



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO- STOMATOLOGIE



Année universitaire : 2023-2024

n°/

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES EN CHIRURGIE GENERALE

THEME

CANCERS ET GROSSESSE EN CHIRURGIE GENERALE DU
CHU GABRIEL TOURE : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES,
DIAGNOSTIQUES ET PRONOSTIQUES

Présenté et soutenu le 27/12/ 2024 devant la Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie par :

Dr Youssouf KONE

JURY

Président : M. Alhassane TRAORE, Professeur
Membre : M. Abdoulaye DIARRA, Maitre de conférences
Directeur : M. Bakary Tientigui DEMBELE, Professeur

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux

Tableau I : répartition selon la profession.....	13
Tableau II: répartition selon les ethnies	14
Tableau III: répartition selon le statut matrimonial	14
Tableau IV : répartition selon le mode de recrutement.....	15
Tableau V : répartition selon le niveau socio-économique.....	15
Tableau VI: répartition selon les facteurs de risque des 7 patientes souffrant de cancer du sein et grossesse au cours de notre étude.....	15
Tableau VII: répartition selon les facteurs de risque des 7 patientes souffrant de cancer colorectal et grossesse au cours de notre étude.	16
Tableau VIII: répartition selon les sites de cancer	16
Tableau IX : répartition des signes fonctionnels des cancers et grossesse au cours de notre étude.....	17
Tableau X: répartition des Signes fonctionnels des 7 patientes souffrant de cancer du sein et grossesse au cours de notre étude.....	17
Tableau XI: répartition selon le grade OMS des 7 patientes souffrant de cancer du sein et grossesse au cours de notre étude.	18
Tableau XII: répartition selon les signes physiques des 7 patientes souffrant de cancer du sein et grossesse au cours de notre étude.....	18
Tableau XIII: répartition selon la classification ACR à la mammographie des 7 patientes souffrant de cancer du sein et grossesse au cours de notre étude. ...	18
Tableau XIV: répartition selon la taille de la tumeur des 7 patientes souffrant de cancer du sein et grossesse au cours de notre étude.....	19
Tableau XV: répartition selon le nombre de ganglion envahi des 7 patientes souffrant de cancer du sein et grossesse au cours de notre étude.	19
Tableau XVI: répartition selon le stade du cancer des 7 patientes souffrant de cancer du sein et grossesse au cours de notre étude.....	19
Tableau XVII: répartition selon les signes fonctionnels des 7 patientes souffrant de cancer colorectal et grossesse au cours de notre étude.	20

Tableau XVIII: répartition selon le Grade OMS des 7 patientes souffrant de cancer colorectal et grossesse au cours de notre étude.	20
Tableau XIX: répartition selon les signes physiques des 7 patientes souffrant de cancer colorectal et grossesse au cours de notre étude.	20
Tableau XX: répartition selon les localisations des tumeurs à l'endoscopie basse des 7 patientes souffrant de cancer colorectal et grossesse au cours de notre étude.	21
Tableau XXI: répartition selon les types histologiques des 7 patientes souffrant de cancer colorectal et grossesse au cours de notre étude.	21
Tableau XXII: répartition selon la taille de la tumeur des 7 patientes souffrant de cancer colorectal et grossesse au cours de notre étude.	21
Tableau XXIII: répartition selon le nombre de ganglion envahi des 7 patientes souffrant de cancer colorectal et grossesse au cours de notre étude.	22
Tableau XXIV: répartition selon la décision de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).	24
Tableau XXV: répartition selon la chimiothérapie des patientes souffrant de cancer et grossesse au cours de notre étude.	25
Tableau XXVI: répartition selon la chimiothérapie in utéro des 7 patientes enceintes au cours de notre étude.	25
Tableau XXVII: répartition selon le protocole de chimiothérapie administré pendant la grossesse	25
Tableau XXVIII: répartition selon la radiothérapie des patientes souffrant de cancer et grossesse au cours de notre étude.	26
Tableau XXIX: répartition selon la fréquence de l'interruption thérapeutique de la grossesse (ITG).	26
Tableau XXX: répartition selon la maturation fœtale des 7 cas de cancer sur grossesse au cours de notre étude.	27
Tableau XXXI: répartition selon le type de chirurgie réalisée chez les 18 patientes souffrant de cancer et grossesse au cours de notre étude.	28

Tableau XXXII: répartition selon les complications post-opératoire.....	28
Tableau XXXIII: répartition selon les types de complications post-opératoire.	28
Tableau XXXIV: répartition selon les types de chirurgie et complication post- opératoire.....	29
Tableau XXXV: répartition selon la récurrence à 3 ans des patientes souffrant de cancer et grossesse au cours de notre étude.	29
Tableau XXXVI: Répartition des issues des patientes atteintes de cancer pendant la grossesse et en postpartum en 5 ans.	29

Figures

Figure 1: Répartition selon l'effectif des cancers et grossesse par année au cours de notre étude.	11
Figure 2 : répartition selon le nombre de cas de cancer diagnostiqué au cours de la grossesse ou en post-partum.	12
Figure 3: répartition selon les types de cancer et grossesse au cours de notre étude.	12
Figure 4 : Répartition selon la tranche d'âge	13
Figure 5: Pronostic du début de la grossesse à la période néonatale.	27
Figure 6: survie globale de Kaplan Meir.	30
Figure 7 : survie selon les évènements grossesse et post partum.	31

SIGLES ET ABREVIATIONS

Liste des sigles et abréviations

AC60 : Adriamycine + cyclophosphamide à 60mg /m²

ACE : Antigène carcino-embryonnaire

ACR : American college of radiology

ASA : American Society of Anesthesiologists

ATCD : Antécédents

CA 15-3 : Antigène glucidique 15-3

CA 19-9 : Antigène glucidique 19-9

CA 125 : Antigène glucidique 125

CCR : Cancer colorectal

CHC : Carcinome hépatocellulaire

CHU : Centre hospitalier universitaire

CPN : Consultation Périnatale

DDR : Date des dernières règles

FIGO : Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique

FOGD : Fibroscopie oesogastroduodénale

Hb : Hémoglobine

ITG : interruption thérapeutique de grossesse

MFIU : Mort fœtale in utéro

OMS : Organisation mondiale de la santé

SA : Semaine d'aménorrhée

TDM : Tomodensitométrie

TNM : Classification des tumeurs (Tumeur, Nœuds, Métastases)

TABLE DES MATIERES

Table des matières

1. Introduction.....	2
2. Objectifs :.....	5
3. Méthodologie	7
3.1. Cadre d'étude	7
3.2. Type et période d'étude.....	7
3.3. Population d'étude.....	7
3.4. Echantillonnage.....	7
3.5. Déroulement de la Collecte des données	8
3.6. Variables.....	9
3.7. Saisie, Analyse et traitement de données	9
4. Résultats	11
5. Commentaires et discussion.....	33
Conclusion.....	37
Recommandations	39
REFERENCES BIBLIOGRAPHIES.....	42
ANNEXE.....	45
FICHE SIGNALETIQUE:	45
ICONOGRAPHIE.....	47
FICHE D'ENQUETE.....	52

INTRODUCTION

1. Introduction

Le cancer associé à la grossesse est le cancer découvert au cours de la grossesse ou dans l'année qui suit l'accouchement [1].

La survenue simultanée d'un cancer diagnostiqué pendant la grossesse est un événement rare dont les enjeux pour la mère et l'enfant sont primordiaux. La prévalence du cancer pendant la grossesse est relativement faible (1/1000-1500) mais ce chiffre est en augmentation avec le recul de l'âge maternel [1 ;2]. Les cancers les plus fréquemment rencontrés chez les femmes enceintes ou en cours d'allaitement sont ceux que l'on retrouve chez la femme en âge de procréer, à savoir les cancers du sein, les cancers gynécologiques (cancer du col en particulier), les leucémies, les lymphomes, les mélanomes, les cancers thyroïdiens et les cancers colorectaux. Le cancer du sein représente 43%, les hémopathies malignes 17% et les cancers digestifs 9% [3].

Aux Etats-Unis, l'incidence est d'environ 1 ou 2 cas sur 1000 grossesse [4].

En France, Environ 1% des femmes atteintes d'un cancer sont enceintes au moment du diagnostic. L'incidence de cancer du sein associé à la grossesse est de 0,2 et 3,8%. Les cancers du sein surviennent pour 60% pendant la grossesse et 40% dans les six premiers mois du post partum [5]. Le diagnostic clinique du cancer du sein est difficile en raison des modifications anatomiques du sein, c'est-à-dire une hyper vascularisation, une augmentation de taille, un engorgement [6] et du fait que le diagnostic de cancer est rarement envisagé lors de la grossesse tant par le praticien que par la patiente [7].

Le cancer du col pendant la grossesse est rare, mais il demeure l'un des cancers le plus fréquemment diagnostiqués au cours de la grossesse. Il représente 15% des cancers diagnostiqués pendant la grossesse [8].

Les cancers colorectaux posent un réel problème de prise en charge, lié d'une part au retard diagnostique à cause d'une symptomatologie clinique fruste, d'autre part, ces tumeurs sont fréquemment agressives. Ces éléments assombrissent nettement le pronostic vital et obstétrical chez des patientes jeunes [9 ;10 ;11].

En Afrique quelques séries des cas sont rapportés dans la littérature.

En Tunisie, Ahmed H et al rapporte une série de 15 cas de cancer du sein associé à la grossesse et la plupart est diagnostiqué en post-partum [12].

Au Maroc, Abderrahmane et al rapporte 5 cas de cancer du col utérin pendant la grossesse [13].

Au Mali, Sanogo ZZ et al publie 1 cas de cancer du sein et grossesse en chirurgie A du CHU Point G en 2004 [14].

Dans la littérature très peu d'étude porte sur les cancers et grossesse surtout les cancers digestifs associés à la grossesse.

Aucune publication sur ce thème dans notre service d'où la motivation de cette étude avec des objectifs suivants :

OBJECTIFS

2. Objectifs :

➤ Objectif général :

Etudier les aspects épidémiologiques, diagnostiques et pronostiques des cancers et grossesse.

➤ Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence hospitalière des cancers et grossesse.
- Décrire les aspects épidémiologiques et diagnostiques.
- Analyser les résultats de la prise en charge.

METHODOLOGIE

3. Méthodologie

3.1. Cadre d'étude

L'étude a été réalisée au service de chirurgie générale du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré (CHU GT).

L'hôpital Gabriel Touré est situé en commune III du district de Bamako au Mali. Hôpital de 3ème référence, le CHU GT comprend plusieurs services de spécialité différente dont le service de chirurgie générale. Le service de chirurgie générale est l'un des services du Pavillon Benitiéni FOFANA qui s'y trouve au sud-ouest de CHU Gabriel TOURE.

C'est un service avec neuf (09) salles d'hospitalisation pour une capacité de 33 lits et un Bloc opératoire comportant trois (03) salles d'opération, une salle de réveil, une salle de stérilisation et une salle d'accueil et en fin trois (03) boxes de consultation ordinaire au niveau du bureau des entrées au premier étage situé dans l'aile droite du bâtiment vers le nord. Les différentes activités du service sont : la chirurgie des urgences abdominales, la chirurgie oncologique, la chirurgie des pathologies bénignes de l'abdomen.

3.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale à collecte rétrospective qui s'est déroulé du 1er janvier 2014 au 31 juin 2024.

3.3. Population d'étude

Toutes femmes présentant un cancer et qui sera prise en charge dans le service de chirurgie générale du CHU GT.

3.4. Echantillonnage

Le cancer associé à la grossesse est un événement rare et aucune étude n'a été réalisé dans notre service. La prévalence est estimée à 1% dans la littérature.

Nous avons calculé notre échantillon comme suit :

$$N = \alpha^2 PQ / I^2$$

$$N = \alpha^2 P (1-P) / I^2$$

$$N = (1,96)^2 \times 0,01(1-0,05) / 0,05^2$$

$$N = 3,8 \times 0,01 \times 0,99 / 0,0025$$

$$N = 15,048 \approx 15$$

La taille minimale de l'échantillon est 15.

P= Prévalence des cancers associés à la grossesse.

Q= 1-P

I= le risque d'erreur (0,05)

α = constant 1.96

➤ **Critères d'inclusion** : ont été incluses :

Toute femme enceinte présentant un cancer diagnostiqué à l'histologie, toute femme ayant accouché depuis moins d'un an avec un cancer diagnostiqué à l'histologie, et toute femme atteinte de cancer ayant contracté une grossesse au cours de la prise en charge.

➤ **Critères de non inclusion** : ont été exclues :

Les femmes avec un dossier médical incomplet, celles refusant de participer à l'étude, et celles non enceintes ou ayant accouché depuis plus d'un an.

3.5. Déroulement de la Collecte des données

La collecte de données a été faite à l'aide d'un questionnaire sur une fiche d'enquête individuelle comportant des données démographiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et pronostiques.

Les documents exploités comme sources de données ont été les registres de consultation, les registres d'hospitalisation, les dossiers des patients, les registres de compte-rendu opératoires, les résultats d'examen anatomopathologiques.

L'enquête s'est déroulée en deux (02) temps :

-La phase de compilation des dossiers, des registres de consultation, de compte rendu opératoire, d'hospitalisation.

-La phase de vérification.

3.6. Variables

Tableau I : Différentes variables utilisées

Variables quantitatives	Variables qualitatives
Âge, taille, poids, IMC, taille de la tumeur, nombre d'adénopathie, nombre de métastase, stade du cancer taux d'hémoglobine, taux d'ACE, taux de CA19-9, taux de CA125, Âge gestationnel, durée du post-partum...	Profession, niveau socio-économique, ATCD personnel de cancer, ATCD familial de cancer, Facteurs prédisposant, histologie, diagnostic, décision à la RCP, Chimiothérapie, type de chirurgie, radiothérapie, morbidité, mortalité...

Saisie, Analyse et traitement de données

La saisie des données et le traitement de texte ont été effectués respectivement sur le logiciel Excel 2016 et le microsoft Word 2013.

Les données ont été analysées par le logiciel épi info version 7.2 et le logiciel Excel 2016.

Le test statistique de comparaison a été le test de Fisher avec un seuil de signification $P < 0,05$.

Le test statistique d'association des variables a été le test non paramétrique de Chi carré (χ^2).

3.8. Définition opérationnelle

Le cancer associé à la grossesse se définit comme tout cancer découvert pendant la grossesse ou dans l'année qui suit l'accouchement.

3.9. Aspect éthiques et déontologiques

Les données ont été recueillies dans le respect des patients et la confidentialité des informations. Nous signalons l'absence d'un conflit d'intérêt.

RESULTATS

4. Résultats

4.1. Epidémiologie

4.1.1. Fréquence

De janvier 2014 à juin 2024 soit 10 ans et 6 mois, 18 cas de cancer et grossesse ont été colligés dans le service. Pendant cette même période ces cancers ont représenté :

- 0,5% de tous les cancers (18/3753).
- 0,02% des consultations (18/72002).
- 0,06% des hospitalisations (18/26021)
- 0,15% des interventions chirurgicales au bloc à froid (18/11657)

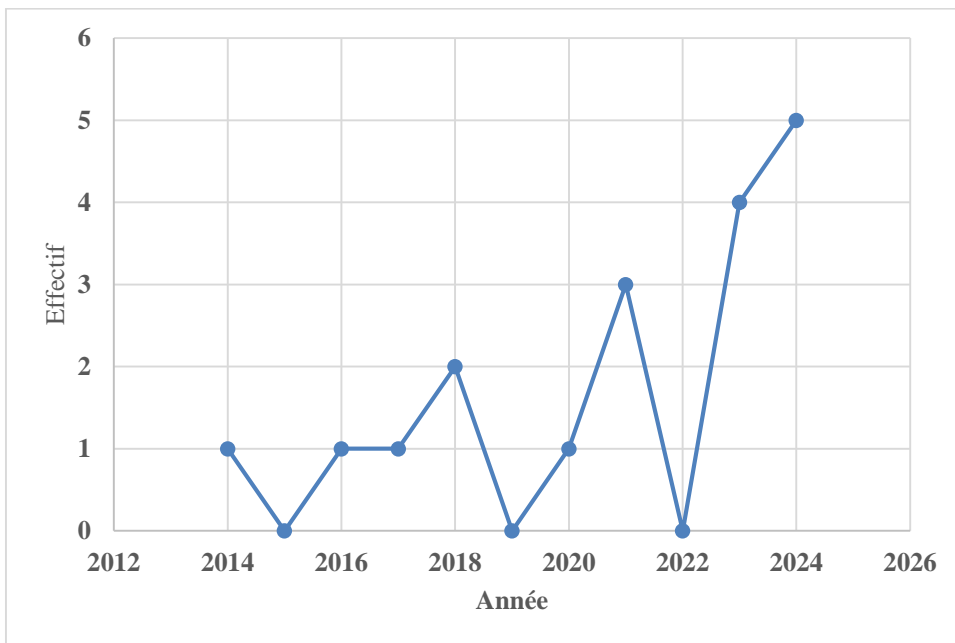


Figure 1: Répartition selon l'effectif des cancers et grossesse par année au cours de notre étude.

Cancers et grossesse en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré :
Aspects épidémiologiques-diagnostiques et pronostiques

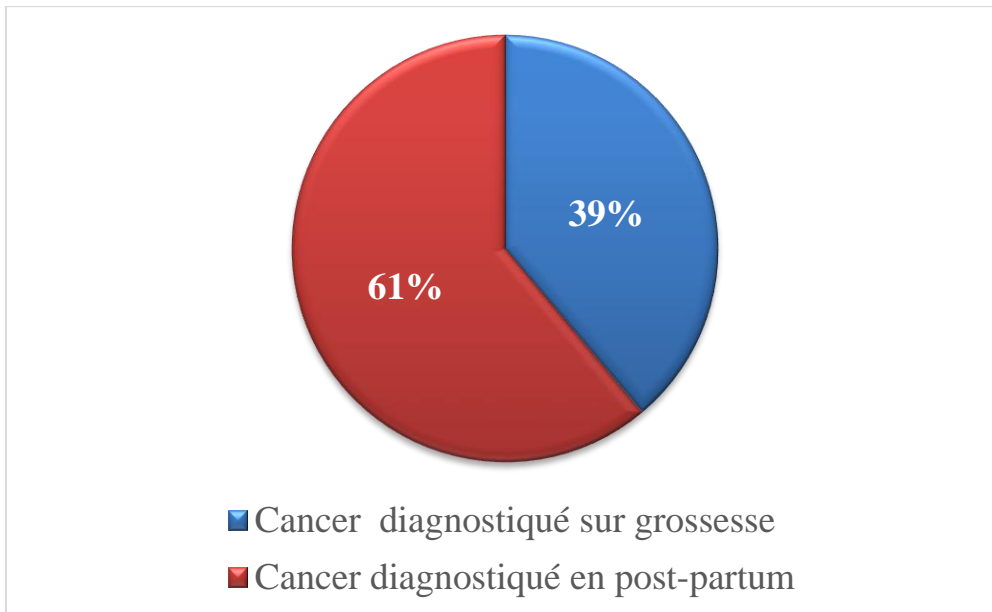


Figure 2 : répartition selon le nombre de cas de cancer diagnostiqué au cours de la grossesse ou en post-partum.

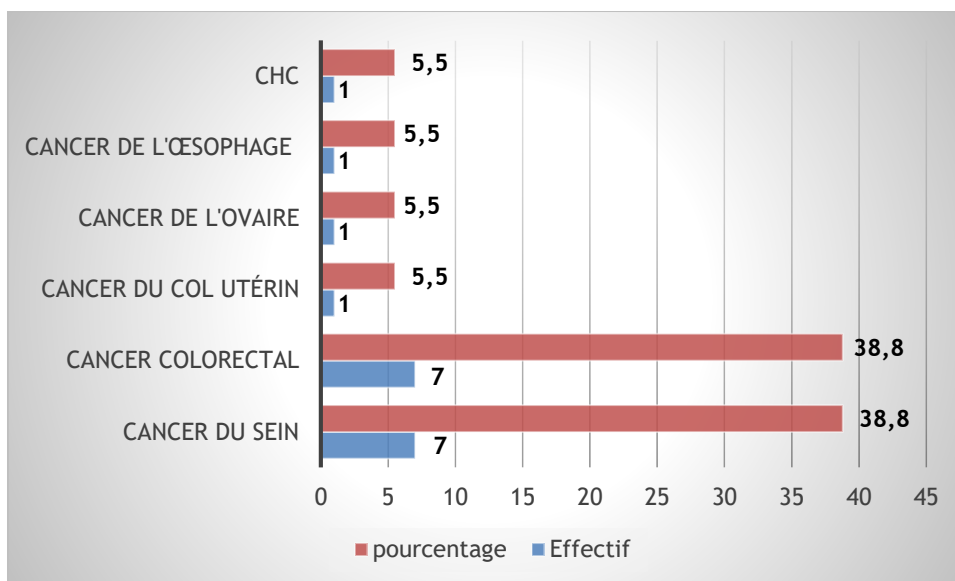


Figure 3: répartition selon les types de cancer et grossesse au cours de notre étude.

4.1.2. Âge :

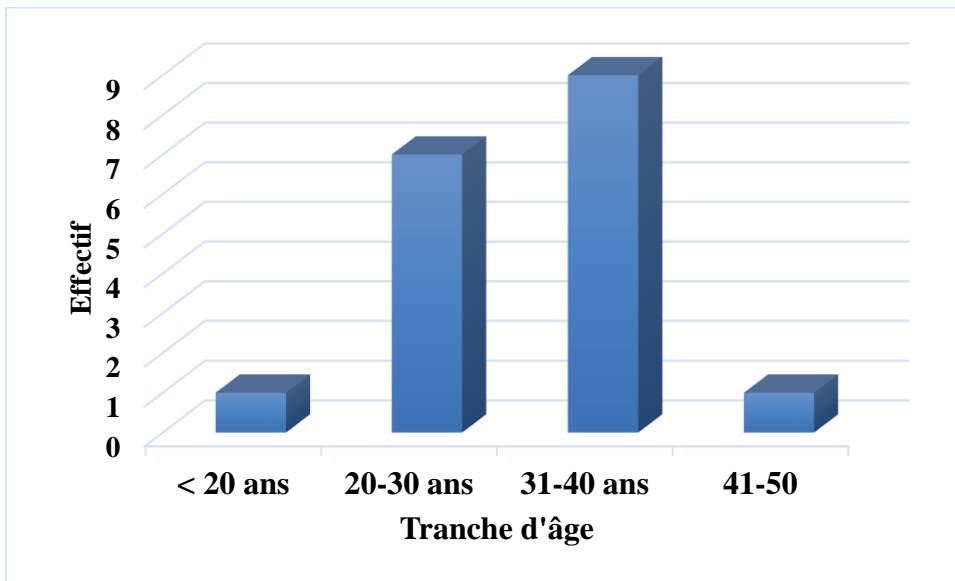


Figure 4 : Répartition selon la tranche d'âge

L'âge moyen était de : 31 ± 5.77 avec des extrême de 15 et 42 ans.

4.1.3. Donnée socio-démographiques

Tableau I : répartition selon la profession

PROFESSION	Effectif	Pourcentage
AIDE ARCHIVISTE	1	5,6
ENSEIGNANTE	1	5,6
ETUDIANTE	1	5,6
INFIRMIERE OBSTETRICIENNE	1	5,6
MEDECIN	1	5,6
MENAGERE	13	72
Total	18	100

Tableau II: répartition selon les ethnies

ETHNIE	Effectif	Pourcentage
BAMBARA	3	16,6
BOBO	1	5,6
DOGON	1	5,6
KAKOLO	1	5,6
MALINKE	4	22,2
PEULH	3	16,6
SARAKOLE	4	22,2
SONRHAI	1	5,6
Total	18	100

Tableau III: répartition selon le statut matrimonial

STATUT	Effectif	Pourcentage
MATRIMONIAL		
CELIBATAIRE	1	5,6
DIVORCEE	1	5,6
MARIEE	16	88,8
Total	18	100

Tableau IV : répartition selon le mode de recrutement

MODE DE RECRUTEMENT	Effectif	Pourcentage
CONSULTATION ORDINAIRE	14	78
URGENCE	4	22
Total	18	100

Tableau V : répartition selon le niveau socio-économique

NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE	Effectif	Pourcentage
BAS	5	66,6
MOYEN	12	27,8
ELEVE	1	5,6
Total	18	100

4.1.4. Facteurs de risque

Tableau VI: répartition selon les facteurs de risque des 7 patientes souffrant de cancer du sein et grossesse au cours de notre étude.

Facteurs de risque	Effectif	Pourcentage
Contraception	5	71,4
Absence d'allaitement maternel	1	14,2
ATCD familial de cancer mammaire	2	28,5
Obésité	1	14,2

Tableau VII: répartition selon les facteurs de risque des 7 patientes souffrant de cancer colorectal et grossesse au cours de notre étude.

Facteurs de risque	Effectif	Pourcentage
Constipation chronique	5	71
Consommation régulière de la viande rouge	4	57
Obésité	1	14,2

Pour les cancers de l'œsophage, de l'ovaire et du col nous n'avons pas identifié des facteurs de risque chez nos patients.

4.2. Diagnostic

4.2.1. Délai de consultation

Le délai moyen de consultation était de : 5,9 mois \pm 5,58 avec des extrêmes de 3 jours et 36 mois.

Tableau VIII: répartition selon les sites de cancer

Sites de cancer	Effectif	Pourcentage
Cancer du sein	7	38,8
Cancer colorectal	7	38,8
Cancer du col utérin	1	5,5
Cancer de l'ovaire	1	5,5
Cancer de l'œsophage	1	5,5

Tableau IX : répartition des signes fonctionnels des cancers et grossesse au cours de notre étude.

SIGNES FONCTIONNELS	Fréquence	Pourcentage
Constipation	1	5,6
Diarrhée chronique	1	5,6
Douleur abdominale	1	5,6
Syndrome occlusif	2	11,1
Dysphagie	1	11,1
Métrorragie	2	11,1
Rectorragie	2	11,1
Rectorragie+douleur abdominale	1	5,6
Tumefaction mammaire	7	38,8
total	18	100

4.2.2. Cancer du sein et grossesse

Tableau X: répartition des Signes fonctionnels des 7 patientes souffrant de cancer du sein et grossesse au cours de notre étude.

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage
Tuméfaction mammaire	7	100
Douleur mammaire	4	57
Ecoulement mammaire	2	28
Plaie ulcérobourgeonante du sein	1	14

Tableau XI: répartition selon le grade OMS des 7 patientes souffrant de cancer du sein et grossesse au cours de notre étude.

Grade OMS	Effectif	Pourcentage
Grade 1	6	85,7
Grade 2	1	14,3
Grade 3	0	0

L'indice de masse corporelle moyenne était de : $22,86\text{kg/m}^2 \pm 3,06$ avec des extrêmes de 15,2 et 29kg/m^2 .

Tableau XII: répartition selon les signes physiques des 7 patientes souffrant de cancer du sein et grossesse au cours de notre étude.

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Tumeur palpable	7	100
Adénopathie axillaire	4	57

Tableau XIII: répartition selon la classification ACR à la mammographie des 7 patientes souffrant de cancer du sein et grossesse au cours de notre étude.

Classification ACR	Effectif	Pourcentage
ACR 3	1	14,2
ACR4	3	42,8
ACR5	3	42,8

Tous nos 7 patientes souffrant de cancer du sein associé à la grossesse avaient le même type histologique qui était le carcinome infiltrant de type non spécifique.

Tableau XIV: répartition selon la taille de la tumeur des 7 patientes souffrant de cancer du sein et grossesse au cours de notre étude.

Taille de la tumeur T	Effectif	Pourcentage
T2	2	28,5
T3	2	28,5
T4	3	42,8

Tableau XV: répartition selon le nombre de ganglion envahi des 7 patientes souffrant de cancer du sein et grossesse au cours de notre étude.

Nombre de ganglion envahi	Effectif	Pourcentage
N0	3	42,8
N1	2	28,5
NX	2	28,5

Nous n'avons pas trouvé des lésions de métastase à la tomodensitométrie chez nos 7 patientes souffrant de cancer du sein et grossesse.

Tableau XVI: répartition selon le stade du cancer des 7 patientes souffrant de cancer du sein et grossesse au cours de notre étude.

Stade du cancer	Effectif	Pourcentage
1	0	0
2	4	57
3	3	43
4	0	0

4.2.3. Cancer colorectal et grossesse

Tableau XVII: répartition selon les signes fonctionnels des 7 patientes souffrant de cancer colorectal et grossesse au cours de notre étude.

Signes fonctionnels	Effectif	Pourcentage
Constipation	7	100
Rectorragie	4	57
Syndrome rectal	4	57
Suintement anal	4	57
Douleur abdominale	4	57
Syndrome occlusif	2	28,5

Tableau XVIII: répartition selon le Grade OMS des 7 patientes souffrant de cancer colorectal et grossesse au cours de notre étude.

Grade OMS	Effectif	Pourcentage
Grade 1	5	71,5
Grade 2	2	28,5
Grade 3	0	0

Tableau XIX: répartition selon les signes physiques des 7 patientes souffrant de cancer colorectal et grossesse au cours de notre étude.

Signes physiques	Effectif	Pourcentage
Distension abdominale	2	28,5
Tympanisme abdominal	2	28,5
Tumeur perceptible au toucher rectal	4	57

La tumeur rectale à représenter 57 % des tumeurs colorectales soit 4 cas avec 3 cas de tumeur du bas rectum et 1 cas de tumeur du moyen rectum.

Tableau XX: répartition selon les localisations des tumeurs à l'endoscopie basse des 7 patientes souffrant de cancer colorectal et grossesse au cours de notre étude.

Localisation de la tumeur à l'endoscopie basse	Effectif	Pourcentage
Tumeur recto-sigmoïdienne	2	28,5
Tumeur à 5 cm de la marge anale	1	14,3
Tumeur à 2 cm de la marge anale	2	28,5
Tumeur à 6 cm de la marge anale	1	14,3
Examen non réalisé	1	14,3

La seule patiente qui n'avait pas bénéficié l'endoscopie digestive basse était reçue en urgence dans un tableau d'occlusion intestinale sur grossesse de 8 SA.

Tableau XXI: répartition selon les types histologiques des 7 patientes souffrant de cancer colorectal et grossesse au cours de notre étude.

Types histologiques	Effectif	Pourcentage
Adénocarcinome lieberkuhnien du colon	3	43
Adénocarcinome moyennement différencié du rectum	4	57

Tableau XXII: répartition selon la taille de la tumeur des 7 patientes souffrant de cancer colorectal et grossesse au cours de notre étude.

Taille de la tumeur	Effectif	Pourcentage
T3	1	14,28
T4	6	85,71

Tableau XXIII: répartition selon le nombre de ganglion envahi des 7 patientes souffrant de cancer colorectal et grossesse au cours de notre étude.

Nombre de ganglion envahi	Effectif	Pourcentage
NX	6	85,8
N1	1	14,2

Nous avons enregistré 1 cas de métastase chez une patiente souffrant de cancer sigmoïdien sur grossesse de 32SA. Il s'agit de métastase multiple au niveau hépatique sur le segment VI et VII.

4.2.4. Cancer de l'ovaire et grossesse (1 cas)

Il s'agissait d'une patiente âgée de 36 ans.

Les signes fonctionnels étaient la distension abdominale + arrêt des matières et des gaz en post partum de 1 mois.

La patiente était classée OMS 3 avec des signes de dénutrition sévère.

L'examen physique nous a permis de trouver :

- Une volumineuse masse abdominale
- Signe de flot était positif

La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne a été réalisée chez la patiente et qui a conclu à une tumeur ovarienne gauche avec compression du tube digestif réalisant un syndrome occlusif. Ascite de faible abondance et absence de localisation secondaire hépatique et pulmonaire.

La patiente a été opérée et le geste chirurgical réalisé avait été l'annexectomie gauche. Les suites opératoires ont été simples.

L'examen anatomopathologique de la pièce opératoire a conclu à un cystadénocarcinomes de l'ovaire gauche.

La tumeur a été classée stade III selon FIGO.

La patiente est retournée au village sans traitement de chimiothérapie pour faute de moyen.

4.2.5. Cancer du col utérin et grossesse (1cas)

Il s'agissait d'une patiente âgée de 32 ans G2P1V1 sans antécédent médico-chirurgical connus reçue en consultation pour tumeur du col utérin d'allure maligne sur grossesse de 12 SA.

Le signe fonctionnel était des métrorragies. La patiente était classée OMS 2.

Au toucher vaginal on percevait une tumeur du col utérin hémorragique envahissant le tiers inférieur du vagin, les paramètres étaient intacts. Il n'y avait pas de fistule recto-vaginale et vésico-vaginale.

L'examen anatomopathologique de la biopsie a conclu à un carcinome épidermoïde mature et invasif du col utérin.

La tomодensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne a été réalisé chez la patiente et qui a conclu à une tumeur du col utérin envahissant le tiers inférieur du vagin. Paramètres et vessie non envahis.

La tumeur a été classée stade IIIA selon FIGO.

La patiente a été opérée et le geste chirurgical réalisé a été la Colpo-hystérectomie après l'interruption thérapeutique de la grossesse. Les suites opératoires ont été simples. La patiente est perdue de vue après la cicatrisation de la plaie opératoire.

4.2.6. Cancer de l'œsophage et grossesse (1cas)

Il s'agissait d'une patiente âgée de 24 ans G3P3V3 sans antécédent médico-chirurgical connu, reçue en consultation pour dysphagie aux solides en post partum de 2 mois.

La patiente était classée OMS 3 avec des signes de dénutrition et de déshydratation sévère.

La FOGD a objectivé une tumeur ulcérobourgeonante et nécrotico-hémorragique de l'œsophage à 38cm des arcades dentaires.

L'examen anatomopathologique de la biopsie a conclu à un carcinome épidermoïde moyennement différencié mature et invasif de l'œsophage.

La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne a été réalisée et conclu à un processus tumoral du 1/3 inférieur de l'œsophage 45X32mm sans localisation secondaire sus et sous diaphragmatique.

La tumeur a été classée CT4NXM0.

La conduite à tenir a été la gastrostomie d'alimentation de type Fontan puis chimiothérapie.

4.2.7. Carcinome hépatocellulaire (CHC) et grossesse (1cas)

Il s'agissait d'une patiente de 15 ans G1P0 sans antécédent médico-chirurgical connu qui est venue en urgence pour hémopéritoine et métrorragie. Après l'examen clinique et paraclinique le diagnostic de tumeur hépatique associé à une fausse couche de 11SA a été posé. Elle a été opérée en peropératoire c'était une tumeur hépatique hémorragique, les gestes chirurgicaux réalisés ont été l'aspiration de l'hémopéritoine, la biopsie de la tumeur, l'hémostase et l'aspiration de produit de conception. Les suites opératoires ont été simples.

L'examen anatomopathologique de la biopsie a conclu à un carcinome hépatocellulaire.

4.3. Traitements

Tableau XXIV: répartition selon la décision de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

DECISION RCP	Fréquence	Pourcentage
CHIMIOOTHERAPIE NEOADJUVANTE	2	11,11
CHIRURGIE PALLIATIVE	2	11,11
CHIRURGIE PREMIERE	11	61,12
RCP NON FAITE	2	11,11
RCC	1	5,56
Total	18	100

Tableau XXV: répartition selon la chimiothérapie des patientes souffrant de cancer et grossesse au cours de notre étude.

Chimiothérapie	Effectif	Pourcentage
OUI	14	77,8
NON	4	22,2
Total	18	100

Tableau XXVI: répartition selon la chimiothérapie in utéro des 7 patientes enceintes au cours de notre étude.

Chimiothérapie in utéro	Effectif	Pourcentage
OUI	3	43
NON	4	57
Total	7	100

Parmi les trois cas de chimiothérapie administrée pendant la grossesse, 2 concernaient un diagnostic de cancer colorectal et 1, un cancer du sein. Ces chimiothérapies ont été administrées au troisième trimestre de la grossesse.

Tableau XXVII: répartition selon le protocole de chimiothérapie administré pendant la grossesse

Protocole de chimiothérapie administré pendant la grossesse	Effectif	Pourcentage
Folfox	2	67
AC60+Docetaxel	1	33
Total	3	100

Tableau XXVIII: répartition selon la radiothérapie des patientes souffrant de cancer et grossesse au cours de notre étude.

Radiothérapie	Effectif	Pourcentage
OUI	2	11,1
NON	16	88,9
Total	18	100

Tableau XXIX: répartition selon la fréquence de l'interruption thérapeutique de la grossesse (ITG).

ITG	Effectif	pourcentage
OUI	3	43
NON	4	57
Total	7	100

L'interruption thérapeutique de la grossesse a été réalisée chez 3 de nos patientes soit 42,8%.

Il s'agissait de :

1 cas de cancer du bas rectum/grossesse de 18SA ; 1 cas de cancer du moyen rectum/grossesse de 12SA et 1 cas de cancer du col utérin/grossesse de 8SA.

Tableau XXX: répartition selon la maturation foetale des 7 cas de cancer sur grossesse au cours de notre étude.

Maturation foetale	Effectif	Pourcentage
OUI	3	43
NON	4	57
Total	7	100

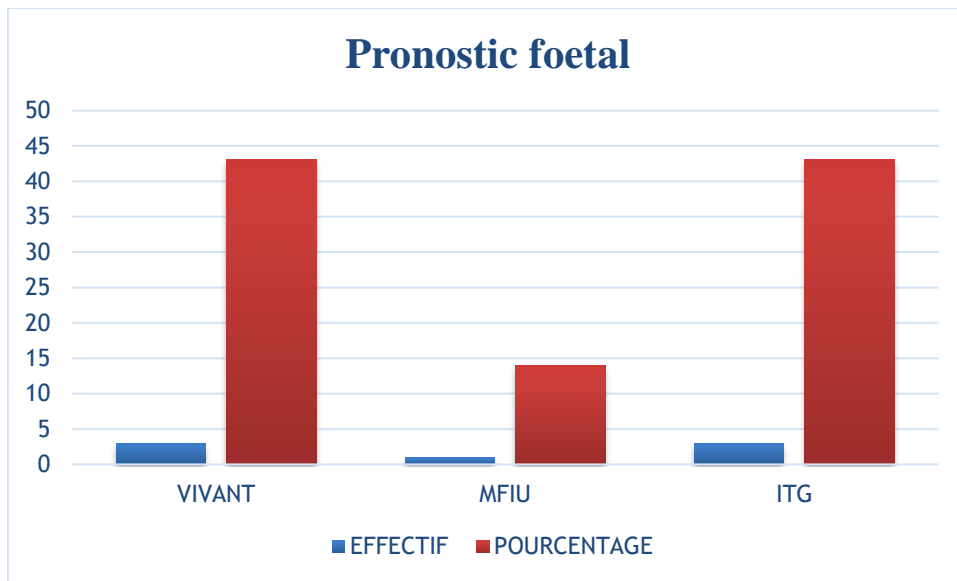


Figure 5: Pronostic du début de la grossesse à la période néonatale.

Tableau XXXI: répartition selon le type de chirurgie réalisée chez les 18 patientes souffrant de cancer et grossesse au cours de notre étude.

Types de chirurgie	Effectif	Pourcentage
Mastectomie + curage axillaire	7	38,8
Colectomie	3	16,6
Résection antérieure du rectum	2	11,1
Amputation abdomino-périnéale	2	11,1
Gastrostomie d'alimentation	1	5,5
Annexectomie gauche	1	5,5
Colpo-hystercetomie	1	5,5
Hémostase et biopsie de tumeur hépatique	1	5,5

Tableau XXXII: répartition selon les complications post-opératoire.

Complications post-opératoire	Effectif	Pourcentage
OUI	4	22,3
NON	14	77,7
Total	18	100

Tableau XXXIII: répartition selon les types de complications post-opératoire.

Types de complication	Effectif	Pourcentage
Infection du site opératoire	2	11,1
Péritonite post-opératoire	1	5,5
Fistule recto-vaginale	1	5,5

Tableau XXXIV: répartition selon les types de chirurgie et complication post-opératoire.

Types de complication	Types de chirurgie	
	Colectomie	Résection antérieure du rectum
ISO	1	1
Péritonite post-opératoire	1	0
Fistule recto-vaginale	0	1
Total	2	0

Tableau XXXV: répartition selon la récurrence à 3 ans des patientes souffrant de cancer et grossesse au cours de notre étude.

Récurrence à 3 ans	Effectif	Pourcentage
OUI	3	16,7
NON	15	83,3
Total	18	100

Nous avons enregistré 3 cas de récurrence soit 16,7%. Il s'agissait de 2 cas de récurrence pour le cancer du sein et 1 cas de celui du rectum.

Tableau XXXVI: Répartition des issues des patientes atteintes de cancer pendant la grossesse et en postpartum en 5 ans.

Issues des patientes	Effectif	Pourcentage
DECEDEES	4	23
PERDUES DE VUE	2	11
VIVANTES	12	67
Total	18	100

Cancers et grossesse en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré :
Aspects épidémiologiques-diagnostiques et pronostiques

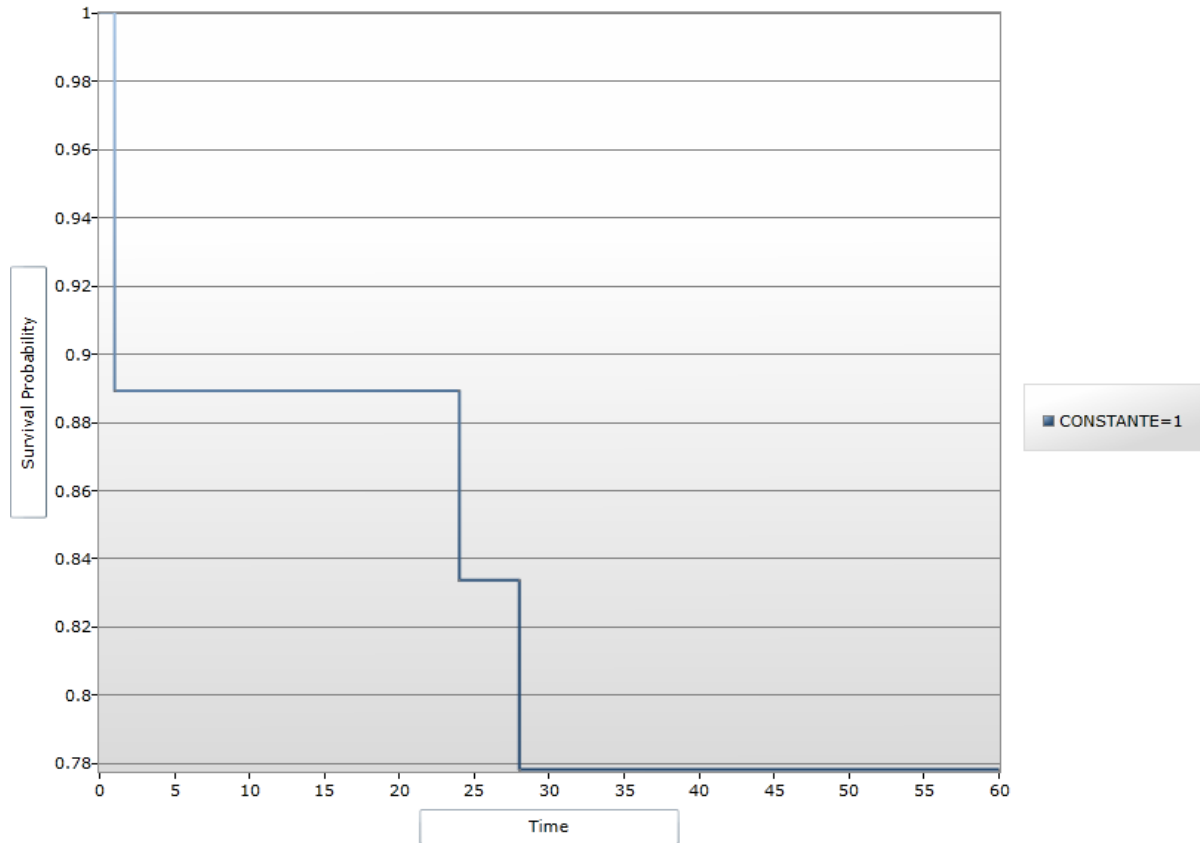
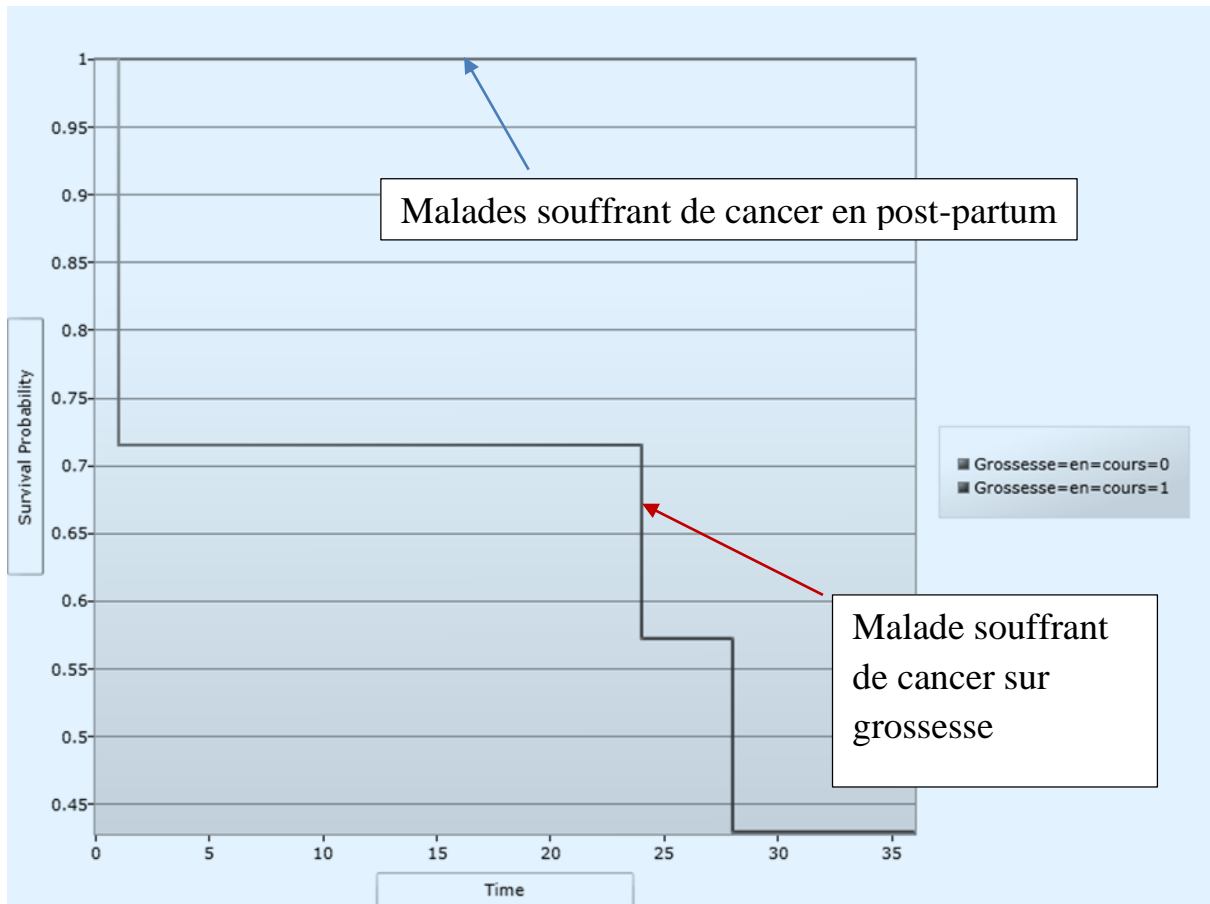


Figure 6: survie globale de Kaplan Meir.

78% des patientes survivent jusqu'à 5 ans.



Test	Statistic	D.F.	P-Value
Log-Rank	8,1443	1	0,0043
Wilcoxon	7,9363	1	0,0048

Figure 7 : survie selon les évènements grossesse et post partum.

Les patientes en post-partum ont tendance à avoir un meilleur pronostic que celles en cours de grossesse avec $P < 0,05$. Cela suggère que le statut de grossesse influence la survie des patientes.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5. Commentaires et discussion

5.1. Difficultés et limites de l'étude

Cette étude transversale rétrospective a porté sur 18 cas de cancer et grossesse dans le service de chirurgie générale du CHU Gabriel Touré du 1^{er} janvier 2014 au 31 juin 2024. Dans cette étude plus de la moitié des cas, le cancer était diagnostiqué en post-partum, ce qui témoigne les données de la littérature sur ce thème.

Nous avons rencontré quelques difficultés au cours de notre étude à savoir :

- La non numérisation des dossiers et comptes rendus opératoires,
- Donnée limite sur ce sujet en Afrique.

La principale limite de notre étude est la taille de l'échantillon qui est relativement faible, liée à la rareté de la pathologie et au retard diagnostique dans notre région. Néanmoins les données de cette étude nous offrent un aperçu précieux sur cette question et contribuent à renforcer la recherche dans ce domaine, particulièrement dans le contexte africain où les informations restent encore limitées.

5.2. Fréquence

Tableau XXXVIII : fréquence de cancer et grossesse selon les auteurs

Auteurs	pourcentage	P-valeur
Safi N et al. Nouvelle Galles du sud en Australie 2023(n=2373)[16]	0,132%	0,00000513
Melan K et al. CHU de Martinique 2017(n=18)[15]	0,016%	<0,001
Notre étude (n=18)	0,5%	

La survenue d'un cancer pendant la grossesse ou le post-partum est un évènement rare, représentant environ 1 grossesse sur 1000 selon la littérature [3]. Nos données, recueillies sur une période de 10 ans et 6 mois dans notre service, confirment la rareté de cette situation avec seulement 0,5% des cancers diagnostiqués durant cette période (18 cas sur 3753) et un impact faible en terme

de consultations (0,02%), d'hospitalisations (0,06%) et d'intervention chirurgicales au bloc opératoire (0,15%).

Il existe une différence statistiquement significative entre la fréquence du cancer associé à la grossesse observée dans notre étude et celle rapportée par Safi N. et al en Nouvelle-Galles du Sud, Australie, ainsi que par Melan K. et al au CHU de la Martinique, avec un $p < 0,05$. Cette fréquence plus élevée dans notre étude pourrait s'expliquer par la taille relativement restreinte de notre population d'étude.

Tableau XXXIX : Fréquence de cancer diagnostiqué en post-partum et auteurs.

Auteurs	pourcentage	P-valeur
Safi N et al. Nouvelle Galles du sud en Australie 2023(n=2373)[16]	75%	P=0,183
Melan K et al. CHU de Martinique 2017(n=18)[15]	5%	P<0,01
Notre étude (n=18)	61,2%	

Dans notre étude, le taux de cancer diagnostiqué en post partum était de 61%. Ce taux ne diffère pas significativement de celui rapporté par Safi N et al, qui était de 75% ($p > 0,05$). Cependant il diffère de manière significative de celui rapporté par Melan K et al, qui était de 5% ($p < 0,05$). Cette différence pourrait s'expliquer par le délai de consultation trop long dans notre cas.

5.3.Aspects épidémiologiques

Dans notre étude la classe d'âge la plus représentée était celle entre 31-40ans avec 50%, l'âge moyen était de 31ans \pm 5,77 avec des extrêmes de 15 et 42 ans. Ce profil d'âge est légèrement plus jeune que ce de Melan K [15] qui a rapporté 35,7 ans. Ceci pourrait s'expliquer par la variabilité géographique où l'âge moyen des femmes lors de la première grossesse est beaucoup plus bas dans notre région.

5.4.Aspects diagnostiques

Le cancer du sein était le site le plus représenté dans notre cas avec 38,8%, ce taux ne diffère pas significativement de celui rapporté par Melan K et al, qui était de 33,3% ($P>0,05$).

5.5.Aspects pronostiques

Dans notre étude, nous avons observé un taux de décès anténatals de 22,2 %, comprenant 3 cas d'interruption thérapeutique de grossesse (ITG) et 1 cas de mort fœtale in utero (MFIU). Ce taux ne diffère pas de manière significative de celui rapporté par Melan K, qui s'élevait à 38,8 % ($p > 0,05$).

Par ailleurs, nous avons recensé 4 cas de décès maternels, un chiffre proche des résultats de Melan K, qui avait enregistré 6 cas de décès maternels.

CONCLUSION

Conclusion

Les cancers associés à la grossesse et au postpartum représente un défi médical et humain complexe, nécessitant une prise en charge multidimensionnelle. À travers cette étude menée sur nos patientes, nous avons identifié les principales caractéristiques cliniques, diagnostiques et thérapeutiques de ces pathologies dans notre contexte. Les patientes diagnostiquées avec un cancer en post-partum ont un meilleur pronostic que celles diagnostiquées au cours de la grossesse.

RECOMMANDATIONS

Recommandations

Au terme de cette étude, certaines recommandations nous paraissent pertinentes pour améliorer nos résultats et aspirer à une issue favorable devant le cancer et grossesse.

➤ Aux autorités politiques :

- Intégrer la problématique des cancers et grossesse dans les politiques nationales de santé maternelle et de lutte contre le cancer.
- Encourager les recherches supplémentaires sur les cancers associés à la grossesse, afin de mieux comprendre leurs spécificités cliniques, biologiques et thérapeutiques.
- Développer des collaborations nationales et internationales pour partager les données et les expériences, en vue d'améliorer les protocoles de prise en charge dans les contextes à ressources limitées.
- Mettre en place des mécanismes de soutien financier pour les patientes en situation précaire, permettant une prise en charge complète (diagnostic, traitement, suivi).

➤ Aux personnels socio sanitaires

- Mettre en œuvre un registre national des cancers associés à la grossesse, permettant de centraliser les données et d'orienter les actions de prévention et de traitement.
- Faciliter l'accès à des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), afin de coordonner les prises de décisions thérapeutiques dans des cas complexes impliquant la grossesse.
- Former les professionnels de santé sur la reconnaissance des signes cliniques de cancer pendant la grossesse et en postpartum pour réduire les délais de diagnostic.
- Renforcer les infrastructures hospitalières, notamment les équipements de diagnostic (mammographie, échographie, endoscopie, TDM, IRM) et les capacités de réalisation des analyses anatomopathologiques dans les délais.

- Assurer la disponibilité des traitements adaptés, tels que la chimiothérapie sécurisée pendant la grossesse et la radiothérapie pour les patientes en postpartum.

➤ **A la population**

- Diffuser des informations claires et adaptées sur les implications du cancer pendant la grossesse, les traitements disponibles, et les impacts sur la mère et le fœtus.
- Impliquer les familles dans les décisions thérapeutiques pour garantir une meilleure adhésion au traitement.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Andersson TM-L, Johansson ALV, Hsieh C-C, Cnattingius S, Lambe M:**
Increasing incidence of pregnancy-associated breast cancer in Sweden. *Obstet Gynecol* 2009;114(3):568–72.
2. **Matthews TJ, Hamilton BE:**
First births to older women continue to rise. *NCHS Data Brief* 2014;152:1–8.
3. **Barreau L.**
Cancer et grossesse : d'un état des lieux à la mise en place d'un parcours de soin en Occitanie. *Gynécologie obstétrique Fertilité et sénologie*. 2024;52(5):350-350.
4. **Moran BJ, Yano H, Al Zahir N, Farquharson M:**
Conflicting priorities in surgical intervention for cancer in pregnancy. *Lancet oncol.*2007;8(6):536-44.
5. **Fayette, J.**
Cancer et grossesse. Dans *tumeurs malignes rares*. Springer, Paris.2010; 978-2-287-72070-3-53).
6. **Burrow G, Ferris T:**
Carcinoma of the breast in medical complications during pregnancy. London : Sanders ; 1982. p. 520-3.
7. **Levêque J, Giono A, Poulain P, Broux PL, Loget P, et al :**
Cancer du sein associé à la grossesse. *J Gynécol Obstet Reprod* 1992 ; 21 : 616-24.
8. **R. Rouzier, L. Salleret, S. Uzan, N. Chabbert-Buffet, C. Uzan, E. Daraï :**
Cancers associés à la grossesse, service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, hôpital Tenon, université Pierre-et-Marie-Curie–Paris-VI, 4, rue de la Chine, F-75020 Paris, France. *Oncologie* (2013) 15: 208–211. DOI 10.1007/s10269-013-2282-x.

9. **Kitoh T, Nishimura S, Fukuda S, Hirabuki S, Kaganoi J, Tokunaga Y, et al:**
The incidence of colorectal cancer during pregnancy in Japan: report of two cases and review of Japanese cases. *Am J Perinatol* 1998;15:165-71.
10. **Chene G, Tardieu AS, Favard A, Lebel A, Voitellier M:**
Colorectal cancer discovered during pregnancy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2006;35:504-12.
11. **Chan YM, Ngai SW, Lao TT:**
Colon cancer in pregnancy. A case report. *J Reprod Med* 1999;44:733-6.
12. **Ahmed Hajji et al. Cancer du sein et grossesse:**
A propos de 15 cas colligés au centre de maternité de Monastir, Tunisie. *Pan African Medical Journal*.2021;38(180). 10.11604/pamj.2021.38.180.23108.
13. **Abderrahmane M, Touria B, Kaoutar L, Hanan K, Issam L, Khalid H :**
Prise en charge du cancer du col utérin durant la grossesse
A propos de 05 cas. *Pan Afr Med J*.2014 ;19 :245. doi :
10.11604/pamj.2014.19.245.5094.
14. **Sanogo ZZ et al :**
Cancer du sein et grossesse : cas extrême. *Mali Médical* 2004 tome XIX N°3 et 4.
15. **Melan K, Volumenie JL, Wan-Ajouhu G, Ulric-Gervaise S, Veronique-Baudin J, Joachim C:**
Pregnancy-associated-cancer in the french west indies (Martinique) : maternal and neonatal outcoms. *BMC pregnancy childbirth*. 2017 oct 2; 17(1):334. doi:
10.1186/s12884-017-1524-0.PMID : 28969691 ; PMCID : PMC56256556.
16. **Safi N, Li Z, Anazodo A, Remond M, Hayen A, Currow D, Roder D, Hamad N, Nicholl M, Gordon A, Frawley J, Fotheringham P, Sullivan E :**
Pregnancy associated cancer, timing of birth and clinical decision making-a NSW data linkage study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023 Feb 9;23(1):105. doi:
10.1186/s12884-023-05359-1. PMID: 36759774; PMCID: PMC9909861.

ANNEXE

ANNEXE

FICHE SIGNALETIQUE:

Nom : KONE

Prénom : Youssouf

Tel : 74883985 ; **E-mail :** yousoufk706@gmail.com

Titre : Cancers et grossesse en chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE.

Pays : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Année :

2024

Secteur d'intérêt : Chirurgie générale

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie.

RESUME

Introduction : le cancer associé à la grossesse est le cancer découvert au cours de la grossesse ou dans l'année qui suit l'accouchement. Il représente un défi complexe en raison des implications pour la santé de la mère et l'enfant.

Objectifs : Déterminer la fréquence hospitalière ; décrire les aspects épidémiologique et diagnostique ; analyser la prise en charge.

Méthodologie : Etude rétro-prospective, descriptive de 2014 à 2024 en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré. Nous avons inclus toute femme enceinte ou en post-partum atteinte d'un cancer diagnostiqué à l'histologie, ou toute femme atteinte de cancer ayant contracté une grossesse durant la prise en charge.

Résultats :

Nous avons enregistré 18 cas de cancer et grossesse représentant une faible proportion de cancer soit 0,5%. Les cancers du sein et colorectal ont représentés chacun 38,8% des cas, suivis des cancers de l'ovaire, du col utérin, de l'œsophage et du carcinome hépatocellulaire (CHC), qui ont représentés chacun 5,5%. Les tumeurs avaient été diagnostiqués en postpartum dans 11 cas (61%) et pendant la grossesse dans 7 cas (39%).

L'âge moyen des patientes était de 31 ans. La chirurgie première a été réalisée chez 61,12% de nos patientes. La chimiothérapie chez 77,8% de nos patientes et la radiothérapie chez 11,1%. L'interruption thérapeutique de la grossesse a été réalisée chez 3 de nos patientes soit 43%. Le taux de survie à 5 ans était de 78 %.

Conclusion : l'association cancer et grossesse reste rare mais nécessite une prise en charge spécifique. Les patientes en post-partum ont tendance à avoir un meilleur pronostic que celles en cours de grossesse, soulignant l'importance de diagnostiquer et traiter les cancers précocement.

Mots clés : cancers et grossesse, Mali.

ICONOGRAPHIE

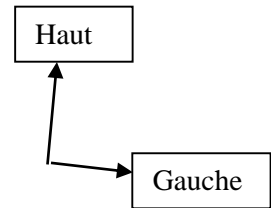


Photo N°1 : de cancer colique sur grossesse de 21 SA .



Photo N°2 : Tumeur ovarienne compressive en post-partum d'un mois.



Photo N°3 : Pièce de la tumeur ovarienne kystique rompue en peropératoire.

FICHE D'ENQUETE

FICHE D'ENQUETE

N° Dossier : / _____/

I. Identité du malade ou données administratives

Q1 : Nom:/ _____/Q2 : Prénom:/ _____/

Q3 : Âge(année):/ _____/

Q4 : Sexe: 1.Masculin/_/2.Féminin/_/Q5 : Résidence/ _____/

Q6 : Profession/ _____/Q7.Ethnie/ _____/

Q8 : Contact/ _____/Q9 : Nationalité/ _____/

Q10 : Statut matrimonial : 1.Mariée/_/2.célibataire/_/3.Veuve/_/
4.Divorcée/_/5.Autres/_/

Q11 : Niveau d'étude : 1.superieur/_/2.bas/_/3.analphabet/_/

Q12 : Mode de recrutement : 1.Urgences/_/2.Consultation ordinaire/_/

Q13 : Niveau socio-économique : 1.élévé/_/2.Moyen/_/3.bas/_/

Q14 : Durée d'hospitalisation (en jour) : / _____/

II. Histoire de la maladie

Q15 : Motif de consultation : / _____/

Q16 : Date du début de la symptomatologie : / _____/

Q17 : Délai de consultation en (jours) : / _____/

Q18 : Signes fonctionnels

1.Douleur abdominale/_/2.Douleur pelvienne/_/3.Douleur anale/_/

4.Douleur cervicale/_/5.Douleur génitale/_/

6.Douleur mammaire/_/7.Autres douleurs/ _____/

8.Ecoulement vaginal/_/9.Ecoulement mammaire/_/

10.Suintement anal/_/11.Amaigrissement/_/12.Asthénie/_/

13.Anorexie/_/14.Masse abdominale/_/15.constipation/_/

16.Melena/_/17.Rectorragie/_/18.Vomissements/_/

19.Arrêt des matières et des gaz/_/20.Dysphagie/_/21. Hématémèse/_/

22.Sialorrhée/_/23.Dyspnée/_/24.Masse cervicale/_/

25.Masse mammaire/_/26.Masse anale/_/27.Masse génitale/_/

28.Metrorragie/_/29.Leucorrhée/_/30.Plaie ulcérobourgeonante du
sein/_/31.Faux besoin/_/32.Tenesme/_/33.Epreinte/_/34.anorexie à la
viande/_/34. Diarrhée/_/35. Aménorrhée/_/ 36. Autres/_____/_

III.

Antécédents

A/ Personnels

Q19 : Médicaux : 1.HTA/_/2.Diabète/_/3.Drepanocytose/_/4.Asthme/_/
5.UGD/_/6.Cancer si oui à préciser/_____/

7.Maladie inflammatoire colique/_/8.Autes/_____/

Q20 : Chirurgicaux : 1. Opéré/_/2. Non opéré/_/

Q21 : Gyneco-osbstétrique :

1.Menarche/_____/2.DDR/_____/3. Durée des règles(jour)/_____/

4.Date de dernier accouchement/_____/

5.Gestité/_____/6.Parité/_____/7.Contraception : Oui/_/Non/_/

8.Allaitement maternel/_/9.Infection génitale à répétition/_/

Q22 : Familiaux :

1.ATCD familiaux de cancer : a. Oui/_/ à préciser/_____/

b. Non/_/ c. Indéterminé/_/

2.Maladie héréditaire familiale/_____/

3.Autres à préciser/_____/

IV.

Mode de vie et facteurs de risques

Q23 : Thé/_/Q24 : Café/_/Q25 : Alcool/_/Q26Tabac/_/

Q27 : Consommation des aliments conservés par salaison/_/

Q28 : Consommation des aliments conservés par fumaison/_/

Q29 : Consommation régulière de la viande grasseuse/_/

Q30 : Reflux gastro-œsophagien/_/

Q31 : Gastrite chronique atrophique/_/

Q32 : Maladie inflammatoire chronique de l'intestin/ _/

Q33 : Absence d'allaitement maternel/ _/

Q34 : Nulliparité/ _/

Q35 : Exposition aux substances cancérogènes : 1. Oui/ _/

A préciser/ _____/

2. Non/ _/

V.

Examens cliniques

A/ Signes généraux

Q36 : Indice de performance OMS :

1.OMSI/ _/2.OMSII/ _/3.OMSIII/ _/4.OMSIV/ _/

Q37 : Classification ASA :

1.ASAI/ _/2.ASAII/ _/3.ASAIII/ _/4.ASAIV/ _/5.ASAV/ _/

Q38 : Poids/ ___/Q39 : Taille/ ___/Q40 : IMC/ _____/

Q41 : Pression artérielle/ _____/Q42 : Pouls/ _____/

Q43 : FR/ _____/Q44 : Température/ _____/

Q44 : Déshydratation : 1. Oui/ _/2. Non/ _/ si oui préciser a. Sévère/ _/

b. modéré/ _/

Q45 : Dénutrition : 1. Oui/ _/2. Non/ _/ si oui préciser a. Sévère/ _/

b. modéré/ _/

Q46 : Conjonctives : 1.Colorées/ _/2.Pâle/ _/3.Ictérique/ _/

Q47 : OMI : 1. Oui/ _/2. Non/ _/

Q48 : Ascite : 1. Oui/ _/2. Non/ _/

B/Signes physiques

Q49 : Tumeur palpable : 1. Oui/ _/

2. Non/ _/

Q50 : Hépatomégalie : 1. Oui/ _/

2. Non/ _/

Q51 : Splénomégalie : 1. Oui/_/

2. Non/_/

Q52 : Ganglion de Troisier : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q53 : Adénopathie axillaire : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q54 : Nodule de sœur Marie Joseph : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q55 : Adénopathie inguinale : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q56 : Adénopathie cervicale : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q57 : Distension abdominale : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q58 : Tympanisme abdominal : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q59 : Contracture abdominale : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q60 : Matité dans les flancs : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q61 : Circulation veineuse collatérale : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q62 : Manœuvre de Tillaux : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q63 : Toucher vaginal : 1. Normal/_/ 2. Tumeur cervicale/_/

3. Tumeur latéro-utérine/_/ 4. Infiltration cervicale/_/ 5. Fistule recto-vaginale/_/

Q64 : Toucher rectal : 1. Normal/_/ 2. Tumeur palpable/_/ 3. Infiltration de la
paroi rectale/_/ 4. Ecaillés de brumer. 5. Douglas bombé et douloureux/_/6. Si
autres à préciser

VI.

Examens paracliniques

Q65 : Fibroscopie Œsogastroduodénale faite : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q66 : Localisation de la tumeur :

1.Oesophage supérieur/_/2.Oesophage thoracique/_/

3.Oesophage inférieur/_/4.Cardia/_/5.Corps/_/6.Antre/_/7.Pylore/_/

8.Antro-pylorique/_/9.Linite plastique/_/10. D1/_/11. D2/_/12. D3/_/

13.D4/_/

Q67 : Colonoscopie faite : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q68 : Localisation de la tumeur :

1.Caecum/_/2.Colon droit/_/3.Colon transverse/_/4.Colon gauche

5.Colon sigmoïde/_/6.Jonction recto-sigmoïde/_/7.Rectum/_/

Q69 : Ano rectoscopie faite : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q70 : Localisation de la tumeur :

1.Haut rectum/_/2.Moyen rectum/_/3. Bas rectum/_/4.Anale/_/

Q71 : IVA et IVL faites : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q72 : Aspect macroscopique de la tumeur en endoscopie

1.Tumeur bourgeonnante/_/2.Ulcérobourgeonnante/_/

3.Ulcération/_/4.Infiltrante/_/5.Sténosante/_/6. Indéterminé/_/

Q73 : Mammographie faite : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q74: Classification ACR:

1.ACR0/_/2.ACR1/_/3.ACR2/_/4.ACR3/_/5.ACR4/_/6.ACR5/_/

7.ACR6/_/

Q75 : Echographie mammaire faite : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q76 : Echographie thyroïdienne faite : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q77 : Classification de TIRADS : 1.TIRADS1/_/2.TIRADS2/_/

3.TIRADS3/_/4.TIRADS4/_/

Q78 : Biopsie faite : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q79 : Histologie :

1.Carcinome épidermoïde /_____/_/

2.Adénocarcinome/_____/_/

3.Sarcome/_____/_/

4.Lymphome/_____/_/

5.GIST/_____/_/

6.Autres/_____/_/

Q80 : Ganglion : 1. Envahi/_/2. Non/_/3.Indeterminer/_/

Q81 : Echographie abdominale faite : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q82 : TDM thoraco-abdomino-pelvienne : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q83 : Métastases hépatiques : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q84 : Métastases pulmonaires : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q85 : Adénopathies profondes : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q86 : Ascite : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q87 : Adénopathie cervicale : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q88 : Adénopathie axillaire : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q89 : Envahissement des paramètres utérin : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q90 : Envahissement vésical : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q91 : Envahissement rectal : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q92 : Cystoscopie faite : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Classification UICC TNM 8ème édition : T : Taille de la tumeur ; N : nombre de
Ganglion envahi et M : métastase

Q93 : Stade évolutif TNM (Stadification) :

1.Stade I/_/2.Stade II/_/3.Stade III/_/4.Stade IV/_/

Q94 : Classification FIGO 2021

1.Stade IA/_/ : a. Stade IA1/_/b. Stade IA2/_/

2.Stade IB/_/ : a. Stade IB1/_/b. Stade IB2/_/c. Stade IB3/_/

3.Stade IIA/_/ : a. Stade IIA1/b. Stade IIA2/_/

4.Stade IIB/_/

5.Stade IIIA/_/

6.Stade IIIB/_/

7.Stade III C/_/ : a. Stade IIIC1/_/ b. Stade IIIC2/_/

8.Stade IV/_/

Q94 : NFS faite : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q95 : Tx Hb/_____/

Q96 : Anémie : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q97 : Tx GB/_____/

Q98 : Tx plaquette/_____/

Q99 : Groupage rhésus/_____/

Q100 : VS accélérée : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q101 : Groupage rhésus/_____/

- Q102 : ACE : 1. Elevé/_/ 2. Normal/_/ 3. Bas/_/
- Q103 : CA 19-9 : 1. Elevé/_/ 2. Normal/_/ 3. Bas/_/4. Valeur/_____/
- Q104 : CA 15-3 : 1. Elevé/_/ 2. Normal/_/ 3. Bas/_/4. Valeur/_____/
- Q105 : CA 125 : 1. Elevé/_/ 2. Normal/_/ 3. Bas/_/ 4. Valeur/_____/
- Q106 : Glycémie : 1. Elevé/_/ 2. Normal/_/ 3. Bas/_/4. Valeur/_____/
- Q107 : Créat : 1. Elevé/_/ 2. Normal/_/ 3. Bas/_/4. Valeur/_____/
- Q108 : TP : 1. Elevé/_/ 2. Normal/_/ 3. Bas/_/4. Valeur/_____/
- Q109 : TCA : 1. Elevé/_/ 2. Normal/_/ 3. Bas/_/4. Valeur/_____/
- Q110 : Protidémie : 1. Elevé/_/ 2. Normal/_/ 3. Bas/_/4. Valeur/_____/
- Q111 : Immunohistochimie faite : 1. Oui/_/ 2. Non/_/
- Q112. Autres / _____/

VII.

Traitements

Q113 : Décision RCP (Chirurgien, Oncologue, Gynéco-obstétricien, Pédiatre, Réanimateur, Radiologue) :

- 1.Interruption totale de la grossesse(ITG) puis chimiothérapie Néo adjuvante/_/
- 2.CPN+Chimiothérapie Néo adjuvante/_/
- 3.Accouchement puis Chimiothérapie Néo adjuvante/_/
- 4.Chirurgie première puis Chimiothérapie adjuvante + CPN/_/
- 5.ITG puis Chimiothérapie palliative/_/
- 6.Accouchement puis Chimiothérapie palliative/_/
- 7.Chimiothérapie Néo adjuvante puis chirurgie/_/
- 8.Chirurgie première puis Chimiothérapie adjuvante/_/
- 9.ITG puis Chirurgie première/_/
- 10.Accouchement puis Chirurgie/_/
- 11.ITG puis radiothérapie palliative/_/
- 12.Chirurgie puis accouchement puis chimiothérapie/_/

A/ Prise en charge maternelle

Q114 : Traitement initial :

1.Aucun/_/ 2. Chirurgie/_/ 3. Chimiothérapie/_/ 4. Accouchement/_/ 5. ITG/_/
6.Radiothérapie/_/

Q115 : Si chirurgie quel a été la technique

chirurgicale/_____ /

Q116 : Complications post opératoire : 1. Oui/_/2. Non/_/

Si oui quelle type/_____ /

Q117 : Durée d'hospitalisation post opératoire en jour/_____ /

Q118 : Si chimiothérapie quel est le

protocole/_____ /

Q119 : Nombre de cure de chimiothérapie/_____ /

Q120 : Date de dernière cure/_____ /

Q121 : radiothérapie : nombre de séance/_____ /

B/ Prise en charge obstétricale :

Q122 : Voie d'accouchement : 1. accouchement par voie basse/_/

2.accouchement par césarienne/_/ 3. Grossesse en cours/_/

Q123 : Âge ou terme de la grossesse à l'accouchement en semaine
d'aménorrhée/_____ /

Q124 : Mode de survenue du travail d'accouchement si voie basse :

1.Spontanée/_/ 2. Maturation cervicale/_/ 3. Déclenchement/_/ 4. AMIU/_/

Q125 : APGAR : 1ère minute/_____/ 5ème minute/_____/

Q126 : Mode d'allaitement : 1. Maternel/_/ 2. Artificiel/_/

C/ Pronostic maternel

Q126 : suivi de cancer :

1.Traitement en cours/_/2.Rémission/_/3.Recidive locale/_/4.Poursuite

évolutive/_/5.Localisation métastatique/_/6. Attente de la radiothérapie/_/

7.Décès/_/8.Perdu de vue/_/

D/ pronostic foetale

Q127 : Vivant : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Q128 : Décès : 1. Oui/_/ 2. Non/_/

Cancers et grossesse en chirurgie générale du CHU Gabriel Touré :
Aspects épidémiologiques-diagnostiques et pronostiques

Q129 : Quel type de décès : 1. Anténatal(MFIU)/_/ 2. Néonatal/_/ 3. Infantile/_/ 4. Autres/_/

Q130 : Quelle est la date des dernières nouvelles/_____/