REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
------*
UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
------*----*
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
--------*----*----*----*
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE
--------*----*----*----*----*

Année : 2023 N° 2594

PRISE EN CHARGE DES TUMEURS DE VESSIE : QUELS RESULTATS EN 10 ANS DE PRATIQUE A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE D'UROLOGIE-ANDROLOGIE DU CNHU-HKM DE COTONOU ?

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 18 décembre 2023 pour l'obtention du grade de :

Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Par :

Marlène Murielle GANKPE épouse AHOMADEGBE TOMETIN

Née le 12 Août 1997 à Cotonou (**République du Bénin**)

DIRECTEUR DE THESE

MCA Dodji Magloire Inès YEVI

CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr Akim KOGUI DOURO

Assistant en position probatoire en Urologie-Andrologie

PRESIDENT DU JURY :

Pr Josué G. D. AVAKOUDJO

MEMBRES DU JURY :

MCA Ismaïl LAWANI

MCA Dodji Magloire Inès YEVI

Année académique : 2022-2023

REPUBLIQUE DU BENIN

*****

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

****

N°1965 /2023/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/OSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Université d'Abomey - Calavi LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2023-2024 (version octobre 2023)

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
3.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
4.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi	Biophysique, Médecine Nucléaire
5.	Dr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
6.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
7.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou	Médecine Physique et de Réadaptation
8.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
9.	Dr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
10.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
11.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
12.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
13.	Dr AFFOLABI Dissou	Bactériologie-Virologie
14.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules	Pédiatrie et Génétique Médicale
15.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix	Dermatologie- Vénérologie
16.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin	Physiologie
17.	Dr FIOSSI KPADONOU Emilie	Pédopsychiatrie
18.	Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A	Gynécologie-Obstétrique
19.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
20.	Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille	Parasitologie
21.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
22.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
23.	Dr ALAMOU Soulé	Ophtalmologie
24.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache	Pharmacologie Clinique
25.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
26.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
27.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
28.	Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin	Gynécologie Obstétrique
29.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
30.	Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
31.	Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida	Imagerie Médicale
32.	Dr AGUEMON Badirou Din	Santé Publique
33.	Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
34.	Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne

LE DOYEN

35. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
36. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
37. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
38. Dr LALYA Francis Honorat	Pédiatrie et Génétique Médicale
39. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
40. Dr CODJO Houétondji Léopold	Cardiologie
41. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2. Dr LAWSON AFOUDA Sonia	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande	Parasitologie-Mycologie
4. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
5. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
6. Dr BAGNAN TOSSA Léhila	Pédiatrie et Génétique Médicale
7. Dr GANFON M. Yowel Habib	Pharmacognosie
8. Dr KEREKOU Annelie Célestine.	Endocrinologie
9. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
10. Dr WANVOEGBE Armand	Médecine Interne
11. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
12. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê	Ophtalmologie
13. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
14. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
15. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice	Dermatologie-Vénérologie
16. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba	Pédiatrie et Génétique Médicale
17. Dr ANAGONOU LARY Lucrèce	Pédopsychiatrie
18. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles	Chirurgie Générale
19. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
20. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
21. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain	Pédiatrie et Génétique Médicale
22. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
23. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
24. Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue	Cancérologie Chirurgicale
25. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin	Urologie-Andrologie
26. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou	Chirurgie Général
27. Dr KLIKPO Tchédié Etdéchié Elvire	Psychiatrie Adulte

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

28. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
29. Dr LAWANI Ismaïl	Chirurgie Viscérale
30. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
31. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu	Gynécologie-Obstétrique
32. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè	Traumatologie-Orthopédie
33. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence	Pédiatrie et Génétique Médicale
34. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo	Santé Publique
35. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
36. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud	Cardiologie
37. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique	Gynécologie-Obstétrique
38. Dr WACHINOU Ablo Prudence	Pneumo-Phtisiologie
39. Dr YEVI Dodji Magloire Inès	Urologie Andrologie
40. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A	Pédiatrie et Génétique Médicale

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
4. Dr AMOSSOU Labissi François	Traumatologie-Orthopédie
5. Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie	Sociologie et Anthropologie sociale
6. Dr GNINKOUN Comlan Jules	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
7. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose	Gynécologie-Obstétrique
8. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
9. Dr ADJOBIMEY Mênonli	Santé au Travail
10. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A	Chirurgie Buccale
11. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
12. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation
13. Dr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
14. Dr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie-Odstrétique
15. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
16. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
17. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
18. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle	Nutrition
19. Dr AGBOKPONTO Janvier Engelbert	Chimie Analytique

Université d'Abomey-Calavi • LE DOYEN • FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

OCTOBRE 2023

20. Dr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
21. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
22. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hématologie Biologie
23. Dr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
24. Dr SOSSA Jean	Urologie
25. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
26. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie

ASSISTANTS

1. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
2. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
4. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
5. Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie

ASSISTANTS EN POSITION PROBATOIRE

1. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin	Neurologie
2. Dr CHABI Yossounon	Pharmacie hospitalière
3. Dr DANSOU Eugénie	Médecine interne
4. Dr DJOSSOU Hontongnon Julien	Rhumatologie
5. Dr AYI MEGNANGLO Codjo Austher	Radiologie et Imagerie médicale
6. Dr DAHOUE Togbédji Richard	Orthopédie Dento-Faciale
7. Dr HOUNSOU Nounagnon René	Chirurgie générale
8. Dr KOGUI DOURO Akim	Urologie-Andrologie

ASSISTANTS DE RECHERCHE DE RANG DOCTORAL

1. Dr TOHON Gbèdolo Honesty	Toxicologie et Analyse du risque

Le Doyen,



Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

OCTOBRE 2023

ACTION DE GRÂCE

A Dieu le Père Tout Puissant, Amour infini au cœur de notre vie : Gloire, Honneur et Louange.

« *L'Eternel est ma force et mon bouclier. C'est en lui que mon cœur se confie, et je suis secouru. Mon cœur est dans la joie, et je le loue par mes chants* » Psaumes 28 : 7

DEDICACES

- **A ma très chère mère bien aimée, Myriam Christiane Evelyne SANTOS,**

Ton amour inconditionnel, ta bonté, tes sacrifices et ton soutien incommensurable m'ont permis d'aller au bout de toutes ses années d'étude. Que ce modeste travail soit pour toi une source de fierté et la concrétisation de tous tes sacrifices. Tu es une mère exceptionnelle et incroyablement forte. Puisse l'Eternel t'accorder une santé robuste et encore de longues années parmi nous.

Je t'aime Maman chérie

- **A mon très cher père, Jean-Louis GANKPE**

Homme charismatique, généreux et surprotecteur. Merci pour ton amour et les sacrifices consentis tout au long de cette formation. Puisse cette thèse faire ta fierté. Que le Seigneur te fortifie et t'accorde une bonne santé.

Amour filial

- **A mes frères et sœur, Charbel, Stéphanie, Roland, Jean-Loris,**

Merci d'être toujours là pour moi à toutes les étapes de ma vie. Merci pour cet amour fraternel immense, cette complicité, ce soutien et cette solidarité. Puisse l'Eternel faire son œuvre dans vos vies et vous comblez de bonheur.

Amour Fraternel

- **A GANSOU Evelyne Berthe IN Memoriam,**

Nous n'avons pas eu la chance de nous connaître, mais je sais que de là-haut vous veillez sur nous tous. Merci pour tout et pour l'homme qu'il est devenu grâce à vous. Vous seriez extrêmement fière.

Reposez en paix.

- **A Romain Valentin Codjo AHOMADEGBE-TOMETIN**

Merci de m'avoir accueilli chaleureusement dans la famille et de me traiter comme votre propre fille. Merci pour l'amour et le soutien. Ce travail est aussi le vôtre.

Amour filial

- **A Chanceline, Riwall, Astrid, Loïc, Amos, Anaël, Dylane, mes frères et sœurs par alliance,**

je vous dédie également ce travail.

- **A mon bien aimé époux, Cerdane Bérenger Mahugnon AHOMADEGBE TOMETIN,**

Tu es le précieux présent que l'Eternel m'a donné. Aucun mot ne saurait fidèlement décrire tout ce que tu représentes pour moi. Tout au long de cette formation tu as été présent, investi, un soutien inébranlable ; l'épaule sur laquelle je pouvais me reposer. Rien n'aurait été possible sans toi et sans Dieu. Que l'Eternel nous accorde une vie de famille heureuse et épanouie.

Je t'aime plus qu'hier et bien moins que demain.

- **A mon cher collègue et ami fidèle Humble Gildas KPANOU,**

Tout ce chemin parcouru a été à tes côtés. Les stages, les gardes, les révisions acharnées pour les partiels. Tu as toujours répondu présent pour qu'on s'entraide mutuellement. Au-delà d'être mon ami et collègue, tu es devenu la famille. Merci pour cette belle amitié.

Amour fraternel

- **A ma collègue et amie fidèle Yasmine Gloria Nifah BOCCO,**

Une amitié solide, complice et fusionnelle depuis tout ce temps. Toujours présente pour moi à chaque étape. Je remercie le ciel de m'avoir donné des amies de qualité. Tellement de souvenirs mémorables à tes côtés. Merci pour tout.

Amour fraternel

REMERCIEMENTS

- **A mon directeur de thèse, Maître de Conférences Agrégé Dodji Magloire Ines YEVI**

Cher maître, merci pour cette exceptionnelle opportunité que vous m'avez offerte en acceptant de diriger ce travail. C'est un grand honneur et une expérience scientifique inoubliable de réaliser ce travail de recherche sous votre responsabilité. Votre amour du travail bien fait, votre rigueur, votre leadership professionnel et scientifique ont considérablement impacté la qualité de ce travail ainsi que ma petite personne. Merci pour la patience et la gentillesse dont vous avez fait preuve ainsi que les conseils dont j'ai bénéficié auprès de vous.

- **A notre co-directeur de thèse Dr Akim KOGUI DOURO Assistant en Urologie Andrologie**

  Nous vous remercions de votre disponibilité malgré vos multiples charges. Veuillez accepter, le témoignage de notre gratitude et de notre estime.

- **A tout le personnel de la Clinique Universitaire d'Urologie et d'Andrologie du CNHU-HKM,**

Merci pour votre aide et pour l'ambiance de travail.

- **A mes amis de la faculté des Sciences de la Santé (FSS) de Cotonou,**

Merci pour tous les moments que nous y avons passés ensemble, particulièrement Wislande AIDEHOU, Arielle KEMGNE, Roberte HOUNSOU.

- **A tous les membres de mon groupe de stage interné,**

Cette longue année nous l'avons passé ensemble.

- **A la team thésards professeur YEVI,**

Christ, Yasminath, Immaculée, Hospice, Hervé, Jeff, Ruffin, merci pour tous les moments partagés ensemble, la solidarité et l'entraide mutuelle.

- **A la 45ème promotion de médecine de la FSS,**

Merci pour la solidarité et tout le chemin parcouru ensemble

- **Au Docteur SOUMONLA Djalal,**

Merci infiniment pour tout. Pour l'écoute, l'aide et le soutien tout au long de cette année.

- **A mes cadets, Conceptia KOUIVON, Morel AHOUANDJINOU, Frumence HOUMASSE, David AMOUSSOU GUENOU, Laétitia MEDESSOUKOU,**

Merci infiniment pour tout !

- **A toute ma famille, mes amis et tous ceux qui m'ont soutenu d'une façon ou d'une autre.**

Que Dieu vous bénisse, Amen !

HOMMAGES

- **Au Président du Jury,**

Malgré vos multiples occupations, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse. Vos remarques enrichiront à n'en point douter ce document. Veuillez croire en l'expression de nos sentiments de profond respect.

Hommages respectueux.

- **Aux membres du jury**

Vous avez accepté prendre de votre précieux temps pour lire et corriger notre thèse. C'est un honneur que vous nous faites et nous vous en remercions. Vos observations amélioreront la qualité de ce modeste travail

Hommages respectueux.

- **A tous nos maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou.**

En reconnaissance de la qualité de la formation que nous avons reçue de vous, acceptez chers maîtres, notre profonde gratitude.

Hommages mérités.

Par délibération, la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou a arrêté que les opinions émises dans cette thèse n'engagent que son auteur.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

Abréviations	**Expressions complètes**
AUA	Association Américaine d'Urologie
BCG	Bacille Calmette-Guerin
BHC	Bilan Hépatique Complet
CIRC	Centre International de Recherche sur le Cancer
CIS	Carcinome In Situ
CISCA	Cyclophosphamide, Adriamycine et Cisplatine
CMV	Cisplatine, Méthotrexate et Vinblastine
CNHU-HKM	Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga
CUUA	Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie
ECBU	Examen Cytobactériologique des Urines
FSS	Faculté des Sciences de la Santé
GC	Gemcitabine Cisplatine
IEC	Information Education Communication
INMES	Institut National Médico Sanitaire
IPOP	Instillation Postopératoire Précoce
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
MVAC	Méthotrexate Vinblastine Adriamycine (doxorubicine) et Cisplatine
NFS	Numération Formule Sanguine
RTUV	Résection Transurétrale de la Vessie
SBAU	Signes du Bas Appareil Urinaire
TDM	Tomodensitométrie
TMM	Taux de Morbidité- Mortalité
TV	Tumeur Vésicale
TVIM	Tumeurs de Vessie Infiltrant le Muscle
TVNIM	Tumeurs de Vessie N'Infiltrant pas le Muscle
UIV	Urographie intraveineuse

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

Tableau I : Prise en charge des tumeurs sans infiltration du muscle vésical (TVNIM) 34
Tableau II : Répartition des patients selon la profession 50
Tableau III : Répartition des patients selon la religion 51
Tableau IV : Répartition des patients selon le niveau d'instruction..... 52
Tableau V : Répartition des patients selon le mode d'entrée 53
Tableau VI : Répartition des patients selon le motif de consultation..... 54
Tableau VII : Répartition des patients selon les lésions échographiques objectivées 57
Tableau VIII : Répartition des patients selon les caractéristiques de la tumeur visualisée à la cystoscopie 59
Tableau IX : Répartition des patients selon la localisation de la tumeur à l'uroscanner..... 60
Tableau X : Répartition des patients selon les lésions scanographiques objectivées 61
Tableau XI : Répartition des patients selon le résultat du bilan rénal 62
Tableau XII : Répartition des patients selon le stade clinique des tumeurs..... 63
Tableau XIII : Répartition des patients selon la précocité de la prise en charge 64
Tableau XIV : Répartition des patients selon les modalités thérapeutiques 66
Tableau XV : Corrélation entre le tabagisme et le décès des patients..... 70
Tableau XVI : Corrélation entre la bilharziose urinaire et le décès des patients 70
Tableau XIV : Corrélation entre le carcinome urothélial et le décès des patients 71
Tableau XVIII : Corrélation entre le carcinome épidermoïde et le décès des patients..... 71

Tableau XIX : Corrélation entre l'altération de l'état général et le décès des patients..... 72
Tableau XX : Corrélation entre l'anémie clinique et le décès des patients..... 72
Tableau XXI : Corrélation entre bilharziose urinaire et carcinome épidermoïde 73
Tableau XXII : Corrélation entre tabagisme et carcinome épidermoïde 73

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Rapports anatomiques de la vessie chez l'homme [13] 6
Figure 2 : Rapports anatomiques de la vessie chez la femme [13] 7
Figure 3 : Vues supérolatérale (A) et antérieure (B) de la Vessie [14] 9
Figure 4 : Tumeur de vessie vue en endoscopie[16] 12
Figure 5 : Cytologie urinaire. [17] 13
Figure 8 : Aspect échographique d'une tumeur de la vessie 14
Figure 9 : UIV, Image d'amputation d'une tumeur de la vessie 15
Figure 8 : Schéma de la classification des tumeurs de vessie 20
Figure 9 : Vascularisation artérielle et lymphatique de la vessie [13] 22
Figure 10 : Carcinogénèse vésicale 24
Figure 11: Arbre décisionnel. Prise en charge des TVIM [36] 36
Figure 12 : Diagramme de flux des cas de tumeurs de la vessie au CNHU-HKM de janvier 2013 à Décembre 2022 48
Figure 13 : Incidence annuelle des tumeurs vésicales au CNHU-HKM 49
Figure 14 : Répartition des patients selon le sexe et la tranche d'âge 50
Figure 15 : Répartition des patients selon la situation matrimoniale 51
Figure 16 : Répartition des patients suivant l'ethnie 53
Figure 17 : Répartition des patients suivant les antécédents à risque de cancer 55
Figure 18 : Répartition des patients selon les signes physiques 56
Figure 19 : Répartition des patients selon les bilans d'imagerie réalisés 57
Figure 20 : Répartition des patients suivant la localisation de la tumeur à l'échographie 58
Figure 21 : Répartition des patients selon le caractère de la tumeur à l'uroscanner 61
Figure 22 : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine à l'admission 62
Figure 23 : Répartition des patients selon le résultat de l'ECBU 63

Figure 24 : Répartition des patients suivant le la localisation des métastases... 64
Figure 25 : Répartition des patients suivant le délai d'initiation du traitement. 65
Figure 26 : Répartition des patients suivant le traitement adjuvant..... 66
Figure 27 : Durée moyenne d'hospitalisation par modalités thérapeutiques..... 67
Figure 28 : Répartition des patients suivant l'histologie des lésions..... 68
Figure 29 : Répartition des patients selon le profil évolutif des patients..... 69

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

1. GENERALITES.....4

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE 40

3. RESULTATS 49

4. DISCUSSION 74

CONCLUSION ET SUGGESTIONS 91

REFERENCES 95

ANNEXES..... a

TABLE DES MATIERES.....g

INTRODUCTION

A l'origine de près de 10 millions de décès en 2020, le cancer est l'une des principales causes de mortalité dans le monde. Les tumeurs vésicales (TV) occupent la 4ème place en incidence et le 7ème rang des décès tous cancers confondus et constituent le second cancer urologique après celui de la prostate [1,2]. Leur incidence est en augmentation d'environ 1 % par an, avec une croissance plus importante chez la femme que chez l'homme.

Elles constituent un groupe de tumeurs qui, de par leurs ampleurs et leurs agressivités variables restent une des préoccupations majeures des urologues partout dans le monde malgré les avancées considérables réalisées dans le domaine médical [3].

Une TV est diagnostiquée ou traitée dans le monde chez 2,7 millions de personnes chaque année et elle apparaît après 60 ans dans la majorité des cas [2]. En France, cette pathologie est responsable d'environ 3% de décès, avec 12 305 nouveaux cas estimés en 2015 dont 80% chez l'homme.

La prévention des TV repose sur la lutte active contre son principal facteur de risque, l'intoxication tabagique [4–6]. La bilharziose urogénitale constitue un important facteur infectieux dans notre contexte [7].

Le traitement de ces tumeurs à un stade précoce comporte la résection locale avec conservation de la vessie [8]. Des tumeurs diffuses peuvent être traitées par chimiothérapie locale ; des tumeurs plus extensives peuvent requérir une chirurgie radicale avec ablation de la vessie et chez l'homme, exérèse de la prostate et chez la femme, exérèse de l'utérus [9–11].

Dans notre contexte, les cas sont vus souvent à un stade avancé et le résultat oncologique de ces tumeurs n'est pas prometteur ; il s'agit de tumeurs des plus agressives ne laissant que le choix à des alternatives palliatives.

Quelle expérience la Clinique Universitaire d'Urologie – Andrologie du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou, la référence en urologie au Bénin, a-t-elle dans la prise en charge de cette pathologie en 10 ans de pratique ?

Objectif général

Evaluer la prise en charge des tumeurs de vessie à la Clinique Universitaire d'Urologie Andrologie de Cotonou.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la prévalence des tumeurs de vessie à la CUUA ;
- Décrire les aspects cliniques et paracliniques des tumeurs de vessie à la CUUA
- Evaluer les modalités thérapeutiques utilisés à la CUUA
- Présenter les résultats oncologiques et fonctionnels de cette prise en charge
- Etudier les corrélations entre les différents paramètres

1. GENERALITES

1.1. Définitions des concepts

Les tumeurs de vessie regroupent un ensemble assez large de lésions, au pronostic très différent, allant du simple polype au cancer de vessie invasif. Mais, les cellules responsables de ces lésions proviennent toujours de la couche muqueuse de la paroi vésicale [12].

La dénomination TVNIM est utilisée pour les tumeurs de vessie (TV) n'infiltrant pas le muscle et celle de TVIM en cas d'infiltration tumorale du détrusor [13].

1.2. Anatomie descriptive de la vessie [14]

La vessie est un organe musculo-membraneux, intermédiaire aux uretères et à l'urètre, et dans lequel l'urine sécrétée de façon continue par les reins, s'accumule et séjourne dans l'intervalle des mictions. Sa souffrance retentit non seulement sur les uretères mais aussi sur l'uretère.

1.2.1. Situation

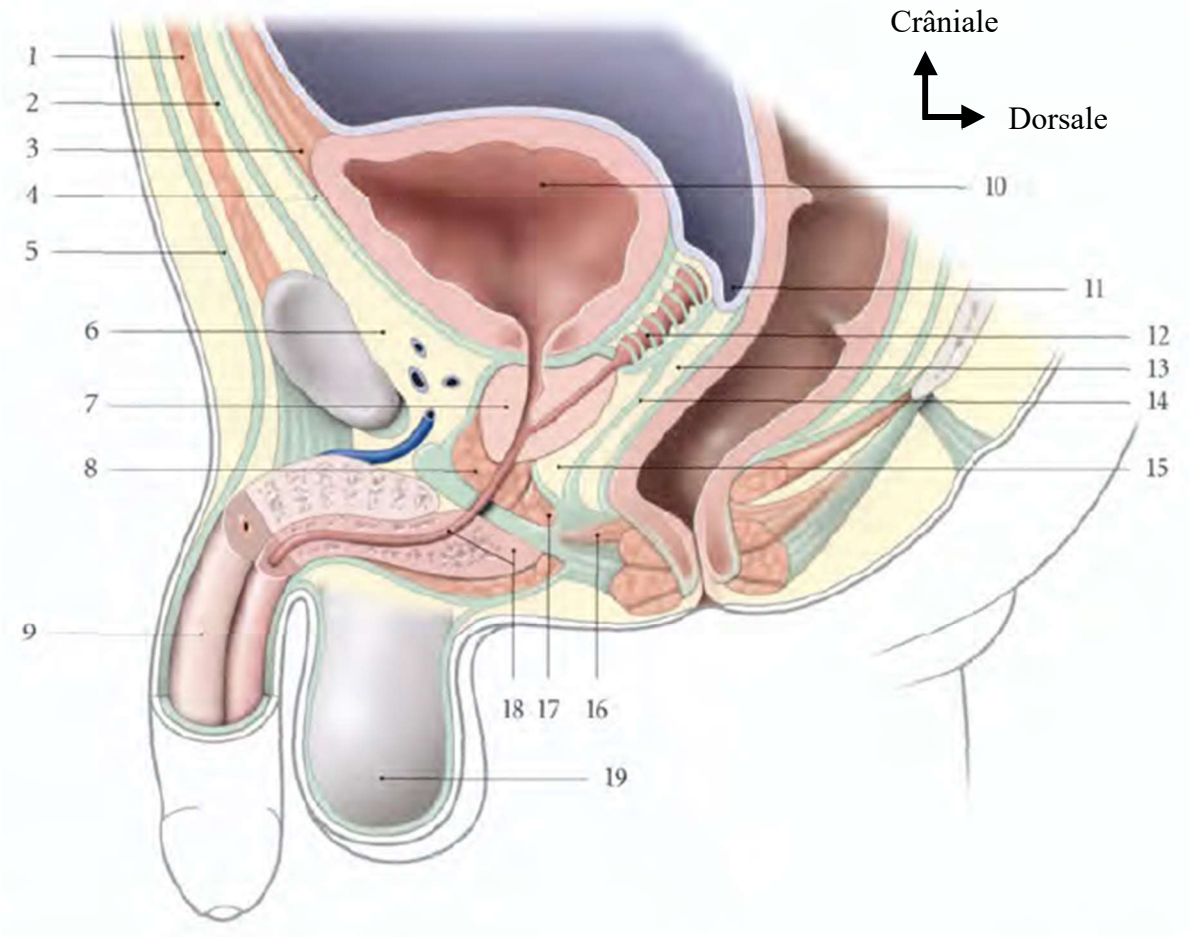
A l'état de vacuité elle est pelvienne, se situe en arrière de la symphyse pubienne et du pubis. Chez l'homme, elle est en avant des vésicules séminales et du rectum et au-dessus de la prostate. Chez la femme, elle est en avant de l'utérus et du vagin, et au-dessus du diaphragme pelvien. La vessie pleine présente une paroi supérieure qui ascensionne et déborde le bord supérieur de la symphyse pubienne.

1.2.2. La forme

Elle est piriforme et comprend un corps globuleux à l'état de réplétion et aplati à l'état de vacuité, un apex antérieur, un fundus postérieur qui est subdivisé en 2 régions (le trigone vésical limité par les ostiums interne de l'urètre et urétériques et la fosse rétrotrigonale) et un col se continuant sur l'urètre et présentant un système dilatateur et un système constricteur.

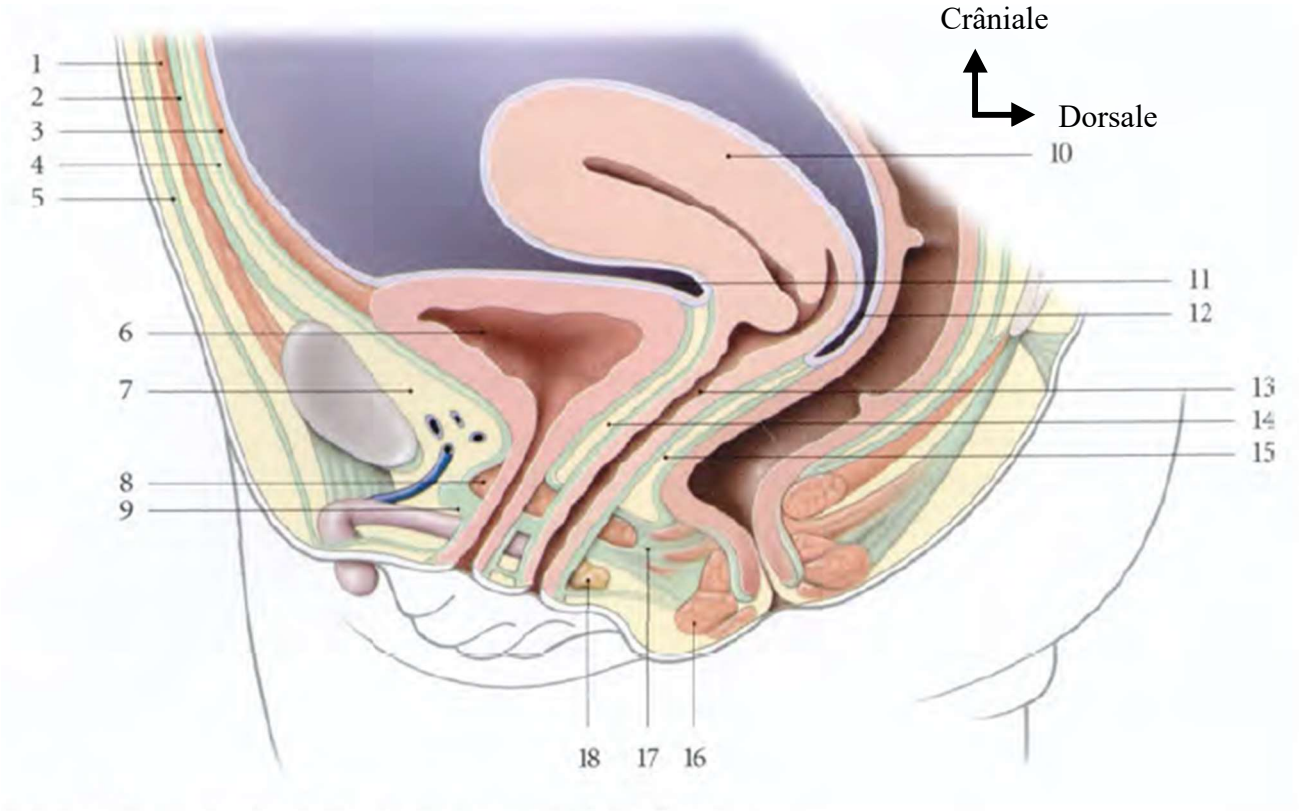
1.2.3. Les dimensions

Vide, la vessie mesure 6 cm de longueur et 5 cm de largeur 8 à 15 mm d'épaisseur. Pleine, elle double ses dimensions mais l'épaisseur n'est plus que de 2 à 5 mm.



1. *Ligne blanche*
2. *Fascia transversalis*
3. *Lig. Ombilical médian*
4. *Fascia ombilico-prévésical*
5. *Fascia superficiel de l'abdomen*
6. *Espace rétropubien*
7. *Prostate*
8. *M. sphincter de l'urètre*
9. *Corps caverneux*
10. *Vessie*
11. *Cul-de-sac recto-vésical*
12. *Fascia rétrovésical*
13. *Septum recto-vésical*
14. *Fascia rétroprostatique*
15. *Espace rétroprostatique*
16. *Corps périnéal*
17. *M. transverse profond*
18. *Urètre et corps spongieux*
19. *Septum scrotal*

Figure 1 : Rapports anatomiques de la vessie chez l'homme [14]



1. *Ligne blanche*
2. *Fascia transversalis*
3. *Lig. Ombilical médian*
4. *Fascia ombilico-prévésical*
5. *Fascia superficiel de l'abdomen*
6. *Vessie*
7. *Espace rétropubien*
8. *M. sphincter de l'urètre*
9. *Membrane périnéale*
10. *Utérus*
11. *Cul-de-sac vésico-utérin*
12. *Cul-de-sac recto-utérin*
13. *Vagin*
14. *Septum uro-génital*
15. *Septum recto-vaginal*
16. *M. sphincter externe de l'anus*
17. *Corps périnéal et m. recto-vaginal*
18. *Glande vestibulaire majeur*

Figure 2 : Rapports anatomiques de la vessie chez la femme [14]

1.2.4. La capacité

La compliance vésicale est importante et dépend essentiellement de sa face supérieure. Chez l'adulte, la capacité anatomique maximale est de 2 à 3 litres et physiologiquement il faut 150ml pour le premier besoin d'uriner et 300ml pour un besoin normal. La capacité vésicale de la femme est beaucoup plus importante que chez l'homme.

1.2.5. Configuration externe

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

Sur le plan configuration on décrit sur une vessie vide un corps et une base, un apex et un col. En cas de tumeur avancée on note un envahissement des organes de voisinages.

1.2.5.1. Le corps vésical

Sur le plan rapport, on lui distingue quatre (4) faces :

- La face supérieure est en rapport avec le péritoine et son contenu (anses intestinales ; colon ; chez la femme : utérus et ligament large).
- La face inférieure de la vessie est distante de 0,5 à 2 cm de la face postérieure de la symphyse pubienne
- Les deux (2) faces latérales en rapport avec les muscles élévateur de l'anus et obturateur recouverts par le fascia pelvien pariétal sur lequel chemine le nerf et les vaisseaux obturateurs

1.2.5.2. La base vésicale ou fundus

Incliné en bas et en avant, il est recouvert du fascia rétrovésical et marqué par l'abouchement des uretères qui délimite deux parties, trigonale en bas et rétrotrigonale en haut. Ces parties sont en rapport chez l'homme avec la prostate les vésicules séminales les ampoules des canaux déférents, les uretères ; ici le péritoine recouvre la base de la vessie, descend plus bas pour former entre les canaux déférentiels en fléchissant sur la face antérieure du rectum le cul de sac vésico-rectal ou cul de sac de Douglas chez la femme : elle est en rapport avec le péritoine qui forme entre la base de la vessie, le col utérin et le vagin.

1.2.5.3. L'apex vésicale

Il se prolonge par le ligament ombilical médian qui détermine sous le péritoine le pli ombilical

1.2.5.4. Le col vésical

Chez l'homme, il est entouré par la prostate à laquelle il est uni par du tissu conjonctif. Il est situé à 20mm au-dessus de l'horizontale passant par le bord inférieur de la symphyse pubienne. Chez la femme, il répond latéralement au muscle pubo-vaginal. Il est situé à 20 mm au-dessus de la symphyse pubienne et à 10 mm au-dessus de son bord inférieur

1.2.6. Configuration interne

La surface intérieure de la vessie est rouge sur le vivant. On décrit sur cette surface interne trois (3) orifices : un orifice urétral appelé col de la vessie et deux (2) orifices urétéraux ou méat urétéraux. Une tumeur envahissant les méats urétéraux provoque une dilatation urétéropyélocalicielle ; une dysurie va s'installer si elle envahit le col

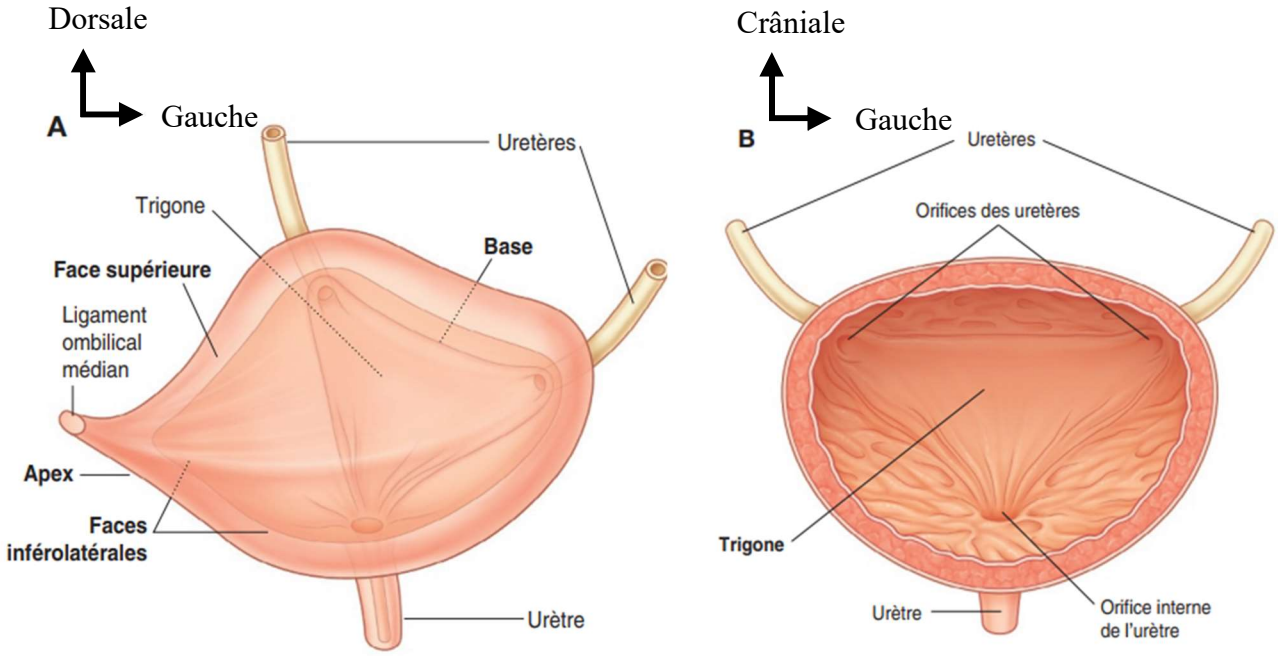


Figure 3 : Vues supérolatérale (A) et antérieure (B) de la Vessie [15]

1.3. Etude clinique

1.3.1. Circonstances de découverte

Le diagnostic est presque toujours fait sur des points d'appel cliniques et la découverte fortuite sur des examens d'imagerie est rare (échographie, scanner ou, IRM).

1.3.2. Signes cliniques locaux (communs à toutes les tumeurs)

Le diagnostic est rarement fortuit, deux symptômes sont évocateurs :

- L'hématurie macroscopique : c'est le signe révélateur le plus fréquent (80%). **Toute hématurie microscopique ou macroscopique doit faire rechercher une tumeur de la vessie** [12,16] (mais aussi d'un rein ou d'un uretère);
- Les signes irritatifs vésicaux (pollakiurie, urgenturie, brûlures mictionnelles) : moins fréquents (20 %), doivent faire évoquer le diagnostic s'ils sont d'apparition récente et persistent après avoir éliminé une infection urinaire (ECBU).

1.3.3. Signes cliniques évocateurs d'extension

Ces signes sont liés à l'extension tumorale au-delà des limites de la vessie :

- extension locorégionale (pelvis et rétropéritoine) :
    - douleurs pelviennes,
    - douleurs lombaires en rapport avec une dilatation des cavités pyélocalicielles secondaire à une obstruction mécanique :
        - du méat urétéral par la tumeur,
        - de l'uretère par une adénopathie iliaque ou lombo-aortique ;
- extension métastatique à distance :
    - altération de l'état général, amaigrissement, asthénie, anémie,
    - signes pulmonaires liés à des métastases pulmonaires,
    - douleurs osseuses liées à des métastases osseuses.

1.3.4. Examen clinique

1.3.4.1. Interrogatoire – Facteurs de risque

- Recherche des facteurs de risque.
- Recherche de symptômes évocateurs d'envahissement locorégional ou à distance et date de début des symptômes.

1.3.4.2. Examen physique urologique et général

- Recherche de signes en faveur d'un envahissement locorégional :
    - toucher rectal à la recherche d'un envahissement pelvien (blindage)
    - palpation abdominale et lombaire à la recherche :
        - d'une masse hypogastrique palpable,
        - de douleurs lombaires en rapport avec une obstruction urétérale.
- Recherche de signes en faveur d'un envahissement métastatique à distance
    - adénopathies (sus-claviculaires) ;
    - signes cliniques d'anémie, de dénutrition ;
    - palpation des zones douloureuses osseuses précisant leur localisation ;
    - auscultation pulmonaire.

1.3.5. Examens complémentaires

1.3.5.1. La cystoscopie

Elle a un double intérêt (diagnostique et thérapeutique). En cas de signe d'alerte, l'examen endoscopique fait référence. Il est réalisé sous anesthésie locale en consultation après vérification de la stérilité des urines (ECBU). Il est réalisé avec un fibroscope souple idéalement, sinon avec une cystoscopie rigide. Il permet de visualiser et de décrire les lésions. Les résultats sont notés sur un schéma de cartographie vésicale et précisent :

- le nombre et la taille de la ou des tumeurs ;

- la localisation (notamment en cas de tumeur au trigone, proche des méats urétéraux ou du col vésical) ;
- l'aspect tumoral (sessile ou pédiculée, papillaire ou solide);
- l'aspect de la muqueuse vésicale avoisinante (recherche de zones érythémateuses évocatrices de carcinome in situ)

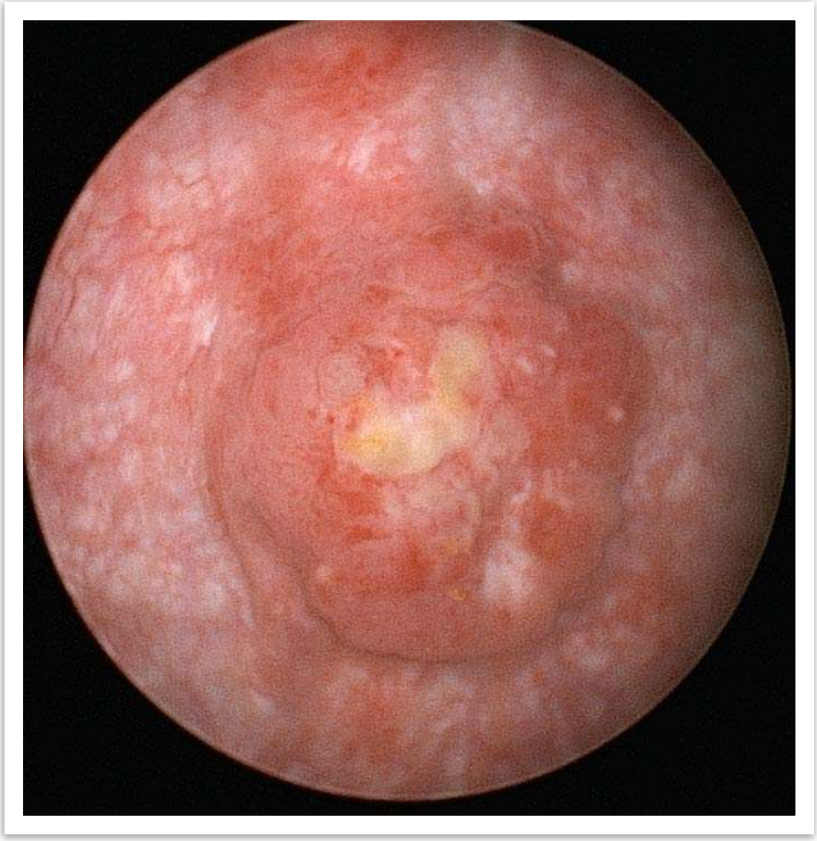


Figure 4 : Tumeur de vessie vue en endoscopie[17]

1.3.5.2. Cytologie urinaire

Elle permet parfois le diagnostic des tumeurs de la vessie en détectant la présence de cellules atypiques ou même maligne dans les urines. Elle présente un deuxième intérêt en tant qu'examen de dépistage dans les populations à risque. L'examen peut se faire sur les urines spontanément émises, des urines recueillies par sondage ou lors d'une cystoscopie. La cytologie donne un index cytologique de malignité exprimé en grade ou en degré :

- Grade I : normal ;
- Grade II : dysplasie modérée ;
- Grade III : dysplasie sévère ;
- Grade IV : cellules carcinomateuses.

Cependant sa normalité n'exclut pas le diagnostic de carcinome urothélial et ne dispense pas des contrôles endoscopiques itératifs. Sa positivité alerte sur la très probable présence d'une tumeur urothéliale qu'il convient de confirmer et de localiser dans la voie excrétrice urinaire. En cas d'atypies cellulaires ou de matériel insuffisant, une nouvelle cytologie peut être demandée.

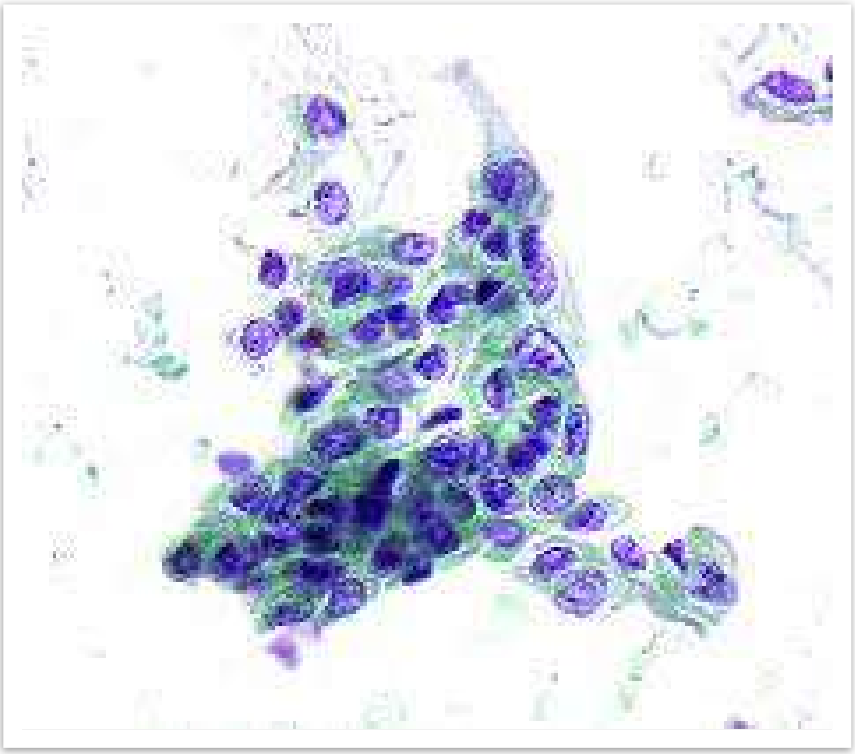


Figure 5 : Cytologie urinaire. [18]

1.3.5.3. Echographie vésicale :

Elle objective la présence d'une tumeur dans la cavité vésicale. Certains aspects échographiques sont à noter

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

- La rupture et l'irrégularité de la paroi vésicale est en faveur d'une tumeur infiltrante ;
- La présence d'une masse échogène débordant la limite vésicale traduit un envahissement de la graisse péri vésicale.

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

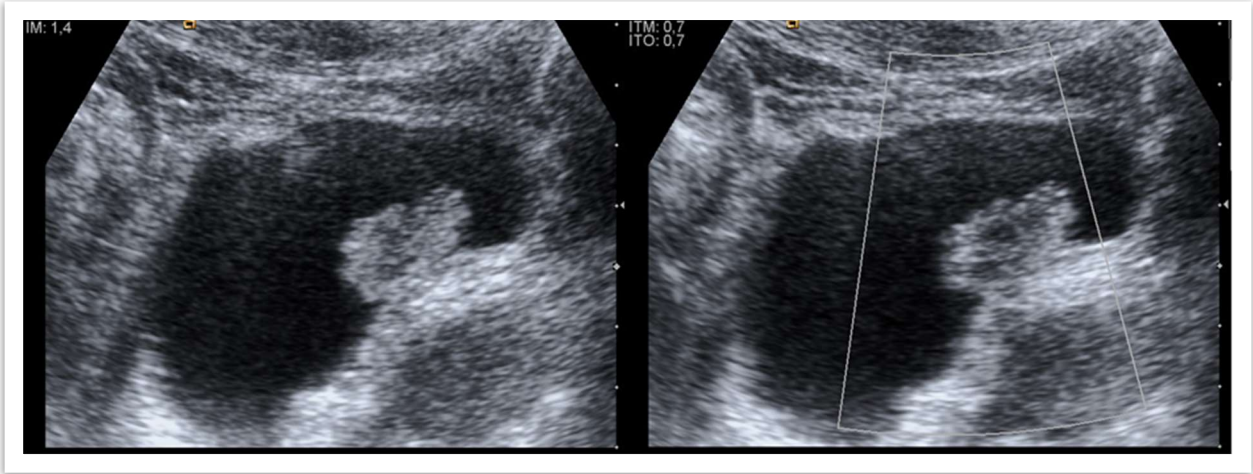


Figure 6 : Aspect échographique d'une tumeur de la vessie

1.3.5.4. L'Urographie intraveineuse (UIV) :

Elle permet d'apprécier le haut appareil urinaire, le cystogramme. Les images radiologiques sont :

- Les lacunes.
- Les amputations ;
- Les deux associées.
- Irrégularités du contour vésical ; cet aspect en faveur d'une malignité [21].

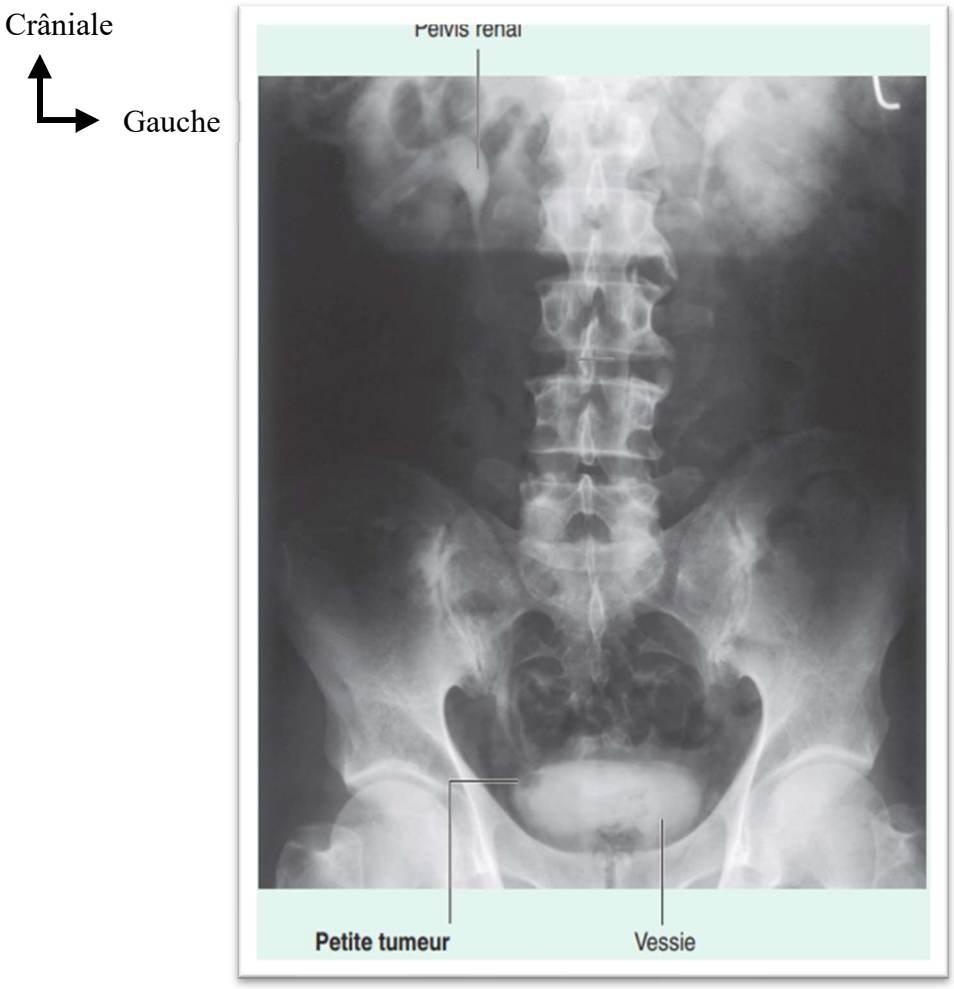


Figure 7 : UIV, Image d'amputation d'une tumeur de la vessie.

1.3.5.5. L'Urétrocystographie rétrograde :

Quand elle est demandée, elle peut montrer des images lacunaires ou d'amputation sur le cystogramme et apprécier le bas appareil urinaire. Elle est demandée en cas de contre-indication de l'UIV. Sinon la découverte est fortuite lors des bilans de rétrécissement.

1.3.5.6. Autres bilans

- Marqueurs urinaires : nombreux ont été étudiés et développés dans le but de pouvoir diagnostiquer une tumeur de façon moins invasive que la cystoscopie. À ce jour, aucun n'a fait la preuve d'une performance diagnostique suffisante pour pouvoir remplacer la cystoscopie.

- Bilan d'extension : scanner, IRM, scintigraphie
- Bilan sanguin : NFS, Ionogramme sanguin, BHC

1.3.6. Résultats anatomo-pathologiques et classification

Malgré les difficultés de faire la différence entre tumeur bénigne et tumeur maligne de la vessie, la classification selon la littérature dans la majorité est maligne. Les tumeurs de la vessie sont majoritairement représentées par des tumeurs épithéliales. A côté des tumeurs épithéliales primitives, existent des tumeurs secondaires de vessie qui sont une propagation de cellules néoplasiques d'une tumeur primitive des organes voisins (utérus, rectum, prostate, sigmoïde).

1.3.6.1. Anatomie- pathologie :

- Macroscopie :

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

- Tumeurs végétantes : elles ont un développement exophytique intra vésical
  - Tumeur végétante non infiltrante ou papillaire : elle est reliée à la paroi vésicale par un pédicule étroit (tumeur pédiculée) ou par une base d'implantation large (tumeur sessile) ;
  - Tumeur végétante infiltrante : l'envahissement pariétal se traduit par un aspect rigide de la paroi vésicale au contact de la base d'implantation ;
  - Tumeur ulcéro-végétante : présente une ulcération centrale avec bourrelet exophytique irrégulier.
- Tumeurs infiltrantes pures : Elles sont planes et diagnostiquées le plus souvent à la cystoscopie. Elles sont difficiles à visualiser en imagerie.

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

Cette anatomie macroscopique permet de préciser le nombre de tumeurs (unique ou multiple). Le siège peut être le trigone, le dôme vésical, le col vésical ou le fond vésical.

- Microscopie :

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

L'OMS distingue 4 types histologiques de tumeurs de vessie :

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

1.3.6.2. Classification des tumeurs de la vessie :

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

- La classification TNM 2010

  T= tumeur ; N=état des ganglions ; M=métastases.

  - T Tumeur primitive.

Le suffixe « m » doit être ajouté à la catégorie T appropriée pour indiquer l'existence des tumeurs multiples. Le suffixe « is » peut être ajouté à toute catégorie T pour indiquer l'existence de carcinome in situ associé.

- Tx : renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive.
- T0 : pas de signe de tumeur primitive.
- Ta : carcinome de type papillaire non infiltrant.
- Tis : carcinome in situ : tumeur plane.
- T1 : tumeur envahissant le tissu conjonctif sous-épithélial.
- T2 : tumeur envahissant la musculeuse.
- pT2a : tumeur envahissant la musculeuse superficielle (moitié interne).
- pT2b : tumeur envahissant la musculeuse profonde (moitié externe).
- T3 : tumeur envahissant le tissu périvésical.
- pT3a : atteinte microscopique.
- pT3b : atteinte macroscopique (masse extravésicale).
- T4 : tumeur envahissant l'une ou l'autre des structures suivantes : prostate, vésicules séminales, utérus, vagin, paroi pelvienne ou paroi abdominale.
- T4a : prostate, vésicules séminales, vagin ou utérus.
- T4b : paroi pelvienne ou paroi abdominale.

- N Ganglions lymphatiques régionaux.
  - Nx : renseignements insuffisants pour classer l'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux.
  - N0 : pas d'atteinte des ganglions lymphatiques régionaux.
  - N1 : atteinte d'un seul ganglion lymphatique pelvien (hypogastrique, obturateur, iliaque externe ou présacré).
  - N2 : atteinte de multiples ganglions lymphatiques pelviens (hypogastrique, obturateur, iliaque externe ou présacré).

- N3 : atteinte d'un (ou plusieurs) ganglion(s) lymphatique(s) iliaque(s) primitif(s).

- M Métastases à distance.
  - M0 : absence de métastase à distance.
  - M1 : métastase(s) à distance.

- Classification selon le degré d'infiltration
  - Tumeurs de vessie superficielles (80% des cas) ou (TVNIM)

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

- Tumeurs de vessie profondes ou infiltrantes (TVIM) (20% des cas)

Elles atteignent le muscle et sont classées en fonction de l'extension en profondeur : pT2 →pT4. Lorsqu'il existe une infiltration du muscle vésical, des métastases ganglionnaires et ou à distance surviennent dans environ 56% des cas, l'espérance moyenne de survie spécifique est de 5% à 5 ans [40].

- le carcinome in situ (CIS) :

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

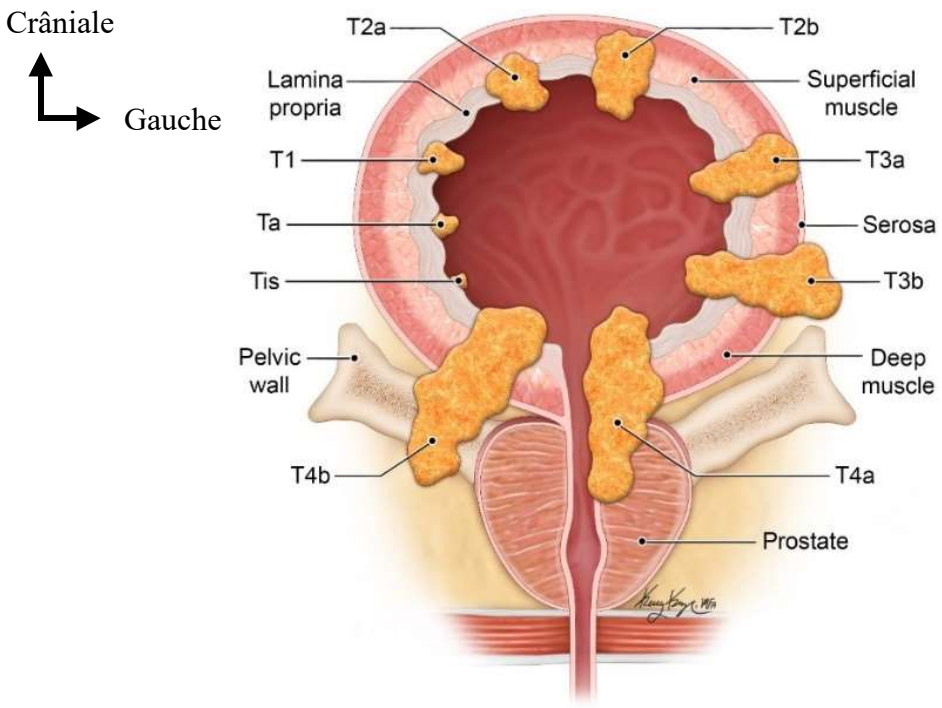


Figure 8 : Schéma de la classification des tumeurs de vessie

- Classification en grade

Il s'agit de l'analyse du degré de différenciation par l'anatomopathologiste permettant une classification supplémentaire de la tumeur en « Grade » intervenant dans l'identification de facteurs pronostiques. Ce système de classification prend en compte l'architecture de la tumeur, et les caractéristiques des cellules qui la composent. Le système de « Grading » le plus utilisé est celui de MOSTOFI qui distingue trois grades :

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

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

1.3.7. Structure de la paroi vésicale

La paroi vésicale comprend 3 tuniques

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

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

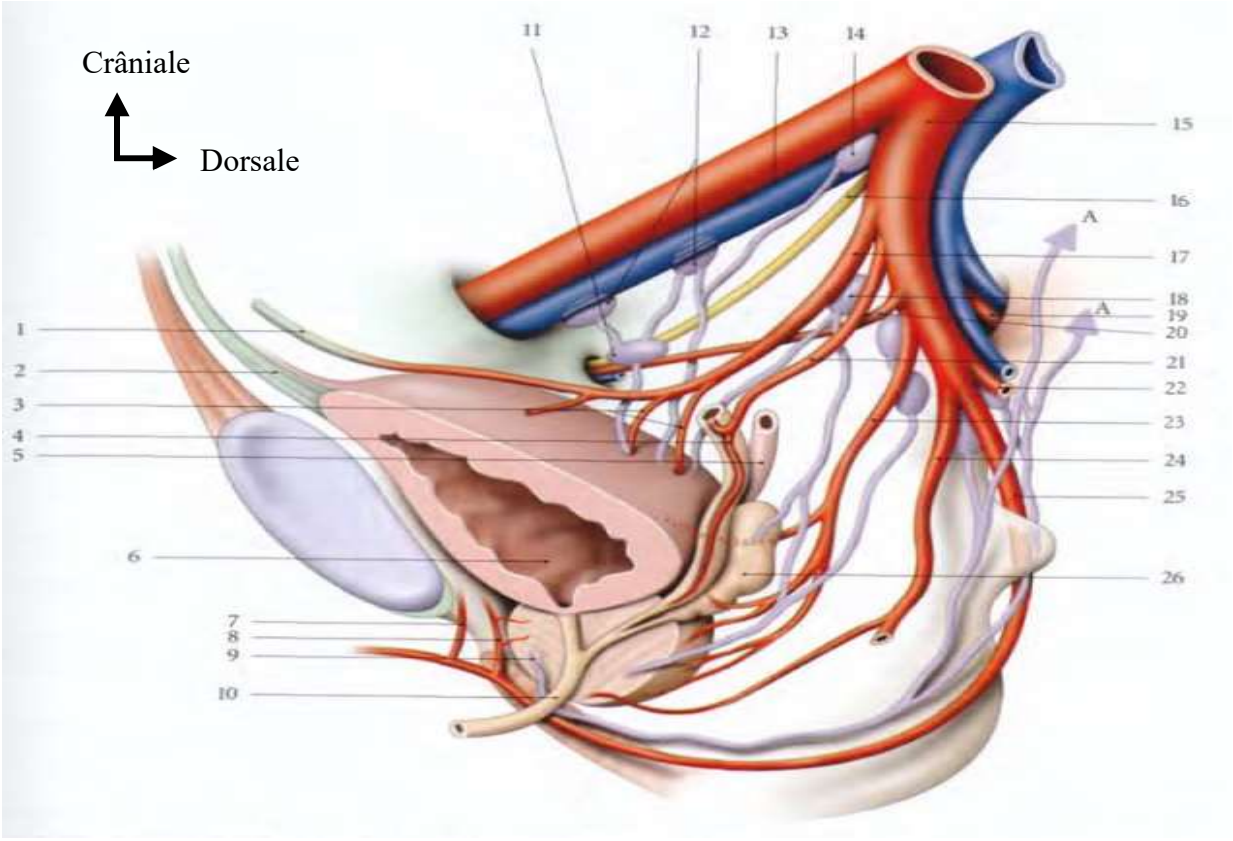
L'envahissement de la couche musculaire est le témoin de la malignité de la tumeur. La classification TNM des tumeurs de la vessie est basée sur l'atteinte de dedans en dehors des différentes tuniques de la paroi vésicale.

1.3.8. Vascularisation et innervation

La vascularisation est assurée par :

- les artères vésicales supérieures ;
- l'artère vésicale inférieur et l'artère du conduit déférent chez l'homme ;
- l'artère utérine chez la femme
- les artères pudendale interne, obturatrice et vaginales ;
- le réseau veineux sous-muqueux et les veines des parois vésicales ;
- les collecteurs lymphatiques

L'innervation est assurée par les plexus hypogastrique inférieur et contiennent des fibres sympathiques et parasympathiques Cette riche innervation explique la douleur pelvienne de la tumeur de la vessie.



1. *Ligament ombilical médial*
2. *Ligament ombilical médian*
3. *Artères vésicales supérieures*
4. *Conduit déférant*
5. *Uretère*
6. *Vessie*
7. *Artère rétrosymphysaire*
8. *Artère vésicale antérieure*
9. *Prostate*
10. *Urètre*
11. *Lymphonoeud obturateur*
12. *Lymphonoeuds iliaques externes médiaux*
13. *Artère et veine vésicales iliaques externes*
14. *Lymphonoeud interiliaque*
15. *Artère et veine vésicales iliaques internes*
16. *Nerf obturateur*
17. *Artère ombilicale*
18. *Lymphonoeuds iliaques internes*
19. *Artère et veine glutéales supérieures*
20. *Artère obturatrice*
21. *Artère du conduit déférant*
22. *Artère et veine glutéales inférieures*
23. *Artère vésical inférieure*
24. *Artère rectale moyenne*
25. *Artère pudendale interne*
26. *Glandes séminales*

Figure 9 : Vascularisation artérielle et lymphatique de la vessie [14]

1.4. Etiopathogénie

1.4.1. Urothélium

L'urothélium (ou épithélium transitionnel) est l'épithélium de revêtement de l'arbre urinaire. Il recouvre tout l'appareil urinaire (haut et bas appareils excréteurs). La maladie de l'urothélium peut donc toucher de manière synchrone ou métachrone : calices, pyélons, uretères, vessie et urètre. La vessie est touchée préférentiellement en raison de la surface importante de l'urothélium et du temps de contact prolongé avec les carcinogènes urinaires. **Devant une tumeur de la vessie, il faut systématiquement rechercher une seconde localisation urothéliale (tumeur de la voie excrétrice supérieure).**

1.4.2. Facteurs de risque

- Tabac : l'intoxication tabagique est le principal facteur de risque, il multiplie par 3 le risque de tumeur de la vessie. [19]
- Carcinogènes industriels : la découverte d'une tumeur de la vessie doit faire évoquer systématiquement une exposition professionnelle.
    - Les hydrocarbures aromatiques polycycliques [20]
    - goudrons, huiles et brais de houille ;
    - suie de combustion du charbon ;
    - métallurgie.
    - Les amines aromatiques et N-nitroso-dibutylamine
    - Régime général de la Sécurité sociale) :
        - colorants (teinture) ;
        - industrie du caoutchouc (pneu de voiture) ;
        - plastinurgie (fabrication de plastiques) ;
        - industrie pharmaceutique (laboratoires).
- Inflammation/irritation vésicale :

- **Bilharziose urinaire** [21]: Au Bénin, la bilharziose à *S. haematobium* est encore l'une de ces infestations parasitaires de l'homme les plus répandues et négligée [22]
- sondage vésical chronique, irradiation pelvienne,
- exposition à certaines chimiothérapies (cyclophosphamide).

- Antécédents à risque :
  - antécédent de tumeur du bas (vessie) ou du haut (uretère, pyélon, calice) appareil urinaire
  - syndrome de Lynch

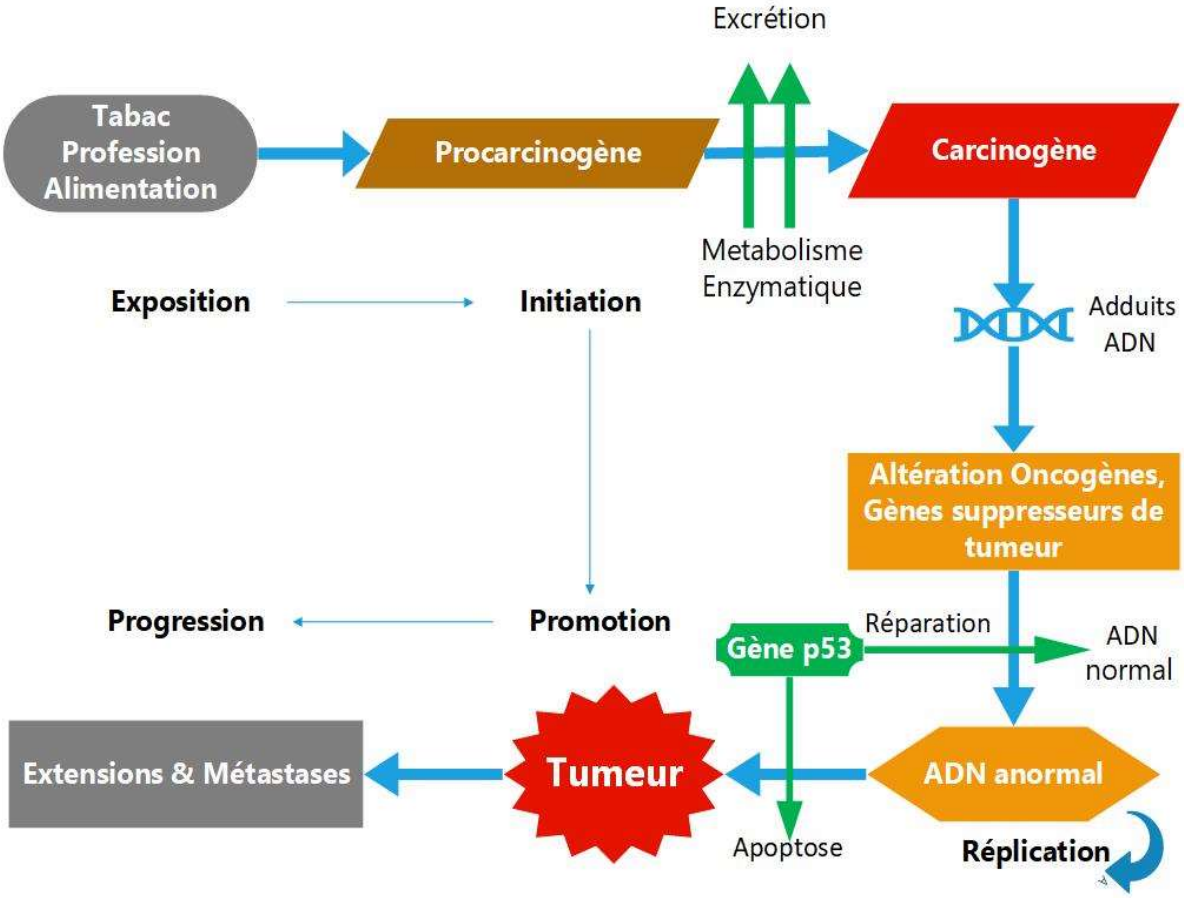


Figure 10 : Carcinogénèse vésicale

1.5. Diagnostic positif [6,12,23]

En cas de suspicion clinique de tumeur de vessie :

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

1.6. Diagnostic différentiel [23]

L'hématurie, symptôme révélateur essentiel, doit faire l'objet d'investigations, notamment endoscopiques pour éliminer certaines pathologies.

Les aspects endoscopiques peuvent parfois être trompeurs ; ainsi se discutent :

- De simples caillots éliminés par le lavage ;
- Des cystites chroniques identifiées par l'examen histologique ;
- Des aspects inflammatoires pseudo tumoraux.

Les aspects radiologiques :

- Les images lacunaires dues à une tumeur de la vessie, sont à différencier de gaz rectaux et des calculs radio transparents ;
- Les images d'amputation dues à une tumeur de la vessie sont à différencier de compression vésicale d'origine extrinsèque ;
- Les images d'addition de la tumeur sont à différencier des diverticules vésicaux.

1.7. Traitement

1.7.1. Traitement préventif

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

- I.E.C. sur les facteurs de risque avec en tête la bilharziose urinaire, le tabac, la consommation régulière d'antalgique, les produits chimiques etc. dire à la population le risque de ces facteurs ;
- Le dépistage : pour une détection précoce et une prise en charge également précoce en cas de tumeur.

1.7.2. Traitement curatif

1.7.2.1. Buts

- Exérèse de la tumeur et de ses extensions sans laisser de résidus
- Prévenir les récidives et la progression de la tumeur vers la profondeur
- Permettre au patient un confort mictionnel satisfaisant
- Permettre au patient une insertion socio professionnelle

1.7.2.2. Moyens

- **Moyens médicaux**
  - **Instillations endovésicales** [24]

Les instillations endovésicales consistent à introduire dans la vessie un produit cytotoxique de façon itérative. Ces instillations doivent être envisagées comme un traitement préventif des récidives. Leur effet cytotoxique est insuffisant pour envisager le traitement de lésions macroscopiquement visibles. Ces instillations sont proposées pour les tumeurs à risque intermédiaire ou élevé après l'ablation de toutes les lésions tumorales présentes dans la vessie. De nombreuses molécules ont montré leur efficacité. Les deux principalement utilisées en France sont la mitomycine C (Amétycine®) et le BCG (Bacille Calmette-Guerin) [25,26].

  - **Chimiothérapie périopératoire** [10,27]

De nombreux essais ont été menés, évaluant de nombreuses molécules. La chimiothérapie de référence est le protocole méthotrexate, vinblastine, adriamycine (doxorubicine) et cisplatine (MVAC). Il peut être réalisé de différentes façons. En France, l'utilisation de référence est l'administration d'au

moins trois cures étalées sur 28 jours chacune ou sur 14 jours pour le MVAC intensifié (HD-MVAC). Ce dernier apporte l'avantage de délivrer le double de la dose en deux fois moins de temps et d'un meilleur taux de réponse avec une tolérance similaire ou meilleure au MVAC sous réserve de l'utilisation de granulocyte-macrophage colony-stimulating factor pour pallier les neutropénies. Le délai avant cystectomie est ainsi réduit.

Une alternative possible est le protocole gemcitabine, cisplatine (GC) avec des cures étalées sur 28 jours. Ce protocole a l'avantage d'une meilleure tolérance que le MVAC, mais ayant été moins étudié il n'est pas le protocole de référence.

D'autres protocoles ont été étudiés et ont montré un intérêt mais moins prononcé que le MVAC ou le GC. Il s'agit du protocole cisplatine, méthotrexate et vinblastine (CMV) utilisé en cas de contre-indication cardiaque à l'adriamycine et du protocole cyclophosphamide, doxorubicine et cisplatine (CISCA).

Le principe général est l'utilisation d'une association à base de cisplatine. Lorsque ce dernier ne peut pas être utilisé (du fait de la fonction rénale, de l'âge ou de l'état général), l'utilisation d'une chimiothérapie périopératoire n'apporte pas de bénéfice

- **Radiothérapie périopératoire**

Il existe de nombreuses études ayant évalué l'intérêt de la radiothérapie néoadjuvante alors qu'il en existe très peu en adjuvant. Elle n'est dans l'ensemble pas recommandée devant l'absence d'impact significatif sur la survie, mais peut trouver sa place pour certaines formes très avancées et non opérables.

- **Moyens chirurgicaux**
  - **RTUV : résection transurétrale de vessie** [28]

L'efficacité de la RTUV est très variable et les récidives précoces sont nombreuses. La résection initiale des TVNIM s'avère souvent incomplète, avec des taux de tumeur résiduelle allant de 33 à 55 %. De plus, il existe un risque de

sous-stadification significatif de 4 à 25 %, qui peut aller jusqu'à 45 % en l'absence de détrusor [29]. Cette rerésection a un rôle thérapeutique, avec une diminution du risque de récidive de l'ordre de 30 % et du risque de progression de 15 %. Les chimiothérapies endovésicales ou l'immunothérapie par BCG sont inefficaces en cas de tumeur résiduelle visible et ne peuvent remplacer la rerésection.

- **Cystectomie totale** [30]

Elle est le traitement de référence des TVIM non métastatiques, mais également le traitement le plus morbide. Elle consiste en l'ablation de la vessie, de la prostate et des vésicules séminales chez l'homme, et de l'utérus et des annexes chez la femme, réalisant ainsi une **pelvectomie antérieure**. Une conservation des bandelettes neurovasculaires peut être réalisée chez l'homme afin de limiter le risque de dysfonction érectile. Une conservation de l'utérus et des annexes peut être proposée pour les femmes en âge de procréer en l'absence d'envahissement trigonal. En cas d'envahissement de l'urètre prostatique ou du col vésical chez la femme, une urétrectomie totale est recommandée. Un examen extemporané est réalisé sur l'urètre si une entérocystoplastie est envisagée, ainsi que sur les uretères avant leur réimplantation.

La cystectomie peut être réalisée par voie ouverte sus-pubienne, ou par voie cœlioscopique classique ou robot-assistée. Les voies cœlioscopiques n'apportent pas de bénéfice en termes de morbidité périopératoire ou de survie, y compris lorsque la dérivation urinaire est réalisée par voie endocorporelle. Elles augmentent le temps opératoire et le coût de l'intervention, en particulier pour la chirurgie robot-assistée. Ces techniques restent plus complexes et en cours d'évaluation.

La cystectomie doit être réalisée dans les quatre mois qui suivent une chimiothérapie néoadjuvante ou dans les trois mois qui suivent le diagnostic lorsqu'une chimiothérapie néoadjuvante n'est pas réalisée.

La morbidité induite par l'intervention est importante. Les complications tous stades confondus sont de l'ordre de 60 % et le taux de mortalité de 3 %.[11] Ces complications sont le plus souvent liées à l'état général antérieur du patient, à ses comorbidités, ou à des complications digestives ou urinaires liées au mode de dérivation. Une diminution des complications et de la mortalité, ainsi que l'accessibilité aux techniques de reconstruction vésicale, sont observées dans les centres ayant un fort volume opératoire et pour les opérateurs ayant une plus grande expérience. Au Royaume-Uni, une étude a montré que les centres et les chirurgiens réalisant respectivement plus de 15 et huit cystectomies par an avaient des taux de mortalité réduits d'un tiers par rapport aux centres et chirurgiens en réalisant moins [31]. La méthode de réhabilitation précoce, consistant en l'optimisation du traitement antalgique et antiémétique, et en une réalimentation progressive plus précoce, permet également une récupération plus rapide après l'intervention.

- **Curage ganglionnaire**

L'intérêt du curage ganglionnaire pelvien est reconnu et sa réalisation est recommandée [23,32,33]. Elle permet d'améliorer le contrôle locorégional du cancer et permet une meilleure stadification de la maladie. Elle améliore également le pronostic, en particulier lorsqu'un curage étendu est réalisé.

L'étendue des aires ganglionnaires que doit comprendre le curage a fait l'objet de nombreuses controverses. Initialement, le curage standard comprenait seulement la région ilio-obturatrice. Aujourd'hui on le dénomme curage simple ou limité. Il est démontré qu'un curage plus étendu, comprenant également la région iliaque interne, la région iliaque externe et la partie distale de la région iliaque primitive (en dessous du croisement avec l'uretère) apporte un bénéfice en termes de survie spécifique [33,34]. Ce curage initialement considéré comme étendu représente aujourd'hui le curage standard et permet de contrôler 88 % des adénopathies initialement envahies en cas d'envahissement ganglionnaire.

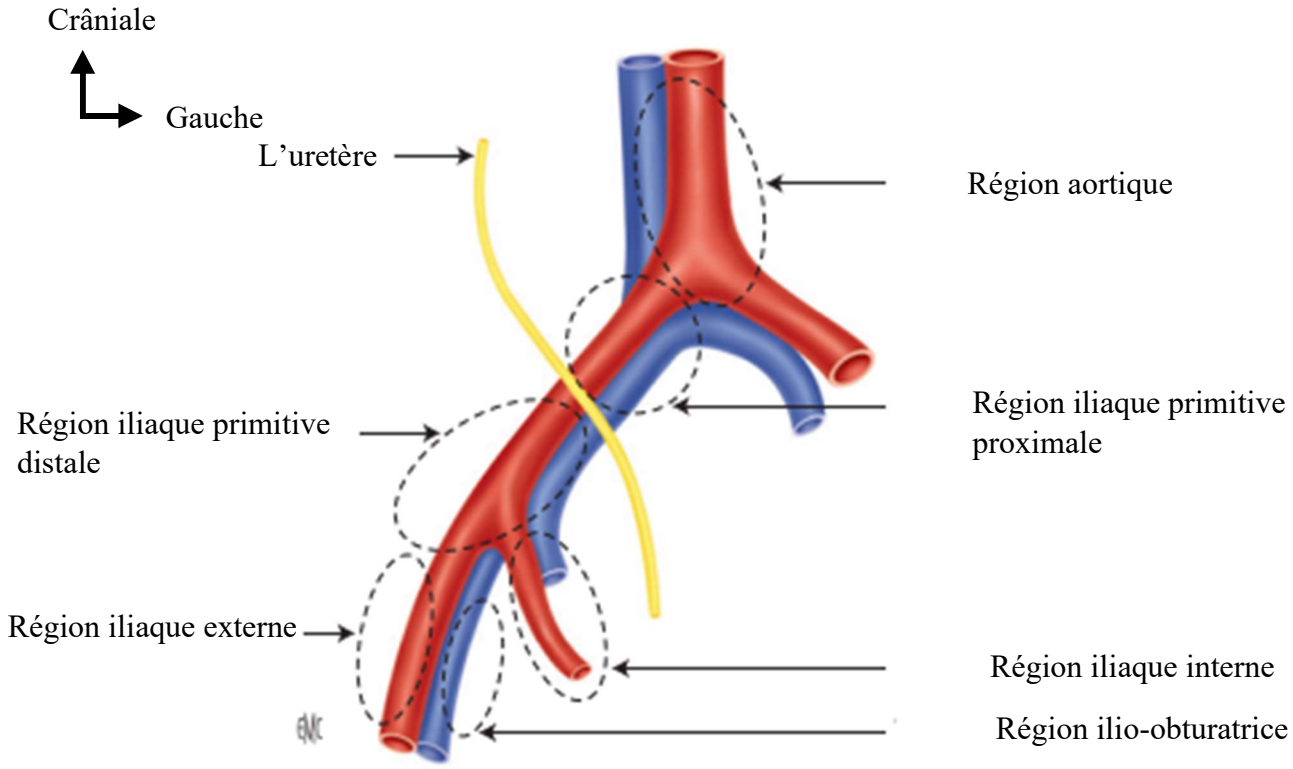


Figure 10 : Différentes aires ganglionnaires concernées par le curage[12]

- **Dérivations urinaires**

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

- **Les dérivations urinaires externes ou non continentes :**
  - Urétérostomie cutanée bilatérale directe, avec deux orifices et présence de deux drains urétéraux :
  - Urétéro-urétérostomie cutanée : c'est l'abouchement à la peau après anastomose urétéro-urétérale. Son intérêt est qu'il n'y a qu'un seul orifice, donc plus de confort ;
  - Urétérostomie cutanée transintestinale : c'est l'opération de Brucker ; L'implantation des uretères se fait (directement ou avec un trajet anti-reflux) dans un greffon iléal isolé abouché

à la peau. La technique n'est pas agressive pour les reins et elle est compatible avec une vie sociale normale ;

- **Les dérivations urinaires internes ou continentes :**
  - Opération de Goodwin et de Coffey : c'est l'implantation des uretères dans le sigmoïde et le rectum
  - La Sigma Rectum Pouch ou Mainz Pouch II : c'est l'implantation urétérosigmoïdienne avec confection d'un réservoir à faible pression ;
  - Intervention de Camey : c'est une entéro-cystoplastie de remplacement
- **Dérivation urinaire avec confection d'un réservoir étanche ;**
  - La poche de Kock ;
  - Le réservoir de Mainz ;
  - La vessie iléo-cæcale munie d'une valve hydraulique de Benchakroun ;
  - La néo-vessie rectale

1.7.2.3. Indications

- **TVNIM à faible risque**

Ces tumeurs ont un risque de progression très faible et un risque de récidive faible. À la suite de la RTUV, une instillation postopératoire immédiate de mitomycine C est suffisante. Une surveillance est alors réalisée par cystoscopie aux troisième et 12e mois, puis une fois par an pendant cinq ans si le tabagisme a été sevré, sinon à vie [9,35].

- **TVNIM de risque intermédiaire**

Le risque de récidive est élevé, mais le risque de progression est faible. Des instillations endovésicales sont recommandées après la résection initiale éventuellement suivie d'une rerésection. Elles peuvent faire appel à la

chimiothérapie intravésicale (principalement par mitomycine C en France) ou à une BCG-thérapie.

Les instillations de mitomycine C sont réalisées à raison d'une instillation hebdomadaire pendant huit semaines. La poursuite des instillations de façon mensuelle pendant un an diminue le risque de récidive. Les instillations de BCG sont réalisées à raison d'une instillation hebdomadaire pendant six semaines, puis d'une série de trois instillations hebdomadaires au troisième, sixième et 12e mois postopératoires.

Ces deux traitements ont une efficacité considérée comme équivalente pour les tumeurs à risque intermédiaire afin de réduire le risque de récidive. La mitomycine C étant mieux tolérée, celle-ci est souvent utilisée en première intention et la BCG-thérapie en cas d'échec. La diminution du risque de récidive est de l'ordre de 30 %.

Une surveillance est alors réalisée par cystoscopie et cytologie urinaire aux troisième, sixième et 12e mois, puis une fois par an pendant dix ans si le tabagisme a été sevré, sinon à vie. Une surveillance de l'appareil urinaire par TDM au temps tardif est préconisée tous les deux ans, ainsi qu'en cas de cytologie urinaire positive ou de symptômes évocateurs d'une atteinte du haut appareil [8].

- **TVNIM à haut risque**

Ce groupe est caractérisé par un risque significatif de progression. Le pronostic est alors particulièrement péjoratif, avec près de 60 % de décès spécifiques à cinq ans. Le traitement est donc plus agressif et comporte une rerésection systématique, puis des instillations endovésicales de BCG, seul traitement ayant fait la preuve d'une réduction du risque de récidive et de progression de l'ordre de 30 %. Les instillations de BCG sont réalisées à raison d'une instillation hebdomadaire pendant six semaines, puis d'une série de trois instillations hebdomadaires aux

troisième, sixième et 12e mois postopératoires, puis tous les six mois pendant trois ans.

En cas d'échec du traitement, 10 à 20 % des patients ont un envahissement des ganglions pelviens et la cystectomie avec curage ganglionnaire est recommandée. Si le traitement par cystectomie n'est pas possible, une nouvelle série d'instillations sous le même format peut être proposée après résection complète des tumeurs vésicales, sous réserve de l'absence de TVIM. En cas de CIS isolé persistant, une réponse complète est observée dans plus de la moitié des cas. Dans les autres cas, le taux de réponse en cas d'échec de BCG est de 35 %, et le pronostic des non-répondeurs particulièrement défavorable [7].

Une surveillance est réalisée par cystoscopie et cytologie urinaire tous les trois mois pendant deux ans, puis biannuelle pendant trois ans, puis annuelle à vie. Une surveillance de l'appareil urinaire par TDM au temps tardif est préconisée tous les deux ans, ainsi qu'en cas de cytologie urinaire positive ou de symptômes évocateurs d'une atteinte du haut appareil [36].

- **TVNIM à très haut risque**

Les tumeurs à très haut risque ont un taux de progression particulièrement élevé et présentent un envahissement ganglionnaire dans 10 à 20 % des cas. Une cystectomie avec curage ganglionnaire est donc recommandée [36]

Tableau I : Prise en charge des tumeurs sans infiltration du muscle vésical (TVNIM)

Risque de progression	Critères clinicopathologiques	Traitement
Bas risque	Ta, G1 (bas grade), unique, primaire, < 3 cm, sans Cis	Instillation postopératoire précoce de mitomycine C
Risque intermédiaire	Tumeur urothéliale pTa de bas grade qui ne présente aucun des critères de haut ou de très haut risque.	Re-RTUV IPOP + instillations
Haut risque	T1 ou G3 (haut grade) ou Cis Ou Ta, multiple, > 3 cm, récidivante	rerésection transurétrale de la vessie. BCG-thérapie 3 ans
Très haut risque	T1, G3 avec Cis T1, G3, L+ T1, G3, multiple ou > 3 cm Formes de mauvais pronostic	Cystectomie BCG-thérapie

- **TVIM non métastatiques**

Principes généraux

Les TVIM non métastatiques sont définies sur la base de l'analyse de la résection de la tumeur qui montre un envahissement du détrusor, et sur l'absence de métastases ganglionnaires ou viscérales, sur la tomographie thoraco-abdomino-pelvienne ou sur l'IRM. Dans 20 à 30 % des cas, il existe des métastases ganglionnaires non visibles en imagerie. Les moyens thérapeutiques disponibles sont la chirurgie d'exérèse large, la chimiothérapie à base de cisplatine et la radiothérapie [8,9,36].

La chimiothérapie à base de cisplatine a un effet cytoréducteur, avec un taux de réponse de l'ordre de 65 %. L'efficacité de la chimiothérapie est inversement proportionnelle à la taille des lésions. Elle ne permet généralement pas de rémission prolongée utilisée seule, en particulier lorsque des métastases sont visibles. La radiothérapie permet une réduction du volume des tumeurs, mais elle est peu adaptée à la vessie du fait des difficultés de réalisation d'un ciblage précis et de la mauvaise tolérance vésicale sur le plan symptomatique.

Le traitement de référence repose ainsi sur la cystectomie totale avec curage ganglionnaire associé à la chimiothérapie néoadjuvante visant principalement à traiter les éventuelles lésions métastatiques non visibles en imagerie.

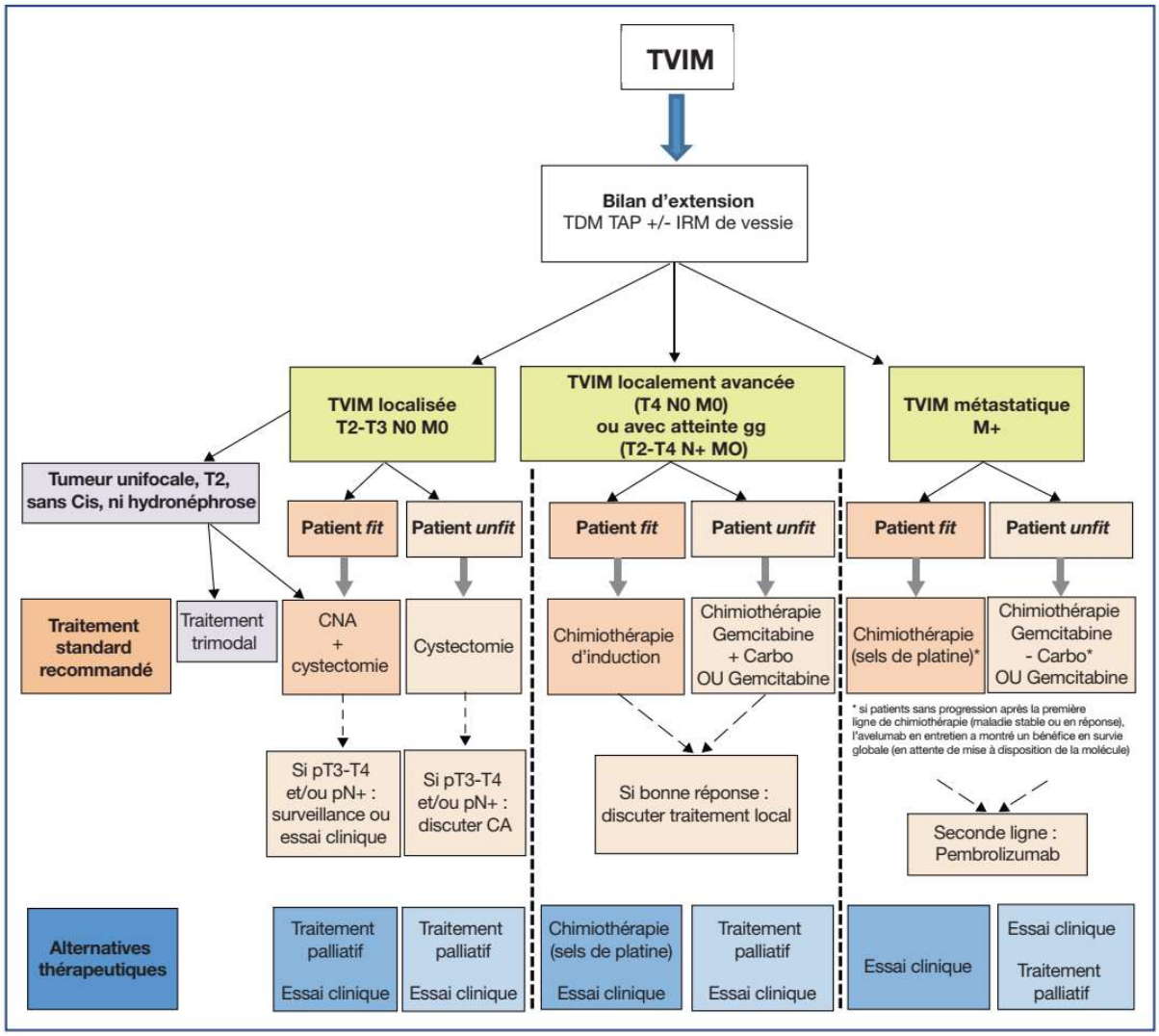


Figure 11: Arbre décisionnel. Prise en charge des TVIM [13]

1.7.2.4. Traitement palliatif

- **Radiothérapie seule**

Elle n'est discutée qu'en cas de contre-indication à la chirurgie radicale et de contre-indication à la chimiothérapie ou à visée hémostatique palliative (niveau de preuve 3). Les facteurs pronostiques sont l'âge, le stade, la taille de la tumeur, la dilatation du haut appareil, la qualité de la résection initiale et la présence de CIS [37].

La radiothérapie palliative à but hémostatique a une bonne efficacité initiale mais modeste dans le temps (médiane 3 à 6 mois). Elle n'est envisageable qu'en cas de

contre-indication à l'anesthésie ou d'échec de l'hémostase endoscopique et en cas d'espérance de vie limitée.

- **RTUV itératives**

La RTUV seule ne peut être considérée comme une option thérapeutique pour les TVIM que pour les patients non éligibles à la cystectomie ou à un TMM dont l'espérance de vie est courte pour une tumeur unique pT2 d'une taille inférieure à 3 cm sans CIS à distance (niveau de preuve 2) [1].

- **Chirurgie palliative**

La cystectomie palliative sans curage est une option en cas de cancer localement avancé (T4b) responsable de symptômes locaux invalidants : troubles mictionnels, douleur, hématurie non contrôlée. L'exérèse est associée soit à une dérivation transiléale des urines, soit à des urétérostomies cutanées.

L'obstruction du haut appareil par envahissement des uretères ou par compression ganglionnaire chez les patients non opérables peut nécessiter une dérivation urinaire palliative sans geste vésical (urétérostomie, néphrostomie).

1.8. Evolution et pronostic

L'évolution est extrêmement variable suivant le caractère infiltrant ou superficiel de la tumeur. S'agissant des tumeurs superficielles (Ta, Tis, T1 selon le stade évolutif), leur évolution est dominée par la tendance à la récidive. En récidivant elles peuvent progresser dans leur degré de malignité.

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

- La tumeur de stade T1 ou T1b ;
- Le grade III ;
- La multifocalité ;
- Le carcinome in situ associé ;
- Le délai court de récidive ;
- Taille de la tumeur > 3cm.

Non traitée, l'évolution de la tumeur de la vessie est dominée par :

- L'atteinte de l'état général : asthénie, anorexie, amaigrissement, voire cachexie ;
- Les hématuries répétitives accompagnées de cystite tenace et invalidante responsable d'anémie sévère ;
- Le retentissement sur le haut appareil qui entraîne des urétéro hydronéphroses, la destruction rénale voire l'insuffisance rénale ;
- L'envahissement lymphatique précoce pouvant se manifester cliniquement par des oedèmes des membres inférieurs par compression vasculaire et lymphatique.
- L'atteinte métastatique touche essentiellement les os du bassin, le foie, les poumons, après avoir envahi les organes de voisinage (prostate, sigmoïde, vésicule séminale, rectum, utérus, vagin, paroi abdominale).

Sous traitement

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

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

- Tumeur superficielle 80% ;
- Tumeurs infiltrantes :
  - Si atteinte du muscle vésical, 70% ;
  - Si atteinte de la graisse péri vésicale, 30% ;
  - Si atteinte ganglionnaire, 15%

1.9. Surveillance

- Clinique : hématurie, masse
- Cystoscopie +++
- Cytologie urinaire (Dc précoce, espacement éventuel des cystoscopies)
- biologie
- UIV, scanner
- Rythme : tous les 3 mois si précoce et à risque, sinon tous les 6 voire 12 ou 24 mois

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE

2.1. Cadre d'étude

Notre étude a été menée à la Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie (CUUA) du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou au Bénin.

2.1.1. Centre National Hospitalier et Universitaire – Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM)

Créé le 30 Octobre 1962 sous la dénomination « hôpital 350 lits » ou « hôpital MAGA », il a été appelé CNHU en 1973 puis CNHU Hubert Koutoukou MAGA le 03 Décembre 2001 dans le souci d'immortaliser la mémoire du feu Président MAGA son initiateur. Il est à la fois un centre de soins, de recherches et de stage pour les étudiants à la Faculté des Sciences de la Santé (FSS), les médecins en spécialisation, les infirmiers et les sage-femmes en formation à l'Institut National Médico-Sanitaire (INMeS). L'hôpital est dirigé depuis le 13 Janvier 2021 par le Professeur GNONLONFOUN Dieudonné.

Il comprend un pôle technique constituant la pharmacie, le laboratoire, l'imagerie, la maintenance et les diverses infrastructures techniques d'explorations et de fonctionnement.

Le pôle clinique comporte plusieurs services de spécialités médicales et chirurgicales.

2.1.2. La Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie (CUUA)

Située entre les services de Cardiologie et de la chirurgie pédiatrique, puis faisant une vue de profil au bloc central et une vue de face au service de la médecine, elle partage un bâtiment commun avec le service de chirurgie digestive A et B. La CUUA a été ouverte en 1989 à partir de la sectorisation du service de Chirurgie B ; son premier Chef du service fut le feu Professeur César E. AKPO. Le service a une capacité d'accueil de 26 lits, répartis dans 7 salles.

Le personnel du service est constitué à ce jour de :

- huit (08) urologues dont le Chef de Service est le Professeur Josué AVAKOUDJO, Professeur Titulaire en Urologie-Andrologie ; deux Professeurs agrégés
- huit (08) infirmiers dont un surveillant de service et son adjoint ;
- sept (07) aides-soignants ;
- un (01) secrétaire administratif ;
- Quarante-deux (42) médecins en études de spécialisation (DES en formation d'urologie.

On y trouve également les DES d'autres spécialités en stage

Enfin il y a aussi les étudiants en médecine de base de la quatrième (4ème) année et ceux de la deuxième (2ème) année, sans oublier les stagiaires de l'INMES (Institut National Médico-Sanitaire) et d'autres écoles du Bénin.

Les activités du service se résument dans 3 secteurs principaux qui sont ; le bloc opératoire, la consultation et l'hospitalisation.

Les patients sont des sujets des deux sexes, provenant des diverses portes d'entrée à savoir la Consultation externe, des urgences ou des autres services. Ou même d'autres hôpitaux du pays.

2.2. Méthode d'étude

2.2.1. Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique des tumeurs de vessie s'étendant sur une période de 10 années soit du 1er Janvier 2013 au 31 Décembre 2022.

2.2.2. Population d'étude

Elle concernait tous les patients ayant été hospitalisés à la CUUA pour tumeur de vessie.

2.2.3. Critères d'éligibilité

2.2.3.1. Inclusion

Ont été inclus dans l'étude tous cas de tumeur de la vessie opéré ou hospitalisé à la CUUA et ayant été confirmé, disposant d'un dossier médical complet.

2.2.3.2. Non inclusion

N'ont pas été inclus dans l'étude tous cas de tumeurs de vessie n'ayant pas été hospitalisés.

2.2.3.3. Exclusion

Ont été exclus :

- Tout cas d'envahissement secondaire de la vessie par un cancer de voisinage (Rectum, prostate, col utérin, etc.)
- Dossiers non retrouvés ou incomplets

2.2.4. Echantillonnage

Il s'est agi d'une sélection non probabiliste exhaustive de tous les dossiers de tumeurs de vessie confirmée dans notre période d'étude.

2.2.5. Technique de collecte

Nous avons identifié dans les registres d'hospitalisation les cas portant mention tumeurs de vessie afin de retrouver les dossiers dans les archives. Nous avons ensuite vérifié la disponibilité d'un bilan diagnostic de confirmation c'est alors seulement que nous avons rempli nos fiches d'enquête à partir des données disponibles.

2.2.6. Outils de collecte

Nous avons utilisé un formulaire standardisé pré-testé et validé par notre directeur de thèse.

2.2.7. Variables

2.2.7.1. Variables dépendantes

La variable dépendante de notre étude est le diagnostic histologique de tumeur de vessie.

2.2.7.2. Variables indépendantes

- Aspects sociodémographiques : âge, profession, niveau socioéconomique.
- Aspects cliniques
  - Comorbidités :
    - Médicaux : HTA, diabète, asthme chronique, Bilharziose (notion de vécu en zone d'endémie bilharzienne)
    - Chirurgicaux : chirurgie urogénitales, digestive, gynécologique
    - Mode de vie : tabagisme, alcoolisme.
  - Motif de consultation : Hématurie, douleur pelvienne, SBAU, Signes d'appels d'autres organes

- Examen physique : Etat général, Masse hypogastrique, Blindage pelvien, Etat pulmonaire,

- Profil paraclinique des patients
  - Imagerie : Cystoscopie, Echographie vésicale, UIV
  - Biologie : Cytologie urinaire, bilan pré opératoire

- Diagnostic et stade tumoral
  - Niveau d'infiltration : Muqueuse, musculeuse, organes de voisinage
  - Métastases : ganglionnaire, hépatique, pulmonaire, osseuse
  - Stade TNM

- Modalités thérapeutiques
  - Techniques chirurgicales : RTUV, Cystectomies, Dérivation urinaires
  - Alternatives : Instillations endovésicales, Chimiothérapie, Radiothérapie, RTUV itératives
  - Adjuvants : Antibiotiques, Antalgiques, Corticothérapie.

- Aspects évolutifs
  - Suites opératoires immédiates : Simples / compliquées (Infection, Hémorragies, Fistules, Décès
  - Durée d'hospitalisation
  - Evolution à long terme : Suivi régulier, Repousse tumorale, Décès, Perdu de vue

- - Examen anatomopathologique
  - Type de prélèvement : biopsie, Pièce opératoire
  - Type histologique : carcinomes à cellules transitionnelles, carcinomes à cellules squameuses, carcinomes indifférenciés, adénocarcinomes
  - Grade histologique : Bas grade, Haut grade

2.2.8. Traitement et analyse des données

Après vérification du remplissage des fiches d'enquête, les données ont été saisies dans « Epi info7 », et vérifiées pour corriger les erreurs de saisie.

L'apurement et l'analyse des données ont été faits à l'aide du logiciel statistique « Epi info7 ». Les tableaux et les graphiques ont été réalisés dans les logiciels Microsoft « Excel 2021 » et « Word 2021 ».

Une analyse descriptive des variables est effectuée. Ainsi, pour les variables qualitatives, les fréquences et les proportions ont été déterminées.

Les comparaisons ont été faites à l'aide du test chi carré ou le test exact de Fisher. Pour celles quantitatives, les moyennes avec leur écart type, les médianes, les minima et les maximas ont été décrites. La comparaison des moyennes a été faite par le test de Student.

L'étude des facteurs associés a été faite par le modèle de régression logistique en analyse multivariée. Le seuil de significativité était de 5% et les intervalles de confiance calculés à 95%.

2.2.9. Aspects éthiques et réglementaires

L'autorisation du chef de service et du directeur de l'hôpital a été obtenue au préalable. Nous avons effectué la collecte des données dans l'anonymat à l'aide de numéros d'identifications.

3. RESULTATS

3.1. Prévalence et Incidence des cas de tumeurs de vessie

Au terme de l'étude le diagramme de flux des patients se présente comme suit :

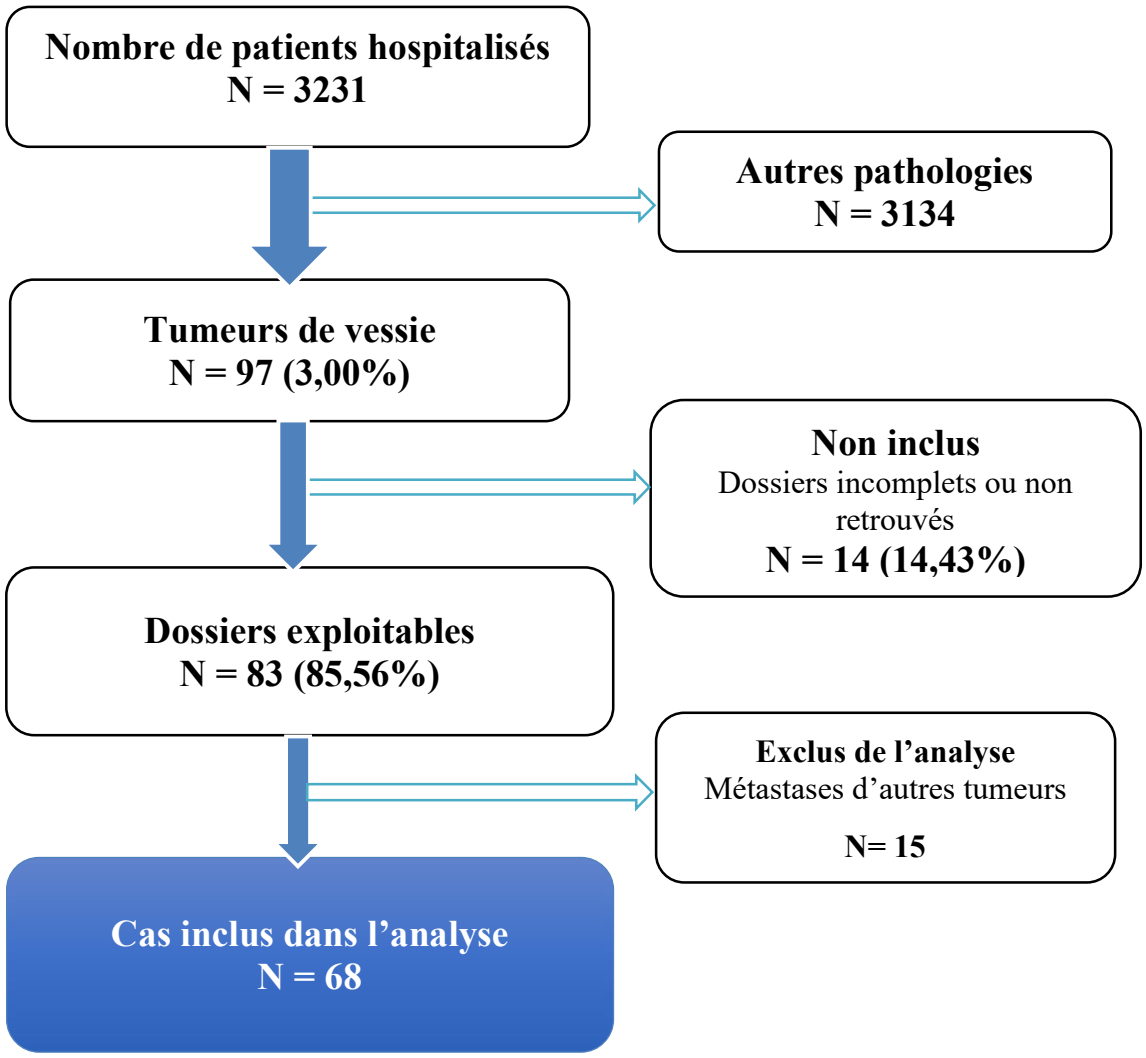


Figure 12 : Diagramme de flux des cas de tumeurs de la vessie au CNHU-HKM de janvier 2013 à Décembre 2022

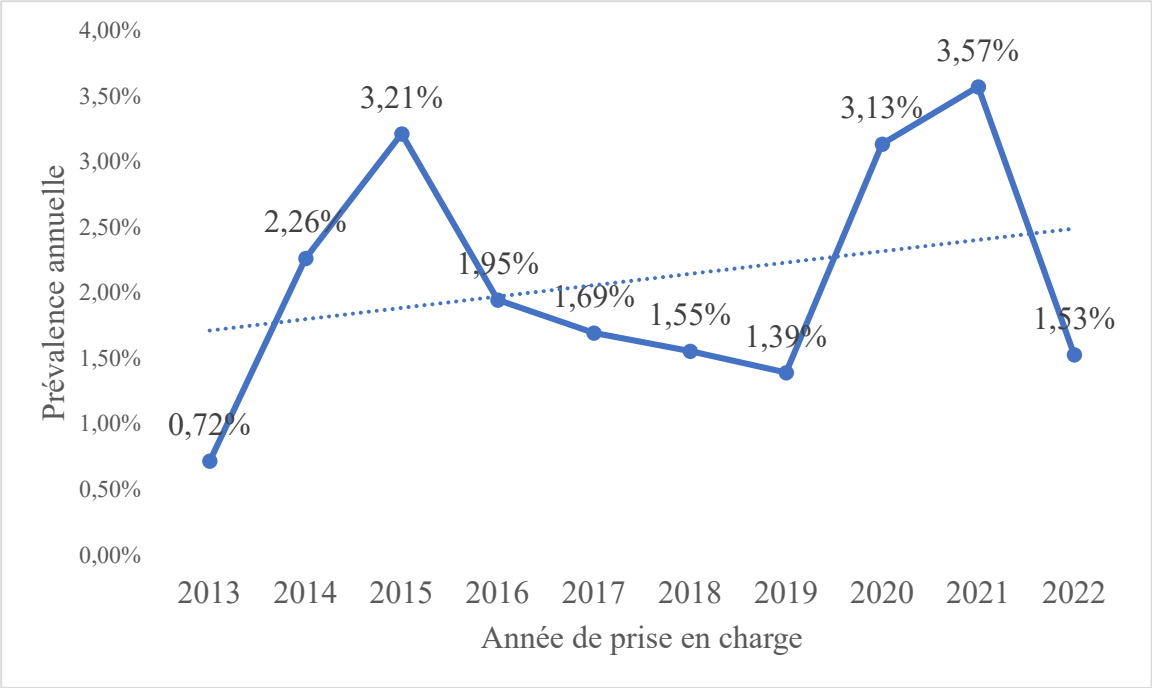


Figure 13 : Incidence annuelle des tumeurs vésicales au CNHU-HKM

L'incidence annuelle des tumeurs de vessie est très variable mais de tendance croissante.

3.2. Aspects socio-démographiques

3.2.1. Sexe et Age des patients

Dans notre échantillon, le sexe masculin prédominait (67,65%) avec un sex-ratio de 2,09 soit 2 hommes pour une femme et l'âge moyen de nos patients était de 57,22 ans ± 13,79 avec des extrêmes de 16 ans et 89 ans. Il n'y avait pas de différence significative entre l'âge moyen des hommes et celui des femmes soit respectivement 56,56 ans ± 15,29 et 58,59 ± 10,15 (p=0,71).

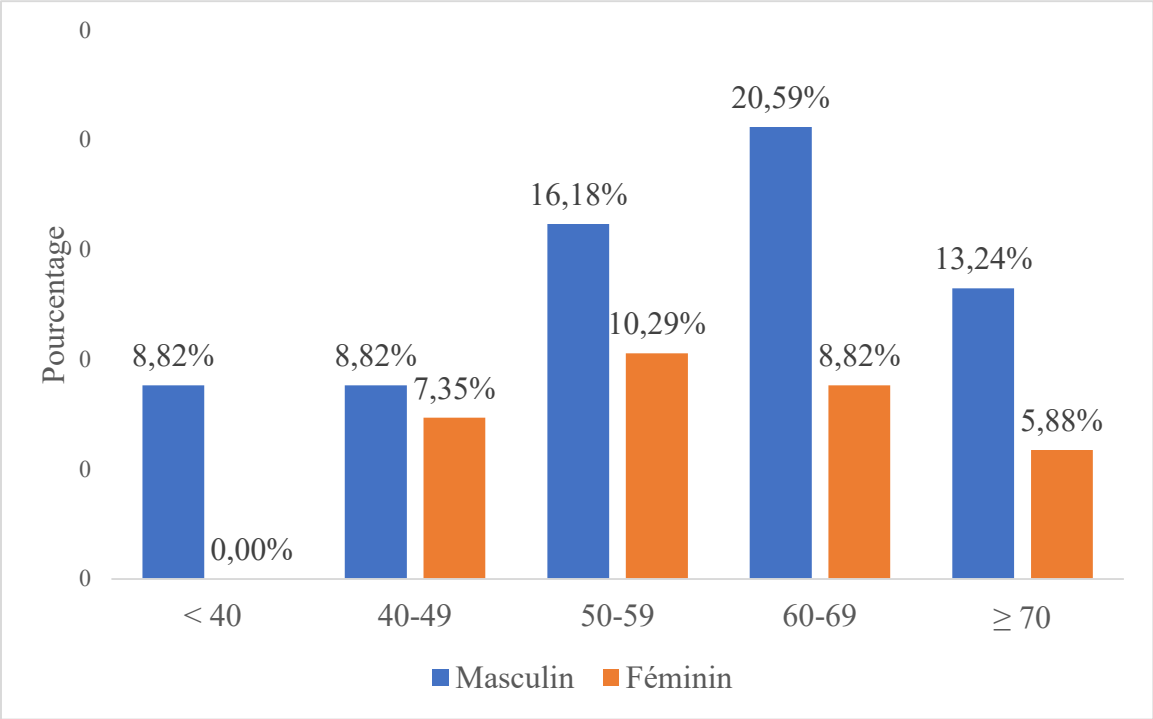


Figure 14 : Répartition des patients selon le sexe et la tranche d'âge

La tranche d'âge de 60 à 69 ans était la plus représentée et faisait 29,41% des patients.

3.2.2. Profession des patients

Les travailleurs libéraux et les commerçants étaient les plus représentés avec respectivement 45,59% et 19,12% des patients.

Tableau II : Répartition des patients selon la profession

	Effectif (n)	**Pourcentage (%)**
Libérale	31	45,59
Fonctionnaire	9	13,24
Commerçant (e)	13	19,12
Agent d'entreprise privé	4	05,88
Élève/Étudiant	1	01,47
Retraité	10	14,71
Total	**68**	**100**

3.2.3. Croyances religieuses des patients

Le christianisme était la religion la plus représentée et faisait 63,24% des patients.

Tableau III : Répartition des patients selon la religion

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Christianisme	43	**63,24**
Islam	18	**26,47**
Athéisme	4	**05,88**
Animisme	3	**04,41**
Total	**68**	**100**

3.2.4. Situation matrimoniale des patients

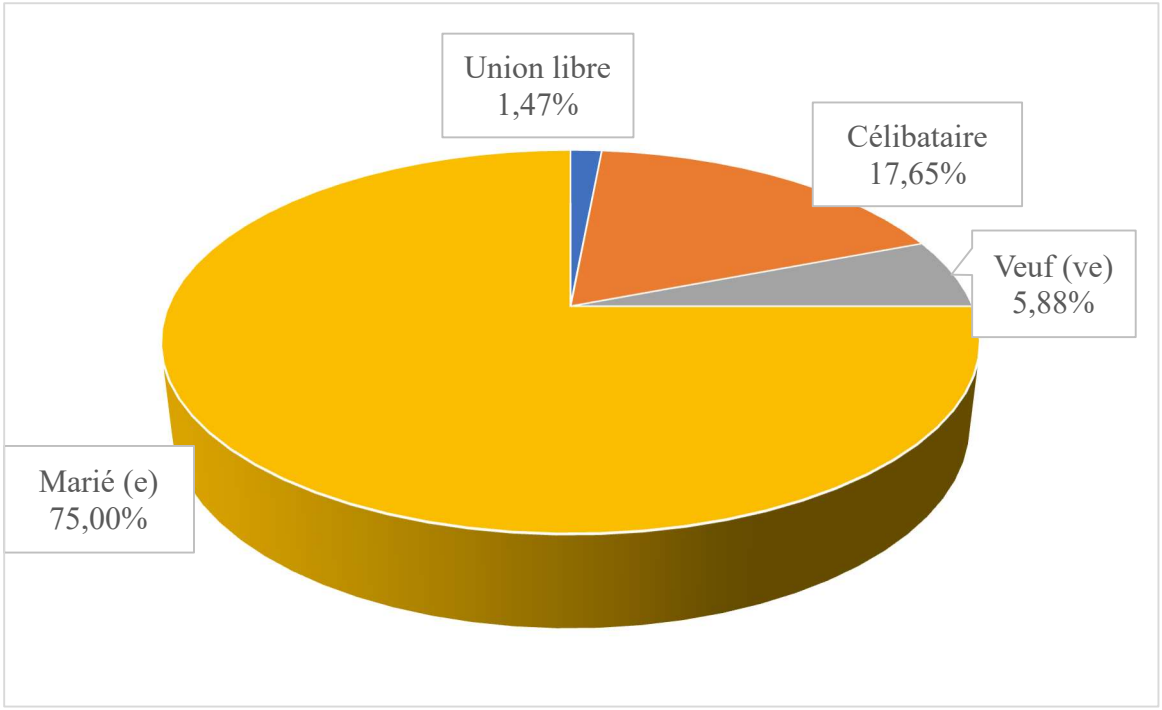


Figure 15 : Répartition des patients selon la situation matrimoniale

Dans notre échantillon, 51 (75,00%) patients étaient mariés.

3.2.5. Niveau d'instruction des patients

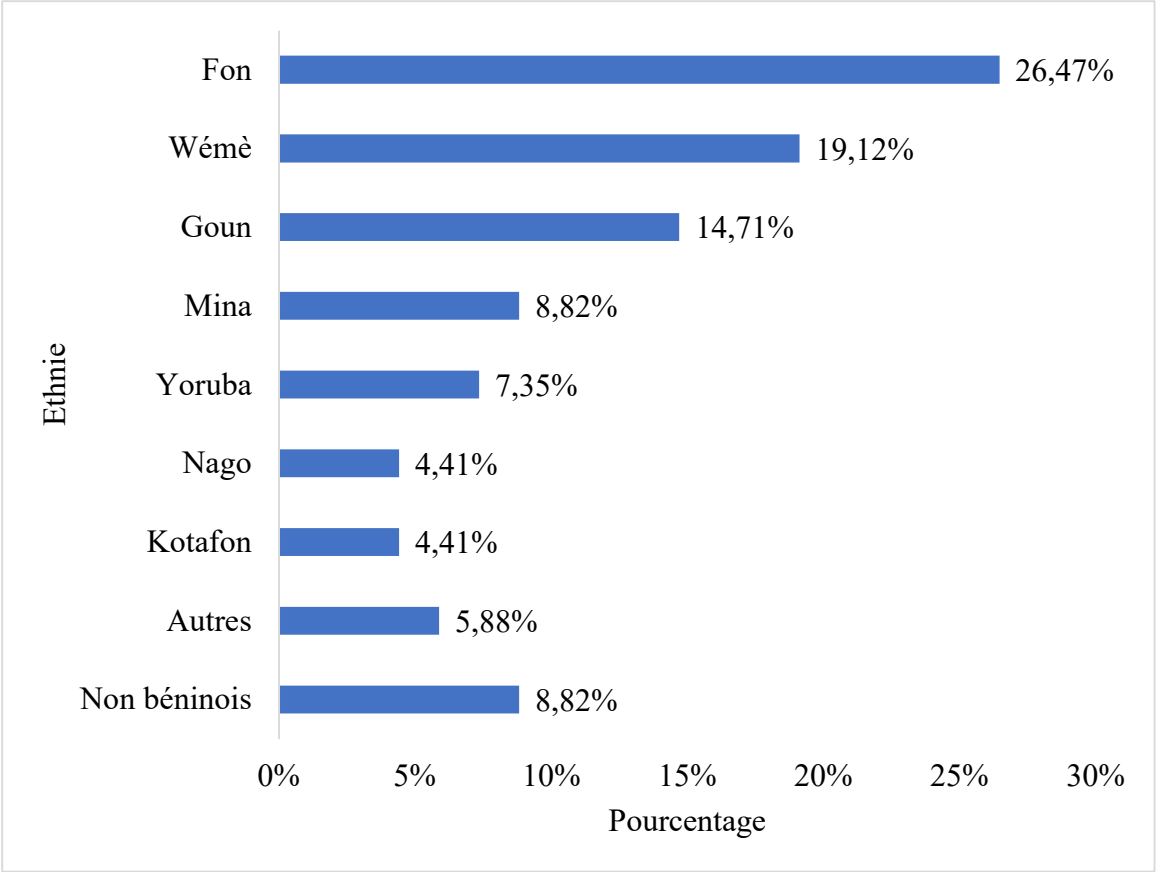
La majorité de nos patients (63,23%) avait atteint au minimum le niveau secondaire.

Tableau IV : Répartition des patients selon le niveau d'instruction

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Non instruit	10	14,71
Primaire	15	22,06
Secondaire	27	39,71
Universitaire	16	23,53
Total	**68**	**100**

3.2.6. Nationalité et ethnie

La majorité de nos patients était de nationalité béninoise soit 91,18% (n=62). Les ethnies Fon et Goun étaient les plus représentées avec respectivement 28 (41,17%) et 10 (14,70%).



Autres : Tori, Aïzo, Bariba

Figure 16 : Répartition des patients suivant l'ethnie

3.3. Aspects cliniques des tumeurs de vessie

3.3.1. Mode d'entrée des patients

On note une prédominance des patients admis sur référence d'un autre centre représentant 51,47% des cas

Tableau V : Répartition des patients selon le mode d'entrée

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Référence	35	51,47
Venue de lui-même	19	27,94
Urgence	14	20,59
Total	**68**	**100**

3.3.2. Motif de consultation

Le motif de consultation le plus fréquent (86,76%) est l'hématurie qui était d'emblée totale dans 45,59 % des cas.

Tableau VI : Répartition des patients selon le motif de consultation

	Effectif (n=68)	Pourcentage (%)
Hématurie	59	86,76
Totale	*31*	*45,59*
Terminale	*26*	*38,24*
Initiale	*2*	*2,94*
Dysurie	28	41,18
Pollakiurie	21	30,88
Brûlure mictionnelle	17	25,00
Urgenturie	9	19,15
Rétention aiguë d'urine	7	10,29
Douleur / Pesanteur hypogastrique	6	08,82

3.3.3. Antécédents à risque de cancer

La figure 7 présente la répartition des patients selon les antécédents à risque de cancer

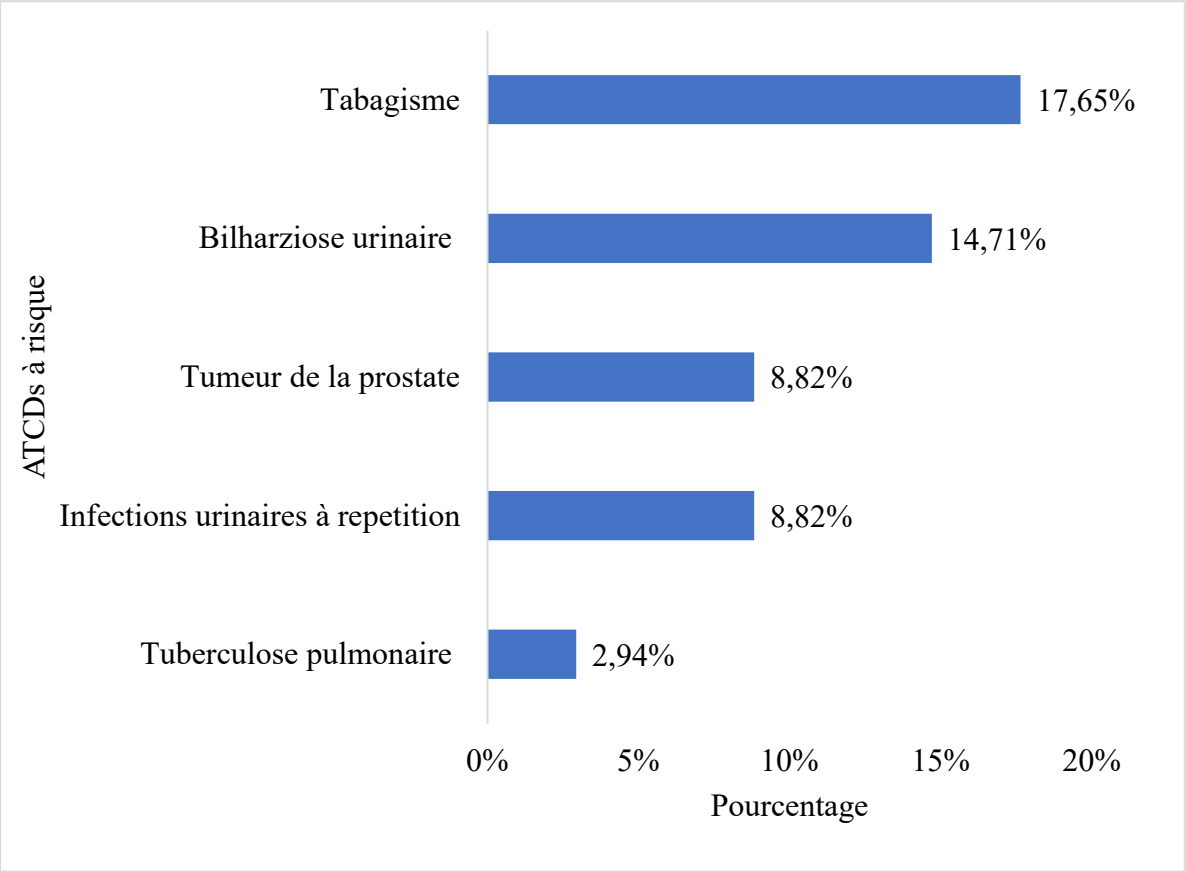


Figure 17 : Répartition des patients suivant les antécédents à risque de cancer

Dans l'échantillon étudié, 10 patients avaient un antécédent de bilharziose urinaire diagnostiquée et parmi eux, seuls 4 avaient reçu un traitement adéquat. Toutefois un séjour en zone d'endémie bilharzienne a été signalé chez 4 autres patients (5,88%) et une notion de baignade en eaux douces dans l'enfance a été révélé chez 11 autres patients (16,18%).

Dans l'échantillon étudié, 12 (17,65%) patients signalent une consommation régulière de tabac ou d'alcool et parmi eux, 4 (5,88%) patients étaient à la fois tabagique et éthylique.

Seul un patient a été reconnu comme exposé aux carcinogènes professionnels notamment des hydrocarbures. Pour les autres, une éventuelle exposition n'a pas été documentée.

On note la présence de l'HTA et du diabète dans les antécédents médicaux des patients avec respectivement 36,76% et 16,18% des cas.

3.3.4. Signes physiques

La figure 8 présente la répartition des patients selon les signes physiques.

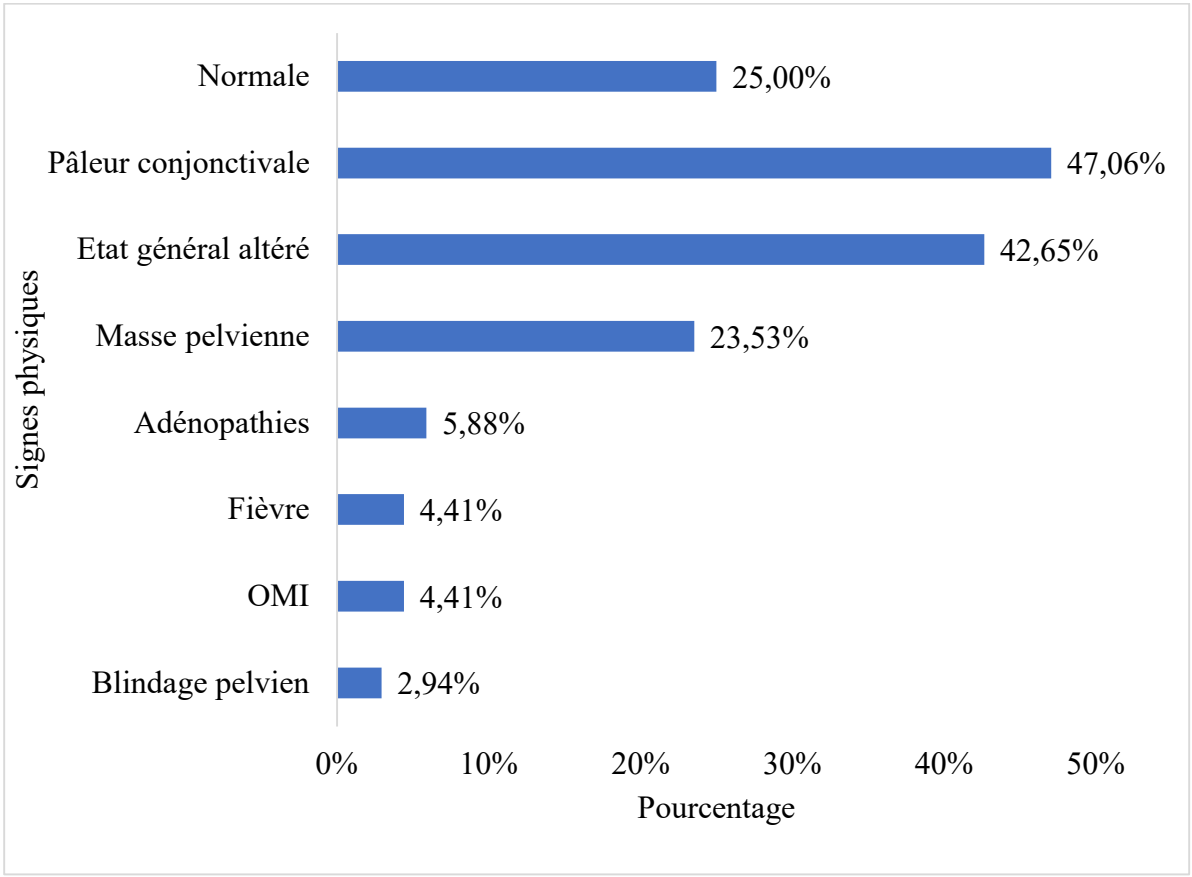
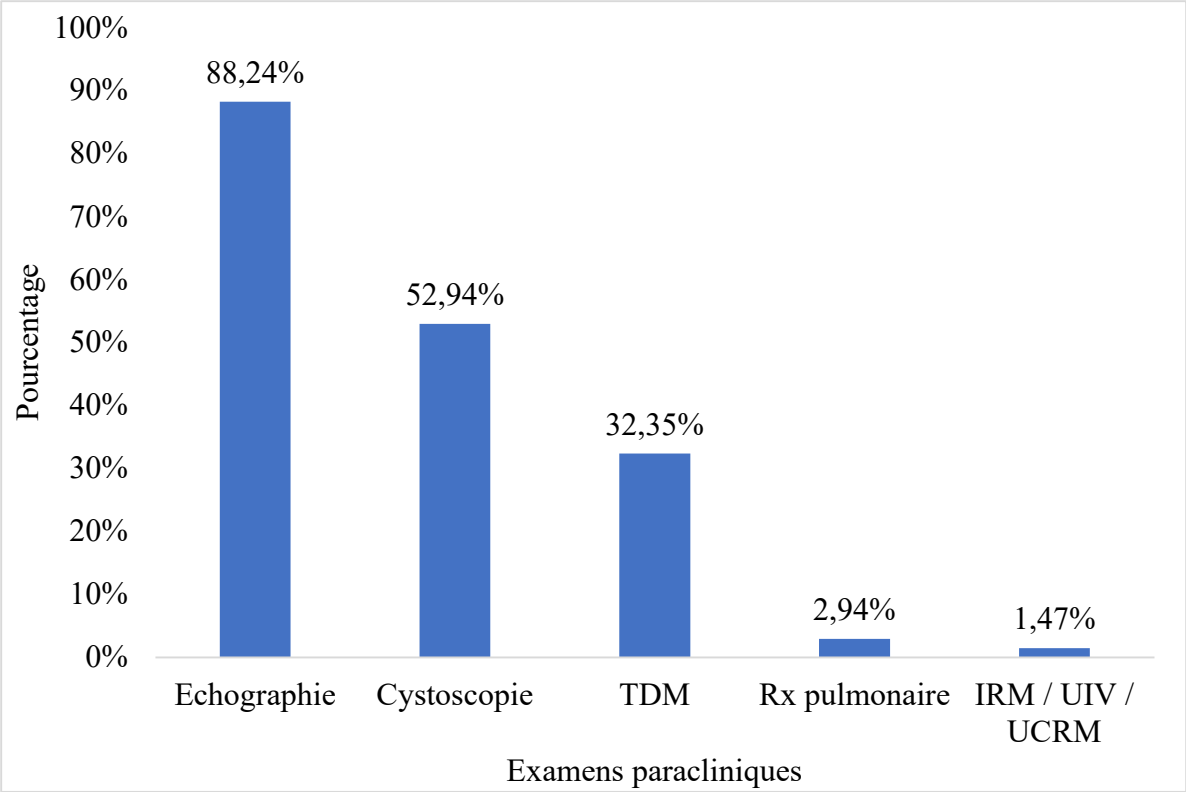


Figure 18 : Répartition des patients selon les signes physiques

On note une prédominance de la pâleur conjonctivale et de l'altération de l'état général avec respectivement 32 cas et 29 cas concernés.

3.4. Aspects paracliniques

La figure 7 présente le taux de réalisation des examens d'imagerie diagnostique de la tumeur de vessie



Autres : IRM, UIV, UCR

Figure 19 : Répartition des patients selon les bilans d'imagerie réalisés

3.4.1. Echographie

Dans notre échantillon, 60 (88,24%) patients avaient réalisé l'échographie pelvienne et les résultats confirmaient l'existence d'une tumeur chez 53 patients soit une valeur positive de 88,33%. Les lésions objectivées étaient essentiellement un épaississement pariétal (77,36%) et l'urétéro-hydronéphrose (45,28%).

Tableau VII : Répartition des patients selon les lésions échographiques objectivées

	Effectif (n=53)	Pourcentage (%)
Epaississement pariétale	41	77,36
Envahissement locorégional	5	09,43
Métastases ganglionnaire	2	03,77
Urétéro-hydronéphrose	24	45,28

A l'échographie, les tumeurs objectivées étaient essentiellement diffuses (39,62%) ou localisées sur la paroi postérieure de la vessie (37,74%) tel que le présente la figure suivante :

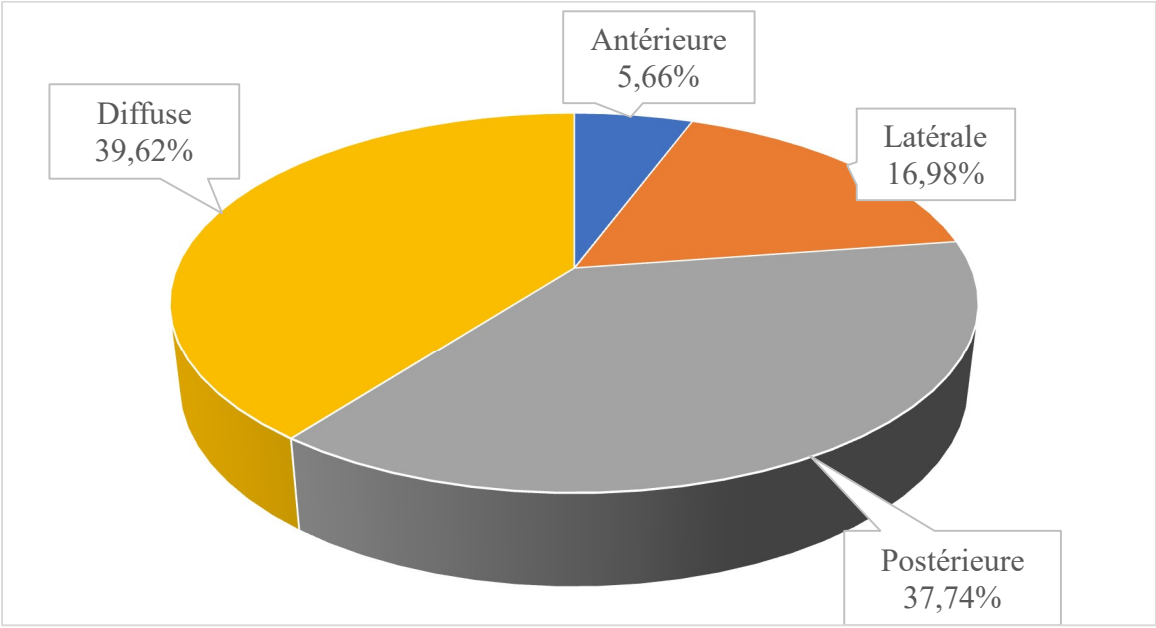


Figure 20 : Répartition des patients suivant la localisation de la tumeur à l'échographie

Une tumeur prostatique a été retrouvée à l'échographie de 7 patients (13,20%) et une lithiase vésicale chez un (3,77%).

3.4.2. Cystoscopie

Dans l'échantillon, 36 (52,94%) patients avaient réalisé une cystoscopie et la tumeur avaient été confirmée dans 35 cas (97,22%).

Les lésions tumorales visualisées siégeaient principalement sur les faces latérales gauche (51,42%) et postérieures (37,14%).

Les tumeurs étaient essentiellement bourgeonnantes (88,57%) et la base d'implantation de la majorité (97,14%) était sessile.

Par ailleurs, la capacité vésicale était diminuée chez 6 patients (17,14%).

Les autres lésions visualisées à la cystoscopie étaient la lithiase vésicale (1/35), le rétrécissement urétral et les lésions en grains de sable suspectes de bilharziose (1/35)

Tableau VIII : Répartition des patients selon les caractéristiques de la tumeur visualisée à la cystoscopie

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Localisation de la tumeur		
Latérale gauche	18	51,42
Postérieure	13	37,14
Latérale droite	10	28,57
Diffuse	7	20,00
Antérieure	4	11,43
Méats urétéraux	2	05,71
Non précisé	5	14,29
Caractère de la tumeur		
Bourgeonnante	31	88,57
Papillomateuse	4	11,43
Base d'implantation		
Sessile	34	97,14
Etroite	1	2,86
Capacité vésicale		
Normale	29	86,67
Diminuées	6	13,33
Lésions associées		
Lithiase urétral	1	2,86
Suspect de bilharziose	1	2,86

3.4.3. Examen tomodensitométrique (TDM) : Uro-TDM

Exactement 22 (32,35%) patients avaient réalisé l'Uro-TDM et la tumeur a été visualisé sur 19 cas. La localisation sur les faces postérieures de la vessie était la plus fréquemment (36,84%) retrouvée suivie des faces latérales gauches (31,58%).

Tableau IX : Répartition des patients selon la localisation de la tumeur à l'uroscanner

	Effectif (n=19)	**Pourcentage (%)**
Postérieure	7	36,84
Latérale gauche	6	31,58
Antérieure	5	26,32
Dôme vésicale	4	21,05
Latérale droite	2	10,53
Toute la vessie	4	21,05
Col vésical	1	05,26
Dôme vésical	1	05,26
Méats urétéraux	1	05,26

La figure suivante présente le caractère de la tumeur à l'uroscanner.

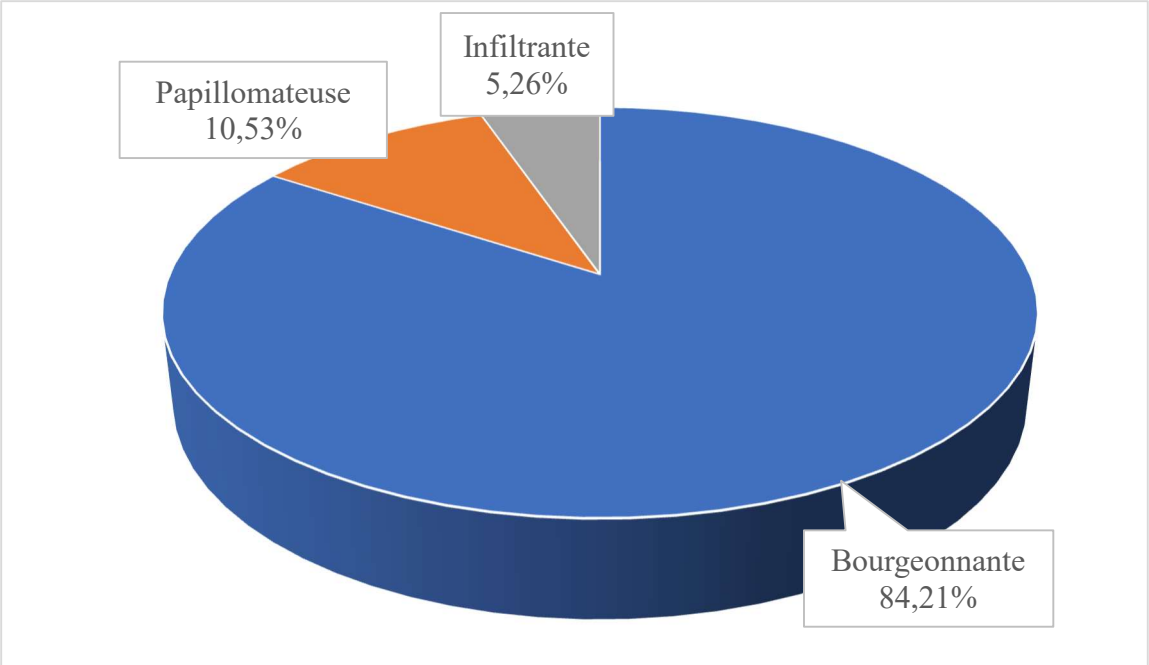


Figure 21 : Répartition des patients selon le caractère de la tumeur à l'uroscanner

Les tumeurs bourgeonnantes sont les plus retrouvées à l'uroscanner avec 84,21%.

Outre l'épaississement pariétal (52,63%), les lésions objectivées étaient principalement le retentissement sur le haut appareil (47,37%) et l'extension loco-régionale (15,79%).

Tableau X : Répartition des patients selon les lésions scanographiques objectivées

	Effectif (n=19)	**Pourcentage (%)**
Epaississement pariétal	10	52,63
Irrégularité des contours de la vessie	1	05,26
Infiltration de la graisse péri- vésicale	1	05,26
Extension loco-régionale	3	15,79
Extension lymphatique	1	05,26
Extension générale	2	10,53
Retentissement sur le haut appareil	9	47,37

3.4.4. Bilans biologiques à l'admission

3.4.4.1. Numération Formule Sanguine

Le taux moyen d'hémoglobine des patients était de 8,99 g/dl avec les extrêmes de 3,6 g/dl et 16,7 g/dl et le 3ème quartile était à 10,4 g/dl.

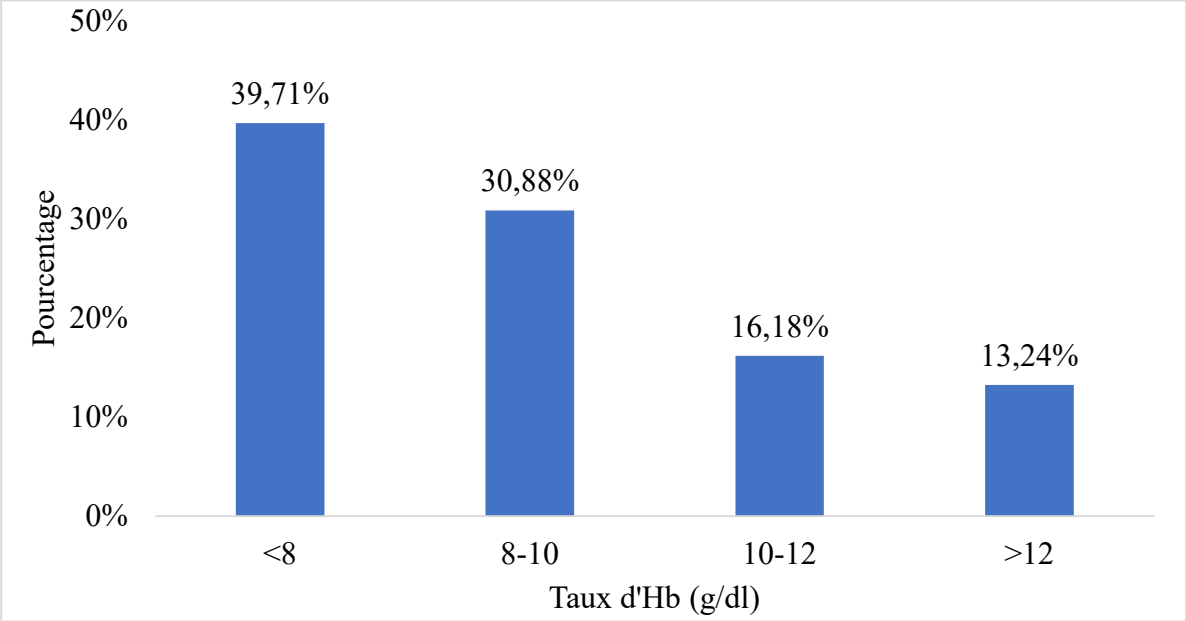


Figure 22 : Répartition des patients selon le taux d'hémoglobine à l'admission

3.4.4.2. Bilan rénal

Le bilan rénal (Créatininémie + Urémie) de 33 (48,53%) patients était perturbé et 7 patients (10,29%) n'avaient pas réalisé ce bilan.

Tableau XI : Répartition des patients selon le résultat du bilan rénal

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Perturbé	33	48,53
Normal	28	41,18
Non réalisé	7	10,29
Total	**68**	**100**

3.4.4.3. Examen cytobactériologique des urines

La figure suivante présente le résultat de l'ECBU des patients à l'admission

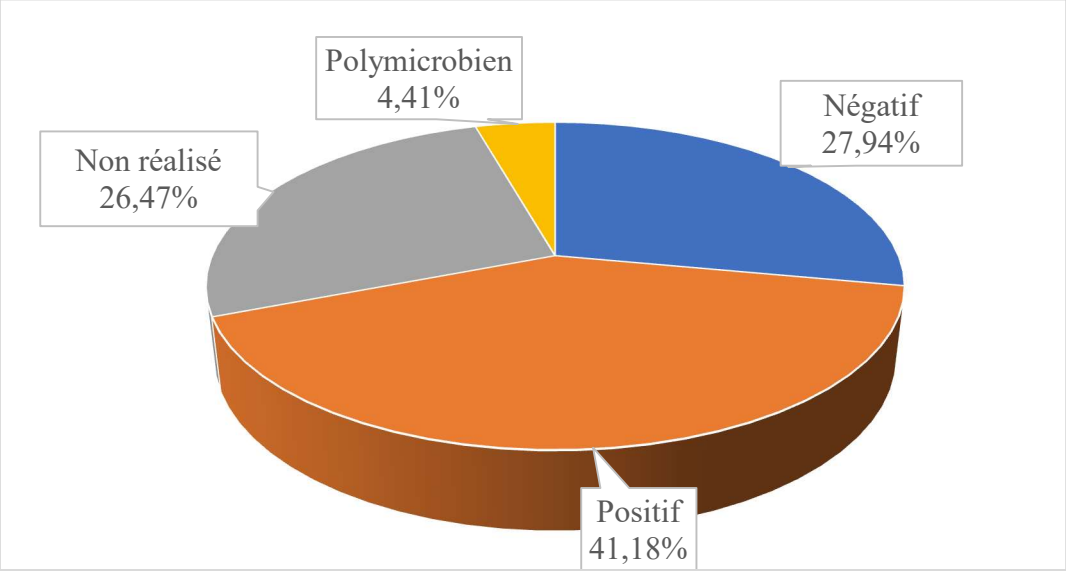


Figure 23 : Répartition des patients selon le résultat de l'ECBU

L'ECBU était positif dans 28 cas (41,18%) et les colonies bactériennes les plus retrouvées étaient successivement l'E.Coli (7/28) le Klebsiella pneumoniae (7/28) et le Pseudomonas aeruginosa (5/28).

3.5. Stade tumoral

Les lésions tumorales étaient limitées à la muqueuse vésicale (T1) dans 51,47% des cas et une métastase à distance a été retrouvée chez 7 patients (10,29%).

Tableau XII : Répartition des patients selon le stade clinique des tumeurs

	Effectif (n)	**Pourcentage (%)**
TVNIM	35	51,47
TVIM	33	48,53
localisée	*21*	*30,88*
Localement avancées	*5*	*07,35*
Métastatique	*7*	*10,29*
Total	**68**	**100**

Par ailleurs, les sites de métastases à distance les plus représentées étaient les poumons et le foie.

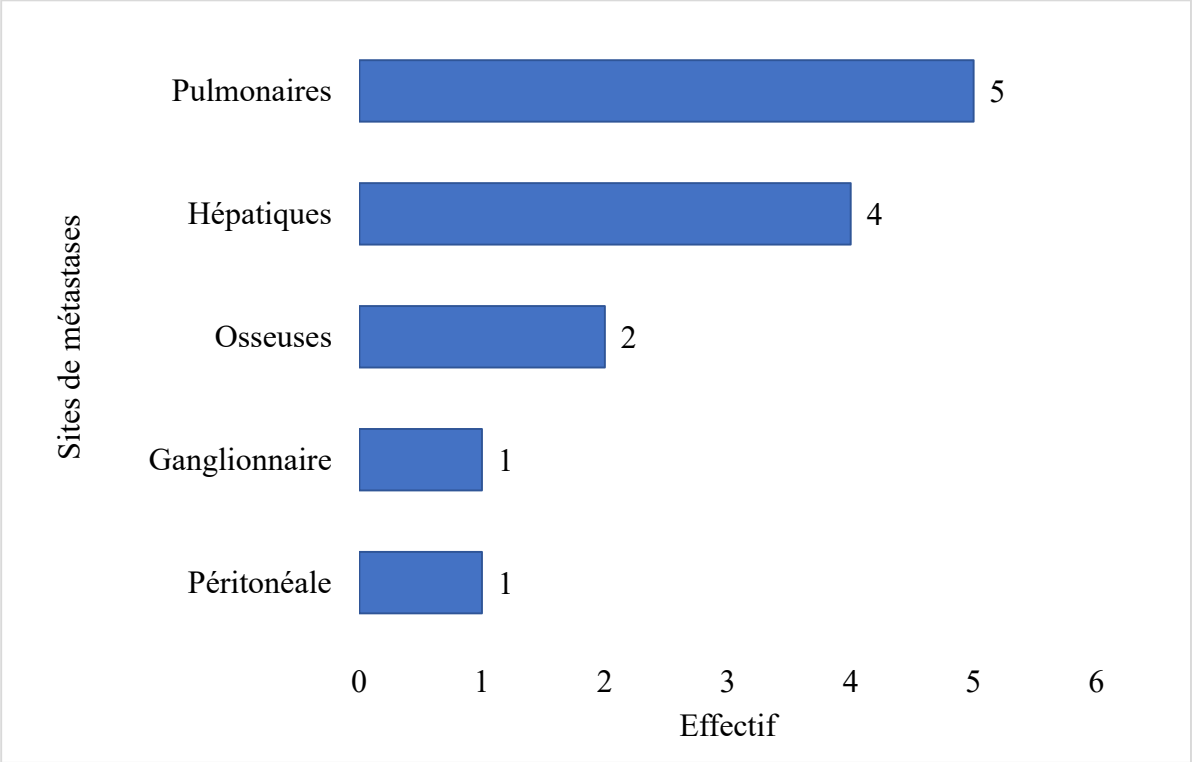


Figure 24 : Répartition des patients suivant la localisation des métastases

3.6. Aspects thérapeutiques

Dans notre échantillon, 40 patients (58,82%) avaient reçu un traitement.

Tableau XIII : Répartition des patients selon la précocité de la prise en charge

	Effectif (n)	**Pourcentage (%)**
Traitement étiologique	40	58,82
Décès avant initiation du traitement	13	19,12
Perdus de vue avant traitement	15	22,06
Total	**68**	**100**

3.6.1. Délai d'initiation du traitement

Le délai d'initiation du traitement étiologique était en moyenne de 44 jours ± 54,18 jours avec les extrêmes de 1 jour et de 215 jours ; la médiane étant à 28 jours.

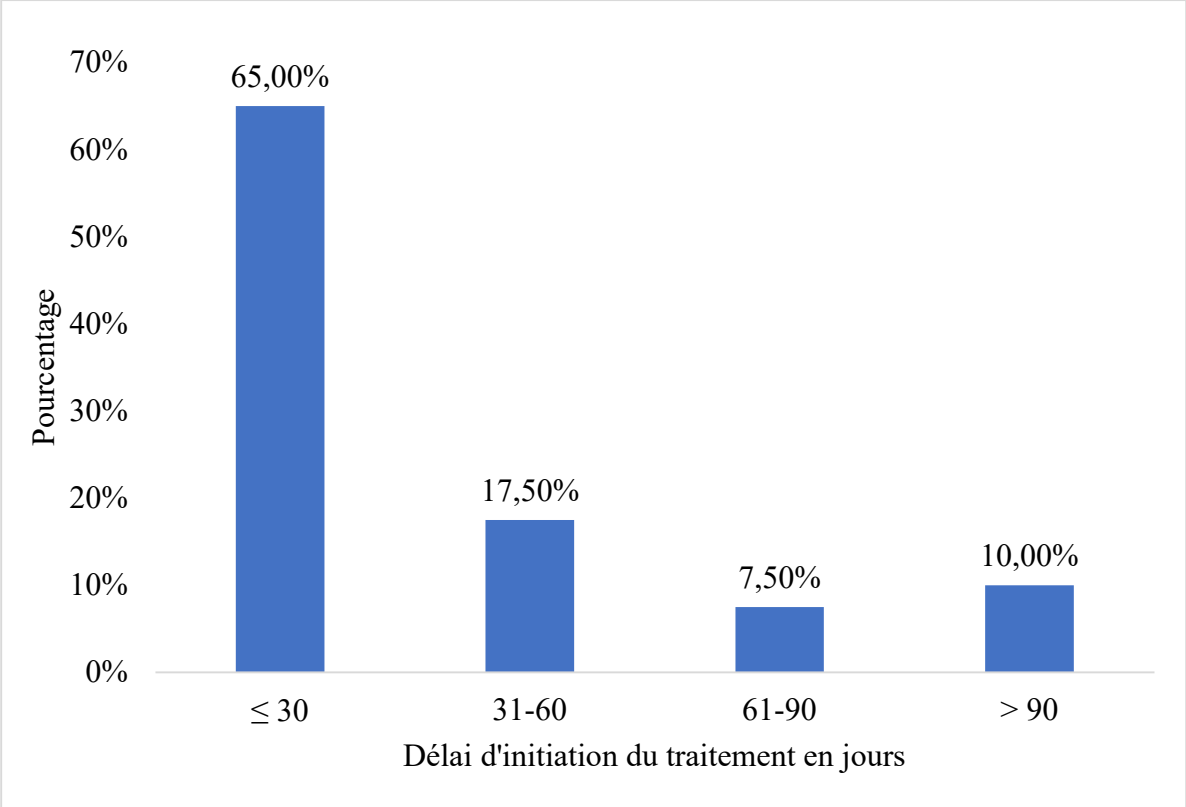


Figure 25 : Répartition des patients suivant le délai d'initiation du traitement

3.6.2. Modalités thérapeutiques

Parmi les 40 patients, 38 avaient bénéficié d'une chirurgie (endoscopique + conventionnelle) et 2 avaient reçu les instillations endovésicales avec la Gemcitabine et Docétaxel. Tandis que la chimiothérapie et radiothérapie n'avait été administrée à aucun patient.

Tableau XIV : Répartition des patients selon les modalités thérapeutiques

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Résection endoscopique	30	78,95
Instillations endovésicales	2	5,26
Cystectomie totale	3	7,89
Cystectomie partielle	3	7,89
Laparotomie avec abstention	2	5,26
Total	**38**	**100**

Seul un (1) patient avait bénéficié du curage ganglionnaire et deux (2) avaient eu une dérivation urinaire notamment la dérivation type COFFEY et l'urétérostomie bilatérale.

3.6.3. Traitements adjuvants

La figure suivante montre le traitement d'accompagnement reçu par ses patients en hospitalisation.

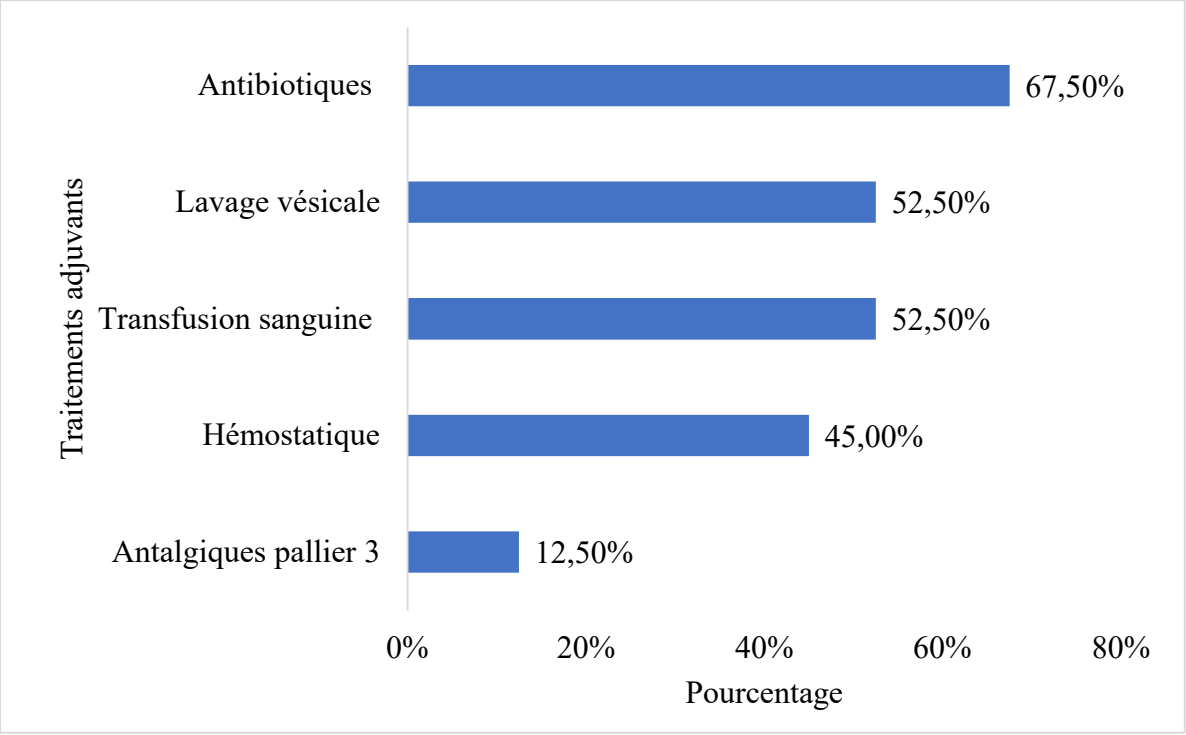


Figure 26 : Répartition des patients suivant le traitement adjuvant

Il en ressort qu'une antibiothérapie concernait 67,50% des patients traités et un système d'irrigation vésicale et une transfusion sanguine a été instaurée chez 52,50% des patients.

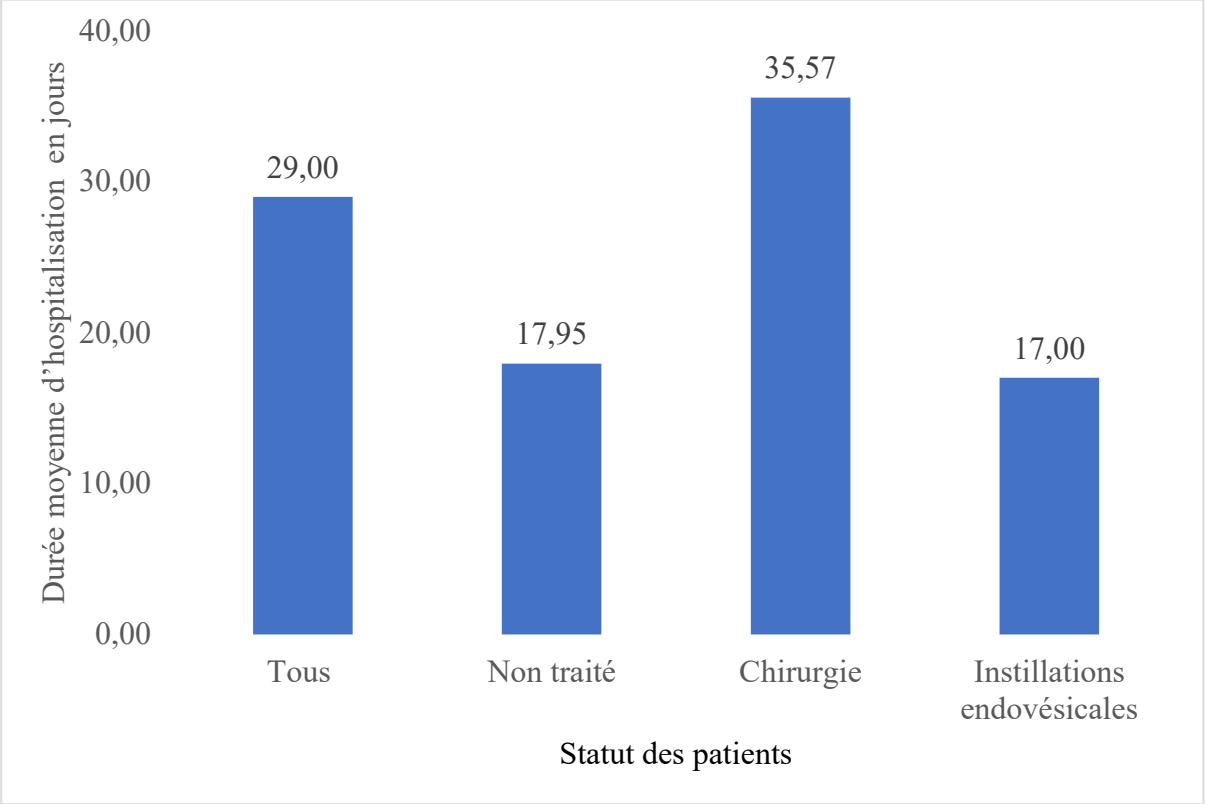


Figure 27 : Durée moyenne d'hospitalisation par modalités thérapeutiques

3.7. Résultat anatomopathologique

L'examen anatomopathologique avait été réalisé chez 22 patients (32,35%).

La figure suivante présente le type histologique des tumeurs de vessie retrouvées

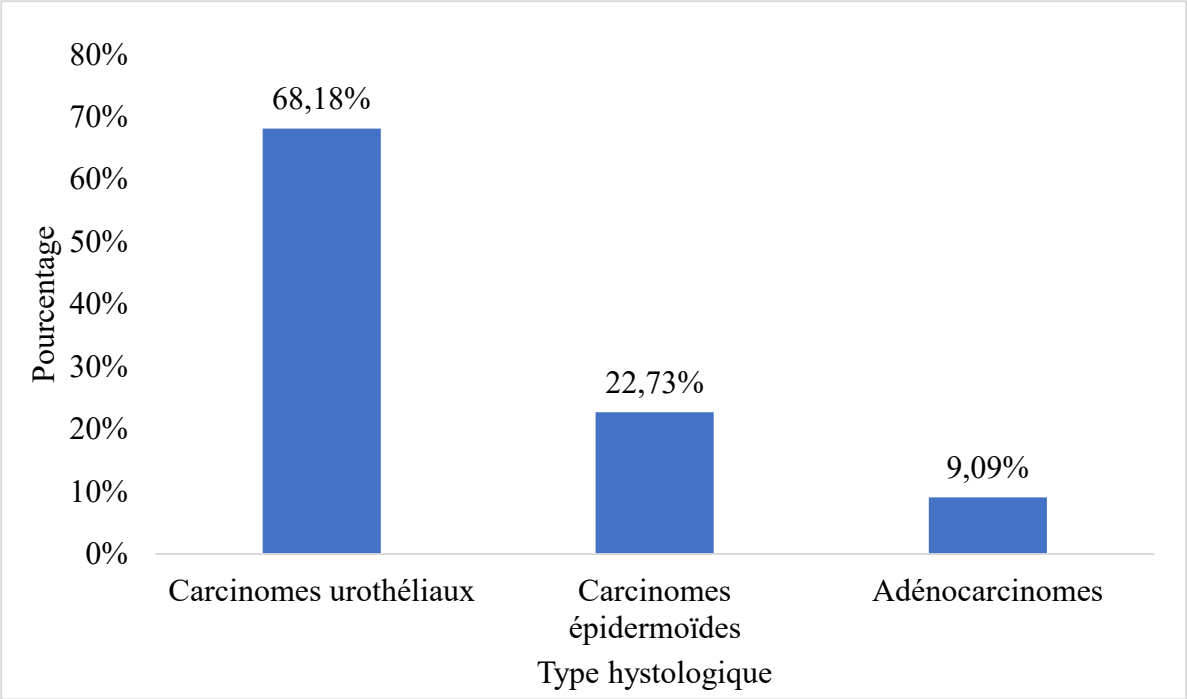


Figure 28 : Répartition des patients suivant l'histologie des lésions

Il en ressort que le carcinome urothélial était le type le plus fréquent de notre série avec 68,18%.

Parmi les 22 patients, 19 (86,36%) présentaient une tumeur de haut grade.

3.8. Aspects évolutifs

3.8.1. Suivi post-opératoire

Les suites opératoires immédiates étaient compliquées pour 15 patients (22,06%).

Les complications notifiées étaient essentiellement l'anémie sévère (15/38), le choc septique (3/38) et le décès (4/38).

3.8.2. Durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation était de 29 jours avec les extrêmes de 2 jours et 218 jours. Ce délai était de 35,57 jours pour les patients ayant bénéficié de la chirurgie

3.8.3. Statut évolutif des patients au moment de l'étude

La figure suivant nous montre le statut évolutif des patients au moment de l'étude

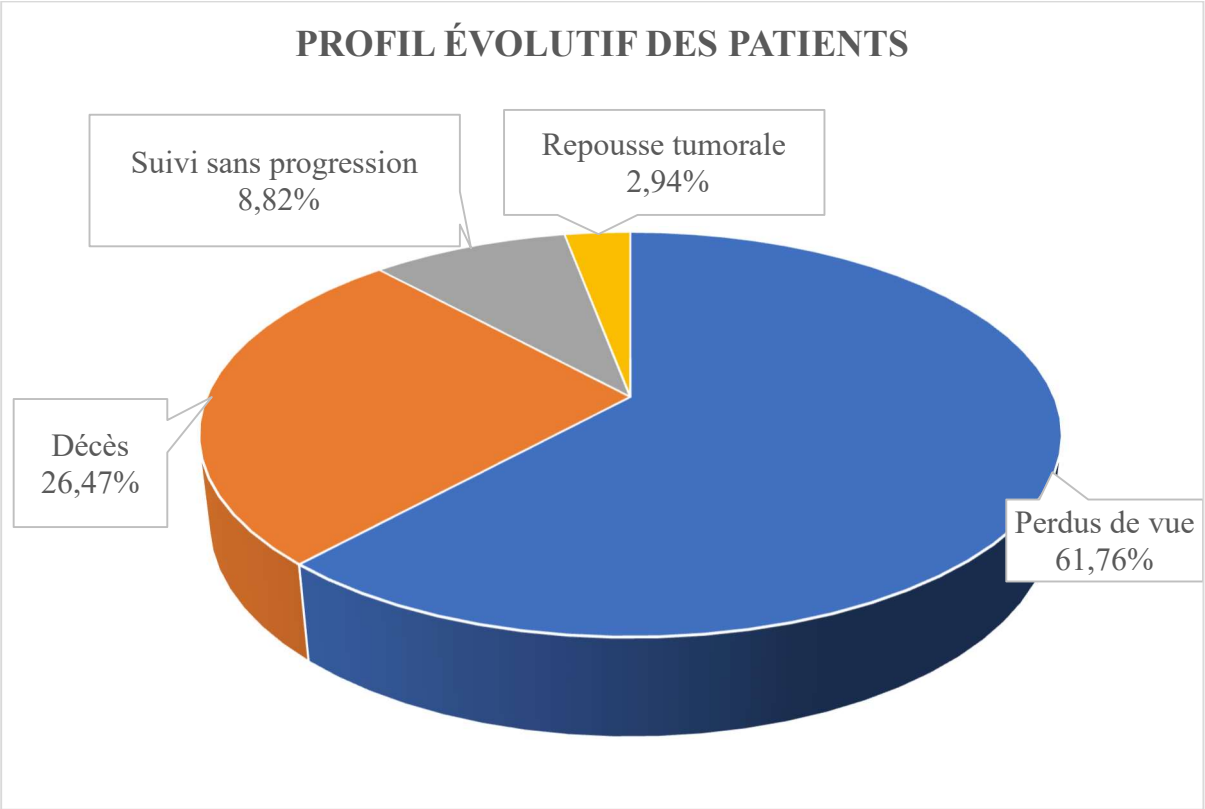


Figure 29 : Répartition des patients selon le profil évolutif des patients

Il en ressort que la majorité de nos patients sont soit perdus de vue (61,76%) ou décédés (26,47%).

3.9. Analyses bivariées

3.9.1. Corrélation entre les facteurs de risque et le résultat oncologique

Tableau XV : Corrélation entre le tabagisme et le décès des patients

	Décès		P-value
Tabagisme	**Oui**	**Non**	
Oui	5 (71,43)	2 (28,57)	1
Non	13 (68,42)	6 (31,58)	

Il n'y a pas de lien entre le tabagisme et le décès des patients.

Tableau XVI : Corrélation entre la bilharziose urinaire et le décès des patients

	Décès		P-value
Bilharziose	**Oui**	**Non**	
Oui	4 (80,00)	1 (20,00)	1
Non	14 (66,67)	7 (33,33)	

Il n'y a pas de lien entre la bilharziose urinaire et le décès des patients

3.9.2. Corrélation entre le type de tumeur et le résultat oncologique

Tableau XVII : Corrélation entre le carcinome urothélial et le décès des patients

Carcinome urothélial	Décès		P-valsue
	Oui	**Non**	
Oui	1 (20,00)	4 (80,00)	0,46
Non	2 (66,67)	1 (33,33)	

Il n'y a pas de lien entre le carcinome urothélial et le décès des patients.

Tableau XVIII : Corrélation entre le carcinome épidermoïde et le décès des patients

Carcinome épidermoïde	Décès		P-value
	Oui	**Non**	
Oui	1 (100,00)	-	0,33
Non	2 (25,00)	6 (75,00)	

Il n'y a pas de lien entre le carcinome épidermoïde et le décès des patients.

3.9.3. Corrélations entre la clinique et le résultat oncologique

Tableau XIX : Corrélation entre l'altération de l'état général et le décès des patients

Altération de l'état général	Décès		P-value
	Oui	**Non**	
Oui	13 (100,00)	-	**0,001**
Non	5 (38,46)	8 (61,54)	

L'altération de l'état général est un facteur prédictif du risque de survenue de décès.

Tableau XX : Corrélation entre l'anémie clinique et le décès des patients

Anémie clinique	Décès		P-value
	Oui	**Non**	
Oui	12 (92,31)	1 (7,69)	**0,03**
Non	6 (46,15)	7 (61,54)	

L'anémie clinique au moment du diagnostic est un facteur prédictif du risque de survenue de décès.

3.9.4. Corrélation entre facteurs de risque et type histologique

Tableau XXI : Corrélation entre bilharziose urinaire et carcinome épidermoïde

	Carcinome épidermoïde		P-value
Bilharziose	**Oui**	**Non**	
Oui	1 (20,00)	4 (80,00)	0,46
Non	2 (66,67)	1 (33,33)	

Il n'existe pas de lien entre la bilharziose urinaire et le carcinome épidermoïde

Tableau XXII : Corrélation entre tabagisme et carcinome épidermoïde

	Carcinome épidermoïde		P-value
Tabagisme	**Oui**	**Non**	
Oui	1 (20,00)	4 (80,00)	0,46
Non	2 (66,67)	1 (33,33)	

Il n'existe pas de lien entre tabagisme et carcinome épidermoïde

4. DISCUSSION

La discussion des résultats de l'étude va s'articuler autour de 03 points :

- La qualité et la validité des résultats
- L'atteinte des objectifs de l'étude
- L'analyse des données et la revue de littérature

4.1. Qualité et validité des résultats

4.1.2. Qualité

La présente étude descriptive, rétrospective et analytique portait sur la prise en charge des tumeurs de la vessie sur une période allant de 2013 à 2022. Elle nous a permis de relever plusieurs insuffisances dans le système de gestion des dossiers médicaux et de leur archivage ; ce qui constituait des limites à l'étude. Nous pouvons relever entre autres :

- Les dossiers non retrouvés, inexploitables car détériorés (14,43%) laissant à déplorer le système d'archivage des dossiers médicaux qui constituent la source de données principales dans la recherche et l'innovation médicale.
- Les informations socio-épidémiologiques manquantes ont limité l'étude des facteurs de risque dans la population d'étude.
- Aussi, l'absence des bilans pertinents dans les dossiers comme les résultats de l'anatomopathologie et ou celui d'un scanner faisant douter du diagnostic.
- L'absence d'informations détaillées dans les compte-rendu de cystoscopie, et dans les observations médicales a constitué un frein dans l'étude sémiologique de ces tumeurs.

4.1.3. Validité

Sur la validité interne de l'étude, nous avons respecté nos critères d'inclusion et de non inclusion. Les patients ayant été hospitalisés pour tumeurs

de vessie à la Clinique Universitaire d'Urologie Andrologie du CNHU-HKM de Cotonou au cours de la période d'étude ont été pris en compte.

Quant à la validité externe, nous pouvons dire que, vu la population d'étude restreinte aux patients hospitalisés au CNHU de Cotonou et donc non représentative de la population générale, il serait donc incorrect de prétendre que ces résultats sont absolument représentatifs des tumeurs vésicales à l'échelle nationale. Ceci étant dit, le CNHU-HKM de Cotonou reste le sommet de la pyramide sanitaire du Bénin. Ces résultats sont donc un indicateur important de la prise en charge des cas de tumeurs vésicales dans notre pays.

4.2. Atteinte des objectifs de l'étude

Les objectifs spécifiques que l'étude s'était proposé d'atteindre étaient : de déterminer la prévalence des tumeurs de vessie à la CUUA, de décrire les aspects cliniques et paracliniques des tumeurs de vessie à la CUAU, d'évaluer les modalités thérapeutiques utilisées à la CUUA, de présenter les résultats oncologiques et fonctionnels de cette prise en charge et de rechercher les facteurs pronostiques.

A la fin de cette étude, nous pouvons conclure que les objectifs spécifiques ont été atteints.

Sur le plan épidémiologique,

L'incidence annuelle des tumeurs de vessie était de 6,8 cas. Le sexe masculin prédominait (67,65%) avec une sex-ratio de 2,09 (soit 2 hommes pour une femme). L'âge moyen des patients était de 57,22 ± 13,79 ans, avec des extrêmes de 16 ans et 89 ans. La tranche d'âge de 60 à 69ans était la plus représentée et faisait 29,41% des patients. Les artisans et les commerçants étaient les professions prédominantes avec respectivement 45,59% et 19,12% des patients.

Sur le plan diagnostic,

L'hématurie totale était le principal motif de consultation (45,59%). Les antécédents étaient dominés par la bilharziose urinaire (14,71%) suivie de la consommation régulière d'alcool ou de tabac (17,65%). L'un des patients était exposé aux carcinogènes professionnels. A l'examen physique, étaient notées une pâleur conjonctivale (47,1%) et une altération de l'état général (42,65%). Sur le plan paraclinique, l'échographie pelvienne a été réalisée par 88,24% des patients avec une sensibilité de 77,84%. La cystoscopie réalisée par 36 patients (52,94%) a confirmé la lésion dans 97,22% des cas. Les tumeurs étaient bourgeonnantes (88,57%) et sessiles (97,14%). Le taux moyen d'hémoglobine des patients était de 8,99 g/dl avec les extrêmes de 3,6 g/dl et 16,7 g/dl. L'ECBU était positif dans 28 cas (41,18%) et la colonie la plus retrouvée était l'E.Coli. Les TVNIM représentaient 51,47% des cas. L'examen anatomopathologique avait été réalisé chez 22 patients (32,35%) avec une prédominance du carcinome urothélial.

Sur le plan thérapeutique,

Quarante patients (58,82%) avaient reçu un traitement dont 38 interventions chirurgicales et 2 instillations endovésicales. Le délai d'initiation du traitement étiologique était en moyenne de 44 jours ± 54,18 jours avec les extrêmes de 1 jour et de 215 jours.

Sur le plan évolutif

La durée moyenne d'hospitalisation était de 29 jours avec les extrêmes de 2 jours et 218 jours. Au jour de l'étude, 61,76 % des patients ont été perdus de vue, 8,82% ont eu un suivi sans progression, 2,94% ont eu une repousse tumorale et 26,47% sont décédés.

4.3. Analyse des résultats et revue de littérature

4.3.1. Prévalence et incidence des cas de tumeurs de la vessie

Dans l'étude, les tumeurs vésicales constituaient 3% des pathologies urologiques en hospitalisation à la CUUA. Il est le deuxième cancer urologique après celui de la prostate. Dans la littérature, cette prévalence hospitalière est très variable avec une prévalence inférieure à celle observée dans la présente étude rapportée par **Odzébé et al.** au Congo en 2011 (1,8 %) [38]. **Avakoudjo et al.** rapportent dans le même service en 2013 une valeur superposable qui était de 3,4 % [39]. Par ailleurs des valeurs plus élevées ont été retrouvées par **Boureima et al.** au Burkina-Faso en 2020 (7,80 %) et **Kamissoko et al.** au Mali en 2015 (14,62 %) [40,41]. Cette prévalence faible peut s'expliquer par la faible exposition des béninois au tabagisme et le fait que la plupart des population exposées ne font pas recours aux soins modernes spécialisés.

4.3.2. Caractéristiques socio-démographiques

Age et sexe des patients

Dans la littérature, les tumeurs vésicales surviennent chez le sujet âgé. L'âge moyen de diagnostic de nos patients était de 57,22 ± 13,79 ans avec des extrêmes de 16 ans et 89 ans. Nos résultats sont similaires à ceux de **Boureima et al.**, **Kamissoko et al.** et **Botcho et al.** avec respectivement une moyenne d'âge de 55,6 ans, 52,8 ans et 61 ans [40–42]. Par contre, les études occidentales et américaines relatent une moyenne d'âge au diagnostic entre 70 et 84 ans ; particulièrement supérieure à celles retrouvées en Afrique [4,23,24,43]. Cette différence d'âge de survenue du cancer de la vessie est en lien avec les facteurs de risque en cause. En Afrique le cancer de la vessie est dû à une exposition à la bilharziose urinaire avec une cancérisation des lésions au bout de 25 à 30 ans. Par

contre, dans les pays occidentaux, ce cancer est dû au tabagisme avec une cancérisation vésicale beaucoup plus tardive.

Les facteurs de risque associés au carcinome urothélial en font historiquement un cancer principalement masculin [43]. Ainsi l'étude retrouve un sex-ratio à 2,09 avec une prédominance masculine à 67,65%. Ces chiffres se rapprochent de ceux retrouvés en Afrique par **Botcho et al.** et de **Boureima et al.** avec respectivement un sex ratio à 2,38 et 2,6 [40,42]. Certaines études bien que restant dans la tendance globale, trouvaient un sex ratio plus faible soit 1,17 et 1,23 [3,41] ou encore très forte avec un sex-ratio à 7 retrouvé par **Elmahfoudi et al.** au Maroc en 2013 [44]. En effet, le tabagisme qui est un facteur de risque principal des tumeurs de vessie dans les pays occidentaux se retrouve être moins fréquent chez les femmes en Afrique subsaharienne.

Occupation socio-professionnelle

La majorité des patients atteints de tumeurs vésicales étaient des travailleurs libéraux [ouvriers, pêcheurs, agriculteurs…] (45,59%) et des commerçants (13,24%). Selon un rapport de l'INSAE (Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique), le « secteur informel » représente près de 80% des travailleurs au Bénin [45]. Aucune réglementation des expositions professionnelles ne régit ce milieu et pendant longtemps la jeunesse béninoise s'est exposée en quête d'emploi, à des risques cancérigènes. Malgré leur importance économique et sociale, la majorité des travailleurs du secteur informel, sont dépourvus de systèmes de sécurité sociale ou d'assurance santé. Cette situation combinée d'une part à la précarité des conditions de travail et d'autre part à la faiblesse des revenus enregistrés par ces derniers, les rend particulièrement vulnérables face aux risques sanitaires [46]. L'étude de **Boureima et al.** au Burkina-Faso trouvait des résultats similaires avec 36,1% de cultivateurs [40]. Dans le même temps, **Kamissoko et al.** avait retrouve 43,2% de

ménagères et 24,3% de cultivateurs au Mali [41]. Le bas niveau socio-économique des patients atteints de cancer vésical est un fait constant dans la littérature. Mais en réalité les travailleurs de ce secteur qui sont le plus souvent touchés sont ceux qui par leur origine ou leur activité professionnelle ont été exposés soit à la bilharziose soit à des dérivés cancérigènes.

Facteurs de risque modifiables

Dans l'épidémiologie des cancers de vessie, les facteurs de risques modifiables universellement reconnus sont : la consommation de tabac, une exposition professionnelle à certains agents chimiques, la bilharziose urogénitale, une maladie dite tropicale [1,4,43,47].

Concernant le tabagisme, il concernait 17,65% de nos patients. Ce taux est particulièrement plus faible que les taux retrouvés par **Branchereau et al**. en France, **Elmahfoudi et al.** au Maroc et **Boureima et al.** au Burkina-Faso avec respectivement 81%, 62,7% et 43,04 % de tabagiques [40,44,48]. Des taux plus faibles que le nôtre avaient été signalés par **Botcho et al.** au Togo, **Kamissoko et al**. soit respectivement 11,11% et 8,1% [41,42]. Cette disparité dans ses résultats s'explique par les différences socio-culturelles faisant du tabagisme une addiction plus fréquente dans les pays occidentaux et arabes, le plaçant en première place des facteurs de risque modifiables [4,49]. En effet le tabac est classé cancérigène certain pour l'homme par le CIRC (groupe 1) [50,51]. La fumée de tabac contient plus de 4000 produits chimiques sous forme de particules ou à l'état gazeux, certains d'entre eux étant identifiés comme favorisant spécifiquement le cancer de la vessie, tels le benzo(a)pyrène (BaP) ou l'arsenic [5,52]. Il a été estimé qu'en France, en 2000, 53% des cas de cancers de la vessie étaient attribuables au tabagisme chez les hommes et 39% chez les femmes [50]. L'augmentation du tabagisme chez les femmes conduit à penser que cette proportion pourrait

s'accroitre. Il est en plus important de souligner dans notre contexte la participation du tabagisme passif qui se révèle encore assez nuisible [53–55].

En Afrique, et dans les régions tropicales, la bilharziose sévit en endémicité. **Ibikounlé et al.** avaient déterminé une prévalence de l'infestation à *S. haematobium* de 32,78% dans les urines et les selles provenant de jeunes écoliers âgés de 4 à 8 ans et scolarisés dans le département de l'atlantique [56]. En effet notre étude révèle que la bilharziose urinaire était diagnostiquée et confirmée chez 14,71% des cas. Ce taux est superposable à celui trouvé par **Botcho et al.** avec 18,52% mais plus faible que celui de **Kamissoko et al.** avec 25,7% et **Boureima et al.** avec 26,58% d'antécédent de bilharziose urinaire [40–42]. Cette variation est liée aux conditions géo-hydrauliques des régions tropicales qui constituent un habitat propice pour les schistosomes. La schistosomiase est responsable d'un type particulier de cancer de vessie, le carcinome épidermoïde qui survient à un âge relativement jeune entre 40 et 50 ans [49,57].

La place des infections urinaires à répétition notamment les cystites récidivantes n'est pas négligeable dans la genèse du cancer de la vessie. Notre étude retrouve 8,82%, un résultat assez similaire à celui de **Botcho et al.** avec 7,41% d'infections urinaires chroniques dans les antécédents des cas de cancers vésicales [42].

Un facteur de risque pourtant priorisé dans les études occidentales et américaines (2ème place) [4,43,49], se retrouve sous-estimé dans notre étude ; l'exposition professionnelle à un cancérigène avec juste un cas confirmé d'exposition aux hydrocarbures . Mais il n'est pas criard d'estimer que plus de 50% de nos patients auraient été en contact avec des substances cancérigènes (les hydrocarbures pétroliers par exemple) soit dans le cadre du travail ou encore dans la vente de l'essence frelatée au Bénin. Avec des données basées sur GLOBOCAN, il est reconnu que environ 5,7 % des nouveaux cas de cancer vésical sont dus à une exposition professionnelle à des cancérigènes [43].

4.3.3. Aspects cliniques des tumeurs de vessie :

Mode d'admission

Les patients référés constituaient 51,47% des patients alors que **Kamissoko et al.** ont retrouvé 28,4% de patients référés au Mali en 2015 [41]. En effet notre cadre d'étude est le centre de référence au niveau national, le sommet de la pyramide sanitaire et nos patients provenaient de partout sur le territoire national. C'est ainsi que **Djibrilla et al.** au Niger avaient retrouvé 87,42% de référés dans leur étude au service d'oncohématologie de l'Hôpital National de Niamey [58].

Motif d'admission

Dans la littérature, l'hématurie est le maître symptôme des tumeurs vésicales [12,23,59]. Elle concernait 86,76% de nos patients. Ce résultat est comparable à celui des études de **Botcho et al.** au Togo (61,11%), **Boureima et al.** au Burkina-Faso (85,2%), **Djibrilla et al.** au Niger (69,18%), **Kamissoko et al.** au Mali (87,8%), **Kadouri et al.** au Maroc (93 %) et **Brauchereau et al.** en France (75%) [40–42,48,58,60] . **Botcho et al.** justifiait son taux légèrement plus faible par le caractère indolore de l'hématurie chez ces patients faisant négliger la symptomatologie [42]. Dans ces études suscitées, l'hématurie notifiée est macroscopique et présente le cancer de vessie comme une pathologie à révélation tardive. **Davis et al.** dans une revue systématique de la littérature a révélé que 5% des hématuries microscopiques et 16,5% des hématuries macroscopique seraient due au cancer de la vessie [61]. C'est ainsi que l'association américaine d'urologie (AUA) appelle à la vigilance devant les hématuries microscopiques, vues à la bandelette réactive ou sur la cytologie urinaire [62]. Cette hématurie devrait être suivi par un médecin, de préférence un urologue.

Les malades ne viennent pas en consultation pour une hématurie isolée mais pour des symptômes du bas appareil urinaire notamment la dysurie (41,18%), les

pollakiuries (30,88%) et même la rétention aigue d'urines (10,29%). Ces symptômes sont le plus souvent liés à l'hématurie importante avec formation des caillots de sang dans la vessie et la stase urinaire constituant un milieu favorable à la pullulation bactérienne.

Signes physiques

Les signes physiques retrouvés chez nos patients étaient la pâleur conjonctivale signe d'anémie clinique, l'altération de l'état général et une masse pelvienne respectivement chez 47,06%, 42,56% et 23,3% des cas. Ces résultats se superposent aux données de la littérature [40,42,58]. Ces signes témoignent du retard au diagnostic ; les patients sont vus à des stades avancés où le cancer a déjà des retentissements loco-régionaux voire généraux. Les questions socio-économiques et des considérations culturelles sont à prendre en compte.

4.3.4. Aspects paracliniques

Échographie vésicale sus-pubienne

Dans notre série, 88,24% des patients ont réalisé l'échographie vésicale et la tumeur a été confirmée dans 88,33 % et une urétéro-hydronéphrose chez 45,28% des cas. Ces résultats sont similaires à ceux de **Kamissoko et al.**, qui ont trouvé un taux de réalisation de l'échographie à 81,1%, la présence de tumeur dans 85% des cas et l'urétéro-hydronéphrose chez 51,6% de ses patients [41]. En effet l'échographie est un moyen assez accessible du point de vue financier ; elle trouve son indication dans l'exploration des hématuries. Toutefois, le diagnostic échographique est plus aléatoire pour les tumeurs planes peu saillantes et pour les lésions papillaires inférieures à 7 ou 10 mm [63–65].

La cystoscopie diagnostique et RTUV

Cette endoscopie est indiquée en cas de suspicion de tumeur vésicale, même lorsque l'échographie est négative. Elle a été réalisée chez 52,94% des patients et a permis de visualiser la tumeur comme une lésion bourgeonnante (88,57%) et a une localisation unique dans 60,38% des cas. Ce résultat concorde avec celui de **Djibrilla et al.** qui ont noté un taux de réalisation à 59,75%, l'aspect bourgeonnant dans 68,42% des cas et la localisation unique dans 71,58% [58]. Toutefois l'étude de **Boureima et al.** avait retrouvé un taux de réalisation plus forte soit 90,27% (65/72) [40]. Dans notre étude, cette imagerie portait une double indication : diagnostique et thérapeutique (RTUV). Dans un premier temps elle permet d'obtenir des pièces anatomiques pour l'anatomopathologie et aussi de réséquer en zone saine la tumeur. Sa sensibilité dans notre étude était de 97,22% Dans l'étude de **Kamissoko et al.** et celle de **Djibrilla et al.**, la sensibilité variait entre respectivement 90,9% et 92,9% [41,58]. De plus, des prélèvements multiples en muqueuse saine sont indiqués vu l'instabilité de l'urothélium [13]. Ceci prouve la valeur diagnostique, thérapeutique et pronostique de cet examen dans les tumeurs vésicales.

Examen tomodensitométrique (TDM) : Uro-TDM

Dans notre série, 32,35% des patients ont réalisé une TDM abdomino-pelvienne. L'indication était de faire le bilan d'extension et aussi de visualiser la tumeur. Son coût particulièrement élevé explique son faible taux de réalisation qui varie selon le niveau socio-économique dans les études de la sous-région. L'étude de **Botcho et al.** avaient un taux de réalisation de 33,33%, celle de **Kamissoko et al.** avaient un taux plus fort soit 55,4%, et celle de **Djibrilla et al.** avait un taux bien plus faible (1,88%) [41,42,58]. Cependant, sa sensibilité et sa spécificité restent insuffisantes tant pour l'évaluation de l'infiltration tumorale extravésicale que pour la détection de ganglions métastatiques avec une discordance par rapport au diagnostic histologique qui peut atteindre respectivement 69% et 70%. Ces

chiffres atteignent 50% pour les 2 paramètres avec les appareils les plus modernes et s'améliorent nettement dans les stades avancés (≥pT3) [63,64,66].

Bilan biologique

Dans le bilan de retentissement, il est noté que 70,58% des patients avaient un taux d'hémoglobine inférieur à 10g/dl et 48,53% des patients présentaient un bilan rénal perturbé. **Kamissoko et al.** dans leur étude trouvaient 74,32% de patients ayant un taux d'hémoglobine inférieure à 11g/dl et une créatininémie élevée chez 32,4% de ces patients [41]. Il est évident que l'anémie et l'insuffisance rénale obstructive constituent les plus fréquents retentissement que présente les tumeurs de vessie [12].

4.3.5. Stade tumoral

Dans notre série, les tumeurs vésicales infiltrant le muscle (TVIM : ≥ T2) représentaient 48,53% des cas. Dans la littérature, ce rapport est grandement variable en lien avec les conditions socio-économiques des patients poussant aux consultations tardives. En effet, **Kamissoko et al.** au Mali ont trouvé 93,24% de TVIM tandis que **Elmahfoudi et al.** au Maroc avaient trouvé 29% de tumeurs infiltrantes [41,44]. Dans une cohorte française VICAN en 2018, **Pignot et al.** avaient notifié que les TVIM constituaient 75,1% des nouveaux cas de cancers soit 24,9% de TVNIM [67]. Il en ressort pour nous que le délai diagnostique contribue à cette disparité dans les stades tumorales au diagnostic.

Dans le même temps nous avons eu 10,29% de TVIM métastatiques dans notre série. Ceci concorde avec les résultats de **Kamissoko et al.** (13,6%) et **Djibrilla et al.** (15,09%) tandis que **Elmahfoudi et al.** trouvaient 3,06% de métastases [41,44,58].

4.3.6. Aspects thérapeutiques

Dans notre étude, 58,82% des patients ont bénéficié d'une attitude thérapeutique ciblée sur le cancer (Chirurgie / Chimiothérapie / Radiothérapie). En effet un phénomène déplorable a été révélé dans notre étude ; c'est celui de la disparition des patients après diagnostic de cancer évoqué (22,06%). Dans le même temps, 19,12% des patients étaient à un stade tellement avancé que le décès s'en est suivi avant même qu'un plan thérapeutique ne soit établi. Le poids financier que représente la prise en charge est source de désespoir pour les patients souffrant de cette affection. Et chose commune, les personnes à risques ont pour la plupart un niveau socio-économique faible.

Les autres études ne font pas étalage de ce fait mais il reste à noter que dans l'étude de **Djibrilla et al.**, 10,06% des patients n'avaient pas un traitement reçu précisé et pour ceux ayant un traitement précisé, il était étiologique dans 64,11% assez similaire à notre résultat [58]. **Kamissoko et al.** avaient retrouvé 29,79% de traitement étiologique [41]. Notons que ce dernier avait 93,24% de TVIM. Il semblerait que plus les tumeurs de vessie sont avancées, moins sont disponibles les possibilités thérapeutiques.

Dans notre arsenal thérapeutique, la RTUV faisait 78,95% des cas traités et 44,11% de tous les patients. La cystectomie partielle et celle totale concernaient chacun 4,41% des patients. La BCG thérapie a été indiqué chez 2 patients. La chimiothérapie et la radiothérapie n'étaient pas des options thérapeutiques appliquées dans cette série.

Ces résultats sont en disparités avec ceux de **Kamissoko et al.** où la cystectomie partielle et la RTUV intéressaient dans les mêmes proportions 5,40% de ces patients (n=4) [41]. De plus, 03 de ces patients avaient bénéficié de chimiothérapie et il n'y avait pas de cystectomie totale réalisée ni de BCG thérapie.

A l'opposé, **Djibrilla et al.** avaient noté dans leur étude au service d'oncohématologie de l'Hôpital National de Niamey, 58,49% de chimiothérapie, 5,59% de cystectomie partielle et seul un cas de résection endoscopique [58]. Il est à noter que dans ce centre il existe une politique de gratuité de soins aux femmes atteintes de cancer.

En effet le plateau technique, la disponibilité ou non de molécules de chimiothérapies, le poids financier, le stade tumoral, les comorbidités et l'état général et psychologique sont autant de facteurs qui affectent le protocole de prise en charge des patients.

Dans notre série, la résection endoscopique répondait idéalement à la prédominance de tumeur limité à la muqueuse (TVNIM). Ces tumeurs sont généralement de bon pronostic et ainsi offre beaucoup plus d'espoir aux patients qui en ont les moyens. Toutefois le risque de récidive reste permanent et la progression vers les TVIM n'est pas exclue. La cystectomie précoce est fortement recommandée chez les patients avec une TVNIM à haut risque non répondeurs au BCG et un retard de prise en charge est associé à une diminution de la survie sans récidive [68,69].

La CUUA a fait l'expérience de 3 cystectomie totale pour lesquelles 2 dérivations urinaire type COFFEY et une urétérostomie bilatérale a été réalisé.

Concernant le traitement, il est à noter que la transfusion sanguine fut nécessaire pour 52,50% des patients traités et 30,88% de tous les patients. En effet le besoin en produits sanguins labiles est particulièrement élevé dans cette pathologie vu l'hématurie macroscopique qui en constitue le maître symptôme. C'est ainsi que Kamissoko et al. avaient retrouvé jusqu'à 43,2% de transfusion et Djibrilla et al. notifiaient 11,95% de patients ayant bénéficié de transfusion [41,58].

4.3.7. Anatomopathologie des tumeurs vésicales

L'examen anatomopathologique a été réalisé par 22 patients (32,35%) avec identification de 68,18% de carcinomes urothéliaux, 22,73% de carcinomes épidermoïdes et 9,09% d'adénocarcinomes. Ces résultats divergent de la tendance en zone d'endémie bilharzienne qui met au premier plan le carcinome épidermoïde [41,58,70]. Auparavant, le carcinome épidermoïde, associé à l'infection par la schistosomiase, était responsable de la plupart des cancers de la vessie dans les pays africains comme l'Égypte, le Sénégal [49,57]. Cependant, au cours de la dernière décennie, on a observé une baisse substantielle du cancer de la vessie associé à la schistosomiase et une augmentation du carcinome à cellules transitionnelles dit urothélial, probablement due à une hausse du tabagisme (17,65% dans notre étude). Certaines études ont fait le même constat que le nôtre [42]. Cependant la faible réalisation de l'histologie dans notre étude ne permet pas une conclusion fiable. Toutefois, certaines études ont relevé le même constat que le nôtre comme le retrace le tableau ci-dessous (tableau XXIII).

Tableau XXIII : Récapitulatif des types histologiques selon différentes études

Auteurs	Pays	Carcinomes épidermoïdes	Carcinomes urothéliales
Djibrilla et al [58]	Niger	**77,77%**	22,23
Diao et al [70]	Sénégal	**58,40%**	38,40%
Kamissoko et al [41]	Mali	**57,90%**	26,30%
Boureima et al [40]	Burkina-Faso	35,00%	**64,00%**
Notre étude	Bénin	22,73%	**68,18%**
Botcho et al [42]	Togo	25,00%	**68,75%**
Elmahfoudi et al [44]	Maroc	2,80%	**95,10%**
Saheb et al [71]	Lybie	8.9%	**87.4%**

4.3.8. Aspects évolutifs

Suites opératoires

Dans notre série, les suites opératoires étaient simples pour 60,53% des patients. Les complications relevées allaient de l'anémie sévère (39,47%) au décès (10,52%). Nos résultats sont superposables à ceux de **Kamissoko et al.** qui ont retrouvé une morbidité post-opératoire à 21,1% avec 10,5% de ces patients décédés de complications post-opératoires [41]. En effet, les comorbidités du patient sont susceptibles d'altérer la tolérance des traitements et aboutir précocement au décès [69].

Survie

Au terme de l'étude, 8 patients (11,76%) sont connus encore en vie. Parmi ces patients 2 ont présenté de récidive en moins d'un an, le reste en rémission. Dans l'étude de **Djibrilla et al.** , 22,64% des patients étaient vivants [58]. Pour une étude s'étendant sur une période de 8 années, ce taux est particulièrement plus fort. Cela s'expliquerait par l'amélioration des moyens diagnostiques, de la prise en charge multidisciplinaire et la gratuité des soins chez les femmes atteintes de cancer au Niger.

Dans notre contexte, les patients pris en charge pour cancer de vessie sont presque tous perdus de vue. Souvent au terme des soins modernes considéré comme étant onéreux, les parents des patients et parfois les patients eux-mêmes préfèrent abandonner tous soins pour mourir à domicile. A tout point de vue, il serait judicieux de mettre en place au niveau du ministère de la santé un dispositif de sensibilisation sur ces pathologies afin de récupérer le mal à son début et offrir aux patients les traitements radicaux qui sont les plus efficaces.

Perdus de vue

Depuis l'annonce de la maladie cancéreuse certains patients sont sortis contre avis médical et d'autres ne revenaient pas aux visites de contrôle. Ce fait a engendré

61,71% de perdus de vue dans notre étude. Une bonne partie des patients était à un stade avancé et ne bénéficiait que de soins palliatifs. Ils ne pouvaient se résoudre à attendre la fâcheuse nouvelle entre les murs de l'hôpital. Parmi ceux ayant été opérés, la charge financière a été un grand poids et source de désespoir. On ne saurait à ce jour affirmer véritablement lesquels parmi eux sont encore vivants ou non, exceptés les seuls revenus pour le contrôle clinique.

Cette situation n'est pas chose nouvelle en Afrique où il y a un manque de couverture sanitaire appropriée et une population à faible niveau socio-économique [36,49].

Morbidité

Dans cette série, le taux de mortalité est de 26,47%. Ce taux ne prenant pas en compte le statut actuel des 61,47% de patients perdus de vue reste certainement assez sous- estimé. En effet les études de **Djibrilla et al.** et **Kamissoko et al.** avaient retrouvé des mortalités plus élevées soit respectivement 33,96% et 44,6% [41,58]. Toutefois un taux particulièrement faible a été retrouvé par **Elmahfoudi et al.** au Maroc en 2012 (2,2%) [44]. Ce dernier restait réservé sur ces chiffres puisque dit-il : « le Maroc ne dispose pas encore de registre national de mortalité par cancer. ».

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

CONCLUSION

Les tumeurs de vessie constituent toujours un problème de santé publique. Cette étude rétrospective consacrée à la prise en charge des tumeurs de vessie à la CUUA du CNHU-HKM nous a permis d'établir les conclusions suivantes :

Les tumeurs de vessie constituaient 3% des pathologies urologiques en hospitalisation à la CUUA avec une prédominance masculine (67,65% et un sex-ratio de 2,09). L'âge moyen de diagnostic de nos patients était de 57,22 ± 13,79 ans.

La majorité des patients atteints de tumeurs vésicales étaient des travailleurs libéraux (ouvriers, pêcheurs, agriculteurs…) et des commerçants.

Le maître symptôme et principal motif de consultation était l'hématurie. Le reste du tableau clinique était dominé par une pâleur conjonctivale signe d'anémie clinique, une altération de l'état général et une masse pelvienne. Ces signes témoignent du retard diagnostic dû au fait que les patients sont vus à des stades avancés où le cancer a déjà des retentissements loco-régionaux voire généraux. On note la plupart du temps un niveau socio-économique faible qui explique cet état des faits.

Au plan paraclinique, la cystoscopie a une valeur diagnostique mais n'a été réalisé que dans 52,94 % des cas. Le bilan d'extension avait un faible taux de réalisation au vu de son coût particulièrement élevé.

Au plan thérapeutique, les patients ont bénéficié d'une attitude thérapeutique ciblée sur le cancer (chirurgie), certains ont été perdus de vue après le diagnostic.

SUGGESTIONS

Au vu de la situation résultant de cette étude, les autorités, les praticiens et la population sont interpellés.

- **Aux autorités du Bénin**

Il faudra :

- Assurer une couverture sanitaire universelle à la population béninoise
- Mettre en place un projet de prise en charge et de prévention de santé urologique au Bénin
- Informatiser les bases des données des patients en acquérant des logiciels comme Clinicom et DX Care reliés à un réseau internet.
- Organiser le système de santé afin qu'il soit interconnecté avec le secteur public et le secteur privé en fournissant des formations continues aux divers praticiens.

- **Aux praticiens hospitaliers**

Il serait utile de :

- Organiser et intensifier la consultation foraine urologique et les séances de dépistages de tumeurs de vessie à l'intérieur du pays surtout dans les zones d'endémie de la parasitose.
- Militer pour de bonnes conditions de travail de sorte à offrir des soins de qualité capable de changer l'image ternie des CHU auprès de la grande population.
- Participer activement à limiter les retards au diagnostic en sensibilisant la population sur les chaines de télévision, à la radio et également à travers des campagnes d'information surtout dans les zones d'endémie.
- Se tenir informer des nouvelles recommandations et les adapter aux conditions réelles.

- **Aux étudiants en médecine :**

  Il est important :

  - De renseigner de façon précise et complète toutes les observations médicales des patients.
  - Prendre soin des dossiers et s'assurer de ne perdre aucun élément de ces dossiers.

- **A la population générale**

Il serait utile de :

- Consulter un médecin pour tout problème d'hématurie
- Se rendre aux diverses séances de dépistages de masse.
- Limiter l'automédication.
- S'informer sur sa pathologie et en comprendre les bases.

REFERENCES

1. Rouprêt M, Neuzillet Y, Pignot G, Compérat E, Audenet F, Houédé N, et al. Recommandations françaises du Comité de Cancérologie de l'AFU — Actualisation 2018—2020 : tumeurs de la vessie. Progrès en Urologie. nov 2018;28(12):S46-78.

2. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2018. CA: A Cancer Journal for Clinicians. janv 2018;68(1):7-30.

3. Badiaga CC. Aspects épidémiologiques des tumeurs de vessie dans le service d'urologie du CHU Point-G à propos de 185 cas. Revue Africaine d' Urologie et d'Andrologie [Internet]. 15 avr 2019 [cité 3 avr 2023];1(11). Disponible sur: https://revue-uroandro.org/index.php/uro-andro/article/view/271

4. Cumberbatch MGK, Jubber I, Black PC, Esperto F, Figueroa JD, Kamat AM, et al. Epidemiology of Bladder Cancer: A Systematic Review and Contemporary Update of Risk Factors in 2018. Eur Urol. déc 2018;74(6):784-95.

5. Bladder cancer and arsenic through drinking water: A systematic review of epidemiologic evidence: Journal of Environmental Science and Health, Part A: Vol 48, No 14. [cité 14 mai 2023]; Disponible sur: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10934529.2013.823329

6. Martinez Rodriguez RH, Buisan Rueda O, Ibarz L. Bladder cancer: Present and future. Med Clin (Barc). 22 nov 2017;149(10):449-55.

7. Ministère de la santé. Plan directeur national de lutte contre les maladies tropicales négligées. Bénin; 103 p.

8. Chang SS, Bochner BH, Chou R, Dreicer R, Kamat AM, Lerner SP, et al. Treatment of Non-Metastatic Muscle-Invasive Bladder Cancer: AUA/ASCO/ASTRO/SUO Guideline. J Urol. sept 2017;198(3):552-9.

9. Jin YH, Zeng XT, Liu TZ, Bai ZM, Dou ZL, Ding DG, et al. Treatment and surveillance for non-muscle-invasive bladder cancer: a clinical practice guideline (2021 edition). Mil Med Res. 17 août 2022;9(1):44.

10. Yin M, Joshi M, Meijer RP, Glantz M, Holder S, Harvey HA, et al. Neoadjuvant Chemotherapy for Muscle-Invasive Bladder Cancer: A Systematic Review and Two-Step Meta-Analysis. Oncologist. juin 2016;21(6):708-15.

11. Fallara G, Maida F di, Bravi CA, DE Groote R, Piramide F, Turri F, et al. A systematic review and meta-analysis of robot-assisted vs. open radical cystectomy: where do we stand and future perspective. Minerva Urol Nephrol. avr 2023;75(2):134-43.

12. Larré S, Leon P, El Bakri A. Cancer de la vessie : diagnostic et principes de traitement. EMC Uro-Néphrologie 2020 [Internet]. 2016 [cité 2 mai 2023]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/1066738/cancer-de-la-vessie-diagnostic-et-principes-de-tra

13. Rouprêt M, Pignot G, Masson-Lecomte A, Compérat E, Audenet F, Roumiguié M, et al. Recommandations françaises du Comité de cancérologie de l'AFU – actualisation 2020–2022 : tumeurs de la vessie. Progrès en Urologie. 2020;30(12, Supplement):S78-135.

14. Kamina P. Précis d'anatomie clinique . Tome IV, [Organes urinaires, pelvis, organes génitaux, périnée, coupes du tronc]. Paris: Maloine; 2005.

15. Mitchell AHG, Drake RL, Duparc F, Duparc J, Vogl AW. Gray's Anatomie - Le Manuel pour les etudiants. Elsevier; 2020.

16. Ahmadi H, Duddalwar V, Daneshmand S. Diagnosis and Staging of Bladder Cancer. Hematol Oncol Clin North Am. juin 2021;35(3):531-41.

17. Polype de vessie - tumeur de vessie - Dr Bron urologue [Internet]. Dr Bron - Urologue. [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: https://docteur-bron-urologue.fr/polype-de-vessie-tumeur-de-vessie/

18. Dr LE VAN LUU | Cytologie urinaire [Internet]. [cité 2 mai 2023]. Disponible sur: http://www.docteurlevan.info/page12/page139/page206/

19. Decreasing Trend in Tobacco-Related Cancer Incidence, United States 2005–2009 | SpringerLink [Internet]. [cité 14 mai 2023]. Disponible sur: https://link.springer.com/article/10.1007/s10900-014-9951-6

20. Rota M, Bosetti C, Boccia S, Boffetta P, La Vecchia C. Occupational exposures to polycyclic aromatic hydrocarbons and respiratory and urinary tract cancers: an updated systematic review and a meta-analysis to 2014. Arch Toxicol. 1 août 2014;88(8):1479-90.

21. Diallo M, Sangho H, Simaga Y. Place de la bilharziose urinaire dans les tumeurs de vessie au service d'urologie du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré au Mali [Thèse Médecine]. Université de Bamako; 2003.

22. Mama Sambo K, Kinsiclounon G, Atchade SP, Bankole SH, Denon E. Prévalence de la bilharziose urinaire à Ahomey dans la commune de Sô-Ava département de l'atlantique. EPAC/UAC; 2020.

23. Lenis AT, Lec PM, Chamie K, Mshs MD. Bladder Cancer: A Review. JAMA. 17 nov 2020;324(19):1980-91.

24. Sylvester RJ, Oosterlinck W, Holmang S, Sydes MR, Birtle A, Gudjonsson S, et al. Systematic Review and Individual Patient Data Meta-analysis of Randomized Trials Comparing a Single Immediate Instillation of Chemotherapy After Transurethral Resection with Transurethral Resection Alone in Patients with Stage pTa–pT1 Urothelial Carcinoma of the Bladder: Which Patients Benefit from the Instillation? European Urology. 1 févr 2016;69(2):231-44.

25. Han J, Gu X, Li Y, Wu Q. Mechanisms of BCG in the treatment of bladder cancer-current understanding and the prospect. Biomed Pharmacother. sept 2020;129:110393.

26. Neuzillet Y, Rouprêt M, Wallerand H, Pignot G, Larré S, Irani J, et al. Diagnostic et prise en charge des événements indésirables survenant au décours des instillations endovésicales de BCG pour le traitement des tumeurs de vessie n'infiltrant pas le muscle (TVNIM) : revue du comité de cancérologie de l'Association française d'urologie. Progrès en Urologie. 1 déc 2012;22(16):989-98.

27. Hu J, Chen J, Ou Z, Chen H, Liu Z, Chen M, et al. Neoadjuvant immunotherapy, chemotherapy, and combination therapy in muscle-invasive bladder cancer: A multi-center real-world retrospective study. Cell Rep Med. 15 nov 2022;3(11):100785.

28. Dobruch J, Borówka A, Herr HW. Clinical Value of Transurethral Second Resection of Bladder Tumor: Systematic Review. Urology. 1 oct 2014;84(4):881-5.

29. Herr HW, Donat SM. Quality control in transurethral resection of bladder tumours. BJU Int. nov 2008;102(9 Pt B):1242-6.

30. Vallancien G, Fettouh HAE, Cathelineau X, Baumert H, Guillonneau B. Cystectomy with Prostate Sparing for Bladder Cancer in 100 Patients: 10-year Experience. The Journal of Urology. janv 2003;168(6):2413-7.

31. Mayer EK, Bottle A, Darzi AW, Athanasiou T, Vale JA. The volume-mortality relation for radical cystectomy in England: retrospective analysis of hospital episode statistics. BMJ. 22 mars 2010;340:c1128.

32. Dobruch J, Oszczudłowski M. Bladder Cancer: Current Challenges and Future Directions. Medicina (Kaunas). 24 juill 2021;57(8):749.

33. Larré S, Quintens H, Houéde N, Compérat E, Roy C, Pignot G, et al. Intérêt du curage ganglionnaire dans les tumeurs urothéliales infiltrantes de la vessie (TVIM) et de la voie excrétrice supérieure (TVES) : article de revue du Comité de cancérologie de l'Association française d'urologie. Progrès en Urologie. 1 juin 2012;22(7):380-7.

34. Bruins HM, Veskimae E, Hernandez V, Imamura M, Neuberger MM, Dahm P, et al. The Impact of the Extent of Lymphadenectomy on Oncologic Outcomes in Patients Undergoing Radical Cystectomy for Bladder Cancer: A Systematic Review. European Urology. 1 déc 2014;66(6):1065-77.

35. Chang SS, Boorjian SA, Chou R, Clark PE, Daneshmand S, Konety BR, et al. Diagnosis and Treatment of Non-Muscle Invasive Bladder Cancer: AUA/SUO Guideline. J Urol. oct 2016;196(4):1021-9.

36. Babjuk M, Burger M, Compérat EM, Gontero P, Mostafid AH, Palou J, et al. European Association of Urology Guidelines on Non-muscle-invasive Bladder Cancer (TaT1 and Carcinoma In Situ) - 2019 Update. Eur Urol. nov 2019;76(5):639-57.

37. Chung PWM, Bristow RG, Milosevic MF, Yi Q long, Jewett MAS, Warde PR, et al. Long-term outcome of radiation-based conservation therapy for invasive bladder cancer. Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations. 1 juill 2007;25(4):303-9.

38. Odzébé AWS, Bouya PA, NKoua Mbon JB, Ekat MH. Les tumeurs de vessie: aspects épidémiologiques et thérapeutiques à Brazzaville. J Afr Cancer. 1 févr 2011;3(1):36-9.

39. Avakoudjo J, Hounnasso P, Gouissi S, Agounkpe M. Tumeurs de vessie : aspects épidémiologique et diagnostique au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou (République du Bénin). Journal de la Société de Biologie Clinique. 2015;(022):77-80.

40. Boureima O, Hafing T, Haidjikiema K, Sikpa JN, Abdoul OH, Fasnewendé AK. Aspects Cliniques et Histologiques des Cancers de la Vessie au Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo (Ouagadougou). Health Sci Dis [Internet]. 26 juin 2020 [cité 3 avr 2023];21(7). Disponible sur: http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/2138

41. Kamissoko I. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des tumeurs de vessie au Service d'Urologie du CHU du Point G à propos de 74 cas'. 2015 [cité 3 avr 2023]; Disponible sur: https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/880

42. Botcho G, Tengue K, Kpatcha TM, Leloua E, Sikpa KH, Dare T, et al. Cancer de la vessie au Togo: aspects diagnostiques et therapeutiques au CHU Sylvanus Olympio. J Rech Sci Univ Lome. 2015;17(2):345-52.

43. Jubber I, Ong S, Bukavina L, Black PC, Compérat E, Kamat AM, et al. Epidemiology of Bladder Cancer in 2023: A Systematic Review of Risk Factors. European Urology. 1 août 2023;84(2):176-90.

44. Elmahfoudi A. Profil épidémiologique des tumeurs de la vessie dans la région de Marrakech [Internet]. Université CADI AYYAD; 2013. Disponible sur: http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2013/these32-13.pdf

45. INSAE. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique, Cinquième Enquête Démographique et de Santé au Bénin (EDSB-V) 2017-2018.

46. Yedomon B. Travail informel au Bénin: Expositions professionnelles et conséquences sanitaires chez les forgerons-ferblantiers à Cotonou. Disponible sur: https://theses.hal.science/tel-01544030v1/preview/2017LIMO0108.pdf

47. Cancers de la vessie : les points clés - Cancer de la vessie [Internet]. [cité 16 nov 2023]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-la-vessie/Les-points-cles

48. Branchereau, Julien. Les tumeurs urothéliales de vessie de stade pT1 de haut grade? : résultats oncologiques en fonction de la prise en charge [Internet]. Université de Nantes; 2010 [cité 16 nov 2023]. Disponible sur: https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show/show?id=e9a86d11-afdb-4437-b5be-b7dea328bc7d

49. Abbas NF, Aoude MR, Kourie HR, Al-Shamsi HO. Uncovering the epidemiology of bladder cancer in the Arab world: A review of risk factors, molecular mechanisms, and clinical features. Asian Journal of Urology [Internet]. 31 oct 2023 [cité 12 nov 2023]; Disponible sur: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214388223001200

50. CIRC (2023). Classification des substances cancérogènes [Internet]. Cancer Environnement. [cité 16 nov 2023]. Disponible sur: https://www.cancer-

environnement.fr/fiches/publications-du-circ/classification-des-substances-cancerogenes/

51. Agents Classés par les Monographies du CIRC, Volumes 1–134 – Monographies du CIRC sur l'Identification des Dangers Cancérogènes pour l'Homme [Internet]. [cité 16 nov 2023]. Disponible sur: https://monographs.iarc.who.int/fr/agents-classes-par-les-monographies-du-circ-2/

52. Underwood JM, Richards TB, Henley SJ, Momin B, Houston K, Rolle I, et al. Decreasing Trend in Tobacco-Related Cancer Incidence, United States 2005–2009. J Community Health. 1 juin 2015;40(3):414-8.

53. Le Faou AL, Scemama O. Épidémiologie du tabagisme. Revue des maladies respiratoires. 2005;22(6):27-32.

54. Scherübl H. [Tobacco smoking and cancer risk]. Pneumologie. janv 2023;77(1):27-32.

55. Freedman ND, Silverman DT, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Abnet CC. Association between smoking and risk of bladder cancer among men and women. JAMA. 17 août 2011;306(7):737-45.

56. Ibikounlé M, Satoguina J, Fachinan R, Tokplonou L, Batcho W, Kindé-Gazard D, et al. Épidémiologie de la bilharziose urinaire et des geohelminthiases chez les jeunes scolaires des zones lacustres de la commune de So-Ava, sud-Bénin. J App Bioscience. 17 déc 2013;70(1):5632.

57. Zaghloul MS. Bladder cancer and schistosomiasis. Journal of the Egyptian National Cancer Institute. déc 2012;24(4):151-9.

58. Djibrilla MH. Cancer de la vessie : Aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques au service d'Onco-Hématologie de l'Hôpital National de Niamey [Internet]. Universite Abdou Moumouni; 2016. Disponible sur: https://indexmedicus.afro.who.int/iah/fulltext/Cancer_vessie_aspects_%C3%A9pid%C3%A9miologiques_diagnostiques_th%C3%A9rapeutiques.pdf

59. Bellmunt J. Bladder cancer. Hematol Oncol Clin North Am. avr 2015;29(2):xiii-xiv.

60. Kadouri Y, Lachkar S, Dergamoun H, El Sayegh H, Benslimane L, Nouini Y. Management of the Uncommon Bladder Cancers: A Single-Center Experience over 10 Years. Adv Urol. 2020;2020:7563703.

61. Davis R, Jones JS, Barocas DA, Castle EP, Lang EK, Leveillee RJ, et al. Diagnosis, Evaluation and Follow-Up of Asymptomatic Microhematuria (AMH) in Adults: AUA Guideline. The Journal of Urology. 1 déc 2012;188(6, Supplement):2473-81.

62. Barocas DA, Boorjian SA, Alvarez RD, Downs TM, Gross CP, Hamilton BD, et al. Microhematuria: AUA/SUFU Guideline. Journal of Urology. oct 2020;204(4):778-86.

63. Cowan NC, Crew JP. Imaging bladder cancer. Curr Opin Urol. sept 2010;20(5):409-13.

64. Totaro A, Pinto F, Brescia A, Racioppi M, Cappa E, D'Agostino D, et al. Imaging in bladder cancer: present role and future perspectives. Urol Int. 2010;85(4):373-80.

65. Zhang J, Gerst S, Lefkowitz RA, Bach A. Imaging of bladder cancer. Radiol Clin North Am. janv 2007;45(1):183-205.

66. Blick CGT, Nazir SA, Mallett S, Turney BW, Onwu NN, Roberts ISD, et al. Evaluation of diagnostic strategies for bladder cancer using computed tomography (CT) urography, flexible cystoscopy and voided urine cytology: results for 778 patients from a hospital haematuria clinic. BJU Int. juill 2012;110(1):84-94.

67. Pignot G, Touzani R, Bouhnik A, Marino P, Walz J, Gravis G, et al. Annonce du cancer au moment du diagnostic de tumeur de vessie non infiltrant le muscle (TVNIM) : données de la cohorte prospective française VICAN. Progrès en Urologie. 1 nov 2018;28(13):717.

68. Proye P, Boissier R, Bastide C, Lechevallier E, Baboudjian M. Optimisation de la prise en charge des tumeurs de vessie non infiltrant le muscle : du diagnostic au traitement. Progrès en Urologie - FMC. 1 juin 2022;32(2):F44-9.

69. Neuzillet Y, Geiss R, Paillaud E, Mongiat-Artus P. Optimisation de la prise en charge du cancer de la vessie chez les patients âgés. Progrès en Urologie. nov 2019;29(14):849-64.

70. Diao B, Amath T, Fall B, Fall PA, Diémé MJ, Steevy NN, et al. Les cancers de vessie au Sénégal : particularités épidémiologiques, cliniques et histologiques. Progrès en Urologie. juill 2008;18(7):445-8.

71. Saheb Sharif-Askari N, Bendardaf R, Saheb Sharif-Askari F, El Tabbal AM, El Ayan MA. Incidence of bladder cancer in Benghazi, Libya over the past three decades. Sci Rep. 17 juill 2018;8(1):10822.

ANNEXES

FICHE DE DEPOUILLEMENT

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Q01 ANNEE D'ADMISSION

☐ 2013 ☐ 2014 ☐ 2015 ☐ 2016 ☐ 2017 ☐ 2018 ☐ 2019 ☐ 2020 ☐ 2021 ☐ 2022

Q02 CONTACT DU PATIENT

Q03 NUMERO DE DOSSIER

Q04 ADRESSE

1- ASPECT EPIDEMIOLOGIQUE

Q06 Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Q07 Age : ……..

Q08 Religion : ☐ Christianisme ☐ Islam ☐ Animiste ☐ Aucune ☐ Autres : ….....

Q09 Profession : ☐ Sans emploi ☐ Fonctionnaire ☐ Agent d'entreprise privée ☐ Commerçant

☐ Entrepreneur ☐ Pêcheurs ☐ Retraité ☐ Autres : ……

Q10 Statut matrimonial : ☐ Marié (e) ☐ Célibataire ☐ Veuf (ve) ☐ Divorcé

Q11 Niveau d'instruction : ☐ Universitaire ☐ Secondaire ☐ Primaire ☐ Non instruit

Q12 Ethnie : ☐ Fon ☐ Adja ☐ Yoruba ☐ Bariba ☐ Peuls ☐ Autres : ……

2- ASPECT CLINIQUE

Q13 Mode d'entrée : ☐ Venue de lui-même ☐ Urgence ☐ Référence ☐ Dépistage

Q14 Motif de consultation : ☐ Hématurie ; Préciser : ☐ Terminale ☐ Initiale ☐ Totale

☐ Brulure mictionnelle ☐ Pollakiurie ☐ Dysurie ☐ Lombalgie ☐ Douleur hypogastrique

☐ Bloc pelvien ☐ Rétention aigue d'urine ☐ Incontinence urinaire ☐ Autre : ……..

Q15 Facteurs étiologiques

Q15a Urologiques : ☐ Calcul de vessie ☐ Infection urinaire ☐ Bilharziose urinaire ; Préciser ☐ Traité ☐ Non traité ☐ K prostate ☐ Autre : ……..……..……

Q15b Médicaux : ☐ HTA ☐ Diabète ☐ VIH. ☐ Tumeur de voisinage ☐ Autre : ……..

Q15c Toxicologiques : ☐ Tabac ☐ Alcool ☐ Thé ☐ Café

Q15d Expositions professionnelles : ☐ Profession a risque de bilharziose ☐ Métallurgie ☐ Teinturerie

☐ Fumée de bois ☐ Autre : ……

Q16 Signes physiques : ☐ Etat général altéré ☐ Pâleur conjonctivale ☐ Fièvre ☐ Adénopathies

☐ Masse pelvienne ☐ Blindage pelvien ☐ Fistule vésicale ☐ Hépatomégalie ☐ OMI

3-ASPECTS PARACLINIQUES

Q17 Cystoscopie réalisée : Oui 2-Non Q17a Résultat ☐ Tumeur ☐ Pas de tumeur

Q16b Localisation ☐ Latérale ☐ Antérieure ☐ Postérieure ☐ Diffuse

Q16c Capacité vésicale : ☐ Normale ☐ Diminuée

Q16d Caractère de la tumeur : ☐ Infiltrante ☐ Bourgeonnante ☐ Papillomateuse

Q16e Base d'implantation : ☐ Etroite ☐ Sessile

Q16f Pathologies associées : ☐ Lithiase ☐ Rétrécissement ☐ Autre : ……

Q18 Echographie réalisée : ☐ Oui ☐ Non Q18a Résultat ☐ Tumeur ☐ Pas de tumeur

Q18b Lésions objectivées : ☐ Epaississement pariétale ☐ Envahissement locorégional ☐ Métastases ☐ Ureterohydronephrose ☐ Autres : …….

Q18c Position de la tumeur : ☐ Antérieure ☐ Postérieure ☐ Latérale

Q18d Pathologies associées : ☐ Lithiase ☐ Tumeur prostatique ☐ Autre : ……..

Q19 UIV réalisée : Oui ☐ ☐ Non Q19a Résultat ☐ Tumeur ☐ Pas de tumeur

Q19b Lésions objectivées : ☐ Image lacunaire ☐ Image d'amputation ☐ Image d'irrégularité ☐ Urétérohydronéphrose ☐ 5-Rein muet ☐ Autres : …….

Q19c Position de la tumeur : ☐ Antérieure ☐ Postérieure ☐ Latérale

Q19d Pathologies associées : ☐ Lithiase ☐ Tumeur prostatique ☐ Autre : ……...

Q20 Autres bilan diagnostique réalisé : ☐ UCR ☐ Rx pulmonaire ☐ TAP ☐ Autres:……

Q21 NFS : ☐Oui ☐Non TxHb :…… g/dl Nb Plaquettes :……G/L

Q22 Bilan rénal : ☐ Normal ☐ Pertubé

Q23 ECBU : ☐ Négative ☐ Positive (Germe : ……....) ☐ Polymicrobien

4-Diagnostic et stade tumoral

Q24 Niveau d'infiltration : ☐ limité à la muqueuse vésicale ☐ infiltrant le muscle ☐ Envahissant les organes de voisinage ☐ Métastase à distance

Q24a Préciser sites de métastases : ☐Ganglions ☐ Foie ☐ Poumons ☐ Péritoine ☐ Autre : ……

Q25 Stade tumoral (TNM) :

5-Aspects thérapeutiques

Q26 Chirurgie réalisée : ☐Oui ☐Non

Q27 Technique chirurgicale : ☐ Résection endoscopique ☐ Tumorectomie ☐ Cystectomie totale ☐Cystectomie partielle ☐ Laparotomie avec abstention

Q28 Curage ganglionnaire : ☐ Oui ☐ Non Q29 Dérivation urinaire : ☐ Oui ☐ Non

Q29a Type : ☐urétérostomie bilatérale ☐ Dérivation type BRICKER ☐ Dérivation type COFFREY

☐ Dérivation type GOODWIN ☐ Dérivation type Mainz II ☐Cystoplastie ☐ Autre : ……

Traitement médical :

Q30 Instillations endovésicales : ☐ Oui ☐ Non Q30a Préciser : ……

Q31 Chimiothérapie : ☐ Oui ☐ Non Q31a Préciser le protocole : …….

Q32 Radiothérapie : ☐ Oui ☐ Non

Q33 Adjuvants : ☐ Antalgiques ☐Antibiotiques ☐ Transfusion sanguine ☐ Hémostatique ☐ Lavage vésicale ☐ Autres : ……

6-Aspects évolutif

Q34 Suites opératoires : ☐ Simples ☐ Compliquées

Q34a Type de complications : ☐ Infection du site opératoire ☐ Hémorragie/Anémie ☐ Fistule vésico-cutanée ☐ Fistule digestive ☐ Décès ☐ Autres : ……..

Q35 Durée d'hospitalisation : ……Jours

Q36 Evolution à long terme : ☐ Suivi sans progression ☐ Repousse tumorale (Délai : …….. années) ☐ Décès (Délai : ……. années) ☐ Perdu de vue

7-Examen anatomopathologique

Q37 Type de prélèvement : ☐ Biopsie ☐ Pièce opératoire

Q38 Type histologique : ☐ carcinomes à cellules transitionnelles ☐carcinomes à cellules squameuses ☐ Adénocarcinomes ☐ carcinomes indifférenciés ☐ Autres : …….

Q39 Grade histologique : ☐Bas grade ☐ Haut grade

REPUBLIQUE DU BENIN - MINISTERE DE LA SANTE
CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT K. MAGA
Direction Générale

01 BP : 386
(+229) 21 30 06 56
www.cnhu-hkm.org

SERVICE DE LA STATISTIQUE MEDICALE ET DE LA RECHERCHE

Cotonou, le 15 JUIN 2023

N°1206/MS/CNHU-HKM/PCME/SSMR

NOTE DE SERVICE

Objet : Autorisation de collecte

Références : - Demande de madame GANKPE Marlène en date du 25 mai 2023 ;
- Photocopie de la carte d'étudiant N° 11899916.

Dans le cadre de la rédaction de sa thèse de doctorat d'Etat en médecine, portant sur le thème, « **Prise en charge des tumeurs de la vessie : quels résultats en 10 ans de pratique à la Clinique Universitaire d'Urologie Andrologie du CNHU-HKM de Cotonou ?** », Madame **GANKPE Marlène Murielle,** étudiante en septième année de médecine générale à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, est autorisée à effectuer une collecte de données à la **Clinique Universitaire d'Urologie Andrologie** du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert K. MAGA (CNHU-HKM).

A cet effet, le Chef Clinique et la Surveillante sont priés de tout mettre en œuvre pour faciliter à l'intéressée, l'accès aux sources de données. La collecte de données se fera sous l'encadrement du Chef Service de la Statistique Médicale et de la Recherche.

A la fin de l'étude, l'intéressée devra **transmettre à la Direction Générale du CNHU-HKM, les versions électroniques du rapport d'étude et de la base de données recueillies, par mail, à l'adresse suivante : « csmr.cnhuhkm@gmail.com ».**

La présente note de service est valable pour compter de la date de sa signature.

NB : Les dossiers médicaux et les registres doivent être consultés sur place. La confidentialité des données collectées est requise.

Le Directeur Général,

CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE * H K M * Le Directeur Général

Prof. Dieu donné GNONLONFOUN

Ampliations : DAF, C/SRH, P/CME, C/SSRM, C/CUUA, Surveillante, Intéressée, Archives, Chrono

Certificat d'analyse

Date d'émission: 27/11/2023
Compte évaluateur: GANKPE Marlène

AUTEUR DU DOCUMENT : GANKPE Marlène Murielle
TITRE DU DOCUMENT : PRISE EN CHARGE DES TUMEURS DE VESSIE : QUELS RESULTATS EN 10 ANS DE PRATIQUE A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE D'UROLOGIE-ANDROLOGIE DU CNHU-HKM DE COTONOU ?

e-Plagiat est un évaluateur certifié de prévention et de détection de plagiat intelligent et autonome basé sur l'IA

Type de document	Nombre de mots	Nombre de pages (approximatif)	Taux de plagiat
Thèse	24535	99	10.07%

M. Pierre ROUAN

Ce document est signé électroniquement et certifié. Le fichier constitue un original électronique de valeur probatoire, il est enregistré sous la référence suivante :

cc5148a0d0612b98b8b83d11bf7accaf73c6

e-plagiat.online, 1er évaluateur de plagiat en Afrique basé sur l'Intelligence artificielle

TABLE DES MATIERES

ACTION DE GRÂCE I
DEDICACES III
REMERCIEMENTS VII
HOMMAGES X
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS XIII
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES XV
SOMMAIRE XX
INTRODUCTION 1
1. GENERALITES 4
1.1. Définitions des concepts 5
1.2. Anatomie descriptive de la vessie [13] 5
1.2.1. Situation 5
1.2.2. La forme 5
1.2.3. Les dimensions 5
1.2.4. La capacité 7
1.2.5. Configuration externe 8
1.2.6. Configuration interne 9
1.3. Etude clinique 10
1.3.1. Circonstances de découverte 10
1.3.2. Signes cliniques locaux (communs à toutes les tumeurs) 10
1.3.3. Signes cliniques évocateurs d'extension 10
1.3.4. Examen clinique 11
1.3.5. Examens complémentaires 11
1.3.6. Résultats anatomo-pathologiques et classification 16
1.3.7. Structure de la paroi vésicale 21
1.3.8. Vascularisation et innervation 21

1.4. Etiopathogénie 23
1.4.1. Urothélium 23
1.4.2. Facteurs de risque 23
1.5. Diagnostic positif [6,12,22] 25
1.6. Diagnostic différentiel [22] 25
1.7. Traitement 25
1.7.1. Traitement préventif 25
1.7.2. Traitement curatif 26
1.8. Evolution et pronostic 37
1.9. Surveillance 39
2. CADRE ET METHODE D'ETUDE 40
2.1. Cadre d'étude 41
2.1.1. Centre National Hospitalier et Universitaire – Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) 41
2.1.2. La Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie (CUUA) 41
2.2. Méthode d'étude 43
2.2.1. Type et période d'étude 43
2.2.2. Population d'étude 43
2.2.3. Critères d'éligibilité 43
2.2.4. Echantillonnage 43
2.2.5. Technique de collecte 44
2.2.6. Outils de collecte 44
2.2.7. Variables 44
2.2.8. Traitement et analyse des données 46
2.2.9. Aspects éthiques et réglementaires 46
3. RESULTATS 47
3.1. Prévalence et Incidence des cas de tumeurs de vessie 48

3.2. Aspects socio-démographiques 49
3.2.1. Sexe et Age des patients 49
3.2.2. Profession des patients 50
3.2.3. Croyances religieuses des patients 51
3.2.4. Situation matrimoniale des patients 51
3.2.5. Niveau d'instruction des patients 52
3.2.6. Nationalité et ethnie 52
3.3. Aspects cliniques des tumeurs de vessie 53
3.3.1. Mode d'entrée des patients 53
3.3.2. Motif de consultation 54
3.3.3. Antécédents à risque de cancer 54
3.3.4. Signes physiques 56
3.4. Aspects paracliniques 56
3.4.1. Echographie 57
3.4.2. Cystoscopie 58
3.4.4. Bilans biologiques à l'admission 62
3.5. Stade tumoral 63
3.6. Aspects thérapeutiques 64
3.6.1. Délai d'initiation du traitement 65
3.6.2. Modalités thérapeutiques 65
3.6.3. Traitements adjuvants 66
3.7. Résultat anatomopathologique 67
3.8. Aspects évolutifs 68
3.8.1. Suivi post-opératoire 68
3.8.2. Durée d'hospitalisation 68
3.8.3. Statut évolutif des patients au moment de l'étude 69
3.9. Analyses bivariées 70

3.9.1. Corrélation entre les facteurs de risque et le résultat oncologique 70
3.9.2. Corrélation entre le type de tumeur et le résultat oncologique 71
3.9.3. Corrélations entre la clinique et le résultat oncologique 72
3.9.4. Corrélation entre facteurs de risque et type histologique 73
4. DISCUSSION 74
4.1. Qualité et validité des résultats 75
4.1.2. Qualité 75
4.1.3. Validité 75
4.2. Atteinte des objectifs de l'étude 76
4.3. Analyse des résultats et revue de littérature 78
4.3.1. Prévalence et incidence des cas de tumeurs de la vessie 78
4.3.2. Caractéristiques socio-démographiques 78
4.3.3. Aspects cliniques des tumeurs de vessie : 82
4.3.4. Aspects paracliniques 83
4.3.5. Stade tumoral 85
4.3.6. Aspects thérapeutiques 86
4.3.7. Anatomopathologie des tumeurs vésicales 88
4.3.8. Aspects évolutifs 89
CONCLUSION ET SUGGESTIONS 91
REFERENCES 95
ANNEXES ..... a
TABLE DES MATIERES ..... g

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple Béninois,

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine,

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination,

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité,

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance,

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères,

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail,

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs,

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie, ni ne provoquerai délibérément la mort,

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission,

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.

LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

Introduction : Les tumeurs vésicales occupent le 2ème rang des cancers urologiques avec une incidence en augmentation d'environ 1% par an. Notre étude avait pour but de déterminer la prévalence des tumeurs de vessie à la CUUA du CNHU-HKM, d'en décrire les aspects diagnostiques, d'évaluer les modalités thérapeutiques utilisées.

Méthode : Il s'est agi d'une étude descriptive, rétrospective et analytique répertoriant 68 cas de tumeurs de vessie sur une période de 10 ans allant de janvier 2013 à décembre 2022.

Résultats : Le sexe masculin prédominait (67,65%) avec un sex-ratio de 2,09 (soit 2 hommes pour une femme). L'âge moyen des patients était de 57,22 ± 13,79 ans, avec des extrêmes de 16 ans et 89 ans. La tranche d'âge de 60 à 69ans était la plus représentée et faisait 29,41% des patients. L'hématurie était le principal motif de consultation (45,59%). Les antécédents étaient dominés par le tabagisme (17,65%) et la bilharziose urinaire (14,71%). L'un des patients était exposé aux carcinogènes professionnels. Le tableau clinique était dominé par une pâleur conjonctivale (47,1%) et une altération de l'état général (42,65%). Sur le plan paraclinique, l'échographie pelvienne a été réalisée par 88,24% des patients avec une sensibilité de 77,84%. La cystoscopie réalisée par 36 patients (52,94%) a confirmé la lésion dans 97,22% des cas. Les tumeurs étaient bourgeonnantes (88,57%) et sessiles (97,14%) et multifocales (20 %). Les TVNIM représentaient 51,47% des cas. L'examen anatomopathologique avait été réalisé chez 22 patients (32,35%) avec une prédominance du carcinome urothélial. Quarante patients (58,82%) avaient reçu un traitement dont 38 interventions chirurgicales et 2 instillations endovésicales. Au total, 61,76 % des patients ont été perdus de vue, 8,82% ont eu un suivi sans progression, 2,94% ont eu une repousse tumorale et 26,47% sont décédés.

Conclusion : Les tumeurs de vessie demeurent un problème de santé publique. Le diagnostic est clinique et surtout paraclinique. Le meilleur traitement passe par la prévention des facteurs de risque.

Mots clés : Tumeurs, vessie, hématurie, bilharziose

ABSTRACT

Introduction : Bladder tumors are the 2nd largest urological cancer with an increasing incidence of about 1% per year. The aim of our study was to determine the prevalence of bladder tumors at the CUUA of the CNHU-HKM, to describe the diagnostic aspects, and to evaluate the therapeutic modalities used.

Method : This was a descriptive, retrospective, and analytical study listing 68 cases of bladder tumors over a 10-year period from January 2013 to December 2022.

Results : Men predominated (67.65%) with a sex ratio of 2.09 (i.e. 2 men to one woman). The mean age of patients was 57.22 ± 13.79 years, with extremes of 16 years and 89 years. The age group of 60 to 69 years was the most represented and made up 29.41% of patients. Hematuria was the main reason for consultation (45.59%). History was dominated by smoking (17.65%) and urinary schistosomiasis (14.71%). One of the patients was exposed to occupational carcinogens. The clinical picture was dominated by conjunctival pallor (47.1%) and deterioration in general condition (42.65%). Paraclinically, pelvic ultrasound was performed by 88.24% of patients with a sensitivity of 77.84%. Cystoscopy performed by 36 patients (52.94%) confirmed the lesion in 97.22% of cases. The tumors were budding (88.57%), sessile (97.14%) and multifocal (20%). NIMTVs accounted for 51.47% of cases. Histopathological examination was performed in 22 patients (32.35%) with a predominance of urothelial carcinoma. Forty patients (58.82%) had received treatment, including 38 surgeries and 2 endovesical instillations. A total of 61.76% of patients were lost to follow-up, 8.82% had progression-free follow-up, 2.94% had tumor regrowth, and 26.47% died.

Conclusion: Bladder tumours remain a public health problem. Diagnosis is clinical and, above all, paraclinical. The best treatment is to prevent risk factors.

Keywords: Tumors, bladder, hematuria, schistosomiasis