**TUMEURS DE LA VESSIE**

* tumeurs épithéliales dans 98% des cas :
* 90% carcinome à cellules transitionnelles = épithélioma paramalpighien
* 3% adénoK,
* 3% K épidermoïde
* 2ème cancer urologique après celui de la prostate
* Prédomine chez l’homme > 50ans
* Les tumeurs se développent là ou l’urine stagne (trigone, diverticule)

**Facteurs de risques :**

* Tabac : 1ère cause
* Exposition professionnelle : dérivée d’hydrocarbure (benzidine), colorant et aromatique, industrie de la teinture, caoutchouc, métallurgie, goudron (dérivées de paniline)
* Bilharziose urinaire : carcinome épidermoïde
* Médicamenteuse : phénacétine (antalgique), cyclophosfamide
* Congénital : uropathie des Balkans
* Irradiations pelviennes, alcool, malformations congénitales

**Anapath :**

* classification OMS

1. **tumeurs urothéliales :**
2. **tumeurs bénignes** : papillomes
3. **tumeurs malignes** :

* carcinome à cellules transitionnelles = épithélioma paramalpighien = carcinome excréto-urinaire :
  + grade I : bien différentié
  + grade II : moyennement différentié
  + grade III : peu différentié
* classification TNM :
  + Tis : carcinome in situ
  + T1 : envahissement du chorion
  + T2 : envahissement du muscle
  + T3 : envahissement de la graisse périvésicale
  + T4 : envahissement de la paroi ou extra vésicale
  + N1 : GGL unique < 1cm
  + N2 : GGL unique < 5cm ou GGL multiples
  + N3 : GGL unique ou multiples > 5cm
  + M+ : métastase (foie, poumon, os)
* **tumeur superficielle de la vessie** dans 75%des cas avec risque de récidive sous un mode superficiel ou infiltrant
* **tumeurs infiltrantes** : 20%, s’associe à des lésions type CIS (mauvais pronostic)
* **autres** : carcinome épidermoïde (mauvais Pc, zone d’endémie bilharziose), adénocarcinome (plus fréquent chez la femme)

1. **tumeurs non épithéliales** : lymphome, sarcome, phéochromocytome

**Clinique :**

* hématurie : très fréquente, terminale, macroscopique
* irritation vésicale : dysurie, pollakiurie…
* douleurs lombaires à un stade tardif par retentissement sur le haut arbre urinaire
* découverte lors d’une cytologie urinaire chez les sujet exposé et à risque professionnel
* découverte fortuite : écho, UIV
* examen complet + TR

**Paraclinique :**

1. **échographie** : tm > 1cm
2. **UIV** : dans le bilan exploratoire d’une hématurie => images lacunaires, vessie rigide
3. **ECBU**: réalisé avant toute endoscopie
4. **Cystoscopie** (examen clef) : intérêt Dc et thérapeutique
5. **Cytologie urinaire** : intérêt Dc et suivie surtout pour les CIS (desquamation)
6. **Bilan d’extension** : écho, TLT, TDM…

**Traitement**

1. **chirurgie :**

* TRT conservateur avec ablation de la tumeur en totalité
* cysto-prostatectomie en bloc chez l’homme
* cysto-urétrectomie chez la femme
* curage ganglionnaire
  + création d’une néo-vessie avec système anti reflux

1. **radiothérapie :**

* isolée ou en préopératoire

1. **chimiothérapie :**

* locale instillation : BCG, mytomicine C (MMC) => diminue le risque de récidive
* générale : méthotrexate, vincristine, adriamycine

1. **indications :**

* **TV superficielles**:
* résection endoscopique complète + instillation endo-vésicale
* si récidive précoce => traitement radical
* **Tumeurs infiltrantes de la vessie :**
* cystectomie totale avec ou sans remplacement
* patient inopérable : radio + chimiothérapie => résection chirurgicale

1. **surveillance :**

* cytologie (chaque 3mois), cystoscopie + échographie (6mois)