

Tumeurs malignes développées sur bilharziose urinaire: à propos de 10 cas et revue de la littérature.

Andrianjafitrimo HT^{*1}, Ranaivomanana VF¹,
Rakotondrainibe FN¹, Ramiandrasoa LA²,
Randrianjafisamindrakotroka NS¹



¹Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques, CHU-JRA Ampefiloha, Antananarivo, Madagascar
²Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques, Laboratoire SALFA, Antananarivo, Madagascar

Résumé

Introduction: La bilharziose urinaire est une maladie parasitaire qui sévit encore à l'état endémique à Madagascar. La hantise est l'évolution vers un cancer. Notre objectif était de ressortir, à travers la littérature et notre étude, les particularités épidémiologiques et anatomo-pathologiques des cancers de la vessie développés sur bilharziose urinaire.

Patients et méthode: Il s'agissait d'une étude rétrospective des cas de tumeur maligne de la vessie développée sur bilharziose urinaire, vus au Laboratoire d'Anatomie Pathologique du SALFA Andohalo, Antananarivo, Madagascar, sur une période de 6 ans, allant de janvier 2010 à décembre 2015.

Résultats: Nous avons colligé 10 cas. L'âge moyen était de 41,3 ans avec un sex-ratio de 1,5. Les signes d'appel clinique étaient l'existence d'une masse vésicale (50%) et une hématurie (30%). Le carcinome épidermoïde est le type histologique le plus fréquent (70 %), suivi par le carcinome transitionnel (20%) et l'adénocarcinome (10%).

Conclusion: L'infestation à *Schistosoma haematobium* est un facteur de risque connu dans le développement des tumeurs vésicales. Un diagnostic précoce, un traitement efficace et une surveillance régulière peuvent permettre de prévenir cette évolution maligne.

Mots clés: Anatomie pathologique; Bilharziose urinaire; Carcinome épidermoïde; Tumeur vésicale

Abstract

Titre en anglais: Malignant tumors developed on urinary bilharziasis: report of 10 cases and review of the literature.

Introduction: Urinary schistosomiasis is a parasitic disease that is still endemic in Madagascar. It can be evaluate towards a cancer. Our aim was to highlight, through the literature and our study, the epidemiology and pathology features of bladder cancers developed on urinary schistosomiasis.

Patients and method: It was a retrospective study of the files of patients who developed bladder cancer with a schistosomiasis infection, seen at the laboratory of pathology SALFA in Andohalo, Antananarivo, Madagascar, over a period of 6 years, from January 2010 to December 2015.

Results: We collected 10 cases. The average age was 41.3 years with a sex-ratio of 1.5. Clinical signs were a bladder mass (50%) and hematuria (30%). Squamous cell carcinoma is the most common histological type (70%), followed by transitional carcinoma (20%) and adenocarcinoma (10%).

Conclusion: *Schistosoma haematobium* infection is a known risk factor in the development of bladder tumors. Early diagnosis, effective treatment and regular monitoring can prevent this malignant progression.

Key words: Bladder tumor; Pathology; Squamous cell carcinoma; Urinary schistosomiasis

Introduction

La bilharziose est une maladie parasitaire eau dépendante, due à l'infestation par des schistosomes. L'agent pathogène, *Schistosoma haematobium*, infeste essentiellement l'homme qui est son hôte définitif. Dans les zones d'endémie, l'évolution vers le cancer est fréquemment rencontrée. Comme Madagascar est un pays où la bilharziose sévit encore à l'état endémique, nous voudrions à travers cette étude et la revue de la littérature, décrire les particularités anatomo-cliniques des cancers développés sur bilharziose urinaire.

Patients et méthode

Nous avons réalisé une étude rétrospective des tumeurs malignes développées sur bilharziose urinaire, colligées au laboratoire du Sampan'Asa Loterana ho an'ny Fahasalamana (SALFA), entre 2010 et 2015, soit 6 ans. Nous nous étions intéressés aux renseignements cliniques et à l'examen anatomopathologique. Le diagnostic était obtenu après examen anatomopathologique microscopique des lames colorées à l'Héματοxyline-Eosine à partir des pièces biopsiques ou d'exérèse.

Résultats

Nous avons colligé 10 cas. L'âge des patients variaient de 24 à 60 ans avec une moyenne de 41,3 ans. Nous avons observé une prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,5. D'après les renseignements cliniques, l'existence

Patients	Age (ans)	Genre	Renseignements cliniques	Types de prélèvements	Types histologiques
1	60	Masculin	Hématurie + dysurie	Réséction	Carcinome épidermoïde
2	32	Féminin	Polype intra-vésical	Réséction	Carcinome urothélial
3	24	Masculin	Hématurie	Biopsie	Carcinome épidermoïde
4	25	Féminin	Hématurie + Fistule urinaire	Biopsie	Carcinome épidermoïde
5	55	Masculin	Tumeur vésicale	Réséction	Carcinome épidermoïde
6	52	Masculin	Tumeur vésicale	Réséction	Carcinome épidermoïde
7	39	Féminin	Tumeur vésicale	Réséction	Carcinome urothélial
8	41	Masculin	Tumeur vésicale	Biopsie	Adénocarcinome
9	45	Féminin	Tumeur vésicale	Biopsie	Carcinome épidermoïde
10	40	Masculin	Tumeur vésicale	Biopsie	Carcinome épidermoïde

Tabl.1: Caractéristiques des patients

d'un syndrome tumoral vésical était la manifestation clinique la plus fréquente (50%) suivie par l'hématurie (30%). Mais il y avait également un polype intra-vésical, une dysurie et une fistule. Un seul patient avait fait une sérologie bilharzienne qui était positive. Les prélèvements reçus étaient une pièce biopsique (50%) ou une pièce de résection (50%). Selon les résultats histologiques, le carcinome épidermoïde prédominait (70%), suivi par le carcinome transitionnel (20%) et l'adénocarcinome (10%). Ces aspects épidémiologiques, cliniques, et anatomopathologiques sont présentés dans le tableau 1. Dans tous les cas, nous avons observé des œufs de bilharzie au sein des proliférations tumorales permettant de confirmer l'association pathologique (Figure 1-3).

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: andrianjafitrimoholyacp@yahoo.fr

¹ Adresse actuelle: Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques, CHU-JRA Ampefiloha, Antananarivo, Madagascar

Discussion

La bilharziose représente l'une des principales maladies transmissibles ayant des répercussions sanitaires et socio-économiques majeures dans les pays en développement. Selon l'OMS, cette maladie touche 200 à 300 millions de personnes et 650 millions sont estimés à risque de contracter l'infection, essentiellement les populations d'Afrique noire [1]. L'infestation à *S. haematobium* est un facteur de risque connu de développement des tumeurs vésicales. La carcinogenèse peut s'expliquer par l'irritation vésicale chronique et les traumatismes répétés de l'urothélium vésical par le passage d'œufs de bilharzies, diminuant l'efficacité de la barrière muqueuse dans sa capacité à réabsorber les nitrosamines produites, renforçant indirectement leur pouvoir carcinogène [2]. Cette irritation chronique suscite vis-à-vis de l'organisme une réaction avec transformation de la muqueuse urothéliale en muqueuse de type malpighienne qui fait le lit d'un carcinome épidermoïde si l'infection n'est pas traitée correctement. D'après nos résultats, cette pathologie touche plus les sujets de sexe masculin. Les auteurs égyptiens attribuent ce fait aux travaux agricoles qui sont essentiellement effectués par les hommes [3]. La majorité de nos patients étaient jeunes car l'infestation est précoce, dès l'enfance, par le jeu des enfants dans la rivière et les eaux stagnantes. L'absence d'un traitement adapté peut alors conduire à l'apparition du cancer très précocement. Sur le plan clinique, la présence d'un syndrome tumoral vésical constituait le premier motif qui conduisait à la réalisation d'une biopsie vésicale ou à une résection tumorale vésicale. En effet, dans notre contexte de pays en développement, le retard diagnostique est habituel, les patients ne consultant qu'à un stade avancé de leur pathologie; alors que dans la littérature, l'hématurie constitue le premier motif de consultation [4]. Sur le plan anatomopathologique, le carcinome épidermoïde de la vessie est connu depuis des décennies comme étant fortement associé à l'infection à *S. haematobium* [5]. Il est observé dans près de 76% des cas, suivi par le carcinome transitionnel (15%) et l'adénocarcinome (6%) [6]. Une étude réalisée par Sourabie au Niger a trouvé une proportion plus élevée de carcinome épidermoïde (82%) dans les cancers sur vessie bilharzienne [7]. Ce chiffre est comparable à celui de notre étude et concorde avec ceux des pays où l'endémie bilharzienne sévit [8]. Contrairement aux pays africains, le type histologique de tumeur vésicale le plus fréquent en Europe et aux Etats-Unis d'Amérique est le carcinome transitionnel. Il constitue plus de 90% des cas et est la cause de 3% de mortalité par cancer aux USA [9].

Conclusion

La bilharziose est une pathologie banale, le plus souvent négligée alors qu'il peut évoluer vers un cancer de la vessie. Pour limiter ou prévenir l'apparition de ces cancers, la politique sanitaire dans la lutte contre la bilharziose associant prévention, dépistage et traitement de masse devrait être renforcée. Mais cela sera toujours insuffisant et une politique socio-culturelle et éducative devrait être mise en avant afin d'inciter petit à petit ces populations concernées à laisser de côté leurs tabous bien ancrés contre la construction de latrines et à les éduquer sur les modes de transmission et sur les traitements médicamenteux relativement simples, peu coûteux et accessibles contre ce fléau.

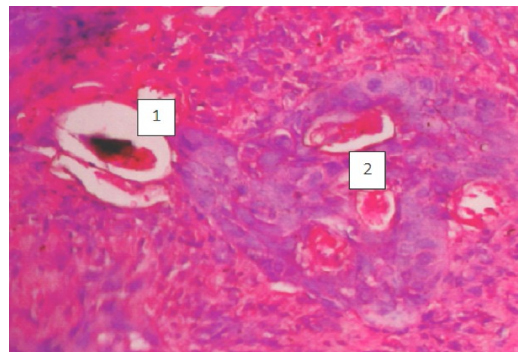


Fig 1: Histologie: Carcinome épidermoïde moyennement différencié avec un œuf de bilharzie (hematoxyline-éosine x400)
(1) Œuf de bilharzie (2) Prolifération de cellules carcinomateuses à différenciation malpighienne (Source: Laboratoire SALFA)

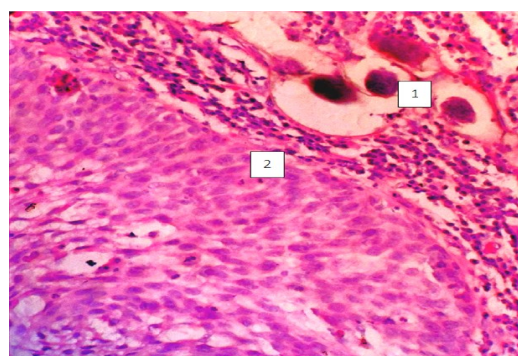


Fig 2: Histologie: Carcinome urothélial avec bilharziose (hematoxyline-éosine x400)
(1) Œuf de bilharzie (2) Prolifération de cellules carcinomateuses à différenciation urothéliale (Source: Laboratoire SALFA)

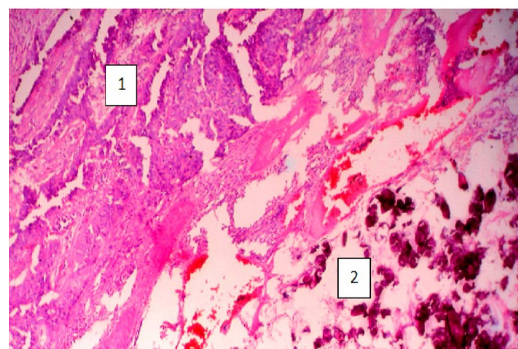


Fig 3: Histologie: Adénocarcinome peu différencié (1) avec de nombreux œufs de bilharzie calcifiés (2) (hematoxyline-éosine x400)
(Source: Laboratoire SALFA)

Références

- 1- WHO. Division of control of tropical diseases schistosomiasis. Bull World Health Organ; Geneva: 2006.
- 2- El-Aaser AA, Hassanein SM, El-Bolkainy MN, Omar S, El-Sebai I, El-Merzabani MM. Bladder carcinogenesis using bilharzia-infested Swiss albino mice. Eur J Cancer 1978; 14: 645-8.
- 3- Schwartz DA. Helminths in the induction of cancer II. Schistosoma haematobium and bladder cancer. Trop Geogr Med 1981; 33: 1-7.
- 4- Dimenza L, Bourou JC, Vieillefond A, Chondot D, Boccon Gibod L, Zimmer K. Facteurs de risque des tumeurs de vessie; étude épidémiologique.

gique chez 701 sujets en Ile-de-France. *Press Med* 1991; 20: 1436-9.

5- Fergusson AR. Associated bilharziasis and primary malignant disease of the urinary bladder with observation on a series of 40 cases. *J Pathol Bacteriol* 1911; 16: 76-94.

6- El-Bolkainy MN, Mokhtar NM, Ghoneim MA, Hussein MH. The impact of schistosomiasis on the pathology of bladder carcinoma. *Cancer* 1981; 48:2643-8.

7- Sourabie B. Les cancers de vessie au Niger, pays d'endémie bilhar-

zienne: à propos de 105 cas observés à l'hôpital de Niamey. Thèse Médecine 1984; Niger: 110p.

8- Malick MO, Veress B, Daoud EH, El Hassan AM. Pattern of bladder cancer in the Sudan and its relation to schistosomiasis: a study of 225 vesical carcinomas. *J Trop Med Hyg* 1975; 78: 219-23.

9- Panneau CL, Schaffer P, Bollack CL. Epidémiologie du cancer de la vessie. *Ann. Urologie* 1992; 26: 281-93.