

FACTEURS DE RISQUE

- **TABAC (RR =5-10)**
- Carcinogènes industriels (**amines aromatiques & polycycliques, nitrosamines, benzènes**) : colorants, teintures, caoutchouc, plastique, métallurgie, goudron, houille, charbon => Exposition professionnelle +++
- Bilharziose urinaire (Egypte +++) => risque de carcinome épidermoïde
- Cyclophosphamide (ENDOXAN) par exposition au long cours
- Irritation chronique (SAD, calculs à répétition)
- Irradiation pelvienne (délai > 5 ans)
- Génétique : syndrome de Lynch, ATCD de cancer uro

CANCER DE VESSIE

CIRCONSTANCES RÉVÉLATRICES

- Examen clinique très pauvre (sauf tumeur volumineuse) + toucher pelvien et rectal pour recherche blindage
- **Hématurie (80%) : micro ou macro et terminale +++ ou abondante et totale (possible complication par RAU), caillots +**
- Troubles mictionnels de la phase de remplissage: pollakiurie, urgenturie & brûlures mictionnelles (20%)
- Signes tardifs d'extension locorégionale : Douleurs lombaires par atteinte urétérale ou pelviennes & Compression des vsaisseaux iliaques (grosse jambe & phlébite) & Insuffisance rénale par envahissement des deux uretères
- Signes d'extension à distance : métastases, AEG, ADP
- Dépistage : uniquement chez les professions exposées, par cytologie urinaire

DIAGNOSTIC PARACLINIQUE

- **Cytologie urinaire (VPP élevée mais si négative n'exclut pas le diagnostic de cancer)**
- **Cystoscopie sous AL sur urine stérile après ECBU : examen de référence**, avec fibroscope souple, pas nécessaire avant RTUV si imagerie caractéristique de cancer vésical disponible
- **Réséction transurétrale de vessie RTUV endoscopique** sous AG ou AL **complète et profonde** en copeaux jusqu'au muscle : **dg par anapath + pronostique (= distinction TNVIM & TVIM) + 1er temps de TTT en cas de TVNIM**
- Possible reprise « second look » de RTUV à 4-6 semaines si 1^{ère} incomplète & si doute sur dg de TVIM
- La RTUV ne permet pas d'identifier des K T3 et T4 -> imagerie & anapath sur la pièce de cystectomie nécessaires pour stadification définitive

ANATOMOPATHOLOGIE

- **90% carcinome urothélial (= transitionnel) dont 90% de K vessie et 10% de TVES**
- 6% carcinome épidermoïdes (PEC ≈ K pulm)
- Rare : ADK (PEC ≈ K digestif), sarcome, tumeurs neuroendocrines, carcinomes micro-papillaires

EPIDEMIOLOGIE

6^{ème} cancer en incidence en France avec 13000 cas/an en hausse de 1%/an, 3^{ème} K uro, Age moyen au dg = 70 ans, Sex ratio : 4H/1F, 3% des décès par cancer

FACTEURS PRONOSTIQUES

Non infiltrant le muscle vésical TVNIM ≤ T1 (80% au diag) ou infiltrant TVIM ≥ T2 (20% au diag)

- TVNIM : stade TNM (voir Collège), grade (récidive et progression), taille, multifocalité, ATCD de TVNIM, carcinome in situ (tjs de haut grade = agressif & mauvais pronostic)
=> risque faible = Ta bas grade < 3cm unifocale sans ATCD de TV / risque moyen = Ta bas grade + Ø critère de risque haut-très haut / risque haut = au moins pT1, haut grade ou CIS / risque très haut = pT1 + haut grade + CIS, multifocal, > 3cm, K urétral ou envahissement lymphovasculaire
=> 15% risque de progression vers TVIM, 50% de récidive locale, >80% de survie à 5 ans
- TVIM (T2, T3, T4) : stade, tjs de haut grade, urétérohydronéphrose, qualité RTUV (avant radiochimiothérapie) => 50% de risque d'évolution métastatique, létale, 50% de survie à 5 ans

BILAN D'EXTENSION

- TVNIM : Bilan urothélial par **uro-TDM (au temps tardif ou excrétoire après dosage créat)** pour recherche systématique de localisation 2nd synchrone de TVES mais pas de bilan d'extension de la tumeur ou à distance nécessaire
- TVIM : Bilan urothélial par **uro-TDM (au temps tardif ou excrétoire après dosage créat) + Bilan locorégional et à distance par TDM-TAP avec PCI (sauf CI => dosage créat) au temps tardif ou excrétoire indispensable pour recherche de localisation 2ndaires urothéliales & obstruction urétérale & ADP & métastases & envahissement de la graisse péri-vésicale et des organes voisins**
- Scintigraphie osseuse, scanner cérébral uniquement sur point d'appel

TRAITEMENTS (arrêt d'exposition aux carcinogènes & sevrage tabagique +++) & SUIVI

Bilan pré-thérapeutique (comorbidités, fonction rénale, PSA en cas de chirurgie radicale ou radioT)

Tumeurs non infiltrantes (<pT2) => Traitement conservateur	Tumeurs infiltrantes (≥ pT2) => Traitement non conservateur	Tumeurs métastatiques => Traitement systémique
Tumeurs de faible risque : RTUV + mitomycine C post- opératoire Tumeurs de moyen / haut / très haut risque : RTUV + instillations endovésicales répétées par mitomycine C post- opératoire ou BCG courte / BCG longue / Cystectomie ou BCG longue => diminuer le risque de récidive et de progression	Cystectomie radicale (cystoprostatectomie totale ou pelvectomie antérieure) + curage ggl iliaque bilatéral + dérivation urinaire interne par entérocystoplastie (si recoupe urétrale – en extemporané) ou externe par urétérostomie transiléale cutanée selon Bricker + chimio néoadjuvante si bon état général et fonction rénale ok Si refus chir ou comorbidité : possibilité d'association résections + radio-chimiothérapie avec surveillance endoscopique prolongée	Chimiothérapie palliative à base de sels de platine (GC ou MVAC) si PS>1 et clairance > 60 Immunothérapie par pembroluzimab en 2 ^{ème} ligne post-chimio aussi possible si TVIM localement avancé Radiothérapie palliative si patient symptomatique ++
Cytologie urinaire + cystoscopie tous les 3 (élevé-très élevé), 6 (moyen) à 12 mois (faible) Uro-TDM/2 ans pour voir si TVES	Dépistage et ttt précoce de récidive ou évolution métastatique : TDM-TAP injecté/6 mois & si urètre préservé : fibroscopie + cytologie Evaluation de l'appareil urinaire : diurèse, créat, imagerie + continence et vidange en cas de néovessie	Dépend de l'évaluation clinique et radiologique des métastases au ttt et de la PEC des effets 2ndaires