

Item 311 (ex item 160 bis) – Tumeurs vésicales

Collège Français des Pathologistes (CoPath)

2013

Table des matières

1. Prérequis : histologie de la paroi vésicale.....	3
2. Épidémiologie.....	3
3. Types histologiques principaux.....	3
4. Classifications et pronostic.....	4
4.1. Tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle.....	4
4.2. Tumeurs de vessie infiltrant le muscle.....	4
5. Diagnostic.....	4
5.1. Cytologie urinaire.....	4
5.2. Résection endoscopique avec examen anatomopathologique.....	5
6. Bilan d'extension et traitement.....	6
6.1. En cas de tumeur superficielle n'infiltrant pas la musculieuse.....	7
6.2. En cas de tumeur infiltrant la musculieuse.....	7

Objectifs ENC

- Connaître les principaux types histologiques des tumeurs.
- Connaître la place et l'apport de l'anatomie pathologique pour le diagnostic et les moyens thérapeutiques.

1. Prérequis : histologie de la paroi vésicale

Les couches successives de la vessie de la surface vers la profondeur sont :

- face à la lumière de la vessie, l'*urothélium* reposant sur une *membrane basale* ;
- le *chorion* ;
- la *musculeuse* (appelée aussi détrusor) ;
- la *graisse périvésicale*.

2. Épidémiologie

Les tumeurs de vessie sont :

- la cinquième cause de cancer en France (10 000 nouveaux cas invasifs par an environ) ;
- associées à une mortalité significative (4 000 décès par an environ) ;
- le deuxième cancer urologique en fréquence après le cancer de prostate ;
- à forte prédominance masculine (sex-ratio H/F = 4) ;
- observées le plus fréquemment entre 60 et 70 ans.

Les facteurs de risque sont :

- en premier lieu le tabagisme (fraction attribuable au risque : 50 %) ;
- l'exposition à des facteurs professionnels (observée dans environ 10 % des cas) :
 - *amines aromatiques* : industrie des colorants, des matières plastiques, du caoutchouc...
 - *hydrocarbures aromatiques polycycliques* : production d'aluminium, fonderies, bitume, isolants électriques...
 - *nitrosamines* : industrie des colorants, conserves de poisson...
- les inflammations chroniques :
 - *bilharziose urinaire* (en particulier en Égypte ou en Afrique de l'Ouest),
 - *vessie neurologique* avec sondages à demeure, comme par exemple chez les paraplégiques ;
- l'arsenic (dans l'eau de boisson) ;
- les causes iatrogènes :
 - médicamenteuses : *cyclophosphamide* (Endoxan®),
 - *radiothérapie pelvienne* (cancer du rectum, du col utérin ou de la prostate).

3. Types histologiques principaux

- *Carcinome urothélial*, dans la quasi-totalité des cas (> 90 % des cas).
- Carcinome épidermoïde (en se rappelant qu'ils sont surtout développés en cas de bilharziose ou de vessie neurologique).
- Adénocarcinome.

- Carcinome neuroendocrine peu différencié à petites cellules.

4. Classifications et pronostic

Les carcinomes de vessie sont développés aux dépens de l'urothélium.

On distingue des tumeurs de vessie de pronostic et de traitement différents.

4.1. Tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle

Les tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle (TVNIM), anciennement dites « superficielles », représentent 75 à 80 % des tumeurs. Elles sont :

- le plus souvent d'architecture papillaire ;
- volontiers multifocales ;
- fréquemment récidivantes ;
- initialement limitées à l'urothélium (stade Ta), sans dépasser la membrane basale. Elles peuvent progresser vers l'invasion du chorion après franchissement de la membrane basale (stade T1), puis éventuellement vers l'invasion de la musculature et au-delà (stade \geq T2) ;
- parfois tumeurs de type *plan* (sans papilles) sans dépasser la membrane basale, et appelées *carcinome in situ* (stade Tis) avec une probabilité forte de progresser vers l'invasion du chorion et au-delà.

L'histoire naturelle des tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle permet de les traiter en première intention en conservant la vessie, par des résections successives plus ou moins complétées de BCG-thérapie ou de chimiothérapie intravésicale.

4.2. Tumeurs de vessie infiltrant le muscle

Les tumeurs de vessie infiltrant le muscle d'emblée :

- résultent le plus souvent de l'évolution d'un carcinome in situ méconnu ;
- sont souvent d'aspect solide ;
- sont agressives et ont un *risque élevé de métastases* (ganglions, poumon, foie, os) ;
- sont responsables de la grande majorité des décès ;
- justifient en première intention la cystectomie.

5. Diagnostic

5.1. Cytologie urinaire

- Prélèvement d'un échantillon d'urines (en l'absence d'infection) à adresser au service d'anatomie et cytologie pathologiques.
- Permet l'analyse morphologique des cellules urothéliales desquamées dans l'urine.
- Les réponses sont codifiées (cytologie tumorale, atypique, suspecte, bénigne, non significative).
- La cytologie est anormale surtout pour les tumeurs de haut grade, le carcinome in situ.

La cytologie urinaire est un examen non invasif mais est peu sensible (il existe de nombreux faux négatifs).

La cytologie urinaire n'a de valeur que positive et n'est pas diagnostique. En cas d'anomalie (cytologie tumorale, atypique ou suspecte), il faut faire une cystoscopie.

Principales indications de la cytologie urinaire :

- lors du diagnostic initial de tumeur vésicale (mais toujours suivi d'une cystoscopie) ;
- surveillance des patients à risque (dépistage par exemple en cas d'exposition professionnelle à des carcinogènes) ;
- suivi des patients avec antécédent de tumeur vésicale n'infiltrant pas le muscle.

5.2. Résection endoscopique avec examen anatomopathologique

Le diagnostic est fait par endoscopie vésicale sous anesthésie générale avec :

- une cartographie des lésions ;
- la résection endoscopique complète de la/des lésions ;
- l'examen anatomopathologique de la totalité des copeaux de résection.

Des biopsies de muqueuse à distance de la tumeur peuvent être aussi réalisées en cas de suspicion de lésion plane (carcinome in situ).

La résection doit être complète et profonde (présence de faisceaux musculaires sur les copeaux de résection), car il s'agit également du premier geste thérapeutique en cas de tumeur n'infiltrant pas le muscle vésical.

L'examen anatomopathologique des copeaux de résection doit préciser :

- le **type histologique** (en fonction de la dernière classification OMS [2004]), le plus souvent carcinome urothélial ;
- le **stade** en fonction de la dernière classification TNM (2009) en distinguant les tumeurs n'infiltrant pas la musculature (Ta, Tis ou T1) des tumeurs infiltrant la musculature (T2 au moins) (tableau 1) ;
- le **grade** (basé sur le désordre architectural) en distinguant les lésions de bas grade des lésions de haut grade :
 - les carcinomes papillaires de bas grade (le plus souvent Ta) ont un faible risque de progresser (figure 1),
 - les carcinomes papillaires de haut grade (Ta ou T1) ont un risque élevé de progresser, (cf. figure 1),
 - les carcinomes in situ sont toujours de haut grade,
 - le grade n'a que peu d'intérêt pour les tumeurs infiltrant la musculature ;
- la présence **d'emboles carcinomateux vasculaires** (oui/non identifiés).

N.B : sur les copeaux de résection, le statut N ne peut pas être connu (= Nx).

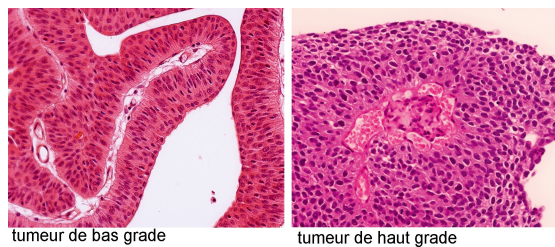
Les stades au-delà de T1 ne peuvent être précisés davantage (sur le compte-rendu il sera indiqué « T2 au moins »).

Tableau 1: Classification TNM (2009) : stade d'extension tumoral

T :	tumeur de vessie	N :	extension ganglionnaire loco-régionale
Tx :	tumeur non évaluable	Nx :	ganglions loco-régionaux non évaluables

T0 :	pas de tumeur vésicale	N0 :	pas de ganglions loco-régionaux atteints
Ta :	carcinome papillaire ne franchissant pas la membrane basale	N1 :	un ganglion pelvien atteint
Tis :	carcinome in situ, plan, et ne franchissant pas la membrane basale	N2 :	plusieurs ganglions pelviens atteints
T1 :	carcinome ayant franchi la membrane basale et envahi le chorion	N3 :	atteinte d'un ou plusieurs ganglions extrapelviens
T2 :	carcinome envahissant la musculature		
	T2a : musculature superficielle envahie	M :	métastases à distance
	T2b : musculature profonde envahie	Mx :	métastase à distance non évaluables
T3 :	graisse périvésicale envahie	M0 :	pas de métastase à distance
	T3a : envahissement microscopique	M1 :	métastases à distance
	T3b : envahissement macroscopique		
T4 :	envahissement d'un organe de voisinage		
	T4a : prostate, utérus, vagin		
	T4b : paroi pelvienne ou abdominale		

Figure 1 : Carcinomes papillaires de la vessie de bas grade et de haut grade : les tumeurs de bas grade ont un faible risque de progresser, alors que les tumeurs de haut grade ont un risque élevé de progresser



6. Bilan d'extension et traitement

Ils dépendent du résultat de l'examen anatomopathologique des copeaux de résection.

6.1. En cas de tumeur superficielle n'infiltrant pas la musculature

Il faut seulement éliminer une tumeur associée des voies excrétrices supérieures par un uroscanner (uro-TDM). Le bassinot ou l'uretère sont aussi bordés d'un urothélium associé à un risque de carcinome urothélial.

L'histoire naturelle des tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle permet de les traiter en première intention en conservant la vessie, par des résections successives plus ou moins complétées de BCG-thérapie ou de chimiothérapie intravésicale, plus une surveillance avec cytologie urinaire et endoscopie vésicale dont la fréquence dépend des facteurs pronostiques de la tumeur. Ceux-ci sont principalement fonction du grade (bas grade/haut grade/CIS), de la multifocalité, de leur caractère récidivant.

6.2. En cas de tumeur infiltrant la musculature

Il faut éliminer une tumeur associée des voies excrétrices supérieures, et :

- évaluer le retentissement de la tumeur de vessie sur les voies excrétrices supérieures ;
- faire un bilan d'extension à la recherche de métastases (ganglions, foie, poumon) au moyen d'un examen tomodensitométrique thoraco-abdomino-pelvien avec un uroscanner.

Le traitement curatif de référence est la cystectomie totale (figure 2), avec curage ganglionnaire et dérivation des urines.

En cas de tumeur multifocale ou de CIS associé, un examen extemporané des recoupes urétérales doit être réalisé avant la réalisation de la dérivation urinaire.

Les items anatomopathologiques devant figurer dans un compte-rendu d'anatomie pathologique d'une pièce de cystectomie pour cancer de vessie (données minimales de l'INCa, 2011) sont les suivants :

- **type histologique** (en fonction de la dernière classification OMS [2004]) ;
- **grade** : bas grade/haut grade ;
- présence **d'embolies vasculaires** (oui/non identifiés) ;
- critères permettant d'établir le pTNM (degré d'envahissement dans la paroi vésicale, extension locale et examen des ganglions) ;
- nombre de ganglions envahis/nombre de ganglions examinés ;
- état des limites chirurgicales (saines oui/non) ;
- pTN (en précisant l'année d'édition).

Figure 2 : Pièce opératoire de cystectomie totale pour carcinome infiltrant de la vessie



Points essentiels

- Les tumeurs de vessie sont des carcinomes urothéliaux dans plus de 90 % des cas.
- On distingue les tumeurs n'infiltrant pas le muscle vésical des tumeurs infiltrant le muscle vésical (traitement/pronostic différents).
- Le diagnostic de tumeur vésicale est fait par une endoscopie vésicale sous anesthésie générale avec cartographie des lésions, résection endoscopique complète de la/des lésions, et examen anatomopathologique de la totalité des copeaux de résection.
- L'examen anatomopathologique des copeaux de résection doit préciser le type histologique, le grade de la

tumeur, le stade T.

- Le bilan d'extension et le traitement dépendent du résultat de l'examen anatomopathologique des copeaux de résection :
 - tumeur n'infiltrant pas le muscle : recherche d'une autre localisation + traitement local et surveillance ;
 - tumeur infiltrant le muscle : recherche d'une autre localisation + bilan d'extension + cystectomie totale avec curage.
- La cytologie urinaire est un examen non invasif mais est peu sensible.
- En cas de cytologie anormale, il faut faire une cystoscopie.
- Les principales indications de la cytologie urinaire sont le diagnostic de tumeur vésicale (mais toujours suivi d'une cystoscopie), le dépistage des patients à risque, la surveillance des patients aux antécédents de tumeur n'infiltrant pas le muscle.