

Les cancers de la vessie vus au CHU Joseph Ravoahangy Andrianavalona

H.Y.H. Rantomalala*¹, A.F. Rakototiana¹,
H.N. Rakoto-Ratsimba¹, H. Rambel¹,
N. Razafimanjato¹, J.F. Kapisy²

¹ Service d'Urologie, CHU-JRA BP 4150 Antananarivo, Madagascar

² Faculté de Médecine d'Antananarivo, Madagascar

Résumé

Objectif: Le cancer de la vessie regroupe des lésions très diverses sur le plan clinique et surtout histopronostique. Aucune étude n'a été réalisée à Madagascar sur cette pathologie. L'objectif de cette étude est de déterminer les aspects épidémiocliniques et thérapeutiques de cette pathologie cancéreuse.

Patients et méthodes: Une étude rétrospective sur une période de 6 ans portant sur les dossiers des patients présentant un cancer de la vessie a été faite au service d'urologie du CHU Joseph Ravoahangy Andrianavalona. Nous avons inclus dans cette étude 31 patients avec 20 hommes et 11 femmes.

Résultats: L'âge moyen est de 52 ans. Les facteurs de risque sont représentés surtout par le tabagisme et la schistosomiase. L'hématurie et des signes urinaires constituent les signes révélateurs à part un seul cas découvert fortuitement au cours d'une lithiase vésicale. L'échographie a découvert la tumeur vésicale dans 25 cas. La cystoscopie, réalisée seulement chez 23 patients, a permis de visualiser la tumeur et de faire une biopsie dans tous les cas et une exérèse-biopsique dans 13 cas. Le carcinome a été retrouvé dans 25 cas et l'adénocarcinome dans 6 cas. Seulement 12 cas ont eu un traitement curatif.

Conclusion: Le cancer vésical est une pathologie grave. Son pronostic dépend de la précocité du diagnostic. L'apparition d'une hématurie doit toujours alerter le clinicien.

Mots-clés: Cancer; Chirurgie; Vessie

Bladder carcinomas observed at Joseph Ravoahangy Andrianavalona teaching hospital

Summary

Aim: The bladder cancer lesions include a wide variety in terms of clinical and histoprognois. No studies have been performed in Madagascar on this pathology. The objective of this study is to determine the epidemiological, clinical and therapeutic aspects on this malignant disease.

Patients and methods: A retrospective study on the files of patients with bladder cancer over a period of 6 years was made in the Urology ward of Joseph Ravoahangy Andrianavalona teaching hospital. We have included in this study 31 patients with 20 men and 11 women.

Results: The average age is 52 years. The risk factors are represented primarily by smoking and schistosomiasis. The hematuria and urinary disorders are the revealing signs. Only a single case was discovered incidentally during a bladder stone. Ultrasonography examination discovered bladder tumor in 25 cases. Cystoscopy, conducted only in 23 patients, helped to see the tumor and permit biopsy in all cases and ablation in 13 cases. Carcinoma was found in 25 cases and adenocarcinoma in 6 cases. Only 12 cases had a curative treatment.

Conclusion: Bladder cancer is a serious disease. His prognosis depends on early diagnosis. Emergence of a hematuria must always alert the clinician.

Keywords: Bladder; Surgery; Tumor

Introduction

Les cancers de la vessie regroupent des lésions très diverses sur le plan clinique, histologique et pronostique. Ils sont relativement fréquents mais malheureusement beaucoup de patients ne viennent en consultation qu'avec une lésion infiltrante ou métastasée. Le pronostic est souvent réservé car il s'agit d'une pathologie peu ou pas chimio et radiosensible. Le but de notre étude est de montrer les aspects épidémiocliniques et thérapeutiques de ces cancers dans un service d'urologie d'un pays sous-équipé.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur des patients admis pour cancer de la vessie au service d'Urologie du CHU-JRA sur une période de 6 ans, allant de Janvier 1998 à Décembre 2004. L'étude a été menée à partir de dépouillement des dossiers médicaux comportant une observation médicale quels que soit l'âge et le sexe. Sont

exclus de cette étude les dossiers ne comportant pas de résultats d'examen anatomo-pathologique.

Résultats

Durant cette période, 37 dossiers ont été revus mais 6 exclus par manque de données anatomo-pathologiques.

1- Caractères épidémiologiques:

La moyenne d'âge est de 52 ans avec des extrêmes allant de 34 ans à 73 ans. Le sexe masculin est touché dans 20 cas (64, 52%) et le sexe féminin dans 11 cas (35, 48%). Le sex ratio est de 1,81 (Tableau 1). Pour la profession, 21 patients sont des paysans, soit 67,74% des cas; viennent ensuite les bureaucrates et les travailleurs manuels avec respectivement 6 cas (19,35%) et 4 cas (12,90%).

2- Aspects cliniques:

Chez 26 patients, soit 83, 87%, un antécédent urologique a été retrouvé: 21 cas d'hématurie avec 12 cas (57,14%) d'origine bilharzienne, 2 coliques néphrétiques, 2 incontinences urinaires, 1 cancer de la vessie. La notion

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: drauberlin@yahoo.fr (A.F. Rakototiana).

¹ Adresse actuelle: Service d'Urologie B, CHU-JRA BP 4150 101 Antananarivo Madagascar

de tabagisme a été retrouvée chez 14 patients, soit 45,16% des cas. La prise de «décoctions» et une l'hypertension artérielle sont observées respectivement chez 7 patients (22,58%) et 3 patients (9,68%). Les signes révélateurs sont représentés par des signes urinaires avec une hématurie dans 72,73% des cas. Un seul cas a été découvert fortuitement au cours d'une chirurgie pour lithiase vésicale (Tableau 2). Tous les patients ont eu une échographie vésicale et la cystoscopie a été réalisée chez 23 patients, soit 74,19 % des cas. L'UIV a été réalisée chez 4 patients, soit 12,90% des cas (Tableau 3).

3- Données anatomo-pathologiques:

La tumeur était de type carcinome urothélial à cellules transitionnelles dans 19 cas (61,29%), carcinome épidermoïde dans 6 cas (19,35%) et 6 adénocarcinomes (19,35%). Les lésions étaient infiltrantes dans 11 cas (35,48%), métastasées dans 6 cas (19,35%) et superficielles dans 14 cas (45,16%).

4- Aspects thérapeutiques:

La résection endoscopique a été réalisée chez 13 patients suivis d'une instillation à la BCG (Bacille de Calmette et Guérin). Les autres cas ont été traités par la chirurgie conventionnelle, outre 2 cas qui ont refusé le traitement. Dans 11 cas (35,48%), la chimiothérapie, seule ou avec la radiothérapie, a été prescrite (Tableau IV et Tableau V).

Age	<35 ans	35 à 50 ans	50 à 75 ans
Hommes	1	3	16
Femmes	1	3	7
Total	2	6	23

Tabl. 1: Répartition des malades selon l'âge et le sexe

Signes révélateurs	Nombres de cas	%
Hématurie	23 (1 Msp* et 2 GI*)	74, 19%
RAU*	5	16,13%
Urines nauséabondes	2	6,45%
Chirurgie lithiase vésicale	1	3,23%
Total	31	100%

Msp: masse sus-pubienne GI: ganglion inguinal
RAU: rétention aiguë des urines

Tabl. 2: Les signes révélateurs

Résultats	Nombre	%
Formation tumorale	25	80,64 %
Epaississement pariétal	3	9,68%
Quasi normal	3	9,68%

Tabl. 3: Données de l'échographie vésicale

Lésions	Bourgeonnante: 16 cas	Polype: 7 cas
Siège	Partie mobile: 10 cas Plancher: 6cas	Partie mobile: 6 cas Plancher: 1 cas
Gestes effectués	Biopsie: 8 cas Exérèse biopsique: 8 cas	Biopsie: 2 cas Exérèse biopsique: 5 cas

Tabl. 4: Données de la cystoscopie

Traitement	Nombre	%
Resection endoscopique	13	41,94%
Cystectomie partielle	4	12,90%
Cystectomie totale	6 (2ECP* et 4 UTI*)	19,35%
Urétérostomie ou Cystostomie définitive	6	19,35%
Chimiothérapie et/ou RTE	11	35,48%
Refus de traitement	2	6,45%

ECP: entérocystoplastie UTI: urétérostomie transiléale

Tabl. 5: Traitement chirurgical

Discussion

1- Epidémiologie

Les tumeurs de la vessie représentent la 7^{ème} cause de mortalité par cancer chez l'homme et la 9^{ème} chez la femme [1]. Elle est la 11^{ème} cause de cancer dans le monde [2]. Cette étude montre une croissance de la fréquence de tumeur de la vessie à partir de 30 ans dans les deux sexes. Les taux masculins sont nettement supérieurs aux taux féminins dans le groupe d'âge compris entre 50-75 ans [2]. Comme dans plusieurs études, nous avons trouvé une fréquence plus élevée chez le sexe masculin [2]. L'âge moyen de diagnostic dans notre série est de 52 ans, plus précoce comparé à celui des pays développés où l'âge moyen de diagnostic est de 69 ans pour les hommes et de 71 ans pour les femmes [2]. La schistosomiase urinaire et l'intoxication tabagique représentent les deux premiers facteurs de risque dans notre étude. En effet, plus de la moitié de nos patients ont eu une notion de bilharziose urinaire. Elle prédispose surtout au cancer de la vessie de type carcinome épidermoïde [2]. Dans les pays fortement infestés comme l'Egypte où il existe une endémie de *Schistosoma haematobium*, le cancer épidermoïde représente plus de 70% des cancers de la vessie [2,3]. Dans ce cas, le cancer survient après une sévère et longue infestation à un âge moyen de 45 ans dans les deux sexes. Quant au tabagisme, c'est un facteur unanimement reconnu. Il représente le premier facteur de risque dans les pays industrialisés [2]. Les agents carcinogènes sont surtout représentés par β -naphtylamine, 3-4 basopyrène, hydrocarbures aromatiques polycycliques. Ce risque est lié à plusieurs facteurs: nombre de cigarettes fumées par jour et durée de consommation, durée d'abstinence: il faut 7-10 ans pour retrouver un risque relatif à celui de non-fumeur.

2- Clinique

Dans notre série, l'hématurie représente 74,19% des signes révélateurs. Ce symptôme est évoqué aussi bien comme signe précoce que signe tardif [4]. D'autres symptomatologies urinaires comme la rétention d'urine et des urines de mauvaise odeur ont été rapportées. La rétention

urinaire est souvent due à des caillots lors d'une importante hématurie ou à des débris tumoraux. Ces symptômes doivent attirer l'attention et faire rechercher un cancer de la vessie. La chirurgie d'une lithiase vésicale a permis une découverte fortuite d'un cas de cancer vésical dans notre étude. Chez 3 de nos patients (9,68%), il existait une extension loco-régionale et à distance. Cette extension est très fréquente et rapide au cours de l'évolution des cancers de la vessie [4]. C'est sans doute le diagnostic précoce des tumeurs vésicales qui donne aux patients les meilleures chances de guérison. Ce diagnostic est surtout basé sur des arguments anamnestiques et cliniques. Il faut rechercher les facteurs de risque et les troubles urinaires. L'échographie et la cystoscopie permettent de mettre en évidence les tumeurs papillaires ou infiltrantes [4,5]. Ce sont souvent des lésions assez évoluées. Le carcinome in situ est essentiellement dépisté par la cytologie urinaire qui peut être remplacée par le dosage du Bladder Tumor Antigen [1]. La cystoscopie en fluorescence vise à accentuer le contraste visuel entre le tissu tumoral et le tissu normal de manière à obtenir une cartographie précise de la vessie malade. Elle permet ainsi de détecter un carcinome in situ (CIS) avec une sensibilité de l'ordre de 80 à 90% [6]. Dans notre étude, 28 des 31 tumeurs ont été observées à l'échographie. Dans 3 cas, l'échographie était normale et dans 3 autres, elle a montré un simple épaissement irrégulier de la paroi vésicale. Il faut reconnaître que cet examen est opérateur dépendant. En présence de signes cliniques douteux, une échographie vésicale normale ne doit pas éliminer le diagnostic. Au contraire, il faut pousser vers d'autres investigations dont la cystoscopie ou l'uroscanner. Dans tous les cas, le diagnostic est établi avec certitude par l'examen anatomo-pathologique de la pièce de biopsie ou des copeaux réséqués ou même de la pièce opératoire lors d'une cystectomie [4,7].

3- Traitement

Le traitement des tumeurs vésicales nécessite un contrôle local de la maladie, un contrôle des envahissements ganglionnaires et des métastases viscérales. Il existe plusieurs moyens thérapeutiques dont la résection endoscopique, la chimio-immunothérapie locale, la photocoagulation au laser, la cystectomie, la chimiothérapie systémique et la radiothérapie externe. La difficulté réside dans le choix de la meilleure méthode disponible (plus efficace et moins invasive). L'instillation endovésicale par BCG des tumeurs superficielles, pour certains auteurs, a montré une bonne performance permettant de diminuer ou de retarder la récurrence et la progression de la tumeur [8]. Cette instillation peut être utilisée seule ou en complément de la résection pour traiter localement la tumeur ou pour prévenir la récurrence. D'autres auteurs ouvrent une controverse quant à la place de cette instillation. Pour eux, il n'existe pas de différence significative en terme de survie chez les patients recevant ou non des instillations endovésicales [9]. Ces traitements n'influenceraient pas l'évolution vers l'infiltration en profondeur de certaines tumeurs [8]. Nous ne pouvons pas confirmer le résultat de cette technique car tous les patients n'ont pu suivre jusqu'au bout le protocole classique et établi en matière d'instillation. De nombreux

travaux effectués ces dernières années indiquent que la thérapie photo dynamique (PDT) pourrait être un outil intéressant dans le diagnostic et le traitement conservateur de certaines tumeurs vésicales [7]. La radiothérapie externe associée à la chimiothérapie systémique donne l'espoir de trouver une solution à la fois curative et conservatrice [10]. Il faut évaluer le devenir de la vessie après irradiation car les lésions radiques locales et de voisinages risquent de compromettre le confort de survie des patients. La chimiothérapie à base de cisplatine, utilisée en monothérapie ou en traitement adjuvant ne donne qu'une rémission partielle voire nulle. Son effet sur la survie n'est pas encore bien déterminé [5,8]. La cystectomie partielle est satisfaisante sur des cas très sélectionnés. Elle a été pratiquée chez 12,90 % des cas dans notre série. Cette technique permet de conserver une fonction mictionnelle et sexuelle normale mais expose aux risques de récurrence locale. La cystectomie totale, traitement de référence des tumeurs vésicales infiltrantes, a été réalisée chez 19,35% de nos cas. Cette chirurgie d'exérèse est bien souvent la seule indication correcte dans un but curatif et pour rendre supportable la survie du patient qui était de 60 à 90% à 5 ans [8,11]. Toutefois, cette technique représente un sacrifice mictionnel et sexuel indiscutable même si les techniques de reconstitution d'un réservoir vésical, qui n'est réalisable que chez 50% des patients opérés [10,12], et le traitement de la dysfonction érectile en atténuent les conséquences [10].

Conclusion

Les tumeurs de la vessie sont graves. Un meilleur pronostic nécessite un diagnostic plus précoce. La survenue d'une hématurie doit toujours pousser le clinicien à rechercher cette tumeur. La chirurgie tient une place importante dans sa prise en charge thérapeutique par la réalisation d'une cystectomie totale et d'une dérivation urinaire.

Références

- 1- Millet C, Irani J, Bounaud J. Intérêt du Bladder Tumor Antigen comme nouveau marqueur du cancer de la vessie. *Immuno Anal Biol Spéc* 1998; 13: 235-38.
- 2- Irani J. Épidémiologie du cancer de vessie. *Prog Urol* 2003; 13: 1207-8.
- 3- Chopin D, Gattegno B. Épidémiologie descriptive des tumeurs superficielles de la vessie. *Prog Urol* 2001; 11: 953-60.
- 4- Teillac P. Tumeurs de vessie: diagnostic, formes cliniques, marqueurs. *Encycl Med Chir Urologie* 18-243-A-30; 1995.
- 5- Lamm DL, Riggs DR, Traynelis CL, Nseyo UO. Apparent failure of current intravesical chemotherapy prophylaxis to influence the long-term course of superficial transitional cell carcinoma of the bladder. *J Urol* 1995; 153: 1444-50.
- 6- Jichlinski P, Marti A, Leisinger H-J. La cystoscopie en fluorescence dans le cancer de la vessie, quel avenir ? *Ann Urol* 2002; 36 : 264-8.
- 7- Guillemain F, Cosserat-Gerardin I, Notter D, Vigneron C. Diagnostic et traitement des tumeurs de vessie par thérapie photodynamique. *Pathol Biol* 2001; 49: 815-23.
- 8- Bensalah K, Patard J-J. Prise en charge des tumeurs de vessie T1G3. *Ann Urol - Encycl Med Chir Urologie* 2004; 93-100.
- 9- Jayet C, Deperthes D, Leisinger H-J. Angiogenèse et cancer de vessie. *Ann Urol* 2002; 36: 258-63.
- 10- Housset M. Chimio-radiothérapie concomitante des cancers infiltrants de la vessie. *Cancer Radiother* 1998; 2 : 713-7.
- 11- Dufour B. Le traitement des tumeurs infiltrantes de vessie. *E-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie* 2003 ; 2: 4-6.
- 12- Prout GR. The surgical management of bladder carcinoma. *Urol Clin North Am* 1975; 3: 145-75.