



TUMEURS UROTHELIALES DE LA VOIE EXCRETRICE SUPERIEURE

La mise à jour à jour a été effectuée à partir des recommandations 2013 en onco-urologie (AFU, EAU, ESMO, INCA), et de publications importantes nouvelles ayant un impact sur la prise en charge des patients depuis 2013.

**Tout dossier doit être présenté en
RCP
avant tout acte thérapeutique**

**Conformément au plan cancer 2,
tout patient doit pouvoir bénéficier
d'une proposition d'un essai thérapeutique**

L'ensemble actualisé des essais cliniques disponibles en Basse Normandie est accessible sur le site Onco Basse Normandie dans la rubrique *Recherche clinique*

**Tout patient \geq 75 ans doit se voir proposer
en fonction de l'état général et des co-morbidités une
consultation d'oncogériatrie afin d'aider à la prise de
la décision thérapeutique et proposer un plan
personnalisé de soins adapté.**

- TABLE DES MATIERES -

1- CLASSIFICATION	03
2- RECOMMANDATIONS DIAGNOSTIQUES	
2.1 Le minimum requis.....	04
2.2 Les examens optionnels.....	04
3- RECOMMANDATIONS THERAPEUTIQUES	
3.1 Traitement standard.....	04
3.2 Traitement conservateur de nécessité.....	05
3.3 Traitement endo-urologique	05
3.4 Radiothérapie	05
3.5 Chimiothérapie.....	05
4- RECOMMANDATIONS DE SUIVI	
4.1 Après néphro-uretérectomie	06
4.2 Après chirurgie conservatrice	06
ANNEXE 1 : BIBLIOGRAPHIE	07

- 1 - Classification

1.1- Classification histologique

Cf tumeur vésicale

2.2- Classification TNM 2009

T Tumeur primitive

- ⤴ Tx Tumeur primitive ne pouvant être classée
- ⤴ T0 Absence de tumeur primitive
- ⤴ Ta Tumeur papillaire non invasive
- ⤴ Tis Carcinome in situ
- ⤴ T1 Tumeur envahissant le chorion
- ⤴ T2 Tumeur envahissant le muscle
- ⤴ T3 Bassinet et calices : tumeur dépassant la musculature atteignant la graisse péripyélique ou le parenchyme rénal
T3 Uretere : 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 Ganglions régionaux non évaluables
- ⤴ N0 Absence de métastase ganglionnaire régionale
- ⤴ N1 Ganglion unique < 2 cm
- ⤴ N2 Ganglion unique de 2 à 5 cm, ou ganglions multiples tous < 5 cm
- ⤴ N3 Ganglion(s) > 5 cm

M Métastases à distance

- ⤴ Mx Métastase à distance non évaluable
- ⤴ M0 Absence de métastase à distance
- ⤴ M1 Présence de métastase à distance

GRADE

OMS 1973	Papillome	Carcinome G1	Carcinome G2	Carcinome G3
OMS 2004	Papillome	LMP □ ou bas grade	Bas ou haut grade	Haut grade

□ Lowmalignant Potentiel

- 2 - RECOMMANDATIONS DIAGNOSTIQUES

2.1 - Le minimum requis

- ⤴ Créatininémie
- ⤴ Cytologie urinaire
- ⤴ Uroscanner avec injection de furosémide
- ⤴ TDM thoraco-abdomino-pelvien
- ⤴ Cystoscopie
- ⤴ Urétéro-rénoscopie diagnostique. Urétéroscope souple recommandé

2.2 - Les examens optionnels

- ⤴ Uro-IRM à la place où en cas contre-indication à l'uro-scanner
- ⤴ Echographie hépatique, scintigraphie osseuse

- 3 - RECOMMANDATIONS THÉRAPEUTIQUES

3.1- Traitement standard

- ⤴ Au mieux dans les 30-45 jours après le diagnostic
- ⤴ Néphro-urétérectomie totale (NUT) avec collerette vésicale péri-méatique+ curage ganglionnaire du site de drainage de la tumeur (rôle pronostique).
- ⤴ Pas d'intérêt de la NUT systématique si maladie M+ d'emblée ou T3 /N+: en fonction du caractère symptomatique.
- ⤴ Si N+ régionaux radiologiques, NUT + curage et discussion d'une chimiothérapie adjuvante.

3.2- Traitement conservateur

3.2.1- Indications

- ⤴ Lésion de bas stade, de bas grade, uni focale, < 1cm, sans infiltration évidente sur bilan radiologique, et observance possible à la surveillance.

- ⤴ A discuter si:
 - Insuffisance rénale chronique,
 - Tumeur bilatérale,
 - Tumeur sur rein unique.

3.2.2- Modalités

A discuter systématiquement en RCP

3.2.3- Agent topique adjuvant

- ⤴ Mitomycine C et BCG
- ⤴ Par néphrostomie per-cutanée ou endoprothèse urinaire
- ⤴ Après traitement conservateur ou CIS

3.3- Place la radiothérapie

- ⤴ Adjuvante ou curative : pas d'indication,
- ⤴ Palliative et/ou antalgique. Pas de protocole standard de radiothérapie.

3.4- Place de la chimiothérapie

- ⤴ La chimiothérapie adjuvante dans les pT3 ou les pN+ sera discutée systématiquement en réunion de concertation,
- ⤴ Pas de bénéfice de la chimiothérapie péri-opératoire (survie globale à 5 ans de 43%)
- ⤴ Les protocoles de chimiothérapie sont identiques à ceux des tumeurs infiltrantes de vessie (cf Référentiel Vessie Annexe 7)

- 4 - RECOMMANDATIONS DE SUIVI

4.1- Après néphro-urétérectomie

Surveillance pendant au moins 5 ans

4.1.1- Tumeur non invasive

- Cystoscopie et cytologie urinaire à 3 mois puis annuellement
- Uroscanner (avec furosémide) tous les ans

4.1.2- Tumeur invasive

- Cystoscopie et cytologie urinaire à 3 mois puis annuellement
- Uro-scanner tous les 6 mois pendant 2 ans puis annuellement
- TDM thoraco-abdomino-pelvien (si \geq pT2 et/ou pN+) tous les 6 mois pendant 2 ans puis une fois par an.

4.2- Après chirurgie conservatrice

Surveillance pendant au moins 5 ans

- Cytologie urinaire et Uro-scanner 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

- 1- ANNEXE 1: BIBLIOGRAPHIE

1- AFU, recommandation 2013-2016 en onco-urologie. Progès en urologie, Vol 24 - Novembre 2013- Supplément 2 S126 à 132

2- Rouprêt and al, European Guidelines for the diagnosis and management of upper urinary tract urothelial cell carcinomas: 2013 update. Europeanurology, 63 (2013) 1059-1071.