

FORMATION MÉDICALE CONTINUE : LE POINT SUR...

Pathologie tumorale de la vessie : rôle de l'IRM[☆]

C. Roy

Service de radiologie B, hôpitaux universitaires de Strasbourg, nouvel hôpital civil, 1, place de l'Hôpital, BP 426, 67091 Strasbourg cedex, France

MOTS CLÉS

Vessie ;
Tumeur maligne ;
IRM ;
Extension tumorale ;
IRM fonctionnelle

Résumé Le cancer de la vessie est fréquent et grave. Bien que l'échographie et la TDM restent essentielles, l'IRM est plus performante pour le bilan des grosses tumeurs et dans les cas atypiques, en particulier les lésions sous-muqueuses. Les performances de la TDM et de l'IRM sont voisines pour le bilan ganglionnaire. La technique d'examen est simple. Les perspectives de l'IRM, en particulier avec l'imagerie de diffusion, sont en évaluation.

© 2012 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

L'IRM est la meilleure technique d'imagerie pour l'exploration de la cavité pelvienne, grâce à sa forte résolution en contraste et à sa résolution spatiale optimale dues aux antennes actuelles en réseau phasé avec les techniques d'imagerie parallèle. Le diagnostic de tumeur de vessie, soupçonné par l'échographie, est confirmé par la cystoscopie et l'analyse anatomopathologique du matériel prélevé qui fournit le type histologique ainsi que l'extension en profondeur. L'IRM a essentiellement un rôle dans le bilan pré thérapeutique, mais également le suivi post-thérapeutique, ainsi que dans les cas atypiques ou certaines circonstances plus rares.

Technique

L'examen est réalisé avec une antenne en réseau phasé [1–5].

La vessie doit être modérément pleine. En effet, en cas de vessie distendue, outre l'inconfort du patient comportant un risque de mouvements incontrôlables,

DOI de l'article original : [10.1016/j.diii.2012.01.013](https://doi.org/10.1016/j.diii.2012.01.013).

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Diagnostic and Interventional Imaging*, en utilisant le DOI ci-dessus.

Adresse e-mail : catherine.roy@chru-strasbourg.fr

l'amincissement de la paroi vésicale rend son analyse impossible. Par ailleurs, en cas de vessie vide, la tumeur est peu visible.

L'injection d'un antispasmodique (Glucagen®) juste avant le début de l'examen permet de réduire les artéfacts dus aux mouvements du tube digestif ; elle est essentielle chez le patient maigre où les anses grêles sont au contact de la paroi vésicale. Son efficacité dure environ 20 minutes.

L'épaisseur de coupe varie de 3 à 4 mm.

L'examen associe de multiples séquences en ES pondération T2 (ES pT2) avec au moins trois plans orthogonaux et/ou des plans obliques afin d'être perpendiculaire à la paroi tumorale, pour minimiser le phénomène de volume partiel, et une séquence en ES pondérée en T1 (ES pT1) axiale pour les axes ganglionnaires, éventuellement complétée par un autre plan en saturation de graisse pour apprécier le contour vésical. L'exploration d'une tumeur du dôme se fait dans le plan sagittal et frontal et celle d'une tumeur de la face latérale dans le plan axial et frontal. Une séquence dynamique en EG pondération T1 (EG pT1) avec injection de gadolinium et une résolution temporelle inférieure ou égale à 20 s, au mieux avec saturation de graisse et une orientation perpendiculaire à la base d'implantation tumorale, analyse la tumeur et la paroi vésicale.

L'utilisation d'une antenne endorectale a été proposée pour les tumeurs de la base, du trigone et de la paroi postérieure. L'imagerie de diffusion est en évaluation [1].

Sémiologie de la tumeur vésicale

Séquence T1

En ES pT1, la tumeur (*Encadré 1*) a un signal intermédiaire à faible, voisin de celui de la paroi vésicale. Elle est iso- ou légèrement hyperintense par rapport au muscle, hyperintense par rapport à l'urine et hypointense à la graisse périvésicale.

Séquence T2

En ES pT2, le signal de la tumeur est très inférieur à celui de l'urine, supérieur à l'hyposignal de la paroi et inférieur

Encadré 1 Classification TNM 2002 de l'Union for International Cancer Control (UICC).

1: muqueuse; 2: sous-muqueuse; 3: couche musculaire superficielle; 4: couche musculaire profonde.

Cette classification ne concerne que les carcinomes urothéliaux de vessie.

T Tumeur primitive

Tx Tumeur primitive non évaluable

T0 Tumeur primitive non retrouvée

Ta Carcinome papillaire non invasif

Tis Carcinome in situ « plan »

T1 Tumeur envahissant le chorion

T2 Tumeur envahissant la musculature

pT2a Tumeur envahissant le muscle superficiel (moitié interne)

pT2b Tumeur envahissant le muscle profond (moitié externe)

T3 Tumeur envahissant le tissu périvésical

pT3a Envahissement microscopique

pT3b Envahissement extravésical macroscopique

T4 Tumeur envahissant une structure voisine

T4a Prostate, vagin ou utérus

T4b Paroi pelvienne ou abdominale

N Ganglions lymphatiques régionaux

Nx Ganglions non évaluables

N0 Absence de métastase ganglionnaire régionale

N1 Métastase ganglionnaire unique < 2 cm

N2 Métastase ganglionnaire unique > 2 cm et < 5 cm ou métastases ganglionnaires multiples < 5 cm

N3 Métastase(s) ganglionnaire(s) > 5 cm

M Métastases à distance

Mx Métastases non évaluables

M0 Absence de métastase à distance

M1 Métastase(s) à distance

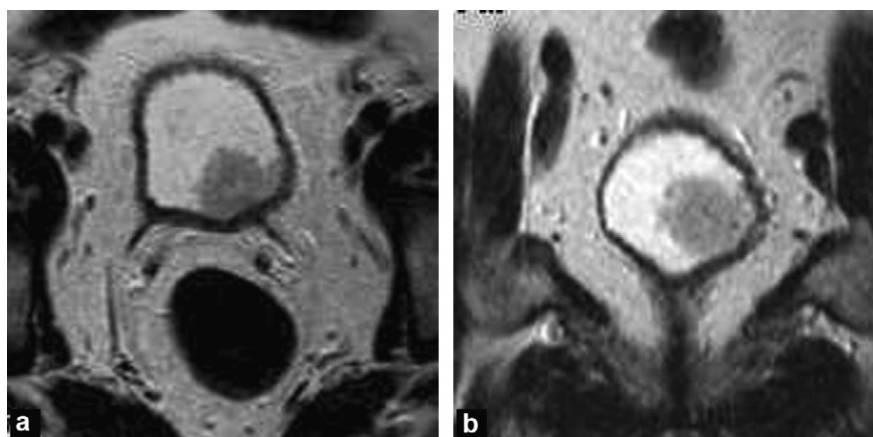


Figure 1. IRM d'une tumeur vésicale stade pT1 : a : ES pT2, plan axial. Masse polypoïde de signal intermédiaire située à la partie gauche du trigone. Intégrité de la portion musculaire de la paroi en hyposignal. Pas de dilatation de l'uretère ; b : ES pT2, plan frontal. Intégrité de la portion musculaire en hyposignal.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663966>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663966>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)