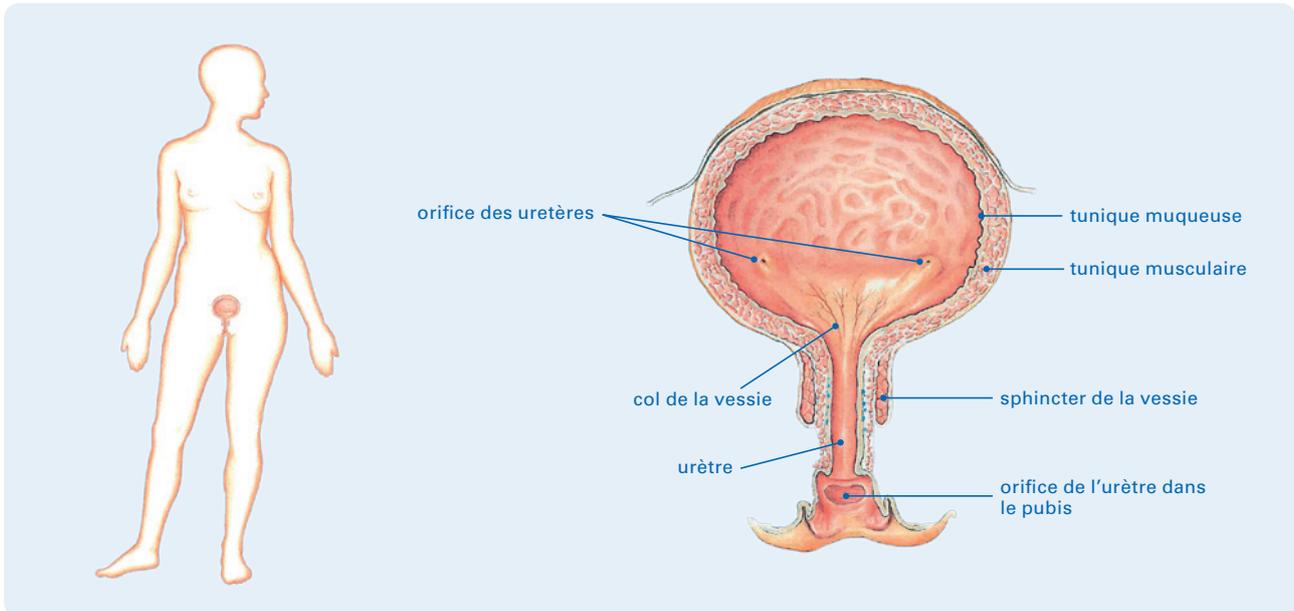




Le cancer de la vessie

Carcinome de la vessie



La vessie

Située dans la partie antérieure du bassin, la vessie forme une sorte de réservoir dans lequel s'accumule l'urine que les deux uretères acheminent depuis les reins. A partir d'une certaine quantité d'urine dans la vessie, le besoin d'uriner se fait sentir. L'urine est expulsée de la vessie par l'urètre lors de la miction.

La vessie se compose de quatre couches, qui sont, de l'intérieur vers l'extérieur: la tunique muqueuse, qui tapisse l'intérieur de la vessie; le tissu conjonctif; la tunique musculaire, qui aide à expulser l'urine hors de la vessie; le tissu conjonctif et graisseux, qui sépare la vessie des organes voisins. Le cancer de la vessie se développe pratiquement toujours dans les cellules de la muqueuse.

Fréquence

Chaque année, on dénombre 1100 nouveaux cas de cancer de la vessie en Suisse, ce qui représente 3 % de tous les cancers. Trois quarts des patients sont des hommes, un quart des femmes. Le cancer de la vessie touche essentiellement des personnes d'âge mûr: au moment du diagnostic, 35 % des patients sont âgés de 50 à 70 ans, 62 % ont plus de 70 ans.

Symptômes

Le cancer de la vessie se développe souvent sans provoquer le moindre trouble. La présence de sang dans l'urine est un premier signal d'alarme. D'autres symptômes, nettement plus rares, sont des mictions fréquentes et impérieuses, ainsi que des difficultés ou des douleurs lors de la miction.

Examens et diagnostic

Lorsque le médecin soupçonne un cancer de la vessie, il commence par rechercher des traces de sang dans l'urine. Le principal examen pour établir le diagnostic est l'endoscopie de la vessie (cystoscopie). Le médecin introduit par l'urètre un tube souple équipé d'une caméra miniaturisée pour visualiser la paroi de la vessie. Des échantillons de tissu (biopsie) peuvent être prélevés simultanément dans la muqueuse à l'aide d'instruments spéciaux.

L'urographie (radiographie de l'appareil urinaire) constitue un autre examen important. Pour que les voies urinaires apparaissent clairement sur l'image, le patient doit absorber au préalable une boisson contenant un produit de contraste.

Pour déterminer dans quelle mesure la tumeur s'est propagée à d'autres régions du corps, le médecin peut

procéder à des examens complémentaires tels que le tomodensitomètre (scanner) ou l'imagerie par résonance magnétique (IRM) des organes pelviens, l'échographie du foie ou le scintigraphie osseuse.

Les stades de la maladie

Pour déterminer le stade du cancer de la vessie, c'est-à-dire évaluer son extension, on utilise la classification internationale TNM: T = tumeur, N = atteinte des ganglions lymphatiques (*nodes* en anglais), M = métastases. Plus le chiffre qui accompagne les lettres est élevé, plus la tumeur s'est propagée dans l'organisme.

- T0** Pas de tumeur
- T1** La tumeur est limitée à la muqueuse de la vessie.
- T2** La tumeur a envahi la tunique musculaire.
- T3** La tumeur a franchi la tunique musculaire.
- T4** La tumeur a envahi les organes voisins, comme la prostate ou le vagin.
- Tx** Extension de la tumeur impossible à évaluer
- N0** Pas de cellules cancéreuses dans les ganglions lymphatiques
- N1** Présence d'une métastase atteignant jusqu'à 2 cm de diamètre dans un ganglion lymphatique
- N2** Présence de métastases atteignant jusqu'à 5 cm de centimètre dans un ou plusieurs ganglions
- N3** Présence de métastases de plus de 5 cm de diamètre dans un ou plusieurs ganglions
- Nx** Atteinte ganglionnaire impossible à évaluer
- M0** Pas de métastases
- M1** Présence de métastases dans d'autres tissus ou organes, par exemple dans les os ou le poumon
- Mx** Présence de métastases impossible à évaluer

Traitement

Le choix des méthodes de traitement dépend essentiellement du stade de la maladie. Deux tiers des cancers de la vessie sont découverts à leurs débuts, alors que la tumeur est encore limitée à la muqueuse.

Au stade précoce, les tumeurs sont traitées par résection transurétrale de la vessie (RTUV): un instrument est introduit dans la vessie par l'urètre – comme pour une cytoscopie – et la tumeur est enlevée de l'intérieur. Dans certains cas, on procède ensuite à un lavage de la vessie avec un liquide qui inhibe la croissance des cellules cancéreuses (chimiothérapie locale).

Lorsque la tumeur a franchi la muqueuse, il est nécessaire de procéder à l'ablation totale de la vessie. Chez l'homme, on enlève également la prostate et les vésicules séminales, chez la femme, l'utérus et les ovaires. Suivant l'extension de la tumeur, une chimiothérapie est effectuée après l'opération pour détruire les cellules cancéreuses résiduelles dans l'organisme.

Aux stades avancés ou lorsque l'ablation de la vessie n'est pas possible, on a généralement recours à une association de chimiothérapie et de radiothérapie.

Répercussions du traitement

Une fois la vessie enlevée, l'urine doit être évacuée par un autre canal. On distingue deux possibilités:

- > La création d'une «vessie de substitution» à partir d'un segment d'intestin. Les patients apprennent à retenir l'urine avec ce système et ont dans la plupart des cas des mictions quasi normales.
- > Une dérivation urinaire à travers la paroi abdominale (urostomie). L'urine est collectée dans une poche fixée à la paroi abdominale qui est régulièrement vidée ou changée ou dans une sorte de réservoir muni d'une soupape confectionnée par l'urologue lors de l'intervention. Le patient doit régulièrement vider le réservoir au moyen d'un cathéter.

Après le traitement, il arrive que l'urine coule goutte à goutte ou que le patient n'arrive plus à la retenir (incontinence urinaire). D'autres problèmes sont possibles tels qu'inflammations répétées de la vessie de substitution, besoin d'uriner très fréquent ou, au contraire, absent.

L'ablation des organes génitaux internes (prostate et vésicules séminales chez l'homme, utérus et ovaires chez la femme) entraîne la stérilité chez les personnes concernées. Des troubles de l'érection sont également possibles après l'intervention.

Chez la femme, l'ablation des ovaires, où sont produites les hormones sexuelles féminines, entraîne une ménopause précoce, souvent accompagnée de troubles spécifiques tels que bouffées de chaleur, sautes d'humeur ou sécheresse vaginale.

L'ablation des organes sexuels internes et la formation de tissu cicatriciel peuvent également affecter le plaisir sexuel et entraîner des difficultés ou des douleurs lors des rapports sexuels chez la femme.

Suivi médical

Une fois le traitement terminé, des contrôles réguliers sont indispensables. L'intervalle entre les rendez-vous et les examens nécessaires sont déterminés individuellement en fonction de chaque cas particulier.

Facteurs de risque

Certains facteurs peuvent augmenter le risque de développer un cancer de la vessie:

- > Le tabagisme est, de loin, le principal facteur de risque. Le cancer de la vessie est nettement plus répandu chez les fumeurs et les fumeuses que chez les non-fumeurs.
- > Certaines substances chimiques utilisées dans l'industrie, par exemple, peuvent également être à l'origine d'un risque accru de cancer de la vessie. Dans les pays occidentaux, ces produits ont toutefois largement disparu des processus de fabrication.
- > La bilharziose, une maladie tropicale causée par des larves de vers, affecte différents organes, dont la vessie. En l'absence de traitement, elle peut entraîner un cancer.

- > Les infections chroniques de la vessie (cystites) entraînent également un risque accru. Les personnes qui souffrent de calculs de la vessie sont particulièrement à risque.

Prévention et dépistage

La principale mesure pour diminuer le risque de cancer de la vessie est de ne pas fumer. S'il n'existe pas de méthode de détection précoce, la présence de sang dans les urines est un signal d'alarme qui doit impérativement inciter la personne concernée à voir un médecin.

Remarque

Cette information peut également être téléchargée en allemand, en italien, en espagnol, en portugais, en albanais, en serbo-croate-bosniaque et en turc sur le site www.liguecancer.ch → les différents types de cancer. Vous trouverez également des brochures gratuites en français, en allemand et en italien sur www.liguecancer.ch/brochures.

Informations, conseils et soutien

Krebsliga Aargau

Tel. 062 834 75 75
www.krebsliga-aargau.ch

Krebsliga beider Basel

Tel. 061 319 99 88
www.krebsliga-basel.ch

Bernische Krebsliga

Ligue bernoise contre le cancer
Tel. 031 313 24 24
www.bernischekrebsliga.ch

Ligue fribourgeoise contre le cancer

Krebsliga Freiburg
tél. 026 426 02 90
www.liguecancer-fr.ch

Ligue genevoise contre le cancer

tél. 022 322 13 33
www.lgc.ch

Krebsliga Glarus

Tel. 055 646 32 47
www.krebsliga-glarus.ch

Krebsliga Graubünden

Tel. 081 252 50 90
www.krebsliga-gr.ch

Ligue jurassienne contre le cancer

tél. 032 422 20 30
www.liguecancer-ju.ch

Ligue neuchâteloise contre le cancer

tél. 032 721 23 25
www.liguecancer-ne.ch

Krebsliga Schaffhausen

Tel. 052 741 45 45
www.krebsliga-sh.ch

Krebsliga Solothurn

Tel. 032 628 68 10
www.krebsliga-so.ch

Krebsliga St. Gallen-Appenzell

Tel. 071 242 70 00
www.krebsliga-sg.ch

Thurgauische Krebsliga

Tel. 071 626 70 00
www.tgkl.ch

Lega ticinese contro il cancro

tel. 091 820 64 20
www.legacancro-ti.ch

Ligue valaisanne contre le cancer

tél. 027 322 99 74
www.lvcc.ch

Krebsliga Wallis

Tel. 027 922 93 21
www.krebsliga-wallis.ch

Ligue vaudoise contre le cancer

tél. 021 641 15 15
www.lvc.ch

Krebsliga Zentralschweiz

Tel. 041 210 25 50
www.krebsliga.info

Krebsliga Zug

Tel. 041 720 20 45
www.krebsliga-zug.ch

Krebsliga Zürich

Tel. 044 388 55 00
www.krebsliga-zh.ch

Krebshilfe Liechtenstein

Tel. 00423 233 18 45
www.krebshilfe.li

Ligne InfoCancer

0800 11 88 11
du lundi au vendredi 10–18 h
appel gratuit

www.forumcancer.ch

Forum internet de la Ligue contre le cancer

Impressum

Auteur

Dr. méd. Eva Ebnöter,
Zollikon

Traduction

Evelyne Carrel, Arzier

Illustrations

Daniel Haldemann, Wil SG

Editrice

Ligue suisse contre le cancer
Effingerstrasse 40
Case postale 8219
3000 Berne
Téléphone 031 389 91 00
www.liguecancer.ch

© 2010

Ligue suisse contre
le cancer, Berne