

10. CANCER DE LA VESSIE ET DES REINS

1. Introduction

Les différents cancers de l'appareil urinaire se distinguent par leur symptomatologie et par les étiologies incriminées. Les tumeurs malignes du rein sont diagnostiquées dans plus de 50 % des cas chez des personnes âgées de 50 à 70 ans, dans plus de 40 % après 70 ans. Il existe également un cancer du rein plus rare, qui touche généralement les jeunes enfants de moins de 7 ans, appelé tumeur de Wilms.

Le cancer de la vessie est le quatrième cancer le plus fréquent (6,9 %) chez les hommes en Belgique (1). Il se déclare aussi chez les personnes âgées, puisque dans 80 % des cas, le diagnostic est posé chez des patients de plus de 60 ans et dans plus de 50 %, chez des personnes de 70 ans et plus.

2. Définition

.2.1. Symptomatologie

Le cancer du rein est le plus souvent asymptomatique au début de la maladie et découvert de façon fortuite par exemple lors d'une échographie abdominale. A un stade plus avancé apparaissent des signes non spécifiques tels la présence de sang dans les urines, une douleur localisée à l'un des flancs, un état de fatigue généralisé, parfois de la fièvre.

Le cancer de la vessie peut se déclarer à tout moment mais survient le plus souvent 20 ans ou plus après l'exposition aux facteurs de risque (2).

L'hématurie (présence de sang dans les urines), dont l'apparition en fin d'émission du jet urinaire est évocatrice d'une origine vésicale, est un signe révélateur, non spécifique, du cancer de la vessie. Elle peut apparaître suite à la prise de certains médicaments (type aspirine, anti-inflammatoires non stéroïdiens). Cette hémorragie, indolore, peut disparaître pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, voire plusieurs mois pendant que la tumeur continue à se développer. A un stade plus avancé, d'autres symptômes peuvent apparaître comme des difficultés à uriner (dysurie), des mictions fréquentes (polyurie) et impérieuses, des cystites à répétition, des pseudo-lombalgies ou des coliques néphrétiques alithiasiques.

.2.2. Diagnostic

Le diagnostic sera le plus souvent posé suite au bilan d'une hématurie (même microscopique). Une cystoscopie (endoscopie de la vessie) est alors effectuée afin de visualiser les lésions situées dans l'appareil urinaire bas. Cet examen sera complété par une ultrasonographie ou un scanner et une urographie intraveineuse (radiographie avec produit de contraste). Une biopsie est souvent indispensable pour déterminer le type de tumeur. D'autres investigations peuvent se révéler utiles par la suite pour exclure des métastases pulmonaires (radiographie du thorax) ou osseuses (scintigraphie osseuse).

.2.3. Prévention et traitement

La prévention du cancer du rein n'est que très partiellement possible car la connaissance des facteurs étiologiques est loin d'être parfaite. Les premiers symptômes sont généralement déjà les signes d'une tumeur avancée.

Le pronostic du cancer du rein est en général moins bon que celui de la vessie. En effet, 80 % des tumeurs de la vessie sont superficielles et accessibles à un traitement conservateur justifiant la nécessité d'investiguer toute hématurie inexplicée (3). L'utilisation de bandelettes réactives, comme test de dépistage, est une méthode sensible et spécifique de détection de l'hématurie (4), mais ce symptôme n'est pas spécifique de ces types de cancers. Elle peut-être due à des facteurs physiologiques, comme une activité physique vigoureuse, des relations sexuelles récentes, la première miction au lever ou une infection des voies urinaires. Chez les hommes âgés de plus de 50 ans qui présentent une hématurie, seules 14 à 24 % de celles-ci seront attribuables à un cancer de la vessie (5). Cette proportion sera beaucoup plus faible chez les jeunes et les femmes.

Le dépistage de l'hématurie dans le but de détecter préventivement (prévention secondaire) le cancer de la vessie n'est pas assez spécifique pour être effectué de façon systématique même dans les groupes à haut risque. Cependant, l'utilisation de bandelettes réactives, pour détecter une hématurie microscopique, est peu coûteuse et très facilement réalisable dans le cabinet du médecin.

Certains médecins préconisent, vu le caractère souvent sévère des cancers du rein, que les personnes âgées de 45 ans et plus se soumettent à des examens d'urine et à une ultrasonographie tous les 2 ans, mais cette attitude n'est absolument pas suffisamment étayée pour pouvoir être recommandée comme mesure de santé publique

La chirurgie (néphrectomie élargie) est le seul traitement efficace pour lutter contre le cancer du rein localisé. L'ablation permet également d'éliminer la source des hémorragies et de diminuer les douleurs chez les personnes souffrant de métastases. D'autres traitements de type chimiothérapie ou visant à renforcer les défenses immunitaires dirigées contre le cancer, peuvent être associés. La radiothérapie se montre utile dans les formes plus avancées. Le rein restant, dont la valeur fonctionnelle a été explorée avant l'intervention, permettra d'assurer à lui seul une fonction rénale normale.

Les tumeurs superficielles de la vessie peuvent être généralement détruites par endoscopie via l'urètre. En cas de récurrence, une chimiothérapie appliquée directement dans la vessie à l'aide d'un cathéter, ainsi que des instillations de BCG se sont révélées efficaces dans les formes superficielles. Les tumeurs invasives, par contre, ne peuvent être traitées que par l'ablation chirurgicale de la vessie puis reconstruction, associées parfois à une chimiothérapie ou une radiothérapie.

Pour tous ces types de cancers, une surveillance doit être réalisée après traitement dans un délai de 6 mois car il existe un risque important de récurrence.

Les polypes (bénins) de la vessie, facteur prédisposant de tumeur maligne, peuvent être réséqués par cystoscopie. Cette ablation doit également être suivie d'une surveillance régulière car les polypes peuvent récidiver, être multiples et dégénérer.

3. Etiologie

Les causes du cancer du rein chez l'adulte sont inconnues. Chez l'enfant, des recherches étiologiques ont identifié le rôle des facteurs héréditaires et de l'exposition (même in utero) à certains produits chimiques.

- Les facteurs génétiques : pourraient expliquer une partie (environ 5 %) des tumeurs du rein de l'enfant. En effet, certaines formes sont dues à une mutation chromosomique, transmise héréditairement (6).
- Les pesticides : ces produits sont incriminés dans la genèse de nombreux cancers de l'enfant, dont la tumeur de Wilms. Leur utilisation à l'intérieur des maisons, la contamination de la nourriture (directe ou indirecte) et une plus grande sensibilité des enfants à ces produits pourraient favoriser la survenue de ces cancers (7).
- Certaines préparations à base de plantes : au cours de ces dernières années, on a rapporté un certain nombre de cas de cancer du rein chez des personnes -principalement de sexe féminin - ayant développé une insuffisance rénale chronique après avoir suivi un régime amaigrissant comportant des extraits de plantes chinoises. Suite à une erreur de préparation, certains de ces extraits contenaient de l'Aristolochie, dont les propriétés néphrotoxiques sont connues (8) (9)

Dans plus de 90 % des cas, l'origine de ces tumeurs est sporadique et aucun facteur prédisposant n'est retrouvé.

Les facteurs étiologiques du cancer de la vessie sont nettement mieux identifiés. Certains d'entre-eux (tabac, produits chimiques) ont sans doute un rôle toxique sur l'ensemble de l'appareil urinaire bien que la plupart des études aient montré spécifiquement leurs effets sur le cancer de la vessie.

- Le tabac : est sans doute, depuis les mesures prises pour limiter l'exposition à certains produits chimiques, la principale cause de cancer de la vessie (10). Il est sans doute aussi, mais dans une

moindre mesure, pour le cancer du rein. Le risque de développer ce cancer augmente avec le nombre de cigarettes et diminue après l'abandon du tabac. Les substances toxiques du tabac (principalement les dérivés du goudron) sont éliminées par les reins et la vessie et altèrent ces organes.

- Les anti-douleurs contenant de la phénacétine : et utilisés de manière chronique, ont été incriminés comme facteur favorisant ce cancer.
- Les produits chimiques : certains produits utilisés dans la fabrication du cuir et du caoutchouc, des colorants (famille des azoïques, le amino-4 diphényle), des matières synthétiques (les métabolites du tryptophane) et les amines aromatiques (du type de la β -naphtylamine), ajoutés aux huiles de coupe et aux produits du pétrole et dégagés par les fumées de combustion, sont identifiés comme substances cancérigènes provoquant des cancers de la vessie (11). Certains des produits identifiés, autrefois largement utilisés dans l'industrie chimique, ont en principe été éliminés des procédés de finition de la plupart des pays occidentaux ; mais il est à craindre que certains soient encore en circulation, et que d'autres n'aient pas encore été identifiés. Comme la période de latence entre l'exposition et l'apparition du cancer vésical est longue, les personnes qui ont été exposées dans le passé devraient toujours être considérées comme à risque, même après plusieurs décennies.
- L'alimentation : il a été décrit que la consommation régulière de café ou de certains édulcorants artificiels pourrait favoriser l'apparition de cancers vésicaux (12), mais le doute subsiste à cet égard.
- L'irritation chronique : secondaire à des cystites à répétition et aux calculs de vessie prédispose au cancer de la vessie.
- Des parasites de la vessie, existant dans certains pays tropicaux, favorisent l'apparition du cancer.

.3.1.Synergies

Il n'y a pas d'étude montrant une augmentation du risque de développer ces cancers avec le cumul d'exposition aux différents facteurs de risque incriminés. Une synergie entre le tabac et les colorants est cependant établie.

.3.2.Groupes à risque

Les enfants aux antécédents familiaux de tumeur rénale doivent être suivis régulièrement afin de diagnostiquer précocement une tumeur débutante.

Les gros fumeurs, les personnes qui consomment régulièrement certains antalgiques, ainsi que ceux qui ont été en contact régulièrement dans le passé avec des produits cancérigènes doivent être attentifs, à partir d'un certain âge, aux premiers signes de ces types de cancers.

4.Importance à Bruxelles

Il n'y a pas de spécificité bruxelloise ni en matière d'exposition à des facteurs de risque spécifiques, ni en terme d'incidence et de mortalité de ces maladies. Cependant l'exposition aux extraits de plantes chinoises semble avoir été fréquente, surtout en région bruxelloise.

.4.1.Exposition aux facteurs de risque

La prévalence de la consommation de tabac a déjà été présentée pour d'autres pathologies (voir fiche cancer du poumon). Quant aux produits chimiques incriminés dans le cancer de la vessie, ils ont été retirés du marché il y a déjà plusieurs années, avec toutefois les réserves émises ci-dessus..

.4.2.Prévalence

.4.2.1. Population générale

Durant la période 1990-92, le Registre National du Cancer (dont la fiabilité est malheureusement assez relative), indique que le cancer du rein a touché 2.414 personnes (dont 57,7 % d'hommes) et le cancer de la vessie 4.424 personnes (dont 76,1 % d'hommes) en Belgique. Cela représente une incidence de 9,5/100.000 hommes et 6,7/100.000 femmes pour le cancer du rein et 22,9 /100.000 hommes et 6,9/100.000 femmes

10. Cancer de la vessie et des reins

pour le cancer de la vessie (13). Il n'y a pas de différence inter-régionale pour ces cancers, ni suivant les milieux urbains ou ruraux. Ceci apparaît contradictoire avec une étude de Doll (14) démontrant dans différents pays d'Europe et aux Etats Unis, un excès du cancer de la vessie en milieu urbain par rapport aux zones rurales allant jusqu'à 46% chez les hommes et 67% chez les femmes ; ces chiffres sont de 30% et 11% pour le cancer du rein. A Bruxelles, le cancer du rein a touché 111 personnes pendant la période 1993-1995 (dont 56% d'hommes) et le cancer de la vessie 259 personnes (dont 73% d'hommes). Cela représente une incidence de 3,40/100.000 hommes et 1,88/100.000 femmes pour le cancer du rein, et de 8,32/100.000 hommes et 2,22/100.000 femmes pour le cancer de la vessie. Il est difficile de connaître le nombre de personnes qui décèdent chaque année de ces cancers. En effet les statistiques de mortalité traitent de façon globale les cancers de l'appareil génito-urinaire.

4.2.2. Enfants

La tumeur de Wilms touche un enfant sur 10.000 indépendamment de la race, du sexe, du pays d'origine ou du type de travail des parents. Il n'y a pas de données spécifiques à ce type de cancer en Belgique.

5. Ressources

Centre de documentation et outils pédagogiques destinés au public :

- Fédération Belge contre le Cancer, chaussée de Louvain 795, 1030 Bruxelles, tél. 736.99.99, Cancerphone: 0800/158 00

6. Conclusion

Le fait que l'incidence du cancer du rein a augmenté dans de nombreux pays occidentaux au cours des dernières décennies fait suspecter la contribution d'un facteur environnemental.

L'incidence des cancers du rein et de la vessie augmente avec l'âge, elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes et est étroitement associée au tabagisme et à l'exposition à certains produits chimiques.

Il n'y a pas de dépistage de ces cancers à faire chez les personnes asymptomatiques, les critères nécessaires pour justifier ce type de manœuvre de masse n'étant pas réunis. Les médecins doivent cependant rester vigilants chez tous les patients qui ont des antécédents de tabagisme ou d'exposition à tout autre facteur de risque, et leur faire subir des épreuves diagnostiques dès l'apparition des premiers symptômes.

Sources

1. *Registre national du Cancer. Fiche thématique cancer tous sites 1994.*
2. *Anton-Culver H., Lee Felstein A. & Taylor T.H. Occupation and bladder cancer risk. Am J Epidemiol 1992; 136(1): 89-94.*
3. *Messing E.M. & Vaillancourt A. Hematuria screening for bladder cancer. J Occup Med 1990; 32(9): 838-45.*
4. *Britton J.P., Dowell A.C. & Whelan P. Dipstick hematuria and bladder cancer in men over 60: results of a community study. BMJ 1989; 299: 1010-12.*
5. *Mohr N.D., Offord K.P., Owen R.A. & al. Asymptomatic microhematuria and urologic disease: a population-based study. JAMA 1986; 256(2): 224-29.*
6. *Manuel Merck de diagnostic et thérapeutique. ED. Sidem-T.M. 1987.*
7. *Van Larebeke N. & Pluygers E. Pesticides : cancer et autres effets sur la santé. Santé Conjugée 1999; 9: 52-56.*
8. *Van Herweghem et al. Rapidly progressive interstitial renal fibrosis in young women ; association with slimming regimen including Chinese herbs, Lancet 1993 ;341 :387-391*

9. *Nortier J. et al. Chinese herbs nephropathy and urinary tract carcinoma, Jl. Am. Soc. Nephrol. 1998 ; 9 :164.*
10. *Slattery M.L., Schumacher M.C., West D.W., et al. Smoking and bladder cancer. The modifying effect of cigarettes on other factors. Cancer 1988; 61(2): 402-8.*
11. *Cabut Ch. Le médecin généraliste et les risques pour la santé en relation avec l'environnement. Faculté de Médecine, Université de Liège, année 1997-1998.*
12. *Rylander R. & Mégevand I. Introduction à la médecine de l'environnement. Ed. Frison-Roche, pp.101-103.*
13. *Registre National du cancer. Cancer en Belgique 1990-1992.*
14. *Doll, R. Urban and rural factors in the etiology of cancer, International Journal of Cancer 1991 ;47(6) : 803-810.*

Auteur(s) de la fiche

BOULAND Catherine