

Item 314 – Tumeurs vésicales

Auteur : Evanguelos Xylinas

Relecteur : Stéphane Larré

Coordonnateur : Thomas Bessède

Plan

1. Généralités
2. Physiopathologie
3. Circonstances de découverte
4. Bilan initial
5. Résection transurétrale de tumeurs vésicales
6. Résultats anatomopathologiques
7. Bilan d'extension

Objectif pédagogique

Éléments cliniques et de diagnostic d'une tumeur vésicale.

Objectifs hiérarchisés

Rang	Rubrique	Intitulé
A	Définition	Connaître le principal type histologique de tumeur vésicale
B	Prévalence, épidémiologie	Connaître l'épidémiologie et les facteurs de risque des tumeurs vésicales
B	Prévalence, épidémiologie	Connaître les principales lésions tissulaires précancéreuses
B	Prévalence, épidémiologie	Connaître les expositions professionnelles prédisposantes
A	Diagnostic positif	Connaître les signes fonctionnels (hématurie et autres signes fonctionnels) révélateurs d'une tumeur de vessie et les anomalies de l'examen clinique associées
B	Diagnostic positif	Connaître l'indication d'une résection transurétrale de vessie
B	Diagnostic positif	Stratégie des examens complémentaires cytologie urinaire et cystoscopie
B	Examens complémentaires	Connaître l'indication des examens d'imagerie d'une tumeur vésicale

I Généralités

Le cancer de la vessie est le 5^e cancer en fréquence en France (12 000 cas/an). Dans plus de 95 % des cas, il s'agit d'une **tumeur urothéliale** (cellules transitionnelles). Les tumeurs urothéliales peuvent être **multifocales** et être localisées à la voie excrétrice supérieure (TVES), à la vessie (TV), à l'urètre. Les tumeurs urothéliales sont favorisées par des carcinogènes urothéliaux (**tabac**) auxquels l'exposition doit cesser. Le bilan urothélial puis la surveillance urothéliale associent : **cytologie urinaire, urétrocystoscopie et uroscanner**.

La prise en charge d'une TV dépend de l'éventuelle infiltration du **muscle vésical** sur les copeaux de résection transurétrale de la tumeur vésicale (RTUV).

II Physiopathologie

A Urothélium

L'urothélium (ou épithélium transitionnel) est l'épithélium de revêtement de l'arbre urinaire. Il recouvre **tout l'appareil urinaire** (haut et bas appareils excréteurs). La maladie de l'urothélium peut donc toucher de manière synchrone ou métachrone : calices, pyélons, uretères, vessie et urètre. La vessie est touchée préférentiellement en raison de la surface importante de l'urothélium et du temps de contact prolongé avec les carcinogènes urinaires.

Attention ! Devant une tumeur de la vessie, il faut systématiquement rechercher une seconde localisation urothéliale (tumeur de la voie excrétrice supérieure).

B Facteurs de risque

- **Tabac** : l'intoxication tabagique est le principal facteur de risque, il multiplie par 3 le risque de tumeur de la vessie.
- **Carcinogènes industriels** : **la découverte d'une tumeur de la vessie doit faire évoquer systématiquement une exposition professionnelle.**
 - ✓ **Les hydrocarbures aromatiques polycycliques** (tableau 16 bis du régime général de la Sécurité sociale) :
 - goudrons, huiles et brais de houille ;
 - suie de combustion du charbon ;
 - métallurgie.
 - Les amines aromatiques et N-nitroso-dibutylamine (tableau 15 ter du régime général de la Sécurité sociale) :
 - colorants (teinture) ;
 - industrie du caoutchouc (pneu de voiture) ;
 - plastinergie (fabrication de plastiques) ;
 - industrie pharmaceutique (laboratoires).
- **Inflammation/irritation vésicale** :
 - bilharziose, sondage vésical chronique, irradiation pelvienne, exposition à certaines chimiothérapies (cyclophosphamide).
- **Antécédents à risque** :
 - antécédent de tumeur du bas (vessie) ou du haut (uretère, pyélon, calice) appareil urinaire
 - syndrome de Lynch.

III Circonstances de découverte

Le diagnostic est presque toujours fait sur des points d'appel cliniques et la découverte fortuite sur des examens d'imagerie est rare (échographie, scanner ou IRM).

A Signes cliniques locaux (communs à toutes les tumeurs)

Le diagnostic est rarement fortuit, deux symptômes sont évocateurs :

- l'hématurie macroscopique :
 - c'est le signe révélateur le plus fréquent (80 %). **Toute hématurie microscopique ou macroscopique doit faire rechercher une tumeur de la vessie (mais aussi d'un rein ou d'un uretère) ;**
- les signes irritatifs vésicaux (pollakiurie, urgenterie, brûlures mictionnelles) :
 - moins fréquents (20 %), doivent faire évoquer le diagnostic s'ils sont d'apparition récente et persistent après avoir éliminé une infection urinaire (ECBU).

B Signes cliniques évocateurs d'extension locorégionale ou à distance

Ces signes sont liés à l'extension tumorale au-delà des limites de la vessie :

- extension locorégionale (pelvis et rétropéritoine) :
 - douleurs pelviennes,
 - douleurs lombaires en rapport avec une dilatation des cavités pyélocalicielles secondaire à une obstruction mécanique :
 - du méat urétéral par la tumeur,
 - de l'uretère par une adénopathie iliaque ou lombo-aortique ;
- extension métastatique à distance :
 - altération de l'état général, amaigrissement, asthénie, anémie,
 - signes pulmonaires liés à des métastases pulmonaires,
 - douleurs osseuses liées à des métastases osseuses.

IV Bilan initial

A Interrogatoire – Facteurs de risque

- Recherche des facteurs de risque.
- Recherche de symptômes évocateurs d'envahissement locorégional ou à distance et date de début des symptômes.
- Score G8 si âgé de plus de 70 ans.

B Examen physique urologique et général

- Recherche de signes en faveur d'un envahissement locorégional :
 - toucher rectal à la recherche d'un envahissement pelvien (blindage) ;
 - palpation abdominale et lombaire à la recherche :
 - d'une masse hypogastrique palpable,
 - de douleurs lombaires en rapport avec une obstruction urétérale.
- Recherche de signes en faveur d'un envahissement métastatique à distance :
 - adénopathies (sus-claviculaires) ;
 - signes cliniques d'anémie, de dénutrition ;
 - palpation des zones douloureuses osseuses précisant leur localisation ;
 - auscultation pulmonaire.

C Examens complémentaires à visée diagnostique

Le bilan diagnostique initial repose sur deux examens essentiels : **cytologie urinaire et cystoscopie**.

Le dosage de la créatininémie permet de dépister un éventuel retentissement rénal. C'est aussi un préalable avant la prescription d'une uro-TDM pour **éliminer la présence d'une tumeur synchrone du haut appareil urinaire** lorsque le diagnostic de tumeur vésicale est confirmé.

1 Cytologie urinaire

- Examen au microscope d'un échantillon urinaire, à la recherche de cellules urothéliales tumorales (figure 1) ;

Figure 1.

Cytologie urinaire.

-
- Sa normalité n'exclut pas le diagnostic de carcinome urothélial et ne dispense pas des contrôles endoscopiques itératifs ;
 - Sa positivité alerte sur la très probable présence d'une tumeur urothéliale qu'il convient de confirmer et de localiser dans la voie excrétrice urinaire ;
 - En cas d'atypies cellulaires ou de matériel insuffisant, une nouvelle cytologie peut être demandée.

2 Cystoscopie, fibroscopie

En cas de signe d'alerte, l'examen endoscopique fait **référence**. Il est réalisé sous anesthésie locale en consultation après vérification de la stérilité des urines (ECBU). Il est réalisé avec un fibroscope souple idéalement, sinon avec une cystoscopie rigide. Il permet de visualiser et de décrire les lésions. Les résultats sont notés sur un schéma de cartographie vésicale et précisent :

- le nombre et la taille de la ou des tumeurs ;
- la localisation (notamment en cas de tumeur au trigone, proche des méats urétéraux ou du col vésical) ;
- l'aspect tumoral (sessile ou pédiculée, papillaire ou solide) (figure 2) ;
- l'aspect de la muqueuse vésicale avoisinante (recherche de zones érythémateuses évocatrices de carcinome *in situ*).

Figure 2.

La cystoscopie.

Aspect d'une lésion vésicale papillaire en cystoscopie.

V Résection transurétrale de tumeurs vésicales (Figure 3)

En cas de tumeur diagnostiquée endoscopiquement ou radiologiquement, une résection endovésicale, transurétrale, est programmée au bloc opératoire sous anesthésie générale ou locorégionale, après arrêt (ou relais) des anticoagulants et vérification de la stérilité des urines. Les copeaux (ou la pièce monobloc) de résection sont analysés en anatomopathologie.

La résection doit :

- être **endoscopiquement complète** (ce n'est donc pas une biopsie) ;
- être suffisamment profonde pour avoir une analyse du muscle vésical (le détrusor), sans perforer la vessie ;
- respecter les méats urétéraux s'ils ne sont pas envahis.

La résection est un geste indispensable qui a un rôle :

- **diagnostique** : permet le **diagnostic anatomopathologique** de certitude des lésions et leur type histologique ;
- **pronostique** :
- définit le stade et le grade tumoral,
- **distingue TVNIM et TVIM selon l'envahissement ou non du muscle**,
- évalue le risque de récurrence ou de progression en cas de TVNIM ;
- **thérapeutique** : en cas de TVNIM c'est souvent le seul geste chirurgical nécessaire et permet de déterminer les examens et traitements complémentaires nécessaires.

La résection est un geste parfois incomplet et nécessite d'être réalisée une seconde fois 4 à 6 semaines après, ce qui permet de préciser le diagnostic et d'améliorer l'efficacité thérapeutique (résection dite « de second look ») :

- lorsqu'elle a probablement été incomplète (tumeur volumineuse) ;
- lorsqu'il existe un risque de méconnaître une TVIM :
- tumeur affleurant le muscle (stade T1),
- résection insuffisamment profonde (muscle non visualisé sur les copeaux de résection).

Figure 3.

Video de RTUV

VI Résultats anatomopathologiques

A Type histologique

- **Carcinomes urothéliaux (95 % des cas)** : tumeurs développées à partir de l'urothélium vésical qui est l'épithélium de revêtement des voies excrétrices urinaires (haut et bas appareil). Elles peuvent comporter une différenciation épidermoïde ou adénocarcinomeuse.
- Formes rares (5 %) :
- carcinomes épidermoïdes dont la prise en charge se rapproche de celle des cancers du poumon de même type ;
- adénocarcinomes dont la prise en charge se rapproche de celle des cancers digestifs de même type.
- Formes exceptionnelles (<1 %) :
- carcinomes neuroendocrines ;

- sarcomes.

B Stade tumoral T

Il précise la profondeur de l'envahissement vésical :

- **jusqu'à T1 on parle de TVNIM** (tumeur vésicale non infiltrant le muscle) :
- **à partir de T2 on parle de TVIM** (tumeur vésicale infiltrant le muscle) :

VIII Bilan d'extension (tableau 18.1)

A TVNIM

Aucun bilan d'extension n'est nécessaire pour la tumeur vésicale elle-même. **Cependant une uro-TDM (avec un temps tardif urinaire, ou excrétoire) doit être réalisée, après vérification de la fonction rénale (créatininémie), afin de rechercher une localisation tumorale synchrone dans le haut appareil urinaire.**

B TVIM

Une TDM thoraco-abdomino-pelvienne avec injection de produit de contraste et réalisation d'un temps tardif urinaire (ou excrétoire) est indispensable après vérification de la fonction rénale (créatininémie) et permet :

- l'évaluation d'un éventuel retentissement sur le haut appareil urinaire (obstruction urétérale par la tumeur) ;
- la recherche d'une **seconde localisation urothéliale** (tumeur concomitante du haut appareil) ;
- l'évaluation de l'extension locorégionale et à distance de la tumeur :
 - envahissement de la graisse périvésicale ou des organes de voisinage,
 - recherche d'adénopathies pelviennes ou lombo-aortiques,
 - recherche de métastases à distance.

Les examens optionnels sont :

- la scintigraphie osseuse en cas :
 - de douleurs osseuses évocatrices à l'examen clinique,
 - d'une anomalie osseuse au scanner,
 - de la présence de métastases pulmonaires ;
 - le **scanner cérébral** en cas de troubles neurologiques.

Tableau 18.1

Bilan d'extension des tumeurs vésicales.

	Bilan urothélial	Bilan locorégional	Bilan à distance
TVNIM	Uro-TDM (selon créatininémie)	Non	Non
TVIM	Uro-TDM (selon créatininémie)	TDM abdominopelvienne	TDM thoracique Si négative : STOP Si positive (ou point d'appel clinique) : TDM cérébrale, scintigraphie osseuse

Pour en savoir plus

- Larré S, Leon P, El Bakri A. Cancer de la vessie : diagnostic et principes de traitement. EMC - Urologie 2016 ; 9(3) : 1–17. [Article 18-243-A-10].
- Rouprêt M, Neuzillet Y, Pignot G, Compérat E, Audenet F, Houédé N, Larré S, Masson-Lecomte A, Colin P, Brunelle S, Xylinas E, Roumiguié M, Méjean A. French ccAFU guidelines – Update 2018–2020: Bladder cancer. Prog Urol. 2019 Sep 20;28(S1):R48-R80. doi: 10.1016/j.purol.2019.01.006.
- Recommandation de la Haute Autorité de santé (HAS) - Institut national du cancer. Guide - Affection de longue durée. Cancer de la vessie ; Mai 2010. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_969326/fr/ald-n-30-cancer-de-la-vessie

Résumé

Épidémiologie et facteurs de risque

1. Cinquième cause de cancer en France (12 000 cas par an en France).
2. Facteur de risque majeur : le tabac.
3. Facteur de risque professionnel : carcinogènes industriels dont les hydrocarbures aromatiques polycycliques.
4. Lésions multifocales d'emblée parfois.

L'urothélium tapisse toutes les voies excrétrices urinaires et les carcinomes urothéliaux sont en majorité au niveau de la vessie (90 %) mais également au niveau des voies excrétrices supérieures (10 % ; uretère, bassinets).

Diagnostic

5. Clinique :
 - Signes cliniques locaux : hématurie macroscopique (80%) ; impériosités mictionnelles (20%) ;
 - Signes cliniques évocateurs d'extension loco-régionale ou à distance : notamment touchers pelviens.
6. Paraclinique :
 - Cystoscopie à but diagnostique, examen endoscopique de référence pour mettre en évidence la tumeur ;
 - Cytologie urinaire : examen anatomopathologique au microscope d'un échantillon urinaire à la recherche de cellules urothéliales tumorales
 - Uro-TDM pour explorer la voie excrétrice supérieure.

RTUV

La résection de la tumeur vésicale doit être macroscopiquement complète, emporter du muscle vésical, permet le diagnostic anatomopathologique.

Anatomopathologie

7. Permet le diagnostic positif
8. Type histologique : carcinome urothélial (95% des cas)
9. Précise l'envahissement en profondeur de la paroi vésicale :
 - les TVNIM (tumeurs vésicales n'infiltrant pas le muscle) ;
 - les TVIM (tumeurs vésicales infiltrant le muscle).

Bilan d'extension

10. TVNIM aucun bilan d'extension sauf recherche seconde localisation urothéliale synchrone.
11. TVIM : Tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne sans et avec injection de produit de contraste.