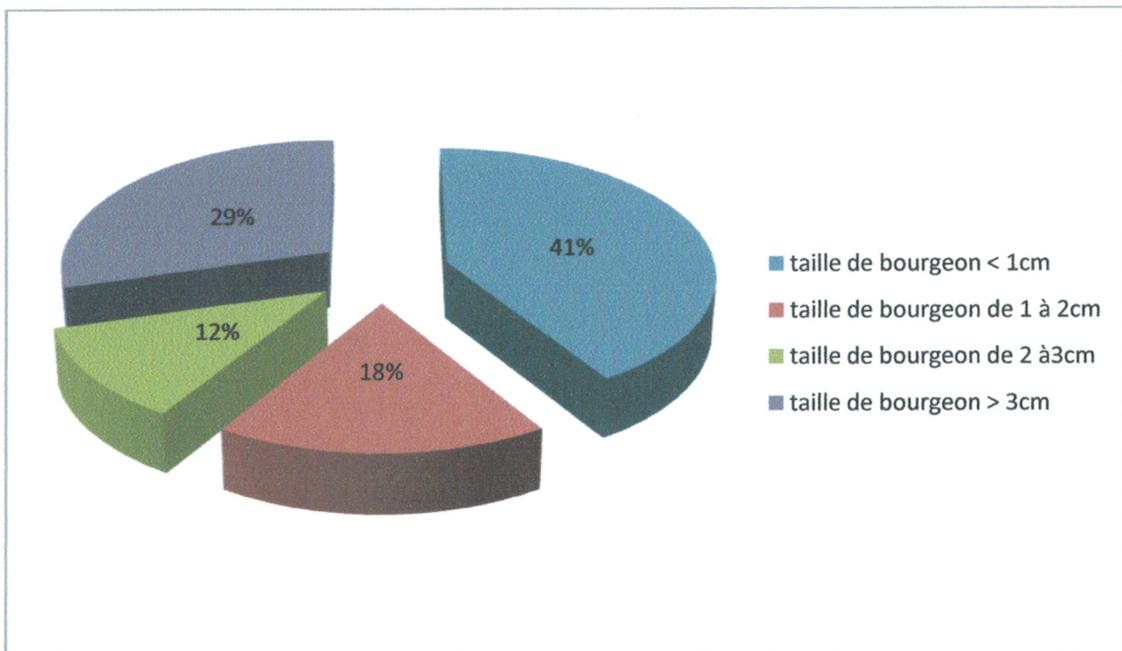
A-Nombre de bourgeons :

Nombre de bourgeons	01	Plusieurs	Total
Nombre	11	12	23
Pourcentage	47.82%	52.18%	100%



B-Taille des Bourgeons :

Taille du bourgeon	<1cm	De 1 à 2cm	De 2 à 3cm	>3cm	Total
Nombre	07	03	02	05	17
Pourcentage	41.18%	17.65%	11.76%	29.41%	100%



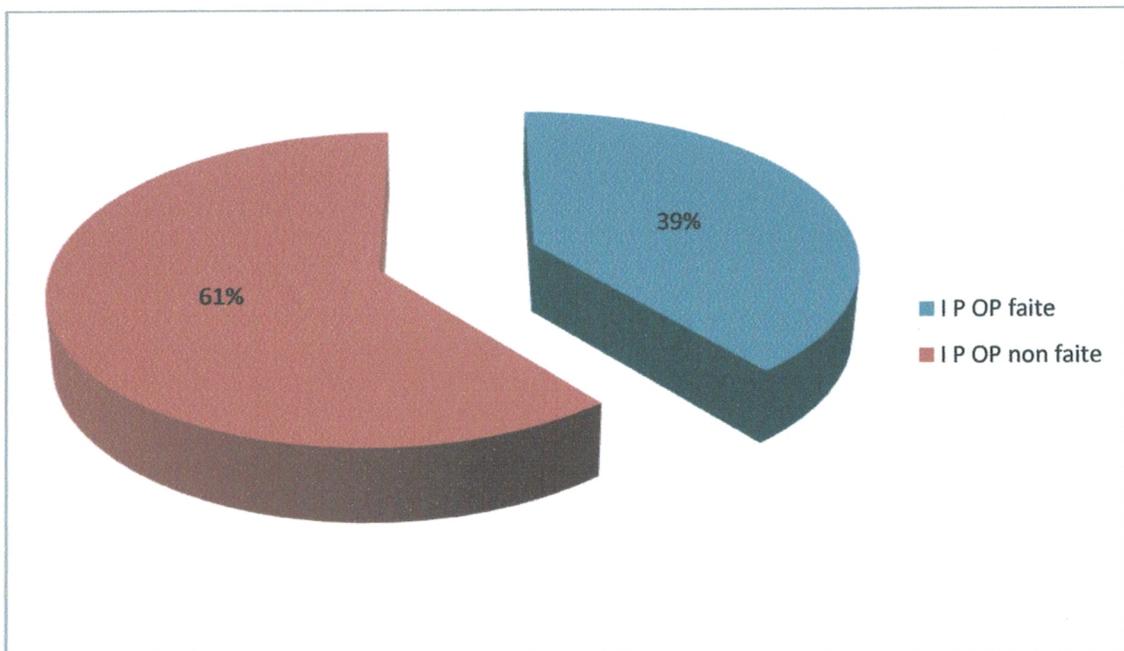
NB : il y a 06 cas sans précision

C-Siege des Bourgeons :

La plupart des bourgeons ont un siège latéral droit, postérieur et latéral gauche. La fréquence est minime pour la face antérieure, dôme de vessie et per vésicale.

7- Instillation post opératoire :

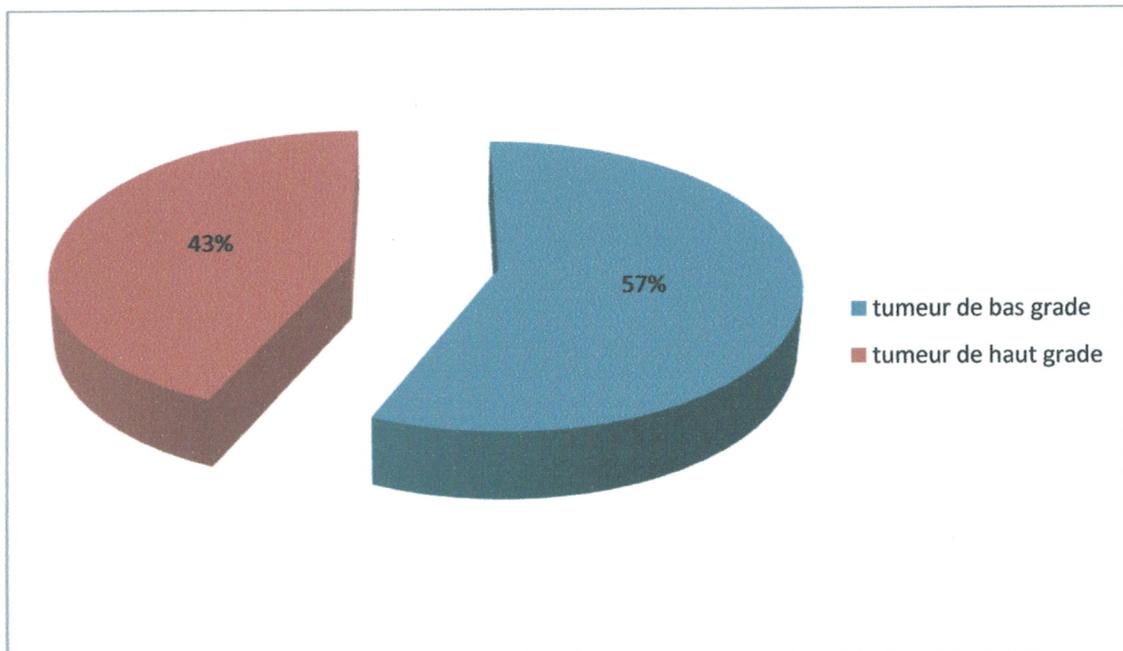
I.P.OP	Faite	Non faite	Total
Nombre	09	14	23
Pourcentage	39.13%	60.87%	100%



8-Classification anapathologique :

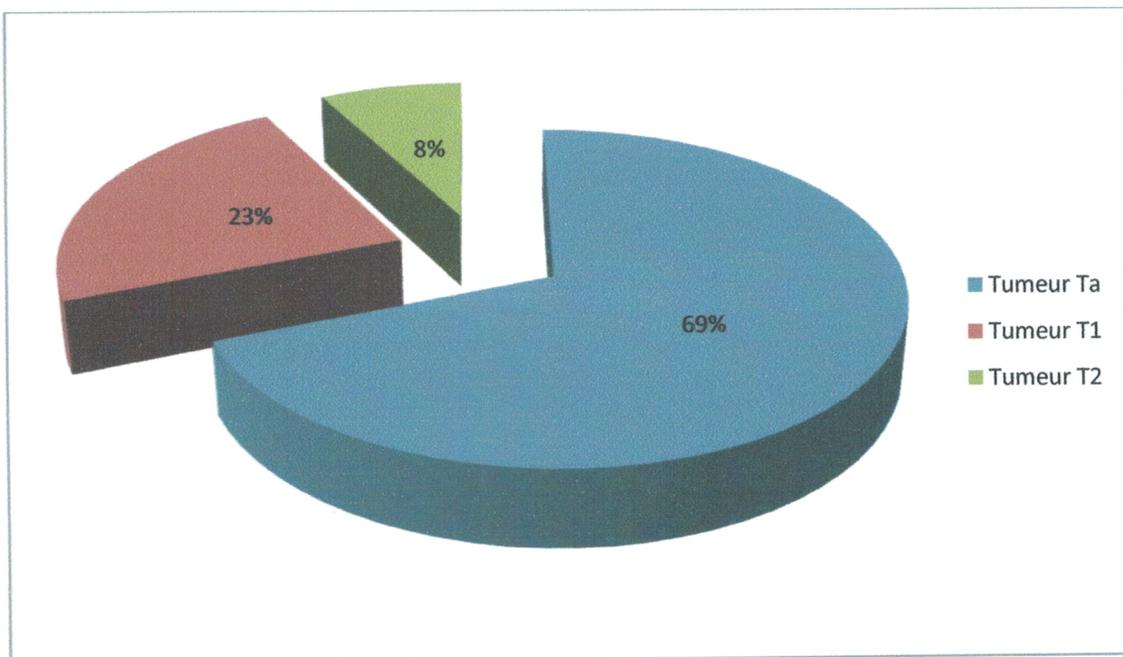
A-selon le grade :

Grade	bas grade	Haut grade	Total
Nombre	13	10	23
Pourcentage	56.52%	43.48%	100%



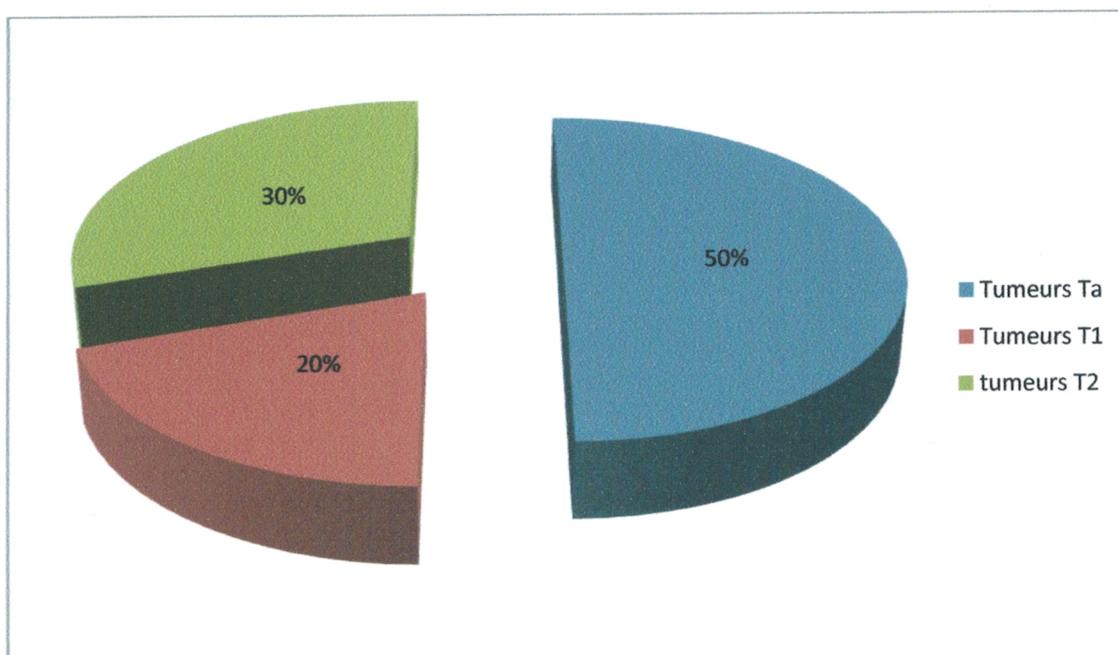
a-tumeurs de bas grade :

Tumeur	Ta	T1	T2	Total
Nombre	09	03	01	13
Pourcentage	69.23%	23.07%	7.7%	100%



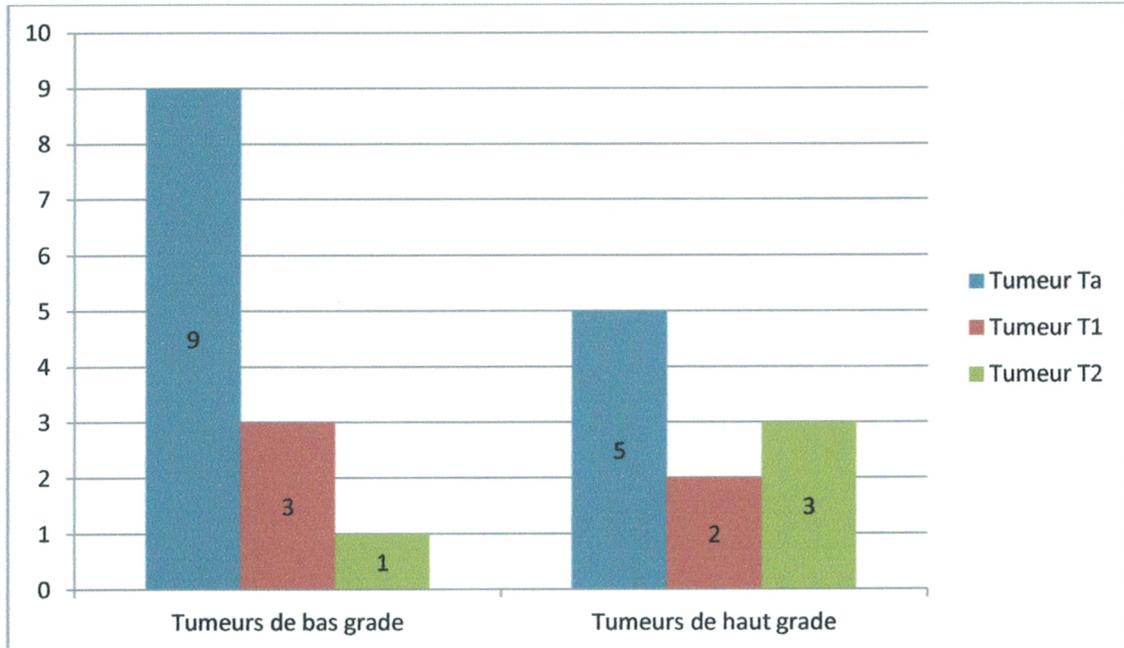
b-tumeurs de haut grade :

Tumeur	Ta	T1	T2	Total
Nombre	05	02	03	10
Pourcentage	50%	20%	30%	100%



B-Classification :

	Ta	T1	T2	Total
Bas grade	09	03	01	13
Haut grade	05	02	03	10



ETUDE STATISTIQUE ANNEE 2012

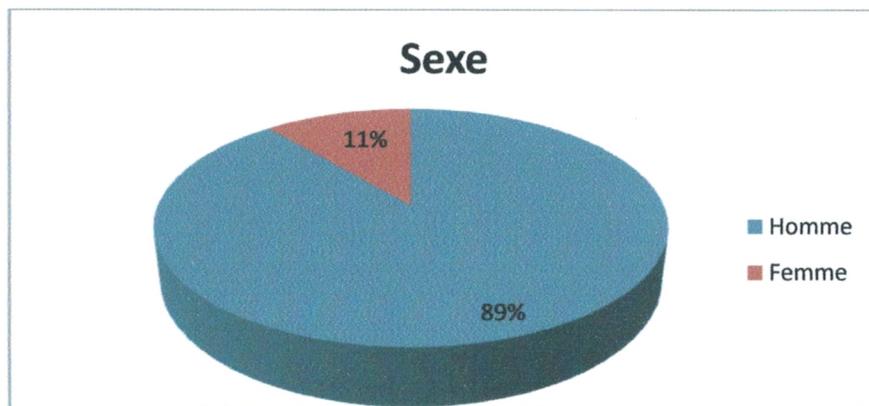
Service d'Urologie

C.H.U.Tlemcen

- L'étude statistique rétrospective sur dossiers des malades hospitalisés pour la résection de la tumeur de vessie, dans le service d'Urologie, CHU Tlemcen, durant l'année 2012.
- Nombre de malade réséqués par DR KAZI en 2012 : 36 malades

1)- selon le sexe :

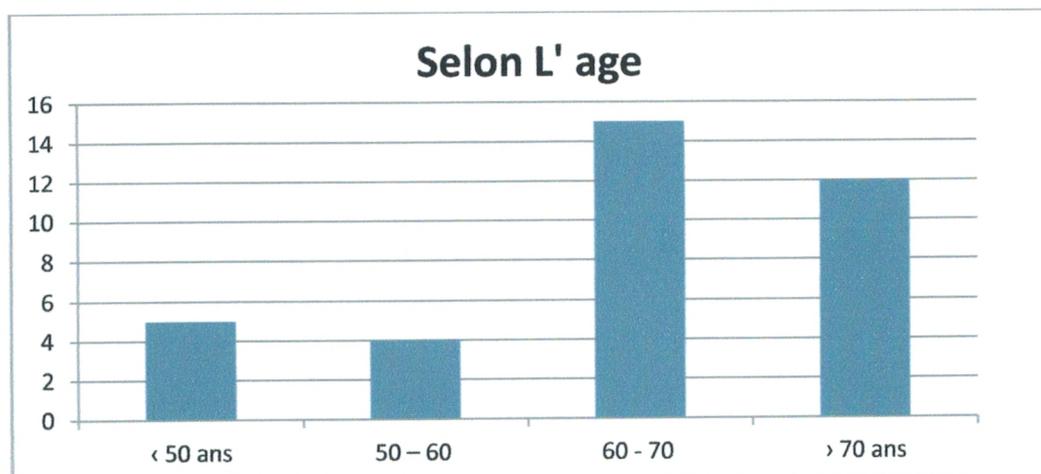
Sexe	Homme	Femme	Total
Nombre	32	04	36



Commentaire : on voit une nette prédominance masculine représenté par 89%.

2)- Selon l'âge :

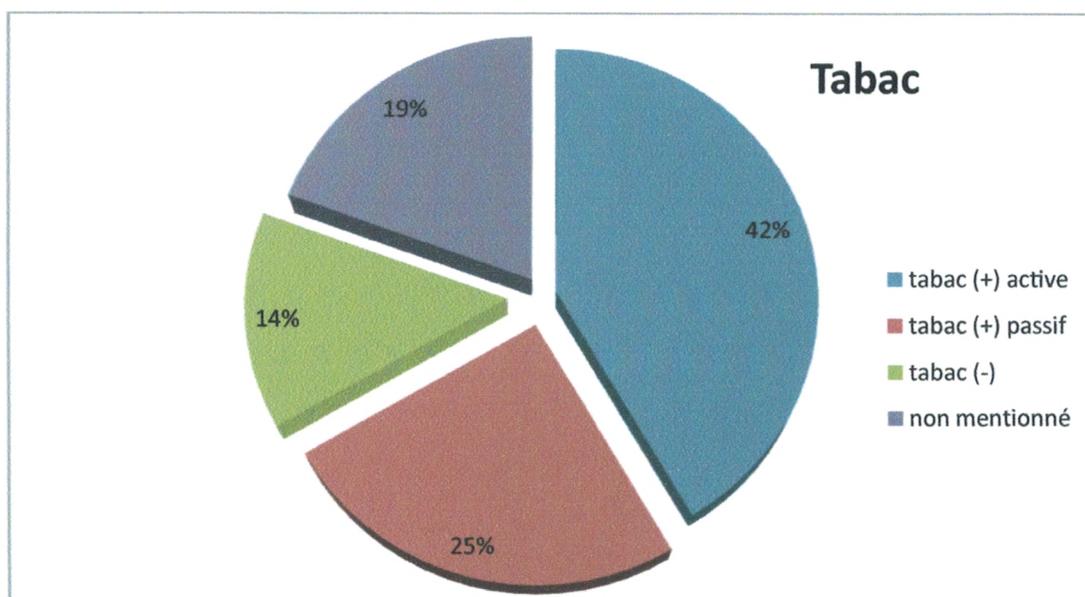
Age	< 50 ans	50 – 60	60 – 70	> 70 ans
Nombre	05	04	15	12



Commentaire : on note une plus grande fréquence à partir de 60 ans (75%)

3)- Facteur de Risque (tabac) :

Tabac		Nombre
Tabac positif	actif	15
	Passif	09
Tabac négatif		05
Non mentionné		07
Total		36



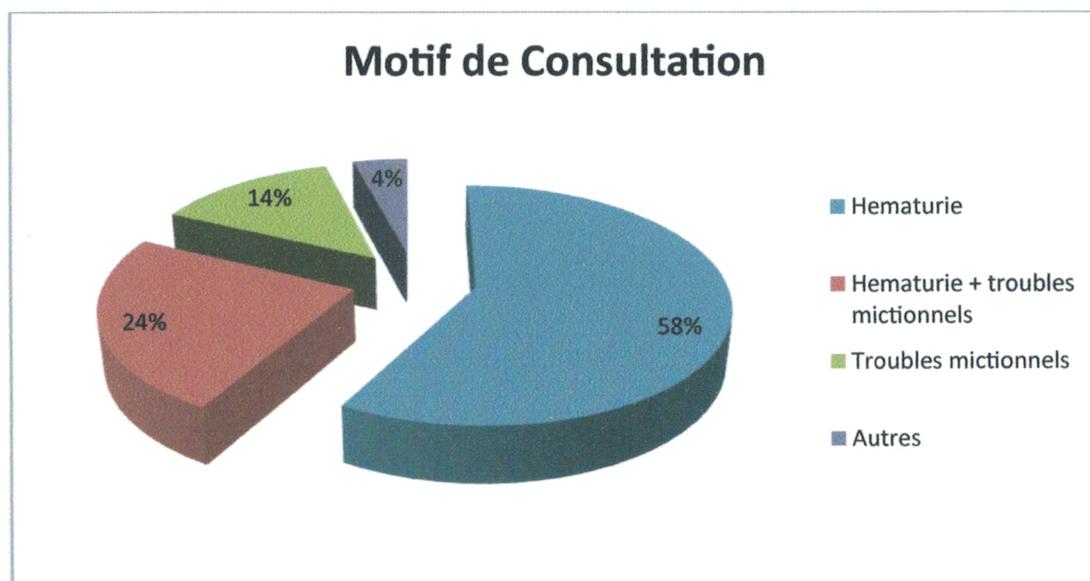
Commentaire :

Le Tabac représente le premier et le principal facteur de risque des tumeurs de vessie.

Parmi les 36 malades atteints de tumeur de vessie, on a 67% qui sont tabagiques (42% sont des tabagiques actifs et 27% sont des tabagiques passifs)

4)-Motif de consultation :

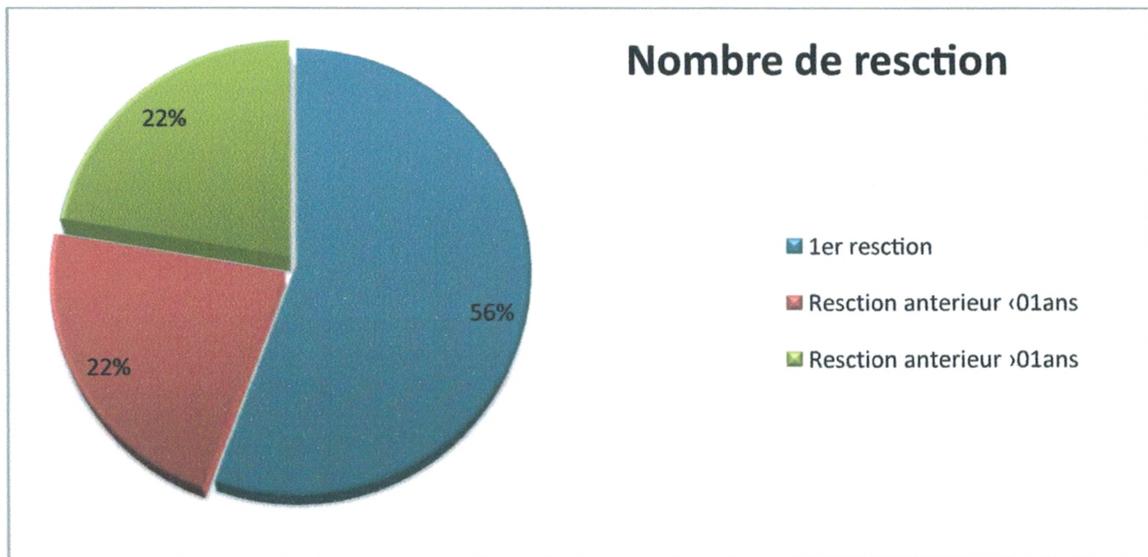
Signe Clinique	Nombre
Hématurie	20
Hématurie + troubles mictionnels	11
Troubles mictionnels	04
Autres (contrôle)	01
Total	36



Commentaire : le signe le plus constant de consultation c'est l'hématurie. Elle représente à 82%.

5)-Nombre de résection Antérieur:

Résection		Nombre
1 ^{er} résection (nouveau cas)		20
Résection antérieur	< 01 ans	08
	> 01ans	08
Total		36



Commentaire : on note dans notre étude que 56% des malades sont reséquées la première fois

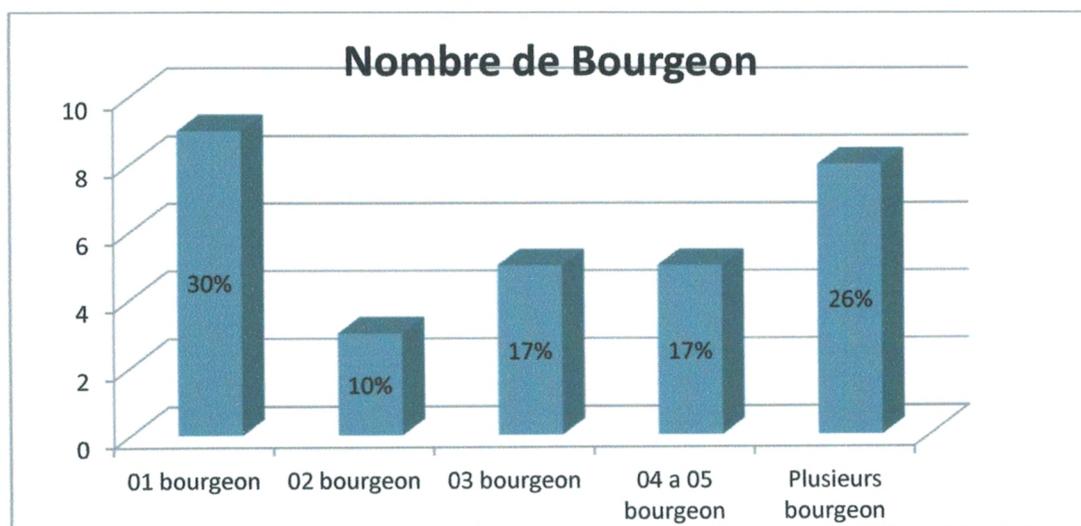
Contre 44% qui sont déjà bénéficié d'une résection antérieur.

6)- Tumeur (nombre, siège, taille, forme) :

A-Nombre de bourgeons :

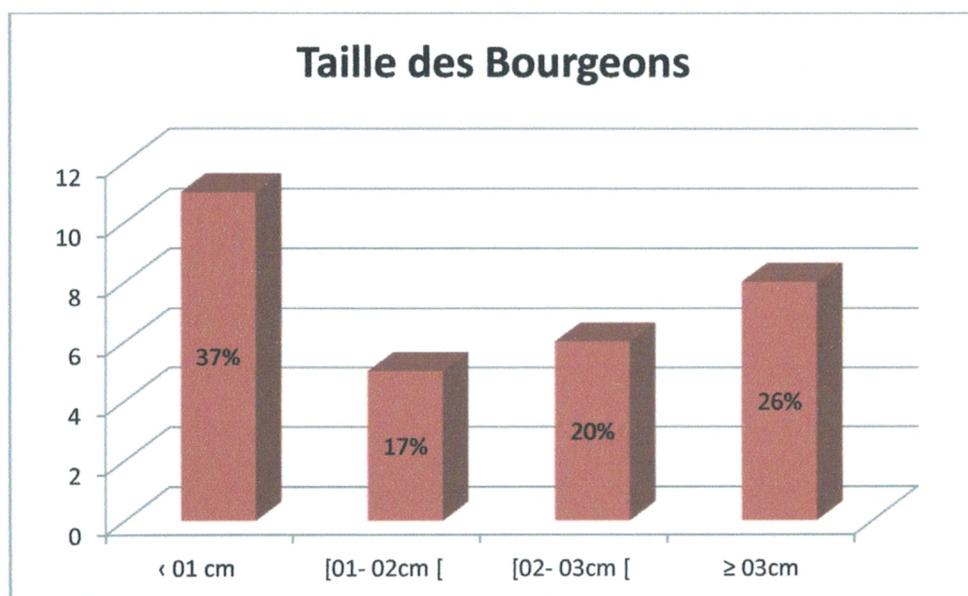
Nombre des bourgeons	Nbre des malades
01 bourgeon	09
02 bourgeons	03
03 bourgeons	05
04 a 05 bourgeons	05
Plusieurs bourgeons	08
Total	30

N.B : Il y a 06 cas sans précision.



B-Taille des Bourgeons :

Taille du Bourgeon	Nombre des malades
< 01 cm	11
[01- 02cm [05
[02- 03cm [06
≥ 03cm	08
Total	30

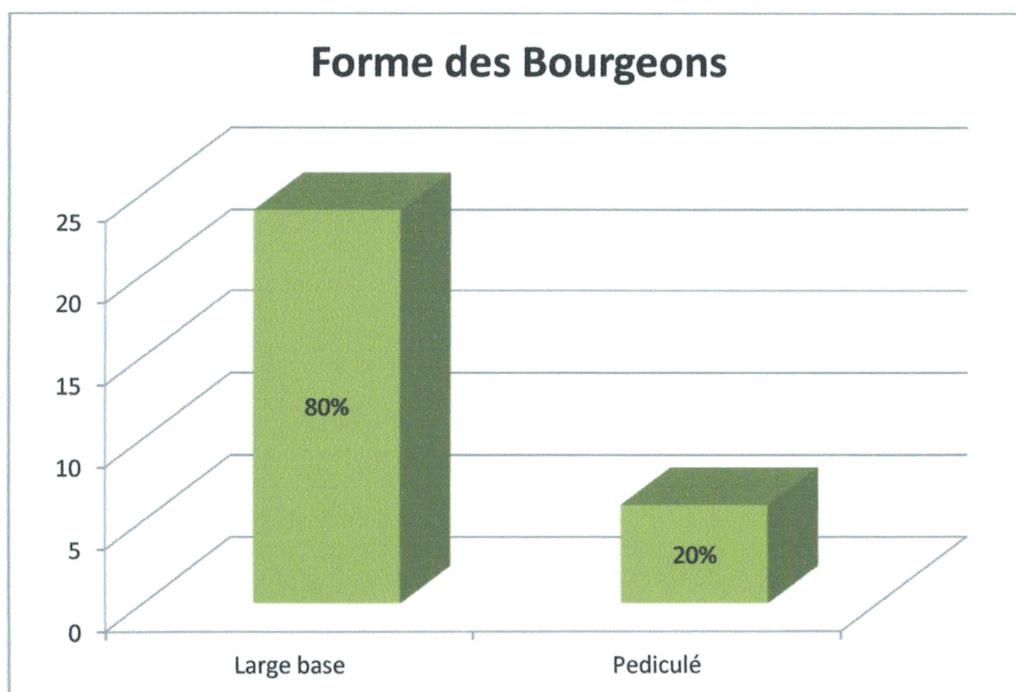


C-Siege des Bourgeons :

La plupart des bourgeons ont un siège latéral droit, postérieur et latéral gauche. La fréquence est minime pour la face antérieure, dôme de vessie et per vésicale.

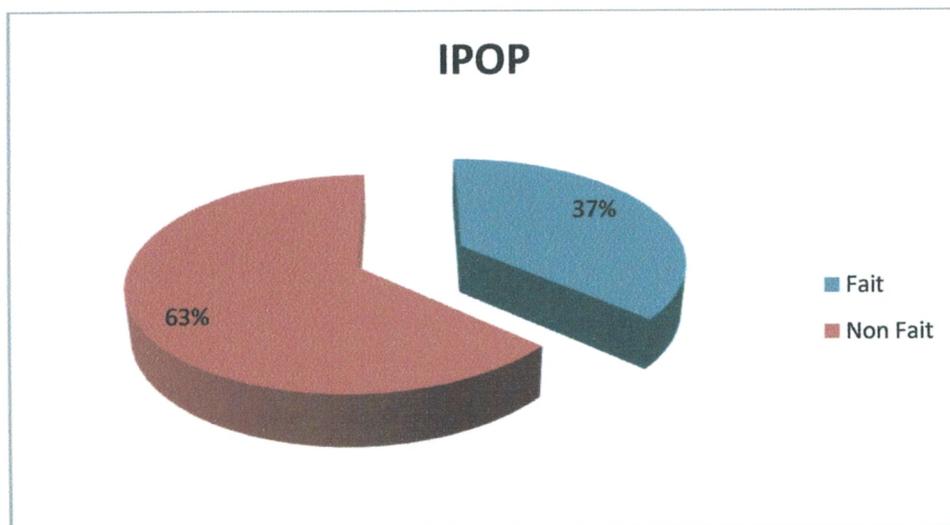
D-Forme de Bourgeon :

Forme des Bourgeons	Nombre de malades
Large base	24
Pédiculé	06
Total	30



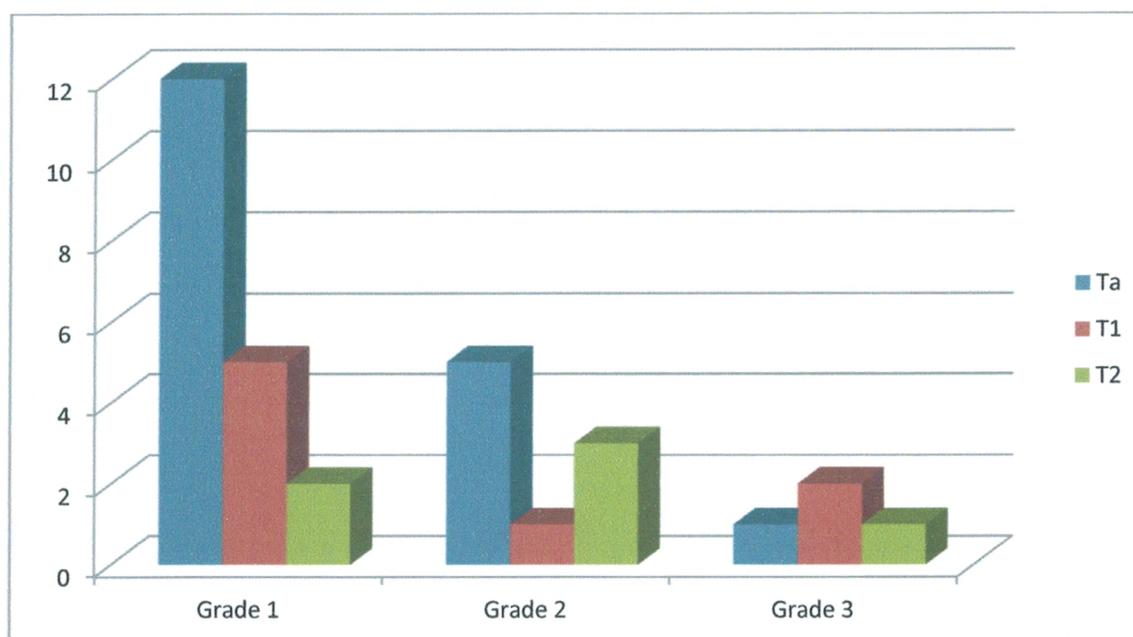
7)- Instillation post opératoire :

Instillation		Nombre des malades
I.P.O.P	Fait	11
	Non Fait	19
Total		30



8) classification anapathologique :

	Ta	T1	T2
Grade I	12	05	02
Grade II	05	01	03
Grade III	01	02	01



Nb : on a 04 anapath en faveur d'une tumeur bénigne.

Commentaire :

12 malades reséqués ont une tumeur classées G1 PT1.

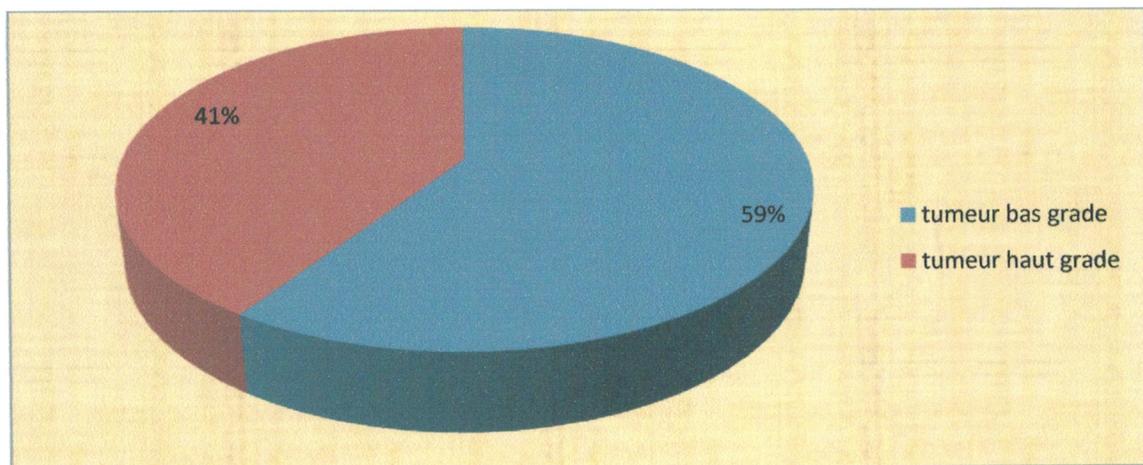
Les tumeurs superficielles sont prédominantes par rapport aux tumeurs infiltrant ce qu'explique la fréquence.

Selon le grade

Les grades I et II sont classés Bas grade.

Le grade III est classé Haut grade.

	Bas grade	Haut grade	Total
Nombre	19	13	32



Conclusion

Le pronostic des cancers de la vessie dits « superficiels » est souvent excellent. Le taux de survie de 5 ans après le traitement est de l'ordre de 80 % à 90 %. Malheureusement, ces tumeurs ont une forte tendance à récidiver, d'où l'importance d'un suivi médical étroit chez tous les patients atteints d'un cancer de la vessie. En principe, et pour mettre toutes les chances de son côté, ce suivi périodique doit être effectué pour le reste de la vie. Divers examens médicaux (cystoscopies et cytologies) seront pratiqués à intervalles réguliers. Ceux-ci permettent de dépister une récurrence de la tumeur et de la traiter le plus rapidement possible. On réduit ainsi le risque que la tumeur devienne « infiltrante », auquel cas le pronostic est moins favorable.

Enfin, le meilleur moyen de prévenir le cancer de la vessie demeure incontestablement de ne pas commencer à fumer ou de cesser de fumer.

BIBLIOGRAPHIE

Cancer de la vessie : un guide pour les patients – Basé sur les recommandations de l'ESMO - v.2012.1

Ce document est fourni par Reliable Cancer Therapies avec la permission de l'ESMO. Les informations contenues dans ce document ne remplacent pas un avis médical.

Dossiers des malades au service d'UROLOGIE de 2011 et 2012

Le 10/05/13

C.H.U. TLEMCEN
Dr. KAZI TANI
Maître Assistant Chef de Service
Urologie