

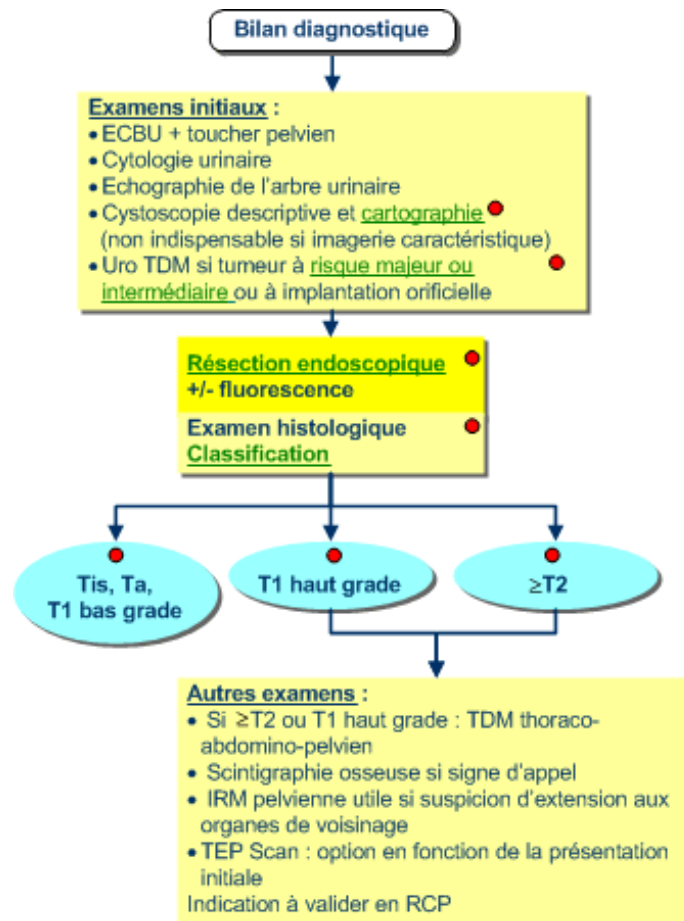
Vessie

Ce référentiel, dont l'utilisation s'effectue sur le fondement des principes déontologiques d'exercice personnel de la médecine, a été élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire de professionnels du réseau de cancérologie de Lorraine, ONCOLOR conformément aux données acquises de la science au **11 mai 2012**. Les professionnels des réseaux de cancérologie d'Alsace (CAROL), de Bourgogne (ONCOBOURGOGNE), de Champagne-Ardenne (ONCOCHA) et de Franche-Comté (ONCOLIE), ont participé au séminaire des 11 et 12 mai 2012 ainsi qu'à la relecture du document.

1. Généralités

- Ce référentiel présente la conduite à tenir devant les tumeurs de vessie sans infiltration du muscle vésical (**TVNIM**) et les tumeurs de vessie infiltrant le muscle (**TVIM**).
- Ne sont pas abordées les tumeurs des [voies excrétrices supérieures](#), de l'urètre ni les tumeurs [rares](#) de la vessie.
- Les tumeurs de la vessie représentent en fréquence le 7^{ème} cancer et le 2^{ème} cancer urologique et sont responsables de 3 % des décès par cancer, dont 75 % chez l'homme. La plupart des tumeurs urothéliales apparaissent après l'âge de 60 ans.
- 75 à 85 % des tumeurs n'infiltrent pas le muscle (TVNIM).
- Parmi les TVNIM, 60 à 70 % vont récidiver et 10 à 20 % vont progresser vers des TVIM potentiellement métastatiques.
- Parmi les facteurs de risque, il faut insister sur le rôle du tabac et penser aux causes professionnelles (exposition aux amines aromatiques, aux goudrons, suies et dérivés de combustion du charbon, produits contenant des hydrocarbures polycycliques) et aux rares causes médicamenteuses.
- **L'arrêt d'une intoxication tabagique est indispensable chez les patients porteurs d'une tumeur de la vessie.**
- **Doivent être discutés en RCP :**
 - Les formes non urothéliales : les carcinomes épidermoïdes, les adénocarcinomes, les sarcomes, les carcinosarcomes, les carcinomes neuroendocrines...
 - Les tumeurs de l'urètre.
- **Cas particulier** : les papillomes inversés sont des tumeurs bénignes traitées par résection endoscopique.
- Ce référentiel a été élaboré sur la base des travaux de l'**Association Française d'Urologie** (AFU) : [Recommandations en Onco-Urologie 2010 : tumeurs urothéliales](#).

2. Bilan diagnostique

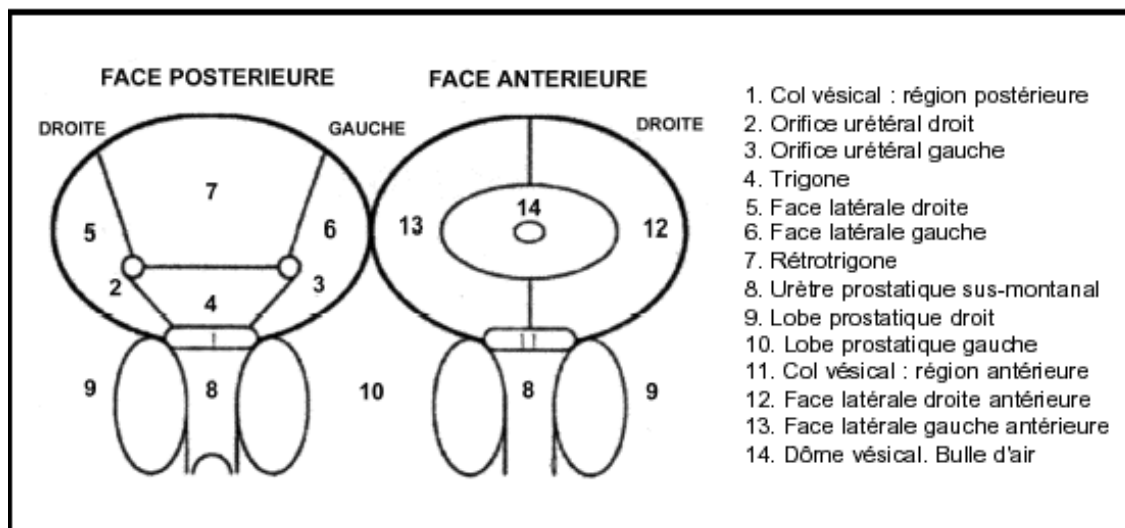


2.1. Résection endoscopique

- La résection doit emporter la tumeur en totalité.
- La présence de muscle sur l'échantillon est souhaitable.
- Si du muscle n'est pas présent, une résection complémentaire est recommandée en dehors des tumeurs Ta bas grade, dans les 2 mois suivant la première résection.
- Il n'y a pas d'intérêt à réaliser des biopsies systématiques en muqueuse saine à moins qu'il n'existe un aspect macroscopique ou à la fluorescence de CIS.
- Des biopsies de l'urètre prostatique sont recommandées si une cystectomie est envisagée.
- Si l'aspect est celui d'une tumeur infiltrante, la résection doit être la plus complète possible spécialement si une cystectomie n'est pas envisagée.

3. Cartographie vésicale

- La cartographie vésicale, comme la cystoscopie descriptive, fait partie du bilan diagnostique des tumeurs vésicales.



4. Classifications des tumeurs urothéliales

4.1. TNM 2009 des carcinomes urothéliaux de la vessie

T : Tumeur primitive	
Tx	Tumeur primitive non évaluable
T0	Absence de tumeur primitive
Tumeurs de vessie sans infiltration du muscle vésical (TVNIM)	
Ta	Tumeur papillaire non invasive
Tis	Carcinome <i>in situ</i> plan
T1	Tumeur envahissant le chorion
Tumeurs de vessie infiltrant le muscle (TVIM)	
T2	Tumeur envahissant la musculature
T2a	Tumeur envahissant la couche musculaire superficielle (moitié interne)
T2b	Tumeur envahissant la couche musculaire profonde (moitié externe)
T3	Tumeur envahissant le tissu périvésical
T3a	Microscopiquement
T3b	Macroscopiquement
T4	Tumeur envahissant l'une ou l'autre des structures suivantes : prostate, utérus, vagin, paroi pelvienne et paroi abdominale
T4a	Tumeur envahissant la prostate, les vésicules séminales, le vagin, l'utérus
T4b	Tumeur envahissant la paroi pelvienne ou abdominale

N : Ganglions régionaux (pelviens)	
NX	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N0	Pas d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N1	Atteinte d'un seul ganglion lymphatique pelvien (hypogastrique, obturateur, iliaque externe ou présacré)
N2	Métastase dans de multiples ganglions lymphatiques pelviens (hypogastrique, obturateur, iliaque externe ou présacré)
N3	Métastase dans un ganglion lymphatique iliaque primitif

M : Métastases à distance	
Mx	Renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance
M0	Absence de métastase
M1	Métastase à distance

4.2. Classification histopathologique pTNM

- **TNM** est une classification clinique, pré-thérapeutique ; elle doit donc être utilisée pour toute discussion d'un traitement, radical ou non, y compris la radiothérapie et la chimiothérapie.
- Le **pTNM** est une classification histopathologique post-chirurgicale et ne peut être appliquée que lorsque l'on dispose de spécimens histologiques.
- Il est recommandé de n'utiliser le préfixe **pT** que pour les pièces de cystectomie qui seules permettent l'appréciation du stade.

4.3. Grades histopathologiques

4.3.1. OMS 1973

Gx	Impossible à établir
G1	Bien différencié
G2	Moyennement différencié
G3-4	Peu différencié/indifférencié

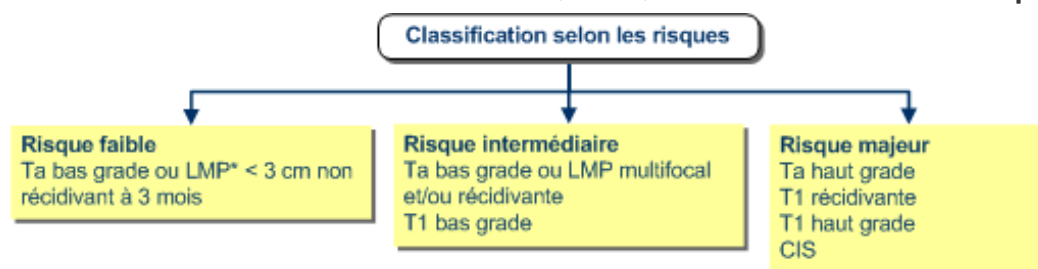
4.3.2. OMS 2004

- Papillome
- Tumeur urothéliale papillaire de faible potentiel de malignité (TFPM) = *Low Malignancy Papilloma* des Anglo-saxons (LMP)
- Carcinome de bas grade
- Carcinome de haut grade.

4.3.3. Tableau de correspondance

OMS 1973	papillome	carcinome	carcinome	carcinome
		G1	G2	G3
OMS 2004	papillome	LMP ou carcinome bas grade	carcinome bas grade ou carcinome haut grade	carcinome haut grade

5. Classification des tumeurs Tis, Ta, T1 selon les risques



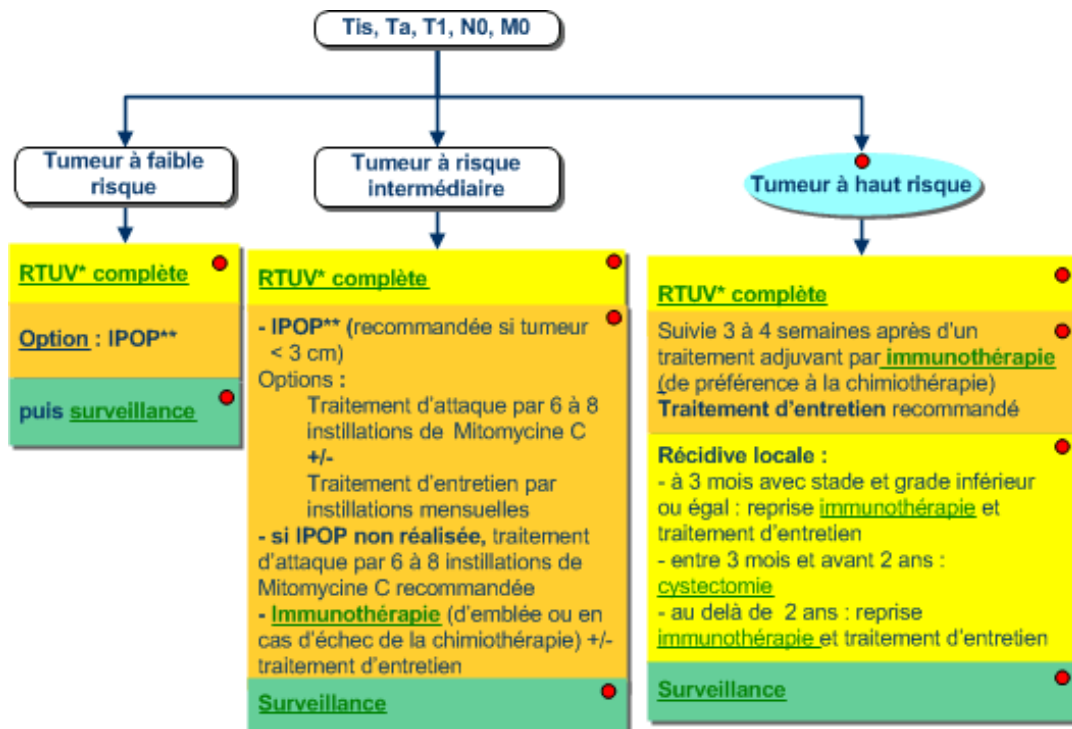
Pour T : voir [classification TNM](#)
 Pour G : voir [grades histopathologiques](#)

* LMP : Low malignancy papilloma ou tumeur de faible potentiel de malignité (TFPM)

- Pour calcul du risque de récurrence, le calculateur de Sylvester est [disponible sur le site de l'EORTC](#).

6. Tumeurs de vessie non infiltrant le muscle (TVNIM)

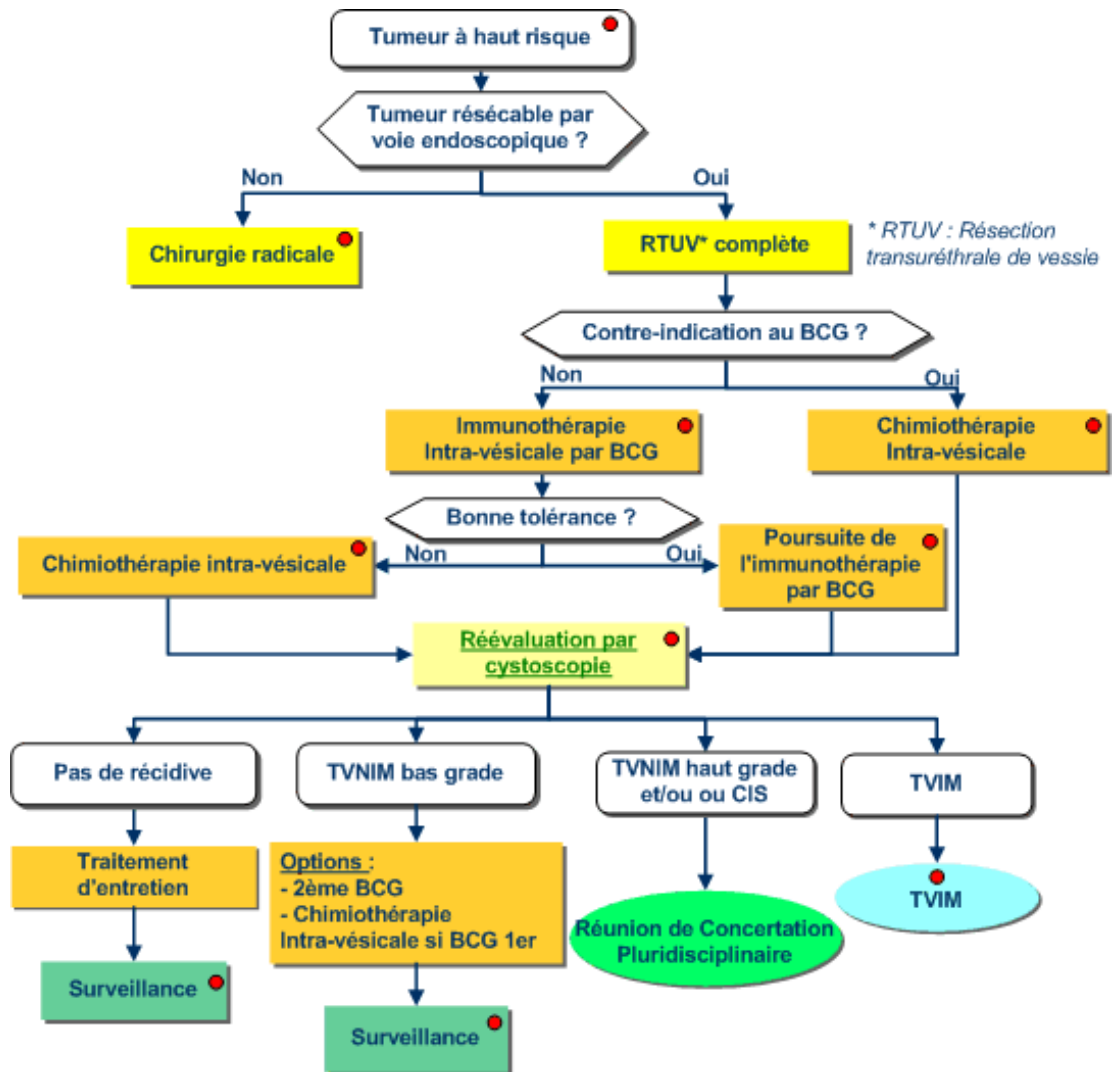
- Les tumeurs de la vessie non infiltrant le muscle (TVNIM) peuvent être classées selon le [risque](#) de récurrence et de progression qu'elles présentent. Ce risque définit la conduite à tenir thérapeutique. Leur traitement initial repose sur la résection transurétrale de vessie (RTUV) complétée ou non par d'autres traitements.



* RTUV : Résection transurétrale de vessie

** IPOP : Injection Post-Opératoire Précoce de Mitomycine C

6.1. Tumeurs à haut risque



6.1.1. Indication de résection endoscopique itérative (RTUV) avant Immunothérapie

- Résection incomplète
- Absence de muscle sur le prélèvement
- Tumeur multifocale
- Tumeur papillaire pT1 de haut grade ou présence de CIS
- Tumeur du dôme ou de la face antérieure.

6.1.2. Immunothérapie : schéma thérapeutique de BCG

- Dose 81 mg par instillation lors du traitement d'attaque
- Minimum de 6+3 instillations
- Schéma d'entretien : 3 instillations à 6, 12, 18, 24, 30 et 36 mois à discuter en fonction de la réponse et de la tolérance (adaptation de doses et report à discuter).

6.1.3. Chimiothérapie : schéma thérapeutique par Mitomycine C

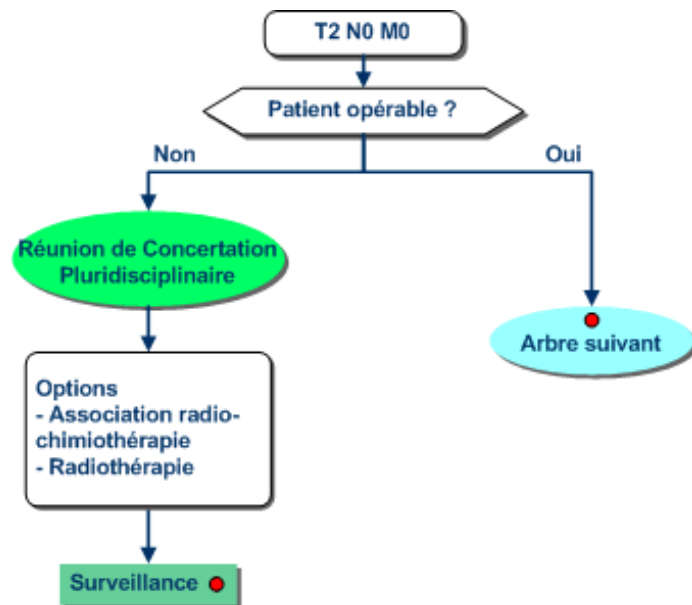
- Schéma d'entretien : instillation mensuelle de 40 mg pendant 12 à 24 mois

6.1.4. Indication de biopsies à 3 mois de surveillance

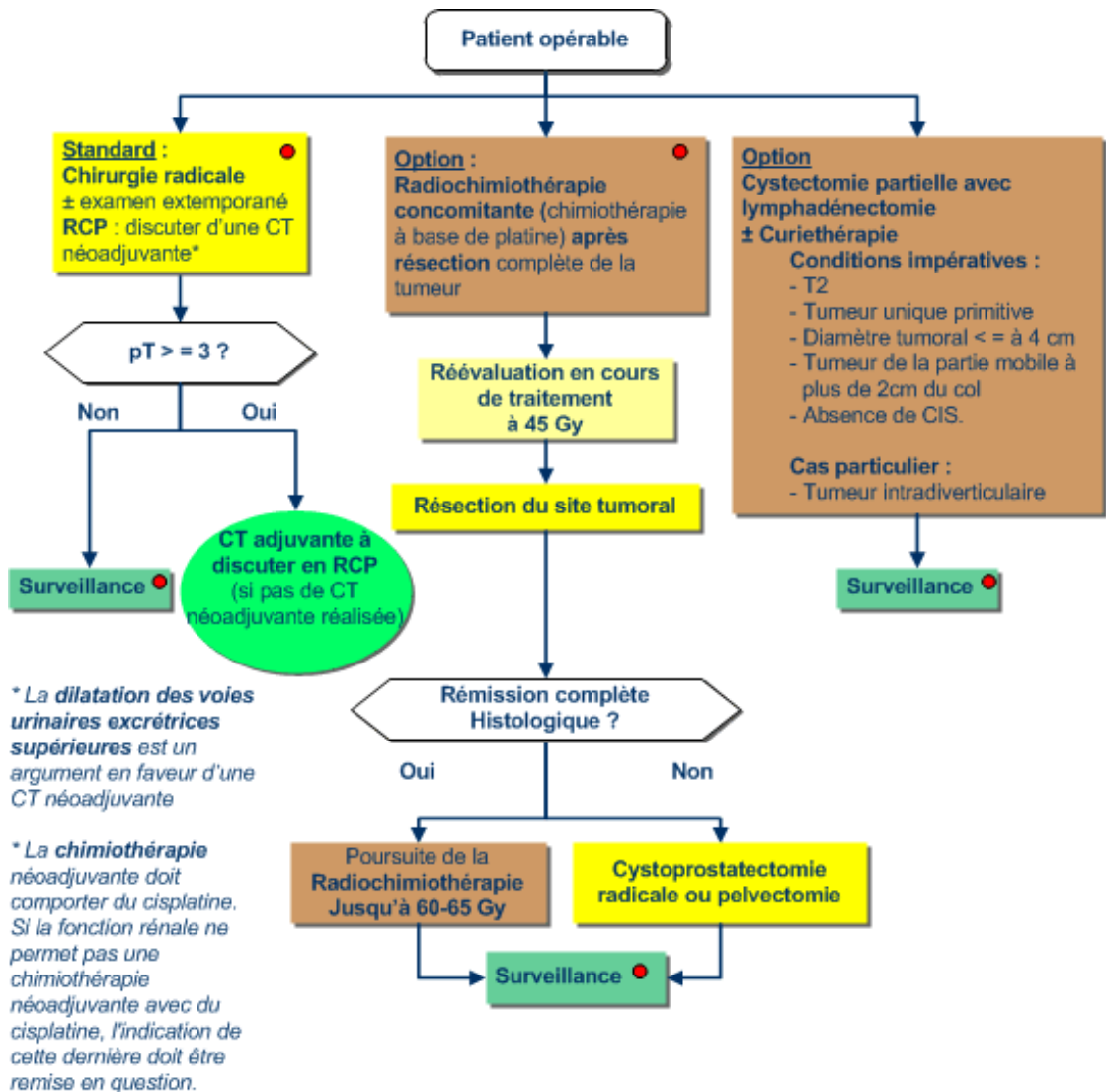
- Anomalies vésicales évocatrices
- Cytologies positives
- CIS initial : indication laissée à l'appréciation de l'opérateur si cytologie négative.

7. Tumeurs de vessie infiltrant le muscle (TVIM)

7.1. Stade T2 N0 M0



7.2. Stade T2 N0 M0 chez le patient opérable



7.2.1. Critères d'éligibilité de la Radiochimiothérapie concomitante

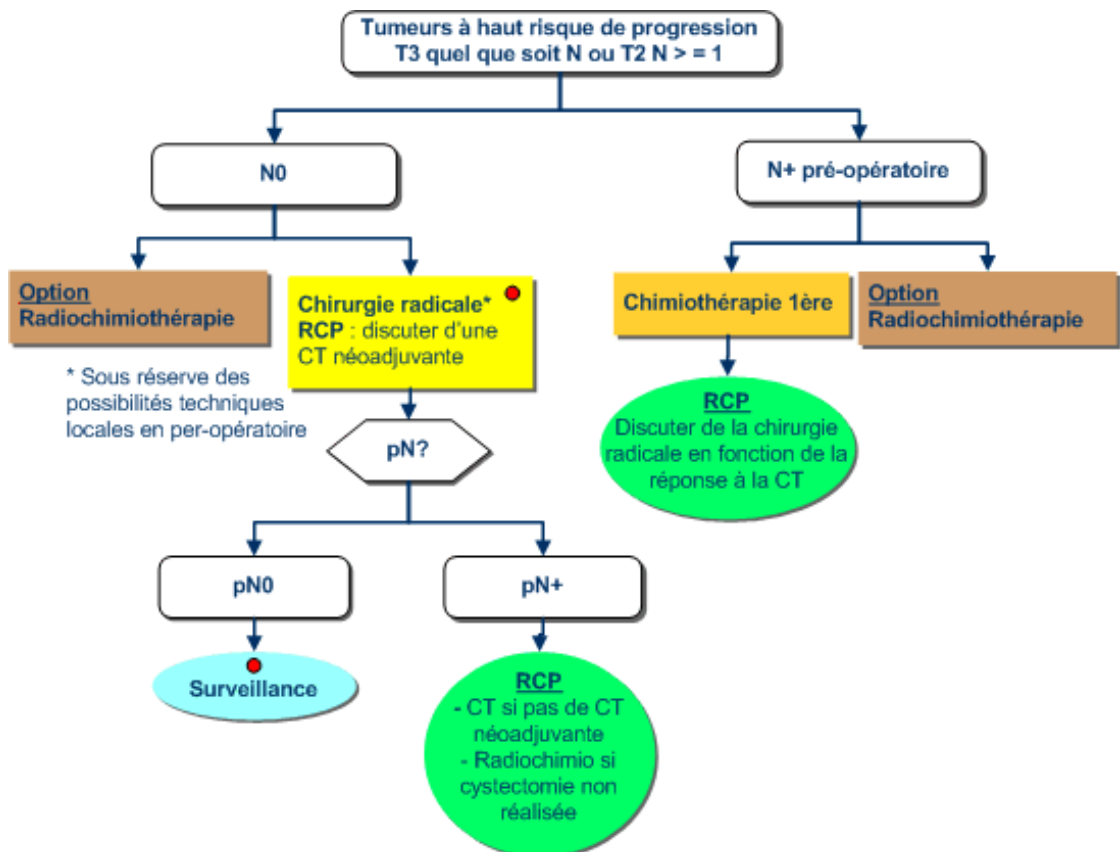
- Résection complète de la tumeur
- Lésion unifocale de petite taille

- Pas de dilatation des voies urinaires excrétrices supérieures
- Pas de CIS
- Vessie fonctionnelle.

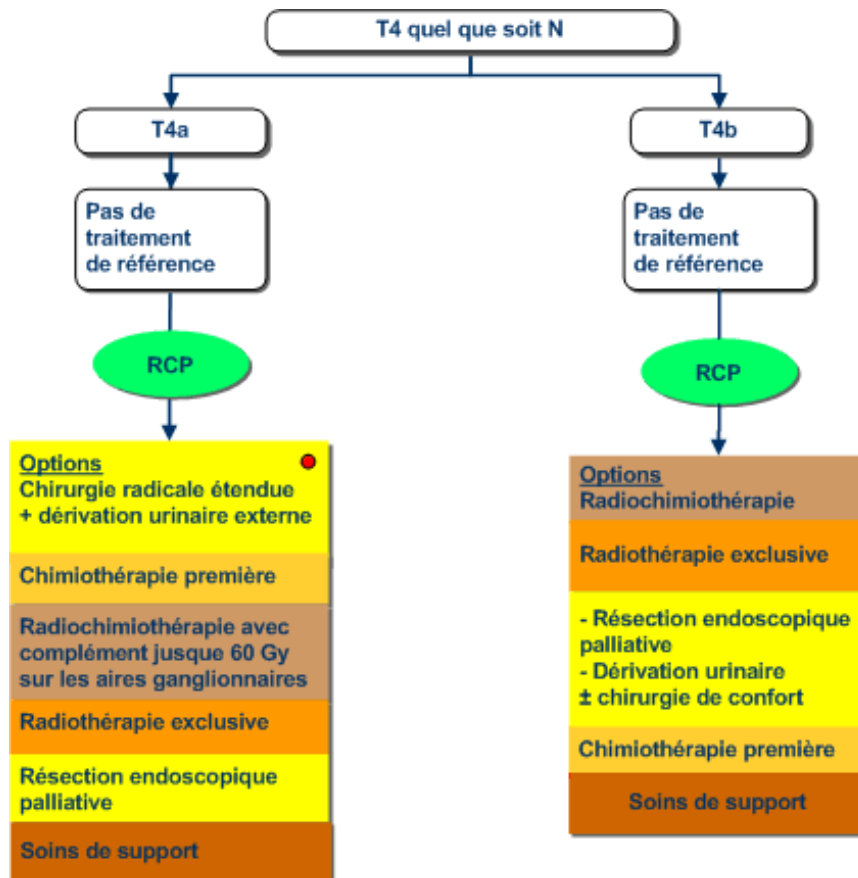
- Les **protocoles** sont détaillés dans le chapitre suivant.

7.3. Tumeurs à haut risque de progression T3 NX ou T2 N ≥ 1

- Le diagnostic de tumeur à haut risque de progression peut être fait en préopératoire, en peropératoire ou seulement sur l'examen histologique.
- 25 % des patients ayant un cancer infiltrant de la vessie ont un envahissement ganglionnaire, la plupart du temps microscopique.
- La **chimiothérapie néoadjuvante** est un traitement qui améliore la survie dans les cas des tumeurs à haut risque de progression métastatique. Le niveau de preuve pour la chimiothérapie adjuvante est moindre. La chimiothérapie néoadjuvante doit comporter du cisplatine. Si la fonction rénale ne permet pas une chimiothérapie néoadjuvante avec du cisplatine, l'indication de cette dernière doit être remise en question.



7.4. Prise en charge des T4



7.5. Tumeurs M+

7.5.1. Recommandations

- **Chimiothérapie** à base de sels de platine en 1^{ère} ligne. Favoriser une chimiothérapie à base de cisplatine si la fonction rénale le permet.
- **Soins de support** :
 - Cystectomie ou pelvectomie de confort en cas de tumeur symptomatique
 - Dérivation urinaire externe
 - Radiothérapie palliative pelvienne ou des métastases
 - Résection endoscopique palliative
 - Traitement symptomatique

7.5.2. A discuter

- Chirurgie des métastases (si stabilisation de longue durée sous chimiothérapie).

8. Chirurgie

8.1. Chirurgie radicale

- La cystectomie est le traitement de référence.
- Elle doit être discutée également chez le patient octogénaire.
- Le délai entre les résections transurétrales de vessie et la cystectomie ne doit pas excéder 12 semaines.

8.1.1. Technique

- Voie ouverte : standard. Si expérience, technique mini invasive possible mais dérivation urinaire par mini-laparotomie nécessaire.

- Le curage ganglionnaire étendu jusqu'à la bifurcation aortique (potentiellement curatif pour les micrométastases, et permettant de détecter 90 % des métastases ganglionnaires) emporte les ganglions hypogastriques, obturateurs, pré-sacrés iliaques externes et communs. Il est recommandé d'emporter de 12 à 15 ganglions dans le curage.
- Pour les tumeurs multifocales ou les CIS, un examen extemporané des recoupes urétérales doit être réalisé.
- Le geste emporte la prostate et les vésicules séminales.
- En cas d'envahissement sur les biopsies sus montanales et/ou examen extemporané positif de la recoupe urétrale, pratiquer une urétrectomie.
- Chez la femme, le geste emporte le plus souvent l'utérus et la totalité de l'urètre réalisant une pelvectomie antérieure.

8.2. Dérivation urinaire

8.2.1. Chez l'homme

- Elle consiste en une néo-vessie de remplacement *in situ* (iléale, à basse pression ou colique) qui est la technique de référence chez l'homme en bon état général < 70 - 75 ans. Elle nécessite une surveillance tous les 6 mois pendant 3 ans puis une fois par an.
- La dérivation transiléale ou UC est envisagée quand il existe une impossibilité anatomique, un âge trop avancé, un psychisme non adapté.

8.2.2. Chez la femme

- Une vessie de remplacement est possible quand on peut conserver les 2/3 distaux de l'urètre (absence d'envahissement du col, extemporané négatif de la recoupe urétrale), en fonction de critères urodynamiques (PU max > 30-35 cm H₂O) et si la patiente est motivée et capable d'autosondages.
- Le standard est une dérivation urinaire externe éventuellement continente.

8.3. Atteinte ganglionnaire de découverte peropératoire

- Deux **options** sont envisageables :
 - Traitement chirurgical maxima : cystectomie + curage étendu ou traitement néoadjuvant suivi éventuellement d'un traitement local.
 - Si l'exérèse complète de la maladie tumorale est réalisable, elle doit être effectuée.

9. Radiochimiothérapie

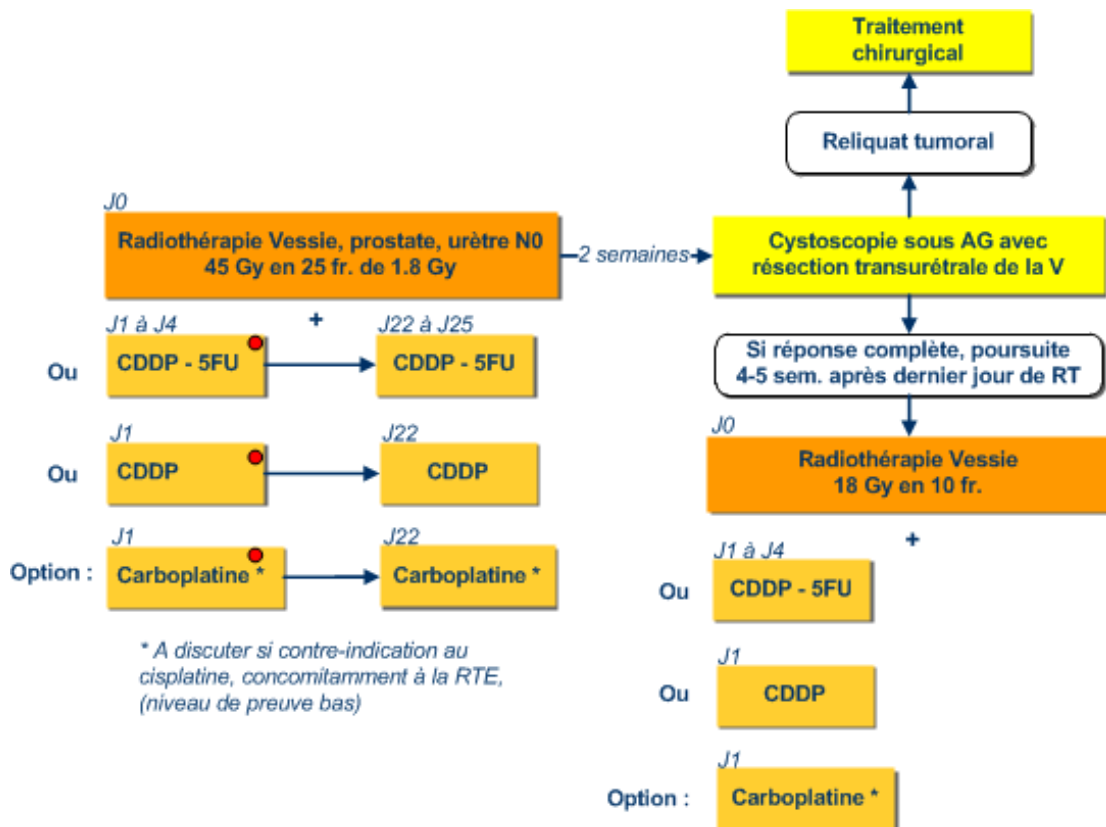
9.1. Radiothérapie

- **La radiothérapie comporte le traitement des ganglions pelviens iliaques externes et internes bilatéraux à la dose de 45 Gy et de la vessie à la dose de 63 Gy. Le fractionnement est de 1,8 Gy par fraction et la dose est prescrite selon les recommandations du rapport n° 62 de l'ICRU.**
 - décubitus dorsal
 - vessie vide

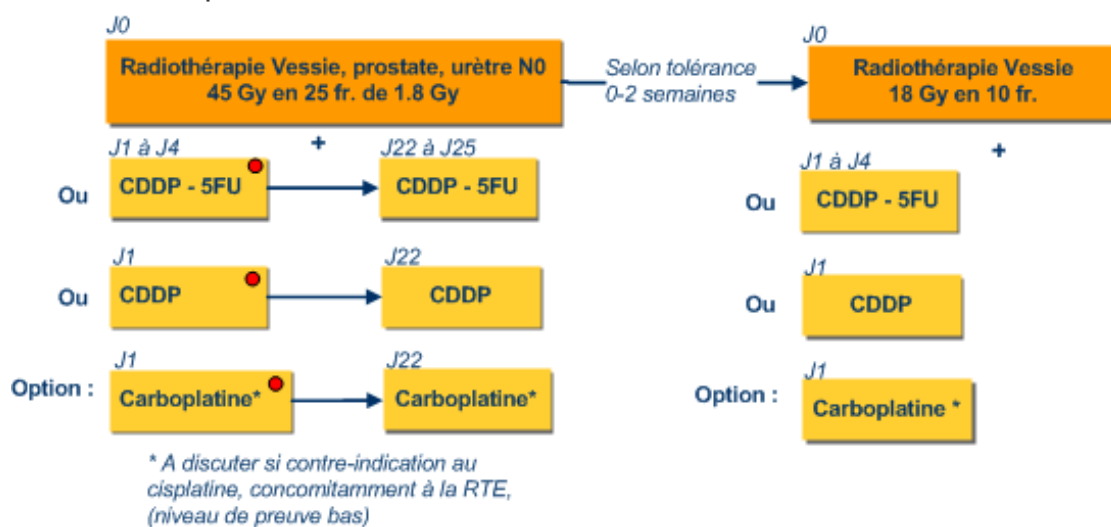
- opacification de la vessie nécessaire lors du scanner de centrage par voie IV
 - dosimétrie sur scanner obligatoire
 - 4 faisceaux quotidiens pelvis et complément vésical
 - photons d'au moins 10 MV
 - contrôle des faisceaux obligatoire à l'initiation du traitement et lors de toutes modifications balistiques.
- **Le faisceau pelvien couvre** la vessie, les ganglions obturateurs, iliaques et hypogastriques, la prostate et l'urètre prostatique (en cas de tumeur du col ou du trigone).
En pratique, l'investigateur peut s'aider des repères suivants :
 - **Pelvis** : Limite supérieure en S1-S2
 - Latéralement 1 cm en dehors du cadre osseux pelvien
 - Limite inférieure soit le bord inférieur des trous obturateurs, soit les tubérosités ischiatiques en cas d'atteinte du col vésical ou de l'urètre prostatique.
 - Limite antérieure: 1,5 cm + pénombre en avant de la vessie opacifiée. Des caches ou des faisceaux obliques peuvent être utilisés afin d'éviter toute fuite antérieure.
 - Limite postérieure: au milieu du rectum et au moins 1,5 cm en arrière de la vessie opacifiée.
- Dans tous les cas, les champs pelviens doivent couvrir le PTV vésical défini ci-dessous :
 - **Champ réduit vésical**
 - Les faisceaux réduits couvrent le PTV incluant la vessie en totalité (+/- prostate si col ou urètre prostatique envahis) avec une marge de 1,5 cm (PTV vésical) ainsi que toute tumeur extra vésicale visible au scanner.
- **Utilisation de la modulation d'intensité et de l'IGRT**
 - Dans les cas où il existe une supériorité dosimétrique de l'IMRT avec ou sans arthrothérapie dynamique, l'adaptation de ce schéma est possible, sans modifier les marges, en se référant aux recommandations de l'ICRU 83.
- **Ajustement du schéma de radiothérapie**
 - Toute toxicité pelvienne non hématologique (cutanée, digestive ou génito-urinaire) de grade CTC v4.0 ≤ 2 ne demande aucune modification de l'irradiation.
 - Une toxicité pelvienne de grade ≥ 3 impose un arrêt d'irradiation de 15 j maximum. Une prise en charge symptomatique urinaire (hématurie) et/ou digestive (rectorragie) sera réalisée en milieu spécialisé avec vérification endoscopique. Au-delà de ce délai, le traitement dans le cadre du protocole est interrompu. Le patient restera évalué dans le protocole. La poursuite du traitement sera évaluée de façon multidisciplinaire.

9.2. Schémas des protocoles de radiochimiothérapie concomitante

9.2.1. Patients opérables



9.2.2. Patients inopérables



9.2.3. Protocole 1

- Cisplatine continu : 20 mg/m²/j de J1 à J4
- 5-FU : 600 mg/m²/j de J1 à J4

9.2.4. Protocole 2

- Cisplatine : 100 mg/m² à J1 - Reprise J22

9.2.5. Protocole 3

- Carboplatine : dose AUC 4. L'utilisation du carboplatine peut se discuter en cas de contre-indication au cisplatine, concomitamment à la RTE, mais le niveau de preuve est bas.

Référence

- Lagrange JL, Bascoul-Mollevis C, Geoffrois L, Beckendorf V, *et al.*

Study Group on Genito-Urinary Tumors.

Quality of life assessment after concurrent chemoradiation for invasive bladder cancer: results of a multicenter prospective study (GETUG 97-015).

Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2011. 79(1): 172-8.

10. Thésaurus de protocoles de chimiothérapie

10.1. 1. Chimiothérapie néoadjuvante

10.1.1. Standard

3 cures de M-VAC.

Methotrexate 30 mg/m²/jour **J1, J15, J22**

Vinblastine 3 mg/m² **J2, J15, J22**

Adriamycine 30 mg/m² **J2**

Cisplatine 70 mg/m² **J2**

Reprise à J28

- A discuter en RCP pour les T2. A faire pour les T > T2 (s'il n'y a pas de contre-indication pour le cisplatine).

Références

- Sternberg CN, de Mulder PH, Schornagel JH, Théodore C *et al.*
Randomized phase III trial of high-dose-intensity methotrexate, vinblastine, doxorubicin, and cisplatin (MVAC) chemotherapy and recombinant human granulocyte colony-stimulating factor versus classic MVAC in advanced urothelial tract tumors : European Organization for Research and Treatment of Cancer Protocol no. 30924.
J Clin Oncol. 2001 May 15;19(10):2638-46.
- Grossman HB, Natale RB, Tangen CM, Speights VO *et al.*
Neoadjuvant chemotherapy plus cystectomy compared with cystectomy alone for locally advanced bladder cancer.
N Engl J Med. 2003 Aug 28;349(9):859-66.
- Advanced Bladder Cancer Meta-analysis Collaboration.
Neoadjuvant chemotherapy in invasive bladder cancer: a systematic review and meta-analysis.
Lancet. 2003 Jun 7;361(9373):1927-34.
- Advanced Bladder Cancer Meta-analysis Collaboration.
Neoadjuvant chemotherapy in invasive bladder cancer: update of a systematic review and meta-analysis of individual patient data advanced bladder cancer (ABC) meta-analysis collaboration.
Eur Urol. 2005 Aug;48(2):202-5.
- Winkvist E, Kirchner TS, Segal R, Chin J *et al.*
Neoadjuvant chemotherapy for transitional cell carcinoma of the bladder: a systematic review and meta-analysis.
J Urol. 2004 Feb;171(2 Pt 1):561-9.

- Les méta-analyses confirment que chimiothérapie néoadjuvante à base de cisplatine améliore de 5 % le bénéfice absolu de la survie à 5 ans, et réduit de 13 % le risque de décès à 5 ans.

10.1.2. Option

- 3 cures de CMV.

Methotrexate 30 mg/m²/jour **J1, J8**
Vinblastine 4 mg/m² **J1, J8**
Cisplatine 100 mg/m² **J2**
(Acide folinique 15 mg toutes les 6 heures 4/jour **J2, J9**

Référence

- Griffiths G, Hall R, Sylvester R, Raghavan D *et al.*
International phase III trial assessing neoadjuvant cisplatin, methotrexate, and vinblastine chemotherapy for muscle-invasive bladder cancer : long-term results of the BA06 30894 trial.
J Clin Oncol. 2011 Jun 1;29(16):2171-7.

10.2. 2. Chimiothérapie adjuvante

- Niveau de preuve insuffisant pour confirmer l'impact de la chimiothérapie adjuvante sur la survie. Mais à discuter pour les hauts risques (T3-T4, N+).
- Il n'y a pas de standard défini pour le type de protocole (CAP, MVAC, MVEC ?), ni pour le nombre de cycles (3 à 6 cycles selon les études).

Référence

Ruggeri EM, Giannarelli D, Bria E, Carlini *Pet al.*
Adjuvant chemotherapy in muscle-invasive bladder carcinoma: a pooled analysis from phase III studies.
Cancer. 2006 Feb 15;106(4):783-8.

10.3. 3. Recommandations des sociétés internationales pour les indications de chimiothérapie néoadjuvante et adjuvante

- ESMO guidelines :
Bellmunt J, Orsola A, Wiegel T, Guix M *et al.*
Bladder cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up.
Ann Oncol. 2011 Sep;22 Suppl 6:vi45-9.
- EAU guidelines :
Stenzl A, Cowan NC, De Santis M, Kuczyk MA *et al.*
Treatment of muscle-invasive and metastatic bladder cancer: update of the EAU guidelines.
Eur Urol. 2011 Jun;59(6):1009-18.
- NCCN guidelines 2. 2012.

10.4. 4. Chimiothérapie en situation métastatique

- Différentes possibilités thérapeutiques :

10.4.1. Protocole M-VAC

Methotrexate 30 mg/m²/jour **J1, J15, J22**
Vinblastine 3 mg/m² **J2, J15, J22**

Adriamycine 30 mg/m² **J2**

Cisplatine 70 mg/m² à **J2**

Reprise à J28

Référence

- Sternberg CN, de Mulder PH, Schornagel JH, Théodore C *et al.*
Randomized phase III trial of high-dose-intensity methotrexate, vinblastine, doxorubicin, and cisplatin (MVAC) chemotherapy and recombinant human granulocyte colony-stimulating factor versus classic MVAC in advanced urothelial tract tumors : European Organization for Research and Treatment of Cancer Protocol no. 30924.
[J Clin Oncol. 2001 May 15;19\(10\):2638-46.](#)

10.4.2. Protocole M-VAC intensifié

Methotrexate 30 mg/m²/jour **J1**

Vinblastine 3 mg/m² **J2**

Adriamycine 30 mg/m² **J2**

Cisplatine 70 mg/m² à **J2**

Reprise à J14

Référence

- Sternberg CN, de Mulder PH, Schornagel JH, Théodore C *et al.*
Randomized phase III trial of high-dose-intensity methotrexate, vinblastine, doxorubicin, and cisplatin (MVAC) chemotherapy and recombinant human granulocyte colony-stimulating factor versus classic MVAC in advanced urothelial tract tumors: European Organization for Research and Treatment of Cancer Protocol no. 30924.
[J Clin Oncol. 2001 May 15;19\(10\):2638-46.](#)

10.4.3. Protocole gemzar + cisplatine

1^{ère} option :

Gemcitabine 1000 mg/m²/jour **J1, J8, J15**

Cisplatine 70 mg/m² à **J2**

Reprise à J28

Référence

- Von der Maase H, Hansen SW, Roberts JT, Dogliotti L *et al.*
Gemcitabine and cisplatin versus methotrexate, vinblastine, doxorubicin, and cisplatin in advanced or metastatic bladder cancer: results of a large, randomized, multinational, multicenter, phase III study.
[J Clin Oncol. 2000 Sep;18\(17\):3068-77.](#)

2^{ème} option :

Gemcitabine 1250 mg/m²/jour **J1, J8**

Cisplatine 70 mg/m² à **J2**

Reprise à J21

Référence

- Dogliotti L, Carteni G, Siena S, Bertetto O *et al.*
Gemcitabine plus cisplatine versus gemcitabine plus carboplatine as first-line chemotherapy in advanced transitional cell carcinoma of the urothelium: results of a randomized phase 2 trial.
[Eur Urol. 2007 Jul;52\(1\):134-41.](#)

10.4.4. Protocole carboplatine + gemzar

Gemcitabine 1250 mg/m²/jour **J1, J8**
Carboplatine AUC 5, **J2**

Reprise à J21

Référence

Dogliotti L, Carteni G, Siena S, Bertetto O *et al.*
Gemcitabine plus cisplatine versus gemcitabine plus carboplatine as first-line chemotherapy in advanced transitional cell carcinoma of the urothelium: results of a randomized phase 2 trial.
[Eur Urol. 2007 Jul;52\(1\):134-41.](#)

10.4.5. Vinflunine : en 2ème ligne métastatique

Vinflunine 320 mg/m² **J1**

Reprise à J21

- Pour patients OMS 0 et sans antécédents de radiothérapie pelvienne, sinon commencer à 280 mg/m² (J1 reprise à J21) et augmenter à 320 mg/m² à la cure suivante si absence de toxicité hématologique.

Référence

- Bellmunt J, Théodore C, Demkov T, Komyakov B *et al.*
Phase III trial of vinflunine plus best supportive care compared with best supportive care alone after a platinum-containing regimen in patients with advanced transitional cell carcinoma of the urothelial tract.
[J Clin Oncol. 2009 Sep 20;27\(27\):4454-61.](#)

11. Essais cliniques

11.1. GETUG AFU 19

- Etude randomisée de phase II évaluant une chimiothérapie de type MVAC intensifié +/- Panitumumab en 1^{ère} ligne de traitement des carcinomes urothéliaux avancé chez les patients sans mutation H-Ras ni K-Ras.
- Etablissements participants en Lorraine : Centre Alexis Vautrin (Vandoeuvre-les-Nancy).

11.2. ReCHiVe

- Essai de phase II évaluant l'efficacité d'une stratégie de préservation vésicale associant une chimiothérapie intensive de type MVAC et une résection tumorale endovésicale optimale, chez des patients ayant un cancer urothélial infiltrant de la vessie.
- Etablissements participants en Lorraine : Centre Alexis Vautrin (Vandoeuvre-les-Nancy).

11.3. GETUG V04

- Etude de phase II randomisée évaluant une chimio-radiothérapie avec cisplatine ou carboplatine + gemcitabine dans les cancers infiltrant de la vessie opérable d'emblée.
- Etablissements participants en Lorraine : Centre Alexis Vautrin (Vandoeuvre-les-Nancy).

12. Surveillance

12.1. TVNIM à faible risque

- Cystoscopie à 3, 6, 12 mois puis tous les ans pendant 10 ans.

12.2. TVNIM à risque intermédiaire

- Cystoscopie et cytologie à 3, 6, 12 mois puis tous les ans pendant 15 ans (ou à vie si persistance du tabagisme)
- Uro-TDM : tous les 2 ans en cas de cytologie + ou de symptôme en faveur de l'atteinte du haut appareil

12.3. TVNIM à haut risque

- Cystoscopie et cytologie tous les 3 mois pendant 1 an, puis tous les 6 mois jusqu'à la 2^{ème} année, puis 1 fois par an à vie
- Uro-TDM : tous les 2 ans en cas de cytologie + ou de symptôme en faveur de l'atteinte du haut appareil

12.4. TVIM

- Le suivi carcinologique se double d'un suivi fonctionnel urinaire quand une cystectomie et une dérivation urinaire ou un remplacement ont été réalisés.

12.5. T2

- A 3 mois puis bi-annuelle pendant 2 ans puis une fois par an.

12.6. T3-4 et/ou N+

- A 3 mois puis semestrielle pendant 5 ans, puis annuelle
- Seront réalisés :
 - Un examen physique avec touchers pelviens
 - Un bilan biologique
 - Un bilan radiologique avec TDM thoraco-abdomino-pelvienne.
- Préservation de l'urètre : fibroscopie et cytologie tous les 6 mois pendant 2 ans, puis 1 fois par an.
- **La durée de la surveillance ne peut être précisée en l'état actuel des connaissances.**