

REPUBLIQUE DU MALI



U.S.T.T-B

Université des Sciences, des Techniques
Et des Technologies de Bamako

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de
La Recherche Scientifique



Faculté de Médecine et d'Odonto-
Stomatologie de Bamako

Année universitaire : 2016- 2017

Thèse N °.....

Titre

TUMEURS DE VESSIE : facteurs influençant le délai de
consultation des patients au Service d'urologie du CHU du
Point G

Thèse

Présentée et soutenue le 28 / 08 / 2017 devant le jury de la Faculté de
Médecine et odonto-stomatologie

M. Basile dit Bah DEMBELE

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

JURY :

Président : Pr Bakarou KAMATE

Membre : Dr Modibo KEITA

Codirecteur : Dr Honoré JG BERTHE

Directeur : Pr Aly D TEMBELY

DEDICACES

Je dédie cette thèse :

- A Dieu le tout puissant, pour tous tes bienfaits pour ma modeste personne merci pour ta grâce et ta bonté.
- A mon père JUSTIN DEMBELE

La rigueur, la discipline ont été toujours tes mots d'ordre.

L'éducation que nous avons reçue de vous, fait de nous des personnes responsables, respectueuses et tu n'as ménagé aucun effort pour la réussite scolaire de tes enfants. Merci pour tout.

- A ma mère feu ANTA NAPO.

A ma, merci pour ton soutien inconditionnel et indéfectible, toi qui nous a toujours donné de bons conseils et des bénédictions.

J'aurais tellement voulu que tu sois parmi nous aujourd'hui et apposer ta signature au bas de cette toile. Nous prions le seigneur pour le repos éternel de ton âme. Ce travail est à toi.

- A mes frères et sœurs : Benoit, Awa, Marcel, Odile, Asan, Issouf, merci pour l'entraide, la solidarité et l'esprit de famille. Que Dieu vous bénisse et vous donne longue vie.

REMERCIEMENTS

- A ma chère patrie le Mali et à tous ceux qui ont donné leur vie pour ce pays où il fait bon vivre et jamais retrouvé ailleurs.
- A mon tonton PAUL DEMBELE, pour l'hospitalité, et toutes les bonnes éducations qu'il m'a prodiguées tout au long de mon cursus. Tu m'as offert un cadre de vie propice à mes études. Trouve ici l'expression de mes sentiments de profonde gratitude.
- Au docteur Honoré J.G Berthé vous avez été toujours là comme un frère et apprendre à vos côtés, je dirai a été une chance. Merci encore pour votre disponibilité et votre soutien. Recevez ici l'expression de ma sincère gratitude.
- A mes cousins et cousines RENE, MOHAMED, DRAMANE, BONANVENTURE, REMY, MARCELIN, CLAUDE, BASILE, ETIENNETTE, RAISSA, MARGUERITE, ORTHENSE, FARIMA, ANNA, AMINATA. Merci pour tout.
- A ma tante AICHE CAMARA, merci pour tes conseils et ton accompagnement.
- A tonton HUBERT et sa famille.
- A DRAMANE JOSEPH et sa famille
- Au docteur DAOUDA SANGARE.
- Au docteur ABDOUL KARIM DEMBELE merci pour la qualité de tes enseignements et conseils.
- Au professeur Diakité M Lamine.
- Au docteur Samassekou Aissata
- A toute la famille NAPO à Bamako, Sévaré, Bandiagara et Sangha
- Ames camarades promotionnaires du lycée ATAYER AG ILLY de Kidal.
- A mes amis et toute la 7^{ème} promotion du numerus clausus : DR O BOCOUM, DR S MARIKO, MALLE. M, B TOUNKARA, M SACKO, M DOUMBIA G KONTA, SORRY, GUILLAUME.

- A la famille ZERBO au village Point G merci pour votre hospitalité.
- A tous les D.E.S et interne du service d'urologie CHU du Point G, mes sincères mots de remerciement pour l'encadrement que J'ai reçu de vous.
- A tous les personnels et stagiaires du service d'urologie du CHU du Point G.
- A tous les personnels et stagiaires de L'ASACOBABAFA.
- A tous les personnels de la clinique référence.
- A mes maître et guide, de même que tous les enseignants de la FMOS ; je suis le fruit de votre investissement. Toute ma gratitude.
- A tous ceux que j'aurais oubliés.

Que toute personne ayant contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail, soit assurée de ma profonde reconnaissance et de mes vifs remerciements.

Hommages aux membres du jury

A notre maître et président du jury

Professeur Bakarou KAMATE

- ✚ Maître de conférences agrégé d'anatomie pathologique**
- ✚ Chercheur et praticien hospitalier au CHU du point G**
- ✚ Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers au Mali**
- ✚ Secrétaire général adjoint de la division d'Afrique Francophone de l'académie international de pathologie (DAF/AIP)**

Cher Maître,

Vous nous faites un réel plaisir en sacrifiant une partie de votre si précieux temps pour présider ce jury.

Votre simplicité, votre sens de l'humour, votre maîtrise pédagogique et surtout votre rigueur scientifique nous ont séduits.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de l'atmosphère autant chaleureuse qu'instructive de vos cours et de vos conseils à la faculté.

Soyez assuré cher maître de notre gratitude et notre profond respect.

A notre maître et juge Dr Modibo KEITA

✚ **Diplômé de la FMPOS du Mali**

✚ **Ancien chef de service de médecine générale à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes**

✚ **Diplômé dans la lutte contre le paludisme à l'institut de médecine tropicale des services des armées de Marseille (PHARO)**

✚ **Master en santé publique option épidémiologie**

✚ **Actuel coordinateur du projet d'élimination du trachome à HKI/Mali**

Cher Maître,

Vous nous faites honneur en acceptant de siéger dans ce jury.

Votre simplicité, votre humilité, votre disponibilité font de

Vous une personnalité acceptable.

Vos remarquables suggestions nous ont beaucoup aidés à améliorer ce travail.

Soyez assuré cher maître de l'expression de notre profonde

Gratitude.

A notre maître et co-directeur de thèse Dr Honoré J G BERTHE

 **Chirurgien urologue**

 **Maitre-assistant à la FMOS**

 **Praticien hospitalier au service d'urologie du CHU du point G**

Cher Maître,

Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines, votre goût du travail bien fait et votre souci de transmettre la connaissance fait de vous un grand maître en urologie.

Recevez ici cher Maître nos vifs et sincères remerciements.

A notre maître et directeur professeur TEMBELY Aly Douro :

- ✚ Ancien interne des hôpitaux de France**
- ✚ Diplômé en Andrologie, Endo-urologie et en LEC**
- ✚ Maître de conférences en urologie à la FMOS**
- ✚ Chef de service d'urologie du CHU du point G**
- ✚ Président de l'association malienne d'urologie**
- ✚ Directeur des études du DES d'urologie du Mali**
- ✚ Président de la CME du CHU du point G**

Cher Maître,

L'assiduité, la rigueur scientifique, votre respect des vertus sociales font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Vous avez cultivé à nous l'esprit de justice, d'humilité et du travail bien fait.

Vous nous faites un grand honneur en nous confiant ce travail

MERCI !!!

ABREVIATIONS

AEG : Altération de l'Etat Général

AUF: Association des Urologues Français

CCAFU : comité de cancérologie de l'association française des urologues

BCG : Bacille de Calmet et Guérin

CHU : centre hospitalier universitaire

CIS : carcinome in situ

ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines

Fig. : figure

FMOS : faculté de médecine et d'Odontostomatologie

FVV : Fistule vésico-vaginale

G/L : Gramme par Litre

G/DL : gramme par décilitre

HBP : Hypertrophie bénigne de la prostate

Hbts : habitants

I.M.C : indice de masse corporel

MAX: maximum

MIN: minimum

NFS : Numération Formule Sanguine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OMI : Œdèmes des Membres Inférieurs

Prog : progrès

RTUV : résection transurétrale de la vessie

RUV : réimplantation urétéro-vésicale

T.V.N.I.M : tumeur de vessie non infiltrant le muscle

T.V.I.M : tumeur de vessie infiltrant le muscle

TDM : Tomodensitométrie

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

TR : toucher rectal

TV : toucher vaginal

UCR : Uréthro-cystographie Rétrograde

UIV : Urographie Intraveineuse

µmol/l : Micromole par

TABLES DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES FIGURES

Fig. 1 : Détection de lésion papillaire à la cystoscopie.....	9
Fig. 2 : Cystographie et urographie intraveineuse : image lacunaire (tumeur de vessie).....	10
Fig.3 : Tumeur de vessie latéro-trigonale gauche.....	11
Fig.4 : Schéma de la classification des tumeurs de vessie.....	13
Fig. 5 : Répartition des patients selon la région de résidence dans l'enfance	19
Fig. 6 : Répartition des patients selon la résidence actuelle dans nos différentes régions	20
Fig. 7: Répartition des patients selon la durée d'évolution des signes fonctionnels	22
Fig. 8: Répartition des patients selon le type de recours	27
Fig. 9 : Répartition des patients selon le sexe et le recours	27
Fig. 10 : Répartition des patients selon le groupe d'âge et le recours	28
Fig. 11 : Répartition des patients selon l'ATCD de bilharziose et le recours	28
Fig. 12 : Répartition des patients selon la consommation du tabac et le recours	29
Fig. 13: Répartition des patients selon la consommation d'alcool et le recours.	29
Fig. 14 :Répartition des patients selon la résidence actuelle et le recours.....	30
Fig. 15 :Répartition des patients selon la résidence à l'enfance et le recours	30
Fig. 16 : la scolarisation et recours	31
Fig. 17: répartition des patients selon la teinture et le recours	31
Fig. 18 :répartition des patients selon la manipulation des pesticides	32
Fig. 19 : Répartition des patients selon la profession d'agriculteur et le recours	32
Fig. 20 : Répartition des patients selon l'hématurie et le recours.....	33
Fig. 21: Répartition des patients selon la pollakiurie et le recours.....	33
Fig. 22 : Répartition des patients selon la dysurie et le recours	34
Fig. 23 : Répartition des patients selon l'urgenterie et le recours	34
Fig. 24 : Répartition des patients selon la brûlure mictionnelle et le recours.....	35
Fig. 25 : Répartition des patients selon la consultation dans un autre centre de santé.....	35
Fig. 26 :Répartition des patients selon l'information au diagnostic	36
Fig. 27: Répartition des patients selon la consultation en médecine traditionnelle	36
Fig. 28: Répartition des patients selon le résultat de l'examen cyto bactériologique	37
Fig. 29: Répartition des patients selon l'état nutritionnel et le recours.....	37
Fig. 30 :Répartition des patients selon la survenue de l'anémie et le recours	38

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Fréquence des pathologies en hospitalisation pendant la période d'étude	17
Tableau II : répartition des patients selon les caractéristiques sociodémographiques	18
Tableau III : répartition des patients selon les facteurs de risque	21
Tableau IV : répartition des patients selon le risque professionnel	21
Tableau V : répartition des patients selon les signes fonctionnels	22
Tableau VI : répartition des patients selon la fréquentation d'autres structures de santé	23
Tableau VII : répartition des patients selon l'information au diagnostic	23
Tableau VIII : répartition des patients par rapport au traitement traditionnel de la tumeur de vessie.	23
Tableau IX : répartition des patients selon la durée de séjour au traitement traditionnel.....	24
Tableau X : Répartition des patients selon les raisons d'arrêt du traitement traditionnel.....	24
Tableau XI :répartition des patients selon l'indice de masse corporelle (IMC)	24
Tableau XII : répartition des patients selon la présence d'anémie.....	25
Tableau XIII : répartition des patients selon le résultat de l'examen cytobactériologique des urines (ECBU).....	25
Tableau XIV : répartition des patients selon la classification TNM de la tumeur	25
Tableau XV : répartition des patients selon les caractères histologiques de la tumeur.....	26
Tableau XVI : récapitulatif de l'analyse bivariée.....	39

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION.....	1
Objectif général.....	2
Objectifs spécifique.....	2
II. GENERALITES.....	3
1. Définition.....	3
2. Epidémiologie.....	3
3. Rappels anatomiques.....	4
3.1. Anatomie de la vessie.....	4
3.2 Vascularisation et innervation.....	5
3.3. Anato-mo-pathologie.....	5
3.4. Macroscopie :.....	5
3.5. Microscopie :.....	6
4. Facteurs de risque	6
5. Diagnostic	8
5.1. Diagnostic positif	8
5.2. Circonstances de découverte	8
5.3. Examen clinique :.....	8
5.4. Les examens complémentaires à visées diagnostique	9
5.5. Bilan d'extension.....	11
6. Classification.....	12
7. Diagnostic différentiel	14
III.METHODOLOGIE.....	15
IV. RESULTATS.....	17
A.Etude descriptive	17
1-les données sociodémographiques.....	18
2. les facteurs de risque	21
3. Risque professionnel	21
4. Données cliniques.....	22
B. Etude analytique	27
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	40
1-Fréquence :.....	42
2-Etude sociodémographique :	42

3- Etude clinique :.....	43
4-Itinéraires thérapeutiques.....	43
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	44
Conclusion	44
recommandations	45
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	46
ANNEXES	50
FICHE D'ENQUETE.....	50
FICHE SIGNALETIQUE.....	52

I. INTRODUCTION

Les tumeurs de vessie de par leur ampleur et leur gravité représentent un problème majeur de santé publique.

Elles représentaient en France en 2011, 3% de l'ensemble des cancers et occupaient la 4^{ème} position (après les cancers broncho-pulmonaires, du colon et de la prostate) [1]. Ce sont les tumeurs les plus fréquentes de l'arbre urinaire et représentent le deuxième cancer urologique après celui de la prostate [2].

Elles représentent la première cause de mortalité par cancer au service d'urologie du CHU du point G [3] au Mali à Bamako

Survenant généralement à partir de 50 ans avec un maximum entre 60 et 70 ans, la prédominance est masculine en France avec un sexe ratio de 3/1 (entraînant de diminuer ces dernières années) [1].

Ces tumeurs peuvent néanmoins concerner le sujet jeune de moins de 40 ans dans 1 à 4 % des cas [19].

Le terme de tumeur de vessie regroupe un spectre de tumeur ayant un potentiel d'agressivité extrêmement variable d'où leur répartition en deux groupes :

- **Les tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle (TVNIM)** qui posent deux problèmes majeurs : le risque de récurrence et le risque de progression vers un stade ou un grade plus élevé.
- **Les tumeurs de vessie infiltrant le muscle (TVIM)** présentant un risque de métastase et de décès important. Ce qui pourrait justifier un traitement locorégional radical [6].

Un certain nombre de facteurs de risque de ces tumeurs sont identifiés. Certains sont prouvés, d'autres évoqués.

Parmi ceux prouvés nous pouvons citer : la bilharziose urinaire qui prédispose au cancer de vessie de type épidermoïde le plus fréquent en Afrique ; le tabac les carcinogènes d'origine professionnelles, qui sont essentiellement les dérivés des hydrocarbures et de l'alanine [20].

Les facteurs évoqués sont entre autres : le thé, l'alcool, le café, les virus oncogènes, l'irradiation chronique de la vessie, l'infection de la paroi vésicale.

C'est une pathologie redoutable tant par la nature pénible des symptômes au cours de son évolution que par la difficulté et le caractère souvent mutilant de sa thérapeutique.

Selon les constats dans le service au Mali, le diagnostic de tumeur de vessie est assez souvent tardif. Ce retard au diagnostic pourrait s'expliquer par le caractère capricieux de l'hématurie qui devrait être le signe d'alerte. Ailleurs, dans un contexte d'endémie bilharzienne ce signe a tendance à être banalisé du fait que, d'une part l'hématurie signe majeur est un signe capricieux et non associé à des

douleurs au début de la maladie et d'autre part en raison de certaines croyances populaires. En effet, dans certains milieux ruraux, l'hématurie, surtout chez le jeune est considéré comme un phénomène normal, marquant le passage à l'âge adulte et signe de virilité. Les thérapeutes traditionnels sont souvent consultés à cet effet en premier lieu.

L'accessibilité géographique et financière aux soins pourrait être une autre explication du retard au diagnostic des tumeurs de vessie.

La connaissance précise des déterminants du retard à la consultation des patients pourrait permettre de prendre des mesures pour le diagnostic précoce des tumeurs de vessie et partant, améliorer la survie et la qualité de vie des patients.

Les objectifs de cette étude étaient les suivants :

★ Objectif général :

Etudier les facteurs influençant le délai de consultation des patients porteurs de tumeur de vessie dans le service d'urologie du CHU du point G.

★ Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la tumeur de vessie dans le service d'urologie du CHU du Point G.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients
- Identifier les facteurs du retard au diagnostic des tumeurs de vessie.

II. GENERALITES

1. Définition

On parle de tumeur de vessie lorsqu'il existe une néoformation tissulaire bénigne ou maligne développée aux dépens des éléments constitutifs de la vessie.

Cette néoformation lorsqu'elle est maligne présente parfois des remaniements nécrotiques et hémorragiques. Elle est envahissante et détruit le tissu dans lequel elle se développe et est capable d'une dissémination à distance dans l'organisme constituant ainsi les métastases. Son évolution varie d'un malade à l'autre mais reste toujours grave [9].

2. Epidémiologie

On estime qu'il y a environ 2,7 millions de personnes dans le monde qui sont traitées ou diagnostiquées pour carcinome de vessie par an [4].

Les tumeurs de vessie représentent 3 à 4% des cancers et sont les deuxièmes en ordre de fréquence parmi les tumeurs urologiques de l'homme après le cancer de la prostate [9].

Le carcinome à cellule transitionnelle représente plus de 90 % des cancers de vessie dans les pays occidentaux contrairement aux pays d'Afrique de l'est et du moyen orient où la fréquence des carcinomes épidermoïdes est plus élevée avec près de 66 à 77 % de vessie observées [30].

Dans la communauté européenne, les taux standardisés de mortalité par cancer de vessie sont de 10,8 % pour les hommes et de 2,2% pour les femmes dont le 1^{er} rang revient au Danemark et le taux le plus bas est observé en Finlande. Par contre chez les femmes, le taux le plus élevé est observé aux Royaumes - unis et le taux le plus bas en Finlande [15]. La mortalité par cancer de vessie est 5 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes, ceci était dû pour une grande partie au tabagisme et aux expositions professionnelles retrouvées dans la genèse de ces tumeurs [15].

L'incidence est en augmentation d'environ 1% par an, alors que la mortalité diminue chez les hommes mais reste stable chez la femme [15].

Cette évolution de l'incidence est liée à une migration du stade, mais aussi à l'amélioration de la technique de diagnostic.

Des mesures préventives liées aux facteurs de risque et le progrès dans la prise en charge ont probablement contribué à l'évolution favorable de la mortalité spécifique dans ces pays [15].

On estime à 1965 le nombre de nouveaux cas par an en France. Dans ce pays, cette pathologie occupe la 5^{ème} place en incidence et le 7^{ème} rang des décès tous cancers confondus [4].

Selon le sexe en France, elles sont plus élevées chez l'homme que chez la femme avec un ratio 3hommes /1femme avec un pic entre 50 et 60 ans avec un maximum à 70ans [1].

Le diagnostic de carcinome urothélial de la vessie touche chaque année en Suisse environ 850hommes avec plus de 250femmes [10].

Au Sénégal l'incidence du cancer de vessie était de 2,5% de l'ensemble des cancers selon une étude rétrospective de (1950 à 2005) dans les services d'urologie et d'anatomie pathologie du CHU Aristide Le Dantec de Dakar [5].

En Egypte le carcinome de type épidermoïde demeure le premier cancer masculin [30].

En Tunisie en 2011 : le sexe ratio était de 7 hommes pour une femme.

-Chez l'homme, c'est le 2^{ème} cancer ; 11% dans l'ensemble des cancers masculin et le 1^{er} cancer urologique avec une incidence de 10/100.000hbts [1].

-Chez la femme c'est le 8^{ème} cancer ; 2% de l'ensemble des cancers avec une incidence de 1, 2/100.000hbts [1].

Selon le registre du cancer au Mali (2010) le cancer de vessie est le 3^{ème} cancer chez l'homme, le 5^{ème} chez la femme et le 5^{ème} pour les deux sexes [3].

Elle occupait en 2015 le 3^{ème} rang des motifs d'hospitalisation après l'adénome de la prostate et la lithiase urinaire dans le service d'urologie CHU point G [12]. Dans ce service, il s'agit de la première cause de décès par cancer [3].

3. Rappels anatomiques

3.1. Anatomie de la vessie [18]

La vessie est un réservoir musculo-membraneux située en position sous péritonéale, intermédiaire aux uretères et à l'urètre et dans lequel l'urine secrétée de façon continue par les reins s'accumule et séjourne dans l'intervalle des mictions.

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

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

Elle comporte trois (3) couches de dehors en dedans : l'adventice, musculeuse (dont l'atteinte témoigne la malignité de la tumeur) et la muqueuse (point de départ des tumeurs de la vessie).

On la décrit trois (3) orifices : un orifice urétral encore appelé col de la vessie et deux orifices urétéraux.

Ces trois orifices permettent de distinguer deux parties de la vessie à savoir le trigone vésical limités par ces trois orifices et le bas fond vésical situé en arrière du pli inter-urétérique.

3.2 Vascularisation et innervation [18] :

a. Artère :

La vessie est irriguée de chaque côté :

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

En bas et en arrière par les rameaux vésicaux, les artères hémorroïdales, prostatiques et vésiculo-déférentielle chez l'homme, les 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.

b. Les veines :

Elles forment un riche réseau superficiel se drainant :

En avant dans le plexus vésical de Santorini, en arrière dans le plexus séminal chez l'homme et dans le plexus utéro-vaginal chez la femme.

Ses plexus gagnent les veines iliaques internes.

c. Les lymphatiques :

Les collecteurs lymphatiques se drainent vers les nœuds lymphatiques iliaques externes, les nœuds lymphatiques iliaques internes les nœuds lymphatiques communs et du promontoire.

d. Les nerfs :

Ils proviennent du plexus hypogastrique interne, branche antérieure des 3^{èmes} et 4^{ème} nerfs sacrés.

3.3. Anatomopathologie [1] :

3.4. Macroscopie :

C'est la cystoscopie qui fournira la meilleure description macroscopique des lésions endo-vésicales, La taille, le nombre et la localisation des lésions peuvent être synthétisés sur un schéma pour réaliser une cartographie vésicale.

On distingue classiquement trois aspects macroscopie différents :

- **Tumeurs papillaires** : de développement exophytique (dans la cavité vésicale) peuvent être pédiculées, sessiles (dépourvues de pédicule mais conservant une structure papillaire) ou une papillomatose vésicale diffuse (extensive intéressant la quasi-totalité de la muqueuse).
- **Les tumeurs non papillaires ou solides** :
Ces tumeurs peuvent être bourgeonnantes et ulcérées, mais le plus souvent à développement endophytique à l'intérieure de la paroi vésicale.
- **Tumeurs planes** :
Ce sont des lésions tumorales intéressant la couche superficielle de la muqueuse vésicale.

3.5. Microscopie :

Nous distinguons trois types histologiques.

a. Tumeurs épithéliales : représentent la quasi-totalité des tumeurs vésicales avec environ 90 % et ce sont :

- ★ Carcinome à cellule de la vessie ou carcinome urothélial ou encore par-malpighien avec 75 à 90% des tumeurs urothéliales. Ils se caractérisent par leur différenciation cellulaire (grade) et leur pénétration dans la paroi vésicale (stade).
- ★ Carcinome épidermoïde : près de 5% de la totalité, avec comme facteur prédisposant la bilharziose urinaire
- ★ Adénocarcinome : environ (1%).

b. Tumeurs non épithéliales : elles sont rares et sont réparties en tumeurs conjonctives bénignes et tumeurs malignes qui sont les sarcomes, les lymphomes.

c. Tumeurs secondaires : intéressant le rectum, les ovaires, la prostate.

4. Facteurs de risque [15 ; 20] :

De nos jours plusieurs facteurs sont incriminés dans la survenue de cancer de la vessie et d'autres sont dit protecteurs. Parmi les facteurs de risques, on peut citer :

a. L'âge :

Le cancer de la vessie survient généralement chez les personnes âgées de plus de 50ans avec un pic entre 60 et 70 ans.

b. Le tabac :

L'intoxication tabagique multiplie par trois le risque de tumeur de la vessie avec une augmentation selon la durée d'exposition et la quantité consommée.

c. Les facteurs infectieux

Schistosomiase

Considérée aujourd'hui comme le facteur de risque principal de carcinome épidermoïde dans les pays d'endémie. Dans près de 75% des cas, il s'agit d'histologiquement en effet d'un carcinome épidermoïde, carcinome urothélial dans 15% et d'adénocarcinome dans 6 %.

Infections virales

Le rôle de plusieurs virus (rétrovirus, papillomavirus etc...) a été suggérés dans la carcinogène vésicale dont le plus discuté reste le papillomavirus avec des résultats contradictoires actuellement.

Certains produits chimiques ont été identifiés comme pouvant causer un cancer de la vessie :

***Les colorants à base d'aniline** : il s'agit de produits chimiques pouvant être présents dans les colorants utilisés pour teinter du tissu.

***La cyclophosphamide** : un médicament utilisé comme chimiothérapie pour traiter certains cancers.

***Les amines aromatiques** : l'exposition à ces produits chimiques est possible dans le cadre de certaines professions des secteurs de la peinture, du cuir, de l'automobile, du métal, du papier et du caoutchouc, mais aussi chez les camionneurs, les teinturiers, les techniciens dentaires et les coiffeurs. Dans ces circonstances, le cancer de la vessie n'apparaît pas avant 30 ou 50 ans après l'exposition.

***Arsenic** : on a observé un risque accru de cancer de la vessie dans une région taïwanaise où l'eau contenait des taux élevés d'arsenic.

d. L'irradiation

Il semble que l'exposition à des radiations ionisantes dans la zone de la vessie, par exemple, lors d'une radiothérapie traitant un cancer de la prostate, augmente le risque de cancer de la vessie.

e. Infections urinaires chroniques

Il semblerait, au vu de quelques études sur la littérature, que des infections urinaires chroniques récidivantes soient plutôt un facteur de risque de développement de tumeur de vessie [20].

f. Les facteurs dits protecteurs :

- ✓ **La consommation de liquides** : on pense qu'une consommation élevée de boissons pourrait réduire le risque de développer un cancer de la vessie chez l'homme, mais les résultats des études sont contradictoires.
- ✓ **Les fruits et légumes** : la consommation de fruits et légumes est censée exercer un effet protecteur.

5. Diagnostic

5.1. Diagnostic positif :

Il est basé sur l'interrogatoire l'examen physique et les examens complémentaires qui confirment le diagnostic.

5.2. Circonstances de découverte : [4 ; 17]

L'hématurie macroscopique, classiquement terminale constitue le signe clinique le plus fréquent dans 80% des cas. Dans 20% des cas, des signes d'irritation vésicale sont à type de pollakiurie, d'impériosité ou brûlure urinaire. En absence d'infection urinaire, ces symptômes doivent faire suspecter l'existence d'un carcinome in situ vésical.

Une tumeur de vessie peut également être découverte de façon fortuite lors d'un examen (échographie, UIV, TDM) ; ou au cours d'exploration endoscopique portant sur la vessie (lithiase vésicale par exemple).

Enfin une tumeur de vessie peut se révéler lors des manifestations métastatiques ou d'envahissement locorégional.

5.3. Examen clinique :

- Interrogatoire :

Elle Précise l'âge du patient, son adresse, sa profession, son habitude de vie (tabagisme, alcoolisme), son antécédent urologique.

Il recherchera également :

Les signes d'irritation vésicale à type de pollakiurie nocturne ou diurne, isolée ou associée à des brûlures mictionnelles ; la dysurie voire la rétention d'urine par cailloutage ou par infiltration de la base vésicale par la tumeur.

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

Examen physique :

Il est peu contributif en cas de tumeur de vessie non infiltrant le muscle (TVNIM). Dans la majorité des cas, les patients ne présentent qu'une hématurie isolée ou associée à des signes irritatifs.

En cas de tumeur infiltrant le muscle (TVIM), peuvent apparaître des signes d'extension locorégional ou à distance, recherchés systématiquement par un examen clinique général et urologique complet.

Les touchers pelviens (toucher rectal chez l'homme et toucher vaginal chez la femme) sont systématiques.

Ils recherchent une infiltration du plancher pelvien, surtout lorsque la tumeur est de siège trigonal avec un envahissement locorégional important.

Le reste de l'examen recherchera un globe vésical (sur caillots sanguins), un contact lombaire (hydronéphrose obstructive), ou des signes de métastases (nodules hépatiques, ganglions, œdèmes des membres inférieurs).

5.4. Les examens complémentaires à visées diagnostique [1, 22, 25, 26] :

- Cytologie urinaire :

Détecte les cellules tumorales de haut grade avec une très grande spécificité, mais présente une faible sensibilité pour des tumeurs de bas grade. Ainsi elle demeure avec la cystoscopie l'un des examens de référence pour la détection et la surveillance des tumeurs de vessie non infiltrant le muscle, notamment de haut grade.

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

Grade I : normale

Grade II : dysplasie modérée

Grade III : dysplasie sévère

Grade IV : cellules carcinomateuses.

- Cystoscopie :

Elle précise le nombre, la taille, la topographie, l'aspect de la tumeur et de la muqueuse vésicale.

Permet également le diagnostic macroscopique et de réaliser les biopsies de la tumeur et des zones suspectes.



Fig.1 : Détection de lésion papillaire à la cystoscopie [28].

-Echographie :

Réalisée par voie sus pubienne et à vessie pleine, sa sensibilité est de 61 à 80% pour les tumeurs de type polyploïde supérieure à 5mm. Elle permet de montrer des végétations sendo-liminales dont elle précise le siège, la taille, le nombre et également le retentissement sur le haut appareil urinaire.

- Urographie intraveineuse (UIV) :

Elle permet d'apprécier le haut appareil urinaire, évaluer la fonction rénale, le cystogramme. Les images radiologiques sont les lacunes, les amputations ou les deux associées. Le cystogramme peut être normal surtout en cas de petite tumeur.



Fig 2 : *Cystographie et urographie intraveineuse : image lacunaire (tumeur de vessie)*

- Urétéro-cystographie rétrograde :(UCR)

Elle est surtout bénéfique lorsque l'UIV est contre indiquée. Elle montre des images de lacune et d'amputation.

-Examen anatomopathologique :

Il apporte la preuve de la malignité d'une tumeur de vessie. Il permet de trancher s'il s'agit d'une tumeur primitive ou secondaire par propagation des cellules néoplasiques d'une tumeur primitive du voisinage (prostate, rectum, utérus, sigmoïde). Il renseigne sur le grade et le type histologique de la tumeur.

5.5. Bilan d'extension [22 ; 24]

Le bilan d'extension n'a aucun intérêt dans les tumeurs superficielles pTa, pT1 par contre il est utilisé avec un très grand intérêt s'il s'agit de tumeur infiltrant le muscle, au minimum pT2.

La tomодensitométrie (TDM) :

Habituellement réservée au bilan d'extension, en particulier pour les tumeurs de vessie infiltrant le muscle afin d'éliminer une lésion associée du haut appareil urinaire, d'apprécier l'envahissement des organes de voisinages et de la graisse péri-vésicale également à la recherche d'adénopathies et/ou des métastases (les poumons et les ganglions étant les premiers sites métastatiques).



Fig.3 : tumeur de vessie latéro-trigonale gauche [2].

-Radiographie du thorax :

Elle peut révéler les adénopathies médiastinales ou des métastases pulmonaires à type de nodules pulmonaires, d'images parenchymateuses en « lâcher de ballon », de comblement d'un cul de sac costo-diaphragmatique. Ce sont des éléments de mauvais pronostic.

-La scintigraphie osseuse :

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

-Lymphadenectomie chirurgicale ilio-obturatrice :

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

6. Classification :

De nombreuses systèmes de classifications ont été proposées afin d'essayer de déterminer le degré de malignité et d'évolutivité des différentes formes tumorales. Parmi ces systèmes on peut citer :

La classification TNM (2010) : [4]

★ T=Tumeurs primitives

Tx= Tumeur primitive non évaluable

T0 =Tumeur primitive non retrouvée

Ta= Carcinome papillaire non invasif

Tis= Carcinome in situ « plan »

T1 =Tumeur envahissant le chorion

T2= Tumeur envahissant la musculature

– T2a= Tumeur envahissant le muscle superficiel (moitié interne)

– T2b= Tumeur envahissant le muscle profond (moitié externe)

T3= Tumeur envahissant le tissu péri-vésical

– T3a= Envahissement microscopique

– T3b= Envahissement extra-vésical macroscopique

T4= Tumeur envahissant une structure péri-vésicale

– T4a= Prostate, vagin ou utérus

– T4b= Paroi pelvienne ou abdominale

★ N=Ganglions lymphatiques régionaux

Nx= Ganglions non évaluables

N0= Absence de métastase ganglionnaire régionale

N1= Métastase ganglionnaire unique < 2 cm

N2= Métastase ganglionnaire unique >2 cm et < 5 cm ou

Métastases ganglionnaires multiples < 5 cm

N3= Métastase(s) ganglionnaire(s) > 5 cm

M= Métastases à distance

Mx= Métastases non évaluable

M0= Absence de métastase à distance

M1= Métastase (s) à distance

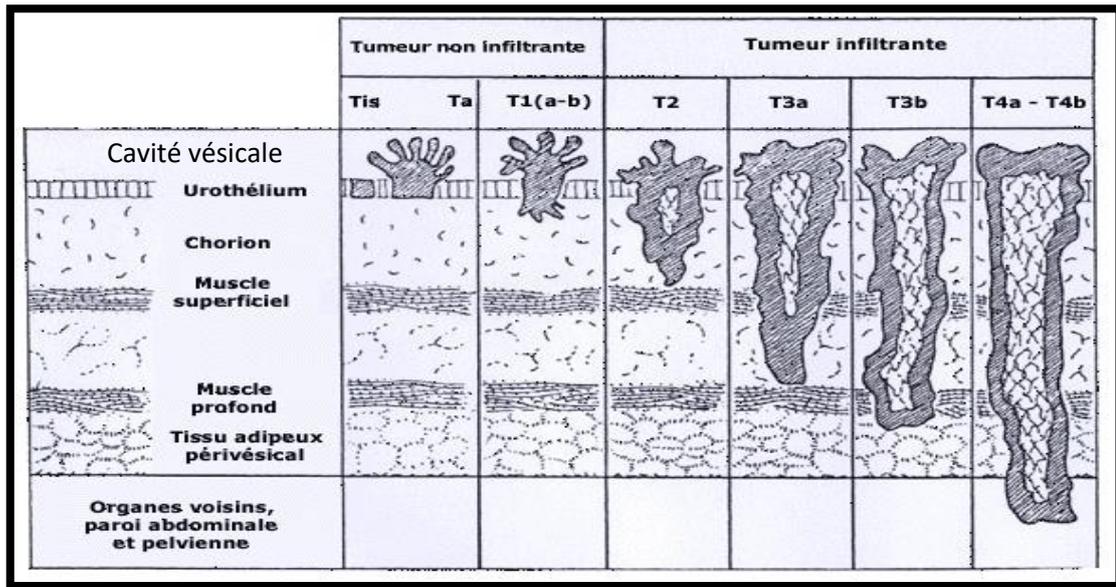
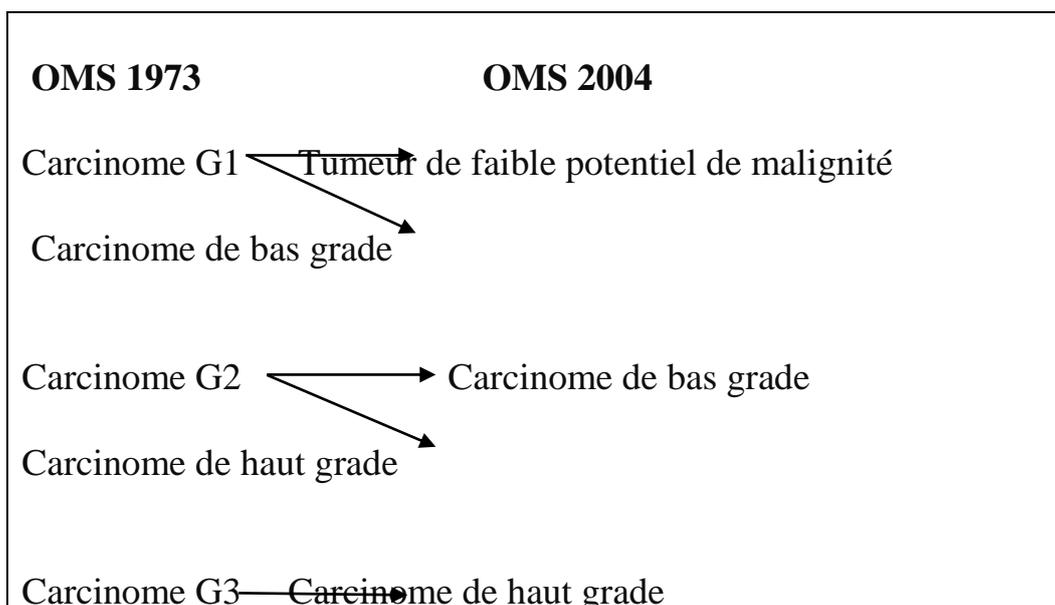


Fig.4 : Schéma de la classification des tumeurs de vessie [29].

-La classification OMS (2004) : [4]

La classification OMS de 1973 a longtemps été utilisée classant les tumeurs en carcinomes de grade 1 (G1= peu différenciée), grade 2 (G2 = moyennement différenciée), et grade 3 (G3= indifférenciée). Cette classification a été remplacée par la classification OMS 2004. Cette nouvelle classification paraît plus en adéquation avec les marqueurs tumoraux vésicaux ; présente une meilleure reproductibilité que la classification OMS 1973 ; décrit de façon exhaustive les différents « variantes » des tumeurs urothéliales infiltrantes. Ces contingents variant pouvant modifier la prise en charge diagnostique et thérapeutique. Elle classe les tumeurs en carcinomes de bas grade (regroupant les G1 et certains G 2) ou en carcinomes de haut grade (regroupant certains G2 et les G3).



7. Diagnostic différentiel : [22]

Les tumeurs de vessie doivent être différenciées de certaines pathologies telles que :

- ✓ La bilharziose urinaire :
- ✓ Lithiase vésicale :
- ✓ L'adénome de la prostate :
- ✓ Tumeurs digestives avec compression vésicale :
Les diverticules vésicaux

III. Matériel et Méthodes :

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au service d'urologie du centre hospitalier universitaire du point G.

Centre (CHU point G) crée en 1906 et mise en fonction en 1913, bâti sur une superficie de 25 hectares situé au nord de Bamako en commune III, sise colline du point G route de Kati.

Aujourd'hui centre classé comme troisième (3) niveau en terme référence au Mali, comportant plus de 15 services spécialisés.

Le service d'urologie est situé au centre de l'hôpital avec une capacité d'accueil de 40 patients.

Il comporte deux blocs opératoires fonctionnels 4 jours sur 7 jours avec un plateau technique moyen. Le service est organisé comme suit : un staff matinal dirigé par le chef de service ou un maître-assistant du lundi au jeudi de 08h à 09h suivi d'une visite aux malades hospitalisés et est organisé en groupe de consultation, en groupe accueil dit astreinte (qui s'occupe des urgences, des malades hospitalisés et d'orientation), en groupe de bloc opératoire et une équipe de garde permanente.

2. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale prospective, portant sur les tumeurs de vessie.

3. Période d'étude :

Du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2016

4. Population d'étude :

Tous patients qui consultaient au service d'urologie pour un motif urologique quelconque.

-Les critères d'inclusion :

Les patients inclus étaient ceux diagnostiqués comme porteur d'une tumeur de vessie dans le service d'urologie CHU du point G, ayant été reçus pour la première fois et qui adhéraient à l'étude.

-Les critères de non inclusion :

Tous les patients diagnostiqués comme porteurs d'une tumeur secondaire de vessie

5. Echantillonnage : l'échantillonnage a été exhaustif pendant la période d'étude, répertoriant 103 cas de tumeur de vessie dans le service d'urologie CHU du point G.

6. Collecte des données :

Les paramètres collectés ont été basés sur :

✓ Identification des patients

- ✓ Les données sociodémographiques
- ✓ Les habitudes de vie et antécédents du patient
- ✓ Les expositions professionnelles.
- ✓ Les données cliniques
- ✓ Les examens complémentaires (biologiques et radiologiques).
- ✓ Les résultats d'anatomopathologies.

Le recueil des données se faisait par questionnaire préétabli et les patients ont été interrogés de façon interactive et complété à partir de leurs dossiers médicaux.

7. Analyse des données :

Le retard au diagnostic des patients était défini en fonction de la classification TNM des tumeurs au diagnostic. Les patients classés T1-T2 M0 étaient classés dans le groupe de « recours précoce » tandis que les autres étaient classés en « recours tardif ».

Les données ont été colligées dans une base de données Excel et analysées avec le logiciel R.

Au cours de cette étude, les variables ont été regroupées en variables quantitative (âge, durée d'évolution des signes fonctionnels etc. ...) et en variables qualitative (sexe, profession, etc....).

L'analyse descriptive des variables quantitative a été axée sur les paramètres de position et de dispersion (moyenne, extrêmes et écart-type) ; et celle des variables qualitatives a concernées la fréquence des différentes modalités des variables.

L'analyse bi variée a consisté à comparer les deux groupes pour chacun des paramètres étudiés avec une p-value inférieur à 0,05. Ainsi la variable dépendante a été le délai de consultation avec comme modalité le recours précoce et tardif.

Pour comparer, les différences de proportion entre cette variable dépendante et les autres variables indépendante, l'étude a utilisé le test de CHI 2 de Pearson et/ou Fisher après vérification des conditions d'applications.

Pour une valeur p inférieur à 0,05, le test entre les différences a été considéré comme significatif.

8. Les considérations éthiques :

L'objectif de l'étude est présenté explicitement aux patients.

Le consentement éclairé des patients était obtenu

L'anonymat et la confidentialité des données étaient respectés

IV- RESULTATS

A. Etude descriptive

Tableau I: *Fréquence des pathologies en hospitalisation pendant la période d'étude*

Pathologies	Effectifs	pourcentage(%)
Adénome de la prostate	130	28,3
Adénocarcinome prostatique	17	3,7
Extrophie vésicale	01	0,2
Fistules urogénitales	46	10
Gangrène des organes génitaux	05	1
Hernies/hydrocèles	21	4,5
Lithiases urinaires	79	17,2
Rétrécissement de l'urètre	38	8,2
Tumeur de vessie	103	22,4
Tumeur rénale	10	2,1
Traumatisme du rein	01	0,2
Varicocèle	7	1,5
Total	458	100

La tumeur de vessie a représenté 22 ,4 % des pathologies soit le 2nd rang des motifs d'hospitalisation.

1-les données sociodémographiques des patients atteints de tumeur de vessie :

Tableau II: répartition des patients selon les caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques		Effectifs (N=103)	Pourcentage (%)	Paramètres de dispersion (variable quantitative)
Sexe	Homme	51	49,5	
	Femme	52	50,5	
Age (ans)	Moins 20	4	3,9	Moyenne : 53,8±17,6
	20-60	61	59,2	
	Plus de 60	38	36,9	
	Autres	1	1	
Profession	Commerçants	14	13,6	
	Fonctionnaires	10	9,7	
	Ménagères	42	40,8	
	Ouvrier	14	13,6	
	Paysan	22	21,4	
	Aucun	75	72,8	
Niveau d'instruction	Primaire	15	14,6	
	Secondaire	8	7,8	
	Supérieur	5	4,9	
	Aucun	75	72,8	
Résidence actuelle	Rural	29	28,2	
	Périurbain	23	22,3	
	Urbain	51	49,5	
Résidence enfance	Rural	46	44,3	
	Périurbain	25	24,3	
	Urbain	32	31,1	

Le sexe ratio a été de 0,98 et la tranche d'âge 20-60 ans a été la plus représentée. Environ 72,8 % des patients n'ont pas été scolarisés. Dans 49,5 % des cas, ils ont résidé en milieu urbain alors que dans l'enfance 44,7 % ont vécu en milieu rural.

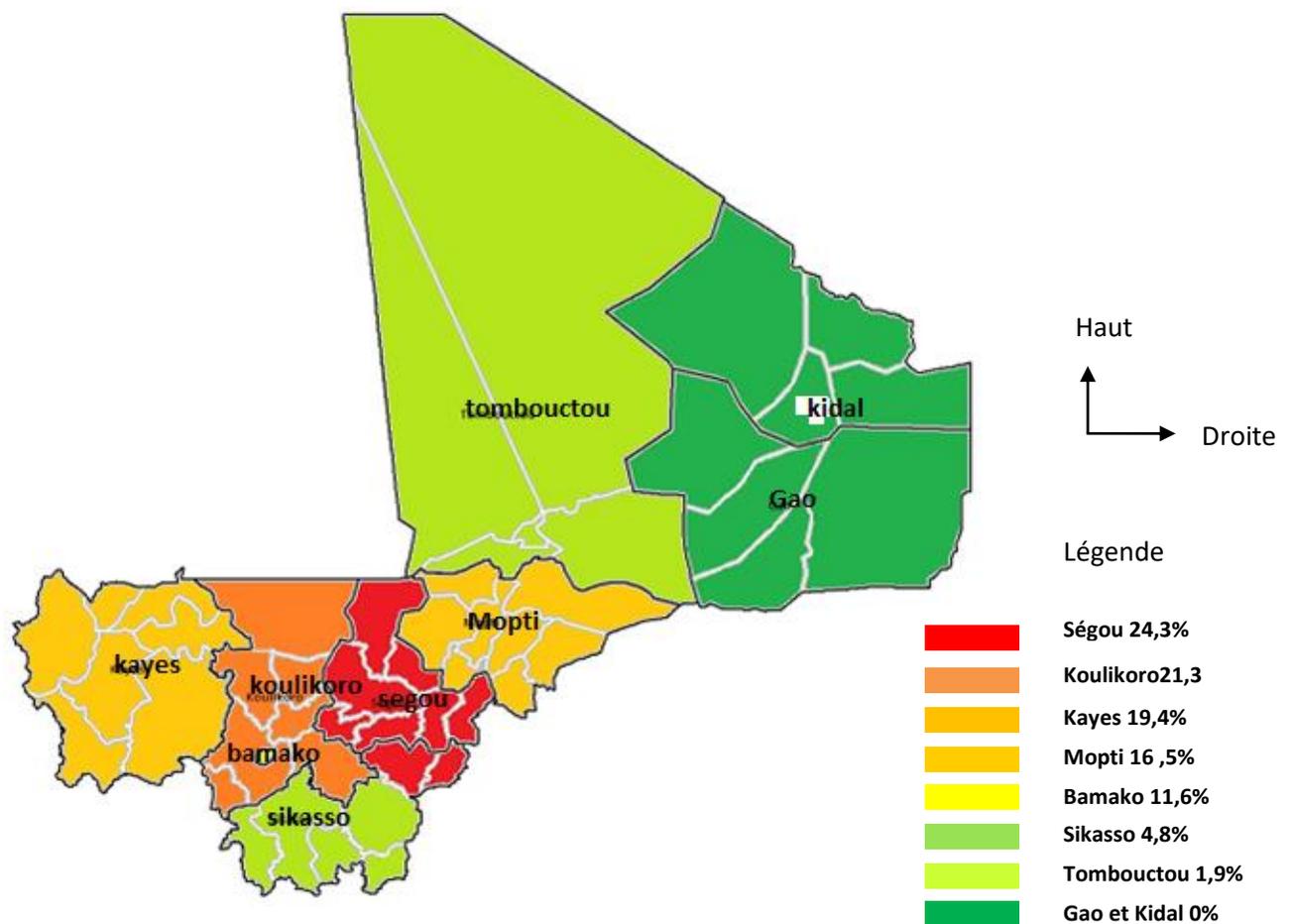


Fig. 5 : Répartition des patients selon la région de résidence dans l'enfance
La région de Ségou a été la zone la plus représentée

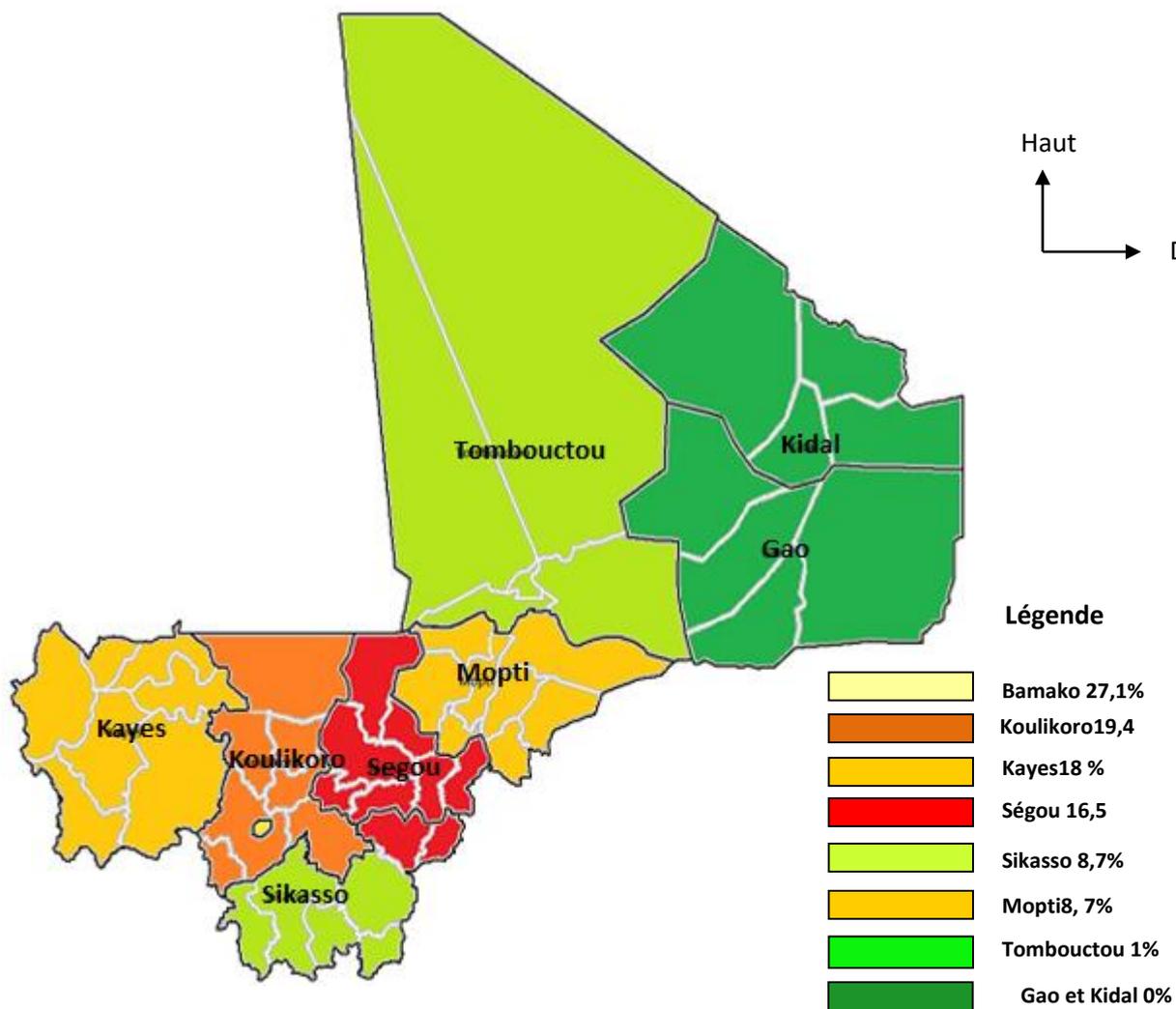


Fig.6 : répartition des patients selon la résidence actuelle dans nos différentes régions.

2. les facteurs de risque

Tableau III : répartition des patients selon les facteurs de risque

Facteurs de risque	Effectifs (N=103)		Pourcentage (%)
Bilharziose	Oui	66	64,1
	Non	37	35,9
Tabac	Oui	33	32
	Non	70	68
Alcool	Oui	8	7,8
	Non	95	92,2

L'étude a trouvée 64,1% des patients avec antécédent de bilharziose urinaire.

3. Risque professionnel

Tableau IV: répartition des patients selon le risque professionnel

Risque professionnel	Effectifs (N=103)		Pourcentage (%)
Teinture	Oui	7	6,8
	Non	96	93,2
Manipulation de pesticides	Oui	14	13,6
	Non	89	86,4
Séjour en zone irriguée	Oui	65	63,1
	Non	38	36,9

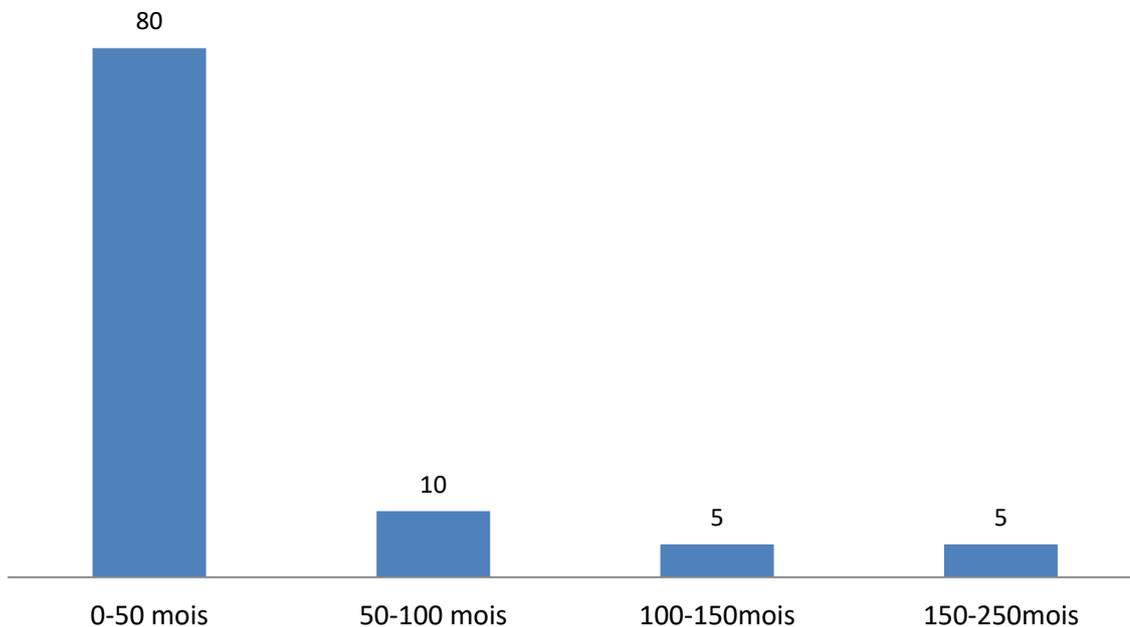
Les résidents en zone irriguée ont été majoritaire soit 63% des cas.

4. Données cliniques

Tableau V : répartition des patients selon les signes fonctionnels

Signes fonctionnels		Effectifs (N=103)	Pourcentage(%)
Hématurie	Oui	86	83,5
	Non	17	16,5
Pollakiurie	Oui	80	77,7
	Non	26	22,3
Dysurie	Oui	77	74,8
	Non	26	25,2
Urgenturie	Oui	38	36,1
	Non	65	63,9
Brûlures mictionnelles	Oui	74	71,8
	Non	29	28,2

L'hématurie a été le motif de consultation le plus représenté.



Min=1mois ; Médiane=6mois ; moyenne=20,57mois ; Max=240mois ; écart-type=30 mois.

Fig. 7 : répartition des patients selon la durée d'évolution des signes fonctionnels.

Tableau VI : répartition des patients selon la fréquentation d'autres structures de santé pour motif urologique

Consultation autres structures	Effectifs	Pourcentage (%)	Paramètres de dispersion (variables quantitatives)
Non	8	7,8	Moyenne=4,33 mois±9,34 mois
Oui	95	92,2	
Total	103	100	

Près de 92,2% des patients ont commencé leur première prise en charge en milieu périphérique avec une moyenne de 4,33 mois de durée de séjour avec un \pm 9,3 mois

Tableau VII: répartition des patients selon l'information au diagnostic

Information au diagnostic	Effectifs	Fréquence(%)
Non	26	25.2
Oui	77	74.8
Total	103	100

Environ 25,2 % des patients n'avaient pas eu d'information sur leur diagnostic à leur accueil dans notre service.

Tableau VIII: répartition des patients par rapport au traitement traditionnel de la tumeur de vessie.

Traitement traditionnel	Effectifs	pourcentage (%)
Non	43	41.7
Oui	60	58.3
Total	103	100

Les patients ayant eu un parcours chez les guérisseurs traditionnels, ont représenté 58,3%

Tableau IX: répartition des patients selon la durée de séjour au traitement traditionnel

Durée de séjour au traitement traditionnel	Effectifs	Pourcentage (%)	Paramètres de dispersion (variables quantitatives)
0 à 2 mois	28	46,7	Moyenne=6,44 mois± 15,5 mois
3 à 6 mois	15	25	
7 à 12 mois	7	11,7	
Sup à 12 mois	10	16,6	
Total	60	100	

La tranche 0 à 2 mois a été la plus représentée, soit 46,7 % des cas avec une durée moyenne de 6,44 mois ±15,5 mois.

Tableau X : les raisons d'arrêt du traitement traditionnel

Raisons d'arrêt du traitement traditionnel	Effectifs	Pourcentage (%)
Coûteux	1	1,7
Sans succès	59	98,3
Total	60	100

Environ 98,3 % ont trouvé le traitement traditionnel sans succès.

Tableau XI: répartition des patients selon l'indice de masse corporelle (IMC)

IMC	Effectifs	Pourcentage (%)
Normal	68	66
Maigreur	26	25,3
Surpoids	9	8,7
Total	103	100

Près de 66% des patients avaient l'indice de masse corporelle normal.

Tableau XII: répartition des patients selon la présence d'anémie

Anémie	Effectifs	Pourcentage (%)
Non	32	31.1
Oui	71	68.9
Total	103	100

Près de 68,9% de nos patients étaient anémiés

Tableau XIII : répartition des patients selon le résultat de l'examen cyto bactériologique des urines (ECBU)

Résultat ECBU	Effectifs	Fréquence(%)
Infection	67	65
Normale	36	35
Total	103	100

L'infection urinaire a été trouvée chez 65% des patients.

Tableau XIV : répartition des patients selon la classification TNM de la tumeur de vessie.

Caractéristiques tumeur	Effectifs (N=103)	Fréquence (%)
Tumeur		
T1	33	32
T2	23	22,3
T3	20	19,4
T4	27	26,2
Nodules		
N0	39	37,9
N1	2	1,9
N2	2	1,9
NX	60	58,3
Métastases		
M0	45	43,7
M1	11	10,7
MX	4745,6	

Tableau XV : la répartition des patients selon les caractéristiques histologiques de la tumeur

Caractéristiques histologiques	Effectifs (N=103)	Pourcentage (%)
Type histologique		
Carcinome épidermoïde	45	43,7
Carcinome urothélial	7	6,8
Rhabdomyosarcome	1	1
Non disponible	50	48,5
Grade histologique		
G1	14	13,6
G2	22	21,4
G3	9	8,7
Non disponible	58	56,3

Le carcinome épidermoïde a été le type histologique le plus représenté

B. ETUDE ANALYTIQUE

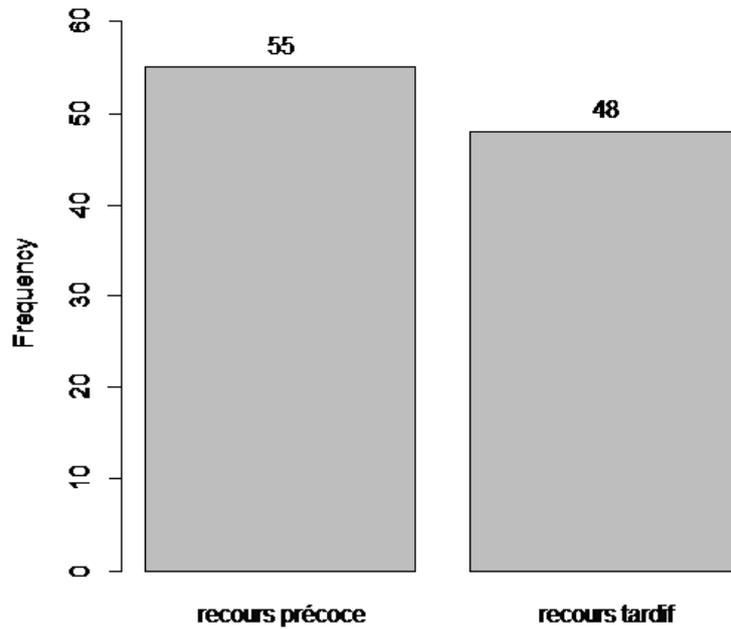


Fig.8 : répartition des patients selon le type de recours

Près de la moitié de nos patients avaient consulté relativement tard, soit 46,6 % des cas.

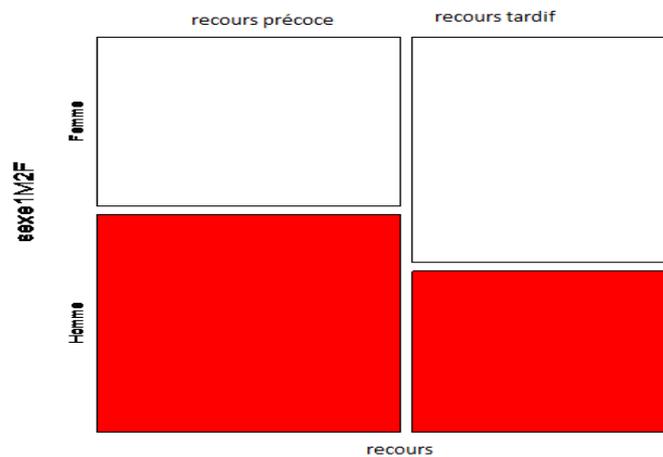


Fig. 9 : répartition des patients selon le sexe et le recours

Chi 2 = 1,6658, ddl = 1, p-value = 0,1968

La différence n'était pas significative dans les deux groupes par rapport au sexe des patients.



Fig. 10 : Répartition des patients selon le groupe d'âge et le recours
 $\chi^2 = 3,6889$, ddl = 2, p-value = 0,1581

Les groupes d'âges n'ont pas présenté une différence significative statistiquement.

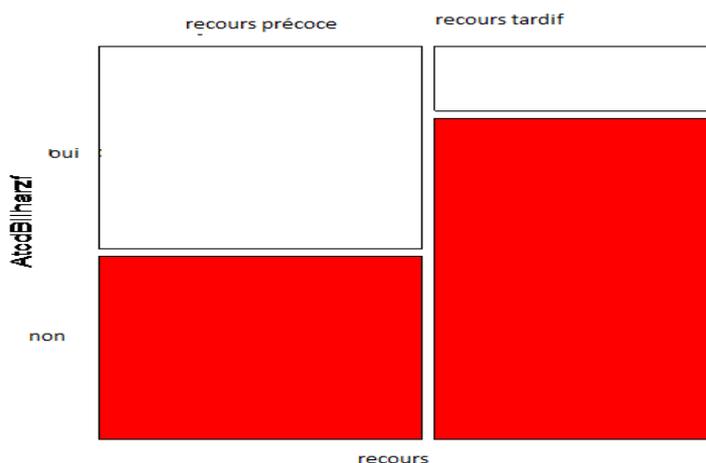


Fig.11 : Répartition des patients selon l'ATCD de bilharziose et le recours
 $\chi^2 = 12,9555$, ddl = 1, p-value = 0,000319
 L'antécédent de bilharziose a été un facteur de retard à la consultation pour le « recours tardif », avec un p fortement significative (p=0,0003).

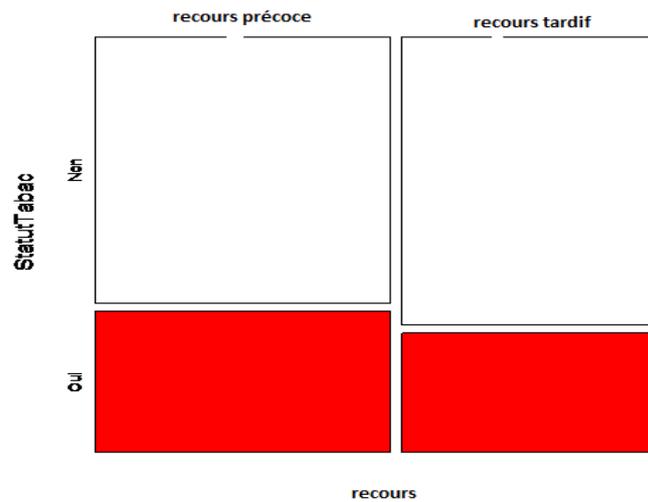


Fig.12 : Répartition des patients selon la consommation du tabac et le recours
 $\chi^2 = 0,1383$, ddl = 1, p-value = 0,7099

Le statut de tabagique n'a pas présenté de différence dans les deux groupes

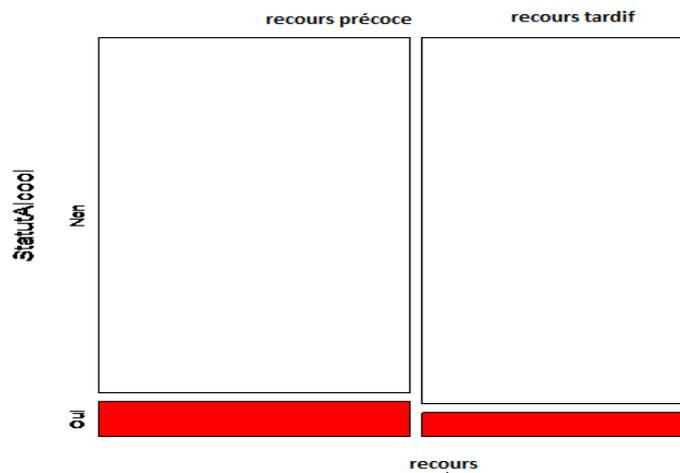


Fig. 13 : Répartition des patients selon la consommation d'alcool et le recours

$\chi^2 = 0,0284$, ddl = 1, p-value = 0,8663

Il n'existe pas de différence dans les deux groupes en rapport avec la consommation d'alcool.



Fig. 14 : Répartition des patients selon la résidence actuelle et le recours

Chi 2 = 6.804, ddl = 2, p-value = 0.03331

Les patients résidant en milieu rural avaient consulté beaucoup plus tardivement que ceux résidant en milieu urbain avec une valeur statistiquement significative.

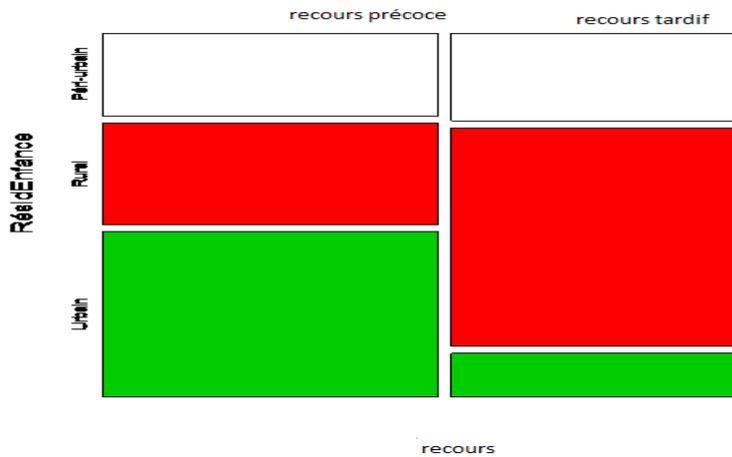


Fig. 15 : Répartition des patients selon la résidence à l'enfance et le recours

Chi 2 = 16,4009, ddl = 2, p-value = 0,0002745

La résidence en milieu rural dans l'enfance était fortement liée au « recours tardif ».

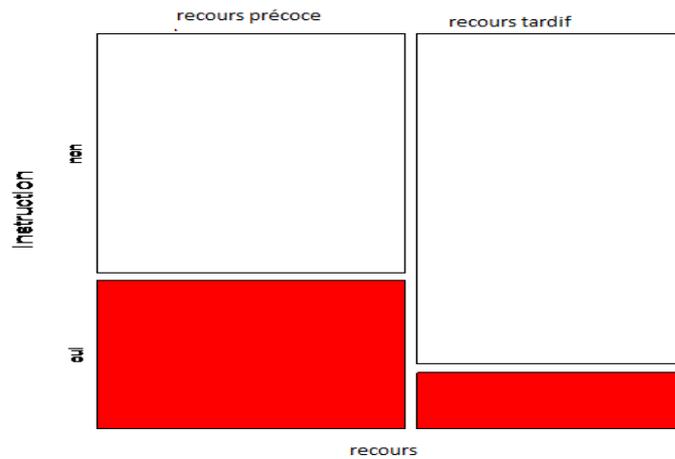


Fig.16 : la scolarisation et le recours

Chi 2 = 6,068, ddl = 1, p-value = 0,01377

L'absence de scolarisation a été un facteur pour le retard à la consultation pour « recours tardif ». Ce retard était plus important chez les non scolarisés.

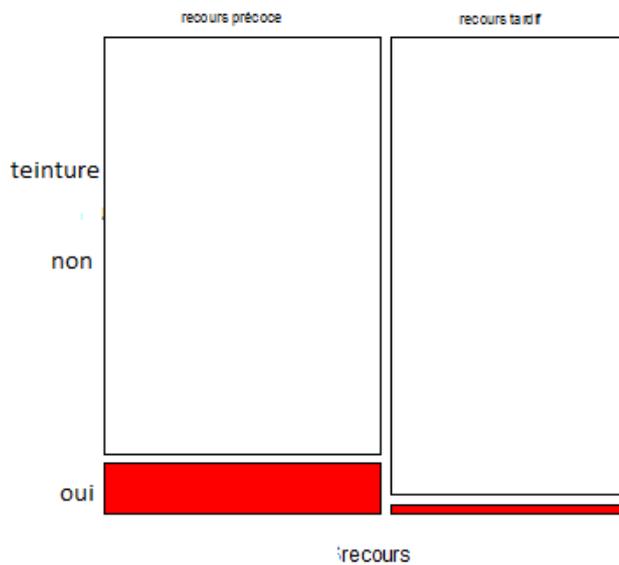


Fig. 17 : répartition des patients selon la teinture et le recours

Chi 2 = 1,9126, ddl = 1, p-value = 0,1667

La profession de teinturière n'avait pas d'influence sur le recours tardif ou précoce.

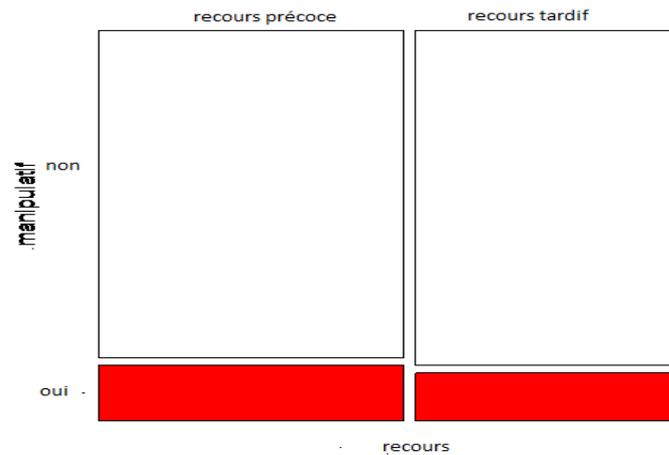


Fig. 18 : répartition des patients selon la manipulation des pesticides

Chi 2 = 2e-04, ddl = 1, p-value = 0,9888

L'utilisation de pesticides n'a pas influencé les délais de recours à la consultation.

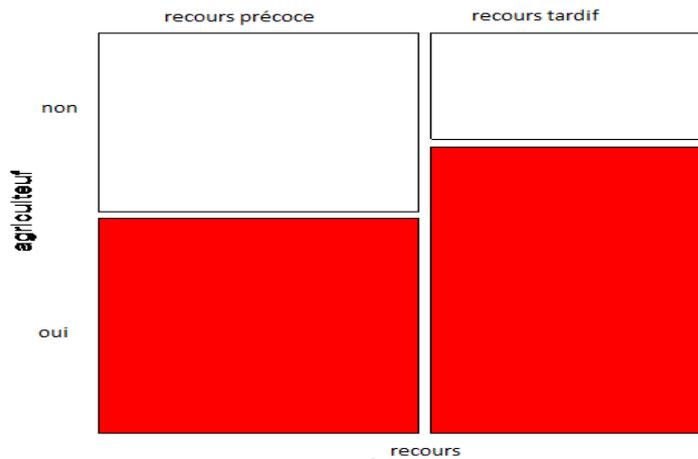


Fig. 19 : Répartition des patients selon la profession d'agriculteur et le recours

Chi 2 = 2,9683, ddl = 1, p-value = 0,08491

La profession d'agriculteur semble être un facteur de retard à la consultation tardive.

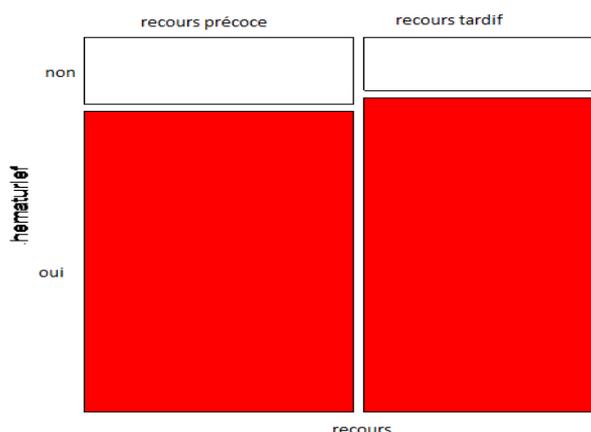


Fig.20 : Répartition des patients selon l'hématurie et le recours
 Chi 2 = 0,0505, ddl = 1, p-value = 0,8222
 La présence ou non d'hématurie n'a pas influencé le délai de consultation.



Fig. 21 : Répartition des patients selon la pollakiurie et le recours
 Chi 2 = 0,334, ddl = 1, p-value = 0,5633
 Il n'y avait pas de différence dans les deux groupes par rapport à la pollakiurie.

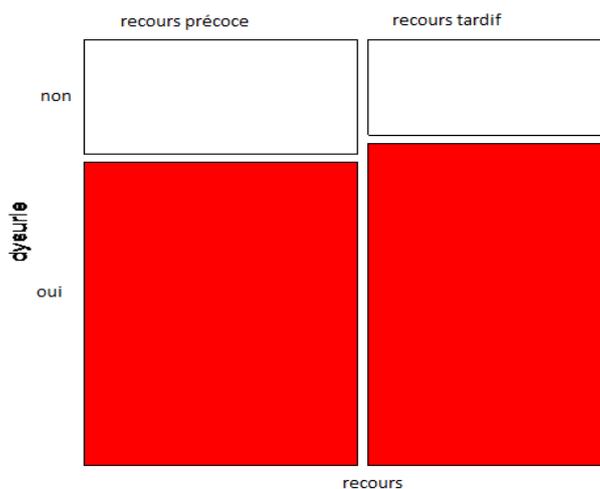


Fig. 22 : Répartition des patients selon la dysurie et le recours
 Chi 2 = 0,0786, ddl = 1, p-value = 0,7792
 La dysurie n'avait pas d'influence sur le délai de consultation.

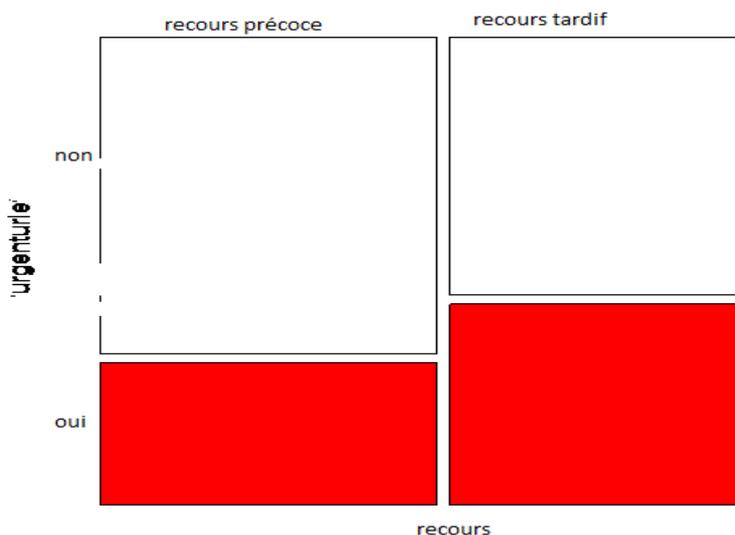


Fig. 23 : Répartition des patients selon l'urgente et le recours
 Chi 2 = 1,3056, ddl = 1, p-value = 0,2532
 La présence d'urgente ou non, n'influait pas sur le délai de consultation.

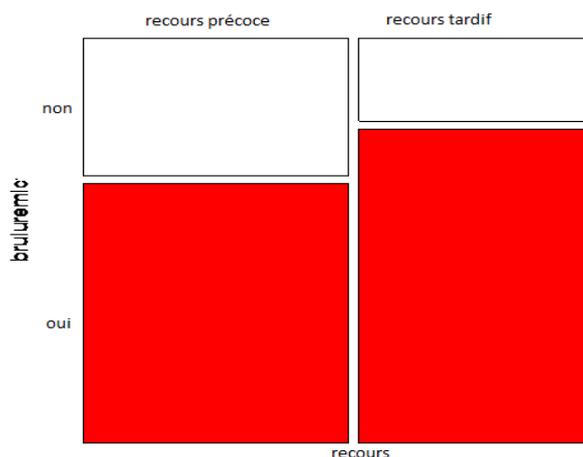


Fig. 24 : Répartition des patients selon la brulure mictionnelle et le recours
 Chi 2= 1,7528, ddl = 1, p-value = 0,1855
 La brulure n'a pas influencé significativement le délai de recours.

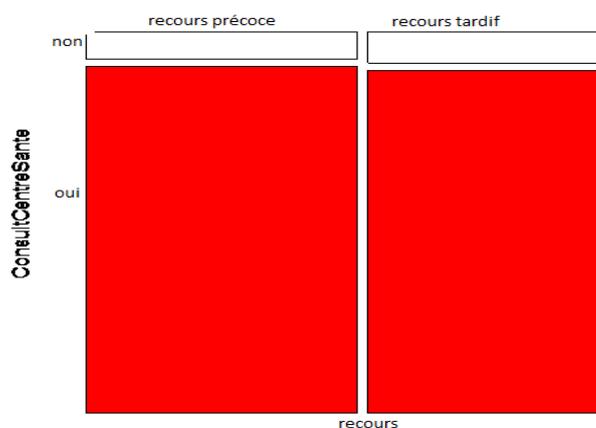


Fig. 25 : Répartition des patients selon la consultation dans un autre centre de santé
 Chi 2 = 0, ddl = 1, p-value = 1
 Le fait d'avoir consulté dans une autre structure de santé n'a pas été influençant sur le délai de consultation.

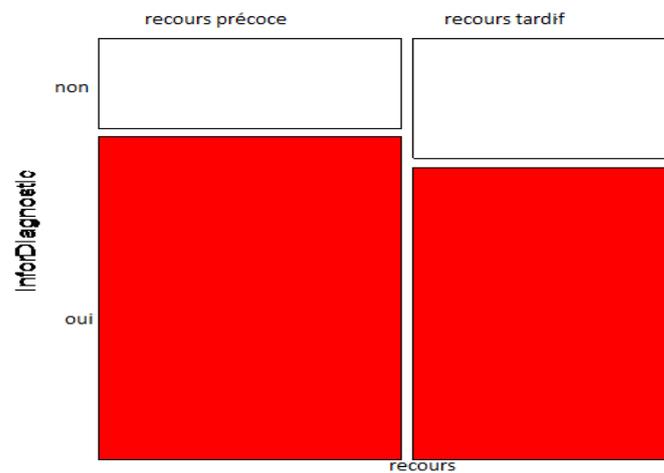


Fig.26 : Répartition des patients selon l'information au diagnostic
 Chi 2 = 0,3957, ddl = 1, p-value = 0,5293
 Il n'a pas existé de différence dans les deux groupes en rapport avec l'information au diagnostic.

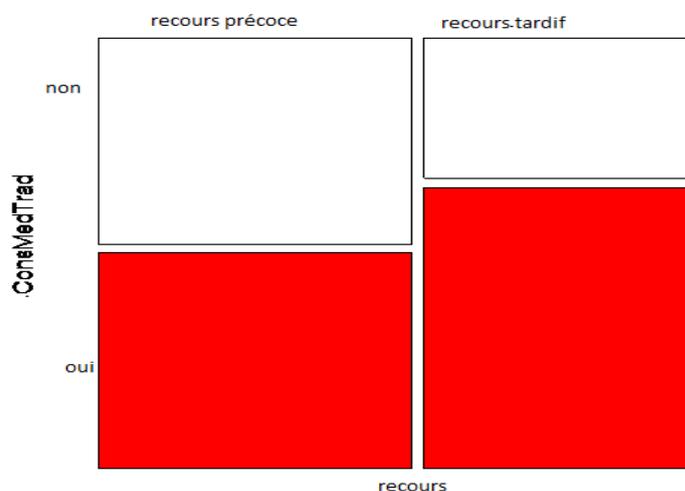


Fig.27 : Répartition des patients selon la consultation en médecine traditionnelle.

Chi 2 = 2,0091, ddl = 1, p-value = 0,1564
 La proportion des patients ayant eu un parcours de traitement traditionnel semble plus élevée dans le groupe des « recours tardif » sans que cette différence soit statistiquement significative.

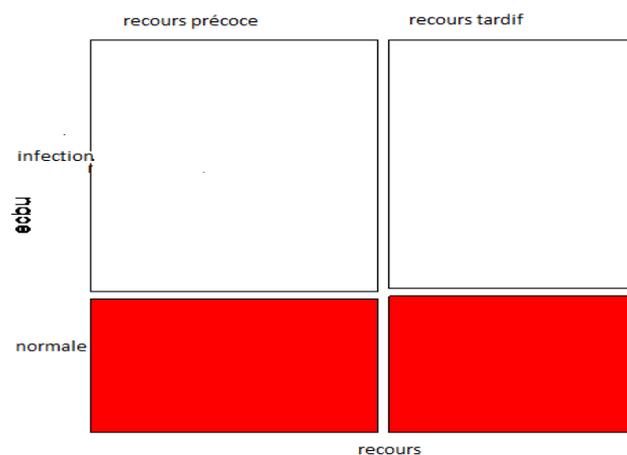


Fig.28 : Répartition des patients selon le résultat de l'examen cytbactériologique.

Chi 2 = 0, ddl = 1, p-value = 1

La présence d'infection urinaire n'a été différente dans les deux groupes.

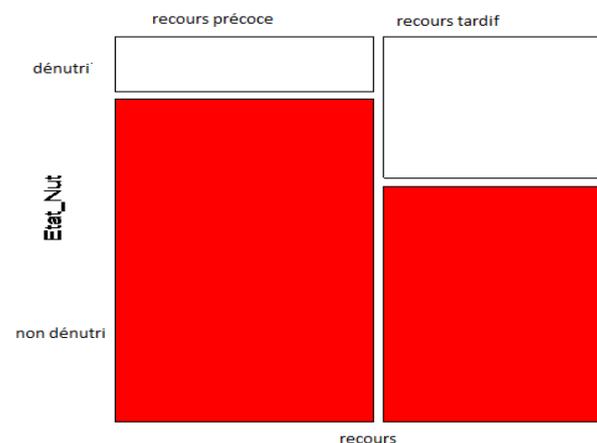


Fig. 29 : Répartition des patients selon l'état nutritionnel et le recours

Chi 2 = 5,992, ddl = 1, p-value = 0,01437

La proportion des dénutris a été plus importante dans le groupe de recours tardif.

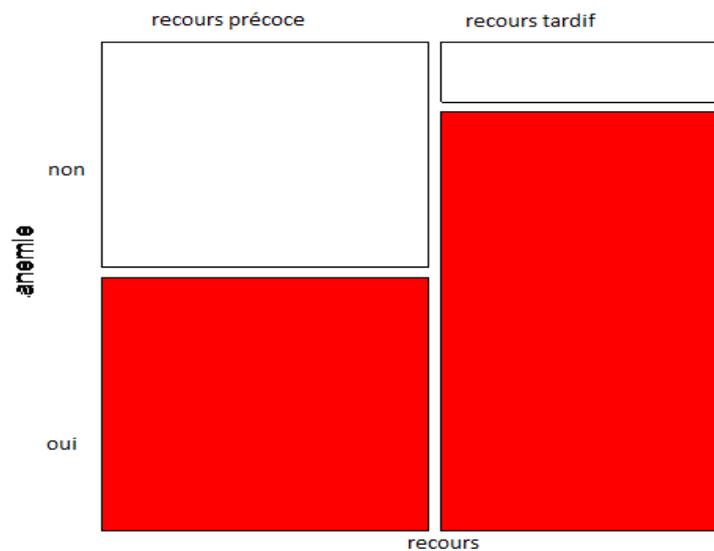


Fig. 30 : Répartition des patients selon la survenue de l'anémie et le recours
Chi 2 = 12,8932, ddl = 1, p-value = 0,0003298
L'anémie a été fortement liée au « recours tardif », avec p=0,0003.

Tableau XVI : récapitulatif de l'analyse bivariée

Variabiles	p ≤ 0,05	p>0,05
Anémie	0,00032	
Age		0,15
Alcool		0,86
Autres structure		1
Bilharziose	0,0003	0,18
Brûlure		0,18
Dysurie		0,77
Etatnutritionnel	0,01	0,77
ECBU		1
Hématurie		0,82
Instruction	0,01	
Inf. diagnostic		0,52
Pollakiurie		0,56
Pesticide		0,98
Résidence enfance	0,0002	
Résidence actuelle	0,03	
Sexe		0,19
Tabac		0,70
T. traditionnel		0,15
Teinture		0,16
Urgenturie		0,25

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Fréquence :

Sur la période d'étude de 12 mois, 103 cas de tumeurs de vessie ont été inclus dans cette étude représentant 8,5 nouveaux cas par mois et 22,4 % de l'ensemble des pathologies en hospitalisation.

Des études précédentes réalisées dans le même service ont montré que la fréquence hospitalière pour tumeur de vessie est assez variable.

Ainsi Guirou A [41] en 2007 avait enregistré 86 cas de tumeur de vessie sur une période de 12 mois avec une fréquence de 6,7%, Kamissoko I en 2015[12] et Théodore en 2004[43] avaient respectivement enregistré 74 patients soit une fréquence de 10,62% et 69 patients soit une fréquence de 5,64% sur une période de 12 et 13 mois. Cette variabilité pourrait s'expliquer par des différences de méthodologie entre les différentes études et aussi à la fréquence d'hospitalisation des fistules urogénitales qui ont une tendance à la diminution dans le service.

-Etude sociodémographique :

-Age : dans cette étude le groupe d'âge le plus représenté se situait entre 20 et 60 ans avec une moyenne de 53,8 ans avec des extrêmes de 1 à 87 ± 17,6 ans. Ces chiffres se rapprochent de ceux d'autres études sous régionales, notamment celles de Samaké L [3] au Mali qui a trouvé que la moyenne d'âge était de 52,32 ans avec des extrêmes compris entre 3 et 81 ans, de Dangou et al [36] au Sénégal pour qui l'âge moyen était de 46,69 ans avec des extrêmes allant de 3 à 88 ans ; de Mallé N [35] au Mali avec un âge moyen de 43,6 ans et de Diao et al [5] au Sénégal avec une moyenne d'âge de 45,5 ans. Par contre la moyenne d'âge est en contraste avec celle des études dans les pays du nord (début à 50 ans avec des fréquences maximales entre 60 et 70 ans). L'épidémiologie liée aux facteurs de risque et le type histologique expliquent cette différence.

Dans la littérature les manifestations cliniques pour tumeur vésicale étaient fortement liées à l'âge [4], mais nous remarquons dans cette étude que l'âge, n'était pas un facteur influençant le délai de consultation.

-Sexe : cette étude a mis en évidence une légère prédominance féminine avec un sexe ratio de 0,98.

Si cette tendance se confirme dans des études précédentes au Mali et au Burkina [37, 38], elle contraste par contre avec les études européennes [1, 23] dans lesquelles le ratio est largement inversé (les hommes étant 2 à 3 fois plus exposés). L'activité agricole en zones irriguées d'endémie bilharzienne (principal facteur de risque au Mali) pratiquée à la fois par les hommes et les femmes explique la tendance presque équilibrée du sexe ratio.

-La profession : conformément aux autres études locales sur les tumeurs de vessie [3, 12, 35, 37,40] les ménagères et les paysans ont été les plus représentés avec respectivement 40,8% et 21,4% ; cela est fortement lié dans cette étude au métier d'agriculteur, car 63% de ses patients vivaient en zone irriguée, qui avec

un rendement faible et la banalisation des signes urinaires, consultaient retard. Par contre les autres métiers à risque notamment : la teinture et/ou la manipulation des pesticides, n'avaient pas d'impact sur le recours tardif à la consultation en milieu spécialisé.

Ainsi la profession d'agriculteur semble être un facteur de retard de consultation.

-Résidence : en effet au point de vue général l'accès aux soins est un élément important dans la prise de décision pour la consultation et le diagnostic précoce. Dans cette étude nous retrouvons qu'en plus des coûts des examens biologiques et radiologiques, s'ajoutaient des difficultés liées aux déplacements de nos patients qui vivaient en majorité en milieu rural, ce qui représente un lourd fardeau économique, qui est particulièrement vrai dans notre population qui se caractérise par un niveau socioéconomique assez faible.

En plus de ces observations s'ajoute aussi le délai système de santé qui était plus élevé en zones rurales qu'en zones périurbaines et/ou urbaines. Ceci peut s'expliquer par l'existence d'une grande inégalité dans la distribution des soins de santé entre zones rurales et zones périurbaines et/ou urbaines. Cette inégalité a trait à la répartition des médecins généralistes et spécialistes dans nos localités respectives.

Nous observons ainsi que la majorité des patients vivaient dans des zones rurales dans l'enfance, Cette forte représentativité dans le recours tardif de nos patients était liée aux aspects cités ci-dessus. Par contre ceux résidant en milieu périurbain et/ou urbain consultaient de façon précoce.

Cette séquence est en corrélation avec la résidence actuelle de nos patients, car elle était différente de façon significative dans les deux groupes (recours précoce et tardif), qui pourra trouver son explication à travers l'exode rural.

De par là nous pouvons affirmer à travers cette étude que vivre dans un milieu rural avec les différents aspects cités ci-dessus, allongerait de façon considérable le délai de consultation.

-La scolarisation : dans cette étude le pourcentage des patients non scolarisés a été beaucoup plus élevé avec près de 73% contre 27% des patients scolarisés. Ces valeurs se rapprochent de l'étude de Dembélé A [37] avec des valeurs respectives de 91,3% pour les non scolarisés contre 8,7% pour les scolarisés, de Kamissoko I [12] avec près de 63,5% des patients non scolarisés. Au vu de cette étude nous remarquons que les patients scolarisés consultaient de façon précoce, car avaient un niveau de compréhension sur l'ampleur de la symptomatologie urinaire motivant ainsi leur consultation précoce en milieu spécialisé. Les patients qui n'ont pas été scolarisés avaient un risque plus élevé de consulter tardivement. Nous pouvons dire de ce fait que plus on est scolarisé plus on a la chance de consulter de façon précoce et l'absence de scolarisation serait fortement un facteur de retard de consultation dans notre contexte.

-Facteurs de risque : le principal facteur de risque trouvé dans cette étude a été la bilharziose urinaire avec 64,1%. Ces résultats sont comparables à ceux de Guirou A [41] qui avait trouvé respectivement 48,84% d'antécédent de bilharziose urinaire et de Dembélé A [37] qui a trouvé que 71,7% des patients avaient un antécédent de bilharziose. Cela pourrait trouver son explication par le simple fait, que d'avoir la bilharziose dans l'enfance était considérée comme un signe de virilité masculine, de revoir à l'âge adulte conforterait la même thèse. Mais ceux ayant observé pour la première le sang dans les urines ont trouvé inquiétant d'où leur motivation de consulter précocement. Cependant dans cette étude, l'antécédent de bilharziose été un facteur de retard à la consultation pour le recours tardif et ce retard a été plus élevé chez ceux ayant un antécédent bilharzien avec une valeur p fortement significative ($p=0,0003$). La bilharziose prédispose au cancer de la vessie de type épidermoïde selon la littérature [30]. Notre étude fait le même constat. Ainsi, elle serait un facteur allongeant le délai de consultation.

Quant aux autres facteurs de risque, notamment le tabac et/ou l'alcool, leur présence ou non n'influençaient guère le délai de consultation.

3- Etude clinique :

-Motifs de consultation : l'hématurie principale motif de consultation selon beaucoup d'auteurs [4- 7 -12 -37] a été dans la majorité des cas avec près de 83,5% des cas, mais sa présence ou non n'avait pas été un facteur influençant sur le délai de consultation, car l'hématurie dans notre contexte est un signe capricieux mais assez banalisé ou même assez mal pris en charge dans nos structures périphériques, c'est ainsi que 92 % de nos patient savaient consulté au moins deux centres de santé avant leur prise en charge en milieu spécialisé.

-Evolution des signes fonctionnels : la tranche 0-50mois a été plus représentée (80%) suivie de 50-100mois (10%) avec une moyenne de 20,57mois \pm 30 mois. Ces chiffres se rapprochent de ceux de GUIROU A [41] dont 32,5% des patients avaient consulté après 24mois d'évolution. Ce délai long de consultation pourrait être lié à la durée de séjour chez les guérisseurs traditionnels et le temps effectué dans les structures périphériques.

Ainsi nous dirons que seule une prise en charge précoce permettra de réduire de façon considérable l'évolution de la tumeur vers un stade avancé.

-Examen clinique :

***Etat nutritionnel :** environ 25,24% de nos patients étaient dénutri. Cette dénutrition a été beaucoup plus marquée chez ceux-là qui ont consulté tardivement contrairement à ceux qui ont consulté de façon précoce.

Donc plus le délai de consultation est long, plus l'état de dénutrition sera marqué au fil du temps.

***Anémie :** l'anémie a été trouvée chez 71 patients sur un total de 103 patients. Ces résultats se rapprochent de ceux de Kamissoko I [12] et de Diabaté M [42] avec 74,4% et 53,43%.

Sachant bien que la tumeur de vessie est une tumeur hémorragique, la survenue d'anémie pourrait s'expliquer dans cette étude par un retard de prise en charge. Car nous remarquons, que la proportion d'anémie a été plus marquée au groupe du recours tardif avec un risque assez élevé de consulter tardivement contrairement au groupe du recours précoce dont l'anémie a été moins marquée. Cela nous amène à dire, que plus on consulte tôt dès les premières manifestations cliniques, plus on a la chance d'être moins anémié dans notre contexte.

4- Itinéraires thérapeutiques :

Les itinéraires thérapeutiques des patients ont été dominés par le traitement traditionnel de source inconnue car 58,3% des patients ont consulté au moins un guérisseur traditionnel avec une durée moyenne de 6,44 mois \pm 15,5 mois. Cela peut s'expliquer par le faible coût de cette prise en charge, qui aurait certainement un impact sur le délai de consultation. Cependant dans cette étude la proportion des patients ayant eu un parcours de traitement traditionnel semble plus élevé dans le groupe du recours tardif sans que cette différence soit statistiquement significative.

Le deuxième volet retrouvé dans cette étude a été le temps écoulé dans les structures périphériques avant une prise en charge spécialisée. Nous retrouvons dans cette étude que 92,2 % des patients ont consulté au moins deux centres de santé avec une durée moyenne de 4,33 mois \pm 9,3 mois. Cela témoignerait d'une part l'insuffisance dans la formation du personnel soignant pour la prise en charge correcte, qui confond très souvent la symptomatologie des tumeurs vésicales à d'autres maladies de la sphère uro-génitale en particulier à la bilharziose urinaire. Mais malgré la proportion élevée de fréquentation des structures périphériques, elle n'a pas été influençant sur le délai de consultation.

Prise en charge en milieu spécialisé :

A l'admission la plupart des patients avaient la tumeur en un stade plus avancé (T3-T4) compliquée d'anémie sévère et d'altération de l'état général. A cette étape le traitement qu'ils recevaient était dit palliatif (transfusion, réhydratation, dérivations urinaires, chimiothérapie).

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATION

★ Conclusion

Cette étude transversale prospective qui a été consacrée aux tumeurs primitives de la vessie dans le service d'urologie du CHU du point G, nous a permis de mieux connaître certains qui pouvaient influencer le délai de consultation des patients et à l'accès précoce aux traitements du cancer de la vessie dans notre pays.

Les efforts doivent être accentués vers une bonne information des populations à risque.

Une meilleure accessibilité des centres de santé pour les populations.

Une formation médicale continue afin de permettre un diagnostic précoce et une prise en charge précoce.

★ Recommandations

Au terme de notre étude, nous avons formulé des recommandions suivantes :

1. Aux autorités politiques et sanitaires :

- ✓ Renforcer les campagnes nationales de lutte contre les facteurs de risques, notamment la bilharziose urinaire en particulier, le tabagisme et une approche pour les métiers à haut risque.
- ✓ Encourager la formation des urologues et des anatomopathologistes par l'octroi des bourses de spécialisation.
- ✓ Mettre en place une unité de soins de réhabilitation dans l'accompagnement des patients à un stade avancé de leur affection.
- ✓ Doter le service d'urologie des moyens endoscopiques permettant le dépistage précoce des tumeurs de vessie (cystoscope avec resecteur endoscopique).
- ✓ Accentuer la formation du personnel pour la prise en charge des tumeurs de vessie.
- ✓ Renforcer le traitement de masse par le praziquantel après sensibilisation sur les effets secondaires.
- ✓ De reprendre ce type de travail tout en élargissant le cadre d'étude afin de mieux comprendre les obstacles qui entraves le retard au diagnostic pour ladite maladie.

2. Aux prestataires de santé :

- ✓ Dépistage systématique d'une hématurie chez les patients à risque.
- ✓ Référer de façon précoce pour tout patient atteint ou devant une forte suspicion de tumeur de vessie aux services spécialisés.
- ✓ Faire des campagnes de sensibilisations sur la bilharziose urinaire et le cancer de la vessie.
- ✓ Faire des campagnes de sensibilisations aux populations sur les risques de survenue de la bilharziose urinaire liés à la baignade dans l'eau douce.
- ✓ Ne pas retarder le diagnostic avec la répétition du traitement au praziquantel en cas d'hématurie récidivante ou persistante.
- ✓ Informer les patients de l'inefficacité du traitement traditionnel sur cette pathologie.

3. A la population :

- ✓ Consulter le plus rapidement possible un médecin en cas de présence de sang dans les urines.
 - ✓ Eviter le traitement traditionnel devant toute présence de sang dans les urines.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Les tumeurs urothéliales de la vessie Avril 2011. (Page consultée le 11/07/2016). <http://www.dematice.org/ressources/DCM2/Urologie /D2/Uro 011/co/Module TV 20. htlm>.
2. Vordos D.Fm c cycle uro-sexologie (CCA), service d'urologie hôpitalHenriMondorCréteil 18/11/2004
3. Samake L. Aspect épidémiologiques et anatomopathologiques des cancers de la vessie au Mali. Thèse de médecine, Mali Bamako 2013.
4. PfisterC,RoupretM,Neuzillet Y et al. Recommandation en enco-urologie 2013 du comité de cancérologie de l'association française des urologues pour les tumeurs de la vessieCCAFU Recommandations 2013 :Bladdercarcinoma.
5. Diao B, Amath T, Fall B, et al.Les cancers de la vessie au Sénégal: particularités épidémiologiques, cliniques et histologiques. Progrès en urologie 2008 ; 18(7) :445-448.
6. Cancer de la vessie.Guide pour patients basé sur les recommandations de L'ESMO-v.2016.1 pour la prise en charge du cancer de la vessie (page consultée 20/05/2016) [http/ : www.esmo.org](http://www.esmo.org).
7. Irani J.Prise en charge des tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle. Progrès en urologie (2009) 19, 248-253.
8. Irani J, Bernardini S, Bonnal JL et al. Recommandation du C.C.A.F.U 2007.
9. Descazeaud A, Mignard JP, Davin JI, Irani J.Traitement par instillation endovésicale de B.C.G et mitomycine.C dans les tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle : enquête pratique de l'AFU auprès des urologues Français. Progrès en urologie 2009.19.624-631.
- 10.Cancer de vessie. causes, symptômes, diagnostic, traitement et pronostique[http/ : www.fnlcc.fr](http://www.fnlcc.fr).
- 11.Ligue suisse contre le cancer (page consultée le 24/10/2016) [http/ : www.ligue cancer ch\(2010\)](http://www.ligue cancer ch(2010)).
- 12.Kamissoko I. Aspect épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des tumeurs de vessie dans le service d'urologie CHU point G. Thèse médecine, Mali Bamako 2015 :15M240.

13. Rapport de l'association française d'urologie (2001) _ (2002).
14. Jemal A, Siegel R, Wardle, Hoary Xu J, Thun MJ. Cancer, statistics, 2009- 59(4):225-49.
15. Alexandra, Lecomte M, Neuzillet Y et al. Tumeurs vésicales : association française d'urologie. [Http://www.urofrance.org](http://www.urofrance.org).
16. Kamina P. Atlas d'anatomie Maloine (p.45_57).
17. Pfister C, Roupert M, Wlleran H, Davin JL, Quintens H, Guy et al. Recommandation du C.C.F.A.U 2010 : tumeur urothéliales. Progurol 2010_20 :5255_74.
18. Rouvière H. Anatomie humaine descriptive topographique et fonctionnelle tome 2 ; 11ème édition.
19. Blanchard JM, Graziana JM, Bonnal JL, Bisert J, Mauroy B. Tumeurs de vessie du sujet jeune à propos de 26 cas. Comparaison aux données de la littérature. Progrès en urologie 2003,-13-227-233.
20. Bernardini S. Facteurs de risque des tumeurs vésicales à l'exclusion des risques professionnels. Progrès en urologie 2003, 13, 1209-1214.
21. Rouret M, Neuzilly Y, Larréet al. Recommandation du comité de cancérologie de l'association française (CCAFU) pour la bonne pratique des instillations endovesicales de BCG et mitomycine. C dans le traitement de tumeur de vessie n'infiltrant pas le muscle : progrès urologie 2012, 22 :920_31.
22. Université médicale virtuelle francophone. Tumeur de la vessie : collège français des urologues 2014 (consulté le 22/10/2016).
23. Audureau E, Karmaly M, Daigurande C et al. Cancer de vessie et origine professionnelle une analyse descriptive en haute Normandie en 2003. progrès en urologie 2007, 17, 213-218.
24. Descotes J I, Hubert J, le Maitre I. Apport de l'imagerie dans les tumeurs de vessie. Progrès en urologie 2003, 13-947-768.
25. Lougue Songho IC, Kagone M, Cisse R, Lomouni YA, Tapsoba TL et Sanou A. Radiographie et échographie dans la prise en charge des tumeurs de vessie : à propos de 71 cas au centre hospitalier national yalgadoouedrago (Burkina Faso) 2002 Juin 19.

26. Synthèse du projet d'établissement de l'hôpital Gabriel Toure. Bamako 2000-2006 P74.
27. Desgrippes SS, Ouchen A, Mestour M, Lezar S, Essodegue F, Kadiri R.. Aspect radiologique des tumeurs de vessie intra-diverticulaire à propos de 3 cas service central de radiologie CHU I.B.Nrochd. (Casablanca Maroc).
28. Rischman P et Coll. Tumeurs urothéliales, prog-urologie (2002) 12N°5.
29. Vordos D, Ploussard G. Cystoscopie en fluorescence pour les tumeurs de vessie : apport de l'hexaminolévulinate et du diagnostic photo dynamique. Service d'urologie Henri Mondor. Progrès urologie F.M.C vol 19-mars 2009.
30. Descippes A, Meria P, Cortesse A, Cochand-Priollet B, Cariou G. Carcinome épidermoïde de la vessie. Progrès en urologie 1998, 8, 321-329.
31. Institut national du cancer. (Page consultée le 14/9/2016)
Tumeur maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique cancer de la vessie Mai 2010 [http/ : www.has-santé.fr](http://www.has-santé.fr).
32. Werenne, P Coucke P. Traitement conservateur des cancers infiltrant de la vessie. REV Med LIEGE 2014 ; 69 : SUPPI 69-74.
33. Dubernaud J M, Abbou C. Cystectomie totale chirurgie urologique EDITION MASSON chapitre 25 : 227-238.
34. Guy L. Les dérivations urinaires incontinentes. Progrès en urologie 2005, 15- 1085-1086.
35. Bondil P. La chirurgie urologique conventionnelle et endoscopique et les nouvelles techniques. (Service d'urologie andrologie centre hospitalier CHAMBERY 73011).
36. Mallé N. Etude clinique des tumeurs de vessie dans le service d'urologie du CHU du point G à propos de 40 cas. Thèse médecine, Mali Bamako 2009-09M105.
37. Dangou JM, Mendes V, Boye IA, Woto-gaye G, N'diaye PD. Le cancer vésical au Sénégal, expérience du laboratoire d'anatomie pathologique du C.H. U de Dakar (Sénégal). Médecine d'Afrique Noire : 1996, 43 (6) : 362-365
38. Dembélé A. Prise en charge des tumeurs de vessie dans le service d'urologie d CHU du Gabriel Touré. Thèse médecine, Mali Bamako 2012.

- 39.ZongoB. Cancer de vessie bilharzienne à propos de 9 cas rencontrés au Burkina Faso Bull soc pathologie exot 2002, N° 95, p 244247.
- 40.Morrison AS, Cole P. Epidemiology and bladder cancer Urol Clinic Amer 1976; 3:13-29.
- 41.Sow M A. Tumeurs de vessie sur terrain de cystite bilharzienne à propos de 73 cas. Thèse médecine, Mali Bamako 2007-M-124.
- 42.GuirouA.Prise en charge des tumeurs vésicales dans le service d'urologie de l'hôpital du point G. Thèse de médecine, Mali Bamako 2007, P.77 N°11240.
- 43.Diabaté M. Etude des tumeurs de vessie au service d'urologie du C.H.U du point G. Thèse médecine, Mali Bamako 1997M10
- 44.Théodore S B.Etude des tumeurs de la vessie au Service d'urologie du CHU du Point G, à propos de 69. Thèse médecine, Mali Bamako 2004.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Thème :

Tumeur de vessie : facteurs déterminant le délai de consultation et itinéraire thérapeutique des patients dans le service d'urologie CHU du point G

Fiche N°

Date :

Prénom :

Nom

N° de téléphone :

Données sociodémographiques :

Q1 Age : / /ans

Q2 sexe : / /1-M 2_F

Q3 Niveau d'instruction:/ /

1_Aucun 2_Primaire 3_Secondaire 4_Supperieur

Q4 Profession:/ /

1_ouvrier, 2 paysan, 3_commerçant, 4_fontionnaire, 5_secteur privé, 6_ménagère, 7 teinturier(e), 8_pecheur, 9_autres

Q5a : résidence actuelle:/ /

1_district de Bamako, 2_capitale régionale 3-chef-lieu de cercle 4_chef lieu d'arrondissement 5 chef-lieu de commune rurale 6_village/hameau/campement

Q5b : préciser le nom de résidence:/ /

Q6a : résidence dans l'enfance:/ /

1_disrict de Bamako, 2_capitale régionale, 3_chef_lieu de cercle 4_chef_lieu d'arrondissement 5chef_lieu de commune rurale 6village/hameau/campement

Q6b : préciser le nom de la résidence:/ /

Habitude de vie et ATCD

Q7a : tabac:/ /1_jamais fumeur 2_ancien fumeur 3_actuel fumeur

Q7b : Alcool:/ /1_jamais alcool 2_ancien alcool 3_actue alcool

Q7c : Bilharziose dan l'enfance:/ /1_oui 2_non 3_ne sait pas

Q8d : Si oui quel type de traitement ? :

Expositions professionnelles :

Q8a : teinturier(e):/ /1_oui 2_non

Q8b : Manipulation de pesticides:/ /1_oui 2_non

Q8c : Agriculteur en zone irrigué:/ /1_oui 2_non

Données cliniques :

Signes fonctionnelles et première prise en charge

Q9 : Hématurie:/ /1_oui 2_non

Q10 : pollakiurie:/ /1_oui 2_non

Q11 : dysurie:/ /1_oui 2_non

Q12 : Urgenturie:/ /1_oui 2_non

Q13 : brûlures mictionnelles : / /1_oui 2_non

Q14 : autre à préciser/ /

Q15 : temps d'évolution des signes fonctionnelles/ /mois

Q16 : Avez-vous déjà consulté dans un centre de santé pour ces motifs ? / /1_oui 2_non

Q17 : Si oui préciser/ /

1_cscom 2_csref 3_hopital régional 4_hopital national 5_clinique privée 6_autre (préciser)

Q18 : combien de temps êtes-vous resté en soin dans ces centres ? / /mois

Q19 : sur la base de quels examens complémentaires avez-vous été informé de votre maladie

1_Echographie/ /1_oui 2_non

2_E C B U/ / /1_oui 2_non

3_T D M/ /1_oui 2_non

4_Cytologie urinaire/ /1oui 2_non

5_Cystoscopie/ /1_oui 2 non

6_U C R/ /1_oui 2_non

Q20 : Êtes-vous informé de la nature e votre maladie/ /1_oui 2_non

Q21 : avez-vous jamais consulté un guérisseur traditionnel/ /1_oui 2_non

Q22 : si oui combien de temps avez-vous suivi des soins traditionnels ? / /mois

Q23 : qu'est ce qui motivé l'arrêt du traitement traditionnel ?

Examen physique

Q24 Poids :

Q25 Taille :

Q26 I M C :

Q27 O M I/ /1_non 2_unilaterale 3_bilaterale

Q28 Toucher pelvien:/ /1_normal 2_masse vésicale mobile 3_blindage

Bilan biologique

Q29 Créatininémie :

Q30 Taux d'hémoglobine :

Q31 E C B U:/ /1_normale 2_infection urinaire

Bilan d'extension

Q32 Tumeur / / T1 T2 T3 T4

Q33: Nodule/ / NX NO N1 N2 N3

Q34 : Métastases:/ /MX M0 M1

Histologie :

Q35 Type d'histologie:/ / 1_C transitionnelles 2_C épidermoïde 3_ autres

Q36: Grade tumoral: / G0 G1 G2 G3 G4

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : **Dembélé**

Prénom : **Basile dit Bah**

Titre de la thèse : **tumeurs de vessie : facteurs influençant, le délai de consultation des patients dans le service d'urologie du CHU du point G.**

Année universitaire : **2016-2017**

Ville de soutenance : **Bamako**

Lieu de dépôt : **Bibliothèque de la FMOS**

Pays : **Mali** Secteur d'intérêt : **urologie.**

Résumé : cette étude avait pour objet d'identifier les facteurs qui pourraient influencer le délai de consultation des patients porteurs de tumeur de vessie au service d'urologie du CHU du Point G.

Nous avons réalisé une étude transversale prospective répertoriant 103 cas de tumeur de vessie sur une période de 12 mois (Janvier 2016-Décembre 2016).

Le retard au diagnostic des patients était défini en fonction de la classification TNM des tumeurs au diagnostic. Les patients classés T1-T2 M0 étaient classés dans le groupe de « recours précoce » tandis que les autres étaient classés en « recours tardif ».

En effet elles constituent une pathologie fréquente représentant 22,4 % de l'ensemble des pathologies en hospitalisation, occupant le 2ème rang des tumeurs en urologie après l'hypertrophie bénigne de la prostate et surviennent en moyenne à 53,8 ans, avec des extrêmes de 1 et 87± 17,6 ans.

Elles sont diagnostiquées dans la majorité des cas à un stade avancé. Le retard au diagnostic et l'accès au traitement du cancer de la vessie conduisent à une augmentation du taux de mortalité. Dans cette étude 56,6 % des patients ont été diagnostiqués à un stade précoce du cancer de la vessie et 46,6% à un stade avancé.

Un délai moyen de consultation relativement long soit en moyenne 20,57 mois ± 30 mois

Le sexe féminin est prédominant avec un sex-ratio de 0,98 en faveur des hommes

Sur un total de 103 patients 58,3 % ont consulté un guérisseur traditionnel avec une moyenne de 6,44 mois±15,5 mois de durée de séjour, mais sans influence sur le délai de consultation malgré.

Près de la totalité des patients ont commencé leur première prise en charge dans des structures périphériques, soit 92,2 % des patients (deux centres de santé fréquenté en moyenne), soit une durée moyenne de 4,33 mois ± 9,3 mois, mais également sans une réelle influence sur le délai de consultation.

Le pourcentage élevé des patients anémiés et/ou dénutri est fortement lié au recours tardif.

Un risque élevé de recours tardif est observé, chez les patients non scolarisés, résidant en milieu rural, ayant un antécédent bilharzien, et ceux ayant une durée moyenne de consultation de 20 mois environ.

Mots clés : Tumeur de vessie, Facteurs influençant, Délai de consultation, Urologie, CHU Point G.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, et 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 race, de parti ou de classe 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 condisciples si j'y manque.

Je le Jure !