

 faculté de médecine  
Pierre et Marie CURIE

**DIU  
Onco-gériatrie**


 **UPMC**  
PARIS UNIVERSITÉS

---


## Tumeurs de vessie et de la voie excrétrice supérieure

Professeur Philippe S be   
Service d'Urologie de l'hôpital Tenon

Vendredi 16 mars 2012

 faculté de médecine  
Pierre et Marie CURIE

**DIU  
Onco-gériatrie**

 **UPMC**  
PARIS UNIVERSITÉS


---

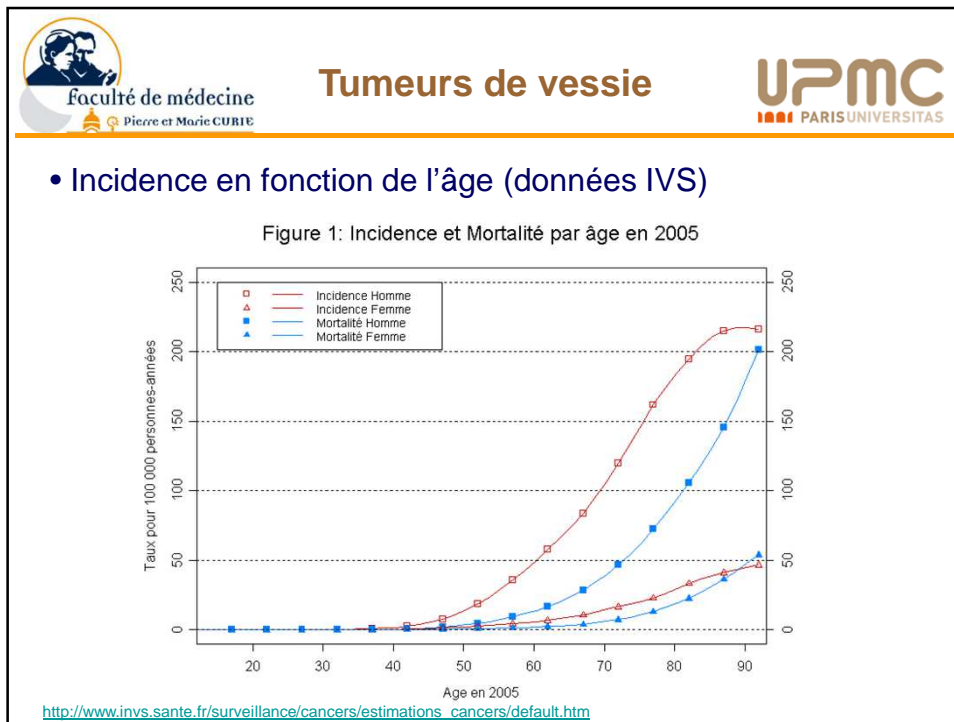
**PLAN:**

**Tumeurs de vessie**

- Epidémiologie
- Classification
- Histoire naturelle
- Prise en charge

**Tumeurs de la VES**



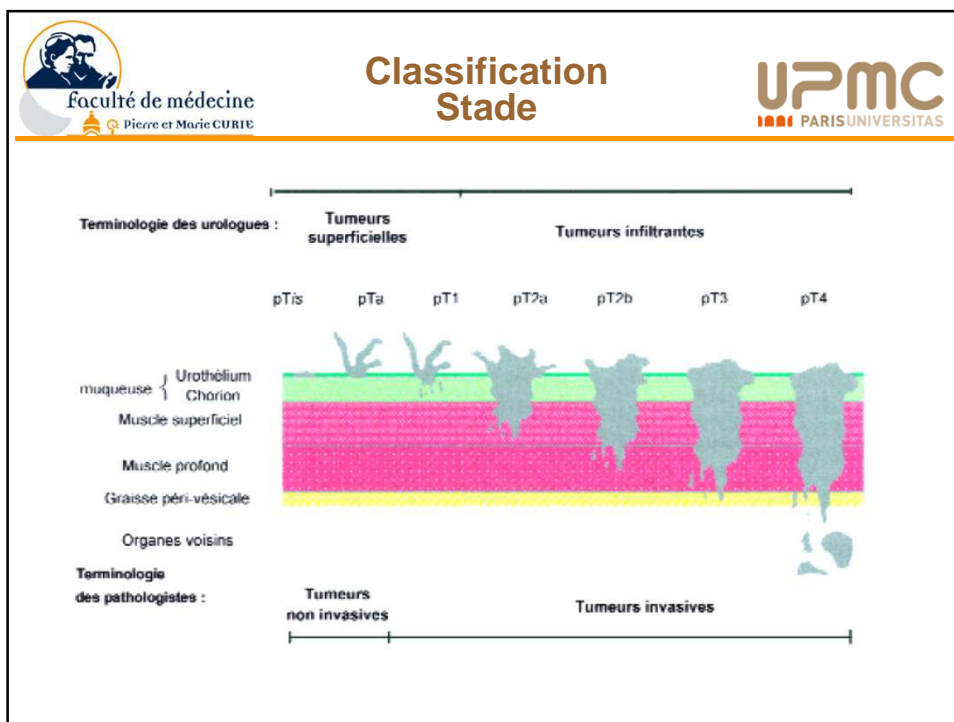
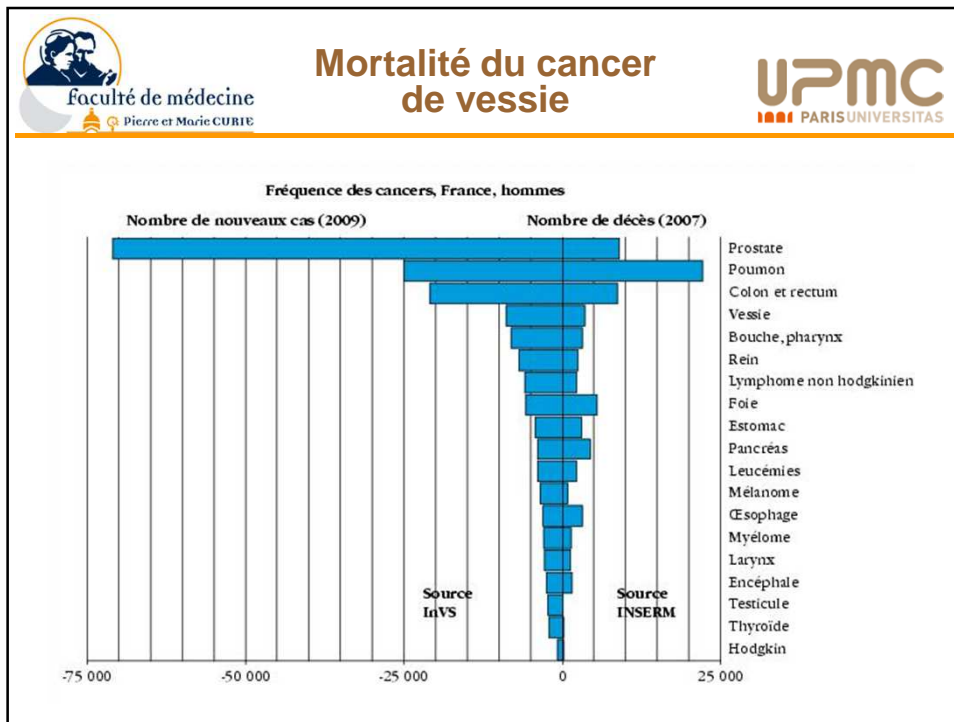



**Mortalité du cancer de vessie**

- 4<sup>ème</sup> rang des cancers
- 4% des nouveaux cas de cancers
- Environ 11000 nouveaux cas/ an
- 4500 décès/an
- Survie à 5 ans: 90% (TVS), 45% (TI), 10% (M+)

Nombre de cas et de décès en France selon l'année


	Sexe	Année					
		1980	1985	1990	1995	2000	2005
<b>Incidence</b>	Homme	5560	6512	7323	7882	8079	7959
	Femme	1589	1686	1732	1749	1716	1720
<b>Mortalité</b>	Homme	2653	2925	3145	3297	3362	3384
	Femme	910	987	1041	1080	1086	1098

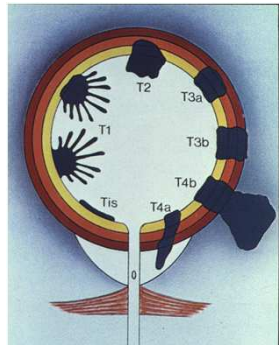


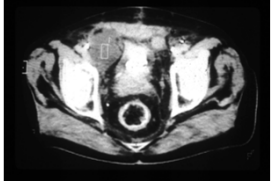


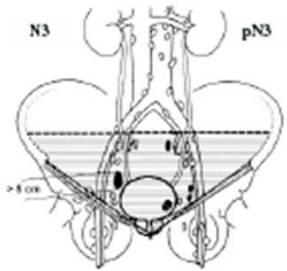
Faculté de médecine  
Pierre et Marie CURIE


## Classification TNM

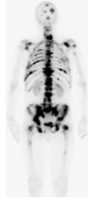














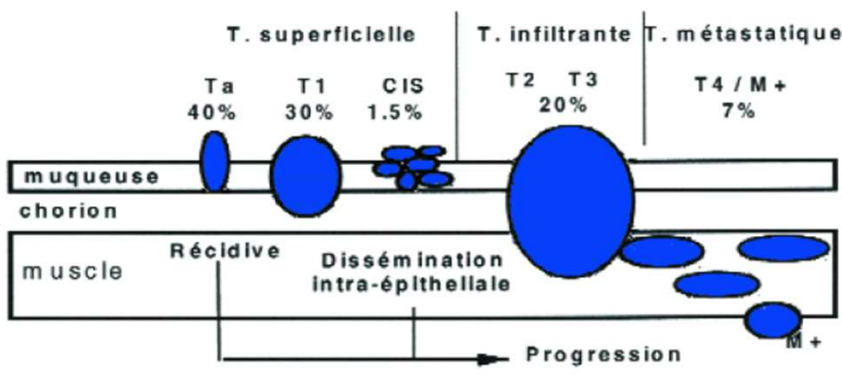


Faculté de médecine  
Pierre et Marie CURIE



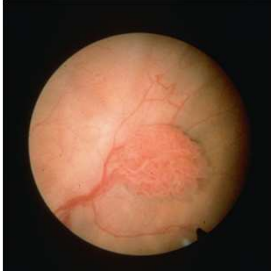
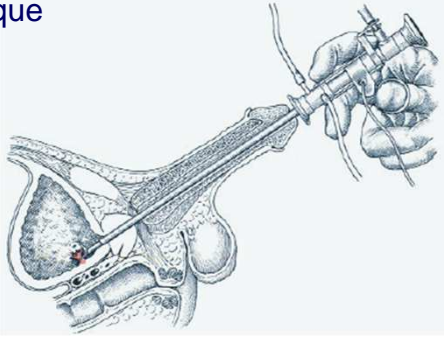
## Histoire naturelle





T. superficielle			T. infiltrante		T. métastatique
Ta	T1	CIS	T2	T3	T4 / M+
40%	30%	1.5%	20%		7%



Risques évolutifs	Tumeur vésicale superficielle	Risque de progression à 5 ans	Risque de décès par tumeur à 10 ans
<b>Groupe 1</b> Risque faible	- pTa G1 unique - pTa G1-G2 non récidivant à 3 mois	7.1 %	4.3 %
<b>Groupe 2</b> Risque intermédiaire	- pTa G2 multifocal - pTa multi récidivant - pTa G3, pT1 G2 unique	17.4 %	12.8 %
<b>Groupe 3</b> Risque élevé	- pT1 G3 - pTis diffus - pT1 multifocal - pT1 récidivant à moins de 6 mois	41.6 %	36.1 %

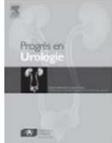
		<h2>Traitement TV superficielles</h2>		
<p><b>1<sup>ère</sup> étape: résection endoscopique</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostique et thérapeutique</li> </ul>				
				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>2<sup>ème</sup> étape: instillations endovésicales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de limite d'âge</li> <li>- Evaluation des morbidités compétitives</li> <li>- Evaluation des troubles mictionnels</li> </ul> </li> </ul>				




**Traitement TV superficielles**


2<sup>ème</sup> étape: instillations endovésicales: BCG ou Mitomycine C

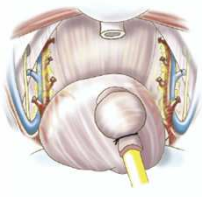
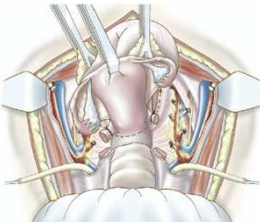

- BCG-thérapie:
  - Diminution des doses de BCG (1/2, 1/3) en fonction de la tolérance
  - Ofloxacine après les instillations


Risques évolutifs	Tumeur vésicale superficielle	
<b>Groupe 1</b> Risque faible	- pTa G1 unique - pTa G1-G2 non récidivant à 3 mois	→ IPOP ou surveillance
<b>Groupe 2</b> Risque intermédiaire	- pTa G2 multifocal - pTa multi récidivant - pTa G3, pT1 G2 unique	→ Mitomycine C
<b>Groupe 3</b> Risque élevé	- pT1 G3 - pTis diffus - pT1 multifocal - pT1 récidivant à moins de 6 mois	→ BCG




**Traitement TV infiltrantes**



- Cystectomie totale: traitement de référence
  - Evaluation anesthésique déterminante
    - Risque cardio-vasculaire
    - Evaluation nutritionnelle et respiratoire
    - Mortalité précoce: 0 à 4 %
    - Morbidité: 28 à 64 %
  - Dérivation urinaire de type Bricker
    - Souvent réalisée en raison du risque majeur d'IU (> 50% au-delà de 70 ans)



Faculté de médecine  
Pierre et Marie CURIE


## Traitement TV infiltrantes




- Cystectomie totale: morbidité

**Tableau 1 Résultats de la cystectomie totale chez les patients âgés.**


Résultats	%
Mortalité précoce	0-4 %
Complications post-op :	
- infection urinaire ;	12,9 %
- iléus prolongé ;	12,3 %
- désorientation ;	10,9 %
- infection pulmonaire ;	8,2 %
- thrombophlébite ;	4,2 %
- r�-interventions	0-9 %
Résultats ontologique :	
- récidive tumorale ;	26-36 %
- survie globale � 5 ans ;	37-68 %
- survie spécifique � 5 ans	62-84 %





Faculté de médecine  
Pierre et Marie CURIE

## Traitement TV infiltrantes



- Cystectomie totale:
  - Chimioth rapie n o-adjuvante

Variable	Median Survival		P Value†
	M-VAC and Cystectomy	Cystectomy Alone	
	<i>months</i>		
Unstratified	77	46	0.05
Primary analysis, stratified according to age and tumor stage			0.06
Stratified according to age			0.05
Age <65 yr	104	67	
Age �65 yr	61	30	
Stratified according to tumor stage			0.05
T2	105	75	
T3 or T4a	65	24	


IN THE ENGLISH JOURNAL OF MEDICINE

**ORIGINAL ARTICLE**

Neoadjuvant Chemotherapy plus Cystectomy Compared with Cystectomy Alone for Locally Advanced Bladder Cancer


H. Barton Grossman, M.D., Ronald E. Haralick, M.D., Catherine M. Tangen, D.O., P.H.D., V.D., Spanglin, D.O., Nicholas J. Vogelzang, M.D., Donald L. Young, M.D., Ralph W. deWree White, M.D., Michael F. Sweeney, M.D., David P. Wood, Jr., M.D., Derek Pughson, M.D., Ph.D., and E. David Crawford, M.D.





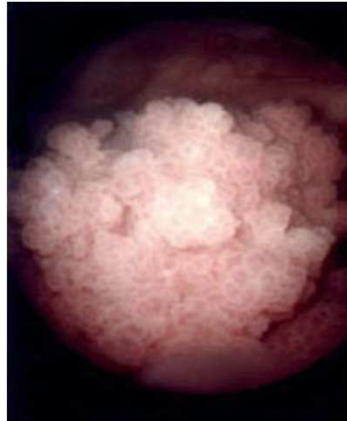
Faculté de médecine  
Pierre et Marie CURIE


## Traitement TV infiltrantes



UPMC  
PARIS UNIVERSITÉS


- Alternatives à la cystectomie totale:
  - Résection endoscopique isolée
    - En cas de récidive hématurique
    - Survie sans récidive: 45 % à 5 ans, 35 % à 10 ans (Solsona, J Urol, 1998)
  - Radio-chimiothérapie
    - Stade T2, résection endoscopique complète
    - Chimiothérapie néo-adjuvante
    - Possibilité d'une cystectomie totale de rattrapage





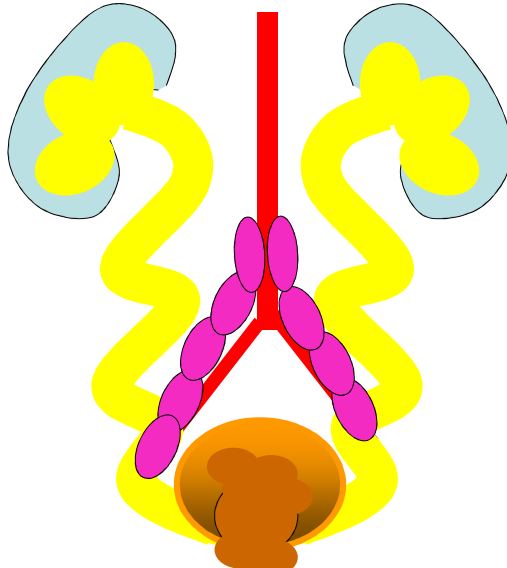
Faculté de médecine  
Pierre et Marie CURIE

## Traitement TV infiltrantes




UPMC  
PARIS UNIVERSITÉS


- Traitement des complications en cas de tumeur localement avancées:
  - Hématurie macroscopique avec déglobulisation
  - Insuffisance rénale aiguë obstructive
  - Pyélonéphrite obstructive
  - 2 questions essentielles:
    - Fonction rénale
    - Qualité du réservoir vésical



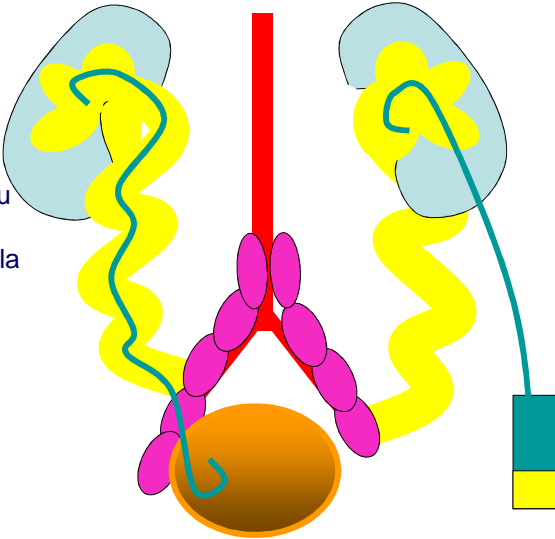




 Faculté de médecine  
 Pierre et Marie CURIE

## Traitement TV infiltrantes




- Traitement des complications en cas de tumeur localement avancées:
  - IRA obstructive par envahissement trigonal ou compression extrinsèque
  - Résection endoscopique la plus complète possible
  - Dérivation des urines
    - Si possible par endoprothèses JJ
    - Sinon néphrotomie percutanée

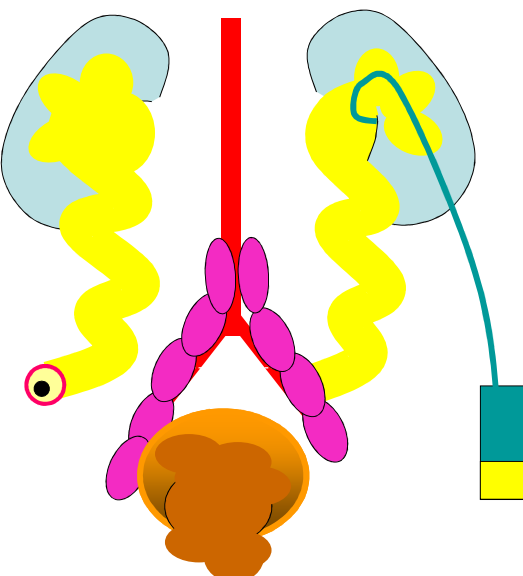




 Faculté de médecine  
 Pierre et Marie CURIE

## Traitement TV infiltrantes



- Traitement des complications en cas de tumeur localement avancées:
  - Cystectomie totale « de propreté »
    - Mortalité et morbidité plus importantes
  - Changement itératif de néphrostomie
  - Dérivation urinaire de type Bricker ou Urétérostomie cutanée





**Tumeurs VES**
**UPMC**  
PARIS UNIVERSITÉS


---

**• Carcinomes Urothéliaux:**  
**Vessie (90-95%)**  
et  
**Voie Excrétrice Supérieure (T.V.E.S.) (5-10%)**  
Tumeurs de l'uretère et des cavités pyélo-calicielles

**• TVES**

- rares: 2/100.000 hbts/an
- 2/3 pyélocalicielles
- hommes 3 cas sur 4
- 5% bilatérales
- 40% récurrence vésicale






**Tumeurs VES**
**UPMC**  
PARIS UNIVERSITÉS


---

**• Grade = élément fondamental**


- Bas grade, faible volume tumoral: traitement conservateur
- Haut grade, volume tumoral important (> 3 cm, multifocal): néphro-urétérectomie





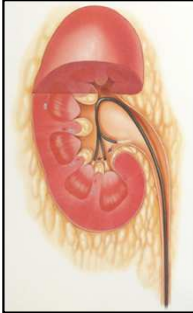


 Faculté de médecine  
 Pierre et Marie CURIE


## Tumeurs VES


  
 UPMC  
 PARIS UNIVERSITÉS

1<sup>re</sup>  tape: ur t roscopie

- Diagnostique et thérapeutique
- Rigide / Souple
- Investigation lacune visualisée au TDM / cytologie
- visualisation directe tumeur
- Vaporisation au laser
- exploration complète (95%)
- Biopsies pour stadification et grade




 Faculté de médecine  
 Pierre et Marie CURIE

## Tumeurs VES


  
 UPMC  
 PARIS UNIVERSITÉS

2<sup>eme</sup>  tape:

- Surveillance
- Ou traitement radical: NUT
  - D'emblée si tumeur volumineuse en imagerie
  - Evaluation de la fonction rénale contro-latérale
  - Exérèse complète de la VES: rein+uretère+trajet intramural






Faculté de médecine  
Pierre et Marie CURIE

## Conclusion

UPMC  
PARIS UNIVERSITAS

- Les tumeurs urothéliales sont fréquentes
- Prise en charge difficile des tumeurs infiltrantes
- Complications redoutables:
  - Hématurie
  - Insuffisance rénale
- Gestion compliquée des drainages et des dérivations urinaires