

TUMEURS DE LA VESSIE

Ces lésions vésicales favorisées par le tabagisme et l'exposition à des facteurs professionnels ou environnementaux (arsenic, pesticides, cancérogènes industriels) s'observent fréquemment chez les plus de 50 ans. Ces tumeurs sont enlevées par les voies naturelles sous caméra et donc analysées au laboratoire. L'analyse des « polypes » permet de juger de leur agressivité et en particulier de distinguer les formes superficielles (n'atteignant pas le muscle vésical) et les tumeurs infiltrantes.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Selon la classification des tumeurs vésicales, 70 % des tumeurs de vessie ne dépassent pas le niveau des couches les plus superficielles de la paroi vésicale : elles respectent la couche musculaire. Ces tumeurs sont traitées en première intention par ablation simple (par les voies naturelles sous caméra) ou associées dans certains cas à des instillations d'agents pharmacologiques dans la vessie.

La plupart du temps, ces polypes sont découverts à l'occasion d'urines rouges (hématurie). Parfois, ils sont découverts fortuitement à l'occasion d'autres examens. On enregistre 10 700 nouveaux cas par an. L'âge moyen au diagnostic est de 70 ans.

SIGNES

Vous avez été alerté par la présence de sang dans vos urines (hématurie macroscopique), de signes d'irritation vésicale dominés par des envies impérieuses d'uriner (urgenterie, pollakiurie, infection urinaire) en somme un cortège de signes peu spécifiques susceptibles de traduire d'autres pathologies urologiques.

Une visite chez votre médecin s'impose.

DIAGNOSTIC

Les premiers examens combinent une analyse d'urine à la recherche de germes (ECBU), une analyse d'urine à la recherche de cellules anormales (cytologie urinaire ou examen anatomopathologique du sédiment urinaire), une fibroscopie effectuée au moyen d'un endoscope pourvu d'une caméra qui examine la paroi vésicale. Il s'agit d'un examen indolore réalisable au cours d'une consultation chez votre urologue.

TRAITEMENT

La présence d'un polype impose son ablation (ou résection) après que l'on se soit assuré de la stérilité des urines grâce à l'ECBU. Le polype sera ensuite confié au laboratoire d'anatomopathologie qui, après examen microscopique, déterminera le degré d'infiltration et l'agressivité des cellules (grade). Les résultats orienteront le traitement.

Dans certaines circonstances, le traitement s'arrête là. Une fois le polype enlevé votre urologue se contentera d'une simple surveillance par cystoscopie à 3, 6 mois et 12 mois ou par échographie annuelle en l'absence de récurrence.

Dans des formes plus évoluées, à titre complémentaire, pour empêcher la survenue de récurrences on procède à une série d'instillations vésicales d'agents pharmacologiques: bacilles de Calmette et Guérin atténués (BCG) ou de mitomycine C programmées à intervalles réguliers afin de diminuer les risques

de récurrence de tumeur. Dans certains cas, l'urologue peut poser l'indication d'une 1ère instillation immédiatement après la résection. Le plus souvent cependant, les instillations sont débutées à quelques semaines de la résection.

Ces instillations peuvent être responsables d'effets indésirables: essentiellement brûlures urinaires, envies fréquentes d'uriner, fièvre, fatigue. Votre urologue adaptera le traitement de ces effets indésirables en fonction de leur gravité. Parfois ces effets secondaires peuvent contre-indiquer la poursuite des instillations.

SURVEILLANCE

Les instillations endovésicales sont destinées à diminuer les risques de récurrence.

La surveillance passe par la fibroscopie régulière et systématique (même en l'absence de signes). La fibroscopie peut être associée à la cytologie urinaire. En effet, il faut procéder à l'ablation de toute récurrence découverte à l'occasion des cystoscopies de contrôle afin d'en éviter la croissance et d'en connaître la nature. En effet les récurrences peuvent survenir sur un mode plus agressif que la tumeur primaire, ce qui est désigné sous le terme de "progression".

PRONOSTIC

Le pronostic est lié à l'agressivité de la tumeur, essentiellement la profondeur d'infiltration de la paroi vésicale (stade) et l'aspect au microscope de la cellule (grade). La survie est excellente pour les tumeurs n'envahissant pas le muscle (supérieure à 90 % à 5 ans). Cependant une tumeur peu agressive lors de sa découverte peut le devenir ultérieurement (progression).

***Mots clés :** Polype, tumeurs superficielles de la vessie, fibroscopie, cytologie, instillations de mitomycine C, instillations de BCG*

***Date de publication :** 12/03/2011*