

CHAN YOLENG Aimée Narcisca

**LES CANCERS DE LA VESSIE VUS AU CENTRE HOSPITALIER JOSEPH
RAVOAHANGY ANDRIANAVALONA**

Thèse de Doctorat en Médecine

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO
FACULTE DE MEDECINE

Année 2010

N° 7971

**LES CANCERS DE LA VESSIE VUS AU CENTRE HOSPITALIER JOSEPH
RAVOAHANGY ANDRIANAVALONA**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le 21 Janvier 2010

à Antananarivo

par

Madame CHAN YOLENG Aimée Narcisca

Née le 18 Décembre 1981

A Vavatenina

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

MEMBRES DU JURY

Président : Professeur RANTOMALALA Harinirina Yoël Honora
Juges : Professeur RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Frank
Professeur RAVELOSON Jean Roger
Rapporteur : Docteur RAMBEL Andrianisa Hoby



**MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**

UNIVERSITE D'ANTANANARIVO

FACULTE DE MEDECINE

Fax : 22 277 04 – BP : 375 Antananarivo
E-mail : facultedemedecine_antananarivo@yahoo.fr

I- CONSEIL DE DIRECTION

A. DOYEN :

M. RAJAONARIVELO Paul

B. VICE-DOYENS

- Appui à la Pédagogie et Stages Hospitaliers et Recherche

M. RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin

- Relations Internationales, Communication et Technologie de l'Information et Communication à l'Enseignement

M. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

- Scolarité

* 1^{er} et 2nd cycle

M. RAMANAMPAMONJY Rado Manitrana

* 3^{ème} cycle court (stage interné, examen de clinique, thèses)

M. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa

- Troisième Cycle Court Long et Formation continue (Mémoires, D.U, MSBM, Agrégation)

M. SAMISON Luc Hervé

C. CHARGE DE MISSION

M. RAJAONA Hyacinthe Régis

D. SECRETAIRE PRINCIPAL

Administration, Affaires Générales, Finances
Ressources Humaines, Patrimoine, Troisième
Cycle long et Formation Continue

Mme RASOARIMANALINARIVO Sahondra H.

II- CONSEIL D'ETABLISSEMENT

PRESIDENT

M. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

III- CHEFS DE DEPARTEMENT

- Biologie

Pr. RASAMINDRAKOTROKA Andry

- Chirurgie

Pr. ANDRIAMAMONJY Clément

- Médecine

Pr. RAFARAMINO Florine

- Mère et Enfant

Pr. RAZAFIARIVAO Noëline

- Santé Publique

Pr. RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin

- Sciences Fondamentales Mixtes et Pharmacie

Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa

- Tête et cou

Pr. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO Violette

- Vétérinaire

Pr. RASAMBAINARIVO John Henri

IV. CONSEIL SCIENTIFIQUE

PRESIDENT

M. RAJAONARIVELO Paul

V. COLLEGE DES ENSEIGNANTS

A. PRESIDENT

Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

B. ENSEIGNANTS PERMANENTS

B.1. PROFESSEURS TITULAIRES D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Immunologie

Pr. RASAMINDRAKOTROKA Andry

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Endocrinologie et métabolisme

Pr. RAMAHANDRIDONA Georges

- Néphrologie

Pr. RAJAONARIVELO Paul

- Pneumologie-Phtisiologie

Pr. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa

- Neurologie

Pr. ANDRIANARISOA Ange

Pr. TEHINDRAZANARIVELO Djacoba Alain

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie néonatale

Pr. RANDRIANASOLO Olivier

- Pédiatrie

Pr. RAZAFIARIVAO Noëline

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Administration et Gestion Sanitaire

Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA
RAHANTALALAO Henriette

- Education pour la Santé

Pr. ANDRIAMANALINA Nirina Razafindrakoto

- Médecine du Travail

Pr. RAHARIJAONA Vincent Marie

- Santé Communautaire

Pr. RANDRIANARIMANANA Dieudonné

- Santé Familiale

Pr. RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin

- Statistiques et Epidémiologie

Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES ET PHARMACIE

- | | |
|--------------------------|--|
| - Anatomie Pathologique | Pr. GIZY Ratiambahoaka Daniel
Pr. RANDRIANJAFISAMINDRAKOTROKA
Nantenaina Soa |
| - Anesthésie-Réanimation | Pr. RANDRIAMIARANA Mialimanana Joël |

DEPARTEMENT TETE ET COU

- | | |
|------------------------------------|--|
| - Ophtalmologie | Pr. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO Violette
Pr. BERNARDIN Prisca
Pr. RABENANTOANDRO Casimir |
| - ORL et Chirurgie Cervico-faciale | |
| - Stomatologie | Pr. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné |

B.2. PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE

DEPARTEMENT BIOLOGIE

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| - Biochimie | Pr. RANAIVOCHARISOA Lala |
| - Hématologie Biologique | Pr. RAKOTOVAO Alson Aimée Olivat |

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- | | |
|------------------------------------|--|
| - Dermatologie | Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa |
| - Maladies Infectieuses | Pr. RANDRIA Mamy Jean de Dieu |
| - Radiothérapie-Oncologie Médicale | Pr. RAFARAMINO RAZAKANDRAINANA Florine |

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- | | |
|-------------|------------------------------------|
| - Pédiatrie | Pr. RAOBIJAONA Solofoniaina Honoré |
|-------------|------------------------------------|

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| - Nutrition et Alimentation | Pr. ANDRIANASOLO Roger |
|-----------------------------|------------------------|

DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- | | |
|--|--|
| - Radiodiagnostic et Imagerie Médicale | Pr AHMAD Ahmad |
| - Physiologie | Pr RAKOTOAMBININA Andriamahery
Benjamin |

DEPARTEMENT TETE ET COU

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| - Neuro-Chirurgie | Pr. ANDRIAMAMONJY Clément |
|-------------------|---------------------------|

DEPARTEMENT VETERINAIRE

- | | |
|-----------------|-----------------------|
| - Pharmacologie | Pr. RAFATRO Henintsoa |
|-----------------|-----------------------|

B.3. MAITRES DE CONFERENCES

DEPARTEMENT CHIRURGIE

- Chirurgie cardio-vasculaire

Pr. RAVALISOA Marie Lydia Agnès

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Obstétrique

Dr. RAZAKAMANIRAKA Joseph

DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Santé Publique

Dr. RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

DEPARTEMENT VETERINAIRE

- Virologie

Dr. KOKO

- Bactériologie, Virologie, Maladies infectieuses

Dr. RAJAONARISON Jean Joseph

DEPARTEMENT PHARMACIE

- Pharmacologie Générale

Dr. RAMANITRAHASIMBOLA David

- Pharmacognosie

Dr. RAOELISON Emmanuel Guy

- Biochimie Toxicologie

Dr. RAJEMIARIMOELISOA Clara

C. ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

C.1. PROFESSEURS EMERITES

Pr. ANDRIAMBAO Damasy Seth
Pr. ANDRIANAIVO Paul Armand
Pr. ANDRIANANDRASANA Arthur
Pr. ANDRIANJATOVO Joseph
Pr. AUBRY Pierre
Pr. FIDISON Augustin
Pr. KAPISY Jules Flaubert
Pr. RABARIOELINA Lala
Pr. RABETALIANA Désiré
Pr. RADESA François de Sales
Pr. RAJAONA Hyacinthe
Pr. RAKOTOMANGA Robert
Pr. RAKOTOMANGA Samuel

Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA S U.
Pr. RAKOTOZAFY Georges
Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe
Pr. RAMONJA Jean Marie
Pr. RANDRIAMAMPANDRY
Pr. RANDRIAMBOLOLONA Aimée
Pr. RANDRIARIMANGA Ratsiatery
Honoré Blaise
Pr. RASOLOFONDRAIBE Aimé
Pr. RATOVO Fortunat
Pr. RATSIVALAKA Razafy
Pr. RAZANAMPARANY Marcel
Pr. ZAFY Albert

C.2. CHARGE D'ENSEIGNEMENT

DEPARTEMENT BIOLOGIE

Pr. RAZANAKOLONA Lala Rasoamialy-Soa

Parasitologie

DEPARTEMENT CHIRURGIE

Pr. ANDRIAMANARIVO Mamy Latiana	Chirurgie Pédiatrique
Pr. RAKOTOARIJAONA Armand Herinirina	Chirurgie Viscérale
Pr. RAKOTO RATSIMBA Hery Nirina	Chirurgie Générale
Pr. RAKOTOVAO Hanitrana Jean Louis	Chirurgie Thoracique
Pr. RANTOMALALA Harinirina Yoël Honora	Urologie Andrologie
Pr. RAVALISOA Marie Lydia Agnès	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. RAVELOSON Jean Roger	Chirurgie Générale
Pr. RAZAFIMAHANDRY Henri Jean Claude	Orthopédie Traumatologie
Pr. SAMISON Luc Hervé	Chirurgie Viscérale
Pr. SOLOFOMALALA Gaëtan Duval	Orthopédie Traumatologie

DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALISTES MEDICALES

Pr. RABEARIVONY Nirina	Cardiologie
Pr. RAHARIVELO Adeline	Psychiatrie
Pr. RAJAONARISON Bertille Hortense	Psychiatrie
Pr. RAKOTOARIMANANA Solofonirina	Cardiologie
Pr. RAMANAMPAMONJY Rado Manitrana	Hépatogastro-entérologie
Pr. RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Franck	Néphrologie

DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

Pr. ANDRIAMPANALINARIVO Hery Rakotova	Gynécologie Obstétrique
Pr. ROBINSON Annick Lalaina	Pédiatrie

DEPARTEMENT TETE ET COU

Pr. RABARIJAONA Mamiarisoa	Neuro-chirurgie
Pr. RAKOTO Fanomezantsoa Andriamparany	ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
Pr. RAZAFINDRABE John Alberto Bam	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale

VI – SERVICES ADMINISTRATIFS

SECRETAIRE PRINCIPAL

Mme RASOARIMANALINARIVO Sahondra H.

CHEFS DE SERVICES

FINANCIERS, COMPTABILITE ET
INFORMATIQUE

M. RANDRIARIMANGA Henri

RELATIONS INTERNATIONALES,
COMMUNICATION ET TICE

M. RAZAFINDRAKOTO Willy Robin

RESSOURCES HUMAINES

Mme RAKOTOARIVELO Harimalala F.

SCOLARITE

Mme SOLOFOSAONA R. Sahondranirina

TROISIEME CYCLE LONG
ET FORMATION CONTINUE

Mme RANIRISOA Voahangy

VII - IN MEMORIAM

Pr. RAJAONERA Richard
Pr. RAMAHANDRIARIVelo Johnson
Pr. RAJAONERA Frédéric
Pr. ANDRIAMASOMANANA Veloson
Pr. RAKOTOSON Lucette
Pr. RAKOTO- RATSIMAMANGA Albert
Dr. RAMAROKOTO Razafindramboa
Dr. RABEDASY Henri
Pr. ANDRIAMIANDRA Aristide
Dr. RAKOTONANAHARY
Pr. ANDRIANTSEHENO Raphaël
Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme
Pr. RAMANANIRINA Clarisse
Pr. RALANTOARITSIMBA Zhouder
Pr. RANIVOALISON Denys
Pr. RAKOTOVAO Rivo Andriamiadana
Pr. RAVELOJAONA Hubert
Pr. ANDRIAMAMPIHANTONA Emmanuel
Pr. RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme

Pr. RAKOTONIAINA Patrice
Pr. ANDRIANJATOVO RARISOA Jeannette
Pr. RANDRIANARISOLO Raymond
Pr. RAKOTOBÉ Alfred
Pr. MAHAZOASY Ernest
Pr. RATSIFANDRIHAMANANA Bernard
Pr. RAZAFINTSALAMA Charles
Pr. RANDRIAMBOLOLONA Robin
Pr. RASOLONJATOVO Andriananja Pierre
Pr. MANAMBELONA Justin
Pr. RAZAKASOA Armand Emile
Pr. RAMIALIHARISOA Angéline
Pr. RAKOTOBÉ Pascal
Pr. RANAIVOZANANY Andrianady
Pr. RANDRIANARIVO
Pr. RAKOTOARIMANANA Denis Roland
Pr. ANDRIAMANANTSARA Lambosoa
Pr. RAHAROLAHY Dehls
Pr. ANDRIANJATOVO Jean José

DEDICACES

DEDICACES
Je dédie cette thèse

AU SEIGNEUR DIEU TOUT PUISSANT pour son amour infini.

« Par la grâce de Dieu, je suis ce que je suis, et sa grâce envers moi n'a pas été vaine, loin de là, j'ai travaillé plus que tous, non pas moi toute fois, mais la grâce de Dieu qui est avec moi » I Corinthiens 15 :10

A mes parents,

NY HAZO NO VANON-KO LAKANA NY TANY NANIRIANY NO TSARA.
MERCI.

A ma grande sœur Gianita et sa famille,

Pour votre collaboration de tous les jours, Merci.

A mon mari Yvan,

Pour ton amour, ton soutien durant mes longues études. Merci.

A mes trois enfants, Rachell , Charoll, Axell

Votre présence me donne de courage et m'apporte de la chance dans la vie.

A toute ma famille et ma belle famille,

Toutes mes reconnaissances.

A tous mes amis (es),

Merci beaucoup pour votre participation.

A tout le personnel de l'USFR Urologie de l' HJRA.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Docteur RANTOMALALA Harinirina Yoël Honora.

Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Urologie à la Faculté de
Médecine d'Antananarivo
Chef de Service de l'USFR en Urologie du CHU-JRA

Malgré vos multiples responsabilités, vous avez accepté avec sympathie de nous
accueillir et de présider notre thèse.
Veuillez recevoir l'expression de notre respectueux attachement et de profonde
gratitude.

A NOS MAITRES ET HONORABLES JUGES DE THESE

- **Monsieur le Docteur RANDRIAMAROTIA Harilalaina Willy Frank**

Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Néphrologie à la Faculté de Médecine d'Antananarivo
Chef de Service de l'USFR en Néphrologie du CHU-JRB

- **Monsieur le Docteur RAVELOSON Jean Roger**

Professeur d'Enseignement Supérieur et de Recherche en Chirurgie Générale et Digestive à la Faculté de Médecine d'Antananarivo
Chef de Service Chirurgie I au Centre Hospitalier de Soavinandriana

Pour l'amabilité et la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger parmi les membres du jury,
Nous vous prions de croire à l'assurance de notre respect et notre sincère gratitude.

A NOTRE RAPPORTEUR DE THESE

- **Madame le Docteur RAMBEL Andrianisa Hoby**

Ancien interne des Hôpitaux
Titulaire du D.E.F.S en Chirurgie Générale
Vous n'avez pas épargné votre temps pour nous aider malgré vos lourdes tâches .
Merci pour tout.

**A NOTRE MAITRE ET DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE
D'ANTANANARIVO**

Monsieur le Professeur RAJAONARIVelo Paul

Nos hommages les plus respectueux.

**A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES
HOPITAUX D'ANTANANARIVO ET DE MAHAJANGA**

Nos sincères remerciements pour l'enseignement que vous avez transmis.

**A TOUT LE PERSONNEL DE LA SCOLARITE DE LA FACULTE DE
MEDECINE D'ANTANANARIVO**

Qu'ils trouvent ici notre profonde reconnaissance

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : RAPPELS	2
RAPPEL ANATOMIQUE	2
I-1. ANATOMIE DESCRIPTIVE	2
I-1-1. SITUATION	2
I-1-2. FORME	2
I-1-3. DIMENSIONS	4
I-1-4. STRUCTURE	4
I-1-5. CONFIGURATION INTERNE	4
I-2. RAPPORTS DE LA VESSIE	6
I-2-1. RAPPORTS EN AVANT	6
I-2-2. RAPPORTS LATERAUX	6
I-2-3. RAPPORTS EN BAS	6
I-2-4. RAPPORTS EN ARRIERE	6
I-2-5. RAPPORTS EN HAUT	9
I-3. VASCULARISATION ET INNERVATION DE LA VESSIE	9
I-3-1. ARTERES	9
I-3-2. VEINES.....	9
I-3-3. LYMPHATIQUES	11
I-3-4. NERFS	11
 RAPPEL NOSOGRAPHIQUE SUR LES TUMEURS VESICALES	12
II-1. LES CANCERS DE LA VESSIE	12
II-1-1. EPIDEMIOLOGIE	12
II-1-2. ETIOLOGIES	12
I-1-3. ANATOMO –PATHOLOGIE	12
II-1-4. DIAGNOSTIC	17
II-1-5. BILANS D’EXTENSION	19

II-1-6 .TRAITEMENT	19
II-1-7. PRONOSTIC	21
II-2. LES TUMEURS BENIGNES	21
II-2-1. LE PAPILLOME INVERSE	21
II-2-2.LE PAPILLOME BENIN- PAPILLOME DE MOSTOFI	22
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	23
I. PATIENTS ET METHODES	23
I-1. PATIENTS	23
I-2. DUREE DE L'ETUDE	23
I-3. METHODES	22
I-3-1. CRITERE D'INCLUSION	23
I-3-2. CRITERE D'EXCLUSION	23
I-3-3. PARAMETRES ETUDIES	24
II. RESULTATS	25
II1.CARACTERESEPIDEMIOLOGIQUES.....	25
II-1-1. FREQUENCE DES CANCERS UROLOGIQUES.....	25
II-1-2. AGE ET SEXE	27
II-1-3. PROFESSION	27
II-2. SIEGE DE LA TUMEUR	29
II-3. CIRCONSTANCE DE DECOUVERTE	29
II-4. FACTEURS DE RISQUE	31
II-5. EXAMENS PARACLINIQUES	31
II-6. DONNEES ANATOMOPATHOLOGIQUE	34
II-7. TRAITEMENT	34
II-8. EVOLUTION.....	36
III.COMMENTAIRES ET DISCUSSION	37
III-1. EPIDEMIOLOGIE	37
III-1-1. FREQUENCE	37
III-1-2. AGE	38
III-1-3 .SEXE	38

III-2. CIRCONSTANCE DE DECOUVERTE	39
III-3. FACTEURS DE RISQUE	41
III-3-1. LE TABAC	41
III-3-2. LA BILHARZIOSE URINAIRE	42
III-3-3. L'INFECTION URINAIRE ET IRRITATION VESICALE	43
III-3-4. LES CARCINOGENES D'ORIGINE INDUSTRIELLE	44
III-3-5. L'IRRADIATION PELVIENNE	44
III-3-6. LE DIVERTICULE DE LA VESSIE	45
III-4. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES	45
III-4-1. L'ECHOGRAPHIE	47
III-4-2. LA CYSTOSCOPIE	46
III-4-3. L'UROGRAPHIE INTRA VEINEUSE (UIV)	48
III-4-4. LE SCANNER	49
III-4-5. L'HISTOLOGIE	50
III-4-6. LA CYTOLOGIE URINAIRE	53
III-5. TRAITEMENT	54
III-5-1. L'ARRET DU TABAC	54
III-5-2. LA RESECTION ENDOSCOPIQUE	55
III-5-3. LES INSTILLATIONS ENDOVESICALES	55
III-5-4. LA PHOTOCOAGULATION AU LASER	56
III-5-5. LA CHIRURGIE	56
III-5-6. LA RADIOTHERAPIE	57
III-5-7. LA CHIMIOTHERAPIE	58
III-5-8. LES EVOLUTIONS.....	58
IV. NOS SUGGESTIONS	60
CONCLUSION	62
 BIBLIOGRAPHIE	

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure n° 01: Configuration externe de la vessie.....	3
Figure n° 02: Structure de la vessie	5
Figure n° 03: Coupe frontale de la vessie	5
Figure n° 04: Rapport de la vessie chez l'homme	8
Figure n° 05: Rapport de la vessie chez la femme.....	8
Figure n° 06: Vascularisation artérielle de la vessie.....	10
Figure n° 07: Vascularisation veineuse de la vessie	10
Figure n° 08: Stade tumoral selon l'UICC	14
Figure n° 09: Fréquence des cancers uro-génitaux chez les hommes	26
Figure n° 10: Fréquence des cancers uro-génitaux chez les femmes	26
Figure n° 11: Répartition des patients selon l'âge et le sexe	28
Figure n° 12: Répartition des patients selon leur profession.....	28
Figure n° 13: Répartition selon le siège de la lésion	30
Figure n° 14: Répartition des patients selon la circonstance de découverte.....	30
Figure n° 15: Répartition selon les examens paracliniques	32
Figure n° 16: Donnée de l'échographie vésicale	33
Figure n° 17: Répartition selon le traitement.....	35

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau I : Répartition des patients selon les facteurs de risque	32
Tableau II : Données de la cystoscopie	33
Tableau III : Répartition selon le type histologique des tumeurs urothéliales.....	35

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

BCG	: Bacille de Calmette et de Guérin
CHU- A JRA	: Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo Joseph Ravoahangy Andrianavalona
CHU-A JRB	: Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo Joseph Raseta Befelatanana
cm	: centimètre
cm ³	: centimètre au cube
ECBU	: Examen Cyto- Bactériologique des Urines
IV	: Intra- veineuse
J	: Jour
mm	: Millimètre
mg	: milligramme
m ²	: mètre au carré
NFS	: Numération des formules sanguines
ng	: Nanogramme
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
/	: par
%	: Pour cent
TNM	: Tumeur, Nodules, Métastase
UIV	: Urographie Intra Veineuse
UICC	: Union Internationale Contre le Cancer

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les tumeurs de la vessie font partie des tumeurs dérivées de l'épithélium des voies urinaires, décrites sous diverses appellations : tumeurs urothéliales, excréto-urinaires, para-malpighiennes (1).

La pathologie tumorale de la vessie regroupe des entités histologiques très hétérogènes. Il peut s'agir de polypes totalement bénins ou de tumeurs hautement malignes. Ces lésions vésicales sont souvent des pathologies de l'urothélium et peuvent être superficielles ou infiltrantes (2).

Parmi les cancers les plus fréquents dans le monde, le cancer de la vessie occupe la onzième position. Le cancer de la vessie est en nette recrudescence et son incidence est rapidement croissante. Il est beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme. De multiples facteurs étiologiques sont incriminés essentiellement le tabac (1) (3).

Le plus souvent découverte par une hématurie, il nécessite toujours dans un premier temps une résection endoscopique qui permet le diagnostic histologique précis (2).

Notre objectif est d'établir le profil épidémio-clinique et thérapeutique du cancer de la vessie dans le service d'Urologie au Centre Hospitalier Universitaire Joseph Ravoahangy Andrianavalona afin d'améliorer la prise en charge de cette affection.

Cette étude comprend deux parties. La première partie comporte des rappels théoriques sur la vessie et sur les tumeurs vésicales. La deuxième partie traite l'étude proprement dite avec les matériels d'étude et nos résultats suivie des commentaires et discussions.

PREMIERE PARTIE : RAPPELS

PREMIERE PARTIE : RAPPELS

I. RAPPEL ANATOMIQUE (4) (5)

La vessie est un réservoir musculo-membraneux, recevant l'urine apportée par les uretères, la contenant entre l'intervalle des mictions, l'expulsant vers l'urètre lors de la miction. C'est une poche extensible située dans la loge vésicale, dans la partie ventrale du petit bassin, en arrière de la symphyse pubienne.

I-1. ANATOMIE DESCRIPTIVE

Sa morphologie, sa situation et ses rapports sont différents selon son état de réplétion ou de vacuité.

I-1-1. SITUATION

La vessie est située à l'intérieur de la loge vésicale. Lorsqu'elle est vide, elle occupe la loge antérieure de la cavité pelvienne. Lorsqu'elle est pleine, elle remonte au dessus du plan du détroit supérieur jusqu'au niveau de l'ombilic.

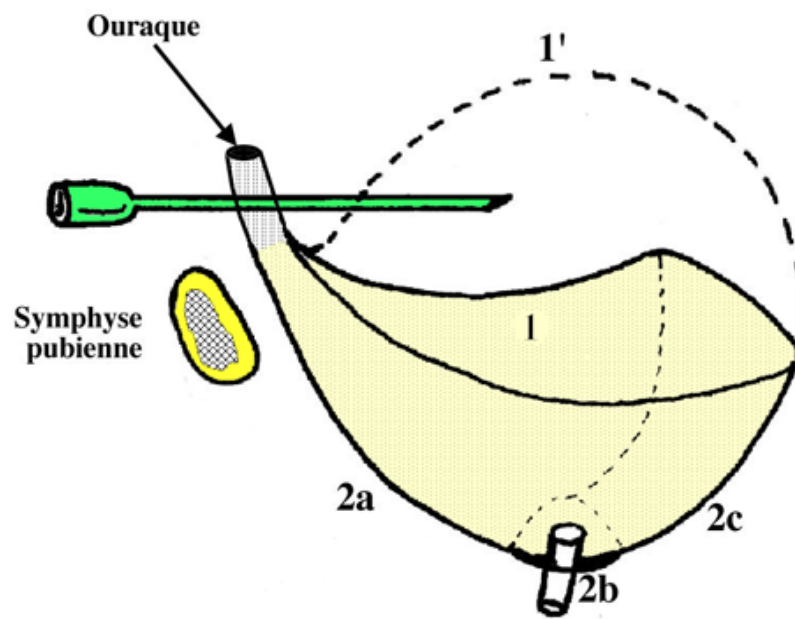
I-1-2. FORME

A l'état de vacuité, la vessie est de forme prismatique triangulaire, et présente :

- une face supérieure, triangulaire et concave,
- une face antéro-inférieure, convexe,
- une face postéro-inférieure ou bas-fond,
- 3 angles dont 2 postérieurs et 1 antérieur, répondant à l'ouraque.

Les faces antéro et postéro-inférieure se rejoignent au niveau du col vésical.

Lorsque la vessie est **pleine**, elle devient ovoïde, globuleuse (Figure n°01).



1. Face supérieure (vessie vide), 1'. Face supérieure (vessie pleine), 2. Face inférieure
 2a. Portion antéro-inférieure, 2b. Base (col vésical), 2c. Portion postéro-inférieure.

Figure n° 01 : Configuration externe de la vessie (Uhl) (5).

I-1-3. DIMENSIONS

Vide, elle mesure 6 cm de longueur et 5 cm de largeur. Pleine, elle double ses dimensions. En moyenne, elle contient 300 cm³, chez l'adulte mais peut contenir jusqu'à 2 ou 3 litres.

I-1-4. STRUCTURE

La paroi vésicale est constituée de trois tuniques (Figure n°2):

- **Une tunique externe ou adventice**, cellulo-nerveux et vasculaire, doublée à sa face supérieure par le péritoine.
- **Une tunique moyenne, musculeuse ou le Détrusor** qui selon les niveaux affecte une disposition circulaire, longitudinale ou oblique.
- **Une muqueuse** appelée **urothélium**, lisse, mince et résistante de couleur rose.

Les uretères traversent obliquement cette paroi vésicale pour s'ouvrir aux angles supérieurs et latéraux du trigone. L'implantation très oblique de l'uretère dans la paroi vésicale et son amarrage aux plans musculaires du trigone crée un dispositif anti-reflux qui fait qu'à l'état normal, l'urine ne peut en aucun cas remonter à contre courant vers le rein.

I-1-5. CONFIGURATION INTERNE

A la cystoscopie, on visualise :

- **Le col**, marqué par la présence des sphincters, lisse et strié,
- **Le bas-fond** vésical,
- **Le trigone** vésical, situé entre les 2 orifices urétéraux réunis par le bourrelet inter-urétéral et le col vésical. C'est une pièce musculaire maîtresse contrôlant les orifices urétéraux et le col vésical.
- **Le dôme ou calotte** vésicale, formé par la face supérieure et la face antéro-inférieure. C'est une véritable chambre d'expansion, s'adaptant à chaque instant à son contenu et se contractant en force pour expulser l'urine au moment de la miction (Figure n°03).

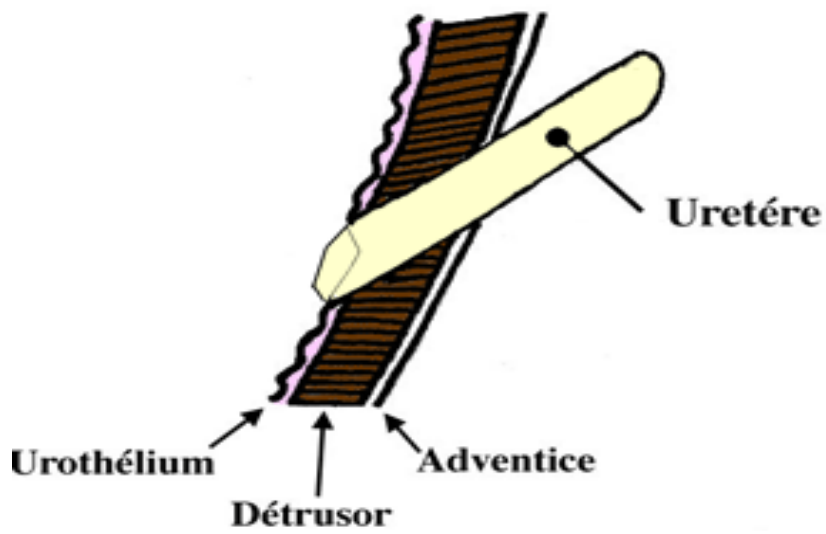
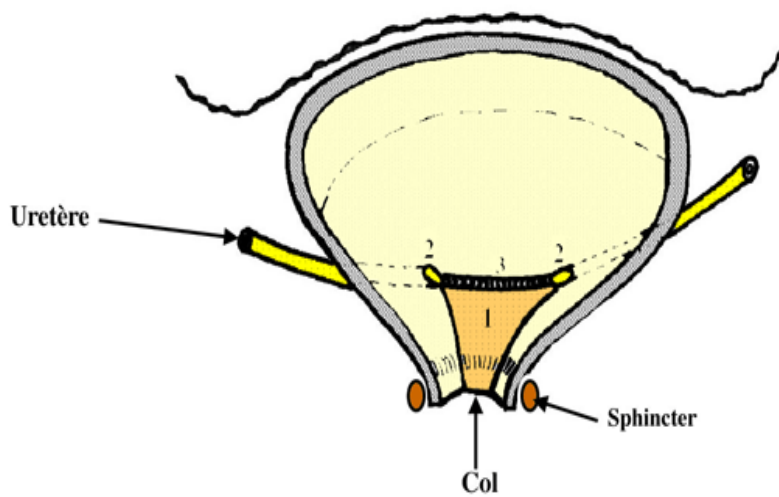


Figure n°02 : Coupe histologique de la vessie (Uhl) (5).



1. Trigone, 2. Orifice urétéral, 3. Bouffet inter-urétéral.

Figure n°03 : Coupe frontale de la vessie (Uhl) (5).

I-2. RAPPORTS DE LA VESSIE

I-2-1. RAPPORTS EN AVANT

La vessie répond à la symphyse pubienne et à la paroi abdominale :

- Lorsque la vessie est vide, elle demeure enfouie en arrière de la symphyse pubienne. C'est un organe purement pelvien, ni palpable ni percutable.
- Lorsque la vessie est pleine, elle se met en rapport avec la paroi abdominale antérieure. C'est un organe abdomino-pelvien. Elle devient alors palpable et percutable.

La vessie reste séparée des parois abdomino-pelviennes par le plan cellulaire de glissement du fascia ombilico-prévésical.

I-2-2. RAPPORTS LATERAUX

La vessie répond aux parois latérales ostéo-musculaires du pelvis et aux vaisseaux iliaques.

I-2-3. RAPPORTS EN BAS

La vessie répond au plancher pelvien et surtout à la partie élévatrice du muscle releveur du rectum.

I-2-4. RAPPORTS EN ARRIERE

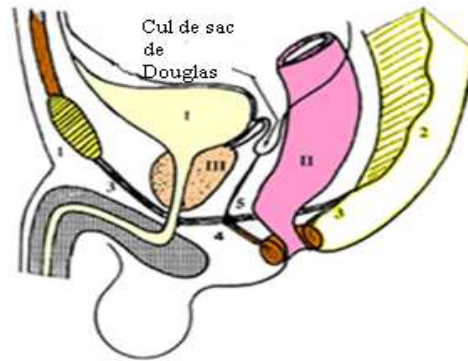
Ils sont différents chez l'homme et chez la femme :

a. Chez l'homme

La vessie répond à la prostate et aux vésicules séminales, puis au rectum par l'intermédiaire du septum recto-prostatique. Entre vessie et rectum se trouve le cul de sac recto-génital de Douglas (Figure n°04).

b. Chez la Femme

Elle répond au vagin séparée de lui par le septum vésico-vaginal et à l'utérus. Le cul de sac recto-génital de Douglas n'est pas un rapport vésical (Figure n°05).



1- Pubis, 2- Sacrum, 3- M. élévateur de l'anus, 4- Noyau fibreux central du périnée, 5- Septum recto-prostatique recto vaginal, I- Vessie, II- Rectum, III- Prostate et vésicules séminales .

Figure n°04 : Rapport de la vessie chez l'homme (Uhl) (5).



1- Pubis, 2- Sacrum, 3- M. élévateur de l'anus, 4- Noyau fibreux central du périnée, 5- Septum recto-prostatique recto vaginal, I- Vessie, II- Rectum, III- Vagin et utérus

Figure n°05 : Rapport de la vessie chez la femme (Uhl) (5).

I-2-5 .RAPPORTS EN HAUT

Le dôme vésical est en partie tapissé de péritoine. Par son intermédiaire, la vessie répond à la grande cavité péritonéale. Chez la femme se crée entre utérus et vessie un cul de sac inter vésico-utérin dont la profondeur varie en fonction de l'état de remplissage de la vessie.

I-3. VASCULARISATION ET INNERVATION DE LA VESSIE

I-3-1. ARTERES

La vascularisation artérielle de la vessie provient de trois pédicules :

- L'artère vésicale supérieure est formée de 3 à 4 branches qui naissent de la partie perméable de l'artère ombilico-vésicale.
- L'artère vésicale antérieure est née de la honteuse interne.
- L'artère vésicale inférieure provient chez l'homme de l'artère génito-vésicale, branche de l'hypogastrique et chez la femme des branches vésico-vaginales venant de l'artère utérine (Figure n° 06).

I-3-2. VEINES

Les veines efférentes se groupent en trois pédicules (Figure n°07):

- Un pédicule antérieur qui se jette dans le plexus veineux de Santorini.
- Un pédicule latéral qui se jette dans les plexus veineux vésico-prostatiques et, de là, gagne les veines iliaques internes.
- Un pédicule postérieur qui se jette dans les veines hypogastriques.

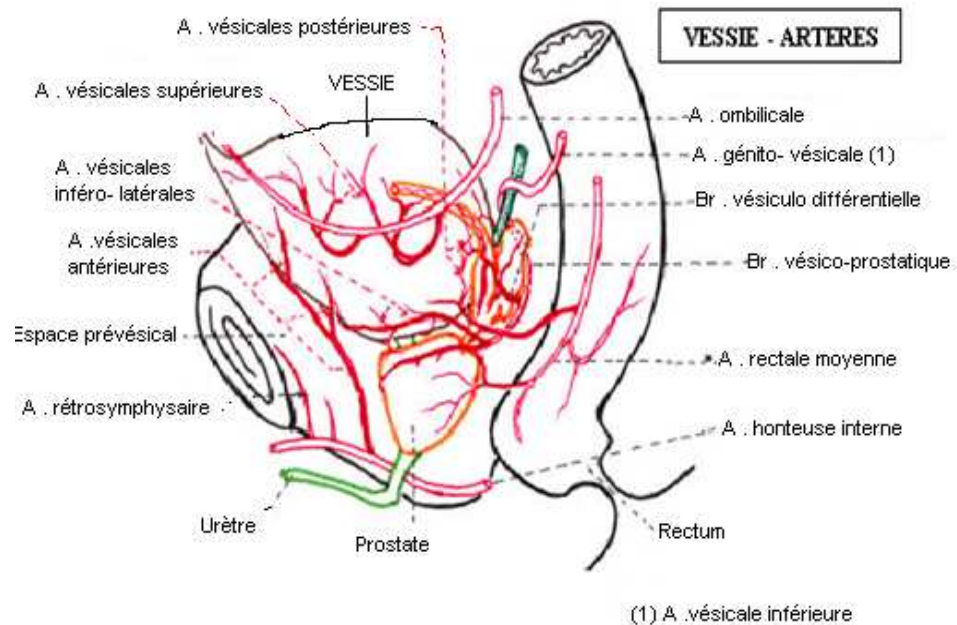


Figure n°06 : Vascularisation artérielle de la vessie (Soussa) (4).

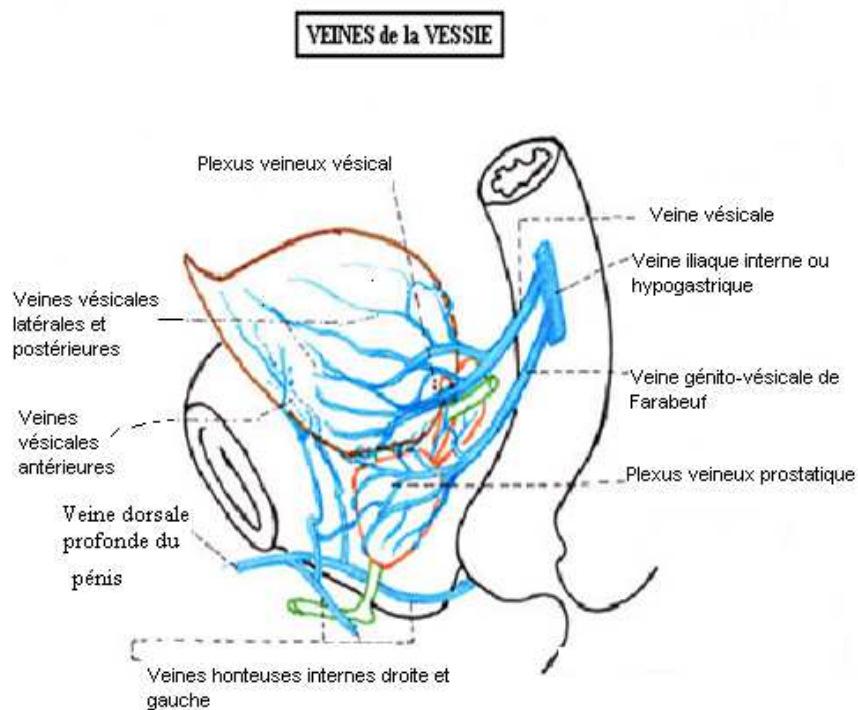


Figure n°07 : Vascularisation veineuse de la vessie (Soussa) (4).

I-3-3. LYMPHATIQUES

Les lymphatiques antérieurs se jettent dans les nœuds iliaques externes. Les lymphatiques de la partie postérieure se rendent aux nœuds de la bifurcation de l'hypogastrique. Les lymphatiques du col vont aux nœuds du promontoire .

I-3-4. NERFS

L'innervation vésicale dépend du plexus hypogastrique et des 3^{ème} et 4^{ème} nerfs sacrés.

II. RAPPEL NOSOGRAPHIQUE SUR LES TUMEURS VESICALES

II-1. LES CANCERS DE LA VESSIE

II-1-1. EPIDEMIOLOGIE (6)

Le cancer de la vessie est en nette recrudescence, l'incidence du cancer de la vessie est rapidement croissante. Elle occupe la 2^{ème} place dans l'ensemble des cancers urologique après le cancer de prostate.

La prédominance masculine est nette avec un sexe ratio à 3/1. C'est une maladie de l'adulte avec un pic de fréquence entre 50-70ans.

II-1-2. ETIOLOGIES (7) (8)

Le tabac constitue le premier facteur de risque de la tumeur vésicale, surtout si la consommation est supérieure à 30 paquets-année.

Les autres facteurs de risque ne sont pas négligeables tels : les travailleurs des industries chimiques et des colorants ; la bilharziose urinaire ; les irritations chroniques et infections vésicales à répétition ; l'irradiation pelvienne ; l'extrophie vésicale et certains agents alkylants (Endoxan, Cyclophosphamide).

I-1-3. ANATOMO –PATHOLOGIE (2) (9)

a. Lésions histologiques

i. Tumeurs épithéliales

La classification de l'organisation mondiale de la santé (OMS) distingue 4 types histologiques :

- Les carcinomes à cellules transitionnelles (90%), sont des tumeurs de l'épithélium transitionnel montrant des signes d'anaplasie ou d'envahissement.
- Les carcinomes à cellules squameuses épidermoïdes sont issus d'une métaplasie épidermoïde, parfois associée à une bilharziose urinaire à *Schistosoma Haematobium*.
- Les adénocarcinomes sont rares.
- Les carcinomes indifférenciés.

ii. Les tumeurs non épithéliales

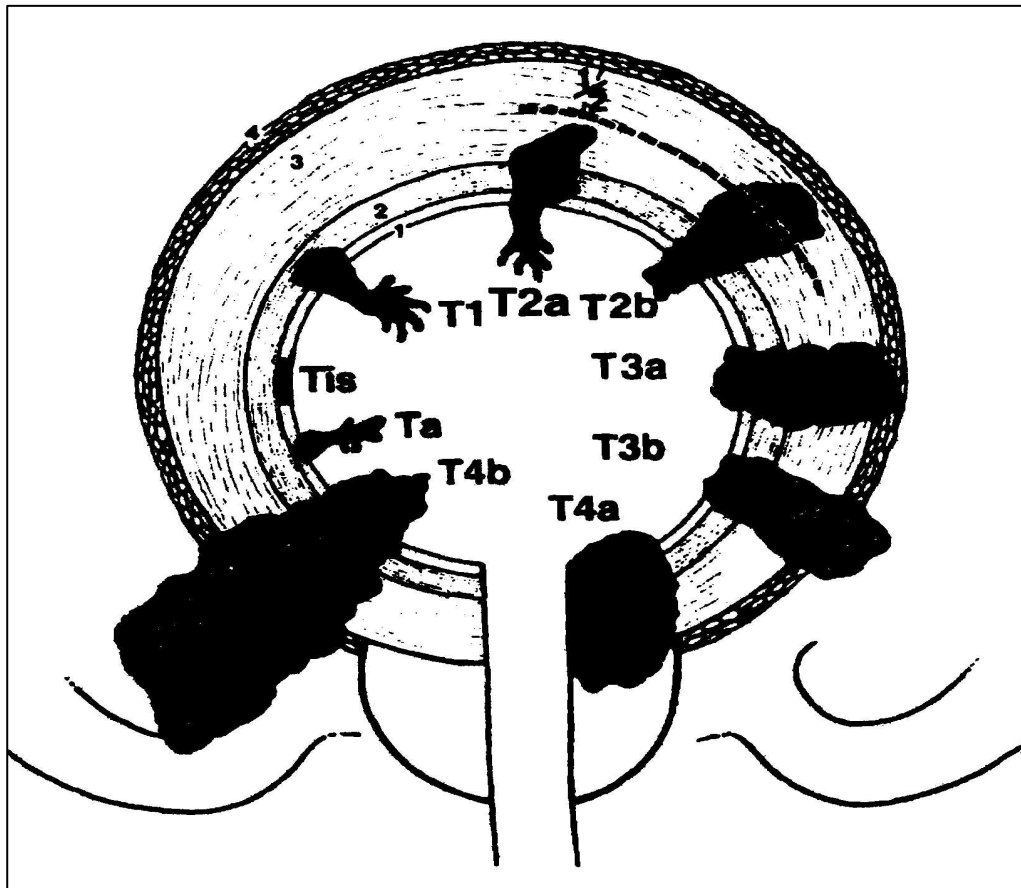
Ces tumeurs représentent 5% des cancers vésicaux. Ce sont le sarcome, le léiomyosarcome et les métastases.

b. Classification de la tumeur

Les tumeurs de vessie sont classées en fonction de leur grade et de leur stade histologiques. Ces deux paramètres sont identifiés sur les copeaux de résection de la tumeur ou sur les fragments de biopsies vésicales.

i. Stade tumoral

Le stade tumoral est défini par la classification TNM (tumeur, nodules, métastase) de l'Union Internationale Contre le Cancer (UICC). Le T correspond à la profondeur de pénétration de la tumeur dans la paroi vésicale, le N à l'existence d'une atteinte ganglionnaire et le M à la présence d'une métastase à distance (Figure n°08) (10).



1 T : profondeur de pénétration de la tumeur dans la paroi vésicale. 1. Muqueuse; 2. chorion ; 3. muscle ; 4. graisse périvésicale.

Figure n° 08 : Stade tumoral selon l'UICC (Lebret) (2).

Tumeur locale (T)

TX : tumeur locale non évaluable.

T0 : pas de tumeur locale décelable.

Ta : carcinome urothélial papillaire non invasif.

Tis : carcinome in situ ou tumeur plane.

T1 : tumeur envahissant le chorion.

T2 : tumeur envahissant le muscle superficiel (moitié interne).

T3a : tumeur envahissant le muscle profond.

T3b : tumeur envahissant la graisse péri vésicale.

T4a : tumeur envahissant la prostate ou l'utérus ou le vagin.

T4b : tumeur fixée sur les parois pelvienne ou abdominale.

Les tumeurs Tis, Ta, T1 *superficielles* sont bénignes à potentiel évolutif malin.

Les tumeurs T2, T3, T4 sont dites *infiltrantes* (malignes).

Ganglions locorégionaux (N)

Nx : ganglions locaux non évaluable.

N0 : pas d'envahissement des ganglions locorégionaux.

N1 : métastase au niveau d'un ganglion unique inférieur ou égal à 2 cm.

N2 : métastase au niveau d'un ganglion unique supérieur à 2 cm et inférieur à 5 cm ou plusieurs ganglions tous inférieurs à 5 cm.

N3 : métastase dans un ganglion supérieur à 5 cm.

Métastases à distance (M)

Mx : métastase non décelable.

M0 : pas de métastase à distance.

M1 : métastases à distance.

ii. Grade

On distingue 3 grades selon l'architecture de la tumeur et les caractéristiques des cellules qui la composent :

Grade I : tumeur bien différenciée.

- Architecture : le pédicule fibro vasculaire qui se centre la tumeur est fin ; l'urothélium est composé de plus de 7 couches cellulaires.

- Caractéristiques cellulaires : discrète anaplasie, les mitoses sont rares, les anomalies de maturation cellulaire sont modestes.

Grade II : tumeur moyennement différenciée.

- Architecture : le pédicule fibro vasculaire est épais.

- Caractéristiques cellulaires : les anomalies de maturation cellulaire existent entre la base et la surface de l'urothélium avec perte de polarité cellulaire. Le rapport noyau sur cytoplasme est élevé avec perte de polarité cellulaire et de nombreux nucléole. Les mitoses sont plus fréquentes.

Grade III : tumeur peu différenciée.

Absence de différenciation de cellules de la base à la surface de l'urothélium avec un rapport noyau sur cytoplasme élevé et des mitoses fréquentes.

Carcinome in situ (CIS)

Anaplasie importante de l'épithélium superficiel sans formation de structure papillaire et sans infiltration (pas de grade).

II-1-4. DIAGNOSTIC

a. Circonstances de découverte (2) (10)

Le cancer de la vessie peut être découvert à l'occasion des :

- Hématuries macroscopiques terminales ou totales, indolores et souvent isolées, associées ou non à des caillots.
- Troubles mictionnels irritatifs : impériosités, pollakiurie, brûlures mictionnelles.
- Signes d'envahissement locorégional : rétention vésicale, obstruction urétérale et ses complications, signes de compression pelvienne (œdème des membres inférieurs unilatéral, thrombose veineuse profonde), signes de métastases osseuses ou pulmonaires.
- Fortuite lors d'une échographie.

b. Examen clinique

L'examen peut être normal. Il peut y avoir une altération de l'état général. Les touchers pelviens combinés à la palpation abdominale peuvent montrer un plancher vésical mobile ou fixé avec une masse palpable endovésicale.

Des signes indirects de retentissement de la tumeur peuvent être trouvés telle une adénopathie ou une hépatomégalie.

c. Examens paracliniques

i. Numération des formules sanguines

La NFS peut montrer une anémie inflammatoire ou par spoliation ou par envahissement médullaire.

ii. Examen Cyto- Bactériologique des Urines (ECBU)

L'ECBU est systématique car une infection peut être associée. Un ECBU négatif est nécessaire avant toute cystoscopie. Il recherche en plus de cellules desquamées anormales ou dysplasiques dans les urines avant la résection endoscopique. Il est d'autant plus positif que le grade histologique est élevé et qu'il s'agit d'un carcinome in situ.

iii. Cystoscopie

La cystoscopie est l'examen fondamental pour le diagnostic permettant :

- La description de la tumeur (localisation, taille, aspect, nombre).
- La réalisation de biopsies à la pince froide de la tumeur et toutes les zones muqueuses d'aspect anormal, pour un examen anatomo-pathologique.
- La résection trans-urétrale tumorale complète et profonde à l'anse électrique pour les tumeurs superficielles.

iv. Echographie de l'appareil urinaire avec doppler

Elle peut visualiser la tumeur en montrant une image échogène endovésicale *fixe* aux changements positionnels et *vascularisée* au doppler. L'échographie apprécie également le retentissement sur le haut appareil.

v. Urographie Intra Veineuse (UIV)

L'UIV recherche :

- une autre localisation tumorale sur le haut appareil (tumeur urothéliale pyélique ou urétérale).
- un retentissement sur le haut appareil quand la tumeur se situe proche d'un orifice urétéral.

II-1-5. BILANS D'EXTENSION

Les bilans d'extension sont à demander selon le siège de la métastase :

- L'échographie abdominale recherche une métastase hépatique.
- La radiographie pulmonaire recherche une métastase pulmonaire
- Le scanner thoraco-abdomino-pelvien visualise la tumeur vésicale et recherche des ganglions ilio-obturbateurs. Il recherche également une dilatation du haut appareil et des métastases.
- La scintigraphie osseuse recherche de métastase osseuse.

II-1-6 .TRAITEMENT (1) (10)

a. But

Le but du traitement de la tumeur de la vessie est de prévenir les récurrences et la progression de la tumeur afin de permettre au malade une insertion socioprofessionnelle et un confort mictionnel satisfaisant.

b. Moyens

- **La résection endoscopique** permet le diagnostic anatomopathologique de la lésion et le traitement radical des lésions superficielles.
- **La photocoagulation au laser**
- **Les instillations endovésicales** après résection des lésions vésicales. Différents agents sont utilisés, BCG ou mitomycine C le plus souvent.
- **La chirurgie**
 - L'ablation de la tumeur après curage ilio-obturbateur bilatéral :
 - Cystoprostatectomie totale chez l'homme,
 - Exentération pelvienne antérieure chez la femme,
 - Cystectomie partielle.

- Rétablissement de la continuité urinaire :
 - Urétérostomie cutanée,
 - Dérivation cutanée trans-iléale selon Bricker,
 - Dérivation urétérocolique.
- Remplacement vésical
- **Traitements adjuvants**
 - La radiothérapie
 - La chimiothérapie

c. Indications

- **Pour les tumeurs superficielles de la vessie :**
 - **Tumeur de la vessie à risque faible (Ta GI-GII inférieure à 3 cm) :**
une résection endoscopique complète est indiquée, puis une surveillance simple c'est-à-dire une cystoscopie tous les 3 mois pendant 1 an puis tous les ans pendant 10 ans.
 - **Tumeur de la vessie à risque intermédiaire (Ta GI-GII supérieure à 3 cm, Ta GII multifocal, Ta GI-GII multirécidivant, TaGII unifocal) :** la résection endoscopique avec ou sans chimiothérapie intra-vésicale postopératoire précoce est suivie d'une instillation endo-vésicale adjuvante avec du mitomycine C, une fois par semaine pendant 6 semaines puis une fois par mois pendant 6 mois.
 - **Tumeur de la vessie à haut risque (Ta GIII, T1 GIII, CIS, T1 multifocal ou multirécidivant) :** une résection endoscopique suivie d'une immunothérapie intravésicale avec BCG une fois par semaine pendant 6 semaines puis une fois par mois pendant 6 mois sont indiquées.
 - **Tumeur de la vessie à haut risque avec récurrence précoce malgré BCG :** un traitement non conservateur c'est-à-dire pelvectomie antérieure chez la

femme, cysto-prostatectomie totale chez l'homme est nécessaire; complété par un remplacement vésical ou une dérivation urinaire.

- **Pour les tumeurs infiltrantes de la vessie :**

- **Tumeur T2 à T4, N0-1, M0** : traitement non conservateur.
- **Si métastase** : radiothérapie si métastase osseuse, sinon polychimiothérapie.

II-1-7. PRONOSTIC (1)

Les tumeurs superficielles se récidivent généralement dans 60% des cas. La progression vers l'infiltration est de 10%.

Les tumeurs infiltrantes évoluent vers l'infiltration en profondeur de la paroi vésicale et vers les métastases ganglionnaire et viscérales.

Le taux de survie à 5 ans est de 90% pour les tumeurs pTa, 70% les pT1, 50% les pT2, 30% les pT3, 5% les pT4.

II-2. LES TUMEURS BENIGNES (1)

II-2-1. LE PAPILLOME INVERSE

Il représente 1% des tumeurs vésicales. C'est la seule tumeur urothéliale dont on est assuré à la fois du caractère constamment bénin et non récidivant.

A l'endoscopie, il se présente comme une tumeur unique, polypoïde, à surface lisse, sans végétation papillaire et son siège préférentiel est la région cervico-trigonale.

Macroscopiquement il est tapissé d'un urothélium plan qui par un mécanisme d'invagination donne naissance à des cordons de cellules tumorales qui se développent

dans le chorion muqueux, les cellules urothéliales présentent une organisation relativement régulière et il n'y a ni atypie cellulaire ni mitose.

II-2-2.LE PAPILLOME BENIN- PAPILLOME DE MOSTOFI

Il s'agit d'une lésion unique à base pédiculé et dont les végétations sont fines et régulières soutenues par des axes conjonctivaux-vasculaires grêles. Le revêtement épithélial qui tapisse ces végétations ne se distingue en rien d'un urothélium normal.

Il est sans anomalie cyto-architecturale et ne comporte pas plus de 6 à 7 assises de cellules. Ainsi défini, le papillome est rare, représentant moins de 2% des tumeurs papillaires.

Malgré son apparence parfaitement bénigne, la plupart des pathologistes reconnaissent que le papillome, n'est pas exempt de tout risque de récurrence.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I.PATIENTS ET METHODES

I-1. PATIENTS

C'est une étude rétrospective réalisée sur des dossiers des patients diagnostiqués pour cancer de la vessie au Service d'Urologie du CHU-JRA Antananarivo.

I-2. DUREE DE L'ETUDE

Notre étude s'étale sur une période de 11 ans allant de Janvier 1998 à Décembre 2008.

I-3. METHODES

I-3-1. CRITERE D'INCLUSION

Nous avons étudié les dossiers des patients hospitalisés, présentant une tumeur vésicale durant cette période.

Ensuite, nous avons sélectionné les dossiers des patients avec des résultats anatomo-pathologiques donnant la nature histologique de la tumeur.

I-3-2. CRITERE D'EXCLUSION

Nous avons exclus tous les dossiers incomplets et sans données anatomopathologiques.

I-3-3. PARAMETRES ETUDIES

- Fréquence
- Age
- Sexe
- Siège de la tumeur
- Circonstance de découverte
- Facteurs de risque
- Examens paracliniques
- Résultat anatomopathologique
- Traitement
- Evolution

II. RESULTATS

Durant cette période de onze ans, nous avons recruté 53 dossiers des patients présentant une tumeur vésicale. Onze dossiers sont exclus de notre étude. Nous avons retenu au total 42 dossiers des patients ayant un cancer vésical confirmé par l'histologie.

II-1.CARACTERES EPIDEMIOLOGIQUES

II-1-1.FREQUENCE DES CANCERS UROLOGIQUES

Chez l'homme, parmi les 178 cas de cancers urologiques répertoriés pendant cette période, 30 cas sont des cancers de la vessie (16,85%), 132 cas des cancers de la prostate (74,15%), 16 cas des cancers du rein (8,98%) (Figure n°10).

Chez les femmes, nous avons répertorié 61 cas de cancers uro-génitaux. Les 12 cas sont des cancers de la vessie (18 %), 32 cas des cancers de l'utérus (56,06 %) et 17cas des cancers du sein (25,94 %) (Figure n°11).

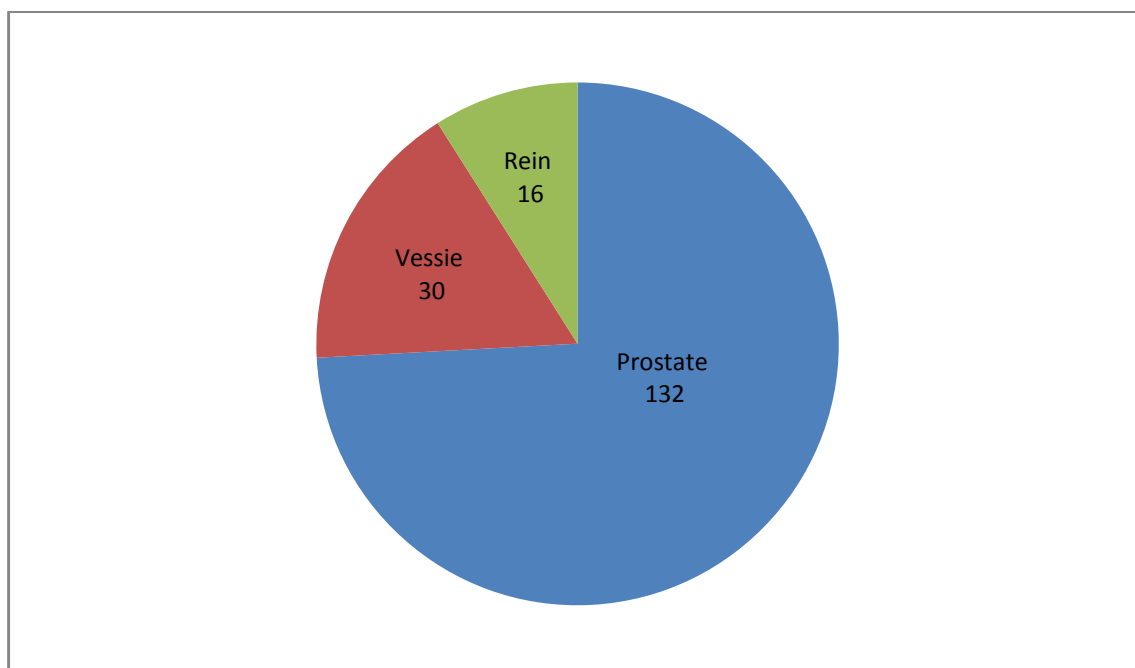


Figure n° 09 : Fréquence des cancers uro-génitaux chez les hommes.

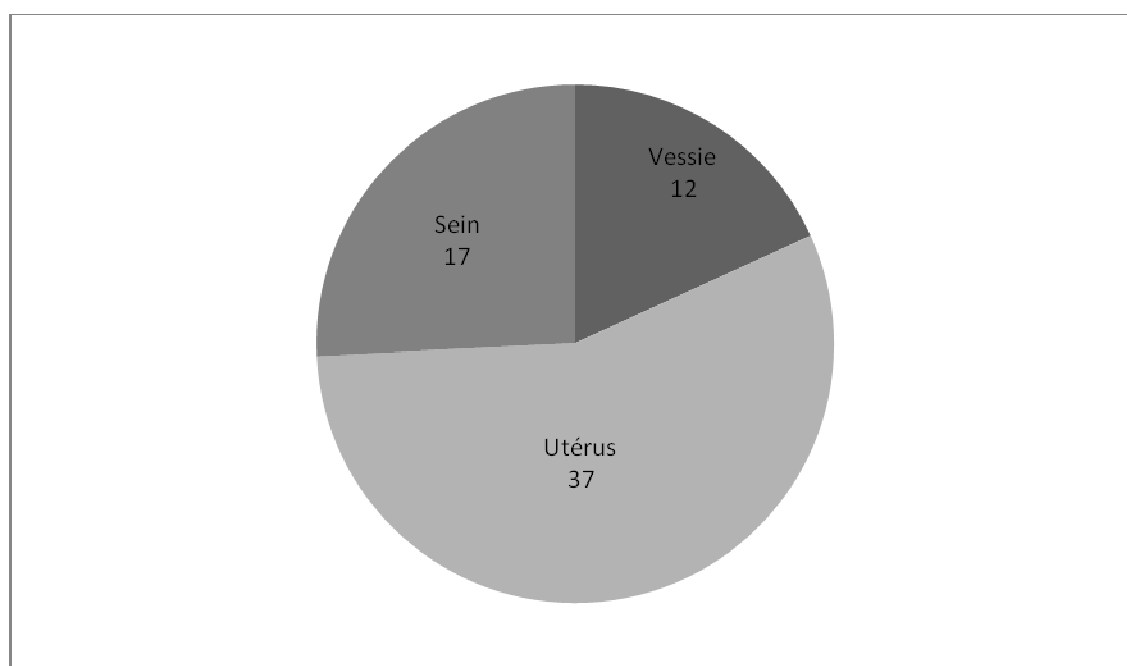


Figure n° 10 : Fréquence des cancers uro-génitaux chez les femmes.

II-1-2. AGE ET SEXE

L'âge des sujets de notre étude varie de 21 à 75 ans. Trois patients sont âgés de moins de 35 ans (2 hommes et une femme), 12 entre 35 et 50 ans (9 hommes et 3 femmes), 27 entre 50 et 75 ans (19 hommes et 8 femmes) (Figure n°12).

Trente tumeurs vésicales sont observées chez les hommes (71,43 %) et 12 chez les femmes (28,57 %). Le sex ratio est de 2,5 (Figure n°12).

II-1-3. PROFESSION

Vingt huit de nos patients sont des cultivateurs (66,66 %), 8 des travailleurs manuels (19,04 %) et 6 des bureaucrates (14,29 %) (Figure n° 13).

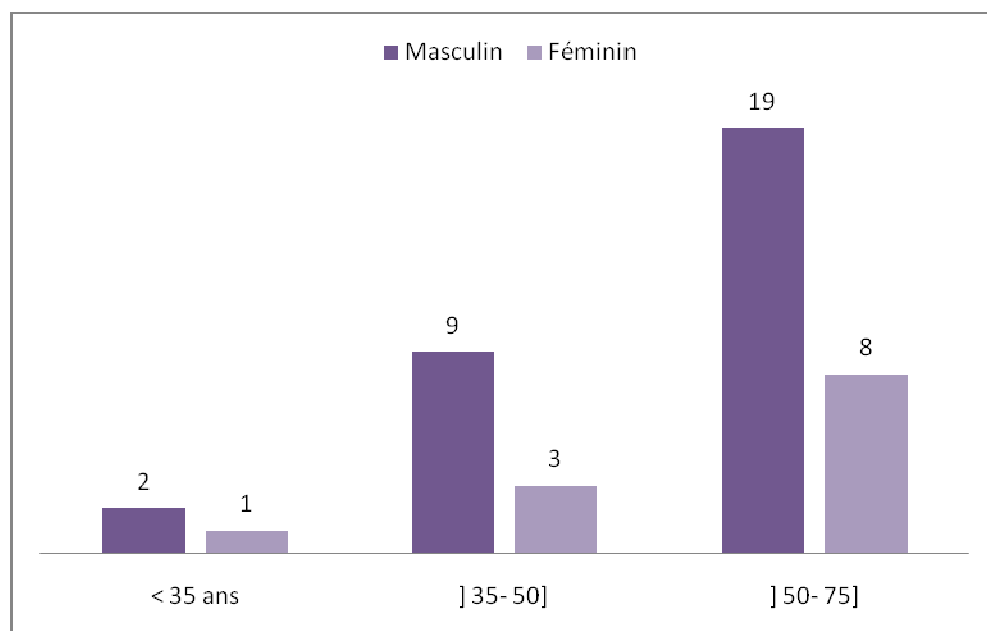


Figure n° 11 : Répartition des patients selon l'âge et le sexe.

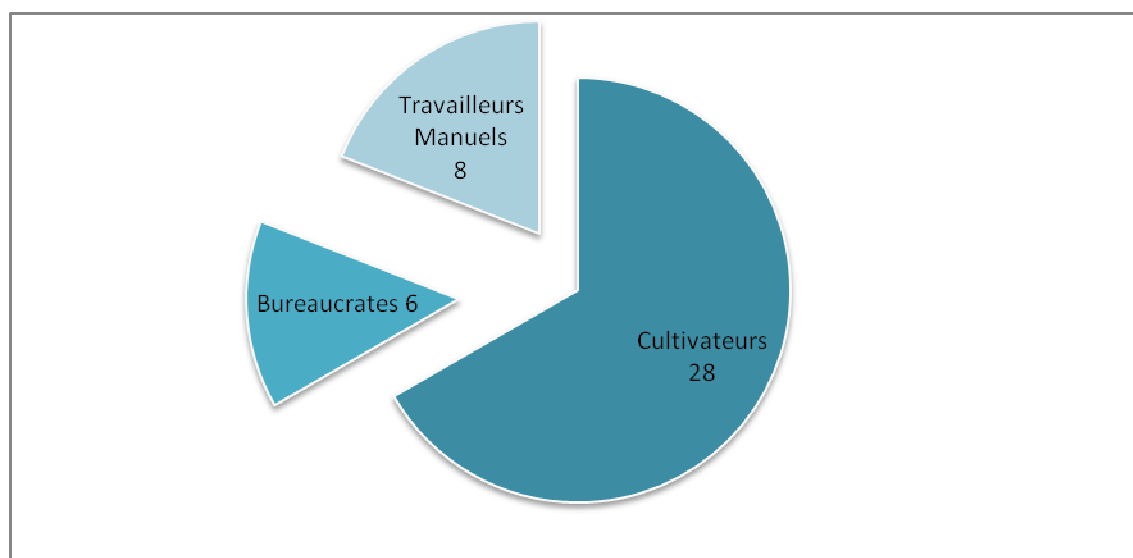


Figure n° 12 : Répartition des patients selon leur profession.

II-2. SIEGE DE LA TUMEUR

Parmi ces 42 cas, 21 lésions tumorales siègent au niveau du dôme vésical, 12 au niveau du col, 7 au niveau du trigone et 2 au niveau du bas fond (Figure n° 14).

II-3. CIRCONSTANCE DE DECOUVERTE

Les signes révélateurs sont représentés par des signes urinaires avec une hématurie totale dans 32 cas (76,19 %), une rétention aigüe des urines dans 5 cas (11,90 %), des urines nauséabondes dans 2 cas (4,76 %), une douleur pelvienne et une dysurie dans 6 cas (4,76%). Trois cas sont de découverte fortuite (Figure n° 15).

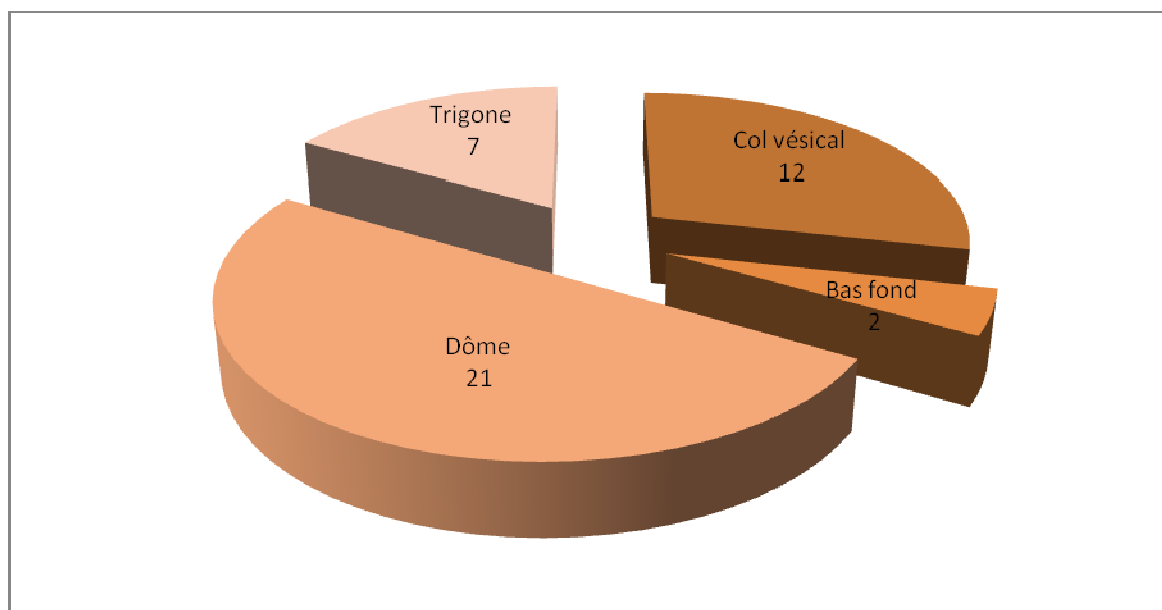


Figure n° 13 : Répartition selon le siège de la lésion.

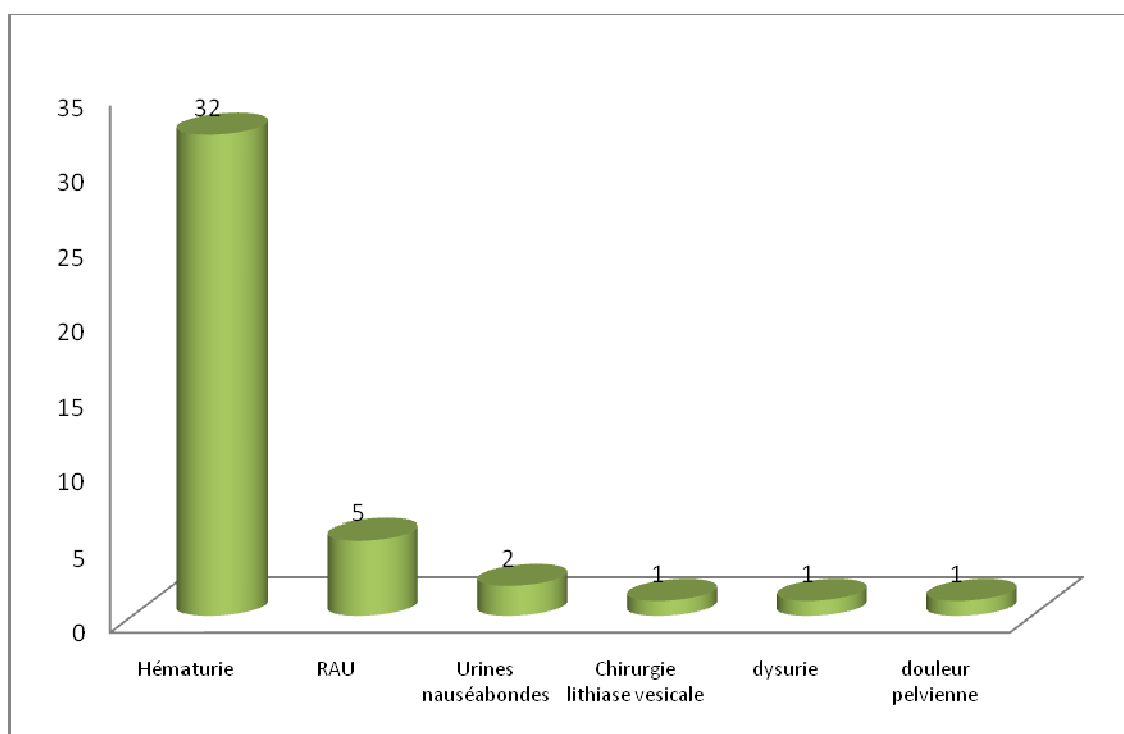


Figure n° 14: Répartition des patients selon la circonstance de découverte.

II- 4. FACTEURS DE RISQUE

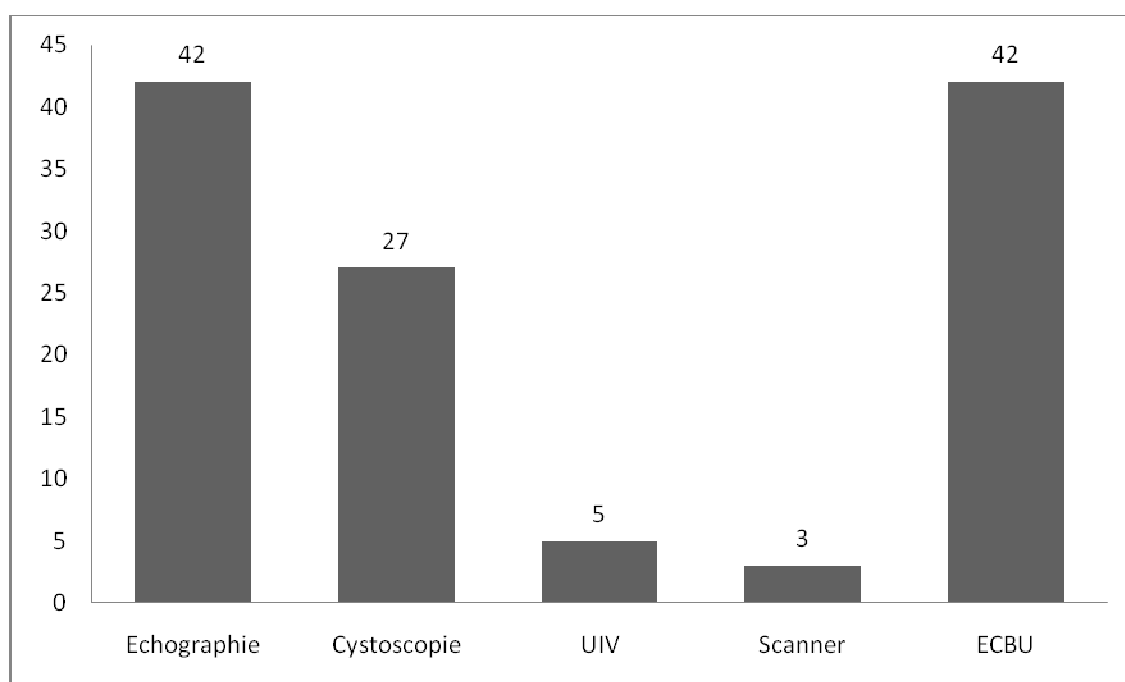
La notion de tabagisme a été trouvée chez 16 patients (38,10 %). Quatorze patients (33,33 %) ont des antécédents de bilharziose urinaire. Un patient (2,38%) a un antécédent cancer de la vessie. Onze patients (26,19 %) n'ont aucun antécédent particulier (Tableau I).

II-5. EXAMENS PARACLINIQUES

Tous nos patients ont bénéficié d'une échographie des voies urinaires et d'un ECBU. La cystoscopie a été réalisée chez 26 patients. L'UIV a été réalisé chez 5 patients et le scanner abdominal chez 3 patients (Figure n° 16) (Figure n°17) (Tableau II).

Tableau I : Répartition des patients selon les facteurs de risque.

Facteurs de risque	Nombre	Pourcentage %
Tabac	16	38,10
Bilharziose	14	33,33
ATCD de cancer de vessie	01	02,38
Aucun	11	26,19
Total	42	100

**Figure n° 15: Répartition selon les examens paracliniques.**

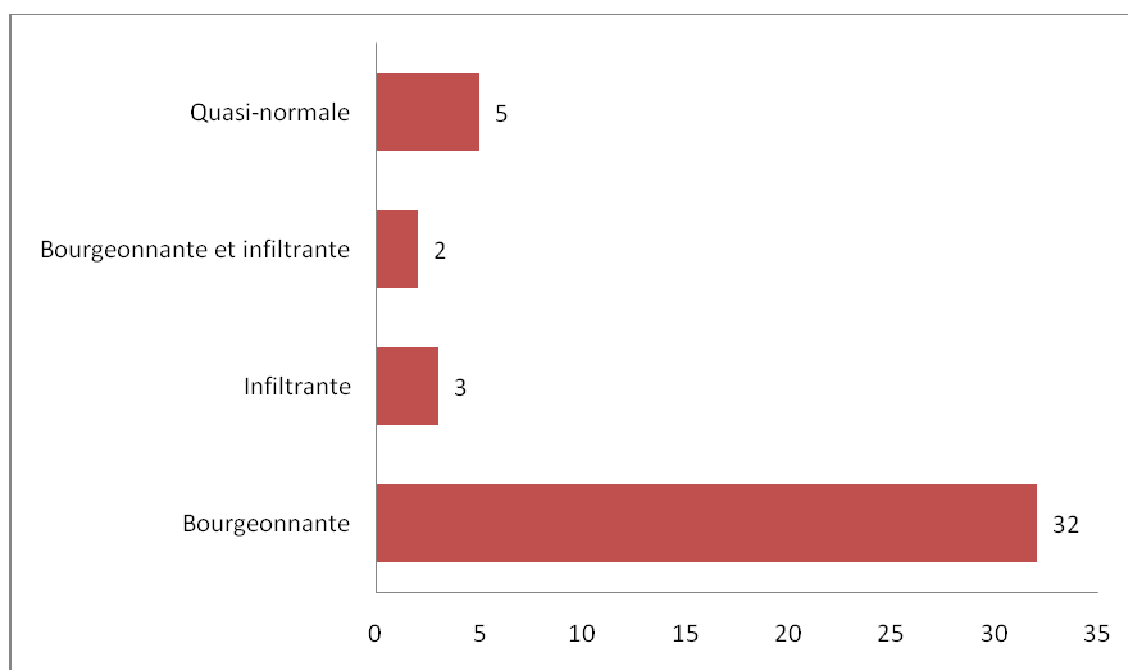


Figure n° 16: Donnée de l'échographie vésicale.

Tableau II : Données de la cystoscopie.

Lésions	Bourgeonnante : 19 cas	Polype : 7 cas
Siège	Partie mobile : 10 cas Plancher : 9 cas	Partie mobile : 6 cas Plancher : 1 cas
Gestes effectuées	Biopsie : 11 cas Exérèse biopsique : 8 cas	Biopsie : 2 cas Exérèse biopsique : 5 cas

II-6. DONNEES ANATOMO- PATHOLOGIQUES

Quarante un tumeurs sont de type urothéliale (97,61 %) et une seule non urothéliale (2,39%). Parmi les tumeurs urothéliales 27 sont des tumeurs à cellules transitionnelles (65,85%), 8 des tumeurs épidermoïdes (19,52%) et 6 des adénocarcinomes (14,63%) (Tableau III).

Les tumeurs étaient infiltrantes dans 21 cas et superficielles dans 20 cas.

II-7. TRAITEMENT

La résection endoscopique a été réalisée chez 12 de nos patients, la cystectomie partielle chez 9 patients et la cystectomie totale chez 7 patients. L'urétérostomie sans cystectomie a été réalisée chez 8 patients.

Onze patients ont bénéficié d'une chimiothérapie seule ou avec une radiothérapie (Figure 18).

Quatre de ces patients ont suivi le protocole CMV, et 2 le M-VAC. Une association chimio- radiothérapie a été réalisée chez 5 patients.

Le protocole CMV comprend 3 séances de cures espacées de trois semaines :

- Cisplatine 100 mg/m² au 2^{ème} jour du traitement,
- Méthotrexate 30 mg/m² en IV au 1^{er} et au 15^{ème} jour,
- Vimblastine 4 mg/m² en IV du 1^{er} et au 15^{ème} jour.

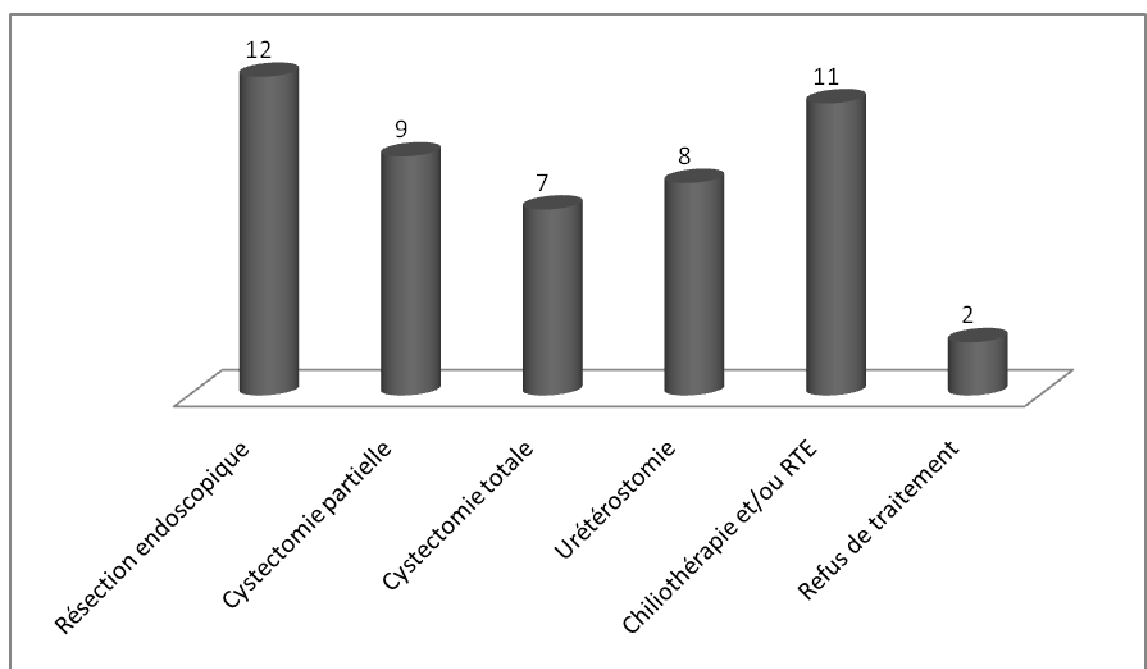
Le protocole M-VAC comporte 3 séances de cures espacées de trois semaines :

- Méthotrexate 30 mg/m² en IV au 1^{er}, au 15^{ème} et au 22^{ème} jour de traitement,
- Vimblastine 3 mg/m² en IV au 1^{er}, au 15^{ème} et au 22^{ème} jour,
- Adriamycine 30 mg/m² en IV au 1^{er} jour,
- Cisplatine 100mg/m² en IV au 2^{ème} jour.

Pour l'association chimio-radiothérapie qui dure 7 semaines, la chimiothérapie est à base de Cisplatine 25mg en IV associé au 5 Fluoro-Uracile 1000mg une fois par semaine. La radiothérapie externe quotidienne délivre, par 4 faisceaux d'irradiation, 45 Gy dans le pelvis et de 20 Gy sur la loge vésicale.

Tableau III : Répartition selon le type histologique des tumeurs urothéliales.

Lésions	Nombres	Pourcentage %
Transitionnelles	27	65,85
Epidermoïdes	08	19,52
Adénocarcinome	06	14,63
Total	41	100

**Figure n° 17** : Répartition selon le traitement.

II- 8. EVOLUTION

Après un recul de 12 mois, l'évolution est satisfaisante chez les 10 patients traités par la résection endoscopique, chez les 4 par la cystectomie partielle et chez les 5 patients traités par une cystectomie totale.

La récurrence a été trouvée chez 2 patients ayant bénéficié d'une résection endoscopique et chez 3 patients traités par une cystectomie partielle.

Sept décès ont été notés chez les patients bénéficiant d'une chimiothérapie avec ou sans radiothérapie et chez ceux traités par une urétérostomie.

Onze patients ont été perdus de vue.

III .COMMENTAIRES ET DISCUSSION

III-1. EPIDEMIOLOGIE

III-1-1. FREQUENCE

Le cancer de vessie représente 5,5 % de tous les cancers diagnostiqués. Il arrive au deuxième rang des tumeurs urologiques après le cancer de la prostate (2).

En France, 4% de décès par cancer sont causés par le cancer de la vessie. A Burkina Faso, le cancer de la vessie se place au 7^e rang des tumeurs malignes avec une fréquence estimée à 3,8%. Cette fréquence est de 2,3 à 2,5 % au Sénégal, 2,3% au Nigéria et 3,4% en Ouganda. Elle semble plus élevée au Mozambique et en Égypte avec respectivement 7,5% et 11% (11) (12) (13).

Les forts taux de fréquence peuvent s'expliquer en Afrique par la contribution de la schistosomiase qui y sévit à l'état endémique (14).

A l'exception du Japon, l'incidence est plus élevée dans les pays industrialisés où les taux sont plus marqués dans les villes que dans les campagnes. En Europe et aux États-Unis, le cancer de la vessie représente 5 à 10% de l'ensemble des cancers de l'homme où ils représentent en France la 7^e cause de mortalité par cancer chez l'homme et la 10^e cause de mortalité par cancer chez la femme(15).

Pour ces pays développés, la pollution causée par les industries chimiques ainsi que le tabagisme constituent un terrain propice pour le développement du cancer de la vessie (15).

Dans notre étude, le cancer de la vessie représente 16,85% de cas des cancers urologiques chez l'homme et occupe la deuxième place après le cancer de la prostate.

Il constitue 18% de l'ensemble des cancers uro-génitales chez la femme et prend la troisième place après le cancer du sein et du col utérin.

III-1-2. AGE

Le cancer de la vessie est caractérisé par un âge de survenue fréquent au dessus de la quarantaine (16) (17).

Selon certains auteurs, les tumeurs de la vessie atteignent surtout le sujet âgé à la sixième décade (14) (18).

La probabilité d'avoir un cancer de la vessie avant 75 ans est de 1,8 % chez l'homme et de 0,3 % chez la femme. Cette probabilité est de 4,4 % avant 85 ans chez l'homme et de 0,6 % chez la femme (19).

En France, l'étude de l'incidence annuelle des tumeurs de la vessie montre une croissance régulière du nombre de nouveaux cas à partir de 30 ans (15).

Dans notre étude, nos patients sont âgés de 21 à 75 ans avec un âge moyen de 50,45 ans, superposable à la série de Zango qui trouve 53,2 ans (20).

L'âge moyen de nos patients contraste avec ceux des pays occidentaux, comme la France, où Irani rapporte un âge moyen de 69 ans chez l'homme et 71 ans chez la femme (21).

Cette moyenne d'âge peut être en rapport avec le mode de vie de la population Malagasy qui a l'habitude de fumer très jeune. Selon Rakotoniaina, le pic d'âge des jeunes tabagiques s'est situé entre 15 à 17ans (22).

L'atteinte des sujets jeunes est rare. Melicow retrouve sur une cohorte de 840 tumeurs de vessie, que seulement 3% des patients avaient un âge inférieur à 40 ans (23). Dans notre série, cinq de nos patients (11,05%) sont âgé de moins de 40 ans.

III-1-3 .SEXE

Le cancer de vessie est trois fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Il est responsable de 2,6% de décès chez l'homme et de 1,4% chez la femme (2).

Dans la littérature, la prédominance masculine du cancer de la vessie est nette dans toutes les tranches d'âge avec un sex-ratio de 3,5 à 6,5 (24) (25).

Dans notre série, nous avons une nette prédominance masculine (71,43%), avec comme sex ratio 2,5.

Cette forte prédominance masculine peut être expliquée par le taux élevé des hommes fumeurs comparés aux femmes, et par leur profession de cultivateur plus exposée aux infestations bilharziennes.

III-2. CIRCONSTANCE DE DECOUVERTE (11) (26)

La circonstance de découverte la plus fréquente des cancers de la vessie est l'hématurie. Elle est présente chez environ 85 % des patients. C'est une hématurie terminale, indolore, isolée. Mais toute hématurie doit faire suspecter une tumeur de la vessie.

L'hématurie microscopique n'est pas caractéristique de la tumeur de vessie mais elle peut la révéler dans 5% des cas, surtout lorsqu'il existe des facteurs de risque comme le tabac.

Des signes d'irritations vésicales peuvent être associées à l'hématurie, en particulier les mictions impérieuses, la pollakiurie, plus rarement la dysurie.

La cystite hématurique est aussi évocatrice du cancer de la vessie, en particulier chez l'homme. Même avec l'ECBU positif, cette cystite hématurique doit faire rechercher une tumeur de vessie.

Parfois, la découverte d'une tumeur de vessie sera fortuite à l'occasion d'une échographie abdominale pratiquée pour une autre cause ou lors de la pratique d'une cytologie urinaire systématique.

Plus rarement, la tumeur de vessie est découverte à l'occasion de métastases ou d'un envahissement locorégional.

L'envahissement peut être responsable de douleurs lombaires unilatérales, voire de véritables coliques néphrétiques lorsque la tumeur envahit et sténose un orifice urétéral.

Des douleurs pelviennes, des œdèmes d'un ou des membres inférieurs peuvent se manifester lors d'un envahissement ganglionnaire comprimant l'axe vasculaire.

En cas de métastase osseuse, le patient peut présenter des douleurs osseuses voire une fracture pathologique avec altération de l'état général.

Selon Benchekroun, l'hématurie représentait le signe révélateur le plus fréquent (98 %) (27), de même pour et Eschwege (90 %) (28).

Dans l'étude Diao, les principaux signes cliniques observés chez leurs patients étaient les troubles mictionnels irritatifs dans 94,5% des cas et l'hématurie dans 88%. Une infection urinaire était notée chez 37 % de leurs patients (29).

Par contre, l'hématurie était faiblement retrouvée dans l'étude de Lougue-Sorgho (32%). Le cancer de la vessie est révélé par la palpation d'une masse pelvienne dans 44%. Ce taux élevé tient au fait que leurs patients sont vus à des stades très évolués (17).

Dans notre étude, 76,19 % de nos cas sont révélés par des hématuries totales. D'autres symptomatologies urinaires comme la rétention d'urine et des urines de mauvaise odeur ont été rapportées. La rétention urinaire est souvent due à des caillots lors d'une importante hématurie ou à des débris tumoraux.

La chirurgie d'une lithiase vésicale a permis une découverte fortuite d'un cas de cancer vésical dans notre étude.

III-3. FACTEURS DE RISQUE

III-3-1. LE TABAC

L'inhalation de fumée de cigarette est directement impliquée dans 30 à 40% des cancers de la vessie et l'utilisation exclusive de la pipe ou du cigare ne modifie pas le risque relatif de survenue de tumeur de vessie.

L'élévation du risque relatif de cancer de la vessie chez les fumeurs est liée d'une part au nombre de cigarettes fumées par jour et d'autre part à la durée de consommation. Le cancer survient avec un risque accru à partir de 20ans de tabagisme (15).

Dimenza a trouvé dans son étude que 80 % de ses patients porteurs de cancer de la vessie sont des fumeurs (18).

Lors d'une enquête épidémiologique portant sur 34 000 patients, la survenue de tumeur de la vessie est fortement liée à la consommation de tabac (30).

Ce risque relatif élevé est en rapport avec la présence de carcinogènes vésicaux dans la fumée inhalée. Selon l'étude, une cigarette contient 364 ng d'aniline, 162 ng de 0 toluidine et 1,7 ng de β - naphthylamine (15) (31).

Ces carcinogènes absorbés par le poumon sont excrétés dans les urines. Il existe d'ailleurs une corrélation entre le nombre de cigarettes fumées par jour et le pouvoir mutagène des urines (15) (32).

Dans notre étude, 38,10% de nos patients sont tabagiques. La plupart de nos patients a pris surtout des tabacs à chiquer.

Selon Razafiarisoa, qu'on mâche le tabac ou qu'on fume, la dépendance à la nicotine est la même (33).

Une thèse de médecine réalisée en 1995 estime que près d'un Malgache sur trois (31%) mâche du tabac, tout en soulignant que ce chiffre est sous estimé car il ne tient pas compte de la production artisanale (33).

Une étude menée sur le tabagisme chez des femmes enceintes d'Antananarivo a montré que la majorité de celles qui chiquent ont un faible niveau d'éducation. Les malgaches chiquent par tradition, par pauvreté sans savoir qu'ils s'exposent aux maladies comme le cancer (33).

Une enquête menée par Rakotoniaina a propos du tabagisme chez les jeunes rapporte que 52,6% des fumeurs sont des garçons. La consommation du tabac augmente graduellement avec l'âge pour atteindre son pic entre 15 et 17 ans. La population de ses études est représentée par les élèves avec un extrême d'âge de moins de 11ans à 17 ans et plus. La plupart de ses élèves (69,9%) sont exposés à la fumée des autres, donc ces élèves risquent de devenir fumeurs ou de subir tous les méfaits du tabagisme (22).

Plusieurs facteurs influencent ces jeunes à utilisation du tabac dont le premier est le tabagisme passif, puis les medias par l'intermédiaire de la publicité (22).

III-3-2. LA BILHARZIOSE URINAIRE

La bilharziose urinaire prédispose au cancer de la vessie de type épidermoïde.

Elle se voit chez 70 % des patients ayant des tumeurs de vessie en Egypte où la prévalence de la bilharziose est de 45 % (34).

La bilharziose provoque, par la migration des larves dans le système urinaire, une inflammation chronique conduisant à des sténoses et des calcifications étendues des voies urinaires. Le diagnostic ne pose généralement pas de problème, mais ce processus d'inflammation chronique prédispose à des carcinomes épidermoïdes de la vessie qui peuvent être associés (35).

La répartition géographique de cette parasitose (*Schistosoma haematobium*) s'étend sur toute l'Afrique, le Proche et le Moyen-Orient. La bilharziose urinaire touche environ 350 millions de personnes en Afrique. C'est l'infection bactérienne chronique constamment associée à la parasitose vésicale qui serait l'agent initiateur de la tumeur, la présence des œufs n'interviendrait que comme promoteur (21).

Dans les séries de Dangou les antécédents de schistosomiase urinaire sont retrouvés chez plus de la moitié de ses patients, confirmant le rôle précurseur de cette affection dans la survenue des cancers de la vessie (13).

Dans l'étude de Diao, parmi les 428 patients ayant un cancer de la vessie, des œufs de *Schistosoma Haematobium* auraient été retrouvés chez 125 patients (29,2%) (31).

Quant à notre étude, les atteintes bilharziennes ont été trouvées chez 14 de nos patients (33,33%). Etant donné que notre pays est une zone endémique de la bilharziose, et que la majeure partie de ces patients sont des cultivateurs, ces conditions constituent un terrain favorable pour l'évolution de cette maladie.

III-3-3. L'INFECTION URINAIRE ET IRRITATION VESICALE

L'irritation vésicale chronique et l'infection urinaire chronique ou récidivante à germes banaux, favorisées par les séquelles de la bilharziose urogénitale ou par la présence d'une sonde vésicale à demeure constituent d'autres facteurs de risques cancérigènes (15).

En effet, certaines études épidémiologiques ont révélé l'existence d'une association entre les infections urinaires récidivantes ou chroniques et le cancer de la vessie (36).

Dans notre étude, aucun de nos patients n'a été porteur de sonde vésicale à demeure. Par contre, les infections urinaires sont trouvées chez 14 (33,33%) de nos

patients. Mais nous ne pouvons pas affirmer si ces infections constituent une cause ou conséquence de la lésion tumorale.

III-3-4. LES CARCINOGENES D'ORIGINE INDUSTRIELLE (15)

Les carcinogènes industriels seraient responsables de 27% des cancers de la vessie. Plus de 200 substances suspectes ont été répertoriées. L'absorption se fait surtout par voie transdermique. Il s'agit principalement de dérivés des hydrocarbures comme la benzidine et de dérivés de l'alanine comme la toluidine.

Les professions exposées sont les métiers de la teinture, du caoutchouc type goudron et de la métallurgie en particulier l'huile de coupe.

Aux Etats-Unis, on estime que 3,5 millions d'ouvriers sont exposés occasionnellement à de telles substances. Une exposition de 2 ans dans une industrie à haut risque peut suffire pour l'apparition d'un cancer vésical. Ce cancer apparaît surtout entre 40 et 50 ans après la fin de l'exposition.

La latence est plus courte en cas d'exposition plus longue, mais le risque relatif ne change pas. Les tumeurs de vessie en rapport avec les amines aromatiques et leurs dérivés sont une maladie professionnelle.

Aucun de nos patients n'a été exposé à ce risque, parce que la plupart de nos patients sont des cultivateurs (66,66 %) et les autres sont des bureaucrates (14,28 %).

III-3-5. L'IRRADIATION PELVIENNE

Pour cancer du col utérin, l'irradiation pelvienne semble multiplier par 57 le risque de cancer de vessie (15).

III-3-6. LE DIVERTICULE DE LA VESSIE

C'est une pathologie bénigne favorisant le développement d'une tumeur. En effet, 80 % des diverticules sont le siège de modifications pariétales à type de dysplasie, leucoplasie ou de métaplasie épidermoïde, et 6% environ contiennent un processus tumoral malin. Ces modifications sont la conséquence de la stase urinaire chronique intra diverticulaire, elle-même responsable d'infection urinaire (35) (37).

III-4. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

III-4-1. L'ECHOGRAPHIE

L'échographie des voies urinaires est à l'heure actuelle un examen de pratique extrêmement fréquente en urologie. C'est l'examen de première intention devant une manifestation clinique évocatrice (38).

Pour réaliser une échographie, il y a trois voies d'abord possibles : la voie sus-pubienne, les voies endocavitaires (endorectale ou endovaginale) et la voie intravésicale.

a. Échographie par voie sus pubienne (39) (40) (41)

Cette voie donne des résultats satisfaisants avec une efficacité globale qui varie dans 61 % à 84 %.

L'échographie sus pubienne fournit les renseignements suivants : morphologie de la tumeur, base d'implantation, localisation par rapport au trigone et aux orifices urétéraux et le nombre des lésions. La sensibilité de l'échographie sus pubienne pour détecter les tumeurs vésicales voisine de 5mm est bonne, dans les conditions techniques optimales.

La tumeur de vessie se présente comme une masse d'échogénicité intermédiaire à échogène, voire hyperéchogène attachée à la paroi et faisant saillie dans la lumière vésicale. Ses contours internes sont plus ou moins réguliers, arrondis ou frangés. La tumeur est souvent homogène si elle est de petite taille et hétérogène si elle est volumineuse.

La morphologie de la tumeur est un facteur primordial pour sa détection en échographie. Les tumeurs végétantes peuvent être détectées dès 3 mm alors que les tumeurs peu saillantes et surtout planes et infiltrantes plus volumineuses peuvent ne pas être visualisées.

b. L'échographie par voie endorectale ou endovaginale (39) (40) (41)

C'est un complément pour l'analyse de la base et du trigone. Cette voie permet de détecter des lésions de moins de 3 mm. La fiabilité de la voie endocavitaire pour la détection tumorale est voisine de 70 %.

Bien que peu d'études aient été réalisées, elle est plus fiable que la voie sus-pubienne pour le staging des lésions du plancher. Elle est recommandée comme complément en cas d'échographie sus-pubienne normale.

c. L'échographie endovésicale (39) (40) (41)

L'échographie endovésicale est une technique permettant de détecter des tumeurs millimétriques. La voie endovésicale a une meilleure efficacité pour le staging variant de 62 à 92 %.

Elle serait surtout fiable pour apprécier l'extension pariétale des tumeurs superficielles de petite taille mais elle s'est en fait peu développée car elle est invasive et allonge sensiblement la durée de la cystoscopie. De plus, son intérêt est franchement limité en cas de tumeur de plus de 3 cm.

Dans l'étude de Lougue-Sorgho, l'échographie a une sensibilité diagnostique de 98,5 % (16). Cette sensibilité est de 95,23 % dans l'étude de Dombou (41).

Dans notre série, nous n'avons pratiqué que l'échographie sus-pubienne. 88,05% de nos patients ont bénéficié d'une échographie. La sensibilité de l'échographie est de 83,33% dans notre étude. Elle a permis surtout l'étude de la morphologie de la tumeur. 32 lésions étaient bourgeonnantes, 3 infiltrantes et 2 à la fois bourgeonnantes et infiltrantes. L'échographie apparaît normale dans 5 cas.

III-4-2. LA CYSTOSCOPIE (2) (43)

La cystoscopie est l'examen clé du diagnostic du cancer de la vessie. Elle est réalisée au moindre doute dans les pays développés. Elle donnera la meilleure description macroscopique des lésions endovésicales.

C'est un examen qui doit être réalisé en cas de suspicion de tumeurs vésicales. La cystoscopie peut être pratiquée avec un cystoscope (rigide) ou mieux fibroscope (souple). Cet examen est réalisé après avoir vérifié que les urines sont strictement stériles.

Il nécessite 5 à 10 minutes pour sa réalisation. Il permet de visualiser une lésion endovésicale. La lésion peut être soit une plaque inflammatoire suspecte, soit un polype vésical qui peut être pédiculé ou sessile.

Lors de l'examen, il est difficile de savoir la nature exacte du polype, mais très souvent il est possible d'avoir une orientation sur le caractère infiltrant ou non de ce polype.

Le polype superficiel est en général pédiculé à implantation vésicale étroite ; frangé, il prend l'aspect d'algues qui flottent dans les urines.

Au contraire, la tumeur infiltrante est plus sessile, à large implantation, parfois nécrotique, bourgeonnante, inflammatoire ou blanchâtre.

Dans l'étude de Lougue-Sorgho, la cystoscopie est réalisée chez seulement 3 patients (4%). Son faible taux de réalisation dans son contexte de travail tient au non disponibilité d'un cystoscope dans son service et par le caractère avancé de la tumeur au moment du diagnostique (17).

Dans notre série, la cystoscopie a été réalisée chez 26 patients (61,90%). A l'exploration, 19 lésions étaient bourgeonnantes, et 7 polypomateuses. Ces lésions siègent dans 16 cas sur la partie mobile de la vessie et dans 10 cas sur le plancher.

III-4-3. L'UROGRAPHIE INTRA VEINEUSE (UIV)

L'UIV est un examen qui n'est ni très spécifique ni sensible des tumeurs de vessie.

Elle a des limites, en particulier pour les petites tumeurs de vessie qui sont parfois invisibles (2).

Cet examen permet également l'étude de l'ensemble de l'appareil urinaire car il existe dans 5 à 10% des cas une tumeur du haut appareil associée à la tumeur de la vessie. L'UIV peut également préjuger d'une infiltration musculaire lorsqu'il existe une obstruction urétérale avec dilatation unilatérale du haut appareil (26).

L'UIV détecte 70% des tumeurs vésicales si la technique est rigoureuse c'est-à-dire la réalisation de couches minces pour identifier une petite tumeur rapidement masquée par le produit de contraste, et la réalisation de clichés en oblique (26).

Les tumeurs végétantes se présentent sous forme d'une lacune vésicale se raccordant à la paroi par une base d'implantation large, étroite ou pédiculée. La lacune peut avoir des bords réguliers ou dentelés. La tumeur infiltrante ou peu saillante se

traduit par une lacune marginale, un retrait ou un aplatissement du contour vésical (42).

Depuis le développement de l'échographie, cette étape est moins fondamentale. Cependant, l'association UIV-échographie augmente le taux de détection des tumeurs vésicales et permet de redresser la plupart des hésitations diagnostiques (42).

L'UIV a une sensibilité à 90% dans l'étude de Romero Aguirre (44), 87% dans celle de Buruian (45) et 78 % dans celle de Dombeu (42), 100% dans les séries de Lougue-Sorgho au Burkina Faso (17).

Dans notre cas, l'UIV n'a été pratiquée que chez 5 patients parce que la plupart de nos cas a été diagnostiqué par l'échographie ou la cystoscopie.

La manifestation de la tumeur de la vessie objectivée dans notre étude est conforme aux données communément retrouvées qui est une image lacunaire.

Nous ne pouvons pas conclure s'il a une spécificité pour le diagnostic de la tumeur à cause de la rareté des patients qui en ont bénéficié.

III-4-4. LE SCANNER (46) (47) (48)

En dehors de la visualisation d'une éventuelle extension pariétale ou des vésicules séminales, le scanner est surtout indiqué dans la recherche de ganglions métastatiques ilio-obturbateurs ou lombo-aortiques.

Il s'agit d'un examen souvent pratiqué après la résection et qu'une réaction inflammatoire peut fausser les images aussi bien sur le plan local que sur le plan ganglionnaire.

Les différentes études montrent que sa sensibilité varie de 10 à 90% et que sa spécificité varie de 83 à 95%. Ces taux extrêmement variables montrent qu'il ne s'agit pas d'un examen parfaitement fiable pour apprécier l'extension locorégionale des

tumeurs de vessie mais incapables néanmoins de détecter une atteinte microscopique, et de différencier les lésions tumorales des atteintes inflammatoires simples.

Dans notre série, seulement 7,14% de patients ont pu réaliser un scanner du fait du coût très élevés de cet examen.

III-4-5. L'HISTOLOGIE

Les cancers de vessie se présentent sous des formes anatomocliniques multiples tenant à leur mode de croissance, à leur développement dans le temps et l'espace et à leur évolution (10).

Le diagnostic de certitude des cancers de la vessie est histologique. Elle précise le grade ou de différenciation cellulaire ainsi que le stade histopathologique ou le degré d'infiltration pariétale et extra-pariétale.

Les tumeurs développées aux dépens de l'épithélium urinaire ou tumeurs épithéliales occupent 97% de l'ensemble des tumeurs de vessie et seulement 5 % d'origine non épithéliale.

a. Les tumeurs épithéliales

i. Les tumeurs épithéliales à cellule transitionnelles

Elles occupent dans les pays tempérés 90 à 95 % de l'ensemble des tumeurs urothéliales. Elles constituent un groupe très hétérogène avec de multiples variantes histologiques allant d'une tumeur totalement bénigne à une tumeur très agressive d'emblée. Les tumeurs restant cantonnées à la muqueuse et au chorion sont qualifiées de superficielles ou non infiltrantes (49) (50) (51).

Les tumeurs infiltrantes envahissent le muscle et sont des tumeurs malignes graves. La frontière entre malin et bénin est parfois mal définie, objet de controverses.

Les tumeurs urothéliales papillaires non infiltrantes représentent 75 à 85 % de l'ensemble des tumeurs épithéliales et les tumeurs infiltrantes représentent environ 15 à 30 % des tumeurs de vessie (49) (50) (51).

Le cancer de vessie est approximativement deux fois plus fréquent dans la race blanche que dans la race noire, il semble que le taux de tumeurs superficielles soit plus important dans la race blanche. Cette dernière constatation est probablement due à des facteurs socioéconomiques liés à l'accès aux soins et au diagnostic précoce (15).

ii. Les carcinomes épidermoïdes purs

Dans les pays tempérés, ils occupent entre 3 à 7% de l'ensemble des tumeurs urothéliales. En zone d'endémie bilharzienne, c'est la forme histologique la plus fréquente retrouvée dans 35 à 75 % des cas selon les régions (49) (50) (51).

iii. L'adénocarcinome pur

L'adénocarcinome représente 0,5 à 2% des tumeurs de la vessie. Il siège le plus souvent sur la base vésicale, provenant de reliquats embryologiques glandulaires d'origine intestinale. L'adénocarcinome du dôme de la vessie est d'origine ouraquienne.

Compte tenu de sa rareté, la découverte d'un adénocarcinome vésical doit faire éliminer une métastase et surtout un envahissement par contiguïté d'un cancer de voisinage digestif ou génital (49) (50) (51).

b. Les tumeurs non épithéliales (52) (54) (55)

Elles ont en commun leur origine intra murale avec respect de la muqueuse. Les méthodes d'imagerie peuvent, associées à un faisceau d'arguments topographiques et cliniques, soupçonner le diagnostic de tumeur non épithéliale. La cystoscopie montre une muqueuse saine. Le diagnostic définitif est souvent posé par l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire.

i. Le léiomyome

Le léiomyome est la plus fréquente de ces tumeurs non épithéliales à développement intravésical (70 % des cas) ou extravésical (30 % des cas).

ii. Le phéochromocytome vésical

La localisation vésicale occupe la troisième place des phéochromocytomes extra surrénaliens. Il est le plus souvent bénin et d'évolution lente, mais le risque de malignité est plus fréquent que pour les phéochromocytomes surrénaliens.

iii. L'endométriose

La vessie est le site le plus fréquent de l'endométriose du tractus urinaire.

Il s'agit, soit d'une simple infiltration de la séreuse, soit de petits nodules disséminés, ou plus rarement d'une masse vésicale. Elle siège avec prédilection au niveau du dôme et de la face postérieure de la vessie. Elle est responsable d'hématurie rythmée par la menstruation et/ou de dysurie.

Dondalski a rapporté dans leur étude, 83,33% de carcinome à cellules transitionnelles et 16,67% de carcinome épidermoïde (38).

Pour Brule, parmi les tumeurs épithéliales, 90 % des cancers sont des épithéliomas à cellules transitionnelles ou épithéliomas excréto-urinaires, et 10 % des carcinomes anaplasiques (47).

Contrairement aux séries des autres pays en zone d'endémie bilharzienne, où la forme histologique la plus fréquente est le carcinome épidermoïde, avec un taux variant de 35 à 75 % des cas selon les régions (19) (29).

Dans notre étude, 41 cas (97,6%), sont de type épithélial. Le carcinome à cellules transitionnelles est le type histologique prédominant (65,85 %). Toutefois,

nous avons trouvé 8 cas (19,51%) de carcinome épidermoïde, et 6 cas (14,63 %) d'adénocarcinome. Ces lésions étaient infiltrantes dans 21 cas et superficielles dans 20 cas. Seulement un cas est non épithélial (2,4%).

III-4-6. LA CYTOLOGIE URINAIRE (2) (26) (56)

Il s'agit de l'observation microscopique du sédiment urinaire soit à partir d'urines émises par le patient, soit à partir de lavages vésicaux. Ces derniers augmentent le rendement de l'examen.

Classiquement, la cytologie urinaire montre des cellules irrégulières avec un noyau agrandi et une chromatine anarchique.

Les limites de cet examen sont principalement l'infection urinaire et les inflammations vésicales avec des faux positifs pouvant aller jusqu'à 15 %, mais également les tumeurs bien différenciées dont la cytologie peut s'apparenter à une cytologie normale de desquamation (42).

C'est un examen fiable s'il est effectué dans des conditions rigoureuses de recueil, de fixation et d'interprétation. Les atypies cellulaires de degré variable traduisent la présence d'un ou de plusieurs foyers carcinomateux au niveau de la muqueuse vésicale ou du haut appareil urinaire quel que soit l'aspect macroscopique de la tumeur.

Toutefois, de nombreuses études ont démontré une bonne corrélation entre les tumeurs de bas grades et de bas stades qui sont volontiers diploïdes alors que les tumeurs de hauts grades et de stades élevés sont tétraploïdes et aneuploïdes.

Elle est relativement spécifique mais sa sensibilité n'est pas très forte. Plus la lésion est de grade élevé, plus elle desquame, et plus la cytologie sera facilement positive. Au contraire, en cas de lésion de bas grade, la cytologie est d'interprétation très difficile. Une cytologie négative n'écarte absolument pas une lésion vésicale

tumorale. À l'opposé, la présence d'une cytologie positive doit faire rechercher une lésion du haut appareil urinaire en cas de cystoscopie négative.

Pour Yokogi, trois des 8 patients porteurs d'un CIS avaient une cytologie négative, 2 patients avaient une cytologie positive (57).

Dans nos cas nous n'avons pratiqué que l'examen bactériologique des urines. Bien que l'examen cytologique soit fiable, il est peu réalisé en pratique courante du fait de sa complexité et de l'infrastructure qu'il nécessite (58).

III-5. TRAITEMENT

Il existe plusieurs moyens thérapeutiques dont la résection endoscopique, la chimio-immunothérapie locale, la photo coagulation au laser, la cystectomie, la chimiothérapie systémique et la radiothérapie externe (59).

La difficulté réside dans le choix de la meilleure méthode disponible, plus efficace et moins invasive. Afin de guider l'attitude thérapeutique et de proposer la meilleure option au patient, il convient de prendre en compte quatre critères : l'état général du patient, le stade et le grade de la tumeur et de son indice d'agressivité (59) (60).

III-5-1. L'ARRET DU TABAC

Il est obligatoire dès le diagnostic posé. En effet, les patients qui ont une tumeur superficielle de la vessie sont davantage à risque de développer une tumeur infiltrante s'ils continuent de fumer. D'autre part, les patients qui ont une tumeur infiltrante peuvent développer d'autres tumeurs sur les voies urinaires (59).

III-5-2. LA RESECTION ENDOSCOPIQUE

La résection endoscopique est le traitement de choix des tumeurs superficielles de la vessie. Sa mortalité est quasi nulle et sa morbidité très faible. Elle peut être réalisée sous anesthésie générale ou sous rachis anesthésie (61).

Dans l'étude de Benchekroun, il a pratiqué chez 46 de ses patients (20,44%) la résection endoscopique complète de la tumeur par refus d'un geste radical et par une altération importante de l'état général (27).

Dans notre étude, 12 patients (28,57%) ont subi une résection endoscopique complète de la tumeur dans d'autres établissements sanitaires. L'équipement endoscopique complet n'est pas encore disponible dans notre centre.

III-5-3. LES INSTILLATIONS ENDOVESICALES

Les instillations endovésicales de BCG sont une immunothérapie qui permet de traiter les lésions non visibles en endoscopie, d'éviter l'infiltration tumorale et de retarder la récurrence. Elles peuvent être utilisées seules ou en complément de la résection (59).

Les taux de récurrences variaient de 0 à 40 % pour les patients recevant du BCG contre 40 à 80% chez les patients ne recevant aucun traitement (61).

D'autres auteurs ont ouvert une controverse quant à la place de cette instillation. Pour eux, il n'existait pas de différence significative en termes de survie chez les patients recevant ou non des instillations. Ils n'influenceraient pas l'évolution vers l'infiltration en profondeur de certaines tumeurs (62).

La tolérance des instillations était bonne aussi bien pour le BCG que pour la mitomycine C. Une fièvre persistante était observée sous BCG chez 5 % des patients s'amendant rapidement sous antibiothérapie (63).

Nous ne pouvons pas confirmer le résultat de cette technique car tous les patients n'ont pu suivre jusqu'au bout le protocole classique.

III-5-4. LA PHOTOCOAGULATION AU LASER

La photocoagulation au laser ne paraît pas présenter des avantages déterminants sur la résection et l'électrocoagulation électrique.

Outre la nécessité de faire une partie du traitement par résection électrique conventionnelle pour étudier l'anatomopathologie, l'utilisation du laser reste potentiellement dangereuse pour les organes périvésicaux.

Il doit donc être utilisé avec discernement d'autant que le bénéfice escompté sur l'évolution de la maladie n'a pas été mis en évidence (59).

III-5-5. LA CHIRURGIE (64) (65)

a. La cystectomie totale

La cystectomie totale à ciel ouvert associée à un curage ganglionnaire ilio-obturateur bilatéral est le traitement recommandé par le Comité de Cancérologie de l'Association Française d'Urologie pour les tumeurs épithéliales infiltrantes le muscle vésical.

De même, en cas de récurrence tumorale superficielle de haut grade, résistante à un traitement endoscopique bien conduit associé à un traitement par immunothérapie ou chimiothérapie endovésicale, la cystectomie totale peut être indiquée.

Cette chirurgie d'exérèse est bien souvent la seule indication correcte dans un but curatif et pour rendre supportable la survie du patient qui était de 60 à 90% à 5 ans.

Dans l'étude de Benckroun, 165 de ses patients (73,3%) présentant une tumeur infiltrante ont été traités chirurgicalement. Il a réalisé une cystoprostatectomie

dans 75,7 % des cas, une cystectomie totale avec conservation de la coque prostatique dans 2,7 % des cas et une pelvectomie antérieure dans 21,6 % des cas. Une dérivation urinaire externe transiléale a été effectuée dans 94,6 % des cas. Une entérocystoplasties a été réalisée, dans 5,4% des cas (27).

Thomas et Riddle retrouvent une augmentation de la mortalité chez les patients âgés (12 %) comparée à celle des plus jeunes (7%) (65).

La cystectomie totale, traitement de référence des tumeurs vésicales infiltrantes, a été réalisée chez 7 (16,66 %) de nos patients, avec 4 entérocystoplasties et 3 urétérostomies transiléales.

b. La cystectomie partielle

La cystectomie partielle est satisfaisante sur des cas très sélectionnés de tumeur bien localisée, non infiltrantes et de petite taille. Elle a été pratiquée chez 9 de nos patients (21,42 %).

Cette technique permet de conserver une fonction mictionnelle et sexuelle normale mais expose aux risques de récurrence locale.

c. La dérivation urinaire

Chez 8 patients, une urétérostomie palliative a été réalisée pour des tumeurs non extirpables.

Coffey avait décrit son intervention d'implantation colique des uretères, aux résultats parfois remarquables, mais aux complications connues (64).

III-5-6. LA RADIOTHERAPIE (66)

La place de la radiothérapie est limitée. Elle peut être indiquée seule dans un but palliatif, c'est-à-dire dans les cancers avancés qui occasionnent des hématuries répétées. Elle 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. Elle donne l'espoir de trouver une solution à la fois curative et conservatrice.

Pourtant, il faut évaluer le devenir de la vessie après irradiation car les lésions radiques locales et de voisinages risquent de compromettre le confort de survie des patients.

III-5-7. LA CHIMIOThERAPIE

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 osseuse, pulmonaire, hépatique...). La chimiothérapie associe habituellement deux produits : gemcitabine et cisplatine. Cependant, plusieurs autres protocoles existent, associant cisplatine, méthotrexate et vinblastine ou encore cyclophosphamide, doxorubicine et cisplatine. Son effet sur la survie n'est pas encore bien déterminé (66) (67).

En association à une chimiothérapie, la radiothérapie a été indiquée chez 5 de nos patients présentant une extension locorégionale ou ne supportant pas une intervention chirurgicale.

III-6. EVOLUTION

La résection transurétrale (RTU) complète est le traitement chirurgical le moins agressif du cancer de la vessie. Les quelques séries traitant les tumeurs par RTU seule ont montré une survie à 5 ans de 65 à 73 %, similaire à celle obtenue par une chirurgie radicale, mais avec un taux de récurrence de 45 à 70% nécessitant des résections itératives (68) (69).

La cystectomie partielle est un traitement conservateur du cancer infiltrant de vessie, cependant, même chez des patients hautement sélectionnés, le taux de survie à 5 ans rapporté par Kaneti était seulement de 40% pour les tumeurs T2 et T3 (70).

La radiothérapie externe seule ne suffit pas à assurer un contrôle à long terme des cancers infiltrants de vessie. Les patients irradiés sont souvent des patients inopérables. La radiothérapie préopératoire a été utilisée dans le but de diminuer la dissémination des cellules tumorales au cours d'une cystectomie, mais malgré les résultats bénéfiques rapportés par Whitmore (71).

Dans l'étude de Benchekroun et al, la mortalité postopératoire a été de 4 %, le plus souvent secondaire à un choc septique (27).

Pour notre cas, seulement 19 patients ont une évolution favorable après un recul de 12 mois (45,23%). Aucune récurrence ni métastase, ni altération de l'état général n'est constatée. Toutefois, l'évolution après cette période de recul n'est pas précise car les patients ont été perdus de vue.

Nous avons noté 7 cas de décès, ceci en relation avec le stade très avancé de la maladie et à l'inadéquation de la prise en charge du fait du problème pécuniaire du patient (16,66%).

Les 5 cas de récurrence sont observés surtout chez les patient ayant bénéficié d'une résection endoscopique ou d'une cystectomie partielle. La marge d'exérèse très limitée peut être inculquée (11,90%).

IV. NOS SUGGESTIONS

Pour la meilleure prise en charge des patients ayant un cancer de la vessie, nous suggérons :

IV-1. POUR LES PERSONNELS DE SANTE

D'instaurer des stratégies de prévention et de dépistage précoce de cette affection en :

- Informant les publics sur les dangers des facteurs de risque en particulier le tabac et la bilharziose, surtout sur les signes révélateurs du cancer de la vessie,
- Encourageant la référence vers un centre spécialisé devant tout signe suspect,
- Formant les personnels de santé pour la pratique et la réalisation adéquate de la cystoscopie avec biopsie tumorale et la cytologie urinaire,
- Bien choisissant le traitement adapté pour éviter la récurrence.

IV-2. POUR LA POPULATION MALGACHE

D'améliorer la qualité de vie en :

- Changeant le mode de vie comme la consommation de tabac et en évitant de se baigner ou de s'immerger dans les rivières au moment où le risque d'infestation bilharzienne est élevé (entre 10 et 14 heures),
- Arrêtant toute auto médication et en consultant un médecin devant des signes suspects.

IV-3. POUR L'ETAT MALGACHE

- Lancer un programme de lutte contre la bilharziose et le tabagisme,
- Ouvrir un centre spécial pour une prise en charge complète et gratuite des patients atteints de cancers,
- Améliorer les infrastructures et doter de nouveaux matériaux, surtout le cystoscope complet.

CONCLUSION

Le cancer de la vessie est grave. Son pronostic est globalement mauvais du fait de plusieurs facteurs en particulier le retard diagnostique.

La survenue d'une hématurie doit toujours pousser le clinicien à rechercher cette tumeur. Le diagnostic repose sur l'échographie, la cystoscopie avec la biopsie tumorale et l'histologie qui oriente vers une option thérapeutique.

En cas de tumeur superficielle, un traitement par instillations endovésicales peut être nécessaire mais la résection endoscopique complète reste le traitement de choix. En cas de lésion infiltrante, la cystectomie totale avec une dérivation urinaire restent le traitement de référence et curatif.

Pour améliorer la prise en charge du cancer de la vessie, une collaboration étroite entre les personnels de santé, la population Malgache et l'Etat Malgache est nécessaire.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Smida S. Les tumeurs de vessie. Polycopié Urologie, www.facmed-annaba.com, 2009: 1-11.
2. Lebreton T. Tumeurs vésicales. Paris : Elsevier, Encycl Méd Chir AKOS 1999: 1-5.
3. Pisani P, Parkin DM, Bray F, Ferlay J. Estimates of the world-wide mortality of 25 major cancers in 1990. Int J Cancer 1999; 24: 2915-2918.
4. Soussa C. La vessie. www.facmed-annaba.com, 2007: 1-46.
5. Uhl JF. Université Paul Sabatier. La vessie. www.anat-jg.com/Present_simpl.htm, 2005.
6. G.Vallancier. Les tumeurs de la vessie. Institut Mutualiste Montsouris – Fiche Info Patient – Urol 2007: 1-4.
7. Institut National du cancer. Cancer de la vessie. Atlas de la mortalité par cancer en France. www.urofrance.org, 2009 ; 37.
8. Guillé F. Tumeurs de la vessie. L'urologique. Rennes: www.med.univ-rennes1.fr, 2000.
9. Olivier C, Vincent R. Classifications et facteurs pronostiques des tumeurs épithéliales de vessie. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris) ; Néphrologie-Urologie, 18-243-A-20,1995 : 1-5.
10. www.discussion-diagnostique.com. Tumeurs de la vessie. Cours de médecine en vrac. 2002: 1-5.
11. Andonaba JB. Les tumeurs malignes au Burkina Faso: à propos de 990 pièces opératoires de 1983 à 1992 au service d'anatomie et de cytologie pathologiques au centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo. Ouagadougou: Thèse Médecine à la Faculté des Sciences de Santé, 1992.

12. Dangou JM , Mendes V, Boye LA, Woto-Gaye G & N'Diaye PD. Le cancer vésical au Sénégal, expérience du laboratoire d'anatomo-pathologie du C.H.U. de Dakar. Méd Afr Noire 1996: 362-365.
13. Quenum C, Tossou H & Comlan G. Cancers vésicaux et bilharziose au Sénégal. Afr Méd 1965: 305-307.
14. Johanson Sl, Cohen SM. Epidemiology and etiology of bladder cancer. Semin Surg Oncol 1997; 13: 291–298.
15. François D. Épidémiologie des tumeurs épithéliales de vessie. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris) ; Néphrologie – Urologie , 18-243-A-10, 1995 : 1-5.
16. Taille A, Meria P, Mazeman E. Tumeurs de la voie excrétrice urinaire supérieure. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), 2001 : 1-18.
17. Lougue-Sorgho LC, Cisse R, Kagone M. Radiographie et échographie dans la prise en charge des tumeurs de la vessie : à propos de 71 cas au Centre hospitalier national Yalgado Ouedraogo (Burkina Faso). Bull Soc Pathol Exot 2002; 95: 1-4.
18. Dimenza L, Bourou JC, Vieillefond A, Chondot D, Boccon Gibod L, Zumner K. Facteurs de risques des tumeurs de vessie ; étude épidémiologie chez 701 sujets en Île-de-France. Press Med 1991; 20: 1436-1439.
19. Tretarre B, Rebillard X, Daures JP, Iborra F, Arcou, Crisap L. Les cancers urologiques dans le département de l'Hérault : 14 ans d'enregistrement continu. Prog Urol 2003; 13: 394-403.
20. Zango B. Cancer de vessie bilharzienne : à propos de 9 cas rencontrés en Haute Volta. Reims: Thèse Médecine 1983; n°442.
21. Irani J. Épidémiologie du cancer de vessie. Prog Urol 2003; 13: 1207-1208.

22. Rakotoniaina JP. Rapport de l'enquête nationale sur le tabagisme chez les jeunes en milieu scolaire à Madagascar. Office Nationale de Lutte Antitabac, 2008; 1-13.
23. Melicow MM. Tumors of the bladder: a multifaceted problem. J Urol 1974; 112: 467-478.
24. Docquier J, Sourabie B. Cancer de Vessie. Aspects épidémiologiques, cliniques et histologiques en République du Niger. Acta Urol Belg 1987 ; 55 : 373-379.
25. Benhamou E, Laplanche A, Wartelle M. Incidence des cancers en France. INSERM 1990 :1978-1982.
26. Teillac P. Tumeurs de vessie : diagnostic, formes cliniques, marqueurs. Encycl Méd Chir. (Elsevier, Paris) ; Néphrologie- Urologie, 18-243-A-30, 1995: 1-3.
27. Benchekroun A. Infiltrating bladder tumors: a retrospective serial of 225 cases. Ann Urol 2003; 37: 279-283.
28. Eschwege P, Benoit G. Tumeurs de vessie. Rev Prat 1995; 45 : 725-894.
29. Diao B. Bladder cancers in Senegal: Epidemiological, clinical and histological features. Sénégal: Progr Urol 2008; 18: 445-448.
30. Mills PK, Beeson L, Philips RL, Fraser GE. Bladder cancer in a low risk population: results from the adventist health study. Am Epidemiol 1991; 133: 230-239.
31. Poyen D, Botta A, De Meo M. Etude de la mutagénicité urinaire d'agents hospitaliers féminins : influence primordiale du tabagisme. Arch Mal Prof 1988; 49: 11-16.
32. Wynder E, Goldsmith R. The epidemiology of bladder cancer. A second look. Cancer 1977; 40: 1246-1268.

33. Razafiarisoa H. Madagascar : tabac à chiquer, goudron du pauvre. Promotion & éducation, 2003 : 38.
34. Ricosse JH, Emeric R & Courbil LJ. Aspects anatomo-pathologiques des bilharzioses : à propos de 286 pièces histopathologiques. Méd Trop 1980; 4: 77-848.
35. Hinder RA, Schmaman A. Bilharziasis and squamous carcinoma of the bladder. S Afr Med J 1969; 43: 617-618.
36. Kaufman J, Fam B, Jacobs S. Bladder cancer and squamous metaplasia in spinal cord injury patients. J Urol 1977; 118 : 967-971.
37. Dondalski M, White EM, Ghahremani GG, Patel SK. Carcinoma arising in urinary bladder diverticula : imaging findings in six patients. AJR 1993; 161: 817-20.
38. Bellin MF, Bousquet JC, Frey I et al. Exploration radiologique des carcinomes vésicaux. Feuille Radiol 1988 ; 28 : 71-856.
39. Lebbar K, Amil T, Ameer A. Place de l'imagerie dans les tumeurs de vessie. Médecine du Maghreb 2001; 86: 31-37.
40. Duncan RE, Bennett DW, Evans AT. Radiation induced bladder tumors. J Urol 1977; 118: 43-45.
41. Roy C, Beaujeux R, Campos M, Le Bras Y. Pathologie tumorale de la vessie. Encycl. Méd Chir (Paris) ; Radiodiagnostic , 1994: 394-403.
42. Dombey A, Gonsu FJ, Yomi J. Tumeurs vésicales à Yaoundé : aspects échographiques et urographiques : à propos de 42 cas: Journées françaises de Radiologie 1999; 1-20.

43. Denkhaus H, Crone-Munzebrock W, Huland H. Non invasive ultrasound in detecting and staging bladder carcinoma. *Urology-Radiology* , 1985; 7: 121-131.
44. Romero A. Etude des tumeurs de vessie par ultrasonographie. *J Urol* 1983; 89: 541-546.
45. Buruian M, Golea O, Nicolescu D. La contribution de l'imagerie au diagnostic positif et à la stadification des tumeurs vésicales. Bucarest: Congrès Est-européen Francophone d'Imagerie Médicale 1996.
46. Brule JM, Roy C, Wenger JJ, Barth M & Warter P. Affections tumorales de la vessie. *Encycl Méd Chir (Paris) ; Radiodiagnostic*, 1988 : 1-20.
47. MerranS ,Hottelard A, Corddiani Y. Imagerie radiologique des tumeurs de la voie excrétrice. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris) ; Radiodiagnostic*, 1990: 1-8.
48. Barentsz JO, Jager GJ, Witjes JA, Ruijs JH. Primary staging of urinary bladder carcinoma: the role of MRI and a comparison with CT. *Eur Radiology* 1996; 6: 129-133.
49. Chome J, Algazi L. Classification et pronostic des tumeurs épithéliales primitives de la vessie. *Bull Cancer* 1957; 44: 278-292.
50. Harmer M. TNM classification of malignant tumors. Geneva: Union Internationale Contre le Cancer, 3rd ed, 1978.
51. Vieillefond A, Carbillet JP. Tumeurs de la vessie. *Anatomie pathologique. Rev Prat* 1993; 43: 1709-1711.
52. Kiemeney LA, Witjes JA, Verbeek, Heybroek RP, Debruyne FM. The clinical epidemiology of bladder cancer. *Brit J Cancer* 1993; 67: 806–812.

53. Kim B, Semelka RC, Asher SM. Bladder tumor staging: Comparison of contrast – enhanced CT, T1 and T2 weighted MR Imaging, dynamic Gadolinium – enhanced Imaging and late Gadolinium – enhanced Imaging. Radiology 1994; 193: 239-245.
54. Vieillefond A, Quillard J, Ladouch-Brade A. Tumeurs de vessie : point de vue du pathologiste. Ann Pathol 1989; 9: 249-264.
55. Oda H, Oda T, OhokaH. Flow cytometric evaluation of Thomson-Friendenreich antigen on transitional cell cancer using monoclonal antibody. Urol Res 1990; 18: 107-111.
56. Carter H, Amberson J, Bander N. Newer diagnostic techniques for bladder cancer. Urol Clin North 1987;14:763-770.
57. Yokogi H, Wada Y, Mizutani M, Igawa M, Ishibe T. Bacillus Calmette-Guerin perfusion therapy for carcinoma in situ of the upper urinary tract. Br J Urol 1996; 77: 676-679.
58. Alain L, Jacques B, Christian H. Traitement des tumeurs épithéliales de la vessie. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Néphrologie- Urologie, 18-244-A-10,1995 : 1-11.
59. Bensalah K, Patard J-J. Prise en charge des tumeurs de vessie T1G3. Ann Urol 2004: 93-100.
60. Eastham JA, Huffman JL. Technique of mitomycin C instillation in the treatment of upper urinary tract urothelia tumors. J Urol 1993; 150: 324-325.
61. Jayet C, Deperthes D, Leisinger H-J. Angiogenèse et cancer de vessie. Ann Urol 2002; 36: 258-263.

62. Studer UE, Casanova G, Kraft R, Zingg EJ. Percutaneous bacillus Calmette-Guerin perfusion of the upper urinary tract for carcinoma in situ. *J Urol* 1989; 142: 975-977.
63. Dufour B. Le traitement des tumeurs infiltrantes de vessie. E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie, 2003; 2: 4-6.
64. Thomas DM, Riddle PR. Morbidity and mortality in 100 consecutive radical cystectomies. *Br J Urol* 1982; 54: 716-719.
65. Housset M. Chimio-radiothérapie concomitante des cancers infiltrants de la vessie. *Cancer Radiother* 1998; 2: 713-717.
66. Lamm DL, Riggs DR, Traynelis CL, Nseyo UO. Apparent failure of current intravesical chemotherapy prophylaxis to influence the long-term course of superficial transitional cell carcinoma of the bladder. *J Urol* 1995; 153: 1444–1450.
67. Henry K, Miller J, Mori M, Loening S, Fallon B. Comparison of transurethral resection to radical therapies for stage B bladder tumors. *J Urol* 1988;140: 964–967.
68. Solsona E. Feasability of transurethral resection for muscle infiltrating carcinoma of the bladder: a long term follow-up of a prospective study. *J Urology* 1988; 159: 95–99.
69. Kaneti J. Partial cystectomy in the management of bladder carcinoma. *Eur Urology* 1986;12: 249–252.
70. Whitmore W. Treatment of bladder invasive cancer. *J Urology* 1988; 94 : 337–343

VELIRANO

« Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-nianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamofady na hanamorana famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin'ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana, ara-pirenena, ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany ».

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : Professeur RANTOMALALA Harinirina Yoël Honora

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé: Professeur RAJAONARIVELO Paul

Name and first Name	: CHAN YOLENG Aimée Narcisca		
Title of thésis	: VESICAL CANCER SEEN AT CHUA- JRA		
Rubric	: Surgery		
Number of pages	: 62	Number of figures	: 17
Number of references	: 70	Number of face	: 03

SUMMARY

Vesical disorder is varied. Its prognosis depends on the precocity of the diagnosis. We report a retrospective consideration of a series for forty-two patients getting an active cancer of the bladder from January 1998 to December 2009 at the CHU- A JRA.

The cancer of the bladder accounts for 18.85 % of urologic cancers. The average age of our patients is 50.45 old years with a sex ratio of 2.5 for the man. Nicotinism and schitosomiasis represent the majority factors of risk.

76.19 % of the patients had consulted for a all hematuria. Echography discovered the vesical tumor in 37 cases. The cystoscopy, only carried out among twenty-six patients, permit to visualize the tumor and to make a biopsy in all the cases and exérèsis-biopsy in 13 cases.

On the histological level, 97.60 % of the tumors are carcinoma urothélial and the prevalent histological type was carcinoma with transitional cell (65.85 %). Carcinoma epidermoïd was found in eight cases (19.51 %) and the adenocarcinomist in six cases (14.63 %). These lesions were infiltrating in 21 cases and surface in 20 cases.

28,57% of patients may get a endoscopic resection. The surgical treatment could be carried out at 38.03 % of the cases and 16.66 % of the patients had a radical cystectomy.

Keys words	: Bladder, Cancer, Cistoscopy, Depistage, Surgery .
Director of the thesis	: Professor RANTOMALALA Harinirina Yoël Honora
Reporter of thesis	: Doctor RAMBEL Andrianisa Hoby
Address of author	: logt VS 21 HJ Bis Andranovory Antananarivo

Nom et Prénoms	: CHAN YOLENG Aimée Narcisca	
Titre de la thèse	: LES CANCERS DE LA VESSIE VUS AU CHUA - JRA	
Rubrique	: Chirurgie	
Nombre de pages	: 62	Nombre de figures : 17
Nombres de bibliographie	: 70	Nombre de tableaux : 03

RESUME

La tumeur vésicale est très variée et polymorphe. Son pronostic dépend de la précocité du diagnostic. Nous rapportons une étude rétrospective d'une série de 42 patients présentant un cancer de la vessie, allant de janvier 1998 à Décembre 2008 au service d'Urologie du CHU-A JRA.

Le cancer de la vessie représente 16.85% des cancers urologiques. L'âge moyen de nos patients est de 50,45 ans et le sex-ratio 2,5. Les facteurs de risque sont représentés surtout par le tabagisme et la schistosomiase urinaire.

76,19% de nos patients avaient consulté pour une hématurie totale. L'échographie a découvert la tumeur vésicale dans 37cas. La cystoscopie, réalisée chez 26 patients, a permis de visualiser la tumeur et d'en faire une biopsie et/ou une exérèse-biopsique dans 13 cas.

Sur le plan histologique, 97,6% des tumeurs sont un carcinome urothéliale. Le type histologique prédominant était le carcinome à cellule transitionnelle (65,85%). Le carcinome épidermoïde a été retrouvé dans 8 cas (19,51%) et l'adénocarcinome dans 6 cas (14,63%). Ces lésions étaient infiltrantes dans 21 cas et superficielles dans 20 cas. 28,57% des patients ont pu bénéficier d'une résection endoscopique. Le traitement chirurgical a pu être réalisé chez 38,03% des cas avec 16,66% de cystectomie radicale.

Mots-clés	: Cancer, Chirurgie, Cystoscopie, Dépistage, Vessie.
Directeur de thèse	: Professeur RANTOMALALA Harinirina Yoël Honora
Rapporteur de thèse	: Docteur RAMBEL Andrianisa Hoby
Adresse de l'auteur	: logt VS 21 HJ Bis Andranovory Antananarivo