



Clinique St Luc Bouge

Cancer de vessie: état de l'art en 2011

Dr Luc de Visscher
Service d'Urologie
Samedi 29 janvier 2011



Définition
Facteurs de risque
Présentation et démarche diagnostique
Facteurs pronostic
Résection endoscopique
Traitement des tumeurs non infiltrantes
Traitement des tumeurs infiltrant le muscle



Définition

Maladie transitionnelle appareil urinaire = 2^{ème} cancer urologique

Haut appareil (<10%) / Bas appareil (>90%)

Incidence annuelle du cancer de la vessie: 4% soit 26/100.000

Mortalité annuelle: 8/100.000

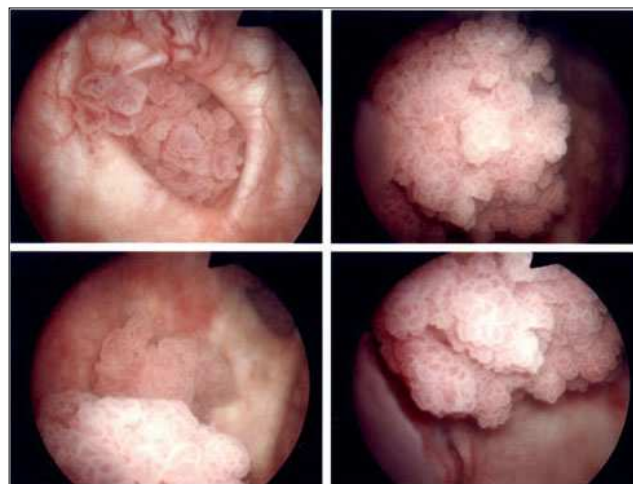
Ratio homme / femme = 3(4)

Types histologiques: carcinome transitionnel (94%)
tumeur squameuse (3%)
adénocarcinome (2%)

2



Définition



2



Facteurs de risque

Tabagisme: risque x4 !

Amines aromatiques (peintures industrielles, imprimeries)

Hydrocarbures polycycliques (dérivés combustion charbon)

Imuran, Endoxan (Phénacétine)

2



Présentation et démarche diagnostique

Présentation

1. Hématurie (80%)
2. Syndrome irritatif: pollakiurie-impériosité
3. Douleur a la réplétion vésicale (CIS suspect)

Démarche diagnostique

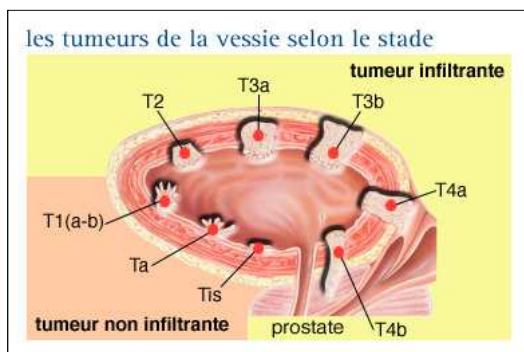
1. Sédiment-culture urinaire + cytologies
2. Echographie appareil urinaire complet
3. Consultation en urologie:
cystoscopie +/- uroscanner !

4



Facteurs pronostic

Anatomopathologie: stade, grade, présence de CIS



Classification TNM: maladie localisée ou métastatique

2



Facteurs pronostic

Problématique de la maladie transitionnelle vésicale superficielle

Risque de **récidive** et/ou **progression** = *maladie bipolaire* !

Risque en fonction: du **stade** de départ
 du **grade** de départ
 du **nombre** de lésion(s)
 de la **taille** de la plus grosse lésion
 de la présence de **CIS** associé
 de la **vitesse** de récidive

2



Facteurs pronostic

Groupes à risque de récurrence et/ou progression

Faible risque	Ta unique Bas grade Diamètre < 3 cm Non récidivant à 3 mois
Risque intermédiaire	Ta ou bas grade multifocal et/ou récidivant T1 bas grade
Haut risque	Ta haut grade T1 récidivant T1 haut grade CIS

9 2



Facteurs pronostic

Recurrence score	Probability of recurrence at 1 year		Probability of recurrence at 5 years		Recurrence risk group
	%	(95% CI)	%	(95% CI)	
0	15	(10-19)	31	(24-37)	Low risk
1-4	24	(21-26)	46	(42-49)	Intermediate risk
5-9	38	(35-41)	62	(58-65)	High risk
10-17	61	(55-67)	78	(73-84)	High risk

Progression score	Probability of progression at 1 year		Probability of progression at 5 years		Progression risk group
	%	(95% CI)	%	(95% CI)	
0	0.2	(0-0.7)	0.8	(0-1.7)	Low risk
2-6	1	(0.4-1.6)	6	(5-8)	Intermediate risk
7-13	5	(4-7%)	17	(14-20)	High risk
14-23	17	(10-24)	45	(35-55)	High risk

Accès a des outils de calcul du risque:

<http://www.eortc.be/tools/bladdercalculator/>

2

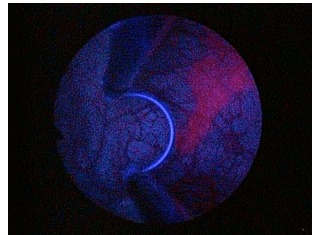


Résection endoscopique

Doit être complète et atteindre la musculature vésicale !

Intérêt de l'hexaminolévulinate (Hexvix®)

substance active qui force les cellules tumorales à produire davantage de porphyrine photo active.



La cystoscopie en **lumière bleue** réalisée à l'aide de ce produit permet la « révélation » des zones tumorales, dont certaines n'étaient pas détectables à la cystoscopie classique, en lumière blanche.

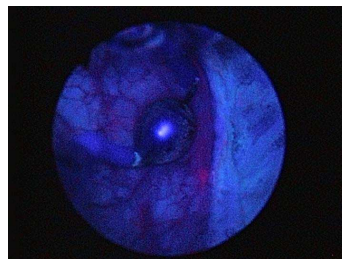
2



Résection endoscopique

Buts recherchés par l'usage de Hexvix® + lumière bleue

Eviter de négliger des petites tumeurs papillaires préexistantes
Optimiser la résection



Vérifier l'absence de CIS

2



Résection endoscopique

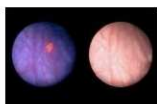
La résection en lumière bleue + Hexvix® permet

une détection supplémentaire de 30% des Ta T1
une détection supplémentaire de 67% des CIS

une réduction de 26% des récurrences à 9 mois !

Hexvix fluorescence cystoscopy improves detection and resection of papillary bladder cancer

Thursday, 2 April 2009- Fluorescence guided cystoscopic diagnosis using hexaminolevulinate (Hexvix) can identify tumours not visible under white light. A multi-centre study (European and North American) compared Hexvix fluorescence cystoscopy and standard white light cystoscopy in the detection of non-muscle invasive papillary bladder tumours.



The researchers also compared nine-month recurrence rates after Hexvix® or white light transurethral resection (TURB). Results of the study were presented at the recent 24th Annual EAU Congress held in Stockholm, Sweden.

Eur Urol Suppl 2009; 8 (4): 373 EAU 2009 abstract #1010

2



Hexvix®...



Nicole Kidman

... ou comment
voir l'invisible !

17



Traitement des tumeurs non infiltrantes

1. Résection endoscopique diagnostique et thérapeutique
2. Résection + Hexvix® si Polype de > 3 cm
Maladie multiple ou récidivante
CIS avéré.
3. Instillation post-opératoire précoce par Mitomycine 40mg
4. Anapath: risque faible: surveillance par cystoscopie
 risque intermédiaire: schéma d'instillations Mito
 risque élevé: schéma d'instillations BCG

2



Traitement des tumeurs non infiltrantes

Instillations endo-vésicales à base de Mitomycine 40mg

Modalité

pH urinaire alcalin préférable (tampon phosphate)
40mg dans 20cc à 50cc de sérum
Réduction de diurèse
Instillation pendant 2h

Schéma thérapeutique

IPOP : instillation post-opératoire précoce dans les 6h si possible (24h max). Le plus tôt est le mieux !
Schéma d'entretien : 6 à 8 séances hebdomadaires

2



Traitement des tumeurs non infiltrantes

Instillations endo-vésicales à base de BCG (bacilles *Mycobacterium bovis* atténués, préparés à partir d'une culture de bacilles de Calmette-Guérin)

Modalité

Urines stériles. ECBU systématique au préalable !

0,4 à 1,6 x 10⁷ UFC/ml : 50ml par instillation

Instillation pendant 2h

Ofloxacine 400mg 2h après l'instillation

Schéma thérapeutique

Délais de 3 semaines après résection !

Initiation : 4 à 6 séances hebdomadaires

Entretien : 3 séances hebdomadaires à 3,6,12,18,24 mois

1/2 ou 1/3 dose si intolérance ou sujet âgé

2



Traitement des tumeurs non infiltrantes

Instillations endo-vésicales à base de BCG

Contre-indications à la BCGthérapie

Traitement immuno-supresseur

Tuberculose active

Fièvre inexpliquée

Vessie radique

Réaction systémique au BCG

2



Traitement des tumeurs non infiltrantes

Instillations endo-vésicales à base de BCG

Effets indésirables à la BCGthérapie

Signes locaux: cystite (80%)
prostatite (granulomateuse)
orchi-épididymite

Signes généraux: syndrome grippal (fréquent, < 48h)
rash cutanés, arthrites, ... (rares)
réaction systémique – BCGite

2



Traitement des tumeurs non infiltrantes

Instillations endo-vésicales à base de BCG

Réaction systémique – BCGite

Processus infectieux ou réaction d'hypersensibilité
Souvent immédiat à la première instillation
Favorisée par cathétérisation traumatique / instill précoce
Suspicion: fièvre > 39,5°C > 12h
fièvre > 38,5°C > 48h
Hépatomégalie, leucopénie, crépitations pulmonaires, ...
Risque de MOF

2



Traitement des tumeurs non infiltrantes

Instillations endo-vésicales à base de BCG

Réaction systémique – BCGite

Stop traitement par BCG !

Triple thérapie tuberculostatique

Isoniazide-rifampicine-ethambutol 6 mois

Fluoroquinolones haute dose

Corticostéroïdes haute dose selon les symptômes

Couverture contre bacilles gram- et/ou Enterococcus

2



Traitement des tumeurs infiltrant le muscle

1. Résection endoscopique diagnostique

2. Résection + Hexvix® si Polype de > 3 cm
Maladie multiple ou récidivante
CIS avéré.

(3. Instillation post-opératoire précoce par Mitomycine 40mg)

4. Anapath et bilan d'extension:

T2-3 N0 M0 : chirurgie radicale

T4 Nx ou TxN1-2 : chimiothérapie (néo-)adjuvante et
chirurgie radicale

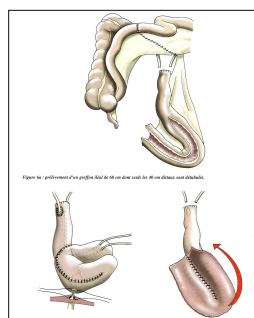
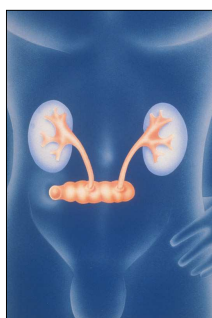
Tx Nx M+ : chimiothérapie

2



Traitement des tumeurs infiltrant le muscle

T2-3 N0 M0 : Cysto-prostatectomie radicale chez l'homme
 Pelvectomie antérieure chez la femme
 Curage ganglionnaire étendu
 Dérivation urinaire: Bricker / Studer / TUUCD



2



Traitement des tumeurs infiltrant le muscle

T4 Nx ou Tx N1-2 : Chimiothérapie néo-adjuvante semble plus efficace pour la survie à long terme que la chimiothérapie adjuvante !
 Chirurgie large pour les répondeurs
 (Radio-chimiothérapie dans certains cas)

Si N+ per-op ou sur pièce anapath: Chimiothérapie adjuvante

Tx Nx M+ : Chimiothérapie de 1^{ère} ligne
 Chirurgie de propreté / hémostatique / dérivations
 Résections itératives
 Radiothérapie antalgique / hémostatique

2



Traitement des tumeurs infiltrant le muscle

Chimiothérapie 1^{ère} ligne : 6 cycles !

Méthotrexate 30mg/m² J1, J15 et J22

Vinblastine 3mg/m² J2, J15 et J22

Adriamycine 30mg/m² J2

Cisplatine 70mg/m² J2 ; J1=J28 = ancien standard !

Cisplatine 70mg/m² J1

Gemcitabine 1000mg/m² J1, J8 et J15 ; J1=J28 (seul)

ou 1250mg/m² J1 et J8 ; J1=J21

CDDP/GMZ = MVAC en terme d'efficacité mais moins de toxicité cardiovasculaire, hématologique et mucite

2



Traitement des tumeurs infiltrant le muscle

Chimiothérapie 2^{ème} ligne : pas de standard

Vinflumine 320mg/m² J1 ; J1=J21

Paclitaxel 175-250mg/m² J1 ; J1=J21 6 cures

Si CI cisplatine

Si IRC

non remboursé !

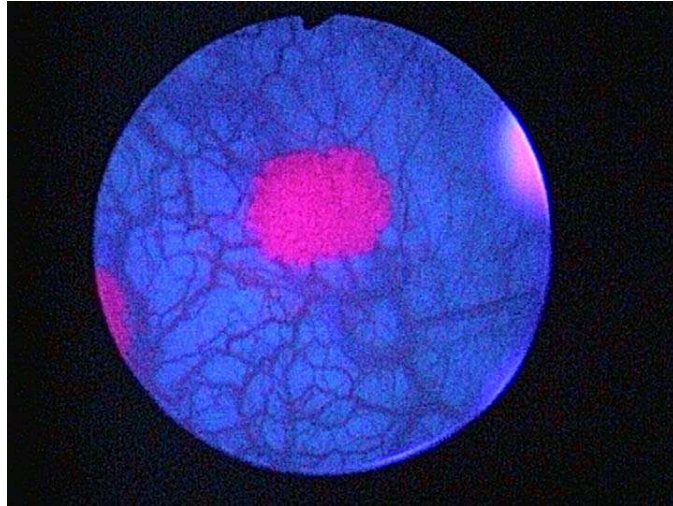
Carboplatine

Taxol / GMZ

2



Si vous avez des questions, n'hésitez pas!



18

