

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un peuple - Un But - Une Foi



Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2023-2024

THESE N °

THESE

**LES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES :
ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET
ANATOMOPATHOLOGIQUES AU CENTRE DE SANTE
DE REFERENCE DE LA COMMUNE I DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le : 25 /07/2024... Devant la faculté de médecine et d'odontostomatologie par :

M. HAMIDOU DEMBELE

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine (**DIPLÔME D'ÉTAT**)

Membre du jury

Président : M. Cheick Bougadari TRAORE, *Professeur*
Membre : M. Bourama COULIBALY, *Maître de conférences*
Membre : M. Mahamadou A KEITA, *Gynécologue-obstétricien*
Co-directeur : M. Amadou BOCOUM, *Maître de conférences*
Directeur : M. Bakarou KAMATE, *Professeur*

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

A mon père : Ousmane Dembélé

Cher père, je te dédie ce travail car c'est grâce à ton engagement que j'ai pu commencer mon cursus scolaire. Ton engagement dans mon éducation est la meilleure des choses dont j'ai eu le plus besoin.

A ma très chère mère : Fatoumata Berthe

Chère mère vous m'avez tout donné pour que je puisse avoir une vie meilleure. Votre affection, votre disponibilité, votre encouragement et votre soutien m'ont beaucoup aidé. Je vous remercie pour tout.

Que le tout puissant ALLAH vous donne la chance de bénéficier du fruit de ce travail dans la santé et dans le bonheur.

A ma tendre épouse Rokia Coulibaly

Chérie, saches qu'en toi j'ai trouvé les qualités recherchées en une femme. Ta patience, ta simplicité, ta piété ont fait naître en moi un amour infini. 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 pour ton soutien indéfectible car ce travail est aussi le tien !

A mon cousin Dr Youssouf Dembélé

Cher cousin, ce travail t'est entièrement dédié car c'est grâce à toi si je suis à ce niveau d'étude. Tu m'as conseillé et orienté du début jusqu'à la fin de mon cursus universitaire. Tes aides financières et matérielles m'ont beaucoup servi. Qu'Allah t'aide dans tes projets.

A mes frères et sœurs Dembélé :

Madou, Daouda, Lamine, Bassirou, Issouf, Awa, Aminata et Djatou. Merci pour vos conseils, vos aides matérielles et financières du début jusqu'à la fin de mon cursus universitaire. Restons unis, ensemble nous serons forts.

REMERCIEMENTS

Bismilah Rahman Rahim

Je rends Grâce à ALLAH, Le Tout Puissant ; Le Miséricordieux, L'Omniscient, L'Omnipotent.

Créateur de la terre et des cieux, de la vie ici-bas et de l'au-delà sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour.

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 !

Amine !

A notre Prophète Mohammad Paix et Salut sur lui, sur toute sa famille et sur ses compagnons et disciples.

FAMILLE Diarra au Point G

Je ne saurais vous remercier par des mots, pour vos conseils, vos bénédictions A tous les enseignants de l'école fondamentale.

Merci pour tous ceux que vous avez fait pour moi, le soutien, la bénédiction, les conseils, du côté financier et moral. Que le bon Dieu vous paie au centuple

A mon tuteur et frère Dembélé Soungalo et ses femmes

Merci pour l'accueil vos soutiens et vos aides. Votre famille est remarquable une fois de plus merci que dieu vous récompense pour le bien fais rendu

A mes frères et amis

Amadou Dembélé, Djiguiya Dembélé, Mamadou N Berthé, Ousmane Konekeou, Oumar Dembélé, Idrissa Keita, Seyba Ballo, Aly Amadou Guindo, Moulaye Sylla, Kariba Sanogo, Venance Koffi, Souleymane Sanou, Boukary Karama, Konan Kouakou Fabrice.

Merci pour vos soutiens, conseils et encouragement. Que dieu vous donne la santé, longévité et le bonheur.

A la famille chérifienne

Merci à vous pour vos prêches que dieu vous gardes longtemps en bonne santé auprès de nous

Au corps professoral de la Faculté de Médecine et d’Odontostomatologie (FMOS) pour le sérieux et la qualité des cours dispensés.

A toute la 13ème promotion de la FMOS, ainsi que la Promotion du Baccalauréat 2015 au Lycée Municipal I de San Pedro.

A mes très chers maîtres des services de

- **Anatomie et Cytologie pathologique du CHU point G**

Pr Cheik Bougadari Traoré, Pr Bakarou Kamaté, Pr Bourama Coulibaly

Aux pathologistes, DES, Major et techniciens

- **Gynécologie-obstétrique du CSRéf Commune 1 :**

Dr Modibo Dicko, Dr Yacouba Sylla, Dr Mahamadou Keita et Dr Salif Diarra.

La rigueur scientifique et les qualités humaines qui vous caractérisent ont forcé notre admiration. Merci pour la qualité de l’enseignement et la disponibilité constante pour l’élaboration de cette thèse. Je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs et la réussite de toutes vos entreprises.

Aux médecins :

Idrissa Traoré, Mahamadou Daba Coulibaly, Zibero Samaké, Oumarou Teme, Adrian Drabo, Aminata Diancoumba, Djenfa coulibaly, Moussa Doumbia, Bassara Fofana, Moussa Bagayoko, Mamoutou Banou, Diakardia Konaté, Aminata Bamba, Oumar N’Faly Dembele, Aneye Djiguiba, Emmanuel Keita, Boubacar Traore, Aly Cissé, Mahamadou Diarra, Mamadou Thiero.

Nous sommes fiers d’être vos élèves et garderons précieusement tous vos enseignements. Merci pour tout.

À mes camarades internes du service :

- **Gynécologie obstétrique du CSRéf Commune 1**

Amadou Ombétimbé, Daouda Sanogo, Matene Coulibaly, Fatoumata Bolo Traore, Ousmane tembine, Seydou Diarra, Kalifa Diarra, Baba G Koita, Barthelemy Dembélé, Oumar Traore, Bourama Traore, Fatima Dicko, Badra Alou

Traoré, Cheik Oumar Sangaré, Amadou Traore, Cheik Oumar Samaké, Yamadou Ballo et Lacina Sountoura, mohamed Diaby.

- **Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU point G**

Tidiane Samaké, Lois Wafo, Seydou Dembélé, Mariam Dabo, Aminata Koné, Abba Maïga, Sadio Doumbia, Moussa Sy, Assimi Sissoko, Mohamed Ag, Salif Diamoutene, Djibril Koné.

Un grand merci pour tous les bons moments passés ensemble, mes stages se sont passés dans une ambiance chaleureuse avec entraide et complicité.

Aux sages-femmes et infirmières de la gynécologie-obstétrique :

Je remercie l'ensemble des sages-femmes et infirmières. J'ai énormément appris à vos côtés. Merci pour tous ces bons moments de partage.

A la secrétaire du service d'anatomopathologique :

Merci pour votre courtoisie et votre disponibilité.

Aux sages-femmes et infirmières du CSréf Commune I du District de Bamako

Merci pour les conseils, la disponibilité constante et la qualité de la collaboration.

Aux anesthésistes et réanimateurs du CSREF Commune I du District de Bamako. Merci pour les conseils

Aux aides du bloc du CSréf Commune I du District de Bamako

La disponibilité et le sens élevé du travail qui vous caractérise forcent l'admiration. Sincère remerciement à vous.

À tous ceux que j'ai croisés à un moment de mon parcours et que j'ai oublié de citer.

Et à tous ceux qui ont contribué un jour à ma formation de médecin, j'espère être à la hauteur de vos espérances en moi.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Cheick Bougadari TRAORE

- **Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'odonto-stomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T-B) ;**
- **Chef du Département d'Enseignement et de Recherche (DER) des sciences fondamentales à la F.M.O.S de l'U.S.T. T-B ;**
- **Chef de service du laboratoire d'Anatomie et cytologie pathologiques du C.H.U. du Point G ;**
- **Chercheur et praticien hospitalier au CHU Point G ;**
- **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus et du registre national des cancers au Mali ;**
- **Président de la société Malienne de Pathologiste (SMP).**

Cher maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury, malgré vos multiples occupations. Vous êtes d'une grande probité professionnelle. Nous avons toujours apprécié l'étendue de vos connaissances. Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre humanisme et votre modestie font de vous un maître respecté et admiré. Vos remarquables suggestions, votre enseignement de qualité nous ont beaucoup aidé à améliorer ce travail. Veuillez croire cher Maître, l'expression de notre plus grand respect.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE Du JURY

Professeur Bourama COULIBALY

- **Maitre de conférences à la FMOS ;**
- **Praticien Hospitalier au CHU Point G ;**
- **Collaborateur du Projet de Dépistage du Cancer du col de l'utérus et du registre national des Cancer au Mali ;**
- **Secrétaire General Adjoint (SGA) de la Société Malienne des Pathologie.**

Cher Maitre

C'est un honneur de vous compter parmi notre jury malgré vos multiples occupations

Votre expertise dans le domaine permettra non seulement une évaluation objective de ce travaille mai aussi une amélioration de sa qualité

Trouvez ici, cher maitre le témoignage de notre très grande reconnaissance

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Mahamadou A KEITA

- **Praticien gynécologue obstétricien au CSréf CI ;**
- **Maitre de recherche CSRéf CI ;**
- **Point focal de SONU au CSRéf CI.**

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail, dont vous êtes à l'origine. Votre abord facile, votre rigueur scientifique, votre enseignement de qualité, votre simplicité nous a été d'un grand apport tout au long de notre formation. Vos qualités humaines ont forcé notre admiration. Veuillez accepter chère maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Professeur Amadou BOCOUM

- **Maitre de conférences agrégé en gynécologie obstétrique à la faculté de médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) ;**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- **Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire d'échographie en Gynécologie Obstétrique en France ;**
- **Titulaire d'un diplôme Universitaire cœlioscopie et Gynécologie ;**
- **Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée en chirurgie Gynécologie Obstétrique en France ;**
- **Secrétaire General Adjoint (SGA) de la Société Malienne Gynécologie et Obstétrique ;**
- **Membre de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO).**

Cher Maître ;

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de codiriger ce travail. Nous avons été impressionnés par vos immenses qualités humaines, votre sens du travail bien fait, votre disponibilité constante et surtout votre patience. Vous avez été un guide incontesté tout au long de l'élaboration de ce document. Honorable maître, trouvez ici l'assurance de notre admiration ainsi que nos sincères remerciements

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Bakarou KAMATE

- **Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T. T.B) ;**
- **Chercheur et Praticien hospitalier au C.H.U du Point G ;**
- **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers au Mali ;**
- **Secrétaire Général de la Société Malienne de Pathologie (SMP).**
- **Secrétaire Général du réseau des médecins ouest africain (WAC/Section Mali).**
- **Secrétaire général de la Division d'Afrique Francophone de l'Académie Internationale de Pathologie (DAF/AIP).**

Cher maître,

Nous sommes très honorés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être le directeur de thèse, malgré vos multiples occupations.

Votre caractère social, votre rigueur scientifique et votre amour du travail bien fait sont à la base de l'instauration de ce climat de confiance entre vous et vos élèves.

Veillez trouver ici cher maître l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect. Que le tout puissant veille sur vous.

LISTE DES ABREVIATIONS

ASP : Abdomen Sans Préparation

BRCA : Breast-Cancer linkage Consortium

CI : Carcinome infiltrant

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIN : Néoplasie Cervicale Intra-Epithéliale

CSréf C I : Centre de Santé de Référence de la Commune I

FIGO : Fédération Internationale de la Gynécologie et d'Obstétrique

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

INSP : Institut National de Santé Publique

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

JPC : Jonction pavimento-cylindrique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

TIS : Tumeur In Situ

TNM : Tumeur Nodule Métastase

UIV : Urographie Intraveineuse

USAC : Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseils

USTTB : Université des sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

VPH : Virus Papilloma Humain

Table des matières

I. INTRODUCTION.....	20
II. GENERALITES.....	24
1. Définition	24
2. Rappels.....	24
2.1. Anatomiques et physiologiques	24
2.2. Histologiques.....	29
3. Cancers gynécologiques et mammaires.....	33
3.1. Cancers du col de l’utérus	33
3.2. Cancer du corps utérin:.....	39
3.3. Cancer de l’ovaire	42
3.4. Cancer de la trompe	45
3.5. Cancer du vagin.....	47
3.6. Cancer de la vulve	49
3.7. Cancer du sein:	52
III : MATERIEL ET METHODES	60
1. Cadre et lieu d’étude :.....	60
2. Type d’étude et période d’étude :.....	65
3. Population d’étude :.....	65
4. Echantillonnage :.....	66
5. Support des données :.....	66
6. Les variables étudiées :.....	66
7. Analyse des données :.....	66
IV. RESULTATS	68
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	86
1. Aspects méthodologiques.....	86
2. Fréquence	86
3. Aspects sociodémographiques.....	88
VI. CONCLUSION	93
VII. RECOMMANDATIONS.....	95

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	97
IX. ANNEXES	103
1. Fiche signalétique	103
2. Fiche d'enquête	106

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Classification des cancers invasifs du col utérin selon la FIGO.....	38
Tableau II: Classifications anatomo-cliniques des cancers de l’ovaire correspondance FIGO-TNM.....	44
Tableau III: Classification TNM des cancers de la vulve, 7ème Edition (2009)	51
Tableau IV: Répartition selon la localisation de la tumeur.....	68
Tableau V. Prévalence annuelle de La localisation des cancers gynécologiques et mammaires selon l’année	69
Tableau VI : Répartition des patientes selon la tranche d’âge	71
Tableau VII : Répartition des patientes selon la profession.....	72
Tableau VIII: Répartition des patientes selon le motif de consultation.....	73
Tableau IX: Répartition des patientes selon le niveau d’étude	74
Tableau X: Répartition des patientes selon la ménarche.....	75
Tableau XI: Répartition des patientes selon la gestité	76
Tableau XII: Répartition des patientes selon la parité	77
Tableau XIII: Répartition des patientes selon la contraception.....	78
Tableau XIV: Répartition des cancers gynécologiques et mammaires selon la tranche d’âge.....	80
Tableau XV: Répartition des cancers gynécologiques et mammaires selon la profession.....	81
Tableau XVI : la répartition des tumeurs selon l’ethnie	82
Tableau XVII: Répartition des cancers gynécologiques et mammaires selon la parité	83
Tableau XVIII: Répartition des cancers gynécologiques et mammaires selon la contraception	84
Tableau XIX: Fréquence et auteurs.....	87

Tableau XX: Age et auteurs	88
Tableau XXI: Fréquence des cancers du sein et auteurs	90

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Anatomie de la vulve. Vue position gynécologique	26
Figure 2: anatomie de l'appareil génital interne féminin	28
Figure 3: glande mammaire	29
Figure 4: Coupe histologique d'un carcinome épidermoïde mature et invasif .	35
Figure 5: Col utérin avec un cancer invasif.....	36
Figure 6: Carcinome basocellulaire de type infiltrant (pointes de flèches : artéfact de rétraction, flèches : amas de cellule en palissade)	50
Figure 7: Macroscopie d'une tumeur d'aspect ulcéro-bourgeonnante du sein (service d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU Point "G")	53
Figure 8: Coupe histologique d'un carcinome infiltrant de type non spécifique.	55
Figure 9: Carte sanitaire de la Commune I.....	60
Figure 10: Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques au CHU du Point G	65
Figure 11: Répartition des patientes selon le statut matrimonial.....	70
Figure 12: Répartition des types histologiques du cancer mammaire.	79

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La santé en matière de reproduction est actuellement un concept global et la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires, une de ses composantes essentielles, demeure une préoccupation dans beaucoup de pays compte tenu de la gravité de la situation [1].

Les cancers gynécologiques et mammaires sont des tumeurs malignes qui se développent à partir de l'appareil génital féminin et des glandes mammaires.

Ils concernent principalement : les ovaires, les trompes, le col de l'utérus, corps utérin, le vagin, la vulve et les seins [2].

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), en 2020 il y'a eu près de 20 millions de nouveaux cas de cancers et 10 millions de décès dus aux cancers dans le monde [3]. Parmi ces cancers, les cancers gynécologiques et mammaires ont représenté près de 19%, dont les plus fréquents sont ceux du sein et du col utérin. Leurs fréquences restent élevées malgré les efforts de dépistage de certaines localisations dans nos régions [4].

À l'échelle mondiale, il y a plus de 2 260000 nouveaux cas de cancers du sein soit 11,7% de tous les cancers et plus de 680000 nouveaux cas de décès en 2020 soit 6,9 % (GLOBOCAN 2020) [5]. Son incidence est évaluée entre 15 et 53 pour 100 000 femmes avec de grandes variations en fonction des régions ; les différentes évaluations sont en faveur d'une incidence moins élevée que celle observée chez les femmes européennes ou nord-américaines [6].

En Afrique sub-saharienne, les femmes représentent jusqu'à 68% des patients atteints de cancer, avec une prédominance des cancers gynécologiques et mammaires [7]. En 2020, au Mali selon les données du registre du cancer, le cancer du sein est le premier cancer [8] ; à la même période il y a eu un début d'institutionnalisation du diagnostic précoce et de la prise en charge du cancer du sein à Bamako par la mise en place d'un réseau conformément à la pyramide sanitaire. Ce réseau est composé d'unité diagnostique des anomalies mammaires clinique et /ou radiologique suspectes au niveau des CSCOM et CSREF ; de

services de référence dans la prise en charge des cancers du sein après le diagnostic histologique [10].

En 2020 plus de 604 000 nouveaux cas de cancer du col utérin et 350 000 décès dus au cancer du col utérin sont survenus dans le monde. Classant le cancer du col le 4^{ème} cancer de la femme dans le monde. En Afrique, il occupe le 2^{ème} rang en terme d'incidence et de mortalité avec plus de 117000 nouveaux cas et plus 76000 [5,10]. Au Mali, le cancer du col est le 2^{ème} cancer de la femme, et le 3^{ème} de tous les cancers avec une fréquence de 22,8 pour 100000 habitants [11]. Ce qui fait de ces maladies l'une des plus graves menaces qui pèse sur la vie des femmes [12]. Ceci nous amène à comprendre la nécessité de prendre des mesures préventives contre la maladie cancéreuse gynécologique et mammaire. L'efficacité de cette prévention passe par la disponibilité de données sur les cas de cancer à travers les données du registre des cancers.

Nous avons ainsi initié ce travail dans le but de décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques des cancers gynécologiques et mammaires au CSréf commune 1 de Bamako.

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier les aspects épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques des cancers gynécologiques et mammaires au centre de santé de référence de la commune I.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des cancers gynécologiques et mammaires ;
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes atteintes de cancers gynécologiques et mammaires ;
- Déterminer les aspects cliniques des patientes atteintes de cancer gynécologique et mammaire ;
- Déterminer les types histologiques des cancers gynécologiques et mammaires.

GENERALITES

II. GENERALITES

1. Définition

Le cancer est une prolifération anarchique des cellules dites « malignes » à partir d'un foyer primitif et pouvant récidiver localement après ablation et s'essaimer à distance entraînant la formation des métastases. Les cancers gynécologiques et mammaires sont des tumeurs malignes qui se développent aux dépens de l'appareil génital féminin et de la glande mammaire.

2. Rappels

2.1. Anatomiques et physiologiques [24,25]

❖ Les organes génitaux externes

- **La vulve**

Désigne l'ensemble des organes génitaux externes de la femme et se présente comme une saillie ovalaire, avec une fente médiane. Elle comprend les éléments suivants

- **Les grandes lèvres :**

Qui sont deux replis de peau généralement plus pigmentées que le reste du corps et couverts de poils à partir de la puberté. Elles recouvrent l'ouverture des conduits urinaire et vaginal. Leur aspect et leur dimension sont variables selon les femmes.

- **Les petites lèvres :**

Sont deux replis cutanés de couleur rosacée, se situant à l'intérieur des grandes lèvres. Elles peuvent presque être absentes chez certaines femmes alors que chez d'autres, elles peuvent être très développées au point de faire sailli entre les grandes lèvres. Elles contiennent deux ouvertures l'une minuscule, l'urètre pour évacuer l'urine et l'autre qui correspond à l'entrée du vagin.

- **Le clitoris :**

Organe érectile situé au sommet de la commissure des petites lèvres. Il est constitué de tissu caverneux se gorgeant de sang au moment de l'excitation sexuelle.

Il est situé à la jonction des petites lèvres vers l'avant. Il est recouvert d'un capuchon (équivalent du prépuce), formé en partie par les petites lèvres.

- **Méat urétral :**

Petit orifice situé sous le clitoris et au-dessus de l'orifice du vagin et par lequel l'urètre débouche sur l'extérieur.

- **Les glandes de Bartholin :**

Au nombre de deux, situées de part et d'autre de l'orifice vaginal, elles sont l'équivalent des glandes de Cowper chez l'homme

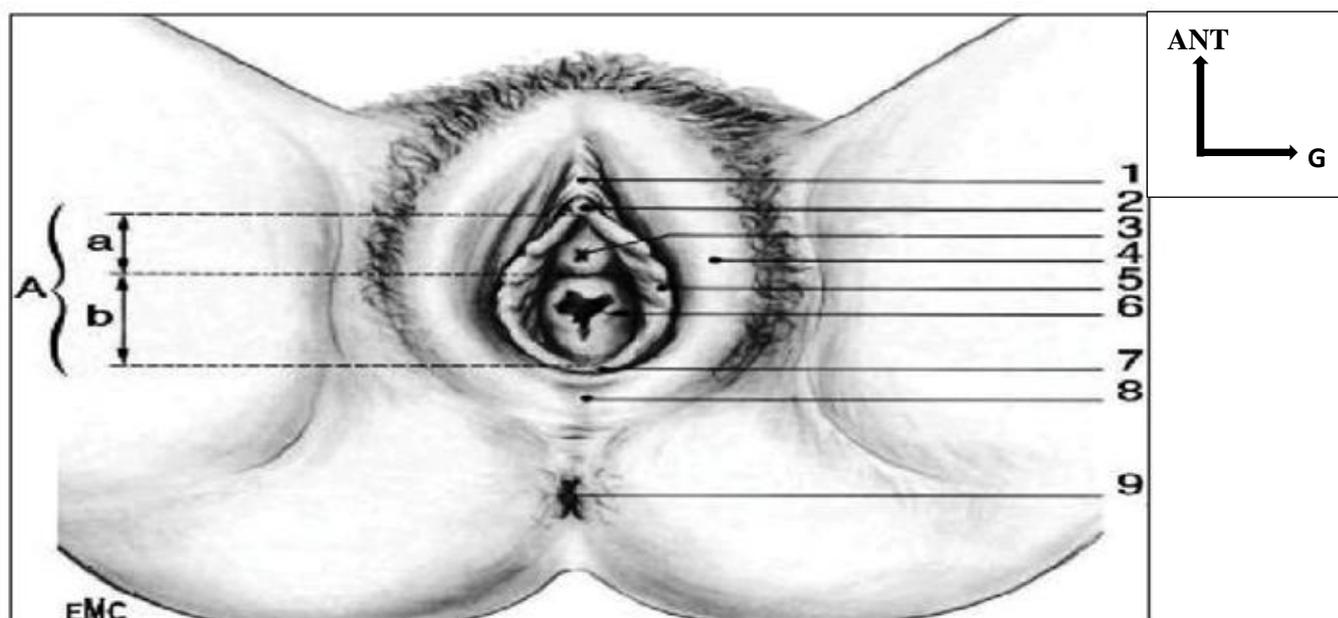


Figure 1: Anatomie de la vulve. Vue position gynécologique [29]

A : Vestibule

a : vestibule urinaire

b : vestibule du vagin

1. prépuce du clitoris

2. gland du clitoris

3. ostium externe de l'urètre

4. grande lèvre

5. petite lèvre

6. introït vaginal

7. frein des lèvres

8. commissure postérieure des lèvres

9. Anus

❖ Les organes génitaux internes

• L'utérus :

L'utérus est un organe musculaire lisse creux destiné à contenir le conceptus pendant son développement et à l'expulser quand il est arrivé à maturité. Cette fonction explique les profondes modifications subies par l'utérus au cours de la vie génitale.

Il est situé dans la cavité pelvienne entre la vessie en avant et le rectum en arrière. Il est recouvert partiellement par le péritoine. De consistance ferme mais élastique, il pèse 40 à 50 g chez la nullipare et 50 à 70g chez la multipare. 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. L'utérus se divise en trois parties : le

corps, partie supérieure fortement musclée, l'isthme, et le col partie plus étroite qui fait saillie dans le vagin et qui sécrète un mucus appelé la glaire cervicale.

- **Les trompes de Fallope :**

Les trompes sont les conduits par lesquels les ovaires communiquent avec l'utérus. Les trompes recueillent l'ovule libéré par l'ovaire et le transportent jusqu'à la cavité utérine. Elles se composent de trois segments : un segment interstitiel à lumière étroite, un corps et un infundibulum, ou pavillon, recouvrant l'ovaire. Ses parois sont constituées d'une tunique séreuse externe, de deux couches de muscles lisses et d'une muqueuse.

- **Ovaire :**

Deux glandes sexuelles de forme ovoïde et de couleur rosée, reposant sur les faces latérales de la cavité pelvienne de la femme. Leur activité débute à la puberté et s'achève à la ménopause. Cette activité est double : produire des ovules, les cellules sexuelles féminines, et sécréter les hormones sexuelles féminines (œstrogènes et progestérones).

- **Le vagin :**

Placé en arrière de la vessie et de l'urètre et en avant du rectum, c'est un organe musculaire épais en forme de tube de 7 à 10 cm de longueur, situé entre la vulve et le col de l'utérus. Il a trois couches : conjonctive, musculaire et muqueuse. Il reçoit le pénis lors d'un rapport sexuel, le sperme lors de l'éjaculation et permet la sortie du flux menstruel lors des règles et le passage du bébé pendant l'accouchement (sa capacité de dilatation est très grande). Il est humecté et lubrifié par la glaire cervicale.

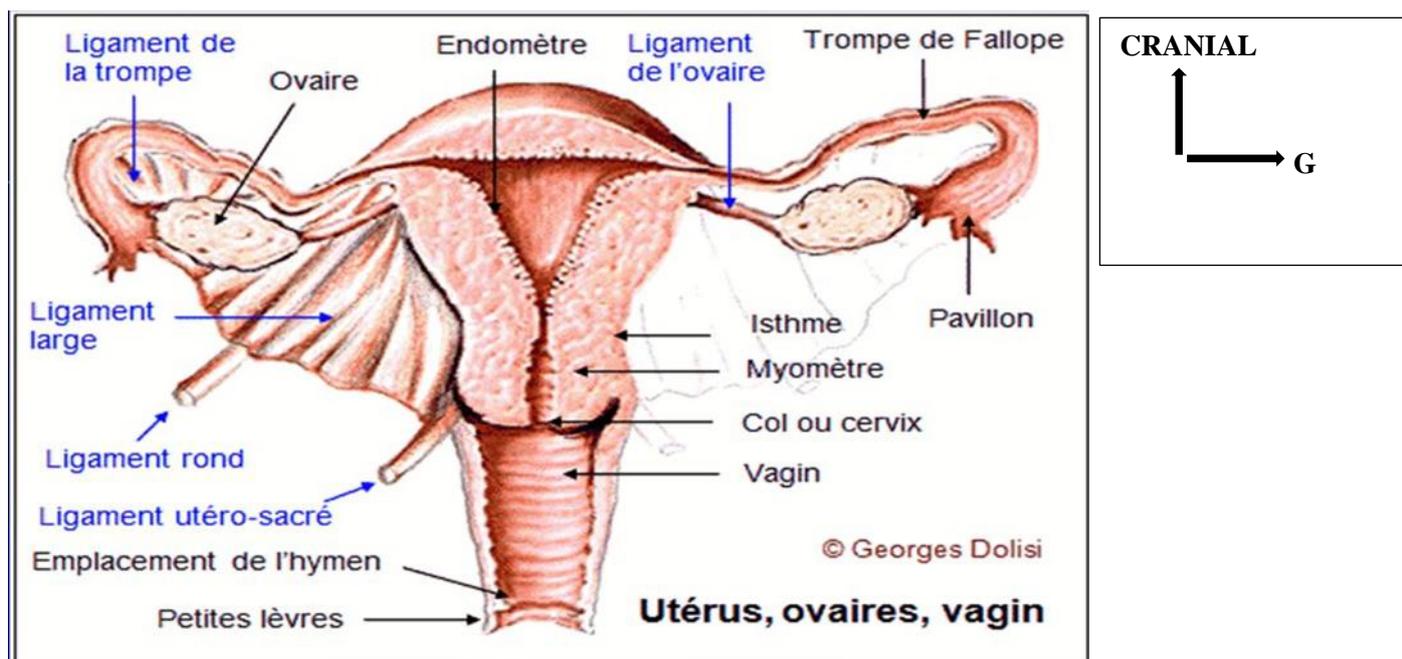


Figure 2: anatomie de l'appareil génital interne féminin [32]

- **Les seins :**

Les seins occupent la partie antéro-supérieure de la poitrine, de chaque côté du sternum en avant des muscles pectoraux et en regard de l'espace compris entre la 3ème et la 7ème côte. Cette situation varie en fonction de la forme et du type thoracique. Certains facteurs tels que la grossesse, les allaitements, l'âge modifient l'aspect des mamelles qui deviennent plus ou moins pendantes. En dehors d'un état gestatif, ils mesurent en moyenne 10 cm de hauteur sur 12cm de largeur. Sous l'influence de la grossesse, les seins augmentent de volume 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. Le Poids, il est chez la jeune fille de 150 à 200g ; chez la nourrice de 400 à 500g. Il peut atteindre 800 à 900g. Chez la jeune fille et la femme nulligeste, les seins sont fermes et

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

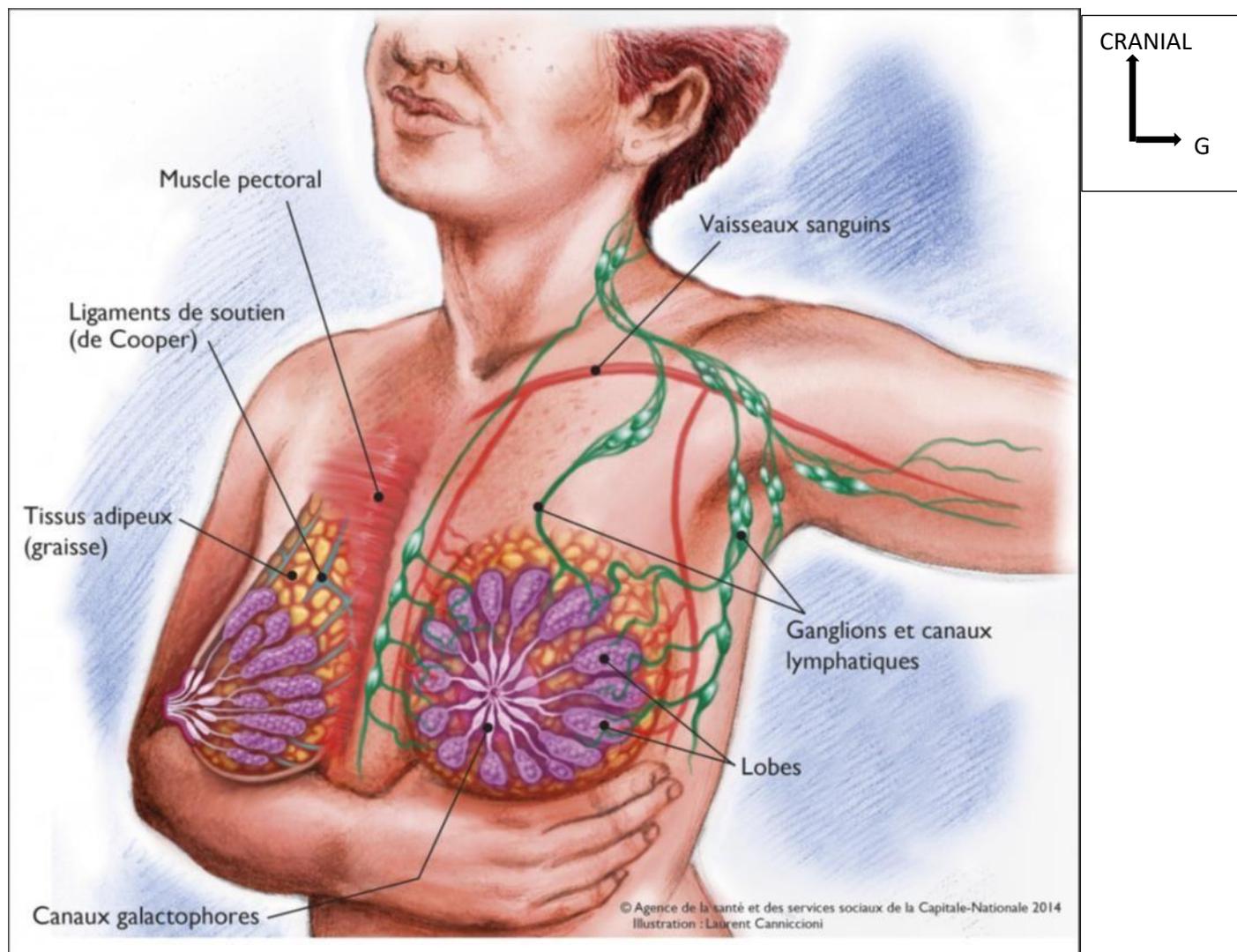


Figure 3: glande mammaire [45]

2.2. Histologiques

- **L'utérus [28]**

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

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.

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.

La séreuse une enveloppe conjonctive Elle est représentée selon l'endroit soit par la séreuse péritonéale, soit par un adventice.

- **Le col utérin** : [12,30]

Le col est la portion fibromusculaire basse de l'utérus. Le col mesure 3 à 4 cm de longueur et 2,5 à 3,5 cm de diamètre, il est de forme conique ou cylindrique.

Rappel histologique : le col utérin comprend 2 parties qui sont l'exocol, l'endocol et une zone de jonction pavimenteuse cylindrique

-L'exocol : Il est tapissé d'un épithélium malpighien ou pavimenteux pluristratifié chargé en glycogène.

-L'endocol : Il est tapissé d'une muqueuse cylindrique uni stratifiée avec une seule couche de cellules hautes cylindriques au noyau sombre et un cytoplasme mucosécrétant lubrifiant le col et le vagin

-La jonction pavimento-cylindrique (JPC). C'est la jonction de l'épithélium pavimenteux (malpighien) et de l'épithélium cylindrique. Elle se présente sous l'aspect d'une ligne étroite.

- **Les ovaires** [28 , 29]

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. On y trouve également des nerfs, les vaisseaux sanguins nombreux et volumineux et des vaisseaux lymphatiques.

- **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 méso-salpinx et contenant des vaisseaux et de nombreuses cellules adipeuses.

- **La vulve [29]**

Elle est recouverte superficiellement par la peau, donc un épithélium pavimenteux, stratifié, kératinisé où l'épiderme reposant sur le derme. Au niveau du vestibule, cet épithélium devient pavimenteux stratifié non kératinisé.

Du point de vue histologique, les grandes lèvres sont formées de : Revêtement cutané à minces couches kératinisées ce qui explique l'augmentation de l'évaporation cutanée à ce niveau, comparée à celle de la peau de l'avant-bras.

Ce revêtement cutané est pourvu aussi de glandes sudoripares (sécrétant de la sueur) et de glandes sébacées (sécrétant une substance grasseuse) ; enfin, à la puberté, des poils couvrent la face externe de chaque grande lèvre ; la face interne reste glabre. La face externe de la grande lèvre est plus pigmentée que la face interne qui habituellement plus lisse et rosée.

Histologiquement, les petites lèvres sont formées : D'un revêtement malpighien épais, avec une couche mince de kératine, pigmentée ; il est dépourvu de glandes sébacées et de follicules pileux, donc les petites lèvres restent glabres, sans poils. D'un revêtement cutanéomuqueux, il recouvre une couche de tissu fibro-élastique porteur de glandes sudoripares (sécrétant de la sueur) et richement vascularisé et innervé.

Histologiquement, le clitoris est formé de vastes lacunes vasculaires ou aréoles alimentées par des artérioles spiralées à paroi musclée ; ces lacunes vasculaires sont séparées par des cloisons conjonctives pourvues de fibres musculaires lisses ; le gland du clitoris est renflé, de forme conique mousse ; il est constitué de tissu spongieux érectile, provenant des bulbes vestibulaires ; il est très riche en extrémités nerveuses, ce qui le rend très sensible. Le clitoris est revêtu en partie d'un épithélium malpighien kératinisé

Histologiquement, les glandes de Bartholin sont constituées de : Lobules revêtus par un épithélium caliciforme

Débouchant dans des espèces de sinus revêtus d'épithélium cubique Ces sinus donnent naissance aux canaux excréteurs tapissés par un épithélium cylindrique Au voisinage de l'orifice extérieur des glandes, on a un épithélium pavimenteux stratifié

- **Le sein**

Est un dérivé ectodermique de composition très hétérogène. Les acini qui sont la plus petite unité des structures canalaire et glandulaire présentent une double assise cellulaire. Le tissu conjonctif quant à lui se différencie en deux parties au moment de la puberté en tissu interstitiel banal (conjonctif inter-lobulaire) et en tissu palléal (tissu conjonctif intra lobulaire). Le tissu interstitiel banal constitue le support des lobes et comporte de nombreux adipocytes. Le tissu palléal est un tissu conjonctif lâche, pauvre en adipocytes et sensible aux modifications hormonales.

3. Cancers gynécologiques et mammaires

3.1. Cancers du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est une pathologie d'origine infectieuse. La quasi-totalité des cas de ce cancer sont attribuables à l'infection par le Virus Papilloma Humain (VPH). C'est le cancer humain le plus évitable et le plus curable.

❖ Epidémiologies [33,48]

Il représente 80 % des cas de cancers gynécologiques Son incidence varie d'un pays à un autre.

-Les régions à haute incidence : Amérique Latine, Afrique sub-saharienne, Asie du sud-est.

-Les 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.

-L'âge moyen au diagnostic est de 51 ans ; le pic de fréquence est situé entre 48 et 55 ans.

❖ Facteurs de risque : [12,30]

-Les infections par certains types oncogènes de Papilloma virus humain : HPV (16, 18, 31, 45) est à l'origine de plus de 90% des cancers cervicaux.

-L'infection à herpes virus simplex ;

- La précocité et la fréquence des rapports sexuels ;

- La multiparité et une maternité précoce ;

-Le bas niveau socioéconomique ;

- Les partenaires sexuels multiples ;

-Prostitution ;

-Infections génitales à répétition ;

- L'utilisation au long court des contraceptifs oraux ; ils ne sont pas directement en cause, mais en favorisant les rapports sexuels fréquents souvent non protégés, ils exposent aux microtraumatismes, véritables portes d'entrée pour le HPV.

❖ **Anatomo-pathologique**

- **Aspect microscopiques [30]**

Les carcinomes :

Ce sont les cancers développés aux dépens de l'épithélium de revêtement exocervical ou endocervical, les plus fréquents sont ceux développés au niveau de l'exocol : carcinome épidermoïde (90-95%)

Carcinome épidermoïde

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

Carcinome épidermoïde in situ

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 basale 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).

Carcinome épidermoïde invasif

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.

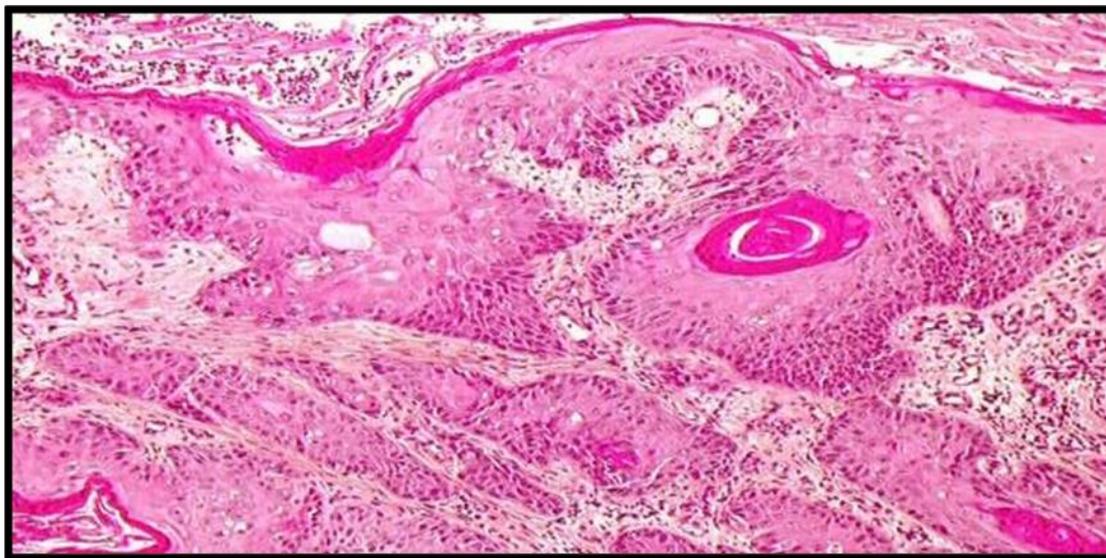


Figure 4: Coupe histologique d'un carcinome épidermoïde mature et invasif [46]

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.

Autres tumeurs épithéliales :

Carcinome adénoquameux, Tumeur carcinoïde, Carcinome à petites cellules, Carcinome indifférencié.

Autres types de cancer du col Rarement on retrouve :

- Des cancers secondaires,
- Des sarcomes,
- Des carcinomes méso-néphrotiques,
- Des mélanomes,

- Des cancers à cellules claires,
- Des cancers colloïdes.

❖ **Aspects Macroscopiques [32]:**

Le cancer du col débute en principe à la jonction de l'épithélium cylindrique endocervical, au niveau d'une zone de remaniement. Le cancer peut débiter dans l'endocol. Le plus souvent il se développe en surface (forme exo cervicale) en bourgeons gris blanchâtres, friables, sanglants. Parfois l'endocol est le siège d'un petit nodule ou d'une ulcération à fond induré blanchâtre et saignant. Le cancer endocervical peut creuser dans l'épaisseur du col émerger dans le cul de sac vaginal ; cet aspect a été pris pour une forme spéciale dite cancer liminaire. On observe des formes intriquées exo et endocervicales.



Figure 5: Col utérin avec un cancer invasif [46]

❖ **Circonstances de découverte :**

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.

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

Les signes les plus fréquents sont :

- Métrorragies provoquées

- Métrorragies spontanées

-Leucorrhées banales, plus volontiers rosées.

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

❖ Examens complémentaires :

Ils comportent :

- Un bilan biologique de base (fonctions hématologiques, hépatiques, et rénales)

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

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

- L'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.

❖ **Diagnostic différentiel :**

-Cervicite hémorragique

-Tuberculose du col

-Bilharziose uro-génitale

❖ **Classification de la FIGO [33]**

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 utérin selon la FIGO

Stade 0 - Carcinome in situ
<p>Stade 1 – Cancer limité au col de l'utérus</p> <p>1. IA : Cancer « préclinique » (Pas de tumeur visible ou palpable)</p> <p>IAI : Infiltration du conjonctif sur moins de 3 mm de profondeur et 7 mm de large.</p> <p>IA2 : Infiltration du conjonctif sur 3 à 5 mm de profondeur et au moins 7 mm de large</p> <p>2. IB : Cancer cliniquement visible ou palpable</p> <p>IB1 : Diamètre<4 cm</p> <p>IB2 : Diamètre>4 cm</p>
<p>Stade II – Cancer étendu aux structures juxta-utérines</p> <p>3. IIA – Pas d'atteinte du paramètre</p> <p>4. IIB – Atteinte du paramètre</p>
<p>Stade III – Cancer étendu jusqu'aux limites de la région pelvienne</p> <p>5. IIIA – Extension au tiers inférieur du vagin sans atteinte de la paroi pelvienne.</p>

6. IIIB - Extension à la paroi pelvienne et (ou) hydronéphrose ou rein muet.

Stade IV

7. IVA – Extension à la muqueuse vésicale et (ou) à la muqueuse rectale.

8. IVB – Métastases à distance (cavité péritonéale, foie, poumons et autres)

❖ **Principes traitement [34]**

Il existe plusieurs façons de traiter les lésions précancéreuses du col : •

Cryothérapie : cette technique a recours à la congélation pour détruire les lésions.

• Traitement au laser : cette technique consiste à projeter un faisceau de lumière intense sur les lésions afin de les détruire.

• LEEP (Loop electrosurgical excision procédure) : cette option repose sur l'excision à l'anse diathermique des lésions. Il s'agit d'enlever les lésions au moyen d'un courant électrique que l'on fait passer par une boucle de fil extrêmement mince. Le col de l'utérus est cautérisé en même temps afin de prévenir les saignements.

• Conisation : cette technique consiste à retirer du col utérin un fragment de tissu en forme de cône. On peut également y avoir recours pour enlever une lésion ou un très petit cancer. Pratiquée habituellement à l'hôpital, cette technique utilise un laser ou un bistouri.

Traitement du cancer Si le cancer du col est confirmé, les traitements sont beaucoup plus complexes et font appel à la chirurgie et/ou la radiothérapie et/ou la chimiothérapie.

3.2. Cancer du corps utérin:

❖ **Epidémiologie [48]**

La fréquence du cancer du corps utérin est évaluée à 10,8/100 000 en 2022. 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.

❖ **Facteurs de risques [30]:**

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

❖ **Anatomopathologie**

• **Aspects Microscopiques [11,30]:**

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.

• **Aspects Macroscopiques [32]**

Le cancer se présente sous forme d'une tumeur végétante localisée : masse polypoïde, saillante dans la lumière, souvent largement implantée sur l'endomètre. La lésion par la suite peut se nécroser en surface et prend une teinte

grisâtre ou hémorragique. Les localisations préférentielles sont : la face postérieure, le fond, une corne utérine. La tumeur de petite taille y est incrustée et risque d'échapper à la biopsie

❖ **Circonstances de découvertes [35] :**

- Métrorragies : classiquement spontanées et indolores survenant chez la femme en péri ou post-ménopause.
- 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.

❖ **Examens complémentaires [32,35] :**

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) permet de confirmer le diagnostic de cancer de l'endomètre.

❖ **Diagnostics différentiels**

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 (s'il y'a lésion annexielle associée).

❖ **Classification TNM [32]:**

Tis : in situ

T1 : limité au corps utérin

T 1a : 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 : métastase

❖ **Principes de traitement [30] :**

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

3.3. Cancer de l'ovaire

❖ **Epidémiologie [50]**

Le cancer de l'ovaire peut survient chez les femmes âgées de plus de 45 ans, le diagnostic de certitude repose sur l'examen anatomopathologique. Il occupe le troisième rang des cancers gynécologiques dans le monde et la cinquième cause de décès par cancers féminins après celui du sein, colorectal, poumon et du col de l'utérus. Il a une incidence moyenne de 10/100000 habitants dans les pays industrialisés soit 5000 nouveaux cas par an en France avec un pic de fréquence chez les femmes de 60 à 70 ans.

❖ **Facteurs de risques [26,30]:**

Ils sont très peu connus :

-Age élevé : supérieur ou égal à 50 ans ;

-Tabac ;

-Milieu socio-économique : Le fait que l'incidence des tumeurs ovariennes et leur taux de mortalité soient 3 à 5 fois plus importants dans les pays industrialisés que dans les pays en voie de développement, suggère qu'il existe des facteurs environnementaux dans leur étiologie ;

-Facteurs de prédisposition génétique (BRCA1 et 2, HNPCC...);

- facteurs endocrines ;

-Nulliparité ;

-infertilité (Absence de grossesse).

Les facteurs protecteurs suivants :

- Multiparité ;

- Prise de contraceptifs oraux ;

- Alimentation riche en végétaux.

❖ **Anatomopathologie [36]:**

• **Aspects microscopiques :**

Histologiquement on a un revêtement cubique, cylindrique ou de type épidermique. Les plus fréquents sont les cystadénocarcinomes séreux ou mucineux, l'adénocarcinome endométrioïde et les carcinomes indifférenciés.

• **Aspects macroscopiques :**

Ce sont des tumeurs très végétante avec en général des parties solides, des parties kystiques et des zones de nécrose.

❖ **Circonstances du diagnostic [30] :**

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.

❖ **Examens complémentaires [26,30,36]:**

Il s'agit essentiellement de l'échographie, la coelioscopie, l'étude cytologique de l'ascite, la radiographie pulmonaire, la biopsie de la tumeur.

❖ **Diagnostics différentiels :**

Devant la tumeur, on peut évoquer :

- Un fibrome : Pédiculé ou sessile volumineux ;
- Un kyste 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.

❖ **Classification de FIGO-TNM**

Tableau II: Classifications anatomo-cliniques des cancers de l’ovaire correspondance FIGO-TNM

Stade de la FIGO	TNM	Description
Stade I	T1	Tumeurs limitées aux ovaires
IA	T1a	1 ovaire, Capsule intacte, cytologie péritonéale négatif
IB	T1b	2 ovaires, capsules intactes, cytologie péritonéale négatif
IC	T1c	1 ou 2 ovaires ou rupture capsulaire ou cytologie positive
Stade II	T2	Tumeurs limitées au pelvis
IIA	T2a	Extension à l’utérus ou aux trompes cytologie péritonéale négative
IIB	T2b	Extension autre organes du pelvis (vessie, rectum, colon) cytologie péritonéale négative
IIC	T2c	IIA ou IIB + cytologie positive
Stade III	T3 et/ou N1	Tumeur limitée à l’abdomen
IIIA	T3a	Extension péritonéale microscopique
IIIB	T3b	Extension péritonéale inférieure ou égale à 2 cm
IIIC	T3c	Extension péritonéale supérieure à 2 cm
	N1	Ganglions retro péritonéaux ou inguinaux
Stade VI	M1	Métastases à distances

❖ **Principes Thérapeutiques :**

Le traitement du cancer de l'ovaire peut varier d'un établissement à un autre, mais le plan de traitements sont généralement basés les éléments suivants : le stade, le type et la taille, l'âge de la femme et son état général. Il fait appel essentiellement à la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie et l'hormonothérapie.

3.4. Cancer de la trompe [30,32,52]

❖ **Epidémiologie :**

Le cancer de la trompe représente 0,1 et 1,98 % de tous les cancers gynécologiques et mammaires, c'est le plus rare des cancers de la filière génitale chez la femme. La maladie survient autour de la cinquantaine et est associée à la pauciparité, l'infertilité et la salpingite chronique.

❖ **Facteurs de risque**

- Le terrain : il s'agit de femmes proche de la ménopause ou ménopausées. La majorité des cancers de la trompe s'observe entre 40 et 60 ans.
- Parité : elle joue un rôle discute, la stérilité est fréquente chez ces femmes.

❖ **Anatomo-pathologique**

• **Aspect macroscopique :**

Macroscopiquement la lésion se présente comme une masse solide intraluminaire d'aspect papillaire présentant des zones hémorragiques et des zones de nécrose, siégeant dans une trompe dilatée et ayant une paroi épaissie. Le pavillon est fermé dans la moitié des cas et l'aspect macroscopique évoque, avant ouverture de la pièce, un pyosalpinx ou un abcès. Le type histologique le plus fréquemment décrit est l'adénocarcinome.

• **Aspect microscopique :**

- Les carcinomes :
 - Carcinomes glandulaires de type endométriales ;
 - Carcinomes papillaires à larges franges ;
 - Carcinomes massifs à cytoplasme clair ;
- Les sarcomes :

Ils sont hautement malins avec décès en quelques semaines.

➤ Les cancers secondaires :

Ils sont fréquents. Il s'agit le plus souvent de métastases ou de propagation à partir de l'ovaire ou à partir de l'endomètre utérin.

❖ **Symptomatologie :**

La sémiologie clinique est si peu évocatrice que le diagnostic préopératoire de l'affection est rare. Classiquement une triade symptomatologique est décrite :

-une hydro-hématorrhée de décharge -des douleurs abdominales basses et la présence d'une masse annexielle. Dans la majorité des cas, le diagnostic est une découverte opératoire lors d'une laparotomie pour un tableau trompeur, généralement utérin ou ovarien.

❖ **Examens complémentaires :**

Ils sont indispensables :

-La Cytologie.

- L'hystérosalpingographie montre, dans les cas typiques, à côté d'une cavité utérine normale, une image d'hydrosalpinx d'aspect polyplôïde ou lacunaire.

-La cœlioscopie.

❖ **Classification**

En 1970, DODSON et Coll.

Proposent une classification des cancers de la trompe de la fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique :

Stade I : tumeur limitée à la trompe

IA : tumeur limitée à une trompe

IB : tumeur limitée aux deux trompes

IC : tumeur limitée à une ou de deux trompes ; ascite avec cellules malignes

Stade II : tumeur d'une ou de deux trompes avec extension pelvienne IIA : atteinte de l'utérus ou des ovaires

IIB : atteinte des autres tissus pelviens

Stade III : tumeur d'une ou des deux trompes avec extension intra -péritonéale abdominale (grand épiploon, intestin grêle et mésentère).

❖ **Principes de traitement :**

Du fait de la rareté de la maladie et de ses similitudes d'avec le cancer de l'ovaire, la plupart des auteurs recommandent de recourir aux stratégies thérapeutiques utilisées dans le traitement du cancer de l'ovaire.

3.5. Cancer du vagin

❖ **Epidémiologie [47,48]**

Le cancer du vagin est une tumeur maligne gynécologique rare représentant seulement 1 à 2% de tous les néoplasies gynécologiques. Son incidence est de 0,42 par 100.000 femmes et est resté relativement inchangé depuis les années 80. Aux Etats-Unis, 2420 nouveaux cas sont diagnostiqués et 820 décès surviennent chaque année. Il se voit chez la femme âgée après 60 ans. Plus de 90% des cancers vaginaux sont des carcinomes épidermoïdes et environ 5% sont des adénocarcinomes.

❖ **Facteurs de risques [32]**

Age : ce sont des cancers rares survenant chez la femme âgée.

- Infection : constitue un facteur important ;
- Antécédent de vie sexuelle : mariage précoce ou retardé, parité, stérilité....
- Les lésions précancéreuses : traumatismes, dysplasie, dystrophies.
- Les facteurs génétiques :(cancer familial).

❖ **Aspect anatomopathologique [32]**

- **Aspect microscopique :**

Le cancer du vagin est dans 90 à 99% des carcinomes pavimenteux.

Ce carcinome est en général nettement différencié.

L'adénocarcinome primitif du vagin est rare.

Les mélanoblastomes sont extrêmement rares.

- **Aspect macroscopique :**

Le cancer peut siéger dans n'importe quel point de l'organe. Il peut être soit exophytique soit endophytique. Il se présente dans le premier cas comme une formation nodulaire sessile ou pédiculée, bourgeonnant dans la lumière vaginale ou enchâssée dans la paroi. La surface est en général irrégulière donnant à la lésion un masque trompeur de la bénignité. Dans le deuxième cas, le cancer se traduit par une ulcération à bords surélevés, irrégulière et rigide ou par une infiltration pariétale en placard.

- ❖ **Circonstances de découverte [37]:**

Les signes d'appel sont à la fois très divers et très banales.

- L'hémorragie elle constitue près d'une fois l'unique symptôme.
- Les leucorrhées,
- les douleurs,
- les dyspareunies,
- les vésicaux changements des habitudes urinaires, dysurie, hématurie, pollakiurie,
- rectaux changement du transit intestinal, constipation, douleur à la défécation, méléna.

La découverte d'une tumeur parfois apparente à la vulve peut enfin être la première manifestation. Le délai entre le premier symptôme et le diagnostic qui, en théorie devrait être bref, est en général très long. L'examen au spéculum doit être attentif pour ne pas négliger une petite lésion cachée par l'instrument. Cet examen découvre l'une des trois formes de lésion :

- Forme végétante : petit bourgeons saignants à base indurée.
- Forme infiltrante : infiltration irrégulière de la paroi vaginale évoluant vers l'ulcération ;
- Forme en nodule solitaire : c'est la biopsie qui apporte la certitude. Dans les formes étendues on s'aidera de la cystoscopie et la rectoscopie.

❖ **Les examens complémentaires :**

La cytologie :

La biopsie : elle confirme le diagnostic et détermine le type histologique.

❖ **Classification : selon FIGO [32]**

Stade 0 : le cancer intra-épithélial

Stade I : le cancer est limité au vagin

Stade II : infiltration du tissu environnant

Stade III : atteinte du petit bassin jusqu'à la paroi du bas

Stade IV : extension à l'extérieur du petit bassin

IV a : atteinte des organes environnant

IV b : atteinte des organes à distance

3.6. Cancer de la vulve [29,30]

❖ **Epidémiologie**

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

❖ **Facteurs de risques**

- Age : Dans la majorité des cas il touche la femme ménopausée de plus de 60 ans

-Terrain hormonal : L'obésité, le diabète sont rencontrés assez fréquemment mais c'est surtout la carence ostrogénique qui est notable.

- Facteurs infectieux : Parallèlement aux facteurs hormonaux, ont été évoqués plus récemment des facteurs vénériens surtout viraux : herpès génital à virus HSV2,

Le groupe des Papillomavirus est responsable des condylomes

❖ **Aspect anatomopathologique**

• **Aspect microscopique :**

Les épithéliomas malpighiens ou épidermoïdes ou spinocellulaires sont responsables dans 90% des cas des cancers vulvaires. Les autres formes sont rares : ce sont

- Les épithéliomas baso-cellulaires : 2,5% des cancers vulvaires de bon pronostic.

- Les mélanomes vulvaires : 2% des cancers vulvaires de pronostic redoutable.
- Les adénocarcinomes vulvaires : ils sont rares (1%) classiquement développés aux dépens des glandes de Bartholin.
- Les sarcomes vulvaires : de mauvais pronostic 1 à 3% des cancers vulvaires.

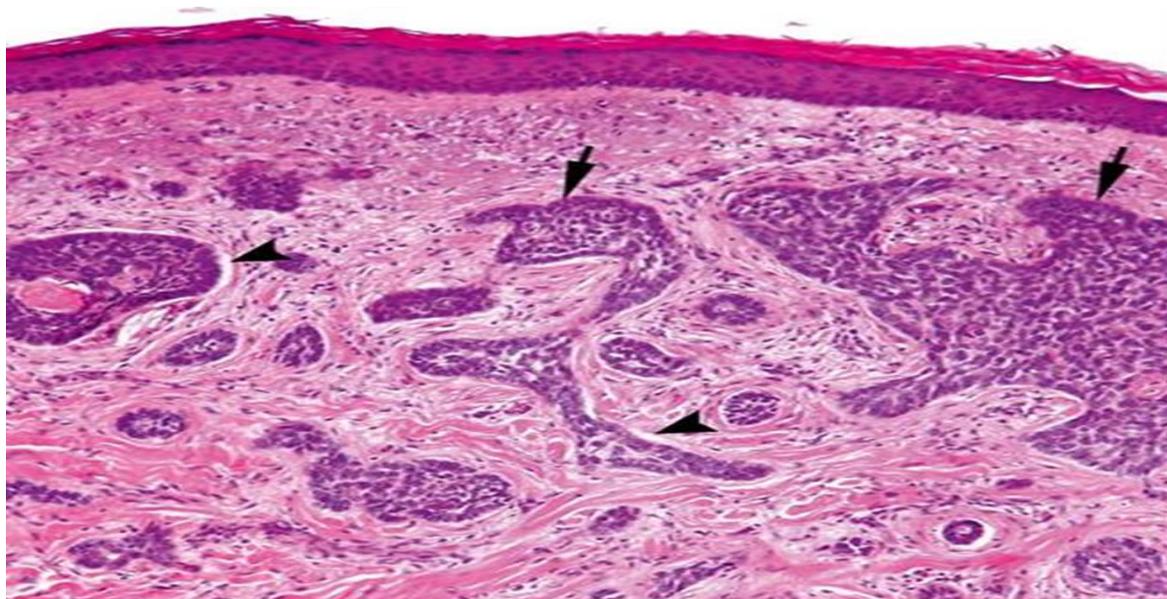


Figure 6: Carcinome basocellulaire de type infiltrant (pointes de flèches : artéfact de rétraction, flèches : amas de cellule en palissade)

- **Aspect macroscopique :**

Ce cancer peut se présenter sous trois formes :

- La forme exophytique plus fréquente, se présente sous forme de bourgeon saignant au contact qui a tendance à s'ulcérer et à s'infecter ;
- La forme ulcéreuse, moins fréquente, réalise un cratère à fond saignant et induré
- La forme mixte ulcero-végétante avec une infiltration plus ou moins importante en profondeur ;

- ❖ **Circonstance de découverte**

-Le prurit reste le signe essentiel

Un suintement ou la constatation d'une lésion vulvaire

-La perception d'une tumeur est également un symptôme fréquent évoqué dans 20% des cas environ.

-L'inspection de la vulve met en évidence la lésion bourgeonnante ou ulcérée:

❖ Examens complémentaires

Ils confirment le diagnostic.

-Cytologie

-Biopsie

❖ Classification :

Tableau III: Classification TNM des cancers de la vulve, 7ème Edition (2009)

T1	Tumeur limitée à la vulve/au périnée
T1a	<2 cm avec invasion stromale ≤1mm
T2b	>2cm ou invasion stromale >1mm
T2	Tumeur (quelle que soit la taille) avec un envahissement du bas urètre et/ou du vagin ou de l'anus
T3	Envahissement tumoral du haut urètre, de la vessie, de la muqueuse rectale ou du pelvis
Nx	Statut ganglionnaire non évaluable
N0	Pas de métastase ganglionnaire
N1a	Métastases(s) d'un ou deux ganglions
N1b	Métastase d'un ganglion >5mm
N2a	Métastases de 3 ganglions ou plus <5mm
N2b	Métastases de 2 ganglions ou plus >5mm
N2c	Métastases ganglionnaires avec effraction capsulaire
N3	Métastases ganglionnaires fixées, ulcérées
Mx	Statut métastatique à distance non évaluable
M0	Pas de métastase à distance
M1	Métastases à distance

❖ Principes de traitement :

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

3.7. Cancer du sein:

❖ Epidémiologie [30,33]

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins avec 25000 à 30000 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 100000 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

❖ Facteurs de risques :

➤ 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.

-Les femmes porteuses d'un ou de plusieurs gènes de prédisposition familiale au cancer du sein : BRCA1 et 2 voire 3 (Breast Cancer Linkage Consortium), le risque relatif est de 10.

➤ Risque histologique :

Il concerne

- Les 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, adénomes (risque relatif < 2) ;

-Pas de risque pour la mastose sclérokystique et les adénofibromes.

Risque hormonal ;

-Première grossesse après 30 ans ;

-L'absence d'allaitement maternel ;

-La nulligestité ;

-Ménopause tardive ;

-Cycles anovulatoires.

➤ Risques environnementaux

-les conditions socio-économiques élevées ;

-les facteurs alimentaires (Obésité, régime riche en graisses animales, alcool).

❖ Anatomie pathologique

• Aspect Macroscopique [33]:

L'examen macroscopique des tumeurs est réalisé par le chirurgien, et surtout par l'anatomo-pathologiste. Il permet d'avoir une forte présomption sur la nature d'une tumeur ainsi que son extension.

Au cours de l'examen macroscopique, la pièce opératoire est pesée, mesurée et éventuellement photographiée. Des prélèvements numérotés, identifiant différentes zones, sont faits pour l'examen microscopique. On distingue trois formes macroscopiques : la forme nodulaire, la forme squirreuse et la forme en céphaloïde.



Figure 7: Macroscopie d'une tumeur d'aspect ulcéro-bourgeonnante du sein (service d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU Point "G") [39]

Types histologiques [38]:

➤ Cancers primitifs du sein : Ce sont des adénocarcinomes (tumeurs épithéliales malignes à différenciation glandulaire).

➤ Carcinomes in situ :

Ils peuvent être canaux (galactophore) ou lobulaires (unité terminale ductolobulaire) 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.

➤ Carcinomes infiltrant :

On distingue :

-Carcinome infiltrant de type non spécifique forme commune (forme la plus fréquente) ;

-Carcinome lobulaire infiltrant, volontiers bilatéral -Formes particulières : le carcinome mucineux ou colloïde de la femme âgée, le carcinome médullaire, le carcinome tubuleux, le carcinome adénoïde kystique ou cylindre, le carcinome papillaire (très rare).

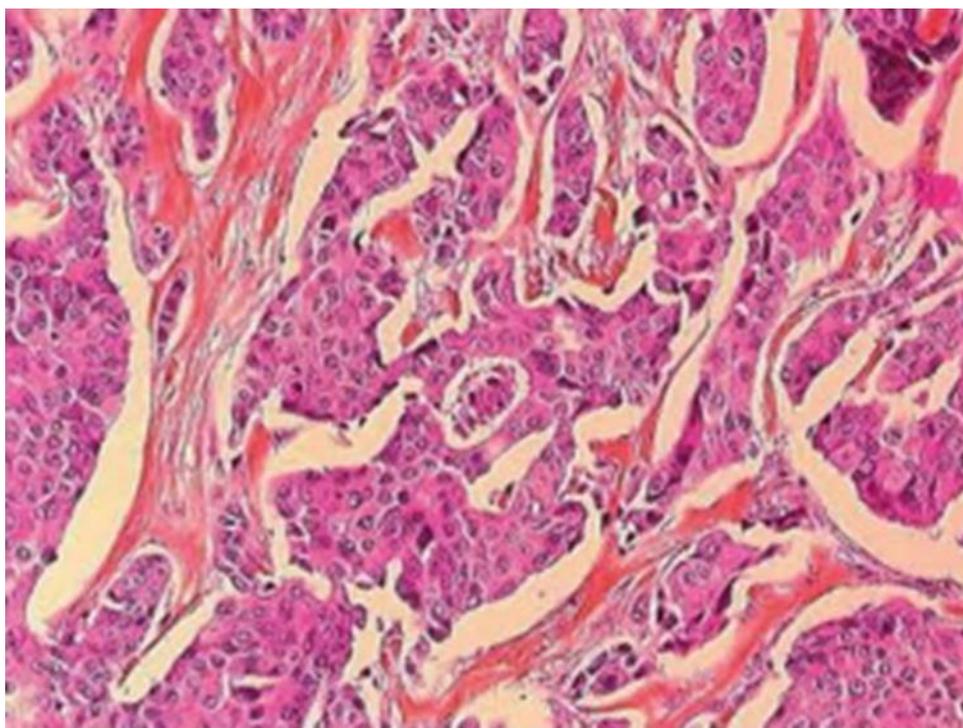


Figure 8: Coupe histologique d'un carcinome infiltrant de type non spécifique.

Cancers inflammatoires :

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

➤ Maladie de Paget du mamelon

Cette lésion correspond à une extériorisation au niveau du mamelon d'un carcinome mammaire sous-jacent, de nature canalaire, in situ et parfois infiltrante. 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

-Sarcomes primitifs du sein Ils constituent une seconde variété de tumeur maligne du sein. Ils peuvent naître soit directement du tissu conjonctif de la glande mammaire, soit indirectement à partir du contingent mésenchymateux d'une tumeur bénigne préexistante. Les variétés histologiques sont : les tumeurs phyllodes malignes, les liposarcomes, les angiosarcomes, l'hémato-sarcome et les mélanomes

-Lymphomes malins non hodgkiniens du sein

-Métastases mammaires

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

❖ **Circonstances de découverte [25]**

- Une auto palpation, souvent fortuite, d'un nodule mammaire
- Une adénopathie ou une métastase
- Une lésion du mamelon
- Un écoulement mamelonnaire (exceptionnellement déformant)
- Un examen de dépistage de plus en plus souvent.

❖ **Examen complémentaires [32]:**

➤ Mammographie :

➤ La cytologie par cytoponction :

➤ Autres examens :

- Echographie quasi systématique, elle précise la nature liquide ou solide de la tumeur,
- La thermographie,
- La galactographie (indispensable en cas d'écoulement du mamelon),
- La biopsie exérèse avec étude anatomo-pathologique pour précise la nature bénigne ou maligne (c'est un adénocarcinome le plus souvent),

L'ensemble : examen clinique plus mammographie plus cytologie font 99% des diagnostics du cancer du sein.

❖ **Classifications :**

Classification TNM (2002)

T0 : pas de tumeur décelable

Tis : tumeur in-situ (non infiltrante)

T1 : tumeur de taille inférieure ou égale à 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 infra claviculaire

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 quelques soit le N

Stade IIIC : N3 quelques soit le T

Stade IV : métastases.

Classification selon SBR

Cette classification est basée sur :

1-Architecture tubulo-glandulaire :

1= la tumeur comprend que des tubes

2= partiellement tubulaire

3= la tumeur ne comprend aucun tube

2-Les atypies cytonucléaires:

1= noyaux réguliers monomorphes

2= atypies modérées

3= noyaux pléomorphes avec atypies marquées

3-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

❖ Principe du traitement [9]

Traitement du cancer du sein Le traitement est discuté en RCP en fonction du caractère in situ ou infiltrant de la lésion auquel se rajoutent d'autres critères. Il peut s'agir :

- D'une chirurgie (plus ou moins large) avec ou sans curage ganglionnaire ;
- D'une chimiothérapie première (néo adjuvante) ;
- De traitements adjuvants (radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie).

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 Pathologique du CHU POINT G et dans le service de Gynécologie-Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune I (CSREF CI) du district de Bamako.

✚ La commune I du district de Bamako :

-Situation de la commune :

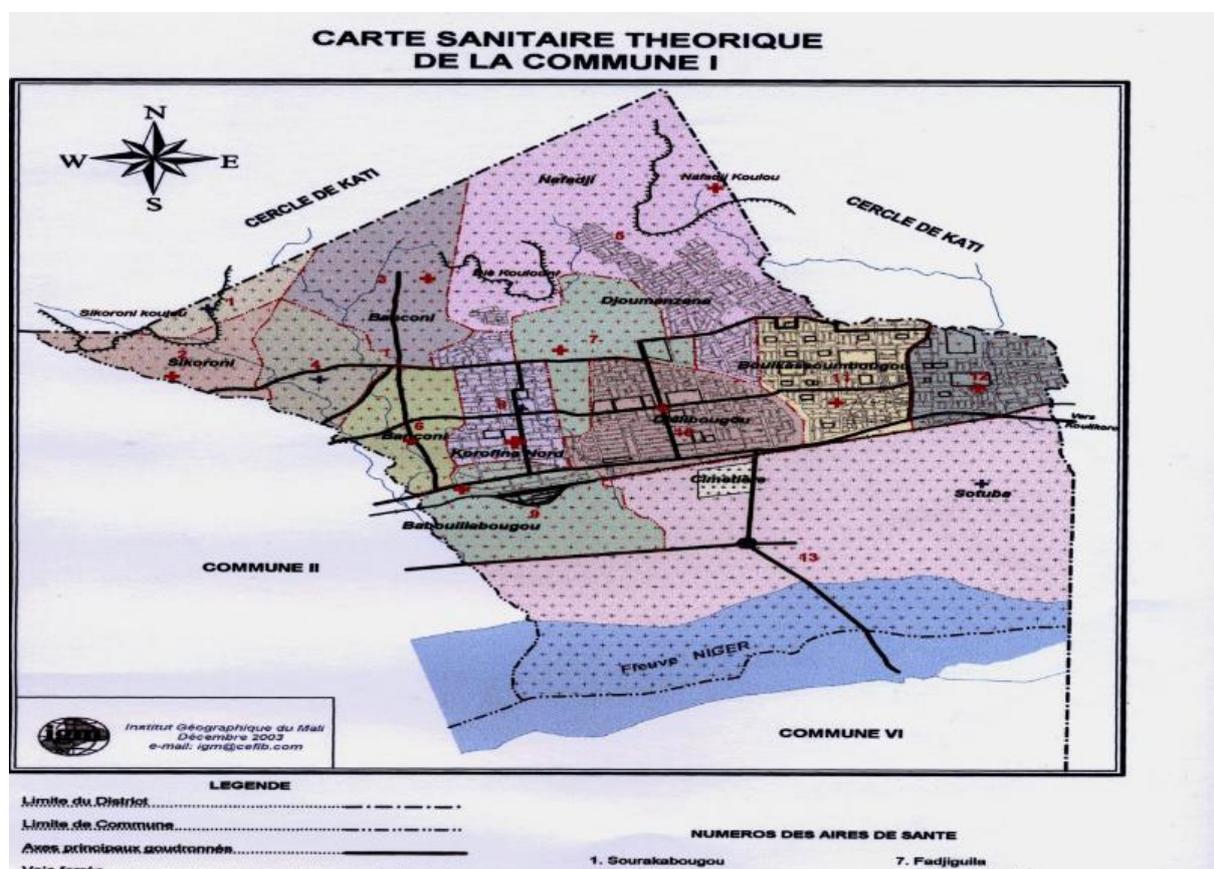


Figure 9: Carte sanitaire de la Commune I

Source : SIS CS Réf CI

✚ Caractéristiques sanitaires de la commune I

Il existe en commune I : un CSRéf, 12 CSCOM, des Cabinets médicaux, des Cliniques privées et des centres confessionnels (AMuPi, Catholique et Chérifla). Le Centre de Santé de Référence de la Commune I comprend actuellement plusieurs services et unités qui sont :

- L'administration ;
- Le service de gynécologie obstétrique ;
- Le service de chirurgie générale ;
- Le service de pédiatrie ;
- Le service d'ophtalmologie ;
- Le service d'odontostomatologie ;
- Le service d'ORL ;
- Le service de médecine générale ;
- Le service de développement social et de l'économie solidaire ;
- L'unité d'imagerie médicale ;
- Le S.I.S ;
- L'unité de laboratoire ;
- L'USAC de la commune I ;
- Le bloc opératoire ;
- La pharmacie ;
- La brigade d'hygiène ;
- La morgue.

•Présentation du service de gynécologie et d'obstétrique :

Le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune I fait partie des services les plus fréquentés du centre. Il est situé vers le côté Sud du CSRéf entre le bloc d'hospitalisation à l'Ouest, la pharmacie à l'Est et le bloc opératoire au Nord. Il reçoit les gestantes, parturientes et les troubles gynécologiques issues de toutes les couches sociales. Les parturientes venant y accoucher sont suivies soit dans notre service, soit dans les autres services de gynécologie et obstétrique publics ou privés, soit dans les centres de santé communautaire.

Ce service comprend :

- Deux salles de consultation externe ;
- Une salle pour les urgences gynécologie-obstétrique ;
- Une salle d'accouchement à trois lits ;
- Une salle d'attente qui sert également de salle pour les suites de couches et la surveillance post-partum ;
- Une unité de consultation prénatale ;
- Une unité de planification familiale (PF) et post-natale ;
- Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus ;
- Un bloc d'hospitalisation comprenant :
 - Trois grandes salles avec une capacité de six (06) lits ;
 - Deux salles à deux (02) lits ;
 - Une salle pour les thésards (faisant fonction d'internes) ;
 - Une salle pour le major du bloc d'hospitalisation ;
 - Une salle de soins.
- Un bloc opératoire comprenant :
 - Deux salles d'interventions pour les interventions gynécologiques obstétricales chirurgicales et ophtalmologiques ;
 - Une salle de stérilisation des instruments ;
 - Une salle contenant l'autoclave pour la stérilisation des champs et des blouses opératoires ;
 - Une salle de réveil ;
 - Une salle de préparation des patients ;
 - Une salle de préparation des opérateurs (chirurgiens ; gynécologues obstétriciens) ;
 - Un bureau pour les anesthésistes ;
 - Un bureau pour les aides de bloc.

Le personnel de la maternité est composé de :

- Un gynécologue-obstétricien, chef de service qui coordonne et supervise toutes les activités du service ;
 - Trois autres gynécologues-obstétriciens ;
 - Des médecins DES de gynécologie-obstétrique, en formation ;
 - Un gynécologue-obstétricien (médecin stagiaire et personnel d'appui
 - Vingt-deux (22) médecins généralistes (ancien thésard et personnel d'appui) ;
 - Vingt-neuf (29) sages-femmes réparties entre les différentes unités de la maternité ;
 - Vingt (20) thésards (faisant fonction d'internes) ;
 - Huit (8) aides-soignantes.
 - Trois (3) chauffeurs d'ambulances
 - Six (6) manœuvres et six (6) gardiens
 - Les activités sont programmées comme suit :
 - Les consultations sont assurées par les médecins gynécologues obstétriciens, ainsi que par les médecins généralistes, principalement lors des gardes ;
 - L'échographie est réalisée tous les jours ouvrables dans l'après-midi ;
 - La garde est assurée par un gynécologue, trois (3) médecin généraliste, de thésards (ou faisant fonction d'internes), d'une sage-femme, d'une aide-soignante et de deux manœuvres ;
 - La formation continue du personnel est pérennisée par un staff quotidien sur les dossiers journaliers et principalement ceux de la garde, ainsi que par un exposé hebdomadaire sur les pathologies gynécologiques et obstétricales fréquemment rencontrées dans le service ;
- Il s'en suit la visite aux malades hospitalisés, visite au cours de laquelle le gynécologue obstétricien donne les instructions et enseignements nécessaires à la formation continue des étudiants (thésards).

Présentation du service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du Point G :

Il a été transféré au C.H.U 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 la médecine interne et le service d'Hématologie Oncologie

• **Personnel du service :**

Il se compose comme suit :

- Deux (2) professeurs titulaires
- Un (1) maître de Conférences
- Des médecins pathologistes
- Des médecins en spécialisation
- Des étudiants en année de thèse
- Trois (3) techniciens de laboratoire
- Trois (3) techniciens de surface
- Une (1) secrétaire

• **Locaux du service :**

Ils comportent :

- Une (1) salle de réception
- Trois (3) salles de technique
- Une (1) salle de prélèvement pour la cytologie et la micro biopsie
- Une (1) salle de macroscopie
- Une (1) salle de registre des cancers
- Une (1) salle d'archivage
- Une (1) salle de réunion
- Cinq bureaux
- Quatre (4) toilettes
- Une (1) salle de repos pour les techniciens de surface
- Une (1) salle de dépôt de matériel de nettoyage

- Un (1) magasin pour le stock du matériel de travail

• **Activités du service :**

C'est à ce service qu'est adressée la grande majorité de biopsies, des pièces opératoires, des cytoponctions et des liquides biologiques réalisés dans le pays. Dans les archives, on retrouve les comptes rendus anatomopathologiques soigneusement conservés remontant à des décennies. En plus de ces activités, le service organise des staffs hebdomadaires et est aussi actif dans la recherche. Il héberge en son sein le registre national des cancers en collaboration avec le Centre International de Recherche contre le Cancer (CIRC) et participe aux différentes activités de la politique nationale de lutte contre le cancer.



Figure 10: Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques au CHU du Point G

2. Type d'étude et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale avec collecte rétrospective des données qui s'était déroulée du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2021 soit une période de 05 ans.

3. Population d'étude :

Elle était constituée par l'ensemble des patientes admises en consultation gynécologiques au centre de santé de référence de la commune I.

4. Echantillonnage :

- **Taille de l'échantillon**

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif prenant en compte tous les cas répondant aux critères d'inclusion.

- **Critères d'inclusion**

Tous les cas de cancers gynécologiques et mammaires suspectés au centre de santé de référence de la commune I et confirmés par l'histologie au service d'anatomo-pathologie du CHU Point G.

- **Critères de non inclusion :**

- Les cancers diagnostiqués en dehors de la période d'étude ;
- Les cas de cancers non confirmés par l'histologie ;
- Les cancers non gynécologiques.

5. Support des données :

✓ Le support des données était constitué par :

- Le recueil des données à travers le questionnaire ;
- Le registre de dépistage cancers du CSRéf de la commune I ;
- Le registre d'enregistrement des résultats histologiques du service d'anatomopathologie ;
- Les dossiers des patientes reçues en consultation au service de gynécologie obstétrique du CSRéf de la commune I.

6. Les variables étudiées :

- Variables sociodémographiques : âge, ethnie, profession,
- Les variables cliniques et anatomopathologiques : Siège, type histologique et les moyens diagnostiques (clinique, radiologique, chirurgie sans biopsie, biopsie ou cytologie).

7. Analyse des données :

L'analyse a été effectuée sur le logiciel Epi info 7 et SPSS 20. La réalisation des tableaux et graphiques a été faite sur le logiciel Excel 2016, la saisie des textes

sur le logiciel Word 2016. Le test statistique utilisé était le test de Khi 2 avec comme seuil de signification $P < 0,05$.

RESULTATS

IV. RESULTATS

En 5ans, sur 15532 femmes reçus en consultation dans la structure nous avons collecté 123 cas de cancers de la femme, avec 71cas de cancer gynécologiques et mammaires. Les cancers gynécologiques et mammaires ont représenté 57,72% des cancers de la femme.

Tableau IV: Répartition selon la localisation de la tumeur

Localisation de la tumeur	Effectifs	Pourcentage
Col de l'utérus	56	78,9
Ovaire	1	1,4
Sein	14	19,7
Total	71	100

Le cancer du col de l'utérus était le plus fréquent soit 78,9%. Pendant notre période d'étude nous n'avons pas eu de cas de cancer de la vulve, du vagin, corps utérin et de la trompe.

Tableau V. Prévalence annuelle de La localisation des cancers gynécologiques et mammaires selon l'année

Localisation	Col d'utérus	ovaire	Sein	Total (%)	
2017	13	0	0	13 (18,3)	
2018	8	0	0	8 (11,3)	
année	2019	6	1	0	7 (9,9)
	2020	18	0	9	27 (38)
	2021	11	0	5	16 (22,5)
Total	56	1	14	71 (100)	

La prévalence la plus élevée a été enregistrée en 2020 soit 38 % des cas cela est dû au fait que en 2020 il y a eu une grande sensibilisation et l'association dépistage du cancer du col et du sien et un registre du cancer de sien.

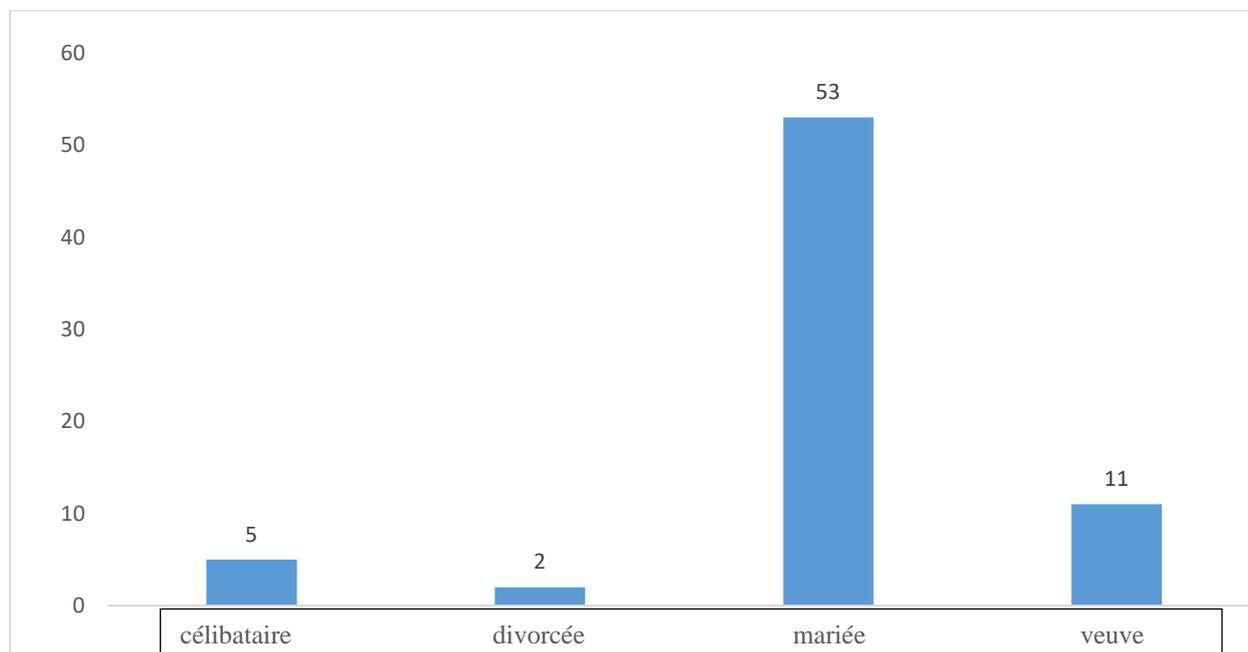


Figure 11: Répartition des patientes selon le statut matrimonial

La majorité des patientes étaient mariées.

Tableau VI : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
15 à 49 ans	42	59,2
Supérieure à 49 ans	29	40,8
Total	71	100,0

La tranche d'âge la plus représentée était de 15 à 49 ans, soit 59,2 % des cas. La moyenne d'âge était de 47,9 ans avec des extrêmes de 21 ans et 78 ans.

Tableau VII : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage (%)
Commerçante	17	23,9
Etudiante	1	1,4
Fonctionnaire	2	2,8
Ménagère	51	71,8
Total	71	100

Les ménagères étaient les plus représentées avec 71,8% des cas.

Tableau VIII: Répartition des patientes selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentage
Dépistage	33	46,5
Douleur mammaire	4	5,6
Douleur pelvienne	9	12,7
Dyspareunie	4	5,6
Masse mammaire	9	12,7
Métrorragie	11	15,5
Ulcération mammaire	1	1,4
Total	71	100

Le dépistage a été le motif de consultation le plus fréquent des patientes avec 46,5% des cas.

Tableau IX: Répartition des patientes selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage
Ecole coranique	6	8,5
Non scolarisé	47	66,2
Niveau fondamental	9	12,7
Niveau secondaire	6	8,5
Niveau supérieur	3	4,2
Total	71	100

La majorité des patientes n'étaient pas solarisée soit 66,2 % des cas

Tableau X: Répartition des patientes selon la ménarche

Age de ménarche	Effectifs	Pourcentage
13	5	7
14	21	29,6
15	22	31
16	6	8,5
Indéterminé	17	23,9
Total	71	100

29,6 % ont vu leur 1ère règle à 14 ans et 31 % à 15 ans.

Tableau XI: Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Nulligeste	8	11,3
Primigeste	2	2,8
Paucigeste	11	15,5
Multigeste	19	26,8
Grande multigeste	31	43,7
Total	71	100

Les grandes multigestes étaient les plus représentées avec 43,7% des cas.

Tableau XII: Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	8	11,3
Primipare	3	4,2
Paucipare	14	19,7
Multipare	18	25,4
Grande multipare	28	39,4
Total	71	100

Les grandes multipares étaient majoritairement représentées soit 39,4% des cas.

Tableau XIII: Répartition des patientes selon la contraception

Contraception	Effectifs	Pourcentage (%)
Non	46	64,8
Oui	25	35,2
Total	71	100

Dans 64,8 % des cas les patientes n'avaient pas utilisé une méthode contraceptive.

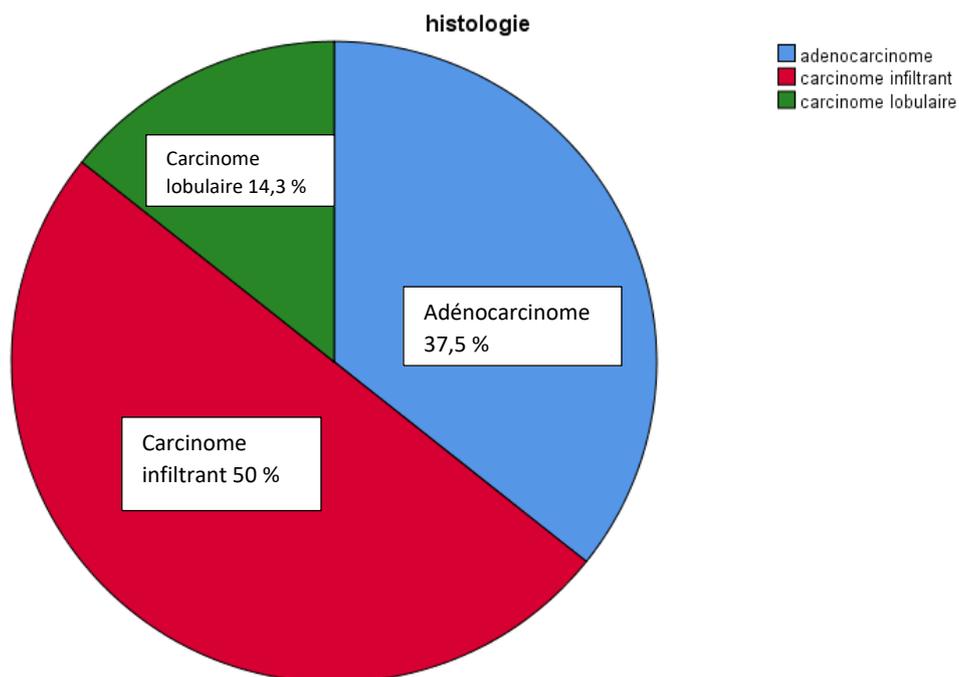


Figure 12: Répartition des types histologiques du cancer mammaire.

Le carcinome infiltrant non spécifique était le plus représenté dans le cas du cancer du sein soit 50% des cas. Tous les cas du col utérin étaient du carcinome épidermoïde et les cas de l’ovaire étaient cystadénocarcinome.

Tableau XIV: Répartition des cancers gynécologiques et mammaires selon la tranche d'âge

Localisation	Tranche d'âge		Total
	15 à 49 ans	plus de 49 ans	
	N (%)	N (%)	N (%)
Col de l'utérus	30 (53,6)	26 (46,4)	56 (100)
Ovaire	0 (0)	1 (100)	1 (100)
Sein	12 (85,7)	2 (14,3)	14 (100)
Total	42 (59,2)	29 (40,9)	71 (100)

Khi-deux de Pearson = 7,219 ddl = 3 P = 0,065

Le cancer du col était le plus représenté dans la tranche d'âge de 15 - 49 ans dans 53,6% des cas.

Cependant, nous n'avons pas trouvé de lien statistique significatif entre la tranche d'âge et la survenue des cancers gynécologiques et mammaires avec P = 0,065.

Tableau XV: Répartition des cancers gynécologiques et mammaires selon la profession

Profession	Col de l'utérus	Ovaire	Sein	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Commerçante	14 (25)	0 (0)	3 (21,4)	17 (23,9)
Etudiante	1(1,8)	0 (0)	0 (0)	1 (1,4)
Fonctionnaire	2 (3,6)	0 (0)	0 (0)	2 (2,8)
Ménagère	39 (69,7)	1 (100)	11 (78,6)	51 (71,8)
Total	56 (100)	1 (100)	14 (100)	71 (100)

Khi-deux de Pearson = 1,740 ddl = 9 P = 0,995

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre les cancers gynécologiques et mammaires et la profession des patientes (P = 0,995).

Tableau XVI : la répartition des tumeurs selon l'ethnie

	localisation de la tumeur			Total N(%)
	col de l'utérus N(%)	Ovaire N(%)	Sein N(%)	
Mianga	2 (50)	0 ()	2 (50)	4 (100)
bambara	21 (84)	1 (4)	3 (12)	25 (100)
bobo	4 (100)	0 (0)	0 (0)	4(100)
malinké	11 (91,7)	0 (0)	1(8,3)	12(100)
Ethnie peulh	3 (42,9)	0 (0)	4 (57,1)	7 (100)
senoufo	2 (66,7)	0 (0)	1 (33,3)	3 (100)
soninké	11 (78,6)	0 (0)	3 (21,4)	14 (100)
sonrhäï	2 (100)	0 (0)	0 (0)	2 (100)
Total	56 (78,9)	1 (1,4)	14 (19,7)	71 (100)
Khi-deux de Pearson = 13,7		ddl = 14	P = 0,47	

Les bambaras étaient les plus représentés. Nous n'avons pas trouvé de lien statistique significatif entre la survenue des cancers et l'ethnie avec P = 0,47

Tableau XVII: Répartition des cancers gynécologiques et mammaires selon la parité

Parité	Col de l'utérus	Ovaire	Sein
	N (%)	N (%)	N (%)
Grande multipare	13 (23,2)	1 (100)	14 (100)
Multipare	18 (32,1)	0 (0)	0 (0)
Nullipare	8 (14,3)	0 (0)	0 (0)
Paucipare	14 (25)	0 (0)	0 (0)
Primipare	3 (5,4)	0 (0)	0 (0)
Total	56 (100)	1 (100)	14 (100)

Khi-deux de Pearson = 29,2 ddl = 12 P = 0,004

Les cancers gynécologiques et mammaires ont été plus représentés chez les multipares. Il existe un lien statistiquement significatif entre l'apparition des cancers gynécologiques et mammaires et la parité avec P = 0,004.

Tableau XVIII: Répartition des cancers gynécologiques et mammaires selon la contraception

Localisation	N (%)	Contraception		Total
		Non	Oui	
Col de l'utérus	N (%)	38 (67,9)	18 (32,1)	56 (100)
Ovaire	N (%)	0 (0)	1 (100)	1 (100)
Sein	N (%)	8(57,1)	6 (42,9)	14 (100)
Total	N (%)	46 (64,8)	25 (35,2)	71 (100)

Khi-deux de Pearson = 3,68 ddl = 3 P = 0,298

La majorité des patientes ayant une tumeur du sein n'avait pas utilisé de contraception. Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la contraception et la survenue des cancers (P = 0,298).

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Aspects méthodologiques

Il s'agissait d'une étude transversale avec collecte rétrospective des données réalisée de janvier 2017 à décembre 2021. Elle a concerné 71 patientes venues du district de Bamako et de l'intérieur du pays.

Elle s'est portée sur les aspects épidémiologiques, cliniques et histologiques des cancers gynécologiques et mammaires au CSréf de la commune I du district de BAMAKO

✓ Difficultés et limites

Le caractère rétrospectif a conféré un certain nombre de limite à notre étude. Nous pouvons citer entre et autre : le manque d'informations sur certaines patientes à cause de la perte de l'incomplétudes de certains dossiers, les patientes perdues de vue, l'impossibilité de pratiquer l'examen anatomopathologique extemporané dans notre service, le manque de moyens financiers pour certaines malades de réaliser les examens paracliniques.

✓ Les avantages

La bonne collaboration du personnel du service d'anatomopathologie et du CSréf de la commune I et l'accès facile aux dossiers médicaux.

2. Fréquence

De 2017 à 2021, nous avons collecté 71 cas de cancers gynécologiques et mammaires sur 123 cas de cancers de la femme diagnostiqués dans la structure. Les cancers gynécologiques et mammaires ont représenté 57,7% des cancers de la femme. La fréquence la plus élevée a été constatée en 2020 avec 27 cas soit 38%. Ce pic en 2020 pourrait s'expliquer par une large campagne de sensibilisation et la mise en place d'un registre du cancer du sein en plus du registre du cancer du col utérin.

Le cancer du col de l'utérus est le plus fréquent et occupe la première place avec 78,9% des cas suivi du sein ave 19,7% des cas et les cancers ovariens (1,4%).

Nous n'avons pas trouvé de cancer des autres organes. Cela pourrait s'expliquer par la rareté du cancer de ces organes et le lieu d'étude.

Tableau XIX: Fréquence et auteurs

Auteurs	Fréquence (%)	Test statistique
Diaby M au Mali 2022 [2]	46,5	0,1567
Lankouande J au Burkina Faso [40]	51	0.3442
Bagayoko SM au Mali [39]	43,4	0,0659
Diarra M au Mali[41]	44,3	0,0895
Josiane A T B au Bénin [42]	44,3	0,0895
Notre étude	57,7	-

Nos résultats se rapprochent de celui de Lankouande J [40] au Burkina Faso qui avait trouvé une fréquence de 51% de cancers gynécologiques et mammaires. Par contre nos résultats diffèrent de ceux de Diaby M [2], de Bagayoko SM [39] et de Diarra M [41] qui ont rapporté respectivement une fréquence 46,5 %, 43,4 % et 44,3% des cas et le cancer du sein a occupé le premier rang des cancers gynécologiques et mammaires.

Tonato JA [42] au Bénin en 2015 a trouvé par ordre de fréquence le cancer du sein 44,3%, le cancer du col de l'utérus 26,7% suivi du cancer de l'ovaire 18,6% et du cancer de l'endomètre 9,05%, les cancers de la vulve et du vagin faiblement représentés 1,5%.

Dans notre étude, les cancers du sein viennent en 2ieme position avec 19,7% des cas. Nous n'avons pas trouvé de cas de cancer de la vulve, de vagin et ni de l'endomètre pendant notre période d'étude cela peut être dû au lieu d'étude.

3. Aspects sociodémographiques

Tableau XX: Age et auteurs

Auteurs	Age moyen
Diaby M, Mali 2022 [2]	51,98 ans
Bagayoko SM au Mali [39]	49,47 ans
Dem A , Sénégal 2008 [43]	49,5 ans
Notre étude	47,9 ans

La moyenne d'âge de nos patientes était de 47,9ans avec des extrêmes de 21 ans et 78 ans. La moyenne d'âge des femmes trouvées dans notre série est inférieure à celle trouvée par Diaby M au Mali [2] en 2022 qui était de 51,98 ans par contre, elle se rapproche à celle retrouvée par Bagayoko SM au Mali [39] (49,47ans) et de Dem A au Sénégal en 2008 [43] (49,5ans). La survenue des cancers était corrélée à l'âge des patientes.

❖ **Le statut matrimonial**

La majorité de nos patientes étaient mariées (74,65%) suivie des veuves (15,49%). Diaby M [2] au Mali en 2022 avait fait le même constat. Ces résultats sont statistiquement comparables ($P = 0,7486$).

❖ **La profession**

La profession la plus touchée était les ménagères dans 71,8% des cas. Cela pourrait s'expliquer par le faible taux de scolarisation des femmes au Mali. Tayem FP [44] au Mali en 2011 a rapporté des proportions comparables.

❖ **L'ethnie**

Les Bambaras représentaient 35,2 % de notre effectif, suivi des Soninkés et les Malinkés. Ces ethnies sont les plus fréquentes de la population malienne en général. Tayem FP [44] au Mali en 2011 a rapporté des proportions similaires au notre.

4. Les localisations et les types histologiques des cancers gynécologiques et mammaires

❖ Le cancer du col utérin

• La fréquence :

Au Mali le dépistage du cancer du col reste peu pratiqué malgré la mise en place de la méthode de dépistage IVA et IVL 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.

Il a été le cancer le plus fréquent dans notre série (78,9% des cas). Il était le plus représenté chez les ménagères avec 69,65% des cas ainsi que chez les femmes mariées dont 32,14% utilisent de méthodes contraceptives. Ils sont similaires à ceux de Diaby M [2] au Mali en 2022 qui avait trouvé 69,2% et de Lankouande J [40] au Burkina Faso avec 78,3%.

• Le type histologique :

Le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus représenté (100% des cas) des cancers du col de l'utérus. Nos résultats concordent avec ceux de Diaby M [2] en 2022 au Mali qui avait trouvé 100 %, de Bakayoko M S [39] du Mali avec 92,9%, Lankouande J [40] au Burkina Faso avec 78,3%.

❖ Le cancer du sein

• La fréquence

Tableau XXI: Fréquence des cancers du sein et auteurs

Auteurs	Fréquence (%)	P valeur
Diaby M, Mali [2]	45,3	0,0001
Bakayoko M S au Mali [39]	43,38	0,0004
Dem A , Sénégal 2008 [43]	42	0,0013
Notre étude	19,7	

Le cancer du sein a représenté 19,7% de l'ensemble des cancers gynécologiques et mammaires, il vient en deuxième position après le cancer du col de l'utérus.

Cette fréquence est inférieure à celles de Diaby M au Mali en 2022 [2], de Bakayoko M S [39] et de Dem A au Sénégal en 2008 [43] qui ont trouvé respectivement 45,3%, 43,38% et 42% des cas.

Nous avons trouvé une différence statistique significative entre nos résultats et de ces auteurs ($P < 0,05$).

• Type histologique

La totalité des cas de cancers du sein était développés uniquement sur le tissu épithélial. Les carcinomes infiltrant étaient le type histologique le plus fréquent (64,28%) suivi de l'adénocarcinome (28,75%) et du carcinome lobulaire (7,14%). Bakayoko M S [39] et Diaby M au Mali [2] ont également rapporté des résultats similaires avec des fréquences nettement supérieures soit respectivement 84,42% ($P = 0,0019$) et 58,3% ($P = 0,4663$).

❖ Le cancer de l'ovaire :

• La fréquence

Il occupe la troisième place des cancers gynécologiques et mammaires dans notre série et a représenté 1,4% des cas. Ce résultat se rapproche de celui de Patrick

Tayem FP [44] qui avait trouvé 1,9% des cas. Par contre, Bakayoko M S [39] et Diaby M au Mali [2] ont rapporté des fréquences nettement supérieures soit respectivement 6,18% ($P = 0,1724$) et 3,8% des cas ($P = 0,6784$).

- **Type histologique**

Le Cystadénocarcinome était le seul type histologique retrouvé. Diaby M au Mali [2] avait fait le même constat. Cette prédominance est retrouvée dans plusieurs études avec des proportions variables notamment chez Bakayoko M S [39] du Mali avec 74,1% des cas.

CONCLUSION

VI. CONCLUSION

Les cancers gynécologiques et mammaires constituent un véritable problème de santé. Parmi ces cancers les plus fréquents, sont ceux du col de l'utérus et du sein. Au Mali, nous avons constaté que ces cancers surviennent à des âges relativement jeunes. Un accent particulier doit être mis sur le dépistage et la sensibilisation de la population afin de diagnostiquer et traiter les cancers à un stade précoce. Histologie est examen de confirmation du diagnostic.

RECOMMANDATIONS

VII. RECOMMANDATIONS

Aux autorités sanitaires et politiques

- Redynamiser le programme national de lutte contre le cancer
- Créer dans les principales structures hospitalières un service d'anatomie et cytologie pathologiques
- Mettre en route une campagne de prévention contre le cancer du col par la vaccination contre l'HPV

Aux agents de santé de

- Procéder à l'examen systématique des seins chez toutes les femmes en consultation
- Demander systématiquement un dépistage du cancer du col utérin chez toutes les femmes en activité génitale.
- Rechercher et traiter correctement les infections génitales
- Promouvoir la communication pour le changement de comportement des femmes :

En déconseillant les pratiques sociales nuisibles à la sante telles que la précocité des rapports sexuels et du mariage

Aux populations

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

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Nayama M. Cancers gynécologiques et mammaires : aspects épidémiologiques et histologiques dans le service d'anatomie et cytologie pathologique de la faculté des sciences et de la santé de Niamey Niger. Mali Med 2006 txxi n°3 ; p46
2. Diaby M. Les cancers gynécologiques et mammaires : aspects épidémiologiques et anatomo-pathologiques au centre de santé de référence de la commune III. Thèse Med. Mali 2022
3. Organisation Mondiale de la Santé chiffre des cancers dans le monde. [interne]. [cité 11 sept 2021].
Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breascancer>
4. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas BD (eds). Cancer incidence in five continents. Lyon 2002 ; n°155 vol VIII. 1-781
5. Hellman K, Silfversward C, Nilsson B, Hellstrom AC, Frankendal B, Pettersson F. Primary carcinoma of the vagina : factors influencing the age at diagnosis. The Radiumhemmet series 1956–96. Int J Gynecol Cancer 2004 ;14(3) :491–501.
6. Global Cancer Statistics 2020 : GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries
7. Fitzmaurice C, Dicker D, Pain A, Hamavid H, Moradi-Lakeh M. The Global Burden of Cancer 2013. JAMA oncology. 2015
8. Ministère de la santé et de l'hygiène publique : <http://WWW.Santé.gov.ml> actualités
9. Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang X-S, et al. Global surveillance of cancer survival 1995±2009 : analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (concord-2). the lancet. 2015 ; 385(9972)
10. Kane BM. Les facteurs de la reproduction et le cancer du sein : étude cas témoins bc fr/capa_ seno _ 2021 these Med Bamako P 62

11. Djim F. Bilan des activités de dépistages (IVA/IVL) des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au centre de santé de référence de Sikasso thèse de médecine USTT-B 2021
12. Waterhouse J, Wolff JP, Colin MC. Cancer incidence in five continents, volume IV International Agency for Research on Cancer. Lyon 1982. 67. Cancer épidermoïde du vagin présentation de 57 cas. Gyn. 1983 ? 36, (Ibis), p11
13. Caudry M. Prophylaxie des métastases des cancers du sein. Faut-il faire une chimiothérapie systématique ? Gyn. 1979, 30(5), 403-436
14. Sakho S. Le cancer au Sénégal. Thèse Médecine. Dakar 1964, n° 1
15. Diab el hadi A. Contribution à l'étude des cancers du col utérin en milieu africain au Sénégal. Thèse Med. Dakar 1979, n°78
16. Ngoma PI. Contribution à l'étude des tumeurs de l'ovaire à propos de 255 cas observés à l'hôpital Aristide Le Dantec. Thèse Med. Dakar 1971, n°9
17. Traore A. Les cancers génitaux féminins chez la femme noire africaine au Mali. Thèse Med. Marseille 1980
18. Koïta N. Etude statistique des cancers digestifs en milieu chirurgical à Bamako. A propos de 120 cas . Thes. Med. Bamako 1982, n°14
19. Sylla Y. Contribution à l'étude des aspects anatomo-cliniques du cancer du col utérin à Bamako (à propos de 41 cas). These med. Bamako 1980, no186
20. Mounkoro N. Les cancers génitaux de la femme au Mali à propos de 32 cas Thèse Med. Bamako 1985, n°12
21. Keita S. Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer du col de l'utérus dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du point G (1er janvier 1992 - 31 décembre 1993) (87 cas)
22. Ali dit agali W. Etude clinique du cancer du sein en chirurgie "B" de l'Hôpital National du Point G. à propos de 94 cas. Thèse de Med. Bamako 1998 N 55
23. Virguez M. atlas d'anatomie humaine, Edition desiris 2004 ISBN 2-907653-94-6 disponible sur : www.adverbum.fr

24. Kamina P. Anatomie clinique 2è Edition tome 4. Maloine Poitiers - Hiver 2006 p378
25. Toufouti Ahlem Adjimi Djohra. Cancer de l’ovaire étude épidémiologique. Université Constantine I, Faculté des sciences de la nature et de la vie. Département de biologie animale mémoire : Algérie 2014 P62
26. Biron. groupesante
www.biron.com
27. Chokunonga E. Cancer incidence in the population Harare Zimbabwe, second results from the cancer registry 1993-1995, Int J. Cancer 2000; 85: p54-59
28. Diarra AJ. Aspects épidémiologiques et histopathologies des cancers de la vulve au Mali : données du registre des cancers Thèse de Médecine 2018 – 2019 p93
29. Larousserie F. Cancer de la vulve. Hôpital Georges Pompidou; France 2005. Disponible sur: www.educ.necker.fr/cours/cancérologie/kvulve.p
30. Aswathy S, Reshma J, Avani D. Epidemiology of cervical cancer with special focus on india. International journal of Women’s Health 2015; 7:405-414
31. Fomba RS. Etude des aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cancers gynécologiques et mammaires au centre de santé de référence de la Commune V du district de Bamako thèse de médecine 2002-2003 P87
32. De Brux J. Collection d’histopathologie du sein. Masson, Paris : 1979 ; 299p
33. Aliam. Les cancers en Afrique francophone. Alliance des Ligues francophones Africaines et Méditerranéennes contre le cancer (ALIAM) 14 rue Corvisart 75013 Paris, France p136. www.aliam.com
34. Dire E, Grosso G, Raspagliesi F, Baiocchi G. Fallopian tube cancer: Incidence and role of lymphatic spread. Gynecol. Oncol. 1996; 62: 199 - 202
35. Giraud J R, Rotten D, Bremond A, Poulain P. Abrégés connaissances et pratique gynécologie ; 4ème éd Masson. P 87- 93
36. Dargent D. Tumeurs du vagin. EMC., Paris Gynecol. 3, 1980 , 530 A10

37. Godet J, Gombé MC, Gueye S, Belembaogo E et Harif M. Les cancers en Afrique francophone. Focus sur certains cancers fréquents ou spécifiques en Afrique : 2017 Paris;13-53
38. Bakayoko SM. Cancers gynécologiques et mammaires dans le district de Bamako 2008-2017. Thèse Med Bamako p119
39. Lankoande J et Sakande B. Aspects épidémio-cliniques et anatomopathologiques : Cancer du col utérin dans le service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso). MédAfr Noire 1998 ; 45 (7) : p4
40. Diarra M. Aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers gynécologiques et mammaires : données du registre des cancers du Mali. Thèse Med Bamako 16-M-17 ; p94
41. Josiane B, Angéline T. Epidémiologie des cancers gynécologiques et mammaires à l'hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagume (HOMEL) et à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (CUGO) de Cotonou, Bénin
42. Dem A, Traore B, Dieng MM, Ouajdi T, Latami MT, Dangou JM et all. Les cancers gynécologiques et mammaires à l'institut du cancer de Dakar. Cahier santé ; vol 18 ; n°1 janvier-mars 2008 : p26. 12
43. Tayem FP. Etude épidémio clinique et histologique des cancers gynécomammaires a propos de 740 cas. thèse de Med Bamako. 2010-2011
44. Lokossou A. Contribution à l'étude des tumeurs de l'ovaire (à propos de 91 observations) Thèse Méd, Cotonou 1978; n°33.
45. Aswathy S, Reshma J, Avani D. Epidemiology of cervical cancer with special focus on india. International journal of Women's Health 2015; 7:405-414
46. www.kartable.fr/premeire-es/sciences/709/cour/devenir-homme-ou-femme,1ESL14049
47. OMS: la forte augmentation du cancer du sein demande des réponses.[consulté le 5 janvier 2019] www.temoignages.re.

48. Traoré C B, Sangaré F B, Kamaté B, Sy A, Traoré M, Bayo S. Etude Epidémiologique et Histopathologique des tumeurs de l'ovaire à propos de 405 cas. Bamako 2008 p13-16.
49. Noel G, Genestie C, Votadoro A, Lefranc J-P. Cancers de l'endomètre. Chap10: partie2
50. Di Donato V, Bellati F, Fischetti M, Plotti F. Vaginal cancer. Critical Reviews in Oncology/Hematology 81 (2012) 286–295.

ANNEXES

IX. ANNEXES

1. Fiche signalétique

NOM : DEMBELE

PRENOM : HAMIDOU

ADRESSE EMAIL : hamidoudembele29@gmail.com

TITRE DE THESE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET ANATOMOPATHOLOGIQUES DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE I

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la faculté de médecine, d'odontostomatologie et de la Pharmacie de Bamako

Année universitaire : 2023-2024

PAYS D'ORIGINE : MALI

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

Résumé

Notre étude avait pour but de déterminer les aspects épidémiologiques, cliniques et histologiques des cancers gynécologiques et mammaires, au centre de santé de référence de la commune I.

Il s'agissait d'une étude rétrospective des cas de cancers colligés de 2017 à 2021. Sur un total de 15532 femmes reçues en consultation gynécologique, nous avons recensé 71 cas de cancers gynécologiques et mammaires soit une fréquence de 0,46%. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 15 à 49 ans soit 59,2%. L'âge moyen était de 47,9 ans avec des extrêmes de 21 ans et 78 ans. Par ordre de fréquence, les principaux organes étaient : le col de l'utérus avec 56 cas soit 78,9% suivi par le sein avec 14 cas soit 19,7%, et de l'ovaire 1 cas soit 1,4%. Les

autres organes génitaux : le corps utérin, le vagin et la vulve nous n'avons pas trouvé de cas.

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

Mots clés : Cancers gynécologiques et mammaires, épidémiologie, Centre de Santé de Référence de la Commune I de Bamako (CSRéf CI).

Summary

The aim of our study was to determine the epidemiological, clinical and histological aspects of gynaecological and breast cancers, at the reference health center of commune I.

This is a retrospective study of cancer cases collected from 2017 to 2021.

Out of a total of 15532 women received in gynecological consultation, we identified 71 cases of gynaecological and breast cancers either a frequency of 0.46%. The most represented age group was 15 to 49 years old, that is 59.2%. The mean age was 47.9 years with extremes of 21 years and 78 years. In order of frequency, the main organs were : the cervix with 56 cases or 78.9%, followed by the breast with 14 cases or 19.7%, and the ovary with 1 case or 1.4%.

The other genitals: uterine body, the vagina and the vulva we did not find a case. Gynaecological and breast cancers are common and have the characteristics of cancers in developing countries. Efforts remain to do for the popularization of screening campaigns

Keywords : Gynecological and mammary cancers, epidemiology, reference health center of the commune I de Bamako

2. Fiche d'enquête

N.1- année.....

N.2- Nom et Prénom :

N.3- Age :

N.4- Tranche d'Age

1. 15 à 49 ans 2. Plus de 49 ans

N.5- numéro de téléphone.....

N.6- Ethnie :

1. Bambara, 2. Soninké, 3. Peulh, 4. Malinké,
5. Sonrhäï, 6. Dogon; 7. Bozo, 8. Sénoufo,
9. Bobo, 10. Mianka

N.7- provenance :

1. Bamako 2. Koulikoro

N.8- Statut matrimonial :

1. Célibataire, 2. Mariée , 3. Veuve, 4. Divorcée.

N.9- Profession :

1. Ménagère, 2. Commerçante, 3. Fonctionnaire, 4. étudiante,

N.10- Niveau d'instruction :

1. fondamentale 2. Secondaire 3. Supérieur 4. École coranique
5. Non solarisée

N.11. Motifs de consultation :

1. métrorragie 2. Douleur pelvienne, 3. Leucorrhée,
4. Altération de l'état général, 5. Masse mammaire, 6. Ulcération
mammaire, 7. ganglion axillaire, 8. Douleur mammaire
9. Dyspareunie 10. Masse vulvaire 11. Dépistage

N.12. Délai de consultation en mois : //.....

1. Indéterminé

Antécédent Gynécologiques et obstétriques

N.13. Ménarche en année//.....

1. Indéterminé

N.14. Ages des premiers rapports sexuels en année//.....

1. indéterminé

N.15. Age de la première grossesse en année //.....

1. indéterminé 2. Nulligeste

N.16. Gestité./

1. Nulligeste 2. Paucigeste 3. Multigeste 4. Grand multigeste

N.17. parité

1. nullipare 2. Paucipare 3. multipare 4. Grand multipare

N.18. Contraception : //

1. Oui 2. Non

N.19. Ménopause :

1. Oui 2. Non

N.20. Localisation de la tumeur

1. col de l'utérus 2. Endomètre 3. Ovaires
4. Vagin 5. Vulve 6. sein
7. Trompes

N.21. Antécédent Personnel de cancer

1. oui 2. Non

N.22. Antécédent familial de cancer

1. oui 2. Non

N.23. Antécédent médical

1. Hta, 2. Diabète , 3. Asthme,
4. Drépanocytose, 5. Non 6. VIH

N.24. État général

1. bon 2. Mauvais

N.25. Conjonctive

1. colorée 2. Pale 3. Ictère 4. Indéterminé

N.26. Examen des seins.....

1. normal 2. Anormal

N.27. Écoulement mammaire

1. lait 2. Pus 3. Sang 4. Non

N.28. Aspect de la tumeur

1. dure 2. Molle 3. Ferme 4.
Bourgeonnante 5. Autre

N.32- Nature de la pièce envoyée pour l'examen anapath : //

1. Cytoponction 2. Biopsie 3. Tumorectomie
4. Exérèse de l'organe atteint 5. Cure ganglionnaire 6. Autres

N.33-Type Histologique : /

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maitres 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 maitres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

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 !