**Article Original**

**Cancers de Vessie: Aspects Socio-Démographiques, Cliniques et Histologiques au Centre Hospitalier Universitaire de Tengandogo**

***Bladder cancer: socio-demographic, clinical and histological aspects at the Tengandogo Teaching Hospital***

Boureima O1, Hafing T1, Haidjikiema K1, Sikpa JN1, Abdoul Hafiz O1, Fasnewendé AK2

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 1. Service de chirurgie et spécialités chirurgicales du centre hospitalo-universitaire de Tingandogo.
2. Service d’urologie-andrologie du centre hospitalo-universitaire Yalgado Ouédraogo.

**Auteur correspondan**t :Dr Boureima OuédraogoAdresse e-mail : boureims@gmail.com Boîte postale : 104 Ouagadougou CMS 11**Mots-clés** : Cystoscopie -Bilharziose - Vessie.**Keywords**: Cystoscopy - Bilharziasis - Bladder. | **RÉSUMÉ** |
| **But.** Étudier les aspects socio-démographiques, cliniques et histologiques des cancers de la vessie au Centre Hospitalier et Universitaire de Tengandogo. **Matériel et méthode.** Nous avons mené une étude transversale descriptive à collecte de données rétrospective, sur une période de 39 mois du 1er Janvier 2016 au 31 Mars 2019. L’étude était exhaustive et a inclus tous les patients pris en charge pour cancer de vessie dans le service de chirurgie et spécialités chirurgicales du CHUT. Les paramètres étudiés étaient épidémiologiques, cliniques et histologiques. **Résultats.** En 39 mois, nous avions colligé 72 cas de cancers de vessie avec une prévalence de 7,8 %. Ils représentaient 19 % de l’ensemble des pathologies tumorales urologiques. L’âge moyen était de 55,6 ans. Les principaux facteurs de risque étaient le tabac et la bilharziose urinaire avec respectivement 43 % et 26,6%. Le motif de consultation principale était l’hématurie macroscopique dans 61,11 %. Au plan histologique les carcinomes urothéliaux prédominaient chez 69,9%. **Conclusion.** Le cancer de la vessie est le deuxième cancer urologique au CHUT. Il s’agit principalement d’un carcinome urothélial caractérisé par une hématurie macroscopique. Les facteurs de risque retrouvés sont le tabac et la bilharziose urinaire. |
|  | **ABSTRACT** |
| **Aim.** To study the socio-demographic, clinical and histological aspects of bladder cancer at the Tengandogo university hospital center. **Material and method.** It was a descriptive study with retrospective data collection, over a period of 39 months from January 1, 2016 to March 31, 2019. The study was exhaustive and included all patients treated for cancer of bladder in the surgical department and surgical specialties of CHUT. The parameters studied were epidemiological, clinical and histological. **Results.** In 39 months, we had collected 72 cases of bladder cancer with a prevalence of 7.8%. They represented 19% of all urological tumor pathologies. The average age was 55.6 years. The main risk factors were tobacco and urinary schistosomiasis with 43% and 26.6% respectively. The main reason for consultation was gross hematuria in 61.11%. Histologically, urothelial carcinomas predominated in 69.9%. **Conclusion.** Bladder cancer is the second most common cancer in CHU urology. Macroscopic hematuria is the main reason for consultation. The risk factors found are tobacco and urinary schistosomiasis. The most common histological type is urothelial carcinoma. |

**INTRODUCTION**

Le cancer de la vessie pose un problème de santé publique avec 2,7 millions de nouveaux cas dans le monde en 2018 [1]. Au Burkina il occupe la deuxième place des cancers urologiques chez l’homme après le cancer de la prostate au centre hospitalier universitaire de Yalgado (CHUYO) en 2002 [2]. Des progrès importants ont été réalisés sur le plan national au niveau des moyens diagnostiques et thérapeutiques du cancer de la vessie.

Le tableau clinique est dominé par l’hématurie et les signes d’irritation vésicale. L’exploration complémentaire qui fait appel à l’échographie et la cystoscopie; la résection transurétrale de la vessie avec une étude anatomopathologique des copeaux de résection permet de poser le diagnostic histologique [3].

Le but de notre travail était d’étudier les aspects socio-démographiques, cliniques et histologiques des cancers de vessie au Centre Hospitalier et Universitaire de Tengandogo (CHUT).

**PATIENTS ET MÉTHODES**

Il s’agissait d’une étude transversale à collecte de données rétrospective sur une période de 39 mois du 1er Janvier 2016 au 31 Mars 2019.

L’étude a concerné les patients pris en charge pour un cancer primitif de vessie dans le service de chirurgie et spécialités chirurgicales du CHUT.

Les aspect suivants ont été étudies: l’âge, le sexe, la profession, facteurs de risque, le motif de consultation, le délai de consultation, les signes cliniques, le compte rendu de la cystoscopie, les résultats de l’échographie et le type histologique

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel Epi Info dans sa version 7.2.1.0.

**RÉSULTATS**

Nous avons recensé 72 patients pour cancer de vessie représentant 7,8% des hospitalisations. Le cancer de vessie était le deuxième cancer urologique après celui de la prostate (tableau I).

|  |
| --- |
| **Tableau I : Répartition des tumeurs uro-génitales** |
| **Localisation de la tumeur** | **N** | **%** |
| Tumeur de la prostate | 321 | 76.25 |
| Tumeur de la vessie | 80 | 19.00 |
| Tumeur du rein | 14 | 3.32 |
| Tumeur de l’urètre | 1 | 0.24 |
| Tumeur du testicule | 5 | 1.19 |

L’âge moyen des patients était de 55,6 +/- 14,8 ans avec des extrêmes de 27 et 87 ans.

Le sex-ratio était de 2,6.

36,1% des patients étaient des cultivateurs.

Le tabagisme et un antécédent de bilharziose urinaire étaient retrouvés respectivement chez 43,04 % et 26,58 % des patients.

Le délai de consultation moyen était de 11,4 ± 10,2 mois avec des extrêmes de 14 jours et 35 mois. 41,66 % des patients avaient consulté un an après le début des symptômes.

L’hématurie était retrouvé chez 61.11% des patients suivi des troubles urinaires du bas appareil (48.64%) (tableau II).

|  |
| --- |
| **Tableau II : Répartition des patients selon le motif de consultation** |
| **Motifs de consultation** | **N** | **%** |
| Hématurie | 44 | 61,11 |
| Masse hypogastrique | 6 | 8,33 |
| Douleur pelvienne | 9 | 12,50 |
| Découverte fortuite | 4 | 5,55 |
| Symptômes du bas appareil urinaire | 35 | 48,61 |
| Brulures mictionnelles | 9 | 12,50 |

Soixante Cinq patients avaient réalisé une cystoscopie. Elle retrouvait des cancers bourgeonnants dans 32.30% des cas, siégeant dans 47.69% des cas au niveau des faces latérales de la vessie (tableau III et IV).

Un retentissement sur le haut appareil urinaire était noté chez 37 patients (88,1%) avec 59,46% d’urétéro-hydronéphrose bilatérale et 40,54% d’urétéro-hydronéphrose unilatérale.

|  |
| --- |
| **Tableau III : Répartition des patients selon l’aspect de la tumeur à la cystoscopie** |
| **Aspects** | **N** | **%** |
| Lésion plane | 6 | 9.24 |
| Polypes multifocaux sessiles | 4 | 6.15 |
| Tumeur avec granulation jaunâtre | 4 | 6.15 |
| Tumeur bourgeonnante et nécrotique | 5 | 7.69 |
| Tumeur bourgeonnante | 21 | 32.30 |
| Tumeur bourgeonnante et calcifiée | 4 | 6.15 |
| Tumeur bourgeonnante hémorragique | 3 | 4.62 |
| Tumeur bourgeonnante ulcero-nécrotique | 3 | 4.62 |
| Tumeur multifocale | 3 | 4.62 |
| Tumeur nécrotique | 3 | 4.62 |
| Tumeur ulcéro-bourgeonnante | 5 | 7.69 |
| Tumeur vésicale calcifiée | 4 | 6.15 |

|  |
| --- |
| **Tableau IV : Répartition des patients selon le siège de la tumeur** |
| **Siège** | **N** | **%** |
| Col | 3 | 4.62 |
| Dôme vésical | 4 | 6.15 |
| Trigonale et faces latérales | 4 | 6.15 |
| Multifocal | 6 | 9.23 |
| Faces latérales | 31 | 47.69 |
| Trigone | 16 | 24.62 |

L’histologie était dominée à 63,89% par le carcinome urothélial (figure 1).

**Figure 1:** Aspects histologiques de la tumeur

**DISCUSSION**

La prévalence hospitalière de 7,80% retrouvée dans notre étude est semblable à celle de Sow et al. au Cameroun (7,13%) [4] et de Ochida et al. (6,4%) [5] au Nigéria . Des fréquences de moins de 3% sont rapportées par Diao et al [6] au Sénégal, et Botcho et al [7] au Togo. Le cancer de vessie occupe la deuxième place des cancers uro-génitaux dans notre service, la fréquence augmente d’année en année dûe à une amélioration dans la prise en chirurgicale de nos patients.

L’âge moyen de nos patients était de 55,6 ans avec des extrêmes d’âges de 27 et 87 ans. Les tumeurs de vessie peuvent survenir à un âge jeune, mais plus de 90 % des nouveaux cas apparaissent chez les personnes âgées de plus de 55 ans [8]. Le vieillissement favorise la carcinogenèse tant en potentialisant les anomalies génétiques induites par les facteurs de risques qu’en réduisant les performances du système immunitaire pouvant détruire les cellules cancéreuses [8]. Ce qui explique une fréquence élevée des tumeurs de la vessie chez le sujet âgé. Ces chiffres se rapprochent à ceux de Odzébé et al [9] et Benchekroun et al [10] qui observaient respectivement un âge moyen de 51 ans et de 59 ans. Au Sénégal Diao et al [6] observe un âge moyen de 45,5 ans.

Plusieurs auteurs [6,7] notent une prédominance masculine en Afrique subsaharienne qui semble être liée à̀ l’infection préalable par la bilharziose et la forte exposition de la population masculine au tabagisme [6,7]. En effet les facteurs de risque les mieux établis pour le cancer de la vessie sont le tabagisme, la bilharziose urinaire et l’exposition professionnelle aux carcinogènes urothéliaux [11]. Nous n’avons pas noté une exposition professionnelle dans notre étude.

L’hématurie reste le symptôme le plus fréquent révélant une tumeur de vessie, elle est observée chez 85% des patients présentant une tumeur de vessie [12].

Le cancer de la vessie est une pathologie de découverte tardive dans notre série. Dans notre étude, le délai de consultation variait de 14 jours à 35 mois à partir de la date d’apparition des premiers symptômes. Ce retard à la consultation trouve une explication dans le coût élevé des prestations de soins qui dirige la plupart de nos malades vers la médecine traditionnelle dans un premier temps; ce n'est qu'à un stade avancé de la maladie qu'ils se présentent à l'hôpital. Les résultats nous montraient que tous les patients qui ont été en consultation 5 mois après sont tous de bas niveau socio-économique (cultivateur, ménagère). L'ignorance des symptômes de la maladie fait que les malades hésitent à venir consulter; l'hématurie étant considérée comme une manifestation normale, c’est l’apparition de complications ou l’altération de l’état général qui entraîne les malades à consulter.

Contrairement aux différents travaux publiés en Afrique subsaharienne [6,7], dans notre étude le type histologique le plus fréquent était le carcinome urothélial. La différence peut s’expliquer par les facteurs d’expositions : nos patients étaient plus exposés au tabac et qu’ à la bilharziose. Le carcinome épidermoïde de la vessie est connu depuis des décennies comme étant fortement associé à l’infection à Schistosoma haematobium [13] La prédominance du carcinome épidermoïde en Afrique serait liée à la pandémie bilharzienne [14]. En Égypte, 80% des carcinomes à cellules squameuses font suite ou sont associés à l’infection par le Schistosoma haematobium [14].

**CONCLUSION**

Le cancer de la vessie est le deuxième cancer urologique au CHUT. L’hématurie macroscopique est le principal motif de consultation. Les facteurs de risque retrouvés sont le tabac et la bilharziose urinaire. Le type histologique le plus fréquent est le carcinome urothélial.

**RÉFÉRENCES**

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics. Cancer J Clin.2018 ;68 : 7-30
2. Sorgho LC, Cisse R, Kagone M, Bamouni YA, Tapsoba TL, Sanou A. Radiographie et échographie dans la prise en charge des tumeurs de la vessie : à propos de 71 cas au centre hospitalier universitaire yalgado ouedraogo (CHU-YO). Bull Soc Pathol Exot. 2002 ;95(4) :244-47
3. Rouprêt M, Neuzillet Y, Masson-Lecomte A, Colin P, Compérat E, Dubosq F, et al.Recommandations en onco-urologie 2016-2018 du CCAFU : tumeurs de la vessie.Prog Urol.2016 ;27 (Suppl. 1) :S67-S91
4. Sow M, Nkegoum B, Essame Oyono JL, et al (2006) Aspects épidémiologiques et histologiques des tumeurs urogénitales au Cameroun. Prog Urol 16:36–9
5. Ochicha O, Alhassane S, Mouhamed AZ, Edino ST, Nwokedi EE. Bladder cancer in Kano: à histological review. West Afr J Med 2003;22:202-4
6. 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. Pro Urol. 2008;18(7):445-8
7. 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
8. American Cancer Society. Cancer facts and figures 2006. Atlanta, Georgia: American Cancer Society; 2006
9. Odzèbé A, Boya PA, NKoua Mbon JB, Ekat MH. Les Tumeurs de vessie : aspects épidémiologiques et thérapeutiques à Brazzaville. J Afr cancer. 2011 ; 3(1) :36-39
10. Benchekroun A, El Alj H, Essayegh H, Iken A, Nouini Y, Lachkar A, Faik M. Tumeurs infiltrantes de vessie : étude rétrospective à propos de 225 cas. Annal d’Urol.2003 ;37(5) :279-83
11. Zeegers MP,  Tan FE, Dorant E,  van Den Brandt PA. **The impact of characteristics of cigarette smoking on urinary tract cancer risk: a meta-analysis of epidemiologic studies** Cancer, 89 (2000), pp. 630-639
12. Messing EM, Ralph M, Terry Y, et al. Long-term outcome of hematuria home screening for bladder cancer in men. Cancer 2006;107:2173-9
13. El-Bolkainy MN, Mokhtar NM, Ghoneim MA, Hussein MH. The impact of schistosomiasis on the pathology of bladder carcinoma. Cancer 1981;48:2643—8
14. El Mawla NG,El Bolkainy MN, Khaled HM. Bladder cancer in Africa : Update. Semin oncol.2001 ;28 :174-8.