

**MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE**

**REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi**

UNIVERSITE DE BAMAKO

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO –
STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2006-2007

N°...../

**TUMEURS DE VESSIE
SUR TERRAIN DE CYSTITE
BILHARZIENNE
A PROPOS DE 73 CAS**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/...../2007

**Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odontostomatologie**

Par

Mr: Mamadou Aguibou SOW

Pour obtenir le Grade de **Docteur en Médecine**
(DIPLOME D'ETAT)

Jury

PRESIDENT : Pr Simaga Sidi Yaya

MEMBRES : Dr Traoré Cheick Bougadari

: Pr Ouattara Kalilou

DIRECTEUR DE THESE: Dr Tembely Aly

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2006-2007

ADMINISTRATION

DOYEN: **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR: **DRISSA DIALLO** – MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGÉ

2^{ème} ASSESSEUR: **SEKOU SIDIBE** – MAÎTRE DE CONFÉRENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR
DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-pathologie-histo-embryologie
Mr SIDI YAYA SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
Mr Boulkassoum Haïdara	Législation

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	ORL
Mme SY Aïda SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Réanimation

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
----------------	--------------------

Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mme Djeneba DOUMBIA	Anesthésie Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Boureima MAIGA	Gynéco-Obstétrique

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie - Chef de D.E.R.
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie

Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Mamadou M. KEITA
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA

2. MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mr Sahare FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mr Toumani SIDIBE
Mme SIDIBE Assa TRAORE

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mr Adama D. KEITA
Mme Habibatou DIAWARA
Mr Daouda K. MINTA
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Arouna TOGORA
Mme DIARRA Assétou SOUCKO
Mr Boubacar TOGO
Mr Mahamadou TOURE
Mr Idrissa A. CISSE

Psychiatrie - **Chef de D.E.R.**
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie-Hépatologie
Dermato-Léprologie

Pneumo-Phtisiologie
Cardiologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Endocrinologie

Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Maladies Infectieuses
Cardiologie
Cardiologie
Psychiatrie
Médecine interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie

Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépto-gastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépto-gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Soungalo DAO	Maladies infectieuses
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique Chef de D.E.R

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît KOUMARE	Chimie analytique

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie
Mr Yaya KANE	Galénique

4. ASSISTANTS

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé-Publique
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

2. MAÎTRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAÏGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISSE	Hydrologie
Pr Amadou Papa Diop	Biochimie.
Pr Lamine GAYE	Physiologie

DEDICACE

Nous dédions ce Travail à :

DIEU le tout Puissant, Clément et Miséricordieux

Mon Père **Aguibou Sow** :

Quoi de plus réconfortant pour un ancien administrateur d'hôpital que de voir son fils devenir médecin. Père, ta générosité, tes sages conseils, tes sacrifices, ne m'ont jamais manqué durant ces longues années d'étude. Ta sobriété, ton humilité, ton amour pour le prochain sont pour nous un exemple à suivre. Tu nous as enseigné le sens de l'honneur, de la dignité, de la probité morale, le respect de soi et surtout la reconnaissance.

Puisse ce travail modeste te donne la joie, la fierté et le bonheur. Merci Papa.

Ma Mère **Aïssata Dicko** :

mon jardin secret, ma source de vie. C'est à toi que je pense pendant les moments difficiles et lorsque je doute. Tu n'as ménagé aucun effort pour notre bonheur et notre réussite. Ton soutien moral, ton amour, ta patience, ta grande générosité et tes bénédictions nous ont permis de réaliser ce travail. Que le bon Dieu te prête longue vie. Amen

Notre tante Fanta Sall :

Qui par ces encouragements, son sens élevé de l'unité de la famille, m'ont permis de parvenir à ce résultat, qu'elle reçoive notre profonde gratitude.

Notre Soeur Feue Fanta Aguibou Sow :

en ce jour solennel, nous aimerons savourer toute notre joie avec toi, mais le bon Dieu ne l'a pas voulu ainsi, nous sommes sûr aussi que tu aurais aimé tant voir ce jour, dors en paix chère sœur, Amen

M^{me} Coulibaly Fanta Tall :

Votre présence à la faculté m'a galvanisé, avec vous j'ai retrouvé l'atmosphère de la famille. vous m'avez choyé comme un petit gamin qui fait la maternelle. Que le bon Dieu aide une fille qui a tant fait pour son père, Amen.

Ma profonde gratitude à tonton Boubacar et toute sa famille.

Nos Frères :

Tidiani A Sow, Amadou A Sow, Aliou Sow, Thierno Sow, Amadou Sow.

Nos Soeurs :

Aïssata Sow, Kadiatou A Sow, Nène A Sow, Mariam Sow, Habibatou Sow

Vos soutiens moral et financier, vos conseils resteront gravés dans ma mémoire
.Surtout votre sens élevé de la fraternité. Que dieu nous unisse davantage. Amen.

Aminata Diakité :

Mamy chou grâce à toi mon moral est au beau fixe, et ma vie pleine d'espoir. Malgré la distance, On restera unis. Ce travail est une réussite personnelle.

Docteur Mamadou Maïga :

Chèr oncle les mots me manquent en ce moment solennel pour exprimer ce que nous ressentons pour vous. Que le bon Dieu vous garde encore longuement en vie et bonne santé

.Ma profonde gratitude à tes merveilleuses épouses : tante Nana et tante Salimata.

M^{me} Diané Oumou Tall :

Votre soutien financier et moral ne m'ont jamais fait défaut. C'est le lieu pour moi de vous dire merci et de témoigner ma grande reconnaissance.

Nos Tantes : **Feue Nène Satourou Tall et Feue Nène Sow**

dont les conseils et les bénédictions nous ont beaucoup aidé à réaliser ce travail.

Mr Cheick Oumar Maïga et sa femme Lala Mariam Haïdara

Tu as été pour nous un grand frère exemplaire. Que le bon dieu vous prêtez longue vie et de l'énergie pour élever vos chers enfants.

Mr Guillaume Diarra :

Tu es mon véritable parrain. Merci infiniment

Notre Belle Soeur Feue **Rokiatou Sanogo :**

S'il plait au bon DIEU ton mari sera médecin, dors en paix KIA ; Amen

Docteur Saoudatou Tall :

Tu m'as aidé à remonter la pente, quand je doutais et quand j'avais besoin d'aide. Merci

Boubacar Gakou et sa femme Kaniba Samaké :

Ce travail est une réussite personnelle pour toi .Que le bon Dieu préserve et bénisse notre amitié Amen

Chérie Kaniba merci d'avoir mis beaucoup d'ordre dans notre vie.

REMERCIEMENTS

Nous profitons de cette occasion exceptionnelle pour adresser nos vifs remerciements à :

A mon pays **le MALI**

Pour m'avoir donné l'opportunité et les moyens d'étudier ; J'espère vous servir dignement comme vous le méritez tant. Merci !

Nos tantes :

Penda Sow, Kadiatou Tall, Assétou Maïga

Vos sages conseils et vos bénédictions m'ont beaucoup aidé à réaliser ce travail.

Nos oncles :

Aliou Maïga, Bâ Maïga , Abdoulaye Maïga, Moussa Ben Maïga, karamoko Maïga

, **BaSory , Sékou, kassim , Amadou, Sory, Youssouf, Saouti** : vous avez été pour nous une très grande source d'inspiration. Recevez l'expression de mon profond attachement. Merci

A nos cousins :

Boucary bah, Mahamane Maïga, Abdoulaye Sangaré

Vos conseils, vos soutiens ont été d'un apport capital dans la réalisation de ce document.. Que le bon Dieu perénisse notre lien familial. Merci.

A nos cousines :

Fifi, Mamy Maïga, Niamou Maïga, Nana Sangaré, Founé Barry , Tallo, Mamy Dioni, Awa, Hawoye. Merci

Merci pour votre sympathie et votre soutien sans faille.

A nos amis :

Boubacar Gakou, Bourama Aphos Traoré , Moussa Konanké , Mountaga Ben Diallo , Drissa Koné , Bigmo ; Talibi, Broumane Pona, Mamadou

Dramé, Moussa ; Amara Mariko, Moustapha Pour votre solidarité sans faille et votre amitié sincère. Merci

A **Lala Aïssata Théra**

Merci pour ta générosité, ta disponibilité, tes sages conseils, merci également à tes amies **Aiché, Gogo, et Djéné** pour leur sympathie. Puisse ce travail modeste vous donner la fierté, la joie et le bonheur que tu mérites tant.

A la famille Dabo : Tante **Ami Dabo**, Tante **Assou Dabo**, Tante **Mâh Dabo** :

les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens pour vous .vous m'aviez reçu comme votre propre fils. Seul le bon Dieu pourra vous payer.

A tante **Coumba Diatigui Diarra et à Tonton Nicolas**

vous nous avez créé un climat propice pour l'épanouissement et les études. Puisse ce travail modeste soit le témoin de notre reconnaissance.

A la famille **Diakitè** à quinzabougou :

vous m'avez accueilli en fils. Recevez ma profonde gratitude. Merci

A la famille **Kamian** à Korofina-nord

Merci pour votre sens hospitalité

A nos sœurs **Korotoum Traoré, Binta Cissé, Bambi Diarra, Rokiatou Diallo** : votre amitié sans faille nous a permis de réaliser ce document. Merci

A nos amis et collègues :

Dr Niantao, Dr Benoît Dembélé, Youssouf Sidibé, Modibo Diakitè, Oumar Mariko, Mohamed Sala Santara, Adama Bouaré, Dr Adama Z: sincère amitié, amour, et reconnaissance, puisse ce travail consolide davantage nos relations. Merci
Mr **Daouda Bamba** et son épouse **Fanta Diallo**

Ce travail a pu se réaliser grâce à votre soutien à toute épreuve. Merci infiniment.

Docteur **Cissé Mamadou cherif**

vous nous avez toujours reçu avec courtoisie et amabilité et nous prodiguée de judicieux conseils au cours de l'élaboration de cette thèse. Ce travail est aussi la vôtre.

Docteur **Niani Mounkoro**

Votre humanisme, et votre disponibilité et surtout vos sages conseils nous ont beaucoup touché. Vous occupez une place non négligeable dans notre formation. Trouvez ici les sentiments de notre profonde reconnaissance.

Docteur **Bakarou Kamaté**

Vous avez su par votre enseignement dynamique et pratique nous persuader de l'importance de l'anatomie pathologie.

Votre amour pour le travail bien fait, votre esprit d'abnégation et rigueur font de vous un maître écouté, respectueux et respectable.

Docteur **Ousmane Koïta**

Votre simplicité et votre gentillesse nous ont touché. En nous aidant à faire la photographie microscopique de nos pièces d'anatomo-pathologiques ; vous avez donné une touche et un rigueur scientifique à cette thèse. Ce travail est aussi la vôtre.

A tante **Lala Dicko et à ses enfants Kadiatou et Gafouré**

Pour leur soutien au lycée de sevaré.Merci
nos Frères et Soeurs de la famille **Sofara** :

Balla Sofara, Bakaina Sofara, Korotoum et Tata Sofara.Merci

Mr Mallé et son épouse Bébé :

merci pour votre sens d'hospitalité.

Moussa Coulibaly (Valdo) et son épouse :

malgré la distance qui nous sépare, vous avez été toujours de cœur avec nous. .

A nos collègues de service

**Doukansie, Guindo, Angoiba, Niaré, Diallo, Bagayogo, Konaté, MamadouKeita,
Diamouténe,Djibril , Guirou ,Mamadou Tembely dit Fernando,Elie**

**Tembiné,Moulaye, Goita ,Youba , Mafouné Cissé ,Aïssata Samassekou ,Mari
Diakité.** Merci pour votre bonne collaboration et votre esprit d'équipe.

A nos aînés de service :

**Dr Oumar Keita, Dr George Uro-Ogon, Dr Harouna Kondé, Dr Zana Dembélé, Dr
Abdoulaye Adama Kanté, Dr Adama Alou Diarra .**merci beaucoup pour ces
moments d'attention.

A nos cadets de Service :

**Wiri, Fernand, Korotoum Mallé ; Stéphane, Cheich Oumar, Adams, Issac
Nahwa** merci pour votre conduite exemplaire.

A nos cadettes de la Faculté :

**Kadiatou Adisa Coulibaly, Doussouba Camara, Djéneba Bah Diallo, Oumou,
Sira** : merci pour votre courtoisie.Je vous souhaite bonne chance pour la fin de vos
études.

Au major du service : Mme **Mariko Mariam** :

C'était un plaisir de travailler au près de vous .Vous nous avez fait partager votre
grosse experience.Merci.

Aux Infirmiers, Infirmières et Stagiaires du Service.Merci

A tout le personnel du bloc opératoire de l'hôpital du point G. Merci

**A tous les faisant fonction d' internes du service d'anatomie-pathologie de
L'INRSP** : pour votre bonne collaboration, votre sympathie, et votre esprit
d'equipe.Ce travail est le vôtre.

Aux techniciens de l'INRSP:

Mr Dembélé, Mr Yacouba Traoré:merci pour votre bonne collaboration.

A tout le personnel du Dispensaire Trans. –Rail

j'ai beaucoup appris au près de vous .Puisse ce travail modeste soit le témoin de ma profonde reconnaissance.Merci

A notre Grand **Grin** de la Sema :

Amadou DoumbiaSidi Sangho, Ramatoulaye, Madou Diema, Madou Tabaco, Tiefieng, Drissa, Boubacar Cissé, Bouba, Aicha, Batos.le Jeune, Etienne, Souleymane.L'amitié n'a pas de prix. Merci

A la famille Diallo à Sévare

Merci indéfiniment de votre soutien au lycée.Puisse ce modeste travail soit le témoin de ma profonde reconnaissance. Merci

A la famille Sow à toguel Mopti

Votre soutien et votre courtoisie ont été d'un apport certain pour moi. Merci

A la famille Samaké à Badalabougou

je ne pourrai jamais vous remercier assez ; ni avoir des expressions pour traduire ce qui est au fond de mon cœur.Puisse ce travail modeste soit le témoin de ma gratitude et de mon profond amour. Merci

A la famille Traoré à Sébenikoro

recevez ma profonde gratitude. Merci

A la famille Ballo au point G

Notre séjour chez vous au village a été une expérience très enrichissante pour nous, et reste pour nous des moments inoubliables.C'est le moment pour moi de m'incliner devant la mémoire de ma vieille Koôro qui m'a pris plus qu'un petit fils.Que son âme repose en paix. Merci

A la famille Sangaré à kalabankoro

Votre soutien inconditionnel nous a permis d'arriver à ce résultat.Ce travail est le vôtre. Merci

A la famille Kanouté

Sipa, toi et toute ta famille ont été merveilleux avec moi.Recevez ma profonde reconnaissance. Merci

A tous les agents de la Bibliothèque de la FMPOS. Merci

A Mr Nouhoun Tembiné (informaticien) :

pour ta disponibilité et la qualité de ton travail. Merci

A tout le corps enseignant de la FMPOS Merci

HOMMAGE PARTICULIER

AUX HONORABLES

MEMBRES DU JURY

A notre Maître et JUGE ,Professeur **Kalilou Ouattara**
Docteur PhD de l'institut d'urologie de Kiev
Chef du service d'urologie et l'unité de traitement de la FVV à
l'hôpital du point G
Professeur d'urologie à la FMPOS
Président de la commission médicale d'établissement du CHU
du point G.
Professeur emérite, Expert International en chirurgie de la
fistule obstétricale
lauréat de l'émission Niangara .
Nous avons bénéficié de votre culture et de votre grosse expérience au
cours de nos études.
Votre ardeur au travail, et votre rigueur pour le travail bien fait nous ont
beaucoup aidé.
Veuillez agréer, l'expression de notre profonde gratitude et de nos vifs
remerciements.

A notre Maître et Directeur de Thèse .Docteur **Tembely Aly**
Diplômé de l'Ecole de Chirurgie Urologique de Paris
Spécialiste d'andrologie, d'endo-urologie et de lithotripsie
Extra-corporelle.

Maître Assistant d'urologie à la Faculté de Médecine, de
Pharmacie et d'odonto-stomatologie du Mali.

Vous nous avez inspiré le sujet de cette thèse, en nous confiant ce
travail. vous avez prouvé la confiance que vous nous portez.

Nous vous sommes redevable de l'aboutissement de ce travail, vous
l'avez éclairé par votre savoir et votre rigueur scientifique.

Nous vous remercions sincèrement, et nous vous prions de trouver ici
l'assurance de notre profond respect.

A notre Maître et Juge Docteur **CHEICK BOUGADARI**
TRAORE

Maître assistant en Anatomie pathologique à la Faculté de
Médecine, de Pharmacie ET D'Odonto-Stomatologie .

Coordinateur du projet de dépistage du cancer du col de
l'utérus au Mali.

Nous avons été impressionné par l'accueil que vous nous avez toujours
réservé. Nous avons été séduit par l'élégance et la rigueur de votre
horizon médical.

Votre sens de l'humanisme fait de vous un maître prestigieux, respecté
et respectable.

Veillez trouver, cher maître dans ce travail le témoignage de notre
sincère reconnaissance et de notre gratitude .

A notre Maître et Président du Jury. Professeur **Sidi Yaya Simaga**

Professeur de santé publique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie .

Chef du **D.E.R** de santé publique.

Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé.

J'ai le grand honneur pour avoir comme Président de jury. La spontanéité avec laquelle vous m'avez accueilli, témoigne à souhait votre disponibilité au service de la nouvelle génération.

Que Dieu vous donne encore longue vie en bonne santé. Grand père
Veuillez trouver, cher maître dans ce travail notre sincère reconnaissance et de notre respectueux attachement.

GLOSSAIRE ET LISTES DES ABREVIATIONS

Listes des abréviations

- DNSP** Direction Nationale de la Santé
- CIS** Carcinome In Situ
- CHU PG centre** Hôpitalier universitaire du Point G
- INRSP** Institut National de Recherche en Santé Publique
- CIRC** Centre international de recherche contre le cancer
- OMS** Organisation Mondiale de la Santé
- PNLSH** Programme National de Lutte contre la Schistosomiase à *Schistosoma haematobium*.
- PT** Pathologie tumorale
- ASP** **Abdomen sans préparation**
- UIV** Urographie Intra Veineuse
- UCR** Uretro-cytographie rétrograde
- BMR** Biopsie de la muqueuse rectale
- M-VAC** Methotrexate vinblastine Doxorubine Cisplatine
- F V V** Fistule vesico-vaginale
- C C C** communication pour le changement des comportements

PLAN

I- INTRODUCTION

II- OBJECTIFS

III- METHODOLOGIE

IV- RESULTATS

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

TABLES DES MATIERES

I- INTRODUCTION:	1
II- OBJECTIFS:	3
III- GENERALITES:	4
1- Qu'est ce que la vessie:	4
2- Rappel embryologique :	4
3- Rappel anatomique et histologique :	5
3.1. Anatomie de la vessie :	5
3.2. Rappel histologique :	11
A- BILHARZIOSE URINAIRE :	12
1. Définition :	12
2. Epidémiologie :	13
3. Anatomie pathologie générale de la maladie bilharzienne à Schistosoma haematobium :	14
4. Clinique :	15
5. Examen paraclinique :	16
6. Cycle de transmission de la Schistosomiase :	17
7. Traitement de la bilharziose urinaire :	21
B- TUMEUR DE VESSIE :	23
1. Diagnostic :	23
2. Examen complémentaires :	24
3. Anatomie pathologie :	26
4. Bilan d'extension :	29
5. Traitement :	29
6. Evolution et Pronostic :	32
C- RAPPORT CYSTITE BILHARZIENNE ET CANCER DE VESSIE	34

III- METHODOLOGIE :	35
1. Cadre de d'étude :	35
2. Période d'étude :	36
3. Type d'étude :	36
4. Echantillonnage:	36
5. Collecte des données:.....	36
6. Technique anatomo-pathologique :	36
7.Traitement et analyse des données :	36
IV- RESULTATS :	37
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	48
VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :.....	51
VII- REFERENCES :	54

LISTES DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

TABLEAUX

Tableau I : Répartition générale des pathologies

Tableau II : Répartition des patients selon les signes cliniques

Tableau III : Répartition des patients selon les antécédents

Tableau IV Répartition en fonction du granulome bilharzien

Tableau V: Répartition de l'âge en fonction du granulome bilharzien

Tableau VI Répartition en fonction du type de tumeur

Tableau VII Répartition en fonction du type histologique

Tableau VIII Répartition du type histologique en fonction du sexe

GRAPHIQUES

Graphique I : Répartition des patients selon l'âge

Graphique II : Répartition des patients selon le sexe

Graphique III : Répartition des patients selon la résidence

Graphique IV : Répartition des patients selon les ethnies

Graphique V : Répartition des patients selon les professions

Graphique VI : Répartition du granulome bilharzien en fonction du type histologique

SCHEMAS

Schéma 1 : Loge vésicale et rapports de la vessie chez l'homme

Schéma 2 : Situation de la vessie chez la femme

Schéma 3 : Artère et lymphatique de la vessie chez la femme

Schéma 4 : Les œufs de Schistosoma haematobium

Schéma 5 : Le granulome bilharzien.

Schéma 6 : Cycle de transmission de la Schistosomiase.

Schémas7 : Carcinome épidermoïde.

Schémas 8 : Carcinome à cellule transitionnelle.

I-

INTRODUCTION

La tumeur de la vessie, de par son ampleur et sa gravité, constitue une préoccupation majeure pour les urologues de part le monde.

le cancer de vessie représente le second cancer des voies uro-génitales avec une incidence de 30/100 000 habitants par an [12] et une mortalité de 11,2 millions d'habitants. [12].Le cancer de la vessie est la première cause de mortalité par cancer au service d'urologie du point G.

Le taux d'incidence des cancers de vessie s'accroît chaque année [47].

En Côte d'Ivoire, au moins 4 cancers urinaires sur 5 sont des cancers vésicaux [36].

Selon le registre du cancer au Mali (en 2006), le cancer de la vessie représente le 3^{ème} cancer chez l'homme, le 6^{ème} chez la femme et le 5^{ème} tous les deux sexes confondus [68]. Le taux d'incidence est estimé à 3,6/100 000 habitants chez l'homme, et 2,1/100 000 habitants chez la femme, le sex-ratio étant de 1,7 en faveur des hommes [68].

Bien que la sémiologie du cancer vésical semble assez caractéristique, le diagnostic précis de cette pathologie se fait très souvent difficilement à cause de la ressemblance symptomatologique avec bon nombre d'affections de la sphère uro-génitale.

La plupart des patients ne sont vus en urologie que lorsque la maladie a atteint un stade au dessus de toute thérapeutique. C'est un cancer de mauvais pronostic chiffré par un taux de survie en post-opératoire bas et une fréquence des récurrences élevées [37].

Plusieurs facteurs dont l'infection bilharzienne ont été incriminés dans la genèse du cancer de la vessie [49] .

Le carcinome épidermoïde serait l'apanage de cette parasitose [49].

La bilharziose occupe le premier rang des maladies transmises par l'eau et le deuxième rang par son importance en santé publique.

Schistosoma haematobium est responsable de l'infestation uro-génitale, affection chronique à évolution lente et insidieuse. C'est une pathologie redoutable par ses complications sévères, voire mortelles [79].

De pathogénie inconnue [55,94], le cancer de vessie connaît un certain nombre de facteurs de risque dont certains sont prouvés et d'autres seulement évoqués [27] : Facteurs de risque prouvés : le tabac est le facteur reconnu de tous [50].Ainsi que certains colorants, tel que l'aniline.

En tenant compte de l'endémicité de la bilharziose urinaire ; le nombre élevé et croissant de consultations liée à cette pathologie au service d'urologie du CHU du Point G, nous avons jugé nécessaire d'initier une étude pour évaluer la place de la bilharziose urinaire dans la genèse des tumeurs de la vessie.

En visant les objectifs suivants :

OBJECTIFS

Objectif Général

Etudier les tumeurs de vessie d'origine bilharzienne du service d'urologie du l'hôpital du point G en 2006 - 2007.

Objectifs spécifiques

-déterminer la prévalence des tumeurs de vessie au service d'urologie du CHU du point G.

-déterminer la fréquence de l'association de tumeurs de vessie et cystite bilharzienne dans le service d'urologie du CHU du point G.

-décrire les aspects socio-demographique de la population d'étude.

-décrire les caractères cliniques des patients (prévalence des divers types de tumeurs ; fréquence de l'association tumeurs et cystite bilharzien et type histologique des tumeurs. Leur répartition en fonction de la tranche d'âge, sexe.)

II- GENERALITES

1. QU'EST-CE QUE LA VESSIE ?

La vessie est un organe creux, situé dans le petit bassin, qui se remplit progressivement de l'urine produite par les reins. Comme les reins produisent l'urine en permanence, l'absence de la vessie obligerait à aller uriner tout le temps. La vessie stocke l'urine jusqu'à ce que la quantité suffisante (250 à 300 ml) remplisse la vessie et envoie alors le signal au cerveau pour déclencher l'envie d'uriner. La vessie est comme un ballon de Baudruche qui s'adapte en permanence au volume qu'elle contient tout en maintenant une pression basse, constante, pendant le remplissage. Pleine, la vessie a une forme sphérique.

Les principales affections de la vessie sont : les infections (cystite), les tumeurs (polypes, cancers etc.), les calculs. La vidange de la vessie nécessite à la fois le relâchement du système d'occlusion (sphincter) situé à la sortie de la vessie, et la contraction active des fibres musculaires situées dans la paroi de la vessie [87].

2. Rappels anatomique et histologique de la vessie

2.1. Anatomie de la vessie

La vessie est un réservoir musculo-membraneux où s'accumulent les urines dans l'intervalle des mictions. Elle est située en position rétro-péritonéale, en rapport étroit avec les organes du petit bassin.

Sa forme et sa situation dépendent de sa réplétion :

- lorsqu'elle est vide elle est aplatie de haut en bas et d'avant en arrière. Elle a donc la forme d'un Y en coupe et elle est entièrement contenue dans le pelvis.

- lorsqu'elle est pleine (300CC) elle devient ovoïde, globuleuse et fait saillie du pelvis.

- Les rapports chez l'homme :

La loge vésicale, fibro-séreuse, est formée :

- en haut par le péritoine pelvien
- en avant et latéralement par l'aponévrose ombilico-prévésicale qui est tendue de l'ombilic à l'aponévrose pelvienne en demie cône antérieure et qui contourne donc la vessie et s'unit en haut au péritoine et en bas aux lames sacro-pubiennes.

- en arrière et en bas, l'aponévrose de DenonVilliers, tendue du cul de sac de Douglas au noyau fibreux du périnée.

- en bas la loge s'ouvre sur la prostate.

La vessie est fixée en deux points :

- le sommet est fixé à l'ombilic par les cordons de l'ouraque et l'artère ombilicale oblitérée.

- la base est fixée par les ligaments pubo-vésicaux et la prostate.

Lorsque la vessie se remplit, la calotte mobile se distend. Les rapports sont étudiés sur la vessie pleine et par l'intermédiaire de la loge vésicale :

- en haut le péritoine forme des culs de sac :

- Petit cul de sac pré vésical.
- Petit cul de sac pré sérial, puis Douglas.
- Culs de sac latéraux.

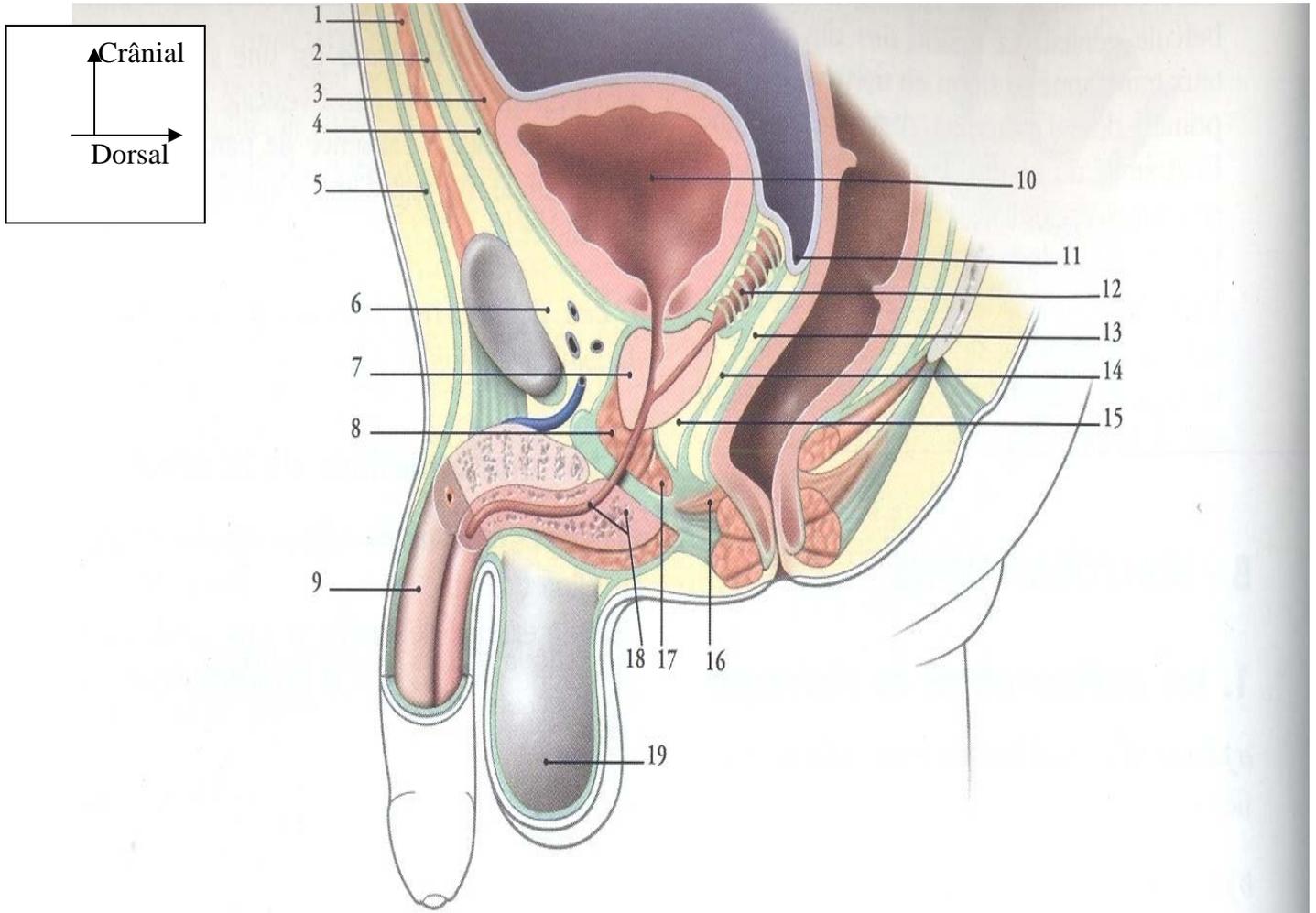


FIG. 5.4. Situation de la vessie chez l'homme (coupe sagittale médiane)

- | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|
| 1. ligne blanche | 6. espace rétro-pubien | 11. cul-de-sac recto-vésical | 15. espace rétroprostatique |
| 2. fascia transversalis | 7. prostate | 12. fascia rétro-vésical (glandes séminales, ampoules des conduits déférents) | 16. centre tendineux du périnée et m. recto-urétral |
| 3. lig. ombilical médian | 8. m. sphincter de l'urètre (espace profond du périnée) | 13. septum recto-vésical | 17. m. transverse profond (terminaison) |
| 4. fascia ombilico-prévésical | 9. corps caverneux | 14. fascia rétroprostatique | 18. urètre et corps spongieux |
| 5. fascia superficiel de l'abdomen | 10. vessie | | 19. septum scrotal |

Schémas (1) :

**La loge vésicale et les rapports de la vessie chez l'homme :
schémas selon Pierre Kamina.**

- Les rapports chez la femme :

Chez la femme les rapports sont pratiquement les mêmes en avant, en haut et latéralement.

Ils diffèrent en arrière en bas, du fait de la présence de l'appareil génital :

- le péritoine ne descend pas comme chez l'homme sur la base vésicale ; mais il se réfléchit sur le fond utérin en formant un petit cul de sac vésico-utérin. L'utérus est couché sur la face postérieure de la vessie.

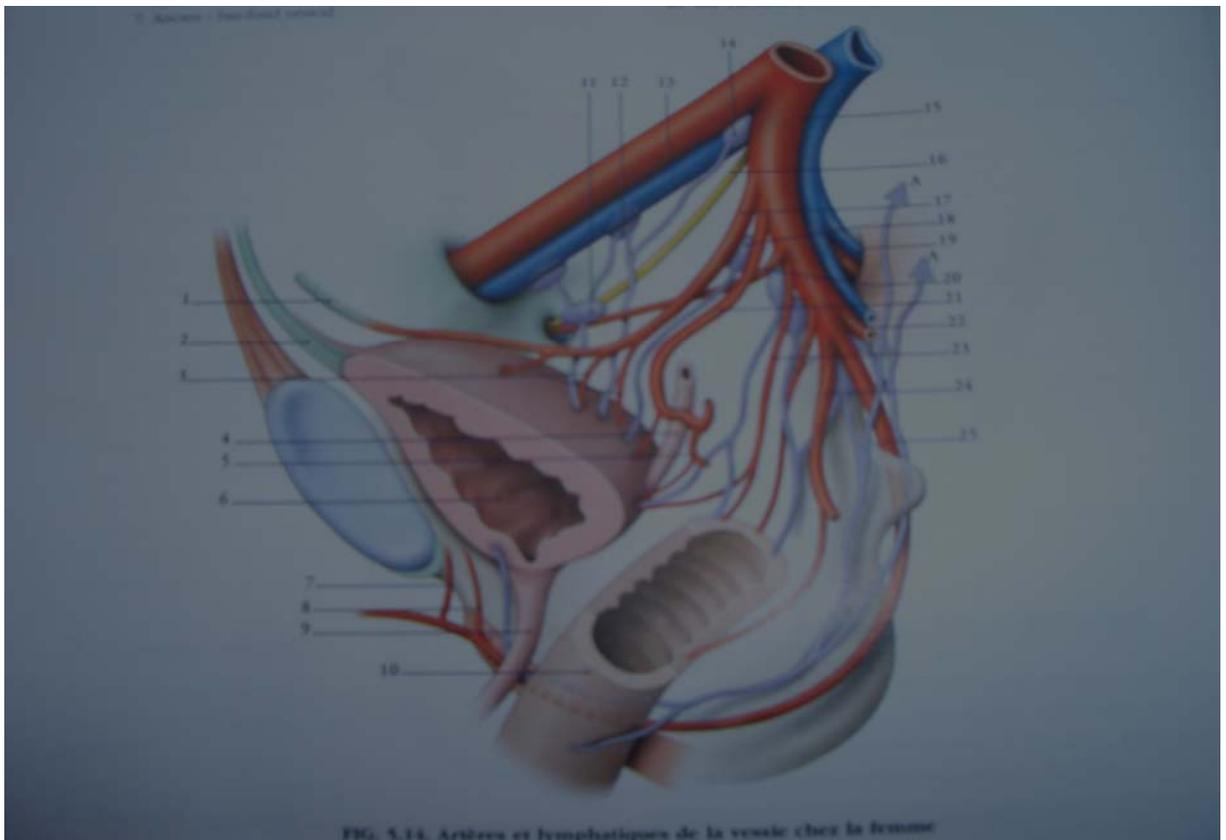
- en arrière la vessie répond à la partie inférieure de l'utérus et du col utérin.

- en bas (trigone) elle répond à la face antérieure du vagin.

- La vascularisation

Elle est constituée d'un réseau artériel émanant essentiellement des artères ombilicales, hypogastriques et honteuse interne.

Le réseau veineux réalise sur la face antérieure de la vessie un plexus très caractéristique connu sous le nom de plexus de Santorini. Les vaisseaux lymphatiques se rendent tous aux ganglions iliaques externes, accessoirement aux ganglions hypogastriques, iliaques primitifs et à ceux du promontoire.



Schémas (3) : Artère et lymphatiques de la vessie chez la femme
(P.Kamina)

(vue médiale et postérieure)

2.2. Rappel histologique

Sur le plan histologique, la paroi vésicale se compose de 04 couches disposées de dedans en dehors comme suit :

- l'épithélium (muqueuse) est particulier, d'où ses multiples appellations : épithélium para-malpighien ; transitionnel ; excréto-urinaire et urothélial. Il se caractérise par plusieurs assises cellulaires :

- La couche superficielle formée de grandes cellules parfois plurinuclées.
- Sous cette couche peuvent se rencontrer des cellules appelées « raquette ».
- Ensuite nous avons une assise de cellules polyédriques et une assise de cellules germinatives.

- sous cet épithélium, nous avons la membrane basale qui le sépare du chorion sous-jacent.

- la musculuse est épaissie et flexiforme.

- la séreuse qui est formée par le péritoine.

A – BILHARZIOSE URINAIRE

1. DEFINITION

Les bilharzioses sont des affections parasitaires dues à des vers plats, les schistosomes ou bilharzies, trématodes à sexe séparés hémaphroditique, vivant dans le système circulatoire (G Marie).

2. EPIDEMIOLOGIE [43]

- Le ver

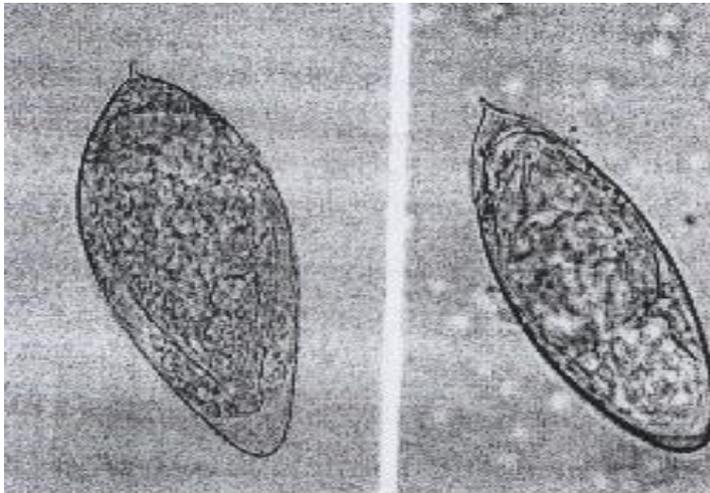
Le ver mâle mesure 6 à 20 mm de long suivant l'espèce. Il est cylindrique au niveau de son tiers antérieur qui porte deux ventouses ; le reste du corps est aplati et les bords latéraux se replient ventralement pour délimiter le canal gynécophore où se loge la femelle. Les téguments sont couverts d'épines ou de tubercules.

La femelle mesure 7 à 20 mm de long ; elle est cylindrique, filiforme, plus longue que le mâle de la même espèce ; et sa surface est lisse.

-Les œufs

Les œufs de *Schistosoma haematobium* et *Schistosoma mansoni* sont ovalaires et mesurent 115 à 170 µm de long sur 40 à 70 µm de large. Les œufs de *Schistosoma haematobium* portent, à un des pôles, un éperon caractéristique. Ils sont pondus par paquet dans la lumière sous muqueuse vésicale et sont éliminés avec les urines. La ponte journalière de chaque femelle est d'environ 300 œufs.

Schéma (4) :les œufs de Schistosoma haematobium(M GENTILLINI)



- Les bulins

Les bulins sont des mollusques à coquille globuleuse, à ouverture senestre sans opercule. Les principaux hôtes intermédiaires sont : bulinus truncatus, bulinus globosus, bulinus africanus.

3. Anatomie pathologie générale de la maladie bilharzienne à Schistosoma haematobium [84]

les lésions peuvent être étudiées du point de vue anatomo-pathologique sur plusieurs plans :

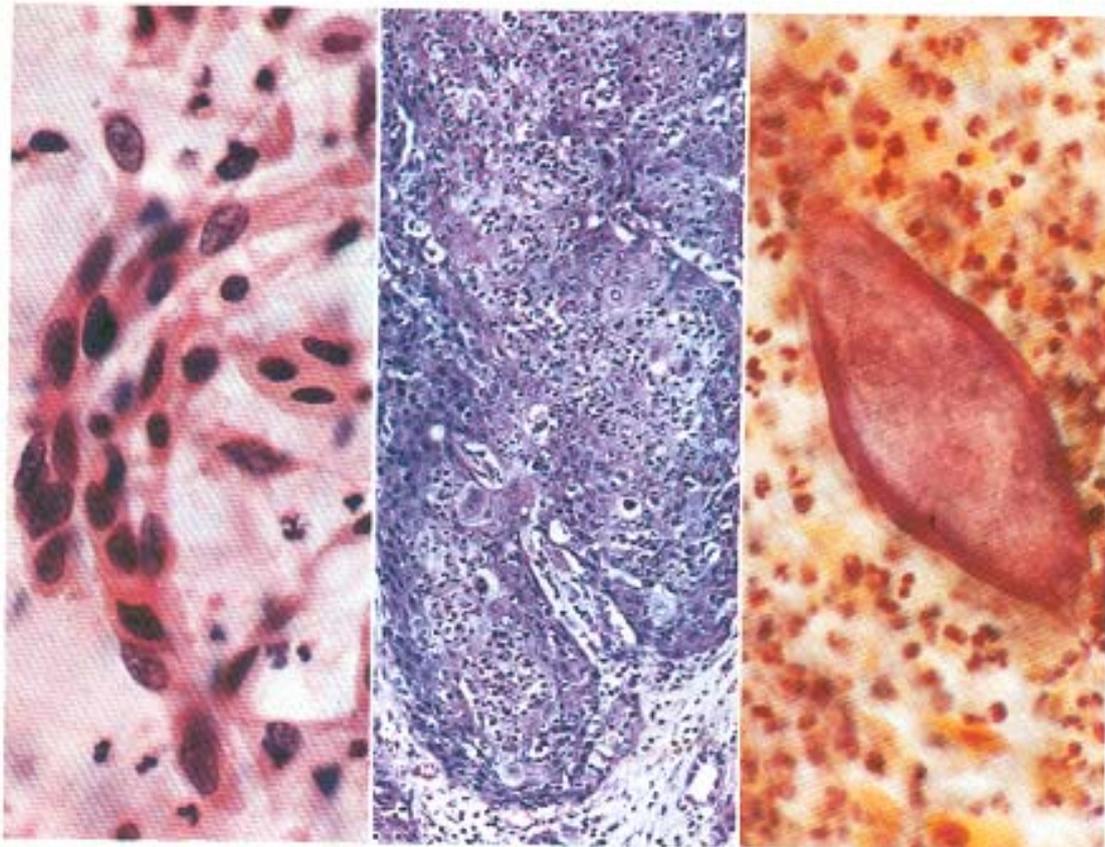
- microscopique - macroscopique - endoscopique - radiologique

Les deux derniers points seront abordés dans le chapitre « diagnostic » (examens complémentaires).

3.1. Microscopie

La lésion élémentaire spécifique s'appelle tubercule ou granulome bilharzien. Le centre de ce granulome est constitué par un œuf. Autour de ce granulome, s'accumulent rapidement des éosinophiles puis les cellules histiocytaires. La fusion des cellules aboutit à des formations giganto-cellulaires multinuclées. Ces formations sont entourées d'une couche plasmocytaire, elle-même prise dans un réticulum pré collagène fait de fibrilles et lamelles concentriques. Le granulome va évoluer progressivement pour aboutir à la formation d'une sclérose.

Œufs embryonnés → granulome → sclérose → calcification → cancer.



Schémas (5) Le Granulome Bilharzien (service anatomie – pathologie)

3.2. Macroscopie

Les tumeurs bilharziennes se répartissent en trois catégories :

3. 2.1. Les tumeurs granulomateuses :

Elles sont les plus fréquentes 60,5%. Elles sont constituées d'un amas de granulome ou follicules bilharziens, avec des œufs vivants et leur réaction cellulaire habituelle. appelées bilharziomes dans les pays francophones. Endoscopiquement, elles ont l'aspect de la « tumeur framboisée ».

3.2.2. Les polypes

Tumeurs habituellement de petite taille, les polypes fibro-calciques sont le plus souvent solitaires que multiples.

3.2.3. Les papillomes bilharziens

Ce sont des lésions rares. Ils sont difficile à rencontrer en endoscopie et posent un réel problème de diagnostic. L'observation d'une biopsie d'exérèse met en évidence dans le « pied » de la lésion et la paroi vésicale adjacente les lésions bilharziennes [84].

4. Clinique (symptomatologie et évolution générale de la maladie.

Phase de la maladie)

La symptomatologie est fonction de la phase de la maladie.

La bilharziose urogénitale évolue en quatre phases :

4.1. Les manifestations cutanées initiales

Elles surviennent après un bain infectant et sont contemporaines de la traversée de la peau par les furcocercaires.

4.2. Phase d'invasion ou « toxémie »

Elle correspond à la migration, à la maturation et l'accouplement des vers dans le système portal et leur migration à nouveau vers les lieux de ponte. Cette phase peut durer un à trois mois.. Le diagnostic à ce stade repose sur la notion de contamination possible et la découverte d'une éosinophilie.

4.3. La phase d'état

Elle est caractérisée par l'apparition et l'élimination des œufs dans les produits de sécrétion (urines). L'hématurie qui « inaugure » la maladie est le maître symptôme. La pollakiurie, la dysurie, les symptômes génitaux à types de trouble d'éjaculation, hémospemie, prostatite etc. sont également observables à ce stade.

4.4. La phase de séquelles

A la phase séquellaire disparaissent les symptômes généraux de la maladie. Les lésions de la voie excrétrice sont irréversibles et vont pouvoir évoluer pour leur propre compte, menaçant ainsi le rein par leurs conséquences mécaniques et infectieuses.

5. Examen paraclinique

5.1. DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE [78]

Il existe principalement deux types de diagnostics biologiques :

- diagnostic direct : c'est le diagnostic parasitologique.
- diagnostic indirect : bandelettes réactives, immunologique, biologie moléculaire.

5.2. Le diagnostic parasitologique de la bilharziose urinaire

Il repose sur la mise en évidence des œufs du parasite, avec comme principale caractéristique morphologique la présence d'un éperon terminal. Cette méthode utilise deux techniques :

- La centrifugation qui est surtout une méthode qualitative
- La filtration qui constitue la méthode de référence.

5.3. Le diagnostic indirect de la bilharziose urinaire

Il permet de donner des indicateurs appréciables sur la présence du parasite.

- l'utilisation des bandelettes réactives (haematix) ou micro-hématurie ;

La méthode est rapide et aisée.

- le diagnostic immunologique ; il est basé en général sur la détection des anticorps ou des antigènes circulants.

- le diagnostic endoscopique ; l'urétéro-cystoscopie est la technique de référence ; elle permet de mettre en évidence des lésions bilharziennes spécifiques telles que le granulome, le nodule bilharzien, le tapis sableux.

La biopsie de la muqueuse rectale (BMR) met en évidence les œufs de bilharziose.

- le diagnostic radiologique et échographique ; la première description des atteintes urinaires au cours de la bilharziose à partir de l'échographie fut faite en Egypte en 1997.

6. Cycle de transmission de la schistosomiase [77]

6.1. Eléments du cycle

Quatre éléments interviennent dans le cycle de transmission de la bilharziose urinaire :

- le parasite ; il s'agit de *Schistosoma haematobium* qui est responsable de la bilharziose urinaire.
- l'homme ; il constitue l'hôte définitif, c'est-à-dire assure la localisation des vers adultes (mâle et femelle) et leur reproduction.
- le mollusque d'eau douce ; c'est l'hôte intermédiaire. C'est chez lui que le parasite accomplit son cycle larvaire ; il s'agit du genre *Bulinus* pour *Schistosoma haematobium*.
- l'eau ; c'est l'environnement nécessaire pour le maintien du cycle.

6.2. Importance de l'étude du cycle

L'étude du cycle permet de :

- Comprendre le mécanisme de contamination et de la propagation de la maladie
- Comprendre la pathogenèse de la maladie
- Identifier le stade de diagnostic
- Entreprendre des mesures préventives et curatives appropriées.

6.3. Description du cycle

Les œufs issus des vers adultes femelles (chez l'homme) sont émis à l'extérieur et principalement dans l'eau douce, à travers les urines (*Schistosoma haematobium*).

- Chez le mollusque

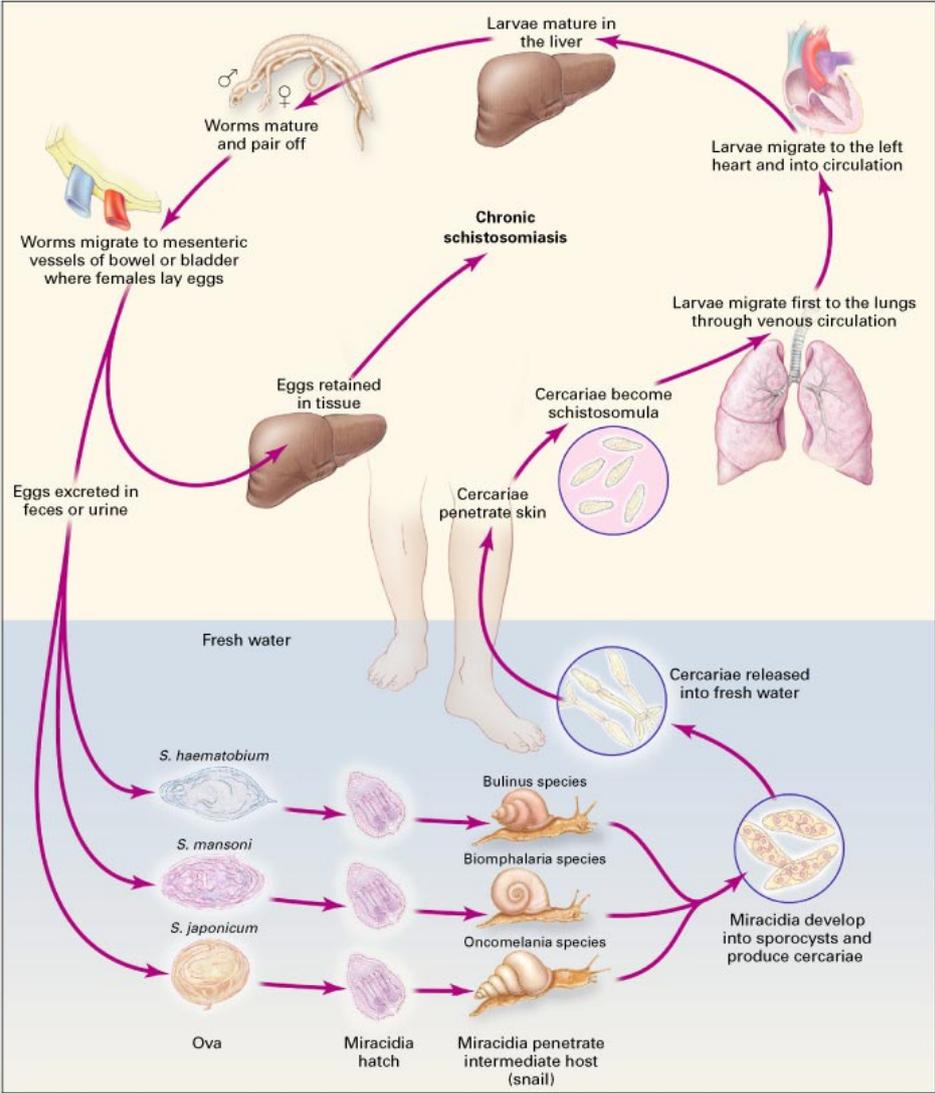
Les œufs, dans l'eau éclosent et libèrent des miracidiums qui pénètrent dans les mollusques, hôtes intermédiaires selon l'espèce parasitaire. Ainsi pour *Schistosoma haematobium*, l'hôte intermédiaire est le genre *Bulinus*. Les miracidiums se multiplient à l'intérieur des mollusques pour donner d'abord des sporocystes. Ces derniers émergent des mollusques en donnant des cercaires.

- Chez l'homme

La contamination de l'homme a lieu par la pénétration transcutanée active des cercaires au cours des baignades, lessives, activités récréationnelles des enfants etc. Après pénétration, les cercaires se transforment en jeunes schistosomes appelés schistosomules qui, avec le courant sanguin, gagnent le cœur, les poumons puis le foie où ils deviennent des adultes schistosomes et se différencient en sexe mâle et femelle.

Pour *Schistosoma haematobium* la localisation finale se situe au niveau des vaisseaux sanguins de la vessie et voies urinaires. L'élimination des œufs se fait par les voies urinaires.

SCHEMAS (6): Cycle de transmission de la schistosomiase (Chatelain C)



7. Traitement de la bilharziose urinaire [78,26]

Le traitement idéal de la bilharziose urinaire devrait avoir trois buts :

- tuer les schistosomes adultes
- traiter les conséquences de la fibrose dues aux réactions provoquées par les œufs ;
- empêcher la réinfestation de l'homme en pays d'endémie.

7.1. Traitement médical

Il existe trois sortes de médicaments utilisés pour le traitement des schistosomiasés. Il s'agit du praziquantel, de la metrifonate et de l'oxamniquine.

- le praziquantel

C'est le médicament de choix retenu par le PNLSH. Il est efficace contre toutes les formes de schistosomiasés, et absorbé par la voie orale.

- le metrifonate (ou bilarcil)

- L'oxamniquine (Vansil)

7.2. Traitement chirurgical

Dans certains cas, l'indication thérapeutique et la technique sont évidentes.

- le rétrécissement de l'urètre impose une urétrotomie endoscopique s'il est peu étendu, et une uréthroplastie s'il est trop étendu ou en cas de récurrence.

- les lésions intra vésicales : le bilharziome est traité par résection endoscopique, comme toute zone douteuse qui ferait craindre l'existence

d'un cancer. Le cancer de la vessie bilharzienne, doit être traité comme les autres cancers de la vessie .

- les lésions du col vésical peuvent imposer une cervicotomie soit au résecteur soit à la lame froide ;

- les lésions suspendues de l'uretère sont traitées par uretérectomie segmentaire et uretérorraphie termino-terminale.

Parmi les cas traités chirurgicalement, on peut citer entre autres les sténoses des bas uretères et la petite vessie bilharzienne.

7.3. Traitement préventif (Prophylaxie)

- Prophylaxie générale

La lutte contre les mollusques, hôtes intermédiaires est chimique et biologique.

- Prophylaxie individuelle

Il n'existe aucun moyen chimio-prophylactique. On doit seulement conseiller d'éviter les baignades dans les cours d'eau

8. Evolution et pronostic [79]

Découverte et traitée à temps, la bilharziose évolue très bien. Mais le diagnostic tardif, l'absence de traitement précoce et les réinfestations sont à l'origine de séquelles et de complications parfois mortelles.

- la vessie : irrégularité, épaissement de la muqueuse, polypes, cystite, calcification, granulome bilharzien, cancer.

- l'uretère : sténose unique ou multiple, dilatation voire lithiase

- l'urètre : rétrécissement urétral

- les reins : hydronéphrose, insuffisance rénale

- les organes génitaux : épидидymite, annexite, endométrite, stérilité.

B. TUMEURS DE VESSIE

1. Diagnostics [87,28]

1. 1. Les circonstances de découverte

- Hématurie

Elle est classiquement macroscopique et de type terminal, cependant peut être uniquement microscopique (dépistage par bandelette urinaire)

- Troubles mictionnels :

Non spécifique d'une tumeur vésicale ; ils peuvent être à l'origine de sa découverte. Il s'agit avant tout de signe d'irritation vésicale : pollakiurie, impériosité mictionnelle, cystite récidivante ou dysurie peut parfois être révélatrice.

- Signe tardive :

- Manifestation clinique de l'extension loco-régionale : il s'agit essentiellement de douleur urétérale.

- Manifestation clinique de l'extension à distance : métastase osseuse ;et pulmonaire.

- Insuffisance rénale par envahissement des deux méats urétéraux.

- Découverte fortuite ou provoquée

- Sur un examen cytologique pratiqué dans le cadre de la médecine du travail..

- Lors d'examen radiologique pratiqué dans un autre but : UIV (recherche de malformation après infection urinaire) ; Echographie vésicale lors d'un bilan.

1.2. Diagnostic des tumeurs de vessie :

Il est endoscopique et histologique :

1. 3. L'examen physique

Le toucher rectal ou vaginal recherche un envahissement pelvien latéro-vésical.

2. Examens complémentaires [87]

- **cystoscopie** : elle permet de voir la tumeur et de la situer, de faire la biopsie de la tumeur à la pince ou par résection endoscopique.

- **fibroscopie vésicale** : elle a tendance à remplacer la cystoscopie qui est rigide et plus invasive).

-Cytologie urinaire

Elle se fait à l'aide de l'examen des cellules urothéliales desquamées dans les urines. Cet examen prend tout son intérêt diagnostique en l'absence de tumeur visible à l'imagerie et à la fibroscopie, en particulier pour le diagnostic du carcinome in situ, surtout très utile pour la surveillance et la détection de récurrences après traitement.

-A .S.P :

La radiographie simple : la calcification vésicale

La radiographie simple a permis de diagnostiquer grâce à la calcification vésicale dans 33% des cas [35].

- Urographie intra veineuse

Elle montre dans un grand nombre de cas une ou plusieurs images irrégulières sur le cystogramme.

Elle est peu fiable pour diagnostiquer une tumeur de la vessie. Elle permet surtout d'étudier le haut appareil.

- Echographie vésicale [73,85]

C'est l'examen de première intention devant une manifestation clinique évocatrice. Elle se distingue par ses caractères non invasifs et répétitifs..

- Uretro- cystographie rétrograde (UCR)

Elle montre aussi une lacune caractéristique sur le cystogramme

- Tomodensitométrie pelvienne

Indiquée dans le bilan d'extension en cas de tumeur infiltrante, recherche d'adénopathies pelviennes et/ou d'un envahissement extra vésical.

- La Cytométrie en flux

Examen d'analyse informatique de l'ADN intra cellulaire des cellules desquamées présentes dans les urines

- Recherche d'antigènes tumoraux dans les urines

Rôle possible dans la surveillance après résection. Serait plus sensible que la cytologie (en cours d'évaluation).

3. Anatomie pathologie

C'est l'examen clé : permet de **confirmer le diagnostic**, renseigne sur la **nature** et le type **histologique** de la tumeur, indique la **conduite thérapeutique**.

Classification histologique

Les types histologiques de tumeurs de vessie sont :

-les carcinomes à cellules transitionnelles :tumeurs papillaires supportant d'assises plus ou moins nombreux de cellule transitionnelle

-les carcinomes épidermoïde : tumeurs se développant au dépend du tissu conjonctif le plus souvent fait suite à une parasitose chronique(présence de shistosoma haematobium) au niveau de la muqueuse vésicale.

-les adénocarcinomes :sont peu fréquent .ce sont des tumeurs malignes à l'origine du tissu glandulaire,reproduisant en gros la structure des glandes et des muqueuses.

-les carcinomes indifférenciés

Les associations de différents types histologiques sont possibles.

Stades tumoral T

Les tumeurs de vessie sont divisées en deux groupes, les tumeurs superficielles et les tumeurs profondes.

.-Classification des tumeurs de vessie (TNM) 1997

T = tumeur

Tx=tumeur locale non évaluable

T0=tumeur non décelable ou absente

Ta= carcinome papillaire superficiel respectant la membrane basale

Tis=carcinome in situ plan respectant la membrane basale

T1= carcinome papillaire envahissant le chorion de la muqueuse

T2 =carcinome envahissant le muscle (T2a moitié interne, T2b tout le muscle).

T3 = carcinome envahissant la graisse péri-vesicale (T3a envahissement microscopique, T3b envahissement macroscopique).

T4 = carcinome envahissant une structure péri -vésicale (T4a : prostate, utérus, vagin, T4b : paroi pelvienne ou abdominale).

N=ganglion loco régionaux

Nx=atteinte ganglionnaire non décelable

N0=absence d'envahissement ganglionnaire

N1=ganglion unique \leq 2 cm de taille

N2=ganglion unique de taille comprise entre 2 et 5 cm, ou présence d'au moins 02 Ganglions de taille inférieure à 5 cm .

N3=atteinte de plusieurs ganglions de taille $>$ 5 cm.

M=Métastases à distance

Mx=métastases non décelables

M0=absence de métastases

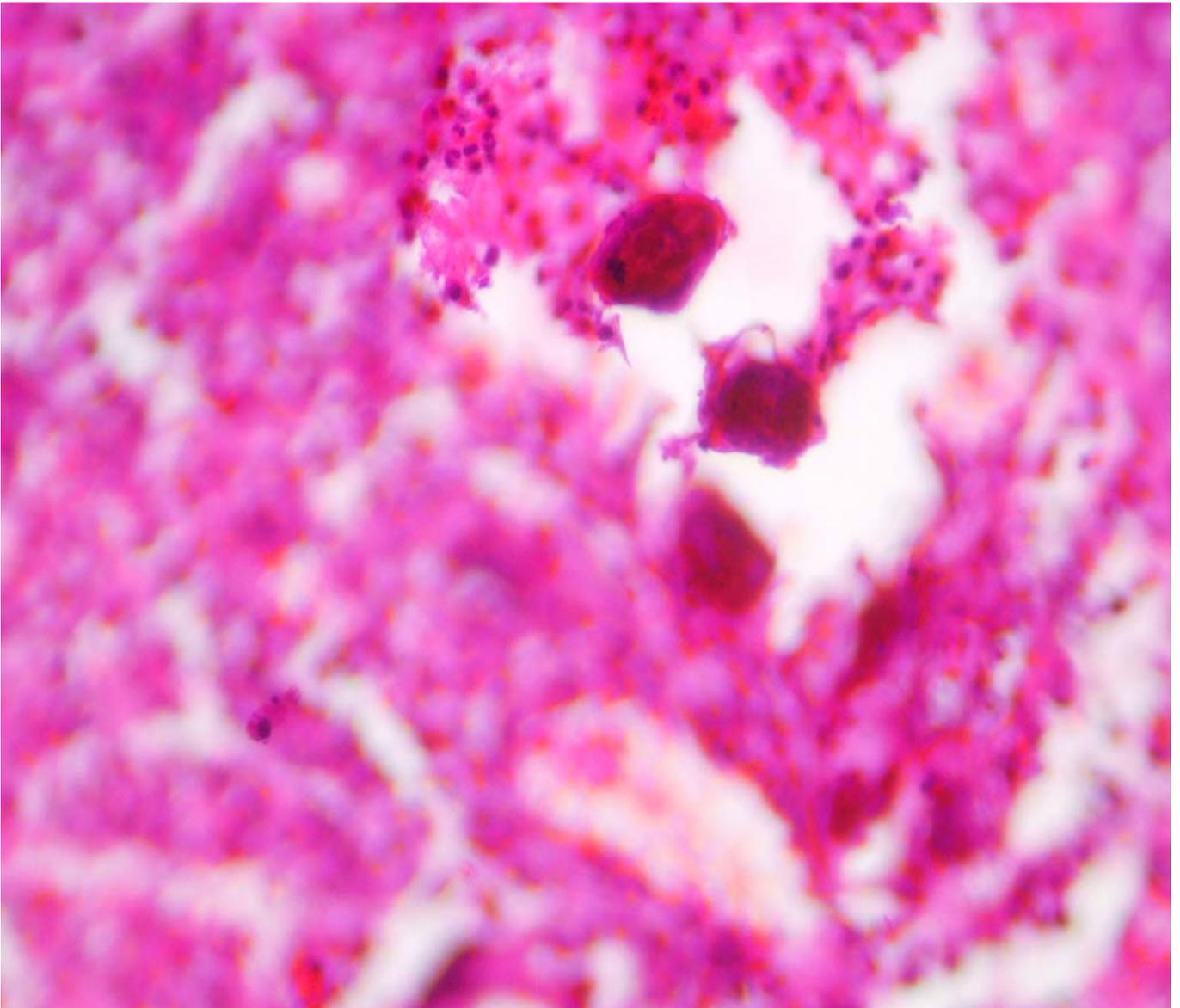
M1=métastases à distance

M1a=métastases envahissant les ganglions non régionaux

M1b=métastases viscérales.

Grade tumoral

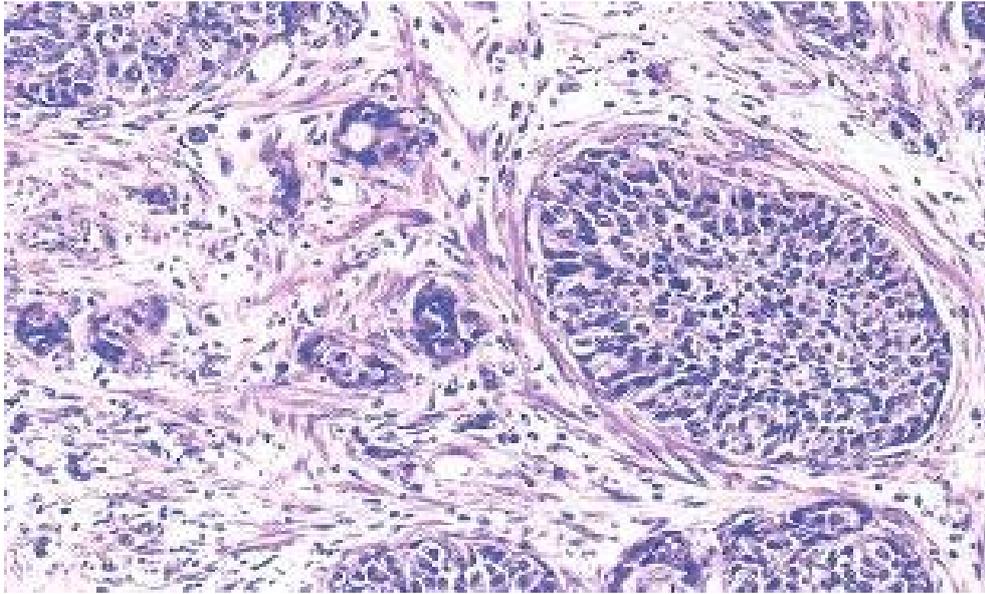
Il s'agit de l'analyse du degré de différenciation.



Schémas(7): Carcinome épidermoïde truffé d'œufs bilharziens.

Echantillon n°:3050-2005.Service d'urologie ,CHU pt G

Service anatomie pathologie de l'INRSP;MALI



Schémas (8):

Carcinome à cellules transitionnelles.

Echantillon N°79 -2006. Service d'urologie ,CHU pt G,MALI

4. Bilan d'extension [25]

-Scanner thoraco-abdomino-pelvien.

Il est systématique en cas de tumeur atteignant le chorion de la muqueuse vésicale et à un stade plus avancé d'infiltration en profondeur. Le scanner abdomino-périnéal recherche les ganglions ilio-obturbateur sous veineux, premier relais ganglionnaire des tumeurs de vessie. Il permet aussi de rechercher un éventuel envahissement des organes de voisinage.

-Lymphadenectomie chirurgicale ilio-obturbatrice.

Couplée avec l'analyse histologique des ganglions prélevés : elle est le seul examen permettant un diagnostic de certitude de l'extension ganglionnaire loco-régionale.

Autres examens

-Radiographie pulmonaire :

Elle peut être une alternative au scanner thoracique

-Echographie hépatique

Plus performante que le scanner pour la recherche des métastases hépatiques.

-La scintigraphie osseuse

Elle est réservée aux patients ayant des douleurs osseuses, à la recherche de métastases osseuses.

5. Traitement [87,88]

Le premier temps est la résection endoscopique qui vise à enlever la totalité des lésions visibles et permet l'examen anatomo-pathologique.

5.1. La résection endoscopique de tumeur de vessie

- Elle permet le diagnostic anatomo-pathologique de la lésion et le traitement radical des lésions superficielles.
- Electrocoagulation des zones de résection et de biopsie.

5.2. Instillations endo-vésicales (immuno ou chimiothérapie) après résection des lésions vésicales

Leur but est surtout de diminuer la fréquence des récurrences dans les lésions Ta, et de traiter une éventuelle lésion résiduelle dans les tumeurs T1.

5.3. Chirurgie [51]

-Traitement chirurgical endoscopique

C'est le premier temps obligatoire de toute intervention pour une tumeur de vessie. Elle est souvent associée à une immunothérapie par le BCG dans les tumeurs dépassant la basale.

Indications :

- Tumeurs superficielles Ta uni ou paucifocale ;
- Tumeurs superficielles Ta multifocales ou récidivantes et T1 associées ou non à un carcinome in situ.

- La chirurgie classique

Elle a une place prépondérante dans le traitement curatif ou palliatif des tumeurs de la vessie.

- Chirurgie classique à visée curative

Elle consiste à l'exérèse totale de la tumeur ou de la vessie, associée à un curage ganglionnaire et aux différentes techniques de remplacement vésical ou de dérivation urinaire.

- Chirurgie classique à visée palliative

Ce traitement vise à combattre les complications liées à l'évolution loco régionale d'une tumeur de vessie laissée en place. Trois complications sont possibles : hémorragie, troubles mictionnels et insuffisance rénale par obstruction urétérale.

- Cystectomie partielle

Elle consiste à enlever la paroi vésicale atteinte par la tumeur avec une marge de sécurité cancérologique. Curiethérapie et radiothérapie sont habituellement associées à ce geste.

Indications : tumeur unifocale T2 de taille réduite (2-3 cm) et distante du col et de la partie médiane de la vessie.

- Cystectomie totale ou radicale

Technique bien codifiée, elle est associée à différentes méthodes de dérivation urinaire après cystectomie peuvent être interne ou externe.

A l'ablation de la tumeur on peut associer un curage ilio-obturateur bilatéral :

- Rétablissement de la continuité urinaire

Après l'examen en extemporanée des recoupes urétérales on réalise :

- 1 – urétérostomie cutanée** : Abouchement direct de l'uretère à la peau.
- 2 – dérivation cutanée transiléale selon Bricker** : Interposition d'un segment intestinal entre les uretères et la stomie cutané
- 3 – dérivation uretéro- colique** :Urétéro- sigmoïde. ;plastie sigmoïde.
- 4 – remplacement vésical**

5.4 - Radiothérapie

Elle est peu utilisée à visée curative, sauf en cas de contre indication chirurgicale (patient âgé, fragile). Ni la radiothérapie adjuvante ni la radiothérapie néo-adjuvante n'ont fait la preuve de leur efficacité.

La radio-chimiothérapie concomitante pourrait permettre de préserver la vessie.

5.5 - Chimiothérapie

Les meilleurs taux de réponse (CR=10-30%) et de survie (12-28 mois) ont été obtenus avec le protocole M-VAC (Methotrexate, Vinblastine, Doxorubine, Cisplatine).

6. Evolution et pronostic [88,22 ,58]

Le stade et le grade sont les éléments essentiels du pronostic.

La durée moyenne de survie selon le stade clinique de la tumeur avec :

- 16% de survie à 5 ans pour les tumeurs envahissant les tissus périvésicaux.
- 50% de survie à 5 ans pour les tumeurs envahissant les muscles superficiels .
- 90% de survie à 5 ans pour les tumeurs limitées au chorion.

La présence de métastases ganglionnaires influence beaucoup la survie à 5 ans qui varie de 0 à 20%.

Autres facteurs de pronostic :

- la taille de la tumeur
- -l'aspect de la tumeur
- La multifocalité

C- RAPPORT CYSTITES BILHARZIENNES ET CANCER DE VESSIE

Plusieurs théories ont été développées afin d'expliquer une éventuelle relation entre la bilharziose et le cancer de la vessie.

Les théories évoquées

- la théorie « irritation » faisant jouer aux œufs eux-mêmes et leur épine terminale un rôle d'agression sur les cellules avoisinantes ;

- la théorie « irritation chronique » développée par Diamantis en 1934 ou le stimulus épithélial périnéo-plasique est lié au frottement des couches cellulaires profondes de la muqueuse sur l'épaisseur des œufs calcifiés, lors des contractions vésicales.

- la théorie « irritation par infection alcaline » d'origine microbienne au long cours ; cette théorie est développée par Dolbey et Moorhead en 1924.

- la théorie « toxique » ou l'agression cellulaire épithéliale est liée aux toxiques miracidiales. La fibrose et les calcifications ovulaires opposent une barrière infranchissable aux nouveaux œufs qui, vivants, s'accumulent dans la paroi vésicale, concentrant de ce fait les toxines sécrétées par le miracidium, facteurs de métaplasie dans les couches basales de l'épithélium.

- la théorie des « carcinogènes urinaires ».

Un délai supérieur à dix ans est généralement considéré comme nécessaire pour induire des lésions bénignes puis malignes.

Toutefois certains auteurs s'élèvent contre cette relation de cause à effet entre ces deux pathologies qui reposent sur des incertitudes que voici :

- incertitude dans le domaine statistique
- incertitude dans le domaine expérimental

III- METHODOLOGIE

1. Lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée au service d'urologie de l'hôpital du point G.

Aperçu sur le service d'urologie

Il constitue de ce fait le service de référence en matière d'urologie au Mali.

Il comporte 42 lits repartis dans :

- 5 salles d'hospitalisation commune de 6 lits dites catégorie 3.
- 4 salles d'hospitalisation individuelle de catégorie 1.
- 1 salle d'hospitalisation individuelle de catégorie 2.
- Le bureau du chef de service
- 2 bureaux pour les assistants
- Le bureau du major
- Une salle des étudiants faisant fonction d'interne.
- Une salle de soins
- Des toilettes

Le personnel comprend :

- un professeur titulaire qui est le chef de service.
- 2 assistants en spécialité urologique
- Des médecins stagiaires en spécialité chirurgie générale
- Des étudiants faisant fonction d'interne

- Un infirmier major
- 5 infirmiers
- Des étudiants stagiaires
- 4 garçons de salles
- Des élèves infirmiers stagiaires et aides soignants stagiaires

2. Période d'étude :

Elle est de 30 mois allant de janvier 2004 à juin 2006.

3. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale.

4. Echantillonnage :

-Malade présentant des cas de tumeurs de vessie diagnostiquées au service d'urologie du point G.

- malade referé pour tumeur de vessie.

- Critères d'inclusion

Malade opéré au service d'urologie du point G, chez qui une biopsie a été

réalisée et l'examen anatomo- pathologique pratiqué.

- Critères de non inclusion

* malades non vu au service d'urologie du point G.

* malade présentant une tumeur de vessie inopérable

Au total 73 patients ont été retenus pour l'étude.

5. Collecte des données :

un questionnaire est rempli pour chaque cas de tumeur de vessie et à partir de dossier de malade présentant une tumeur de vessie

6. Techniques anatomo-pathologiques

Les pièces ont été fixées au formol à 10% ; incluses en paraffine ; la coloration s'est faite à l'hématéine éosine et la lecture faite à l'aide de microscope au faible, puis au fort grossissement.

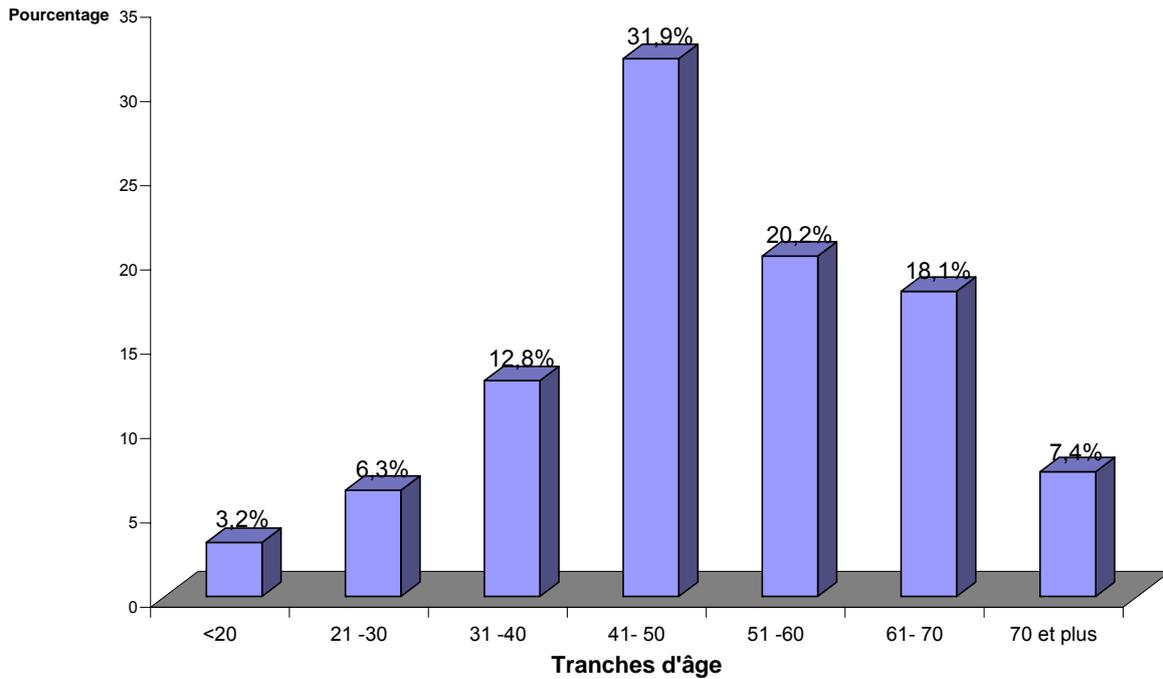
7. Traitement et analyses des données

La saisie a été faite sur Word Microsoft Windows 2003 et l'analyse des données ont été faites avec le logiciel Epi-info 6.04dfr. et Microsoft.Excel
Les données ont été présentées sous forme tabulaire et graphique.

IV- RESULTATS

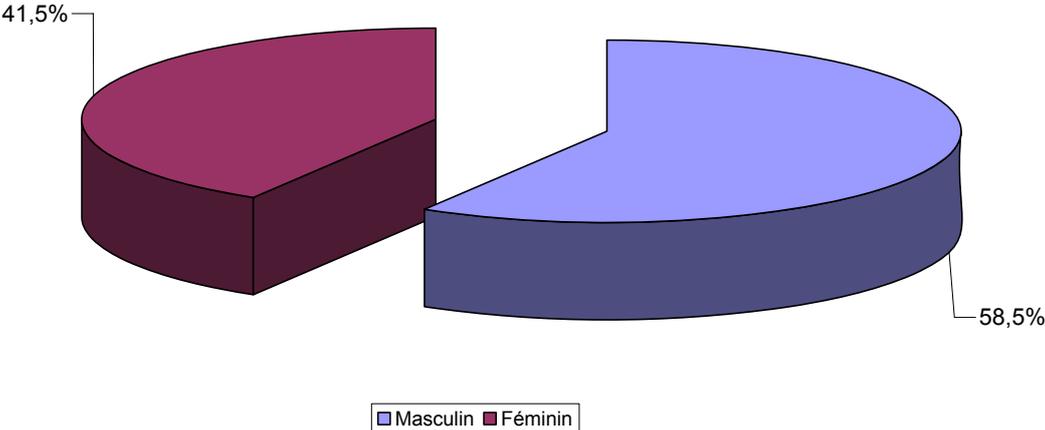
A CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Graphique I : Répartition des patients selon l'âge



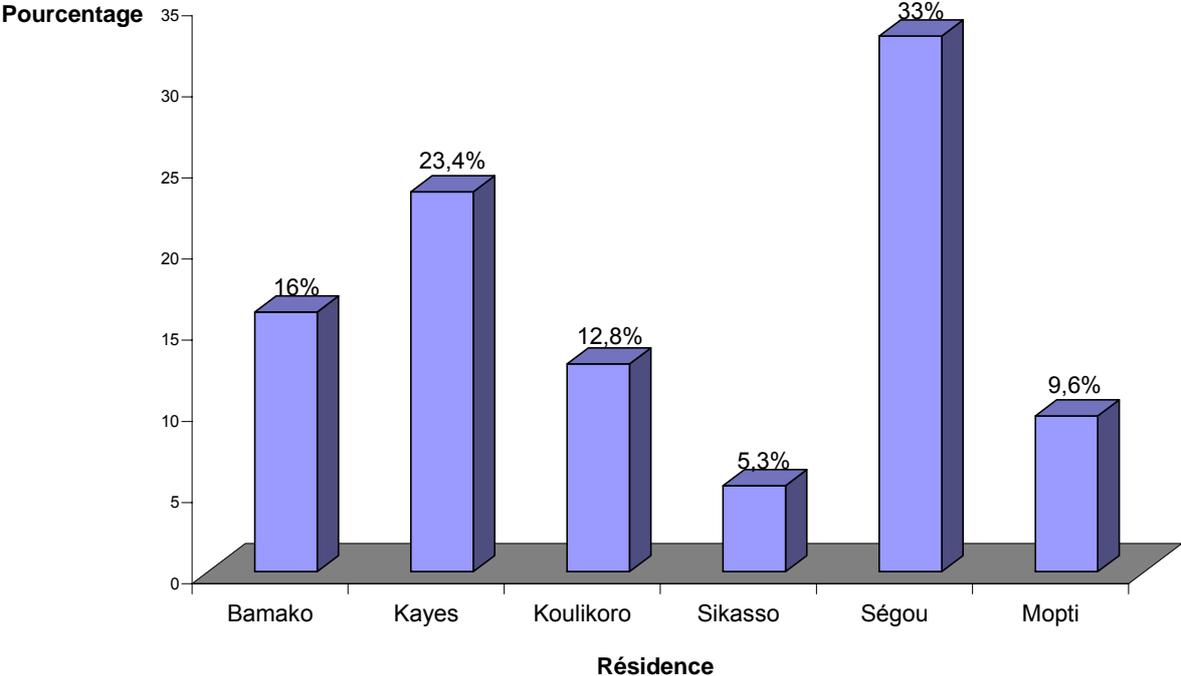
Les patients de la tranche de 41-50 ans sont les plus représentés avec 31.8%.

Graphique II: Répartition des patients selon le sexe



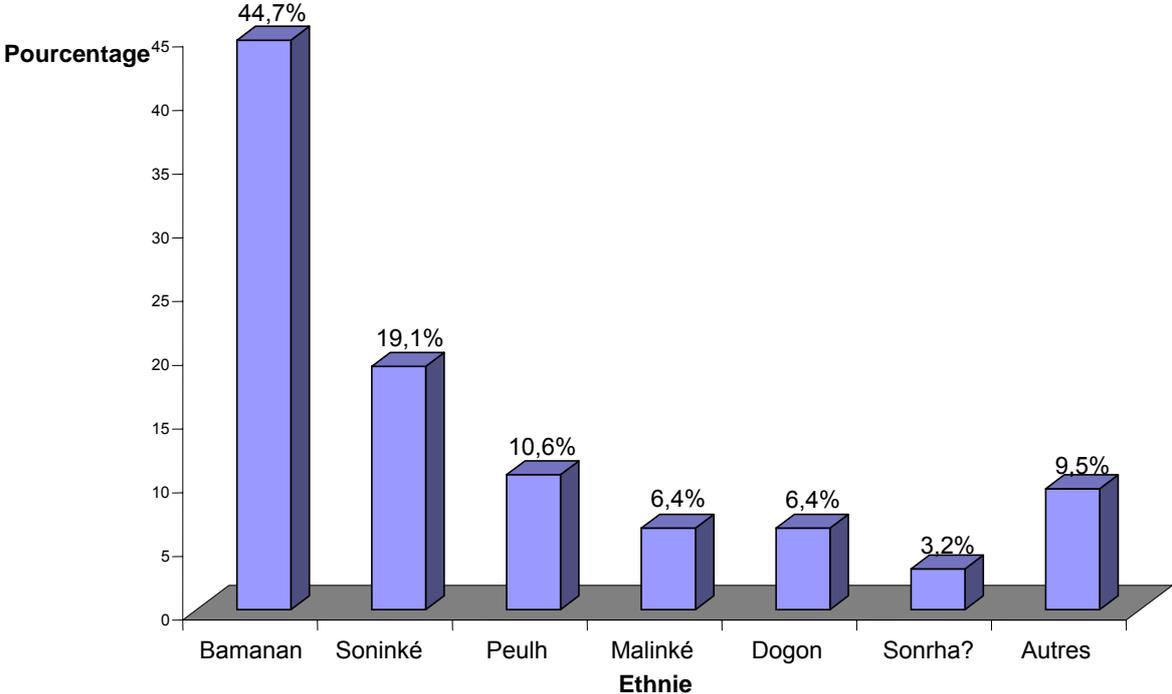
Au cours de cette étude, nous avons constaté une prédominance du sexe masculin soit 58.5%.

Graphique III : Répartition des patients selon la résidence



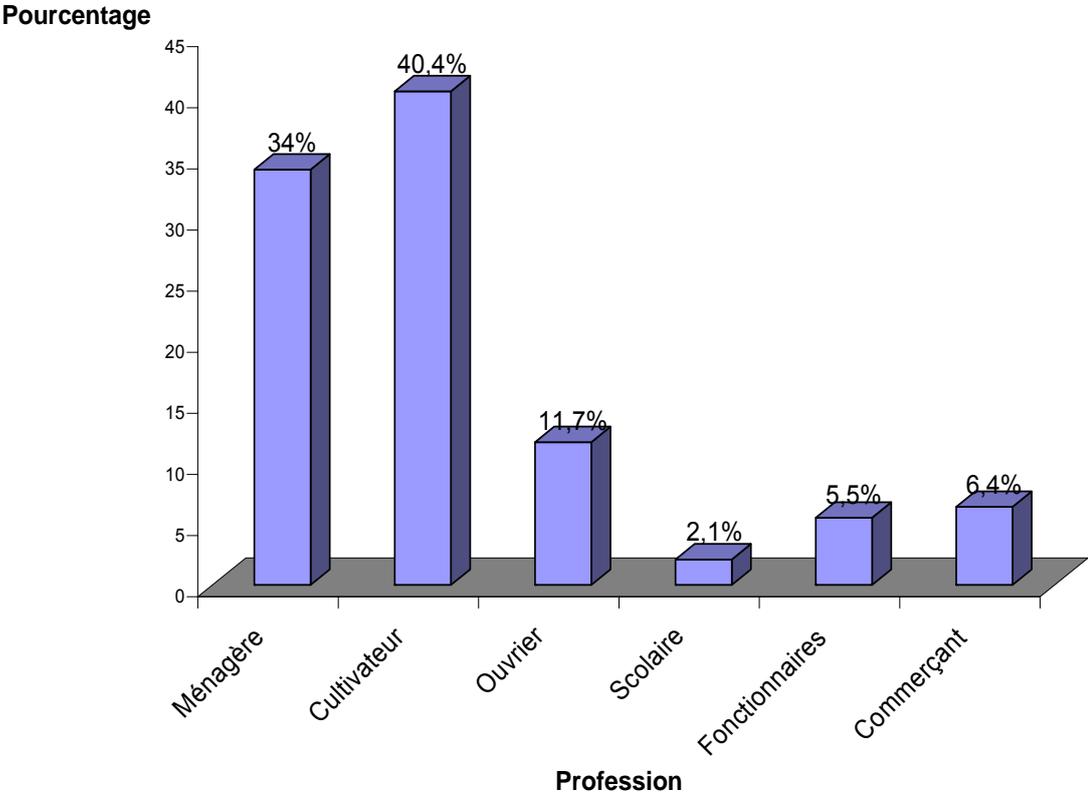
C'est la région de Ségou qui domine l'échantillon avec 33% des cas.

Graphique IV : Répartition des patients selon les ethnies



Les Bamanans et les Soninkés ont été l'ethnie les plus représentées avec respectivement 44.7% et 19.1%.

Graphique V: Répartition des patients selon leur profession



Les cultivateurs et les ménagères sont dominant avec respectivement 40.4% et 34%.

B CARACTERISTIQUES CLINIQUES

Tableau I : Répartition générale des pathologies du service d'urologie

Pathologie	Effectif absolu	Pourcentage
Adénome de la prostate	1313	47.1
Fistule vesico vaginale	305	10.9
Tumeur de vessie	244	8
Uretro-hydronephrose	88	2.9
Rétrécissement urétral	151	5.4
Calcul de vessie	86	3.4
Calcul rénal	82	2.9
Calcul urétéral	55	1.9
sténose urétérale	52	1.9
Hernie inguinale	50	1.8
Appendicite	43	1.6
Adénocarcinome de la prostate	37	1.3
Mutité rénale	28	1
Sclérose du col	24	0.9
Tumeur rénale	17	0.5
Hydrocèle	18	0.6
hypospadias	17	0.6
Valve de l'urètre	15	0.5
Varicocèle	11	0.4
Syndrome de jonction	10	0.3
Autres	120	4.3
Total	2785	100

La tumeur de vessie constitue 8% des patients hospitalisés

Tableau II : Répartition des patients selon le premier signe d'appel

Signes	Effectif absolu	Pourcentage
Hématurie	60	82 .2
Pollakiurie	6	8.2
Dysurie	3	4.1
Douleur suspubienne	2	2.7
Rétention d'urine	1	1.4
Masse hypogastrique	1	1.4
Total	73	100

L'hématurie a été le signe clinique le plus retrouvé et précoce chez les patients avec un taux de 82.2%.

Tableau III Répartition des patients selon les antécédents .

Antécédent	Effectif absolu	Pourcentage
Bilharziose	57	78.1
orchite	1	1.4
Sans antécédents	15	20.5
total	73	100

Parmi les 73 cas de tumeurs de vessie 57 patients soit 78.1% avaient un antécédent de bilharziose urinaire.

C Caractéristiques histopathologiques

Tableau IV : Répartition en fonction du granulome bilharzien

Granulomes	Fréquence	Pourcentage
Oui	22	30.1
Non	51	69.9
Total	73	100

Le granulome bilharzien a été retrouvé dans 30.1% des copeaux examinés.

Tableau V : Répartition du granulome bilharzien en fonction de la tranche d'âge.

Granulome Classe d'âge	Oui	Non	Total
10-20 ans	1	4	5
21-30 ans	2	2	4
31-40 ans	4	7	11
41-50 ans	10	12	27
51-60 ans	3	16	19
+ de 60 ans	2	5	7
Total	22	51	73

Le granulome bilharzien a été retrouvé le plus dans la tranche d'âge de 41 à 51 ans.

Tableau VI: Répartition en fonction du type de tumeur.

Type de Tumeur	Effectif absolu	Pourcentage
Carcinome	71	97.2
Adénocarcinome	1	1.4
sarcome	1	1.4
Total	73	100

Le carcinome a été le type de tumeur prédominant avec 71 cas soit 97.2%.

TABLEAU VII: Répartition du type de tumeur en fonction du granulome bilharzien.

Granulome Bilharzien \ Type de Tumeur	OUI	NON	Total
Carcinome	22	39	71
Adénocarcinome	0	1	1
Sarcome	0	1	1
Total	22	41	73

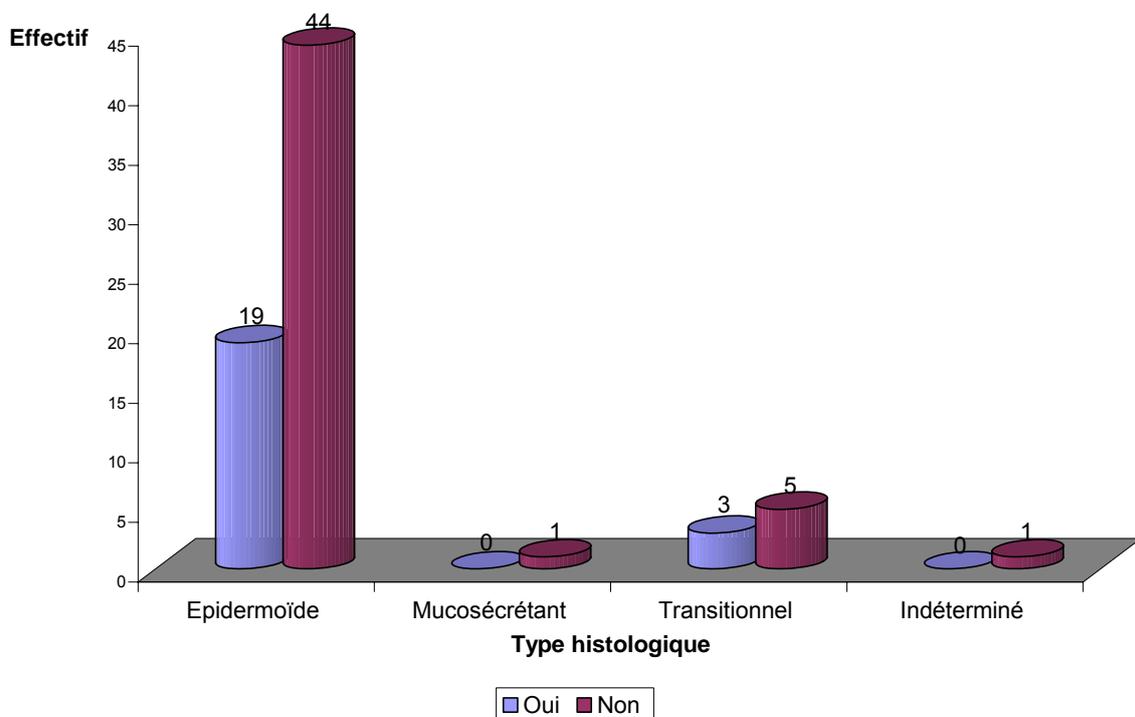
Le carcinome était le type de tumeur le plus associé au granulome bilharzien, avec 22 cas.

Tableau VIII : Répartition des patients en fonction du carcinome.

Types histologiques	Fréquence	Pourcentage%
Epidermoïde	63	86.3
Mucosécrétant	1	1.4
Transitionnel	8	10.9
Indéterminé	1	1.4
Total	73	100

Le carcinome épidermoïde a été le type prédominant avec 63 cas soit 86.3 %

Graphique VI : Répartition du granulome bilharzien en fonction du type carcinome .



Le carcinome épidermoïde est type histologique le plus associé au granulome bilharzien avec 19 cas.

Tableau IX : Répartition du carcinome en fonction du sexe

Sexe Type histologique	Masculin	Féminin	Total
Epidermoïde	35	28	63
Mucosécrétant	0	1	1
Transitionnel	6	2	8
Indéterminé	1	0	1
Total	42	31	73

35 hommes et 28 femmes avaient une tumeur épidermoïde

V.COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Bilharziose urinaire

Au cours de notre étude dans le service d'urologie du CHU du point G, sur la place de la bilharziose urinaire dans les tumeurs de vessie portant sur 73 cas. Sur une période d'étude allant de janvier 2004 à juin 2006. Nous avons obtenu 57 cas soit 78.1% ayant un antécédent d'hématurie terminale à l'enfance. Nos résultats sont conformes à d'autres études réalisées chez nous au Mali : Dembélé [26] a trouvé 75.5% d'hématurie à l'enfance, Diallo [30] 73% et Diabaté [29] 80% d'antécédent d'hématurie terminale à l'enfance.

Cette fréquence n'est pas excessive pour le Mali. Selon les statistiques un malien sur quatre est infesté par la schistosomiase à *Shistosoma haematobium*. Malgré les efforts du PNLSH, le Mali reste un pays de forte prévalence de la bilharziose urinaire. Cette situation s'explique par la présence dans notre pays de plusieurs zones hyperendémiques selon la classification de l'OMS [65] et par les croyances populaires, les modes de vie, les mœurs et le manque d'information sur cette pathologie.

Place des tumeurs de vessie en urologie

Pendant notre période d'étude 244 patients ont été admis pour tumeurs de vessie soit 8% des patients hospitalisés au service d'urologie du CHU du point G. l'examen anatomo-pathologie a été réalisé chez 73 patients.

Notre prévalence est supérieure ceux de Diabaté M [29] qui a recensé 39 cas en 2 ans au L'hôpital du point G en 1998 et de Diallo [30] qui a trouvé 37 cas en 1 ans en 2003,.En 17ans Thieblemont C [86] en France a recensé 165 cas de cancer de vessie en 1984.

Ces résultats confirment la croissance de la fréquence des tumeurs de vessie d'année en année [47].Cela peut s'expliquer par l'amélioration des connaissances des populations sur les tumeurs de vessie et le perfectionnement du plateau technique.Par contre notre résultat est inférieur a celui de Dembélé [26] qui a recensé 102 cas au service d'urologie du CHU de Gabriel Touré.Le taux faible taux de notre échantillon peut s'expliquer par :

- la plus part des tumeurs de vessie sont inopérables car il arrivent très tardivement à l'hôpital.
- un certain nombre de patients consultent les guérisseurs et ne suivent que des traitements traditionnels.
- le revenu bas oblige certains à se résigner et à décéder sans que le diagnostic clinique ne soit posé.

Dans notre étude la tumeur de vessie constitue la 3^e cause d'hospitalisation en urologie après l'adénome de la prostate et la F V V.

Cette situation s'explique par la non hospitalisation des cas inopérables. Elle constitue le 1^{er} cancer des voies uro- génitales. Ce même constat est fait chez Yalkwe [94], et Korolchtouch [50]

En France il est le second cancer des voies urogénitales selon Cussenot O et Ravery V [22].

.Aspects sociodémographiques :

De janvier 2005 à juin 2006, nous avons compilé 73 cas de tumeurs de vessie. Ce résultat s'explique par la persistance de l'état d'hyperendémie de la bilharziose urinaire.

L'âge moyen de nos patients était de 50.7 ans avec les extrêmes d'âges allant de 15 à 78 ans, ces chiffres se rapprochent de celui de M Diallo [30] qui a trouvé 48.5 ans Logmo [54] a eu 50 ans, Dembélé [26] 46 ans ; par contre ce résultat est inférieur à celui de la littérature européenne [34, 27, 53, 73,86] ou l'âge moyen du cancer vésical est de 65 ans.

L'âge jeune de nos patients s'explique par le jeune âge de la population subsaharienne en générale ou seulement 3.6% à 6.6% de la population vivent au de là de 60 ans [26].

Au cours de notre étude, nous avons obtenue 43 cas de sexe masculin soit 58.5% et 30 Cas de sexe féminin soit 41.5%. Comme beaucoup d'auteurs nous trouvons une prédominance masculine. Ce résultat est différent de celui retrouvé aux états unis où les femmes sont les plus atteintes [60].

Les Bamanans ont été l'ethnie la plus souvent atteinte avec 44.7% suivi des Soninkés, et des dogon 10.6%. Ce même ordre est respecté dans la série de Logmo [54] ; Conforme à celui de Dembélé B [26] ; Yalkwe [94], mais différent de celui de Diallo M [30] et de Sangho H [79] où les Sarakolés ont été les plus touchés.

Nos résultats ont montré une prédominance des cultivateurs 40.4% Suivies des ménagères 34%. Ces deux catégories socioprofessionnelles sont les plus importantes au Mali [26], et par le fait que l'eau est à la fois au centre de toutes les activités et le réservoir principal de la maladie.

Dans notre étude nous constatons que cette pathologie est inégalement répartie à travers le Mali. La plus part de nos patients proviennent de la région de Ségou 33% ; suivi de Kayes 23.4%, Bamako 16% et

Koulikoro 12.5%. Cela s'explique par le fait que la région de Ségou est à instar de la région de Kayes, Mopti est la zone qui à la plus forte transmission à *shistosoma haematobium* au Mali (H Sangho) [79].

Ce résultat est différent de celui de Diallo M [30], Sangho ou la région de Kayes était la plus touchée, mais en conformité avec Dembélé B [26].

Eude clinique

L'hématurie maître symptôme de la maladie était présente dans 60 cas soit 82.2%. Ce résultat est en pleine conformité avec ceux observés dans la littérature : Yalkwe [94] a eu 82.5 %, chez Diabaté [29] tous les patients ont présenté une hématurie macroscopique des fréquences élevées ont été observé également en Europe par Olier [64] 62% Crouzet [20] 89% Peneau [67] 62%.

L'hématurie est le 1^{er} signe retrouvé chez nos malades avec 82.2%, suivies de la pollakiurie 8.2%, dysurie 4.1% et la douleur suspubienne 2.7% ce qui explique la très grande diversité dans la symptomatologie de la tumeur vésicale. Il existe une association des signes cliniques

Facteurs de risque

Au cours de notre étude, la bilharziose urinaire a constitué le 1^{er} facteur de risque avec 78.1% des patients ayant un antécédent de bilharziose à l'enfance. La bilharziose urinaire est reconnue comme facteur de risque par plusieurs études réalisées dans notre pays : Diallo M [30] a eu 73% de bilharziose à l'enfance, Dembélé B [26] 75.5%, Diabaté M [29] 80%. Nous avons retrouvé dans 22 cas le granulome bilharzien soit 30.1% des copeaux examinés.

Sur le plan histopathologique, nous avons trouvé la présence du granulome bilharzien chez 22 patients, avec une moyenne d'âge de 50.7 ans ce qui est en faveur des résultats trouvés en Egypte où l'âge moyen des cancers vésicaux chez le bilharzien est de 47 ans [5], ainsi qu'au Sénégal [90] (36- 40 ans). Nous avons enregistré 71 carcinomes, 1 cas d'adénocarcinome, 1 cas de sarcome. Le carcinome épidermoïde a dominé notre série avec 63 cas soit

86.3%.La prépondérance du carcinome épidermoïde a été retrouvée dans les séries Africaines : au Maroc Debbach A [24] a eu 100% ; au Mali Yalkwe a 41.2%, B Sebai [5] qui trouva 58.5% et Logmo [54] a eu 54.5% au Mali en 2003. Ce carcinome survient généralement sur les vessies bilharziennes.Parmi les 63 cas de carcinome épidermoïde que nous avons colligé 19 présentaient un granulome bilharzien soit 30.1% ce qui est en faveur des résultats en Egypte et en Johannesburg [5].

Notre résultat est contraire à celui retrouvé en Europe et aux état- unis ou 90% des tumeurs de vessie sont de type transitionnel.Ce type est due surtout au tabac et aux colorants.

Di Menza [33] a eu 68 tumeurs de type transitionnel, 14 adénocarcinome, 6 carcinomes épidermoïdes.Charrot Chinet Paule [29] a eu 90 % de carcinome transitionnel, 8% de carcinome épidermoïde 2% d'adénocarcinome.

CONCLUSION

L'étude rétrospective menée 2004 à 2006, sur 94 cas ,73 patients présentaient des tumeurs de vessie confirmées à l'histologie.

Ces tumeurs sont survenues sur des terrains bilharziens dans 30 .1% des cas un granulome Bilharzien a été retrouvé.

Au point de vue histologique le cancer de type épidermoïde a été le plus retrouvé.

IL semble que il ya une prédominance masculine, surtout chez l'adulte jeune à partir de la tranche d'âge de 41-50 ans.

Au terme de cette étude, nous pouvons estimer qu'au Mali la bilharziose urinaire représente le premier facteur de risque des tumeurs de vessie. Malgré l'amélioration des techniques chirurgicales d'anesthésie, et anatomopathologie. Les tumeurs de vessie connaissent des insuffisances thérapeutiques et des difficultés de diagnostic précoce.

En conséquence la baisse de la fréquence des tumeurs de vessie devrait passer par le traitement précoce des cas de bilharzioses urinaire dans une structure sanitaire.

D'autres études sur des échantillons plus grandes s'avèrent nécessaire dans notre pays pour confirmer nos résultats. Car la plus part des cas de tumeur de vessie sont inopérables.

Une étude avec la biopsie systématique chez tous les patients nous édifierons plus sur la place de la bilharziose urinaire dans les tumeurs de vessie.

RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude des recommandations sont proposées et s'adressent :aux représentants

1) Aux responsables du programme de lutte contre les schistosomiases.

-mettre en place un programme national de lutte contre les tumeurs de vessies

2) Aux populations

-Se présenté au agent de santé devant chaque cas de hématurie .

-Suivre une bonne observance dans le traitement anti-bilharzien.

3) Aux prestataires de santé dans les zones d'endémies

-traiter toute hématurie terminale en zone d'endémie avec le praziquantel qui est le médicament de référence du PNLSH.

-faire un **CCC** auprès des populations chaque fois que cela est possible sur la bilharziose urinaire.

-la pratique chaque fois que cela est possible de la cystoscopie, de l'échographie vésicale et l'U I V, chez tous les malades qui se plaignent de syndrome douloureux abdomino-pelvien ou trouble de la miction.

-referer précocement les patients atteints ou suspects de tumeur de vessie aux services spécialisés.

-informer la population sur l'évolution silencieuse de la maladie bilharzienne.

-réaliser une biopsie devant tout cas de tumeur de vessie ; afin d'établir le type histologique.

REFERENCES

1. ALKEN C, SOKELAND J.

Abrégés d'urologie

Edition Masson, Paris 1984

2. ATLAS de la Répartition mondiale des Schistosomiasés CEGET-CNRS/OMS-WHO 1987

3. AUVERT J.

Classification des tumeurs de vessie TNM 1991 (Annexe)

Ann urol 1993 27 (1): 58

4. BALLANGER P, BOUCHOT O., CHOPIN D., COULANGE C., DELMAS V., FERRIERE J. M., HAILLOT O., TRANMBAND T.J., RISCHMAN P., TEILLAC P., ZERBIB M.

Tumeur de la vessie : club de réflexion en urologie.

5. BOCCON GIBOD L., BARON J.C.

Cystectomies partielles

Editions techniques EMC Paris

Urologie gynécologie, 1990, 41205 12-4P

6. BOUJENAH H., MOSBAH I., CHAMIS ZMERLIS.

Le cancer de la vessie bilharzienne

Tunisie Méd. 1982 2 : 142-145

7.CABANNE F., BONENFANT J.L.

Anatomie pathologique : principes de pathologie générale, de pathologie spéciale et anatomopathologie. Deuxième édition 1986-1066.

8.CABANNE F., PAGES A., BALLERY C., OPPENMANN A., CARBILLET J.

Pathologie génitale masculine uropathologique.

Masson Paris 1993 (Logmo)

9. CDC

MAP 3-8 Geographic Distribution of Schistosomiasis

Health Information for International Travel 2003-2004

10. CAMPAGNE G., GARBA A., BARKIRE H., VERA C., SIDIKI A., CHIPPAUX J.

Suivi échographique des enfants infestés par *Sschistosoma haematobium* après traitement par le praziquantel.

Trop. Med and health Trop. 2001.6.24-30.

11. CHATELAIN C.

La bilharziose urogénitale, rapport de la 71^{ème} session de l'AFU.

J. urol. Néphrol. 1977 83: supp. 1

12. CHAUVET B., DAVIN JL, REBOUL F.

Traitement conservateur des cancers infiltrants de vessie par association radiothérapie-chimiothérapie.

Bull cancer radiother 1994, 81 312-319

Elsevier Paris.

**13. CHAUVET B., FELIX FAURE C., CHOQUENET C., ALFONSI M.,
DAVIN J.L., REBOUL F.**

Radio-chimiothérapie des cancers de vessie, facteurs prédictifs du contrôle local et de la survie. Analyse multifactorielle chez 113 patients. Clinique Sainte Catherine, Avignon cedex Monaco Marseille France.

14. CHAUVET C.

Tumeur de la vessie
Méd. Digest. 1983 9 17-18.

15. CHOQUIN D.

Numéro spécial consacré aux tumeurs de vessie
Annales d'urologie 1993. 27. 110.

16. COMLAN

Le cancer de la vessie au Sénégal
Thèse Méd. Dakar 1965. 11

17. CORTESSE A.

Tumeurs non épithéliales de vessie.
Editions Techniques Encycl. Méd-chir. Paris
Néphrologie-urologie 1995. 18-244-A-10-11P

18. COULIBALY H.

Evolution épidémiologique, étude clinique d'enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques de la population en milieu de bilharziose en milieu péri urbain de destruction de Bamako (Djicoroni-para).
Thèse de médecine, Bamako 2000. 74 P

19. COLOMBS: Bilharziose, <http://www.e.sante/français/artle.asp>

20. CROUZET T.

Tumeurs de la vessie (397 cas). Etude la survie en fonction de la clinique, de l'anatomie pathologie, des thérapeutiques.

Thèse Méd. Toulouse 1975/1976 39.

21. CULINE S., GUSTALL J.P., THEODOR C., DROZ JP.

Chimiothérapie des tumeurs urothéliales de la vessie

Bull cancer/Radiother 1994, 81: 303-311.

22. CUSSENOT O., RAVERY V.

Classification et facteurs pronostiques des tumeurs épithéliales de la vessie.

Editions Techniques Encyclo-Méd-chir (Paris) N°

Néphrologie-urologie. 1995. 18-243-A-20-5P.

23. DE CLERC D., SACKO M., TRAORE M., VERCRYSSE J.

Schistosoma and geo helminth infection in Mali, West Africa.

Annale de la Société belge de médecine tropicale 1995. 75. 191-199.

**24. DEBBACH A., BENNANI S., HAFIANI M., EL MRINI M.,
BENJELOUN S.L.**

Le carcinome épidermoïde de la vessie

Editions Technique Encycl. – Méd-chir, Paris France.

Néphrologie urologie 1995. 18-243-A-10-SP

25. DEBRE B et TEYSSIER .P

Schistosomiasis

Edition Médicales Pierre Fabre 2000

Néphrologie urologie 1995. 18-243-A-10-SP

26. DEMBELE B

Place de la bilharziose urinaire dans les tumeurs de vessie.

Thèse médecine année 2005, CHU Gabriel Touré

27. DESGRANDCHAMP F.

Epidémiologie des tumeurs épithéliales de vessie

Editions Techniques Encycl. Méd-chir Paris France.

Néphrologie-urologie 1995. 18-243-A-10-5P

28. DESGRANDCHAMP F., RAVERY V., AMARY DE GOUELLO

Internat médecine

Urologie – Edition 2002-196P.

29. DIABATE M.

Etude des tumeurs de la vessie à l'Hôpital National du Point G

Thèse de médecine Bamako 1998-57p ;n°9

30. DIALLO M.

Place de la bilharziose dans les tumeurs de la vessie au Service
d'urologie de l'Hôpital Gabriel Touré au Mali

Thèse de médecine, Bamako 2003. ;03-M-21

31. DIALLO S.

Morbidité échographique de la bilharziose urinaire.

Thèse de médecine Bamako 1999.43 P n°26

32. DIARRA Z.

Etude clinique, parasitologique et échographique de la bilharziose en zone de riziculture irriguée de Udolo (cercle de Niono).

Thèse de médecine Bamako 2002 ,51 P ;43

33.DIMENZA L., BARON J.C., VILLEFOND A., CAUDAT D., BOCCOM GIBOD L., ZUMMER K et le groupe Cancer de la vessie Pétri Facteur de risque des Tumeurs de vessie épidémiologiques chez 701 sujets en île de France, P. 207.

34. DUCHAMP C., MURACIOLE X., FOA J., BERNADINI J., JUIN P.

Radiothérapie bi fractionnée (BFQ). Dans les cancers de vessie (à propos de 56 cas non opérés).

Centre de radiothérapie, 143 route de Trois. Luc 13012 Marseille).

35. DUFOUR

Résultat au delà de 5 ans de pointage protétique uretero-vesical et reno-ureteral

J.Urol 1980.

36. DUVERNET BATTESTI F.

Le cancer en Côte d'Ivoire : étude statistique portant sur 816 cas confirmés histologiquement en 3 ans.

Thèse médecine, Abidjan 1970. 4.

37. DRABO B

Place des lésions bilharziennes dans la pathologie de la voie excrétrice et chirurgie de l'urètre bilharzien dans le service d'urologie de l'hôpital du point G

A propos de 20 cas

Thèse de médecine : Bamako Mali 87-M-11

38. EL BOLKAINY M.N., MOKITTAR GHONEIM M.A. et coll.

The impact of schistosomiasis on the pathology of bladder carcinoma.
Cancer 1981, 48: 2643-2648.

39. EL SEBAI I., SHERIF M., EL BOLKAINY M.N. et coll

Verrucous squamous carcinoma of the bladder

Urology 1974. 4: 407-410

40. FARHAT: Considération sur la sténose fonctionnelle de l'urètre pelvien

Thèse Med Dakar 1984.n °59

41. FERGUSON A.R.

Associated bilharzioses and primary malignant disease of the urinary bladder with observation imageries of fourty cases

42. GENTILINI M.

Médecine tropicale

Edition médecine science, Flammarion, Paris (1995).

43. GENT (M), NOSNY(Y), DANIS (M), NIEL (G)

Aspect epidemiologique actuel de la bilharziose urinaire.

Séminaire d'urologie et néphrologie

Pièce salpêtrière 1976.

44. HENRIET M.P.

Entérocystoplastie de dérivation continentale.

Edit. Tech. EMC (Paris, France). Techniques chirurgicales.

Urologie gynécologie 1991, 412 141 12P.

45. HOZNEK A., BELLOT J., ABOU C.C., CHOPIN D.K.

Histoire naturelle et facteurs pronostics des tumeurs superficielles de la vessie.

Ann. Trol, 1993, 27 (1): 20-23.

46. Http www.urobicetre.org/uroanatomie/vessie 6 htm

47. JARDIN A.

Traitement chirurgical de cancer de la vessie

Bull cancer/radiother

Fl Gevier, Paris (1994).

48. JEMNI M., BEN HASSINE L., RABAA F., EL OUKADI M., AYED M.

Les tumeurs de vessie chez le sujet de moins de 40 ans.

Ann. Urol 1985. 19: 345-348.

49. KAMATE B, TR AORE C B, LOGMO K L, BA YO S

Laboratoire d'anatomie pathologie de l'institut national de recherche en santé publique

50. KOROLTCHOUH V., STANLEY JERNS WARDJ S.T., MOTT K.

Bladder cancer / approaches to prevention and control. Bull World Health Organisation. 1987 65 (4): 513-520

51. LEDUC A., BRON J., HENNQUIN C.

Traitement des tumeurs épithéliales de vessie
EMC Edith. Techn. (Paris) Nephrol-urol 1995, 18. 244-A.

52. LETONTURIER F.

.Abrégés d'immunologie générale
Ed. Masson, Paris 1998.

53. LIGUE SUISSE CENTRE LE CANCER

Le cancer de la vessie : causes, symptômes, diagnostics, traitement et pronostic.

54. LOGMO KENFACK LINDA

Place de la bilharziose dans les cancers de vessie du service
d'anatomopathologie de l'INRSP, à propos de 78 cas.
Thèse de médecine 2004 P. 63 n° 04. M-97.

55. LUCIEN L.

Sémiologie chirurgie, 5ème édition 1983. 498-499.

**56. MARTEL I., PICA A., HANNOUIN J.N., ARDIET J.M.,
ROMESTAING P., GERARD J.P.**

Traitement conservateur des cancers infiltrants du dôme vésical par
cystectomie partielle et curiethérapie à l'iridium.
Centre hospitalier Lyon sud. 69310 Pierre Bénite, France

57. MIANNED D, Perret JL, Laville Dieu S

Bilharziose urogenitale-Encycl

Med-Chir (Elsevier Paris) Nephrol-Urol 18-290-A10 1998-13P

58. MOMASI G., DAURES J.P.

Nouveaux aperçus sur les facteurs de risque du cancer de la vessie.
Une enquête épidémiologique Cas Témoins dans le département de
Hérault.

Semaine des Hôpitaux, Paris 1993. 69 (37/1337-1345)

59. MOMNEIS F. et coll.

Le traitement des hématuries graves d'origine vésicale, par embolisation
sélective des artères de la vessie.

Ann. Urol. 1978. 12 (2) ; 91-98.

60. MORRISON A.G., COLE P.

Epidemiology and bladder cancer

Urol. Chir N-Amer 1976. 3 13-29.

61. MS / DNSP / PNLSH

Plan d'action 1999-2003 de lutte contre les schistosomiasés (1999).

62. MS / DNSP / PNLSH

Rapport de session régionale de formation sur les stratégies de lutte
contre les schistosomiasés au Mali (Mopti, Ségou, Kayes en août 2000).

63.OLIER B., GIGO L., HONNEINS F., NORDLINGIER B.

Urétérostomie cutanée trans-iléale ou implantation urétéro-colique des
uretères. Quel est le meilleur choix après cystectomie totale ?

64. OLIER C., STEG A., ROQUEBLAVE J., CHAMPAULT G.

Cystectomie totale pour les tumeurs infiltrantes de la vessie. Etude rétrospective de 10 ans (à propos de 135 cas).

Ann. Urol. 1970. 12 (8) 83-88.

65. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS)

Comité d'experts (suivi des rapports techniques)-830.

Lutttes contre la schistosomiase. Deuxième rapport du comité d'experts (1993).

66. PANNEAU C.I., SCHAFFER P., BALLACK C.I.

Epidémiologie du cancer de la vessie.

Ann. Urol. 1992 26 (5) : 281-293.

67. PENEAU M., CHAUTARD LANSON Y.

Etiologie des hématuries, étude de 500 dossiers consécutifs.

J. urol. 1982 88 (10) : 169.

68. PATRICK N.

Incidence et Mortalité par cancer au Mali, 1995-2004.

Thèse médecine 2006.

69. PIERRE KAMINA.

Précis d'anatomie clinique

Tome IV .Maloine.

70. PROFESSEURS D'UROLOGIE

Urologie à l'usage des étudiants en médecine

Edition C&R, Paris 1986

**71. RASE NDRAMINO M.H., RAJAONA H.R., RAMAROKOTO C.E.,
RAVAOLIMALALA V.E., LEUTSCHER P., CORDONNIER D.,
ESTERRE P.**

Effet du praziquantel sur le retentissement uro-néphrologique de la bilharziose urinaire.

Tropical medicine and international health 2001-6-24-30.

**72. RASE NDRAMINO M.H., RAJAONA H.R., RAMAROKOTO C.E.,
RAVAOLIMALALA V.E., LEUTSCHER P., CORDONNIER D., ESTERRE P.**

Prévalence des retentissements uro-néphrologique de la bilharziose urinaire dans un foyer hyper endémique de Madagascar.

Néphrologie 1998. 19 : 341-345.

73. ROC C., BEAUJEAUX R., CAMPOS M., LEBRAS Y.

Pathologie tumorale de la vessie.

EMC, éditions Techniques (Paris, France)

Radiodiagnostic urologie gynécologie 1994, 34, 403-A-10. 16 pages.

74. ROGNON L. M.

Tumeur de la vessie, un pronostic sombre

Prat. Méd., 1985. 226. 8-11.

75. ROUFFILANCE ET ISNARD

A propos de 2 uretroplasties pour bilharzioses vésicales avec retentissement réna

76. SACKO M.

Cycle de transmission de schistosomiase au Mali

Thèse de médecine P 35-56-N°OO-M-12

177. SACKO M.

Importance des schistosomiasés au Mali

Séminaire régional de formation sur les schistosomiasés/année 2000.

78. SACKO M., TOURE A.

Diagnostic biologique des schistosomiasés.

P 67

79. SANGHO O.

Etude parasitologique, clinique, et enquête sur les connaissances, attitudes et pratique des populations concernant le schistosomiasés dans les zones de riziculture de l'Office du Niger.

Thèse médecine, Bamako 2001. 76 P

80. SIDIBE A

Evaluation des Reimplantations uretero-vésicale au service d'urologie de l'HNPG

Thèse –Med Bamako-Mali 03-M-17.

81. STEG A.

Cancer de la vessie in situ, à propos de 10 cas.

Ann. Urol. 1978. 12 (2): 73-82.

82. STEG A., EVRAD P., DALLAN D.

Les possibilités et les modifications actuelles des frottis urinaires.

Ré. Méd. Paris Pitié Salpêtrière, 1972 16.

83. SYLLA A.

Contribution à l'inventaire des anti bilharziens et molluscide traditionnelle dans le cercle de Kayes.

Thèse de médecine, Bamako 1997.

84. TANGARA M.

Aspects chirurgicaux des séquelles de la bilharziose

Thèse de médecine Bamako 2002.O2-M-60

85. TEILLAC P.

Tumeur de vessie : diagnostic, forme clinique, marqueurs

Editions Technique EMC Paris, France.

Néphrologie urologie 1995. 18. 243-A. 30-3P.

86. THIEBLEMONT C., FENDIER J.P., PETIS C., CHAUDVIN F., DEVAUX Y., TRILLET LENOIR N., DEVONEC M., PERIN P.

Identification de facteurs pronostics dans une série rétrospective de 165 carcinomes urothéliaux infiltrants de la vessie opérée.

Bull cancer/radiother 1994 Bc 322-324

87. THIERRY F., DELPHINE A., EMMANUEL H.

Mémento Urology

Maloine 27, rue de l'Ecole de Médecine, 75 006 Paris 1998.

88. THIERRY F.

Polype/cancer de la vessie

Uropage, France 2000-2001.

[Http/www.uropage.com/artvessie 2 htm](http://www.uropage.com/artvessie2.htm)

89. TIFARD F., CHOQUENET C.H., LACHAND A.T., DUFORD B.

Traitement et évolution des cancers de vessie évolués. Etude rétrospective de 29 cas.

Ann. Urol. 1987. 21. 1 à 7-11.

90. TOURE A.

Notre expérience sur les cancers de vessie en milieu africain clinique.

Urologie CHU de Dakar

Thèse médecine Dakar 1984.N° 35 -156 P

91. TOURE A.

Contribution à l'étude des cancers au Mali (à propos de 1 318 cas).

Thèse médecine, Bamako E.N.M.P, 1985 - 145 P.

92. TOURE A., TRAORE M., KAMATE M., BAYO S.

Les schistosomiasés tissulaires au Mali (à propos de 215 cas).

Mali médical, 2000 : 3. 29-31

93. VIOLLET G.

L'urologie en 20 leçons

Maloine S.A. Paris, édition 1978. 27.

94. YALKWE Y.

Les cancers vésicaux au Mali. a propos de 40 cas.

Thèse médecine, Bamako 1986. 10.

Signe clinique

Recherche du 1^{er} signe de Tumeur de vessie

Hématurie terminale /___/

Douleur /___/

Pollakiurie /___/

Dysurie /___/

Hématurie Totale /___/

Rétention d'urine /___/

Incontinence urinaire /___/

Autres à préciser /___/

D. Examen Physique

1. Inspection

Pâleur conjonctivale /___/ Masse suspubienne /___/ autres à préciser /___/

OMI /___/

2. Palpation

Douleur suspubienne /___/ masse suspubienne Splénomégalie /___/
autres à préciser /___/

3. Toucher rectal

A normale /___/ B anomalie à préciser /___/

4. Toucher vaginal

A normale /___/ B anomalie à préciser /___/

E) Examen paraclinique

1. Bilan biologique et biochimie

-Groupe rhésus :

-Créatinémie :

-ECBU :

Normale :

Anormale résultat :

2. Examen radiologique

Echographie /___/ UCR /___/ UIV /___/ /___/ Autre

(préciser)

3. Examen endoscopique

Biopsie sous Endoscopie /___/

Cystoscopie /___/

F) Traitement

1. Traitement Médical

/___/ anti-mitotique /___/ antalgique /___/ autres à préciser

2. Traitement Chirurgical

Type d'intervention : Date d'intervention :

/___/ Tumérectomie /___/ cystectomie Totale

/___/ cystectomie partielle /___/ Dérivation

/___/ autres à

préciser.....

G .Données anatomopathologiques

- présence de granulome bilharzien oui /___/ ou non /___/

- description de la lésion

- Type histologique

H. Autres facteurs de risques

- Tabac / ___ / oui / ___ / non Durée :
- Thé / ___ / oui / ___ / non Durée :
- Alcool / ___ / oui / ___ / non Durée :
- Café / ___ / oui / ___ / non Durée :

- autres (précise) / ___ / oui / ___ / non Durée

FICHE SIGNALITIQUE

PRENOM : **MAMADOU AGUIBOU**

NOM : **SOW**

TITRE : **TUMEURS DE VESSIE SUR TERRAIN DE CYSTITE
BILHARZIEN A PROPOS DE 73 cas.**

PAYS D'ORIGINE : **MALI**

VILLE DE SOUTENANCE : **BAMAKO**

LIEU DE DEPOT : **FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO STOMATOLOGIE DU MALI (FMPOS) .**

SECTEUR D'INTERET: **SANTE PUBLIQUE, UROLOGIE , ANATOMIE
PATHOLOGIE.**

RESUME :

Nous avons réalisé une étude rétrospective de janvier 2004 à juin 2006 dans le service urologie du CHU du Point G.

Elle a porté sur 73 cas de tumeur de vessie. L'âge moyen de nos patients était de 50,7 ans avec des limites d'âges allant de 15 à 78 ans.

Les ménagères et les cultivateurs ont été les plus nombreux au plan professionnel.

Sur ces 73 cas, 22 avaient une cystite bilharzienne. Le carcinome épidermoïde était la tumeur la plus fréquente. Il était associé de façon significative à la présence du granulome bilharzien.

Au terme de cette étude, nous pouvons estimer qu'au Mali la bilharziose urinaire représente le premier facteur de risque des tumeurs de vessie.

En conséquence la baisse de la fréquence des tumeurs de vessie devrait passer par le traitement précoce des cas de bilharzioses urinaires dans une structure sanitaire.

Mots-clés : Bilharziose urinaire, Tumeurs, Granulome bilharzien.

PRESENTATION DU SERVICE ANATOMIE PATHOLOGIE (INRSP)

C'est à ce service qu'est adressé la grande majorité sinon toutes les biopsies,

les pièces opératoires, et toutes les cytoponctions réalisées dans le pays. Dans les archives on peut retrouver les comptes rendus anatomopathologiques soigneusement conservés et remontant à plusieurs dizaines d'années.

Le personnel est composé d'un professeur titulaire ; deux spécialistes en anatomie pathologie, de trois techniciens ,et d'un manoeuvre.

En plus de ses activités de diagnostic, le service est aussi actif dans la recherche .IL héberge le registre national du CANCER et le projet de recherche sur le cancer du col utérin en collaboration avec le centre international de recherche contre le cancer (C I RC).

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence de mes **Maîtres** de cette faculté, de mes chers **Condisciples**, devant l'effigie d' **Hippocrate**.

Je promets et je jure au nom de **l'Être Suprême**, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerais mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerais à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre moi mon devoir et mon patient.

Je garderais le respect absolu de la vie dès la conception.

Même sous la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure