

ABREVIATIONS

AEG : Altération de l'Etat Général

AUF: Association des Urologues Français

BCG : Bacille de Calmet et Guérin

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIS : Carcinome In Situ

CMV : Cisplatine Methotrexate Vinblastine

CVC : Circulation Veineuse Collatérale

D11 : Onzième vertèbre dorsale

ECBU : Examen Cyto-Bactériologique des Urines

Fig : Figure

FMOS : faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

FVV : Fistule Vésico-Vaginale

g/l : Gramme par Litre

HBP : Hypertrophie Bénigne de la Prostate

IEC : Information Education et Conseil

IUAC: International Union Against Cancer

L3 : Troisième vertèbre lombaire

MVAC: Methotrexate Vinblastine Adriamycine Cisplatine

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OMI : Œdèmes des Membres Inférieurs

RTUV : Résection Trans Urétrale de la Vessie

RUV : Réimplantation Urétéro-Vésicale.

S1 : Première vertèbre sacrée

S2 : Deuxième vertèbre sacrée

S3 : Troisième vertèbre sacrée

TC : Temps de Coagulation

TCK : Temps de Céphaline Kaolin

TDM : Tomodensitométrie

TNM : T= tumeur ; N= ganglion ; M= métastase

TR : Toucher Rectal

TS : Temps de Saignement

TV : Toucher Vaginal

UCR : Uréto-Cystographie Rétrograde

UIV : Urographie Intraveineuse

μ mol/l : Micromole par Litre

VS : Vitesse de Sédimentation

SOMMAIRE

INTRODUCTION	12
I. GENERALITES	15
1. Définition.....	15
2. Rappels.....	15
2.1. Epidémiologie.....	15
2.2. Anatomie.....	17
2.3. Anatomopathologie	23
2.4. Facteurs de risque.....	26
3. Diagnostic :.....	28
3.1. Diagnostic positif.....	28
3.1.1. Circonstance de découverte.....	28
3.1.2. Examen clinique.....	29
3.1.3. Examens complémentaires et bilan d'extension.....	30
3.1.4. Classification.....	33
3.2. Diagnostic différentiel.....	36
4. Traitement.....	36
4.1. But.....	36
4.2. Moyens.....	37
4.3. Indication.....	40
5. Surveillance.....	41
6. Evolution et pronostic.....	42
II. Matériels et méthode.....	45
III. Résultats.....	48
IV. Commentaire et discussion.....	61
Conclusion et recommandation.....	74
– Bibliographie.....	77

– Fiche d'enquête.....	83
– Fiche signalétique.....	88

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 parti des tumeurs dérivées de l'urothélium des voies urinaires décrites sous diverses appellations : tumeurs urothéliales, excréto-urinaires, paramalpighiens, tumeurs à cellules transitionnelles.

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 [15].

Elles se divisent en deux sous groupes :

- Les tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle (TVNIM) qui posent deux problèmes majeurs : le risque de récidive et le risque de progression vers un stade ou un grade plus élevé.
- Les tumeurs de vessie infiltrant le muscle (TVIM) dont le risque de métastase et de décès est important. Ce qui justifie un traitement locorégional radical [29].

Survenant fréquemment vers la cinquième décennie, les cancers de vessie occupent le deuxième des cancers urologiques après celui de la prostate et la première cause de mortalité par cancer en clinique urologique [1].

De multiples facteurs de risque sont incriminés. Les plus importants sont le tabac, les infections et irritations chroniques de la vessie 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 [15].

C'est une pathologie redoutable tant par la nature pénible des symptômes au cours de son évolution que par la difficulté et le caractère souvent

mutilant de sa thérapeutique. Le diagnostic est tardif du fait que, d'une part l'hématurie, signe majeur est un signe capricieux le plus souvent banalisé dans notre contexte, et d'autre part les difficultés financières des populations qui ne peuvent faire face à des frais médicaux de plus en plus élevés.

Si l'évolution de l'analyse des données cliniques et des moyens thérapeutiques a amélioré les courbes de survie dans les pays développés, en Afrique, bien des progrès restent à faire.

Le but de notre travail est de dégager les particularités épidémio-cliniques et thérapeutiques des tumeurs de la vessie au CHU du Point G.

Ainsi nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

OBJECTIF GENERAL :

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des tumeurs de vessie.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence des tumeurs de vessie dans le service.
- Déterminer les facteurs de risque.
- Décrire la symptomatologie clinique des tumeurs de vessie
- Rapporter le schéma thérapeutique spécifique à chaque stade d'évolution des tumeurs de vessie dans le service d'urologie.
- Apprécier les résultats thérapeutiques de la prise en charge des patients (en période d'étude)

I. GENERALITES :

1. Définition :

Le cancer de la vessie est une prolifération anarchique des cellules de cet organe, aboutissant à une néoformation mal limitée, de volume variable, hétérogène et de localisation changeante. Cette néoformation présente parfois des remaniements nécrotiques et hémorragiques. Elle est envahissante et détruit le tissu dans lequel elle se développe; et est capable d'une dissémination à distance dans l'organisme constituant ainsi, les métastases. Son évolution varie d'un malade à l'autre mais reste toujours grave. [9]

2. Rappels :

2.1. 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 [15].

On en relève 336000 cas chaque année dans le monde contre 945000 colon-rectum et 1239000 pour le poumon [15].

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 [10].

Dans la communauté Européenne le cancer de vessie est la 4^{ème} 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 [3].

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 épidermoides est plus élevée [5].

En France, environ 12000 nouveaux patients ont été diagnostiqués en 2012 (5^{ème} cancer le plus fréquent) avec 4772 décès (5^{ème} rang) dont 75% chez l'homme. L'âge moyen de survécu est de 65 ans [8]. Son incidence est en augmentation d'environ 1% par an mais sa mortalité reste stable chez l'homme et la femme [20].

En Belgique, le cancer de vessie est le quatrième cancer le plus fréquent (6,9%) avec 1700 nouveaux cas diagnostiqués chaque année [21].

Selon la dernière statistique de la Société Américaine de Cancer, il y'avait 68810 cas de cancer de la vessie diagnostiqués aux USA en 2007 et représente 7% de tous les cancers. Avec 14100 décès la même année, le cancer de vessie représente 3% de tous les décès par cancer [10].

En Egypte, le cancer de vessie se situe au 1^{er} rang et représente 28% de tous les cancers. Le taux de mortalité par cancer de la vessie est trois fois plus élevé qu'en Europe et huit fois plus qu'en Amérique du Nord en raison de la nature agressive du carcinome épidermoïde qui est très répandu en Egypte [10].

Au Burkina les tumeurs de la vessie représentent le 7^{ème} rang de tumeur maligne avec une fréquence estimée à 3,8% [30].

Au Mali, nous n'avons pas de données statistiques récentes de la prévalence des tumeurs de vessie. Cependant, les études antérieures faites montrent que le cancer de vessie est en progression. Celui-ci était de 3,9% en 1997 [6], 5,64% en 2004 [52] et 6,71% en 2006 [30].

2.2. Anatomie de la vessie

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

– 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.

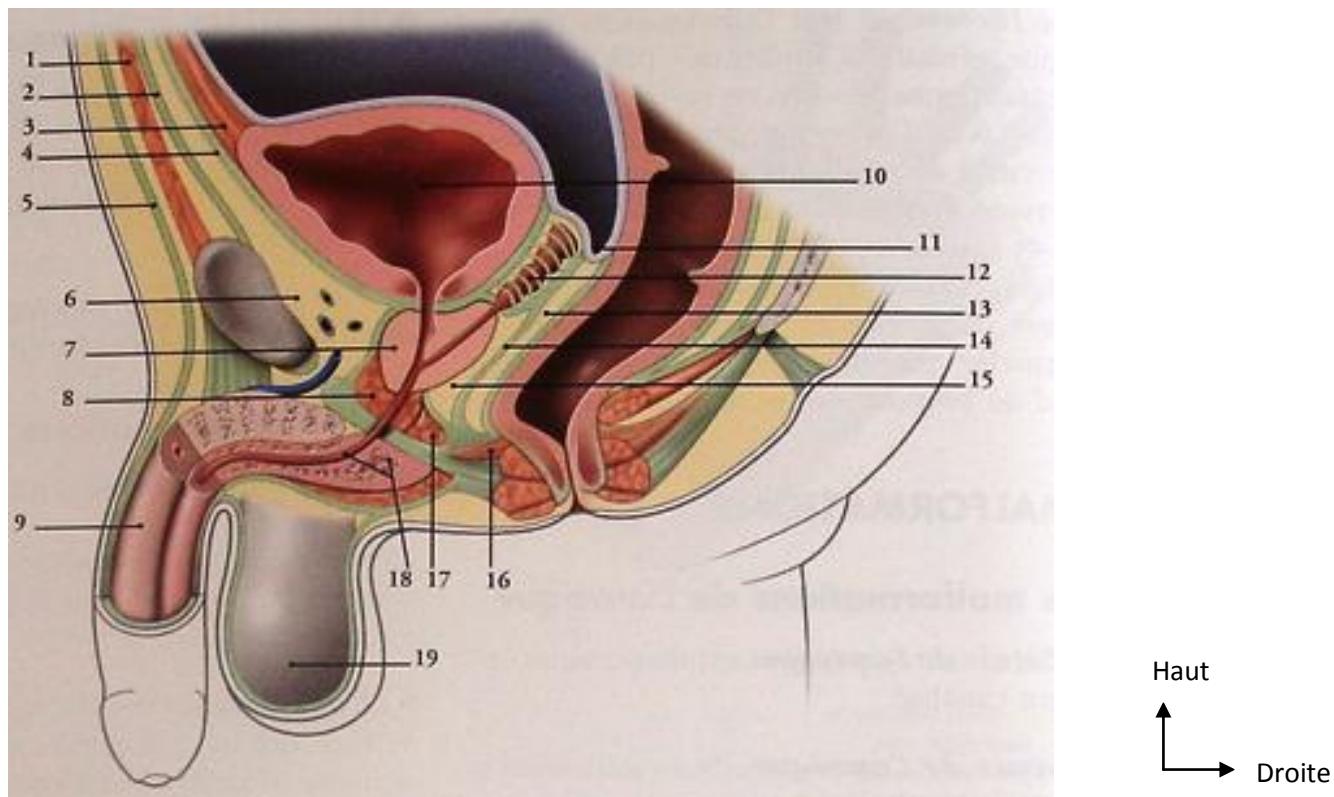


Fig. 1 : Situation et rapport de la vessie chez l'homme (coupe sagittale): [2]

- | | |
|------------------------------------|---|
| 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 périné 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.

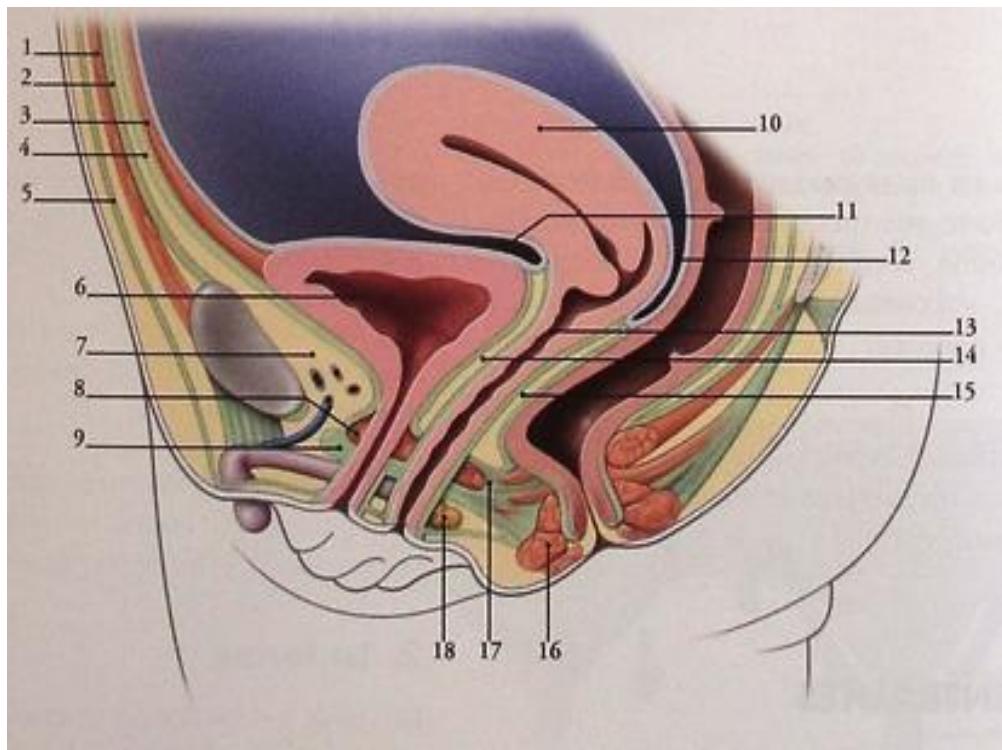


Fig. 2 : Situation et rapport de la vessie chez la femme (coupe sagittale) : [2]

- | | |
|------------------------------------|--|
| 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 périné |
| 9. membrane périnéale | 18. Glande vestibulaire majeur. |

– **Capacité :**

La taille de la vessie dépend des organes voisins et 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.

– **Configuration externe et rapport de la vessie : [24,4]**

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-inferieure, une face postéro-inferieure ou base, deux bords latéraux et un bord postérieur et trois angles.

Sur le plan rapport :

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

La face postéro-inferieure (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, 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.

– **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 urététraux ou méats urététraux. Une tumeur envahissant les méats urététraux provoque une dilatation urétéro-pyélocalicielle ; une dysurie va s'installer si elle envahit le col.

– **Structure de la paroi vésicale : [18]**

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 musculeuse.

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. La classification TNM est basée sur l'atteinte de dedans en dehors des différentes tuniques de la paroi vésicale.

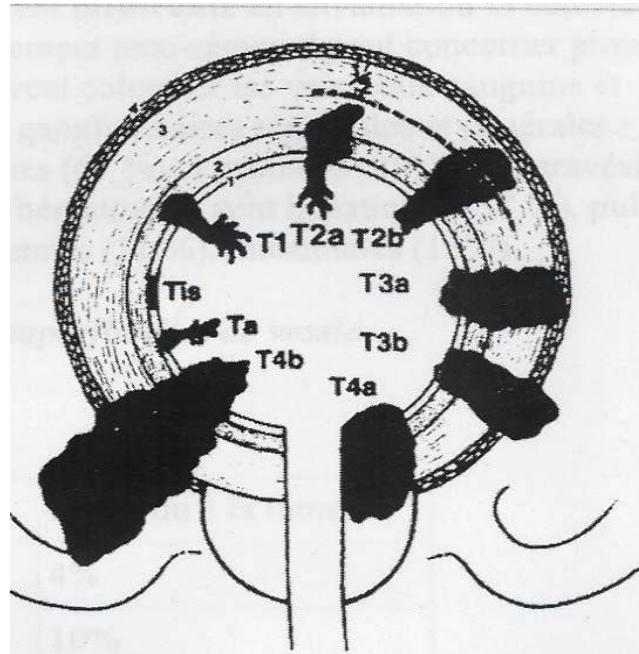


Fig.3 : Classification TNM en fonction de la structure vésicale [39].

– **Vascularisation et innervation : [18]**

a. 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-defférentielle 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.

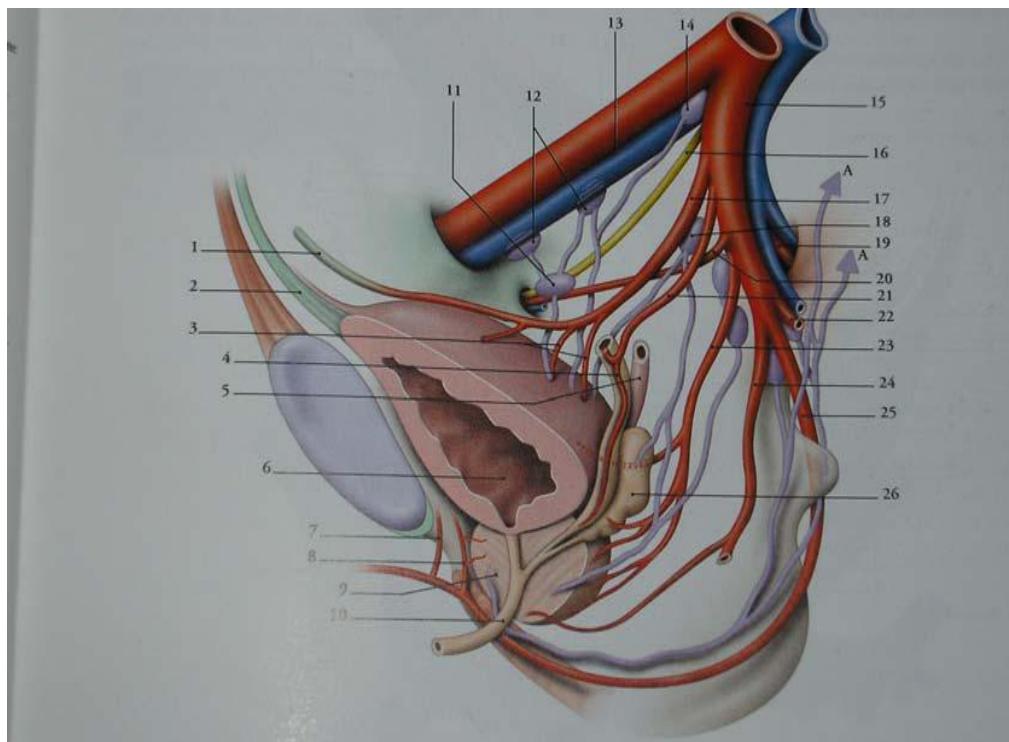


Fig. 4 : Vascularisation artérielle et lymphatique de la vessie [2]

- | | |
|-------------------------------|---|
| 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 | |

b. 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 cotés dans le plexus vésico-prostatique, en arrière dans le plexus séminal. Les veines efférentes principales de ces plexus et les veines vésicales sont tributaires des veines hypogastriques.

c. Lymphatiques :

Les vaisseaux lymphatiques de la vessie se rendent aux ganglions iliaques internes en particulier aux éléments des chaines 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 : [23]

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 innervé le sphincter externe.

2.3. Anatomopathologie :

Classiquement les auteurs admettent que la majorité des tumeurs de vessie (80%) sont malignes [7]. Près de 90 % des cancers de la vessie sont des carcinomes transitionnels. Les 10 % restants sont surtout des carcinomes

épidermoïdes et des adénocarcinomes. Les autres types histologiques sont très rares [31].

2.3.1. Macroscopie : [4]

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 tumeur (unique ou multiple), la taille et le siège (trigone, le dôme vésical, le col vésical ou le fond vésical).

2.3.2 Microscopie :[12]

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 épidermoides.
- 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 une néoplasie nette de l'épithélium superficiel sans formation de structure papillaire et sans infiltration.
 - Carcinomes épidermoides : ils sont généralement associés aux irritations vésicales chroniques dont la bilharziose. A la différence des carcinomes à cellule transitionnelle, les carcinomes épidermoides sont typiquement sessiles, nodulaires, infiltrants 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 ouraquine.
 - Carcinomes indifférenciés : Tumeurs malignes de structures épithéliales trop peu différenciées pour n'être distinguée d'aucun des groupes précédents de carcinomes.
 - Carcinosarcomes : Tumeurs malignes souvent d'aspect polypoïde constituées d'un contingent cellulaire épithelial et d'un contingent cellulaire mésenchymateux intimement mêlés l'un à l'autre.

2.4. Facteurs de risque : [9, 29, 31]

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 :

- **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 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 les 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 d'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.

- Certains produits chimiques ont été identifiés comme pouvant causer un cancer de la vessie :
 - **Les colorants à base d'aniline** : il s'agit de produits chimiques pouvant être présents dans les colorants utilisés pour teinter du tissu.
 - **La cyclophosphamide** : un médicament utilisé comme chimiothérapie* pour traiter certains cancers.
 - **Les amines aromatiques** : l'exposition à ces produits chimiques est possible dans le cadre de certaines professions des secteurs de la peinture, du cuir, de l'automobile, du métal, du papier et du caoutchouc, mais aussi chez les camionneurs, les teinturiers, les techniciens dentaires et les coiffeurs. Dans ces circonstances, le cancer de la vessie n'apparaît pas avant 30 ou 50 ans après l'exposition.
 - **Arsenic** : on a observé un risque accru de cancer de la vessie dans une région taïwanaise où l'eau contenait des taux élevés d'arsenic.
- **L'irradiation** : il semble que l'exposition à des radiations ionisantes dans la zone de la vessie, par exemple, lors d'une radiothérapie traitant un cancer de la prostate, augmente le risque de cancer de la vessie.
- **Le diabète** : les personnes atteintes d'un diabète de type 2 ont un risque accru de développer un cancer de la vessie.

D'autres facteurs pourraient être associés à une augmentation du risque de cancer de la vessie, mais les preuves sont contradictoires :

- **Le café, les édulcorants artificiels et l'alcool** :
Il n'existe pas de preuves suffisantes démontrant que leur consommation augmente le risque de développer un cancer de la vessie.

- L'eau du robinet contenant de forts taux de trihalométhanes (produits de la décomposition du chlore servant à désinfecter l'eau) : certaines études montrent que la consommation prolongée de ce type d'eau du robinet peut augmenter le risque de cancer de la vessie, mais les résultats de l'ensemble des études sont contradictoires.
- **Les gènes** : de manière générale, la présence dans une famille d'une personne atteinte d'un cancer de la vessie se traduit par un risque légèrement accru pour les autres membres de la famille. Le cancer de la vessie dû à la transmission héréditaire d'un gène défectueux est très rare.
Certains facteurs semblent par contre protéger de la survenue d'un cancer de la vessie, mais on ne dispose pas d'éléments probants clairs à ce sujet.
- **La consommation de liquides** : on pense qu'une consommation élevée de boissons pourrait réduire le risque de développer un cancer de la vessie chez l'homme, mais les résultats des études sont contradictoires.
- **Les fruits et légumes** : la consommation de fruits et légumes est censée exercer un effet protecteur.

3 Diagnostic :

3.1. Diagnostic positif :

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

3.1.1. Circonstance de découverte : [4, 13]

L'hématurie macroscopique, classiquement terminale constitue le signe clinique le plus fréquent. Dans 20% des cas, des signes d'irritation vésicale sont type de pollakiurie, d'impériosité ou 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 une tumeur de vessie peut se révéler lors des manifestations métastatiques ou d'envahissement locorégional.

3.1.2. Examen clinique : [11, 13, 32, 33]

✓ 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 voir la rétention d'urine par caillotage 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.

3.1.3.Examens complémentaires et bilan d'extension:

✓ La cystoscopie : [5,11, 32, 33]

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 péritumorale 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 diagnostic et pronostic.



Fig.7=Tumeur du col à 6 h (grade I, stade PTa). [46]

✓ **Echographie vésicale : [25, 32]**

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.

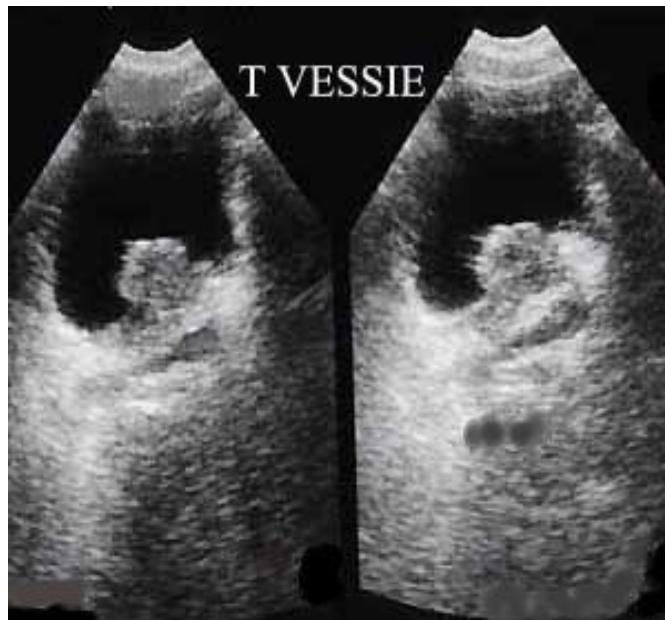


Fig.8 : Tumeur de l'échographie. [48]

✓ **La cytologie urinaire : [17]**

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.

✓ **Urographie intraveineuse (UIV) : [13, 21]**

Elle permet d'apprécier le haut appareil urinaire, évaluer la fonction rénale, le cystogramme. Les images radiologiques sont les lacunes, les amputations ou les deux associées. Le cystogramme peut être normal surtout en cas de petite tumeur.



Fig. 9 : Cystographie et urographie intraveineuse: image lacunaire (tumeur) [48]

✓ **Urétro-cystographie rétrograde :(UCR)**

Elle est surtout bénéfique lorsque l'UIV est contre indiquée. Elle montre le cystogramme avec les images de lacune et d'amputation.

✓ **Examen anatomopathologique : [3]**

Il apporte la preuve de la malignité d'une tumeur de vessie. Il permet de trancher s'il s'agit d'une tumeur primitive ou secondaire par propagation des cellules néoplasiques d'une tumeur primitive du voisinage (prostate, rectum, utérus, sigmoïde). Il renseigne sur le grade et le type histologique de la tumeur.

– **Bilans d'extension : [27, 29,34,]**

✓ **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.

✓ **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.

✓ **La scintigraphie osseuse :**

Indiquée en cas de symptômes évocateurs (douleur osseuse).

✓ **La lymphographie :**

Elle détermine l'envahissement ganglionnaire qui constitue un élément pronostic important. La mise en évidence d'un envahissement ganglionnaire au dessus des vaisseaux iliaques primitifs permet de contre indiquer tout geste chirurgical d'exérèse à visée radicale.

3.1.4. Classification :

De nombreuses 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 (2010) : [16]**

T=Tumeurs primitives

- .Tx= Tumeur primitive non évaluale
- .T0 =Tumeur primitive non retrouvée
- .Ta= Carcinome papillaire non invasif
- Tis= Carcinome in situ « plan »
- .T1 =Tumeur envahissant le chorion
- .T2= Tumeur envahissant la muscleuse
 - T2a= Tumeur envahissant le muscle superficiel (moitié interne)
 - T2b= Tumeur envahissant le muscle profond (moitié externe)
- .T3= Tumeur envahissant le tissu péri-vésical
 - T3a= Envahissement microscopique
 - T3b= Envahissement extra-vésical macroscopique
- .T4= Tumeur envahissant une structure péri-vésicale
 - T4a= Prostate, vagin ou utérus
 - T4b= Paroi pelvienne ou abdominale

N=Ganglions lymphatiques régionaux

- .Nx= Ganglions non évaluables
- .N0= Absence de métastase ganglionnaire régionale
- .N1= Métastase ganglionnaire unique < 2 cm
- .N2= Métastase ganglionnaire unique > 2 cm et < 5 cm
ou métastases ganglionnaires multiples < 5 cm
- .N3= Métastase(s) ganglionnaire(s) > 5 cm

M= Métastases à distance

- .Mx= Métastases non évaluables
- .M0= Absence de métastase à distance
- .M1= Métastase (s) à distance

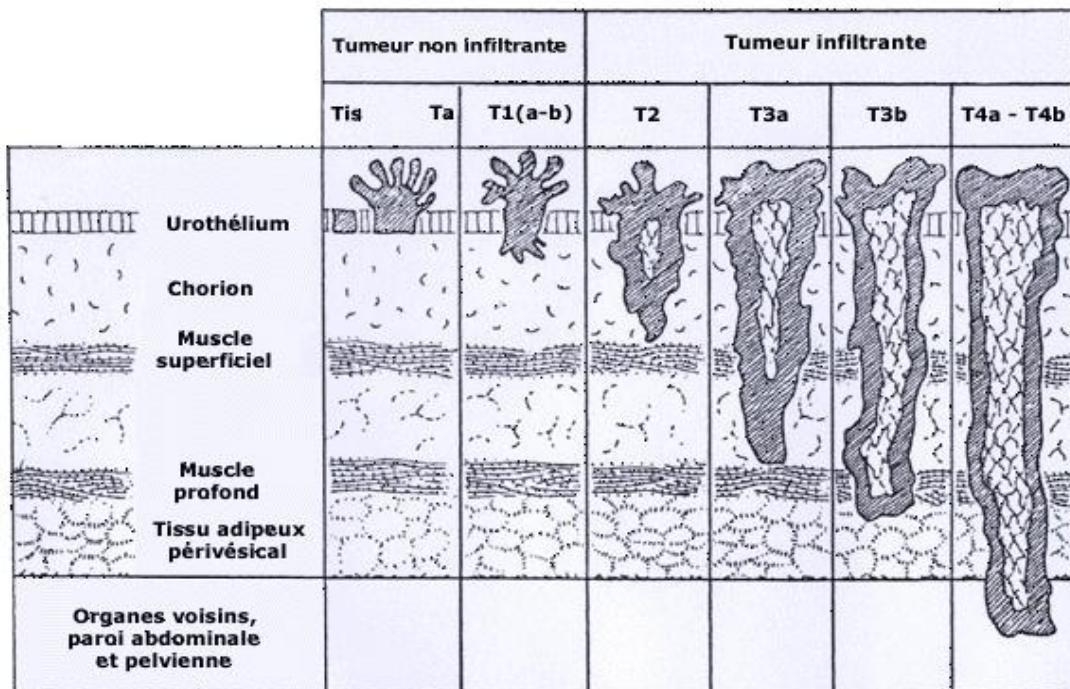


Fig. 5 : Schéma de la classification des tumeurs de vessie [36]

✓ **La classification OMS (2004) : [16]**

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; présente une meilleure reproductibilité que la classification OMS 1973; décrit de façon exhaustive les différents « variants » des tumeurs urothéliales infiltrantes. Ces contingents variants pouvant modifier la prise en charge diagnostique et thérapeutique. Elle classe les tumeurs en carcinomes de bas grade (regroupant les G1 et certains G 2) ou en carcinomes de haut grade (regroupant certains G2 et les G3).

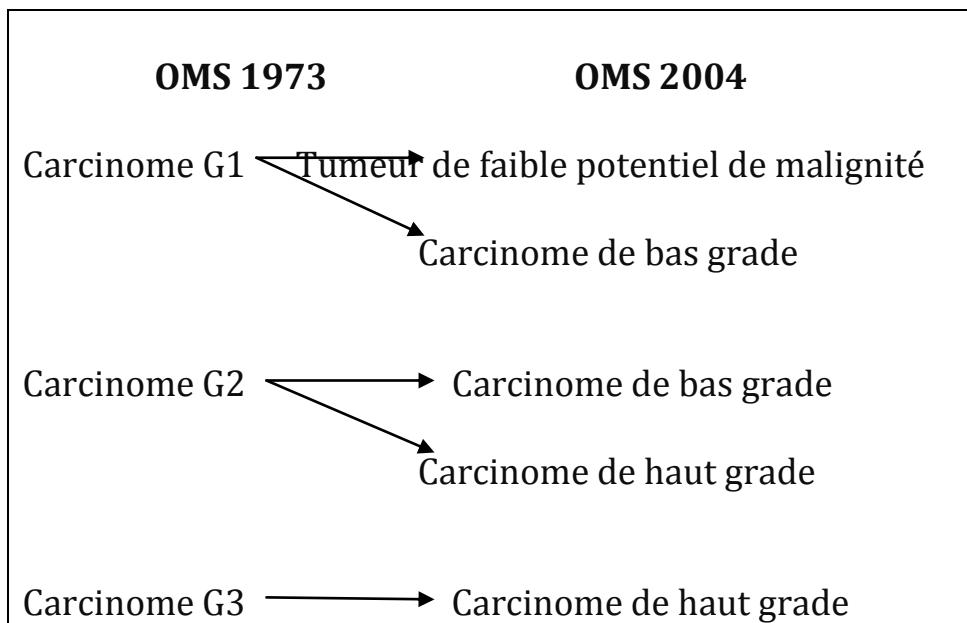


Fig. 6 : Classification OMS (2014) [16]

3.2. Diagnostic différentiel : [1, 26,27]

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

- ✓ La bilharziose urinaire :
- ✓ Lithiase vésicale :
- ✓ L'adénome de la prostate :
- ✓ Tumeurs digestives avec compression vésicale :
- ✓ Les diverticules vésicaux :

4. Traitement :

4.1. But :

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

- 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.

4.2 Moyens :

- **Résection transurétrale de la vessie (RTUV) : [14, 28, 35]**

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.

- **La chirurgie classique : [6]**

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.

Cette chirurgie à l'heure actuelle est la plus utilisée dans notre milieu.

- **La chirurgie classique à visée curative : [27, 41]**

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).

– **La chirurgie classique à visée palliative : [41]**

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

• **La dérivation urinaire :**

Son but est de soulager le malade de sa pollakiurie, mais surtout de sauver les reins des stases urinaires. Elle peut être réalisée selon que la vessie est enlevée ou restée en place. Plusieurs techniques ont été proposées, parmi lesquelles on peut citer :

– **Les dérivation urinaires externes non continentés : [43,47].**

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 ;

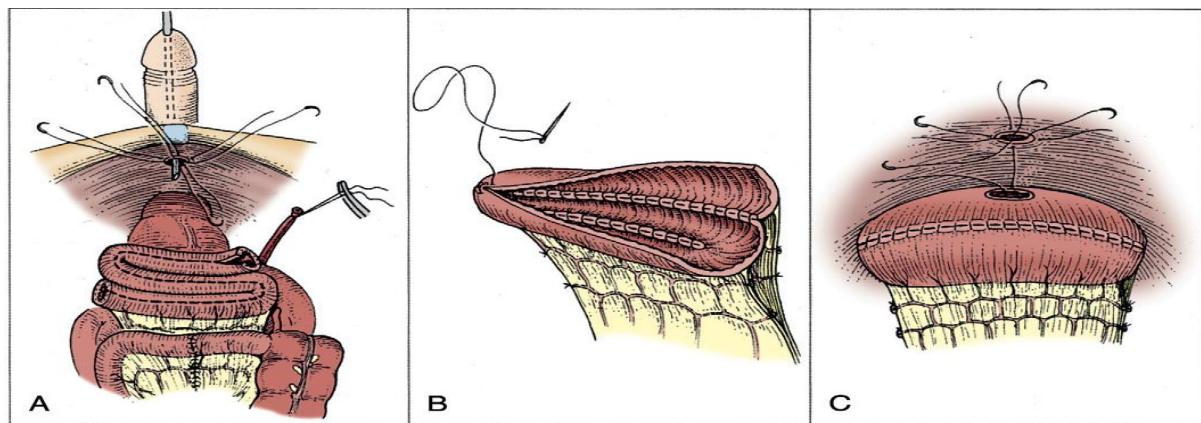
Urétérostomie cutanée transintestinale : c'est l'opération de Bricker ; l'implantation des uretères se fait (directement ou avec un trajet anti-reflux) dans un greffon iléal isolé abouché à la peau. La technique n'est pas agressive pour les reins et elle est compatible avec une vie sociale normale.

– **Les dérivation urinaires internes non continentés : [35, 43].**

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 urétérösigmoïdienne avec confection d'un réservoir à faible pression.

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



A=Détorsion B=Confection de la néo-vessie à l'aiguille droit C=Anastomose Uréto-vésicale.

Fig.11 : Opération de Camey [10]

– **Dérivation urinaire avec confection d'un réservoir étanche : [43]**

On peut citer :

La poche de **Kock** ;

Le réservoir de **Mainz** ;

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

La néo-vessie rectale.

• **Chimiothérapie : [26, 32]**

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.

• **Radiothérapie : [4, 32]**

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.

La radiothérapie permet alors, 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.

4.3. Indications : [44,45]

L'attitude thérapeutique est à moduler en fonction du stade et du grade de la tumeur (tumeur superficielle : traitement conservateur ; tumeur infiltrant : traitement radical), en fonction également de l'âge, de l'état général du patient et de la symptomatologie présentée. Schématiquement on peut proposer :

- Pour les tumeurs superficielles de vessie regroupant la tumeur Ta, Tis, et T1 :

Les tumeurs Ta : résection endoscopique avec cystoscopie de contrôle 6 mois après.

Tumeur in situ : les actes thérapeutiques entrepris sont les biopsies et la fulguration. Celles-ci sont complétées d'instillation endo vésicale de BCG.

Tumeur T1 : les gestes envisagés sont :

Traitement conservateur à type de résection endoscopique de la tumeur, plus la chimiothérapie ou l'immunothérapie transvésicale.

- 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 tumeur localisée T2-T4 avec N0 M0, on peut proposer soit une résection endoscopique avec radiothérapie complémentaire, soit une cystectomie partielle pour les tumeurs de diamètre inférieur à 5 cm.

Si tumeur étendue on fait une cysto prostatectomie chez l'homme et une pelvectomie antérieure chez la femme. Et si cette tumeur est accompagnée d'envahissement ganglionnaire microscopiquement, en plus de la cystectomie une chimiothérapie adjuvante peut-être proposée.

Si la tumeur est accompagnée d'envahissement ganglionnaire macroscopiquement, la cystectomie ne se justifie que dans un but de confort.

Les dérivations urinaires sont le recours non seulement en cas d'insuffisance rénale par compression tumorale, mais aussi en cas de cystite intense rebelle ou d'hématurie répétée.

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.

5 Surveillance : [45,44].

Le suivi est différent selon que la tumeur est considérée :

- Superficielle (et la vessie préservée)
- Infiltrante, la vessie ayant été soit enlevée, soit préservée (résection radicale, cystectomie partielle, radio-chimiothérapie)

5.1. Tumeurs vésicales non infiltrant le muscle (TVNIM) : [38].

Les moyens de surveillance sont :

- La cystoscopie
- L'échographie
- L'uropathie intraveineuse
- La cytologie urinaire

D'autres moyens comme les tests biologiques sont en évaluation.

Le programme de suivie doit être adapté au risque de récidive et de progression de la tumeur traitée et dans cet esprit il est fondamental d'avoir une démarche d'anticipation.

- Tumeur à faible risque : les cystoscopies à 3 mois et, en cas de normalité

A 6 puis à 12 mois, puis une fois par an pendant 5 ans après la première résection. En absence de récidive, une surveillance annuelle par échographie est souhaitable pendant 5ans.

- Tumeurs à risque intermédiaire : cystoscopie et cytologie à 3 mois, 6 mois 12 mois puis en cas de normalité une fois par an pendant au moins 15 ans.
- Tumeurs à haut risque : cytologie urinaire tous les 3 mois pendant un an tous les 6 mois la deuxième année, puis une fois par an au moins 15 ans avec une UIV les 2 ans si la cytologie reste positive.

5.2. Tumeurs vésicales infiltrant le muscle (TVIM) : [38].

Après cystectomie et remplacement de vessie ou dérivation urinaire, le suivi est axé sur la recherche d'une récidive 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.

6. Evolution et pronostic : [49, 17,42]

L'évolution est extrêmement variable suivant le caractère infiltrant ou superficiel de la tumeur. S'agissant des tumeurs superficielles (Ta, Tis, T1 selon le stade évolutif), leur évolution est dominée par la tendance à la récidive. En récidivant elles peuvent progresser dans leur degré de

malignité. Les tableaux ci-dessous résument leur évolution et pronostic selon le stade et le grade histologique.

Tableau I : Evolution et pronostic selon le stade et le grade histologique [30].

Ta	Récidive	progression	Décès du à la tumeur
Grade 1	35%	5%	4%
Grade 2	55%	10%	10%
Grade 3	66%	40%	30%

Tableau II : Evolution et pronostic selon le stade et le grade histologique

6.1. Non traitée :

L'évolution de la tumeur de vessie est dominée par :

L'atteinte de l'état général : l'asthénie, l'anorexie, l'amaigrissement, voire une cachexie ;

Les hématuries répétitives accompagnées de cystite tenace et invalidante responsable d'anémie sévère ;

Le retentissement sur le haut appareil qui entraîne des urétéro hydronéphroses, la destruction rénale voire l'insuffisance rénale ;

L'envahissement lymphatique précoce pouvant se manifester cliniquement par des œdèmes des membres inférieurs par compression vasculaire et lymphatique.

L'atteinte métastatique touche essentiellement les os du bassin, le foie, les poumons, après avoir envahi les organes de voisinage (prostate, sigmoïde, vésicule séminale, rectum, utérus, vagin, paroi abdominale).

6.2. Sous traitement :

Même traitées les tumeurs de la vessie restent une pathologie redoutable et par son pronostic et par son traitement ; car les récidives, qu'elles soient locales, pelviennes, ou générales, sont presque au rendez vous. Le pronostic dépend essentiellement du stade et du grade de la tumeur.

D'une façon générale et selon beaucoup d'auteurs, la survie à 5 ans après traitement est la suivante :

- Tumeurs superficielles 80% ;
- Tumeurs infiltrantes :

Si atteinte du muscle vésical : 70% ;

Si atteinte de la graisse péri vésicale : 30% ;

Si atteinte ganglionnaire : 15%.

Le tableau sous-dessus résume la survie à 5 ans en fonction du stade et du traitement de la tumeur.

II. MATERIEL ET METHODES:

1. Cadre d'étude :

Notre étude a eu pour cadre le service d'Urologie du CHU du Point G.

Les patients hospitalisés sont soit des patients reçus au préalable en consultation, soit des patients reçus en urgence, soit des patients transférés des autres services de l'hôpital, soit des patients référés des autres structures sanitaires de tout le Mali et parfois de la sous région.

2. Type d'étude et période d'étude :

C'est une étude prospective qui s'est déroulée sur 12 mois allant du 01 Janvier 2014 au 31 Décembre 2014.

3. Critères d'inclusion :

Tout cas de tumeur de la vessie opéré ou hospitalisé dans le service et ayant été confirmé par les examens complémentaires (échographie, cystoscopie, TDM, UIV, UCR, anatomie pathologique).

4. Critères de non inclusion :

Tout cas de tumeurs n'ayant pas été hospitalisées ;

Tout cas de tumeurs dont le dossier n'a pas pu être exploité.

Toutes autres pathologies non tumorales avec d'autres localisations.

5. Enquête :

5.1. Fiche d'enquête :

La fiche d'enquête est élaborée par l'étudiant et corrigée par le Directeur de thèse.

Elle est composée de 4 pages. Le questionnaire élaboré comporte :

- Les données sociodémographiques;
- Les données cliniques ;
- Des examens complémentaires ;
- Les bilans d'extension ;
- Le traitement contenant :

- Un traitement néo adjuvant ;
- Un compte rendu opératoire ;
- Un traitement adjuvant.
- Le compte rendu de l'examen anatomo-pathologique.

5.2. Recueil des données :

Ce sont les données des :

- Registres des malades hospitalisés ;
- Dossiers des malades hospitalisés ;
- Registres des comptes rendus opératoires ;
- Comptes rendus des examens anatomo-pathologiques.

5.3. La phase préopératoire :

Une fois le diagnostic de tumeur vésicale évoqué, un bilan est entrepris en vue de confirmer ce diagnostic et préparer le malade pour l'intervention chirurgicale.

Ce bilan comprend :

- Une échographie centrée sur l'appareil uro-génital ;
- Une cystoscopie ;
- Une uro-TDM ;
- Une UIV ;
- Une NFS/VS, TC, TCK, glycémie, créatininémie, groupe sanguin et rhésus;
- Une consultation pré anesthésique.

La préparation à l'opération se fait 24 heures à l'avance, sauf pour le cas de certains malades hospitalisés dans le but d'améliorer leur état général par la perfusion et/ou la transfusion avant l'opération. La préparation comprend :

- La diète ;

- La préparation psychologique des malades et des accompagnants avant des actes délicats tels que les dérivations urétérales ou les exérèses vésicales.

5.4. L'opération proprement dite :

Elle comprend les différentes phases et les techniques chirurgicales choisies par le chirurgien.

La pièce opératoire ou la biopsie faite au cours de l'intervention est systématiquement envoyée à l'examen anatomopathologique, les résultats de cet examen étant attendus dans le mois qui suit.

5.5. La phase post-opératoire :

Elle se déroulait à l'hôpital et consistait au traitement de la plaie, à l'ablation des drains urétéraux en cas de dérivation ou de réimplantation urétéro-vésicale.

Les malades ont été autorisés de rentrer chez eux soit :

- A la demande des parents ;
- Après une bonne amélioration de l'état clinique (correction de l'anémie, arrêt de l'hématurie, abolition de la douleur).
- Après une bonne évolution post opératoire.

Une fois sortis, les malades sont revus sur rendez vous en consultation externe au plus tard un mois après.

Saisie des données et analyse :

Nos données ont été saisies sur le logiciel MICROSOFT WORD 2007 et analysées avec le logiciel Epi info version 3.5.1.

III. RESULTATS

1. Epidémiologie générale :

Tableau I : Répartition des patients hospitalisés pendant la période d'étude en fonction du diagnostic :

Patients hospitalisés	Fréquence	Pourcentage
Adénome de la prostate	181	26
Adénocarcinome de la prostate	34	4,9
Tumeur de vessie	74	10,6
Rétrécissement de l'urètre	24	3,4
Lithiases urinaires	78	11,2
Fistule vésico-vaginale(FVV)	94	13,4
Hydrocèle/ Hernie	14	2
Tumeur du rein	19	2,7
Pyonéphrose	6	0,9
Extrophie vésicale	1	0,1
Tumeur testiculaire	1	0,1
Syndrome de jonction pyélo-urétérale	3	0,4
varicocèle	9	1,3
Autres	156	22,4
Total	694	100

La tumeur de vessie représente 10,6% des motifs d'hospitalisation.

Tableau II : Fréquence des tumeurs urologiques dans le service pendant la période d'étude :

Tumeurs	Fréquence	Pourcentage
Rein	19	6,8
Prostate	153	54,4
	34	12,1
Vessie	74	26,3
Testicule	1	0,4
Total	281	100

La tumeur de vessie représente le 2^{ème} rang des tumeurs urologiques.

2. Données sociodémographiques :

Tableau III : Répartition des patients selon le sexe :

Sexe	Fréquence	Pourcentage
Féminin	34	45,9
Masculin	40	54,1
Total	74	100

Le sexe ratio =1,17

Le sexe masculin était le plus touché avec 54,1%.

Tableau IV : Répartition des patients en fonction des tranches d'âge :

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
11-30	7	9,5
31-50	22	29,7
51-70	40	54
71-90	5	6,8
Total	74	100

La tranche d'âge 51-70 ans était la plus représentée avec 54,1%.

L'âge moyen de nos malades était de $52,8 \pm 16,25$ ans avec des extrêmes d'âge de 11 et 89 ans cas.

Tableau V : Répartition des patients en fonction de l'âge et du sexe :

Sexe	Féminin		Masculin		
	Age	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
	11-30	1	2,9	6	15
	31-50	12	35,3	10	25
	51-70	19	55,9	21	52,5
	71-90	2	5,9	3	7,5
Total		34	100	40	100

$$\chi^2=3,59 \quad p=0,31$$

La tranche d'âge 51-70 était la plus touchée aussi bien chez l'homme que chez la femme avec respectivement 55,9% et 52,5%.

Tableau VI : Répartition des patients en selon la profession :

Profession	Fréquence	Pourcentage
Ménagère	32	43,2
Cultivateur	18	24,3
Elève/Etudiant	4	5,4
Eleveur	2	2,7
Employé d'usine	2	2,7
Fonctionnaire	6	8,1
Commerçant	5	6,8
Autre	5	6,8
Total	74	100

Les ménagères et les cultivateurs étaient les professions les plus affectées.

Tableau VII : Répartition des patients selon le lieu de résidence :

Résidence	Fréquence	Pourcentage
Bamako	34	45,9
Kayes	10	13,5
Koulikoro	7	9,5
Sikasso	4	5,4
Ségou	12	16,2
Mopti	4	5,4
Tombouctou	3	4,1
Total	74	100

La majorité des patients résidait à Bamako, soit un taux de 45,9 %

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction de la région du plus long séjour :

Région du plus long séjour	Fréquence	Pourcentage
Bamako	18	24,3
Kayes	15	20,3
Koulakoro	11	14,9
Sikasso	5	6,8
Ségou	16	21,6
Mopti	5	6,8
Tombouctou	3	4,1
Gao	1	1,4
Kidal	0	0
Total	74	100

Bamako, Ségou et Kayes étaient majoritaires avec respectivement 24,3 %, 21,6% et 20,3%.

Tableau IX : Répartition des patients en fonction de la situation matrimoniale :

Situation Matrimoniale	Fréquence	Pourcentage
Célibataire	5	6,8
Marié(e)	58	78,4
Veuf (ve)	10	13,5
Divorcé(e)	1	1,4
Total	74	100

Les mariés étaient les plus touchés, soit 58/74.

Tableau X : Répartition des patients en fonction du niveau d'instruction :

Niveau D'instruction	Fréquence	Pourcentage
Primaire	15	20,3
Secondaire	5	6,8
Universitaire	3	4,1
Ecole Coranique	4	5,4
Aucun niveau	47	63,5
Total	74	100

Les patients non alphabétisés étaient majoritaires avec 63,5%.

3. Données cliniques :

Tableau XI : Répartition des patients en fonction du mode de recrutement :

Mode de recrutement	Fréquence	Pourcentage
Consultation	52	70,3
Référé	21	28,4
Urgence	1	1,4
Total	74	100

La plupart de nos patients ont été reçus en consultation, soit 70,3%.

Tableau XII : Répartition des patients en fonction du motif de consultation :

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage
Hématurie isolée	24	32,4
Hématurie+Autres signes	41	55,4
Autres signes	9	12,2
Total	74	100

L'hématurie était le motif de consultation le plus représenté.

Tableau XIII : Répartition des patients en fonction du temps d'évolution des signes

Temps d'évolution des signes	Fréquence	Pourcentage
Moins de 3 mois	7	9,5
3-6 mois	8	10,8
7-12 mois	15	20,3
13-18 mois	24	32,4
19 mois et plus	20	27
Total	74	100

Il ressort que 32,4% des patients ont consulté entre le 13^{ème} et le 18^{ème} mois d'évolution de la maladie.

Tableau XIV : Répartition des patients selon l'instruction et le délai de consultation :

Instruction	Instruct		Non instruit		
	Délai de consultation	Fréquence	Pourcentage	Fréquence	Pourcentage
Moins de 3 mois	4	15,4	3	6,3	
3-6 mois	2	7,7	6	12,5	
7-12 mois	4	15,4	11	22,9	
13-18 mois	11	42,3	13	27,1	
19 mois et plus	5	19,2	15	31,3	
Total	26	100	48	100	

Le niveau d'instruction n'influence pas sur le délai de consultation.

$$\chi^2 = 4,43 \quad p=0,35$$

Tableau XV: Répartition des patients en fonction des facteurs de risque retrouvés:

Facteurs de risque	Fréquence	Pourcentage
Bilharziose	19	25,7
Tabac	6	8,1
Bilharziose+Tabac	17	23
Facteurs professionnels	2	2,7
Non connu	30	40,5
Total	74	100

La bilharziose urinaire est le facteur de risque le plus retrouvé soit 25,7%.

Tous les patients tabagiques étaient des hommes.

Tableau XVI : Répartition des patients en fonction de l'examen physique :

Examen physique	Fréquence	Pourcentage
Masse hypogastrique palpable	22	29,7
Blindage pelvien	27	36,5
Globe vésical	2	2,7
Normal	23	31,1
Total	74	100

Le Blindage pelvien représentait 36,5 %.

4. Données paracliniques :

✓ Biologie et biochimie :

Tableau XVII : Répartition des patients en fonction du taux d'hémoglobine :

Hémoglobine (g/dl)	Fréquence	Pourcentage
Inf. A 7	13	17,6
7-11	42	56,8
12-16	15	20,3
Indéterminée	4	5,4
Total	74	100

Taux normal : Homme : 13-17g/dl Femme : 12-16g/dl

Seulement 15/74 patients avaient un taux d'hémoglobine normal soit 20,3% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des patients en fonction du résultat de la créatininémie :

Créatininémie ($\mu\text{mol/l}$)	Fréquence	Pourcentage
Normale	36	48,6
Elevée	24	32,4
Indéterminée	14	18,9
Total	74	100

Norme : Homme=59 à 120mmol/l

Femme=45 à 102mmol/l

Tableau XIX : Répartition des patients en fonction du résultat de l'ECBU :

ECBU	Fréquence	Pourcentage
Normal	23	31,1
Infection	30	40,5
Non Fait	21	28,4
Total	74	100

53 malades sur 74 ont fait l'ECBU.

✓ **Imagerie et endoscopie :**

Tableau XX : Répartition des patients selon les examens réalisés:

Examens réalisés	Fréquence	Pourcentage
Echographie	60	81,1
Cystoscopie	22	29,7
UIV	5	6,8
UCR	1	1,4
Echographie+UIV	2	9,5
Echographie+Cystoscopie	15	71,4
Echographie+Cystoscopie+ UCR	1	4,8
Echographie+Cystoscopie+ UIV	3	14,3

L'échographie est l'examen complémentaire le plus réalisé soit 81,1%.

Tableau XXI: Répartition des patients selon le résultat de la cystoscopie :

Résultat de la cystoscopie		Fréquence	Pourcentage
Aspect	Bourgeonnant	20	91
	végétation	2	9
Nombre	Multiple	5	22,7
	Unique	16	72,7
	Non précisé	1	4,5
Siège	Dôme	4	18,2
	Face postérieure	6	27,3
	Latéral	6	27,3
Taille (cm)	Trigone	3	13,6
	Col	1	4,5
	Non précisé	2	9,1
Taille (cm)	Grosse	11	50
	Petite	5	22,7
	Non précisée	6	27,3

A la cystoscopie 91% des tumeurs avaient un aspect bourgeonnant.

Tableau XXII : Répartition des patients en fonction du résultat de l'échographie :

n=60

Résultat de l'échographie		Fréquence	Pourcentage
Présence de tumeur		51	85
Absence de tumeur		9	15
Urétérohydronephrose	Unilatérale	8	13,3
	Bilatérale	23	38,3
	Absence	29	48,3
Total		60	81,1

Plus de la moitié de nos patients présentait un retentissement sur le haut appareil urinaire

Tableau XXIII : Répartition en fonction du stade clinique de la tumeur:

Stade clinique	Fréquence	Pourcentage
Ta	1	1,4
T1	4	5,4
T2	3	4,1
	3	4,1
T3	4	5,4
	14	18,9
T4	35	47,3
	9	12,2
	1	1,4
Total	74	100

La quasi – totalité des patients étaient au stade T3 et T4.

Ta= Carcinome papillaire non invasif

5. Traitement :

✓ Traitement médical :

Tableau XXIV : Répartition des patients selon le type de traitement médical utilisé :

Traitement Médical	Fréquence	Pourcentage
Antalgique	72	97,3
Antibiotique	71	95,9
Transfusion	32	43,2
Antalgique+Antibiotique	39	52,7
Antalgique+Antibiotique+Transfusion	30	40,5
Chimiothérapie	3	4,1

Les antalgiques et les antibiotiques étaient les médicaments les plus utilisés

✓ **Traitements chirurgicaux :**

Tableau XXV : Répartition des patients en fonction des indications chirurgicales :

Type d'intervention	Fréquence	Pourcentage
Cystectomie Partielle	3	15,8
Résection endoscopique	3	15,8
Tumorectomie	5	26,3
Biopsie	2	10,5
Cystectomie partielle + RUV	1	5,3
Abstention per opératoire	5	26,3
Total	19	100

Seulement 19 malades ont bénéficié d'une intervention chirurgicale.

6. Suites opératoires :

✓ **suites immédiates**

Tableau XXVI: Répartition des patients en fonction des suites opératoires immédiates :

Suites	Fréquence	Pourcentage
Favorables	13	68,4
Infection	4	21,1
Décès	2	10,5
Total	19	100,0

Les suites opératoires immédiates ont été favorables dans 68,4%.

Tableau XXVII: Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation en jours :

Jours	Fréquence	Pourcentage
Inf. à 5	4	21,1
5-10	9	47,4
11-15	1	5,3
16-20	3	15,8
21 et plus	2	10,5
Total	19	100

47,4% des patients opérés ont eu une durée d'hospitalisation variable de 5 à 10 jours.

✓ Evolution

Tableau XXVIII: Répartition des patients en fonction de l'évolution et du pronostic 3 mois après l'intervention :

Evolution et pronostic	Fréquence	Pourcentage	
simples	9	52,9	
perdus de vue	2	11,8	
Complications	Infections	1	5,9
	Récidive et/ou AEG	3	17,6
Décès		2	11,8
Total	17	100	

2 malades sont décédés 3 mois après l'intervention.

7. Anatomopathologie :

Tableau XXIX : Répartition des patients en fonction du type histologique

Type histologique	Fréquence	Pourcentage
Carcinome épidermoïde	11	57,9
Carcinome urothelial	5	26,3
Adénocarcinome	3	15,8
Total	19	100

L'histologie restait dominée par le carcinome épidermoïde (soit 57,9%).

Tableau XXX : Répartition des patients selon le résultat de la cytologie urinaire :

Cytologie urinaire	Fréquence	Pourcentage
Localisation urinaire de carcinome	22	62,9
Absence de cellule suspecte	6	17,1
Processus inflammatoire	7	20
Total	35	100

L'aspect cytologique était en faveur d'un carcinome dans 62,9%.

Tableau XXXI: Répartition des patients selon le grade et la maturité du carcinome épidermoïde :

Carcinome épidermoïde	Fréquence	Pourcentage
Différencié mature et invasif	4	36,4
Mature et invasif	3	27,3
Moyennement différencié	2	18,2
Moyennement différencié mature et invasif	1	9,1
Peu différencié et invasif	1	9,1
Total	11	100

Le grade restait dominé par le carcinome épidermoïde différencié, mature et invasif.

Tableau XXXII : Répartition des 55 malades non opérés selon leur évolution pendant notre période d'étude :

Malades non opérés	Fréquence	Pourcentage
Décédé(es)	28	50,9
Perdus de vue	2	3,6
Vivant(es)	25	45,5
Total	55	100

Sur les 55 malades non opérés, 28 sont décédés pendant notre période d'étude, soit 50,9%.

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. La fréquence des tumeurs de vessie dans le service :

En 12 mois (de Janvier 2014 à Décembre 2014), le service d'urologie du CHU du point « G » a enregistré 74 cas de tumeur de vessie, soit 10,62% de l'ensemble des malades hospitalisés au cours de la même période (74/697 malades).

Le service d'urologie de l'Hôpital général de Grand Yoff de Dakar [51] a colligé 223 cas de tumeurs de vessie sur une période de 3 ans de Janvier 2009 à novembre 2012.

Certaines études précédentes au Mali ont montré que la fréquence hospitalière des tumeurs de vessie est variable :

MALLE [4], en 2008 a trouvé 3,16% de tumeurs de vessie sur l'ensemble des malades hospitalisés dans le service d'urologie du CHU du Point G ; **GUIROU [30]** à Bamako en 2007, **THEODORE [52]** à Bamako en 2004, **DIABATE [6]** à Bamako en 1997 ont trouvé respectivement 6,7%, 5,64% et 3,9% de tumeur de la vessie sur l'ensemble des malades hospitalisés au cours d'une année.

Pendant notre période d'étude, les tumeurs de vessie ont été la 2ème cause d'hospitalisation par tumeur après l'adénome de la prostate.

Notre fort taux de fréquence pourrait s'expliquer par la persistance de l'endémie bilharzienne, facteur de risque important dans l'étiopathogenèse des tumeurs épidermoides vésicales et la consommation du tabac.

Notons par ailleurs que les thérapeutiques traditionnelles, les faibles revenus de nos populations pourraient limiter l'accès de nombreux malades au service spécialisé.

2. Aspects Sociodémographiques :

✓ L'âge :

L'âge moyen de nos malades était de 52,8 ans avec des extrêmes d'âge de 11 et 89 ans. Ces chiffres se rapprochent de ceux de **DEMBELE [53]** qui observe un âge moyen de 53 ans. Ces chiffres contrastent avec ceux de nombreux auteurs dont **BELASLA [35]** en Algérie avec 62,82 ans. Par contre d'autres ont trouvé des âges moyens inférieurs à la notre. **AMIROUNE D [19]** à Rabat a trouvé comme moyenne d'âge 35 ans. **GUIROU [30]** à Bamako observe un âge moyen de 49,29 ans. **MALLE [4]**, à Bamako a trouvé un âge moyen de 43,6ans.

✓ **Sexe :**

Nous avons trouvé une prédominance du sexe masculin avec un sexe ratio de 1,17. **THEODORE [52]** et **DIABATE [6]** ont confirmé la prédominance masculine relevée dans notre série avec un sexe ratio respectif de 1,15 et 2,9.

Par ailleurs, d'autres études locales sur la tumeur de vessie [4, 53] ont rapporté un sexe ratio en faveur des femmes.

Le taux élevé des hommes serait dû au fait qu'ils associent le tabac aux autres facteurs de risque communs aux femmes.

✓ **Profession :**

Notre étude révèle que les ménagères et les cultivateurs étaient les plus touchés par cette pathologie soit respectivement 43,2% et 24,3%. Ces taux concordent avec ceux de **THEODORE [52]** qui a trouvé dans l'ordre 37,68% et 36,23%; également compatibles avec les taux de **GUIROU [30]** :36,05% et 24,05%.

✓ **Ethnie :**

Les Bambaras étaient l'ethnie la plus représentée dans notre série avec 28,4% suivis des Peulhs 16,2%. **THEODORE [52]** et **DIABATE [6]** ont trouvé les mêmes résultats.

✓ **Résidence :**

Dans notre étude Bamako venait en premier lieu, suivi de Ségou et Kayes, avec des taux respectif de 45,9%, 16,2% et 13,5%.

Mous retrouvons la même séquence avec la région du plus long séjour de nos patients.

THEODORE [52] avait trouvé que 75% de ses patients résidaient à Bamako suivi de Ségou avec 11,59%. Ces taux élevés dans ces zones pourraient s'expliquer par la présence des cours d'eau, là où la schistosomiase urinaire sévit à l'état endémique.

Le faible taux des autres régions s'explique par éloignement (Mopti, Tombouctou, Gao et Kidal).

✓ **Facteur de risque :**

Les facteurs de risque les plus retrouvés sont la bilharziose (25,7%) et le tabac (8,1%). Tous les fumeurs étaient des hommes soit 6 des 40 hommes.

Ces taux sont comparables à ceux de **DEMBELE [53]** qui a trouvé que 71,7% de ses patients avaient un antécédent de bilharziose urinaire et 16 de ces 21 patients hommes étaient fumeurs. **DIABATE [6]** pour sa part trouve que sur ses 29 patients hommes, 18 étaient fumeurs.

La bilharziose prédispose au cancer de la vessie de type carcinome épidermoïde selon la littérature **[9, 29, 31]**. Notre étude retrouve le même constat.

Dans notre série, l'exposition professionnelle est retrouvée chez 02 patients (2,7%) qui sont employés dans une usine Textile.

✓ **Mode d'admission :**

La plupart de nos malades, soit 70,3% sont venus d'eux même (auto-référés). Ce taux concorde avec celui de **GUIROU [30]** 73%, alors que 70% de la série de **MALLE [4]** ont été référés par les agents de santé.

Mais notre taux pourrait s'expliquer par le fait que les patients ne présentaient pas de fiche de référence.

✓ **Délai de consultation :**

Le délai de consultation dans notre série varie de 1 mois à 5 ans à partir de la date d'apparition des premiers signes. 28,4% de nos patients ont consulté dans un délai de 3 mois à 6 mois alors que 12,2% ont consulté au moins 2 ans après l'apparition des 1^{ers} signes de la maladie. **THEODORE [52]** a trouvé que 40,58% de ses patients consultaient dans un délai de 1 à 6 mois alors que 30,43% consultaient au moins 2 ans après l'apparition des 1^{ers} signes. Dans la série de **GUIROU [30]**, 32,56% des patients ont consulté après 2 ans.

Par ailleurs, le niveau d'instruction n'influençait pas le délai de consultation. On peut donc conclure que c'est l'accentuation des signes cliniques et l'évolution de la maladie qui amènent les patients à consulter. Alors, ils consultent en général à un stade avancé de la maladie.

3. Etude clinique :

✓ **Motif de consultation :**

Dans notre série, l'hématurie a été le maître symptôme : 60,8% de nos patients (n=45) ont présenté une hématurie macroscopique. Elle était totale, initiale ou terminale dans 32,4%, 5,4% et 23% des cas. Ce taux est similaire aux autres études dont celle de **THEODORE [52]** qui retrouvait 84,05% ; de **DIABATE [6]**, de **MALLE [4]** et de **DEMBELE [53]** qui ont retrouvé respectivement 100%, 52,3% et 97,8%.

Il est établi depuis longtemps que l'hématurie est un signe clé dans les tumeurs de l'appareil urinaire notamment la vessie. L'hématurie est observée chez 85% des patients présentant une tumeur de vessie. L'importance de l'hématurie est indépendante du stade et du grade tumoral

[11, 33, 55]. Les signes les plus fréquemment associés à cette hématurie sont la dysurie et la douleur hypogastrique.

✓ **Examen clinique :**

– **Inspection :**

L'hématurie vue représentait 60,8%, soit le signe clinique le plus évocateur et même révélateur. **GUIROU [30]** dans sa série retrouvait 58,14%, et **THEODORE [52]** rapportait 84,05% de cas d'hématurie.

Nous avons remarqué que l'amaigrissement vient en 2^{ème} signe dans le tableau clinique avec un taux de 38,4%. Chiffres qui s'accordent avec ceux de **THEODORE [52]** qui rapportent 59,42% de cas de cachexie. **DEMBELE [53]**, dans sa série, observe que plus de la moitié de ses patients présentait comme signe visible à l'inspection un amaigrissement (54,3%).

– **Palpation abdominale et le toucher pelvien :**

La masse hypogastrique était retrouvée chez 29,7 % des patients ; 27 de nos patients avaient un blindage pelvien, soit 36,5% des cas. Dans la série de **GUIROU [30]**, la masse à l'examen physique (palpation combinée au toucher pelvien) a été retrouvée dans 33,71% suivie du blindage pelvien avec 30,23%. **THEODORE [52]** a trouvé dans sa série que la douleur représente 79,71% des signes cliniques retrouvés à l'examen.

Le taux élevé de ces signes pourrait s'expliquer par le degré d'infiltration de la tumeur et de son évolution. Ceci explique le retard qu'accusent nos patients dans le diagnostic de leur maladie.

Autres signes représentés à l'examen physique :

Masse hypogastrique visible 18 ,9% ;

Œdème des membres inférieurs 18,9% ;

Circulation veineuse collatérale 1,4%.

Ces chiffres s'accordent avec ceux de **GUIROU [30]**.

Par ailleurs nous avons trouvé un cas de fistule vésico-vaginale néoplasique.

4. Etude paraclinique :

✓ Biologie et biochimie :

Nous avons obtenu le taux d'hémoglobine chez 70 sur 74 patients :

- 13 patients soit 17,6% avaient une anémie sévère avec un taux d'hémoglobine <7g/dl ;
- 42 patients soit 56,8% avaient un taux d'hémoglobine compris entre 7 et 11g/dl ;
- 20,3% de nos patients (n=15) avaient un taux d'hémoglobine normal.

Ces chiffres sont superposables à ceux de **THEODORE [52]** qui a trouvé que 10% de ses patients avaient un taux d'hémoglobine <7g/dl. **DIABATE [6]** a trouvé que 30% de ses patients étaient anémiés ; **GUIROU [30]** a trouvé que 15 patients, soit 20,55% avaient une anémie sévère avec un taux d'hémoglobine < 7g/dl.

Cette anémie pourrait s'expliquer par le fait que la tumeur de la vessie est une tumeur hémorragique. Cette hémorragie peut être banalisée par le patient ou mal prise en charge ou parfois même confondue avec l'hématurie bilharzienne par les personnels soignants.

L'hyper créatininémie était présente chez 24 de nos 60 patients chez lesquels la créatininémie a été dosée soit un taux de 32,4%. Cette créatininémie reste normale jusqu'à des stades très avancés en rapport avec le siège ou le volume de la masse tumorale par rapport aux méats urétéraux.

Elle témoigne de l'atteinte de la fonction rénale par obstruction des voies urinaires. Plusieurs études effectuées au Mali ont fait le même constat [4, 6, 30, 52, 53].

✓ **Imagerie :**

Dans le but de poser le diagnostic, nos patients ont bénéficié d'un bilan comprenant une échographie de l'appareil urinaire, d'une UIV et d'une UCR. Ainsi l'examen d'imagerie le plus réalisé a été l'échographie abdomino-pelvienne (n=60) soit 81,1% des cas. L'échographie a permis de poser le diagnostic chez 51 de nos patients soit 81,70% des cas, chiffre comparable à celui de **GUIROU [30]** qui a trouvé 81,70%. **DEMBELE [53]** a réalisé une échographie chez 39 patients soit un taux de 84,8%.

Quand l'échographie a été réalisée, elle a révélé une urétérohydronephrose dans 51,6% des cas. Ce taux était de 38,23% dans la série de **GUIROU [30]**. L'échographie est opérateur-dépendante et suivant la littérature, sa sensibilité est de 61% à 84% pour les tumeurs de type polypoïde >à 5mm **[16]**.

Une UIV a été réalisée chez 5 patients sur 74 soit 6,8%. Dans tous les cas, elle a permis d'établir le diagnostic de tumeur de vessie. Ces chiffres sont superposables à ceux de **THEODORE [52]** et **DIABATE [6]** qui ont trouvé respectivement 82,05% et 75,5% de tumeurs de la vessie évoquées à l'UIV. Elle a permis de montrer un retentissement sur le haut appareil urinaire chez 3 malades soit 60% des cas. Une image d'amputation ou lacunaire était présente dans 80% des cas.

Dans notre série, un seul malade a bénéficié d'une UCR qui a montré une image d'amputation.

Le faible taux de ces bilans (UIV et UCR) est du au fait qu'ils ne sont pas systématiquement demandés devant tout cas de tumeur de la vessie.

La cystoscopie réalisée chez 22 patients a permis de poser le diagnostic de la tumeur vésicale chez 20 malades soit 90,9% des cas. Ce résultat concorde avec celui de **MALLE [4]** chez qui 16 patients avaient réalisé la cystoscopie dont la tumeur vésicale a été vue chez 14 malades et celui de **DIABATE [6]**

qui dans sa série, la cystoscopie a pu localiser la tumeur vésicale chez 13 patients sur 14 réalisations soit 92,9% des cas. Cette conclusion prouve la valeur diagnostique de cet examen dans cette pathologie vésicale.

✓ **Bilan d'extension :**

La tomodensitométrie reste à ce jour l'outil de référence pour le bilan d'extension et le suivi carcinologique des cancers de vessie [51].

Elle a été réalisée chez 41 malades soit un taux de 55,4%. Cet examen n'a pas été réalisé chez tous les patients à cause de son coût particulièrement élevé pour beaucoup d'entre eux.

Dans la série de **GUIROU [30]**, seulement 2 des 86 patients ont bénéficié du scanner, soit 2,32%.

Quant à l'étude de **DEMBELE [53]**, elle n'a été réalisée que par un seul patient et était revenu sans particularité.

Dans notre série, la radiographie thoracique de face a été demandée chez 5 patients qui n'ont pas révélé une localisation secondaire de la tumeur.

5. Stade de la tumeur :

La quasi-totalité de nos patients sont au stade T3 et T4 au moment du diagnostic, soit respectivement 24,3% et 60,9%. Ces résultats sont comparables à ceux de **DIABATE [6]** qui a trouvé la tumeur au stade T4 dans 60,5% des cas ; **DEMBELE [53]** rapporte 55 % des tumeurs T3 et 25 % au stade T4 ; **GUIROU [19]** rapporte 41,67 % des tumeurs au stade T4.

6. Anatomie pathologique :

L'anatomopathologie réalisée chez 19 patients a trouvé le carcinome épidermoïde dans 11 cas soit 57,9%.

MALLE [4] dans sa série a trouvé 22,5% de carcinome épidermoïde. **DIABATE [6]** et **GUIROU [30]** l'ont trouvé avec des taux respectifs de 72,2% et 80%.

Le taux élevé du carcinome épidermoïde se justifie par l'endémie bilharzienne qui sévit dans nos pays comme signalée dans la littérature [31].

Le carcinome transitionnel qui est le type histologique le plus fréquent en Europe (particulièrement en France) selon la littérature vient en 2^{ème} position dans notre série avec 5 cas soit 26,9%.

D'autres types histologiques ont été retrouvés dans une faible proportion (adénocarcinome mucineux dans 5,3% et l'adénocarcinome papillaire dans 10,5% des cas).

La cytologie urinaire a été réalisée chez 35 malades. Elle était en faveur d'une localisation urinaire de carcinome dans 62,9% des cas (n =22).

7. Traitement :

✓ Traitement médical:

– **Symptomatique :** les moyens médicaux les plus utilisés ont été l'association d'antalgique et d'antibiotique avec un taux de 52,7%. 43,2% (n=32) de nos malades ont été transfusés au cours de leur séjour. Ces résultats s'expliquent par le fait que les tumeurs de vessie provoquent une douleur très atroce nécessitant souvent l'utilisation des morphiniques. Le signe révélateur des tumeurs de vessie étant très souvent l'hématurie, la transfusion est nécessaire à cause de l'anémie qu'elles provoquent.

– **Chimiothérapie :**

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.)[26]. Dans notre série, 3 malades ont bénéficié d'une poly chimiothérapie suivant le protocole :

- Paclitaxel, Carboplatine chez 2 patients ;

- Methotrexate, Adriamycine chez le 3^{ème} malade.

Aucun de nos malades n'a bénéficié d'une mono chimiothérapie.

Dans la série de **GUIROU [30]**, 2 patients sur les 86 ont bénéficié d'une poly chimiothérapie suivant le protocole MAV (Methotrexate Adriamycine Vinblastine) et 27 patients soit 31,39% ont bénéficié d'une mono chimiothérapie à base de la cyclophosphamide (Endoxan). Cette pratique a été observée chez 64 patients dans la série de **THEODORE [52]**.

– **Immunothérapie :**

Utilisée dans le but de diminuer le risque de récidive des tumeurs superficielles de vessie après tumorectomie à ciel ouvert, ou après résection transurétrale. Les molécules les plus utilisées sont le Bacille de Calmet et Guérin (BCG) et la Mytomycine. Cette pratique n'est pas observée dans notre étude.

– **Radiothérapie :** C'est une pratique récemment mis en notre disposition.

Aucun de nos malades n'en a bénéficié.

✓ **Chirurgie :**

Sur les 74 malades de notre population d'étude, seulement 19 ont été proposés pour une intervention chirurgicale repartis comme suit :

Cystectomie partielle :

- Une cystectomie partielle simple a été réalisée dans 3 cas (15,8%)
- Une cystectomie partielle + Réimplantation urétéro-vésicale dans 1 cas soit 5,3%.

Ces résultats sont comparables à ceux de **THEODORE [52]** qui fait recours à la cystectomie partielle simple chez 10 de ses patients (16,66%), et à la cystectomie partielle + réimplantation urétéro-vésical chez 6 patients (10%). Dans la série de L. Niang et col à Dakar, 1,8% des patients ont subi une cystectomie partielle **[51]**.

Cette pratique a l'avantage de conserver la fonction vésicale.

La résection endoscopique transurétrale : a été réalisée chez 3 de nos patients soit 15,8% des cas. Dans la série de L. Niang et col à Dakar la résection transurétrale (RTUV) a été réalisée dans 49% des cas [51]. **DEMBELE [53]**, dans sa population d'étude a enregistré 20 cas de résection endoscopique. Les autres études faites au Mali n'ont pas enregistré des cas du fait de non disponibilité du résecteur.

Tumorectomie : dans notre série, 5 malades (26,3%) ont bénéficié d'une tumorectomie. Ce résultat est comparable à celui de **MALLE [4]** chez qui la tumorectomie simple a été pratiqué chez 10 malades soit 25% des cas. **GUIROU [30]**, avait enregistré 16 cas de tumorectomie à ciel ouvert.

Nous avons enregistré 6 cas d'abstention chirurgicale en per opératoire avec un taux de 31,6%.

GUIROU [30] révèle 18 cas (25,70%) de laparotomie avec abstention thérapeutique. **THEODORE [35]** retrouve 11 cas.

Cette attitude a été observée compte tenu de l'état d'envahissement de la tumeur rendant impossible tout acte chirurgical.

– **La chirurgie classique à visée curative :**

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)[27, 41]. Aucune de ces techniques n'a été réalisée au cours de notre étude compte tenu du :

- Stade clinique de la tumeur ;
- l'âge particulièrement avancé de nos malades ;
- leur état général (physique et physiologique).

8. Evolution et pronostic :

✓ Suites opératoires immédiates :

Les suites opératoires immédiates ont été favorables dans 68,4%. Il y'a eu 4 cas (21,1%) d'infection de la plaie opératoire. Deux malades sont décédés de suite des complications post opératoires. **GUIROU [30]**, dans ses suites opératoires immédiates a enregistré les résultats ci-après :

- 17 cas (24,30%) de complications à type de suppuration pariétale ;
- 3 cas (4,30%) fistule vésico-pariétale ;
- 1 cas (1,40%) de fistule digestive.
- Une mortalité à 12,90% (9 cas).
- Et les suites opératoires immédiates ont été simples dans 57,10%.

Dans la série de **DIABATE [6]**, Les suites opératoires immédiates sont favorables dans 76,4%. Un malade est décédé au cours de son hospitalisation des suites de complications pulmonaire.

Dans notre étude, 47,4% de nos malades ont eu une durée d'hospitalisation allant de 5 à 10 jours. 2 patients ont fait plus de 20 jours du fait de l'infection de la plie opératoire. Ce résultat est comparable à celui de **THEODORE [35]** qui observe que 51,66% ont une durée d'hospitalisation de 6 à 11 jours ; 3 de ses malades ont fait plus d'un mois.

✓ Les suites après 3 mois des malades opérés :

Sur les 17 malades restants, 3 ont été revus après leurs sorties dont :

- Un à 3 mois pour récidive après une cystectomie partielle ;
- Un pour altération de l'état général sur une tumeur stade T4 4 mois après une résection trans urétrale de vessie ;
- Un pour altération de l'état général après une abstention en per opératoire.

Tous les trois sont décédés au cours de leur réhospitalisation.

✓ **Le suivi des 55 malades non opérés :**

Avant la fin de notre étude 50,9% (n=28) de nos malades non opérés sont décédés, 2 ont été perdus de vue. Ce taux élevé de mortalité vient confirmer notre faible pourcentage de prise en charge chirurgicale : beaucoup de nos malades sont venus à un stade très avancé dans l'évolution de leurs maladies.

S'il y a une pathologie qui montre à l'urologue son impuissance, c'est bien la tumeur de la vessie [30]. Cette affirmation peut être justifiée dans notre étude par le pronostic et la prise en charge de cette pathologie.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION

Il ressort de notre étude prospective consacrée aux tumeurs de vessie dans le service d'urologie du CHU du Point G que cette pathologie cancéreuse est l'une des plus fréquentes au Mali.

Il représente le deuxième cancer urologique après celui de la prostate; et se révèle plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Le cancer de vessie touche une population relativement jeune, qui joue un rôle actif dans les pays en développement.

Les facteurs de risque les plus incriminés étaient la bilharziose associée au tabagisme.

Beaucoup de malades sont vus à un stade tardif ; si bien qu'un bon examen clinique (interrogatoire et toucher pelvien) épaulé par une bonne échographie urinaire est parfois suffisant pour en faire le diagnostic.

L'hématurie était le maître symptôme et le principal motif de consultation. Le reste du tableau était dominé par la douleur et l'amaigrissement.

Sur le plan thérapeutique, le traitement médical dans notre contexte s'est limité au traitement symptomatique de la douleur, la correction de l'anémie, et par la chimiothérapie. Le traitement chirurgical malgré qu'il demeure le seul recours n'a été subit que par une faible population dans notre étude (25,7%).

Sur le plan évolutif, bien que les suites opératoires ont été simples dans 68,4% des cas, la morbidité post opératoire est de l'ordre de 21,1% et dominée par la suppuration pariétale. La mortalité post opératoire est de l'ordre de 10,5%.

2. RECOMMANDATIONS :

Nous formulons les recommandations suivantes :

Aux médecins :

- Adresser à l'urologue tout patient à risque présentant une hématurie micro ou macroscopique ;
- Ne pas retarder le diagnostic avec la répétition du traitement au praziquantel en cas d'hématurie récidivante ou résistante à ce traitement.
- Pratiquer systématiquement l'échographie, la cystoscopie et la cytologie urinaire chez tout patient présentant une hématurie aussi minime qu'elle soit.

A tous les personnels socio-sanitaires :

- Référer tous les cas chroniques ou de rechutes d'hématurie dans les services spécialisés.
- Informer la population sur l'évolution à bas bruit de la pathologie.
- Sensibiliser la population sur les dangers encourus par une infection bilharzienne et les facteurs de risque du cancer de la vessie.
- Informer les patients de l'impuissance du traitement traditionnel sur cette pathologie.

A l'endroit de la population

Nous recommandons:

- Une meilleure collaboration avec les agents de santé, pour la consultation immédiate au moindre symptôme (hématurie, dysurie).
- Une sensibilisation des enfants et leurs parents sur les risques de bilharziose liés aux baignades: comportement à risque, favorable à l'apparition du cancer.
- Eviter la tradithérapie devant toute présence de sang dans les urines.

Aux autorités politico-administratives :

- Renforcer les campagnes Nationales de lutte contre les facteurs de risque : la bilharziose urinaire, le tabagisme, la teinture (colorants chimique)
- Doter le service d'urologie de moyens permettant le dépistage précoce des tumeurs de la vessie (cystoscope avec résecteur endoscopique)
- Doter le CHU du Point G d'appareils de radiothérapie ;
- Formation du personnel pour la prise en charge des tumeurs de vessie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Epidemiology, Staging, Grading, and Risk Stratification of Bladder Cancer

European Urology Supplements, Volume 7, Issue 10, October 2008,
Pages 618-626 Marc Colombel, Mark Soloway, Hideyuki Akaza, Andreas
Böhle, Joan Palou, Roger Buckley, Donald Lamm, Maurizio Brausi, J.
Alfred Witjes, Raj Persad

2. PIERRE K.

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

3. DECLINING MORTALITY FROM BLADDER CANCER IN EUROPE.

Ferlay J, Randi G, Bosetti C, Levi F, Negri E, Boyle P, La Vecchia C. BJU Int.
2008 Jan; 101(1):11-9.

4. 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, 2009 09M105.

5. STENZL A, WITFIES J A, COWAN N C et al

Guideline on bladder cancer muscle invasive and metastatic. European
Association of urologie 2011.

6. DIABATE. M

Etude des tumeurs de la vessie au service d'urologie de l'Hôpital du
point G [Thèse : médecine] Bamako 1997 M10.

7. RENAUDIN K, MOREAU A, BUWELIN F

Anatomie pathologique des tumeurs épithéliales infiltrantes de vessie.
Progrès en Uro (2002).

8. Dr X. LIEM

Cancer de vessie localisé. Chimiothérapie et radiothérapie. Lille ; 2014

9. DIENDERÉ. E.

Le cancer de la vessie au Burkina Faso : étude anatomo-clinique de 83 cas [Thèse : médecine]. Ouagadougou : faculté des sciences de la santé (FSS section médecine) ; 1996.

**10. LOUIS R. KAVOUSSI, ANDREW C. NOVICK, ALAN W. PARTIN,
CRAIG A. PETERS.**

Campbell-Walsh urology. 10th Edition; 2012.

11. EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY

Guide line 2011: diagnosis and staging. 14-20.

12. 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.

13. GATTEGNO B, CHOPIN D

Endoscopie diagnostic et thérapeutique. Progrès en urologie (2001), 11, N°5 :1021-1030.

14. BRAUERS UN, BUETTNER R, JAKSE G.

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

15. DUFOUR B.

Traitements des tumeurs infiltrantes de vessie. Site : www.Fnclcc.Fr.

16. PFISTER C, ROUPRET M, WALLERAND H *et al.*

(Oncology Commutée of the French Association of Urology).

Recommendations onco-urology 2010: Urothelial tumors. Prog Urol 2010; 4:S255-74.

17. OZEN, H. AND HALL, M. C.

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

18. ROUVIERE H.

Anatomie humaine descriptive, topographie et fonction. Tome 2

19. AMIROUNE D

Les cystectomies pour cancer de vessie : données anatomopathologiques et opératoires, résultats carcinologiques, mortalité et morbidité. [Thèse : médecine] Rabat, 2012.

20. REBILLARD X, GROSCLAUDE P, LEBRET T *et al.*

Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer urologique en France en 2010. Prog Urol. 2010, Suppl.4, S211-S214.

21. REGISTRE NATIONAL DU CANCER.

Fiche thématique cancer tous sites 1994.

22. ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE :

www.urofrance.org. Consulter le 20/01/2015.

23. ANATOMIE.

Topographique, descriptive et fonctionnelle. Tome 4. 2ème édition.

Alain Boucher, Jacques Cuilleret. Edition: Masson. ISBN: 2-225-82467-3.

24. ATLAS D'ANATOMIE HUMAINE.

Section V : Pelvis et périnée. 4ème édition Franck Netter.

Edition : Masson.

25. DESCOTES J L, HUBERT J, LEMAITRE L.

Apport de l'imagerie dans les tumeurs de vessie. Progrès en urologie (2003), 12. 947-968.

26. BRULE J.M ; CECCALIBB ; FOURNIER R.

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

27. RISCHMAN P; ET COLL.

Tumeurs urothéliales, Prog. Urologie (2002) 12, N°5.

28. CULTY T, LEBRET T, HOUSSET M.

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

29. Site net www.dematrice.org

Tumeurs de vessie : facteurs pronostiques. Consulté le 19/07/2014.

30. GUIROU A

Prise en charge des tumeurs vésicales dans le service d'urologie du CHU du Point G à propos de 86 cas. [Thèse : médecine] Bamako 2007.

31. SOCIETE EUROPEENNE D'ONCOLOGIE MEDICALE

Cancer de la vessie : un guide pour les patients – Basé sur les recommandations de l'ESMO - v.2012.1

32. DEBRE B, SAIGHI D, PEYROMAURE M.

Abrégé d'urologie.

33. BOUCHOT O, ZERBIB M.

Diagnostic d'une tumeur infiltrante de vessie. Progrès urologie (2002), 12, N°5. 769-772.

34. GONTIER R, HERITIER P.H.

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

35. BELASLA NACER.

Cystectomie dans les cancers de vessie localement avancées. [Thèse : médecine]. Faculté de Médecine Tizi-Ouzou (Algérie) ; 2014

36. SYNTHESE DU PROJET D'ETABLISSEMENT DE L'HOPITAL

GABRIEL TOURE, Bamako 2000-2006, P.74.

37. FERGUSSON A.R.:

Associated bilharsis and primary malignant disease of the urinary bladder.

38. CHERIFA AYARI.

Optimisation De L'immunothérapie Non Spécifique Du Cancer Superficiel De La Vessie.[Thèse : médecine],2012

39. LE GUILLOU M, FERRIERE J.M, BARTHABURU D, MONY P.H.

Les tumeurs de vessie chez le sujet de moins de 40 ans Ann Urol, 1985, 19:345-345-348.

40. PAUNEAU C.H., SCHAFFER P., BOLLACK C.L.

Epidémiologie analytique du cancer de la vessie. Annales uro 1992, 26 (5): 281- 293.

41. DE PETROCCINI R.

Cystoprostatectomie totale sans uretrectomie. Technique chirurgicale. Urologie 2009 :41-190

42. IRANI JACQUES, LEBRET THIERRY, THEODORE CHRISTINE,

DAVTN JEAN LOUIS (Comité Tumeurs Urothéliales du CCAFU).

Suivi des tumeurs urothéliales. Progrès en Urologie (2005), 15,581-586.

43. BOCCON-GILBERT L.

Cystectomie totale pour cancer infiltrant de la vessie chez l'homme.

44. HAUTMANN RE.

Urinary diversion: ileal conduit to neobladder. J Urol 2003;169:834-42.

45. BAUD G.

Cystectomie totale pour cancer de vessie : mortalité, morbidité et résultats carcinologiques. [Thèse : médecine]Nantes, Paris, 2005

46. CORMIER L, DAUVERGNE P ET RISCHMANN P.

Exploration clinique et endoscopique de la vessie, endoscopie de l'urètre. Encycl Méd Chir, Néphrologie-Urologie, 18-204-A-10, 8 p.

47. DUBERNARD J M, ABBOU C.

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

48. RISCHMANN P, DAUVERGNE P.

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

49. LA LIGUE DE SUISSE CONTRE LE CANCER.

Cancer de vessie : causes, symptômes, diagnostic, traitement et pronostic. Site: www.fnclcc.fr.

50. ZERBIB F., et BOUCHOT O.

Résultats des cystectomies totales

Clinique urologique CHU Cochin Paris, France

Clinique urologique CHU Hôtel Dieu Nantes, France

Académie nationale de chirurgie 2003 2 (4): 7-13.

51. L. NIANG, M. NDOYE, I. LABOU et al

Aspects épidémiologiques cliniques et thérapeutiques des tumeurs de vessie à l'hôpital général de grand Yoff de Dakar.

52. THEODORE S B

Etude des tumeurs de la vessie au Service d'urologie du CHU du Point G, à propos de 69 [Thèse : médecine] Bamako 2004.

53. DEMBELE A

Prise en charge des tumeurs de vessie au service d'urologie du CHU Gabriel Toure [Thèse : médecine] Bamako 2012

54. TREATMENT OF MUSCLE-INVASIVE AND METASTATIC BLADDER

CANCER: Update of the EAU Guidelines European Urology, Volume 59, Issue 6, June 2011, Pages 1009-1018].

55. Van RHIJN BW, VAN DER POEL H G, VAN DER WAST TH.

Urine markers for bladder cancer surveillance: a systemic review. Eur urol. June 2005; 47 (5): 732- 48. Epub mars 2005 23.

FICHE D'ENQUETE

TITRE: Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des tumeurs de vessie au service d'urologie du CHU-Point G

Nº:

Date :...../...../20.....

I. Données sociodémographiques

1. Nom :
Prénom :

2. Sexe : / / Tel :
Masculin=1 Féminin=2

3. Age : ans

4. Profession : / /
Cultivateur=1 Eleveur=2 Pêcheur=3 Employé d'usine=4
Teinturier=5 Ménagère=6 Fonctionnaire=7 Elève/Etudiant=8
Autre=99

5. Ethnie : / /
Bambara=1 Malinké=2 Peulh=3 Bozo=4 Sonrai=5 Soninké=6
Bobo=7 Dogon=8 Kassonké=9 Autre=99

6. Région du plus long séjour dans l'enfance : / /
Bamako=1 Kayes=2 Koulikoro=3 Sikasso=4 Ségou=5
Mopti=6 Tombouctou=7 Gao=8 Kidal=9 Autre=99

7. Adresse actuelle / /
Bamako =1 Kayes=2 Koulikoro=3 Sikasso=4 Ségou=5 Mopti=6
Tombouctou=7 Gao=8 Kidal=9 Autre=10

8. Situation matrimoniale : / /
Marié(e)=1 Célibataire=2 Divorcé(e)=3 veuf (ve)=4

9. Niveau d'instruction : / /
Primaire=1 Secondaire=2 Universitaire=3 Ecole coranique=4
Analphabète=5

II. Données cliniques :

mictionnelle/ /-Impériosité mictionnelle/ /-Incontinence
d'urine/ /-Douleur lombaire/ /-Altération de l'état général /
/ - Autre / /

C. Temps d'évolution des signes: / /
(1-3) mois=1 - (3-6) mois=2 - (6-12) mois=3 (12-18) mois=4 (18-
24) mois=5

D. Antécédents :

Antécédents médicaux : / /
HTA=1 Diabète=2 SIDA= 3 UGD=4 Autre=5

Antécédents chirurgicaux : / /

Oui=1 Non=2

Si oui, lequel ? :.....

Antécédents urologiques :

Bilharziose dans l'enfance Oui=1 Non=2 / /

Si Oui : / /
Traitement médical=1 Traitement traditionnel=2

Habitude de vie : Tabac / / Thé= / / Café / / Cola / /
Alcool / /

E. Examens cliniques :

1. Signes généraux :

Etat général : / /
Bon=1 Passable=2 Altéré=3

Conjonctives : / /

Bien colorée=1 Moyennement colorée=2 Pales=3

Température:..... °C TA.....mm Hg FC.....bat/mn
FR.....cy/mn Conscience : Conservée=1 Altérée=2
/ /

Amaigrissement : Oui=1 Non=2 / /
(Poids =..... Kg ; Taille=.....m)

2. Examens physiques :

Inspection : Masse hypogastrique=1 / / Hématurie=2 / /
CVC=3 / / OMI=4 / / Normale=5 / /

Palpation : Normale=1 / / - Masse hypogastrique=3 / / - Douleur hypogastrique=3 / / Douleur lombaire=4 / / Autres=5.....

Toucher pelvien : / /

Normale=1 Masse =2 Douleur=3 Blindage=4

III. **Données para cliniques :**

4 Echographie : Oui=1 Non=2 / /

Tumeur : Oui=1 Non=2 / /

Localisation de la tumeur : / /

Antérieure=1 Postérieure=2 Latérale=3

Méタstase : Hépatique / / -Pulmonaire / / -Utérine / / -
Prostatique / / Absente=5 / /

Urétéro-hydronephrose : / /

Unilatérale=1 Bilatérale=2 Absence=3

Autres pathologies associées : / / Oui=1 Non=2

4 Cystoscopie : / / Oui=1 Non=2

Tumeur : / / Oui=1 Non=2

Localisation : / /

Antérieure=1 Postérieure=2 Latérale=3

Autre :.....

Capacité vésicale : / / Conservée=1

Diminuée=2

Caractère de la tumeur : / /

Végétation=1 Bourgeonnante=2 Papillomateuse=3

Biopsie : / / Oui=1 Non=2

3. UIV : / / Oui=1 Non=2

Image : / /

Lacunaire =1 D'amputation=2 D'irrégularité du contour vésical=3

Urétéro-hydronephrose : / /

Unilatéral=1 Bilatéral=2 Absente=3

Position de la tumeur : / /

Antérieure =1 Postérieure =2 Latérale=3

4. UCR : / / Oui=1 Non=2

Tumeur : / / Oui=1 Non=2

5. Bilan d'extension :

a. Radiographie thoracique : / / Oui=1 Non=2

Résultat :.....

.....

b. TDM : / / Oui =1 Non=2

Résultat :.....

.....

6. Biologie /Biochimie : / / Oui=1 Non=2

NFS: Hb.....g/dl Ht..... % GR..... GB.....

Plaquettes..... Groupe sanguin: A=1 B=2 AB=3

0=4

Rhésus : Positif=1 Négatif=2

Glycémie :.....g/dl Crétatinnémie :..... TP:.....

TCK :..... ECBU : / / Oui=1 Non=2

Résultat :
.....
.....

IV. Traitements :

1. Traitement médical :

- a. Traitement symptomatique : / /
Antalgique=1 Antibiotique=2 Transfusion=3 Irrigation=4

- b. Chimiothérapie : / / Oui=1 Non=2
Protocole :

- c. Radiothérapie : / / Oui=1 Non=2
Protocole :

2. Traitement chirurgical

- a. Chirurgie conservatrice : / /
Résection endoscopique=1 Cystectomie partielle=2

- b. Chirurgie radicale : / / Oui=1 Non=2

Type :
.....

- c. Lymphadenomectomie : / /
Gauche=1 Droite=2 Bilatérale=3

- d. Déivation urinaire : / / Oui=1 Non=2

Type :
.....

IV. Compte rendu opératoire :

1. Type d'anesthésie : / /
AG=1 Anesthésie péridurale=2 Anesthésie rachidienne=3

2. Classification TNM en per opératoire :

- a. Tumeur superficielle : / / Ta=1 Tis=2
T1=3
- b. Tumeur infiltrant : / / T2a=1 T2b=2 T3a=3 T3b=4
T4a=5 T4b=6

V. Période postopératoire :

1. Suites : / / Simples=1 Infections=2
Décès=3

Durée d'hospitalisation :joursMois

2. Observations générales sur l'état du malade à sa sortie: Poids.....Kg
TA.....mm Hg Pouls.....pul/mn Cicatrice :.....Qualité
de la miction:.....

VI. Anatomopathologie :

1. Biopsie : / / Oui=1 Non=2

Résultat :.....

.....

2. Pièce opératoire : / / Oui=1 Non=2

Résultat :.....

.....

.....

FICHE SIGNALTIQUE

Nom : **KAMISSOKO**

Prénom : **Issaka**

Titre de la thèse : **Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des tumeurs de vessie au service d'urologie du CHU-Point G.**

Année universitaire : **2014-2015**

Ville de soutenance : **Bamako**

Lieu de dépôt : **Bibliothèque de la FMOS**

Pays : **Mali**

Secteur d'intérêt : **urologie.**

Résumé : Notre étude avait pour but d'étudier les **Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des tumeurs de vessie au service d'urologie du CHU-Point G.** C'est une étude prospective répertoriant 74 cas de tumeurs sur une période de 12 mois (Janvier 2014-Décembre 2014).

Les tumeurs de la vessie sont une pathologie fréquente représentant 10,62% de l'ensemble des malades hospitalisés, et occupant le 2ème rang des tumeurs en urologie après l'hypertrophie bénigne de la prostate et surviennent en moyenne à 52,8 ans, avec des extrêmes de 11 et 89 ans.

Le sexe masculin est prédominant avec un sex-ratio de 1,17. La bilharziose urinaire, considérée comme facteur prédisposant, a été retrouvée dans 25,7% des cas chez nos malades comme antécédent.

Le diagnostic est évoqué par l'anamnèse et le toucher pelvien, mais confirmé par les examens complémentaires (cystoscopie, échographie, UIV, UCR).

Sur les 74 patients, 19 ont été programmés pour une intervention chirurgicale. Les techniques chirurgicales ont consisté à une tumorectomie (26,3%), à une cystectomie partielle (15,8%), à une résection endoscopique (15,8%) et une Cystectomie partielle + RUV (5,3%).

Le carcinome épidermoïde est le type histologique dominant (57,9 %).

L'évolution a été marquée par une morbidité post opératoire à 21,1%, une mortalité à 10,5% et favorable à 68,4% dans les suites immédiates.

Le pronostic est aléatoire à long terme, du fait de la gravité de cette affection qui échappe à toute thérapeutique curative. Seule une bonne prévention pourrait améliorer son pronostic.