


Association tumeur de vessie (TV), et tumeur de la voie excrétrice urinaire supérieure (TVEUS)



M. KHELAFI, M. BENALI, S. BELARBI,
M. LOUCIF, A. ARFA, M. OUAREZKI,
Service d'Urologie,
CHU Issaad Hassani, Béni Messous, Alger.

Résumé

L'association d'une tumeur de vessie, et d'une tumeur de la VEUS admet des fréquences, un pronostic et des attitudes thérapeutiques variables selon l'ordre chronologique de survenue. L'éventualité la plus fréquente est celle où la tumeur de vessie précède l'atteinte du haut appareil. L'objectif principal reste la prévention de la survenue de cette association dans chacune des deux formes topographiques prise isolément. Ceci est tributaire d'un dépistage précoce, basé sur une pratique large de l'uroscanner dans le bilan des tumeurs de vessie de haut grade ; une pratique raisonnée de l'urétéroscopie diagnostique des TVEUS ; et le respect strict des modalités de surveillance du réservoir vésical dans les suites d'un traitement radical ou conservateur d'une TVEUS.

>>> Mots-clés :

Tumeur de vessie, tumeur de la voie excrétrice urinaire supérieure, cystectomie, néphro-urétérectomie, urétéroscopie.

Objectifs

Passer en revue les aspects pronostiques et thérapeutiques d'une forme clinique de tumeur de l'urothélium : l'association TV-TVEUS.

Introduction

L'association d'une tumeur de vessie à une tumeur de la voie excrétrice urinaire supérieure témoigne, en premier lieu, de la très puissante interaction entre les tumeurs du réservoir vésical et celle du haut appareil. Elle renvoie invariablement aux deux grandes théories de l'extension des néoplasmes urothéliaux : celle du « field change » ou cancérisation par plages, et celle de « *intra-luminal seeding and implantation* » correspondant à un mécanisme de greffe de cellules urothéliales à partir d'une tumeur primitive.

Abstract

The association of a bladder tumor and upper urinary tract tumour (UUTT), admits of varying frequencies, prognosis and therapeutic attitudes according to the chronological order of occurrence. The most frequent possibility is that the bladder tumor precedes the involvement of the upper urinary tract. The main objective remains the prevention of the occurrence of this association in each of the two topographic forms taken alone. This depends on early detection, based on extensive use of uroscanner in the assessment of high-grade bladder tumors; a reasoned practice of diagnostic ureteroscopy of UUTT; and strict compliance with the procedures for monitoring the bladder reservoir following radical or conservative treatment of a UUTT.

>>> Key-words :

Bladder tumour, tumour of the upper urinary tract, cystectomy, nephro-ureterectomy, ureteroscopy.

Elle constitue, dans l'évolution de l'une ou autre forme topographique de ces tumeurs, un élément majeur sur les plans pronostique et thérapeutique.

Rapports chronologiques des deux types de tumeurs

L'agencement sur le plan chronologique d'une tumeur par rapport à l'autre est variable : la TV peut précéder, être synchronique ou apparaître dans les suites d'une TVEUS spontanément ou après traitement (dite métrachrone).

a. Éventualité la plus fréquente : la TV non-infiltrant le muscle précède l'apparition d'une TVEUS : le risque est globalement faible. Il est estimé à 2,6% (cohorte de

1.529 patients porteurs de TVNIM, Millan-Rodriguez ⁽¹⁾. Toutefois :

- L'incidence des TVEUS est d'autant plus significative que le grade de la TV est élevé. Elle peut atteindre 36% d'atteinte asymptomatique des bas uretères pour Vogeli ⁽²⁾.
- Le temps d'évolution de la TV conditionne directement l'apparition d'une TVEUS : pour Herr ⁽³⁾, il est de : 13% après 5 ans d'évolution de la TV, 28% entre 5 et 10 ans et 38% après 15 ans de suivi.

Parallèlement, il faut considérer que :

- La résection endoscopique d'un orifice urétéral tumoral est à l'origine dans 19 à 70%, d'un reflux vésico-rénal pouvant à l'origine de greffe de cellules tumorales sur la voie excrétrice urinaire supérieure.
- La survenue d'une atteinte du haut appareil urinaire aggrave sûrement le pronostic. En effet, 60% des TVEUS sont invasives et peuvent entraîner un décès par métastases dans 37%.
- La pratique d'une cystectomie infléchit nettement la mortalité : 8% après cystectomies contre 34%, Herr ⁽³⁾.

b. Éventualité : la TV est synchrone de la TVEUS

- Hypothèse validée actuellement avec une fréquence estimée à 6,5% des cas.
- L'attitude thérapeutique est complexe : primauté est accordée, pour des raisons d'invasivité, au traitement de la TVEUS qui est univoque, la néphro-urétérectomie totale ; l'urétéroscopie étant formellement contre-indiquée. S'y associe le traitement de la TV en fonction du bilan d'extension locorégional.

Une question de technique chirurgicale est à considérer : le rôle que peut jouer la pratique de la collerette vésicale lors de la NUT¹ dans l'essaimage tumoral locorégional.

c. Éventualité : la TV survient dans les suites de la TVEUS (métachrone)

- Prévalence très variable selon les séries allant de 15 à 50% avec 80 à 90% de survenue dans un délai de 02 ans ^(4,5).

En pratique, quelques points forts pouvant améliorer le dépistage et la prise en charge

a. La pratique d'un uroscanner est de rigueur dans les situations suivantes ⁽⁶⁾

- En présence de symptômes évocateurs d'une TVEUS, le malade devant être informé de leur nature en vue d'une consultation dans l'immédiat.
- En présence d'une cytologie urinaire positive sans lésion vésicale visible.

- Lors d'une récurrence multifocale d'une tumeur de bas grade touchant les zones péri-méatiques urétérales ou le trigone.
- Lors d'une récurrence uni- ou multifocale d'une tumeur de haut grade.

b. La pratique de l'urétéroscopie à visée diagnostique dans les TVEUS doit être limitée aux strictes indications, car il a été rapporté une association statistiquement significative entre la pratique de l'urétéroscopie et l'existence d'une récurrence vésicale.

c. Identifier et améliorer la surveillance des patients présentant des facteurs de risque de récurrences vésicales après traitement radical d'une TVEUS et qui sont de 3 ordres :

• Facteurs dépendants du patient

- Sexe : 43,2% chez les hommes versus 25,7% chez les femmes.
- Antécédent de lésion vésicale.
- Insuffisance rénale chronique pré-opératoire.

• Facteurs dépendants de la tumeur

- La multifocalité ++++
- Cytologie urinaire positive préopératoire
- Localisation urétérale : multiplie le risque par 2 par rapport aux localisations pyélocalicielles,
- Stade \geq pT2
- Présence de nécrose.

• Facteurs dépendants du traitement

- L'approche laparoscopique : par les pressions exercées au cours de la laparoscopie et l'allongement du temps opératoire favorisant la dissémination des cellules tumorales.
- L'abord extravésical de la collerette vésicale.
- L'existence de marge chirurgicale positive.

Un nomogramme intégrant ces facteurs de risque a été développé pour prédire le risque de récurrence intravésicale mais n'a pas bénéficié d'une validation externe à ce jour ⁽⁷⁾.

d. Respecter les modalités de surveillance

- **Après traitement radical d'une TVEUS :** cystoscopie et cytologie à 3 mois puis annuelles, uro-TDM annuelle (si TVEUS à haut risque non infiltrante), sinon semestrielle pendant 2 ans puis annuelle en cas d'infiltration. Durée : 5 ans minimum.
- **Après traitement conservateur :** cystoscopie, urétéro-réno-scopie, cytologie in situ à 3 mois, 6 mois puis semestrielles pendant 2 ans puis annuelles, uro-TDM à 3 mois, à 6 mois puis annuelle. Durée : 5 ans.

¹ NUT = néphro-urétérectomie (NDLR).

• Après prise en charge d'une TV, la surveillance du haut appareil répond au schéma classique modulé par le stade initial de la lésion vésicale⁽⁸⁾.

Cas clinique

Patient Salem. S. 67 ans. 2019 : épisodes hématuriques multiples isolés. Diagnostic de masse rénale gauche en échographie. Uroscanner : masse cortico-sinusale gauche + épaissement bourgeonnant du plancher vésical. TDM TAP : tumeur des cavités excrétrices du rein gauche 63x60x50mm avec extension extra capsulaire, infiltrant la graisse péri-rénale. Adénopathies lombaires gauches. Nodules pulmonaires bilatéraux.



Figure 1 : Coupe frontale : TVEUS. RG.

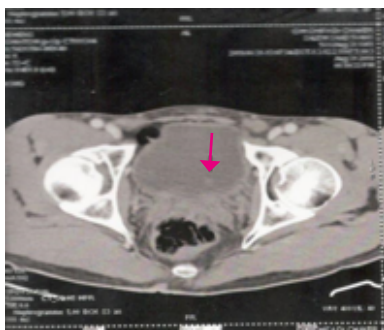


Figure 2 : T.V (la flèche).



Figure 3 : Coupe transversale : TVEUS. RG.

Traitement entrepris

1. Résection endoscopique première d'un bourgeon intravésical péri-urétéral gauche : carcinome urothélial de bas grade non invasif classé pTa.
2. Néphro-urétérectomie totale avec collerette extravésicale : carcinome urothélial des cavités pyélocalicielles infiltrant de haut grade pT3NxMx.
3. Prise en charge oncologique en post-opératoire. Décès.

Commentaires / Conclusions

Ce cas illustre la disparité lésionnelle existante entre les deux types de tumeurs (pTa pour la TV versus Pt3NxMx pour la TVEUS). Cette modalité d'association est la forme la plus fréquemment rencontrée : survenue première de la TVEUS de nature infiltrante, grevant le pronostic associé à une tumeur de vessie superficielle dont le rôle pronostique, reste pour la plupart des auteurs, inconnu.

Date de soumission

26 Août 2020.

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Iconographie

Collection personnelle des auteurs.

Références

1. Millan-Rodriguez F, Chechile-Toniolo G., Salvador-Bayarri J, Huquet-Perez J. and Vicente-Rodriguez J, Upper urinary tract tumors after primary superficial bladder tumors: prognostic factors and risk groups. *J Urol*, 2000. 164(4): p. 1183-7.
2. Vogeli T. and Ackermann R., when does superficial bladder cancer resist intravesical therapy? *Semin Urol*, 1990. 8(4): p. 248-53.
3. Herr H.W., Extravesical tumor relapse in patients with superficial bladder tumors. *J Clin Oncol*, 1998. 16(3): p. 1099-102.
4. Kang C.H., Yu T.J., Hsieh H.H., Yang J.W., Shu K., Huang C.C., et al. The development of bladder tumors and contralateral upper urinary tract tumours after primary transitional cell carcinoma of the upper urinary tract *Cancer* 2003; 98 :1620-1626.
5. Raman JD., Sosa R.E., Vaughan E.D., Scherr D.S. Pathologic features of bladder tumours after nephron-ureterectomy in segmental ureterectomy for upper urinary tract transitional cell carcinoma *Urology* 2007; 69 :251-254.
6. Rouprêt M, et al. Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de LAFU- Actualisation 2018-2020: tumeur de la vessie. *Prog Urol* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.purol.2018.07.283>.
7. Xylinas E, Kluth L, Passoni N, T Rinh QD, Rieken M, Lee R K, et al. Prediction of intravesical recurrence after radical nephron-ureterectomy: development of a clinical decision-making tool. *Eur Urol* 2014; 65(3):650-8.
8. Villa L, Haddad M, Capitano U, Somani BK, Cloutier J, Doizi S, et al. Which Patients with upper tract urothelial carcinoma can be safely treated with flexible ureteroscopy with holmium: YAG laser photoablation? Long-term results from a high-volume institution. *J Urol* 2018;199(1): 66-73.