

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère d'Enseignement et de la Recherche Scientifique

UNIVERSITÉ ABOU BAKR BELKAID - TLEMCEM -
Faculté de Médecine



Centre hospitalo-universitaire
HOPITAL DE TLEMCEM
Service d'urologie

Mémoire de fin d'étude

TUMEURS VESICALES

Encadré par :
DOCTEUR KAZI TANI

Présenté par :
- BENABDALLAH Lotfi
- KOUIDRI Abdellah

Année Universitaire : 2009/2010

Conclusion

Les tumeurs de vessie sont fréquentes, et près d'un tiers des patients consultent pour la première fois avec un cancer déjà infiltrant ou métastasé. Le diagnostic repose sur l'endoscopie, puis sur la résection.

Les tumeurs de vessie sont des « maladies » de l'urothélium et peuvent donc être associées à des tumeurs urothéliales de toute la voie excrétrice.

Complétée par le scanner, l'histologie oriente vers une option thérapeutique. En cas de tumeur superficielle, un traitement adjuvant par instillations endovésicales peut être nécessaire, après la résection endoscopique qui doit être complète. En cas de lésions infiltrantes, la cystectomie reste le traitement de référence.

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère d'Enseignement et de la Recherche Scientifique

UNIVERSITÉ ABOU BAKR BELKAID -TLEMCEN-
Faculté de Médecine



Centre hospitalo-universitaire
HOPITAL DE TLEMCEN
Service d'urologie

Mémoire de fin d'étude

TUMEURS VESICALES

Encadré par :
DOCTEUR KAZI TANI

Présenté par :
- **BENABDALLAH Lotfi**
- **KOUIDRI Abdellah**

Année Universitaire : 2009/2010

REMERCIEMENTS

Dr. M. KAZI
Chef de Service
Chirurgie Urologique
17

Avant tout, je remercie Dieu tout puissant pour nous avoir aidés à réaliser ce modeste travail.

Au niveau de service d'urologie du centre hospitalo-universitaire de tlemcen, je tiens à remercier docteur kazi tani médecin chef de service pour avoir bien voulu encadré ce mémoire.

Je tiens donc à vous exprimer ma reconnaissance car vous n'avez pas hésité à vous rendre disponible tout au long de notre stage d'urologie.

Je tenais à vous remercier de l'accueil que vous m'avez réservé et du temps que vous m'avez consacré lors de mon stage de 03 mois au sein de votre service et de toutes les informations nécessaires à la réalisation de mes travaux et m'avoir fait découvrir toutes les responsabilités auxquelles sont confrontées les médecins.

Cette première expérience sera très importante pour ma carrière et les tâches auxquelles vous m'avez associé m'ont vraiment permis de consolider mes connaissances et d'en développer de nouvelles.

Nos remerciements vont aussi à tous les médecins assistants au niveau du service (DR BENAZZA ET DR SELKA)

Merci à tous et à toutes.

ETUDE THEORIQUE

Les tumeurs de vessie sont des tumeurs de l'urothélium qui peuvent s'associer à des lésions tumorales de toute, la voie excrétrice.

Toute hématurie macroscopique, survenant même sous traitement anticoagulant, doit faire la preuve de son origine.

Toute impériosité mictionnelle de survenue récente chez un homme fumeur doit faire évoquer une tumeur viscérale.

Seule l'endoscopie peut affirmer le diagnostic de tumeur vésicale.



Introduction

La pathologie tumorale de la vessie regroupe des entités histologiques très hétérogènes. En pratique, il peut s'agir de polypes totalement bénins ou bien au contraire de tumeurs hautement malignes. Ces lésions vésicales sont presque toujours des pathologies de l'urothélium et peuvent être superficielles ou, au contraire, infiltrer les plans profonds (muscle puis séreuse). C'est l'association de ces deux critères (différenciation histologique et degré d'infiltration), ajoutée au statut ganglionnaire et métastatique qui déterminent le pronostic de la tumeur vésicale.

Le plus souvent découverte par une hématurie, elle nécessite toujours un premier temps de résection endoscopique qui permet le diagnostic histologique précis. En fonction de ces résultats anatomopathologiques, le traitement sera adapté. En cas de tumeur superficielle, la surveillance doit être la règle afin de guetter la récurrence ou l'infiltration, qui malheureusement sont fréquentes. En cas de tumeur infiltrant le muscle vésical, l'évolution vers les métastases est à craindre, le traitement par cystectomie totale reste le traitement de référence.

Lorsque la tumeur vésicale est prouvée, il est impératif de rechercher d'autres localisations tumorales, car cette pathologie de vessie est une véritable « maladie de l'urothélium ». Les polypes peuvent ainsi se propager sur l'ensemble des voies urinaires, des calices rénaux au méat urétral.

Épidémiologie

▪ *Quelques chiffres*

Le cancer de vessie arrive au deuxième rang des tumeurs urologiques après le cancer de la prostate, et représente près de 4% des décès par cancer en France. Il représente 5,5 % de tous les cancers diagnostiqués.

Il est trois fois plus fréquent chez l'homme (quatrième cancer le plus fréquent après la prostate, le poumon et le cancer colorectal), que chez la femme (représente 2,3% de l'ensemble des cancers féminins et occupe le huitième rang). Il est responsable de 2,6% de décès chez l'homme et de 1,4% chez la femme.

Le cancer de vessie est approximativement deux fois plus fréquent dans la race blanche que dans la race noire, il semble que le taux de tumeurs superficielles soit plus important dans la race blanche. Cette dernière constatation est probablement due à des facteurs socioéconomiques liés à l'accès aux soins et au diagnostic précoce.

Le cancer de la vessie atteint l'homme en seconde partie de vie ; l'âge moyen de découverte est actuellement de 65 ans. Il récidive très fréquemment mais n'est pas obligatoirement à l'origine du décès du patient. Ceci explique qu'il occupe la quatrième place en incidence dans la population américaine, mais en revanche la deuxième place pour la prévalence chez les sujets de plus de 50 ans.



Depuis les années 1950, l'incidence du cancer de la vessie a progressé approximativement de 50 %, alors que sur la même période, le taux de mortalité pour cancer de la vessie a décru approximativement de 33 %. Cette réduction de la mortalité touche essentiellement l'homme. Contrairement à beaucoup d'autres cancers urologiques (prostate, rein), dans les séries autopsiques, il est très rarement retrouvé incidentalement.

▪ *Facteurs de risque*

L'intoxication tabagique est le principal facteur de risque retrouvé. Le nombre de cigarettes fumées, le nombre de cigarettes inhalées, et l'ancienneté de l'intoxication sont des facteurs corrélés à la survenue des tumeurs vésicales. À partir de 15 paquets-années, ce risque persiste jusqu'à 20 ans après l'arrêt de l'intoxication tabagique. Il faut y associer les acteurs de risque professionnel : certains dérivés des produits industriels, notamment les dérivés utilisés dans la fabrication du caoutchouc, de la peinture et des colorants, dont notamment l'aniline.

L'ingestion fréquente de café et l'usage répété d'analgésiques locaux ont été incriminés dans la genèse du carcinome urothélial. La présence de calculs dans la vessie ou d'infections répétées peuvent être à l'origine d'une agression de la muqueuse et conduire à des dysplasies. D'autres produits ont été incriminés dans la carcinogenèse des tumeurs de vessie, comme la phénacétine ou bien les sucres artificiels comme la saccharine ou le cyclamate. Leur rôle exact n'a pas encore été démontré.

La genèse du carcinome de vessie est en fait due, comme beaucoup d'autres cancers, à des mutations génétiques. Une des mutations génétiques les plus fréquemment retrouvées en cancérologie est la mutation du gène *p53* porté sur le chromosome 17.

La protéine *p53*, qui naturellement protège de l'excès de mitoses en bloquant les cellules anormales, est alors mutée et ne permet plus l'apoptose cellulaire. Son rôle exact dans la pathologie tumorale de vessie n'est pas encore parfaitement connu, mais avec d'autres mutations génétiques, elle participe très probablement à l'oncogenèse.

Aucun facteur héréditaire n'a été mis en évidence comme facteur de risque des tumeurs de vessie.



Anatomopathologie

▪ *Histologie de la tumeur*

Rappel sur l'urothélium normal

L'urothélium de la vessie est un épithélium transitionnel comprenant de trois à sept couches cellulaires. Cet urothélium repose sur une couche de cellules basales sous laquelle se trouve une sous-muqueuse également appelée chorion. Les couches plus profondes sont représentées par deux couches musculaires, puis ensuite la séreuse qui limite la vessie de la graisse périvésicale.

Lésions histologiques de l'urothélium

L'hyperplasie épithéliale est une anomalie histologique où l'on peut voir une augmentation du nombre de couches cellulaires sans anomalie du noyau ni de l'architecture. Ces lésions sont parfaitement bénignes et ne récidivent que rarement.

La métaplasie urothéliale désigne la présence d'un épithélium non urothélial au sein de la vessie. Il peut être soit épidermoïde (métaplasie squameuse), soit glandulaire (métaplasie adénomateuse). Il peut s'agir alors de lésions précancéreuses.



Les tumeurs urothéliales représentent plus de 90% des tumeurs vésicales. Il s'agit de carcinomes épithéliaux vésicaux à cellules transitionnelles. Les tumeurs épidermoïdes sont plus rares, faisant suite souvent à une bilharziose vésicale. Les sarcomes ou les tumeurs métastatiques sont encore beaucoup plus rares.

Le carcinome à cellules transitionnelles se différencie de l'urothélium normal par le nombre accru de couches de cellules épithéliales, avec des aspects papillaires de la muqueuse, une perte de la polarité cellulaire, et une maturation cellulaire (de la basale aux cellules superficielles) anormale, des cellules géantes, des irrégularités nucléaires, une augmentation de l'index nucléocytoplasmique, une augmentation de la taille des nucléoles et enfin, surtout, un nombre accru de mitoses.

Les autres types de cancers urothéliaux sont représentés par le **carcinome à cellules squameuses**. Il fait suite très souvent à la bilharziose. En Égypte, par exemple, 80% des carcinomes à cellules squameuses font suite ou sont associés à l'infection par le *Shistosoma haematobium*. Les autres causes de carcinomes à cellules squameuses sont les irritations chroniques de vessie, les calculs urinaires ou les sondes à demeure, les infections chroniques et les diverticules de vessie. Ce cancer est redoutable car très souvent le diagnostic est fait alors que la maladie est déjà évoluée.

L'adénocarcinome de vessie représente 2% de tous les cancers de vessie. C'est le cancer le plus fréquent après extrophie vésicale. Il fait suite à une



irritation ou une inflammation chronique de la vessie, mais peut être également associé à la bilharziose.

▪ ***Classification***

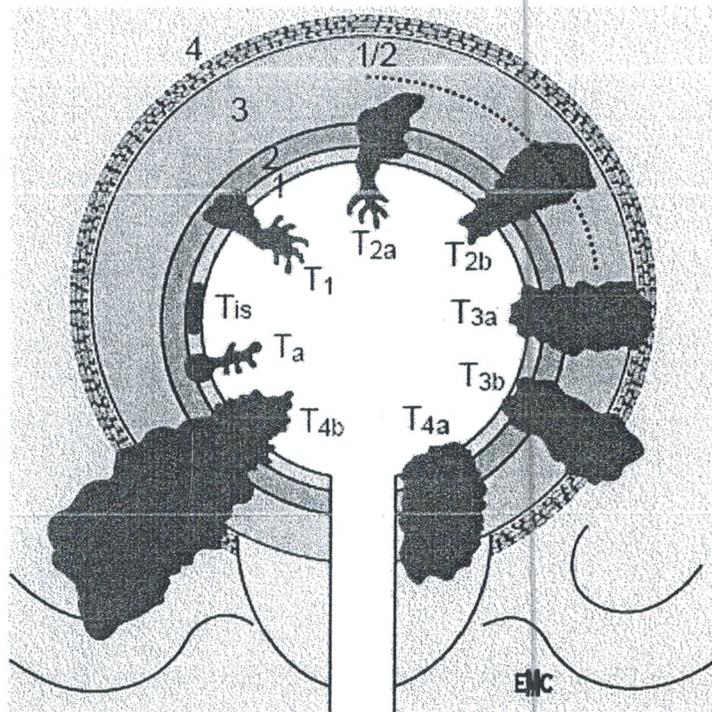
Les tumeurs de vessie sont classées en fonction de leur grade et de leur stade histologiques. Ces deux paramètres sont identifiés sur les copeaux de résection de la tumeur ou sur les fragments de biopsies vésicales.

Grade cellulaire

Le grade histologique correspond à la différenciation cellulaire. Il est extrêmement utile pour classer la tumeur et envisager le traitement de celle-ci. Il représente le « potentiel agressif » de la tumeur. La classification de Mostofi est la plus utilisée. Les cellules normales de l'urothélium représentent le grade 0, les cellules bien différenciées mais anormales le grade I, les cellules moyennement différenciées le grade II, et les cellules peu ou pas différenciées le grade III.

Contrairement à bon nombre d'autres tumeurs d'organe, il existe une corrélation entre le grade et le stade tumoral. Plus la tumeur est indifférenciée, plus elle a une chance d'avoir une infiltration profonde. Lorsque sur la même tumeur il existe des grades différents, il est admis de considérer le grade le plus fort.





1 T : profondeur de pénétration de la tumeur dans la paroi vésicale. 1. Muqueuse ; 2. chorion ; 3. muscle ; 4. graisse périvésicale.

Stade tumoral

Le stade tumoral est défini par la classification T du TNM (tumeur, *nodes*, métastase) de l'Union internationale contre le cancer (UICC). Le T correspond à la profondeur de pénétration de la tumeur dans la paroi vésicale (*fig 1*). Le stade

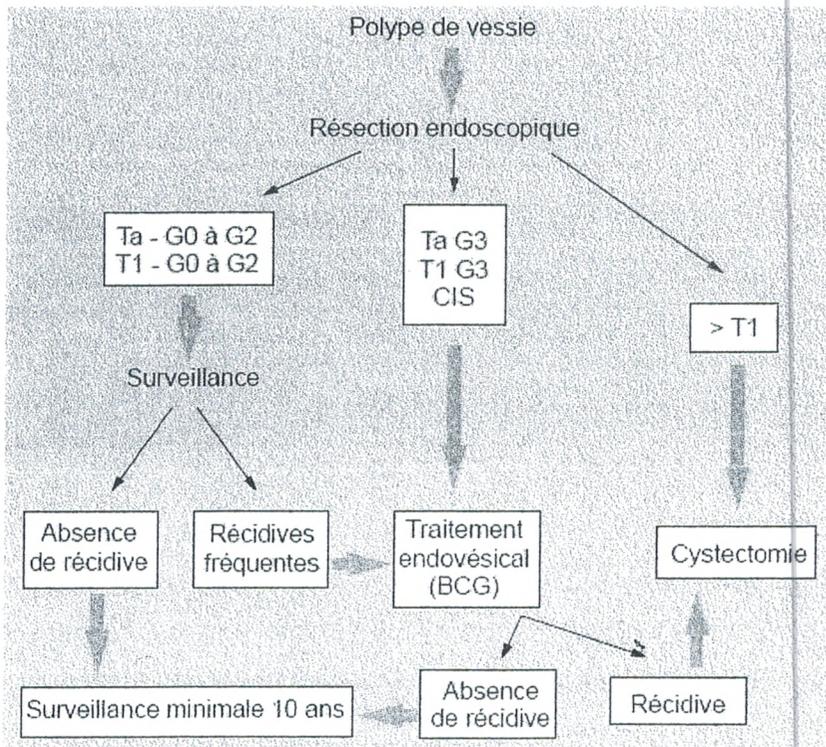
pathologique pTa correspond à une tumeur limitée à la muqueuse vésicale, ne franchissant pas la membrane basale.

La tumeur pT1 représente une tumeur infiltrant le chorion (tissu conjonctif sous-épithélial), pT2 infiltrant le muscle (2a moitié interne et 2b moitié externe), pT3 envahissant les tissus périvésicaux (3a microscopique et 3b macroscopique)

et enfin, pT4 signe l'extension extravésicale aux organes de voisinage.

Le carcinome in situ est une lésion rare à part. Ils'agit d'un carcinome transitionnel faiblement différencié localisé à l'urothélium. Il est souvent associé à des tumeurs de haut grade. Il peut être considéré comme un facteur de gravité surajouté.

Les tumeurs de vessie superficielles pTa ou pT1 peuvent être traitées localement, alors que les tumeurs infiltrantes (pT2 à pT4) nécessitent un geste agressif comme la cystectomie radicale (fig 2).



2 Attitude thérapeutique en fonction du stade et du grade tumoraux.

BCG : immunothérapie endovésicale par le bacille Calmette-Guérin.

Extension et dissémination

Elles peuvent se faire par voies lymphatique, sanguine ou urinaire. L'extension carcinomateuse ganglionnaire est souvent corrélée à l'importance de l'infiltration du muscle. Pour les tumeurs supérieures à pT3, elle correspond à plus de 50 %. Cette infiltration lymphatique touche d'abord les ganglions iliaques externes, puis hypogastriques, avant d'atteindre les ganglions lomboaortiques.

La dissémination métastatique est fréquente. Elle est également corrélée à l'infiltration de la lésion primitive. Elle atteint essentiellement l'os, le poumon et le foie, mais peut également gagner la peau ou le péritoine.

La diffusion du carcinome urothélial peut aussi se faire par contiguïté ou dissémination par voie urinaire. Il s'agit d'une greffe tumorale qui peut alors atteindre n'importe quelle zone d'urothélium (du rein à l'urètre). **Cette dissémination « urinaire » est spécifique des tumeurs urothéliales.**

Diagnostic (fig 3)

▪ Clinique

Circonstances de découverte

L'hématurie est très souvent le premier signe révélateur d'une tumeur de vessie. Cette hématurie est classiquement terminale, mais le plus souvent elle est totale car abondante. Elle peut même parfois conduire à la formation de caillots intravésicaux.

L'accumulation de caillots peut entraîner une rétention aiguë d'urines. L'hématurie peut être fluctuante dans le temps. Elle disparaît généralement spontanément avec l'augmentation de l'apport hydrique et donc de la diurèse.

Il faut rappeler que toute hématurie macroscopique, même survenant sous traitement anticoagulant, doit faire la preuve de son origine, et en particulier, il est indispensable de rechercher une tumeur urothéliale.

D'autres modes de révélation peuvent conduire à évoquer le diagnostic de tumeur de vessie : les troubles mictionnels sont souvent présents et signent l'irritation vésicale. Ils se manifestent le plus souvent par des pollakiuries diurnes et parfois nocturnes, des impériosités mictionnelles, et parfois des brûlures mictionnelles alors que les urines sont stériles. Ces troubles ne sont pas spécifiques d'une pathologie

vésicale et peuvent laisser penser qu'il existe une anomalie prostatique. Il faut rappeler que toute impériosité mictionnelle de survenue récente chez un homme fumeur doit faire évoquer une tumeur vésicale.

Parfois, les circonstances de découverte sont plus tardives, signant une tumeur plus évoluée : il peut s'agir alors de douleurs lombaires dues à un obstacle au niveau du méat urétéral où siège la tumeur. Parfois, il peut s'agir également de découverte au stade de métastases. Des métastases osseuses ou pulmonaires peuvent faire découvrir la tumeur vésicale primitive jusqu'alors asymptomatique ou négligée.

Cette négligence est fréquente car les tumeurs vésicales surviennent souvent dans une population alcoolotabagique défavorisée où l'accès aux soins n'est pas toujours une évidence.

Parfois, la découverte d'un polype de vessie peut se faire au cours d'examens systématiques ou pratiqués pour une raison extra-urologique. L'échographie abdominale peut ainsi découvrir des polypes intravésicaux lorsque la vessie est en réplétion. Une hématurie microscopique diagnostiquée au cours des examens de médecine du travail (bandelette urinaire réactive) peut également être à l'origine du diagnostic.

De nouveaux tests diagnostiques des tumeurs de l'urothélium sont actuellement en cours d'évaluation. Ces examens (tests urinaires) auront pour but de dépister les

tumeurs de l'urothélium asymptomatique. Si un de ces tests s'avère fiable, il devrait trouver sa place dans le dépistage dans les populations à risque.

Examen clinique

Il est très souvent normal. En cas de lésion importante, l'infiltration tumorale en profondeur peut être palpée, soit par l'examen abdominal en cas de lésions de la face antérieure de la vessie, soit par les touchers pelviens s'il existe une extension en arrière ou latéralement à la vessie. Dans le premier cas, vessie pleine et vessie vide, le palper abdominal peut retrouver une induration sus-pubienne. Au niveau du toucher rectal (au-dessus de la prostate) ou vaginal (en avant de l'utérus), il est possible, lors d'une extension importante, de palper une induration qui signe l'envahissement extravésical, voire le blindage pelvien. Il s'agit alors de tumeurs très évoluées, en général au-delà de ressources thérapeutiques curatives.

Examens complémentaires

Ils auront deux buts : le premier de confirmer le diagnostic, le deuxième de faire un bilan d'extension.



Confirmation du diagnostic

- ***Endoscopie : examen clef du diagnostic***

Un examen endoscopique doit être réalisé en cas de suspicion de polypes vésicaux ou de tumeurs vésicales. Celui-ci peut être pratiqué avec un cystoscope (rigide) ou mieux un fibroscope (souple). Cet examen est réalisé en consultation, après avoir vérifié que les urines sont strictement stériles. Il est quasi indolore et nécessite 5 à 10 minutes pour sa réalisation. Il permet de visualiser une lésion endovésicale qui peut être soit une plage inflammatoire suspecte, soit un polype vésical. Celui-ci peut être pédiculé ou sessile. Lors de l'examen, il est difficile de savoir la nature exacte du polype, mais très souvent il est possible d'avoir une orientation sur le caractère infiltrant ou non de ce polype. Le polype superficiel est en général pédiculé à implantation vésicale étroite ; frangé, il prend l'aspect d'algues qui flottent dans les urines. Au contraire, la tumeur infiltrante est plus sessile, à large implantation, parfois nécrotique, bourgeonnante, inflammatoire ou blanchâtre. Un aspect tout à fait à part est celui de carcinome in situ (CIS) qui se traduit en général par des zones inflammatoires hyperhémiques, parfois légèrement granuleuses.

Le diagnostic de certitude des tumeurs de vessie est histologique. Le premier temps de la prise en charge d'une lésion endovésicale est donc toujours la résection endoscopique de la tumeur (ou au minimum des biopsies). Elle requiert des urines stériles. Cette résection se fait sous anesthésie locorégionale (rachianesthésie) ou générale, et permet de retirer des copeaux de vessie qui seront analysés après fixation et coloration. Cette résection endoscopique doit s'efforcer de retirer l'ensemble des polypes. Elle a donc

un rôle diagnostique mais aussi thérapeutique (si la résection tumorale est complète). Cette résection complète est possible lorsqu'il s'agit de polypes superficiels. En cas de polypes plus profonds, la résection peut ne pas être totale. Seul l'examen histologique pourra répondre avec certitude s'il s'agit de polypes superficiels ou si, au contraire, la tumeur a atteint les plans plus profonds.

- *Cytologie urinaire*

C'est un examen simple qui consiste à étudier le sédiment d'échantillon d'urines. Ce sédiment permet d'examiner la desquamation de l'urothélium et de déceler des cellules tumorales. Auparavant, les cytologies étaient classées selon la classification de Papanicolaou (de type I à type IV). Maintenant, il est le plus souvent utilisé une classification en trois grades (plus CIS). Cette cytologie urinaire permet le plus souvent d'évoquer le diagnostic sans avoir de certitude. Cet examen peut être répété et peut donc être utile pour suivre l'évolution après traitement du premier polype. Elle est relativement spécifique mais sa sensibilité n'est pas très forte. Plus la lésion est de grade élevé, plus elle desquame, et plus la cytologie sera facilement positive. Au contraire, en cas de lésion de bas grade, la cytologie est d'interprétation très difficile. Une cytologie négative n'écarte absolument pas une lésion vésicale tumorale. À l'opposé, la présence d'une cytologie positive doit faire rechercher une lésion du haut appareil urinaire en cas de cystoscopie négative.

- *Échographie vésicale*

C'est un examen non invasif qui peut mettre en évidence des polypes de vessie. À l'occasion d'un examen abdominal, il n'est pas rare de faire le diagnostic de lésion endovésicale. Il

est alors bien sûr indispensable de réaliser une endoscopie. Cet examen, qui est souvent pratiqué pour des raisons extra-urologiques, permet parfois de faire un diagnostic de tumeur de vessie non suspectée jusqu'alors.

- *Urographie intraveineuse*

L'urographie intraveineuse (UIV) est un examen qui n'est ni très spécifique ni sensible des tumeurs de vessie. Elle permet parfois de découvrir une lacune (siège de la tumeur), ou une hydronéphrose (conséquence d'une obstruction tumorale au niveau d'un méat, urétéral par exemple).

Bilan d'extension

Lorsqu'il s'agit d'un polype vésical pour lequel, à l'histologie, il n'y a pas d'infiltration, il n'est pas nécessaire de faire de bilan supplémentaire à la recherche de métastase. En effet, en cas de tumeur superficielle, seule une deuxième localisation doit être redoutée, et un scanner (spiralé) peut être demandé si l'UIV n'est pas assez contributive.

En revanche, si l'atteinte est plus profonde, c'est-à-dire s'il s'agit d'un polype atteignant la musculature, un traitement plus agressif doit être envisagé et, avant de le discuter, il est indispensable de faire un bilan complémentaire. Celui-ci comprend un scanner abdominopelvien qui permet de rechercher :

- une extension extravésicale, c'est-à-dire une atteinte locorégionale ;
- la présence d'adénopathies au niveau ilio-obturateur ; ces adénopathies sont pathologiques lorsqu'elles sont

supérieures à 1 cm, et surtout lorsqu'il existe une asymétrie entre les deux lames ilio-obturatrices ;

– la présence de dilatation sus-jacente à type d'urétérohydronephrose ;

– des métastases hépatiques ou abdominales.

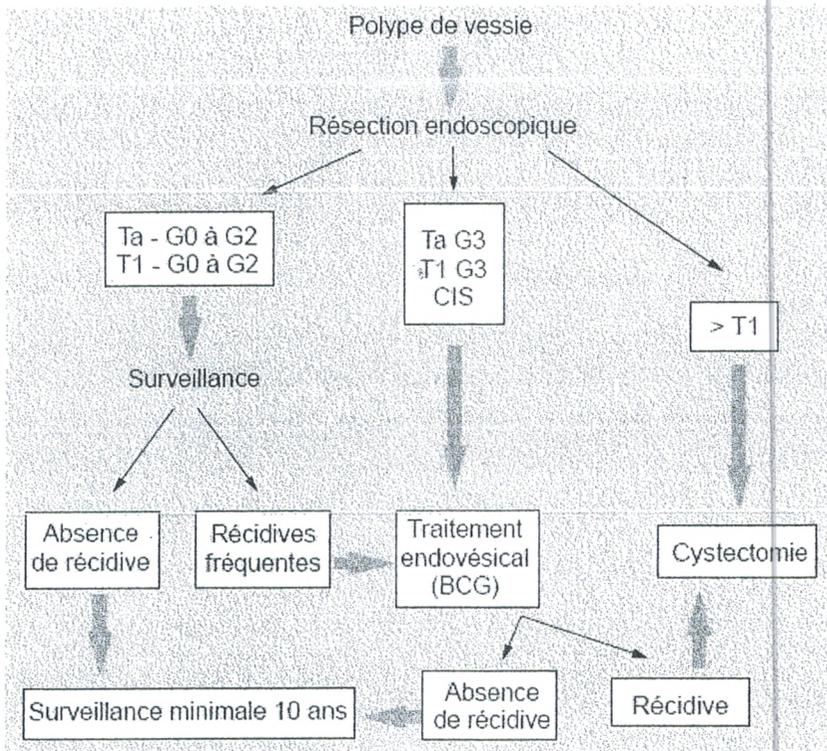
L'imagerie par résonance magnétique (IRM) n'apporte pas plus de renseignements que le scanner, et son utilisation ne se justifie actuellement

que pour avoir une représentation tridimensionnelle du petit bassin ou lorsqu'une métastase osseuse de contiguïté (os du bassin) est suspectée.

La radiographie de thorax et le scanner thoracique permettent de rechercher une localisation pulmonaire secondaire. En cas de douleurs osseuses, la scintigraphie osseuse peut être utile pour conduire au diagnostic de métastases osseuses.

Une UIV ou une tomодensitométrie (TDM) spiralée, doit être systématiquement pratiquée afin de rechercher une autre localisation. En effet, les tumeurs vésicales sont des tumeurs de l'urothélium et donc tout polype peut avoir disséminé par voie urinaire. Cette greffe tumorale peut se situer sur n'importe quelle zone d'urothélium, des calices rénaux jusqu'au méat urétral.

Ces deux examens visualisent l'ensemble des cavités urinaires supérieures. Une lacune au niveau du bassinet ou de l'uretère doit faire suspecter une deuxième localisation tumorale.



2 Attitude thérapeutique en fonction du stade et du grade tumoraux.

BCG : immunothérapie endovésicale par le bacille Calmette-Guérin.

Traitement

Le traitement des tumeurs de vessie diffère totalement en fonction du stade histologique. S'il s'agit d'une tumeur superficielle (qui n'envahit pas le muscle), c'est-à-dire Ta ou T1, le traitement essentiel est la résection endoscopique. Si en revanche il s'agit d'une tumeur infiltrant le muscle, c'est-à-dire T2 à T4, le traitement sera beaucoup plus agressif : le plus souvent il sera nécessaire d'effectuer une cystectomie.

▪ *Tumeur superficielle de la vessie*

Traitement initial

Le traitement essentiel consiste à retirer en totalité le ou les polypes visibles en endoscopie. Cette résection doit être complète. Après analyse histologique, s'il n'existe pas d'envahissement musculaire (définition de la tumeur superficielle), en fonction du grade, il est possible de classer ces tumeurs superficielles selon les risques :

- risques faibles : Ta G1 unique, Ta G1 G2 non récidivant à 3 mois ;
- risques intermédiaires : Ta G2 multifocal, Ta multirécidivant, T1 G2 ;
- risques majeurs : Ta G3, T1 G3, CIS diffus, T1 multifocal et T1 récidivant dans les 6 mois.

Pour les tumeurs superficielles de risques faibles ou de risques intermédiaires, la résection endoscopique est suffisante. Parfois, en cas de récurrences fréquentes, il est possible d'utiliser des traitements endovésicaux tels que la mitomycine C.

Pour les tumeurs de vessie à risques majeurs, il est indispensable de réaliser des instillations endovésicales de bacille Calmette-Guérin (BCG). Il s'agit d'une immunothérapie qui permet de traiter les lésions non visibles en endoscopie, d'éviter l'infiltration tumorale et de retarder la récurrence. Ce traitement est réalisé de manière hebdomadaire, pendant 6 semaines. À la fin de cette cure de BCG thérapie, le patient doit être réévalué sur le plan endoscopique, afin d'être sûr qu'il n'existe pas de récurrence précoce. Ces instillations de BCG entraînent très fréquemment des signes fonctionnels urinaires (dysurie, pollakiurie, hématurie), plus rarement des symptômes généraux (fièvre, arthralgie, rash cutané) qui peuvent parfois être sévères. Dans ces cas (fièvre persistante supérieure à 39 °C, sepsis, pneumonie), il doit être suspecté une BCG-ite généralisée qui impose une hospitalisation en urgence pour débiter une triple antibiothérapie.

Surveillance

Pour les tumeurs superficielles, après le traitement initial, une surveillance stricte est obligatoire. En effet, les tumeurs superficielles de vessie ont un risque majeur de récurrence (près de 60% des cas) à plus ou moins long terme. Le deuxième risque est celui de progression ; celle-ci s'effectue dans les plans plus profonds et transforme cette tumeur superficielle en tumeur infiltrante nécessitant une thérapeutique beaucoup plus agressive.

Pour les tumeurs superficielles à risques faibles, une cystoscopie est recommandée à 3 mois et, en cas de normalité, à 6 mois puis à 12 mois. Le suivi ultérieur

s'effectuera par les mêmes examens pratiqués annuellement pendant 5 ans. Une surveillance annuelle par échographie est ensuite souhaitable pendant encore 5 ans.

Pour les tumeurs à risques intermédiaires, la cystoscopie et la cytologie urinaire doivent se pratiquer de la même manière pendant au moins 15 ans. Une UIV peut être souhaitable à chaque fois qu'apparaît une récurrence ou lorsqu'il existe un doute sur une lésion associée du haut appareil urinaire.

Pour les tumeurs à hauts risques, la cystoscopie et la cytologie urinaire doivent être pratiquées tous les 3 mois pendant 1 an, puis tous les 6 mois la deuxième année, puis enfin une fois par an pendant 15 ans, avec une UIV réalisée au moins une fois tous les 2 ans.

Conseils aux patients

Il est impératif de bien expliquer au patient que la surveillance est indispensable car le risque majeur de ces polypes de vessie superficiels est la récurrence. Il faut bien sûr conseiller fermement l'arrêt de l'intoxication tabagique. L'adhésion du patient à la surveillance et au traitement endovésical sont deux critères extrêmement importants pour éviter la récurrence et la progression.

▪ *Tumeur infiltrante*

Cystectomie

Pour les tumeurs infiltrantes de vessie, la cystectomie est le traitement de référence.

Au cours de l'intervention, il est réalisé une lymphadénectomie ilio-obturatrice afin de connaître le statut histologique ganglionnaire. Cet examen est en général pratiqué en extemporané. En cas d'envahissement microscopique bilatéral ou d'envahissement unilatéral des ganglions ilio-obturbateurs, la cystectomie reste justifiée, elle sera alors associée la plupart du temps à une chimiothérapie adjuvante. En cas d'envahissement ganglionnaire macroscopique bilatéral, la cystectomie ne se justifie qu'en cas de volumineuse tumeur symptomatique, dans le but d'une chirurgie de confort (évite les hématuries itératives incoercibles et l'infiltration tumorale locale très algique).

Après cystoprostatectomie chez l'homme, les lésions nerveuses et artérielles entraînent le plus souvent une insuffisance érectile majeure qui nécessite une prise en charge andrologique postopératoire. Les injections intracaverneuses de drogues vasoactives (prostaglandines E1) permettent de restituer une érection.

Une fois la vessie retirée, il est possible de dériver les urines de plusieurs manières.



- *Entérocytoplastie*

Elle consiste à remplacer la vessie par un segment d'iléon. Ce segment d'iléon est détubulisé afin de réaliser une poche. Cette poche sera anastomosée en bas à l'urètre, puis les deux uretères seront implantés au niveau des cornes droites et gauches de cette entéro-iléoplastie. Cette entérocytoplastie peut être réalisée chez près de 90% des patients après cystectomie. Les contre-indications restent l'envahissement tumoral important, l'âge supérieur à 80 ans, et la non-adhésion du patient à un traitement nécessitant un minimum de compréhension. Considérée pendant longtemps comme contre-indiquée chez la femme, elle est maintenant, grâce aux progrès chirurgicaux, tout à fait réalisable.

- *Urétérostomie transiléale type Bricker*

Si l'entérocytoplastie n'est pas possible, il est souhaitable de réaliser une dérivation cutanée transiléale type Bricker. Elle consiste à prélever un segment iléal de 10 à 15 cm qui est abouché directement à la peau en iléostomie. Les deux uretères sont reliés à ce segment précédemment fermé à son extrémité interne. La dérivation ainsi obtenue permet l'écoulement des urines en continu au niveau de la stomie. Le patient sera donc appareillé avec une poche collectrice collée au niveau de la stomie.

• *Autres dérivations*

Ces deux dérivations (entérocytoplastie et Bricker) couvrent aux alentours de 95 % des dérivations urinaires après cystectomie. En cas d'impossibilité de réaliser l'une ou l'autre de ces deux dérivations, il est possible d'avoir recours à un branchement des uretères au niveau du sigmoïde. Les urines se drainent alors directement au contact des selles et s'évacuent lors de la défécation. Cette technique (Coffey) comporte un risque d'infection urinaire à répétition, de pyélonéphrite et de lithiase des cavités urinaires supérieures.

Enfin, parfois le chirurgien peut avoir recours à la dérivation cutanée directe (urétérostomie cutanée). Cette intervention consiste à aboucher directement les deux uretères à la peau. Elle est très simple mais nécessite néanmoins le port à demeure de sondes urétérales qui sont changées tous les mois. Le risque important de pyélonéphrite et d'infection urinaire patente limite beaucoup son utilisation.

Certaines équipes utilisent également des dérivations urinaires continentales. Il s'agit de poches confectionnées avec un segment de tube digestif et reliées à la peau avec un mécanisme de valve qui assure la continence (par invagination intestinale au niveau de la stomie). Les deux uretères s'abouchent dans cette poche iléale qui se remplit donc progressivement par la diurèse. Lorsque la poche est pleine, le patient se sonde (autosondage) par la stomie et vide donc le réservoir. Les principales poches continentales sont celles de Kock et celles de Mainz (réservoir iléocæcal).

Autres traitements de la tumeur

La radiothérapie et la chimiothérapie préopératoires ou postopératoires systématiques n'ont pas montré une efficacité réelle. Actuellement, des protocoles sont en cours d'évaluation sur les traitements conservateurs des tumeurs de vessie utilisant une association radiochimiothérapie. Les premiers résultats de ces protocoles montrent qu'il existerait peut-être une place pour cette association radiochimiothérapie dans les tumeurs isolées T2 strictes de vessie. Les premiers résultats semblent être encourageants, mais n'atteignent pas les résultats objectifs de la cystectomie. La surveillance après radiochimiothérapie reste difficile, et la chirurgie lors de l'absence de réponse est délicate.

Traitements adjuvants

• ***Chimiothérapie***

En cas d'atteinte ganglionnaire ou métastatique, ou en cas d'infiltration supérieure ou égale à T3, une chimiothérapie type M-VAC (méthotrexate, vinblastine, adriamycine et cisplatine) permet d'espérer 25% de rémission. D'autres associations comportant le cisplatine peuvent également être proposées.

En cas de métastase, quel que soit le traitement choisi, la survie à 5 ans est toujours inférieure à 15 %.

- *Radiothérapie*

En cas de métastase osseuse douloureuse isolée, il est possible de proposer une irradiation externe, à visée antalgique. Sur le plan régional extraosseux, la radiothérapie n'a pas, par ailleurs, fait la preuve de son efficacité.

ETUDE STATISTIQUE

Les tableaux des statistiques (2008-2009)

*selon le sexe :

sexe	homme	femme
Ndr	61	12

*selon l'âge ;

âge	+ de 50 ans	-de 50 ans
nbr	64	9

*le motif de consultation :

Le motif de consultation	Hématurie isolée	Hématurie associe aux tubas	Anurie	RAU
nbr	21	23	03	01

*la notion du tabac

*selon le nbr des bourgeons :



Nbr de bourgeons	01seul bourgeons	Deux bourgeons	+ de trois bourgeons
Nbr des patients	35	07	18

*selon le siège des bourgeons :

Face	antérieure	Postérieure	Latérale droit	Latérale gauche	col	dôme
Nbr des localisations	12	55	12	24	17	06

*selon le type histologique :

Le type histologique	Carcinome urothéliale	Carcinome épidermoïde	Non concluant
Nbr des cas	43	02	06

*le mode de tumeur :

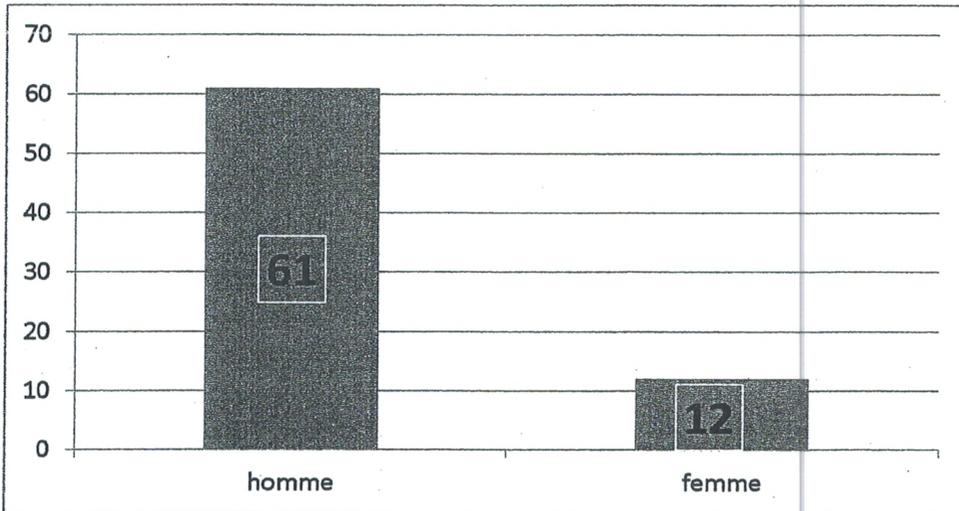
Le mode de la tumeur	Superficielle	infiltrant
Nbr des cas	28	16

Les statistiques de tumeur de vessie : 2008 et 2009

Les statistiques ont été faites au niveau du service d'urologie, CHU Tlemcen, sur les patients opérés pour tumeur de vessie durant la période : 01/01/2008 et 31/12/2009.

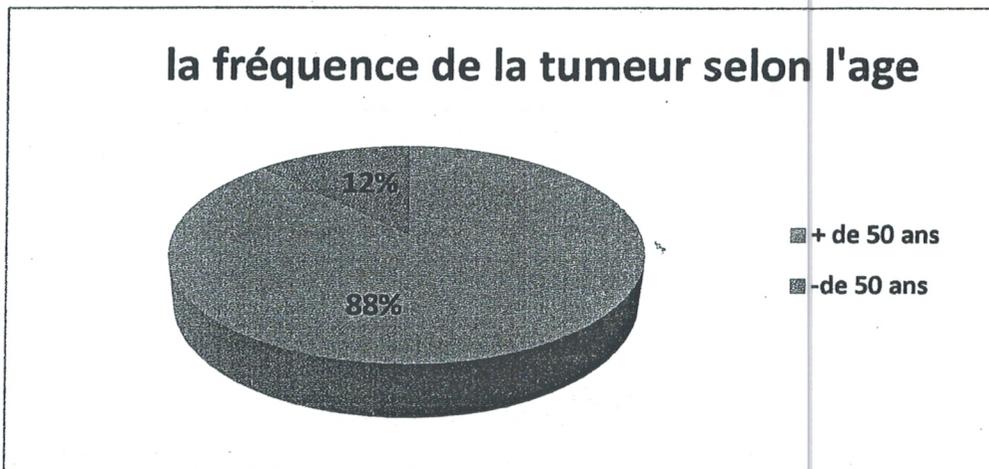
** le nombre des patients*

73 patients ont été réséqués dont 60 cas pour la première fois.



On a constaté une prédominance masculine (83.5 %).

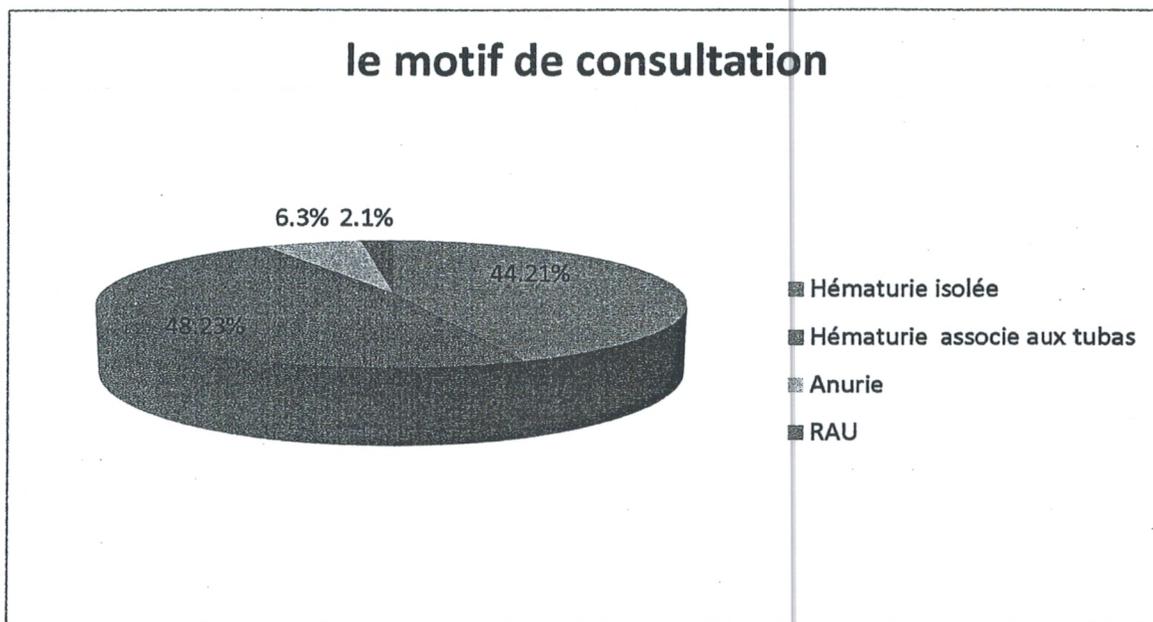
**la fréquence de la tumeur selon l'âge :*



La plupart des malades ont été âgés de plus de 50 ans (88%),

En revanche ceux qui sont âgés entre 20 et 50 ans étant de 12%.

* le motif de consultation :



Le motif de consultation ou le mode de découverte de la maladie varie d'un patient à l'autre mais l'hématurie est le symptôme majeur soit isolée (42.8%) soit associée à un autre trouble du bas appareil urinaire (47%). Une minorité des patients ont été diagnostiquée à l'occasion de l'anurie ou de la rétention aigüe d'urine évoquant un stade avancé de la maladie.

*les facteurs de risque :

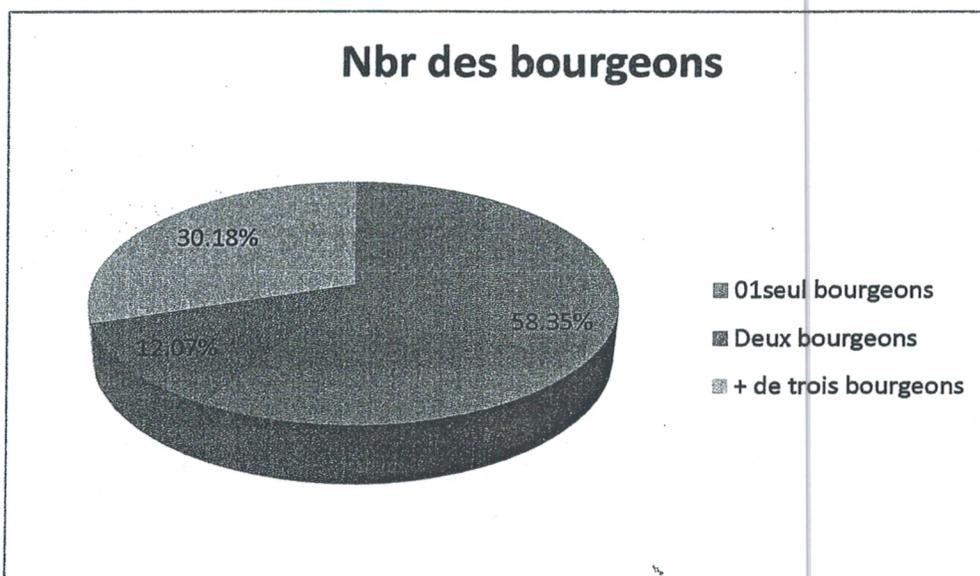
Le seul facteur de risque qui a été recherché à l'interrogatoire est la notion de tabagisme.

Cette notion de tabac a été retrouvée chez 48 % des cas dont la totalité sont des hommes (vu les habitudes de vie de notre pays)

Dans 16%des cas, on a pas trouvé de pas de tabagisme actif (la plupart sont des femmes) .s' agit-il de tabagisme passif ?

Les autres produits cancérigènes et les professions exposées n'ont pas été recherchés.

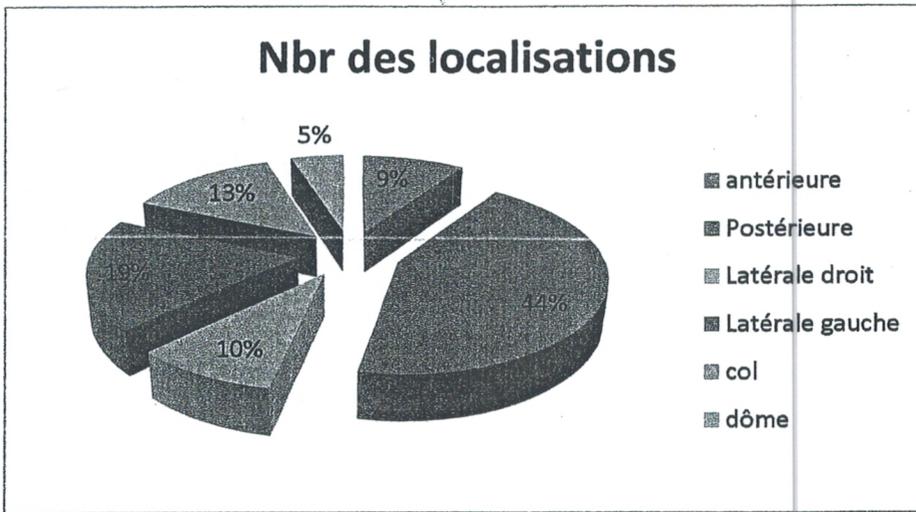
*les nombres des bourgeons tumoraux :



-chez 59% des patients l'exploration endoscopique (cystoscopie) ou l'échographie montre l'existence d'un seul bourgeon.

-chez 30% des patients il y avait plus de 03 localisations bourgeonnantes

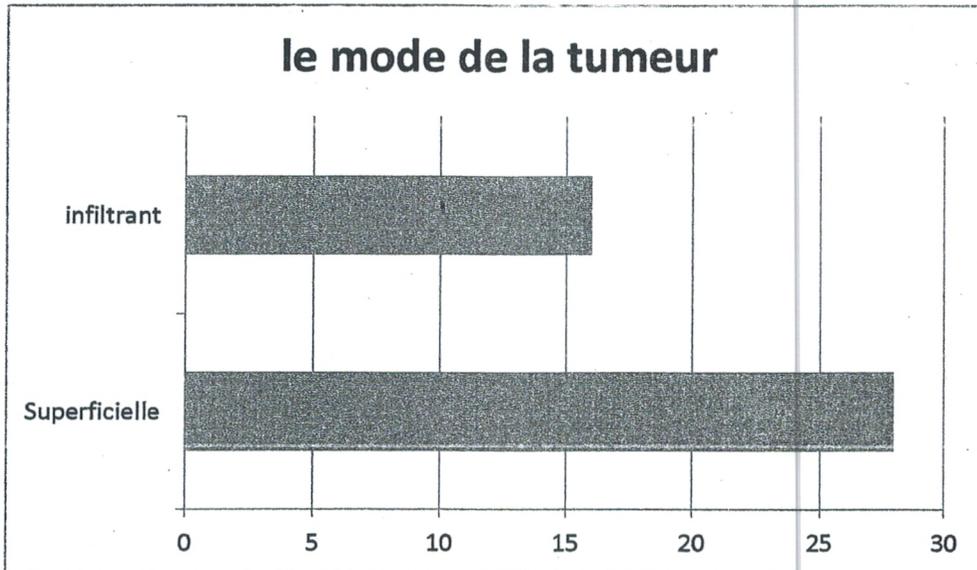
* les différentes localisations tumorales :



*l'étude histologique :

L'étude histologique à été faite pour tous les malades réséqués mais malheureusement on n'a pas reçu les résultats chez 22 malades, alors notre étude a été faite que sur 51 résultats.

→ le mode de la tumeur :



54% des cas représente une tumeur superficielle

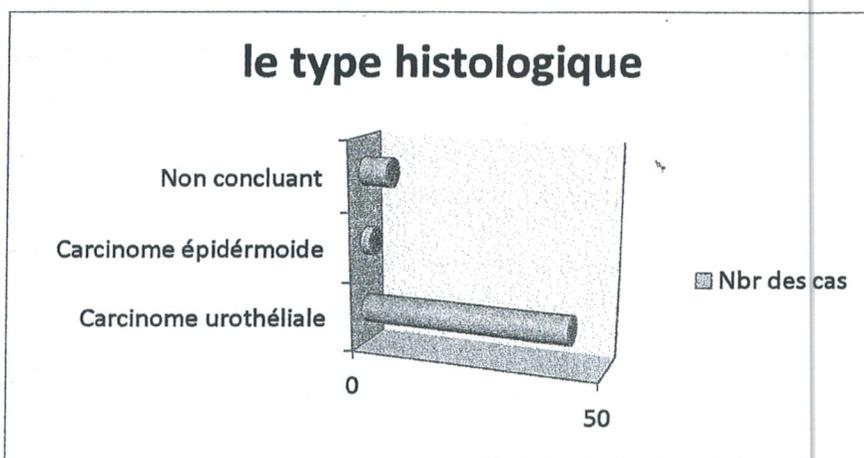
31% des patients: une tumeur infiltrant.

→ Concernant le grade histologique :

33%des tumeurs sont moyennement différencier et

24% sont peu ou pas différencier dont 57% de ces derniers sont retrouvées au stade T2

→ Le type histologique :



Le type histologique était dans la plus part des cas un carcinome urothéliale (carcinome à cellule transitionnelle)

soit 84.3% et un carcinome épidermoïde chez deux patients (04 %) probablement une localisation secondaire ;(vu le contexte clinique : un patient ayant une localisation cutanée, et l'autre patient ayant une image à la télé thorax (image en lâche de ballon)

*pour le traitement chirurgical :

Tous les patient ont bénéficié de la résection endoscopique de la tumeur (RET) sauf 04 patients (une femme et trois hommes) :

2 cystectomies ont été réalisées dans le service + une dérivation type Bricker

Les deux autres patients ont reçu un traitement palliatif (urétérostomie : l'un unilatérale et l'autre bilatérale)

-Le traitement post opératoire

01 patient : RET + chimiothérapie palliatif,

01 patient : RET + chimiothérapie + radiothérapie,

10 patients : IPOP (instillation post opératoire précoce à la mitomycine)

Plusieurs patients ont bénéficiés d'un traitement complémentaire (BCG ou mitomycine)

-La surveillance des patients :

Postopératoire : généralement tous les opérés n'ont posé aucun problème en post opératoire.

A long terme :

-surveillance régulière à la consultation
urologie

- des cystoscopies de control

-les instillations vésicales.

Conclusion

Les tumeurs de vessie sont fréquentes, et près d'un tiers des patients consultent pour la première fois avec un cancer déjà infiltrant ou métastasé. Le diagnostic repose sur l'endoscopie, puis sur la résection.

Les tumeurs de vessie sont des « maladies » de l'urothélium et peuvent donc être associées à des tumeurs urothéliales de toute la voie excrétrice.

Complétée par le scanner, l'histologie oriente vers une option thérapeutique. En cas de tumeur superficielle, un traitement adjuvant par instillations endovésicales peut être nécessaire, après la résection endoscopique qui doit être complète. En cas de lésions infiltrantes, la cystectomie reste le traitement de référence.

