***Le cancer oublié : comprendre le cancer de la vessie***

**Orateur 1** 00:02

Bill, vous écoutez le podcast « Cancer Assist » animé par le Dr Bill Evans et proposé par le Programme d'aide aux personnes atteintes de cancer. Quel que soit votre niveau d'expérience, nous sommes là pour vous apporter soutien et espoir dans la prévention, le traitement et les soins du cancer, et vous aider quand vous en avez vraiment besoin.

**Dr Bill Evans** 00:20

Bienvenue à l'émission Cancer Assist . Je suis votre hôte, le Dr Bill Evans, et je suis ravi que nous parlions du cancer de la vessie. Vous savez, je pense que c'est un cancer qui n'est pas suffisamment pris en compte. Et je suis ravi d'avoir deux spécialistes avec moi aujourd'hui, le Dr Lorraine Liang et le Dr Ali Khan Lilani . Bienvenue, et je vous suis très reconnaissant de nous consacrer un peu de votre temps. Je sais que vous êtes tous les deux extrêmement occupés, et c'est une période de l'année où vous avez beaucoup de temps à consacrer au rattrapage . Merci beaucoup d'être parmi nous. Lorraine, vous êtes urologue à l'Institut d'urologie McMaster, situé à l'hôpital St Joseph, ici à Hamilton. Vous êtes professeure adjointe et l'une des six urologues qui y travaillent. Vous avez donc constitué une équipe formidable. Nous accueillons également le Dr Ali Khan Lalani, professeur agrégé au département de médecine et au département d'oncologie de l'Université McMaster, et basé au Centre de cancérologie, un centre clé pour les jurés. Je suis ravi que vous soyez tous les deux ici pour parler du cancer de la vessie. J'aime souvent commencer par vous demander un peu comment vous êtes devenu urologue. Lorraine , pourquoi as-tu choisi de te lancer à ton compte ? C'était ton idée initiale de ce que tu voulais faire quand tu serais grande.

**Orateur 2** 01:41

Je crois que quand j'étais petite, je ne pensais jamais à ce qui m'attendait. Je faisais juste ce qui se présentait à moi. Mes parents avaient un glacier. Ah oui, vraiment. Et j'ai grandi dans ce magasin. Ils vendaient beaucoup de produits diététiques, comme le régime Atkins, des trucs sans sucre. Je me suis vraiment intéressée à la nutrition, mais ensuite, je suis allée à Columbia et je me suis spécialisée en arts visuels, car le conseiller d'orientation m'avait dit : « Fais ce que tu veux ». J'ai donc failli devenir artiste . Et après, je me suis demandé : « Bon , qu'est-ce que je vais faire de ma vie ? » Je gagne ma vie. Comment gagner ma vie ? Comment me faire soigner ? J'ai donc envisagé un master en nutrition, toujours à Columbia, et je me suis dit : « Si je suis médecin, on écoutera plus mes conseils que si j'étais juste nutritionniste. » C'est ainsi qu'a commencé mon long chemin vers la médecine. À la faculté de médecine, j'ai constaté que les médecins étaient un peu rebutés par mon franc-parler, tandis que les chirurgiens étaient plus à l'aise avec moi. C'est ce qui m'a orienté vers la chirurgie urologique. J'ai fait d' excellentes recherches avec des urologues vraiment géniaux . Mes notes étaient bonnes, et c'est comme ça que j'ai atterri en urologie, attiré principalement par les robots, les lasers et les activités amusantes qu'on peut faire.

**Dr Bill Evans** 03:10

Aviez -vous un modèle ? Et vous avez parlé de robots et de lasers. C'est un parcours professionnel très intéressant, l'un des plus intéressants dont nous ayons entendu parler dans le podcast. Ali Kai, pouvez-vous égaler cela ?

**Orateur 3** 03:23

Ouais, difficile de faire mieux. Je parle aussi de cet enfant d'immigrés. Toutes mes familles étaient dans le monde des affaires et des comptables. Donc , absolument aucun médecin dans ma famille avant que je décide de me lancer dans la médecine, comme le disaient les conseillers d'orientation à l'école primaire : « Vous savez , si vous êtes gaucher , vous êtes plus artistique, donc les langues, la musique et les arts seront votre spécialité. » Et donc j'aime tout ça. Mais, oui, la médecine ? C'est drôle, je crois que j'ai commencé à m'intéresser aux techniques procédurales, même si, en médecine interne, je me disais : « Je serai gastro-entérologue. Je serai stérilologue , c'est tout. » Et puis, vous savez, je me souviens qu'à la fin de ma première année, j'ai dit : « Vous savez, j'ai fait une visite volontaire avec un collègue, genre, qui fait ça ? » Mais j'ai décidé de faire ça avec un collègue pour mieux comprendre les maladies gastro-intestinales. Et je me suis dit : « C'est cool, mais à 2 h du matin, est-ce que j'ai envie d'examiner quelqu'un en réanimation ? » Et je me suis dit, vous savez, je devrais vraiment élargir un peu mes horizons. Et puis, de toute façon, l'oncologie est arrivée, je pense que c'était le mélange de personnalité et de science, et le reste appartient à l'histoire. Alors, waouh,

**Dr Bill Evans** 04:22

Super. Je pense que vous avez tous les deux trouvé une bonne solution. Merci . Concernant le cancer de la vessie, j'ai été frappé, après quelques lectures, par sa fréquence au Canada. Plus de 12 000 personnes reçoivent un diagnostic de cancer de la vessie chaque année. Au Canada, le cinquième cancer le plus fréquent est en voie de disparition. On pense aux quatre principaux cancers, comme le sein, le côlon long et la prostate. On ne pense pas trop au cancer de la vessie. Il est donc grand temps d'en parler dans le podcast. Et je pense que c'est plus important qu'on ne le pensait, plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Mais parlez-moi un peu des facteurs de risque du cancer de la vessie.

**Orateur 2** 05:06

Le plus simple est le tabagisme. Facteur de risque modifiable. Les fumeurs sont beaucoup plus susceptibles que les non-fumeurs de développer un cancer de la vessie. Il en va de même pour les patients exposés aux colorants à l'aniline. J'ai été tanneur ou j'ai eu de nombreux coiffeurs en difficulté, des patients ayant eu d'autres cancers, des traitements contre le cancer, ou des expositions à la chimiothérapie et aux radiations. Malheureusement, beaucoup de nos patients qui ont travaillé en usine ont été exposés à la fonte, à la fumée, etc. De plus, pour une raison inconnue, les patients qui travaillent dans des ateliers mécaniques , par exemple, ne sentent que des diluants à peinture et du benzène aromatique, des produits chimiques malodorants.

**Dr Bill Evans** 05:52

Hamilton étant une ville où l'on trouve de nombreuses industries manufacturières, des fonderies d'acier, etc., constatons -nous ici plus de cas de cancer de la vessie que dans de nombreux autres endroits ?

**Orateur 2** 06:01

Partout où je suis allé, j'ai vu beaucoup de cancers de la vessie, mais je pense que c'est aussi lié à mon travail. Il y a donc des cancers de la vessie. Je pense qu'il y en a probablement plus ici qu'à Toronto. Bien sûr, vous n'en avez pas parlé.

**Dr Bill Evans** 06:15

L'âge, c'est quelque chose que nous ne pouvons pas contrôler, mais avec l'âge, je suppose que nous courons un risque accru de développer pratiquement tous les cancers, y compris le cancer de la vessie. Je suis content que vous ayez mentionné le fait que le tabagisme soit responsable du programme provincial d'abandon du tabac. Je pense que beaucoup de gens pensent uniquement au cancer du poumon ou aux cancers de la tête et du cou liés au tabagisme, mais une douzaine d'autres cancers sont associés au tabagisme, le cancer de la vessie étant l'un des plus importants. Il est donc important de faire passer le message : il faut arrêter de fumer si on le fait déjà ou ne jamais commencer. L'idéal pour éviter des maladies comme le cancer de la vessie, entre autres, pourrait être de vous poser une question concernant la COVID-19 dans la vallée. En termes de présentation, comment une personne pourrait-elle être consciente ou soupçonner un problème pouvant mener à un diagnostic ?

**Orateur 3** 07:08

C'est une question que le Dr Liang verrait beaucoup plus souvent en tant qu'urologue. Mais on l'entend souvent en oncologie médicale : on revient souvent sur toute l'histoire. Tout commence souvent par l'arbre hémique, ou le sang dans les urines. On m'a toujours enseigné à la faculté de médecine que l'arbre hémique était indolore. Et chez une personne de plus de 60 ans , on parle de cancer de la vessie jusqu'à preuve du contraire, n'est-ce pas ? Il faut donc se demander où se situe la lésion et ce qu'elle peut entraîner ou manifester, et si l'on considère l'ensemble du trajet urothélial, on parle de cancer de la vessie. Mais évidemment, la paroi de l'uretère et celle du bassinet du rein sont similaires. Je dirais donc que la douleur et le sang dans les urines sont certainement l'un des symptômes les plus courants. Rétrospectivement, nous le constatons, certes, mais lorsque les patients consultent un oncologue médical, la lésion est déjà envahie musculairement, voire plus. Mais c'est souvent ce qui conduit le patient à consulter un urologue pour obtenir une vue d'ensemble de la vessie et de ses environs. Sans surprise, comme vous l'avez dit, ces symptômes font partie des problèmes historiques liés au vieillissement et au tabagisme. Même si, dans votre podcast, certains ont mentionné que ces taux de tabagisme sont en baisse, le fait que la population ait atteint cet âge médian de 60 ans et les essais cliniques est une chose, mais on le constate souvent chez les 80 ans et plus, même au moment où les connaissances médicales sont acquises. C'est donc un problème d'âge, de tabagisme, et les symptômes se présentent donc comme d'habitude.

**Dr Bill Evans** 08:35

Lorraine Ali Khan a mentionné la présence de sang dans les urines. Mais comment cela apparaît-il au patient ? Cherche- t- il du sang rouge vif ou autre chose ? Ou peut-il s'agir d'un mélange de sang ?

**Orateur 2** 08:46

Il y aura donc une distinction entre les patients qui voient du sang dans leurs urines et ceux dont les médecins de famille effectuent leur bilan annuel régulier. Il y a aussi le sang microscopique. Certes, les patients qui ont du sang microscopique ont un risque plus faible, mais ce risque existe. On voit donc un bon nombre de patients qui ne ressentent rien, ne voient rien, et leurs médecins les envoient simplement parce qu'il y a du sang dans leurs urines. Et il est certain que des patients atteints d'un cancer de la vessie consultent avec seulement du sang microscopique dans leurs urines. C'est rare, mais cela arrive que des patients aient du sang visible dans leurs urines. Des urines couleur lie-de-vin, des urines couleur rouille, du sang rougeâtre avec des caillots… Tout cela serait cohérent.

**Dr Bill Evans** 09:25

Le spectre des couleurs est large, donc rechercher uniquement du sang rouge vif ne suffit pas. Une urine d'aspect rouille est un autre signe de la présence de petits caillots.

**Orateur 2** 09:35

Parfois, certains patients disent : « Eh bien, c'est dans les toilettes. Je ne sais pas si ça vient du bas , du ventre ou du devant. Parfois, je ne le vois que sur le papier toilette. » Le dépistage du cancer de la vessie est, je pense , si peu invasif et douloureux qu'il vaut la peine d'y jeter un œil, même en cas de doute, surtout s'il existe d'autres facteurs de risque, comme nous l'avons mentionné, liés à l'âge. Tabagisme, antécédents familiaux de cancer de la vessie, etc.

**Dr Bill Evans** 10:03

vous avez évoqué l'aspect visuel, alors comment regarde-t-on la vessie ?

**Orateur 2** 10:08

Ainsi, chaque fois que nous voyons un patient présentant une hématurie, nous effectuons plusieurs examens. Nous analysons d'abord l'urine, recherchons une infection et la présence de cellules dans l'urine, ce qu'on appelle une cytologie. Cela se fait au laboratoire. Ensuite, selon que le résultat est microscopique ou macroscopique, nous commençons par une échographie des reins et de la vessie. Nous recherchons des calculs rénaux, des masses dans les reins, ainsi que dans les uretères et la vessie. Il arrive qu'une masse soit visible à l'échographie. Parfois, ce n'est pas le cas avec un scanner. On effectue alors une échographie triphasique , sans produit de contraste pour rechercher des calculs, avec produit de contraste pour détecter d'éventuelles masses. Ensuite, une phase post-contraste consiste à attendre que le produit de contraste pénètre dans l'uretère afin de détecter d'éventuels défauts de remplissage ou des anomalies dans l'uretère qui ne seraient pas visibles sans cette troisième phase. La dernière étape est la cystoscopie, c'est-à-dire l'insertion d'une caméra dans la vessie. Elle se fait généralement sans anesthésie, mais nous introduisons du gel réfrigérant dans l'urètre. Pour un homme, cela signifie que nous introduisons le gel dans le pénis. Pour une femme, cela signifie que nous introduisons le gel dans l' urètre et que nous installons la caméra directement à l'endroit où nous sommes à St Joe's. Il y a un écran où le patient peut voir ce que je vois. Ainsi, si je vois un cancer de la vessie, ils peuvent le voir simultanément. Nous leur montrons différents éléments, des repères anatomiques. Les patients tolèrent généralement bien cette procédure ; environ un sur 100 est très anxieux, mais nous … Expliquez -leur comment procéder, et cela prend moins de cinq minutes. Un cancer de la vessie ressemble un peu à une anémone de mer, car on remplit la vessie de liquide, qui vous fait signe. Et ils sont généralement assez fréquents s'ils sont de bas grade. Ils sont donc agréables à voir, moins agréables à recevoir.

**Dr Bill Evans** 11:51

du patient. Peut-être pas très amusant à voir, mais intéressant. Mais

**Orateur 2** 11:55

Ils ne voient pas de problème s'il est présent. Pour les cancers de bas grade, 80 % sont des cancers de bas grade. Ils sont un peu plus esthétiques. Ceux de grade supérieur ou invasifs musculaires sont souvent beaucoup plus gros. Il peut y avoir des saignements associés à l'examen, parfois avec de petits calculs, donc ils sont un peu moins esthétiques. Mais on peut les identifier en les observant, comment

**Dr Bill Evans** 12:18

-ils à la vue des images à l'écran pendant que vous les examinez ? Se sentent-ils rassurés par la visualisation ? Et comment ont-ils réagi lorsque vous leur avez fait remarquer qu'il y avait bel et bien un cancer ?

**Orateur 2** 12:31

Certaines femmes se sentent soulagées de savoir pourquoi elles présentent souvent les symptômes qu'elles présentent. Souvent, le diagnostic est posé plus tard, car parfois, les patientes viennent et disent : « J'ai du sang dans les urines », et elles sont traitées à plusieurs reprises pour une infection urinaire, et les cultures sont négatives. Elles se demandent alors : « Qu'est-ce qui ne va pas ? Pourquoi cela continue-t-il ? » Et lorsqu'on leur montre un cancer et qu'on leur explique la marche à suivre, elles sont souvent soulagées, car elles pensent ne plus être folles, ou elles réalisent qu'elles ne l'étaient plus depuis longtemps. Certaines paniquent, mais je prépare généralement les patientes à ce que nous recherchons, et si nous trouvons ce symptôme, nous discuterons de la marche à suivre. Donc , généralement, si Si vous êtes préparé, que vous discutez et que les patients sont impliqués, le niveau de confort est meilleur. Ensuite, nous avançons comme nous le faisons. Les patients s'en sortent généralement plutôt bien.

**Dr Bill Evans** 13:23

Prenons le cas d'un cancer très superficiel, qui, je pense, est le plus fréquent. Que faire après l'avoir observé simultanément ? Réaliser une intervention ? Ou faut-il préparer le patient et le refaire une deuxième fois ?

**Orateur 2** 13:40

Si les tumeurs sont extrêmement petites, ce qui est assez rare, et qu'elles sont curables, je peux simplement faire une biopsie au moment du diagnostic, brûler la base, l'envoyer en anatomopathologie et voir si nous sommes assez sûrs, à l'examen, qu'il s'agit d'une tumeur superficielle de bas grade. Je n'ai pas besoin d'aller beaucoup plus loin. Si la tumeur est plus grosse, d'un ou deux centimètres, ou entre deux et cinq centimètres, nous la préparons. Nous consentons à l'opération. Nous trouvons un créneau pour l'intervention et nous intervenons. Généralement, on s'endort, ou on subit une rachianesthésie, puis une anesthésie générale. Cela implique un anesthésiste, une consultation préopératoire et ce genre de choses. On insère le patient par l'urètre. Là encore, on utilise une anse de cautérisation, comme un petit fil métallique très pratique . On retire la tumeur, on essaie de l'extraire entièrement et on fait une bonne incision dans le muscle pour s'assurer qu'il n'y a pas de tumeur. On arrête ensuite le saignement, et le patient rentre généralement chez lui le jour même.

**Dr Bill Evans** 14:38

Maintenant, quand on prélève la tumeur, on l'introduit dans quelque chose ou on la retire simplement par l'urètre ?

**Orateur 2** 14:44

Donc, la caméra que nous utilisons pour la résection est un peu plus grande, et cette gaine reste dans le patient, et ensuite le Luke peut sortir, de sorte que la tumeur peut sortir à travers les draps pour ne pas toucher toutes les autres parties du patient lorsqu'elle quitte le patient.

**Dr Bill Evans** 14:57

Maintenant, êtes-vous préoccupé par les cellules cancéreuses ? Les cellules se détachent et flottent dans l'air.

**Orateur 2** 15:02

Oui. En général, on s'assure de bien extraire tous les éléments et de tout brûler. Parfois, si on sait déjà qu'il s'agit d'un cancer de bas grade ou multifocal, on peut leur administrer une dose unique de chimiothérapie au moment de l'opération, dans les 24 heures. Ce serait la première dose post-opératoire, T, R, B, T. La première dose dans les 24 heures serait de la mitomycine, qui peut parfois provoquer une légère irritation urinaire. On la vide de leur vessie avant leur départ, et il faut s'en débarrasser d'une certaine manière. C'est parfois un peu difficile à obtenir sans préparation préalable, mais on fait de notre mieux, et on n'est pas sûr qu'il s'agisse d'un cancer de bas grade . Si on pense avoir réséqué un peu en profondeur, on n'administre généralement pas cette dose post-résection.

**Dr Bill Evans** 15:48

D'accord, alors pourquoi mettre de la chimiothérapie ?

**Orateur 2** 15:52

Eh bien, nous le donnons pour qu'il ne revienne pas aussi tôt ou pas du tout,

**Dr Bill Evans** 15:56

Parce qu'il y a un risque de récidive, non ? Oui. Donc, le cancer du nerf vague,

**Orateur 2** 16:00

J'explique à mes patients, lorsqu'ils sont atteints d'un cancer de bas grade, que même s'il s'agit d'un cancer, c'est généralement un peu gênant, comme un bouton. On l'enlève donc et on le surveille pour éviter qu'il ne réapparaisse. En général, les récidives ont tendance à se produire. Plus tôt elles réapparaissent, plus on s'inquiète, plus on leur propose d'autres traitements. S'il ne s'agit que d'une petite tumeur, qu'on a tout éliminé et qu'on l'examine trois mois plus tard et qu'elle n'est plus là, on continue à l'examiner en espérant qu'elle ne réapparaisse pas.

**Dr Bill Evans** 16:25

Et la fréquence de consultation tous les trois mois. Donc pour

**Orateur 2** 16:29

les cancers de bas grade , j'aime bien les examiner trois mois après la première consultation, puis on espace les consultations de six à douze mois, selon la récidive. J'aime les garder pour toujours. S'ils commencent à s'impatienter, on peut négocier. En quoi consiste la négociation ? À quelle fréquence nous les examinons ? Oui, j'ai des patients de plus de 90 ans. Ils commencent à souffrir de démence. Les familles remarquent qu'ils ont des troubles avant de venir, et on négocie. Mais pour les personnes en bonne santé qui ont une qualité de vie raisonnable,

**Dr Bill Evans** 16:58

de la vie, on veut s'assurer qu'elle ne reviendra pas. Donc la fréquence est plus rigide. J'aime bien

**Orateur 2** 17:04

On les voit une fois par an, au moins une fois après trois ans.

**Dr Bill Evans** 17:08

Ces affections sont plus superficielles et plus faciles à traiter, mais elles ont tendance à récidiver. Vous avez parlé d'invasion musculaire, alors peut-être devrions-nous aborder ce sujet. Pourquoi l'invasion musculaire est-elle préoccupante ? Qu'est-ce que cela laisse présager ?

**Orateur 2** 17:24

Le cancer de la vessie invasif musculaire est un peu différent. Une fois qu'il commence à envahir le muscle au-delà du Lamar, le risque de propagation est beaucoup plus élevé, et c'est là qu'intervient le Dr Lalani. En cas de cancer de la vessie invasif musculaire, nous préférons retirer la vessie, mais en général, les patients se portent mieux avec une cysto- prostatectomie radicale ou une cystectomie après une chimiothérapie.

**Dr Bill Evans** 17:51

Parlons -en un peu, car cela semble beaucoup plus complexe maintenant, avec la réinsertion de la vessie et la chimiothérapie préalable. Il faut donc choisir les patients et examiner les effets secondaires de la chimiothérapie.

**Orateur 3** 18:08

Des questions ? Je dirais simplement que le thème principal est probablement la nécessité d'une prise en charge véritablement multidisciplinaire. Je compare cela à un relais entre les bons spécialistes pour aider le patient à temps. Comme Lorraine l'a mentionné, ces patients ont souvent eu une relation avec votre oncologue, et nous souhaitons certainement que cela continue, mais ils nous contactent pour nous dire : « Ce patient a besoin d'un traitement systémique, éventuellement avant toute intervention sur la vessie. » Un petit mot sur notre clinique multidisciplinaire du cancer de la vessie, au Driven C Cancer Center. Si vous me le permettez, le principe de cette clinique est que tout patient atteint d'un cancer de la vessie invasif sur le plan musculaire, dans notre zone de desserte ou région, peut théoriquement y être orienté, où il verra un chirurgien s'il ne l'a pas déjà fait. Mais s'il a un oncologue de l'Oural, il restera l'oncologue de référence de l'Oural. Si cela semble plus logique, il consultera simultanément un oncologue médical et un radiologue. Pour en revenir à votre question, lors de cette consultation, nous avons l'occasion, en trois points, de réexaminer le dossier, de partir de l'ensemble, avec peut-être, mais aussi dans les urines, le nombre de traitements ou d'autres traitements comme le BCG ou d'autres traitements antérieurs, puis de constater que le cancer est maintenant invasif musculairement. Voyons donc ce que nous pouvons faire. Comme vous l'avez mentionné, la norme de soins consiste à administrer une chimiothérapie, appelée chimiothérapie néoadjuvante, ou un traitement préalable à la prise en charge définitive. Du point de vue de l'oncologie médicale, nous prenons le relais à ce stade. Notre travail consiste à vérifier que le patient est éligible au cisplatine. Des médicaments comme le cisplatine et le Jim City sont administrés par voie intraveineuse pendant environ quatre cycles de traitement. À ce stade, je programme souvent un scanner après le traitement. Nous nous assurons que le cancer ne s'est pas propagé, puis nous reprenons le relais. Retour aux facultés d'urologie pour examiner l'état de la situation et évaluer l'invasion musculaire observée précédemment. Une décision cruciale est alors prise concernant la chirurgie. La majorité de nos patients sont opérés, ou, chez ceux qui auraient pu présenter une réponse extrême et qui en tireraient un très bon bénéfice, la radiothérapie comme traitement définitif, malgré les limitations liées à la radiothérapie. C'est là que la clinique de la vessie est utile, car le patient peut y assister. Tous les principes étaient réunis. Et bien sûr, de nombreuses raisons peuvent justifier un bénéfice de la radiothérapie. Malheureusement, certains patients ne sont pas candidats à la chirurgie ou ne peuvent pas recevoir de chimiothérapie. Ils poursuivent la radiothérapie. Mais en général, je pense que le principal point à retenir est la chimiothérapie néoadjuvante, suivie d'une réévaluation en vue d'une éventuelle intervention chirurgicale. Avant

**Dr Bill Evans** 20:41

nous en parlerons un peu plus, je pense que nous ferons une brève pause et entendrons nos sponsors, pour ainsi dire, du Programme d'aide au cancer, et nous reviendrons tout de suite pour parler davantage du cancer de la vessie.

**Orateur 1** 20:51

Nous tenons à remercier chaleureusement nos généreux donateurs, le Fonds familial Hatton et le studio de création Banco, qui rendent possible le balado « Assistance cancer ». Le Programme d'aide aux personnes atteintes de cancer est plus actif que jamais pour offrir un soutien essentiel aux patients et à leurs familles. Nous maintenons notre engagement à offrir des services gratuits aux patients de notre communauté, notamment le transport et l'équipement, les prêts, les articles de soins personnels et de confort, le stationnement et la formation pratique. Ces services sont rendus possibles grâce à la générosité de nos donateurs, par des dons ponctuels , des dons mensuels, des collectes de fonds auprès de tiers, des commandites d'entreprises et des possibilités de bénévolat. Visitez cancerassist.ca pour découvrir comment vous pouvez faire une différence dans la vie des patients atteints de cancer et de leurs familles.

**Dr Bill Evans** 21:34

Nous revenons au cancer de la vessie, notamment au cancer de la vessie invasif musculaire. Nous souhaitons également aborder brièvement la différence entre les cancers de bas et de haut grade , car leur prise en charge diffère. Nous voulions en parler un peu plus tôt, alors nous allons en parler maintenant. Lorraine, c'est un point important. Lorsque vous envoyez un échantillon au laboratoire, vous l'examinerez dans le rapport, car cela déterminera si vous devez intervenir de manière complémentaire, je pense, pour ce patient atteint d'un cancer de haut grade .

**Orateur 2** 22:05

Bien sûr. Bill. Donc, lorsque les pathologistes nous renvoient le rapport, nous examinons le résultat, qu'il soit de bas ou de haut grade. Comme vous l'avez dit, nous examinons la profondeur de l'invasion, dont nous avons déjà parlé. On peut détecter précocement les cancers de la vessie de haut grade, même s'ils peuvent être superficiels. Donc , s'ils n'envahissent pas complètement la lamina propria, ils pourraient être éligibles à une thérapie intravésicale, ou à un traitement à l'intérieur de la vessie, plutôt que d'aller voir le Dr Lalani pour un traitement par voie intraveineuse qui affecterait tout le corps. En général, nous envoyons les patients suivre un traitement par BCG, et c'est le BCG qu'on utilisait autrefois pour vacciner contre la tuberculose, n'est-ce pas ? Au lieu de vous injecter, on vous pose un cathéter et on injecte le BCG dans la vessie, ce qui force la vessie à réagir, car c'est un irritant. Pour tenter de tuer les cancers présents et d'empêcher leur récidive, cela peut être assez irritant pour la vessie, et cela donne une sensation similaire à une infection urinaire. Les patients ont souvent l'impression d'uriner tout le temps et avec urgence. Mais généralement, les personnes qui ont cette réaction réagissent mieux au BCG du point de vue du cancer. Donc, si vous êtes malheureux, je suppose que ça vaut le coup, car ça marche. Lorsque vous recevez le BCG , nous vous surveillons fréquemment pour voir si le cancer est réapparu. Est-ce efficace ? Et si ça ne marche pas, d'autres traitements intervesco peuvent être essayés. Certains sont disponibles, d'autres ne le sont pas dans notre domaine de recherche. Ou alors, nous vous orientons vers le groupe du Dr Lelani pour un entretien . Ou nous vous respecterions à nouveau et verrions s'il y a une sorte de profondeur d'invasion qui a changé,

**Dr Bill Evans** 23:44

Bien. Je suis content qu'on ait repris ça. On devrait peut-être aussi, parce qu'on a des auditeurs qui ne sont pas médecins . Quand on parle de haut grade , que veut-on dire au juste ? Que veut-on dire par haut grade ou bas grade ? Que voit le pathologiste ? Peut-être, donc je

**Orateur 2** 23:59

ils pensent qu'ils regardent le nombre de noyaux et comment

**Dr Bill Evans** 24:03

ressemblent les cellules anormales . Elles se développent rapidement. Si

**Orateur 2** 24:08

Ils sont plus anormaux ou moins différenciés, et ont tendance à être plus agressifs. Certains marqueurs permettent donc d'identifier si les patients sont susceptibles de développer des métastases ou d'avoir une invasion plus profonde qu'un cancer de grade inférieur, qui persistera comme ce bouton réapparaissant dans la vessie, qu'il suffit de retirer et de déplacer. Autrement dit, si on ignore les cancers de grade inférieur, ils peuvent devenir très volumineux et provoquer des saignements et une obstruction, empêchant ainsi la miction. Il ne faut donc pas les ignorer, mais ils sont peu susceptibles de vous tuer.

**Dr Bill Evans** 24:43

N'est-ce pas ? Cela semble très clair. Mais qu'est-ce qui est clair ? Vous parliez de chimiothérapie préopératoire. On a donc une chimiothérapie préopératoire pour ces cancers invasifs musculaires qui nécessitent une cystectomie. Donc , ils sont tous… Ou alors, pour l'urologue comme vous, Lorraine, à faire , et ce n'est pas seulement la vessie qui est retirée au moment de l'opération, si j'ai bien compris. Est-ce exact ?

**Orateur 2** 25:08

C'est exact ? Je ne pratique plus de cystectomies. J'ai décidé que cela occuperait moins de place dans ma pratique. Les patients qui subissent une cystectomie devraient consulter des chirurgiens qui en pratiquent régulièrement, car ils obtiendront de meilleurs résultats. Plus on en pratique, mieux c'est. Alors , quand j'ai décidé de ne plus en pratiquer, j'ai décidé de soutenir mes collègues qui en pratiquent afin que les patients puissent obtenir de meilleurs résultats. Mais lorsqu'on engage un homme atteint d'un cancer de la vessie qui doit être retiré, on retire toute la vessie, la prostate. Et généralement, on prélève un morceau d'intestin grêle et on le relie à la paroi du corps pour que l'urine puisse s'écouler dans la poche, ou on crée une vessie NEO, qui est une sorte de sphère. L'artisanat est En fait, c'est plutôt agréable à faire. Ça me manque, et on le relie à l'urètre pour pouvoir uriner. C'est donc une intervention très importante. Ensuite, on prélève, bien sûr, de nombreux ganglions lymphatiques pour éviter toute propagation, ce qui est très important.

**Dr Bill Evans** 26:08

pour une femme, c'est quoi pour une femme

**Orateur 2** 26:10

subissent une cystectomie ? Ils prélèvent donc souvent la vessie, l'utérus et une partie du vagin.

**Dr Bill Evans** 26:19

ce sont des interventions importantes, et elles doivent entraîner une morbidité importante et peut-être même un risque de décès suite à l'opération.

**Orateur 2** 26:27

C'est une chirurgie très morbide, avec un taux de complications de 30 %, je crois, incluant des infections, des thromboses veineuses profondes (TVP), des embolies pulmonaires , des caillots dans les jambes et les poumons. On peut aussi avoir des sténoses ou des cicatrices au niveau de l'uretère, là où il est relié à deux voies. On peut aussi développer un iléus, ce qui signifie que l'intestin met beaucoup de temps à se réveiller après l'opération. Souvent, on peut avoir différents problèmes. Eh bien,

**Dr Bill Evans** 26:59

Vous avez très bien souligné la nécessité de pratiquer ce type d'intervention, car il est vrai qu'en chirurgie, plus on en pratique, mieux on s'améliore. Donc, à tous ceux qui nous écoutent et qui sont sur le point d'en subir une, ou qui connaissent quelqu'un qui pourrait en subir une, il est vraiment important de se rendre dans un établissement comme l'Institut d'urologie St Joe, où des spécialistes pratiquent ce type d'intervention en permanence. Si vous nous écoutez depuis l'étranger, il est important de vous assurer de ne pas vous contenter de ces interventions occasionnelles, car ce n'est pas une intervention importante et importante, et il faut une personne très compétente pour la réaliser, et pas seulement le chirurgien, mais aussi toute l'équipe qui est là pour vous accompagner après l'opération et assurer votre rétablissement. Toutes ces choses sont donc très importantes, et lorsqu'on subit une intervention chirurgicale majeure, il est tout aussi important d'être entouré d'une équipe lors d'un traitement systémique. Les médicaments utilisés aujourd'hui sont de plus en plus intéressants, mais complexes et ont des effets secondaires spécifiques. Peu de personnes présentent ce que l'on appelle un cancer de la vessie de stade 4, mais ce n'est pas non plus nul. D'après les statistiques, environ 8 % présentent un cancer de stade 4, ce qui, je suppose, ne serait pas directement adressé à un oncologue médical. Oui,

**Orateur 3** 28:23

En général , c'est le cas, et c'est là que notre clinique de la vessie est toujours utile. Comme mentionné, je sais que nous allons atteindre le stade quatre, mais pour les patients opérés, qu'ils aient ou non suivi une chimiothérapie, l'échantillon pathologique pourrait révéler des résultats. Ainsi , lorsqu'on examine le tissu pour déterminer la taille ou le stade du cancer et l'atteinte ganglionnaire, il pourrait être judicieux de recourir à un traitement adjuvant, une assurance maladie, pour réduire le risque de récidive sous forme d'immunothérapie. Il y a donc des patients, et c'est là que notre clinique de la vessie est extrêmement utile. Qui pourrait transmettre le relais du chirurgien à l'oncologue médical pour la chimiothérapie, puis au chirurgien, évidemment, pour la prise en charge curative définitive, puis à l'oncologue médical pour l'immunothérapie après la chirurgie, le tout dans un contexte périopératoire ? Je partage tout à fait votre avis. Assurez -vous que votre équipe possède une grande expérience du cancer de la vessie, mais qu'elle s'occupe de vous. Malheureusement, malgré tous nos efforts, certains de ces patients voient leur cancer réapparaître ou, comme vous l'avez mentionné, se présenter pour la première fois, même avec des saignements ou des douleurs, pour finalement être diagnostiqués comme ayant un cancer disséminé. Ainsi, qu'il s'agisse d'une maladie locale et disséminée ou d'une maladie amorcée, on parle alors de maladie avancée ou de stade 4. Et cela a beaucoup changé. Je pense toujours que toutes les parties prenantes ont un rôle à jouer. Souvent, ces patients ont un uro -oncologue qui peut les aider, même en cas de complications ou de réponses exceptionnelles. Nous les orientons alors vers le radio-oncologue pour soulager la douleur dans une zone potentiellement traitée. Mais en général, c'est surtout l'oncologue médical qui intervient. Chez les patients atteints d'une maladie avancée, la chimiothérapie a longtemps été le principal traitement de première intention. La situation s'est améliorée il y a quelques années, lorsque nous avons montré que si la chimiothérapie permet au cancer de rester stable ou de régresser, on peut y ajouter une immunothérapie. Et maintenant, nous avons en quelque sorte complètement bouleversé les 50 années de lutte contre le cancer de la vessie en utilisant désormais l'immunothérapie combinée et les conjugués anticorps-médicaments comme traitement de première intention .

**Dr Bill Evans** 30:27

Je dois expliquer le conjugué anticorps-médicament. Désolé, mais cela revient à une question de compréhension pour mon public.

**Orateur 3** 30:33

toi C'est vraiment génial . Si l'on considère la forme d'un anticorps et ses différents composants, on peut commencer par chercher une cible. On l' injecte par voie intraveineuse et il va chercher quelque chose. Dans le cancer de la vessie, le cancer urothélial, il s'agit de la nectine 4, largement exprimée dans les cellules urothéliales. C'est une protéine présente sur la cellule, vous l'avez compris. Elle se superpose parfois à certaines cellules cutanées, mais en général, c'est un très bon marqueur du cancer de la vessie. Cet anticorps recherche cette cible dans l'organisme. Cet anticorps est lié à un liant à une molécule porteuse. Cette molécule porteuse contient un médicament qui, une fois la cible trouvée , la dépose sur la cellule. Et ce sac à dos comprend la chimiothérapie, vous savez, sous différentes formes. Imaginez, et nous parlerons de ce traitement en particulier , mais vous imaginez bien qu'il existe différentes cibles avec différents linkers et différents sacs à dos. Mon autre mission est le développement de médicaments. Nous réfléchissons à de nombreuses solutions, mais très simplement, et pour la carte, la bédotine recherche la nectine et administre une chimiothérapie lorsqu'elle trouve ces cellules, appelée MMA. Et c'est vraiment génial. Techniquement , c'est une forme de chimiothérapie, mais avec une tolérance différente. Elle est également administrée par IB et, surtout, pour les cancers de stade 4, associée à une immunothérapie appelée pembrolizumab, dont vos auditeurs et téléspectateurs ont probablement déjà entendu parler, mais qui est désormais le traitement de première intention pour un cancer de la vessie disséminé. C'est

**Dr Bill Evans** 32:08

C'est une évolution remarquable, tous ces composants différents, et j'aime beaucoup la façon dont vous l'avez décrite, le sac à dos qu'il contient et la chimiothérapie qu'il contient. C'est une explication claire et compréhensible pour les patients, car ce n'est pas simple pour ceux qui n'ont pas suivi de formation médicale. Donc oui,

**Orateur 3** 32:28

OMS Le connaissez- vous ? Pour le comprendre, s'y habituer et l'expliquer ensuite en termes compréhensibles pour les patients, plutôt que de se contenter de quelques documents, cela prend du temps.

**Orateur 2** 32:38

Cela signifie-t-il que s'il y a ce sac à dos et ce tracker, cela n'affecte pas le reste du corps, mais seulement le cancer ? Oui.

**Orateur 3** 32:44

C'est là que ça devient vraiment technique, car, oui, on pourrait dire que c'est mieux toléré en général que la chimiothérapie au cisplatine, ce qui est excellent, mais c'est un peu, pour reprendre un terme que certains auditeurs pourraient comprendre , un peu comme le napalm, dans le sens où il se propage partout et agit rapidement, n'est-ce pas ? Alors que ce traitement cible ces cellules, le problème, comme je l'ai mentionné, c'est que cette cible se trouve également sur les cellules cutanées, ce qui peut, sans surprise, provoquer des réactions cutanées, parfois légères. Or, c'est le rôle du médecin qui administre le traitement de comprendre, s'il semble y avoir une importante prolifération dans ces cellules cutanées. Cela pourrait signifier que le médicament est efficace, mais nous devons aider le patient à éviter une éruption cutanée trop importante ou diffuse. Ces traitements peuvent également influencer légèrement la neuropathie, ou sensation de picotements , mais aussi le bon fonctionnement de l'infirmière. C'est très important . Pour une tranche d'âge comme les 70 ou 80 ans, je pense à la neuropathie sensorielle, à la fonction motrice, mais aussi au système nerveux autonome. Se lever et garder l'équilibre est également très important . Nous examinons également la peau, les nerfs, et d'autres aspects du métabolisme, notamment les effets sur le foie. Nous voulons donc nous assurer que nos patients peuvent être diabétiques. Comment est-ce possible ? leur contrôle de la glycémie et comment vont-ils Leur fonction hépatique ? En général, je dirais qu'il est mieux toléré, mais il faut être attentif à certains effets secondaires importants.

**Dr Bill Evans** 34:09

vous utilisez toujours l'immunothérapie avec la combinaison de médicaments anticorps

**Orateur 3** 34:16

Il s'agit du premier traitement pour un cancer métastatique. Des données existent désormais . Mais comme vous le savez, le développement du médicament aurait commencé avec ce conjugué anticorps-médicament . Le premier développement a eu lieu après l' utilisation de tous les autres médicaments, c'est-à-dire après la chimiothérapie et l'immunothérapie, puis le seul médicament utilisé, le conjugué anticorps-médicament, appelé fortumab , a été utilisé . Mais maintenant, il est disponible plus tôt, en phase métastatique ou de stade 4, et constitue la première option pour les patients . Nous avons la chance que ce médicament soit approuvé dans de nombreuses régions du monde, aux États-Unis, au Canada et ailleurs, et qu'il soit disponible. Nous l'utilisons actuellement.

**Dr Bill Evans** 34:50

donc impliqué dans le développement de médicaments. Où pensez-vous que nous serons dans 10 ans ? Oui,

**Orateur 3** 34:58

c'est, c'est cool. Alors Si l'on prend un programme de recherche complet et qu'on essaie de le résumer en quelques minutes, je dirais que deux domaines évoluent. Le premier concerne notre compréhension des tissus issus du cancer de la vessie et les facteurs qui influencent le développement du cancer. C'est ce qu'on appelle les fondements moléculaires du cancer. Certains récepteurs, comme le récepteur du facteur fibroblastique ( FGF) , sont parfois surexprimés dans le cancer de la vessie. Nous disposons désormais de traitements pour cela. Il existe donc un mécanisme de verrouillage de la clé. Si nous trouvons ce verrou, nous pouvons insérer une clé spécifique et ainsi dépister les patients. C'est très important . Je pense que nous envisageons d'utiliser d'autres conjugués anticorps-médicaments, avec des cibles différentes, des approches différentes pour le cancer de la vessie. La véritable évolution pourrait être la suivante : comment utiliser tous ces éléments de manière appropriée dès le début de la maladie ? Nous avons parlé du cancer de la vessie invasif musculaire, où les patients peuvent encore espérer guérir, mais nous leur administrons un traitement préalable. J'ai mentionné la chimiothérapie. Il existe déjà des traitements, notamment la chimiothérapie et l'immunothérapie avant les interventions chirurgicales. Nous attendons l'approbation canadienne, et dès que nous l'aurons, devinez quoi, des essais cliniques seront menés pour démontrer l'efficacité de l'immunothérapie et des conjugués anticorps-médicaments avant la chirurgie. Ces données sont publiées, vous pouvez donc voir l'évolution. Et il est fort possible que si des patients comme Lorena ou ses collègues nous consultent pour un traitement néoadjuvant, et que nous puissions administrer d'excellents traitements intraveineux, non seulement il n'y ait pas de propagation, mais que la maladie de la vessie disparaisse ? Combien de patients pourraient bénéficier d' une intervention chirurgicale encore meilleure ou d'un maintien de la vessie ? Vous savez, tout cela revient à dire : « Oui, ce sont les outils dont nous avons besoin pour en acquérir davantage. » Et ensuite, quand les utiliser ? Pouvons-nous les utiliser plus tôt dans la maladie ? Et c'est ce qui est vraiment passionnant . Mon dernier argument concerne même le contexte non invasif musculaire, où les oncologues médicaux ne sont pas impliqués. Eh bien, il existe maintenant des données montrant que l'immunothérapie sous-cutanée ou injectable pourrait être utile pour le cancer de la vessie non invasif musculaire. Nous recueillerons davantage de données à ce sujet lors de congrès comme les réunions de l'Association américaine d'urologie (AUA) plus tard cette année. Imaginez donc si nous pouvions accéder à l'immunothérapie sous-cutanée injectable encore plus tôt, comme vous pouvez le constater. Je pense donc que le cancer de la vessie est un domaine formidable à étudier et qu'il peut aider les patients. Et je pense que toutes nos disciplines travaillent ensemble.

**Dr Bill Evans** 37:29

Constatez-vous des changements dans l'approche chirurgicale ou diagnostique de votre point de vue ? Lorraine,

**Orateur 2** 37:36

Eh bien , je pense qu'on a encore besoin d'une pathologie. Enfin, tu ne vas pas

**Dr Bill Evans** 37:39

être mis en faillite, mais j'ai remarqué cette technique, nous avons encore besoin

**Orateur 2** 37:44

Pour identifier le cancer avant de pouvoir le traiter, et disposer de ces tissus les aide certainement à comprendre les mécanismes de verrouillage et de clé et, vous savez, où envoyer leurs sacs à dos. Ainsi , une partie du traitement est toujours adaptée aux patients. Je pense que, vous savez, il se peut que, si nous avons un cancer très volumineux et agressif, nous en prélevions simplement la majeure partie, sans aller trop loin pour risquer de perforer la vessie. Il n'est pas nécessaire d'être aussi agressif avec la résection. Potentiellement, si nous pouvons obtenir leurs documents, nous

**Dr Bill Evans** 38:10

s'appuyer sur certains développements pharmaceutiques. Herring, mon vieux, l'autre chose

**Orateur 3** 38:14

c'est Plutôt intéressant , je suis d'accord. Je pense que vous êtes tous oncologues . Leurs activités, leurs observations, sont fondamentales. Mais peut-être que l'on pourrait enrichir ce travail si nous pouvions analyser le sang et trouver des cellules cancéreuses microscopiques, donc de l'ADN tumoral circulant. Cela nous intéresse beaucoup, et nous essayons d'intégrer cela à l'écosystème de Hamilton et McMaster pour ces patients. Mais pouvons-nous faire une analyse sanguine après un traitement, voire une intervention chirurgicale, et rassurer la personne sur la présence de cellules microscopiques dans le sang ? Pourrait-on éviter une immunothérapie adjuvante ? Comme j'adore administrer ces médicaments, ils peuvent provoquer des effets secondaires. Et si nous savions qu'il y avait quelque chose dans le sang avant même qu'un scanner ne le révèle ? C'est donc une technologie très intéressante, dont je me rends compte qu'elle n'est pas encore prête à être utilisée de manière optimale pour nos patients, mais j'espère qu'ils garderont espoir que cela puisse arriver. Eh bien,

**Dr Bill Evans** 39:07

J'ai entendu beaucoup de choses encourageantes aujourd'hui, et je pense que la discussion a été très utile pour les auditeurs, qui ont pu découvrir comment le cancer de la vessie peut être détecté, comment il est initialement pris en charge et quels sont ses différents stades. Je suis particulièrement impressionné par la rapidité avec laquelle la maladie semble évoluer grâce à l'utilisation de combinaisons médicamenteuses prometteuses et à l'immunothérapie. C'est vraiment fascinant. Vous travaillez à une époque très intéressante. C'est une période propice à la médecine pour soigner une maladie comme le cancer de la vessie. Je tiens à vous remercier tous les deux pour votre temps et votre expertise, et pour avoir pu échanger sur ce sujet et, je l'espère, aider les auditeurs à mieux comprendre et à s'assurer qu'ils bénéficient de soins de qualité, ce qui est notre priorité absolue. Merci beaucoup pour votre temps. Merci

39:53

Merci de nous avoir accueillis.

**Orateur 1** 39:58

Merci d'avoir écouté le balado Cancer. Assist. Trouvez d'autres épisodes, ressources et informations sur cancer.assiste.ca ou suivez le programme d'aide aux personnes atteintes de cancer sur Facebook, Twitter et Instagram. Merci de votre écoute.