

Liste des abréviations

TVIM	: Tumeurs vésicale infiltrant le muscle
TVNIM	: Tumeurs vésicale non infiltrant le muscle
U.I.V	: Urographie intraveineuse
TDM	: Tomodensitometrie
TAP	: Thoraco-abdomino-pelvien
TNM	: Tumor Nodes Metastasis
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
RTUV	: Résection trans-urétrale de vessie
CHR	: Centre hospitalier régionale
ASA	: American Society of Anesthesiologists
ECBU	: Examen cyto bactériologique des urines
GPV	: Graisse péri-vésicale
CIS	: Carcinome in-situ
I.E.C	: Information, éducation et communication

Liste des figures

Figure 1: Situation et rapport de la vessie chez l'homme (coupe sagittale):	5
Figure 2 : Situation et rapport de la vessie chez la femme (coupe sagittale) :	6
Figure 3: Vascularisation artérielle et lymphatique de la vessie.....	9
Figure 4 : Schéma de la classification des tumeurs de vessie	18
Figure 5 : Répartition selon le sexe.....	27
Figure 6 : Répartition des patients selon le tabagisme.....	28
Figure 7 : Répartition des types histologiques	31
Figure 8 : Répartition des patients selon le score ASA	33
Figure 9 : Voie d'abord chirurgicale.....	34
Figure 10 : Type anatomo-pathologique définitif.....	37

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition des signes fonctionnels	29
Tableau II: Résumé des données de l'examen clinique.....	29
Tableau III: Résumé des données biologiques	30
Tableau IV: Répartition des groupes selon le stade et le garde à la RTUV	32
Tableau V: Type de dérivation urinaire	35
Tableau VI: Complications postopératoires précoces selon la classification de Clavien-Dindo	36
Tableau VII: Répartition selon le stade définitif	38
Tableau VIII: Répartition selon les résultats anatomopathologiques	38
Tableau IX: Types histologiques des tumeurs de vessie selon la littérature	43

Table des matières

Introduction	1
Première partie	3
1. Rappels	4
1.1. Epidémiologie	4
1.2. Anatomie de la vessie	4
1.2.1. Situation	5
1.2.2. Capacité	7
1.2.3. Configuration externe et rapport de la vessie	7
1.2.4. Configuration interne	8
1.2.5. Structure de la paroi vésicale	8
1.2.6. Vascularisation et innervation	8
1.3. Anatomopathologie	11
1.3.1. Macroscopie	11
1.3.2. Microscopie	12
1.4. Facteurs de risque	13
2. Diagnostic	14
2.1. Diagnostic positif	14
2.1.1. Circonstances de découvertes	14
2.1.2. Examen clinique	14
2.1.3. Examens complémentaires et bilan d'extension	15
2.1.3.1. La cystoscopie	15
2.1.3.2. Echographie vésicale	15
2.1.3.3. La cytologie urinaire	15
2.1.3.4. Urographie intraveineuse	16
2.1.3.5. Bilans d'extension	16
2.1.3.5.1. Radiographie du thorax	16
2.1.3.5.2. La tomodensitométrie	16

2.1.3.5.3. La scintigraphie osseuse	16
2.1.4. Classification	16
2.2. Diagnostic différentiel.....	19
3. Traitement	20
3.1. But	20
3.2. Moyens	20
3.2.1. Résection transurétrale de la vessie.....	20
3.2.2. La chirurgie classique	20
3.2.3. La chirurgie classique à visée curative.....	21
3.2.4. La chirurgie classique à visée palliative.....	21
3.2.5. La dérivation urinaire	21
3.2.5.1. Les dérivations urinaires externes non continentes.....	21
3.2.5.2. Les dérivations urinaires internes non continentes	21
3.2.5.3. Dérivation urinaire avec confection d'un réservoir étanche	22
3.2.6. Chimiothérapie	22
3.2.7. Radiothérapie.....	22
3.3. Indications	22
3.4. Surveillance	23
Deuxième partie	24
4. Patients et méthodes	25
4.1. Patients	25
4.2. Méthodes	25
5. Résultats	27
5.1. Données épidémiologiques	27
5.1.1. Répartition des patients selon l'âge	27
5.1.2. Répartition des patients selon le sexe	27
5.1.3. Répartition des patients selon le statut tabac	28
5.2. Données cliniques	28
5.2.1. Circonstances de découverte	28

5.2.2. Signes physiques	29
5.3. Données paracliniques.....	29
5.3.1. Biologie	29
5.3.2. Résultats de l'échographie des voies urinaires :	30
5.3.3. Résultats de la TDM-TAP	30
5.3.4. Résultats histo-pathologiques	31
5.3.4.1. Type histologique	31
5.3.4.2. Stade et grade histologique	31
5.4. Données thérapeutiques	32
5.4.1. Répartition des patients selon le score ASA	32
5.4.2. Répartition des patients selon l'indication de la cystectomie	33
5.4.3. Voies d'abord	33
5.4.4. Type de cystectomie	34
5.4.5. Type de dérivation urinaire	35
5.5. Résultats post opératoires	35
5.5.1. Mortalité péri-opératoire	35
5.5.2. Morbidité péri-opératoire	35
5.5.3. Données de l'examen histopathologique des pièces opératoires	37
5.5.3.1. Types histologiques	37
5.5.3.2. Stade et grade tumoral.....	38
5.5.3.3. Envahissement ganglionnaire, la GPV et le CIS	38
5.6. Traitements associés	39
Discussion	40
6. Données épidémiologiques	41
6.1. Age	41
6.2. Sexe	41
6.3. Tabagisme	41
7. Données cliniques	41
8. Données paracliniques	42

9. Données histopathologiques	42
9.1.Types histologiques	42
9.2. Stade et grade histologique	43
10. Données thérapeutiques	43
10.1. Score ASA	43
10.2. Voie d'abord	43
10.3. Type de dérivation urinaire	44
11. Résultats post-opératoires	44
11.1. Complications post-opératoires	44
11.2. Résultats anatomopathologiques	44
12. Traitements associés	45
Conclusion	46
Références	50
Annexes	

Introduction

La vessie est le siège privilégié de développement de tumeurs du tractus urinaire: effet « réservoir » avec un temps de contact urine/muqueuse particulièrement long.

Les tumeurs de vessie font partie des tumeurs dérivées de l'urothélium des voies urinaires. Elles sont caractérisées par leur multifocalité et leur grande tendance à récidiver sur l'ensemble de l'urothélium ; d'où la nécessité d'une surveillance régulière et prolongée [24].

Le terme tumeurs de vessie infiltrant le muscle (TVIM) désigne les tumeurs vésicales atteignent le muscle détroisor, quel que soit le type histologique, dont le risque de métastase et de décès est important. Ce qui justifie un traitement locorégional radical [53].

Survenant fréquemment vers la cinquième décennie, les cancers de vessie occupent la deuxième place des cancers urologiques après celui de la prostate et la première cause de mortalité par cancer en clinique urologique [14].

De multiples facteurs de risque sont incriminés. Les plus importants sont : le tabac, les infections et irritations chroniques de la vessie, la bilharziose urogénitale et l'exposition professionnelle. Le diagnostic d'une tumeur de vessie est devenu facile grâce aux moyens d'explorations modernes mais pose des problèmes de prise en charge thérapeutique et de pronostic surtout pour les formes infiltrantes [24].

En Afrique, l'incidence de tumeur de 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 [41].

L'objectif de notre étude était d'évaluer la prise en charge des cancers de vessie infiltrant le muscle au centre hospitalier El Ghassanni de Fès.

Première partie

1. Rappels :

1.1. Epidémiologie :

Les tumeurs de vessie représentent 3 à 4% des cancers et sont les deuxièmes en ordre de fréquence parmi les tumeurs urologiques de l'homme après le cancer de la prostate [24].

Il y'a une différence géographique dans le taux d'incidence du cancer de vessie à travers le monde avec l'incidence la plus élevée en Europe de l'Est, en Afrique du Nord, au Moyen Orient et en Amérique du Nord. Le taux d'incidence le plus bas est observé en Asie et dans les secteurs sous-développés de l'Afrique [26].

Dans la communauté Européenne le cancer de vessie est la 4ème cause de cancer chez l'homme. On estime qu'il est responsable de 4,1% des décès par cancer chez l'homme et 1,8% chez la femme en Europe [26].

Le carcinome à cellule transitionnelle représente plus de 90% des cancers de vessie dans les pays occidentaux contrairement aux pays d'Afrique du Nord où la fréquence des carcinomes épidermoïdes est plus élevée [55].

1.2. Anatomie de la vessie :

La vessie est un réservoir musculo-membraneux dans lequel l'urine qui s'écoule par les uretères s'accumule et séjourne dans l'intervalle des mictions.

La vessie occupe la quasi-totalité de la loge vésicale. Elle est située dans la partie antérieure et médiane de la cavité pelvienne. [6]

1.2.1. Situation :

Chez l'homme : elle est située au-dessus du plancher pelvien et de la prostate, en avant et au-dessus du rectum et des vésicules séminales (Figure 1).

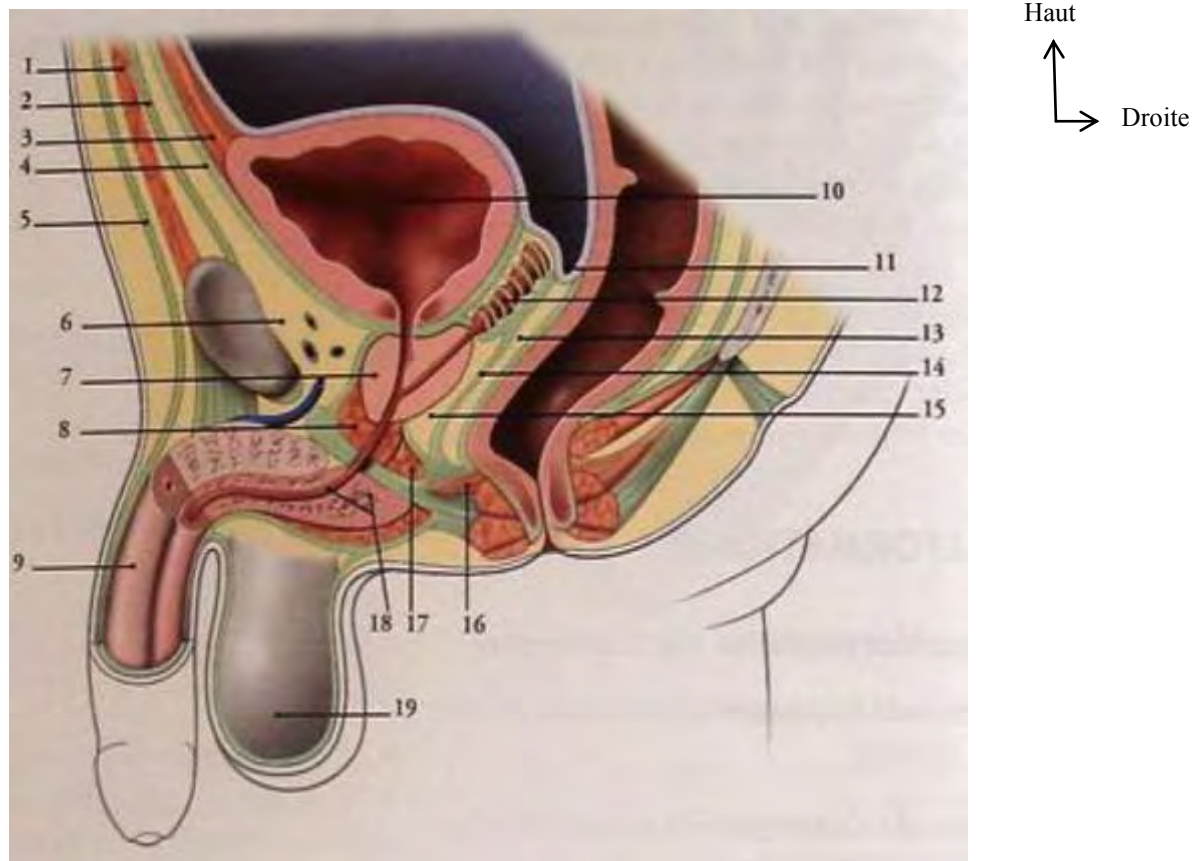


Figure 1: Situation et rapport de la vessie chez l'homme (coupe sagittale): [44]

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. ligne blanche | 11. Cul de sac recto vésicale |
| 2. fascia transversalis | 12. Fascia retro vésical |
| 3. ligament ombilical médian | 13. Septum recto vésical |
| 4. fascia ombilicoprévesical | 14. Fascia retro prostatique |
| 5. fascia superficiel de l'abdomen | 15. Espace retro prostatique |
| 6. espace retro pubien | 16. Centre tendineux du périnée et m.recto-Urétral |
| 7. prostate | 17. Muscle transverse profond |
| 8. muscle sphincter de l'urètre | 18. Urètre et corps spongieux. |
| 9. Corps caverneux | 19. Septum scrotal. |
| 10. Vessie | |

Chez la femme : elle est placée au-dessus du plancher pelvien et en avant de l'utérus et du vagin (Figure 2).

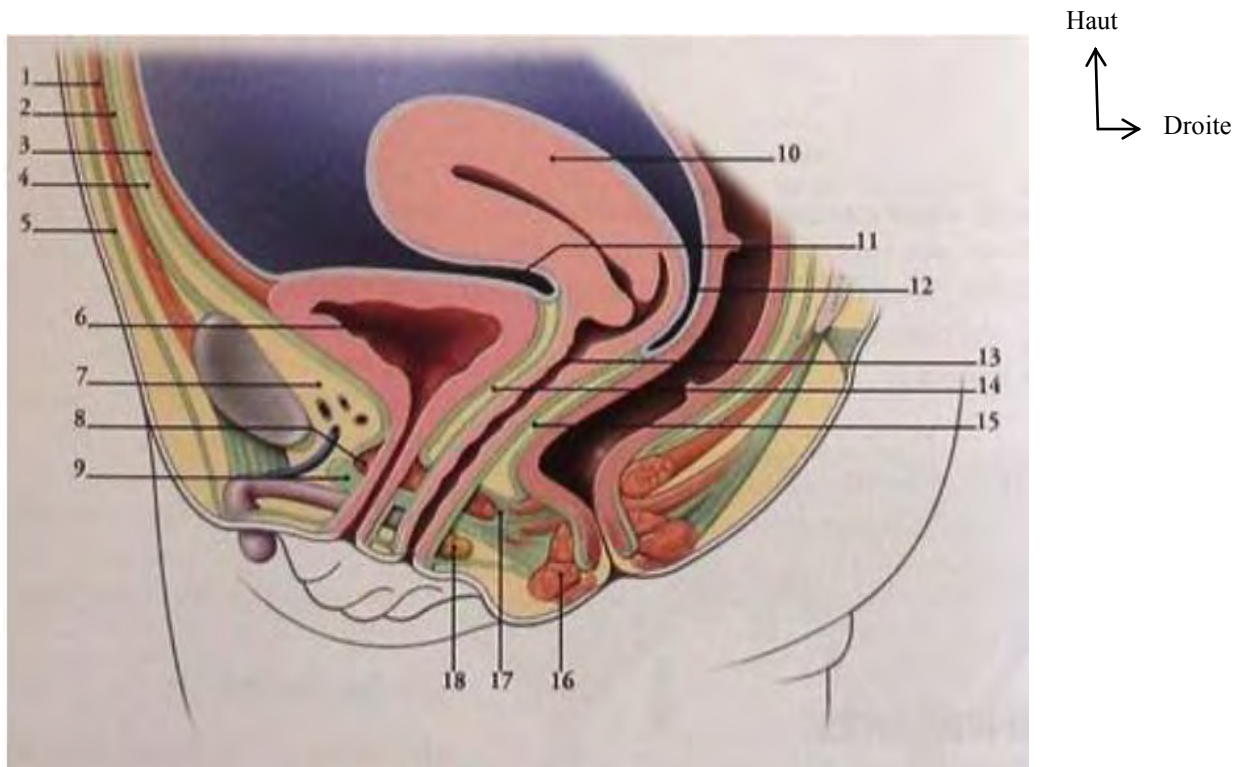


Figure 2 : Situation et rapport de la vessie chez la femme (coupe sagittale) :
[44]

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. ligne blanche | 10. Utérus |
| 2. fascia transversalis | 11. Cul de sac vésico utérin |
| 3. ligament ombilical médian | 12. Cul de sac recto utérin |
| 4. fascia ombilicoprévesical | 13. Vagin |
| 5. fascia superficiel de l'abdomen | 14. Septum urogénital |
| 6. vessie | 15. Septum recto vaginal |
| 7. espace retro pubien | 16. Muscle sphincter externe de l'anus |
| 8. muscle sphincter de l'urètre | 17. Centre tendineux du périnée |
| 9. membrane périnéale | 18. Glande vestibulaire majeur. |

1.2.2. Capacité :

La taille de la vessie dépend des organes voisins et de la position du corps humain. A partir de 350ml on a envie de vider sa vessie. Mais elle peut contenir 2 à 3 litres d'urine.

1.2.3. Configuration externe et rapport de la vessie : [38,37]

Les caractères et les rapports de la vessie varient suivant que cet organe est vide ou plein. Ils varient également selon le sexe. Sur le plan configuration, on décrit sur une vessie vide une face supérieure, une face antéro-inférieure, une face postéro-inférieure ou base, deux bords latéraux et un bord postérieur et trois angles.

La face supérieure est en rapport avec le péritoine et son contenu (anses intestinales ; colon ; chez la femme l'utérus et le ligament large).

La face postéro-inférieure (base vésicale) : cette face est en rapport chez l'homme avec la prostate, les vésicules séminales, les ampoules des canaux déférents, les uretères. Ici le péritoine recouvre la base de la vessie et descend plus bas pour former entre les canaux déférentiels en fléchissant sur la face antérieure du rectum le cul de sac vésico-rectal. Chez la femme : elle est en rapport avec le péritoine qui forme entre la base de la vessie, le col utérin et le vagin cul de sac de Douglas.

La face antéro-inférieure est en rapport avec la paroi antérieure du bassin et l'aponévrose ombilico-pré vésical, le muscle releveur de l'anus, le muscle et le nerf obturateur. Le sommet de la vessie : l'ouraque (cordon fibreux qui s'étend de la vessie à l'ombilic) est en rapport avec les artères ombilicales. En cas de tumeur avancée, on note un envahissement de ces organes par la tumeur.

1.2.4. Configuration interne :

La surface interne de la vessie est rouge chez le vivant. On décrit sur cette face interne trois (3) orifices : un orifice urétral appelé de col de la vessie et deux (2) orifices urétéraux ou méats urétéraux. Une tumeur envahissant les méats urétéraux provoque une dilatation urétéropyélocalicielle ; une dysurie va s'installer si elle envahit le col.

1.2.5. Structure de la paroi vésicale : [51]

La paroi vésicale se compose de trois tuniques :

La tunique externe conjonctive appelée encore adventice se confond avec la gaine conjonctive péri vésicale sous séreuse.

La tunique musculaire comprend une couche externe de fibres longitudinales, une couche moyenne de fibres circulaires et une couche interne de fibres longitudinales. Celles-ci se composent de faisceaux anastomosés.

La tunique muqueuse composée de couche superficielle faite de cellules superficielles en contact avec l'urine, les cellules intermédiaires et les cellules basales reposent sur la membrane basale. La lamina propria (sous muqueuse ou chorion) se situe entre la membrane basale et la musculuse. Cette couche muqueuse est le point de départ des tumeurs de la vessie. L'envahissement de la couche musculaire est le témoin de la malignité de la tumeur.

1.2.6. Vascularisation et innervation (figure 3) : [51]

- Artère :

La vessie est irriguée de chaque côté : en bas et latéralement par l'artère vésicale inférieure branche de l'hypogastre. En bas et en arrière par les rameaux vésicaux, les artères hémorroïdales, prostatiques et vésiculo-déférentielle chez l'homme, les artères utérines et vaginales chez la femme. En bas et en avant par l'artère vésicale antérieure branche de la honteuse interne. En haut par les artères vésicales supérieures qui se détachent de l'obturatrice et de la partie perméable de l'artère ombilicale.

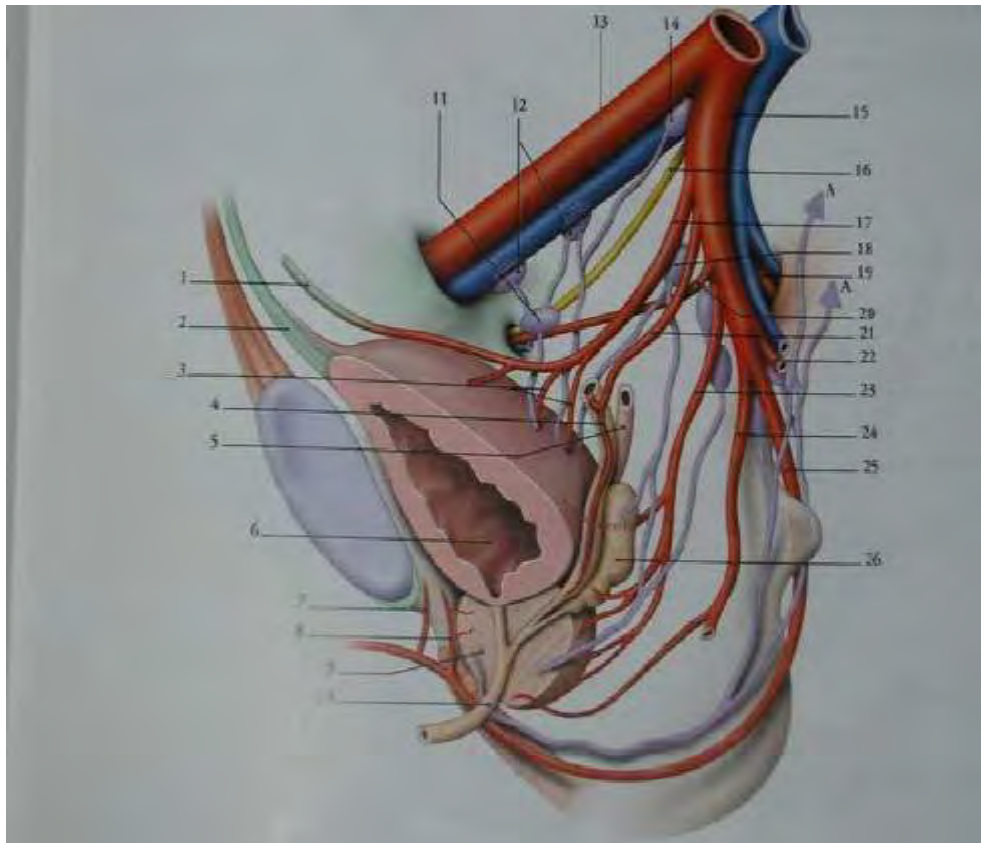


Figure 3: Vascularisation artérielle et lymphatique de la vessie [44]

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. Ligament ombilical médial | 14. Lymphonoeud intermédiaire |
| 2. Ligament ombilical médian | 15. Artère iliaque interne |
| 3. artère vésicale supérieure | 16. Nerf obturateur |
| 4. conduit déférant | 17. Artère ombilicale |
| 5. uretère | 18. Lymphonoeud iliaque interne |
| 6. vessie | 19. Artère vésicale glutéale supérieure |
| 7. artère retro symphysaire | 21. Artère du conduit déférant |
| 8. artère vésicale antérieure | 22. Artère glutéale inférieure |
| 9. prostate | 23. Artère vésicale inférieure |
| 10. urètre | 24. Artère rectale moyenne |
| 11. lymphonoeud obturateur | 25. Artère pudendale interne |
| 12. lymphonoeud iliaque | 26. Glandes séminales |
| 13. artère iliaque externe | |

- Veine :

Les veines des parois vésicales se jettent dans un riche réseau veineux superficiel. Les veines de ce réseau déversent leur contenu en avant dans la partie antérieure du plexus de Santorini, sur les côtés dans le plexus vésicoprostatique, en arrière dans le plexus séminal. Les veines efférentes principales de ces plexus et les veines vésicales sont tributaires des veines hypogastriques.

- Lymphatiques :

Les vaisseaux lymphatiques de la vessie se rendent aux ganglions iliaques internes en particulier aux éléments des chaînes moyenne et interne. Il en est parfois encore qui vont aux ganglions hypogastriques ou iliaques primitifs (Arguello-cervantes) les uns et les autres sont fréquemment interrompus par des ganglions para vésicaux. Les vaisseaux lymphatiques nés au voisinage du col vésical se portent en arrière et en haut et se terminent dans les ganglions du promontoire (Cuneo et Marcille).

- Nerfs : [5]

Proviennent du plexus hypogastrique. Cette innervation est triple :

- Innervation parasympathique : provient des S1, S2 et S4. Elle est responsable de la contraction du détrusor et par conséquent la miction.
- Innervation sympathique : provient des D11 à L3, elle est responsable de la continence.
- Innervation somatique : emprunte le nerf honteux interne qui innerve le sphincter externe.

1.3. Anatomopathologie :

Classiquement les auteurs admettent que la majorité des tumeurs de vessie (80%) sont malignes [47].

1.3.1. Macroscopie : [37]

Les données de la macroscopie sont fournies par l'urologue au cours de la cystoscopie ou par les pathologistes sur les pièces opératoires. L'aspect macroscopique des tumeurs permet de les classer en trois (3) types parfois associés.

- Tumeurs papillaires à développement exophytique : elles s'extériorisent dans la cavité vésicale et comporte :

Les tumeurs papillaires pédiculées, rattachées à la muqueuse vésicale par un pédicule plus ou moins long ou plus ou moins large. De ce dernier s'épanouit un bouquet de végétation fines ou déliées (aspect de polype bénin) ou épaisses ou coalescentes (aspect de polype suspect). La surface des végétations est rose ou orange violacée parfois sphacelique.

Les tumeurs papillaires sessiles (muriforme) dépourvues de pédicules mais conservant une structure papillaire.

La papillomatose diffuse : rare (1%), elle est caractérisée par une prolifération papillaire extensive intéressant la quasi-totalité de la muqueuse vésicale.

- Tumeurs non papillaires ou solides : à large base d'implantation, ne présentant aucune structure papillaire, elles peuvent être bourgeonnantes et ulcérées mais le plus souvent elles ont un développement endophytique à l'intérieur de la paroi vésicale.
- Les tumeurs non papillaires, non infiltrantes : ces lésions tumorales particulières intéressent la couche superficielle de la muqueuse vésicale. Elles témoignent le carcinome in situ. Cette anatomie macroscopique permet de préciser le nombre de tumeurs (unique ou multiple), la taille et le siège (trigone, le dôme vésical, le col vésical ou le fond vésical).

1.3.2. Microscopie : [16]

Les tumeurs épithéliales peuvent être divisées en deux catégories principales : les lésions bénignes ou papillomes et les lésions malignes ou carcinomes.

- Papillomes : comprenant les papillomes à cellules transitionnelles, les papillomes à cellules transitionnelles de type inversé et les papillomes épidermoïdes.
- Carcinomes :
 - Carcinomes à cellules transitionnelles : ils représentent 90% du type histologique selon la littérature.
 - Carcinomes in situ : ce terme s'applique aux lésions qui présentent un néoplasie net de l'épithélium superficiel sans formation de structure papillaire et sans infiltration.
 - Carcinomes épidermoïdes : ils sont généralement associés aux irritations vésicales chroniques dont la bilharziose. A la différence des carcinomes à cellule transitionnelle, les carcinomes épidermoïdes sont typiquement sessiles, nodulaires, infiltrant et parfois ulcéreux.
 - Adénocarcinomes : se développent pour la plupart dans le dôme et la paroi antérieure de la vessie et sont considérés comme étant d'origine ouraquienne.
 - Carcinomes indifférenciés : Tumeurs malignes de structures épithéliales trop peu différenciées pour n'être distinguées d'aucun des groupes précédents de carcinomes.
 - Carcinosarcomes : Tumeurs malignes souvent d'aspect polyploïde constituées d'un contingent cellulaire épithélial et d'un contingent cellulaire mésenchymateux intimement mêlés l'un à l'autre.

1.4. Facteurs de risque : [11, 53]

Aujourd'hui, on ne connaît pas encore précisément les causes d'apparition du cancer de la vessie. Un certain nombre de facteurs de risques ont été identifiés, mais dans certains cas, aucun de ces facteurs n'est retrouvé. Les principaux facteurs de risque du cancer de la vessie sont :

- L'âge : Le cancer de la vessie se produit plus fréquemment chez les personnes âgées. Dans l'ensemble, 70 % des patients qui développent un cancer de la vessie sont diagnostiqués après l'âge de 65 ans.
- Le tabagisme : Il représente un risque certain de cancer de la vessie. C'est le carcinogène le plus important contribuant au développement des tumeurs urothéliales. Des études épidémiologiques rétrospectives montrent que chez les fumeurs de cigarettes, le risque de cancer vésical est cinq ou sept fois plus élevé que chez les non-fumeurs. En effet environ 60% des patients qui ont un cancer de la vessie sont des fumeurs actifs ou des anciens fumeurs.
- La bilharziose urinaire : Le rôle de la bilharziose urinaire a été mis en évidence en 1911 par FERGUSSON, qui a constaté la fréquence élevée de cancers vésicaux chez les Egyptiens porteurs de schistosoma haematobium. Ce type de bilharziose est endémique dans 52 pays de l'Est méditerranéen et de l'Afrique avec environ 90 millions de sujets infectés (essentiellement parmi les agriculteurs). Le mécanisme de cancérisation se situerait au niveau de la transformation néoplasique des lésions inflammatoires provoquées par la présence des œufs de parasites.

2. Diagnostic :

2.1. Diagnostic positif :

Il repose sur l'interrogatoire, l'examen physique et les examens complémentaires qui confirment le diagnostic.

2.1.1. Circonstances de découvertes : [37, 54]

L'hématurie macroscopique, classiquement terminale constitue le signe clinique le plus fréquent. Dans 20% des cas, des signes d'irritation vésicale sont de type de pollakiurie, d'impériosité ou de brûlure urinaire. En absence d'infection urinaire, ces symptômes doivent faire suspecter l'existence d'un carcinome in situ vésical. Une tumeur de vessie peut également être découverte fortuitement lors d'un examen (échographie, U.I.V, TDM) ou chez les patients à risque surveillés régulièrement par des cytologies urinaires. Enfin elle aussi peut se révéler lors des manifestations métastatiques ou d'envahissement locorégional.

2.1.2. Examen clinique : [54, 28, 19, 11]

- L'interrogatoire : Précise l'âge du patient, son adresse, sa profession, son habitude de vie (tabagisme, alcoolisme), son antécédent urologique. Il recherchera également : les signes d'irritation vésicale à type de pollakiurie nocturne ou diurne, isolée ou associée à des brûlures mictionnelles ; la dysurie voire la rétention d'urine par caillottage ou par infiltration de la base vésicale par la tumeur. Les signes de la complication tumorale : les douleurs hypogastriques, lombaires, anales ou les coliques néphrétiques par obstruction des méats urétéraux.
- Examen physique : Il est souvent normal pour une tumeur de vessie superficielle. Les touchers pelviens (toucher rectal chez l'homme et toucher vaginal chez la femme) combinés à la palpation hypogastrique sont systématiques. Ils recherchent une infiltration du plancher pelvien surtout lorsque la tumeur est de siège trigonal avec un envahissement locorégional important. Le reste de l'examen recherchera un globe vésical qui peut correspondre à une vessie pleine de caillots lors d'une

hématurie abondante, un contact lombaire (hydronéphrose obstructive) ou des signes de métastase comme nodule hépatique, adénopathie, œdème des membres inférieurs et une altération de l'état général.

2.1.3. Examens complémentaires et bilan d'extension :

2.1.3.1. La cystoscopie : [55,54, 19, 11]

Examen primordial pour mettre en évidence les tumeurs de vessie; praticable sans anesthésie, elle permet une bonne appréciation de l'état local. Très facile et anodin chez la femme, il doit être réalisé avec précaution chez l'homme. La cystoscopie visualise la tumeur surtout son aspect végétant, bourgeonnant ou ulcéré. Elle en apprécie le siège, en particulier par rapport au trigone, au col et les orifices urétéraux. Le nombre, la taille approximative, la souplesse de la paroi vésicale péri-tumorale est également appréciée. L'endoscopie permet l'étude anatomo-pathologique des lésions prélevées par l'intermédiaire de l'anse du résecteur; ou mieux par une pince à biopsie. La difficulté étant de prélever suffisamment la tumeur pour permettre l'appréciation de la pénétration en profondeur de la paroi vésicale. L'état de la muqueuse à distance des lésions, présente un intérêt diagnostique et pronostic.

2.1.3.2. Echographie vésicale : [21, 19]

C'est l'examen de première intention devant les signes cliniques évocateurs du fait de son caractère non invasif et de son coût. Elle peut montrer la tumeur endovésicale et évaluer son extension pariétale. Elle est surtout bénéfique pour le bilan d'extension à la recherche de métastase. Sa normalité n'exclut en aucune façon l'existence d'une tumeur de vessie.

2.1.3.3. La cytologie urinaire : [40]

C'est l'examen biologique de choix à cause de son utilisation simple et universelle. Cet examen est de haute spécificité particulièrement dans le cas de tumeurs de haut grade. Cependant, ce test est de faible sensibilité, avec environ 30% de tumeurs dépistées dans le cas des tumeurs superficielles. La cytologie donne un index cytologique de malignité exprimé en grade ou en degré :

Grade I : normale

Grade II : dysplasie modérée

Grade III : dysplasie sévère

Grade IV : cellules carcinomateuses.

2.1.3.4. Urographie intraveineuse (UIV) : [28]

Elle permet d'apprécier le haut appareil urinaire, et d'évaluer la fonction rénale. Les images radiologiques sont les lacunes, les amputations ou les deux associées.

2.1.3.5. Bilans d'extension : [49, 53,29]

2.1.3.5.1. Radiographie du thorax :

Elle peut révéler les adénopathies médiastinales ou des métastases pulmonaires à type de nodules pulmonaires, image parenchymateuses en lâcher de ballon, comblement d'un cul de sac costo-diaphragmatique. Ce sont des éléments de mauvais pronostic.

2.1.3.5.2. La tomodensitométrie = (TDM) :

La TDM abdomino-pelvienne est l'examen recommandé pour le bilan d'extension des tumeurs infiltrantes. Elle détermine avec une certaine netteté l'extension locale par l'infiltration à la graisse péri-vésicale et l'envahissement prostatique. Elle étudie le retentissement sur le haut appareil et recherche les adénopathies ilio-obturatrices.

2.1.3.5.3. La scintigraphie osseuse :

Indiquée en cas de symptômes évocateurs (douleur osseuse).

2.1.4. Classification :

De nombreux systèmes de classifications ont été proposées afin d'essayer de déterminer le degré de malignité et d'évolutivité des différentes formes tumorales. Parmi ces systèmes on peut citer :

➤ La classification TNM (2017) : [52]

T=Tumeurs primitives (Figure 4).

TVNIM

pTa : Tumeur papillaire de grade variable sans infiltration de la lamina propria

pTis : Tumeur plane de haut grade sans infiltration - carcinome in situ

pT1 : Tumeur papillaire de grade variable avec infiltration de la lamina propria mais sans infiltration du muscle

TVIM

pT2 : Tumeur envahissant la musculature

pT2a : Tumeur envahissant la musculature superficielle (moitié interne)

pT2b : Tumeur envahissant la musculature profonde (moitié externe)

pT3 : Tumeur envahissant le tissu péri-vésical

pT3a : Atteinte microscopique

pT3b : Atteinte macroscopique (masse extra-vésicale)

pT4 : Tumeur envahissant l'une ou l'autre des structures suivantes: prostate, vésicules séminales, utérus, vagin, paroi pelvienne ou paroi abdominale

pT4a : Prostate, vésicules séminales, vagin ou utérus

pT4b : Paroi pelvienne ou paroi abdominale

N : ganglions lymphatiques régionaux

Nx : renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux

N0 : pas d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux

N1 : atteinte d'un seul ganglion lymphatique pelvien (hypogastrique, obturateur, iliaque externe ou pré-sacré)

N2 : atteinte de multiples ganglions lymphatiques pelviens (hypogastrique, obturateur, iliaque externe ou pré-sacré) ;

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.

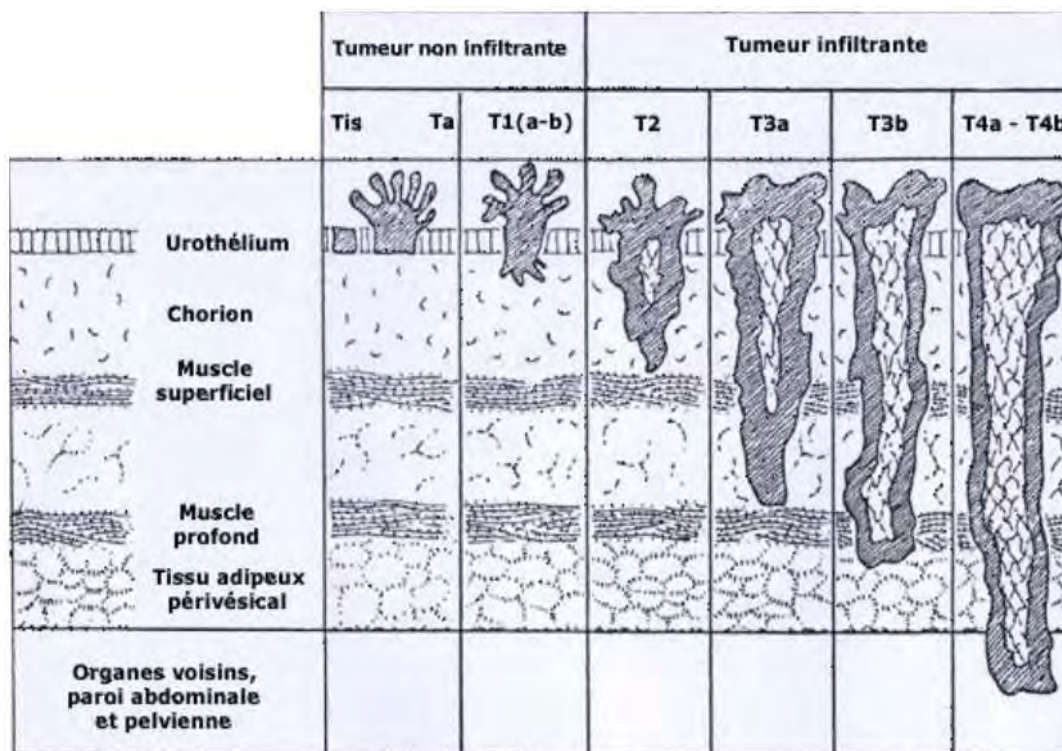


Figure 4 : Schéma de la classification des tumeurs de vessie [57]

➤ La classification OMS (2004) : [43]

La classification OMS de 1973 a longtemps été utilisée classant les tumeurs en carcinomes de grade 1 (G1= peu différenciée), grade 2 (G2 = moyennement différenciée), et grade 3 (G3= indifférenciée). Cette classification a été remplacée par la classification OMS 2004. Cette nouvelle classification paraît plus en adéquation avec les marqueurs tumoraux vésicaux. Elle présente une meilleure reproductibilité que la classification OMS 1973 ; décrit de façon exhaustive les différents « variants » des tumeurs urothéliales infiltrantes. Ces contingents variants peuvent modifier la prise en charge diagnostique et thérapeutique. Elle classe les tumeurs en carcinomes de bas grade (regroupant les G1 et certains G2) ou en carcinomes de haut grade (regroupant certains G2 et les G3).

2.2. Diagnostic différentiel : [14,49]

Les tumeurs de vessie doivent être différenciées de certaines pathologies telles que :

- Cancer de prostate
- Hypertrophie bénigne de la prostate
- la Lithiase vésicale

3. Traitement :

3.1. But :

Selon la méthode ou l'indication, les différents traitements ont pour but de :

- Prévenir la maladie et de minimiser les complications de la maladie installée. On peut utiliser les moyens suivants :
 - I.E.C : sur les facteurs de risque avec en tête la bilharziose urinaire, le tabac, la consommation régulière d'antalgique, les produits chimiques.
 - Le dépistage: pour une détection précoce et une prise en charge également précoce en cas de tumeur.
- Exérèse de la tumeur ;
- Prévenir les récidives et la progression de la tumeur vers la profondeur ;
- Permettre au patient un confort mictionnel satisfaisant ;
- D'améliorer la qualité de vie socioprofessionnelle du malade.

3.2. Moyens :

3.2.1. Résection transurétrale de la vessie (RTUV) : [9, 15, 1]

Elle est envisagée en première intention en cas de tumeur de vessie, sous anesthésie générale ou locorégionale. Son objectif est double :

Objectif diagnostique avec l'ablation des tissus tumoraux pour l'analyse anatomo-pathologique ;

Objectif thérapeutique par l'ablation complète de certaines tumeurs visibles. Les complications de ce moyen sont les infections, risque de perforation de la vessie et les récidives.

3.2.2. La chirurgie classique : [22]

Cette chirurgie a une place prépondérante dans le traitement curatif ou palliatif des tumeurs de vessie. Réalisée également sous anesthésie générale ou locorégionale, elle peut nécessiter une réanimation pré, per et postopératoire.

3.2.3. La chirurgie classique à visée curative : [49, 20]

Elle consiste en une exérèse totale de la tumeur ou de la vessie, associée au curage ganglionnaire et aux différentes techniques de remplacement vésical ou de dérivation urinaire. La cystectomie totale est réalisée avec cystoprostatectomie chez l'homme, et chez la femme la pelvectomie antérieure (Vessie, utérus et ses annexes).

3.2.4. La chirurgie classique à visée palliative : [20]

Elle consiste à effectuer une cystectomie partielle simple, une cystectomie partielle avec réimplantation urétéro-vésicale et des dérivations urinaires avec vessie tumorale en place.

3.2.5. La dérivation urinaire :

3.2.5.1. Les dérivations urinaires externes non continentes: [3,23]

Urétérostomie cutanée bilatérale directe, avec deux orifices et présence de deux drains urétéraux :

Urétéro-urétérostomie cutanée : c'est l'abouchement à la peau après anastomose urétéro-urétérale. Son intérêt est qu'il n'y a qu'un seul orifice, donc plus de confort ;

Urétérostomie cutanée transintestinale : c'est l'opération de Bricker ; l'implantation des uretères se fait (directement ou avec un trajet antireflux) dans un greffon iléal isolé abouché à la peau. La technique n'est pas agressive pour les reins et elle est compatible avec une vie sociale normale.

3.2.5.2. Les dérivations urinaires internes non continentes : [1, 3].

Opération de Godwin et de Coffey : c'est l'implantation des uretères dans le sigmoïde et le rectum ;

La Sigma Rectum Pouch ou Mainz Pouch II : c'est l'implantation urétérosigmoïdienne avec confection d'un réservoir à faible pression.

Intervention de Camey : c'est une entérocystoplastie de remplacement.

3.2.5.3. Dérivation urinaire avec confection d'un réservoir étanche : [3]

On peut citer :

La poche de Kock ;

Le réservoir de Mainz ;

La vessie iléo-cæcale munie d'une valve hydraulique de Benckroun ;

La néo-vessie rectale.

3.2.6. Chimiothérapie : [10,19]

Une chimiothérapie est utilisée quand la tumeur est très avancée, en particulier quand il existe une atteinte des ganglions lymphatiques ou des métastases à distance (extension aux os, aux poumons, au foie, etc.). La chimiothérapie associe habituellement deux produits : gemcitabine et cisplatine. Cependant, plusieurs autres protocoles existent, associant cisplatine, Methotrexate et vinblastine ou encore cyclophosphamide, doxorubicine et cisplatine.

3.2.7. Radiothérapie : [37, 19]

Sa place est limitée. Elle peut être indiquée seule dans un but « palliatif », c'est-à-dire dans les cancers avancés qui occasionnent des hématuries répétées. D'une part la radiothérapie permet, dans certains cas, de limiter les saignements. D'autre part, elle peut être indiquée en association avec la chimiothérapie dans les tumeurs infiltrantes de vessie de petite taille, chez certains patients très âgés qui ne peuvent pas avoir une cystectomie.

3.3. Indications : [30,8]

Pour les tumeurs infiltrantes de vessie T2 à T4 : Il n'y a pas de protocole standard. Plusieurs solutions ont été proposées par la littérature. Les tumeurs infiltrantes posent des problèmes différents selon leur siège localisé ou étendu. L'âge, l'état physique et physiologique du patient, de même que les symptômes présentés comptent dans la décision d'une chirurgie.

Si TVIM non métastatique le traitement de référence est chirurgicale

Il s'agit d' une cysto prostatectomie chez l'homme et une pelvectomie antérieure chez la femme. La dérivation urinaire peut être cutanée via la réalisation d'une stomie urinaire (urétérostomie cutanée directe ou urétérostomie cutanée transiléale de type Bricker) ou interne via la réalisation d'une néo-vessie à partir d'un segment digestif (entérocystoplastie).

En cas de refus de la chirurgie ou en cas d'existence de comorbidités contre-indiquant une intervention chirurgicale, une **radio-chimiothérapie concomitante** peut être proposée en complément d'une résection complète de la tumeur, mais elle ne garantit pas les mêmes résultats carcinologiques que la chirurgie d'exérèse.

Une **chimiothérapie néo-adjuvante ou adjuvante** peut être proposée en fonction du bilan d'extension et des caractéristiques histologiques de la tumeur.

Pour les tumeurs métastatiques ou localement avancées, la chimiothérapie est discutée en adjuvant. Les adénocarcinomes sont radio et chimio-résistants, donc le traitement est chirurgical.

3.4. Surveillance : [12]

Après cystectomie et remplacement de vessie ou dérivation urinaire, le suivi est axé sur la recherche d'une récurrence néoplasique du thorax et l'évaluation de l'appareil urinaire. Le suivi repose sur : L'examen physique avec touchers pelviens, l'Uro-TDM, la radiographie du thorax, la bactériologie urinaire, la créatininémie. Ces contrôles seront effectués environ 2 à 3 mois après l'intervention, puis tous les 6 mois pendant 2ans, puis une fois par an pendant 15 ans. Au bout de 5 ans, une alternance Uro-TDM échographie urinaire peut être proposée. Pour les patients ayant une préservation de l'urètre, une surveillance fibroscopique de celui-ci avec cytologie de lavage doit être réalisée tous les 6 mois pendant 2 ans, puis une fois par an. La durée de suivi ne peut être précisée en l'état actuel des connaissances.

Deuxième partie

4. Patients et méthodes

4.1. Patients

➤ Critères d'inclusion

Tous les patients ayant eu une tumeur infiltrant le muscle vésical, quel que soit l'âge et le sexe et dont les dossiers contenaient les paramètres étudiés dans notre série.

➤ Critères de non inclusion

Les patients dont les dossiers étaient perdus ou inexploitable n'étaient pas inclus dans notre étude.

4.2. Méthodes

- Type d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective sur une période de 6 ans allant du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2020, menée au sein du service d'urologie du CHR El Ghessanni de Fès portant sur des dossiers de patients suivis pour une tumeur vésicale infiltrant le muscle.

- Méthode de collecte des données :

Le recueil des patients a été réalisé sur une fiche d'exploitation (annexe n°1), puis les données ont été saisies à partir des dossiers médicaux, comptes rendus radiologiques et des fiches d'anatomopathologie de chaque patient.

Les données concernant le suivi ont été collectées à partir des dossiers cliniques réservés au service, des consultations et des appels téléphoniques des patients ou de leurs familles.

- Paramètres étudiés :

Durant l'exploitation des dossiers, nous nous sommes intéressés aux paramètres suivants :

L'âge, le sexe, le score Asa, le statut tabac, les signes cliniques, les signes paracliniques, les données anatomo-pathologiques, le traitement, et les résultats.

- Analyse statistique :

Dans notre étude, nous allons comparer les variables suivantes entre les deux groupes : (< 60 ans et ≥ 60 ans) le sexe, le score ASA, le motif de révélation, les signes physiques, le traitement radical, les résultats post-opératoires, résultats anatomopathologiques et la survie.

La saisie et l'analyse statistique ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS 23.0.

5. Résultats :

Nous avons inclus 115 dossiers de patients suivis pour un cancer de vessie infiltrant le muscle.

5.1. Données épidémiologiques :

5.1.1. Répartition des patients selon l'âge :

Plusieurs auteurs ont devisés leurs patients en deux groupes d'âge.

Nous avons divisé la série en deux groupes :

- Le groupe 1 étaient constitué des patients âgés de moins de 60 et comptait un effectif de 50 patients ;
- Le groupe 2 était constitué des patients âgés de 60 ans et plus et comptait 65 patients.

5.1.2. Répartition des patients selon le sexe :

- Les malades âgés < 60 ans se répartissent en 44 hommes (88%) et 6 femmes (12%), le sexe ratio est de $M/F = 7,3$.
- Les patients âgés ≥ 60 ans, ils se répartissent en 60 hommes (92,3%) et 5 femmes (7,7%), le sexe ratio est de $M/F = 12$ (Figure 5).

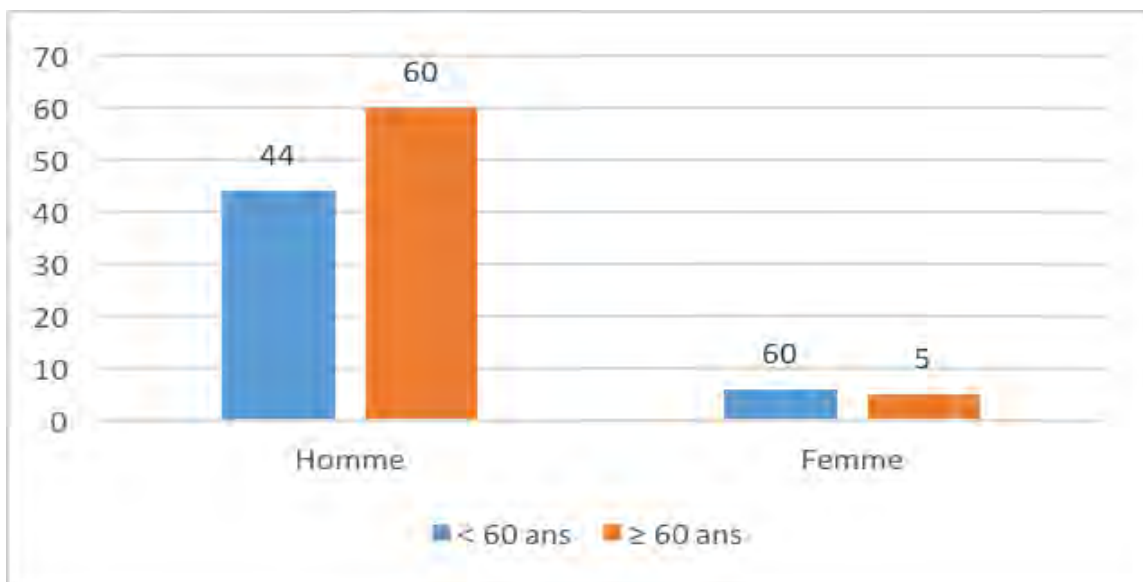


Figure 5 : Répartition selon le sexe

5.1.3. Répartition des patients selon le statut tabac :

La répartition des patients selon le tabagisme, a montré que les sujets jeunes sont plus tabagiques que les sujets âgés (Figure 6).

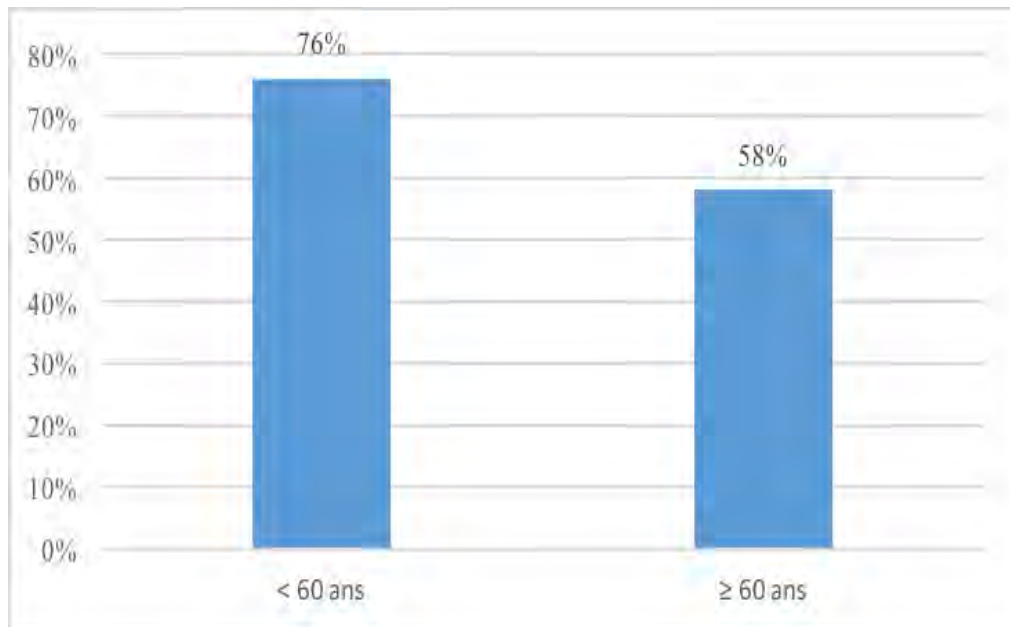


Figure 6 : Répartition des patients selon le tabagisme

5.2. Données cliniques :

5.2.1. Circonstances de découverte :

- L'hématurie macroscopique était le maître symptôme présenté par 110 patients (95,7%).
- Les signes irritatifs à type de pollakiurie et brûlures mictionnelles ont été retrouvés chez 89 patients (77%).
- Les signes obstructifs à type de dysurie et rétention aigue d'urine ont été retrouvés chez 60 patients (52%) (Tableau I).

Tableau I: Répartition des signes fonctionnels

signes fonctionnels	< 60 ans	≥ 60 ans
Hématurie	47 (94%)	63 (96,9%)
signes obstructifs	28 (56%)	32 (50,2%)
signes irritatifs	39 (78%)	50 (77%)

5.2.2. Signes physiques :

- Une sensibilité hypogastrique a été retrouvée chez 26 patients (2,6 %), et une masse pelvienne à l'examen chez 5 patients (4,3%).
- Au toucher rectal une hypertrophie prostatique a été retrouvée chez 41 patients (35%) (tableau II).

Tableau II: Résumé des données de l'examen clinique

Signes physiques	< 60 ans	≥ 60 ans
sensibilité hypogastrique	9 (18%)	17 (26,1%)
masse hypogastrique	3 (6%)	2 (3,1%)
hypertrophie prostatique	5 (10%)	36 (55,4%)

5.3. Données paracliniques

5.3.1. Biologie

- Une anémie a été retrouvée chez 24 (48%) patients < 60 ans, et 31 (47,7%) chez les patients ≥ 60 ans ;
- Une insuffisance rénale a été retrouvée chez 44 patients (88%) < 60 ans, 54 patients ≥ 60 ans (83,1%).

- L'examen cytbactériologique des urines (ECBU) a révélé une infection urinaire chez 10 patients (20,4%) < 60 ans et 16 patients (24,6%) ≥ 60 ans (tableau III).

Tableau III: Résumé des données biologiques

Biologie	< 60 ans	≥ 60 ans
Hémoglobine g/dl	9,3±2,8	10±2,4
Créatinémie mg/l	14,1±13,2	12,8±7,6
ECBU positif	10 (20,4%)	16 (24,6%)

5.3.2. Résultats de l'échographie des voies urinaires :

Une dilatation des cavités pyélo-calicielles, a été constatée chez 69 patients, lors de l'échographie vésico-rénale. Les sujets de moins de 60 ans étaient intéressés dans 42% et ceux de 60 ans et plus dans 73,8%.

5.3.3. Résultats de la TDM-TAP :

Tous les patients ont eu une TDM et parmi eux 18 patients ont présentés des métastases viscérales ou osseuses, représentant 15,7% de notre population. Ces métastases ont été observées chez les sujets de moins de 60 ans dans 12% des cas et chez les sujets de 60 ans ou plus dans 18,5% des cas.

5.3.4. Résultats histo-pathologiques :

5.3.4.1. Type histologique :

Le carcinome urothélial était le type histologique prédominant dans notre série (figure 7).

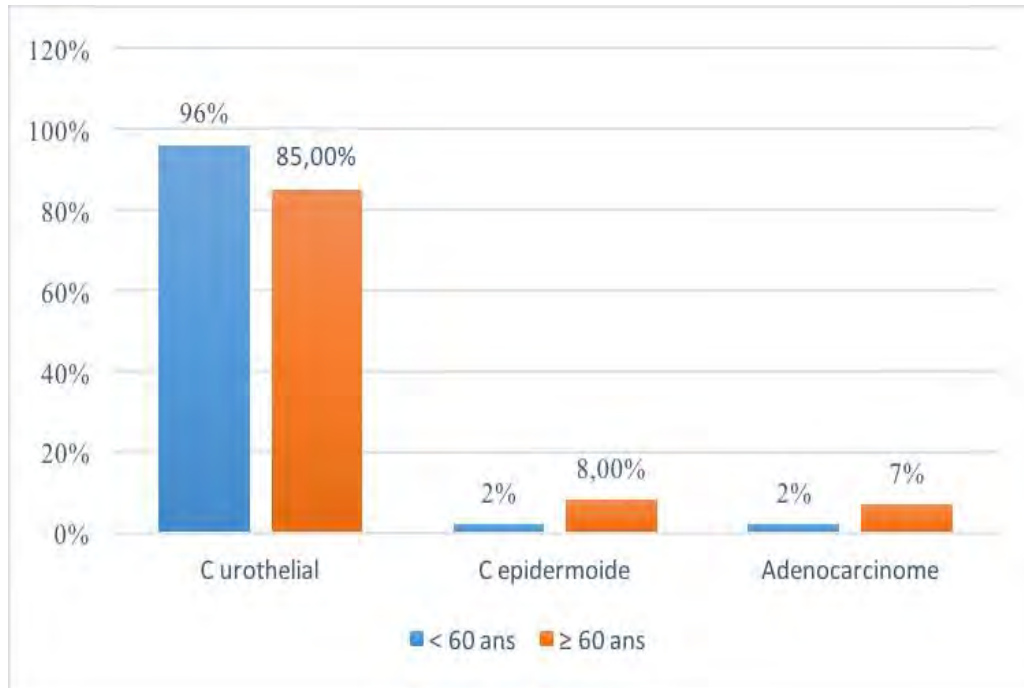


Figure 7 : Répartition des types histologiques

5.3.4.2. Stade et grade histologique :

Le résultat anatomopathologique a révélé une TIMV dans 36 cas (72%) dans le groupe des patients < 60 ans et 49 cas (66,5%) dans le groupe des patients ≥ 60 ans (Tableau IV).

Tableau IV: Répartition des groupes selon le stade et le grade

TNM	< 60 ans	> 60 ans
T2	35 (70%)	42 (65,6%)
T3	0	6 (9,4%)
T4	1 (2%)	1 (1,8%)
Grade		
1+2	28 (56%)	31 (47,7%)
3	22 (44%)	34 (52,3%)

5.4. Données thérapeutiques :

5.4.1. Répartition des patients selon le score ASA :

Chez tous nos patients l'état générale a été évalué selon la classification de la société américaine d'anesthésistes (ASA) et a permis de classer (Figure 9) :

- Patients âgés < 60 ans : 45 patients (90%) en ASA I, 5 patients (10 %) en ASA II.
- Patients âgés ≥ 60 ans : 32 patients (49,2%) ont été classés ASA I, 25 patients (38,5 %) ont été classés ASA II (Figure 8).

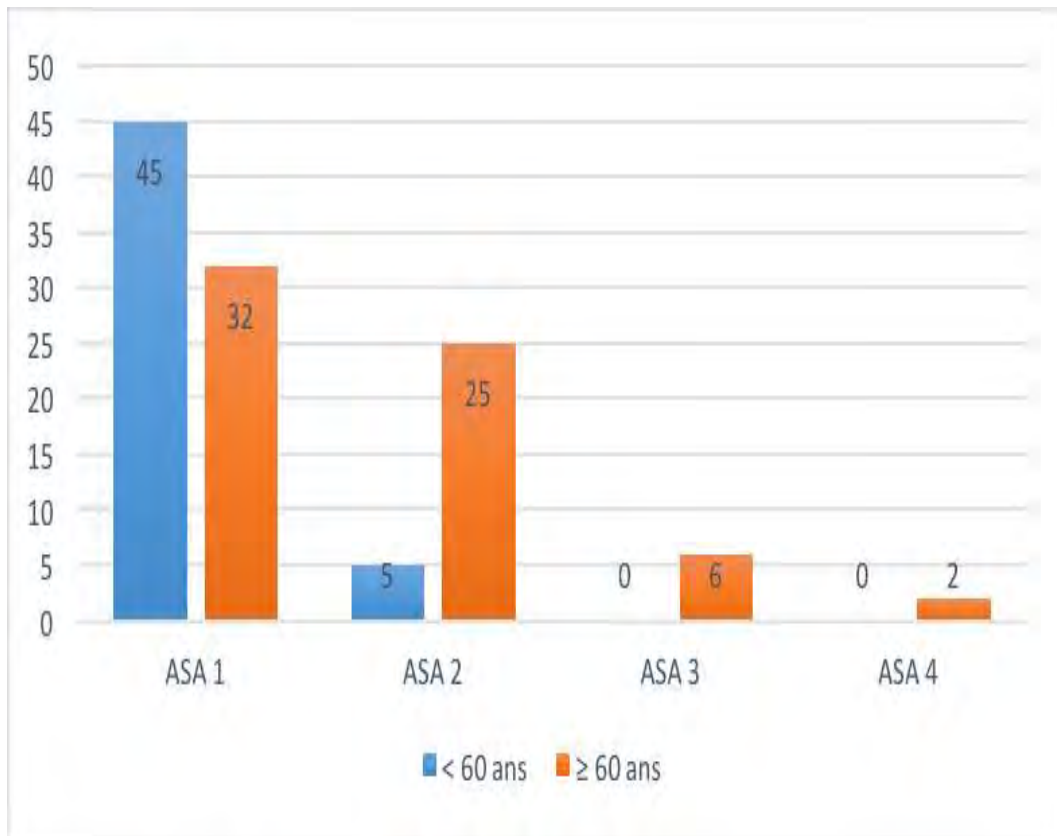


Figure 8 : Répartition des patients selon le score ASA

5.4.2. Répartition des patients selon l'indication de la cystectomie :

Pour 85 patients (73,9%), l'indication de la cystectomie a été une tumeur infiltrant le muscle, classée au moins T2 dans la classification TNM 2017.

L'indication de cystectomie totale retenue pour 30 patients (26,1%) a été une tumeur de vessie à haut risque.

5.4.3. Voies d'abord :

La voie laparoscopique a été réalisée de façon plus importante chez les sujets de moins de 60 ans, alors que les sujets les plus âgés ont eu de façon plus importante une chirurgie conventionnelle (figure 9).

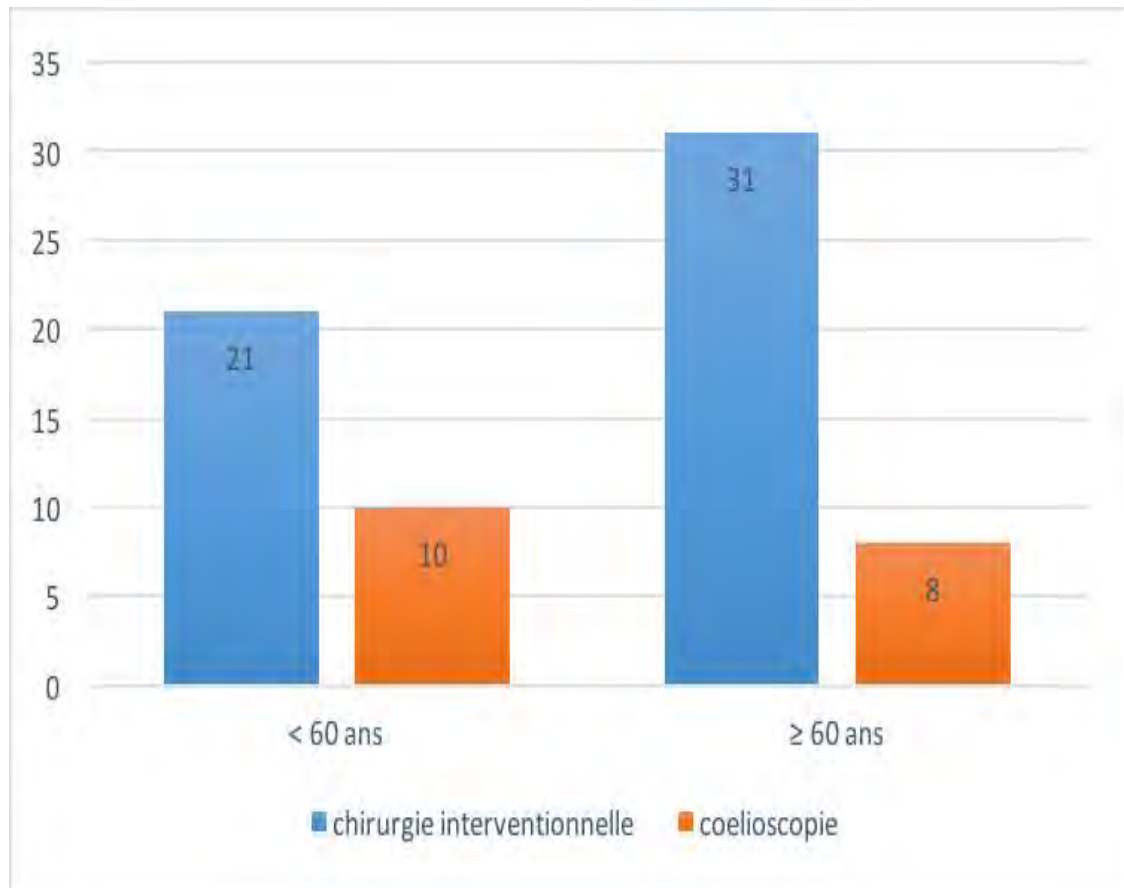


Figure 9 : Voie d'abord chirurgicale

5.4.4. Type de cystectomie :

Pour le groupe des patients de moins de 60 ans une CPT a été indiquée chez 90% et une pelvectomie chez 9%).

Pour le groupe des patients âgés de 60 ans et plus une CPT a été indiquée chez 92% et 7% une pelvectomie.

5.4.5. Type de dérivation urinaire :

La technique selon bricker était la technique de dérivation la plus utilisée (Tableau V).

Tableau V: Type de dérivation urinaire

Type de dérivation	< 60 ans	≥ 60 ans
Bricker	21(67,7%)	21(53,8%)
Urétérostomie	6(19,4%)	11(28,2%)
Entéro-cystoplastie	2(6,5%)	5(12,8%)

5.5. Résultats post opératoires :

5.5.1. Mortalité péri-opératoire :

Deux patients âgés de 60 et plus sont décédés lors de leur hospitalisation, représentant 2,8% de nos patients.

5.5.2. Morbidité péri-opératoire :

Une complication médicale et/ou chirurgicale est survenue, chez 24 patients représentant 34,2% de notre population traitée chirurgicalement.

Ces complications se répartissent de façon plus importante chez les sujets du groupe 2 (46,2%), par rapport aux sujets du groupe 1 (19,4%) (Tableau VI).

Tableau VI: Complications postopératoires précoces selon la classification de Clavien-Dindo

Grade	Type de complication	< 60 ans	≥ 60 ans
grade 1	Infection de la paroi	1	3
	Iléus paralytique	0	2
grade 2	Infection urinaire	1	4
	Pneumonie	1	0
	Thrombophlébite	0	1
Total		3 (50%)	10 (55,6%)
grade 3	Nécrose du gland	0	1
	Eviscération	1	1
	Abcédation profonde	1	1
	Péritonite urinaire	0	1
	Lâchage de l'entérocystoplastie	0	1
	Urinome para-néo-vésical	0	1
grade 4	Sepsis	1	0
grade 5		0	2
Total		3 (50%)	8 (44,4%)
Complications		6 (19,4%)	18 (46,2%)

5.5.3. Données de l'examen histopathologique des pièces opératoires :

5.5.3.1. Types histologiques :

Le carcinome urothélial est le type anatomopathologique le plus fréquent (Figure 10).

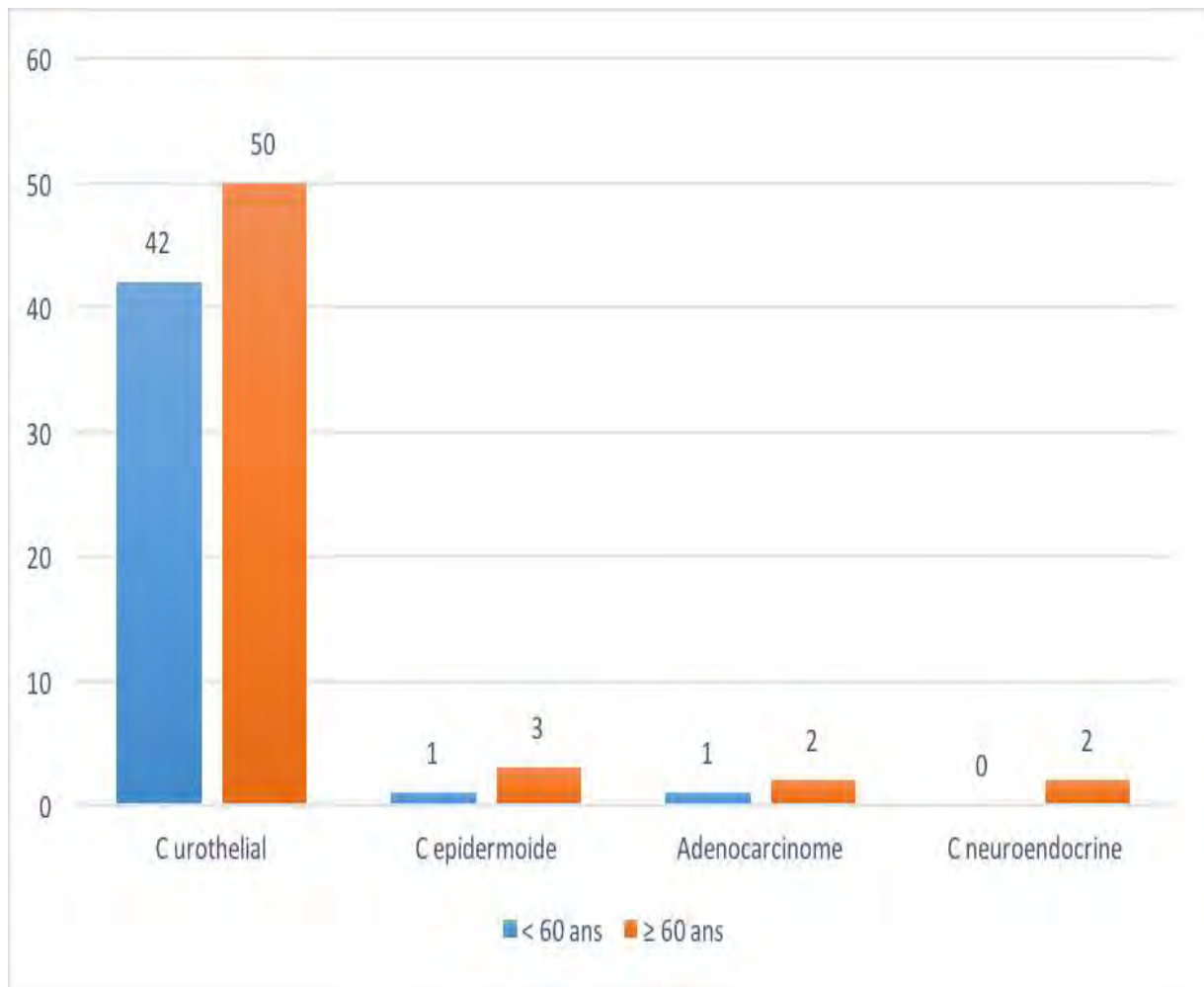


Figure 10 : Type anatomo-pathologique définitif

5.5.3.2. Stade et grade tumoral:

Le groupe des patients les plus âgés, comportait plus de stade pT4 et un haut grade 3 (Tableau VII).

Tableau VII: Répartition selon le stade définitif

Stade PT	< 60 ans	≥ 60 ans
pT2	12 (27,2%)	8 (14%)
pT3	9 (20,4%)	8 (14%)
pT4	23 (52,2%)	41 (71,9%)
Grade		
2	11 (25%)	5 (8,7%)
3	33 (75%)	52 (91,2%)

5.5.3.3. Envahissement ganglionnaire, la GPV et le CIS :

Le curage ganglionnaire a été fait chez 22 patients (71%) dans le groupe des patients < 60 ans , et 29 patients (74,4%) dans le groupe des patients ≥ 60 ans.

L'état de la graisse péri-vésical (GPV), et la présence du carcinome in situ (CIS) n'ont été mentionnés que chez 67 patients (Tableau VIII).

Tableau VIII: Répartition selon les résultats anatomopathologiques

Paramètre	< 60 ans	≥ 60 ans
N+	5 (22,7%)	17 (58,6%)
Infiltration GPV	17 (54,8%)	27 (69,2%)
CIS	3 (9,6%)	2 (5,3%)

5.6. Traitements associés :

Dans notre série 40% des patients âgés de moins de 60ans ont eu une indication de chimiothérapie et 36,9% des patients âgés de 60ans et plus, et 6% des patients de moins de 60 ans ont eu une indication de radiothérapie et 15,4% des patients âgés de 60 ans et plus ont eu une radiothérapie.

Discussion

6. Données épidémiologiques :

6.1. Age :

Dans les séries de la littérature, la valeur limite d'âge n'est pas totalement établie. Dans l'étude de Farnham [25] à considérer que les patients âgés étaient ceux de plus de 75 ans, tandis que d'autres tels Peyromaure [42] à considérer comme ceux âgés de plus de 70 ans. A l'instar des études plus récentes publiées en 2007 et 2008 [48] , nous utilisons 60 ans comme valeur limite d'âge.

Dans notre étude les patients âgés de moins de 60 ans étaient 43% et les patients âgés de 60 ans et plus 57%. Pour Diao [22] et al 85% avaient moins de 70 ans.

6.2. Sexe :

Le sexe ratio était de 7,3 pour les patients âgés de moins de 60 ans et de 12 pour ≥ 60 ans comparé à 1,25 pour Diao [22] et al.

6.3. Tabagisme :

Dans notre série la répartition des patients selon le tabagisme, a montré que les sujets jeunes sont plus tabagiques que les sujets âgés.

Le tabac est le carcinogène le plus mise en cause dans la survenue des tumeurs de vessie. Klotz [31] et Coll ayant montré la relation de cause à effet, ont demandé aux cliniciens d'introduire dans leur pratique la lutte anti-tabac.

7. Données cliniques :

L'hématurie était présente chez 95,7% de nos patients, les signes irritatifs et les signes obstructifs étaient présents respectivement chez 77,4% et 52,2%, et ils étaient les circonstances de découverte dans notre étude.

Une sensibilité hypogastrique a été observée chez 22,6% des patients, et une masse chez 4,3% des patients.

Au toucher rectal une hypertrophie prostatique a été notée chez 35,65%.

Dans l'étude de Diao [22] et al les signes cliniques étaient plus variés regroupant l'hématurie, SBAU, RAU, douleurs lombaires, masse hypogastrique, OMI et

AEG, cette diversité des symptômes et de circonstances de découvertes était due à la découverte des TVIM à des stades avancés.

8. Données paracliniques :

Une anémie a été constatée chez 48% patients < **60 ans**, et 47,7% chez les patients \geq **60 ans**.

Une insuffisance rénale a été notée chez 88% des patients < 60 ans, et 83,1% des patients \geq 60 ans.

Une dilatation des cavités pyélo-calicielles a été constatée chez 69 patients, lors de l'échographie vésico-rénale.

Des métastases viscérales ou osseuses ont été diagnostiquées chez 18 patients, représentant 15,78% de notre population.

Dans l'étude de Pereira [41] plus que la moitié des patients avaient une anémie avec une fonction rénale normale, ceci peut s'expliquer par la spoliation sanguine due aux hématuries et 61 patients ont eu une hydronéphrose.

Le bilan d'extension a mis en évidence une infiltration tumorale avec une extension locorégionale, des métastases ganglionnaires, hépatiques et pulmonaires avec des pourcentages respectifs de 34,3%, 22%, 6% et 17%.

9. Données histopathologiques :

9.1. Types histologiques :

Le carcinome urothélial était le type histologique prédominant dans notre série. Il représentait 42,5% dans l'étude de Diao [22] et al. Le carcinome épidermoïde et l'adénocarcinome sont relativement moins représentés dans notre série alors qu'ils représentaient dans l'étude de Diao [22] et al respectivement 50,7% et 3,9%.

La prédominance du carcinome épidermoïde a été rapportée dans les séries africaines : Dangou [18] au Sénégal avec 62,2%.

Tableau IX: Types histologiques des tumeurs de vessie selon la littérature

Type histologique	carcinome urothélial	carcinome épidermoïde	adénocarcinome	sarcome
Auteurs				
Rantomalala [45] (Madagascar) 2007	61,2%	19,3%	19,3%	
Diao [22] (Sénégal) 2008	42,5%	50,7%	3,9%	2,80%
Benchkroune [2] (Maroc) 2003	90,8%	7,5%	1,9%	

9.2. Stade et grade histologique :

Dans notre étude les tumeurs infiltrant prédominaient avec 72% des patients de moins de 60 ans (pT2 70%) et 66,5% des patients de plus de 60ans (pT2 65,6%), Une étude récente sur les tumeurs de vessie opérées au CHU Aristide le Dantec en 2017, sur la période de 2010 à 2016 par DAMBA [17], avait montré les profils carcinologiques suivant : 23% T2,30.7% T3, 46% T4, et 15% des tumeurs étaient au stade N+.

10. Données thérapeutiques :

10.1. Score ASA :

Dans notre étude la majorité de nos patients étaient classés ASA1 (90% pour les patients âgés de moins de 60 ans et 49,5 des patients âgés de 60 ans et plus)

10.2. Voie d'abord :

La voie laparoscopique a été réalisée de façon plus importante chez les sujets de moins de 60 ans, alors que les sujets les plus âgés ont eu de façon plus importante une chirurgie conventionnelle.

Des études ont comparé la chirurgie ouverte à la chirurgie laparoscopique, et n'ont pas permis d'identifier un avantage important pour la laparoscopie par rapport à la chirurgie ouverte. Ces études n'ont trouvés aucune différence en terme de survie globale, survie sans récurrence, et de marge chirurgicale positives [4-39].

10.3. Type de dérivation urinaire :

Dans notre étude la technique selon Bricker était la technique de dérivation la plus utilisée (67,7% pour les moins de 60 ans et 53,8% pour les plus de 60 ans)

Dans la littérature il est recommandé par les sociétés savantes d'avoir recours à une entéro-cystoplastie de remplacement, dans les deux sexes et en l'absence de contre indications. En cas de contre indications une dérivation urinaire externe continente ou non continente peuvent être recommandées.

11. Résultats post-opératoires :

11.1. Complications post-opératoires :

La cystectomie post-opératoire est une intervention chirurgicale lourde, non dénuée de complications post-opératoires.

Dans notre étude, 19,4% des patients âgés de moins de 60 ans ont eu des complications post-opératoires contre 46,2% chez les patients de 60 ans et plus.

Le taux des complications post-opératoires, rapporté dans la littérature était de 20 à 55%, en fonction des études [58, 32].

11.2. Résultats anatomopathologiques :

Les facteurs histo-pronostiques post cystectomie identifiés sont :

- Le carcinome urothélial : le type histologique le plus fréquent dans notre série.
- Le stade tumoral pT4 chez les sujets ≥ 60 ans
- Le statut ganglionnaire N+ (58,6% chez les sujets ≥ 60 ans)
- L'association avec une Infiltration GPV et un carcinome in situ.

12. Traitements associés :

Dans notre série 44 patients ont eu une chimiothérapie tandis que 13 patients ont eu une radiothérapie.

Contrairement à la chimiothérapie néo-adjuvante, la place de la chimiothérapie adjuvante est sujette à un débat. Jusqu'à présent aucune étude n'a pu démontrer de façon formelle le bénéfice en terme de survie globale de la chimiothérapie adjuvante [13, 56, 22, 27].

Conclusion

Les tumeurs de vessie font partie des tumeurs dérivées de l'urothélium des voies urinaires. Elles sont caractérisées par leur multifocalité et leur grande tendance à récidiver sur l'ensemble de l'urothélium.

Le terme tumeurs de vessie infiltrant le muscle (TVIM) désigne les tumeurs vésicales atteignent le muscle détroisor, quel que soit le type histologique, dont le risque de métastase et de décès est important.

De multiples facteurs de risque sont incriminés. Les plus importants sont le tabac, les infections et irritations chroniques de la vessie la bilharziose urogénitale et l'exposition professionnelle.

L'objectif de notre étude était de rapporter une série de cancers de vessie, pris en charge au centre hospitalier de EL Ghassanni de Fès.

Il s'agissait d'une étude rétrospective sur une période de 6 ans allant du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2020, menée au sein du service d'urologie du CHR El Ghessanni de Fès portant sur des dossiers de patients suivis pour une tumeur vésicale infiltrant le muscle.

Dans notre étude, nous allons comparer les variables suivantes entre les deux groupes : (< 60 ans et ≥ 60 ans) : l'âge, le sexe, le score Asa, le statut tabac, les signes cliniques, les signes paracliniques, les données anatomo-pathologiques, le traitement, et les résultats.

Le groupe 1 étaient constitué des patients âgés de moins de 60 et comptait un effectif de 50 patients ;

Le groupe 2 était constitué des patients âgés de 60 ans et plus et comptait 65 patients.

Le sexe ratio M/F pour le groupe 1 était 7,3 ;

Le sexe ratio M/F pour le groupe 2 était 12

La répartition des patients selon le tabagisme, a montré que les sujets jeunes sont plus tabagiques que les sujets âgés.

L'hématurie macroscopique était le maître symptôme présenté par 110 patients (96%).

Des métastases viscérales ou osseuses ont été diagnostiquées chez 18 patients lors du bilan préopératoire avec la TDM, représentant 15,78% de notre population.

Le carcinome urothélial était le type histologique prédominant dans notre série.

Le résultat anatomopathologique a révélé une TIMV dans 36 cas (72%) dans le groupe des patients < 60 ans et 49 cas (66,5%) dans le groupe des patients \geq 60 ans.

Pour 85 patients (73,92%), l'indication de la cystectomie a été une tumeur infiltrant le muscle, classée au moins T2 dans la classification TNM 2002.

L'indication de cystectomie totale retenue pour 30 patients (26,08%) a été une tumeur de vessie à haut risque.

La technique selon bricker était la technique de dérivation la plus utilisée.

Une complication médicale et/ou chirurgicale est survenue, chez 24 patients représentant 34% de notre population traitée chirurgicalement.

Dans notre série 40% des patients âgés de moins de 60 ans ont eu une indication de chimiothérapie et 37% des patients âgés de 60ans et plus.

Au vue de ces résultats, nous recommandons :

➤ Envers le personnel soignant :

- Il faudra penser à une possibilité de tumeur de vessie pour tous cas d'hématuries et l'adresser à l'urologue pour la réalisation d'une cystoscopie ;
- Après une cystoscopie évocatrice d'une tumeur de vessie : il faut demander systématiquement une RTUV a but diagnostique et histologique ;
- En cas de diagnostic d'une TVIM :
 - Il faut réaliser une cystoscopie avec cartographie des lésions ;
 - Demander systématiquement le bilan d'extension (TDM-TAP, Scintigraphie osseuse...), afin d'être le plus rapidement fixé du stade de la tumeur ;
 - Les dossiers des malades doivent êtres informatisés pour une meilleure exploitation des données.

➤ Envers la population :

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

➤ Envers les autorités sanitaires :

- Une sensibilisation de la population sur les facteurs de risques (tabac, bilharziose...) ;
- Doter les services d'urologie de moyens permettant le dépistage (cystoscopie) et traitement (résecteur) précoce des tumeurs de vessie.

Références

1. Belasla N.

Cystectomie dans les cancers de vessie localement avancées. Thèse : médecine, Tizi-Ouzou (Algérie). 2014, N° 120 ; 76.

2. Benchekroun A, El Alj H.A, Essayegh H, Iken A, Nouini Y, Lachkar A. et al.

Tumeurs infiltrantes de vessie : étude rétrospective à propos de 225 cas. Annales d'urologie. 2003 ; 37 :279–283.

3. Boccon-Gibod L.

Cystectomies partielles. Editions techniques E .M.C paris, urologie – gynécologie,.1990, 41205 ; 12-4p.

4. Bochner BH, Dalbagni G, Sjoberg DD, Silberstein J, Keren Paz GE, Donat SM, et al.

Comparing open radical cystectomy and robot-assisted laparoscopic radical cystectomy: a randomized clinical trial. EurUrol. juin 2015;67(6):1042-50.

5. Boucher A, Cuilleret J.

Anatomie topographique, descriptive et fonctionnelle. Tome 4. 2ème édition. Alain Edition: Masson. ISBN: 2-225-82467-3.

6. Bouchet A, Cuilleret J.

Anatomie topographique descriptive et fonctionnelle. Paris: SIMEP; 1991.

7. Bouchot O, Zerbib M.

Diagnostic d'une tumeur infiltrante de vessie. Prog Urol. 2002, 12 5 ; 769-772.

8. Braud G.

Cystectomie totale pour cancer de vessie : mortalité, morbidité et résultats carcinologiques. Thèse : médecine Paris, 2005, N° 18-206-A-10 ; 12p.

9. Brauers Un, Buettner R, Jakse G.

Second resection and prognosis of primary high risksuperficialbladder cancer, is cystectomy often too early. J Urol, 2008 Mars 168(3), 808-10.

10. Brule J.M ; Ceccalibb ; Fournier R.

Chimiothérapie actuelle des tumeurs de la vessie localement avancée métastatiques. Ann Urol 2000 34-3-8.

11. Camilo A, Thomas P.

Le cancer vésical au Sénégal, expérience du laboratoire d'anatomie pathologique du C.H.U de Dakar (Sénégal). Médecine d'Afrique Noire : 1996, 43 (6) :362-365

12. Cherifa A.

Optimisation De l'immunothérapie Non Spécifique Du Cancer Superficiel De La Vessie. Département d'immunologie-microbiologie faculté de médecine université laval québec Thèse : médecine. 2012, N 50 ; P244.

13. Cognetti F, Ruggeri EM, Felici A, Gallucci M, Muto G, Pollera CF, et al.

Adjuvant chemotherapy with cisplatin and gemcitabine versus chemotherapy at relapse in patients with muscle-invasive bladder cancer submitted to radical cystectomy: an Italian, multicenter, randomized phase III trial. Annals of Oncology. Mars 2012, 23(3):695-700.

14. Colombel M, Soloway M, Hideyuki Akaza, Böhle A, Palou J, Buckley, Donald L, Brausi M, Witjes A J, Persad R.

Epidemiology, staging, grading, and risk stratification of bladder cancer. European Urology Supplements, Volume 7, Issue 10, October 2008, Pages 618-626.

15. Culty T, Lebreton T, Housset M.

Les tumeurs de vessie : point de vue des cliniciens. Pathologie des voies urinaires excrétrices 2008, P 23-32.

16. Cussenot O, Ravery V.

Classification et facteurs pronostiques des tumeurs épithéliales de la vessie. Edition technique Encycl. Med – Chir (paris) Néphrologie – Urologie 1995, 18-243-A-20, 5p.

17. Damba J J .

Morbi-Mortalité des cystectomies totales pour cancer de vessie au service d'Urologie du centre Hospitalier Universitaire Aristide Le dantec Rétrospective. Université Cheikh Anta Diop: CHU Aristide le Dantec; 2017, N°250 ; 57-60

18. Dangou JM, Mendes V, Boye IA, Woto-gaye G, N'diaye PD .

Le cancer vésical au Sénégal, expérience du laboratoire d'anatomie pathologique du C.H.U de Dakar (Sénégal). Médecine d'Afrique Noire : 1996, 43 (6) :362-365.

19. Debre B, Saighi D, Peyromaure M.

Abrégé d'Urologie 3 ème Ed. 2008 ; Editions Masson (Paris) : p123-129.

20. De Petroccini R.

Cystoprostatectomie totale sans uretrectomie. Technique chirurgicale. Urologie 2009, p41-190.

21. Descotes J L, Hubert J, Lemaitre L.

Apport de l'imagerie dans les tumeurs de vessie. Prog Urol 2003, 12. 947-968.

22. Diabate M.

Etude des tumeurs de la vessie au service d'urologie de l'Hôpital du point G
Thèse : médecine Bamako 1997, N°10 ; p 72-73.

22. Diao B, Amath T, Fall B, Fall PA, Diémé MJ, Steevy NN, et al.

Les cancers de vessie au Sénégal : particularités épidémiologiques, cliniques et histologiques. Prog Urol. 1 juill 2008, 18(7):445-448.

23. Dubernard J M, Abbou C C.

Cystectomie totale. Chirurgie urologique. Edition MASSON ; chapitre 25 : 227-238.

24. Dufour B.

Cancer, is cystectomy often too early. J Urol, 2008, 168(3) ; 808-10. 15.

25. Farnham SB, Cookson MS, Alberts G, Smith JA Jr, Chang SS.

Benefit of radical cystectomy in the elderly patient with significant comorbidities. UrolOncol. 2004,22(3):178-181.

26. Ferlay J, Randi G, Bosetti C, Levi F, Negri E, Boyle P, La Vecchia C.

Declining mortality from bladder cancer in europe. BJU Int. jan 2008, 101(1):11-9.

27. Galsky MD, Stensland KD, Moshier E, Sfakianos JP, McBride RB, Tsao C-K, et al.

Effectiveness of adjuvant chemotherapy for locally advanced bladder cancer. journal of clinical oncology. 10 mars 2016, 34(8):825-32.

28. Gattegno B, Chopin D

Endoscopie diagnostic et thérapeutique. Prog Urol. 2001, 11 ; 5 : 1021-1030.

29. Gontier R, Heritier P.H.

Tumeur de vessie, Internat Nephro-Urologie. Med éditions 1990, P353.

30. Hautmann R.

Urinary diversion: ileal conduit to neobladder. J Urol 2003, 169:834–42.

31. Klotz L. Brausi M

World Urologic Oncology Federation Bladder Cancer Prevention Program : A global initiative. Rev Urol Oncol. 2015 , 33(1) : 25-9.

32. Lavallée LT, Schramm D, Witiuk K, Mallick R, Fergusson D, Morash C, et al.

Peri-operative morbidity associated with radical cystectomy in a multicenter database of community and academic hospitals. PLoS ONE. 2014, 9(10):e111281.

33. Louis R. Kavoussi, Andrew C. Novick, Alan W. Partin, Craig A. Peters.

Campbell-Walsh urology. 10th Edition; 2012, 19(5).

37. Malle. N

Etude Clinique des tumeurs de vessie dans le service d'urologie du CHU Point G à propos de 40 cas. Thèse : médecine Bamako, USTTB 2009, N° 85.

38. Netter H.F.

Atlas d'anatomie humaine. 3ème édition. New Jersey. Icon learning systems ; 2004, Planche : 347-348.

39. Novara G, Catto JWF, Wilson T, Annerstedt M, Chan K, Murphy DG, et al.

Systematic review and cumulative analysis of perioperative outcomes and complications after robot-assisted radical cystectomy. Eur Urol. mars 2015, 67(3):376-401.

40. Ozen, H. And Hall, M. C.

Bladder cancer. Current Opinion in Oncology. 2000 ; 12: 255.

41. Pereira E R.

Prise en charge chirurgicale des tumeurs de vessie au service d'urologie de l'hôpital général de grand yoff Mémoire Med. Dakar 2017, N°129 ;p 45-55

42. Peyromaure M, Guerin F, DebreB,Zerbib M.

Surgical management of infiltrating bladder cancer in elderly patients. EurUrol. 2004,45(2):147-153.

43. Pfister C, Roupret M, Wallerand H Et Al.

(Oncology Commutée of the French Association of Urology).
Recommendations oncurology2010:Urothelialtumors.
ProgUrol .2010,4 ;p255-74.

44. Pierre K.

Précis d'anatomie clinique, Tome IV. Malone 2005, Appareil urinaire : vessie
P46-48.

45. Rantomalala H.Y.H, Rakototiana A.F, Rakoto-Ratsimba H.N,

Rambel H, Razafimanjato N, et al.

Les cancers de la vessie vus au CHU Joseph Ravoahangy Andrianavalona
Revue Tropicale de Chirurgie 1. 2007, 74-76.

46. Registre national du cancer.

Fiche thématique cancer tous sites 1994.

47. Renaudin K, Moreau A, Buwelin F

Anatomie pathologique des tumeurs épithéliales infiltrantes de vessie. Prog
Urol, 2002, 12 ; 787-802.

48. Resolu B, Beduk Y, Baltaci S, Ergum G.

The prognostic significance of advanced age in patient with bladder cancer treated with radical cystectomy. BJU international 2008,103:480-3.

49. Rischman P; Et Coll.

Tumeurs urothéliales, Prog. Urologie 12 2002, N°5 ; supp 2.

50. Rischmann P, Dauvergne P.

Exploration radiologique de la vessie et de l'urètre. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Urologie. 2020,18-206-A-10 ,12p.

51. Rouviere H.

Anatomie humaine descriptive, topographique et fonctionnelle. Tome 2. Delmas 1975, p542.

52. Rouprêt M, Neuzillet Y, Masson-Lecomte A, Colin P, Compérat E, Dubosq F, et al.

Recommandations en oncurologie 2016-2018 du CCAFU : tumeurs de la vessie. Prog Urol 2016;27(Suppl. 1):S67—91, [http://dx.doi.org/10.1016/S1166-7087\(16\)30704-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1166-7087(16)30704-7).

53. Site net www.dematrice.org

Tumeurs de vessie : facteurs pronostiques. Consulté le 19/07/2021.

54. Stenzl A, Witfies J A, Cowan N C.

European association of urology. diagnosis and staging. Guideline 2011, 14-20.

55. Stenzl A, Witfies J A, Cowan N C Et Al

Guideline on bladder cancer muscle invasive and metastatic. European Association of urology 2011, 10 :105-112.

56. Sternberg CN, Skoneczna I, Kerst JM, Albers P, Fossa SD, Agerbaek M, et al.

Immediate versus deferred chemotherapy after radical cystectomy in patients with pT3–pT4 or N+ M0 urothelial carcinoma of the bladder (EORTC 30994): an intergroup, open-label, randomised phase 3 trial. The Lancet Oncology. janv 2015;16(1):76-86.

57. Synthese du projet d'établissement de l'hôpital gabriel toure

Bamako 2000-2006

58. Takada N, Abe T, Shinohara N, Sazawa A, Maruyama S, Shinno Y, et al.

Peri-operative morbidity and mortality related to radical cystectomy: a multi-institutional retrospective study in Japan. BJU Int. déc 2012. 110(11 Pt B):E756-764.

Annexes

Fiche d'exploitation

- Nom et prénom :
 - N° tel :
 - Age :
 - Profession :
- N° fiche :
- N° dossier :
- Sexe :

A. ANTECEDENTS :

➤ ATCDS médicaux :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> cardiopathie |
| <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> HTA |
| <input type="checkbox"/> Autre néoplasie | <input type="checkbox"/> Tabagismep/a |
| <input type="checkbox"/> Autres : | |

➤ ATCDS chirurgicaux :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie abdominale | <input type="checkbox"/> chirurgie prostatique |
| <input type="checkbox"/> Hernie | <input type="checkbox"/> pathologie rénale |
| <input type="checkbox"/> Autre chirurgie | |

B. MOTIF DE CONSULTATION :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hématurie | <input type="checkbox"/> lombalgie |
| <input type="checkbox"/> Douleurs hypogastriques | <input type="checkbox"/> Tb urinaires obstructifs |
| <input type="checkbox"/> Tb urinaires irritatifs | <input type="checkbox"/> IR |
| <input type="checkbox"/> Autres | |

C. EXAMEN CLINIQUE :

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Etat général : | <input type="checkbox"/> ASA : |
| <input type="checkbox"/> Fosses lombaires : | <input type="checkbox"/> Abdomen : |
| <input type="checkbox"/> OGE : | <input type="checkbox"/> TR : |

D. EXAMENS PARACLINIQUES :

➤ Biologie :

- | | | |
|---------------------|---------------|-------------|
| ▪ Créatinine :..... | ▪ urée :..... | ▪ TP :..... |
| ▪ PSA :..... | ▪ ECBU :..... | ▪ HB :..... |

➤ Radiologie :

- ▶ Echographie :.....
-
- ▶ Uroscanner :.....
-

CYSTOSCOPIE + RESECTION :

Nombre de RTUTV : date de la dernière RTUTV :.....

Tumeur : ☐ unique ☐ multiple

Siège : ☐ antérieur ☐ postérieur ☐ dôme ☐ trigone ☐ col vésical
☐ Prostate ☐ diverticule

Stade : Grade : ☐ I ☐ II ☐ III

Cis concomitant: ☐ oui ☐ non

Type histologique :

Invasion vasculaire :

Invasion lymphatique :

Instillations intravesicales: ☐ oui ☐ non type: ☐ BCG ☐ Mitomycine

INTERVENTION :

Voie d'abord : ☐ laparotomie ☐ cœlioscopie

Type de cystectomie : ☐ CPT ☐ pelvectomy ant

Type de dérivation urinaire : ☐ Bricker ☐ urétéro-sigmoidostomie
☐ Remplacement ☐ urétérostomie
☐ Autres

Curage ganglionnaire pelvien : ☐ non ☐ oui

SUIVI POST-OP :

Reprise du transit :

Complications : ☐ Iléus ☐ Occlusion ☐ Fuite urinaire
☐ Péritonite ☐ Eviscération ☐ Hémorragie
☐ Déséquilibre hydro-électrolytique ☐ Pyélonéphrite
☐ C.Cardiaque ☐ C.Pulmonaire ☐ Thrombose V.P.
☐ Embolie ☐ Infection de paroi
Autres.....

RESULTATS D'ANAPATH :

Type histologique : ☐ Urothélial ☐ Adénocarcinome ☐ épidermoïde
Autres :

Présence de Cis : ☐ oui ☐ non

Envahissement prostatique : ☐ absent ☐ Urothélial ☐ Adénocarcinome
Autres :

Type d'envahissement : ☐ stroma ☐ glandulaire

Marges vésicales : ☐ négatives ☐ positives

Recoupes urétérales : ☐ négatives ☐ positives

Marges prostatiques ☐ négatives ☐ positives

Si oui ☐ Localisées ☐ Etendues

Envahissement de la graisse péri vésicale : ☐ oui ☐ non

Nombre de GG droits :

Nombre de GG droit + :

Nombre de GG gauches:

Nombre de GG gauches + :

Le stade histologique final :...pT.....

TRAITEMENT ADJUVANT :

Chimiothérapie adjuvante : ☐ oui ☐ non

RTH adjuvante : ☐ oui ☐ non Terminée : ☐ oui ☐ non

Résumé

L'objectif de notre étude était de rapporter une série de cancers de vessie, pris en charge au centre hospitalier El Ghassanni de Fès.

Patients et méthodes :

Il s'agissait d'une étude rétrospective sur une période de 6 ans allant du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2020, menée au sein du service d'urologie du CHR El Ghessanni de Fès portant sur des dossiers de patients suivis pour une tumeur vésicale infiltrant le muscle.

Résultats :

Nous avons inclus 115 dossiers de patients réparties en deux groupes : patients âgés de moins de 60 ans et des patients âgés de 60 et plus suivis pour un cancer de vessie infiltrant le muscle.

Le résultat anatomopathologique a révélé une TVIM dans 36 cas (72%) dans le groupe des patients < 60 ans et 49 cas (66,5%) dans le groupe des patients \geq 60 ans. Le carcinome urothélial était le type histologique prédominant

Pour 85 patients (73,9%), l'indication de la cystectomie a été une tumeur infiltrant le muscle, classée au moins T2 dans la classification TNM 2017.

L'indication de cystectomie totale retenue pour 30 patients (26,1%) a été une tumeur de vessie à haut risque.

La technique selon Bricker était la technique de dérivation la plus utilisée

Dans notre série 40% des patients âgés de moins de 60ans ont eu une indication de chimiothérapie et 36,9% des patients âgés de 60ans et plus, et 6% des patients de moins de 60 ans ont eu une indication de radiothérapie et 15,4% des patients âgés de 60 ans et plus ont eu une radiothérapie.

Conclusion :

Cancer de la vessie constitue le deuxième cancer urologique après le cancer de la prostate dont plusieurs facteurs de risques sont incriminés, l'incidence de la morbi-mortalité peut être diminuée par un diagnostic et traitement précoce après RCP.

Mots clés: TVNIM, TVIM, Cystectomie