

# PLAN

## INTRODUCTION

I- RAPPEL ANATOMIQUE

I-1 SITUATION ET RAPPORTS

I-2 VASCULARISATION

I-2-1 LES ARTERES

- Chez l'homme et la femme

I-2-2 LES VEINES

- Chez l'homme
- Chez la femme

I-2-3 LES LYMPHATIQUES

I-2-4 LES NERFS

II- RAPPEL HISTOLOGIQUE

III- EPIDEMIOLOGIE

IV- ANATOMIE PATHOLOGIQUE

IV-1 MACROSCOPIE

IV-2 HISTOLOGIE

- Type histologique
- Grading
- Le stade tumoral
- Classification TNM

V- DIAGNOSTIC

V-1 CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE

**V-1-1 SIGNES CLINIQUES LOCAUX**

**V-1-2 SIGNES CLINIQUES EVOCATEURS D'EXTENSION  
LOCOREGIONALE OU A DISTANCE**

**V-2 EXAMEN CLINIQUE**

**V-2-1 INTERROGATOIRE**

**V-2-2 EXAMEN PHYSIQUE**

**V-3 EXAMEN COMPLEMENTAIRES A VISEE DIAGNOSTIQUE**

**V-3-1 ECHOGRAPHIE DE L'APPAREIL URINAIRE PAR VOIE  
SUSPUBIENNE**

**V-3-3 CYSTOSCOPIE ET RTUV**

**V-4 EXAMENS COMPLEMENTAIRES DU BILAN D'EXTENSION**

- En cas de TVNIM
- En cas de TVIM

**VI- CLASSIFICATION PRONOSTIQUE DES TVNIM**

**VII- TRAITEMENT**

**VII-1 TVNIM**

**VII-1-1 RTUV**

**VII-1-2 TRAITEMENT ADJUVANT A LA RESECTION**

**VII-1-3 RECOMMANDATIONS DE SURVEILLANCE**

**VII-1-4 ECHEC TRAITEMENT DES TVNIM**

- TVNIM à haut risque
- Carcinome in situ

**VII-2 TVIM**

**VII-2-1 CHIMIOTHERAPIE NEOADJUVANTE**

## VII-2-2 CHIRURGIE D'EXERESE ET DERIVATION URINAIRE

- CHIRURGIE D'EXERESE
- DERIVATION D'EXERESE

## VII-2-3 TUMEURS INEXTIRPABLES

- CHIRURGIE PALLIATIVE
- SOINS ET SUPPORTS ALTERNATIFS

## VII-2-4 RADIOTHERAPIE NEOADJUVANTE A LA CYSTECTOMIE

## VII-2-5 TRAITEMENT CONSERVANT LA VESSIE DANS LES CANCERS LOCALISES

- LA RTUV
- LA RADIOTHERAPIE EXTERNE
- LA CHIMIOTHERAPIE
- LE TRAITEMENT TRIMODAL
- LA CHIMIOTHERAPIE ADJUVANTE

## VII-2-6 CANCER METASTATIQUE

- FACTEURS PRONOSTIQUES ET DECISION DE TRAITEMENT
- CHIMIOTHERAPIE
- CANCERS DE FAIBLE VOLUME METASTATIQUE ET CHIRURGIE POST CHIMIOTHERAPIE
- TRAITEMENT DES METASTASES OSSEUSES

## VII-2-7 SUIVI

## DEUXIEME PARTIE :

- RESULTATS
- DISCUSSION
- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS
- BIBLIOGRAPHIE

# **LISTE DES ABBREVIATIONS**

TVNIM : Tumeur de vessie non infiltrant le muscle

TVIM : Tumeur de vessie infiltrant le muscle

RTUV : Resection Transurétrale de la vessie

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

TVES : Tumeurs des voies excrétrices supérieures

CDDP : cisplatine

MVAC : Méthotrexate ; Vinblastine ; Adraimycine ; Cisplatine

EORTC : European Organisation for Research and Treatment of Cancer

# INTRODUCTION

La vessie est un réservoir contractile dont l'essentiel de la paroi est constitué de muscle appelé également détrusor. L'intérieur de la vessie est tapissé de muqueuse urothéliale. Entre la muqueuse et le détrusor se trouve un tissu conjonctif appelé chorion (ou sous-muqueuse). La profondeur de l'infiltration de la paroi vésicale par une tumeur de vessie définit le stade T [1]

La dénomination actuelle permet de distinguer deux groupes :

- Les tumeurs de vessie non infiltrant le muscle (TVNIM)
- Les tumeurs de vessie infiltrant le muscle (TVIM)

L'anatomie pathologique permet de préciser le stade et le grade tumoral.

Le carcinome urothélial est le type histologique le plus fréquent (90%) et les 10% sont constitués principalement du carcinome épidermoïde, et rarement des adénocarcinomes, carcinomes neuroendocrines ou des sarcomes.

C'est le neuvième cancer le plus fréquent [2]. Le cancer de vessie par son type histologique le plus fréquent est devenu au fil des années, un problème de santé publique. La plupart des patients souffrent d'une maladie chronique qui nécessite de la surveillance et du suivi, mais le carcinome urothélial est la tumeur la plus chère par patient et constitue un fardeau économique important pour le système de santé [2].

En Afrique, L'incidence du cancer de la vessie et les taux de mortalité parmi les hommes en Afrique du Nord sont deux fois plus élevés que ceux de l'Afrique du sud, qui a le deuxième taux régional le plus élevé. [3]

L'incidence du cancer de la vessie en Egypte est la plus élevée dans le monde. Les carcinomes épidermoïdes occupent la grande proportion des cas de cancers de vessie en Afrique, et 30 à 60% de ces cancers ont pour cause l'infection chronique à schistosoma heamatobium. [3]

Au Sénégal, le cancer de la vessie est le deuxième cancer urologique [4]. La bilharziose urogénitale est une endémie au Sénégal [4] et constitue un facteur de risque de développement de cancer de la vessie.

Notre travail a pour objectifs :

- D'analyser les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des tumeurs de vessie
- Déterminer le profil anatomopathologique des tumeurs de vessie prises en charge au service urologique de l'hôpital général de Grand-Yoff ( HOGGY).

## I- RAPPEL ANATOMIQUE [5]

### I-1 SITUATION ET RAPPORTS (figures 1,2,3)

La vessie est située dans la partie antérieure de la zone moyenne, viscérale, de la région sous-péritonéale du pelvis, entre :

- En avant : la symphyse pubienne et le pubis
- En arrière : l'appareil génital et le rectum chez l'homme, chez la femme l'utérus et le vagin
- En haut le péritoine
- En bas : la prostate et le plancher pelvien chez l'homme, chez la femme le plancher pelvien
- Latéralement : l'espace pelvi-rectal-supérieur

La situation générale de la vessie dépend évidemment de la quantité d'urines qu'elle contient :

- Vide, elle est uniquement pelvienne.
- Pleine, elle dépasse le détroit supérieur et devient abdomino-pelvienne.

### I-2 VASCULARISATION [5]

#### I-2-1 ARTERES

##### ➤ CHEZ L'HOMME et LA FEMME

Elles viennent toutes de l'artère hypogastrique ou de ses branches et forment schématiquement trois pédicules largement anastomosés :

- Le pédicule supérieur, pédicule de la calotte
- Le pédicule inférieur, pédicule du trigone
- Le pédicule antérieur

## I-2-2 VEINES

### ➤ CHEZ L'HOMME

Elles forment un riche réseau superficiel dans la gaine allantoïdienne de Delbet :

- Surtout en avant où existent souvent deux grosses veines para-médianes ;
- Se déversant :
  - En bas et en avant dans le plexus de Santorini
  - En arrière dans le plexus séminal
  - Latéralement dans le plexus vésical

Les veines efférentes de ces plexus forment les veines vésicales qui gagnent directement la veine hypogastrique.

### ➤ CHEZ LA FEMME

Elles forment un riche réseau superficiel dans la gaine allantoïdienne de Delbet, se déversant :

- En bas et en avant dans le plexus de Santorini péri-urétral
- Latéralement et en arrière dans le plexus utéro-vaginal

## I-2-3 LES LYMPHATIQUES( figure 4)

Elles présentent des ganglions para-vésicaux sur la paroi de la vessie. Elles gagnent essentiellement les ganglions iliaques externes et accessoirement les ganglions iliaques internes et primitifs.

## I-2-4 LES NERFS

L'innervation vésicale est double, sympathique et parasympathique.

↑ crânial  
 → dorsal

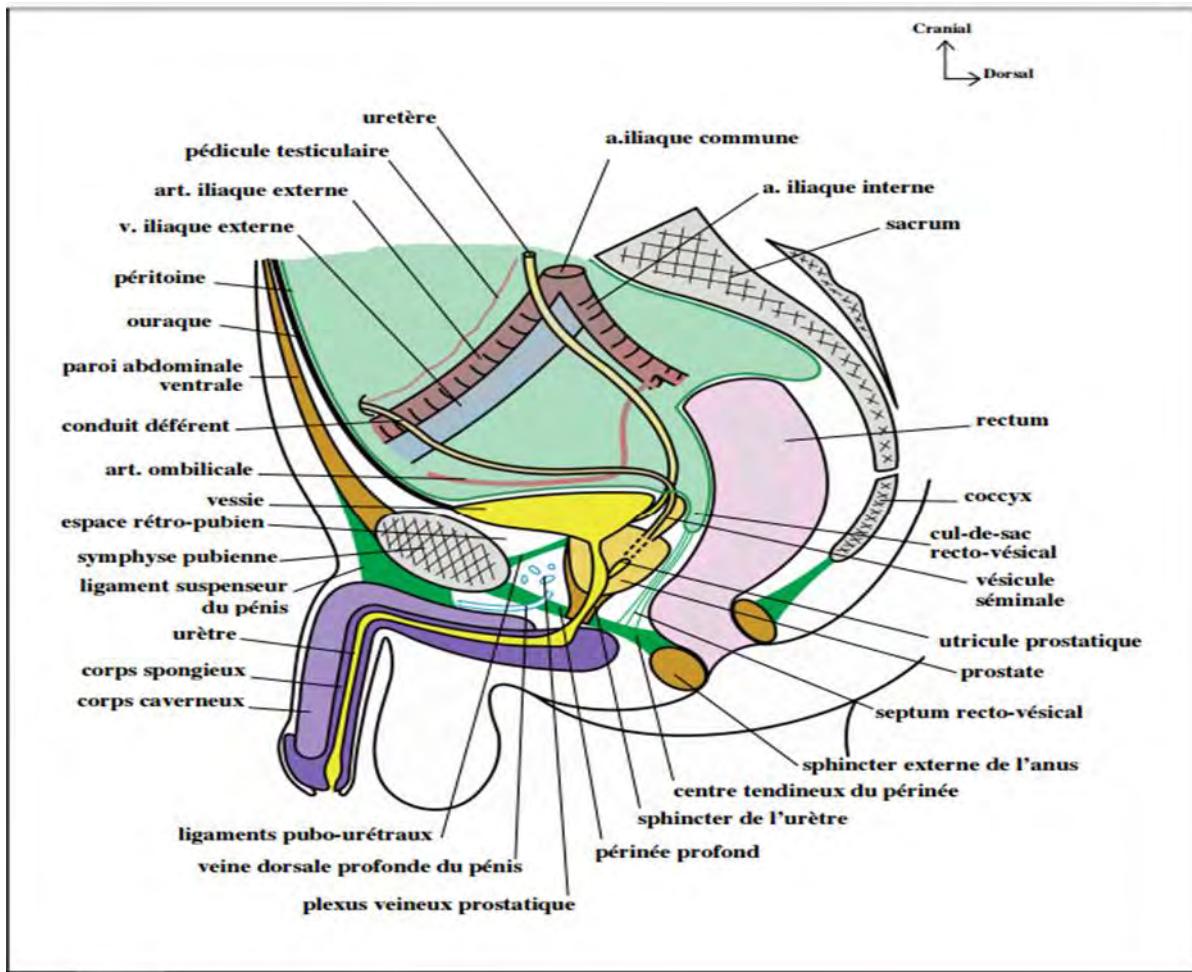


FIGURE 1 Coupe sagittale médiane du petit bassin et du périnée chez l'homme (vue du segment droit de la coupe) [6]

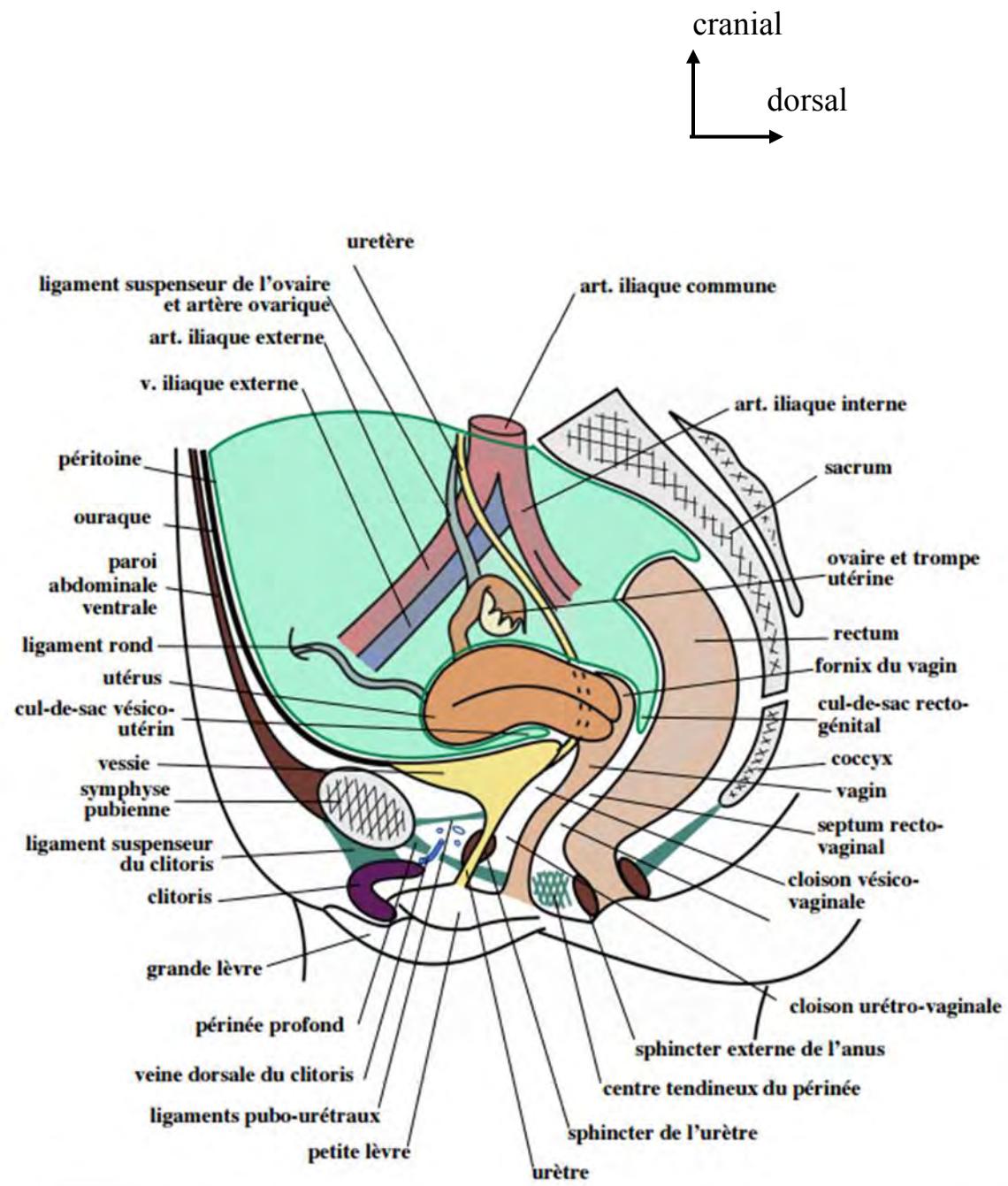


FIGURE 2 : Coupe sagittale médiane du petit bassin et du périnée chez la femme (vue du segment droit de la coupe) [6]

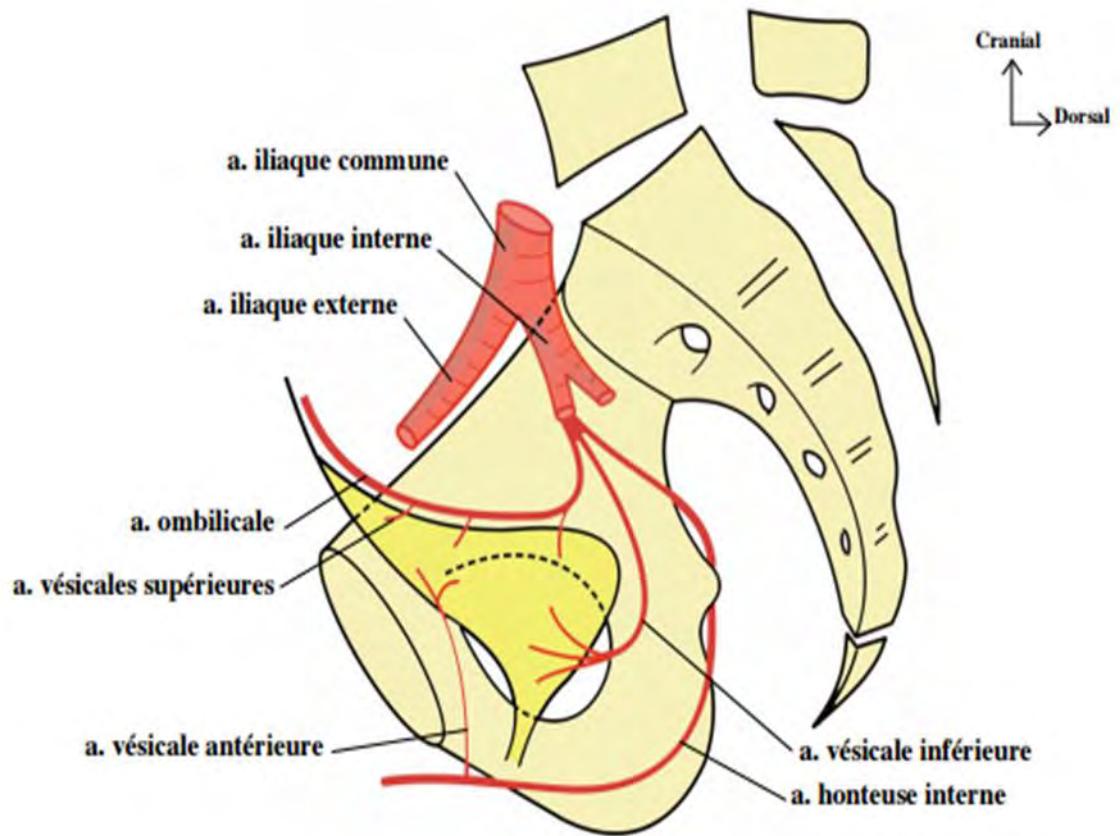


FIGURE 3: Vascularisation artérielle de la vessie [6]

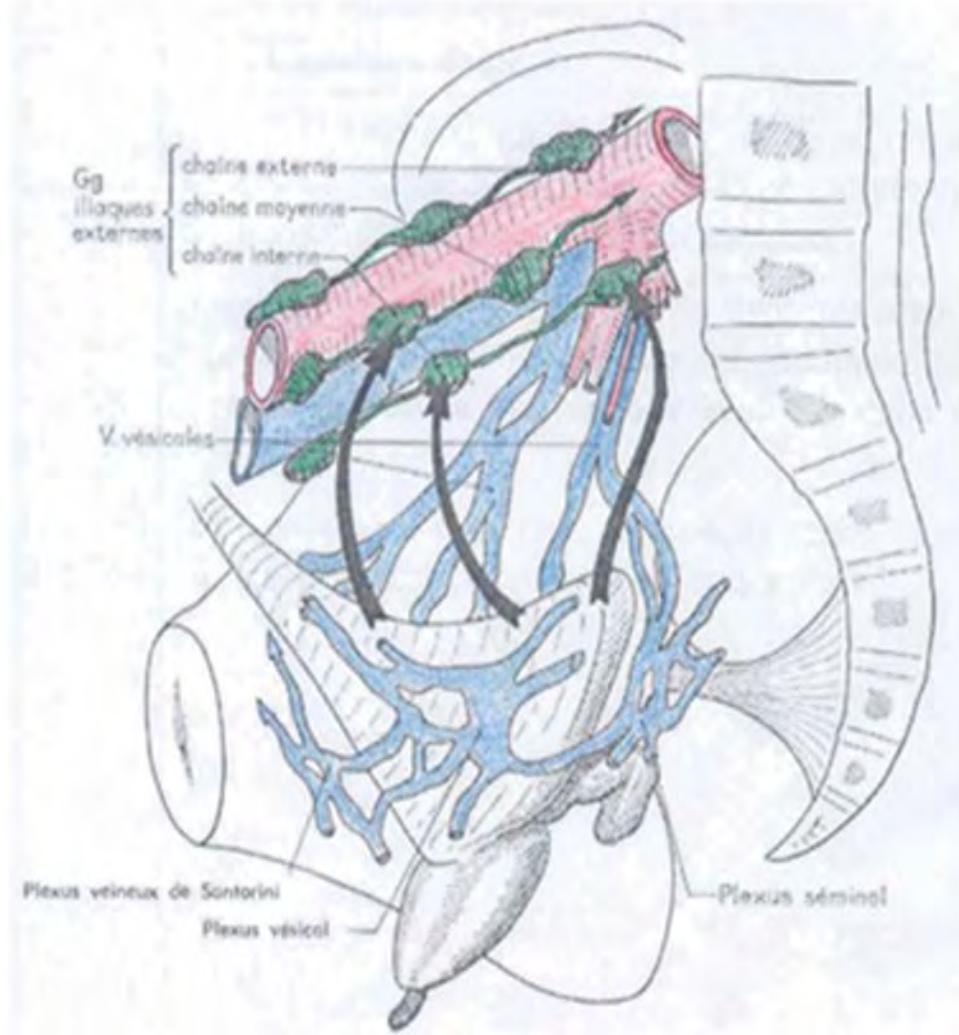


FIGURE 4: veines et lymphatiques de la vessie [5]

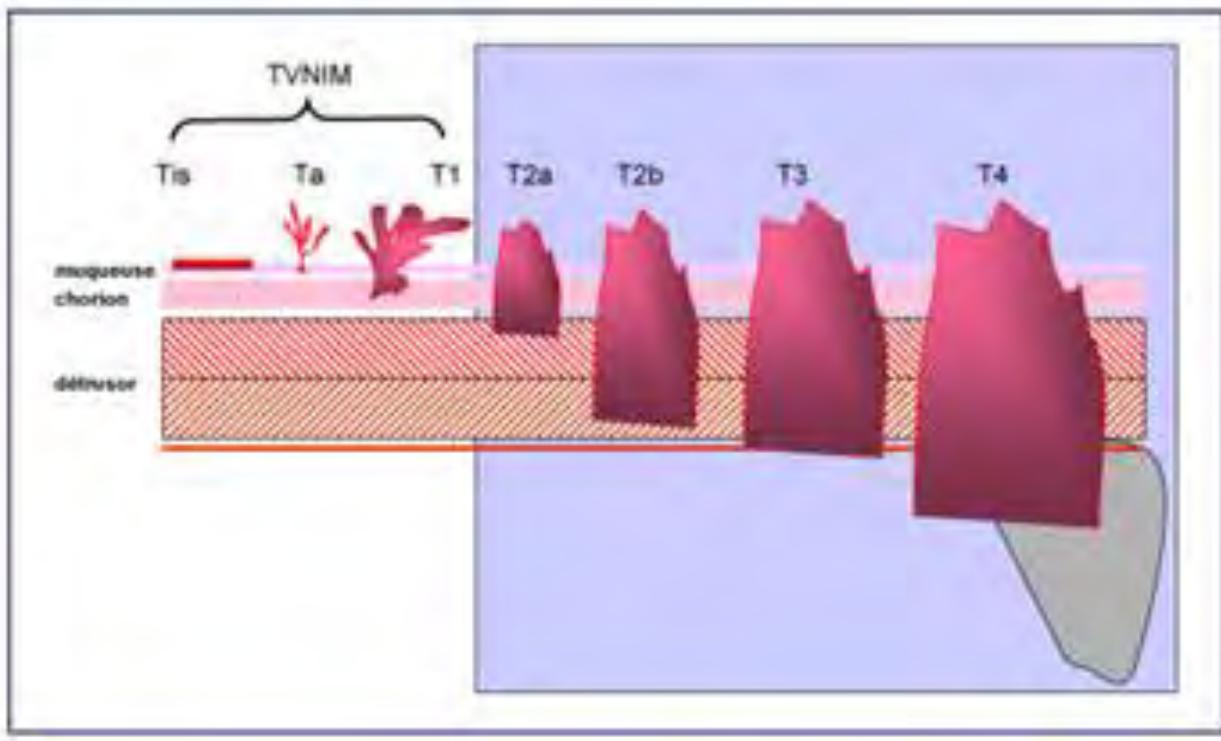
## **II- RAPPEL HISTOLOGIQUE [1]**

La paroi vésicale est constituée :

- d'une muqueuse avec un épithélium urinaire dit de transition et un chorion
- une musculeuse avec trois couches de tissu musculaire lisse
- un adventice constitué d'un tissu conjonctif lâche

Les tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle (TVNIM) comprennent les tumeurs limitées à la muqueuse (Ta) et celles envahissant le chorion(T1). S'ajoutent aux TVNIM, le carcinome in situ qui est une tumeur limitée à la muqueuse mais se distingue des tumeurs Ta par les caractéristiques suivantes : elle est plane et toujours de haut grade. Les tumeurs de vessie infiltrant le muscle (détrusor) envahissent la musculeuse.

L'intérêt de stadifier les tumeurs est de montrer l'absence d'infiltration du plan musculaire qui indique dans la majorité des cas la possibilité d'un traitement conservateur contrairement aux tumeurs infiltrant le muscle dont le traitement standard en l'absence de métastases reste la cystectomie.



SCHEMA 1 : stadification des tumeurs de vessie [1]

### III-EPIDEMIOLOGIE

On estime à 429800 nouveaux cas de cancer de vessie et 165000 cas de décès en 2012 dans le monde [7]. En moyenne, il est 3 à 4 fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Les taux d'incidence sont le plus élevé en Europe, aux États-Unis et en Egypte [2]. Le taux de mortalité le plus élevé chez les hommes est de 8 pour 100 000 personnes par année au Moyen-Orient et Afrique du Nord [2]. Le tabagisme est bien établie comme étant le plus grand facteur de risque de cancer de la vessie, avec un risque 2 à 6 fois plus élevé chez le fumeur que chez le non-fumeur [7]. Dans les pays en voie de développement notamment Afrique et Asie occidentale, l'infection chronique à schistosoma heamatobium est liée à un

risque accru de cancer de la vessie. Ce parasite est responsable d'environ 50% des cancers de vessie dans certaines régions d'Afrique et de 3% de cas dans le monde [7].

## **IV- ANATOMO-PATHOLOGIE**

### **IV-1 MACROSCOPIE**

Les cancers de vessie ont pour la plupart un développement exophytique(bourgeonnant), à base pédiculée ou sessile. On distingue des tumeurs ulcéronécrotiques à base d'implantation large.

### **IV-2 HISTOLOGIE**

#### **➤ Type histologique**

On distingue plusieurs types :

- Carcinome urothelial : il représente 90% des tumeurs de vessie
- Carcinome épidermoïde (6%)
- Adénocarcinome (rare)
- Carcinome à petites cellules (rare)
- Sarcome (rare)
- Lymphome malin (rare)
- Mélanome malin primitif (rare)

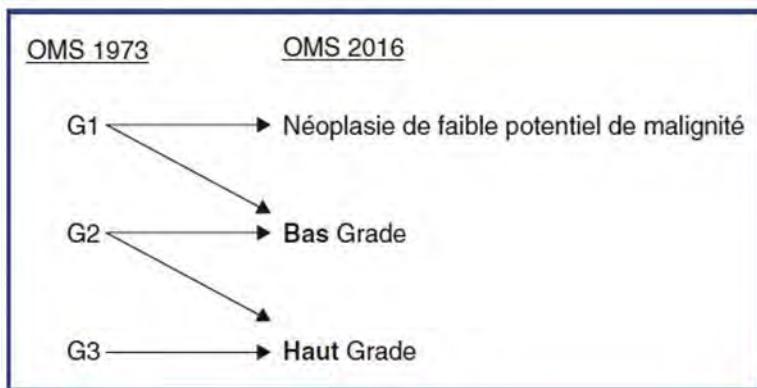
#### **➤ Le grading [8]**

Le grade est basé sur l'appréciation d'anomalies architecturales et cytologiques de l'urothélium. Il est en rapport avec l'agressivité de la tumeur et constitue un facteur

pronostic important. Le système anciennement utilisé est celui de MOSTOFI qui distingue trois grades :

- G1 tumeur bien différenciée
- G2 tumeur modérément différenciée
- G3 tumeur peu différenciée

La référence actuelle est la classification OMS 2016 qui majore la proportion des carcinomes de haut grade et dans laquelle, on distingue les TVNIM de bas grade et les TVIM de haut grade :



SCHEMA 2 : correspondance du grade tumoral entre classification OMS 1973 et 2016 [8]

### ➤ Le stade tumoral [8]

L'examen anatomopathologique seul, confirme le diagnostic et précise le stade de la tumeur (Ta, Tis, T1, T2). En cas de TVIM, la résection ne permet pas de préciser s'il s'agit d'un stade T2, T3, T4. Seule la pièce opératoire de cystectomie permet une stadification définitive de la tumeur.

## ➤ Classification TNM [8]

Classification TNM 2010 des tumeurs de la vessie

T Tumeur primitive

Le suffixe « m » doit être ajouté à la catégorie T appropriée pour indiquer l'existence des tumeurs multiples. Le suffixe « is » peut être ajouté à toute catégorie T pour indiquer l'existence de carcinome in situ associé.

- 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 tumor
- T1 Tumeur envahissant le tissu conjonctif sous- épithérial
- T2 Tumeur envahissant la muscleuse
  - ✗ pT2a Tumeur envahissant la muscleuse superficielle (moitié interne)
  - ✗ pT2b Tumeur envahissant la muscleuse profonde (moitié externe)
  - T3 Tumeur envahissant le tissu péri- vésical
    - ✗ pT3a Atteinte microscopique
    - ✗ pT3b Atteinte macroscopique (masse extra- vésicale)
      - T4 Tumeur envahissant l'une ou l'autre des structures suivantes: prostate, vésicules séminales, utérus, vagin, paroi pelvienne ou paroi abdominale
        - ✗ T4a Prostate, vésicules séminales, vagin ou utérus
        - ✗ T4b Paroi pelvienne ou paroi abdominale
  - 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 présacré)
    - N2 Atteinte de multiples ganglions lymphatiques pelviens (hypogastrique, obturateur, iliaque externe ou présacré)
    - N3 Atteinte d'un (ou plusieurs) ganglion(s) lymphatique(s) iliaque(s) primitif(s)
  - M Métastases à distance
    - M0 Absence de métastase à distance
    - M1 Métastase(s) à distance

## **V- DIAGNOSTIC**

### **V-1 CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE**

#### **V-1-1 Signes cliniques locaux (communs aux TVNIM et TVIM)**

L'hématurie macroscopique est présente dans la très grande majorité des cas (80 %).

Toute hématurie macroscopique doit faire rechercher une tumeur de vessie.

Par ailleurs des signes irritatifs vésicaux, moins fréquents (20 %), doivent également faire évoquer le diagnostic. Il faut notamment évoquer une TV en présence d'une pollakiurie, d'impériosités, de brûlures mictionnelles. Après avoir éliminé une infection urinaire (ECBU), ces signes doivent faire rechercher une tumeur vésicale.

#### **V-1-2 Signes cliniques évocateurs d'extension locorégionale ou à distance**

Ces signes sont liés en réalité à l'extension d'une tumeur de vessie invasive avec : des douleurs pelviennes, des douleurs lombaires (en rapport avec une obstruction du méat urétéal par la tumeur, responsable d'une distension des cavités rénales), une altération de l'état général et des signes évocateurs de métastases à distance (douleurs osseuses++).

## **V-2 EXAMEN CLINIQUE**

### **V-2-1 Interrogatoire**

#### 1) Recherche de facteurs de risque

Toute suspicion de tumeur vésicale doit faire rechercher des facteurs de risque à l'interrogatoire.

L'anamnèse doit notamment explorer une exposition à des carcinogènes connus : tabac, exposition professionnelle, origine africaine pouvant faire suspecter un antécédent de bilharziose, irradiation pelvienne...

Enfin, il est important de noter : la date de début des symptômes, l'existence ou non d'un facteur déclenchant, la présence de signes irritatifs (penser à éliminer une infection urinaire), la recherche de signes d'une anémie chronique, une

altération de l'état général (asthénie, anorexie, amaigrissement), et d'autres signes évocateurs d'extension locorégionale et à distance.

Il faut également rechercher un antécédent de tumeur de la voie excrétrice urinaire supérieure (uretère, cavités pyélocalicielles).

## **V-2-2 EXAMEN PHYSIQUE**

Il est peu contributif en cas de TVNIM. Dans la majorité des cas, les patients ne présentent qu'une hématurie isolée ou associée à des signes irritatifs. En cas de TVIM peuvent apparaître des signes d'extension locorégionale ou à distance, à rechercher systématiquement par un examen clinique général et urologique complet.

Les touchers pelviens sont faits systématiquement à la recherche d'un blindage pelvien.

La palpation abdominale et lombaire est indispensable (recherche d'une masse hypogastrique palpable correspondant à une tumeur volumineuse, de douleurs lombaires en rapport avec une obstruction urétérale), de même que la palpation des aires ganglionnaires à la recherche de ganglions sentinelles.

La recherche de signes cliniques d'anémie est nécessaire (pâleur conjonctivale, polypnée...).

## **V-3 EXAMENS COMPLÉMENTAIRES À VISÉE DIAGNOSTIQUE**

Le bilan diagnostique initial comprend 3 examens : échographie de l'appareil urinaire, cytologie urinaire et cystoscopie.

### **V-3-1 Échographie de l'appareil urinaire par voie sus-pubienne**

Elle doit être réalisée à vessie pleine. L'échographie peut méconnaître de petites lésions. Sa normalité ne dispense donc pas d'autres investigations.

## **V-3-2 Cytologie urinaire**

La recherche de cellules tumorales dans les urines recueillies après la miction est essentielle à la prise en charge des tumeurs de la vessie. Il s'agit d'un examen anatomo-pathologique puisqu'il correspond à un examen au microscope de la morphologie des cellules. Sa normalité n'exclut pas le diagnostic de tumeur de vessie. Sa positivité traduit la présence d'une tumeur n'importe où dans la voie excrétrice urinaire de haut grade.

## **V-3-3 Cystoscopie et RTUV**

L'endoscopie vésicale sous anesthésie locale est l'examen de référence, réalisé en consultation sous condition d'un ECBU stérile.

L'endoscopie de la vessie (par cystoscopie rigide ou fibroscopie souple idéalement) permet de visualiser et de décrire les lésions : nombre, taille, topographie, aspect de la tumeur et de la muqueuse vésicale avoisinante. Il faut décrire précisément ces lésions par le biais d'une cartographie vésicale (schéma détaillé).

Lorsque le patient est adressé avec une échographie évoquant fortement une tumeur vésicale, l'étape de la fibroscopie vésicale diagnostique avant la résection endoscopique est optionnelle.

### **→ La résection transurétrale de tumeur de vessie (RTUV)**

En cas de tumeur visualisée à la fibroscopie ou à l'échographie, une cystoscopie sous anesthésie générale ou locorégionale est programmée au bloc opératoire afin de réaliser une résection de la tumeur.

La résection doit être macroscopiquement complète (autant que faire se peut), et suffisamment profonde pour analyser le muscle vésical (le détrusor).

La résection est à la fois un geste diagnostique (afin d'obtenir un examen anatomopathologique de la tumeur) et thérapeutique lorsque la tumeur n'infiltra pas le muscle.

La Résection endoscopique de la tumeur de vessie avec examen anatomopathologique des copeaux de résection est indispensable au diagnostic histologique des lésions observées à la cystoscopie.

## **V-4 EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DU BILAN D'EXTENSION**

### **➤ En cas de TVNIM**

L'uro-TDM (ou « uroscanner ») est l'examen de référence pour le bilan d'extension des tumeurs des voies excrétrices supérieures (TVES) et de la vessie.

Il est recommandé dans l'évaluation initiale d'une TVNIM en cas de multifocalité, de localisation trigonale, lorsque la cytologie urinaire est suspecte de présence d'une tumeur de haut grade, ou en cas de suspicion de lésion des voies excrétrices supérieures (niveau de preuve 4) [8].

### **➤ En cas de TVIM**

En cas de tumeur envahissant le muscle, un scanner thoraco-abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste et réalisation d'un temps tardif urinaire doit être réalisé et permet :

- L'évaluation d'un éventuel retentissement sur le haut appareil urinaire (obstruction urétérale par la tumeur) ;
- La recherche d'une tumeur concomitante du haut appareil ;

- L'évaluation de l'extension locorégionale et à distance de la tumeur : apprécie l'envahissement de la graisse péri-vésicale et des organes de voisinage, permet la recherche d'adénopathies métastatiques ou de métastases.

Aucun autre examen complémentaire n'est recommandé en pratique courante.

Une IRM PELVIENNE est recommandée en cas de contre-indication au scanner avec injection du produit de contraste.

Cependant, une scintigraphie osseuse peut être demandée en fonction des résultats du scanner thoraco-abdomino-pelvien et de l'examen clinique du patient (douleurs évocatrices de métastases osseuses).

Le bilan d'extension comprend une TDM thoraco-abdomino-pelvienne éventuellement associée à une scintigraphie osseuse, la radiographie pulmonaire, l'échographie hépatique.

## **VI- CLASSIFICATION PRONOSTIQUE DES TVNIM**

Le traitement des TVNIM dépend du risque de récidive, de progression et d'échec du traitement de la tumeur après résection complète initiale en un ou plusieurs temps. La rerésection est indispensable pour les tumeurs présentant un risque élevé ou plus.

C'est le risque grave de progression vers une tumeur infiltrant le muscle ou TVIM qui distingue des TVNIM à risque faible, intermédiaire ou élevé. La progression est une récidive caractérisée par un stade plus élevé. Éviter la progression est essentiel sur le plan de la survie puisque cette dernière est fortement compromise en cas d'infiltration du muscle.

Une stratification actualisée a été établie permettant de distinguer les TVNIM en TVNIM à risque faible, intermédiaire, haut risque et très haut risque.

**Tableau I** : stratification des TVNIM [8]

Risque	Critères
<b>Faible</b>	Tumeur urothéliale pTa de bas grade, de moins de 3 cm, unifocale, sans antécédent de tumeur de vessie, incluant les tumeurs à faible potentiel de malignité
<b>Intermédiaire</b>	Tumeur urothéliale pTa de bas grade qui ne présente aucun des critères de risque élevé ou très élevé
<b>Haut risque</b>	Tumeur urothéliale présentant au moins un des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• pT1</li> <li>• Haut grade (G3)</li> <li>• Présence de CIS</li> </ul>
<b>Très haut risque</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• pT1G3 + CIS *</li> <li>• pT1G3 multifocal*</li> <li>• pT1G3 &gt; 3 cm *</li> <li>• pT1G3 + envahissement lympho-vasculaire*</li> <li>• pT1 G3 prostatique</li> <li>• pT1 de formes anatomopathologiques agressive</li> </ul>

## VII- TRAITEMENT [ 9]

### VII-1 TVNIM

#### VII-1-1- RTUV [8]

Une RTUV de réévaluation systématique (dite de « *second look* ») dans un délai de 2 à 6 semaines est recommandée en cas :

- de tumeur de stade pT1 et/ou de haut grade ;
- de tumeur volumineuse et/ou multifocale (résection incomplète) ;
- ou d'absence de muscle identifié sur la pièce de résection initiale.

#### VII-1-2 TRAITEMENT ADJUVANT à LA RESECTION[9]

Selon les recommandations de l'EAU :

- En cas de risque de récidive et de progression faible, l'indication est une instillation post-opératoire précoce( IPPO)

- En cas de risque de récidive et de progression intermédiaire, l'indication est une IPOP suivie de chimiothérapie intra vésicale ou BCG thérapie d'induction suivi d'un traitement d'entretien d'au moins un an .
- En cas de risque de récidive élevé, l'indication est une IPOP suivie de chimiothérapie intra vésicale ou BCG thérapie d'induction suivi d'un traitement d'entretien d'au moins un an .
- En cas de risque de progression élevé, l'indication est une BCG thérapie d'induction suivi d'un traitement d'entretien d'au moins un an.

**Tableau II** : indications et grades de recommandation[9]

	GR
Le choix du type d'instillation est basé sur l'appartenance au groupe de risque de la tumeur.	A
Une IPOP est recommandée pour les tumeurs TaT1 à faible risque.	A
Pour les groupes de tumeurs TaT1 à risque intermédiaire ou élevé de récidive et à risque intermédiaire de progression (tableau EORTC), une IPOP devrait être suivie de BCG thérapie pendant au moins 1 an ou d'instillations d'une chimiothérapie intra vésicale.	A
Une restriction hydrique et maintien d'un pH basique sont recommandés pour l'instillation de chimiothérapie. Son schéma optimal d'administration restant imprécis, l'emploi de chimiothérapie intra vésicale n'est pas recommandé au-delà de 12 mois.	B
Pour les tumeurs TaT1 à haut risque de progression, une BCG thérapie d'induction suivie d'un traitement d'entretien d'au moins un an est recommandé.	A
Pour les CIS, une BCG thérapie d'induction suivie d'un traitement d'entretien d'au moins un an est recommandé.	A
Pour les CIS localisés situés sur l'urètre prostatique, la réalisation d'une résection prostatique suivie d'une BCG thérapie est une alternative qui peut être proposée.	C
La cystectomie est une alternative qui peut être proposée d'emblée chez les patients à haut risque de progression.	C
Une cystectomie est recommandée pour les échecs à la BCG thérapie.	B

GR : grade de recommandation.

IPOP : l'efficacité des instillations d'amétycine, de doxorubicine, et d'épirubicine sont comparables (niveau de preuve1b).

BCG : l'efficacité de la BCG thérapie d'entretien sur la réduction du risque de récidive et de progression des TVNIM des groupes intermédiaire et élevé a été démontrée. Le schéma d'instillation est actuellement débattu, mais seule une BCG thérapie d'entretien d'au moins une année, a prouvé une efficacité sur le risque de récidive et de progression (niveau de preuve 1a). En cas de mauvaise tolérance, un traitement d'entretien à tiers ou quart de dose a permis de diminuer la toxicité tout en conservant une efficacité (niveau de preuve 1b).

### **VII-1-3 RECOMMANDATIONS DE SURVEILLANCE**

Le rythme de surveillance est adapté au niveau de risque de récidive et de progression des tumeurs, défini par les tableaux de l'EORTC

**Tableau III:** Recommandations de surveillance [9]

GR	
Un contrôle cystoscopique à 3 mois est recommandé pour les tumeurs TaT1 à faible risque. En cas de normalité, la cystoscopie est contrôlée à 9 mois puis annuellement pendant 5 ans.	C
Un contrôle cystoscopique avec cytologie urinaire est recommandé à 3 mois pour les tumeurs TaT1 à haut risque de progression et le CIS. En cas de normalité, une cystoscopie de contrôle est proposée tous les 3 mois pendant 2 années, tous les 6 mois pendant 5 ans, puis annuellement. Une évaluation annuelle du haut appareil urinaire par imagerie est recommandée annuellement.	C
Pour les tumeurs TaT1 à risque intermédiaire de progression (un tiers des patients), une surveillance par cystoscopie et cytologie urinaire est proposée avec un schéma de surveillance intermédiaire aux deux précédentes recommandations, en prenant en compte les facteurs personnels et subjectifs.	C
Pour les patients ayant une cytologie urinaire positive sans tumeur identifiable en cystoscopie, des biopsies vésicales randomisées ou sous cystoscopie à fluorescence si disponible, associées à une évaluation du reste de l'appareil urinaire (scanner, biopsies d'urètre prostatique) sont recommandées.	B

CIS : carcinome *in situ*

## VII-1-4 ECHEC DE TRAITEMENT DES TVNIM[9]

### ➤ TVNIM à HAUT RISQUE

La définition de l'échec du traitement par BCG n'est pas consensuelle. Quatre-vingt pour cent des patients ayant une récidive ou une persistance de TVNIM trois mois après le traitement d'induction par BCG ont eu une progression tumorale vers une TVIM.

Le taux de réponse à un second traitement d'induction par BCG n'a été que de 27% à 51% et la chimiothérapie ne peut pas être proposée. Dans les 09 mois suivant un traitement d'induction par BCG, une cystectomie doit être proposée en cas de récidive de tumeur, même si celle-ci n'infiltrer pas le muscle vésical.

## ➤ CARCINOME IN SITU

La définition de l'échec de BCG thérapie pour le traitement du carcinome in situ est :

- La survenue d'une TVIM au cours du suivi
- La survenue d'une TVNIM de haut grade au 3<sup>ème</sup> ou au 6<sup>ème</sup> mois après le traitement d'induction.

En cas d'échec de la BCG thérapie, la cystectomie peut être réalisée. En alternative, en cas de TVNIM au 3<sup>ème</sup> mois, un second traitement d'induction peut être proposé, permettant une réponse complète dans 50 % des cas.

## VII-2 TVIM

### VII-2-1 CHIMIOTHERAPIE NEOADJUVANTE [8]

La chimiothérapie néo-adjuvante a pour objectifs :

- D'éradiquer les micro métastases et éviter l' implantation de cellules tumorales circulantes au moment de la chirurgie;
- De réduire la taille de la tumeur ET faciliter le geste chirurgical;
- De prolonger la survie du patient.

La dernière méta-analyse publiée portant sur 3 285 patients dans 15 études randomisées confirme l' intérêt d' une chimiothérapie néo-adjuvante quel que soit le stade initial de la TVIM, pour un protocole à base de cisplatine (CDDP) (niveau de preuve 1).

Le MVAC ou le MVAC HD (intensifié) sont les deux protocoles référencés dans cette indication

## **VII-2-2 CHIRURGIE D'EXERESE ET DERIVATION URINAIRE[9]**

### **➤ CHIRURGIE D'EXERESE**

La cystectomie totale est le traitement de référence pour les TVIM localisées. L'état général (performance status, PS) et l'âge, influencent le choix de cette modalité thérapeutique et de la dérivation urinaire subséquente. Un délai maximal de 3 mois doit être respecté entre le diagnostic de TVIM et la cystectomie totale afin de ne pas augmenter le risque de progression et de décès lié au cancer.

Les indications sont les suivantes :

#### **Cystectomie totale à visée curative :**

- TVIM T2 à T4a, N0-Nx, MO
- TVNIM à haut risque
- échec de la BCG thérapie pour Tis ou T1G3
- papillomatose vésicale étendue ne pouvant être contrôlée par la RTUV et les instillations endovésicales.

#### **• Indication de sauvetage :**

- non-répondeurs au traitement conservateur
- récidives après radio-chimiothérapie concomitante
- carcinomes non-urothéliaux en raison de leur faible radio- / chimio-sensibilité

- indication purement palliative (fistule, douleur, hématurie).

La cystectomie totale inclus l'exérèse de la vessie et des organes adjacents :

- La prostate et les vésicules séminales chez l'homme appelée cystoprostatectomie
- l'utérus et ces annexes chez la femme appelée pelvectomy antérieure

La cystectomie totale est systématiquement associée à un curage ganglionnaire régional dans un but de stadification et de traitement du cancer.

### ➤     **DERIVATION URINAIRE APRES CYSTECTOMIE TOTALE**

D'un point de vue anatomique, la dérivation des urines peut être faite:

- à la paroi cutanée abdominale, directement ou au travers d'un segment digestif réalisant un réservoir non-continent ou continent.
- à l'urètre, au moyen d'une entérocytoplastie orthotopique.
- au rectum ou au sigmoïde, au moyen d'une urétéro-(iléo)-rectostomie L'iléon terminal et le colon sont les segments digestifs utilisés préférentiellement.

Cependant l'entérocytoplastie iléale et l'utérerostomie cutanée trans-iléale sont fréquemment préférées en raison de l'expérience clinique qu'en ont les chirurgiens.

La réalisation d'une dérivation urinaire continent nécessite d'évaluer la motivation et la capacité du patient à maîtriser son fonctionnement.

Les contre-indications des dérivations urinaires continent sont :

- l'altération des fonctions cognitives et les troubles psychiatriques,
- une espérance de vie limitée,
- l'altération des fonctions rénales ou hépatiques,

- la présence de carcinome urothelial sur les marges d'exérèse chirurgicale, notamment urétrale.

Les contre-indications relatives spécifiques aux entérocystoplasties orthotopiques sont :

- les antécédents d'irradiation pelvienne à fortes doses,
- les sténoses urétrales complexes,
- l'incontinence par déficit sphinctérien.

## **VII-2-3 TUMEURS INEXTIRPABLES[9]**

### **➤ CHIRURGIE PALLIATIVE**

Pour les tumeurs localement avancées (T4b), la cystectomie totale est une option thérapeutique lorsque des symptômes (hématurie, obstruction urinaire, douleurs, fistule) ne peuvent être traités par aucune autre méthode moins morbide.

### **➤ SOINS ET SUPPORTS ALTERNATIFS**

En cas d'obstruction des voies urinaires, la mise en place de néphrostomie uni ou bilatérale est la solution la plus simple. Une dérivation urinaire chirurgicale, avec ou sans cystectomie, peut être proposée en dernier recours.

En cas d'hématurie et douleurs, les instillations endovésicales de nitrate d'argent en l'absence de reflux vésico-rénal, la radiothérapie externe et l'embolisation artérielle pelvienne sont des options thérapeutiques.

## **VII-2-4 RADIOTHERAPIE NEOADJUVANTE à LA CYSTECTOMIE[9]**

Aucune donnée ne montre que la radiothérapie externe pré-opératoire pour les TVIM opérables améliore la survie. Par conséquent, la radiothérapie néoadjuvante à la cystectomie totale n'est pas recommandée.

## **VII-2-5 TRAITEMENT CONSERVANT LA VESSIE DANS LES CANCERS LOCALISES[9]**

### **➤ LA RTUV**

La RTUV seule ne peut être proposée comme option thérapeutique que chez les patients non éligibles à une cystectomie totale ou à un traitement conservateur multimodal.

### **➤ LA RADIOTHERAPIE EXTERNE**

Les facteurs pronostiques sont :

- La taille tumorale < 3 cm
- l'absence de distension des voies urinaires supérieures
- l'exhaustivité de la RTUV.

Une méta-analyse a démontré que la cystectomie totale apporte un gain de survie globale supérieur par rapport à la radiothérapie externe.

La radiothérapie externe peut être considérée comme une option thérapeutique chez les patients non éligibles à une cystectomie totale ou à un traitement conservateur multimodal. La radiothérapie externe peut, également, être utilisée pour traiter les hématuries lorsqu'elles ne peuvent pas être contrôlées de manière endoscopique.

## ➤ LA CHIMIOTHERAPIE

La chimiothérapie seule n'est pas recommandée pour le traitement des TVIM localisées.

## ➤ LE TRAITEMENT TRIMODAL

Il s'agit de l'association d'un traitement local par RTUV et radiothérapie associé à un traitement des micro-métastases par une chimiothérapie à base de cisplatine, préférentiellement le MVAC (Méthotrexate, vinblastine, adriamycine et Cisplatine). Le traitement multimodal peut être proposé comme une alternative chez des patients très sélectionnés, très informés et très compliant, spécialement lorsque la cystectomie totale n'est pas l'option préférée.

## ➤ LA CHIMIOTHERAPIE ADJUVANTE

L'intérêt de la chimiothérapie adjuvante à la cystectomie totale pour les cancers pT3-4 et/ou pN+ sans métastase décelable (MO) est débattu.

Les avantages de la chimiothérapie adjuvante sont :

- l'administration après la détermination précise du stade pathologique,
- la réduction du risque de surtraitements des patients à faible risque de micro-métastases,
- l'absence de retard à la réalisation du traitement chirurgical, notamment en cas de non-réponse à la chimiothérapie.

Les inconvénients de La chimiothérapie adjuvante sont :

- l'impossibilité de déterminer la chimio-sensibilité du cancer *in vivo*,
- le retard ou l'intolérance à la chimiothérapie en raison de la morbidité post-opératoire. La chimiothérapie adjuvante est conseillée dans le cadre d'essais cliniques.

## **VII-2-6 CANCER METASTATIQUE [9]**

### **➤ FACTEURS PRONOSTIQUES ET DECISIONS DE TRAITEMENT**

Les facteurs de mauvais pronostic en cas de traitement par chimiothérapie MVAC sont :

- un indice de Karnofsky 80 %,
- La présence de métastases viscérales

Pour les patients réfractaires ou progressant rapidement après une chimiothérapie basée sur le cisplatine, Les facteurs pronostiques vis-à-vis d'un traitement par vinblastine sont :

- l'hémoglobinémie < 10 mg/dl,
- la présence de métastases hépatiques,
- un ECOG PS > 1.

L'EORTC définit comme "éligible" ou "non-éligible" à un traitement par cisplatine :

- éligible : débit de filtration glomérulaire (DFG) 60 ml/min et PS 0-1
- non-éligible : DFG < 60 ml/min et/ou PS 2

### **➤ CHIMIOTHERAPIE**

#### **▪ CHIMIOTHERAPIE MONODROGUE**

Les taux de réponse sont variables mais aucune réponse complète n'a été rapportée et la survie médiane est de 6 à 9 mois.

#### **▪ CHIMIOTHERAPIE DE PREMIERE LIGNE POUR LES PATIENTS ELIGIBLES AU CISPLATINE**

Les combinaisons MVAC et Gemcitabine/Cisplatine (GC) sont les plus utilisées. Leur taux de réponses sont de 46 % et 49 % respectivement.

L'association de facteur de croissance hématopoïétique (GCSF) à une chimiothérapie intensifiée par MVAC est moins毒ique et plus efficace (survie à 2 ans) que le MVAC standard. Cependant, la survie médiane des deux combinaisons n'est pas différente.

- **CHIMIOTHERAPIE INCLUANT DU CARBOPLATINE POUR LES PATIENTS ELIGIBLES AU CISPLATINE**

Les combinaisons incluant le carboplatine ne sont pas recommandées en première ligne.  
**CHIMIOTHERAPIE N'INCLUANT PAS DE SELS DE PLATINE**

Les combinaisons de gemcitabine et de paclitaxel ont été bien tolérées. Mais en l'absence d'études randomisées comparant ces combinaisons aux chimiothérapies standards, les combinaisons n'incluant pas de sels de platine ne sont pas recommandées en première ligne.

- **CHIMIOTHERAPIE POUR LES PATIENTS NON ELIGIBLES AU CISPLATINE**

Une combinaison à base de carboplatine, ou une mono-chimiothérapie, peuvent être utilisées.

Les combinaisons méthotrexate/carboplatine/vinblastine (M-CAVI) et carboplatine/gemcitabine (Carbo/Gem) ont été comparées.

- **CHIMIOTHERAPIE DE SECONDE LIGNE**

La vinflunine est la drogue la mieux évaluée pour le traitement de seconde ligne.

➤ **CANCER DE FAIBLE VOLUME METASTATIQUE ET CHIRURGIE POST CHIMIOTHERAPIE**

Avec les combinaisons incluant le cisplatine, d'excellents taux de réponse ont été obtenus chez les patients ayant uniquement des métastases ganglionnaires, un bon état général et une fonction rénale non-altérée. Jusqu'à 20 % des patients ont eu une survie sans récidive à long terme.

## ➤ TRAITEMENT DES METASTASES OSSEUSES

L'acide zolédonique ou le dénosumab sont recommandés pour le traitement des métastases osseuses. Les supplémentations en calcium et en vitamine D sont recommandées. La fonction rénale doit être surveillée en cas de traitement par acide zolédonique en raison de sa néphrotoxicité.

## VII-2-7 SUIVI

Les récidives surviennent le plus fréquemment dans les 24 premiers mois du suivi et dans les 6-18 mois après chirurgie.

**Tableau IV:** sites de récidives et recommandations [9]

Site de récidive	Fréquence	Recommandation
Pelvien	7-12 %	Mauvais pronostic. Le traitement doit être personnalisé en prenant compte de l'extension locale de la tumeur. La radiothérapie, la chimiothérapie et la chirurgie, seules ou combinées, sont des options thérapeutiques.
Urètre	4-6 %	L'évaluation du stade tumoral et le traitement doivent être le même que pour une tumeur primitive de l'urètre : - Le traitement local conservateur est possible pour les tumeurs non-invasives. - Pour les tumeurs invasives localisées l'urérectomie doit être réalisée. - L'analyse cytologique du lavage urétral n'est pas recommandée.
Voies urinaires supérieures (VES)	24-17 %	La réalisation d'une imagerie spécifique des VES n'est indiquée qu'en présence de symptôme. La néphro-urérectomie peut permettre une survie prolongée.

Pour le suivi après cystectomie totale, les examens d'imagerie suggérés ont été repertoriés dans le tableau suivant.

**Tableau V:** recommandations sur le suivi post cystectomie [9]

Examens	Mois après la cystectomie totale								
	3	6	12	18	24	30	36	48	60
$pT<1$									
Echographie rénale	X								
TDM / IRM TAP et des VUS*			X		X		X	X	X
Biologie**, ECBU, cytologie	X	X	X		X		X	X	X
$pT2$									
Echographie rénale	X								
TDM / IRM TAP et des VUS*		X***	X	X***	X		X	X	X
Biologie**, ECBU, cytologie	X	X	X		X		X	X	X
$pT \geq 3$ ou $pN+$									
Echographie rénale	X								
TDM / IRM TAP et des VUS*	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Biologie**, ECBU, cytologie	X	X	X		X	X	X	X	X



# **DEUXIEME PARTIE**

## **I. OBJECTIFS**

Objectif général :

- Etudier les aspects épidémiologiques et diagnostiques
- Evaluer les résultats thérapeutiques
- Déterminer le profil anatomopathologique des tumeurs de vessie

## **II. METHODOLOGIE**

### **II.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique portant sur les patients présentant des tumeurs vésicales traitées au service d'urologie de l'hôpital général de Grand Yoff.

### **II.2. Cadre d'étude**

L'étude portait sur une série de 210 patients.

L'Hôpital Général de Grand Yoff (HOGGY) est un établissement public de santé de niveau 3. Le service d'urologie- andrologie de HOGGY est un centre de référence de la prise en charge des tumeurs de vessie du pays.

### **II.3. Période d'étude**

L'étude couvrait la période allant de 2004 à 2015.

## **II.4. Population d'étude**

La population concernait les patients présentant une tumeur de vessie traitée au service d'urologie. Selon la période d'étude, 291 patients ont subi une résection transurétrale de la vessie et parmi lesquels, 35 patients (hommes et femmes) ont été opérés de cystoprostatectomie ou pelvectomie antérieure.

### **II.4.1. Critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion étaient tout patient présentant une tumeur de vessie opérée avec un dossier complet.

### **II.4.2. Critères d'exclusion**

Les critères d'exclusion étaient un dossier incomplet ou non retrouvé. Les patients non opérés ont été également exclus.

## **II.5. Collecte des données**

Les données ont été collectées à l'aide d'une fiche signalétique (disponible en annexe)

### **Les paramètres suivants avaient été étudiés :**

Notre analyse s'est basée sur l'étude des aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des tumeurs de vessie. Les variables étudiées étaient : l'âge, les antécédents, les circonstances de découverte, la profession, les signes cliniques et paracliniques, les moyens de traitement.

## **II.6. Saisie et analyse des données**

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi info version 7.

Les réponses obtenues des fiches signalétiques ont été transcrrites sous format informatique en utilisant un tableau Excel. Les analyses ont consisté en des statistiques descriptives avec calculs de moyennes et médianes pour les variables quantitatives, de proportions pour les variables qualitatives. Des associations entre les différents facteurs étudiés ont été recherchées. Les tests statistiques utilisés sont : le P value. Les courbes de survie ont été obtenues avec le logiciel SPSS 21.

## ➤ CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

### ▪ Répartition selon la moyenne d'âge

L'âge moyen des patients était de  $54,8 \pm 17,07$  ans avec des extrêmes de 14 et 90 ans. La médiane était de 57 ans.

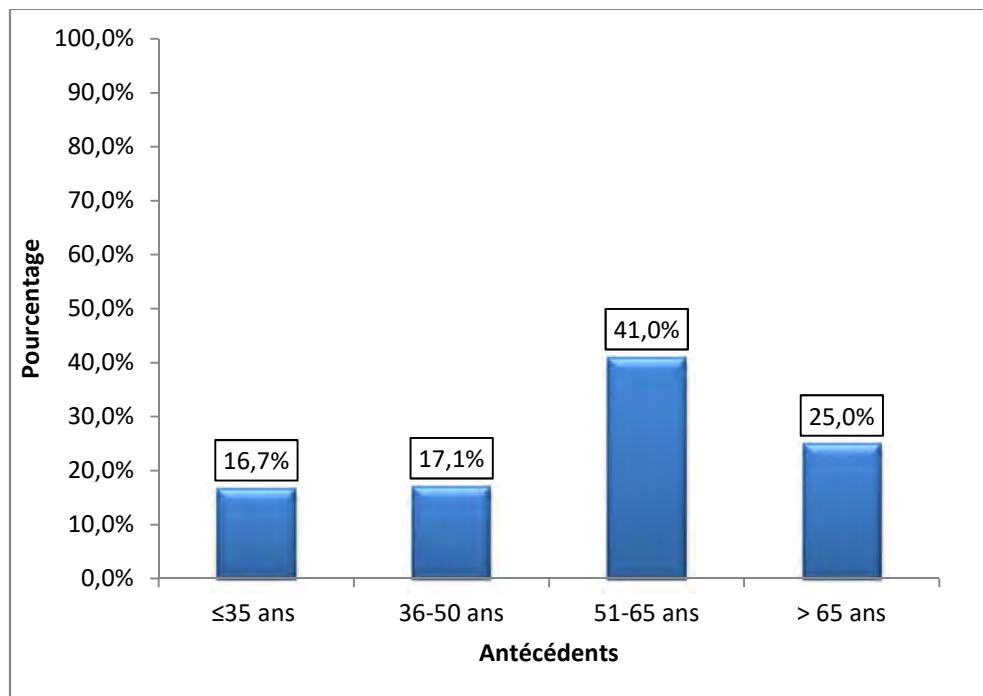


Schéma 3 : Histogramme des différentes tranches d'âge

Quarante et un pour cent (41%) des patients étaient dans la tranche d'âge 51 à 65 ans.

### ▪ Répartition selon la provenance

Le tableau VI montre la provenance des patients. Cinquante-deux pour cent (52%) des patients provenaient de la capitale (zone d'urbanisation).

**Tableau VI** : répartition selon la provenance

Région	Fréquence absolue (n=210)	Fréquence relative (%)
Dakar	111	52,9
Thiès	18	8,6
Saint Louis	17	8,1
Kaolack	16	7,6
Diourbel	15	7,1
Ziguinchor	8	3,8
Autres pays	7	3,3
Louga	5	2,4
Tamba	4	1,9
Fatick	3	1,4
Kolda	2	1,0
Matam	2	1,0
Non renseigné	2	1,0
Total	210	100,0

▪ **Répartition selon le genre**

Le sexe masculin représentait 60,1% des cas (n=125). Le sex ratio était de 1,5.

▪ **Répartition selon la profession**

**Tableau VII** : répartition selon la profession

Profession	Fréquence absolue (n=40)	Fréquence relative (%)
Agriculteur/Cultivateur	10	25,0
Fonctionnaire	9	22,5
Ouvrier	6	15,0
Chauffeur	3	7,5
Couturière	3	7,5
Sans	3	7,5
Agent service	2	5,0
Commerce	2	5,0
Autres	2	5,0
Total	40	100,0

L'activité professionnelle était rapportée chez 40 patients. Les agriculteurs représentaient 25% suivis des fonctionnaires 22%.

## ➤ ANTECEDENTS

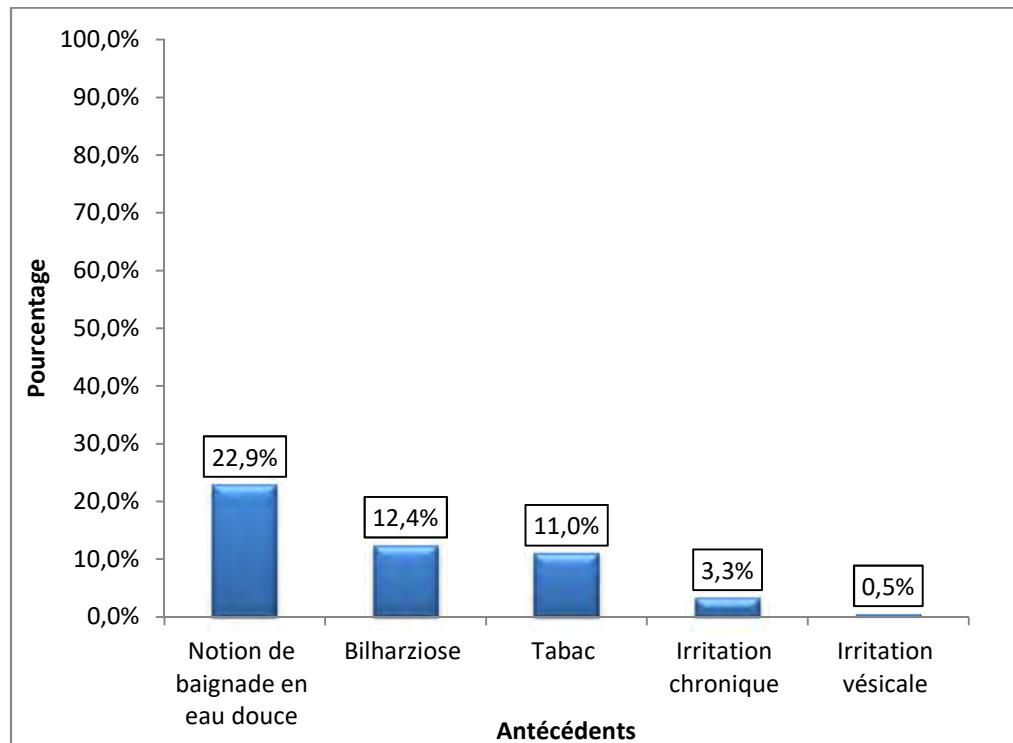


Schéma 4: Répartition des patients selon les antécédents

Il a été rapporté que les antécédents observés étaient respectivement : la notion de baignade en eau douce avec un pourcentage de 22,9%, la bilharziose avec 12,4% et le tabagisme avec 11%.

## ➤ CLINIQUE

### ▪ Circonstances de découverte

#### Hématurie

L'hématurie était totale chez 96 patients (55,8%), terminale chez 73 patients soit 42,4% et initiale chez 3 patients soit 1,7%.

Soixante-six patients soit 38,2% avaient un caillotage vésical. L'hématurie était le signe révélateur ayant amené à consulter.

#### ▪ Troubles mictionnels

Les troubles mictionnels étaient présents chez 122 patients soit 58,1%. Ceux-ci étaient constitués de la pollakiurie chez 109 patients soit 89,3%.

**Tableau VIII** : fréquence des troubles mictionnels

Troubles mictionnels	Fréquence absolue (n=122)	Fréquence relative (%)
Pollakiurie	109	89,3
Dysurie	61	50,0
Brûlures mictionnelles	54	44,3
Urgenturie	33	27,0

#### ▪ Découverte fortuite

Les tumeurs de vessie étaient découvertes fortuitement chez 16 patients soit 7,6%.

#### ▪ Autres signes

Quarante-cinq patients soit 15,7% avaient d'autres signes cliniques.

**Tableau IX** : les autres signes cliniques

Autres signes	Fréquence absolue (n=45)	Fréquence relative (%)
AEG	18	40%
Lombalgie	15	33,3%
Colique néphrétiques	7	15,5%
Méタstases	5	11,1%

Le tableau montre que l'altération de l'état général et les lombalgie étaient observées à des fréquences respectives de 40% et 33%.

- **Signes physiques**

- **Examen physique**

- **Examen abdominal**

L'examen abdominal était normal chez 197 patients (94,7%).

- **Touchers pelviens**

Le toucher rectal a évalué la prostate chez 113 hommes ; la prostate était normale chez 92% des patients et irrégulière chez 9 patients soit 8%. On notait un blindage pelvien dans 5 cas.

L'examen de la paroi vaginale était rapporté chez 79 femmes. La paroi vaginale était souple dans 65 cas soit 82,3% et indurée dans 14 cas soit 17,7%.

- **Paraclinique**

- **Biologie**

**Tableau X : valeurs biologiques**

Paraclinique	Minimum	Moyenne	Ecart type	Médiane	Maximum
Hémoglobinémie	3,0	10,34	2,47	10,7	17
Azotémie	0,1	0,43	0,49	0,28	3,5
Créatininémie	5,3	15,9	16,1	11,4	98

Le taux d'Hémoglobine moyen était de  $10,34 \pm 2,47$  avec des extrémités de 3 et 17 g/dl. La médiane était de 10,7g/dl. Soixante-quatre pour cent(64%) des patients ( $n=134$ ) avaient une hémoglobine supérieure à la médiane.

Le taux moyen d'azotémie était de  $0,43 \pm 0,49$  avec des extrêmes de 0,1 et 3,5 g/l.

La médiane était de 0,28.

Cent-six patients soit 50,7% avaient un taux d'azotémie en dessous de la médiane.

La créatininémie moyenne était de  $15,9 \pm 16,1$  avec des extrêmes de 5,3 et 98mg/l. la médiane était de 11,4.

Cent-six patients soit 50,7% avaient un taux de créatinémie supérieur à la médiane.

- **Echographie des voies urinaires**

L'échographie était rapportée chez 125 patients (59,5%).

**Tableau XI :** Les résultats de l'échographie vésicale

Résultats échographiques	Fréquence absolue (n=125)	Fréquence relative (%)
Tumeur vésicale	99	79,2
Tumeur vésicale associée à une grossesse	3	2,4
Lithiase	2	1,6
Tumeur vésicale associée à une lithiase	1	0,8
Normal	5	4,0

Le diagnostic de tumeur vésicale était retenu pour 99 patients (72,2%).

- **Retentissement sur le haut appareil urinaire (HAU)**

Le retentissement HAU était rapporté dans 61 dossiers soit (29%) à type d'urétérohydronéphrose.

- **ECBU**

L'ECBU était réalisé chez tous les patients. Quarante patients (19%) avaient une infection. Le germe le plus isolé était Escherichia Coli.

- **Cytologie urinaire**

Les résultats de la cytologie ont été rapportés chez 6 patients soit 2,9%. Les résultats ont conclu à l'absence de cellules malignes.

## ■ CYSTOSCOPIE

Tous les patients ont eu une cystoscopie.

Le nombre moyen de tumeurs était de  $1,3 \pm 0,8$  avec des extrêmes de 1 et 6.

**Tableau XII : nombre de tumeurs par patient à la cystoscopie**

Nombre de tumeurs	Fréquence absolue (n=210)	Fréquence relative (%)
1	171	81,4
2	17	8
3	13	6,1
4	6	2,9
5	2	1,0
6	1	0,5
Total	210	100,0

Les tumeurs étaient uniques dans 81,4% des cas et multiples dans 18,6% des cas.

## ■ L'aspect

Les Tumeurs étaient d'aspect pédiculé bourgeonnant dans 61,9% des cas comme le rapporte le tableau suivant.

**Tableau XIII : Répartition des tumeurs selon leur aspect**

Aspect des tumeurs(T)	Fréquence absolue (n=210)	Fréquence relative (%)
T.Pédiculée Bourgeonnante	130	61,9
T.Sessile bourgeonnante	24	11,4
T.Ulcéronécrotique	3	1,4
Lésions planes	11	5,2
T.Pédiculée Bourgeonnante + Ulcéronécrotique	1	0,5
T.Pédiculée Bourgeonnante + lésions planes	1	0,5
T.Pédiculée Bourgeonnante + Granulations	9	4,3
T.Sessile bourgeonnante + Ulcéronécrotique	22	10,5
T.Sessile bourgeonnante + Granulations	1	0,5
T.Ulcéronécrotique + Granulations	1	0,5

Lésions planes + Granulations	1	0,5
T.Sessile bourgeonnante +Ulcéronécrotique+ Granulations	2	1,0

Il est rapporté que les granulations réfringentes sont associées aux différents aspects de tumeurs vésicales dans 14 cas soit une fréquence de 6,8%.

#### ▪ La taille

La taille était rapportée dans 72 dossiers, la taille moyenne était de  $4\text{cm}\pm2,4$  avec des extrêmes de 1 et 9 cm. La médiane était de 3.

#### ▪ La localisation

**Tableau 14:** Répartition de la tumeur selon la localisation

Localisation de la tumeur	Fréquence absolue (n=210)	Fréquence relative (%)
Paroi latéral droit	69	32,9
Paroi latéral gauche	65	31,0
Trigone	62	32,4
Dôme	43	20,5
Toute la vessie	16	7,6
Bas fond	24	11,4
Col vésical	24	11,4

La localisation de la tumeur était latérale droite chez 69 patients. La localisation trigonale était rapportée chez 62 patients.

#### ▪ Uro Tomodensitométrie (URO TDM)

L'URO TDM était rapportée dans 21 dossiers soit 10,0%. La présence de la tumeur était objectivée dans 85,7% des TDM (Tableau ).

**Tableau XV:** Les résultats de l'UroTDM

Résultats TDM uro	Fréquence absolue (n=21)	Fréquence relative (%)
Tumeur vésicale	18	85,7
Urétérohydronéphrose	5	23,8
Normal	1	4,8
Envahissement graisse périvésicale	2	9,5
Epaississement calcifié de la vessie	6	28,6

#### ▪ INFILTRATION OBJECTIVEE à l'UROTDM

Les résultats de l'UroTDM étaient rapportés dans 21 dossiers ; 5 patients soit 23,8% avaient des tumeurs avec infiltration de la graisse périvésicale.

#### ▪ La localisation

**Tableau XVI :** Localisation de la tumeur à l'UroTDM

Localisation à l'Uro TDM	Fréquence absolue (n=21)	Fréquence relative (%)
Paroi latéral gauche	3	16,6
Paroi latéral droit	4	22,2
Paroi antérieur	3	16,6
Paroi latéral gauche et antérieur	2	11,1
Paroi latéral droit + gauche	1	5,5
Dôme + paroi antérieur	2	11,1
Paroi latéral droit + trigone	2	11,1
Dôme + PL droite + antérieur	1	5,5

La localisation la plus observée était au niveau de la paroi latérale droite.

#### ▪ TDM THORACO ABDOMINO PELVIENNE (TDM TAP)

Les résultats de la TDM thoraco abdomino pelvienne étaient rapportés dans 35 dossiers soit 16,7%.

**Tableau XVII :** Les résultats de la TDM TAP

Résultats TDM TAP	Fréquence absolue (n=35)	Fréquence relative (%)
-------------------	-----------------------------	---------------------------

Tumeur Infiltrante	11	31,4
Extension locorégionale	12	34,3
Métastase pulmonaire	6	17,1
Métastase Hépatique	2	5,7
Métastase ganglionnaire	8	22,9

Il a été rapporté une extension locorégionale à la TDM TAP chez 12 patients. Les métastases ganglionnaires étaient présentes dans 08 cas soit 22,9%.

#### ▪ RESECTION TRANS URETRALE DE VESSIE (RTUV)

Tous les patients avaient subi une RTUV.

##### ○ Histologie

Les résultats de l'histologie étaient rapportés chez 142 patients soit 67,6%.

**Tableau XVIII:** Les résultats histologiques

Résultats histologiques	Fréquence absolue (n=116)	Fréquence relative (%)
Carcinome urothélial	71	61,2
Carcinome épidermoïde	19	16,4
Bilharziome vésical	18	15,5
Adénocarcinome	9	7,7
Papillome	10	8,6

La conclusion histologique de carcinome urothélial a été rapportée dans 71 dossiers soit 61,2% suivi du carcinome épidermoïde (16,4%) et du bilharziome vésical (15,5%).

#### ▪ Infiltration du muscle vésical

Elle était rapportée dans 104 dossiers. Soixante-douze patients soit 69,2% avaient une infiltration du détrusor.

#### ▪ Grade

Le grade était rapporté dans 71 dossiers dont 50 (70,4%) étaient de haut grade et 21 patients (29,6%) de bas grade

#### ■ Stade

**Tableau 19** : Les résultats histologiques selon le stade

Stade	Fréquence absolue (n=62)	Fréquence relative (%)
pT1	6	9,7
pT2	38	61,3
pT2a	4	6,5
pT2b	4	6,5
pT3a	1	1,6
pTa	8	12,9
pTis	1	1,6
Total	62	100,0

Dans quarante-six dossiers soit 74,3%, les tumeurs étaient classées pT2 qui signifie une atteinte de la musculeuse. Huit patients soit 9,7% avaient un carcinome de type papillaire non infiltrant (pTa).

Un cas de carcinome in situ (pTis) et un cas de tumeur envahissant le tissu péri-vésical (pT3a) ont été diagnostiqués à l'histologie.

#### ■ Facteurs de risque

**Tableau XX** : Répartition selon le risque

Risque	Fréquence absolue (n=122)	Fréquence relative (%)
Elevé	75	61,5
Faible	35	28,7
Intermédiaire	12	9,8
Total	122	100,0

Le risque a été évalué pour 122 patients. Il était élevé dans 61,5% des cas.

## ➤ Traitement

Pour les Tumeurs de vessie non infiltrant le muscle, il n'a pas été rapporté de chimiothérapie endovésicale.

Deux patients avaient reçu une Immunothérapie au BCG. L'un avait eu 02 séances hebdomadaires compliquée de BCGite avec syndrome de cytolysé nécessitant l'interruption de l'immunothérapie ; et l'autre 6 séances hebdomadaires.

Pour les tumeurs de vessie infiltrant le muscle non métastatiques, il a été rapporté 14 cystectomies et les autres dossiers de cystectomies n'ont pas été rapportés. Les 14 cystectomies ont été réparties comme suit :

- Deux Patientes ont eu une cystectomie partielle
- Trois patientes ont eu une pelvectomy antérieure avec dérivation urinaire
- Trois hommes ont eu une cystoprostatectomie radicale plus dérivation urinaire
- Six hommes ont eu une cystoprostatectomie avec remplacement de vessie

Six patients ont eu une entérocystoplastie dont trois selon FOCH et trois selon HAUTMANN.

Six patients avaient aussi eu comme traitement associé à la cystectomie, une dérivation urinaire avec une dérivation de type BRICKER chez 5 patients et de type COFFEY chez 1 patients.

Pour les tumeurs de vessie métastatiques, il n'a pas été rapporté de chimiothérapie.

➤ **Evolution**

▪ **Suivi**

Cent neuf patients soit 51,9% avaient été perdu de vue, 101 patients soit 48,1% étaient suivis.

La présence de récidives était rapportée chez 40 patients soit 39,6%.

➤ **Eléments de surveillance**

▪ **ETAT GENERAL DANS LE SUIVI**

**Tableau XXI :** Etat général selon ECOG

Etat général	Fréquence absolue (n=101)	Fréquence relative (%)
ECOG1	42	43,3
ECOG 2	32	30,9
ECOG3	27	25,8
Total	101	100,0

Il a été rapporté que 59 patients soit 56,7% avaient un mauvais état général.

▪ **Cystoscopie de contrôle**

Soixante-dix patients suivis soit 66,3%, avaient effectué une cystoscopie de contrôle.

**Tableau XXII :** Les résultats des cystoscopies de contrôle

Résultats	Fréquence absolue (n=70)	Fréquence relative (%)
Présence de récidive tumorale	40	57,1
Pas de récidives	20	28,6
granulations réfringentes	4	5,7
Lésions Inflammatoires	4	5,7
Persistances de zone hémorragiques	2	2,8
Total	70	100,0

Les récidives tumorales ont été rapportées chez 40 patients soit 57,1%. Les granulations et les lésions inflammatoires ont été observées chez 08 patients soit 11,4%.

- Traitement de récidives

- RTUV

Sur les 40 patients qui présentaient des récidives, 37 patients soit 92,5% ont eu une RTUV.

- Décès

Seize cas de décès soit 15,5% ont été rapportés chez les patients suivis. Les décès n'ont été rapportés que chez les patients suivis avec un mauvais état général.

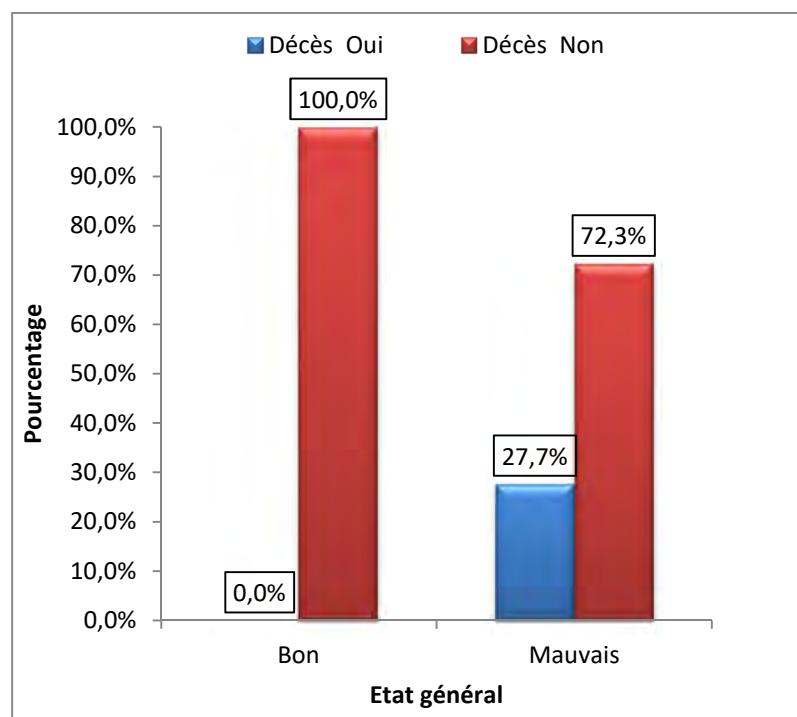


Schéma 5 : Décès selon l'état général

**Tableau XXIII : ETAT GENERAL APRES CYSTOPROSTATECTOMIE**

	Etat général		Total
	Bon N(%)	Mauvais N(%)	
cystoprostatectomie + derivation urinaire	0(0,0)	3(100,0)	3
cystoprostatectomie + remplacement de vessie	4(66,6)	2(33,3)	6
Total	4(44,4)	5(55,6)	9

L'état général après cystoprostatectomie était mauvais pour les trois cas de cystoprostatectomie avec dérivation et pour deux cas de cystoprostatectomie avec remplacement de vessie.

**Tableau XXIV : ETAT GENERAL APRES PELVECTOMIE  
ANTERIEURE**

	Etat général		Total
	Bon N(%)	Mauvais N(%)	
Cystectomie partielle	2(100,0)	0(0,0)	2
Pelvectomie ant + derivation	1(33,3)	2(66,7)	3
Total	3(60,0)	2(40,0)	5

Il a été rapporté que l'état général était mauvais après pelvectomie antérieure pour deux femmes soit 66,6%.

## ▪ COURBES DE SURVIE APRES CYSTECTOMIE

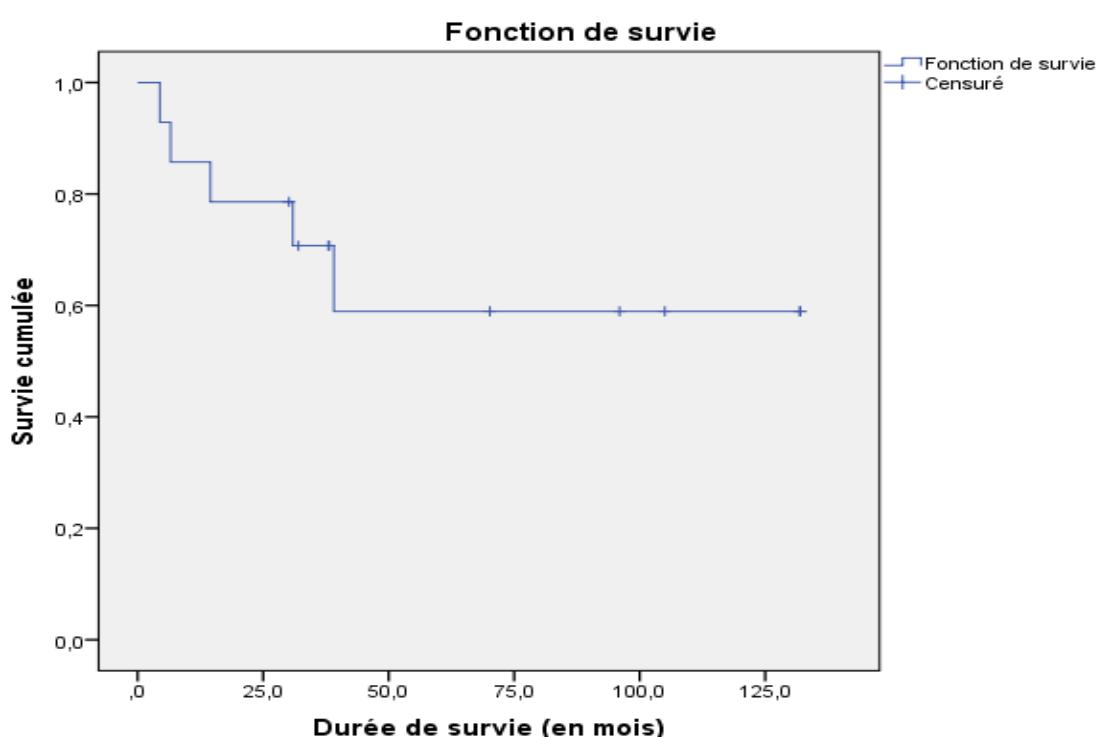
Au terme des 131,9 mois d'observation, 9 patients censurés(en vie) ont été rapportés sur un total de 14 patients, soit 64,3%.

L'analyse de survie a été faite à partir de la méthode de Kaplan-Maer. L'estimation de la survie moyenne s'est limitée au délai de survie le plus long, lorsque le patient était censuré.

### ➤ Survie globale

**Tableau XXV : Moyennes du délai de survie**

Moyenne			
Estimation	Erreur std.	Intervalle de confiance à 95 %	
		Limite inférieure	Limite supérieure
86,6	16,1	55,02	118,17



## **Schéma 6 : Courbe de survie globale**

Le délai de survie des patient était compris entre 4,4 et 131,9 mois avec une moyenne estimée à  $86,6 \pm 16,1$  (IC à 95% = [55,02 - 118,17]).

On constate une décroissance rapide de la survie dans les 39 premiers mois. Elle passe de 92,9 % ± 6,9 % au 4ème mois à 58,9% ± 14,9% au 39,1ème mois et s'y stabilise jusqu'au 131,9<sup>ème</sup> mois.

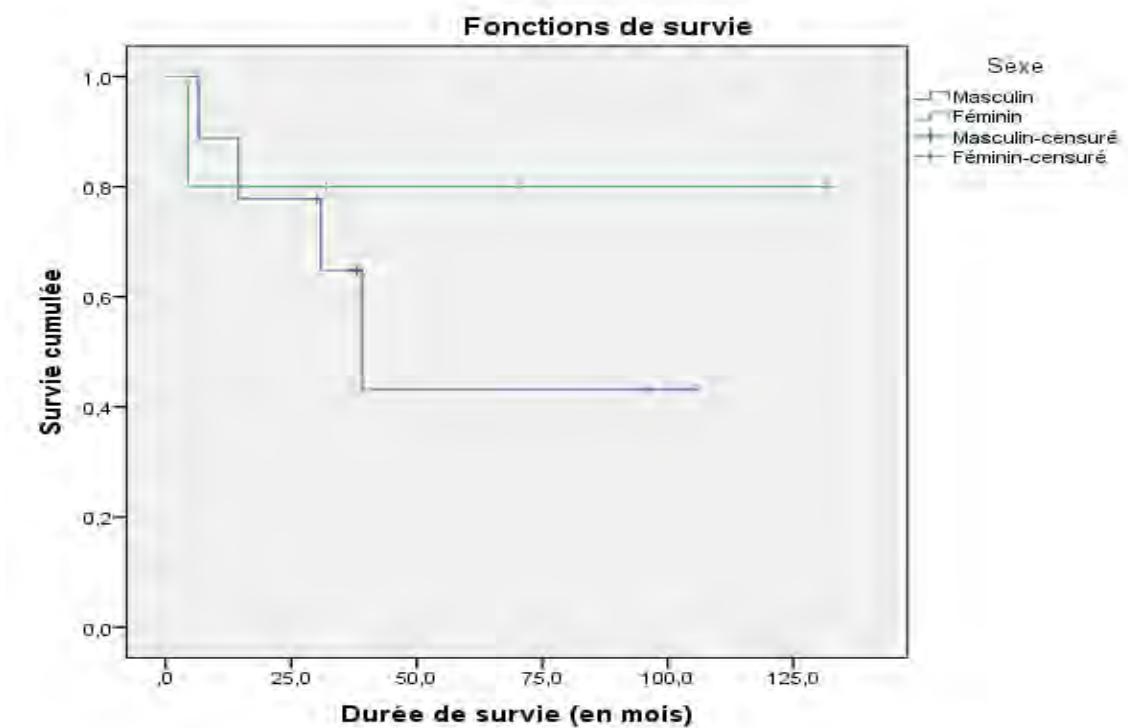
### ➤ Survie selon le sexe

**Tableau XXVI :** délai de survie selon le sexe

sexe	Moyennes du délai de survie	Erreur standard
Masculin	60,2	15,87
Féminin	106,4	22,8
Global	86,6	16,11

L'intervalle de confiance est de 95%.

Du point de vue de la survie, la durée a été estimée à  $60,2 \pm 15,9$  mois chez les hommes contre  $106,4 \pm 22,8$  mois pour les femmes. Cependant, la différence observée n'était pas significative car les deux intervalles de confiance se chevauchent.



**Schéma 7 :** Courbe de survie selon le sexe

L'examen de la courbe de survie montre des survies comparables dans les 30 premiers mois. Dans les deux sexes, la probabilité de survie jusqu'au 30ème mois était de 80,0%. A partir de cette date, celle des patients de sexe masculin était en dessous. Elle passe de 80,0% à  $43,2\% \pm 20,8\%$ .

#### ➤ Survie selon le type de chirurgie

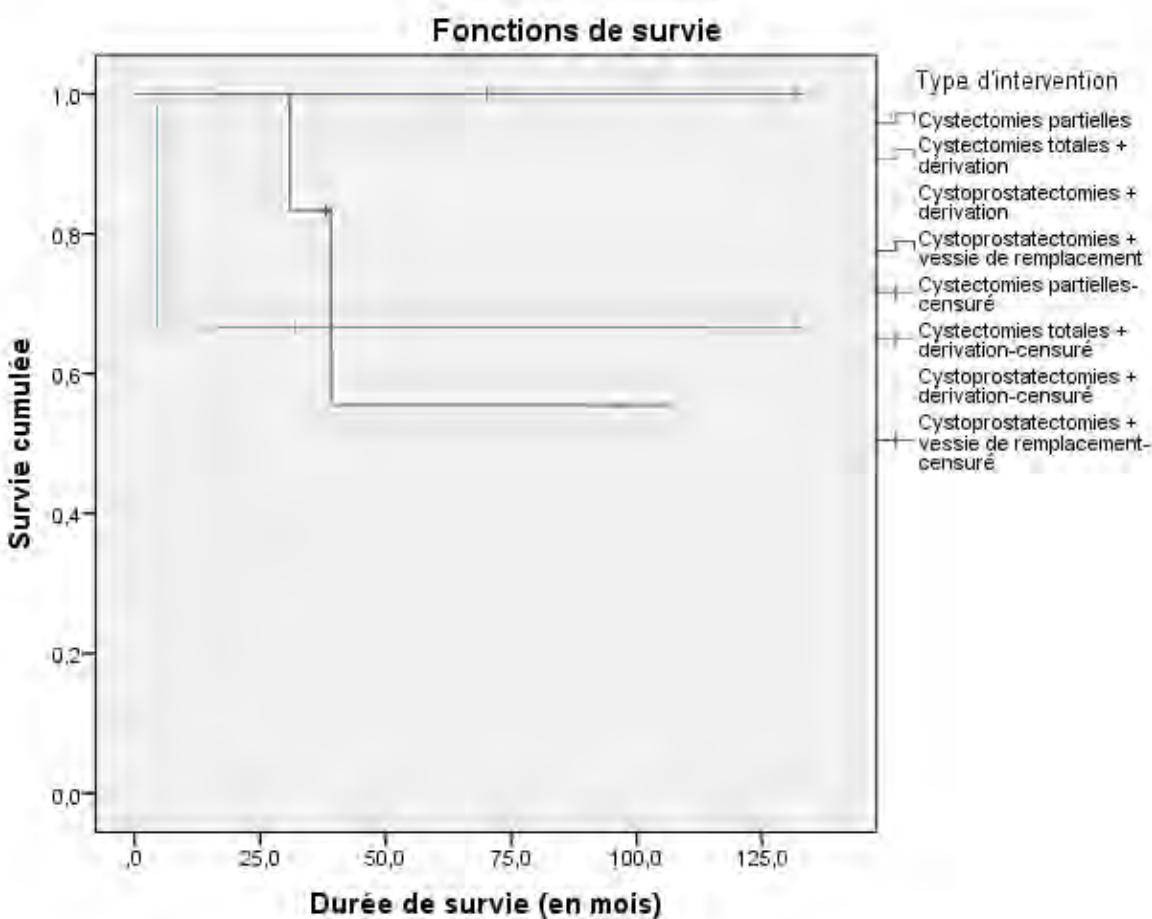
**Tableau XXVII :** Décès selon le type de chirurgie

Type d'intervention	Fréquence Absolue (n=14)	Nombre d'événements (décès) (n=5)
Cystectomies partielles	2	0
Pelvectomie antérieure + dérivation	3	1
Cystoprostatectomies + dérivation	3	2
Cystoprostatectomies + vessie de remplacement	6	2
Total	14	5

Parmis les patients décédés, il a été observé :

- 1 cas de pelvectomie antérieure + dérivation
- 2 cas de Cystoprostatectomies + dérivation
- 2 cas de Cystoprostatectomies + vessie de remplacement

Aucun cas de décès n'a été rapporté sur les 2 patients qui ont subi une Cystectomie partielle



**Schéma 8 : Survie selon le type de chirurgie**

Les survies les plus basses ont été observées avec les Cystoprostatectomies + dérivation et les Cystoprostatectomies + vessie de remplacement.

# **DISCUSSION**

## ➤ CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHHIQUES

Notre population avait un âge moyen de 55ans. L'essentiel des patients avaient un âge compris entre 51 et 65 ans. L'âge de nos patients est relativement jeune comme l'ont confirmé les études de Diao B[4] et Niang.L[10] au Sénégal et Odzébé[11] à Brazzaville. Contrairement aux séries occidentales qui ont une moyenne d'âge de 69ans [12].

Les patients provenant essentiellement de la capitale, les principaux facteurs de risque tels que le tabac, les amines aromatiques et leurs dérivés sont les plus incriminés. D'où l'importance d'une bonne stratégie de sensibilisation.

L'antécédent le plus fréquent était la baignade en eau douce qui est une grande pourvoyeuse de schistosomiase urinaire [13].

Le sex ratio est de 1,5. Les hommes ont donc un risque presque deux fois plus élevé de développer un cancer de la vessie que les femmes.

Lucas et al. [14] ont trouvé un risque trois fois plus élevé chez les hommes par rapport aux femmes. Dans notre étude, on peut conclure que les femmes étaient autant exposées que les hommes.

## ➤ ANTECEDENTS

Plusieurs patients ont eu comme antécédent la bilharziose urinaire ; antécédent rapporté dans plusieurs études telles celles de Salem S [15], Heyns CF [16], Ochida [17] . Ferguson [18] avait souligné dès 1911 l'incidence élevée du

carcinome épidermoïde dans les zones d'endémie bilharziennes. Le sénégal, est un pays d'endémie bilharzienne[13] , cela pourrait expliquer la fréquence élevée des cas de carcinome épidermoïde dans notre série.

Le tabac est autant fréquent que la bilharziose dans les antécédents.

Il est le carcinogène le plus mis en cause dans la survenue du carcinome urothelial. Lilienfeld et coll. [19] avaient signalé dès 1956 la relation tabac-tumeur de vessie. Klotz et coll [20] ayant montré la relation de cause à effet, ont demandé aux cliniciens d'introduire dans leur pratique la lutte anti-tabac.

#### ➤ ASPECT DIAGNOSTIQUE

L'hématurie constitue le principal signe amenant à consulter. Elle a été le signe révélateur comme l'ont noté Diao.B [4] au Sénégal, Mapulanga.V et coll en Zambie [21]. La pollakiurie représentait le principal trouble mictionnel irritatif, également noté dans la série de Diao.B [4].

L'utilisation de bandelettes urinaires à la recherche d'hématurie microscopique et une cystoscopie indiquée pour pollakiurie persistante isolée sont des éléments de dépistage chez les sujets soumis à des facteurs de risque.

Cependant, malgré le caillotage vésical qui était présent chez la plupart des patients, et le fait que 15,7% de nos patients ont consulté avec un état général altéré associé à une hématurie, le délai de consultation était long comme l'ont rapporté, Niang. L [10], Kane.R [22].

L'examen physique était normal dans l'ensemble mais a été marqué par la présence de masse pelvienne, blindage pelvien et infiltration de la paroi vaginale, témoignant du stade localement avancé de la maladie. Ces données ont été observées dans plusieurs séries [22], [23], [24].

Plus de la moitié de nos patients était anémiée avec une fonction rénale normale. Ceci peut s'expliquer par la spoliation sanguine.

L'échographie est sensible à la détection des tumeurs vésicales et doit faire partie des moyens de diagnostic des tumeurs de vessie [8].

Elle a permis également d'apprécier le retentissement sur le haut appareil urinaire concluant à une urétérohydronéphrose pour 61 cas. Ce qui constitue une donnée importante dans la prise en charge.

La cystoscopie a été réalisée chez tous nos patients. Elle a permis de mettre en évidence les tumeurs de vessie dont l'aspect le plus fréquent est pédiculé bourgeonnant. Elle a été contributive permettant de poser l'indication d'une RTUV Bien que la majorité des séries africaines et européennes soulignent le contraire [25 ; 26].

L'imagerie avec l'urotomodensitométrie (UROTD) et la TDM TAP ont été réalisé sur un nombre limité de patients à cause de l'inaccessibilité de ces examens (prix et disponibilité). Ils sont cependant nécessaires pour une bonne stadification comme l'affirme Mckibben.Mj et coll[27]. L'UROTD et la TDM TAP ont mis en évidence une infiltration tumorale avec extension locorégionale, des métastases ganglionnaires, hépatiques, et pulmonaires avec des pourcentages respectivement de 34,3%, 22%, 6%,et 17%.

La RTUV avait été pratiquée pour tous les patients. Elle est la pierre angulaire dans la prise en charge des tumeurs de vessie, confirmée par McKibben[27].

La RTUV doit être couplée à l'imagerie, telle que la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique pour une bonne stadification et une meilleure approche thérapeutique. Car la RTUV seule est reconnue être insuffisante voire décevante dans l'appréciation de l'infiltration tumorale [10].

Le carcinome urothelial est le type histologique le plus fréquent (71%). Le carcinome épidermoïde et le bilharziome vésical sont relativement moins représentés dans notre série, avec une fréquence respective de 19% et 18%. L'adénocarcinome et le papillome ont également été objectivés.

La fréquence élevée du carcinome urothelial peut s'expliquer par l'urbanisation accrue, l'industrialisation et la cigarette. Constat bien souligné par Heyns et coll [16].

La majorité des patients (74,2%) avaient une tumeur de vessie classée pT2 donc infiltrant le muscle. Les facteurs de risque étaient élevés pour 61,5% des patients.

L'indication thérapeutique est un traitement chirurgical radical.

Ce traitement radical n'a pu être réalisé que pour 14 patients. Ceci est imputable à la difficulté de bien stadifier la tumeur, par l'inaccessibilité de l'imagerie, le retard de consultation amenant le patient à consulter à des stades avancés [10;22], et du fait que le carcinome épidermoïde touche des populations ayant des conditions de vie précaires [16].

Aucun de nos patients n'a recu une chimiothérapie à la mitomycine. Ceci est dû à l'indisponibilité du produit dans nos contrées.

Deux patients ont eu une immunothérapie au BCG avec arrêt du traitement dû aux complications pour l'un et un succès thérapeutique avec à la cystoscopie pas de récidives tumorales pour l'autre.

La pelvectomie antérieure et la cystoprostatectomie radicale avec dérivation urinaire ont été réalisées pour six patients. Elles sont une technique très pratiquée comme l'indique Niang L. [10]. Le remplacement de vessie a été réalisé uniquement chez les hommes. Or la cystectomie totale avec remplacement de vessie offre de meilleurs résultats et une meilleure qualité de vie autant chez l'homme que la femme, constat souligné par Todenhöfer T [28] et Dutta SC [29].

L'entérocystoplastie selon FOCH avec vessie en "Z" a été plus utilisée que celle en "W" selon HAUTMANN. Cependant ces deux techniques sont reconnues être avec celle de Studer, les références en entérocystoplastie[30].

Les récidives tumorales ont été prises en charge uniquement par la RTUV ce qui est insuffisant selon la littérature qui recommande la chimiothérapie ou l'immunothérapie selon le stade et le grade de la récidive [9].

Dans notre série, le pourcentage de décès chez les femmes est supérieur à celui des hommes ce qui rejoint la conclusion de l'étude de Liu S et coll. [31] qui est la suivante : les femmes ont présenté des résultats de survie plus graves que les hommes après une pelvectomie antérieure pour le cancer de la vessie. L'adoption de soins plus intenses pour les patientes a été suggérée après une pelvectomie antérieure.

Le taux de décès est relativement non élevé dans notre série. Malat N. et coll [2] l'ont également souligné en concluant que le cancer de la vessie a une forte prévalence et une faible mortalité, devenant en grande partie une maladie chronique.

La survie globale dans notre série sur dix ans est de 58,9%. Taux relativement bon puisque Hautmann RE et coll [32] ont rapporté un taux de 44% qu'ils ont jugé acceptable.

**CONCLUSION  
ET  
RECOMMANDATIONS**

Ce travail du service d'urologie de l'hôpital général de Grand-Yoff est une étude rétrospective concernant des patients opérés pour tumeur de vessie. Nous rapportons le bilan de la prise en charge des tumeurs de vessie, de 2004 à 2015.

Notre étude a porté sur 210 patients opérés avec un dossier complet. Notre population avait un âge moyen de 55ans avec un sex ratio de 1,5.

Les antécédents les plus observées étaient : la notion de baignade en eau douce, la bilharziose et le tabagisme. L'hématurie constituait le maître symptôme. Malgré l'hématurie, certains patients ont consulté avec une altération de l'état général. L'examen physique était globalement normal. L'échographie des voies urinaires a eu une grande sensibilité dans la mise en évidence des tumeurs vésicales. La cystoscopie est déterminante. La RTUV a été réalisée chez tous les patients. Le carcinome urothelial est le type histologique le plus fréquent (71%). Les tumeurs vésicales avaient majoritairement infiltré le muscle vésical (74,3%).

Le traitement repose essentiellement sur la RTUV et la cystectomie totale. Quatorze patients ont subi une cystectomie avec soit une dérivation urinaire ou une entérocystoplastie.

La courbe de survie est relativement acceptable dans notre série avec un taux de 58% pour un suivi sur 10ans.

A l'issu de cette étude, qu'il nous soit permis de formuler les recommandations suivantes :

- **A l'endroit du corps médical et paramédical**

Les tumeurs de vessie doivent bénéficier d'une prise en charge rapide pour une meilleure sélection des cas de cancers pour lesquels un traitement radical serait indiqué. Les dossiers des malades doivent être informatisés pour une meilleure exploitation des données.

- **A l'endroit de la population générale**

Le délai de consultation doit être court devant toute hématurie et tout trouble mictionnel.

- **A l'endroit des autorités administratives et politiques**

Disposer les hôpitaux régionaux de moyens d'exploration exhaustifs et renforcer les communications sur la lutte anti-tabac et la lutte contre l'endémie bilharzienne.

# BIBLIOGRAPHIE

- 1- Irani J.  
Prise en charge des tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle (TVNIM)  
Prog Urol 2009;19 :248-253
- 2- Núria M, Francisco X, Real MD  
Epidemiology of Bladder Cancer  
Hematol Oncol Clin N Am 2015 ; 29 :177–189
- 3- Jemal A., Bray F., Forman D., et al.  
Cancer Burden in Africa and Opportunities for Prevention  
Cancer 2012;118 :4372-84
- 4- Diao B, Amath T, Fall B, Fall PA et al.  
Les cancers de vessie au Sénégal: Particularités épidémiologiques, cliniques et histologiques.  
Prog Urol 2008; 18, 445-448
- 5- Perlemuter L, Waligora J  
Cahiers d'anatomie 3ème éd petit bassin  
Masson et CIE, Paris, 1971
- 6- Moscovici J.  
[www.anat-jg.com/PeritoineSous/Vessie/Vessie-uretre.pdf](http://www.anat-jg.com/PeritoineSous/Vessie/Vessie-uretre.pdf) consultez le 29 mai 2017
- 7- Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A.  
Global Cancer Statistics, 2012  
Cancer J Clin 2015;62 :87-108
- 8- Neuzillet R, Masson-Lecomte C, Dubosq C et al.  
TUMEURS DE LA VESSIE  
Prog Urol 2016; 27, 67-91
- 9- Irani J., Lebret T. et al.  
Synthèse des guidelines de l'EAU face aux particularités françaises
- 10- Niang L, Kane R, Labou I, Jalloh M, et al.  
Cystectomies totales pour cancers localement avancés de vessie au service d'urologie de l'hôpital général de Grand-Yoff.  
Prog Urol 2011; 21, 121- 125.

- 11- Odzebé et coll  
Les tumeurs de vessie: aspects épidémiologiques et thérapeutiques à Brazzaville.  
Afr J Can 2011 ; (3) 1 :36-39
- 12- Jacques I.  
Epidémiologie du cancer de la vessie.  
Prog Urol 2003; 13:1207—8
- 13- SECK I, FAYE A, GNING B, TAL-DIA A  
La prévalence de la bilharziose urinaire et ses facteurs de risque en milieu scolaire rural à Fatick, au Sénégal.  
Méd Afr Noir 2007; 125-131
- 14- Lucca I, Valerio M, Jichlinski P, Cerantola Y.  
Gender disparities in urologic cancers.  
Rev Med Suisse 2015; 11(497):2276-2280.
- 15- Salem S, Mitchell RE, El-Alim E, et al.  
Successful control of schistosomiasis and the changing epidemiology of bladder cancer in Egypt.  
BJU Int. 2011 ; 107(2):206-11
- 16- Heyns CF, Van der Merwe A.  
Bladder cancer in Africa.  
J Urol 2008; 15(1):3899-908
- 17- Ochicha.O, S Alhassan et coll  
Bladder cancer in Kano, a histopathological review  
West Afr J Med 2003, 22 :202-204.
- 18- Ferguson AR.  
Associated bilharziasis and primary malignant disease of the urinary bladder with observations on series of 40 cases.  
Path Bacteriol 1991; 16:76—94.
- 19- Desgrandchamps F  
Epidémiologie des tumeurs épithéliales de vessie  
EMC Nephro-uro 1995 ; 18-105-243

- 20- Klotz L, Brausi MA  
World Urologic Oncology Federation Bladder Cancer Prevention Program: a global initiative.  
Rev Urol Oncol. 2015; 33(1): 25-9
- 21- Mapulanga V, Labib M , Bowa K  
Pattern of Bladder Cancer at University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia in the era of HIV Epidemic.  
MJZ 2003, 40:1-6
- 22- Kane R, Niang L, Diallo Y, Jalloh M. et al.  
Advanced Bladder Cancer in Senegal: Epidemiological and Clinical Aspects  
J Urol 2014; 4:127-131
- 23- Amegbor K.  
Les tumeurs de vessie au Togo: Aspects épidémiologiques et diagnostiques à propos de 36 cas observés au CHU de Lomé.  
Ann Pathol 2010 ; 30 :68-69
- 24- Tangara S  
Etude des tumeurs de vessie au service d'urologie du centre hospitalier universitaire Gabriel Toure à propos de 50 cas.  
These Med 2008 Bamako
- 25- Soria F, Gurioli A, Peraldo F, et al.  
Innovations in the endoscopic management of bladder cancer: is the era of white light cystoscopy over.  
J Urol 2013 ; 80:1-8
- 26- Guirou, A.  
Prise en charge des tumeurs de vessie dans le service d'urologie du CHU du point G.  
Th. Med. 2007 Bamako numéro 86
- 27- McKibben MJ, Woods ME.  
Preoperative imaging for staging bladder cancer  
Curr Urol Rep 2015; 16(4):22.
- 28- Todenhöfer T, Stenzl A, Schwentner C.  
Optimal use and outcomes of orthotopic neobladder reconstruction in men and women  
Curr Opin Urol 2013; 23(5):479-86.

- 29- Dutta SC, Chang SS, Coffey CS, et al.  
Health related quality of life assessment after radical cystectomy:  
comparison of ileal conduit with continent orthotopic neobladder.  
*J Urol* 2002; 168:164–7.
- 30- BOTTO H  
quel est le meilleur remplacement de la vessie  
*Ann Urol* 2005, 39: 120-125
- 31- Liu S, Yang T, Na R, et al.  
The impact of female gender on bladder cancer-specific death risk after  
radical cystectomy: a meta-analysis of 27,912 patients.  
*Int Urol Nephrol*. 2015; 47 (6):951-8
- 32- Hautmann RE1, de Petriconi RC, Pfeiffer C, et al.  
Radical cystectomy for urothelial carcinoma of the bladder without  
neoadjuvant or adjuvant therapy: long-term results in 1100 patients.  
*Eur Urol*. 2012, 61:1039-47.

**FICHE D'ENQUETE****1- IDENTITE**

NOM

PRENOM

AGE

ADRESSE

SEXЕ

PROFESSION

TELEPHONE:

**II - FACTEURS DE RISQUE**

TABAC	OUI <input type="checkbox"/>	DUREE:	NOMBRE DE PAQUETS:	NON: <input type="checkbox"/>
notion de baignade en eau douce		OUI: <input type="checkbox"/>	NON: <input type="checkbox"/>	
BILHARZIOSE	OUI: <input type="checkbox"/>		NON: <input type="checkbox"/>	
IRRITATION CHRONIQUE	OUI: <input type="checkbox"/>		NON: <input type="checkbox"/>	
IRRADIATION VESICALE	OUI: <input type="checkbox"/>		NON: <input type="checkbox"/>	

**III- CLINIQUE****III-1 CDD**III-1-1 HEMATURIE: OUI  NON CHRONOLOGIE: INITIALE  TERMINALE  TOTALE 

CAILLOTAGE:

III-1-2 TROUBLES URINAIRES OUI  NON POLLAKIURIE DYSURIE URGENTURIE BRULURES MITIONNELLES III-1-3 DECOUVERTE FORTUITE OUI  NON **III-1-4 AUTRES**LOMBALGIES COLIQUE NEPHRETIQUE METASTASES AEG **III-2 SIGNES PHYSIQUES**

EXAMEN ABDOMINAL	NORMAL	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
	MASSE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

TOUCHER RECTAL BLINDAGE PELVIEN

TOUCHER VAGINAL

**IV- PARACLINIQUE****IV-1- BIOLOGIE**

HEMOGLOBINE:

UREE :

CREATININEMIE:

**IV-2- ECHOGRAPHIE VOIES URINAIRES**VESSIE: TUMEUR: OUI  NON 

TAILLE :

LOCALISATION:

LESIONS ASSOCIEES:

RETENTISSEMENT SUR LE HAUT APPAREIL: OUI  NON **IV-3 ECBU**

INFECTION	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
IV- 4 CYTOLOGIE URINAIRE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
IV-5 CYSTOSCOPIE			
NOMBRE:	LOCALISATION:		
ASPECT:	TAILLE:		
UROTDM			
IV-6 RESECTION ENDOSCOPIQUE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
IV-7 ANATOMIE PATHOLOGIE			
TYPE HISTOLOGIQUE			
STADE			
GRADE			
V - FACTEUR DE RISQUE			
FAIBLE			
INTERMEDIAIRE			
ELEVE			
VI - BILAN D'EXTENSION			
TDM TAP			
SCINTIGRAPHIE OSSEUSE			
VI- TRAITEMENT			
→ IPOP APRES LA PREMIERE RESECTION	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
→ CHIMIOTHERAPIE à LA MITOMYCINE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
SCHEMA THERAPEUTIQUE			
COMPLICATIONS			
→ IMMUNOTHERAPIE AU BCG	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
SCHEMA THERAPEUTIQUE			
COMPLICATIONS			
→ CHIMIOTHERAPIE NEOADJUVANTE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
→ CYSTECTOMIE			
→ REMPLACEMENT DE VESSIE			
→ DEVIATION URINAIRE			
TYPE DE DERIVATION			
→ TRAITEMENT TRIMODAL (RTUV-RADIOCHIMIOTERAPIE)			
VIII- EVOLUTION			
PERDU DE VUE			
PATIENT SUIVI			
RECIDIVE	OUI APRES CYSTOSCOPIE DE CONTRÔLE	NON	
IX - ELEMENTS DE SURVEILLANCE			
→ ETAT GENERAL	ECOG 1 <input type="checkbox"/>	ECOG2 <input type="checkbox"/>	ECOG3 <input type="checkbox"/>
→ CYSTOSCOPIE DE CONTRÔLE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
RESULTATS			
→ CYTOLOGIE URINAIRE	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
RESULTATS			
→ TDM TAP			
X - TRAITEMENTS DE RECIDIVES			
RTUV	OUI <input type="checkbox"/>	NOMBRES	NON <input type="checkbox"/>
CHIMIOTHERAPIE DES METASTASES	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>