

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET HISTOLOGIQUE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET
MAMMAIRES

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION
NATIONALE

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un peuple- Un but- Une foi

Université de Bamako

Année Universitaire : 2005-2006

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-
STOMATOLOGIE DE BAMAKO

Thèse N° _____/2006

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET
HISTOLOGIQUE DES
CANCERS GYNECOLOGIQUES ET
MAMMAIRES A PROPOS DE 647 CAS

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le / / 2006
Devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie par :

Leyla Bagna MAIGA

Pour obtenir le grade de **DOCTEUR EN MEDECINE** (Diplôme d'état)
JURY

Président : Pr AMADOU INGRE DOLO
Membre : Pr GANGALY DIALLO
Codirecteur : Dr BAKAROU KAMATE
Directeur de thèse : Pr SINE BAYO

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2005-2006

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : DRISSA DIALLO – MAITRE DE CONFERENCES

2^{ème} ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE – MAITRE DE CONFERENCES

SECRETARE PRINCIPAL: YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: Mme COULIBALY FATOUMATA TALL- CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

| | |
|-----------------------|---------------------------------------|
| M. Alou BA | : Ophtalmologie |
| M. Bocar SALL | : Orthopédie Traumatologie Secourisme |
| M. Souleymane SANGARE | : Pneumo-phtisiologie |
| M. Yaya FOFANA | : Hématologie |
| M. Mamadou L. TRAORE | : Chirurgie générale |
| M. Balla COULIBALY | : Pédiatrie |
| M. Mamadou DEMBELE | : Chirurgie Générale |
| M. Mamadou KOUMARE | : Pharmacognosie |
| M. Ali Nouhoum DIALLO | : Médecine Interne |
| M. Aly GUINDO | : Gastro-Entérologie |

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

| | |
|--------------------------|--|
| M. Abdel Karim KOUMARE | : Chirurgie Générale |
| M. Sambou SOUMARE | : Chirurgie Générale |
| M. Abdou Alassane TOURE | : Orthopédie Traumatologie, Chef de D.E.R |
| M. Kalilou OUATTARA | : Urologie |
| M. Amadou DOLO | : Gynéco-obstétrique |
| M. Alhoussemi Ag MOHAMED | : O.R.L. |
| Mme Sy Aida SOW | : Gynéco-obstétrique |
| Mr Salif DIAKITE | : Gynéco-obstétrique |
| Mr Abdoulaye DIALLO | : Anesthésie-Réanimation |

2. MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|--------------------------------|-----------------------|
| M. Abdoulaye DIALLO | : Ophtalmologie |
| M. Djibril SANGARE | : Chirurgie Générale |
| M. Abdel Kader TRAORE dit DIOP | : Chirurgie Générale |
| M. Gangaly DIALLO | : Chirurgie Viscérale |

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET HISTOLOGIQUE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES

| | |
|------------------------|------------------------------|
| M. Mamadou TRAORE | : Gynéco-obstétrique |
| M. Filifing SISSOKO | : Chirurgie Générale |
| M. Sékou SIDIBE | : Orthopédie –Traumatologie |
| M. Abdoulaye DIALLO | : Anesthésie –Réanimation |
| M. Tiéman COULIBALY | : Orthopédie – Traumatologie |
| Mme TRAORE J. THOMAS | : Ophtalmologie |
| M. Mamadou L. DIOMBANA | : Stomatologie |

3. MAITRES ASSISTANTS

| | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE | : Gynéco-obstétrique |
| M. Sadio YENA | : Chirurgie Générale et Thoracique |
| M. Issa DIARRA | : Gynéco-obstétrique |
| M. Youssouf COULIBALY | : Anesthésie –Réanimation |
| M. Samba Karim TIMBO | : Oto-Rhino-Laryngologie |
| Mme TOGOLA Fanta KONIPO | : Oto- Rhino- Laryngologie |
| M. Zimogo Zié SANOGO | : Chirurgie Générale |
| Mme Diénéba DOUMBIA | : Anesthésie –réanimation |
| M. Nouhoum ONGOIBA | : Anatomie et chirurgie Générale |
| M. Zanafon OUATTARA | : Urologie |
| M. Adama SANGARE | : Orthopédie –Traumatologie |
| M. Sanoussi BAMANI | : Ophtalmologie |
| M. Doulaye SACKO | : Ophtalmologie |
| M. Ibrahim ALWATA | : Orthopédie –Traumatologie |
| M. Lamine TRAORE | : Ophtalmologie |
| M. Mady MACALOU | : Orthopédie –Traumatologie |
| M. Aly TEMBELY | : Urologie |
| M. Niani MOUNKORO | : Gynéco- Obstétrique |
| M. Tiemoko D. COULIBALY | : Odontologie |
| M. Souleymane TOGORA | : Odontologie |
| M. Mohamed KEITA | : Oto- Rhino- Laryngologie |

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

| | |
|-----------------------------|--|
| M. Daouda DIALLO | : Chimie Générale et Minérale |
| M. Siné BAYO | : Anatomie-Pathologie- Histo-embryologie |
| M. Amadou DIALLO | : Biologie |
| M. Moussa HARAMA | : Chimie Organique |
| M. Ogobara DOUMBO | : Parasitologie –Mycologie |
| M. Yénimégué Albert DEMBELE | : Chimie Organique |
| M. Anatole TOUNKARA | : Immunologie, Chef de D.E.R. |
| M. Bakary M. CISSE | : Biochimie |
| M. Abdourahmane S. MAIGA | : Parasitologie |
| M. Adama DIARRA | : Physiologie |
| M. Massa SANOGO | : Chimie Analytique |

2. MAITRES DE CONFERENCES

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET HISTOLOGIQUE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES

| | |
|-----------------------|---------------------------------|
| M. Amadou TOURE | : Histo- embryologie |
| M. Flabou BOUGOUDOGO | : Bactériologie- Virologie |
| M. Amagana DOLO | : Parasitologie |
| M. Mamadou KONE | : Physiologie |
| M. Mahamadou CISSE | : Biologie |
| M. Sékou F. M. TRAORE | : Entomologie médicale |
| M. Abdoulaye DABO | : Malacologie, Biologie Animale |
| M. Ibrahim I. MAIGA | : Bactériologie-Virologie |

3. MAITRES ASSISTANTS

| | |
|---------------------------|---------------------------|
| M. Moussa Issa DIARRA | : Biophysique |
| M. Kaourou DOUCOURE | : Biologie |
| M. Bouréma KOURIBA | : Immunologie |
| M. Souleymane DIALLO | : Bactériologie-Virologie |
| M. Cheik Bougadari TRAORE | : Anatomie-Pathologie |
| M. Lassana DOUMBIA | : Chimie Organique |
| M. Mounirou BABY | : Hématologie |
| M. Mahamadou A. THERA | : Parasitologie |

4. ASSISTANTS

| | |
|------------------------|------------------------------------|
| M. Mangara M. BAGAYOKO | : Entomologie Moléculaire Médicale |
| M. Guimogo DOLO | : Entomologie Moléculaire Médicale |
| M. Abdoulaye TOURE | : Entomologie Moléculaire Médicale |
| M. Djibril SANGARE | : Entomologie Moléculaire Médicale |
| M. Mouctar DIALLO | : Biologie-Parasitologie |
| M. Bokary Y. SACKO | : Biochimie |
| M. Boubacar TRAORE | : Immunologie |

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

| | |
|-----------------------|--------------------------------------|
| M. Abdoulaye Ag RHALY | : Médecine Interne |
| M. Mamadou K. TOURE | : Cardiologie |
| M. Mahamane MAIGA | : Néphrologie |
| M. Baba KOUMARE | : Psychiatrie, Chef de D.E.R. |
| M. Moussa TRAORE | : Neurologie |
| M. Issa TRAORE | : Radiologie |
| M. Mamadou M. KEITA | : Pédiatrie |
| M. Hamar A. TRAORE | : Médecine Interne |
| M. Dapa Aly DIALLO | : Hématologie |
| M. Moussa Y. MAIGA | : Gastro-Entérologie Hépatologie |
| M. Somita KEITA | : Dermato-Leprologie |

2. MAITRES DE CONFERENCES

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET HISTOLOGIQUE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| M. Toumani SIDIBE | : Pédiatrie |
| M. Bah KEITA | : Pneumo-Phtisiologie |
| M. Boubakar DIALLO | : Cardiologie |
| M. Abdel Kader TRAORE | : Médecine Interne |
| M. Siaka SIDIBE | : Radiologie |
| M. Mamadou DEMBELE | : Médecine Interne |
| M. Mamady KANE | : Radiologie |
| M. Saharé FONGORO | : Néphrologie |
| M. Bakoroba COULIBALY | : Psychiatrie |
| M. Bou DIAKITE | : Psychiatrie |
| M. Bougouzié SANOGO | : Gastro-Entérologie |

3. MAITRES ASSISTANTS

| | |
|---------------------------|----------------------------|
| Mme Tatiana KEITA | : Pédiatrie |
| Mme TRAORE Mariam SYLLA | : Pédiatrie |
| M. Adama D. KEITA | : Radiologie |
| Mme SIDIBE Assa TRAORE | : Endocrinologie |
| Mme Habibatou DIAWARA | : Dermatologie |
| M. Daouda K. MINTA | : Maladies Infectieuses |
| M. Kassoum SANOGO | : Cardiologie |
| M. Seydou DIAKITE | : Cardiologie |
| M. Arouna TOGORA | : Psychiatrie |
| Mme DIARRA Assétou SOUCKO | : Médecine Interne |
| M. Boubacar TOGO | : Pédiatrie |
| M. Mahamadou TOURE | : Radiologie |
| M. Idrissa CISSE | : Dermatologie |
| M. Mamadou B. DIARRA | : Cardiologie |
| M. Anselme KONATE | : Hépto-Gastro-Entérologie |
| M. Moussa T. DIARRA | : Hépto-Gastro-Entérologie |
| M. Souleymane DIALLO | : Pneumologie |
| M. Souleymane COULIBALY | : Psychologie |
| M. Soungalo DAO | : Maladies Infectieuses |
| M. Cheïck Oumar GUINTO | : Neurologie |

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

| | |
|--------------------------|--|
| M. Boubacar Sidiki CISSE | : Toxicologie |
| M. Gaoussou KANOUTE | : Chimie Analytique, Chef de D.E.R. |

2. MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|--------------------|----------------------|
| M. Ousmane DOUMBIA | : Pharmacie Chimique |
| M. Drissa DIALLO | : Matières Médicales |

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET HISTOLOGIQUE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES

| | |
|------------------------|-----------------|
| M. Boulkassoum HAIDARA | : Législation |
| M. Elimane MARIKO | : Pharmacologie |
| M. Alou KEITA | : Galénique |

3. MAITRES ASSISTANTS

| | |
|-------------------|---------------------|
| M. Benoît KOUMARE | : Chimie Analytique |
| M. Ababacar MAIGA | : Toxicologie |
| M. Yaya KANE | : Galénique |
| Mme Rokia SANOGO | : Pharmacognosie |

5. ASSISTANTS

| | |
|------------------|-----------------------------|
| M. Saïbou MAIGA | : Législation |
| M. Ousmane KOITA | : Parasitologie Moléculaire |

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

| | |
|---------------------|---|
| M. Sidi Yaya SIMAGA | : Santé Publique, Chef de D.E.R. |
| M. Sanoussi KONATE | : Santé Publique |

2. MAITRES DE CONFERENCES

| | |
|--------------------|------------------|
| M. Moussa A. MAIGA | : Santé Publique |
|--------------------|------------------|

3. MAITRES ASSISTANTS

| | |
|----------------------|------------------|
| M. Bocar G. TOURE | : Santé Publique |
| M. Adama DIAWARA | : Santé Publique |
| M. Hamadoun SANGHO | : Santé Publique |
| M. Massambou SACKO | : Santé Publique |
| M. Alassane A. DICKO | : Santé Publique |

5. ASSISTANTS

| | |
|-------------------|--------------------------|
| M. Samba DIOP | : Anthropologie Médicale |
| M. Seydou DOUMBIA | : Epidémiologie |
| M. Oumar THIERO | : Biostatistique |

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

| | |
|-------------------------|-----------------|
| M. N'Golo DIARRA | : Botanique |
| M. Bouba DIARRA | : Bactériologie |
| M. Salikou SANOGO | : Physique |
| M. Boubacar KANTE | : Galénique |
| M. Souleymane GUINDO | : Gestion |
| Mme DEMBELE Sira DIARRA | : Mathématiques |
| M. Modibo DIARRA | : Nutrition |

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET HISTOLOGIQUE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET
MAMMAIRES**

Mme MAIGA Fatoumata SOKONA : Hygiène du milieu
M. Mahamadou TRAORE : Génétique
M. Yaya COULIBALY : Législation
M. Lassine SIDIBE : Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr Doudou BA : Bromatologie
Pr Babacar FAYE : Pharmacodynamie
Pr Eric PICHARD : Pathologie Infectieuse
Pr Mounirou CISSE : Hydrologie
Pr Amadou DIOP : Biochimie

DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail

A Dieu, le clément et le miséricordieux

Louange à Allah, Dieu de bonté, Dieu de l'univers et de tous les hommes.

Que sa grâce, son salut, son pardon et ses bénédictions soient accordés au meilleur de ses créatures notre maître Mohamed, suprême prophète ; ainsi qu'aux membres de sa famille et tous ses compagnons.

Que sa miséricorde et son pardon soient accordés également à ceux qui les suivent jusqu'au jour dernier.

Dieu, merci d'avoir veillé sur moi, de m'avoir protégé ; merci également pour toutes ces personnes tu as mis sur mon chemin.

Milles merci pour tout ce que tu as fais pour moi.

Gloire à toi aujourd'hui et pour l'éternité.

A ma mère : Himane Mahamane

La plus gentille de toutes les mamans ; je te suis redevable de la chose la plus importante que soit : « la vie » ; car c'est à toi que Dieu a confié cette lourde tâche. Tu as pris soin de nous, tu nous as toujours protégé, choyé, rassuré et réconforté. Tu as toujours été là pour nous, même quand ce n'était pas nécessaire, n'épargnant aucun sacrifice.

Merci maman pour tout l'amour que tu nous portes.

Tout ce que je suis aujourd'hui c'est à toi que je le dois. Aucun mot ne saurait exprimer ce que je ressens. Je n'ai rien à t'offrir en retour, si ce n'est l'amour et le respect. Dieu seul est en mesure de rembourser cette dette inestimable.

Merci beaucoup maman !! Je t'aime.

A mon père : Bagna Abany Maïga

Dieu ne m'a pas donné la chance de te connaître, car toute petite tu nous a quitté laissant au près de nous un vide dont personne ne saurait pouvoir combler. Tu m'a tant manqué durant tous ces moments, j'aurais voulu partager pleines de choses avec toi, mais Dieu en a décidé autrement.

Dors en paix, que Dieu t'accorde sa grâce.

A mes sœurs et leurs époux

A mne Maïga Mariam

Tu es une grande sœur merveilleuse. Comme une mère, tu t'es souciée que je ne manque de rien. Ton affection, tes encouragements et ton soutien m'ont accompagné tout au long de mes études. Je te suis reconnaissante éternellement.

Trouve en ce travail l'assurance de mon amour pour toi.

Que Dieu te bénisse et te garde longtemps au près de tes petits « choux ».

A Sidi Abouba Maïga

Il m'est difficile de trouver les mots pour te manifester ma reconnaissance.

Rarement j'ai vu une personne aussi gentille, fidèle et tolérante que toi. Durant ces années, ton soutien fut inconditionnel. Ce travail est aussi le tien. Je n'ai pas eu l'occasion de te dire merci, alors je la saisie « merci mille fois »

A Bolo Maïga et son époux

Aujourd'hui, je n'ai qu'un seul mot à vous dire « merci ». Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Que Dieu vous accorde une santé de fer.

A Diahara Bagna et Abba Maïga

Merci d'avoir guidé mes premiers pas vers l'école, je vous serai reconnaissante toute ma vie. Trouvez en ce travail toute ma gratitude.

A feue Animata Bagna

Je me rappelle encore vaguement de ce jour là où tu nous as quitté pour ce voyage sans retour. J'aurai voulu mieux te connaître, mais saches que je t'aime de tout mon cœur Dors en paix ; que Dieux t'accorde sa grâce.

A mes adorables frères

Amir et Ali

Vous m'avez sans cesse manifesté votre soutien et votre amour, aujourd'hui c'est avec un cœur plein d'émotions que je vous dis merci.

Que Dieu vous accorde une longue et heureuse vie.

A feu Yehiya Bagna

Aujourd'hui j'ai plein de chagrin, que tu ne sois plus là. Tu m'as enseigné la bonté et l'amour. Tu étais la personne la plus impartiale de toute la famille. Dors en paix, que Dieu t'accorde sa Grâce et t'accueille dans son paradis.

A mon directeur d'école primaire : Ousmane Dicko

Tu as été pour moi comme un père. Aucune phrase ne pourrait exprimer les mots qui te conviennent. Par ce travail je te renouvelle ma profonde gratitude et tout mon affection.

Que Dieu t'accorde longue vie.

A toutes les victimes du cancer

Vous dont le quotidien est jalonné d'épreuve aussi difficile les unes que les autres. Que Dieu apaise vos souffrances.

A tous ceux qui oeuvrent jour après jour afin que le cancer ne soit plus une fatalité.

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements :

A tous les maîtres de la FMPOS du Mali pour les enseignements de qualité qui nous a été prodigués et l'humilité dont ils font preuve tous les jours.

Au Docteur Bakarou Kamaté : Votre simplicité, votre rigueur dans le travail, votre amour pour la recherche ont forcé notre admiration. Grâce à vous, nous avons pu aimer une discipline que nous trouvions si étrange et mystique qui est l'anatomie pathologique. Nous vous sommes très reconnaissants pour tout ce que vous avez fait pour l'aboutissement de ce travail. Que Dieu vous bénisse.

Au docteur Cheick Bougadari Traoré : les moments passés dans votre service nous resteront en mémoire à jamais grâce à votre sympathie et votre gentillesse.

A Mme Oueleguem Rabiadou : avec toi j'ai compris le sens du mot amitié. Merci d'avoir été toujours là pour moi. Que nos liens d'amitié ne se brise qu'à la mort.

A Mme Maïga Fatoumata : Aucun mot ne pourrait exprimer ma gratitude, je n'ai jamais connu une personne aussi généreuse que toi. Tu as été pour moi à la fois une sœur et une amie. Que Dieu te bénisse et t'accorde une longue vie.

Au Docteur Stéphane Talom : merci pour les moments merveilleux passés ensemble, pour le réconfort et le soutien que tu m'as apportés et surtout pour ton honnêteté sans pareil. Que Dieu te bénisse.

Au Docteur hamchatou Cissé : tu es d'une gentillesse extraordinaire, merci pour tes conseils et pour tout le reste et ne changes jamais. Que Dieu te bénisse.

Au Docteur Aliou Maïga : Merci pour la complicité et pour tes conseils.

Je te souhaite du succès pour toutes tes entreprises.

A Mme Doumbia Mailé : les mots me manquent pour te dire tous ce que je ressens. Sois rassurée de ma présence à tes cotés chaque fois que le besoin sera.

A Takô et Marèta : grâce à vous je garderai toujours en mémoire la rédaction de ma thèse. Votre gentillesse, votre simplicité et votre sympathie m'ont énormément touché. Que Dieu vous accorde une longue vie.

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET HISTOLOGIQUE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET
MAMMAIRES

A mes amies : Tabari, Mariam, Safiatou, Halima, habi, Tata, merci pour les moments de complicité et d'entente. Que Dieu vous bénisse.

A mes «sœurs» : Kadia, Bintou, Ouley, Baye, Koro, Fatim et Alice. Je vous remercie et je m'excuse pour les fois où je vous ai fait du tort.

A tous les internes du service Anapath : Seydou, Mariéta, Takô, Djenéba, Claude, Hadia, Clautaire, Aissata, Patrick, André et Carine. Mercie pour tous ces moments de joie et de partage passés ensemble.

A mes amis : Chiağa , Kampo, Abdoulaye, Moulaye, Mousoudou, Zah, Agoumour, Sidi. Je suis très fière de vous compter parmi mes amis.

A tous le personnel de l'INRSP particulièrement *Dembélé* et *Yacou*

HOMMAGES

A notre Maître et président du jury

Professeur **AMADOU INGRE DOLO**

- Professeur titulaire de gynécologie obstétrique
- Chef du service de gynéco obstétrique de l'**Hôpital
GABRIEL TOURE**
- Président fondateur de la SOMAGO
- Secrétaire général de la SAGO
- Président du réseau de prévention de la mortalité maternelle.

Honorable Maître, vous nous faites un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre assiduité, votre simplicité, votre sens élevé de la responsabilité, et la clarté de votre enseignement ont forcé notre admiration.

Permettez-nous cher Maître de vous exprimer toute notre gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur **GANGALY DIALLO**

- Maître de conférence agrégé de chirurgie viscérale
- Chef du service de la chirurgie générale de l'**Hôpital**

GABRIEL TOURE

- Colonel des Forces Armées du Mali

Cher Maître nous avons été très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de participer à l'amélioration de ce travail.

Votre simplicité, votre honnêteté et votre rigueur scientifique ont forcé notre admiration.

Cher Maître acceptez ici l'expression de nos sentiments les plus distingués

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur **SINÈ BAYO**

- Professeur titulaire d'anatomie pathologique et histo-embryologie à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie
- Chef du service d'anatomie pathologique
- Fondateur et Directeur du registre national du cancer du Mali
- Directeur général de l'**Hôpital GABRIEL TOURE**

Cher Maître nous vous sommes redevables de l'aboutissement de ce travail. Vous l'avez éclairé par votre savoir et votre rigueur scientifique. Personnage mythique et charismatique de notre faculté, votre éloquence et vos qualités pédagogiques ont marqué notre esprit lors de notre passage dans cette faculté.

Homme de science érudit et travailleur vous êtes pour nous un modèle d'excellence.

Recevez, l'expression de notre reconnaissance et notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur **BAKAROU KAMATÉ.**

- Spécialiste en anatomie pathologique au laboratoire d'anatomie cytopathologique de l'INRSP.
- Chargé de cours d'anatomie pathologique à la FMPOS.

Cher maître Grâce a vous, nous avons pu aimer une discipline que nous trouvions si étrange et mystique qui est l'anatomie pathologique.

Nous avons eu le plaisir de vous connaître et nous avons pu apprécier l'homme que vous êtes. Rigoureux, travailleur, et méticuleux, vous exigez toujours le meilleur de vos internes en faisant preuve d'une grande disponibilité.

Nous vous en sommes très reconnaissants et nous vous témoignons de notre gratitude.

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| ABREVIATIONS | 2 |
| INTRODUCTION | 3 |
| OBJECTIFS | 5 |
| GENERALITES | 6 |
| I. RAPPELS | 6 |
| Rappels anatomiques | 6 |
| Rappels physiologiques..... | 14 |
| Rappels histologiques | 17 |
| II. CANCERS GYNECO-MAMMAIRES | 21 |
| Cancer du col utérin | 21 |
| Cancer du sein | 27 |
| Cancer de l'endomètre | 33 |
| Cancer de l'ovaire | 36 |
| Cancer du vagin | 38 |
| Cancer de la vulve | 39 |
| METHODOLOGIE | 40 |
| RESULTATS | 42 |
| COMMENTAIRES ET DISCUSSION | 62 |
| CONCLUSION | 71 |
| RECOMMANDATIONS | 72 |
| BIBLIOGRAPHIE | 74 |
| ANNEXES | 80 |

ABREVIATIONS

CIN : Néoplasie Intra épithéliale du Col

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRef: Centre de Santé de Référence

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

HGT : Hôpital Gabriel Touré

HPG : Hôpital du Point G

HPV : Human Papillomavirus

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

OMS : Organisation Mondiale de la **Santé**

SBR : Scraff Bloom Richardson

TNM : Tumor Nodes Métastasis

UCAD : Université Cheick Anta Diop

UIV : Urographie Intra Veineuse

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VIN : Néoplasie Intra épithéliale de la Vulve

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les cancers gynécologiques et mammaires sont des tumeurs malignes qui se développent aux dépens de l'appareil génital féminin et de la glande mammaire.

Au cours des 20 dernières années l'incidence de tous les cancers a augmenté de 61% : 7103 en 1980 à 11463 nouveaux cas en 2000 en France [26].

En 2000, il a été recensé plus de 4,7 millions de cas de cancer chez les femmes dans le monde, dont 8 % sont des cancers gynécologiques [18].

En 2002, il a été évalué à 1,1 millions de nouveaux cas de cancer du sein dans le monde, avec plus de 400 000 décès constatés [6].

Dans les pays en développement, le cancer du col est le premier cancer et la principale cause de décès par cancer chez les femmes, contrairement aux pays développés où prédomine largement le cancer du sein ; excepté au Japon [2, 9].

En Algérie, de 1990 à 1993, sur l'ensemble des cancers de la femme on a noté une fréquence de 19% pour le cancer du col de l'utérus ; et 13,5% pour celui du sein. Au Zimbabwe, de 1990 à 1992, la fréquence était de 27,5% pour le cancer du col et 10,5% pour celui du sein [40].

A Bangui, une étude faite de 1999 à 2001 au laboratoire d'anatomie pathologique sur l'ensemble des cancers de la femme rapporte une fréquence de 17,21% pour le cancer de l'utérus et 16,91% pour le cancer du sein [25].

Selon l'étude de Traoré au Mali de 1987 à 1995, l'ensemble des cancers de la femme est dominé par ceux du col de l'utérus (24,1%) et du sein (12,8%) [51].

Les âges moyens du diagnostic du cancer du sein et du col en France sont respectivement : 55 et 51 ans [52]. Au Mali, ces cancers surviennent plus tôt avec comme âge moyen 47,9 ans pour le cancer du col et 48,9 ans pour celui du sein [23, 37].

Au Mali, certains travaux ont été consacrés à cette pathologie. Le faible échantillonnage de ces études nous a conduit à initier ce travail. Il vise les objectifs suivants :

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier les aspects épidémiologiques des cancers gynécologiques et mammaires.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence hospitalière des cancers gynécologiques et mammaires.
- Décrire le profil socio-démographique des patientes atteintes de cancers gynécologiques et/ou mammaires.
- Décrire les aspects histologiques des cancers gynéco mammaires.

GENERALITES

GENERALITES

I. RAPPELS

1. Rappels anatomiques

1.1 Utérus

L'utérus est l'organe destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son évolution et à l'expulser quand il arrivera à terme.

Situation [22]:

Il est situé dans la cavité pelvienne entre la vessie en avant et le rectum en arrière. Il est recouvert partiellement par le péritoine.

Sa consistance : chez la femme vivante elle est ferme mais élastique.

Son poids : Chez la nullipare il pèse 40 à 50 g et chez la multipare 50 à 70g.

Forme et dimensions [22]

Il a la forme d'un cône tronqué à sommet inférieur et aplati d'avant en arrière. Il mesure environ 6cm de long et 4 cm d'épaisseur. On lui décrit trois parties :

Le corps, grossièrement triangulaire à base supérieure et aux angles supérieurs auxquels s'abouchent les trompes. Le corps est la portion qui s'étendra et s'épaissira lors de la grossesse.

Le col, grossièrement cylindrique, présente deux orifices : un orifice interne qui s'ouvre dans la cavité utérine et un orifice externe qui s'ouvre dans le vagin. Ce sont ces orifices qui en se dilatant permettront le passage de l'enfant lors de l'accouchement.

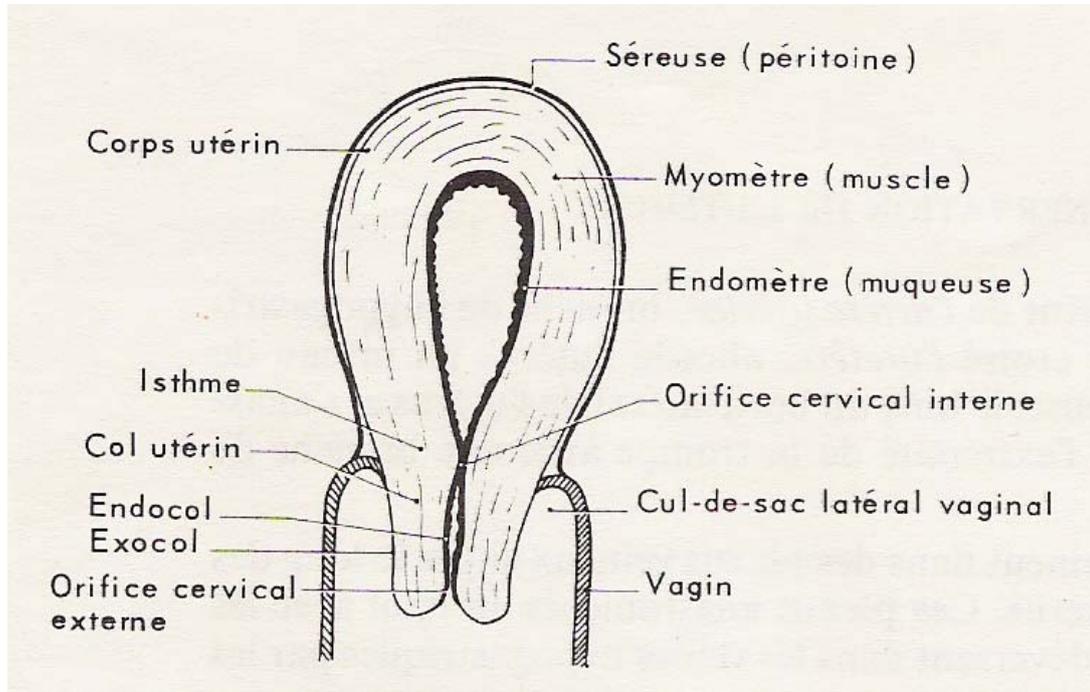
L'isthme qui marque l'union du col et du corps et qui fournira le segment inférieur en fin de grossesse.

Orientation [22, 45]

L'utérus est à la fois

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET HISTOLOGIQUE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES

- antéfléchi : le corps est incliné vers le col
- antéversé : bascule en avant de l'ensemble, col et corps.



Coupe de l'utérus [49].

Structure [45]

D'une épaisseur d'environ 1 cm, la paroi utérine présente trois tuniques :

- Une tunique muqueuse interne : c'est elle qui est renouvelée lors du cycle menstruel : c'est l'endomètre.
- Une tunique musculaire très épaisse qui en se développant fournira la force expulsive au moment de l'accouchement : c'est le myomètre.
- Une tunique séreuse, superficielle constituée par le péritoine. Il recouvre et tapisse l'utérus puis la vessie en avant et le rectum en arrière.

Moyens de suspension et d'orientation [22, 45, 49]

Ils sont fournis par les ligaments de l'utérus au nombre de quatre de chaque côté :

Les ligaments larges, ils sont formés par le prolongement du péritoine qui recouvre l'utérus vers les parois latérales du pelvis et constitue ainsi un repli transversal sous-tendu par les trompes.

Les ligaments ronds : Ce sont des cordons arrondis tendus des angles latéraux de l'utérus aux régions inguino- pubiennes. Ils atteignent environ 15 cm.

Les ligaments utéro-sacrés :

Les ligaments utéro-ovariens :

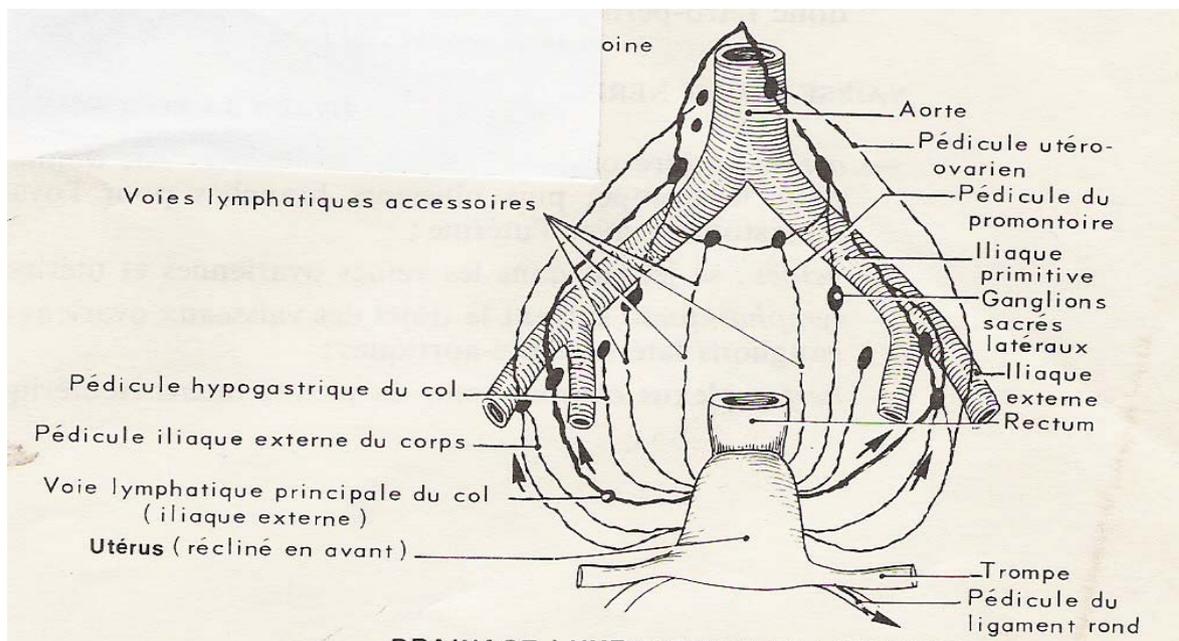
Vascularisation, innervation [45]

Artères. Ce sont : l'artère utérine, l'artère ovarienne et l'artère du ligament rond. Elles viennent de l'artère utérine, branche de l'hypogastrique qui après avoir croisé l'uretère aborde l'utérus au niveau de l'isthme, monte le long du bord latéral de l'utérus et s'anastomose au niveau de l'extrémité de la trompe avec une branche de l'artère ovarienne.

Veines : elles se drainent dans les plexus veineux situés le long des bords latéraux de l'utérus et se déversent dans les veines hypogastriques.

Lymphatiques : Ceux du col se drainent vers les ganglions iliaques externes. Ceux du corps se drainent vers les ganglions pré et latéro- aortiques essentiellement.

Nerfs. Ils sont fournis par le plexus utérin, branche du plexus hypogastrique.



Réseau lymphatique de l'utérus [49]

1.2 Les ovaires

Ce sont deux glandes à sécrétion interne (hormone) et externe (ovules). Ils sont situés dans la cavité pelvienne en arrière des ligaments larges et contre la paroi pelvienne.

Forme

Elle rappelle schématiquement celle d'une amande de 3 cm de haut sur 2 cm de large et 1 cm d'épaisseur.

Consistance et couleur

Elle est ferme chez la femme en activité génitale. Cette fermeté augmente avec l'âge et l'ovaire acquiert une dureté ligneuse après la ménopause.

L'ovaire est blanc rosé et parfois légèrement vineux à certaines époques (deuxième période du cycle menstruel)

Situation

L'ovaire est intra péritonéal, la communication est assurée par l'orifice de la trompe. Il est situé en arrière du ligament large, au niveau du pavillon tubaire et contre la paroi pelvienne tapissée du péritoine qui le sépare des vaisseaux iliaques et de l'uretère.

Moyens de suspension

Ils sont au nombre de deux :

- le mésovarium qui relie le bord antérieur de l'ovaire à la face postérieure du ligament large.
- le ligament lombo-ovarien ou ligament suspenseur de l'ovaire.

Vascularisation, innervation

Artères : La vascularisation artérielle est assurée par l'artère ovarienne venue de l'aorte. Elle donne une branche pour la trompe puis plusieurs branches pour l'ovaire et enfin s'anastomose avec l'artère utérine.

Veines : Elles se jettent dans les veines ovariennes et utérines.

Lymphatiques : Ils suivent le trajet des vaisseaux ovariens et gagnent les ganglions latéraux et pré-aortiques

Nerfs : le Plexus ovarien venu du plexus inter mésentérique.

1.3 Les trompes [45, 49, 7]

Les trompes utérines ou de Fallope sont deux conduits qui s'étendent, le long du bord supérieur du ligament large, des angles latéraux de l'utérus à l'ovaire.

Forme et dimensions

Longues de 10 à 14 cm, avec 3 à 8 mm de diamètre, on leur distingue quatre portions :

- L'Interstitium ; c'est l'origine de la trompe, située dans l'épaisseur de la paroi utérine ; Le péritoine s'interrompt à son niveau si bien que la cavité utérine communique avec la lumière de la trompe ;
- L'isthme (4 cm) ; très étroit, elle s'étend de la corne utérine au pôle inférieur de l'ovaire ;
- L'ampoule (8 cm), plus large, elle recouvre la plus grande partie de la face interne de l'ovaire ;
- Le pavillon ; s'élargit en cornet pourvu de franges pour mieux capter l'ovule lors de l'expulsion.

Situation

La trompe est contenue dans l'épaisseur du ligament large et occupe le bord supérieur de ce ligament dénommé mésosalpinx.

Le pavillon entre en rapport direct avec l'ovaire qu'il recouvre de ses franges.

Vaisseaux

Artères : l'arcade artérielle est formée par l'anastomose d'une branche venue de l'artère ovarienne et d'une autre branche venue de l'artère utérine ;

Veines : elles se drainent vers les veines ovariennes et utérines ;

Lymphatiques : ils rejoignent ceux de l'ovaire ;

Nerfs : ils viennent des plexus utérins et ovariens.

1.4 Vagin [7,45, 49]

Situation

C'est un organe impair situé dans la cavité pelvienne , en avant du rectum, en arrière de la vessie et de l'urètre, au dessous de l'utérus, au dessus de la vulve et du plancher périnéal.

Forme

C'est un conduit de 10 cm en moyenne, aplati transversalement, présentant donc une face antérieure et une face postérieure. Il est oblique en bas et en avant faisant un angle de 70° avec l'horizontal.

Rapports

Son extrémité supérieure s'insère sur le col utérin suivant une ligne d'attache oblique en bas et avant, ce qui fait le cul-de-sac antérieur est moins profond que le cul-de-sac postérieur.

Vaisseaux

Artères : Elles viennent de l'artère utérine en haut, et de l'artère hémorroïdale moyenne en bas. L'artère utérine donne des rameaux cervicovaginaux en dedans de l'uretère et des rameaux vésico-vaginaux en dehors de l'uretère.

Veines : Elles se déversent dans le plexus vaginal.

Lymphatiques : Ils prennent naissance au niveau de la muqueuse et de la musculuse. Ces deux réseaux qui communiquent entre eux se drainent dans un réseau péri vaginal, lui-même anastomosé avec celui du col utérin et de la vulve.

1.5 Vulve [7,22, 45, 49]

C'est l'ensemble des organes génitaux externes de la femme.

Elle est limitée de chaque côté par deux larges replis cutanés : la grande lèvre en dehors, la petite lèvre en dedans. Les grandes lèvres se perdent en haut en formant une saillie médiane : le mont de Vénus. En bas, elles forment la commissure postérieure de la vulve, ou « fourchette ».

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET HISTOLOGIQUE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES

A la vulve sont annexés des organes érectiles, homologues de ceux de l'homme :

- Les corps caverneux d'une part : ils s'unissent à la partie supérieure de la vulve pour constituer le clitoris, homologue de la verge et qui est situé à la commissure supérieure des petites lèvres ;
- Le bulbe spongieux d'autre part : il est scindé en deux parties qui entourent la vulve et la partie inférieure du vagin.

Enfin, deux glandes sont annexées à la vulve : les glandes de Bartholin, qui ont un rôle de lubrification.

Vaisseaux

Artères. Ce sont : Les artères honteuses externes, supérieures et inférieures, une branche terminale de l'obturatrice, les branches de l'artère funiculaire, la honteuse interne

Veines : elles se déversent dans les veines honteuses externes et internes.

1.6 Sein ou glande mammaire [22, 45, 49, 7]

Situation

Les seins occupent la partie antérosupérieure de la poitrine, de chaque côté du sternum en avant des muscles pectoraux et en regard de l'espace compris entre la 3^{ème} et la 7^{ème} côte. Cette situation varie en fonction de la forme et du type thoracique.

Forme

Chez la jeune fille européenne et asiatique le sein présente une forme hémisphérique en décubitus dorsal.

Chez la femme noire le sein est conique.

Certains facteurs tels que la grossesse, les allaitements, l'âge modifient l'aspect des mamelles qui deviennent plus ou moins pendantes.

Volume et dimensions

En dehors d'un état gestatif, ils mesurent en moyenne 10 cm de hauteur sur 12 cm de largeur. Sous l'influence de la grossesse, les seins augmentent de volume

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET HISTOLOGIQUE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES

peu de temps après la nidation. Durant l'allaitement, ils peuvent doubler et même tripler de volume. A la ménopause la glande se réduit progressivement.

Poids

Il est chez la jeune fille de 150 à 200g ; chez la nourrice de 400 à 500g. Il peut atteindre 800 à 900g.

Consistance

Chez la jeune fille et la femme nulligeste, les seins sont fermes et élastiques. Sous l'influence des gestations et de l'âge, ils deviennent mous et flasques.

Configuration extérieure

La surface extérieure du sein présente : une zone périphérique, une zone moyenne ou aréole, une zone centrale ou mamelon.

-La zone périphérique,

Elle est la plus étendue. C'est une région lisse souple et douce. De coloration identique à la peau, elle est recouverte parfois d'un fin duvet.

-La zone moyenne

Elle constitue l'aréole. Son diamètre est de 15 à 30 mm, elle s'élargit notamment pendant la grossesse.

-La zone centrale

Elle est représentée par le mamelon qui se dresse au centre de l'aréole comme une grosse pupille. Cette pupille est cylindrique ou conique longue d'1 cm environ et large à sa base de 8 à 15 mm. Le mamelon a un aspect irrégulier et rugueux parfois même crevassé. Sur son sommet se voient douze à vingt orifices qui sont les embouchures des conduits lactifères.

Moyens de fixité

Les ligaments suspenseurs du sein et la peau constituent les moyens de fixité essentiels du sein.

Vaisseaux

Les artères du sein proviennent de trois sources :

- l'artère thoracique interne, l'artère axillaire, les artères intercostales

Les veines

Le trajet veineux est important à connaître car il représente la voie rapide des métastases par embolie pulmonaire (BATSON).

Les veines s'organisent en deux réseaux :

- Le réseau veineux superficiel.

* les veines sous-cutanées situées au-dessus du fascia pré mammaire

* le cercle péri mamelonnaire (cercle veineux de HALLER) est quasi constant.

Il se draine vers les veines jugulaires externes, céphalique et sous –cutanée de l'abdomen.

- Le réseau veineux profond

Anastomosé au précédent, il se dégage de la face postérieure de la glande vers trois directions de drainage :

Le drainage médial aboutit aux veines thoraciques internes.

Le drainage latéral s'effectue vers la veine axillaire.

Le drainage postérieur s'effectue par les veines intercostales.

Les nerfs

Les nerfs superficiels. Ce sont les filets sensitifs qui proviennent :

- De la branche sus-claviculaire du plexus cervical,

- Des branches thoraciques du plexus brachial,

- Des rameaux perforants des 2^e, 3^e, 4^e, 5^e et 6^e nerfs intercostaux.

Les nerfs profonds sont tous des filets sympathiques qui se rendent à la glande avec les vaisseaux.

2. Rappels physiologiques

2.1 L'ovaire

C'est une glande mixte, à sécrétion endocrine et exocrine.

A) L'ovaire glande exocrine

Il s'agit de l'excrétion des ovules qui s'uniront aux spermatozoïdes, il libère ainsi un ovule tous les 28 jours de la puberté à la ménopause [15].

B) L'ovaire glande endocrine

En tant que glande endocrine, l'ovaire sécrète schématiquement deux hormones :

Les oestrogènes avant l'ovulation, puis des oestrogènes et de la progestérone lorsque le corps jaune s'est formé à la suite de l'ovulation. L'ovaire favorise par ses hormones un développement de la muqueuse utérine permettant la nidation et le développement de l'œuf, jusqu'à ce qu'il soit relayé par le placenta.

2.2 Les trompes

Elles relient l'ovaire à l'utérus.

La fécondation, c'est-à-dire la rencontre de l'ovule et du spermatozoïde a lieu au niveau du 1/3 externe de la trompe, très peu de temps après l'ovulation car l'ovule a une durée de vie très limitée : 48 heures environ. L'œuf fécondé gagnera la cavité utérine (4 à 5 jours en moyenne) sous la triple action des mouvements péristaltiques, des cils vibratiles et du courant liquidien de la trompe [49].

2.3 L'utérus

Il permet la nidation et le développement de l'œuf fécondé. C'est la muqueuse utérine qui joue le rôle essentiel dans cette nidation.

Sous l'influence des hormones ovariennes, la muqueuse utérine va, tout au long du cycle se modifier, du point de vue cellulaire et vasculaire, pour devenir apte à nider l'œuf fécondé. S'il n'y a pas de fécondation, et par conséquent pas de nidation, la muqueuse utérine (qui a pris le nom de caduque) va être éliminée au moment des règles. Puis tout recommencera le cycle suivant.

Par ailleurs, la muqueuse du col de l'utérus joue également un rôle physiologiquement important, en sécrétant, sous des influences essentiellement

hormonales, la glaire cervicale. Cette substance d'aspect gélatineux intervient dans l'ascension des spermatozoïdes, du vagin vers la cavité utérine [22, 49].

2.4 Le vagin

Il représente une cavité naturelle ouverte à l'extérieur et par conséquent un milieu favorable à l'infection, mais du fait de son acidité (liée à la présence d'une flore microbienne spéciale : les bacilles Döderlein), il réalise lui-même son auto-défense, cette acidité vaginale est indispensable à la lutte contre le développement des microbes [49].

2.5 La vulve

Comme le vagin, elle a des propriétés sécrétantes, mais surtout elle est pourvue de corps érectiles qui, au niveau des lèvres, assurent un rôle de coarctation au cours de l'acte sexuel et au niveau du clitoris un rôle important dans l'excitation sexuelle [49].

2.6 Le sein (Glande mammaire)

La commande hormonale du sein est dominée par celle des sécrétions ovariennes d'oestradiol et de progestérone, dont elle reflète les variations au cours du cycle menstruel et au cours des différents âges de la vie génitale. Le développement glandulaire acineux est maximal aux environs du cinquième mois de grossesse, mais la lactation ne débute qu'après l'accouchement, c'est ensuite la succion régulière du mamelon qui entretient la lactation en entraînant une sécrétion de prolactamine qui permet la synthèse de lactalbumine et de la lactose [22, 45, 49, 7].

3. Rappels histologiques

3.1 Les ovaires

La structure de l'ovaire subit des variations considérables en fonction de l'âge de la femme, de la période du cycle menstruel et d'une éventuelle gestation.

Chaque ovaire est revêtu par un épithélium pavimenteux ou cubique simple dit épithélium germinatif.

On distingue deux zones :

- la zone corticale ou périphérique : formée par un stroma conjonctif. Cette corticale contient des follicules de tous les âges de leur évolution, et des corps jaunes qui peuvent être cicatriciels, gestatifs ou périodiques.
- La zone médullaire ou centrale : située au centre de l'ovaire et fait d'un tissu conjonctif lâche, en continuité avec le mésovarium d'une part et le stroma ovarien d'autre part. S'y trouvent les nerfs, les vaisseaux sanguins nombreux et volumineux et des vaisseaux lymphatiques [49, 15].

3.2 Les trompes

La paroi tubaire est faite de trois couches disposées concentriquement de la lumière vers la périphérie :

- Une muqueuse faite d'un épithélium cylindrique reposant sur un chorion très riche en cellules, en vaisseaux sanguins et lymphatiques mais dépourvu de glandes par l'intermédiaire d'une lame.
- Une musculuse, disposée en deux couches mal individualisées de cellules musculaires lisses, circulaire interne et longitudinale externe.
- Une séreuse, épaisse et lâche constituée par un repli péritonéal se continuant par le mésosalpinx et contenant des vaisseaux et de nombreuses cellules adipeuses [49].

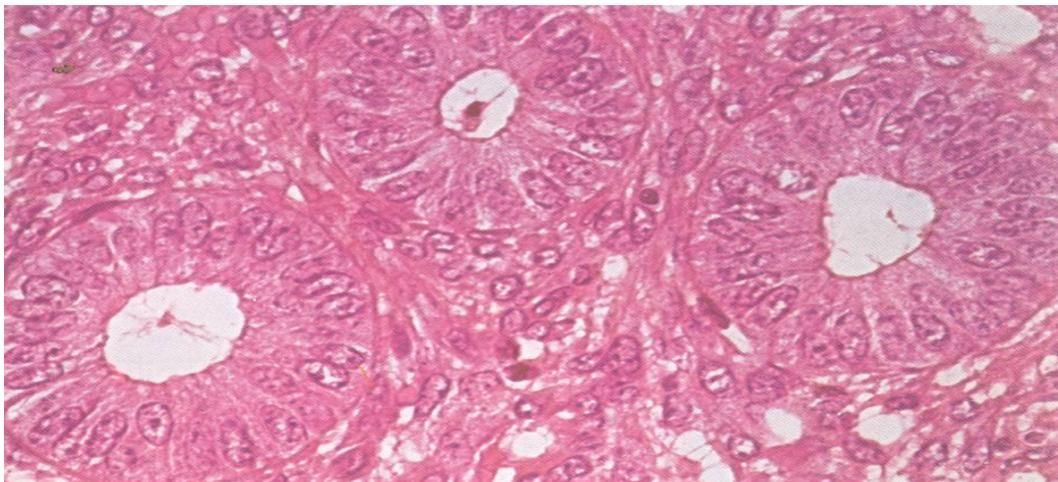
3.3 L'utérus

La paroi de l'utérus est faite de trois tuniques : une muqueuse, une séreuse et une musculuse.

La muqueuse (endomètre)

Elle comporte un épithélium reposant sur un chorion par l'intermédiaire d'une lame basale.

Elle subit d'importantes variations structurales selon l'endroit considéré et selon les stades de la vie génitale.



Endomètre au stade prolifératif [44]

La musculuse (myomètre)

Elle se compose de cellules musculaires lisses arrangées en faisceaux entre lesquels se trouvent des espaces conjonctifs.

Les faisceaux de cellules musculaires lisses sont diversement orientés et groupés.

Les espaces séparant les faisceaux musculaires lisses contiennent les divers, constituants du tissu conjonctif : fibroblastes, macrophages, mastocytes, faisceaux de fibres collagènes, fibres élastiques, substance fondamentale, et des vaisseaux sanguins.

Une enveloppe conjonctive

Elle est représentée selon l'endroit soit par la séreuse péritonéale, soit par une adventice [7,22, 24,].

3.4 Le vagin

La paroi du vagin comporte trois tuniques :

Une tunique externe : conjonctive

Fine couche de tissu conjonctif dense, contenant des vaisseaux et des nerfs.

Une couche moyenne : la musculieuse

Elle est faite de faisceaux de couches musculaires lisses, circulaires et surtout longitudinaux entremêlés.

Une couche interne : la muqueuse

Elle est faite d'un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé, et d'un chorion [7,22, 49,].

3.5 La vulve

La vulve est constituée par :

- Le mont du Venus : arrondi formé par un coussinet adipeux
- Les grandes lèvres : ce sont des replis cutanés formés autour d'un abondant tissu conjonctif lâche riche en cellules adipeuses et contenant des fibres élastiques et quelques cellules musculaires lisses.
- Les petites lèvres. Ici l'épiderme est faiblement kératinisé et le derme, richement vascularisé et innervé et contient des glandes sudoripares et sébacées mais il n'y a pas de poils.
- L'espace interlabial (Vestibule) : il est tapissé par une muqueuse comportant un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé.
- Les formations érectiles. Clitoris et bulbe vestibulaire sont des organes érectiles rudimentaires faits de tissus érectiles.
- Les glandes annexes.

Les glandes urétrales et péri-urétrales : il s'agit des glandes tubulées rappelant celle de la prostate.

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET HISTOLOGIQUE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES

Les glandes de Bartholin : glandes muqueuses tubulo-acineuses, lobulées, situées dans la paroi latérale du vestibule.

3.6 Le sein [3,45]

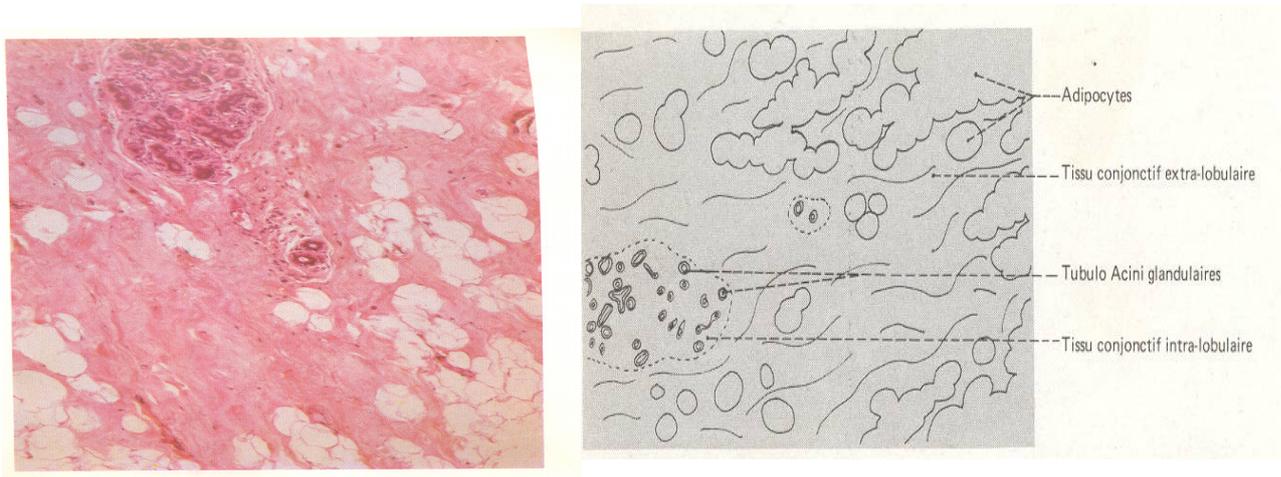
Chez la femme en dehors de la grossesse et l'allaitement, la glande mammaire est constituée par : des glandes en grappes tubulo acineuses formant des lobules. Le tissu inter lobuleux est fibro-adipeux et il est le passage des vaisseaux des nerfs et des canaux excréteurs extra lobulaires.

Structure des éléments lobulaires :

L'acinus : c'est une cavité bordée par une couche de cellules cubiques à noyau volumineux riche en chromatine ; une couche de cellules myélo-épithéliales et une membrane basale.

Les canaux excréteurs, présentent de dehors en dedans : une vitrée qui se renforce d'une couche conjonctivo-élastique ; des cellules myélo-épithéliales ; une couche de cellules épithéliales cubiques. La lumière des conduits lactifères présente une dilatation ampullaire : le sinus lactifère.

Le tissu conjonctif interstitiel.



Histologie du sein au repos [44]

II. LES CANCERS GYNECO-MAMMAIRES

----- CANCER DU COL UTERIN -----

Le cancer du col de l'utérus est, à l'échelle mondiale, le 2e cancer de la femme, mais la situation est complètement différente entre pays industrialisés et en voie de développement

1. EPIDEMIOLOGIE

Il représente 80 % des cas de cancer gynécologique [39].

Régions à haute incidence : Amérique Latine, Afrique sub-Saharienne, Asie du sud-est.

Régions à faible incidence : Europe de l'Ouest, Amérique du Nord, Chine.

Les populations rurales de ces régions ont une incidence plus importante.

Dans les pays de moindre incidence, la mortalité a diminué ces 40 dernières années du fait du dépistage associé à une diminution des facteurs de risque. Cependant la fréquence des cancers *in situ* est en augmentation [9, 39].

L'âge moyen au diagnostic en est de 51 ans, le pic de fréquence est situé entre 48 et 55 ans [39].

Une augmentation de l'incidence des adénocarcinomes du col et des cancers du col utérin liés au papillomavirus (chez les femmes de moins de 50 ans) a été remarquée [9].

2. FACTEURS DE RISQUE

Le cancer du col utérin atteint le plus souvent les femmes qui réunissent les risques suivants :

- Bas niveau socio-économique
- Précocité des rapports sexuels (< 18 ans) du fait de l'immaturation de la zone de jonction
- Nombreux partenaires (de la femme ou du conjoint)

- Mariage avant 20 ans
- Grossesses précoces et nombreuses
- Prostitution
- Infections génitales à répétition (HPV de type 2 et Papillomavirus) [9, 38, 29]

2. ANATOMO-PATHOLOGIE

Les carcinomes.

Ce sont les cancers développés aux dépens de l'épithélium de revêtement exo cervical ou endocervical, les plus fréquents sont ceux développés au niveau de l'exo col : carcinome épidermoïde (90-95%) [3, 9, 29].

1. Carcinome épidermoïde

Le carcinome épidermoïde du col utérin a des caractéristiques voisines de celles de tous les carcinomes épidermoïdes (peau, bronche, oesophage, etc.). Il évolue en 2 phases : carcinome in situ et carcinome invasif.

1.1 Carcinome épidermoïde In situ

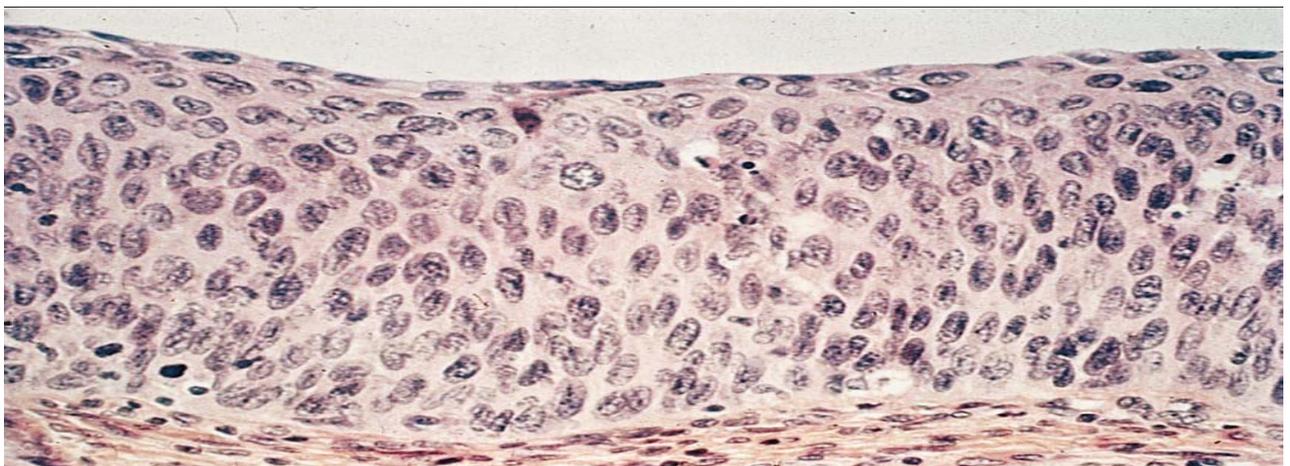


Figure 1. *Carcinome in situ du col utérin : empilement sans ordre de cellules néoplasiques. Membrane basale intacte.*

Le carcinome épidermoïde in situ revêt au microscope un aspect très stéréotypé : empilement sans ordre de cellules. Ces cellules présentent toutes les

caractéristiques nucléaires et cytoplasmiques de la transformation cancéreuse. Mais la membrane séparant l'épithélium cancéreux du conjonctif est bien identifiable et ne présente aucune solution de continuité. Le carcinome épidermoïde in situ représente la forme la plus caractéristique de ce que l'on appelait autrefois les dysplasies sévères et que l'on appelle aujourd'hui les néoplasies intra-épithéliales de haut grade (CIN 3).

1.2 Carcinome épidermoïde invasif [3, 9, 29]

Le passage du carcinome in situ au carcinome invasif se fait en plusieurs étapes et sur une période d'environ treize ans. Dans un premier temps, on voit la membrane basale s'effiloche, puis les cellules cancéreuses migrent à l'intérieur du tissu conjonctif. Ce processus de migration suscite initialement une réaction Lymphoplasmocytaire et les cellules, pénétrant en profondeur, présentent des signes de maturation plus ou moins avancée. On parle d'invasion stromale débutante ou carcinome micro invasif. Ultérieurement, on voit s'organiser des colonnes et (ou) des lobules de cellules tumorales pénétrant progressivement le stroma. Les phénomènes de néo-angiogenèse permettent le développement du tissu cancéreux qui bourgeonne à la surface du col en même temps qu'il infiltre le conjonctif sous-jacent.

Le développement du cancer peut se faire sur l'exocol : carcinome épidermoïde ou sur l'endocarde : adénocarcinome. Tous les cancers épidermoïdes naissent au niveau de la zone de jonction. Dans le premier cas, le plus fréquent, le bourgeonnement tumoral ne rencontre pas d'obstacle. La tumeur se développe dans la cavité vaginale et (ou) s'ulcère en son centre du fait des processus de nécrose qui invariablement accompagnent les processus de prolifération rapide : on parle de tumeur bourgeonnante ou ulcéro bourgeonnante. Dans le cas d'un développement endocervical, la prolifération se fait essentiellement vers la profondeur. Le massif cervical prend la forme d'un petit tonneau : on parle de forme infiltrante

Classification de la FIGO [9]

Elle est basée sur l'extension locale et locorégionale.

La classification des cancers du col utérin qui est le plus souvent utilisée est celle de la Fédération internationale de gynécologie obstétrique (FIGO) dont les définitions sont données dans le tableau ci dessous.

Tableau I. *Classification des cancers invasifs du col selon FIGO*

| |
|---|
| Stade 0 - Carcinome in situ |
| Stade 1 – Cancer limité au col de l'utérus <ul style="list-style-type: none">➤ IA : Cancer « préclinique » (Pas de tumeur visible ou palpable) IA1 : Infiltration du conjonctif sur moins de 3 mm De profondeur et 7 mm de large. IA2 : Infiltration du conjonctif sur 3 à 5 mm de profondeur et au moins 7 mm de large➤ IB : Cancer cliniquement visible ou palpable IB1 : Diamètre < 4 cm IB2 : Diamètre > 4 cm |
| Stade II – Cancer étendu aux structures juxta-utérines <ul style="list-style-type: none">➤ IIA – Pas d'atteinte du paramètre➤ IIB – Atteinte du paramètre |
| Stade III – Cancer étendu jusqu'aux limites de la région pelvienne <ul style="list-style-type: none">➤ IIIA – Extension au tiers inférieur du vagin sans atteinte de la paroi pelvienne.➤ IIIB - Extension à la paroi pelvienne et (ou) hydronéphrose ou rein muet. |
| Stade IV <ul style="list-style-type: none">➤ IVA – Extension à la muqueuse vésicale et (ou) à la muqueuse rectale.➤ IVB – Métastases à distance (cavité péritonéale, foie, poumons et autres) |

Classification histologique [10]

Les carcinomes épidermoïdes : l'histologie des carcinomes est très variable d'un point à un autre d'une même tumeur. Nous utilisons la classification suivante :

- Les cancers faiblement différenciés et immatures : ils sont formés de travées et de lobules pleins ou centrés par un axe conjonctivo vasculaire. Les cytoplasmes sont orangéophiles.
- Les cancers différenciés :
 - Les formes peu ou moyennement matures : ici la croissance cellulaire est incomplète, les cytoplasmes tendent à l'éosinophilie et les noyaux se rétractent

- Les formes matures : ont tendance à reproduire de façon plus ou moins parfaite un épithélium Malpighien.

Les adénocarcinomes :

- Les adénocarcinomes papillaires, faites des cellules cylindriques uni ou pluristratifiées, les cytoplasmes sont granuleux et vacuolisés par une sécrétion mucoïde
- Les adénocarcinomes glandulaires, ils forment des cavités, adossées les unes aux autres aux contours plus ou moins sinueux dont la sécrétion se situe au pôle apical ou au pôle basal des cellules.

4. CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE [9, 29]

Exceptionnel avant 25 ans, on rencontre le cancer du col surtout entre 45 et 55 ans mais également beaucoup plus tard.

Dépistage systématique : avec la pratique du dépistage, on ne devrait plus découvrir le cancer qu'au stade asymptomatique, micro-invasif ou invasif occulte sur frottis anormal.

Signes cliniques : lors d'un examen systématique, on va découvrir chez une femme qui n'avait pas le moindre symptôme un col: d'aspect inflammatoire, rouge, de forme irrégulière, saignant au contact, (Photo 1, 2,3).

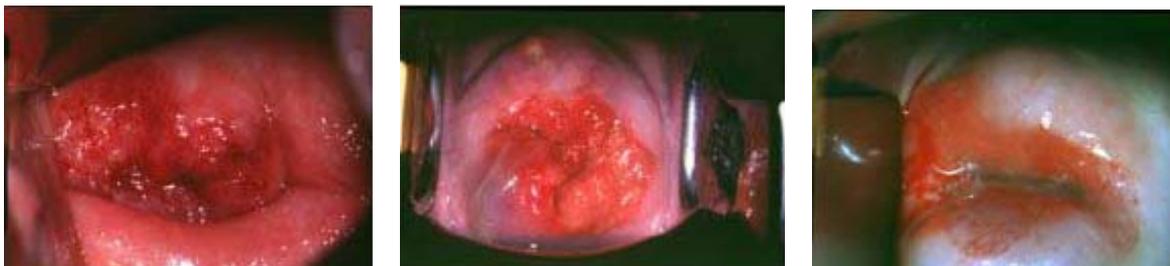


Photo 1

Photo 2

Photo 3

Figure 2 : *Aspect macroscopique du cancer du col [9]*

Les formes symptomatiques demeurent malheureusement les plus fréquentes en raison des échecs du dépistage mais surtout de son absence dans les pays pauvres :

-Métrorragies provoquées par un rapport sexuel, peu abondantes, indolores, même capricieuses ou intermittentes, elles doivent évoquer le cancer invasif jusqu'à preuve du contraire. Certes beaucoup d'anomalies bénignes peuvent en être la cause mais cela reste le maître symptôme.

-Métrorragies spontanées

-Leucorrhées banales, plus volontiers rosées.

Les formes évoluées : malheureusement se rencontrent encore dans nos pays et peuvent se révéler par des douleurs à type de névralgie crurale ou obturatrice, un syndrome infectieux, des oedèmes des membres inférieurs, des symptômes vésicaux (cystite, hématurie, pollakiurie), ou rectaux (ténesmes, épreintes) [9, 50].

5. EXAMENS COMPLEMENTAIRES [38, 50]

Bilan biologique *de* base (fonctions hématologiques, hépatiques, et rénales)

UIV : il est indispensable pour la recherche d'une dilatation des voies urinaires hautes.

SCANNER : très important pour la recherche de métastases ganglionnaires, hépatiques et pulmonaires.

IRM : elle étudie relativement bien la zone tumorale, elle est l'examen de référence pour apprécier le volume de la tumeur.

Autres : radio pulmonaire, échographie hépatique.

La BIOPSIE est indispensable, dans tous les cas, pour confirmer le diagnostic et préciser le type histologique.

6. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS [21]

- Cervicite hémorragique
- Tuberculose du col
- Bilharziose uro – génitale

7. PRINCIPES THERAPEUTIQUES [50, 21].

Ces principes sont basés sur :

La chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie

-----CANCER DU SEIN-----

1. EPIDEMIOLOGIE [5, 9, 29].

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins avec 25 à 30 000 nouveaux cas par an en France où il représente 23 % des cancers de la femme. Statistiquement, on estime qu'une femme sur 11 développera un cancer du sein au cours de sa vie. L'incidence annuelle, régulièrement croissante (1,5 % par an), est estimée à environ 80 pour 100 000 femmes.

L'âge moyen du diagnostic est de 55 ans, et 60 % des patientes ont entre 45 et 75 ans. Il est rare avant 40 ans (10 %).

Le cancer du sein représente la première cause de mortalité chez les femmes de 35 à 55 ans. Il occupe le premier rang de mortalité par cancer chez la femme. L'incidence annuelle de décès par cancer du sein est de 20 à 25 pour 100 000 femmes. [52]

2. FACTEURS DE RISQUE [29, 52]

Risque familial : Le risque familial est d'autant plus élevé que la maladie s'est déclarée de façon plus précoce chez la parente et qu'il s'agit d'une parenté de premier degré.

Risque histologique : Il concerne :

- Antécédents personnels de cancer du sein (risque relatif > 4) ;
- Hyperplasie atypique, canalaire ou lobulaire (risque relatif de 4 à 5, en l'absence antécédent familial).
- Hyperplasie sans atypie, adénoses (risque relatif < 2) ;
- Pas de risque pour la mastose sclérokyستique et les adénofibromes.

Risque hormonal

- Première grossesse après 30 ans
- L'absence d'allaitement maternel
- La nulligestité

- Ménopause tardive
- Premières règles précoces
- Cycles anovulatoires

Risques environnementaux

Ils sont représentés par les conditions socio-économiques élevées et les risques alimentaires (Obésité, régime riche en graisses animales, alcool).

Risque radique

Il est classique et constitue une situation à risque relatif.

3. ANATOMO – PATHOLOGIE [52]

Cancers primitifs du sein

Ce sont des adénocarcinomes (tumeurs épithéliales malignes à différenciation glandulaire).

1. Carcinomes in situ

Ils sont soit canaux (galactophore) soit lobulaires (unité terminale ducto-lobulaire) et présentent tous les critères cytologiques de malignité, sans dépasser la membrane basale et infiltrer le tissu conjonctif sous-jacent. Ils n'ont pas de risque métastatique.

2. Carcinomes infiltrants

On distingue :

- carcinome canalaire infiltrant de forme commune [forme la plus fréquente (81%)
- carcinome canalaire infiltrant avec composante intracanaire prédominante (4%)
- carcinome lobulaire infiltrant (10 %), volontiers bilatéral;
- formes particulières : le carcinome mucineux ou colloïde (1 %), de la femme âgée, le carcinome médullaire, carcinome tubuleux, le carcinome adénoïde hystique ou cylindrome, le carcinome papillaire (très rare).

3. Cancers inflammatoires

Ils sont liés à des embolies lymphatiques disséminées avec invasions multiples atteignant le derme profond. Ils présentent un haut risque métastatique.

4. Maladie de Paget du mamelon (2 %)

Cette lésion correspond à une extériorisation au niveau du mamelon d'un carcinome mammaire sous-jacent, de nature canalaire, in situ et parfois infiltrant. Elle se manifeste par une érosion ou une lésion eczématiforme du mamelon et correspond à une infiltration des couches épidermiques par les cellules carcinomateuses.

Autres tumeurs malignes du sein [52, 11]

➤ Sarcomes primitifs du sein

Ils se subdivisent en 2 catégories :

- Sarcomes: rares (< 1 %).
- Angiosarcomes : de pronostic défavorable.

➤ Lymphomes malins non hodgkiniens du sein : ils sont très rares

➤ Métastases mammaires

Elles sont rares et peuvent témoigner d'un cancer primitif de nature variable : mélanome, cancers pulmonaire, digestif, ou uro-génital.

3. CLASSIFICATION TNM (2002)

T0 : pas de tumeur décelable

Tis : tumeur in-situ (non infiltrante)

T1 : tumeur de taille ≤ 2 cm

T1a : tumeur de moins de 0,5

T1b : taille compris entre 0,5 à 1 cm

T1c : entre 1 à 2 cm

T2 : tumeur de 2 à 5 cm

T3 : tumeur de plus de 5 cm

T4 : tumeur avec extension à la paroi thoracique ou à la peau, ou tumeur inflammatoire

N0 : pas d'adénopathie axillaire

N1 : adénopathie homolatérale axillaire mobile

N2a : adénopathie homolatérale axillaire fixée

N2b : adénopathie mammaire interne clinique

N3a : adénopathie infraclaviculaire

N3b : adénopathies cliniques axillaire et mammaire interne

N3c : adénopathie sus-claviculaire

Ces éléments se regroupent en stades :

Stade 0: TisN0

Stade I: T1N0

Stade IIA: T0N1, T1N1, T2N0

Stade IIB: T2N1, T3 N0

Stade IIIA: T0N2, T1N2, T2N2, T3N1 N2

Stade IIIB : T4 quelque soit le N

Stade IIIC : N3 quelque soit le T

Stade IV : métastases.

4. CIRCONSTANCES DE DIAGNOSTIC [21]

Parfois c'est une anomalie découverte par la malade elle –même, soit fortuitement soit à l'autopalpation. D'autres fois c'est le médecin qui la découvre au cours d'un examen systématique.

Le dépistage par mammographie peut révéler des cancers infra cliniques.

Enfin une adénopathie axillaire isolée impose la recherche d'un cancer du sein.

5. SYMPTOMATOLOGIE [50, 21, 52]

- *Signes fonctionnels.* – La douleur est rare.

En cas d'écoulement, on précise son caractère spontané ou provoqué, et son ancienneté.

- *Examen clinique.*

L'inspection. Il peut exister :

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET HISTOLOGIQUE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES

- Une voussure cutanée en regard de la tumeur
- Une déviation ou une rétraction du mamelon
- Une ulcération cutanée dans les formes évoluées
- Une rougeur localisée ou diffuse à tout le sein ou un œdème avec aspect de peau d'orange : signes inflammatoires traduisant la poussée évolutive
- Souvent il n'y a aucune anomalie.

La palpation.

-Le nodule : Il est classiquement indolore dur, aux contours mal limités On note son siège et aussi son volume.

On recherche la fixation au plan profond par la **manœuvre de TILLAUX** (Adduction contrariée du bras)

- Les adénopathies : l'examen est poursuivi au niveau des aires ganglionnaires axillaires bilatérales et sus-claviculaires : on précise si elles sont mobiles ou fixes.
- L'écoulement mamelonnaire est systématiquement recherché

6. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL [52]

Devant un nodule du sein

- *L'adénofibrome*, tumeur bénigne de la femme jeune.
- *Le kyste*, tumeur rénitente, douloureuse, est variable suivant le cycle.
- L'hématome et la cytotéatonécrose post-traumatique*, Ils sont envisagés selon le contexte
- *L'abcès du sein* peut poser des problèmes diagnostiques avec les formes inflammatoires de cancer.

Néanmoins, le cancer du sein peut simuler toutes ces formes ou y être associé. Ainsi, tout nodule du sein doit faire l'objet d'une exploration minutieuse et complète pour écarter une suspicion de malignité.

Devant un écoulement mamelonnaire

L'ectasie galactophorique et le *papillome* sont de diagnostic histologique sur pièce d'exérèse chirurgicale.

7. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Trois examens sont classiques : mammographie, échographie et ponction cytologique ou histologie.

7.1 La mammographie [52, 5]

- Dans sa forme typique, avec ou sans tumeur palpable, le cancer infiltrant se manifeste par une opacité stellaire ou à contours spiculés, entourée d'un halo clair et associé à des microcalcifications groupées en amas à la fois au niveau de l'opacité et un peu à distance.

7.2 Echographie [50, 5]

C'est un complément à la mammographie, surtout si les seins sont denses et la femme jeune.

Les signes suspects de cancer sont :

- L'irrégularité des contours ;
- L'hétérogénéité de l'image ;
- La forme arrondie ou ovalaire à grand axe perpendiculaire à la peau ;
- L'absorption avec cônes d'ombres postérieures.

7.3 Examen anatomo-pathologique.

C'est le seul examen qui permet de confirmer le diagnostic de cancer.

8. L'ÉVOLUTION [52]

L'évolution spontanée est locale, régionale et métastatique.

L'évolution avec traitement. La survie est globalement de 50 % à cinq ans et de 30 % à 10 ans.

9. TRAITEMENT [52]

Il est basé sur : **La Chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie et l'hormonothérapie.**

-----CANCER DU CORPS UTÉRIN-----

CANCER DE L'ENDOMÈTRE

1. EPIDEMIOLOGIE [39]

La fréquence du cancer du corps utérin est évaluée à 15/100 000 femmes/an. Il s'agit d'un cancer de la femme âgée où la fréquence est évaluée entre 65-69 ans à 85/100000 femmes/an. L'incidence maximale se situe entre 60 et 70 ans. Il est exceptionnel avant 35 ans. Toutefois c'est un cancer moins fréquent que le cancer du col.

2. FACTEURS DE RISQUE [21]

- Nulliparité
- Prise d'oestrogènes sans addition de progestatifs
- Puberté précoce
- Ménopause tardive
- Obésité, hypertension, diabète

3. ANATOMOPATHOLOGIE

A la macroscopie, il s'agit le plus souvent de végétations qui bourgeonnent et qui envahissent la cavité utérine, mais il peut s'agir d'un polype d'aspect banal, d'une hyperplasie irrégulière de l'endomètre. [29]

Sur le plan histologique

Il s'agit le plus souvent d'un cancer glandulaire ou adénocarcinome.

- **Les adénocarcinomes** (80 %) ne comportent qu'un contingent cellulaire glandulaire. On distingue parmi ces cancers des formes plus ou moins différenciées.
- **Les adéno-acanthomes** (10 %) comportent un contingent glandulaire malin et des plages malpighiennes bénignes.
- **Les carcinomes adénosquameux** (2,5 %) ont des plages glandulaires et malpighiennes malignes. Leur pronostic est très péjoratif.
- **Carcinomes** (2,5 %).

- *Les cancers à cellules claires* (2,5 %) dont l'aspect évoque les tumeurs urothéliales.
- *Les cancers papillaires séreux* (2,5 %) dont l'aspect est proche de celui des cancers épithéliaux de l'ovaire, rencontrés surtout chez la femme âgée, leur pronostic est dans l'ensemble mauvais.
- *Les sarcomes* (point de départ conjonctif).

On distingue 3 grades de différenciation : du grade I le mieux différencié au grade III le moins différencié et donc de plus mauvais pronostic [29, 21].

4. CIRCONSTANCES DE DIAGNOSTIC [13]

- *Métrorragies* : classiquement spontanées et indolores survenant chez la femme en péri- ou postménopause.
- *Leucorrhées sales*
- *Douleurs pelviennes* traduisant en général une forme évoluée.
- *Découverte fortuite* : imagerie, examen anatomopathologique d'une pièce d'hystérectomie, frottis cervico-vaginal de dépistage.
- *Le cancer n'est que rarement révélé par une métastase* ou des signes de compression pelvienne.

5. EXAMENS COMPLEMENTAIRES [50, 13]

Le diagnostic du cancer de l'endomètre est histologique

ECHOGRAPHIE par voie abdominale et vaginale.

-Elle permet de donner une idée sur la pénétration myométriale et recherche une atteinte des ovaires.

HYSTEROSCOPIE

Le plus souvent complétée par un curetage biopsique étagé.

Elle permet :

- de visualiser directement les lésions,
- d'en évaluer la topographie et en particulier l'extension au canal endocervical,
- de guider les prélèvements histologiques.

Seule la biopsie (l'examen histologique) confirmer le diagnostic de cancer de l'endomètre(++++).

6. CLASSIFICATION TNM :

Tis : in situ

T1 : limité au corps utérin

T1a : Tumeur limitée à l'endomètre (la muqueuse)

T1b : Invasion s'étendant à moins de la moitié du myomètre

T1c : Invasion dépassant la moitié du myomètre en épaisseur

T2 : extension au col

T3 : extension extra-utérine/ limitée au petit bassin (séreuse, annexes, vagin)

T4 : extension à la muqueuse vésicale et/ou rectale/ en dehors du petit bassin

N0 : pas d'adénopathie

N1 : adénopathie

M1 : métastases

7. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS [13]

On doit éliminer :

- une atrophie ou hypertrophie endométriales ;
- des polypes et léiomyomes sous-muqueux ;
- un cancer du col utérin, et surtout glandulaire de l'endocol (adénocarcinome) ;
- un cancer ovarien (si il y'a lésion annexielle associée).

En fait, les autres causes de métrorragies à cet âge sont à éliminer.

8. TRAITEMENT [50, 13]

Il est basé sur : **Chirurgie, curiethérapie, radiothérapie externe, chimiothérapie, hormonothérapie:**

----- CANCER DE L'OVAIRE-----

1. EPIDEMIOLOGIE [28, 21]

L'incidence, elle est estimée à 11 à 15 nouveaux cas par an pour 100.000 habitants. Il vient au 7^e rang des cancers de la femme, il est au 2^e rang parmi les causes de mortalité par cancer génital et du sein. Sa fréquence est moindre dans les races noires et chez les japonaises.

Ce cancer se rencontre à tout âge, parfois avant 20 ans.

2. FACTEURS DE RISQUE [29, 21]

Ils sont très peu connus : La nulliparité, les facteurs familiaux, les inducteurs de l'ovulation.

3. SYMPTOMATOLOGIE et CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC [50]

Les tumeurs ovariennes sont souvent latentes, de découverte fortuite lors d'une échographie, d'un examen radiologique (ASP) voire d'une coelioscopie ou d'une laparotomie ou d'un examen gynécologique systématique. Elles peuvent cependant parfois être responsables de signes fonctionnels tels que :

- Gêne, pesanteur pelvienne, ascite
- Troubles du cycle : dysménorrhées, spanioménorrhée voire aménorrhée,
- Signes de compression vésicale ou rectale,
- Elles sont parfois révélées par une complication douloureuse.

4. ANATOMOPATHOLOGIE [21]

Sur le plan macroscopique, ce sont des tumeurs très végétantes avec en général des parties solides, des parties kystiques et des zones de nécrose.

Les types histologiques les plus fréquents sont les cystadénocarcinomes séreux ou mucineux, l'adénocarcinome endométrioïde et les carcinomes indifférenciés.

5. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL [21]

Devant la tumeur, on peut évoquer :

- Un fibrome : Pédiculé ou Cécile volumineux
- Un kyste de bénin l'ovaire
- La sigmoïdite ou un cancer du sigmoïde qui peuvent donner une masse de la fosse iliaque gauche, dure, fixée à l'utérus.

Devant une ascite en général on élimine facilement les autres causes :

- Cirrhose
- Insuffisance cardiaque

7. EXAMENS COMPLEMENTAIRES [3, 21, 34]

Il s'agit essentiellement de :

L'échographie

La coelioscopie

L'étude cytologique de l'ascite

La radiographie pulmonaire

La biopsie de la tumeur

8. ÉVOLUTION [21, 34]

Le pronostic est sombre, peut être un peu plus favorable pour les cancers mucineux. Lors de leur découverte, un très grand nombre de tumeurs sont au stade III et il y a 65 à 75 % d'atteinte ganglionnaire. La survie à 5 ans est de 35 à 75 % pour le stade I et de 16 à 50 % pour le stade II.

9. TRAITEMENT [34, 27]

Il fait appel essentiellement à la combinaison de la chirurgie et de la chimiothérapie. La radiothérapie est très rare.

-----CANCER PRIMITIF DU VAGIN-----

En règle générale c'est un carcinome épidermoïde, c'est un cancer rare (1 pour 50 cancers du col). Il se voit chez la femme âgée après 60 ans.

Il se révèle par des métrorragies spontanées ou provoquées, des leucorrhées purulentes.

A l'examen on trouve : une lésion ulcérate ou bourgeonnante saignant au contact, souvent surinfectée. La biopsie apporte la preuve du diagnostic.

Le traitement comporte :

- La colpostérectomie avec lymphadénectomie.
- L'irradiation externe.

Le pronostic est extrêmement grave : 10 à 30 % de survie à 5 ans seulement.

[21,29]

-----CANCER DE LA VULVE -----

1. EPIDEMIOLOGIE [29]

Il est rare : 4,7 % des cancers de la femme. Il se voit surtout entre 60 et 80 ans, mais aussi avant 50 ans.

2. FACTEURS DE RISQUE

Deux lésions sont surtout à retenir : les condylomes à papillomavirus oncogènes et le lichen scléreux.

3. ANATOMOPATHOLOGIQUE [19]

Il existe différents types :

- Carcinomes épidermoïdes invasif dans 90 %
- Mélano carcinomes et sarcomes dans 6 à 8 %
- Cancers basocellulaires dans 2 %
- Adénocarcinomes dans 1 %

4. SYMPTOMATOLOGIE [21, 19]

La malade consulte pour un prurit, un suintement ou la constatation d'une lésion vulvaire. La biopsie fait le diagnostic.

5. CLASSIFICATION [19]

Cancers intra-épithéliaux

VIN1 et VIN 2 : Hyperplasie atypique légère et modérée

VIN 3 : Hyperplasie atypique sévère (Maladie de BOWEN)

Cancers invasifs

T1 : Tumeur confinée à la vulve inférieure ou égale à 2 cm

T2 : Tumeur confinée à la vulve ou périnée > 2 cm

T3 : Envahissement de l'urètre, du vagin, de l'anus dans leur partie proximale.

T4 : Envahissement de la muqueuse vésicale, de la muqueuse urétrale haute, de la muqueuse rectale ou tumeur fixée au squelette.

6. TRAITEMENT [21]

La vulvectomie totale, avec curage ganglionnaire est la méthode de choix.

METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1. Cadre et lieu de l'étude

Notre étude s'est déroulée à Bamako, capitale du Mali, particulièrement au laboratoire d'anatomopathologie de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP).

En plus de ses activités de diagnostic, le service est aussi actif dans la recherche.

2. Période de l'étude

Notre étude s'est étendue de janvier 2000 à décembre 2004 ; soit une période de 5 ans.

3. Type de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale, rétrospective, descriptive ; prenant en compte toutes les patientes chez lesquelles ont été réalisées des biopsies, des tumorectomies, des exérèses d'organes et/ou des cytoponctions.

4. Critères d'inclusion

- Cancers primitifs gynécologiques et mammaires
- Diagnostic histologique et/ou cytologique posé à l'INRSP

5. Critères d'exclusion

- Cancers féminins non gynécologiques et mammaires
- Cancers diagnostiqués hors de l'INRSP.

6. Matériel de travail

Les données ont été recueillies à partir du registre du laboratoire d'anatomopathologie et des comptes rendus anatomopathologiques.

Les diagnostics ont été posés sur des pièces opératoires des biopsies ou des prélèvements cytologiques, provenant des hôpitaux de la capitale et de quelques régions, 647 cas ont été retenus.

7. Méthodes de diagnostic

Les prélèvements sont fixés au formol à 10%. Après un examen macroscopique, les fragments de tissus sont inclus dans la paraffine puis coupés au microtome rotatif, montés sur les lames avant d'être colorés à l'hématéine éosine. Les prélèvements cytologiques sont colorés selon la méthode de Papanicolaou ou de Harris Shorr (pour le frottis du col) et au May Grunwald Giemsa pour les autres études cytologiques.

La lecture est faite au microscope optique.

8. Logiciels utilisés :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel SPSS 11.0 for Windows.

Nous avons fait une saisie simple des textes, tableaux et graphiques sur les logiciels Word 2003 et Excel 2003 de Microsoft.

Comme test statistique nous avons utilisé le Khi2 avec pour seuil de signification $P < 0,05$.

RESULTATS

RESULTATS

I. Les cancers gynécologiques et mammaires diagnostiqués durant notre période d'étude

Données épidémiologiques

1. Âge

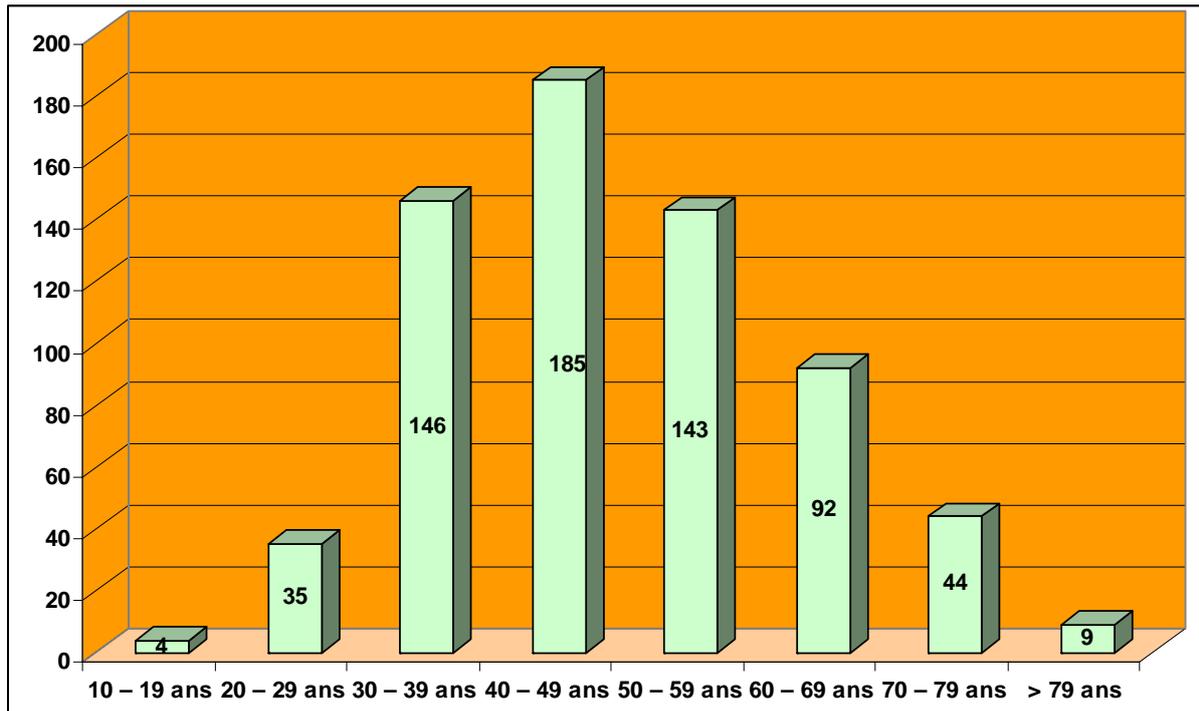


Figure 3 : Répartition selon la tranche d'âge

- La classe modale était de 40 à 49 ans; cette classe représentait 28,1% de l'effectif des cas
- La moyenne d'âge était de $47,33 \pm 13,45$ ans, avec des limites d'âge allant 14 à 95 ans

2. L'ethnie

Tableau II : Répartition selon l'ethnie

| ETHNIE | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|--------------|------------|-------------|
| Bambara | 230 | 35,5 |
| Malinké | 109 | 16,9 |
| Peulh | 118 | 18,2 |
| Soninké | 82 | 12,7 |
| Senoufo | 33 | 5,1 |
| Sonrhäï | 26 | 4 |
| Dogon | 16 | 2,5 |
| Touareg | 9 | 1,4 |
| Bozo | 10 | 1,5 |
| Bobo | 7 | 1,1 |
| Autres | 7 | 1,1 |
| TOTAL | 647 | 100 |

- L'ethnie bambara était la plus représentée avec 234 patientes (35,5%).

3. La Profession

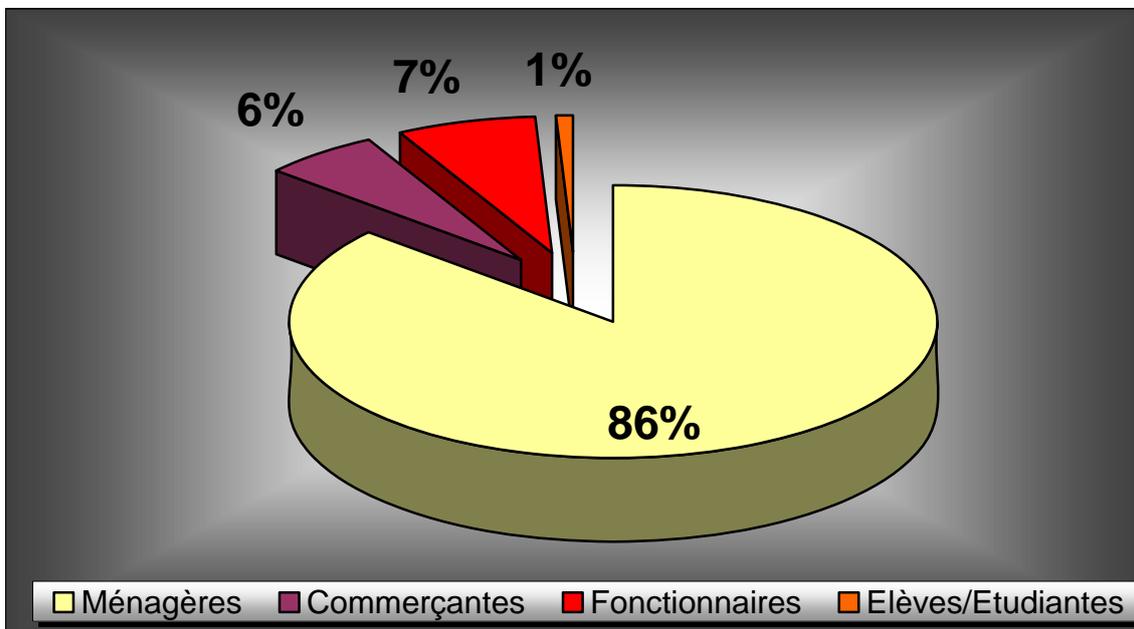


Figure 4 : Répartition selon la principale activité

- Les ménagères étaient les plus représentées avec un effectif de 568 soit 86% des patientes de notre étude.

4. Résidence

Tableau III : *Répartition selon la résidence*

| RESIDENCE | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|--------------|------------|-------------|
| Bamako | 428 | 66,2 |
| Kayes | 59 | 9,1 |
| Koulikoro | 58 | 9 |
| Sikasso | 38 | 5,8 |
| Ségou | 31 | 4,8 |
| Mopti | 15 | 2,3 |
| Tombouctou | 6 | 0,9 |
| Gao | 5 | 0,8 |
| Kidal | 1 | 0,2 |
| Autres | 6 | 0,9 |
| TOTAL | 647 | 100 |

- La majorité de nos patientes résidait à Bamako (66,2%).

5. Services demandeurs

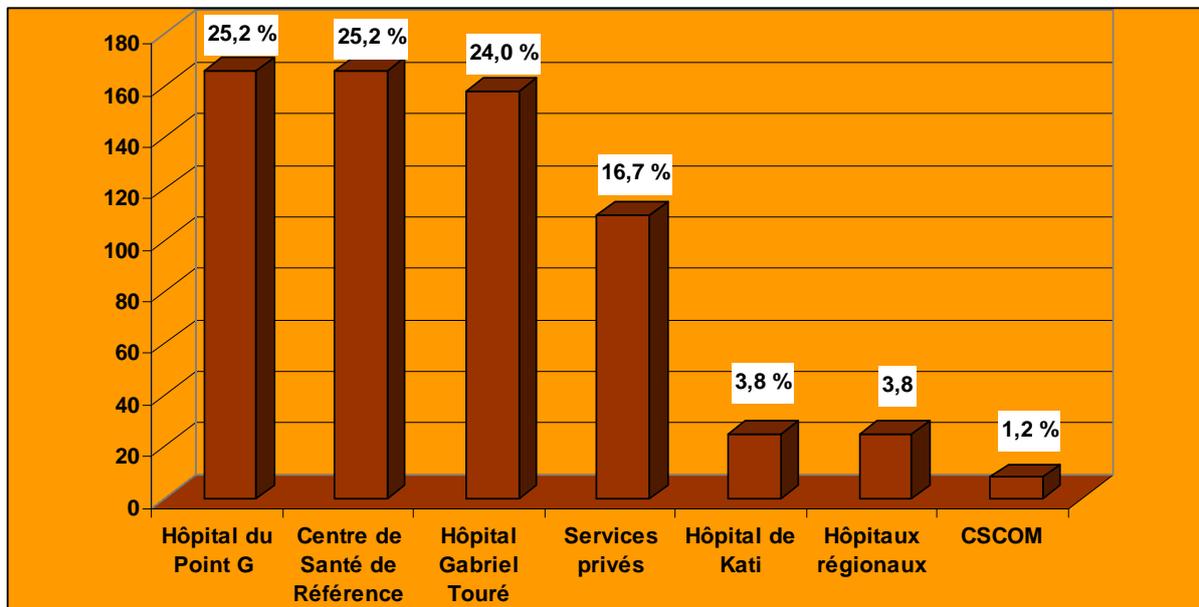


Figure 5 : *Répartition selon le service demandeur*

- L'hôpital du point G était le service le plus représenté

Données anatomo-pathologiques

1. Prélèvements

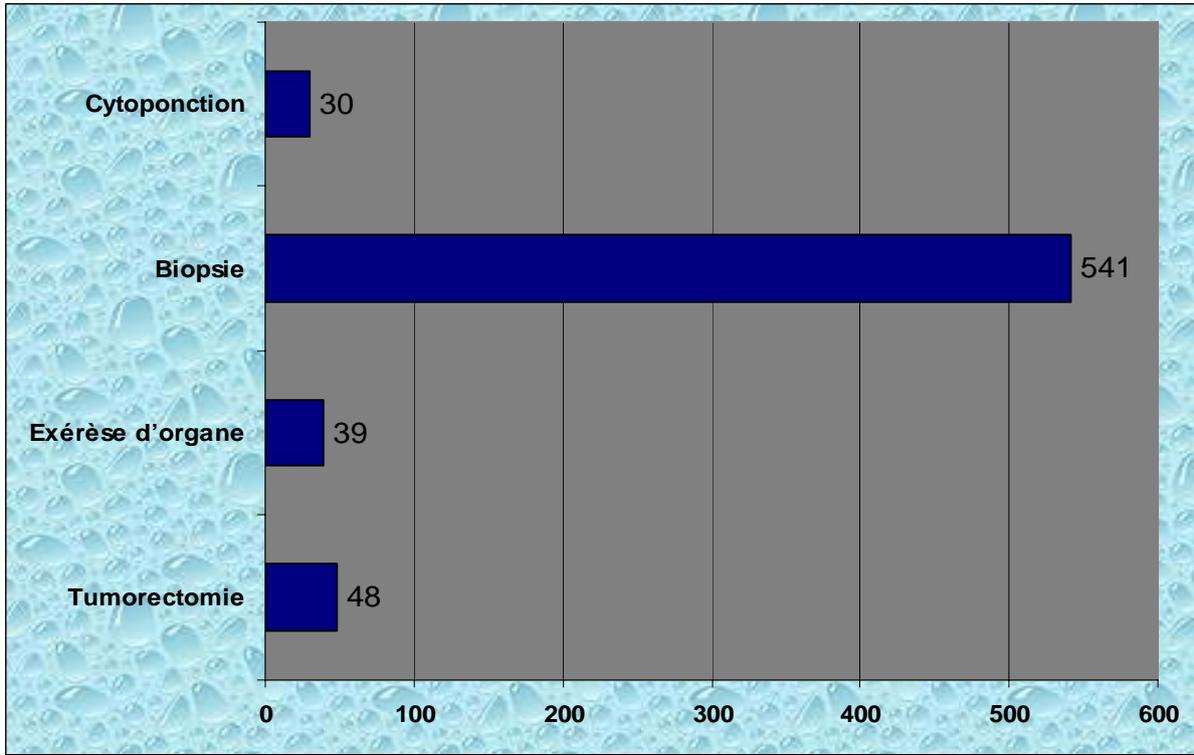


Figure 6 : *Répartition selon le prélèvement*

- La Presque totalité de nos prélèvements étaient des biopsies soit 82.2%.

2. Bases de diagnostic

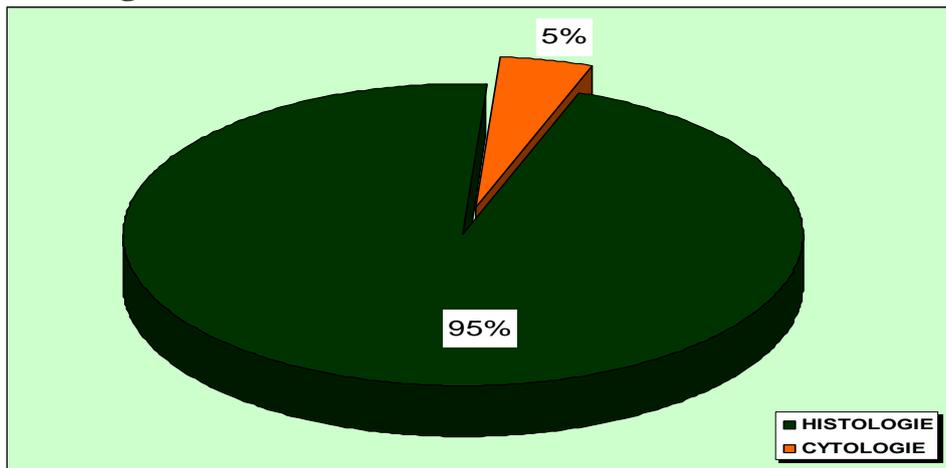


Figure 7 : *Répartition selon la base de diagnostic*

- La confirmation histologique avait concerné 95 % de nos cas.
- Les 5 % étaient suspectés à la cytologie

4. Selon la localisation de la tumeur

Tableau IV : *Répartition selon la localisation de la tumeur*

| ORGANES | | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|--------------|-------|------------|-------------|
| SEIN | | 195 | 30 |
| UTERUS | COL | 384 | 59,4 |
| | CORPS | 27 | 4,2 |
| OVAIRES | | 30 | 4,6 |
| VAGIN | | 5 | 0,8 |
| VULVE | | 5 | 0,8 |
| TROMPES | | 1 | 0,2 |
| TOTAL | | 647 | 100 |

- Le col utérin était l'organe le plus touché avec 384 de l'effectif soit 59,4%.

4. ANNEE DU DIAGNOSTIC

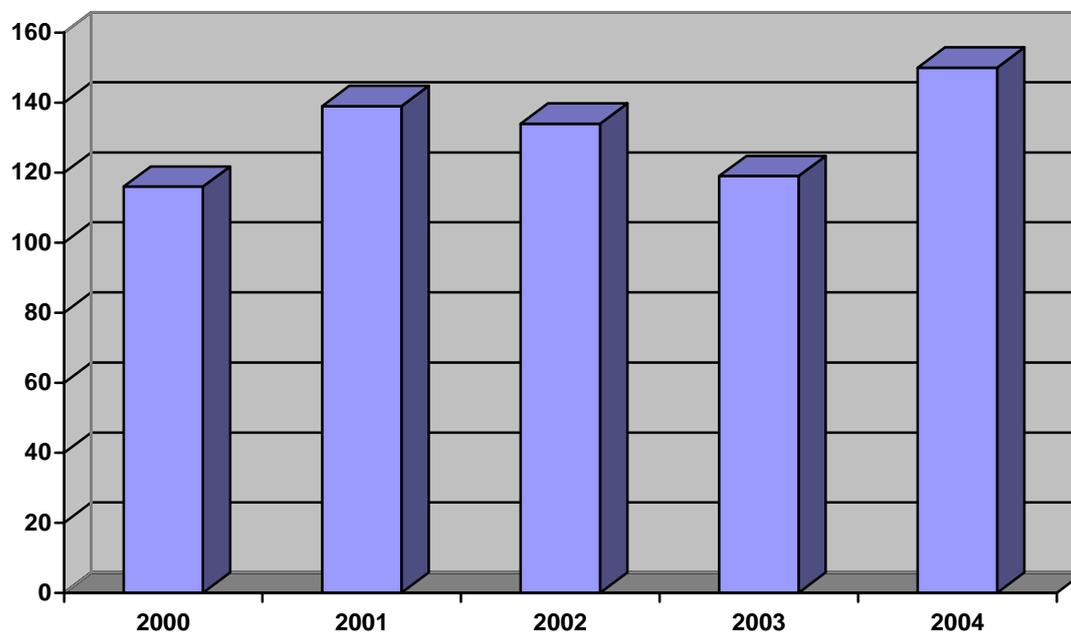


Figure 8 : *Répartition selon l'année du diagnostic*

- De 2000 à 2004 on a recensé 647 cas. On a noté un pic de fréquence en 2004, 150 cas soit 22.8%. Le minimum était 116 cas soit 17.6% en 2000.

5. REPARTITION DES CANCERS SELON L'AGE

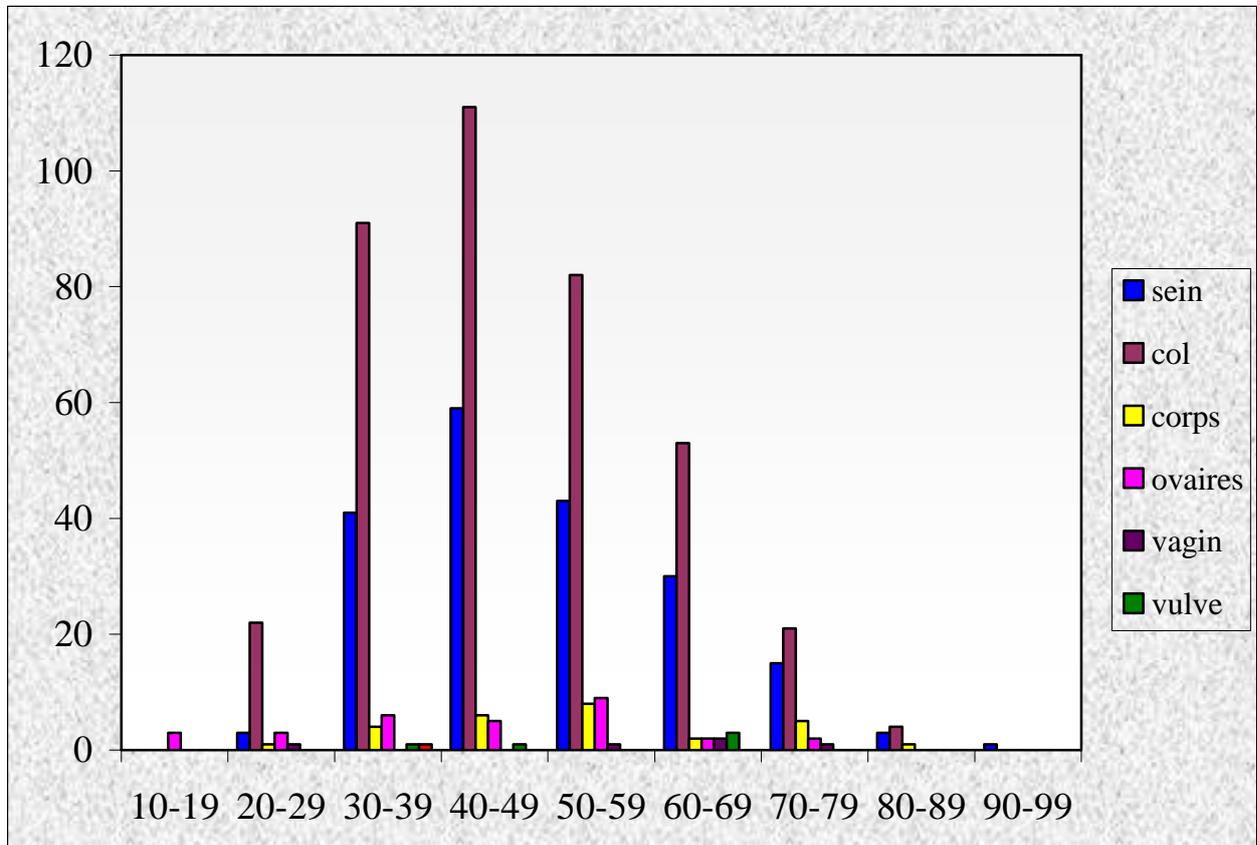


Figure 9: Répartition selon l'âge et l'organe atteint

Le cancer du col occupe la première place dans toutes les tranches d'âge sauf dans la tranche d'âge de 10 à 19 ans où on a enregistré que des cancers de l'ovaire et la tranche d'âge 90 à 99 ans où on a enregistré que des cas de cancer du sein.

306, soit 79,7% des cas de cancers du col sont diagnostiqués avant 60 ans et 135, soit 69.5% des cas de cancers du sein avant 60 ans.

L'âge est significativement associé à l'organe atteint.

$\chi^2 = 68,7$, $P = 0.02$.

II. CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES, ORGANE PAR ORGANE

1. CANCER DU SEIN

1.1. Tranche d'âge

Tableau V: *Répartition selon l'âge*

| Age / ans | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|--------------|------------|-------------|
| 20 – 29 | 3 | 1,5 |
| 20 – 39 | 41 | 21 |
| 40 – 49 | 59 | 30,3 |
| 50 – 59 | 43 | 22,1 |
| 60 – 69 | 30 | 15,4 |
| 70 – 79 | 15 | 7,7 |
| > 79 | 4 | 2 |
| TOTAL | 195 | 100 |

- La classe modale était de 40 ans à 49 ans ; cette classe représentait 30,3% des cas
- La moyenne d'âge était de $49,20 \pm 13$ ans, avec des extrêmes de 29 et 95 ans.

1.2. Bases du diagnostic

Seulement 13% des cas étaient diagnostiqués à la cytologie.

1.3. Prélèvements

Tableau VI : *Répartition selon le prélèvement*

| PRELEVEMENTS | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|--------------|------------|-------------|
| Biopsie | 137 | 70,2 |
| Tumorectomie | 22 | 11,3 |
| Mastectomie | 8 | 4,1 |
| Cytoponction | 28 | 14,4 |
| TOTAL | 195 | 100 |

- 137 prélèvements du sein (70,2%) étaient des biopsies ; seulement 28 (14,4%) étaient des cytoponctions

1.5. Types histologiques

Tableau VII : *Répartition selon le type histologique*

| TYPE HISTOLOGIQUE | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|---------------------------------|------------|-------------|
| Carcinome canalaire infiltrant | 144 | 73,9 |
| Carcinome squirrheux | 7 | 3,6 |
| Carcinome lobulaire infiltrant | 9 | 4,6 |
| Carcinome médullaire | 2 | 1 |
| Carcinome indifférencié | 24 | 12,3 |
| Carcinome intracanalair | 3 | 1,5 |
| Carcinome papillaire infiltrant | 4 | 2,1 |
| Carcinome intralobulaire | 1 | 0,5 |
| Adénocarcinome colloïdal | 1 | 0,5 |
| TOTAL | 195 | 100 |

- 144 des cas de cancers du sein soit 73,9% étaient des carcinomes canaux infiltrants.

1.6. Classification SBR

Tableau VIII : *Répartition selon la classification de SBR*

| GRADE | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|--------------|------------|-------------|
| GRADE I | 36 | 30,8 |
| GRADE II | 68 | 58,1 |
| GRADE III | 13 | 11,1 |
| TOTAL | 117 | 100 |

117 cas ont été classés selon SBR et 68 (58,1%) étaient du grade II

Cette classification est basée sur :

- **Architecture tubulo-glandulaire :**

1= la tumeur comprend que des tubes

2= partiellement tubulaires

3= la tumeur ne comprend aucun tube

- **Les atypies cytonucléaires :**

1= noyaux réguliers monomorphes

2= atypies modérées

**ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET HISTOLOGIQUE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET
MAMMAIRES**

3= noyaux pléomorphes avec atypies marquées

- **Nombre de mitoses** : le nombre de mitoses est recherché sur 20 champs au fort grossissement :

Si le nombre est de 1 ou 0 : le critère est coté à 1

Si le nombre est de 2 : le critère est coté à 2

Si le nombre est de 3 ou plus : le critère est coté à 3

L'addition des trois critères permet de réaliser le grade :

Grade I : 3,4,5

Grade II : 6,7

Grade III : 8,9

Le grade SBR est réalisé sur tous les types histologiques de cancer infiltrant sauf le carcinome médullaire

1.7. Type histologique et tranche d'âge

Tableau IX: *Répartition selon l'âge et le type histologique*

| Type histologique | | | | | | | | TOTAL |
|---------------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| | 20 – 29 | 30 – 39 | 40 – 49 | 50 – 59 | 60 – 69 | 70 – 79 | > 79 | |
| Carcinome canalaire infiltrant | 1 | 34 | 44 | 43 | 22 | 8 | 2 | 144 |
| Carcinome squirrheux | | 1 | 1 | 1 | 3 | 1 | | 7 |
| Carcinome lobulaire infiltrant | | 2 | 3 | 3 | 1 | | | 9 |
| Carcinome médullaire | | | 2 | | | | | 2 |
| Carcinoma indifférencié | 2 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 2 | 24 |
| Carcinoma intracanaire | | | 2 | 1 | | | | 3 |
| Carcinome papillaire infiltrant | | | 2 | 1 | | 1 | | 4 |
| Carcinoma intralobulaire | | 1 | | | | | | 1 |
| Adénocarcinome colloïdal | | | | | | 1 | | 1 |
| TOTAL | 3 | 41 | 59 | 43 | 30 | 15 | 4 | 195 |

- Quelque soit l'âge le carcinome canalaire infiltrant est le type histologique le plus fréquent
- le carcinome squirrheux est surtout fréquent entre 60 et 69 ans (3 cas)
- le carcinome lobulaire est rencontré surtout entre 30 et 49 ans (6 cas)

2. CANCER DU COL DE L'UTERUS

2.1. Tranches d'âge

Tableau X : *Répartition selon l'âge*

| AGE/ans | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|--------------|------------|-------------|
| 20 – 29 | 22 | 5,7 |
| 20 – 39 | 91 | 23,7 |
| 40 – 49 | 111 | 28,9 |
| 50 – 59 | 82 | 21,4 |
| 60 – 69 | 53 | 13,8 |
| 70 – 79 | 21 | 5,5 |
| > 79 | 4 | 1,0 |
| TOTAL | 384 | 100 |

- La classe modale était 40 à 49 ans ; cette classe représentait 28,6%
- La moyenne d'âge était de $46,78 \pm 12,82$ ans, avec des extrêmes de 22 et 85 ans.

2.2. Prélèvements

Tableau XI: *Répartition selon le prélèvement*

| PRELEVEMENTS | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|------------------|------------|-------------|
| Biopsie | 367 | 95,6 |
| Tumorectomie | 5 | 1,3 |
| Hystérectomie | 10 | 2,6 |
| Frottis cervical | 2 | 0,5 |
| TOTAL | 384 | 100 |

- 95,6% des nos pèlèvements du col étaient des biopsies

2.3. Bases du diagnostic

- 99,5% cas de cancers du col étaient diagnostiqués à l'histologie.

2.4. Types histologiques

Tableau XII: *Répartition selon le type histologique*

| TYPES HISTOLOGIQUES | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|---------------------------------|-----------------|--------------------|
| Carcinome épidermoïde | 332 | 86,4 |
| Adénocarcinome | 23 | 6,0 |
| Carcinome à cellules fusiformes | 8 | 2,1 |
| Carcinome in situ | 6 | 1,6 |
| Léiomyosarcome | 2 | 0,5 |
| Carcinome indifférencié | 9 | 2,3 |
| Carcinome à cellules claires | 3 | 0,8 |
| Carcinome verruqueux | 1 | 0,3 |
| TOTAL | 384 | 100 |

- Le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus représenté avec 86,4%.

2.5. Différenciation

Tableau XIII: *Répartition selon la différenciation*

| DIFFERNCIATION | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|--------------------------|-----------------|--------------------|
| Bien différenciée | 168 | 43,7 |
| Moyennement différenciée | 102 | 26,6 |
| Peu différenciée | 54 | 14,1 |
| Indifférenciée | 60 | 15,6 |
| TOTAL | 384 | 100 |

- La majorité de nos cas de cancers du col étaient bien différenciés.

2.6. Maturation

Répartition selon la maturation

- 62,1% de nos cas de carcinomes épidermoïdes étaient matures.

2.7. Tranche d'âge et types histologiques

Tableau XIV : Répartition selon l'âge et le type histologique

| | | | | | | | | TOTAL |
|---------------------------------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|----------|------------|
| | 20 – 29 | 30 – 39 | 40 – 49 | 50 – 59 | 60 – 69 | 70 – 79 | > 79 | |
| Carcinome épidermoïde | 19 | 78 | 95 | 72 | 46 | 19 | 3 | 332 |
| Adénocarcinome | 2 | 4 | 7 | 4 | 4 | 1 | 1 | 23 |
| Carcinome à cellules fusiformes | | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | | 8 |
| Carcinome in situ | | 3 | 1 | 2 | | | | 6 |
| Léiomyosarcome | | 2 | | | | | | 2 |
| Carcinome indifférencié | | 2 | 3 | 3 | 1 | | | 9 |
| Carcinome à cellules claires | 1 | | 1 | | 1 | | | 3 |
| Carcinome verruqueux | | 1 | | | | | | 1 |
| TOTAL | 22 | 91 | 111 | 82 | 53 | 21 | 4 | 384 |

- le carcinome épidermoïde est peu fréquent avant 30 ans, on n'a noté que 19 cas sur 332
- 291 soit 87,6% des carcinomes épidermoïdes sont enregistrés entre 30 et 69 ans
- on a enregistré 2 cas de leiomyosarcome du col entre 30 et 39 ans

3. CANCER DU CORPS DE L'UTERUS

3.1. Tranche d'âge

Tableau XV : *Répartition selon l'âge*

| AGE | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|--------------|-----------|-------------|
| 20 – 29 | 1 | 3.7 |
| 20 – 39 | 4 | 14.8 |
| 40 – 49 | 6 | 22.2 |
| 50 – 59 | 8 | 29.6 |
| 60 – 69 | 2 | 7.4 |
| 70 – 79 | 5 | 18.5 |
| > 79 | 1 | 3.7 |
| TOTAL | 27 | 100 |

- La classe modale était de 50 à 59 ans cette classe représentait 29,6%
- La moyenne d'âge était de 52,78 ±15,47 ans, avec des limites d'âge allant de 20 à 80 ans.

3.3. Bases de diagnostic

- La totalité de nos cas d'endomètre ont été diagnostiqués à l'histologie.

3.4. Types histologiques

Tableau XVI : *Répartition selon le type histologique*

| Type HISTOLOGIQUE | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|---------------------------|-----------|-------------|
| Carcinome indifférencié | 9 | 33,3 |
| Adénoacanthome | 2 | 7,4 |
| Adénocarcinome | 8 | 29,6 |
| Carcinome épidermoïde | 1 | 3,7 |
| Adénocarcinome papillaire | 3 | 11,1 |
| Léiomyosarcome | 3 | 11,1 |
| Sarcome endométrial | 1 | 3,7 |
| TOTAL | 27 | 100 |

- Le carcinome indifférencié était le type histologique le plus représenté 33,3 % ; suivi de l'adénocarcinome 29,6%.

3.5. Différenciation

Tableau XVII : *Répartition selon la différenciation*

| DIFFERENCIATION | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|--------------------------|-----------------|--------------------|
| Bien différenciée | 4 | 14,9 |
| Moyennement différenciée | 1 | 3,7 |
| Peu différenciée | 1 | 3,7 |
| Indifférenciée | 21 | 77,7 |
| TOTAL | 27 | 100 |

77,7 % des cas de cancers du corps de l'utérus étaient indifférenciés

3.6. Tranche d'âge et types histologiques

Tableau XVIII : Répartition selon l'âge et le type histologique du cancer du corps de l'utérus.

| Type histologique | 20 – 29 | 30 – 39 | 40 – 49 | 50 – 59 | 60 – 69 | 70 – 79 | > 79 | TOTAL |
|---------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Carcinome indifférencié | 1 | 2 | 1 | 3 | | 2 | | 9 |
| Adénoacanthome | | | | 1 | | | 1 | 2 |
| Adénocarcinome | | | 3 | 2 | 1 | 2 | | 8 |
| Carcinome épidermoïde | | | | 1 | | | | 1 |
| Adénocarcinome papillaire | | | | 1 | 1 | 1 | | 3 |
| Léiomyosarcome | | 2 | 1 | | | | | 3 |
| Sarcome endométrial | | | 1 | | | | | 1 |
| TOTAL | 1 | 4 | 6 | 8 | 2 | 5 | 1 | 27 |

- L'adénocarcinome est plus fréquent dans la tranche d'âge 40 à 59 ans (55,6%)
- On a enregistré 66,6% des léiomyosarcomes dans la tranche d'âge 30 à 39 ans.
- Le seul cas de cancer du corps de l'utérus enregistré dans la tranche d'âge 20 à 29 était un carcinome indifférencié de l'endomètre.

4. CANCER DES OVAIRES

4.1. Tranche d'âge

Tableau XIX: *Répartition selon l'âge*

| AGE/ANS | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|--------------|-----------|-------------|
| 10 – 19 | 3 | 10 |
| 20 – 29 | 3 | 10 |
| 20 – 39 | 6 | 20 |
| 40 – 49 | 5 | 16 |
| 50 – 59 | 9 | 30 |
| 60 – 69 | 2 | 6,7 |
| 70 – 79 | 2 | 6,7 |
| > 79 | 0 | 0 |
| TOTAL | 30 | 100 |

- La classe modale était de 50 à 59 ans, cette classe représentait 30% des cas.
- La moyenne d'âge était $43,2 \pm 14,4$ ans, avec des limites âge allant de 14 à 70 ans.

4.2. Bases de diagnostic

La totalité de nos cas de cancers de l'ovaire ont été diagnostiqués par histologie.

4.3. Types histologiques

Tableau XX : *Répartition selon le type histologique*

| TYPE HISTOLOGIQUE | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|--------------------------------|-----------|-------------|
| Carcinome indifférencié | 10 | 33,3 |
| Cystadénocarcinome sereux | 17 | 56,7 |
| Fibrosarcome | 1 | 3,3 |
| Tumeur maligne de la Granulosa | 2 | 6,7 |
| TOTAL | 30 | 100 |

- Le type histologique le plus représenté était le cystadénocarcinome avec 56,7%.

4.4. Différenciation

Tableau XXI: *Répartition selon la différenciation*

| DIFFERENCIATION | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|------------------------|-----------------|--------------------|
| Peu différenciée | 1 | 3,3 |
| Indifférenciée | 10 | 33,3% |
| Indéterminée | 19 | 63,4% |
| TOTAL | 30 | 100 |

- 63,4% des cancers de l’ovaire la différenciation était indéterminée

4.5. Tranche d’âge et types histologiques

Tableau XXII : *Répartition selon l’âge et le type histologique*

| | 10 – 19 ans | 20 – 29 ans | 30 – 39 ans | 40 – 49 ans | 50 – 59 ans | 60 – 69 ans | 70 – 79 ans | TOTAL |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Carcinome indifférencié | 2 | | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 10 |
| Cystadénocarcinome sereux | 1 | 1 | 3 | 4 | 7 | | 1 | 17 |
| Fibrosarcome | | 1 | | | | | | 1 |
| Tumeur maligne de la Granulosa | | 1 | | | 1 | | | 2 |
| TOTAL | 3 | 3 | 6 | 5 | 9 | 2 | 2 | 30 |

- 50% des carcinomes indifférenciés de l'ovaire sont observés entre 10 et 39 ans
- On a noté un seul cas de fibrosarcome entre 20 et 29 ans

5. CANCER DU VAGIN

5.1. Tranche d'âge

Tableau XXIII : *Répartition selon l'âge*

| AGE/ANS | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|--------------|----------|-------------|
| 50 – 59 ans | 1 | 20 |
| 60 – 69 ans | 3 | 60 |
| 70 – 79 ans | 1 | 20 |
| TOTAL | 5 | 100 |

- La classe modale était de 60 à 69 ans ; cette classe a représenté 60% des cas.
- La moyenne d'âge était $61,2 \pm 6,2$ ans, avec des limites d'âge allant de 55 à 70 ans.

5.2. Bases de diagnostic

- La totalité de nos cas de cancers du vagin ont été diagnostiqués par l'histologie.

5.3. Types histologiques

- La totalité de nos cas de cancers du vagin étaient des carcinomes épidermoïdes.

5.4. Différenciation

- 50% de nos cas de cancers du vagin étaient bien différenciés

6. CANCER DE LA VULVE

6.1. Tranche d'âge

Tableau XXIV : *Répartition selon l'âge*

| AGE | EFFECTIF | POURCENTAGE |
|--------------|----------|-------------|
| 30 – 39 ans | 1 | 20 |
| 40 – 49 ans | 1 | 20 |
| 60 – 69 ans | 3 | 60 |
| TOTAL | 5 | 100 |

- La classe modale était de 60 à 69 ans cette classe représentait 60%
- La moyenne d'âge était de $54,8 \pm 14,5$ ans, avec des extrêmes de 34 ans et 65 ans.

6.2. Bases de diagnostic

- Tous les cas de cancers de la vulve ont été diagnostiqués par l'histologie.

6.3. Types histologiques

- Le carcinome épidermoïde était le seul type histologique retrouvé.

6.4. Différenciation

- 80% des cancers de la vulve étaient bien différenciés.

COMMENTAIRES
ET DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. LIMITES

Il s'agit d'une étude rétrospective portant exclusivement sur les prélèvements parvenus au laboratoire d'anatomie pathologique de l'INRSP.

Les données que nous apportons pourraient ne pas refléter la situation dans la population générale. Les patientes ont le plus souvent recours au traitement traditionnel, l'hôpital ne constituant que leur dernier recours thérapeutique.

Ainsi tous les cas de cancers gynécologiques et mammaires ne sont pas diagnostiqués.

De plus notre méthodologie de travail ne nous a pas permis de recenser toutes les informations, notamment les antécédents personnels et familiaux, les renseignements cliniques, l'extension de la tumeur ainsi que les facteurs de risques.

Malgré ces limites, ce travail nous a permis d'apprécier les principales caractéristiques épidémiologiques et histo-pathologiques des cancers gynéco mammaires.

2. CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES EN GENERAL

2.1 Fréquence

Sur un total de 6905 prélèvements gynécologiques et mammaires envoyés à l'INRSP, de 2000 à 2004, les cancers gynécologiques et mammaires ont été diagnostiqués sur 647 prélèvements soit une fréquence de 9,37 %.

Les différents cancers gynécologiques et mammaires retrouvés au cours de notre étude sont consignés par ordre de fréquence dans le tableau ci-dessous.

Tableau XXV : Etude de fréquence

| SIEGE DU CANCER | Notre étude | KANAMBAYE (Mali) | LAKOANDE (Burkina Faso) | ADJEMBIMANDE (Gabon) | P | Khi2 |
|-------------------|---------------|------------------|-------------------------|----------------------|--------|-------|
| COL DE L'UTERUS | 58,3 % | 50,3 % | 31,7 % | 51,5 % | 0,0000 | 35,84 |
| SEIN | 29,6 % | 33,9 % | 51 % | 23 % | 0,0000 | 42,04 |
| CORPS DE L'UTERUS | 5,7 % | 6,3 % | 6,9 % | 11,4 % | 0,0003 | 23,30 |
| OVAIRES | 4,6 % | 7,8 % | 5,6 % | 8,4 % | 0,048 | 7,87 |
| VAGIN | 0,8 % | 1 % | 4,8 % | 3,3 % | 0,001 | 14,98 |
| VULVE | 0,8 % | 1 % | | 1,7 % | 0,30 | 2,36 |
| TROMPES | 0,2 % | ----- | ----- | 0,3 % | 0,87 | |

Même si les fréquences par cancer sont différentes d'un pays à l'autre, l'ensemble des cancers gynécologiques et mammaires semble être dominé par deux cancers celui du col et du sein.

Le cancer du col est le 1^{er} cancer de la femme dans notre étude et celle **Kanambaye** et de **Adjembimandé**. Cependant pour **Lakoandé** c'est le cancer du sein qui vient en première position [1, 23, 28].

2.2 Age

Dans notre série, les cancers gynécologiques et mammaires survenaient en général vers un âge moyen de 47,3 ans avec des extrêmes de 14 ans et 95 ans.

Ce résultat est légèrement supérieur à celui de **DANGOU** [8] au Sénégal et **SANGARE** [46] du Mali qui trouvent respectivement 44,5 ans et 45,5 ans.

2.3 Principale activité

Les ménagères étaient les plus représentées à 86 %. Cela pourrait s'expliquer par le faible taux de scolarisation des femmes au Mali ou serait-ce du fait des grossesses précoces et multiples ?

KANAMBAYE, LANKOANDE et SANO [23, 28, 47] rapportent des proportions comparables.

2.4 Ethnie

Les Bambaras représentaient 33,6 % de notre effectif, suivi des Malinkés et des Peulh. Ces ethnies sont les plus fréquentes de la population malienne en général.

KANAMBAYE, SANGARE et TRAORE [23, 46, 51] ont trouvé un résultat similaire au nôtre.

2.5 Résidence

66,4 % des patientes résidaient à Bamako. Les patients n'ont en général pas assez de moyens financiers pour quitter la périphérie de Bamako et venir consulter.

3. CANCER DU SEIN

- **Epidémiologie**

- **Fréquence**

Le cancer du sein a représenté 30 % de l'ensemble des cancers gynécologiques et mammaires, il vient en deuxième position après le cancer du col de l'utérus.

Cette fréquence est superposable à celle de **ADJEMBIMANDE [1]** au Gabon et à celle de **LYBATHYLY [32]** en Mauritanie, qui trouvent respectivement 23,02 % et 24,6 % ; mais elle est nettement inférieure à celle de **DEM [12]** au Sénégal qui trouve 42 %.

- **Age**

L'âge moyen de nos patientes était de $49,3 \pm 13,1$ ans, avec des extrêmes de 29 ans et 95 ans.

La tranche d'âge la plus représentée (30,3 %) était celle de 40 à 49 ans. Ce résultat est comparable à celui de **SANO [47]** au Burkina et de **MEYE [34]** au Gabon, qui trouvent respectivement 50 ans et 48,5 ans.

Le cancer du sein est rare avant l'âge de 30 ans [**2, 30, 52**], nous avons enregistré un cas chez une femme de 29 ans. Douze cas ont été rapportés en 2001 au Maroc par **MOUNZIL [36]** chez des patientes de 24 à 40 ans avec une association à une grossesse.

- **Anatomie pathologique**

- **Base de diagnostic**

Dans notre série 86,2 % de nos cas ont été diagnostiqués à l'histologie et seul 13,8 % à la cytologie. **DANGO [8]** rapporte 64,8 % des cas à l'histologie et 35,2 % à la cytologie.

L'absence de dépistage précoce du cancer du sein d'une part et la consultation tardive des patientes d'autre part, pourrait expliquer le fait que les médecins préfèrent faire une biopsie au lieu d'une cytoponction.

➤ **Type histologique**

La totalité des cas de cancers du sein étaient développés uniquement sur le tissu épithélial et 86 % étaient des cancers infiltrants.

Il ressort que le type histologique le plus retrouvé était le carcinome canalaire infiltrant dans 73,8 % des cas. Ce résultat est comparable à ceux, de **SANO [47]** (61,5 %), d'**ECHIMANE [16]** (68,5 %) et **TRAORE [51]** (65,5 %).

➤ **Grading selon le SBR**

On a constaté que 69,2 % des cancers de notre série étaient de grade II ou III, **GHARBI [20]** et **ECHIMANE [16]** note eux aussi une prédominance des tumeurs qui avaient un grade histopronostic élevé (II ou III).

4. CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

- **Epidémiologie**

➤ **Fréquence**

Au Mali le dépistage du cancer du col reste peu pratiqué alors que plusieurs études européennes font état d'une diminution de l'incidence du cancer invasif du col, grâce à une meilleure prise en charge gynécologique.

Nous avons observé que dans notre série, le cancer du col est le premier cancer gynécologiques et mammaire (59,4 %) de l'effectif.

KANAMBAYE [23] retrouve en 2003 une fréquence de 50,3 %, conformément à plusieurs études en Afrique, en Amérique latine et dans le sud de l'Asie [25, 9, 48, 41].

➤ **Age**

Notre âge moyen $46,78 \pm 12,82$ ans. Les extrêmes étaient 22 ans et 85 ans. Ce résultat est proche de celui de **LANKAONDE [28]** au Burkina (48 ans) ; **ADJEMBIMANDE [1]** au Gabon (47 ans) et de **KANAMBAYE [23]** au Mali (48,5 ans).

- **Anatomie pathologique**

- **Base de diagnostic**

L'histologie nous a permis de faire le diagnostic de la quasi-totalité de nos cas de cancers du col.

97,7 % des cancers du col étaient au stade invasif, seulement 2,3 % étaient au stade in situ. Devant un frottis suspect de cancer, on doit toujours faire une biopsie pour la confirmer.

- **Type histologique**

Le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus représenté, avec 86,5 % de l'effectif. Il était bien différencié dans 43,7 % des cas ; moyennement différencié dans 26,6 % des cas. Dans 62 % des cas il était mature, et immature dans 38 % des cas. Ce résultat se superpose à celui de la littérature [8, 10].

5. CANCER DE L'ENDOMETRE

- **Epidémiologie**

- **Fréquence**

Le cancer de l'endomètre constitue le premier cancer gynécologique dans les pays développés [40].

Dans notre série le cancer de l'endomètre a représenté 4,2 % des cancers gynécologiques et mammaires. Il vient en quatrième position après le cancer du col, du sein et de l'ovaire. Ce résultat se rapproche de celui de **KANAMBAYE** [23] (3,3 %), mais il est supérieur à celui de **BAETA** [4] (2,9 %) au Togo.

- **Age**

L'âge moyen dans notre série était de $52,78 \pm 15,47$ ans. 60 % de nos patientes avaient un âge compris entre 40 et 70 ans. Ce résultat se rapproche de celui de **KANAMBAYE** qui trouve 57,7 ans, mais inférieur à ceux des pays occidentaux où l'âge moyen est de 69 ans. [39, 17].

- **Anatomie pathologique**

- **Base de diagnostic**

La totalité de nos cancers de l'endomètre ont été diagnostiqués à l'histologie et tous ces cancers étaient au stade invasif.

- **Type histologique**

Le carcinome indifférencié était le plus représenté (33,3 %), suivi de l'adénocarcinome (29,6 %). Ce résultat se rapproche de celui de **DANGOU** [8] qui trouve 22,2 % de fréquence, mais nettement inférieur à celui de **BAETA** [32] qui trouve 79,3 % pour l'adénocarcinome.

6. CANCER DE L'OVAIRE

- **Epidémiologie**

- **Fréquence**

Le cancer de l'ovaire a représenté dans notre série 4,6 % et occupe la troisième place des cancers gynécologiques et mammaires. Ce résultat est inférieur à ceux

de **LOKOSSOU [30]** et **KANAMBAYE [23]** qui ont trouvé respectivement 7,8 % et 6 %.

➤ **Age**

L'âge moyen était de $43,27 \pm 15,44$ ans ; avec des extrêmes de 14 ans et 70 ans .Ce résultat est comparable à celui de **LOKOSSOU [31]** au Bénin et **KANAMBAYE [23]** au Mali qui trouvent respectivement 40,9 ans 46,2 ans.

• **Anatomie pathologique**

➤ **Type histologique**

Dans notre série, le type histologique le plus représenté était le Cystadénocarcinome avec 56,7 %, suivi du carcinome indifférencié : 33,3 %. Ce résultat se rapproche de celui de **DANGO [8]** au Sénégal qui trouve 63,8 %.

6. CANCER DU VAGIN

7.1 Fréquence

Le cancer du vagin est rare. Nous avons colligés 5 cas soit une fréquence de 0,8 % des cancers gynécologiques et mammaires. Résultat est concordant avec les données de la littérature [**21, 23, 29**].

7.2 Age

Dans notre série, l'âge moyen était de $53,40 \pm 18,38$ ans. Les extrêmes étaient 22 ans et 70 ans. **KANAMBAYE [23]** trouve un résultat presque similaire : 54 ans comme âge médian.

7.3 Type histologique

Dans notre série le type histologique le plus fréquent était le carcinome épidermoïde, comme le rapportent celles de **KANAMBAYE [23]** et **DANGO [8]**.

8. CANCER DE LA VULVE

C'est une tumeur maligne rare. Nous avons enregistré 5 cas, soit une fréquence de 0,8 % des cancers gynécologiques et mammaires.

L'âge moyen était de $54,80 \pm 14,50$ ans.

Le type histologique retrouvé était le carcinome épidermoïde bien différencié dans la totalité des cas, conformément aux données de la littérature. [10, 21,]

9. CANCER DE LA TROMPE

Le cancer primitif de la trompe est le plus rare de tous les cancers gynécologiques et mammaires. Un seul cas (0,2 %) a été retrouvé, la patiente avait 34 ans. A l'histologie, il s'agissait du carcinome adénomateux. KASSE [48] rapporte un seul cas de cancer de la trompe chez une patiente de 62 ans. Le type histologique était le carcinome papillaire[24].

CONCLUSION

CONCLUSION

Les cancers gynécologiques et mammaires notamment ceux du col et du sein constituent un problème de santé publique.

Il s'agit des deux cancers atteignant surtout la femme jeune. Par contre les autres cancers (endomètre, ovaire, vulve et vagin) sont moins fréquents et s'observent à un âge plus avancé.

La prise en charge reste difficile du fait que les patientes consultent tardivement d'une part et d'autre part du fait du coût très élevé des médicaments anticancéreux.

La sensibilisation de la population sur la pathologie cancéreuse est d'une importance capitale.

Seule la vulgarisation des campagnes de dépistage de ces cancers permettront de diagnostiquer et de traiter tôt les patientes afin de minimiser la morbidité et la mortalité liées à ces cancers.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

Au terme de ce travail et pour la meilleure prise en charge des cancers gynécologiques et mammaires, il nous est paru nécessaire de faire quelques recommandations.

Aux autorités sanitaires et politiques

- Elaborer un programme national de lutte contre le cancer.
- Doter les principales structures hospitalières d'un service d'anatomie pathologique.
- Encourager la formation des médecins aux spécialités d'anatomie pathologique, d'oncologie de gynécologie et de radiologie par l'attribution de bourses d'études.

Au corps médical

- Pratiquer systématiquement la palpation du sein chez toutes les femmes en consultation.
- Demander un frottis cervicovaginal chez toutes les femmes en activité génitale, sinon un dépistage par les méthodes d'inspection visuel du col après application d'acide acétique et de lugol.
- Promouvoir la communication pour le changement de comportement.
- Remplir correctement les bulletins d'analyses

Aux populations

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET HISTOLOGIQUE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES

- Apprendre et pratiquer l'autopalpation des seins
- Participer aux campagnes de dépistage du cancer du col par le frottis ou les autres méthodes
- Consulter au moindre signe d'appel.
- Consulter régulièrement en cas d'antécédents familiaux de cancer du sein

Eviter les pratiques traditionnelles néfastes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BIBLIOGRAPHIE

1. ADJEMBIMANDE C, MENVOULA C, NGUIZI G, OGOULA S.

Aspect épidémiologique des cancers gynécologiques et mammaires féminins à Libreville à propos de 543 cas.

Abstract du 7^{ème} congrès de la SAGO, Bamako 2003.P 22.

2. AMIEL J L, ROUESSE J, MACHOVER D.

Abrégé de cancérologie. Masson, Paris : 1976 ; p:3, 159-198.

3. Atlas d'anatomopathologie.

Collection spécia Paris VIII cours Albert 1^{er}.

4. BAETA S, TETE K V S, AGBERTRA N.

Le cancer de l'endomètre: Aspects épidémiologiques et prise en charge au CHU de Lomé- Togo. Cancer de l'endomètre.

Abstracts du 7^{ème} congrès de la SAGO. Bamako 2003.P : 58

5. BAILLET F, GENESTIE C, AUCLERC G et al.

Cancer du sein. Paris: CHUPS 2004.

www.chups.jussieu.fr/polys/cancero/POLY.Chp.11.html

6. Cancer du sein : incidence dans le monde. On line

[fr.wikipedia.org/wiki/Cancer_du_sein.](http://fr.wikipedia.org/wiki/Cancer_du_sein)

7. CHEVREL.

Abrégé d'anatomie générale. Masson, Paris : 1991 ; 261p.

8. DANGOUM JM, SANOU A, LAMIEN A et Coll.

Les cancers gynécologiques et mammaires au Sénégal : Aspect épidémiologique et histopathologique au laboratoire d'anatomie et de cytopathologique, Faculté de Médecine, Dakar.

Rev Afr Path 2005, vol 4, N°1.

9. DARGENT D.

Cancer du col de l'utérus.

Rev Prat 1999 ; **49** :1923-33.

10. DE BRUX J.

Collection d'histopathologie gynécologique. Masson, Paris : 1982 ; 534p.

11. DE BRUX J.

Collection d'histopathologie du sein. Masson, Paris : 1979 ; 299p.

12. DEM A, TRAORE B, KASSE A, DIENG M. M, DIOP P S.

Cancers gynécologiques et mammaires à l'institut CURIE de Dakar.

Abstract du 7eme Congrès de la SAGO. Bamako 2003.P :18.

13. DI NOLFO M, TAURELLE R.

Cancers De l'endomètre.

Rev Prat 1999 ; **49** : 77-80.

14. DIOUF A, CISSE M I, MOREIRA P.

Aspect échographique du choriocarcinome gestationnel.

Abstracts du 7^{ème} congrès de la SAGO. Bamako 2003.P : 31.

15. DOLERIS P.

La glande à sécrétion interne de l'ovaire. Le gran, Paris : 1923 ; 183 p.

**16. ECHIMANE K A, DIDI – KOUKO COULIBALY J, ADOUBI, MBRA
K, TOURE M.**

Aspects épidémiologiques du cancer du sein à propos de 125 cas à Abidjan.

Abstract du 7eme Congrès de la SAGO. Bamako 2003.P :18.

17. EXBRAYAT C.

Corps de l'utérus. Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en
France de 1978 à 2000.

[www.invs.santé.fr/publications/2003/rapport_cancer_2003/p113_corps-
utérin.pdf](http://www.invs.santé.fr/publications/2003/rapport_cancer_2003/p113_corps-utérin.pdf).

18. FERLAY J, BRAY F, PISIANI.

GLOBOCAN 2000: cancer incidence, mortality and prevalence worldwide.

Version 1.0. IARC CancerBase N° 5. Lyon, IARC Press 2001

19. FLORENCE LAROUSSERIE.

Cancer de la vulve. Hôpital Georges Pompidou, France 2005.

www.educ.necker.fr/cours/cancérologie/kvulve.Pdf.

20. GHARBI O, LANDOLSI A, NOUIRA M, BEN FATMA L.

Le cancer du sein chez la femme âgée en Tunisie. Etude rétrospective à propos de 106 patientes de plus de 65 ans.

Tunis. Méd 2003 ; **81** (9).

21. GIRAUD J R.

Abrégé de gynécologie. Masson, Paris : 1993 ; 345p. P : 96-168

22. KAMINA P.

Anatomie gynécologique et obstétricale. Maloine, Paris : 1984 ; 513p. P:217-478

23. KANAMBAYE D.

Cancers gynécologiques et mammaires : Aspects épidémiologiques et cliniques à l'hôpital du Point G.

Thèse Méd, Bamako, 2003.

24. KASSÉ A. A, DEME A., DIOP M.

Les carcinomes de la trompe : à propos d'un cas de cancers papillaire bilatérale et revue de la littérature.

Méd Afr Noire 2000, **47** (8/9).

25. KOFFI B, DOUI A.

Le cancer à Bangui.

Méd Afr Noire 2002 ; **49** (8/9).

26. LACOUR B.

Incidence et mortalité des cancers en France et en Lorraine.

www.oncolor.org/statistique/chiffres/chiffres_lorrain.htm

27. LA LIGUE CONTRE LE CANCER.

Les cancers de l'appareil génital. Information et prévention.

www.ligue-cancer.asso.fr/IMG/pdf/cancer_agf.pdf

28. LANKAONDE J, SAKANDE B.

Le cancer du col utérin dans le service de Gynécologie – Obstétrique au centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de OUAGADOUGOU (Burkina Faso).
Méd Afr Noire : 1998, **45** (7).

29. LANSAC J, LECOMTE P.

Gynécologie pour le praticien. Masson, Paris : 1999 ; 559p. P (83-95 ; 108-114 ; 135-148 ; 173-186)

30. LARRA F.

Manuel de cancérologie. Douin, Paris : 1989 ; 282p. P: 5-183.

31. LOKOSSOU A.

Contribution à l'étude des tumeurs de l'ovaire (à propos de 91 observations).
Thèse Méd, Cotonou 1978.

32. LYBATHYLY B DIOP M.

Panorama des cancers gynécologiques et mammaires en Mauritanie : Abstract
7ème congrès de la SAGO, SOMAGO II, Bamako 2003. 442 P. P 20.

33. MAIGA B, SY SOW A, TOURE S, DIALLO M.

Etude épidémio-clinique et thérapeutique de la maladie molaire au service de gynécologie et obstétrique du centre de santé de référence de la commune 5 à Bamako.

Abstracts du 7^{ème} congrès de la SAGO. Bamako 2003.

34. MERIC J B, RIXE O, KHAYAT D et al.

Le cancer de l'ovaire. Paris: CHUPS 2004. P: 95.

www.chups.jussieu.fr/polys/cancero/POLY.Chp.12.html

35. MEYE J M, BELEMBOAGA E, N'GOMOKLUTCH J M.

Cancers du sein chez la femme à Libreville: aspects épidémiologique, diagnostic et thérapeutique.

Abstracts du 7^{ème} congrès de la SAGO. Bamako 2003.P 95

36. MOUNZIL C, NEJJAR H, GUELZIN K, CHRAIBI C.

Cancer du sein et grossesse à propos de 12 cas.

Méd Magh : 2001, n° 88.

37. N'GASSA P.

Incidence et mortalité par cancers au Mali.

Thèse Méd. Bamako 2006 ; N°44

38. NOEL G, GENESTIE C, VOTADORO A.

Cancers du col utérin. Cancérologie DCEM 3, Faculté de médecine Pitié-Salpêtrière. Paris 2004.

www.chups.jussieu.fr/programmes/D3/d320032004.doc

39. NOEL G, GENESTIE C, VOTADORO A, LEFRANC J-P.

Cancers de l'endomètre. Paris: CHUPS 2004. Tome 2, 11ème édition

www.chups.jussieu.fr/polys/cancero/POLY.Chp.10.html

40. Parkin DM, Whelan SL, FerLay J, RAYMOND L, YOUNG J.

Cancers Incidence of five continents. Vol. VII, N° 143, Lyon, 1997. 608 P.

P : 597-632.

41. PHILIPPE E, CHARPIN C.

Pathologie gynécologique et obstétricale. Masson Ed, Paris 1993.554P.

42. POIRIER J.

Abrégé d'histologie. Masson Paris : 1988 ; p 20-136.

43. POIRIER J.

Abrégé d'histologie, 4°ed. Masson, Paris : 1993 ; p 205-211.

44. POIRIER J.

Atlas d'histologie : travaux pratiques. Masson Paris : 1988 ; p 84-98.

45. ROUVIERE.

Anatomie humaine descriptive topographique et fonctionnelle. Tome 2. Masson, Paris : 1974 ; 608p.

46. SANGARE R.

Etude des aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cancers gynécologiques et mammaires au service de gynéco-Obstétrique du CSRef CV.
Thèse Méd. Bamako, 2003 ; N°36

47. SANO D, CISSE R, DAO B, LANKOANDEJ, TRAORE S, SOUDRE R, SANOU A.

Le cancer du sein : Problèmes diagnostiques et thérapeutiques au CHU de OUAGADOUGOU.

Méd Afr Noire 1998 ; **45** (5).

48. SCHAAUB S, ALAUZET E, SCHAFFER P.

Epidémiologie descriptive des cancers gynécologiques et mammaires.

Rev Fr Gynécol Obstét 1992 ; **87**, 12 : 577-85.

49. SEGUY B.

Anatomie uro-génitale, glandes endocrines, système nerveux, organes de sens (Fascicule 3). Maloine, Paris : 1983 ; 118p. P : 31-59

50. SOCIETE FRANCAISE DE GYNECO-OBSTETRIQUE

Paris 2003.

51. TRAORE C.

Cancer de la femme au Mali.

Thèse Med. Bamako, 97 ; N°29

52. UZAN S, GAUDET R.

Cancer du sein. Rev Prat 1998 ; **48** : 787-796.

ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE

- Q1. Numéro de la fiche**
- Q2. Numéro de la série**
- Q3. Nom et Prénom**.....
- Q4. Age**.....
- Q5. Profession**
- 1= Ménagère 2= Commerçante
3= Fonctionnaire 4 =Etudiante/ Elève
5= Autres
- Q6. Ethnie**
- 1= Bambara 2= Peulh 3= Malinké
4= Soninké 5= Sénoufo 6= Bozo
7= Bobo 8= Dogon 9= Touaregh/Maure
0 10= Sonhaï 11= Autres
- Q7. Résidence**
- 1= Bamako 2= Kayes 3= Koulikoro
4= Sikasso 5= SEGOU 6= Mopti
7 7=Tombouctou 8 = Gao 9= KidaL
1 10= Autres
- Q8. Date du prélèvement**
- 1= 2000 2= 2001 3= 2002 4 = 2003 5= 2004
- Q9. Base de diagnostic**
- 1= **Histologie** 2= **Cytoponction**
- Q10. Classification selon le siège du cancer**
- 1= Sein 2=Col 3= Corps /Endomètre
4= Ovaires 5= Vagin
6= Vulve 7 = Trompes
- Q11.Type de prélèvement**.....
- 1= Biopsie 2= Tumorectomie 3= Exérèse d'organe
- Q12. Classification selon le type histologique**
- 1 type histologique sein**
- 1= carcinome canalaire infiltrant 2= carcinome squirrheux
3= carcinome lobulaire infiltrant 4= carcinome médullaire
5= carcinome intra canalaire 6= carcinome papillaire
7= carcinome intra lobulaire 8= carcinome colloïdale
9= indéterminé
- 2 Type col**
- 1= carcinome épidermoïde 2= adénocarcinome 3= carcinome à cellules fusiformes

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET HISTOLOGIQUE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES

4= carcinome in situ 5 =léiomyosarcome 6= carcinome indifférencié

3 Type corps/endomètre.....

1= choriocarcinome 2= carcinome indifférencié

3 =carcinome épidermoïde 4= adénocarcinome

4 Type ovaire.....

1= carcinome indifférencié 2=cystadénocarcinome

3= fibrosarcome 4= tumeur maligne de la granulosa

5 Type vagin.....

1= carcinome épidermoïde 2= choriocarcinome 3= carcinome in situ

Type

vulve.....

1=Carcinome épidermoïde 2= autres

Q13. Localisation par rapport à la membrane basale.....

1= In situ 2= Invasif

Q14. Service demandeur.....

1= HGT 2= HPG 3=H KATI

4= HR 5= CSR 6= CSCOM 7= PRIVE

Q15.Différenciation.....

.....

1= bien différencié 2= moyennement différencié 3= peu différencié

Q16.Maturation.....

.....

1= mature 2= immature

Q17.Classification selon

SBR.....

1 = grade I 2 = grade II 3 = grade III

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : MAIGA

Prénom : LEYLA

Titre de la thèse : Etude épidémiologique et histologique des cancers gynécologiques et mammaires ; à propos de 647 cas.

Année universitaire : 2005 – 2006

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie de Bamako.

Secteurs d'intérêt : Anatomopathologie, santé publique, oncologie, gynécologie.

RESUME

Notre étude avait pour but de déterminer la fréquence des cancers gynécologiques et mammaires, et d'en étudier les aspects histologiques à l'INRSP.

Il s'agit d'une étude rétrospective des prélèvements colligés de 2000 à 2004. Cette étude a permis de ressortir 647 cas de cancers gynécologiques et mammaires chez les femmes, sur un ensemble de 3440 cancers enregistrés à l'INRSP durant la même période soit 19,1 %. Par ordre de fréquence, le cancer du col représentait 384 cas (59,4 %) suivi du cancer du sein 195 cas (30 %), du corps de l'utérus 27 cas (4,2 %), de l'ovaire 30 cas (4,6%), de la vulve et du vagin : 5 cas (0,8 %) chacun et la trompe 1 cas (0,2 %).

L'âge moyen était de 47,72 ans. Il existait une différence significative entre les localisations tumorales et l'âge ($p < 0,05$).

Le taux de confirmation histologique était de 95 %.

Les cancers gynécologiques et mammaires chez la femme sont fréquents et présentent les caractéristiques des cancers des pays en développement. Des efforts restent à faire pour la vulgarisation des campagnes de dépistage.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

**Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.**

JE LE JURE !