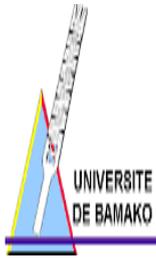


Thèse de Médecine Noumou Mallé

Ministère des enseignements secondaire, supérieur
et de la recherche scientifique

République du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi



FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année universitaire 2007- 2008

N°/ M

TITRE:

ETUDE CLINIQUE DES TUMEURS DE VESSIE DANS
LE SERVICE D'UROLOGIE DU CHU DU POINT « G »
A PROPOS DE 40 CAS

Présentée et soutenue le 09/01/2009
Devant le jury de la faculté de Médecine de Pharmacie
et d'OdontoStomatologie

Par

M. NOUMOU MALLE

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

JURY :

Président : Pr. Fongoro SAHARE

Directeur de thèse : Pr. Kalilou OUATTARA

Co-directeur: Dr. Aly TEMBELY

Membre: Dr. Cheick Mohamed Cherif CISSE

ADMINISTRATION :

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR
1^{er} ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** – MAITRE DE CONFERENCES
2^{ème} ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** – MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR
ÂGENT COMPTABLE: Madame **COULIBALY FATOUMATA TALL**- CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr. Alou BA	Ophtalmologie
Mr. Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie Secourisme
Mr. Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr. Yaya FOFANA	Hématologie
Mr. Mamadou L. TRAORE	Chirurgie générale
Mr. Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr. Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr. Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr. Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr. Siné BAYO	Anatomie Pathologie- Histoembryologie
Mr. Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr. Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr. Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr. Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr. Abdou Alassane TOURE	Orthopédie Traumatologie, Chef de D.E.R
Mr. Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr. Amadou DOLO	Gynéco-obstétrique
Mr. Alhousseni Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme Sy Assitan SOW	Gynéco-obstétrique
Mr. Salif DIAKITE	Gynéco-obstétrique
Mr. Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr. Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr. Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco obstétrique
Mr. Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr. Sékou SIDIBE	Orthopédie –Traumatologie

Thèse de Médecine Noumou Mallé

Mr. Abdoulaye DIALLO
Mr. Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J. THOMAS
Mr. Mamadou L. DIOMBANA
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE
Mr. Nouhoum ONGOIBA
Mr. Sadio YENA
Mr. Youssouf COULIBALY

Anesthésie –Réanimation
Orthopédie – Traumatologie
Ophtalmologie
Stomatologie
Gynéco Obstétrique
Anatomie & Chirurgie Générale
Chirurgie Thoracique
Anesthésie Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr. Issa DIARRA
Mr. Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr. Zimogo Zié SANOGO
Mme Diénéba DOUMBIA
Mr. Zanafon OUATTARA
Mr. Adama SANGARE
Mr. Sanoussi BAMANI
Mr. Doulaye SACKO
Mr. Ibrahim ALWATA
Mr. Lamine TRAORE
Mr. Mady MACALOU
Mr. Aly TEMBELY
Mr. Niani MOUNKORO
Mr. Tiemoko D. COULIBALY
Mr. Souleymane TOGORA
Mr. Mohamed KEITA
Mr. Bouraïma MAIGA
Mr. Youssouf SOW
Mr. Moustapha TOURE
Mr. Djibo Mahamane DIANGO
Mr. Mamadou DIARRA
Mr. Boubacary GUINDO

Gynéco/Obstétrique
ORL
ORL
Chirurgie Générale
Anesthésie –réanimation
Urologie
Orthopédie –Traumatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie –Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie –Traumatologie
Urologie
Gynéco/Obstétrique
Odontologie
Odontologie
ORL
Gynéco/Obstétrique
Chirurgie Générale
gynécologue
Anesthésie- Réanimation
ophtalmologie
ORL

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr. Daouda DIALLO
Mr. Amadou DIALLO
Mr. Moussa HARAMA
Mr. Ogobara DOUMBO
Mr. Yénimégué Albert DEMBELE
Mr. Anatole TOUNKARA
Mr. Bakary M. CISSE
Mr. Abdourahamane S. MAIGA
Mr. Adama DIARRA
Mr. Mamadou KONE

Chimie Générale & Minérale
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie –Mycologie
Chimie Organique
Immunologie, **Chef de D.E.R.**
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Amadou TOURE
Mr. Flabou BOUGOUDOGO
Mr. Amagana DOLO

Histo- embryologie
Bactériologie- Virologie
Parasitologie

Thèse de Médecine Noumou Mallé

Mr. Mahamadou CISSE
Mr. Sékou F. M. TRAORE
Mr. Abdoulaye DABO
Mr. Ibrahim I. MAIGA

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie, Biologie Animale
Bactériologie Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr. Lassana DOUMBIA
Mr. Mounirou BABY
Mr. Mahamadou A. THERA
Mr. Moussa Issa DIARRA
Mr. Kaourou DOUCOURE
Mr. Bouréma KOURIBA
Mr. Souleymane DIALLO
Mr. Cheik Bougadari TRAORE
Mr Guimogo DOLO
Mr Moctar DIALLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Boubacar TRAORE
Mr Djibril SANGARE

Chimie Organique
Hématologie
Parasitologie
Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie Virologie
Anatomie Pathologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Biologie Parasitologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Parasitologie Mycologie
Entomologie moléculaire médicale

4. ASSISTANTS

Mr. Mangara M. BAGAYOKO
Mr. Bokary Y. SACKO
Mr. Mamadou BA
Mr. Moussa FANE
Mr Blaise DACKOOU

Entomologie Moléculaire Médicale
Biochimie
Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Parasitologie Entomologie
Chimie analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr. Mamadou K. TOURE
Mr. Mahamane MAIGA
Mr. Baba KOUMARE
Mr. Moussa TRAORE
Mr. Issa TRAORE
Mr. Hamar A. TRAORE
Mr. Dapa Aly DIALLO
Mr. Moussa Y. MAIGA
Mr. Somita KEITA
Mr. Boubacar DIALLO
Mr. Toumani SIDIBE

Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, **Chef de D.E.R.**
Neurologie
Radiologie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie Hépatologie
Dermato-Leprologie
Cardiologie
Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Bah KEITA
Mr. Abdel Kader TRAORE
Mr. Siaka SIDIBE
Mr. Mamadou DEMBELE
Mr. Mamady KANE
Mr. Saharé FONGORO
Mr. Bakoroba COULIBALY

Pneumo-phtisiologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie

Thèse de Médecine Noumou Mallé

Mr. Bou DIAKITE
Mr. Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mr. Adama D. KEITA
Mr Sounkalo DAO

Psychiatrie
Gastro-entérologie
Endocrinologie
Radiologie
Maladies Infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mme Habibatou DIAWARA
Mr. Daouda K. MINTA
Mr. Kassoum SANOGO
Mr. Seydou DIAKITE
Mr. Arouna TOGORA
Mme DIARRA Assétou SOUCKO
Mr. Boubacar TOGO
Mr. Mahamadou TOURE
Mr. Idrissa A. CISSE
Mr. Mamadou B. DIARRA
Mr. Anselme KONATE
Mr. Moussa T. DIARRA
Mr. Souleymane DIALLO
Mr. Souleymane COULIBALY
Mr. Cheïck Oumar GUINTO
Mr Mahamadou GUINDO

Pédiatrie
Dermatologie
Maladies Infectieuses
Cardiologie
Cardiologie
Psychiatrie
Médecine Interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépto-Gastro-Entérologie
Hépto-Castro-entérologie
Pneumologie
Psychologie
Neurologie
Radiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr. Gaoussou KANOUTE
Mr. Ousmane DOUMBIA
Mr. Elimane MARIKO

Chimie Analytique, **Chef de D.E.R**
Pharmacie Chimique
Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Drissa DIALLO
Mr. Alou KEITA
Mr. Benoît Yaranga KOUMARE
Mr. Ababacar I. MAIGA

Matières Médicales
Galénique
Chimie Analytique
Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO
Mr. Yaya KANE
Mr. Saïbou MAIGA
Mr. Ousmane KOITA
Mr. Yaya COULIBALY

Pharmacognosie
Galénique
Législation
Parasitologie Moléculaire
Législation

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr. Sanoussi KONATE

Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

Thèse de Médecine Noumou Mallé

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr. Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Mamadou Sounkalo TRAORE	Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr. Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr. Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr. Massambou SACKO	Santé Publique
Mr. Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr. Mamadou Sounkalo TRAORE	Santé Publique
Mr. Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr. Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr. Akory AG IKNANE	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr. Oumar THIERO	Biostatistique
Mr. Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

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

ENSEIGNANTS EN MISSION

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

DEDICACES

A Allah le Tout-Puissant
Pour sa bonté envers moi
A l'Envoyé de Dieu Mohamed, paix et salut sur Lui et sur sa famille.
Tu es le guide de tous les musulmans.
A ma mère Mamou Koné
Toi qui m'a tous les temps donné de bon conseils et tes bénédiction ; ce travail est à toi.
A mon père Feu Nianégué Mallé
Ton désir de réussite pour nous est en voie de s'accomplir. Nous prions le Tout Puissant Pour toi pour qu'il t'accorde grasse et t'accueille au paradi.
A ma marâtre Awa Coulibaly
Que le Seigneur t'accorde santé et longue vie.
A mon frère Fanyiri Mallé
Que Dieu te guide dans le bon chemin, avec santé et longévité.
A mes sœurs Fatoumata, Chata, Soundjè, Moussodjè et Mariam
Que Dieu adouci les cœurs de vos maris respectifs et vous donne d'enfants bénis.
A mes feux grands parents
A mes oncles Amadou koné, Chaka Koné, Madou Koné et Feu Bakary Koné.
A ma fiancée Mariam Niaré.
Amon fils Ichaka Mallé.
Vous m'avez tous soutenu d'une manière ou d'une autre

REMERCIEMENTS

A mes logeurs Ladji Traoré et Nouhoum Coulibaly
Vous m'avez hébergé durant tout mon cycle ; toute ma gratitude pour votre hospitalité.
A ma logeuse Korotoumou Traoré je te remercie de tout mon cœur
A ma tante Assanatou Coulibaly.
Tu m'as aidé et tu continues à le faire ; merci de ton amabilité.
Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi.
A tonton Ichaka Koné et sa famille
Je vous serai reconnaissant de toute ma vie pour tout ce que vous avez fait pour moi.
A tonton Sidi Lamine Coulibaly et sa famille
Je vous remercie pour votre aide.
A mon ami Bakary Z Dembélé.
Merci pour tes gestes inoubliables.
A ma grande mère Feu Klilèmiò Koné dite Baara.
Je te remercie de tout mon cœur que le Tout Puissant ai pitié de ton âme.

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

A Salia Mallé

A Souleymane CISSÉ

A Kalim Traoré

A Drissa Mallé

A Bâh Traoré

Issouf Mallé

Merci à vous tous.

A mon ami Souleymane Traoré à Daoudabougou

Je te souhaite bonne chance ; que Dieu guide tes pas.

A toutes mes sœurs.

Je vous souhaite bon courage et réussite dans la vie.

A mon logeur feu Daouda Coulibaly

Repose en paix.

Je te souhaite bon courage et réussite.

A tous les habitants de mon village

Merci pour votre entente et votre entraide.

A tous les camarades et promotionnaires du village

A Adama Mallé, Samba Coulibaly, Adama Diabaté, Feu Madou Mallé.

Merci pour votre amitié et votre franche collaboration

A Soumaïla Coulibaly et famille depuis Koutiala.

A mes amis et camarades Dipa Touré, Sekou Bah Sissokou, Sékou B Sangaré
Yakou Traoré, Fouseyni Samaké.

Merci pour votre franche amitié.

A mes aînés du service Dr Drissa KONATE, Dr Abdoulyaye DIAMOUTHENE,
Dr Abdou SAMAKE, Dr Mahamadou KEITA dit KAPI, Dr. Ibrahima BALLO,
Dr Mafounè CISSE, Dr Youba TOURE, Dr Aamadou GOÏTA, Dr Elie
TIMBINE,

Dr Moulaye COULIBALY, Dr Aïssata SAMASSEKOU, Dr Aliou
DOUKANSI,

Dr Oumarou GUINDO, Dr Sadou ONGOÏBA, Dr Boubacar NIARE, Dr
Mamadou SOW, Dr Mohamed TEMBELY dit Fernando, Dr Mamadou
DIALLO, Dr Oumar BAGAYOGO, Dr Djibril COULIBALY, Dr Marie
DIAKITE.

J'ai bénéficié de votre encadrement et vous en remercie.

A ma grande mère Feu Bakoro Coulibaly

Je ne t'oublierai jamais, repose en paix.

A tous les personnels du service d'urologie

A tous les CES de chirurgie qui m'ont initié : particulièrement Dr. Laye Touré
Dr. Arouna, Dr. DIAKITE, Dr. KEITA.

A mes promotionnaires du service

Ferna Sanou, Wiri Souara, Amidou Dembélé, Yves Dembélé, Souleymane
Traoré, Cheick Diarra, Stéphane, Izac, Moumine Poudjougou,

Merci pour votre collaboration sincère et amicale.

A mes maîtres et guides, de même que tous les enseignants de la FMPOS

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

Je suis le produit de votre investissement ; toute ma gratitude.

Thèse de Médecine
Noumou Mallé

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et président du jury :

Professeur Saharé Fongoro

Maître de conférence de Néphrologie à la FMPOS.

Chevalier de mérite de la santé.

Cher Maître en acceptant de présider ce jury vous nous faites un grand honneur auquel nous resterons sensibles. Votre dévouement dans le travail, vos qualités exceptionnelles de formateur et de scientifique nous ont beaucoup marqué. Persuadé que vos conseils et recommandations serviront à parfaire ce travail, Veuillez agréer cher Maître, l'expression de notre profond respect

A notre Maître et juge :

A Dr. CHEICK MOHAMED CHERIF CISSE,

Chirurgien urologue andrologue au CHU du Point G

Votre amour dans le travail, votre souci de transmettre la connaissance et d'assurer la relève font de vous un maître incontournable. Recevez ici mes sincères remerciements que Dieu vous donne longue vie et de santé pour la réalisation de tous vos projets.

A notre Maître et Co-directeur de thèse :

Docteur Aly Tembely

Diplômé de la Faculté de Tour, Ancien Interne des Hôpitaux de France, Diplôme en Andrologie, en Endo-urologie, en Lithotripsie extracorporelle ;

Maître Assistant en Urologie à la FMPOS ;

Cher Maître, votre rigueur scientifique, vos qualités humaines votre goût du travail bien fait et votre souci de transmettre la connaissance font de vous un bon guide pour les étudiants de la FMPOS.

Recevez ici cher Maître nos sincères remerciements.

A notre Maître et Directeur de thèse:

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

Professeur Kalilou OUATTARA

Docteur PH.D de l'institut de Kiev ;

Professeur titulaire d'Urologie ;

Expert international en fistule vésico-vaginale (FVV) ;

Directeur du CME au CHU du Point G ;

Enseignant à la FMPOS de Bamako ;

Chef de service d'Urologie du CHU du Point G ;

Cher Maître, votre simplicité, votre ardeur au travail, la clarté de vos enseignements et votre sens de l'humour nous ont motivé à aller vers vous pour ce travail de travail de thèse que vous avez accepté de diriger.

Vos qualités scientifiques et professionnelles font de vous un éminent urologue sollicité au Mali et au-delà de nos frontières

Veillez accepter cher Maître, notre profonde gratitude et nos sincères remerciements.

ABREVIATION :

% : pourcentage

1. VS : Vitesse de sédimentation

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

g : gramme

l : litre

UIV : urographie intraveineuse

UCR : uretrocystographie rétrograde

FVV : fistule vésico-vaginale

µmol : micromole

dl : décilitre

OMI : œdème des membres inférieurs

T : tumeur

HTA : hypertension artérielle

UGD : ulcère gastroduodéal

IST : infection sexuellement transmissible

OMS : Organisation mondiale de la santé

NFS : numération formule sanguine

ECBU : examens cyto bactériologique des urines.

TR : toucher rectal

TV : toucher vaginal

Cm : centimètre

IEC : information éducation et conseil

TNM : T=tumeur N=nodule M=métastase

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION ET OBJECTIFS.....4-5

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

II-GENERALITE	6-55
1-Définition	6
2-Epidémiologie.....	6-7
3-Rappel anatomique	8-15
4-Anatomo-pathologie.....	16-17
5- Classification.....	18-19
6-Etude clinique.....	20-22
8-Examens par accliniques.....	23-27
9-Diagnostic Positif.....	27
10-Diagnostic différentiel.....	27-28
11-Formes clinique.....	29-41
12-Facteurs de risque.....	42-43
13- Traitement.....	44-50
14-Indication et suivi du traitement.....	51-53
15-Evolution et pronostic.....	54-55
III.MATERIELS ET METHODE.....	56-57
IV-RESULTATS.....	58-78
V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	79-89
VI-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	90-83
-BIBLIOGRAPHIE.....	92-100
-FICHE SIGNALETIQUE	101-102
-FICHE D'ENQUETE	103-105

I INTRODUCTION :

Les tumeurs de vessie regroupent des formes cliniques extrêmement variables.

Classiquement ces tumeurs se révèlent sous deux formes :

Une forme superficielle et une mode infiltrante.

S'il y a une pathologie qui révèle les limites thérapeutiques de l'urologue c'est bien le cancer de vessie.

Thèse de Médecine Noumou Mallé

Il existe des facteurs de risque : le tabac, les colorants industriels, la cystite bilharzienne, l'alcool, le café, l'irritation vésicale et les infections chroniques [41].

Ils existent d'énormes difficultés dans la prise en charge des malades souffrant de cancer de vessie. Cela s'explique tout simplement par le diagnostic tardif de la maladie. Dans les zones d'endémie bilharzienne, le cancer de vessie reste souvent insoupçonné à cause de la fréquence de l'hématurie, occasionnant ainsi les stades cliniques avancés.

Cependant, le diagnostic tardif rend le traitement chirurgical difficile.

Le cancer de vessie est très fréquent au Mali et en clinique urologique il est la première cause de mortalité par cancer [41].

Les agents de santé sont parfois la cause du retard de diagnostic car devant toute hématurie ne voient qu'une affection bilharzienne malgré l'inefficacité des multiples séances de traitement au praziquantel.

OBJECTIFS

Notre étude a pour objectifs :

1- Objectif général :

Etudier les aspects cliniques, para cliniques et évolutifs des tumeurs de vessie.

2- Objectifs spécifiques :

-Déterminer la fréquence des tumeurs de vessie dans le service d'urologie du CHU du point « G »

- Décrire la symptomatologie clinique des différentes formes anatomo-cliniques

Etude clinique des tumeurs de vessie dans le service
d'urologie du CHU du Point G à propos de 40 cas

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

-Déterminer quelques facteurs de risque des tumeurs de vessie.

-Apprécier l'évolution des tumeurs de vessie pendant la période d'étude.

II GENERALITE :

1- Définition : les tumeurs de vessie sont des tumeurs développées à partir de l'urothélium de la paroi vésicale.

Sous le nom de tumeur, on désigne une masse pathologique constituée par un tissu de nouvelle formation, résultat d'une suractivité cellulaire anormale, et qui a tendance à persister et généralement à s'accroître. On distingue des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes ou cancers.

2-Epidémiologie :

Thèse de Médecine Noumou Mallé

Les tumeurs urothéliales de la vessie représentent le second cancer des voies urogénitales, on relève chaque année 33600 cas, et une mortalité de 11,2 par million d'habitant [11]

Le taux d'incidence des cancers de vessie s'accroît chaque année [33]

D'après **koroltchouk** [37] 170000 cas de cancers vésicaux apparaissent chaque année dans le monde : 2/3 dans les pays développés et 1/3 dans les pays en voie de développement.

L'incidence annuelle est de 16 à 20 cas / 100000 habitants, et le pic de prévalence entre 60 et 70 ans [41].

Jensen estime que 53000 personnes développent chaque année un cancer de vessie dans la communauté européenne [57].

Les taux d'incidence les plus élevés se situent en Europe et aux Etats Unis

Le tau de mortalité par cancer de vessie varie selon les pays.

Les taux de mortalité les plus élevés sont remarqués aux Danemark, au Royaume unis en Belgique et en Italie.

Les pays à faible taux de mortalité sont le Japon 2,42/100000, le Singapour 2,43/100000 et le Venezuela 2,81/100000[5].

En France le cancer de vessie occupe le 11^{ème} rang des cancers et représente la 7^{ème} cause de mortalité par cancer chez les hommes et la 10^{ème} cause de mortalité par cancer chez les femmes [4, 21].

Si le type histologique le plus répandu dans les pays occidentaux est le carcinome à cellules transitionnelles, en Afrique surtout dans pays d'endémie bilharzienne comme l'Egypte le moyen orient ce sont les tumeurs épidermoïdes qui sont les plus fréquentes.

Cela peut être du à la bilharziose urinaire qui est le facteur de risque le plus important [32, 38]

Si les données statistiques sur le cancer de vessie sont bien fournies dans les pays développés, en Afrique peu d'études ont été consacrées à ce domaine.

Cependant quelques chiffres existent :

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

En Egypte le cancer de vessie est au 1^{er} rang et représente 28% de tous les cancers [1].

Au Burkina les tumeurs de vessie occupent le 7^{ème} rang des tumeurs malignes avec une fréquence estimée à 3,8% [2]

Au Mali les études faites montrent que le cancer de vessie est en progression. Celui-ci représentait 2,3% de l'ensemble des hospitalisés en 1987 [66] ; 3,9% en 1997 [41], 5,64% en 2004 [56] et 6,7% en 2006[1]. C'est le cancer le plus fréquent de la sphère génito-urinaire. Il représente la première cause de mortalité par cancer en urologie [65].

Au Sénégal c'est le cancer le plus fréquent en urologie et représente 86,9% des cancers urinaires [59].

3-RAPPELS SUR L'ANATOMIE DE LA VESSIE :

3-1- Définition : la vessie est un réservoir musculo-muqueux située en position retro péritonéale dans lequel l'urine qui s'écoule par les uretères s'accumule et séjourne dans l'intervalle des mictions [46].

3-2- Situation :

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

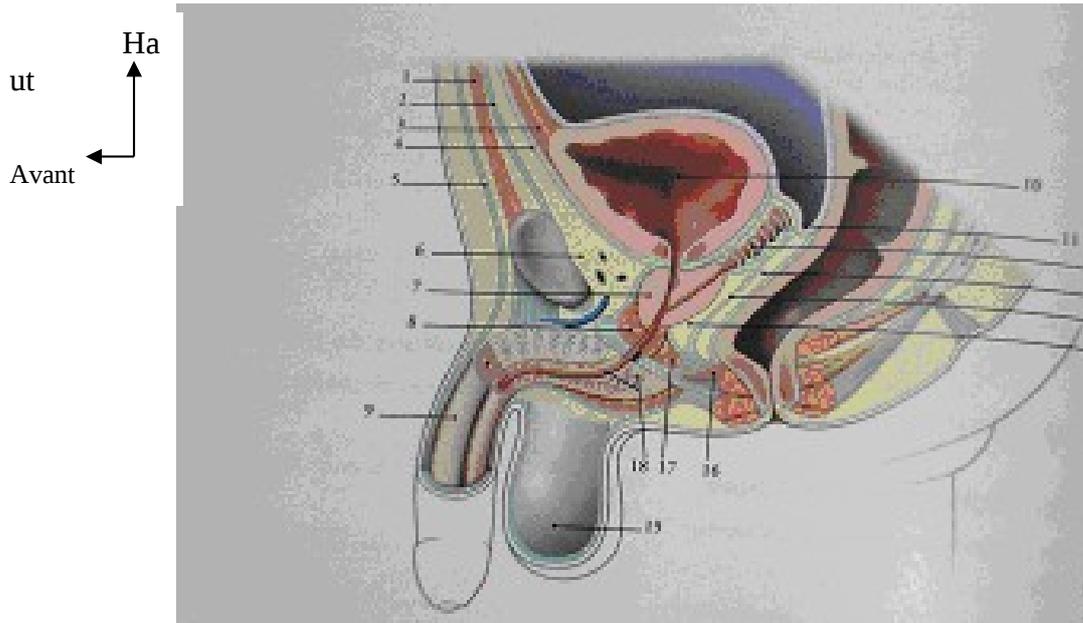


Figure1 : situation et rapport de la vessie chez l'homme [16]

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| 1. ligne blanche | 11. cul de sac rectovesical |
| 2. fascia transversalis | 12. fascia retrovesical |
| 3. ligament ombilical median | 13. septum rectovesical |
| 4. fascia ombilicoprévesical | 14. fascia retroprostatique |
| 5. fascia superficiel de l'abdomen | 15. espace retroprostatique |
| 6. espace retropubien | 16. cebtre tendineux du périnée. |
| 7. prostate | 17. muscle transverse profond |
| 8. muscle sphincter de l'urètre | 18. urètre |
| 9. corps carvneux | 19. bourse |
| 10. vessie | |

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



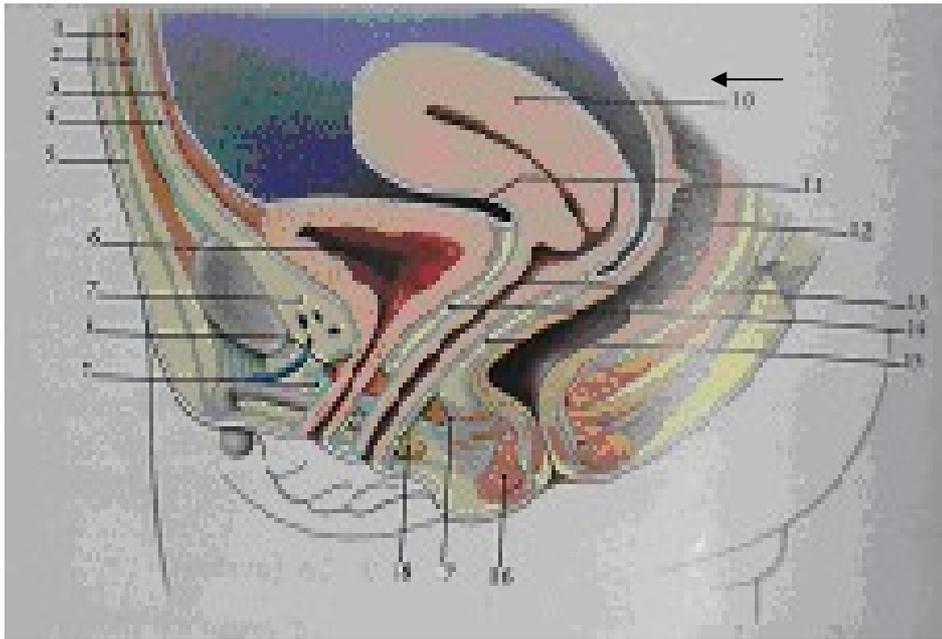


Figure 2 : situation et rapport de la vessie chez la femme (coupe sagittale)
[46]

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. ligne blanche | 10. utérus |
| 2. fascia transversalis | 11. cul de sac vesico uterin |
| 3. ligament ombilical median | 12. cul de sac recto uterin |
| 4. fascia ombilicoprévesical | 13. vagin |
| 5. fascia superficiel de l'abdomen | 14. septum urogénital |
| 6. vessie | 15. septum recto vaginal |
| 7. espace retropubien | 16. muscle sphincter externe de l'anus |
| 8. muscle sphincter de l'urètre | 17. centre tendineux du périnée |
| 9. membrane périnéale | 18. glande vestibulaire majeure.. |

3-3- Capacité vésicale :

La taille de la vessie dépend des organes voisins et la position du corps humain .A partir de 350ml, on a envie de vider sa vessie. Mais elle peut contenir 2 à 3l d'urine[47, 53].

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

3-4- Configuration externe et rapport de la vessie :

Les caractères et les rapports de la vessie varient suivant que cet organe est vide ou plein, ils varient également selon le sexe.

Sur le plan configuration on décrit sur une vessie vide une face supérieure, une face antéro-inférieure, une face postéro-inférieure ou base deux bords latéraux, un bord postérieur et trois angles.

Sur le plan rapport :

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

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

- La face antéro-inférieure est en rapport avec la paroi antérieure du bassin et l'aponévrose ombilico-pré vésical, le muscle releveur de l'anus, le muscle et le nerf obturateur.

- Le sommet de la vessie : l'ouraque (cordon fibreux qui s'étend de la vessie à l'ombilic) est en rapport avec les artères ombilicales. En cas de tumeur avancée on note un envahissement de ces organes par la tumeur [47,53].

3-5- Configuration interne :

La surface interne la vessie est rouge chez le vivant. On décrit sur cette surface interne trois orifices : un orifice urétral appelé col de la vessie et deux orifices urétéraux ou méat urétéraux.

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

Une tumeur envahissant les méats urétéraux provoque une dilatation urétéropyélocalicielle; une dysurie va s'installer si elle envahit le col.

3-6- Structure de la paroi vésicale :

La paroi vésicale se compose de trois tuniques :

- La tunique externe conjonctive appelée encore adventice se confond avec la gaine conjonctive péri vésicale sous séreuse.
- La tunique musculaire : comprend une couche externe de fibres longitudinales, une couche moyenne de fibres circulaires et une couche interne de fibres longitudinales celles-ci se composent de faisceaux anastomosés.
- La tunique muqueuse : composée de couche superficielle faite de cellules superficielles en contact avec l'urine, les cellules intermédiaires et les cellules basales reposent sur la membrane basale.

La lamina pro pria (sous muqueuse ou chorion) se situe entre la membrane basale et la musculuse.

Cette couche muqueuse est le point de départ des tumeurs de la vessie.

L'envahissement de la couche musculaire est le témoin de la malignité de la tumeur. La classification TNM des tumeurs de la vessie est basée sur l'atteinte de dedans en dehors des différentes tuniques de la paroi vésicale [53].

3-7- Vascularisation et innervation :

- Artères :

La vessie bénéficie d'une vascularisation assez dense

Elle est constituée d'un réseau artériel émanant essentiellement des artères

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

Ombilicale, hypogastrique et honteuse interne qui irrigent la vessie comme suit :

En bas et latéralement par l'artère vésicale inférieure branche de l'hypogastre.

En bas et en arrière par les rameaux vésicaux, les artères hémorroïdales moyennes, prostatique et vésiculo-défférentielle chez l'homme, des artères utérines et vaginales chez la femme

En bas et en avant par l'artère vésicale antérieure, branche de la honteuse interne.

En haut par les artères vésicales supérieures qui se détachent de l'obturatrice et de la partie perméable de l'artère ombilicale [53]

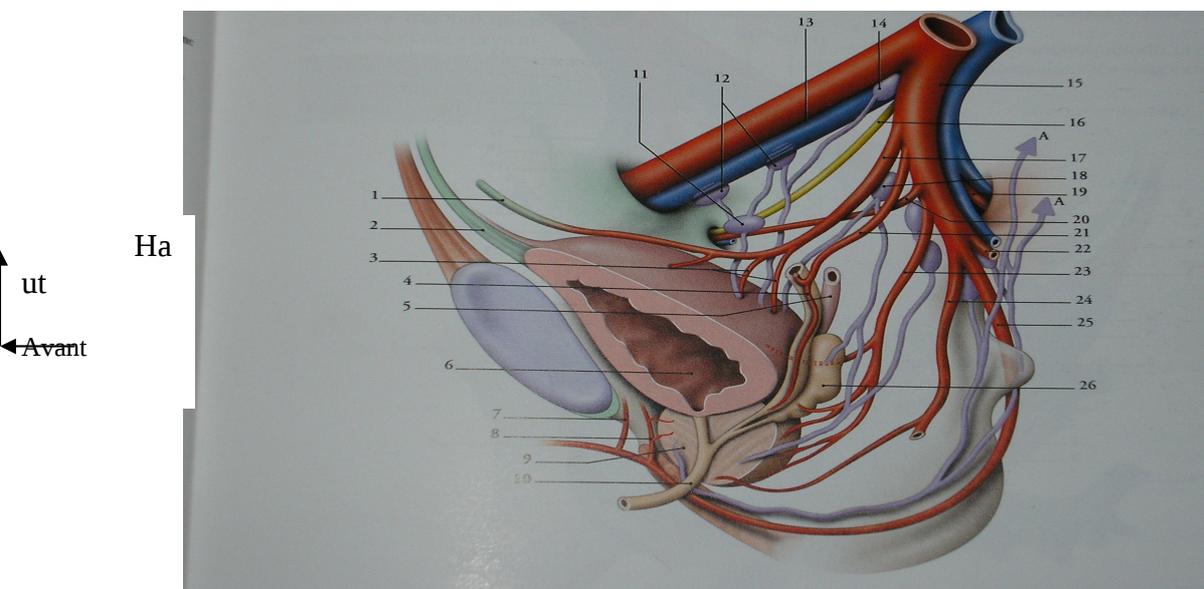


Figure 3 : Vascularisation artérielle et lymphatique de la vessie [46]

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

- Veines :

Les veines réalisent sur la face antérieure de la vessie un plexus très caractéristique connu sous le nom de plexus de Santorini, sur les cotés dans les plexus vésico-prostatiques, en arrière dans le plexus séminal. Les veines efférentes principales de ces plexus et les veines vésicales sont tributaires des veines hypogastriques vers les veines iliaques et la veine cave inférieure.

- Lymphatiques

Thèse de Médecine Noumou Mallé

Les vaisseaux lymphatiques de la vessie se rendent aux ganglions iliaques externes, accessoirement aux ganglions hypogastriques, iliaques primitifs et à ceux du promontoire figure(3) [57]

- Nerfs

Les nerfs proviennent des 3^{ème} et 4^{ème} nerfs sacrés (branche du plexus iliosacré)

En fait l'innervation est assurée essentiellement par le plexus hypogastrique situé dans les lames sacro-recto- genito-pubiennes.

Cette richesse de l'innervation de la vessie expliquerait l'atrocité de la douleur au cours des cancers de la vessie [53].

4- Anatomo-pathologie:

Malgré les difficultés de faire la différence entre une tumeur bénigne et une tumeur maligne de la vessie, la classification selon la littérature dans la majorité des cas la tumeur est maligne. Les tumeurs de vessie sont majoritairement représentées par des tumeurs épithéliales (94%), pour les raisons pratiques le terme de cancer de vessie se confond avec celui de tumeurs épithéliales [3]. A côté des tumeurs épithéliales primitives, existent des tumeurs secondaires de la

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

vessie qui sont une propagation de cellules néoplasiques d'une tumeur primitive des organes voisins (l'utérus, le rectum, la prostate, le sigmoïde).

Les tumeurs épithéliales de la vessie se présentent sous des formes anatomocliniques multiples [52,34].

- **Macroscopie** : L'examen macroscopique d'une pièce opératoire ou de la biopsie endoscopique permet de distinguer différentes variétés tumorales selon le mode de croissance :

Les Tumeurs végétantes : elles ont un développement exophytique intra vésical ; on distingue plusieurs types :

La tumeur végétante non infiltrante ou papillaire : elle est reliée à la paroi vésicale par un pédicule étroit (tumeur pédiculée) ou par une base d'implantation large (tumeur sessile) ;

La tumeur végétante et infiltrante : l'envahissement pariétal se traduit par un aspect rigide de la paroi vésicale au contact de la base d'implantation ;

La tumeur ulcéro-végétante : présente une ulcération centrale avec des bourrelets exophytiques irréguliers.

Tumeurs infiltrant pures : Elles sont planes et diagnostiquées le plus souvent à la cystoscopie. Elles sont difficiles à visualiser en imagerie.

Carcinomes in situ : lésion de haut grade développée en muqueuse plane, ne comportant aucune structure végétante et apparaissant comme une lésion érythémateuse.

Cette anatomie macroscopique permet de préciser le nombre de tumeurs (unique ou multiple).

Le siège peut être le trigone, le dôme vésical, le col vésical ou le fond vésical.

- **Microscopie** : si l'étude macroscopique peut être faite par l'urologue à la cystoscopie et par l'anatomo-pathologiste sur la pièce opératoire ou la biopsie, l'étude microscopique ne revient qu'à l'anatomo-pathologiste, sur lame et lamelle.

Les lésions histologiques de la tumeur de vessie les plus rencontrées sont :

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

Les carcinomes à cellules transitionnelles : elles représentent 90% de type histologique selon la littérature ;

Les carcinomes épidermoïdes : ils sont généralement associés aux irritations vésicales chroniques dont la bilharziose ; et sont généralement unique et infiltrants ;

Les adénocarcinomes : leur point de départ est souvent l'ouraou ou plaque d'extrophie vésicale. Ils sont insensibles à la radio et chimiothérapie, donc le traitement est seulement chirurgical.

Les papillomes : on peut citer les papillomes à cellules transitionnelles, les papillomes à cellules transitionnelles inversées et les papillomes épidermoïdes ;

Les autres types histologiques : bien que rares on peut citer les sarcomes, les carcinomes à petites cellules, les lymphomes.

5- Classification des tumeurs de vessie :

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

La classification Française de Chôme révisée en 1979 et celle de Marshall et de Jewet qui sont de moins a moins utilisées au profit des classifications TNM d'IUAC et de l'OMS.

5-1-La classification TNM de l'IUAC (1997)

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

T= tumeur ;

N=état des ganglions ;

M=métastases.

Tumeur :

Txt=tumeur locale non évaluable ;

T0=tumeur non décelable ou absente ;

Ta= tumeur limitée au niveau de la muqueuse vésicale ;

Tis= tumeur in situ (tumeur plane) ;

T1= tumeur envahissant le chorion ;

T2 se divise en T2a et T2b :

T2a= tumeur envahissant le muscle superficiel ;

T2b= tumeur envahissant le muscle profond ;

T3 se divise en T3a et T3b :

T3a= tumeur envahissant la paroi de la vessie sans atteindre l'adventice ;

T3b= tumeur envahissant la graisse péri vésicale ;

T4 se divise en T4a et T4b :

T4a= tumeur vésicale avec envahissement des organes de voisinage ;

T4b= tumeur vésicale avec envahissement pariétal et à distance.

Etat ganglionnaire :

Nx=atteinte ganglionnaire non décelable ;

N0=absence d'envahissement ganglionnaire ;

N1=ganglion unique ≤ 2 cm de taille ;

N2=ganglion unique de taille comprise entre 2 et 5 cm, ou présence d'au moins

02 ganglions de taille inférieure à 5 cm ;

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

Métastases tumorales :

Mx=métastases non décelables ;

M0=absence de métastases ;

M1=métastases à distance [54,31].

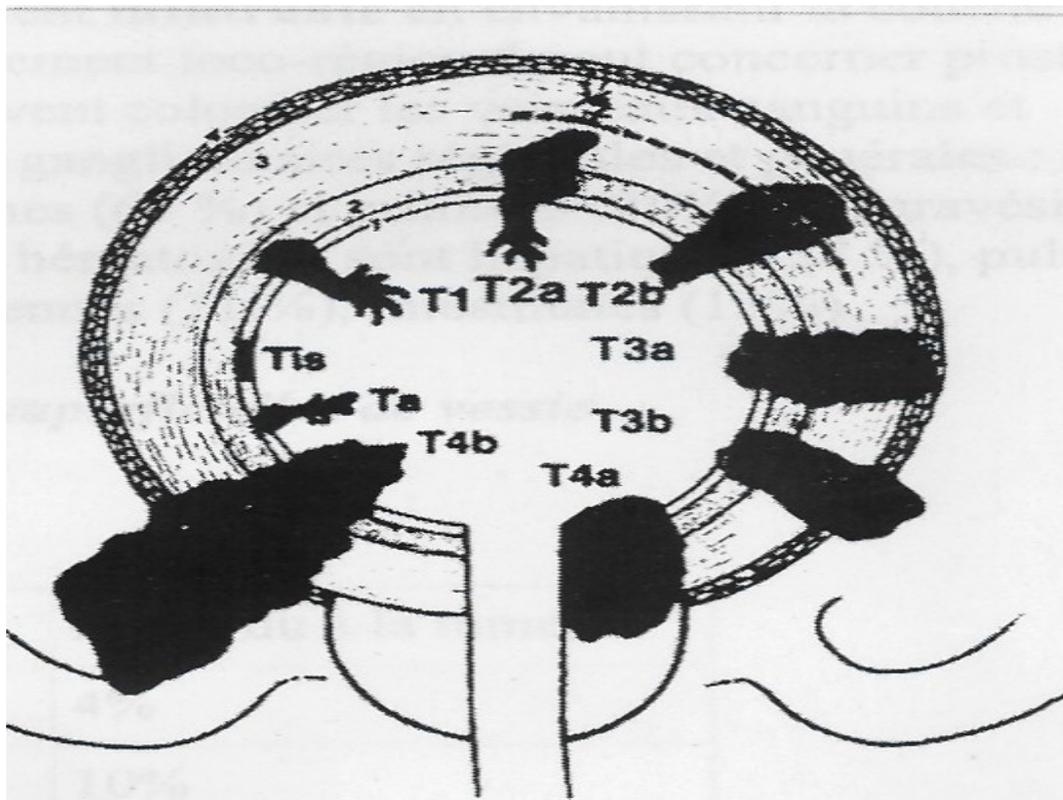


Figure 4 : Classification TNM en fonction de la structure vésicale [30].

Actuellement, la prise en charge thérapeutique d'une tumeur de vessie repose sur au moins sur trois systèmes de classification complémentaire :

- la détermination du stade clinique et pathologique (TNM)
- la détermination du type histologique (OMS)
- la détermination du grade histopathologique (IUAC)

7- Etude clinique :

7-1- Circonstances de découverte :

L'hématurie, signe essentiel et le plus fréquent dans 85% des cas selon la littérature, pouvant résumer à elle seule toute la symptomatologie de la tumeur. Elle est classiquement terminale, indolore et macroscopique.

Parfois aussi de découverte fortuite à l'échographie lors d'un bilan [12].

7-2- Examen clinique :

- **L'interrogatoire :** précise l'âge, la notion de tabagisme et les antécédents urologiques.

Les signes fonctionnels sont résumés par :

Les signes d'irritation vésicale :

Pollakiurie nocturne et diurne, isolée ou associée à des brûlures mictionnelles ;

La dysurie voire la rétention d'urine par caillottage ou par infiltration de la base vésicale par la tumeur.

Les signes de la complication tumorale : les douleurs lombaires, hypogastriques, anales ou les coliques néphrétiques par obstruction des méats urétéraux.

- **Examen physique :** l'inspection, la palpation abdominale associée au toucher pelvien.

Cet examen physique est pauvre au début ; mais en cas de tumeur avancée on note :

- **Les signes de la complication tumorale :**

Une altération de l'état général avec amaigrissement ;

Thèse de Médecine Noumou Mallé

Des œdèmes des membres inférieurs généralement unilatéral et probablement par compression des gros vaisseaux ;

Une tuméfaction hypogastrique : masse irrégulière et douloureuse fixée à la cavité pelvienne. Si elle n'est pas perçue à l'inspection elle est perçue à la palpation hypogastrique et au toucher. On apprécie sa consistance et son contour ;

Les adénopathies inguinales, axillaires ou cervicales [1, 29, 41,51].

7-3- Signes majeurs de quelques formes cliniques :

- Anatomiquement il s'agit :

. Tumeurs de l'ouraque : le tableau clinique est dominé par l'hématurie dû à l'envahissement artères ombilicales qui ont un rapport étroit avec cette partie.

.Tumeur vésicale calcifiée : cliniquement on rencontre au toucher pelvien un durcissement de la paroi vésicale. Les troubles de la miction (dysurie, Pollakiurie) sont fréquentent dus à une diminution de la motricité vésicale.

.Tumeur vésicale et calcul : Leur association donne un tableau clinique rapidement marqué par la pollakiurie et les signes d'infection urinaire tel que la dysurie.

- Formes évolutives :

.Tumeurs végétantes non infiltrantes : La pollakiurie est le signe majeur par l'occupation de la cavité vésicale par la tumeur.

.Tumeurs végétantes et infiltrantes : La clinique est marquée par les signes d'envahissement de organes voisins si le diagnostic est tardif tel que la constipation en cas d'envahissement du rectum.

.Tumeurs ulcero-végétantes : L'hématurie est le maitre symptôme accompagnée généralement par une dysurie.

. Tumeur infiltrantes pures : sans signe particulier en d'une douleur pelvienne. Le diagnostique est faite à la cystoscopie.

. Le carcinome in situ : La douleur pelvienne est plus marquée à cause du contacte de l'urine avec la lésion érythémateuse.

-Selon la position de la tumeur :

Thèse de Médecine Noumou Mallé

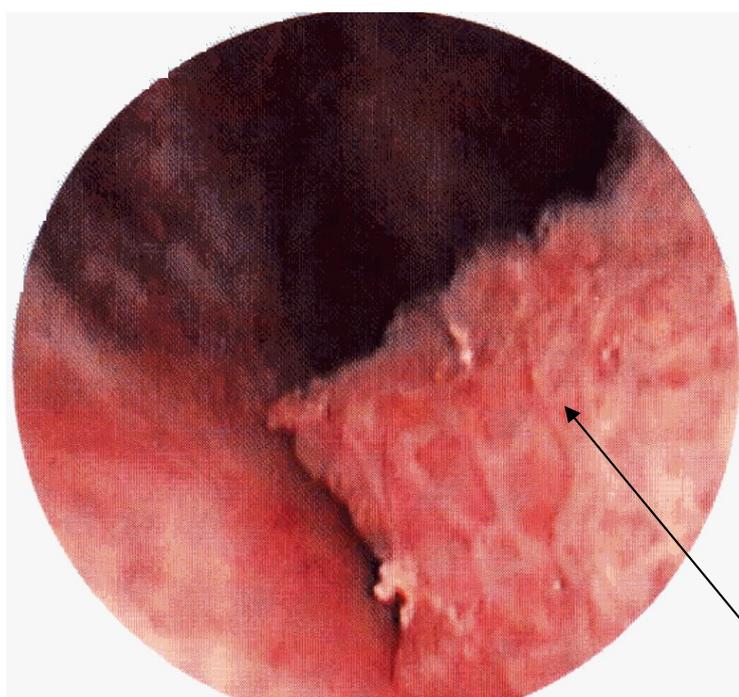
.Tumeur au niveau du col vésical : Soit une rétention aigue d'urine par obstruction ou une incontinence d'urine par paralysie des nerfs ou des muscles col vésicale.

. Tumeurs développées au niveau des méats urétéraux : Marqué par des signes d'atteinte rénale à type cholique néphrétique ou anurie par obstruction des méats urétéraux.

Toute cette forme s'accompagne généralement d'une douleur intense due à la complexité de l'innervation vésicale [2, 4,9].

8- Examens para cliniques :

8-1-La cystoscopie : elle a un double intérêt (diagnostic et thérapeutique). L'intérêt diagnostique réside dans l'étude macroscopique de la tumeur, en appréciant la taille, l'aspect, la localisation et le nombre. Sa réalisation est facile, surtout chez la femme.



Tumeur de vessie

Figure 5 : Tumeur de vessie vue à la cystoscopie [53]

8-2-Echographie vésicale : elle objective la présence de la tumeur dans la cavité vésicale. Certains aspects échographiques sont à noter :

Thèse de Médecine Noumou Mallé

La persistance du liséré hyper écho gène de la paroi vésicale serait en faveur d'une tumeur superficielle ;

La rupture et l'irrégularité de la paroi vésicale est en faveur d'une tumeur infiltrant ;

La présence d'une masse écho gène débordant la limite vésicale traduit un envahissement de la graisse péri vésicale.

Elle apprécie le haut appareil urinaire, et est demandée également pour le bilan d'extension, à la recherche des métastases et des dilatations pyélocalicielles.

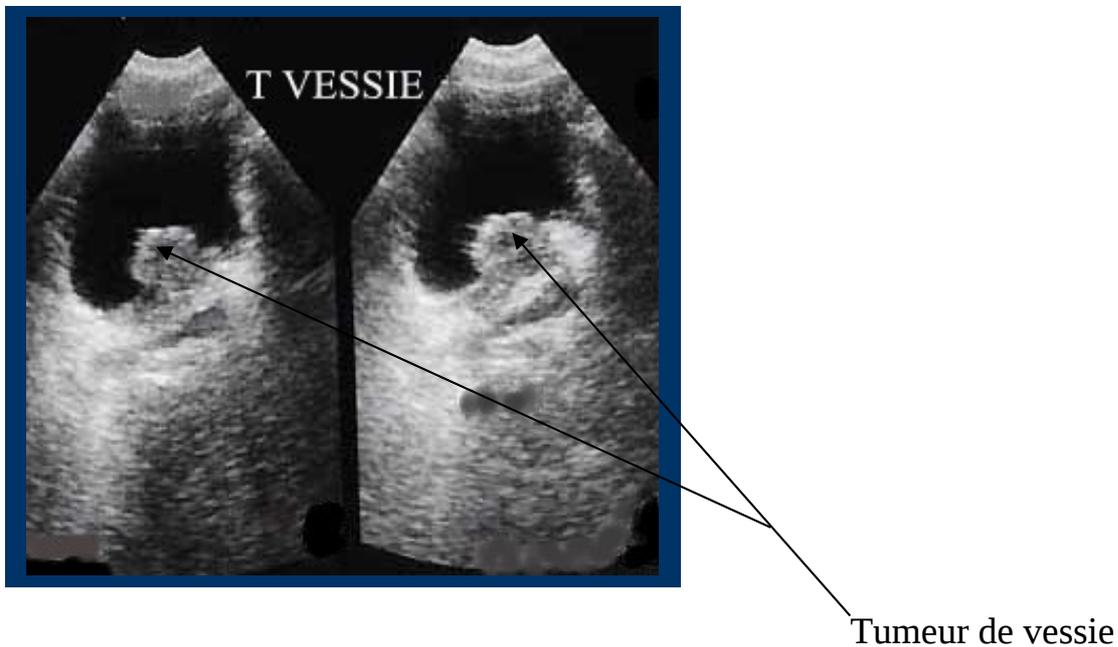


Figure 6 : Tumeur vessie vue à l'échographie [53].

8-3-La cytologie urinaire : Elle permet parfois le diagnostic des

Tumeurs de la vessie en détectant la présence de cellules atypiques ou même maligne dans les urines. Elle présente un deuxième intérêt en tant qu'examen de dépistage dans les populations à risque. L'examen peut se faire sur les urines

Thèse de Médecine Noumou Mallé

spontanément émises, des urines recueillies par sondage ou lors d'une cystoscopie.

La cytologie donne un index cytologique de malignité exprimé en grade ou en degré :

Grade I : normal ;

Grade II : dysplasie modérée ;

Grade III : dysplasie sévère ;

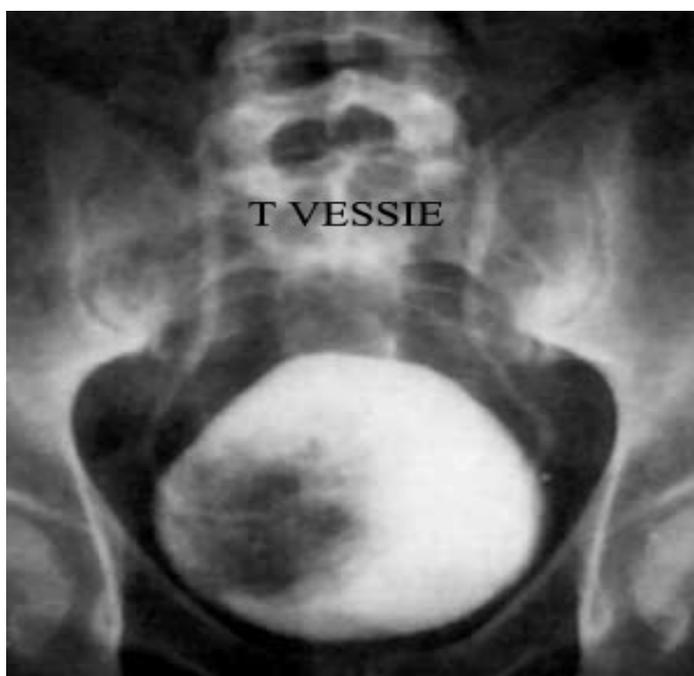
Grade IV : cellules carcinomateuses.

Il existe cependant quelques faux négatifs ; elle n'a donc de valeur que si elle est positive [49].

8-4-L'UIV : elle permet d'apprécier le haut appareil urinaire, évalue la fonction rénale, le cystogramme. Les images radiologiques sont :

Les lacunes, Les amputations ; ou Les deux associées [58, 60].

Irrégularités du contour vésical ; cet aspect est en faveur d'une malignité [40].



Haut



e dans le service
opos de 40 cas

Tumeur

Figure 7 : Tumeur de vessie vue à UIV [53].

8-5-L'UCR : quand elle est demandée, elle peut montrer des images

Lacunaires ou d'amputation sur le cystogramme et apprécier le bas appareil urinaire. Elle est demandée en cas de contre-indication de l'UIV. Sinon la découverte est fortuite lors d'un bilan de rétrécissement.

8-6-Le Bilan d'extension de la tumeur :

Ce bilan dépend des caractéristiques de la tumeur (multifocale, types histologiques surtout). L'extension reste actuellement difficile à cerner, l'imagerie classique étant en fait peu sensible ; et l'examen de la pièce opératoire et du curage ganglionnaire reste le seul examen qui permet une stadification correcte de la tumeur [31, 12,60].

A ce bilan participent :

L'examen clinique correct du malade, surtout le toucher pelvien ;

-L'UIV pour apprécier le haut appareil urinaire ;

-La tomodensitométrie (Scanner abdominal) pour apprécier l'infiltration Pariétale et l'extension pelvienne, la recherche d'adénopathie et des métastases hépatiques ;

-L'échographie abdomino-pelvienne participe non seulement au diagnostic Mais aussi au bilan d'extension en appréciant l'état hépatique et pariétal ;

-La lymphographie détermine l'atteinte ganglionnaire. L'envahissement de

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

Certaines localités ganglionnaires contre indique la chirurgie, tels les ganglions localisés au-dessus des vaisseaux iliaques primitifs ;

-La scintigraphie osseuse détermine l'atteinte osseuse ;

-La radiographie du thorax apprécie l'état pulmonaire en mettant en

Évidence les adénopathies médiastinales ou des métastases pulmonaires à type de nodules, images parenchymateuses en lâcher de ballon, comblement du cul de sac costo diaphragmatique.

Au terme de ce bilan on définira le stade de la tumeur.

Autres bilans :

-L'ECBU à la recherche d'éventuelle infection urinaire;

-La créatininémie pour apprécier la fonctionnalité rénale ;

-La NFS pour apprécier le taux d'hémoglobine [31, 12,60].

9- Diagnostic positif :

Il est posé sur la base des données cliniques (interrogatoire, examen physique dont le TR et/ou le TV) et para cliniques [1].

10- Diagnostic différentiel :

Les tumeurs de vessie doivent être différenciées des certains pathologie tels que :

10-1-La bilharziose urinaire :

Le diagnostic est fait par l'examen cytobactériologique des urines associé à l'exploration radiologique.

10-2- La lithiase vésicale :

Les images lacunaires dues à une tumeur de la vessie, sont à différencier des calculs radio transparents ;

10-3- L'adénome de la prostate :

Un lobe médian de l'adénome de prostate faisant saillie dans la vessie a une grande similarité avec une tumeur de vessie. L'examen physique (Toucher pelvien) complété par une bonne échographie et l'histologie confirmera le diagnostic.

10-4- La colopathie fonctionnelle :

Thèse de Médecine Noumou Mallé

Les images lacunaires dues à une tumeur de la vessie, sont à différencier des gaz intestinaux. Ce là est possible grasse à l'échographie.

10-5- Les tumeurs digestives avec compression vésicale :

Ici l'échographie montre une paroi vésicale non infiltrée par la tumeur associée à des troubles digestifs à type semi occlusif.

10-6- Les diverticules vésicaux :

Les images d'addition de la tumeur sont à différencier des diverticules vésicaux et ce là est possible grasse à la cystoscopie [5, 52, 54].

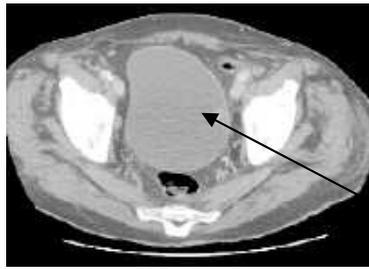
11-Les formes cliniques :

11-1- les formes radiologiques particulières :

11-1-1-Les tumeurs vésicales calcifiées :

Ces tumeurs vésicales sont rares et correspondent à 0,5 à 6 % des tumeurs vésicales prises en charge.

Les tumeurs calcifiées les plus fréquentes restent les tumeurs urothéliales, les calcifications tumorales étant situées en superficie de la tumeur : le scanner dépiste au mieux ces calcifications.



Tumeur de vessie

Figure 8 : scanner sans injection d'une tumeur de vessie faiblement calcifier [61].

-Type de description :

. Le carcinome de l'ouraque

C'est devant une tumeur localisée au niveau de la face antérieure de la vessie que l'urologue doit évoquer le diagnostic.

Cette tumeur présente un développement extra vésical, et s'étend le long de l'ouraque vers l'ombilic avec une masse oblongue.

La densité de ces lésions est variable: solide, kystique, ou mixte. La présence et la production de mucus au sein de la tumeur donne dans 6 cas sur 10 un aspect hypo dense en TDM. Des calcifications sont retrouvées dans 5 à 10 % de ces tumeurs. La densité de ces lésions est variable: solide, kystique, ou mixte.

La présence et la production de mucus au sein de la tumeur donne dans 6 cas sur 10 un aspect hypo dense en TDM.

Des calcifications sont retrouvées dans 5 à 10 % de ces tumeurs [24].

Les coupes en reconstruction sagittales par IRM sont intéressantes pour préciser la voie d'abord chirurgical. [24]

La forme histologique la plus classique de ces tumeurs calcifiées correspond aux tumeurs épidermoïdes du cancer vésical développées dans le cadre des patients suivis pour bilharziose [49]

D'autres formes histologiques peuvent être calcifiées et l'on peut citer :

- l'adénocarcinome muqueux,
- l'adénome néphrogénique,
- l'hémangiome vésical,

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

- le ganglio-neurone,
- le neuroblastome,
- le léiomyosarcome,
- l'ostéosarcome et le carcinosarcome,
- le phéochromocytome à localisation vésicale.

11-1-2-Les tumeurs intradiverticulaires

-Type de description :

.Tumeur de vessie infiltrante développée dans un diverticule :

Le diagnostic d'une tumeur développée dans un diverticule vésical peut-être difficile, à la fois sur le plan radiologique et lors de l'examen endoscopique car l'exploration des diverticules, parfois nombreux et volumineux, n'est pas toujours facile.

L'infection urinaire est généralement associée d'où la nécessité d'un ECBU.

Le scanner est utile pour identifier la lésion et apprécier la prise de contraste après injection. L'existence d'une paroi très mince sans fibres musculaires rend l'appréciation radiologique de l'infiltration en profondeur de ces tumeurs impossible, et la plupart du temps, ces lésions sont considérées comme des lésions infiltrantes à extension rapide [46].

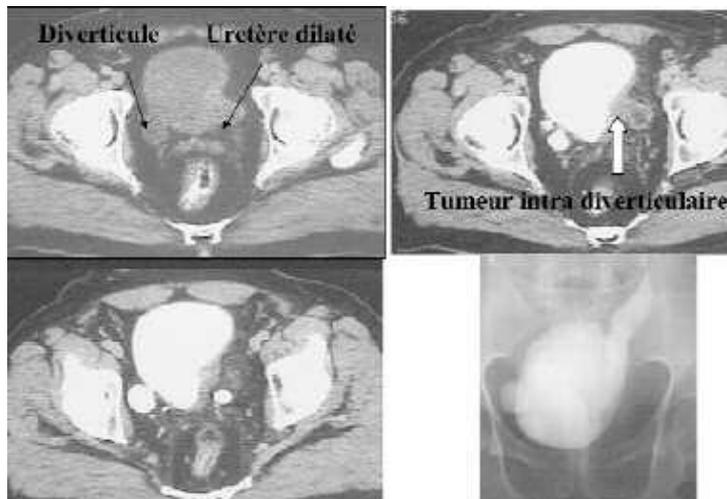


Figure 9 : Tumeur de vessie infiltrante développée dans un diverticule (TDM : Coupe sans injection et tardives) [25].

11-1-3- Les tumeurs de l'ouraque :

C'est devant une tumeur localisée au niveau de la face antérieure de la vessie que l'urologue doit évoquer le diagnostic.

Cette tumeur présente un développement extra vésical, et s'étend le long de l'ouraque vers l'ombilic avec une masse oblongue.

La densité de ces lésions est variable: solide, kystique, ou mixte. La présence et la production de mucus au sein de la tumeur donne dans 6 cas sur 10 un aspect hypo dense en TDM.

Les calcifications sont retrouvées dans 5 à 10% de ces tumeurs [24].

Les coupes en reconstruction sagittales par IRM sont intéressantes pour préciser la voie d'abord chirurgical.

-Type de description :

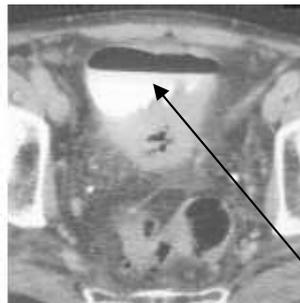
L'adénocarcinome muqueux : L'adénocarcinome secondaire inclut surtout les tumeurs d'origine digestive et le bilan radiologique a un rôle important à jouer en précisant cette extension et l'origine de la tumeur.

Thèse de Médecine Noumou Mallé

Ces lésions sont souvent volumineuses, localisées au niveau de la base de la vessie, s'étendant latéralement et en périvésical [26- 54- 70- 74].

Les adénocarcinomes primitifs n'ont pas de spécificité radiologique sauf pour les tumeurs de l'ouraue.

Dans certains contextes urologiques (entérocystoplastie de remplacement ou d'agrandissement vésical), il faut savoir évoquer cette entité histologique.



Liquide de contraste dans la vessie

Figure 10 : Adénocarcinome sigmoïdien étendu à la vessie.

11-1-4- Les formes histologiques particulières :

Elles sont différentes les unes des autres par leurs types histologiques.

-Types de description :

.Le carcinome in situ

Le CIS n'est pas détectable par les méthodes d'imagerie. Son diagnostic repose sur l'endoscopie vésicale, les biopsies dirigées et la cytologie urinaire qui est très spécifique.

L'imagerie trouve sa place dans ces lésions agressives et souvent associées à d'autres tumeurs de vessie dans le bilan du haut appareil urinaire et dans le bilan locorégional et la recherche de métastases ganglionnaires.

La détection endoscopique du CIS semble améliorée par l'utilisation des techniques de fluorescence [27].

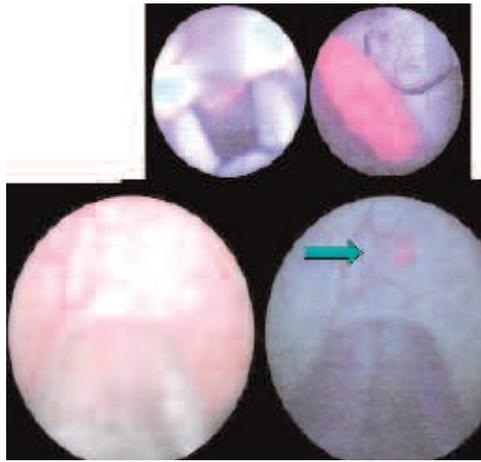


Figure 13: Fluorescence d'un polype superficiel lésion dysplasique invisible en lumière blanche [27]

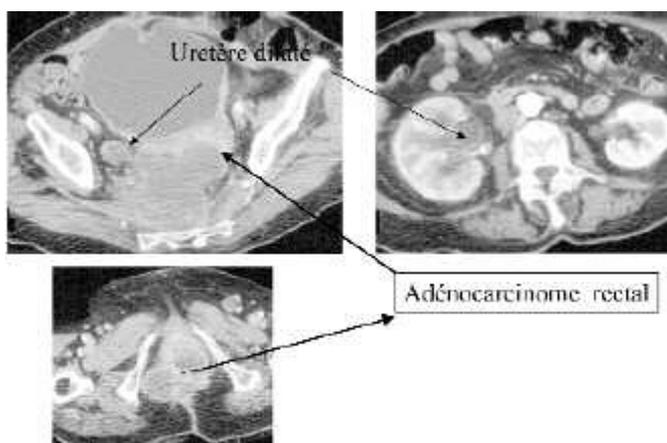
L'adénocarcinome vésical :

L'adénocarcinome secondaire inclut surtout les tumeurs d'origine digestive et le bilan radiologique a un rôle important à jouer en précisant cette extension et l'origine de la tumeur.

Ces lésions sont souvent volumineuses, localisées au niveau de la base de la vessie, s'étendant latéralement et en péri vésical [26- 54- 60- 64].

Les adénocarcinomes primitifs n'ont pas de spécificité radiologique sauf pour les tumeurs de l'ouraue.

Dans certains contextes urologiques (entérocystoplastie de remplacement ou d'agrandissement vésical), il faut savoir évoquer cette entité histologique.



essie dans le service
propos de 40 cas

Figure14 : Aspects radiologiques d'un envahissement par contiguïté de la vessie par une tumeur rectale [24]

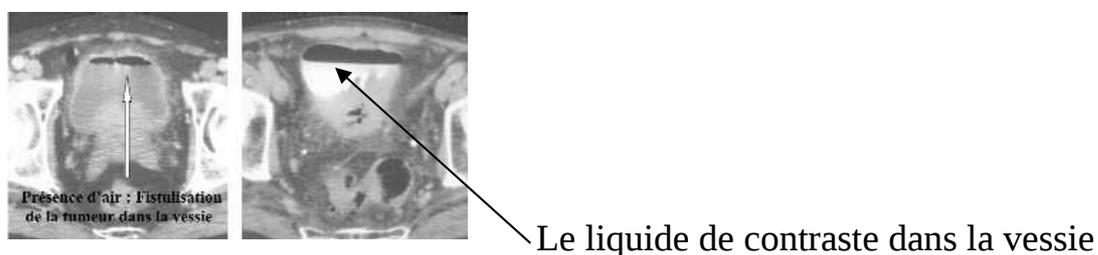


Figure15 : Adénocarcinome sigmoïdien étendu à la vessie [24].

. Les lymphomes vésicaux :

Primitifs ou secondaires, l'imagerie TDM ou IRM des lymphomes ne présente pas de spécificité et le diagnostic repose sur l'analyse des copeaux de résection. Le plus souvent, ils se présentent sous la forme d'un épaissement irrégulier et diffus de la paroi vésicale [20- 55].

Le contexte clinique doit savoir faire évoquer cette tumeur (ATCD de lymphome non hodgkinien, de transplantation rénale.)



Figure 16 : Aspects radiologiques d'un lymphome vésical [20].

. Les sarcomes vésicaux :

En fonction du tissu dont ils sont dérivés, les sarcomes existent sous de multiples formes histologiques: chondrosarcome, angiosarcome, ostéosarcome, liposarcome, histiocytofibrome malin. Il s'agit d'une tumeur le plus souvent volumineuse à développement endo et péri vésical.

La production par les cellules malignes de tissu ostéogénique peut donner des calcifications multiples disséminées au sein de la tumeur, ou centrales. La plupart du temps ces lésions ne présentent pas de nécrose tumorale et sont hyper vasculaires avec une prise de contraste hétérogène [57].

Les léiomyomes vésicaux :

Thèse de Médecine Noumou Mallé

Le léiomyome vésical est une tumeur bénigne primitive de la voie excrétrice dont la localisation vésicale est fréquente.

La forme à développement intra vésical représente 2/3 de ces lésions, les autres formes, extra murales, extra vésicales ou intra murales sont plus rares.

Le diagnostic peut-être évoqué sur l'échographie qui montre le plus souvent une masse homogène, écho gène, régulière ; sur les coupes de scanner il s'agit d'une lésion de densité homogène peu rehaussée par injection de produit contraste et surtout bien limitée malgré un volume souvent important.

Cette lésion n'entraîne pas de signe d'infiltration des organes de voisinage.

En IRM la lésion à des caractéristiques d'un léiomyome utérin avec un hypo signal en séquence T2 et un faible rehaussement après injection de Gadolinium.

[60]

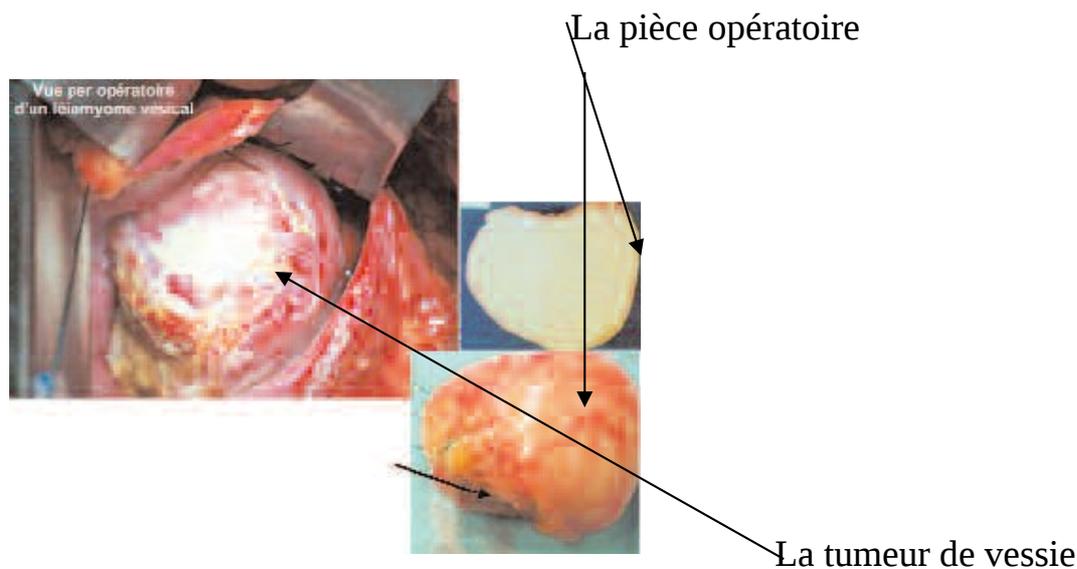


Figure 17: Léiomyome vésical : Aspect macroscopique [60]

.Les nodules d'endométriose vésicale :

Le diagnostic d'endométriose vésicale doit être évoqué chez la femme devant des douleurs pelviennes, rythmées par les règles, associées éventuellement à des épisodes d'hématurie macroscopique intermittents.

En échographie les nodules d'endométriose correspondent à des lésions ; hypoéchogènes, volontiers bilatérales multiloculaires avec de fins échos internes au niveau pariétal les dépôts de cholestérol peuvent apparaître sous la forme de Foyers hyperéchogènes [10].

En IRM les endométriomes sont en hyper signal intense T1, bien individualisés sur les séquences fat sat et en hypo signal T2.

Le diagnostic repose sur l'examen endoscopique et les biopsies.

BALLEYGUIER insiste sur la place de l'IRM par rapport à l'échographie trans vaginale dans la détection et l'évaluation en profondeur des lésions de la face postérieure de la vessie chez 12 patientes [5].

La recherche systématique d'un retentissement sur le haut appareil urinaire fait partie du bilan lésionnel de ces patientes [17].

Haut





Avant ←

Figure 18 : Aspect en IRM d'une endométriose pelvienne avec nodule vésical(T2) [5]

. Le phéochromocytome vésical :

Tumeur exceptionnelle, elle aussi évoquée dans des situations cliniques particulières (poussée hypertensive lors des rapports sexuels, lors des efforts de défécation...). Sur le plan radiologique, l'urographie retrouve des images tumorales non spécifiques, avec un aspect lacunaire régulier souvent localisé au dôme vésical ; en IRM, il s'agit d'une lésion pariétale de signal intermédiaire ou diminué lors des séquences pondérées T1, en hyper signal sur les séquences pondérées en T2. La recherche d'autres localisations justifie pour certains auteurs la réalisation d'une scintigraphie au MIBG, radio isotope à forte affinité pour les tumeurs chroma fines [3- 56].

Récemment, la TEP au 6 - 18 F. Fluorodopamine a été utilisée pour détecter une localisation vésicale d'un phéochromocytome [38].

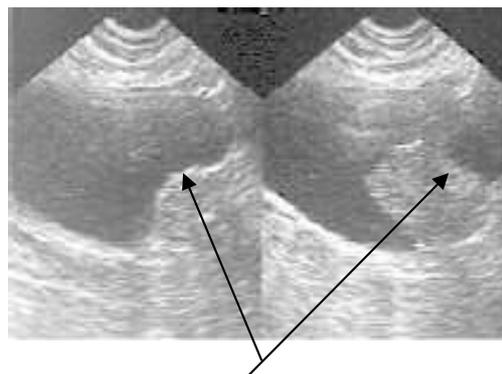


Figure 19 : Aspect radiologique d'un phéochromocytome [3].

.Bilharziome :

La forme histologique la plus classique de ces tumeurs calcifiées correspond aux tumeurs épidermoïdes du cancer vésical développées dans le cadre des patients suivis pour bilharziose [56].



Figure 20 : l'ASP et aspect échographique d'un bilharziome [56].

11-1-5-Les formes Pseudo tumorales :

-Type de description :

.Cystite à éosinophiles pseudo tumorale d'évolution suraiguë:

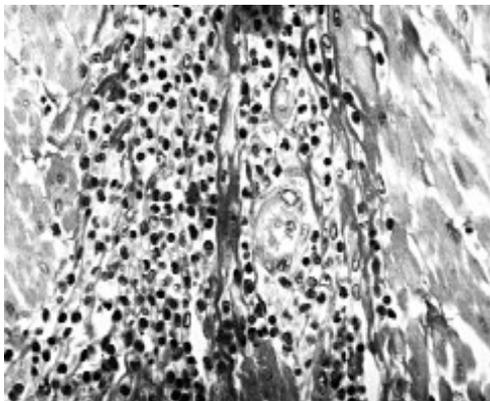
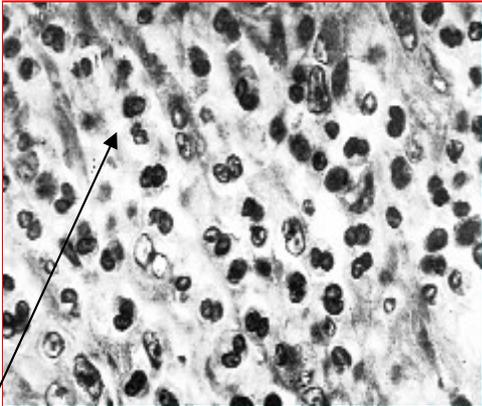
La cystite à éosinophiles est une pathologie inflammatoire rare de la paroi vésicale dont la physiopathologie reste obscure.

Présentant une grande variété de manifestations cliniques, endoscopiques ou radiologiques, sa définition repose sur l'existence, à l'examen anatomo-

Thèse de Médecine
Noumou Mallé

pathologique d'un infiltrat inflammatoire à prédominance éosinophile intéressant de façon diffuse la paroi vésicale [9].

Depuis la première description en 1960, une centaine de cas ont été publiés, dont 20 formes pseudo tumorales. La prise en charge thérapeutique repose habituellement sur les corticoïdes ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens, parfois sur la résection endoscopique des lésions, exceptionnellement sur la chirurgie [9].



Les polynucléaires d'éosinophile

FIGURE 21 : coupe en coloration HPS (Hemalum phloxine, Safran), grossissement X1000: infiltration des fibres musculaires vésicales par un infiltrat inflammatoire de polynucléaires d'éosinophiles

FIGURE 22 : coupe en coloration HPS (Hemalum phloxine, Safran) grossissement X400 : infiltrat des fibres musculaires vésicales par un infiltrat inflammatoire de polynucléaires d'éosinophiles

12-Facteurs de risques :

L'étiologie de la tumeur de la vessie n'est pas très bien connue, mais on peut citer certains facteurs de risque : [38].

- Le tabac :

La cigarette qui constitue le premier facteur de risque est connue de tout [37]. Le risque de survenu de cancer de la vessie est très élevé chez les fumeurs. Ce risque s'explique du fait que les substances toxiques du tabac sont éliminées par les reins et la vessie où elles peuvent provoquer de grands dégâts. Ce facteur dépend de l'augmentation des quantités quotidiennes, de la durée, du type de tabac consommé (cigarettes ou cigares), et de l'âge du consommateur [12].

- Les facteurs professionnels :

Les cancers vésicaux d'origine professionnelle sont précédés par des lésions dysplasiques ou des papillomes. La durée d'exposition est d'au moins 02 ans, par inhalation ou par ingestion.

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

Les carcinogènes d'origine professionnelle sont essentiellement les dérivés des hydrocarbures et de l'alanine. Ils sont responsables de 27% des cancers de la vessie.

- **les agents parasitaires :**

La bilharziose urinaire :

La bilharziose urinaire prédispose au cancer de vessie de type épidermoïde [4, 15].

Son rôle a été mis en évidence en 1991 par Ferguson en constatant que la fréquence des cancers vésicaux est plus élevée chez les Egyptiens porteurs de schistosoma haematobium. Il a situé le mécanisme au niveau de la transformation néoplasique des lésions inflammatoires provoquées par la présence des œufs du parasite [51].

- **Autres facteurs de risques évoqués :** cités sans pour autant en prouver le mécanisme. Ce sont :

Les édulcorants, le thé, l'alcool, les boissons gazeuses, le café, les légumes, les épices, les carottes, les choux, la phénacétine, le cyclophosphamide, l'irritation chronique, l'infection vésicale et l'extrophie vésicale qui prédispose aux adénocarcinomes de vessie [48].

13-traitement :

13-1- Préventif :

Comme son nom l'indique, son but est de prévenir la maladie et de minimiser les complications de la maladie installée. On peut utiliser les moyens suivants :

I.E.C : sur les facteurs de risque avec en tête la bilharziose urinaire, le tabac, la consommation régulière d'antalgique, les produits chimiques.

Le dépistage: pour une détection précoce et une prise en charge également précoce en cas de tumeur [58].

13-2- Curatif : son but est d'améliorer la qualité de vie du malade en supprimant la tumeur.

13-3- Palliatif : Son but est de combattre les complications liées à l'évolution locorégionale de la tumeur.

13-4-Moyens :

-Chirurgie endoscopique :

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

Elle est envisagée en première intention en cas de tumeur de vessie, sous anesthésie générale ou locorégionale. On procède à une résection de la tumeur puis une coagulation de la zone réséquée (qui peut être nécessaire).

Les complications de ce moyen sont les infections, risque de perforation de la vessie et les récurrences [13].

Indications :

Tumeurs superficielles Ta uni ou pauci focale

Tumeurs superficielles Ta multifocales ou récidivantes

T1 associées ou non à un carcinome in situ

La chirurgie classique

Cette chirurgie a une place prépondérante dans le traitement curatif ou palliatif des tumeurs de vessie. Réalisée également sous anesthésie générale ou locorégionale, elle peut nécessiter une réanimation pré, per et postopératoire. Cette chirurgie à l'heure actuelle est la plus utilisée dans notre milieu [41].

-La chirurgie classique à visée curative :

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

Les complications de cette chirurgie résident surtout aux problèmes de remplacement vésical [54].

Indications :

Les tumeurs infiltrantes [35].

-La chirurgie classique à visée palliative :

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

Les complications de cette chirurgie sont l'hémostasie, les troubles mictionnels, la douleur, l'insuffisance rénale par obstruction, les fistules urinaires [35].

Thèse de Médecine Noumou Mallé

-Indication :

Tumeurs de stade évolutive avancée (envahissement de la musculature vésicale), sans envahissement loco régional.

Tumeurs situées au niveau d'un ou des deux méats urétéraux.

Tumeurs envahissant le col vésical [35].

- La dérivation urinaire :

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

Les dérivations urinaires externes non continentales :

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

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

Urétérostomie cutanée transintestinale : c'est l'opération de Bricker ; l'implantation des uretères se fait (directement ou avec un trajet anti-reflux) dans un greffon iléal isolé abouché à la peau. La technique n'est pas agressive pour les reins et elle est compatible avec une vie sociale normale [3,37].

Les dérivations urinaires internes non continentales :

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

La Sigma Rectum Pouch ou Mainz Pouch II : c'est l'implantation urétéro-sigmoïdienne avec confection d'un réservoir à faible pression [13].

Intervention de Camey : c'est une entéro-cystoplastie de remplacement [3].

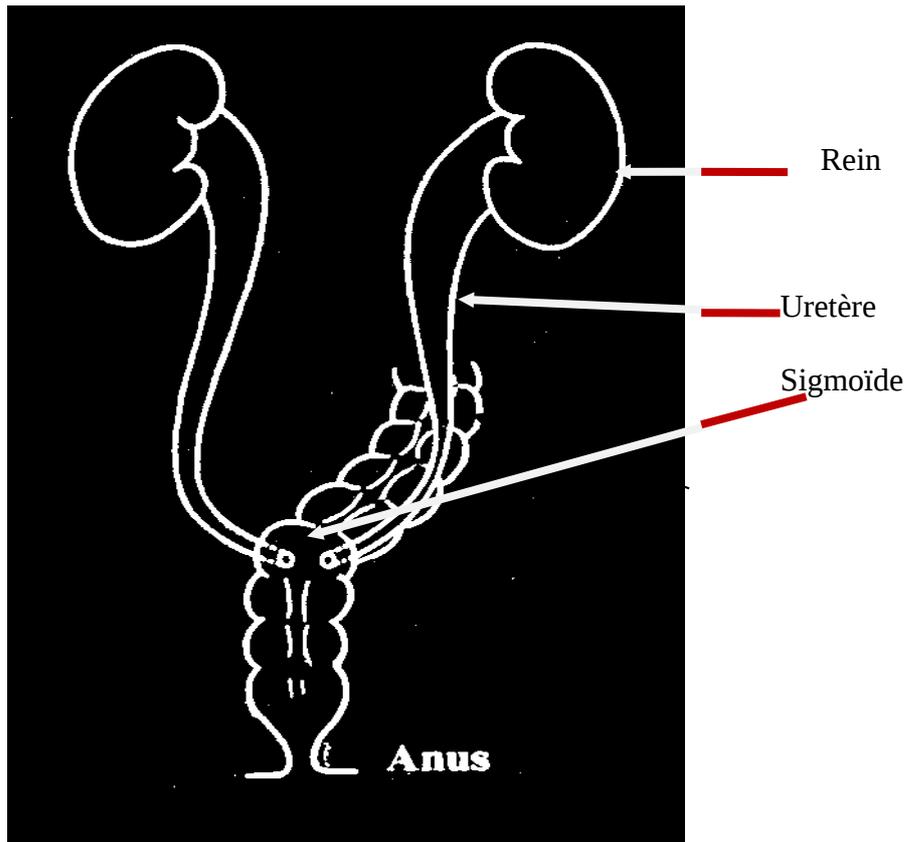


Figure 2 3 : Dérivation urétero-sigmoïdienne [3].

Dérivation urinaire avec confection d'un réservoir étanche :

On peut citer :

La poche de **Kock** ;

Le réservoir de **Mainz** ;

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

La néo-vessie rectale [3].

Les complications :

Thèse de Médecine Noumou Mallé

-**Précoces** : peuvent se voir au premier mois de l'opération et sont dominées par la pollakiurie dû à la diminution de la capacité vésicale les troubles de transit, les occlusions postopératoires, les fistules digestives ou urinaires, les infections voire des abcès pariétaux ;

- **Tardives** : l'infection urinaire, la pyélonéphrite, l'obstruction urinaire par sténose de la zone d'implantation urétéro-intestinale, la récurrence tumorale, le reflux septique dans le haut appareil urinaire est responsable de lésions, de néphrite interstitielle et d'insuffisance rénale, risque de survenue de cancer colique [39].

- **Chimiothérapie** :

Chimiothérapie endovesicale: Elle consiste en l'application au contact de la muqueuse vésicale d'agent cytotoxique soit ayant une action immunologique visant à freiner la progression des tumeurs superficielles de la vessie et de s'opposer aux récurrences. Elle est pratiquée par installation intra vésicale 24 heures après un geste endoscopique ou une instillation hebdomadaire pendant 6 semaines, et cela un mois après la résection.

Les produits les plus utilisés sont : Thiotepa-Epodyl, Mytomycine C, Dexorybicine(Adriamycine), BCG endovesical, l'interféron.

Les complications sont surtout liées aux effets secondaires ou à l'allergie aux produits. Ces complications sont d'ordre local (pollakiurie, brûlure mictionnelle), et locorégionale (épididymite, prostatite) [14,39].

Indication : Tumeurs superficielles de la vessie non infiltrantes.

Chimiothérapie générale : Faite par voie générale, a sur les tumeurs une action certaine quoique encore imprécise proposée en cas de tumeur infiltrante de la vessie, ou une dissémination extra vésicale de la maladie et les cas de tumeurs récidivantes. De nombreux essais thérapeutiques sont actuellement réalisés afin de déterminer son efficacité et sa place exacte dans le traitement des tumeurs de la vessie. Les protocoles les plus utilisés sont :

MVAC (Methotrexate, Vinblastine, Adriamycine, Cysplatine) ; le taux de réponse immédiate obtenue est extrêmement important et de l'ordre de 72%, dont 36% avec réponse complète ;

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

CMV (Cis platine, Methotrexate, Vinblastine) ; les complications sont surtout les toxicités hématologiques [14].

Indications :

Tumeurs infiltrantes de la vessie

Tumeurs de vessie avec métastases à distance

Tumeurs récidivantes.

-Radiothérapie :

Le produit généralement utilisé est le Cobalt (cobaltothérapie), après résection endoscopique de la lésion. Cette cobaltothérapie est proposée aux patients en mauvais état général pour lesquels une chirurgie lourde est contre indiquée et aux patients qui refusent la chirurgie. Elle se fait en association avec Cis platine qui potentialise l'action des rayons.

En cas de tumeur localisée de petite taille, la curiethérapie est indiquée.

Plusieurs associations thérapeutiques sont utilisées :

- chimiothérapie + radiothérapie,
- chimiothérapie + chirurgie,
- chirurgie + radiothérapie + chimiothérapie [1].

Autres moyens :

- Le laser dont le principal bénéfice est de minimiser le saignement ;
- L'embolisation sélective d'une ou de deux artères hypogastriques, surtout en cas d'hémorragie ;
- Les compressions vésicales hydrostatiques ;
- La corticothérapie ;

Thèse de Médecine
Noumou Mallé
-L'immunothérapie.
-La formolisation vésicale

14- Indication et suivi du traitement :

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

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

Les tumeurs Ta : résection endoscopique et surveillance par cystoscopie aux 3^{ème} et 6^{ème} mois, puis de manière annuelle par cytologie urinaire. En cas de récurrence

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

des installations endo vésicales par la Myomycine C, le BCG peuvent être envisagées avec surveillance à l'appui pour évaluer l'efficacité du traitement ;

Tumeur in situ : les actes thérapeutiques entrepris sont les biopsies et la fulguration. Celles-ci sont complétées d'instillation endo vésicale de BCG, avec les contrôles endoscopiques et/ou urinaires. En cas de récurrence une deuxième cure de BCG peut être envisagée avec contrôle. Si une nouvelle récurrence survient, il convient d'envisager un traitement identique à celui d'une tumeur infiltrante ;

Tumeur T1 : les gestes envisagés sont :

Traitement conservateur à type de résection endoscopique de la tumeur, plus la chimiothérapie ou l'immunothérapie transvésicale suivie d'une surveillance étroite par cystoscopie, par échographie ou par cytologie ;

Cystectomie partielle, tumorectomie voire cystectomie totale sont envisagées en cas de récurrence au traitement conservateur, plus chimio ou immunothérapie. La surveillance se fait par :

La cystoscopie à 3 mois puis 6 à 12 mois, puis une fois par an ;

L'échographie abdomino-pelvienne tous les 6 mois puis une fois par an ;

L'urographie intra veineuse ;

La biologie (NFS, créatininémie) [14,39].

- **Tumeur infiltrant de vessie T2 à T4** : il n'y a pas de protocole standard ; plusieurs solutions ont été proposées par la littérature. Les tumeurs infiltrantes posent des problèmes différents selon leur siège localisé ou étendu.

L'âge, l'état physique et physiologique du patient, de même que les symptômes présentés comptent dans la décision d'une chirurgie. Si tumeur localisée T2-T4 avec N0 M0, on peut proposer soit une résection endoscopique avec

Radiothérapie complémentaire, soit une cystectomie partielle pour les tumeurs de diamètre inférieur à 5 cm.

Si tumeur étendue on fait une cysto prostatectomie chez l'homme et une pelviectomie antérieure chez la femme. Et si cette tumeur est accompagnée

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

d'envahissement ganglionnaire macroscopiquement, en plus de la cystectomie une chimiothérapie adjuvante peut-être proposée.

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

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

Pour les tumeurs métastatiques ou localement avancées, la chimiothérapie est discutée en adjuvant.

Les adénocarcinomes sont radio et chimio-résistants, donc le traitement est chirurgical.

La surveillance des traitements des tumeurs infiltrant es se fait par :

Examen physique (toucher pelvien) ;

L'uro scanner ;

La cystoscopie ; la radiographie du thorax ;

La bactériologie, la cytologie urinaire ;

L'échographie ;

Dosage de la créatininémie ;

L'urographie intra veineuse ;

Le but de ce contrôle est de rechercher une récurrence, une néoplasie du thorax, d'évaluer l'appareil urinaire et la fonctionnalité rénale. Ces examens seront demandés 2 à 3 mois après l'opération, puis tous les 6 mois pendant 2 ans, ensuite une fois par an.

15- Evolution et pronostic :

L'évolution est extrêmement variable suivant le caractère infiltrant ou superficiel de la tumeur. S'agissant des tumeurs superficielles (Ta, Tis, T1 selon le stade évolutif), leur évolution est dominée par la tendance à la récurrence. En récidivant elles peuvent progresser dans leur degré de malignité. Les tableaux ci-dessous résument leur évolution et pronostic selon le stade et le grade histologique [38, 49,51].

Tableau I : Evolution et pronostic selon le stade et le grade histologique [1].

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

Tableau II : Evolution et pronostic selon le stade et le grade histologique [1].

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

T1	Récidive	Progression	Décès dû à la tumeur
Grade 1	45%	10%	8%
Grade 2	55%	25%	25%
Grade 3	80%	50%	50%

Les facteurs d'évolution péjorative des tumeurs superficielles de vessie sont :

La tumeur de stade T1 ou T1b ;

Le grade III ;

La multifocalité ;

Le carcinome in situ associé ;

Le délai court de récurrence ;

Taille de la tumeur > 3cm.

15-1- Non traitée : l'évolution de la tumeur de vessie est dominée par :

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

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

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

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

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

15-2- Sous traitement :

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

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

Thèse de Médecine Noumou Mallé

- Tumeurs superficielles 80% ;
- Tumeurs infiltrantes :

Si atteinte du muscle vésical : 70% ;

Si atteinte de la graisse péri vésicale : 30% ;

Si atteinte ganglionnaire : 15%.

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

III. METHODOLOGIE ET MATERIELS :

1-Méthode :

1-1-CADRE D'ETUDE : Notre étude a été réalisée dans le service d'urologie du CHU du POINT « G » et dirigée par le professeur **KALILOU OUATTARA**

1-2-TYPE ET PERIODE D'ETUDE : Il s'agissait d'une étude prospective et transversale effectuée sur des patients hospitalisés au service d'urologie sur une période d'étude de 12mois allant d'octobre 2006 à Septembre 2007

2-Malades : Tous patients ou patientes présentant une masse vésicale.

Ils étaient soit adressés par les parents, soit venus d'eux même ou en urgence pour trouble de la miction, hématurie, douleur pelvienne, soit référés par un agent de santé pour tumeur de vessie.

2-1-CRITERES D'INCLUSION :

Ont été inclus dans notre étude tous les cas de tumeur de vessie confirmés par un examen complémentaire (échographie, UIV, cystoscopie, UCR) et ayant été hospitalisés dans le service d'urologie.

2-2-CRITERES DE NON INCLUSION :

N'ont pas été inclus de l'étude :

-Tous les cas d'envahissement secondaire de la vessie par une tumeur du voisinage.

- Tous cas de tumeurs de vessie n'ayant pas été hospitalisés.

2-3- Prise en charge de nos malades :

Thèse de Médecine Noumou Mallé

-Les données socio-démographiques : Pour l'identification de nos malades.

-un examen clinique : Il se résumait aux résultats de l'interrogatoire et l'examen physique (inspection et la palpation abdominale associée au toucher pelvien).

-un bilan biologique: Il était composée de la NFS, la VS et le groupage sanguin rhésus, le temps de saignement (TS), la glycémie, la créatininémie.

- Un bilant infectieux : Il comprenait l'ECBU plus l'antibiogramme et le culot urinaire à la recherche d'œuf de Schistosome.

-Un bilan radiologique : comportant l'échographie, la cystoscopie l'urographie intraveineuse, l'uretrocystographie rétrograde, le scanner.

-Une consultation pré anesthésique : Elle a été faite au préalable chez tous les malades opérés.

-Les types d'anesthésies: Ont été soit l'anesthésie péridurale, la rachianesthésie, l'anesthésie générale.

-Techniques chirurgicales : Les techniques chirurgicales ont été indiquées selon le stade clinique de chaque malade, à savoir la tumorectomie simple, la cystectomie partielle, cystectomie partielle plus réimplantation uretero-vésicale, ou urétero-sigmoïdienne.

-Une biopsie : Elle a été pratiquée quand cela a été possible au cours de la cystoscopie soit à partir de la pièce opératoire. Les prélèvements ont été envoyés à l'institut national de recherche en santé publique (INRSP) pour anatomopathologie.

2-4-Phase d'étude :

2-4-1- L'élaboration de la fiche d'enquête :

La fiche d'enquête a été élaborée par nous même et corrigée par le directeur de thèse. Il comporte cinq Paragraphes :

-Identification

- Clinique ;

-Para clinique ;

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

-Traitement ;

-Evolution;

2-4-2-la phase de compilation des données :

Nos supports de données ont été les dossiers d'hospitalisation des malades établis pendant l'admission.

Nous avons reporté les informations des dossiers préétablis sur les fiches d'enquête.

2-4-3-Saisie des données :

L'exploitation informatique a été possible grâce au logiciel EPI-INFO version6.

IV.RESULTATS

1- données sociodémographiques :

Tableau III: Répartition des patients selon du sexe :

Sexe	Effectif	Pourcentage
Féminin	21	52.5%
Masculin	19	47.5%
Total	40	100%

Tableau IV : Répartition des patients selon d'âge :

âge en année	Effectif	Pourcentage
15-24	9	22.5%
25-34	5	12.5%
35-44	6	15%
45-54	7	17.5%
55-64	5	12.5%
65-75	8	20%
Total	40	100%

Moyenne=43.6 Variance=375.010 Ecart type=19.36

Minimum=16 Maximum=75 Médiane=41.5

Tableau V: Répartition des patients selon la résidence :

Résidence	Effectif	Pourcentage
Bamako	16	40%
Ségou	9	22.5%
Koulikoro	6	15%

Thèse de Médecine
Noumou Mallé

Kayes	4	10%
Mopti	3	7.5%
Sikasso	1	2.5%
Tombouctou	1	2.5%
Total	40	100

Tableau V I: Répartition des patients selon la situation matrimoniale :

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Marié(e)	29	72.5%
Célibataire	6	15%
Veufs(e)	3	7.5%
divorcé(e)	2	5%
Total	40	100%

Tableau VII : Répartition des patients selon l'ethnie :

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	11	27.5%
Sarakolé	9	22.5%
Peulh	8	20%
Mianka	2	5%
Sonraï	2	5%
Bobo	1	2.5%
Malinké	1	2.5%
Senoufo	1	2.5%
Bozo	1	2.5%
Autres	4	10%
Total	40	100%

Tableau VIII : Répartition des patients selon la profession:

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	17	42.5%
Cultivateur	9	22.5%
Pêcheur	8	20%
Commerçante	3	7.5%
Fonctionnaire	1	2.5%
Marabout	1	2.5%
Autre	1	2.5%
Total	40	100%

2- Clinique :

Tableau IX : Répartition des patients selon le mode de recrutement.

Mode recrutement	Effectif	Pourcentage
Référé	28	70%
Venu de lui même	9	22.5%
En urgence	3	7.5
Total	40	100%

Tableau X : Répartition des patients selon le motif de consultation :

Motif de consultation	Effectif	Pourcentage
Hématurie	21	52.5%
Douleur pelvienne	7	17.5%
Dysurie	3	7.5%
Pollakiurie	3	7.5%
Dysurie + pollakiurie	2	5%
Miction impérieuse	2	5%
Masse hypogastrique	2	5%
Total	40	100%

Tableau XI: Répartition des patients selon le délai de la première consultation en mois :

Délais en mois	Effectif	Pourcentage
Moins de 6 mois	7	17.5%
6-12 mois	17	42.5%
13-18	4	10%
19-24	2	5%
25 et plus	10	25%
Total	40	100%

Tableau XII : Répartition des patients selon le signe de début :

Signe de début	Effectif	Pourcentage
Pollakiurie	13	32.5%
Douleur pelvienne	9	22.5%
Hématurie	7	17.5%
Dysurie	6	15%
Brûlure mictionnelle	4	10%
Masse hypogastrique	1	2.5%
Total	40	100%

Tableau XIII : Répartition des patients selon le type d'hématurie :

Type d'hématurie	Effectif	Pourcentage
-------------------------	-----------------	--------------------

Thèse de Médecine
Noumou Mallé

Terminale	3	7.5%
Initiale	2	5%
Totale	2	5%
Indéterminée	33	82.5%
Total	40	100%

Tableau XIV: Répartition des patients selon le résultat de l'inspection :

Résultat inspection	Effectif	Pourcentage
Amaigrissement	16	40%
Pâleur	12	30%
Bon état général	7	17.5%
Tuméfaction		
hypogastrique	5	12.5
Total	40	100%

Tableau XV: Répartition des patients selon le résultat de la palpation et le toucher pelvien :

Palpation+Toucher	Effectif	Pourcentage
Pelvien		
Masse palpable	18	45%
Normale	15	37.5%
Blindage pelvienne	7	17.5%
Total	40	100%

Tableau XVI: Répartition des patients selon le signe d'extension trouvé à l'examen clinique :

Signes d'extension	Effectif	Pourcentage
Douleur provoquée	27	67.5%
Normal	9	22.5%
Adénopathies inguinales	3	7.5%
OMI	1	2.5%
Total	40	100%

Tableau XVII: Répartition des patients selon le facteur de risque :

Facteurs de risque	Effectif	Pourcentage
Bilharziose	23	57.5%
Tabac	9	22.5%
Bilharziose+ Tabac	3	7.5%
Indéterminé	5	12.5%
Total	40	100%

3- PARACLINIQUE ;

Tableau XVIII: Répartition des patients selon le groupe sanguin :

Groupe Sanguin	Effectif	Pourcentage
B	14	35%
A	9	22.5%
O	9	22.5%
AB	1	2.5%
Indéterminé	7	17.5%
Total	40	100%

Tableau XIX : Répartition des patients selon l'examen d'imagerie réalisés :

Examens	Effectifs	Pourcentages
Echographie	11	27.5%
UIV	9	22.5%
Echographie + UIV + Cystoscopie	7	17.5

Thèse de Médecine
Noumou Mallé

Cystoscopie	4	10%
Echographie + UIV	4	10%
UCR	3	7.5%
Scanner	2	5%
Total	40	100%

Tableau XX : Répartition des patients selon le résultat de l'échographie :

Résultats	Effectifs	Pourcentage
Tumeur limitée à la vessie	21	52.5%
Envahissement locorégional	2	5%
Métastase à distance	1	2.5%
Non fait	16	40%
Total	40	100%

Tableau XXI : Répartition des patients selon la position de la tumeur à l'échographie :

Positions	Effectifs	Pourcentages
Diffuse	10	40%
Latérale	6	15%
Antérieure	5	12.5%
Postérieure	2	5%
Trigonale	1	2.5%
Non fait	16	40%
Total	40	100%

Tableau XXII : Répartition des patients selon l'appréciation de la fonction rénale à l'UIV.

Résultat	Effectif	Pourcentage
Fonction rénale normale	10	25%
Fonction rénale altérée	8	20%
Rein muet	4	10%
Urétéro- hydronéphrose	3	7.5%
Indéterminé	15	37.5%
Total	40	100%

Tableau XXIII : Répartition des patients selon la position de la tumeur à l'UIV :

Position	Effectif	Pourcentage
Diffuse	10	40%
Antérieure	7	17.5%
Latérale	3	7.5%
Trigonale	3	7.5%
Postérieure	2	5%
Non fait	15	37.5%
Total	40	100%

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

Résultats	Effectif	Pourcentage
Existence de tumeur	14	35%
Pas de tumeur	2	5%
Non fait	24	60%

Total	40	100%
--------------	----	------

Tableau XXV : Répartition des patients selon la position de tumeur à la cystoscopie :

Position	Effectif	Pourcentage
Latérale	10	25%
Antérieure	4	10%
Postérieure	2	5%
Non fait	24	60%
Total	40	100%

Tableau XXVI : Répartition des patients selon le résultat de l'UCR :

Résultat	Effectif	Pourcentage
Existence de tumeur	2	5%
Rétrécissement urétral	1	2.5%
Non fait	37	92.5
Total	40	100%

Tableau XXVII : Répartition des patients en fonction de la position de la tumeur à l'UCR :

Position	Effectif	Pourcentage
Antérieure	1	2.5%
Postérieure	1	2.5%
Indéterminée	1	2.5%
Non fait	37	92.5
Total	40	100%

Tableau XXVIII : Répartition des patients selon le résultat du scanner :

Résultats	Effectifs	Pourcentage
------------------	------------------	--------------------

Thèse de Médecine
Noumou Mallé

Métastase hépatique	1	2.5%
Ostéolyse pelvienne, syndrome de stase des deux reins	1	2.5%
Non fait	38	95%
Total	40	100%

Tableau XXX : Répartition des patients selon le résultat de l'histologie :

Type histologiques	Effectifs	Pourcentages
Carcinome épidermoïde	9	22.5%
Carcinome Transitionnel	3	7.5%
Carcinome papillaire	1	2.5%
Indéterminé	27	67.5%
Total	40	100%

Tableau XXXI : Répartition des patients en fonction du bilan d'extension réalisé :

Bilan d'extension	Effectif	Pourcentage
Echographie abdomino- pelvienne	24	60%
Radiographie du thorax	3	7.5%
Scanner	2	5%
Non fait	11	27.5%
Total	40	100%

Tableau XXXII : Répartition des patients selon les examens biologiques :

Examens Biologique	Effectif	Pourcentage
NFS + Créatininémie + Glycémie	34	85%
NFS + Créatininémie	2	5%
Créatininémie + Glycémie	2	5%
NFS	1	2.5%
Créatininémie	1	2.5%
Total	40	100%

Tableau XXXIII : Répartition des patients selon le résultat de la créatininémie :

Créatininémie	Effectif	Pourcentage
Normal	35	87.5%
Elevé	4	10%
Non fait	1	2.5%
Total	40	100%

Tableau XXXIV : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine :

Taux d'hémoglobine	Effectif	Pourcentage
Normal	27	67.5%
Basse	10	25%
Non fait	3	7.5%
Total	40	100%

Tableau XXXV : Répartition des patients selon le résultat de la glycémie :

Glycémie	Effectif	Pourcentage
Normal	28	70%
Elevé	6	15%
Basse	2	5%
Non fait	4	10%
Total	40	100%

Tableau XXXVI : Répartition des patients selon le niveau d'extension de la tumeur :

Type d'extension	Niveau d'extension	Effectif	Pourcentage
Local	Non in situ	9	22.5%
	In situ	8	20%
Locorégional	Organe génitaux	8	20%
	Paroi abdominale	5	12%
	Intestin	4	10%
	Ganglion régionaux	2	5%
Métastases	Foie	2	5%
	Os	1	2.5%
Non spécifié		1	2.5%
Total		40	100%

Tableau XXXVII : Répartition des patients selon le stade clinique de la tumeur:

Stade clinique	Effectif	Pourcentage
Tumeur T3	14	35%
Tumeur T4	13	32.5%
Tumeur T2	8	20%
Tumeur T1	5	12.5%
Tumeur T0	0	0%
Total	40	100%

4-Traitement :

Tableau XXXVIII : Répartition des patients en fonction de la modalité thérapeutique utilisée :

Modalité thérapeutique	Effectif	Pourcentage
Chirurgicale	32	55%
Médicale	8	45%
Total	40	100%

Tableau XXXIX : Répartition des patients selon les antécédents thérapeutiques :

Antécédents thérapeutiques	Effectif	Pourcentage
Traditionnel	21	52.5%
Praziquantel	9	22.5%
Tumorectomie + Chimiothérapie	2	5%
Tumorectomie	2	5%
Chimiothérapie	1	2.5%
Aucun	5	12.5%
Total	40	100%

Tableau XXXX: Répartition des patients selon les moyens médicaux utilisés :

Moyens médicaux	Effectif	Pourcentage
Antalgique + Transfusion	23	57.5%
Antalgique + Chimiothérapie	11	27.5%
Antalgique+Réhydratation+Transfusio	4	10%
n		
Antalgique	2	5%
Total	40	100%

Tableau XXXXI: Répartition des patients selon le type d'anesthésie :

Type d'anesthésie	Effectif	Pourcentage
Rachianesthésie	16	40%
Anesthésie générale	10	40%
Anesthésie Péridurale	6	15%%
Pas de chirurgie	8	20%
Total	40	100%

Tableau XXXXII : Répartition des patients en fonction du type de chirurgie :

Type de chirurgie	Effectif	Pourcentage
Radicale	16	40%
Palliative	9	22.5%
Abstention per opératoire	4	10%
Biopsie	3	2.5%
Pas de chirurgie	8	20%
Total	40	100%

Tableau XXXXIII : Répartition des patients selon la technique chirurgicale utilisée :

Technique chirurgicale	Effectif	Pourcentage
Tumorectomie simple	10	25%
Réimplantation urétero- sigmoïdienne avec vessie en place	9	22.5%
Abstention per opératoire	7	17.5%
Cystectomie partielle	3	7.5%
Cystectomie partielle + Réimplantation urétero- vésicale	3	7.5%
Pas de chirurgie	8	20%
Total	40	100%

Tableau XXXXIV: Répartition en fonction des caractéristiques de la tumeur en per opératoire

Caractéristiques de la tumeur		Effectif	Pourcentage
Aspect	Superficiel	5	12%
	Infiltrant	27	67.5%
	Pas de chirurgie	8	20%
Nombre	Unique	22	55%
	Multifocale	1	2.5%
	Non précisé	9	22.5%
	Pas de chirurgie	8	20%
Localisation	Dôme	5	12.5%
	Latérale	5	12.5%
	Postérieure	4	10%
	Trigonale	3	7.5%
	Non précisée	15	37.5%
	Pas de chirurgie	8	20%
Base	Pédiculée	3	7.5%
	Sessile	2	5%
	Indéterminé	27	67%
	Pas de chirurgie	8	20%

5- Observation :

Tableau XXXXV : Répartition des patients selon les suites post opératoires :

Suites immédiates	Effectif	Pourcentage
Simple	29	72.5%
Fistules vésico-cutanées	2	5%
Suppuration pariétale	1	2.5%
Pas de chirurgie	8	20%
Total	40	100%

Tableau XXXXVI : Répartition des patients en fonction de la durée d'hospitalisation :

Durée hospitalisation	Effectif	Pourcentage
En semaine		
1	5	12.5%
2	11	27.5%
3 et plus	24	60%
Total	40	100%

Tableau XXXXVII : Répartition des patients non opérés en fonction de l'évolution pendant la période d'étude.

Evolution	Effectif	Pourcentage
Normale	24	60%
Douleur intense	5	12.5%
Perdu de vu	5	12.5%
Décès	3	7.5%
Cachexie	2	5%
Impotence des membres inférieurs	1	2.5%
Total	40	100%

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

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

En une année le service d'urologie du CHU du point « G » a enregistré 40 cas de tumeur de vessie soit 3.16% de l'ensemble des malades hospitalisés au cours de la même période (40/1267 malades).

THEMONT C [62] en France a retrouvé 165 cas de cancer de la vessie en 17ans. **TOURE A [59]** à Dakar a retrouvé 84cas de cancer de la vessie en 1984 pendant 2 ans.

Certaines études précédentes au Mali montrent que la fréquence des tumeurs de vessie est instable (MAMOUTOU DIABATE à Bamako en 1997 pendant 12mois a trouvé 3.9% de tumeurs sur l'ensemble des malades hospitalisés dans le service d'urologie de l'hôpital du Point G, **THEODORE [56]** à Bamako en 2004 pendant 12 mois a trouvé 5.64% de tumeurs sur l'ensemble des malades hospitalisés dans le service d'urologie du CHU du Point G.

ALABOUROU GUIROU [1] en 2007 à Bamako a trouvé 6.7% de tumeurs de vessie pendant 12mois dans le service d'urologie du CHU du Point G.

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

La taille minimale de notre échantillon par rapport aux autres séries africaines peut s'expliquer par :

Le revenu bas, obligeant les malades à se résigner et à mourir sans se faire consulter ; L'accès difficile du lieu d'étude aux malades ; La consultation des tradithérapeutes en premier lieu entraînant l'appauvrissement des malades.

Pendant notre période d'étude les tumeurs de vessie ont été la 2^{ème} cause d'hospitalisation par tumeur après l'adénome de la prostate et elles ont été la 6^{ème} cause d'hospitalisation en urologie après l'adénome de la prostate, la fistule vésico-vaginale, le rétrécissement urétral, le calcul rénal, les calculs de vessie. Cette situation s'explique la non hospitalisation de la plupart des cas inopérables.

2-ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

L'âge moyen de nos malades était de 43,6ans avec des extrêmes d'âge de 16 et 75ans. Certaines études en Afrique ont trouvé des âges inférieurs à notre âge moyen (**JEHM [43]** en Tunisie a trouvé un âge moyen égal à 35ans, **TOURE A [59]** à Dakar dans son étude, a trouvé aussi comme âge moyen 35ans). Par contre d'autres ont trouvé des âges moyens supérieurs à la notre (**YALKWEY [65]** à Bamako a trouvé comme âge moyen 48ans, **TOURE A [63]** à Bamako a trouvé un âge moyen à 50.5ans, **ALABOUROU G [1]** à Bamako a trouvé un âge moyen à 49.29ans, **THIEBLEMONT [16]** en France a trouvé 61ans, **DUCAMP C [22]** en France à trouvé 73.6 ans).

Nous avons trouvé une prédominance de sexe féminin 21 femmes contre 19 hommes avec un sexe ratio à 0,90 en faveur de la femme. Cette prédominance du sexe a été rapportée aux Etats-Unis [22]. Par contre **DIABATE [41]** a trouvé une prédominance masculine.

La fréquence élevée des femmes pourrait s'expliquer par l'activité de nos ménagères qui font la teinture et qui n'est pas déclarée comme profession principale. Les colorants utilisés par ces femmes sont incriminés dans la survenue des tumeurs de la vessie. Par contre selon la littérature le sexe masculin est

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

prédominant dont cela est dû au tabagisme qui reste le facteur de risque le plus incriminé dans cette pathologie vésicale [61]

La prise en charge des tumeurs de la vessie étant impossible dans les centres de santé secondaire la plupart de nos malades ont été référés, avec un pourcentage de 70% des cas. Par contre **DIABATE [41]** a trouvé les taux suivants : 44.8% référés par les médecins, 31.1% référés par le personnel paramédical.

Les facteurs de risque les plus retrouvés ont été : La bilharziose urinaire (57.5%) ; Le tabac (22.5%). **YALKWE Y** : sur 36 examens d'urine réalisés, a observé des œufs de schistosoma haematobium dans les urines chez 6 malades.

NJEH M, dans sa série de 13 malades a signalé 12cas d'exposition au tabagisme, 1cas d'infection urinaire.

DEBBAGH A, dans un échantillon de 14 malades rapportait 10cas d'exposition au tabagisme, 2cas de bilharziose urinaire.

ETUDE CLINIQUE :

Au cours de notre étude la plus part de nos malades ont été référés par les agents de santé avec un taux de 70%. Cela est à la facilité du diagnostic par l'échographie.

La notion d'hématurie a été retrouvée chez 21 patients soit 52.5%. **OLIER C [44]** en France avait trouvé 62% de cas d'hématurie, **CROUZET T [14]** a eu 89% d'hématurie en 1975 en France, **TOURE A [59]** a eu 7 cas d'hématurie sur 11 malades au CHU de Dakar en 1984,

La pollakiurie (32.5%), la douleur pelvienne (22,5%) et l'hématurie (17.5%) étaient les principales manifestations fonctionnelles de la tumeur vésicale. Cela explique la diversité des signes cliniques de la tumeur vésicale. **DIABATE [41]** a trouvé l'hématurie, brûlure mictionnelle et la dysurie dans respectivement 51.3%, 17.9% et 15% (15.4%).

L'hématurie terminale a été le type d'hématurie le plus fréquent soit 7.5% 17 patients soit (42.5%) ont consulté en milieu spécialisé pendant la première année d'évolution clinique de leur maladie.

NJEH M et COL [43] en Tunisie a trouvé un délai moyen d'une année avec des extrêmes de 2 et 15 mois, **YALKWE Y [65]** a rapporté un taux de 25% en 1986 à Bamako.

La douleur a été présente chez 40% des malades. Par contre **DIABATE [41]** a trouvé la douleur chez 85.1% des malades et **TOURE A [59]** à Dakar a trouvé la douleur chez tous ces malades.

La faible fréquence de douleur dans notre étude s'expliquait par le fait que

Thèse de Médecine Noumou Mallé

la majeure partie de nos patients a été référée donc était déjà sous antalgiques.

A l'inspection 40% des patients avaient présenté un amaigrissement .

Le toucher pelvien a retrouvé une masse pelvienne chez 45% des malades.

Ceci s'explique par l'évolution à bas bruit de la tumeur.

DIABATE [41] a trouvé la masse hypogastrique dans 76.9% des cas.

Le toucher pelvien combiné à la palpation hypogastrique a permis d'évoquer la masse vésicale chez 18 malades soit 45% des cas.

Dans la série de **YALKW Y** le toucher rectal a permis de suspecter une tumeur de vessie dans 92.5% des cas.

L'échographie pratiquée sur 22 malades a permis de poser le diagnostic dans 100% de cas. L'échographie reste un examen incontournable dans le diagnostic des tumeurs de vessie. Elle a le diagnostic dans 82.1% des cas dans la série de **DIABATE [41]** et **DEBBAGH A [25]** a trouvé une image endoluminale chez 6 fois sur ses 7 malades.

Elle a objectivé une tumeur vésicale sans envahissement, avec envahissement locorégional, des métastases à distance respectivement dans 42.5%, 5% et 2.5% des cas.

La position diffuse a été la plus retrouvée soit 25% des cas, objectivant le caractère infiltrant de la plus part des tumeurs de vessie.

L'UIV pratiquée chez 25 malades a permis de montrer un retentissement sur le haut appareil urinaire chez 15 malades soit 37.5% des cas.

La cystoscopie transurétrale, réalisée chez 16 patients a permis de repérer la tumeur vésicale chez 14 malades. Ce résultat concorde avec celui de

DIABATE [41] chez qui 14 patients avaient réalisé la cystoscopie dont la tumeur vésicale a été vue chez 13 malades et celui de **DEBBAGH A [25]**, dans sa population de 14 malades la cystoscopie a pu localiser la tumeur vésicale chez tous ses patients soit 100% des cas.

Cette conclusion prouve la valeur diagnostic de cet examen dans cette pathologie vésicale.

Les deux cas d'échec de notre étude étaient dus respectivement à l'abondance de l'hématurie et un rétrécissement de l'urètre.

Thèse de Médecine Noumou Mallé

La position latérale a été retrouvée chez 10 malades soit 25% des cas, justifiant ainsi le taux de retentissement rénal car la position latérale a un rapport étroit avec le bas uretère.

L'UCR réalisé chez 3 malades a montré la tumeur vésicale dans 2 cas. Ce résultat concorde avec celui de **DIABATE [41]** qui a trouvé la tumeur chez tous ses 4 qui l'on pratiqué.

YALKWE Y [65], l'UCR pratiquée chez 7 malades a permis de repérer la tumeur de la vessie 4fois et de la suspecter 3fois.

Elle a objectivé un rétrécissement urétral chez le troisième patient.

Le scanner réalisé chez 2 malades comme bilan d'extension a objectivé une ostéolyse pelvienne associée à un syndrome de stase des 2 reins chez l'un des malades et des images évoquant les métastases hépatiques chez le 2^{ème} malade. Nous remarquons ici que le scanner est peu utilisé. Cela est du à son coût élevé pour la plupart des malades.

10 patients avaient un taux d'hémoglobine inférieur à 10g/dl soit un taux 25 % des cas.

4 cas ont présenté une créatininémie élevée, avec un taux 10%.

L'hyperglycémie à été observé chez 6 malades soit 15% des cas.

Ce constat permet de dire que cette pathologie peut engendrer de véritables perturbations biologiques chez ces malades.

DIABATE [41] avait trouvé 12 cas d'anémie (30.8%), 5 cas d'insuffisance rénale au cours de son étude en 1997 au service d'urologie de l'Hôpital du point G.

Dans 8cas il existait un envahissement des organes génitaux soit un taux 20%, témoignant l'agressivité des tumeurs de vessie.

Dans 3cas nous avons objectivé des métastases à distance concernant respectivement l'os du bassin un cas et foie deux cas.

Le stade clinique Tumeur T3 a été le plus fréquent avec un taux de 35% des cas. Ces résultats sont comparables à ceux de **DIABATE [41]** qui a trouvé la

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

Tumeur T4 dans 60.5% des cas, la Tumeur T3 dans 35% des cas. **DUCAMP C [23]** a trouvé la Tumeur T1 chez 9 patients, Tumeur T2 dans 29 cas, Tumeur T3 dans 9 cas, Tumeur T4 dans 9 cas.

YALKWE Y [65] : Tumeur T1 (0%), Tumeur T2 (2.5), Tumeur T3 (45%), Tumeur T4 (52.5)

L'anatomopathologie réalisée chez 13 malades a trouvé le carcinome épidermoïde dans 9 cas. **DEBBAGH A [52]** au Maroc **DIABATE [41]** au Mali l'ont trouvé avec des taux respectifs de 100% et 72.7%.

Le taux élevé du carcinome épidermoïde justifie l'endémie bilharzienne qui sévit dans nos pays signalée dans la littérature [10].

CHARROT CHINET PAULE [18] : carcinome à cellule transitionnelle (90%)

Sur le plan topographique, la localisation de la tumeur a pu être précisée de nos 40 patients : 38 en préopératoire et 25 en préopératoire. La localisation diffuse a été la plus fréquente.

Nos résultats sont comparables avec ceux retrouvés dans les séries de

YALKWE [65], (5) cas diffusent

DIABATE [41], (30.8%) de cas diffuse.

3-TRAITEMENT :

Les moyens médicaux les plus utilisés ont été l'association d'antalgique et la transfusion avec un taux de 57.5%. Ce résultat découle du fait que les tumeurs de vessie provoquent une douleur très atroce nécessitant souvent l'utilisation des morphiniques et elles sont très saignantes entraînant rapidement l'anémie.

Tous nos patients ont reçu un traitement antalgique.

Le type d'anesthésie le plus fréquent a été la rachianesthésie avec un taux de 40% suivit de l'anesthésie générale 25% et en fin l'anesthésie péridurale 15%.

Sur les 40 malades de notre population d'étude 32 ont bénéficié une intervention chirurgicale. Le type portait sur le choix de l'anesthésiste du bloc opératoire et de l'état du malade ainsi stade clinique de la tumeur.

Ce résultat est comparable à celui de **DIABATE [41]** dont 17 de ses malades ont bénéficié une intervention chirurgicale. **YALKWE Y [65]** où 18 malades ont été

Thèse de Médecine Noumou Mallé

opérés sur les 40 enregistrés. **DEBBAGH A [25]** dans sa série de 14 patients 12 malades ont subi une intervention chirurgicale.

Il est le seul moyen sûrement utilisé au Mali.

La chirurgie radicale a été pratiquée chez 16 patients avec un taux 40%, la chirurgie palliative dans 22.5% et une abstention chirurgicale chez 8 patients soit 20% des cas.

L'indication de l'abstention chirurgicale a été portée sur les cas d'envahissement locorégional et les patients à état général altéré.

Les résultats de cette chirurgie ont été les suivants dans notre cas :

- Tumorectomie simple chez 10 malades soit 25% des cas
 - Cystectomie partielle chez 3 malades soit 7.5% des cas
 - Cystectomie partielle + réimplantation ureterovésicale chez 3 malades soit 7.5% des cas
 - La dérivation ureterosigmoïdienne chez 9 malades soit 22.5% des cas
- Ce taux élevé de dérivation s'explique par les stades avancés des tumeurs.

DIABATE [41] a trouvé dans sa série 64.7% de cas chirurgie palliatif.

Le carcinome épidermoïde a une évolution rapide vers l'infiltration permettant rarement un traitement curatif.

La biopsie a été réalisée chez 3 patients seulement ce qui s'explique par le risque de saignement. Les Tumeurs vésicales sont très vascularisées ;

La technique chirurgicale la plus fréquente a été la tumorectomie simple (25%)

DIABATE [41] a trouvé la technique de la cystectomie totale+Coffey avec curage ganglionnaire (29.4%)

DEBBAGH A [25] dans sa série marocaine de 14 malades a signalé 12 cas de cystectomies totales et 2 radiothérapies externes.

La caractéristique la plus remarquable des tumeurs en per opératoire a été l'infiltration, observée chez 27 patients avec un taux 67.5%.

4-EVOLUTION ET PRONOSTIC POST OPERATOIRE :

Les complications post-opératoires étaient : La fistules vésico-cutanée chez 2 malades soit 5% des cas

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

Suppuration pariétale chez un malade soit 2.5% des cas

Cet état de fait s'explique par la difficulté à prévenir les complications des tumeurs de vessie malgré la rigueur dans le pour le travail bien fait.

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

1-CONCLUSION :

Affection de formes cliniques variables et de mauvais pronostic, les tumeurs de vessie restent un problème majeur dans les pays en voie de développement. Cela s'explique par le fait que les examens para cliniques sont coûteux pour nos

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

malades, ainsi la plus part des centres de santé ont un plateau technique insuffisant.

Par ailleurs la connaissance des signes cliniques évitera les formes cliniquement évoluées afin de favoriser une prise en charge précoce, d'où l'amélioration du pronostic vital des patients.

En effet l'hématurie étant généralement le signe révélateur le plus fréquent. Les médecins doivent avoir l'habitude d'éliminer une affection néoplasique de la vessie par une bonne investigation clinique et surtout para clinique devant toute hématurie. Après le diagnostic le malade doit être référé dans un service spécialisé le plus rapidement possible.

2-RECOMMANDATIONS :

***Aux autorités administratives :**

- Améliorer le plateau technique dans le cadre des examens complémentaires.
- Doter les pharmacies hospitalières de drogues cytostatiques
- Renforcer les campagnes Nationales de lutte contre les facteurs de risque : la bilharziose urinaire, le tabagisme, la teinture (colorants chimique)

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

-Multiplier l'IEC pour l'abandon de certaines pratiques néfastes : baignades dans les eaux souillées, l'utilisation des eaux stagnantes.

-Doter les hôpitaux du matériel endoscopique (pour la cystoscopie).

-Formation du personnel pour la prise en charge des tumeurs de vessie.

***A tous les personnels socio-sanitaires :**

-Référer tous les cas chroniques ou de rechutes d'hématurie dans les services spécialisés.

-Informers la population sur l'évolution à bas bruit de la pathologie.

Informers la population de la suspicion des colorants industriels comme facteur de risque et les limites du traitement en cas de retard de diagnostique.

-Informers les patients de l'impuissance du traitement traditionnel sur cette pathologie.

***Aux médecins :**

-La pratique systématique de l'échographie vésicale, l'UIV, de la cytologie, de l'UCR et de cystoscopie si possible chez tous les malades présentant une hématurie aussi minime soit-elle.

- Référer à temps les sujets atteints ou suspects de cancer de la vessie aux services spécialisés.

-Ne pas retarder le diagnostique avec la répétition du traitement au praziquantel en cas d'hématurie récidivante ou résistante à ce traitement.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1°. ALABOUROU GUIROU

Prise en charge des tumeurs vésicales dans le service d'urologie du CHU point G. A propos de 86 cas.

Thèse de médecine Bamako 2007. (43°)

2°. ANDONABA JB ; cité par L.C. par LOUGUE SORGHO

Etude clinique des tumeurs de vessie dans le service d'urologie du CHU du Point G à propos de 40 cas

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

Les tumeurs malignes au Burkina Faso à propos de 990 pièces opératoires, de l'hospitalier national Yalgado Ouedrago.

Bull soc pathologie exot 2002, 95, P 244-247.

3°). AUVERTZ J.

Utilisation de l'intestin en chirurgie urologique

Annale uro 1993.41-50-54.

4°). BRULE J.M. ROY C. WENGER J.J; BARTH M; WARTER P.

Affection tumorale de la vessie in : édition technique EMC.

Radiodiagnostic paris 1988 D10 PP1-10.

5°). BRULE J.M ; CECCALIBB ; FOURNIER R.

Chimiothérapie actuelle des tumeurs de la vessie localement avancée ou métastatiques

Annales uro 2000 34-3-8.

6°) BENCHEHRON A ; LACHHAR A ; SOUMAN A ; FARCH M.A.

Les ureterosigmoïdostomies: technique et surveillance.

Annale uro.1973.34-3-8

7°)-BRUN B, GAMMEL GAARD J, CRISTOFFERSEN J

Trans abdominal, dynamic, ultrasonography, in detection of bladder tumor

J Urol, 1984, 132: 19-20

8°)-BOCCON GIBOD L, BARON JL.

Cystectomies partielles. Editions techniques

E .M.C paris, urologie – gynécologie, 1990, 41205, 12-4p

9°)-BESETTE PL, ABELL MR, HERWIG KR.

A clinico-pathologie study of squamous cell carcinoma of the bladder

Journ Urol, 1974, 112: 66-67.

10°)-BOUJENAH H, MOSBAH I, CHAMI S ZMERLI S.

Le cancer de la vessie bilharzienne,

Tunisie Med, 1982, 2: 142-145

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

11°) .CHAUVET B, FELIX FAURE C, CHOQENET C, ALFONSI M, DAVIN JL, REBOUL F.

Radio-chimiothérapie des cancers de la vessie, facteurs prédictifs du contrôle local et la survie. Analyse multifactorielle chez 113 patients.

Annales uro 1973. 26-34

12°)-CAMEY M ; LEDUC A.

Enterocystoplastie après prostatectomie totale: indication technique opératoire, surveillance et résultat.

Annales uro 1973. 30-36-40.

13°)-CABANNE F, BNENFANT JL.

Anatomie pathologique in : édition technique MEC

Principe de pathologie générale, de pathologie spéciale et d'anatomie pathologie. Deuxième édition Paris 1986. 10-66-68.

14°). CROUZET T.

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

Thèse Med Toulouse 1975/1976, 39

15°)-CULINE S, GUSTAL JP, THEODOR C, DROZ JP.

Chimiothérapie des tumeurs urethéliales de la vessie.

Bull cancer/ Radiother 1994, 81: 303-311

16°)-CUSSENOT O, RAVERY V.

Classification et facteurs pronostiques des tumeurs épithéliales de la vessie.

Edition technique Encyclo. Med – Chir (paris)

Néphrologie – Urologie 1995, 18- 243-A-20, 5p

17°)-CHAUVET B, DAVIN JL, REBOUL F.

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

Bull cancer/ radoter 1994, 81: 312-319

Elsevier Paris.

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

18°)-CHARROT CHINET PAULE

La chimiothérapie néo-adjuvant (ou préalable) dans le cancer de la vessie. Mise au point.

Ann urol, 1992, 26, 1: 25-29.

19°)-CULINE S, GUSTALL JP, THEODOR C, DROZ JP.

Bull cancer/Radiothérapie 1994, 81: 303-311

20°)-CHATELIN C.

La biharziose urogénitale. Rapport de la 71ème session de l'AFU.

J Urol Néphrol, 1977, 83 : Supp1

21°). DESGRANDCHAMP F.

Epidémiologie des tumeurs épithéliales de vessie. Editons techniques

Encycl. –Med –Chir. Paris-France

Néphrologie 1995, 18-243-A-10, 5p

22°)-DUVERNET BASTTESTI F

Le cancer en Côte d'ivoire : étude statistique portant sur 816 cas confirmés histologiquement en 3ans. Thèse, Médecine, Abidjan, 1970, 4

23°)-DUFOR B.

Traitement des tumeurs infiltrantes de la vessie : site www. Fncclcc. Fr

24°)-DIALLO KS.

Hernie inguinale, traitée par la technique de Shouldice en chirurgie B à l' HNPG à propos de 123 cas.

Thèse Med 1996, 38 : 70P

25°)-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

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

26°)-DIMENZA L, BARON JC, VIELLEFOND A, CHAUDAT D, BOCCON GIBOD L, ZUMMER K, et Le Groupe Cancers Vessie de Pétri.

Facteurs de risque des tumeurs de vessie étude épidémiologique chez 701 sujets en Ile de France.

27°)-FITZ PATRICK J.M, REDA M.

Bladder carcinoma in patients 40 year old or less

J Urol, 1978, 120: 173.

28°)-GROUZET T.

Etude de la survie en fonction de la clinique, de l'anatomo-pathologie et de la thérapeutique.

Thèse de Médecine, Toulouse 1975-1976 n°35

29°). GULLICA G., JEAN C.F.

Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires première édition 1995 ; P.92-97.

30°)-LE GUILLOU M, FERRIERE J.M, BARTHABURU D, MONY P.H.

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

31°). Http : //WWW.sfc.asso.fr

Evaluation de la prise en charge du carcinome epidermoïde à propos de 26 cas

32°). JACQUES IRANI

Epidémiologie du cancer de vessie

Prog. Urologie 12 sup. 1 n°1 P.207.

33°). JARDIN A.

Traitement chirurgical du cancer de vessie

Bull Cancer Radio her, 1994, 81: 229-309.

Elsevier, Paris.

34°). JENSEN MO, ESTEVE J, MOLLER M, RENARD M.

Etude clinique des tumeurs de vessie dans le service d'urologie du CHU du Point G à propos de 40 cas

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

Cancer in the European community and its member

States Eur J Cancer, 1990, 26 11-12: 1167-1256.

35°)-JEMNI M, BEN HASSINE L, RABAA F, EL OUAKDI M , AYED M .

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

J Urol, 1991, 97, 4-5 : 209 – 213.

36°)-JEAN C, BERNARD k.

Anatomie du corps humain : Nouveau programme pour la préparation des examens des centres hospitaliers universitaires fascicule V petit bassin périnée ostéologie de la tête et du cou.

Annale uro 1978, 12(2) : 67-80.

37°). KOOLTOUH V, STANLEYK, JERNSWARDJ ST, MOTT K.

Bladder cancer: approaches to prevention and control. Bull world health organisation. 1987, 65(4): 513-520.

38°). LA LIGUE DE SUISSE CONTRE LE CANCER

Cancer de vessie : causes, symptômes, diagnostic, traitement et pronostic

Registre des cancers 1983-87 : Site WWW.fnclcc.fr

39°) LAFFONTA ; et DURRIEUX F.

Radiodiagnostic de l'appareil urinaire génital.

EMC édition 1929.

40°). LOUGUE-SORGHO L.C., CISSE R., KAGNE M., BAMOUNI Y.A., SANOU A.

Radiographie et échographie dans la prise en charge des tumeurs de la vessie à propos de 71cas au centre hospitalier National yalgado ouedrago (Burkina Faso)

Bull Soc Pathologie exon 2002, 95, 4. 244-247.

41°). MAMOUTOU DIABATE

Etude des tumeurs de la vessie au service d'urologie de l'Hôpital du point G

Thèse de médecine Bamako 1997 M10

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

42°)-MARTEL I, PICA A, HANNOUN JM, ARDIET JM, ROMESTAING P, GERARD JP.

Traitement conservateur des cancers infiltrats du dôme vésical par cystectomie partielle et curiethérapie à l'iridium

Centre hospitalier Lyon Sud 69310 pierre Bénite France

43°) NJEH M, KECHAOU M, JERIBI M, MHIRI M.N

Tumeur vésicales chez le sujets âge inférieur à 40 ans.

Ann Urol, 1994, 28 (5): 268-269.

44°)-OLIER C, STEG A, ROQUELAVE J, CHAMPAUL G

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

Ann Urol, 1978, 12, (2) : 83-88.

45°). PANEAU CI, SCHAFFER P, BLLACK CI.

Epidémiologie du cancer de la vessie

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

46°). PIERRE K.

Précis d'anatomie clinique, Tome IV

Malouine 2005 ; appareil urinaire : vessie P. 46-48.

47°). PROFESSEUR DIALLO G.

Polycopie cours d'anatomie (rapports de la vessie) destiné aux étudiants de la 1^{ère} année à la FMPOS.

48°). PAUNEAU C.H., SCHAFFER P., BOLLACK C.L.

Epidémiologie analytique du cancer de la vessie

Annales uro 1992, 26 (5) : 281- 293

49°). PROFESSEUR D'UROLOGIE

Urologie à l'usage des étudiants en médecine

Première édition C et R 1986, P. 166-70.

50°). PAUL Z., PAULP. ET MAURICE L.

Tumeur de la vessie, Livret néphro urologique édition 1990.

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

51°)-PERIN P ; CHORAN P ; BILLARD M.

Tumeurs de la vessie traitement par cystectomie totale

Journal uro 1983-89.

52°). ROUY C., BEAUJEU R., CAMPOS M., LEBRAS Y.

Pathologie tumorale de la vessie.

EMC édition 1929P. 3440 3A-10.

53°). RuGHOBIER J.

La néovessie rectale et ses résultats, sa place dans la dérivation urinaire.

Thèse de Médecine, Toulouse 1966 n°93

54°) RISCHMAN P; ET COLL.

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

55°) ROC C, BEAUJEU R, CAMPOS M, LEBRAS Y.

Pathologie tumorale de la vessie.

EMC, Edition techniques (paris France)

Radiodiagnostic Urologie Gynécologie 1994, 33, 403-A-10, 16 pages.

56°). SALA BEYEME THEODORE

Etude des tumeurs de la vessie au service d'urologie du CHU du point G. A

Propos de 69 cas

Thèse de médecine Bamako 2004, 54

57°). Site net WWW.fncfcc.fr

Tumeur urothéliales : clinique et traitement

58°). TRIFARD F., CHOQUENET C.H., LACHAND A., DUFORD B.

Traitement et évolution des cancers de vessie évolués: étude rétrospective de 29 cas

Annale uro 1987. 21 17 11.

59°). TOURE A.

Notre expérience sur les cancers de la vessie en milieu africain : clique urologique CHU de Dakar.

Thèse, Médecine, Dakar, 1984, 35. 56P

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

60°). THIERRY F., DELPHINE A., EMMANUEL H.

Mémento urologie; collection dirigée par J. F. d'Ivernon

Malone 1998 P.204.

61°) –TULLAC P.

Tumeur de la vessie : Diagnostic, formes clinique, marqueurs

In Edition technique EMC Radio diagnostic ; Paris 1994 344 00 A 10.

**62°)- THIEBLEMONT C, FENDIER JP, PETIS C, CHAUVIN F,
DEVAUX Y, TRILLET LENOIR V, DEVONEC M, PERIN P.**

Identification des facteurs pronostiques dans la série rétrospective de 165
carcinomes urethéliaux infiltrant de vessie opérée

Bull Cancer/ Radiothérapie 1994, 81: 322-324.

63°) TOURE A.

Contribution à l'étude des cancers au Mali (A propos de 1378 cas)

Thèse, Médecine, Bamako, 1985, 6: 145P

64°)-TIFARD F, CHOQUENET CH, LACHAND A.T, DUFORD B.

Traitement et évolution des cancers de la vessie évolués. Etude rétrospective de
vingt neuf cas.

Ann Urol, 1987, 21, 1 : 7-11

65°). YALKWE Y.

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

Thèse médecine, Bamako, 1986, 10.

66°). ZERBIB F., et BOUCHOT O.

Résultats des cystectomies totales

Clinique urologique CHU Cochin Paris, France

Clinique urologique CHU Hôtel Dieu Nantes, France

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

67°)-FITZ PATRICK J.M, REDA M.

Bladder carcinoma in patients 40 year old or less

J Urol, 1978, 120: 173.

FICHE D'ENQUETE :

I-Identification du patient :

Q1 Nom et prénom :

Q2 Age :

Q3 Sexe : 1= masculin 2=féminin

Q4 Profession : 1= cultivateur 2= commerçant(e) 3=fonctionnaire 4= marabout

5=ménagère 6= Pêcheur 7= autre

Q5 Lettré : 1= oui 2= non

Q6 Nationalité : 1=Malienn(e) 2=autre

Q7 Résidence : 1=Kayes 2=Koulikoro 3=Sikasso 4=Ségou 5=Mopti

6=Tombouctou 7=Gao 8=Kidal 9= Bamako

Q8 Situation matrimoniale : 1=marié(e) 2=célibataire 3=divorcé 4=veuf ou veuve

Q9 Ethnie :1=Bambara 2=Sarakolé 3=Malinké 4=Peulh 5=Sénoufo 6=Dogon

7=Dogon 8=Mianka 9=Sonraï 10=Bozo 11=autre

Q10 Adresse à Bamako :

II-Mode de recrutement :

Q11 Mode de recrutement : 1=en urgence 2= venu de lui-même 3=référent

III-Motif de consultation :

Q12 Motif de consultation : 1=dysurie 2=pollakiurie 3=1+2 4=miction impérieuse 5=douleur pelvienne 6= hématurie 7=autre

IV- Antécédents :

Q13 Antécédent médicaux : 1=bilharziose 2=IST 3=diabète 4=HTA 5=UGD 6=asthme 7=aucun

Q14 Facteurs favorisants : 1=Bilharziose 2=Tabac 3=Thé 4=Café 5=Alcool 6=Tabac+Bilharziose 7=Aucun

Q15 Délai de la 1^{ère} consultations :

Q16 Signes de début : 1=hématurie 2=dysurie 3=brûlure mictionnelle

4=Pollakiurie 5=douleur pelvienne 6=masse hypogastrique 7=autre

Q17 : Antécédents chirurgicaux : 1=tumeur 2=Diverticule de la vessie 3=kyste

V-Etude clinique :

Q18 Hématurie : 1=oui 2=non

Si oui le type : 1=initiale 2=totale 3=terminale

Q19 Dysurie : 1=oui 2=non

Q20 Pollakiurie : 1=oui 2=non

Q21 Rétention d'urine : 1=oui 2=non

Q22 fièvre : 1=oui 2=non

Q23 Etat générale : 1=bon 2=altéré

Q24 OMI : 1=oui 2=non

Q25 Douleur : 1=oui 2=non

Si oui la localisation : 1=pelvienne 2= lombaire 3=cholique néphrétique

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

Q26 Masse hypogastrique : 1=oui 2=non

VI-Examens complémentaires :

Imagerie :

Q27 Echographie : 1=oui 2=non

Si oui résultat :

Q28 position de la tumeur la tumeur à l'échographies : 1=antérieur 2= postérieur
3=latérale 4=trigonale 5=diffuse 6=aucune

Q29 UIV : 1=oui 2=non

Si oui résultat :

Q30 Position de la tumeur à l'UIV : 1=antérieure 2=postérieure 3=latérale
4=trigonale 5=diffuse

6=aucune

Q31 Cystoscopie : 1=oui 2=non

Si oui résultat : 1=existence de tumeur 2=pas de tumeur

Q32 Position de la tumeur à la cystoscopie : 1=antérieure 2=postérieure
3=latérale 4=trigonale 5=diffuse 6=aucune

Q33 UCR : 1=oui 2=non

Si oui résultat :

Q34 Scanner : 1=oui 2=non

Si oui résultat :

Q35 anatomopathologie : 1= oui 2=non

Si oui résultat : a=carcinome épidermoïde b=carcinome transitionnel
c=carcinome glandulopapillaire d=carcinome papillaire

Biologie :

Q36 Créatininémie :1=oui 2=non

Si oui résultat : 1=normale 2=élevé

Q37 NFS VS : 1=oui 2=non

Si oui taux d'Hb : 1=normal 2=bas

Q38 Glycémie : 1=oui 2=non

Si oui résultat : 1=basse 2=élevée 3=normale

VIII-Extension de la tumeur :

Q39 Niveau d'extension : 1=locale 2=locorégionale

Si locale : 1= in situ 2=non in situ

Si locorégionale : 1=organes génitaux 2=intestins 3=ganglions régionaux
4=paroi abdominale

IX-Classification :

Q40 Classification T : 1=T0 2=T1 3=T2 4=T 3a 5=T3b 6=T4a 7=T4b

X-Traitement :

Q41 Technique thérapeutique : 1=chirurgie 2=médical

Q42 Technique chirurgicale :

Q43 Type de traitement médical

XI- Evolution :

Q44 Evolution immédiat après chirurgie :

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

1=normal 2=infection de la plaie opératoire 3=fistule vésico-cutanée

4=pollakiurie

Q45 Evolution des malades non opérés :

1=insuffisance rénale 2=impotence des membres inférieurs 3=vertige

4=cachexie 5=décès 6=aucun.

Thèse de Médecine
Noumou Mallé
FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : **MALLE**

Prénom : **NOUMOU**

Titre de la thèse : **ETUDE CLINIQUE DES TUMERS DE VESSIE dans le service d'urologie du CHU du Point G.**

Année universitaire : **2007-2008**

Ville de soutenance : **Bamako**

Lieu de dépôt : **Bibliothèque de la FMPOS**

Pays : **Mali**

Secteur d'intérêt : **Service d'urologie du CHU du point « G »**

- **RESUME** : Les tumeurs de vessie représente 3.16% de l'ensemble des malades hospitalisés au cours de notre période d'étude .Elles constituent la 6^{ème} cause d'hospitalisation en urologie. Elles occupent la 3^{ème} place dans les pathologies vésicales en urologie après la FVV et les calculs de vessie.

C'est le premier cancer des voies urogénitales.

L'âge moyen de nos malades est de 43.6 ans avec des limites d'âge allant de 16 à 75 ans.

Nous avons retrouvé une prédominance du sexe féminin avec ratio de 0.90.

Les ménagères, les cultivateurs, les pêcheurs sont les professions les plus touchées avec des taux respectives : 42.5% ménagères ; 22.5% cultivateurs et 20% pêcheurs.

L'ethnie Bambara à été la plus touchée avec un taux de 27.5%.

Les régions les plus touchées ont été : Bamako 40% ; Ségou 22% Koulikoro 15% et Kayes 10%.

La plupart de nos malades était mariée avec un taux de 72.5%.

Les malades référés ont été plus nombreux avec un taux de 70%.

Le motif de consultation le plus retrouvé a été l'hématurie avec un taux de 52.5%.

Les examens complémentaires réalisés chez nos malades ont été :

L'échographie pratiquée chez 22 malades dont elle a révélé la tumeur chez tous ces patients.

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

L'IUV faite chez 25 malades a objectivé un retentissement sur le haut appareil urinaire chez 15 malades.

La cystoscopie a été pratiquée chez 16 malades et elle a révélé la tumeur chez 14 malades soit 35% des cas.

L'UCR faite chez 3 malades a révélé la tumeur dans 2cas et un rétrécissement urétral dans 1 cas.

Le scanner fait comme bilan extension métastatique chez 2 malades a montré une ostéolyse pelvienne associée à un syndrome de condensation chez un malade et images évoquant des métastases hépatiques chez l'autre malade.

Le carcinome épidermoïde a été le plus fréquent avec un taux de 22.5%

La localisation tumorale diffuse a été la plus fréquente.

La technique chirurgicale la plus utilisée a été la tumorectomie simple avec un taux 25%.

La dérivation ureterosigmoïdienne (Godwin) a été beaucoup utilisée avec un pourcentage de 22.5%.

Les suites opératoires ont été simples dans la plupart des cas avec un taux de 72.5%.

L'évolution à long terme a été marquée par:

La guérison dans 60% des cas

Douleur intense dans 12.5% des cas

Impotence des membres inférieurs dans 2.5% des cas

La cachexie dans 5% des cas.

Décès dans 7.5% des cas

Perdu de vu dans 12.5%

En fin nous pouvons déduire que les tumeurs de la vessie restent difficiles à traiter malgré le développement de la chirurgie, l'anesthésie et la réanimation à cause du diagnostique tardif dans la plupart des cas.

Mots clés : Tumeur de vessie, clinique, para clinique, traitement, évolution.

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.

Thèse de Médecine

Noumou Mallé

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et 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 humaine 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 leurs pères.

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

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

JE LE JURE!