

ONCO

HAUTS-DE-FRANCE
RÉSEAU RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE



RÉSOU

RÉSEAU SEPTENTRIONAL D'ONCOLOGIE UROLOGIQUE

Référentiel régional de RCP (RR-RCP)

PRISE EN CHARGE DES CANCERS UROLOGIQUES

Version Juillet 2015

Référentiel issu des travaux des professionnels de l'ex NPDC



CANCERS UROLOGIQUES

REMERCIEMENTS

Nous remercions chaleureusement les professionnels de santé d'avoir contribué au travail de ce référentiel régional.

- ✓ **Date du référentiel adopté** : Juin 2006
- ✓ **Date d'actualisation** : Mai 2014
- ✓ **Date de publication** : Juillet 2015



RéSOU
RÉSEAU SEPTENTRIONAL D'ONCOLOGIE UROLOGIQUE

Réseau Régional de Cancérologie Onco Hauts de France
1A rue Jean Walter 59000 LILLE
Tel : 03 20 13 72 10 info@onco-hdf.fr - Site Internet : www.onco-hdf.fr

SOMMAIRE

I. PRINCIPES GENERAUX	4
II. CONTRIBUTEURS.....	5
III. DECISION THERAPEUTIQUE EN CANCEROLOGIE	6
IV. CHARTE GRAPHIQUE.....	8
V. RECHERCHE CLINIQUE	9
VI. EXIGENCES QUALITE DANS LA PRISE EN CHARGE.....	9
VII. REIN	10
a) Bilan diagnostic.....	10
b) Classification TNM	11
c) Traitement.....	12
d) Surveillance.....	15
e) Consultation d'oncogénétique	16
VIII. PROSTATE	17
a) Diagnostic.....	17
b) Bilan pré thérapeutique	18
c) Classification TNM	20
d) Traitement.....	21
e) Surveillance.....	24
IX. VESSIE.....	25
f) Diagnostic.....	25
g) Classification TNM	26
h) Traitement.....	27
i) Surveillance.....	31
X. VOIES EXCRETRICES	32
a) Diagnostic.....	32
b) Bilan d'extension.....	32
c) Traitement.....	32
d) Surveillance.....	33
XI. TESTICULES.....	34
a) Diagnostic.....	34
b) Classification TNM/ pTNM.....	36
c) Marqueurs tumoraux sériques.....	37
d) Traitement.....	38
e) Surveillance.....	39
XII. PENIS	41
a) Diagnostic.....	41
b) Classification TNM	42
c) Traitement.....	43
d) Surveillance.....	44

I. PRINCIPES GENERAUX

Ce référentiel constitue des propositions thérapeutiques qui servent de fondements aux avis émis en réunion de concertation pluridisciplinaire. Il doit être apprécié sous la responsabilité de médecins dans le respect des principes déontologiques d'indépendance et d'exercice personnel de la médecine conformément à l'article 64 du code de déontologie médicale, et en fonction de l'état pathologique du patient.

Ce référentiel a été élaboré par des professionnels de santé sur base de leur expertise, de l'état des connaissances scientifiques au moment de leur élaboration. Ainsi, il ne peut être exclu qu'au moment de leur consultation pour la pratique médicale quotidienne, les données mises à disposition soient incomplètes, inexactes ou obsolètes. Il revient aux professionnels de santé de déterminer et de décider, sous leur responsabilité, de faire ou non application des référentiels.

Conformément à la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie, « lorsque le praticien propose au patient de ne pas appliquer l'avis de la RCP mais de recourir à un autre traitement, il doit pouvoir le justifier et il est nécessaire de le mentionner dans le dossier ».

Article 64 (article r.4127-64 du code de la santé publique)

« Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés ; chacun des praticiens assume ses responsabilités personnelles et veille à l'information du malade.

Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer, à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères. »

II. CONTRIBUTEURS

Coordination du groupe régional Urologie :

Pr A. Villers, Urologue, CHRU de Lille

Sous-groupes de travail :

○ Rein :

Dr C. Ballereau, Urologue, Hôpital Privé La Louvière
Dr N. Berthon, Urologue, Polyclinique du Bois
Dr A. Caty, Oncologue médicale, Centre Galilée Lille
Dr C. Damaj, Urologue, CH Saint Omer
Dr V. Flamand, Urologue, CHRU de Lille
Dr N. Penel, Oncologue médical, Centre Oscar Lambret

○ Prostate :

Dr I. Bonnet, Oncologue médicale, CH Valenciennes
Dr P. Danjou, Urologue, CH Lens
Dr P. Martin, Oncologue radiothérapeute, Centre Bourgogne
Dr D. Pasquier, Oncologue radiothérapeute, Centre Oscar Lambret
Pr A. Villers, Urologue, CHRU de Lille

○ Vessie / TVES :

Dr P. Colin, Urologue, Hôpital Privé La Louvière
Dr F. Laestadius, Oncologue médical, Centre Oscar Lambret
Dr E. Lecornet, Urologue, Polyclinique Hénin Beaumont
Dr A. Ouzzane, Urologue, CHRU de Lille
Dr D. Pasquier, Oncologue radiothérapeute, Centre Oscar Lambret

○ Testicules / Verge :

Pr A. Adenis, Oncologue médical, Centre Oscar Lambret
Dr S. Barbet, Urologue, Centre MCO Côte d'Opale
Dr A. Caty, Oncologue médicale, Centre Galilée Lille
Dr N. Deligny, Oncologue médicale, Centre de Cancérologie Les Dentellières Valenciennes
Dr H. Kouto, Oncologue radiothérapeute, Centre Galilée Lille
Dr F. Marcelli, Urologue, CHRU de Lille
Dr F. Laestadius, Oncologue médical, Centre Oscar Lambret
Dr N. Penel, Oncologue médical, Centre Oscar Lambret
Dr T. Ryckewaert, Médecin généraliste, Centre Oscar Lambret

Relectures

➔ Présentation lors du Résou du 21.06.2014 et du 15.12.2014

➔ Validation lors du Résou du 20.06.2015

➔ Envoi au groupe de professionnels régional Urologie – relecteurs :

Dr JP. Buissart, Radiologue, CH Seclin
Dr JL. Bonnal, Urologue, GHICL
Dr P. Danjou, Urologue, CH de Lens
Dr V. Flamand, Urologue, CHRU de Lille
Pr D. Huglo, Médecin Nucléaire, CHRU de Lille
Pr L. Lemaitre, Radiologue, CHRU de Lille
Dr MH. Vieillard, Rhumatologue, CHRU de Lille

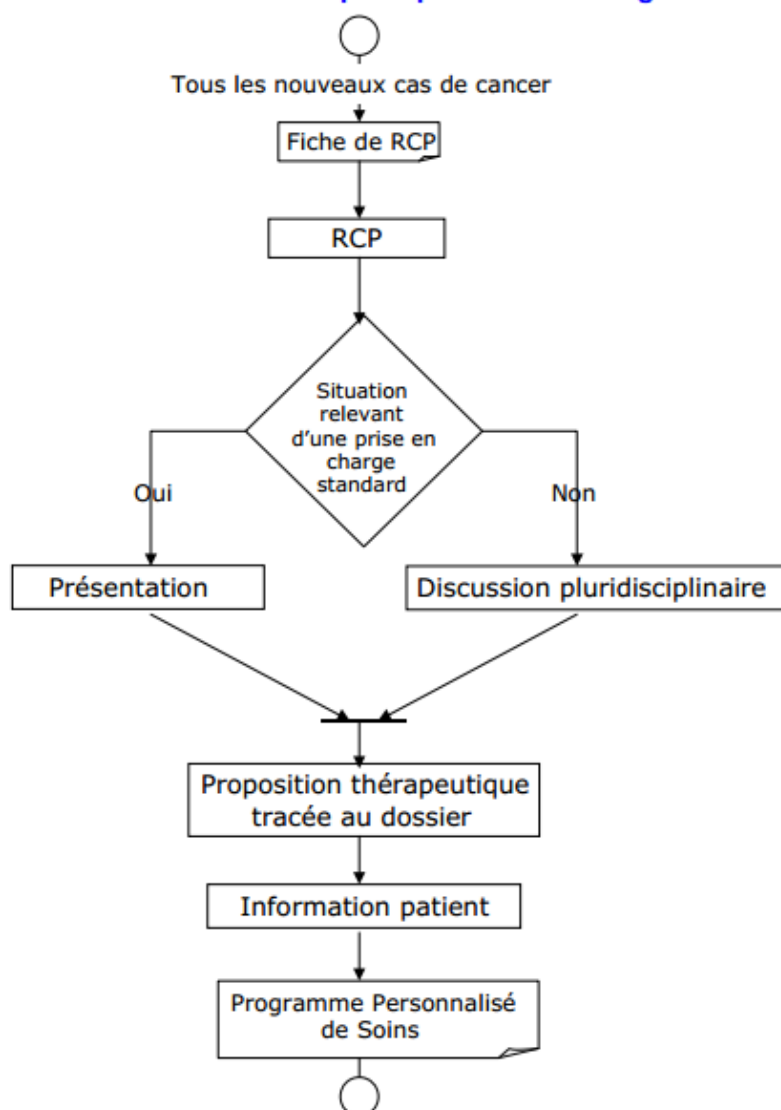
III. DECISION THERAPEUTIQUE EN CANCEROLOGIE

Extrait du livret HAS/INCa « Réunion de concertation pluridisciplinaire en Cancérologie », Juin 2006.

juin 2006



Décision thérapeutique en cancérologie



Modalités d'organisation de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) dans le NPDC

1- Le dossier de tout nouveau patient atteint de cancer doit être **présenté et validé par le président** de séance de la RCP **avant le premier acte thérapeutique**. Il peut s'agir d'un enregistrement simple ou d'une discussion pluridisciplinaire. Le plan de traitement sera ensuite proposé au patient.

2- Si le traitement correspond à un **traitement standard** (décrit dans les Référentiels Régionaux d'aide à la décision en RCP) il fera l'objet d'un **simple enregistrement en RCP avant l'acte thérapeutique**

3- S'il y a **différentes alternatives thérapeutiques**, le dossier fera l'objet **d'une discussion en RCP avant l'acte thérapeutique**

4- Les dossiers concernant une **chirurgie des cancers de l'œsophage, du foie, du pancréas, du rectum sous péritonéal et de l'ovaire** feront **obligatoirement l'objet d'une discussion avant l'acte thérapeutique et en présence du chirurgien qui opérera le patient** (cf. critère d'agrément).

5- En cas d'acte de **radiologie interventionnelle à visée diagnostique ou de chirurgie réalisée en urgence**, la discussion du dossier du patient en RCP pourra avoir lieu après l'intervention : le dossier ne sera pas seulement enregistré après l'acte, il devra faire l'objet d'une **discussion en RCP pour la suite du traitement**.








6- Les SOS sont intégrés dans l'organisation des RCP

Fiche RCP Urologie en annexe 1

IV. CHARTE GRAPHIQUE

La charte graphique permet de concevoir de manière identique les arbres de décision dans chaque référentiel régional.

L'arborescence décisionnelle est constituée des formes suivantes:

	Situation de prise en charge
	Question
	Diagnostic / Examens
	Chirurgie
	Radiothérapie
	Traitement médical spécifique (Chimiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie, ...)
	Traitement combinés (Radiothérapie Chimiothérapie concomitante, ...)
	Suivi / Surveillance
	Discussion en RCP

V. RECHERCHE CLINIQUE

Essais cliniques nationaux et régionaux :

INCa (Registre des essais cliniques) : <http://www.e-cancer.fr/recherche/recherche-clinique/registre-des-essais-cliniques/registre-des-essais-cliniques>

INCa (Essais Nord Pas de Calais) : http://www.e-cancer.fr/recherche/recherche-clinique/registre-des-essais-cliniques/registre-des-essais-cliniques/recherche-avancee?EC_keywords=&familleorganique=0&organe=0&promoteur=&typeessai=0&randomise=&specialite=0®ion=17&deptid=0&etablissement=&biomarqueurActive=0&biomarqueur=0&alteration=0&alteration_nojs=0&date_export=

Essais cliniques régionaux en Urologie : http://www.onco-npdc.fr/page_In-372.html

VI. EXIGENCES QUALITE DANS LA PRISE EN CHARGE

Annuaire régional d'offre de soins de support : <http://www.onco-npdc.fr/cartographie/annuaire-adultes>

Les modalités de prise en charge du patient font l'objet d'une discussion en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) tenant compte de son âge, du Performance Status (PS), de ses comorbidités, du stade TNM, des caractéristiques biologiques de la tumeur et de la situation sociale. Les informations sont transmises dans les meilleurs délais au médecin traitant.

Les différents aspects de la maladie et des traitements sont expliqués au patient et à ses proches. Des documents d'information sur les différents aspects de la maladie et des thérapeutiques sont disponibles et remis au patient, ainsi qu'un document traçant le Parcours Personnalisé de Soins (PPS). Les protocoles et schémas thérapeutiques sont écrits, disponibles, connus et régulièrement actualisés. Il existe des protocoles relatifs à la prise en charge des effets secondaires.

Le patient doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge de la douleur.

Le patient doit bénéficier de soins de support (diététique, réhabilitation...) tout au long de la prise en charge. Le patient peut bénéficier de soins palliatifs par une équipe et/ou une structure spécialisée, fixe ou mobile.

Le patient et sa famille peuvent bénéficier d'une prise en charge psychologique et d'une prise en charge sociale.

En cas de constatation de plusieurs cas de cancers dans la famille du patient, une consultation d'oncogénétique peut être proposée.

La participation à un protocole de recherche clinique doit être envisagée à toutes les étapes de la maladie. »

Source : Référentiel national RCP Cancers du Poumon, INCa, CRRC, ACORESCA et sociétés savantes

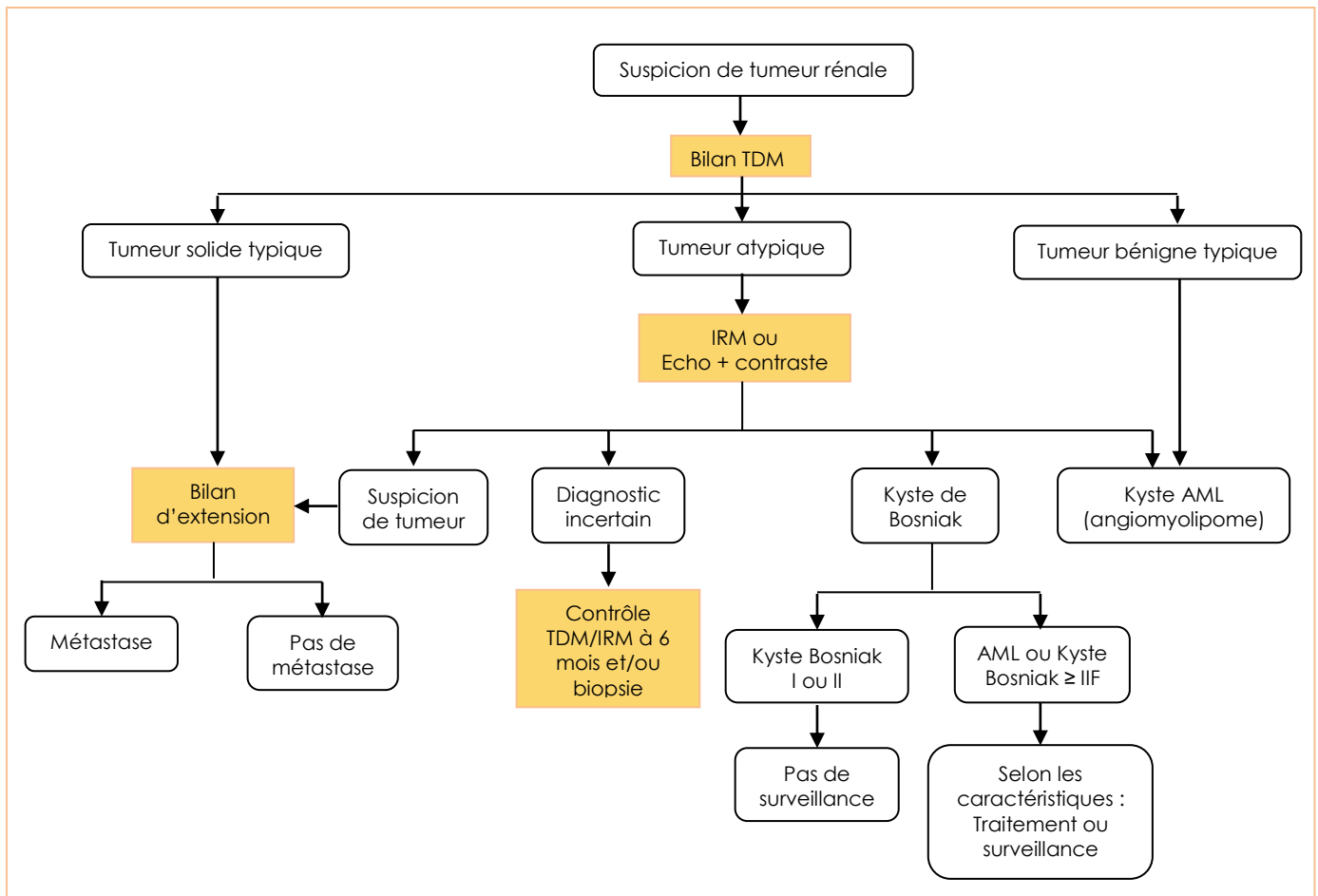
PRINCIPE GENERAL

Une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) est mise en place à chaque étape de la prise en charge

VII. REIN

a) Bilan diagnostic

Source : ONCOLOR, Référentiel Rein 2012



Place de la biopsie rénale (Cf. CCAFU 2013):

<http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/recommandations-en-onco-urologie-2013-du-ccafu-cancer-du-rein.html>

b) Classification TNM

Source : Classification UICC TNM des tumeurs malignes, 7^{ème} édition, 2009



T : Tumeur

TX	Le statut tumoral ne peut être défini
T1a	Tumeur ≤ à 4 cm localisée au rein
T1b	Tumeur > à 4 cm et ≤ à 7 cm localisée au rein
T2a	Tumeur localisée au rein > à 7 ≤ à 10 cm
T2b	Tumeur localisée au rein > à 10 cm
T3a	Envahissement du tissu adipeux péri rénal et / ou le tissu adipeux hilair mais pas le fascia de Gerota et / ou thrombus macroscopique dans le VR ou dans l'une de ses branches
T3b	Thrombus dans la veine cave sous le diaphragme
T3c	Tumeur s'étendant dans la veine cave au dessus du diaphragme ou envahissant la paroi musculaire de la veine cave
T4	Tumeur infiltrant au-delà du fascia de Gerota et / ou envahissement par contiguité de la surrénale

N : Ganglions régionaux

Nx	Pas d'évaluation du statut GG
N0	Pas de métastases GG
N1	Métastase régionale GG dans un seul GG
N2	Métastase régionale GG dans plus d'un GG

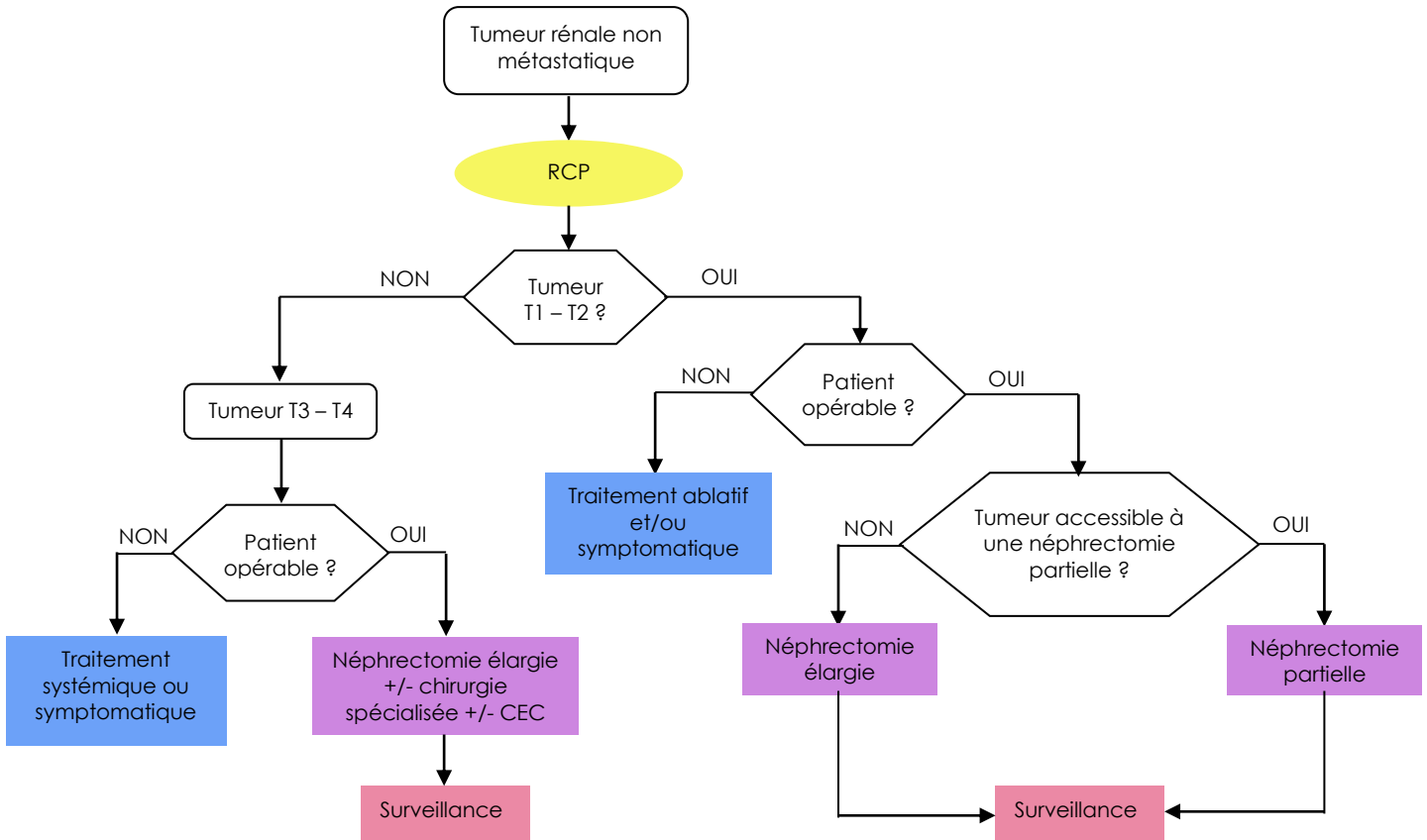
M : Métastases à distance

Mx	Pas d'évaluation du statut métastatique
M1	Pas de métastases
M2	Métastase tissulaire à distance

c) Traitement

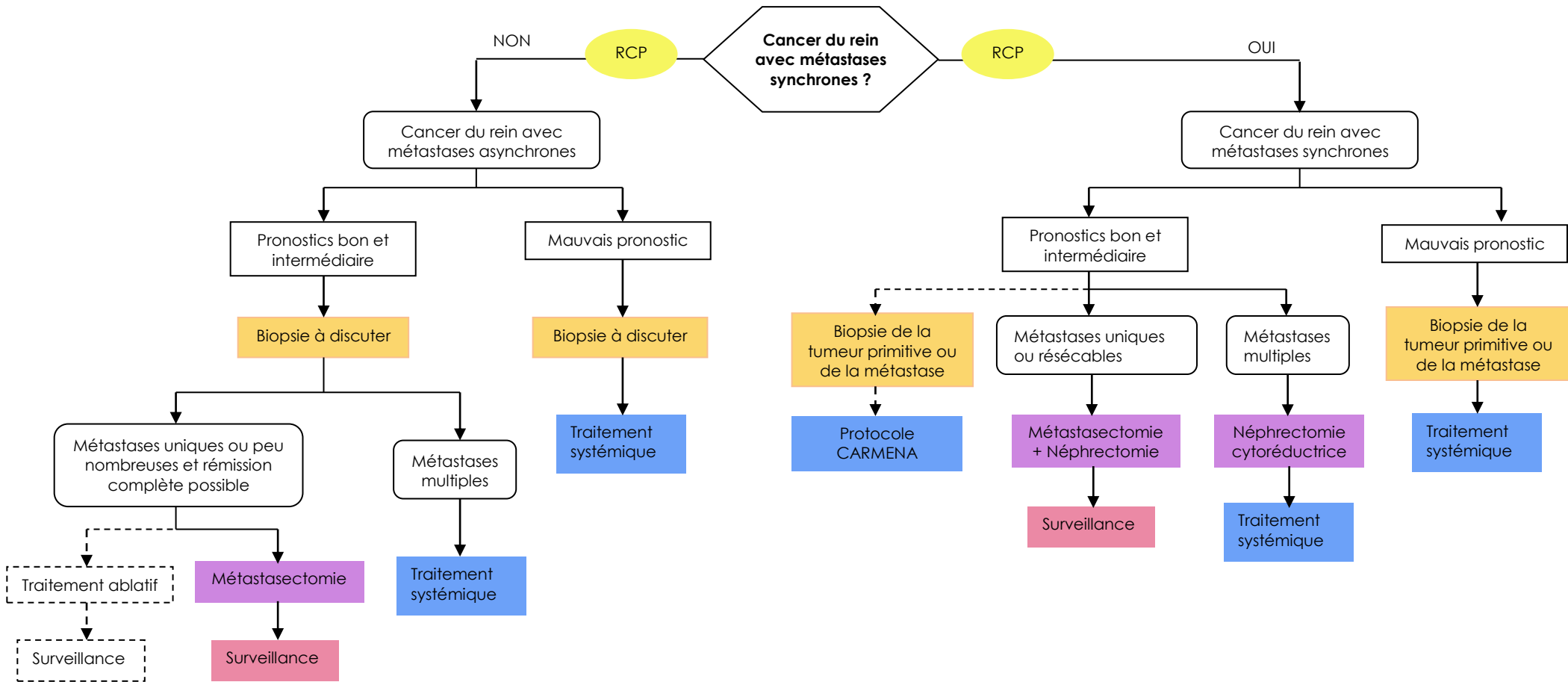
o Tumeur rénale non métastatique

Source : ONCOLOR, Référentiel Rein 2012



o **Tumeur rénale métastatique**

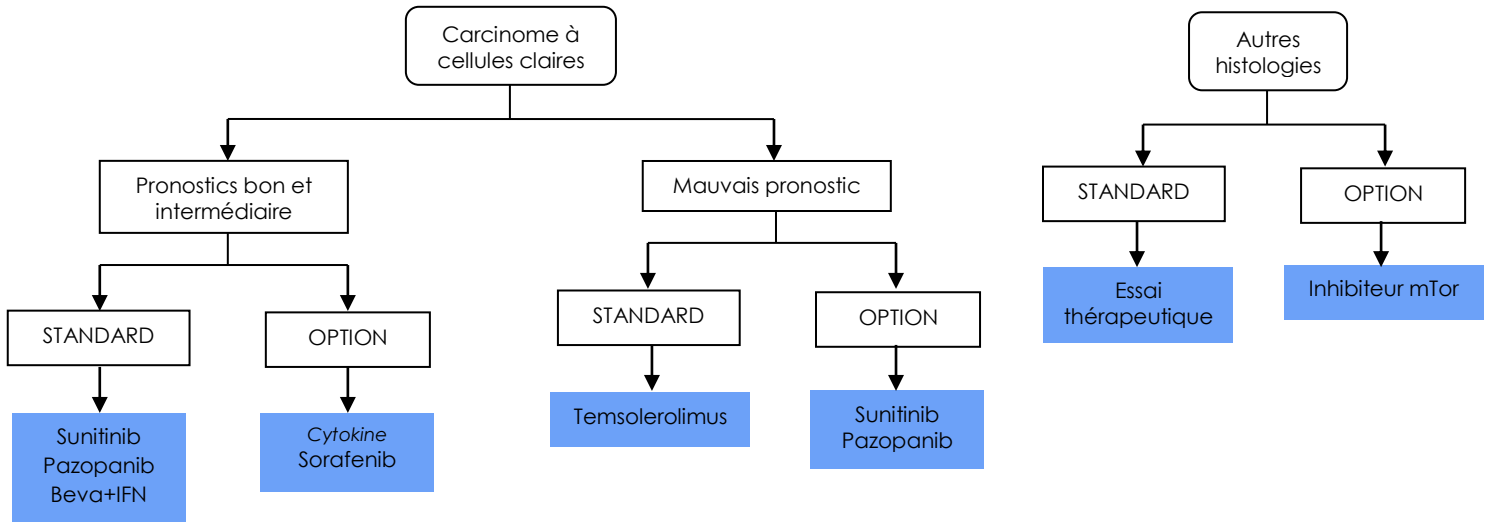
Source : CCAFU 2013, Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU : Cancer du rein



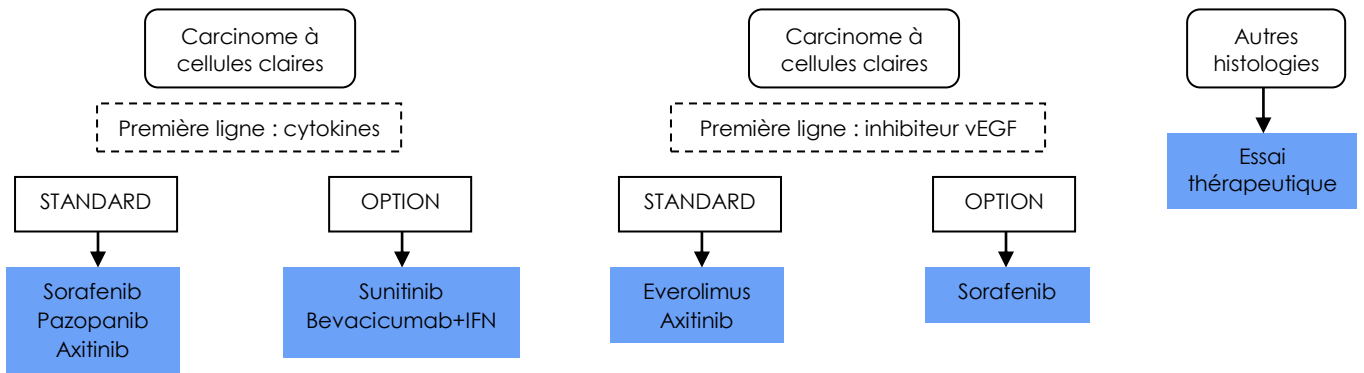
➔ Traitement médical du cancer du rein métastatique



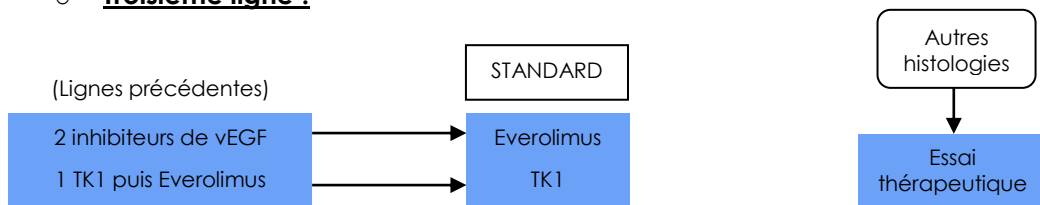
○ **Première ligne :**



○ **Deuxième ligne :**



○ **Troisième ligne :**

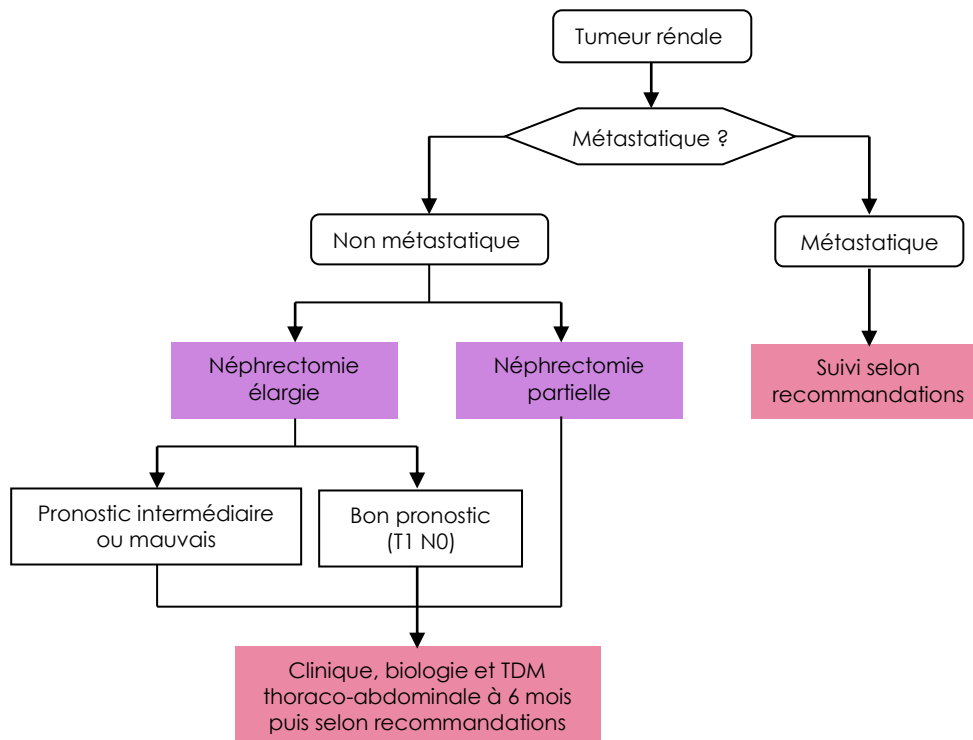


d) Surveillance



Source : ONCOLOR, Référentiel Rein 2012

La surveillance permet de dépister les complications post opératoires, de surveiller la fonction rénale, de détecter les éventuelles récurrences locales ou contralatérales et les métastases.



e) Consultation d'oncogénétique



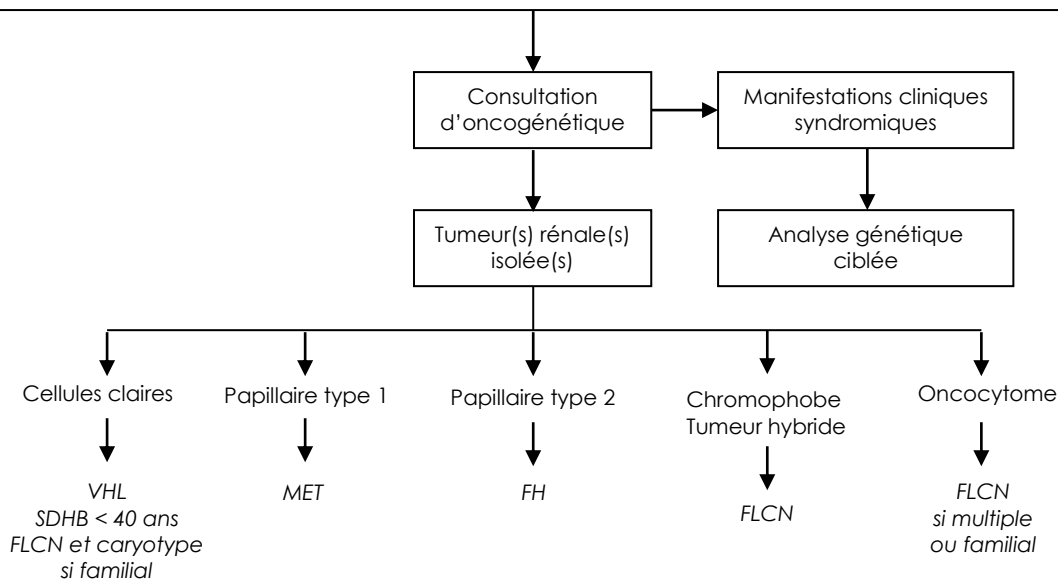
Source : CCAFU 2013, Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU : Cancer du rein (PREDIR 2012, simplifié)

Rubrique oncogénétique (ONCO NPDC) : <http://www.onco-npdc.fr/prises-charge-specifiques/onco-genetique/onco-genetique.html>

Patient présentant l'un des critères suivants :

- Tumeur rénale unique avant 40 ans* (carcinome à cellules claires) ou quelque soit l'âge (papillaire type 1, papillaire type 2, chromophile, tumeur hybride oncocytome-chromophile)
- Tumeurs rénales multiples ou bilatérales
- Antécédent familial de tumeur rénale
- Association à d'autres manifestations cliniques (personnelles ou chez les apparentés)

* ou 50 ans selon avis des oncogénéticiens +/- tumorothèque



VIII. PROSTATE

a) Diagnostic

Source : ONCOLOR, Référentiel Prostate 2012

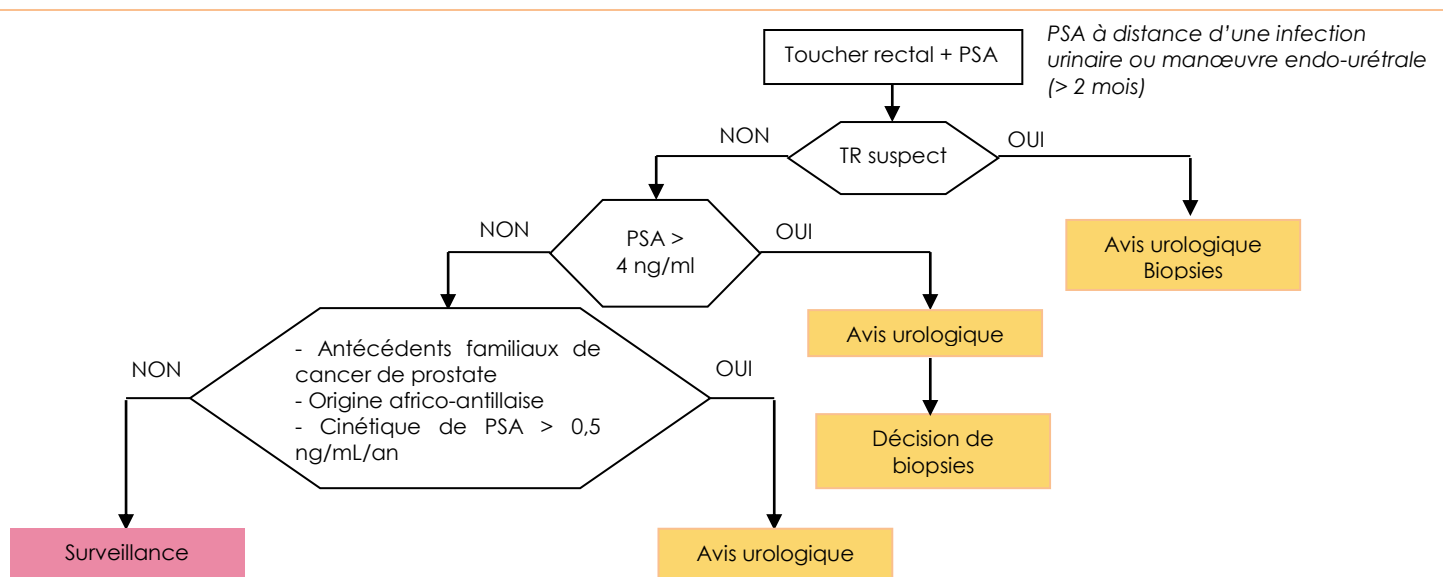


Prostate

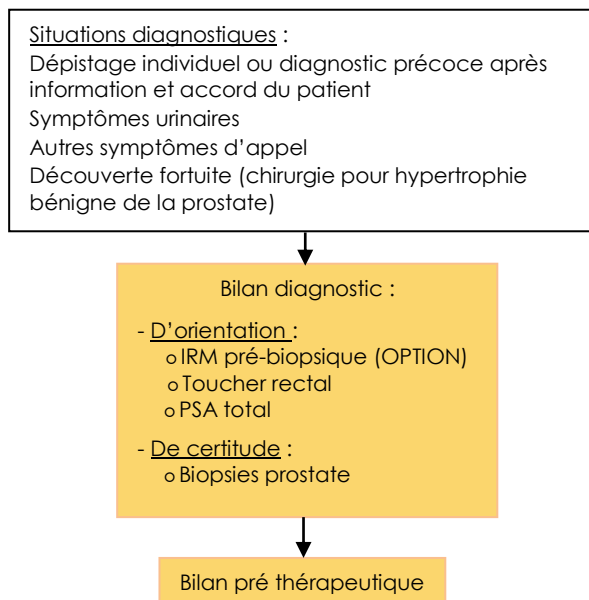
Recommandations de l'Association Française d'Urologie (AFU <http://www.urofrance.org/>) pour le dépistage individuel du cancer de la prostate si l'espérance de vie est \geq à 10 ans : Un dosage du PSA sérique total et un toucher rectal tous les ans dès 50 ans et jusqu'à 75 ans (dès 45 ans si risque familial ou ethnique).

Incidence et mortalité en France en 2009

Avec 53 465 nouveaux cas estimés en 2009, les cancers de la prostate restent les cancers les plus fréquents chez l'homme. Le taux d'incidence brut est de 176 pour 100000, le taux d'incidence standardisé mondial étant de 99,4. En 2009, c'est autour de 70 ans que l'incidence est la plus forte et l'âge médian de diagnostic se situe juste avant 70 ans. Avec 8 950 décès estimés en 2009, ce cancer est au 5e rang des décès par cancer. Il représente 7,5% de l'ensemble des décès par cancer et se situe au 3e rang chez l'homme. Le taux de mortalité standardisé est de 11,3. En 2009, les taux de mortalité augmentent régulièrement avec l'âge et l'âge médian de décès par cancer de la prostate se situe après 80 ans.

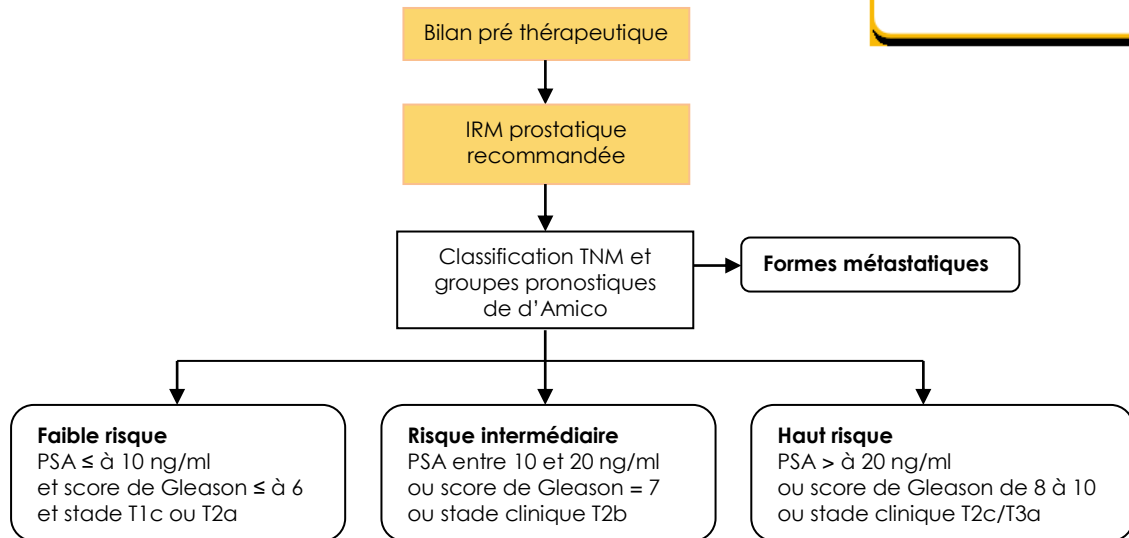


Le diagnostic peut se faire dans différentes circonstances :



b) Bilan pré thérapeutique

Source : ONCOLOR, Référentiel Prostate 2012

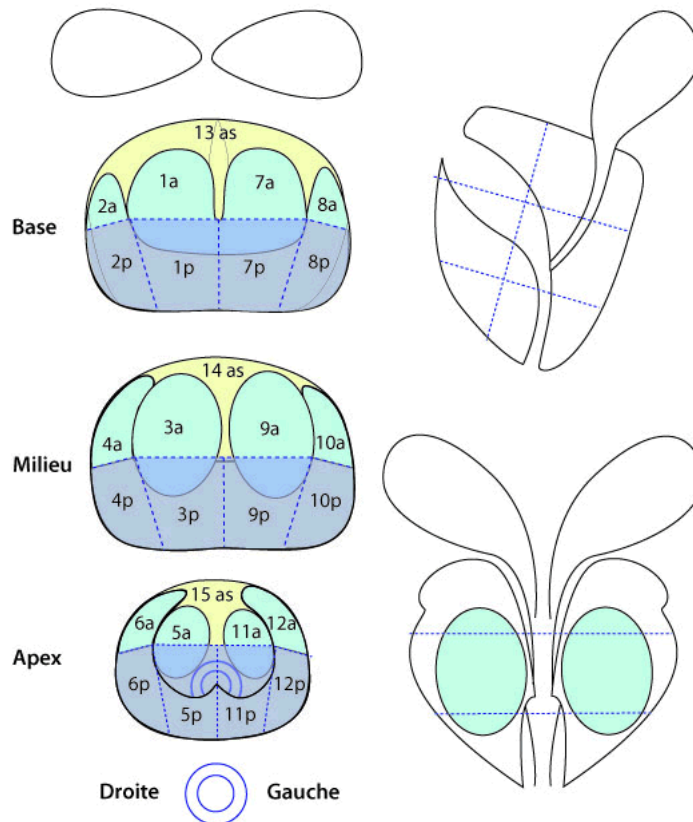


Il faut tenir compte d'une éventuelle prise de Finasteride ou de Dutasteride (inhibiteur de 5 α reductase) susceptible d'abaisser de moitié le taux de PSA même en cas de cancer prostatique

Le radiologue peut renseigner un schéma anatomique détaillant les lésions observées et précisant un intervalle de confiance de 1 à 5 pour les lésions décrites. L'IRM peut être effectuée avant biopsie dans le cadre du dépistage.

Schéma de la prostate de localisation des lésions suspectes vues à l'IRM

Vésicules séminales



© Oncolor
Adapté d'après Dickinson et al.

Référence

- ▶ A. Villers, F. Marliere, A. Ouzzane, P. Puech, L. Lemaître
MRI in addition to or as a substitute for prostate biopsy: The clinician's point of view.
Diagnostic and Interventional Imaging (2012) 93, 262–267



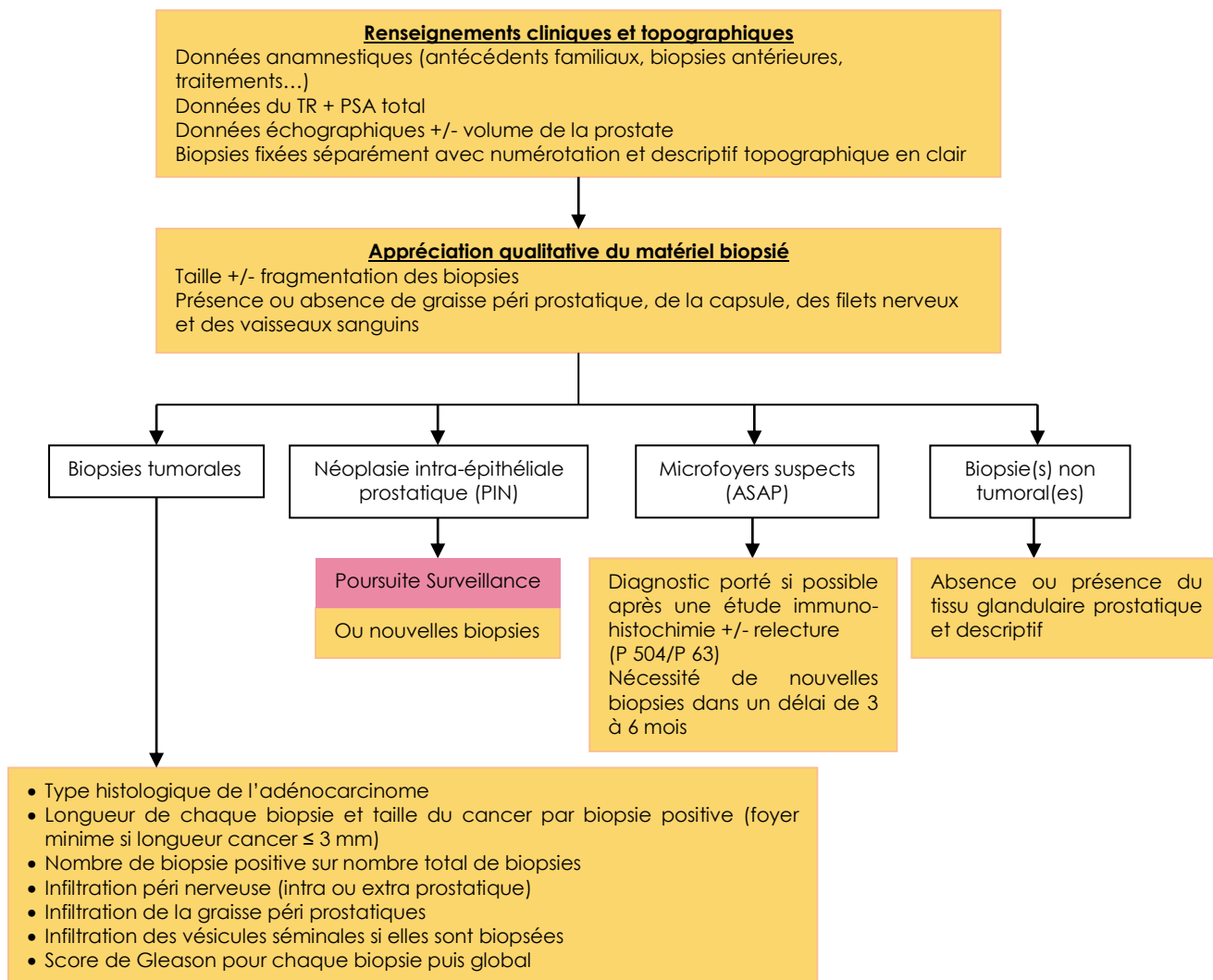
Recommandations pour la bonne pratique des biopsies prostatiques

(CCAFU 2013) :

<http://www.urofrance.org/publications-livres/publications-scientifiques/resultats-de-la-recherche/html/recommandations-pour-la-bonne-pratique-des-biopsies-prostatiques.html>

Anatomopathologie du cancer de la prostate :

Source : ONCOLOR, Référentiel Prostate 2012



Faible risque	Risque intermédiaire	Haut risque
- IRM pelvienne (Pas d'autre examen)	- IRM pelvienne - Scintigraphie osseuse - Curage ganglionnaire en cas de prostatectomie	- IRM pelvienne - Scintigraphie osseuse - Curage ganglionnaire en cas de prostatectomie - TEP Choline (optionnelle)

c) Classification TNM

Source : Classification UICC TNM des tumeurs malignes, 7^{ème} édition, 2009



T : Tumeur

TX	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
T0	Pas de signe de tumeur primitive
T1	Tumeur indétectable ni cliniquement, ni par imagerie
T1a	Tumeur de découverte fortuite lors d'un examen histologique représentant moins de 5% du tissu réséqué
T1b	Tumeur de découverte fortuite lors d'un examen histologique représentant plus de 5% du tissu réséqué
T1c	Tumeur identifiée par biopsie à l'aiguille, par exemple dans le cas d'antigène prostatique spécifique (PSA) élevé
T2	Tumeur limitée à la glande prostatique
T2a	Tumeur envahissant la moitié ou moins d'un seul lobe
T2b	Tumeur envahissant plus de la moitié d'un lobe mais pas les 2 lobes
T2c	Tumeur envahissant les 2 lobes
T3	Extension tumorale au-delà de la capsule prostatique
T3a	Extension extracapsulaire (uni- ou bilatérale) incluant l'envahissement microscopique du col vésical
T3b	Tumeur envahissant la ou les vésicule(s) séminale(s)
T4	Tumeur fixée ou envahissant d'autres structures que les vésicules séminales (sphincter externe, rectum, muscles élévateurs ou la paroi pelvienne)

N : Ganglions régionaux

Nx	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N0	Pas d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N1	Atteinte ganglionnaire régionale
N1 mi	Métastase ganglionnaire $\leq 0,2$ cm (optionnel)

M : Métastases à distance

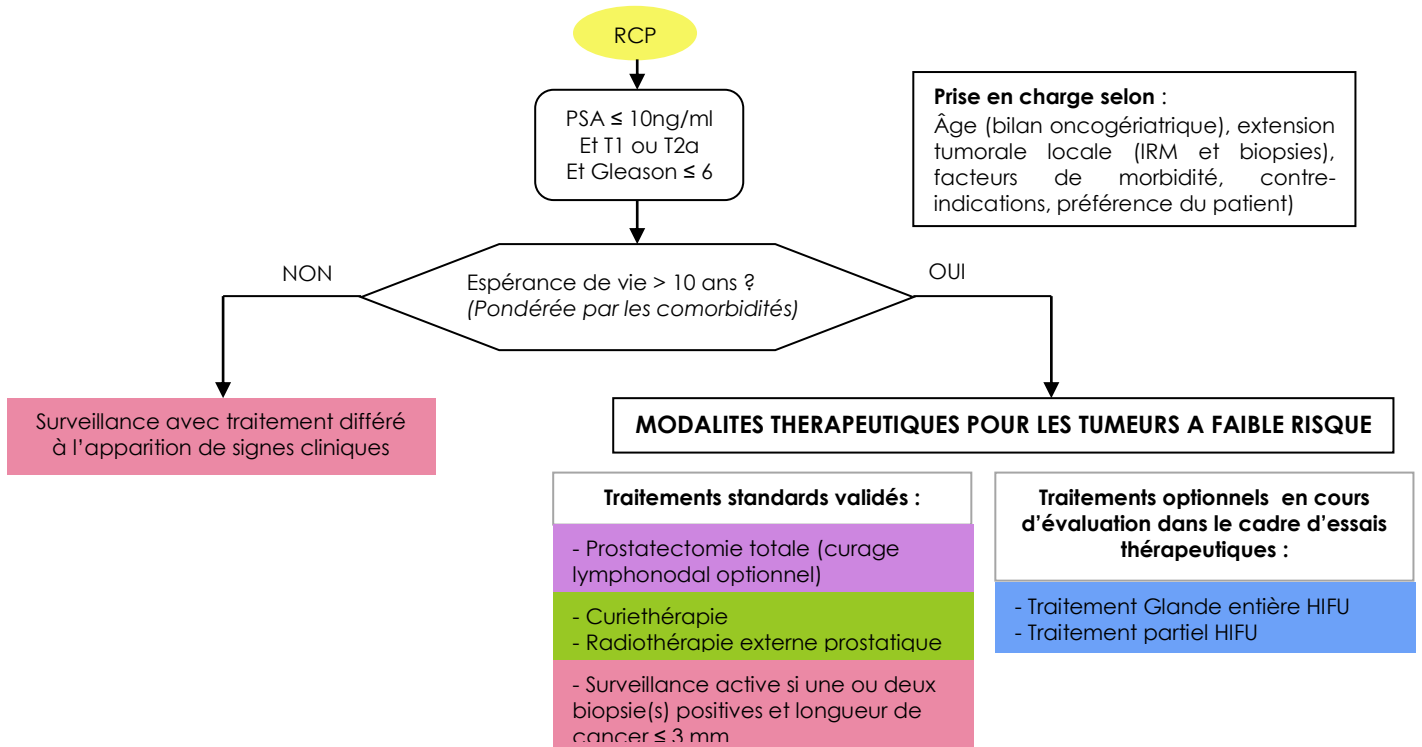
M0	Absence de métastase à distance
M1	Métastases à distance
M1a	Atteinte des ganglions non régionaux
M1b	Atteinte osseuse
M1c	Autres sites avec ou sans atteinte osseuse

d) Traitement

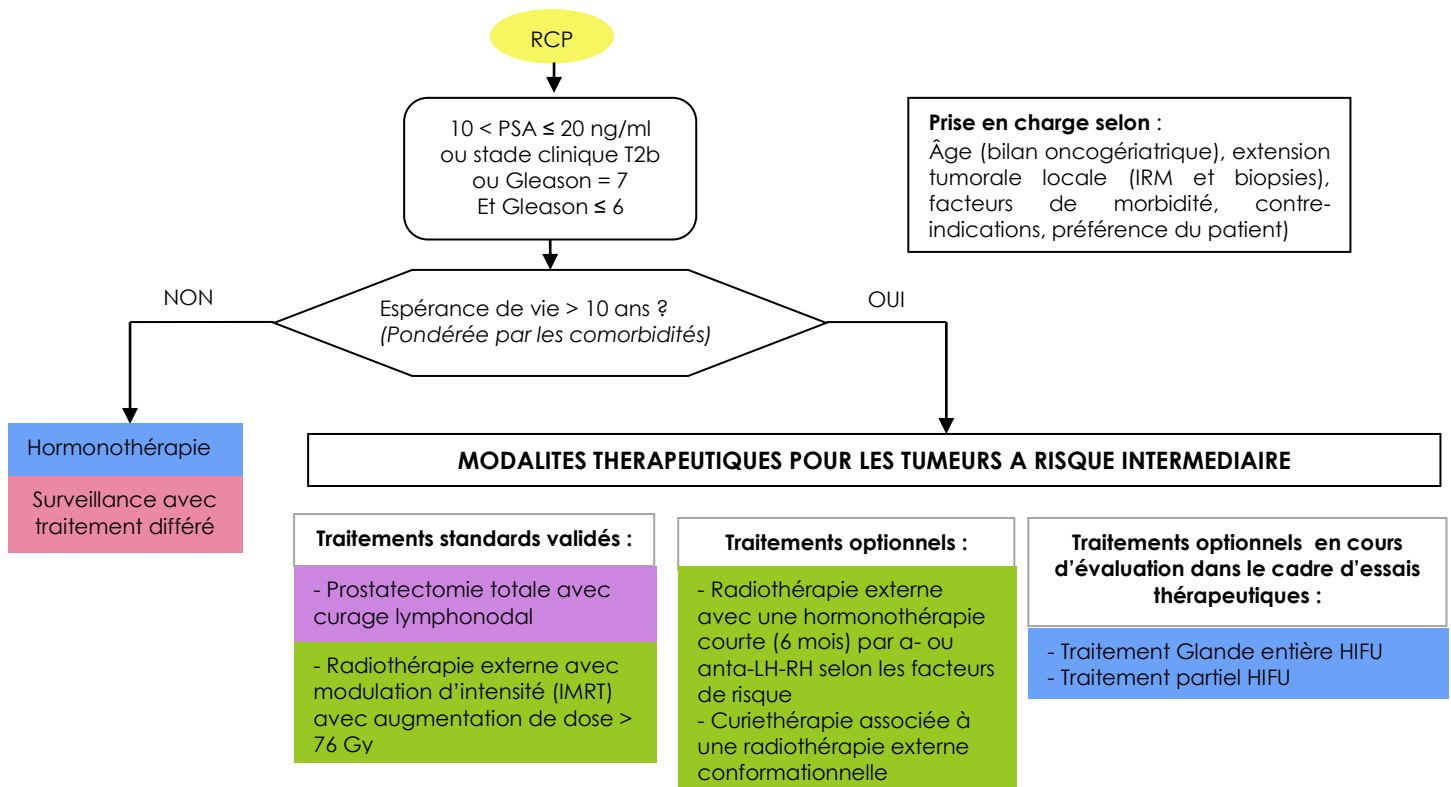


Sources : CCAFU 2013, Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU : Cancer de la prostate & ONCOLOR Référentiel Prostate 2012

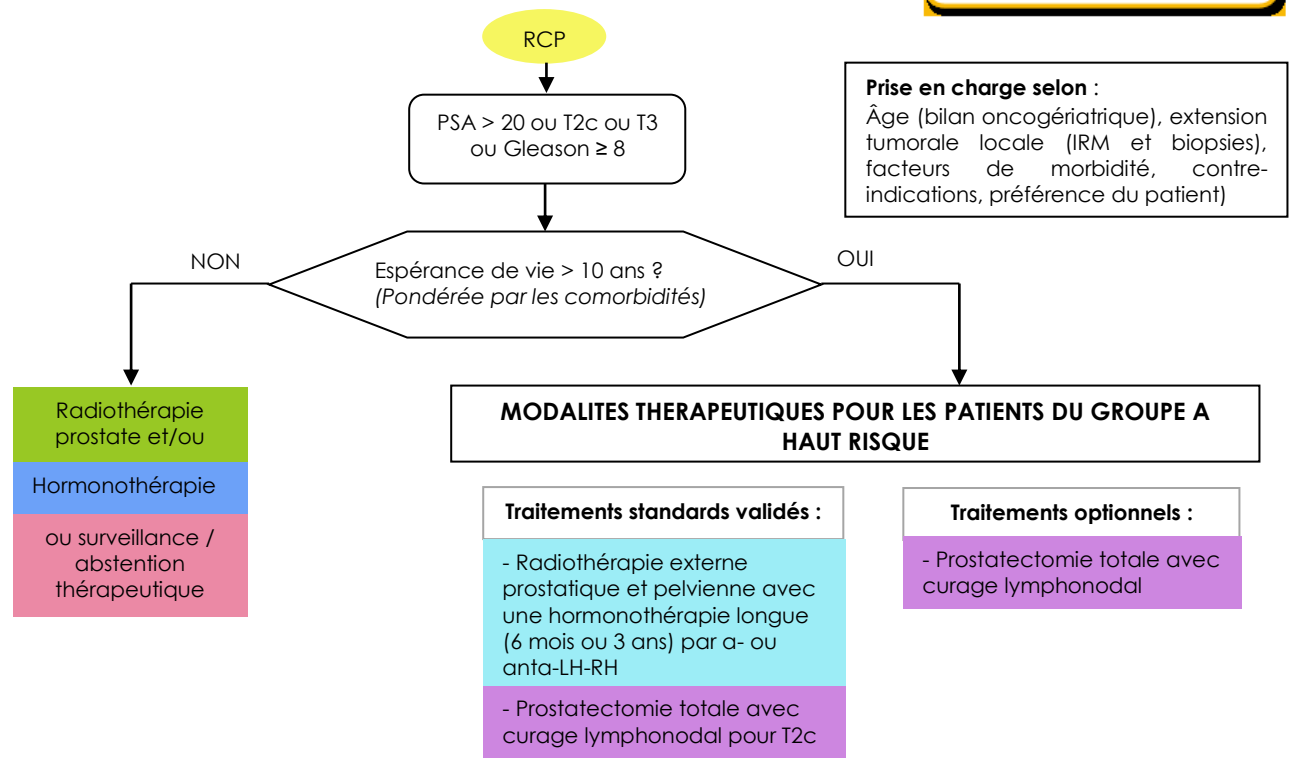
o Cancer de la prostate à faible risque



o Cancer de la prostate à risque intermédiaire



○ **Cancer de la prostate à haut risque**



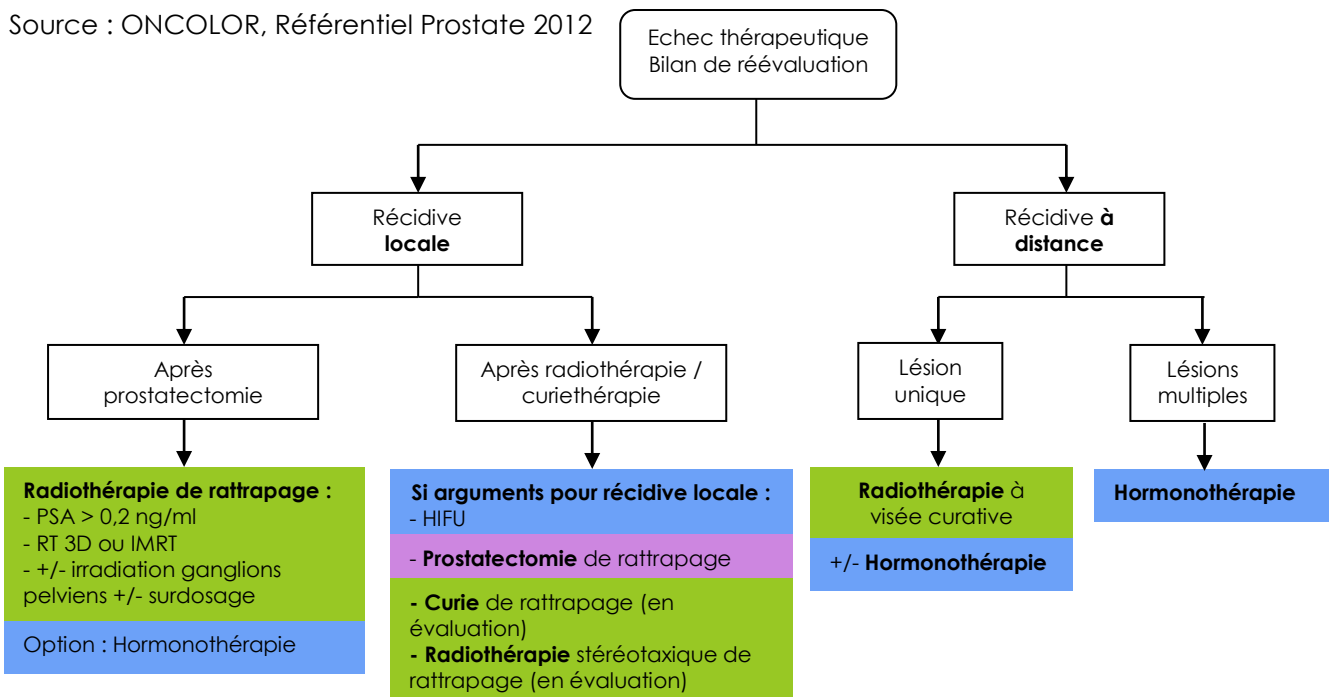
Radiothérapie adjuvante

Une atteinte extra-capsulaire (pT3), surtout si elle s'accompagne de marges positives, est associée à un risque de récurrence plus élevé : une radiothérapie adjuvante à la prostatectomie totale peut être proposée (Recommandation de grade A)

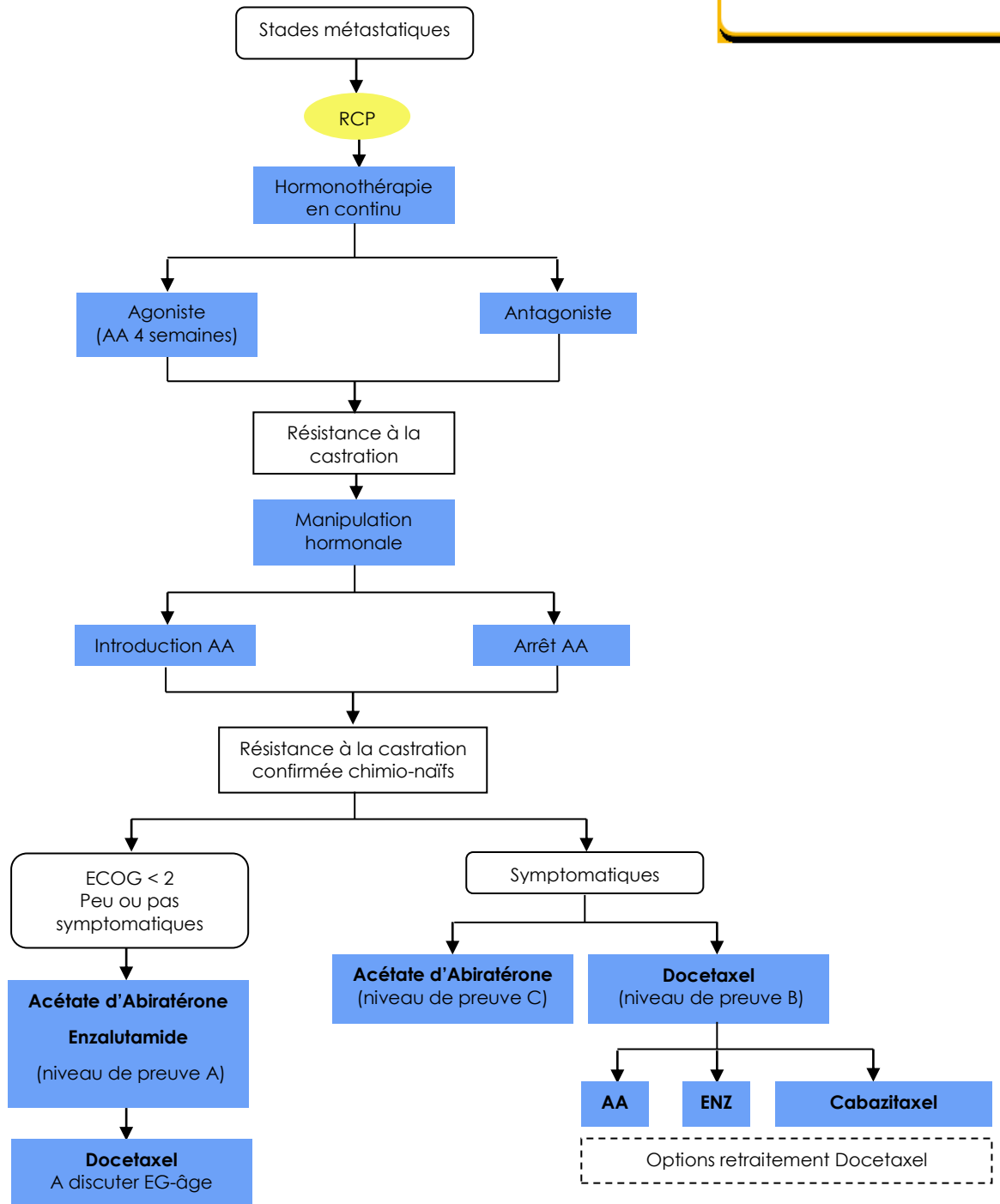
En cas de curage si examen extemporané ou définitif positif : la prostatectomie n'est pas réalisée

○ **Echec des traitements locaux**

Source : ONCOLOR, Référentiel Prostate 2012



○ **Cancers métastatiques**



Traitement ciblant l'os : 2 molécules disponibles

- (Acide Zolédronique)

- Denosumab

- Supériorité du Denosumab démontrée (niveau de preuve de grade A)
- Pas de néphrotoxicité
- Risque d'hypocalcémie sévère (ne pas oublier supplémentation en vitamine D et calcium)

- !!!Attention : risque d'ostéonécrose des maxillaires ++++
- Bilan dentaire et soins dentaires si nécessaires
 - Durée de traitement recommandée : 24 mois +/- réévaluation



Prévention des effets secondaires (Cf. CCAFU 2013):

<http://urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/recommandations-en-onco-urologie-2013-du-ccafu-cancer-de-la-prostate.html>

Séquences thérapeutiques à définir en fonction des données actuelles :

Résistance croisée, moindre efficacité de la chimiothérapie après AA, Enzalutamide avant Docetaxel

e) Surveillance

Objectifs :

- Détecter une récurrence
- Évaluer les séquelles éventuelles des traitements et prises en charge

Méthodes :

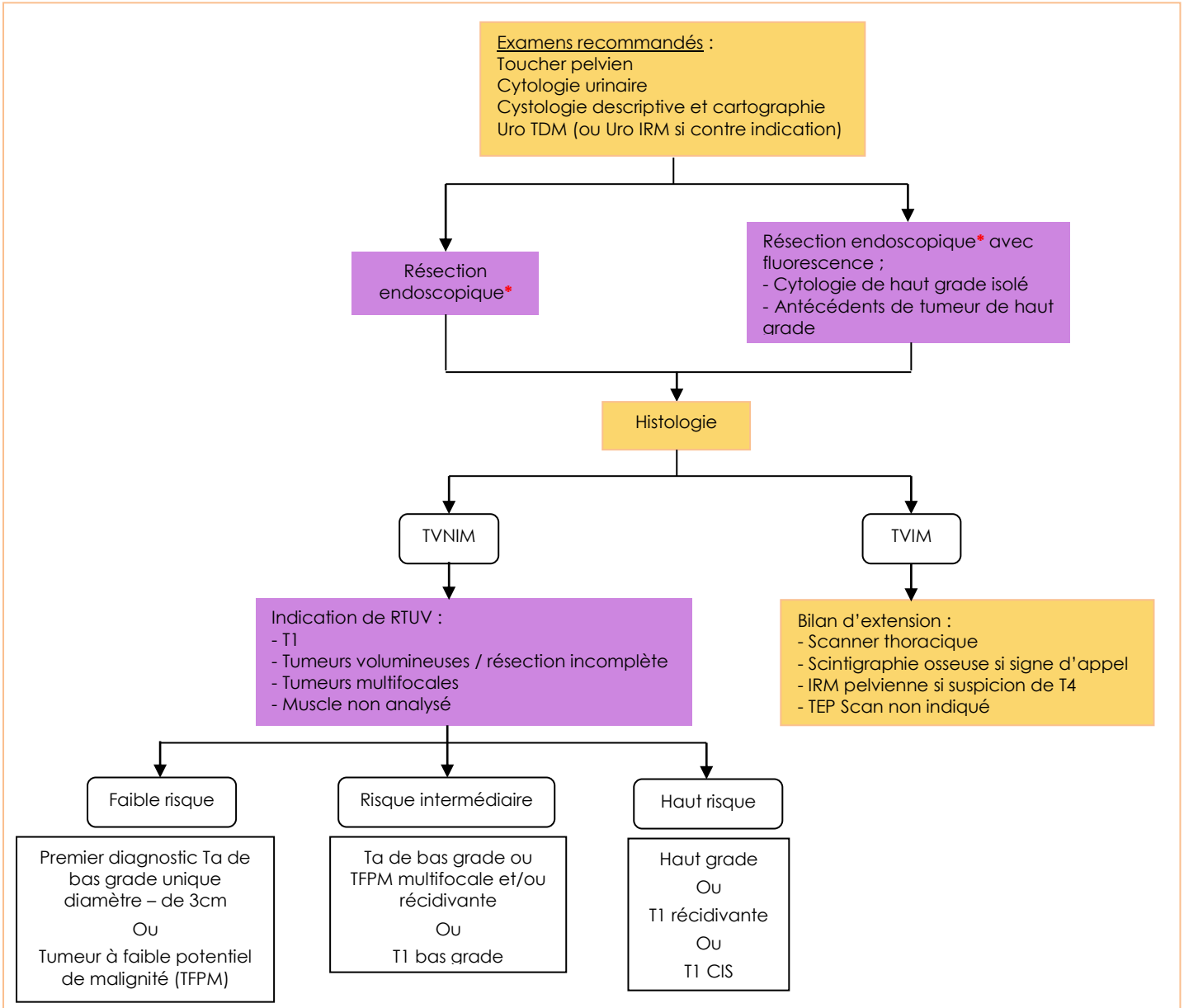
- o Clinique :
Intérêt du TR à évaluer en fonction du type de traitement réalisé
- o Biologique :
PSA
Testostérone (en cas de castration chimique si suspicion d'échappement hormonal)

Remarque : aucun intérêt du dosage du PSA libre

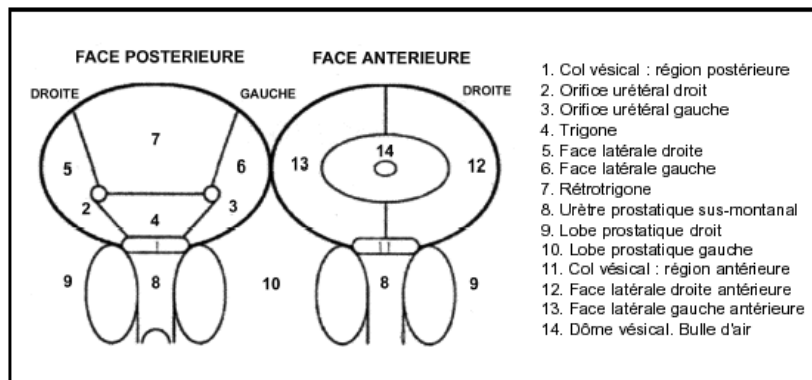
Surveillance en fonction du type de traitement : <http://www.urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/recommandations-en-onco-urologie-2013-du-ccafu-cancer-de-la-prostate.html>

IX. VESSIE

f) Diagnostic



*Cartographie vésicale :



Source : ONCOLOR Référentiel Vessie 2012

g) Classification TNM

Source : Classification UICC TNM des tumeurs malignes, 7^{ème} édition, 2009



T : Tumeur

TX	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
T0	Pas de signe de tumeur primitive
Ta	Carcinome de type papillaire non infiltrant
Tis	Carcinome in situ : " flat tumour "
T1	Tumeur envahissant le tissu conjonctif sous-épithélial
T2	Tumeur envahissant la musculature
T2a	Tumeur envahissant la musculature superficielle (moitié interne)
T2b	Tumeur envahissant la musculature profonde (moitié externe)
T3	Tumeur envahissant le tissu pérvésical
T3a	Atteinte microscopique
T3b	Atteinte macroscopique (masse extra-vésicale)
T4	Tumeur envahissant l'une ou l'autre des structures suivantes : prostate, vésicules séminales, utérus, vagin, paroi pelvienne et paroi abdominale
T4a	Prostate, vésicules séminales, utérus, ou vagin
T4b	Paroi pelvienne ou paroi abdominale

N : Ganglions régionaux

Nx	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N0	Pas d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N1	Atteinte d'un seul ganglion lymphatique pelvien (hypogastrique, obturateur, iliaque externe ou pré-sacré)
N2	Métastase dans de multiples ganglions pelviens (hypogastrique, obturateur, iliaque externe ou pré-sacré)
N3	Métastase dans un ganglion lymphatique iliaque primitif

M : Métastases à distance

M0	Absence de métastase à distance
M1	Métastases à distance

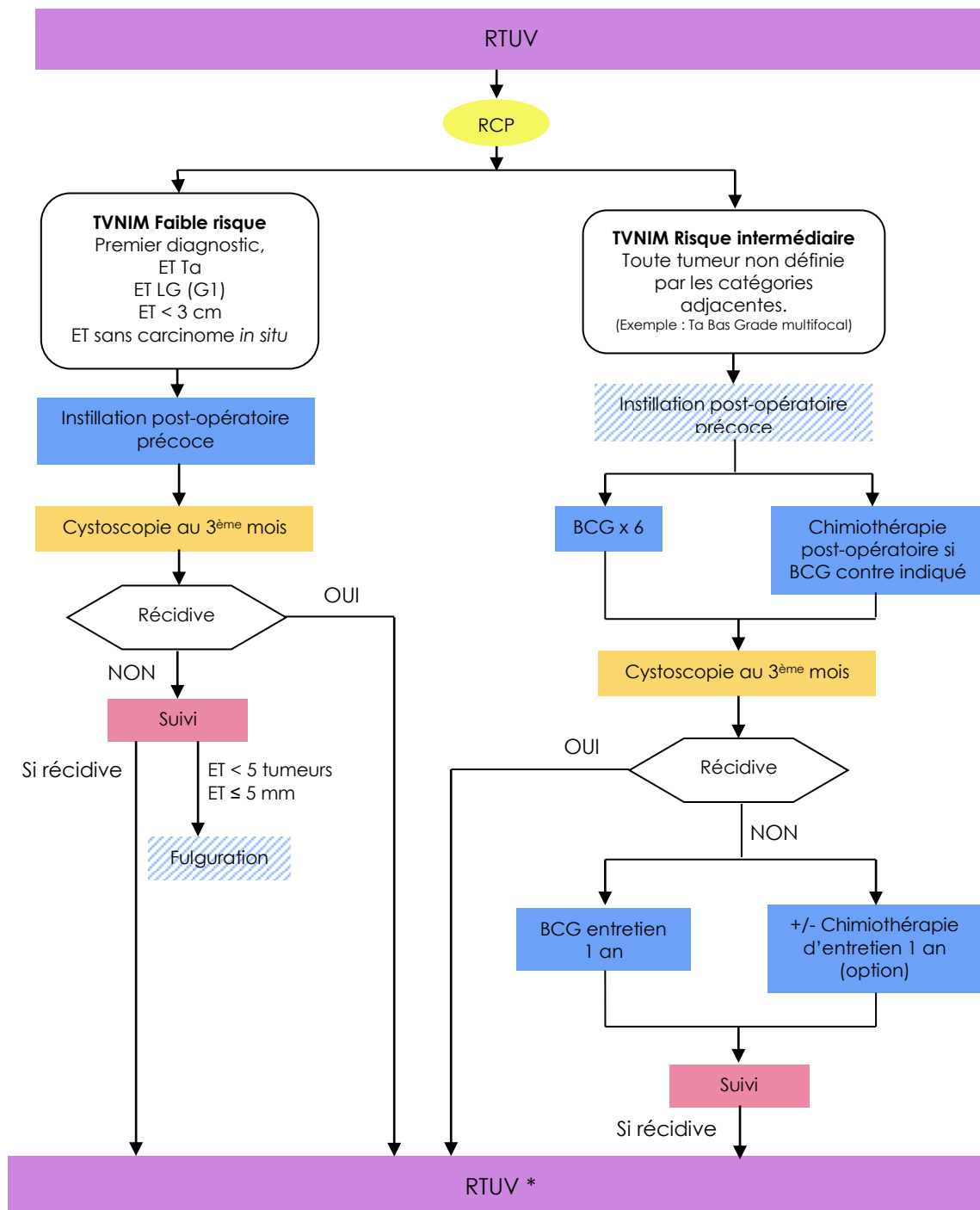
h) Traitement



○ TVNIM

Prise en charge des TVNIM de faible risque et risque intermédiaire

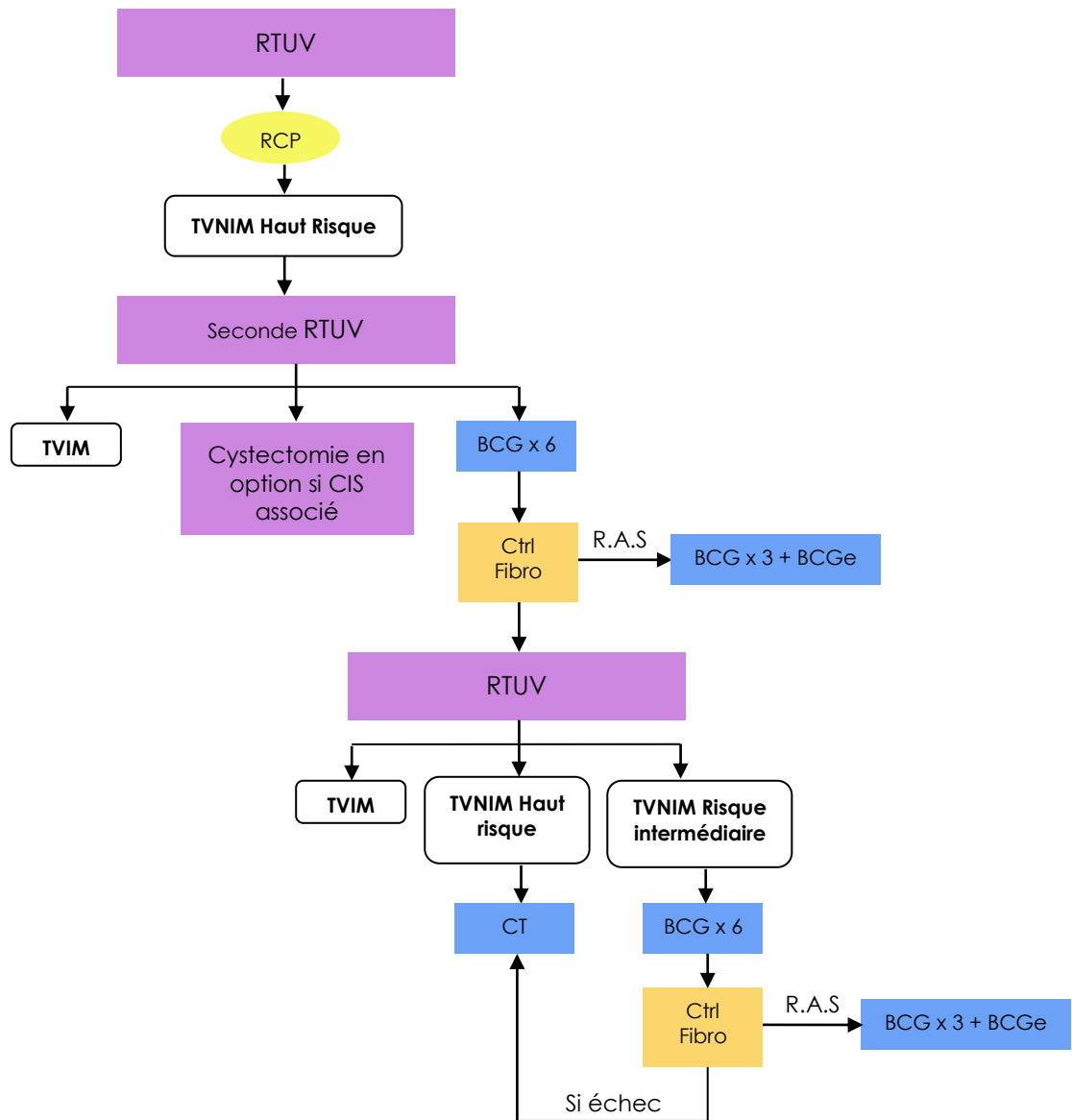
Source : Neuzillet Yann et collaborateurs, Forum du CCAFU, AFU 2013.



* En cas de fulguration, elle doit être associée à une histologie
Le photodiagnostic pour HEXVIX doit être disponible si besoin en référant le patient à un centre équipé

Prise en charge des TVNIM de haut risque

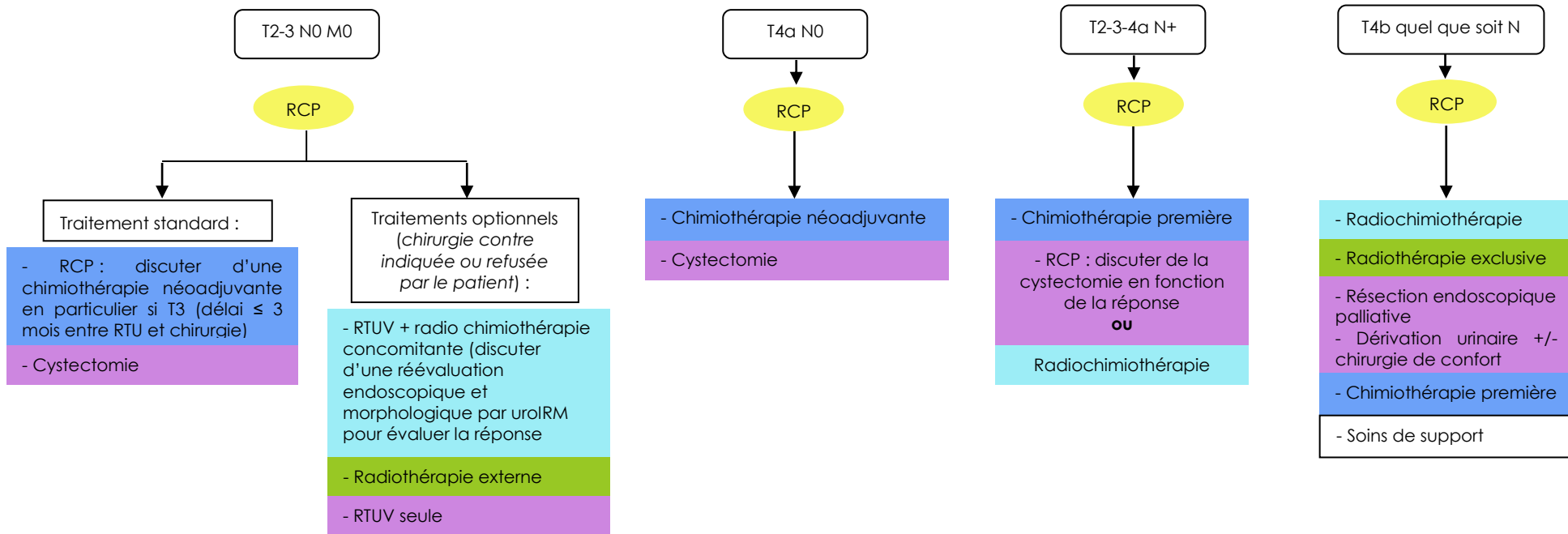
Source : Neuzillet Yann et collaborateurs, Forum du CCAFU, AFU 2013.



⇒ Cf. Annexes 2 Tables de l'EORTC pour la prédiction de la récurrence et de la progression des TVNIM

o TVIM

Lien CCAFU 2013 (Vessie) : <http://urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/recommandations-en-onco-urologie-2013-du-ccafu-tumeurs-de-la-vessie.html>



Chimiothérapie néoadjuvante (Source CCAFU 2013, Recommandations en uro-oncologie 2013 du CCAFU : Tumeurs de la vessie)

Rationnel : <http://urofrance.org/nc/science-et-recherche/base-bibliographique/article/html/recommandations-en-onco-urologie-2013-du-ccafu-tumeurs-de-la-vessie.html>

La chimiothérapie doit comporter au moins du cisplatine. Elle ne doit être réalisée que si l'état général et la fonction rénale le permettent. L'état général du patient doit rester satisfaisant pour permettre ensuite le traitement local chirurgical optimal. Le traitement local ne doit pas être différé (délai de 3 mois maximum entre le TU et la chirurgie).

Recommandations de la chimiothérapie dans les tumeurs de vessie à haut risque métastatique

Situation	Patients	Grade	
		A	B
Néoadjuvant	PS ≤ 1 et Clairance créat ≥ 60 ml/min	MVAC ou HD-MVAC	GC
	PS > 1 et Clairance créat < 60 ml/min	Pas de CTN	

Chimiothérapie adjuvante (Source CCAFU 2013, Recommandations en uro-oncologie 2013 du CCAFU : Tumeurs de la vessie)

« La chimiothérapie adjuvante n'a pas encore fait la preuve de son efficacité dans les tumeurs infiltrantes de la vessie (**Niveau de preuve 2**). Elle peut être indiquée en cas de tumeur à haut risque de récurrence sur les données de l'analyse anatomopathologique et notamment : stade pT3 et pT4, statut ganglionnaire N+, marges chirurgicales positives (**Recommandation de grade B**). Cette chimiothérapie adjuvante ne doit pas être réalisée si la fonction rénale est altérée (clearance < 60 ml/mn) ou si l'état général du patient ne le permet pas (**Recommandation de grade A**) ».

Métastatiques (Source ONCOLOR Référentiel Vessie 2012 & CCAFU 2013, Recommandations en uro-oncologie 2013 du CCAFU : Tumeurs de la vessie)

Recommandations :

- ⇒ Chimiothérapie à base de sels de platine en 1^{ère} ligne. Favoriser une chimiothérapie à base de cisplatine si la fonction rénale le permet.
- ⇒ Soins de support :
 - Cystectomie ou pelvectomie de confort en cas de tumeur symptomatique
 - Dérivation urinaire externe
 - Radiothérapie palliative ou des métastases
 - Résection endoscopique palliative
 - Traitement symptomatique

Lignes	Patients	
	Fit	Unfit
Première	MVAC/MVAC-HD/GC Grade A	G ou G-Carbi si PS ≤ 1 Grade B
Deuxième	Vinflunine Grade A	Soins de support Grade A

i) Surveillance

Source : CCAFU 2013, Recommandations en uro-oncologie 2013 du CCAFU : Tumeurs de la vessie

En raison du risque de récurrence tumorale et de progression de la maladie vésicale, la fréquence des cystoscopies est à moduler en fonction du groupe de risque pour une surveillance adaptée. L'objectif du suivi est d'éviter un retard dans le diagnostic et la prise en charge thérapeutique de récurrences tumorales de haut grade à fort potentiel d'infiltration musculaire menaçant la vie du patient. Ainsi, le résultat de la première cystoscopie à 3 mois de la RTUV initiale est un facteur pronostique très important tant pour la récurrence tumorale que pour le risque de progression musculaire **(Niveau de preuve 3)**.

Les examens du suivi sont effectués selon le groupe de risque de la maladie vésicale **(Recommandation de grade C)**.

Risque	Examen de suivi
Faible (EORTC < 7)	Cystoscopie : au 3e et 12e mois puis annuelle pendant 10 ans (à vie si persistance de l'intoxication tabagique).
Intermédiaire (7 < EORTC < 13)	Cystoscopie : au 3e, 6e, 12e mois puis annuelle pendant 15 ans (à vie si persistance de l'intoxication tabagique). Cytologie urinaire : recommandée, couplée à la cystoscopie Uro-TDM : tous les 2 ans et en cas de cytologie positive ou de symptôme en faveur d'une atteinte du haut appareil.
Elevé (EORTC > 14)	Cystoscopie : au 3e, 6e, 9e, 12e mois, puis tous les 6 mois la 2e année, puis annuelle à vie. Cytologie urinaire : 3e, 6e, 9e, 12e mois, puis tous les 6 mois la 2e année, puis annuelle à vie. Uro-TDM : tous les 2 ans ou si cytologie positive ou de symptôme en faveur d'une atteinte du haut appareil.

X. VOIES EXCRETRICES



Voies excrétrices

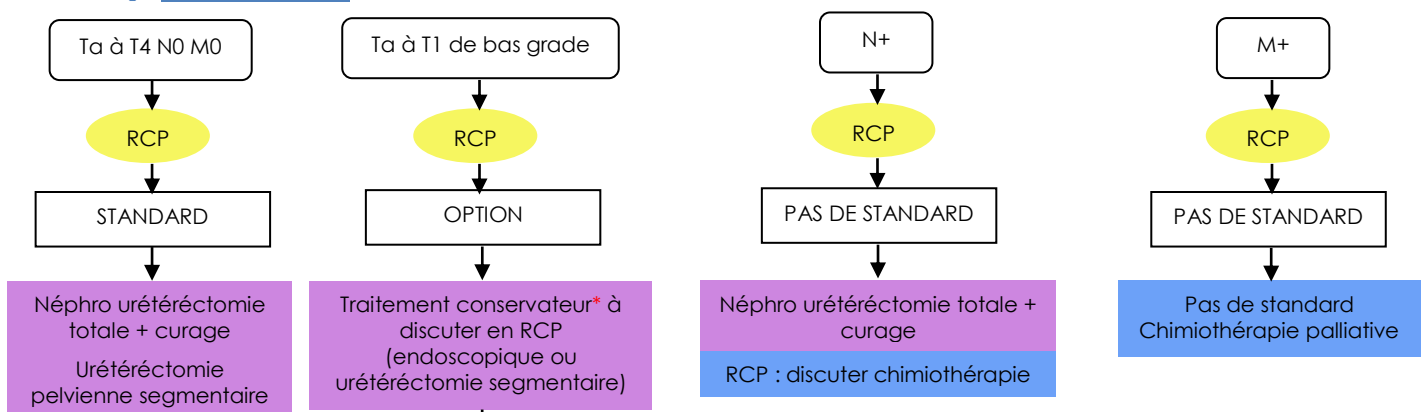
a) Diagnostic

- Uroscanner (ou UroIRM si contre indication)
- Cystoscopie
- Cytologie
- UPR
- Urétéroscopie avec biopsie conseillée

b) Bilan d'extension

- TDM thoracique
- Scintigraphie osseuse si signe d'appel
- TEP scan non indiqué

c) Traitement



***CRITERES NECESSAIRES DU TRAITEMENT CONSERVATEUR**

Tumeur unifocale
(Recommandations de grade B)
 Taille (plus grand diamètre) < 1 CM
(Recommandations de grade B)
 Tumeur de bas grade en cytologie ou sur les biopsies
(Recommandations de grade B)
 Aucun élément en faveur d'une infiltration à l'uro TDM
(Recommandations de grade B)
 Traitement conservateur complet envisageable
(Recommandations de grade C)
 Surveillance endoscopique (urétéroscopie souple) rapprochée si possible
(Recommandations de grade C)
 Information et compliance du patient vis-à-vis du rythme de surveillance
(Recommandations de grade B)

Source : CCAFU 2013, Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU : Tumeurs de la voie excrétrice urinaire supérieure

d) Surveillance



Source : CCAFU 2013, Recommandations en uro-oncologie 2013 du CCAFU : Tumeurs de la voie excrétrice urinaire supérieure

(RECOMMANDATION DE GRADE C)

En cas de NUT, pendant au moins 5 ans :

- 1) TVEUS non infiltrante Cystoscopie/cytologie urinaire à 3 mois, puis annuellement uro-scanner tous les ans.
- 2) TVEUS infiltrante Cystoscopie/cytologie urinaire à 3 mois, puis annuellement uro-scanner tous les 6 mois pendant 2 ans, puis annuellement.

Après traitement conservateur, pendant au moins 5 ans :

- Cytologie, uro-scanner à 3 mois, puis à 6 mois, puis tous les ans.
- Cystoscopie, urétéroscopie et cytologie *in situ* à 3 mois, à 6 mois puis tous les 6 mois pendant 2 ans, puis tous les ans.

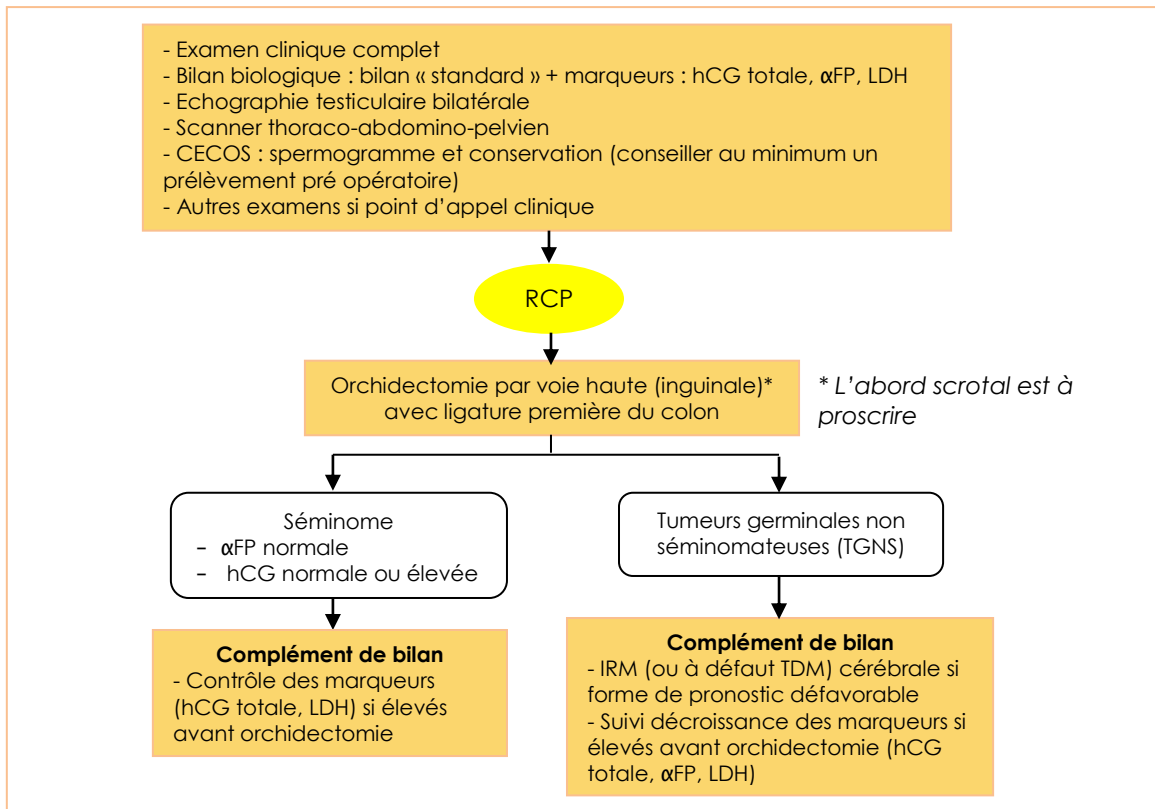
XI. TESTICULES

a) Diagnostic

(Source ONCOLOR Référentiel Tumeurs germinales 2012)

Testicules

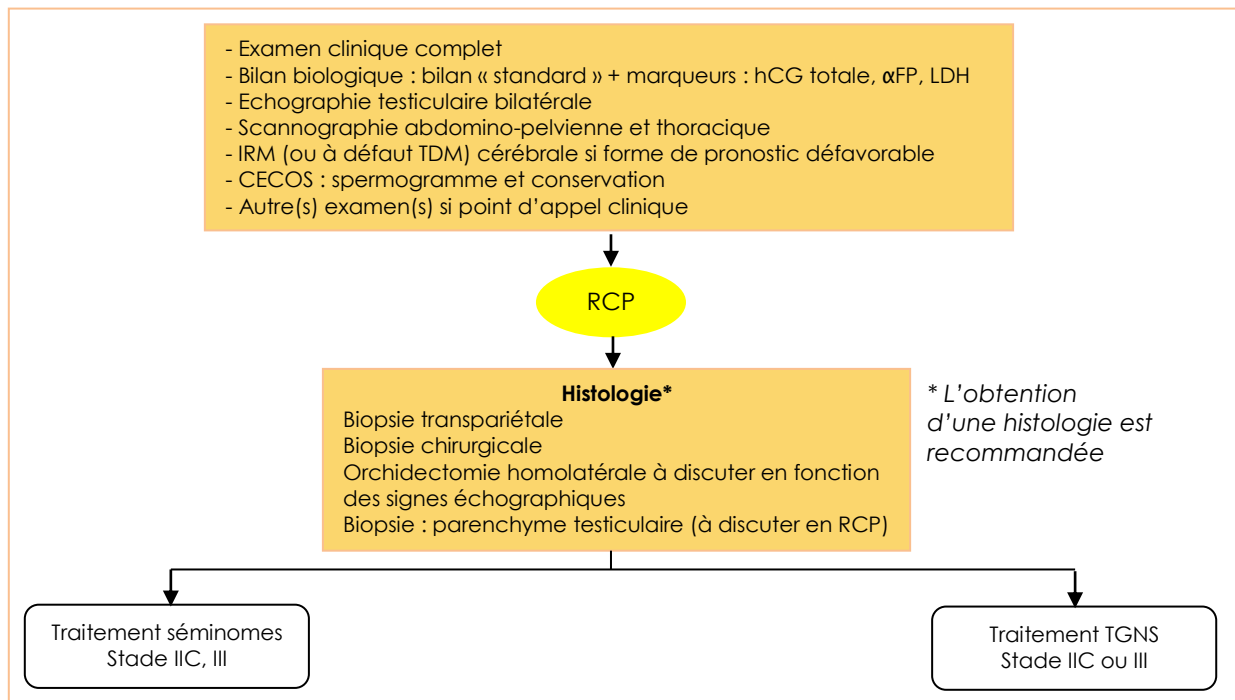
- **Tumeurs germinales testiculaires**



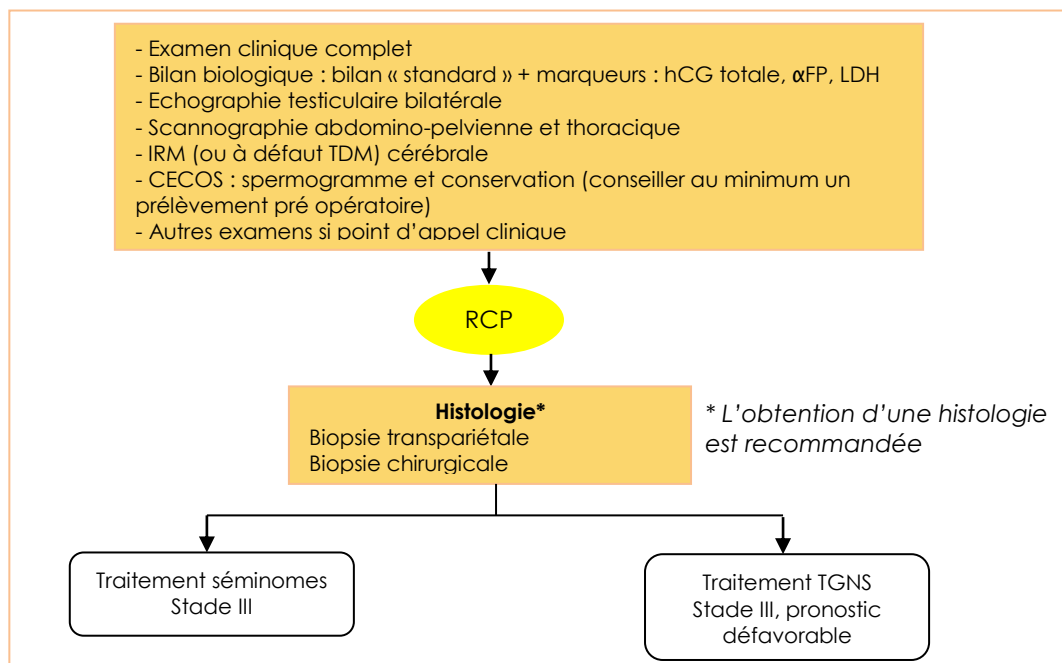
RCP de recours :

- Tumeur sur testicule unique et indications de chirurgie partielle
- Rechute
- Biopsies testicule controlatéral
- Résidus tumoraux opérés à histologie positive
- Tumeur testiculaire autre que tumeurs germinales

• Tumeurs germinales du rétropéritoine



• Tumeurs germinales du médiastin



b) Classification TNM/ pTNM

Source : Classification UICC TNM des tumeurs malignes,
7^{ème} édition, 2009

T : Tumeur

pTX	Impossibilité d'apprécier l'extension de la tumeur primitive
pT0	Pas de signe de tumeur primitive (par exemple lésion cicatricielle dans le testicule)
pTis	Carcinome intra-tubulaire (carcinome in situ)
pT1	Tumeur limitée au testicule et à l'épididyme sans invasion vasculaire/lymphatique ; ou extension atteinte possible de l'albuginée mais pas de la vaginale
pT2	Tumeur limitée au testicule et à l'épididyme avec invasion vasculaire/lymphatique ou extension tumorale au-delà de l'albuginée avec atteinte de la vaginale
pT3	Tumeur envahissant le cordon spermatique avec ou sans envahissement lymphatique/vasculaire
pT4	Tumeur envahissant le scrotum avec ou sans envahissement lymphatique/vasculaire

N : Ganglions régionaux

Nx	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N0	Pas de métastase ganglionnaire lymphatique régionale
N1	Envahissement d'un seul ganglion lymphatique \leq 2 cm dans sa plus grande dimension ou de plusieurs ganglions lymphatiques dont aucun ne dépasse 2cm dans sa plus grande dimension
N2	Envahissement d'un seul ganglion lymphatique $>$ 2 cm mais \leq 5 cm dans sa plus grande dimension ou de plusieurs ganglions lymphatiques avec au moins un ganglion $>$ 2cm mais \leq 5 cm dans sa plus grande dimension
N3	Métastase dans un ganglion lymphatique $>$ 5 cm dans sa plus grande dimension

pNX	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
pN0	Pas de métastase ganglionnaire lymphatique régionale
pN1	Envahissement d'un seul ganglion lymphatique \leq 2 cm dans sa plus grande dimension ou atteinte de 5 ganglions lymphatiques ou moins, aucun $>$ 2 cm dans sa plus grande dimension
pN2	Envahissement d'un seul ganglion lymphatique $>$ 2 cm mais \leq 5 cm dans sa plus grande dimension ou de plus de 5 ganglions lymphatiques, aucun $>$ 5 cm, ou extension tumorale extra-ganglionnaire évidente
pN3	Métastase dans un ganglion lymphatique $>$ 5 cm dans sa plus grande dimension

M : Métastases à distance

M0	Pas de métastases à distance
M1a	Métastase dans des ganglions lymphatiques non régionaux, ou dans le poumon
M1b	Autres localisations

c) Marqueurs tumoraux sériques

Source : Classification UICC TNM des tumeurs malignes, 7^{ème} édition, 2009



SX	Etude des marqueurs sériques non disponible ou non réalisée					
S0	Les taux de marqueurs sériques sont dans des limites normales					
	LDH		βhCG		AFP (ng/ml)	
	S1 < 1,5 x N	et	< 5000	et	< 1000	
	S2 1,5 à 10 x N	ou	5000 à 50 000	ou	1000 à 10 000	
	S3 > 10 x N	ou	> 50 000	ou	> 10 000	

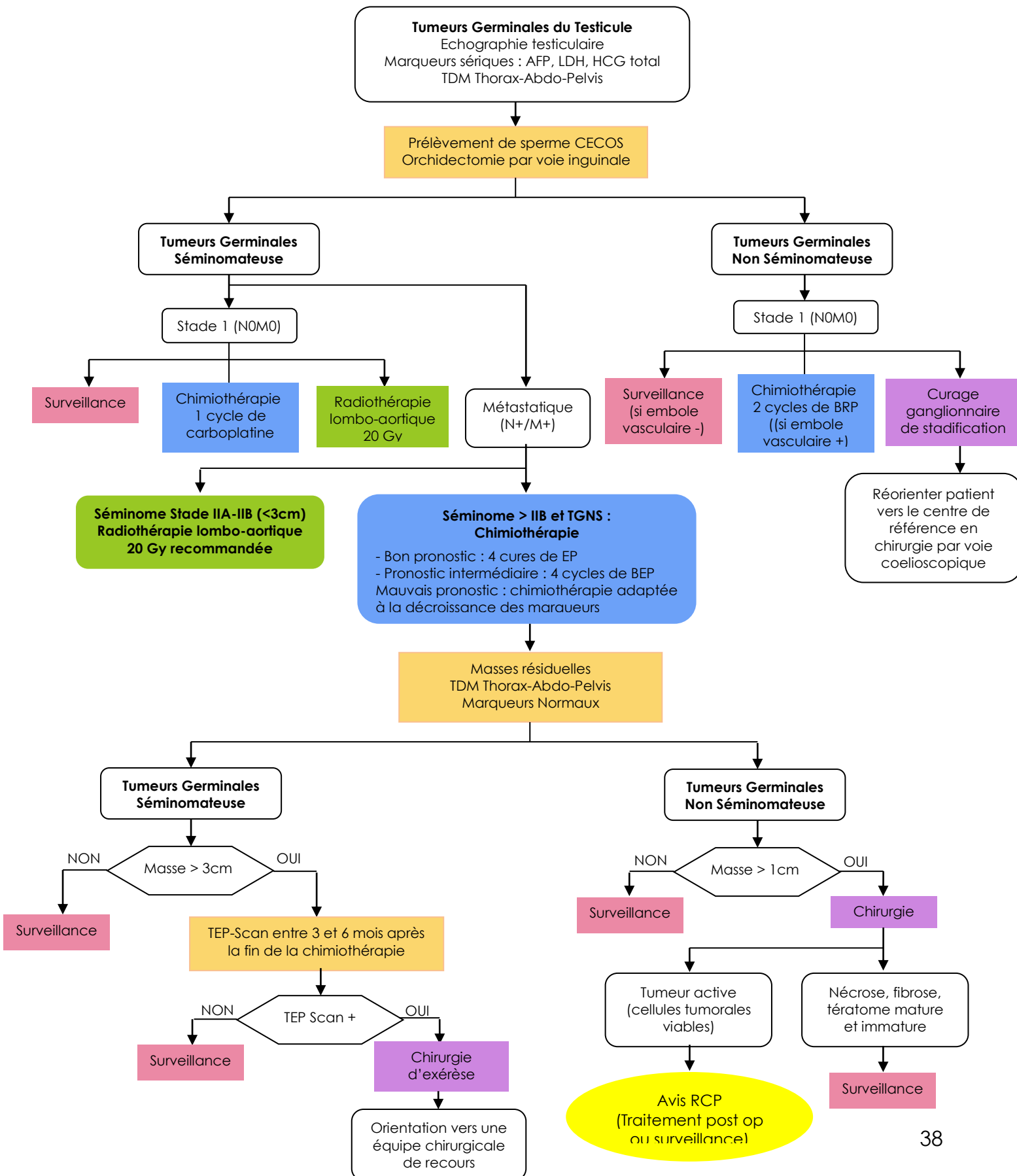
Groupement par stades

Stade 0	pTis	N0	M0	S0, SX
Stade I	pT1-4	N0	M0	SX
Stade IA	pT1	N0	M0	S0
Stade IB	pT2-4	N0	M0	S0
Stade IS	Tous pT/Tx	N0	M0	S1-S3
Stade II	Tous pT/Tx	N1-N3	M0	SX
Stade IIA	Tous pT/Tx	N1	M0	S0
	Tous pT/Tx	N1	M0	S1
Stade IIB	Tous pT/Tx	N2	M0	S0
	Tous pT/Tx	N2	M0	S1
Stade IIC	Tous pT/Tx	N3	M0	S0
	Tous pT/Tx	N3	M0	S1
Stade III	Tous pT/Tx	Tous N	M1a	SX
Stade IIIA	Tous pT/Tx	Tous N	M1a	S0
	Tous pT/Tx	Tous N	M1a	S1
Stade IIIB	Tous pT/Tx	N1-N3	M0	S2
	Tous pT/Tx	Tous N	M1a	S2
Stade IIIC	Tous pT/Tx	N1-N3	M0	S3
	Tous pT/Tx	Tous N	M1a	S3
	Tous pT/Tx	Tous N	M1b	Tous S

d) Traitement

Source : CCAFU 2013, Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU : Tumeurs germinales du testicule

Principe général : RCP à chaque étape de la prise en charge.



Remarque : Le groupe de professionnels régional privilégie l'option radiothérapie pour les séminomes stade 1

Note : Les personnes âgées de moins de 25 ans peuvent bénéficier d'une prise en charge globale selon les recommandations de l'INCa.

e) Surveillance

Source : Référentiel régional ONCOLOR, Tumeurs germinales, 2012

⇒ **Echographie testicule restant annuelle**

TGS		1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} à 5 ^{ème} année	6 ^{ème} à 10 ^{ème} année
Surveillance ou radiothérapie ou chimiothérapie (carboplatine (Hors AMM))	Examen clinique et marqueurs (α FP, LDH, hCG)	Tous les 4 mois	Tous les 4 mois	Tous les 6 mois	Tous les 12 mois
	TDM thoraco-abdomino-pelvien (si radiothérapie : espacer à 12 mois)	Tous les 6 mois	Tous les 6 mois	Tous les 12 mois	Tous les 12 mois

Remarque : Le TAP peut être espacé à 1 an en cas de RP lomboaortique réalisée

TGNS		1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} à 5 ^{ème} année	6 ^{ème} à 10 ^{ème} année
Surveillance	Examen clinique et marqueurs (α FP, LDH, hCG)	Tous les 3 mois	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois	Tous les 12 mois
	TDM thoraco-abdomino-pelvien	Tous les 6 mois	Tous les 6 mois	Tous les 12 mois	Tous les 12 mois
Chimiothérapie ou lymphadénectomie	Examen clinique et marqueurs (α FP, LDH, hCG)	Tous les 3 mois	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois	Tous les 12 mois
	TDM thoraco-abdomino-pelvien	Tous les 12 mois	Tous les 12 mois	Tous les 12 mois	Tous les 12 mois

Tumeur germinale testiculaire métastatique	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} à 5 ^{ème} année	6 ^{ème} à 10 ^{ème} année
Examen clinique et marqueurs (α FP, LDH, hCG)	Tous les 3 mois	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois	Tous les 12 mois
Radio thoracique	Tous les 3 mois	Tous les 3 mois	Tous les 6 mois	Tous les 12 mois
TDM abdomino-pelvien	Tous les 6 mois	Tous les 6 mois	Tous les 12 mois	Tous les 12 mois

Remarque : échographie scrotale : 1 fois par an



Protocoles de chimiothérapie :

Protocole EP

- ⇒ Cisplatine J1 à J5 : 20 mg/m²/J
- ⇒ Etoposide J1 à J5 : 100 mg/m²/J
- ⇒ **Reprise à J22**

Protocole BEP

- ⇒ Bléomycine : 30 mg à J1, J8 et J15
- ⇒ Etoposide J1 à J5 : 100 mg/m²/J
- ⇒ Cisplatine J1 à J5 : 20 mg/m²/J
- ⇒ **Reprise à J22**

Protocole VIP

- ⇒ Etoposide J1 à J5 : 75 mg/m²/J
- ⇒ Ifosfamide J1 à J5 : 1200 mg/m²/J
- ⇒ Cisplatine J1 à J5 : 20 mg/m²/J
- ⇒ Mesna J1 à J5 : 1500 mg/m²/J
- ⇒ **Reprise à J22**

Protocole Velp

- ⇒ Vinblastine J1 et J2 : 0,11 mg/kg/J
- ⇒ Ifosfamide J1 à J5 : 1200 mg/m²/J
- ⇒ Cisplatine J1 à J5 : 20 mg/m²/J
- ⇒ Mesna J1 à J5 : 1500 mg/m²/J
- ⇒ **Reprise à J22**

Protocole TIP

- ⇒ Paclitaxel J1 : 175 mg/m²/J
- ⇒ Ifosfamide J1 à J5 : 1200 mg/m²/J
- ⇒ Cisplatine J1 à J5 : 20 mg/m²/J
- ⇒ Mesna J1 à J5 : 1500 mg/m²/J
- ⇒ **Reprise à J22**

XII. PENIS

a) Diagnostic



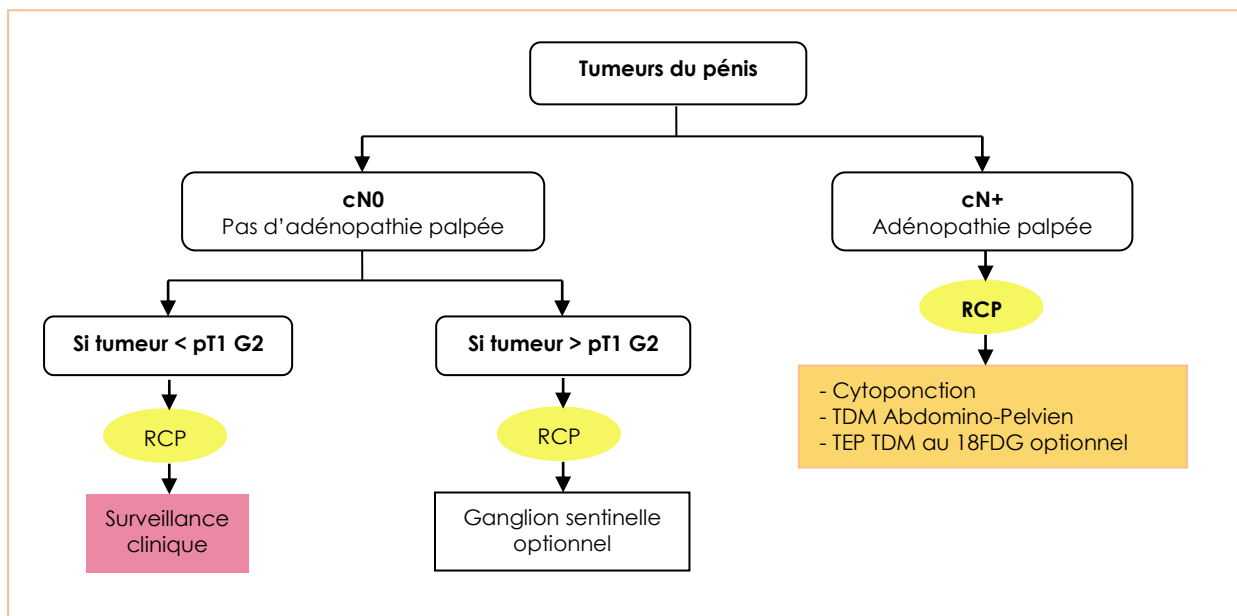
Source : CCAFU 2013, Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU : Tumeurs germinales du testicule

Note :

1. Examen du conjoint pour recherche d'infection HPV préconisée
2. Prise en charge en centre de recours urologique et dermatologique

Examens cliniques :

Biopsie
Palpation aires ganglionnaires
IRM de verge



b) Classification TNM

Source : Classification UICC TNM des tumeurs malignes,
7^{ème} édition, 2009



T : Tumeur

TX	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
T0	Pas de signe de tumeur primitive
Tis	Carcinome in situ
Ta	Carcinome verruqueux non infiltrant
T1	Tumeur envahissant le tissu conjonctif sous-épithélial
T1a	Tumeur envahissant le tissu conjonctif sous-épithélial sans invasion des vaisseaux lymphatiques et qui n'est pas « peu différencié » ou « indifférencié »
T1b	Tumeur envahissant le tissu conjonctif sous-épithélial avec invasion des vaisseaux lymphatiques ou qui est « peu différencié » ou « indifférencié »
T2	Tumeur envahissant les corps spongieux ou caverneux
T3	Tumeur envahissant l'urètre
T4	Tumeur envahissant d'autres structures adjacentes

N : Ganglions régionaux

Nx	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
N0	Pas de ganglion lymphatique inguinal palpable ou manifestement augmenté de volume
N1	Ganglion inguinal unilatéral palpable mobile
N2	Ganglions inguinaux mobiles multiples ou bilatéraux palpables
N3	Masse ganglionnaire inguinale fixée ou adénopathie(s) pelvienne(s) unilatérale(s) ou bilatérale(s)

pNx	Renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux
pN0	Pas de ganglions lymphatiques régionaux
pN1	Métastase dans un seul ganglion inguinal
pN2	Métastases dans de multiples ganglions inguinaux ou atteinte métastatique inguinale bilatérale
pN3	Atteinte métastatique unilatérale ou bilatérale des ganglions lymphatiques pelviens ou extension extra-ganglionnaire des ganglions lymphatiques régionaux

M : Métastases à distance

M0	Pas de métastases à distance
M1	Présence de métastase(s) à distance



c) Traitement

Recommandations des indications thérapeutiques de la lésion pénienne			
Type de lésion	Options thérapeutiques	Niveau de preuve	Grade de recommandation
Tis, Ta, T1a	<ul style="list-style-type: none"> - Biopsie – exérèse - Posthectomie - Laser CO2 ou Yag en option - Curiethérapie 	2b	C
T1b ou T2 du gland			C
T2 du corps du pénis			B
T3	- Amputation totale	2b	B
T4	Chimiothérapie néo-adjuvante et amputation si répondeur	3	C
Récidive locale	<ul style="list-style-type: none"> - Chirurgie conservatrice - Amputation partielle ou totale 	2b	B

Recommandations des indications thérapeutiques des aires ganglionnaires				
Aires ganglionnaires		Options thérapeutiques	Niveau de preuve	Grade de recommandation
Pas de ganglion palpé	Type de lésion pénienne			
	pTis, pTaG1, pT1aG1	- Surveillance	2a	B
	≥ pT1b G2	<ul style="list-style-type: none"> - Ganglion sentinelle - OPTION : Lymphadénectomie inguinale modifiée bilatérale 	2a	B
Ganglion palpé	Cytoponction à l'aiguille			
	Négative	<ul style="list-style-type: none"> - Surveillance et refaire cytoponction - Lymphadénectomie inguinale modifiée bilatérale 	2a	B
	Positive	<ul style="list-style-type: none"> - Lymphadénectomie inguinale totale du côté N+ - Lymphadénectomie inguinale modifiée du côté cN0 	2a	B
Ganglions fixés		<ul style="list-style-type: none"> - Chimiothérapie néo-adjuvante - Lymphadénectomie inguinale totale si bon répondeur - Radiothérapie ou prise en charge palliatif si non répondeur 	2a	B
Ganglion pelvien		<ul style="list-style-type: none"> - Lymphadénectomie pelvienne si au niveau inguinal : - > 2 ganglions métastatiques - Dépassement capsulaire - Image vue à la TDM en pelvien - Chimiothérapie néo-adjuvante ou adjuvante 	2a	B
Place de la chimiothérapie		<ul style="list-style-type: none"> Surveillance si pN0 ou pN1 Chimiothérapie néo-adjuvante ou adjuvante si ≥ pN2 	2b	B

d) Surveillance

Source : CCAFU 2013, Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU : Tumeurs germinales du testicule



« Il n'existe pas de consensus dans les modalités et la fréquence de la surveillance. »

Recommandations régionales :

- Dépister une dermatose pré-néoplasique sous jacente (notamment le lichen, éventuellement avec l'aide d'un Dermatologue) qu'il faudra prendre en charge après la prise en charge du carcinome afin de limiter le risque d'apparition d'une nouvelle lésion
- Si ADP palpable avec cytoponction neg, discuter surveillance. Si ADP reste palpable : TEP, Adenectomie, ou Surveillance très rapprochée (pas de délai dans le référentiel pour cette situation pas si rare et à risque +++)

Recommandations pour la surveillance des cancers du pénis				
	Fréquence de surveillance		Examen de surveillance	Grade de recommandation
	1 ^{ère} et 2 ^{ème} année	3 ^{ème} , 4 ^{ème} et 5 ^{ème} année		
Suivi de la tumeur pénienne				
Traitement conservateur	3 mois	6 mois	- Examen clinique ou - Auto palpation	C
Amputation	6 mois	12 mois	- Examen clinique ou - Auto-palpation	C
Suivi des aires ganglionnaires				
Surveillance sans lymphadénectomie initiale	3 mois	6 mois	- Examen clinique ou - Auto-palpation	C
pN0 après lymphadénectomie	6 mois	12 mois	- Examen clinique ou - Auto-palpation - Echographie inguinale - Cytoponction si adénopathie	C
pN+ après lymphadénectomie	3 mois	6 mois	- Examen clinique ou - Auto-palpation - Echographie inguinale - Cytoponction si adénopathie	C



**FICHE RCP
UROLOGIE**

Annexe 1

Informations générales sur le patient

Consentement : OUI NON Identifiant patient INSC visible :

NOM D'USAGE : **NOM DE NAISSANCE** :

PRENOM : **Date de naissance** : |_|_| / |_|_| / |_|_|_| Age : ...

Ville de naissance : **Sexe** : HOMME FEMME

Adresse :

Ville de résidence : Code Postal : |_|_|_|_|

Précédent passage en RCP : OUI NON

Contexte de la RCP

RCP du |_|_| / |_|_| / |_|_|_| RCP de recours : OUI NON

Cas discuté en RCP : OUI NON Lieu de la RCP :

FINESS : |_|_|_|_|_|_| Visio conférence :

Intitulé de la RCP : Urologie

Motif de la RCP :

Démarche diagnostique Surveillance après traitement Autre :

Proposition de traitement Ajustement thérapeutique

Commentaires :

Médecin responsable de la séance :

Médecin référent (demandeur): Etablissement du médecin référent:

Médecin présentant le dossier (si différent du médecin référent du dossier) :

Médecin traitant :

Participants et présents :

-
-
-
-
-
-
-



**FICHE RCP
UROLOGIE**

Informations cliniques (TNM) et paracliniques

Circonstances de découverte :

Choix unique

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dépistage organisé | <input type="checkbox"/> Circonstance non connue |
| <input type="checkbox"/> Dépistage individuel | <input type="checkbox"/> Manifestation clinique |
| <input type="checkbox"/> Découverte fortuite | |

Commentaires :

Co morbidités :

Pathologie cardiovasculaire digestive

- Artérite des membres inférieurs
- OHTA
- Insuffisance coronarienne
- Valvulopathie
- Trouble du rythme
- Insuffisance cardiaque
- Autre

Pathologie rénale neuropsychiatrique

- Insuffisance rénale
- Autre

Grossesse

Pathologie métabolique

- Diabète insulino-dépendant
- Obésité
- Hyperlipidémie
- Autre

Pathologie respiratoire

- Insuffisance respiratoire
- Asthme
- BPCO
- Autre

Traitements associés

- Anticoagulant
- Antiagrégant
- Autre

Pathologie hépato-

- Insuffisance hépatique
- Cirrhose
- Autre

Pathologie

- Polynévrite
- Syndrome démentiel
- Autre

Autres :

Antécédents

Antécédents personnels carcinologiques :

Antécédents familiaux carcinologiques :

Etat général

Capacité de vie OMS : 0 1 2 3 4 Ne sait pas

Poids actuel : Poids habituel :
Variation de poids (%) : Taille : IMC :

Siège de la tumeur primitive :

Choix multiple, 2 organes maxi

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Organes génitaux de l'homme, autres et non précisé | <input type="checkbox"/> Testicules |
| <input type="checkbox"/> Vessie | <input type="checkbox"/> Bassinet |
| <input type="checkbox"/> Organes génitaux de l'homme, autres et non précisé | <input type="checkbox"/> Prostate |
| <input type="checkbox"/> Rein, à l'exception du bassinet | <input type="checkbox"/> Urètre |
| <input type="checkbox"/> Urètre | <input type="checkbox"/> Verge |



**FICHE RCP
UROLOGIE**

Autre

Non connu

Nom de l'organe coché n°1

Code CIM (Cf. Annexe)

TNM : (cf. annexe)

Latéralité Gauche Droite Bilatérale NA

Commentaires :

.....
.....
.....

Nom de l'organe coché (si deux organes cochés) n°2

Code CIM (Cf. Annexe)

TNM : (cf. annexe)

Latéralité Gauche Droite Bilatérale NA

Commentaires :

.....
.....
.....

Cas présenté en RCP ce jour (si Localisation différente de la tumeur primitive) :

Phase initiale Rechute 1_1_1/1_1_1/1_1_1_1_1 Suspicion NA

Locorégionale

Biologique

Métastases localisation Osseuse hépatique pulmonaire pleurale péritonéale
 Méningée ovarienne cérébrale cutanée ganglionnaire
 Autre

Commentaires :
.....

Informations paracliniques :

Marqueurs au diagnostic :

KI 67 : FISH : NSE : Autre :

<p><u>+ Si Rein :</u> EGF : VGF :</p>	<p><u>+ Si Testicules :</u> Alpha foeto protéine (ng/ml) : Béta HCG : LDH :</p>	<p><u>+ Si Prostate :</u> PSA vélocité : PSA (ng/ml) : PSA libre / PSA total : Chromogranine A (ng/ml) :</p>
--	--	---

+ Si Rein : Facteurs pronostics de Motzer :

Calcémie (mg/l) : Taux hémoglobine (g/l) :

LDH (UI/l) :

bon intermédiaire mauvais



**FICHE RCP
UROLOGIE**

Facteurs de risque :

- LDH > 1,5 N
- Hb < limite normale
- Calcémie corrigée > 2,5 mmol/L
- Délai entre diagnostic et inclusion < 1an
- Score de Karnofsky = 70

Classification du risque selon MSKCC :

- Mauvais pronostic (3 / 5 facteurs)
- Pronostic intermédiaire (1 à 2 / 5 facteurs)
- Bon pronostic

Commentaires :

.....

.....

Statut thérapeutique de la maladie :

- Non traitée antérieurement En cours de traitement Déjà traité

Traitements antérieurs réalisés :

- Chirurgie *Préciser :* Date de fin de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
- Chimiothérapie *Préciser :* Date de fin de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
- Radiothérapie *Préciser :* Date de fin de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
- Radio et chimio concomitantes *Préciser :* Date de fin de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
- Radio et chimio séquentielles *Préciser :* Date de fin de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
- Thérapeutique ciblée *Préciser :* Date de fin de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
- Hormonothérapie *Préciser :* Date de fin de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|
- Autre Date de fin de traitement : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUES

ONGLET 1

NOM DE L'ORGANE :

Prélèvements OUI NON NSP

Tableau de synthèse des prélèvements

- Biopsie **Date :** |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| NSP
- Pièce opératoire **Date :** |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| NSP
- Cytologie **Date :** |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| NSP
- Autre **Date :** |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| NSP

Prélèvement

Nom du prélèvement (reprise du tableau) :

Adicap :

Type histologique :

1 seul choix

- Carcinome urothélial
- Carcinome épidermoïde
- Sarcome
- Adénocarcinome
- Carcinome neuroendocrine



**FICHE RCP
UROLOGIE**

Précision :

Grade histologique (*Sauf si Prostate ou Rein*) : 1 2 3 4 Inconnu

+ Si Prostate :

Gleason :

+ Si Rein :

Score de Fuhrman : 1 2 3 4

Prélèvement adressé à une tumorothèque : OUI NON

Si Prélèvement = Pièce opératoire

Si pN ≠ Nx

Nombre de ganglions envahis : Total ganglions prélevés :

Classification pTNM

1 ^{ère} liste T
pT0
pT1
pT2
pT3
pT4
pTa
pTis
pTx

2 ^{ème} liste T
a
b
c
mic

1 ^{ère} liste N
pN0
pN1
pN2
pN3
pN4
pNx

2 ^{ème} liste N
a
b
c
i-
i+
mi

1 ^{ère} liste M
pM0
pM1
pMx

2 ^{ème} liste M
a
b
c

Commentaire.
.....

Résidu tumoral après chirurgie :

Choix unique

- Rx
- 0 : Absence de lésion tumorale sur limites d'exérèse
- 1 : Limites d'exérèse tumorale à l'examen microscopique
- 2 : Résidu tumoral macroscopique



**FICHE RCP
UROLOGIE**

ONGLET 2

NOM DE L'ORGANE :

Prélèvements OUI NON NSP

Tableau de synthèse des prélèvements

- Biopsie Date : / / NSP
 Pièce opératoire Date : / / NSP
 Cytologie Date : / / NSP
 Autre Date : / / NSP

Prélèvement

Nom du prélèvement (reprise du tableau) :

Adicap :

Type histologique :

1 seul choix

- Carcinome urothélial
 Carcinome épidermoïde
 Sarcome
 Adénocarcinome
 Carcinome neuroendocrine

Précision :

Grade histologique (*Sauf si Prostate ou Rein*) : 1 2 3 4 Inconnu

+ Si Prostate :

Gleason :

+ Si Rein :

Score de Fuhrman : 1 2 3 4

Prélèvement adressé à une tumorothèque : OUI NON

Si Prélèvement = Pièce opératoire

Si pN ≠ Nx

Nombre de ganglions envahis : Total ganglions prélevés :

Classification pTNM

1 ^{ère} liste T
pT0
pT1
pT2
pT3
pT4
pTa
pTis
pTx

2 ^{ème} liste T
a
b
c
mic

1 ^{ère} liste N
pN0
pN1
pN2
pN3
pN4
pNx

2 ^{ème} liste N
a
b
c
i-
i+
mi

1 ^{ère} liste M
pM0
pM1
pMx

2 ^{ème} liste M
a
b
c



**FICHE RCP
UROLOGIE**

Commentaire.....
.....

Résidu tumoral après chirurgie :

Choix unique

- Rx
- 0 : Absence de lésion tumorale sur limites d'exérèse
- 1 : Limites d'exérèse tumorale à l'examen microscopique
- 2 : Résidu tumoral macroscopique

Proposition de prise en charge

Résumé clinique :
.....
.....

Nature de la proposition :

Choix unique :

- Nécessité d'examens complémentaires
- Surveillance
- Arrêt des traitements
- Proposition de traitement
- Décision reportée

Type de proposition :

Choix unique

- Application d'un référentiel** (+liste ci-dessous à cocher)
 - Application d'un référentiel international
 - Application d'un référentiel national.....
 - Application d'un référentiel régional
 - Traitement hors AMM application d'un référentiel régional
- Traitement hors référentiel**
- Recours à une RCP régionale ou nationale**
- A représenter en RCP

Essai clinique : OUI NON Si oui préciser lequel

Description de la proposition thérapeutique :
.....



**FICHE RCP
UROLOGIE**

Plan de traitement : (choix multiples)

Traitement	Type de traitement (Cf. Annexe)	Commentaires	Structure/Professionnel
<input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Curiethérapie <input type="checkbox"/> Immunothérapie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie conventionnelle <input type="checkbox"/> Hormonothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Thérapies ciblées <input type="checkbox"/> Radiothérapie osseuse <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle <input type="checkbox"/> Radiothérapie - Chimiothérapie simultanée <input type="checkbox"/> Endoscopie interventionnelle <input type="checkbox"/> Soins de support <input type="checkbox"/> Soins palliatifs <input type="checkbox"/> Chimiothérapie palliative <input type="checkbox"/> Chimiothérapie néoadjuvante <input type="checkbox"/> Radiothérapie antalgique osseuse <input type="checkbox"/> Radio hormonothérapie <input type="checkbox"/> Radiothérapie palliative <input type="checkbox"/> Autre :			

Fiche RCP validée : OUI NON

Si oui, Date et Nom du valideur : ___ / ___ / _____

ANNEXES

Codes CIM

Bassinets :

C65 – Tumeur maligne du bassinets

Organe génitaux de l'homme, autres et non précisés

C63 – Tumeur maligne des organes génitaux de l'homme, autres et non précisés

C63.0 – Epididyme

C63.1 – Cordon spermatique

C63.2 – Scrotum

C63.7 – Autres organes génitaux de l'homme précisés

C63.8 – Lésion à localisations contiguës des organes génitaux de l'homme

C63.9 – Organe génital de l'homme, sans précision

Organes urinaires, autres et non précisés

C68 – Tumeur maligne des organes urinaires, autres et non précisés

Prostate

C61 – Tumeur maligne de la prostate

Rein à l'exception du bassinets

C64 – Tumeur maligne du rein, à l'exception du bassinets

Testicule

C62 - Tumeur maligne du testicule

C62.0 – Tumeur maligne du testicule ectopique - Cryptorchidie

C62.1 – Tumeur maligne du testicule descendu

C62.9 – Tumeur maligne d'un testicule, sans précision



FICHE RCP UROLOGIE

Uretère

- C66 – Tumeur maligne de l'uretère

Urètre

- Q64 – Autres malformations congénitales de l'appareil urinaire
- Q64.0 – Epispadias
 - Q64.1 – Exstrophie vésicale
 - Q64.2 – Valvules urétrales postérieures congénitales
 - Q64.3 – Autres formes d'atrésie et de sténose de l'urètre et du col de la vessie
 - Q64.4 – Malformation de l'ouraque
 - Q64.5 – Absence congénitale de la vessie et de l'urètre
 - Q64.6 – Diverticule congénital de la vessie
 - Q64.7 – Autres malformations congénitales de la vessie et de l'urètre
 - Q64.8 – Autres malformations congénitales précisées de l'appareil urinaire
 - Q64.9 – Malformation congénitale de l'appareil urinaire, sans précision

Verge

- C60 – Tumeur maligne de la verge
- C60.0 – Tumeur maligne du prépuce
 - C60.1 – Tumeur maligne du gland
 - C60.2 – Tumeur maligne du corps de la verge
 - C60.8 – Tumeur maligne à localisations contiguës de la verge
 - C60.9 – Tumeur maligne de la verge, sans précision

Vessie

- C67 – Tumeur maligne de la vessie

Stades TNM

Extension locale		Extension ganglionnaire		Extension à distance ⁱⁱ	
1 ^{ère} liste T	2 ^{ème} liste T	1 ^{ère} liste N	2 ^{ème} liste T	1 ^{ère} liste M	2 ^{ème} liste T
T0	a	N0	a	M0	a
T1	b	N1	b	M1	b
T2	c	N2	c	Mx	c
T3		N3			
T4		Nx			
Ta					
Tis					
Tx					

Types de traitement

Autres traitement spécifiques	Cyberknife
	Radiofréquence
Chimiothérapie	Ametycine
	Ametycine endo vésicale
	Carboplatine – Gemzar
	Cisplatine – Gemzar
	Cisplatine – Vepeside
	Javlor
	Jevtana
	Taxotère
Chirurgie	Amputation partielle de la verge
	Curage ganglionnaire
	Cystectomie



FICHE RCP
UROLOGIE

	Cystectomie partielle
	Cysto-prostatectomie
	Cysto-prostatectomie totale avec cysto-entéroplastie éventuelle
	Cysto-prostatectomie totale avec urétrectomie
	Cysto-prostatectomie totale sans cysto-entéroplastie
	Laparoscopie exploratrice
	Laparotomie exploratrice
	Néphrectomie
	Néphrectomie droite élargie
	Néphrectomie gauche élargie
	Néphrectomie partielle
	Néphrectomie partielle sous coelioscopie
	Néphrectomie totale élargie
	Néphro-urétérectomie
	Orchidectomie droite
	Orchidectomie élargie
	Orchidectomie partielle
	Orchidectomie partielle par voie inguinale
	Orchidectomie totale par voie inguinale
	Pelvectomie
	Pelvectomie antérieure avec cysto-entéroplastie éventuelle
	Pelvectomie antérieure sans cysto-entéroplastie
	Prostatectomie radicale élargie
	Prostatectomie radicale élargie sous coelioscopie
	Pulpectomie
	Second look
	Urétrectomie
	Urétrectomie segmentaire
	Urétérectomie
Hormonothérapie	Agonistes
	Analogues lhrh seul
	Anandron
	Androcur
	Anti-androgène non stéroïdien
	Blocage androgénique complet
	Casodex
	Firmagon
	Zytiga (Arbiterone)
Immunothérapie	Bcgthérapie
	Bcgthérapie d'entretien
	Immucyst (Bcg atténué)
	Instillation post-opératoire précoce (IPOP)
	Interferon
	Interleukine
Soins du support	Antalgiques
	Renutrition
Thérapie ciblée	Afinitor
	Inlyta (Axitinib)
	Sutent (Sunitinib)
	Torisel (Temsirrolimus)
Traitements médicamenteux	Xgeva
	Zometa

Annexe 2

Tables de l'EORTC pour la prédiction de la récurrence et de la progression des TVNIM

Tables de l'EORTC pour la prédiction de la récurrence et de la progression des TVNIM			
	Facteur	Récurrence	Progression
Nombre de tumeurs	Unique	0	0
	2 à 7	3	3
	>7	6	3
Taille de la tumeur	<3cm	0	0
	≥3cm	3	3
Récurrences	Premier épisode	0	0
	≤1récurrence/an	2	2
	>1récurrence/an	4	2
Stade pT	pTa	0	0
	pT1	1	4
Carcinome in Situ	Absence	0	0
	Présence	1	6
Grade	G1	0	0
	G2	1	0
	G3	2	5
Score total		0-17	0-23

Scores :

TVNIM de faible risque = score < 7
 TVNIM de risque intermédiaire = score 7-14
 TVNIM de haut risque = score > 14