



*CHERCHER POUR GUERIR
ACCOMPAGNER POUR AIDER
PREVENIR POUR PROTÉGER
MOBILISER POUR AGIR*

Les cancers urologiques

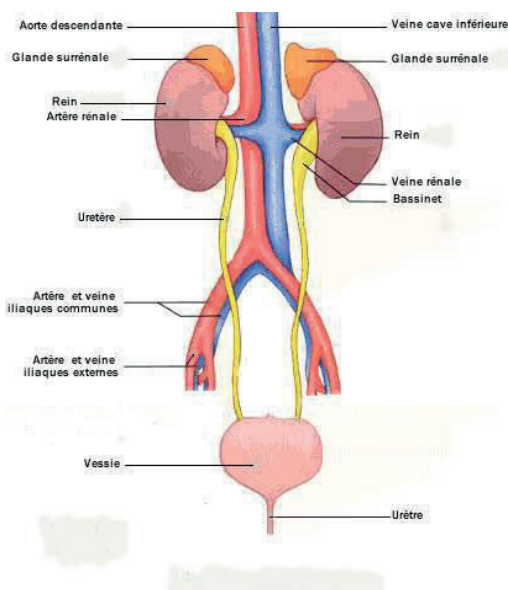
Cancers du rein et de la vessie

LES CANCERS UROLOGIQUES

Cancers du rein et de la vessie

L'appareil urinaire comprend :

- les deux reins situés dans la région lombaire, de part et d'autre de la colonne vertébrale, qui sécrètent l'urine. Chaque rein est coiffé à sa partie supérieure par la glande surrénale ;
- des conduits excréteurs : les calices intra rénaux, le bassinet et l'uretère* permettant l'écoulement de l'urine vers la vessie ;
- la vessie, située derrière le pubis : c'est un réservoir où s'accumule l'urine entre les mictions*. Sa capacité maximale est de 2 à 3 litres. La quantité d'urine provoquant le besoin d'uriner varie entre 125 et 350 ml ;
- l'urètre*, canal évacuateur du contenu vésical.



LES CANCERS DU REIN

Le cancer du rein peut se développer soit à partir des cellules du rein (carcinome à cellules rénales), soit à partir des cellules des voies excrétrices de l'urine (cancer urothélial).

On recense dans les 2 sexes, 13.282 nouveaux cas annuels (chiffres 2015 – Source INCa). Il est plus fréquent chez l'homme (8.885 cas) que chez la femme (4.397 cas). Parmi l'ensemble des cancers, il vient en 5ème position chez l'homme et en 9ème position chez la femme.

En 2015, la mortalité projetée est de 4.493 décès (3.045 chez l'homme et 1.448 chez la femme).

Les cancers du rein sont relativement rares (3 % des cancers diagnostiqués). Ils affectent surtout les adultes, à l'âge moyen de 66 ans chez l'homme et de 70 ans chez la femme. Ils se rencontrent dans la moitié des cas après 70 ans.

Chez l'enfant, il existe une forme particulière de cancer du rein appelé tumeur de Wilms, du nom du médecin qui en décrit l'aspect clinique.

❖ LES FACTEURS DE RISQUE

On connaît, ou on soupçonne, certains facteurs favorisant l'apparition de ces cancers :

- Le tabac qui augmente de 1,5 à 5 fois le risque de cancer du rein ;
- l'hypertension artérielle ;
- l'obésité ;
- l'exposition à certains produits toxiques (blanchisserie, trichloréthylène, amiante, cadmium, arsenic), dans le cadre d'une activité professionnelle ;
- l'hémodialyse ;
- l'hérédité : le risque de développer un cancer du rein est doublé si un membre de la famille du premier degré a été atteint par cette tumeur ;
- le fait d'être atteint de la maladie de Von Hippel-Lindau*.

Compte tenu de la rareté de la maladie et de son diagnostic difficile, aucun dépistage spécifique n'est proposé dans la population générale.

LES SYMPTOMES

Le plus souvent, le cancer du rein est **découvert de manière fortuite** au cours d'un examen (échographie, IRM, scanner) pour une autre affection.

Certains symptômes peuvent cependant alerter et amener à consulter :

- apparition d'une hématurie* (urines rouges par la présence de sang), spontanée, indolore et récidivante ;
- douleur d'un côté dans le flanc permettant au médecin de palper une masse tumorale ;
- fatigue persistante ;
- hypertension artérielle mal contrôlée par les médicaments ;
- amaigrissement ;
- température persistante avec sueurs nocturnes ;
- anomalies biologiques dites «syndrome paranéoplasique» qui disparaîtront après l'ablation du rein (hypercalcémie, polyglobulie*, syndrome de Stauffer*).

❖ LE DIAGNOSTIC

Plusieurs examens permettent de poser le diagnostic :

L'examen clinique : le médecin recherche par la palpation une masse dans les flancs, souvent difficile à mettre en évidence ;

L'échographie rénale : c'est l'examen de base, même s'il ne permet pas toujours de visualiser les tumeurs de moins de 2 cm. Elle apprécie les extensions tumorales éventuelles à la veine cave inférieure, aux ganglions, à l'autre rein et au foie ;

Le scanner ou tomodensitométrie (TDM) : c'est un examen fondamental et de fiabilité excellente pour préciser le volume de la tumeur et sa vascularisation. Il évalue également les éventuelles extensions thoraciques (poumons et ganglions médiastinaux), abdominales (foie et ganglions du cardia* et de la région cœliaque*) et cérébrales, s'il existe des signes d'alerte (troubles neurologiques) ;

L'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) est utile pour apprécier l'extension locale de la tumeur et révéler la présence d'un caillot tumoral dans la veine rénale et la veine cave inférieure ;

La Tomographie par Emission de Positons (TEP ou Pet-Scan) : cet examen, non standard, pourra être exceptionnellement demandé pour repérer des tumeurs de petite taille et leur éventuelle extension dans les ganglions lymphatiques. Ses contraintes techniques font que ce type d'examen n'est actuellement proposé que dans des centres spécialisés ;

L'urographie intraveineuse (ou pyélogramme) et l'artériographie sont moins pratiquées en raison de la qualité des autres examens disponibles aujourd'hui ;

La scintigraphie osseuse détermine la présence de métastases osseuses spécifiques de ce cancer.

❖ DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE

Seul un examen histologique* permet de confirmer la malignité de la tumeur. On distingue plusieurs variétés histologiques de tumeurs du rein :

Des tumeurs bénignes :

- l'oncocytome (tumeur bénigne de petite taille) qu'il est impossible de distinguer par l'imagerie seule, d'un cancer du rein ;
- l'adénome papillaire
- l'angiomyolipome.

Des tumeurs malignes :

La plus fréquente est l'adénocarcinome à cellules claires (encore dénommé hypernéphrome à cellules claires ou tumeur de Grawit). Représentant 80 % des cas, elle se développe à partir des cellules du rein. Selon les aspects cellulaires (noyau et nucléole), on grade la tumeur de 1 à 5 définissant un aspect plus ou moins agressif (grade histologique de Führman).

On retrouve **d'autres variétés** de tumeurs **beaucoup plus rares**, déterminées en fonction de l'aspect histologique des cellules :

L'adénocarcinome papillaire (ou tumeur à cellules chromophiles), souvent multiples et de siège bilatéral ;

Le carcinome à cellules chromophobes, plus fréquent chez la femme et moins évolutif ;

Le carcinome des tubes collecteurs de Bellini retrouvé chez l'homme plus jeune, de 40 à 50 ans.

Les carcinomes urothéliaux se développent à partir des cellules des voies excrétrices constituant l'urothélium (épithélium de surface) des calices et du bassinet et se rapprochent des cancers de la vessie.

On peut également diagnostiquer d'**autres types de tumeurs** : des sarcomes, des lymphomes, des tumeurs neuroendocrines ou des métastases.

❖ CLASSIFICATION DE LA MALADIE

Selon la taille et l'extension de la tumeur en dehors du rein, de la présence ou non de ganglions et de métastases à distance, on classe la maladie en 4 stades (classification UICC*) :

Stade I	T1a : tumeur < 4cm T1b : tumeur de 4 à 7 cm sans ganglion métastatique
Stade II	T2 : Tumeur > à 7 cm limitée au rein sans ganglion, ni extension périphérique
Stade III	T3a : envahissement de la graisse péri-rénale et/ou de la surrénale T3b : envahissement de la veine rénale et/ou de la veine cave sous diaphragmatique T3c : envahissement de la veine cave supérieure
Stade IV	T4 : Le cancer atteint les tissus périphériques du rein et la glande surrénale. Le cancer atteint plus d'un ganglion lymphatique (N1 ou N2) ; Le cancer est métastatique (M1).

❖ LES TRAITEMENTS

○ La chirurgie

La chirurgie permet de retirer une partie ou la totalité du rein atteint. (Néphrectomie)

La néphrectomie* totale : ablation totale du rein et de la tumeur. C'est le traitement de référence. Le curage ganglionnaire est systématique pour s'assurer de l'intégrité des ganglions.

Elle est élargie pour les cancers plus évolués localement. Elle emporte la totalité du rein, les tissus graisseux de voisinage,

le tissu graisseux du hile du rein pour contrôler les ganglions, parfois la surrénale. La veine rénale et la veine cave inférieure sont toujours vérifiées pour s'assurer de l'absence de thrombus* cancéreux.

La néphrectomie partielle, par chirurgie classique ou par coelioscopie, est possible pour une tumeur de petite taille, < 4 cm, limitée à une partie de l'organe avec certitude d'intégrité des tissus environnants (petite tumeur, tumeur sur rein unique).

D'autres techniques (Radiofréquence ou cryoablation) permettent de détruire la tumeur directement à l'intérieur du rein. Elles peuvent être proposées pour de petites tumeurs, chez des patients fragiles, ou porteurs d'un seul rein, ou concernés par une forme héréditaire de cancer affectant les 2 reins.

○ **La radiothérapie**

Les tumeurs du rein étant radio-résistantes, la radiothérapie n'a pas sa place dans le traitement curatif en dehors d'une éventuelle radiothérapie stéréotaxique sur des métastases peu nombreuses. Elle est également indiquée dans le traitement antalgique des métastases.

○ **La chimiothérapie**

Le cancer du rein est peu chimio sensible. La chimiothérapie est donc peu utilisée dans ce type de cancer.

○ **L'immunothérapie**

Elle stimule les défenses immunitaires de l'organisme pour détruire les cellules cancéreuses. Cette thérapie connaît un regain d'intérêt avec le développement de nouveaux traitements prometteurs par anticorps monoclonaux (anti PDL1 ou anti PD1) qui stimulent l'immunité du patient.

Ils sont indiqués dans les cancers étendus localement et/ou métastatiques (stade 4).

○ **Les traitements ciblés**

La prolifération de petits vaisseaux (angiogenèse) est nécessaire au développement du cancer qui facilite lui-même cette angiogenèse tumorale. De nouveaux médicaments comme le bévacizumab, le sunitinib, l'axitinib, le torisel et le sorafenib ont révolutionné les traitements des cancers du

rein avancés et/ou métastatiques (stade 4). D'autres traitements sont en cours de développement (Cabozantinib)

❖ LA STRATEGIE THERAPEUTIQUE

- Pour un cancer localisé : chirurgie partielle ou totale
- Pour un cancer métastatique : prescription de traitements ciblés ou éventuellement d'une immunothérapie.
- L'ablation chirurgicale des métastases est possible, si elles sont uniques, accessibles, pour une maladie à évolution lente et chez un malade en bon état général.
- Un traitement ciblé peut être indiqué avant la chirurgie pour réduire la taille de la tumeur et faciliter le geste chirurgical.
- De même, pour contrôler des métastases sélectionnées, seront proposées une radiothérapie stéréotaxique ou des techniques de radiologie interventionnelle (cryothérapie, radiofréquence).

❖ LE PRONOSTIC

Le pronostic dépend du stade d'extension au moment du diagnostic, de l'état général du malade et de l'invasion des vaisseaux.

Dans les stades 1 et 2, le pronostic à 5 ans donne 85 à 95 % de bons résultats.

Dans les autres stades, les résultats dépendent du degré d'extension de la maladie. Toutefois, ceux-ci devraient être améliorés par la mise en œuvre des nouveaux traitements ciblés et les essais thérapeutiques en cours devraient confirmer ces résultats encourageants.

❖ LE SUIVI APRES TRAITEMENT

Les patients traités pour un cancer du rein sont suivis tous les 6 mois pendant 5 ans, puis annuellement, par des examens clinique, biologique et radiologique.

LES CANCERS DE LA VESSIE

La vessie est une poche dont la paroi est constituée de trois couches : muqueuse, musculaire et conjonctive. Elle est fermée par un sphincter. La contraction du tissu musculaire de sa paroi permet l'évacuation de l'urine. La distension de la vessie entraîne le besoin d'uriner, le choix du moment de la miction étant sous le contrôle de la volonté. Chez l'homme, la vessie est située devant le rectum, chez la femme, devant le vagin et l'utérus.

Chez l'homme, on recense 9.758 nouveaux cas de cancers de vessie avec 3.728 décès estimés par an (Source INCa 2015). Chez la femme, on dénombre 2.547 nouveaux cas et 1.233 décès estimés. L'âge moyen au diagnostic est de 74 ans chez l'homme et 79 ans chez la femme.

❖ LES FACTEURS DE RISQUE

Le cancer de la vessie survient plus volontiers chez l'homme que chez la femme.

Le principal facteur de risque est le tabac. Plus de la moitié des patients ayant un cancer de la vessie sont des fumeurs ou des anciens fumeurs.

○ Les autres facteurs de risque sont :

- l'exposition, durant une activité professionnelle, à des carcinogènes chimiques (dérivés hydroxylés et sulfonés, aniline, hydrocarbures polycycliques, tryptophane). Le cancer est alors considéré comme une maladie professionnelle ;
- l'absorption de certains médicaments (phénacétine, cyclophosphamide) ;
- une irradiation pelvienne ;
- la bilharziose urinaire : cette maladie parasitaire, contractée essentiellement en Afrique occidentale et en Egypte, peut se transformer en cancer de type histologique épidermoïde.

❖ LES SYMPTOMES

Le signe le plus évocateur et le plus fréquent est la présence de sang dans les urines (hématurie). Les urines peuvent être de couleur rouge vif en cas de saignement abondant et récent, rouge bordeaux en cas de saignement ancien, ou rosée en cas de saignement modéré. La coloration des urines par le sang peut survenir uniquement en fin de miction* (hématurie terminale).

Le plus souvent, le saignement est isolé et il n'y a aucun autre symptôme (ni douleur, ni fièvre, ni troubles mictionnels*). Le saignement peut être intermittent : le fait d'avoir à nouveau des urines de couleur normale après une hématurie ne doit pas faussement rassurer.

L'existence d'une hématurie ne traduit pas obligatoirement l'existence d'un cancer de la vessie. De nombreuses autres maladies de la vessie ou du rein peuvent en être responsables : infection urinaire, calcul, tumeur du rein.

D'autres signes peuvent également attirer l'attention : troubles de la miction (dysurie), infections urinaires à répétition.

❖ LE DIAGNOSTIC

○ Diagnostic clinique

En fonction du contexte, le médecin proposera un certain nombre d'examens et une consultation spécialisée :

La confirmation de l'hématurie grâce à un examen par bandelette urinaire ;

Un examen cyto bactériologique des urines (ECBU*) pour confirmer la présence de sang (hématies) et de cellules anormales ;

La cystoscopie : cet examen essentiel réalisé par fibroscopie permet d'examiner l'intérieur de la vessie avec un système optique. L'examen se fait en consultation, après anesthésie de l'urètre par du gel anesthésiant. La cystoscopie permet de voir un éventuel polype vésical, de déterminer son aspect et sa localisation et de le prélever pour examen histologique. Si l'examen fibroscopique révèle l'existence d'une tumeur vésicale, celle-ci pourra être enlevée par les voies naturelles ; c'est ce que l'on appelle une résection endoscopique ;

Un scanner et une IRM, utiles pour faire le bilan d'extension du cancer à la recherche de métastases, en cas de tumeur infiltrante ;

L'urographie intraveineuse : c'est une radiographie de l'ensemble de l'appareil urinaire, opacifié par un produit iodé injecté par voie intraveineuse et dont l'élimination se fait par les reins. Cet examen permet de voir les reins, les uretères et la vessie. L'urographie intraveineuse n'est pas systématique ; elle est demandée surtout en cas de suspicion de calcul urinaire ou de polype dans l'uretère.

❖ **DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE**

90 % des tumeurs de la vessie ont un aspect histologique comparable à celui de la couche muqueuse tapissant l'intérieur de la vessie (urothélium) : on parle alors de carcinome urothélial transitionnel.

D'autres types histologiques (carcinomes épidermoïdes et adénocarcinomes) sont plus rares.

Enfin d'autres tumeurs, encore plus rares et de traitements différents, peuvent être découvertes : lymphomes, sarcomes, tumeurs neuroendocrines.

❖ **CLASSIFICATION DE LA MALADIE**

Le pronostic du cancer de la vessie dépend du grade et surtout du stade de la tumeur :

Le grade est établi en fonction des anomalies des cellules tumorales : plus ces anomalies sont importantes, plus le grade de la tumeur est élevé.

Le stade décrit le degré d'extension de la tumeur dans la paroi de la vessie.

On distingue:

les tumeurs **Ta** (atteinte de la muqueuse seule, avec bourgeon endo-vésical) ;

les tumeurs **T1** (atteinte du chorion ou sous muqueuse) ;

les tumeurs **T2** (atteinte de la musculature) ;

les tumeurs **T3** (atteinte de la graisse péri-vésicale) ;

les tumeurs **T4** (extension aux organes voisins : rectum, prostate, utérus).

Un cas particulier est l'existence d'une tumeur intra-muqueuse, sans bourgeon endo-vésical : il s'agit du **carcinome in situ* (Tis)**.

Les tumeurs Ta, T1, et le carcinome in situ, sont des tumeurs dites superficielles. Les tumeurs T2, T3, et T4 sont des tumeurs dites infiltrantes.

Au moment du diagnostic, 75 à 85 % des patients ont une tumeur superficielle, d'évolution imprévisible. Environ la moitié des tumeurs superficielles récidivent dans les 12 mois, tout en restant superficielles. Cependant, ces tumeurs superficielles évoluent parfois vers une tumeur infiltrante.

❖ LES TRAITEMENTS

Le traitement d'un cancer de la vessie est toujours fonction de son stade d'évolution.

Une des conditions du succès des traitements est **l'arrêt du tabac**.

○ La chirurgie

En cas de cancer superficiel :

Si la tumeur est unique, le traitement consistera en une ablation de la tumeur par les voies naturelles (résection endoscopique).

S'il y a plusieurs cancers superficiels ou des récidives, l'ablation sera complétée par l'instillation dans la vessie de produits de chimiothérapie (Mitomycine) ou de BCG (également utilisé pour la vaccination contre la tuberculose) agissant sur la paroi de la vessie. Les instillations de BCG permettent de réduire le risque de récurrence, sans que l'on en connaisse parfaitement le mode d'action. Les instillations sont généralement réalisées une fois par semaine pendant 6 semaines.

Lorsque le risque de récurrence est important, un traitement dit «d'entretien» est proposé par une instillation par semaine pendant 3 semaines, puis tous les 3 mois pendant 2 ans. Ces instillations se font par une sonde urinaire, posée durant le temps nécessaire à l'injection du produit. La sonde est ensuite retirée et le patient essaie de ne pas uriner durant les deux ou trois heures qui suivent, pour permettre l'action du produit.

Le traitement se fait en ambulatoire (pas d'hospitalisation). Il est généralement bien toléré. Les complications les plus fréquentes sont des troubles urinaires irritatifs et une fièvre transitoire.

La résection endoscopique d'une tumeur de la vessie

L'ablation d'une tumeur de la vessie par les voies naturelles (résection transurétrale) se fait sous anesthésie générale, ou en anesthésiant seulement le bas du corps (rachianesthésie). En fin d'intervention, une sonde urinaire est mise en place pour permettre un lavage de la vessie après l'opération. Elle est enlevée 24 à 48 heures après. Dans tous les cas, les tissus ainsi recueillis sont examinés au microscope pour déterminer le caractère superficiel ou profond de la tumeur.

En cas de cancer infiltrant

La cystectomie* est le traitement de référence. L'intervention consiste à enlever complètement la vessie (cystectomie totale) et les ganglions pelviens (évidemment ganglionnaire). Chez l'homme, on enlève également une partie de la prostate voisine (prostatocystectomie) ; chez la femme, l'utérus et souvent les ovaires (pelvectomie antérieure).

Préalablement, le chirurgien vérifie qu'il n'y a pas d'atteinte des ganglions situés à côté de la vessie. En cas d'atteinte massive de ces ganglions, il n'y a pas de bénéfice à retirer la vessie ; celle-ci étant laissée en place, une chimiothérapie sera programmée dans les semaines qui suivent.

Lorsque la vessie est enlevée, il faut créer un nouveau circuit pour dériver les urines :

- soit par la pose d'une poche extérieure : le recueil des urines peut se faire dans une seule poche, si on peut allonger les uretères par un morceau d'intestin grêle (intervention de Bricker). L'apprentissage de changement de cette poche est aidé par une infirmière spécialisée (somatothérapeute). La poche est invisible chez le malade habillé. Les fuites, les odeurs et les infections sont rares.

- soit par la reconstruction d'une nouvelle vessie : les deux uretères sont reliés à un segment d'intestin grêle (entérocystoplastie) qui fait office de nouvelle vessie. Raccordée à l'urètre prostatique, elle permet au malade d'uriner par les voies naturelles.

○ **La radiothérapie**

Le caractère mutilant de ces interventions a fait rechercher d'autres solutions, comme l'ablation partielle de la vessie (cystectomie partielle), associée à une curiethérapie ou à une irradiation externe.

La radiothérapie peut être indiquée seule dans un but «palliatif» et antalgique, c'est-à-dire dans les cancers avancés qui occasionnent des hématuries répétées. La radiothérapie permet alors, dans certains cas, de limiter les saignements.

D'autre part, l'irradiation externe peut être indiquée en association avec la chimiothérapie dans les tumeurs infiltrantes de petite taille, chez certains patients très âgés pour lesquels la cystectomie n'est pas indiquée.

○ **La chimiothérapie**

Elle peut être proposée avant ou après la chirurgie. Elle permet de réduire la taille de la tumeur et les risques de rechute, et améliore la survie.

Elle associe habituellement deux produits : gemcitabine et cisplatine. Cependant, plusieurs autres protocoles existent, associant cisplatine, méthotrexate et vinblastine ou encore cyclophosphamide, doxorubicine et cisplatine.

Elle est aussi utilisée quand la tumeur est très avancée, en particulier quand il existe une atteinte des ganglions lymphatiques ou des métastases (extension aux os, aux poumons, au foie, etc.).

Des résultats préliminaires d'études cliniques font état chez certains patients de résultats prometteurs avec des médicaments ciblant l'immunité (anticorps monoclonaux anti PDL1 et PD1). Il convient de définir la catégorie des patients qui en bénéficiera le mieux.

Pronostic du cancer de la vessie

Dans tous les cas, il est très important pour les fumeurs d'arrêter le tabac.

En effet, les patients qui ont une tumeur superficielle de la vessie ont davantage de risque de développer une tumeur infiltrante s'ils continuent de fumer. D'autre part, les patients qui ont une tumeur infiltrante peuvent développer d'autres tumeurs sur les voies urinaires.

Plus les tumeurs sont superficielles, meilleures sont les chances de guérison (80 à 90 % de guérison à 5 ans).

Elles restent encore acceptables lorsque la tumeur est de stade T2 avec cystectomie, donnant 70 à 80 % de bons résultats.

-:- :- :- :- :- :- :- :-

Pour en savoir plus :

Institut National du Cancer :

www.e-cancer.fr/patients-et-proches/Les-cancers/

Les traitements du cancer du rein (mars 2013) et les traitements des cancers de la vessie (mars 2014), Guides patients cancer Info, INCA

Association Française d'urologie :

<http://www.urofrance.org/publications-livres/publications-scientifiques/travaux-des-comites-scientifiques/ccafu.html>

Glossaire

Carcinome (ou cancer) in situ : cancer superficiel, n'ayant pas dépassé la muqueuse.

Cardia : orifice supérieur de l'estomac où se termine l'œsophage.

Cystectomie : ablation chirurgicale de la vessie. La cystectomie peut être totale ou partielle.

ECBU (examen cyto bactériologique des urines) : examen recherchant des cellules, des bactéries ou d'autres éléments dans les urines. Après le recueil des urines, celles-ci sont observées sous microscope, permettant de compter les globules rouges (hématies) et les globules blancs (leucocytes). Cet examen peut également permettre la mise en évidence de cristaux, de bactéries. Une recherche de cellules anormales peut être faite après centrifugation des urines.

Examen histologique : Examen pratiqué par un médecin anatomopathologiste consistant à examiner au microscope des fragments de tissus ou de tumeur. Cet examen est indispensable pour préciser le type histologique d'une tumeur, son degré de gravité et ses extensions aux tissus de voisinage. Il est effectué sur les tumeurs du rein et de la vessie mais aussi sur tous les fragments de vessie prélevés lors de la résection endoscopique.

Hématurie : présence de sang dans les urines. Une hématurie peut être microscopique (urines de couleur normale, mais avec présence d'un nombre anormalement élevé de globules rouges à l'examen microscopique des urines) ou macroscopique (urines teintées de rouge).

Miction : le fait d'uriner.

Néphrectomie : ablation chirurgicale partielle ou totale du rein.

Polyglobulie : excès de globules rouges dans le sang.

Région cœliaque : partie supérieure et médiane de l'abdomen où se trouve le trou cœliaque (grosse branche de l'aorte qui irrigue l'estomac, l'intestin, le foie, la rate).

Stauffer (syndrome de) : syndrome associant un dysfonctionnement du foie, une augmentation dans le sang des alpha-2-globulines, des phosphatases alcalines et une rétention de la BSP (épreuve dynamique utilisée pour étudier le fonctionnement du foie).

Thrombus : caillot de sang ou de tissu cancéreux adhérent à la paroi interne de la veine et oblitérant totalement ou partiellement la lumière d'une veine.

Troubles mictionnels : ensemble des troubles pour uriner (difficultés à uriner, besoins trop fréquents d'uriner).

UICC (classification de l') : Union Internationale Contre le Cancer.

Uretère : canal s'étirant du rein à la vessie.

Urètre : canal allant de la vessie au méat urinaire, c'est-à-dire à l'extrémité du pénis chez l'homme ou à la vulve chez la femme.

Von Hippel-Lindau (maladie de) : maladie orpheline rare, héréditaire, autosomique dominante, caractérisée par une anomalie de formation des vaisseaux, en relation avec une mutation du chromosome 3. Elle se caractérise par des tumeurs des vaisseaux et une atteinte des organes (foie, pancréas et surrénales). Elle est souvent associée à une tumeur vasculaire du tronc cérébral ou du cervelet (hémangioblastome).

-:- :- :- :- :- :- :-

Cancers du rein : Octobre 2009 - Dr. Henri BASTIEN (Ligue contre le cancer) et Dr. Sylvie ZANETTA (Centre de Lutte Contre le Cancer - Dijon)

Cancers de la vessie : Mai 2005 - Dr. Alain TREBUCQ et Dr. Michaël PEYROMAURE-DEBORD (Hôpital Cochin, Paris)

Relecture et mise à jour : Décembre 2016

Dr. Sylvie ZANETTA (Centre de Lutte Contre le Cancer - Dijon) et Dr. Henri BASTIEN (Ligue contre le cancer)

LA LIGUE CONTRE LE CANCER

Créée en 1918, la Ligue nationale contre le cancer est une association loi 1901, à but non lucratif, reconnue d'utilité publique. Elle fédère 103 Comités départementaux qui, ensemble, luttent dans trois domaines complémentaires : la recherche, l'information, la prévention, la promotion des dépistages et les actions pour les malades et leurs proches.

RECHERCHE

La Ligue est le premier financeur privé et indépendant de la recherche en cancérologie en France. Sous le contrôle d'un conseil scientifique national et de conseils scientifiques régionaux ou inter régionaux, elle finance des travaux de recherches fondamentale, clinique, épidémiologique et de sciences humaines et psychosociales. Elle soutient des jeunes chercheurs par des allocations d'étude, assure le financement de programmes de recherche d'équipes labellisées pour l'excellence de leurs travaux et initie des programmes de recherche innovants comme « la Carte d'Identité des Tumeurs ».

INFORMATION, PRÉVENTION ET PROMOTION DES DÉPISTAGES

Pour sensibiliser chacun au danger de certains comportements (tabac, alcool, exposition au soleil, etc.), pour alerter sur les facteurs de risque et en organiser la protection, pour communiquer sur les avantages des dépistages de certains cancers, la Ligue met en œuvre des moyens de communication (dépliants, brochures, affiches) disponibles au Siège de la Ligue ou auprès de ses Comités départementaux. En partenariat avec l'Institut national du cancer, elle relaie sur le terrain, les messages de dépistage des cancers.

ACTIONS POUR LES MALADES ET LEURS PROCHES

Les Comités départementaux de la Ligue apportent leurs soutiens matériel et financier, moral et psychologique aux malades, anciens malades et à leurs proches. Pour l'amélioration de leur qualité de vie, ils proposent ces accompagnements et des activités de soutien diverses au sein d'Espaces Ligue, lieux d'information installés dans les unités de soins ou leur Comité. La Ligue soutient aussi les patients dans les difficultés rencontrées pour défendre leurs droits, retrouver un emploi, bénéficier d'un prêt bancaire.

(Ecoute Ligue : 0 800 940 939 - Appel gratuit).

LA LIGUE AU CŒUR DE LA SOCIÉTÉ

La Ligue affiche un site internet (www.ligue-cancer.net) et édite une revue trimestrielle « Vivre » informant sur ses actions et celles de ses Comités départementaux et sur les dernières avancées thérapeutiques contre le cancer. Elle met à la disposition de tous, un comité éthique, consultatif, indépendant et permanent pouvant être saisi par toute personne physique ou morale sur diverses questions relevant de l'éthique et du cancer. La Ligue veut faire du cancer un enjeu de société rassemblant le plus de forces possibles des milieux sociaux, culturels et économiques.





Ligue nationale contre le Cancer

14 rue Corvisart
75013 PARIS

Tél : 01 53 55 24 00

www.ligue-cancer.net

Ligue contre le Cancer Comité de Côte d'Or

29 C Rue de Talant
CS 40750
21007 DIJON Cedex

Tel : 03 80 50 80 00

cd21@ligue-cancer.net
www.ligue-cancer21.net