

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE  
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEURE ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE ABOU BAKR BELKAID – TLEMCEM-  
FACULTE DE MEDECINE  
DEPARTEMENT DE MEDECINE



*CENTRE  
HOSPITALO UNIVERSITAIRE DE  
TLEMCEM*



SERVICE D'UROLOGIE



# LES TUMEURS DE VESSIE

Présenté par : FANNI ABDELKRIM.  
TIGHEZI ABDELLAH.

Encadré par : DR KAZI TANI .N  
Chef service d'urologie.

Novembre 2010

2010-2011

# Plan:

## ETUDE THEORIQUE:

**1/Introduction.**

**2/Epidémiologie**

**3/ Etiologie.**

**4/Anatomopathologie.**

**5/Diagnostic.**

**6/Pronostic**

**7/Traitement.**

# **ETUDE STATISTIQUE:**

## **A)-Etude statistique 2009/**

## **B)-Etude statistique 2010**

**Etude rétrospective sur dossiers clinique  
sur une période de 02 ans (2009 et 2010).**

**Selon 1)- l'âge.**

**2)- le sexe.**

**3)-tabac et tumeur de vessie.**

**4)- le début d'apparition de l'hématurie.**

**5)- type et nombre de résection.**

**6)- le nombre des bourgeons.**

**7)-la taille des bourgeons.**

**8)- la récurrence.**

**9)-classification anapath.**

**10)-schéma d'instillation**

**.11)-contrôle endoscopique.**

**8/conclusion**

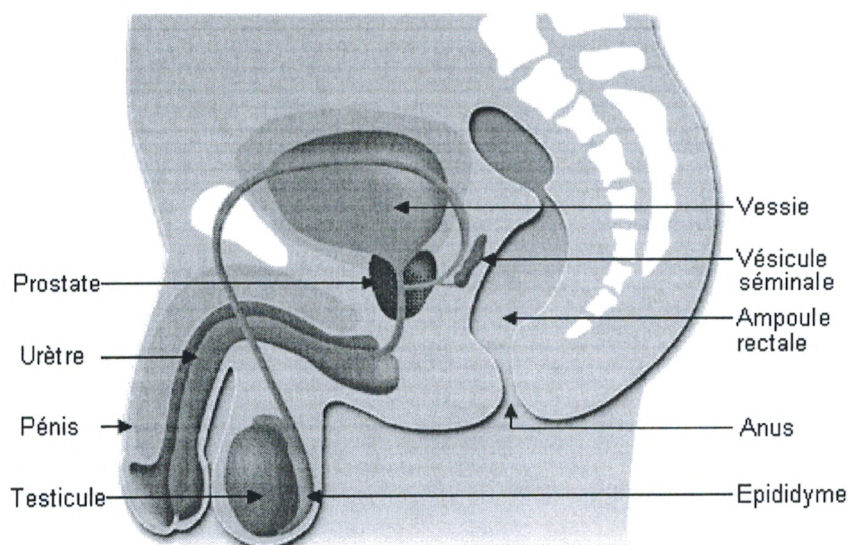
# Introduction

La vessie est une poche qui reçoit l'urine produite par les reins, via les uretères. Elle est constituée d'un muscle qui, en se contractant, permet à l'urine d'être évacuée. Elle est fermée par un muscle appelé sphincter. Elle peut contenir jusqu'à 1/2 litre grâce à sa capacité de se distendre. La distension de la vessie

entraîne le besoin d'uriner, le choix du moment de la miction étant sous le contrôle de la volonté.

La vessie est située sous les reins, en arrière du pubis. Chez l'homme, la vessie est devant le rectum. Chez la femme, elle se trouve devant le vagin et l'utérus.

La paroi de la vessie est constituée de trois couches : muqueuse, musculaire et conjonctive.



Les tumeurs de vessie sont fréquentes et récidivantes. Leur diagnostic doit être systématiquement évoqué devant une hématurie macroscopique, d'autant plus s'il s'agit d'un homme, fumeur, de la cinquantaine. Leur pronostic est lié à leur extension en profondeur et à distance. La résection endoscopique permet de préciser le diagnostic et l'extension en profondeur de la tumeur. Le terme de tumeur de vessie regroupe des entités clinico-pathologiques très différentes, selon qu'il s'agit de lésions papillaires uniques, d'une maladie récidivante, d'une extension en profondeur initiale, voire d'une atteinte métastatique d'emblée

## Epidémiologie

Les tumeurs de vessie occupent le deuxième rang en fréquence dans les tumeurs malignes urogénitales après le cancer de la prostate .

Elles sont trois fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. Elles surviennent habituellement à partir de la quarantaine.

On assiste à une augmentation du nombre de tumeurs de vessie chez la femme (tabagisme). Le terme « tumeur de vessie» englobe un ensemble de lésions qui vont de la petite tumeur papillomateuse et superficielle au cancer urothélial infiltrant et métastatique. La difficulté est de savoir quelles tumeurs de vessie superficielles vont évoluer vers une tumeur infiltrante. Il n'y a aucune certitude dans ce sens.

L'âge moyen de survenue est 65 ans, 70 % des tumeurs de vessie se révèlent sur un mode *superficiel*, 25 % sur un mode *infiltrant d'emblée* et 5 % sous forme *métastatique*.

# Etiologies

Les facteurs étiopathogénique sont multiples :

TABAC : il est un facteur carcinogène prouvé (les nitrosamides de la fumée du tabac sont responsables) . ce facteur est retrouve dans 60 à 80 % des cas de tumeur de la vessie et de la voie excrétrice supérieure .

CARCINOGENES CHIMIQUE D'ORIGINE INDUSTRIELLE : il sont reconnu comme facteur de risque de cancer de vessie , avec un temps de latence plus court qu' en cas de tumeur du haut appareil ( l'uretère , bassinet ) .les produits les plus incriminés sont les produits de la dégradation de l'aniline et ,en particulier la beta -naphtylamine et la benzidine observées dans l'industrie des colorants.

MEDICAMENTS : certaine s médicaments sont incriminés lorsqu'ils sont pris pendant une longue période ,il s'agit de la phénacétine, des cyclophosphamides .

BILHARZIOSE URINAIRE :elle expose au risque de survenue d'un cancer de type épidermoïde. C'est le type histologique le plus fréquemment retrouvé dans les zones d'endémie bilharziennes (Egypte, Soudan,... ).

# Anatomopathologie

## Histologie de la tumeur

### Rappel sur l'urothélium normal :

L'urothélium de la vessie est un épithélium transitionnel comprenant de trois à sept couches cellulaires. Cet urothélium repose sur une couche de cellules basales sous laquelle se trouve une sous-muqueuse également appelée chorion.

Les couches plus profondes sont représentées par deux couches musculaires, puis ensuite la séreuse qui limite la vessie de la graisse péri vésicale.

### *Lésions histologiques de l'urothélium :*

1. *L'hyperplasie épithéliale est une anomalie histologique où l'on peut voir une augmentation du nombre de couches cellulaires sans anomalie du noyau ni de l'architecture.*

Ces lésions sont parfaitement bénignes et ne récidivent que rarement.

2. La métaplasie urothéliale désigne la présence d'un épithélium non urothéliale au sein de la vessie. Il peut être soit épidermoïde(métaplasie squameuse), soit glandulaire (métaplasie adénomateuse). Il peut s'agir alors de lésions précancéreuses.

3. Les tumeurs urothéliales représentent plus de 90% des tumeurs vésicales. Il s'agit de carcinomes épithéliaux vésicaux à cellules transitionnelles. Les tumeurs épidermoïde sont plus

rares, faisant suite souvent à une bilharziose vésicale. Les sarcomes ou les tumeurs métastatiques sont encore beaucoup plus rares.

4. Le carcinome à cellules transitionnelles se différencie de l'urothélium normal par le nombre accru de couches de cellules épithéliales, avec des aspects papillaires de la muqueuse, une perte de la polarité cellulaire, et une maturation cellulaire (de la basale aux cellules superficielles) anormale, des cellules géantes, des irrégularités nucléaires, une augmentation de l'index nucléocytoplasmique, une augmentation de la taille des nucléoles et enfin, surtout, un nombre accru de mitoses. Les autres types de cancers urothélium sont représentés par le carcinome à cellules squameuses. Il fait suite très souvent à la bilharziose.

5. L'adénocarcinome de vessie représente 2% de tous les cancers de vessie. C'est le cancer le plus fréquent après extrophie vésicale. Il fait suite à une irritation ou une inflammation chronique de la vessie, mais peut être également associé à la bilharziose.

## **Classification :**

Dans 9/10 il s'agit de tumeurs épithéliales à cellule transitionnelle (carcinome à cellule transitionnelle)

Le siège préférentiel des tumeurs de vessie est le trigone, l'aspect est soit végétant, pédiculée, ulcéré, plats, unique ou multiples. Le pronostic est principalement lié à l'infiltration en



profondeur et a l'extension extra vésical locorégionale ou a distance .

### Grade histopathologique :

Le système le plus employé est celui décrit par Mostofi qui distingue 3 grades selon l'architecture de la tumeur et les caractéristiques des cellules qui la composent.

1. Grade I : tumeur bien différenciée.

- *Architecture* : le pédicule fibrovasculaire qui centre la tumeur est fin. L'urothélium est composé de plus de 7 couches cellulaires.

- *Caractéristiques cellulaires* : discrète anaplasie, les mitoses sont rares, les anomalies de maturation cellulaire sont modestes.

2. Grade II : tumeurs moyennement différenciées.

- *Architecture* : pédicule fibrovasculaire épais.

- *Caractéristiques cellulaires* : les anomalies de maturation existent entre la base et la surface de l'urothélium avec perte de polarité cellulaire. Le rapport noyau sur cytoplasme est élevé avec un polymorphisme cellulaire et de nombreuses nucléoles. Les mitoses sont plus fréquentes.

3. Grade III : tumeurs peu différenciées.

Absence de différenciation de cellules de la base à la surface de l'urothélium avec un rapport noyau sur cytoplasme élevé et des mitoses fréquentes.

#### 4. Carcinome in situ (CIS)

Anaplasie importante de l'épithélium superficiel sans formation de structure papillaire et sans infiltration (pas de grade).

Classification TNM 2002 UICC des tumeurs de vessie :

- T : Tumeur vésicale
  - Tx : tumeur non évaluable.
  - T0 : pas de tumeur vésicale.
  - Ta : carcinome papillaire non invasif.
  - Tis : carcinome *in situ*.
  - T1 : tumeur envahissant le chorion de la muqueuse urothéliale (franchissement de la membrane basale).
  - T2 : tumeur envahissant le muscle vésical (détrusor).
    - \* T2a : muscle superficiel.
    - \* T2b : muscle profond.
  - T3 : tumeur envahissant le tissu péri vésical.
    - \* T3a : envahissement microscopique.
    - \* T3b : envahissement macroscopique (masse extra vésicale).
  - T4 : tumeur envahissant la prostate, l'utérus, le vagin, l'aponévrose pelvienne ou la paroi abdominale.
    - \* T4a : atteinte de la prostate, de l'utérus ou du vagin.
    - \* T4b : atteinte de l'aponévrose pelvienne ou de la paroi abdominale.
- N : Atteinte ganglionnaire
  - Nx : ganglions locorégionaux non évaluables.
  - N0 : pas d'atteinte des ganglions locorégionaux.

- N1 : adénopathie métastatique unique de taille inférieure ou égale à 2 cm de diamètre dans sa plus grande dimension.
- N2 : adénopathie métastatique unique de taille supérieure à 2 cm de diamètre sans dépasser 5 cm dans sa plus grande dimension ou adénopathies multiples toutes de taille inférieure à 5 cm de diamètre.
- N3 : adénopathie métastatique de taille supérieure à 5 cm de diamètre dans sa plus grande dimension.
- M : Métastases à distance
  - Mx : métastases à distance non évaluables.
  - M0 : pas de métastases à distance.
  - M1 : métastases à distance

*Extension et dissémination :*

Elles peuvent se faire par voies lymphatique, sanguine ou urinaire. L'extension carcinomateuse ganglionnaire est souvent corrélée à l'importance de l'infiltration du muscle. Pour les tumeurs supérieures à pT3, elle correspond à plus de 50 %. Cette infiltration lymphatique touche d'abord les ganglions iliaques externes, puis hypogastriques, avant d'atteindre les ganglions lomboaortiques. La dissémination métastatique est fréquente. Elle est également corrélée à l'infiltration de la lésion primitive. Elle atteint essentiellement l'os, le poumon et le foie, mais peut également gagner la peau ou le péritoine.

La diffusion du carcinome urothéliale peut aussi se faire par contiguïté ou dissémination par voie urinaire. Il s'agit d'une greffe tumorale qui peut alors atteindre n'importe quelle zone d'urothélium (du rein à l'urètre). Cette dissémination urinaire est spécifique des tumeurs urothéliales.

# DIAGNOSTIQUE :

## A/Circonstances de découverte

- Les signes d'appel sont l'hématurie, qui est typiquement terminale, spontanée, intermittente ou permanente mais souvent totale, avec des caillots pouvant entraîner une rétention vésicale complète (caillotage vésical). La présence d'une hématurie sous traitement anticoagulant a la même valeur.
- Les autres signes d'appel peuvent être un syndrome de cystite (une pollakiurie douloureuse doit faire rechercher une tumeur vésicale, en particulier des lésions du carcinome in situ), des douleurs lombaires ou une insuffisance rénale en présence d'un retentissement sur le haut appareil.
- Les tumeurs de vessie sont plus exceptionnellement découvertes par des métastases révélatrices, l'existence d'une masse lombaire ou sur un examen radiologique réalisé pour une autre cause.

## **B/ Interrogatoire**

- L'interrogatoire initial recherche des facteurs de risque, tabagisme, profession exposée et des antécédents de bilharziose urinaire selon le terrain. Il précise l'ancienneté des troubles et recherche des signes fonctionnels mictionnels associés.

## **C/ Examen physique**

- Il est centré sur les touchers pelviens combinés au palper hypogastrique qui recherchent une infiltration de la paroi vésicale, voire des signes d'envahissement locorégionaux en cas de tumeur infiltrant en profondeur. La recherche d'adénopathies sus-claviculaires ou de métastases cliniquement palpables est habituellement négative.

- L'état général peut être altéré en présence d'une maladie déjà évoluée ou d'une anémie sévère.

- Il recherche l'existence d'autres pathologies liées au tabac :
  - Cardio-vasculaires.
  - Pulmonaires.

## **D/ EXAMEN COMPLIMENTAIRE:**

En fonction du contexte, le médecin proposera un certain nombre d'examens et une consultation spécialisée.

Les examens courants sont :

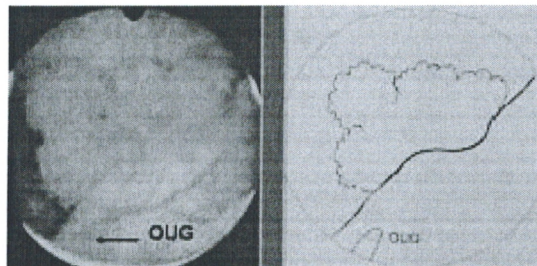
### 1- l'examen cyto bactériologique des urines (ECBU) :

il permet de confirmer la présence de sang dans les urines et de rechercher une éventuelle infection urinaire qui pourrait l'expliquer.

## 2-Échographie

- Elle peut montrer des tumeurs saillant dans la cavité vésicale mais peut être prise par défaut, surtout lorsqu'il s'agit de petites lésions, de lésions de la face antérieure de la vessie ou d'une tumeur au sein d'une vessie de lutte ou d'un diverticule.

3-la cystoscopie : il s'agit d'un examen par fibroscopie qui permet d'examiner l'intérieur de la vessie avec un système optique. L'examen se fait en consultation, après anesthésie de l'urètre\* par du gel anesthésiant. La cystoscopie permet de voir un éventuel polype vésical, de déterminer son aspect et sa localisation. Si l'examen fibroscopique révèle l'existence d'une tumeur vésicale, celle-ci pourra être enlevée par les voies naturelles ; c'est ce que l'on appelle une résection endoscopique.



### **Tumeur superficielle de vessie en arrière de l'orifice urétéral gauche (OUG).**

## 4- Urographie intraveineuse (UIV)

- Elle est réalisée après dosage de la créatininémie et permet de montrer une ou plusieurs images lacunaires irrégulières au niveau de la vessie mais peut être prise par

défaut pour les petites lésions. Elle recherche la présence d'autres localisations, en particulier au niveau des cavités pyélocalicielles et des uretères, apprécie un éventuel retentissement de la tumeur vésicale sur le haut appareil (un tel retentissement traduit habituellement une tumeur infiltrant en profondeur le muscle vésical et constitue un facteur de mauvais pronostic). L'UIV fait systématiquement partie du bilan initial d'une tumeur de vessie.

#### 5-Cytologie exfoliatrice

- Elle peut retrouver des cellules tumorales mais présente de faux négatifs. Elle est d'autant plus positive qu'il s'agit de tumeur de grade élevé.

- Son intérêt est particulièrement important pour la recherche de carcinome *in situ*.

- Son interprétation est très opérateur-dépendant : il faut demander ce type d'examen à un cytologiste très entraîné.

#### 6-Examen tomodensitométrique (TDM)

- Il permet d'apprécier une infiltration en profondeur à la graisse péri vésicale, l'existence d'adénopathies et ne doit être réalisé avant une résection que si l'on suspecte une tumeur évoluée lors de l'endoscopie diagnostique. En effet, un TDM effectué dans le mois qui suit une résection endoscopique peut donner de fausses images d'infiltration pariétale dues à l'œdème postopératoire ou d'adénopathies inflammatoires. Combiné à quelques clichés d'UIV, on obtient un uroscanner.

**7- Bilan d'extension** : dépendra du type de tumeur de vessie

- Outre l'UIV qui recherche d'autres localisations urothéliales de la maladie et l'urétrocystoscopie, qui permet d'apprécier l'état de l'urètre, la radiographie pulmonaire préopératoire permettra de visualiser d'éventuelles métastases pulmonaires. La scintigraphie osseuse est réalisée en présence de signes cliniques d'appel ou d'autres localisations secondaires.

## **Pronostic :**

- En cas de tumeur superficielle, le taux de survie à 5 ans après traitement est compris entre 80 et 90 %.
- En cas de tumeur infiltrante, le taux de survie à 5 ans après cystectomie est de 70 à 80% pour les tumeurs de stade T2, et de 40 à 60 % pour les tumeurs de stade T3.



# TRAITEMENT

Le traitement d'un cancer de la vessie est toujours fonction du stade de celui-ci.

S'il existe un ou plusieurs polype(s), ils seront enlevés par les voies naturelles au cours d'une endoscopie vésicale. Les lésions retirées seront ensuite examinées au microscope par un anatomo -pathologiste.

> Les tumeurs superficielles : la simple ablation de la tumeur par les voies naturelles, avec ou sans traitement complémentaire (instillations intra vésicales),

peut suffire pour obtenir sinon la guérison, du moins le contrôle de la maladie.

> Les tumeurs infiltrantes vont nécessiter un acte plus important, l'ablation de la vessie (cystectomie totale). S'il existe une extension locale importante (ganglions) ou à distance (métastases), le traitement habituel fera appel à une chimiothérapie.

## 1. L'arrêt du tabac

Dans tous les cas, il est très important pour les fumeurs d'arrêter le tabac. En effet, les patients qui ont une tumeur superficielle de la vessie sont davantage à risque de développer une tumeur infiltrante s'ils continuent de fumer. D'autre part, les patients qui ont une tumeur infiltrante peuvent développer d'autres tumeurs sur les voies urinaires.

## 2. La résection endoscopique d'une tumeur de la vessie

L'ablation d'une tumeur de la vessie par les voies naturelles se fait sous anesthésie générale, ou en anesthésiant seulement le bas du corps (rachianesthésie). En fin d'opération, une sonde urinaire est mise en place, qui permet un lavage de la vessie en postopératoire. Elle est enlevée 24 à 48 heures après l'opération.

Dans tous les cas, les tissus ainsi recueillis sont ensuite examinés au microscope, cet examen histologique permettant de déterminer le caractère superficiel ou profond de la tumeur.

### 3. Les instillations vésicales

Les instillations consistent à introduire dans la vessie un liquide qui va agir sur sa paroi, avec l'objectif de diminuer le risque de récurrence. Ce traitement sera donc proposé après résection endoscopique des tumeurs superficielles. Le BCG (Bacille de Calmette- Guérin, également utilisé pour la vaccination contre la tuberculose) et la mitomycine sont les produits les plus utilisés. Les instillations de BCG permettent de réduire le risque de récurrence, sans que l'on en connaisse parfaitement le mode d'action.

Les instillations sont en général réalisées une fois par semaine pendant 6 semaines (immucyste), pendant 8 semaines (mitomycine). Lorsque le risque de récurrence est important, un traitement « d'entretien » est proposé : une instillation par semaine pendant 3 semaines, tous les 3 mois pendant 2 ans. Ces instillations se font par une sonde urinaire, qui est posée juste le temps nécessaire à l'injection du produit. La sonde est ensuite retirée et le patient essaie de ne pas uriner durant les deux ou trois heures qui suivent. Le traitement se fait en ambulatoire (pas d'hospitalisation). Il est généralement bien toléré. Les complications les plus fréquentes sont des troubles urinaires irritatifs et une fièvre transitoire.

#### 4. La chirurgie

En cas de tumeur infiltrante, la cystectomie, c'est-à-dire l'ablation chirurgicale de la vessie, est le traitement de référence. La totalité de la vessie est retirée pour éviter une récurrence du cancer. Préalablement, le chirurgien vérifie qu'il n'y a pas une atteinte des ganglions situés à côté de la vessie. En effet, en cas d'atteinte massive de ces ganglions, il n'y a pas de bénéfice à retirer la vessie. Celle-ci est donc laissée en place, et une chimiothérapie est programmée dans les semaines qui suivent.

Si la vessie est enlevée, il faut créer un nouveau circuit pour dériver les urines. Celles-ci peuvent être dérivées à la peau (elles sont recueillies dans une poche collée sur la peau), dans le côlon (elles sont alors évacuées par le rectum avec les matières mais il faut alors s'assurer que le sphincter anal est assez tonique pour retenir du liquide), ou bien le plus souvent dans une nouvelle vessie confectionnée par le chirurgien à partir d'un segment d'intestin. Cette dernière technique permet de ne pas avoir de poche.

#### 5. La radiothérapie

Sa place est limitée. Elle peut être indiquée seule dans un but « palliatif », c'est-à-dire dans les cancers avancés qui occasionnent des hématuries répétées.

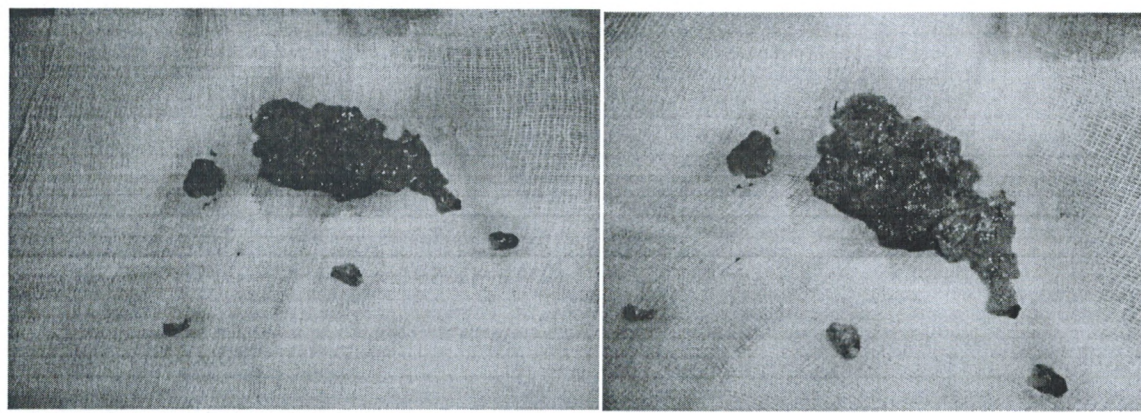
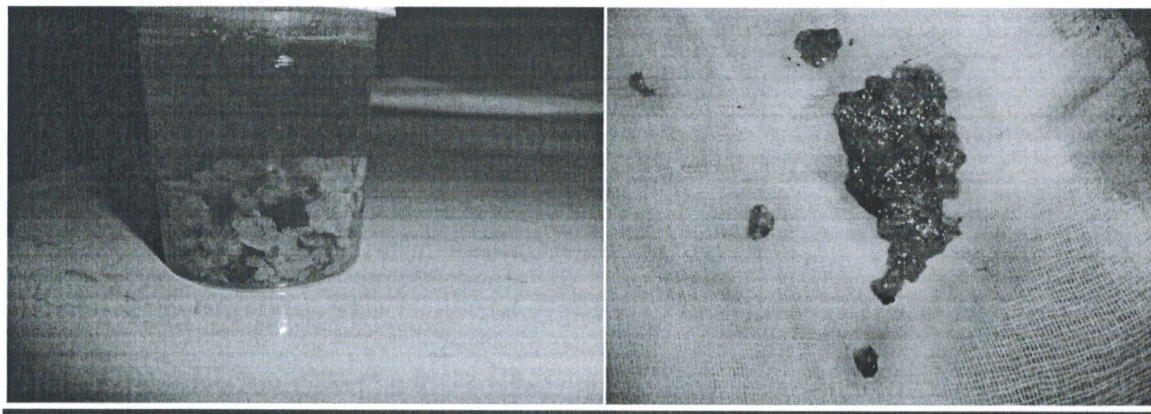
La radiothérapie permet alors, dans certains cas, de limiter les saignements. D'autre part, elle peut être indiquée en association avec la chimiothérapie dans les tumeurs infiltrantes de vessie de petite taille, chez certains patients très âgés qui ne peuvent pas avoir une cystectomie.

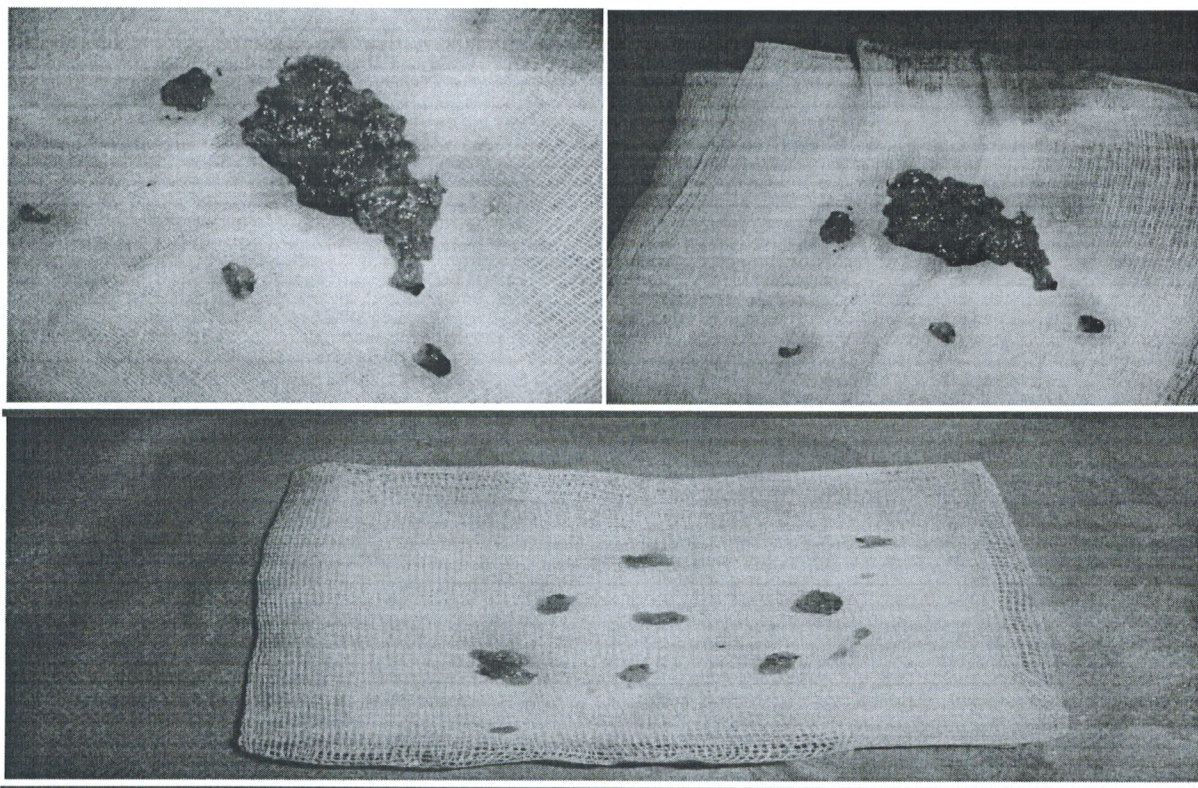
#### 6. La chimiothérapie :

Une chimiothérapie est utilisée quand la tumeur est très avancée, en particulier quand il existe une atteinte des ganglions lymphatiques ou des

métastases à distance (extension aux os, aux poumons, au foie, etc.). La chimiothérapie associe habituellement deux produits : gemcitabine et cis platine.

Cependant, plusieurs autres protocoles existent, associant cis platine, méthotrexate et vinblastine ou encore cyclophosphamide, doxorubicine et cis platine.





copeaux de résection réséqués au bloc opératoire –service d' urologie – ( CHU Tlemcen)  
Octobre 2010.

# ETUDE STATISTIQUE (2009):

## **Les statistiques de tumeur de vessie : 2009**

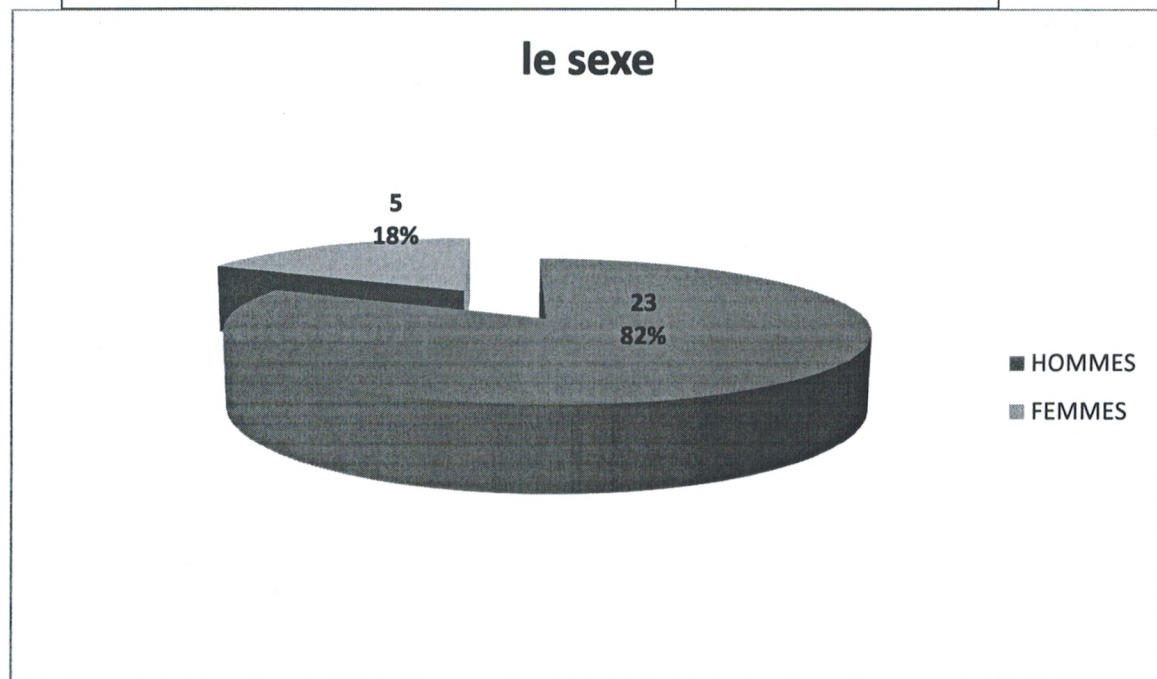
L'étude statistique rétrospective sur dossiers de malades hospitalisés pour tumeur de vessie, dans le service d'urologie, CHU Tlemcen, durant l'année 2009 .

Nombre des malades atteints de tumeur de vessie en 2009 : 28 malades.

**L'étude se fait selon ;**

### LE SEXE :

<b>Hommes</b>	<b>23</b>
<b>Femmes</b>	<b>05</b>
<b>Nombre des malades</b>	<b>28</b>

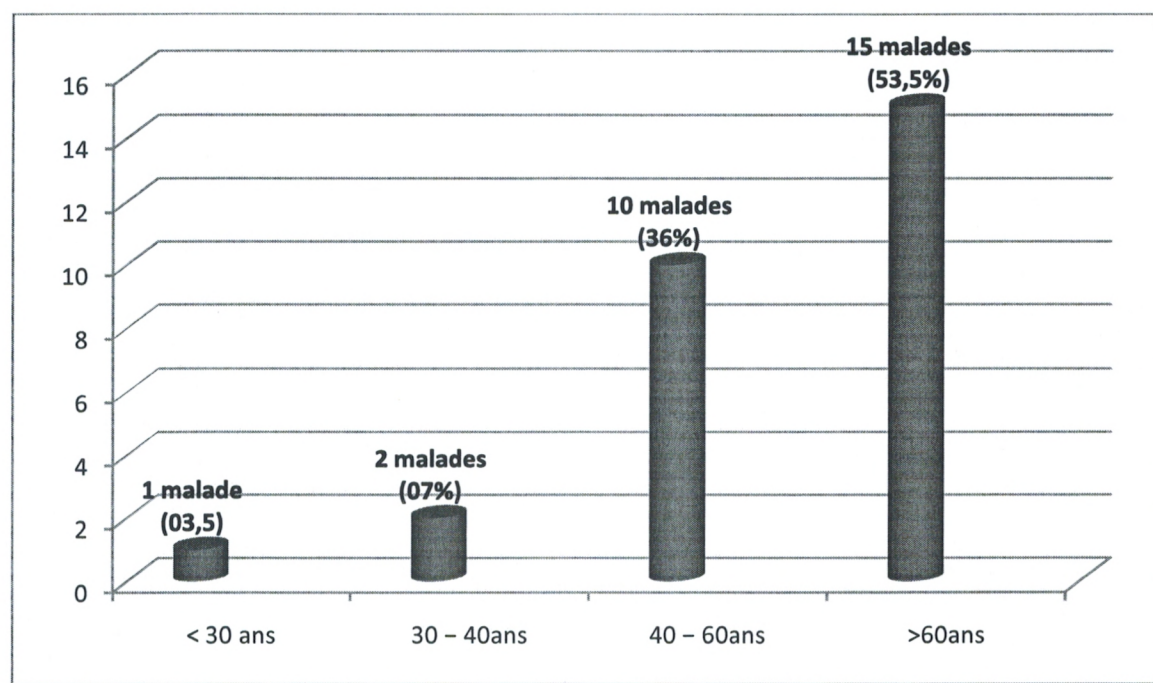


*Commentaire :*

\*Plus de 80 % des malades atteints de tumeur de vessie en 2009 sont des hommes.

**l'âge :**

	<b>&lt; 30 ans</b>	<b>30 – 40ans</b>	<b>40 – 60ans</b>	<b>&gt;60ans</b>	<b>total</b>
<b>Année 2009</b>	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>28</b>



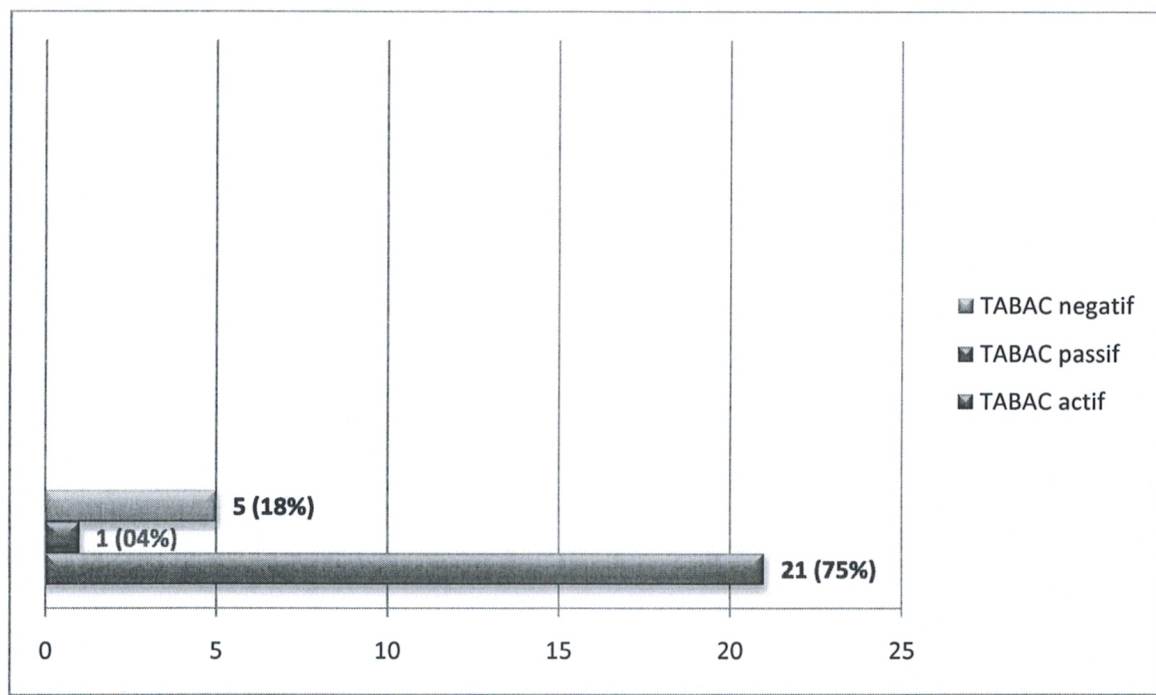
*Commentaire :*

\*la moitié de nos patients étaient âgés de plus de 60ans, 36% entre 40 et 60 ans et une minorité de moins de 40 ans.

**Tabac et tumeur de vessie :**

Tabac (+)		Tabac (-)
Actif	passif	
21	01	05

**NB:** notion de tabac non mentionné chez une patiente en 2009.



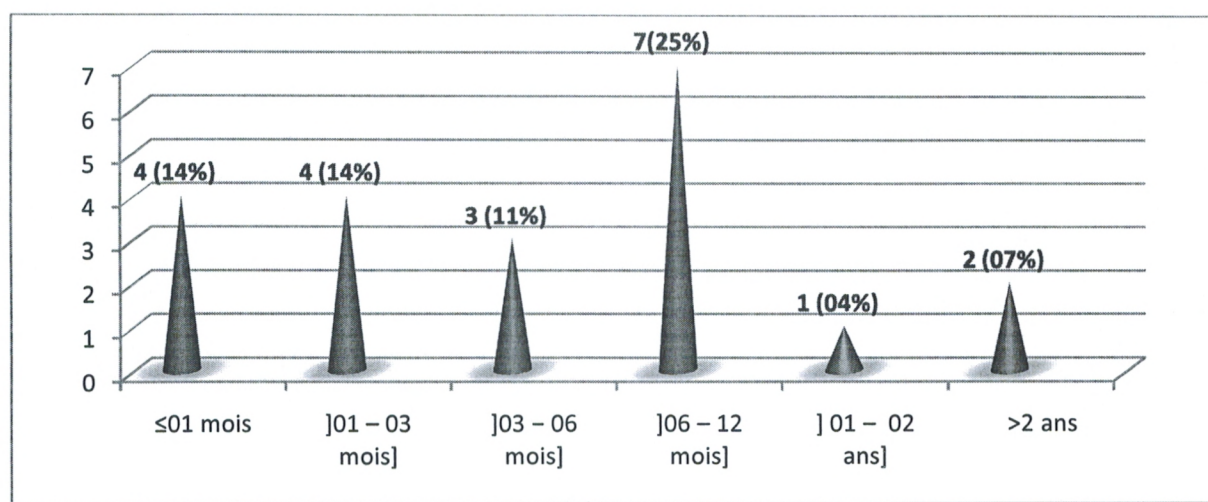
*Commentaire :*

\*le tabac, principal facteur de risque des tumeurs de vessie , retrouvé chez 75% de nos malades et dans 4% des cas, ce facteur est incriminé d'une manière indirecte (tabagisme passif). Cette notion de tabagisme n'a pas été signalée chez 18% de nos patients.



## Le debut d'apparition de l'hématurie :(avant l'hospitalisation)

Hématurie depuis	Nombre des malades en 2009
≤01 mois	04
] 01 – 03 mois]	04
] 03 – 06 mois]	03
] 06 – 12 mois]	07
] 01 – 02 ans]	01
>2 ans	02



*Commentaire :*

\*1/7 (14%) des malades se sont présentés à la consultation moins d'un mois après le début de l'hématurie.

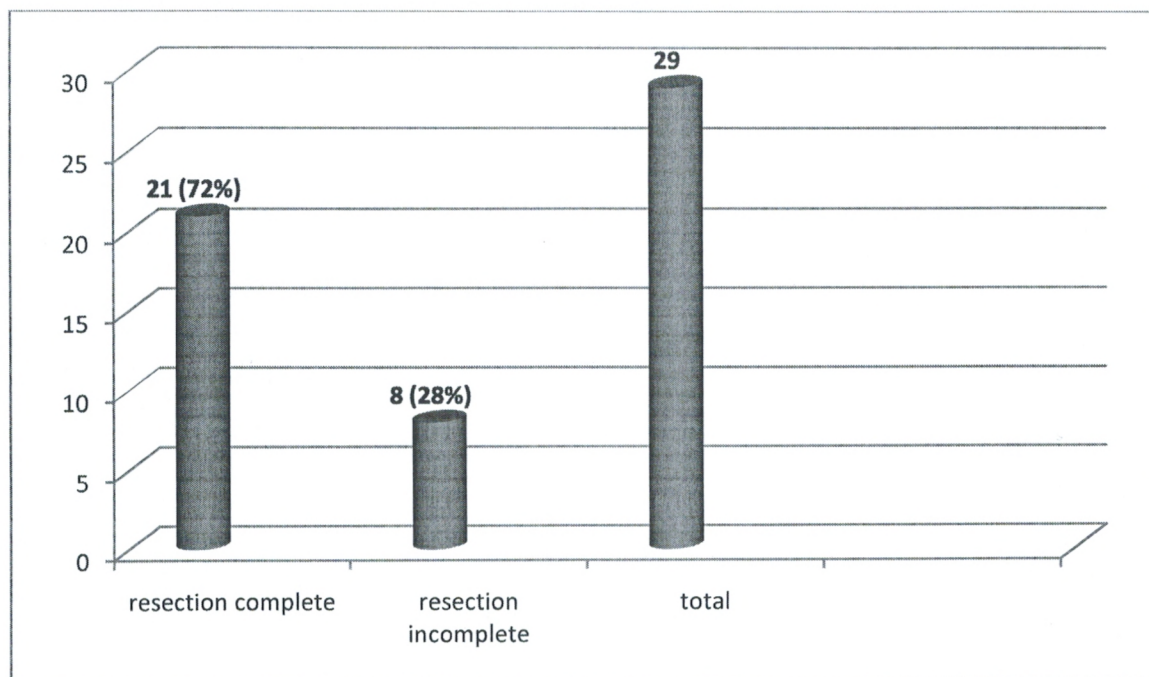
\* Entre 01 et 03 mois, on retrouve le même nombre que celui décrit ci-dessus.

\*Par contre, 1/4 des malades (25%) ont consultés entre 06mois et 01 an après l'apparition de l'hématurie.

\*Malheureusement, certains patient continuent à négliger (soit par eux même ou plus grave encore leur médecins) l'hématurie puisque dans notre étude 07% des malades on été vus deux ans et parfois même plus, après la date de début d'apparition de ce symptôme.

### Type et nombre de résection :

Résection complète	Résection incomplète	Total
21	08	29

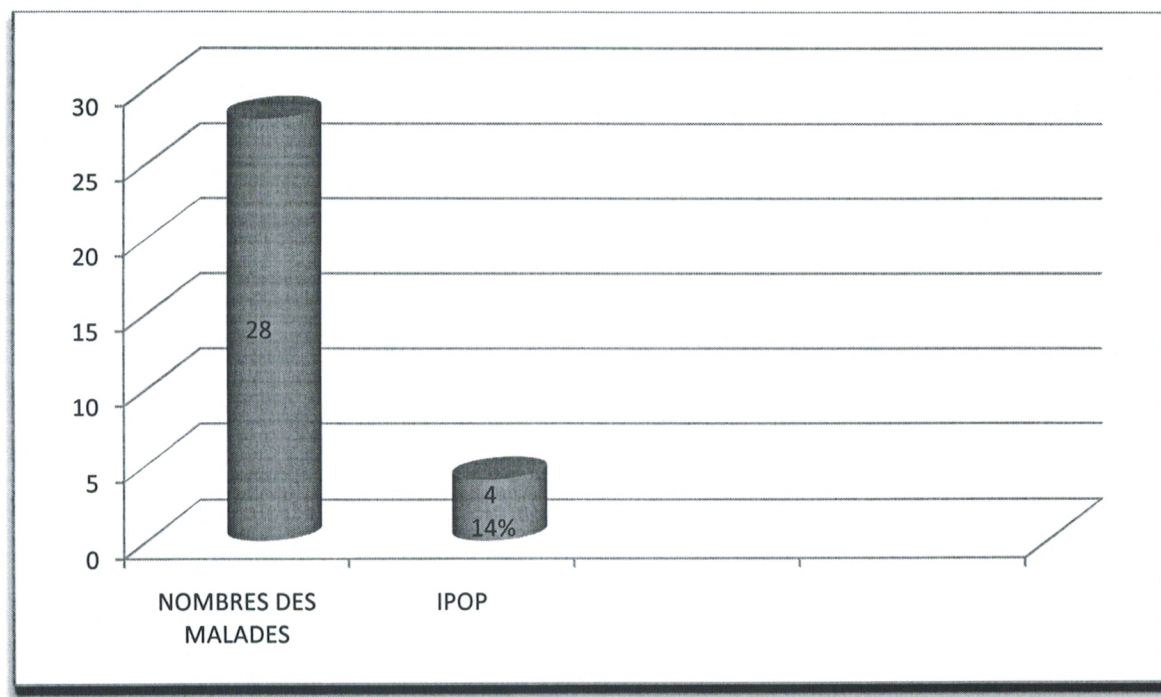


*Commentaire :*

\* parmi 29 résections faites, 21 tumeurs ont été réséquées complètement (plus de 70% des résections faites en 2009 sont complète).

**IPOP** : instillations poste opératoires.

Nombre de résection	29
IPOP	07



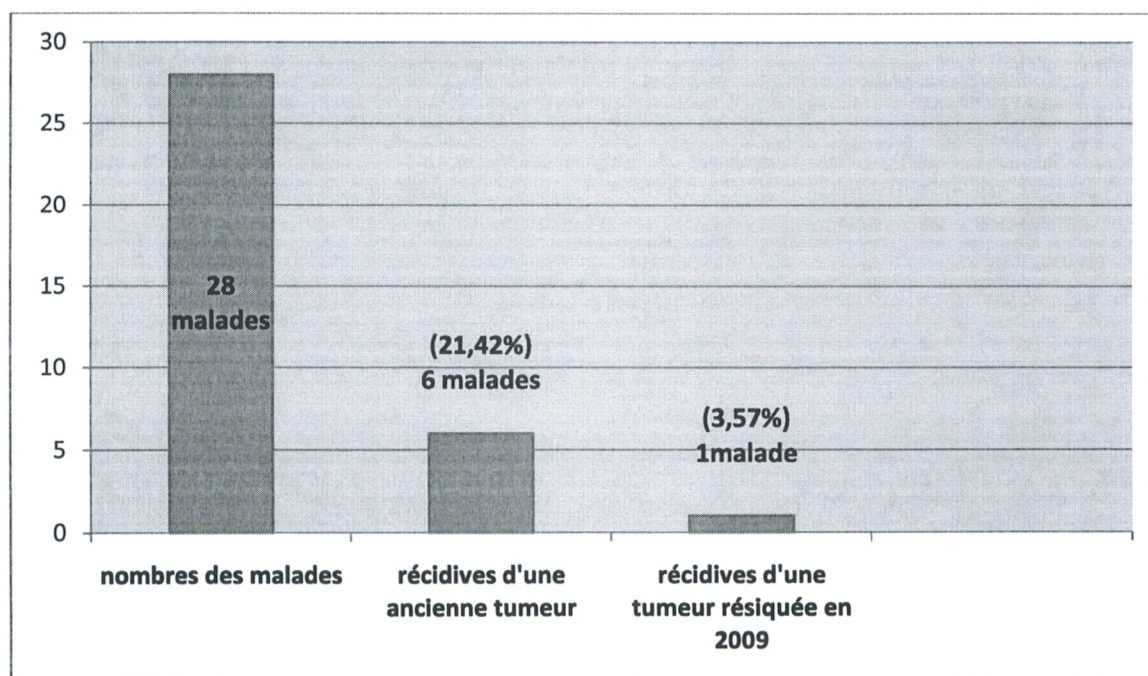
*Commentaire* : \* en 2009, 14% des malades ont bénéficiés d'une instillation post opératoire.

## Récidives :

Nombre des malades	28
Récidives d'une ancienne tumeur ou complément de résection	06
Récidives d'une tumeur réséquée en 2009	01

NB: en 2009 , 06 malades ont récidivés de leur tumeur.

- une tumeur découverte fortuite suite d'un radio de control pour un cancer de colon( sigmoïde).

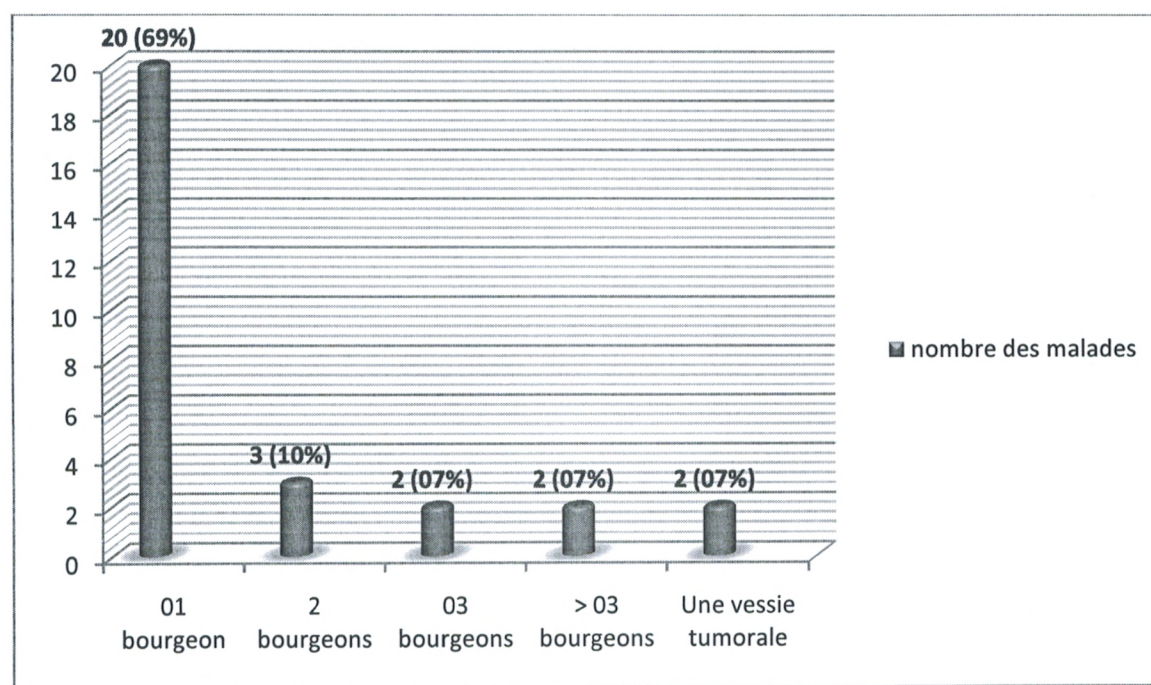


*Commentaire :*

\*presque 1/5 des malades en 2009 sont des récidives d'une ancienne tumeur ou un complément d'une résection antérieure.

## Selon le nombre des bourgeons :

Nombre des bourgeons	Nombre des malades en 2009
01 bourgeon	20
02 bourgeons	03
03 bourgeons	02
> 03 bourgeons	02
Une vessie tumorale	02
total	29



*Commentaire :*

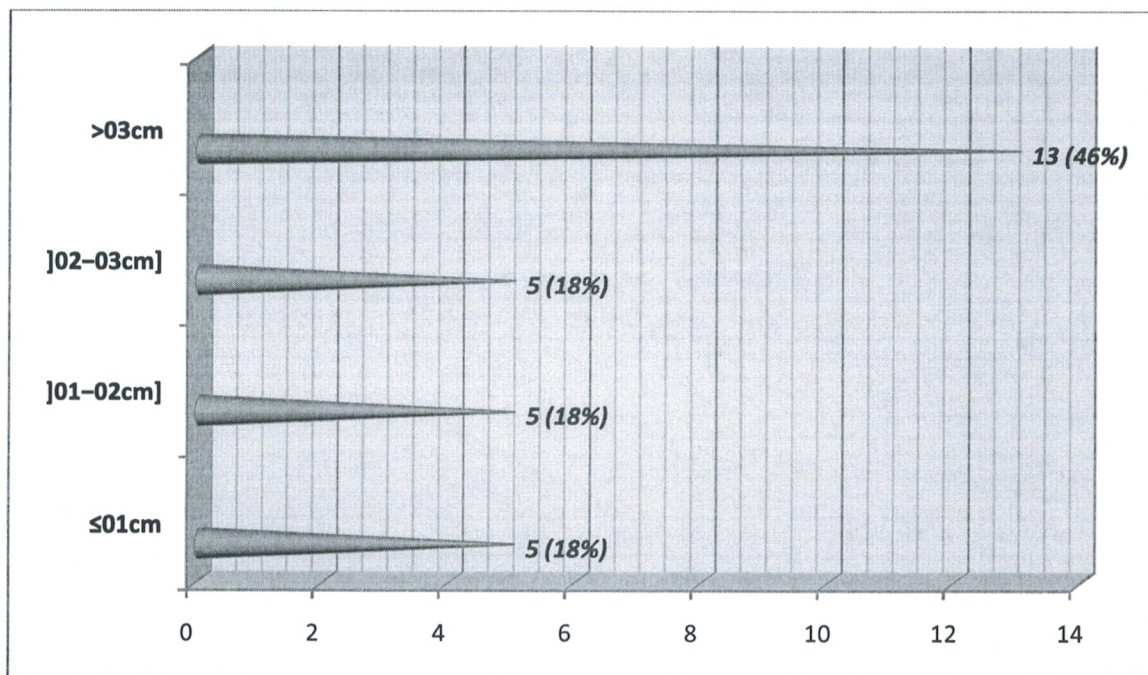
\*plus de la moitié des tumeurs de vessie en 2009(69%) sont constituées d'un seul bourgeon (de différente taille).

\*10% des tumeurs étaient constituées de 2 bourgeons.

\*07% tumeurs de plus de 03 bourgeons ou vessies avec volumineuses tumeurs .

**Selon la taille des bourgeons :**

La taille du bourgeon	Nombre des malades en 2009
≤01cm	05
]01-02cm]	05
]02-03cm]	05
>03cm	13
total	28



*Commentaire :*

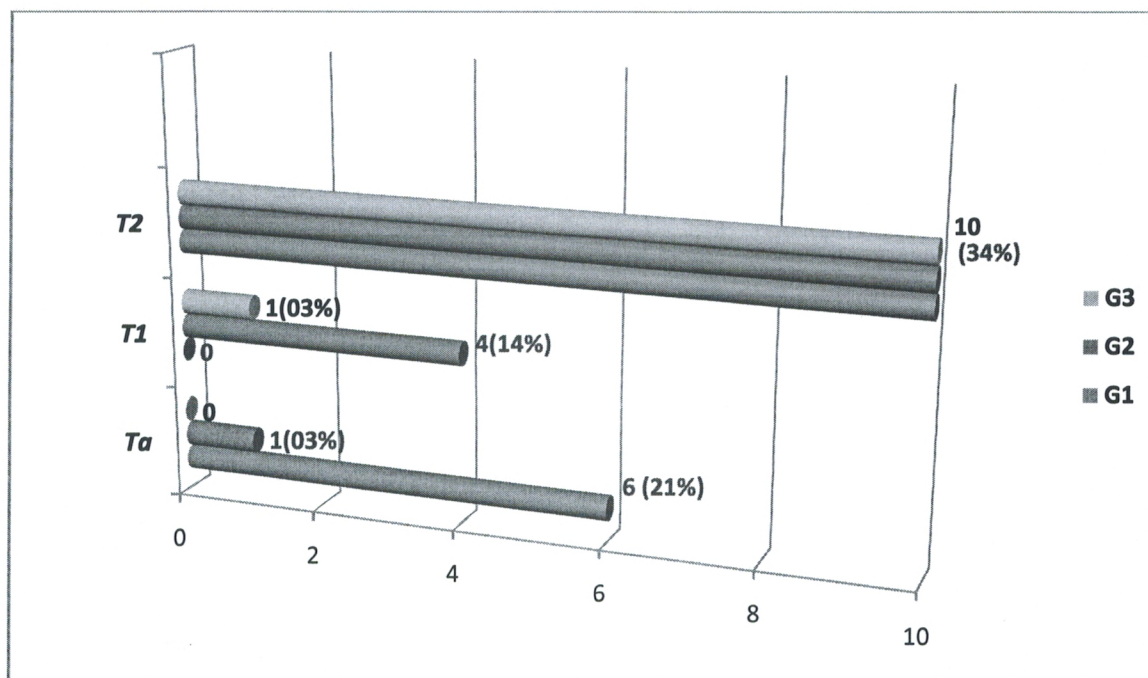
\* la taille des bourgeons était de plus de 03cm dans presque la moitié des cas (46%) .

\*dans l'autre moitié, la taille était variable de moins de 01 cm, et entre 01 et 03 cm.

## Classification-anapath :

	G <sub>1</sub>	G <sub>2</sub>	G <sub>3</sub>
T <sub>a</sub>	06	01	00
T <sub>1</sub>	00	04	01
T <sub>2</sub>	10		

Nb : 01 léiomyome , 03 compte rendu non fiable et 03 autres nom retrouvés.





Commentaire :

\* 34%des tumeurs de vessie en 2009 sont infiltrantes (T2) .

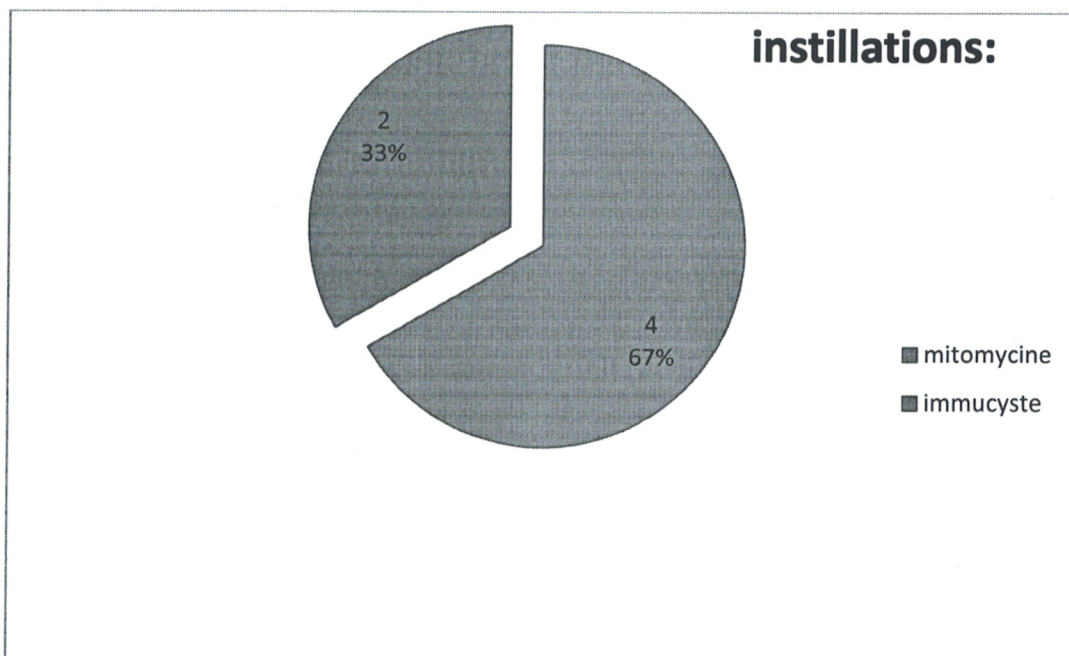
\*14%des malades ont eu un grade 2 stade T1.

\*21% des tumeurs étaient classées G1Pta.

\*01 cas de tumeur vésicale bénigne est noté durant cette étude.

Selon le schema d' instillations :

année	mitomycine	Immucyst
2009	04	02

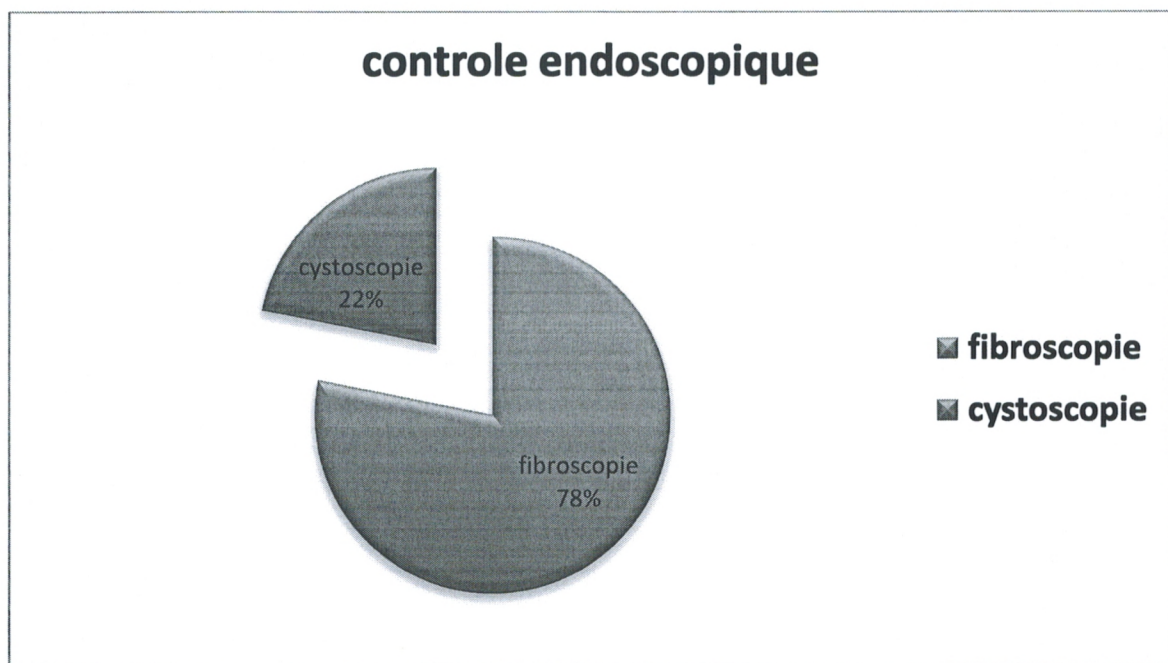


*Commentaire :*

\*67% des instillations en 2009 étaient faites à base de mitomycine et le reste par l'immucyste.

**Contrôle Endoscopique:**

Fibroscope	25
Cystoscopie	07



*Commentaire :*

\*78% des contrôles endoscopiques ont été réalisées à l'aide de la fibroscopie, le reste par cystoscopie rigide.

# ETUDE STATISTIQUE (2010):

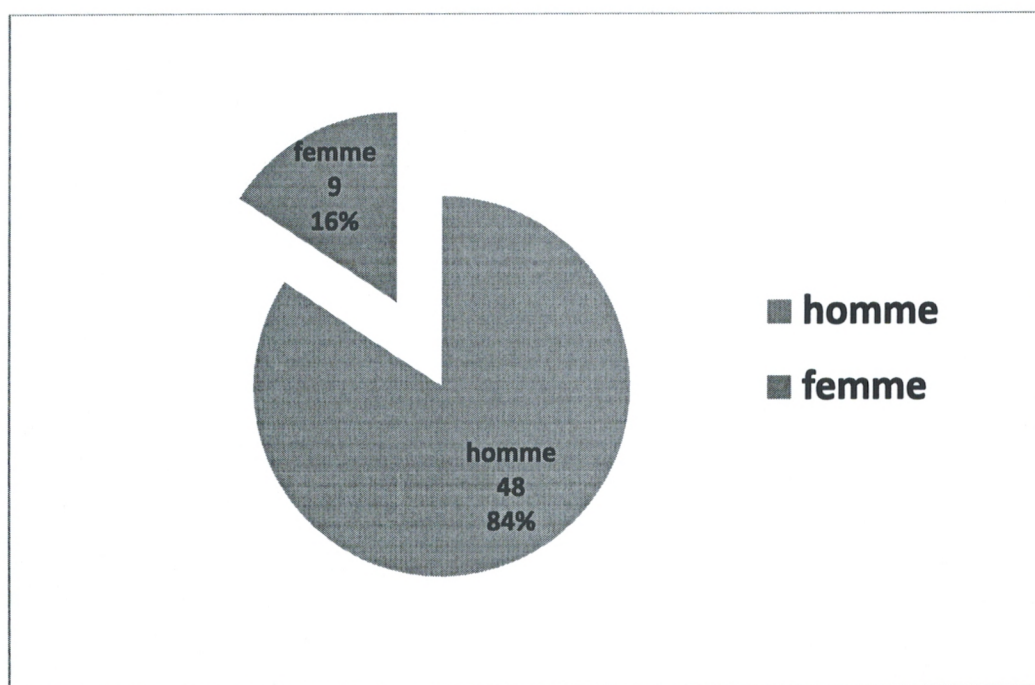
L'étude statistique rétrospective sur dossiers de malade hospitalisé pour tumeur de vessie, dans le service d'urologie, CHU Tlemcen, durant l'année 2010 (jusqu'à 11 octobre 2010)

Nombre des malades atteints de tumeur de vessie en 2010 : 57

Nombre des malades réséqués en 2010 : 63 malades

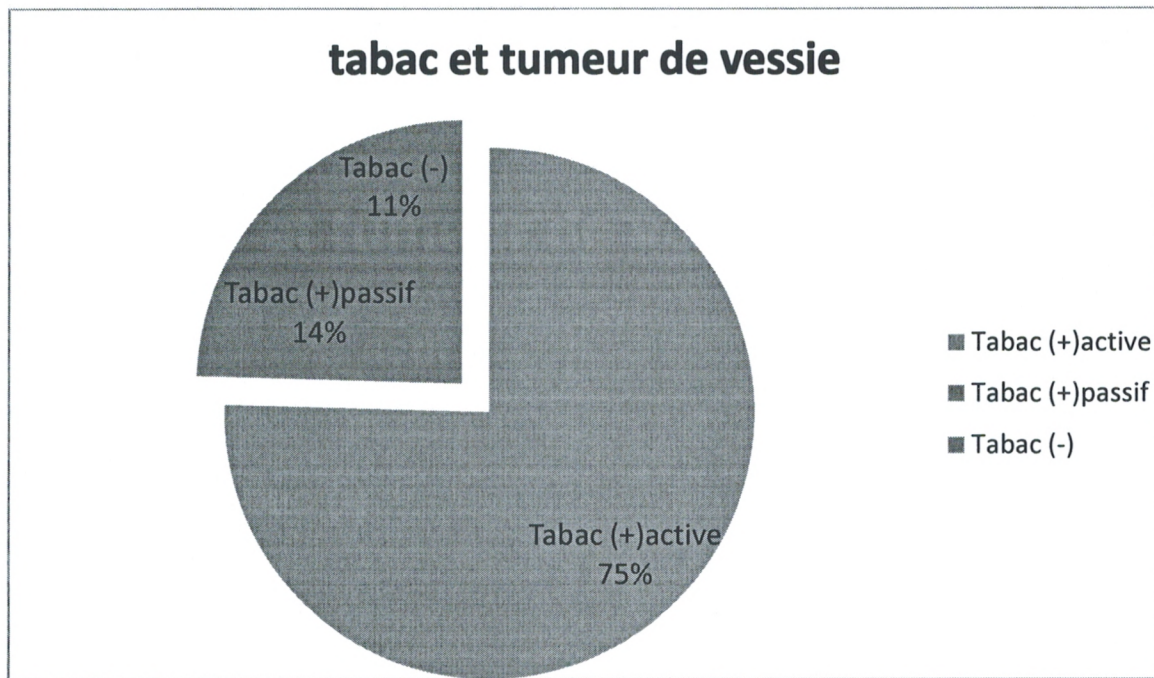
## 1)-Sexe :

<b>Sexe</b>	<b>Homme</b>	<b>femme</b>	<b>total</b>
<b>Nombre</b>	<b>48</b>	<b>09</b>	<b>57</b>



### 3)- tabac et tumeur de vessie:

<b>Tabac (+)</b>	<b>actif</b>	<b>43</b>
	<b>passif</b>	<b>08</b>
<b>Tabac (-)</b>		<b>06</b>
<b>total</b>		<b>57</b>



#### **Commentaire :**

\*le tabac représente le premier et le principal facteur de risque des tumeurs de vessie.

\*parmi les 57 malades atteints de tumeur de vessie, on a 89% qui sont tabagiques (43 sont des tabagiques actifs et 08 sont des tabagiques passifs).

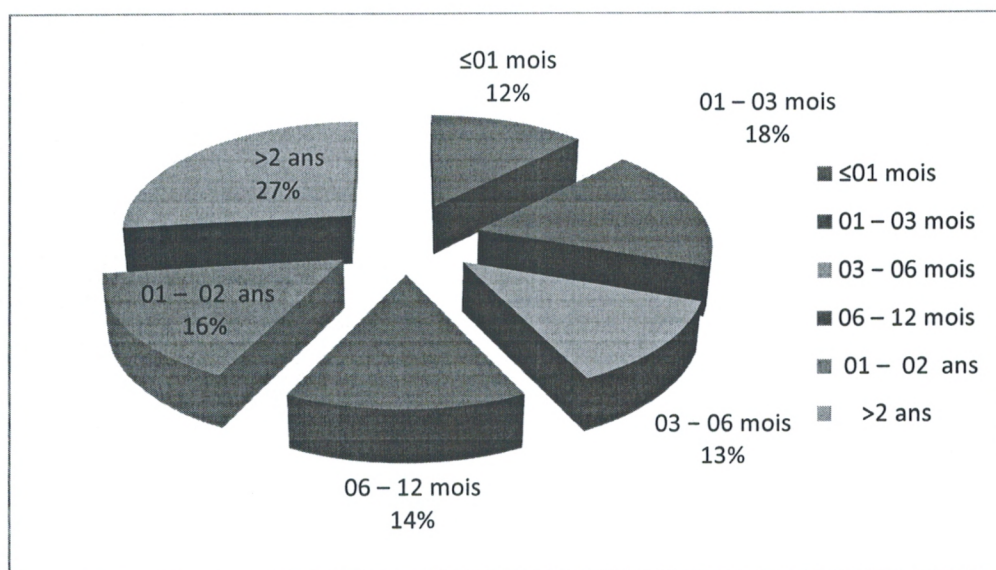
\*On a pas trouvé la notion de tabac chez 11% de nos malades .

## **4)-Le début d'apparition de l'hématurie : (avant l'hospitalisation)**

<b>Hématurie depuis</b>	<b>Nombre des malades en 2010</b>
<b>≤01 mois</b>	<b>7</b>
<b>01 – 03 mois</b>	<b>10</b>
<b>03 – 06 mois</b>	<b>07</b>
<b>06 – 12 mois</b>	<b>08</b>
<b>01 – 02 ans</b>	<b>09</b>
<b>≥2 ans</b>	<b>15</b>
<b>Total</b>	<b>56</b>

**Nb : en 2010 ;-il existe un malade non mentionnés (hématurie)**

**La durée de l'hématurie :**



**Commentaire :**

\*07 malades viennent consulter en moins de 01mois après la date de début de l'hématurie.

\* 10malades entre 01et 03 mois.

\*07 malades entre 03- 06 mois.

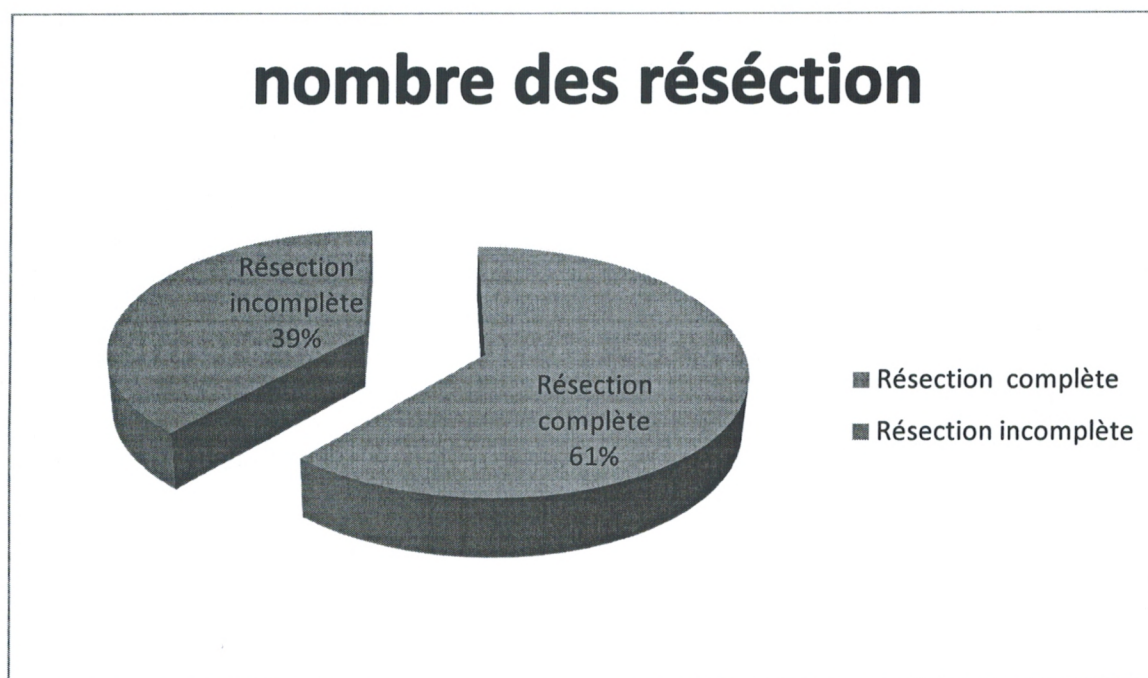
\*08 malades entre 06mois et 01 année. (Dépistage tardif).

\*09 malades entre 01ans-02ans.

\*15 malades après 2 ans

### **5)-Nombre de résection et type :**

<b>Année</b>	<b>Résection complète</b>	<b>Résection incomplète</b>	<b>Total</b>
<b>2010</b>	<b>35</b>	<b>22</b>	<b>57</b>

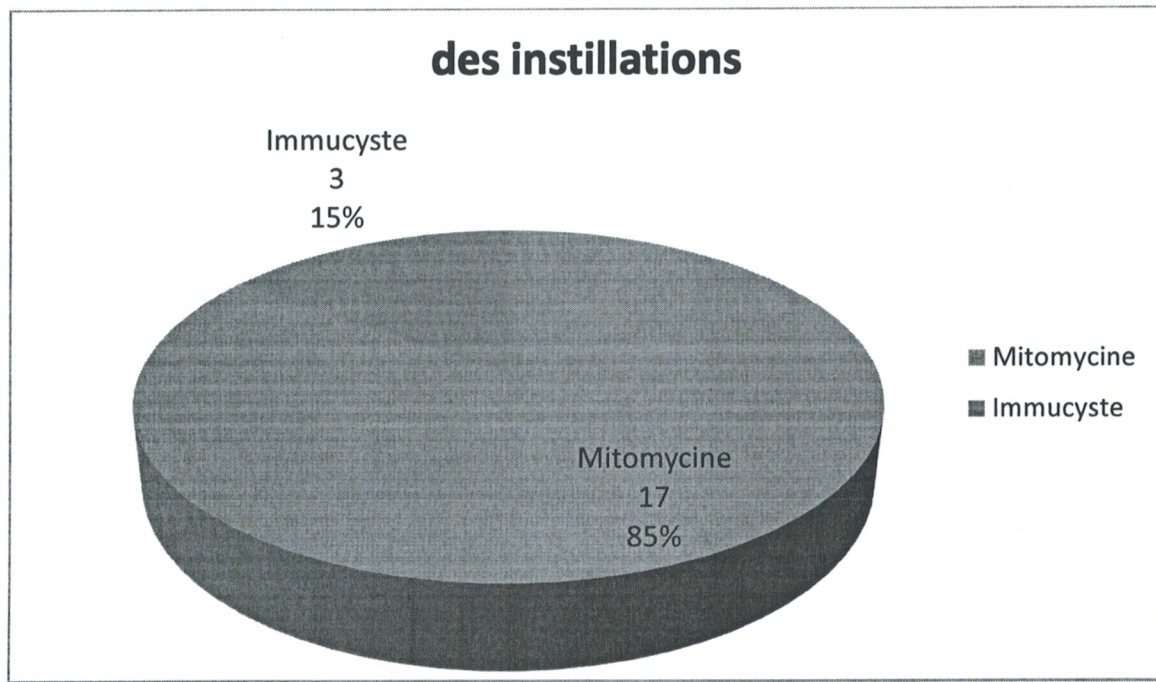


**Commentaire :**

**\*dans notre étude, on note que 61% des malades sont résequées complètement et 39% d'une façon incomplète.**

### **6)-Le nombre des instillations en 2010 :**

Type d'instillation	Nombre des instillations
mitomycine	17
jmmucyste	03

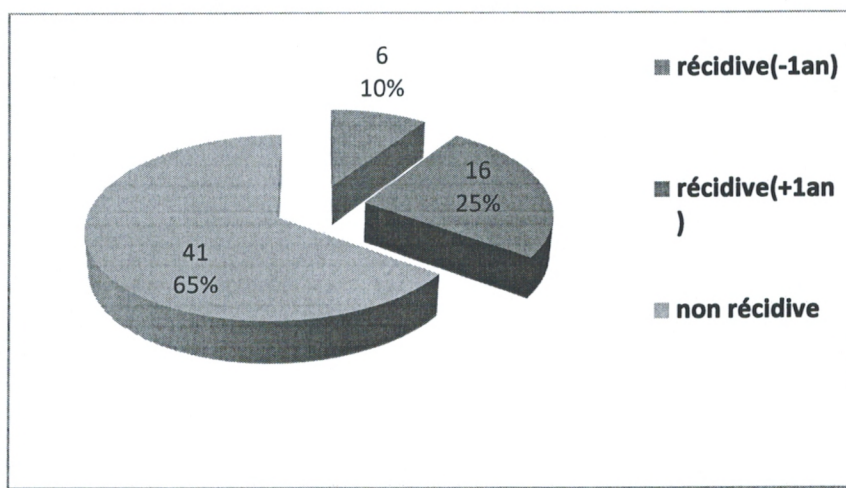


### **Commentaire :**

**\*85% sont des instillations sont faites à l'aide de la mitomycine et 15% à l'immucyste.**

## 7)-La récursive:

Type		Nombre des malades
Récidives d'une ancienne tumeur ou complément de résection	Inf à 01ans	06
	Sup a 01ans	16
Nouveaux malades atteints de tumeur de vessie		41
Total		63



### Commentaire :

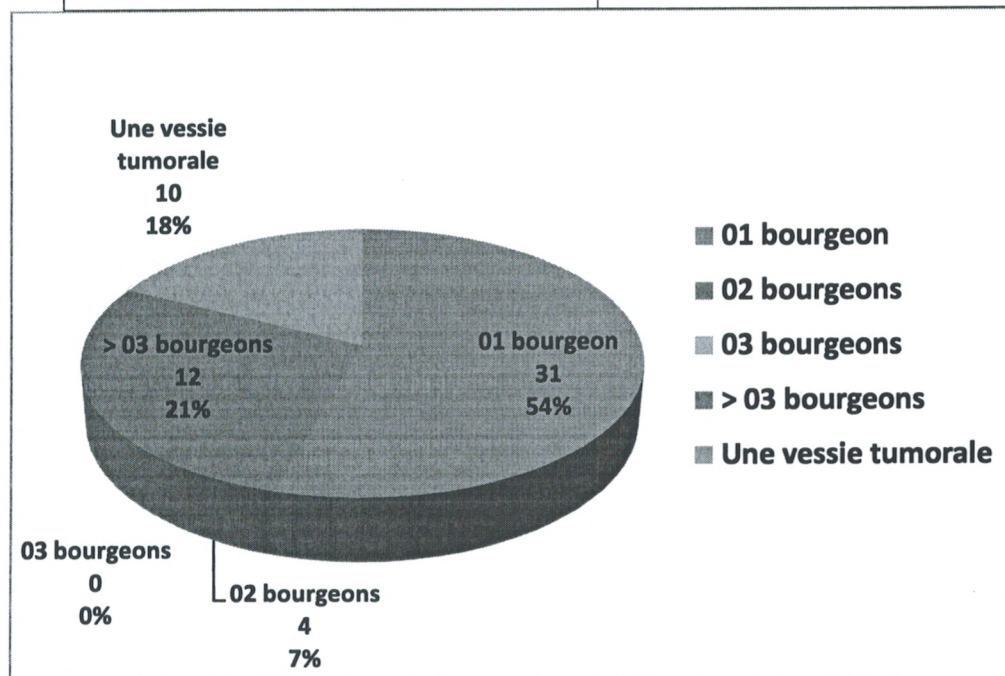
\*dans 65 %des cas, il s'agissait de nouveaux malades atteints de cette pathologie.

\*dans 35% des cas, c'était des récursive de tumeur de vessie, ou complément de résection réalisées quelque temps avant.



## 8)-Selon le nombre des bourgeons :

Nombre des bourgeons	Nombre des malades en 2010
01 bourgeon	31
02 bourgeons	04
03 bourgeons	00
> 03 bourgeons	12
Une vessie tumorale	10
<b>total</b>	<b>57</b>



### Commentaire :

\*54% des malades c. a. d Plus de la moitié des tumeurs de vessie étaient constituées d'un seul bourgeon (31 cas).

\*07 % par 02 bourgeons.

\*21% avaient plus de 03 bourgeons

\* vessie tumorale dans presque la quasi-totalité de la paroi dans 18% des cas.

## **9)- Selon la taille des bourgeons :**

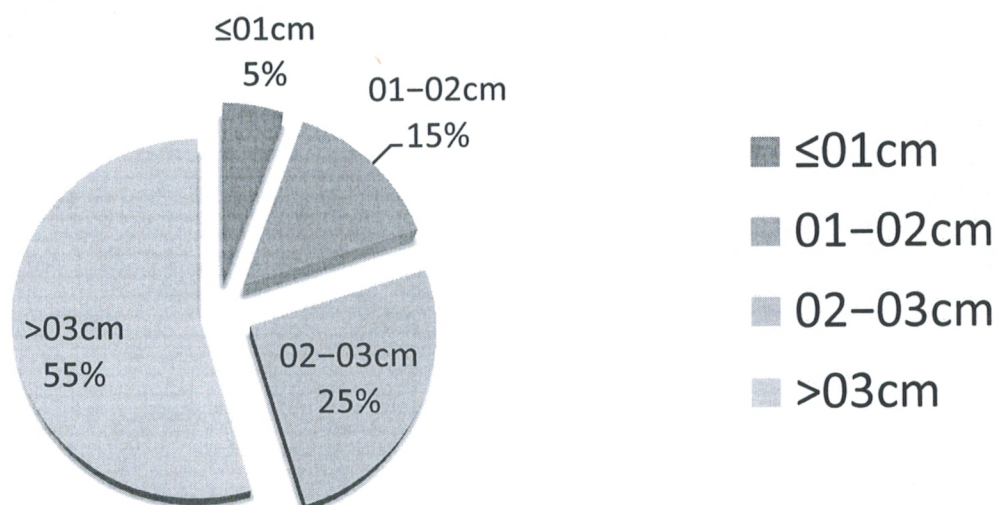
<b>La taille du bourgeon</b>	<b>Nombre des malades en 2010</b>
<b>≤01cm</b>	<b>03</b>
<b>01-02cm</b>	<b>08</b>
<b>02-03cm</b>	<b>14</b>
<b>&gt;03cm</b>	<b>30</b>
<b>total</b>	<b>55</b>

**Nb :il y a :**

01 anapath non fiable(faite au CHU).

01 anapath manquante.

## Selon la taille des bourgeons



### **Commentaire :**

\*55% des cas , c.a.d .Plus de la moitié des tumeurs de vessie étaient constituées d'un bourgeon (30cas) de taille >à 03cm.

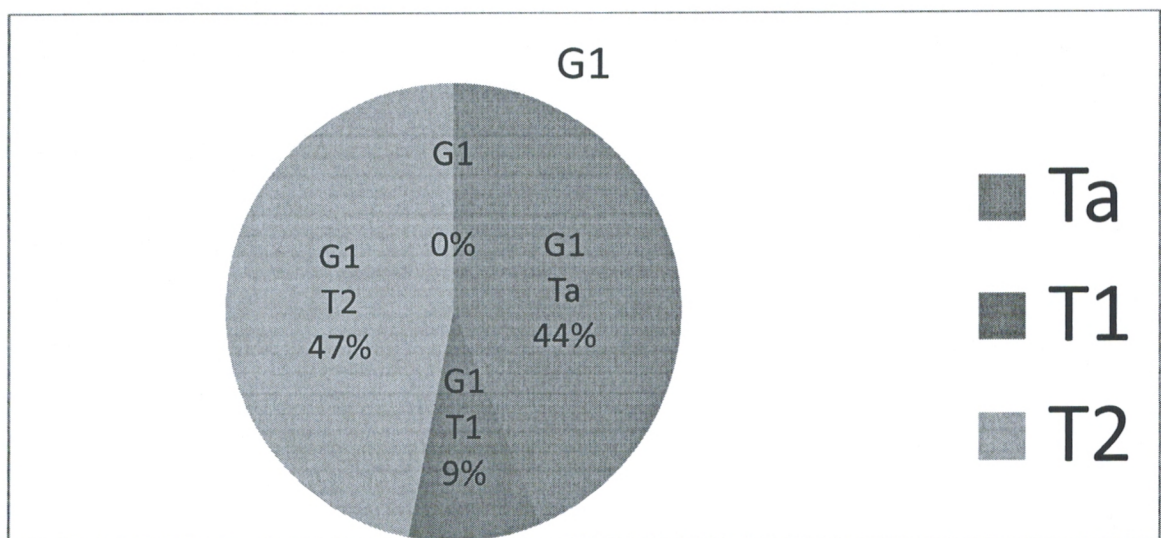
\*25% des cas, taille entre 02-03cm.

\*15% entre 01-02cm.

\*05% des cas , bourgeon ≤01cm.

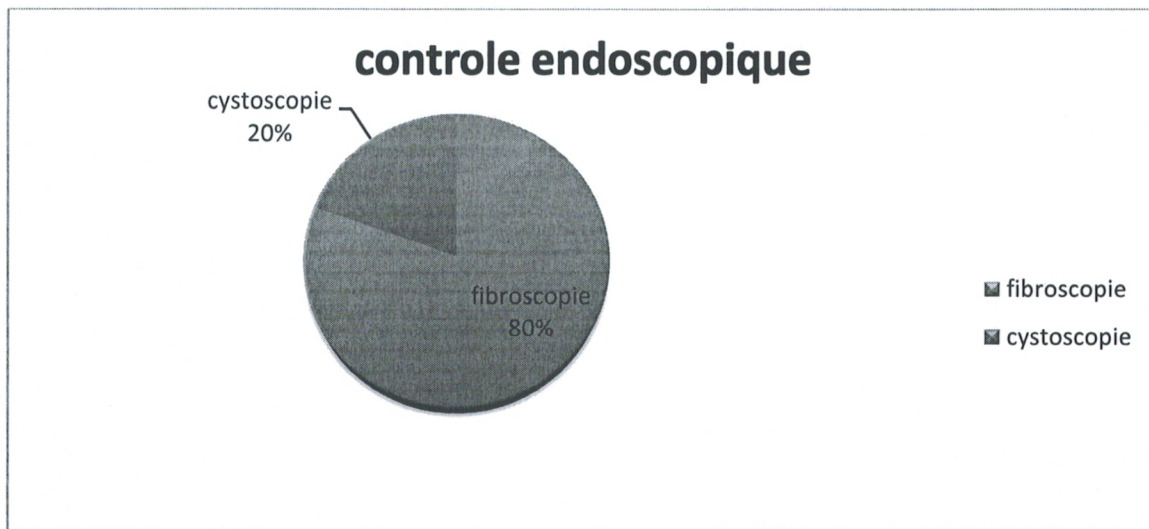
## 10)-Classification-anapath :

	G <sub>1</sub>	G <sub>2</sub>	G <sub>3</sub>
T <sub>a</sub>	14	03	00
T <sub>1</sub>	03	14	03
T <sub>2</sub>	15		



**Nb : En 2010 on a :**

01 léiomyome .



### **Commentaire**

\*Le contrôle post résection a été réalisé par des examens endoscopiques.

\*Il y a eu 20 %de cystoscopies et 80% de fibroscopies.

# Conclusion :

Les tumeurs de la vessie sont très fréquentes et leur incidence augmente au fil des années, en raison de la forte consommation du tabac qui demeure le facteur de risque le plus important.

Dans notre étude on a constaté une nette prédominance masculine vu que la consommation du tabac est un sujet tabou chez nous.

Le diagnostic de tumeur de vessie doit être évoqué devant tout épisode d'hématurie et surtout devant la récurrence de ce symptôme.

La surveillance après traitement doit être rigoureuse, vu le risque de récurrence.

PT -  
Dr. S. SELKA  
Médecin Spécialiste  
en Chirurgie Urologique

Boit: 535/616.6 - 19/01

## **REMERCIEMENTS:**

**Avant tout, on remercie DIEU le tout puissant de nous avoir aidé a réaliser ce travail .merci à nôtre famille et en particulier nos parents qui nous on tout le temps encouragés.**

**Au niveau de service d'urologie du centre hospitalo-universitaire de Tlemcen, on tient a remercié DR KAZI TANI, chef de service pour avoir bien voulu encadré cette mémoire.**

**On tient donc à vous exprimer notre reconnaissance car vous n'avez pas hésité à vous rendre disponible tout au long de notre stage pratique dans le service.**

**On tient également à vous remercier de l'accueil que vous nous avez réservé durant notre stage de 03mois, au sein de votre service et de toutes les informations et les conseils nécessaire a la réalisation de notre travail.**

**Nous remercions aussi tous les médecins au niveau du service (Dr BENAZZA, Dr SELKA, Dr RACHEDI, Dr CHAIB DRAA, Dr HADJ SLIMAN)**

**Merci à toute la famille du service à savoir : le surveillant médical, les infirmiers, les secrétaires et les femmes de ménage.**