

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



U.S.T.T-B

FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

THESE N°

THEME

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET
HISTOPATHOLOGIQUES DES CANCERS DU COL DE
L'UTERUS A BAMAKO DE 2016 À 2020 : DONNEES
DU REGISTRE DES CANCERS.**

THESE

présentée et soutenue publiquement le 11/10/2023 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par :

Mme Diallo Mariam A Dembélé

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

Composition du jury :

Président du jury : Mr Bakarou KAMATE, *Professeur*

Membre du jury : Mr Mamadou SIMA, *Maître de Conférences*

Co-Directeur : Mr Bourama COULIBALY, *Maître de Conférences*

Directeur de thèse : Mr Cheick Bougadari TRAORE, *Professeur*

**DEDICACES ET
REMERCIEMENTS**

DEDICACES :

Bismillahi Rahamani Rahimi

Je dédie tout ce travail au **Bon DIEU**, Le Tout Puissant ; Le Miséricordieux, l'Omniscient, l'Omnipotent. Que sa grâce, son pardon et ses bénédictions soient accordés au meilleur de ses créatures notre Prophète **Mohamed** ; Paix et Salut sur lui, sur toute sa famille et sur tous ses compagnons.

J'implore **ALLAH**, le maître de toutes les créatures, détenteur du destin, de nous donner une longue vie pleine de succès, de santé, de prospérité et de nous guider sur le bon chemin, amen.

A mon père : Arouna Dembélé

Cher père, les mots me manquent terriblement pour exprimer mes sentiments aujourd'hui. Tu as toujours été à nos côtés. Tu nous as appris le sens de la dignité, de l'honneur, du respect et de la probité. Tu as toujours été un exemple pour toute la famille, car tu es un travailleur acharné, rigoureux, honnête et exigeant envers toi-même et les autres. Tes conseils et tes bénédictions ne m'ont jamais fait défaut, ainsi que tes soutiens financier, moral, affectif et matériel. Je veux te dire merci, pour toute la confiance que tu as placée en moi depuis le début de mon cycle, pour ce que tu as fait et pour tout ce que tu feras encore pour moi. BA ! que Dieu te bénisse et te donne une longue vie pleine de bonheur et de prospérité. Au nom de mes frères, mes sœurs et moi-même, je te dis merci.

A mes deux mères : Ténin Traoré et Anchata Diamoutènè

Mes chères mères, je vous remercie de m'avoir donné la vie, malgré la distance qui nous sépare. Vos prières, bénédictions et encouragements n'ont jamais fait défauts. Vos sacrifices pour les enfants d'autrui feront de nous ce que vous souhaitiez inchallah. Vous êtes et vous resterez notre fierté de tout le temps. Je ne trouve jamais des mots pour exprimer mon affection et mon admiration. Au nom de mes frères, mes sœurs et moi-même, je vous dis merci et que Dieu vous bénisse et vous garde

aussi longtemps auprès de nous. Que l'avenir soit pour vous un soulagement et une satisfaction.

A ma grand-mère : Salimata Ouattara

Tu es une grand-mère merveilleuse, comme une mère, car tu as joué le rôle d'une mère pour moi. Ce travail est le tien, brave femme, dévouée, courageuse, croyante, généreuse, sociable et naturelle. Toute ta vie a été un combat pour le bien être de tes enfants et pour nous tes petits enfants. Tu as été particulièrement au centre de ma vie, une vie à laquelle tu as donné un sens, celui dont tu as toujours rêvé. Tes prières, tes sacrifices pour les enfants d'autrui feront de moi ce que tu souhaites inshallah. Mah ! Que Dieu te bénisse et te garde aussi longtemps auprès de moi. Que l'avenir soit pour toi un soulagement et une satisfaction.

A mon mari : Mohamed Diallo

Chéri, sache qu'en toi j'ai trouvé les qualités recherchées en un homme. Ton affection, ton soutien moral et matériel ne m'ont jamais fait défaut. Ta patience, ta simplicité, ta piété ont fait naître en moi un amour infini. C'est le moment pour moi de témoigner toute ma reconnaissance et tout mon amour. Je prie Le Tout Puissant pour qu'il fortifie notre amour, qu'il soit au contrôle de notre vie au quotidien. Mon cœur, une fois de plus merci et ce travail est aussi le tien !

A mes enfants : Moussa et Kadia Founè

Je n'ai pas beaucoup vécu, mais en peu de temps j'ai eu la chance d'expérimenter plusieurs types d'amour : l'amour pour mes parents, pour mes frères et sœurs, pour mon époux bien aimé et le vôtre.

Mes bébés, vous êtes tout pour moi aujourd'hui. Grâce à vous je me rends compte que je n'ai pas vécu inutilement. Vous êtes une grâce pour moi et ce travail est le vôtre. Dieu fasse qu'en grandissant vous soyez un baume pour mon cœur. Dieu fasse que vous soyez meilleurs que moi et votre père. Car ceci est le rêve de toute mère, que le fruit de ses entrailles soit le meilleur.

Je vous aime, gloire à Dieu.

A mes oncles : Feu Diakaridia Traoré et Feu Bourama Traoré

Mes chers oncles, j'aurai tant aimé que vous soyez présent aujourd'hui ! Vous êtes incontestablement ceux qui ont rendu ce jour possible en m'accompagnant durant tout le parcours. Que Dieu, le tout puissant, vous couvre de sa sainte miséricorde et vous accueille dans son éternel paradis.

A mon amie : Mme Sangaré Kadidiatou Diarra dite Batoma

Tu es une amie, confidente merveilleuse. Tu as toujours été là pour moi. Ensemble nous avons traversé des moments, parfois pénibles mais nous en sommes sorties encore plus fortes et plus soudées. Tu m'as démontré que le lien d'amitié peut être plus fort que le sang. Ce travail est aussi le tien ! Puisse Le Bon Dieu t'accorder une longue vie et une meilleure santé.

A mes oncles : Sidiki, Aguibou, Amadou dit Adj, Kalifa, Yacou, Boubacar, Issa, Abdramane, Drissa

Mes chers oncles, vos conseils et bénédictions ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail est aussi le vôtre. Qu'Allah vous accorde une longue vie et bonne santé.

A mes chers grand-parents : feu Salia Dembélé, feu Boubacar Traoré, feu Issa Traoré, Moussa Traoré, Korotoumou Berthé, Coumba Diop, Salimata Ouattara, Mariam Dicko et feu Worokia N'Goni :

Mes chers grand-parents, retrouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et de tout mon respect. Que Dieu vous donne longue vie plein de santé, bonheur, et paix aux âmes des disparus, que Le Tout Puissant vous accorde son éternel paradis.

A mes tantes : Aïssata Dicko, Aminata, feu Gogo, Aïssata, Ina, Baro, Safiatou, Mariétou, Kadia, Maman, Batoma, sans oublier les autres

Retrouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et de tout mon respect.

A mes frères et sœurs : Diakaridia, feu Chaka, Maïmouna, Wassa, Kadia, Sali, Fatim, Sanata, Abi, Korotoumou, Barakissa, Amadou, Alassane, Fouseyni

La fraternité n'a pas de prix comme on le dit. J'espère qu'elle restera toujours un lien sacré pour nous. Trouvez tous ici l'expression de mon fraternel amour. Ce travail est tout à fait à votre honneur.

A mes cousins et cousines : Drissa, Salimata, Issa, Fatoumata, Fatim, Aïssata

Je vous remercie de vos encouragements, que Dieu renforce nos liens fraternels.

A mes neveux et nièces : Tènè, Barakissa, Moussa, Salia, Anchata, sans oublier les autres

Merci pour votre soutien et votre aide, vraiment les mots me manquent pour vous remercier.

Je vous dédie ce travail en vous souhaitant succès, bonheur et longue vie.

A mon amie : Mme Kouma Nana Kouma

Tu es une amie, une confidente merveilleuse. Tu as toujours été là pour moi. Je te remercie sincèrement pour la bonne collaboration. Tu m'as démontré que le lien d'amitié peut être plus fort que le sang. Je te dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite.

A ma belle-famille : Boubacar, Ousmane, Niélé Coulibaly dite Bahini

Merci pour votre soutien, les mots me manquent pour vous remercier.

Je vous dédie ce travail en vous souhaitant succès, bonheur et longue vie.

REMERCIEMENTS :

Mes remerciements vont à l'endroit de toutes les personnes bienveillantes et de bonnes volontés qui m'ont soutenu jusqu'à la fin de ce travail.

À ma chère patrie : Le Mali, je suis très fière d'être malienne.

A mes enseignants :

Du premier cycle au lycée

De la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie (F.M.O.S)

Merci pour la qualité de l'enseignement que vous nous avez dispensé avec compétence et dévouement.

A tout le personnel du service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU du point G :

Professeurs : Cheick B TRAORE, Bakarou KAMATE et Bourama COULIBALY.

Qu'ALLAH Le Tout Puissant vous donne une longue vie et une bonne santé.

Docteurs spécialistes : Mamadou Keïta, Rokia Maïga, Tamaki Sissoko, Sega Diakité, Mamadou Touré, Aliou Bina Diarra, Mama Diarra, Safiatou Touré, Abdoul Karim Cissé, Mantia Sanogo.

Docteurs DES : Hawa Traoré, Aboubacar Yarro, Mayi, Diabaté, Diarra, Bintou Kanté.

Je vous remercie très sincèrement pour l'enseignement, l'accompagnement, les encouragements, le respect et la formation reçus.

Aux techniciens, secrétaires et manœuvres du service : Sow, Yabéma, Tonton Yacouba, Youssouf, Djoba, Aminata, Djélikani, Alou et Konimba

Je vous remercie pour la bonne collaboration.

A mes collègues et amis : Int Nana, Int Aïssata, Int Safi, Int Lémité, Int Diariatou, Dr Djamoye, Int Fatim, Mariam, Siaou Dramé, Oumou, Dr Souleymane Sanogo, Int Youssouf Traoré, Int Kariba Sanogo, Dr Adama

Diarra, Soumaïla Dao, Dr Guindo, Dr Keïta, Dr Sidibé, Dr Coulibaly, Dr Kanté, Dr Méa.

Sachez que je serai souvent nostalgique des moments agréables passés ensemble.
Je vous remercie sincèrement pour la bonne collaboration. Retrouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et de tout mon respect.
Je vous remercie infiniment !

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY :

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY :

Professeur Bakarou KAMATE

- ✚ Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la F.M.O.S ;
- ✚ Chercheur et Praticien hospitalier au CHU du Point G ;
- ✚ Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus et du registre national des cancers du Mali ;
- ✚ Secrétaire général de la Division d'Afrique Francophone de l'Académie Internationale de Pathologie (D.A.F. /A.I.P.) ;
- ✚ Secrétaire général de la Société Malienne de Pathologie (S.M.P) ;
- ✚ Secrétaire du Réseau des Médecins Ouest Africains.

Honorable Maître,

Permettez-nous de vous adresser nos sincères remerciements pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Votre compétence, vos qualités pédagogiques et humaines, votre disponibilité, nous ont marqué dès notre premier abord. Votre intérêt pour la ponctualité et le sérieux dans le travail impose respect et admiration. Ce fut un véritable privilège pour nous de compter parmi vos étudiants. Merci pour votre aide et votre soutien à l'élaboration de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude et notre profond respect.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE:

Pr Mamadou SIMA

- ✚ Maître de conférences en gynécologie-obstétrique à la FMOS;
- ✚ Gynécologue obstétricien ;
- ✚ Chargé de cours à l'Institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS) ;
- ✚ Praticien hospitalier au CHU du point G.

Cher Maître,

Nous vous sommes infiniment reconnaissantes d'avoir accepté aimablement de juger ce travail. Vos connaissances scientifiques et votre approche facile nous ont beaucoup impressionné. Que ce travail soit une occasion de vous exprimer, cher Maître, notre respect et notre admiration les plus sincères.

À NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE :

Pr Bourama COULIBALY

- ✚ Maître de conférences en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la FMOS ;
- ✚ Praticien hospitalier au CHU du Point G ;
- ✚ Collaborateur du registre national des cancers du Mali ;
- ✚ Secrétaire général adjoint de la Société Malienne de Pathologie (S.M.P).

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur d'accepter de codiriger ce travail malgré vos innombrables occupations.

Votre simplicité, votre grandeur humaine et surtout votre rigueur scientifique tout au long de ce travail nous ont marqué. Vos qualités intellectuelles, vos capacités pédagogiques, votre simplicité, votre amour du travail bienfait font de vous un formateur remarquable et apprécié de tous.

Reconnaissez en ce travail cher maître le fruit de vos efforts et de vos encouragements.

À NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE :

Professeur Cheick Bougadari TRAORE

- ✚ Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la F.M.O.S ;
- ✚ Chef du Département d'Enseignement et de Recherche en Sciences Fondamentales à la FMOS ;
- ✚ Chercheur et praticien hospitalier au CHU du Point G ;
- ✚ Chef de service du laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques au CHU du Point G ;
- ✚ Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus et du registre national des cancers du Mali ;
- ✚ Président de la Société Malienne de Pathologie (S.M.P).

Cher maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme directeur de thèse. Vos connaissances scientifiques et vos qualités humaines mais surtout votre personnalité joviale sont tant de qualités qui font de vous un maître admiré et un exemple. Malgré vos multiples occupations vous avez pu nous trouver un temps. Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en nous confiant cette tâche. Ce travail est le fruit de la franche et instructive collaboration sous votre direction au sein du service. Trouvez ici cher maître l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS :

ADK:	Adénocarcinome
AI:	Collaborateurs
AGUS:	Atypical Glandular Cells of Undetermined Significance
ASCUS:	Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance
CAN REG-4 :	Cancer Registor-4
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CIM-O :	Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie
CIN/NCI :	Néoplasie Cervicale Intra-épithéliale
CIRC :	Centre International de Recherche sur le Cancer
CIS :	Carcinome In Situ
CNAM :	Centre National d'Appui et de lutte Contre la Maladie
CNOS :	Centre National d'OdontoStomatologie
CNR :	Comité Nationale des Registres
DAF/AIP :	Division d'Afrique Francophone de l'Académie Internationale de Pathologie
DES :	Diethylstilbestrol
FIGO :	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
FMOS :	Faculté de Medecine et d'OdontoStomatologie
HLA-DQB1 :	Antigène Leucocytaire Humain
HPV/VPH :	Human Papilloma Virus/ Virus du Papillome Humain
INFSS :	Institut National de Formation en Sciences de la Santé
INRSP :	Institut National de Recherche en Santé Publique
IOTA :	Institut Ophtalmologique de l'Afrique Tropicale
JPC :	Jonction Pavimento-Cylindrique
LED :	Lupus Erythémateux Disséminé
MST :	Maladie Sexuellement Transmissible

- OMS :** Organisation Mondiale de la Santé
- pTNM :** p = pathologie, T =Tumeur, N =Nodule, M= Métastase
- SMP :** Société Malienne de Pathologie
- TNM :** Tumeur Ganglion Métastase
- TR :** Toucher Rectal
- TV :** Toucher Vaginal
- USTTB :** Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
- VIH :** Virus de l'Immuno-Déficiencce Humaine

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES :

Figure 1: Coupe sagittale des appareils pelviens [24].....	6
Figure 2: Coupe frontale de l'appareil génital féminin [17].	7
Figure 3: Epithélium pavimenteux stratifié de l'exocol [18].	8
Figure 4: Epithélium cylindrique de l'endocol [18].	9
Figure 5: Microphotographie du col utérin montrant la JPC [18].	10
Figure 6: Aspect macroscopique de col de nullipare [25].	11
Figure 7: Aspect macroscopique de col de multipare [25].	12
Figure 8: Aspect macroscopique d'une tumeur bourgeonnante du col utérin [26].	18
Figure 9: Coupe histologique d'un carcinome épidermoïde mature et invasif [24].	19
Figure 10: Coupe histologique d'un adénocarcinome invasif du col [24].	19
Figure 11 : CHU du point G.....	24
Figure 12: Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques.	25

LISTE DES TABLEAUX

LISTES DES TABLEAUX :

Tableau I: Classification p TNM (7 ^{ème} éd) /FIGO 2009[11].	22
Tableau II : Corrélation entre différentes classifications.	23
Tableau III : Répartition des cas selon l'année de diagnostic.	29
Tableau IV : Répartition des cas selon l'âge.	30
Tableau V : Répartition des cas selon la structure de provenance.....	30
Tableau VI : Répartition des cas selon l'ethnie.	31
Tableau VII : Répartition des cas selon la base de diagnostic.....	32
Tableau VIII: Répartition des cas selon le type histologique.	32
Tableau IX : Répartition des cas selon l'âge et le type histologique.	33

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES :

I. INTRODUCTION :	1
II. GENERALITES :	3
1.Rappels sur le registre des cancers :	3
2. Généralités sur le cancer du col de l'utérus :	5
3. Diagnostic clinique :	15
4. Evolution et pronostic :	20
5. Classification : pTNM	22
III. MATERIEL ET METHODES :	24
1.Cadre et lieu d'étude :	24
2. Type d'étude :	26
3. Période d'étude :	26
4. Population d'étude :	26
5. Echantillonnage :	26
6. Plan et collecte des données :	27
7. Plan de traitement des données :	27
8. Considération éthique :	28
IV.RESULTATS :	29
1. Résultats descriptifs :	29
2. Résultats analytiques :	33
V.COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	34
1. Limites :	34
2. Aspects épidémiologiques :	34
3. Données anatomopathologiques :	35
VI. CONCLUSION :	37
VII. RECOMMANDATIONS :	38

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :40
ANNEXES48

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION :

Le cancer du col de l'utérus est une néoformation tissulaire due à une prolifération cellulaire excessive, anormale, anarchique et autonome, détruisant le col de l'utérus avec envahissement local et à distance [1]. Il prend naissance sur le col utérin à la jonction pavimento-cylindrique pour se présenter sous deux formes histologiques : Le carcinome épidermoïde ou squameux : le plus fréquent avec 95% et, l'adénocarcinome plus rare [2].

A l'échelle mondiale, le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes avec environ 604000 nouveaux cas en 2020. Sur les quelques 342000 décès dû au cancer du col de l'utérus en 2020, environ 90% surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire [3].

En Europe, il occupe le neuvième rang des cancers féminins en termes d'incidence, avec 30400 nouveaux cas en 2004 et le deuxième rang en termes de mortalité avec 13500 décès en 2004 [4].

De fortes incidences sont observées en Afrique avec des taux supérieurs à 50 pour 100000 femmes, et les taux de mortalité standardisés sur l'âge dépassant parfois 40 sur 100000 femmes. Ainsi de nouveaux cas diagnostiqués étaient au Burkina Faso de 1230 nouveaux cas avec 838 décès ; en Côte d'Ivoire de 1601 nouveaux cas avec 1095 décès et au Mali de 1491 nouveaux cas avec 1010 décès en 2008 [5].

Dans les pays en développement comme le nôtre, près de la moitié des cancers du col de l'utérus n'est pas diagnostiqué ou est déjà incurable au moment de leur diagnostic [6]. Il représente la première cause de mortalité chez les femmes d'une cinquantaine d'années et la deuxième cause après la mortalité maternelle chez la jeune et la multipare [7]. Il est actuellement bien établi que le papillomavirus humain (HPV) est l'agent pathogène principal du cancer du col utérin. D'autres facteurs sexuels et non sexuels interviennent comme cofacteurs de la progression de l'infection à HPV vers le cancer du col de l'utérus [8].

Au Mali, le cancer du col utérin vient en 2^{ème} position des cancers féminins ; en 3^{ème} position de tous les cancers avec une fréquence de 22,80 pour 100000 habitants [9]. Ce qui fait de cette maladie l'une des plus graves menaces qui pèse sur la vie des femmes. Ainsi pour actualiser les données, ce travail a été initié avec des objectifs suivants :

OBJECTIFS :

➤ **Objectif général :**

- Décrire les aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers du col de l'utérus dans le service d'anatomie et cytologie pathologiques au CHU point G.

➤ **Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence des cancers du col de l'utérus ;
- Décrire les aspects socio-démographiques des patientes atteintes de cancers du col de l'utérus ;
- Décrire les aspects histologiques des cancers du col de l'utérus.

GENERALITES

II. GENERALITES :

1.Rappels sur le registre des cancers :

1.1. Définition :

A priori, le terme registre n'a pas de connotation scientifique et évoque plutôt une forme de recensement administratif destiné à de simple dénombrement [10].

Dans le domaine médical, un registre est constitué par l'enregistrement permanent et exhaustif à partir d'une date donnée, de tous les cas d'une maladie survenant dans une population définie. Ainsi le registre de cancers concerne tous les nouveaux cas de cancers survenus dans la population d'une aire géographique définie. Selon le comité national des registres CNR, créé en France en 1986, un registre est défini (arrêté du 06 novembre 1995) comme étant : (un recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant un ou plusieurs évènements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique, par une équipe ayant les compétences appropriées).

Selon qu'ils tiennent compte de toutes les tumeurs malignes ou non, on distingue :

- **Les registres dits généraux :** Ils collectent des informations sur l'ensemble des tumeurs survenant dans la population.
- **Les registres dits spécialisés :** Ils recensent que certains cancers tels que les registres des cancers digestifs, des cancers hématologiques ou des tumeurs de l'enfant.

Dans les deux cas, les registres sont divisés en deux grandes catégories : les registres des cancers hospitaliers et les registres des cancers de population [11].

1.2. Historique des registres des cancers :

Les premières tentatives pour mesurer la survenue du cancer remontent au début du XX^{ème} Siècle dans plusieurs pays européens, plus particulièrement en Allemagne, où l'on a essayé en 1990 d'enregistrer tous les patients cancéreux sous traitement. Des questionnaires ont été adressés à tous les médecins du pays, afin de déterminer la

prévalence du cancer au 15 octobre 1900 [11]. En Europe, le pionnier de l'enregistrement des cancers était le Danemark, où a été fondé depuis 1942 par Johannes Clemmensen, le premier système national d'enregistrement des cas. En France le premier registre a vu le jour dans le département du Bas-Rhin en 1975, créé par l'équipe du Pr. P. Schaffer [10].

En Afrique le premier registre a vu le jour en Ouganda en 1951. Plusieurs pays par la suite, se sont lancés dans l'enregistrement des cancers : le Sénégal en 1974 ; l'Ile de la Réunion en 1988 ; l'Algérie à Sétif en 1989 ; le Cameroun en 1994 et la Côte d'Ivoire en 1994 [12].

Le registre des cancers du Mali a vu le jour en 1986 sous l'impulsion de l'équipe du Pr. Siné Bayo. Depuis sa création, il a fait l'objet de nombreuses publications notamment dans le cancer Incidence In Five Continents, portant sur les périodes 1988-1992 [13] et 1994-1996 [14]. Il se caractérise par sa régularité et l'actualisation constante de ses données.

1.3. Fonctionnement des registres des cancers de population [11] :

Le registre des cancers organise le recueil systématique des informations concernant les personnes atteintes de cancer, le stockage de ces informations, leurs analyses et l'interprétation des données.

1.4. Rôle des registres des cancers en épidémiologie :

Selon Last JM, [15] : L'épidémiologie étudie dans une population donnée, la répartition de différents états de santé ou phénomènes de santé et leurs déterminants.

Les résultats de cette étude permettent de lutter contre les problèmes de santé [15].

Les registres des cancers jouent un rôle important en épidémiologie, car ils permettent d'estimer la prévalence et l'incidence du cancer de la population concernée. Leurs données sont utilisées pour planifier et évaluer des programmes de lutte contre le cancer, en établissant l'ordre des priorités, en fournissant l'information nécessaire aux prévisions concernant les besoins futurs et en

permettant de suivre la survenue de cancers en relation avec la prévalence des facteurs de risque importants. De plus, les données statistiques de la survie permettent d'évaluer et de surveiller l'efficacité des programmes de dépistages et des traitements des cancers [16].

1.5. Le registre des cancers du Mali :

Le registre des cancers du Mali a été créé en janvier 1986 dans le service d'anatomie pathologique de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP).

Le registre a vu le jour grâce au Pr. Siné BAYO, directeur du registre. Il travaille avec certains collaborateurs nationaux et internationaux.

Depuis sa création à nos jours, le registre est soutenu par le service d'épidémiologie descriptive du centre international de recherche sur le cancer (CIRC) à travers un accord de recherche.

Le registre des cancers du Mali est un registre de population. Initialement, il couvrait la population de Bamako, la capital et ses environs.

2. Généralités sur le cancer du col de l'utérus :

2.1. Rappels anatomique et histologique :

➤ **Rappel anatomique [17] :**

Le col utérin est la portion fibro-musculaire basse de l'utérus.

Il comprend :

- Une partie supérieure au-dessus du vagin qui se continue par le corps de l'utérus au niveau de l'orifice interne du canal cervical.
- Une partie intra vaginale ou < portio vaginalis > de forme cylindrique, elle mesure 3-4 cm de longueur et 2,5-3,5 cm de diamètre. Ces dimensions peuvent cependant varier en fonction de l'âge, de la parité et du statut menstruel. Le col de la femme qui a accouchée est plus volumineux.
- Le canal endocervical met en relation la cavité utérine et le vagin. Il est de forme fusiforme en partant de son centre, il s'amincit et se termine en pointe à chaque

extrémité (orifices externe et interne du col). En son point le plus large, le diamètre du canal mesure en général 6-8 mm.

Quand on place le speculum, la partie visible du col est l'exocol. Il s'étend à l'extérieur de l'orifice externe ; la partie qui s'étend à l'intérieur de l'orifice externe est l'endocol.

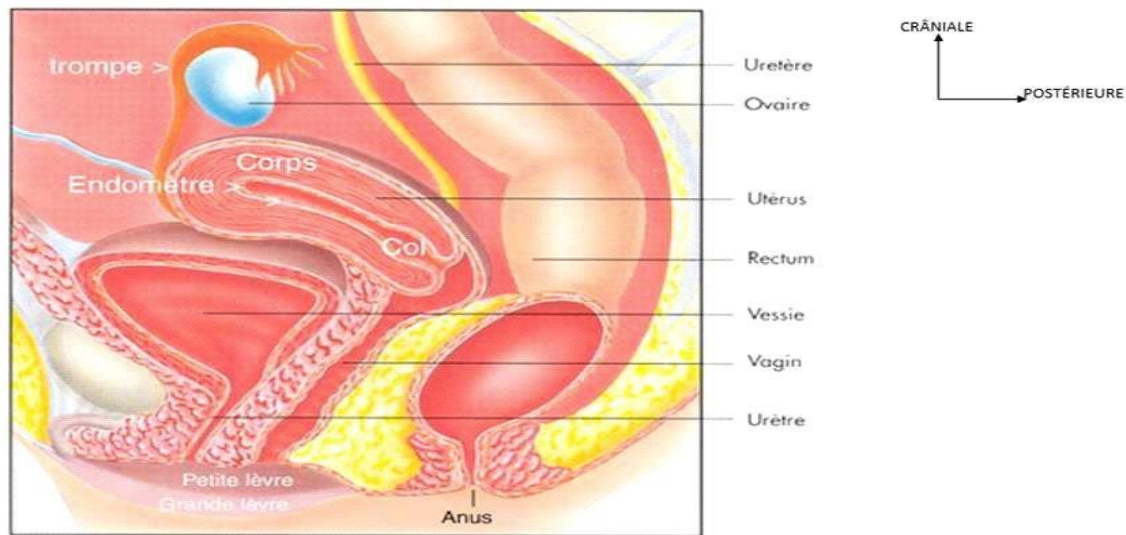


Figure 1: Coupe sagittale des appareils pelviens [24].

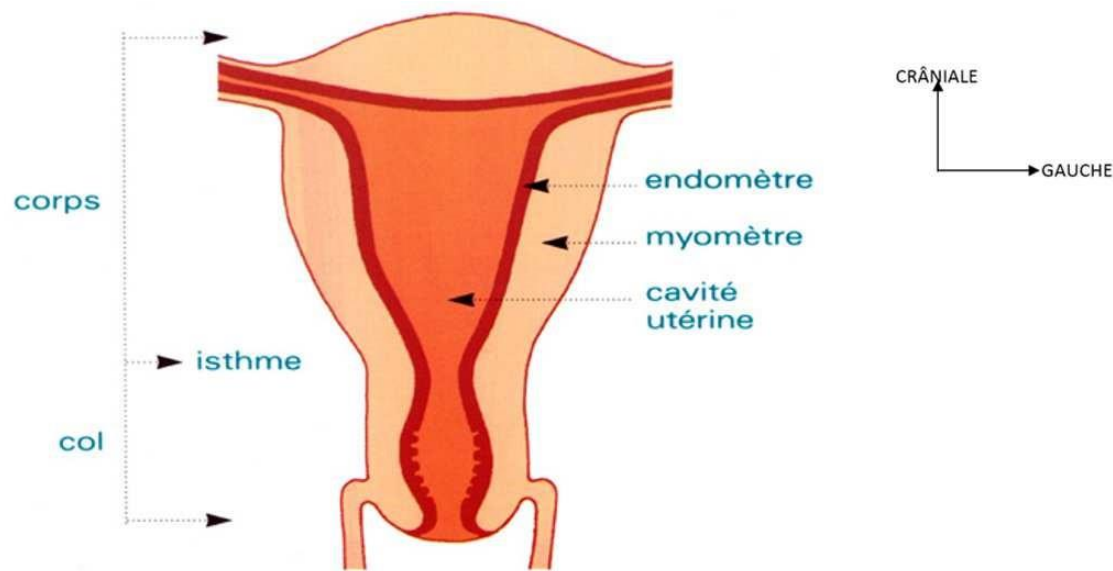


Figure 2: Coupe frontale de l'appareil génital féminin [17].

➤ **Rappel histologique :**

Il est indispensable pour comprendre les aspects physiologiques et pathologiques du col.

La portion intra- vaginale du col de l'utérus comprend une muqueuse exocervicale et une muqueuse endocervicale qui sont normalement contiguës sur une ligne exocervicale appelée zone de jonction pavimento-cylindrique (JPC). En dessous de ces deux muqueuses existe du tissu conjonctif à composante musculaire dominante. En effet ce tissu est intéressé au stade invasif de la maladie [18].

L'exocol :

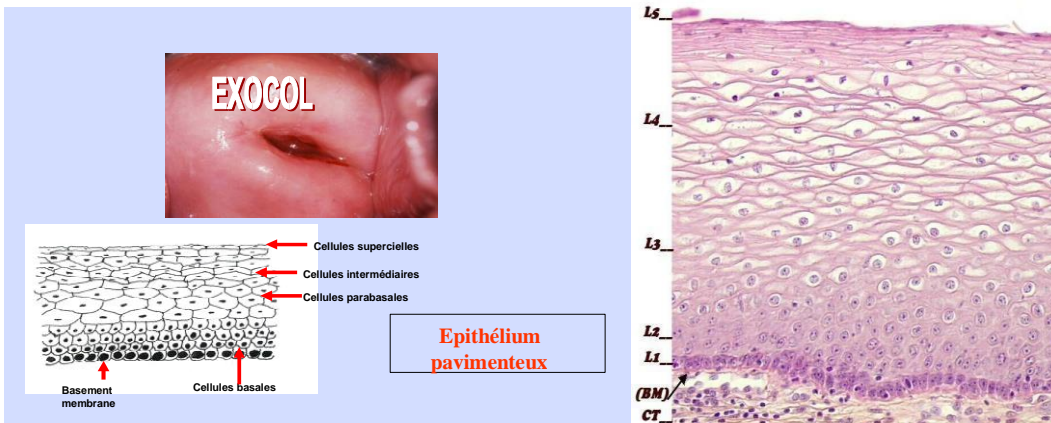


Figure 3: Epithélium pavimenteux stratifié de l'exocol [18].

Il est normalement recouvert par un épithélium pluristratifié de type pavimenteux ou malpighien non kératinisé à peu près identique à celui qui tapisse la paroi vaginale.

Il est chargé en glycogène et reparti en cinq couches qui sont de la profondeur à la périphérie :

- ✓ La couche germinatrice ou basale profonde : Elle est faite d'une seule assise de cellules de petites tailles, de forme cylindrique, tassées les unes contre les autres en palissade le long de la membrane basale.
- ✓ La couche basale externe : Elle est formée par 3 ou 4 assises de cellules analogues mais un peu plus volumineux. On retrouve des mitoses dans les cellules les plus profondes.
- ✓ La couche intermédiaire : Elle est formée de 5 à 6 couches de cellules plus volumineux, polyédriques et séparées par un espace intercellulaire. Ces cellules ont un cytoplasme abondant et clair qui contient beaucoup de glycogène.
- ✓ La couche superficielle ou zone de kératinisation intra-épithéliale de DIERKS : Elle est formée par 6 à 8 couches de cellules qui s'aplatissent progressivement vers la surface. Leur membrane est épaisse, leur cytoplasme occupe par du glycogène que le Lugol colore en brun acajou, leur noyau est petit et homogène.

- ✓ La zone de desquamation : Elle est constituée de cellules qui se détachent facilement de la surface de la muqueuse. Elles desquament isolément et gardent leurs noyaux. Elles constituent les étalements du frottis exocervical.

✚ L'endocol :

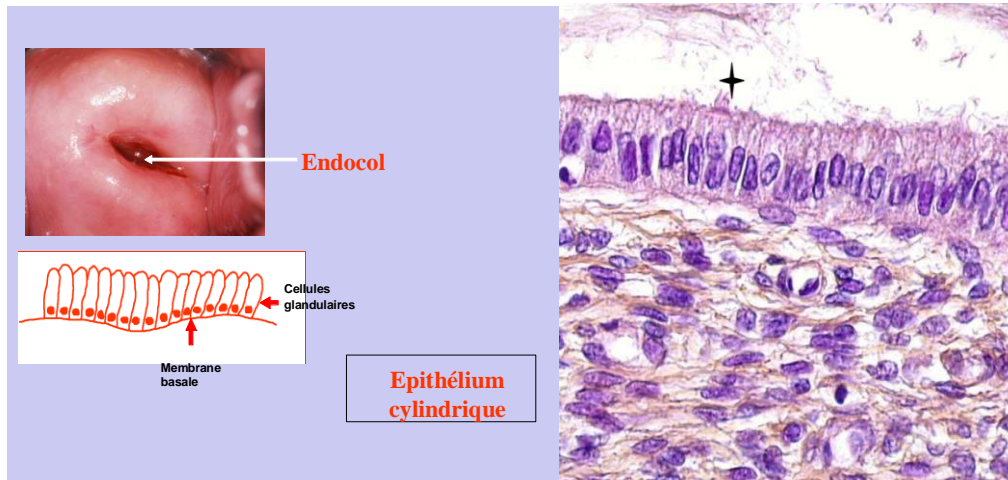


Figure 4: Epithélium cylindrique de l'endocol [18].

Il est tapissé par un épithélium uni stratifié mucosécrétant. Les cellules sont cylindriques à noyau basal et à cytoplasme clair mucosécrétant. L'épithélium de l'endocol est plissé en crypte ressemblant faussement à des glandes. Son renouvellement s'effectue à partir des cellules de réserve encore indifférenciées, disposées en couches discontinues. Dans certaines conditions pathologiques, ces éléments se multiplient et présentent une différenciation malpighienne à l'origine des épithéliums métaplasiques.

✚ La jonction pavimento-cylindrique ou jonction exo-endocol :

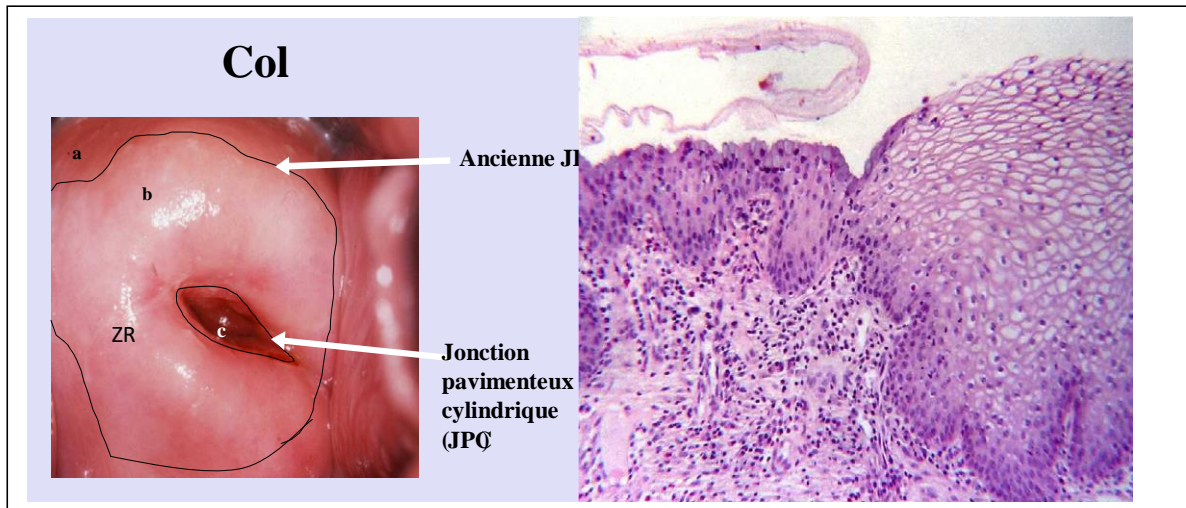


Figure 5: Microphotographie du col utérin montrant la JPC [18].

Normalement, elle correspond exactement à l'orifice cervical externe c'est-à-dire la réunion de deux épithéliums de hauteur différente : l'un malpighien pluristratifié et l'autre cylindrique uni stratifié. Mais en pratique sa structure et sa topographie varient avec l'âge.

- ✓ Chez la fillette et la nullipare : l'orifice est presque fermé sauf au moment de l'ovulation et des menstruations.

La jonction est un cercle parfait et l'on passe le plus souvent sans transition d'un épithélium à l'autre.

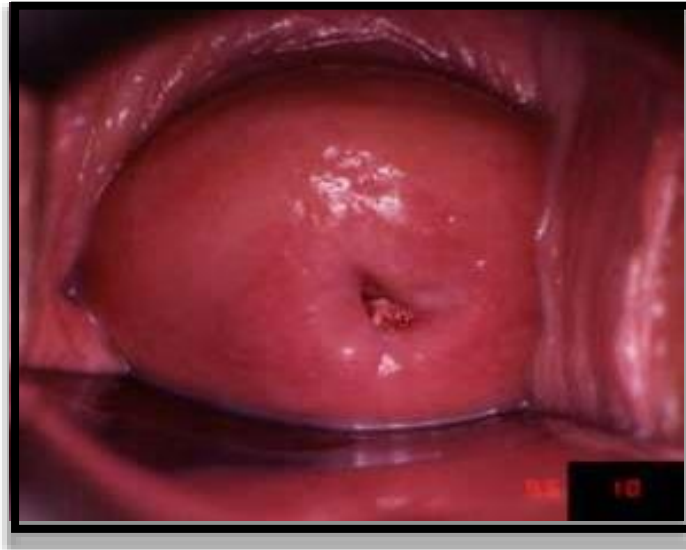


Figure 6: Aspect macroscopique de col de nullipare [25].

- ✓ Chez la multipare : La béance de l'orifice cervical, ses déchirures lors de l'accouchement, rendent la jonction imprécise et sa localisation variable d'un point à un autre par suite de l'éversion de la muqueuse cylindrique endocanalaire qui la déporte vers l'exocol (ectropion).

Il se constitue alors entre deux épithéliums une zone transitionnelle d'origine métaplasique appelée zone de transformation ou de remaniement qui mesure d'après Flush Mann F 6mm de long en moyenne (1-10mm) chez l'adulte.

La zone de transformation est une zone particulièrement fragile, ulcérable qui subit des remaniements mécaniques et inflammatoires incessants rendant précaire sa consolidation d'où l'existence d'une variable pathologie de la jonction qui constitue en fait le point de départ des cancers.



Figure 7: Aspect macroscopique de col de multipare [25].

- ✓ Chez la femme ménopausée : Cette jonction est aspirée dans le canal endocervical. L'orifice du col apparaît tapissé d'un épithélium malpighien normalement stratifié, souvent même épais, hyper- mature, plus ou moins kératinisé, en continuité direct avec les franges cylindriques intra- canales par le truchement d'un épithélium métaplasique de stratification croissante.

2.2. Histoire naturelle du cancer du col :

Elle montre en effet qu'il se constitue sous l'égide du virus HPV (Human Papillomavirus). Il existe des lésions précurseuses qui évoluent pendant 10 à 15 ans avant de donner le cancer.

Plusieurs appellations ont été consacrées par les différentes classifications :

- ✚ Dysplasies,
- ✚ Néoplasies intra épithéliales (CIN),
- ✚ Lésions précancéreuses de bas et de haut grade.

La survenue d'un cancer du col pourrait donc être assimilée à une longue période de négligence de la part des femmes et des agents de santé.

Typiquement, elles sont infra-cliniques [20, 21].

Le cancer malpighien in situ est constitué par l'atteinte de toute la hauteur de l'épithélium malpighien sans rupture de la membrane basale.

Ces anomalies histologiques associent des anomalies architecturales (hyperplasie des couches cellulaires, maturation cellulaire absente) à des anomalies cytonucleaires (noyaux volumineux et mitoses nombreuses et anormales).

L'invasion débute de façon punctiforme, les cellules parabasales envahissent le tissu conjonctif sous-jacent. La profondeur de cette invasion conditionne l'envahissement lymphatique et vasculaire.

L'extension ganglionnaire, précoce, intéresse tout d'abord les ganglions paracervicaux puis les chaînes iliaques externes et celles de la bifurcation iliaque primitive. Cette invasion est progressive et il est exceptionnel que les ganglions à distance ne soient envahis sans atteindre des ganglions proximaux qui jouent le rôle de ganglions sentinelles.

Localement, l'extension s'effectue tout d'abord au vagin et aux paramètres. L'invasion des paramètres menace rapidement l'uretère qui peut être envahi et retentir sur le rein sus-jacent. L'invasion par voie sanguine est tardive et provoque des métastases hépatiques et pulmonaires [22].

2.3. Épidémiologie :

A l'échelle mondiale, le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes avec environ 604000 nouveaux cas en 2020. Sur les quelques 342000 décès dus au cancer du col de l'utérus en 2020, environ 90% surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire [3].

En Europe, il occupe le neuvième rang des cancers féminins en termes d'incidence, avec 30400 nouveaux cas en 2004 et le deuxième rang en termes de mortalité avec 13500 décès par ans en 2004 [4].

De fortes incidences sont observées en Afrique avec des taux supérieurs à 50 pour 100000 femmes, et les taux de mortalité standardisés sur l'âge dépassant parfois 40 sur 100000 femmes. Au Burkina Faso on avait 1230 nouveaux cas avec 838 décès ; en Côte d'Ivoire 1601 nouveaux cas avec 1095 décès et au Mali 1491 nouveaux cas avec 1010 décès par ans en 2008 [5].

Au Mali, le cancer du col vient en 2^{ème} position des cancers féminins ; en 3^{ème} position de tous les cancers avec une fréquence de 22,80 pour 100000 habitants [9].

2.4. Facteurs de risque et facteurs étiologiques [23] :

Ce qui est unanimement retenu aujourd'hui, c'est la liaison avec l'activité sexuelle.

- ✚ Précocité des premiers rapports sexuels généralement avant 17 ans.
- ✚ Multiplicité des partenaires sexuels.
- ✚ Mariage avant 20 ans.
- ✚ Multiparité, plus de 5 accouchements dont le 1^{er} avant 20 ans.
- ✚ Hygiène sommaire et accumulation de MST.
- ✚ Bas niveau socio-économique.
- ✚ Human Papilloma Virus (à l'origine aussi des condylomes) en particulier les sous classes 16 et 18.
- ✚ Herpes virus type 2 (plutôt en tant que facteur de risque associé).
- ✚ Tabac est également un facteur de risque important.
- ✚ Refus du dépistage.
- ✚ Etat d'immunodépression (VIH, transplantation rénale, LED).
- ✚ Groupe tissulaire HLA-DQB1.
- ✚ Exposition in utéro au DES (diethylstilbestrol) surtout pour le type adénocarcinome.

NB : Les facteurs de risque sont dominés par l'activité sexuelle, car le risque relatif s'aggrave lorsque l'âge du 1^{er} rapport s'abaisse et que le nombre de partenaires sexuels du conjoint s'accroît. Les méthodes barrières de contraception (préservatif,

diaphragme, cape) ont un rôle protecteur, et les œstroprogestatifs semblent augmenter le risque tout au moins s'ils sont pris pendant cinq ans.

2.5. Dépistage [22] :

Frottis :

Il permet de prélever les cellules qui desquament de l'épithélium pavimenteux exocervical. Il doit intéresser la zone de jonction pavimento-cylindrique où les lésions sont habituellement les plus graves.

Le frottis cervico-vaginal de dépistage doit être effectué au moins une fois tous les trois ans. En effet la moyenne de transformation d'une dysplasie de haut grade en cancer invasif avoisine de 3-4 ans.

Néanmoins certaines formes sont extrêmement évolutives (femme < 35 ans) et leur dépistage semble difficile, voire impossible.

Colposcopie :

Examen à la loupe binoculaire du massif cervical, doit être effectué dès que l'aspect des frottis évoque une lésion histologique dysplasique (de haut ou bas grade). Le test au lugol met en évidence une zone iodo- négative.

Si la JPC est totalement visible, une biopsie à la pince est accomplie.

Si la JPC n'est pas vue en totalité car partiellement ou totalement endo- cervicale, il convient d'effectuer une conisation diagnostique afin d'examiner la lésion en totalité.

L'examen histologique des biopsies cervicales ou de la pièce de conisation permet de différencier le carcinome in situ ou la néoplasie cervicale intra- épithéliale de stade 3, qui respecte la basale du carcinome invasif où la basale est rompue.

3. Diagnostic clinique [22] :

3.1. Asymptomatique :

Le cancer de diagnostic para clinique est dépisté par un frottis cervico- vaginal systématique. Idéalement le cancer du col de l'utérus devrait être diagnostiqué à ce stade, la patiente bénéficiant d'un pronostic aussi bon que possible.

Le diagnostic est posé par l'examen histologique des biopsies effectuées et orientées par la colposcopie ou est mis en évidence sur la pièce de conisation.

3.2. Symptomatique :

On détecte des signes fonctionnels si typique, la tumeur cervicale provoque des métrorragies faites de sang rouge, peu abondantes, provoquées par des rapports sexuels ou la toilette, indolores, capricieuses, survenant en dehors des menstruations. Ces métrorragies peuvent être accompagnées de leucorrhées.

3.3. Examen clinique [22] :

➤ **Spéculum :**

Il peut montrer des lésions macroscopiques évocatrices sous la forme d'un bourgeon exophytique saignant au contact, ou sous la forme d'une ulcération sanieuse, irrégulière à base indurée.

➤ **Toucher vaginal (TV) :**

Confirme les 2 cas essentiels que sont :

✚ Le saignement au contact ;

✚ Et l'infiltration locale.

Il est indispensable d'effectuer cet examen clinique sous anesthésie générale afin de préciser le volume tumoral (pour de nombreux auteurs, le volume tumoral serait un facteur essentiel du pronostic) et l'extension locorégionale (aux paramètres, à la paroi vaginale, à la vessie et au rectum).

En effet sans anesthésie, le stade clinique est souvent sous-évalué.

De plus, il est alors possible d'effectuer des biopsies des zones suspectes.

➤ **Toucher rectal (TR) :**

Le toucher rectal permet d'apprécier l'extension aux paramètres, en temps normal l'espace situé entre le col et la paroi pelvienne est libre.

3.4. Anatomopathologie [15] :

➤ **Biopsie lésionnelle :**

Elle permet d'affirmer le cancer invasif ou non invasif du carcinome et d'en déterminer le type histologique. Elle ne doit être effectuée que sur une lésion clinique macroscopiquement évidente.

➤ **Aspects macroscopiques :**

Le point de départ de la plupart des tumeurs du col utérin est la jonction cylindro-squameuse. Le carcinome in situ peut n'être décelé qu'à l'aide d'une colposcopie.

Les cancers invasifs peuvent se présenter sous différentes formes macroscopiques :

- ✓ La forme bourgeonnante : plus ou moins volumineuse, friable et hémorragique.
- ✓ La forme infiltrante : avec un col augmenté de volume et infiltré.
- ✓ Et la forme ulcérateuse : avec un cratère plus ou moins volumineux, hémorragique, à base indurée.

Dans certains cas l'origine du cancer se situe dans l'endocol avec une infiltration massive circonférentielle de 5 à 6 cm ou plus, réalisant le tableau clinique du cancer en barillet.

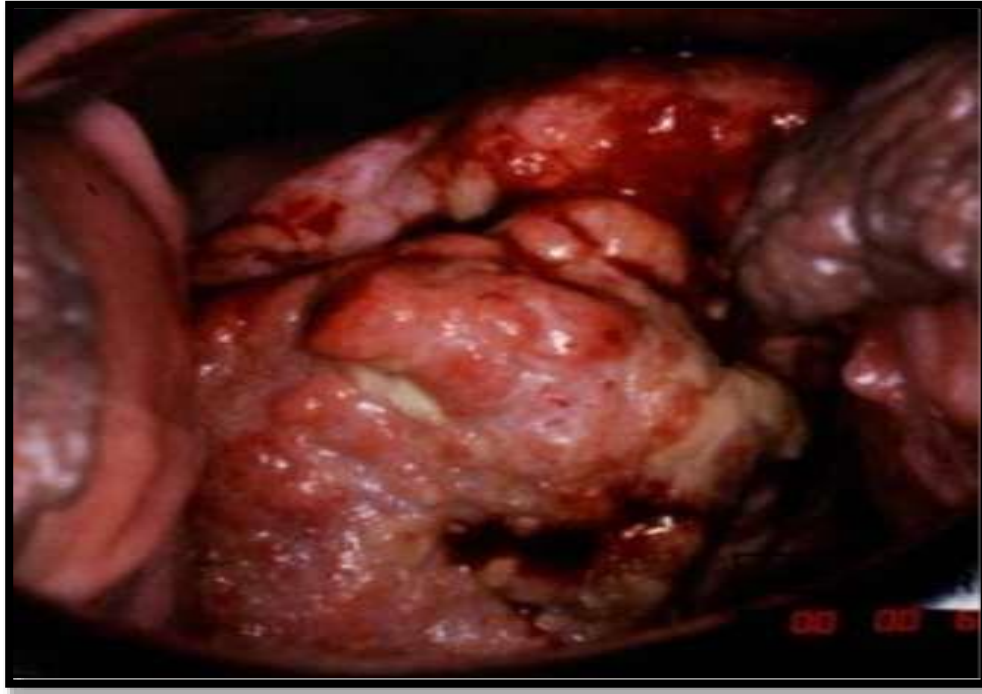


Figure 8: Aspect macroscopique d'une tumeur bourgeonnante du col utérin [26].

3.5. Types histologiques :

➤ **Tumeurs épithéliales :**

✓ **Carcinome épidermoïde ou malpighien :**

Le carcinome épidermoïde ou carcinome malpighien est un carcinome développé aux dépens d'un épithélium malpighien et pouvant atteindre un épithélium malpighien, paramalpighien ou glandulaire. Ils représentent 90-95% des cancers du col. Ils sont faits de cellules ressemblant à celles de l'épithélium épidermique et on en distingue 3 grands types :

- ❖ Bien différencié
- ❖ Moyennement différencié
- ❖ Indifférencié

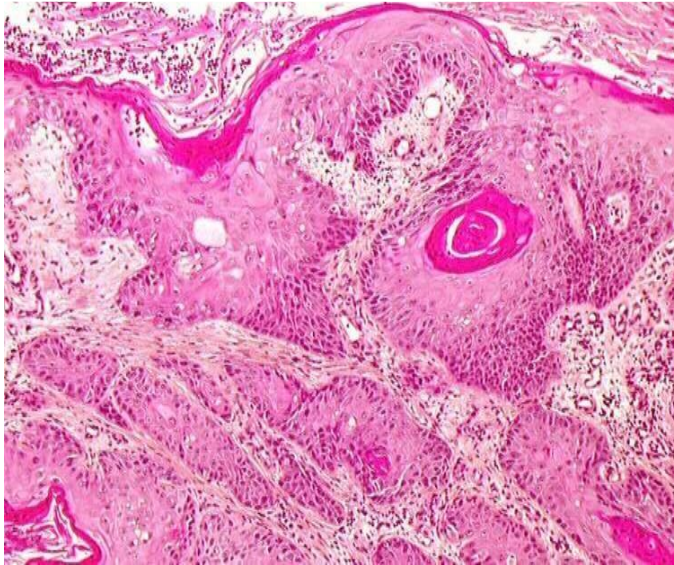


Figure 9: Coupe histologique d'un carcinome épidermoïde mature et invasif [24].

✓ **Adénocarcinome :**

Un adénocarcinome est une tumeur maligne développée aux dépens d'un épithélium glandulaire. Ils représentent 10% des cancers du col, et sont habituellement faits de cellules ressemblant aux cellules cylindriques glandulaires de l'endocol.

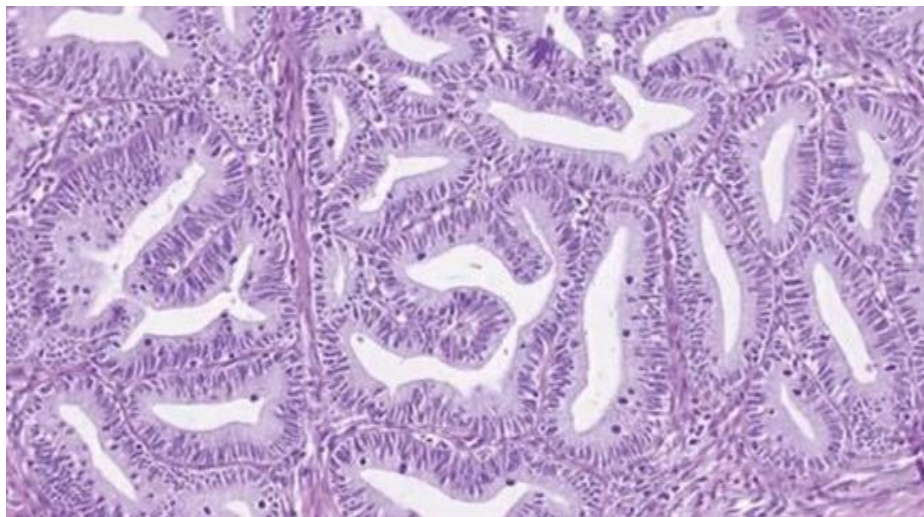


Figure 10: Coupe histologique d'un adénocarcinome invasif du col [24].

➤ **Autres tumeurs épithéliales :**

- Carcinome adénosquameux,
- Tumeurs carcinoïdes,
- Carcinome à petites cellules,
- Carcinome indifférencié.

✓ Autres types de cancer du col

Rarement on retrouve :

- Des cancers secondaires,
- Des carcinomes méso-néphrotique.

4. Evolution et pronostic :

➤ **Evolution :**

Le carcinome épidermoïde naît dans la zone de jonction entre épithélium cylindrique et épithélium malpighien (jonction exocol-endocol ou JPC) où ils succèdent à une CIN3. L'invasion est d'abord minime (épithélium micro invasif, qui ne dépasse pas 5 mm en profondeur) puis s'accroît. Suivant la situation de la zone de jonction au début, le cancer épidermoïde se développe vers l'exocol ou vers l'endocol (cancer à développement exocervical ou à développement endocervical).

La diffusion est d'abord locorégionale. Après le col, la tumeur envahit le tissu cellulaire pelvien (paramètres surtout) et les organes voisins (vagin, uretères et vessie particulièrement), puis elle se propage aux ganglions lymphatiques satellites (ganglions iliaques externes surtout).

Au-delà du pelvis, la diffusion se fait en générale par voie lymphatique (ganglions aortiques et sus claviculaires) et moins par voie veineuse (en décroissant : foie, poumons squelettes).

Les adénocarcinomes naissent de la muqueuse cylindrique et ont en général un développement endocervical. Ils sont souvent en cause dans les formes de la femme

jeune et de pronostic redoutable. C'est souvent l'adénocarcinome qui est en cause dans les formes rapidement évolutives sur terrain immunodéprimé.

➤ **Pronostic :**

Outre le stade clinique, tous les facteurs influent sur le pronostic :

✓ **Volume tumoral :**

Pour certains auteurs le volume tumoral est un facteur pronostique essentiel, l'envahissement ganglionnaire étant proportionnel à ce volume. De plus, les tumeurs volumineuses sont souvent différenciées et de pronostic plus péjoratif.

✓ **Types histologiques :**

Il a moins de valeur prédictive que l'étendu de la tumeur. Le carcinome épidermoïde a un meilleur pronostic par rapport à l'adénocarcinome.

Certains types histologiques ont un mauvais pronostic : l'adénocarcinome séreux, le carcinome à petites cellules, et le carcinome adénoquameux. Ils sont caractérisés par des métastases péritonéales et ganglionnaires extensives et précoces.

5. Classification : pTNM

Tableau I: Classification p TNM (7^{ème} éd) /FIGO 2009[11].

T1 / pT1	<p>Limité à l'utérus</p> <p>a - Diagnostic microscopique (ancien micro-invasif)</p> <p> a1 : Invasion en profondeur < 3 mm et en surface <7 mm</p> <p> a2 : Invasion en profondeur > 3 mm et <5 mm et en surface < 7 mm</p> <p>b- Limité au col cliniquement visible</p> <p>b1 : < 4 cm La présence d'embolies vasculaires ne change pas la classification</p> <p>b2 : > 4 cm</p>
T2/pT2	<p>Extension extra- utérine</p> <p>a-vagin (2/3 supérieurs)</p> <p>b- 1 ou 2 paramètres</p> <p>c- a et b</p>
T3 /pT3	<p>Extension à la paroi pelvienne et/ou au 1/3 inférieur du vagin</p> <p>a-Vagin (1 /3 inférieur)</p> <p>b- 1 ou 2 paramètres, avec fixation à la paroi pelvienne +/- hydronéphrose</p> <p>c- a et b</p>
T4 / pT4	<p>Envahissement de</p> <p>a-vessie</p> <p>b- Rectum</p> <p>c- a et b</p> <p>d-Extension extra-pelvienne</p>
N1 /pN1	<p>Adénopathie régionale</p> <p>Hypogastrique, iliaque, para cervicale, paramétriale</p>

Tableau II : Corrélation entre différentes classifications.

Papanicolaou 1954	Richart 1968	OMS 1973	Bethesda 1991	Bethesda 2001
Classe I : Absence de cellules anormales	Normal	Normal	Dans les limites de la normale	Dans les limites de la normale
Classe II : Cellules atypiques sans signe de malignité		Atypies malpighiennes ou glandulaires bénignes inflammatoires	Inflammations Lésions réactionnelles	Autres infections Inflammations Lésions réactionnelles
	NCI	Dysplasies malpighiennes	ASCUS-AGUS Lésions malpighiennes intra épithéliales	ASCUS-AGUS Lésions malpighiennes intra- épithéliales
	NCI 1	Dysplasie légère	De bas grade	De bas grade et Infection à HPV
Classe III : Anomalie cellulaire évoquant la malignité	NCI 2	Dysplasie modérée	De haut grade	De haut grade
	NCI 3	Dysplasie sévère		
			Carcinome in situ (CIS)	
		Carcinome malpighien	Carcinome malpighien	Carcinome malpighien
Classe IV : Anomalie cellulaire très évocatrice de malignité		Adénocarcinome	Adénocarcinome	Adénocarcinome

MATERIEL ET METHODES

III. MATERIEL ET METHODES :

1. Cadre et lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée principalement dans le service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-Point G en collaboration avec toutes les structures sanitaires de Bamako.

➤ Présentation du CHU du point G :



Figure 11 : CHU du point G.

L'hôpital du Point "G" a été construit en 1906 et fut opérationnel en 1912 sous l'administration de médecins militaires et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal).

Il est situé sur la colline à laquelle il emprunte son nom (Point "G"). Son emplacement est le nord, à 8 km du centre-ville de Bamako, face à la colline de Koulouba. Il couvre une superficie de 25 hectares.

➤ **Présentation du service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques :**



Figure 12: Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques.

Anciennement à l'INRSP (actuel INSP), il a été transféré au CHU du Point "G" en Juillet 2010 et est devenu fonctionnel en Août de la même année. Il est situé au Nord-Est de l'hôpital entre le nouveau bâtiment de la Néphrologie, l'ancien bâtiment de Médecine Interne et le service d'Hématologie Oncologie Médicale.

C'est le principal service public où sont adressés les frottis, les liquides, les biopsies et les pièces opératoires. Les comptes rendus anatomo-pathologiques sont archivés et les résultats des cas de cancers sont enregistrés dans le registre des cancers. Notons aussi qu'il héberge le registre des cancers du Mali en collaboration avec le centre international de recherche sur le cancer (C.I.R.C) et le réseau africain des registres de cancers.

✓ **Le personnel :**

- Deux professeurs titulaires,
- Un maître de conférences ;
- Des médecins pathologistes,

- Des médecins en spécialisation,
- Trois techniciens de laboratoire,
- Trois secrétaires,
- Quatre techniciens de surface,
- Des étudiants en année de thèse et des étudiants stagiaires.

✓ **Les Locaux :**

- Une salle d'accueil,
- Une salle de prélèvement pour la cytologie,
- Une salle de macroscopie,
- Deux salles de technique,
- Une salle de conférence,
- Une salle d'archivage,
- Cinq bureaux,
- Des toilettes.

2. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive et analytique à caractère rétrospectif.

3. Période d'étude :

Elle couvre une période de cinq ans allant du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2020.

4. Population d'étude :

L'étude a concerné tous les cas de cancers diagnostiqués et notifiés dans le registre des cancers.

5. Echantillonnage :

5.1. Critères d'inclusion : ont été inclus

Tous les cas de cancers du col de l'utérus diagnostiqués durant la période d'étude et notifiés dans le registre des cancers.

5.2. Critères de non inclusion : n'ont pas été inclus

Tous les cas de cancers du col utérin diagnostiqués et non notifiés dans le registre des cancers pendant la période d'étude.

6. Plan et collecte des données :

6.1. Méthode de collecte :

Le registre de cancers du Mali basé à Bamako est un registre de cancers de population. Ainsi il recense tous les nouveaux cas de cancers diagnostiqués dans les structures socio-sanitaires du district de Bamako et ses environs. La recherche de nouveaux cas est active ; les sources d'informations sont accessibles sur enquête par le personnel du registre qui visite régulièrement les principales structures sanitaires où les cas sont susceptibles d'être diagnostiqués : CHU-PG, CHU-GT, CHU-KATI, Hôpital du Mali, CH Mère-Enfant le Luxembourg, CHU- IOTA, CHU-OS, Hôpital Dermatologique de Bamako, quelques structures privées et le registre des décès.

Le laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU-PG permet de faire la confirmation histologique.

6.2. Le codage :

Chaque cas retenu a été codé selon la classification internationale des maladies CIM-10 (OMS 1992).

On a un code à 4 caractères pour les sites anatomiques allant de C00.0 à C80.9.

Un autre code à 5 caractères pour le type histologique de 8000/0 à 9989/1 ; les 4 premiers chiffres désignent les types histologiques et le 5^{ème} est un code de comportement tumoral. Seules les tumeurs avec comportement tumoral invasif (codées /3) ont été prises en compte dans notre étude.

7. Plan de traitement des données :

7.1. Informations recueillies :

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête individuelle (voir annexe), remplie à partir des dossiers des malades (retrouvés à partir des numéros individuels).

7.2. Variables étudiées :

Les variables retenues étaient :

- Socio-démographiques : sexe, âge, résidence habituelle, profession, ethnie, centre de diagnostic, année de diagnostic et base de diagnostic.
- Histopathologiques : topographie et type histologique.

7.3. Saisie et analyse des données :

La saisie des données, la recherche de doublons, les contrôles de qualité et l'extraction des données ont été réalisés sur le logiciel CanReg-4 logiciel spécial conçu par le CIRC. Les données ont été transférées via Excel sur SPSS puis analysées.

La saisie de texte, la réalisation des tableaux et des graphiques ont été réalisés à l'aide des logiciels Word et Excel 2010 de Microsoft.

Les tests statistiques utilisés étaient : khi-carré (χ^2) = 7,820 avec un seuil de signification $p > 0,05$; la moyenne et l'écart type.

8. Considération éthique :

Toute activité de recherche pose un problème d'éthique et de déontologie surtout dans le cadre du registre de cancer.

Les données nominatives indispensables pour le registre et lesquelles relevant d'une maladie grave sont répertoriées sur les fiches spéciales qui ne doivent en aucun cas être laissées à la portée d'un tiers.

L'accès au registre est strictement réservé au personnel de l'unité. La confidentialité et l'anonymat sont garantis puisque l'accès aux données du disque dur n'est possible qu'à l'aide d'un code.

RESULTATS

IV. RESULTATS :

1. Résultats descriptifs :

✚ Epidémiologie :

❖ Fréquence :

Du 01 janvier 2016 au 31 décembre 2020, nous avons recensé **10299** cas de cancers dont **1297** cas de cancers du col de l'utérus soit **12,59%** et **3304** cas de cancers gynécologiques et mammaires soit **39,25%**.

❖ Année de diagnostic :

Tableau III : Répartition des cas selon l'année de diagnostic.

Année de diagnostic	Fréquence	Pourcentage (%)
2016	308	23,7
2017	189	14,6
2018	271	20,9
2019	279	21,5
2020	250	19,3
Total	1297	100

Le plus grand nombre de cas a été diagnostiqué en 2016 avec **308** cas soit **23,7%**. Cette différence pourrait s'expliquer par la fréquence élevée des femmes dépistées en 2016.

❖ Age :

Tableau IV : Répartition des cas selon l'âge.

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage (%)
0-45 ans	428	33
46 ans et plus	869	67
Total	1297	100

La tranche d'âge (**46ans et plus**) a été la plus représentée avec **869** cas soit **67%**.

La moyenne d'âge était de **52,63 ± 13,77 ans** avec des extrêmes de **15 et 99** ans.

❖ Structure de provenance :

Tableau V : Répartition des cas selon la structure de provenance.

Structure de provenance	Fréquence	Pourcentage (%)
CHU Gabriel Touré	500	38,6
CHU du Point "G"	435	33,5
CSRef d'Hamdallaye	11	0,8
Autres	351	27,1
Total	1297	100

Le CHU Gabriel Touré a prédominé avec **500** cas soit **38,6%**.

❖ **Ethnie :**

Tableau VI : Répartition des cas selon l'ethnie.

Ethnie	Fréquence	Pourcentage (%)
Bambara	371	28,6
Peulh	180	13,9
Malinké	141	10,9
Sarakolé	126	9,7
Senoufo	41	3,2
Sonrhäï	39	3,0
Minianka	30	2,3
Dogon	29	2,2
Bozo/Somono	25	1,9
Bobo	20	1,5
Kassonké	18	1,4
Maure	7	0,5
Diawando	4	0,3
Ouolof	2	0,2
Tamasheq	3	0,3
Inconnue	261	20,1
Total	1297	100

L'ethnie Bambara a été la plus représentée avec **371** cas soit **28,6%**.

❖ **Base de diagnostic :**

Tableau VII : Répartition des cas selon la base de diagnostic.

Base de diagnostic	Fréquence	Pourcentage (%)
Biopsie ou cytologie	1178	90,8
Clinique seulement	77	5,9
Radiologie	29	2,2
Registre de Décès	3	0,2
Chirurgie (sans biopsie)	1	0,1
Autres	9	0,7
Total	1297	100

Nous avons obtenu **90,8%** de confirmation histologique.

✚ **Histologie :**

❖ **Types histologiques :**

Tableau VIII: Répartition des cas selon le type histologique.

Type histologique	Fréquence	Pourcentage (%)
Carcinome épidermoïde	921	78,2
Adénocarcinome	86	7,3
Carcinome adénoquameux	12	1,0
Adénocarcinome à cellules claires	5	0,4
Autres	154	13,1
Total	1178	100

Le carcinome épidermoïde a été le plus représenté avec **921** cas soit **78,2%**.

Autres : Léiomyosarcome, Choriocarcinome, Carcinome papillaire, Fibrosarcome.

2. Résultats analytiques :

❖ Age et types histologiques :

Tableau IX : Répartition des cas selon l'âge et le type histologique.

Histologie	Tranche d'âge(ans)		Total
	0-45 ans	46 ans et plus	
Carcinome épidermoïde	291 (75%)	630 (79,7%)	921 (78,2%)
Adénocarcinome	26 (6,7%)	60 (7,6%)	86 (7,3%)
Carcinome adénosquameux	5 (1,3%)	7 (0,9%)	12 (1%)
Adénocarcinome à cellules claires	1 (0,2%)	4 (0,5%)	5 (0,4%)
Autres	65 (16,8%)	89 (11,3%)	154 (13,1%)
Total	388	790	1178

$$\chi^2 = 7,820$$

$$ddl = 4$$

$$p = 0,098$$

Il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le type histologique et l'âge (p = 0,098).

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. Limites :

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les cancers du col de l'utérus colligés dans le registre des cancers du Mali. 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 du col de l'utérus au Mali ne sont pas diagnostiqués. Malgré ces limites, ce travail nous a permis d'apprécier les principales caractéristiques épidémiologiques et histopathologiques des cancers du col de l'utérus.

2. Aspects épidémiologiques :

Fréquence :

Au cours de notre période d'étude, nous avons colligé 1297 cas de cancers du col de l'utérus sur un total de 10299 cas représentant **12,59%** de l'ensemble des cancers diagnostiqués pendant la même période. Cette fréquence est inférieure à celles retrouvées par **Bakayoko SM** au Mali en 2019 [27] avec **43,14%**, **Sando Z et al** à Yaoundé en 2014 [28] avec **49,5%** et **Lankoande J et al** au Burkina Faso en 1998 [32] avec **31,7%**.

Age :

La tranche d'âge (**46-60 ans**) a été la plus représentée avec **537** cas soit **41,4%**. La moyenne d'âge était de **52,63± 13,77 ans** avec des extrêmes de **15 et 99 ans**. Nos résultats sont supérieurs à ceux de **Samaké S** au Mali en 2014 [29] avec **49,62 ans**, de **Konaté A** au Mali en 2013 [30] avec **50,8 ans**.

Kanambaye D et al au Mali 2004 [31] et **Lankoande J et al** au Burkina Faso en 1998 [32] ont respectivement trouvé **48,5 ans** et **48 ans**. Aux Etats Unis, selon **National Cancer Institut** en 1975 [33] l'âge moyen était de **53,8 ans**. De même **Bannour N et al** en Tunisie en 2004 [34] ont retrouvé **54 ans** comme âge médian.

L'âge moyen de nos patientes est supérieur à ceux de **Diarra IM** au Mali en 2009 [35] et **Mariko K** au Mali en 2008 [36] qui ont respectivement trouvé comme âge **44 ans** et **46 ans**.

Kamissoko MJ au Mali en 2018 [37] a un âge moyen de **50 ans**.

Barillot I et al en 1993 [38], **Bernard A et al** en 2002 [39], **Saharaoui S et al** en 2002 [40] et **Peters WA III et al** en 2000 [41] ont évoqué des cancers du col utérin chez des sujets de moins de 40 ans majoritairement.

Ceci pourrait s'expliquer par un diagnostic précoce avec un plateau technique certainement plus performant.

Ces résultats s'expliquent par la découverte tardive du cancer du col et aussi par l'évolution de la maladie qui peut prendre environ une dizaine d'année. Il s'agit d'un cancer de la femme sexuellement active.

Ethnie :

Dans notre étude, l'ethnie **Bambara** a été la plus représentée avec **28,6%** suivie de l'ethnie **Peulh** avec **13,9%**.

Notre résultat est similaire à ceux de **Samaké S** au Mali en 2014 [29] et **Mariko K** au Mali en 2008 [36] qui ont trouvé l'ethnie **Bambara** suivie de **Peulh**.

Cela peut s'expliquer par une prédominance de Bambara et de Peulh au niveau national.

Kamissoko MJ au Mali en 2018 [37] a trouvé l'ethnie Bambara avec **43,2%** suivie de l'ethnie Malinké avec **21,62%**.

3. Données anatomopathologiques :

Base de diagnostic :

La biopsie ou la cytologie a été la base de diagnostic la plus fréquente dans **90,8%** des cas. **Doumbia A** au Mali en 2019 [9] a trouvé la même base avec une fréquence inférieure (**78,6%**).

Ce taux élevé de confirmation histologique pourrait s'expliquer par une demande considérable de l'examen histologique par les médecins. Ceci renforce la qualité des données de notre registre.

Type histologique :

Le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus fréquent avec **72,1%** des cas. Cette prédominance a été retrouvée par **Doumbia A** au Mali en 2019 [9] avec **92,73%**, **Samaké S** au Mali en 2014 [29] avec **94,4%**, **Diarra IM** au Mali en 2009 [35] avec **100%** et **Kamissoko MJ** au Mali en 2018 [37] avec **91,9%**.

Par ailleurs la même prédominance a été retrouvée par **Muteganya D et al** [42] en 1993 à Kamenge avec **95,26%**.

CONCLUSION

VI. CONCLUSION :

Au terme de notre étude il ressort que, le cancer du col de l'utérus est une pathologie fréquente. L'âge moyen au diagnostic était de 52,6 ans. L'ethnie bambara était la plus atteinte. Le CHU Gabriel Touré constitue un grand centre de diagnostic de cas. L'examen anatomopathologique a été la base de diagnostic la plus fréquente. Le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus rencontré (78,2%).

Pour lutter efficacement contre ce cancer, un accent particulier doit être mis sur le diagnostic précoce, le dépistage et la prévention par la recherche et la vaccination contre les HPV haut risque au Mali.

RECOMMENDATIONS

VII. RECOMMANDATIONS :

Au terme de nos travaux, nous faisons quelques recommandations.

❖ Aux Autorités politico-sanitaires

- ✚ Renforcer les campagnes de sensibilisation sur la prévention du cancer de col l'utérus (vaccination, dépistage de cancer du col de l'utérus).
- ✚ Renforcer l'éducation sexuelle des enfants en luttant contre le mariage précoce et les infections sexuellement transmissibles (IST).
- ✚ Améliorer la prise en charge après le suivi à travers les moyens de traitement.
- ✚ Équiper les laboratoires de biologie, d'anatomopathologie et de gynécologie en matériels et en personnel qualifié.

❖ Aux prestataires de service de santé

- ✚ Assurer la formation continue des professionnels de la santé sur le cancer du col de l'utérus.
- ✚ Assurer l'information, l'éducation et la communication pour le changement de comportement.
- ✚ Systématiser le dépistage de cancer du col utérin quel que soit le motif de consultation des femmes.
- ✚ Introduire dans chaque service de gynécologie une unité de dépistage de cancer du col d l'utérus.
- ✚ Archiver les dossiers des malades avec leur numéro de téléphone ou ceux de leur proche.
- ✚ Promouvoir la collaboration interdisciplinaire par l'organisation des staffs pluridisciplinaires (anatomopathologiste, gynécologue, chirurgien, psychologue et oncologue) pour améliorer la qualité de la prise en charge.

❖ **A la population**

- ✚ Participer massivement aux campagnes de dépistage du cancer du col utérin.
- ✚ Se faire consulter au centre de santé le plus proche dès l'apparition des premiers signes.
- ✚ Suivre ou aider le patient(e) à suivre régulièrement le traitement du cancer en général et le cancer du col en particulier.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. **Philippe M, Damienne C.** Cancer du col utérin, pratique en gynécologie obstétrique. *Masson* 2005 ; 5(10) :87-89.
2. **Traoré CB, Coulibaly B, Mallé B, Kamaté B, Keita M, Koumaré S et al.** Le cancer à Bamako de 2006 à 2010 : Données du registre des cancers au Mali : *Revue Africaine des Pathologies* 2012 ; 11(1) :3-8.
3. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A et al.** Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA : a Cancer Journal for Clinicians* 2021 ; 71(3) :209-249.
4. **Duport N.** Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus : Etat des Connaissances. *Institut de veille Sanitaire-Actualisation* 2008. Mai 2008.
5. **Comité régional de l'Afrique.** Soixantième session du comité régional de l'OMS pour l'Afrique : rapport final. *OMS, Bureau Régional de l'Afrique* 2010.
6. **Chirenje ZM, Chipato T, Kasule J, Rusakaniko S, Gaffikin L, Blumenthal P et al.** Visual inspection of the cervix as a primary means of cervical cancer screening: results of a pilot study. *University of Zimbabwe, College of Health Sciences* 1999 ; 2 (45) : 30-33.
7. **Traoré S.** Le Dépistage des Néoplasies Intra- Epithéliales du col de l'utérus par l'inspection visuelle à l'acide acétique et au Lugol : à propos de 4632 femmes dépistées dans le district de Bamako. *Thèse de doctorat de médecine. USTTB 05-M-13 ; 140 p.*
8. **Bezad R.** Prévention et dépistage du cancer du col utérin au Maroc. Symposium international sur la prévention du cancer du col utérin : Dépistage, Vaccination et Perspectives pour les Pays en Développement. *SKHIRAT, Maroc 15-16 Septembre 2013.*

9. Doumbia A. Les cancers chez la femme dans le district de Bamako de 2008 à 2017 : Données du registre des cancers du Mali. *Thèse de doctorat de médecine. USTTB 19-M-38; 53p.*

10. Wagner G. History of cancer registration. Cancer registration, principles and Methods. *International Agency for Research on Cancer, Scientific Publications Lyon 1991; 95: 3-6.*

11. Camilo A et Thomas P. Mémento de pathologie : *Éditions Vernazobres-grégo, 4^{ème} édition, Paris 2016 ;574p.*

12. Parkin DM, Ferlay J, Hamdi CM, Sitas F, Thomas JO, Wabinga H et al. Cancer in Africa. Epidemiology and Prevention. *International Agency for Research on Cancer Scientific publications Lyon 2003; 4: 268-276.*

13. MacLennan R. Cancer registration: Principles and Methods. Items of patient Which may be collected by registries. *International Agency for Research on Cancer Scientific Publications, Lyon 1991; 95: 43-63.*

14. Parkin MD, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB. Cancer Incidence in Five Continents. *International Agency for Research on Cancer, Scientific Publications Lyon, France 2002; 155 (8): 830-831.*

15. Last JM. A Dictionary of Epidemiology. *International Journal of Epidemiology 1986 ; 15(2) : 277-278.*

16. Dos Santos Silva I. Epidémiologie du cancer : principes et méthodes. *International Agency for Research on Cancer, chapitre 1, Lyon, France 1999; 467p.*

17. Sarakaranyanan R, Nene BM, Dinshaw K, Wesley R, Rajkumar R, Sharma S et al. Early detection of cervical cancer with visual inspection methods: a summary of completed and on-going studies in India. *Salud Publica de Mexico 2003 ; 45(S3) : 309-407.*

18. **Lansac J, Lecomte P et Marret H.** Gynécologie pour le praticien. 6^{ème} édition, Masson, Paris 14 Mars 2002, 592p.
19. **Riotton, Christopherson WM, Gustave LJ, Ramona L et World Health.** Classification histologique internationale des tumeurs. *Cytologie de l'appareil génital féminin* 1973.
20. **Brinton LA.** Epidemiology of cervical cancer and overview. *International Agency for Research on Cancer Scientific Publications, Lyon* 1992 ; 119 : 3-23.
21. **Poulain P, Giraud JR, Bremond A, Rotten D.** Abrégé de gynécologie. 4^{ème} édition, Masson, Paris 2002 ; 480p.
22. **Pierre G, Serge H et Jean CP.** Traité de Médecine. 4^{ème} édition, Tome 1, *Médecine Science, Flammarion, 2004, Publications Traités* 24 Février 2004.
23. **Giraud JR, Rotten D, Bremond A, Poulain P.** Abrégés connaissances et pratique gynécologie ; 4^{ème} édition, Masson 2002 ; 360p.
24. **Sarakaranyanan R, Wesley RS, Ramani S.** Guide pratique pour le dépistage visuel des néoplasies cervicales. *Lyon, France* 2004; 141: 1-16.
25. **Charles RF.** Handbook of colposcopy: Diagnosis and Treatment of Lower Genital Tract Neoplasia and HPV Infections. *Mayo Clinic Proceedings* 1990; 65(4): 615p.
26. **Aswathy S, Reshma J, Avani D.** Epidemiology of cervical cancer with special focus on India. *International Journal of Women's Health* 2015 ; 7 : 405p.
27. **Bakayoko SM.** Les cancers gynécologiques et mammaires dans le district de Bamako de 2008 - 2017 : données du registre des cancers du Mali. *Thèse de doctorat de médecine. USTTB 19-M-54 ; 54p.*
28. **Sando Z, Fouogue JT, Fouelifack FY, Fouedjio JH, Mboudou ET, Oyono Essame JL.** Profil des cancers gynécologiques et mammaires à Yaoundé-Cameroun. *The Pan African Medical Journal* 2014 ; 17(1). Disponible sur : www.panafrican-med-journal.com.

29. Samaké S. Aspects épidémiologiques et anatomo-cliniques du cancer du col utérin. *Thèse de doctorat de médecine. USTTB 14-M-111 ; 55p.*

30. Konaté A. Aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers gynécologiques et mammaires chez les femmes dans le service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU du point G : à propos de 1228 cas. *Thèse de doctorat de médecine. USTTB 13-M-57 ; 66p.*

31. Kanambaye D, Traoré M, Diabaté FS, Diarra I, Traoré Y, Mounkoro N et al. Les cancers gynécologiques et mammaires : Aspects épidémiologiques et cliniques à l'hôpital du Point G à Bamako. *Mali médical 2004 ; 19(1) : 4-9.*

32. Lankoande J, Sakande B, Ouédraogo A, Quattara T, Bonane B, MR Ouédraogo C et al. Aspects épidémio-cliniques et anatomo-pathologiques du cancer du col utérin dans le service de gynécologie-obstétrique au centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso). *Médecine d'Afrique Noire 1998; 45 (7): 442-445.*

33. National Cancer Institute (US). Biometry Branch. Third national cancer survey: incidence data. *US Government Printing Office 1975 ; 41 :75-787.*

34. Bannour N, Boughizane S, Naifer R, Slama O, Bibi M, Khairi H et al. Le cancer invasif du col utérin dans le centre tunisien : approches épidémiologiques, clinique et thérapeutique : étude rétrospective de 96 cas. *Oncologie 2004 ; 6(7) : 481-488.*

35. Diarra IM. Aspects clinique et thérapeutique des cancers du col de l'utérus dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU du point G. *Thèse de doctorat de médecine. UB 09-M-150 ; 102p.*

36. Mariko K. Aspects histopathologiques des cancers du col de l'utérus au Mali : à propos de 845 cas. *Thèse de doctorat de médecine. UB 08-M-431 ; 76p.*

37. Kamissoko MJ. Cancers du col de l'utérus à Bamako : à propos de 37 cas. *Thèse de doctorat de médecine. USTTB 18-M-73 ; 89p.*

38. Barillot I, Horiot JC, Cuisenier J, Rozan R, Daly N, Pigneux J et al.

Carcinoma of the cervical stump: a review of 213 cases. *European Journal of Cancer* 1993; 29(9): 1231-1236.

39. Bernard A, Touboul E, Lefranc JP, Deniaud-Alexandre E, Uzan S, Blondon J et al.

Carcinome épidermoïde du col utérin opérables de stade IB et II de gros volume traités par irradiation première et chirurgie. *Cancer/Radiothérapie* 2002 ; 6(2) : 85-98.

40. Sahraoui S, Bouras N, Acharki A, Benider A, Tawfiq N, Jouhadi H et al.

Adénocarcinome du col utérin : étude rétrospective de 83 cas. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 2002 ; 30(4) : 291-298.

41. Peters WA III. Cisplatin and 5-fluorouracil plus radiation therapy are superior to radiation therapy as adjunctive in high-risk early stage carcinoma of the cervix after radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy: report of a phase III intergroup study. *Journal of Clinical Oncology* 2000 ; 18 :1606-1613.

42. Muteganya D, Bigayi T, Bigirimana V, Sindayirwanya JB, Marerwa G.

Le cancer du col utérin au CHU de Kamenge : A propos de 35 cas. *Médecine d'Afrique Noire* 1999 ; 46(3) :153-156.

ANNEXE

ANNEXES

Fiche signalétique :

Nom : Dembélé

Prénom : Mariam Arouna

Email : mariam_rouna_dembele14@campusmali.ml

Pays d'origine : Mali

Année universitaire : 2021-2022

Ville de soutenance : Bamako

Titre de la thèse : Aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers du col de l'utérus de 2016 à 2020 : Données du registre des cancers du Mali.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS de Bamako.

Secteur d'intérêt : Anatomie pathologique, Epidémiologie, Gynécologie, Santé publique.

Résumé :

Introduction :

Notre étude avait pour but d'étudier les aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers du col de l'utérus.

Matériel et méthodes :

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique à caractère rétrospectif, allant du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2020 soit une durée de 05 ans.

Résultat :

Cette étude nous a permis d'obtenir 1297 cas représentant 12,59% de l'ensemble des cancers diagnostiqués. L'âge moyen des patientes était de $52,63 \pm 13,77$ ans avec des extrêmes de 15 et 99 ans. Le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus représenté avec 921 cas soit 78,2%. Les cas provenaient de différentes structures sanitaires du district de Bamako. La confirmation histologique et cytologique a été faite par le service d'anatomie cytologique et pathologiques du CHU point G.

Conclusion :

Le cancer du col de l'utérus est une pathologie fréquente. L'examen anatomopathologique est la base de diagnostic la plus fréquente. La prévention repose sur le dépistage précoce et la vaccination contre les HPV à haut risque au Mali.

Mots clés : Cancer -Col utérin-Epidemiologie-Histopathologie-Mali.

ABSTRACT:**Introduction:**

Our study had of objective to study the epidemiological and histopathological aspects of the cervix cancer of uterus.

Materials and methods:

This was a descriptive and analytical retrospective study to 1st of January 2016 to 31st of December 2020 either five years of duration.

Results:

This study enabled us to obtain 1297 cases representing 12,59% of all cancers diagnosed. The average age of the patients was $52,63 \pm 13,77$ years with extremes of 15 and 99 years. The squamous cell carcinoma was the most represented with 921 cases either 78,2%. The cases came from of various sanitary in the district of Bamako. The confirmation histological and cytological has been done by the anatomy cytology and pathology of CHU of point G.

Conclusion:

Cervical cancer is a common pathology. The squamous cell carcinoma is the most common histologic type. Pathological examination is the most common basis for diagnosis. The prevention is based on the early precece and vaccination against the high-risk HPV in Mali.

Key words: Cervical Cancer-Epidemiology-Histology-Mali.

FICHE DE RECRUTEMENT DES CAS DE CANCER

Période du.....au.....

Numéro du dossier				
Hôpital				
Service				
Noms et prénoms				
Sexe				
Age				
Résidence habituelle				
Groupe ethnique				
Siège				
Base diagnostic				
Date de diagnostic				
Type histologique				
Traitement				
Suivie 6 mois				
Suivie 1 an				
Suivie 5 ans				
Date de décès				
Téléphone				

Base de diagnostic : 0=registre de décès / 1=clinique / 2= endoscopie / 3= anapath cyto / 4=radiologie / 5=chirurgie sans biopsie / 6=biologie

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'honoraire.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

JE LE JURE !