

Tumeur de la voie excrétrice supérieur TVES

Objectifs :

Décrire les particularités épidémiologiques des tumeurs des voies excrétrices urinaires supérieures.

2 Décrire les particularités anatomopathologiques et le mode d'extension des tumeurs des voies excrétrices urinaires supérieures.

3. Suspecter, devant des éléments cliniques, une tumeur des voies excrétrices urinaires supérieures.

4. Confirmer, par des examens para-cliniques, le diagnostic de tumeur des voies excrétrices urinaires supérieures.

5. Apprécier, sur des examens cliniques et para-cliniques, le degré d'extension locorégionale et générale d'une tumeur des voies excrétrices urinaires supérieures.

6. Organiser la prise en charge thérapeutique d'une tumeur des voies excrétrices urinaires supérieures en fonction de son extension.

Introduction :

- Les TVUES sont des tumeurs développées aux dépens de l'urothélium depuis les cavités excrétrices rénales jusqu'à la portion intra-vésicale de l'uretère.
- Elles sont beaucoup plus rares que les tumeurs de vessie (TV).
- Elles ont une grande analogie avec les TV sur les plans épidémiologique, anatomopathologique, clinique, et évolutif.
- Le diagnostic est basée essentiellement sur l'UIV +++
- Elles se caractérisent par une tendance à la multifocalité et la rareté des formes bilatérales.
- La Néphro-urétérectomie totale est le traitement de référence.

Epidémiologie :

- Ce sont des tumeurs rares : 18 fois plus rares que les Tumeurs vésicales.
- Association fréquente avec les TV (15% des cas environ), de façon concomitante ou tardive à intervalles variables jusqu'à 15 ans).
- Ce type de tumeur est multifocal dans 30% des cas et bilatéral dans moins de 2%.

- Elles touchent surtout l'homme âgé de plus de 60 ans.

- **Facteurs de risque :**

- Tabac : principal facteur de risque (nitrosamines).
- Industrie des colorants, industrie mécanique (lubrifiants), transport routier.
- Lithiase urinaire (tumeurs épidermoïdes ++), irritation chronique.
- Néphropathie endémique des Balkans.
- Abus médicaments : Phénacétine, Cyclophosphamide.

Anatomopathologie :

- **Type histologique :**

- Carcinome à cellules transitionnelles (tumeur urothéliale) : 90%.
- Plus rarement : Carcinome épidermoïde ou Adénocarcinome.

- **Localisation :**

- pyélocalicielle +++ : 2 fois plus que l'uretère
- Uretère distal ++

Histoire naturelle de la maladie :

- **Extension urothéliale : Descendante vers la Vessie essentiellement** (région péri-orificielle) : surtout en cas de tumeur de grade et stade élevés.

2. **Extension locorégionale : En profondeur dans la paroi urothéliale. Type** dépend de la topographie de la tumeur.

3. **Extension lymphatique : fréquente, précoce, et dépend aussi du grade et du stade.**

4. **Extension métastatique à distance : 50 à 60% des cas. Tumeurs de haut grade.**

Mode de révélation :

- **Circonstances habituelles :**

- Hématurie macroscopique +++ : 75% qui éveille la suspicion et déclenche immédiatement un bilan à la recherche d'une tumeur de l'appareil urinaire.
- Hématurie + douleur lombaire : 20%.
- Douleurs lombaires sourdes ou à type de colique néphrétique : témoignent de l'obstruction (caillots, tumeur) et de la distension des cavités rénales.
- Suivi régulier d'une TV traitée.
- Découverte fortuite.

- Plus rarement : hématurie microscopique, anurie, infection urinaire, masse du flanc ou des fosses lombaires, altération de l'état général.

Les examens complémentaires :

- **Urographie intraveineuse (UIV) +++**

Elle peut montrer :

- Une lacune dans la lumière de la voie excrétrice ++.
- Une amputation de tout ou partie d'un système collecteur
- Une dilatation des cavités pyélo-calicielles .
- Une image d'arrêt cupuliforme au niveau de l'uretère.
- Un rein muet.

L'UIV est suffisante au diagnostic dans 2/3 des cas, mais peut être normale dans près de 5% des cas.

Cytologie urinaire :

- Sa positivité est proportionnelle au grade (elle est en général positive si la tumeur est de haut grade. Elle est très évocatrice si la cystoscopie est normale.
- Il existe des faux positifs en rapport avec une infection ou calcul urinaire.
- Sa sensibilité est augmentée par la réalisation d'un brossage des cavités excrétrices.

Urétrographie pyélique rétrograde UPR:

Echographie abdomino-pelvienne :

- Elle est peu contributive au diagnostic de TVUES. Elle sert surtout à éliminer un calcul radiotransparent et rechercher une TV associée.

URO-TDM :

- L'uro-scanner est plus spécifique que l'UIV. Il permet une stadification de la tumeur et un bilan d'extension loco-régional. Il peut cependant être mis en défaut, en particulier dans les petites tumeurs.
- La TDM permet également d'éliminer certains diagnostics différentiels, notamment un calcul radiotransparent (densité > 100 UH). La tumeur paraît comme une image tissulaire endoluminale de 10 à 70 UH.

Cystoscopie :

- La cystoscopie est indispensable pour éliminer une tumeur vésicale associée.

Urétroscopie URS :

- L'urétroscopie n'est pas un examen systématique et n'est indiquée qu'en cas de doute diagnostique, en particulier lorsque la cytologie reste normale ou si un

- traitement conservateur est envisagé. Elle permet un brossage et/ou des prélèvements biopsiques sous contrôle de la vue.

Bilan d'extension :

- Extension locale : biopsie si possible.
- Extension ganglionnaire : par le scanner abdomino-pelvien (mais peu performant).
- Extension métastatique : Foie (écho, TDM), Poumons (Radio thorax).

Traitement :Moyens

- **Chirurgie :**
- La chirurgie est le seul mode de traitement radical.
- Elle consiste à réaliser une Néphro-Urétérectomie totale (NUT) élargie +++ avec excision d'une colerette vésicale péri-méatique.
- L'intervention classique est menée à ciel ouvert par une double voie lombaire et iliaque.
- La voie laparoscopique est une technique nouvelle en voie d'évaluation.
- **2. Traitement conservateur :**

- à ciel ouvert : Urétérectomie segmentaire + réimplantation urétérovésicale.

- endoscopique : résection de la tumeur par voie endoscopique (urétéroscopie ou après ponction percutanée du rein).

- **3. Radiothérapie postopératoire.**

4. Chimiothérapie postopératoire.

Indications :

- Elles dépendent de 3 facteurs :
- présence ou non de rein controlatéral sain.
- Caractéristiques de la tumeur : siège, extension et grade.
- État général du patient.
- Traitement standard : NUT élargie (tumeur unilatérale quelque soit son siège chez un patient en bon état général avec rein controlatéral fonctionnel et sain).
- Tumeur de l'uretère pelvien : chirurgie conservatrice (résection de l'uretère terminal + anastomose urétéro-vésicale).
- Tumeur sur rein unique : traitement conservateur.
- Extension à la graisse (T3) ou résection incomplète : Radiothérapie ou chimiothérapie post-opératoire.