

LA RESECTION TRANSURETRALE DES TUMEURS DE VESSIE A L'HOPITAL GENERAL DU GRAND YOFF : À PROPOS DE 141 CAS

THE TRANSURETRAL RESECTION OF BLADDER TUMORS IN THE GENERAL HOSPITAL OF GRAND YOFF: ABOUT 141 CASES

TRAORE MT¹, JALLOH M³, YEVI M², NDOYE M³, LABOU I³, NIANG L³, GUEYE SM³

1 Service de chirurgie du Centre Hospitalier Universitaire de Ouahigouya/Burkina Faso

2 Clinique Universitaire D'Urologie Andrologie du CNHUHKM/Bénin

3 Service D'urologie de l'hôpital général du grand YOFF/ Dakar

Auteur correspondant: TRAORE Mamadou Tiéoulé, Service de chirurgie du Centre Hospitalier Universitaire de Ouahigouya/Burkina Faso. Email: Tel : +22670733885 t.mamadou.t@gmail.com

RESUME :

Introduction : A l'échelle mondiale, le cancer de la vessie occupe le 11^{ème} rang en termes de fréquence. La résection endoscopique constitue le premier temps capital de la prise en charge de toute tumeur de vessie.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude descriptive transversale portant sur les cas de résections trans urétrales de vessie sur la période allant du 1er janvier 2009 au 31 Décembre 2013 incluant uniquement les patients ayant bénéficié d'un suivi régulier au moins un an de recul.

Résultats : L'Age moyen a été 57 ans avec une sex-ratio 3 sur 2. Les professions à risques ont été retrouvées dans 26,2% des cas. Les antécédents de tabagisme ont été retrouvés dans 10% des cas, la bilharziose urogénitale dans 36,2% des cas. Les signes fonctionnels ont été dominés par l'hématurie (77,3%). L'état général des patients était conservé dans 67% des cas, une masse pelvienne dans (11,1%). L'aspect cystoscopique dominant était bourgeonnant (62%). Les complications per et post RTUV ont représenté 9% des patients. Le carcinome épidermoïde moyennement différencié a été la forme dominante dans 39,7% des cas. Au cours du suivi 16% des patients ont eu au moins une deuxième RTUV tandis que 21% ont eu une chirurgie à type de cystectoprostectomie totale ou une pelvectomie antérieure avec différents types de dérivations urinaires

Conclusion : La résection transuretrale des tumeurs de vessies est de pratique courante l'Hôpital Général du Grand Yoff. Il s'agit de tumeurs diagnostiquées à un stade symptomatique. Les complications per et post opératoires sont rares.

Mots clés : tumeurs de vessie, résection trans urétrale de vessie, hématurie

Summary:

Introduction ; Globally bladder cancer is the 11th tumour in terms frequency. Endoscopic resection is key to the management of all bladder cancers.

Methodology: This is a descriptive cross sectional study of cases of transurethral resection of bladder tumour (TURBT) from January 2009 to December 2013 including only the patients who received regular follow.

Results: Mean age was 57 years with a sex ratio of 3 to 2. Professional exposure was found in 26.2% of cases. A

history of smoking were found in 10% of cases, urogenital schistosomiasis in 36.2% of cases. Clinical presentation was mainly hematuria (77.3%). The general condition of the patients was maintained in 67% of cases, and a pelvic mass was found in 11.1% of cases. The cystoscopic appearance was burgeoning tumor in 62% of cases. TURBT complications accounted for 9% of patients. The moderately differentiated squamous cell carcinoma was the dominant form in 39.7% of cases. During follow-up 16% of patients had at least a second TURBT while 21% underwent a radical cystectoprostectomy with different types of urinary diversions.

Conclusion: Transurethral resection of bladder tumors is common at the General Hospital Grand Yoff. In general the tumours were clinically significant. Intraoperative and postoperative complications occurred rarely.

Keywords: : bladder tumors, trans urethral resection of bladder, hematuria

INTRODUCTION

A l'échelle mondiale, le cancer de la vessie occupe le 11^{ème} rang en termes de fréquence [1]. Il est le deuxième cancer urologique après celui de la prostate avec un sex ratio de 3/1. Elle est responsable de 3% des décès par cancer et son incidence est en augmentation d'environ 1% par an [2].

En Afrique, le cancer de la vessie est le plus souvent secondaire à la bilharziose urinaire, ce qui explique que son incidence soit très élevée dans les régions à forte endémicité bilharzienne. Au Sénégal, le cancer de vessie était le cancer urogénital le plus fréquent jusqu'en 1984[3].

L'évolution des moyens diagnostiques et thérapeutiques ayant révolutionné l'urologie laisse aujourd'hui peu de place à la chirurgie ouverte dans une dynamique d'octroi de soin de qualité et de gestes de moins en moins invasifs. L'endo-urologie y occupe une place prépondérante. La résection trans-urétrale des tumeurs de vessie est une intervention chirurgicale qui se fait par voie naturelle à l'aide d'un cystoscope visant à enlever en totalité ou en partie les lésions tumorales siégeant au niveau de la vessie [4, 5, 6,

7,8]. C'est la pierre angulaire de la prise en charge des tumeurs de vessie car elle fournit des éléments essentiels à la définition du risque carcinologique et constitue le premier temps du traitement [9, 10, 11, 12,13]. Il paraît important de faire le point sur les résections trans urétrales des tumeurs de vessie à l'Institut de Formation et de Recherche en Urologie et Santé Familiale (IFRU/SF) à l'Hôpital Général du Grand Yoff à Dakar au Sénégal sur la période de 2009 à 2013. Le but de ce travail est de rapporter l'expérience du service d'urologie de l'Hôpital Général du Grand Yoff dans la résection trans-urétrale des tumeurs de vessie.

PATIENTS ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale à visée descriptive portant sur la période du 1er Janvier 2009 au 31 Décembre 2013. L'étude a porté sur les dossiers des patients ayant subi au moins une résection trans-urétrale de vessie pour tumeurs de vessie. L'évaluation pré opératoire était clinique, biologique et radiologique. Les patients ayant un dossier exploitable et et suivis avec un recul d'au moins un an, ont été pris en compte. La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du logiciel EPI info version 7.0. et du logiciel word 2013. Nous avons réalisés des statistiques descriptives avec une significativité statistique pour $\alpha < 0,05$.

RÉSULTATS

Aspects épidémiologiques et sociodémographiques

Au total 141 dossiers ont été retenus. L'âge moyen a été de 57 ans avec des extrêmes de 18 et 85 ans et un sex-ratio de 3 sur 2. Les professions à risque tels que les métiers de l'agriculture, la menuiserie et la teinture ont été retrouvées dans 26,2%. La majorité de nos patients provenaient de Dakar (58% des cas), suivie des zones de Matam, Bambey, Diourbel, Thies, Sédhiou (12,2%) et des régions de Fatick (5,2%), de Mbour (5,2%), Touba (5,2%) et Saint louis dans (5,2%). Le reste provenant d'autres localités du Sénégal et des pays limitrophes (3,8%). Les facteurs de risques retrouvés sont consignés dans le tableau I. Parmi les facteurs identifiés, la bilharziose (36%) suivie du tabagisme (10%).

Tableau I: Répartition selon les facteurs de risque

Facteurs de risque	Effectif	Fréquence en %
Tabac	16	10%
Bilharziose	51	36%
Irritation chronique	11	7,8%
Irradiation vésicale	1	0,7%
Aucun	62	44%
Total	141	100%

Aspects cliniques

Le tableau II résume les circonstances de découverte de la pathologie dominée par l'hématurie (51,7%) suivie par la dysurie (11,3%) et d'une masse hypogastrique (11,3%).

Tableau II: Les circonstances de découvertes

Motifs de consultation	Effectifs	Fréquences %
Hématurie seule	73	51,7
Dysurie seule	16	11,3
Masse hypogastrique douloureuse	16	11,3
Hématurie, douleurs hypogastriques, brûlures mictionnelles	13	9,2
Hématurie, pollakiurie, dysurie	23	16,3
Total	141	100

L'hématurie totale dans 50% et terminale 47,8.

La durée moyenne d'évolution de la maladie depuis l'apparition des signes jusqu'à la consultation a été de 7 mois avec des extrêmes de 1 et 22 mois.

L'état général des patients était bon dans 67% des cas ; une anémie modérée a été notée chez 48% des Patients, une anémie importante dans 2,8% des cas.

Les signes physiques retrouvés sont essentiellement la douleur hypogastrique (18,75%), une masse pelvienne (11,5%).

L'appréciation des parois pelviennes aux touchers pelviens a donné le résultat ci-dessous consigné dans le tableau III.

La majorité des tumeurs ne montraient un aspect localement avancé.

Tableau III: Répartition selon l'état des parois pelviennes à la palpation

Parois pelviennes	Effectifs	Pourcentage
Souple	129	91,4
Induré	12	8,5
Total	141	100,0

L'examen du système spléno-ganglionnaire ne retrouvait aucune anomalie clinique.

Examens para cliniques

L'anémie biologique microcytaire a été retrouvée chez 66,7% des patients.

Une hyperleucocytose a été retrouvée chez 37,8% des patients.

Une insuffisance rénale a été retrouvée Chez 27.3 % des patients.

L'aspect échographique le plus fréquent était une masse échogène (51,85%) ou un simple épaissement pariétal 40,74%. Dans 7,41%, l'échographie a révélé une masse hyperéchogène tissulaire. Les tumeurs de vessie retrouvées avaient une taille moyenne à 4 cm avec des extrêmes à 2cm et 7cm. La tumeur siégeait aux parois latérales (44,83%), au trigone (17,24%) et dôme (6,90%). Le retentisse-

ment sur le haut appareil urinaire a été retrouvé chez près de 65% des patients avec 33,33% de dilatations pyélo-calicielles et 29,63% au stade d'urétérohydro-néphrose ou hydronéphrose uni ou bilatérale. Il s'agissait de tumeur le plus souvent unique (86,2%) et rarement multiple (13,8%).

Tableau IV : aspects cystoscopiques

Aspects	Effectifs	Fréquence (%)
Tumeur ulcérée	11	7,8
Multifocale saignant au contact	13	9,5
Tumeur framboisée	13	9,5
Tumeur en chou-fleur	13	9,5
Tumeur bourgeonnant saignant au contact	87	62,0
Vessie bilharzienne	5	3,6
Total	141	100

La tomodensitometrie a été réalisée chez 61% des patients et a permis de retrouver un épaississement pariétal dans 68% des cas, une vessie lacunaire dans 26% et une tumeur bourgeonnante dans 5% des cas.

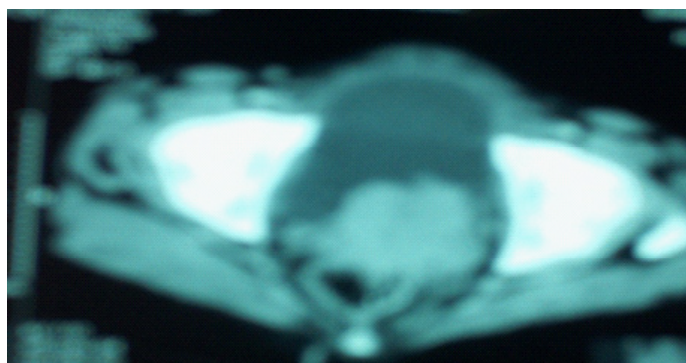


Figure 1 : Aspect TDM d'une tumeur infiltrante de vessie

La RTUV

Vingt-huit patients ont eu recours à une transfusion sanguine avant l'intervention et dans les cas d'anémie sévère avant et après chirurgie. Le nombre de poches transfusées en moyenne a été de 3 (Culot ou sang total). Deux patients ont été dialysés en raison d'une fonction rénale très altérée. Une montée de JJ a été réalisée chez 3 patients pour permettre la RTUV. La rachianesthésie a été électivement pratiquée dans tous les cas.

Réalisée soit à visée diagnostique ou à visée thérapeutique, la RTUV a permis de retrouver des tumeurs bourgeonnantes 56,6% des cas, des vessies bilharziennes dans 10,1% des cas; des polypes et des tumeurs ulcérées et autres formes ont représenté 33,3% des cas. La figure 2 montre une résection de tumeur bourgeonnante.

Une résection complète a été réalisée chez 69,6% des patients.

Huit cas de résection complète + instillations endo-

vésicales de BCG sont à noter suite à la première RTUV (8,5% des patients) dont un cas de BCGite traitée avec succès. Les accidents observés sont essentiellement la perforation vésicale chez 7 patients (5%). La durée moyenne d'hospitalisation a été de 4 jours avec des extrêmes de 1 et 21 jours. Des suites opératoires compliquées ont représenté 7,8% des cas. Un cas de décès a été rapporté dans les suites post-opératoires immédiates.

Le tableau V donne la répartition des accidents per-opératoires.

Tableau V : répartition des accidents per-opératoires

Accidents de la RTUV	Effectifs	Pourcentage
Brèche vésicale	1	1,3
Perforation vésicale intra-péritonéale	1	1,3
Perforation		
Vésicale sous péritonéale	3	3,8
Suspicion de brèche vésicale	2	2,5
Total	7	100%

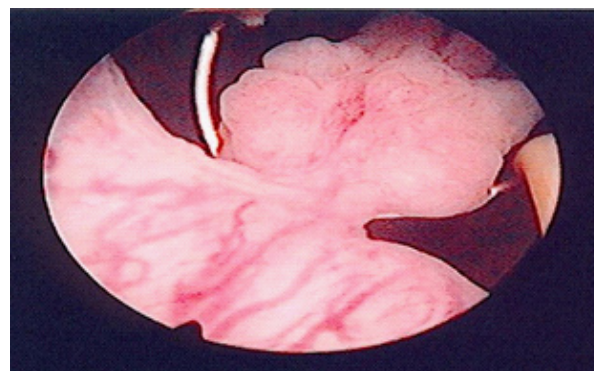


Figure 2: Tumeur bourgeonnante en cours de résection

Anatomo-pathologie

Le tableau VI donne les résultats anatomopathologiques. L'histologie est dominée par le carcinome épidermoïde et les tumeurs urothéliales infiltrantes.

Tableau VI : Résultats anatomopathologiques de la RTUV

Type Histologiques	Effectifs	Fréquences
Carcinome urothélial infiltrant de haut grade	17	12,0
Carcinome épidermoïde infiltrant	9	6,3
Carcinome épidermoïde moyennement différencié	56	39,7
Carcinome épidermoïde moyennement différencié	6	4,2
Carcinome malpighien infiltrant	8	5,6
Cystite bilharzienne	5	4,2
Cystite non spécifique chronique	9	6,4
Tumeur papillaire récidivant	8	5,6
Tumeur superficielles ptG3	23	16,3
Total	141	100

Tableau VII : Suivi récapitulatif des patients en fréquence cumulée par catégorie

suivi	Symptômes	Extension	Favorable	RTUV	Chirurgie ouverte	Décès
1 ^{ère} consultation	32(22,6%)	10(7,0%)	88(62,4%)	5(3,2%)	2(1,4%)	3(2,1%)
2 ^e consultation	46(32,6%)	13(9,2%)	63(44,6%)	6(4,2%)	7(5%)	6(4,2%)
3 ^e consultation	51(36,1%)	16(11,3%)	32(22,2%)	10(7,1%)	20(14,1%)	12(8,5%)
4 ^e consultation	57(40,5%)	19(13,4%)	13(9,2%)	16(11,3%)	21(14,9%)	15(10,6%)

Le traitement chirurgical au cours du suivi (Tableau VII) a consisté à une cystoprostatectomie totale réalisée chez 18 patients et une pelvectomie antérieure chez 12 cas avec dérivations urinaires. Les différents types de dérivations urinaires utilisées sont représentés dans le tableau VIII.

Tableau VIII: Les différents types de dérivations urinaires après cystectomie

Types de dérivations urinaires	Effectif	Pourcentage
Bricker	12	57,14
Entérocystoplastie en Z	6	28,57
Entérocystoplastie en W	2	9,52
Poche de Maintz 2	1	4,76
Total		100

DISCUSSION

Dans notre série l'âge moyen de survenue de 57 ans est comparable aux résultats de Niang et al. qui rapporte un âge moyen retrouvé est de 55 ans [14] avec des extrêmes de 14 et 84 ans. Par contre il est nettement au-dessus des résultats de Dangou et al. [15] au Sénégal avec un âge moyen de survenue à 45 ans de même que la série publiée par Diao et al. avec un âge moyen de 45.5 ans [16]. Comme dans la série publiée par Dangou et al [15], les processus infectieux notamment la bilharziose (36,25) et les facteurs irritatifs (13,75) sont les plus incriminés dans notre série. Le tabagisme en troisième position avec 10%. Pour Niang et al. [14], sur une série de 12 patients les facteurs de risques incriminés sont la bilharziose chez 5 patients contre 2 pour le tabagisme. Comme dans la plupart des séries publiées l'hématurie est le premier signe d'appel ayant été retrouvé chez 77,50% de nos patients comme dans la série publiée par Niang et al. [14]. Il s'agit d'une hématurie terminale le plus souvent, pouvant être caillotante ou non caillotante avec parfois des signes d'irritation vésicale dans 41,25% des cas notamment pollakiurie, brûlures mictionnelles et impériosité mictionnelle. Pour Diao et al [16], ces signes irritatifs représentent le motif de consultation le plus fréquent avec des troubles mictionnels (94.5%) et l'hématurie en seconde position (88%). Ceci pourrait traduire un

délai de consultation relativement plus précoce dans notre série. La cystoscopie a été l'examen clé du diagnostic des tumeurs de vessie. Elle a permis de visualiser la tumeur et confirmer le diagnostic clinique. Les tumeurs étaient le plus souvent uni-focales (78,2%) dans notre série. Les tumeurs multifocales sont un facteur pronostic péjoratif. Les tumeurs bourgeonnantes ont dominé la série avec 62% des cas et une vessie bilharzienne a été retrouvée dans 3,6% des cas. Ces résultats sont comparables à la série publiée par Kane et al. [17] avec des tumeurs bourgeonnantes dans 46% des cas et une hémorragie dans 14.9% des cas. À la cystoscopie, la localisation au dôme et au trigone a été notée 29,4% des cas. Par contre dans la série publiée par Kane et al. [17] le siège le plus fréquent est représenté par les faces latérales et le trigone.

Le carcinome épidermoïde a été noté dans 50,2% des cas ; ce résultat est comparable à la série de Diao et al. [16] où les carcinomes épidermoïdes prédominaient dans 50.70% des cas. Cependant ce constat est différent en occident où les carcinomes transitionnels sont de loin les plus fréquents, favorisés par le tabagisme et certaines expositions professionnelles [18].

CONCLUSION

Le cancer de la vessie est une pathologie fréquente au Sénégal comme dans tous les autres pays à forte endémicité bilharzienne. Il a une prédominance masculine. Ses manifestations sont dominées par l'hématurie la plupart du temps terminal et les troubles irritatifs de la vessie. La résection trans-urétrale de vessie apporte indéniablement une plus-value à la prise en charge des tumeurs de vessie. Elle fait partie des pratiques courantes à l'Hôpital Général de Grand Yoff et ses complications sont rares. Elle reste un geste thérapeutique à promouvoir pour améliorer la qualité de la prise en charge des tumeurs de vessie en Afrique sub-saharienne.

RÉFÉRENCES

1. Parkin D.M., Bray F.I., Devesa S.S.: Cancer burden in the year 2000. The global picture. Eur J Cancer 2001;37:S4-S66.
2. Abdel-latif M, Abol-enein H, EL BAZ M, Ghoheim MA. Nodal involvement in bladder cancer cases treated with radical cystectomy: incidence and prognosis. J Urol 2004;172:85-9.
3. Diagne BA, BA M, Gueye SM, Wandaogo A, Toure A, Mensah A. Les particularités des cancers vésicaux en milieu sénégalais: analyse de 336 observations. Bull Soc Frçse Canc Prive 1987;16:95-100.
4. Bordier B, Malavaud B. Résection endoscopi-

que des tumeurs vésicales. EMC - Techniques chirurgicales - Urologie 2013;6(1):1-8 [Article 41-163].

5. B.Gattegno, C.Ciofu, D.Chopin Enquête sur les tumeurs superficielles de la vessie auprès des membres de l'Association Française d'Urologie Prog Urol 2000;10(5):875-1098

6. BENNOIT G, GIULIANO F. Anatomie chirurgicale et voies d'abord de la vessie. Encycl Med Chir (paris) 1991 ; 41160.

7. C.Pfister, M Roupret, H. Wallerand, J. -L.Davin, H. Quintens, L. Guy, N. Houede, S. Bernardini, S. Larré, C. Mazerolles, C. Roy, D. Amsellem, F. Saint, J. Irani, M. Soulié Recommandations en oncurologie 2010 : tumeurs urothéliales

8. FRANK H. NETTER, M.D., Atlas d'anatomie humaine : pelvis et périnée. Section v. Novartis ; Editions Maloine : Deuxième Edition.

9. Recommandations uro-oncologie 2013-2016. Prog Urol 2013;23;S105-S125, Suppl 2.

10. Irani J. Epidémiologie du cancer de vessie. Prog Urol 2003;13:1207-1208

11. B.Gattegno, C.Ciofu, D.Chopin Enquête sur les tumeurs superficielles de la vessie auprès des membres de l'Association Française d'Urologie. Prog Urol 2000;10(5):875-1098

12. Marc Maidenberg, Jean Louis Davin. Principes de résection endoscopique d'une tumeur de vessie. Prog Urol 2003;15:1073-1076

13. Olivier Bouchot, Marc Zerbib. Le traitement des tumeurs infiltrantes de vessie. Prog Urol 2003;19:1413-1427

14. L.Niang, M.Ndoye, I.Labou, M.Jalloh, J.J.Diaw, I.Thiam, A.Konté, S.C.Kouka, R.Kane, S.M.Gueye. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des tumeurs de vessie à l'hôpital général de Grand Yoff de Dakar. Afr J Urol 2014;20(2):116

15. J.M.Dangou, V.Mendès, I.A.Boye, G.Wotté Gaye, P.D.Ndiaye. Le cancer vésical au Sénégal, expérience du laboratoire d'anatomie pathologique du C.H.U de Dakar (SENEGAL). Méd Afr Noire 1996;43(6)

16. B.Diao, T.Amath, B.Fall, P.A.Fall, M.J.Diémé, N.N.Steevy,A.K.Ndoye,M.Ba,V.Mendès,B.A.Diagne. Les cancers de vessie au Sénégal : particularités épidémiologiques, cliniques et histologiques Progrès en urologie. Prog Urol 2008;18:445-448

17. R. Kane, L. Niang, Y. Diallo, M. Jalloh, A. Ndiaye, S. M. Gueye. Advanced Bladder Cancer in Senegal: Epidemiological and Clinical Aspects. Open J Urol 2014;4:127-131

18. Y.Pointreau, I.Atean, C.Durdux. Dose de tolérance à l'irradiation des tissus sains : la vessie. Cancer/Radiotherapy 2010;14:363-368