

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 => carcinome épidermoïde
- Irritation chronique (SAD, calculs à répétition) => carcinome épidermoïde
- 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 vaisseaux 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 tous les 6 mois à partir 20 ans exposition**

ANATOMOPATHOLOGIE

- **90% carcinome urothélial (= transitionnel) dont 90% vessie et 10% voies excrétrices sup**
- 6% carcinome épidermoïde (PEC ≈ cancer pulm)
- Rare : ADK (≈ cancer digestif), sarcome, tumeurs neuroendocrines, carcinomes micro-papillaires

EPIDEMIOLOGIE

5ème cancer en incidence en France avec **12 000 cas/an** en hausse de 1%/an, 2ème cancer uro, âge moyen au dg = 70 ans, Sex ratio : 4H/1F, 3% des décès par cancer

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
- **Résection 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**
- Reprise « second look » de RTUV à 4-6 semaines si 1ère incomplète ou T1 ou grade élevé ou multifocale ou CIS
- La RTUV ne permet pas d'identifier des cancer T3 et T4 -> imagerie & anapath sur la pièce de cystectomie nécessaires pour stadification définitive

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 tumeur des voies urinaires supérieures 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

FACTEURS PRONOSTIQUES

Non infiltrant le muscle vésical TVNIM ≤ T1 (75% au diag) ou infiltrant TVIM ≥ T2 (25% au diag)

- TVNIM : stade TNM (voir Collège), grade (récidive et progression), taille, multifocal, 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, 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 radio-chimiothérapie) => **50% de risque d'évolution métastatique, létale, 50% de survie à 5 ans**

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
<u>Tumeurs de faible risque</u> : RTUV + mitomycine C post- opératoire <u>Tumeurs de moyen risque</u> : RTUV + Mitomycine C Post-op si 1er épisode / mitomycine C ou BCG adjuvant courte <u>Tumeur de haut risque</u> : RTUV + BCG adj longue ± cystectomie => diminuer récidives et progression	Cystectomie radicale (cystoprostatectomie totale ou pelvectomie antérieure) + curage ilio-obturateur bilatéral + dérivation urinaire interne par entérocystoplastie ou externe par urétérostomie transiléale cutanée selon Bricker ± chimio néoadjuvante ou adjuvante selon caractéristiques tumeur Si refus chir ou comorbidité : possibilité d'association résections + radio-chimiothérapie avec surveillance endoscopique prolongée	Chimiothérapie palliative à base de sels de platine si PS>1 et clairance > 60 Immunothérapie par pembroluzimab en 2ème 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 = tumeurs synchrones	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	