

Clinique

ASPECTS ANATOMOPATHOLOGIQUES DE VINGT-CINQ CAS DE CANCERS « BILHARZIENS » DE LA VESSIE

Par H. NOUHO (1) & A. MOSSI (2) (3)

Anatomopathological aspects in twenty-five cases of bilharzial cancer of bladder.

Summary: The anatomopathology of 25 cases of bilharzial cancer is reported involving 20 men and 5 women. The macroscopic studies of the tumors revealed an unifocal, budding and infiltrating pattern. The significant type appeared to be the squamous carcinoma in 13 of the cases. All the 25 cases showed the presence of a bilharzial infestation with several patterns: tumoral clusters of squamous carcinoma and urothelial cells, clusters of scattered signet ring cells, elongated or indifferenced atypical cells. The chronic inflammatory stroma contained bilharzia ova. The role played by metaplasia of the vesical urothelium is accepted by the majority of authors to explain the histogenesis of these tumors.

Résumé : Les auteurs rapportent 25 cas de cancers vésicaux bilharziens essentiellement dans leurs aspects anatomopathologiques avec un bref rappel épidémiologique.

Ces cancers sont observés chez 20 hommes et 5 femmes avec un âge moyen de 40 ans. Les aspects macroscopiques sur les pièces de cystectomie sont de type unifocal, bourgeonnant, infiltrant. Le type histologique prédominant est le carcinome épidermoïde (13 cas), soit 52 %. En deuxième position arrive le carcinome urothélial (3 cas). Les 25 cas sont tous associés à une cystite bilharzienne. Les aspects histologiques se présentent sous diverses architectures selon les cas : prolifération de boyaux tumoraux constitués de cellules malpighiennes cancéreuses ou de cellules urothéliales subissant une métaplasie malpighienne; prolifération de cellules en petits amas ou isolées en bagues à chaton dans le mucus; prolifération de cellules fusiformes ou indifférenciées atypiques. Le stroma est de type inflammatoire chronique contenant des œufs de bilharzie. La théorie métaplasique est évoquée dans le développement du cancer.

La bilharziose urinaire sévit de façon endémique dans les zones tropicales, en particulier en Afrique. C'est une affection qui évolue à bas bruit et détermine progressivement des lésions vésicales parfois irréversibles. La cancérisation, conséquence redoutable, apparaît après une longue évolution de la parasitose. Si la relation de cause à effet paraît évidente, entre la parasitose et le développement du cancer, le mécanisme pathogénique reste mal connu (3). Nous avons observé, entre 1989 et 1992, 25 cas de cancers vésicaux, tous associés à une bilharziose. Ce travail est limité essentiellement aux aspects anatomopathologiques. Ils sont répartis entre 20 hommes et 5 femmes, dont l'âge moyen est estimé à 40 ans (âges extrêmes :

18 et 70 ans). Les circonstances de découverte dans tous les cas sont dominées par une hématurie terminale et parfois par une douleur sus-pubienne. Dans 4 cas, l'hématurie est associée à des urines troubles mais stériles à l'examen bactériologique. Chez un patient, porteur d'un adénocarcinome colloïde, on relève à la cystoscopie une sécrétion importante de mucus.

L'étude macroscopique a porté sur 15 cas de pièces de cystectomie. Les 10 cas restants sont constitués par des fragments biopsiques, parfois très nécrotiques. Tous les prélèvements sont traités par des techniques de routine et colorés à l'hématoxyline-éosine. Les tumeurs, dans 14 cas, sont des masses uniques, bourgeonnantes et nécrotiques, parfois ulcérées, occupant une bonne partie de la vessie.

Dans un cas, la tumeur est bourgeonnante, molle, infiltrante, partiellement nécrotique, s'étendant du

(1) Laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologiques, Faculté des Sciences de la Santé, BP 10896, Niamey, Niger.

(2) Département de chirurgie, Faculté des Sciences de la Santé.

(3) Manuscrit n° 1522. "Clinique". Accepté le 21 mai 1996.

dôme au trigone. A la coupe, la musculuse est atteinte et la tranche de section montre une substance gélatineuse et mucöide. Nous n'avons pas relevé de formes multifocales sur les 15 pièces opératoires qui ont été l'objet d'une description macroscopique détaillée.

EL BOLKAINY *et al.* (5) trouvent, dans une série de 902 cas, 22 % de cas de forme multifocale. Sous réserve des biais (10 fragments biopsiques), nous trouvons 60 % de forme unifocale. Le type histologique le plus fréquent dans notre travail est représenté par le carcinome épidermoïde (13 cas), soit 52 %. EL BOLKAINY *et al.* (5) rapportent dans leur série 80,1 % de carcinomes épidermoïdes. Notre échantillon comporte 9 carcinomes urothéliaux. Nous relevons également 1 cas de rhabdomyosarcome, 1 cas d'adénocarcinome colloïde muqueux et un carcinome indifférencié. Ils représentent chacun 4 % des cancers « bilharziens » dans notre étude. Pour le cas de l'adénocarcinome, nous rejoignons EL BOLKAINY *et al.* (5) qui trouvent 4,5 % d'adénocarcinomes.

Le tableau I résume la répartition des cas par sexe, âge et types histologiques.

L'analyse histologique du carcinome épidermoïde montre une prolifération trabéculolobulaire de cellules urothéliales cancéreuses subissant une métaplasie malpighienne. Parfois, il s'agit d'une prolifération de boyaux tumoraux de cellules épidermoïdes. Le carcinome épidermoïde peut prendre naissance à partir de cellules urothéliales cancéreuses, subissant secondairement une métaplasie malpighienne. Cette hypothèse repose sur la découverte de foyers malpighiens métaplasiques sur un carcinome urothélial (3). Dans notre étude, nous avons des cas typiques de cellules urothéliales cancéreuses qui subissent une métaplasie malpighienne (fig. 1 et 2). Le stroma est inflammatoire chronique et renferme des œufs de bilharzie autour desquels s'organise une réaction macrophagique. Dans 2 cas, la prolifération cancéreuse est associée à une cystite bilharzienne évolutive avec présence de vers adultes (fig. 3). L'infestation est souvent très

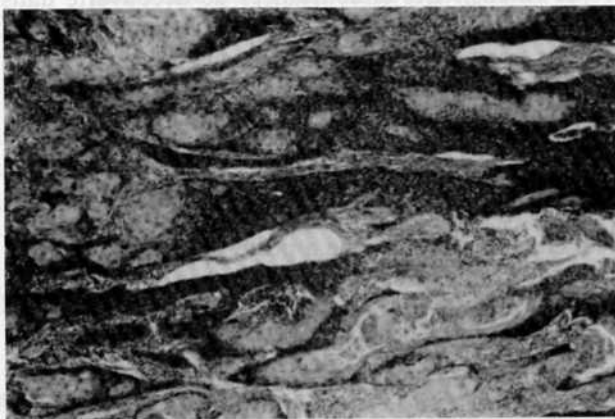
Tab. I. — Cancers « bilharziens ». Répartition par sexe, âge et types histologiques.

cas	sexe	âge (ans)	types histologiques *
1	M	26	EOA urothélial
2	M	70	EOA urothélial
3	M	25	EOA urothélial
4	M	34	EOA malpighien
5	M	40	EOA malpighien
6	M	55	EOA malpighien
7	M	45	EOA malpighien
8	M	32	EOA urothélial
9	F	40	EOA malpighien
10	M	49	EOA malpighien
11	M	49	EOA urothélial
12	F	35	EOA malpighien
13	M	30	EOA urothélial
14	F	46	EOA urothélial
15	F	33	EOA malpighien
16	M	35	EOA malpighien
17	M	55	EOA indifférencié
18	M	40	rhabdomyosarcome
19	M	27	EOA urothélial
20	F	40	EOA malpighien
21	M	27	adénocarcinome
22	M	42	EOA malpighien
23	M	35	EOA malpighien
24	M	45	EOA urothélial
25	M	32	EOA malpighien

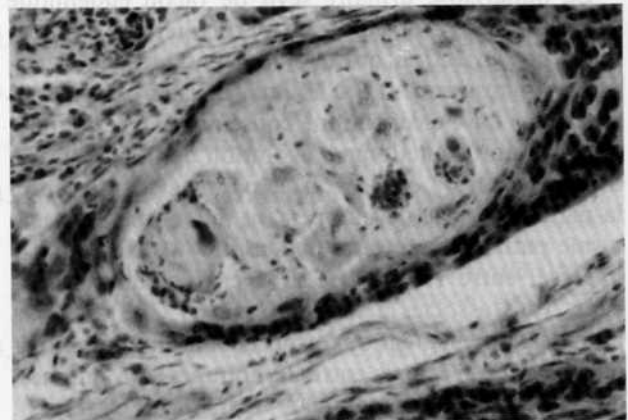
* EOA : épithélioma.

intense avec de nombreux œufs dans les parois vésicales (fig. 4).

Dans l'adénocarcinome colloïde muqueux, les cellules cancéreuses sont groupées en petits amas ou isolées en bague à chaton dans de vastes plages de mucus, infiltrant la musculuse (fig. 5). Au moment du diagnostic, le néoplasme est déjà à un stade très avancé avec envahissement d'autres organes notam-



a



b

Fig. 1 a et b. — Carcinome transitionnel. Prolifération trabéculolobulaire de cellules urothéliales cancéreuses subissant par endroit une métaplasie malpighienne (1 a : $\times 100$; 1 b : $\times 250$).

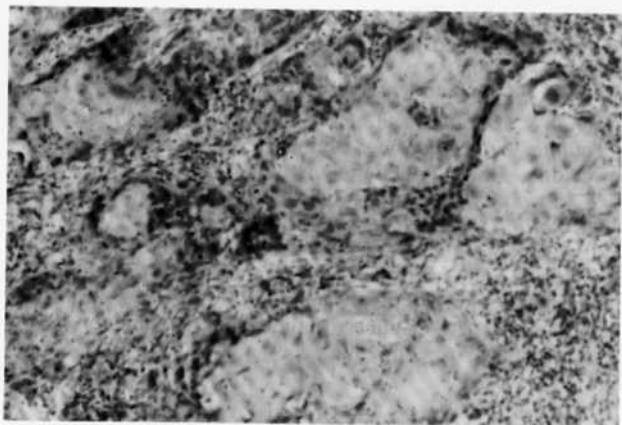


Fig. 2. — Carcinome épidermoïde. Prolifération de lobules tumoraux de type épidermoïde dans un infiltrat inflammatoire chronique ($\times 200$).



Fig. 5. — Adénocarcinome colloïde muqueux. Infiltration de la musculature par les cellules cancéreuses en petits amas et isolées en bague à chaton ($\times 100$).



Fig. 3. — Cystite bilharzienne évolutive. Infiltrat inflammatoire granulomateux avec réaction de cellules géantes macrophagiques à corps étrangers (œuf calcifié). Noter la présence de vers adultes avec mâle dans le canal gynécophore de la femelle ($\times 100$).

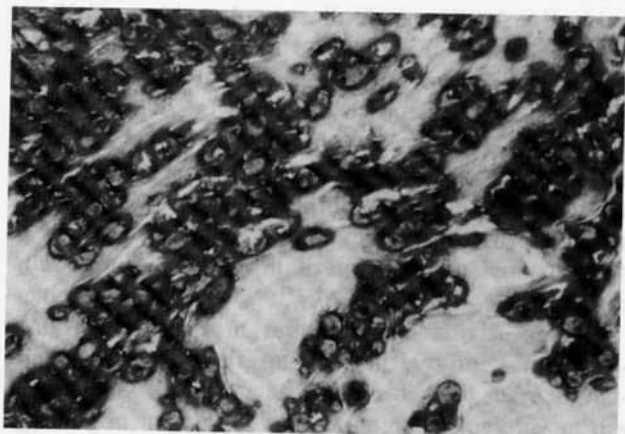


Fig. 4. — Infestation bilharzienne massive chez un sujet de 32 ans. Noter le nombre important d'œufs de bilharzies entassés dans les parois vésicales ($\times 100$).

ment les uretères. Le patient est décédé d'une insuffisance rénale aiguë d'installation brutale.

Le rhabdomyosarcome a été diagnostiqué chez un homme de 40 ans. Il est composé par une prolifération de cellules fusiformes, denses, groupées en faisceaux, avec de gros noyaux hyperchromatiques dans un cytoplasme acidophile. Mais nous n'avons pas pu mettre en évidence de doubles striations. Le stroma est inflammatoire avec une proportion élevée de polynucléaires éosinophiles. Des œufs calcifiés de bilharzies sont dispersés çà et là.

Le carcinome indifférencié, enfin, est constitué par une prolifération cellulaire monomorphe de petits éléments regroupés en amas ou isolés dans un stroma inflammatoire chronique comportant des œufs de bilharzies.

Ce travail, limité aux aspects anatomopathologiques, dégage la prédominance du carcinome épidermoïde dans les zones d'endémie bilharzienne, en conformité avec d'autres auteurs (2-6). Il suggère en outre, en accord avec d'autres auteurs, la théorie métaplasique, comme mode de développement du cancer; la métaplasie est induite par les irritations chroniques de l'inflammation (1, 3, 5, 6).

Le carcinome urothélial occupe la deuxième place. Les autres types rencontrés constituent des entités rares. Ils représentent 4 % de nos cancers « bilharziens ». Mais ils représentent chez certains auteurs 1 à 2 % des cancers de la vessie en général (1, 3), exception faite du rhabdomyosarcome qui constitue chez l'enfant la tumeur par excellence avec une incidence variant entre 20 et 33 % chez CABANNE *et al.* (3).

Le caractère rétrospectif de notre travail comporte certes des biais non négligeables, comme la difficulté d'évaluer le stade histopathologique ou la classification en grade, l'étude macroscopique insuffisante (dix fragments biopsiques). Une étude prospective basée sur le suivi des malades depuis l'infestation bilhar-

