

Séminaire Onco-urologique ONCOMEL 02/07/2014 Tumeurs de vessie et VES

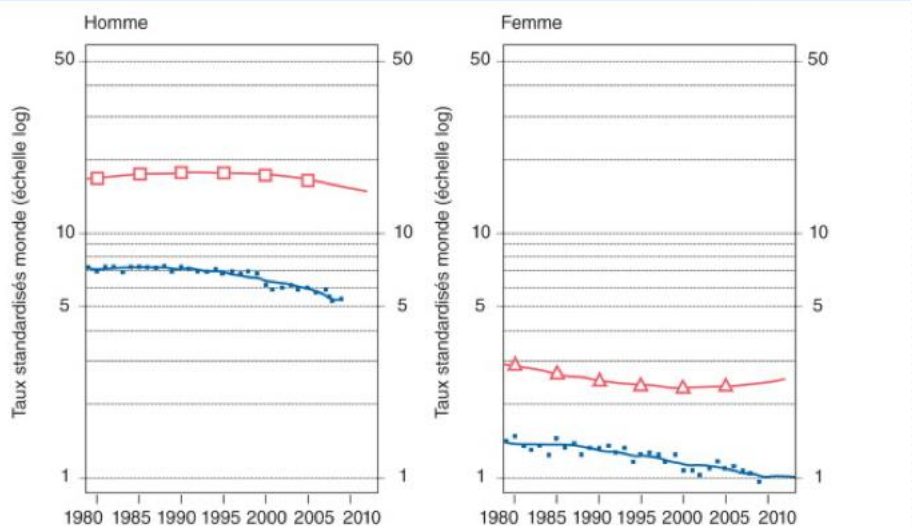
Pierre Colin
Hôpital Privé La Louvière, Lille
Service d'Urologie, CH Seclin



Epidémiologie

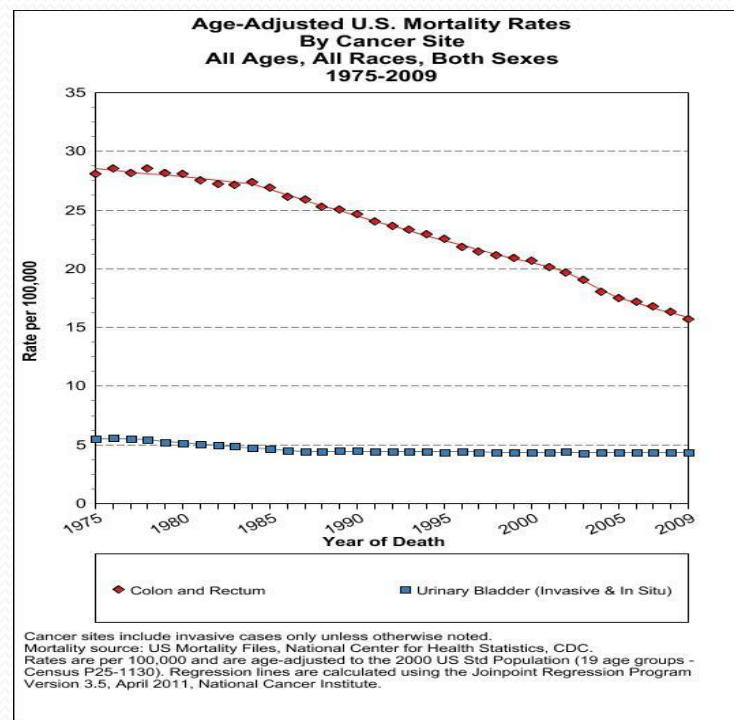
- TV : 5 ème cancer le plus fréquent chez l'homme
- 11965 nouveaux cas/an, 4772 décès/ an
- Incidence (/100000hbt/an) :
 - 14,7 pour l'homme
 - 2,5 pour la femme

Sex ratio: 5,88



Incidence estimée Homme Δ — Incidence estimée Femme — Mortalité estimée ■ Mortalité obs

La majorité des cas
diagnostiqués après 60 ans

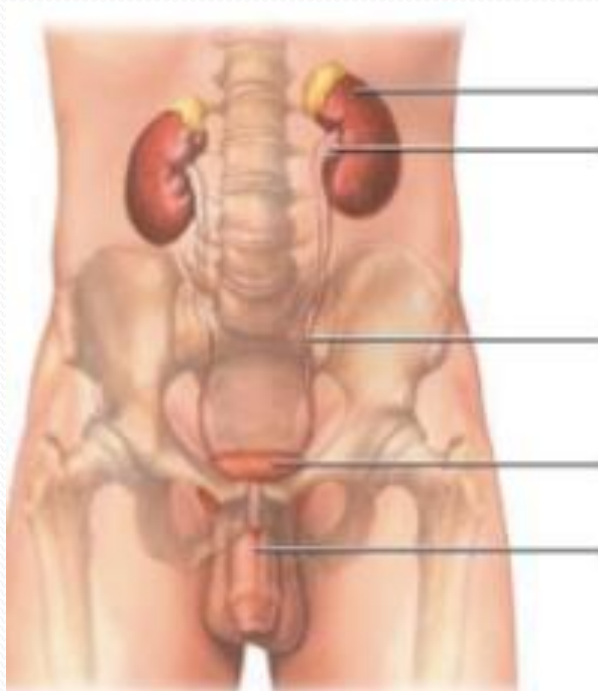


Tumeurs urothéliales:

Incidence TV: 14,7/100000

Incidence TVEUS: 1 à 4/100000

Incidence T Urètre: 0,1 /100000



Rein

Pyélon et
calices

Uretère

Vessie

Urètre

TVEUS

Seuls 2 à 3% des patients avec T vessie développeront une TVEUS

Mais 8 à 50% des patients avec une TVEUS ont eu ou auront une T de vessie

Histologie

- Carcinome urothélial dans 95% (+/- variants histologiques)

Facteurs de risque exogènes

- Tabagisme+++
- Exposition professionnelle: AA, HAP, solvants chlorés...
 - Tableaux de maladie professionnelle

Facteurs de risque endogènes

- polymorphisme du métabolisme des carcinogènes (NAT, SULT, GST)
- mutations des gènes MMR → syndrome de Lynch
(plutôt des localisations urétérales+++ , pyéliquies ou calicielles)

Signes cliniques:

- Hématurie +++
 - macroscopique +++/microscopique
 - Totale ou finale
 - Sous anticoagulation
 - Bilan systématique: cystoscopie et uroscanner
- Signes irritatifs (pollakiurie, impériosité mictionnelle, brûlure urinaire) dans 20% des cas
- Douleurs pelviennes/osseuses: rare

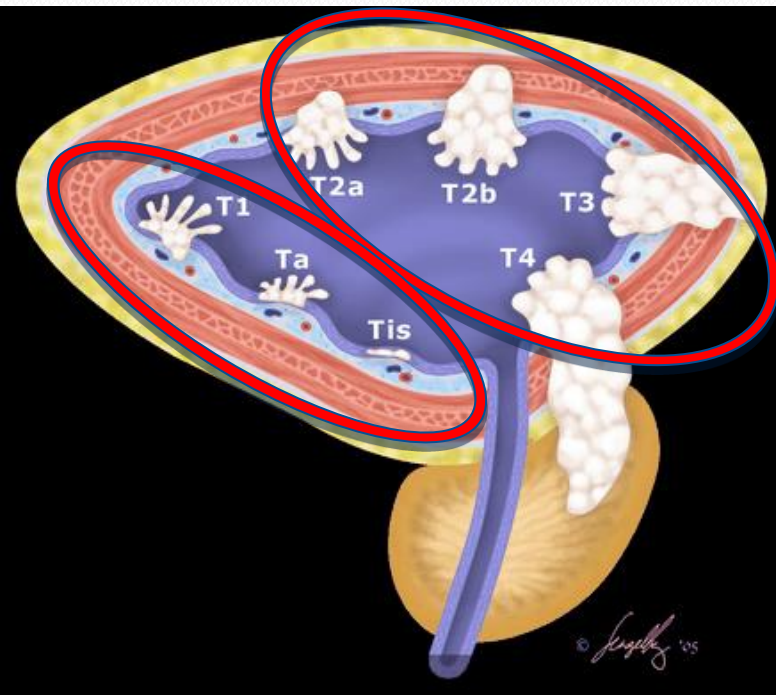
Classification

stade TNM/Grade OMS 2004

Changement de pronostic: envahissement du muscle détroisor

« Tumeur superficielle » → « Tumeur n'infiltrant pas le muscle vésical » (TVNIM)

« Tumeur invasive » → « Tumeur infiltrant le muscle vésical » (TVIM)



- TVNIM: 75-85% de l'ensemble des cancers de vessie

- pTis: 10%
- pTa: 60%
- pT1:30%

- TVIM: 15-25% de l'ensemble des cancers de vessie

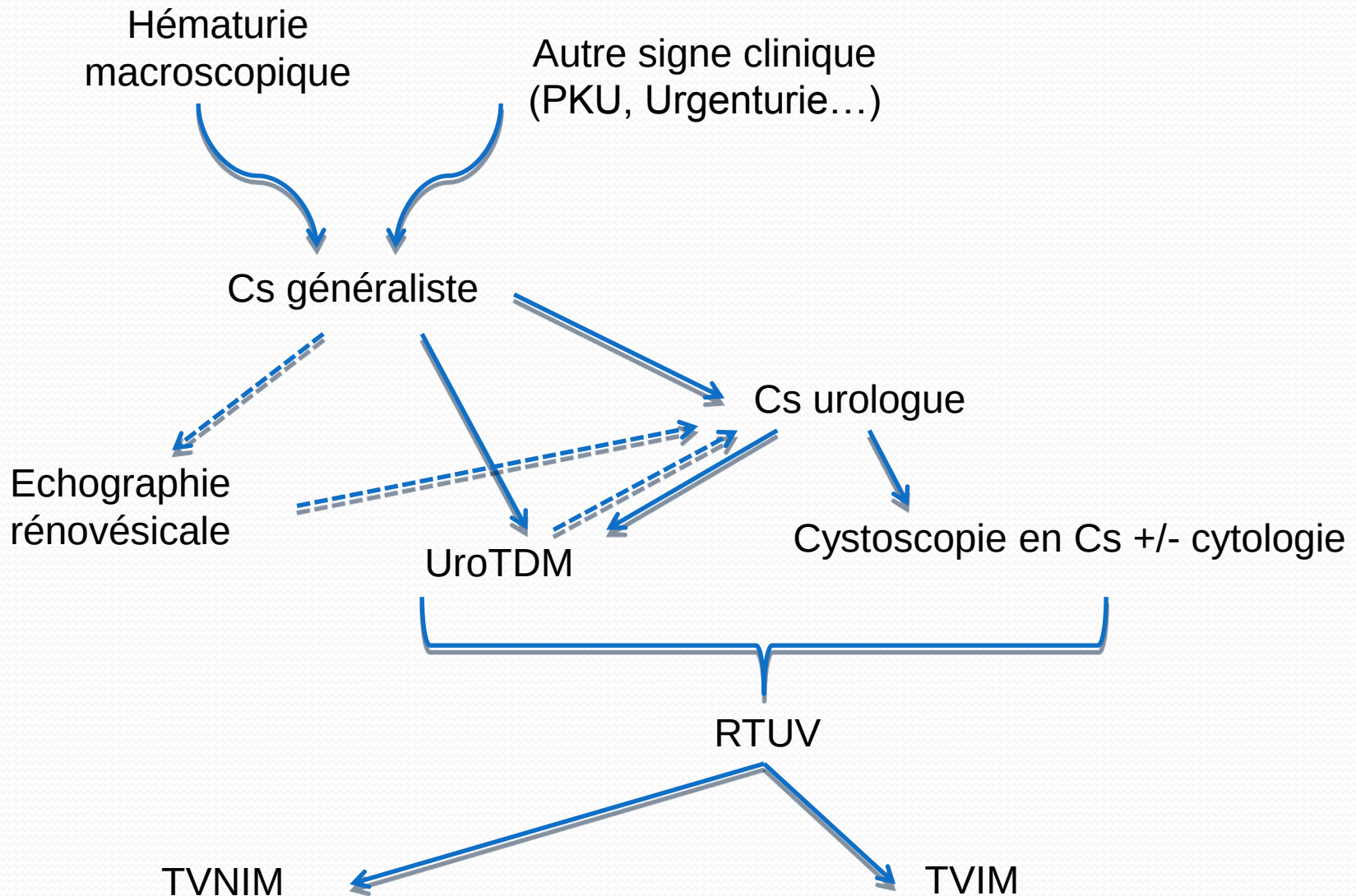
- associée à N+: 20-60%
- métastatique d'emblée: 7%

Grade: LBPM/ Bas Grade/ Haut grade

Moyens diagnostiques paracliniques:

- Bilan local et régional
 - Clinique (gglion, blindage pelvien/TR)
 - Echographie/ UroTDM (uroIRM)
 - Cystoscopie → résection de vessie (+/- sous photofluorescence)
 - Cytologie urinaire
- Bilan d'extension à local
 - Pour les TVIM (ou Haut grade TVNIM)
 - TDM TAP
 - Sur point d'appel: scintigraphie osseuse et scanner cérébral
 - Absence d'indication: TEP scan

Circuit habituel des patients:



Moyens diagnostiques paracliniques:

- Cystoscopie: rigide (au bloc) → souple (au cabinet)



- cartographie des lésions
- aspect (papillaire vs plane, infiltrante)
- Taille
- Cytologie in Situ +++

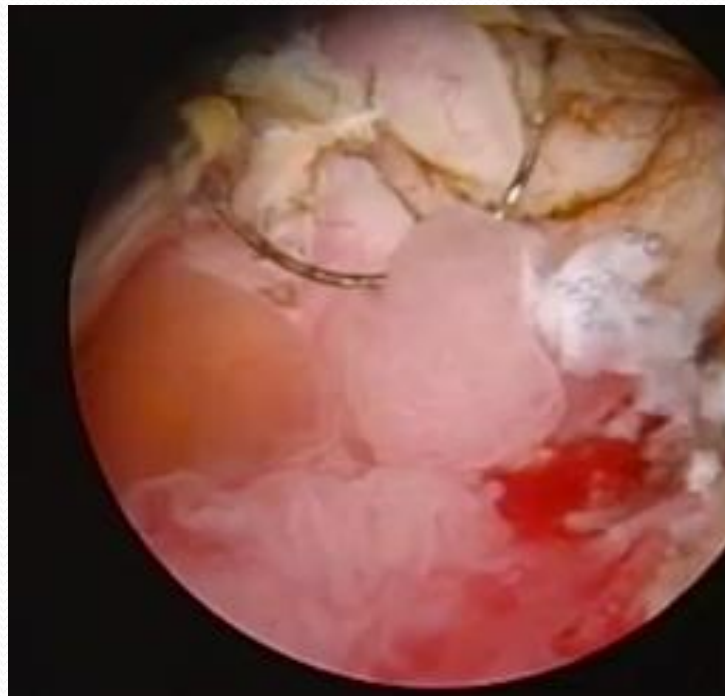


Moyens diagnostiques paracliniques:

- Résection transurétrale de vessie (RTUV)

But diagnostique: obtenir Grade et stade pT (muscle?)

But thérapeutique: en cas de TVNIM



Moyens diagnostiques paracliniques:

- Résection transurétrale de vessie (RTUV)

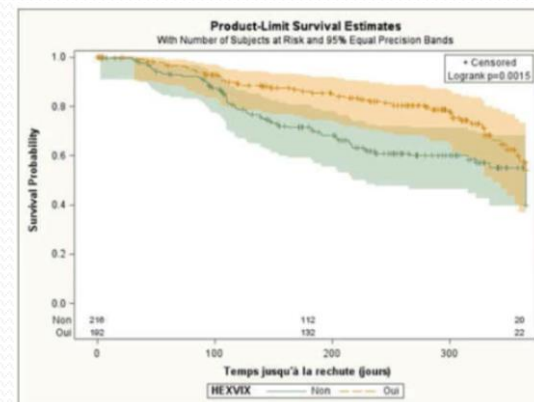
A l'anse électrique

But diagnostique: obtenir Grade et stade pT (muscle?)

But thérapeutique: en cas de TVNIM

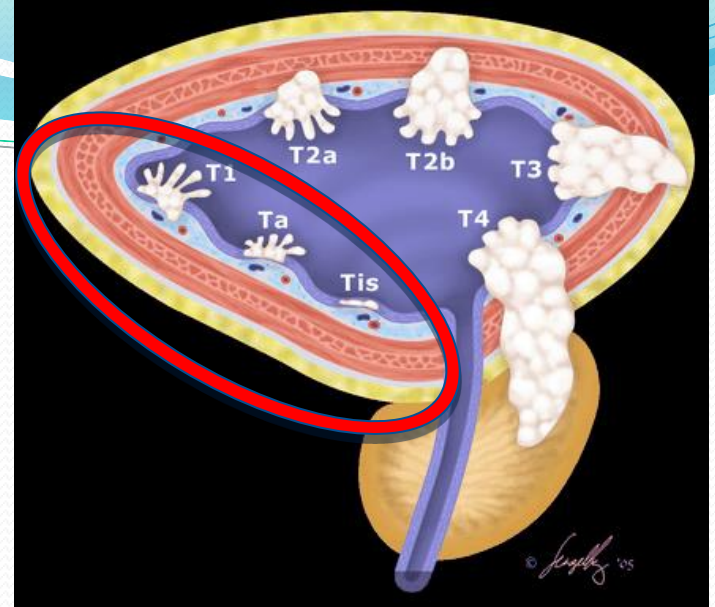
Résection en lumière blanche vs. Lumière bleue (photodiagnostic)

→ indication de la PDD: 2nd look, lésion à haut risque, suspicion CIS



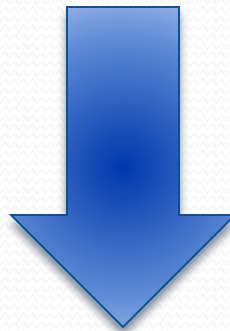
Jacqmin et al AFU 2013

TVNIM



→ 60-70% récidive/ 1an

→ 15-20% progressent vers TVIM



Classification du risque de récidive et de progression:

Tables de l'EORTC

EORTC TVNIM

Risque	Caractéristiques tumorales
Faible	Premier diagnostic <u>et</u> Ta <u>et</u> Bas Grade ou LMP (low malignancy potential) (grade 1) <u>et</u> Unique <u>et</u> Diamètre < 3 cm
Intermédiaire	Ta bas grade ou LMP (grade 1-2) multifocale et/ou récidivante, T1 bas grade (grade 1-2)
Elevé	Haut grade (grade 3) (quel que soit le stade) <u>ou</u> T1 récidivante <u>ou</u> CIS

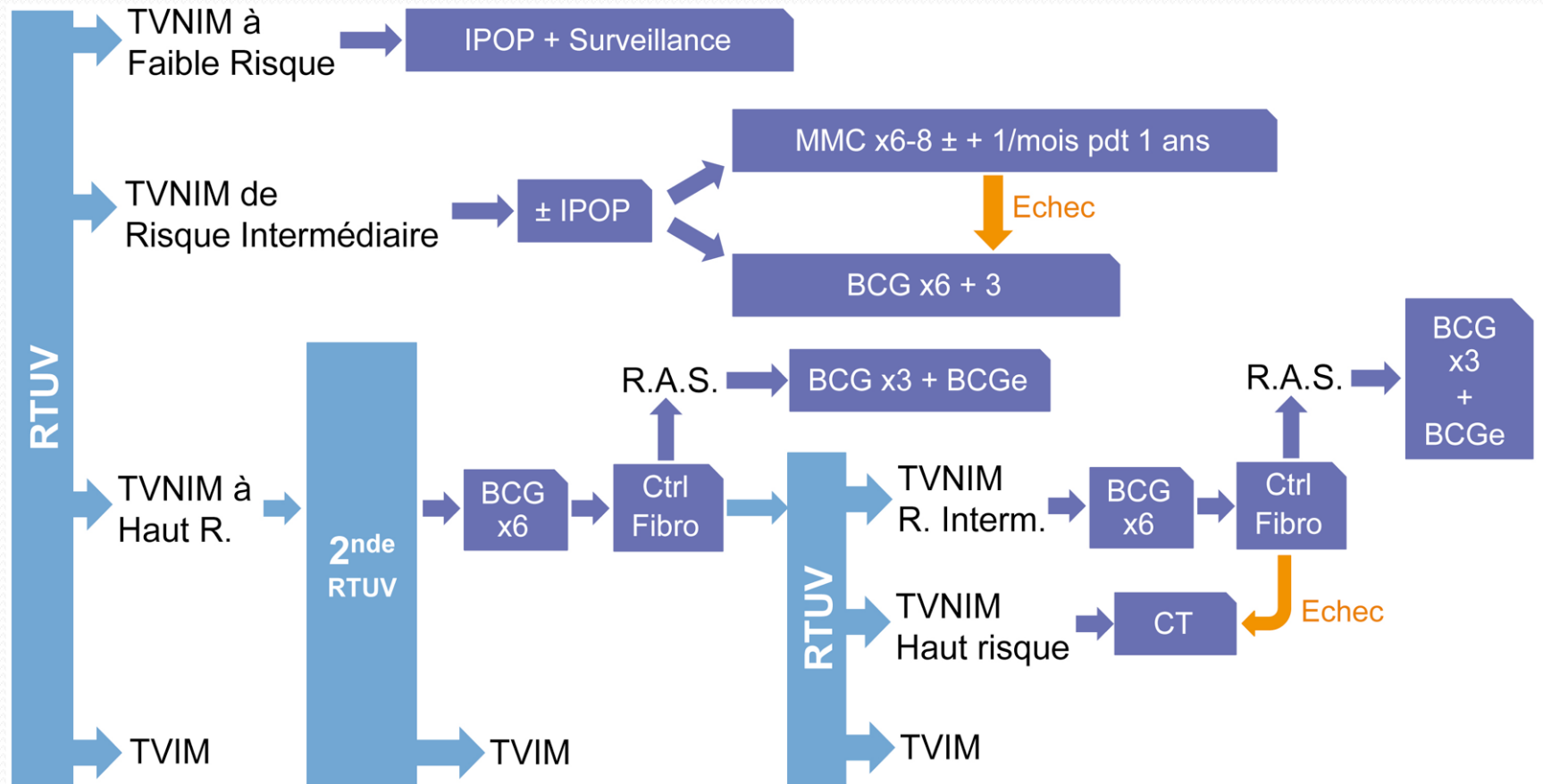
Sylvester RJ, van der Meijden AP, Oosterlinck W, Witjes JA, Bouffoux C, Denis L, et al.

Predicting recurrence and progression in individual patients with stage Ta T1 bladder cancer using EORTC risk tables : a combined analysis of 2596 patients from seven EORTC trials.

Eur Urol 2006;49:466-5. <http://www.eortc.be/tools/bladdercalculator/>.

Prise en charge des TVNIM:

Recommandations CCAFU

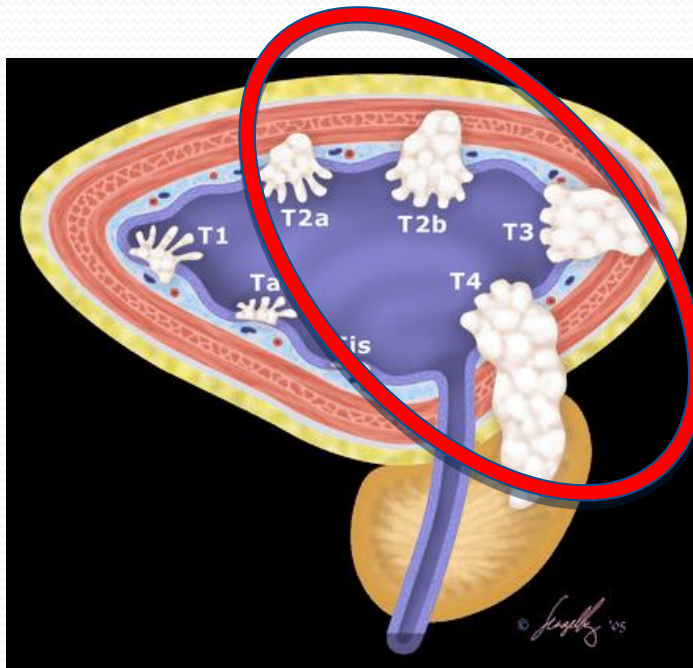


Prise en charge des TVNIM:

Recommandations CCAFU : suivi adapté au risque

Suivi après RTUV (mois)		3	6	9	12	15	18	21	24	30	36	42	48	54	60	72	84	96	108	120
TVNIM à faible risque (EORTC < 7)	Cystoscopie	■			■				■		■		■		■	■	■	■	■	■
	Cytologie																			
	UroTDM																			
TVNIM de risque intermédiaire (EORTC 7-13)	Cystoscopie	■	■	■	■		■		■		■		■		■	■	■	■	■	■
	Cytologie		■	■	■		■				■		■		■		■		■	■
	UroTDM	■							■			■			■	■	■	■	■	■
TVNIM à haut risque (EORTC ≥ 14)	Cystoscopie	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	Cytologie		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	UroTDM	■							■			■		■	■	■		■		■

Prise en charge des TVIM:



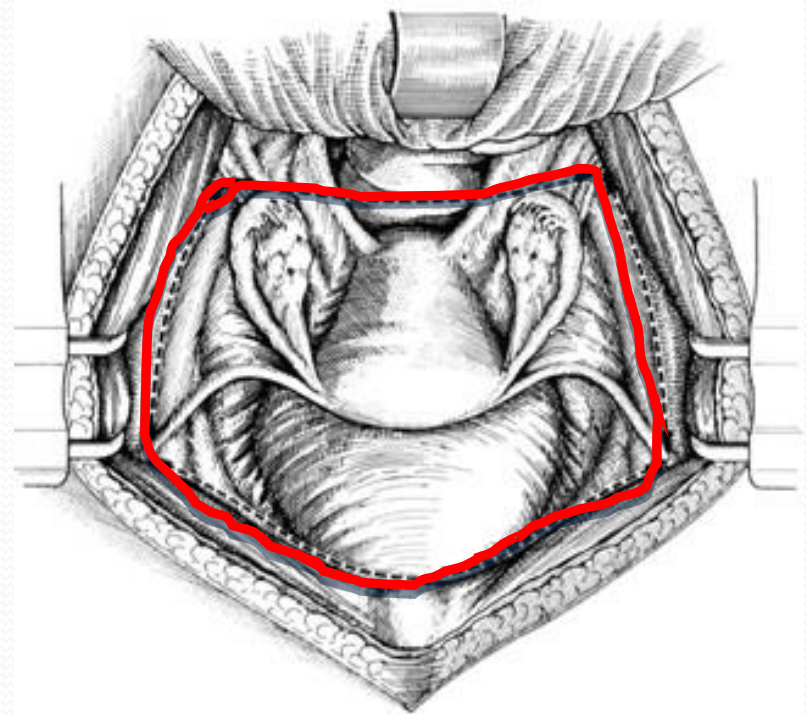
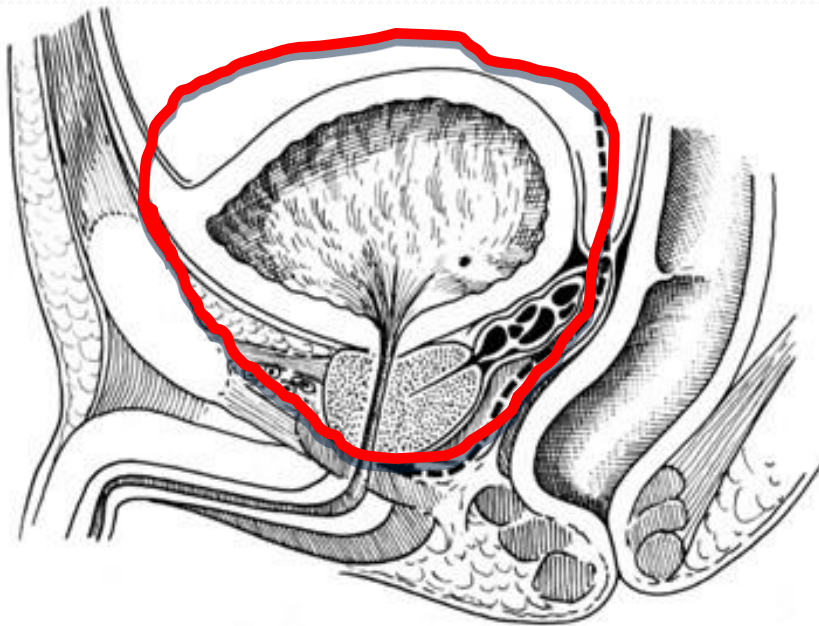
Survie à 5 ans <50%

Prise en charge des TVIM:

Traitement de référence:

Recommandations CCAFU

- .Cystectomie totale avec curage ganglionnaire étendu
 - CPT ou pelvectomie antérieure
 - Mode de dérivation

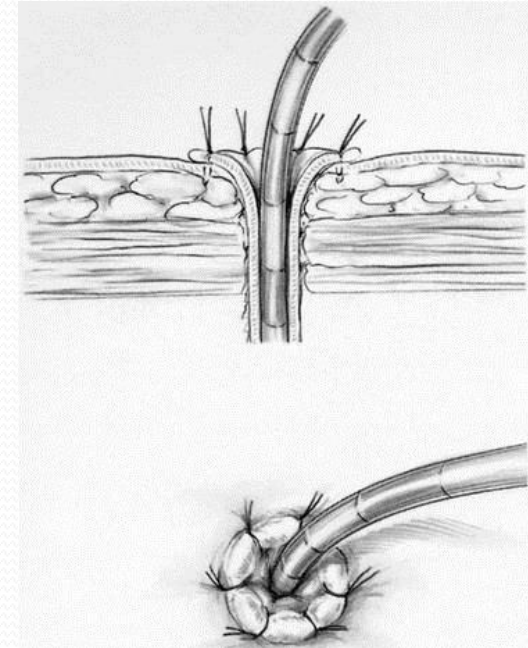
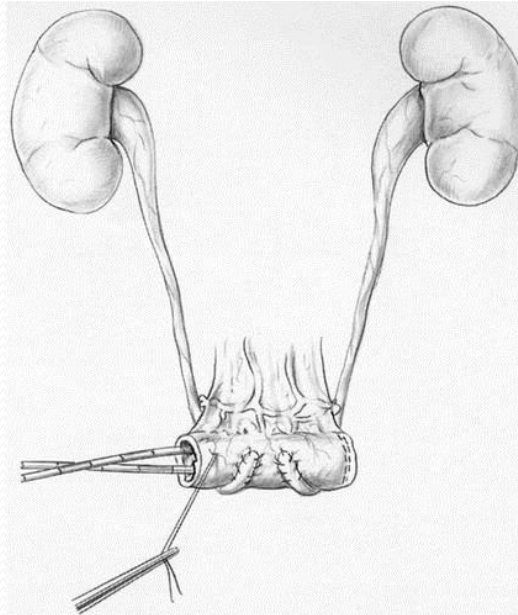
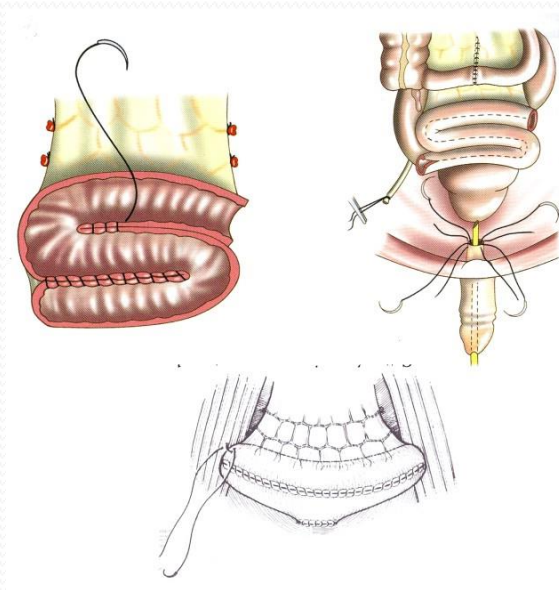


Prise en charge des TVIM:

Traitement de référence:

Recommandations CCAFU

- .Cystectomie totale avec curage ganglionnaire étendu
 - CPT ou pelvectomie antérieure
 - Mode de dérivation



Prise en charge des TVIM:

Traitement de référence:

Recommandations CCAFU

- .Cystectomie totale avec curage ganglionnaire étendu
 - CPT ou pelvectomie antérieure
 - Mode de dérivation

Opération lourde, hospitalisation longue

Voie laparoscopique possible

3% mortalité mais 30% de morbidité (terrain+++, complications médicochirurgicales)

Prise en charge des TVIM:

Traitement de référence:

Recommandations CCAFU

.Chimiothérapie néoadjuvante

- doit aujourd'hui être discutée pour tout patient avec TVIM, fonction rénale normale, état général correcte (+++ en cas T3-T4 et/ou N+)
- Intervalle entre diagnostic/chirurgie < 3 mois

.Chimiothérapie adjuvante

- rationnel vis à vis des micrométastases
- Post op (3 mois) ou différée à la rechute?

Prise en charge des TVIM:

Traitement alternatif (état général défavorable, refus):

- .RTUV + Radiochimiothérapie

- .Cystectomie partielle

- .RTUV+ Radiothérapie seule

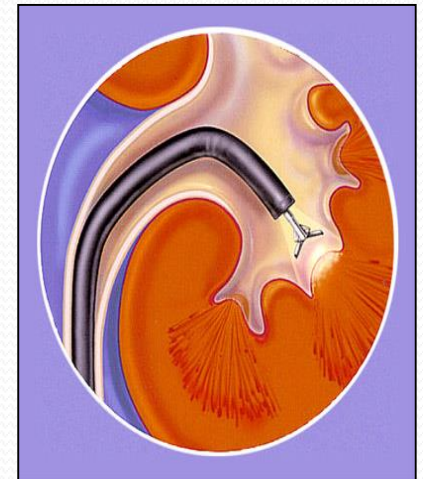
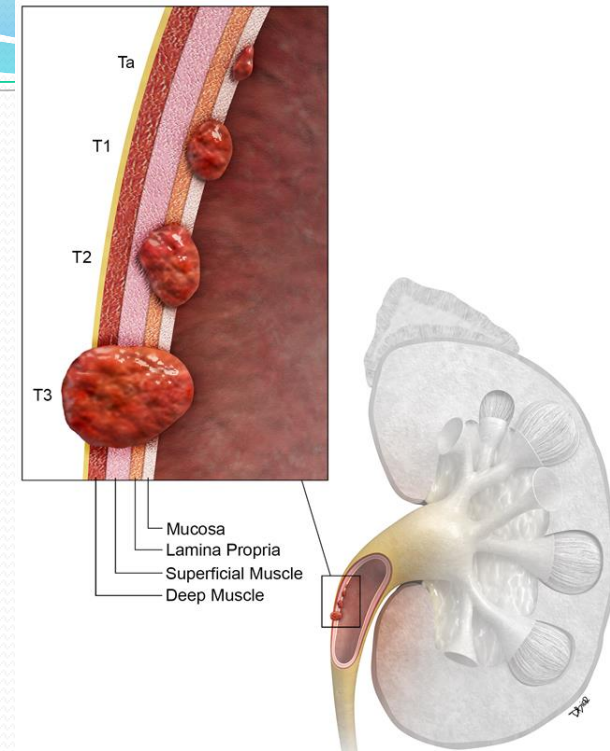
- .RTUV + Chimiothérapie seule

- .RTUV seule

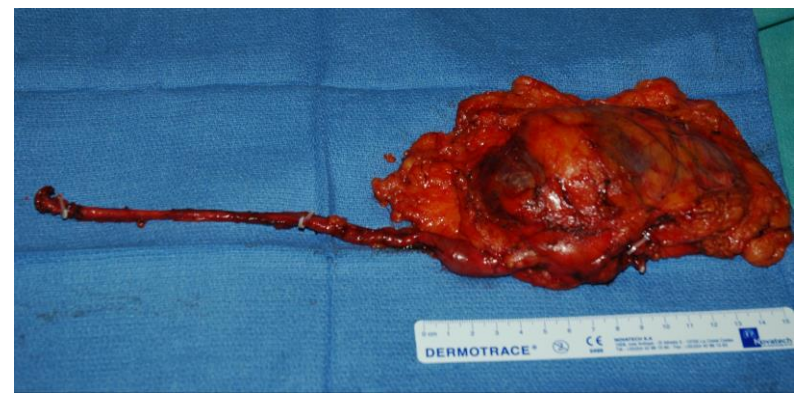
TVES diagnostic

BILAN DIAGNOSTIQUE RECOMMANDÉ EN CAS DE TVEUS

- Cytologie urinaire, idéalement *in situ*
(Recommandation de grade A)
- Cystoscopie pour éliminer une lésion vésicale synchrone
(Recommandation de grade A)
- Uro-TDM (acquisition au temps excréteur)
(Recommandation de grade A)
- UPR
(Recommandation de grade C)
- Urétéroscopie souple avec prélèvements biopsiques
(Recommandation de grade C)



TVES traitement



Recommandations de traitement:

- La nephro-urétérectomie avec exérèse d'une collerette vésicale est le traitement de référence des TVEUS

CCAFU 2013 (rang B, niveau de preuve 3)

- Le traitement conservateur est une option en cas de lésion de bon pronostic, unique (Bas stade et grade)

CCAFU 2013 (niveau de preuve 4)

Cutress ML, et al. BJU 2012

Herrmann TR, et al. Eur Urol 2012

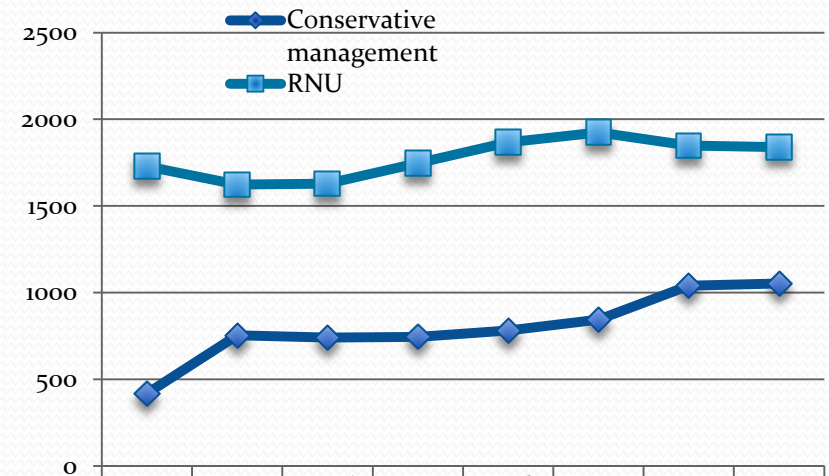


TVES traitement

■ Le traitement conservateur

Tableau 3 Principales indications des traitements endoscopiques conservateurs dans la prise en charge des tumeurs de la voie excrétrice.

Tumeur unifocale
Diamètre < 1 cm
Tumeur de bas grade en cytologie ou sur les biopsies
(près de 50 % des tumeurs)
Pas d'antécédent de tumeur de vessie
Aucun élément radiologique en faveur d'une infiltration
Traitement conservateur complet envisageable (hors calice inférieur)
Surveillance endoscopique (urétéroscopie souple)
rapprochée possible
Information et compliance du patient



	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Conservative management	418	754	741	745	781	845	1039	1052
RNU	1729	1623	1628	1746	1867	1925	1848	1840

En conclusion, Messages à retenir:

5^{ème} cancer en terme d'incidence, (2^{ème} cancer urologique), en légère diminution, tabac+++

Hématurie+++ → Bilan systématique: uroscan, cs uro (cystoscopie)

RTUV: pivot de la décision tt

TVNIM: tt et suivi adaptés au risque de récurrence et progression

TVIM: tt curatif chirurgical lourd, place de la chimiothérapie néoadjuvante

TVES: rares, traitement radical NUT = référence



Merci de votre attention