

Les traitements des cancers de la vessie

COLLECTION
GUIDES PATIENTS

LA VESSIE

LE DIAGNOSTIC

LE CHOIX DES TRAITEMENTS

LES TRAITEMENTS DES CANCERS
DE LA VESSIE NON INFILTRANTS

LES TRAITEMENTS DES CANCERS
DE LA VESSIE INFILTRANTS

LES TRAITEMENTS DES CANCERS
MÉTASTATIQUES

LE RÉTABLISSEMENT URINAIRE

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

LA VIE QUOTIDIENNE



L'Institut national du cancer est l'agence nationale sanitaire et scientifique chargée de coordonner la lutte contre le cancer en France.

Ce guide a été publié en février 2014 avec le soutien financier de la Ligue nationale contre le cancer.



Mesure 7.13 :

Rendre accessible aux malades et aux proches
une information adaptée

Ce document doit être cité comme suit : © *Les traitements des cancers de la vessie*, collection Guides patients Cancer info, INCa, février 2014.

Il peut être reproduit ou diffusé librement pour un usage personnel et non destiné à des fins commerciales ou pour des courtes citations. Pour tout autre usage, il convient de demander l'autorisation auprès de l'INCa.



Vous avez appris que vous avez un cancer de la vessie. Cette annonce provoque d'importants bouleversements. Elle s'accompagne aussi sans doute de questions sur la maladie et sur la prise en charge qui vous est proposée. Ce guide est là pour vous apporter des réponses, vous donner des repères et faciliter vos échanges avec les médecins et les membres de l'équipe soignante. Il n'a pas valeur d'avis médical. Il décrit les situations les plus couramment rencontrées. Les informations proposées peuvent ne pas correspondre précisément à votre situation qui est unique et connue de vous seul et des médecins qui vous suivent.

Que contient ce guide ?

Ce guide présente la prise en charge des formes les plus fréquentes des cancers de la vessie : les tumeurs urothéliales.

Vous trouverez des explications sur le diagnostic, les traitements, leurs buts, leur déroulement et leurs effets secondaires, sur le rôle des différents professionnels que vous rencontrez, ainsi que des informations pratiques et des ressources utiles pour vous et vos proches. Un glossaire définit les mots que vous entendrez peut-être au cours de vos traitements ; ces mots sont identifiés par un astérisque (*) dans le texte.

Toutes les informations médicales sont issues des recommandations de bonne pratique en vigueur et ont été validées par des spécialistes des cancers de la vessie.

Comment utiliser ce guide ?

Ce guide vous accompagne à différents moments de votre parcours de soins, en fonction de vos besoins d'information ou des nouvelles questions qui surviennent. Vous pouvez lire les chapitres de ce guide de manière indépendante ou en sélectionnant les informations qui vous concernent et vous intéressent.

Vous recherchez d'autres informations ?

Vous pouvez obtenir d'autres informations concernant les facteurs de risque, les symptômes, le suivi et la vie après les traitements du cancer de la vessie en vous rendant sur le site **www.e-cancer.fr/cancerinfo**



QU'EST-CE QU'UN CANCER ?

Les organismes, végétaux ou animaux, sont constitués de minuscules éléments : les cellules. Au cœur des cellules, les gènes* contiennent l'information nécessaire à leur fonctionnement et en déterminent un certain nombre de caractéristiques. Chaque cellule naît, se multiplie en donnant naissance à de nouvelles cellules, puis meurt. Les gènes et l'ensemble des informations qu'ils contiennent sont transmis aux cellules descendantes.

Il arrive que certains gènes présentent des anomalies ; le programme de fonctionnement de la cellule peut alors être dérégulé et celle-ci peut se comporter de façon anormale. Soit ces anomalies sont réparées, soit elles induisent la mort spontanée de la cellule. Mais parfois, il arrive que ces cellules survivent.

Un cancer, c'est cela : une maladie provoquée par une cellule initialement normale dont le programme se dérègle et la transforme. Elle se multiplie et produit des cellules anormales qui prolifèrent de façon anarchique et excessive. Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne, autrement dit cancéreuse.

Les cellules cancéreuses ont tendance à envahir les tissus voisins et peuvent se détacher de la tumeur. Elles ont la capacité de migrer par les vaisseaux sanguins et les vaisseaux qui transportent la lymphe, et de former d'autres tumeurs à distance, les métastases.



Sommaire

1. Qu'est-ce qu'un cancer de la vessie ?	9
1.1 La vessie	9
1.2 Comment se développe un cancer de la vessie ?	13
2. Comment est diagnostiqué un cancer de la vessie ?	15
2.1 Comment un cancer est-il suspecté ?	15
2.2 Quels sont les objectifs du bilan diagnostique ?	16
2.3 Quels sont les examens nécessaires au bilan diagnostique ?	16
2.4 Jusqu'où se sont propagées les cellules cancéreuses ?	
Le stade du cancer	21
2.5 Le cancer est-il agressif ? Le grade du cancer	24
3. Quels sont les traitements possibles ?	25
3.1 Des traitements adaptés à votre situation personnelle	25
3.2 Les différents traitements	28
3.3 Participer à un essai clinique	30
3.4 La prise en charge de votre qualité de vie	31
4. Quels sont les traitements des cancers de la vessie non infiltrants ?	33
4.1 La résection transurétrale de la vessie	33
4.2 Que se passe-t-il après l'intervention ?	34
4.3 Un autre traitement local pour compléter l'opération	35
5. Quels sont les traitements des cancers de la vessie infiltrants non métastatiques ?	39
5.1 Une opération chirurgicale pour enlever la vessie	39
5.2 Un traitement général par chimiothérapie	47
5.3 Un traitement par radiothérapie	56

6. Quels sont les traitements des cancers de la vessie métastatiques ?	63
7. Le rétablissement urinaire	65
7.1 Les différentes dérivations urinaires	65
7.2 Vivre avec une néovessie	68
7.3 Vivre avec une stomie	69
8. Les professionnels et leur rôle	73
9. Questions de vie quotidienne	79
9.1 Qu'est-ce que l'ALD ?	79
9.2 Cancer de la vessie et maladie professionnelle	80
9.3 La vie professionnelle pendant les traitements	81
9.4 Les aides à domicile	82
9.5 Bénéficier d'un soutien psychologique	82
9.6 Bénéficier de la prise en charge d'une addiction	84
9.7 La vie intime et la sexualité	85
9.8 Les proches	86
10. Ressources utiles	87
10.1 La plateforme Cancer info	87
10.2 Les associations et autres ressources	88
10.3 Les lieux d'information et d'orientation	90
11. Glossaire	91
Méthode et références	105

1. Qu'est-ce qu'un cancer de la vessie ?

LA VESSIE

COMMENT SE DÉVELOPPE UN CANCER DE LA VESSIE ?

QUELQUES CHIFFRES

Un cancer de la vessie est une maladie des cellules de la paroi interne de la vessie. Il se développe à partir d'une cellule normale qui se transforme, puis se multiplie de façon anarchique, jusqu'à former une tumeur.

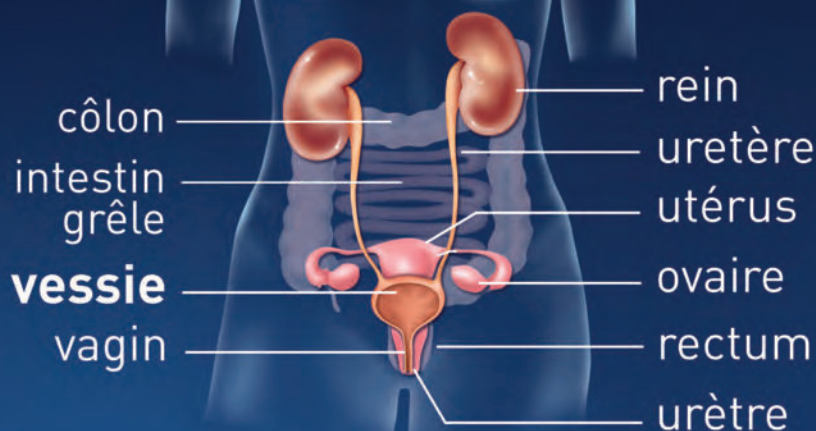
1.1. LA VESSIE

La vessie est une poche dans laquelle arrive et s'accumule l'urine produite par les reins. Sa paroi est extensible : c'est un muscle qui peut s'agrandir et se rétrécir, ce qui permet à la vessie de contenir une plus ou moins grande quantité d'urine. Située dans le bas-ventre, elle est complètement plate lorsqu'elle est vide ; elle se dilate et vous pouvez la sentir lorsqu'elle est remplie d'urine.

La vessie appartient à l'appareil urinaire, l'ensemble des organes qui fabriquent l'urine et l'évacuent hors du corps. L'appareil urinaire est constitué des reins, des uretères*, de la vessie et de l'urètre*.

Les reins produisent de l'urine en permanence. Celle-ci arrive des reins dans la vessie par deux longs tubes, les uretères. L'urine est progressivement recueillie par la vessie. Elle est ensuite évacuée par un autre conduit, l'urètre. Les deux mots se ressemblent : si les uretères comme l'urètre conduisent tous deux l'urine, l'urètre a une fonction supplémentaire, celle de pouvoir retenir ou vidanger l'urine, ce qu'on appelle la continence.

La vessie dans le système urinaire chez la femme

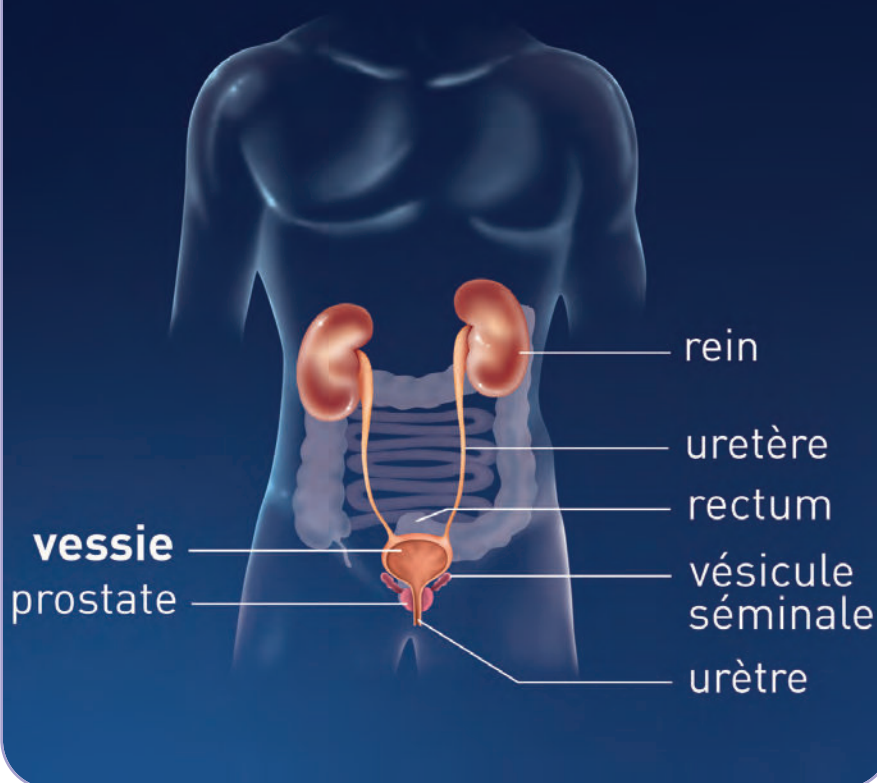


La vessie se situe :

- chez la femme, sous l'utérus, devant le vagin ; en arrière du vagin se trouve le rectum* ;
- chez l'homme, devant le rectum ; elle est collée au-dessus de la prostate*.

La vessie d'un adulte mesure environ 6 centimètres de long et 5 centimètres de large ; elle peut contenir un demi-litre de liquide, doublant cette capacité si nécessaire. La vessie se remplit progressivement ;

La vessie dans le système urinaire chez l'homme



à partir d'un certain degré de remplissage, le besoin d'uriner augmente. Vous le ressentez grâce à des capteurs nerveux, des tensorécepteurs, sensibles à la différence de tension de la paroi de la vessie dans laquelle ils sont situés. L'envie d'uriner se fait généralement sentir à partir de 300 millilitres.

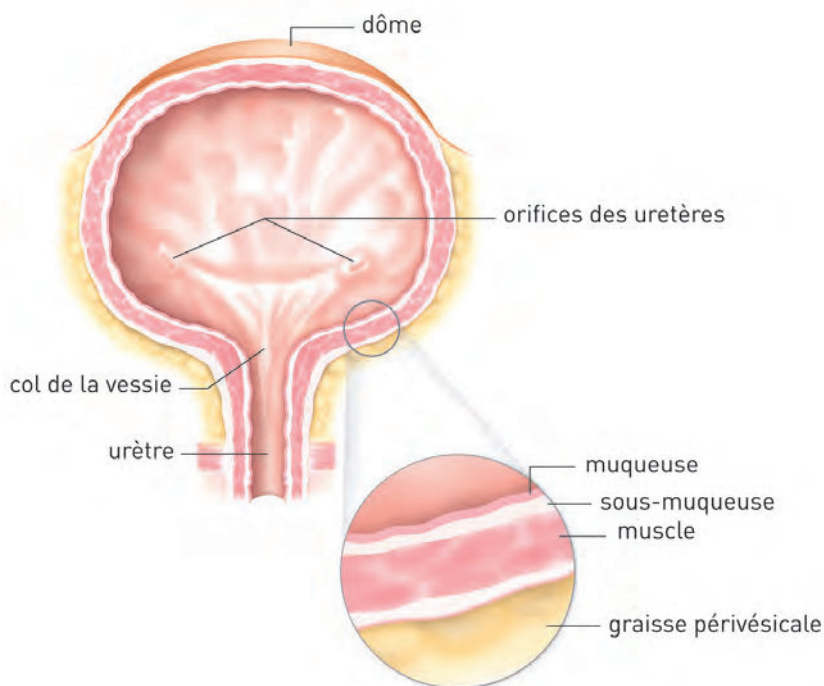
Au moment d'uriner, la paroi musculaire de la vessie se contracte, l'orifice situé à la base de la vessie s'ouvre et l'urine s'évacue par l'urètre ; c'est la phase de vidange, qu'on appelle aussi la miction.

Chez la femme, l'urètre est court ; situé devant le vagin, il débouche au niveau de la vulve*. Chez l'homme, l'urètre est plus long ; il passe à travers la prostate et le pénis pour déboucher à son extrémité.

La structure de la paroi de la vessie

La paroi de la vessie, dite aussi paroi vésicale, mesure environ un demi-centimètre d'épaisseur. Elle est constituée de différentes couches que vous pouvez voir sur le schéma ci-dessous.

Les différentes couches de la paroi de la vessie



De l'intérieur de la vessie vers l'extérieur, on trouve :

- la muqueuse, tissu qui tapisse tout l'intérieur de la vessie, ainsi que l'intérieur des uretères et de l'urètre ; elle est donc au contact des urines. Les termes sont nombreux pour désigner cette couche :

muqueuse, urothélium, épithélium transitionnel, épithélium urothélial... Dans ce guide, nous parlerons le plus souvent de muqueuse ;

- la sous-muqueuse, appelée aussi chorion, qui contient des vaisseaux sanguins, des nerfs et des glandes ;
- une couche de muscle, appelée détrusor ou, plus simplement, musculieuse, qui permet à la vessie de se distendre et de se contracter ;
- une couche de graisse qui entoure l'ensemble de la vessie. On l'appelle la graisse périvésicale, littéralement « autour de la vessie ».

La partie la plus haute de la vessie, le dôme vésical, est au contact du péritoine, la membrane qui tapisse tout l'intérieur de l'abdomen* et recouvre les organes abdominaux : intestin, estomac, foie...

1.2. COMMENT SE DÉVELOPPE UN CANCER DE LA VESSIE ?

Les cancers de la vessie peuvent se développer à partir des cellules des différentes couches de la paroi de la vessie.

Généralement, ils se forment à partir des cellules de la muqueuse, autrement dit, sur l'épithélium urothélial ; c'est pourquoi ce type de cancer se nomme carcinome urothélial. Il représente la grande majorité des cancers de la vessie.

Les types de cancers de la vessie

Il existe d'autres types de tumeurs de la vessie. Certaines peuvent être bénignes, non cancéreuses. D'autres tumeurs malignes, cancéreuses, comme les adénocarcinomes ou les carcinomes épidermoïdes se développent également sur l'urothélium ; d'autres encore croissent au niveau de la sous-muqueuse et de la couche musculaire, comme les sarcomes.

Lorsqu'un cancer apparaît, les cellules cancéreuses sont d'abord peu nombreuses et limitées à la muqueuse. Le plus souvent, les cancers de la vessie y restent cantonnés. On parle de **tumeur de la vessie non infiltrante du muscle**, parfois abrégée en TVNIM, ou, plus couramment, de tumeurs superficielles.

La tumeur peut s'infiltrer plus profondément dans la paroi de la vessie et atteindre la couche musculaire ou les organes voisins; on parle alors de cancer infiltrant et, plus précisément, de **tumeur de la vessie infiltrante du muscle**, abrégée en TVIM, ou encore, de tumeurs infiltrantes.

Il arrive que des cellules cancéreuses se détachent de la tumeur située sur la vessie et migrent vers d'autres organes, formant de nouvelles tumeurs, les métastases, dans les ganglions lymphatiques*, le foie, les poumons ou les os. Le cancer est alors métastatique.

QUELQUES CHIFFRES

Avec près de 11 965 cas estimés en France en 2012, le cancer de la vessie est le 7^e cancer le plus fréquent et représente 3 % des cancers. Il touche majoritairement des hommes : quatre hommes pour une femme. Son apparition est souvent due au tabagisme ou aux expositions à des produits cancérogènes dans le cadre d'une activité professionnelle. L'âge moyen au moment du diagnostic est de 70 ans.

L'arrêt de la consommation de tabac est fortement recommandé en cas de cancer de la vessie afin de réduire le risque de complications pendant et après les traitements. Si vous souffrez d'une dépendance au tabac, il est possible de vous faire aider (voir chapitre 9.6 page 84).

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Où le cancer se situe-t-il exactement ?

Quelles sont ses caractéristiques ?

Connait-on son étendue ?

Quelle est sa gravité ?

2. Comment est diagnostiqué un cancer de la vessie

COMMENT UN CANCER EST-IL SUSPECTÉ ?

QUELS SONT LES OBJECTIFS DU BILAN DIAGNOSTIQUE ?

QUELS SONT LES EXAMENS NÉCESSAIRES AU BILAN DIAGNOSTIQUE ?

JUSQU'OU SE SONT PROPAGÉES LES CELLULES CANCÉREUSES ? LE STADE DU CANCER

LE CANCER EST-IL AGRESSIF ? LE GRADE DU CANCER

2.1. COMMENT UN CANCER EST-IL SUSPECTÉ ?

Le plus souvent, l'élément qui fait suspecter un cancer de la vessie est la présence de sang visible dans les urines ; il s'agit d'une hématurie*. D'autres symptômes* qui persistent peuvent également alerter votre médecin, comme des envies d'uriner fréquentes ou des brûlures urinaires sans qu'une infection urinaire ou des calculs aient été détectés.

Pour identifier la maladie à l'origine des manifestations anormales que vous avez remarquées, le médecin s'appuie sur vos antécédents et divers examens médicaux. Il vous pose des questions afin de déterminer si vous présentez d'éventuels facteurs de risque* comme :

- votre consommation de tabac ;
- une exposition professionnelle à certains agents chimiques ;
- un traitement antérieur par radiothérapie* au niveau du bas-ventre ;
- un traitement antérieur par des médicaments de chimiothérapie* à base de cyclophosphamide ;
- une maladie tropicale, la bilharziose ;
- un traitement pour une tumeur de l'uretère* ou du bassin* du rein.

Après vous avoir interrogé, le médecin vous examine : il palpe, entre autres, la zone au-dessus du pubis et effectue un toucher rectal si vous êtes un homme, et des touchers rectal et vaginal si vous êtes une femme.

2.2. QUELS SONT LES OBJECTIFS DU BILAN DIAGNOSTIQUE ?

Un bilan est indispensable pour poser précisément le diagnostic de cancer et, si c'est le cas, déterminer l'ensemble de ses caractéristiques afin de vous proposer un traitement adapté :

- l'endroit où il est situé dans la vessie ;
- le type de cellules impliquées ;
- s'il a infiltré le muscle de la paroi de la vessie et jusqu'où il a progressé (son stade) ;
- s'il est agressif, autrement dit sa vitesse d'évolution (son grade).

2.3. QUELS SONT LES EXAMENS NÉCESSAIRES AU BILAN DIAGNOSTIQUE ?

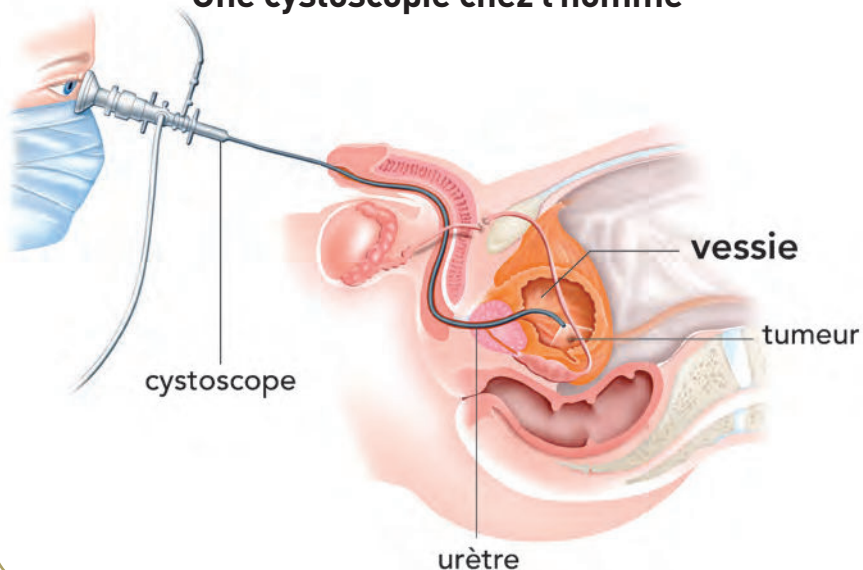
Le médecin vous prescrit une échographie* de l'appareil urinaire : la vessie, les deux reins, les uretères. Un examen des urines, appelé cytologie urinaire, vise à rechercher si vos urines contiennent des cellules cancéreuses. Votre médecin vous prescrit également une cystoscopie* afin d'inspecter l'intérieur de votre vessie : un petit tube introduit par l'urètre*, le cystoscope, permet d'explorer la vessie. La cystoscopie permet également d'effectuer des prélèvements si nécessaire. Ces trois examens sont la base du bilan diagnostique.

Le chirurgien peut décider d'enlever la tumeur pendant la cystoscopie. Cette opération, réalisée sous anesthésie générale, s'appelle une **résection transurétrale de la vessie**, abrégée en RTUV ; une résection est une opération chirurgicale qui consiste à enlever la tumeur ; cette résection est dite transurétrale car elle passe à travers l'urètre.

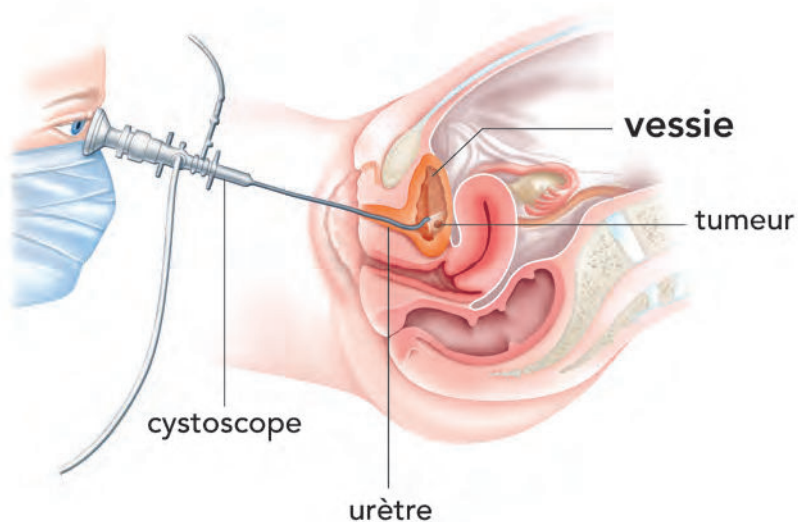
L'ensemble de ce qui a été enlevé est ensuite examiné par un anatomopathologiste. Le diagnostic ne peut être affirmé qu'à partir de cette analyse.

La résection transurétrale de la vessie est donc essentielle pour établir le diagnostic. Si la tumeur est superficielle, cette opération peut suffire à la traiter.

Une cystoscopie chez l'homme



Une cystoscopie chez la femme



Le tableau ci-après décrit l'ensemble des examens le plus souvent réalisés et leurs objectifs. L'ordre dans lequel ils sont effectués peut varier d'une personne à l'autre. Ils ne sont pas tous systématiques et, si besoin, d'autres peuvent vous être proposés.

Examen	Description	Objectifs
Examen clinique	L'examen clinique est réalisé lors d'une consultation. Le médecin s'entretient d'abord avec vous. Il s'enquiert de vos antécédents médicaux, recherche les symptômes qui peuvent être associés à un cancer de la vessie et les facteurs de risque comme par exemple la consommation de tabac, une exposition professionnelle à des produits potentiellement cancérogènes, etc. Ensuite, le médecin palpe votre abdomen* et votre pelvis*, et effectue un toucher rectal et un toucher vaginal pour les femmes.	Établir un bilan de votre état de santé général. Déceler des signes d'un cancer de la vessie, son extension éventuelle aux organes voisins de la vessie (intestin, prostate, utérus) et aux ganglions. Recenser vos traitements en cours. Rechercher des facteurs de risque.
Échographie	L'échographie permet de réaliser des images de parties du corps grâce à des ultrasons. L'examen est pratiqué par un urologue ou un radiologue. Celui-ci pose la sonde d'échographie sur la peau au-dessus du pubis et de l'abdomen. Cet examen est systématique.	Explorer la vessie, les reins et l'abdomen. Déceler l'existence d'une anomalie qui peut être le signe d'un cancer, ce qui peut amener à effectuer des examens supplémentaires.
Cytologie urinaire	La cytologie urinaire est une analyse d'urines, effectuée dans un laboratoire d'anatomopathologie. Cette analyse ne doit pas être effectuée sur vos urines du matin. Cet examen est systématique.	Rechercher des cellules cancéreuses dans vos urines.
Cystoscopie	La cystoscopie permet d'explorer l'intérieur de la vessie en passant un petit tube, un cystoscope, dans l'urètre. C'est l'examen de référence dès qu'un cancer est suspecté. Elle nécessite au préalable un contrôle de la stérilité de vos urines (ECBU*).	Visualiser l'intérieur de la vessie et examiner l'anomalie repérée. Chercher la présence d'une ou plusieurs tumeurs.

Examen	Description	Objectifs
Cystoscopie (suite)	La cystoscopie est effectuée soit sous anesthésie locale au niveau de l'urètre et sans hospitalisation, soit au bloc opératoire, sous anesthésie générale ou locorégionale si une intervention chirurgicale doit être faite dans le même temps (résection transurétrale de la vessie ou RTUV. Voir ci-dessous). Cet examen est systématique.	Si une tumeur est repérée, examiner sa taille et l'endroit où elle est située, notamment son emplacement par rapport à l'<u>urètre</u>* et aux <u>uretères</u>*. Identifier le type de tumeur et observer l'aspect de la muqueuse de la vessie pour vérifier l'absence d'autres anomalies.
Résection transurétrale de la vessie (RTUV)	La résection transurétrale de la vessie (RTUV) est une intervention chirurgicale réalisée sous anesthésie. C'est parfois l'unique traitement. Au préalable, la stérilité de vos urines sera contrôlée par un ECBU. Le chirurgien procède à des touchers pelviens. Puis il introduit un tube fin, un cystoscope, dans l'urètre jusqu'à la vessie. Grâce à l'optique et la caméra du cystoscope, le chirurgien examine la paroi de votre vessie et repère la tumeur. Parfois, il utilise une lumière bleue fluorescente. Il découpe la tumeur grâce à une petite anse métallique à l'extrémité du cystoscope en prélevant également une partie du muscle de la paroi de la vessie. Il contrôle ensuite soigneusement l'ensemble de la paroi de la vessie. Il met en place une <u>sonde</u>* pour laver la vessie et éviter la formation de caillots de sang. Comme la tumeur a été enlevée, cet examen constitue aussi le premier temps du traitement.	Enlever les anomalies à l'intérieur de la vessie. Confirmer le diagnostic de cancer par l'examen anatomopathologique des fragments retirés. Traiter le cancer en enlevant la ou les tumeurs.

Examen	Description	Objectifs
Examen anatomopathologique	Le médecin anatomopathologiste analyse les échantillons de tissus prélevés lors de la résection transurétrale de la vessie.	Analyser les échantillons de tissus prélevés afin de déterminer s'ils sont de nature cancéreuse ou non. S'ils le sont, déterminer le type de cellules impliquées, le <u>stade*</u> et le <u>grade*</u> de la tumeur. Déterminer si le muscle de la paroi de la vessie est atteint ou non par la tumeur. C'est cet examen qui confirme le diagnostic de cancer.
Scanner de l'appareil urinaire	Cet examen permet d'obtenir des images en coupes fines de l'appareil urinaire, notamment la partie haute, au moyen de rayons X*. Les images sont reconstituées par ordinateur, ce qui permet une analyse précise. Les radiologues parlent aussi d'uroscanner ou d'urotomodensitométrie, abrégée en uro-TDM. Avant l'examen, vous devez boire beaucoup. Un produit de contraste iodé est injecté dans une veine ; il permet de bien distinguer les éventuelles anomalies. Ce scanner de l'appareil urinaire est parfois effectué en même temps qu'un scanner thoracoabdominopelvien (voir ci-dessous), en fin d'examen.	Rechercher la présence éventuelle de tumeurs dans les voies urinaires hautes, des reins à la vessie.
Scanner thoraco-abdomino-pelvien	Cet examen permet d'obtenir des images du thorax, de l'abdomen et du <u>pelvis*</u> à l'aide de rayons X. C'est l'examen de référence pour les tumeurs qui ont infiltré le muscle de la	Évaluer si le cancer a des répercussions sur le haut de l'appareil urinaire.

Examen	Description	Objectifs
Scanner thoraco-abdomino-pelvien (suite)	paroi de la vessie. Les images sont reconstituées par ordinateur, ce qui en permet une analyse précise. On parle aussi de tomodensitométrie, abrégée en TDM. Avant l'examen, on vous injecte un produit de contraste iodé dans une veine; cette substance permet de bien distinguer les éventuelles anomalies.	Examiner si le cancer n'a pas envahi les organes voisins de la vessie et la graisse autour de la vessie. Regarder si vos ganglions sont gonflés ou non, ce qui pourrait faire suspecter qu'ils sont atteints par des cellules cancéreuses et évaluer si des métastases se sont développées.
IRM abdomino-pelvienne	Si vous ne pouvez pas recevoir une injection de produit de contraste iodé, une IRM peut vous être prescrite pour remplacer le scanner. Cet examen utilise un puissant aimant et des ondes radioélectriques pour produire des images en coupes de l'abdomen et du pelvis, qu'un ordinateur assemble en trois dimensions.	Les objectifs sont les mêmes que ceux du scanner thoracoabdomino-pelvien (cf. ci-dessus).

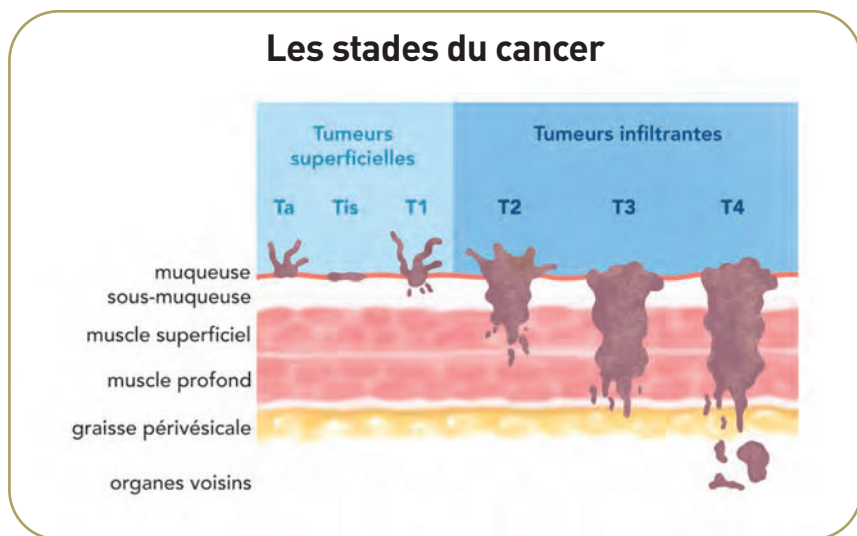
2.4. JUSQU'OU SE SONT PROPAGÉES LES CELLULES CANCÉREUSES ? LE STADE DU CANCER

Pour définir le stade d'un cancer de la vessie, les médecins examinent la taille de la tumeur, son infiltration dans la paroi interne de la vessie et notamment dans le muscle; ils déterminent si elle s'est propagée aux ganglions lymphatiques* et aux organes voisins, ou dans des parties du corps plus éloignées, sous forme de métastases.

Les trois quarts des tumeurs de la vessie sont **superficielles**: elles ne s'enfoncent que très peu dans la paroi de la vessie et n'infiltrant pas la couche de muscle. Il peut y avoir une ou plusieurs tumeurs.

On les distingue selon leur forme :

- quand elles présentent des petites papilles, des petites franges, on dit qu'elles sont **papillaires** ;
- quand elles sont attachées directement, sans pied, à la paroi de la vessie, on dit qu'elles sont **sessiles** ;
- d'autres sont plates, incrustées dans l'épaisseur de la muqueuse, mais s'y cantonnent sans atteindre le muscle ; ces tumeurs planes sont dites aussi **carcinomes *in situ*** ou TIS (tumeur *in situ*).



D'autres tumeurs sont **infiltrantes** : elles ont envahi la paroi de la vessie jusqu'au muscle.

La principale distinction entre les tumeurs de la vessie repose donc sur l'infiltration ou non du muscle par la tumeur.

Pour mieux préciser le degré d'envahissement de la paroi de la vessie et des autres organes, les médecins utilisent une classification appelée TNM, des mots anglais *Tumor*, *Nodes*, *Metastasis* : tumeur, ganglions, métastases. La classification TNM est développée depuis plus de 50 ans pour classer les cancers en fonction de leurs caractéristiques. Cette classification est utilisée partout dans le monde ; elle est mise à jour

régulièrement en fonction des connaissances médicales et scientifiques. Pour les cancers de la vessie, la classification TNM repose sur l'analyse de trois éléments :

- la pénétration de la tumeur dans la paroi de la vessie, c'est-à-dire son développement, noté T (voir tableau suivant);
- l'absence ou la présence de cellules cancéreuses dans les ganglions et, le cas échéant, le nombre de ganglions atteints, notées N;
- la présence ou non de métastases dans d'autres parties du corps, comme les poumons, le foie ou les os; la classification utilise la lettre M afin de le préciser.

Ces trois éléments déterminent le stade du cancer qui pourra être :

- localisé à la vessie;
- infiltrant avec une atteinte des ganglions;
- métastatique;

en fonction duquel les traitements qui vous seront proposés seront très différents.

Le tableau ci-dessous présente une version simplifiée de la classification TNM 2010¹.

Stade	Description
Ta	La tumeur est une tumeur papillaire non invasive, limitée à la surface de la paroi interne de la vessie.
Tis	La tumeur est un carcinome <i>in situ</i> : c'est une tumeur plane limitée à la muqueuse de la paroi de la vessie.
T1	La tumeur s'est étendue un peu plus profondément dans la paroi de la vessie, à la sous-muqueuse (chorion), mais sans atteindre le muscle de la vessie.
T2	La tumeur a atteint le muscle de la vessie.
T3	La tumeur a envahi le tissu autour de la vessie.
T4	La tumeur s'est étendue jusqu'à la prostate chez l'homme ou à l'utérus ou au vagin chez la femme ou encore, à la paroi du pelvis ou de l'abdomen.

1. Au moment de l'élaboration de ce guide, la version 2010 est celle en vigueur.

2.5. LE CANCER EST-IL AGRESSIF ? LE GRADE DU CANCER

Pour les tumeurs de la vessie, en plus du stade ainsi défini, les médecins prennent en compte le degré d'agressivité, ce qu'on appelle le grade. De quoi s'agit-il précisément ?

Une analyse au microscope de la tumeur décrit les cellules selon leur apparence et leur comportement et permet de les classer : cette analyse permet de leur attribuer un grade en le comparant aux cellules normales. Cela donne une idée de la rapidité à laquelle le cancer pourrait se développer.

On parle de tumeur de bas grade et de tumeur de haut grade. Moins le grade est élevé, moins la tumeur est agressive et meilleure est l'évolution probable de la maladie.

Il existe une ancienne classification, encore utilisée, qui attribue aux cellules un grade 1, 2 ou 3.

Le risque de progression et de récurrence

Pour les **tumeurs de la vessie qui n'ont pas envahi le muscle (TVNIM)**, on évalue le risque de progression et de récurrence du cancer en fonction du type de tumeur, de son degré de pénétration dans la paroi de la vessie et du degré d'agressivité afin de choisir le traitement le plus adapté. Il existe trois niveaux de risque : faible, intermédiaire et élevé. Si le grade est élevé, le risque de récurrence augmente.

L'étape de diagnostic peut sembler longue, mais un bilan précis est indispensable pour préciser le diagnostic et le degré d'extension de la maladie.

3. Quels sont les traitements possibles ?

DES TRAITEMENTS ADAPTÉS À VOTRE SITUATION PERSONNELLE
 LES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS
 PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE
 LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE QUALITÉ DE VIE

Plusieurs types de traitements peuvent être utilisés pour traiter les cancers de la vessie : une chirurgie, des médicaments de chimiothérapie* ou d'immunothérapie* ou une radiothérapie*. Ils peuvent avoir pour objectif, selon les cas :

- de supprimer la tumeur* ou les métastases* ;
- de réduire le risque de récidive* ;
- de ralentir le développement de la tumeur ou des métastases ;
- de traiter les symptômes provoqués par la maladie.

La chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie sont réalisées au sein d'établissements autorisés à les pratiquer. Ces établissements respectent des critères qui garantissent la qualité et la sécurité des traitements. La liste des établissements par région est disponible sur www.e-cancer.fr

3.1. DES TRAITEMENTS ADAPTÉS À VOTRE SITUATION PERSONNELLE

Pour vous proposer un traitement adapté, les médecins prennent en compte les caractéristiques et l'évolution du cancer dont vous êtes atteint (voir le chapitre « Comment est diagnostiqué un cancer de la vessie », page 15). Ils tiennent également compte d'éléments personnels comme votre état de santé global, votre âge, vos antécédents médicaux et chirurgicaux, d'éventuelles contre-indications à certains traitements, vos propres souhaits... L'objectif est de déterminer le traitement le plus efficace avec le moins de conséquences négatives pour vous et qui vous permettra de reprendre votre activité quotidienne le plus rapidement possible.

Une proposition concertée entre spécialistes

Une fois l'ensemble de ces données recueillies, au moins trois médecins de spécialités différentes se rassemblent pour se concerter sur votre situation en fonction du type de cancer et de l'extension de la maladie : un chirurgien urologue, un anatomopathologiste, un radiologue, un oncologue médical, un oncologue radiothérapeute... (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 73).

Lors de cette **réunion de concertation pluridisciplinaire** (on parle de RCP), les médecins s'appuient sur des outils d'aide à la décision appelés recommandations* pour définir votre traitement. Ils peuvent dans ce cadre vous proposer de participer à un essai clinique*.

Le compte rendu de la réunion de concertation pluridisciplinaire sera transmis à votre médecin traitant.

Votre plan de traitement

La proposition de traitement est ensuite discutée avec vous lors d'une consultation spécifique : la consultation d'annonce. Lors de cette consultation, le médecin qui vous prend en charge vous explique les caractéristiques de votre maladie, les traitements que l'équipe vous propose, les bénéfices attendus et les effets secondaires possibles.

Cette consultation est importante. Il peut être utile d'être accompagné par l'un de vos proches ou la personne de confiance que vous avez choisie (voir l'encadré ci-contre). Avant la consultation, notez toutes les questions qui vous viennent en tête et prenez le temps de les poser au médecin qui vous prend en charge. Cet échange vous permettra de mieux comprendre et intégrer les informations données par le médecin, en particulier celles concernant le traitement envisagé et de prendre avec lui les décisions adaptées à votre situation.

Les modalités de la proposition de traitement sont décrites dans un document appelé **programme personnalisé de soins (PPS)**. Ce document comporte les dates de vos différents traitements, leur durée, ainsi que les coordonnées des membres de l'équipe soignante que vous pourrez joindre en cas de besoin. Après que vous avez donné votre accord sur la proposition de traitement, le document vous est remis et un exemplaire est transmis à votre médecin traitant. Le programme

personnalisé de soins peut évoluer au fur et à mesure de votre prise en charge en fonction de votre état de santé et de la façon dont vous allez réagir aux traitements.

Après la consultation, vous rencontrez un autre membre de l'équipe soignante, le plus souvent une infirmière. Vos proches peuvent être présents si vous le souhaitez. Vous pouvez ainsi revenir sur les informations que le médecin vous a données, vous les faire expliquer à nouveau et poser d'autres questions.

L'infirmière évalue aussi vos besoins en soins et soutiens complémentaires au plan social et psychologique par exemple, et vous oriente si besoin vers les professionnels concernés.

Les médecins et les autres membres de l'équipe soignante sont là pour vous accompagner. Ce sont vos interlocuteurs privilégiés ; n'hésitez pas à leur poser toutes vos questions. Ces échanges contribuent à renforcer le dialogue et à instaurer une relation de confiance avec l'équipe.

LA PERSONNE DE CONFIANCE ET LES DIRECTIVES ANTICIPÉES : FAIRE CONNAÎTRE SES CHOIX

La personne de confiance est une personne que vous désignez, par écrit, qui peut vous accompagner lors des entretiens médicaux, vous aider dans vos décisions et être consultée si vous vous trouvez dans l'incapacité de recevoir des informations sur votre état de santé et d'exprimer votre volonté. Elle appartient ou non à votre famille. À tout moment, vous pouvez modifier votre choix.

Par ailleurs, il est possible d'établir avec le médecin des directives anticipées. Il s'agit d'exprimer, à l'avance et par écrit, vos choix en matière de traitements pour le cas où vous seriez dans l'incapacité de les exprimer. Les directives anticipées permettent de faire prendre en considération vos souhaits en ce qui concerne les conditions de limitation ou d'arrêt d'un traitement. Elles sont valables pendant trois ans.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter les fiches informatives sur les droits des usagers (La personne de confiance, Les directives anticipées) sur le site du ministère chargé de la santé : www.sante.gouv.fr (Espace Droits des usagers de la santé/Guides et fiches pratiques).

3.2. LES DIFFÉRENTS TRAITEMENTS

Le choix et l'ordre des traitements dépendent de l'étendue du cancer au moment du diagnostic (le stade*) et de son agressivité (le grade*). Ces éléments vont aider les médecins à établir votre plan de traitement qui dépend donc essentiellement de la pénétration de la tumeur dans la paroi de la vessie (voir le chapitre « Comment est diagnostiqué un cancer de la vessie », page 15).

Le premier temps de la prise en charge par votre urologue consiste à enlever la tumeur en effectuant une **résection transurétrale de la vessie (RTUV)**, autrement dit, ôter la tumeur en passant par l'urètre. C'est une étape systématique pour la prise en charge des tumeurs de la vessie. Elle sera suffisante pour les tumeurs qui ne se sont pas infiltrées dans le muscle de la paroi de la vessie.

La résection transurétrale de la vessie constitue la base du diagnostic ; c'est également le traitement des tumeurs superficielles de la vessie.

Si après la résection, le diagnostic de tumeur infiltrante est fait, il faudra enlever la vessie lors d'une nouvelle opération.

Des médicaments anticancéreux, médicaments de chimiothérapie et d'immunothérapie, peuvent également être utilisés pour traiter les cancers de la vessie.

Le tableau qui suit synthétise les traitements qui peuvent vous être proposés en fonction de l'étendue et de l'agressivité du cancer au moment du diagnostic. Ces informations constituent une base générale ; les traitements sont adaptés au cas par cas.

LES TRAITEMENTS POSSIBLES

Étendue de la maladie au moment du diagnostic	Traitement
La tumeur est non infiltrante : elle est restée cantonnée à la muqueuse de la paroi de la vessie.	La tumeur est enlevée en passant par l'urètre au cours d'une opération sous anesthésie appelée résection transurétrale de la vessie (RTUV), autrement dit, à travers l'urètre. Cette opération est suivie, dans les heures qui suivent, d'une instillation postopératoire précoce (dite IPOP) dans la vessie, de mitomycine C, médicament de chimiothérapie. Puis, selon le risque de récurrence ou de progression, des instillations complémentaires dans la vessie de mitomycine C ou de BCG (produit d'immunothérapie) peuvent être nécessaires. Pour certaines tumeurs à risque élevé de récurrence ou de progression, une opération qui consiste à enlever la vessie peut être envisagée après la RTUV ou après l'échec d'un traitement par instillation de BCG.
La tumeur est infiltrante et localisée.	Le traitement de référence est la chirurgie : la vessie doit être enlevée, ainsi que les ganglions proches de la vessie. Chez l'homme, la prostate et les vésicules séminales sont également ôtées, parfois l'urètre si celui-ci est atteint. Chez la femme, l'utérus et l'urètre sont habituellement enlevés ainsi qu'une partie du vagin. Selon les situations (votre état général, vos symptômes, le stade de la tumeur...), une chimiothérapie pourra vous être proposée. Cette chimiothérapie est parfois effectuée pour diminuer la taille de la tumeur avant l'opération ou si les ganglions, la graisse autour de la vessie et les organes proches de la vessie sont atteints. C'est ce qu'on appelle une chimiothérapie néoadjuvante. Cette situation est la plus fréquente. Si la chimiothérapie n'a pas été réalisée avant la chirurgie, elle peut être prescrite, dans certains cas, après la chirurgie ; c'est une chimiothérapie adjuvante. La chimiothérapie est administrée par voie intraveineuse (par les veines). Dans certains cas particuliers, il arrive que la vessie ne puisse pas être enlevée ou alors l'est de façon incomplète. Il pourra alors vous être proposé un traitement de chimiothérapie, éventuellement associé à une radiothérapie de façon concomitante.

Les traitements possibles

Étendue de la maladie au moment du diagnostic	Traitement
Le cancer s'est propagé à des organes éloignés de la vessie : des métastases ont été détectées.	Le traitement repose sur une chimiothérapie intraveineuse. Si la chimiothérapie a stabilisé l'évolution de la maladie, une radiothérapie, ou une chirurgie des métastases, peut être envisagée. Une radiothérapie palliative ou d'autres prises en charge peuvent être proposées en cas de symptômes (douleurs, saignements, envies d'uriner trop fréquentes...).

3.3. PARTICIPER À UN ESSAI CLINIQUE

L'équipe médicale peut vous proposer de participer à un essai clinique. Les essais cliniques sont des études scientifiques menées avec des patients. Leur objectif est de rechercher de meilleures modalités de prise en charge du cancer, notamment en termes de traitement ou de qualité de vie.

Les essais cliniques sont indispensables pour faire progresser la recherche. C'est grâce à ces études que des avancées sont réalisées en matière de traitements contre les cancers. En outre, un essai clinique peut vous permettre d'accéder à un nouveau traitement.

Le cancer de la vessie fait l'objet de nombreuses études qui visent par exemple :

- à évaluer différentes façons d'utiliser les traitements existants, pour améliorer leur efficacité ou réduire leurs effets secondaires ;
- à tester de nouveaux médicaments anticancéreux pour les cancers avancés ou de nouvelles associations de médicaments.

Chaque essai clinique a un objectif précis. Pour y participer, vous devez répondre à un certain nombre de critères, appelés critères d'inclusion ; ces critères sont spécifiques à chaque essai.

Si le traitement administré dans le cadre de l'essai clinique ne vous convient pas, le médecin peut y mettre fin et vous proposer un autre traitement. À tout moment, vous pouvez également décider, de vous-même, de quitter un essai clinique et de recevoir un autre traitement.

Pour en savoir plus, vous pouvez lire le guide Cancer info *La recherche en cancérologie : participer à un essai clinique*. Si vous souhaitez connaître les essais cliniques en cours sur le cancer de la vessie, consultez le registre des essais cliniques sur www.e-cancer.fr

3.4. LA PRISE EN CHARGE DE VOTRE QUALITÉ DE VIE

Votre prise en charge est globale. En plus des traitements spécifiques du cancer de la vessie, des soins et soutiens complémentaires peuvent être nécessaires pour traiter les conséquences de la maladie et de ses traitements : douleurs, fatigue, troubles alimentaires, troubles sexuels, besoin de soutien psychologique, problèmes sociaux...

Ces soins, appelés soins de support, sont assurés par l'ensemble de l'équipe soignante ou, parfois, par des professionnels spécialisés : spécialiste de la douleur, stomathérapeute, assistant social, diététicien, psychiatre, psychologue, socioesthéticienne, sexologue, etc. Le rôle de chacun est détaillé dans le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 73.

Les soins de support comprennent notamment :

- la prise en charge des effets secondaires des différents traitements ;
- l'évaluation et le traitement de la douleur, qu'elle soit due au cancer ou aux traitements du cancer ;
- la possibilité pour vous et vos proches de rencontrer un psychologue ou un psychiatre ;
- la possibilité de rencontrer un assistant social pour vous aider dans vos démarches administratives ;
- si vous fumez, la possibilité de vous faire aider pour arrêter.

Les soins de support font partie intégrante de votre prise en charge. Ils ne sont ni secondaires, ni optionnels. Ils visent à vous assurer la meilleure qualité de vie possible. N'hésitez pas à parler à votre médecin et aux autres membres de l'équipe soignante de la façon dont vous vivez la maladie et les traitements ; cela leur permet de vous apporter les soins et soutiens nécessaires, et de vous orienter au mieux vers les professionnels concernés.

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter les guides *Douleur et cancer*, *Fatigue et cancer*, *Démarches sociales et cancer*, *Vivre pendant et après un cancer*.

QUE PENSER DES THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES ?

Homéopathie, médecine par les plantes, vitamines, acupuncture, massages, ostéopathie, relaxation, hypnose... De nombreux patients ont recours à des thérapies complémentaires, appelées aussi médecines complémentaires, douces, parallèles ou non conventionnelles. Elles leur apportent un soutien supplémentaire pour mieux supporter les traitements et leurs effets secondaires tels que la fatigue, l'anxiété ou la douleur. Ces thérapies complémentaires peuvent avoir des effets secondaires ou interagir avec les traitements prescrits par le médecin qui vous prend en charge pour votre cancer. Il est donc important d'en parler avec lui et les professionnels de santé qui vous accompagnent.

Par ailleurs, si les thérapies complémentaires peuvent soulager, elles ne remplacent en aucun cas les traitements habituels du cancer. Soyez vigilant si l'on vous propose des méthodes présentées comme plus efficaces que les traitements classiques. Il arrive en effet que des personnes ou des organisations cherchent à profiter de la vulnérabilité des personnes malades en leur proposant des méthodes qui peuvent s'avérer dangereuses. En cas de doute sur des propositions qui vous sont faites, n'hésitez pas à interroger l'équipe médicale spécialisée qui vous prend en charge ou votre médecin traitant.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

**Quels sont les traitements préconisés dans ma situation ?
Pourquoi ?**

Quels sont les objectifs de chacun de ces traitements ?

Quels en sont les effets secondaires ? Comment les prévenir ?

Comment les soulager s'ils surviennent ?

Où et quand se déroulent les traitements ? Avec quels médecins ?

Quelle est leur durée ?

Comment suis-je suivi pendant les traitements ? Qui puis-je contacter ?

4. Quels sont les traitements des cancers de la vessie non infiltrants ?

LA RÉSECTION TRANSURÉTRALE DE LA VESSIE
QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?
UN AUTRE TRAITEMENT LOCAL POUR COMPLÉTER L'OPÉRATION

Si votre cancer est limité à la muqueuse, la première couche de la paroi de la vessie, l'intervention chirurgicale réalisée pour le diagnostic est aussi le premier traitement.

4.1. LA RÉSECTION TRANSURÉTRALE DE LA VESSIE

Effectuée sous anesthésie, l'intervention vise à supprimer la tumeur en passant par l'urètre*, tout en conservant la vessie. C'est pourquoi cette opération s'appelle une **résection transurétrale de la vessie** ou RTUV. On parle aussi de résection endoscopique de la tumeur.

Que faire avant l'opération ?

Vos urines ne doivent pas être infectées pour que l'on puisse vous opérer. Un examen cyto bactériologique des urines, souvent abrégé en ECBU, est donc indispensable juste avant l'intervention. Si des bactéries sont détectées dans vos urines, l'intervention devra être décalée.

En quoi consiste l'opération ?

Pour enlever la tumeur, le chirurgien introduit un tube fin, rigide et muni d'une source lumineuse, un cystoscope, dans l'urètre jusqu'à la vessie. Malgré sa finesse, on peut y faire passer des instruments minuscules pour prélever des tissus.

Cette technique d'exploration s'appelle une cystoscopie. Comme vous êtes endormi ou que la zone est insensibilisée par une rachianesthésie (anesthésie de l'abdomen et des jambes), vous ne sentez rien.

Grâce à l'optique reliée à la caméra du cystoscope, le chirurgien peut voir sur un écran la paroi de votre vessie. Il peut ainsi localiser la tumeur, en déterminer la taille et l'aspect, et examiner la muqueuse.

L'instrument est muni d'une petite anse métallique à son extrémité. Cette anse permet de découper la tumeur pour la détacher du reste de la vessie. Le chirurgien prélève également du muscle de la paroi de la vessie, afin de déterminer s'il est atteint par les cellules cancéreuses. La résection peut être effectuée à l'aide d'une lumière fluorescente, une lumière bleue qui permet de rendre plus visible l'intérieur de la vessie.

La tumeur et sa base sont enlevées et évacuées de la vessie. Le chirurgien contrôle ensuite soigneusement tout l'intérieur de la vessie et met en place une sonde* pour laver la vessie et éviter la formation de caillots de sang.

La résection transurétrale de la vessie permet d'examiner l'ensemble de ce que le chirurgien a enlevé et ainsi, d'établir le diagnostic et de traiter le cancer en ôtant la tumeur.

Cette opération dure environ une heure.

4.2. QUE SE PASSE-T-IL APRÈS L'INTERVENTION ?

À votre réveil

Une fois l'intervention terminée, vous êtes amené en salle de réveil. L'équipe médicale s'assure que votre sortie de l'anesthésie se passe bien.

Quels sont les effets secondaires possibles ?

Après l'intervention, vous pourrez ressentir des difficultés ou des douleurs pour uriner. Vous remarquerez peut-être du sang dans votre urine. Les muqueuses peuvent être irritées et légèrement douloureuses. Ces problèmes disparaissent généralement au bout de quelques jours.

Un saignement peut réapparaître environ 3 semaines après l'intervention. Par ailleurs, il peut arriver que du tissu cicatriciel se forme, provoquant un léger rétrécissement de l'urètre et une diminution du jet urinaire. Dans ces deux cas, avertissez votre urologue ou votre médecin traitant.

Combien de temps restez-vous hospitalisé ?

La durée d'hospitalisation dépend du moment où la sonde est enlevée. L'hospitalisation dure généralement entre un et 3 jours. Si du sang reste présent dans vos urines, votre séjour peut être prolongé.

4.3. UN AUTRE TRAITEMENT LOCAL POUR COMPLÉTER L'OPÉRATION

Un médicament de chimiothérapie : la mitomycine C

Si vous avez subi une résection transurétrale de la vessie, un autre traitement local peut vous être proposé. Ce traitement consiste à introduire lentement dans la vessie un médicament de chimiothérapie, la mitomycine C, à l'aide d'une sonde urinaire.

Cette instillation doit être faite préférentiellement dans les 6 premières heures et au plus tard dans les 24 heures qui suivent l'opération, sauf si vos urines contiennent beaucoup de sang ou que la résection a été profonde.

Selon le risque de récurrence et de progression du cancer, d'autres instillations de mitomycine C peuvent être prévues après la cicatrisation de votre vessie, ce qui prend généralement entre 4 à 6 semaines. Ces instillations sont réalisées ensuite une fois par semaine pendant 8 semaines consécutives.

Un médicament d'immunothérapie : le BCG

Des instillations d'un médicament d'immunothérapie*, le BCG (le Bacille de Calmette et Guérin, du même nom que le vaccin contre la tuberculose), peuvent être utilisées dans trois situations :

- à la place de la mitomycine ;
- si le traitement par mitomycine n'a pas donné les résultats escomptés ;
- ou encore si la tumeur présente de forts risques de récidiver et de s'étendre.

Ces bactéries – des bacilles – peu virulentes vont stimuler les réactions immunitaires pour détruire les cellules cancéreuses.

Si vous supportez bien ces instillations de BCG, le traitement sera poursuivi pour entretenir les réactions immunitaires.

Il arrive que le traitement par BCG échoue. Dans ce cas, il faut envisager l'ablation de la vessie.

Comment se déroule le traitement ?

L'instillation de mitomycine C ou de BCG s'effectue par une fine sonde urinaire insérée dans l'urètre qui conduit le produit dans la vessie. La sonde est ensuite enlevée et vous conservez le produit dans la vessie pendant 2 heures.

Les instillations sont faites lors de consultations et ne nécessitent pas d'anesthésie.

Pour améliorer l'efficacité du traitement, il est conseillé de diminuer les boissons à partir de la veille. Après l'instillation du produit, on vous demande de ne pas uriner et de ne pas boire pendant les 2 heures qui suivent afin d'augmenter la durée de contact entre le produit et la paroi de la vessie.

Des consignes vous seront données par l'équipe médicale.

Pour la mitomycine C

La première instillation a lieu au plus tard dans les 24 heures qui suivent l'opération. La stérilité de vos urines est contrôlée par un examen d'urines, un ECBU, avant chaque instillation. Afin d'optimiser l'efficacité de ce médicament de chimiothérapie, il est nécessaire d'éviter de boire 8 heures avant l'instillation afin de ne pas diluer le produit.

Des précautions particulières d'utilisation doivent être prises : en particulier, il est recommandé d'éviter tout contact des urines avec la peau et d'effectuer une toilette locale et un lavage soigneux des mains à chaque fois que vous avez uriné. D'autres précautions vous seront indiquées.

Pour le BCG

Le traitement par le BCG est effectué à l'issue de la résection transurétrale après que votre vessie a cicatrisé. Pour ne pas risquer une infection par le BCG, vos urines ne doivent pas contenir de sang.

Le traitement est fait en deux phases. La première phase, dite d'induction, comprend :

- une instillation par semaine pendant 6 semaines ;
- un temps d'attente de 6 semaines ;
- en l'absence de tumeur persistante, une nouvelle instillation par semaine pendant 3 semaines.

La seconde phase consiste en un traitement d'entretien basé sur :

- une instillation par semaine pendant 1 à 3 semaines, 6 mois après le début du traitement ;
- puis tous les 6 mois jusqu'à 36 mois.

Le nombre d'instillations du traitement d'entretien dépend de la façon dont vous le tolérez.

Quels sont les effets secondaires possibles ?

La mitomycine C et le BCG sont généralement bien supportés. Cependant, ils peuvent provoquer des effets indésirables ; le plus souvent, ce sont des réactions dans la région de la vessie.

Pour la mitomycine C

Les effets indésirables liés à la mitomycine C sont des effets locaux, comme une inflammation de la vessie (cystite) ou une réaction allergique de la peau (au niveau de la zone qui a été en contact avec le produit ou à distance).

Pour le BCG

Du fait des risques d'infection liés au BCG, un bilan au début du traitement est recommandé pour rechercher des contre-indications. Avant chaque nouvelle instillation, le médecin procède à un examen clinique*, évalue la façon dont vous avez toléré les instillations précédentes et vous prescrit un examen d'urines.

Différents effets indésirables peuvent survenir. Ce peut être des effets locaux dus à une inflammation de la vessie :

- de fréquentes envies d'uriner (pollakiurie) ;
- du sang dans les urines (hématurie) ;
- une difficulté à évacuer complètement les urines de votre vessie (dysurie) ;

- des fuites urinaires ;
- des douleurs dans le bas-ventre ou dans le bas du dos.

D'autres sont des effets généraux faisant évoquer un état grippal :

- fièvre ;
- courbatures...

En période de traitement, si vous avez une fièvre supérieure à 38,5 °C, des douleurs dans les muscles ou dans les articulations, une fatigue intense, des signes allergiques ou une éruption cutanée, vous devez alerter de toute urgence l'équipe médicale qui vous prend en charge. Une hospitalisation pourra être nécessaire.

5. Quels sont les traitements des cancers de la vessie infiltrants non métastatiques ?

UNE OPÉRATION CHIRURGICALE POUR ENLEVER LA VESSIE
UN TRAITEMENT GÉNÉRAL PAR CHIMIOTHÉRAPIE
UN TRAITEMENT PAR RADIOTHÉRAPIE

Il existe plusieurs types de traitements pour soigner un cancer de la vessie infiltrant : la chirurgie, la chimiothérapie* et la radiothérapie*. Ils sont parfois associés.

5.1. UNE OPÉRATION CHIRURGICALE POUR ENLEVER LA VESSIE

Si le diagnostic a montré que la tumeur s'est infiltrée dans le muscle, il est indispensable d'enlever complètement la vessie afin d'éviter que le cancer s'étende aux organes voisins ou forme des métastases à distance ; c'est ce qu'on appelle une cystectomie totale.

La cystectomie est effectuée généralement dans les 3 mois qui suivent le diagnostic si votre état de santé général le permet. Parfois, si la tumeur située sur la vessie obstrue l'uretère*, une néphrostomie (dérivation des urines directement à partir du rein) permet de préserver le fonctionnement du rein en attendant l'intervention.

Différentes techniques de reconstruction permettent ensuite à l'urine d'être évacuée : néovessie*, stomie* urinaire... (voir « Le rétablissement urinaire », page 65).

Vous serez orienté vers un établissement autorisé à pratiquer la chirurgie des cancers où l'intervention sera réalisée par un chirurgien expérimenté dans ce type de chirurgie. La liste des établissements autorisés par région est disponible sur www.e-cancer.fr

Comment se préparer à une intervention chirurgicale ?

Deux consultations et un examen des urines sont programmés quelques jours avant l'intervention.

La consultation avec le chirurgien

Lors de la consultation, le chirurgien vous présente les objectifs de l'opération, la technique qu'il va utiliser, les suites et les complications possibles. Cette consultation est l'occasion de poser toutes les questions que vous avez au sujet de l'intervention.

Le chirurgien peut vous demander de signer un consentement afin qu'un échantillon de la tumeur soit conservé après l'opération dans une bibliothèque de tumeurs, une tumorotheque, en vue d'éventuelles recherches ultérieures.

La consultation avec l'anesthésiste

L'intervention est réalisée sous anesthésie générale. La consultation avec l'anesthésiste permet d'évaluer les risques liés à l'anesthésie, en prenant en compte vos antécédents médicaux et chirurgicaux.

Il est important de signaler tout problème de santé, notamment les allergies (rhume des foins, médicaments, etc.), les problèmes respiratoires (asthme, bronchite chronique), les problèmes cardiaques (hypertension par exemple), les problèmes de coagulation* liés à une maladie ou à une prise régulière de médicaments (aspirine, anticoagulants), ainsi que votre consommation d'alcool et de tabac.

L'arrêt du tabac est primordial, notamment pour limiter le risque de complications pendant et après les traitements. Il existe de nombreux recours pour vous aider. Parlez-en avec l'équipe qui vous suit (voir également « Bénéficier de la prise en charge d'une addiction », page 84).

Comment se déroule l'intervention ?

La cystectomie totale est une intervention qui se déroule en deux temps et se pratique sous anesthésie générale. L'opération dure généralement de 4 à 8 heures.

La voie d'abord désigne le chemin utilisé par le chirurgien pour accéder à la zone à opérer. Le chirurgien peut utiliser deux voies d'abord pour atteindre la vessie :

- soit il incise le ventre ;
- soit il effectue une coelioscopie. Au lieu d'ouvrir le ventre, l'urologue effectue trois ou quatre petites incisions sur la paroi de l'abdomen* qui lui permettent d'introduire un endoscope* relié à un écran extérieur et des instruments chirurgicaux. Il opère en regardant l'écran.

Le choix entre les différentes voies d'abord chirurgicales dépend du type de tumeur, de la pratique habituelle du chirurgien et de vos antécédents médicaux.

Quelle que soit la technique utilisée, le chirurgien commence dans un premier temps par enlever tous les ganglions lymphatiques de chaque côté de la vessie, effectuant ce qu'on appelle un curage ganglionnaire. Puis il enlève la vessie en coupant ses attaches. Ensuite, chez l'homme, le chirurgien retire la totalité de la prostate ainsi que les vésicules séminales*, deux petites glandes situées de part et d'autre de la prostate, parfois l'urètre si celui-ci est atteint. Chez la femme, habituellement, il ôte la totalité de l'utérus, une partie du vagin qui sera en partie reconstruit et l'urètre* ; selon l'âge, les ovaires sont conservés ou non.

Un nouveau système de collecte des urines

Après ce premier temps, le chirurgien va confectionner un nouveau système de collecte des urines. En effet, la vessie ayant été enlevée, il est nécessaire de la remplacer par un autre réservoir. Pour cela, différentes techniques existent : néovessie interne, stomie urinaire externe... Chacune a ses avantages et ses inconvénients.

Votre urologue discute avec vous de celle qui semble la plus appropriée à votre situation. Il prend en compte vos souhaits, mais ne peut faire de choix définitif qu'en fonction du déroulement de l'intervention.

Qu'est-ce qu'une néovessie ?

Votre vessie peut être remplacée par une néovessie grâce à une opération dénommée entérocystoplastie. Elle n'est possible que si l'urètre peut être conservé. Elle est généralement réservée aux hommes.

Le chirurgien commence par extraire un long morceau d'intestin grêle, l'iléon. Avec cette partie extraite, il confectionne une nouvelle vessie qu'il rattache ensuite aux uretères et à l'urètre.

Cette néovessie vous permet d'uriner par les voies naturelles. Vous entendrez peut-être dire que la continuité urinaire est conservée.

Qu'est-ce qu'une dérivation externe ?

Si vous n'avez pas de néovessie, le chirurgien dirige les urines vers l'extérieur par une ouverture au niveau du ventre, une stomie.

Différents types de dérivation urinaire externe sont possibles :

- une urétérostomie cutanée transintestinale, dite de type Bricker ;
- une urétérostomie cutanée bilatérale, technique rarement utilisée ;
- l'utilisation d'un segment de tube digestif pour construire une poche interne qui débouche sur l'abdomen, dite réservoir de Kock.

Les techniques de dérivation vers le rectum sont aujourd'hui exceptionnellement utilisées en France.

Il existe d'autres techniques, mais elles sont peu utilisées.

Vous trouverez plus de renseignements dans le chapitre « Le rétablissement urinaire », page 65.

NE PAS CONFONDRE

- une cystoscopie, technique pour explorer l'intérieur de la vessie et y faire des prélèvements si nécessaire ;
- une cystectomie, opération qui consiste à enlever la vessie ;
- une cystoplastie (ou entérocytoplastie), intervention chirurgicale qui vise à reconstituer une vessie en utilisant un fragment de l'intestin grêle.

Les trois mots viennent du grec kustis « vessie ».

L'analyse de la tumeur

L'ensemble des organes et tissus retirés lors de l'intervention chirurgicale est transmis au service d'anatomopathologie* pour être analysé.

C'est un médecin spécialiste appelé pathologiste qui réalise cet examen : il observe minutieusement, à l'œil nu puis au microscope, les tissus prélevés afin de déterminer jusqu'où les cellules cancéreuses se sont propagées. Il détermine le type de cellules dont il s'agit et le degré d'agressivité du cancer.

À partir de ces résultats, les médecins décideront soit de mettre en place une surveillance, soit de compléter le traitement.

Que se passe-t-il après l'intervention ?

Une fois l'intervention terminée, vous êtes amené en salle de réveil où l'équipe médicale assure votre surveillance.

À votre réveil, comme après toute intervention chirurgicale, des douleurs sont fréquentes dans la zone opérée. Elles sont systématiquement traitées, généralement par de la morphine ou l'un de ses dérivés. Si vous n'êtes pas suffisamment soulagé, signalez-le sans tarder à l'équipe médicale afin qu'elle puisse adapter votre traitement.

Un ou plusieurs drains ont été mis en place dans la zone opérée pendant l'intervention. Ces tuyaux fins permettent d'évacuer les liquides comme le sang ou la lymphe* qui peuvent s'accumuler au cours de la cicatrisation. Ces drains ne sont pas douloureux et sont retirés sur décision du chirurgien.

Il est possible que vous ayez une sonde qui passe par le nez et aspire les sécrétions de l'estomac. Une perfusion permet de vous alimenter. Vous pourrez reprendre une alimentation normale petit à petit une fois que la sonde aura été enlevée.

Pour éviter une phlébite*, les médecins vous prescriront un médicament anticoagulant et vous demanderont de vous lever assez rapidement après l'intervention. De plus, le port de bas anti-thrombose (appelés bas de contention ou encore bas à varices) est préconisé après l'opération.

Quelle que soit la méthode de dérivation des urines que le chirurgien a utilisée, des sondes recueillent vos urines. Elles resteront en place un peu plus d'une dizaine de jours afin de laisser la cicatrisation se faire.

Combien de temps restez-vous hospitalisé ?

La durée d'hospitalisation est variable selon le type d'opération que vous avez subi. Pour une cystectomie totale, vous restez hospitalisé généralement 2 semaines.

Le chirurgien décide du moment où les drains et les sondes sont enlevés, en fonction de l'évolution de votre état de santé.

Pendant cette période, si vous avez une **néovessie**, l'équipe médicale vous apprend à maîtriser votre nouvelle vessie et à uriner en contractant vos abdominaux.

Si vos urines sont récupérées par une **stomie**, un infirmier spécialisé, un stomathérapeute, détermine avec vous l'appareillage le mieux adapté et vous apprend à le maîtriser. Des renseignements complémentaires sur les stomies vous sont proposés dans le chapitre « Le rétablissement urinaire », page 65.

Quels sont les effets secondaires possibles ?

Les effets secondaires à court terme

Des effets secondaires peuvent se manifester immédiatement après l'intervention ou quelques semaines plus tard. Il faut savoir que ces effets secondaires sont relativement rares et, en général, temporaires.

Des saignements nécessitent parfois une nouvelle intervention.

N'hésitez pas à prévenir votre médecin si vous constatez une infection au niveau de la cicatrice, si vos urines vous semblent anormales ou si vous êtes constipé.

Des problèmes de cicatrisation au niveau de la stomie ou entre l'uretère et l'intestin peuvent provoquer une fistule, un canal anormal qui se forme au niveau de la suture.

Vous pouvez vous sentir fatigué. La fatigue est due notamment à l'anesthésie, à la perte de sang ou encore à l'anxiété générée par l'opération. Récupérer votre activité quotidienne habituelle nécessite souvent quelques mois. La fatigue dépend de la façon dont vous avez supporté l'intervention et si vous présentez d'autres effets secondaires.

Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit prise en charge le mieux possible. Si c'est nécessaire, le médecin peut vous prescrire un séjour en maison de convalescence.

Les effets secondaires à long terme

D'autres effets secondaires peuvent se manifester quelque temps après l'intervention et durer longtemps.

Si votre vessie a été reconstruite, différents effets secondaires peuvent apparaître. Il peut s'agir de problèmes d'incontinence urinaire. Normalement, la néovessie doit être vide après avoir uriné. Si l'échographie réalisée juste après la miction* montre qu'il reste un résidu supérieur à 150 millilitres, il faut la vider à l'aide d'une sonde. Votre médecin peut vous proposer d'effectuer des autosondages* ou des hétérosondages*. Exceptionnellement, il peut arriver qu'un bouchon formé de sécrétions de mucus vienne obstruer l'urètre, empêchant les urines de s'écouler, ce qui provoque une rétention d'urines.

Si vos urines sont évacuées par une stomie, l'orifice n'est pas douloureux, mais il peut facilement saigner. La peau autour de la stomie est vite irritable. En cas de doute, n'hésitez pas à consulter votre stomathérapeute ou votre médecin sans tarder.

Si vous avez une urétérostomie bilatérale (voir page 66), il faut veiller à ce qu'elle ne s'obstrue pas et ne soit pas contaminée par des bactéries. Des petites formations calcaires peuvent se former dans la sonde urétérale; il faut s'assurer que ces calculs ne la bouchent pas en la contrôlant et en la remplaçant toutes les 6 à 8 semaines.

L'infirmier stomathérapeute surveille soigneusement l'apparition de ces effets secondaires.

Vous trouverez plus de renseignements au sujet des stomies dans le chapitre « Le rétablissement urinaire », page 65.

Troubles sexuels

La chirurgie du cancer de la vessie n'a pas forcément d'incidence sur la sexualité : c'est en fonction du type de chirurgie pratiquée et des traitements associés que des troubles sexuels peuvent se produire.

N'hésitez pas à parler de tous les problèmes que vous rencontrez et à poser toutes vos questions à votre médecin, avant et après l'intervention. Il peut vous proposer des solutions adaptées ou vous orienter vers un spécialiste des problèmes sexuels.

Pour les femmes

L'activité sexuelle peut reprendre lorsque le vagin est cicatrisé, soit 6 à 8 semaines après l'opération. Il est cependant indispensable qu'un examen gynécologique soit effectué avant la reprise des rapports sexuels pour confirmer que le fond du vagin est bien cicatrisé.

Sachez que le raccourcissement du vagin, sauf si une grande partie a été retirée, ne gêne pas l'acte sexuel et que l'utérus n'est pas nécessaire pour atteindre l'orgasme.

Pour les hommes

Si le chirurgien a dû ôter votre prostate, des troubles de l'érection sont possibles après l'intervention. Ils sont liés au risque d'atteinte des nerfs et des vaisseaux sanguins qui passent de chaque côté de la prostate, formant ce qu'on appelle les deux bandelettes neurovasculaires ou vasculonerveuses, et qui permettent l'érection. Dans la mesure du possible, les bandelettes sont conservées ; il peut cependant arriver qu'elles soient endommagées au cours de l'intervention. Quand les cellules cancéreuses sont très proches, il est nécessaire de les enlever. Des solutions peuvent vous être proposées ; parlez-en à votre médecin.

La fertilité

Le médecin peut vous proposer des solutions pour pallier les problèmes de fertilité provoqués par l'opération :

- chez les jeunes femmes, il est possible de prélever des ovocytes avant le traitement et de les congeler en vue d'une grossesse ultérieure. On parle de conservation d'ovocytes. Cette possibilité doit être discutée avec le médecin ;

- pour les hommes, il est possible de prélever du sperme avant le début du traitement et de le conserver au Centre d'étude et de conservation du sperme (CECOS).

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER À VOTRE CHIRURGIEN ?

Comment l'opération se déroule-t-elle ?

Quels en sont les risques ?

Comment puis-je me préparer au mieux ?

Que va-t-il se passer après l'intervention ?

Quelles vont être les conséquences de l'opération sur ma vie de tous les jours ? Et sur ma vie sexuelle ?

5.2. UN TRAITEMENT GÉNÉRAL PAR CHIMIOTHÉRAPIE

La chimiothérapie est un traitement général, appelé aussi traitement systémique car il agit dans l'ensemble du corps. Cela permet d'atteindre les cellules cancéreuses quel que soit l'endroit où elles se trouvent, même si elles sont isolées et n'ont pas été détectées lors du diagnostic. Les médicaments de chimiothérapie détruisent les cellules cancéreuses en agissant sur leurs mécanismes de division.

Avant de démarrer la chimiothérapie, l'oncologue médical vous en explique le principe et les objectifs. Il vous informe également des effets secondaires possibles et des solutions qui existent pour les anticiper ou les limiter. N'hésitez pas à lui soumettre toutes les questions que vous vous posez au sujet de ce traitement.

Dans quels cas une chimiothérapie est-elle indiquée ?

Une chimiothérapie n'est pas effectuée de façon systématique. Son utilité dépend du stade du cancer, autrement dit de son étendue, et de son grade. Avant de vous proposer une chimiothérapie, le médecin prend en compte votre état de santé général, votre âge et vos antécédents chirurgicaux et médicaux.

Si la tumeur a atteint le muscle de la paroi de la vessie, la graisse ou les ganglions, qu'elle a un risque important de produire des métastases ou encore, si on souhaite réduire sa taille avant l'opération, une

chimiothérapie peut précéder l'intervention chirurgicale. Dans ce cas, on parle de **chimiothérapie néoadjuvante**.

Si vous avez subi une cystectomie totale, mais que l'examen anatomopathologique des éléments retirés montre que les ganglions et la graisse autour de la vessie ont été atteints par les cellules cancéreuses ou que des amas de cellules cancéreuses (des embolies) ont été retrouvés dans les vaisseaux sanguins, une chimiothérapie peut vous être proposée. Cette chimiothérapie faite après la chirurgie s'appelle une **chimiothérapie adjuvante**.

Dans certains cas de tumeurs qui ont infiltré le muscle ou si une cystectomie n'est pas possible ou n'est pas souhaitée, une radiochimiothérapie concomitante peut vous être proposée. Ce traitement combine une chimiothérapie et une radiothérapie. Un prélèvement (une résection transurétrale de la vessie*) sera effectué à mi-parcours afin de décider si le traitement doit être poursuivi ou, si la tumeur résiste au traitement, s'il faut enlever la vessie.

Quels sont les médicaments anticancéreux utilisés ?

La chimiothérapie utilisée pour traiter les cancers de la vessie repose le plus souvent sur plusieurs médicaments ; c'est pourquoi on parle de polychimiothérapie. Cette association de plusieurs médicaments correspond à ce que l'on appelle un schéma ou un protocole de chimiothérapie.

Le protocole le plus fréquemment utilisé pour un cancer de la vessie infiltrant non métastatique repose sur le cisplatine, associé à trois autres médicaments : méthotrexate, vinblastine, doxorubicine, protocole abrégé en M-VAC.

Pour en savoir plus sur ces médicaments, vous pouvez consulter la Base de données publique des médicaments : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

Comment se déroule le traitement en pratique ?

Les médicaments employés, les doses administrées, ainsi que le rythme des séances de chimiothérapie (qu'on appelle des cures) varient d'une personne à l'autre, selon les protocoles prédéfinis, en fonction des

caractéristiques du cancer et de votre tolérance au traitement. C'est pourquoi le plan de traitement est déterminé au cas par cas.

La planification de votre traitement

Le déroulement du traitement est soigneusement planifié par l'équipe médicale en fonction de votre cas. Le médecin qui vous prend en charge vous remet un calendrier qui détermine le lieu et les jours de traitement, ainsi que les noms des médicaments utilisés.

La durée totale du traitement peut varier. Généralement, il se déroule en quatre cures successives à raison d'une cure toutes les 3 à 4 semaines. Chaque cure est suivie d'une période de repos.

Avant chaque cure, un examen clinique et différents examens complémentaires sont réalisés pour vérifier que votre état de santé permet de poursuivre le traitement. Le médecin évalue également la façon dont vous avez toléré les cures précédentes. Un bilan du fonctionnement de vos reins est effectué et une prise de sang vise à repérer d'éventuelles anomalies: si votre taux de globules blancs a baissé de façon trop importante par exemple, le traitement peut être remis à plus tard ou modifié; cela n'aura pas d'impact sur son efficacité.

Certaines molécules comme le cisplatine peuvent avoir une incidence sur la fonction rénale. Afin de diminuer la toxicité de ces médicaments pour les reins, une hydratation importante avant et pendant la chimiothérapie est nécessaire. Cette hyperhydratation consiste à vous faire boire beaucoup d'eau et à vous perfuser du liquide physiologique en quantité abondante. Ceci permet de diluer le médicament, ce qui diminue sa toxicité pour les reins, mais pas son efficacité. Cette technique nécessite le plus souvent une hospitalisation d'un ou 2 jours pour chaque cure de chimiothérapie.

La chimiothérapie est donc effectuée soit lors d'une courte hospitalisation, soit à l'hôpital en ambulatoire, c'est-à-dire que vous ne restez que le temps de la perfusion et rentrez chez vous le jour même; on parle aussi d'hospitalisation de jour.

Les médicaments sont généralement injectés dans une veine, par perfusion.

Avant de commencer le traitement: la pose d'une chambre implantable

Administrer les médicaments de chimiothérapie dans des petites veines comme celles du bras peut être difficile. Elles sont fragiles et les injections répétées deviennent vite douloureuses.

Avant de commencer le traitement, on peut vous poser une chambre implantable. Ce dispositif, aussi appelé port-à-cath® ou PAC, est composé d'un petit boîtier (la chambre implantable elle-même) et d'un cathéter, un tuyau souple et fin qui lui est rattaché. Le dispositif est entièrement placé sous la peau au cours d'une courte intervention chirurgicale et sous anesthésie locale. Si vous devez subir une chirurgie avant la chimiothérapie, le chirurgien peut en profiter pour installer le dispositif pendant l'intervention, sous anesthésie générale. Le boîtier est implanté dans le haut du thorax et relié au cathéter, lui-même placé dans une veine. Si vous avez des activités particulières, vous pouvez le signaler afin que soit choisi avec vous le côté où il sera installé. Après l'intervention, une radiographie du thorax permet de vérifier que le dispositif est placé correctement.

La zone d'intervention peut être douloureuse pendant quelques jours.

À chaque perfusion, les médicaments sont injectés directement dans la chambre implantable, à travers la peau. Ce système limite les douleurs liées aux piqûres répétées, car celles-ci sont beaucoup moins profondes. Il reste en place pendant toute la durée du traitement et permet d'avoir une activité physique normale, de se baigner, de voyager, etc.

Le plus souvent, le cathéter et la chambre implantable sont bien supportés. Une gêne peut néanmoins être ressentie en voiture à cause de la ceinture de sécurité.

Si vous constatez une rougeur ou une douleur locale, prévenez l'équipe médicale.

À la fin de la chimiothérapie, le retrait du dispositif sera discuté. Il sera enlevé lors d'une courte intervention chirurgicale sous anesthésie locale.

Pour en savoir plus sur le cathéter et la chambre implantable, vous pouvez consulter le guide Cancer info *Comprendre la chimiothérapie* disponible sur www.e-cancer.fr

Quels sont les effets secondaires possibles ?

Les effets secondaires des médicaments de chimiothérapie varient selon les médicaments utilisés, les dosages et les personnes.

Certains effets secondaires peuvent être limités ou évités grâce à des traitements préventifs ou des conseils pratiques. Néanmoins, s'ils deviennent trop importants ou si vous ne supportez pas l'un des médicaments utilisés, le traitement peut être modifié ou interrompu pour permettre à l'organisme de récupérer.

Les effets secondaires les plus fréquents des médicaments de chimiothérapie utilisés pour traiter le cancer de la vessie sont décrits ci-après. En fonction du protocole qui vous a été proposé, votre médecin vous indique de façon précise ceux qui peuvent vous concerner et vous informe sur les moyens d'y faire face.

EFFETS SECONDAIRES ET EFFICACITÉ DU TRAITEMENT

La présence ou l'absence d'effets secondaires n'est pas liée à l'efficacité de la chimiothérapie. Ne ressentir aucun effet secondaire ne signifie pas que le traitement est inefficace sur vous et, inversement, ressentir de nombreux effets secondaires ne signifie pas qu'il est particulièrement efficace.

Nausées et vomissements

Les nausées peuvent commencer le soir ou le lendemain de la perfusion. Elles durent rarement plus de 72 heures après le traitement. Elles ne sont pas systématiquement accompagnées de vomissements.

Des phénomènes de nausées anticipatoires peuvent survenir : elles commencent parfois dès l'entrée dans l'hôpital, avant le début de la perfusion. Ces nausées sont liées à l'anxiété provoquée par le traitement et peuvent être réduites par des médicaments ou par des techniques de relaxation.

Lorsque des vomissements surviennent, il est conseillé de se rincer la bouche avec de l'eau froide et d'attendre 1 à 2 heures avant de manger. Les vomissements ne persistent en général pas plus de 48 heures après le traitement.

Le plus souvent, un traitement est prescrit avant, pendant et après la chimiothérapie pour réduire les risques de nausées et de vomissements, y compris anticipatoires. Il s'agit de médicaments appelés antiémétiques. Si ces effets secondaires apparaissent malgré le traitement préventif, signalez-le à votre médecin.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES NAUSÉES ET VOMISSEMENTS

À faire

- Privilégier les aliments froids ou tièdes, moins odorants que les aliments chauds.
- Privilégier plusieurs petits repas, plutôt que deux repas traditionnels plus longs à digérer.
- Manger lentement et au calme afin de faciliter la digestion.
- Manger légèrement avant et après le traitement.

À éviter

- Les aliments lourds, difficiles à digérer comme les aliments frits, gras ou épicés.
- Boire pendant les repas mais boire plutôt avant et après. Les boissons gazeuses, fraîches, aident parfois à diminuer les nausées.
- Le tabac.

Perte d'appétit

Parfois, une chimiothérapie entraîne une perte de l'appétit. Un diététicien peut vous conseiller sur la façon de mieux vous alimenter pendant votre traitement.

Des troubles rénaux

Le cisplatine peut avoir une incidence sur la fonction rénale. C'est pourquoi une surveillance du bon fonctionnement des reins est systématiquement prévue avant chaque cure. Cette surveillance est effectuée par une prise de sang.

Des troubles au niveau des nerfs

Certains médicaments de chimiothérapie ont un effet toxique sur les fibres nerveuses, notamment les médicaments dérivés du platine, comme le cisplatine. Ils peuvent entraîner des troubles de la sensibilité, appelés

paresthésies, qui se manifestent par des sensations d'engourdissement, de fourmillements ou de picotements dans les doigts ou les orteils et qui peuvent être douloureuses et handicapantes. Dès que ces signes surviennent, il est important d'en parler à votre médecin. Si ces symptômes persistent entre deux cures de chimiothérapie ou s'ils entraînent une gêne fonctionnelle comme des difficultés à saisir des objets ou à marcher par exemple, votre médecin arrêtera le traitement et le remplacera par d'autres médicaments.

Le traitement peut également entraîner des troubles de l'audition comme des acouphènes (bourdonnements, sifflements ou tintements d'oreille) ou une baisse de l'audition.

Baisse des globules blancs, des globules rouges et des plaquettes

Les médicaments de chimiothérapie ont souvent des effets secondaires sur les cellules fabriquées par la moelle osseuse. Ils peuvent entraîner :

- une baisse du nombre de globules blancs (leucopénie), en particulier des polynucléaires neutrophiles (neutropénie) ou des lymphocytes (lymphopénie). Cette baisse entraîne un risque accru d'infection car les moyens de défense du corps sont réduits ;
- une baisse du nombre des globules rouges (anémie), chargés de transporter l'oxygène dans tout le corps. L'anémie se manifeste principalement par une pâleur, un essoufflement, des vertiges et une fatigue qui ne s'atténue pas avec le repos ;
- une baisse du nombre de plaquettes (thrombopénie), qui participent au phénomène de coagulation du sang. Une diminution des plaquettes augmente le risque de saignements, provoquant des hématomes*.

Le nombre de globules blancs, de globules rouges et de plaquettes peut baisser simultanément de façon importante ; on parle alors d'aplasie*.

Avant chaque cure de chimiothérapie, des prises de sang permettent de vérifier les taux de globules blancs, globules rouges et plaquettes. En dessous d'un certain seuil, la séance de chimiothérapie peut être remise à plus tard.

Il est parfois nécessaire de prescrire des facteurs de croissance, substances qui stimulent la fabrication ou la croissance de globules blancs ou de globules rouges, lorsque leur nombre baisse de façon trop importante. Dans de rares cas, une transfusion de globules rouges ou de plaquettes est réalisée.

En cas de fièvre (plus de 38 °C pendant plus de 6 heures) ou si vous ne vous sentez pas bien (frissons, diarrhées ou vomissements importants), consultez immédiatement votre médecin.

Lésions de la bouche

Certains médicaments de chimiothérapie peuvent entraîner des lésions à l'intérieur de la bouche et le long du tube digestif : aphtes, rougeurs, douleurs. On parle de mucite lorsque la muqueuse* est enflammée, ou encore de stomatite.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES LÉSIONS DE LA BOUCHE

À faire

- Après les repas, réaliser des bains de bouche prescrits par le médecin.
- Se brosser régulièrement les dents avec une brosse à dents souple.
- Sucrer des glaçons, de la glace pilée, des glaces à l'eau et des sorbets, des bonbons à la menthe.
- Boire beaucoup (eau minérale, thé, tisane, boisson à base de cola).
- Privilégier les aliments moelleux ou mixés.
- S'hydrater les lèvres en appliquant un lubrifiant gras (vaseline, beurre de cacao).

À éviter

- Les aliments qui favorisent l'apparition d'aphtes, comme les noix, le gruyère ou l'ananas.
- Les bains de bouche à base d'alcool : ils dessèchent la muqueuse de la bouche et risquent de provoquer des sensations de brûlure.
- Le tabac et l'alcool, surtout dans les semaines qui suivent le traitement.
- Les aliments trop épicés ou acides (jus de citron, vinaigrette, moutarde), secs, croquants ou durs.

Dès que vous constatez des aphtes ou des douleurs, prévenez votre médecin afin de recevoir un traitement antidouleur adapté.

Diarrhées

Des diarrhées sont possibles pendant la chimiothérapie. Un traitement antidiarrhéique peut vous être prescrit.

POUR LIMITER LES DIARRHÉES

Privilégier une alimentation pauvre en fibres à base de riz, pâtes, pommes de terre vapeur, carottes, bananes bien mûres, gelée de coings, fromage à pâte cuite et biscottes.

Une hospitalisation en urgence doit être envisagée en cas de diarrhée importante persistante ou associée à de la fièvre ou des vomissements.

Chute des cheveux

La chute des cheveux, qu'on appelle alopécie, peut être difficile à vivre, car elle est un signe concret et visible de la maladie. Elle est souvent progressive et toujours temporaire. Elle commence en général 2 à 3 semaines après la première perfusion. Les cheveux commencent à repousser environ 6 à 8 semaines après la fin du traitement. Les cils, les sourcils et les poils pubiens peuvent également tomber provisoirement.

Vous trouverez des informations complémentaires dans le guide *Cancer info Traitements du cancer et chute des cheveux*, à l'adresse www.e-cancer.fr

Réactions allergiques

Comme tout médicament, les médicaments de chimiothérapie peuvent être source d'allergie. Alertez votre médecin en cas de gonflement du visage, des lèvres et de la langue, d'essoufflement, de fièvre, de réactions cutanées graves (démangeaisons, rougeurs, boutons), de difficultés à respirer ou de tout autre trouble inhabituel.

Fatigue

En dehors de la fatigue causée par la maladie elle-même, par l'appréhension des examens ou encore par les déplacements quotidiens, la fatigue peut être liée à la chimiothérapie. Elle dépend de votre tolérance à ce traitement, du nombre de cures et des effets secondaires. En effet, une anémie*, une perte d'appétit, des nausées et des vomissements, une fièvre ou encore des douleurs peuvent contribuer à cette fatigue. Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit prise en charge le mieux possible.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Quel type de chimiothérapie me sera administré ? De quelle façon ?

Quels sont les objectifs du traitement ?

Quels sont les effets secondaires ? Que puis-je faire pour les limiter ? Comment sont-ils traités ?

Le traitement se passe-t-il à l'hôpital ou à domicile ? Combien de temps dure-t-il ?

Comment et par qui est effectué le suivi ?

Des conseils alimentaires particuliers doivent-ils être suivis ?

5.3. UN TRAITEMENT PAR RADIOTHÉRAPIE

La radiothérapie utilise des rayonnements pour détruire les cellules cancéreuses en les empêchant de se multiplier. Ce traitement consiste à diriger précisément ces rayonnements ionisants (appelés aussi rayons ou radiations) sur la zone à traiter, tout en préservant le mieux possible les tissus sains et les organes avoisinants. Ces rayonnements, produits par un accélérateur de particules, sont dirigés en faisceau vers la vessie pour atteindre la zone à traiter et les ganglions voisins à travers la peau.

Dans quels cas une radiothérapie est-elle indiquée ?

Si votre cancer a infiltré le muscle de la paroi de la vessie, mais que vous ne pouvez ou ne voulez pas avoir de cystectomie*, une radiothérapie peut être effectuée en même temps qu'une chimiothérapie. On parle de radiochimiothérapie concomitante. Une résection transurétrale de la vessie* (RTUV) sera effectuée au cours de ce double traitement pour en évaluer l'efficacité. Si le cancer est encore présent, une cystectomie pourra être alors envisagée.

Quelle est la technique de traitement utilisée ?

La technique de radiothérapie utilisée est une irradiation conformationnelle en trois dimensions. Cette technique permet d'adapter – de conformer – le plus précisément possible le volume irradié au volume à traiter.

Comment se déroule la radiothérapie en pratique ?

Le déroulement d'une radiothérapie repose sur un travail d'équipe entre des manipulateurs, un physicien médical, un dosimétriste, coordonnés par l'oncologue radiothérapeute (voir le chapitre « Les professionnels et leur rôle », page 73).

Avant le traitement proprement dit, une radiothérapie comporte une étape de repérage de la zone à traiter et une étape de calcul de la distribution de la dose, la dosimétrie. C'est pourquoi il existe toujours un temps d'attente entre le moment où il est décidé que vous allez avoir une radiothérapie et le début effectif du traitement.

Le repérage

La première tâche de l'oncologue radiothérapeute est de repérer la cible sur laquelle les rayons vont être dirigés et les organes à protéger : rectum, intestin... Pour ce faire, vous passez un scanner afin d'obtenir une image en trois dimensions de la zone à traiter et des organes voisins.

LES RAYONNEMENTS IONISANTS, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Les rayonnements ionisants sont des faisceaux de particules qui transportent une énergie telle qu'elle leur permet de traverser la matière et de la modifier. Le soleil émet des rayonnements ionisants naturels ; c'est le cas de certains rayons ultraviolets ou UV.

Dans le domaine médical, les rayonnements ionisants font l'objet de nombreuses applications ; ils sont en particulier à la base des techniques de radiothérapie. Dans ce cas, ils sont produits par un accélérateur, un appareil qui accélère les particules à une très grande vitesse, ce qui leur confère une forte énergie (radiothérapie externe). Les rayonnements utilisés sont des rayons X* ou des photons*.

Avant de démarrer une radiothérapie, l'oncologue radiothérapeute vous explique le principe, les objectifs et la technique qu'il va utiliser. Il vous informe également des effets secondaires possibles et des solutions qui existent pour les anticiper ou les limiter. N'hésitez pas à lui soumettre toutes les questions que vous vous posez au sujet de ce traitement.

Pendant ce repérage, votre position est soigneusement définie. Vous devrez la reprendre lors de chaque séance. Pour cela sont utilisées des cales ou des contentions spécialement adaptées à votre morphologie qui permettent de conserver votre position. Un marquage très discret sur la peau est parfois effectué; ce marquage peut être définitif.

La dosimétrie

Outre la dimension et l'orientation des faisceaux, l'étape de dosimétrie consiste à déterminer par une étude informatisée la répartition de la dose de rayons à appliquer à la zone à traiter. Avec l'oncologue radiothérapeute, le physicien médical et le dosimétriste optimisent ainsi l'irradiation de façon à traiter au mieux la zone à traiter tout en épargnant les tissus sains voisins. Cette étape ne nécessite pas votre présence.

Le plan de traitement définitif établit la dose et ses modalités de délivrance : la dose par séance, le nombre et la fréquence des séances, etc.

La dose de rayons en radiothérapie est exprimée en gray (abrégé en Gy), du nom d'un physicien anglais. Le gray correspond à une quantité d'énergie de 1 joule absorbée dans une masse de 1 kilo.

La dose délivrée pour un cancer de la vessie dans le cadre d'une radiochimiothérapie concomitante est généralement de 1,8 à 2 Gy par séance, à raison de 5 séances par semaine. Les doses habituelles totales pour le pelvis* sont de 40 à 50,4 Gy.

Si le résultat n'est pas suffisant, cette première radiothérapie peut être complétée par un traitement de 10 à 20 Gy, après éventuellement une interruption de 3 à 4 semaines.

Le traitement

Le traitement lui-même dure en moyenne 5 à 7 semaines, à raison d'une séance de 3 à 4 minutes tous les jours, du lundi au vendredi s'il n'y a pas d'interruption; il peut aller jusqu'à 11 semaines.

En l'absence de contre-indication, la chimiothérapie est délivrée dans le même temps, juste avant la radiothérapie, avec le plus souvent une perfusion lors de la première semaine et de la quatrième semaine de la radiothérapie.

Le jour du traitement, vous entrez dans la salle dans laquelle se déroule la radiothérapie. C'est une pièce qui respecte les normes de protection contre les rayonnements ionisants.

Vous êtes installé par le manipulateur sur la table de traitement dans la position qui a été déterminée lors de la phase de repérage. Les rayons sont dirigés de façon précise vers la région à traiter et vous devez rester immobile.

Pendant la séance, vous êtes seul dans la salle, mais vous restez en lien continu avec les manipulateurs : vous pouvez communiquer avec eux par le biais d'un interphone et vous êtes surveillé par une caméra vidéo. La salle reste éclairée pendant la séance. En cas de besoin, le traitement peut être immédiatement interrompu.

Le temps de présence dans la salle de traitement est généralement de 15 minutes environ. Le temps d'irradiation lui-même est de courte durée, de l'ordre de quelques minutes. L'appareil tourne autour de vous sans jamais vous toucher. L'irradiation est invisible et indolore. Vous ne ressentez aucune sensation particulière.

Il est désormais obligatoire de mesurer directement sur vous la dose réelle de rayons que vous recevez lors de la première ou de la deuxième séance, ainsi qu'à chaque modification du traitement. On parle de dosimétrie *in vivo*. Elle permet de s'assurer que la dose délivrée ne diffère pas de façon significative de la dose prescrite. La dosimétrie *in vivo* est mise en place dans tous les centres de radiothérapie.

Les séances de radiothérapie externe ne rendent pas radioactif : il n'y a donc pas de précaution à prendre vis-à-vis de votre entourage une fois la séance terminée.

Le suivi

Durant toute la durée du traitement, des consultations avec le radiothérapeute sont programmées régulièrement, généralement une fois par semaine. L'objectif est de s'assurer que le traitement se déroule dans les meilleures conditions.

Des visites de contrôle sont également planifiées à l'issue de la radiothérapie.

Pour en savoir plus sur la radiothérapie, vous pouvez consulter le guide *Comprendre la radiothérapie*, disponible sur www.e-cancer.fr

Quels sont les effets secondaires possibles ?

La radiothérapie conformationnelle limite au mieux la dose de rayons délivrés aux tissus sains autour de la zone à traiter et aux organes avoisinants : les rayons sont dirigés précisément sur la zone à traiter. Néanmoins, on ne peut pas éviter totalement d'irradier et d'altérer des cellules saines situées à proximité, et donc les organes avoisinants. C'est ce qui explique l'apparition des effets secondaires.

Ces effets secondaires varient selon la zone traitée, la dose de rayons délivrée, la technique utilisée, l'effet des autres traitements, votre propre sensibilité et votre état de santé général. Le traitement est soigneusement planifié et administré de façon à les réduire le plus possible. L'équipe médicale vous informe de ceux qui peuvent se produire dans votre cas et des moyens d'y faire face. Un suivi régulier permet de les détecter et de réajuster le traitement si nécessaire.

On distingue :

- les effets secondaires dits immédiats, aigus ou précoces, qui se produisent pendant le traitement et les quelques semaines qui suivent. Ils sont souvent temporaires ;
- les effets secondaires dits tardifs, qui peuvent apparaître plusieurs mois après la fin du traitement, voire plus tard. Ils peuvent être durables ; on parle alors de séquelles.

Une radiothérapie en elle-même n'est pas douloureuse.

Les effets secondaires immédiats

Les rayons peuvent notamment provoquer une inflammation de la vessie (cystite radique), qui se manifeste par l'envie fréquente d'uriner (pollakiurie) et/ou des envies impérieuses d'uriner. Elle va régresser en 4 à 6 semaines. Des douleurs lors des rapports sexuels (dyspareunies) peuvent également survenir.

Des troubles digestifs apparaissent parfois, avec une inflammation du rectum qui peut provoquer des diarrhées et des faux besoins d'aller à

la selle. Avec l'aide d'un régime et d'un traitement, elle disparaît généralement en 4 à 6 semaines.

Une rougeur de la peau semblable à un coup de soleil, appelée érythème cutané, constitue la réaction la plus fréquente. Elle survient habituellement à partir de la 4^e ou de la 5^e semaine de traitement. La rougeur disparaît lentement et laisse progressivement place à une coloration brunâtre pendant quelques semaines avant le retour à un aspect normal.

CONSEILS PRATIQUES POUR LIMITER LES ROUGEURS DE LA PEAU

À faire

- Utiliser un savon surgras.
- Se sécher sans frotter.
- Porter des vêtements en coton et éviter le frottement au niveau de la zone irradiée.
- Appliquer une crème hydratante entre les séances (mais jamais juste avant la séance de radiothérapie).

À éviter

- Les douches et les bains trop chauds.
- De savonner directement la zone irradiée.
- De frictionner la zone irradiée avec de l'eau de toilette, de l'alcool, du déodorant, du talc, de la crème...
- Les expositions au soleil, au moins durant la première année qui suit la fin du traitement.

L'appréhension des examens et des traitements, les déplacements fréquents, l'attente lors des rendez-vous et la radiothérapie elle-même peuvent provoquer une fatigue physique ou morale, d'autant plus lorsqu'elle est associée à une chimiothérapie. La fatigue dépend de votre tolérance à ce traitement et des autres effets secondaires. Elle ne doit pas être banalisée. Signalez-la à l'équipe soignante afin qu'elle soit prise en charge le mieux possible.

Les effets secondaires tardifs

Certains effets secondaires peuvent apparaître plus tardivement, 6 mois après la fin de la radiothérapie ; ils ne sont pas systématiques. Les progrès des techniques de radiothérapie ont rendu ces effets secondaires tardifs moins fréquents.

- Les rayons peuvent provoquer une inflammation de la vessie, qui peut se manifester par des envies fréquentes d'uriner (pollakiurie), des envies impérieuses d'uriner (impériosités) et/ou des saignements dans

vos urines (hématuries). Si c'est le cas, des examens complémentaires pourront être effectués pour vérifier que ces saignements ne sont pas liés à une récurrence du cancer.

- Rarement, il arrive que les rayons provoquent une inflammation de l'intestin grêle qui peut induire des diarrhées, une inflammation du rectum qui peut se manifester par des saignements ou des douleurs lors des rapports sexuels (dyspareunies).
- Exceptionnellement, les rayons peuvent diminuer la taille de votre vessie, ce qui peut nécessiter son ablation.

EXEMPLES DE QUESTIONS À POSER AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Quels sont les objectifs de la radiothérapie ?

Comment se déroule le traitement ?

Combien de temps dure-t-il ?

Quels sont les effets secondaires possibles ?

Quels conseils dois-je suivre pour les limiter ?

Comment et par qui est effectué le suivi ?

6. Quels sont les traitements des cancers de la vessie métastatiques ?

Si le cancer a formé des métastases à distance de la vessie, la chimiothérapie est le traitement principal : vous n'avez pas d'opération.

Le protocole le plus fréquemment utilisé pour un cancer métastatique repose sur le cisplatine, associé à trois autres médicaments : méthotrexate, vinblastine, doxorubicine, protocole abrégé en M-VAC. Un autre protocole qui combine gemcitabine et cisplatine peut également vous être proposé.

Un scanner* du thorax, de l'abdomen et du pelvis est réalisé 2 mois après le début de la chimiothérapie pour contrôler la réaction des cellules cancéreuses au traitement.

Si le premier traitement n'apporte pas l'effet escompté et que la maladie progresse, une nouvelle association de médicaments avec des mécanismes d'action différents vous sera proposée. On parle alors de chimiothérapie de deuxième ligne.

Pour en savoir plus sur ces médicaments, vous pouvez consulter la Base de données publique des médicaments : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

Vous pouvez consulter les modalités du traitement et les effets secondaires des médicaments de chimiothérapie, qui varient selon les médicaments utilisés, les dosages et les personnes dans le chapitre 5.2 « Un traitement général par chimiothérapie », page 47.

S'il s'avère que la maladie se stabilise, si la douleur doit être atténuée ou certains symptômes soulagés, une chirurgie ou une radiothérapie* des métastases peuvent vous être proposées. Une opération visant à enlever la vessie est exceptionnelle.

Enfin, une radiothérapie palliative peut être mise en place en fonction des symptômes présentés.

7. Le rétablissement urinaire

LES DIFFÉRENTES DÉRIVATIONS URINAIRES
VIVRE AVEC UNE NÉOVESSIE
VIVRE AVEC UNE STOMIE

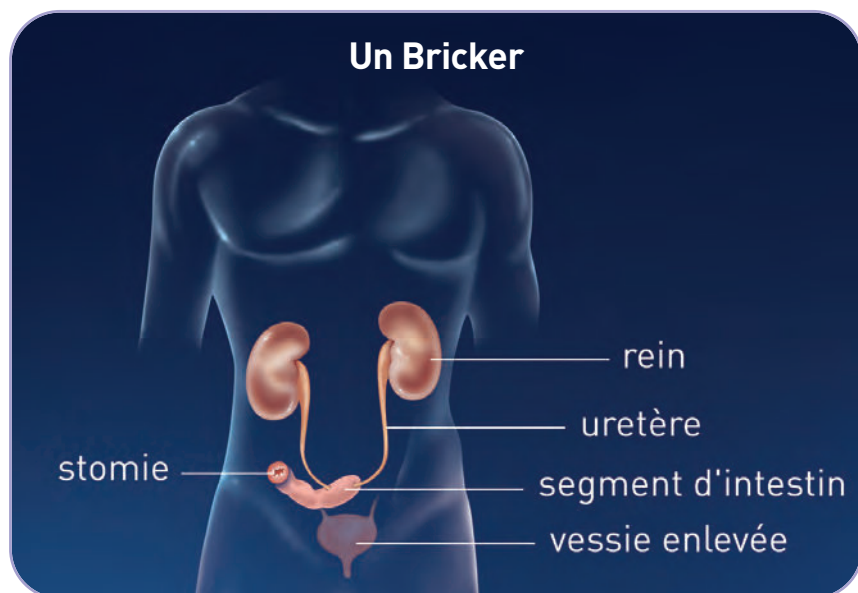
Dès lors que votre vessie a été enlevée, les urines émises par les reins et les uretères* n'ont plus de réservoir naturel. Il faut donc la remplacer. Deux systèmes de collecte sont possibles : une néovessie* ou une stomie* (dérivation urinaire vers l'extérieur du corps).

Avant l'opération, vous pouvez demander à votre chirurgien ou une association à rencontrer une personne qui a une néovessie ou une stomie (voir chapitre 10.2. « Les associations et autres ressources », page 88).

7.1. LES DIFFÉRENTES DÉRIVATIONS URINAIRES

La dérivation urinaire de type Bricker

La technique la plus fréquemment utilisée est une stomie de type Bricker, du nom de son inventeur. On parle souvent plus simplement de Bricker.



Pour construire un Bricker, le chirurgien commence par prélever un segment d'intestin grêle, dont les parties sectionnées sont recousues. Celui-ci forme un tuyau. Le chirurgien suture une des extrémités et y rattache les deux uretères qui arrivent des reins. Ce tuyau est fixé à l'abdomen par un orifice, la stomie. Cette portion d'intestin ne constitue pas un réservoir, mais forme un conduit qui dirige les urines à l'extérieur. Elle débouche sur la peau, dans le bas du ventre. L'urine s'écoule par la stomie et est collectée dans une poche placée à l'extérieur du corps, autour de l'orifice de stomie.

Urétérostomie bilatérale

Dans de très rares cas, le chirurgien peut préférer dériver les uretères directement à l'extérieur. Dans ce cas, il suture les deux uretères à la paroi de l'abdomen, l'un à droite et l'autre à gauche. Il fait donc deux stomies, ce qui nécessitera deux poches de recueil des urines.

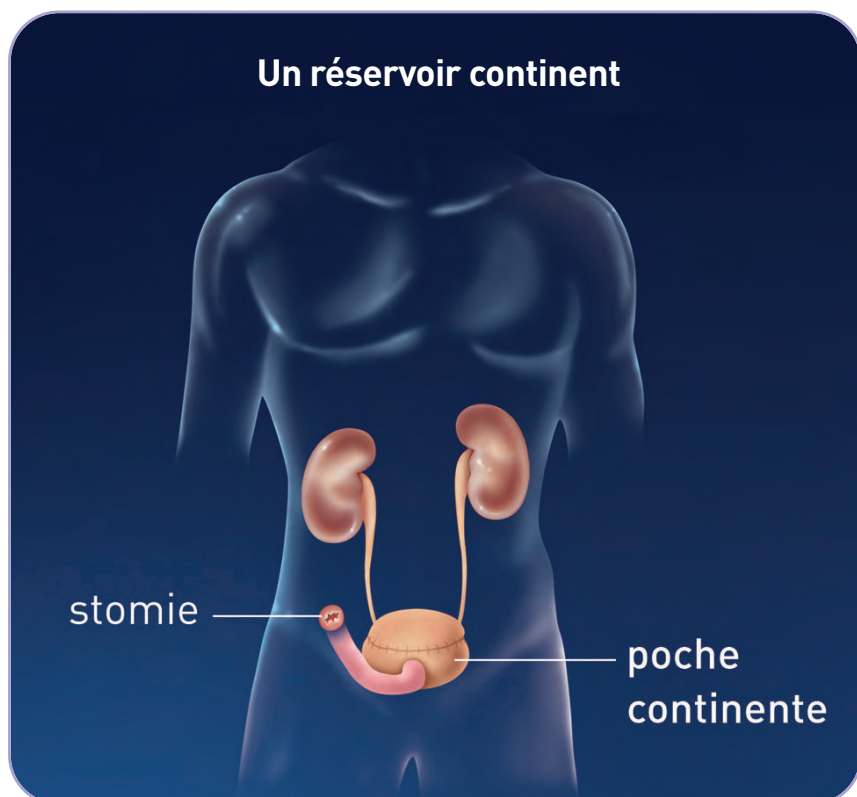


Les uretères sont cousus à la peau. Le recueil des urines se fait à l'aide d'une sonde* que vous devrez porter à vie.

Le réservoir continent

Le chirurgien peut également construire une poche interne qui va déboucher sur le ventre. Cette poche est appelée réservoir de Kock. Il détache un fragment d'intestin grêle et joint les parties sectionnées de l'intestin. La partie extraite forme un tuyau avec laquelle il confectionne un réservoir. Il y rattache les deux uretères. Il effectue une petite ouverture sur l'abdomen, la stomie, généralement en bas à droite, y fait déboucher ce segment d'intestin, et y installe une valve étanche qui empêche l'urine de s'écouler.

À la différence des interventions de Bricker ou des urétérostomies décrites ci-dessus, cette poche est continente, c'est-à-dire qu'elle



recueille les urines à l'intérieur du corps et évite une poche externe. C'est un type de néovessie, mais comme le chirurgien n'a pas pu la rattacher à l'urètre, vous devez vider votre poche régulièrement par des autosondages* en introduisant un tuyau fin par la stomie.

7.2. VIVRE AVEC UNE NÉOVESSIE

Si vous avez une vessie de remplacement, vous devez boire au moins 1,5 litre d'eau par jour afin d'éviter les infections et les calculs qui pourraient se former dans la néovessie, et évacuer le mucus que produit le segment d'intestin utilisé pour former votre nouvelle vessie. Pour en savoir plus sur la néovessie, voir « Qu'est-ce qu'une néovessie » page 41.

La néovessie étant formée d'un morceau d'intestin, vous ne ressentez donc plus le signal vous avertissant que votre vessie est pleine et elle ne peut pas se contracter pour évacuer les urines. Vous devez donc apprendre à uriner autrement.

Pendant votre séjour à l'hôpital, l'équipe soignante va vous expliquer comment vider votre vessie.

Les premières semaines, vous allez muscler votre périnée* grâce à une rééducation spécifique. Pendant plusieurs semaines, des fuites se produisent mais, petit à petit, vous allez de mieux en mieux contrôler vos mictions*.

Dans les premiers temps, votre néovessie n'a pas une grande capacité : elle ne peut contenir généralement que 100 millilitres de liquide ; vous devez donc uriner de façon régulière et rapprochée. Mais peu à peu, elle va se distendre jusqu'à atteindre une contenance presque équivalente à votre ancienne vessie ; les mictions vont être moins fréquentes. Après 3 mois, les patients urinent généralement toutes les 3 heures environ. Les hommes peuvent uriner debout s'ils le souhaitent.

La nuit, un réveil à heures régulières permet souvent d'éviter les fuites. Une autre solution est d'utiliser des garnitures ou, pour les hommes, un étui pénien.

À long terme, environ 80 % des patients peuvent retenir leurs urines sans

problème. Si des fuites sont toujours possibles, elles sont souvent provoquées par une attente prolongée entre deux mictions ou un effort physique important. Il ne faut pas attendre plus de 4 à 5 heures entre les mictions pour éviter que votre vessie ne se distende trop.

Petit à petit, vous apprendrez à reconnaître la sensation de pesanteur qui signifie que votre vessie est pleine. Vous pourrez reprendre une vie comparable à celle que vous aviez avant l'opération, faire du sport, vous baigner, voyager...

7.3. VIVRE AVEC UNE STOMIE

Si le chirurgien n'a pas pu conserver votre urètre, il a créé une urostomie, une ouverture qui permet à l'urine de s'évacuer hors du corps. Comme c'est une muqueuse, la stomie est rouge et humide (voir chapitre 7.1).

Les stomies sont placées généralement au niveau du bas-ventre, sous le nombril, à droite ou à gauche selon le type de chirurgie pratiqué. Le chirurgien tient compte des plis de votre ventre pour éviter qu'elle ne s'y cache.

Rencontrer un psychiatre ou un psychologue, ou participer à un groupe de parole peut vous aider à mieux accepter ce nouveau moyen d'uriner. Un stomathérapeute vous guidera jusqu'à ce que vous maîtrisiez complètement cette nouvelle pratique.

On évalue à environ 10000 les personnes urostomisées en France.

Qu'est-ce qu'un stomathérapeute ?

Des infirmiers sont spécialisés pour aider les personnes dotées d'une stomie. Ces stomathérapeutes vont chercher avec vous l'appareillage qui vous convient le mieux et, pendant votre hospitalisation, vont vous apprendre à le manipuler. Ils vous montrent comment prendre soin de votre stomie, comment changer votre poche ou vider votre vessie interne (réservoir de Kock) par des sondages*.

Les stomathérapeutes vous accompagnent jusqu'à ce que vous puissiez reprendre une vie personnelle, familiale, professionnelle et sociale normale et être autonome.

Le service de l'hôpital vous transmettra les coordonnées d'un stomathérapeute près de chez vous, auquel vous pouvez faire appel une fois à domicile. Vous pouvez également prendre contact avec la Fédération des stomisés de France dont vous trouverez les coordonnées dans le chapitre 10.2. « Les associations et autres ressources », page 88.

En cas de douleur ou de saignement abondant, consultez votre médecin.

Comment cela se passe en fonction des différents types de stomies ?

Vous pouvez avoir une stomie qui nécessite une poche externe pour recueillir les urines ou une stomie avec une vessie interne (poche continente interne).

Les stomies avec une poche externe

Si vous avez un Bricker, un bout d'intestin a été prélevé pour former un tuyau sur lequel les uretères ont été greffés et qui permet à l'urine de s'écouler vers l'extérieur par un seul orifice qui s'abouche à la peau (stomie) (voir page 65).

Si vous avez des urétérostomies cutanées, vos uretères ont été directement suturés à la peau. Vous avez donc deux orifices cutanés (stomies) au niveau de l'abdomen. Comme les uretères ne sont pas rigides, une sonde, petit tuyau fin, est implantée dans chaque uretère. La sonde tuteure chacun des uretères pour empêcher que le conduit ne rétrécisse. Les sondes sont changées régulièrement toutes les 6 semaines environ (voir page 66).

Comme la stomie n'a pas de sphincter* pour retenir les urines, l'urine s'évacue au fur et à mesure de sa production par les reins. C'est donc une poche collée sur la peau qui permet de les recueillir.

Deux types d'appareillage de poches existent :

- un système d'une pièce collée directement sur la peau, qui doit être changée tous les 2 jours ;
- un système composé de deux pièces qui comprend un support collé sur la peau sur lequel est positionnée la poche. Le support peut rester en place 4 jours et la poche, munie d'un système de vidange, est remplacée tous les 2 jours.

Vous choisissez le système qui vous convient le mieux, en fonction de votre préférence et de votre anatomie. Les deux types d'appareillage sont remboursés par la sécurité sociale.

Les systèmes d'appareillage peuvent éventuellement être utilisés avec une ceinture de maintien.

Vous pouvez avoir une alimentation équilibrée comme tout le monde et vous devez boire beaucoup d'eau, au moins 1,5 à 2 litres par jour pour éviter les infections. Si vous avez un Bricker, le segment d'intestin qui a été utilisé pour rassembler les urines produit souvent du mucus. Boire beaucoup permet de l'éliminer afin qu'il ne bouche pas la stomie.

Le soin de la stomie.

La poche doit être vidée dans les toilettes plusieurs fois par jour. Il est conseillé de la vidanger dès qu'elle est à moitié pleine. La nuit, on peut raccorder à la poche en place une poche de nuit, ce qui évite d'avoir à se lever.

Pour la changer, la poche vidangée est décollée du haut vers le bas. Vous pouvez être assis ou debout. La peau et la stomie sont lavées avec l'eau du robinet, puis sont soigneusement séchées. Pour les hommes, les poils sont rasés ou coupés si nécessaire. La nouvelle poche est ensuite installée.

Peu à peu, vous pourrez reprendre une vie comparable à celle que vous aviez avant l'opération, faire du sport, vous baigner, voyager... Aujourd'hui, les matériaux modernes ne se décollent pas avec la sueur : il est plus facile de faire du sport.

Les stomies avec poche continente

Si vous avez une poche continente, dite aussi réservoir de Kock (voir page 67), vous videz votre vessie interne par des sondages. Cet autosondage vésical consiste à introduire une sonde, un tuyau fin, par la stomie ; s'il est réalisé par une autre personne que vous (infirmier), on parle d'hétérosondage*. Ce n'est pas douloureux.

Vous pouvez être assis ou debout. La peau et la stomie se lavent avec l'eau du robinet. Si vous souhaitez utiliser du savon, choisissez un savon neutre et pensez à bien rincer.

La peau et la stomie lavées, vous introduisez la sonde : l'urine est alors évacuée dans les toilettes. La stomie est ensuite simplement recouverte par un pansement.

Au départ, ces sondages sont généralement effectués toutes les 2 heures, puis 4 à 6 fois par jour. La nuit, vous devez vous lever pour vider votre vessie.

Le matériel de sondage prescrit par le médecin ou le stomathérapeute est remboursé par la sécurité sociale.

D'éventuels problèmes de la valve d'étanchéité, de rétrécissement de la stomie et de formation de calculs sont à surveiller. Les complications liées à la stomie sont relativement rares : l'orifice n'est pas douloureux, mais il peut facilement saigner. Si des douleurs ou un saignement abondant apparaissent, il est recommandé de consulter son médecin. Vous devez boire beaucoup pour éviter les infections et évacuer le mucus que produit le segment d'intestin utilisé pour construire votre vessie interne. Si l'urine ne s'écoule plus, vous devez consulter sans délai.

Se faire accompagner

Dans les premiers jours qui suivent l'intervention, vous êtes accompagné et formé par l'équipe médicale et paramédicale. Peu à peu, vous allez progressivement acquérir une autonomie qui vous permettra de reprendre vos activités et de vivre normalement.

Apprendre que l'on a un cancer de la vessie, que l'on va devoir subir une opération et que l'on va avoir une urostomie est une étape souvent difficile à vivre psychologiquement. L'équipe médicale et paramédicale, les psychologues et les stomathérapeutes sont là pour vous aider et vous conseiller en cas de besoin. Les associations de patients urostomisés permettent d'échanger avec d'autres personnes dans la même situation que vous ; elles peuvent beaucoup vous apporter après l'opération. Selon d'anciens patients opérés, reprendre une vie active est un élément déterminant pour reprendre confiance (voir le chapitre 10.2. « Les associations et autres ressources », page 88).

8. Les professionnels et leur rôle

Au cours de la maladie, vous rencontrez ou pouvez solliciter de nombreux professionnels, que ce soit dans l'établissement dans lequel vous êtes suivi ou en ville. Ces professionnels de santé participent à votre parcours de soins, depuis le diagnostic de la maladie jusqu'au suivi après les traitements. Votre prise en charge est globale et s'effectue de manière coordonnée entre votre médecin traitant, les professionnels de santé de proximité et l'équipe médicale hospitalière. Voici, en quelques mots, en quoi consistent les activités des professionnels qui vous entourent.

L'aide-soignant participe à vos soins et à votre bien-être en collaboration avec les infirmiers.

L'algologue est un médecin spécialisé dans la prise en charge de la douleur. La maladie ou ses traitements provoquent souvent des douleurs modérées ou intenses. L'algologue les traite par diverses méthodes.

L'anatomopathologiste ou **pathologiste** est un médecin qui examine au microscope les cellules et les tissus prélevés au cours d'une biopsie* ou d'une chirurgie. Son rôle est déterminant pour le diagnostic et l'orientation du choix des traitements lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

L'anesthésiste-réanimateur est un médecin chargé de vous endormir ou de vous insensibiliser lors d'une opération chirurgicale. Avant l'opération, il vous examine au cours d'une consultation préanesthésique afin de déterminer la technique d'anesthésie la plus appropriée. Pendant l'intervention, il effectue et surveille l'anesthésie. Il assure ensuite votre suivi en salle de réveil et prend en charge la douleur éventuelle.

L'assistant social est un professionnel du domaine social qui vous accompagne et vous aide à résoudre vos difficultés économiques et sociales. Vous pouvez contacter un assistant social au sein de l'établissement de santé où vous êtes suivi ou en ville.

L'**auxiliaire de vie sociale** apporte une aide aux personnes fragilisées qui ont des difficultés passagères dues à l'âge, à une maladie, à un handicap, etc. Elle les accompagne au quotidien dans leurs activités lors d'un maintien à domicile.

Le **chimiothérapeute** est un médecin spécialiste des traitements des cancers à l'aide de médicaments, appelé aussi oncologue médical. Un chimiothérapeute peut proposer différents types de traitements contre le cancer: une chimiothérapie*, une immunothérapie*... Des consultations régulières permettent au chimiothérapeute de vérifier le bon déroulement du traitement et de prendre en charge d'éventuels effets indésirables*, pendant et à la fin des traitements.

Le **chirurgien** est un médecin qui pratique des opérations chirurgicales pour, par exemple, diagnostiquer un cancer, enlever une tumeur*, des tissus ou des organes atteints, remédier à certaines complications ou effectuer des réparations. L'urologue est un chirurgien.

Le **diététicien** guide les choix alimentaires et, sur prescription médicale, prend en charge les problèmes nutritionnels en rapport avec le cancer et ses traitements.

Le **dosimétriste** participe, avec l'oncologue radiothérapeute et le physicien, au calcul de la dose de rayons nécessaire à la radiothérapie et à la planification du traitement.

Le **gynécologue** est un médecin spécialiste de l'appareil génital de la femme. Il assure le diagnostic et la prise en charge des maladies de l'utérus, du vagin, des ovaires, des seins. Le **gynécologue-obstétricien** est un chirurgien qui traite les maladies gynécologiques et mammaires et, notamment, les cancers, et prend en charge le suivi des grossesses à risque et des accouchements. Ces deux spécialistes s'occupent des techniques d'assistance médicale à la procréation qui peuvent être mises en œuvre lors des problèmes d'infertilité. Il est possible de consulter directement un gynécologue sans passer par le médecin traitant pour les examens gynécologiques réguliers (frottis notamment), le suivi de la contraception ou de la grossesse ou une interruption volontaire de grossesse par des médicaments.

L'**infectiologue** est un médecin spécialiste des différents types d'infections: par des bactéries, des virus, des champignons, des parasites.

L'**infirmier** est chargé de réaliser des soins et d'administrer les traitements prescrits par le médecin. Il assure le confort et l'hygiène de la personne soignée et a un rôle d'information, de prévention, d'éducation à la santé et de surveillance auprès des patients. Il exerce son activité au sein d'un établissement de soins ou en libéral.

Le **kinésithérapeute** ou **masseur-kinésithérapeute** aide à rééduquer différentes parties du corps grâce à des mouvements adaptés. Sur prescription médicale, il réalise des actes, manuellement ou à l'aide d'appareils, et vous apprend des gestes ou des techniques qui permettent de remédier à vos déficits.

Le **manipulateur de radiothérapie** est un technicien responsable du maniement des appareils de radiothérapie. Il est chargé de veiller au bon déroulement des séances. Il s'occupe de vous en salle de traitement, vous aide à vous installer, vous explique le déroulement de la séance et vérifie que les régions à traiter sont bien délimitées. Il s'assure également que vous n'avez pas de réactions anormales.

Le **médecin généraliste** suit vos différents problèmes de santé dans une approche globale, médicale et médico-sociale. Il coordonne les acteurs de proximité (infirmière, kinésithérapeute...). Concernant les cancers, il a un rôle très important pour la prévention, le dépistage et le diagnostic, pendant les traitements et lors de la surveillance après les traitements. Il est en lien avec l'hôpital ou la clinique par des contacts téléphoniques, des comptes rendus et des courriers médicaux. Il est en général choisi comme médecin traitant. Si besoin, il accompagne également votre entourage.

Le **médecin nucléaire** est un médecin spécialiste de médecine nucléaire qui utilise des éléments radioactifs pour réaliser un diagnostic ou un traitement. En cancérologie, les examens prescrits et réalisés par le médecin nucléaire sont, par exemple, une TEP* ou une scintigraphie osseuse.

Le **médecin traitant** est le médecin que vous avez choisi et déclaré auprès de votre caisse d'Assurance maladie. Il coordonne vos soins, vous guide vers d'autres professionnels de santé, gère votre dossier médical et assure une prévention personnalisée. Le médecin traitant est souvent un médecin généraliste, mais ce peut être un autre spécialiste. Il peut être conventionné ou non, exercer dans un cabinet, à l'hôpital ou dans toute autre structure de soins.

Le **médecin du travail** veille à la prévention de la santé et à la sécurité au travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène, les risques de contagion et la santé physique et mentale des travailleurs : stress, fatigue, maladie professionnelle... Il statue sur l'aptitude à reprendre le travail et peut proposer un aménagement de poste.

L'**oncologue** ou **cancérologue** est un médecin spécialiste du cancer et de ses traitements. Ce peut être un chirurgien spécialisé en cancérologie, un spécialiste de la chimiothérapie (oncologue médical), un spécialiste de la radiothérapie (oncologue radiothérapeute) ou un spécialiste d'organe (urologue par exemple).

Le **pharmacien** est un professionnel de santé chargé de contrôler la prescription des médicaments, de les préparer et de les délivrer. Il peut également donner des renseignements sur leur mode d'action, leur mode d'administration et leurs éventuels effets indésirables*. Un pharmacien peut être installé en ville (pharmacien d'officine) ou travailler à l'hôpital (pharmacien hospitalier). Si vous le souhaitez, il peut créer votre dossier pharmaceutique (DP) avec votre carte Vitale ; ce dossier a pour but de recenser les médicaments qui vous ont été délivrés au cours des quatre derniers mois et permet ainsi d'identifier d'éventuelles interactions entre médicaments.

Le **physicien médical** est une personne compétente en physique médicale, spécialiste des appareils de radiothérapie, de radiologie et de médecine nucléaire. Pour une radiothérapie, il choisit en concertation avec le radiothérapeute les modalités précises du traitement : le type de rayons, leur dosage, leur répartition pour chaque séance et s'assure du bon fonctionnement des différents appareils. On parle aussi de radiophysicien.

Le **psychiatre** est un médecin spécialiste des maladies mentales et des troubles psychologiques qui peuvent être liés à des événements particuliers comme une maladie et ses traitements : dépression ou anxiété face à la maladie, difficultés relationnelles ou de comportement... Comme tout médecin, il peut prescrire des médicaments. Lorsqu'il travaille en cancérologie, on parle aussi d'oncopsychiatre.

Le **psychologue** est un professionnel diplômé spécialiste de l'écoute et formé à aider des personnes en situation de souffrance psychique. Il peut repérer la détresse liée à la maladie et à ses traitements, et assurer un soutien et un suivi psychologique des patients et de leur famille par des entretiens individuels ou en groupe. Lorsqu'il travaille en cancérologie, on parle aussi de psycho-oncologue ou d'oncopsychologue.

Le **radiologue** est un médecin spécialiste qui effectue et interprète des images d'organes ou de parties du corps, réalisées lors d'exams d'imageries, tels qu'une radiographie, une échographie*, un scanner* ou une IRM*. Il est assisté par un manipulateur de radiologie.

Le **radiothérapeute** est un médecin spécialiste des traitements des cancers par des rayons qui détruisent localement les cellules cancéreuses (radiothérapie). On parle aussi d'oncologue radiothérapeute. En collaboration avec une équipe spécialisée qui comprend un physicien* médical et un dosimétriste*, le radiothérapeute calcule la dose de rayons nécessaire au traitement, identifie les zones à traiter et celles à protéger, et planifie les séances de radiothérapie. Celles-ci sont effectuées par un manipulateur de radiothérapie*. Des consultations régulières permettent au radiothérapeute de vérifier le bon déroulement du traitement et de prescrire des médicaments pour traiter d'éventuels effets indésirables*.

Le **sexologue** est un professionnel formé à la sexologie. Il répond à vos questions et vous aide, vous ou votre partenaire, à gérer les difficultés sexuelles, y compris celles liées à la maladie et ses traitements. Ce peut être un médecin, gynécologue, urologue, psychiatre, ou non, comme un psychologue. Lorsque vous prenez contact avec un sexologue, n'hésitez pas à en parler avec votre médecin traitant et à vous renseigner sur sa formation.

Le **stomathérapeute** est un infirmier spécialisé dans la prise en charge des personnes dotées d'une stomie, raccordement temporaire ou permanent créé lors d'une opération chirurgicale, destiné à évacuer les urines lorsqu'elles ne peuvent plus être rejetées normalement. Le stomathérapeute est chargé d'aider ces personnes à rechercher l'appareillage qui leur convient le mieux et leur apprendre à le manipuler. Il les accompagne pour qu'ils puissent reprendre une vie personnelle, familiale, professionnelle et sociale normale.

La **socioesthéticienne** aide à la qualité de vie des personnes malades par des soins esthétiques: coiffure, maquillage, manucure, etc.

L'**urologue** est un chirurgien spécialiste des problèmes urinaires et génitaux chez l'homme, et des problèmes urinaires chez la femme. Il est notamment directement impliqué dans le diagnostic, le traitement et la surveillance des cancers urologiques: cancer du rein, de la vessie, de la prostate, du testicule, du pénis, etc.

9. Questions de vie quotidienne

QU'EST-CE QUE L'ALD ?

CANCER DE LA VESSIE ET MALADIE PROFESSIONNELLE

LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

LES AIDES À DOMICILE

BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

BÉNÉFICIER DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE ADDICTION

LA VIE INTIME ET LA SEXUALITÉ

LES PROCHES

La survenue de la maladie et la mise en place de vos traitements peuvent entraîner d'importants changements dans votre vie quotidienne. Des solutions existent pour concilier votre prise en charge médicale et votre vie au quotidien.

9.1. QU'EST-CE QUE L'ALD ?

Selon la définition de l'Assurance maladie, une affection de longue durée (ALD) est une maladie qui nécessite un suivi et des soins prolongés (plus de 6 mois), ainsi que des traitements coûteux, ouvrant droit à une prise en charge à 100 % par votre caisse d'assurance maladie (CPAM, MSA, MGEN, RSI...). Le cancer fait partie des affections de longue durée.

Le taux de prise en charge à 100 % concerne les soins et les traitements en rapport avec votre maladie. Cependant, certains frais ne sont pas couverts. Il s'agit notamment du forfait hospitalier (coût de l'hébergement, de la restauration et de l'entretien des chambres pendant une hospitalisation), des soins dont le coût dépasse le tarif de la Sécurité sociale et de certains médicaments. La part non remboursée par l'Assurance maladie est à votre charge ou peut être remboursée par votre mutuelle complémentaire si vous en avez une.

C'est votre médecin traitant qui établit le formulaire pour demander votre prise en charge à 100 %. Il adresse ce document, appelé protocole de soins, au médecin-conseil de votre caisse d'Assurance maladie. Après accord de ce dernier, le protocole de soins vous est remis et expliqué par votre médecin traitant. Il vous informe au sujet de la prise en charge médicale de votre maladie, sa durée et vos remboursements.

9.2. CANCER DE LA VESSIE ET MALADIE PROFESSIONNELLE

Des produits utilisés en milieu professionnel comme les goudrons et les huiles de houille, les amines aromatiques augmentent le risque de développer un cancer de la vessie; c'est pourquoi certains métiers peuvent faire suspecter que votre cancer a une origine professionnelle. Des mesures de prévention sont aujourd'hui mises en place pour que ces métiers ne provoquent plus de cancers.

Pour 2 à 14 % des cancers de la vessie, l'origine est professionnelle. Vous pouvez rencontrer votre médecin du travail afin d'en discuter avec lui.

Si une origine professionnelle de votre cancer est suspectée, votre médecin traitant doit rédiger et vous remettre un certificat médical qui décrit la nature et les symptômes de votre maladie. Vous devez ensuite faire une déclaration de maladie professionnelle auprès du régime d'Assurance maladie dont vous dépendez et y joindre le certificat médical. Votre caisse dispose de 3 mois à compter de la date de réception du dossier pour l'instruire et rendre un avis. Si votre dossier est complexe, un délai supplémentaire de 3 mois peut être nécessaire. Si le cancer est reconnu comme maladie professionnelle, la prise en charge de vos soins relève alors du cadre « accident du travail-maladie professionnelle ».

Selon le régime dont vous dépendez, les critères de prise en charge en maladie professionnelle sont listés dans les tableaux suivants :

- pour le régime général : tableau 15 ter et 16 bis ;
- pour le régime agricole (MSA) : tableau 10.

Les tableaux de maladies professionnelles sont disponibles sur le site de l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles), www.inrs.fr

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter le guide *Cancer info Démarches sociales et cancer* ou le dossier *Cancers professionnels* sur www.e-cancer.fr/cancerinfo. Vous pouvez télécharger le formulaire de déclaration de maladie professionnelle sur le site de l'Assurance maladie, www.ameli.fr

9.3. LA VIE PROFESSIONNELLE PENDANT LES TRAITEMENTS

La vie professionnelle est souvent perturbée par la maladie, soit parce que vous êtes trop fatigué, soit parce que les effets secondaires causés par le cancer ou les traitements vous empêchent de travailler.

Pendant les traitements, un arrêt de travail de quelques semaines ou quelques mois est fréquent. Vous pouvez alors bénéficier d'indemnités journalières qui compensent en partie la perte de vos revenus professionnels. Les conditions pour obtenir ces indemnités sont variables selon les statuts professionnels (salarié, fonctionnaire, travailleur indépendant, demandeur d'emploi, profession libérale, etc.) et les conventions collectives.

Pensez à prévenir votre ou vos employeurs dès le premier jour de votre arrêt de travail. Cela permettra de conserver un bon contact et facilitera, à terme, une reprise du travail dans les meilleures conditions.

Si vous souhaitez reprendre votre activité professionnelle pendant vos traitements, vous pouvez contacter le médecin du travail.

Quelque temps avant la reprise du travail, une visite de préreprise est prévue par le Code du travail. Cette visite peut être demandée par vous-même, votre médecin traitant ou le médecin-conseil de votre caisse d'Assurance maladie. La visite est effectuée auprès de la médecine du travail (appelée aussi service de santé au travail). Son but est de faciliter votre réintégration sociale et professionnelle. À la suite de la visite médicale de préreprise du travail, il est possible de prévoir un aménagement de votre poste comme la modification de l'outillage ou des rythmes de travail (temps partiel thérapeutique par exemple).

La visite de préreprise ne remplace pas la visite de reprise du travail qui, elle, est demandée par votre employeur ou, éventuellement, par vous-même et qui doit être faite dans les 8 jours suivant votre reprise.

9.4. LES AIDES À DOMICILE

Lorsque l'on suit un traitement ou que l'on rentre chez soi après une hospitalisation, il est parfois difficile de s'occuper des tâches quotidiennes. Une aide à domicile peut alors s'avérer utile. Derrière ce terme, outre l'aide à domicile, on trouve différents professionnels tels que l'auxiliaire de vie sociale ou la technicienne de l'intervention sociale et familiale.

Ces professionnels ont diverses compétences et peuvent vous aider pour :

- les gestes du quotidien comme le lever, la toilette ou l'alimentation ;
- les activités domestiques comme l'entretien du logement et du linge, les courses ou la préparation des repas ;
- les démarches administratives ;
- l'organisation de la vie familiale comme aller chercher les enfants à l'école.

Il est parfois possible d'obtenir un soutien financier pour prendre en charge une partie des frais engendrés par l'aide à domicile. Plusieurs dispositifs existent. Ils sont conditionnés par votre âge, votre situation ou vos ressources. Votre mutuelle peut également financer quelques heures.

Pour en savoir plus à propos de vos droits, des aides et des démarches, vous pouvez prendre contact avec votre caisse d'Assurance maladie, consulter le guide Cancer info *Démarches sociales et cancer* ou encore, faire appel à l'assistante sociale de l'établissement dans lequel vous êtes suivi.

9.5. BÉNÉFICIER D'UN SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

La maladie peut être source de souffrance psychologique. L'angoisse du lendemain, la perte de repères, l'altération de l'image du corps, la difficulté à communiquer avec ses proches sont autant de facteurs qui peuvent être déstabilisants et rendre vulnérable.

Chacun vit la maladie et les traitements de manière différente, selon son histoire, sa personnalité et ses relations familiales, sociales, professionnelles. Dans tous les cas, il est important d'exprimer ses doutes et ses craintes, notamment à l'équipe soignante. Vous pourrez ainsi être écouté et disposer, si nécessaire, d'un soutien psychologique.

Selon vos besoins et vos souhaits, vous pouvez être orienté vers un professionnel, vers des groupes de parole ou vers des associations de patients.

Consulter un professionnel

La consultation d'un psychiatre est remboursée par l'Assurance maladie. En revanche, la consultation d'un psychologue n'est prise en charge que lorsqu'elle a lieu à l'hôpital ou dans un centre médico-psychologique (CMP).

Des consultations gratuites avec un psychologue peuvent être proposées par des associations de patients ou des réseaux de santé.

Participer à un groupe de parole

Des groupes de parole peuvent être organisés à l'initiative de l'établissement hospitalier ou d'associations. Animés par des professionnels, ils permettent d'échanger, de rencontrer des personnes confrontées aux mêmes problèmes ou aux mêmes inquiétudes. Ces groupes peuvent vous aider à vous exprimer, notamment concernant les sujets que vous n'évoquez pas forcément avec votre entourage.

Rencontrer une association de patients

Il existe de nombreuses associations de patients ou de proches de personnes malades. Leurs modes d'intervention sont variés. Elles peuvent vous apporter, ainsi qu'à vos proches, des informations et un soutien au plan humain ou social; elles constituent aussi un moyen de rencontres et d'échanges.

Bénéficier d'une écoute téléphonique

La Ligue nationale contre le cancer vous propose un service d'écoute anonyme et confidentiel, accessible notamment en contactant la ligne Cancer info au 0810 810821 (prix d'un appel local) du lundi au vendredi de 9 heures à 19 heures. Des psychologues vous offrent une écoute immédiate, personnalisée et adaptée.

9.6. BÉNÉFICIAIRE DE LA PRISE EN CHARGE D'UNE ADDICTION

L'arrêt de la consommation de tabac est fortement recommandé en cas de cancer de la vessie afin de réduire le risque de complications pendant et après les traitements. En outre, le tabac contient des substances irritantes pour la vessie et peut favoriser une récurrence. Si vous souffrez d'une dépendance au tabac, il est possible de vous faire aider. Plusieurs possibilités existent.

Votre médecin traitant évalue votre consommation et la meilleure conduite à adopter. Il vous permet ainsi de faire un premier point concernant la nécessité d'être pris en charge et peut vous orienter au besoin vers une structure ou un professionnel spécialisés.

Les groupes de parole permettent de rencontrer des personnes qui ont réussi à se libérer de leur dépendance. Ils peuvent être une aide et un soutien important tout au long de votre démarche. Vous pouvez vous renseigner auprès de votre médecin ou des associations spécialisées pour connaître les groupes à proximité de chez vous et trouver celui qui correspond le mieux à vos besoins.

Une aide à distance est également disponible :

- **la ligne téléphonique Tabac info service** vous permet de poser des questions à un tabacologue, de bénéficier d'un coaching, d'être orienté vers les différents groupes, associations et professionnels qui peuvent vous accompagner. N° d'appel: 39 89 (0,15 euro/minute, du lundi au samedi, de 8 heures à 20 heures);
- **le site internet Tabac info service** met à votre disposition une aide qui vous permettra d'être accompagné pendant votre démarche d'arrêt. Elle vise à bien vous préparer, éviter les rechutes et entretenir votre motivation. **www.tabac-info-service.fr**

9.7. LA VIE INTIME ET LA SEXUALITÉ

Le cancer et ses traitements peuvent affecter divers aspects de votre vie, dont votre vie intime et votre sexualité.

Après le diagnostic, le stress, l'inquiétude et la fatigue entraînent souvent une baisse de désir. La sexualité ne se limite pas aux rapports sexuels ; elle englobe l'affection, la tendresse, la parole... Avec le temps, le désir revient souvent petit à petit.

Des difficultés physiques peuvent apparaître à la suite des traitements du cancer de la vessie. Elles sont variables et dépendent des traitements reçus.

Pour les femmes

Une radiothérapie du bassin peut être à l'origine d'une sécheresse et d'un rétrécissement du vagin. Ces troubles peuvent être prévenus par un traitement à base d'œstrogènes en application locale et un dilateur vaginal prescrits par votre médecin.

Pour les hommes

Si vous avez eu une ablation de la prostate ou une radiothérapie du bassin, vous pouvez rencontrer des problèmes d'érection. On parle d'impuissance ou de dysfonction érectile. Les troubles de l'érection peuvent entraîner une frustration importante, car le désir persiste mais il n'est plus possible de maintenir une érection suffisante pour avoir un rapport sexuel.

Lors de l'ablation de la prostate, des bandelettes neurovasculaires qui sont situées de chaque côté de la prostate et permettent l'érection ont pu être altérées ou enlevées, entraînant une impuissance. Dans certains cas, du fait de l'extension de la tumeur, il n'a en effet pas été possible de conserver les bandelettes neurovasculaires dans la mesure où des cellules cancéreuses pouvaient y être présentes.

L'anxiété ou une perte de confiance en vous peuvent en outre influencer votre capacité à obtenir ou à maintenir une érection.

Des moyens pour les traiter ou les surmonter existent.

Votre médecin ou un sexologue peuvent vous conseiller concernant les différents moyens d'obtenir une érection en fonction des traitements disponibles et de ceux que vous avez reçus pour traiter le cancer : médicaments, injections intracaverneuses, ou plus rarement implant pénien. Ces traitements sont généralement utilisés assez tôt après les traitements afin de faciliter le retour d'érections spontanées.

Pour les hommes comme pour les femmes, un peu de temps peut être nécessaire pour intégrer les conséquences physiques et psychologiques de la maladie et de ses traitements et pour s'y adapter. La confiance et la communication avec votre partenaire permettent de mieux aborder une autre sexualité.

Demandez conseil à votre urologue pour trouver des solutions adaptées à votre situation et à vos besoins. Des entretiens avec un psychologue, un psychiatre ou un sexologue peuvent aider à vivre mieux certaines situations difficiles.

9.8. LES PROCHES

Accompagner une personne atteinte d'un cancer est une épreuve difficile. L'investissement personnel auprès d'une personne malade est éprouvant, tant physiquement que psychologiquement.

Proposer à vos proches de lire ce guide peut les aider à mieux comprendre la période que vous traversez.

Des psychologues et psychiatres sont généralement présents dans les établissements de santé et peuvent accueillir en consultation autant les personnes malades que leurs proches. Par ailleurs, des associations d'anciens patients et de bénévoles proposent un soutien particulier aux proches, notamment à travers des groupes de parole. N'hésitez pas à vous renseigner auprès de l'établissement où vous êtes suivi ou auprès de la Ligue nationale contre le cancer.

Des informations détaillées destinées aux proches figurent dans le guide *Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer.*

10. Ressources utiles

LA PLATEFORME CANCER INFO
LES ASSOCIATIONS ET AUTRES RESSOURCES
LES LIEUX D'INFORMATION ET D'ORIENTATION

10.1. LA PLATEFORME CANCER INFO

Cancer info, le service téléphonique : 0810 810 821 (prix d'un appel local)

Une équipe constituée de spécialistes de l'information sur les cancers répond à vos questions d'ordre pratique, médical ou social, du lundi au vendredi, de 9 heures à 19 heures et le samedi de 9 heures à 14 heures. Vous pouvez aussi accéder à un service d'écoute animé par des psychologues et à une permanence juridique animée par des avocats.

Cancer info, la rubrique internet : www.e-cancer.fr/cancerinfo

La rubrique Cancer info du site de l'Institut national du cancer donne accès à des informations détaillées à propos des cancers de la vessie, ses facteurs de risque, son diagnostic, ses traitements, le suivi après les traitements, la vie pendant et après la maladie, les associations situées près de chez vous, etc.

Cancer info, les guides (disponibles gratuitement sur www.e-cancer.fr)

- **Démarches sociales et cancer (2012)**

Support d'information sur les droits sociaux, ce guide a pour but d'aider les personnes malades et leurs proches à s'orienter dans leurs démarches auprès des différents services sociaux et administratifs.

- **Comprendre la radiothérapie (2009)**

Ce guide a pour but d'aider les personnes traitées par radiothérapie à mieux comprendre le principe de ce traitement, à faciliter la prise en charge de ses effets secondaires et à mieux le vivre au quotidien.

- **Traitements du cancer et chute des cheveux (2009)**

Ce guide répond de manière complète, pratique et illustrée, aux questions qui peuvent se poser à propos de la chute des cheveux associée à certaines chimiothérapies ou radiothérapies.

- **Comprendre la chimiothérapie (2008)**

Ce guide a pour but d'aider les personnes traitées par chimiothérapie à mieux comprendre le principe de ce traitement, à faciliter la prise en charge de ses effets secondaires et à mieux le vivre au quotidien.

- **Douleur et cancer (2007)**

Ce guide a pour objectif de répondre aux questions des patients concernant les douleurs liées au cancer et de faciliter leur prise en charge.

- **Vivre pendant et après un cancer (2007)**

Ce guide a pour but d'accompagner le patient dans les changements que peuvent entraîner la maladie et ses traitements, aux plans psychologique, émotionnel, relationnel ou familial.

- **Vivre auprès d'une personne atteinte d'un cancer (2006)**

Ce guide a pour objectif de permettre aux proches de mieux cerner le rôle qu'ils peuvent jouer auprès de la personne malade.

- **Fatigue et cancer (2005)**

Ce guide a pour objectif d'aider les patients et leurs proches à comprendre les causes de la fatigue associée au cancer et à faciliter sa prise en charge.

10.2 LES ASSOCIATIONS ET AUTRES RESSOURCES

Pour connaître les coordonnées des associations situées près de chez vous, rendez-vous sur **www.e-cancer.fr/cancerinfo**

Ligue nationale contre le cancer

La Ligue nationale contre le cancer apporte aux malades et à leurs proches un soutien moral, psychologique, matériel et financier. Elle édite également des brochures d'information sur des thèmes variés comme la sexualité et le cancer ou l'alimentation pendant les traitements. Elle est présente partout en France à travers ses 103 comités départementaux. Pour connaître et accéder à ses services : appelez le 0810111 101 (prix d'un appel local) ou connectez-vous sur **www.ligue-cancer.net/**

Tabac info service

Vous pouvez vous faire aider pour arrêter de fumer. Tabac info service vous informe au sujet de l'arrêt du tabac, du lundi au samedi, de 8 heures à 20 heures. Composez le 39 89 (0,15 euro/minute) ou en vous connectant sur www.tabac-info-service.fr

Office français de prévention du tabagisme

L'annuaire des consultations de tabacologie est disponible sur le site internet de l'Office français de prévention du tabagisme (OFT): www.ofta-asso.fr

La Fédération des stomisés de France

La Fédération des stomisés de France (FSF) peut vous soutenir, vous donner des conseils pour vivre au mieux avec votre stomie et vous procurer des informations au sujet des appareillages les plus confortables. Son siège se trouve à Paris, mais d'autres associations existent dans chaque département. Par téléphone, la FSF peut vous orienter vers une stomathérapeute ou l'association la plus proche de chez vous; vous trouvez sur son site internet les coordonnées des associations régionales.

Fédération des stomisés de France

76, rue Balard - 75015 Paris

Tél.: 01 45 57 40 02, contact@fsf.asso.fr

www.fsf.asso.fr

Association d'aide aux personnes incontinentes

L'Association d'aide aux personnes incontinentes, AAPI, vise à améliorer la qualité de vie des personnes incontinentes. Elle les oriente vers des consultations spécialisées et les informe sur les protections dont elles peuvent faire usage et les comportements qui peuvent les aider à mieux vivre leur handicap.

Association d'aide aux personnes incontinentes

1 rue de Rome, 94140 Alfortville

Tél.: 09 75 63 50 60 ou 06 84 13 81 19

Courriel: aapi.asso@orange.fr

www.aapi.asso.fr

10.3. LES LIEUX D'INFORMATION ET D'ORIENTATION

Il existe des lieux d'information pour les malades et leurs proches animés par des professionnels qui accompagnent les personnes tout au long de la maladie ou les accueillent ponctuellement, selon leur choix.

Leur rôle est d'informer, écouter et orienter. Ils ne font ni diagnostic, ni pronostic, ni avis médicaux et leurs services sont gratuits.

Vous pouvez vous renseigner au sein de votre établissement de santé sur l'existence d'ERI (Espaces de rencontres et d'information), d'AIRES Cancer (dans la région Nord-Pas-de-Calais) ou d'autres structures de ce type.

Les Accueils Cancer de la Ville de Paris proposent également un soutien psychologique, social, personnel et familial.

Pour connaître les coordonnées de ces lieux d'information, connectez-vous sur **www.e-cancer.fr/cancerinfo**, rubrique ressources utiles, ou appelez Cancer info au 0810810821 (prix d'un appel local).

11. Glossaire

Ce glossaire définit les termes scientifiques que vous pouvez entendre tout au long des traitements.

a

abdomen : partie inférieure du tronc située en dessous de la poitrine, couramment appelée ventre.

ADN : abréviation d'acide désoxyribonucléique. Longue double chaîne de molécules en spirale qui compose les chromosomes. On parle aussi d'hélice d'ADN. Des segments d'ADN forment les gènes. L'ADN se trouve à l'identique dans le noyau de chaque cellule du corps.

anatomopathologie : spécialité médicale qui consiste à observer des organes, des tissus ou des cellules prélevés sur le patient pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie. L'examen se fait d'abord à l'œil nu, puis au microscope. On parle aussi d'anatomocytopathologie ou encore d'« anapath ».

anémie : diminution du nombre de globules rouges* dans le sang, qui se traduit notamment par une grande fatigue, une pâleur, un essoufflement.

antiémétique : médicament qui agit contre les nausées et les vomissements.

aplasie : forte diminution des globules blancs, accompagnée d'une baisse des autres composants du sang (globules rouges et plaquettes). C'est un effet secondaire temporaire de certains médicaments de chimiothérapie.

autosondage : vidange par soi-même de l'urine de la vessie ou de la vessie de remplacement (néovessie) en introduisant une sonde, petit tuyau fin, par l'urètre* ou par la stomie*.

b

bassinnet: région collectrice de l'urine située au creux du rein.

bénin: non cancéreux. Une tumeur* bénigne n'est pas un cancer, contrairement à une tumeur maligne*.

bilan diagnostique: ensemble d'examens médicaux qui ont pour but de déterminer si le patient a un cancer et, si tel est le cas, d'identifier le type de cancer.

biopsie: prélèvement d'un échantillon de cellules ou de tissu en vue de le faire analyser par un pathologiste.

C

cancer: maladie provoquée par la transformation de cellules* qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive. Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne.

carcinome: type de cancer le plus courant. Un carcinome se développe dans les tissus qui recouvrent les surfaces externes (peau, muqueuse* des orifices) et internes (tube digestif*, glandes*) de l'organisme.

cellule: unité de base de la vie qui constitue tout organisme. Le corps humain est composé de plusieurs milliards de cellules de différents types (cellules de peau, des os, du sang...) qui, pour la plupart, se multiplient, se renouvellent et meurent. Des cellules identiques assemblées entre elles forment un tissu. Une cellule devient cancéreuse lorsqu'elle se modifie et se multiplie de façon incontrôlée.

chimiothérapie: traitement général qui vise à détruire les cellules cancéreuses ou à les empêcher de se multiplier dans l'ensemble du corps.

chorion: couche de la paroi de la vessie, située entre la muqueuse, qui est la couche la plus interne, et le muscle. On parle aussi de sous-muqueuse.

chromosome : élément contenu dans le noyau de la cellule composé d'ADN* dont des fragments forment les gènes*. Les chromosomes renferment l'information génétique qui définit chaque individu et est transmise à sa descendance. Chaque cellule humaine compte 23 paires de chromosomes.

coagulation : transformation d'une substance liquide (le sang par exemple) en une masse solide.

coelioscopie : technique d'exploration d'une cavité de l'organisme à l'aide d'un appareil appelé coelioscope.

continent : qui est capable de contenir ses urines.

créatinine : molécule produite par la dégradation des muscles et filtrée par les reins, dont la mesure dans le sang ou dans l'urine est utilisée pour évaluer leur fonctionnement.

cure : séance au cours de laquelle sont administrés les médicaments de chimiothérapie.

cystectomie : opération qui consiste à enlever la vessie.

cystoscope : instrument composé d'un tube en fibres optiques. Le cystoscope, introduit dans l'urètre* permet d'examiner la vessie et, éventuellement, d'y faire des prélèvements ou un traitement.

cystoscopie : technique d'exploration de l'intérieur de la vessie avec un cystoscope*, petit tube introduit par l'urètre*. Une cystoscopie permet également d'effectuer des prélèvements.

cystoprostatectomie : opération qui consiste à retirer la vessie et la prostate.

cytologie urinaire : examen qui consiste à rechercher dans les urines des cellules anormales pouvant faire suspecter un cancer. On parle aussi d'examen cytopathologique.

d

diagnostic: démarche qui identifie la maladie à l'origine de manifestations anormales. Pour établir un diagnostic, les médecins s'appuient sur les anomalies remarquées par le patient, ses antécédents et divers examens médicaux.

e

ECBU (examen cytobactériologique des urines): examen qui recherche des éléments anormaux (cellules, cristaux) et la présence de bactéries dans les urines.

échographie: examen qui permet de regarder l'intérieur du corps à travers la peau. Le médecin fait glisser sur la zone du corps à examiner une sonde qui produit des ultrasons (vibrations non audibles par l'oreille humaine). Quand ils rencontrent les organes, les ultrasons émettent un écho qui est transformé en images sur un écran de télévision.

effet indésirable: conséquence prévisible et gênante d'un traitement survenant en plus de son effet souhaité. Les effets indésirables dépendent des traitements reçus, de leur association avec d'autres, des doses administrées, du type de cancer et de la façon dont la personne malade réagit. On parle aussi d'effet secondaire.

endoscope: instrument composé d'un tube en fibres optiques. L'endoscope, introduit dans une cavité ou un conduit du corps (œsophage, estomac, intestin...), permet de l'examiner et, éventuellement, d'y faire des prélèvements ou un traitement. Il existe plusieurs types d'endoscopes, rigides ou souples (dans ce cas, on parle de fibroscope), adaptés aux différents organes.

entérocystoplastie: remplacement de la vessie, le plus souvent par un segment d'intestin grêle, l'iléon. On parle aussi de néovessie ou d'iléocystoplastie.

épithélium: couche de tissu qui recouvre les surfaces externes (peau, muqueuse* des orifices) et internes (tube digestif*, glandes*) de l'organisme. L'épithélium est la couche la plus interne de la vessie. Un cancer qui se développe sur un épithélium est un carcinome*.

essai clinique: étude scientifique menée avec les patients, dont l'objectif est de rechercher de meilleures modalités de prise en charge du cancer. Un essai clinique peut porter sur la prévention, le dépistage, le diagnostic, un traitement ou la qualité de vie. Seuls les patients qui le souhaitent participent à un essai clinique. Ils doivent recevoir une information orale et écrite. À tout moment, ils peuvent revenir sur leur décision et quitter l'étude.

examen anatomopathologique: examen qui consiste à étudier des tissus ou des cellules prélevés sur un patient pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie. L'examen se fait d'abord à l'œil nu, puis au microscope. Cet examen permet d'établir le diagnostic de cancer et oriente le choix des traitements.

examen clinique: examen pratiqué par un médecin qui, après avoir posé des questions en relation avec la maladie, palpe et ausculte le patient.

examen d'imagerie: examen qui permet d'obtenir des images d'une partie du corps ou d'un organe. Il existe différents types d'examens d'imagerie: les examens radiologiques (radiographie*, échographie*, scanner*, IRM*) et les examens de médecine nucléaire (scintigraphie*, TEP*).

f

facteur de croissance: substance qui régule la fabrication ou la croissance de certaines cellules. Les facteurs de croissance agissent par l'intermédiaire de récepteurs situés à la surface des cellules.

facteur de risque: élément qui peut favoriser le développement d'un cancer* ou sa rechute. Par exemple, le tabac est un facteur de risque des cancers du poumon, de la vessie, du pancréas...

g

ganglion lymphatique: petit renflement sur le trajet des vaisseaux lymphatiques. Souvent disposés en chaîne ou en amas, les ganglions assurent un rôle essentiel dans la protection du corps contre les infections ou les cellules cancéreuses.

gène: segment d'un chromosome*. L'homme possède environ 30 000 gènes qui contiennent l'information nécessaire au fonctionnement de ses cellules et déterminent un certain nombre de ses caractéristiques.

glande: organe dont la fonction est de fabriquer certaines substances qu'il libère ensuite, soit dans le sang (glande endocrine), soit à l'extérieur de l'organisme (glande exocrine). Les glandes salivaires fabriquent la salive ; les glandes mammaires produisent le lait maternel. Certaines glandes, comme les ovaires ou la thyroïde, produisent des hormones indispensables au bon fonctionnement de l'organisme.

globule rouge: cellule du sang contenant de l'hémoglobine, ce qui lui donne sa couleur rouge. Les globules rouges servent à transporter l'oxygène. On parle aussi d'hématie.

grade: degré d'agressivité (de malignité) d'une tumeur. Le grade est déterminé après l'examen au microscope d'un échantillon de tumeur par un médecin anatomopathologiste. Le grade permet de prévoir l'évolution possible de la tumeur et de proposer des traitements adaptés.

h

hématome: accumulation de sang localisée sous la peau ou dans une cavité à la suite d'une rupture de vaisseaux sanguins*.

hématurie: présence de sang dans les urines. On parle d'hématurie macroscopique lorsque l'on voit le sang à l'œil nu et d'hématurie microscopique lorsqu'il n'est décelable qu'à l'aide de tests.

hétérosondage : vidange de l'urine de la vessie ou de la vessie de remplacement (néovessie) réalisée par une autre personne que le patient (soignant, proche) en introduisant une sonde, petit tuyau fin, par l'urètre* ou par la stomie*.

i

incontinence : perte involontaire d'urine ou de selles. Une incontinence peut être soit complète (disparition du contrôle des sphincters qui retiennent l'urine dans la vessie ou les selles dans le rectum), soit incomplète, survenant le jour (à la marche, lors d'un effort...) ou la nuit, en alternance avec un contrôle normal.

infiltrant : qui se rapporte à un cancer dont les cellules ont envahi les tissus voisins de la tumeur.

immunothérapie : traitement qui vise à stimuler les défenses de l'organisme contre les cellules cancéreuses.

IRM : imagerie par résonance magnétique. Technique d'examen qui consiste à créer des images précises d'une partie du corps, grâce à des ondes (comme les ondes radio) et un champ magnétique. Les images sont reconstituées par un ordinateur et interprétées par un radiologue.

l

lymphe : liquide translucide qui transporte les globules blancs et évacue les déchets des cellules. La lymphe est issue du sang et circule dans des vaisseaux, appelés vaisseaux lymphatiques.

m

maladie professionnelle : maladie qui est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique ou biologique ou qui résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle.

malin : se dit d'une maladie qui présente un caractère nocif et insidieux. Une tumeur maligne est une tumeur cancéreuse.

métastase : tumeur formée à partir de cellules cancéreuses qui se sont détachées d'une première tumeur (tumeur primitive) et ont migré par les vaisseaux lymphatiques* ou les vaisseaux sanguins* dans une autre partie du corps où elles se sont installées.

miction : action d'uriner.

muqueuse : membrane qui tapisse les cavités de l'organisme, notamment le tube digestif, de la bouche au rectum, la vessie, les bronches et les organes génitaux. Pour la vessie, on parle aussi d'épithélium urothélial.

muscleuse : paroi intérieure des organes creux du tube digestif, de l'appareil respiratoire et urinaire, formée de muscles lisses.

n

néovessie : vessie de remplacement, le plus souvent constituée d'un segment d'intestin grêle.

o

oncologue : cancérologue. On parle d'oncologue médical (chimiothérapeute), d'oncologue radiothérapeute (radiothérapeute), de chirurgien oncologue...

p

papillome : lésion de la peau et des muqueuses*.

pathologiste : médecin spécialiste qui examine au microscope des cellules et des tissus prélevés sur le patient. Son rôle est déterminant pour le diagnostic et l'orientation du choix des traitements lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire. Il est aussi dénommé anatomocytopathologiste, anatomopathologiste ou « anapath ».

pelvis : partie basse du ventre contenant notamment la vessie, le rectum et les organes internes de la reproduction (utérus et vagin chez la femme, prostate chez l'homme). Le pelvis est aussi appelé bassin.

perfusion: injection lente et continue d'un liquide (médicament, solution nutritive), le plus souvent dans une veine. On parle aussi de goutte-à-goutte.

périnée: partie du corps qui s'étend entre l'anus et les parties génitales.

péritoine: membrane qui tapisse l'intérieur de l'abdomen et recouvre les organes abdominaux: côlon, estomac, foie, pancréas, etc. Le péritoine recouvre une petite partie du haut de la vessie.

phlébite: inflammation d'une veine pouvant provoquer son obturation par la formation d'un caillot de sang.

photon: type de rayon* utilisé en radiothérapie*, de même nature que la lumière et doté d'une grande énergie.

polype: petite excroissance qui se développe sur les muqueuses* des cavités naturelles de l'organisme (vagin, intestin, vessie...). C'est une tumeur bénigne* qui peut se transformer en cancer.

programme personnalisé de soins (PPS): document décrivant le ou les traitements à réaliser, les dates prévisionnelles, les lieux, les modalités de prise en charge des effets secondaires, les coordonnées de la personne à joindre en cas de besoin. Le PPS est remis à l'issue d'une consultation au cours de laquelle la proposition de traitement est expliquée au patient en vue de recueillir son accord.

pronostic: appréciation de l'évolution d'une maladie et de son issue. Le pronostic est établi en se référant à la situation propre du patient et à l'évolution habituellement observée chez de nombreuses autres personnes présentant une maladie identique.

protéine: composant de toutes les cellules. De formes très variées, les protéines jouent un rôle essentiel dans l'entretien et le renouvellement des tissus, et remplissent de nombreuses fonctions au niveau des cellules: construction, fonctionnement, défense. Elles sont fabriquées à partir de l'information contenue dans les gènes. Présentes dans les aliments, elles assurent avec les glucides et les lipides les besoins en

matériaux de construction et en énergie de l'organisme. Les protéines peuvent être d'origine animale (viande, poisson, œufs, produits laitiers) ou végétale (légumes secs, céréales).

prostate : glande de l'appareil génital masculin, qui joue un rôle dans la production du sperme.

r

rachianesthésie : anesthésie de l'abdomen et des jambes par l'injection d'un anesthésique dans le canal rachidien situé dans la colonne vertébrale et qui contient la moelle épinière.

radiographie : examen qui permet d'obtenir des images d'une partie du corps à l'aide de rayons X*. Une radio est un examen d'imagerie.

radiothérapie : traitement local du cancer qui a pour but de détruire les cellules cancéreuses au moyen de rayons* tout en préservant au mieux les tissus sains voisins.

rayon X : rayon de lumière invisible. Les rayons X traversent la matière et sont plus ou moins arrêtés par les différents composants qu'ils rencontrent. Les rayons qui passent peuvent être détectés, ce qui permet de réaliser des images de l'intérieur du corps. Selon leur puissance, ils sont utilisés pour réaliser des examens d'imagerie* ou des traitements (radiothérapie*). Les rayons X sont également appelés photons X.

recommandation : document destiné à aider les professionnels de santé à proposer des examens ou des traitements adaptés à un patient dans une situation donnée. L'élaboration des recommandations s'appuie sur l'analyse des essais cliniques internationaux et sur l'avis d'experts.

récidive : réapparition de cellules cancéreuses, au même endroit ou dans une autre région du corps. Une récidive peut survenir très tôt après la fin des traitements, mais aussi après une longue période de rémission. On parle aussi de rechute.

rectum : partie terminale du gros intestin qui aboutit à l'anus.

résection transurétrale de la vessie (RTUV) : intervention chirurgicale réalisée sous anesthésie qui permet d'enlever des tissus de la vessie en passant par l'urètre*, le canal qui permet d'évacuer l'urine à l'extérieur et de visualiser l'intérieur de la vessie.

réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) : réunion entre professionnels de santé au cours de laquelle le dossier de chaque patient doit être étudié en vue d'élaborer une proposition de traitement. Une réunion de concertation pluridisciplinaire rassemble au minimum trois médecins de spécialités différentes.

S

scanner : examen qui permet d'obtenir des images du corps en coupes fines au moyen de rayons X*. Les images sont reconstituées par ordinateur, ce qui permet une analyse précise de différentes régions du corps. Les radiologues parlent aussi de tomodensitométrie, abrégée en TDM. Le terme scanner désigne aussi l'appareil utilisé pour réaliser cet examen.

scintigraphie : examen qui permet de détecter certaines tumeurs* ou des métastases* par l'injection d'un produit faiblement radioactif non toxique visualisé sur un écran.

séreuse : membrane qui constitue la paroi externe des organes creux de l'organisme, comme la vessie, l'utérus, l'intestin et qui contient notamment des vaisseaux sanguins* et des vaisseaux lymphatiques*.

sondage : introduction d'une sonde* dans la vessie ou une néovessie* afin d'en évacuer le contenu.

sonde : tuyau destiné à explorer un canal ou une cavité, à en évacuer le contenu ou à y introduire un produit. Une sonde urinaire permet d'évacuer les urines ou, éventuellement, d'introduire un médicament dans la vessie.

sous-muqueuse : couche de la paroi de la vessie, entre la muqueuse*, couche la plus interne, et le muscle. On parle aussi de chorion.

sphincter : muscle en rond autour d'un orifice naturel qui permet l'ouverture et la fermeture d'un organe (vessie, anus...).

stade : degré d'extension d'un cancer. Le stade du cancer est spécifié au moyen d'une classification qui prend en compte la taille de la tumeur et la présence ou non de cellules cancéreuses dans les ganglions et dans d'autres parties du corps. Ces informations précisées au moment du diagnostic sont déterminantes pour le choix des traitements.

stomathérapeute : infirmier spécialisé dans la prise en charge des personnes dotées d'une stomie. Le stomathérapeute est chargé d'aider les patients à rechercher l'appareillage qui leur convient le mieux et leur apprendre à le manipuler. Il les aide à reprendre une vie personnelle, familiale, professionnelle et sociale normale.

stomie : raccordement d'un conduit, d'une vessie de remplacement ou des uretères* à la paroi du ventre par une petite ouverture destinée à évacuer l'urine lorsqu'elle ne peut plus l'être normalement. Celle-ci est alors recueillie dans une poche spéciale, collée sur le ventre. On parle aussi d'urostomie* ou de stomie urinaire.

symptôme : manifestation anormale provoquée par une maladie (gêne, douleur, sensation de brûlure, sensation d'étouffement, etc.). Un symptôme peut être ressenti d'une façon différente d'un patient à l'autre.

t

TEP : abréviation de tomographie par émission de positons. Examen qui permet d'obtenir des images précises du corps en coupes fines grâce à l'injection d'un produit faiblement radioactif, appelé traceur. Ces images sont reconstituées en trois dimensions sur un écran d'ordinateur.

tissu : ensemble de cellules* qui assurent une même fonction, comme le tissu musculaire ou le tissu osseux par exemple.

tube digestif: conduit qui assure l'alimentation, la digestion et l'élimination des aliments transformés. Il commence par la bouche, passe par le pharynx, l'œsophage, l'estomac, l'intestin grêle, le gros intestin pour arriver à l'anus.

tumeur: grosseur plus ou moins volumineuse due à une multiplication excessive de cellules normales (tumeur bénigne) ou anormales (tumeur maligne, cancéreuse). Les tumeurs bénignes, comme les grains de beauté ou les verrues, se développent de façon localisée sans altérer les tissus voisins. Les tumeurs malignes ont tendance à envahir les tissus voisins et à migrer dans d'autres parties du corps, produisant des métastases*.

tumeur primitive: tumeur principale à partir de laquelle peuvent s'échapper des cellules cancéreuses qui vont former des métastases* dans d'autres parties du corps.

U

urée: molécule issue de la dégradation de protéines* dans le foie. L'urée est filtrée par les reins puis évacuée dans les urines. Son dosage permet d'évaluer le fonctionnement des reins.

uretère: canal qui conduit l'urine du rein à la vessie.

urètre: canal qui part de la vessie et qui permet d'évacuer l'urine à l'extérieur.

uroscanner: examen qui permet d'obtenir des images de l'appareil urinaire en coupes à l'aide de rayons X*. Les images sont reconstituées par ordinateur, ce qui permet une analyse précise de différentes parties de l'appareil urinaire. On parle aussi d'urotomodensitométrie ou d'uro-TDM.

urostomie: raccordement d'un conduit, d'une vessie de remplacement ou des uretères* à la paroi du ventre par une petite ouverture destinée à évacuer l'urine lorsqu'elle ne peut plus l'être normalement. Celle-ci est alors recueillie dans une poche spéciale, collée sur le ventre. On parle aussi de stomie urinaire.

urétéro-iléostomie : raccordement des uretères* à un segment prélevé sur l'iléon, partie de l'intestin grêle, rattaché à la paroi du ventre par une petite ouverture. Créée lors d'une opération chirurgicale, cette ouverture est destinée à évacuer les urines lorsqu'elles ne peuvent plus être rejetées normalement. Celles-ci sont alors recueillies dans une poche spéciale, collée sur le ventre.

urétérostomie : raccordement des uretères* à la paroi du ventre par une petite ouverture destinée à évacuer l'urine lorsqu'elle ne peut plus l'être normalement. Celle-ci est alors recueillie dans une poche spéciale, collée sur le ventre. On parle aussi de stomie urinaire ou d'urostomie.

V

vaisseau lymphatique : canal par lequel circule la lymphe*. Les vaisseaux lymphatiques relient les ganglions* entre eux pour former le système lymphatique, impliqué dans la défense de l'organisme.

vaisseau sanguin : canal par lequel circule le sang (artère, veine ou petit vaisseau capillaire).

vésical : qui se rapporte à la vessie.

vésicule séminale : glande de l'appareil génital masculin située de part et d'autre de la vessie et produisant le liquide qui, avec les spermatozoïdes, constitue le sperme.

vulve : partie génitale externe de la femme.

Méthode et références

Ce guide fait partie de Cancer info, la plateforme d'information de référence à destination des malades et des proches. Cette plateforme est développée par l'Institut national du cancer en partenariat avec la Ligue nationale contre le cancer. Elle vise à rendre accessible une information validée pour permettre au patient d'être acteur de sa prise en charge. Les contenus de Cancer info sont élaborés à partir des recommandations destinées aux professionnels de santé et selon une méthodologie pluridisciplinaire associant professionnels et usagers. Ils sont régulièrement mis à jour en fonction des avancées médicales et réglementaires.

Sources de référence

- Guide médecin ALD n° 30. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique. Cancer de la vessie. HAS-INCa, mai 2010
- Les cancers en France, édition 2013, INCa, janvier 2014
- Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie

PARTICIPANTS

Le groupe de travail a été constitué avec la contribution de l'Association française d'urologie (AFU), l'Association française des infirmiers en cancérologie (AFIC), le Collège de médecine générale, la Fédération française des oncologues médicaux (FFOM), la Ligue nationale contre le cancer (LNCC), la Société française de radiologie (SFR), la Société française de radiothérapie oncologique (SFRO).

Ont participé au groupe de travail

Zahra Benkaci, infirmière stomathérapeute, Hôpital Gouin, Clichy

Anne Bridel, animatrice Espace de rencontre et d'information (ERI), Centre Eugène Marquis, Rennes

Docteur Christine Chevreau, oncologue médical, Institut Claudius Regaud, Toulouse

Françoise Ellien, oncopsiychologue, directrice du réseau de santé SPES, membre du comité consultatif des professionnels de santé de l'Institut national du cancer

Docteur Jean-Christophe Eymard, oncologue médical, Institut Jean-Godinot, Reims

Professeur Laurent Guy, urologue, Hôpital Gabriel Montpied, Clermont-Ferrand

Ferdinand Eugène Herfeld, Rodemack

Professeur Jean-Léon Lagrange, oncologue radiothérapeute, Centre hospitalier universitaire Henri Mondor, Créteil

Stéphane Le Borgne, infirmier, Institut Gustave Roussy, Villejuif

Professeur Laurent Lemaître, radiologue, Hôpital Claude Huriez, Lille

Isabelle Luyten Picard, Ligue nationale contre le cancer

Docteur Jean-Marc Pauly, médecin généraliste, Rodemack

Yann Pivet, membre du Comité des malades, de leurs proches et des usagers (CMPU, devenu aujourd'hui le COMEP) de l'Institut national du cancer

Christine Pizzella, infirmière, Hôpital Bichat, Paris

Professeur Catherine Roy, radiologue, Société française de radiologie, Centre hospitalier régional universitaire, Strasbourg

Professeur Fabien Saint, urologue, Centre hospitalier universitaire, Amiens
François Saint-Georges, Dinard

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Conception et coordination

Valérie Delavigne, chef de projet, département Diffusion des bonnes pratiques et information des malades, direction des Recommandations et de la qualité de l'expertise

Marianne Duperray, responsable du département Diffusion des bonnes pratiques et information des malades, Direction des recommandations et de la qualité de l'expertise

Dr Valérie Mazeau-Woyнар, Direction des recommandations et de la qualité de l'expertise

Conformité aux recommandations professionnelles

Dr Marie de Montbel, chef de projet, département Diffusion des bonnes pratiques et information des malades, direction des Recommandations et de la qualité de l'expertise

Jonathan Finzi, pharmacien, département Recommandations et bon usage du médicament, direction Recommandations et qualité de l'expertise

Pour en savoir plus et télécharger ou commander
gratuitement ce guide :



Édité par l'Institut national du cancer
Tous droits réservés – Siren 185 512 777
Conception/réalisation : INCa
Couverture : Olivier Cauquil
Illustrations médicales : Anne-Christel Rolling
Impression : La Galiote Prenant
ISSN 2104-953X

DEPÔT LÉGAL FÉVRIER 2014

Vous avez appris que vous avez un cancer de la vessie. Cette maladie provoque d'importants bouleversements. Ce guide a pour objectif de vous accompagner dans la période des traitements qui commence.

Qu'est-ce qu'un cancer de la vessie ? Quels sont les traitements ? Quels sont leurs objectifs et leurs effets secondaires ? Quelles sont leurs conséquences sur votre vie quotidienne ? Qui sont les professionnels que vous rencontrez ? Voilà les questions auxquelles ce guide tente de répondre en fournissant des informations médicales de référence, validées par des spécialistes des cancers de la vessie.

Cependant, votre situation face au cancer est unique. Les informations de ce guide ne peuvent donc pas remplacer un avis médical. Ce guide constitue, avant tout, un support pour vos échanges avec vos médecins et l'équipe soignante.



RÉF. GUIVSSIET4