



**TUMEURS DE VESSIE: ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUE ET DIAGNOSTIQUE
AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE COTONOU
(REPUBLIQUE DU BENIN)**

AVAKOUDJO J.D.G, HOUNNASSO P.P, GOUISSI S.A.G, AGOUNKPE M.M,
NATCHAGANDE G, DANDJLESSA O, LOSSITODE F, ASSALA A, DASSOU E,
VODOUNOU A, HODONOU R.Z, AKPO C.E.

Clinique Universitaire d'Urologie Andrologie du Centre National Hospitalier Uni-
versitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou

Auteur correspondant : Dr GOUISSI S. Augustin G. 08 BP 1154 Cotonou,
République du Bénin. E-mail : agouissi@yahoo.fr; Tel: 00229 97226271.

RESUME

But : Etudier le profil épidémiologique, clinique et paraclinique des tumeurs de vessie à la clinique universitaire d'Urologie-andrologie du CNHU-HKM de Cotonou.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective allant du 1^{er} janvier 2010 au 1^{er} juin 2013. Tous les cas de tumeur de vessie admis dans le service ont été analysés en s'intéressant aux paramètres épidémiologique, clinique et paraclinique.

Résultats: Les tumeurs de vessie représentaient 3,6% des hospitalisations dans le service. La moyenne d'âge était de 50,2 ans. La sex-ratio était 2,88. L'échographie, n'avait pas objectivé de siège préférentiel au niveau de vessie. L'extension au-delà de la vessie était fréquente au scanner

Conclusion: Les tumeurs de vessie demeurent un problème de santé publique. C'est une affection du sujet de la cinquantaine, sans épargner les jeunes et les personnes du troisième âge.

Mots clés : hydronéphrose, hématurie, adénocarcinome, Tumeur de vessie, cystoscopie

SUMMARY BLADDER TUMOR: EPIDEMIOLOGIC AND DIAGNOSTIC ASPECT AT UNIVERSITY
HOSPITAL OF COTONOU (REPUBLIC OF BENIN)

Objective : To study the epidemiological profile, clinic and paraclinic of the tumors of the bladder in the academic clinic of Urology-andrology of the CNHU-HKM of Cotonou.

Material and methods: It is about a retrospective descriptive survey going from January 1st, 2010 to June 1st, 2013. All cases of tumor of the bladder admitted in the service have been analyzed while being interested in the epidemiological parameters, clinic and paraclinic.

Results: Bladder tumors represented 3.6% of the hospitalizations. Average age was 50.2 years \pm 16.3. The sex-ratio was 2.88. The scan, had not objectified a preferential seat to the level of bladder. The extension beyond the bladder was frequent to the CT scan.

Conclusion: The tumors of the bladder stay a problem of public health. It is an affection of the topic of about fifty, without saving the young and people of the third age.

Keywords: hydronephrosis, hematuria, adenocarcinoma, bladder tumor, cystoscopy

INTRODUCTION

La tumeur vésicale est un motif d'hospitalisation relativement fréquent en urologie. C'est l'une des tumeurs urologiques les plus fréquentes. Il s'agit d'une néoformation tissulaire aux dépens des cellules de la vessie. Elle est particulièrement représentée par le cancer de la vessie qui représente la onzième cause de cancer dans le monde [1]. Cependant, il existe des tumeurs superficielles appelées polypes qui sont des tumeurs bénignes mais à fort pouvoir de dégénérescence maligne.

Pathologie encore problématique dans les pays en voie de développement, très peu d'études ont été réalisées pour apprécier son

ampleur. La présente étude voudrait contribuer à la connaissance de cette affection au Bénin.

Pour ce faire, les aspects épidémiologique, clinique et radiologique des tumeurs de vessie ont été étudiés à la Clinique Universitaire d'Urologie d'Andrologie (CUUA) du Centre Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga de Cotonou

CADRE, MATERIEL ET METHODE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective, transversale et descriptive couvrant la période du 1^{er} Janvier 2010 au 1^{er} Juin 2013. Elle porte sur tout patient admis pour une tumeur de la vessie au CNHU-HKM de Cotonou.

Les registres d'hospitalisation, les observations médicales, et les registres des protocoles opératoires ont permis d'élaborer une fiche de collecte de données. Cette fiche testée comporte des paramètres tels que l'âge, la profession, le motif d'hospitalisation, le contexte anamnestique, les signes physiques, les résultats des examens paracliniques. Les patients porteurs de tumeur de la vessie ont été systématiquement recensés.

Ont été retenus pour l'étude, les dossiers intéressants les tumeurs de vessie avec les renseignements nécessaires. Les dossiers ne comportant pas les renseignements nécessaires ont été exclus.

Le traitement et l'analyse des données colligées ont été effectués à l'aide du logiciel Epi info 6.03. En raison de la mauvaise tenue des archives, il a été difficile de retrouver les dossiers médicaux de tous les patients. Dans les dossiers retrouvés, l'information était parfois insuffisante. La confidentialité des données recueillies et la conservation de l'anonymat étaient respectées.

RESULTATS

Aspects épidémiologiques

A l'issue de l'étude, 35 cas de tumeur de vessie ont été colligés. Les tumeurs de vessie représentent 3,6% de l'ensemble des hospitalisations dans le service. La répartition annuelle des cas de tumeurs de vessie reçus est présentée dans le tableau I.

Tableau I : Répartition des tumeurs de vessie selon l'année

Année	Hospita- lisés	Tumeur vésicale	Fréquence (%)
2010	274	08	2,9
2011	220	11	5,0
2012	302	09	2,6
S1-2013	158	07	4,4
Total	954	35	3,6

L'âge moyen des patients était de 50,2 ans avec des extrêmes de 11 ans et de 84 ans.

La figure I donne la répartition des patients selon leur tranche d'âge.

La sex-ratio était de 3/1.

Les cultivateurs pratiquant une culture maraîchère dans des bas-fonds représentaient la majorité de nos patients (48%) suivi des enseignants et élèves (21,4%).

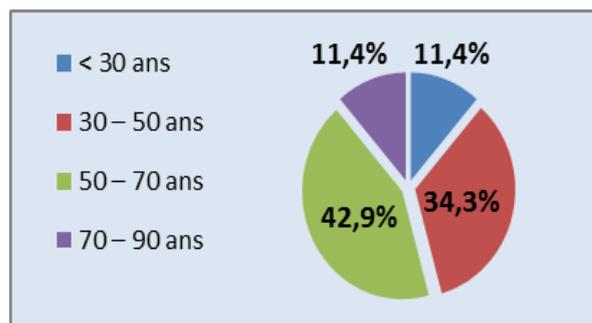


Figure I: Répartition des patients selon leur tranche d'âge

Aspects cliniques

Les manifestations cliniques étaient dominées par les signes d'irritation vésicale dans 88,57% des cas (31/35), l'hématurie 65,71% des cas (23/35) l'altération de l'état général dans 48,57% des cas (17/35); la rétention aigue d'urine a été retrouvée chez 25,72% des cas (9/35) et une masse hypogastrique d'allure tumorale chez 17,14% des patients (6/35).

S'agissant des examens d'imagerie, 33 patients avaient réalisé une échographie ayant montré le siège de la tumeur au niveau de la vessie réparti selon le tableau ci-après.

Tableau II: Siège de la tumeur au niveau de la vessie .

Siège	Fréquence (%) (n = 33)
Quasi-totalité de la vessie	18,1
Dôme vésical	15,2
Paroi latérale gauche	15,2
Tumeur circonférentielle	12,1
Paroi latérale droite	12,1
Bas-fond vésical	12,1
Paroi postérieure	9,1
Trigone vésical	6,1

Un retentissement sur le haut appareil urinaire à type, d'urétéro-hydronephrose (17/33 cas).

Le scanner abdomino-pelvien réalisé a objectivé la tumeur. La tumeur était localisée à la vessie chez 9/24 patients. Chez 15/24 patients il existait une extension au-delà de la vessie.

La cystoscopie avait noté une tumeur hémorragique chez 03 patients, une tumeur en choux fleur située au niveau du bas-fond vésical chez 02 patients et une obstruction du méat urétral interne empêchant l'introduction du cystoscope dans la vessie chez 03 patients.

Les résultats histopathologiques des pièces de cystectomie partielle et de biopsie vésicale étaient disponibles chez 04 patients : un adénocarcinome moyennement différencié infiltrant a été noté chez 03 patients et une tumeur solide à cellules épithéliales a été retrouvée chez 01 patient.

DISCUSSION

La fréquence hospitalière de 3,6% retrouvée n'est pas très différente de celle de Ouattara et al dans le même service [2], et de celle de la série publiée à Dakar en 1987 par Diagne et al [3]. Par contre elle est très inférieure à celle rapportée à Kano au Nigéria (6,4%) en 2003 par Ochida et al [4].

En revanche l'incidence annuelle est en croissance avec 2,9% en 2010 et 4,4% pour le premier semestre 2013 ; cela pourrait s'expliquer par l'augmentation de la fréquentation du service et l'accès de plus en plus facile aux examens paracliniques.

L'âge moyen de 50,2 ans (11 et 84 ans) avec 51,3 ans (homme) et 47,1 ans (femme) observé est légèrement supérieur à celui de Diao et al 45,5 ans (12 et 86 ans) au Sénégal en 2008 [5] ; par contre, il est nettement inférieur à ceux des pays occidentaux comme la France où Irani et al ont rapporté en 2003 un âge moyen de 69 ans chez l'homme et de 71 ans chez la femme [6]. Y aurait-il une précocité d'exposition aux facteurs de risque chez les noirs comparativement aux occidentaux ? L'histoire naturelle du cancer de la vessie serait-elle plus accélérée chez les sujets africains ?

La sex-ratio de 3/1 en faveur des hommes que nous avons trouvée est supérieure à celle de Diao et al (1,25), et montre que les hommes sont plus exposés en Afrique qu'en l'Occident où la sex-ratio rapportée par Irani et al en France en 2000 est 3,42 hommes pour 1 femme. Cependant la féminisation du tabagisme tend à inverser la sex ratio dans les pays occidentaux [7,8]. L'hématurie est aussi signalée par d'autres auteurs [9,10] comme la principale manifestation clinique après les signes d'irritation vésicale.

Même si l'imagerie ne permet pas le diagnostic de bénignité ou de malignité de la masse, elle permet tout au moins la mise en évidence de la tumeur vésicale. Dans notre série, elle a été d'un grand apport. L'échographie et le scanner ont été les principaux examens radiologiques réalisés montrant que la tumeur n'avait pas de siège préférentiel au niveau de la paroi vésicale. La fréquence non négligeable de l'extension au-delà de la vessie, de même que le retentissement sur le haut appareil urinaire (hydronéphrose ou urétéro-hydronéphrose) témoignent du retard à la consultation chez bon nombre de nos malades. Ceci est certainement lié à des raisons socio-économiques [11]. Le problème se pose même dans les pays développés au niveau des couches défavorisées.

Les quelques rares cas où l'examen anatomopathologique était réalisé avaient montré la prédominance de adénocarcinome moyennement différencié infiltrant sur le carcinome urothélial. Cette situation est nettement différente de celle de plusieurs travaux [5, 12] où le carcinome épidermoïde vient en tête devant le carcinome urothélial et l'adénocarcinome. Cependant la faible réalisation de l'histologie dans notre étude ne permet pas une conclusion fiable, car l'histologie chez tous nos patients pourrait révéler la prédominance carcinome épidermoïde dont le facteur de risque principal est la bilharziose urogénitale surtout que les sujets faisant la culture maraichère [13] dans des zones marécageuses dominent notre série, faisant évoquer une étiologie bilharzienne. Constat qui relance le débat sur la question de la prise en charge de la bilharziose urogénitale

CONCLUSION

La tumeur de vessie reste un problème de santé publique. Sa fréquence dans le service d'Urologie-Andrologie du CNHU-HKM de Cotonou n'est pas négligeable et est en croissance. Le diagnostic est clinique mais surtout paraclinique. Le meilleur traitement de ces tumeurs passe par la prévention de l'exposition aux carcinogènes au rang desquels la bilharziose urinaire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Parkin DM, Pisani P, Ferlay J. Estimates of the worldwide Incidence of 25 majors cancers in 1990. *Int J Cancer* 1999;80:827—41.
2. Ouattara A, Hodonou R, Avakoudjo J. Epidémiologie des cancers urologiques au CNHU-HKM Cotonou, Bénin. Analyse d'une série hospitalière de 158 cas. *ProgUrol* (2012) 22, 261-5

3. **Diagne BA, Ba M, Gueye SM, Wandaogo A, Touré A, Mensah A.** Les particularités des cancers vésicaux en milieu sénégalais: analyse de 336 observations. *Bull SocFrCancPrive* 1987; 16 (6): 95-100
4. **Ochicha O, Alhassane S, Mouhamed AZ, Edino ST, Nwokedi EE.** Bladder cancer in Kano: a histological review. *West Afr J Med* 2003;22:202—4.
5. **Diao B, Amath T, Fall B, Fall PA, Diémé MJ, Steevy NN, , Ndoye AK, Ba M, Mendes V, Diagne BA.** Les cancers de vessie au Sénégal: particularités épidémiologiques, cliniques et histologiques. *ProgUrol* 2008; 18:445 - 8.
6. **Irani J.** Épidémiologie du cancer de vessie. *ProgUrol* 2003;13:1207 - 8.
7. **Castelao JE, Yuan JM, Skipper PL, Tannenbaum SR, Gago-Dominguez M, Crowder JS, Ross RK, Yu MC.** Gender- and smoking-related bladder cancer risk. *Journal of the National Cancer Institute.* 2001;93:538-45.
8. **Quirk JT, Li Q, Natarajan N, Mettlin JC, Cummings KM.** Cigarette Smoking and the Risk of Bladder Cancer in Men and Women. *TobInducDis.* 2004; 2(3): 141-4
9. **Lebret T, Hervé JM, Yonneau L.** Etude de la survie après cystectomie pour cancer de vessie. A propos de 504 cas. *ProgUrol* 2000 ;10 :553-60.
10. **Kaufman DS, Shipley WU, Feldman AS.** Bladder cancer. *Lancet* 2009; 374: 239-49.
11. **Lee CT, Dunn RL, Williams C, Willie U.** Racial disparity in bladder cancer: trends in tumor presentation and diagnosis. *J Urol* 2006; 176: 927 - 34
12. **Pisani P, Parkin DM, Bray F, Ferlay J.** Estimates of the worldwide mortality of 25 major cancers in 1990. *Int J Cancer* 1999; 24:18 - 29.
13. **Ayelo AP, Gounongbé CF, Agumon B, Fourn L, Fayomi B.** Bilharziose urinaire chez les maraichers urbains de Parakou, Bénin .*Journal de la Société de Biologie Clinique du Bénin* 2014 ;21 :54-7.