



Article Original

Les Tumeurs de Vessie à l'Hôpital Somine Dolo de Mopti

Bladder Tumors at Somine Dolo Hospital of Mopti

Cissé D¹, Berthé HJG², Diarra A⁵, Coulibaly MT³, Diallo MS⁴, Kassogué A⁴, Thiam D⁶, Traore A¹, Koné M¹, Guindo O¹.

RÉSUMÉ

Objectifs. Décrire les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques des tumeurs de vessie. **Patients et méthodes.** Il s'agissait d'une étude transversale rétrospective, descriptive portant sur les cas de tumeurs de vessie reçus à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti entre le 1^{er} Janvier 2012 et le 30 Novembre 2016. **Résultats.** 117 cas de tumeur de vessie ont été diagnostiqués. L'incidence annuelle était de 23,4 cas. L'âge moyen des patients était de 49,79 ans avec une prédominance masculine à 1,72. Le motif de consultation a été dominé par les troubles de la miction, 34,19% (n= 40) et l'hématurie, 29,92% (n= 35). L'échographie vésico-prostatique, 82,90% (n= 97) des cas, la cystoscopie, 56,41% des cas (n= 66), ont généralement permis de poser le diagnostic. Le bilan d'extension a retrouvé une atteinte ganglionnaire dans 76,07% (n= 89) des cas, des métastases à distance dans 25,63% (n= 30) des cas. Les traitements effectués ont été la résection trans-urétrale de la vessie, 36,76% (n= 43), les dérivations urinaires externes, 36,76% (n= 43), la chirurgie d'exérèse partielle ou totale, 16,22% (n = 19), une abstention chirurgicale, 10,26% (n=12) des cas. Les suites opératoires ont été simples dans 81,91% (n= 86) des cas. Le carcinome épidermoïde, 82,14%, était l'histologie majoritaire. La survie globale à un an a été de 63,24% (n= 74). **Conclusion.** À Mopti, les tumeurs de vessie sont presque toutes diagnostiquées à un stade avancé. Le traitement est le plus souvent palliatif.

ABSTRACT

Objective. To describe the epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of bladder tumors. **Patients and methods.** This was a transversal retrospective, descriptive study of bladder tumor cases received between January 1, 2012 and November 30, 2016 in Sominé DOLO hospital. **Results.** 117 cases of bladder tumor were diagnosed. The annual incidence was 23.4 cases. The mean age was 49, 79 years with a male predominance at 1.72. The reason for consultation was dominated by micturition trouble, 34, 19% (n= 40) and hematuria, 29, 92% (n= 35). Vesico-prostatic ultrasound, 82.90% (n= 97) and cystoscopy, 56.41% (n= 66), generally found the diagnosis. The extension assessment found lymphadenopathy in 76, 07 (n=89), distant metastases in 25, 63 (n=19) of cases. The treatments performed were TURB (trans urethral resection of bladder), 36, 76% (n=43), external urinary diversions, 36, 76% (n=43), partial or total excision surgery, 16, 22% (n=19), surgical abstention, 10, 22% (n=12) of cases. Operative follow-up was simple in 81, 96% (n=86) of cases. Squamous cell carcinoma, 82, 14% was the majority histology. 1-year overall survival was 63.24%. **Conclusion.** Bladder tumors were almost all diagnosed at an advanced stage, the treatment was most often palliative.

1 : Hôpital Sominé Dolo de Mopti
 2 : CHU du Point G (Bamako)
 3 : CHU Gabriel Toure (Bamako)
 4 : CHU Kati
 5 : CHU Luxembourg
 6 : Direction Régionale de la Santé de Mopti
 *Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako.

Correspondance : Dr Cisse Dramane, Service de Chirurgie Hôpital Sominé DOLO de Mopti (MALI) BP 139. Email : djenecisse@yahoo.fr

Mots clés : tumeur de vessie, RTUV, cystectomie, dérivation urinaire.

Keywords: bladder tumor, TURB, Cystectomy, urinary diversion

INTRODUCTION

Néof ormation tissulaire développée aux dépens de la vessie, la notion franche de tumeur bénigne ou maligne ne s'applique pas très bien aux tumeurs de vessie en raison de l'évolution possible de celles même à potentiel bénin. Ces tumeurs sont maintenant classées en deux groupes : les tumeurs n'infiltrant pas le muscle vésical (TNIMV) caractérisées parfois par la récurrence en cas de traitement souvent sur un mode plus agressif en fonction du grade de la tumeur ; les tumeurs infiltrant le muscle vésical (TIMV) avec évolution vers l'envahissement

local, locorégional et à distance. Avec 76 960 cas et 16 390 décès en 2016, les tumeurs de vessie ont été l'une des plus mortelles tumeurs génito-urinaires aux USA [1]. En Europe, le cancer de la vessie est le deuxième cancer urologique après le cancer de la prostate, son incidence en 2012 a été de 151 300 cas dont 118 300 chez l'homme et 32 900 chez la femme [2]. Chez l'homme, il est le 4^{ème} cancer le plus diagnostiqué et est responsable de 4% des décès par cancer. Dans les pays développés, les facteurs de risque principaux sont le tabagisme et les expositions professionnelles [3], 90 à 95% sont des carcinomes uréthéliaux [4] dont 80% de carcinome n'infiltrant pas le

muscle vésical et 20% infiltrant le muscle vésical [3,4]. En Afrique, dans les zones d'endémie bilharzienne, la métaplasie causée par la présence d'œufs de *Shistosoma haematobium*, favorise le développement d'un type histologique particulier, le carcinome épidermoïde. Ce type histologique est caractérisé par un risque élevé de progression local ou de récurrence après cystectomie radicale et une sensibilité réduite à la chimiothérapie systémique ou la radiothérapie [5, 6]. L'infection à *S haematobium* a été reconnue en 1994 par l'IARC (International Agency for Research on Cancer) et confirmée en 2012 comme cancérigène de classe A [7, 8]. Les travaux de Salem [9] en Egypte montrant une diminution des formes épidermoïdes au profit des formes urothéliales avec le recul de l'infection à *S haematobium* est un argument supplémentaire du rôle de la bilharziose urinaire dans la survenue du carcinome épidermoïde vésical. Au Mali, dans la zone de notre étude, l'implantation des micros barrages agricoles dans le cadre de la lutte contre la pauvreté a favorisé une explosion de l'infestation à *S haematobium*. Les campagnes de lutte contre la bilharziose assimilant l'hématurie à la bilharziose ont amené à une banalisation de l'hématurie. Cette banalisation, une trentaine d'années plus tard est responsable de la plupart des retards de consultation des tumeurs de vessie. L'absence de registre des cancers incluant toutes les données nationales ne nous permet pas de dresser une situation exhaustive de l'ensemble des tumeurs de vessie. Cette étude est une contribution à la complétude des données des tumeurs de vessie. Elle a pour objectif d'étudier les aspects épidémiologique, diagnostique et thérapeutique des tumeurs de vessie à Mopti, une zone à ressource limitée du Mali.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'est agi d'une étude rétrospective descriptive menée à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti au Mali où il a été analysé 117 dossiers de patients admis pour tumeur de vessie entre le 1er janvier 2012 et le 30 Novembre 2016. À partir des registres d'hospitalisation, des dossiers d'hospitalisation, des fiches anatomopathologiques, ainsi que des comptes rendu opératoires, nous avons colligé tous les cas de tumeurs de vessie. Pour chaque patient, les paramètres suivants ont été relevés : âge, sexe, résidence, la profession, les antécédents médico-chirurgicaux, le motif de consultation, les données de l'examen physique et des examens paracliniques, les données du suivi au cours de l'hospitalisation, le traitement effectué et les résultats du traitement. L'exploitation informatique des données a été réalisée grâce au logiciel SPSS et a intéressé la fréquence des variables.

RÉSULTATS

117 patients ont été admis pour tumeur de vessie sur 3715 pathologies urologiques soit une prévalence hospitalière de 3,14%. L'incidence annuelle était de 23,4. Dans la figure 1 est représentée la répartition annuelle des cas de tumeur de vessie.

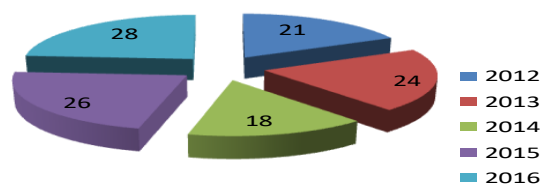


Fig1: Incidence des TV

L'âge moyen des patients était de 49, 79 ans avec des extrêmes de 15 et 83 ans. On notait une prédominance masculine avec un sex ratio de 1,72. La figure 2 illustre la répartition en fonction de l'âge et du sexe.

La figure 2 illustre la répartition des patients en fonction de l'âge et du sexe.

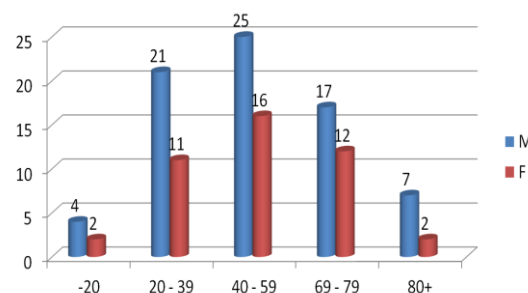


Figure 2 : répartition en fonction de l'âge et du sexe

Les patients provenaient du milieu rural dans 49,58% (n= 58), du milieu semi urbain dans 31,62% (n= 37) et du milieu urbain dans 18,80% des cas (n= 22). Les différentes professions pratiquées sont illustrées dans le tableau 1.

Tableau I : Répartition des patients en fonction de la profession

Profession	Effectif	%
Cultivateur/éleveur	34	29,06
Ménagère	21	17,95
Commerçant (e)	19	16,24
Fonctionnaire	16	13,68
Ouvrier	13	11,11
Teinturière/teinturier	8	6,84
Chauffeur	4	3,42
Etudiant	2	1,70
Total	117	100

Le délai moyen de première consultation était de 17 jours et le délai moyen de consultation spécialisée était de 28,6 mois avec des extrêmes de 1 et 57 mois.

Les facteurs de risques retrouvés ont été la bilharziose urinaire ou l'antécédent ancien d'hématurie dans 73,50% (n= 86), le tabagisme dans 45,20% (n= 33) des cas. Les antécédents chirurgicaux étaient notés chez 27,34% (n= 32) des patients. Il s'agissait d'antécédents de cystolithotomie, 10,25% (n= 12), d'adénomectomie

prostatique transvésicale et de cure de hernie de l'aine, 5,98% (n= 7) chacun, de cure d'hydrocèle 5,13% (n= 6) des cas. Les antécédents médicaux étaient l'hypertension artérielle dans 4,27% (n= 5) et le diabète dans 1,70% (n= 2) des cas.

Les motifs d'admission ont été dominés par les troubles mictionnels 34,19% (n= 40), suivis de l'hématurie, 29,92% (n= 35) et des douleurs abdominales 11,97% (n= 14). Des patients ont été adressés par d'autres structures sanitaires pour masse pelvienne, 7,70% (n= 9), pyurie, 6,84% (n= 8), fistule vésico-cutanées, 4,27% (n= 5). Les autres motifs d'admission ont été l'anurie, la fistule vésico-vaginale et le prolapsus utérin respectivement dans 2,56% (n=3), 1,70% (n= 2) et 0,85% (n= 1). L'examen physique a permis de retrouver une masse pelvienne dans 35,90% (n= 42), une adénopathie inguinale, 15,38% (n= 18), une infiltration du plancher pelvien, 13,67% (n = 16) et un blindage de tout le pelvis 10,25% (n= 12). Dans le tableau 2 est représenté l'ensemble des signes physiques.

Tableau II : répartition des patients en fonction des signes physiques

Signes physiques	Fréquence	%
Amaigrissement	88	75,21
Pâleur	76	64,96
Masse pelvienne	42	35,90
Adénopathie inguinale	18	15,38
Infiltration plancher pelvien	16	13,67
Blindage pelvien	12	10,25
Œdème des membres inférieurs asymétrique	11	9,40
Fistule vésico-cutanée	8	6,84
Prolapsus hémorroïdaire	8	6,84
cystocèle	6	5,12
Hépatomégalie	5	4,27
FVV	2	1,70
Prolapsus utérin	1	0,85
Examen physique normal	23	19,65

Les examens complémentaires à visée diagnostique réalisés ont été l'échographie de l'arbre urinaire dans 82,90% des cas (n= 97), la cystoscopie, 56,41% (n= 66), l'uroscanner, 41,02% (n= 48), l'UIV (Urographie Intra Veineuse), 29,91% (n= 35) et l'UCR (Urétro-Cystographie Rétrograde), 3,41% (n = 4). La cystoscopie a retrouvé des aspects de tumeur bourgeonnante dans 37,88% des cas (n= 25), ulcéro-bourgeonnante, 27,27% (n= 18), ulcéro-infiltrante, 21,21% (n= 14), une tumeur superficielle papillaire, 10,61% (n= 7), un polype, 3,03% (n= 2).

L'imagerie médicale a mis en évidence un retentissement sur le haut appareil urinaire dans 71,80% des cas (n= 84). Il s'agissait d'une urétéro-hydronephrose bilatérale dans 32,48% des cas (n= 38), une urétéro-hydronephrose unilatérale, 17,95% (n= 21), un rein muet unilatéral, 11,97% (n= 14), une urétéro-hydronephrose unilatérale associée à un rein muet controlatéral, 9,40% (n= 11).

Le bilan d'extension a retrouvé des métastases ganglionnaires dans 76,07% des cas (n= 89), des

métastases osseuses dans 11,11% (n= 13), des métastases hépatiques, 8,54% (n= 10), des métastases pulmonaires, 5,98% (n = 7). Dans 23,93% des cas (n= 28), il n'y avait aucune localisation secondaire. Après ce bilan d'extension, une classification TNM sommaire a été réalisée et est illustrée dans le tableau III.

Tableau III : Classification TNM sommaire

TNM	Effectif	%
T3N0M0	12	10,26
T3N+M0	27	23,08
T3M1	12	10,26
T4N0M0	7	5,98
T4N+M0	32	27,36
T4M1	18	15,38
Ta	7	5,98
Polype	2	1,70
Total	117	100

Les tumeurs n'infiltrant pas le muscle vésical (TNIMV) constituaient 7,68% (polypes et tumeurs papillaires) et les tumeurs infiltrant le muscle vésical (T3 et T4), 92,32%.

Des pathologies associées étaient présentes chez 58 patients soit 49,57%. Ces pathologies se répartissaient comme suit : l'hypertrophie bénigne de la prostate, 39,65% (n=23) des pathologies associées, les urolithiases, 27,59% (n= 16), le prolapsus hémorroïdaire, 13,76% (n= 8). La cystocèle, la sténose de l'urètre et le prolapsus utérin ont représenté respectivement 10,35% (n= 6), 6,90% (n= 4) et 1,72% (n= 1) des pathologies associées.

Le bilan pré thérapeutique réalisé a retrouvé une altération de la fonction rénale dans 51,28% des cas (n= 60), avec une créatininémie supérieure à 600 μ mol/l dans 30,77% des cas (n= 36), entre 360 et 600 μ mol/l dans 11,11% (n= 13) et entre 121 et 350 μ mol/l dans 9,40% (n= 11). Le taux d'hémoglobine était normal, supérieur ou égal à 12g/dl dans 27,35% des cas (n= 32). Une anémie sévère avec un taux d'hémoglobine inférieur à 6g/dl était observée dans 16,24% des cas (n= 19). Le taux d'hémoglobine était compris entre 6 et 8g/dl dans 33,33% des cas (n= 39) et entre 9 et 11g/dl dans 23,08% des cas (n = 27).

Les traitements réalisés ont été :

- La résection trans urétrale de la vessie dans 36,76% des cas (n = 43).
- Les dérivations urinaires externes laissant en place la tumeur, 36,76% (n= 43) comprenant l'intervention de Bricker 15,39% (n= 18), l'urétéro-urétérostomie cutanée, 13,68% (n= 16), l'urétérostomie cutanée bilatérale, 7,70% (n= 9).
- Les chirurgies d'exérèse comprenant la pelvectomie antérieure couplée à une intervention de bricker dans 6,84% des cas (n= 8), une pelvectomie antérieure avec entérocystoplasie de remplacement dans 4,27% (n= 5) illustré par la figure 3, la pelvectomie antérieure associée à une entérocystoplastie de dérivation continente , 1,70% (n= 2) illustré par la figure 4, une cystoprostatectomie avec entérocystoplastie de substitution, 1,70% (n= 2).

- une cystectomie partielle, 1,70% (n= 2).
- Une abstention chirurgicale a été observée dans 10,26% des cas (n= 12).

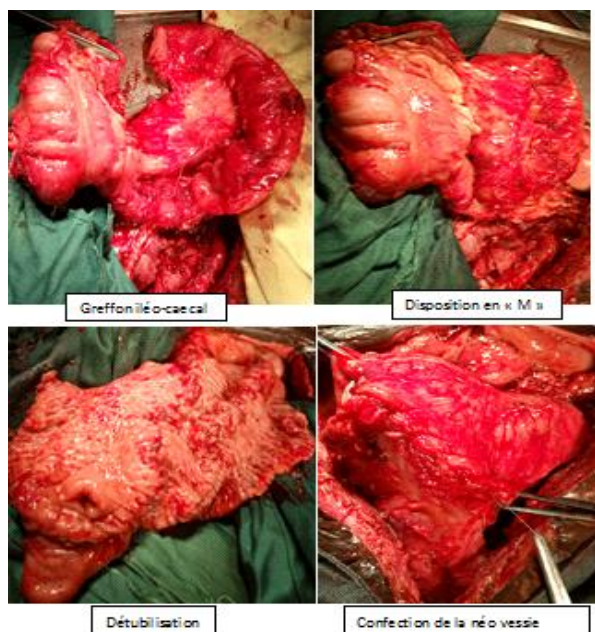


Figure 3: Entérocystoplastie de substitution

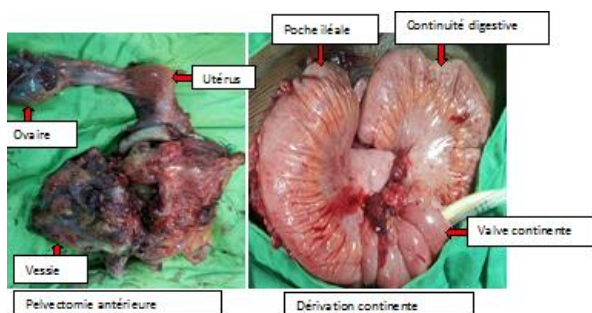


Figure 4 : Pelvectomie antérieure et entérocystoplastie de dérivation continente.

Les suites opératoires ont été simples dans 81,96% des cas (n= 86). Les complications post-opératoires ont été dominées par les infections pariétales 12,39% (n= 13), les fistules urinaires par lâchage d'entérocystoplastie, 1,90% (n =2). La fistule digestive, la fistule vésico-cutanée, la perforation vésicale lors la RTUV, la sténose de l'anastomose digestive, ont été observées une fois chacune soit 0,95%.

L'examen anatomopathologique réalisés sur 56 pièces opératoires soit 47,86%, a mis en évidence une prédominance du carcinome épidermoïde avec 82,14% des cas (n= 46). Les autres types histologiques ont été le papillome transitionnel, 8,93% (n= 5), le papillome épidermoïde et l'adénocarcinome avec 3,57% (n=2) chacun, le fibrosarcome, 1 cas, soit 1,79%.

Au cours de la première année de l'admission, 43 décès sont survenue donnant une survie globale à un an de 63,25%. Cette survie à 1 an était de 100% pour les

tumeurs n'infiltrant pas le muscle vésical, 9 cas soit 7,68% des cas. La survie à 1 an de 91,66% pour les T3N0M0 chute à 57,14% pour les T4N0M0. Cette survie à un an a été beaucoup plus faible pour les tumeurs avec métastase à distance, 33,33% pour les T4 avec métastase et 58,33% pour les T3 métastatiques. Les formes localement avancées avec atteintes ganglionnaires sans métastase à distance avaient une survie un peu élevée par rapport au formes métastatiques à distance soit 70,97% pour T3N+ et 56,25% pour T4N+. Le stade local de la tumeur, l'atteinte ganglionnaire et les métastases à distance sont tous des déterminants de la survie à 1 an. La figure 5 et le tableau IV illustrent la survie à 1 an.

Tableau IV : Survie à 1 an

	3 mois		6 mois		9 mois		Survie 1 ans	
	DC	SV	DC	SV	DC	SV	DC	SV
T3N0M0	0	100	0	100	1	91,66	1	91,66
T3N+M0	2	92,59	4	85,18	6	77,77	8	70,97
T3M1	1	91,66	3	75,00	5	58,33	5	58,33
T4N0M0	0	100	1	85,71	2	71,42	3	57,14
T4N+M0	3	90,62	7	78,12	11	65,62	14	56,25
T4M1	2	88,88	6	66,66	9	50,00	12	33,33
Ta	0	100	0	100	0	100	0	100
Polype	0	100	0	100	0	100	0	100
Total	8	93,16	21	82,05	34	70,99	43	63,25

DC : décès. SV : survie

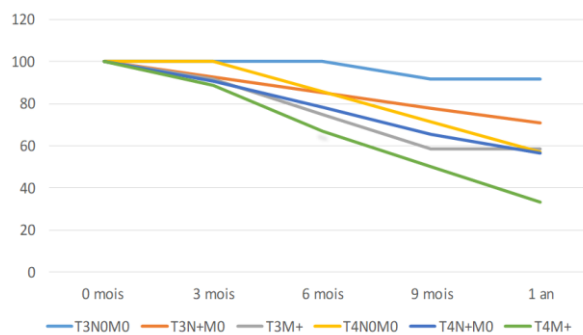


Figure 5 : Courbes actuarielle de la survie à 1 an des TIMV

DISCUSSION

La prise en charge précoce est généralement gage de réussite en médecine surtout dans le traitement des cancers. La superposition de l'aire de distribution de la bilharziose urinaire à celui du carcinome épidermoïde, une de ses complications a amené à une banalisation de l'hématurie par les agents de santé communautaire et au niveau de la population où l'hématurie terminale est parfois appelé « menstrues des garçons ». Cette banalisation est responsable en partie du retard de consultation en milieu spécialisé où le délai moyen de consultation était de 28,6 mois alors que le délai moyen de première consultation était de 17 jours. A cela il faut ajouter l'insuffisance du plateau technique, le seul centre disposant d'Urologue et d'un cystoscope a en charge plus de 3 millions d'habitants. De plus environ 81% des patients provenaient du milieu rural et semi urbain où le premier traitement face à l'hématurie est le traitement de la bilharziose associé au mieux à un hémostatique. Un

délai de consultation moyen de 7 mois avec des extrêmes d'un et 22 mois a été rapporté par TRAORE [10] au Sénégal mais la majorité de leurs patients, 58% provenait de Dakar. Le facteur de risque principal dans notre étude était la bilharziose urinaire avec 73,50%. Ce facteur de risque a été retrouvé chez 75% des patients de LOUGUE-SORGHO [11] au Burkina, 36% pour TRAORE [10] au Sénégal. DIAO [12] au Sénégal a également retrouvé des œufs *S haematobium* à l'examen histologique chez 29,2% des patients. L'infestation précoce à *S haematobium* chez les enfants et les adolescents au cours des activités ludiques et des travaux champêtres est responsable de la néoplasie vésicale à l'âge adulte. Pendant que la moyenne d'âge se situe au tour de 68 ans en Europe et Amérique du nord [13] dépourvues de bilharziose, dans notre série elle était de 49,79 ans avec des extrêmes de 15 et 83 ans. Cette atteinte précoce a été retrouvée dans différentes séries africaines au Sénégal, au Burkina, ayant en commun la bilharziose urinaire [10-12].

Hormis les motifs de consultations habituelles, les troubles mictionnelles, l'hématurie et les douleurs abdomino-pelviennes, le diagnostic a été caractérisé par les signes d'avancement de la maladie tant au niveau local marqué par la perception de la tumeur à la palpation dans 35,90%, l'infiltration du plancher pelvien dans 13,67%, parfois même l'évolution de la tumeur jusqu'à la fistulisation à la paroi abdominale ou dans le vagin créant ainsi une fistule vésico-vaginale néoplasique ; qu'au niveau loco-régional et général par la présence d'une atteinte ganglionnaire chez 76,07% des patients et des métastases à distances dans 25,63% des cas, osseuse, pulmonaire et hépatique. La présence d'une anémie de diverse sévérité dans 72,65% des cas et d'une altération de la fonction rénale par obstruction du haut appareil urinaire par la tumeur dans 51,28% des cas, attestent de ce retard de consultation. Rappelons que le délai moyen de consultation spécialisée était de 28,6mois. Ces signes de diagnostic tardif ont été également rapportés par DIAO [12] alors qu'en Australie Mac COMBIE [14] rapportait un délai moyen entre la première hématurie et la chirurgie de 69,5 jours. TRAORE [10] au Sénégal a rapporté que la majorité de ses patients ne montrait aucun signe d'avancement local de la tumeur. Son étude portait sur des patients ayant bénéficié d'une résection trans urétrale de la vessie. La cystoscopie l'outil diagnostique clé n'a pu être réalisée chez tous les patients soit parce que la tumeur occupait toute la lumière vésicale supprimant toute capacité vésicale, soit du fait d'une fistule vésico-cutanée ou vésico-vaginale. L'urétéro-cystographie rétrograde a été prescrit dans les cas où l'urétéro-cystoscopie avait objectivé une amputation importante de la lumière urétrale empêchant la poursuite de l'examen. Le bilan d'extension imprécis dans la description des adénopathies, leurs nombre et leur volume n'a permis qu'une classification TNM sommaire. Cette classification a permis de distinguer les tumeurs n'infiltrant pas le muscle vésical (2 polypes et 7 tumeurs papillaires) constituant 7,68% et les tumeurs infiltrant le

muscle vésical 92,32%. Cette proportion est différente de celle de la littérature où 80% des tumeurs n'infiltrant pas le muscle vésical [3,4]. Ces études ont été réalisées dans les pays développés indemne de bilharziose urinaire où 90 à 95% des tumeurs sont des carcinomes uréthéliaux [4].

Le diagnostic étant fait dans la plupart des cas au stade de métastase ganglionnaire ou à distance, le traitement a le plus souvent été palliatif. Ils s'est agi de dérivations urinaires externes traitant une insuffisance rénale obstructive, diminuant les spoliations sanguines et améliorant la qualité de vie par la suppression des troubles mictionnelles et de résection trans-urétrale de la vessie qui améliore la capacité vésicale et diminue voire supprime les pertes sanguines. La chirurgie d'exérèse concernait les cas où aucun envahissement locorégional ou à distance n'avait été décelé. En absence d'atteinte loco-régionale ou à distance, la cystectomie ou la radiothérapie peut être curative pour une large proportion des patients [15]. Pour GALSKEY et col. [16], devant un envahissement ganglionnaire, une chimiothérapie préopératoire ou adjuvante est associée à une augmentation significative de la survie à 5 ans que la cystectomie seule. Devant les métastases à distance, malgré la chimiothérapie, la médiane de survie est approximativement de 14 mois [16]. Ces études ont été réalisées sur des carcinomes uréthéliaux, le carcinome épidermoïde par contre serait moins sensible à la chimiothérapie et à la radiothérapie [5, 17-21]. Bien que notre plateau technique ne nous permette pas d'instaurer de tels traitements, 82,14% de nos patients présentaient un carcinome épidermoïde. Au cours de la première année de l'admission, 43 décès sont survenues donnant une survie globale à un an de 63,25%. Cette survie à 1 an était de 100% pour les tumeurs n'infiltrant pas le muscle vésical, 9 cas soit 7,69% des cas. La survie à 1 an de 91,66% pour les T3N0M0 chute à 57,14% pour les T4N0M0. Cette survie à un an a été beaucoup plus faible pour les tumeurs avec métastase à distance, 33,33% pour les T4 avec métastase et 58,33% pour les T3 métastatiques. Les formes localement avancées avec atteintes ganglionnaires sans métastase à distance avaient une survie un peu élevée par rapport au formes métastatiques à distance soit 70,97% pour T3N+ et 56,25% pour T4N+. le stade local de la tumeur, l'atteinte ganglionnaire et les métastases à distance sont tous des déterminants de la survie à 1 an. Cette tendance se retrouve sur la courbe actuarielle de survie de notre série.

CONCLUSION

Les tumeurs de vessie sont dominées par le carcinome épidermoïde. Leur diagnostic est le plus souvent tardif amenant à faire un traitement palliatif. Quelques cas ont pu cependant être découvert à un stade local et ont pu bénéficier d'un traitement curateur. Une campagne d'information auprès des praticiens communautaires doit être menée afin qu'ils envisagent la possibilité de tumeur de vessie face à une hématurie chez l'adulte.

CONTRIBUTION DES AUTEURS

Dramane CISSE : était responsable de la conception et de la rédaction du manuscrit.

Honoré Jean Gabriel BERTHE : a participé à la recherche bibliographique et à la correction du document.

Mamadou Tidiani COULIBALY : a participé à la recherche bibliographique et à la correction du document.

Amadou KASSOGUE: a participé à la recherche bibliographique et à la correction du document.

Moussa Salifou DIALLO : a participé à la recherche bibliographique et à la correction du document.

Alkadri DIARRA : a participé à la correction du document.

Diamilatou THIAM : a participé à la correction finale du document.

Abdoulaye TRAORE : a participé à la recherche bibliographique et à la correction du document.

Mory KONE : a participé à la correction du document.

Oumar Guindo : a participé à la correction du document.

Tous les auteurs ont lu et approuvé le document avant sa soumission pour publication.

Financement de l'étude :

Aucun.

Conflit d'intérêt : aucun.**RÉFÉRENCES**

- American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2016. Atlanta: American Cancer Society; 2016.
- Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2013. <http://globocan.iarc.fr>. Accessed 25 Feb 2016.
- World Cancer Report 2014. In: Stewart BW, Wild CP, editors. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2014. p 444–52.
- Benhamou S., Bonastre J., Groussard K., Radvanyi F., Allory Y., Lebret T. A prospective multicenter study on bladder cancer: the COBLAnCE cohort. *BMC Cancer* (2016) 16:837 DOI 10.1186/s12885-016-2877-x.
- Pons F, Orsola A, Morote J, Bellmunt J. Variant forms of bladder cancer: basic considerations on treatment approaches. *Curr Oncol Rep*. 2011;13:216-21.
- Chalasan V, Chin JL, Izawa JI. Histologic variants of urothelial bladder cancer and nonurothelial histology in bladder cancer. *Can Urol Assoc J* 2009;3:S193- 98.
- IARC (1994) Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans Volume 61 Schistosomes, Liver Flukes and Helicobacter pylori. 279 p.

- IARC (2012) Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Biological Agents. Volume 100B A review of human carcinogens. 499 p.
- Salem S, Mitchell RE, El-Alim El-Dorey A, et al. Successful control of Schistosomiasis and the changing epidemiology of bladder cancer in Egypt. *BJU Int* 107(2):206–11.
- TRAORE MT, JALLOH M, YEVI M, NDOYE M, LABOU I, NIAN G L, GUEYE SM. La resection trans-urétrales des tumeurs de vessie à l'hôpital general de Grand Yoff à propos de 141 cas. *Uro Andro Volume 1 N° Juillet 2018* 10 ; 463-67.
- Lougue-Sorgho L.C., Cisse R., Kagone M., Bamouni Y.A., Tapsoba T.L. Sanou A. Radiographie et échographie dans la prise en charge des tumeurs de la vessie : à propos de 71 cas au Centre hospitalier national Yalgado Ouedraogo (Burkina Faso). *Bull Soc Pathol Exot*, 2002, 95, 4, 244-47.
- Diao B., Amath T., Fall B., Fall P.A., Diémé M.J., Steevy N.N., Ndoye A.K., Ba M., Mendès V., Diagne B.A.. Les cancers de vessie au Sénégal : particularités épidémiologiques, cliniques et histologiques. *Prog Urol* 2008;18:445-48.
- Moschini M, et al., The surgical management of patients with clinical stage T4 bladder cancer: A single institution experience. *Eur J Surg Oncol* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2016.08.024>.
- McCombie S. P., Bangash H.K., Kuan M., Thyer I., Lee F., Hayne D. Delays in the diagnosis and initial treatment of bladder cancer in Western Australia. *BJU International* 2017 doi:10.1111/bju.13939.
- Bochner BH, Kattan MW, Vora KC: Postoperative nomogram predicting risk of Recurrence after radical cystectomy for bladder cancer. *J Clin Oncol* 24 2006:3967-72.
- Galsky M.D., Stensland K., Sfakianos J.P., Mehrazin R., Diefenbach M., Mohamed N., Tsao C.K., Boffetta P., Wiklund P, William K. Oh, Mazumdar M., Ferket B. Comparative Effectiveness of Treatment Strategies for Bladder Cancer with Clinical Evidence of Regional Lymph Node Involvement. *Journal of clinical oncology* 34 N°22 Août 2016; 2627- 35.
- SAKKAS J.L. Clinical pattern and treatment of squamous cell carcinoma of the bladder. *Int. Surg.*, 1966, 45, 71-76.
- RUNDLE J.S.H., HART A.J.L., MCGEORGE A., SMITH J.S., MALCOLM A.J., SMITH P.M. Squamous cell carcinoma of bladder. A review of 114 patients. *Br. J. Urol.*, 1982, 54, 522-26.
- JOHNSON D.E., SCHOENWALD M.B., AYALA A.G., MILLER L.S. Squamous cell carcinoma of the bladder. *J. Urol.*, 1976, 115,542-44.
- RICHIE J.P., WAISMAN J., SKINNER D.G., DRETTLER S.P. Squamous cell carcinoma of the bladder : treatment by radical cystectomy. *J. Urol.*, 1976, 115, 670-72.
- PREMPREE T., AMORNAMARN R. Radiation management of squamous cell carcinoma of the bladder. *Acta Radiol. Oncol.*, 1984, 23,37-42.