

# La RADIOTHÉRAPIE des cancers de la **VESSIE**

Mieux comprendre votre traitement



Société Française  
de Radiothérapie  
Oncologique  
**SFRO**

**SNRO**  
Société Nationale de Radiothérapie Oncologique

**SFJRO**  
Société Française  
de Radiothérapeutes  
des Oncologues

Document réalisé  
avec le soutien de

**MERCK**

Ce livret est un résumé explicatif à l'usage des patients dont le but est de répondre aux principales questions concernant la radiothérapie des cancers de la vessie.

Ce document a été élaboré avec l'aide de médecins oncologues, médecins généralistes, infirmières, psychologues, aides-soignants, manipulateurs, secrétaires médicales, patients en cours de traitement, patients après le traitement, familles de patients, bénévoles.

Ce document a été relu par plusieurs médecins oncologues radiothérapeutes.

Ce livret est édité sous l'égide de la Société Française de Radiothérapie Oncologie (SFRO), du Syndicat National des Radiothérapeutes Oncologues (SNRO) et de la Société Française des jeunes Radiothérapeutes Oncologues (SFjRO).

# Sommaire

## Anatomie et localisation

Anatomie de la vessie .....	4
Les cancers situés au niveau de la vessie .....	6
Diagnostic .....	7

## Les traitements

Généralités sur la radiothérapie .....	11
Les traitements .....	12
La chirurgie .....	13
Les instillations intra-vésicales .....	15
La chimiothérapie .....	16
La radiothérapie .....	18

## Les effets secondaires

En cours de radiothérapie .....	20
En cours de chimiothérapie .....	22
Les effets tardifs .....	23

## Les conseils pratiques

Pendant le traitement .....	24
-----------------------------	----

## L'après-traitement

Les effets secondaires après le traitement .....	27
Conseils pratiques après le traitement .....	28
Suivi d'après-traitement .....	29

Les associations et autres ressources .....	30
---	----

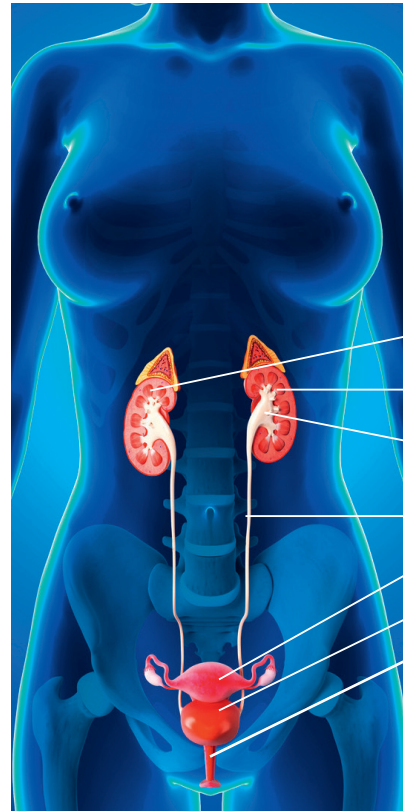
Glossaire .....	30
-----------------	----

# Anatomie et localisation

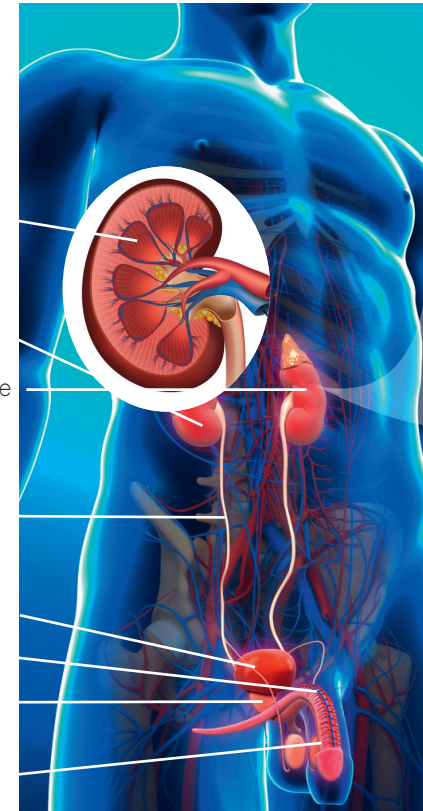
## Anatomie de la vessie

La vessie appartient au système urinaire. C'est un organe creux situé derrière le pubis. Chez l'homme, la vessie est localisée juste au-dessus de la prostate, en avant du rectum. Chez la femme, elle se situe sous l'utérus, en avant du vagin.

La vessie est un réservoir servant à stocker l'urine. L'urine, composée d'eau et des déchets du métabolisme, est produite par les reins. Elle est ensuite acheminée par de fins "conduits" appelés uretères qui s'abouchent à la partie postérieure de la vessie. Enfin, elle est évacuée de la vessie par l'urètre qui débouche à l'extérieur du corps par le méat urinaire. L'urètre est court chez la femme (environ 4 cm). Chez l'homme, il est beaucoup plus long (environ 17 cm) et il est entouré par la prostate dans sa première partie et le pénis dans sa deuxième partie.



- Tubules rénaux
- Rein droit
- Rein gauche
- Bassinets
- Uretère
- Utérus
- Vessie
- Urètre
- Prostate
- Pénis

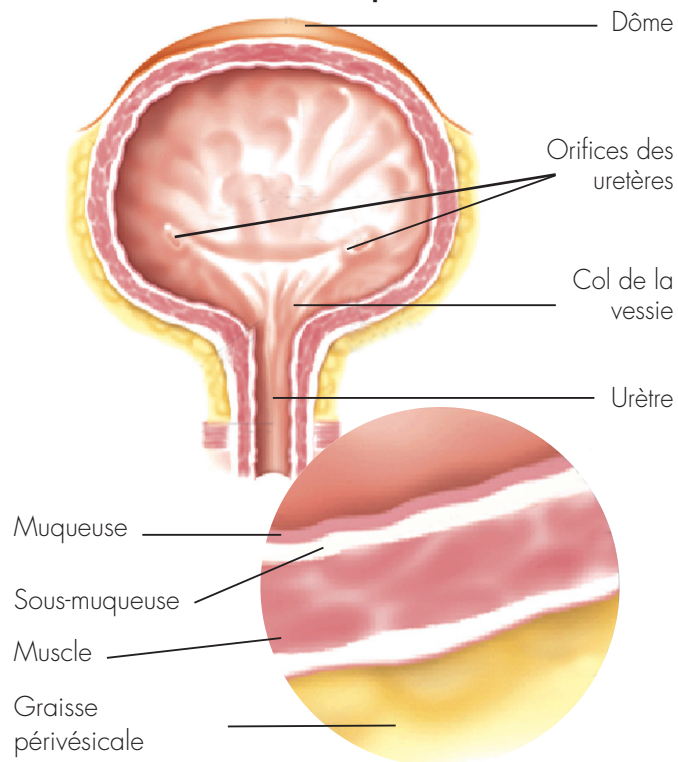


# Anatomie et localisation

La vessie est un organe extensible qui se remplit progressivement d'urine. Lorsqu'elle est pleine (environ 300 ml), un signal est envoyé au cerveau pour communiquer l'envie d'uriner. La contraction du muscle des parois de la vessie combinée au relâchement des sphincters permet l'évacuation de l'urine par l'urètre, c'est à dire la miction. Puis, elle peut de nouveau se remplir grâce à la contraction des sphincters.

La paroi vésicale mesure environ un demi-centimètre d'épaisseur. Elle est constituée de plusieurs couches de cellules. De l'intérieur vers l'extérieur, on trouve successivement la muqueuse, le chorion (ou sous muqueuse), puis le muscle de la vessie. La muqueuse est également appelée épithélium urothélial ou urothélium.

## Les différentes couches de la paroi de la vessie



# Anatomie et localisation

## Les cancers situés au niveau de la vessie

### › Informations générales

Le corps est fait de différents types de cellules. Normalement, les cellules grandissent, se divisent et produisent autant de cellules que le corps en a besoin pour bien fonctionner.

Parfois, ce processus s'enraye, le nombre de cellules de l'organe n'est plus contrôlé par l'organisme. C'est cette masse de cellules qui forme une tumeur.

Les tumeurs peuvent être bénignes ou malignes. Les tumeurs bénignes ne sont pas cancéreuses, ce sont des cellules normales qui se développent sans contrôle. Les tumeurs malignes ou cancéreuses contiennent des cellules anormales qui évoluent de façon incontrôlée.

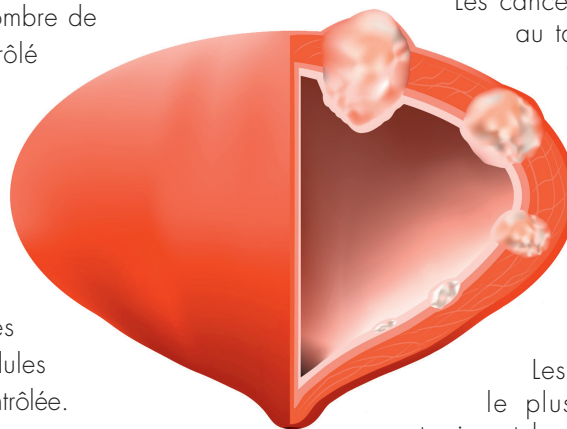
Ces cellules cancéreuses peuvent passer dans le sang, dans le système lymphatique. Une fois dans le sang, ces cellules peuvent aller coloniser d'autres organes où elles vont former de nouvelles tumeurs (les métastases).

### › Les cancers de la vessie

Le cancer de la vessie est le 7<sup>e</sup> cancer le plus fréquent et représente 3 % des cancers. Il existe une prédominance masculine. L'âge moyen au diagnostic est de 70 ans.

Les cancers de la vessie sont principalement liés au tabac et à l'exposition professionnelle à des substances chimiques (par exemple, l'exposition aux amines aromatiques, aux produits toxiques que l'on rencontre dans l'industrie du goudron, des pneumatiques ou du textile). D'autres facteurs peuvent également favoriser les cancers de la vessie comme des infections urinaires liées à certains parasites (bilharziose urinaire).

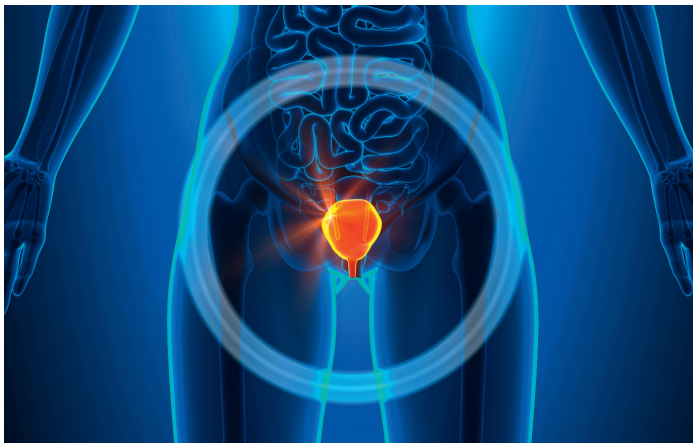
Les cancers de la vessie se développent le plus souvent à partir des cellules qui tapissent la paroi interne (muqueuse) de la vessie, autrement dit, sur l'épithélium urothélial ou urothélium. Ceci explique que ce type de cancer soit appelé carcinome urothélial. En fonction de son mode de croissance, le cancer peut se développer de différentes façons dans la vessie. La tumeur



# Anatomie et localisation

peut se développer dans la cavité de la vessie, pour former un polype superficiel, ou plus profondément dans la paroi de la vessie, pour former un polype infiltrant.

On distingue donc les tumeurs superficielles des tumeurs infiltrantes. Une tumeur superficielle se limite à l'épaisseur de la muqueuse vésicale. Une tumeur infiltrante s'étend de la muqueuse jusqu'aux muscles vésicaux. Lorsqu'une tumeur superficielle n'est pas traitée, elle finit par s'étendre jusqu'aux muscles vésicaux et devient infiltrante.



## Diagnostic

### › Les symptômes

On appelle symptômes d'une maladie toute manifestation anormale provoquée par cette maladie. Il n'y en a pas toujours mais s'ils existent, ils peuvent être variés. A l'inverse, ces symptômes peuvent être présents sans qu'il y ait de cancer.

Le principal symptôme lié au cancer de la vessie est l'**hématurie**, c'est-à-dire la présence de sang dans les urines. Les urines peuvent être rosées ou rouge foncé selon l'intensité du saignement. Il n'y a pas de lien entre l'importance du saignement et la sévérité du cancer. Les hématuries sont parfois trop faibles pour être repérées à l'œil nu (hématurie microscopique). Elles peuvent être intercalées avec des urines d'aspect normal (hématuries intermittentes).

Dans 20 % des cas, d'autres symptômes peuvent alerter comme de fréquentes envies d'uriner (mictions fréquentes), des besoins urgents d'uriner (mictions urgentes), une diminution de la capacité de la vessie, des brûlures pendant les mictions, des spasmes de la vessie, une douleur dans le bas du dos ou une rétention d'urine (avoir envie sans pouvoir uriner).

# Anatomie et localisation

D'autres symptômes peuvent survenir en fonction de l'évolution de la maladie, notamment si elle se propage à d'autres parties du corps : douleurs dans les os, perte de poids, perte d'appétit ou fatigue persistante. Si un de ces symptômes persiste, il est important de consulter votre médecin sans tarder.

## › Etablissement du diagnostic

En fonction de vos symptômes, votre médecin traitant peut rechercher l'existence d'une anomalie au niveau de la vessie. Votre médecin vous interroge sur vos antécédents médicaux, vos symptômes et recherche des facteurs de risque de cancer de la vessie.

L'examen clinique consiste en une palpation abdominale et du pelvis. Le médecin pratique généralement un toucher rectal (c'est à dire introduit son doigt dans le canal anal), associé à un toucher vaginal chez la femme, à la recherche d'une masse vésicale. Puis, il fait un examen général à la recherche de localisations à distance.

Si les résultats de ces examens sont généralement normaux en cas de tumeurs superficielles, une anomalie est parfois repérée dans les formes infiltrantes.

En fonction de votre situation, votre médecin peut demander certains examens complémentaires parmi les suivants.

**L'Examen cyto-bactériologique des urines (ECBU)** consiste à réaliser une analyse des urines permettant de savoir s'il y a des microbes dans l'urine. L'urine contenue dans la vessie ne renferme normalement pas de bactéries. L'ECBU sert à exclure une infection urinaire comme cause des symptômes urinaires. Il sert également à détecter la présence de sang dans les urines.

**L'analyse cytologique de l'urine** (cytologie urinaire) permet d'observer les cellules libérées par le revêtement de la vessie (urothélium) dans l'urine. La présence de cellules anormales signifie qu'il pourrait y avoir des cellules cancéreuses quelque part dans les voies urinaires. Cet examen est très utile pour évoquer la présence d'un cancer de vessie et pour détecter des récidives après traitement.



Analyse des urines



Analyse de biopsie



# Anatomie et localisation



Endoscopie

**La cystoscopie** est un examen indispensable pour le diagnostic des tumeurs de la vessie. Il s'agit d'une endoscopie : le chirurgien urologue introduit par le méat urinaire puis l'urètre, un tuyau fin et souple monté d'une mini-caméra et d'une lampe à l'intérieur de la vessie (cystoscope). Pour éviter l'inconfort lié à l'examen, une anesthésie locale peut être réalisée auparavant, en introduisant un gel anesthésiant dans l'urètre. De l'eau stérile est injectée pour arrondir la vessie et faciliter l'observation des parois internes. Ainsi, le médecin peut observer le nombre, la taille, la localisation et l'aspect de la/les tumeurs. S'il souhaite prélever un échantillon de tissu (biopsie) au cours de l'examen, la cystoscopie est réalisée sous anesthésie générale. On peut aussi enlever complètement une petite tumeur lors de cette intervention, le chirurgien urologue fait alors une résection.

Seule une biopsie ou l'analyse de la tumeur réséquée après analyse au microscope, permet de confirmer ou non la présence d'un

cancer. Le diagnostic de cancer est affirmé lorsque le médecin observe au microscope des cellules cancéreuses. La sévérité de la maladie dépend du grade qui correspond au degré d'anomalies présentées par les cellules tumorales et au stade qui correspond à la progression de la tumeur vers les tissus profonds de la paroi vésicale puis vers les organes voisins.

**La cystoscopie en fluorescence** peut être utilisée si aucune lésion n'a été retrouvée avec la cystoscopie classique. Elle permet de révéler des cellules cancéreuses grâce à de la lumière bleue émise à travers le cystoscope. Au préalable, le médecin urologue administre dans la vessie une substance chimique, appelée porphyrine, qui s'illumine lors de l'exposition à la lumière bleue. Les porphyrines sont uniquement absorbées par les cellules cancéreuses et permettent ainsi de visualiser des lésions cancéreuses.

# Anatomie et localisation

**L'urographie-tomodensitométrie** (uro-TDM ou uro-scanner) permet de visualiser l'ensemble du système urinaire (vessie, uretères et reins), les ganglions et les organes voisins. Il s'agit d'un scanner réalisé avant et après injection de produit de contraste dans les veines.

D'autres examens complémentaires peuvent être programmés au cas par cas. Ils permettent d'apprécier dans quelle mesure le cancer de la vessie s'est étendu aux ganglions lymphatiques locaux ou à d'autres organes. Le bilan d'extension d'un cancer infiltrant de vessie repose principalement sur un scanner thoraco-abdomino-pelvien. En fonction des situations et de l'évolution de la maladie, d'autres examens d'imagerie, comme une scintigraphie osseuse ou un TEP scanner (Tomographie par Emission de Positons) peuvent être réalisés. Une IRM (Imagerie par Résonance Magnétique) peut être réalisée, notamment en cas de contre-indication à l'injection de produit de contraste iodé.

Les résultats des examens orientent vers le traitement le plus adapté à votre maladie : chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, associés ou non. Votre cas est discuté en réunion de concertation pluridisciplinaire qui regroupe plusieurs spécialistes de ce type de cancers (oncologues, radiothérapeutes, chirurgiens urologues, radiologues...).

Avant le début du traitement, chaque patient peut demander un deuxième avis à un autre médecin.



Scanner

# Les traitements

## Généralités sur la radiothérapie

Ce sont les rayonnements de haute énergie (photons X) qui sont les plus utilisés et qui traversent les tissus humains (peau, muscle...) afin de déposer leur énergie en profondeur, directement au niveau de la tumeur :

- Avant le début du traitement, il est nécessaire de définir les zones qui seront traitées. Le repérage de la zone à traiter est fait à l'aide d'un scanner qui est réalisé en position de traitement avec des moyens de contention efficace pour assurer un positionnement précis et reproductible à chaque séance. Il peut être demandé de boire et d'uriner de façon régulière avant les séances. Des petits points sont tatoués sur la peau pour permettre de vous repositionner précisément à chaque séance de votre traitement. L'oncologue radiothérapeute détermine sur ce scanner les zones à traiter et les doses à délivrer. Des professionnels spécialisés, physiciens et dosimétristes interviennent alors pour calculer et préciser la technique de radiothérapie.
- Ensuite, les séances de radiothérapie sont réalisées le plus souvent cinq jours par semaine. Le patient est installé sur une table de traitement, les rayons sont invisibles et ne

font pas mal. Pendant chaque séance (qui dure entre dix et quinze minutes), le patient est surveillé par des écrans vidéo et peut communiquer avec l'équipe par un micro.



*Salle de radiothérapie*

# Les traitements

---

## Les traitements des cancers de la vessie

Les traitements sont spécifiques à chaque maladie cancéreuse et dépendent aussi de la localisation, du stade de développement de la maladie ainsi que de l'âge et de l'état général de la personne. Il est donc difficile de comparer son propre traitement à celui d'une autre personne car il existe toujours des éléments qui diffèrent. Plusieurs traitements et combinaisons de traitements sont utilisés.

### › Les objectifs des traitements peuvent être, selon les cas :

- de supprimer la tumeur ou les métastases
- de réduire le risque de récurrence
- de ralentir le développement de la tumeur ou des métastases
- de traiter les symptômes provoqués par la maladie

### › Deux types de traitement existent :

- Ceux qui agissent localement sur le cancer tels que la chirurgie, la radiothérapie, les injections (instillations) intra-vésicales (dans la vessie)
- Ceux qui agissent sur les cellules cancéreuses dans tout l'organisme comme la chimiothérapie par voie intra-veineuse (traitement général aussi appelé systémique)

Le premier temps de la prise en charge consiste à enlever la tumeur en effectuant une résection transurétrale de vessie (RTUV). Cette intervention permet d'ôter la tumeur en passant par l'urètre. C'est une étape systématique pour la prise en charge des tumeurs de vessie.

Pour les tumeurs superficielles, la RTUV est parfois suffisante. Elle peut également être associée à un traitement complémentaire, en fonction de la nature de la tumeur et de son agressivité. Ce traitement complémentaire est délivré localement dans la vessie (par des injections ou instillations intra-vésicales), dans les heures ou les jours suivant la chirurgie. Des instillations complémentaires peuvent être nécessaires en fonction de votre situation.

La chirurgie avec ablation de la vessie est le traitement de référence des tumeurs infiltrantes localisées. Mais d'autres options sont possibles. Une chimiothérapie est très souvent proposée avant la chirurgie (chimiothérapie néoadjuvante) pour diminuer la taille de la tumeur avant l'opération ou si les ganglions ou la graisse autour de la vessie sont atteints. Dans certains cas, le traitement peut consister en une intervention chirurgicale suivie d'une chimiothérapie (chimiothérapie adjuvante) avec ou sans radiothérapie. Dans certains cas, un traitement par radiochimiothérapie concomitante peut être proposé. En cas de cancer de la vessie avancé et envahissant des organes à distance (métastases), l'objectif est de détruire les cellules cancéreuses grâce à une chimiothérapie. Une radiothérapie palliative peut être indiquée dans le traitement des complications (saignements, douleurs) ou de localisations secondaires (au niveau des os) de la maladie.

# Les traitements

## La chirurgie

L'objectif de la chirurgie est de retirer la ou les tumeurs, afin de limiter la progression de la maladie et de réduire le risque de récurrence. Il est rappelé que toute intervention chirurgicale comporte un certain nombre de risques. Votre médecin en parlera avec vous avant l'intervention.

### › Il existe différents types de chirurgie de la vessie :

- Résection trans-urétrale de vessie (RTUV)
- Exérèse d'une partie de la vessie (cystectomie partielle) ou de la totalité (cystectomie totale)

L'ensemble des organes et tissus retirés lors de l'intervention chirurgicale est transmis au service d'anatomopathologie pour être analysé. Un médecin spécialiste appelé anatomopathologiste, observe minutieusement, à l'œil nu puis au microscope, les tissus prélevés afin de déterminer jusqu'où les cellules cancéreuses se trouvent dans les différentes couches de la vessie. Il détermine le type de cellules dont il s'agit et le degré d'agressivité du cancer.

### › Qu'est ce qu'une résection trans-urétrale de vessie (RTUV) ?

Il est recommandé de réaliser auparavant un ECBU afin d'éliminer une infection urinaire. La RTUV précise le nombre de tumeurs, leur topographie par rapport à l'urètre prostatique et aux orifices urétéraux, leur taille et leur aspect.

Au cours de cette intervention, le chirurgien introduit un tube fin, rigide dans l'urètre jusqu'à la vessie, couplé à une vidéo caméra avec une source lumineuse (cystoscope). Cette intervention est réalisée sous anesthésie générale ou sous rachianesthésie (une forme d'anesthésie qui insensibilise uniquement le bas du corps, le patient reste éveillé). Les tissus prélevés sont envoyés au laboratoire d'anatomopathologie pour analyse. A la fin de l'intervention, une sonde urinaire est mise en place afin de réaliser des lavages vésicaux.

Dans les 24 heures suivant l'intervention, il est possible que l'urologue réalise une injection (ou instillation) intra-vésicale de chimiothérapie. Ce traitement est laissé en place pendant une heure. Le lavage vésical est arrêté et la sonde urinaire est retirée après accord du chirurgien et lorsque vos urines sont redevenues claires. La durée de votre hospitalisation est variable en fonction des suites opératoires, de votre état général et du type et de l'importance de votre lésion vésicale. Le plus souvent, elle est de 2 à 3 jours.

# Les traitements



## › En quoi consiste une cystectomie ?

La cystectomie est une intervention chirurgicale qui consiste en l'ablation totale ou partielle de la vessie. En cas d'ablation totale de la vessie, le chirurgien doit dériver les urines provenant du rein jusqu'à l'extérieur du corps. Il peut parfois réaliser une nouvelle "vessie" permettant de stocker et d'évacuer l'urine de l'organisme du patient. Les cystectomies partielles sont limitées à de rares cas.

Le chirurgien réalise en fonction de votre situation :

Soit une approche ouverte : cette technique est généralement utilisée et consiste en une grande incision abdominale pour accéder à la vessie.

Soit une autre approche appelée laparoscopie conventionnelle ou coelioscopie : le chirurgien effectue trois ou quatre petites incisions sur la paroi abdominale qui vont lui permettre d'introduire un endoscope (une caméra qui retransmet l'image sur un écran) et des instruments chirurgicaux.

La cystectomie totale se pratique sous anesthésie générale. L'opération dure généralement de 4 à 8 heures. Le chirurgien enlève la vessie en coupant ses attaches. Chez l'homme, le chirurgien retire la totalité de la prostate et les vésicules séminales (deux petits réservoirs de sperme situés de part et d'autre de la prostate). L'urètre est enlevé uniquement s'il est atteint. Chez la femme, il est nécessaire d'enlever l'utérus, une partie du vagin qui sera en partie reconstruit et l'urètre. Selon l'âge de la patiente, les ovaires sont conservés ou non. Le chirurgien enlève les ganglions lymphatiques (**curage ganglionnaire**) et les organes voisins s'ils sont touchés par le cancer.

## › Quelles sont les reconstructions possibles après ablation totale de la vessie ?

- Le chirurgien peut rétablir la continuité urinaire naturelle en interposant un réservoir intestinal entre les uretères et le sphincter de l'urètre. Ceci est envisagé en fonction de l'état de santé du patient et du type de tumeur.

# Les traitements

- Il peut également dériver les urines à la peau :
  - Soit en créant un sphincter intestinal avec évacuation des urines par des sondages intermittents.
  - Soit par l'intermédiaire d'un conduit intestinal permettant l'évacuation de l'urine dans un réservoir externe (une seule poche de recueil des urines). C'est cette dérivation qui est la plus souvent réalisée. Il s'agit de l'**intervention de "Bricker"**. Cette dérivation se fait directement en dehors de l'abdomen par l'intermédiaire d'un conduit intestinal. Une **urostomie** est pratiquée au niveau de la paroi de l'abdomen. L'urine est recueillie dans une poche extérieure collée à la peau. Cette poche est changée régulièrement.
  - Soit par abouchement direct des uretères à la peau. Cette technique s'appelle l'**urétérostomie** cutanée et nécessite la mise en place d'une sonde de drainage dans chaque uretère, qui doit être changée toutes les 4 à 8 semaines.
  - Soit par un tube directement placé dans le ou les reins et qui traverse la paroi abdominale pour s'aboucher à la peau. Cette dernière technique de dérivation est la **néphrostomie**.

Toutes les techniques disponibles ont leurs avantages et leurs inconvénients. Une discussion avec le chirurgien est nécessaire afin de proposer une technique la mieux adaptée à votre situation.

## Les instillations intra-vésicales

Les instillations (ou injections) intra-vésicales consistent à introduire directement dans la vessie par une sonde urinaire, des médicaments cytotoxiques (c'est-à-dire qui détruisent les cellules cancéreuses).

Cependant, les instillations sont le plus souvent débutées à quelques semaines de la résection et répétées à intervalles réguliers de quelques semaines, avec parfois un traitement d'entretien pendant une période pouvant aller jusqu'à 3 ans.

### › Quels sont les produits utilisés ?

Les produits utilisés le plus souvent lors de ces injections sont la **mitomycine C** (médicament de chimiothérapie) ou le BCG (Bacille de Calmette et Guérin atténué). Un traitement utilisant le **BCG** est appelé immunothérapie. Autrement dit, il stimule grâce à des bactéries (bacilles) peu virulentes les défenses de l'organisme contre les cellules cancéreuses. Cela déclenche une réaction inflammatoire et immunitaire locale visant à empêcher une nouvelle tumeur de se développer et dans certains cas, à supprimer certaines tumeurs. Le choix du traitement par chimiothérapie locale ou immunothérapie dépend du profil de la tumeur et de son potentiel risque de récurrence.

# Les traitements

---

## › Comment se déroule le traitement ?

Avant chaque instillation, il est recommandé de diminuer les boissons pendant les 2 à 3 heures et d'alcaliniser les urines par ingestion de boissons alcalines (par exemple : eau de Vichy, Badoit, Saint Yorre...). L'instillation s'effectue en insérant une fine sonde urinaire dans l'urètre jusqu'à la vessie. Ce traitement est réalisé lors de consultations et ne nécessite pas d'anesthésie. La sonde est ensuite enlevée. Il faut garder le produit dans la vessie sans uriner pendant au moins une heure afin d'augmenter la durée de contact entre le produit et la paroi de la vessie.

Ces instillations peuvent être responsables d'effets indésirables : essentiellement brûlures urinaires, envies fréquentes d'uriner, fièvre, fatigue. Votre urologue adaptera le traitement de ces effets indésirables. Parfois ces effets secondaires peuvent contre-indiquer la poursuite des instillations.

## La chimiothérapie

La chimiothérapie est un traitement général agissant sur l'ensemble du corps. Celle-ci permet de détruire les cellules cancéreuses même à distance de la tumeur initiale. Elle est administrée par voie intraveineuse et fait intervenir une ou plusieurs molécules.

La chimiothérapie n'est pas systématique. Elle est prescrite en fonction du stade, du grade du cancer et de l'état général du patient. Celle-ci peut être réalisée avant le traitement local, après une intervention chirurgicale, en association à la radiothérapie ou pour traiter une maladie disséminée.

Les molécules de chimiothérapie, les doses administrées, ainsi que le rythme des séances de chimiothérapie (appelée cure) varient d'une personne à l'autre, en fonction des caractéristiques du cancer et de votre tolérance au traitement. La durée totale du traitement peut également varier. Le plus souvent, lorsque le patient reçoit une chimiothérapie seule, elle se déroule en plusieurs cures successives suivie d'une période de repos (le plus souvent une cure toutes les 3 à 4 semaines).



# Les traitements

Selon le type de molécules utilisées, la cure de chimiothérapie est réalisée lors d'une courte hospitalisation (de 2 jours) ou en hôpital de jour (vous ne restez que le temps de la perfusion).

## › Chimiothérapie et chirurgie

Une chimiothérapie précède parfois l'intervention chirurgicale. On parle de chimiothérapie néo-adjuvante. L'intervention chirurgicale est précédée de 3 à 4 cures de chimiothérapie, puis d'une réévaluation de la maladie par cystoscopie et scanner.

Si après une cystectomie, les ganglions ou la graisse autour de la vessie sont envahis par les cellules cancéreuses, une chimiothérapie peut être proposée. Cette chimiothérapie réalisée après la chirurgie s'appelle une chimiothérapie adjuvante.

## › Chimiothérapie

Pour les tumeurs vésicales dont un traitement loco-régional n'est pas suffisant (présence de métastases à distance), la chimiothérapie seule peut être proposée par votre oncologue. Son but est de détruire les cellules cancéreuses qu'elle rencontre, dans les organes où elles se trouvent. Elle ne détruit pas les cellules normales mais peut les endommager provisoirement (notamment les globules rouges, globules blancs et plaquettes qui constituent les cellules du sang).

Il existe de très nombreux produits, le cancérologue choisit celui ou ceux qui sont le(s) plus adapté(s) à votre cas.



Séance de chimiothérapie

# Les traitements

---

## La radiothérapie

Dans les cancers de la vessie, le médecin peut avoir recours à la radiothérapie pour différents motifs :

- pour détruire les cellules cancéreuses (associée le plus souvent à une chimiothérapie, on parle de radiochimiothérapie concomitante) soit comme traitement principal, soit après une chirurgie incomplète (**radiothérapie adjuvante**).
- pour soulager des douleurs ou pour maîtriser des symptômes de la maladie (**radiothérapie palliative**).

Les volumes traités par la radiothérapie concernent le plus souvent la vessie et les ganglions du bassin. La radiothérapie est un traitement localisé, c'est-à-dire qu'il traite uniquement la région du corps concernée. On utilise les photons X qui traversent le corps humain afin de déposer leur énergie en profondeur, directement au niveau de la tumeur. Les rayons sont invisibles et non douloureux mais ils peuvent provoquer des effets secondaires, parfois plusieurs semaines après la radiothérapie.

La radiothérapie est réalisée après scanner dosimétrique (aussi appelé de repérage ou de simulation) réalisé en position de traitement, pour identifier la vessie, les aires ganglionnaires et les organes proches de la vessie. Afin de protéger au mieux les organes voisins, les rayons sont délivrés par différents endroits (par-dessus, par-dessous et même par les côtés) pour se croiser et se concentrer sur la zone à traiter.

Divers protocoles de radiothérapie sont possibles. La radiothérapie est administrée en une ou deux séances (espacées de 6 heures) de 10 minutes par séance et ceci, plusieurs jours par semaine pendant 4 à 7 semaines. Pour soulager les douleurs ou pour contrôler les symptômes de la maladie, le traitement peut être administré sur une plus courte période.

Des consignes sont généralement données concernant le moment d'uriner (la vessie doit être vide lors des séances de radiothérapie), la quantité de boissons à boire et la façon de régulariser les selles (conseils diététiques) avant les séances. Des contrôles radiologiques sont régulièrement réalisés, en cours de traitement, pour vérifier la position et le remplissage de la vessie. Une pause peut être réalisée au milieu du traitement pour refaire une cystoscopie de vérification.

# Les traitements

## ► Association radiothérapie-chimiothérapie

Si une radio-chimiothérapie concomitante est décidée, le but de la chimiothérapie est d'augmenter l'efficacité de la radiothérapie : la chimiothérapie est dite radiosensibilisante. Votre radiothérapeute jugera de l'utilité ou non de cette association.

## ► Radiothérapie exclusive

La radiothérapie est réalisée seule en cas de contre indication à la chimiothérapie et à la chirurgie. Elle est aussi indiquée dans le traitement des complications (saignements) ou de localisations secondaires, au niveau des os, de la maladie.

Dans certains cas, si cela correspond à votre situation particulière, un essai clinique (ou essai thérapeutique, ou protocole) pourra vous être proposé par vos médecins. Vous pourrez en discuter avec votre oncologue et y participer ou non après une information adaptée. Votre décision ne compromet pas la qualité votre traitement.



*Machine de radiothérapie*

# Les effets secondaires

Les effets secondaires sont prévisibles mais ne surviennent pas obligatoirement car chaque cas est unique et chaque personne réagit différemment. Votre situation et votre vécu du traitement seront différents de ceux d'une autre personne. Cependant, certains effets secondaires sont assez courants et

surveillés par l'oncologue radiothérapeute qui vous conseillera les médicaments les mieux adaptés à vos besoins. L'équipe soignante est là pour répondre à vos questions, pour vous écouter et trouver une solution aux problèmes rencontrés pendant le traitement.

## En cours de radiothérapie

- › **La fatigue** : l'accumulation de fatigue n'est pas signe d'une aggravation de la maladie, elle n'est pas non plus toujours présente. Elle est souvent due à la répétition quotidienne du traitement et aux déplacements pour venir dans le service plus qu'au traitement lui-même. C'est aussi parfois un contrecoup de la maladie elle-même, de l'opération préalable ou des chimiothérapies. Elle peut avoir d'autres causes : la maladie elle-même, la modification du rythme de vie, l'amaigrissement, le manque d'appétit, l'anxiété.
- › **Irritation ou inflammation de la vessie** : après quelques séances, une certaine gêne au niveau de la vessie peut être ressentie. Elle provoque des envies fréquentes, subites et urgentes d'uriner.



## Les effets secondaires

Des sensations de brûlures ou des douleurs peuvent apparaître en urinant. Du sang dans les urines peut augmenter voir apparaître en cours de radiothérapie. Ce sont les symptômes les plus fréquents.

- › **Inflammation du rectum** : le rectum, proche de la zone irradiée, peut être irrité. Ceci provoque des diarrhées et des faux besoins d'aller à la selle.
- › **Diarrhées** : elles sont possibles et nécessitent un traitement rapide à demander à votre médecin.
- › **La peau** : au niveau du bas-ventre et aux endroits par où passent les rayons, la peau peut devenir rouge (érythème) au bout de trois ou quatre semaines de traitement, comme après un coup de soleil. Parfois la peau est sèche et peut, rarement, desquamer (comme quand on pèle après un coup de soleil). Il est important de noter que la peau retrouve sa couleur d'origine au bout de deux à quatre mois après la fin du traitement. Les poils peuvent tomber, le plus souvent provisoirement, dans la zone irradiée.
- › **Nausées** : il peut y avoir quelques nausées mais c'est assez rare. Il apparaît cependant plus fréquemment une modification du goût des aliments (de façon provisoire).

› **Les troubles de l'érection** : l'association des traitements peut provoquer des difficultés d'érection ou une impuissance passagère. N'hésitez pas à en discuter avec votre médecin.

› **Le vagin et la vulve** : de même que la peau devient rouge et sèche en cours de traitement, des sensations de sécheresse au niveau de la vulve et du vagin peuvent survenir, pouvant provoquer des douleurs au cours des rapports. N'hésitez pas à en discuter avec votre médecin.

› **La fièvre** : ne fait pas partie des effets secondaires attendus. Elle peut parfois être le témoin d'une infection. En cas de fièvre, parlez en à votre médecin.

Ces effets s'estompent généralement progressivement puis disparaissent après la fin de la radiothérapie.

# Les effets secondaires

## En cours de chimiothérapie

Les effets secondaires vont dépendre des choix des médicaments et des doses qui sont nécessaires pour traiter la tumeur. Néanmoins, il est important de savoir qu'un certain nombre de chimiothérapies ne font pas perdre les cheveux et que les nausées d'après

chimiothérapie sont de mieux en mieux contrôlées. En revanche, la fatigue est souvent ressentie. L'association de la radiothérapie et de la chimiothérapie peut accroître les effets secondaires tels que la fatigue, les nausées, l'irritation de l'anus et de la peau.

› **La peau** : elle peut subir un certain dessèchement et craindre l'exposition au soleil.

Certains médicaments administrés par voie intraveineuse sont sensibles à la lumière et peuvent provoquer des réactions lors d'expositions prolongées au soleil. Il faudra alors éviter le soleil si vous prenez un de ces médicaments. Avec certaines chimiothérapies, la peau peut peler sur les mains et/ou les pieds, une inflammation peut être ressentie. Certaines fois c'est douloureux, parfois non. Ces symptômes disparaissent dans le temps.

› **Les ongles** : ils peuvent se fragiliser : devenir cassants ou mous.

› **La bouche** : des lésions, parfois douloureuses, peuvent apparaître à l'intérieur de la bouche (aphtes, rougeurs...). On parle de mucite lorsqu'il y a une inflammation de la

muqueuse. Ce type de lésion nécessite l'utilisation régulière de bains de bouche. Parlez-en avec votre oncologue.

› **Le rein** : certaines molécules peuvent avoir un retentissement sur l'activité du rein. Une surveillance de son bon fonctionnement sera prévue en cours de traitement.

› **Les nerfs** : des troubles de la sensibilité (paresthésies) peuvent apparaître avec certaines molécules de chimiothérapie. Les symptômes se manifestent par des sensations d'engourdissement, de fourmillements ou de picotements dans les doigts et dans les orteils. Ces symptômes peuvent être gênants et doivent être signalés à votre oncologue dès leur apparition. Ils sont causés par certains médicaments qui ont un effet toxique sur les fibres nerveuses. Ces mêmes traitements peuvent entraîner des bourdonnements ou des sifflements d'oreille (appelés acouphènes) ou une baisse de l'audition.

## Les effets secondaires

► **Les globules blancs, globules rouges et plaquettes :** les médicaments de chimiothérapie font souvent diminuer le taux de cellules fabriquées par la moelle osseuse. Une baisse du nombre de globules blancs peut entraîner un risque d'accru d'infection car ils sont impliqués dans les défenses de l'organisme. Une baisse importante du nombre de globules rouges, dont le rôle est de transporter l'oxygène dans le corps, pourra nécessiter une transfusion. Elle se manifeste par une pâleur, un essoufflement, des vertiges et une fatigue. Quant aux plaquettes, elles sont chargées de la coagulation du sang et si leur baisse est conséquente, cela conduit à un risque de saignement ou à la formation d'hématomes. Cette baisse peut nécessiter une transfusion en plaquettes.

### Les effets tardifs

Certains signes peuvent apparaître après plusieurs mois ou années, ils sont dits "tardifs". Ils peuvent exceptionnellement être en rapport avec les traitements reçus. Il est important de contacter alors votre oncologue ou votre médecin généraliste.



# Les conseils pratiques

Selon le vécu du traitement et le niveau de fatigue, il est essentiel d'être à l'écoute des besoins de son corps. Outre les effets secondaires tels que la fatigue et les nausées, l'inflammation de la vessie, du rectum, les diarrhées sont à surveiller. Pendant les traitements, vous pouvez avoir envie de

continuer à travailler comme certains patients (le plus souvent partiellement), ou bien de prendre le temps de vous reposer, comme un bon nombre d'autres patients. Il n'y a pas de règle générale établie, il n'y a pas d'obligation, pas d'interdit.

## Pendant le traitement

- › **En cas de fatigue** : les siestes en après-midi et le besoin de se coucher tôt le soir sont courants. L'important est d'apprendre à adapter les activités quotidiennes aux capacités du moment sans se forcer à être trop actif.
- › **Se faire aider** : faire appel à la famille, des amis, une aide ménagère pour : les soins aux enfants, le ménage, le linge, les courses, les repas, les démarches administratives (en parler avec une assistante sociale).
- › **Éviter les transports inutiles** et chercher toujours la position la plus confortable pour se reposer.
- › **En cas de nausées** : éviter les boissons chaudes, les aliments gras, se reposer après les séances, éviter les odeurs de cuisine, n'entrer dans la cuisine que pour manger, si possible. Sucrer des glaçons.





## Les conseils pratiques

- › **En cas de perte d'appétit** : manger plus souvent (grignoter dans la journée ce qui fait plaisir), avoir toujours quelque chose à manger à portée de main, varier les repas, essayer des aliments nouveaux. Adapter son alimentation en fonction des effets secondaires. Il est aussi possible de rencontrer une nutritionniste afin de modifier un peu le contenu des repas.
  - › **Éviter frottements et irritations** : vêtements amples, souples, matières douces à la peau (coton, soie).
  - › **Éviter les produits irritants** : se laver à l'eau tiède, éviter les savons et préférer les pains dermatologiques (en préservant les traces nécessaires au bon déroulement de votre traitement surtout si ce sont des marques au feutre et non des points de tatouage qui ont été réalisés).
  - › **Sécher la peau** sans frotter, en la tamponnant sur la zone traitée. Éviter tout produit alcoolisé sur la peau au niveau de la zone traitée.
  - › **Hydrater la peau** avec une crème nourrissante (selon les conseils de votre médecin) en évitant de la mettre juste avant une séance d'irradiation.
  - › **En cas de diarrhées ou de constipation** : en parler de suite à l'oncologue radiothérapeute pour trouver le traitement le mieux adapté. Ponctuellement, opter pour des garnitures afin de préserver sa vie sociale.
- › **En cas de troubles urinaires** : malgré la fréquence des mictions, il est important de boire beaucoup pour éviter le risque d'infection urinaire et limiter les inflammations de la vessie. Un examen des urines peut vous être prescrit par votre médecin.



## Les conseils pratiques

---

- › **Les saignements urinaires** : il est recommandé de boire abondamment et d'en parler avec votre oncologue.
- › **Le moral** : durant le traitement, vous pouvez vous sentir déprimé(e) et devrez prendre le temps qui vous est nécessaire pour accepter la maladie et les traitements. Cette baisse de morale est appelée dépression réactionnelle, il s'agit d'une réaction non contrôlée aux difficultés rencontrées. Il y a parfois des vécus de repli sur soi, de dépression, de tristesse, de révolte, d'agressivité passagère, d'anxiété ce qui est tout à fait normal et doit être entendu par les proches et par l'équipe soignante.

Il est souhaitable de pouvoir exprimer en couple ses doutes, ses craintes, ses ressentis par rapport à la maladie et aux traitements. Pour lutter contre cette baisse de moral et supporter l'ensemble du traitement, il est recommandé d'en parler à ces proches et de se faire soutenir. Elle ne nécessite pas de traitement médicamenteux, mais la rencontre avec un(e) psychologue pour en discuter, est souvent très efficace.

- › **Concernant la vie de couple et plus particulièrement la sexualité** : la maladie (tout comme la fatigue) favorise le non-désir. Il n'est pas rare que la libido (le désir sexuel) soit diminuée ou même absente pendant la durée du traitement. Si cela perdure, il est bien d'en parler avec un médecin. La radiothérapie en elle-même ne pose aucun problème pour avoir des rapports sexuels si vous avez conservé le désir et, pour les hommes, la capacité d'avoir des érections. Il n'y a aucun effet du traitement sur le partenaire, aucun risque pour les proches, aucune contamination possible de la maladie ou du traitement.

Pour les femmes en cours de traitement et en âge de procréer, des précautions et une contraception sont indispensables pour éviter tout risque de grossesse.

- › **Par rapport aux enfants** : pendant le traitement, le plus simple est souvent de leur expliquer ce qui se passe et de leur demander de participer à l'organisation de la vie à la maison. Nos équipes sont formées pour expliquer la maladie aux enfants et accompagner les proches, qui eux aussi, ont besoin de comprendre ce qui se passe.

# L'après-traitement

## Les effets secondaires après le traitement

Il est important de noter que les rayons continuent d'agir sur le corps pendant deux à trois semaines après la fin du traitement. Souvent, la fatigue et les effets secondaires persistent quelques temps mais c'est normal. Il est nécessaire d'en discuter avec votre médecin pour qu'il puisse les traiter.

- › **Les troubles urinaires persistants** : en cas de conservation vésicale, des envies fréquentes d'uriner, des brûlures lors des mictions, parfois des saignements intermittents peuvent persister quelques semaines voire quelques mois après la fin des traitements.
- › **Les troubles digestifs** : il s'agit essentiellement de diarrhée, ou d'alternance de diarrhée et de constipation associées à des douleurs abdominales ; exceptionnellement des saignements rectaux. Ces symptômes vont s'estomper au bout de quelques semaines.
- › **La peau demeure rouge (érythème)** : la peau peut rester ainsi plus brune ou plus rouge que le reste de votre corps et ce, pendant quelques mois. Mais ensuite, la peau retrouve sa couleur d'origine. La peau peut peler (desquamer) : cela est dû au dessèchement durant le traitement. En cas d'exposition au soleil, ces régions peuvent bronzer plus que le reste de la peau.

- › **Les troubles de la sexualité** : le manque de désir sexuel, le manque de confiance en soi, en son corps, peuvent aussi persister longtemps avant de retrouver un certain équilibre. Une sécheresse vaginale peut gêner les rapports, vous pouvez demander à votre pharmacien un lubrifiant.

Si certains signes sont gênants et perdurent au-delà d'un ou deux mois, il est important de contacter alors l'oncologue radiothérapeute ou le médecin généraliste. Une consultation avec des médecins spécialistes de lutte contre la douleur peut vous être proposée à tout moment.



# L'après traitement

## Conseils pratiques après le traitement

Il est avant tout recommandé de contacter l'oncologue radiothérapeute ou le médecin généraliste en cas de symptômes persistants et/ou inquiétants.

Certains troubles digestifs peuvent perdurer, évoluer petit à petit pour disparaître finalement.

En cas de stomie urinaire (urines non éliminées par les voies

naturelles), une infirmière spécialisée peut vous accompagner durant quelques semaines après les traitements afin de réaliser les soins locaux et de vous aider à vivre au mieux votre handicap. Il faut du temps pour s'habituer psychologiquement mais aussi concrètement pour parvenir à faire soi-même les soins nécessaires et quotidiens.

### › Au niveau du vécu d'après traitement :

#### **La période d'après traitement n'est pas toujours simple à affronter.**

Au-delà de la satisfaction d'en avoir terminé avec la radiothérapie, il va falloir apprendre à vivre l'après maladie, sans l'organisation quotidienne qu'imposait le traitement, sans l'équipe soignante dont la proximité était rassurante, intégrer, parfois difficilement, la mutilation corporelle. L'entourage reprend ses habitudes d'avant la maladie et vous aurez besoin de plus de temps pour trouver de nouveaux repères et vous adapter à l'après traitement. Il peut persister des doutes, des angoisses.

**Quant à la vie familiale, sociale, professionnelle**, il faut retrouver sa place, parfois différente de celle d'avant. Cela est parfois rapide mais cela peut aussi prendre du temps.

En cas de difficulté, en parler avec son médecin, rencontrer un(e) psychologue, un psychiatre ou un psychanalyste selon les besoins peut permettre de mettre des mots sur certains vécus traumatiques dus au cancer. En cas de difficulté sociale, vous pouvez également rencontrer une assistante sociale.

**Il est nécessaire, de façon générale, de pouvoir parler simplement** mais sans gêne de sa maladie, de ses traitements et des angoisses d'après traitement avec ses proches afin que chacun puisse s'adapter à cette période particulière. Les associations de patients peuvent également être très utiles et vous fourniront de nombreuses informations pratiques. Plusieurs associations de patients ou d'aide aux patients existent, parlez-en à votre médecin qui vous aidera à vous mettre en contact si vous le souhaitez.

# L'après traitement

## Suivi d'après-traitement

Un suivi régulier va être mis en place, il est nécessaire et se fera tous les quatre à six mois la première année, avec un examen clinique et parfois des examens complémentaires si besoin. En cas de conservation de la vessie, des cystoscopies seront réalisées régulièrement comme examen de surveillance. Cette surveillance sera prolongée et réalisée conjointement par votre oncologue et votre urologue.

Même s'il n'existe plus de cellules cancéreuses décelables, il n'est pas possible de vous garantir que vous n'aurez jamais de récurrence ou d'autre cancer, personne ne peut le prédire. Il faut continuer à surveiller régulièrement. Ces visites de bilan deviendront annuelles, après quelques années. Les examens de dépistages d'autres cancers doivent être réalisés (mammographie pour le cancer du sein, recherche de sang dans les selles pour le cancer du colon/rectum, examen gynécologique...). Le patient va pouvoir reprendre confiance en la bonne santé de son corps avec le temps, en reprenant une activité professionnelle, familiale, une relation de couple. L'arrêt du tabac est recommandé. Reprendre une activité physique adaptée est utile.

Il est important de savoir que l'équipe soignante reste à votre disposition, même après le traitement et qu'il vaut mieux venir

voir son médecin que de s'inquiéter ou de s'angoisser sur des questions auxquelles l'équipe peut répondre.



## Les associations et autres ressources

---

Plusieurs associations de patients ou d'aide aux patients existent, parlez en à votre médecin qui vous aidera à vous mettre en contact si vous le souhaitez.



# Glossaire

- › **Biopsie** : prélèvement d'un fragment de tissu pour analyse au microscope.
- › **Cytologie** : analyse des cellules sous le microscope.
- › **IRM (Imagerie par Résonance Magnétique)** : technique d'imagerie ressemblant au scanner mais sans rayons X et qui permet d'avoir une vision détaillée des organes.
- › **Métastase** : ensemble de cellules cancéreuses qui est parti du cancer d'origine pour se développer dans un autre organe.
- › **PET-scanner** : sorte de scanner pour lequel on injecte dans l'organisme un traceur radioactif en très faible quantité, sans danger pour l'organisme, permettant d'étudier le fonctionnement d'un organe et de rechercher des métastases, grâce à une caméra qui capte les radiations émises.
- › **Scanner** : sorte de radiographie plus détaillée (après injection d'un produit dans les veines qui facilite l'observation de l'organe concerné).
- › **Tumeur** : ensemble de cellules constituant une masse anormale à l'intérieur du corps.



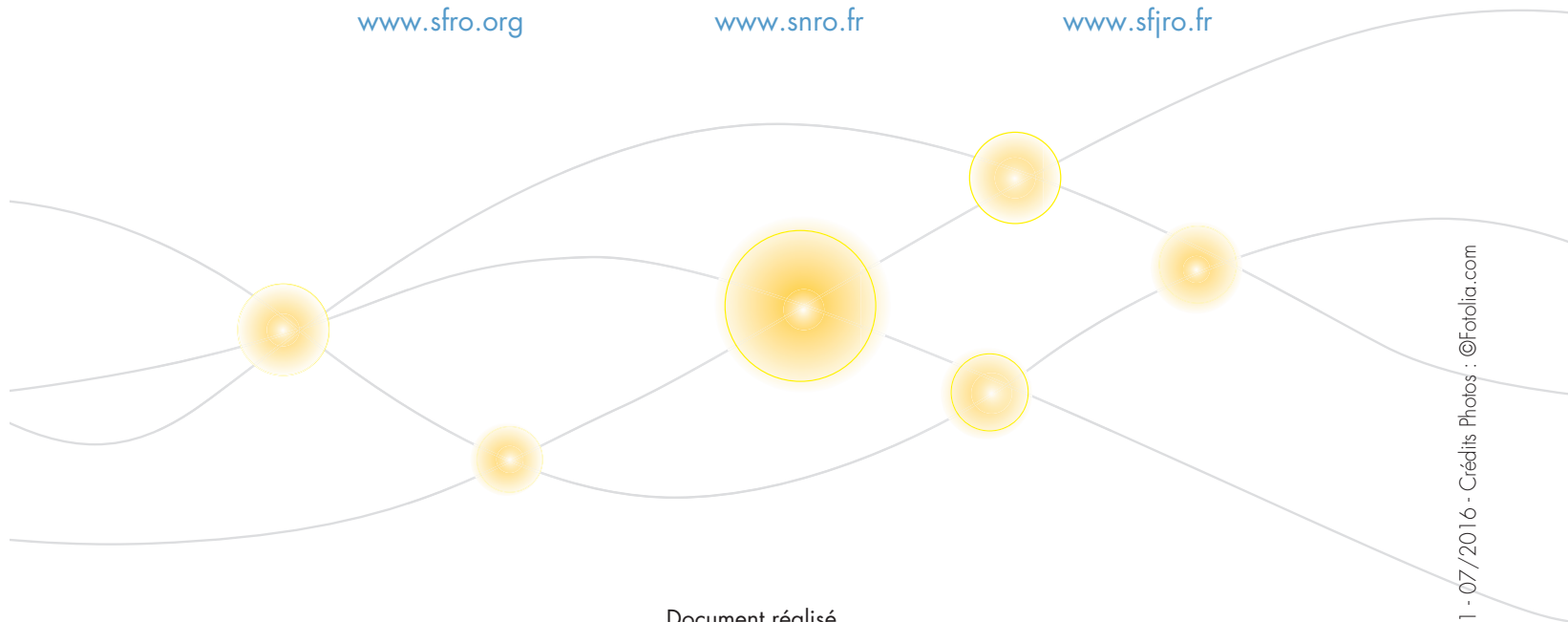
[www.sfro.org](http://www.sfro.org)



[www.snro.fr](http://www.snro.fr)



[www.sfjro.fr](http://www.sfjro.fr)



Document réalisé  
avec le soutien de

