

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE (MESRS)

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



Université des Sciences, des Techniques et
des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Année universitaire : 2020- 2021

MEMOIRE

THEME : PROFIL HISTOPATHOLOGIQUE DES TUMEURS DE VESSIE AU CHU DU POINT G

Présenté et soutenu publiquement le 24/12/2021 devant le jury de
la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par :

Dr GEORGES URO-OGON

Pour obtenir le Diplôme d'Etudes Spécialisées en Urologie.

JURY :

Président : Pr Berthé Honoré Jean Gabriel

Membres : Dr Coulibaly Mamadou Tidiane

Dr Kassogué Amadou

Dr Diarra Alkadri

Dr Diallo Moussa Salifou

Directeur : Pr Diakité Mamadou Lamine

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Dédicace :

Je dédie ce travail :

- A Dieu le Tout Puissant et Miséricordieux ; pour son grand Amour envers nous qui sommes sa créature ; d'avoir guidé mes pas vers le chemin de l'instruction et de m'accorder courage et santé afin de parvenir au terme de ce travail.
- A la mémoire de mon cher père Eressini Moïse, c'est grâce à ton courage, ta persévérance et ton devoir de père que j'ai réussi à être ce que je suis aujourd'hui. Tu as été un modèle pour nous et tu nous as toujours appris l'humilité et la patience. Dors en paix cher père.
- A la mémoire de ma chère mère Boussassin Thérèse Togo, une maman qui m'a tant soutenu par ses conseils de bonne mère et qui a voulu voir ce jour-ci mais hélas Dieu l'a décidé autrement. Que ton âme repose en paix chère mère.
- A la mémoire de mon grand frère aîné Oundè Pascal qui a été pour moi un père, ce travail est le résultat de ton amour de bon frère. Dors en paix cher frère.
- A ma chère épouse Florence Guindo, tu as fait preuve de patience et d'amour durant cette formation. Que Dieu nous donne longue vie et bénisse notre foyer.
- A mes autres frères et sœurs, le lait maternel n'a pas son semblable, qu'il est beau de vivre en bonne fraternité et de s'aimer mutuellement.

Remerciements :

- A ma grande sœur et logeuse Perpetue, merci pour ton bon accueil.
- A mon beau-frère et logeur le commandant Moussa Arama, merci d'avoir voulu m'accepter dans ta famille et pour tes soutiens.
- Aux Professeurs Tembely Ali Douro et Ouattara Zanafon, merci pour votre enseignement et vos conseils.
- Aux Dr Cissé Dramane et Koné Mory et le personnel de la chirurgie de l'hôpital Sominè Dolo de Mopti ; merci pour l'accueil lors de notre séjour chez vous au compte du stage rural.
- Aux Docteurs : Samassekou Aissata, Sissoko Drissa, Diarra Moumouni, Guissé Abdoul, Coulibaly Lahassana, Badiaga cheikna ; merci pour vos accompagnements.
- A mon oncle Oumarou Uro-ogon à Dialakorodji, merci pour ta considération et ton soutien.
- Au Dr Coulibaly Bourama du service d'Anatomie et de Cytologie pathologiques, merci pour ton encadrement dans ce travail.
- A mon frère Jean Baptiste Uro-ogon et sa famille, merci pour l'accueil.
- A mon oncle monsieur Ernest Arama et son épouse ma tante Solange Arama. Merci pour vos biens faits à mon égard.
- A tout le personnel du service d'urologie du Point G ; Gabriel Touré et de Kati. Merci pour votre bonne collaboration.
- A mes promotionnaires DES de l'urologie : Dr Traoré Mohamed, Dr Yattara Ibrahim, Dr Doumbia Lanséni, Dr Sissoko Falaye, Dr Tembely Youssouf, Dr Bouaré Alassane, Dr Omam, Dr Franki, Dr Meuke Francois, Dr Kouldjim Adoumadji. Merci pour la bonne coopération.
- A Dr Phillippe Togo merci pour ton accompagnement dans ce travail ;
- A mes cadets D.E.S. d'urologie, merci pour votre bonne collaboration et le travail en équipe.

A tous mes formateurs depuis l'école fondamentale et à ceux ou celles qui m'ont accompagné dans l'exécution de ce travail.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury :

Professeur Honore Jean Gabriel BERTHE

- **Chirurgien Urologue et andrologue ;**
- **Maître de conférences d'urologie à la FMOS ;**
- **Praticien hospitalier au CHU du Point G ;**
- **Secrétaire général du bureau de l'Association Malienne d'Urologie**
- **Coordinateur du D E S d'Urologie du Mali ;**

Cher Maître,

Nous sommes très fiers d'avoir appris à vos côtés et heureux et que vous ayez accepté de présider ce jury de ce travail. Votre disponibilité, votre amour pour le travail bien fait et votre rigueur scientifique ont amélioré la qualité de ce travail. C'est l'occasion pour nous de vous réaffirmer notre grande admiration. Recevez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et membre,

Docteur Mamadou Tidiane COULIBALY

- **Chirurgien urologue et andrologue au service d'urologie du CHU Gabriel Touré**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Maître-assistant à la FMOS**
- **Membre de l'association malienne d'urologie**
- **Chef de service d'urologie du CHU Gabriel Touré**

Cher Maître,

Nous sommes émerveillés par votre compétence, votre dynamisme, votre amour pour le travail bien fait ; nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés

Soyez rassuré cher maître de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

A notre maître et membre,

Docteur Alkadri DIARRA

- **Chef de service d'urologie du CHU Luxembourg**
- **Pédagogue médical diplômé de l'Université de Bordeaux 2/France.**
- **Communicateur médical diplômé de l'Université de Bordeaux 2/France.**
- **Maitre-assistant d'Urologie du CAMES.**
- **Vice-président du Conseil National de l'Ordre des Médecins.**

Cher Maître,

Votre rigueur scientifique, votre goût pour le travail bien fait, vos qualités pédagogiques et humaines font de vous un espoir certain de l'urologie. Nous sommes fiers d'avoir appris à vos côtés. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance.

A notre maître et membre,

Docteur Amadou KASSOGUE

- Chirurgien urologue et andrologue
- Chef de service d'urologie au CHU-Pr Bocar Sidi SALL de Kati
- Diplômé en pédagogie médicale et en communication médicale scientifique
- Membre de l'Association Malienne d'Urologie (AMU)
- Maître-assistant à la FMOS

Cher Maître,

Nous sommes très touchés par votre dynamisme, votre courage et votre modestie.

Permettez-nous, cher maître de vous exprimer notre respect et toute notre reconnaissance.

A notre maître et membre,

Docteur Moussa Salifou DIALLO

- **Chirurgien urologue des armées**
- **Praticien hospitalier au CHU-Pr Bocar Sidi SALL de Kati**
- **Membre de l'Association Malienne d'Urologie (AMU)**
- **Maitre-assistant à la FMOS.**

Cher Maître,

Votre qualité humaine et intellectuelle, votre disponibilité et votre simplicité nous ont beaucoup marqué; vos qualité scientifique sont des exemples à suivre recevez ici cher maitre notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

A notre maître et directeur de mémoire :

Professeur Mamadou Lamine DIAKITE

- **Chef de service d'urologie du CHU point G**
- **Chirurgien Urologue, Andrologue ;**
- **Professeur titulaire en Urologie à la FMOS;**
- **Membre de l'Association Malienne d'Urologie ;**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail. La spontanéité avec laquelle vous nous avez accueillis reste un acte inoubliable pour nous. Vos qualités humaines et intellectuelles, votre générosité, votre disponibilité nous ont beaucoup marqué. Votre simplicité et vos qualités scientifiques sont des exemples à suivre. Recevez ici cher Maître notre profonde reconnaissance et nos sincères remerciements.

Liste des abréviations

ACP : Anatomie et Cytologie Pathologiques

AFU : Association Française d'Urologie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIS : Carcinome in situ

CPC : Carcinomes à petites cellules

ECBU : Examen cytbactériologique des urines

HALD : Hôpital Aristide Le Dantec

HCG: Hormones chorioniques gonadotropes

HE: Hématoxyline éosine

ISUP: International Society of Urological Pathology

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TNM: Tumor Nodes Metastasis

TVIM : Tumeur de vessie infiltrant le muscle

TVNIM : Tumeur de vessie non infiltrant le muscle

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition des patients selon le type de prélèvement.	11
Tableau II: Répartition des patients selon le type histologique et l'âge.....	12
Tableau III: Répartition des patients selon le type histologique et sexe.	12
Tableau IV: Moyenne d'âge de cancer de la vessie selon la littérature :	14
Tableau V: Types histologiques des tumeurs de vessie selon la littérature	16

Liste des figures

Figure 1: Répartition des patients selon la tranche d'âge	10
Figure 2: Répartition des patients selon le sexe	10
Figure 3: Répartition des patients selon le type histologique.....	11

Table des matières

I.Introduction :.....	2
II. Objectifs :.....	5
III. Méthodologie :.....	7
1. Lieu d'étude :	7
2. Type et période d'étude :.....	8
4. Matériels :.....	8
III. Résultats :.....	10
1.1 L'âge.....	10
1.2. Le sexe.....	10
2. Le type de prélèvement	11
3. Type histologique	11
3.1. Type histologique et âge	12
3.2. Type histologique et sexe	12
4- Caractère infiltrant ou non :.....	12
V. Discussion :	14
Conclusion :.....	19
Recommandations :.....	21
Références bibliographiques :.....	23
Annexes.....	25

INTRODUCTION

I. Introduction :

Les tumeurs de vessie font partie des tumeurs dérivées de l'urothélium des voies urinaires décrites sous diverses appellations : les tumeurs urothéliales, excréto-urinaires, paramalpighiennes, tumeurs à cellules transitionnelles.

Elles sont caractérisées par leur multifocalité et leur grande tendance à récidiver sur l'ensemble de l'urothélium ; d'où la nécessité d'une surveillance régulière et prolongée. [1]

Elles se divisent en deux sous-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) dont le risque de métastase et de décès est important ; ce qui justifie un traitement locorégional radical. [2]

De par leur ampleur et leur gravité, elles constituent un problème de santé publique.

Survenant fréquemment vers la cinquième décennie, les cancers de vessie occupent le deuxième rang des cancers urologiques après celui de la prostate et la première cause de mortalité par cancer en urologie. [3]

De multiples facteurs de risque sont incriminés. Les plus importants sont le tabac, les infections et irritations chroniques de la vessie et l'exposition professionnelle aux colorants et substances chimiques.

L'incidence du cancer de la vessie a été en constante augmentation.

Le carcinome urothélial est le type histologique le plus fréquent représentant plus de 80% des cancers de la vessie.

Le carcinome épidermoïde est la tumeur non urothéliale la plus fréquente de la vessie. Il représente 5 à 10% des cancers de cet organe [4].

La bilharziose urinaire prédispose au cancer de vessie de type épidermoïde [5].

Le carcinome épidermoïde de la vessie est rare dans les pays occidentaux.

En revanche, dans les pays d'endémie bilharzienne du moyen orient et de l'Afrique de l'ouest, le carcinome épidermoïde est le type histologique le plus fréquent.

Dans notre contexte de pays en voie de développement les tumeurs de vessie suscitent un intérêt particulier dans le domaine de la carcinologie urologique, en raison de leur fréquence, de leur polymorphisme anatomo-pathologique, de la difficulté d'une stadification précise et de leur grande incertitude pronostique.

Le diagnostic d'une tumeur de vessie est devenu facile grâce aux moyens d'explorations modernes mais pose des problèmes de prise en charge thérapeutique et de pronostic surtout pour les formes infiltrantes.[1]

Ce diagnostic est tardif du fait que ; d'une part l'hématurie, signe majeur est un signe capricieux le plus souvent banalisé dans notre contexte ; et d'autre part par les difficultés financières des populations qui ne peuvent faire face à des frais médicaux de plus en plus élevés.

Si l'évolution de l'analyse des données cliniques et des moyens thérapeutiques a amélioré les courbes de survie dans les pays développés, en Afrique, bien de progrès restent à faire.

Vu l'incidence élevée de ce cancer et son polymorphisme anatomo-pathologique, nous avons décidé de mener une étude au CHU du Point G.

OBJECTIFS

II. Objectifs :

1-Objectif général :

-Identifier les types histologiques des cancers de la vessie.

2-Objectifs spécifiques :

-Identifier le type histologique des cancers de vessie le plus fréquent dans notre contexte.

-Déterminer le stade histologique des cancers de vessie.

METHODOLOGIE

III. Méthodologie :

1. Lieu d'étude :

L'étude a été réalisée au service d'Anatomie et cytologie pathologiques du CHU de Point G.

Présentation du service :

➤ **Création :**

Il a été transféré au CHU du Point G en juillet 2010 et est devenu fonctionnel en Août de la même année. Il est situé au Nord-Est de l'hôpital entre le nouveau bâtiment de la néphrologie, l'ancien bâtiment de Médecine Interne et le service d'hématologie oncologie.

C'est le seul service public où sont adressés les frottis, les liquides, les biopsies et les pièces opératoires.

Les comptes rendus anatomo-pathologiques sont archivés et les résultats des cas de cancers sont enregistrés dans le registre des cancers.

Ce service collabore avec le CIRC (Centre International de Recherche sur le cancer).

➤ **Le personnel :**

- Deux professeurs titulaires,
- Un Maître- assistant
- Un médecin pathologiste,
- Des médecins en spécialisation
- Trois techniciens de laboratoires,
- Deux secrétaires
- Deux manœuvres,
- Des étudiants en année de thèse et des étudiants stagiaires.

➤ **Locaux :**

- Une salle d'accueil,
- Une salle de prélèvement pour la cytologie,
- Une salle de macroscopie,
- Une salle de registre des cancers,
- Deux salles de technique,
- Une salle de conférence,
- Une salle d'archivage,
- Cinq bureaux,
- Des toilettes.

2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective sur une période de 03 ans (1^{er} Janvier 2017 au 31 Décembre 2019) colligeant les données histopathologiques des patients reçus pour tumeur vésicale au service d'Anatomie et cytologie pathologiques du CHU de Point G.

3. Critères d'inclusion et de non inclusion

➤ Critères d'inclusion

Dans cette étude ont été inclus tous les patients dont les données histopathologiques retrouvaient une tumeur bénigne ou maligne de vessie.

➤ Critères de non inclusion

Tous les patients présentant des dossiers non exploitables.

4. Matériels :

Les données ont été collectées à partir des comptes rendus d'examens anatomo- pathologiques conservés aux archives.

5. Paramètres étudiés :

Les paramètres étudiés étaient :

- Les aspects sociodémographiques ;
- Le type de prélèvement ;
- Le type histologique de la tumeur ;
- le caractère infiltrant ou non de la tumeur ;
- Le pronostic en fonction du grade histologique.

6. Collecte et analyse des données

- Les données étaient saisies et analysées sur les logiciels EXCEL 2016 et SPSS.V22.0.

RESULTATS

III. Résultats :

1- Aspects sociodémographiques

1.1 L'âge

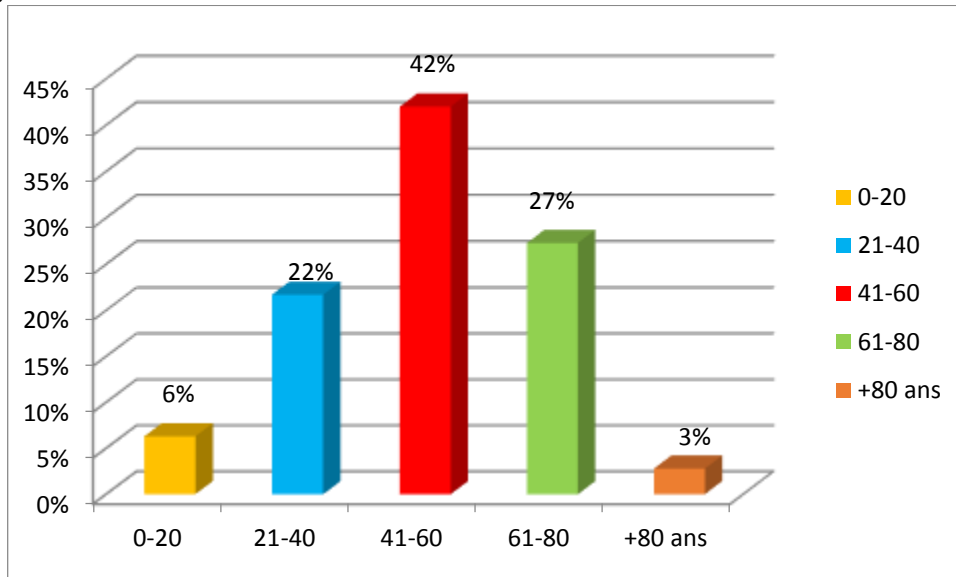


Figure 1: Répartition des patients selon la tranche d'âge

L'âge moyen des patients était de $49,62 \pm 14$ ans avec des extrêmes de 1 an et 99 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 41 à 60 ans soit 42%.

1.2. Le sexe

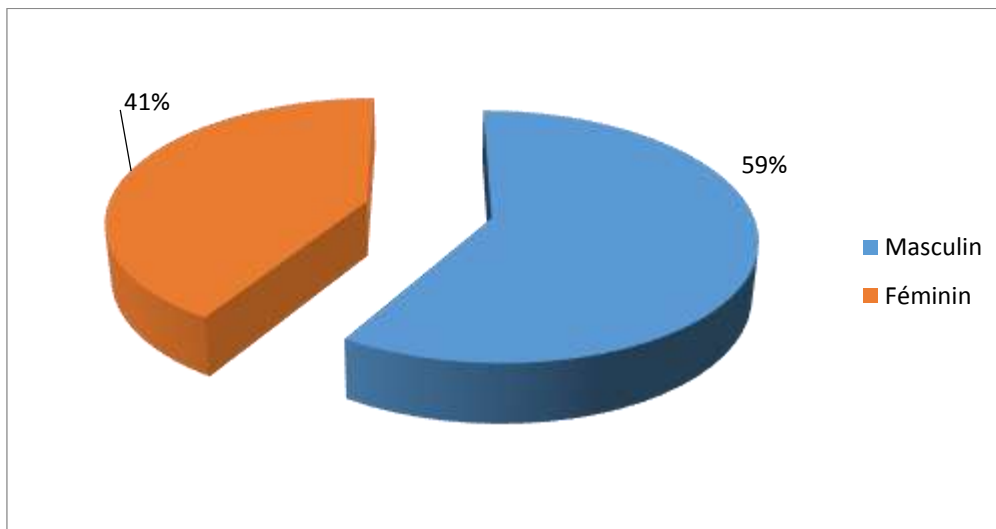


Figure 2: Répartition des patients selon le sexe

Le sexe masculin a prédominé avec 59% Le sex-ratio est de 1.42.

2. Le type de prélèvement

Tableau I : Répartition des patients selon le type de prélèvement.

Type de prélèvement	Effectifs	Pourcentage
Biopsie	139	97,2
Cystoprostatectomie	2	1,4
pelvectomie antérieure	2	1,4
Total	143	100,0

La biopsie était le type de prélèvement le plus fréquemment réalisé avec 97,2% des cas.

3. Type histologique

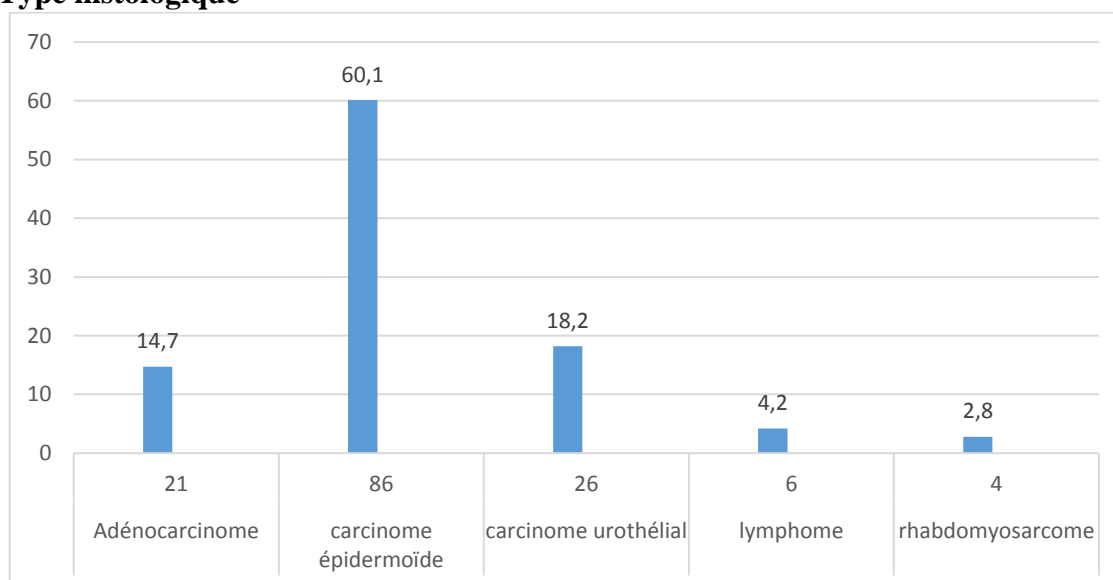


Figure 3: Répartition des patients selon le type histologique

Le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus fréquent objectivé chez 60,1 % des patients.

3.1. Type histologique et âge

Tableau II: Répartition des patients selon le type histologique et l'âge.

Age	Type histologique					Total
	Adénocarcinome	Carcinome épidermoïde	carcinome urothélial	lymphome	rhabdomyosarcome	
0-20	0	0	0	6	3	9
21-40	2	25	3	0	1	31
41-60	11	39	10	0	0	60
61-80	8	19	12	0	0	39
+80 ans	0	3	1	0	0	4
Total	21	86	26	6	4	143

Khi-deux=142,277 et P=0,000

P<0,05 ; signifie qu'il existe un lien statistique significatif entre l'âge et le type histologique.

3.2. Type histologique et sexe

Tableau III: Répartition des patients selon le type histologique et sexe.

Sexe	Type histologique					Total
	Adénocarcinome	carcinome épidermoïde	carcinome urothélial	Lymphome	Rhabdomyo-Sarcome	
Masculin	13	49	18	2	2	84
Féminin	8	37	8	4	2	59
Total	21	86	26	6	4	143

Khi-deux=3,102 et P=0,541

P >0,05 nous permet de déduire qu'il n'y a pas de lien statistique entre le sexe et le type histologique.

4- Caractère infiltrant ou non :

Dans notre étude toutes les tumeurs étaient infiltrantes (pT2, pT3, pT4).

5. Le pronostic en fonction du grade histologique

Tous nos patients avaient une tumeur de haut grade et de mauvais pronostic.

DISCUSSION

V. Discussion :

1. L'âge :

L'âge moyen de nos patients était de 49,62 ans avec des extrêmes de 1an et 99 ans.

Ces chiffres se rapprochent de ceux de Sow O. et al.[6] Au Sénégal qui ont trouvé 55,6 ans avec des extrêmes de 18 mois et 81 ans.

Dangou et al au Sénégal qui ont trouvé 46,69 ans avec extrêmes de 3 et 88 ans [7].

Diao et al au Sénégal ont trouvé une moyenne d'âge de 45,5 ans et des extrêmes de 12 et 86 ans [8].

L'âge plus jeune des séries africaines où Diao et al, [8] et Koffi et al.[9] rapportaient un âge moyen respectivement de 45,5 et 49,9 ans, pourrait s'expliquer par l'exposition à la bilharziose à un âge plus jeune dans les pays africains. Selon Paneau et al.la moyenne d'âge est de 69 ans pour les hommes et 71 ans pour les femmes [4].

Cette étude faite en occident, montre un âge plus avancé des patients qu'en Afrique. Ceci pourrait s'expliquer par l'espérance de vie plus élevée en Occident qu'en Afrique.

Tableau IV: Moyenne d'âge de cancer de la vessie selon la littérature :

Auteurs	Moyenne d'âge	Extrêmes(ans)
Sow	55,6	18 mois 81
Diao	45,5	12-86
Koffi	49,9	22-95
Benchkroun	59,0	25-85
Rantomalala	52,0	34-73
Niang	51,0	32-83
Horstmann	62,0	20-93
Ishmann	62,0	42-82
Ben Salam	59,0	29-83
Zhang	61,9	20-90

Le cancer de vessie survient à un plus jeune dans les séries africaines.

2. Le Sexe :

Le sexe ratio était de 1,42.

Sow et al. au Sénégal ont trouvé un ratio de 1.

Diao et al. au Sénégal ont trouvé un sexe ratio de 1,25.

Dangou et al. au Sénégal ont trouvé 47,2 % d'hommes et 52,8 % de femmes.

Nos résultats se rapprochaient de ceux retrouvés par Diao et Dangou au Sénégal.

Une prédominance masculine était présente dans les séries du CHU de TIZI-OUZOU en Algérie avec 95.1%, et du CHU MOHAMED VI de Marrakech avec 87.3%.

Ceci est en partie en rapport avec la forte exposition de la population masculine aux activités de riziculture, de pêche, de maraichage et le tabagisme facteurs favorisant des cancers.

Nos résultats sont différents à ceux de Benchekroun et al. [10] (7,3) mais semblables à ceux de Diao et al. [8](1,25), Koffi et al.[9](2), et de Rantomalala et al.[11](1,81).

Cette différence s'explique par l'endémie de la bilharziose qui reste le principal facteur cancérigène dans les pays africains.

3. Types histologiques :

Les différents types histologiques décrits étaient les suivants :

Le carcinome épidermoïde 60,1%, le carcinome urothélial avec 18,2%,

L'adénocarcinome 14,7 % ; les lymphomes 4,2% et le rhabdomyosarcome 2,8 %.

En Afrique, Diao et al au Sénégal ont trouvé : Le carcinome épidermoïde 50,7%, carcinome urothélial 42%, l'adénocarcinome 3,9% et les sarcomes 2,8% [8].

La prépondérance du carcinome épidermoïde a été retrouvée dans les séries africaines : Dangou au Sénégal avec 62,2% [7].

Diabaté M.[12], Kamissoko I.[2] et Logmo [5] ont eu respectivement : 72,2% ; 57,9% et 54.5% au Mali et Ouegnin 42% en Côte d'Ivoire [13].

La prépondérance du carcinome épidermoïde dans les séries africaines serait liée à des facteurs infectieux notamment la bilharziose urinaire.

Par contre dans l'étude de Sow au Sénégal le carcinome urothélial prédominait 47% avec une légère baisse du taux de carcinome épidermoïde 32,5%.

Di Menza en France a eu 68 tumeurs de type transitionnel, 14 adénocarcinomes, 6 carcinomes épidermoïdes [14].

Payne en Angleterre a trouvé 92,5% de carcinome à cellules transitionnelles [15].

Nos résultats sont différents de ceux d'Europe et des Etats Unis où 90% des tumeurs de vessie sont de type urothélial. Ce type est lié surtout au tabac, aux colorants et à des facteurs héréditaires.

Tableau V: Types histologiques des tumeurs de vessie selon la littérature

Auteurs	Carcinome urothélial	Carcinome épidermoïde	Adénocarcinome	Sarcome
Notre étude	18,2%	60,1%	14,7%	2,8%
Sow (Sénégal)2019	47%	32,5%	1,5%	
Amegbor (Togo) 2010	55,1%	37,9%	1 cas	
Diao (Sénégal) 2008	42,5%	50,7%	3,9%	2,8%
Rantomalala (Madagascar) 2007	61,2%	19,3%	19,3	
Benckroun (Maroc) 2003	90,8%	7,5%	1,9%	

Le carcinome urothelial est le type histologique le plus fréquent selon la littérature.

4. Le caractère infiltrant ou non de la tumeur :

Dans notre étude toutes les tumeurs étaient infiltrantes (pT2, pT3, pT4), à cause du retard dans le diagnostic ; Sow au Sénégal a trouvé les tumeurs infiltrantes qui prédominaient avec 66 % des tumeurs de vessie, 15 % étaient superficielles (CIS, pTa, pT1).

La série du CHU MOHAMED VI de Marrakech où 71% étaient des tumeurs superficielles, alors que 29% étaient des tumeurs infiltrantes, et ceux de la série du CHU TIZI-OUZOU en Algérie 62.3 % des tumeurs étaient superficielles et 37.7% des tumeurs infiltrantes.

5. Le pronostic en fonction du grade histologique :

Dans notre étude, toutes les tumeurs étaient classées haut grade à cause du retard dans le diagnostic.

Sow au Sénégal a trouvé 81 % des cas de tumeurs haut grade.

La série du CHU MOHAMED VI de Marrakech a trouvé 55.6% des cas de tumeurs grade 2, suivi du grade 3 dans 28.6 % des cas et le grade 1 dans 16% des cas.

La série du CHU TIZI-OUZOU en Algérie où Le grade 2 était le grade dominant avec 52.3 % des cas, le Grade 3 était retrouvé chez 32.5% des cas, le Grade 1 chez 15.2% des cas.

CONCLUSION

Conclusion :

Les tumeurs de la vessie, de par leur ampleur et leur gravité, constituent un problème de santé publique.

L'incidence du cancer de la vessie a été en constante augmentation. Le carcinome urothélial est le type histologique le plus fréquent des cancers de la vessie dans la littérature.

Le carcinome épidermoïde est le type histologique le plus fréquent dans les pays d'endémie bilharzienne du moyen orient et de l'Afrique de l'ouest.

La tumeur était infiltrante chez tous nos patients et elle était de mauvais pronostic, classée de haut grade.

Nos résultats montraient que le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus fréquent. Dans l'ensemble des cas, il était infiltrant et de mauvais pronostic ; d'où la nécessité d'un diagnostic précoce et d'un bon suivi.

RECOMMENDATIONS

Recommandations :

Aux agents socio-sanitaires

- Référer tout cas d'hématurie chronique ou de rechute d'hématurie dans les services spécialisés
- Sensibiliser la population sur les dangers encourus par l'infection bilharzienne et les facteurs de risque du cancer de vessie.

A la population

- Une meilleure collaboration avec les agents socio- sanitaires pour la consultation au moindre symptôme (hématurie, dysurie...)
- Sensibiliser les parents et leurs enfants sur les risques de la bilharziose urinaire liés aux baignades : comportement à risque, favorable à l'apparition du cancer.

Aux autorités politico-administratives

- Renforcer les campagnes nationales de lutte contre les facteurs de risque : la bilharziose urinaire et le tabagisme.
- Doter les services d'urologie de moyens permettant le dépistage précoce des tumeurs de la vessie (cystoscope avec résecteur endoscopique).

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

Références bibliographiques :

1. **DUFOUR, B** : Traitement des tumeurs infiltrantes de vessie. Site: www. Fnclcc. Fr, 2003.
2. **Kamissoko I** : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des tumeurs de vessie au service d'Urologie du CHU PointG. [Thèse :Médecine]. Bamako 2015; № 240
3. **Olombel, MarckSoloway, Hideyuki Azaka, Andreas Böhle, Joan Palou, Roger Buckley, Donald Lamm, et al** : Epidemiology, Staging, Grading, and Risk stratification of Blader Cancer., European Urology Supplements, Volume7, Issue10, October 2008, Pages 618-626 Marc
4. **Paneau C, Scharffer P, Bollack C** : Epidémiologie du cancer de la vessie. Ann Urol 1992; 26(5):281-293.
5. **Logmo K L** : Place de la bilharziose dans les cancers de vessie du service d'anatomopathologie de l'INRSP, à propos de 70 cas. Thèse ; 04 M 97-
6. **Ousmane S** : Profil histopathologique des tumeurs de vessie au CHU HALD. [Mémoire : Urologie]. Dakar 2019
- 7.**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.
- 8.**Diao B, Amath T, Fall B, Fall P.A, Diémé M.J, Steevy N et al:**
Les cancers de la vessie au Sénégal : particularités épidémiologiques, cliniques et histologiques. ProgUrol 2008 ; 18(7) : 445-448.
- 9.**Koffi A, Kodjo T, Tchou D, Abdel-Kadre M.A ,Gado N.K** :Tumeurs de la vessie au Togo : aspects épidémiologiques et diagnostiques.À propos de 36 cas observés au CHU de Lomé. Annales de pathologie (2010) 30, 68-69.
- 10.**A. Benchekroun, H.A. El Alj, H. Essayegh, A. Iken, Y. Nouini, A. Lachkar, et al.**
Tumeurs infiltrantes de vessie : étude rétrospective à propos de 225 cas. Annales d'urologie. 2003 ; 37 : 279-283.
- 11.**Rantomalala H.Y.H, Rakototiana A.F, Rakoto-Ratsimba H.N , Rambel H, Razafimanjato N, Kapisy J.F** : Les cancers de la vessie vus au CHU Joseph RavoahangyAndrianavalona Revue Tropicale de Chirurgie 1 (2007) 74-76
12. **Diabaté M.** Etude des tumeurs de la vessie au service d'Urologie de l'hôpital du Point G. [Thèse : Médecine]. Bamako 1997. M10
13. **Ouegnin GA, Manzan K, Kata K J, Honde M, Leonetti P, Perodeau H et al** : Les cancers de la vessie en Côte d'ivoire. Revue Med de Côte d'ivoire 1986 20(75) : 143-145.

14. **Di Menza L, Baron JC, Vieillefond A, Caudat D, BoccomGibod L, Zummer K.** :
Facteur de risque des tumeurs de vessie : épidémiologiques chez 701 sujets en Île de France.
La presse médicale 1992 21 (4) : 153-156.
15. **Payne P** : Sex, age, history, tumour type, and survival. In: Wallace D M, editor. Tumors
of the bladder. Edinburgh, United Kingdom: Livingstone; 1959. pp. 285–306.

ANNEXES

Fiche signalétique:**Nom :** URO-OGON**Prénom :** Georges

Email : uroogongeorges@yahoo.fr

Téléphone : +223 76171508

Titre du mémoire : Profil histopathologique des tumeurs de vessie au CHU de Point G.**Année universitaire 2020-2021.****Ville de soutenance :** Bamako.**Pays d'origine :** Mali**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMOS.

Secteur d'activité : Urologie de l'Hôpital du Point G.

Résumé :

Notre étude avait pour but d'étudier les types histologiques des tumeurs de vessie au CHU de Point G. C'est une étude rétrospective sur une période de 3 ans (Janvier 2017 à Décembre 2019). Elle a porté sur 143 cas de tumeurs de vessie.

L'âge moyen des patients était de 42,62 ans avec des extrêmes de 1 an et 99 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 41ans et 60 ans.

Le sex ratio était de 1,42.

Le type de prélèvement le plus fréquent était la biopsie.

Le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus fréquent objectivé chez 60,1 % des patients.

La tranche d'âge la plus touchée par le carcinome épidermoïde était celle comprise entre 41 et 60 ans.

La tumeur était infiltrante chez tous nos patients et elle était de mauvais pronostic, classée de haut grade.

Ces résultats montraient que le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus fréquent et de mauvais pronostic.

Mots clés : Histologie, Tumeur de vessie, CHU point G.