

Cancer de la vessie

Qu'est-ce que le
cancer de la vessie?

Laissez-nous
vous expliquer.

www.fondsanticancer.org

www.esmo.org

LE CANCER DE LA VESSIE : UN GUIDE POUR LES PATIENTS

INFORMATION BASÉE SUR LES RECOMMANDATIONS DE L'ESMO

Ce guide pour les patients a été préparé par Le Fonds Anticancer comme un service aux patients, afin de les aider ainsi que leurs proches à mieux comprendre le cancer de la vessie et à prendre conscience des meilleures options de traitement disponibles en fonction du sous-type de cancer de la vessie. Nous recommandons aux patients de demander à leur médecin quels tests et quels types de traitement sont indiqués pour le type et le stade de leur maladie. Les informations médicales décrites dans ce document sont basées sur les recommandations de pratique clinique de l'European Society for Medical Oncology (ESMO) pour la prise en charge du cancer de la vessie. Ce guide pour les patients a été réalisé en collaboration avec l'ESMO et est diffusé avec l'autorisation de l'ESMO. Il a été écrit par un médecin et relu par 2 oncologues de l'ESMO dont le oncologue responsable des recommandations de pratique clinique pour les professionnels. Il a également été relu par des représentants de patients appartenant au groupe de travail de patients de l'ESMO (ESMO Cancer Patient Working Group).

Pour plus d'information sur Le Fonds Anticancer : www.fondsanticancer.org

Pour plus d'information sur la Société européenne d'oncologie médicale : www.esmo.org

Une définition des termes marqués d'un astérisque est fournie à la fin du document.

Table des matières

Fiche d'information sur le cancer de la vessie	3
Définition du cancer de la vessie	5
Le cancer de la vessie est-il fréquent ?	6
Quelles sont les causes du cancer de la vessie ?	7
Comment le cancer de la vessie est-il diagnostiqué ?	9
Qu'est-ce qui est important à connaître pour un traitement optimal ?	11
Quelles sont les options de traitement ?	14
Quels sont les effets secondaires éventuels des traitements ?	19
Que se passe-t-il après le traitement ?	23
Définitions des termes difficiles	25

Ce document a été rédigé par le docteur An Billiau, Celsus Medical Writing, LLC (pour Le Fonds Anticancer) et relu par le docteur Svetlana Jezdic (ESMO), le professeur Joaquim Bellmunt (ESMO) et le professeur Louis Denis (Stoma-Ilco, Europa Uomo au nom du Cancer Patient Working Group de l'ESMO).

Il s'agit de la première actualisation de ce guide. Les mises à jour reflètent les modifications apportées à la dernière version des recommandations de pratique clinique de l'ESMO. La première actualisation a été réalisée par le docteur Ana Ugarte (ACF) et a été relue par le docteur Svetlana Jezdic (ESMO) et par le docteur (PhD) Vanessa Marchesi (ESMO).

FICHE D'INFORMATION SUR LE CANCER DE LA VESSIE

Définition du cancer de la vessie

Il s'agit d'un cancer qui apparaît dans les cellules de la vessie. Ce guide est consacré au cancer se formant sur la paroi interne de la vessie et que l'on appelle carcinome transitionnel. Cependant, il existe d'autres types de cancer de la vessie qui ne seront pas décrits dans ce document.

Diagnostic

- Les symptômes courants du cancer de la vessie sont les problèmes urinaires, la présence de sang dans l'urine, des douleurs, des blocages urinaires, bien que ces symptômes ne soient pas spécifiques. Votre médecin peut prescrire une cystoscopie, un examen qui permet d'inspecter l'intérieur de la vessie et de l'urètre pour détecter la présence de tumeurs.
- Il existe de plus des tests spécifiques permettant le diagnostic et l'évaluation de la diffusion de la maladie. Le diagnostic peut être confirmé uniquement par un examen histopathologique dans lesquels des échantillons du tissu de la tumeur sont examinés en laboratoire. Il révèle les caractéristiques spécifiques de la tumeur pour déterminer le type de cancer de la vessie.

Traitement selon l'extension de la maladie (classée en stades)

- Le cancer de la vessie non invasif sur le plan musculaire (stade 0a, stade 0is, stade I) concerne une tumeur confinée à la muqueuse (couche superficielle de tissu de la paroi de la vessie).
 - Après une cystoscopie, tous les patients subissent une résection transurétrale des tumeurs de la vessie (RTUTV) *, qui peut s'avérer éventuellement curative quand la tumeur complète peut être enlevée.
 - Parfois, une thérapie adjuvante est prescrite pour éviter la récurrence de la maladie, comme une chimiothérapie ou une immunothérapie instillée directement dans la vessie.
 - Si ces traitements échouent, l'ablation de la vessie (cystectomie) est une option.
- Le cancer de la vessie invasif sur le plan musculaire (stade II, stade III) concerne une tumeur ayant envahi la couche musculaire de la vessie ou s'est étendue à d'autres tissus entourant la vessie après avoir traversé sa paroi.
 - Le traitement recommandé est l'ablation radicale de la vessie et de quelques organes environnants, complètement ou partiellement. Cette procédure peut être légèrement modifiée pour préserver les organes autant que possible.
 - La chimiothérapie ou la radiothérapie sont recommandées avant l'intervention pour améliorer les résultats. Si un patient refuse la chirurgie ou n'est pas en état de subir l'intervention, une radiothérapie seule, une RTUTV agressive ou une RTUTV associée à de la radiothérapie ou/et de la chimiothérapie sont possibles.

- La maladie avancée et métastatique (stade IV) implique une tumeur qui a traversé la paroi de la vessie et a atteint la paroi pelvienne ou abdominale, ou qui s'est même propagée dans des organes distants.
 - La chimiothérapie est préférable à la chirurgie, qui, à ce stade, est peu susceptible d'être curative.
 - Chez certains patients, la chirurgie et la radiothérapie peuvent être bénéfiques après la chimiothérapie.
 - La radiothérapie peut être aussi utile pour soulager la douleur ou les hémorragies.
- Le traitement des récurrences :
 - Une chimiothérapie à base de vinflunine et des soins efficaces de soutien sont indiqués.
 - En cas d'échec, une chimiothérapie à base de taxane ou de platine est proposée.
 - Les patients sont également encouragés à participer à des essais cliniques.

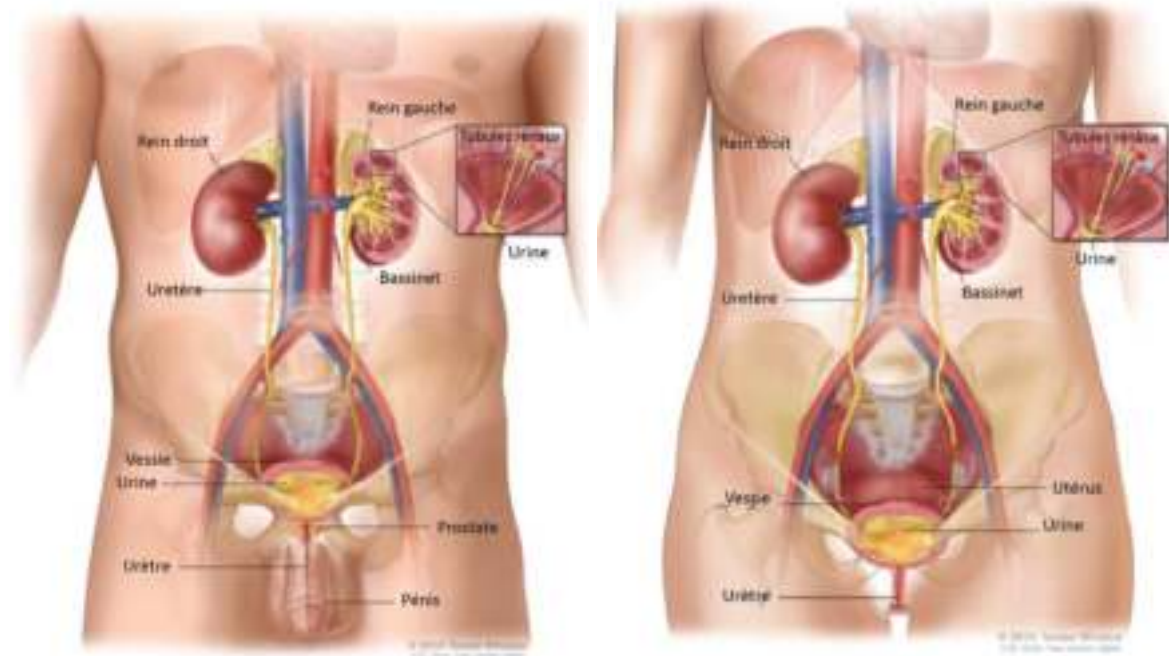
Suivi

En fonction du stade et du risque de récurrence, différents examens peuvent être effectués lors de visites programmées. Dans le cas d'un cancer de la vessie non invasif sur le plan musculaire, ils ont lieu tous les 3 – 6 mois durant les deux premières années, puis tous les 6 à 12 mois par la suite, ou selon les indications de votre équipe médicale.

DÉFINITION DU CANCER DE LA VESSIE

Cette définition est tirée de la définition du National Cancer Institute (NCI) des États-Unis et elle est utilisée avec sa permission.

Le cancer de la vessie est un cancer qui se forme dans les tissus de cet organe. La vessie est l'organe qui stocke l'urine. Le type le plus fréquent de cancer de la vessie (90 %) est le *carcinome transitionnel**. Ce type de cancer apparaît initialement dans les cellules qui forment la paroi interne de la vessie, paroi que l'on appelle aussi *épithélium transitionnel** ou *urothélium**. Les autres types de cancer comprennent le *carcinome épidermoïde**, un cancer de la vessie qui apparaît dans de minces cellules plates de la paroi de la vessie et l'*adénocarcinome**, un cancer qui se forme dans les cellules de la paroi de la vessie qui fabriquent du mucus, et d'autres types rares de cancer. Ce guide est consacré au carcinome transitionnel.



Anatomie du système urinaire de l'homme (à gauche) et de la femme (à droite) montrant les reins, les uretères*, la vessie et l'urètre*. L'urine est élaborée dans les tubules rénaux* et s'accumule dans le bassinnet du rein*. Elle s'écoule ensuite par les uretères jusqu'à la vessie. L'urine est alors stockée dans la vessie jusqu'à ce qu'elle s'évacue du corps par l'urètre*.

LE CANCER DE LA VESSIE EST-IL FRÉQUENT ?

On estime qu'en 2012, environ 151 297 patients ont été diagnostiqués d'un cancer de la vessie en Europe. Le cancer de la vessie est donc le cinquième cancer le plus répandu en Europe.

Ce cancer est environ cinq fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. On estime qu'en 2012, 17,7 hommes sur 100 000 et 3,5 femmes sur 100 000 ont développé un cancer de la vessie. De tous les cancers, le cancer de la vessie est le 4^e le plus fréquent chez les hommes et le 13^e le plus fréquent chez les femmes.

Dans l'Union européenne, la probabilité pour un homme de développer un cancer de la vessie à un moment donné de sa vie se situe entre 1,5 et 2,5 %. Pour les hommes vivant en Flandre (Belgique), à Malte, en Espagne et en Italie, ce risque est un peu plus élevé : il se situe entre 3,1 et 4,2 %. Pour une femme vivant dans l'Union européenne, le risque de développer un cancer de la vessie à un moment donné de sa vie est inférieur à 1 %.

Le risque de développer un cancer de la vessie augmente avec l'âge. De manière générale, 70 % des patients qui développent ce cancer présentent des symptômes après l'âge de 65 ans.

QUELLES SONT LES CAUSES DU CANCER DE LA VESSIE ?

Aujourd'hui, on ne connaît pas encore précisément les causes d'apparition du cancer de la vessie. Un certain nombre de facteurs de risques* ont été identifiés, mais dans certains cas, aucun de ces facteurs n'est retrouvé. Un facteur de risque augmente le risque d'apparition du cancer, mais n'est ni suffisant ni nécessaire pour le provoquer. Un facteur de risque n'est pas une cause en soi.

Certaines personnes présentant ces facteurs de risque ne développeront jamais de cancer de la vessie, tandis que d'autres ne présentant aucun de ces facteurs en développeront un tout de même.

Principaux facteurs de risque du cancer de la vessie :

- L'âge : le cancer de la vessie se produit plus fréquemment chez les personnes âgées. Dans l'ensemble, 70 % des patients qui développent un cancer de la vessie sont diagnostiqués après l'âge de 65 ans.
- Des antécédents de cancer de la vessie.
- Le tabagisme : la cigarette est le facteur de risque le plus important pour le cancer de la vessie. Après 4 ans d'arrêt du tabac, le risque diminue.
- Certains produits chimiques ont été identifiés comme pouvant causer un cancer de la vessie :
 - o Les colorants à base d'aniline : il s'agit de produits chimiques pouvant être présents dans les colorants utilisés pour teinter du tissu.
 - o La cyclophosphamide : un médicament utilisé comme chimiothérapie* pour traiter certains cancers.
 - o Les amines aromatiques : l'exposition à ces produits chimiques est possible dans le cadre de certaines professions des secteurs de la peinture, du cuir, de l'automobile, du métal, du papier et du caoutchouc, mais aussi chez les camionneurs, les teinturiers, les techniciens dentaires et les coiffeurs. Dans ces circonstances, le cancer de la vessie n'apparaît pas avant 30 ou 50 ans après l'exposition.
 - o Arsenic : on a observé un risque accru de cancer de la vessie dans une région taïwanaise où l'eau contenait des taux élevés d'arsenic.
 - o *Aristolochia fangchi* : il s'agit d'une plante médicinale chinoise. On a observé un risque accru de cancer de la vessie chez les personnes qui avaient consommé un complément alimentaire dans lequel cette plante avait été incorporée par erreur.
- L'irradiation : il semble que l'exposition à des radiations ionisantes* dans la zone de la vessie, par exemple, lors d'une radiothérapie traitant un cancer de la prostate*, augmente le risque de cancer de la vessie.



- Certains facteurs de risque sont particulièrement importants pour un type spécifique de cancer de la vessie, le *carcinome épidermoïde**. Cette tumeur est causée par une irritation ou une inflammation chronique de la vessie. Dans les pays occidentaux, les principaux facteurs de risque du *carcinome épidermoïde* comprennent notamment les dysfonctionnements de la vessie, la présence prolongée d'une sonde vésicale, des calculs vésicaux et les infections chroniques de la vessie. En Afrique et au Moyen-Orient, un facteur de risque important du *carcinome épidermoïde* est l'infection par *Schistosoma hematobium*, un microbe très courant dans ces régions. Il peut infecter la vessie et provoquer une inflammation chronique.
- Le diabète* : les personnes atteintes d'un diabète de type 2 ont un risque accru de développer un cancer de la vessie.

D'autres facteurs pourraient être associés à une augmentation du risque de cancer de la vessie, mais les preuves sont contradictoires :

- Le café, les édulcorants artificiels et l'alcool : il n'existe pas de preuves suffisantes démontrant que leur consommation augmente le risque de développer un cancer de la vessie.
- L'eau du robinet contenant de forts taux de trihalométhanes (produits de la décomposition du chlore servant à désinfecter l'eau) : certaines études montrent que la consommation prolongée de ce type d'eau du robinet peut augmenter le risque de cancer de la vessie, mais les résultats de l'ensemble des études sont contradictoires.
- Les gènes : de manière générale, la présence dans une famille d'une personne atteinte d'un cancer de la vessie se traduit par un risque légèrement accru pour les autres membres de la famille. Le cancer de la vessie dû à la transmission héréditaire d'un gène défectueux* est très rare.
- Une étude a montré que le surpoids était associé à un risque plus élevé de cancer de la vessie, mais d'autres études n'ont pas confirmé ce point.

Certains facteurs semblent par contre protéger de la survenue d'un cancer de la vessie, mais on ne dispose pas d'éléments probants clairs à ce sujet.

- La consommation de liquides : on pense qu'une consommation élevée de boissons pourrait réduire le risque de développer un cancer de la vessie chez l'homme, mais les résultats des études sont contradictoires.
- Les fruits et légumes : la consommation de fruits et légumes est censée exercer un effet protecteur.

COMMENT LE CANCER DE LA VESSIE EST-IL DIAGNOSTIQUÉ ?

Le cancer de la vessie peut être diagnostiqué lors d'un contrôle médical de routine ou détecté sur la base de symptômes spécifiques.

Les principaux symptômes sont :

- La présence de sang dans les urines (hématurie), généralement indolore et observé par 85 % des patients atteints d'un cancer de la vessie.
- Les problèmes urinaires comme le besoin d'uriner plus fréquemment que d'habitude, le besoin d'uriner de toute urgence ou des douleurs en urinant.

Cependant, ces symptômes ne sont pas spécifiques du cancer de la vessie et peuvent également survenir dans de nombreuses situations qui ne sont pas liées au cancer comme une infection urinaire, des calculs rénaux ou une hyperplasie bénigne* de la prostate*.

Le cancer de la vessie peut bloquer l'écoulement de l'urine provenant du rein. L'accumulation de l'urine dans le rein peut conduire à une distension de cet organe (hydronéphrose) et à des douleurs.

En plus de rechercher les symptômes mentionnés ci-dessus lors de l'entretien, le médecin effectuera également un examen clinique général et prescrira des analyses de sang en laboratoire pour vérifier la numération sanguine et la fonction rénale.

Le diagnostic du cancer de la vessie est basé sur les examens suivants :

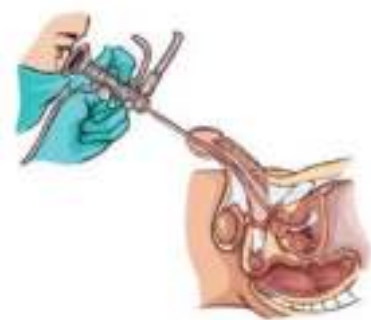
1. Un examen clinique*

Un examen clinique fournit des informations sur les signes du cancer de la vessie et d'autres problèmes de santé. Le médecin peut examiner le rectum et le vagin (chez les femmes) pour déterminer la taille de la tumeur de la vessie et vérifier si elle s'est propagée. Dans ce cas, il mesurera l'étendue de cette propagation.



2. Une cystoscopie*

La cystoscopie est une technique d'examen de la vessie : le médecin insère dans l'urètre* un tube lumineux dont l'extrémité est dotée d'une caméra pour rechercher la présence de tumeur à l'intérieur de la vessie et de l'urètre. La cystoscopie peut être effectuée au cabinet du médecin. Avec l'utilisation d'un gel anesthésique* local, cet examen est généralement bien supporté. Cependant, la cystoscopie peut également être réalisée sous anesthésie générale*, conjointement avec une palpation clinique bimanuelle* (voir ci-dessus) de la vessie.



Le médecin peut insérer un instrument chirurgical très fin dans le tube du cystoscope afin de prélever, grâce à l'observation directe, un ou des échantillons de la tumeur ou de toute autre zone suspecte. Cette procédure de prélèvement est appelée biopsie*. Dans certains cas de cancers de la vessie, le médecin peut réséquer immédiatement l'ensemble de la tumeur : c'est ce qu'on appelle une résection transurétrale de tumeur de la vessie (RTUTV)*. Dans ce cas, la cystoscopie constitue également la première étape du traitement.

Dans certains cas particuliers, le médecin peut également inspecter les uretères* lors d'une procédure appelée urétéroscopie*. Dans d'autres cas, la cystoscopie comprend également une biopsie de l'urètre*.

3. Cytologie urinaire*

Il s'agit d'un examen de laboratoire servant à détecter la présence de cellules tumorales dans l'urine.

4. Un examen anatomopathologique*

Il s'agit de l'analyse en laboratoire des cellules tumorales. Cette analyse est effectuée sur le ou les échantillons de tumeur retirés lors de la cystoscopie*. Les données anatomopathologiques* confirmeront le diagnostic de cancer de la vessie et révéleront les caractéristiques spécifiques de la tumeur, permettant de déterminer le type du cancer de la vessie.

Si une intervention chirurgicale est indiquée après la cystoscopie (généralement, une résection transurétrale de tumeur de la vessie*), un second examen anatomopathologique sera réalisé sur les tissus de la tumeur réséquée lors de l'intervention. Ceci est très important pour confirmer les résultats de la première biopsie* et obtenir davantage de renseignements sur le cancer et le stade de la maladie.



5. Un examen radiologique*

Si l'examen anatomopathologique* révèle que la tumeur s'est propagée dans les couches profondes (couches musculaires) de la vessie, un examen radiologique est nécessaire pour déterminer si la tumeur s'est également développée dans les ganglions lymphatiques* et les tissus situés à l'extérieur de la vessie.

L'examen radiologique permet d'aider à déterminer le stade* de la maladie. Il consiste en la réalisation d'un scanner* ou d'une imagerie par résonance magnétique (IRM*) de l'abdomen et du bassin. Comme il existe un risque de tumeur synchrone dans le tractus urinaire supérieur chez 2,5 % des patients, il faut réaliser un examen d'imagerie de l'appareil urinaire supérieur par urographie TDM ou urographie intraveineuse ou rétrograde (examen spécial par rayons X des reins, de la vessie et des uretères). Chez les patients présentant un risque élevé de métastases, des examens supplémentaires peuvent être effectués tels qu'une scanographie de la poitrine et si des symptômes laissent penser que la tumeur s'est propagée dans les os, une scintigraphie osseuse*.



QU'EST-CE-QUI EST IMPORTANT À CONNAÎTRE POUR UN TRAITEMENT OPTIMAL ?

Les médecins doivent prendre en compte de nombreux aspects du patient et du cancer afin de décider du meilleur traitement.

Les informations importantes à propos du patient

- Le sexe
- Les antécédents médicaux personnels, les maladies antérieures et les traitements suivis
- Les antécédents de cancer de la vessie chez des proches
- L'état général et les problèmes physiques spécifiques
- Les résultats de l'examen clinique*
- Les résultats des tests en laboratoire sur la numération sanguine, la fonction rénale et hépatique



Les informations importantes à propos du cancer

- **La détermination du stade* du cancer**

Les médecins utilisent les stades du cancer pour estimer l'étendue du cancer et le pronostic du patient. La classification TNM est couramment utilisée. La combinaison de T, taille de la tumeur et invasion des tissus avoisinants, N, atteinte des ganglions lymphatiques et M, métastases* ou propagation du cancer à un autre organe du corps, aboutira au classement du cancer dans l'un des stades présentés dans le tableau ci-dessous.

Le stade* est un élément fondamental pour prendre une décision appropriée concernant le traitement. Moins le stade est avancé, meilleur est le pronostic. La détermination du stade est effectuée une fois que les examens cliniques et radiologiques* sont terminés, ainsi que l'examen anatomopathologique* des prélèvements effectués lors de la biopsie*. Si une intervention chirurgicale est préconisée, une seconde détermination de stade sera effectuée en se basant sur l'analyse en laboratoire des tissus réséqués lors de l'opération.

Le tableau ci-dessous présente les différents stades du cancer de la vessie. Ces définitions revêtent un caractère très technique. Il est donc recommandé de demander des explications plus détaillées à votre médecin.

Stade	Définition (voir le schéma de la paroi de la vessie ci-dessous)	Catégorie
Stade 0a	<i>Carcinome urothélial papillaire non invasif</i> : la tumeur est limitée à la couche interne de cellules la plus superficielle de la paroi de la vessie (épithélium*)	Cancer superficiel de la vessie (pas d'invasion du muscle)
Stade 0is	<i>Carcinoma in situ</i> , ou <i>tumeur plate</i> : tumeur de haut grade limitée à la couche de cellules la plus superficielle de la paroi de la vessie (épithélium*)	
Stade I	La tumeur envahit les tissus conjonctifs plus profonds de la paroi de la vessie (lamina propria*)	
Stade II	La tumeur envahit le muscle de la vessie. Le stade II est divisé en 2 stades : T2a : la tumeur envahit la moitié intérieure du muscle de la vessie T2b : la tumeur envahit la moitié extérieure du muscle de la vessie	Cancer invasif de la vessie (invasion du muscle)
Stade III	La tumeur envahit les tissus entourant la vessie. Le stade III est divisé en 3 stades : T3a : envahissement microscopique* T3b : envahissement macroscopique* T4a : envahissement des organes entourant la vessie : la prostate* chez l'homme, l'utérus et/ou le vagin chez la femme	
Stade IV	La tumeur envahit la paroi pelvienne et/ou la paroi abdominale ou La tumeur est accompagnée de métastases* dans les ganglions lymphatiques ou dans un organe éloigné de la vessie	

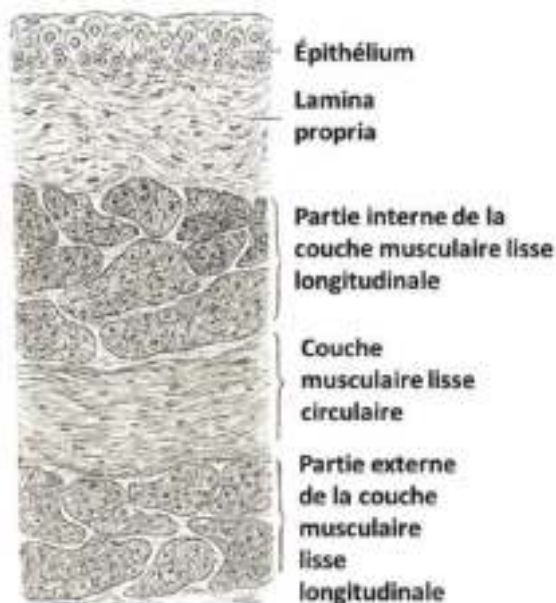


Schéma des couches de la paroi de la vessie montrant la muqueuse* (paroi de la vessie comprenant l'épithélium* et la lamina propria*) et les couches musculaires.

- **Les résultats de la biopsie***

Les tissus prélevés lors de la biopsie de la tumeur sont examinés en laboratoire par un anatomopathologiste*. Cet examen est appelé anatomopathologie*. Si l'intervention chirurgicale est effectuée après la cystoscopie*, l'examen anatomopathologique implique l'examen de la tumeur et des ganglions lymphatiques* retirés lors de l'opération. Ceci est très important pour confirmer les résultats initiaux et obtenir davantage de renseignements sur le stade du cancer. Les résultats de l'examen de la biopsie incluent :

- **Le type histologique***

Le type histologique indique le type de cellules qui composent la tumeur. Près de 90 % des cancers de la vessie sont des *carcinomes transitionnels**, auxquels est consacré ce guide, et que l'on appelle aussi *carcinomes urothéliaux* : des tumeurs qui proviennent de l'épithélium transitionnel*. Il s'agit d'un tissu biologique formé de plusieurs couches de cellules qui changent de forme lorsque la vessie se dilate et qui recouvre l'intérieur de presque toute la paroi de la vessie.

Les 10 % restants sont surtout des *carcinomes épidermoïdes** et des *adénocarcinomes**. Les autres types histologiques sont très rares.

- **Le grade***

Le grade est basé sur la différence d'aspect des cellules tumorales par rapport aux cellules normales de la vessie. Les anomalies observées indiquent la vitesse à laquelle les cellules se divisent et leur degré d'envahissement. En ce qui concerne le cancer de la vessie, il existe quatre grades différents :

- Le *papillome* : tumeur composée de cellules non malignes.
- Les *tumeurs urothéliales papillaires de faible potentiel de malignité* : il s'agit d'une tumeur composée des cellules non malignes typiquement recouvertes par une couche épaisse d'épithélium transitionnel*.
- Le *carcinome urothélial de bas grade* : une tumeur maligne qui progresse lentement et qui est peu susceptible de se propager.
- Le *carcinome urothélial de haut grade* : une tumeur maligne qui progresse rapidement et qui est plus susceptible de se propager.

QUELLES SONT LES OPTIONS DE TRAITEMENT ?

La planification du traitement implique qu'une équipe de professionnels de santé provenant de plusieurs disciplines médicales différentes se réunissent. Cette réunion entre différents spécialistes, est appelée réunion de concertation pluridisciplinaire* ou consultation oncologique multidisciplinaire. Lors de cette réunion, la planification du traitement est débattue en fonction des informations pertinentes mentionnées précédemment.



Le traitement combinera généralement des thérapies qui :

- agiront localement sur le cancer, telles que la chirurgie, la radiothérapie*, la chimiothérapie* locale et l'immunothérapie* locale ;
- agiront sur les cellules cancéreuses dans tout l'organisme au moyen d'une chimiothérapie systémique.

La décision du traitement définitif dépendra du stade du cancer, des caractéristiques de la tumeur et des risques encourus par le patient.

Les traitements énumérés ci-dessous ont leurs avantages, leurs risques et leurs contre-indications*. Nous recommandons aux patients de consulter leurs médecins pour connaître les avantages escomptés et les risques de chaque traitement afin d'être informés de leurs conséquences. Dans certains cas, plusieurs options sont disponibles et leur choix doit être discuté en fonction de la balance entre les bénéfices et les risques.

Plan de traitement pour le cancer superficiel de la vessie (stade 0a, stade 0is, stade I)

À ce stade, la tumeur est limitée à la couche superficielle de la paroi de la vessie (muqueuse) et n'envahit pas la couche musculaire de la vessie. L'objectif principal du traitement est de retirer la tumeur par intervention chirurgicale au cours d'une résection transurétrale de tumeur de la vessie (RTUTV)*. Toutefois, un traitement complémentaire délivré localement dans la vessie (traitement adjuvant* intravésical*) est recommandé, puisqu'il réduit le risque de récurrence ou de progression de la tumeur.*

Le type de traitement adjuvant dépend du risque de progression et de récurrence* de la tumeur : pour chaque patient présentant une tumeur de stade 0a ou de stade 1, ce risque est calculé en utilisant un système de notation basée sur plusieurs caractéristiques spécifiques de la tumeur.*

La cystoscopie* et la résection transurétrale de tumeur de la vessie (RTUTV)*

Après une cystoscopie initiale, tous les patients subissent une résection transurétrale de tumeur de la vessie. Souvent, toute la tumeur est réséquée et la résection transurétrale de tumeur de la vessie constitue dans ce cas le traitement définitif. Néanmoins, il est parfois recommandé d'administrer un traitement complémentaire (appelé traitement adjuvant*) en administrant des médicaments directement dans la vessie (traitement intravésical*). Le type du traitement complémentaire dépendra du risque spécifique de récurrence et de progression*, mais également des capacités du patient à tolérer les effets secondaires*.

Chez certains patients présentant des tumeurs à haut risque, une seconde résection transurétrale de tumeur de la vessie est recommandée avant ou après le traitement intravésical pour détecter la maladie résiduelle et pour déterminer de manière plus précise le stade du cancer.

La chimiothérapie* ou l'immunothérapie* intravésicale

Afin de réduire le risque de récurrence et de progression* du cancer, tous les patients ayant subi une résection transurétrale de tumeur de la vessie* reçoivent une instillation intravésicale* de chimiothérapie*, immédiatement après l'intervention chirurgicale. Les médicaments utilisés dans la plupart des cas sont la mitocine C*, mais il est possible de recevoir une instillation d'épirubicine* ou de doxorubicine*.

Pour les patients présentant une tumeur à faible risque de récurrence et de progression, une seule instillation suffit et met fin au traitement. Pour les patients qui présentent un risque intermédiaire ou élevé de récurrence ou de progression de la tumeur, la première instillation doit être suivie d'une seconde chimiothérapie ou d'une immunothérapie intravésicale par le bacille de Calmette et Guérin (BCG*, voir ci-après). Le choix entre chimiothérapie ou immunothérapie dépend du profil de risque individuel. La chimiothérapie est généralement administrée pour un maximum d'une année. L'immunothérapie est administrée pour une durée d'au moins une année.

Immunothérapie* intravésicale avec le bacille de Calmette et Guérin (BCG)*

Pour certains patients, en raison d'un risque élevé de récurrence, il est recommandé d'administrer un traitement intravésical avec le BCG, un vaccin normalement utilisé pour protéger contre la tuberculose*. Le mécanisme de fonctionnement de la thérapie intravésicale par BCG n'est pas totalement compris. On pense que le BCG induit une réaction immunitaire* qui tue les cellules cancéreuses. Le traitement par BCG est donc considéré comme une immunothérapie.

De manière générale, le traitement initial dure 6 semaines (appelé traitement d'induction), suivi d'un « traitement d'entretien » durant au moins un an. Certains schémas thérapeutiques d'entretien durent deux ans.

La cystectomie*

La cystectomie est recommandée chez les patients atteints de tumeurs de stade 0is et de stade I dont le cancer n'a pu être éliminé avec le traitement adjuvant* intravésical*.

Plan de traitement du cancer invasif de la vessie (stade II, stade III)

À ces stades, la tumeur a envahi la couche musculaire de la vessie ou a traversé la paroi de la vessie pour se propager dans les tissus environnants. Le traitement vise à retirer chirurgicalement l'ensemble de la vessie ainsi que les ganglions lymphatiques situés dans le bassin et les organes voisins. Avant de procéder à l'intervention chirurgicale, les médecins administrent une chimiothérapie* qui vise à réduire la taille de la tumeur, à attaquer les cellules tumorales dans d'éventuelles métastases* trop petites pour être détectées et à réduire le risque que les cellules tumorales se propagent vers d'autres parties du corps durant l'opération.*

La cystectomie* radicale

Le traitement standard du cancer de la vessie invasif comprend la cystectomie radicale. Chez les hommes, cela induit l'ablation complète de la vessie, de tous les tissus tumoraux visibles, mais aussi de l'urètre*, de la prostate*, des vésicules séminales*, des parties inférieures des uretères* et des ganglions lymphatiques* situés dans le bassin. Chez les femmes, la cystectomie radicale induit l'ablation de la vessie, de toutes les tumeurs visibles et résecables, de l'ensemble de l'urètre, des parties inférieures des uretères*, de la partie adjacente du vagin*, de l'utérus* et des ganglions lymphatiques* situés dans le bassin.



Chez certains patients, cette procédure peut être légèrement modifiée afin de préserver certains organes. Cette possibilité dépend de la propagation de la tumeur et doit être soigneusement évaluée pour chaque patient.

La cystectomie radicale* conduit à une perte de la fonction de la vessie, c'est-à-dire, du stockage de l'urine. Le chirurgien va donc réaliser une dérivation des uretères* vers un nouveau point de sortie pour permettre l'évacuation de l'urine (dérivation urinaire*). Cette nouvelle sortie d'évacuation peut-être l'urètre*, une stomie* pratiquée dans la peau de l'abdomen ou dans la toute dernière partie du gros intestin (dérivation urinaire rectosigmoïdienne). Le choix de l'approche dépend de plusieurs facteurs, notamment du stade de la tumeur, des structures pouvant être conservées après la cystectomie radicale, de l'état général de santé et des préférences du patient. Les différentes options sont expliquées ci-après (voir partie consacrée aux effets secondaires* des traitements).

En outre, la cystectomie radicale peut impliquer l'ablation de certains organes reproducteurs*. Cela peut conduire à des dysfonctionnements sexuels* et/ou à la perte de la fonction reproductrice* (voir partie consacrée aux effets secondaires* des traitements).

La chimiothérapie*

Pour les patients atteints de tumeurs de stades T2 ou T3, on recommande une chimiothérapie néoadjuvante associant plusieurs médicaments. Cela signifie que l'on administre plusieurs médicaments avant une cystectomie* ou une radiothérapie* définitive. Les associations recommandées sont la gemcitabine* et le cisplatine* (en abrégé, GC), ou le méthotrexate*, la vinblastine*, la doxorubicine* et le cisplatine (en abrégé, MVAC). Le but du traitement néoadjuvant* est d'éradiquer les micrométastases*, de réduire la taille de la tumeur et de diminuer les risques que les cellules tumorales se propagent lors de l'intervention chirurgicale.

La radiothérapie*

La radiothérapie seule peut-être indiquée pour les patients qui ne sont pas médicalement aptes à subir une intervention chirurgicale très lourde que représente une cystectomie* radicale.

Dans certains cas où le traitement vise à conserver la vessie, la radiothérapie peut être administrée dans le cadre d'un traitement d'association* (voir section ci-dessous « Les traitements conservateurs* de l'organe »).



Les traitements conservateurs*

Les traitements conservateurs* font référence à des traitements permettant au patient de conserver sa vessie. Ce type de traitement est proposé aux patients qui ne souhaitent pas subir une cystectomie* radicale ou qui ne sont médicalement pas en mesure de subir ce type d'intervention. Il peut s'agir d'une résection transurétrale de tumeur de la vessie* plus étendue, d'une résection transurétrale de tumeur de la vessie associée à une radiothérapie* ou une chimiothérapie*, ou alors d'une résection transurétrale de tumeur de la vessie associée à une radiothérapie et à une chimiothérapie. Cette dernière approche, appelée « traitement trimodal », est l'option recommandée.

Un traitement conservateur de la vessie peut être envisagé chez certains patients dont le cancer est à un stade précoce, à condition qu'ils répondent à un certain nombre de critères médicaux stricts.

En effet, un traitement conservateur de la vessie nécessite un suivi strict à vie, avec des cystoscopies* et des cytologies urinaires* régulières pour évaluer la réponse au traitement et pour détecter les récurrences de la maladie. Si, lors de ce suivi, l'on observe que le cancer persiste ou récidive, une cystectomie immédiate est recommandée, si elle est possible.

Plan de traitement pour le cancer de la vessie avancé et métastatique* (stade IV)

À ce stade, la tumeur a traversé la paroi de la vessie et a atteint la paroi pelvienne ou abdominale, ou s'est même propagée au-delà de l'abdomen, dans des organes à distance. Puisqu'il est difficile, et pas toujours médicalement indiqué, de retirer la tumeur complète par intervention chirurgicale, le premier objectif du traitement est d'atteindre les cellules tumorales au moyen d'une chimiothérapie administrée par voie intraveineuse et qui agit donc de manière systémique.

La chimiothérapie*

Les protocoles standards associent plusieurs médicaments, comme la gemcitabine* et le cisplatine* (en abrégé, GC), ou le méthotrexate*, la vinblastine*, la doxorubicine* et le cisplatine (en abrégé, MVAC). Le protocole MVAC provoque plus d'effets secondaires* toxiques que le schéma GC. Les patients atteints d'un cancer avancé limité (touchant des ganglions lymphatiques*, mais sans métastase viscérale* dans les organes*) et ceux qui sont médicalement aptes peuvent recevoir des doses élevées de MVAC en association avec un facteur de croissance des colonies granulocytaires* (G-CSF), un facteur de croissance qui peut augmenter la tolérance à la chimiothérapie.



Environ la moitié des patients ne sont pas médicalement aptes à tolérer le cisplatine en raison d'un mauvais état général, d'une insuffisance rénale ou de la présence d'autres pathologies. Ces patients sont alors traités par carboplatine* et gemcitabine* (en abrégé, CarboGem), par méthotrexate*, carboplatine et vinblastine (en abrégé, M-CAVI) ou par taxane* ou gemcitabine uniquement. Le schéma CarboGem est le traitement de référence dans ce cas. M-CAVI provoque des effets un peu plus toxiques que le schéma CarboGem.

Le médecin évalue la tolérance après chaque cycle de chimiothérapie et l'évaluation de la réponse au traitement se fait après 2 à 3 cycles de chimiothérapie, en utilisant les mêmes méthodes radiographiques que celles utilisées pour détecter des lésions tumorales.

La chirurgie et la radiothérapie* après une chimiothérapie systémique*

Chez certains patients avec un cancer localement avancé, on peut envisager une chimiothérapie systémique suivie par une cystectomie* et une lymphadénectomie* ou une radiothérapie.

La radiothérapie*

La radiothérapie permet de soulager la douleur ou les hémorragies causées par la maladie.

Le traitement des récidives

Jusqu'à présent, la vinflunine* associée à des soins de soutien est recommandée quand la maladie réapparaît après un traitement par chimiothérapie à base de platine pour la maladie métastatique. Les médecins proposent la vinflunine en chimiothérapie de seconde intention quand la progression se produit moins de 12 mois après le traitement de première intention. Dans ce cas, il serait possible de proposer une chimiothérapie à base de taxane* ou la participation à un essai clinique. Si la progression se produit 12 mois après le traitement de première intention, il est possible d'envisager la reprise de la chimiothérapie à base de platine.

Le traitement des complications causées par la maladie

La rétention d'urine

Le cancer de la vessie peut bloquer l'écoulement de l'urine (rétention), qui s'accumule alors dans les reins. Cela peut causer des douleurs et des troubles de la fonction rénale. Si la cystectomie* s'avère impossible en raison de l'avancement du cancer ou si le patient n'est pas médicalement apte à subir cette opération, il peut s'avérer nécessaire de dériver l'évacuation d'urine entre la vessie et l'extérieur du corps. Cette dérivation peut être effectuée chirurgicalement en reliant le rein ou l'uretère* à la peau de l'abdomen. C'est ce que l'on appelle respectivement une néphrostomie et une urétérostomie. L'urine est alors recueillie dans une poche en plastique maintenue sur la peau.

QUELS SONT LES EFFETS SECONDAIRES ÉVENTUELS DES TRAITEMENTS ?

La chirurgie

Risques et effets secondaires généraux

Certains risques sont communs à toute intervention chirurgicale pratiquée sous anesthésie générale*. Ces complications sont rares et comprennent la formation de caillots sanguins dans les veines, des problèmes cardiaques ou respiratoires, des saignements, une infection ou des réactions à l'anesthésie*. Ces effets secondaires seront évités au maximum par une évaluation médicale approfondie avant l'intervention.

La vessie est située dans le bassin avec des ganglions lymphatiques*, une partie de l'intestin, des gros vaisseaux sanguins et, chez la femme, les organes reproducteurs*. Selon l'ampleur des résections chirurgicales nécessaires pour obtenir les meilleurs résultats, certaines de ces structures risquent d'être lésées. Une détermination précise du stade* avant l'opération et le recours à l'imagerie médicale* aideront à minimiser ces risques.

Lors de l'ablation des ganglions lymphatiques* du bassin et de l'abdomen, l'opération peut endommager ou bloquer le système lymphatique* entraînant un lymphœdème*, une maladie où le liquide lymphatique* s'accumule dans les jambes et les fait gonfler. Cette pathologie peut se produire juste après l'intervention, mais aussi plus tard.

La perte de la fonction vésicale après la cystectomie

La conséquence de la cystectomie est la perte de la fonction vésicale. Il existe plusieurs options chirurgicales pour effectuer une dérivation et un recueil de l'urine à l'intérieur ou à l'extérieur du corps. Le meilleur choix doit être soigneusement évalué et dépendra du stade de la tumeur, du traitement chirurgical donné, de l'état général et de la préférence du patient. Les différentes possibilités sont expliquées brièvement ci-après. Nous vous recommandons d'interroger votre médecin pour obtenir des explications plus détaillées.

La néo-vessie orthotopique. Les chirurgiens reconstruisent un nouvel organe (appelé néo-vessie) : on prélève des tissus de l'intestin pour former une poche que l'on place entre les uretères* et l'urètre*. Le terme « orthotopique » signifie que la nouvelle vessie est placée à l'endroit même de la vessie d'origine. Cette poche stocke l'urine, qui sera évacuée par l'urètre.

La dérivation abdominale. Le chirurgien relie les uretères* à une ouverture artificielle pratiquée dans la paroi abdominale (ouverture appelée stomie*). Il peut s'agir d'une dérivation directe, ou le chirurgien peut utiliser une partie de l'intestin grêle pour guider l'urine vers la stomie. L'urine est alors recueillie dans une petite poche en plastique maintenue sur la peau. Le chirurgien peut aussi former une poche à l'intérieur de l'abdomen et une stomie qui ne permet pas l'écoulement spontané de l'urine à l'extérieur : dans ce cas, la poche peut être vidée de l'extérieur en utilisant un cathéter*. Cela s'appelle une dérivation urinaire continente*.

La dérivation urinaire rectosigmoïdienne. Le chirurgien relie les uretères* à la dernière partie du gros intestin, appelée côlon sigmoïde. Le côlon sigmoïde retient normalement les selles et joue alors le même rôle pour l'urine. Le chirurgien peut placer un segment d'intestin entre les uretères et le côlon sigmoïde.

La nature et la fréquence des effets secondaires* de ces interventions de dérivation* dépendent du type d'opération chirurgicale. Les problèmes les plus fréquents sont le rétrécissement de l'uretère au niveau de la stomie* et les infections rénales.

Les dysfonctionnements sexuels et/ou la perte de la fonction reproductrice*

La cystectomie radicale implique chez les hommes l'ablation de l'urètre*, des vésicules séminales* et de la prostate*. Chez les femmes, cette opération implique l'ablation de l'utérus* et d'une partie du vagin*. La perte des organes reproducteurs* peut conduire à des dysfonctionnements sexuels*, à la perte de la fertilité et chez les femmes, à la perte de la possibilité de mener une grossesse à terme. Les médecins orienteront ces patients vers des services de soutien spécialisés.

La radiothérapie*

Les effets secondaires* de la radiothérapie peuvent survenir dans les organes qui sont ciblés directement, mais aussi dans des organes sains situés près de la vessie et qui ne peuvent pas être évités par les rayons X*. Pour les cancers de la vessie, les techniques modernes d'irradiation sont très sûres et des complications majeures surviennent chez moins de 5 % des patients.

Les effets de la radiothérapie sur le système urinaire incluent des douleurs lors de la miction, des besoins urgents d'uriner, la présence de sang dans les urines, la rétention d'urine et l'ulcération de la paroi interne de la vessie.

Les effets des rayons sur la partie inférieure des intestins incluent des sensations de gêne, des diarrhées, des écoulements de mucus et de sang et plus rarement, une perforation des intestins.

Chez les femmes, le rétrécissement du vagin peut constituer un effet secondaire tardif d'une radiothérapie effectuée dans la région du bassin.

L'oncologue conseillera des stratégies pour provenir et soulager au maximum ces réactions.

Le traitement par instillation intravésicale*

L'effet secondaire principal de l'instillation intravésicale du BCG* est une inflammation de la vessie, que l'on appelle cystite*. L'effet secondaire le plus grave est une infection généralisée qui peut survenir lorsque les bacilles traversent la paroi de la vessie et passent dans le sang. Cette thérapie n'est donc pas indiquée chez des patients dont le fonctionnement du système immunitaire* est réduit. En général, les effets secondaires du traitement par instillation intravésicale du BCG peuvent être contrôlés.

L'instillation intravésicale de médicaments chimiothérapeutiques tels que la mitomycine C* peut avoir plusieurs effets secondaires graves, dont la cystite*, l'allergie et des réactions cutanées.

La chimiothérapie*

Les effets secondaires* de la chimiothérapie sont fréquents, mais aujourd'hui bien contrôlés au moyen de mesures de soutien adéquates. Ils dépendent des médicaments administrés, de la posologie et des facteurs personnels. Si le patient a souffert d'autres pathologies dans le passé, il convient de prendre des précautions spécifiques ou de modifier le traitement. Les effets secondaires sont plus graves lorsque la chimiothérapie est administrée de manière systémique (généralement, par voie intraveineuse) plutôt que localement ou directement dans la vessie (voir la section « traitement par instillation intravésicale* »).

Voici la liste des effets secondaires susceptibles de se produire avec l'un ou plusieurs des médicaments utilisés pour traiter le cancer de la vessie. La nature, la fréquence et la gravité des effets secondaires varient pour chaque association mise en œuvre.

Effets secondaires les plus fréquents :

- Perte de cheveux ou cheveux clairsemés
- Diminution de la numération des globules, ce qui peut conduire à une anémie*, des hémorragies, des ecchymoses et des infections
- Fatigue
- Nausées ou vomissements

Autres effets secondaires pouvant survenir fréquemment avec l'un ou plusieurs des médicaments utilisés pour traiter le cancer de la vessie :

- Plaies ou ulcères dans la bouche
- Altération du goût
- Diarrhées
- Yeux irrités ou larmoyants
- Sensibilité à la lumière du soleil
- Lésions rénales
- Perte de l'audition
- Lésions subies par le fœtus présent dans l'utérus d'une femme atteinte d'un cancer et recevant une chimiothérapie
- Infertilité
- Interruption des règles chez la femme (aménorrhée), qui peut être temporaire

Effets secondaires occasionnels :

- Modification de la fonction et de la structure du foie
- Lésions du muscle cardiaque
- Engourdissements ou picotements dans les doigts et les orteils (neuropathie périphérique)
- Constipation
- Vision floue
- Éruptions cutanées ou rougeurs de la peau
- Toux ou essoufflement
- Modification de la couleur de la peau et/ou des ongles
- Réactions allergiques
- Inflammation autour du site de perfusion/d'injection
- Fièvre et frissons

Effets secondaires rares :

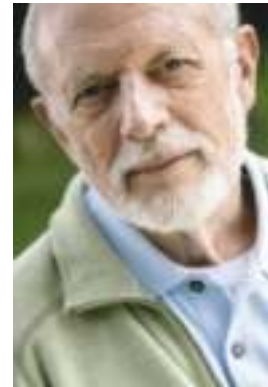
- Dépression
- Conjonctivite
- Maux de tête
- Augmentation du rythme cardiaque
- Vertiges
- Hypertension artérielle

Enfin, il convient de noter que certains médicaments chimiothérapeutiques passent dans le lait maternel et peuvent être nocifs pour le nourrisson.

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS LE TRAITEMENT ?

Il n'est pas inhabituel pour les patients atteints d'un cancer de ressentir des symptômes liés au traitement une fois ce dernier terminé.

- Des patients peuvent éprouver de l'anxiété, des insomnies ou de la dépression. Ils peuvent alors avoir besoin de soutien psychologique.
- Pendant et après le traitement, l'alimentation peut devenir problématique en raison d'un manque d'appétit, de nausées et d'un mal-être général.
- Les difficultés de concentration et de mémorisation sont les effets secondaires* assez fréquents des chimiothérapies systémiques, c'est-à-dire, administrées par voie intraveineuse ou orale.



Le suivi* avec les médecins

Une fois le traitement terminé, le médecin proposera un suivi avec les objectifs suivants :

- Détecter et prévenir les effets secondaires du traitement
- Détecter une récurrence* éventuelle le plus tôt possible et mettre en place le traitement approprié
- Apporter des informations médicales, un soutien psychologique et une orientation vers les services d'accompagnement spécialisés pour optimiser un retour à la vie quotidienne normale.

Le protocole de suivi comprendra des visites régulières au cabinet du médecin et des examens fréquents. Il dépendra du grade* et du stade de la tumeur de la vessie qui a été traitée, ainsi que du type du traitement administré. En général, les visites de suivi sont constituées d'une combinaison des examens suivants :

- Des questions sur l'état de santé du patient et sur les symptômes liés au cancer de la vessie apparus depuis la dernière visite
- Une cystoscopie* pour détecter une éventuelle récurrence* et pour effectuer une biopsie* des nouvelles lésions
- Un examen radiologique* du système urinaire
- Une cytologie urinaire* : il s'agit d'un examen des urines en laboratoire pour détecter la présence de cellules tumorales provenant d'une récurrence de cancer de la vessie.
- Des prises de sang pour évaluer la fonction rénale
- Des examens radiologiques* réguliers si les examens préliminaires ont montré des résultats anormaux.

Il n'existe pas de protocole de suivi standard. Voici la liste des suivis recommandés et possibles :

Dans le cas d'un cancer de la vessie non invasif sur le plan musculaire, une cystoscopie régulière et une cytologie urinaire tous les 3 – 6 mois, en fonction du degré de risque élevé ou faible, durant les deux premières années, puis tous les 6 à 12 mois par la suite.

Après un traitement définitif d'un cancer de la vessie invasif sur le plan musculaire avec cystectomie radicale, une cytologie urinaire et des examens de la fonction hépatique et de la fonction rénale doivent être réalisés tous les 3 à 6 mois pendant 2 ans, et par la suite, selon les indications cliniques. Il convient aussi de réaliser des examens d'imagerie médicale de la poitrine, de l'appareil urinaire supérieur, de l'abdomen et du bassin tous les 3 à 6 mois pendant 2 ans, en se fondant sur le risque de récurrence, et par la suite, selon les indications cliniques.

Pour les cancers de la vessie invasifs sur le plan musculaire chez des patients pour lesquels la stratégie de conservation d'organe a été adoptée, il est nécessaire d'évaluer la réponse au traitement après la chimioradiothérapie d'induction. À la fin de ce traitement, il est recommandé le même schéma de suivi que celui des patients ayant subi une cystectomie radicale. Cependant, une cystoscopie et une cytologie urinaire, plus des biopsies aléatoires, sont nécessaires tous les 3-6 mois pendant 2 ans. Lors du suivi, il convient d'opérer une surveillance à long terme de la toxicité des traitements et d'éventuelles récurrences de tumeurs secondaires.

Le retour à la vie normale

Il peut être difficile de vivre avec l'idée que le cancer peut réapparaître. Si l'un des facteurs de risques* connus du cancer de la vessie est présent et modifiable, il est conseillé de l'éliminer autant que possible.

Les visites de suivi* chez le médecin offrent aux patients l'occasion d'obtenir des informations médicales, un soutien psychologique et une orientation vers des services d'accompagnement spécialisés. Des psychologues spécialisés peuvent apporter un soutien non négligeable et certains patients trouveront du réconfort au sein de groupes de patients ou dans des outils d'information pour les patients. Les nutritionnistes peuvent conseiller une alimentation appropriée et les travailleurs sociaux peuvent aider les patients à trouver les ressources nécessaires pour une réinsertion réussie.

Et si le cancer réapparaît ?

Quand le cancer réapparaît, on parle de récurrence*. L'étendue de la récurrence orientera la décision de traitement, qui doit être soigneusement déterminée en fonction de chaque patient.

Chez les patients traités par chirurgie conservatrice de la vessie*, une tumeur résiduelle est observée dans 20 % des cas, lors de l'examen en laboratoire des tissus retirés lors de l'opération. Une autre proportion de 20 à 30 % des patients traités par chirurgie conservatrice de la vessie* dont le traitement était considéré comme complet développeront un nouveau cancer ou un cancer récidivant dans le reste de la vessie laissée en place. Jusqu'à 70 % des patients n'ont plus de tumeur après le premier contrôle par cystoscopie*. Un quart d'entre eux développeront de nouvelles lésions durant l'évolution de la maladie, ce qui nécessitera un traitement supplémentaire (une cystectomie, lorsque cela est possible).

Pour les patients atteints d'un cancer métastatique* et chez lesquels le cancer est en progression* après avoir suivi un traitement de première intention à base de médicaments dérivés du platine (cisplatine, carboplatine), une chimiothérapie de seconde intention à base de vinflunine* est recommandée.

DÉFINITIONS DES TERMES DIFFICILES

Adénocarcinome

Cancer qui naît dans les cellules qui tapissent certains organes internes et qui possèdent des propriétés semblables à des glandes (sécrétion).

Adjuvant (traitement adjuvant)

En matière de cancer, il s'agit d'une thérapie qui aide une autre thérapie à atteindre son objectif ultime et renforce son effet. Par exemple, la radiothérapie* ou la chimiothérapie* aide la chirurgie à atteindre son objectif d'élimination du cancer.

Anatomopathologie

Étude des cellules et tissus malades à l'aide d'un microscope.

Anesthésie

État réversible de perte de conscience au cours duquel le patient ne ressent pas de douleur, perd ses réflexes normaux et réagit moins au stress. Cet état est induit artificiellement par l'emploi de certaines substances désignées sous le nom d'anesthésiques. L'anesthésie peut être générale ou locale et permet au patient de subir une opération chirurgicale.

Anesthésie générale

Perte temporaire des sensations et perte totale de conscience ressemblant à un sommeil très profond. Cet état est induit par l'emploi de médicaments ou de substances appelées anesthésiques*. Une anesthésie générale empêche le patient de ressentir la douleur durant des interventions chirurgicales ou médicales.

Bacille de Calmette et Guérin (BCG)

Une forme affaiblie de la bactérie *Mycobacterium bovis* qui ne cause pas de maladie. Le bacille de Calmette et Guérin est administré dans une solution afin de stimuler le système immunitaire dans le traitement du cancer de la vessie et est utilisé comme vaccin contre la tuberculose.

Bassinnet du rein

Zone située au centre du rein. C'est à cet endroit que s'accumule l'urine qui est canalisée ensuite dans l'uretère*, un tube qui relie le rein à la vessie.

Bénin/bénigne

Sans danger pour la santé. Pour une tumeur, bénigne signifie non cancéreuse. Les tumeurs bénignes peuvent grossir, mais elles ne se propagent pas dans d'autres parties du corps. On qualifie également ces tumeurs de non malignes.

Biopsie

Prélèvement de cellules ou de tissus pour examen par un anatomopathologiste*. Celui-ci peut étudier le tissu au microscope ou réaliser d'autres tests sur les cellules ou tissus. Il existe de nombreux types de procédures de biopsie. Les types les plus courants sont : (1) la biopsie par incision : seul un échantillon de tissu est prélevé ; (2) la biopsie-exérèse : la totalité de la lésion ou de la zone suspecte est prélevée ; et (3) la ponction-biopsie : à l'aide d'une aiguille un échantillon de tissu ou de liquide est prélevé. Lorsqu'une grosse aiguille est utilisée, on parle de biopsie au trocart. Lorsque l'aiguille utilisée est fine, la procédure est appelée ponction à l'aiguille fine ou cytoponction.

Carboplatine

Le carboplatine est un médicament utilisé pour traiter les cancers de l'ovaire avancés qui n'ont jamais été traités ou les symptômes des cancers de l'ovaire qui ont récidivé après un traitement par d'autres médicaments anticancéreux. Il est également utilisé en association avec d'autres médicaments pour traiter les cancers du poumon non à petites cellules à un stade avancé, métastatiques ou récidivants. Son utilisation dans le traitement d'autres types de cancer fait l'objet d'études. Le carboplatine est une forme de cisplatine (un médicament anticancéreux) mais provoque moins d'effets secondaires chez les patients. Il se fixe à l'ADN dans les cellules et peut tuer les cellules cancéreuses. Il s'agit d'un type de composé du platine. Il porte également le nom de Paraplatin(e).

Carcinome épidermoïde

Cancer qui apparaît dans les cellules squameuses qui sont de minces cellules plates qui ressemblent à des écailles de poissons. On trouve ces cellules dans les tissus qui forment la surface de la peau, les muqueuses des organes creux du corps et les passages des voies respiratoires et digestives. Autre nom : carcinome malpighien.

Carcinome transitionnel

Cancer qui se forme dans les cellules de transition située dans la muqueuse de la vessie, des uretères* ou du bassinot du rein*. Les cellules de transition sont des cellules qui peuvent changer de forme et s'étirer sans se rompre.

Cathéter

Tube qui peut être introduit dans le corps. Il peut avoir de nombreuses utilisations, dont le drainage ou l'administration de liquides ou de gaz.

Chimiothérapie

Type de traitement médicamenteux contre le cancer qui tue les cellules cancéreuses et/ou limite leur croissance. Ces médicaments sont généralement administrés au patient par perfusion lente dans les veines (intraveineuse). Toutefois, ils peuvent également être administrés oralement, par perfusion directe dans un membre ou par perfusion dans le foie, selon la localisation du cancer.

Cisplatine

Médicament utilisé pour traiter de nombreux types de cancer. Le cisplatine contient du platine. Il tue les cellules cancéreuses en détériorant leur ADN et en les empêchant de se diviser. Le cisplatine est un type d'agent alkylant.

Contre-indications

Maladie ou symptôme qui empêchent l'administration d'un traitement ou d'une procédure chez un patient. Les contre-indications sont soit absolues, ce qui signifie que le traitement ne doit jamais être administré aux patients présentant cette maladie ou ce symptôme, soit relatives, ce qui signifie que le risque peut être compensé par les avantages apportés aux patients souffrants de cette maladie ou de ce symptôme.

Cystite

Inflammation de la vessie.

Cystoscopie

Examen de la vessie et de l'urètre* au moyen d'un cystoscope inséré dans l'urètre. Il s'agit d'un instrument fin en forme de tube équipé d'une source lumineuse et d'un objectif de prise de vue. Il peut également être équipé d'un outil pour découper les tissus à contrôler au microscope afin d'y rechercher des signes de maladie.

Cytologie urinaire

Tests effectués sur les cellules présentes dans l'urine pour y détecter des maladies.

Dérivation urinaire

Intervention chirurgicale destinée à créer une nouvelle voie d'évacuation de l'urine en dehors du corps. Elle peut prévoir de rediriger l'urine dans le colon, d'utiliser des cathéters* pour drainer la vessie ou de pratiquer une ouverture dans l'abdomen pour recueillir l'urine dans une poche située en dehors du corps.

Diabète

Toute maladie qui oblige les reins à fabriquer une grande quantité d'urine. Le diabète se réfère généralement au diabète sucré qui présente un taux élevé de glucose dans le sang.

Doxorubicine

Un médicament utilisé pour traiter de nombreux types de cancer et faisant l'objet d'études dans le traitement d'autres types de cancer. La doxorubicine provient d'une bactérie appelée *Streptomyces peucetius*. Elle détériore l'ADN et peut tuer les cellules cancéreuses. Il s'agit d'un type d'antibiotique antitumoral de la famille des anthracyclines.

Dysfonctionnement sexuel

Incapacité de profiter pleinement de rapports sexuels. Cela inclut une grande variété de problèmes qui affectent l'acte sexuel à tous les stades : le désir, l'excitation, l'orgasme et la résolution.

Effets secondaires

Problème survenant lorsque le traitement affecte des tissus ou des organes sains. Les effets secondaires courants des traitements anticancéreux incluent de la fatigue, des douleurs, des nausées, des vomissements, une baisse de la numération sanguine, une perte de cheveux et des ulcères buccaux.

Envahissement macroscopique

Extension d'un cancer aux tissus adjacents, visible à l'œil nu.

Envahissement microscopique

Propagation des cellules cancéreuses aux tissus adjacents, observable uniquement au microscope.

Épirubicine

L'épirubicine est un médicament utilisé en association avec d'autres afin de traiter les cancers du sein à un stade précoce qui se sont propagés aux ganglions lymphatiques. Elle fait en outre l'objet d'études dans le traitement d'autres types de cancer. L'épirubicine est un type d'antibiotique de la famille des anthracyclines*.

Épithélium

Le terme « épithélium » désigne les cellules qui tapissent les organes creux et les glandes, ainsi que les cellules qui composent la surface extérieure du corps. Les cellules épithéliales permettent de protéger ou de délimiter les organes. La plupart produisent du mucus ou d'autres sécrétions.

Épithélium transitionnel

Type de tissu constitué de plusieurs couches de cellules. Ces cellules peuvent se contracter et s'étirer de façon à ce que la forme des cellules de surface se modifie en fonction du degré d'étirement du tissu.

Examen radiologique

Examen qui utilise des technologies d'imagerie médicale (telles que la radiographie, l'échographie*, la tomodensitométrie et la médecine nucléaire) pour visualiser les organes, les structures et les tissus à l'intérieur du corps à la fois pour diagnostiquer et traiter des maladies.

Examen clinique

Examen du corps visant à rechercher des signes de maladie.

Facteur de croissance des colonies granulocytaires (G-CSF)

Facteur de croissance qui stimule la production de neutrophiles (un type de globules blancs). Il s'agit d'une cytokine qui joue un rôle dans l'hématopoïèse (la formation des cellules sanguines). Autres noms : filgrastim et G-CSF.

Facteur de risque

Élément qui augmente le risque de développer une maladie. Dans le cas du cancer, l'âge, les antécédents familiaux de cancer, le tabagisme, l'exposition à un rayonnement ou à certains produits chimiques, certaines infections virales ou bactériennes et certaines mutations génétiques sont autant d'exemples de facteurs de risque.

Ganglion lymphatique

Une masse arrondie de tissu lymphatique qui est entourée d'une capsule de tissu conjonctif. Les ganglions lymphatiques filtrent la lymphe et abritent des lymphocytes. Ils sont placés le long des vaisseaux lymphatiques.

Gemcitabine

La gemcitabine est l'ingrédient actif d'un médicament utilisé pour traiter le cancer du pancréas qui se trouve à un stade avancé ou qui s'est propagé. Elle est également utilisée en association avec d'autres médicaments pour traiter les cancers du sein qui se sont propagés, les cancers de l'ovaire à un stade avancé et les cancers du poumon non à petites cellules qui se trouvent à un stade avancé ou qui se sont propagés. Elle fait par ailleurs l'objet d'études dans le traitement d'autres types de cancer. La gemcitabine est un antimétabolite qui empêche la cellule de fabriquer de l'ADN et peut tuer les cellules cancéreuses.

Grade

Description d'une tumeur en fonction de l'aspect anormal des cellules cancéreuses examinées au microscope et de la vitesse à laquelle la tumeur est susceptible de grossir et de se propager.

Gène défectueux héréditaire

Gène anormal ou ayant subi une mutation, transmis par les parents à leurs enfants.

Hyperplasie bénigne de la prostate

Maladie bénigne (non cancéreuse) dans laquelle une prolifération du tissu de la prostate comprime l'urètre* et la vessie, bloquant l'écoulement de l'urine. Autres noms : hypertrophie bénigne de la prostate, HBP.

Imagerie par résonance magnétique (IRM)

Technique d'imagerie utilisée en médecine. Elle utilise la résonance magnétique. Parfois, un liquide est injecté pour accentuer le contraste entre les différents tissus, afin de mieux distinguer les différentes structures.

Instillation intravésicale

Administration d'un produit dans la vessie de manière lente ou au goutte-à-goutte.

(Thérapie) intravésicale

Une thérapie intravésicale se fait directement dans la vessie.

Immunothérapie

Traitement pour renforcer ou restaurer la capacité du système immunitaire à combattre le cancer, les infections ou d'autres maladies. L'immunothérapie est également utilisée pour diminuer certains effets secondaires liés à des traitements anticancéreux. Les agents utilisés en immunothérapie sont des anticorps monoclonaux, des facteurs de croissance et des vaccins. Ces agents peuvent également avoir un effet antitumoral direct. L'immunothérapie est aussi appelée traitement par modificateur de la réponse biologique (MRB), thérapie biologique et biothérapie.

Lamina propria

Mince couche de tissu conjonctif lâche qui se trouve sous l'épithélium, avec lequel il constitue la muqueuse*. Le terme muqueuse* indique toujours à la combinaison de l'épithélium et de la lamina propria.

Lymphoedème

Maladie caractérisée par une accumulation de liquide lymphatique dans les tissus, ce qui provoque un gonflement. Un lymphoedème peut survenir au bras ou à la jambe lorsque des vaisseaux lymphatiques sont bloqués, endommagés ou enlevés lors d'une intervention chirurgicale.

Métastase

La propagation d'un cancer d'une partie de l'organisme à une autre. Une tumeur formée par des cellules qui se sont propagées est appelée une « tumeur métastatique » ou une « métastase ». La tumeur métastatique contient des cellules semblables à celles présentes dans la tumeur (primitive) d'origine.

Méthotrexate

Un médicament utilisé pour traiter certains types de cancer, la polyarthrite rhumatoïde et des affections sévères de la peau telles que le psoriasis. Le méthotrexate empêche les cellules de fabriquer de l'ADN et peut tuer les cellules cancéreuses. Il s'agit d'un type d'antimétabolite. Également appelé améthoptérine ou MTX.

Micrométastase

Petit nombre de cellules cancéreuses qui se sont propagées à partir de la tumeur primaire à d'autres parties du corps et dont certaines sont détectées durant un test de dépistage ou de diagnostic.

Mitomycine C

Un médicament anticancéreux de la famille des antibiotiques antitumoraux.

Muqueuse

La couche de délimitation interne, humide de certains organes et cavités de. Les glandes présentes dans la muqueuse produisent du mucus (un fluide épais et visqueux). Également appelée membrane muqueuse.

Organes reproducteurs/appareil reproductif

Organes jouant un rôle dans la reproduction. Chez les femmes, il s'agit des ovaires, des trompes de Fallope, de l'utérus, du col de l'utérus et du vagin. Chez les hommes, il s'agit de la prostate*, des testicules et du pénis.

Pathologiste

Médecin spécialisé dans l'anatomopathologie*, l'étude des cellules et tissus malades à l'aide d'un microscope.

Pronostic

Résultat ou évolution probable de la maladie, la probabilité de guérison ou de récurrence*.

Progression

Désigne en médecine l'évolution d'une maladie, comme le cancer, qui empire ou qui s'étend dans le corps.

Prostate

Glande faisant partie du système reproducteur masculin*. La prostate entoure la partie de l'urètre* (tube d'évacuation de la vessie) juste au-dessous de la vessie et produit un liquide qui constitue le sperme.

Radiation ionisante

Type d'irradiation provoquée par des rayons X*, des substances radioactives, des rayonnements qui pénètrent dans l'atmosphère terrestre depuis l'espace ou d'autres sources. À fortes doses, les radiations ionisantes augmentent l'activité chimique à l'intérieur des cellules et peuvent provoquer des problèmes de santé, dont le cancer.

Radiothérapie

Thérapie utilisant des rayonnements pour traiter le cancer. Ces rayonnements sont toujours orientés vers la zone spécifique du cancer.

Récidive

Se dit d'un cancer ou d'une maladie (souvent auto-immune) qui réapparaît, généralement après une période durant laquelle le cancer ou la maladie était absent(e) ou ne pouvait être détecté(e). Le cancer peut réapparaître au même endroit que la tumeur d'origine (primaire) ou à un autre endroit du corps. Egalement désigné sous le nom de cancer ou de maladie récidivant(e).

Réunion de concertation pluridisciplinaire

Méthode de planification du traitement dans laquelle un certain nombre de spécialistes appartenant à différentes disciplines examinent et discutent ensemble de l'état et des possibilités de traitement d'un patient. Dans le cas du traitement d'un cancer, la réunion de concertation pluridisciplinaire peut réunir l'expertise d'un oncologue médical (spécialiste du traitement médicamenteux des cancers), un chirurgien oncologue (responsable du traitement chirurgical des cancers), et un radiothérapeute (responsable du traitement par radiothérapie). Ce groupe d'experts est également appelé RCP, consultation oncologique multidisciplinaire ou COM.

Résection transurétrale de tumeur de la vessie (RTUTV)

Intervention chirurgicale effectuée avec un instrument spécial appelé cystoscope*, que l'on insère dans l'urètre*. Il sert à diagnostiquer le cancer de la vessie et à retirer les excroissances inhabituelles trouvées sur la surface interne de cet organe, lorsque ces tumeurs sont superficielles (non invasives). Les tissus retirés lors de cette opération sont envoyés à un laboratoire pour y être analysés.

Scanner

Forme de radiographie dans laquelle les organes du corps sont scannés avec des rayons X* et dont les résultats sont synthétisés par un ordinateur, en vue de générer des images de parties du corps.

Scintigraphie (osseuse)

Procédure de production d'images de structures internes du corps, y compris de régions envahies par des cellules cancéreuses. La scintigraphie est utilisée à des fins de diagnostic et de suivi* d'une maladie ainsi que pour en déterminer le stade. Une petite quantité d'une substance radioactive (radionucléide) est injectée dans une veine ou ingérée. Différents radionucléides circulent dans le sang vers différents organes. Un appareil équipé d'une caméra spéciale se déplace autour du patient, allongé sur la table, et détecte le type de rayons émis par les radionucléides. Un ordinateur restitue une image des régions où s'accumulent les radionucléides. Ces régions sont susceptibles d'abriter des cellules cancéreuses. Cette technique est également appelée scintigraphie par balayage.

Traitement conservateur/chirurgie conservatrice de l'organe

Intervention chirurgicale conservant au maximum un organe pour préserver sa fonctionnalité et ses structures. Elle est proposée aux patients qui ne souhaitent pas ou ne peuvent pas subir d'ablation radicale qui consiste à retirer l'organe complètement.

Tubules rénaux

Petits canaux situés dans le tissu des reins contenant un filtrat qui deviendra l'urine. Ils font partie des néphrons, qui sont les unités fonctionnelles du rein.

Stomie

Ouverture pratiquée par intervention chirurgicale reliant une zone intérieure du corps à l'extérieur de celui-ci.

Suivi

Contrôle régulier dans le temps de la santé d'un patient après traitement. Cela concerne également le contrôle de l'état de santé des participants à une étude ou à un essai clinique, pendant et après l'étude en question.

Taxane

Type de médicaments qui bloque la croissance des cellules en arrêtant la mitose (division cellulaire). Les taxanes interfèrent avec les microtubules (structures cellulaires qui facilitent le déplacement des chromosomes durant la mitose). Ces agents sont utilisés pour traiter le cancer. Un taxane est un inhibiteur de la mitose et un agent antimicrotubules.

Tuberculose

Maladie causée par un type spécifique de bactéries qui se propagent d'une personne à l'autre par les voies aériennes. La tuberculose peut affecter de nombreuses parties du corps, mais s'attaque le plus souvent aux poumons. Le malade peut ne pas développer de symptômes de tuberculose pendant plusieurs années, mais ces derniers peuvent apparaître lorsque le patient contracte une maladie grave comme le diabète*, le sida ou le cancer. La tuberculose peut généralement être traitée et guérie avec des antibiotiques.

Urétéroscopie

Examen de l'intérieur de l'uretère* et du rein au moyen d'un urétéroscopie. Il s'agit d'un instrument fin en forme de tube équipé d'une source lumineuse et d'un objectif de prise de vue. Il peut également être équipé d'un outil pour prélever des tissus à examiner au microscope afin d'y rechercher des signes de maladie. L'urétéroscopie est inséré dans l'urètre* pour parvenir à la vessie, à l'uretère et au bassinet du rein* (partie du rein qui collecte, retient et draine urine).

Uretères

Canaux qui acheminent l'urine des reins vers la vessie.

Urètre

Canal qui relie la vessie avec l'extérieur du corps. Chez les hommes, l'urètre* transporte l'urine ainsi que le sperme.

Urothélium

La couche bordant les voies urinaires, y compris le bassinet rénal (région située au centre du rein), les uretères*, la vessie et l'urètre

Vésicules séminales

Paire de glandes en forme de tube d'environ 5 cm de longueur, qui sont repliées à l'intérieur d'une structure en forme d'ampoule. Elles sont situées au-dessus de la prostate. Chacune d'elles dispose d'un canal qui la relie à la prostate. Elles produisent la plus grande partie du fluide contenu dans le sperme.

Vinblastine

L'ingrédient actif d'un médicament utilisé en association avec d'autres pour traiter différents types de cancer, notamment le lymphome hodgkinien à un stade avancé et les tumeurs germinales du

testicule à un stade avancé. Elle fait en outre l'objet d'études dans le traitement d'autres types de cancer. La vinblastine est extraite d'une pervenche appelée Vinca rosea Linn. Elle inhibe la croissance cellulaire en arrêtant la division des cellules et peut tuer les cellules cancéreuses. Il s'agit d'un vinca-alcaloïde et d'un type d'agent antimitotique.

Vinflunine

Médicament anticancéreux utilisé pour le traitement de deuxième intention du cancer de la vessie. La vinflunine appartient au groupe de médicaments anticancéreux appelés vinca-alcaloïdes. Elle se lie dans les cellules à une protéine appelée « tubuline », qui est importante pour la formation du « squelette » interne dont les cellules ont besoin pour s'assembler lorsqu'elles se divisent. En se liant à la tubuline dans les cellules cancéreuses, la vinflunine stoppe la formation de ce squelette et empêche ainsi la division et la propagation des cellules cancéreuses.

Viscéral

Relatif aux viscères, autrement dit, les organes mous situés à l'intérieur du corps tel que les poumons, le cœur, les organes de l'appareil digestif, de l'appareil urinaire, de l'appareil reproducteur et du système vasculaire.

Rayons X

Rayonnement utilisé pour reproduire des images de l'intérieur des éléments. En médecine les rayons X sont utilisés pour regarder l'intérieur du corps.

Les Guides pour les patients de l'ESMO/Fonds Anticancer sont conçus pour aider les patients et leurs proches à comprendre la nature des différents types de cancer et évaluer les meilleures options de traitement disponibles. Les informations médicales décrites dans les Guides pour les patients s'appuient sur les recommandations de pratique clinique de l'ESMO, qui sont conçues pour guider les médecins oncologues au niveau du diagnostic, du suivi et du traitement des différents types de cancer. Ces guides sont réalisés par le Fonds Anticancer en étroite collaboration avec l'ESMO Guidelines Working Group et l'ESMO Cancer Patient Working Group.

Pour plus d'information, vous pouvez visiter www.esmo.org et anticancerfund.org

