

## Exemple d'examen appliqué – Urologie

### Cas 1

Un homme de 68 ans a été orienté vers votre clinique en raison d'un épisode d'hématurie macroscopique asymptomatique. Il ne présente aucun autre symptôme des voies urinaires inférieures. Il a des antécédents d'hypertension et de dyslipidémie, toutes deux maîtrisées. L'analyse et les cultures d'urine n'ont révélé aucun signe d'infection des voies urinaires. Les résultats d'analyses de laboratoire sont dans les limites de la normale. Le taux de créatinine sérique est de 80  $\mu\text{mol/L}$  et le débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe), de 90 mL/min.

#### Question 1

L'examen physique et les antécédents sont par ailleurs non contributoires. Quels tests diagnostiques utiliseriez-vous pour évaluer ce patient?

##### RÉPONSE MODÈLE

- Cytologie urinaire
- Cystoscopie\*
- Examen d'imagerie axiale des voies urinaires supérieures\* (urographie par tomodensitométrie [TDM] de préférence, urographie par résonance magnétique acceptable, échographie n'est pas une réponse acceptable)

*\*Insuffisant si le candidat ne recommande pas une cystoscopie et un examen d'imagerie des voies urinaires supérieures*

#### Question 2

La cystoscopie révèle une lésion sessile unique de 2 cm de la paroi postérieure de la vessie. Les orifices urétéraux ne sont pas atteints. La cytologie urinaire met en évidence un carcinome urothélial de haut grade. L'urographie par TDM révèle une masse de tissus mous avec forte atténuation dans la vessie.

Quels autres renseignements aimeriez-vous obtenir au sujet de la TDM?

##### RÉPONSE MODÈLE

- Localisation de la tumeur
- Degré d'envahissement local
- Présence d'hydronéphrose
- Présence de ganglions lymphatiques augmentés de volume et leur localisation
- Présence de métastases viscérales ou osseuses



### Question 3

La TDM (CTscan C+) révèle la présence d'une masse sans signe d'envahissement extravésical. Aucun signe d'hydronéphrose, de lymphadénopathie, ni de métastases viscérales ou osseuses. Comment procéderiez-vous maintenant?

#### RÉPONSE MODÈLE

- Procéder à une résection transurétrale de la tumeur vésicale (RTUTV) avec examen bimanuel sous anesthésie.
- Réaliser une TDM thoracique.
- Effectuer des analyses sanguines dans le cadre du bilan d'extension (inclut habituellement la formule sanguine complète, les électrolytes, la créatinine, le débit de filtration glomérulaire estimé, le calcium, le profil de coagulation [TCA, TP/INR] et les tests de la fonction hépatique (AST, ALT, ALP, GGT, LDH, bilirubine).
- Envisager l'instillation intravésicale postopératoire immédiate d'une dose unique de chimiothérapie (pas nécessaire puisque le patient présente un carcinome de haut grade).

### Question 4

- a) Quelles raisons ont motivé votre décision d'administrer immédiatement une dose unique de chimiothérapie intravésicale?

#### RÉPONSE MODÈLE

- Recommandé après une RTUTV dans la majorité des cas de cancer de la vessie sans envahissement musculaire (CVSEM) lorsqu'un traitement d'induction/intravésical n'est pas prévu.
  - Réduction du taux de récurrence (mais pas du taux de progression), surtout lorsqu'il s'agit d'une première tumeur papillaire solitaire de bas grade
- b) Quels médicaments peuvent être utilisés pour une chimiothérapie intravésicale administrée immédiatement après une intervention chirurgicale?

#### RÉPONSE MODÈLE

- Mitomycine C
  - Épirubicine
- c) Quels sont les effets secondaires potentiels de la mitomycine C dont il faut discuter avec tout patient chez qui l'on envisage l'instillation intravésicale de mitomycine C?

#### RÉPONSE MODÈLE

- Symptômes irritatifs locaux (fréquence, urgence, dysurie, crampes abdominales, diarrhée, etc.)
- Cystite (chimique ou bactérienne)
- Desquamation cutanée
- Diminution de la capacité vésicale (en raison de contractures)
- Escarres calcifiées
- Cystectomie subséquente plus difficile
- Péritonite chimique (si l'instillation se fait après une perforation)

- Suppression de la moelle osseuse/leucopénie/thrombocytopénie/anémie (si l'instillation s'est faite après une perforation ou au site de résection d'une grosse tumeur hémorragique)



### Question 5

Le patient a subi sans incident la résection transurétrale de sa tumeur vésicale (RTUTV). Quels sont les principaux points que doit comporter le rapport de pathologie d'une RTUTV?

#### RÉPONSE MODÈLE

- Histologie, y compris le carcinome in situ et ses variantes
- Stade
- Grade
- Présence de muscularis propria dans l'échantillon prélevé
- Présence d'un envahissement lymphovasculaire

### Question 6

L'examen pathologique révèle la présence d'un carcinome urothélial de haut grade avec envahissement de la lamina propria. L'échantillon contenait du tissu musculaire non atteint. Il y a un carcinome in situ associé avec envahissement lymphovasculaire. Quelles sont les options de prise en charge à ce stade-ci?

#### RÉPONSE MODÈLE

- Nouvelle RTUTV
- Cystectomie immédiate

### Question 7

Expliquez les raisons justifiant une nouvelle RTUTV chez ce patient.

#### RÉPONSE MODÈLE

- Amélioration de la stadification/l'évaluation de la progression de la maladie (20 %) même en présence de tissu musculaire dans l'échantillon
- Éradication du carcinome urothélial résiduel
- Diminution des risques de récurrence
- Amélioration de la réponse au BCG
- Pronostic plus précis (si le patient présente une tumeur résiduelle de haut grade de stade T1, le risque de progression après 5 ans est d'environ 80 %)

### Question 8

La seconde RTUTV pratiquée 4 semaines plus tard, dont l'échantillon contenait suffisamment de muscularis propria, révèle l'absence de maladie résiduelle. Le patient refuse la cystectomie; il souhaite préserver sa vessie. Comment procéderiez-vous et pourquoi?

#### RÉPONSE MODÈLE

- Traitement intravésical d'induction par BCG, avec traitement d'entretien
- L'administration intravésicale de BCG est le SEUL traitement intravésical qui retarde la progression et la récurrence de la maladie, selon des essais cliniques randomisés, et ce patient présente un risque élevé de progression tumorale.



### Question 9

Le patient opte pour le traitement intravésical d'induction et d'entretien par BCG. Les examens de suivi effectués par cystoscopie dans le cadre de la surveillance du patient révèlent une réponse complète et une cytologie urinaire normale après 3 mois. Le patient décide d'arrêter le traitement d'entretien par BCG après 1 an. Les résultats des cystoscopies subséquentes restent normaux, mais la cytologie urinaire révèle un carcinome urothélial de haut grade après 18 mois. Comment procéderiez-vous?

#### RÉPONSE MODÈLE

- Examen d'imagerie des voies urinaires supérieures (urographie par TDM)\*
- Nouveau bilan d'extension (TDM thoracique, analyses sanguines)
- (pas de cystectomie)\*\*

*\*Insuffisant si le candidat ne recommande pas un examen d'imagerie des voies urinaires supérieures*

*\*\*Inacceptable si le candidat recommande une cystectomie*

**Note :** Si les résultats de l'examen d'imagerie sont négatifs, pratiquer des biopsies aléatoires de la vessie et de l'urètre prostatique. La cystoscopie en fluorescence et le diagnostic photodynamique constituent d'autres options.

### Question 10

Son débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) demeure normal. Une urographie par TDM (pyéloscan) est réalisée. Veuillez expliquer les observations pertinentes.

*(L'examineur montre les illustrations 1 et 2)*

#### RÉPONSE MODÈLE

- Masse de tissus mous de 1 cm/défaut de remplissage dans les calices du pôle inférieur gauche
- Absence de lymphadénopathie régionale
- Aucun signe d'hydronéphrose
- Rein controlatéral normal
- Aucun signe de maladie métastatique sur les images présentées (foie, bases pulmonaires, os)

### Question 11

Quel est votre diagnostic provisoire?

#### RÉPONSE MODÈLE

- Carcinome urothélial des voies urinaires supérieures gauches

*\*Inacceptable si le candidat ne fournit pas le bon diagnostic provisoire*

### Question 12

- a) Vous soupçonnez un carcinome urothélial des voies urinaires supérieures. Expliquez le rôle de l'urétéroscopie diagnostique dans les prochaines évaluations de cette hypothèse, et formulez votre recommandation pour une urétéroscopie dans ce cas-ci.

#### RÉPONSE MODÈLE

- L'urétéroscopie avec biopsie peut permettre une stadification plus précise de la lésion.



- La stadification est difficile et complexe, et sa corrélation avec la stadification anatomopathologique est faible.
- Un risque d'extravasation, d'essaimage et de dissémination demeure, mais il est faible.
- Il s'agit d'une intervention utile lorsque le diagnostic est encore incertain après les examens d'imagerie classiques.
- Il s'agit d'une intervention utile dans les cas où les résultats de l'urétéroscopie pourraient modifier le plan de traitement.

**Note :** Procéder à une urétéroscopie diagnostique ou ne pas effectuer d'urétéroscopie sont deux réponses acceptables.

- b) Dans ce cas, vous procédez à une urétéroscopie diagnostique, et le rapport de pathologie confirme un carcinome urothélial de haut grade. Quelle est la PROCHAINE étape de la prise en charge?

#### RÉPONSE MODÈLE

- Pratiquer une néphro-urétérectomie gauche + résection de la collerette vésicale +/- dissection des ganglions lymphatiques régionaux.\*
- Envisager une chimiothérapie néoadjuvante, justifiée par une extrapolation à partir du CVSEM.
- Envisager l'inscription du patient à un essai clinique.
- (pas de résection endoscopique ni d'instillation de BCG)\*\*

*\*Exemplaire si le candidat ajoute une chimiothérapie adjuvante, comme il a été fait dans le cadre de l'étude POUT*

*\*\*Inacceptable si le candidat recommande une résection endoscopique ou l'instillation de BCG*

#### Question 13

Parlez du rôle de la lymphadénectomie chez le patient présentant un carcinome urothélial de haut grade des voies urinaires supérieures sans signe clinique de métastases qui doit subir une néphro-urétérectomie.

#### RÉPONSE MODÈLE

- Son rôle et l'étendue de son utilisation demeurent un sujet de débat.
  - Extrapolation à partir de la vessie.
  - Peut aider à la prise de décision quant à une chimiothérapie subséquente.
- Elle a un bienfait potentiel sur le plan pronostique.
- Elle n'a pas de bienfaits démontrés sur le plan thérapeutique.
- Les patients présentant une maladie de stade pN0 obtiennent de meilleurs résultats oncologiques que les patients présentant une maladie de stade pNx.
- Les patients présentant une maladie de stade pN+ obtiennent de moins bons résultats que les patients présentant une maladie de stade pNx.



#### Question 14

Le patient choisit de subir une néphro-urétérectomie avec lymphadénectomie régionale. Les résultats pathologiques finaux correspondent à un carcinome urothélial de haut grade et de stade pT3aN0 avec envahissement lymphovasculaire et marges saines. Expliquez la pertinence d'une chimiothérapie systémique dans le cadre d'un traitement néoadjuvant et adjuvant.

#### RÉPONSE MODÈLE

- La chimiothérapie est à base de cisplatine, idéalement (dans le cadre de l'étude POUT, le carboplatine était accepté comme substitut pour une chimiothérapie adjuvante)
- Les données sur les traitements adjuvants proviennent principalement des études sur le cancer de la vessie
- Envisager la chimiothérapie néoadjuvante dans le traitement du carcinome urothélial non métastatique de haut grade des voies urinaires supérieures lorsque la fonction rénale est optimale
- Les données probantes de l'étude POUT appuient le recours à la chimiothérapie adjuvante (Amélioration de la survie sans maladie – différence absolue de 15 % avec le protocole de chimiothérapie adjuvante et la surveillance) – exemplaire