



World Bladder
Cancer Patient
COALITION

Qu'est-ce que **le cancer de la vessie non infiltrant le muscle (CVNIM)**?

un guide sur les effets du CVNIM, le diagnostic et les traitements.

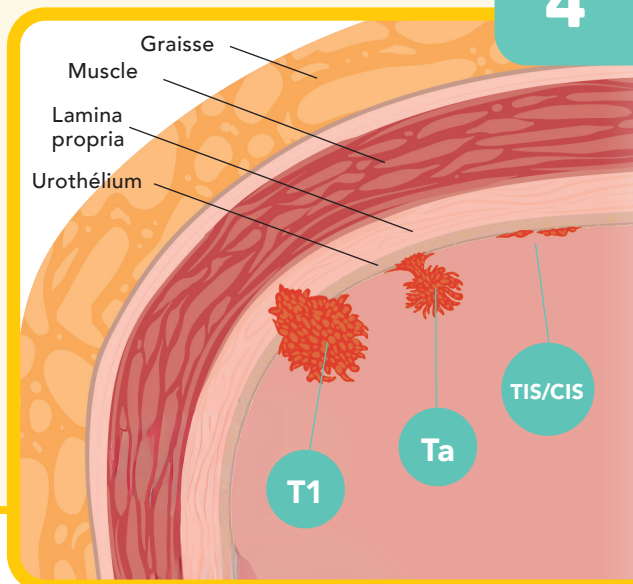
Qu'est-ce que le cancer de la vessie non infiltrant le muscle (CVNIM)?

Le cancer de la vessie non infiltrant le muscle (CVNIM) survient lorsque les cellules cancéreuses ne se trouvent que dans les couches internes de la paroi vésicale et n'ont pas envahi la couche musculaire. Il est considéré comme un stade plus précoce et généralement plus facile à traiter du cancer de la vessie.

Lorsque le diagnostic de cancer de la vessie est posé, les médecins décrivent à la fois le stade et le grade de la tumeur:

- **Le stade** indique la profondeur à laquelle la tumeur a pénétré dans la paroi vésicale ou au-delà.
- **Le grade** décrit à quel point les cellules cancéreuses semblent anormales et agressives au microscope. Le grade décrit à quel point les cellules cancéreuses semblent anormales et agressives au microscope.

Le stade et le grade contribuent tous deux à orienter votre plan de traitement.



Stade tumoral dans le CVNIM

Le stade tumoral est directement lié à la profondeur d'invasion de la tumeur dans la paroi vésicale.

Les stades du CVNIM comprennent Ta, T1 et CIS:

- **Ta:** Une tumeur papillaire (en forme de verrue) limitée à la muqueuse interne de la vessie.
- **T1:** Une tumeur qui s'est développée dans le tissu conjonctif sous la muqueuse, appelé lamina propria, mais pas dans la couche musculaire.
- **CIS (carcinome in situ):** Une tumeur plate de haut grade sur la muqueuse interne de la vessie. Étant de haut grade, elle nécessite un traitement et un suivi attentifs, car elle présente un risque plus élevé de récurrence ou de progression que les tumeurs de bas grade.

Ensemble, ces stades représentent environ 70 à 75 % de tous les diagnostics de cancer de la vessie.

Grade tumoral



PUNLMP (Néoplasie urothéliale papillaire à faible potentiel de malignité): Cellules qui

semblent presque normales et se développent en petites structures digitiformes dans la vessie, avec un très faible risque de devenir plus agressives.



Bas grade (BG): Cellules cancéreuses qui ne semblent

que légèrement anormales et tendent à croître plus lentement, souvent associées à un risque plus faible de progression, bien qu'elles puissent encore récidiver (revenir).



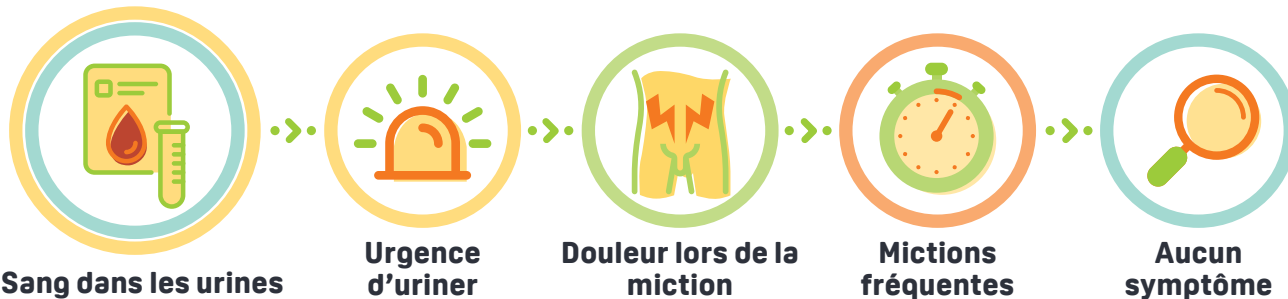
Haut grade (HG): Cellules cancéreuses qui semblent très anormales et désorganisées, avec

une activité mitotique élevée (division rapide). Les tumeurs de haut grade, qui comprennent le CIS et les tumeurs Ta/T1 plus agressives, présentent un risque plus élevé de progression et nécessitent donc une surveillance plus étroite et un traitement plus intensif.

Symptômes

Les symptômes courants comprennent du sang dans les urines (hématurie), une urgence, une fréquence accrue et des douleurs lors de la miction. Certains patients peuvent n'avoir aucun symptôme. Dans ces cas, les modifications de la muqueuse vésicale – y compris une perte de l'organisation normale (« polarité ») des cellules – ne sont visibles que lorsque le tissu est examiné au microscope.

Les plus courants



Quels sont les objectifs du traitement du CVNIM ?

L'objectif principal du traitement du cancer de la vessie non infiltrant le muscle (CVNIM) est d'éliminer le tissu cancéreux et d'empêcher sa récurrence ou sa propagation plus profonde dans la paroi vésicale.

Le CVNIM étant un cancer à un stade précoce, le traitement vise généralement à :

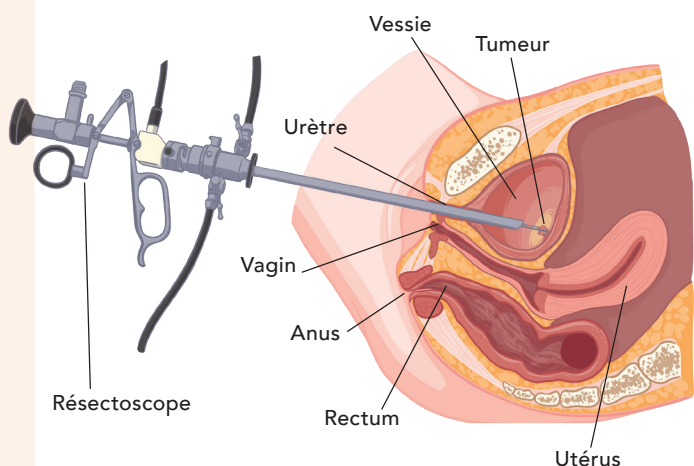
- ✓ Retirer complètement la tumeur
- ✓ Prévenir la récurrence du cancer
- ✓ Empêcher qu'il ne devienne infiltrant le muscle ou ne se propage à d'autres parties du corps (progression métastatique)
- ✓ Préserver la fonction vésicale et la qualité de vie

Votre plan de traitement peut inclure une combinaison d'interventions et de thérapies au fil du temps. Un suivi régulier est également un élément important de la prise en charge efficace du CVNIM.

Options de traitement du CVNIM

1

RTUV (Résection transurétrale de tumeur vésicale)



- C'est généralement la première étape du traitement.
- Un petit instrument chirurgical est introduit par l'urètre (le tube qui évacue l'urine du corps) pour retirer la tumeur.
- Il n'y a pas d'incision sur l'abdomen.
- L'intervention est réalisée sous anesthésie, et vous pouvez rentrer chez vous le jour même ou après un court séjour à l'hôpital.
- Le tissu retiré est examiné au microscope pour évaluer le stade et le grade du cancer et aider à planifier la suite du traitement.



Thérapie intravésicale (traitement à l'intérieur de la vessie)

- Après la RTUV, votre équipe soignante peut recommander une thérapie intravésicale – des médicaments placés directement dans la vessie à travers un tube fin et flexible (cathéter).
- Ces traitements visent à détruire les cellules cancéreuses restantes dans la muqueuse vésicale et à réduire le risque de récurrence ou d'aggravation du cancer.
- La thérapie intravésicale commence généralement par un traitement d'induction (plus intensif, souvent hebdomadaire pendant plusieurs semaines) et, dans certains cas, se poursuit en traitement d'entretien (traitements moins fréquents sur plusieurs mois ou années).



Thérapie par BCG (Bacille de Calmette-Guérin)

- Une forme affaiblie de bactérie non pathogène est introduite dans la vessie en tant que traitement intravésical.
- Il aide votre système immunitaire à reconnaître et attaquer les cellules cancéreuses dans la muqueuse vésicale.
- Le BCG est généralement administré une fois par semaine pendant plusieurs semaines (induction), et dans certains cas suivi de cures d'entretien administrées moins fréquemment sur une période plus longue.



Chimiothérapie intravésicale

- Des médicaments anticancéreux sont placés directement dans la vessie comme un autre type de traitement intravésical.
- Ils aident à tuer les cellules cancéreuses dans la muqueuse vésicale et réduisent le risque de récurrence du cancer.
- La chimiothérapie intravésicale peut être administrée une fois immédiatement après la RTUV, ou sous forme de traitements hebdomadaires pendant quelques semaines, selon votre plan de traitement.

Votre équipe soignante vous recommandera l'approche thérapeutique la plus appropriée en fonction du type de tumeur, du risque de récurrence et de progression, de votre état de santé général, de votre mode de vie et de vos priorités.

Questions clés à poser à votre médecin

Lorsque le diagnostic de CVNIM est posé, il est important de bien comprendre vos options de traitement. Voici quelques questions que vous pouvez poser à votre équipe soignante pour orienter la discussion et vous aider à participer à la prise de décision partagée. Cela vous aide, vous et votre médecin, à choisir le meilleur plan de traitement.



- Quels facteurs de risque ont pu contribuer à mon cancer?



- Quels traitements sont disponibles pour mon stade et grade de CVNIM?



- La RTUV est-elle le seul geste que je devrai subir?



- Aurai-je besoin d'une thérapie intravésicale (comme le BCG ou la chimiothérapie) et pourquoi et comment fonctionne-t-elle?



- Combien de temps durera mon traitement?



- Qui dois-je contacter si je ressens des effets secondaires graves ou des symptômes inattendus entre les rendez-vous?



- Que pouvons-nous faire pour prévenir la récurrence ou la progression?



- Quels effets secondaires dois-je attendre du BCG ou de la chimiothérapie intravésicale?



- Comment saurons-nous si le traitement fonctionne?





- Comment les différentes options de traitement affecteront-elles ma qualité de vie et ma capacité à mener des activités régulières qui me sont importantes?



- Quels services de soutien sont disponibles: groupes de soutien, professionnels de la santé mentale, accompagnateurs de patients, soins infirmiers?



- Y a-t-il des signes que le cancer se soit propagé en dehors de la vessie?



- Quels sont les risques estimés de récurrence et de progression compte tenu de mon profil de risque?



- La cystectomie radicale (ablation de la vessie) pourrait-elle être une option de traitement pour moi maintenant ou à l'avenir (par exemple, si le BCG échoue)?



- La cystectomie partielle (chirurgie pour retirer uniquement la partie de la vessie contenant la tumeur) est-elle une option pour moi?



- Si ma vessie doit être retirée, quelles sont les options de dérivation urinaire (par exemple, néovessie, conduit iléal, réservoir continent), et quels sont les avantages et inconvénients de chacune?



- Ce centre participe-t-il à des essais cliniques qui pourraient me concerner? Quels sont les risques et bénéfices potentiels?



- Puis-je obtenir un deuxième avis ou une consultation dans un centre de cancérologie? Comment puis-je faire?



- Où puis-je obtenir des informations sur la prise en charge de ces traitements par mon assurance?



Soutien local aux patients et ressources:



World Bladder
Cancer Patient
COALITION

Vous pouvez nous trouver ici:

X: @WorldBladderCan

Facebook: WorldBladderCan

LinkedIn: worldbladdercan

Youtube: WorldBladder

Instagram: worldbladdercancer

Website: worldbladdercancer.org

Email: info@worldbladdercancer.org

World Bladder Cancer Patient Coalition

Square de Meeûs 38-40

1000 Brussels

Belgium

Numéro d'enregistrement: 0720.618.047



La **World Bladder Cancer Patient Coalition** remercie chaleureusement le soutien de nos partenaires principaux : Astellas, AstraZeneca, Ferring Pharmaceuticals, Johnson & Johnson, Merck et Pfizer et nos soutiens Bristol Myers Squibb.

Cette fiche d'information a été vérifiée pour son exactitude par le Conseil consultatif scientifique (SAB) de la World Bladder Cancer Patient Coalition.