

Prise en charge des tumeurs de vessie au service d'urologie du CHU Gabriel Toure

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT

REPUBLIQUE DU MALI

SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

DE BAMAKO

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

***** UNIVERSITE



FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE



Année Universitaire 2011-2012

Thèse N°/___/

TITRE :

Prise en charge des tumeurs de
vessie au service d'urologie du
CHU Gabriel Toure

THESE

Présentée et soutenue publiquement le /07 /01 /2012 devant la Faculté de Médecine de
Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

de l'Université de Bamako

Par Adama DEMBELE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Président : Prof. Sahare FONGORO

JURY

Membres : Prof. Cheick B TRAORE

Doct. Yacaria COULIBALY

Directeur de thèse : Pr. Zanafon OUATTARA

TH

DEDICACES

&

REMERCIEMENTS

- Dédicaces

Je dédie ce travail :

A ALLAH le tout puissant ; l'omniscient, l'omnipotent le tout miséricordieux de la chance qu'il m'a donnée pour mener ce travail à terme.

Au prophète MOHAMED (PSL)

A Mon père feu Souleymane DEMBELE pour le soutien moral et matériel sans faille ; père, ce travail est le résultat d'un de nos rêves, ma satisfaction aurait été totale si tu étais là avec moi. Dors en paix et sois fier de l'éducation que tu nous as enseignée.

A Ma chère mère Fatoumata Fily SINAYOKO, femme battante, courageuse, tolérante. Ton amour débordant pour tes enfants t'oblige à les partager avec tous ceux qui ont la chance de te connaître ; mère je m'en tiendrais à dire tout simplement que tu es la meilleure maman du monde. Puisse Dieu te confier longue vie dans la santé ! Amen !

Remerciements

A mes frères et sœurs : Boubacar DEMBELE, Fatoumata DEMBELE, Mariam DEMBELE et Seydou DEMBELE pour l'amour, le respect et le soutien sans condition ; avec vous je réalise que le lien sanguin est sacré. Que le tout puissant pérennise ce grand amour qui nous lie ainsi qu'entre tous ceux qui viendront de nous.

A ma fille chérie Fatoumata Fily DEMBELE, te voir grandir me donne la force d'aller de l'avant. Puisse Dieu te protéger ! Amen !

A ma belle sœur Djeneba Traoré et ses neveux

A Issa SANOGO : vous avez été, vous êtes plus qu'un beau frère pour moi ; recevez ici l'expression de ma sincère gratitude.

A ma grand-mère pour les bénédictions et conseils quotidiens.

A mes tantes et tontons : feu Aminata SINAYOKO, Salimata SINAYOKO, feu Djenebou SINAYOKO, Marietou SINAYOKO, feu Amadou SINAYOKO, Bakary SINAYOKO, Issouf SINAYOKO, Karim SINAYOKO et Seydou SINAYOKO pour vos conseils votre soutien moral et matériel.

Au Dr COULIBALY Tinzana et toute sa famille pour les conseils et les encouragements

A mon tonton Moutaga DEMBELE et toute sa famille pour l'hospitalité et la gentillesse que vous m'avez offertes.

Au Pr Ouattara Zanafon Homme cultivé, simple, travailleur et disponible.

Avec vous on apprend toujours même au cours d'une simple causerie. On ne s'est jamais senti petit quand il s'agit de bénéficier de votre service. Il est très difficile d'établir la réciprocité avec vous. Tout l'honneur vous revient.

Au Dr SINAYOKO Bassidi pour votre simplicité et votre gentillesse.

Au Dr COULIBALY Mamadou T. votre sens de partage de la connaissance scientifique fait de vous un maître, soyez en honoré.

Au major ainsi qu'à tous les infirmiers et infirmières sans oublier les manœuvres de l'urologie

Aux aînés du service Dr TRAORE Seydou A., Dr BAGAYAGO Tidiane K., Dr FOFANA Tora, Dr DIARRA Moumine Z., Dr DIARRA Zafara, Dr SIDIBE Kassim, Dr TRAORE Issa, Dr Keita Mamadou, Dr DIARRA Amadou S., Dr KANE Sékou A. Dr OUATTARA Sékou, Dr TRAORE Abdoul K., Dr DOUGNON Yacouba,

Apprendre à vos côté fut un privilège pour moi, que Dieu vous accorde une riche et sage carrière.

Aux collègues internes et externes du service : Kafougo B. COULIBALY, Aboubacar COULIBALY, Ahmed KOUROUMA, Abdoulaye DIARRA, Mamadou M. TRAORE, Fatoumata KANSAYE, Mamadou G.TRAORE, Aboubacar ISSA, Drissa COULIBALY, Adama Y. DIARRA, Etienne DIARRA, Atime SAYE, Sidi KOITA, Mahamadou K. KANTE, Bréma DIARRA, Moussa DEMBELE, Tiemoko DIAKITE

Avec vous je me suis senti toujours en famille. Certes le chemin est encore long mais avec l'aide de Dieu nous parviendrons tous à bout.

A tous mes cousins et cousines sans exception

A mes amis , amies et collègues Amadou DOUMBIA , Ousmane SIDIBE ,Alou TRAORE , Adama Y. DIARRA , Abdoulaye GUIRE , Sidiki DAO ,Moussa DIABATE , Amayoko TOGO ,Fatouma E. MAIGA et Aichata DIARRA ,Souleymane dit Pap DEMBELE ,Ibrahim TRAORE ,Alou M.TRAORE André SAGARA ,Kalifa SANOGO ,Boubacar KEITA ,Seydou D. OUEDRAGO, Aboubacar KONARE, Djibril DOUMBIA, et Hamza KANTA .

Pour la sincérité, le respect et la confiance dans la relation que nous partageons

A tout le personnel de la clinique SODIA

A tout le personnel de l'asacosab 2

Aux familles COULIBALY, KONE, SAGARA, HAIDARA, GOITA et DIARRA toutes à Bacodjicoroni

Aux Dr KONATE Sériba, Dr SIDIBE Sériba, Dr SIBY Aboubacar, Dr DANIOGO Issouffou, Dr DIARRA Ibrim, Dr DEMBELE Mariam, M.OUATTARA Kader, M. DIARRA Yacou pour les encouragements et vos conseils d'aîné.

A tout mes professeurs du premier cycle à la faculté

A tous mes ami(e)s et promotionnaires du lycée ainsi qu'à ceux de la 2^o promotion du numerus clausus.

A tous ceux qui de près ou de loin n'ont ménagé aucun effort pour la réalisation de ce travail.

HOMMAGES AUX MEMBRES DE JURY

A notre maître et président du jury, Professeur Saharé
FONGORO

- **Maître de conférences de Néphrologie à la FMPOS,**
- **Praticien hospitalier au CHU du Point “G”,**
- **Chevalier de l’ordre du mérite de la santé.**

Cher maître,

Permettez-nous de vous adresser nos remerciements pour l’honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Nous avons été séduits par la qualité de votre enseignement durant nos années d’études.

Votre disponibilité et votre rigueur scientifique ont largement amélioré la qualité de ce travail.

Trouvez ici cher maître l’expression de notre profond respect.

A notre maître et membre du jury, Professeur Cheick
Bougadari TRAORE

- **Anatomopathologiste,**
- **Chef de service d'Anatomie Cytologie Pathologique
au CHU du point "G",**
- **Maître de conférences à la FMPOS,**
- **Collaborateur du Registre du Cancers du Mali.**

Cher maître,

Vous nous faites honneur en acceptant de siéger dans ce jury.
Votre simplicité, votre humilité et votre disponibilité font de
vous une personnalité acceptable.

Soyez assuré cher maître de l'expression de notre profonde
gratitude.

A notre maître et membre du jury, **Dr Yacaria COULIBALY**

- **Chirurgien pédiatre,**
- **Maître assistant à la FMPOS,**
- **Praticien hospitalier.**

Vos qualités humaines et intellectuelles, votre générosité, votre disponibilité, votre amabilité nous ont beaucoup marqué.

Recevez ici cher maître notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

A notre maître et directeur de thèse Professeur Zanafon
OUATTARA

- **Chirurgien Urologue, Andrologue CHU Gabriel TOURE,**
- **Maître de conférences d'Urologie à la FMPOS,**
- **Chef du Service d'Urologie du CHU Gabriel TOURE.**
- **Vice président de la Commission Médicale d'Etablissement, CHU Gabriel TOURE.**

Cher maître,

C'est un grand honneur et un immense plaisir que vous nous faites en acceptant d'encadrer ce travail qui est également le votre car vous l'avez conçu et suivi de bout en bout. Votre simplicité et votre disponibilité ont permis de rehausser la qualité de ce travail.

Cher maître, aucun mot ne pourra exprimer tous nos sentiments à votre égard. Merci !

SOMMAIRE

I –	
Introduction.....	
.....15	
-	
Objectifs.....	
.....16	
II -	
Généralités	
.....17-55	
III –	
Méthodologie.....	
.....56-57	
IV –	
Résultats.....	
.....58-68	
V - Commentaires et	
discussion.....	69-75
VI –	
Conclusion.....	
.....76-77	
VII –	
Recommandations.....	
.....78-79	

VIII - Références bibliographiques.....80-85

IX - Annexes86-98

Sigles et abréviations

AUSP : arbre urinaire sans préparation

BCG : bacille Calmette Guérin

CHU : centre hospitalier universitaire

CIS : carcinome in situ

CISCA : cyclo phosphamide, doxorubine et cisplatine

Cm : centimètre

CMV : cisplatine, méthotrexate et vinblastine

D10 : dixième vertèbre dorsale

D12 : douzième vertèbre dorsale

ECBU : examen cyto bactériologique des urines

Fig : figure

FMPOS : faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto stomatologie

K : kilo

Km : kilomètre

L1 : première vertèbre lombaire

L3 : troisième vertèbre lombaire

Ml : millilitre

Mm : millimètre

M-VAC : méthotrexate, vinblastine, adriamycine, cisplatine

NFS : numération formule sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PLNSH : programme national de lutte contre la schistosomiase

S2 : deuxième vertèbre sacrée

S3 : troisième vertèbre sacrée

S4 : quatrième vertèbre sacrée

TDM : tomodensitométrie

TFG : taux de filtration glomérulaire

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

TR : toucher rectal

TV : toucher vaginal

UIV : urographie intraveineuse

INTRODUCTION & OBJECTIFS

THEME :

ETUDE DES TUMEURS DE VESSIE AU SERVICE D'UROLOGIE DU CHU GABRIEL TOURE

I - INTRODUCTION

Les tumeurs de vessie constituent un groupe de tumeur qui de par leurs ampleurs et leurs agressivités variables restent une des préoccupations majeures des urologues partout dans le monde malgré les avancées considérables réalisées dans le domaine médical

De pathogénie inconnue les tumeurs de vessie connaissent un certain nombre de facteurs de risque dont certains sont prouvés et d'autres évoqués[1 ; 2]

Les facteurs de risque prouvés sont :

-la bilharziose urinaire prédisposant aux tumeurs de vessie de type épidermoïde qui est le plus fréquent en Afrique [5 ; 15].

-le tabac : la cigarette constitue le facteur de risque connu de tous

-les carcinogènes d'origines professionnelles qui sont les dérivés des hydrocarbures et les dérivés de l'alanine.

Les tumeurs de vessie occupent le deuxième rang des cancers en urologie après le cancer de la prostate. Ils représentent près de 4% de décès par cancer en France [40].

Sur le plan thérapeutique les tumeurs de vessie sont bien contrôlées dans les pays développés (diagnostic précoce, traitement et suivi régulier) mais elles demeurent laborieuses dans nos régions du fait de :

- la confusion de son maître symptôme qu'est l'hématurie avec celui de la bilharziose urinaire
- le retard d'évacuation en milieu spécialisé
- la limitation du plateau technique.

Le but de notre étude est d'évaluer la prise en charge des cas de tumeurs de vessie dans le service d'urologie de l'hôpital Gabriel Touré (notre cadre d'étude est caractérisé par un plateau technique très limité)

- OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier les tumeurs de vessie au service d'urologie de l'hôpital Gabriel Touré.

Objectifs spécifiques :

Déterminer la prévalence des tumeurs de vessie au service d'urologie de l'hôpital Gabriel Touré.

- Préciser les facteurs de risque (étiologiques)
- Identifier la population cible
- Evoquer les aspects thérapeutiques

GENERALITES

1- Vessie ; Anatomie ; physiologie :

1- 1 Vessie :

1- 1- 1 Définition :

La vessie est un réservoir musculo-muqueux dans lequel l'urine qui s'écoule par les uretères s'accumule et séjourne dans l'intervalle des mictions [40]

1- 1- 2 Organogenèse de la vessie [02] :

Elle s'effectue de la 4^{ème} à la 7^{ème} semaine de développement à partir du sinus urogénital primitif qui va se diviser en deux parties : une partie crânienne à destinée urinaire et une partie caudale à destinée génitale.

La partie crânienne comprend de haut en bas :

- une partie supérieure allantoidienne, à l'origine de la partie supérieure de la vessie et l'ouraue ;
- une partie moyenne au-dessous de l'implantation des uretères, à l'origine du trigone vésical ;
- une partie inférieure donnant chez l'homme l'urètre prostatique du col au veru montanum ; chez la femme l'urètre entier.

1- 2 Anatomie de la vessie

1- 2- 1 Situation de la vessie [20] :

CHEZ L'ADULTE :

- Vide, elle est contenue dans la cavité pelvienne en arrière de la symphyse pubienne ;
- Pleine et distendue, elle déborde en haut l'excavation pelvienne et fait saillie dans l'abdomen.

CHEZ L'HOMME :

Elle repose sur la prostate qui la sépare du plancher pelvien. Elle répond en bas aux vésicules séminales et en arrière au rectum.

CHEZ LA FEMME :

Elle repose en avant de l'utérus et du vagin au dessus du plancher pelvien

CHEZ LE NOUVEAU NE

La vessie occupe une situation plus haute dans la cavité abdominale. Elle s'enfonce peu à peu dans la cavité pelvienne.

1- 2- 2 Forme et capacité :

1- 2- 2- 1 Forme [40] :

Elle varie en fonction de la réplétion.

La vessie vide présente à la coupe une forme grossièrement triangulaire.

Aplatie de haut en bas et d'avant en arrière, on lui décrit :

- Trois faces :

- Supérieure : concave, triangulaire, à sommet antérieur
 - Antéro-inférieure : convexe, oblique en bas et en arrière ;
 - Postéro inférieure : appelée base. Celle-ci présente deux versants : l'un oblique de bas en haut, d'avant en arrière, répond à la base prostatique ; l'autre, situé en arrière, est plus vertical et répond aux vésicules séminales et aux ampoules différentielles chez l'homme, au vagin et à l'utérus chez la femme.
- Trois bords :
- Un bord postérieur entre faces supérieure et postéro inférieure ;
 - Deux bords latéraux.
- Trois angles :
- Un angle antérieur : qui se continue en haut avec l'ouraque.
 - Deux latéraux : droit et gauche.

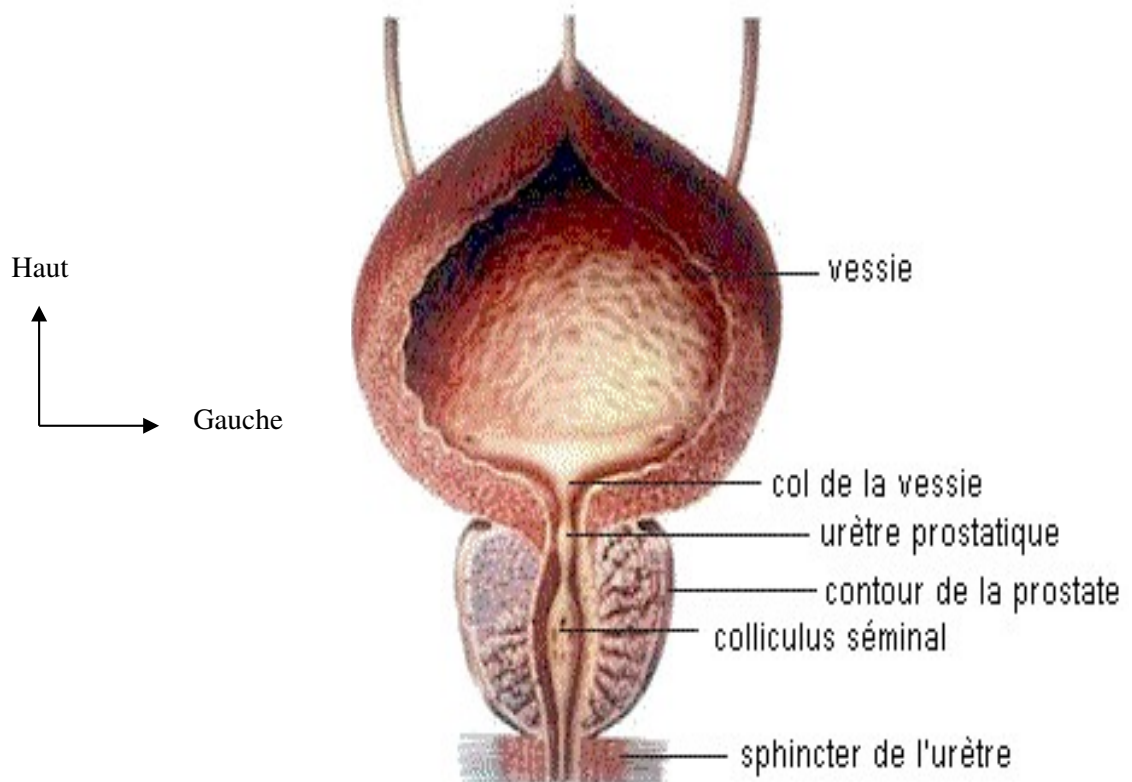


Fig 1 : Coupe longitudinale de la vessie et prostate [40]

La vessie pleine devient globuleuse et forme un ovoïde à grosse extrémité postéro inférieure. Les bords latéraux s'effacent et deviennent des faces. Cette distension se fait surtout aux dépens de sa face supérieure. La base quant à elle reste fixe.

On distingue au point de vue chirurgicale, deux régions distinctes :

- les faces antérieure et supérieure qui sont mobiles et abordables par voie hypogastrique ;
- la partie antérieure de la base avec les orifices urétral et urétéraux qui sont fixes et d'abord difficile.

1- 2- 2 Capacité [40]:

Pour un diamètre moyen de 6 à 8 cm la capacité physiologique moyenne de la vessie est d'environ 350cc. Cette capacité moyenne correspond à un besoin pressant d'urine. Au dessous (200cc) la sensation de réplétion vésicale est réelle et entraîne un besoin moins pressant, au dessus (500cc) le besoin est alors franchement douloureux. La capacité maximale de la vessie dans certains états pathologiques peut dépasser 3 litres.

1- 2- 3 Configuration intérieure [02]

La cavité vésicale est tapissée d'une muqueuse blanche rosée sillonnée de vaisseaux. Lisse chez l'enfant elle peut être soulevée chez l'adulte par des saillies de la couche musculaire qui sont très accentuées dans la vessie de lutte.

On observe à la base : le col vésical, une région de passage entre la vessie et l'urètre. Il constitue avec les orifices urétéraux en arrière et en dehors les trois sommets du TRIGONE DE LIEUTAUD.

Le col est en général circulaire, souple, normalement fermé mais admettant la pulpe du petit doigt.

1- 2- 4 Structure [02] :

1- 2- 4- 1 Muqueuse vésicale :

Elle est composée de 3 couches :

- l'urothélium comprend 5 à 8 couches de cellules les plus superficielles prenant un aspect en raquette.

- Le chorion est riche en fibres élastiques et en vaisseaux.

1- 2- 4- 2 Sous muqueuse :

Elle est richement vascularisée et contient les lymphatiques.

1- 2- 4- 3 Musculeuse vésicale

Elle est constituée de fibres lisses longues dont la texture diffère en fonction de la partie mobile (détrusor) et de la partie fixe (carrefour vésico urétral).

- Le détrusor :

Il comprend 3 couches : longitudinale externe, circulaire moyenne, plexi forme interne.

- Le carrefour vésico urétral

Sa composition est plus complexe et discutée. Le trigone est constitué de fibres musculaires émanées des uretères, entrecroisées ou fusionnées.

Les fibres longitudinales du détrusor se prolongent au niveau du col

1- 2- 5 Configuration extérieure [02]

La vessie présente à décrire :

- Une face supérieure tapissée par le péritoine :

Vide, elle est triangulaire à sommet antéro-supérieur et concave en haut.

Pleine, elle se distend en dôme qui s'élève au dessus de l'implantation de l'ouraque d'où la formation du cul de sac péritonéal pré vésical d'autant plus profond que la réplétion vésicale est plus importante.

- Une face postéro inférieure ou base
- Une face antéro inférieure ou espace pré vésical ou espace de RETZIUS convexe.
- 2 bords latéraux longés par l'artère ombilicale.
- Un bord postérieur.

1- 2- 6 Moyens de fixité [02] :

La vessie est maintenue :

- A son sommet par l'ouraque fibreux,

- En bas par le bloc urétroprostatique chez l'homme et l'urètre chez la femme ;
- En avant par l'aponévrose ombilico pré vésicale ;
- En arrière : chez l'homme l'aponévrose de Denonvilliers ;
- Latéralement par les lames sacro-génito-pubiennes ;
- En haut le péritoine ferme la loge.

La vessie est séparée de la loge par une couche cellulo-conjonctive qui permet le clivage ; mais la cystectomie totale pour tumeur maligne doit passer en dehors de la loge.

1- 2- 7 Rapports [02]

1- 2- 7- 1 Face supérieure : elle est en rapport avec le péritoine au dessus qui répond aux anses grêles, au colon pelvien et chez la femme au corps de l'utérus en arrière.

1- 2- 7- 2 Face postéro inférieure ou base

Chez l'homme

Elle répond :

- En bas, à la prostate à laquelle elle est unie de façon intime ;
- En arrière aux vésicules séminales obliques en bas ; l'uretère ; les ampoules des canaux déférents qui convergent en descendant vers la base de la prostate ;
- Au dessus ; le péritoine tapisse la vessie, le fond des vésicules et décrit le cul-de-sac de Douglas en se réfléchissant sur le rectum.

Du Douglas, descend l'aponévrose de Denonvilliers avec un feuillet antérieur entre vessie et vésicules séminales (clivage de la cystoprostatectomie totale).

Chez la femme :

Elle répond :

- Dans son tiers supérieur au col de l'utérus dont elle est séparée par une couche cellulaire aisément clivable ;

- Dans son tiers inférieur au vagin, dont le clivage surtout en bas est plus difficile ;

1- 2- 7- 3 Face antéro-inférieure : elle répond à la symphyse pubienne, au pubis, à la partie antérieure de l'obturateur interne et des releveurs revêtus de leurs aponévroses.

Elle est séparée de ces éléments par l'aponévrose ombilico-pré-vésicale et en avant d'elle par l'espace cellulaire de RETZIUS.

1- 2- 7- 4 Bords latéraux

A vessie vide :

Ils sont longés par l'artère ombilicale. Les canaux déférents croisent cette artère par en dedans en se dirigeant vers la face postérieure.

Le péritoine vésical se continue avec le péritoine pelvien et en arrière chez la femme avec le feuillet antérieur du ligament large.

A vessie pleine :

- Les bords deviennent des faces qui en se développant attirent le péritoine pelvien et s'en revêtent ;

- Le canal déférent attiré par le péritoine s'applique sur la paroi vésicale et croise alors l'artère ombilicale en passant en dehors et au dessus d'elle.

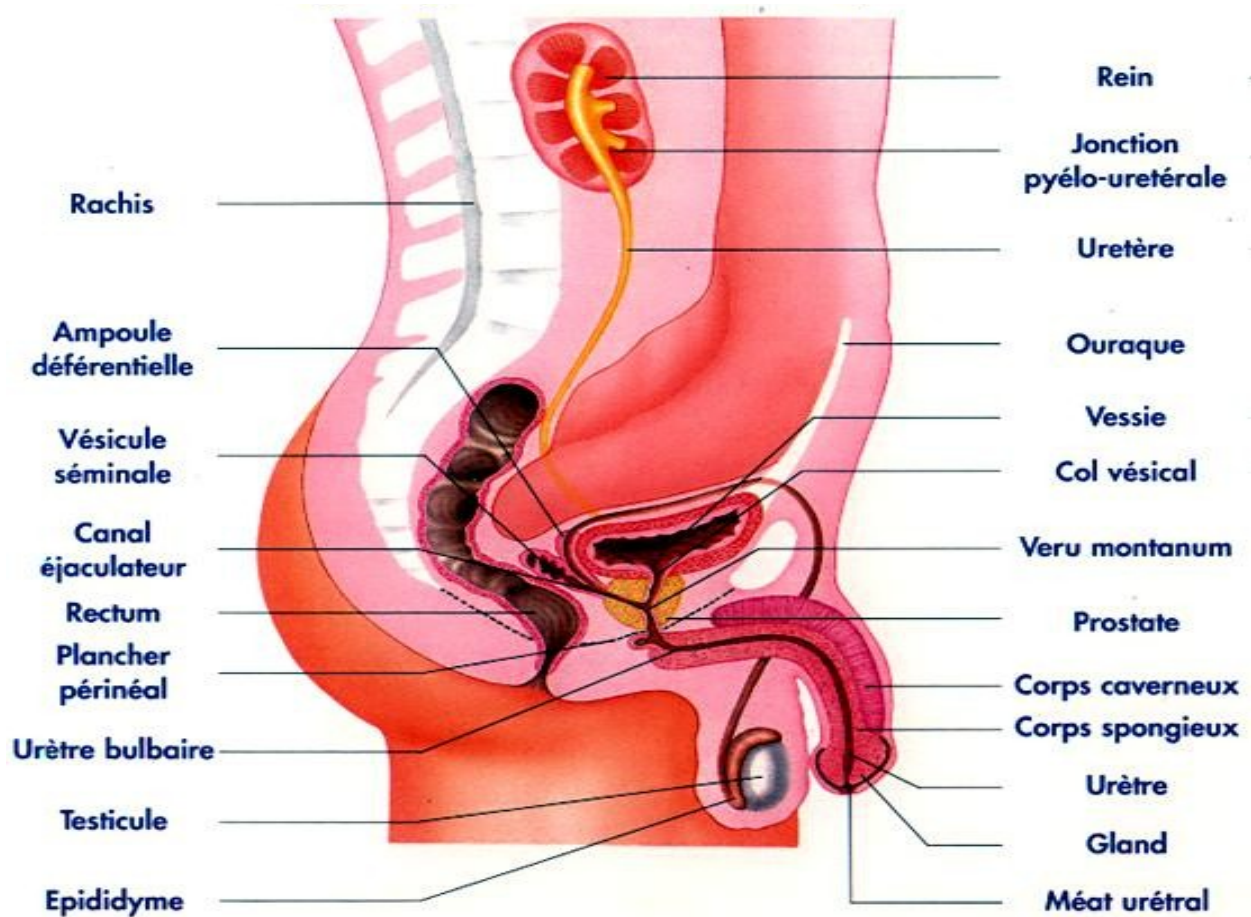
Le bord postérieur ; concave en arrière, soulève un repli qui limite en avant le Douglas, ce repli se prolonge en arrière de chaque côté du rectum, au niveau des ligaments postérieurs de la vessie.

L'ouraques : cordon fibreux naît de l'angle antéro-supérieur de la vessie.

Arrière

HAUT

AVANT



BAS

Fig 2 : L'appareil genito-urinaire de l'homme-profil [40]

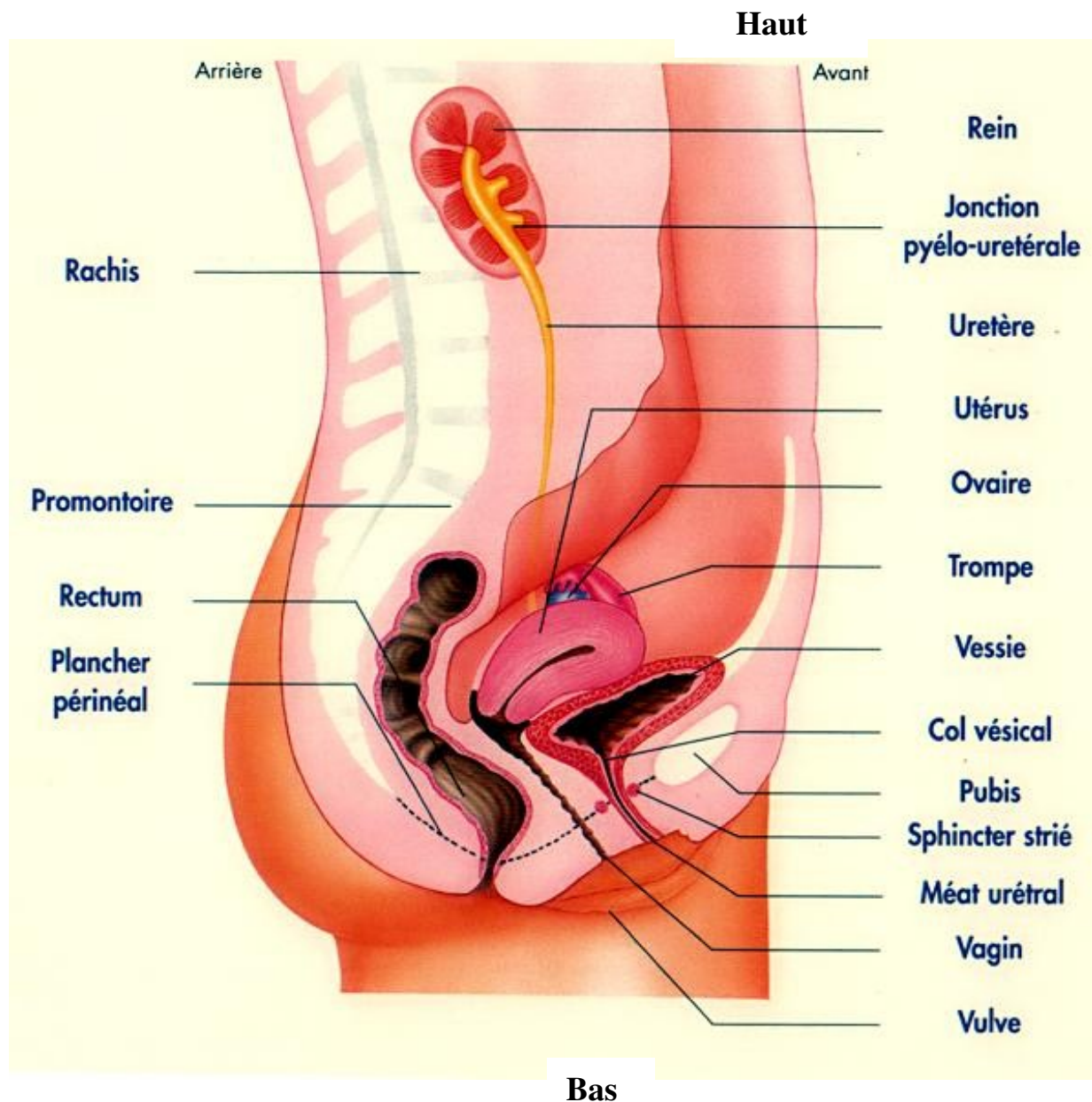


Fig 3 : L'appareil genito-urinaire de l'homme-profil [40]

1- 2- 8 Vaisseaux [02]

1- 2- 8- 1. Artères

Elles naissent de l'hypogastrique ou de ses branches.

- les artères vésicales supérieures : elles naissent de l'ombilicale se distribuant aux faces latérales et au dôme.
- les artères vésicales inférieures : elles sont destinées au trigone et à la face postérieure.
- les artères antérieures : nées des honteuses internes, elles montent sur la face antérieure de la vessie de chaque côté de la ligne médiane.
- les artères vésicales postérieures : elles viennent des hémorroïdales moyennes et irriguent la partie postérieure de la vessie.

Toutes ces artères s'anastomosent en :

- un réseau péri vésical
- un réseau sous muqueux
- un réseau muqueux

Cette vascularisation autorise le prélèvement de lambeaux pédiculés et les mobilisations vésicales.

1-2- 8- 2 Veines :

Elles constituent un réseau intra pariétal puis péri vésical drainé par :

- les veines antérieures, dans le plexus de Santorini ;
- Les veines latérales et postérieures se joignent au plexus latéro prostatique et gagnent l'hypogastrique, reçoivent les veines vésiculo-déférentielles et urétérales.

Chez la femme, ces troncs latéraux vésicaux s'unissent aux plexus latéro-vaginaux.

1- 2- 8- 3 Lymphatiques [20]

Les lymphatiques de la vessie se rendent aux ganglions iliaques externes, en particulier aux éléments des chaînes moyenne et interne, aux ganglions hypogastriques et éventuellement aux ganglions iliaques primitifs.

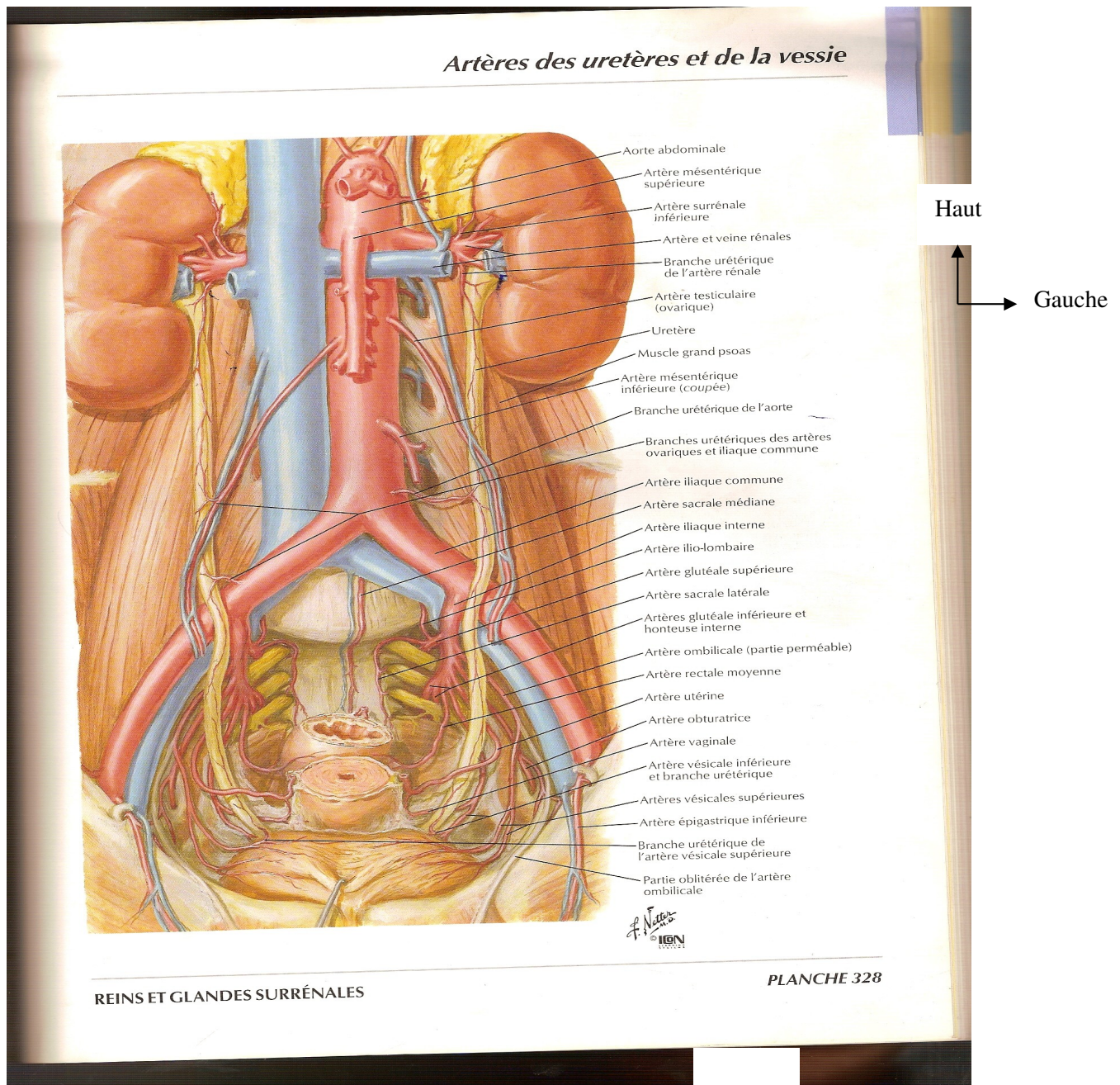


Fig 4 : Artères de l'urètre et de la vessie [26]

1- 2- 9 Innervation de la vessie [03,40]

Il existe un triple système d'innervation : un système sympathique, un système parasympathique et une innervation somatique dépendant du faisceau pyramidal.

1- 2- 9- 1 Innervation parasympathique

Le centre parasympathique médullaire se situe au niveau des métamères S2, S3 et S4. Les influx provenant de ce centre utilisent la voie du plexus sacré puis les nerfs érecteurs, ensuite le plexus pelvi-viscéral. Les influx véhiculés par cette voie parasympathique sont essentiellement moteurs pour l'urètre postérieur et le détrusor. La sensibilité parasympathique véhicule essentiellement la sensation du besoin et de douleur au niveau du détrusor et de l'urètre postérieur. Le médiateur chimique du système parasympathique est l'acétylcholine.

1- 2- 9- 2 Innervation sympathique

Le centre médullaire du système sympathique vésical dans la colonne intermediolatéralis de la moelle au niveau des métamères D10 à L1. A partir de cette colonne médullaire, les influx rejoignent les ganglions sympathiques latéro-aortiques où s'effectuent la plupart des relais.

De ces ganglions partent des fibres post ganglionnaires qui rejoignent le plexus présacré médian, lame triangulaire antéropostérieure qui va se diviser en 2 nerfs hypogastriques droit et gauche encore appelés nerf splanchniques pelviens ou nerfs présacrés. Les plexus pelvi-viscéraux qui véhiculent les influx sympathiques et parasympathiques sont des lames antéropostérieures qui siègent de part et d'autre des viscères pelviens médians (d'arrière en avant : rectum, voies génitales chez la femme).

Théoriquement, le relai sympathique se fait dans les ganglions à distance de la vessie ; en fait, on a pu noter l'existence de relais ganglionnaires sympathiques au contact de la paroi vésicale et même, pour certains auteurs, à l'intérieur de celle-ci. Le médiateur du système sympathique est l'adrénaline. Ce médiateur sympathique est responsable à la fois d'effets activateurs et d'effets inhibiteurs au niveau de la vessie et de l'urètre postérieur. Il semble admis maintenant que cette substance chimique peut agir soit directement (en particulier sur la turgescence vasculaire de l'urètre postérieur), soit par l'intermédiaire d'autres médiateurs tels que les prostaglandines F₂ ou E₂.

1- 2- 9- 3 Innervation somatique de la vessie

Le relais médullaire des fibres pyramidales destinées à la vessie se situe dans les métamères S2, S3 et S4. Issues des racines sacrées, les voies somatiques vésicales empruntent le nerf honteux interne qui contourne l'épine sciatique pour pénétrer, en dessous d'elle, dans le petit bassin. Il est destiné à l'innervation du sphincter externe de l'urètre. Cependant, ces fibres se mêlent au plexus pelvi-viscéral.

1-2- 9- 4 Contrôle par les centres supérieurs

A coté de ces centres médullaires, on décrit des centres supérieurs corticaux et sous-corticaux. Les centres corticaux ont une activité à la fois facilitatrice et inhibitrice. Leur activité n'apparaît pas immédiatement à la naissance, elle est le fruit d'une maturation progressive du système nerveux et, en particulier, d'une acquisition de la myélinisation. Par contre, ces centres corticaux subissent progressivement un phénomène de vieillissement.

1- 3 Fonctionnement de la vessie [40]

Une vessie normale autorise son remplissage progressif avec l'urine produite par les reins tout en empêchant les fuites permanentes. La vessie stocke l'urine jusqu'à ce qu'une quantité suffisante (250 à 300 ml) la remplisse et envoie alors un 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 (2 voire 3 litres d'urine) tout en maintenant une pression constante basse pendant le remplissage. Lorsque la vessie se vide, le muscle trigonal se contracte; le col et les sphincters s'ouvrent en même temps que le détrusor se contracte. En fin de miction, le sphincter se ferme en premier, on peut alors voir radiologiquement que l'urine qui était dans l'urètre postérieur reflue vers la vessie. Le remplissage vésical est donc autorisé par inhibition permanente de la contraction des fibres du détrusor.

Cette inhibition est tout d'abord inconsciente apparaissant à l'absence de tout besoin de miction et il semble que cette inhibition soit véhiculée par des influx activateurs des récepteurs bêta du système sympathique.

Lorsqu'apparaît le besoin, cette inhibition devient consciente jusqu'à mettre en jeu une inhibition active par renforcement de l'activité du sphincter strié et relâchement du détrusor

1- 4 Caractéristiques de la miction normale [40]

La capacité vésicale se situe habituellement entre 350cc et 500cc.

Le premier besoin apparaît, en général, vers les 150-200cc ; le besoin impérieux apparaît autour de 400cc-500cc. Le débit mictionnel se situe entre 15 et 30 ml/seconde. Il varie avec le sexe (le débit étant plus élevé chez la femme que chez l'homme). Il dépend aussi du volume mictionnel.

Cette miction s'effectue sous une pression maximale de 10 à 60 cm d'eau, la durée de cette miction étant de l'ordre de 30 secondes.

2. TUMEURS DE LA VESSIE :

2- 1 EPIDEMIOLOGIE [10]:

Les tumeurs de la vessie ne sont pas rares au Mali , mais rares en Europe et représentent 3 à 4% de l'ensemble des cancers.

L'homme est fréquemment plus touché que la femme (ratio 3 à 5 contre 1), le plus souvent après 50 ans.

En Europe les types de tumeurs les plus fréquents sont les épithéliomas à cellules transitionnelles qui s'observent dans 95% des cas. Beaucoup plus rares, sont les tumeurs épidermoïdes et les sarcomes ; mais les carcinomes epidermoides représentent 95% en zone d'endémie bilharzienne

2- 2 FACTEURS ETIOLOGIQUES

2- 2- 1 Tabac

Il est clairement établi un rôle causal du tabagisme dans la genèse des tumeurs de vessie. Cette relation est dose dépendante et on estime que le tabac est responsable de 25 à 60% des tumeurs de vessie dans les pays industrialisés [35]. Ce sont essentiellement les aérosols de la fumée de tabac (2-naphtylamine) qui sont incriminés. Le rôle cancérogène a été démontré dans l'association tumeur de vessie et tabac [28], ainsi que des hydrocarbures polycycliques et des aldéhydes insaturés (acroléine). Le risque relatif augmente avec la quantité de cigarette mais surtout également avec la durée d'exposition au tabagisme [35]. Ce risque augmente également avec le nombre de cigarettes consommées par jour et un début précoce d'intoxication tabagique [27]. Il semble que la

poursuite du tabagisme soit corrélée à un risque modéré de récurrence et de progression tumorale alors que l'arrêt de celui-ci aurait plutôt un effet favorable avec une diminution du risque [1].

2- 2- 2 Carcinogènes industriels [35, 40]

La vessie est un site cible de nombreux agents ou procédés industriels connus pour leur pouvoir cancérogène certain chez l'homme. La part des causes professionnelles au cours des cancers de vessie varie d'environ 5 à 25% suivant les auteurs. Il s'agirait du 2^{ème} site pour l'incidence des cancers professionnels aux Etats-Unis comme en Grande Bretagne, après le cancer bronchique. Certains carcinogènes chimiques sont clairement associés au risque de développement des tumeurs de vessie. Les agents incriminés sont essentiellement les amines aromatiques (2-naphtylamine, benzidine, 4-aminobiphenyl) et les hydrocarbures aromatiques polycycliques, la tumeur pouvant apparaître 15 à 40 ans après l'exposition initiale. Les professions exposées sont essentiellement celles qui ont trait à :

- L'industrie de production des colorants ;
- L'industrie textile ;
- L'industrie de synthèse chimique et pharmaceutique (laboratoire) ;
- L'industrie du caoutchouc (vulcanisation) ;
- La fabrication des câbles :
 - la distillation du charbon ;
 - les fonderies de fonte d'acier ;
 - le ramonage et l'entretien des chaudières ;
 - la fabrication d'aluminium utilisant le procédé dit à anode continue ;
 - l'asphaltage (routier ou de voiture).

D'autres secteurs industriels ont été évoqués, pour lesquels l'excès de tumeur de vessie comparé à l'incidence dans la population générale est plus discuté. C'est-à-dire :

- la fabrication et l'utilisation d'huiles minérales,
- la production d'arsenic et l'utilisation d'insecticides arsenicaux,
- l'extraction et la fusion du cuivre.
- 2- 2- 3 Facteurs infectieux

2- 2- 3- 1 Bilharziose urinaire

2- 2- 3- 1- 1 Epidémiologie

Seconde endémie parasitaire mondiale après le paludisme, la schistosomiase ou bilharziose est une maladie chronique dont la prévalence atteint 200 millions d'individus [40].

Cette parasitose, retrouvée en zone tropicale et subtropicale en Afrique, en Amérique du Sud et en Asie, est responsable d'environ 500 milles décès chaque année. Le foyer le plus important de bilharziose en Afrique noire se situe au Sénégal à RICHARD TOLL, ville située à environ 90 km au Nord de Saint Louis [40]. La morbidité observée chez les populations humaines infestées est essentiellement liée à l'étonnante fécondité du parasite femelle dont les oeufs, pondus par centaines chaque jour sont piégés dans de nombreuses muqueuses et tissus ce qui est à l'origine de la pathologie [40].

C'est une maladie parasitaire due à des vers plats « les bilharzies » ou « schistosomes », trématodes à sexes séparés, hémaphogues vivant dans le système circulatoire .

Il existe cinq espèces de schistosomes pathogènes pour l'homme [40] :

- Schistosoma haematobium est l'agent de la bilharziose urinaire ;
- Schistosoma mansoni est l'agent de la bilharziose intestinale et hépatosplénique ;
- Schistosoma japonicum et Schistosoma mekongi déterminent une redoutable bilharziose intestinale avec complication artérioveineuse ;
- Schistosoma intercalatum est l'agent de la bilharziose rectale.

2- 2- 3- 1- 2 Diagnostic

2- 2- 3- 1- 2- 1 Diagnostic clinique

Les manifestations diffèrent selon les différentes phases parasitaires chez l'hôte définitif après contamination au contact d'eaux douces (lacs, rivières, mares, fleuve...)

Ainsi nous aurons :

2-2-3-1-2-1-1 Phase de pénétration ou phase initiale

- une dermite cercarienne discrète ou inapparente
- des lésions prurigineuses
- une réaction urticarienne

Ces manifestations disparaissent en quelques heures .

2-2-3-1-2-1-2 phase d'invasion

Elle se traduit par des réactions allergiques avec :

Fièvre, sueurs, céphalées, arthralgies, toux, dyspnée, myalgie, œdème fugace et même hépatomégalie légère.

2-2-3-1-2-1-3 Phase d'état:

Les atteintes à ce stade sont accentuées sur l'appareil uro-génital mais beaucoup plus accentuées au niveau vésical et se manifestent par :

la dysurie, la pollakiurie qui peut être diurne ou nocturne, des douleurs sus pubiennes majorées par la miction et l'hématurie qui est constante, capricieuse, récidivante, souvent et terminale parfois abondante et totale, d'autre fois minime ou même microscopique.

2-2-3-1-2-1-4 Phase de complication et séquellaire

Au niveau vésical on peut observer une surinfection bactérienne, une lithiase, une cystite chronique et cancérisation.

2-2-3-1-3-2 Diagnostic para clinique

Un certain nombre d'examens biologique et radiologique permettent le diagnostic ; nous avons entre autres

- Diagnostic biologique: sur prélèvement urinaire :

+ diagnostic direct ou parasitaire

+ diagnostic indirect: bandelettes réactives immunologiques

- Diagnostic radiologique:

+ ASP montre une image vesicale pathognomonique dessinant le contour vesical (vessie en porcelaine).

+ nous avons d'autres examens radiologiques tels que l'UIV, l'UPR, l'UCR, la CYSTOSCOPIE qui permettent aussi de faire le diagnostic

2- 2- 3- 1- 4 Traitement

Le traitement est réalisé par des médicaments actifs en prise unique. On en dénombre actuellement trois. Il s'agit du praziquantel, de la metrifonate et de l'oxamniquine. Mais il n'existe aucun traitement susceptible d'effacer les stigmates fibreux séquellaires. Le Praziquantel est le médicament de choix retenu par le PNLISH. Il est efficace contre toutes les formes de schistosomiasis et est absorbé par voie orale.

- Présentation : comprimés de 600 mg ;
- Posologie : dose unique de 40 mg/kg de poids corporel.

Le traitement des complications relève de la chirurgie urologique.

Le vaccin contre cette maladie, attendu de longue date, n'est toujours pas au point.

2- 2- 3- 2 INFECTIONS VIRALES :

Le rôle de plusieurs virus (rétrovirus, papilloma virus) a été suggéré dans la carcinoïde vésicale [13].

2- 2- 3- 3 INFECTIONS URINAIRES CHRONIQUES (cystite, urétrite à gonocoque) : une augmentation significative du risque de développement du cancer de vessie est rapportée par plusieurs auteurs [23].

2- 2- 3- 4 Médicaments [12] :

La phénacétine contenue dans divers antalgiques couramment utilisés est un carcinogène reconnu. Mais il faut une véritable surcharge, en relation avec une toxicomanie ou une néphropathie préexistant.

On pourrait également incriminer dans la plupart de ces antalgiques le rôle de la caféine et de la phénazone.

L'opium : il existe une corrélation significative entre consommation d'opium et tumeur de vessie.

2- 2- 3- 5 Impact des facteurs nutritionnels [35 ; 40] :

Le thé : il semblerait que la consommation du thé est plutôt un facteur protecteur sur le développement des tumeurs de vessie.

Le café : le rôle du café semble être actuellement totalement innocenté dans la survenue du cancer de la vessie.

L'eau : le risque de carcinome urothélial augmente avec la quantité consommée d'eau contaminée par l'arsenic, le chlore et les nitrates.

Le rôle de la saccharine, d'additifs divers et les régimes riches en graisse ne semblent pas une cause prépondérante à la survenue du cancer vésicale.

2- 3 CIRCONSTANCES REVELATRICES :

Elles peuvent être découvertes au décours de la recherche d'une étiologie :

-d'une hématurie macroscopique ou même microscopique lors d'un bilan de santé

-de troubles mictionnelles à type de signes irritatifs de la vessie. Il s'agit de la pollakiurie, d'impériosité mictionnelle ou, ou de dysurie résistants à tout traitement.

-d'une rétention aigue d'urine souvent consécutive à une hématurie abondante.

-lors d'un examen radiologique recherchant une autre pathologie

2- 4 DIAGNOSTIC POSITIF :

2-4-1 INTERROGATOIRE

Avec un questionnaire riche il recherchera à nous renseigner sur l'identité du patient, son âge, sa profession, sa provenance, ses habitudes alimentaires, son mode de vie mais surtout ses antécédents urologiques et tabagique l'exposition ou non à un produit chimique dont le rôle a été défini dans la genèse des tumeurs de vessie et précisera la période d'exposition.

L'interrogatoire révélera aussi les signes fonctionnels tels que l'hématurie tout en précisant sa date d'apparition, sa chronologie, ses caractéristiques et son abondance, et d'autres signes urologiques (dysurie, lombalgie, douleur pelvienne ...)

2-4-2 EXAMEN PHYSIQUE

Pauvre sauf s'il s'agit d'une grosse tumeur ou de tumeur très évoluée mais peut souvent retrouver à la palpation abdominale combinée aux touchers pelviens : _

- * Un gros rein témoignant d'une stase urétéro piélo calicielle ;
- * Une masse sus pubienne dont il faut définir la taille, la mobilité par rapport à la paroi pelvienne et autres organes du pelvis ou de percevoir une simple infiltration de la base vésicale
- * Un globe vésical qui peut correspondre à une vessie pleine de caillots
- * Au maximum un blindage pelvien.

Cependant le retentissement d'une hématurie macroscopique totale et abondante doit être recherché. Il est objectivé par altération de l'état général, une anémie et même de signes de choc.

2- 4- 2 EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

2- 4- 2- 1 EXAMEN CYTO BACTERIELOGIQUE DES URINES (ECBU) [40] :

Cet examen des urines est le premier examen demandé par le médecin. Il permet de confirmer la présence de sang dans les urines, et de rechercher une éventuelle infection urinaire qui pourrait l'expliquer.

Dans le cas particulier où la présence de sang a été détectée par un test à la bandelette (par exemple en médecine de travail ou lors d'un bilan pour une

assurance), il est nécessaire de confirmer la présence de sang par un ECBU fait dans un laboratoire. Il y a en effet de nombreux tests faussement positifs avec les bandelettes.

2- 4- 2- 4 CYTOLOGIE URINAIRE [10] :

C'est un examen anatomo pathologique (frottis de cyto détection) réalisé sur un échantillon d'urine prélevé en absence d'infection urinaire.

La cytologie est anormale surtout en cas de tumeur de haut grade (GII, GIII) et en cas de carcinome IN SITU.

Son interprétation est opérateur dépendant du coup une cytologie négative n'exclut pas la présence de tumeur. Une cytologie positive peut expliquer la présence de tumeur n'importe où dans les voies excrétrices urinaires. [7]

La cytologie peut donc avoir un intérêt dans le diagnostic initial mais son intérêt réside surtout dans le suivi des tumeurs superficielles de vessie traitées, afin de dépister leur récurrence.

2- 4- 2- 2 ECHOGRAPHIE PAR VOIE SUS PUBIENNE [40] :

Elle n'est réalisable que sur une vessie pleine et permet de diagnostiquer la tumeur vésicale dans la plupart des cas. Elle montre une image bourgeonnante échogène, attachée à la paroi à contours internes plus ou moins réguliers, arrondis ou frangés. La base d'implantation pariétale peut être étroite (tumeur pédiculée) ou large.

L'échographie sus pubienne a une sensibilité de 61% à 84% pour détecter les tumeurs polypoides dont la taille est supérieure à 5 mm.[7]

L'échographie intervient dans le bilan d'extension locale des tumeurs vésicales. La persistance du liséré hyperéchogène de la paroi serait en faveur d'une tumeur superficielle. Sa rupture et l'irrégularité de la paroi traduirait une tumeur infiltrante.

La présence d'une masse échogène prolongeant la tumeur en dehors des limites de la vessie traduit l'envahissement de la graisse péri vésicale.

L'échographie permet aussi de retrouver des adénopathies pelviennes et rétro péritonéales.

L'étude des deux reins est un temps indispensable devant la découverte d'une tumeur vésicale. Une dilatation des cavités urétéro pyélo calicielles peut être en rapport avec un envahissement du méat urétéral ou la présence d'une autre localisation urothéliale (urétérale ou pyélique).

L'échographie fait aussi le diagnostic différentiel avec les caillots (mobilité, la vascularisation au doppler , fragmentables par pression de la sonde)

Une échographie négative ne permet pas d'éviter une cystoscopie

2- 4- 2- 3 UROGRAPHIE INTRA VEINEUSE (UIV) [33]:

La tumeur vésicale est vue sous forme d'une lacune vésicale à bords lisses et réguliers ou frangés et irréguliers. Ces lacunes sont mieux vues sur les clichés en début de remplissage de la vessie. Les tumeurs infiltrantes se manifestent par une rigidité de la paroi vésicale ou par une amputation d'une partie.

Toute asymétrie de l'expansion des cornes vésicales au cours du remplissage de la vessie doit faire évoquer la possibilité d'une tumeur.

Outre les diagnostics d'une tumeur vésicale, l'UIV recherche d'autres localisations de tumeurs urothéliales sur les voies urinaires (uretère et pyélon) et étudie le retentissement sur le haut appareil urinaire, lequel retentissement est actuellement le lot des tumeurs vésicales infiltrantes.

2- 4- 2- 5 ENDOSCOPIE VESICALE [42] :

C'est l'examen clé de diagnostic de tumeur vésicale. Il est indispensable devant toute hématurie. Il peut se faire avec une anesthésie locale chez l'homme et sans anesthésie chez la femme. Il permet de voir la lésion, de la décrire et d'en chercher, éventuellement, d'autres localisations.

- La tumeur : elle peut être unique ou multiple, pouvant même atteindre la quasi-totalité de la muqueuse vésicale (papillomatose diffuse). On notera soigneusement son ou leurs sièges.
- La muqueuse vésicale : elle peut être macroscopiquement saine, mais elle peut aussi être parsemée de zones rouges évocatrices de cancers IN SITU.
- L'aspect de la ou des tumeurs :

- * Tumeur bien frangée, à base d'implantation fine, pédiculée, évoquant plutôt une tumeur non infiltrante ;
- * Tumeur bourgeonnante, irrégulière, parsemée de zones nécrotico-hémorragiques, à base d'implantation sessile, évoquant une tumeur maligne infiltrante.

La cystoscopie s'efforcera de repérer d'éventuels diverticules qui peuvent être le siège de tumeur plus difficile à voir.

2- 4- 2- 6 RESECTION ENDOSCOPIQUE [10] :

C'est l'examen qui permet le diagnostic de la nature de la tumeur par l'analyse histologique des fragments de tumeurs réséquées : type histologique, grade.

La résection endoscopique participe au bilan d'extension locale de la tumeur ; en effet, l'analyse histologique des copeaux de résection précise l'état du chorion et de la musculature vésicale sous-jacente.

La résection endoscopique de tumeur de vessie est un acte chirurgical mené sous anesthésie au bloc opératoire.

2- 4- 2- 7 AU TOTAL [10]:

En cas de suspicion clinique de tumeur de vessie :

- l'échographie peut permettre de suspecter le diagnostic de tumeur de vessie ;
- la cystoscope confirme le diagnostic de tumeur ;
- la résection endoscopique permet le diagnostic histologique de la tumeur et son degré d'infiltration

2- 5 ANATOMOPATHOLOGIE [10]:

2- 5- 1 CARACTERISATION DES TUMEURS :

L'analyse macroscopique est réalisée lors de la visualisation endoscopique. Certains caractères permettent de présumer du caractère bénin ou malin de la ou des tumeurs :

- bénignité probable si aspect papillaire, pédiculée à base d'implantation étroite et souple ;
- malignité probable si aspect bourgeonnant, sessile, à base d'implantation large ;
- à part le cancer IN SITU si aspect dépoli de la muqueuse avec congestion et œdème.

Néanmoins, seule l'analyse anatomopathologique des copeaux de résection tumorale permet d'établir avec certitude le caractère de la tumeur :

- son type histologique et le grade ;
- son degré d'infiltration.

Les tumeurs superficielles sont les plus fréquentes (80%des tumeurs), leur risque étant avant tout celui de la récurrence locale mais ils peuvent progresser vers la cancérisation.

Les tumeurs profondes ou infiltrantes sont en générales de mauvais pronostic.

Le risque de passage dans le temps d'une forme superficielle à une forme infiltrante est faible en dehors d'une forme histologique particulière : tumeur vésicale superficielle de haut grade infiltrant le chorion de la muqueuse (PT1 G3).

2- 5- 2 CLASSIFICATION DES TUMEURS PRIMITIVES :

2- 5- 2- 1 CLASSIFICATION HISTOLOGIQUE [40]:

La classification de l'OMS distingue 4 types histologiques de tumeurs de vessie :

- les carcinomes à cellules transitionnelles (90%)
- les carcinomes à cellules squameuses (6%)
- les adénocarcinomes (2%)
- les carcinomes indifférenciés (moins de 1%)

Les associations des différents types histologiques sont possibles.

2- 5- 2- 2 STADE [40]:

La classification actuellement utilisée et faisant référence dans les études est la classification TNM, réalisée dans le but de définir des groupes histo pronostiques et thérapeutiques.

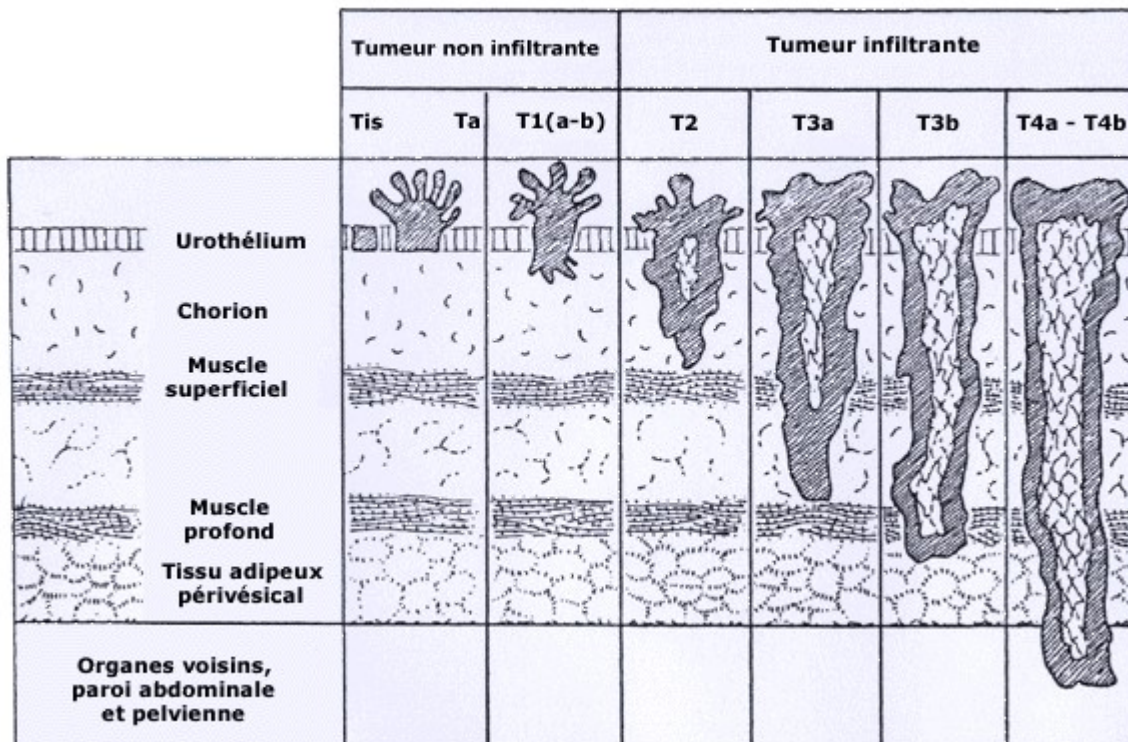


Fig 5 : Schéma de la classification des tumeurs de vessie [32]

TABLEAU : TNM 1997 concernant le cancer de la vessie [40]

	TUMEUR		GANGLION		METASTASE
TX	Tumeur non évaluable	Nx	envahissement non évaluable	Mx	métastases non évaluable
T0	Pas de tumeur	N0	pas de ganglions envahis	M0	pas de métastases
Ta	Carcinoma papillaire superficiel Respectant la membrane basale	N1	adénopathie unique < à 2cm	M1	une (des) métastases (s) à distance
Tis	Carcinome IN SITU plan respectant la membrane basale	N2	adénopathie unique > à 2 cm mais < à 5 cm ou plusieurs < à 5 cm		
T1	carcinome papillaire envahissant Le chorion de la muqueuse	N3	adénopathie > à 5 cm		
T2	carcinome papillaire envahissant le muscle				
T2a	muscle superficiel				
T2b	muscle profond				

T3	carcinome envahissant la graisse péri vésicale	
T3a	envahissement microscopique	
	envahissement macroscopique	
T3b		
T4	carcinome papillaire envahissant une structure péri vésicale	

Les tumeurs de vessie sont divisées en deux groupes, les tumeurs superficielles et les tumeurs profondes (autrement appelées « infiltrantes »), en fonction de l'importance de leur pénétration dans la paroi vésicale. Ces deux groupes ont des traitements et un pronostic très différents.

Le degré d'infiltration définit le stade tumoral « T » [40].

2- 5- 2- 2- 1 TUMEURS DE VESSIE SUPERFICIELLES (80% des cas) :

Elles ne dépassent pas le chorion de la muqueuse. On différencie les tumeurs de grade variables limitées à l'épithélium de la muqueuse (PTa), et des tumeurs atteignant le chorion de la muqueuse, sans le dépasser (PT1). Deux tiers de ces tumeurs ne posent que le problème de possibles récives locales sur le même mode superficiel, mais un tiers risque de récidiver sur un mode profond, infiltrant le muscle (stade PT1 de haut grade++) [40].

2- 5- 2- 2- 2 TUMEURS DE VESSIE PROFONDES OU INFILTRANTES (20% des cas) :

Elles atteignent le muscle et sont classées en fonction de l'extension en profondeur :

- PT2 tumeurs envahissant la musculature;
 - +PT2a tumeur envahissant le muscle superficiel (moitié interne)
 - +PT2b tumeur envahissant le muscle profond (moitié externe)
- PT3 tumeur envahissant le tissu péri-vesical.
 - +PT3a envahissement microscopique
 - +PT3b envahissement extra vesical macroscopique
- PT4 tumeur envahissant une structure péri vesicale
 - +PT4a prostate, vagin, ou uterus
 - +PT4b paroi pelvienne ou abdominale.

Lorsqu'il existe une infiltration du muscle vésical, des métastases ganglionnaires et ou à distance surviennent dans environ 56% des cas, l'espérance moyenne de survie spécifique est de 5% à 5 ans [40].

2- 5- 2- 2- 3 A PART LE CARCINOME IN SITU (CIS) :

Il s'agit d'une néoplasie intra épithéliale correspondant à une dysplasie de haut grade cytologique. Il représente environ 5% des cas. Il s'agit rarement d'une lésion vésicale primitive isolée (1% des cas), et le plus souvent, le CIS accompagne une tumeur profonde de vessie de haut grade (4% des cas) (10)

2- 5- 2- 3 GRADE TUMORAL [10]:

Il s'agit de l'analyse du degré de différenciation par l'anatomopathologiste permettant une classification supplémentaire de la tumeur en « Grade » intervenant dans l'identification de facteurs pronostiques.

Ce système de classification prend en compte l'architecture de la tumeur, et les caractéristiques des cellules qui la composent. Le système de « Grading » le plus utilisé est celui de MOSTOFI qui distingue trois grades :

- Grade I : tumeur bien différenciée ;
- Grade II : tumeur moyennement différenciée ;
- Grade III : tumeur peu différenciée.

A infiltration égale, plus le grade tumoral est élevé, plus le potentiel évolutif de la tumeur, est grand.

2- 6 BILAN D'EXTENSION [10]:

2- 6- 1 SCANNER THORACO-ABDOMINO-PELVIEN :

Il est systématique en cas de tumeur atteignant le chorion de la muqueuse vésicale (Stade PT1) et à un stade plus avancé d'infiltration en profondeur (PT2, PT3 et PT4).

Le scanner abdomino-pelvien recherche des ganglions ilio-obturateurs sous veineux, premier relais ganglionnaire des tumeurs de vessie. Il permet aussi de rechercher un éventuel envahissement des organes de voisinage (prostate, vésicules séminales, rectum, utérus) et apprécier le retentissement éventuel sur le haut appareil urinaire (adénopathie rétro péritonéale compressive, envahissement urétéral). Des métastases hépatiques peuvent être visualisées mais la performance est moins bonne que l'échographie.

Le scanner thoracique recherche des métastases pulmonaires.

Le scanner peut visualiser la tumeur mais son intérêt réside avant tout dans le bilan d'extension.

2- 6- 2 LYMPHADENECTOMIE CHIRURGICALE ILIO-OBTURATRICE :

Couplée avec l'analyse histologique des ganglions prélevés, elle est le seul examen permettant un diagnostic de certitude de l'extension ganglionnaire locorégionale. Lorsqu'elle est indiquée (rarement de façon isolée), elle est réalisée surtout comme premier temps d'une cystectomie.

2- 6- 3 AUTRES EXAMENS [10]:

2- 6- 3- 1 RADIOGRAPHIE PULMONAIRE :

Elle peut être une alternative au scanner thoracique et recherche notamment des pathologies pulmonaires associées (emphysème, cancer broncho pulmonaire).

2- 6- 3- 2 ECHOGRAPHIE HEPATIQUE :

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

2- 6- 3- 3 SCINTIGRAPHIE OSSEUSE :

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

Au terme de l'analyse anatomopathologique et du bilan d'extension, la pathologie tumorale peut être décrite dans sa globalité en utilisant la classification TNM.

2- 7 PRONOSTIC [10] :

Le stade TNM et le grade sont les deux facteurs pronostiques les plus importants. Le pronostic s'entend en tenant compte d'une prise en charge thérapeutique adaptée au stade de la tumeur au moment du diagnostic.

2- 7- 1 STADE TNM :

2- 7- 1- 1 AU STADE DE TUMEUR SUPERFICIELLE (respect du muscle vésical) :

- le risque principal est la récurrence locale après traitement ;
- le risque secondaire est la progression vers l'infiltration en profondeur : 4% pour les PTa, mais 30% pour les tumeurs PT1 ;
- la survie spécifique est d'environ 80% à 5 ans, 70% à 10 ans.

2- 7- 1- 2 AU STADE DE TUMEUR INFILTRANTE (atteinte du muscle vésical) :

- le risque essentiel est le décès par cancer généralisé ;
- la survie spécifique après traitement est d'environ :
 - * 70% à 5 ans et de 50% à 10 ans pour les tumeurs infiltrant le muscle vésical ;
 - * 30% à 5 ans et de 20% à 10 ans pour les tumeurs atteignant et dépassant la graisse péri vésicale ;
- l'envahissement ganglionnaire et l'extension métastatique à distance sont deux facteurs pronostiques essentiels.

La médiane de survie spécifique globale est de 1 an en cas d'envahissement ganglionnaire, contre 9,3 ans en absence d'envahissement ganglionnaire.

2- 7- 2 GRADE :

La détermination du grade permet une estimation de la récurrence, de la progression tumorale mais aussi de la survie.

2- 7- 2- 1 RISQUE DE RECIDIVE SUPERFICIELLE À 3 ANS :

- 50% pour les grades I ;
- 59% pour les grades II ;
- 80% pour les grades III.

2- 7- 2- 2 RISQUE DE PROGRESSION D'UNE TUMEUR SUPERFICIELLE VERS L'INFILTRATION PROFONDE A 3 ANS :

- 2% pour les tumeurs grade I ;
- 11% pour les tumeurs grades II ;
- 45% pour les tumeurs grades III.

Pour la plupart des patients, la progression est constatée moins de 24 mois après la résection endoscopique initiale.

2- 7- 2- 3 SURVIE DES PATIENTS AYANT UNE TUMEUR DE VESSIE INFILTRANT LE MUSCLE :

La médiane de survie après cystectomie est de 11,8 ans pour une tumeur bien différenciée contre 4,5 ans pour une tumeur indifférenciée.

2- 7- 2- 4 A PART LE CARCINOME IN SITU (CIS) :

Ce n'est un facteur de mauvais pronostic que s'il est associé à une tumeur de vessie. En effet, le CIS primitif ne progresse que dans 7% des cas. A l'opposé, en cas de CIS associé à une autre tumeur de vessie, le risque de décès par cancer est de 45%.

2- 8 TRAITEMENT DES TUMEURS DE VESSIE [18 ; 23 ; 34 ; 42] :

2-8-1 BUT :

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

- Exercice de la tumeur
- Prévenir les récurrences et la progression de la tumeur vers la profondeur
- Permettre au patient un confort mictionnel satisfaisant.
- Permettre au patient une insertion socio professionnelle.

En effet, le traitement est fonction du stade.

2-8-2 Indication :

Dépend du stade TNM, du grade et de la nature histologique de la tumeur ainsi on aura pour :

- Les tumeurs de vessie superficielles ou n'infiltrant pas le muscle vésical :
 - PTa unique : résection par voie naturelle ou trans urétrale avec cystoscopie de contrôle 6 mois après
 - PTa unique ou multiple a caractère récidivant ou tumeur superficielle de grade 1 ou 2 : résection trans urétrale associée a une instillation vésicale par chimiothérapie ou par immunothérapie (BCG). [6]
- Les tumeurs de vessie infiltrant le muscle vésical, chirurgie avec curage ganglionnaire associée à une radio-chimiothérapie ; pour les tumeurs modérément infiltrant le muscle vésical inférieur à PT2b dont le diamètre ne dépasse pas 3 cm c'est la résection trans urétrale associée à une radio-chimiothérapie.

2-8-3 Moyens :

Les moyens sont médicaux et radiologiques :

- Moyens médicaux sont la chimiothérapie par instillation vésicale d'anti mitotique ou par immunothérapie(BCG)
- Moyens chirurgicaux sont résection trans urétrale, la chirurgie pour ablation vésicale partielle (cystectomie partielle) ou totale qui peut être la cystoprostatectomie chez l'homme ou la pelviectomie antérieure pour la femme ; ces derniers moyens sont associés à une dérivation urinaire ou à un remplacement de la vessie.

2- 8- 1 RESECTION ENDOSCOPIQUE DE TUMEUR DE VESSIE :

Dans tous les cas de tumeur de vessie, la première étape de traitement est d'enlever la tumeur par les voies naturelles. Cette ablation par les voies naturelles est appelée résection endoscopique trans urétrale. L'opération se fait sous anesthésie générale ou en endormant seulement le bas du corps (rachianesthésie). On utilise un instrument (résecteur) introduit dans l'urètre qui permet de raboter la ou les tumeurs, et de coaguler la zone d'implantation.

En fin d'opération, on met une sonde urinaire qui permet un lavage de la vessie en post opératoire. Elle est enlevée 24 à 48 heures après l'opération. La ou les tumeurs enlevées sont examinées au microscope, ce qui permet de déterminer leur caractère superficiel ou profond.

2- 8- 2 INSTILLATIONS ENDOVESICALES :

Les instillations consistent à introduire dans la vessie un liquide, qui va agir sur la paroi de la vessie, leur but étant de diminuer le risque de récurrence des tumeurs superficielles. Les produits utilisés sont :

- BCG (bacille Calmette-Guerin) :

Le traitement habituel consiste à une instillation toutes les semaines pendant six semaines, puis trois instillations hebdomadaires trois mois plus tard.

- Mitomycine (Ametycine) cet antibiotique anti tumoral est également utilisé en instillation dans la vessie, avec les instillations hebdomadaires pendant huit semaines.
- Thiotepa : ce produit a été utilisé pour les instillations dans les années 1980(abandonné de nos jours).

Un contrôle de la vessie par endoscopie est généralement prévu 4 à 6 semaines après la dernière instillation.

2- 8- 3 CHIRURGIE POUR ABLATION DE LA VESSIE :

2- 8- 3- 1 ABLATION DE LA VESSIE :

2- 8- 3- 1- 1 CURAGE ILIO-OBTURATEUR BILATERAL :

C'est l'ablation des ganglions lymphatiques situés de part et d'autre de la vessie. Cela est fait juste avant l'ablation de la vessie, et l'analyse se fait

immédiatement (examen extemporané). En cas d'atteinte des ganglions on renonce en général à enlever la vessie, pour un traitement palliatif.

2- 8- 3- 1- 2 ABLATION PARTIELLE DE LA VESSIE (CYSTECTOMIE PARTIELLE)

Bien que l'option soit séduisante en cas de tumeur bien limitée, en particulier à la partie supérieure de la vessie, elle est généralement déconseillée du fait du risque de récurrence lié à l'ouverture de la vessie.

Elle est réservée aux tumeurs uniques du sommet de la vessie, bien limitées, avec des biopsies normales à distance, en absence de carcinome IN SITU, en particulier chez les sujets âgés. Ces cas correspondent à environ 5% des tumeurs infiltrantes de la vessie. La radiothérapie peut être associée pour diminuer le risque de récurrence.

2- 8- 3- 1- 3 ABLATION COMPLETE DE LA VESSIE :

- chez l'homme, cette opération consiste à enlever, la vessie, le tissu graisseux autour de la vessie, la prostate, les vésicules séminales, et éventuellement l'urètre (cystoprostatectomie totale plus urétrectomie).
- Chez la femme, l'opération se fait par voie mixte abdominale et vaginale. Elle consiste à enlever la vessie l'urètre, le tissu graisseux autour de la vessie, l'utérus et une partie de la paroi antérieure du vagin (pelvectomie antérieure).

2- 8- 4 RETABLISSEMENT DE LA CONTUINITE URINAIRE :

Si la vessie est enlevée, il faut bien sûr créer un nouveau circuit pour les urines qui sont produites par le rein, et évacuées des reins par les uretères. Les urines peuvent être dérivées à la peau (elles sont recueillies dans une poche collée sur la peau), dans le colon (elles sont alors évacuées par le rectum avec les matières), ou bien une nouvelle vessie en intestin peut être faite et mise en place de la vessie enlevée pour que le patient puisse continuer à uriner par les voies naturelles.

2- 8- 4- 1 DERIVATIONS DES URINES A LA PEAU :

- Urétérostomie cutanée : c'est l'abouchement directe des uretères à la peau. Le patient a alors deux poches (une de chaque coté). Cette technique de dérivation est peu utilisée actuellement.
- Dérivation cutanée trans-iléale selon BRICKER (dérivation urinaire non continente) : il s'agit d'une urétérostomie cutanée trans-intestinale. C'est la dérivation des urines à la peau avec interposition d'un segment d'intestin entre les uretères et l'orifice cutané. L'avantage est d'avoir une seule poche qui draine les urines des deux uretères. Cette technique est très utilisée en raison de sa fiabilité et de la facilité d'appareillage pour le patient.

2- 8- 4- 2 DERIVATION URETERO-COLIQUE :

C'est la dérivation des urines dans le colon. On abouche les uretères au colon. Avant, il faut vérifier que le sphincter de l'anus (qui assure la fermeture du rectum) est suffisamment tonique pour retenir les urines. Parmi les plus utilisées on distingue :

- l'opération de COFFEY (dérivation continente) : réimplantation des uretères dans le rectum(cette technique est abandonnée actuellement) ;
- l'opération de GOODWIN (dérivation continente) : réimplantation urétéro-sigmoïdienne des deux uretères.
- La poche de Mainz II (dérivation continente) : réalisation d'un réservoir détubulé recto-sigmoïdien qui est une modification de l'urétérostomie permettant d'avoir une pression plus basse.

2- 8- 4- 3 REMPLACEMENT DE LA VESSIE :

Le remplacement de la vessie permet au patient de reprendre une fonction quasiment normale, puisque les urines sont toujours éliminées par les voies naturelles. Si cette technique est habituellement possible chez l'homme, elle est rarement faisable chez la femme en raison de la faible longueur de l'urètre. Dans certains cas très sélectionnés, où il est possible de préserver l'urètre, on peut parfois faire un remplacement vésical chez la femme.

En général, les patients récupèrent une continence normale le jour en quelques semaines, et une continence quasi-normale la nuit au prix deux à trois levers nocturnes.

Dans les suites, la muqueuse intestinale continue à produire du mucus, qui est éliminé dans les urines sous formes de filaments blanchâtres à ne pas confondre avec une infection. Un apport suffisant en boisson est indispensable pour éviter l'obstruction de l'urètre par un bouchon muqueux.

La surveillance après cystectomie est simple : une échographie et ou une urographie intra veineuse sont faites tous les deux ans en alternance, et on surveille régulièrement le bon fonctionnement des reins.

2- 8- 5 RADIOTHERAPIE :

La radiothérapie seule est surtout utilisée dans un but palliatif en cas d'impossibilité de faire l'opération chirurgicale (patients âgés, fragiles, ...).

2- 8- 6 CHIMIOTHERAPIE :

La chimiothérapie est utilisée en cas de tumeurs ayant dépassé les limites de la vessie, en particulier quand il existe une atteinte des ganglions lymphatiques que la vessie ait été enlevée ou pas. Les meilleurs taux de réponses et de survie ont été obtenus avec le protocole dit « M-VAC » qui associe methotrexate, vinblastine, adriamycine, et cisplatine. Le cycle est répété tous les 28 jours.

D'autres protocoles sont utilisés :

- protocole CMV (Cisplatine, Méthotrexate et Vinblastine) en particulier en cas de contre indication à l'adriamycine ;
- protocole CISCA (Cyclophosphamide, Doxorubine et cisplatine)

2- 8- 7 RADIOCHIMIOTHERAPIE CONCOMITTANTE :

Cette technique associe une radiothérapie à dose modérée et une chimiothérapie « légère », la synergie des deux types de traitements pouvant permettre d'éviter l'ablation de la vessie dans certains cas de tumeurs infiltrantes peu importantes. On fait généralement des biopsies de la vessie à mi-dose, pour décider de la suite du protocole : conservation de la vessie et poursuite du protocole si les biopsies sont normales, ou ablation de la vessie en cas de tumeurs résiduelles.

2- 8- 8 EMBOLISATION DES ARTERES DE LA VESSIE ET FORMOLISATION :

Il s'agit d'actes palliatifs en cas de tumeurs vésicales inopérables et très hémorragiques. Dans le but de coaguler la surface de la vessie et d'arrêter l'hémorragie.

Ces méthodes laissent en place la vessie qui va vite devenir la source de complications difficiles à supporter par le malade : pyo-vessie tumorale, envahissement cutané et décès du patient.

Tels sont les différents traitements des tumeurs de vessie.

Cependant, il faut insister sur le fait que 75 à 80% des tumeurs de vessie ne sont pas infiltrantes et d'un traitement aisé par la résection ; néanmoins, elles récidivent dans près de 50% des cas obligeant alors l'opérateur à envisager des traitements plus complexes.

2- 8- 9 RESULTATS DES TRAITEMENTS :

2- 8- 9- 1 TUMEURS SUPERFICIELLES :

En cas de tumeurs superficielles, le taux de survie à 5 ans après traitement (par résection endoscopique et ou instillations intra vésicales) atteint 80 à 90%. Le taux de réponse après BCG est de 70 à 100% en cas de carcinome IN SITU, et de 80 à 90% en cas de tumeurs superficielles. Les patients ayant un carcinome IN SITU qui répond au traitement par le BCG ont un risque de progression à 5 ans d'environ 20%, tandis que les patients avec une réponse incomplète ont un risque de progression d'environ 95%.

2- 8- 9- 2 TUMEURS INFILTRANTES :

Le taux de survie à 5 ans après cystectomie est de 40 à 70% en cas de tumeurs infiltrantes T2 ; et de 15 à 40% en cas de tumeurs infiltrantes T3 ; 5% en cas de tumeurs infiltrantes T4.

METHODOLOGIE

1. cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée au service d'urologie du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré

2-type d'étude : Il s'agissait d'une étude prospective portant sur les tumeurs de vessie

3-Période d'étude : elle s'est déroulée du 1^{er} Avril 2010 au 30 Avril 2011, soit une période de 13 mois.

4-population d'étude

4-1 Critères d'inclusion :

Tout patient reçu en consultation ou en urgence pour tumeur de vessie confirmée ou non à l'histologie : suspectée cliniquement ou radiologiquement , caractère bénin ou non.

4-2 Critères de non inclusion :

Tout patient chez qui le diagnostic a été fortuit (au cours du diagnostic d'une autre pathologie dominant le tableau clinique ou d'un bilan de santé).

Tout patient présentant une tumeur secondaire de vessie.

Tout patient ne présentant pas de tumeur de la vessie.

5 Collecte des données :

Le recueil des données se faisait à partir des dossiers des malades, d'un questionnaire fiche d'enquête (voir annexes) et du registre des résultats du service d'anatomopathologie du CHU point G.

6. Saisie et analyse des données : Epi-info version 6

RESULTATS

A Données socio démographique

Durant 13 mois nous avons observé 46 cas de tumeurs de vessie dont les résultats ont été les suivants :

Tableau I : répartition des patients selon l'âge et le sexe.

Sexe Tranche d'âge (par an)	Masculin		Féminin		TOTAL	
	Effectif	pourcentage	Effectif	pourcentage		
15-30	2	4,3	3	6,5	5	10,8%
31-45	2	4,3	8	17,4	10	21,7%
46-60	8	17,5	8	17,4	16	34,9%
61-80	9	19,6	6	13	15	32,6%
TOTAL	21	45,7	25	54,3	46	100

La tranche d'âge de 61-80 ans était la plus touchée chez les hommes et celle de 46-60 chez les femmes avec respectivement 19,6% et 17,4%.

Tableau II : répartition des patients selon le l'ethnie

Ethnie	Effectif	pourcentage
Peulh	13	28,3
Bambara	12	26
Mossi	3	6,5
Malinké	3	6,5
Sarakolé	3	6,5
Sonrhäi	2	4,4
Dogon	2	4,4
Autres	8	17,4
Total	46	100

NB : autres = senoufo, dafing, gana et bomou .

L'ethnie peulh était majoritaire soit 28,3%.

Tableau III : répartition des patients selon l'alphabetisation/scolarisation

alphabetisation	Effectif	Pourcentage
Non alphabetisé	42	91,3
Alphabetisé	4	8,7
Total	46	100

Les patient non alphabetisé était majoritaire soit 42/46

Tableau IV : répartition des patients selon leur profession.

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	22	47,8
Cultivateur	10	21,7
commerçant	7	15,2
Ouvrier	2	4,4
Teinturière	2	4,4
Autre	3	6,5
Total	46	100

Autres =pompiste , chauffeur et enseignant

Les ménagères et les cultivateurs étaient les professions les plus à risque

Tableau V : répartition des patients selon le lieu de résidence.

Lieu de provenance	Effectif	Pourcentage
Bamako	18	39,1
Kayes	8	17,4
Segou	5	10,8
Sikasso	5	10,8
Mopti	3	6,5
Koulikoro	2	4,4
Gao	2	4,4
Tombouctou	1	2,2
Autres	2	4,4
Total	46	100

Bamako est la zone la plus touchée soit 39,1 %

NB : autres=non nationaux.

Tableau VI : répartition des patients selon le délai de consultation

delai (mois)	Effectif	Pourcentage
0-6	13	28 ,3
7 – 12	12	26,1
13 – 24	15	32,6
25 et plus	6	13
Total	46	100 %

Il ressort que 32,6% des patients ont consulté entre le 13^o et 24^o mois d'évolution de la maladie.

B Données cliniques

Tableau VII : Répartition des patients selon le motif de consultation.

Motif de consultation		Effectif	pourcentage
Hématurie	Totale	34/46	73,9
	Terminale	11/46	23,9
Dysurie		30/46	65,2
Douleur sus pubienne		21/46	45,7
Douleur lombaire		11/46	24
Masse hypogastrique		10/46	21,7
Pollakiurie		9/46	19,6
Brulures mictionnelles		8/46	17,4
Rétention aigue d'urine		2/46	4,4

L'hématurie était le motif de consultation le plus fréquent soit 34/46 .

Tableau VIII : répartition des patients en fonction des résultats de l'inspection.

Résultat de l'inspection	Effectif	pourcentage
Amaigrissement	25	54,3
Pâleur	24	52,2
Bon état général	21	45,6
Tuméfaction hypogastrique	15	32,6
Œdèmes des membres	8	17,4

inferieurs		
------------	--	--

A l'inspection 54,3 % des patients présentaient un amaigrissement.

Tableau IX : répartition des patients selon le résultat de la palpation et du toucher pelvien.

Résultat de la palpation et du toucher pelvien	Effectif	pourcentage
Blindage pelvien	11	23,9
Fistule vésico – vaginale	2	4,3
Organomegalie	2	4,3
Fistule vésico-rectale	1	2,2

Le Blindage pelvien représentait 23,9%.

C- Antécédents

Tableau X : répartition des patients selon les antécédents (ATCD) urologiques.

ATCD Urologique		Effectif	pourcentage
Bilharziose	traitée	8/46	17,4
	Non traitée	25/46	54,3
Infection urinaire		24/46	52,2
Adénome de la prostate		1/46	2,2

Les antécédents restaient dominés par la bilharziose.

Tableau XI : répartition des patients selon l'antécédent de bilharziose en fonction du sexe.

Sexe ATCD de Bilharziose	Féminin		Masculin	
	Effectif f	Pourcentage	Effectif	pourcentage
oui	17	37	16	34,7
Non	8	17,4	5	10,9

La bilharziose touchait plus la femme soit 37%

D -Les facteurs de risque

Tableau XII : répartition des patients tabagiques en fonction du sexe.

Sexe Tabac	Masculin		Féminin		Total	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage		
OUI	16	34,8	0	0	16	34,8
NON	5	10,9	25	54,3	30	65,2
Total	21	45,7	25	54,3	46	100

Tous les patients tabagiques étaient des hommes.

Tableau XIII : répartition des patients selon l'antécédent de bilharziose en fonction du tabac.

ATCD de bilharziose Tabac	OUI		NON	
	Effectif f	Pourcentage	Effectif	pourcentage
OUI	13	28,3	3	6,5
Non	20	43,5	10	21,7

Les deux facteurs de risque étaient retrouvés chez 28,3% des patients.

E-Données para clinique.

Tableau XIV : répartition des patients selon les examens biologiques.

Examens biologique		Effectif	pourcentage
Groupe sanguin	A	4/46	8,7
	B	2/46	4,3
	AB	0/46	0
	O	11/46	23,9
Rhésus	positif	17/46	36,9
	négatif	0/46	0
Glycémie	normale	5/46	10,9
	abaissée	6/46	13
Créatininémie	normale	7/46	15,2
	élevée	6/46	13
Taux d'hémoglobine	normale	4/46	8,7
	abaissé	10/46	21,7
ECBU		9/46	19,5

Le bilan biologique a été réalisé par une faible proportion.

Tableau XV : répartition des patients selon le résultat de l'échographie.

Résultat de l'échographe		Effectif	pourcentage
Retentissement sur le haut appareil urinaire	hydronéphrose	15	38,5
	Uretero hydronéphrose	7	18
	Hypotonie rénale	3	7,6
	Métastase hépatique	2	5,1
Tumeur de vessie sans retentissement		12	30,8

sur le haut appareil urinaire ni métastase		
Total	39	100

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

Tableau XVI : répartition des patients selon le résultat de la cystoscopie.

Résultat de la cystoscopie		Effectif	pourcentage
aspect de la tumeur	Zone d'induration	2	4,4
	Bourgeonnant	31	67,3
Siege	Localise	18	39,1
	diffuse	15	32,6
Base d'implantation	Sessile	24	52,2
	Etroite	9	19,5

A la cystoscopie 67,4% des tumeurs avaient un aspect bourgeonnant

Tableau XVII : répartition des patients selon le résultat de l'ECBU.

Résultat de l'ECBU	Effectif	Pourcentage
Leucocyturie	1	2,2
Hématurie microscopique	3	6,6
Leucocyturie+Hématurie	1	2,2
Normale	1	2,2
Total	5	11

L'hématurie microscopique était retrouvée chez 3 /5 DES patients.

Tableau XVIII : répartition des patients selon les résultats du bilan d'extension.

Examens réalisés		Effectif	pourcentage
Echographie abdominale	normale	37	80,4
	anormale	2	4,4
Radiographie du thorax	normale	2	4,4
	métastases pulmonaires	3	6,5
TDM	normale	1	2,2

Les métastases pulmonaires en lâché de ballon ont été retrouvées chez 3 patients soit 6,5%.

F- Traitement

Selon le stade d'évolution de la maladie les mesures thérapeutiques adoptées ont été les suivantes :

-26 de nos patients ont bénéficié d'un traitement palliatif et d'une chimiothérapie à base des cyclophosphamides (andoxan)

-20 patients référés au CHU point G ont bénéficié une résection tumorale trans urétrale.

G-Anatomopathologie

Tableau XIX: répartition des patients en fonction du type histologique

Type histologique	effectif	Pourcentage
Carcinome épidermoïde	16	80
Carcinome transitionnel	3	15
Carcinome papillaire	1	5
Total	20	100

L'histologie restait dominée par le carcinome épidermoïde soit 80%

Tableau XX : répartition des patients en fonction du grade de maturation du carcinome épidermoïde

Carcinome épidermoïde	effectif	pourcentage
Différencié mature et invasif	8	50
Moyennement différencié	3	18,75
Peu différencié et invasif	2	12,50
Différencié et invasif	2	12,50
Immature et invasif	1	6,25
Total	16	100

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

H- Stade d'évolution

Tableau XXI : répartition des patients selon le stade tumoral après résection

stade d'évolution		Effectif	Pourcentage
PTa		0	0
PTis		1	5
PT1		1	5
PT2		2	10
T3		8	40
		3	15
T4		4	20
		1	5
total		20	100

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

COMMENTAIRES



DISCUSSION

1 - fréquence

Sur une période de 13 mois le service d'urologie de l'hôpital Gabriel TOURE a enregistré 46 cas de tumeur de vessie, soit une moyenne de 3,5 par mois et un taux de 0,61 % de l'ensemble des consultations durant la même période.

Tangara [40] en 2008 avait rapporté 50 cas en 20 mois.

Théodore [41] en 2004 et Guirou [19] en 2007 ont rapporté respectivement 69 cas en 13 mois et 86 cas en 12 mois.

2- Etude socio – démographiques :

Age : l'âge supérieur à 46 ans était le plus touché dans les deux sexes avec une moyenne d'âge de survenue de 53 ans plus ou moins 7.

Ce résultat est comparable à celui de TANGARA S [40] qui avait trouvé 46 ans d'âge moyen mais par contre il est nettement supérieur à celui de TOURE au Sénégal (pays refermant le foyer le plus important de bilharziose en Afrique noire) qui avait trouvé une moyenne d'âge de 35 ans [42] ; notre résultat reste inférieur à ceux de l'association française de lutte contre le cancer [34] , de

BENOIT[18] où l'âge moyen de survenue de la maladie est respectivement 65ans et 73,5 ans

Le sexe : dans notre étude le sexe féminin est le plus concerné avec un sexe ratio de 1,1 identique à celui de ZONGO [45] au Burkina Faso.

Par ailleurs les autres études locales sur les tumeurs de vessie [8, 11, 19, 23, 26, 40, 41, 43] ont rapporté un sexe ratio en faveur des hommes.

Cela pourrait s'expliquer par l'exposition des femmes au principal facteur de risque de nos localités qui est la bilharziose urinaire. (Riziculture, travaux ménagères).

Mais le paradoxe vient du fait que les femmes et les hommes sont à peu près à proportion égale dans l'antécédent de bilharziose et que seuls les hommes sont consommateurs du deuxième facteur de risque chez nous qui est le tabac.

Profession : conformément aux autres études locales réalisées sur les tumeurs de vessie [8, 11,19, 23, 26, 40, 41 ,43] les ménagères et les cultivateurs étaient les plus concernés avec respectivement 47,8 et 21,7 % de l'ensemble des professions retrouvées.

Dans l'étude seulement 8,7% des patients étaient alphabétisés

Provenance : les lieux de résidence par ordre de fréquence sont : Bamako (39,1%), Kayes (17,4%), Ségou (5cas), Sikasso (5cas). Ainsi toutes les régions semblent être touchées.

L'ethnie : L'ethnie qui a payé la plus lourde tribu est celle des peulhs avec 28,3 % de l'ensemble des ethnies retrouvées.

Ce résultat est différent de ceux de DIABATE [11] de TANGARA [40] et de YALKWE [43] où les bambaras ont été les plus représentés.

Ce taux est explicable par leur mode de vie de nomade migrant de région en région à la recherche de nouveaux pâturages toujours non loin des cours d'eau.

3- Etude clinique :

Motif de consultation : le principal motif de consultation est l'hématurie. Elle était totale et terminale dans respectivement 73,9% et 23,9%.

Ce résultat est comparable à ceux des études locales réalisées sur les tumeurs de vessie par DEMBELE [9], DIABATE [12], GUIROU[20], KENFACK[24], LOGMO[27], TANGARA [40], THEODORE [42], YALKWE [43]

Les signes les plus fréquemment associés à cette hématurie sont la dysurie et la douleur sus pubienne avec respectivement 65,2% et 45,7%

Ce résultat confirme ceux des autres études locales réalisées sur cette pathologie vésicale [8, 11, 19,23, 26, 40, 41, 43]

Inspection : plus de la moitié des patients présentait comme signe visible à l'inspection un amaigrissement ; une pâleur et une tuméfaction hypogastrique avec respectivement 54,3% ; 52,2 % et 32,6% ce qui peut expliquer le stade avancé des tumeurs de vessie au moment du diagnostic ; cela confirme presque tous les autres auteurs locaux.

Palpation abdominale et le toucher pelvien : Le blindage pelvien était retrouvé chez 23,9 % des patients.

TANGARA [40] avait trouvé 56 % de masse pelvienne et 84 % de d'infiltration du plancher alors que l'examen physique reste peu informatif selon la littérature [42]

-Par ailleurs nous constatons quelques cas extrêmes avec 9 cas d'adénopathie, 1 cas de fistule vésico-rectale néoplasique, 2 cas de fistule vésico-vaginale néoplasique.

4 - Etude para clinique :

Imagerie : elle a été réalisée dans un double avantage non seulement pour le diagnostic mais aussi pour le bilan d'extension.

Ainsi l'examen d'imagerie le plus réalisé fut l'échographie abdomino pelvienne soit dans 84,8% des cas.

Elle a évoqué la présence de masse intra vésicale avec hydronéphrose ou parfois uretero hydronéphrose. Elle a évoqué chez deux patients des foyers de

localisation secondaire hépatique. Cela dit l'échographie reste peu contributif dans le diagnostic des tumeurs n'infiltrant pas le muscle vésical (tumeurs superficielles).

L'urethroscopie a confirmée la présence de masse vésicale dans 71,7% des cas.

Ces résultats sont comparables à ceux de TANGARA S [40] qui avait trouvé respectivement pour les deux examens 92 % et 70 % mais à la différence des métastases hépatiques qui manquaient dans ses études.

L'UIV quant à elle ; a été réalisée par 4 de nos patients et avait à chaque fois évoqué la tumeur avec presque toujours une image d'amputation de la vessie associé souvent à un retentissement sur le haut appareil urinaire sous forme hydronéphrose ou d'uretero hydronéphrose.

Ce résultat est superposable sur celui de LOURGUE [27] qui avait trouvé dans sa série 100 % de tumeurs de vessie évoquées par l'UIV.

Dans le bilan d'extension la radiographie du thorax a révélé 3 cas de métastases pulmonaires sur 5 examens réalisés.

Quand au scanner (TDM), malgré son importance capitale dans la recherche des métastases n'a été réalisé que par un patient et était revenu sans particularité.

Malgré ce résultat la TDM reste plus sensible que la radiographie dans la recherche des métastases.

Ceux- ci ne suffisent pas pour contredire certains auteurs de la littérature qui affirment que les métastases sont rares dans les tumeurs de vessie, mais plutôt ils nous témoignent le pouvoir d'achat trop bas de la population générale et aussi la limitation des dépenses chez nos patients qui consultent à des stades ne permettant pas de traitement à but curatif.

5-Examens biologiques :

Le groupe sanguin dominant a été le groupe O, soit 23,9% des cas qui est le même chez THEODORE [41] tandis que TANGARA [40] avait rapporté le groupe B comme groupe le plus représenté.

L'anémie a été retrouvée dans 21,7% des cas avec un taux d'hémoglobine inférieur à 10 g/dl.

Cette anémie peut s'expliquer par l'impact de l'hématurie sur les paramètres biologiques.

Cette hématurie peut être banalisée par le patient ou mal prise en charge ou parfois même confondue avec l'hématurie bilharzienne par les personnels soignants.

Quant à la créatininémie elle reste paradoxalement normale jusqu'à des stades très avancés en rapport avec le siège ou le volume de la masse tumorale par rapport aux méats urétéraux (insuffisance rénale obstructive) ;

THEODORE [41] avait fait à peu près les mêmes constats avec 17,02 % de créatininémie élevée chez 47 patients.

TANGARA S [40] avait fait les mêmes constats.

6 - Anatomie pathologie.

Les patients référés au service d'urologie du CHU du point G ont bénéficié une résection endoscopique de la tumeur totale chez certains et simple biopsie chez d'autres en raison du stade beaucoup avancé. Les résultats histologiques ont été récupérés dans le registre des résultats du service d'anatomopathologie du CHU point G. Ces résultats ont montré une prédominance du carcinome épidermoïde soit 80%

Dans les études nationales sur les tumeurs de vessie [11,19, 41, 43] où les interventions ont pu être effectuées il y a toujours une prédominance de carcinome épidermoïde.

Ainsi YALKWE [43] avait rapporté un taux de 41,2% de cas.

THEODRE [41] 55,17 % ; Diabaté [11] 72,7 % et GUIROU [19] 72 %.

Si le carcinome transitionnel est le type histologique prédominant en occident selon la littérature il demeure faible dans nos régions (2 cas sur 25 pour GUIROU [19])

En résumé nous constatons que le type histologique des tumeurs de vessie dépend du facteur étiologique [40].

7. Stade d'évolution

Pour les urologues une tumeur de vessie est dite infiltrante s'il y a envahissement du muscle vésical par les cellules néoplasiques. Les anatomo-pathologistes considèrent qu'une tumeur de vessie est infiltrante dès qu'il y a envahissement du chorion [44].

La quasi - totalité de nos patients sont au stade T3 et T4 au moment du diagnostic soit respectivement 55% et 25%.

- Diabaté [11] rapporte 60 % des tumeurs en stade T4 ;
- YALKWE [43] rapporte 45 % des tumeurs T3 et 52 % au stade T4 ;
- GUIROU [19] rapporte 41,67 % des tumeurs au stade T4 ;

8 - TRAITEMENT ET RESULTAT

Compte tenu de l'insuffisance de notre plateau technique nous avons référé 20 patients au service d'urologie du point G pour résection endoscopique.

Le reste des patients, vu leur état clinique n'ont bénéficié qu'une chimiothérapie orale à base de cyclophosphamide et un traitement palliatif(antalgiques, decaillotage vésical et parfois transfusion sanguine)

Dans les études locales sur cette pathologie vésicale, nous constatons que :

- GUIROU [19] avait enregistré
 - ❖ 2 cas de simple biopsie

- ❖ 16 cas de tumorectomie à ciel ouvert
 - ❖ 5 cas de cystectomie totale
 - ❖ 9 cas de cystectomie partielle + réimplantation uretero-vésicale
 - ❖ 20 cas de dérivations urinaires dont 14 cas de dérivation urinaire type GOODWIN avec conservation de la vessie tumorale et 6 cas de dérivation urinaire après cystectomie totale ;
- DIABATE [11] avait observé 5 cas de cystectomie totale associée à une dérivation urinaire.
 - LOUGUE au Burkina Faso [27] rapporte 9 interventions chirurgicales sur un échantillon de 71 patients.

Le suivi se faisait en ambulatoire sauf chez les patients au stade terminal qui ont été tous adressés au service de réanimation.

Les patients opérés au CHU point G ont eu une suite opératoire immédiate simple cependant on note un cas de décès dans les trois mois après l'intervention.

Chez les 26 autres patients de notre étude 6 patients sont décédés en moins d'un an après le diagnostic, 8 ont été perdus de vue.

TANGARA [40] avait observé 66% de décès en moins d'un an après le diagnostic.

CONCLUSION



RECOMANDATIONS

VI - CONCLUSION

Notre étude sur les tumeurs de vessie est une étude prospective qui s'est déroulée du 1^{er} Avril 2010 au 30 Avril 2011 soit 13 mois, elle a pu observer 46 cas de tumeurs de vessie au service d'urologie du CHU Gabriel TOURE. Au terme de l'étude nous avons fait les remarques suivantes à propos des tumeurs de vessie:

- Leur taux d'incidence augmente d'année en année

- Le principal facteur de risque en région tropicale est la bilharziose urinaire
- L'âge de survenue relativement jeune
- Peuvent concerner les deux sexes souvent à proportion égale
- Le traitement assez long et difficile et parfois incertain auquel s'ajoute un retard diagnostic et un plateau technique insuffisant en matière d'urologie.
- Un risque de mortalité élevé.
-

VII - RECOMMANDATIONS :

Au vu de ces résultats nous formulons les recommandations suivantes à l'endroit :

1 - Du personnel médical

- à des investigations chez tout patient présentant une hématurie microscopique ou macroscopique et même chez des patients à risque (antécédent de bilharziose urinaire et/ou de tabac)
- La formation périodique des agents des structures périphériques de santé sur :
 - Le diagnostic et la prise en charge adéquate de la bilharziose urinaire ;
 - La référence de tout cas d'hématurie ayant résisté à deux traitements anti antibilharziens.

2 - De la population :

- Consultation d'un médecin devant tout signe urinaire(hématurie, dysurie pollakiurie...)
- Diminution ou si possible éviction les facteurs de risque (baignades et/ou tabac).

3 - Des autorités politico – administratives :

- Augmentation de la fiscalité des entreprises productrices et importatrices de tabac ;
- Renforcement des campagnes de lutte contre la bilharziose :
- En expliquant le pourtour de la bilharziose du mode de contamination à l'évolution à travers des sketches ou des débats médiatisés.
 - Le renforcement du traitement de masse avec le praziquantel après sensibilisation sur ses effets secondaires ;
 - Création et encouragement des recherches visant à agir sur le cycle de reproduction de la schistosomiase ;
- Création d'un service d'urologie dans toutes les régions du pays ;
- Dotation des services d'urologie en moyens permettant le dépistage précoce et la prise en charge des tumeurs de vessie (cystoscopie avec résecteur endoscopique) ;

- Dotation des pharmacies hospitalières de drogues cytostatiques ;
- Equipement des services de radiologie en appareils de radiothérapie ;
- Formation du personnel de radiologie à la pratique de la radiothérapie.

4 -De l'administration du CHU Gabriel Touré :

- Equiper le service d'urologie du CHU Gabriel Touré pour une prise en charge adéquate des tumeurs de vessie et de toutes autres pathologies relevant du dit service.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

VIII – REFFERENCES ET BIBLIOGRAPHIE

01- AVE YARD P., ADAB P., CHENG K.K., WALLACE D. M., HEY K., MURPHY M. F.

Does smoking status influence the prognosis of bladder cancer?

A systematic review. BJU Int., 2002; v(N): 220-239.

02- CAMEY M. et LEDUC A.

Reins et voies urinaires normaux, embryologie, cahier intégré de Médecine Masson N°65, 1980

03- CHATELAIN C. Bilharziose urogénitale : Edition Masson Paris (1977)

04- CHOPIN D K, GATTEGNO B., Etude descriptive des tumeurs superficielles de la vessie, Prog. Urol ; 2001.N°:11 P:953-960.

05- CROUZET T.

Tumeur de la vessie (397 cas). Etude de la survie en fonction de la clinique, l'anatomie pathologie, des thérapeutiques. Thèse Méd. Toulouse, 1976,N° 39

06- C.Pfister, M. Roupret, H. Wallerand, J-L. Davin, H. Quintens, L. Guy, N. Houede, S. Bernardini, S. Larré, C. Mazerolles, C. Roy, D. Amsellem, F.Saint, J.Irani

Recommandations en Onco-Urologie 2010 : Tumeurs urotheliales

07- DEBBAGH A., BENNANI S., HAFIANI M., EL MRINI M., BENJELOUN S. L.

Le carcinome épidermoïde de la vessie : à propos de 14 cas. Ann. Urol. 1997. 31,4 :199-203.

08- DEMBELE A.

Place de la bilharziose urinaire dans les tumeurs de la vessie au service d'urologie du CHU Gabriel Touré, Thèse de Méd, Bamako 2005, P.63.N°11

09- DERKERNION J.B.; HUANG M.Y., LINDER A. et AL :

The management of superficial bladder tumors and carcinoma in situ with intravesical bacillus Calmette Guerin. J. Urol. 1985,N° : 133;P 598-600.

10- DESGRANDCHAMPS F ; RAVERY V ; AMARY de GOUELLO : Internat Médecine, Urologie Edition 2002.

11- DIABATE M.

Etude des tumeurs de vessie en urologie de l'hôpital national du Point G : 39 cas, Thèse médecine, Bamako 1997.N°9

12- DURAND L., BERGER N. BETHENOD M., FONTANIERE B.; GERARD J. P.; PERRIN P. et SALE J. M. les tumeurs de la vessie. Encycl. Med.chir. Paris. Rein. 182: 44A10-10-1981

13- EL-BOLKAIN Y. the impact of schistosomiasis on the pathology of bladder carcinome. Cannier, 1981;N° 48 P :2643-48

14- EL-MAWLAN. G., EL- BOLKAIN Y., ABEL P., STAMP G., LALANIE. N, cyclooxygenase-2: a possible target in schistosoma associated bladder cancer: up date. semin. On col. 2001; N° 28 P 174-178.

15- FRANCIM R.

Le cancer en France: Incidence et Mortalité 1999, ministère de l'emploi et de la solidarité.<http://www.santé.gouv.fr/>.

16- FREEMAN JA, TRARTER TA, ERSING D et COOL.

Urethral recurrence in patients with orthotopis, ileal neobladders-J urol 1996, N°156; P:1615-19.

17- BENOIT G., MOUKR ZEL M., VIELLE FOND A., DIPAMA M., JARDIN A., édition toch. EMC (Paris France), thérapeutique, 25-372-A-10, 1993, 14 P.

18- GONTHIER R., HERITIER P.H., tumeurs de vessie, internat Nophhro. Urologie, Med. Edition 1990 P. 353.

19- GUIROU A.

Prise en charge des tumeurs vésicales dans le service d'urologie de l'hôpital du point G. thèse de méd, Bamako 2007, P.77 N°112

20- ROUVIERE H. : Anatomie humaine; descriptive, topographique et fonctionnelle, A. Delmas 1975, tom 2 P. 542.

21- HAUTMANN RE, DE PETRICONI R, GOTTFRIED HW, KLEINS MIDTK, MATTES R, PAISST.

The ideal neobladder: complications and functional results in 363 patients after 11 years of follow-up. J urol 199,N° 161P -422-7.

22- JARDIN A.

Traitement chirurgical du cancer de la vessie. Bull Cancer/radiother (1994). 81, 299-302.

23- KENFACK J. S.: Les dérivations urinaires intestinales au service d'urologie de l'hôpital du Point G, Thèse, Méd, Bamako 2002.N°113

24- KHANTOR A. F., HARTGE P. Urinary tract infection and risk of bladder. Cancer. Am.J. epidemiol; 1984; 119: 510-515.

25- LERMAN R. I; HUTTER R V, WHIT MORE WF Jr. Papilloma of the urinary bladder, **cancer** 1970, 25:338-342.

26- LOGMO K. L. Place de la bilharziose dans les cancers de vessie au service d'anatomopathologie de l'INRSP, Thèse de Médecine, Bamako 2004, P.34

27- LOUGUE-SORGHO L.C., CISSE R., KAGONE M., BAMOUNI Y.A., SANOU A.

Radiographie et échographie dans la prise en charge des tumeurs de la vessie

à propos de 71 cas au Centre Hospitalier National Yalgado Ouedrago (Burkina Faso)

Bull Soc pathologie exot 2002, 95,4. 244-247.

28- MOMAS I., DAURES J. P. ; FESTY B., BONTOU X. ; GREMY. Bladder cancer and black tobacco cigarette smoking. Some results from a French case-control study. ECU. J. epidemiol., 1994; 10 :599-604.

29- NJEH M., KECHAOU M, JERIBI M ; MHIRI M. N. : Tumeur vésicale chez les sujets d'âge inférieur à 40 ans. Ann Urol, 1994, 28(5) :268-269

30- PARKIN D.M., BRAY F.I., DEVESSA S.S. Cancer burden in the year 2000. The global picture. Eur. J. cancer.2001; 37:s4-s66.

31- PISANI P.; PARKIN D. M. ; BRAY F. ; FERLAY J.: Estimates of the world wide mortality from 25 cancers in 1990.int.J.cancer, 1999, 24:83:18-29.

32- Synthèse du projet d'établissement de l'Hôpital Gabriel Touré, Bamako 2000-2006 P. 74

33- RABII R, EL MOUSSA OUIRAIS H., JOUA A. DEBBAGH A. EL MRINIM., BENJELLOUN S.

Tumeurs de la vessie chez la femme, aspects épidémiologiques et thérapeutiques. A propos de 48 cas. Ann Urol, 1998, 32, N°3, 166-171.

34- RISCHMAN P.

Recommandations du comité de cancérologie de l'association française d'urologie. Tumeurs urothéliales Prog. Urol, 8 Sup.3N°5 P.25-50, 1998.

35- ROGNON L.

Tumeur de la vessie, un pronostic sombre; prat. Méd., (226), 8-11, 1985.

36- BERNADINI S.

Facteurs de risque des tumeurs vésicales à l'exclusion des risques professionnels, prog urol ; 2003, 13, 1209-1214

37- SAROSDY MF; LAMM DL:

cony-term results of intravesical BACILLUS CALMETTE GUERRIN therapy for superficial bladder- J. Urol 1989, 142; 718-722.

38- SCHELLHAMMER PF, LADAGA L E:

Bacillus Calmette-Guerin for superficial transisional cell carcinoma of the blade. J. Urol 1986, 135, 261-264.

39- SENSEN MO, ESTEVE J, MOLLER M, RENARD M

Cancer in the European, community and ist member States Eur J cancer, 1990, 26, 11-12:1167-1256.

40 -TANGARA S.

Etude des tumeurs de vessie au service d'urologie du CHU Gabriel Touré. Thèse de médecine, Bamako 2008 P.84 N°143

41- THEODORE S. B.

Etude des tumeurs de la vessie au service d'urologie de l'hôpital du Point G, Thèse de Médecine, Bamako 2004 P.105

42- TOURE A.

Notre expérience sur les cancers de vessie en milieu africain ; clinique urologique CHU de Dakar, Thèse, Médecine Dakar, 1984 P. 35 N°35

43- Traité d'urologie, DEBRE B. ET TEYSSIER P. Editions médicales PIERRE FABRE P184-194.

44- YALKWE Y.

Les cancers de vessie au Mali, à propos de 40 cas. Thèse médecine, Bamako, 1986.N°10

45 - ZERBIB F., et BOUCHOT O.

Résultats des cystectomies totales

Clinique urologique CHU Cochin Paris, France

46 - ZONGO B.

Cancer de vessie bilharzienne à propos de 9 cas rencontres au Burkina Faso

Bull soc pathologie exot 2002,N° 95, p 244-247

ANNEXES

Nom : DEMBELE

Prénom : ADAMA

Titre : Etude des tumeurs de vessie au service d'urologie de CHU Gabriel Touré.

Pays d'origine : Mali

Année Universitaire 2011-2012

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt Bibliothèque de la FMPOS de Bamako

Secteur d'intérêt : Urologie

Résumé :

Nous avons réalisé une étude prospective s'étendant sur une période de 13 mois, allant d'avril 2010 à avril 2011 au service d'urologie du CHU Gabriel Touré au cours de laquelle 46 cas de tumeur de vessie ont été retrouvés d'où 3,5 cas par mois en moyenne et une fréquence de 0,61% sur l'ensemble des consultations du service durant la même période.

Toutes les régions sont touchées avec une prévalence élevée dans les zones traversées par les cours d'eau, ainsi que les professions ayant des activités aquatiques. Les deux sexes sont bien touchés avec toutefois un sexe ratio de 1,1 en faveur des femmes.

L'âge supérieur à 46 ans est le touché dans les deux sexes.

L'infection bilharzienne demeure le facteur étiologique le plus incriminé avec 69,5% d'antécédents de bilharziose à l'enfance.

Le délai de consultation est de 13 à 14 mois en générale depuis l'apparition des premiers signes de la maladie avec une hématurie totale et une masse intra vésicale palpable ;

Prise en charge des tumeurs de vessie au service d'urologie du CHU Gabriel Toure

Les investigations d'imagerie réalisées ont toujours évoqué de diagnostic de tumeur de vessie avancée avec retentissement sur le haut appareil urinaire.

la confirmation a été fourni par le service d'anatomopathologie du CHU du point G avec une prédominance du carcinome épidermode.

Devant le stade avancé certains patients n'ont bénéficié que d'un traitement palliatif.

FICHE D'ENQUETE

Date :.....

N° :

Q1 NOM :

Q2 prénom :

Q3 Sexe :

Q4 âge :

Q5 ethnie :

Q6 Niveau d'instruction :

Non alphabétisé alphabétisé

Q7 Profession :

Q8 Lieu de résidence :

Q9 Mode de recrutement :

Venu de lui-même

Référé

Fortuit

Urgent

Q10 Motif de consultation :

Hématurie : Terminale

Initiale

Totale

Dysurie :

Douleur sus pubienne :

Rétention aigue d'urine :

Bloc pelvien :

Pollakiurie :

Brûlure mictionnelle :

Douleur lombaire :

Q11 Histoire de la maladie :

Signes de début :

Hématurie : Terminale :

Initiale :

Totale :

Autres signes :

Date d'apparition des premiers symptômes :

Facteurs étiologiques :

Q12 Antécédents de bilharziose urinaire : OUI NON

Traitée : OUI NON

Q13 Infection urinaire à répétition OUI NON

14 Habitudes alimentaires

Tabac : OUI NON

Alcool : OUI NON

Thé : OUI NON

Café : OUI NON

Q15 Profession exposant à la bilharziose OUI NON

Examen physique :

Q16 Etat général conservé OUI NON

Q17 Douleur osseuse : OUI NON

- Q18 Masse pelvienne OUI NON
- Q19 Infiltration OUI NON
- Q20 Mobilité de la vessie par rapport au pelvis OUI NON
- Q21 Fistule vésico-cutanée : OUI NON
- Q22 Fistule vésico-vaginale : OUI NON
- Q23 Fistule vésico-rectale : OUI NON
- Q24 Adénopathie OUI NON
- Q25 Pâleur conjonctivale OUI NON
- Q26 Œdème du membre inférieur OUI NON
- Q27 Hépatomégalie OUI NON

Examens Complémentaires

Imageries

THESE DE MEDECINE, BAMAKO

ANNEE ACADEMIQUE 2011 -2012

Q28 Cystoscopie OUI NON

Tumeur de la vessie OUI NON

Localisée OUI NON

Diffuse OUI NON

Caractère morphologique de la tumeur

Base d'implantation : étroite OUI NON

Sessile OUI NON

Infiltrante OUI NON

Bourgeonnante OUI NON

Papillomateuse OUI NON

Capacité vésicale diminuée OUI NON

Q29 échographie abdomino pelvienne OUI NON

Tumeur vésicale OUI NON

Retentissement sur haut appareil OUI NON

Métastase hépatique OUI NON

Q30 U.I.V. OUI NON

Image lacunaire : OUI NON

Image d'amputation : OUI NON

Uretro hydronéphrose : OUI NON

Mutité rénale : OUI NON

Diminution de la capacité vésicale : OUI NON

Biologie (bilan de terrain)

Q31 Groupe sanguin : A B AB O

Q32 Rhésus : positif négatif

Q33 Créatininémie OUI NON Résultat :.....

Q34 Glycémie à jeun OUI NON
Résultat :

Q35 Hémogramme OUI NON

GB : VGM: NEUTRO :

GR : TGMH: EOSINO:

HGB : CCMH : BASO :

PLA: LYMPHO :

HCT :

Q36 ECBU OUI NON Résultat :

Bilan d'extension

Q37 Radio du thorax : OUI NON
Résultat :

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des 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 donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à 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 des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai 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 méprise de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.

-