INSTITUT LA CONFÉRENCE HIPPOCRATE

www.laconferencehippocrate.com

La Collection Hippocrate

Épreuves Classantes Nationales

UROLOGIE
CANCEROLOGIE

Tumeurs de vessie

HP-29

Dr Olivier TRAXER
Praticien Hospitalier

L'institut la Conférence Hippocrate, grâce au mécénat des Laboratoires SERVIER, contribue à la formation des jeunes médecins depuis 1982. Les résultats obtenus par nos étudiants depuis plus de 20 années (15 majors du concours, entre 90 % et 95 % de réussite et plus de 50% des 100 premiers aux Épreuves Classantes Nationales) témoignent du sérieux et de la valeur de l'enseignement dispensé par les conférenciers à Paris et en Province, dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale.

La collection Hippocrate, élaborée par l'équipe pédagogique de la Conférence Hippocrate, constitue le support théorique indispensable à la réussite aux Épreuves Classantes Nationales pour l'accès au 3ème cycle des études médicales.

L'intégralité de cette collection est maintenant disponible gracieusement sur notre site **laconferencehippocrate.com.** Nous espérons que cet accès facilité répondra à l'attente des étudiants, mais aussi des internes et des praticiens, désireux de parfaire leur expertise médicale.

A tous, bon travail et bonne chance !

Alain COMBES, Secrétaire de rédaction de la Collection Hippocrate

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Tumeurs de vessie

- Les tumeurs de vessie sont **fréquentes et récidivantes.** Leur diagnostic doit être systématiquement évoqué devant une **hématurie macroscopique**, d'autant plus s'il s'agit d'un homme, fumeur, de la cinquantaine. Leur pronostic est lié à leur **extension en profondeur et à distance.** La résection endoscopique permet de préciser le diagnostic et l'extension en profondeur de la tumeur. Le terme de tumeur de vessie regroupe des entités clinico-pathologiques très différentes, selon qu'il s'agit de lésions papillaires uniques, d'une maladie récidivante, d'une extension en profondeur initiale, voire d'une atteinte métastatique d'emblée.

ÉPIDÉMIOLOGIE ET ÉTIOPATHOGÉNIE

- Elles se situent au **second rang des tumeurs génito-urinaires,** après le cancer de la prostate. Responsables d'environ trois mille décès par an en France, elles sont **trois fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes.** Elles surviennent habituellement à partir de la quarantaine. On assiste à une augmentation du nombre de tumeurs de vessie chez la femme (tabagisme).
- Le terme « tumeur de vessie » englobe un ensemble de lésions qui vont de la petite tumeur papillomateuse et superficielle au cancer urothélial infiltrant et métastatique. La difficulté est de savoir quelles tumeurs de vessie superficielles vont évoluer vers une tumeur infiltrante. Il n'y a aucune certitude dans ce sens.
- **L'âge moyen** de survenue est **65 ans,** ***70 % des tumeurs de vessie se révèlent sur un mode superficiel, 25 % sur un mode infiltrant d'emblée et 5 % sous forme métastatique.***
- Les facteurs carcinogènes incriminés dans la survenue de tumeurs à cellules transitionnelles sont **le tabac** principalement et les **amines aromatiques** (aniline et son radical la bêta-naphtylamine). Les autres facteurs de risque sont **l'Endoxan** et la phénacétine (cet antalgique a été retiré du commerce). **La bilharziose est un facteur de survenue de carcinome épidermoïde.**
- Les **professions les plus exposées** sont les utilisateurs de colorants aromatiques (industrie du plastique, du cuir, des colorants, de la peinture et de la chimie organique). Ces cancers sont indemnisables et répertoriés au tableau des maladies professionnelles.

ANATOMOPATHOLOGIE

- Le siège préférentiel des tumeurs vésicales est le **trigone**. Leur aspect peut être soit **végétant,** soit pédiculé, soit **sessile**. Elles peuvent aussi prendre d'emblée un **aspect infiltrant** sur tout ou partie de la paroi vésicale.
- Neuf fois sur dix, il s'agit de **tumeurs épithéliales à cellules transitionnelles** (encore appelées ***épithélioma paramalpighien, ou carcinomes à cellules transitionnelles*** lorsqu'il s'agit de lésions malignes) (Figure 1). Les autres types histologiques, comme les tumeurs secondaires, sont exceptionnels.
- Les tumeurs peuvent être **uni- ou multifocales,** soit au niveau de la vessie, soit sur toute autre localisation de la voie excrétrice urinaire depuis les calices jusqu'à l'urètre.
- **L'extension tumorale** peut être locale, avec **franchissement de la membrane basale,** puis du chorion, puis du muscle vésical, voire de la graisse périvésicale ou vers les organes de voisinage.
- **L'extension lymphatique** se fait vers les **chaînes hypogastriques et obturatrices, puis iliaques externes et primitives.**
- Les métastases à distance intéressent surtout le poumon, l'os, le foie.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

- Le pronostic est principalement lié à **l'infiltration en profondeur** et à l'extension extravésicale locorégionale ou à distance. En l'absence d'extension extravésicale, les autres paramètres anatomopathologiques retenus pour le pronostic sont la **multifocalité, le degré de différenciation des cellules** et la présence de **carcinome *in situ*** associé.
- La classification histologique des tumeurs de vessie la plus utilisée est la **classification TNM de l'UICC** (Union internationale contre le cancer).
- **Le degré de différenciation** des cellules est apprécié selon **trois grades** (du grade 1 au grade 3, en allant vers le plus indifférencié).
- L'aspect le plus bénin est celui d'une **tumeur papillaire**, frangée, avec un pédicule étroit de grade 1 respectant la basale : on l'appelle classiquement le « papillome à cellules transitionnelles ».
- **Le carcinome urothélial plan** sans lésion végétante est appelé **carcinome *in situ***. Il respecte la membrane basale, a tendance à diffuser et est multifocal. Son diagnostic repose sur une cytologie positive et des biopsies sous endoscopie.

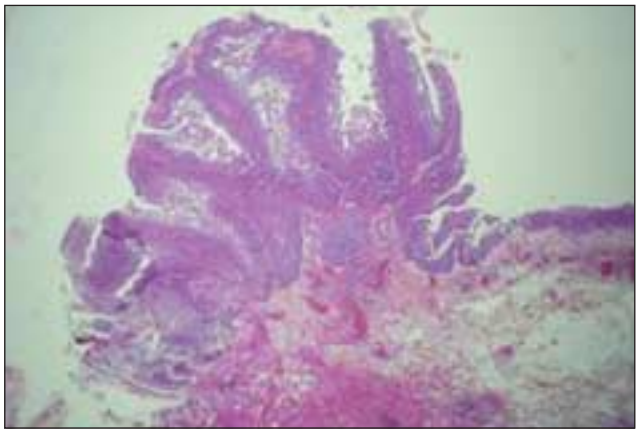


Fig. 1 : *Tumeur superficielle de vessie. Axe conjonctivo-vasculaire des papilles.*

DIAGNOSTIC

A/ Circonstances de découverte

- Les signes d'appel sont **l'hématurie**, qui est typiquement terminale, spontanée, intermittente ou permanente mais **souvent totale, avec des caillots** pouvant entraîner une **rétention vésicale complète** (caillotage vésical). La présence d'une hématurie sous traitement anticoagulant a la même valeur.
- Les autres signes d'appel peuvent être **un syndrome de cystite** (une pollakiurie douloureuse doit faire rechercher une tumeur vésicale, en particulier des lésions du carcinome in situ), des **douleurs lombaires** ou une **insuffisance rénale** en présence d'un retentissement sur le haut appareil.
- Les tumeurs de vessie sont plus exceptionnellement découvertes par des **métastases révélatrices**, l'existence d'une **masse lombaire** ou sur un **examen radiologique** réalisé pour une autre cause.

B/ Interrogatoire

- L'interrogatoire initial recherche des **facteurs de risque,** tabagisme, profession exposée et des antécédents de bilharziose urinaire selon le terrain. Il précise l'ancienneté des troubles et recherche des signes fonctionnels mictionnels associés.

C/ Examen physique

- Il est centré sur les **touchers pelviens** combinés au **palper hypogastrique** qui recherchent une infiltration de la paroi vésicale, voire des signes d'envahissement locorégionaux en cas de tumeur

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

infiltrant en profondeur. La recherche d'adéno-pathies sus-claviculaires ou de métastases cliniquement palpables est habituellement négative.

- **L'état général** peut être altéré en présence d'une maladie déjà évoluée ou d'une anémie sévère.
- Il recherche l'existence d'autres pathologies liées au tabac :
  – Cardio-vasculaires.
  – Pulmonaires.

D/ Bilan

1. Cystoscopie (cystoscopie rigide ou urétrocystoscopie souple)

- Elle est réalisée par un urologue en consultation après avoir vérifié la stérilité des urines par ECBU et permet de visualiser la ou les tumeurs. L'aspect macroscopique des lésions permet le plus souvent d'évoquer le type de lésions et le traitement envisagé. Il est recommandé de consigner les lésions sur un schéma.

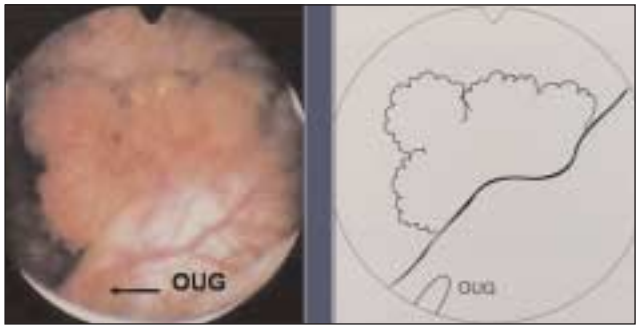


Fig. 2 : ***Tumeur superficielle de vessie en arrière de l'orifice urétéral gauche (OUG).***

2. Échographie

- Elle peut montrer des tumeurs saillant dans la cavité vésicale mais **peut être prise par défaut,** surtout lorsqu'il s'agit de petites lésions, de lésions de la face antérieure de la vessie ou d'une tumeur au sein d'une vessie de lutte ou d'un diverticule.

3. Urographie intraveineuse (UIV)

- Elle est réalisée après dosage de la créatininémie et permet de montrer une ou plusieurs images lacunaires irrégulières au niveau de la vessie mais peut être prise par défaut pour les petites lésions. Elle **recherche la présence d'autres localisations,** en particulier au niveau des cavités pyélocalicielles et des uretères, apprécie un éventuel retentissement de la tumeur vésicale sur le haut appareil (un tel retentissement traduit habituellement une tumeur infiltrant en profondeur le muscle vésical et constitue un facteur de mauvais pronostic). L'UIV fait systématiquement partie du bilan initial d'une tumeur de vessie.

4. Cytologie exfoliatrice

- Elle peut retrouver des cellules tumorales mais présente de faux négatifs. Elle est d'autant plus positive qu'il s'agit de tumeur de grade élevé.
- Son intérêt est particulièrement important pour la recherche de carcinome *in situ*.
- Son interprétation est très opérateur-dépendant : il faut demander ce type d'examen à un cytologiste très entraîné.

5. Examen tomodensitométrique (TDM)

- Il permet d'apprécier une infiltration en profondeur à la graisse périvésicale, l'existence d'adénopathies et ne doit être réalisé avant une résection que si l'on suspecte une tumeur évoluée lors de l'endoscopie diagnostique. En effet, un TDM effectué dans le mois qui suit une résection endoscopique peut donner de fausses images d'infiltration pariétale dues à l'œdème post-opératoire ou d'adénopathies inflammatoires. Combiné à quelques clichés d'UIV, on obtient un uroscanner.

6. Bilan d'extension : dépendra du type de tumeur de vessie

- Outre l'UIV qui recherche d'autres localisations urothéliales de la maladie et l'urétrocystoscopie, qui permet d'apprécier l'état de l'urètre, la radiographie pulmonaire préopératoire permettra de visualiser d'éventuelles métastases pulmonaires. La scintigraphie osseuse est réalisée en présence de signes cliniques d'appel ou d'autres localisations secondaires.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

ÉVOLUTION

- L'évolution ne peut être envisagée qu'une fois la résection endoscopique réalisée et le diagnostic histologique porté.

A/ Évolution des tumeurs superficielles

1. Tumeurs superficielles de vessie : classification selon les risques

• Risque faible	– Ta G1, unique – Ta G1-G2, non récidivant à 3 mois
• Risque intermédiaire	– Ta G2 multifocal – Ta multirécidivant – Ta G3, T1 G2
• Risque majeur	– T1 G3, CIS diffus – T1 multifocal – T1 récidivant < 6 mois

2. Tumeurs superficielles de vessie : évolution selon les risques

	Risque de progression à 5 ans	Risque de décès par tumeur à 10 ans
• Faible risque	7,1 %	4,3 %
• Risque intermédiaire	17,4 %	12,8 %
• Haut risque	41,6 %	36,1 %

B/ Surveillance des tumeurs superficielles

1. Tumeurs à faible risque

- Cystoscopie à trois, six et douze mois puis une fois par an pendant cinq ans après la première résection.

2. Tumeurs à risque intermédiaire

- Cystoscopie et cytologie à trois, six et douze mois puis une fois par an pendant quinze ans.
- UIV en cas de récidive.

3. Tumeurs à haut risque

- Cystoscopie et cytologie tous les trois mois la première année, puis tous les six mois la deuxième année, puis une fois par an pendant quinze ans.
- UIV systématique tous les deux ans.

C/ Évolution des tumeurs ≥ T2

- Elle dépend du stade TNM et du traitement réalisé.

TRAITEMENT

- La résection endoscopique sous anesthésie de la tumeur avec examen anatomopathologique affirme le diagnostic, détermine le stade d'infiltration en profondeur, le degré cytologique et peut constituer un traitement curatif isolé.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

1. Tumeurs superficielles Ta et T1

- En présence de lésions papillaires superficielles respectant la membrane basale, la résection résume le traitement et est complétée par un suivi régulier alternant échographies et cytologies, d'une part, et fibroscopie urétro-vésicale, d'autre part, pendant plusieurs années.
- En cas de récidives fréquentes, des résections itératives et des instillations endovésicales (de mitomycine C ou de BCG) sont nécessaires :
  - **Six instillations de BCG** à une semaine d'intervalle après ECBU de contrôle, à débuter quatre à six semaines après la résection endoscopique.
  - Mitomycine C : (Amétycine 40 mg) huit instillations au rythme d'une par semaine à débuter une à quatre semaines après la résection.
  - **IPOP : instillation postopératoire précoce** de mitomycine C : une seule instillation réalisée dans les vingt-quatre heures qui suivent la résection endoscopique. Proposée en cas de tumeurs du groupe I ou II, de petite taille et localisées (moins de trois localisations). Cette instillation précoce permettrait de sursoir au protocole complet de huit instillations (évaluation en cours).
- Les tumeurs envahissant le chorion sont habituellement justiciables d'un traitement complémentaire par instillations endovésicales d'emblée.

2. Traitement du carcinome in situ

- Un traitement par immunothérapie locale (six instillations de BCG à une semaine d'intervalle après ECBU de contrôle, à débuter quatre à six semaines après la résection endoscopique) est systématiquement réalisé en complément de la résection.

3. Tumeurs de vessie infiltrant le muscle

- Les tumeurs de vessie infiltrant le muscle détrusor, sans atteinte métastatique, sont habituellement traitées par cystectomie (cysto-prostatectomie chez l'homme, ou pelvectomie antérieure chez la femme), suivie d'une dérivation urinaire externe (urétérostomie cutanée transiléale de type Bricker ou, plus rarement, poche continente), ou surtout d'une dérivation interne dont les progrès récents ont transformé le confort et la qualité de vie de ces patients, notamment depuis l'utilisation de réservoir utilisant l'intestin détubulé pour créer une néovessie à basse pression et améliorer ainsi la continence (remplacement vésical surtout chez l'homme ou rarement dérivation urétérodigestive).
- La chirurgie d'exérèse large des tumeurs de vessie encore localisées permet d'obtenir des survies à cinq ans de 60 à 70 %.
- **La chimiothérapie néoadjuvante** (avant la chirurgie) n'a pas d'intérêt. **La chimiothérapie adjuvante** (après la chirurgie) pourrait prévenir la survenue de métastases, mais les résultats de ces traitements sont actuellement controversés.
- Depuis quelques années, des protocoles de **traitement conservant la vessie** (chez les patients ayant une vessie fonctionnellement correcte), reposant sur une **association radio-chimiothérapique** ont vu le jour (il s'agit d'une radiothérapie pelvienne chimiosensibilisée).

4. Tumeurs métastatiques

- Le traitement repose habituellement sur une **polychimiothérapie** de type MVAC (méthotrexate, vinblastine, adriamycine, cisplatine).

- Il est difficile de codifier le traitement des tumeurs de vessie, car chaque malade pose un problème particulier et a un profil évolutif différent. **À l'excellent pronostic d'une tumeur papillaire pédiculée unique, réséquée dans sa totalité et qui ne récidivera peut-être pas s'oppose l'évolution rapidement fatale d'une tumeur localement évoluée, voire métastatique.**
- Le caractère récidivant des tumeurs uro-théliales impose une surveillance régulière et prolongée par endoscopie, cytologie et imagerie.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Tumeurs de vessie

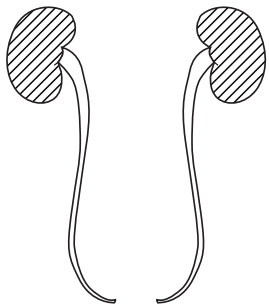
Classification TNM 2002 UICC des tumeurs de vessie

- **T : Tumeur vésicale**
  - **Tx** : tumeur non évaluable.
  - **T0** : pas de tumeur vésicale.
  - **Ta** : carcinome papillaire non invasif.
  - **Tis** : carcinome *in situ*.
  - **T1** : tumeur envahissant le chorion de la muqueuse urothéliale (franchissement de la membrane basale).
  - **T2** : tumeur envahissant le muscle vésical (détrusor).
    - * **T2a** : muscle superficiel.
    - * **T2b** : muscle profond.
  - **T3** : tumeur envahissant le tissu périvésical.
    - * **T3a** : envahissement microscopique.
    - * **T3b** : envahissement macroscopique (masse extravésicale).
  - **T4** : tumeur envahissant la prostate, l'utérus, le vagin, l'aponévrose pelvienne ou la paroi abdominale.
    - * **T4a** : atteinte de la prostate, de l'utérus ou du vagin.
    - * **T4b** : atteinte de l'aponévrose pelvienne ou de la paroi abdominale.
- **N : Atteinte ganglionnaire**
  - **Nx** : ganglions locorégionaux non évaluables.
  - **N0** : pas d'atteinte des ganglions locorégionaux.
  - **N1** : adénopathie métastatique unique de taille inférieure ou égale à 2 cm de diamètre dans sa plus grande dimension.
  - **N2** : adénopathie métastatique unique de taille supérieure à 2 cm de diamètre sans dépasser 5 cm dans sa plus grande dimension ou adénopathies multiples toutes de taille inférieure à 5 cm de diamètre.
  - **N3** : adénopathie métastatique de taille supérieure à 5 cm de diamètre dans sa plus grande dimension.
- **M : Métastases à distance**
  - **Mx** : métastases à distance non évaluables.
  - **M0** : pas de métastases à distance.
  - **M1** : métastases à distance.

Tumeurs de vessie : stades de groupement

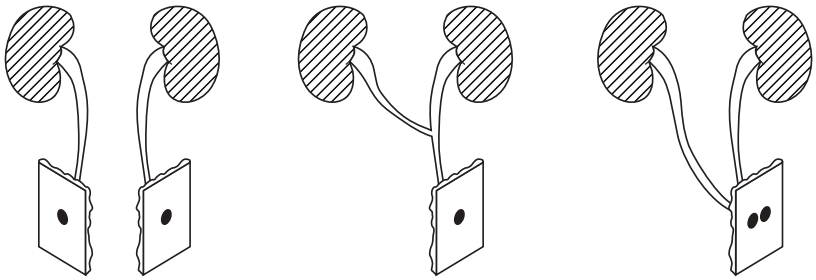
Stade 0a :	Ta	N0	M0
Stade 0is :	Tis	N0	M0
Stade I :	T1	N0	M0
Stade II :	T2a,b	N0	M0
Stade III :	T3a,b	N0	M0
	T4a	N0	M0
Stade IV :	T4b	N0	M0
	Tous T	N1,N2,N3	M0
	Tous T	Tous N	M1

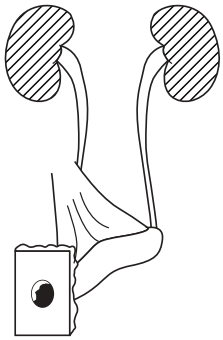
© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier



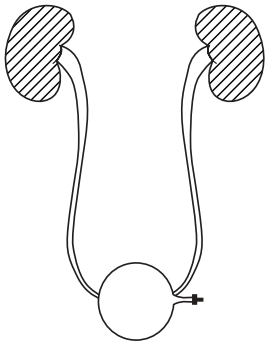
Après cystectomie, quelle dérivation ?

Urétérostomie cutanée directe

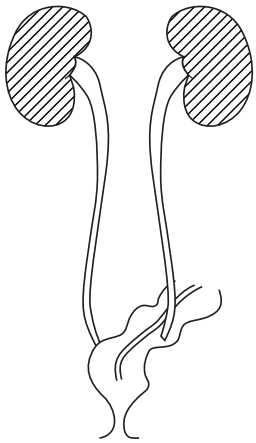




Urétérostomie cutanée transintestinale ***Bricker***

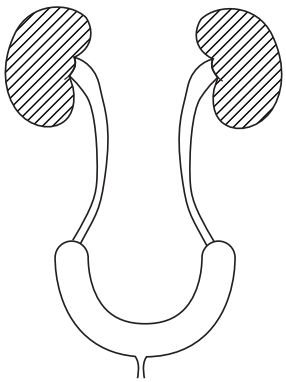


Dérivation cutanée continente

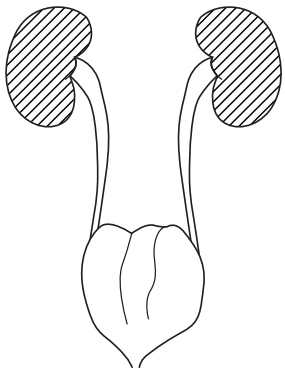


Dérivation interne anastomose urétéro-colique (dite de Coffey)

Entérocystoplasties de remplacement



Non détubulée Camey I



Vessie détubulée à basse pression

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Tumeurs de la voie excrétrice urinaire supérieure

- Les tumeurs de la voie excrétrice urinaire supérieure (cavité pyélocalicielle et uretère) sont rares et souvent graves.
- **La difficulté diagnostique** majeure réside dans la méconnaissance préopératoire du type de tumeur auquel on s'adresse, car les examens d'imagerie actuels ne permettent pas de préciser avec certitude la présence ou l'absence d'une extension **à la paroi musculaire**, principal facteur pronostique des tumeurs de petite taille.
- **Les problèmes de traitement** sont le choix d'un éventuel traitement conservateur préservant le rein et l'absence de traitement complémentaire efficace en présence d'une tumeur évoluée.

A/ Épidémiologie et étiopathogénie

- L'incidence des tumeurs de la voie excrétrice urinaire supérieure (TVES) est faible (51 cas pour 100 000 habitants). Elles touchent environ quatre hommes pour une femme, et leur âge moyen de découverte est aux alentours de 60 à 65 ans. Elles sont cinq fois moins fréquentes que les tumeurs du parenchyme rénal et quinze fois moins fréquentes que les tumeurs de la vessie. Leur bilatéralité est exceptionnelle.
- L'intoxication **tabagique** est retrouvée chez plus de deux tiers des patients.
- Les autres facteurs de risque sont les traitements prolongés par le cyclophosphamide (Endoxan), les colorants et amines aromatiques (professions exposées : pétrochimie, industrie du plastique, du cuir, des colorants, de la peinture et de la chimie organique), la néphropathie aux analgésiques (principalement la phénacétine) et la néphropathie des Balkans.

B/ Anatomopathologie

- En majorité les tumeurs sont primitives, d'origine épithéliale et papillaire (carcinome papillaire urothélial ou à cellules transitionnelles ou paramalpighien). Les autres tumeurs, non papillaires, non épithéliales ou secondaires, sont exceptionnelles.
- Les deux tiers des TVES siègent au niveau des **cavités pyélocalicielles**, et lorsque la tumeur siège dans l'uretère, elle est le plus souvent pelvienne.
- Le stade d'infiltration pariétal et le grade de différenciation cellulaire sont les deux principaux éléments du pronostic. La majorité des tumeurs de faible grade respectent le chorion, mais plus des deux tiers des tumeurs indifférenciées sont infiltrantes.
- **L'aspect multifocal** caractérise les tumeurs urothéliales. Cette **multifocalité** peut être l'expression de la survenue de divers foyers indépendants les uns des autres, simultanée ou non, ou du développement de néoformations par implantation directe sur l'urothélium de cellules desquamées provenant d'une tumeur initiale (rôle favorisant du reflux dans la survenue de certaines tumeurs du haut appareil chez les patients porteurs d'une tumeur de vessie).

C/ Clinique et bilan

- L'hématurie est le signe révélateur essentiel présent huit fois sur dix. Elle est typiquement totale, intermittente, capricieuse, parfois accompagnée de quelques douleurs. Il y a rarement une masse palpable dans la fosse lombaire, et ***la triade hématurie - douleurs - masse palpable est devenue exceptionnelle*** et traduit le plus souvent une tumeur évoluée. Les autres circonstances de découverte sont le diagnostic urographique lors du bilan d'une tumeur de vessie, un rein muet ou une image de lacune de la voie excrétrice supérieure.
- L'UIV ou l'uroscanner demeure l'examen clé du diagnostic de TVES. L'image typique est

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

celle d'une lacune tumorale irrégulière immobile, possédant une implantation pariétale avec uretère légèrement dilaté en amont de la tumeur (signe de Bergman). En cas de tumeur plane et infiltrante, l'UIV retrouve soit un aspect rigide du bassinet, soit un aspect de sténose plus ou moins irrégulière de l'uretère avec dilatation sus-jacente. Dans un tiers des cas, il existe un rein muet. Devant l'existence d'une lacune à l'UIV, constante sur tous les clichés d'UIV, quatre diagnostics principaux sont à évoquer :

– ***Tumeur papillaire de voie excrétrice supérieure.***
– ***Calculs d'acide urique radiotransparents.***
– ***Caillot qui doit faire rechercher une lésion sus-jacente ayant saigné.***
– ***Nécrose papillaire chez le diabétique.***

- Les autres examens sont moins intéressants :
  – **L'urétéropyélographie rétrograde** est intéressante en cas de rein non fonctionnel.
  – **L'échographie rénale** permet de faire le **diagnostic différentiel de calcul** devant une lacune radiotransparente du bassinet en montrant une image hyperéchogène avec cône d'ombre en cas de lithiase.
  – **La tomodensitométrie** est peu intéressante pour le diagnostic de la tumeur elle-même mais est en revanche fiable pour éliminer une lithiase radio-transparente et permet surtout de faire un bilan d'extension à la recherche d'adénopathies ou de métastases à distance.
  – **L'urétrocystoscopie est indispensable** au bilan d'extension, car il existe une tumeur vésicale concomitante ou dans les antécédents dans un tiers des cas.
  – **L'urétéropyéloscopie par urétéro-rénoscopie souple** est rarement indiquée.
  – **La cytologie exfoliatrice est souvent négative** pour les tumeurs de bas grade. Elle peut être toutefois un appoint diagnostique.
  – **La mesure du pH urinaire** répétée permet de rechercher un pH acide en cas de lithiase urique radiotransparente (lacune régulière, mobile sur les différents clichés, parfois multiple). C'est un diagnostic différentiel : le **scanner sans injection** permet le plus souvent de trancher entre tumeur urothéliale et calcul d'acide urique, et une alcalinisation d'épreuve permet de faire fondre de tels calculs.

D/ Traitement

- Le traitement de référence est la **néphro-urétérectomie totale**, emportant une collerette vésicale en présence d'un rein controlatéral sain (Figure 3). En présence d'une tumeur du tiers inférieur de l'uretère, on peut conserver le rein en réalisant une urétérectomie distale avec réimplantation urétérovésicale.

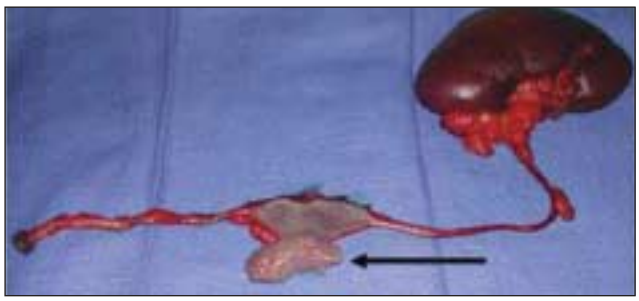


Fig. 3 : ***Néphro-urétérectomie pour tumeur de l'uretère iliaque droit (flèche).***

- **La chirurgie conservatrice** est préférentiellement réservée aux lésions bilatérales, aux tumeurs sur rein unique ou en présence d'une insuffisance rénale. Toutefois, de plus en plus de traitements conservateurs, faisant appel soit à une chirurgie d'exérèse partielle, soit à un traitement par voie endoscopique rétrograde ou percutanée pour les lésions pyélo-calicielles, ont vu le jour ces dernières années.
- **Le taux de survie** est principalement lié au stade d'infiltration pariétal et à l'extension à distance. D'une survie voisine de 100 % à cinq ans pour les tumeurs ne franchissant pas la membrane basale, on atteint une mortalité de quasiment 100 % pour les tumeurs avec extension extrarénale. ■

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

CLASSIFICATION UICC 2002 DES TUMEURS DE LA VOIE EXCRÉTRICE

Classification TNM 2002 UICC des tumeurs de la voie excrétrice

- **T : tumeur de la voie excrétrice**
  - **Tx :** tumeur non évaluable.
  - **T0 :** pas de tumeur de la voie excrétrice.
  - **Ta :** carcinome papillaire non invasif.
  - **Tis :** carcinome *in situ*.
  - **T1 :** tumeur envahissant le chorion de la muqueuse urothéliale (franchissement de la membrane basale).
  - **T2 :** tumeur envahissant le muscle.
  - **T3 :** ***pyélon :*** tumeur envahissant la graisse péripyélique ou le parenchyme rénal.
    uretère : tumeur envahissant la graisse périurétérale.
  - **T4 :** tumeur envahissant les organes de voisinage ou la graisse périrénale.
- **N : atteinte ganglionnaire**
  - **Nx :** ganglions locorégionaux non évaluables.
  - **N0 :** pas d'atteinte des ganglions locorégionaux.
  - **N1 :** adénopathie métastatique unique de taille inférieure ou égale à 2 cm de diamètre dans sa plus grande dimension.
  - **N2 :** adénopathie métastatique unique de taille supérieure à 2 cm de diamètre sans dépasser 5 cm dans sa plus grande dimension, ou adénopathies multiples toutes de taille inférieure à 5 cm de diamètre.
  - **N3 :** adénopathie métastatique de taille supérieure à 5 cm de diamètre dans sa plus grande dimension.
- **M : métastases à distance**
  - **Mx :** métastases à distance non évaluables.
  - **M0 :** pas de métastases à distance.
  - **M1 :** métastases à distance.

POINTS FORTS

- **Hématurie.**
- **Tabac.**
- **Toucher rectal.**
- **Cystoscopie.**
- **UIV.**
- **Uroscanner.**
- **Résection endoscopique.**
- **Tumeur urothéliale.**
- **Carcinome in situ.**
- **Bilharziose et cancer épidermoide de la vessie.**
- **Stade d'infiltration en profondeur (muscle atteint ?).**
- **Cystoprostatectomie et pelvectomie.**
- **De « très bénin à très malin ».**
- **Récidive.**
- **Surveillance prolongée.**
- **Cytologie urinaire.**

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier