

Voie urinaire excrétrice supérieure

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 les tumeurs des voies urinaires excrétrices supérieures.
- Ces tumeurs sont multifocales dans 1/3 des cas et bilatérales dans 2 à 8 % des cas. Il existe une lésion vésicale synchrone dans moins de 10 % des cas et en général péri-orificielle.
- 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 diagnostic

3. Classification TNM 2010

- La classification s'applique aux carcinomes, les papillomes étant exclus.

T : Tumeur primitive	
Tx	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
Ta	Tumeur papillaire non invasive
Tis	Carcinome <i>in situ</i>
T1	Tumeur atteignant le chorion
T2	Tumeur atteignant la musculature
T3	- Bassinet et calices : tumeur dépassant la musculature atteignant la graisse péri-pyélique ou le parenchyme rénal - Uretère : tumeur dépassant la musculature pour atteindre la graisse péri-urétérale.
T4	Tumeur envahissant les organes de voisinage ou la graisse péri-rénale à travers le rein, pour les lésions du bassinet

N : Ganglions régionaux	
NX	Statut ganglionnaire inconnu
N0	Absence de métastase ganglionnaire
N1	Ganglion unique < 2 cm
N2	Ganglion unique > 2 cm et < 5 cm ou ganglions multiples tous < 5 cm
N3	Ganglion (s) > 5 cm

M : Métastases à distance	
Mx	Métastases non évaluables
M0	Absence de métastase
M1	Métastase à distance

4. Grades histopathologiques

4.1. OMS 1973

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

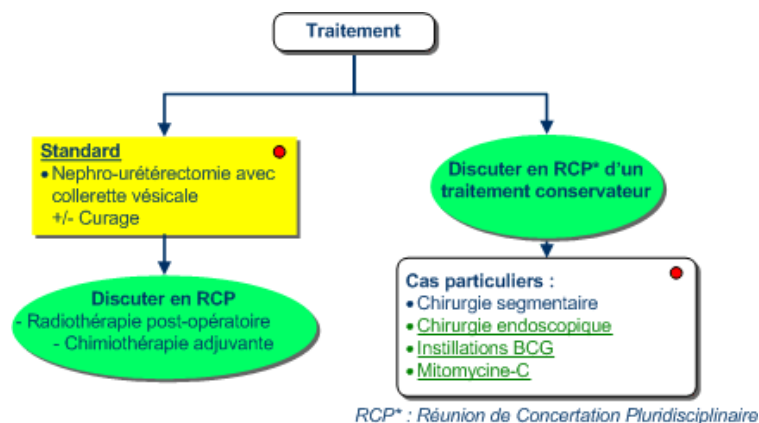
5. OMS 2004

- Tumeur urothéliale papillaire de faible potentiel de malignité,
- Carcinome de bas grade,
- Carcinome de haut grade.

5.1. Tableau de correspondance

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

6. Traitement



6.1. Indications du traitement endoscopique

(recommandation de grade C)

- Tumeur unifocale de moins de 1 cm dans son plus grand diamètre
- Tumeur de bas grade en cytologie et sur les biopsies
- Aucun élément radiologique en faveur d'une infiltration
- Traitement conservateur envisageable (hors calice inférieur)
- Surveillance endoscopique rapprochée
- Information et compliance du patient vis à vis du rythme de surveillance.

6.2. Traitement adjuvant

- L'instillation de **BCG** ou de **Mitomycine C** dans la voie excrétrice, par néphrostomie percutanée ou par l'intermédiaire d'une endoprothèse urinaire, après traitement conservateur d'une tumeur des voies excrétrices supérieures ou pour traiter un carcinome *in situ* est techniquement réalisable. Les résultats à moyen termes sont proches de ceux observés dans le traitement des tumeurs de la vessie, mais non confirmés à long termes (niveau de preuve 4).

7. Chirurgie

7.1. Traitement chirurgical radical

- La **néphro-urétérectomie totale par voie ouverte** avec excision d'une collerette vésicale péri-méatique est le traitement de référence quelque soit la localisation de la tumeur sur la voie excrétrice supérieure.
 - Il ne faut pas ouvrir la voie excrétrice.
 - Le curage ganglionnaire associé présente un intérêt pronostic et améliore la stadification.

- **La voie coelioscopique** est encore discutée mais de nombreuses études vont dans le sens de résultats oncologiques similaires à la chirurgie ouverte avec un meilleur résultat fonctionnel sous réserve de respect des principes carcinologiques suivants :
 - Absence de contact entre urine et cavité gazeuse.
 - Exérèse monobloc du rein et de l'uretère après certitude de l'intégrité vésicale.
 - Extraction de la pièce sécurisée par sac extracteur.
 - Ne pas opérer les tumeurs T3 N+ ou métastatiques.
 - Ne pas morceler la pièce.

7.2. Traitement conservateur

- **L'urétéroscopie thérapeutique** peut être envisagée dans les tumeurs de bas grade et faible stade.
- Elle doit être réservée en priorité aux indications de nécessité où le patient est à risque d'insuffisance rénale terminale après népro-urétérectomie.
- La surveillance est plus contraignante.
- **La chirurgie ouverte segmentaire** est possible pour les tumeurs à faible risque de l'uretère distal à condition que les sections de la pièce soient en tissu sain.
- **La chirurgie laparoscopique segmentaire** peut être proposée dans les tumeurs de même type mais de l'uretère distal avec réimplantation dans le même temps.
- **La chirurgie per-cutanée** des TVES pyéliqués est envisageable pour les tumeurs de bas grade et stade en particulier pour les tumeurs calicielles inférieures inaccessibles en urétéroscopie souple.

8. Surveillance

En cas de néphro-urétérectomie totale (NUT), pendant au moins 5 ans :

- **Tumeur superficielle**
 - Cystoscopie/cytologie urinaire à 3 mois puis annuellement
 - Uroscanner tous les ans
- **Tumeur invasive**
 - Cystoscopie/cytologie urinaire à 3 mois puis annuellement
 - Uroscanner tous les 6 mois pendant 2 ans puis tous les ans.

Après traitement conservateur, pendant au moins 5 ans :

- Cytologie, uroscanner à 3 mois, puis à 6 mois puis tous les ans
 - Cystoscopie, urétéroscopie et cytologie *in situ* à 3 mois, à 6 mois puis tous les 6 mois pendant 2 ans, puis tous les ans.
- ([Recommandation de grade C](#))

9. Grille des niveaux de preuve

- I : Revue systématique d'études contrôlées randomisées
- II : Au moins une étude contrôlée randomisée de bonne qualité
- III-1 : Essais prospectifs contrôlés, de qualité, non randomisés
- III-2 : Études de cohortes ou de cas-témoins de méthodologie satisfaisante provenant de plus d'un centre
- III-3 : Études de patients consécutifs avec ou sans intervention. Également des résultats spectaculaires d'études non contrôlés (type pénicilline en 1940)
- IV-1 Études descriptives rétrospectives comprenant cas cliniques, séries de cas et études transversales
- IV-2 Recommandations publiées d'experts reconnus, organisations savantes
- IV-3 Consensus de groupes de travail non reconnus formellement par des institutions reconnues
- N/A Non applicable. Il n'est pas possible d'attribuer un niveau de preuve.
- L'AFU propose également une [grille de correspondance](#) entre l'évaluation de la littérature et le grade des recommandations.

Tableau 1. Correspondance entre l'évaluation de la littérature et le grade des recommandations.

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Force des recommandations
Argumentaire	Recommandation
Niveau 1	Grade A
Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées	Preuve scientifique établie
Niveau 2	Grade B
Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohorte	Présomption scientifique
Niveau 3	Grade C
Études cas-témoins Essais comparatifs avec série historique	Faible niveau de preuve scientifique
Niveau 4	
Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas Étude épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)	
Toute autre publication (case report, avis d'experts etc.) Aucune publication	Accord professionnel *

* En l'absence de précision, les recommandations proposées correspondront à un accord professionnel.
 Cette classification a pour but d'explicitier les bases des recommandations. L'absence de niveau de preuve doit inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible.
 Cependant, l'absence de niveau de preuve ne signifie pas que les recommandations élaborées ne sont pas pertinentes et utiles (exemple de l'efficacité de la mastectomie dans le cancer du sein, des antibiotiques dans l'angine...)
 D'après le Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations ANAES/ janvier 2000.