

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI



U.S.T.T-B

Année universitaire : 2023-2024

**Université des Sciences,
des Techniques et des Technologies
de Bamako (USTTB)**



Thèse N°

**Faculté de Médecine
et d'Odonto-Stomatologie de Bamako
(FMOS)**

Thème :

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET HISTOPATHOLOGIQUES DES
CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES DE 2013 à 2022 :
DONNEES DU REGISTRE DES CANCERS DU MALI**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le 17/12 / 2024 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par : **M. Tidiane SAMAKE**

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY :

Président : M. Mamadou SIMA, (Maître de Conférences)

Membre : M. Cheick Bougadari TRAORE, (Professeur Titulaire)

Membre : M. Mamadou KEITA, (Anatomopathologiste)

Directeur : M. Bourama COULIBALY, (Maître de Conférences Agrégé)

**DEDICACES ET
REMERCIEMENTS**

❖ DÉDICACES

Comme expression de ma reconnaissance, je dédie ce modeste travail à tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce document.

- ALLAH

Le tout puissant, Le tout miséricordieux...

Gloire et Pureté à Toi ! Merci pour tous ces bienfaits à mon égard, merci d'avoir exaucé mes prières à chaque fois. Bénis ce travail et fais m'en gratifier les avantages ici-bas et dans l'au-delà. Ô Seigneur, accorde le salut et la paix à notre noble Prophète Muhammad.

- **Toutes les victimes des cancers gynécologiques et mammaires.**
- **Tous ceux qui œuvrent dans la lutte contre les cancers gynécologiques et mammaires dans le monde.**
- **Mes parents**

Ce travail est le fruit de vos efforts, de vos sacrifices, de vos privations, de vos prières et bénédictions, de vos exigences continues et de la confiance que vous avez placé en moi. Il vous est entièrement dédié. Trouvez en lui l'expression de toute ma reconnaissance et de mon grand amour envers vous !

Que ce travail soit le pansement de tous vos chagrins et blessures que je vous ai causé. Qu'Allah vous pardonne, vous bénisse et vous donne longue vie pour que vous puissiez jouir des fruits des arbres que vous avez plantés.

Mes chers parents, je me mets à genou devant vous et vous demandes sincèrement pardon pour tout.

- **TONTON**, meilleur que toi, je n'en connais pas. Ta piété, ta crainte de Dieu, ta grandeur d'esprit, ton amour pour le bien et pour tes semblables font de toi un être remarquable. Saches que tu es une référence pour tous tes enfants ainsi que pour beaucoup d'autres personnes qui t'ont connue.

➤ **MAMAN**

Votre force, votre détermination et votre combativité sont pour moi un exemple et une source de motivation. Un bienfait n'est jamais perdu. Je vous remercie infiniment pour tous les bienfaits prodigués aux enfants d'autrui, car c'est grâce à cela que je n'ai pas beaucoup souffert.

Etre mère n'est pas une tâche facile, mais en même temps c'est le plus beau cadeau que Dieu peut faire à ses servantes.

Je vous remercie beaucoup et vous dois ma réussite.

Que mon travail vous remplisse d'un énorme sentiment de fierté.

Je vous aime!

➤ **Mes Frères et Sœurs**

En nous voyant, le mot fraternité prend tout son sens. Ce travail est le fruit de nos efforts conjugués; mais il vous revient de plein droit car vous m'avez toujours soutenue dans mes hauts et mes bas.

La confiance, l'assurance, le respect mutuel, la franchise, l'union, la compassion, que nous nous portons sont vraiment un don de l'éternel.

Allah ka balimaya to.

Je vous aime.

➤ **Mes Tontons et Tantes**

Vous avez été un guide, un conseiller ou une conseillère pour moi dans cette vie. Cette œuvre est la vôtre car elle n'aurait pas été sans vos présences et vos soutiens. Trouvez à travers elle, l'expression de ma profonde gratitude.

➤ **Mes Cousins et Cousines**

Toutes mes affections, merci pour votre soutien moral. Ce travail est à votre honneur.

❖ REMERCIEMENT

➤ **Au corps professoral de la FMOS**

Merci chers maîtres pour la qualité de l'enseignement reçu durant ce parcours étudiantin.

➤ **Aux personnels du service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU Point G et plus précisément aux pathologistes et aux médecins en spécialisation**

- **Mes chefs** : Professeur Cheick B Traoré, Professeur Boukarou Kamaté, Professeur Bourama Coulibaly
- **Mes aînés** : Dr Bakary Yarro, Dr Aliou B Diarra, Dr Mamadou Keïta, Dr Mamadou Touré, Dr Abdoul K Cissé, Dr Tamaki Sissoko, Dr Safiatou Touré, Dr Mantia Sanogo, Dr Bakary Diabaté, Dr Amadou F Diarra, Dr Bintou Kanté.

Je vous remercie pour la bonne collaboration ainsi que pour votre disponibilité et les connaissances transmises. Chacun de vous a contribué à ma progression personnelle et intellectuelle.

➤ **Aux internes du service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU Point G et précisément à l'équipe du lundi** : Mariam Dabo, Aminata Koné, Seydou Dembélé, Sadio Doumbia, Mohamed Ag, Youssouf Touré, Loïs Wafo, Abba Maïga, Assimi Sissoko, Seydou B Diarra, Ousmane Cissouma, Djibril Koné, Salif Diamouténé, Félicia, Lindsey, Diana, Sasso Sidibé.

Travailler avec vous fut un réel plaisir. Puisse Allah, le Tout puissant nous accorder une longue et bonne vie socio-professionnelle.

➤ **À mes ami(e)s** : Youssef N Tangara, Fatoumata Lobo Cissé, Aboubacrine Ould Mohamed, Samou Keïta, Souleymane A Koné, Oumar Camara, Adama Togo, Alice Dougnon, Marie M Dena, Ténin Keïta, Aminata Idrissa Ouattara...

Vous êtes la preuve que les liens d'amitiés peuvent naître dans les endroits les plus inattendus. Plus que de simples ami(e)s, vous êtes devenu(e)s mes frères et sœurs. Merci pour votre soutien et votre précieuse compagnie.

➤ **À Dr Hawa Ongoïba**

Vous m'avez été d'une énorme aide dans l'élaboration de ce document. Ça a été un plaisir pour moi d'apprendre de vous.

Je vous remercie pour votre disponibilité et votre gentillesse. Qu'Allah vous préserve ! Qu'il vous le rend au centuple!

**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

A NOTRE MAÎTRE ET PRESIDENT DU JURY :

Professeur Mamadou SIMA

- ✚ Maître de Conférences à la FMOS**
- ✚ Gynécologue Obstétricien au CHU Point G**
- ✚ Praticien Hospitalier au CHU Point G**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre humanisme, votre souci de bien faire, votre courage et votre sens élevé des responsabilités font de vous un maître exemplaire. L'étendue de vos qualités morales et sociales suscite une grande admiration. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE :

Docteur Mamadou KEITA

✚ **Chef de laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques de l'hôpital du Mali**

✚ **Médecin Pathologiste**

✚ **Praticien hospitalier à l'hôpital du Mali**

✚ **D.U en Sénologie**

Cher maître,

Nous sommes très honoré de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de ce travail. Nous avons été impressionnés par vos immenses qualités humaines, votre sens du travail bien fait, votre disponibilité constante et surtout votre patience. Honorable maître, trouvez ici l'assurance de notre admiration ainsi que nos sincères remerciements.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE :

Professeur Cheick Bougadari TRAORE

- ✚ **Professeur Titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la faculté de Médecine et d’Odontostomatologie (FMOS) ;**
- ✚ **Chef du Département d’Enseignement et de Recherche (DER) des Sciences Fondamentales à la FMOS ;**
- ✚ **Chef de Service du Laboratoire d’Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU Point G ;**
- ✚ **Chercheur et Praticien Hospitalier au CHU Point G ;**
- ✚ **Président de la Société Malienne de Pathologie (S. M.P) ;**
- ✚ **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l’utérus et du registre national des cancers au Mali.**

Cher Maître,

Tout au long de ce travail, vous avez forcé notre admiration tant par la grandeur de vos talents scientifiques que par vos multiples qualités humaines. À travers vos précieux enseignements, nous avons eu la chance de bénéficier tout au long de nos études, de vos qualités de pédagogue ainsi que de votre grande culture médicale.

Veillez accepter, cher maître, nos sincères remerciements et notre profonde gratitude.

À NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Bourama COULIBALY

- + Maître de Conférences Agrégé en Anatomie et Cytologie Pathologiques 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 cancers au Mali ;**
- + Secrétaire Général Adjoint de la Société Malienne de Pathologie (S.M.P).**

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de diriger 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.

**SIGLES ET
ABREVIATIONS**

Sigles et abréviations

AL: Collaborateurs

CAN REG-4: Cancer Registor-4

CER : Comité d'Evaluation de Registre

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CIN : Néoplasie Cervicale Intra-épithéliale

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

DU : Diplôme Universitaire

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

HCL : Hospices Civils de Lyon

HPV : Human Papilloma Virus

HSV-2 : Herpès Simplex Virus-2

IARC : Association Internationale des Registres de Cancer

INCa : Institut National du Cancer

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

INSP : Institut National en Santé Publique

IOTA : Institut Ophtalmologique de l'Afrique Tropicale

JPC : Jonction Pavimento-Cylindrique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SMP : Société Malienne de Pathologie

SPF : Santé Publique France

TNM : T=Tumeur, N=Nodule, M=Métastase

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

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

❖ LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des cas selon la topographie	23
Tableau II: Répartition des cas selon les structures de santé.....	23
Tableau III: Répartition des cas en fonction de la base de diagnostic.....	24
Tableau IV: Répartition des cancers du sein selon le type histologique	24
Tableau V: Répartition des cancers du col de l'utérus selon le type histologique	25
Tableau VI: Répartition des cancers de l'ovaire selon le type histologique	26
Tableau VII: Répartition des cancers du corps utérin selon le type histologique	26
Tableau VIII: Répartition des cancers de la vulve selon le type histologique ...	27
Tableau IX: Répartition des cancers du vagin selon le type histologique.....	27
Tableau X: Corrélation entre le type histologique de cancers du sein et l'âge ..	28
Tableau XI: Corrélation entre le type histologique de cancers du col utérin et l'âge	28
Tableau XII: Corrélation entre le type histologique de cancers de l'ovaire et l'âge	29
Tableau XIII: Corrélation entre le type histologique de cancers du corps utérin et l'âge.....	29
Tableau XIV: Fréquence des cancers selon l'organe atteint par rapport aux autres études.....	31

❖ LISTE DES FIGURES

Figure 1: Aspect histologique d'un carcinome in situ du sein (15)	6
Figure 2: Aspect histologique d'un carcinome infiltrant de type non spécifique (16).	7
Figure 3: Aspect histologique d'un adénocarcinome invasif du col (19).....	9
Figure 4: Aspect histologique d'un carcinome épidermoïde invasif du col (19) .	9
Figure 5: Aspect histologique du cystadénocarcinome séreux (15).....	11
Figure 6: Aspect histologique du cystadénocarcinome mucineux (15).....	11
Figure 7: Aspect histologique d'un adénocarcinome endométriale (15).....	11
Figure 8: Aspect histologique d'un carcinome épidermoïde du vagin (15)	13
Figure 9: Aspect histologique d'un carcinome épidermoïde de la vulve (15)....	14
Figure 10: Aspect histologique d'un carcinome sereux de la trompe de Fallope (15)	15
Figure 11: Entrée principale du CHU Pont G.....	16
Figure 12: Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU Point G...	17
Figure 13: Répartition des cas selon l'année de diagnostic	21
Figure 14: Répartition des cas selon la tranche d'âge	22
Figure 15: Répartition des cas selon l'ethnie	22

TABLE DES MATIERES

❖ **Tables des matières :**

I. INTRODUCTION	1
II. GENERALITES	3
1. Rappel sur les registres	3
2. Rappel sur les cancers gynécologiques et mammaires.....	5
III. MATERIEL ET METHODES	16
1. Cadre d'étude.....	16
2. Type d'étude	18
3. Période et durée d'étude	18
4. Population d'étude	18
5. Échantillonnage	18
6. Plan de collecte des données	19
7. Plan de traitement des données.....	20
8. Saisie et analyse des données	20
9. Considération éthique et déontologique	20
IV. RESULTATS.....	21
1. Résultats descriptifs.....	21
2. Résultats analytiques	28
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	30
1. Méthodologie.....	30
2. Limites et difficultés.....	30
3. Données épidémiologiques.....	30
4. Données anatomo-pathologiques	31
VI. CONCLUSION	35
VII. RECOMMANDATIONS	36
VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	37
ANNEXES	46

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Les cancers gynécologiques et mammaires constituent une préoccupation majeure pour la communauté internationale, parce qu'ils représentent une cause importante de mortalité et de morbidité chez la femme (1).

Selon Globocan 2022, il y a eu 9,7 millions de décès par cancer en 2022 et 20 millions de nouveaux cas de cancer (2).

Selon le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), dans les pays à faible indice de développement humain (IDH), une femme sur 27 est diagnostiquée de cancer du sein au cours de sa vie, une femme sur 48 en mourra (2).

Les cancers du sein et du col de l'utérus sont les plus fréquents, parmi les cancers gynécologiques et mammaires.

En Europe, environ 3,91 millions de nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués en 2018 et 1,93 million de décès sont dus aux cancers. Le siège de cancers le plus courant était les cancers du sein chez la femme avec 523 000 cas (3).

En France métropolitaine, entre 1990 et 2023, le nombre de nouveaux cas de cancers a doublé, avec une augmentation de 10,4 % chez la femme, toutes localisations confondues. L'incidence de nouveaux cas de cancers du sein est passée de 91 840 cas en 1990 à 187 526 cas en 2023 (4).

En Afrique subsaharienne en 2020, 801 392 nouveaux cas de cancers et 520 158 décès par cancer sont survenus. Les cancers du sein et du col de l'utérus étaient les cancers les plus courants, se classant respectivement au premier et au second rang (5).

Selon le registre national des cancers du Mali en 2020, le cancer du sein était le premier cancer de la femme suivi de celui du col utérin avec respectivement un taux de 28,8% et 25,1% de tous les cas de cancers enregistrés. Le cancer du sein

et celui du col utérin font partis des localisations des cancers les plus courantes chez la femme (6).

Selon Globocan 2022 au Mali, il y'a eu 2 278 nouveaux cas de cancers du sein dont 1 348 cas décès (2).

Le cancer du col de l'utérus est la principale cause de mortalité liée au cancer chez les femmes âgées de 15 à 44 ans au Mali (7).

Pour étayer, la fréquence des cancers +gynécologiques et mammaires que ce travail a été initié avec les objectifs suivants :

❖ **OBJECTIFS**

➤ **Objectif général**

✓ Etudier les aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers gynécologiques et mammaires.

➤ **Objectifs spécifiques**

✓ Déterminer la fréquence des cancers gynécologiques et mammaires.

✓ Décrire les caractères sociodémographiques des patientes atteintes des cancers gynécologiques et mammaires.

✓ Décrire les aspects histopathologiques des cancers gynécologiques et mammaires.

GENERALITES

II. GENERALITES

1. Rappel sur les registres

❖ Définition

On appelle registre du cancer comme une organisation qui est dotée de locaux, de ressources, et de personnels chargée du recueil systématique, de l'archivage, de l'analyse, de l'interprétation et de la communication des données relatives aux cas de cancers. C'est un dispositif incontournable pour la surveillance, l'observation, l'évaluation et la prise en charge des cancers (8).

En France, ils font l'objet d'estimation par le comité d'évaluation des registres.

Ils peuvent être de deux types :

- Registre des cancers généraux : ils recueillent les informations sur toutes les localisations des cancers.
- Registre des cancers spécialisés : ils recueillent les informations particulières (col de l'utérus, sein...) ou des populations particulières (enfants).

Dans les deux cas, les registres sont divisés en deux catégories : les registres des cancers hospitaliers et les registres des cancers de population (9).

❖ Historique des registres des cancers

Dans des siècles, les seules informations sur la survenue du cancer provenaient des dossiers médicaux et des rapports d'autopsie, et à l'échelle de la population, des données relatives aux causes de décès (10).

En Europe, un premier essai de recensement des cancers fut fait à Londres en 1728 sans succès et les tentatives faites pour établir des statistiques de mortalité et de morbidité comparables et fiables se soldèrent par des échecs. C'est en 1927 que le 1^{er} registre moderne du cancer est établi à Hambourg en Allemagne.

Des initiatives similaires sont enregistrées plus tard dans les années 1940 et 1950, au Royaume-Uni et dans d'autres pays. Le registre national Danois du cancer a été fondé en 1942 par Johannes CLEMMENSEN et est le système national permanent des cas. Aux Etats-Unis, toute une étude sur l'incidence de cancers a eu

lieu à la fin de 1930, et l'enregistrement des cas de cancer débute dès 1940 dans le Connecticut et l'état de New York (8).

En 1954, le premier registre a vu le jour en Ouganda pour l'Afrique. De nombreux pays par la suite, se sont lancés dans l'enregistrement des cancers : la Gambie en 1986 ; l'Ile de la Réunion en 1988 ; l'Algérie à Sétif en 1989 ; le Rwanda en 1991 et le Cameroun en 1994.

En 1965 le centre international de recherche sur le cancer (CIRC) fut créé comme centre spécialisé de recherche sur le cancer de l'organisation mondiale de la santé (OMS) et un an après fut fondée l'association internationale des registres de cancers (IARC). Le CIRC est une source majeure d'informations et de conseils pour les registres de cancers et les données internationales en la matière (8).

C'est dans le service d'anatomie pathologique de l'Institut National de recherche en Santé Publique (INRSP actuel INSP) que le registre des cancers du Mali a vu le jour en 1986, grâce au Pr Sinè Bayo, qui fut le premier directeur du registre. Actuellement c'est le Professeur Cheick Bougadari Traoré qui assure la direction du registre des cancers. Il compte aussi de nombreux collaborateurs qui sont les différents responsables des services de collectes des données.

❖ **Fonctionnement des registres des cancers de population**

Le registre des cancers de population recueille les données sur tous les nouveaux cas de cancer apparaissant dans une population bien définie, avec un double objectif : produire des statistiques sur l'incidence du cancer dans cette population et fournir un cadre pour évaluer et surveiller l'impact du cancer sur cette population. Ce type de registre remplit trois (3) fonctions principales :

- La 1^{ère} fonction consiste à décrire l'étendue et la nature du fardeau du cancer dans la population et à faciliter la planification des priorités en matière de santé publique ;
- La 2^{ème} fonction consiste à constituer une source de données pour les études épidémiologiques sur l'étiologie des cancers ; étape indispensable à la prévention ;

➤ La 3^{ème} fonction consiste à faciliter la surveillance et l'évaluation des activités de lutte contre le cancer, notamment en étudiant sur le plan local la survie des patients traités pour le cancer (8).

❖ **Rôle des registres des cancers en épidémiologie**

Les registres des cancers donnent une base essentielle pour l'épidémiologie puisqu'ils détiennent des informations sur la distribution des cancers, y compris pour les cas non létaux. Par ailleurs, outre la production de données d'incidence, de telles informations constituent une ressource fondamentale pour la recherche épidémiologique sur les facteurs déterminants de cancers, mais aussi pour la planification et l'évaluation des services de santé.

En France, le système de surveillance épidémiologique des cancers repose sur un réseau quadripartite animé par Santé Publique France (SPF), l'Institut National du Cancer (INCa), les registres du cancer du réseau FRANCIM et le service de bio-statistique-bioinformatique des Hospices Civils de Lyon (HCL) (8).

❖ **Registre des cancers du Mali**

Le registre des cancers du Mali a été créé en janvier 1986 dans le service d'anatomie pathologique de l'Institut National en Santé Publique (INSRP actuel INSP). De nos jours la direction actuelle du registre des cancers est sous la tutelle du Professeur Cheick Bougadari Traoré.

Il travaille avec certains collaborateurs nationaux et internationaux. Depuis sa création à nos jours, le registre est soutenu par le service d'épidémiologie descriptive du Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) à travers un accord de recherche. Le registre des cancers du Mali est un registre de population. Il couvre la population de Bamako, la capitale et ses environs.

2. Rappel sur les cancers gynécologiques et mammaires

✚ Cancers du Sein

❖ **Epidémiologie**

Le cancer du sein, le plus fréquent des cancers féminins. Son incidence représente 11,6% du fardeau total de l'incidence des cancers (11).

Selon Globocan, le cancer du sein représente le deuxième cancer le plus fréquent au monde avec 2 308 897 nouveaux cas et 665 684 cas de décès (12).

Le cancer du sein représente la première cause de mortalité par cancer chez les femmes dans presque tous les pays (13).

❖ **Aspects histologiques (14)**

• **Carcinomes**

Ce sont des adénocarcinomes, des tumeurs épithéliales malignes à différenciation glandulaire.

• **Carcinomes in situ**

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

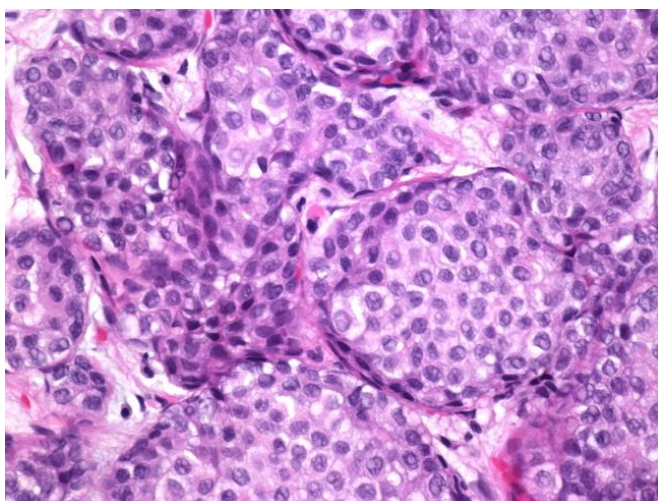


Figure 1: Aspect histologique d'un carcinome in situ du sein (15)

• **Carcinomes infiltrants**

On distingue :

- Carcinome infiltrant de type non spécifique (forme la plus fréquente 81%),
- Carcinome infiltrant avec composante intracanaulaire prédominante (4%),
- Carcinome lobulaire infiltrant (10%), volontier bilatéral,

- Formes particulières : le carcinome mucineux ou colloïde de la femme âgée (1%), le carcinome médullaire, le carcinome tubuleux, le carcinome adénoïde kystique ou cylindre, le carcinome papillaire (très rare).

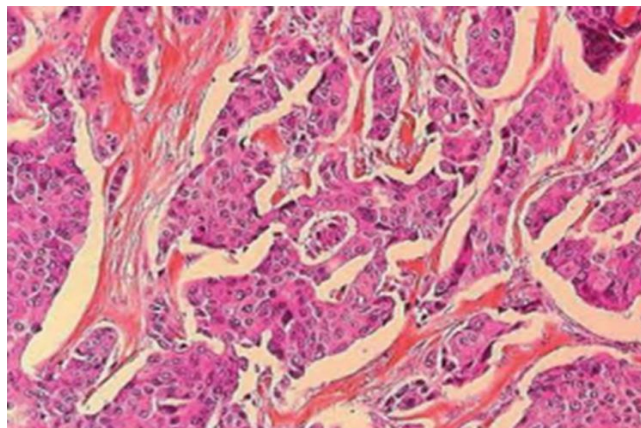


Figure 2: Aspect histologique d'un carcinome infiltrant de type non spécifique (16).

- **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 (2 %)**

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

Il existe aussi : lymphomes et sarcomes.

Cancers du Col de l'utérus

❖ **Epidémiologie**

Selon IARC en 2018, l'incidence mondiale est évaluée à 568 847 nouveaux cas par an avec 311 365 de décès, dont l'incidence est de 13,1/100000 habitants dans

le monde et 29,6/100000 habitants en Afrique de l'ouest (17).

❖ **Aspects histologiques (18)**

➤ **Tumeurs épithéliales**

• **Carcinomes**

Ce sont les cancers développés aux dépens de l'épithélium de revêtement exo ou endocervical, ils se développent fréquemment 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 séparant l'épithélium cancéreux du conjonctif est bien identifiable et ne présente aucune solution de continuité.

- **Carcinome épidermoïde invasif**

Le passage d'un carcinome épidermoïde in situ après plusieurs étapes et sur une période d'environ treize (13) ans environ. Dans un premier temps, on voit la membrane basale s'effiloche, puis les cellules cancéreuses migrer 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 avancées. 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.

- **Adénocarcinomes**

- **Adénocarcinomes papillaires**

Elles sont faites de cellules cylindriques uni ou pluristratifiées, les cytoplasmes sont granuleux et vacuolisés par une sécrétion mucoïde.

- **Adénocarcinomes glandulaires**

Ils sont formés de 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.

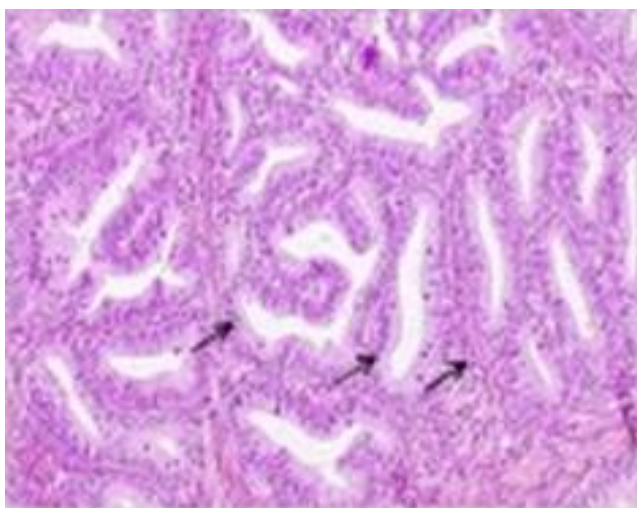


Figure 3: Aspect histologique d'un adénocarcinome invasif du col (19)

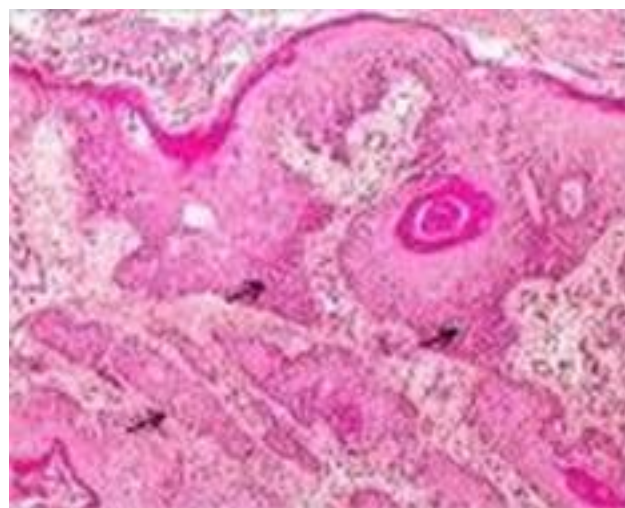


Figure 4: Aspect histologique d'un carcinome épidermoïde invasif du col (19)

- **Autres tumeurs épithéliales :**

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

➤ **Autres types de cancer du col :** sarcomes, lymphome.

- ✚ **Cancers de l'ovaire**

- ❖ **Epidémiologie**

Aux États-Unis, le cancer de l'ovaire est le deuxième cancer gynécologique le plus fréquent touchant environ 1/70 des femmes. C'est la 5^{ème} cause de décès

par cancer chez les femmes. L'incidence est plus importante dans les pays à ressources élevées. C'est la femme en péri et post-ménopause qui est principalement atteinte par cette maladie. L'âge médian au diagnostic est de 63 ans avec un intervalle de 55 à 64 ans (20).

❖ **Aspects histologiques (21)**

Histologiquement on a un revêtement cubique, cylindrique ou de type épidermique.

➤ **Tumeurs épithéliales**

Les plus fréquentes (60 à 75%)

- Tumeur séreuse = cystadénocarcinome séreux
- Tumeur mucineuse = cystadénocarcinome mucineux
- Carcinome à cellules claires
- Carcinome endométrioïde
- Tumeur de Brenner maligne

➤ **Tumeurs germinales**

- Dysgerminomes ou séminomes
- Tumeurs germinales non séminomateuses : tératome immature, choriocarcinomes, carcinome embryonnaire, tumeur vitelline

➤ **Tumeurs stromales et des cordons sexuels**

- Tumeurs de la granulosa adulte et tumeur de la granulosa juvénile
- Tumeurs à cellules de Sertoli-Leydig

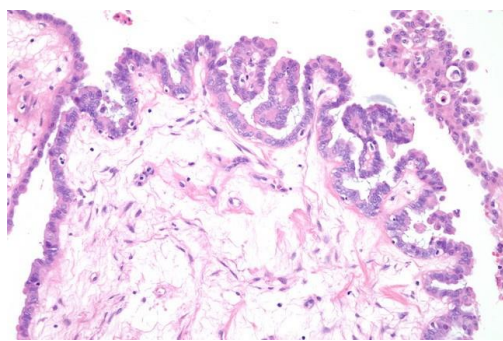
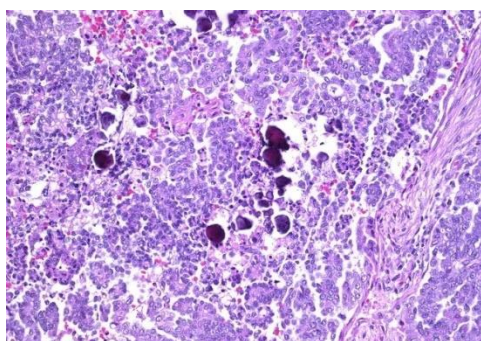


Figure 5: Aspect histologique du cystadénocarcinome séreux (15)

Figure 6: Aspect histologique du cystadénocarcinome mucineux (15)

✚ Cancers de l'endomètre (22)

❖ Epidémiologie

Le cancer gynécologique le plus fréquent en France, se situe au 4^{ème} rang en 2012 avec une incidence de 7 275 de nouveaux cas estimés. L'âge moyen des patientes lors du diagnostic est de 68 ans. C'est un cancer qui survient dans plus de 80% après la ménopause. La survie relative à 5 ans est de 76%.

❖ Aspects microscopiques

Les tumeurs épithéliales de l'endomètre représentent plus de 90% des tumeurs de l'endomètre, se divisent en deux types :

➤ Le type 1

Il correspond à des tumeurs épithéliales hormonales dépendantes, sont souvent associées à une hyperplasie endométriale.

L'adénocarcinome endométriale est le type histologique le plus fréquent, favorisé par l'hyperœstrogénie, qui stimule la prolifération des cellules endométriales.

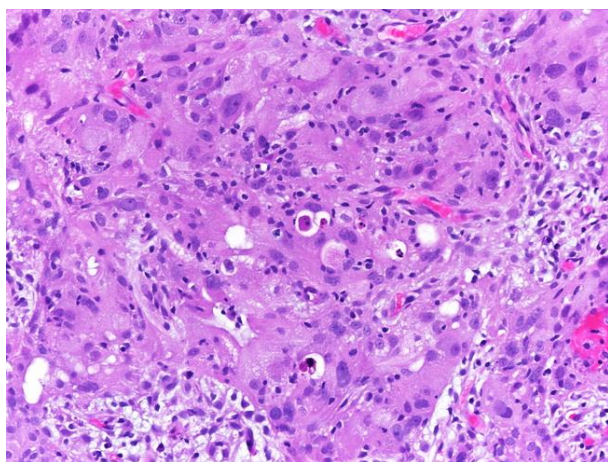


Figure 7: Aspect histologique d'un adénocarcinome endométrial (15)

➤ Le type 2

Il correspond à des tumeurs non hormonales dépendantes, regroupe :

Le carcinome mucineux, le carcinome à cellules claires, le carcinome papillaire séreux, les sarcomes et les carcinosarcomes d'emblée agressifs.

➤ **Adénocarcinomes mixtes**

C'est l'association du type 1 et type 2.

✚ **Cancers du vagin**

❖ **Epidémiologie**

En général c'est un carcinome épidermoïde, rare soit 1 cas pour 50 cancers chez la femme âgée après 60 ans (21).

❖ **Aspects histologiques (23)**

Après l'examen au microscope d'un échantillon de tissu prélevé dans le vagin pour établir le grade du cancer. Ce grade est assigné par le pathologiste de 1 à 3 au cancer du vagin. Plus ce nombre est bas, plus le grade du cancer est bas. Le terme différenciation est employé pour désigner à quel point les cellules cancéreuses sont différentes.

➤ **Bas grade**

Les cellules cancéreuses sont bien différenciées. Elles ont presque l'air de cellules normales. Elles ont tendance à se développer lentement et risquent moins de se propager.

➤ **Haut grade**

Les cellules cancéreuses sont peu différenciées ou indifférenciées. Leur apparence est moins normale, ou plus anormale. Elles ont tendance à se développer plus rapidement et sont plus susceptibles de se propager que les cellules cancéreuses de bas grade.

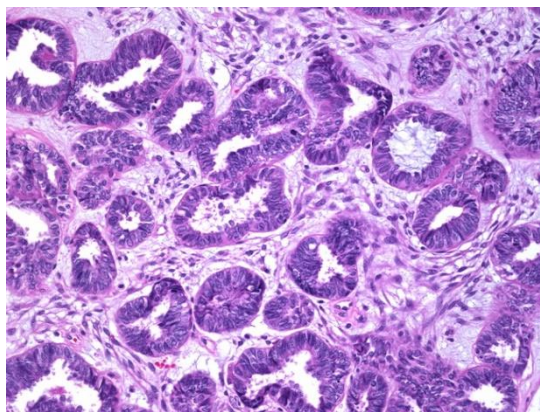


Figure 8: Aspect histologique d'un carcinome épidermoïde du vagin (15)

✚ Cancers de la vulve

❖ Epidémiologie

C'est une maladie rare, représentant environ 3 à 5 % des tumeurs malignes de l'appareil génital féminin (24). En 2018, le nombre de nouveaux cas de cancers de la vulve était de 838 en France. Il survient essentiellement chez les patientes ménopausées, avec un âge médian de 77 ans au moment du diagnostic (25).

❖ Aspects histologiques (26)

➤ Tumeurs épithéliales malignes infiltrantes de la vulve

- Carcinome malpighien

La tumeur la plus fréquente

• Autres

Carcinome basaloïde, carcinome verruqueux, carcinome condylomateux et carcinome keratocanthomelike.

➤ Tumeurs malignes de la glande de Bartholin

- Adénocarcinome

Représente 40% des tumeurs malignes de la glande de Bartholin

- Carcinome adénoïde kystique

Représente 15% des tumeurs malignes de la glande de Bartholin

- Carcinome adénosquameux

Représente 5% des tumeurs malignes de la glande de Bartholin

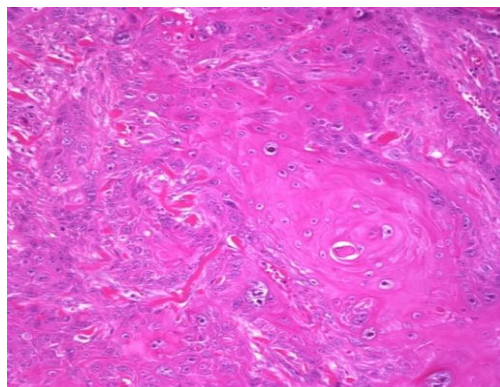


Figure 9: Aspect histologique d'un carcinome épidermoïde de la vulve (15)

✚ Cancers de la trompe

❖ Epidémiologie

Le cancer primitif de la trompe de Fallope est l'une des tumeurs les plus rares chez la femme et représente 0,3 à 1,8 % des cancers génitaux féminins (27). L'incidence annuelle varie de 2,9 à 4,1 cas par million de femmes et par an. Il apparaît généralement chez les femmes ménopausées âgées entre 50 et 60 ans et une association avec l'infertilité, la nulliparité et l'inflammation tubaire chronique (27).

❖ Aspects histologiques (28)

Le type histologique, le plus fréquent est l'adénocarcinome. Ils existent d'autres formes de variétés à la microscopie comme : papillaires, alvéolaires, endométrioïdes ou médullaires avec des transitions brutales avec un épithélium normal et la prolifération.

Des formes associées et des types histologiques plus rares : sarcomes, lymphomes, carcino-sarcomes, môles hydatiformes et choriocarcinomes...

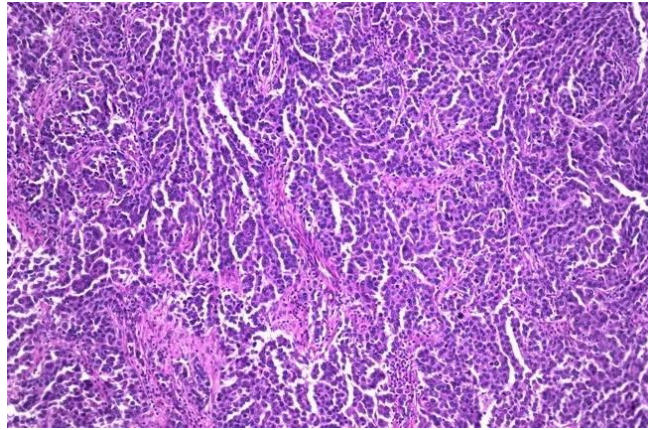


Figure 10: Aspect histologique d'un carcinome séreux de la trompe de Fallope
(15)

MATERIEL
ET METHODES

III. MATERIEL ET METHODES

1. Cadre d'étude

C'est le service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Point G qui a été notre cadre d'étude en collaboration avec les structures socio-sanitaires du district de Bamako et ses environs.

❖ Présentation du CHU Point G

L'hôpital du point G a été construit en 1906 et mise en fonction en 1913 sous l'administration des médecins militaires et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal). Il est situé en commune III du district Bamako, au nord sur la colline qu'il porte le nom (point g), à 8km du centre-ville de Bamako, face à la colline de Koulouba. Il couvre une superficie de 25 hectares.



Figure 11: Entrée principale du CHU Pont G

❖ Présentation du service d'Anatomie et Cytologie pathologiques

Ce service a été transféré de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP actuel INSP) au Centre Hospitalier Universitaire point G en juillet 2010, il est devenu opérationnel en Août de la même année. Il se situe au nord-est de l'hôpital, entre le nouveau bâtiment de la Néphrologie, l'ancien bâtiment du service de Médecine Interne et le service d'Hématologie Oncologie Médicale.



Figure 12: Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU Point G.

➤ **Personnel du service**

Il se compose comme suit :

- Deux (2) professeurs titulaires ;
- Un (1) maître de Conférences agrégé ;
- Des médecins pathologistes ;
- Des médecins en spécialisation ;
- Des étudiants en année de thèse ;
- Deux (2) 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 microbiopsie ;
- 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 public qu'est adressée la grande majorité de biopsies, des pièces opératoires, des cytoponctions et des liquides biologiques réalisée dans le pays. Dans les archives, on retrouve les comptes rendus anatomopathologiques soigneusement conservés remontant à des années. En dehors de ces activités, le service fait 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 sur le Cancer (CIRC) et participe aux différentes activités de la politique nationale de lutte contre le cancer.

2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique à caractère rétrospectif à partir des données du registre des cancers.

3. Période et durée d'étude

Elle couvrait une durée de 10 ans allant du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2022.

4. Population d'étude

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

5. Échantillonnage

❖ **Critères d'inclusion** : ont été inclus

Tous les cas de cancers gynécologiques et mammaires diagnostiqués durant la période d'étude et notifiés dans le registre des cancers.

❖ **Critères de non inclusion** : n'ont pas été inclus

Tous les cas de cancers gynécologiques et mammaires diagnostiqués en dehors de la période d'étude ou non notifiés dans le registre des cancers.

6. Plan de collecte des données

❖ **Base de diagnostic**

La confirmation histologique reste le diagnostic de certitude. Les autres bases diagnostiques (clinique, endoscopie, radiologie...) permettent aussi aux autres médecins des différentes structures de santé, de suspecter le diagnostic de cancers.

❖ **Méthode de collecte**

Le registre de cancers du Mali siège à Bamako, c'est un registre de population. Il recense tous les nouveaux cas de cancers diagnostiqués dans les structures socio-sanitaires du district de Bamako et ses environs. La recherche de nouveaux cas est active et assurée par le personnel du registre qui fait la collecte de manière périodique dans les différentes structures sanitaires à savoir : le CHU Point G, le CHU Gabriel Touré, le CHU de Kati, Hôpital du Mali, CH Mère-Enfant le Luxembourg, CHU-IOTA, CHU-OS, Hôpital Dermatologique de Bamako, et le CESAC qui gère le registre des décès.

Le laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU Point G a permis de faire la confirmation histologique.

❖ **Codage**

Chaque cas retenu a été codé selon la Classification Internationale des Maladies CIM-10 (OMS 1992).

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

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

7. Plan de traitement des données

❖ Informations recueillies

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

❖ Variables étudiées

Les variables retenues étaient :

- Sociodémographiques : âge, ethnie, centre de diagnostic et l'année de diagnostic ;
- Histopathologiques : topographie et type histologique.

8. Saisie et analyse des données

La saisie des données, la recherche de doublons, le contrôle de qualité et l'extraction des données ont été réalisés sur le logiciel CanReg-4, logiciel spécial conçu par le CIRC. Les données ont été transférées via Excel sur SPSS version 22.0 puis analysées.

La saisie des textes, la conception des tableaux et des graphiques ont été réalisées à l'aide des logiciels Word et Excel 2010 de Microsoft.

Les tests statistiques utilisés étaient la moyenne, l'écart-type et le Test de Fisher avec comme seuil de signification $p < 0,05$.

9. Considération éthique et déontologique

Toute activité de recherche pose un problème d'éthique et de déontologie surtout dans le cadre du registre des cancers. Les données nominatives indispensables pour le registre et lesquelles relevant d'une maladie grave sont répertoriées sur les fiches spéciales qui ne doivent en aucun cas être laissées à la portée d'un tiers. L'accès au registre est strictement réservé au personnel de l'unité. La confidentialité et l'anonymat sont garantis puisque l'accès aux données ne sera possible qu'à l'aide d'un code.

RESULTATS

IV. RESULTATS

1. Résultats descriptifs

📊 Données épidémiologiques

❖ Fréquence

De 2013 à 2022, 6929 cas de cancers gynécologiques et mammaires ont été diagnostiqués sur un total de 19370 cas de cancers. Les cancers gynécologiques et mammaires ont représenté 6929 cas soit 35,77 % de l'ensemble de cancers.

❖ Année de diagnostic

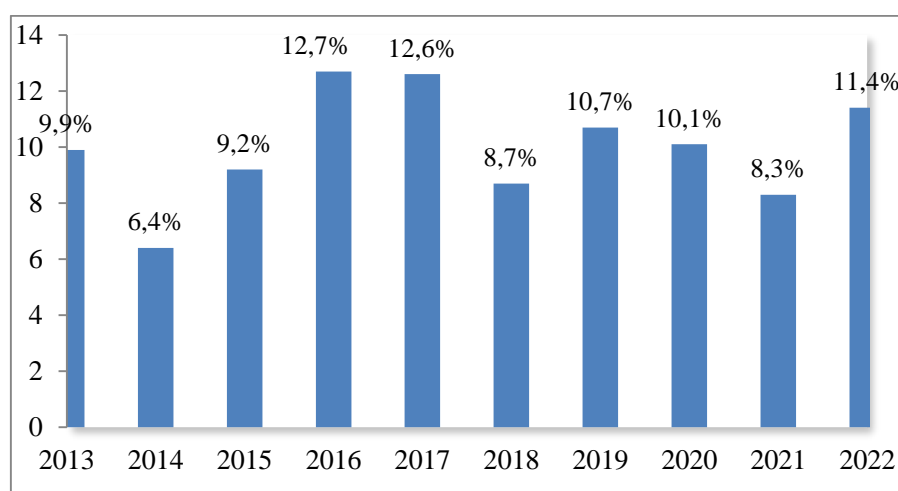


Figure 13: Répartition des cas selon l'année de diagnostic

La plus grande fréquence a été enregistrée en 2016 et 2017 avec respectivement 12,7 % et 12,6% des cas.

❖ Age

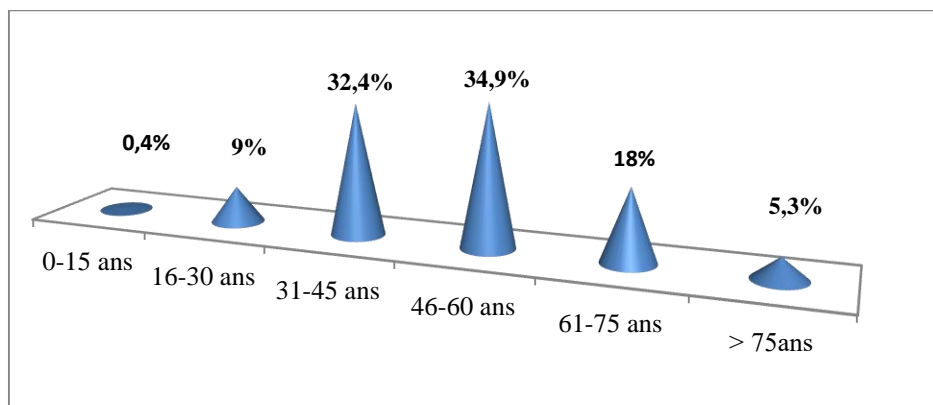


Figure 14: Répartition des cas selon la tranche d'âge

La tranche d'âge la plus touchée était celle des 46 - 60 ans avec 2416 cas soit 34,9 %. L'âge moyen était de $50,35 \pm 15,89$ ans avec des extrêmes de 1 et 99 ans.

❖ Ethnie

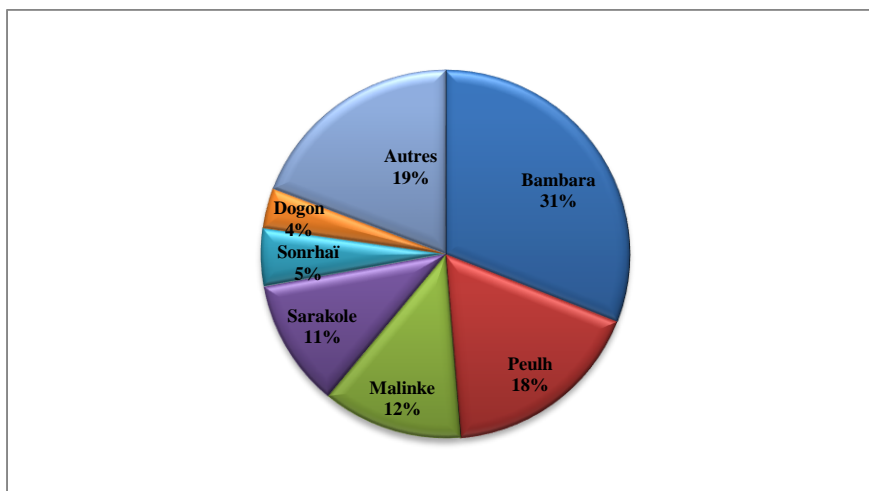


Figure 15: Répartition des cas selon l'ethnie

L'ethnie bambara a été majoritaire avec 2147 cas soit 31% des cas.

❖ Topographie de la tumeur

Tableau I: Répartition des cas selon la topographie

Topographie	Effectif	Pourcentage (%)
Sein	3344	48,3
Col de l'utérus	2812	40,6
Ovaire	368	5,3
Corps utérin	314	4,5
Vulve	48	0,7
Vagin	43	0,6
Total	6929	100

Le sein était l'organe le plus atteint avec 3344 cas soit 48,3% suivi par le col utérin avec 2812 cas soit 40,6%.

❖ Structures de santé

Tableau II: Répartition des cas selon les structures de santé

Structures de santé	Effectif	Pourcentage (%)
Hôpital du Pont G	3336	48,1
Hôpital Gabriel Touré	1517	21,9
CSRef CIV	130	1,9
Hôpital de Kati	21	0,3
CSRef CIII	6	0,1
Autres	1919	27,6
Total	6929	100

L'hôpital du Point G était la structure de santé la plus représentée avec 3336 cas soit 48,1% des cas.

❖ Base de diagnostic

Tableau III: Répartition des cas en fonction de la base de diagnostic

Base de diagnostic	Effectifs	Pourcentage (%)
Biopsie/Cytologie	5898	85,12
Clinique	522	7,53
Radiologie	464	6,70
Chirurgie	20	0,29
Registre de décès	15	0,22
Endoscopie	10	0,14
Total	6929	100

Nous avons obtenu 85,12% de confirmation histologique.

❖ Données anatomopathologiques

Tableau IV: Répartition des cancers du sein selon le type histologique

Type histologique	Effectif (n=2828)	Pourcentage (%)
Carcinome infiltrant type non spécifique	2700	95,5
Carcinome épidermoïde	65	2,3
Tumeur phyllode de haut grade de malignité	21	0,7
Adénocarcinome mucineux	18	0,6
Carcinome lobulaire infiltrant	16	0,6
Lymphome	4	0,1
Carcinome à cellules claires	3	0,1
Maladie de Paget	1	0,0

Le carcinome infiltrant de type non spécifique était le type histologique le plus fréquent avec 2700 cas soit 95,5 %.

Tableau V: Répartition des cancers du col de l'utérus selon le type histologique

Type histologique	Effectif (n=2329)	Pourcentage (%)
Carcinome épidermoïde	2107	90,47
Adénocarcinome	192	8,24
Carcinome à cellules claires	12	0,52
Léiomyosarcome	9	0,39
Choriocarcinome	5	0,22
Fibrosarcome	2	0,08
Carcinome à petites cellules	1	0,04
Carcinome muco-épidermoïde	1	0,04

Le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus fréquent avec 90,47 % de cas.

Tableau VI: Répartition des cancers de l'ovaire selon le type histologique

Type histologique	Effectif (n=252)	Pourcentage (%)
Cystadénocarcinome	181	71,82
Tératome immature	17	6,75
Adénocarcinome mucineux	15	5,95
Carcinome embryonnaire	13	5,16
Lymphome	6	2,38
Adénocarcinome endométrioïde	3	1,19
Carcinome à cellules claires	3	1,19
Choriocarcinome	3	1,19
Dysgerminome	3	1,19
Tumeur maligne de Brenner	3	1,19
Tumeur de la Granulosa	2	0,79
Tumeur à cellules de Sertoli/Leydi	1	0,40
Sarcome de kaposi	1	0,40
Tumeur du sinus endodermique	1	0,40

Le cystadénocarcinome était le type histologique le plus fréquent avec un taux de 71,82%.

Tableau VII: Répartition des cancers du corps utérin selon le type histologique

Type histologique	Effectif (n=273)	Pourcentage(%)
Adénocarcinome	117	42,86
Choriocarcinome	104	38,09
Léiomyosarcome	24	8,79
Carcinome épidermoïde	23	8,42
Carcinome à cellules claires	2	0,73
Adénocarcinome mucineux	1	0,37
Lymphome	1	0,37

Sarcome du stroma endomé- triale	1	0,37
-------------------------------------	---	------

L'adénocarcinome était le type histologique le plus fréquent avec un taux de 42,86%.

Tableau VIII: Répartition des cancers de la vulve selon le type histologique

Type histologique	Effectif (n=43)	Pourcentage (%)
Carcinome épidermoïde	34	79,07
Adénocarcinome	5	11,63
Choriocarcinome	3	6,98
Carcinome muco-épidermoïde	1	2,32

Le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus fréquent avec un taux de 79,07%.

Tableau IX: Répartition des cancers du vagin selon le type histologique

Type histologique	Effectif (n=38)	Pourcentage (%)
Carcinome épidermoïde	28	73,68
Adénocarcinome	6	15,79
Choriocarcinome	3	7,90
Rhabdomyosarcome	1	2,63

Le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus fréquent avec un taux de 73,63%.

2. Résultats analytiques

✚ Organes et tranche d'âge

❖ Corrélation entre le type histologique et l'âge

➤ Corrélation entre le type histologique de cancers du sein et l'âge

Tableau X: Corrélation entre le type histologique de cancers du sein et l'âge

Type histologie	Tranche d'âge (ans)						Total
	0-15	16-30	31-45	46-60	61-75	Plus de 75	
Carcinome	5 (83%)	254 (94%)	1059 (97%)	969 (99%)	425 (100%)	91 (100%)	2803
Non carcinome	1 (17%)	15 (6%)	3 (3%)	6 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	25
Total	6	269	1062	975	425	91	2828

Test de Fisher= 49,342

p=5,62 10⁻¹⁰

Il existe un lien statistique entre le type histologique de cancers du sein et l'âge.

➤ Corrélation entre le type histologique de cancers du col utérin et l'âge

Tableau XI: Corrélation entre le type histologique de cancers du col utérin et l'âge

Type histologie	Tranche d'âge (ans)						Total
	0-15	16-30	31-45	46-60	61-75	Plus de 75	
Carcinome	1 (0,0%)	118 (5,1%)	671 (28,9%)	933 (40,3%)	495 (21,4%)	100 (4,3%)	2317
Non Carcinome	0 (0,0%)	0 (0,0)	5 (45,5%)	5 (45,5%)	0 (0,0%)	1 (9,1%)	11
Total	1	118	676	938	495	101	2328

Test de Fisher= 8,303

p= 0,234

Il n'existe pas de lien statistique entre le type histologique de cancers du col utérin et l'âge.

➤ **Corrélation entre le type histologique de cancers de l'ovaire et l'âge**

Tableau XII: Corrélation entre le type histologique de cancers de l'ovaire et l'âge

Type Histologie	Tranche d'âge (ans)						Total
	0-15	16-30	31-45	46-60	61-75	Plus de 75	
Carcinome	6 (66,7%)	33 (66%)	54 (91,5%)	73 (93,6%)	40 (95,2%)	12 (85,7%)	218
Non Carcinome	3 (33,3%)	17 (34%)	5 (8,5%)	5 (6,4%)	2 (4,8%)	2 (14,3%)	34
Total	9	50	59	78	42	14	252

Test de Fisher = 24,512

p= 6,33 10⁻¹⁰

Il existe un lien statistique entre l'âge et le type histologique du cancer de l'ovaire.

➤ **Corrélation entre le type histologique de cancers du corps utérin et l'âge**

Tableau XIII: Corrélation entre le type histologique de cancers du corps utérin et l'âge

Type histologie	Tranche d'âge (ans)						Total
	0-15	16-30	31-45	46-60	61-75	Plus de75	
Carcinome	2 (0,8%)	74 (19%)	60 (24,3%)	58 (23,5%)	61 (24,7%)	19 (7,7%)	247
Non Carcinome	0 (0,0%)	1 (3,8%)	6 (23,1%)	8 (30,8%)	10 (38,5%)	1 (3,8%)	26
Total	2	48	66	66	71	20	273

Test de Fisher= 6,143

p=0,270

Il n'existe pas de lien statistique entre l'aspect histologique du cancer du corps utérin et l'âge.

**COMMENTAIRES
ET DISCUSSION**

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Méthodologie

Nous avons réalisé une étude descriptive et analytique à caractère rétrospectif allant du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2022 soit une durée de 10 ans portant sur les aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers gynécologiques et mammaires, à partir des données du registre des cancers.

2. Limites et difficultés

Les données rapportées lors de notre étude ne reflètent probablement pas l'effectif réel dans la population générale de Bamako. En effet, cette étude présente des limites. Nous avons également rencontré quelques difficultés, notamment, l'absence de confirmation histologique pour certains cas de cancers, la perte et l'incomplétude de certains dossiers. Malgré ces limites ce travail nous a permis d'apprécier les principales caractéristiques épidémiologiques et histopathologiques des cancers gynécologiques et mammaires dans le district de Bamako.

3. Données épidémiologiques

❖ Fréquence

De 2013 à 2022, 6929 cas de cancers gynécologiques et mammaires ont été diagnostiqués sur un total de 19370 cas de cancers. Les cancers gynécologiques et mammaires ont représenté soit 35,77 % de l'ensemble des cancers. Au Mali Bakayoko en 2019 (16) a trouvé une fréquence de 32,71% de cas de cancers gynécologiques et mammaires. Au Sénégal Dem et al (2008) ont trouvé 64,50% de cas de cancers gynécologiques et mammaires (29).

Cette différence de fréquence peut s'expliquer par les différentes campagnes de sensibilisations et de prévention contre les facteurs de risques de ces maladies.

❖ Caractéristiques sociodémographiques

➤ Age

Dans notre étude, l'âge moyen de survenue des cancers gynécologiques et mammaires était de 50,35 ans avec des extrêmes de 1 an et 99 ans. Ce résultat est

proche de ceux de Bakayoko (16) et de Diarra (30), qui ont trouvé respectivement 49,47 ans et 45,75 ans au Mali et de Dem et al (29) au Sénégal avec 49,5 ans.

La tranche d'âge la plus touchée était celle de 46-60 ans avec une fréquence de 34,9%. Ce résultat est semblable à celui de Bakayoko (16).

4. Données anatomo-pathologiques

Topographie

L'ensemble des cancers gynécologiques et mammaires semble être dominé par ceux du sein et du col de l'utérus. Les différents cancers gynécologiques et mammaires retrouvés au cours de notre étude sont consignés par ordre de fréquence dans le tableau ci-dessous :

Tableau XIV: Fréquence des cancers selon l'organe atteint par rapport aux autres études.

Topogra- phie	Notre étude	Diarra (30) (2023)	Bakayoko (16) (2019)	Tonato et al(1) (2013)
Sein	48,30	6,80	43,38	44,30
Col utérin	40,60	91,00	43,14	26,70
Ovaire	5,30	//	6,18	18,60
Corps utérin	4,50	0,90	5,75	9,05
Vulve	0,70	//	0,82	1,50
Vagin	0,60	0,90	0,72	1,50

Le cancer du sein se classe à la première place des cancers gynécologiques et mammaires, suivi de celui du col avec respectivement un taux de 48,30% et 40,60%. Ce résultat est similaire à ceux de Tonato et al (1) et de Bakayoko (16) qui ont rapporté le cancer du sein avec respectivement 44,30% et 43,38%. Par contre, il arrive en deuxième position chez Diarra (30) après celui du col avec 6,80%. Cette différence de fréquence peut s'expliquer par les campagnes de dépistages et de sensibilisation contre le cancer du col qui est une maladie évitable.

Cancers du sein

Epidémiologie

Fréquence

Dans notre étude, le cancer du sein a représenté 48,3% de l'ensemble des cancers gynécologiques et mammaires occupant ainsi le 1^{er} rang des cancers chez la femme au Mali. Ce résultat est supérieur à celui de Tonato et al (1) et de Bakayoko (16) qui ont trouvé respectivement 44,3% et 43,38% des cas.

Age

L'âge moyen de nos patientes était de 48 ans. Cette moyenne d'âge est similaire à celle de Coulibaly (31) mais supérieure à celle de Djeungoue et Jackie (32) qui avaient trouvé respectivement 48,15 ans et 45,08 ans.

Ce résultat concorde avec celui de la littérature, le cancer du sein est plus fréquent aux Etats Unis chez les femmes de moins de 50 ans ainsi qu'en France avec 20% des cas.

L'incidence la plus élevée a été observée dans la tranche d'âge de 31- 45 ans soit 55,4% des cas. Cette tranche d'âge est similaire à celle de Bakayoko (16). Une population relativement jeune constituerait un facteur de risque prépondérant de la maladie.

Type histologique

Le type histologique le plus fréquent était le carcinome infiltrant de type non spécifique avec 95,5% des cas. Cette fréquence est supérieure à celles de Tonato et al (1) et de Bakayoko (16) qui avaient rapporté 33% et 84,42% des cas.

Cancers du col de l'utérus

Epidémiologie

Fréquence

Le cancer du col a représenté 40,6% des cas, se classant à la deuxième place des cancers gynécologiques et mammaires dans notre série d'étude. Cette fréquence est supérieure à celles de Tonato et al (1) et de Koïta (33) avec respectivement

26,7% et 37,3% des cas. Cependant, elle est inférieure à celles de Bakayoko (16) et de Diarra (30) avec respectivement 43,14% et 91% des cas.

L'intensification des campagnes de dépistage en masse ces dernières années, pourrait expliquer cette différence.

➤ **Age**

Dans notre étude, la moyenne d'âge au diagnostic était de 53 ans, avec un pic dans la tranche d'âge entre 46 - 60 ans soit 45,5% des cas. Cette moyenne d'âge était légèrement supérieure à celles de Koïta (33) et de Diawara (34) qui ont trouvé respectivement 51,97 ans et 51,48 ans.

La tranche d'âge était similaire à celle de Bakayoko (16) mais différente de celle de koïta (33) avec respectivement 46 - 60 ans soit 39,4% et 51- 60 ans soit 26,8% des cas.

❖ **Type histologique**

Le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus fréquent avec un taux de 90,47%.

Ce résultat est similaire à ceux de Bakayoko (16) et de Koïta (33) avec un taux respectif de 92,9% et 89,4%.

✚ **Cancers de l'ovaire**

❖ **Epidémiologie**

➤ **Fréquence**

Il a représenté 5,3% des cas et occupe la troisième place des cancers gynécologiques et mammaires. Ce résultat est légèrement inférieur à celui de Bakayoko (16) avec un taux de 6,16% mais largement supérieur à ceux de Bagayogo (35) et de Coulibaly (36) qui ont trouvé respectivement un taux de 0,87% et 1,8% des cas.

➤ **Age**

L'âge moyen au diagnostic des patientes était de 48 ans. Cet âge moyen est supérieur à ceux de Bagayogo (35) et de Diarra (37) qui ont trouvé respectivement 34

ans et 40 ans. Ce résultat est similaire à celui de l'Europe (France) avec un âge moyen de plus de 45 ans. La tranche d'âge la plus représentée était de 46-60 ans.

❖ **Type histologique**

Le cystadénocarcinome était le type histologique le plus fréquent avec un taux de 71,82% des cas. Cette prédominance a été retrouvée dans plusieurs études avec des proportions variables : Bakayoko (16) avec 74,1% et Coulibaly (38) avec 51,3% au Mali.

✚ **Cancers du corps utérin**

❖ **Epidémiologie**

➤ **Fréquence**

Dans notre série d'étude, il a représenté 4,5% des cancers gynécologiques et mammaires. Il vient en quatrième position après le cancer du sein, du col et de l'ovaire. Ce résultat est inférieur à ceux de Tonato et al (1) et de Bakayoko (16) avec un taux respectivement de 9,05% et 5,75% des cas.

➤ **Age**

Dans notre étude, l'âge moyen des patientes était de 50 ans. Ce résultat est supérieur à celui de Coulibaly (39) qui a trouvé 42,2 ans. Les patientes avaient un âge compris entre 61-75 ans pour la tranche d'âge la plus représentée. C'est une pathologie qui survient dans la majorité des cas après la ménopause d'où la nette prédominance chez les femmes du troisième âge. Notre résultat est similaire à celui de Bakayoko (16) au Mali.

❖ **Type histologique**

L'adénocarcinome était le type histologique le plus fréquent avec un taux de 42,86% suivi du choriocarcinome. Ce résultat est supérieur à celui de Tonato et al (1) avec 30% des cas, mais inférieur à celui de Bakayoko (16) avec 49,5% des cas.

CONCLUSION

VI. CONCLUSION

Il en ressort, au terme de notre étude, que les cancers gynécologiques et mammaires constituent un problème majeur de santé publique de par leurs fréquences. Parmi ces cancers, nous avons retrouvé le cancer du sein et le col de l'utérus comme les plus fréquents. L'âge moyen de diagnostic était de 50 ans. Ces cancers surviennent à un âge relativement jeune. Alors que dans la plupart des cas, ils sont évitables et même traitables, si le diagnostic est précoce.

Dans notre étude, plus la moitié des cancers ont été diagnostiqués à l'histologie et/ou la cytologie.

Pour lutter efficacement contre les cancers gynécologiques et mammaires, compte tenu du diagnostic tardif, un accent particulier doit être mis sur le dépistage et la sensibilisation.

D'autres études sont nécessaires pour rechercher certains facteurs de risque de au sein de la population.

RECOMMENDATIONS

VII. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, il a été nécessaire de formuler quelques recommandations :

❖ **Aux autorités politiques et administratives**

- Mettre en place un plan national de lutter contre le cancer
- Fournir au registre national du cancer au Mali un appui financier et logistique
- Recruter des pathologistes et équiper les principales structures hospitalières d'un service d'anatomie et cytologie pathologiques

❖ **Aux professionnels du registre des cancers**

- Respecter correctement la méthodologie des registres de cancers
- Multiplier les contrôles de qualité de collectes, d'enregistrement et de saisie des données

❖ **Aux prestataires de service de santé**

- Sensibiliser et systématiser le dépistage de cancer du sein et du col utérin lors des consultations des femmes
- Remplir correctement les bulletins d'analyses ainsi que les dossiers médicaux de chaque patiente

❖ **À la population**

- Consulter précocement les agents de santé dès la survenue d'une infection génitale
- Participer massivement aux campagnes de dépistage du cancer du sein et du col utérin
- Organiser des causeries éducatives lors des rassemblements entre femmes au quartier

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Tonato Bagnan JA, Denakpo JL, Aguida B, Hounkpatin L, Lokossou A, De Souza J, et al. Épidémiologie des cancers gynécologiques et mammaires à l'hôpital de la Mère et de l'Enfant-Lagune (HOMEL) et à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique (CUGO) de Cotonou, Bénin. Bull Cancer (Paris) [Internet]. 1 févr 2013 [cité 5 avr 2024];100(2):141-6. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0007455115302708>
2. GLOBOCAN 2022 : Les dernières données mondiales sur le cancer montrent une incidence croissante et de graves inégalités | UICC [Internet]. [cité 4 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.uicc.org/news/globocan-2022-latest-global-cancer-data-shows-rising-incidence-and-stark-inequities>
3. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Dyba T, Randi G, Bettio M, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries and 25 major cancers in 2018. Eur J Cancer Oxf Engl 1990. nov 2018;103:356-87.
4. Incidence nationale des cancers en 2023 - Incidence et mortalité des cancers [Internet]. [cité 7 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Incidence-et-mortalite-des-cancers/Incidence-nationale-des-cancers-en-2023>
5. Bray F, Parkin DM. African Cancer Registry Network. Cancer in sub-Saharan Africa in 2020: a review of current estimates of the national burden, data gaps, and future needs. Lancet Oncol. juin 2022;23(6):719-28.
6. OMS | Bureau régional pour l'Afrique [Internet]. 2024 [cité 17 sept 2024]. Mali : rapprocher les services de dépistage du cancer des femmes pour sauver des vies. Disponible sur: <https://www.afro.who.int/fr/countries/mali/news/mali-rapprocher-les-services-de-depistage-du-cancer-des-femmes-pour-sauver-des-vies>
7. Téguté I, Dolo A, Sangare K, Sissoko A, Rochas M, Beseme S, et al. Prevalence of HPV 16 and 18 and attitudes toward HPV vaccination trials in patients with cervical cancer in Mali. PLOS ONE [Internet]. 23 févr 2017 [cité 1 nov 2023];12(2):e0172661. Disponible sur: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0172661>
8. Jensen OM. Cancer Registration: Principles and Methods. IARC; 1991. 295 p.

9. Les registres des cancers - Les données sur les cancers [Internet]. [cité 6 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Les-registres-des-cancers>
10. Raymod L, Borisch B, Bouchardy C. Le registre du cancer : Fondements et fonctionnement. *Regist Cancer Fond Fonct.* 1999;119(10):825-31.
11. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* nov 2018;68(6):394-424.
12. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2024 [cité 27 oct 2024];74(3):229-63. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.3322/caac.21834>
13. Sancho-Garnier H, Colonna M. Épidémiologie des cancers du sein. *Presse Médicale* [Internet]. 1 oct 2019 [cité 18 nov 2023];48(10):1076-84. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498219304105>
14. Dr R.Gérard-Marchant, Dr G Contesso. Types histologiques des tumeurs du sein. 2^e éd. Etats Unis d'amérique: Waverly; 1981. (Organisation mondiale de la santé).
15. WebPathology [Internet]. [cité 1 août 2024]. Disponible sur: <http://web-pathology.com>
16. Bakayoko SM. Les cancers gynécologiques et mammaires dans le district de Bamako de 2008-2017 : données du registre des cancers du Mali [Internet] [thèse]. [Bamako]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2019. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/2137>.
17. Huang J, Deng Y, Boakye D, Tin MS, Lok V, Zhang L, et al. Global distribution, risk factors, and recent trends for cervical cancer: A worldwide country-level analysis. *Gynecol Oncol* [Internet]. 1 janv 2022 [cité 26 déc 2023];164(1):85-92. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090825821015985>

18. Thiero M. Attitudes et connaissances du personnel du centre de santé de référence de la commune 1 vis-à-vis des cancers gynécologiques et mammaire. [Bamako]: Université des sciences technique et technologie de Bamako; 2022.
19. Sankaranarayanan R, Wesley R. Guide pratique pour le dépistage visuel des néoplasies cervicales [Internet]. [cité 16 janv 2024]. Disponible sur: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Technical-Publications/Guide-Pratique-Pour-Le-D%C3%A9pistage-Visuel-Des-N%C3%A9oplasies-Cervicales-2004>
20. Elsan [Internet]. [cité 22 déc 2023]. Cancer des ovaires. Disponible sur: <https://www.elsan.care/fr/pathologie-et-traitement/cancers/cancer-des-ovaires>
21. Boutillier B. Gynécologie Obstétrique - ELSEVIER / MASSON - Les référentiels des Collèges - 9782294715518 [Internet]. [cité 27 déc 2023]. Disponible sur: http://www.remede.org/librairie-medicale/livre_8596_31.html
22. Guillemain MPF. A propos d'une série de 100 patientes à l'Institut de Cancérologie de Lorraine.
23. cancer CCS/ S canadienne du. Société canadienne du cancer. [cité 20 août 2024]. Classification histologique du cancer du vagin. Disponible sur: <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/vaginal/grading>
24. Hinten F, Molijn A, Eckhardt L, Massuger LFAG, Quint W, Bult P, et al. Vulvar cancer: Two pathways with different localization and prognosis. *Gynecol Oncol* [Internet]. 1 mai 2018 [cité 30 déc 2023];149(2):310-7. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090825818301732>
25. Gaillard AL, Renaud T, Brocard C, Deleau F, Petit A, Guyon F, et al. Cancers de la vulve : dernières actualités et nouvelle classification Figo 2021. *Imag Femme* [Internet]. 1 mars 2023 [cité 30 déc 2023];33(1):1-8. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1776981723000019>
26. Camilo Adem, Thomas Petit. *Mémento de Pathologie* [Internet]. 5^e éd. Paris: Vernazobres-Grebo; 2027. 672 p. Disponible sur: www.vg-editions.com
27. Balaya V, Metzger U, Lecuru F. Apport de l'échographie dans le diagnostic pré-opératoire des tumeurs malignes primitives de la trompe de Fallope. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod* [Internet]. 1 janv 2016 [cité 1 janv 2024];45(1):11-20. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0368231515001702>

28. Re E di, Grosso G, Raspagliesi F, Baiocchi G. Fallopian Tube Cancer: Incidence and Role of Lymphatic Spread. *Gynecol Oncol* [Internet]. 1 août 1996 [cité 9 mai 2024];62(2):199-202. Disponible sur: [https://www.gynecologyconcology-online.net/article/S0090-8258\(96\)90215-2/abstract#sec56594617e33](https://www.gynecologyconcology-online.net/article/S0090-8258(96)90215-2/abstract#sec56594617e33)
29. Dem A, Traoré B, Dieng MM, Diop PS, Ouajdi T, Lalami MT, et al. Les cancers gynécologiques et mammaires à l’Institut du cancer de Dakar. *Cah Détudes Rech Francoph Santé* [Internet]. 2 sept 2008 [cité 12 juin 2024];18(1):25-9. Disponible sur: https://www.jle.com/fr/revues/san/e-docs/les_cancers_gynecologiques_et_mammaires_a_linstitut_du_cancer_de_dakar_278258/article.phtml?tab=texte
30. Diarra B. Aspects épidémiologiques des cancers gynécologiques et mammaires dans le centre de sante de référence de la commune cinq du District de Bamako. [Internet] [Thesis]. USTTB; 2023 [cité 17 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/12723>
31. Coulibaly A. Apport de la microbiopsie dans le diagnostic des cancers du sein [Internet]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2019. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4288>
32. Djeungoue T, Jackie S. Epidémiologie du cancer du sein au service de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel TOURE en 2021. 2023 [cité 19 août 2024]; Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/12697>
33. Koïta A. Aspects épidémiologiques et histopathologiques du cancer du col de l’utérus dans le District de Bamako de 2011 à 2020 : DONNÉES DU REGISTRE DES CANCERS [thèse]. [Bamako]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2023.
34. Diawara B. Pronostic du cancer du col utérin sur terrain d’immunodépression au VIH : étude cas témoins [Internet] [thèse]. [Bamako]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2022 [cité 19 août 2024]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/13350>
35. Bagayogo MA. Tumeurs ovariennes : Aspects épidémiologies, cliniques, histologiques et Thérapeutiques dans le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU Gabriel TOURE [Internet] [thèse]. [Bamako]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2015 [cité 15 août 2024]. Disponible sur: <https://bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/961/15M361.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

36. Coulibaly BS. Aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers de l’ovaire : données du registre des cancers du Mali. [Internet] [thèse]. [Bamako]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2014 [cité 13 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/737>
37. Diarra Z. Tumeurs de l’ovaire: aspects épidémiologiques et anatomopathologiques [Internet] [PhD Thesis]. USTTB; 2019 [cité 15 août 2024]. Disponible sur: <https://bibliosante.ml/bitstream/handle/123456789/3753/19M442.pdf?sequence=1>
39. Coulibaly A. Tumeurs du corps utérin : aspects épidémiologiques et histopathologiques [Internet] [Thesis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2020 [cité 20 août 2024]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/3971>

FICHE SIGNALETIQUE

Nom: SAMAKE

Prénom: TIDIANE

Email: tsamake2@gmail.com

Titre de la thèse: Aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers gynécologiques et mammaires de 2013 à 2022 : Données du registre des cancers du Mali.

Année universitaire: 2023-2024

Ville de soutenance: Bamako

Pays d'origine: Mali

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie de Bamako.

Secteurs d'intérêt: Anato-pathologie, santé publique, oncologie, gynécologie, chirurgie.

Résumé :

Introduction : Les cancers gynécologiques et mammaires constituent une préoccupation majeure pour la communauté internationale. Notre étude avait pour but de déterminer les aspects épidémiologiques et histologiques des cancers gynécologiques et mammaires.

Matériel et méthodes : Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique à caractère rétrospectif, allant du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2022 soit une durée de 10 ans. Tous les cas de cancers gynécologiques et mammaires diagnostiqués durant la période d'étude et notifiés dans le registre des cancers ont été inclus. Les variables étudiées étaient sociodémographiques et histopathologiques. Les tests statistiques utilisés étaient la moyenne, l'écart-type et le test de Fisher.

Résultats : Cette étude a permis de collecter 6929 cas de cancers gynécologiques et mammaires sur un total de 19370 cas de cancers, soit 35,77% de l'ensemble des cancers. Dans notre étude, l'âge moyen de survenue des cancers gynécologiques et mammaires était de $50,35 \pm 15,89$ ans avec des extrêmes de 1 et 99 ans. L'année 2016 a enregistré le plus cas. La confirmation anatomopathologique a été faite dans 85,12% des cas.

Par ordre de fréquence, les principaux organes atteints étaient : le sein avec 3344 soit 48,3% de cas, avec un âge moyen de 48 ans suivi du col de l'utérus avec 2812 soit 40,6% de cas, avec un âge moyen de 53 ans, suivi de l'ovaire avec 368 soit 5,3%, avec un âge moyen de 48 ans et enfin avec celui du corps utérin avec 314 soit 4,5% de cas avec un âge moyen de 50 ans.

Conclusion : Les cancers gynécologiques et mammaires sont fréquents et présentent les caractéristiques des cancers des pays en développement.

Mots clés : registre-cancers-gynécologiques et mammaires-Bamako

FACT SHEET

Last name: SAMAKE

First name: TIDIANE

Email: tsamake2@gmail.com

Thesis title: Epidemiological and histopathological aspects of gynecological and breast cancers from 2013 to 2022: Data from the Mali Cancer Registry.

Academic year: 2023-2024

City of thesis: Bamako

Country of origin: Mali

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology of Bamako.

Fields of interest: Anatomic-pathology, public health, oncology, gynecology, surgery.

Summary:

Introduction: Gynaecological and breast cancers are a major concern for the international community. The aim of our study was to determine the epidemiological and histological aspects of gynaecological and breast cancers.

Material and methods: This was a retrospective descriptive and analytical study, covering a 10-year period from 1 January 2013 to 31 December 2022. All cases of gynaecological and breast cancer diagnosed during the study period and notified to the cancer registry were included. The variables studied were sociodemographic and histopathological. Statistical tests used were mean, standard deviation and Fisher's test.

Results: This study collected 6929 cases of gynaecological and breast cancers out of a total of 19370 cancer cases, i.e. 35.77% of all cancers. In our study, the average age at onset of gynaecological and breast cancers was 50.35 ± 15.89 years, with extremes of 1 and 99 years. The most cases occurred in 2016. Anatomic-pathological-logical confirmation was obtained in 85.12% of cases.

In order of frequency, the main organs affected were: the breast 3,344 or 48.3% of cases, with an average age of 48, followed by the cervix 2,812 or 40.6% of cases, with an average age of 53, the ovary 368 or 5.3%, with an average age of 48 and the corpus uteri 314 or 4.5% of cases, with an average age of 50.

Conclusion: Gynaecological and breast cancers are frequent and have the characteristics of cancers in developing countries.

Key words: gynaecological and breast cancer registry-Bamako

ANNEXES

ANNEXES

Fiche d'enquête

FICHE DE RECRUTEMENT DES CAS DE CANCER

Période du.....au.....

N° du dossier				
Hôpital				
Service				
Nom et Prénom				
Sexe				
Age				
Résidence habituelle				
Groupe ethnique				
Siège				
Base Diagnostic				
Date de Découverte				
Type histologique				
Traitement				
Suivi sur 6mois				
Suivi sur 1an				
Suivi sur 5ans				
Date de Décès				
Téléphone				

Base Diagnostic : 0 = registre de décès/1= clinique/2= endoscopie/

3= Anapathcyto/4= radio/5= chirurgie sans biopsie/6= biologie

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant
L'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême d'être fi-
dèle 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 cor-
rompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'ins-
truction 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 !