

R é p u b l i q u e d u M a l i
U n P e u p l e - U n B u t - U n e F o i

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie

ANNEE : 2002-2003

Thèse N°.....

**Etude des aspects épidémiologiques, cliniques et
thérapeutiques des cancers gynécologiques et
mammaires au centre de santé de référence de la
Commune V du district de Bamako**

Thèse présentée et soutenue publiquement le/.../ 2003
Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie
Par **Mme FOMBA Ramata Sangaré**
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY :

Président :	Pr Sidi Yaya Simaga
Membres :	Pr Dapa Ali Diallo
Codirecteur de thèse :	Dr Bouraima Maiga
Directeur de thèse :	Dr Sy Aida Sow

Dédicaces

Je dédie ce travail :

-Au bon Dieu, créateur, maître de l'Univers pour sa grâce qui m'a accompagné pendant ces longues années d'études.

- A mes parents : Mamadou Baba SANGARE et Kadiatou KONE :

Vous m'avez guidé dès mes premiers pas dans le sens de la réussite basée sur les principes fondamentaux de notre société « courage, dignité et détermination dans le travail ». Vous m'avez constamment accordé votre soutien moral pendant le déroulement de mes études. Puissent votre exemple et vos qualités humaines me servir de modèle dans la vie. Soyez assurés de toute mon affection et de mes sentiments de gratitude les plus profonds pour vos prières, vos encouragements et tous les sacrifices que vous avez consentis. Je prie le Tout Puissant afin qu'il vous garde encore longtemps auprès de moi pour vous manifester toute ma reconnaissance.

-A ma tante madame SANGARE Aminata SIDIBE :

Toi qui m'a apporté un aide moral pendant mes études. Ton rêve va bientôt se réaliser. Puisse ce travail modeste t'apporter la joie que tu mérites et être pour toi un témoignage de ma reconnaissance.

-A mon époux Seydou FOMBA :

Voici enfin venu le terme de cette dure épreuve. Naturellement ce travail est le tien car tu as participé de près et de loin à son élaboration. Tu as su supporter tous mes caprices. Ton amour, ton courage, ta sagesse ne m'ont jamais fait défaut. Que Dieu le Tout Puissant nous guide sur la route du bonheur et de la réussite. Que le chemin de la vie soit pour nous parsemé d'amour de compréhension et de longévité. Je t'assure de mon amour sincère et de toute ma reconnaissance.

-A mes sœurs : Fatoumata, Bintou, Hawa et Mariam SANGARE. Puissent se resserrer davantage les sentiments fraternels que nous nous portons.

-A mes frères : Malick, Oumar, Ousmane, Nouhoum, Zoumana, Amadou SANGARE. Vous n'avez ménagé aucun effort pour la réussite de ce travail ; à vous mes sentiments les plus fraternels.

- A mes tantes et tontons : KONE et SANGARE puisse ce travail vous apporter une satisfaction légitime.

- *A mes sœurs amies : Djélika TRAORE, Mme N'DIAYE Sadio DIARRA , Aoua KONARE , Awa COULIBALI dite poupette, Mme KONE Mouminatou KATILE, Josepha Maya TRAORE , Mme DOUMBO Safiatou NIARE, Mme DRABO Maïmouna TRAORE* je n'oublierai jamais tout le soutien que vous m'avez apporté durant ces longues années d'étude. Puissent se resserrer davantage les sentiments que nous nous portons .

A mes frères et collègues internes Centre de Santé de Référence de la Commune V (CSRefCV) : Mamadou B KEITA, Birama DIALLO, Karim COULIBALY, Pierre KONE, madame FONSEKA Namissa MABOUNGA.

- *A mes aînés médecins de la salle 14 : Sitapha DEMBELE, Mamadou SIMA, Brahima DICKO, Mahamadou MAGUIRAGA ,Mamadou S TRAORE, Maïmouna COULIBALY.*

Je vous remercie sincèrement de m'avoir aidé dans ce travail .Qu'Allah le tout puissant vous protège dans vos carrières de médecine .

- *A mes cadets internes et externes du csrefcv.*

Je n'oublierai jamais les bons moments de la salle 14 . Soyez assuré de mes sentiments fraternels .

- A tous mes beaux frères plus particulièrement : Demba KONE et sa femme Assanatou SANGARE tous mes remerciements pour votre soutien.
- A mon frère chéri Dr Kassoum BARRY puisse ce travail modeste vous donner une satisfaction légitime .
- A ma belle famille FOMBA je vous remercie sincèrement.
- A mes amies : Korotoumou Wéllé DIALLO, Mama Niélé DOUMBIA, Kadiatou BA. Plus que amies rien de ce que je pourrais dire ne traduira ce que je ressens pour vous ; qu'Allah le tout puissant vous protège et renforce nos liens.
- A mes petites sœurs Assétou SANGARE, Jacqueline KEÏTA, N'Déye Coumba N'DIAYE, Amina YATASSAYE, Fatoumata DIALLO, Djénébou TRAORE je n'oublierai jamais les bons moment de la 204
- A tous les collaborateurs de la salle d'informatique : Issa BAGAYOKO, BANI DIABY, Mme Keïta Badiallo TRAORE Abdramane DAOU grand merci de m'avoir facilité la tâche au cours de l'élaboration de ce travail.

Remerciements :

Au Docteur Diakaridia DIALLO de m'avoir formé durant ce travail.

A mes amis Docteurs Boukassim MAÏGA et Mme MAÏGA Fatoumata KANOUTE je vous remercie sincèrement pour vos soutiens durant ces longues années d'étude.

A tout le personnel du CSREFCV : Médecins, sages femmes, anesthésistes, infirmiers, aides soignants, manœuvres et gardiens je n'oublierais jamais les bons moments et les moments chauds de la garde qu'on a eu à partager ensemble.

A mon chéri monsieur KANE topographe à la mine d'or de Sadiola merci pour ton aide.

A tous mes maîtres depuis l'école fondamentale jusqu'au lycée je dis grand merci à vous tous.

A tous les étudiants de ma promotion en souvenir des belles années passées ensemble à l'internat.

Au corps professoral de la FMPOS. Veuillez recevoir mes sincères remerciements pour les connaissances que vous m'avez procurés à travers vos enseignements pratiques de haute qualité.

**REMERCIEMENTS PARTICULIERS AUX HONORABLES
MEMBRES DU JURY.**

A notre maître et président du jury :

Professeur Sidi Yaya SIMAGA

Professeur de santé Publique

Chef du DER de santé Publique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Chevalier de l'Ordre du mérite de la santé du Mali

Cher maître et Père, c'est un grand honneur et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury, malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre rigueur scientifique, votre enseignement de qualité et vos qualités humaines ont forcé notre admiration .

Veillez accepter cher maître toute notre reconnaissance.

Qu'ALLAH le tout puissant vous prête encore longue vie.

A notre maître et codirecteur de thèse

Docteur Bouraïma MAÏGA

Spécialiste en gynéco- obstétrique .

Chef de service du Centre de Santé de Référence de la Commune V.

Détenteur d'un CIWARA d'excellence en 1997 pour l'excellence des prestations gynéco-obstétricales.

Détenteur d'un diplôme de reconnaissance décerné par le ministre de la promotion de la femme et de l'enfant pour votre combat en faveur de la femme et de l'enfant.

Responsable de la filière sage femme à l'ESS.

Chevalier de l'ordre National du Mali.

Nous avons été témoin des qualités exceptionnelles d'un homme modeste, rigoureux, soucieux de notre bonne formation, du travail bien fait et aussi en quête permanente de la perfection.

Nous avons bénéficié de vos savoirs en gynéco-obstétrique surtout lors des staff quotidiens et EPU et nous sommes fiers de nous compter parmi vos élèves.

Vous nous avez inspiré cette thèse ; en nous confiant ce travail vous nous avez fait un grand honneur et surtout avez prouvé la confiance que vous nous portez.

Veillez agréer l'expression de notre profonde gratitude et de nos vifs remerciements.

QU'ALLAH le tout Puissant vous prête encore longue vie.

A notre maître et juge

Professeur Dapa Ali Diallo.

Agrégé en Hémato- oncologie Médicale de l'hôpital du Point G.

Médecin chef du laboratoire de Recherche en Hématologie de la Faculté Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant, malgré vos multiples occupations de juger ce travail qui nous est agréable de soumettre à votre appréciation.

Veillez agréer cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et Directeur de thèse

Docteur Sy Aïda SOW

Maître de conférences, gynécologue obstétricienne

Chef du Service de l'unité gynécologique de la PMI (Protection Maternelle et Infantile) de Missira.

Nous vous sommes très reconnaissant d'avoir accepté d'être Directeur de cette thèse .

Nous avons reconnu en vous d'abord un maître sage et rigoureux, puis un encadreur passionné et précis dans la pratique gynécologique et obstétricale.

Votre gentillesse et vos immenses qualités ne nous ont jamais fait défaut lors de nos stages.

Nous vous disons très humblement merci.

QU'ALLAH le tout Puissant vous garde.

INTRODUCTION

Pendant longtemps, on a pensé que le continent africain était épargné par le cancer. Cette idée a été abandonnée au fur et à mesure que l'implantation hospitalière s'est développée.

Aujourd'hui, avec le recul des grandes endémies, l'amélioration des équipements sanitaires et par conséquent des moyens de diagnostic, existe en Afrique une pathologie cosmopolite dans laquelle le cancer occupe une place de choix.

LE DENDU (1934), CAPPONI (1953), au Cameroun rapportent des cas de tumeurs malignes rencontrés chez les indigènes du Cameroun.

En 1950 : DENOIX collectant les renseignements fournis par la direction générale de la santé publique de l'AOF de 1940 à 1946 a établi une statistique portant sur 1658 tumeurs chez les africains; 60% d'entre elles avaient fait l'objet d'un contrôle histologique, preuve absolue du diagnostic.

De 1950 à 1953 CAMAINR poursuivant le travail, 1182 cancers relevés chez les africains ont été analysés histologiquement.

Les trois quarts de ces cancers provenaient du Sénégal et les autres du Mali, du Dahomey, du Niger, du Togo et de la Haute Volta.

De très nombreux travaux ont eu pour objet, l'étude du cancer en Afrique [27, 28, 30, 33, 35,....].

De ces nombreuses études, il résulte que la physionomie du cancer en Afrique est différente de celle des pays tempérés ; tous les types de cancers peuvent être observés, mais certains sont nettement prédominants(cancer du foie)

Chez la femme, les tumeurs malignes les plus fréquentes sont: le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus, le cancer de la peau ,(non compris les mélano-cancers). Ces cancers représentent plus de 48% des cancers féminins.

Depuis quelques années divers travaux ont été consacrés aux cancers génitaux féminins en Afrique :

Au Sénégal [20,27,28,...] ,au Togo [37] , en Cote d'Ivoire [38].

Au Mali certains aspects des cancers génitaux ont été traités à travers les thèses [49,40,58,60].

Ainsi il nous a paru utile de réaliser ce travail pour donner une idée sur l'épidémiologie des cancers gynécologiques et mammaires au service de gynécologie et obstétrique du CSRéf CV de Bamako.

Objectifs

Objectif général

Etudier les aspects épidémiologiques et cliniques et thérapeutiques des cancers gynécologiques et mammaires au service de gynécologie et obstétrique du centre de santé de référence de la commune V de Bamako du 1^{er} janvier 1991 au 31 décembre 2001.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des cancers gynécologiques et mammaires de 1991 à 2001.
- Préciser les différents stades.
- Etudier les types histologiques dans chaque cas de lésions.
- Rechercher les facteurs épidémiologiques .
- Décrire les schémas thérapeutiques appliqués dans chaque cas.
- Apprécier le devenir des malades après l'admission au CSRef CV.
- Faire des recommandations.

I- GENERALITES

A- EPIDEMIOLOGIE ET FACTEURS FAVORISANTS

1- Fréquence globale des cancers gynécologiques et mammaires :

- En Europe l'incidence des cancers gynécologiques est élevée. Elle est plus prédominante pour le sein que pour les autres organes [66].
- Le record mondial de l'incidence du cancer du sein se trouve au Danemark [15].
- Au Canada, Le cancer du col utérin occupe le onzième rang parmi les cancers diagnostiqués chez la femme(par contre, il occupe le deuxième rang parmi les cancers les plus communs chez la femme à l'échelle mondiale) .

L'incidence relative standardisée est en Californie [66] pour la population noire 67,2 pour le sein et 20,5 pour le col utérin ; pour la population blanche 73,2 pour le sein et 10,3 pour le col utérin.

A San Francisco cette incidence est dans la population noire 64,1 pour le sein et 19,5 pour le col utérin ; pour la population blanche 83,7 pour le sein et 10,7 pour le col utérin. Ces incidences montrent qu'il y a plus de cancers de sein que de cancers du col utérin aux Etats Unis mais le cancer du sein est dominant chez les Blancs tandis que celui du col utérin est dominant chez la population noire.

En Asie l'incidence des cancers génitaux est faible cependant :

- Au moyen Orient (Israël) on note peu de cancer du col et beaucoup de cancer de sein.
- En extrême Orient(Japon) par contre peu de cancers du sein et beaucoup de cancers du col.
- En Inde les études ont montré que chez les femmes le cancer le plus fréquent est celui du col avec en seconde position le cancer du sein. Parmi les femmes souffrant de cancer le col était affecté dans 40% et le sein dans 18% des cas.

- En Perce le cancer du sein représente 49% tandis que celui du col affiche 11%.
- En Afrique : les cancers génitaux et mammaires féminins sont moins fréquents en Afrique qu'en Europe et aux Etats-Unis.

L'incidence est au Sénégal pour le cancer du sein de 11,8 et 17,2 pour le cancer du col [47,54].

Selon le tableau emprunté à DIAB EL HADI A [27] permet de mieux cerner la physionomie du cancer des organes génitaux et mammaires féminins en Afrique noire. Ce tableau montre que chez la femme le cancer du sein atteint ou dépasse partout 10% sauf au Mozambique où ce taux est de 2,3% .

Le cancer du col utérin (plus de 14%) est particulièrement fréquent chez les Bantous du Sud où il atteint 37,3%.

Le cancer de l'ovaire(3 à 10%) paraît plus fréquent en Ouganda (7,8%) et au Nigeria(10%).

La particularité des cancers gynécologiques réside dans le fait que l'organe le plus souvent atteint peut changer selon le pays et même l'appartenance raciale [48].

En Afrique comme dans le reste du monde le col utérin et le sein sont les plus fréquemment atteints.

Cependant le cancer des ovaires et de l'endomètre tendent à avoir une certaine prédominance relative.

Au Mali une étude multicentrique et globale est nécessaire pour pouvoir élucider la fréquence exacte des cancers gynécologiques et faire fasse aux facteurs influençants pour une intervention adéquate.

2- Fréquence des cancers gynécologiques et mammaires au Mali

Au Mali les études épidémiologiques sont difficiles en raison de l'étendue du territoire, d'une dispersion importante de la population à prédominance rurale qui fréquente de préférence les tradipraticiens et de la faiblesse des moyens diagnostics et thérapeutiques. C'est en partie à cause de ces

difficultés que les enquêtes ont toujours été effectuées dans les hôpitaux nationaux de Bamako (hôpital du point G, hôpital Gabriel TOURE).

Ces différentes études tendent à montrer une augmentation des cancers génitaux et mammaires de la femme au Mali .

En effet :

- La thèse de TRAORE A (60)consacrée à l'étude des cancers génitaux féminins à Bamako sur une période de 7 ans(1972-1978) relève 224 cas de cancers génitaux de la femme. Ces cas ont été recrutés dans les hôpitaux du Point G et de Gabriel TOURE et au laboratoire d'anatomie pathologique de l'INBH actuellement appelé INRSP.
- La thèse de KOITA N [41] étendue sur une période de 6 ans et 8 mois (1976-1982) place les cancers génitaux en 2^{ème} position de la pathologie cancéreuse au Mali (après le cancer du tube digestif). Il a recensé 162 cas .
- La thèse de SYLLA Y [58] basée sur les aspects anatomo cliniques du cancer du col utérin à Bamako au cours de la période 1979-80 donne la 2^{ème} place à ce néoplasme avec 41 cas (après le cancer de l'estomac) de l'ensemble des tumeurs malignes diagnostiquées par le service d'histologie de l'IN-B-H.
- La thèse MOUNKORO N [49] les cancers génitaux de la femme au Mali sur une période allant d'octobre 1983 à octobre 1984 relève 32 cas de cancers génitaux mammaires de la femme .
- Thèse de KEITA S [40] : Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer du col de l'utérus dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du point 'G' sur une période d'un an (1^{er} octobre 1992 – 31 décembre 1993) relève 87 cas, signale que la fréquence du cancer du col est relativement élevée dans ce service.
- Thèse de Ali dit Agali WELE (3) : étude clinique du cancer du sein en chirurgie B sur une période de 18 ans allant de février 1979 à décembre 1996 relève 94 cas, montre que le cancer du sein constitue une affection assez fréquente avec une prédilection pour les femmes adultes.

B- FACTEURS FAVORISANTS :

1-CANCER DU COL :

a) Age :

Le cancer du col se rencontre surtout dans les environs de 30 à 40 ans [57] la découverte de la maladie se fait surtout au cours de la ménopause.

b) Facteurs étiologiques ou facteurs de risques :

Le cancer du col de l'utérus est fréquent chez les femmes ayant commencées les rapports sexuels pendant l'adolescence [18, 54, 65]. Le coït à un jeune âge et le nombre de partenaires sexuels constituent des facteurs importants de risques. Le nombre d'accouchement et le premier accouchement à un jeune âge augmentent également le risque.

Le spermatozoïde a un rôle non négligeable dans la genèse du cancer du col et ce d'autant plus que le premier rapport sexuel a lieu à jeune âge [18, 60]. Le spermatozoïde est un vecteur d'ADN qui excite les divisions cellulaires des tissus en métaplasie active, c'est cette hypothèse qui explique le cas de l'épithélium cervical en période post pubertaire ou de grossesse [37].

Les expériences animales ont montré que l'ADN spermatique se localise dans les noyaux des cellules de l'épithélium du col [19, 22].

***Facteurs liés au niveau socio-économique :**

Le bas niveau socio-économique est un facteur important dans la genèse du cancer du col de l'utérus.

Le cancer du col de l'utérus se rencontre chez les femmes qui ont commencé très tôt les rapports sexuels [17]. C'est au niveau de ces couches sociales que la multiparité est élevée, la sexualité la plus précoce et les infections génitales les plus fréquentes.

Certains auteurs pensent que le relèvement du niveau socio-économique des populations les plus touchées serait une mesure préventive adéquate pour réduire la fréquence du cancer du col car englobe les facteurs de risques les plus importants.

***Facteurs liés aux infections génitales :**

Il est permis de considérer le cancer du col de l'utérus comme une maladie transmissible par voie sexuelle.

On pense surtout au papilloma-virus humain (HPV) du type 16 ou 18. Une association étroite entre le HPV et le carcinome du col de l'utérus(in situ et invasif) a été établie, mais les arguments menant à une confirmation de la causalité sont insuffisants. Le virus type 2 de l'herpès simplex (HSV-2) s'est régulièrement manifesté comme agent potentiel dans le passé, mais actuellement, on le considère plutôt comme étant un cofacteur du virus HPV(9).

***Bactéries :**

Une étude Scandinave vient d'établir un lien entre Chlamydiae comme bactérie responsable d'infections notamment uro-génitales, et l'apparition d'un cancer du col de l'utérus, soulignant que les femmes porteuses de ces germes ont un risque plus élevé de développer la maladie [39].

Le Trichomonas Vaginalis à été accusé. La majorité des travaux aboutissent à la conclusion selon laquelle il y a une simple association entre Trichomonas et la dysplasie cervicale [39]

Le virus Herpétique type II en agissant sur l'ectopie périonificielle provoque un remaniement metaplasique [59].

Ce processus de transmission est fragile et les agents carcinogènes trouveront un terrain favorable pour dévier cette évolution vers une dysplasie et le cancer [47].

*** Facteurs liés aux habitudes alimentaires :**

- tabac :

des indications précises montrent que l'inhalation de la fumée de cigarettes hausse les risques d'un développement (in situ et invasif) avec un facteur d'environ deux. A noter qu'il s'agit surtout de carcinomes à cellules

pavimenteuses, le même type de tumeur qu'on retrouve chez d'autres cancers dont l'incidence est liée à la consommation de tabac.

Une relation dose-reponse à été décrite pour ce qui concerne le nombre de cigarettes fumées ainsi que pour la durée de l'habitude de fumer. Un mécanisme biologique possible n'a pas été démontré, mais on suppose que la fumée de cigarette agirait comme promoteur lorsque l'agent infectieux est en premier lieu le virus HPV, soit par les caractères immunosuppresseurs propres à la fumée de cigarettes, il est possible que l'influence de l'agent infectieux s'accroisse [36] dans ce cas .

*** Les états précancéreux :**

la carcinogenèse est très lente et les lésions cervicales passent par différents stades histologiques avant de donner naissance à un cancer in situ puis un cancer invasif. Les lésions précancéreuses seraient essentiellement constituées par les dysplasies bien connues depuis les travaux d'HINSELMANN et définies par GOMPEL comme toutes les lésions de muqueuse malpighiennes caractérisées par la présence d'anomalie de structure de l'épithélium et d'atypies cellulaires diverses. On distingue habituellement :

- les dysplasies régulières, bénignes le plus souvent.
- les dysplasies irrégulières caractérisées par des perturbations de la morphologie cellulaire pouvant poser des problèmes de diagnostic différentiel avec le cancer in situ.

La revue des différents facteurs pouvant intervenir dans la carcinogenèse du col utérin conclut à définir une population à haut risque de cancer cervical sur laquelle doivent porter les efforts de dépistage .

Ce sont surtout les multiples femmes appartenant aux couches sociales les plus défavorisées ayant commencé précocement leur vie sexuelle, mariées très jeunes (adolescence), exposées à des infections gynécologiques à répétition et variées avec la multiplicité des partenaires sexuels.

2- CANCER DU SEIN :

*** Age :**

Le cancer du sein est une maladie de l'âge mur, le maximum de fréquence se situe entre 40 et 50 ans [55, 61, ...].

Le cancer du sein se manifeste fréquemment vers 45-50 ans et même 55 ans.

*** Facteurs socio-économiques :**

Cette affection est fréquenté chez les femmes cultivées généralement avec un niveau socio-économique élevé [63].

*** Facteurs métaboliques :**

Certaines études ont montré qu'il y a une corrélation nette entre le cancer du sein et les habitudes alimentaires :

DE WAAR a montré une élévation du risque de cancer lié au degré d'obésité. On constate que ces tumeurs sont plus fréquentes chez les femmes corpulentes, car le poids excédentaires engendre le déséquilibre des échanges hormonaux.

*** Facteurs liés à la vie génitale :**

Les femmes n'ayant pas ou peu allaité sont plus sujettes à ce cancer que les multipares ayant longtemps allaité. La multiparité ou primipare âgée (1^{er} enfant après 30 ans) est un facteur de risque [3].

*** Facteurs liés à l'hérédité :**

Certains auteurs comme WAALER en Norvège (1932), JACOLEN au Danemark (1928) et tout récemment au Etats Unis [64] ont conclu : qu'une mère transmet le cancer du sein avec une plus grande fréquence qu'une femme non cancéreuse.

Ces mêmes auteurs constatent également que le cancer familial héréditaire survient plus précocement et de façon bilatéral.

> **Cancer du sein et étiologie virale :**

Le rôle du virus n'a jamais été clairement défini pour aucun cancer humain, mais il existe une forte présomption (EMILE BAULIEU A). Chez la souris le virus, MMTV (marine, mammary tumor virus) est généralement associé au développement des tumeurs mammaires. Chez la femme, l'étude des cancers du sein a montré une analogie avec des ARN du MMTV.

De plus on a montré qu'une protéine d'origine virale qui apparaît dans les tumeurs mammaires de souris apparaît également dans la majorité des cancers du sein de la femme [48].

- **L'influence des lésions mammaires préexistantes :**

Les malades atteintes d'une maladie bénigne du sein ,ont un risque plus élevé de développer ultérieurement un cancer du sein que la population générale.

Les hyperplasies : atypies canalaire ou lobulaire s'accompagnent de risques bien plus élevés. Ce sont de véritables lésions précancéreuses (12).

Il est classique de dire aussi que le traumatisme répété du sein est un facteur de risque.

3- CANCER DE L'ENDOMETRE :

* **Age :** le cancer de l'endomètre est plus fréquent au cours de la 6^{ème} décennie, mais surtout il touche toutefois 2.5% des femmes avant 40 ans.

* **Parité :** le cancer de l'endomètre est plus fréquent chez les femmes célibataires qui n'ont pas fait de grossesse [13]. Selon la plupart des auteurs [5, 6, 64] une femme sur quatre au moins atteinte de cancer de l'endomètre est nulligeste. Il est important de tenir compte de certains antécédents : nulliparité, ménopause tardive(oestrogenie persistante), règles irrégulières et la stérilité

* **Obésité, diabète, HTA :** ces 3 facteurs étiologiques forment la triade classique rencontrée chez de nombreuses malades porteuses du cancer de l'endomètre.

* **Troubles hormonaux** : selon ZIEL et FINKLE cités par WYPLOSZ et collaborateurs [69] l'administration d'œstrogène après la ménopause fait apparaître le cancer de l'endomètre 5 ans plutôt surtout s'ils ont été pris pendant plus de 3 ans. Cette prise multiplie par 7.4 le risque de cancer de l'endomètre. ce risque est proportionnel à la durée et à la dose de traitement.

* **Hyperplasie et la polypose de l'endomètre** : ces 2 maladies doivent être considérées comme des maladies sérieuses puisqu'elles évoluent vers la cancérisation.

En cas d'hyperplasie la transformation maligne se produit une fois sur trois au bout de 10 ans (BURN. G. , COSSARD F.)

Selon PETERSON et NOVAK cités par WYPLOSZ [68] le polype corporeal est dans 15% des cas accompagné d'un cancer de l'endomètre.

* **Rôle des contraceptifs** : la relation entre pilule et cancer de l'endomètre a jusqu'ici été peu étudiée. Parmi les pilules seuls les contraceptifs séquentiels ont été incriminés (BURN.G., C) essentiellement en cas de traitement prolongé à doses élevées (supérieures à 30 micro gramme) d'une façon continue sans traitement progestatif associé.

4-CANCER DE LA TROMPE :

Ce cancer est peu connu et repose sur deux notions essentielles parité et le terrain.

* **Le terrain** : il s'agit de femmes proche de la ménopause ou ménopausées. La majorité des cancers de la trompe s'observe entre 40 et 60 ans.

* **Parité** : elle joue un rôle discute, le stérilité est fréquente chez ces femmes. Cette stérilité s'explique par l'infection chronique tubaire. La muqueuse tubaire réagit à l'infection par une hyperplasie hypertrophique ou par une réaction papillomateuse [48]. Certains de ces papillomes sont susceptibles de dégénérescence et l'on a pu découvrir des formes de passage métaplasiques.

5- CANCER DE L'OVAIRE :

* **Fréquence** : une enquête effectuée en l'état de New York en 1952 annonçait que pour 100 000 habitants 10 décès étaient dus au cancer de l'ovaire. ce qui représente selon cette enquête, un taux de mortalité compris entre celui du cancer du col utérin et celui du cancer de l'endomètre.

Cette enquête était l'œuvre de RANDALL et HALL.

Allan M.S et Bertig A.T. [1] pour situer la fréquence de la malignité parmi les tumeurs ovariennes, notent 265 cancers pour 1740 tumeurs ovariennes , soit 15,2% contre 6% à DAKAR par N'GOMA [48] (60 cancers de l'ovaire sur 1001 tumeurs ovariennes).

- **Age** : D'après les auteurs l'âge n'est pas caractéristique. On rencontre les cancers de l'ovaire à tous les âges même chez l'enfant.

Cependant Gelle a montré que plus de 80% des femmes atteintes ont plus de 40 ans. On trouve la majorité des cas de cette carcinomatose entre 40 et 60 ans et l'affection atteint le plus souvent des malades après la ménopause.

* **Origine** : de nombreux auteurs pensent que le cancer de l'ovaire se développe aux dépens des lésions ovariennes bénignes, en particulier les kystes papillifères ou que les épithéliomas kystiques primitifs de l'ovaire se développent dans un grand nombre de cas, à partir d'un cystadénome bénin. Pour ce fait s'il est difficile d'affirmer l'origine secondaire des cancers de l'ovaire sur des lames, l'histologie a révélé la juxtaposition de diverses lésions bénignes et malignes sur une même pièce opératoire. C'est dire combien il est important pour l'anatomo-pathologiste d'examiner soigneusement et systématiquement tout kyste ovarien.

6-CANCER DE LA VULVE :

* **Fréquence** : les carcinomes vulvaires peu fréquents, représentent moins de 1% de l'ensemble des cancers et 3 à 5% des cancers génitaux de la femme.

* **Age** : classiquement c'est une affection de la 6^{ème} décennie .Dans la majorité des cas ils touchent la femme ménopausée de plus de 60 ans.

* **Le terrain hormonal** :les cancers de la vulve surviennent sur une muqueuse carencée en œstrogène. L'obésité, le diabète sont rencontrés, mais c'est surtout la carence oestrogénique qui est notable. C'est une affection qui se déclare longtemps après la ménopause avec une plus grande fréquence chez des femmes qui ont eu une imprégnation oestrogénique écourtée ou diminuée : femme castrée, puberté tardive, ménopause précoce.

* **Facteurs infectieux** : parallèlement aux facteurs hormonaux on a évoqué plus récemment des facteurs vénériens mais surtout viraux :

- Toutefois, certains papilloma virus humains(HPV16) semblent jouer un rôle inducteur et peuvent constituer un risque, en particulier chez les femmes jeunes.
- On connaît également l'importance de l'herpès génital à virus HSV-2 surtout en ce qui concerne les néoplasmes cervicaux, et il semble que ce virus est également responsable du développement de certains cancers vulvaires.
- Le groupe des papova-virus est responsable des condylomes dont on sait la fréquence des localisations vulvaires. La dégénérescence des condylomes est exceptionnelle, cependant les cancer de la vulve ont été observés chez les femmes jeunes qui avaient été antérieurement traitées pour condylomes.

* Les états précancéreux : la compréhension des dystrophies vulvaires a considérablement progressé. Le lichen scléro-atrophique, le Kaurosis vulvae et la leucoplasie sont à considérer comme inquiétants lorsqu'ils sont le siège d'une hyperplasie surtout atypique(DIEUDHIOU M.).

Les lésions dystrophiques sur lesquelles surviennent les cancers invasifs sont de véritables états précancéreux .

7- CANCER DU VAGIN :

* **Age** : ce sont des cancers rares survenant chez la femme âgée. Il faut signaler l'existence de rares cas de cancer du vagin chez la très jeune fille dont la mère avait reçu pendant la grossesse un traitement par certains dérivés oestrogéniques ..

* **Les facteurs prédisposants** : les antécédents obstétricaux et sexuels ne semblent pas influencer le cancer du vagin.

On évoque le rôle favorisant des traumatismes : point d'appui d'un pessaire [68] ou encore cicatrice d'hystérectomie, à condition que la lésion apparaisse à distance de l'intervention pour éliminer l'hypothèse d'un cancer restant.

La majorité « des cancers traumatiques » sont des cancers dont la lésion primitive a échappé à l'examen.

Dans l'étiologie des cancers gynécologiques et mammaires ,on retrouve toujours certains facteurs communs :

- Age : puberté et ménopause ont leur importance dans la survenue des cancers gynécologiques et mammaires ;
- Infection : constitue un facteur important ;
- Antécédent de vie sexuelle :mariage précoce ou retardé, parité, stérilité....
- Les lésions précancéreuses : traumatismes, dysplasie, dystrophies.
- Les facteurs génétiques :(cancer familial).

C- DIAGNOSTIC

1. CANCER DU COL DE L'UTERUS :

Signes cliniques : [49]

C'est habituellement une femme de la quarantaine qui consulte pour des métrorragies dont la seule constatation impose un bilan complet. Ces métrorragies sont provoquées, indolores, sang rouges, tenaces.

Des leucorrhées fétides, jaunâtres, striées de sang.

Des douleurs pelviennes, une altération de l'état général.

Examen clinique :

- La mise en place du spéculum constitue l'essentiel de l'examen clinique .
- Toucher vaginal : souvent normal, il perçoit parfois une zone indurée et surtout apprécie l'extension locorégionale.

On effectuera un examen général avec en particulier un toucher rectal et la palpation des seins.

Examens complémentaires :

La certitude diagnostique repose sur les examens complémentaires.

a) Certains ont une valeur d'orientation :

- Le test de Schiller au Lugol
- La colposcopie D'autres examens on une valeur d'affirmation diagnostique :
- Frottis cervicaux vaginaux doivent être pratiqués devant toute métrorragie, même a col sain. C'est l'étude cytologique des cellules desquamées. Elle doit être faite avant le toucher vaginal et il est préférable que la malade n'ait eu ni injection vaginale ni rapport sexuel dans les 24 heures précédentes.

Le frottis cervico-vaginal est en fait une méthode de dépistage et non de diagnostic du cancer. Le frottis positif indique l'emplacement de la biopsie à

faire. Dans tous les cas le diagnostic définitif sera fait par l'examen histologique de la biopsie.

- La biopsie sera pratiquée d'emblée s'il existe une lésion cliniquement suspecte.
- La pièce permettra d'affirmer le cancer et de préciser son type histologique.
- La biopsie constitue donc la clé de voûte du diagnostic du cancer du col : au moindre doute, il faudra la pratiquer.

Classification de la fédération internationale de gynécologique et d'obstétrique (F.I.G.O) :

Stade 0 = in situ (intra epithelial)

Stade I = limité au col

. Ia = chorion sous épithélial envahi < 5 cm

. Ib = autres cas limités au col

Stade II = au delà du col

. IIa = limité aux 2/3 supérieur du vagin

. IIb = envahissement des paramètres plus ou moins du vagin

Stade III = au delà de l'utérus mais dans le pelvis

. IIIa = envahissement du tiers inférieur du vagin

. IIIb = envahissement des paramètres et de la paroi pelvienne

Stade IV = envahissement des organes de voisinage (vessie, rectum), ou extension au delà du petit bassin (métastases

à distance)

2. CANCER DU SEIN :

Circonstances de découverte [13]

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

Examen clinique :

a) Interrogatoire : date d'apparition, signes d'évolutivité, antécédents gynécologiques.

b) Inspection comparative des deux seins :

- Elle se fait le torse nu, en position assise, les bras levés, puis pendants.

c) Palpation :

- Des seins et des aires ganglionnaires
- A la recherche de signes de malignité : une tumeur mal limitée, dure, adhérente avec présence d'un aspect en peau d'orange et de ganglions durs un écoulement provoqué du mamelon.

d) Examen général complet.

Examen complémentaires :

→ Mammographie :

→ La cytologie par cytoponction :

→ Autres examens :

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

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

Classification TNM :

- Pour la taille de la tumeur :
 - T₀ : pas de tumeur décelable,
 - T₁ : tumeur inférieure à 2cm de diamètre,
 - T₂ : tumeur dont le diamètre est compris entre 2 et 5cm,
 - T₃ : tumeur supérieure à 5cm,
 - T₄ : tumeur avec extension à la paroi et ou la peau.
- Pour l'extension ganglionnaire et à distance :
 - N₀ : pas d'adénopathie palpable,
 - N₁ : adénopathie axillaire homolatérale mobile,
 - N₂ : adénopathies axillaires homolaterales fixées,
 - N₃ : adénopathies sus et rétro claviculaires,
 - Avec M₀ : pas de métastase et M₁ : métastases.
- Selon le potentiel évolutif :
 - PeV₀ : absence de poussée inflammatoire,
 - PeV₁ : doublement tumorale en 6 mois,
 - PeV₂ : signes inflammatoires peritumoraux,
 - PeV₃ : gros sein inflammatoire, et ou ascite carcinomateuse.

3. CANCER DE L'ENDOMETRE**Symptomatologie révélatrice [64]**

La patiente consulte essentiellement pour des métrorragies :

- frappantes chez une femme déjà ménopausée .

Examen clinique :

L'examen gynécologique révèle souvent peu de choses :

- Au spéculum, le col est généralement normal, mais cet examen indispensable permet de préciser l'origine utérine du saignement.
- Au T.V.,le corps utérin est souvent normal.

- Au total il s'agit le plus souvent de métrorragies, isolées mais leur seule existence chez une femme ménopausée commande des examens complémentaires pour l'étiqueter.

Examens complémentaires

Le diagnostic repose sur les examens complémentaires qui peuvent seuls permettre un diagnostic précoce du cancer. On demandera toujours.

Des Frottis De Dépistage : mais en sachant qu'ils ont ici moins de valeur.

a) Les biopsies :

- curetage biopsique : il doit nécessiter un traitement anti-infectieux préalable. Il sera guidé par les images d'hystérographie.

L'examen histologique des débris ramenés par curetage permettra non seulement d'affirmer le diagnostic, mais encore d'en préciser le caractère plus ou moins différencié de la tumeur, ce qui a une grande valeur pronostique.

- La biopsie de l'endomètre peut se faire également avec la canule de NOVAK.

b) L'hystérocopie :

Les indications doivent être :

- .Les cas d'images douteuses en hystérographie et dont la biopsie ne ramène pas de fragment démonstratif ;
- Un contrôle post- thérapeutique lorsqu'on veut se limiter à un traitement par les radiations seules ;
- La recherche du pôle inférieur de la tumeur cervico- isthmique.

Classification de F.I.G.O:

Stade 0 =constatations histologiques suspectes, mais non probantes pour l'existence d'un cancer.

Stade I : le cancer est limité au corps utérin

Stade II : le cancer se développe dans le corps et dans le col.

Stade III : le cancer s'étend à l'extérieur de l'utérus mais reste limité au petit bassin.

Stade IV : le cancer s'étend jusqu'à la muqueuse de la vessie ou du rectum ou déborde le petit bassin.

4. CANCER DE LA TROMPE [49]**Examen clinique:**

La sémiologie clinique est si peu évocatrice que le diagnostic préopératoire de l'affection est rare. Classiquement une triade symptomatologique est décrite : une hydrohématorrhée de décharge, des douleurs abdominales basses et la présence d'une masse annexielle. Mais cette triade est aussi classique que rare. Les tumeurs évoluées déterminent une masse pelvienne ou une ascite. Ces signes sont habituellement attribués à une tumeur de l'ovaire.

En résumé, la symptomatologie au début est souvent latente et les signes évocateurs caractérisent les formes évoluées. Dans la majorité des cas, le diagnostic est une découverte opératoire lors d'une laparotomie pour un tableau trompeur, généralement utérin ou ovarien.

Examens complémentaires :

il sont indispensables :

a) La Cytologie.

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

c) La cœlioscopie .

CLASSIFICATION

En 1970, DODSON et Coll. Proposent une classification des cancers de la trompe de la fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique :

Stade I : tumeur limitée à la trompe,

IA: tumeur limitée à une trompe,

IB : tumeur limitée aux 2 trompe,

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

Stade II : tumeur d'une ou de deux trompes avec extension pelvienne.

IIA : atteinte de l'utérus ou des ovaires.

IIB : atteinte des autres tissus pelviens.

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

5. CANCER DE L'OVAIRE

symptomatologie révélatrice [70]

- Une augmentation de volume de l'abdomen, liée à la masse plus ou moins associée à une ascite, une AEG, des douleurs pelvi-abdominales à type de pesanteur et des métrorragies ou parfois des ménorragies,
- Des Signes De Compression
 - Rectale : une constipation,
 - Vésicale : une dysurie,
 - Veineuse : des œdèmes des membres inférieurs.
- Parfois, des métastases hépatiques, et ou pulmonaires,
- Un syndrome endocrinien : femicrisant (par surcharge vestrigenique), ou virilisant.

Examen Clinique

- Les touchers pelviens montrent : une masse latéro-utérine, séparée de l'utérus par un sillon, plus ou moins mobilisable, dure, irrégulière, parfois bilatérale,

- Un examen général (avec un toucher rectal systématique) rechercher une ascite, une dissémination locale, et ou métastatique (foie, ganglions, neurologique, pulmonaire).

Examens Complémentaires

- Les frottis cervicaux et vaginaux sont trop souvent négatifs,
- L'échographie précise le caractère organique hétérogène de l'image,
- La coelioscopie est pratiquée en cas de doute diagnostique et en l'absence de contre-indication (mais ne peut pas toujours préciser le caractère malin ou non de la tumeur),
- La cytologie péritonéale (ponction du cul sac de Douglas), à la recherche de cellules néoplasiques,
- L'hystérosalpingographie recherche des signes indirects de la tumeur (refoulement et étirement annexiels).

Classification de F.I.G.O du cancer de l'ovaire

Stade I : tumeur limitée aux ovaires,

Ia : un seul ovaire atteint,

Ib : les 2 ovaires atteints,

Ic : présence d'ascite avec cellule malignes dans le liquide.

Stade II : présence d'extension pelvienne,

IIa : à l'utérus et aux trompes exclusivement,

IIb : à d'autres organes pelviens.

Stade III : extension à des organes intra-péritonéaux.

Stade IV : métastases à distances à distances, hors de la cavité péritonéale.

6. CANCER DE LA VULVE [10]

Signes cliniques :

- Le prurit reste le signe essentiel, mais il n'est présent selon les séries, que dans 45 à 70 % des cas ; c'est qu'il n'est peut être pas aussi systématique qu'on le pensait.
- La perception d'une tumeur est également un symptôme fréquent évoqué dans 20% des cas environ.

Un certain nombre de cancers vulvaires ne sont pas prurigineux.

Ceci peut être à rapprocher du fait que tous les cancers vulvaires ne sont pas associés à des dystrophies préexistantes, toujours responsables du prurit.

Tout se passe comme si certains cancers se développaient d'emblée, sans terrain prédisposant, sans prurit et se manifestaient par une tumeur des saignements, des douleurs ou des troubles de compression. Ce qui est déplorable reste le retard à la consultation, qui est regrettable car le pronostic est directement lié à la taille de la lésion initiale.

Signes physiques :

- L'inspection de la vulve met en évidence la lésion bourgeonnante ou ulcérée. Il importe de bien en noter les dimensions et la situation, puis de vérifier l'ensemble des téguments vulvaires à la recherche d'une seconde localisation ou d'une dystrophie associée. Le plus souvent la lésion siège au niveau d'une lèvre : la grande dans environ 40% des cas ; la petite dans 25% des cas.

La région antérieure avec le clitoris vient ensuite dans 10 à 15% des cas avec une atteinte du méat urinaire dans 4% des cas ; puis la région postérieure (fourchette, périnée, anus).

La coloration noire ou bleutée d'une lésion vulvaire évoque le mélanome mais à l'inverse il existe aussi des mélanomes achromiques.

- La palpation permet de mieux déterminer le caractère infiltrant de la tumeur et sa mobilité mais elle précise aussi son extension aux organes de voisinage : vagin, canal anal et sphincter anal, méat urinaire et urètre. Cette palpation s'oriente ensuite vers les aires ganglionnaires inguinales en particulier.
- L'examen au spéculum et les frottis vaginaux doivent éliminer une néoplasie cervicale associée.

Les touchers pelviens apprécient l'état des organes génitaux internes, de l'ampoule rectale. Il recherche d'éventuelles adénopathies pelviennes..

Examens complémentaires :

Ils confirment le diagnostic.

a) Cytologie :

b) Biopsie :

Elle doit être réalisée au moindre doute sur une lésion vulvaire, si minime soit elle, qui ne fait pas sa preuve.

Il ne faut pas se contenter de diagnostic rassurant d'eczéma ou de lésion de grattage, ce qui conduirait à un retard de diagnostic préjudiciable au pronostic.

La biopsie doit éviter les zones nécrotiques pour être interprétable ;elle doit intéresser la profondeur pour permettre de déterminer l'infiltration.

Classification des cancers de la vulve suivant le système T.N.M.

T : étant l'extension locale de la tumeur

T₁ :tumeur solitaire, inférieure à 2cm.de diamètre limitée à une partie de la vulve, mobile sur le plan profond sans œdème.

T₂ :tumeur supérieure à 2cm.ou multicentrique, mais toujours limitée à la vulve.

T₃ : tumeur de toute taille avec envahissement de la peau ou du vestibule.

T₄ : tumeur de toute taille avec infiltration des organes adjacents.

N :représente les ganglions

N_0 :absence d'envahissement clinique des ganglions,

N_1 :ganglion palpable uni ou bilatéral, mais toujours mobile.

N_2 :gros ganglion suspect.

N_3 :ganglion fixé

M : signe de métastases

M_0 : absence de métastase lymphatique ou viscérale à distance.

M_1 : métastase a distance .

Une telle étude permet de classe en différents stades :

Stade I : $T_1N_0M_0$; $T_2 N_0 M_0$

Stade II : $T_1N_1M_0$; $T_2N_1M_0$

Stade III : T_1N_2 ou $N_3 M_0$;

T_2N_2 ou $N_3 M_0$

$T_3 N_0$

$T_3 N_1$

$T_3 N_2$ ou $N_3 M_0$

Stade IV : $T_4 N_0 M_0$

$T_4N_1 M_0$

$T_4 N_2$ ou $N_3 M_0$

Tous les spécialistes savent que cette classification n'est pas sans défaut. Ni l'absence d'adénopathie clinique, ni à l'inverse la présence de ganglions palpables ne répondent à coup sûr à l'état histologique des ganglions.

D'autre part, sauf adénopathie très volumineux, l'examen ne peut prétendre à explorer les endo-pelviennes.

7. CANCER DU VAGIN:

Examen clinique [24]

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

- L'hémorragie elle constitue près d'une fois l'unique symptôme.
- Les leucorrhées, les douleurs, les dyspareunies, les vésicaux et rectaux sont fréquemment rencontrés.

La découverte d'une tumeur parfois apparente à la vulve peut enfin être la première manifestation.

Le délai entre le premier symptôme et le diagnostic qui, en théorie devrait être bref, est en général très long.

L'examen au spéculum doit être attentif pour ne pas négliger une petite lésion cachée par l'instrument. Cet examen découvre l'une des trois formes de lésion :

- Forme végétante : petit bourgeons saignants à base indurée.
- Forme infiltrante : infiltration irrégulière de la paroi vaginale évoluant vers l'ulcération ;
- Forme en nodule solitaire : c'est la biopsie qui apporte la certitude.

Dans les formes étendues on s'aidera de la cystoscopie et la rectoscopie.

Les examens complémentaires :

a) La cytologie :

b) **La biopsie** : elle confirme le diagnostic et détermine le type histologique.²

Classification : selon FIGO

Stade 0 : le cancer intra-épithélial

Stade I : le cancer est limité au vagin

Stade II : infiltration du tissu environnant

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

Stade IV : extension à l'extérieur du petit bassin

IV a : atteinte des organes environnant

IV b : atteinte des organes à distance

D. HISTOLOGIE ET EXTENSION [49]

I. CANCER DU COL DE L'UTERUS

1) Macroscopie :

Le cancer du col débute en principe à la jonction de l'épithélium cylindrique endocervical, au niveau d'une zone de remaniement.

Le cancer peut débiter dans l'endocol.

Le plus souvent il se développe en surface(forme exocervicale) en bourgeons gris blanchâtres, friables, saignants.

Parfois l'endocol est le siège d'un petit nodule ou d'une ulcération à fond induré blanchâtre et saignant.

Le cancer endocervical peut creuser dans l'épaisseur du col émerger dans le cul de sac vaginal ; cet aspect a été pris pour une forme spéciale dite cancer liminaire.

On observe des formes intriquées exo et endocervicales.

2) Microscopie :

a) Epithéliomas malpighiens : dans plus de 90% des cas, il s'agit d'un épithéliomas malpighiens plus ou moins épidermoïde.

Il est classique de distinguer :

- Des épithéliomas indifférenciés dits basocellulaires
- Des épithéliomas différenciés(dits spinocellulaires) kératinisées ou non.
- Des épithéliomas intermédiaires, formes de transition des deux précédents les plus fréquents.

b) Epithéliomas cylindriques ou adénocarcinomes :

Ils représentent environs de 10% des cancers du col.

3) Extension

L'extension peut se faire dans plusieurs directions.

a) Loco-régionale atteinte du dôme vaginal, des paramètres, du corps utérin, des organes voisins (vessie, rectum).

b) Extension lymphatique .

c) Extension à distance :

L'extension peut être hématogène et donner des métastases aux viscères abdominaux, aux poumons à la plèvre.

II .CANCER DU SEIN

1) Macroscopie : on peut distinguer trois formes macroscopiques de cancer du sein.

- Forme nodulaire : à noyaux dur, homogène adhérent ;
- Le squirrhe : dur à stroma très dense ;
- La forme encephaloïde : molle et hypertrophique.

2) Microscopie :

Il peut s'agir d'un

- épithélioma glandulaire (adénocarcinome) de loin le plus fréquent,
- épithélioma malpighien : maladie de Paget du sein (rare),
- épithélioma colloïde : très rare caractérisé par une augmentation des cellules riches en colloïde.

3) Extension**a) Locale :**

- En superficie : le cancer envahit le tissu cellulaire (capiton), puis la peau (ulcération),
- En profondeur : muscles pectoraux, gril costal.

b) Lymphatique

- Voie axillaire,
- Voie mammaire interne (non explorable cliniquement) se draine directement vers le groupe sous claviculaire.

Au total si les relais d'alarme sont envahis (groupes sous claviculaire et envahis et ganglions supérieurs de la mammaire interne) le pronostic est très sombre.

c) A distance

- Métastases osseuses (crâne) et pulmonaires surtout,
- Mais aussi hépatiques, cérébrales, ovariennes.

d) Extension lymphatique :**e) Extension à distance**

L'extension peut être hématogène et donner des métastases aux viscères abdominaux, aux poumons, à la plèvre.

III. CANCER DE L'ENDOMETRE**1) Macroscopie**

Le cancer se présente sous forme d'une tumeur végétante localisée : masse polypoïde, saillante dans la lumière, souvent largement implantée sur l'endomètre.

La lésion par la suite peut se nécroser en surface et prend une teinte grisâtre ou hémorragique.

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

2) Microscopie

L'histologie distingue :

- Des adénocarcinomes,
- Des sarcomes : rares mais de pronostic défavorable,
- épithélioma épidermoïde,
- Cancer anaplasique.

Il s'agit le plus souvent d'adénocarcinome et rarement d'un carcinome anaplasique.

3) Extension

L'évolution est souvent purement locale et assez lente.

- L'extension régionale se fait par voie lymphatique ou canalaire et intéresse le col utérin et les structures para – utérines.

Les métastases vaginales sont les plus fréquentes, les ovaires et les trompes peuvent être envahis

L'extension aux organes pelviens est rare et tardive (péritoine, vessie, grêle, sigmoïde et rectum).

- Les ganglions lymphatiques pelviens sont tardivement envahis et cette invasion est rare tant que le cancer reste limité à la cavité utérine.
- Les métastases par voie sanguine, peu fréquentes sont tardives et se localisent surtout aux poumons et au foie.

IV. CANCER DE LA TROMPE :

1- Macroscopie :

La lésion se développe le plus souvent dans une trompe ferme et du côté droit .

La tumeur est de volume variable. Elle peut déformer la trompe au point de donner une masse perceptible au toucher vaginal. Elle siège habituellement sur la moitié interne de l'organe.

Le cancer est soit nodulaire en choux fleurs, soit papillo- nodulaire.

2-Microscopie :

a-Les carcinomes :

- Carcinomes glandulaires de type endometrial
- Carcinomes papillaires à larges franges
- Carcinomes massifs à cytoplasme clair

b-Les sarcomes :

Ils sont hautement malins avec décès en quelques semaines.

c- Les cancers secondaires :

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

3-Extension :

Après une longue évolution locale, épithélioma peut atteindre les organes de voisinage (utérus, ovaire) par voie canalaire ou par voie sanguine. Son extension lymphatique se fait vers les ganglions latéraux aortiques et iliaques.

Les métastases sont surtout endometriales et cervicales.

V. CANCER DE L'OVAIRE :

1- Macroscopie :

- Aspect : ce sont des tumeurs solides . Cependant elles peuvent être d'apparence kystique.

La tumeur peut être hémorragique et nécrotique ou sous forme fibromateuse.

- Leur taille est variable de ½ cm à 30 cm de diamètre.

2-Microscopie :

La classification histologique des cancers de l'ovaire est complexe et reste encore très discutée .Nous donnons ici celle recommandée par l'organisation mondiale de la santé (OMS)

Les tumeurs épithéliales

- De type séreux

*Cystadenome proliférant

*Cystadenome papillaire séreux

- De type mucineux

*Cystadenome mucineux proliférant

*L'adéno carcinome mucineux

- Le carcinome endometrioïde

- Il existe des adénocarcinomes à structure glandulaire mais dont le type cellulaire n'est pas identifiable.

- Il existe enfin des formes mixtes ou l'on rencontre les aspects de chaque catégorie.

Autres développées à partir des cellules germinales :

3-Extension :

propagation directe :

L'ovaire est un organe intra abdominal mais il a la particularité de ne pas être recouvert de péritoine sur toute la majorité de sa surface. Les cellules cancéreuses qui s'en détachent vont, sans obstacle, coloniser toute la cavité pelvienne.

La propagation se fait en règle générale d'abord vers l'autre ovaire puis vers l'utérus et les annexes . Elle gagne ensuite le péritoine du petit bassin et enfin toute la cavité péritonéale .

Les privilégiés sont le grand épiploon qui est une véritable « serpillière de l'abdomen » et les coupoles diaphragmatiques. Les intestins, les colons et leurs meso, le foie peuvent être atteints.

Propagation lymphatique : c'est vers les ganglions para- aortiques et notamment vers les groupes proches des reins, qui sont l'origine embryologique des ovaires, que se fait essentiellement le drainage.

Mais les ganglions iliaques internes, externes et primitifs sont également touchés.

b- Propagation hématique : à distance, c'est le poumon qui le plus souvent atteint et l'épanchement pleural en est, en règle le signe.

VI. CANCER DE LA VULVE

1- Macroscopie :

Ce cancer peut se présenter sous trois formes :

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

2- Microscopie :

Les épithéliomas malpighiens ou épidermoïdes ou spinocellulaires sont responsables dans 90% des cas des cancers vulvaires.

Les autres formes sont rares : ce sont

- Les épithéliomas baso- cellulaires : 2,5% des cancers vulvaires de bon pronostic.
- Les mélanomes vulvaires : 2% des cancers vulvaires de pronostic redoutable .
- Les adénocarcinomes vulvaires : ils sont rares (1%) classiquement développés aux dépens des glandes de Bartholin.
- Les sarcomes vulvaires : de mauvais pronostic 1 à 3% des cancers vulvaires.

3- Extension :

ce sont des cancers à évolution surtout loco régionale .

Les métastases à distance sont assez rares.

VII. CANCER DU VAGIN

1)Macroscopie :

Le cancer peut siéger dans n'importe quel point de l'organe.

Il peut être soit exophytique soit endophytique .

Il se présente dans le premier cas comme une formation nodulaire sessile ou pédiculée, bourgeonnant dans la lumière vaginale ou enchâssée dans la paroi .La surface est en général irrégulière donnant à la lésion un masque trompeur de la bénignité.

Dans le deuxième cas, le cancer se traduit par une ulcération à bords surélevés, irrégulière et rigide ou par une infiltration pariétale en placard.

2- Microscopie :

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

Ce carcinome est en général nettement différenciés.

⇨L'adénocarcinome primitif du vagin est rare.

⇨Les mélanoblastomes sont extrêmement rares.

3- Extension :

Tous les cancers du vagin ont en commun d'infiltrer rapidement la lamina propia, la musculature puis le fascia adventiciel sont envahis ensuite les fascia des organes adjacents puis les organes eux mêmes .Le tissu cellulaire pelvien est en même temps progressivement atteint.

L'extension lymphatique est précoce car le réseau sub épithélial est particulièrement riche.

II- METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako. La commune V du district est une commune urbaine qui couvre une superficie de 41,59 Km², avec une population de 228859 habitants soit une densité de 4505 habitants/Km². Le taux général d'accroissement de la population est de 5,1. Elle est située sur la rive droite du fleuve Niger; elle est limitée par le fleuve Niger au nord-ouest; à l'est par la commune VI et au Sud-Ouest par le quartier de Kalaban-Koro (cercle de Kati). La commune est constituée de 8 quartiers qui sont :

- Badalabougou ;
- SEMA N°1 ;
- Quartier Mali SEMA GEXCO ;
- Torokorobougou ;
- Sabalibougou ;
- Baco-Djikoroni ;
- Kalaban-coura ;
- Daoudabougou.

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans les 6 communes du district de Bamako.

C'est ainsi qu'en 1982 fût créé le Centre de Santé de la Commune V (Service Socio-Sanitaire de la Commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales. Dans le cadre de la politique sectorielle de Santé et de Population et conformément au plan de développement socio-sanitaire de la commune (P.D.S.C) la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour 10 aires de santé (10 CSCOM) ; sur les 10 aires 9 CSCOM sont fonctionnels et le centre de santé de la commune V a été restructuré.

Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le mode de fonctionnement interne du centre qui fût un succès a fait de lui un modèle pour le système de Référence à instaurer dans les autres communes du district .

Le centre de santé de référence de la commune V comprend actuellement plusieurs unités qui sont :

- l'Administration
- l'Unité Chirurgicale
- le Service Gynécologie-Obstétrique
 - Grossesse à risque et gynécologie
 - Accouchement
 - Planning Familial
 - C.P.N.
 - Néonatalogie
- le Service de Médecine
 - Médecine générale
 - Pédiatrie
 - Dermatologie
- l'Unité odonto-stomatologie
- l'Unité Imagerie Médicale (Radio, Echo)
- l'Unité PEV (Programme Elargi de Vaccination)
- Section labo-pharmacie (unité pharmacie ,unité laboratoire)
- l'Unité Consultation Externe et Soins
- Unité recherche et formation
 - Salle informatique
 - Archives
 - Bureau statistique
 - Salle de staff
 - Bibliothèque
- Une Brigade d'Hygiène domiciliée à la Mairie
- La Morgue

Le centre de santé de référence compte plus de 135 travailleurs et est dirigé par le Médecin- chef. Les travailleurs sont soit des fonctionnaires, soit des conventionnaires de l'Etat, soit des contractuels, soit des Agents de la municipalité et des Agents de l'INPS. En 1997 le centre de santé de référence de la commune V a reçu le prix CIWARA d'Excellence décerné par l'IMCM. Ce prix a été décerné au centre pour ses bonnes performances en activités Gynéco-obstétricales.

Les organes de gestion du centre sont le comité de gestion et le conseil de gestion.

Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- un médecin chirurgien
- deux étudiants en médecine faisant fonction d'Internes
- une sage-femme toutes les 12 heures et son aide-soignante
- un infirmier anesthésiste
- une technicienne de laboratoire
- un instrumentiste
- un chauffeur d'ambulance.
- deux garçons de salles assurant la propreté permanente du service.

Cette équipe dispose de 2 tables d'accouchement, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales. Ce kit de médicaments créé sur fonds propres du centre est remboursable par les patientes.

2-Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective et transversale réalisée à partir de documents (dossiers d'hospitalisation, registre de consultation, fiches médicales).

3-Période d'étude :

La période rétrospective s'est étendue sur 10ans(du 1^{er} janvier 1991 au 31 décembre 2001).

La période transversale va du 1^{er} janvier 2001 au 31 décembre 2001 .

4 - Population d'étude :

Toutes les femmes admises pour consultation gynécologique au service de gynéco - obstétrique du centre de santé de Reference de la commune V de Bamako.

5 - Critère d'inclusion :

Ont été retenues les patientes ayant consulté au service de gynéco - obstétrique du centre de santé de Reference de la commune V.

- Chez qui le diagnostic anatomo – pathologique a été fait.
- Présentant une confirmation para clinique(mammographie).

6 – Critère de non inclusion :

Les patientes n'ayant pas subi un diagnostic anatomo – pathologique.

7 – Collecte des données :

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire porté en annexe.

Au total nous avons retenu 95 cas.

8- Considération éthique :

Informé les patientes sur les objectifs de l'étude, en vue d'obtenir leur adhésion .

9 – Analyse des données :

L'analyse a été effectuée sur le logiciel Epi info 6.

III- RESULTATS

1- Répartition socio-démographique

Tableau I : répartition des patientes selon les tranches d'âge :

Tranches d'âge (année)	Effectifs absolus	Pourcentages
21-30	13	13,68
31-40	23	24,21
41-50	24	25,26
51-60	22	23,16
61-70	7	7,37
71-80	6	6,32
Total	95	100

Nous avons constaté 25,26 % de cancer dans la tranche d'âge de 41-50 ans .

Tableau II: Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectifs absolus	Pourcentages
Soninké	22	23,16
Bamana	19	20,00
Peulh	17	17,89
Malinké	14	14,74
Sonrhaï	9	9,47
Sénoufo	2	2,11
Somono	2	2,11
Minianka	2	2,11
Kassonké	2	2,11
Cherif	2	2,11
Bobo	1	1,05
Maure	1	1,05
Tamachek	1	1,05
Mossi	1	1,05
Total	95	100

Nous avons constaté que 23,16% des patientes étaient des Soninkés.

Tableau III: répartition des patientes selon la provenance

Provenance	Effectifs absolus	Pourcentages
Bamako	68	71,58
Kayes	7	7,37
Koulikoro	7	7,37
Sikasso	7	7,37
Ségou	1	1,05
Mopti	1	1,05
Tombouctou	1	1,05
Gao	3	3,16
Total	95	100

Nous avons constaté que 71,58 % des patientes venaient de Bamako.

Tableau IV: répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs absolus	Pourcentages
Mariée	66	69,47
Veuve	26	27,37
Célibataire	2	2,11
Divorcée	1	1,05
Total	95	100

Nous avons constaté que 69,47% des patientes étaient mariées

Tableau V : Répartition des patientes selon le niveau d'alphabétisation en français

Niveau d'alphabétisation en français	Effectifs absolus	Pourcentages
Aucun	82	86,32
Primaire	6	6,32
Secondaire	6	6,32
Supérieur	1	1,05
Total	95	100

Nous avons constaté que 86,32 % des patientes sont analphabètes .

Tableau VI : répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectifs absolus	Pourcentages
Ménagère	79	83,16
Fonctionnaire	6	6,32
Commerçante	9	9,47
Elève	1	1,05
Total	95	100

Nous avons constaté que 83,16% des patientes étaient ménagères.

Tableau VII: répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectifs absolus	Pourcentage
Référée	59	62,11
Venue d'elle-même	36	37,89
Total	95	100

Nous avons constaté que 62 11 % étaient référées .

Tableau VIII: répartition des patientes selon la parité

Parité	effectifs absolus	Pourcentage
Nullipare =0	3	3,16
Primipare =1	9	9,47
Paucipare = 2-4	20	21,05
Multipare = >4	63	66,32
Total	95	100

Nous avons constatés que 66,32 % des patientes sont multipares.

Tableau IX: répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectifs absolus	Pourcentages
Nulligeste =0	1	1,05
Primigeste =1	7	7,37
Paucigeste = 2-4	28	29,47
Multigestes >4	59	62,11
Total	95	100

Nous avons constaté que 62,11 % des patientes étaient des multigestes.

Tableau X: répartition des patientes selon l'année

Année	Effectif absolu	Pourcentage
1991	3	3,16
1992	4	4,21
1993	4	4,21
1994	4	4,21
1995	8	8,42
1996	8	8,42
1997	12	12,63
1998	5	5,26
1999	11	11,58
2000	12	12,63
2001	24	25,26
Total	95	100

Nous avons constaté une fréquence 25,26 % en 2001.

Tableau XI: répartition des patientes selon les différents sièges de cancer retrouvés

Sièges de cancer retrouvés	Effectifs absolus	Pourcentages
Cancer du col	75	78,95
Cancer de l'utérus	7	7,32
Cancer du sein	6	6,32
Cancer de l'ovaire	5	5,26
Cancer de la vulve	2	2,11
Total	95	100

CANCER DU COL DE L'UTERUS :

Tableau XII: répartition des patientes selon les tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectifs absolus	Pourcentages
21 -30 ans	7	9,33
31 -40ans	18	24,00
41 - 50 ans	22	29,33
51 - 60 ans	17	22,67
61 - 70 ans	5	6,67
71 - 80 ans	6	8,00
Total	75	100

Tableau XIII: répartition des patientes selon les signes cliniques retrouvés

Signes cliniques	Effectifs absolus (n=75)	Pourcentages
Métrorragie	75	100
Douleur pelvienne	74	98,67
Leucorrhée	67	89,33
Dyspareunie	52	69,33
Urinaire	42	56,00
Altération de l'état général	37	49,33
Anémie	34	45,33
Prurit	2	2,67

Tableau XIV: répartition des patientes selon le résultat au spéculum

Aspects du col au spéculum	Effectifs absolus	Pourcentages
Aspect ulcérant	44	58,67
Aspect bourgeonnant	31	41,33
Total	75	100

Nous avons constaté 58,67% d'aspect ulcérant .

Tableau XV : répartition des patientes selon le stade évolutif

Stade évolutif	Effectifs absolus	Pourcentages
Stade II	17	26,96
Stade IIB	1	1,12
Stade III	34	38,20
Stade IV	23	25,84
Total	75	100

Tableau XVI : répartition des patientes selon le type histologique

Type histologique	Effectifs absolus	Pourcentages
Carcinome epidermoïde peu mature	49	65,33
Carcinome epidermoïde mature	23	30,67
Adénocarcinome papillaire et fusiforme	3	4,00
Total	75	100

CANCER DU SEIN :**Tableau XVII: Répartition des patientes selon les tranches d'âge**

Age	Effectifs absolus	Pourcentage
31-40 ans	2	33,33
41 – 50 ans	3	50
51 –60 ans	1	16,67
Total	6	100

Nous avons constaté que 50 % des patientes avaient la tranche d'âge 41-50 ans.

Tableau XIX : répartition des patientes selon les signes cliniques retrouvés

Signes cliniques	Effectifs absolus (n=6)	Pourcentages
Nodule	5	83,33
Œdème mammaire	3	50
Peau d'orange	3	50
Douleur mammaire	3	50
Erythème	2	33,33
Syndrome prémenstruel	2	33,33
Ulcération	1	16,66
Adénopathie axillaire	1	16,66

Tableau XX: répartition des patientes selon le stade évolutif

Stade évolutif	Effectifs absolus	Pourcentage
Stade I	2	33,33
Stade II	3	50
Stade III	1	16,66
Total	6	100

Tableau XXI : répartition des patientes selon le résultat de l'examen échographique

Echographie	Effectifs absolus	Pourcentage
Adenofibrome	3	50
Nodule hétérogène aux contours flous	1	16,7
Non fait	2	33,3
Total	6	100

Tableau XXII: répartition des patientes selon le résultat de la mammographie

Mammographie	Effectifs absolus	Pourcentages
Opacité stellaire	4	66,6
Opacités nodulaires du sein gauche avec image de calcification, épaissement cutané et adénopathies axillaires.	1	16,7
Épaississement entouré d'une région aréolaire en faveur d'un carcinome	1	16,7
Total	6	100

Tableau XXIII : répartition des patientes selon le type histologique

Histologie	Effectifs absolus	Pourcentages
Carcinome canalaire infiltrant du sein	4	66,6
Non fait	2	33,34
Total	6	100

CANCER DE L'OVAIRE :**Tableau XXIV: répartition selon les tranches d'âge**

Tranches d'âge	Effectifs absolus	Pourcentages
21 – 30 ans	2	40
31 – 40 ans	2	40
51 – 60 ans	1	20
Total	5	100

Tableau XXV: répartition des patientes selon les signes cliniques retrouvés

Signes cliniques	Effectifs absolus (n=5)	Pourcentage
Masse abdominale	5	100
Douleur pelvienne	5	100
Œdème des membres inférieurs+ adénopathie inguinale	1	25
Anémie	1	25

Tableau XXVI: répartition des patientes selon le stade évolutif

Stade évolutif	Effectifs absolus	Pourcentage
Stade IA	1	20
Stade IC	2	40
Stade IIC	2	40
Total	5	100

La répartition des patientes selon le type histologique :

Nous avons retrouvé 4 cas de carcinome soit 80%.

La cytologie du liquide d'ascite a été fait dans un seul cas où la tumeur était à cellules granulocytaires.

Le résultat de l'examen échographique :

Nous avons retrouvé une ascite de grande abondance plus tumeurs de l'ovaire droit = syndrome de Demons Meigs dans 3 cas soit 60%.

Ascite de petite abondance plus tumeur de l'ovaire gauche dans 2cas soit 40%.

CANCER DE L'UTERUS

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon les tranches d'âge

Tranches d'âge	Effectifs absolus	Pourcentages
31 – 40 ans	2	28,6
41 – 50 ans	1	14,2
51 – 60 ans	2	28,6
61 – 70 ans	2	28,6
Total	7	100

Tableau XXVIII: répartition des patientes selon les signes cliniques retrouvés

Signes cliniques	Effectifs absolus (n=7)	Pourcentage
Métrorragie	7	100
Syndrome prémenstruel	6	85,71
Leucorrhée	7	100

Tableau XXIX: répartition des patientes selon le stade évolutif

Stade évolutif	Effectifs absolus	Pourcentages
Stade III	2	28,57
Stade IV	5	71,43
Total	7	100

Nous avons constaté que 71,43 % des patientes ont été retrouvés au stade III

Tableau XXX: répartition des patientes selon le type histologique

Type histologique	Effectifs absolus	Pourcentages
Adénocarcinome	5	71,43
Fibrosarcome	1	14,28
Sarcome utérin	1	14,2
Total	7	100

Nous avons constaté que 71,43% des patientes avaient un adénocarcinome.

CANCER DE LA VULVE :

Tableau XXXI : Répartition des patientes selon les tranche d'âge

Tranches d'âge	Effectifs absolus	Pourcentage
41-50 ans	1	50
51-60 ans	1	50
Total	2	100

Stade évolutif :

Les 2 cas ont été retrouvé au stade III de la maladie soit 100%.

Les signes cliniques : nous avons retrouvé le prurit, nodule vulvaire et lésion de lichenification dans les 2cas soit respectivement 100%, 50%, 100%

Le type histologique : nous avons retrouvé le carcinome vulvaire dans les 2 cas soit 100% .

ASPECTS THERAPEUTIQUES

Le traitement chirurgical

Cancer du col de l'utérus : nous avons observé

*9 colpohystérectomies + lymphadenectomies.

- 1 hystérectomie totale.
- 2 laparotomies exploratrices.

Cancer du sein : nous avons observé :

4 tumorectomies.

Cancer de l'utérus : nous avons constaté :

*2 hystérectomies totales,

- 5 laparotomies exploratrices.

Tableau XXXII: Répartition des patientes selon la chimiothérapie et la radiothérapie

Types de traitement	Cancer du col		Cancer du sein	
	Effectifs absolus	Pourcentage	Effectifs absolus	Pourcentage
Chimiothérapie	3	4,00	0	0
Radiothérapie	1	1,33	2	33,33
Non fait	71	94,67	4	66,67
Total	75	100	6	100

- Toutes les patientes ont reçu un traitement médical à but palliatif.

Tableau XXXIII: Répartition des patientes selon l'évolution en fonction du type de cancer

Evolution Type de cancer	Améliorée	Décédée	Perdue de vue	Total
Cancer du col	9 (9,47%)	19 (20%)	47 (49,47%)	75
Cancer du sein	2 (2,10%)	0	4 (4,21%)	6
Cancer de l'ovaire	0	5 (5,26%)	0	5
Cancer de l'utérus	0	7 (7,36%)	0	7
Cancer de la vulve	0	2 (2,10%)	0	2

IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

Au Mali les cancers gynécologiques et mammaires sont très fréquents.

Ils occupent la deuxième place de l'ensemble des cancers et la première place des cancers féminins KOÏTA N [41] SYLLA Y(58) TRAORE. A [60].

Le cancer du col de l'utérus 75 cas soit 78,95%

Le cancer du sein 6 cas soit 6,32%,

Le cancer de l'ovaire 5cas soit 5,26% ,

Le cancer de l'utérus 7cas soit 7,37%

Le cancer de la vulve 2 cas soit 2,11%.

Au cours de cette étude nous n'avons pas retrouvé de cas de cancers du vagin et des trompes.

Pour notre série le cancer du col l'utérus occupe la première place avec une fréquence de 78,95% contre 69,1% pour TRAORE A (60) .

1- LE CANCER DU COL DE L'UTERUS :

Au Mali le cancer du col de l'utérus occupe le premier rang de tous les cancers gynécologiques et mammaires TOURE O [59] , KEÏTA S [40].

Une explication de la grande fréquence des cancers du col au Mali comme partout d'ailleurs en Afrique pourrait être attribuée aux différents facteurs étiologiques généralement admis dans les pays en voie de développement .Ces facteurs sont très variés : il s'agit

1-1- Age : l'âge joue un rôle important pour la plupart des auteurs.

Dans notre étude la tranche d'âge 41-50 ans est plus représentée. Même constatation chez KEÏTA S [40] ; MOUNKORO N [49] ; SYLLA Y [58] .

1-2- Vie sexuelle :

Le cancer du col de l'utérus est fréquent chez les femmes qui ont commencé très tôt leur vie sexuelle EL GUEDDARI BEK ; LANSAC J cité par KEÏTA S [40]. Cependant, dans la littérature nous avons trouvé que le risque du

cancer du col utérin est multiplié par deux si les premiers rapports ont eu lieu entre 15 et 17 ans ROTKIN cité par SYLLA.Y [58].

LANSAC J cité par KEÏTA S [40] pense que le cancer du col de l'utérus doit être considéré aujourd'hui comme une maladie vénérienne c'est à dire sont à risque les femmes ayant eu des rapports sexuels ; car les femmes vierges ne sont jamais atteintes.

1-3- Partenaires multiples :

Le risque du cancer du col de l'utérus augmente avec le nombre de partenaires sexuels KOULIBALY M ,A YALEMA T BALDE M. D, DIALLO M.S [42]. Selon LANSAC ce risque est de l'ordre de 1,7. Ce risque est augmenté chez les femmes dont le mari a été marié plusieurs fois ou qui ont des partenaires extra – conjugaux [40].

1-4- Parité :

Dans notre étude 66,32% des malades ont une parité supérieure ou égale à 4, avec en moyenne 8 grossesses contre 7 pour MOUNKORO N [49] et 5 grossesses pour SYLLA Y [58].

La multiparité et les grossesses multiples et rapprochées sont constamment mise en cause dans la genèse du cancer de col de l'utérus DARGENT [24] BARRASO R [9] .

1-5- Le facteur infectieux

L'anamnèse et l'examen clinique ont signalé les leucorrhées nauséabondes dans 89,33% des cas de notre série.

De nombreux auteurs ont incriminé les infections génitales à virus herpétique II et papilloma virus humain KOULIBALY M, A YALEMA [42], EVAIN V cité par KEÏTA.S [40].

1-6- Les aspects cliniques :

→Les métrorragies :

Les métrorragies sont présentes chez 100% des malades de notre étude, contre respectivement 81% pour KEÏTA. S [40] ; 95% pour WYPLOSZ [69] et 100% pour MOUNKORO. N [49] .

Les métrorragies constituent le signe fonctionnel le plus fréquent du cancer invasif du col de l'utérus .

- **Les douleurs pelviennes :**

Elles représentent en général des signes de métastase ou d'extension de la maladie aux organes de voisinages.

Dans notre série on retrouve chez 98,67% des patientes contre 58,4% pour KEÏTA .S [40].

- **Les leucorrhées :**

Les leucorrhées sont parfois l'expression d'une infection . L'infection fait le lit du cancer du col selon WYPLOSZ [69]. Le plus souvent elles sont abondantes, purulentes et malodorantes. Dans notre étude elles sont retrouvées chez 89,33 % des patientes .

1-7- Aspects macroscopiques :

Ils sont dominés par les formes ulcéranes dans notre étude soit 58,67% contre 36,6 % pour SYLLA Y [58] et 45,2 % pour M'GBAKOR en Côte d'Ivoire cité par SYLLA Y [58].

1-8- Aspects microscopiques :

Dans notre étude les formes épidermoïdes matures (30,67%) et peu matures (65,33 %) prédominent avec 96% contre 92,7 % pour SYLLA Y [58] et 94,36%pour KEÏTA.S [40], 91,9% pour THOME SAINT PAUL cité par KEÏTA S [40].

1-9- Stade évolutif :

Dans notre étude nous remarquons la fréquence élevée des stades avancés pour preuve 38,20% des patientes ont consulté au stade III et 25,84% au stade IV.

Nous expliquons ce retard à la consultation par certaines valeurs culturelles surtout l'analphabétisme qui représente 86,32% dans notre étude contre 81% pour KEÏTA S [40] et le bas niveau socio- économique qui est un facteur important sur le plan médical .

Les femmes confondent généralement les métrorragies avec un retour de règles et ne s'en rendent compte que tardivement.

Selon DUCAN cité par SYLLA Y [58] les femmes confondent généralement les métrorragies post ménopausiques, surtout si elles ne sont pas accompagnées de douleurs lombaires, avec un retour de couches .

1-10- Aspects thérapeutiques :

***Traitement chirurgical:**

Au Mali la chirurgie reste notre seul moyen de remède contre le cancer du col de l'utérus car on ne dispose pas de service de physiothérapie (radio thérapie + curiethérapie).

Dans notre étude nous avons effectué :

- 9 cas de colpohystérectomie élargie plus lymphadenectomie (Wertheim) soit 12% contre 83% pour KEÏTA S [40] et 3% pour MOUNKORO N[49].

La radiothérapie post opératoire a été effectuée chez une seule patiente et cela à Dakar après le Wertheim pour une durée de 35 jours.

- 3 cas soit 4 % ont été adressé à l'hôpital du Point G pour **chimiothérapie** qui n'a pas pu avoir lieu grâce au manque de moyen financier.

1-11- Evolution :Nous avons constaté une amélioration de l'état général chez 9,47 % des malades ,20% de décès et49,47 % sont perdues de vue.

2- CANCER DU SEIN :

2-1- l'âge :

La tranche d'âge 41-50 ans est plus représentée notre étude, comme chez AGALI WELE [3] et CAMARA K cité par AGALI W [3].

L'étude du cancer du sein selon l'âge montre deux pics de fréquence : un premier pic péri ménopausique 40-50 ans et un deuxième pic post ménopausique 60-70 ans MOUNKORO N. [49].

Selon la plus part des auteurs le cancer du sein atteint la femme entre 30 et 70 ans.

Dans notre étude nous constatons que le cancer du sein s'observe entre 30 et 70 ans avec le maximum de fréquence entre 40 et 50 ans. Il est exceptionnel avant 30 ans et après 70 ans AGALI WELE [3] .

2-2- Vie sexuelle :

La parité est un facteur important dans la genèse du cancer du sein.

Certains auteurs ont souligné le rôle protecteur de l'allaitement dans la genèse du cancer du sein.

Au Mali les femmes allaitent pratiquement toutes, parfois même au-delà de deux ans, ceci n'influe pourtant pas le cancer du sein qui vient en première position pour MOUNKORO N.[49] ; notre étude ne nous permet pas de l'affirmer à cause du petit nombre d'échantillon retrouvé.

Une première grossesse tardive est l'indice d'un risque élevé du cancer du sein ANDERSON [4].

La femme malienne se marie tôt et aspire à la multiparité. Le pourcentage du cancer du sein est élevé dans l'ensemble soit 63% pour MOUNKORO N. [49], au Mali SINE BAYO et coll trouvent que le cancer du sein représente 9,4% des cancers de la femme ; donc il est difficile d'attribué un rôle protecteur de la multiparité et la précocité du premier accouchement.

2-3- Clinique :

La découverte par la patiente elle même d'une masse dans l'un de ces seins constitue un motif habituel de consultation CONTAMANIN R, VERARD P, FERRIEUX J. cité par AGALI WELE [3] .

Cette notion est retrouvée dans notre étude pour 5 cas soit 83,33% de nos patientes contre 54 cas soit 60,7% pour AGALI WELE [3].

Nous remarquons que la majorité des patientes de notre étude ont consulté aux

Stades I et II soit 83,33% des cas, par contre pour MOUNKORA N. [49] la majorité a consulté a des stades avancés de la maladie : soit 90% stades III et IV .

V- CONCLUSION

L'enquête a été réalisée au service de gynéco – obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V de Bamako. Il s'agit d'une étude rétrospective et transversale étendue sur une période de 11 ans du 1^{er} janvier 1991 au 31 décembre 2001. La fréquence des cancers gynécologiques et mammaires est relativement élevée dans notre service. Les organes les plus touchés sont : le col de l'utérus avec 78,85 %, le sein avec 6,32 %, l'utérus avec 7,37 %, l'ovaire avec 5,26 %, et la vulve avec 2,11%. La prise en charge des malades est difficile par le fait qu'elles consultent très tardivement et que nous ne disposons pas de moyens modernes adéquats pour faire face à ce drame.

Le traitement chirurgical reste toujours la seule arme dont nous disposons. Ceci ne se conçoit qu'à un stade très précoce de la maladie.

VI- RECOMMANDATIONS

Pour diminuer la mortalité par cancers gynécologiques et mammaires : nous recommandons :

→ Aux autorités sanitaires :

*Renforcer l'institution et la vulgarisation du dépistage systématique du cancer du col de l'utérus chez les femmes en activité génitale par la pratique du frottis cervico-vaginal

- Former les tradithérapeutes à la reconnaissance précoce du cancer et les sensibiliser à la référence vers les centres de médecine moderne.
- Instaurer des structures spécialisées de prise en charge des CGM au Mali : centre de physiothérapie(radiothérapie + curiethérapie)
- Assurer un approvisionnement de ces structures spécialisées en moyens thérapeutiques adéquats des CGM.
- Assurer la formation continue des praticiens en cancérologie.

→ Au personnel:

Faire l'information, l'éducation, la communication des femmes :

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

Faire une consultation gynécologique devant toutes anomalies constatées au niveau des organes féminins.

- Rechercher et traiter correctement les infections génitales.

→ Aux femmes :

Venir précocement consulter les services spéciaux dès l'apparition des signes ou des perturbations.

VII- BIBLIOGRAPHIE

1. ALLAN M.S AND BERTIG (A.T.) :

Carcinoma of the Ovary.

Am . J. Obst. Gynecol. 1949, 58 (4) ; 640- 653 .

2. ALIHONOU E. ; A GENSSEY AHYIB. ; PERRIN P. ; DARBOUX R. ET AIHOUNZONONE

Dépistage et programme de lutte contre le cancer du col utérin au Bénin.

Deuxième conférence panafricaine sur le cancer en Afrique
Kinshasa 1989 ; 30 ; 67.

3. ALI DIT AGALI WELE:

Etude clinique du cancer du sein en chirurgie "B" de l'Hôpital National du Point G. à propos de 94 cas.

Thèse de Med. Bamako 1998 N 55.

4. ANDERSON D.E. :

Genetic study of breast cancer, Identification of high risk group.

Cancer(phil), 1974, 4, (34), 153 – 160.

5. AYME Y. et Coll .

Numéro spécial : Risque cancer chez la femme.

M.M. 1980 , n° 222, 61p.

6. AYME Y.

Quoi de neuf dans les cancers de l'endomètre.

M.M. 1985 ,n°328 ,p19.

7. BALTER J.

Cancer de l'utérus Etudes cliniques histologiques de 1092 femmes ayant un cancer du col utérin traitées dans quatre cliniques.

Périodique 1978 ; 96 ; 12 ; 1026.

8. BARRASSO R.

Nouvelles stratégies pour la prévention du cancer du col de l'utérus le dépistage du partenaire masculin à l'aide de colposcope.

Périodique ; congrès 1987 ; 15 ; 6 ; 611 ; 616.

9. BARRASSO R.

Cancer du col de l'utérus : épidémiologie et virologie périodique ; revue du praticien ISSN 1990 ; 401 ; 9 ; 11.

10. BODY G. et Coll.

Cancer de la vulve : Aspect diagnostics thérapeutiques.

A propos d'une série de 90 cas.

J. Gyn.Obst.Biol.Repr.1983 , 12 (2) , 135-145.

11. BONAFOS M. et Coll.

Les cancers génitaux de la femme algérienne.
Med. Afr.Noire,1971 , 17 (7) ; 625-728.

12. BREMOND A.

Epidémiologie du cancer du sein.
Rev. Franc.Gyneco., 1980 , 75 , (1-2), p.3-8.

13. BREMOND A. ; DARGENT D. ; GERARD J.P.

Epidémiologies descriptives du cancer du col de l'utérus
Encyclopédie des cancers dirigés par Bernard Hoern Flam,
Med, science France 1987 ; 10.

14.BURNARDT E.

Cancer intra-épithelial du col utérin : conduite à tenir.
Bull. Canc.(Paris) 1979, 66 (4) 425- 434

15.CAUDRY M.

Prophylaxie des métastases des cancers du sein.
Faut-il faire une chimiothérapie systématique ?
Gyn. 1979 , 30(5), 403-436.

16. CARTER S.K.

La chimiothérapie adjuvante du cancer du sein.
Cah . Méd.1983 , 9(9), 433 – 436.

17.CHATAL J.L . et Coll.

.Détection précoce des rechutes du cancer à risque métastatiques élevé, par le dosage séquentiel de l'antigène carcino- embryonnaire.
Ouest . Méd.1981 , 34(14) 909- 914.

18. CHAZARA CH. ; FETISSOF M. ; LANSAC M. ; SANGIAO M.

Le cancer du col : un cancer que l'on peut prévenir.
Gyn.Obst.Prat.1981 , n14 , p9-41.

19. CHEKOU SAKO A.

Etude comparée de la mortalité par cancer et par autres affections non cancéreuses dans les Hôpitaux de Dakar.
Thèse Med. Dakar 1973 n22.

20. CHIRIMWARI ET KALENGAYI

Profil épidémiologique et histopathologique des cancers gynécologiques au Zaïre.
Deuxième conférence panafricaine sur le cancer en Afrique 1989 ; 1 ; 67.

21. CLARA PELISSIER

Les signes d'appel du cancer vulvaire : inspection avant tout.
Afr. Ste.1985 . No50 . p.22-23.

22. COURTIAL .S. BREMOND A. ; AKNIN D.

Endometrectomie pour métrorragie 45 cas

Régression spontanée des condylomes plan du col utérin
Journal gynecal obst. Repro 1991 , 20 , 527 , 531.

23.DAUPLAT J. GIRAUD B.

Le cancer invasif de la vulve.
E.M.C Gyn.3, 1983 520 A 10-12.

24. DARGENT D.

Tumeurs du vagin.
E.M.C. , Paris Gynecol. 3 , 1980 , 530 A10.

25. DAVID CELLENTANE ; ANNC ; CARALS ; WEISMAN NOIL B ; ROSENSHEIN

Cervical cancer screening practices among older Women Results from the Maryland cervical cancer case control study
Journal chin epidemiol 41 , 6 , 531 , 541 , 1988.

26.DENOIX P.

Prévention et dépistage du cancer du col utérin.
Bull.canc. (Paris) 1979,66 (4) ,389-390.

27. DIAB EL HADI A.

Contribution à l'étude des cancers du col utérin en milieu africain au Sénégal.
Thèse Med. Dakar 1979, n°78.

28. DIOP D.

Contribution à l'étude de quelques facteurs d'évolutivité des cancers mammaires chez la femme et chez l'homme.
A propos de 315 cas observés à l'institut du cancer de Dakar.
Thèse Med. Dakar 1970, n°6.

29. DOI. T.

Etude clinique sur la localisation du cancer invasif du col de l'utérus
Périodique LA 1977 , 33 , 5 , 273 , 281.

30. DON A.S. ; SIMGO J. KASIA J.M. ; SHASHA W. ; BINAME F.

The management of complication of WERTHEIM Hysterectomy Abstract
congrès Yaoundé 1994 ; 1 ; 163.

31. DONDIN DEWAILLY S. ; BRISSON J. ; ROY M. ; FORTIER M. BOUCHARD C.

Cytologie cervico vaginale et condylomes – Productivité et valeurs reproductive.

Journal gynecal obst-BIOL. Reprod 1990 ; 20 ; 519 ; 524.

32. DUBOURDIEN D., HUERRE M. ; NOELLAT P. ; NOMOREDJA A. ; VIDEANT A.

Le cancer du col de l'utérus en nouvelle Calédonie de 1979 – 1988 données épidémiologique et histologique

Facteurs de risque

Période LA 1990 ; 39 ; 1 – 2 ; 15 – 21..

33.ESSOMBA R. ,MBODA S. , BELINGA P.

Le cancer à l'hôpital central de Yaoundé.

Cancerol. Trop. 1968 , 4 , 73-81.

34. GERBIE M.V.

Tumeurs malignes du vagin ; classification et traitement.

Temp. Méd. 1984 n° 151 , p.19-21.

35. GUEDDARI B.

Cancer of the nasopharynx in the northern Africa (Maghreb)

Epidemiologie approach in Maroc

Iind Panafrican conference on cancer in Africa Kinshasa

AORTIC 1989 ; 67.

36. JOHNSON M.A. BLOMFIED P.I. BEVAN I.S. YOUNG L.S.WOODMAN C.B.

Subtypes of humane Papilomavirus 16 in cervical tissue Lancet 1989; 1342.

37. KAFANDO C.

Le cancer du sein au Togo

Thès. Méd . Togo 1981, n°27.

38 . KANGA M. et Coll.

Les cancers du sein en Côte d'Ivoire.

Afr. Méd. 1979,18 ,(174) ,669-676.

39. KEITA N.;KOULIBALY M;IJAAZY, Y BALDE M.D.; DIALLO MS

Les cancers chez la femme en Guinée

Congrès de Yaoundé 1994; 165.

40. KEITA .S

Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer du col de l'utérus dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du point G (1er janvier 1992-31décembre1993) (87 cas).

41. KOÏTA .N.

Etude statistique des cancers digestifs en milieu chirurgical à Bamako. A propos de 120 cas .

Thes. Med. Bamako 1982, n°14.

42 . KOULIBALY M. A YALEMA T.; BALDE M. D. CECILLIA P;

Etude préliminaire rétrospective des pathologies cervico utérines à propos de 267 cas à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique de DONKA.

Congres de Yaoundé 1994 ; 166.

43. KREBS H.B.; HELMKAMPS B.F.

Does the traitement of genital candylamata in men decrease the treatment failure are of cervical dysplasia in the female sexual portner?

Obst-gynecol 1990 76-660.

44. M'GBAKO A. C.

Le cancer du col utérin en Côte D'ivoire. Etude anatomo-clinique et épidémiologique de 166 cas.

Thèse Méd .Abidjan 1976.

45. MILLER A.B.

Rapport on a workshops of the UICC.Projet on evaluation of screeming for cancer

International journal of cancer 1990, 46 ; 761; 769.

46. N'DAW D.

Le cancer du sein au Sénégal.

Thèse Med. Dakar 1983, n°33.

47. NELSON I.C. et Coll.

Carcinoma of the uterine cervix. A study of 864 patients.

Cancer philad. 1977 , 20, (1), p 86 -92.

48. NGOMA P.I.

Contribution à l'étude des tumeurs de l'ovaire à propos de 255 cas observés à l'hôpital Aristide Le Dantec.

Thèse Med. Dakar 1971, n°9.

49.MOUNKORO.N

Les cancers génitaux de la femme au Mali à propos de 32 cas

Thèse Med. Bamako 1985, n°12.

50. OMS

Premier essai de dépistage systématique des lésions précancéreuses du col utérin en milieu Negro African à OUAGADOUGOU.
Thèse Ph.1989 , n°57.

51. OMS**Dépistage cytologique du cancer du col**

Guide technique Genève 1989 ; 1 ; 42

52. OMS**Tendance actuelle de la recherche sur le cancer**

Guide technique
Genève 1967 ; 84 ; 24

53. ORCEL L.; BAYO S.

Aspect du dépistage cytologique des cancers cervico-uterins.
Mali-Med.1980, 3, (4), 3-7.

54. SAKHO S.

Le cancer au Sénégal.
Thèse .Méd. Dakar 1964, n° 1.

55. SANKALE M, MENYE P.A. , QUENUM C.

Aperçu général de la répartition des cancers chez le Noir Africain au Sénégal.
Union Med . du Canada 1974, 103, p, 111 – 116.

56. SANGARE et coll

Cancer du col utérin en Cote d'Ivoire. Aspect épidémiologique.
Revue médicale Cote d'Ivoire 1986; 57.

57. SYLLA Y.

Contribution à l'étude des aspects anatomo-cliniques du cancer du col utérin a Bamako (a propos de 41 cas).
These med. Bamako 1980, no186.

58. THIRY L.

Epidémiologie du cancer du col de l'utérin .
Bull . Canc. (Paris) , 1979, 66, (4), 391 – 394 .

59. TOURE. O

Contribution à l'étude de dépistage cytologique du cancer du col utérin au Mali à propos de 330 frottis cervico-vaginaux.
Thèse, Ph. Bamako, 1990, 1.

60. TRAORE A.

Les cancers génitaux féminins chez la femme noire africaine au Mali.
Thèse Med. Marseille 1980.

61. TUYNS A . J. , QUENUM C.

L'incidence des cancers dans la province du Cap – vert au Sénégal, 1979,
86 p.

62.VILANE A.

Contribution à l'étude des tumeurs de l'ovaire .
A propos de 255 cas observés à l'hôpital A Le Dantec .
Thès. Med .Dakar 1975 n°30 .

63.VILCOQ J.R. CALLER.

Le point sur le cancer du sein.
Tempo. Medical 1984, n°49 p 6 – 15

64.VILLEDIEU R. , WYPLOSZ J. , TOUBA M . F ., DESBOITS J .M.

Cancer du corps utérin .
La vie Med . 1979 , 4, 241 –250.

65. WALTON R.J. et coll.

Le dépistage du cancer du col utérin : synthèse du groupe de travail
Canadien, 1982, 111, (16) 856 – 867.

66.WATERHOUSE J. and All.

Cancer incidence in five continent, volume IV
International agency for Research on cancer.
Lyon 1982.

67.WOLFF J.P., COLIN M.C.

Cancer épidermoïde du vagin présentation de 57 cas .
Gyn. 1983 ? 36 , (Ibis), pll.

68. WYPLOSZ J. ; BRUNE D. ; VILLEUDIEU R.

Les techniques thérapeutiques dans les cancers génitaux de la femme.
La vie Med.1979, 4, 271-278.

69. WYPLOSZ J.&Coll.

Enquête sur les cancers génitaux féminins; cancer du col utérin
La vie Med. 1979 , 4 , 231-238.

70. WYPLOSZ J. ; VILLEUDIEU R. ; GOUSSIN F. ; BRUNE D.

Carcinome séreux de l'ovaire.
La vie Med.1979, 4, 255-260.1

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : RAMATA

PRENOM : SANGARE

Titre de la thèse : « *Etude des aspects épidémiologiques et cliniques des cancers gynécologiques et mammaires au centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako* » .

Année universitaire : 2002- 2003

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteurs d'intérêt : Gynéco Obstétrique, santé publique, oncologie.

RESUME

L'objectif de notre étude était d'apprécier les aspects épidémiologiques et cliniques des cancers gynécologiques et mammaires au service de gynéco – obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune V de Bamako .

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale ayant couvert la période du 1^{er} janvier 1991 au 31 décembre 2001.

Nous avons retrouvé 95cas de cancers gynécologiques et mammaires :

75cas de cancer du col soit 78,85%

6 cas de cancer du sein soit 6,32%.

5cas de cancer de l'ovaire soit 5,26%.

7 cas de cancer de l'endomètre soit 7,37%.

2cas de cancer de la vulve soit 2,11%.

Le cancer le plus fréquent a été le cancer du col avec 78,85%.

Le maximum de fréquence se situe à la tranche d'âge de 41- 50 ans.

Les principaux signes cliniques retrouvés sont : métrorragie, douleur pelvienne, leucorrhées, dyspareunie, signes urinaires, prurit, anémie, altération de l'état général.

Mots clés : *épidémiologie , cancers gynécologiques et mammaires.*

**ETUDE DES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET CLINIQUES ET
THERAPEUTIQUES DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET
MAMMAIRES AU SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE DU
CSRefCV**

IDENTIFICATIONS

- N°DOSSIER : /____/ DATE CONSULTATION : /_____/
- 1- Mode d'admission : /_____/
- 2- Adresse de la malade : /_____/
- 3- Provenance : /_____/
- 4- Age : /_____/
- 5- Ethnie : /_____/
- 6- Profession : /_____/
- 7- Statut matrimonial : /_____/
- 8- Niveau d'instruction : /_____/

ANTECEDENTS DE LA PATIENTE

- 9- Médicaux : /___/ (O/N)
- Diabète : /___/ (O/N)
 - HTA : /___/ (O/N)
 - Ictère: /___/ (O/N)
 - Bilharziose : /___/ (O/N)
 - Autres: /_____/
- 10- Familiaux: /___/ (O/N)
- 11- Chirurgicaux : /___/ (O/N)
- Type d'intervention : /_____/

*** Gynéco-obstétrique**

- 12- Ménopause : /___/ (O/N)
- 13- Cycle régulier : /___/ (O/N)
- 14- Leucorrhée : /___/ (O/N)

- 15- Prurit : /___/ (O/N)
 16- Dysménorrhée : /___/ (O/N)
 17- Dyspareunie : /___/ (O/N)
 18- Contraception : /___/ (O/N)
 19- Gestité : /_____/
 20- Parité : /_____/
 21- Age 1^{er} rapport : /___/
 22- Avortement: /___/ (O/N)
 23- Autres : /_____/

*** Habitudes alimentaires**

- 24- Alcool : /___/ (O/N)
 25- Tabac: /___/ (O/N)
 26- Café : /___/ (O/N)
 27- Cola : /___/ (O/N)
 28- Sucre : /___/ (O/N)
 29- Graisse : /___/ (O/N)
 30- Autres: /_____/

STRATEGIE DIAGNOSTIQUE

CANCER DU COL

Clinique

- 31- Métrorragie : /___/ (O/N)
 32- Douleur pelvienne : /___/ (O/N)
 33- Leucorrhée : /___/ (O/N)
 34- Dyspareunie : /___/ (O/N)
 35- Signes mineurs : /___/ (O/N)
 36- Prurit : /___/ (O/N)
 37- Anémie : /___/ (O/N)
 38- AEG : /___/ (O/N)
 39- Autres: /_____/

Biologie

- 40- Cytologie: /_____/
 41- Examen anatomopathologique : /_____/
 42- Autres : /_____/
 43- Radiographie : /_____/

Classification

- 44- Type histologique : /___/ (1=carcinome, 2=mélanome, 3=sarcome, 4=autre)
 - Autres à préciser : /_____/
 45- Stade évolutif selon FIGO : /___/

CANCER DU SEIN**Clinique**

- 45- Œdème mammaire : /___/ (O/N)
 46- Erythème : /___/ (O/N)
 47- Aspect de peau d'orange : /___/ (O/N)
 48- Ulcération cutanée : /___/ (O/N)
 49- Nodule : /___/ (O/N)
 50- Syndrome prémenstruel: /___/ (O/N)
 51- Adénopathies sus-claviculaires : /___/ (O/N)
 52- Adénopathies axillaires : /___/ (O/N)
 53- Galactorrhées : /___/ (O/N)
 54- Ecoulement sanglant isolé : /___/ (O/N)
 55- Autres à préciser : /_____/

Biologie

- 56- Cytologie: /_____/
 57- Examen anatomopathologique : /_____/
 58- Autres : /_____/

- 59- Radiographie : /_____/
 60- Echographie : /_____/
 61- Mammographie : /_____/

Classification

- 62- Type histologique : /___/ (1=carcinome, 2=mélanome, 3=sarcome,
 4=adénocarcinome, 5=autre)
 - Autres à préciser : /_____/
 63- Stade évolutif selon TNM : /___/

CANCER DE LA VULVE

Clinique

- 64- Prurit : /___/ (O/N)
 65- Nodule vulvaire : /___/ (O/N)
 66- Présence de lésion de lickénification : /___/ (O/N)
 67- Autres: /_____/

Biologie

- 68- Cytologie: /_____/
 69- Examen anatomopathologique : /_____/
 70- Autres : /_____/

Classification

- 71- Type histologique : /___/ (1=carcinome, 2=mélanome, 3=sarcome,
 4=adénocarcinome, 5=autre)
 - Autres à préciser : /_____/
 72- Stade évolutif selon FIGO : /___/

CANCER DE L'OVAIRE

Clinique

- 73- Masse abdomino-pelvienne : /___/ (O/N)
 74- Douleur pelvienne : /___/ (O/N)
 75- Ascite : /___/ (O/N)
 76- Aménorrhées / métrorragie : /___/ (O/N)
 77- Autres: /_____/

Biologie

- 78- Biologie : /_____/
 79- Echographie abdominale : /_____/
 80- Autres : /_____/

Classification

- 81- Type histologique : /___/ (1=carcinome, 2=mélanome, 3=sarcome,
 4=adénocarcinome, 5=autre)
 - Autres à préciser : /_____/
 82- Stade évolutif selon FIGO : /___/

CANCER DU VAGIN

Clinique

- 83- Métrorragie : /___/ (O/N)
 84- Leucorrhée : /___/ (O/N)
 85- Dyspareunie : /___/ (O/N)
 86- Tumeur : /___/ (O/N)
 87- Prurit : /___/ (O/N)
 88- Autres: /_____/

Biologie

- 89- Cytologie: /_____/
 90- Examen anatomopathologique : /_____/
 91- Autres : /_____/

Classification

- 92- Type histologique : /___/ (1=carcinome, 2=mélanome, 3=sarcome,
 4=adénocarcinome, 5=autre)
 - Autres à préciser : /_____/
 93- Stade évolutif selon FIGO : /___/

CANCER DE LA TROMPE**Clinique**

- 94- Douleur abdominale basse : /___/ (O/N)
 95- Masse annexielle : /___/ (O/N)
 96- Hydrohématorrhée de décharge : /___/ (O/N)
 97- Ascite : /___/ (O/N)
 98- Autres: /_____/

Biologie

- 99- Cytologie: /_____/
 100- Examen anatomopathologique : /_____/
 101- Autres : /_____/

Classification

- 102- Type histologique : /___/ (1=carcinome, 2=mélanome, 3=sarcome,
 4=autre)
 - Autres à préciser : /_____/
 103- Stade évolutif selon FIGO : /___/

CANCER DE L'ENDOMETRE

Clinique

- 104- Syndrome prémenstruel : /___/ (O/N)
 105- Métrorragies : /___/ (O/N)
 106- Leucorrhées purulentes : /___/ (O/N)
 107- Age de la puberté : /___/ (O/N)
 108- Age de la ménopause : /_____/

Biologie

- 109- Frottis de dépistage : /_____/
 110- Autres : /_____/
 111- Radiographie : /_____/
 112- Echographie : /_____/

Classification

- 113- Type histologique : /___/ (1=carcinome, 2=mélanome, 3=sarcome, 4=adenocarcinome, 5=autre)
 - Autres à préciser : /_____/
 114- Stade évolutif selon FIGO : /___/

STRATEGIE THERAPEUTIQUE

- 115- Chirurgie : /_____/
 116- Chimiothérapie : /_____/
 117- Radiothérapie : /___/ (O/N)
 118- Durée traitement : /___/

DEVENIR DE LA MALADE

- 119- Etat général : /_____/
 120- Evolution : /_____/