



*pour la vie*

INFORMATION  
& PRÉVENTION

# Le cancer de la vessie

G R A N D P U B L I C

## Ce à quoi sert la vessie

La vessie est une poche qui reçoit l'urine produite par les reins, via les uretères\*. Elle est constituée d'un muscle qui, en se contractant, permet à l'urine d'être évacuée. Elle est fermée par un muscle appelé sphincter. Elle peut contenir jusqu'à 1/2 litre grâce à sa capacité de se distendre. La distension de la vessie entraîne le besoin d'uriner, le choix du moment de la miction\* étant sous le contrôle de la volonté.

La vessie est située sous les reins, en arrière du pubis. Chez l'homme, la vessie est devant le rectum. Chez la femme, elle se trouve devant le vagin et l'utérus. La paroi de la vessie est constituée de trois couches : muqueuse, musculaire et conjonctive.

## Le cancer de la vessie

Le cancer de la vessie survient plus volontiers chez l'homme que chez la femme. Il touche habituellement les sujets âgés de plus de 50 ans (âge moyen : 65 ans). Ce cancer est relativement fréquent : 10 771 nouveaux cas ont été recensés en 2000 (dont 8 986 cas chez des hommes).

**Le principal facteur de risque est le tabac.  
Plus de la moitié des patients ayant un cancer de la vessie sont des fumeurs ou des anciens fumeurs.**

D'autres facteurs de risque viennent au second plan après le tabagisme : l'exposition à certains toxiques (aniline, benzidine) chez les travailleurs de l'industrie chimique ou des colorants<sup>1</sup>, et la bilharziose urinaire qui est une maladie parasitaire contractée essentiellement en Afrique occidentale et en Egypte.

\* cf. glossaire p.9

(1) Pour plus d'informations : consulter la brochure de la Ligue contre le cancer « Cancers de la vessie d'origine professionnelle : comment les repérer, les déclarer, les faire reconnaître, les faire indemniser. »

## LA CLASSIFICATION DES TUMEURS DE LA VESSIE

90 % des tumeurs de la vessie conservent une structure histologique normale, à l'identique de celle de la couche muqueuse qui tapisse l'intérieur de la vessie (urothélium) ; on parle de tumeurs "urothéliales"\*. Les autres tumeurs, beaucoup plus rares, sont dites "non urothéliales".

**Le pronostic du cancer de la vessie dépend du grade et surtout du stade de la tumeur :**

- > le grade dépend de l'importance des anomalies des cellules tumorales : plus ces anomalies sont importantes, plus le grade de la tumeur est élevé ;
- > le stade décrit le degré d'extension de la tumeur dans la paroi de la vessie. On distingue :
  - les tumeurs Ta (atteinte de la muqueuse seule, avec bourgeon endo-vésical),
  - les tumeurs T1 (atteinte du chorion),
  - les tumeurs T2 (atteinte de la musculuse),
  - les tumeurs T3 (atteinte de la graisse péri-vésicale), et les tumeurs T4 (atteinte des organes de voisinage : rectum, prostate, utérus...).
  - un cas particulier est l'existence d'une tumeur intra-muqueuse, sans bourgeon endo-vésical ; il s'agit du carcinome in situ\*.

Au moment du diagnostic, 75 à 85 % des patients ont une tumeur superficielle. Son évolution est imprévisible. Environ la moitié des tumeurs superficielles récidivent dans les 12 mois, tout en restant superficielles. Cependant, les tumeurs superficielles évoluent parfois vers une tumeur infiltrante, surtout lorsque le patient a continué à fumer.

\* cf. glossaire p.9

## LE PRONOSTIC DU CANCER DE LA VESSIE

- En cas de tumeur superficielle, le taux de survie à 5 ans après traitement est compris entre 80 et 90 %.
- En cas de tumeur infiltrante, le taux de survie à 5 ans après cystectomie\* est de 70 à 80% pour les tumeurs de stade T2, et de 40 à 60 % pour les tumeurs de stade T3.

## Quand évoquer un cancer de la vessie ?

Le signe le plus évocateur (surtout chez un fumeur après la cinquantaine) et le plus fréquent est la présence de sang dans les urines (hématurie\*).

Les urines peuvent être rouge vif en cas de saignement abondant et récent, rouge bordeaux en cas de saignement ancien, ou rosées en cas de saignement modéré. La coloration des urines par le sang peut survenir seulement en fin de miction (hématurie terminale).

Le plus souvent, le saignement est isolé : il n'y a aucun autre symptôme (ni douleur, ni fièvre, ni troubles mictionnels\*). Le saignement peut être intermittent : le fait d'avoir à nouveau des urines de couleur normale après une hématurie ne doit pas rassurer faussement le patient. L'existence d'une hématurie ne traduit pas obligatoirement, pour autant, l'existence d'un cancer de la vessie. De nombreuses autres causes vésicales ou rénales peuvent être responsables, dont une infection urinaire, un calcul, une tumeur du rein, etc.

\* cf. glossaire p.9

## Les examens à faire

En fonction du contexte, le médecin proposera un certain nombre d'examens et une consultation spécialisée.

Les examens courants sont :

- **l'examen cytot bactériologique des urines (ECBU\*)** : il permet de confirmer la présence de sang dans les urines et de rechercher une éventuelle infection urinaire qui pourrait l'expliquer.
- **la cystoscopie** : il s'agit d'un examen par fibroscopie qui permet d'examiner l'intérieur de la vessie avec un système optique. L'examen se fait en consultation, après anesthésie de l'urètre\* par du gel anesthésiant. La cystoscopie permet de voir un éventuel polype vésical, de déterminer son aspect et sa localisation. Si l'examen fibroscopique révèle l'existence d'une tumeur vésicale, celle-ci pourra être enlevée par les voies naturelles ; c'est ce que l'on appelle une résection endoscopique.
- **la cytologie urinaire** : c'est l'examen des cellules retrouvées dans les urines après centrifugation. En cas de tumeur, des cellules visiblement cancéreuses peuvent être vues à l'examen au microscope.
- **l'échographie** : les ultrasons peuvent mettre en évidence un polype de la vessie, un calcul, une tumeur du rein, etc.
- **scanner** : cet examen est demandé lorsque l'échographie ne permet pas de visualiser un polype de vessie. Il permet de chercher une autre cause à l'hématurie. Il sert également à faire le bilan d'extension du cancer en cas de tumeur infiltrante de la vessie (recherche de métastases).
- **l'urographie intraveineuse** : c'est une radiographie de l'ensemble de l'appareil urinaire, opacifié par un produit iodé injecté par voie intraveineuse et dont l'élimination se fait par les reins.

\* cf. glossaire p.9

Cet examen permet de voir les reins, les uretères (les conduits qui vont des reins à la vessie) et la vessie. L'urographie intraveineuse n'est pas systématique ; elle est demandée surtout en cas de suspicion de calcul urinaire ou de polype dans l'uretère.

## Les traitements

Le traitement d'un cancer de la vessie est toujours fonction du stade de celui-ci.

S'il existe un ou plusieurs polype(s), ils seront enlevés par les voies naturelles au cours d'une endoscopie vésicale. Les lésions retirées seront ensuite examinées au microscope par un anatomo-pathologiste.

- > **Les tumeurs superficielles** : la simple ablation de la tumeur par les voies naturelles, avec ou sans traitement complémentaire (instillations intravésicales), peut suffire pour obtenir sinon la guérison, du moins le contrôle de la maladie.
- > **Les tumeurs infiltrantes** vont nécessiter un acte plus important, l'ablation de la vessie (cystectomie totale). S'il existe une extension locale importante (ganglions) ou à distance (métastases), le traitement habituel fera appel à une chimiothérapie.

### 1. L'arrêt du tabac

Dans tous les cas, il est très important pour les fumeurs d'arrêter le tabac. En effet, les patients qui ont une tumeur superficielle de la vessie sont davantage à risque de développer une tumeur infiltrante s'ils continuent de fumer. D'autre part, les patients qui ont une tumeur infiltrante peuvent développer d'autres tumeurs sur les voies urinaires.

### 2. La résection endoscopique d'une tumeur de la vessie

L'ablation d'une tumeur de la vessie par les voies naturelles se fait sous anesthésie générale, ou en anesthésiant seulement le bas du corps (rachi-anesthésie). En fin d'opération, une sonde urinaire est mise en place, qui permet un lavage

de la vessie en post-opératoire. Elle est enlevée 24 à 48 heures après l'opération.

Dans tous les cas, les tissus ainsi recueillis sont ensuite examinés au microscope, cet examen histologique permettant de déterminer le caractère superficiel ou profond de la tumeur.

### 3. Les instillations vésicales

Les instillations consistent à introduire dans la vessie un liquide qui va agir sur sa paroi, avec l'objectif de diminuer le risque de récurrence. Ce traitement sera donc proposé après résection endoscopique des tumeurs superficielles. Le BCG (Bacille de Calmette-Guérin, également utilisé pour la vaccination contre la tuberculose) et la mitomycine sont les produits les plus utilisés. Les instillations de BCG permettent de réduire le risque de récurrence, sans que l'on en connaisse parfaitement le mode d'action.

Les instillations sont en général réalisées une fois par semaine pendant 6 semaines. Lorsque le risque de récurrence est important, un traitement « d'entretien » est proposé : une instillation par semaine pendant 3 semaines, tous les 3 mois pendant 2 ans. Ces instillations se font par une sonde urinaire, qui est posée juste le temps nécessaire à l'injection du produit. La sonde est ensuite retirée et le patient essaie de ne pas uriner durant les deux ou trois heures qui suivent. Le traitement se fait en ambulatoire (pas d'hospitalisation). Il est généralement bien toléré. Les complications les plus fréquentes sont des troubles urinaires irritatifs et une fièvre transitoire.

### 4. La chirurgie

En cas de tumeur infiltrante, la cystectomie, c'est-à-dire l'ablation chirurgicale de la vessie, est le traitement de référence. La totalité de la vessie est retirée pour éviter une récurrence du cancer.

Préalablement, le chirurgien vérifie qu'il n'y a pas une atteinte des ganglions situés à côté de la vessie.

En effet, en cas d'atteinte massive de ces ganglions, il n'y a pas de bénéfice à retirer la vessie. Celle-ci est donc laissée en place, et une chimiothérapie est programmée dans les semaines qui suivent.

Si la vessie est enlevée, il faut créer un nouveau circuit pour dériver les urines. Celles-ci peuvent être dérivées à la peau (elles sont recueillies dans une poche collée sur la peau), dans le côlon (elles sont alors évacuées par le rectum avec les matières mais il faut alors s'assurer que le sphincter anal est assez tonique pour retenir du liquide), ou bien le plus souvent dans une nouvelle vessie confectionnée par le chirurgien à partir d'un segment d'intestin. Cette dernière technique permet de ne pas avoir de poche.

## 5. La radiothérapie

Sa place est limitée. Elle peut être indiquée seule dans un but « palliatif », c'est-à-dire dans les cancers avancés qui occasionnent des hématuries répétées. La radiothérapie permet alors, dans certains cas, de limiter les saignements. D'autre part, elle peut être indiquée en association avec la chimiothérapie dans les tumeurs infiltrantes de vessie de petite taille, chez certains patients très âgés qui ne peuvent pas avoir une cystectomie.

## 6. La chimiothérapie

Une chimiothérapie est utilisée quand la tumeur est très avancée, en particulier quand il existe une atteinte des ganglions lymphatiques ou des métastases à distance (extension aux os, aux poumons, au foie, etc.). La chimiothérapie associe habituellement deux produits : gemcitabine et cisplatine. Cependant, plusieurs autres protocoles existent, associant cisplatine, méthotrexate et vinblastine ou encore cyclophosphamide, doxorubicine et cisplatine.

---

Brochure rédigée par le Dr Alain Trébucq  
Validation scientifique : Dr Michaël Peyromaure Debord,  
CCA (service d'urologie, hôpital Cochin, Paris)  
Mai 2005.

---

> **Références utilisées :**

1. Association Française d'urologie : [www.urofrance.org](http://www.urofrance.org)
2. Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer : [www.plan-cancer.fr](http://www.plan-cancer.fr)

# Glossaire

## Carcinome (ou cancer) in situ :

cancer superficiel, n'ayant pas dépassé la muqueuse.

## Cystectomie :

ablation chirurgicale de la vessie.  
La cystectomie peut être totale ou partielle.

## ECBU (examen cyto bactériologique des urines) :

examen recherchant des cellules, des bactéries ou d'autres éléments dans les urines. Après le recueil des urines, celles-ci sont observées sous microscope, permettant de compter les globules rouges (hématies) et les globules blancs (leucocytes). Cet examen peut également permettre la mise en évidence de cristaux, de bactéries... Une recherche de cellules anormales peut être faite après centrifugation des urines.

## Hématurie :

présence de sang dans les urines. Une hématurie peut être microscopique (urines de couleur normale, mais présence d'un nombre anormalement élevé de globules rouges à l'examen microscopique des urines) ou macroscopique (urines teintées de rouge).

## Miction :

fait d'uriner.

## Troubles mictionnels :

ensemble des troubles pour uriner (qu'il s'agisse de difficultés à uriner, d'un besoin trop fréquent d'uriner...).

### **Tumeur urothéliale :**

tumeur reproduisant les mêmes caractéristiques que celles de la muqueuse (urothélium) de la vessie.

### **Uretère :**

canal s'étirant du rein à la vessie.

### **Urètre :**

canal allant de la vessie au méat urinaire, c'est-à-dire l'extrémité du pénis chez l'homme ou la vulve chez la femme.

# Le cancer

Le cancer se caractérise par un développement anarchique et ininterrompu de cellules "anormales" dans l'organisme qui aboutit à la formation d'une tumeur ou "grosseur". Cette population de cellules agresse et détruit l'organe dans lequel elle est implantée et peut migrer dans d'autres parties du corps (on parle alors de métastases). Si la prolifération n'est pas stoppée, le cancer se généralise plus ou moins rapidement.

## Quelques chiffres

- En France, le cancer est la seconde cause de mortalité après les maladies cardio-vasculaires et plus de 150 000 décès lui sont imputables chaque année. C'est la première cause de décès prématuré (avant 65 ans) et la première cause de mortalité chez l'homme.
- Environ 270 000 nouveaux cas de cancer sont diagnostiqués chaque année.
- Actuellement, un cancer sur deux en moyenne (toutes localisations confondues) peut être guéri.

Le cancer n'est pas contagieux. Le cancer n'est pas héréditaire, sauf dans de très rares cas, mais il existe des terrains (prédispositions familiales) qui fragilisent le sujet vis-à-vis des facteurs toxiques, notamment ceux liés au mode de vie, qui peuvent le favoriser. Environ 70 % des cancers (plus de 85 % des cancers du poumon) sont attribuables à des modes de vie et aux comportements. La prévention et le dépistage sont donc essentiels.

## Le rôle du médecin

Le médecin généraliste a un rôle fondamental dans les stratégies de prévention et de dépistage. N'hésitez pas à le consulter. Il est là pour vous informer sur les facteurs de risque, les moyens de dépistage et de prévention. En général, plus un cancer sera décelé tôt, plus vite il sera soigné et aura des chances de guérir.

# Prévention et dépistage

La prévention des cancers tend à diminuer ou supprimer l'exposition à des "facteurs de risque". Les actions de prévention ont souvent un caractère éducatif et collectif comme par exemple la lutte contre le tabagisme, l'alcoolisme, l'exposition solaire, les expositions professionnelles...

Le dépistage consiste à détecter des lésions précancéreuses ou cancéreuses à un stade très précoce, avant même que le patient n'en ressente les premiers symptômes. Par exemple, le cancer du sein peut être dépisté au moyen d'examens tels que la mammographie ; le cancer du col de l'utérus par le frottis cervical... Plus le diagnostic est précoce, moins les traitements sont lourds et plus les chances de guérison sont grandes.

Les connaissances s'améliorent en permanence, il faut donc s'informer régulièrement auprès d'un médecin, en consultant des brochures ou le site [www.ligue-cancer.net](http://www.ligue-cancer.net), sur les facteurs de risque, les examens à pratiquer, les signes d'alarme qui peuvent révéler la maladie.

## Les signes d'alarme

1. La peau : apparition ou modification de forme, de couleur, d'épaisseur d'un grain de beauté ou d'une tache ocrée.
2. Changements dans le fonctionnement des intestins (constipation, diarrhée) ou de la vessie (fréquente envie d'uriner).
3. Persistance d'une voix enrouée ou de toux.
4. Troubles permanents pour avaler de la nourriture.
5. Une enflure ou une boule non douloureuse et qui ne disparaît pas (dans le sein, au cou, dans l'aîne, dans les testicules).
6. Apparition de sang dans les urines, les selles, en dehors des règles chez les femmes.
7. Perte de poids, anémie, fatigue inhabituelle.

# Qu'est-ce que La Ligue ?

Créée en 1918, La Ligue Contre le Cancer est une association à but non lucratif, régie par la loi de 1901 et reconnue d'utilité publique. Elle est organisée en une fédération de 101 comités départementaux.

Leurs missions ?

Informier et accompagner toutes personnes susceptibles d'être concernées par le cancer : malades, anciens malades et leurs proches, grand public, responsables de santé publique, médecins et chercheurs.

L'activité de La Ligue et de ses comités s'exerce dans trois directions :

- La recherche
- L'information, la prévention et le dépistage
- L'accompagnement des malades et de leur famille.

## • LA RECHERCHE

La recherche, prioritaire pour accroître demain le nombre de guérisons, représente plus de 60 % des fonds attribués par La Ligue. Elle s'organise autour de différents pôles : recherche fondamentale, recherche clinique (amélioration des traitements) et recherche épidémiologique (étude des facteurs de risque pour l'amélioration des conditions de prévention et de dépistage). Elle est pilotée par un Conseil scientifique national et des Conseils scientifiques départementaux et régionaux.

## • L'INFORMATION, LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE

Second volet de l'action menée par La Ligue : l'information du public pour la prévention et le dépistage. L'objectif est triple : sensibiliser chacun au danger de certaines pratiques (consommation de tabac, d'alcool, exposition prolongée au soleil...) ; alerter sur les facteurs de risque ; informer sur l'identification de certains symptômes.

De nombreux moyens de communication adaptés aux publics concernés sont mis en place.

## • L'ACCOMPAGNEMENT DES MALADES ET DE LEUR FAMILLE

Les comités de La Ligue apportent leur soutien aux malades, aux anciens malades et à leur famille : un soutien matériel, moral et psychologique.

En organisant les Etats Généraux des malades atteints de cancer, La Ligue a donné en 1998 et en 2000 une très forte impulsion pour que les malades soient mieux pris en charge.

En donnant la parole aux malades, La Ligue a permis que soient connus et pris en compte leurs attentes et leurs besoins pour l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie.

## DEVENEZ LIGUEUR

L'action de La Ligue repose sur la générosité des Français et leur engagement dans le cadre du bénévolat. Vous pouvez vous aussi nous aider à lutter contre le cancer :

- **en adhérant** au comité départemental de La Ligue le plus proche de chez vous ;
- **en participant** à des opérations organisées par votre comité départemental ;
- **en soutenant** notre effort par vos dons ;
- **en faisant** une donation ou un legs (La Ligue est habilitée à recueillir dons, donations et legs, exonérés de tous droits de succession).

---

## Un sérieux et une transparence reconnus

La Ligue adhère au Comité de la Charte de déontologie des organisations sociales et humanitaires faisant appel à la générosité du public, depuis sa création.



*La Ligue vous aide et vous informe :*

**CANCERINFOSERVICE**

**N°Azur 0 810 810 821**

PRIX APPEL LOCAL

Votre Comité départemental



**LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER**

14, rue Corvisart - 75013 Paris

**PARTOUT EN FRANCE**

**0 810 111 101**

PRIX APPEL LOCAL

[www.ligue-cancer.net](http://www.ligue-cancer.net)

La Ligue tient à votre disposition  
les coordonnées des Comités départementaux.

Réalisation graphique : la fabrique 01 42 50 54 54



Recherche  
Prévention  
Action pour les malades

*pour la vie*