

**Ministère des Enseignements Secondaire  
Supérieur et de la Recherche Scientifique**

**République du Mali  
Un Peuple Un But Une Foi**

**UNIVERSITE DU MALI**

**Direction Nationale de l'Enseignement Supérieur**

**Année: 1998**

**N° 9**

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

**TITRE :**

**ETUDE DES TUMEURS DE VESSIE  
EN UROLOGIE DE L'HOPITAL NATIONAL  
DU POINT "G": 39 CAS**

**THESE :**

*Présentée et soutenue publiquement le .....  
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie*

**Par**

**Mr MAMOUTOU DIABATE**

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine**

**(DIPLOME D'ETAT)**

**JURY:**

Président :	Professeur	SAMBOU SOUMARE
Membres :	Docteur	ABDOULAYE DIALLO
	Docteur	AMADOU MARIKO
Directeur de thèse :	Professeur	KALILOU OUATTARA

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE  
ANNEE UNIVERSITAIRE 1996 - 1997

ADMINISTRATION

DOYEN : ISSA TRAORE - PROFESSEUR  
1er ASSESSEUR : OUSMANE DOUMBIA - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE  
2ème ASSESSEUR : AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE  
SECRETAIRE GENERAL : BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCE  
ECONOME : MAMADOU DIANE CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-traumato.Sécourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-ptisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie

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

D.E.R CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chef D.E.R de Chirurgie
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho.Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

#### 4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
Mr Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Ortho.Traumatologie
Mr Abdoulaye K. DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Tiéman COULIBALY	Ortho.Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale

#### 5. ASSISTANTS

Mr Ibrahim ALWATA	Ortho.Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale

#### D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

##### 1. PROFESSEURS

Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie-Virologie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Path.Histoembryologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Mr Yéya T.TOURE	Biologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie Chef de D.E.R.
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique

##### 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie

##### 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yénimégué A.DEMBELE	Chimie Organique
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Bakary M.CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S.MAIGA	Parasitologie

#### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F.M.TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie animale
Mr N'yenigue Simon KOITA	Chimie Organique
Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Ibrahim I.MAIGA	Bactériologie

#### 5. ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
-------------------	-------------------

### D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

#### 1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int. Chef de D.E.R
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou K.TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M.KEITA	Pédiatrie

#### 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie

#### 3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastro-Entérologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Hamar A.TRAORE	Médecine Interne
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-Entérologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie

#### 4. ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE  
Mr Adama D.KEITA  
Mme Tatiana KEITA

Médecine Interne  
Radiologie  
Pédiatrie

### D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

#### 1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE

Toxicologie

#### 2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Arouna KEITA

Matières Médicales

#### 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boukassoum HAIDARA  
Mr Ousmane DOUMBIA  
Mr Elimane MARIKO

Législation  
Pharmacie Chimique Chef de D.E.R  
Pharmacologie

#### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO  
Mr Alou KEITA

Matières Médicales  
Galénique

#### 5. ASSISTANT

Mr Ababacar I.MAIGA

Toxicologie

### D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

#### 1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique Chef de D.E.R

#### 2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa MAIGA

Santé Publique

### 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE  
Mr Sanoussi KONATE

Anthropologie  
Santé Publique

### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G.TOURE  
Mr Sory I.KABA

Santé Publique  
Santé Publique

### 5. ASSISTANT

Mr Massambou SACKO

Santé Publique

### CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale et Min.
Mr Bakary I.SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme Sira DEMBELE	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Nyamanton DIARRA	Mathématiques
Mr Moussa I.DIARRA	Biophysique
Mr Mamadou Bakary DIARRA	Cardiologie
Madame SIDIBE Aissata TRAORE	Endocrinologie
Mr Siaka SIDIBE	Médecine nucléaire

### PERSONNEL D'ENCADREMENT ( STAGES & TP )

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Baidi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine Niantao	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur Almahady DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	H.G.T.
Docteur Hubert BALIQUE	C.T.MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	H.G.T.
Docteur Youssouf SOW	H.G.T.

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr F.S.DANO  
Pr M.L.SOW  
Pr S.S.GASSAMA  
Pr D.BA  
Pr M. BADIANE  
Pr B.FAYE  
Pr Eric PICHARD  
Dr G.FARNARIER

HYDROLOGIE  
MED.LEGALE  
BIOPHYSIQUE  
BROMATOLOGIE  
PHARMACIE CHIMIQUE  
PHARMACODYNAMIE  
MEDECINE INTERNE  
PHYSIOLOGIE

# SOMMAIRE

DEDICACES	
REMERCIEMENTS	
I. INTRODUCTION.....	1
II. GENERALITES	
1°). Epidémiologie.....	3
2°). Rappels anatomiques.....	4
3°). Etiopathogenie.....	10
4°). Anatomie pathologique et classification.....	10
5°). Clinique et diagnostic.....	14
6°). Traitement.....	16
7°). Evolution et pronostic.....	22
III. METHODES ET MATERIELS.....	23
IV. RESULTATS.....	25
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	42
VI. CONCLUSION RECOMMANDATIONS.....	54
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	56
ANNEXES	
1°). Résumé	
2°). Abréviations	
3°). Questionnaire	
SERMENT D'HIPPOCRATE	

## DEDICACES

Je dédie ce travail à :

**Mon père :TIEMOKO DIABATE**

Tu n'as cessé de me répéter que seul le travail paye. Votre affection, votre soutien moral et matériel ne m'ont jamais fait défaut. Tes conseils m'ont beaucoup aidé et je crois avoir atteint en partie ton objectif. Nous marcherons toujours dans votre sillage pour le bonheur et la dignité de la famille.

**Ma mère: MARIAM SANOGO**

Les mots ne suffisent pas pour exprimer toute l'affection que nous éprouvons pour toi. Je te dois ma réussite. Vous avez guidé mes pas vers l'avenir. Savourez avec moi toutes les joies en ce jour solennel.

**Toute la famille DIABATE à Sikasso:**

**Mes frères: YAYA DIABATE, SEYDOU DIABATE, MICAÏLOU DIABATE, ABDOULAYE DIABATE, SOUMAÏLA DIABATE.**

**Mes soeurs: KADIDIATOU DIABATE, FATOUMATA DIABATE, ROKIATOU DIABATE, SAFIATOU DIABATE.**

La fraternité n'a pas de prix et reste pour nous un lien sacré. Vous avez été d'une dévotion sans faille ni pareil.

L'expression de mes sentiments de reconnaissance et de gratitude est indéfinissable.

A mes collègues du service: PATHE BOUBACAR DIALLO, OUSMANE DIABATE, SEYDOU OUATTARA pour votre solidarité sans faille et votre amitié.

A mes cadets du service: SEYDOU MARIKO, IBRAHIME ONGOÏBA, MAMADOU BALLO, SEYDOU MANDIAN KONATE, AMARA MARIKO, DRAMANE CISSE .Pour votre comportement respectueux et très touchant.

A tous les personnels du service d'urologie: Acceptez ici mes sincères remerciements pour votre esprit de collaboration.

A tous les personnels du bloc opératoire de l'hôpital national du point « G »

Au Docteur TOUNKO DOUMBIA: pour votre contribution efficace à notre encadrement. Nous en sommes très fiers et très reconnaissants.

Au Docteur CHERIF CISSE: Votre humanisme et votre disponibilité m'ont touché. Je ne trouverai pas de mots nécessaires pour vous remercier. Sachez que ce travail est le votre.

Au Docteur ALY TIMBELY: Pour votre encadrement efficace pendant notre séjour dans le service. Votre simplicité, votre abord facile, votre souci de mieux encadrer les étudiants font que vous êtes admiré par tous.

A tous les personnels du DEAP de la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie du Mali

Au Professeur MAMADOU LAMINE SOW médecin légiste et du travail à la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie au Sénégal: Votre simplicité, votre abord facile, votre souci de mieux former les étudiants font que vous êtes admiré par tous.

A Tous les Internes de la promotion 96

A tous les membres et sympathisants de l'ADERSS.

A mon maître du 1er cycle SAMBA KONE: Pour la qualité de votre enseignement qui nous a servi de soubassement de ce que je suis aujourd'hui .Soyez en remercié.

A mes amis: Dr SOUNKALO DAO, Dr OUASSA BERTHE, Dr DRISSA KONATE, Dr FOUSSEYNI HAÏDARA, DRISSA COULIBALY, MOUSTAPH TOURE, AMADOU DAO, DIAKARIDIA BAMBA, MALE KAMISSOKO, HABILATOU DIALLO.

A tous mes ami (e)s de la FMPOS: BABA COULIBALY, ISSIAKA MENTA, OUSMANE TRAORE, MAMARY KONE, GUEDA MAGUIRAGA, SALIMATA SISSOKO, ASSOUMAO KEITA, HAWA THERESE KONE, AOUA DIARRA, NANA ASCOFARE, HALIMATOU TOURE, DIOGOSSAN TRAORE, BINTOU MAÏGA, VERONIQUE COULIBALY THERESE COULIBALY.

A mes cadets(tes) de la FMPOS: MAMADOU D DIALLO, FERDINAND DEMBELE, MAMADOU TRAORE, MAMADOU LAICO TRAORE, ABDOULAYE SANOGO, JOSEPH KONE, SABOU DIAKITE

A Mr SOULEYMANE AG ALASSANE boutiquier pour votre soutien moral et matériel.

A Tous les amis du service de réanimation de l'HPG.

A notre cher Aîné Dr SANGO HAMADOUN ALY de la cellule informatique de la FMPOS, pour votre apport à la finalisation de cette oeuvre scientifique.

## **Aux membres du jury**

A notre maître et président du jury:

Monsieur le Professeur SAMBOU SOUMARE

Professeur en chirurgie générale

Président de la société de chirurgie du Mali

Chef du service de chirurgie « A » à l'hôpital national du point « G ».

C'est tout l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Nous avons bénéficié de l'enseignement d'un pédagogue averti, d'un maître d'expérience et de compétence. Votre dextérité pratique et votre franchise nous ont forcé l'estime et l'admiration.

En témoignage à votre reconnaissance infinie, nous vous prions de trouver en cet instant solennel, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et juge Monsieur le Docteur ABDOULAYE DIALLO .

Assistant chef de clinique à l'hôpital national du point « G ».

Spécialiste en anesthésie réanimation.

Chef du service d'anesthésie et de réanimation de l'hôpital du point « G ».

Secrétaire général de la société malienne d'anesthésie et de réanimation.

Secrétaire général adjoint de la SARANF.

Enseignant à la Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie du Mali

Nous avons été impressionnés par l'accueil que vous nous avez toujours réservé. Votre qualité d'écoute et votre souci permanent de formation et d'aide ont fait de vous un maître aimé de tous. Nous avons été séduits par l'élégance et la rigueur de votre horizon médical et votre sens d'humanisme font de vous un maître prestigieux, respecté et respectable.

A notre maître et juge

Monsieur le Docteur AMADOU MARIKO

Chef du service d'urologie de l'hôpital GABRIEL TOURE

Enseignant à l'école privée des infirmiers du premier cycle de Bamako.

Vous avez accepté de siéger dans ce jury de thèse malgré vos multiples préoccupations.

Votre présence nous sera d'un apport certain .

En acceptant de siéger dans ce jury vous nous donnez l'occasion de vous témoigner notre profonde reconnaissance.

A notre maître et directeur de thèse

Monsieur le professeur KALILOU OUATTARA

Professeur Titulaire en urologie

Enseignant à la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie (FMPOS) du Mali.

Chef de service de l'urologie de l'hôpital national du point « G ».

Nous avons bénéficié de vos savoirs médicaux inestimables et nous sommes fiers de compter parmi vos élèves. Le dogme de la modestie et de la rigueur dans le travail font de vous, un homme admirable.

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

# INTRODUCTION

# I. INTRODUCTION

Les tumeurs de vessie regroupent un spectre de tumeurs ayant un potentiel d'agressivité extrêmement variable. Classiquement ces tumeurs se révèlent sous deux modes: un mode dit superficiel et un mode infiltrant [2].

S'il y a une pathologie qui quotidiennement révèle à l'urologue son impuissance thérapeutique c'est bien le cancer de la vessie.

Cette situation semble paradoxale car s'agissant des tumeurs de la vessie d'une manière générale et du cancer de la vessie en particulier, tout semble cependant bien codifié.

Les facteurs de risques sont bien connus: tabac, colorants industriels, cystite bilharzienne, alcool, café, l'irritation vésicale et les infections chroniques.

Son évolution clinique bien systématisée, l'arsenal thérapeutique bien fourni. Pourquoi alors ces 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 et ce même dans les pays à culture médicale très développée.

Dans les zones d'endémie bilharzienne du fait qu'il partage le même maître symptôme avec cette affection à savoir l'hématurie, le cancer de la vessie reste insoupçonné.

Le retard diagnostic incombe parfois même aux agents médicaux qui devant toute hématurie ne voient qu'une affection bilharzienne malgré l'inefficacité des multiples séances de traitement au praziquantel.

Au total, le diagnostic tardif rend aléatoire le résultat du traitement chirurgical. Cela dit le cancer de vessie semble très fréquent au Mali et en clinique urologique il est la première cause de mortalité par cancer.

## **OBJECTIFS**

Notre étude a pour objectifs:

### **1-Objetif général :**

Etudier les aspects cliniques et thérapeutiques des tumeurs de vessie.

### **2-Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence des tumeurs de vessie dans le service d'Urologie de l'hôpital national du point « G ».
- Etudier les particularités cliniques du cancer de la vessie dans notre contexte.
- Evaluer nos moyens diagnostiques et thérapeutiques devant un cancer de vessie .

## **II . GENERALITES**

### **1-EPIDEMIOLOGIE DU CANCER DE LA VESSIE:**

Les tumeurs urothéliales de vessie représentent le second cancer des voies urogénitales avec une incidence de 30 pour 100000 habitants par an et une mortalité de 11,2 par million d'habitant [10].

Le taux d'incidence des cancers de vessie s'accroît chaque année [34].

D'après Koroltchouk [38] 170.000 cas de cancers vésicaux apparaissent chaque année dans le monde : 2/3 dans les pays développés, 1/3 dans les pays en voie de développement.

Jensen [37] estime que 53.000 personnes développent chaque année un cancer de vessie dans la communauté européenne.

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

Les taux de mortalité par cancer de vessie varie selon les pays. Les taux de mortalité les plus élevés sont au Danemark, au Royaume Uni, en Belgique et en Italie .

Les pays à faible taux de mortalité sont le Japon 2,42/100000, puis Singapour 2,43/100000 et le Venezuela 2,81/100 000 [51].

Les taux de mortalité sont en progression chez les hommes et les femmes avec une prédominance masculine [51].

Les tumeurs de vessie représentent en France la 7eme cause de mortalité par cancer chez l'homme et la 10 eme cause de mortalité par cancer chez la femme [2,20].

Elles sont responsables d'environ 2.000 décès par an en France chez l'homme et de 800 décès chez la femme [2].

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 pour certaines contrées .

En Egypte le cancer de vessie est au 1er rang et représente 28 % de tous les cancer et 11% des cancers féminins [51] .

En Irak, il se situe au 2eme rang chez les femmes et les hommes [51] .

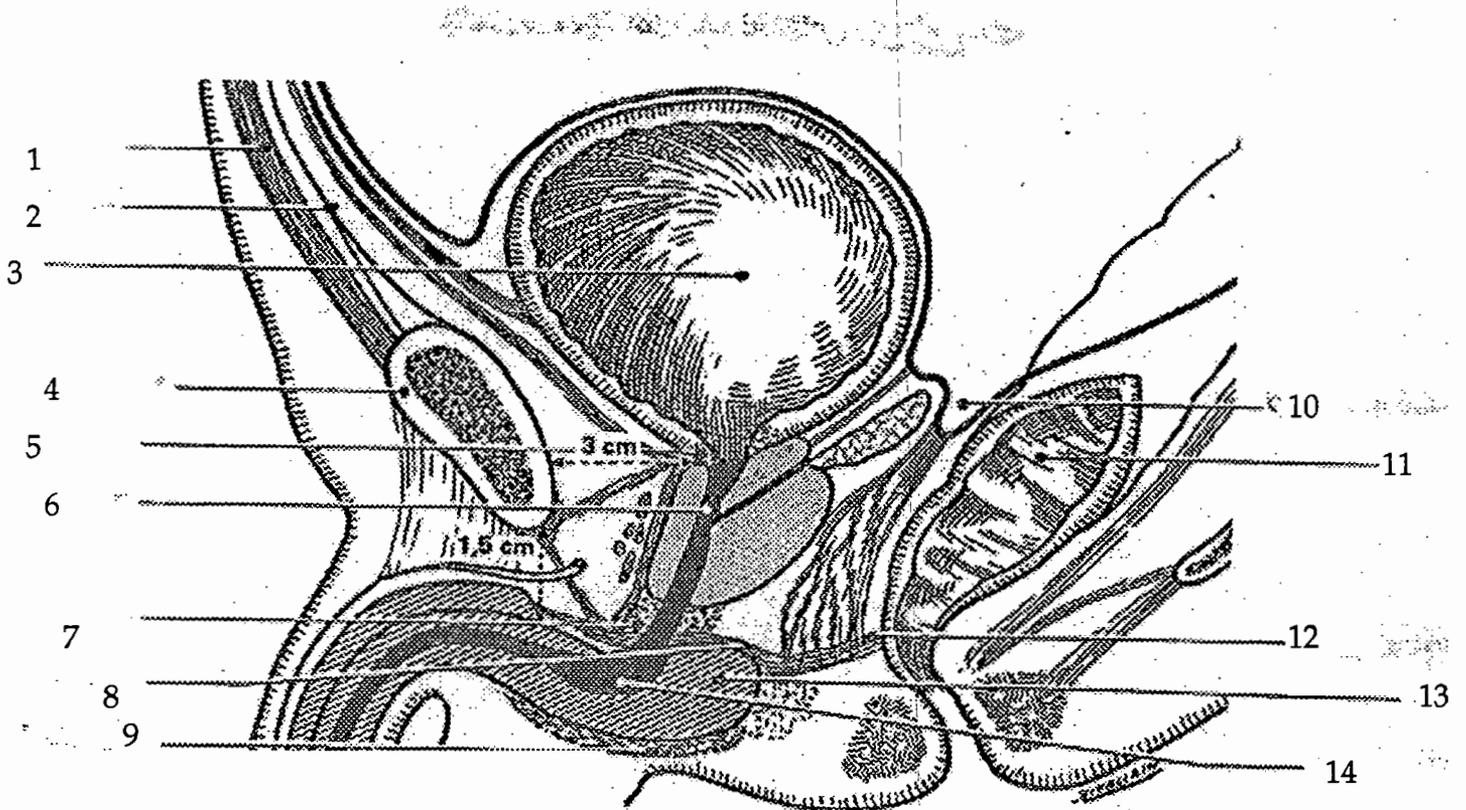
En Côte d'ivoire, au moins 4 cancers urinaires sur 5 sont des cancers vésicaux [25].

Au Sénégal c'est le cancer le plus fréquent en urologie et représente 86,9%des cancers urinaires [64]. Au Mali, le cancer de vessie constitue 2,3 % de l'ensemble des cancers étudiés. C'est le cancer le plus fréquent de la sphère génito-urinaire. Il représente la première cause de mortalité par cancer en urologie [69].

## **2- RAPPELS ANATOMIQUES DE LA VESSIE EN RAPPORT AVEC LE CANCER**

La vessie réservoir musculaire située en position rétro-péritonéale est en rapport étroit avec les organes du petit bassin.

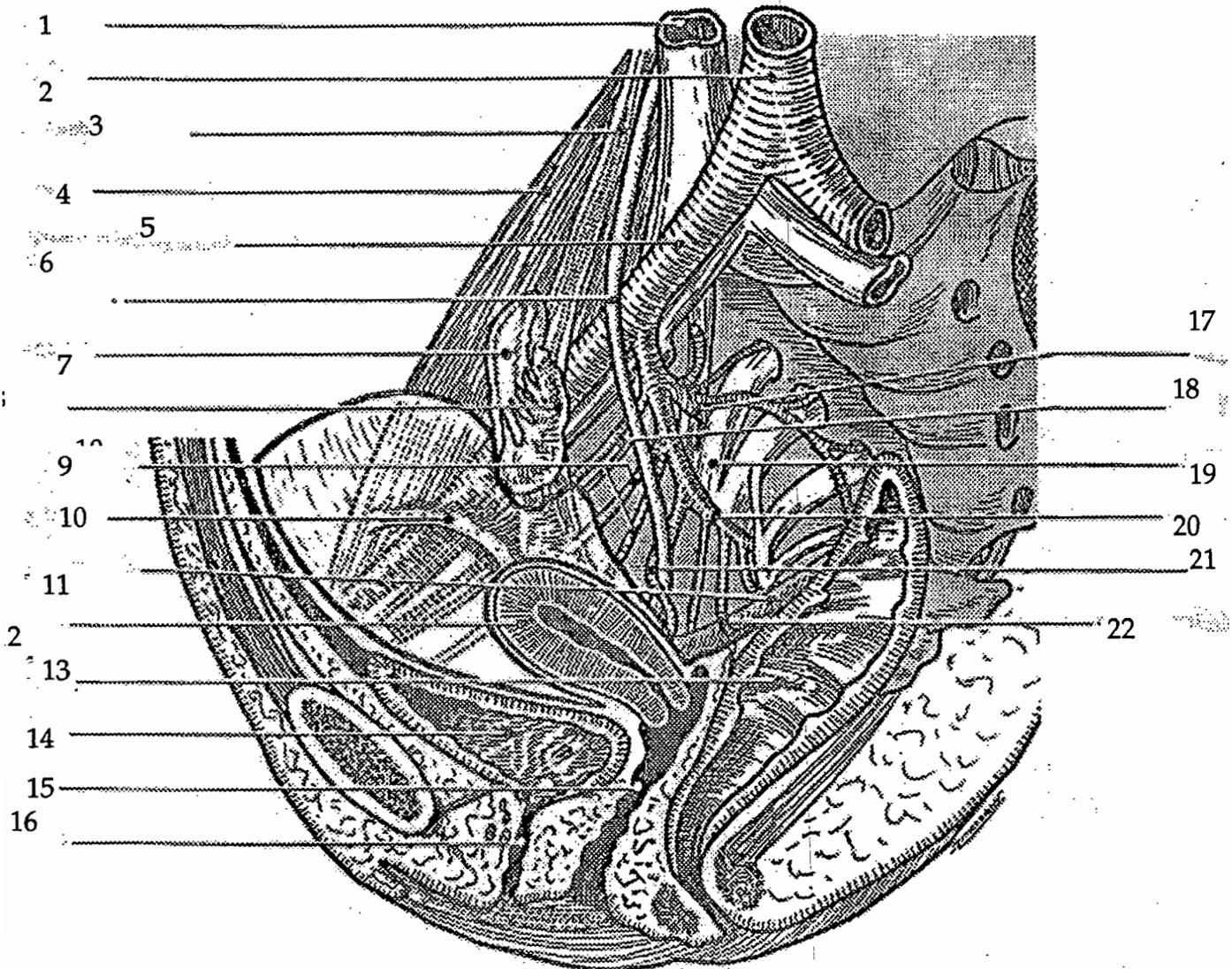
-Prostate et vésicules séminales chez l'homme [ Fig1 ].



1=muscle grand droit 2=fascia transversalis 3=vessie 4=symphyse pubienne 5=sphincter lisse  
6=sinus prostatique 7=muscle sphincter strié 8=muscle transverse profond 9=muscle bulbo-  
caverneux 10=cul de sac de DOUGLAS 11=rectum 12=muscle recto-urethral 13=bulbe 14=cul de  
sac bulbaire.

LA LOGE VESICALE ET LES RAPPORTS DE LA VESSIE CHEZ L'HOMME : Schémas selon  
JEAN C et BERNARD K

-Utérus et vagin chez la femme [Fig2 ]



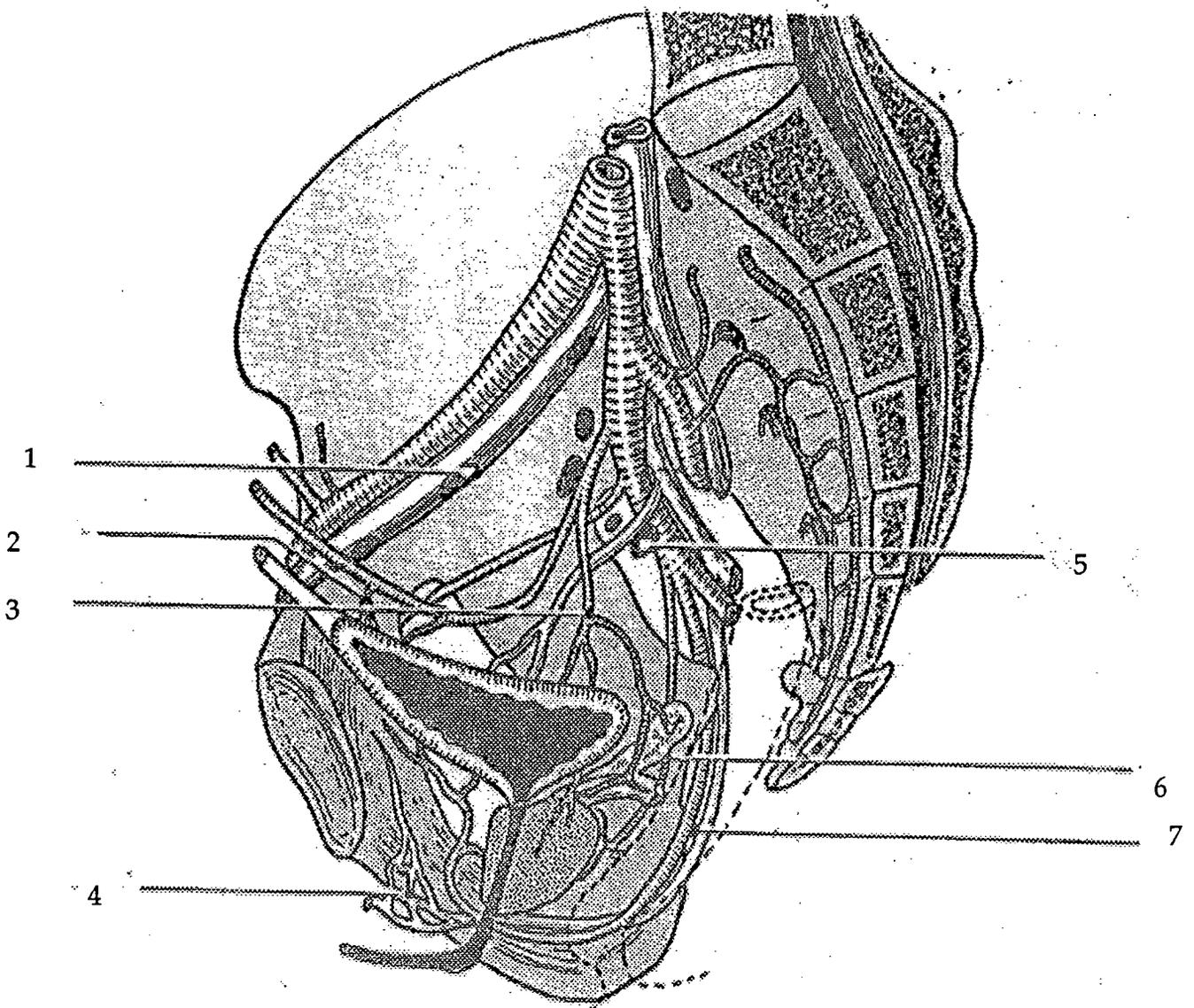
1=veine cave inférieure 2=aorte 3=ligament lombo-ovarien 4=muscle psoas 5=artère iliaque primitive droite 6=uretère droit 7=trompe 8=ovaire 9=artère ombilicale et artère vésicale inférieure 10=ligament rond 11=ligament utero-sacré 12=utérus 13=rectum 14=vessie 15=vagin 16=urèthre 17=artère fessière 18=nerf et vaisseaux obturateurs 19=plexus sacré 20=artère ischiatique 21=artère utérine 22=artère hémorroïdale moyenne.

LES RAPPORTS DE LA VESSIE CHEZ LA FEMME :Schémas selon JEAN C et BERNARD K

-Pour les deux sexes: rectum, urètre terminal, urètre, anses intestinales, structures musculoaponevrotiques et bassin osseux.

Ces organes et structures sont susceptibles d'être envahis en cas de cancer de vessie évolué.

La vessie bénéficie d'une vascularisation assez dense [Fig. 3].



1=ganglion iliaque externe 2=reseau de l'artère ombilicale 3=artère génito-vésicale 4=plexus veineux de SANTORINI 5=ganglions lymphatiques hypogastriques 6=artère hémorroïdaire moyenne 7=vaisseaux honteux interne.

VASCULARISATION DE LA VESSIE :Schémas selon JEAN C et BERNARD K

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

Le réseau veineux réalise sur la face antérieure de la vessie un plexus très caractéristique connu sous le nom de plexus de Santorini. Il draine le sang veineux par les veines hypogastriques vers les veines iliaques et la veine cave inférieure.

Le réseau veineux est la principale voie des métastases à distance vers les poumons.

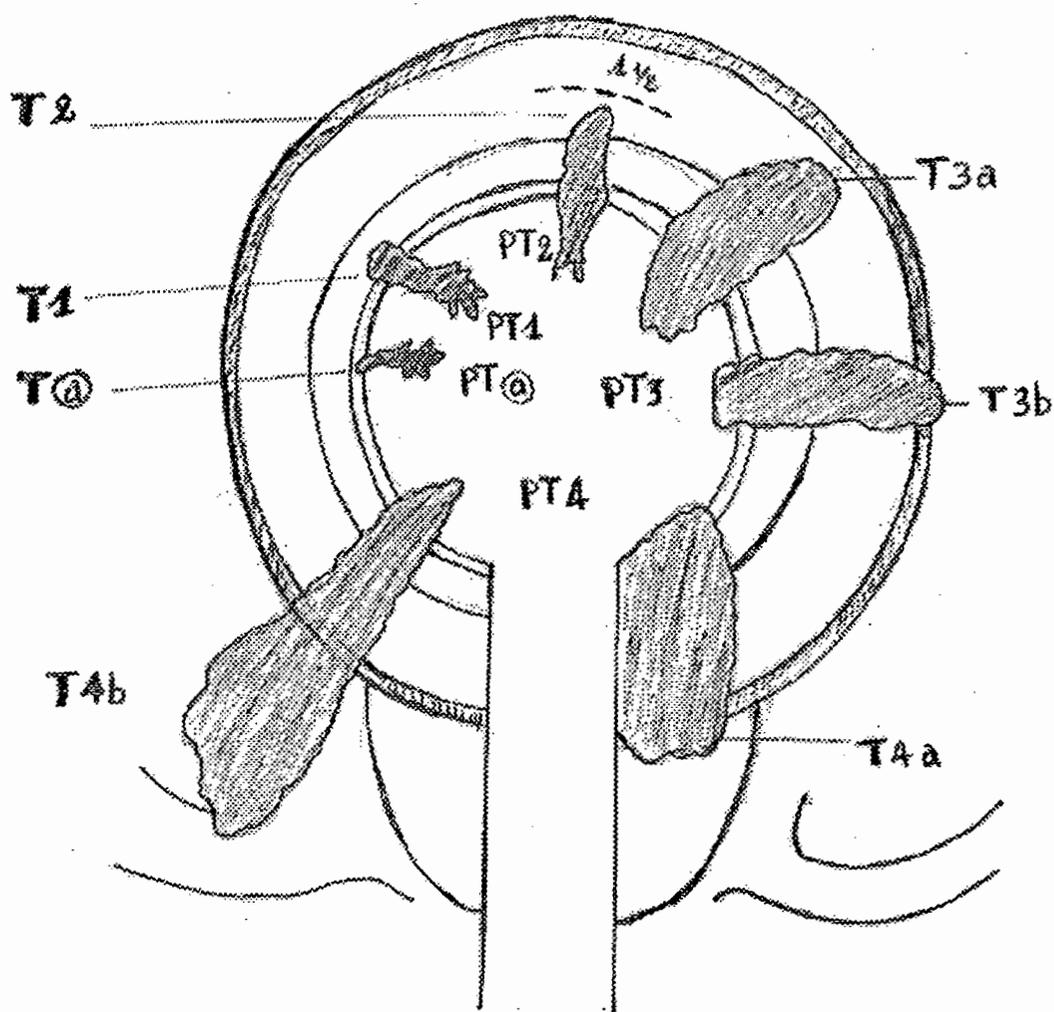
La richesse de la vascularisation de la vessie rend encore la chirurgie de cet organe très difficile car elle est très hémorragique.

Les vaisseaux lymphatiques se rendent tous aux ganglions iliaques externes accessoirement aux ganglions hypogastriques, iliaques primitifs et à ceux du promontoire [Fig3 ].

Sur le plan histologique, la paroi vésicale se compose de 4 couches disposées de dedans en dehors comme suit:

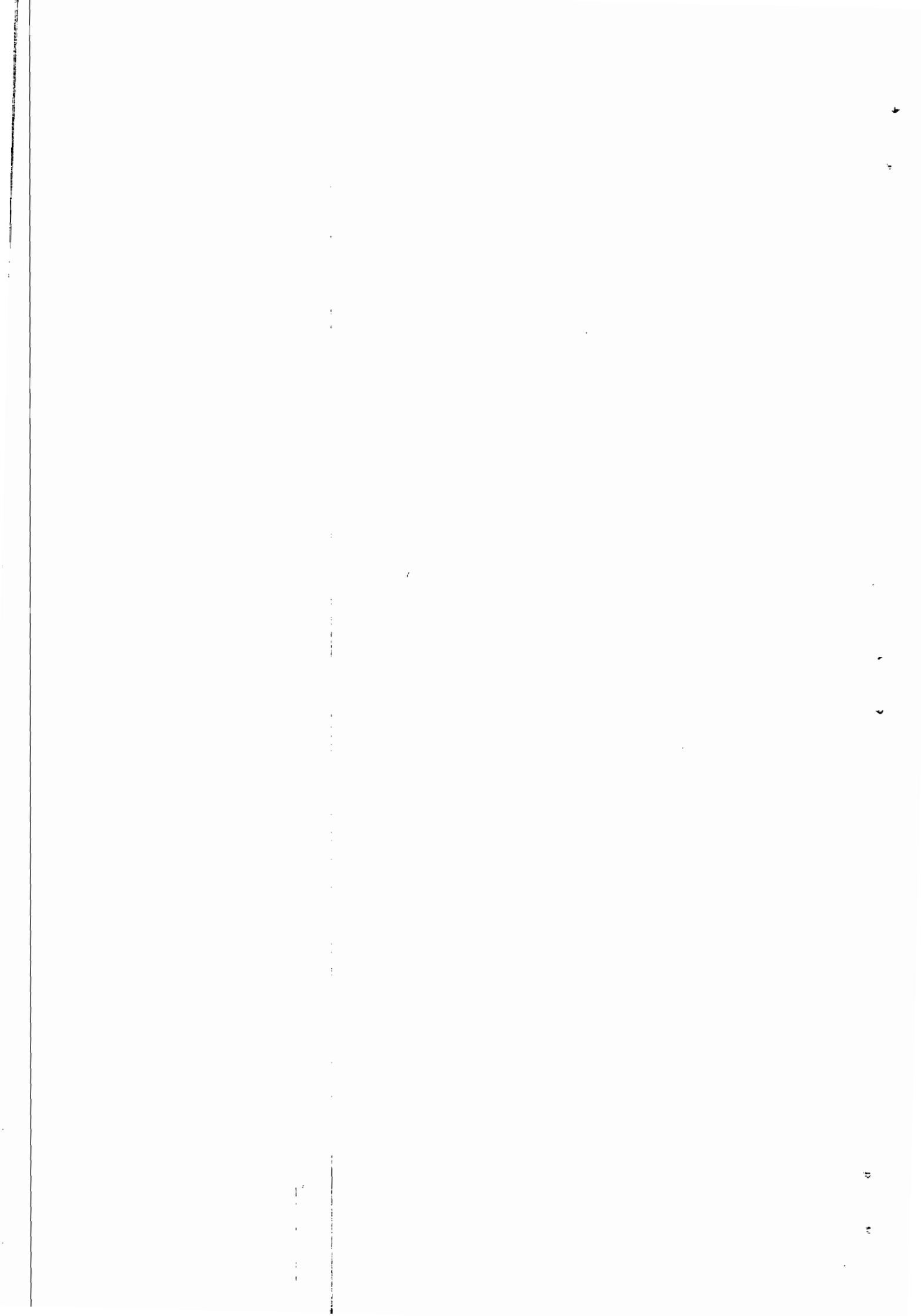
- la muqueuse principale point de départ des tumeurs urothéliales
- la sous muqueuse
- la musculuse dont l'atteinte est un signe de mauvais pronostic
- la séreuse.

Cette stratification de la paroi vésicale permet la classification des tumeurs de vessie qui évoluent aussi de dedans en dehors [Fig4]



CLASSIFICATION TNM DES TUMEURS DE VESSIE  
schémas selon CABANNE F et BONENFANT JL.

L'innervation de la vessie est assurée essentiellement par le plexus hypogastrique situé dans les lames sacro-recto-génito-pubiennes. Cette richesse de l'innervation de la vessie expliquerait l'intensité de la douleur au cours des cancers de vessie.



### **3- ETIOPATHOGENIE**

De pathogénie inconnue [42,67], le cancer de vessie connaît un certain nombre de facteurs de risque.

Parmi ces facteurs certains ont été prouvés et d'autres ont été évoqués [20].

Les facteurs de risques prouvés sont:

- le tabac : la cigarette qui constitue le premier facteur de risque et reconnu de tous [38]
- les carcinogènes d'origine professionnel qui sont essentiellement les dérivés des hydrocarbures et les dérivés de l'alanine. Il sont responsables de 27 % des cancers de vessie
- la bilharziose urinaire qui prédispose au cancer de vessie de type épidermoïde [2,18].

Les facteurs de risque évoqués: les édulcorants, le café, les virus oncogènes, l'environnement, le thé, l'alcool, l'irritation chronique et l'infection vésicale, l'extrophie vésicale qui prédispose aux adénocarcinome de vessie.

### **4-ANATOMOPATHOLOGIE ET CLASSIFICATION DES TUMEURS DE VESSIE**

Malgré la difficulté de faire la différence entre les tumeurs bénignes et tumeurs malignes au niveau vésical, classiquement les auteurs admettent que la majorité des tumeurs vésicales (80 %) sont malignes [54].

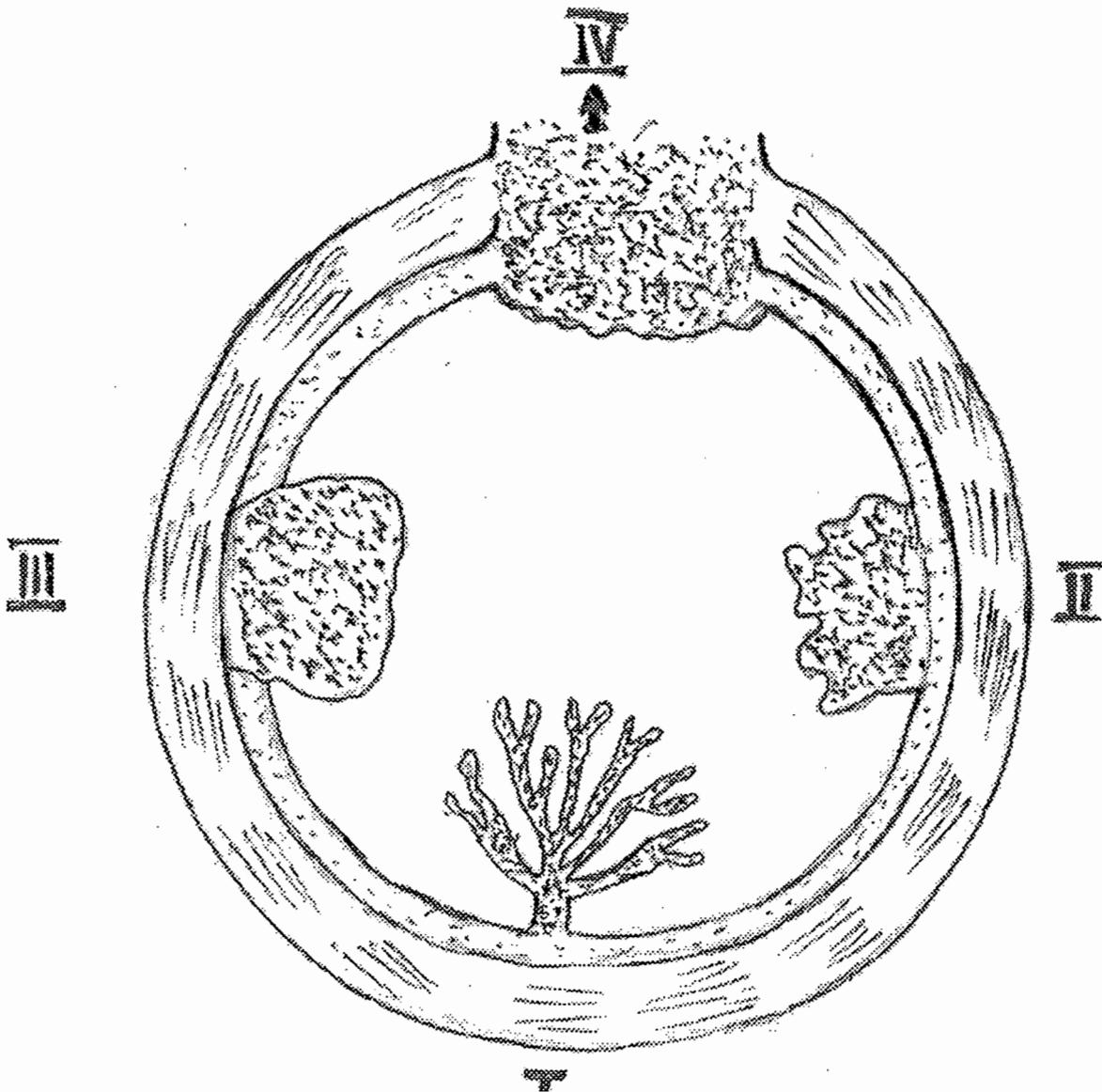
Les tumeurs épithéliales de la vessie représentent la majorité des cancers de vessie (>94%).

Pour des raisons pratiques le terme de cancer de vessie se confond avec celui des tumeurs épithéliales [2].

Les tumeurs épithéliales de vessie se présentent sous des formes anatomocliniques multiples.

#### 4-1-ANATOMIE PATHOLOGIQUE:

L'étude macroscopique permet d'individualiser: [Fig 5]



VUE MACROSCOPIQUE DES TUMEURS DE VESSIE  
Schémas selon VIOLLET G.

- les tumeurs papillaires qui peuvent être pédiculées, sessiles ou diffuses.
- les tumeurs non papillaires ou solides qui sont bourgeonnantes ou ulcérées .
- les tumeurs non papillaires non infiltrantes qui sont invisibles en cystoscopie. Les lésions apparaissent sous la forme de plaque en carte géographique érythémateuses ou velouté. Elles témoignent de lésions de carcinome in situ.

Microscopiquement les tumeurs épithéliales peuvent être divisées en deux catégories:

- les papillomes qui sont en fait des étapes précancéreuses . Ils constituent la variété la plus fréquente [46]. Ils comprennent: papillomes à cellules transitionnelles, papillomes à cellules transitionnelles de type inversé, papillomes épidermoïdes.
- les carcinomes qui constituent le groupe des tumeurs malignes et comprennent: carcinomes à cellules transitionnelles, carcinomes in situ, carcinomes épidermoïde, adénocarcinome, le carcinome indifférencié, le carcinosarcome.

L'examen histologique est la clé de voûte, non seulement du diagnostic, mais aussi de l'attitude thérapeutique des tumeurs de la vessie et du pronostic [2].

#### **4-2- CLASSIFICATION DES TUMEURS EPITHELIALES DE LA VESSIE: [15]**

De nombreux systèmes 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 Chomé révisée en 1979 et celle de Marshall et Jewet qui sont de moins en moins utilisés au profit des classifications TNM de IUAC et de l'OMS .

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

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

### Classification TNM (1992) [Fig 4]

#### Tumeur locale (T)

TX : tumeur locale non évaluable

TO: pas de tumeur locale décelable

Ta : Carcinome urothéliale papillaire non invasif

Tis : Carcinome in situ (tumeur plane)

T1 : Tumeur envahissant le chorion

T2: Tumeur envahissant le muscle superficiel (moitié interne)

T3a :Tumeur envahissant le muscle profond

T3b: Tumeur envahissant la graisse périvesicale

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

T4b: Tumeur fixée sur les parois pelvienne ou abdominale

#### Ganglions locorégionaux (N)

NX: ganglions locaux non évaluables

NO: pas d'envahissement des ganglions locorégionaux.

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

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

#### Métastases à distances (M)

MX: métastase non décelable

MO: pas de métastase à distance

M1 : métastase à distance

## **5- CLINIQUE ET DIAGNOSTIQUE DES TUMEURS DE VESSIE**

### **5.1- CLINIQUE: [2,57,62]**

Bien que non pathognomonique des cancers de vessie, l'hématurie constitue le principal signe des cancers de vessie. Cette hématurie peut être terminale, totale avec toute fois un renforcement terminal. Il s'agit d'une hématurie spontanée, capricieuse, indolore répétée.

Les autres signes sont des signes d'irritation vésicale ou des signes de complication des cancers de vessie parmi lesquels on peut citer : les mictions impérieuses, la pollakiurie, la dysurie, la rétention d'urine, la douleur sus pubienne, les douleurs lombaires ou du flanc, les coliques néphrétiques.

Cette tumeur de vessie peut être décelée à des stades avancés du cancer au décours d'une tumeur hypogastrique, d'une altération de l'état général d'une insuffisance rénale, des métastases osseuses, pulmonaires ou hépatiques.

### **5.2- DIAGNOSTIC DES TUMEURS DE VESSIE: [57,62]**

Le diagnostic repose sur l'interrogatoire qui recherche les antécédents et les signes suscités, le toucher pelvien associé au palper hypogastrique.

Le diagnostic positif est apporté essentiellement par 5 examens complémentaires qui se complètent le plus souvent.

### **5.2.1- L'ECHOGRAPHIE PAR VOIE SUSPUBIENNE:**

Examen de première intention devant une manifestation clinique évocatrice.

Elle se distingue par ses caractères non invasif et répétitif. La tumeur apparaît comme une structure échogène se projetant dans la lumière de la vessie contrairement aux calculs et aux caillots. Elle est toujours en continuité avec la paroi vésicale. Elle est surtout intéressante si la radiographie et l'endoscopie ne sont pas réalisables. Elle permet la recherche de métastases.

### **5.2.2-UROGRAPHIE INTRAVEINEUSE:(UIV)**

Détecte 70%des tumeurs de vessie.

C'est le temps essentiel du diagnostic des tumeurs de vessie. Elle montre dans un grand nombre de cas, une ou plusieurs image(s) lacunaires irrégulières sur le cystogramme.

L'UIV permet surtout d'apprécier le retentissement sur le haut appareil urinaire. Les limites sont les petites tumeurs de vessie.

### **5.2.3- LA CYTOLOGIE URINAIRE:**

C'est le premier examen demandé devant un cas suspect de cancer de vessie. Elle permet d'apporter le diagnostic précoce. Elle permet aussi le suivi des tumeurs de vessie.

Les limites de cet examen sont: les infections urinaires avec des faux positifs, les tumeurs bien différenciées.

C'est un examen peu pratiqué du fait de sa complexité.

#### **5.2.4-URETROCYSTOGRAPHIE RETROGRADE:(UCR)**

Elle montre aussi une lacune caractéristique sur le cystogramme . Elle est d'un apport décisif pour le diagnostic de la tumeur. L'UCR donne une idée sur le siège, les dimensions de la tumeur et informe sur une éventuelle atteinte de la prostate et de l'urètre. Elle ne donne pas de précision du retentissement de la tumeur sur le haut appareil urinaire. Elle est surtout intéressante dans le cas où l'UIV est contre-indiquée.

#### **5.2.5- LA CYSTOSCOPIE TRANSURETRALE:**

Elle permet de voir la tumeur et de la situer, de faire la biopsie de la tumeur à la pince ou par résection endoscopie .

#### **5.2.6-ANATOMOPATHOLOGIE:**

C' est l'argument scientifique valable des cancers de vessie .Elle renseigne sur le grade de la tumeur et le type histologique.

### **6- TRAITEMENT DES TUMEURS DE VESSIE [39]**

Les moyens thérapeutiques sont multiples et variés parmi les quels on peut citer:

#### **6.1-TRAITEMENT CHIRURGICAL:**

##### **6.1.1-LA CHIRURGIE CLASSIQUE:**

Elle a une place prépondérante dans le traitement curatif ou palliatif des tumeurs de vessie. Elle est réalisée sous anesthésie

générale ou périurale et nécessite une réanimation per et post opératoire. Cette chirurgie est encore celle qui à l'heure actuelle la plus performante.

### **-CHIRURGIE CLASSIQUE A VISEE CURATIVE**

Elle consiste à l'exérèse totale de la tumeur ou de la vessie associée à un curage ganglionnaire et aux différents techniques de remplacement vésical ou de dérivation urinaire. Les résultats de cette chirurgie s'apprécient en terme de qualité de vie et de contrôle de la maladie.

### **-CHIRURGIE CLASSIQUE A VISEE PALLIATIVE**

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

Les indications de cette chirurgie classique reposent sur une appréciation la plus précise possible du degré d'extension de la maladie et de son indice d'agressivité.

La cystectomie de propreté ou de nécessité n'est indiquée de façon exceptionnelle qu'en présence de troubles mictionnels et d'hémorragies incontrôlées.

#### **6.1.1.1 CYSTECTOMIE PARTIELLE:**

Elle consiste à enlever la paroi vésicale atteinte par la tumeur avec une marge de sécurité carcinologique.

Curiethérapie et radiothérapie sont habituellement associées à ce geste.

Indications : Tumeurs unifocales T2 de taille réduite 2-3 cm distance du col et de la partie médiane de la vessie.

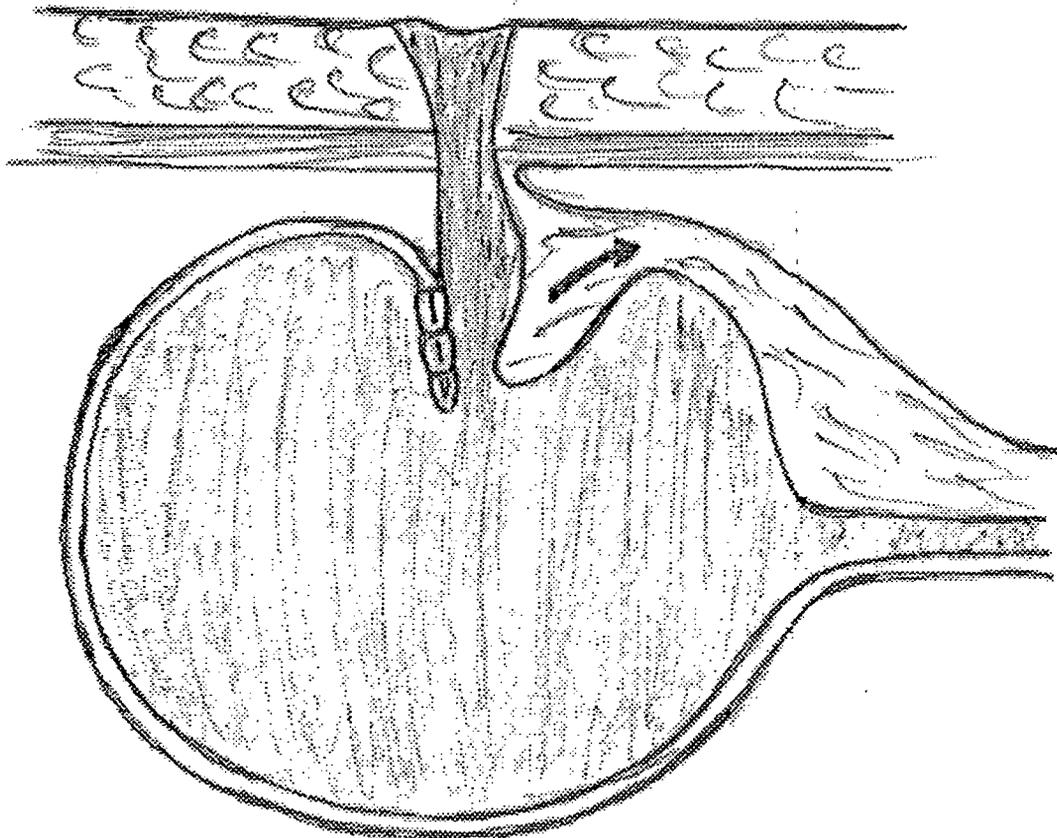
### 6.1.1.2 CYSTECTOMIE TOTALE OU RADICALE:

Technique bien codifiée elle est associée à différentes méthodes de dérivation urinaire parmi lesquels on peut citer:

-les dérivations urinaires après cystectomie peuvent être interne ou externe.

-la dérivation externe cutanée est soit directe (uretère sur la peau ) soit indirecte par l'intermédiaire d'un segment d'anse intestinale (Bricker) .

la dérivation urinaire peut aussi être continente (Kocks) [Fig 6].



POCHE CONTINENTE DE KOCKS  
Schémas selon HENRIET MP

Indications: Tumeurs infiltrant le muscle vésical, les cas de récives des tumeurs superficielles, tous les autres cas où les techniques sus citées ont été impuissantes.

### **6.1.2- LA CHIRURGIE ENDOSCOPIQUE:**

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

Indications:

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

### **6.2-LA CHIMIOTHERAPIE:**

#### **6.2.1- CHIMIOTHERAPIE ENDOVESICALE:**

Elle consiste en l'application au contact de la muqueuse vésicale d'un agent directement cytotoxique soit ayant une action immunologique visant à freiner le développement des tumeurs.

Divers agents cytotoxiques sont utilisés: Thiotepa- Epodyl, Mitomycine, Doxorubicine (Adriamycine), BCG endovesical, l'Interféron.

Indication : Tumeurs superficielles de la vessie non infiltrantes.

### **6.2.2- CHIMIOTHERAPIE GENERALE:**

Faite par voie générale a sur les tumeurs vésicales une action certaine quoique encore imprécise. Plusieurs agents cytotoxiques sont utilisés soit en monothérapie ou en polythérapie.

Parmi ces agents on peut citer le cisplatine, le méthotrexate, la Vinblastine, le Cyclophosphamide ou la doxorubicine.

Indication : Cancers de vessie métastatiques ou récidivantes.

### **6.3-LA RADIOTHERAPIE:**

La radiothérapie n'est réservée qu'aux contre-indications générales à la chirurgie, aux patients qui refusent la chirurgie, et aux tumeurs localement avancées inextirpables.

la curiethérapie possède 2 indications dans les cancers de vessie:

-après cystectomie partielle, son but est d'éviter les récives au pourtour de la cicatrice.

-après résection incomplète elle permet une surimpression des volumes tumoraux laissés en place par le chirurgien.

Plusieurs associations thérapeutiques sont utilisées: chimiothérapie + radiothérapie, chimiothérapie + chirurgie, chirurgie + radiothérapie + chimiothérapie.

### **6.4-AUTRES MOYENS THERAPEUTIQUES:**

- le laser qui a pour avantage de minimiser le saignement .
- l'artériographie, utilisée en cas d'hématurie majeur. Procède par une embolisation sélective d'une ou deux artères hypogastriques.
- la compression vésicale hydraustatique.
- la formolisation vésicale.
- la corticothérapie.

## **7- EVOLUTION ET PRONOSTIC:[15,67]**

Ils sont très variables.

Les papillomes d'aspect bénin ont cependant une fâcheuse tendance à la récurrence et parfois longtemps après la première atteinte.

Les récurrences peuvent être plus graves que la première fois.

Les cancers infiltrants sont très graves et évoluent très rapidement avec une extension locale, une infection, une hématurie, un retentissement rénal et général, douleurs de compression, la cachexie.

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

-16 %de survie à 5ans pour les tumeurs envahissant les tissus prévesicaux.

-50% de survie à 5 ans pour les tumeurs envahissant le muscle superficiel.

-90% de survie à 5 ans pour les tumeurs limitées au chorion.

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

**MATERIELS**  
**&**  
**METHODES**

### III . METHODES ET MATERIELS

Notre étude est une étude d'observation, prospective s'étendant sur une période de 24 mois allant du 1er juin 95 au 30 juin 97 au service d'Urologie de l'Hôpital national du Point G.

Elle porte sur 39 cas de tumeur de vessie.

1- CRITERES D'INCLUSION: sont inclus dans notre étude :

- tous les cas de tumeur de vessie répertoriés dans le service d'urologie
- tous les cas de tumeur de vessie adressés au service d'urologie et ayant été confirmés par des examens complémentaires (l'échographie, l'UIV, la cystoscopie, l'UCR, l'examen anatomopathologique).

2- CRITERES DE NON INCLUSION:

- tous les cas d'envahissement secondaire de la vessie par un cancer de voisinage.
- toutes tumeurs de la vessie n'ayant pas eu la preuve de sa malignité.

3- ENQUETE:

3.1- Phase d'élaboration de la fiche d'enquête:

Nous avons élaboré une fiche d'enquête (réalisée par le thésard) et corrigée par le directeur de thèse.

Le questionnaire a été élaboré en 4 pages avec 31 variables

Chaque questionnaire a comporté:

- une partie administrative
- une partie des données cliniques
- une partie des examens complémentaires

- une partie pour les traitements effectués
- une partie évolution et pronostic.

### 3.2- Phase de compilation des données: Elle a duré 2 ans.

Nos supports de données sont des dossiers établis auprès des malades lors de la consultation externe ou au cours de leur hospitalisation.

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

Une biopsie a été pratiquée chez tous les malades quand cela était possible. Cette biopsie a été faite soit à la pince au cours des cystoscopies soit sur les pièces opératoires.

Les prélèvements ont été envoyés à l'institut national de recherche en santé publique (INRSP) pour examen anatomopathologique.

### 3.3 - Phase de suivi des malades:

Nous avons donné des rendez-vous aux malades pour la consultation externe après leur sortie de l'hôpital. En cas de perte de vue de malades, des renseignements sur l'état de santé des malades ont été recueillis auprès des personnes contact résidant à Bamako.

## 4- SAISIE DES DONNEES:

L'exploitation informatique des résultats a été faite dans la cellule informatique de la FMPOS à l'aide du logiciel EPI-INFO.

Pour l'analyse statistique nous avons utilisé le test suivant: Khi2.

# RESULTS

## IV . RESULTATS

### 1°. EPIDEMIOLOGIE GENERALE

**Tableau I:** Répartition des malades selon le type de pathologie.

Pathologies	Effectifs	Pourcentages
Adénome de la prostate	424	42,8
Fistule vesico-vaginale (FVV)	120	12,1
Rétrécissement urétral	93	9,4
Calcul renal	85	8,6
Calcul de vessie	55	5,6
Tumeur de vessie	39	3,9
Rétrécissement urétéral	30	3,1
Adénocarcinome de la prostate	17	1,7
Hydrocèle	15	1,5
Péritonite	15	1,5
Hernie	13	1,3
Appendicite	12	1,2
Calcul urétéral	12	1,2
Malformation congénitale	8	0,8
Tumeur testiculaire	7	0,7
Tumeur rénale	5	0,5
Grossesse extra-uterine	5	0,5
traumatisme	5	0,5
Total	990	100

16 malades avaient des pathologies associées.

**Tableau II:** Répartition des malades selon le type de pathologie de la vessie

Patrologies	Effectifs	Pourcentages
Fistule vesico-vaginale	120	47,1
Calcul de la vessie	55	21,5
Tumeur de la vessie	39	15,3
Fistule recto-vesico-vaginale	30	11,8
Corps étranger	5	1,7
Malformation congénitale	3	1,2
Traumatisme	3	1,2
Total	255	100

chez 255 malades il y a eu 264 cas de pathologie vésicale.

9 cas de pathologies associées

**Tableau III** Répartition des tumeurs chez les malades.

Tumeurs	Effectifs	Pourcentages
Prostate	442	89,7
Vessie	39	7,9
Testicule	7	1,4
Rein	5	1
Total	493	100

**Tableau IV:** Répartition des cancers chez les malades

Organes	Effectifs	Pourcentages
Vessie	19	44,2
Prostate	17	39,5
Rein	5	11,6
Testicule	2	4,7
Total	43	100

## **2°). ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES**

**Tableau V:** Répartition des malades selon l'âge

Ages (an)	Effectifs	Pourcentages
16-40	13	33,3
41-60	16	41,1
61-77	10	25,6
Total	39	100

**Tableau VI:** Répartition des malades selon le sexe

Sexe	Effectifs	Pourcentages
Masculin	29	33,3
Féminin	10	25,6
Total	39	100

**Tableau VII:** Répartition des malades selon l'âge et le sexe

Age (ans)	Sexe		Effectifs
	masculin	féminin	
16-40 ans	10	3	13
41-60 ans	10	6	16
61-77 ans	9	1	10
total	29	10	39

Test de FISHER  $P > 0,05$  = non significatif

**Tableau VIII:** Répartition des patients selon leur profession

Professions	Effectifs	Pourcentages
ménagère	10	25,6
cultivateur	14	35,9
Ouvrier	10	25,6
scolaire	3	7,7
fonctionnaire	2	5,2
Total	39	100

**Tableau IX:** Répartition des malades selon le milieu de vie

Milieu de vie	Effectifs	Pourcentages
Urbain	9	23,1
Périurbain	14	35,8
Rural	16	41,1
Total	39	100

**Tableau X:** Répartition des malades selon leur région

Régions	Effectifs	Pourcentages
Bamako	13	33,3
Ségou	9	23,3
Koulikoro	7	17,9
Kayes	4	10,3
Sikasso	4	10,3
Mopti	2	5,12
Total	39	100

**Tableau XI:** Répartition des malades selon le mode de recrutement .

Mode de recrutement	Effectifs	Pourcentages
Médecin	13	44,8
Personnel paramédical	9	31,1
Venu de lui même	7	24,1
Total	39	100

### **3°).CLINIQUE ET DIAGNOSTIC**

**Tableau XII:** Répartition des malades selon le délai de consultation en milieu spécialisé

Année	Effectifs	Pourcentages
< 1	15	38,5
1 - 2	13	33,3
3 - 4	3	7,7
5 - 6	5	12,8
7 - 8	1	2,6
9 - 10	0	0
> 10	2	5,1
Total	39	100

**Tableau XIII:** Répartition des malades selon le premier signe d'appel.

Signes	Effectifs	Pourcentages
Hématurie	20	51,3
Brûlure mictionnelle	7	17,9
Dysurie	6	15,4
Rétention d'urine	3	7,6
Douleur testiculaire	1	2,6
Incontinence d'urine	1	2,6
Colique néphrétique	1	2,6
Total	39	100

**Tableau XIV** : Répartition des malades selon les signes cliniques

Signes cliniques	Effectifs	Pourcentages
Hématurie	39	100
Pollakiurie	35	89,7
Dysurie	33	84,6
Douleur	32	82,1
Altération de l'état général	22	56,4
Brûlure mictionnelle	22	56,4
Masse hypogastrique	30	76,9
Rétention d'urine	15	38,4
Oedème des membres inférieurs	11	28,2
Incontinence d'urine	3	7,6

Un malade pouvait présenter plusieurs signes cliniques

**Tableau XV** Répartition des malades selon le nombre de signe clinique

Nombre de signe clinique	Effectifs des malades	Pourcentages
1	0	0
2	3	7,7
3	8	20,5
Plus de 3	28	71,8
TOTAL	39	100

71% des malades présentaient plus de 3 signes cliniques attirant l'attention sur la vessie.

**Tableau XVI:** Répartition des malades selon le type d'hématurie

Type d'hématurie	Effectifs	Pourcentages
Totale	20	51,3
Terminale	19	48,7
Total	39	100

Tous les malades ont présenté une hématurie

**Tableau XVII:** Répartition des malades selon les facteurs de risque.

Facteurs de risque	Effectifs	Pourcentages
Bilharziose urinaire	6	15,4
Tabac	5	12,8
Thé	3	7,7
Alcool	1	2,5
Café	3	7,7
bilharziose urinaire+tabac	10	25,6
Bilharziose urinaire+Thé	4	10,3
Tabac + Alcool	3	7,7
Plus de 2 facteurs de risque*	4	10,3
Total	39	100

\*Plus de 2 facteurs de risques = Tabac + bilharziose urinaire + thé ou  
Tabac + bilharziose urinaire + alcool

**Tableau XVIII:** Répartition des malades selon le résultat de l'échographie

Résultats	Effectifs	Pourcentages
Présence de tumeur	32	82,1
Douteux	4	10,2
Absence de tumeur	3	7,7
Total	39	100

L'échographie seule ne satisfait pas au diagnostic dans environ 18% des cas.

**Tableau XIX:** Répartition des malades selon le résultat de l'urographie intraveineuse (UIV)

Résultats	Effectifs	Pourcentages
Présence de tumeur	22	75,9
Douteux	5	17,2
Absence de tumeur	2	6,9
Total	29	100

L'U.I.V a été pratiquée chez 29 de nos malades. Le diagnostic a été douteux ou faux chez 7 malades soit 24,1% des cas.

**Tableau XX** Répartition des malades selon le résultat de la cystoscopie

Résultats	Effectifs	Pourcentages
Présence de tumeur	13	92,9
Absence de tumeur	1	7,1
Total	14	100

Dans 7,1% des cas la cystoscopie n'a pas vu la tumeur

Les examens biologiques suivants:

NFS, VS, créatinémie, glycémie, groupe sanguin, Rhésus, TS, TC ou TCK ont servi soit de bilan de retentissement de la pathologie, soit de bilan d'opérabilité de nos malades.

12 malades soit 30,8% des cas ont un taux d'hémoglobine inférieur à 9 g/L

5 malades soit 12,8% des cas ont une créatinémie élevée (>120mmol/ L)

**Tableau XXI:** Répartition des malades selon la localisation de la tumeur en préopératoire

Localisation	Effectifs	Pourcentages
Diffuse	8	30,8
Postérieure	7	26,9
Latérale	5	19,3
Dôme vésical	2	7,7
Trigone	2	7,7
postero-latérale	1	3,8
Antérieure	1	3,8
Total	26	100

La localisation de la tumeur a pu être déterminée chez 26 de nos patients en préopératoire

**Tableau XXII** Répartition des malades selon la localisation de la tumeur en per opératoire

Localisation	Effectifs	Pourcentages
Dôme vésical	1	12,5
Latérale	2	25
Postérieure	1	12,5
Antérieure	1	12,5
Trigone	2	25
Postero-laterale	1	12,5
Total	8	100

La localisation de la tumeur a pu être précisée chez 8 de nos malades en peropératoire

**Tableau XXIII** Répartition des malades selon le stade clinique:

Stades cliniques	Effectifs	Pourcentages
T1	2	5,1
T2	7	17,9
T3	11	28,3
T4	19	48,7
Total	39	100

**Tableau XXIV** Répartition des malades selon la classe ASA (anesthésique)

Classe ASA	Effectifs	Pourcentages
I	4	10,3
II	6	15,4
II vers III	7	17,9
III	9	23,1
IV	13	33,3
Total	39	100

29 patients présentaient un risque anesthésique élevé dont 13 quasiment inopérables.

17 de nos patients ont pu bénéficier d'une intervention chirurgicale

#### **4°). TRAITEMENT CHIRURGICAL**

**Tableau XXV** Répartition des malades selon la voie d'abord

Voies d'abord	Effectifs	Pourcentages
Intraperitoneal	12	70,6
Retroperitoneal	5	29,4
Total	17	100

Figure 1: Courbe actuarielle du cancer de la vessie dans le service d'Urologie de l'hôpital National du Point "G"



**Tableau XXX:** Répartition des malades selon les types anatomopathologiques

Types anatonopathologiques	Effectifs	Pourcentages
Carcinome épidermoïde	12	54,5
Carcinome transitionnel	2	9,1
Bilharziome	4	18,2
Carcinome épidermoïde + bilharziose	4	18,2
Total	22	100

L'examen anatomopathologique a été pratiqué chez 22 de nos patients  
17chez les malades opérés, 5 chez les malades non opérés

22 de nos patients n'ont pas pu bénéficier d'une intervention chirurgicale  
soit 56,4% des malades

**Tableau XXXI:** Répartition des 22 malades non opérés selon leur évolution pendant notre période d'étude

Evolution	Effectifs	Pourcentages
Insuffisance rénale	11	23,4
cachexie	9	19,1
Impotence des membres inférieurs	1	2,1
Douleur intense	5	12,8
pyelonephrite	5	12,8
Phlébite	1	2,1
Décès	5	12,8

Un malade peut développer plusieurs signes cliniques

**Tableau XXXII** Répartition des malades non opérés selon le nombre de signe clinique

Nombre de signe clinique	Effectifs	Pourcentages
1	12	54,6
2	5	22,7
3	5	22,7
Total	22	100

# DISCUSSIONS

## V. COMMENTAIRES-DISCUSSION

### 1- PLACE DES TUMEURS DE VESSIE EN UROLOGIE:

En deux ans le service d'urologie de l'hôpital national du point « G » a compilé 39 cas de tumeur de vessie soit 3,9% de l'ensemble des malades hospitalisés au cours de la même période.

TOURE A [64] à Dakar a retrouvé 84 cas de cancer de vessie en 1984

YALKWE Y [69] à Bamako a trouvé 40 cas en 1986.

THIEBLEMONT C [63] en France a recensé 165 cas de cancer de vessie en 17ans.

Le faible taux de notre échantillon par rapport aux autres séries africaines peut s'expliquer par:

- un certain nombre de malade ne consultent que des guérisseurs et ne suivent que des traitements empiriques et ancestraux,
- le revenu bas, oblige certains patients à se résigner et à mourir de leur maladie sans que le diagnostic même clinique ne soit posé,
- la non hospitalisation des cas inopérables.

Dans notre étude les tumeurs de vessie constituent la 6è cause d'hospitalisation en urologie après l'adénome de la prostate, la FVV, le rétrécissement urétral, le calcul rénal, les calculs de vessie. Cette situation s'explique surtout par la non hospitalisation des cas inopérables. Elles occupent la 3è place dans les pathologies vésicales après la FVV et les calculs de vessie.

C'est le 1er cancer des voies urogenitales.

Ce résultat est comparable à celui de KOROLCHOUH [38] en EGYPTE et à celui de YALKWE [69] à BAMAKO où il occupe le 1er rang.

Par contre selon KOROLTCHOUH [38] en IRAK, CUSSENOT O et RAVERY V [15] en France il est le second cancer des voies urogénitales.

## **2-ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES**

L'âge moyen de nos malades est de 47,5 ans avec des limites d'âge allant de 16 à 77 ans. Ce jeune âge a été retrouvé dans les séries africaines:

NJEH M [48] en Tunisie a trouvé un âge moyen égal à 35 ans.

TOURE A [64] à DAKAR, dans sa série l'âge moyen a été de 35 ans.

YALKWE Y [69] à BAMAKO, cet âge moyen a été de 48 ans.

TOURE A [65] à Bamako a trouvé un âge moyen de 50,5 ans.

Par contre il est inférieur à celui de beaucoup d'auteurs:

THIEBLEMONT [15] en France 61 ans

DUCHAMP C [24] en France 73,6 ans.

L'âge moyen de notre échantillon peut s'expliquer par le jeune âge de la population générale subsaharienne où seulement 3,6 à 6,6% de la population vivent au delà de 60 ans [3]. Dans les pays d'endémie bilharzienne, le carcinome épidermoïde touche surtout les hommes d'âge jeune [26].

Comme pour beaucoup d'autres auteurs [9,20,24,29,43,57,63] nous avons trouvé une prédominance du sexe masculin 29 hommes contre 10 femmes avec un sexe ratio à 2,9 en faveur des hommes. Ceci est différent de celui retrouvé aux Etats Unis où les femmes sont le plus souvent atteintes par ce cancer [45].

La prédominance du sexe masculin dans notre série pourrait être due au fait que les femmes ne fument pas ou moins chez nous car le

tabac est le facteur de risque le plus reconnu. Il existerait un effet synergique entre le tabagisme et la bilharziose urinaire [38].

Les bambaras ont dominé notre série. Ils sont suivis des peulhs et des sarakolés. Nos résultats sont comparables à ceux de YALKWE [69]. Dans notre étude nous avons remarqué une prédominance des paysans (35,9%), des ouvriers (25,6%) et des ménagères (25,6%) qui représentent la plus forte couche sociale au Mali [21,22]. Nous avons constaté que cette pathologie vésicale est inégalement répartie à travers la république du Mali. La plupart de nos patients proviennent du District de Bamako (34%). Cela peut s'expliquer par le fait que l'hôpital du point « G » se trouve à Bamako. Il est suivi des régions de Ségou (21,3%) et de Koulikoro (17%). Le faible taux dans les autres régions s'explique par leur éloignement.

Le milieu rural et le milieu périurbain sont les milieux les plus atteints par cette affection vésicale avec respectivement 41,1%, 35,8%. Ces 2 milieux sont les plus exposés à l'infestation bilharzienne.

La prise en charge des tumeurs de vessie étant impossible dans les centres médicaux secondaires, la plupart de nos patients ont été référés avec 44,8% par les médecins, 31,1% par le personnel paramédical.

Les facteurs de risques les plus retrouvés chez nos patients ont été: bilharziose urinaire (15,4%), tabac (12,8%) avec des associations de facteur de risque: bilharziose urinaire + tabac (25,6%), bilharziose urinaire + thé (10,3%).

YALKWE Y: sur 36 examens d'urine réalisés, a observé des oeufs de schistosoma haematobium dans les urines chez 6 malades.

NJEH M, dans sa série de 13 malades a signalé 12 cas d'exposition au tabagisme, 1 cas d'infection favorisante (lithiase vésicale).

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

Nos résultats s'expliquent par l'endémie bilharzienne au Mali. La bilharziose urinaire serait un facteur de risque majeur dans les pays d'endémie bilharzienne [19].

### **3-ETUDE CLINIQUE**

La notion d'hématurie est retrouvée chez tous nos patients soit 100% des cas. Ce taux est comparable à celui de la littérature:

OLIER C [50] qui trouve 62% de cas d'hématurie, CROUZET T [17] 89%, PENEAU M [53] 62%, TOURE A [64] 7 cas d'hématurie sur 11 malades, YALKWE Y [69] 82,5%.

L'hématurie est le signe de début de la maladie chez 20 de nos malades soit 51,3% suivie de la brûlure mictionnelle (17,9%), la dysurie (15,4%). Ce qui signifie, en dehors de l'hématurie, la symptomatologie clinique d'une tumeur de vessie peut être inaugurée par d'autres signes urinaires.

15 de nos malades soit (38,5%) ont consulté en milieu spécialisé pendant la première année d'évolution clinique de leur maladie. NJEH M et Col [48] en Tunisie a trouvé un délai moyen de 1an avec des extrêmes de 2 à 15 mois, YALKWE Y [69] a rapporté un taux de 25%.

89,7% de nos patients ont présenté une pollakiurie, 78,7% une dysurie. Ce résultat se rapproche à celui de la littérature:

STEG A [60]: 8 fois sur 10 ses malades présentaient une pollakiurie  
YALKWE Y [69]: 60% de ses malades présentaient une pollakiurie.

La douleur, quels que soient ses caractères existe chez 85,1% de nos patients. La douleur existait chez tous les patients dans la population de TOURE A [64] à Dakar.

L'hématurie et les syndromes d'irritation vésicale constituent les signes d'appel les plus fréquents [40].

La masse hypogastrique est décelable chez nos patients dans 76,9% des cas. Elle existait chez 62,5% des malades dans la population de YALKWE Y.

Ceci explique le retard qu'accusent nos malades dans le diagnostic de leur maladie. Le retard diagnostique a été retrouvé dans les séries de : JEMNI M [36], FITZ PATRICK JM [28], LE GUILLOU M [40].

20 malades soit 51,3% de nos patients ont un mauvais état général. Ce résultat est comparable à ce retrouvé par YALKWE [69] qui trouvait 22 cas de cachexies, par contre dans la série de CROUZET T [17] 66,5% de ses malades avaient un bon état général.

Cette situation s'explique par le fait que les malades nous arrivent à des moments où ils sont déjà affaiblis par la maladie.

Nous avons noté 12 cas d'anémie (30,8%), 5 cas d'insuffisance rénale (12,8%). YALKWE dans sa population avait enregistré 18 cas d'anémie, 5 cas d'hyperazotémie. Ce constat permet de dire que cette pathologie tumorale peut engendrer des perturbations biologiques chez les patients. Ces perturbations biologiques peuvent être des signes révélateurs de la maladie.

La majorité de nos malades ont consulté à des stades cliniques très avancés de leur maladie: T4 (60,5%) T3 (34,9%). Cette conclusion est comparable à celui de la littérature :

DUCHAMP C [24]: T1(9 patients) T2 (29 patients) T3 (9 patients) T4 (9patients).

YALKWE Y [69]: T1(0%) T2 (2,5%) T3 (45%) T4(52,5%)

Le stade clinique de nos malades s'explique par :

- le fait que les malades ne se présentent pas au début de leur maladie car les premiers signes d'appels de la maladie sont ignorés ou minimisés par les malades,
- le manque d'examens systématiques pratiqués chez les sujets exposés aux différents facteurs de risque de la maladie.

#### **4°). DIAGNOSTIC**

Le toucher pelvien combiné à la palpation hypogastrique a permis d'évoquer une tumeur de vessie chez 29 de nos patients soit 74,5% des cas. Dans la série de YALKWE Y le toucher rectal a permis de soupçonner une tumeur de vessie dans 92,5% des cas.

DEBBAGH A [19], a retrouvé sur population de 14 malades une infiltration de la base de la vessie au toucher rectal chez 10 patients.

Ce qui signifie que bon nombre de malades nous arrivent déjà avec leur diagnostic clinique.

La cytologie urinaire est pratiquée chez un de nos patients et elle nous a permis de suspecter une tumeur de vessie. Le seul cas de cytologie urinaire dans notre série est dû au fait que cet examen n'est pas de pratique courante chez nous. Il a permis d'affirmer le diagnostic de tumeur de vessie dans 75% des cas et de suspecter la tumeur dans 22% des cas sur 225 frottis [61].

L'échographie transvésicale pratiquée sur 39 malades a servi d'évoquer le diagnostic de tumeur de vessie dans 82,1% des cas. DEBBAGH A [19] : l'échographie pratiquée chez 7 malades, a montré une image endoluminale 6 fois et un épaissement pariétale une fois. La sensibilité de l'échographie sus-pubienne pour détecter les tumeurs de vessie est globalement bonne, voisine de 5mm [7].

L'UIV a permis d'affirmer l'existence de tumeur de vessie dans 22 cas sur 29 soit 75,5% des cas. Ce taux est comparable à celui de la série de YALKWE Y [69] où 15 cas sur 19 l'UIV a montré une tumeur de vessie.

NJEH M [48], sur 13 malades l'UIV a montré une lacune intravésicale chez 8 malades, une amputation de corne vésicale chez 5 patients.

L'UIV détecte 70% des tumeurs de vessie [57].

L'UCR a montré l'existence de la tumeur dans 4 cas sur 4 .

YALKWE Y [69], l'UCR pratiquée chez 7 malades a permis d'affirmer une tumeur de vessie 4 fois et de la suspecter 3 fois.

La positivité de cet examen est due au fait qu'il a été pratiqué chez les malades à des stades avancés de leur maladie où le diagnostic clinique était évident et l'UIV était impossible.

La cystoscopie transurétrale, réalisée chez 14 patients a permis de repérer la tumeur vésicale chez 13 malades. Ce résultat concorde avec celui de la littérature: DEBBAGH A [19], dans sa population de 14 malades la cystoscopie a pu localiser la tumeur chez tous ses malades. Cette conclusion prouve la valeur diagnostique de cet examen dans cette pathologie vésicale. Le seul cas d'échec dans notre série est dû à l'importance de l'hématurie.

Sur le plan histopathologique, le carcinome épidermoïde a dominé notre série (72,7%). La prédominance du carcinome épidermoïde a été retrouvée dans les séries africaines:

YALKWE [69] (41,2%) de carcinome épidermoïde, DEBBAGH A [19] au Maroc (100%), QUENUM C [55] au Sénégal 47%. Ce type de tumeur survient sur des vessies bilharziennes [2,18]. Il est rare dans les pays tempérés où il occupe entre 3 à 7% de l'ensemble des tumeurs épithéliales [4,57].

DI MENZA L [22]: 681 tumeurs de type transitionnel, 14 adénocarcinomes, 6 carcinomes épidermoïdes.

CHARROT CHINET PAULE [12]: carcinome à cellule transitionnelle (90%), carcinome épidermoïde (8%), adénocarcinome (2%) .

Sur le plan topographique, la localisation de la tumeur a pu être précisée chez 34 de nos patients : 26 en préopératoire, 8 en peropératoire. Les localisations les plus fréquentes ont été :

- la localisation diffuse (30,8%)
- la position postérieure (26,9%)
- la position latérale (19,3%).

Nos résultats sont différents de ceux retrouvés dans les séries de YALKWE [69]: diffuse (5cas), trigone (5 cas), latérale (4 cas), fond vésical (4cas).

DUCHAMP C [24]: dôme (8 patients), trigone (14 patients) , face latérale (10 patients), localisation multiple (22 patients), diffuse (2 patients).

## **5-TRAITEMENT**

17 de nos malades ont bénéficié d'une intervention chirurgicale. Ce résultat est proche de celui de la série de YALKWE [69] où 18 malades sur 40 ont été opérés. TRIFARD F [66] sur une population de 29 malades, 18 ont été opérés. DEBBAGH A [19] dans sa série de 14 patients, 12 malades ont subi une intervention chirurgicale.

Plusieurs schémas thérapeutiques ont été proposés par les auteurs:

Résection transuretrale + umminotherapie au BCG pour les tumeurs superficielles de vessie

Cystectomie partielle + curage ganglionnaire + curiethérapie ou radiothérapie

Cystectomie totale + curage ganglionnaire + radiothérapie ou chimiothérapie néoadjuvante ou postopératoire + les différentes techniques de dérivation urinaire si l'état du malade les permet [39].

Cystectomie + radiothérapie préalable ou complémentaire pour les cas de carcinome épidermoïde car étant radiosensible [6,13].

Les tumeurs urothéliales étant chimiosensibles [18], ces auteurs proposent une chimiothérapie néoadjuvante ou adjuvante après la chirurgie pour les cas opérables, une monochimiothérapie ou une polychimiothérapie pour les cas inopérables.

La chimiothérapie néoadjuvante ou préalable après chirurgie ou radiothérapie [12].

Notre choix thérapeutique a porté surtout sur la chirurgie classique à ciel ouvert. Cette chirurgie reste le seul moyen thérapeutique disponible et praticable au Mali.

La voie d'abord la plus pratiquée est la voie intrapéritonéale soit 70,6% des cas. Le choix de cette voie d'abord est guidé surtout par la facilité d'extirpation de la tumeur et de dérivation urinaire au niveau de cette voie .

La technique anesthésique réalisée chez nos patients est l'anesthésie générale.

16 malades ont bénéficié de la chirurgie classique, 1 malade la chirurgie endoscopique.

Cette chirurgie est réalisée comme un traitement palliatif dans 64,7% des cas et curatif dans 35,5% des cas. Le taux élevé de traitement palliatif dans notre série s'explique par le stade avancé de nos cas de tumeur et la non utilisation des associations thérapeutiques chez nous.

Le carcinome épidermoïde évolue rapidement vers l'infiltration, permettant rarement un traitement curatif [19].

Le faible taux de notre échantillon est dû au fait que un certain nombre de malades nous arrivent à des moments où leur état ne permet aucun acte chirurgical (13 malades ASA IV, 9 malades ASA III).

Le choix de la technique chirurgicale est dicté par: l'état général du malade, les données de l'échographie, de l'UIV, le caractère et l'étendu de la tumeur à la laparotomie.

La technique chirurgicale la plus utilisée est la cystectomie totale + Coffey avec curage ganglionnaire (29,4%).

DEBBAGH A [19] dans une série marocaine de 14 malades a pratiqué 12 cystectomies totales, 2 radiothérapies externes.

TRIFARD F [66] dans son étude sur 29 malades a réalisé la chirurgie d'exérèse complète chez 18 malades.

YALKWE [69 ], 11 cystectomies totales.

Le traitement standard des cancers infiltrants de vessie est la cystectomie radicale [9].

## **6°). EVOLUTION ET PRONOSTIC POST OPERATOIRE**

Les suites opératoires immédiates sont favorables dans 76,4% des cas. Un seul de nos malades est décédé au cours de son hospitalisation des suites de complications pulmonaires. Il y a eu un cas de fistule vésico-cutanée + infection de la plaie opératoire, 2 cas d'infection de la plaie opératoire.

TRIFARD F [66], dans une étude rétrospective, portant sur 29 cas de cancer de vessie évolué, a signalé: 2 cas d'occlusion précoce sur bride, 1cas de fistule colique, 1cas de fistule uretero-colique, 7 suppurations pariétales.

DEBBAGH A, a enregistré: 1 cas de décès à J5, 1 fistule urinaire lors de la cystoscopie de contrôle.

52,9% de nos malades opérés pour cancer de vessie ont une durée de vie inférieure à un an. La durée de survie décroît très rapidement pendant les premières années [51].

Dans la population de THIEBLEMONT C [63] la survie médiane était de 18 mois. Les taux de survie sans récurrence et de survie globale sont respectivement 43% et 31% à 5 ans.

YALKWE Y [69], dans son étude a signalé 6 cas de décès en 5 mois après la cystectomie.

La durée moyenne de survie de nos patients s'explique par le stade avancé de la tumeur et par le type histologique .

Le carcinome épidermoïde est d'un pronostic péjoratif [2,47].

22 de nos patients n'ont pas pu bénéficier d'une intervention chirurgicale soit 56,4% des malades. Ce taux élevé de malade non opéré dans notre échantillon s'explique par: 33,3% des malades sont ASA IV 23,1% des malades sont ASA III, 2 de nos patients soit 5,1 des malades ont refusé une intervention chirurgicale après explication sur les avantages et les inconvénients de la chirurgie.

## **7°). EVOLUTION ET PRONOSTIC DES MALADES NON OPERES**

23,4% de nos malades non opérés ont développé une insuffisance rénale, 19,1% une cachexie, 12,8% sont décédés pendant la période d'étude.

La médiane de survie des patients découverts avec des métastases varie de 6 à 12 mois [2].

### **Aux autorités administratives**

- doter les structures sanitaires de référence de radiothérapie
- doter les pharmacies hospitalières de drogues cytostatiques
- Intensifier les campagnes de lutte contre les facteurs de risque: la bilharziose urinaire, le tabac.

**CONCLUSION  
&  
RECOMMENDATIONS**

## **VI. CONCLUSION-RECOMMANDATIONS**

### **1- CONCLUSION**

Le cancer de vessie est une affection fréquente et de mauvais pronostic. Devant toute hématurie aussi minime soit elle, la hantise du médecin est d'éliminer une néoplasie de la vessie par une bonne investigation clinique et paraclinique (Echographie, U.I.V., Cystoscopie, Anatomopathologie). Le cancer de vessie retenu le patient doit être référé aux spécialistes le plus tôt possible.

### **2- Recommandations**

#### **Aux médecins:**

- La pratique systématique de l'échographie vésicale, l'UIV et de la cytologie urinaire si possible chez tous les malades se plaignant d'hématurie aussi minime soit-elle.
- Référer les sujets atteints ou suspects de cancer de vessie aux services spécialisés.

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

- Référer tous les « cas chroniques » ou de rechutes d'hématurie dans les services spécialisés.
- Informer la population sur l'évolution à bas bruit de la pathologie et les signes qu'elle minimise.
- Informer la population sur l'impuissance thérapeutique en cas de diagnostic tardif.

### Aux autorités administratives

- doter les structures sanitaires de référence de radiothérapie
- doter les pharmacies hospitalières de drogues cytostatiques
- ~~Intensifier~~ des campagnes de lutte contre les facteurs de risque: la bilharziose urinaire, le tabac.

**BIBLIOGRAPHIE**

## **VII . BIBLIOGRAPHIE**

**1°). AUVERT J.**

Classification des tumeurs de vessie TNM 1991 (annexe)

Ann Urol 1993, 27, (1): 58.

**2°). BALLANGER P, BOUCHOT O, CHOPIN D, COULANGE C,  
DELMAS V, FERRIERE JM, HAILLOT O, TRAMBAND TJ, RISCHMAN  
P, TEILLAC P, ZERBIB M.**

Tumeur de la vessie :Club de réflexion en urologie

**3°). BANQUE MONDIALE.**

World démographie data.

World population profile 1994.

**4°). BESETTE PL, ABELL MR, HERWIG KR.**

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

Journ Urol, 1974, 112 : 66-67.

**5°). BOCCON GIBOD L, BARON JC.**

Cystectomies partielles. Editions techniques

E.M.C. Paris, Urologie - gynécologie, 1990, 41205, 12- 4p

**6°). BOUJENAH H, MOSBAH I, CHAMI S, ZMERLI S.**

Le cancer de la vessie bilharzienne,

Tunisie Med, 1982, 2 :142 -145

**7°). BRUN B, GAMMEL GAARD J, CRISTOFFERSEN J**

Transabdominal, dynamic, ultrasonography, in detection of bladder tumor  
J Urol, 1984, 132 : 19-20

**8°). CABANNE F, BONENFANT JL.**

Anatomie pathologique: Principes de pathologie générale, de pathologie spéciale et d'aetopathologie. Deuxième édition 1986 : 1066.

**9°). CHAUVET B, DAVIN JL, REBOUL F.**

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

Bull cancer/radiother 1994, 81 : 312-319

Elsevier Paris

**10°). CHAUVET B, FELIX FAURE C, CHOQUENET C, ALFONSI M, DAVIN JL, REBOUL F.**

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

Clinique santé catherine B.P. 846, 84082 Avignon cedex Monaco  
Marseille - France

**11°). CHAUVET C.**

Tumeur de la vessie

Med- digest 1983, 9 : 17-18

**12°). CHARROT CHINET PAULE**

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

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

**13°). CHATELIN C.**

La bilharziose urogenitale. Rapport de la 71e session de l'AFU.

J Urol Nephrol, 1977, 83 : supp 1

**14°). CORTESSE A.**

Tumeur non épithéliales de vessie. Editions techniques, Encycl - Med - Chir Paris. Néphrologie Urologie 1995, 18 -244-A -10, 11p

**15°). CUSSENOT O, RAVERY V.**

Classification et facteurs pronostiques des tumeurs épithéliales de la vessie. Editions techniques Encyclo. Med - Chir (Paris)

Néphrologie - urologie 1995, 18-243-A-20, 5p

**16°). COMLAN**

Le cancer de la vessie au Sénégal

Thèse Med, Dakar, 1965, 11

**17°). CROUZET T.**

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

Thèse Med Toulouse 1975 / 1976, 39

**18°). CULINE S, GUSTALL JP, THEODOR C, DROZ JP.**

Chimiothérapie des tumeurs urothéliales de la vessie.

Bull cancer/Radiother 1994, 81 : 303 -311

**19°). 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

**20°). DESGRANDCHAMP F.**

Epidémiologie des tumeurs épithéliales de vessie. Editions techniques  
Encycl -Med -Chir. Paris - France

Néphrologie - Urologie 1995, 18-243-A-10, 5p

**21°). DIALLO K S.**

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

Thèse Med 1996, 38 :70p

**22°). DIMENZA L, BARON JC, VIEILLEFOND 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.

**23°). DOUMBIA D.**

Etude des urgences chirurgicales reçues à l'hôpital du point « G » de Novembre 1981 à Novembre 1982.

Thèse Med 1992, 13 : 102 p

**24°). DUCHAMP C, MURACIOLE X, FOA J, BERNARDINI J, JUIN P.**

Radiothérapie bifractionnée (BFQ) dans les cancers de vessie (à propos de 56 cas non opérés)

Centre de radiothérapie 143, route de trois-Luc 13012 Marseille

**25°). DUVERNET BATTESTI F.**

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

**26°). EL SABAI I.**

Other type of bladder carcinoma in Bilharzial bladder.

Bocaraton, Florida, CRC Press, 1983.

**27°). FERGUSON A.R.**

Associated bilharziosis and primary malignant disease of the urinary bladder with observations in a series of forty cases.

J Pathol Bacteriol, 1911, 16: 76-94.

**28°). FITZ PATRICK J.M, REDA M.**

Bladder carcinoma in patients 40 year old or less

J Urol, 1978, 120 : 172 - 173.

**29°). GERARD JP, ROMESTAING P, BARON MH, SENTENAC I, GASTALLA JP ,CARRIE C, MARECHAL M.**

Radiothérapie, oncologie, Centre Hospitalier Lyon Sud, 69495 Pierre

**30°). GIBERT J, PERIN J.**

Bénite cedex France.

Urologie clinique, Paris, Maçon: 1958, 345 p.

**31°). HAMBOURGER J, GRUNFELD JP, AUVERT J.**

Néphrologie Urologie. 3è Edition. 7 : 184.

**32°). HENRIET MP.**

Enterocystoplastie de dérivation continente.

Editions techniques:EMC (Paris France).Techniques chirurgicales:

urologie gynécologie 1991, 41214, 12 p.

**33°). HOZNEK A, BELLOT J, ABBOU CC, CHOPIN D K.**

Histoire naturelle et facteurs pronostics des tumeurs superficielles de la vessie

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

**34°). JARDIN A.**

traitement chirurgical du cancer de la vessie

Bull Cancer Radiother, 1994, 81 : 229 -309.

Elsevier, Paris.

**35°). 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.

**36°). JEMNI M, BEN HASSINE L, RABAA F, EL OUAKDI M, AYED M.**

Les tumeurs de vessie chez le sujet de moins de 40 ans  
J Urol, 1991, 97, 4-5 : 209 -213.

**37°). JENSEN MO, ESTEVE J, MOLLER M, RENARD M.**

Cancer in the european community and its member  
States Eur J Cancer, 1990, 26, 11-12: 1167-1256.

**38°). KOROLTCHOUH V, STANLEY K, JERNWARDJ ST, MOTT K.**

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

**39°). LEDUC A, BRON J, HENNQUIN C.**

Traitement des tumeurs épithéliales de vessie  
EMC Edit techn: (Paris) Néphrol Urol 1995, 18-244-A-10 11pages.

**40°). 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: 345-348.

**41°). LOPATKINE N.**

Urologie, Moscou, Médecine, 1977 : 289 p.

**42°). LUCIEN L.**

Sémiologie chirurgicale. 5è Edition. 1983 : 498-499.

**43°). MARTEL I, PICA A, HANNOUN JM, ARDIET JM, ROMESTAING P, GERARD JP.**

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

Centre hospitalier Lyon Sud 69310 Pierre Bénite France.

**44°). MOMASI G , DAURES JP.**

Nouveaux aperçus sur les facteurs de risques du cancer de la vessie, une enquête épidémiologique cas témoins dans le département de HERAULT.

Semaine des hôpitaux Paris, 1993, 69 (37) : 1337-1343.

**45°). MORRISSON AS , COLE P.**

Epidemiology and bladder cancer

Urol Clin N-Amer, 1976, 3: 13-29.

**46°). MOMNEIS F et Coll.**

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

Ann Urol, 1978, 12 (2) : 91-98.

**47°). NARUMI Y, SATO THORI S et AL.**

Squamous cell carcinoma of the uroépithélium CT évaluatoin Radiology  
1989,173-853-856

**48°). NJEH M, KECHAOU M, JERIBI M, MHIRI M.N.**

Tumeur vésicale chez les sujets d'âge inférieur à 40 ans.  
Ann Urol, 1994, 28 (5) : 268-269.

**49°). OLIER B , GIGO L, HONNEINS F, NORDLINGIER B.**

Ureterostomie cutanée trans-ileale ou implantation uretero-colique des  
uretères. Quel est le meilleur choix après cystectomie totale?  
Ann Urol, 1978, 12 (2) : 91-98

**50°). OLIER C, STEG A, ROQUEBLAVE J, CHAMPAULT G**

Cystectomie totale pour tumeurs infiltrants de la vessie. Etude  
rétrospective de 10 ans (à propos de 135 cas).  
Ann Urol, 1978, 12,(2) : 83-88.

**51°). PANEAU CI, SCHAFFER P, BOLLACK CI.**

Epidémiologie du cancer de la vessie  
Ann Urol, 1992, 26, (5) : 281-293

**52°). PETERSON B, BLOCHIN N.**

Onco-Urologie, Moscou, Médecine, 1971, 2: 439p

**53°). PENEAU M , CHAUTARD D , LANSON Y.**

Etiologie des hématuries, étude de 500 dossiers consécutifs  
J Urol, 1982, 88, (10): 169

**54°). PERRIN J.**

Cité par MARINBACH

**55°). QUENUM C, CAMAIN R, BAYLET R.**

Le cancer en Afrique noire. Epidémiologie et pathologie géographique du cancer en Afrique.

Med Afr Noire, 1971, 81, (3)

**56°). REZVANIA**

Mortalité par cancers urologiques en France

Ann Urol, 1992, 26 (5) : 266 -274

**57°). ROC C, BEAUJEU R, CAMPOS M, LEBRAS Y.**

Pathologie tumorale de la vessie.

EMC, Editions techniques (Paris France)

Radio-diagnostic Urologie Gynécologie 1994, 34, 403-A-10, 16pages.

**58°). ROGNON LM.**

Tumeur de la vessie, un pronostic sombre

Prat Méd, 1985, 226: 8 -11.

**59°). STEG A, BOCCON GIBOD L.**

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

Techn Chir, Urologie-Gynecologie, 41190, 4-6-06.

**60°). STEG A.**

Cancer de la vessie in situ à propos de 10 cas

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

**61°). STEG A, EVRAD P, DALLAN D.**

Les possibilités et les modifications actuelles des frottis urinaires

Rev Med: Paris Pitié Salpêtière, 1972, 16,

**62°). TEILLAC P.**

Tumeur de vessie diagnostic, formes cliniques, marqueurs

Editions techniques EMC Paris France Néphrologie Urologie 1995,  
18,243-A-30, 3p

**63°). THIEBLEMONT C, FENDIER JP, PETIS C, CHAUVIN F, DEVAUX Y, TRILLET LENOIR V, DEVONEC M, PERIN P.**

Identification de facteurs pronostiques dans une série rétrospective de 165 carcinomes urotheliaux infiltrants de vessie opérés.

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

**64°). TOURE A.**

Notre expérience sur les cancers de vessie en milieu africain:clinique urologique CHU de Dakar

Thèse, Médecine, Dakar, 1984, 35.

**65°). TOURE A.**

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

Thèse, Médecine, Bamako, 1985, 6:145p.

**66°). TIFARD F, CHOQUENET CH, LACHAND A.T, DUFORD B.**

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

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

**67°). VIOLLET G.**

L'urologie en 20 leçons

Malione-S.A. Paris, Edition 1978, 27.

**68°). WILLIAM L, CALDWEL M.D.**

Squamous cell carcinoma in: Bladder cancer, Waren H. Green, Missouri, 1970

**69°). YALKWE Y.**

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

Thèse Médecine, Bamako, 1986, 10.

# ANNEXES

## RESUME

Nom: **DIABATE**

Prénom: **MAMOUTOU**

Titre: Etude des tumeurs de vessie en Urologie de l'hôpital national du point « G » : 39 cas.

Année: 1997

Pays d'origine: Mali

Ville de soutenance: Bamako

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt: Chirurgie

### RESUME:

Notre étude est une étude d'observation, prospective s'étendant sur une période de 24 mois allant du 1er juin 95 au 30 juin 97 au service d'urologie de l'hôpital national du point « G ». Elle porte sur 39 cas de tumeur de vessie.

Nos objectifs sont:

- Déterminer la fréquence des tumeurs de vessie dans le service d'urologie de l'hôpital national du point « G »
- Etudier les particularités cliniques du cancer de la vessie dans notre contexte .
- Evaluer nos moyens diagnostiques et thérapeutiques devant un cancer de vessie .

Les tumeurs de vessie représentent 3,9% de l'ensemble des malades hospitalisés au cours de notre période d'étude. Elles constituent la 6<sup>e</sup> cause d'hospitalisation en urologie. Elles occupent la 3<sup>e</sup> 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 47,5 ans avec des limites d'âge allant de 16 à 77 ans.

Nous avons retrouvé une prédominance du sexe masculin avec un sexe ratio de 2,3.

Les paysans, les ménagères, les ouvriers sont les professions les plus touchées par l'affection.

Les régions les plus concernées par les tumeurs de vessie sont: le district de Bamako (33,3%), Ségou (23,3%), Koulikoro (17,9%). Les facteurs de risque les plus retrouvés chez nos patients sont: la bilharziose urinaire (15,4%), le tabac (12,8%). Il existe des associations de facteur de risque: bilharziose urinaire + tabac (25,6%), bilharziose urinaire + thé (10,3%)

L'hématurie est le signe clinique le plus retrouvé chez nos patients (100%) suivies de la dysurie (84,6%) et de la pollakiurie (89,7%). 51,3% de nos malades avaient un mauvais état général.

Les examens complémentaires pratiqués chez nos malades sont :

- un cas de cytologie urinaire
- l'échographie transvésicale qui a révélé la tumeur dans 82,1% des cas.
- l'UIV a révélé l'existence de la tumeur de vessie dans 22 cas sur 29 malades.
- L'UCR a montré la tumeur dans 4 cas sur 4, la cystoscopie dans 13 cas sur 14 malades.

Le carcinome épidermoïde est le type histologique le plus fréquent soit 54,5% des cas. Les localisations les plus fréquentes ont été par ordre décroissante: la position diffuse la position postérieure, la position latérale. Le choix thérapeutique a porté surtout sur la chirurgie classique à ciel ouvert. Notre voie d'abord de prédilection est la voie intrapéritonéale. La technique chirurgicale la plus utilisée a été la cystectomie totale + le Coffey. Il y a eu un seul cas de résection endoscopique de la tumeur.

52,9% de nos malades opérés pour cancer de vessie ont une durée moyenne de survie inférieure à un an.

Les 22 malades non opérés ont développé pour la plupart soit: une insuffisance rénale (23,4%), une cachexie (19,1%), une phlébite (2,1%), décès (12,8).

Au terme de notre étude nous pouvons dire que les tumeurs de vessie, malgré l'amélioration des techniques chirurgicales, d'anesthésie et de la réanimation connaissent des insuffisances thérapeutiques et des difficultés de diagnostic précoce dans notre contexte.

**Mots clés:** tumeur de vessie, cancer de vessie, diagnostic, thérapeutique.

## ABREVIATIONS

NFS : Numération de la formule sanguine

VS : Vitesse de sédimentation

g : gramme

L : litre

ASA : société américaine d'anesthésie

% : pourcentage

UIV : urographie intraveineuse

UCR : uretrocystographie rétrograde

FVV : fistule vésicovaginale

FRVV : fistule recto-vésico-vaginale

\*\*\*\*\*  
 FICHE D'ENQUETE  
 \*\*\*\*\*

{Q1} NOM <A >  
 {Q2} PRENOM <A >  
 {Q3} PROFESION #  
           1=menagere  
           2=cultivateur  
           3=scolaire  
           4=fonctionnaire  
           5=autres  
 {Q4} AGE ##  
 {Q5} SEXE 1=masculin 2=feminin #  
 {Q6} LIEU DE RESIDENCE #  
           1=Bamako  
           2=Kayes  
           3=Koulikoro  
           4=Sikasso  
           5=Segou  
           6=Mopti  
           7=Gao  
           8=Tombouctou  
           9=Kidal  
 {Q7} ETHNIE #  
       1=Senoufo  
       2=Boso  
       3=Sarakol  
       4=Bambara  
       5=Peulh  
       6=Malink  
       7=Autres

\*\*\*\*\*  
 ENTECEDENTS:  
 \*\*\*\*\*

MEDICAUX:  
 {Q8} bilharzirose urinaire 1=oui 2= non #  
 CHIRURGICAUX  
 {Q9} tumeur 1=oui 2=non #  
 {Q10} HABITUDES #  
       1=tabac  
       2=the  
       3=caf  
       4=alcool  
       5=1+2

\*\*\*\*\*  
 EXAMEM CLINIQUE  
 \*\*\*\*\*

* {Q11}	MOTIFS DE CONSULTATION	##
	1=dysurie	
	2=hématurie	
	3=brûlure mictionnelle	
	4=pollakiurie	
	5=douleur testiculaire	
	6=masse hypogastrique	
	7=1+2	
	8=1+3	
	9=1+2+3	
	10=retention d,urine	
	11=adès	
	12=incontinence d'urine	
	13=douleur hypogastrique	
{Q12}	SIGNES DE DEBUT	##
	1=dysurie	
	2=hématurie	
	3=brûlure mictionnelle	
	4=pollakiurie	
	5=douleurs testiculaires	
	6=masse hypogastrique	
	7=1+2	
	8=1+3	
	9=1+2+3	
	10=retention d,urine	
{Q13}	DELAI DE CONSULTATION SPECIALISEE EN MOIS SIGNES CLINIQUES	###
{Q14}	HEMATURIE OUI OU NON	<Y>
{Spec}	ifier	#
	1=terminale	
	2=totale	
	3=initiale	
	4=1+2	
{Q15}	DYSURIE OUI OU NON	<Y>
{Q16}	POLLAKIURIE OUI OU NON	<Y>
{Q17}	RETENTION D,URINE OUI OU NON	<Y>
{Q18}	FIEVRE OUI OU NON	<Y>
{Q19}	ETAT GENERAL	#
	1=bon	
	2=mauvais	
{Q20}	OMI OUI OU NON	<Y>
{Q21}	DOULEUR OUI OU NON	<Y>
{Spec}	ifier	#
	1=lombaire	
	2=colique nephretique	
	3=pelviene	
	4=diffuse	
	TOUCHER PELVIEN	
{Q22}	MASSE PELVIENE OUI OU NON	<Y>
{Q23}	ECHOGRAPHIE OUI OU NON	<Y>

{Q23a}	existence de tumeur oui ou non	<Y>
{Q23b}	envahissement locoregional oui ou non	<Y>
{Q23c}	metastase distance oui ou non	<Y>
{Q23d}	position de la tumeur	#
	1=antérieur	
	2=postérieur	
	3=lateral	
	4=1+2	
	5=2+3	
	6=1+3	
	7=diffuse	
{Q24}	FONCTION RENALE NORMALE OUI OU NON	<Y>
{Q25}	UIV OUI OU NON	<Y>
{Q25a}	existence de tumeur oui ou non	<Y>
{Q25b}	rein muet OUI OU NON	<Y>
{Q25c}	hydronephrose OUI OU NON	<Y>
{Q25d}	position de la tumeur	#
	1=antérieur	
	2=postérieur	
	3=trigonal	
	4=lateral	
	5=1+2	
	6=1+3	
	7=diffuse	
{Q26}	CYSTOSCOPIE OUI OU NON	<Y>
{Q26a}	existence de tumeur OUI OU NON	<Y>
{Q26b}	position de la tumeur	#
	1=antérieur	
	2=postérieur	
	3=lateral	
	4=1+2	
	5=1+3	
	6=2+3	
	7=diffuse	
{Q27}	UCR OUI OU NON	<Y>
{Q27a}	existence de tumeur OUI OU NON	<Y>
{Q27b}	existence de diverticule oui ou non	<Y>
{Q27c}	existence de rétrécissement oui ou non	<Y>
{Q27d}	existence de calcul oui ou non	<Y>
{Q27e}	position de la tumeur	#
	1=antérieur	
	2=postérieur	
	3=lateral	
	4=1+2	
	5=1+3	
	6=2+3	
	7=diffuse	
{Q28}	ANATOPATHOLOGIE OUI OU NON	<Y>
{Spec}	ifier	#
	1= carcinome épidermoïde	
	2= carcinome transitionnel	
	3= dysplasie	

4= inflammation  
5= bilharziose  
6= carcinome epidermoide+bilharziose  
{Q29} INTERVENTION CCHIRURCHICALE OUI OU NON <Y>  
{Spec}ifier #

- 1= cystectomie totale+Coffey
- 2= cystectomie partielle
- 3= resection endoscopique
- 4= cystectomie totale+abouchement cutanèdes uretres
- 5= Coffey
- 6=tumorectomie
- 7=biopsie

\*\*\*\*\*

#### EVOLUTION ET COMPLICATIONS

{Q30} evolution immediate #

- 1=normale
- 2=infection de la plaie operatoire
- 3=fistule vesicocutane
- 4=pollakiurie extreme

{Q31} complications tardives #

- 1=insufisance renale
- 2=impotence des membres inferieurs
- 3=vertige
- 4=cachexie
- 5=mort
- 6=1+2
- 7=1+2+3
- 6=aucune

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et 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 leur père.

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

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

