

Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie du Mali

ANNEE -1985

N° 12

Les Cancers genitaux de la femme au Mali (A propos de 32 cas)

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 4/10 1985 devant l'Ecole Nationale de Médecine
et de Pharmacie du Mali.

Par Niani MOUNKORO

pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine**
(Diplôme d'Etat)

Examineurs :

PRESIDENT :	Professeur L P Doutra
MEMBRES :	Professeur Mamadou Dembélé
	Professeur Sine Bayo
	Docteur Amadou Ingré Dolo

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE ACADEMIQUE 1984 - 1985

- - - - -

Directeur Général.....	Professeur Aliou BA
Directeur Général Adjoint.....	Professeur Bocar SALL
Conseiller Technique	Professeur Philippe RANQUE
Secrétaire Général.....	Monsieur Demba DOUCOURE
Economiste.....	Monsieur Philippe SAYE

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Docteur MILLIET.....	O.R.L.
Professeur Francis MIRANDA.....	BIOCHIMIE
Professeur Alain GERAULT	BIOCHIMIE
Professeur Michel QUILICI	IMMUNOLOGIE
Docteur François ROUX	BIOPHYSIQUE
Professeur Humbert GIONO-BARBER.....	PHARMACODYNAMIE
Professeur Oumar SYLLA.....	PHARMACIE CHIMIQUE
Docteur Jean REYNIER.....	PHARMACIE GALENIQUE
Docteur Mlle. Marie Hélène ROCHAT.....	PHARMACIE GALENIQUE
Docteur Gy BECHIS.....	BIOCHIMIE
Docteur Mme. GIONO-Paulette BARBER.....	ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE HUM.
Monsieur El Hadj Maktar WADE.....	BIBLIOGRAPHIE

PROFESSEURS RESIDANT A BAMAKO

Professeur Aliou BA.....	OPHTALMOLOGIE
Professeur Bocar SALL.....	ORTHOPEDIE-TRAUMATOLOGIE
Professeur Philippe RANQUE.....	PARASITOLOGIE
Professeur Mamadou DEMBELE	CHIRURGIE GENERALE
Professeur Souleymane SANGARE.....	PNEUMO-PHTISIOLOGIE
Professeur AG-RHALY.....	MEDECINE INTERNE
Professeur Aly GUINDO.....	GASTRO-ENTEROLOGIE
Professeur Mamadou Kouréissi TOURE	CARDIOLOGIE
Professeur Yaya FOFANA	HEMATOLOGIE
Professeur Mamadou Lamine TRAORE.....	CHIRURGIE GENERALE-MED.LEGAI
Professeur Abdel Karim KOUMARE	ANATOMIE-CHIRURGIE GENERALE
Professeur Ag. Mahamane MAIGA.....	NEPHROLOGIE

Professeur Bréhima KOUMARE.....MICROBIOLOGIE
 Professeur Sinè BAYO.....HISTO-EMBRYOLOGIE-
 ANATOMIE-PHATOLOGIE
 Professeur Bouba..... BACTERIOLOGIE
 Professeur Moussa ARAMA..... CHIMIE ORGANIQUE-ANALYT.
 Professeur Niamanto DIARRA..... MATHÉMATIQUES
 Professeur N'Golo DIARRA..... BOTANIQUE
 Professeur Salikou SANOGO..... PHYSIQUE
 Professeur Mamadou KOUMARE..... PHARMACOLOGIE MATIERE-ME
 Professeur Sidi Yaya SIMAGA..... SANTE PUBLIQUE
 Professeur Souleymane TRAORE..... PHYSIOLOGIE GENERALE
 Professeur Yéya Tiémoko TOURE..... BIOLOGIE
 Professeur Amadou DIALLO..... GENETIQUE-ZOOLOGIE

ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Abderhamane Sidèye MAIGA..... PARASITOLOGIE
 Docteur Sory Ibrahima KABA..... SANTE PUBLIQUE
 Docteur Balla COULIBALY..... PEDIATRIE
 Docteur Boubacar CISSE..... DERMATO-LEPROLOGIE
 Docteur Issa TRAORE..... RADIOLOGIE
 Docteur Sidi Yéya TOURE..... ANESTHESIE-REANIMATION
 Docteur Baba KOUMARE..... PSYCHIATRIE
 Docteur Jean Pierre COUDRAY..... PSYCHIATRIE
 Docteur Ali Nouhoum DIALLO..... MEDECINE INTERNE
 Docteur Mamadou Marouf KEITA..... PEDIATRIE
 Docteur Toumani SIDIBE..... PEDIATRIE
 Docteur Moussa TRAORE..... NEUROLOGIE
 Docteur Eric PICHARD..... SEMIO.MEDICALE HEMATOLOG
 Docteur Gérald GROSSETETE..... DERMATO-LEPROLOGIE
 Docteur Marc JARRAUD..... GYNECO-OBSTETRIQUE
 Docteur Bénitiéni FOFANA..... GYNECO-OBSTETRIQUE
 Docteur Mme. SY Aïda SOW..... GYNECO-OBSTETRIQUE
 Docteur Amadou Ingré DOLO..... GYNECO-OBSTETRIQUE
 Docteur Kalilou OUATTARA..... UROLOGIE
 Docteur Mamadou Lamine DIOMBANA..... STOMATOLOGIE
 Docteur Massaoulé SAMAKE..... GYNECO-OBSTETRIQUE
 Docteur Salif DIAKITE..... GYNECO-OBSTETRIQUE
 Docteur Abdou Alassane TOURE..... SEMIO-CHIRURGICALE

Docteur Djibril SANGARE.....	CHIRURGIE
Docteur Sambou SOUMARE.....	CHIRURGIE
Docteur LE DU.....	PARASITOLOGIE
Docteur Moussa Issa DIARRA.....	BIOPHYSIQUE
Docteur Mme. THIAM Aïssata SOW.....	BIOPHYSIQUE
Docteur Daouda DIALLO.....	CHIMIE MINERALE
Docteur Abdoulaye KOUMARE.....	CHIMIE GENERALE - ORGANIQUE-ANALYTIQUE
Docteur Hamma Cissé.....	CHIMIE GENERALE
Docteur Sanoussi KONATE.....	SANTE PUBLIQUE
Docteur Georges SOULA.....	SANTE PUBLIQUE
Docteur PASCAL.....	SANTE PUBLIQUE
Docteur Boubacar Cisse.....	TOXICOLOGIE
Docteur Elimane MARIKO.....	PHARMACODYNAMIE

CHARGES DE COURS

Docteur Générald TRUSCHEL.....	ANATOMIE-SEMILOGIE CHIRURGICALE
Docteur Boulkassoum HAIDARA.....	GALENIQUE
Docteur Boubacar KANE.....	GALENIQUE
Professeur Souleymane TRAORE.....	PHYSIOLOGIE GENERALE
Docteur Abdoulaye DIALLO.....	GESTION
Docteur Bakary SACKO.....	BIOCHIMIE-
Docteur Souleymane DIA.....	PHARMACIE CHIMIQUE
Docteur Modibo DIARRA.....	BIOCHIMIE-NUTRITION
Docteur Jacqueline Cisse.....	BIOLOGIE ANIMALE
Monsieur Cheick Tidiani TANDIA.....	HYGIENE DU MILIEU
Monsieur Ibrahim CAMARA.....	HYGIENE DU MILIEU

JE DEDIE CE TRAVAIL :

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE FEU KESSERY MOUNKORO

Que la mort a prématurément arraché
à l'affection de toute la famille.

Que la terre lui soit légère.

A MON PERE KOUAKOUA MOUNKORO

Qui a toujours été pour moi un exemple
de travail et de courage.

Mon ambition est de l'imiter dans l'exer-
cice de ma profession.

En témoignage de mon profond amour
filial.

A MA MERE ET A MES TANTES

Soyez assurées du témoignage de ma
profonde gratitude et de toute mon affection.

A MON FRERE SONOU MOUNKORO

A MON BEAU FRERE NYASSIAN DEMBELE

Merci pour votre contribution.

A MES FRERES ET SOEURS TOUJOURS A MES COTES

Qu'ils acceptent ce travail comme le
symbole^{de}/mon profond amour envers eux.

A MM. GREGOIRE MOUNKORO ET PIERRE MOUNKORO

Merci infiniment pour votre contribution
et vos conseils: combien utiles.

A TOUS MES AMIS QUE JE NE PUIS CITER DE PEUR D'EN OUBLIER

Toute ma sympathie.

A TOUTE LA PROMOTION (1979-1985) DE L'E.N.M.P.

En souvenir de nos passées ensemble et
pleines d'amitié.

AU PERSONNEL DE L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

AU PERSONNEL DES HOPITAUX

Merci pour votre collaboration.

A MM. BOURAMA TRAORE, ADAMA TRAORE ET FAMILLES

Toute ma reconnaissance.

A MM. ALI KODIO et ALDIOUMA KODIO

Merci pour votre Aide.

AU PROFESSEUR AGREGE SAMBOU SOUMARE ET FAMILLE

Vous nous avez toujours reçu avec courtoisie et amabilité et prodigué de prodigué de judicieux conseils au cours de l'élaboration de cette thèse.

Ce travail est aussi le votre.

Veillez croire à notre respectueuse gratitude.

AU DOCTEUR L. KOLTA

A Mr. PHILIPPE SAYE

Merci pour votre contribution à la réalisation de ce travail.

AU PRESIDENT DE NOTRE JURY

Monsieur le Professeur L.P. DOUTRE
Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Membre de l'Académie de Chirurgie.

Nous apprécions avec respect , la
disponibilité dont vous faites preuve pour
venir présider ce Jury de Thèse.

Puisse votre grande expérience
chirurgicale nous servir de lumière dans
l'exercice de nos fonctions futures./.-

A NOTRE MAITRE DE THESE

Monsieur le Professeur Mamadou DEMBELE
Ministre de la Santé Publique et des
Affaires Sociales.

Qui a bien voulu nous confier
ce travail.

Votre probité morale, votre
honnêteté et votre sens du devoir
seront pour nous une source
inépuisable d'inspiration./.-

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Monsieur le Professeur Sinè BAYO
Chef du Laboratoire d'Histo-Pathologie
de l'I.N.R.S.P.

Nous sommes très sensibles à
l'honneur que vous nous faites de siéger
à notre Jury.

Vous avez su par votre enseignement
dynamique et pratique nous montrer l'import-
tance de l'anatomie pathologie .

Votre amour pour le travail, votre
esprit d'abnégation et rigueur font de vous
un Maître écouté, respectueux et respecta-
ble.

Monsieur le Docteur Amadou I.DOLO
Assistant-Chef de Clinique de
Gynéco-Obstétrique à l'École Nationale
de Médecine et de Pharmacie du Mali.

Votre simplicité et la gentillesse
de votre abord, font de vous un maître
admirable.

En acceptant de nous juger, vous
nous donnez l'occasion une fois de plus
de vous témoigner toute notre profonde
gratitude./.

S O M M A I R E

INTRODUCTION..... 1 à 2

DEFINITION ET LIMITE DU SUJET 3

RAPPEL EPIDEMIOLOGIQUE ET ETIOLOGIQUES..... 4 - 16

RAPPEL DIAGNOSTIQUE..... 17 - 36

RAPPEL ANATOMO-PATHOLOGIQUE..... 37 - 44

RAPPEL METHODES THERAPEUTIQUES 45 - 84

MATERIEL ET METHODE DE TRAVAIL..... 85 - 87

ETUDE DE NOS OBSERVATIONS 88 - 139

COMMENTAIRES..... 140 - 160

CONCLUSION..... 161 - 162

BIBLIOGRAPHIE 163 - 176

Pages

I N T R O D U C T I O N

L'idée que le cancer était exceptionnel chez le Noir Africain, a prévalu pendant longtemps. ORTHOLAN (104) en 1909 pouvait écrire " En Afrique pour les régions exclusivement tropicales, nous n'avons trouvé mentionnées dans aucun travail, des observations de néoplasmes malins chez les différentes races".

Cette idée a été abandonnée au fur et à mesure que l'implantation hospitalière s'est développée.

Après l'identification des grandes endémies, les médecins purent se consacrer à d'autres maladies comme le cancer, dont l'existence en Afrique est devenue une réalité.

LEDENTU (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'A.O.F. 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 CAMAIN R. poursuivant le travail, 1182 cancers relevés chez des Africains ont été analysés histologiquement.

Les trois quarts de ces cancers provenaient de Dakar (Sénégal) et les autres du Mali, de la Guinée, de la Côte d'Ivoire, du Dahomey, du Niger, du Togo et de la Haute Volta.

De très nombreux travaux par la suite ont eu pour objet l'étude du cancer en Afrique (20, 42, 50, 87, 93, 118.)

De ces nombreuses études, il résulte que :

- La physionomie du cancer en Afrique est différente de celle des pays tempérés, tous les types de cancer pouvant être observés, mais certains sont prédominants nettement (cancer du foie);

- Chez la femme, les tumeurs malignes les plus fréquentes sont le cancer du sein, le cancer du col utérin, le cancer de la peau non compris les mélano-cancers représentent plus de 48 % des cancers féminins.

Au cours de ces dernières années divers travaux ont été consacrés aux cancers génitaux féminins en Afrique.

Dans l'Ouest Africain : au Sénégal (41 , 44, 96, 116, 128, 131, 146), au Togo (71 , 74), en Côte d'Ivoire (72, 81), au Mali deux thèses ont traité de certains aspects de ces cancers génitaux féminins (133, 136).

Il faut noter que :

- le petit nombre d'études sur la fréquence réelle de ces affections,

- les particularités du diagnostic chez des malades longtemps ignorant leur affection (car le cancer n'est encore pas devenu " la hantise " comme on le voit en Asie, en Europe et en Amérique),

- l'existence de facteurs hormonaux et étiopathogéniques spécifiques aux conditions de vie des femmes de notre pays,

- le traitement souvent limité à la seule chirurgie constituent autant de raisons justifiant qu'au Mali, une étude soit menée sur ce sujet.

Nous avons donc traité de ce sujet pour non seulement en dégager le profil général dans nos établissements hospitaliers (Hôpital du Point-"G" et de Gabriel TOURE), mais encore d'évaluer les possibilités thérapeutiques et surtout préventives.

Nous allons consacrer la première partie de ce travail à une étude générale de ces affections selon les données classiques; dans la deuxième partie nous présenterons nos observations et nous consacrerons la dernière partie aux commentaires que nous a inspiré notre étude.

DEFINITION ET LIMITES DU SUJET

Les cancers génitaux de la femme sont les cancers qui affectent les organes génitaux féminins : Sein, Utérus et Annexes, Vulve et Vagin.

Nous avons exclu de cette étude les cancers métastatiques, le chorioépithéliome et les sarcomes.

Les tumeurs hypophysaires et surrenaliennes qui ont une répercussion certaine sur les organes génitaux n'ont pas intéressé cette étude.

En fait, nous avons limité notre étude aux différents cancers génitaux rencontrés dans les Hôpitaux de la capitale pendant une période limitée.

EPIDEMIOLOGIE ET ETIOLOGIES

I. FREQUENCES GLOBALE DES CANCERS GENITAUX FEMININS

I.1. Europe :

L'incidence des cancers génitaux et mammaires est forte en Europe. Elle est plus élevée pour le sein que pour les autres organes génitaux(116 , 155).

Le record mondial de l'incidence du cancer du sein se situe au Danemark (21).

I.2. Etats Unis :

Les cancers génitaux sont encore plus fréquents aux U.S.A. qu'en Europe. Ils sont plus fréquents dans les villes que dans les campagnes (116).

L'incidence relative standardisée est en Californie (155):

- Pour la population noire de 67,2 pour le sein
20,5 pour le col utérin
- Pour la population blanche de 73,2 pour le sein
10,3 pour le col utérin

A San Francisco cette incidence est :

- Dans la population noire de 64,1 pour le sein
19,5 pour le col utérin
- Dans la population blanche de 83,7 pour le sein
10,7 pour le col utérin

Ceci prouve qu'il y a plus cancers du sein dans la population blanche , le cancer du col plus fréquent dans la population noire aux Etats Unis.

I.3. Asie :

L'incidence des cancers génitaux est faible en Asie. Cependant:

- Au moyen orient (Israël) on note peu de cancers du col et beaucoup de cancers du sein (155).

- En extrême orient (Japon) par contre peu cancers du sein et beaucoup de cancers du col.

Selon ROUQUETTE & Coll. (116) " lorsque la mortalité par cancer de l'utérus diminue dans un pays, la mortalité par cancer du sein a tendance au contraire à y augmenter."

I.4. 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 (96 , 117).

Parmi les localisations les plus fréquentes de cancers chez la femme au Sénégal se trouvent en tête ^{ceux} des organes génitaux (118)

Le Tableau ci-dessous emprunté à DIAB ELHADI (44) permet de mieux cerner la physionomie du cancer des organes génitaux et mammaires féminins en Afrique noire.

TABLEAU : Fréquence relative standardisée pour (ASCAR) de diverses localisations de cancer dans six aires géographiques en Afrique au Sud du Sahara.

LOCALISATION	P A Y S					
	Sénégal Dakar	Mozambi- que.	Nigéria	Afrique du Sud	Ouganda	Congo- Brazzaville
SEIN	16,25%	2,3 %	15,6%	10,1 %	09,7 %	12,8 %
COL UTERIN	14,69%	20,5%	16,3%	37,3 %	23,9 %	18,2 %
CORPS UTERIN	01,34%	01,8%	-	0,2 %	03,9 %	03,3 %
AUTRES PARTIES DE L'UTERUS	02,08%	-	05,6%	02 %	01,8%	0,9 %
UTERUS NON SPECIFIE	0,31 %	-	-	0,6%	0 %	01,5 %
OVAIRE	05,49 %	-	10 %	04,9 %	7,8 %	03,8 %

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 d'Afrique du Sud où il atteint 37,3 %.

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

I.5. Conclusion :

La particularité des cancers génitaux et mammaires féminins réside dans le fait que l'organe le plus souvent atteint peut changer selon le pays et même l'appartenance raciale.

En Afrique, comme la plupart des pays, le sein et l'utérus sont les plus fréquemment atteints.

Au Mali une étude multicentrique et globale serait d'un intérêt capital pour préciser la fréquence exacte des cancers génitaux et mammaires féminins et ainsi que les facteurs divers les influençant.

II. FREQUENCE DES CANCERS GENITAUX FEMININS AU MALI

Les études épidémiologiques sont difficiles au Mali en raison de l'étendue du territoire, d'une importante dispersion de la population à prédominance rurale qui fréquente de préférence les praticiens et de la faiblesse des moyens diagnostiques et thérapeutiques .

C'est en partie à cause de ces difficultés que les enquêtes ont toujours été effectuées dans les hôpitaux nationaux de Bamako.

Les différents travaux tendent à montrer une augmentation des cancers génitaux et mammaires de la femme au Mali. En effet :

II.1. La Thèse du Dr.A. TRAORE (136) consacrée à l'étude des cancers génitaux féminins à Bamako sur une période de 7 ans (de 1972 à 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'I.N.B.H..

Sur cet effectif 33 cancers intéressent le sein ,

191 cancers intéressent l'appareil génital dont

132 cancers du col (69,1 %)

26 cancers de l'ovaire (13,6%)

20 cancers de l'utérus (10,6%)

8 cancers de la vulve (4,1 %)

5 cancers du vagin (2,6 %)

II.2. La Thèse du Dr. Y. SYLLA (133) basée sur les aspects anatomo-cliniques du cancer du col utérin à Bamako au cours de la période 1979-1980 donne la 2ème 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'I.N.B.H.

II.3. La Thèse du Dr. N. KOITA (75) sur une période de 6 ans et 8 mois (1976-1982) place également les cancers génitaux en 2ème position de la pathologie cancéreuse au Mali (après le cancer du tube digestif)

Pour 162 cancers recensés durant la même période :

- 120 sont situés sur le tube digestif (74,07 %)
- 26 intéressent l'appareil génital féminin et se répartissent comme suit :
 - . 12 cancers du sein 7,4 %
 - . 12 cancers du col utérin 7,4 %
 - . 1 cancer de l'ovaire 0,62 %
 - . 1 cancer de la vulve 0,62 %

Les cancers de la trompe et du vagin ainsi que les cancers du corps de l'utérus n'ont pas été observés au cours de cette étude.

II.4. Conclusion :

Cette étude essentiellement pratiquée à Bamako et basée sur l'expérience de deux Services nationaux seulement, en dehors de toute participation des centres de P.M.I. (protection maternelle et infantile) et de Maternité, présente les inconvénients d'un abord limité des problèmes épidémiologiques .

Cependant l'avantage de ce travail concerne les points suivants:

- Souligner la fréquence des cancers génitaux féminins dans les hôpitaux de la capitale;
- Souligner l'importance et en même temps l'insuffisance du traitement chirurgical seul employé pour nos malades;
- Prouver la nécessité de faire un diagnostic précoce, basé sur la clinique et l'histologie afin de mettre en oeuvre un traitement chirurgical à visée curatrice.

III. ETIOLOGIES

A. LE CANCER DU SEIN :

1. L'âge :

Le cancer du sein est une affection de l'âge mûr, le maximum de fréquence se situe entre 40 et 50 ans (118, 137, 160).

Le cancer du sein est classiquement rare avant 30 ans (59). Il se manifeste fréquemment vers 45-50 ans et même 55 ans.

2. Facteurs socio-économiques :

On peut admettre que le cancer du sein est plus fréquent et plus précoce chez les femmes d'un niveau élevé sur le plan socio-économiques et peut-être culturel (148).

3. Facteurs métaboliques :

Quelques corrélations significatives existent entre le cancer du sein et les habitudes alimentaires :

- association avec artéro-sclérose surtout après 53 ans;
- association nette avec la consommation de graisses et de sucres surtout pour le groupe d'âge 65-69 ans (63).

De WAARD 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 les poids excédentaires engendrent la perturbation des échanges hormonaux.

4. 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 nulliparité ou premier enfant après 30 ans est un risque majeur (5) .

Contrairement aux observations faites dans les pays développés où la fréquence des allaitements maternels est inversement proportionnelle à celle des cancers du sein, chez la femme africaine la fréquence des allaitements au sein serait directement proportionnelle à celle des cancers mammaires (97).

5. Facteurs héréditaires :

Plusieurs auteurs dont WAALER en Norvège (1932), JACOBSEN au Danemark (1946), PENROSE et Coll. en Angleterre (1928) et récemment aux U.S.A. (3, 78) concluent :

qu'une mère cancéreuse 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 bilatérale.

Certains auteurs dont HEMS (63) trouvent une relation positive entre le cancer du sein et le groupe sanguin A, mais NEWELL la nie.

6. 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 (48). Chez la souris, le virus, M.M.T.V. (Murine, 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 les A R N du M M T V.

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.

7. Influence des lésions mammaires pré-existantes :

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 atypiques canalaire ou lobulaires s'accompagnent de risques bien plus élevés. Ce sont de véritables lésions précancéreuses (15)

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

B. LE CANCER DU COL UTERIN

1. L'âge :

Le cancer du col se rencontre surtout entre 30 et 40 ans (64).

2. Facteurs étiologiques en rapport avec l'activité sexuelle :

Le cancer du col est fréquent chez les femmes ayant commencé les rapports sexuels pendant l'adolescence (29 , 115 , 154). La pluralité des partenaires augmente le risque.

Souvent il s'agira d'une femme mariée jeune dont la parité est précoce et multiple (64, 116 , 162).

Le spermatozoïde aurait un rôle non négligeable dans la genèse du cancer du col utérin et ce d'autant plus que le premier rapport sexuel a lieu au jeune âge (29, 135).

Le Spermatozoïde est un vecteur d'A D N qui excité les divisions cellulaires des tissus en métaplasie active, ce qui est le cas de l'épithélium cervical en période post-pubertaire ou de grossesse. Des expériences animales ont montré que l'A D N spermatique se localise * dans les noyaux des cellules de l'épithélium du col (29, 33).

3. Rôle du niveau socio-économique :

Le cancer du col se rencontre fréquemment chez les femmes d'un bas niveau socio-économique ayant commencé très tôt les rapports sexuels (29 , 116). C'est au niveau de cette couche sociale que la multiparité est la plus élevée, la sexualité la plus précoce et les infections génitales les plus fréquentes.

Certains auteurs dont ROTKIN (115) 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 risque les plus importants.

4. Rôle des infections génitales :

Le virus herpétique type II en agissant sur l'ectopie péri-orificielle provoque un remaniement métaplasique (135).

Ce processus de transformation est fragile et les agents carcinogènes trouveront un terrain favorable pour dévier cette évolution vers la dysplasie et le cancer.

Le trichomonas vaginalis a été accusé. La majorité des travaux aboutissent à la conclusion selon laquelle il y a une simple association entre le trichomonas et la dysplasie cervicale (86, 102).

5. Les états pré-cancéreux :

La carcinogénèse 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 pré-cancéreuses seraient essentiellement constituées par les dysplasies bien connues depuis les travaux d'HINSELMANN et définies par GOMPEL comme " toutes les lésions de muqueuse malpighienne caractérisées par la présence d'anomalies 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.

6. Conclusion :

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

Ce sont les femmes multipares appartenant aux couches sociales les plus défavorisées ayant commencé précocement leur vie sexuelle, mariées très jeunes, exposées à des infections gynécologiques répétées et variées avec une plus grande attention pour celles qui ont eu de nombreux partenaires.

C. CANCER DU CORPS UTERIN :

1. L'âge :

Le cancer de l'endomètre est plus fréquent au cours de la 6^{ème} décade, mais surtout il touche toutefois 2,5 % des femmes avant 40 ans.

2. La parité :

Le cancer de l'endomètre est plus fréquent chez les célibataires (15) .

Selon la plupart des auteurs (5, 6, 151), une femme sur quatre au moins atteinte de cancer de l'endomètre est nulligeste. Il est intéressant de noter certains antécédents : ménopause tardive, règles irrégulières (suite à une stimulation d'oestrogène prolongée) et la stérilité.

3. L'obésité, le diabète et l'hypertension artérielle :

Ces trois facteurs étiologiques forment la triade classique rencontrée chez de nombreuses malades porteuses d'un cancer de l'endomètre.

4. L'âge de la ménopause :

La ménopause est pour la plupart des auteurs, plus tardive chez les malades atteintes d'un cancer de l'endomètre, témoignant d'une oestrogenie persistante.

5. Les troubles hormonaux :

L'excès d'oestrogènes peut-être d'origine endogène, lors de sécrétions ovariennes anormales, ou d'origine exogène, lors d'une oestrogenothérapie substitutive par exemple.

Cet excès oestrogenique provoque une hyperplasie de l'endomètre dont la prévention est normalement assurée par la progestérone.

Selon ZIEL et FINKLE cités par WYPLOSZ et Coll.(151) la prise d'oestrogène 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.

6. L'Hyperplasie et la polypose de l'endomètre :

Hyperplasie et polypose de l'endomètre 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 3 au bout de 10 ans (17).

Selon PETERSON et NOVAK cités par WYPLOSZ (151), le polype corporel est dans 15 % des cas accompagné d'un cancer de l'endomètre.

7. La pilule :

La relation entre pilule et cancer de l'endomètre a jusqu'ici été peu étudiée. Parmi les pilules, seules les contraceptifs séquentiels, ont été incriminés (17) essentiellement en cas de traitement prolongé, à doses élevées (supérieures à 30 microgrammes) d'une façon continue et sans traitement progestatif associé.

D. CANCER DE LA TROMPE :

Ils sont peu connus et reposent sur deux notions essentielles: le terrain et la parité.

1. Le terrain :

Il s'agit de femmes aux alentours de la ménopause ou ménopausées. La majorité des cancers de la trompe s'observe entre 40 et 60 ans.

2. La parité :

Elle joue un rôle discuté. La 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.

Certains de ces papillomes sont susceptibles de dégénérescence, et l'on a pu découvrir des formes de passage métaplasiques.

E. CANCER DE L'OVAIRE :

1. La fréquence :

RANDALL et HALL, lors d'une enquête concernant l'état de New York en 1952, annonçaient que pour 100.000 habitants 10 décès étaient dus aux cancers de l'ovaire. Ce qui représente, selon cette étude, un taux de mortalité compris entre celui du cancer du col utérin et celui du cancer du corps de l'utérus.

ALLAN et HERTIG (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 (101) (60 cancers de l'ovaire sur 1001 tumeurs ovariennes).

2. L'âge :

Selon tous les auteurs, l'âge n'est pas caractéristique. Cependant GELLE a montré que plus de 80 % des femmes atteintes ont plus de 40 ans.

On rencontre les cancers de l'ovaire à tout âge même chez l'enfant. SCHWEISGUTH et Coll. (120) de l'Institut Gustave Roussy ont décrit 36 observations de tumeurs malignes de l'ovaire chez l'enfant.

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.

3. Origine :

Nombreux auteurs pensent que les cancers de l'ovaire se développent 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.

De ce fait s'il est difficile d'affirmer l'origine secondaire des cancers de l'ovaire sur bien 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.

F. CANCER DE LA VULVE :

Le cancer vulvaire représente 3 à 5 % des cancers génitaux de la femme (40 , 113).

1. L'âge :

Classiquement c'est une affection de la 6ème décade. L'âge moyen de survenue est de 65 ans, mais il est fréquent de le rencontrer chez des femmes beaucoup plus âgées.

2. Le terrain hormonal :

L'obésité, le diabète sont rencontrés, mais c'est surtout la carence oestrogenique 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 impregnation oestrogénique écourtée ou diminuée: femme castrée, puberté tardive, ménopause précoce.

3. Facteurs infectieux :

Parallèlement aux facteurs hormonaux on a évoqué plus récemment des facteurs vénériens mais surtout viraux.

- On connaît 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 des cancers de la vulve ont été observés chez des femmes jeunes qui avaient été antérieurement traitées pour condylomes.

4. Les états précancéreux :

La compréhension des dystrophies vulvaires a considérablement progressé . Le lichen scléro-atrophique, le kraurosis vulvae et la leucoplasie sont à considérer comme inquiétants lorsqu'ils sont le siège d'une hyperplasie surtout atypique (38.).

G. CANCER DU VAGIN :

1. L'âge :

La fréquence du cancer du vagin augmente régulièrement avec l'âge. On retient que dans l'ensemble des statistiques, l'âge moyen des malades se situe entre 50 et 65 ans (113) et que les femmes de plus de 50 ans représentent généralement plus des 3/4 de l'effectif.

2. Facteurs prédisposants :

Les antécédents sexuels et obstétricaux ne semblent pas influencer le cancer du vagin.

On évoque le rôle favorisant des traumatismes : point d'appui d'un pessaire (156) ou encore cicatrice d'hystérectomie, à condition que la lésion apparaisse à distance de l'intervention pour éliminer l'hypothèse d'un cancer restant.

Beaucoup de ces " cancers traumatiques " sont des cancers pour lesquels la lésion primitive a échappé à l'examen.

H. Conclusion :

Dans l'étiologie des cancers génitaux et mammaires on retrouve toujours certains facteurs communs.

1. L'âge : Importance de la puberté et de la ménopause dans la survenue de certains cancers génitaux .

2. L'infection : Le rôle de l'infection chronique est important dans tous les cas (sein, utérus, trompe, vulve).

3. Les antécédents de vie sexuelle : parité, ou stérilité, l'âge précoce ou retardé du mariage etc...

4. Les lésions pré-cancéreuses: Il est classique de dire que les tumeurs bénignes , les traumatismes locaux, les dysplasies et les dystrophies sont des lésions préexistantes du cancer génital féminin.

5. Les facteurs génétiques . . semblent être retrouvés avec une grande fréquence dans l'étiologie des cancers.

DIAGNOSTIC

A. LE CANCER DU SEIN :

La diagnostic du cancer du sein repose essentiellement sur le triplet : Examen clinique, mammographie, cytologie.

I. EXAMEN CLINIQUE :

Elément essentiel à lui seul, il permet de suspecter un cancer, même à son début (tumeur inférieure à 2 cm.)

Les motifs de consultation sont divers : le plus souvent c'est une découverte fortuite d'une tumeur, par la patiente, ou par le médecin lors d'un examen systématique.

L'examen clinique commence par un interrogatoire précisant les circonstances de découverte et l'évolution de la taille de la tumeur.

I.1. Inspection :

L'Inspection devra s'effectuer dans de bonnes conditions techniques d'éclairage permettant l'examen des seins , à jour frisant, la patiente debout, les bras le long du corps, les bras en l'air, ensuite mains aux hanches en faisant contracter les pectoraux.

Le tronc penché en avant, les mains appuyées sur le rebord d'une table on pourra observer une modification des téguments.

On notera le galbe, le volume des seins, la situation des mamelons et de l'aréole. En mobilisant la peau sur la glande, on recherchera surtout une modification cutanée spontanée ou provoquée, même très minime.

Cette modification accompagne souvent un cancer du sein au début. Il peut s'agit d'une simple ride, d'un pli cutané spontané ou provoqué par la contraction des pectoraux. On notera également les signes cutanés inflammatoires des cancers mammaires : oedème, érythème en regard de la tumeur ou dépassant la tumeur.

Enfin, à l'inspection on retrouvera les signes de cancer du sein négligé (encore trop fréquents) : peau d'orange, infiltration voire ulcération cutanée.

I.2. Palpation :

La palpation s'effectuera d'abord la malade debout, puis en décubitus dorsal, enfin en décubitus latéral. La palpation recherche la tumeur, en précise les caractères, les dimensions, la localisation dans le sein (quadrant), la situation par rapport au mamelon et l'aréole. Une éventuelle adhérence aux plans profonds sera systématiquement recherchée.

Au niveau des aires ganglionnaires, l'examen s'effectuera en position assise et debout, la main du côté examiné sur l'épaule de l'examineur; ensuite, en décubitus latéral, position qui permet de bien percevoir le groupe central.

Il faudra explorer également les régions sus et sous claviculaires .

II. EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

II. 1. La mammographie :

La mammographie est indispensable dans le diagnostic des cancers du sein et aucune décision thérapeutique ne doit se prendre sans mammographie bilatérale préalable.

En pratique, trois incidences sont réalisées :

- un profil
- une face
- une incidence spéciale pour visualiser le prolongement axillaire.

- de plus, des clichés " localisés " en regard d'une tumeur ou d'un signe cutané sont parfois pratiqués.

En l'absence de signes cliniques, lorsqu'une mammographie^{est} faite à titre systématique, le N.C.I. (National Cancer Institute) conseille de ne pratiquer qu'un seul cliché oblique de 3/4. Les tumeurs malignes sont souvent irrégulières et spiculées et les microcalcifications intra-tumorales sont fréquentes. Les images sont cernées d'un " halo ~~clair~~ péri-tumoral ". Il faut cependant savoir qu'une image ronde d'aspect bénin, peut être la traduction d'un épithélioma médullaire ou colloïde; un contrôle cytologique ou histologique est toujours indispensable.

La galactographie doit être réalisée en cas d'écoulement séreux ou sanglant par le mamelon, à la recherche d'une image d'arrêt ou d'une lacune au niveau du galactophore incriminé.

II.2. La cytologie :

La cytologie est un acte capital de valeur diagnostique très importante.

Peu traumatisante, elle permet à moindre frais un diagnostic de certitude sur la nature de la tumeur dans un pourcentage important de cas.

La conclusion pratique est donc simple :

Si la cytologie est en faveur d'un cancer, on peut se fier à cet examen, si la cytologie est négative et que les signes cliniques ou mammographiques sont en faveur d'un cancer, il faudra réaliser un prélèvement histologique.

L'intérêt de la ponction cytologique n'est valable que si elle est convenablement effectuée et si l'interprétation en est réalisée par un cytologiste entraîné.

II. 3. La Biopsie :

Elle peut être réalisée soit par la chirurgie (biopsie exérèse) soit par drill-biopsie.

Elle fait la preuve du diagnostic et détermine le type histologique du cancer.

II. 4. Autres Examens à visée diagnostique :

a. Xérographie :

Ce procédé radiographique récent permettrait une étude plus précise des seins denses et explorerait mieux le creux axillaire. Cet examen ne doit pas être systématique car la dose des rayons délivrée est importante.

b. Thermographie :

Qu'elle soit en plaques ou par infra-rouges, la thermographie est actuellement très controversée.

Pour la majorité des auteurs, sa valeur est inférieure à celle de la mammographie et n'a pas de place dans le diagnostic.

Cependant pour certains, elle garderait deux avantages :

- Valeur pronostique: les cancers " très chauds " étant de mauvais pronostic,
- Surveillance post-cure des récidives.

c. Echographie :

Dernière des nouvelles techniques, il est encore trop tôt pour conclure sur sa valeur. Ce qui est certain, c'est que cette technique à elle seule n'est pas suffisante pour affirmer ou infirmer un diagnostic de cancer du sein.

III. CLASSIFICATION T N M - PeV :

T. = Tumeur primitive :

- T₁ = tumeur inférieure à 2 cm. de diamètre
- T₂ = tumeur dont le diamètre est compris entre 2 et 5 cm.
- T₃ = tumeur de plus de 5 cm. de diamètre
- T₄ = tumeur avec extension directe à la paroi thoracique ou à la peau.

N. = Adénopathies régionales :

- N₀ = Pas d'adénopathie axillaire homolatérale palpable
- N₁ = Adénopathie axillaire homolatérale mobile
 - N₁a = aspect bénin
 - N₁b = aspect cliniquement envahi
- N₂ = Adénopathie axillaire homolatérale fixée
- N₃ = Adénopathie sus-claviculaire et rétro-claviculaire homolatérale ou oedème du bras.

M. = Métastases à distance :

- M₀ = Pas de métastases cliniquement décelables
- M₁ = Métastases à distance y compris cutanées en dehors du sein tumoral.

PeV = Poussée évolutive :

- PeV₀ = Tumeur " non inflammatoire ", les plus fréquentes
 PeV₁ = Notion de dédoublement tumoral dans les six mois sans signes locaux.
 PeV₂ = Signes inflammatoires limités à une partie du sein
 PeV₃ = Signes inflammatoires intéressant tout le sein.

La combinaison T N M permet de classer les tumeurs du sein en stades :

Stade 0 = Carcinome in Situ

Stade I = T₁ N₀ ou N₁a M₀

Stade II = T₁ N₁b M₀

T₂ N₀ M₀

T₂ N₁a M₀

Stade III = T₃ N quelconque, M₀

T₄ N quelconque, M₀

T quelconque, N₂ ou N₃ M₀

Stade IV = T quelconque, N quelconque, M₁

B. CANCER DU COL DE L'UTERUS :

I. SIGNES CLINIQUES :

C'est habituellement une femme de la quarantaine qui consulte pour des métrorragies dont la seule constatation impose un bilan complet. Ces métrorragies sont :

- tantôt isolées: pertes de sang peu abondantes, indolores, capricieuses, dont les deux caractères essentiels sont d'être :

* tenaces, la femme ne reste pratiquement pas 8 jours sans perdre du sang;

* provoquées, par les rapports, par les injections vaginales, par l'examen gynécologique.

.../...

- tantôt associées à des leucorrhées, réalisant les "eaux rousses", très évocatrice.

II. LES DONNEES DE L'EXAMEN CLINIQUE :

L'examen clinique sera conduit méthodiquement .

II.1. Examen au spéculum : va objectiver des lésions d'aspects variables .

a. parfois déjà, des lésions évidentes cliniquement:

- ulcération sanieuse,
 - gros bourgeon en choux-fleur,
- où sont manifestes, l'induration et le saignement au contact.

La biopsie confirmera un diagnostic déjà fortement suspecté par la clinique.

b. tantôt des lésions d'apparence plus banale :

- exulcération, érosion minime,
- petite zone d'induration,
- petit bourgeon polypoïde,
- voire simple exocervicite.

Mais le saignement facile au contact doit éveiller la suspicion. On pratiquera systématiquement, de toutes manières: frottis vaginaux, test au lugol, colposcopie et au moindre doute, biopsie.

c. Ailleurs enfin le col paraît sain :

Mais l'examen au spéculum montre que le sang vient de l'endocol (souvent saignement provoqué par l'expression du col entre les valves du spéculum).

On pratiquera toujours des frottis cervicaux , mais leur valeur est moindre que les lésions de l'exocol.

.../...

II.2. Le toucher vaginal :

Le toucher vaginal s'effectuera sur une table gynécologique, vessie et rectum avacués, et sera combiné à la palpation abdominale et au toucher rectal. Il sera effectué après l'examen au spéculum et les frottis cervico-vaginaux.

Il confirme l'impression clinique, en mettant encore mieux en évidence :

- le saignement provoqué,
- l'induration d'éventuelles lésions cervicales.

III. EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

La certitude diagnostique repose sur les examens complémentaires.

III.1. Certains ont une valeur d'orientation :

- Le test de SCHILLER au Lugol.

Cette méthode permet de localiser une zone suspecte et de préciser l'endroit où faire porter éventuellement la biopsie lorsqu'on suspecte une lésion maligne (zones iodo-négatives à contours nets se trouvant au niveau des lésions épithéliales bénignes ou malignes).

- La colposcopie

Elle consiste à examiner le col utérin au moyen d'une loupe binoculaire. On arrive ainsi à reconnaître différents types de lésions non individualisables à l'oeil nu (ectropion, leucoplasie dysplasie etc...)

III.2. D'autres examens ont une valeur d'affirmation :

- a. Les frottis cervico-vaginaux pratiqués systématiquement devant toute métrorragie, même à col sain.

C'est l'étude cytologique des cellules desquamées. Il doit être fait 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.

b. La biopsie sera pratiquée d'emblée s'il existe une lésion cliniquement suspecte. Elle sera guidée par le test de SCHILLER, la colposcopie et les frottis s'il existe un col apparemment sain ou une lésion apparemment banale.

Examinée par un Anato-mo-pathologiste compétent, 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.

IV. CLASSIFICATION DE LA FEDERATION INTERNATIONALE DE GYNECOLOGIE et D'OBSTETRIQUE (F.I.G.O.)

Stade 0 : Cancer intra-épithélial

Stade I : Ia : Cancer envahissant précoce, microcarcinome

Ib : Tous les autres cancers limités au col utérin .

Stade II: IIa: Le cancer attaque le vagin (2/3 supérieur) sans infiltration des paramètres.

IIb: Infiltration des paramètres par du tissu cancéreux, mais le cancer n'atteint pas la paroi du bassin.

Stade III : IIIa : Le cancer atteint la partie inférieure du vagin.

IIIb : Un des paramètres ou les deux sont infiltrés jusqu'à la paroi du bassin.

Stade IV : IVa : Développement du cancer dans d'autres organes (vessie et/ou rectum).

IVb : existence de métastases à distance.

.../...

C. CANCER DE L'ENDOMETRE

I. LES SIGNES CLINIQUES :

La malade consulte essentiellement pour des métrorragies :

- frappantes chez une femme déjà ménopausée;
- de caractères variables, plus ou moins abondantes, mais capricieuses et surtout persistantes : la femme ne reste pratiquement pas 10 jours sans perdre de sang.

C'est ce caractère tenace, plus que tous les autres qui doit attirer l'attention.

Ces métrorragies sont souvent isolées, parfois associées à des leucorrhées banales ou purulentes.

II. LES DONNEES DE L'EXAMEN CLINIQUE :

L'examen gynécologique montre 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 encore normal (c'est-à-dire petit : atrophie post-ménopausique), cependant parfois déjà un peu gros pour une femme ménopausée. On étudiera sa mobilité, la souplesse des culs-de-sac et des paramètres.

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'étiquetter.

III. EXAMENS COMPLEMENTAIRES

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

III.1. Des frottis de dépistage : mais en sachant qu'ils ont ici moins de valeur que dans le cancer du col, et que leur négativité, loin d'éliminer le diagnostic, commande de poursuivre les investigations.

On a proposé également le cyto-diagnostic par aspiration et le frottis endométrial.

III.2. Une hystéroggraphie qui révèle :

- un agrandissement de la cavité utérine;
- surtout, l'existence d'une image anormale, constante sur tous les clichés:

- * image lacunaire, irrégulière, de contours imprécis non homogène;

- * amputation d'un bord déchiqueté ou encoché, avec aspect moucheté des faces.

Si l'hystéroggraphie permet souvent d'affirmer l'existence d'une lésion intra-utérine, elle ne permet pas d'en affirmer la malignité. L'exploration devra donc être complétée par : une biopsie.

III.3. Les Biopsies :

- Le curetage biopsique:

Il aura souvent nécessité un traitement anti-infectieux préalable. Il sera guidé par les images de d'hystéroggraphie.

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.

III.4. L'Hystérocopie :

C'est une méthode trop récente pour que ses indications soient précisées.

Le principe est d'observer directement le revêtement de la cavité utérine en y introduisant un endoscope, la cavité étant distendue par insufflation gazeuse ou par injection d'une solution de Dextran à haute viscosité.

Cette méthode permet de décrire des aspects endoscopiques très nuancés selon les variétés de cancer.

Les indications doivent être :

- * les cas d'images douteuses en hystérogénographie 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.

IV. CLASSIFICATION DE LA FEDERATION INTERNATIONALE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE

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 du petit bassin.

D. CANCER DE LA TROMPE

I. EXAMEN CLINIQUE :

La sémiologie clinique est si peu évocatrice que le diagnostic pré-opératoire de l'affection est rare.

Classiquement une triade symptomatologique est décrite.

Elle comporte 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 imputés 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.

II. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Ils sont indispensables :

II.1. La Cytologie comporte :

- * Les frottis cervico-vaginaux et endométriaux parfois positifs si une large perméabilité tubaire permet l'exfoliation des cellules cancéreuses ;
- * les frottis péritonéaux faits sur une sérosité péritonéale, prélevée par ponction du Douglas ou par aspiration au cours d'une coelioscopie, ne donnant de résultats que s'il existe des métastases péritonéales dans la cavité péritonéale.

II.2. L'Hystero-Salpingographie montre, dans les cas typiques, à côté d'une cavité utérine normale, une image d'hydrosalpinx d'aspect polypoïde ou lacunaire.

II.3. La Coelioscopie peut révéler une trompe violacée laissant échapper des végétations ou une substance encéphaloïde.

Ailleurs, on ne voit qu'un hydr^osalpinx entouré d'adhérences, d'aspect banal, voire un pyosalpinx.

III. CLASSIFICATION .

En 1970, DODSON et Coll. proposent une classification inspirée de la classification des cancers de l'ovaire 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 trompes

IC : Tumeur limitée à une ou 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).

Stade IV : Tumeur d'une ou de deux trompes avec métastases extra-abdominales.

E. CANCER DE L'OVAIRE

I. SIGNES CLINIQUES :

Le début est insidieux et les signes cliniques tardifs. C'est souvent devant une atteinte de l'état général et un début d'épanchement ascitique, que l'examen gynécologique sera amené à découvrir une tumeur ovarienne de volume variable; parfois déjà bilatérale. Lors de l'examen per-opératoire, si l'association d'une tumeur ovarienne dure avec ascite et souvent métastases péritonéales impose le diagnostic, il est des cas non évidents, qui peuvent même poser des problèmes à l'anatomo-pathologiste.

II. LES DONNEES DE L'EXAMEN CLINIQUE :

- L'examen de l'abdomen recherchera une masse abdomino-pelvienne ou abdominale pure, l'existence d'une ascite dont la ponction sera nécessaire.

- L'examen gynécologique précisera les caractères de la lésion, son siège, sa bilatéralité possible, ses limites, sa sensibilité en général nulle, sa mobilité, sa consistance. Dans ces cas, chez une ~~malade~~ âgée, largement ménopausée, la découverte d'une tumeur pelvienne annexielle impose le diagnostic très probable de tumeur de l'ovaire et suffit à poser une indication de laparotomie exploratrice. Par contre dans les cas douteux et à fortiori dans les tumefactions annexielles de la femme plus jeune, les examens spéciaux paracliniques prennent toute leur valeur.

III. EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

a; Certains ont une valeur indirecte :

- L'Hystéro-salpingographie renseigne sur l'état de l'endomètre montrant l'absence de tumeur utérine le plus souvent. Quand la trompe est injectée, son étirement est un signe indirect d'une masse annexielle.

- La pelvigraphie gazeuse (ou gynécographie) est très employée . Elle objective les masses tumorales sans préjuger leur nature.

- Le lavement baryté et l'U.I.V.(Urographie Intra-Veineuse) peuvent montrer une compression ou un refoulement par une tumeur pelvienne.

- Les examens hormonaux dont la valeur n'est pas absolue n'ont d'intérêt que dans certains types histologiques.

b. En fait 3 examens sont susceptibles de donner une quasi-certitude :

- La cytologie péritonéale ou pleurale, peut être faite sous deux formes :

* soit une ponction d'ascite avec centrifugation du liquide à la recherche des cellules néoplasiques; c'est le cas plus fréquent. Dans 80 % des cas la présence de cellules néoplasiques correspond à une tumeur maligne.

* soit par la méthode moderne de dépistage par ponction du Douglas et lavage du péritoine pelvien avec aspiration.

Signalons que la cytologie cervico-vaginale peut être parfois positive dans les tumeurs ovariennes avec ou sans métastase utéro-tubaire.

- La Coelioscopie : Nous saluons ses mérites dans des mains exercées. Elle peut permettre la ponction d'un kyste de l'ovaire pour l'examen cytologique.

- L'échographie : Dernière née des méthodes d'investigation, elle est à première vue très séduisante.

Elle permet dans la plupart des cas de différencier une tumeur solide d'une tumeur kystique. Le diagnostic entre kyste inclus ou fixé et fibrome utérin peut être théoriquement fait, mais en pratique, les erreurs sont assez fréquentes.

Dans les kystes de l'ovaire, la présence d'échos sonores intra-kystiques traduit la présence de zones solides ou de végétations, mais la confusion avec un fibrome en nécrobiose est possible. Enfin le diagnostic entre ascite et kyste géant est facilité, mais des erreurs ont été rapportées.

Sa meilleure indication semble-t-il est l'association tumeur de l'ovaire et grossesse. Lorsque la grossesse est avancée, l'examen clinique est difficile, la coelioscopie est impossible, l'échographie rend de réels services.

- Enfin la laparotomie exploratrice reste en dernier ressort, l'élément déterminant.

L'ablation d'un kyste doit être suivie de l'ouverture péro-opératoire de la pièce, de l'examen macroscopique péro-opératoire et de l'examen histologique extemporané dans les cas douteux et d'une décision immédiate.

IV. CLASSIFICATION CLINIQUE INTERNATIONALE : F.I.G.O.

Stade I : Tumeur limitée aux ovaires

Ia : un seul ovaire atteint,

Ib : les 2 ovaires atteints

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

Stade II : Présence d'une extension pelvienne

2a : à l'utérus et aux trompes exclusivement,

2b : à d'autres organes pelviens.

Stade III : Extension à des organes intra-péritonéaux

Stade IV : Métastases à distance, hors de la cavité péritonéale.

F. CANCER DE LA VULVE :

I. 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 dire 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 pré-existantes, 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.

Ce retard est dû à deux faits :

- * la pudeur des femmes âgées qui les conduit à repousser le moment de se faire examiner;
- * le fait que le prurit vulvaire est souvent considéré comme banal par le praticien, et le conduit plus à la prescription de topiques locaux, qu'à un examen soigneux de la région vulvaire et à une biopsie des lésions suspectes.

Ces faits sont regrettables car le pronostic est directement lié à la taille de la lésion initiale.

II. 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 bleutée ou brune d'une lésion vulvaire évoque le mélanome mais à l'inverse il existe aussi des melanomes 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 urèthre.

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. Ils recherchent d'éventuelles adénopathies pelviennes. L'examen clinique doit enfin apprécier l'état général de la patiente en fonction de son âge et des tares éventuelles : obésité, diabète, varices etc...

Il faut tenir compte de la possible et fréquente surinfection qui peut provoquer une réaction ganglionnaire purement inflammatoire

III. EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

Ils confirment le diagnostic .

III.1. La Cytologie

La cytologie par opposition d'une lame sur la lésion est très simple à réaliser et peut mettre en évidence des cellules néo-plasiques mais elle ne renseignera pas sur le type histologique ni sur l'infiltration en profondeur, et surtout le prélèvement d'éléments nécrotiques peut conduire à un faux négatif.

III.2. La 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.

IV. CLASSIFICATION DES CANCERS DE LA VULVE SUIVANT LE SYSTEME T.N.M.

T : étant l'extension locale de la tumeur

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

T₂ : Tumeur supérieure à 2 cm. 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

N₀ : absence d'envahissement clinique des ganglions,

N₁ : ganglion palpable uni ou bilatéral, mais toujours mobile.

N₂ : gros ganglion suspect.

N₃ : ganglion fixé.

M : signe les métastases.

M₀ : absence de métastase lymphatique ou viscérale à distance.

M₁ : métastase à distance.

Une telle étude permet de classer les lésions en différents stades :

<u>Stade I :</u>	<u>Stade II</u>	<u>Stade III</u>	<u>Stade IV</u>
T ₁ N ₀ M ₀	T ₁ N ₁ M ₀	T ₁ N ₂ ou N ₃ M ₀	T ₄ N ₀ M ₀
T ₂ N ₀ M ₀	T ₂ N ₁ M ₀	T ₂ N ₂ ou N ₃ M ₀	T ₄ N ₁ M ₀
		T ₃ N ₀	T ₄ N ₂ ou N ₃ M ₀
		T ₃ N ₁	
		T ₃ N ₂ ou N ₃ M ₀	

Tous les spécialistes savent que cette classification clinique 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 volumineuse, l'examen clinique ne peut prétendre à explorer les chaînes endo-pelviennes.

G. CANCER DU VAGIN :

I. EXAMEN CLINIQUE :

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

- L'hémorragie vient en tête qui a volontiers, mais non obligatoirement un caractère provoqué; elle constitue près d'une fois sur deux l'unique symptôme.

- Les leucorrhées, les douleurs les dyspareunies, les signes 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. La malade sera responsable du retard dans le dépistage dans 34 % des cas, et dans 42 % des cas c'est le praticien qui est en cause DARGENT D. (37)

L'examen au spéculum doit être attentif pour ne pas négliger une petite lésion cachée par l'instrument. Cet examen découvre l'une des 3 formes de lésion :

- forme végétante : petits 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.

II. LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

II.1. La cytologie : n'a pas en matière de cancer invasif, la même fiabilité qu'en matière de cancer in situ et c'est un phénomène qu'on connaît bien pour d'autres localisations, col en particulier. Les faux négatifs sont relativement nombreux: de 15 à 20 % des cas (37) qui s'expliquent en général par la nécrose des tumeurs exulcerées.

La méthode est cependant du plus haut intérêt . Elle permet même, pour certains auteurs, d'affirmer le diagnostic. BOURG et JASPERS cités par DARGENT (37) ont décrit un aspect cytologique spécifique, assez proche de celui du carcinome vulvaire, qui permettrait de distinguer le cancer primitif du cancer secondaire.

II.2. La Biopsie : Elle confirme le diagnostic et détermine le type histologique.

III. CLASSIFICATION DE LA FEDERATION INTERNATIONALE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE.

Stade 0 : Le cancer intra-épithélial

Stade I : le cancer est limité au vagin

Stade II : Infiltration du tissu environnant

Stade III: Atteinte du petit bassin jusqu'à la paroi du bassin

Stade IV : Extension à l'extérieur du petit bassin

IVa : Atteinte des organes environnants

IVb : Atteinte des organes à distance.

ANATOMIE PATHOLOGIE

A. CANCER DU SEIN

I. Macroscopie :

On peut distinguer trois formes macroscopiques de cancer du sein :

- la forme nodulaire : à noyau dur, homogène, adhérent;
- le squirrhe : dur à stroma très dense
- la forme encéphaloïde: molle et hypertrophique.

2. Microscopie

Il peut s'agir d'un

- Epithélioma glandulaire (adéno carcinome) de loin le plus fréquent, qui peut être :

- a) typique, cellules normales
- b) atypique,
- c) anaplasique, petites cellules rondes
- d) métaplasique.

- Epithélioma malpighien; maladie de Paget du sein (rare)

- Epithélioma 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 (explorable cliniquement) se drainant essentiellement vers le groupe sous claviculaire, (relais d'alarme) puis sus-claviculaire, très accessoirement vers le muscle grand droit par une voie descendante accessoire.

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

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

.../...

c) A distance :

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

d) Extension lymphatique :

Elle se fait par les voies lymphatiques du col qui se drainent dans les ganglions situés le long des vaisseaux iliaques, puis latéro-aortiques.

Plus le cancer est de volume important, plus il y a des chances d'avoir des ganglions envahis.

e) Extension à distance :

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

B. CANCER DU COL1. Macroscopie :

Le cancer du col débute en principe à la jonction de l'épithélium cylindrique endocervical, au niveau d'une zone de remaniement. Cette zone est presque toujours exocervicale, donc visible. Le cancer peut débiter dans l'endocol.

Le plus souvent il se développe en surface (forme exocervicale) en bourgeons gris blanchâtres, friables, sanglants. Il peut encombrer le fond vaginal par sa masse.

Il s'ulcère souvent superficiellement, sa base est indurée. Plus rarement le cancer est ulcérant infiltrant les plans sous-jacents (forme endophytique): il détruit le relief du col. On décrit classiquement le cancer endocervical déformant le col en barillet.

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 et 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 endo cervicales.

../.....

2. Microscopie :

a) Epithéliomas malpighiens

Dans plus de 90 % des cas, il s'agit d'un épithélioma malpighien plus ou moins épidermoïde.

Il est classique de distinguer :

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

b) Epithéliomas cylindriques ou adénocarcinomes :

Ils représentent moins de 10 % des cancers du col. Ce sont dans l'ensemble des tumeurs bien différenciées, glanduliformes. Des formes plus indifférenciées peuvent être observées : si elles sont microsecrétantes les cellules prennent un aspect caractéristique en " châton de bague ".

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 : Elle se fait par les voies lymphatiques du col qui se drainent dans les ganglions situés le long des vaisseaux iliaques, puis latéro-aortiques. Plus le cancer est de volume important plus il y a des chances d'avoir des ganglions envahis.

c). Extension à distance :

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

C. CANCER DU CORPS DE L'UTERUS

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 adeno carcinomes,
- des sarcomes : rares mais de pronostic défavorable ,
- Epithélioma épidermoïde,
- Cancer anaplasique.

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

Parfois on se trouve en présence d'un acanthome dans lequel une partie du cancer a subi une métaplasie à cellules pavimenteuses.

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.

D. CANCER DE LA TROMPE :

1. Macroscopie :

La lésion se développe le plus souvent dans une trompe fermée 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. On distingue :

- des carcinomes glanduliformes de type endometrial
- des carcinomes papillaires à larges franges
- des carcinomes massifs à cytoplasme clair.

b. les sarcomes : ils sont hautement malins avec mort 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, l'épithélioma peut atteindre les organes de voisinage (utérus, ovaire) par voie canalaire ou par voie sanguine.

Son extension lymphatique se fait vers les ganglions latéro-aortiques et iliaques.

Les métastases sont surtout endometriales et cervicales.

E. 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 1/2 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'O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé).

a. Les tumeurs épithéliales

- de type séreux :

* Cystadenome proliférant dont le pronostic histologique est impossible à déterminer (tumeur " border line" des anglo-saxons),

* Cystadenome papillaire séreux représentant près ^{de} la moitié des tumeurs.

- de type mucineux

* cystadenome mucineux proliferant dont la malignité est limitée.

* l'adeno-carcinome mucineux représente 20 % des tumeurs (radio-sensibles).

- Le carcinome endometrioïde dans lequel on range l'adénocanthome ovarien plus rare.

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

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

b. D'autres tumeurs sont développées à partir des cellules germinales :

- les dysgerminomes très radio-sensibles,

- les dysembryomes: immatures (carcinomes embryonnaires qui peuvent être unis ou pluri-tissulaires tels le chorio carcinome ovarien ou le mesoblastome), adultes (teratomes), ou mixtes.

c. Des tumeurs naissent du mesenchyme spécifique de l'ovaire.

Ce sont des tumeurs granuleuses ou téchales feminisantes avec symptômes d'hyperoestrogenie, des arrhenoblastomes ou androblastomes avec symptômes de masculinisation.

3. Extension :

a. 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 cancéreuse 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 lieux privilégiés sont le grand épiploon qui est une véritable " Serpillière de l'abdomen" et les coupoles diaphragmatiques . Les intestins, les colons et leur meso, le foie peuvent être atteints.

b. Propagation lymphatique : C'est vers les ganglions para-aortique 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.

c. Propagation hémotogène : A distance, c'est le poumon qui est le plus souvent atteint et l'épanchement pleural en est, en règle, le signe.

F. CANCER DE LA VULVE :

1. Macroscopie :

Le cancer de la vulve peut se présenter sous trois formes :

- la forme exophytique, la plus fréquente, se présente sous forme d'un bourgeon saignant au contact qui a tendance à s'ulcérer à s'infecter.

- La forme ulcéreuse, moins fréquente, réalise un cratère à fond saignant, induré;

- La forme mixte ulcéro-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 épithéliomes baso-cellulaires: 2,5 % des cancers vulvaires de bon pronostic.

- les mélanomes vulvaires : 2 % des cancers vulvaires, de pronostic redoutable.

- les adéno-carcinomes 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. Le cancer épidermoïde de la vulve évolue localement par infiltration en profondeur des tissus avoisinants, en surface par progression directe ou par évolution simultanée de plusieurs foyers cancéreux en des points différents de la vulve.

La progression se fait par permeation lymphatique vers la région inguino-crurale.

Les métastases à distance sont assez rares.

G. LE CANCER DU VAGIN

1. Macroscopie :

Le cancer peut siéger à 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 pediculée, bourgeonnant dans la lumière vaginale ou enchassée dans la paroi. La surface est en général irrégulière donnant à la lésion un masque trompeur de bénignité.

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

2. Microscopie :

- Le cancer du vagin est dans 90 à 99 % des cas ^{un} carcinome pavimentaux. Ce carcinome est en général nettement différencié.

- L'adéno-carcinome primitif du vagin est rare.

- Les melanoblastomes sont extrêmement rares.

3. Extension :

Tous les cancers du vagin ont en commun d'infiltrer rapidement la lamina propria puis la musculuse 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. A partir de ces caractéristiques communes les cancers du vagin ont des comportements fort divers qu'on peut schématiser en indiquant que les cancers du tiers supérieur sont semblables aux cancers de la vulve alors que ceux du tiers moyen empruntent aux uns et aux autres leurs caractéristiques.

METHODES THERAPEUTIQUES

A. CANCER DU SEIN

I. LA CHIRURGIE

I.1. L'Opération de HALSTED :

Intervention radicale, malgré de nombreuses modifications, qui reste encore de nos jours la plus utilisée.

Son principe est le suivant :

- exérèse chirurgicale large enlevant tout le sein et passant à distance de la lésion. La variété des incisions est extrême. Toutes visent à assurer une fermeture rendue difficile par l'importance de l'exérèse cutanée.

- en profondeur, sacrifice des muscles pectoraux en continuité avec la glande mammaire mettant à nu le grill costal. Seul le chef supérieur du grand pectoral est parfois respecté.

L'importance de ces sacrifices cutanéomusculaires permet d'enlever au maximum les voies de drainage lymphatique.

L'inconvénient majeur de cette opération est l'importance de la mutilation qui ne doit pas faire oublier la valeur des résultats obtenus.

En absence d'infrastructures chirurgicale, radiothérapique et anatomo-pathologique solides, elle conserve des indications valables.

I.2. Au delà du HALSTED :

Ces interventions ont pour but d'enlever les relais ganglionnaires " oubliés " par l'intervention de HALSTED. Elles y associent soit un curage mammaire interne soit un triple curage à savoir axillaire, mammaire interne et sus claviculaire.

I.3. Les interventions moins que le HALSTED :

a- La mastectomie radicale modifiée type PATEY

C'est une amputation du sein associée à un curage axillaire en conservant le grand pectoral.

Dans ces techniques visant à conserver les muscles pectoraux, il est difficile de conserver leur innervation et le curage axillaire réclame beaucoup de patience et de minutie.

b- La mastectomie totale simple :

Elle se définit comme l'exérèse de la totalité de la glande mammaire avec la plaque aréolo-mamelonnaire et la plus grande partie du sac cutané.

Elle est parfaitement indiquée en cas de sarcome du sein ou comme intervention de propreté pour une tumeur maligne ulcérée avec des métastases.

Certains auteurs l'utilisent comme traitement chirurgical standard du cancer du sein en traitant les ganglions par la radiothérapie.

Le but recherché est d'éviter la mutilation que représente l'ablation des muscles pectoraux.

c- La mastectomie partielle :

Quelle que soit la terminologie utilisée : segmentectomie, quadrantectomie, tumorectomie élargie, lobectomie, elle a pour but d'enlever le foyer tumoral et ses prolongements. La section doit passer en tissu sain.

Le volume tumoral, la multifocalité, les adhérences de voisinage constituent les contre indications de cette intervention.

d- La mastectomie sous cutanée :

Elle vise à enlever la plus grande partie du parenchyme mammaire en conservant le sac cutané et la plaque aréolo-mamelonnaire. Elle permet une reconstitution du sein par inclusion de prothèse. Ces restrictions enlèvent tout intérêt à cette intervention en carcinologie. Elle ne peut être justifiée que pour des lésions dystrophiques du sein.

I.4. Complications et inconvénients de la chirurgie :

- Mortalité opératoire
- Mutilation : considérée comme l'hysterectomie
- Complications locales (infections, retard de cicatrisation)
- Les gros bras
- Les douleurs résiduelles (nevromes intercostaux, striction thoracique...)

I.5. Indications de la chirurgie :

a- Mamectomie simple :

- écoulement hémorragique du mamelon épithélioma intracanalair
- tumeur ulcérée : comme intervention de propreté
- comme complément à une irradiation.

L'évolution de l'arsenal thérapeutique moderne permet de plus en plus une mamectomie et même bien souvent de simple tumorectomie. Le désir de non mutilation influence souvent la conduite thérapeutique.

b- Le HALSTED est classiquement indiqué :

Si T_1 , T_2 , T_3 non fixé complètement au grand pectoral

Si adénopathie N_0 ou N_1

Si pas de poussée évolutive.

c- HALSTED + Curage mammaire interne :

Pour les tumeurs du quadrant interne

Pour les tumeurs avec envahissement axillaire.

II. LA RADIOTHERAPIE ET COBALTOTHERAPIE :

Elle peut être de principe ou de nécessité en post opératoire ou exclusive comme le défendait BACLESSE depuis 1938.

Pour MAC WHIRTER, c'est une radiothérapie post-opératoire de principe après mamectomie simple utilisant 4 portes d'entrée : cicatrice, région axillaire et sus-claviculaire, chaîne mammaire interne. La dose délivrée est de 3'50 rads homogènes par radiothérapie conventionnelle ou électrothérapie.

II.1. La radiothérapie post-opératoire de nécessité :

Elle est utilisée soit après mamectomie simple ou après mamectomie élargie des volumineuses tumeurs, ou en cas d'envahissement ganglionnaire important. Des doses élevées de 6.000 à 6 500 rads étalées sur 6 semaines peuvent être utilisées surtout au niveau des régions axillaires souvent envahies de façon importante.

Selon de nombreuses études il semble que l'irradiation complémentaire n'est utile que quand les ganglions axillaires sont envahis, quand la tumeur est volumineuse et adhérente à la peau et quand le groupe mammaire interne est envahi en cas de localisation centrale ou des quadrants internes.

II.2. L'irradiation complémentaire systématique serait totalement inutile quand les ganglions sont indemnes.

II.3. La radiothérapie exclusive :

Elle est défendue par BACLESSE qui constate en 1930 l'effet stérilisateur après radiothérapie préopératoire. Le but de cette radiothérapie exclusive est de guérir sans faire de geste mutilant.

Cet auteur divise en 6 à 7 champs la surface à irradier (glande mammaire, paroi thoracique, région mammaire interne, région axillaire, région susclaviculaire) et atteint des doses de l'ordre de 5 000 à 6.000 rads par champ étalées sur 3 mois environ.

II.4. La radiothérapie des métastases est essentiellement utilisée pour assurer une diminution des douleurs.

III. LES TRAITEMENTS MEDICAUX :

III.1. L'hormonothérapie :

a- L'hormonothérapie d'addition :

- Les oestrogènes : Les produits utilisés sont : le di-éthylstilboestriol, l'œstradiol et ses dérivés, l'éthinylœstradiol, le stilboestriol etc...

La posologie est variable d'un produit à l'autre.

Le cancer du sein à un stade avancé chez les femmes âgées ne présentant plus aucun signe d'impregnation oestrogénique constitue une bonne indication.

C'est surtout les lésions des parties molles : squirrhe atrophique, ulcérations, nodules de perméation qui sont sensibles à cette thérapeutique. Les localisations osseuses sont peu modifiées, parfois même aggravées, de même que les localisations centrales.

Effets secondaires : rétention hydro sodée, hypertension artérielle, métrorragies, intolérance digestive, hyperkaliémie.

- les androgènes : Les produits utilisés: Actuellement tous les produits semblent abandonnés par la majorité des auteurs au profit du propionate de drostanolone (Permastril) en raison de sa plus grande efficacité et, plus encore de sa meilleure tolérance. Sa posologie moyenne est de 100 mg. I.M. 2 a 3 fois par semaine.

Ses effets secondaires sont : rauçité de la voix, hyperpilosité, acnée, prise pondérale, troubles de libido, poussée d'hypercalcémie. La meilleure indication se trouve dans les métastases osseuses. Les résultats obtenus par différents auteurs par le Permastril varient de 20 à 50 % de réponses objectives.

- les progestatifs : La progesterone est utilisée dans le traitement du cancer du sein depuis les années 1950. Sa médiocre tolérance a fait rechercher des dérivés plus actifs et mieux tolérés.

Les dérivés qui semblent actuellement les plus efficaces sont : le Norethisterone ou norethindrone (Norfor , Norluten), l'acétate de norethisterone (Primolut-Nor) actifs par voie orale et généralement mieux tolérés.

Les effets secondaires sont : nausées, mastodynies du sein restant, acné, troubles de la libido, ictères cholestatiques, thrombose vasculaire.

Indications : les localisations sensibles sont : les atteintes des parties molles, les atteintes osseuses et viscérales.

La posologie moyenne est 60 à 80 mg./j.

Les taux de réponse varient de 30 à 60 % des cas.

- les antiestrogènes : Leur mécanisme d'action semble résider en une action compétitive vis-à-vis des œstrogènes au niveau des sites récepteurs des cellules tumorales.

Les produits utilisés sont : le Tamoxifène (Novaldex), le Transisomère de 1 (p-diméthyl amino-étoxyphényl) -1, 2-diphényl-2-éthylethylène s'est révélé d'un réel intérêt chez les femmes ménopausées. La posologie moyenne est de 20 mg. per os /jour, la tolérance est excellente. Les résultats rapportés paraissent dans l'ensemble au moins égaux sinon supérieurs à ceux observés avec les autres hormonothérapies suppressives ou additives.

D'autres produits sont également utilisés; on peut citer : la Nafoxidine, le clomiphène (clomid).

- La corticothérapie : Les premières tentatives ont été faites par une administration de cortine ou de dérivés de corticoïdes à doses suffisantes pour inhiber la sécrétion d'ACTH et entraîner une atrophie surrenalienne secondaire.

Quelque soit le produit utilisé (cortisone, prednisone, prednisolone, dexaméthasone, hydrocortisone) celui-ci doit être administré à doses importantes. Les effets secondaires des corticoïdes étant très importants à fortes doses et à long terme (intolérance gastrique, prise pondérale, diabète, hypertension artérielle) il y a souvent nécessité d'arrêt du traitement.

En fait il est difficile d'attribuer les résultats observés à la seule inhibition de la sécrétion d'ACTH. Ils sont dus en partie ou en totalité à l'action anti-inflammatoire des corticoïdes.

b- L'hormonothérapie de soustraction :

- L'ovariectomie : Elle est d'un grand intérêt dans les cancers du sein avancés chez des femmes en activité génitale. Mais la survenue de la ménopause est un critère insuffisant pour poser l'indication thérapeutique. La plupart des auteurs considèrent que l'ovariectomie est indiquée avant la ménopause et dans les 5 années qui la suivent voire même plus tard.

A côté de la castration chirurgicale, l'irradiation ovarienne peut supprimer la sécrétion d'oestrogène. Les doses utilisées sont de l'ordre de 12 Gy administrées en 4 à 6 semaines.

Elle est non agressive et bien tolérée.

L'acte chirurgical a un effet immédiat et donne la possibilité d'explorer l'abdomen et de déceler d'éventuelles métastases hépatiques. Quelque soit le mode de castration utilisé, la durée moyenne de l'amélioration obtenue se situe autour de 9 mois et la survie des malades répondant à ce mode de traitement s'est généralement montrée supérieure à celles des malades non répondant.

- la surrenalectomie : L'intervention est aujourd'hui bien régie dans sa technique et dans les soins per et post-opératoires qu'elle nécessite. Ceci a fait chuter la mortalité opératoire importante il y a une vingtaine d'années (15 %) à des taux actuellement plus faibles se situant entre 1 et 3 %.

Les malades surrenalectomisées doivent être suivies de façon rigoureuse et soumises à une hormonothérapie surrenalienne permanente une dose de 50 mg. de cortine /jour est suffisante.

Sur le plan pratique il est difficile de préciser les indications de la chirurgie surrenalienne dans les cancers avancés du sein.

Sont à retenir de façon préférentielle :

- * les malades ayant favorablement réagi à une ovariectomie antérieure
- * les malades en bon état général supportant l'agression chirurgicale.

Sont à exclure : les malades présentant des métastases cérébrales ou hépatiques.

Les indications facultatives :

- * les atteintes métastatiques osseuses douloureuses
- * les patientes au-dessus de 50 ans
- * les cas où il existe un long délai supérieur à 2 ans entre le traitement du cancer et la récurrence.
- * tous les malades pouvant être suivies ultérieurement de façon régulière et rapprochée.
- * si l'on dispose d'une étude de récepteurs d'oestrogènes tumoraux, les cas où le dosage de ceux-ci s'avère positif est une bonne indication.

- L'hypophysectomie : Dernière née des interventions à visée endocrinienne, l'hypophysectomie a été proposée dans le traitement des cancers avancés du sein en 1952.

Elle implique dans ses suites, une hormonothérapie substitutive surrenalienne et thyroïdienne, parfois également post-hypophysaire en raison du diabète insipide.

La destruction hypophysaire radio-active préférable à l'exérèse chirurgicale, ne trouve que des indications d'exceptions qui sont : les syndromes métastatiques osseux hyperalgiques ayant été transitoirement améliorés par les hormones sexuelles anti-oestrogènes et chez qui les autres méthodes thérapeutiques ont fait preuve d'échec chez des malades en état général satisfaisant, sans atteinte hépatique ou cérébrale, ayant dépassé l'âge de la ménopause.

III.2. La Chimiothérapie :

Le cancer du sein est l'une des localisations néoplasiques les plus sensibles aux drogues anti-mitotiques. Aujourd'hui la chimiothérapie a pris, à côté de l'hormonothérapie, une place importante dans le traitement des formes avancées, où les possibilités chirurgicales ou radiologiques sont dépassées; mais aussi dans le traitement des récurrences et des diffusions métastatiques.

Les grands groupes de produits :

- Les Alkoyants (Endoxan, Caryolysine, Alkérane, Thiotépa Chloraminophène).

- Les antimétabolites : (Methotrexate, 5 Fluoro-Uracile, Purinethol)

- Les Alcaloïdes : (Oncovin, Velbé)

- Les Antibiotiques : (Adriblastine, Ametycine)

Cette chimiothérapie peut être prophylactique ou adjuvante au traitement loco-régional des cancers du sein.

Il existe à l'heure actuelle un nombre considérable de protocoles proposés. Schématiquement, il semble possible de les classer en trois grands groupes .

- Groupe 1 : Il associe le Méthotrexate, la cyclophosphamide, le 5 F.U. et accessoirement la Vincristine ou d'autres substances excepté l'Adriamycine.

- Groupe 2 : Adriamycine + une autre drogue.

- Groupe 3 : Les protocoles ici sont à base d'Adriamycine associant pour la plupart Cyclophosphamide et 5 F.U. et parfois le Methotrexate et Vincristine.

III.3. L'Immunothérapie :

En matière d'immunothérapie des cancers avancés, différents essais ont été faits utilisant soit une immunothérapie passive ou adoptive, spécifique ou non spécifique; soit surtout une immunothérapie active.

Les stimulants immunitaires les plus utilisés sont : le B C G, le Corynebacterium parvum et le Levamisole (Solaskil).

L'immunothérapie isolée paraît incapable d'influencer favorablement l'évolution des cancers du sein.

Elle est généralement utilisée dans le traitement des cancers avancés du sein en association avec la chimiothérapie.

IV. INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

IV.1. T_1 T_2 ou T_3 dont l'adhérence au grand pectoral est limitée.

$N_0 - N_1$ sans métastases ni signes inflammatoires.

a- La chirurgie :

La chirurgie est le traitement de base. Il consiste soit en une simple mastectomie si N_0 , mastectomie + curage axillaire si N_1 parfois HALSTED + Curage ganglionnaire.

Dans tous les cas l'existence de métastases ganglionnaires conditionne la poursuite du traitement.

Si N- pas de radiothérapie ni d'hormonothérapie

Si N+ radiothérapie post-opératoire et s'il y a lieu castration

b- La radiothérapie post-opératoire:

Irradiation de la paroi thoracique correspondant au sein enlevé et des territoires ganglionnaires qui la drainent (régions axillaire, sus et retro claviculaires, mammaire interne).

c- Hormonothérapie :

Elle consiste en une castration chirurgicale ou radiothérapique

Elle est réservée aux cas N+ et s'adresse aux femmes réglées ou en cours de ménopause.

IV.2. $T_3 - T_4$ dont la fixation à la paroi est incomplète, qu'ils soient $N_0, N_1, N_2,$ ou N_3 .

a. La radiothérapie :

C'est le traitement de base. Elle est faite à des doses élevées (6000 rads). On irradie la tumeur mammaire et les aires ganglionnaires de drainage.

b. Association radio-chirurgicale:

- Irradiation première pour réduire le volume tumoral
- Un mois après mastectomie simple avec si possible une exérèse ganglionnaire à la demande.

c. Hormonothérapie :

Mêmes indications qu'en IV.1 avec N+.

IV.3. T_4 fixation complète à la paroi thoracique avec ou sans métastases + toutes les autres tumeurs lorsqu'il y a métastases.

a. La radiothérapie à doses élevées sur la tumeur et les ganglions.

b. Plus rarement mastectomie de propreté pour certaines tumeurs ulcérées.

c. Hormonothérapie : même protocole que pour les 2 catégories précédentes.

IV.4. LES METASTASES

Castration chez les femmes jeunes ou en cours de ménopause si elle n'a pas été déjà faite. Sinon androgènes chez les femmes jeunes, progestatifs entre 50 et 60 ans, oestrogènes au delà.

- L'hypophysectomie a comme indication les métastases osseuses douloureuses et multiples.

- La corticothérapie : chez des malades dont les manifestations paraissent en partie conditionnées par un processus inflammatoire réactionnel au processus tumoral.

- La Chimiothérapie : réservée aux échecs des traitements précédents. Elle joue un rôle important dans le traitement des cancers en " poussée évolutive " plus généralement dans les cancers du sein de mauvais pronostic.

B. CANCER DU COL DE L'UTERUS

I. LA CHIRURGIE :

I.1. La Chirurgie Radicale :

I.1.1. Le WERTHEIM CLASSIQUE :

C'est une hystérectomie abdominale élargie. Le premier acte de l'opération consiste à exposer la portion préligamentaire de l'uretère. Les ligaments ronds et infundibulo pelviens sont sectionnés.

Le trajet intraligamentaire de l'uretère est dissequé et on sectionne l'artère utérine. On libère totalement la vessie en avant. On expose complètement les ligaments cardinaux qu'on sectionne en même temps que la moitié du vagin.

Les variantes du WERTHEIM classique portent sur la façon de disséquer l'uretère intraligamentaire.

Quelles qu'en soient les variantes, ce qui caractérise le WERTHEIM classique, c'est la section du ligament cardinal pratiquée à mi-distance de la paroi pelvienne et de l'axe génital.

Cette section est faite dans tous les cas en deçà de l'expansion antérieure.

I.1.2. Le WERTHEIM Moderne :

Le WERTHEIM moderne mérite à juste titre d'être dénommé opération de MEIGS tant cet auteur a fait pour le renouveau de la chirurgie radicale dans le traitement du cancer du col. Outre que la lymphadenectomie qui se pratique de façon systématique, le WERTHEIM moderne se singularise par la résection des ligaments cardinaux au ras de la paroi pelvienne en deçà de l'émergence du pilier externe de la vessie.

Comme le WERTHEIM classique, le moderne connaît aussi de nombreuses variantes. La différence est dans les modalités de préparation du ligament cardinal de NOVAK ou de MAGARA.

Au cours de la lymphadenectomie on enlève les ganglions situés entre l'artère iliaque externe et le psoas en dedans jusqu'à l'arcade crurale. On nettoie ensuite l'interstice situé entre artère et veine et on enlève l'élément du groupe situé le plus haut à savoir le ganglion de la bifurcation iliaque.

On excise les ganglions situés entre la veine iliaque externe et le nerf obturateur.

Pour la lymphadenectomie iliaque primitive on extirpe les ganglions situés en dedans de l'axe veineux; c'est-à-dire les ganglions du promontoire.

I.1.3. Opération de SCHAUTA :

C'est une hystérectomie élargie par voie vaginale. Elle permet une exérèse dont la radicalité, pour ce qui concerne la machette vaginale et le tissu cellulaire pelvien, égale ou dépasse celle du MEIGS .

L'incision type est une sorte d'épisiotomie médiolatérale prolongée jusqu'au point où on a décidé de faire la résection vaginale. Il faut libérer complètement la face antérieure du ligament cardinal. L'artère est coupée ainsi que les ligaments cardinaux aussi sectionnés le plus près que possible de la paroi pelvienne. La section des ligaments ronds et des annexes se fait soit en aval soit en amont de l'ovaire selon qu'on a décidé de les conserver ou de les extirper.

I.2. La Chirurgie Ultra Radicale :

I.2.1. La pelvectomie totale :

Ses techniques ont été codifiées par BRUNSCHWIG en 1946. Elle consiste en l'ablation de tous les organes du bassin.

Elle implique la création d'une colostomie iliaque ou plus rarement péritonéale et également celle d'une néo-vessie.

I.2.2. Les pelvectomies partielles :

- La pelvectomie postérieure :

Elle comporte l'ablation sus sphinctérienne du rectum associée à une lymphadeno-colpohysterectomie.

L'opération est terminée :

- . Soit par un abaissement trans-anal du rectum en la manière de DUHAMEL.
- . Soit une suture du sigmoïde au moignon recto-anal.
- . Soit un anus iliaque définitif.

- La pelvectomie antérieure :

C'est une lymphadéno-colpohysterectomie à la quelle s'ajoute une cystectomie partielle ou totale impliquant une reimplantation uretéro-colique uni ou bilatérale (intervention de COFFEY).

I.2.3. La cellulectomie de HUGUIER :

Elle s'apparente aux éviscérations partielles. Cependant seul l'appareil génital est extirpé. On excise en totalité le tissu cellulaire pelvien. Bien que la vessie et le rectum restent en place, c'est une véritable éviscération.

I.3. La " Chirurgie palliative "

Elle n'agit pas sur la maladie elle-même, mais doit permettre une survie plus ou moins confortable.

I.3.1. L'exentération pelvienne palliative :

C'est une opération théoriquement intéressante. Il est logique de proposer cette intervention chez les patientes menacées par l'insuffisance rénale, débilitées par les saignements et démoralisées par la fétidité des pertes qui les accompagnent et plus encore chez celles qui présentent une fistule urinaire et/ou fécale.

Il faut 6 mois pour qu'une femme ayant subi une exentération pelvienne recouvre toutes ses forces. Ce serait une peine perdue si la survie ne doit pas dépasser quelques mois.

I.3.2. Les opérations de dérivations urinaires :

Notamment dans les complications urologiques des cancers avancés du col. Le plus souvent ce sont des uretérostomies cutanées qui sont pratiquées.

I.3.3. Les opérations de dérivations intestinales :

Il peut s'agir de dérivations internes en cas de sténose du grêle, de colostomies en cas de sténose colique ou rectale en cas de fistule recto-vaginale.

I.3.4. Les interventions d'hémostase :

Elles sont rarement nécessaires. Autrefois on ligaturait les artères hypogastriques. Actuellement les techniques d'embolisation artérielle semblent plus avantageuses.

I.3.5. La Chirurgie de la douleur :

La cordotomie cervicale basse est l'opération la plus indiquée dans les cancers pelviens en phase avancée.

II. LA RADIOTHERAPIE :

II.1. La Radiothérapie exclusive :

II.1.1. Curiethérapie utero-vaginale :

Son but est de stériliser les lésions cervicales et juxtacervicales en délivrant une forte dose d'irradiation au contact, tout en restant modéré pour les organes voisins.

Les radio-éléments utilisés sont : le radium, le césium ^{137}Cs , l'iridium ^{192}Ir , le cobalt ^{60}Co .

Curiethérapie interstitielle : Les implantations intraparamétriales par radium ou iridium sont parfois utilisées. Elles sont faites soit à l'aveugle, soit en per-opératoire.

Cette technique semble actuellement se développer. Elle délivre un surdosage important dans les zones difficilement accessibles à la radiothérapie transcutanée ou à la curiethérapie endocavitaire, surtout lorsqu'il s'agit de cas évolués.

II.1.2. La radiothérapie transcutanée :

Le volume irradié correspond à l'utérus, le vagin, les paramètres, les chaînes ganglionnaires iliaques externe et primitive. On a recours le plus souvent à la technique des quatre champs fixes: 1 antérieur, 1 postérieur et 2 latéraux.

Les doses d'irradiation sont variables en fonction des lésions. Les doses de 40 ou 50 Gy sont délivrées en 4 ou 5 semaines en raison de 10 Gy/ semaine.

II.1.3. L'irradiation transvaginale :

On irradie directement le col utérin par voie transvaginale. Ceci peut être fait à l'aide de photons X de 200 Kv ou d'électrons d'énergie appropriée. Il est habituelle de pratiquer une irradiation à la dose de 15 à 20 Gy en 3 à 4 semaines.

II.1.4. Conclusion :

L'absence de contre-indication, la bonne tolérance, le peu de complications, l'excellence des résultats carcinologiques sont autant d'arguments qui font que la radiothérapie exclusive prend une place de plus en plus importante dans le traitement des cancers du col.

II. 2. L'Association radio-chirurgicale :

II.2.1. La radiothérapie externe par haute énergie :

Elle est faite sur l'ensemble du petit bassin. Elle irradie les ganglions latéro-pelviens jusqu'à la hauteur de L5 et donne un complément à la curiethérapie sur les paramètres.

- En préopératoire: la dose est de 30Gy en 4 semaines par 4 champs (1 antérieur, 1 postérieur et 2 latéraux).

- En post-opératoire isolée : la dose de 50 Gy en 6 semaines sur le petit bassin, avec une protection médiane à 45Gy.

- Radiothérapie post opératoire après radiothérapie préopératoire.

Cette pratique est exceptionnelle. La dose délivrée est de 15 à 20 Gy sur l'ensemble du petit bassin avec protection médiane.

II.2.2. La Curiethérapie utéro-vaginale pré-opératoire :

Elle a toujours été faite par du radium. La dose est de 7 500 à 8 000mg/h. : 4 000 mg.h. par sonde intra-utérine, 3500mg.h. par colpostat vaginal en deux applications.

Son but est de stériliser le col utérin, les culs-de-sacs vaginaux, et la partie interne des paramètres.

Son activité diminue si le col est trop gros, et les doses données en périphérie sont relativement faibles. D'où l'intérêt dans ces cas d'y associer une radiothérapie première.

II.2.3. L'intervention chirurgicale :

Dans la majorité des cas on pratique une colpo^Shystérectomie type WERTHEIM.

II.2.4. Indications :

- Stade I : Curiethérapie utéro-vaginale suivie 6 semaines plus tard d'une colpo^Shystérectomie avec éventuellement évidemment ganglionnaire.
Si le col est très volumineux on associe une radiothérapie pré-opératoire.
- Stade II : Radiothérapie préopératoire, curiethérapie utéro-vaginale suivie 6 semaines plus tard d'une colpo^Shystérectomie avec évidemment ganglionnaire.

II.3. Radiothérapie des cancers étendus du col (Stades III et IV)

II.3.1. Au Stade III:

Il convient de séparer ici les formes vaginales des formes paramétriales.

a. Lorsque la lésion s'étend sur le vagin jusqu'au 1/3 inférieur sans atteinte des paramètres.

.../...

On pratique une irradiation pelvienne à la dose de 40 Gy. Le surdosage utérovaginal par curiethérapie peut dans ce cas être important si le vagin n'est pas trop rétréci; si non le surdosage sera fait par irradiation transcutanée par champ réduit. Dans tous les cas il convient d'irradier les ganglions inguinaux, lieu de drainage du 1/3 inférieur du vagin.

Si les ganglions sont envahis on augmente les doses d'irradiation par des champs iliaques supplémentaires.

b. Lorsque le paramètre est modérément envahi :

La dose de 40 Gy sera délivrée au pelvis avec curiethérapie utéro-vaginale suivie d'un surdosage donné au seul paramètre atteint et la chaîne iliaque correspondante.

c. Dans d'autres cas moins favorables avec retentissement urinaire :

La lésion primitive est large et infiltre massivement le paramètre qui s'implante sur la paroi pelvienne. Dans ce cas:

Irradiation pelvienne, la curiethérapie intra cavitaire est souvent possible et permet un surdosage appréciable.

La curiethérapie interstitielle trouve ici sa meilleure indication.

II.3.2. Au Stade IV :

Seule peut être envisagée une irradiation palliative. On se contente de doses relativement restreintes qui vont améliorer les symptômes et donner pour un certain temps une stabilité des lésions.

III. LES TRAITEMENTS MEDICAUX :

III.1. La Chimiothérapie :

Comme tous les cancers épidermoïdes les cancers du col sont peu chimiosensibles.

.../..

Principales drogues utilisées :

- Les Alcoylants : Cyclophosphamide
- Les Antimétaboliques : Méthotrexate, 5 F.U.
- Les Antibiotiques : Adriamycine, Bleomycine, Mitomycine
- Les Alcaloïdes d'origine végétale : Vincristine , VM 26
- Les Nitro souffrées: Méthyl CCNU, BCNU, CCNU

Les protocoles utilisés :

- * Protocole n°1 : J₁ Adriamycine 50 mg/m², J₂ et J₈
Méthotrexate 20 mg/m². Répéter toutes les 3 semaines.
- * Protocole n°2: Méthotrexate 30 mg/m² une semaine sur 2
Bleomycine 15mg/m² I.M. 2 fois /semaine.
- * Protocole n°3: Adriamycine 15mg/m² pendant 4 jours ,
Bleomycine 15mg/m² pendant 2 jours . Renouveler toutes les
3 semaines.
- * Protocole n°4 : Cyclophosphamide - Methotrexate
- * Protocole n°5 : CCNU (100-130 mg/m²) toutes les 7 semaines.
Bleomycine 0,5mg/Kg. 2 fois / semaine.
- * Protocole n°6 : Adriamycine 60 mg/m², Vincristine 1,5mg/m²
toutes les 3 semaines.
- * Protocole n°7 : Bleomycine 5 mg.IV J₁ à J₇ et J₁₆ , J₂₂
Mitomycine 10mg.IV J₈ et J₂₃.
- * Protocole n°8 : Bleomycine 10 mg/m² 1 fois / semaine
Méthotrexate 10mg/m² tous les 4 jours.

Ces drogues outre leur toxicité propre sont d'un maniement difficile surtout chez les malades :

- déjà irradiées ce qui augmente le risque hématologique et les troubles du transit et diminue leur pénétration cellulaire
- et dont la fonction rénale est souvent altérée.

.../..

III.1.3. Indications de la chimiothérapie :

- Formes inopérables résistantes à la physiothérapie ou présentant des métastases osseuses ou cutanées.
- Si après la chirurgie et irradiation, il persiste une lésion à évolution loco-régionale ou une dissémination métastatique.
- Les récidives après traitement ne pouvant bénéficier ni de la physiothérapie ni de la chirurgie.

III.2. L'Immunothérapie

L'immunothérapie offre des perspectives thérapeutiques dans 3 directions :

- Immunothérapie pour favoriser les mécanismes immunitaires susceptibles d'induire un rejet tumoral.

Les produits utilisés sont : le BCG, les Coryne bacteries. Les résultats sont souvent décevants.

- Immunorestauration : chez les patientes souvent et longtemps déprimées par l'irradiation pelvienne.

Le Levamisole, la thymosine ont été proposés et toujours au stade expérimental.

- Immunoprévention : Elle empêche les infections génitales virales et réduit leur récurrence associée au risque carcinogène.

Ces vaccins devraient permettre l'immunisation contre les tumeurs induites par le virus herpétique.

L'interféron et les inducteurs d'interféron représentent une autre possibilité au moins théorique de traiter les infections virales herpétiques.

L'immunoprophylaxie du cancer cervico-utérin demeure cependant un objectif réalisable .

.../...

IV. INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

IV.1. Stade 0 : Epithelioma in situ ; c'est un cancer non invasif. Chez la femme jeune désireuse d'une grossesse ultérieure, on pratique une conisation.

Chez la femme autour de 40 ans qui ne veut plus avoir d'enfant , on pratique une colpohystérectomie avec conservation des ovaires.

IV.2. Stades I, II :

- Une chirurgie seule à visée radicale peut être pratiquée
- La radiothérapie exclusive est possible: Curiethérapie + irradiation externe.

- Il faut insister sur l'intérêt de l'association radio-chirurgicale,

1er temps; curiethérapie

2ème temps: colpohystérectomie avec lymphadenectomie.

L'examen anapath. de la pièce et des ganglions jugera de l'efficacité de la radiothérapie et de l'existence éventuelle d'un envahissement ganglionnaire.

IV.3. Stade III :

- La Chirurgie ultra-radicala peut ici trouver sa place.
- Association radio-chirurgicale : radiothérapie externe + curiethérapie pour espérer réduire la masse tumorale afin d'intervenir secondairement.

- La radiothérapie exclusive est la mieux indiquée.

IV.4. Stade IV :

Le traitement est difficile à schématiser. La chirurgie radicale n'est pas réalisable, une chirurgie palliative, est parfois possible.

Ce stade relève de la radiothérapie ou de la chimiothérapie. L'Immunothérapie peut être employée.

Les récidives et les métastases relèvent de la chimiothérapie

IV.5. Cas particulier : Cancer du col et grossesse.

Au 1er trimestre on pratique un avortement thérapeutique et le reste du traitement se poursuivra selon le stade.

Au 3ème trimestre : une césarienne est pratiquée si l'enfant est viable.

Au 2ème trimestre : les problèmes les plus difficiles se posent ici et on discute la décision avec la femme.

- . avortement thérapeutique;
- . ou attente du 3ème trimestre pour pratiquer une césarienne si l'enfant est viable.

C. CANCER DU CORPS DE L'UTERUS :

I. LA CHIRURGIE :

C'est le traitement idéal de principe pour ce cancer d'évolution purement locale et dont les extensions régionales se font vers les ovaires, le col, le vagin avec parfois une invasion ganglionnaire pelvienne.

I.1. Hystérectomie totale :

C'est le strict minimum que l'on puisse faire. Cette hystérectomie totale est toujours associée à une ablation des annexes et du quart du vagin.

I.2. Les hystérectomies élargies :

Lorsque le bilan local fait suspecter, soit une extension à l'isthme et au canal cervical, soit une infiltration de tout le myomètre, il est alors logique de réaliser une chirurgie élargie comme pour un cancer du col.

Le plus souvent c'est une opération de WERTHEIM avec large résection du vagin et lymphadenectomie pelvienne qui est réalisée.

Certains auteurs enlèvent le tissu celluleux de la région cervico-isthmique et vaginale grâce à une dissection des uretères mais sans cependant aller jusqu'à la paroi pelvienne. Ils appellent leur intervention : hystérectomie totale faite " au large ". L'hystérectomie par voie vaginale est peu pratiquée.

II. LA RADIOTHERAPIE :

Deux techniques sont utilisables :

II.1. La Curiéthérapie :

La curiéthérapie endocavitaire (plesio-curiéthérapie) est endo-utérine et endo-vaginale.

a. La curiéthérapie endo-utérine : C'est la " packing-method " de HEYMAN.

Elle consiste à bourrer la cavité utérine de capsules de 25 mm. de longueur et 8 à 13 mm. de diamètre. Chaque capsule est chargée d'une source radio-active. Deux applications d'une durée de 48 à 72 heures sont effectuées à 15 jours d'intervalle. La dose totale est de 5000 à 7000 mg/h.. Cette méthode expose soit à un surdosage ou à une non stérilisation.

Actuellement des sources de radium sont remplacées par des sources radio-actives artificielles: Cesium 137, Iridium 192, Cobalt 60 en curiéthérapie à débit élevé.

b. La curie thérapie endo-vaginale :

La curiéthérapie vaginale délivre à la muqueuse des culs-de-sacset du 1/3 supérieur du vagin une dose de 6000 à 8 000 rads (curiéthérapie post-opératoire systématique).

Certains auteurs ont préconisé l'irradiation du vagin sur toute sa longueur en utilisant des applications cylindriques avec source axiale. Ceci a pour but de traiter les extensions ou métastases du 1/3 inférieur du vagin.

../...

II.2. La radiothérapie externe :

On utilise deux champs opposés antéro-postérieurs. Eventuellement on utilise la technique à 4 champs en fonction de la morphologie de la malade et de l'importance de la dose à délivrer.

Le rythme d'administration est de 800 à 1000 rads/semaine. Les doses varient selon les indications thérapeutiques de 3000 à 6000 rads.

- En pré-opératoire : La dose délivrée est de 3000 à 4000 rads au volume tumoral. Elle est indiquée s'il existe une augmentation du volume utérin, si l'isthme et l'endocol sont envahis, s'il s'agit d'une forme indifférenciée, infiltrante ou si l'on soupçonne un envahissement ganglionnaire.

- En post-opératoire : La dose délivrée est de 5000 à 6000 rads en tenant compte des thérapeutiques antérieures (curiethérapie ou irradiation externe pré-opératoire ou associées curiethérapie vaginale post-opératoire). Elle est indiquée pour les épithéliomas indifférenciés ou une infiltration importante du myomètre, une extension aux paramètres et aux ganglions.

- La radiothérapie exclusive : Elle associe l'irradiation externe, la curiethérapie vaginale et endo-cavitaire.

La dose tumorale délivrée en irradiation externe est de 5000 à 6000 rads.

L'irradiation externe seule est incapable de stériliser les adénocarcinomes de l'endomètre. Le recours à la curiethérapie est indispensable.

II.3. L'association radio-chirurgicale :

Cette association est utilisée pour réduire le risque de récurrence. En effet la chirurgie seule ne peut pas prétendre enlever la totalité du tissu cellulaire dans lequel peuvent persister des cellules néoplasiques alors que la curiethérapie endo-vaginale stérilise tout ce voisinage.

La plupart des auteurs réalisent la curiethérapie pré-opératoire afin de n'intervenir que sur des lésions déjà stérilisées ou dont le volume est réduit.

D'autres moins nombreux ne la réalisent qu'après la chirurgie et la réservent aux seuls cas où l'examen anapath. prouve une extension basse.

La radiothérapie externe n'est utilisée en pré-opératoire que pour réduire les dimensions d'un utérus volumineux.

Elle est réservée aux seuls traitements post-opératoires pour les formes très évoluées, ou en cas de contre-indication chirurgicale.

III. LES TRAITEMENTS MEDICAUX :

III.1. La Chimiothérapie :

Elle n'a pas encore fait preuve d'efficacité.

III.2. L'Hormonothérapie :

L'épithélioma de l'endomètre peut être considéré comme un cancer hormonodépendant.

La progestérone à dose élevée est efficace aussi bien sur la tumeur primitive que sur les récidives et les foyers métastatiques.

Les produits utilisés : Ce sont les progestatifs de synthèse à dose massive.

- 17 alpha-hydroxyprogesterone (Progesterone Retard) à 500 mg.I.M. 2 fois/ semaine.
- Acétate de médroxyprogesterone (Dépoprodasone) à 250 mg. I.M. 2 fois/semaine.

Si l'action paraît favorable on poursuit un traitement d'entretien pendant au moins 6 mois soit avec les mêmes drogues à des doses moindres soit par ^{voie} orale en utilisant par exemple l'acétate de médroxyprogesterone (Parlutal, Prodasonne) ou l'acétate de chlormadinone (Luteran) etc...

IV. INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

IV.1. Cancer confirmé, limité au corps et avec " bon risque "

Association curiethérapie vaginale puis hystérectomie totale " au large ". Certains associent une curiethérapie endo-utérine pour réduire le volume tumoral. D'autres opèrent d'emblée et font une curiethérapie secondaire.

IV. 2. Cancer confirmé limité au corps et avec "mauvais risque "

La chirurgie est le traitement idéal. il y a une indication pour les irradiations seules mais surtout il faut associer curiethérapie et irradiation externe.

IV.3. Cancer confirmé, limité au corps et soupçon de tumeur ovarienne

La chirurgie est formellement indiquée car c'est la seule chance de contrôler et traiter une tumeur ovarienne.

IV.4. Cancer confirmé limité à l'isthme ou au canal cervical et au col (stade II)

Opération type WERTHEIM avec lymphadénectomie pelvienne. Si N+ complément par irradiation externe systématique, mais aussi si le myomètre est envahi en profondeur.

IV.5. Cancer confirmé étendu au delà de l'utérus (Stade III)

Irradiations endo-vaginale et externe mais aussi il faut ajouter à titre systématique un traitement hormonal prolongé avec la progesterone.

IV.6. Pour une récurrence :

Traitement prolongé par la progesterone est à instituer.

Récidive vaginale : Survient toujours après chirurgie seule; dans ce cas les radiations s'imposent : endo-vaginales et externes. Si la malade a déjà été irradiée, il faut être très prudent avant d'irradier à nouveau et seulement après une étude dosimétrique acceptable.

Il peut y avoir indication à une pelvectomie.

IV.7. Les Métastases :

Traitement palliatif par progesterone.

La chimiothérapie doit être associée sans que l'on puisse actuellement proposer un choix formel.

C. CANCER DES TROMPES :

I. LA CHIRURGIE :

En l'absence de contre-indication, la laparotomie représente le premier temps indispensable.

L'étendue de l'exérèse chirurgicale dépend du stade de la tumeur, des conditions techniques locales et de la tolérance de la malade.

I.1. Hystérectomie totale + annexectomie bilatérale :

Elle représente le minimum indispensable dans tous les cas.

I.2. Les Exenterations pelviennes :

Elles sont envisagées dans les cas de cancers tubaires étendus au pelvis.

I.3. L'annexectomie isolée : Elle est insuffisante et n'est envisagée que lorsque l'hystérectomie est dangereuse.

II. LA RADIOTHERAPIE :

L'irradiation a souvent été utilisée après la chirurgie.

II.1. L'irradiation pelvienne : (Cobaltherapie)

Elle délivre 55 Gy en 5 semaines.

II.2. L'irradiation abdomino-pelvienne par les champs classiques ou par les techniques en bandes superposées délivre 30 Gy avec une sur-impression de 20Gy sur le pelvis.

II.3. L'irradiation lombo-aortique :

Elle délivre au maximum 45 Gy avec une surimpression de 5Gy sur une éventuelle adénopathie repérée lors de l'intervention.

III. LA CHIMIOThERAPIE :

Elle est utilisée comme complément de la chirurgie ou de la radiothérapie des cas dépassés.

Il s'agit le plus souvent d'une polychimiothérapie discontinue ou séquentielle, associant des drogues dont le point d'impact sur le cycle cellulaire est différent. Elle est entreprise le plutôt que possible après intervention. Aucun protocole précis ne peut être proposé mais on se réfère aux produits réputés actifs pour les tumeurs de l'ovaire . On peut citer : l'Adriblastine, l'Oncovin, le Vehem 26, l'Endoxan, le 5 FU, l'Actinomycine D.

Le traitement est appliqué pendant 1 à 2 ans en fonction de la tolérance de la toxicité de chaque produit.

IV. INDICATIONS :

IV.1. Cancers limités à la trompe : Stade I

Hystérectomie totale + annexectomie bilatérale et lymphadenectomie en cas de métastases.

Traitement post-opératoire :

- absence d'adénopathie : une radiothérapie peut être utile
- adénopathies pelviennes : irradiation pelvienne et lombosacrée puis chimiothérapie si l'état de la malade le permet.

IV.2. Cancers Stade II (lésions étendues au pelvis)

- Stade II A (cancer étendu à l'appareil génital)

Le traitement est semblable à celui du stade I.

- Stade II B (les viscères pelviens sont atteints)

Hystérectomie totale + résection viscérale partielle (grêle, Sigmoides, vessie...) si possible, si non on fait une simple réduction tumorale.

Traitement post-opératoire.

- Absence de reliquat tumoral macroscopique et d'adénopathie: irradiation pelvienne .

- Reliquats tumoraux de faible volume: irradiation pelvienne.

.../...

- Adénopathies lombo-aortiques : irradiation lombo-aortique si l'état de la malade le permet .

- Masse résiduelle importante : chimiothérapie + en cas d'efficacité une 2ème exérèse suivie d'irradiation.

IV.3. Cancers au delà du pelvis : Stade III

- Laparotomie avec réduction tumorale ou à défaut, simple biopsie.

- Chimiothérapie suivie dans de rares cas favorables d'une 2ème exérèse + irradiation orientée par l'exploration chirurgicale.

IV. Cancers au delà de l'abdomen :

La laparotomie est discutable; elle fait le diagnostic.

La chimiothérapie mal tolérée dans ces cas avancés n'a qu'un rôle palliatif.

D. CANCER DE L'OVAIRE :

I. LA CHIRURGIE :

La chirurgie est le temps essentiel. Elle a un but diagnostic; elle permettra :

- la découverte des lésions;
- l'appréciation de leur extension;
- le diagnostic histologique.

Elle doit être aussi complète que possible tout en restant raisonnable.

I.1. Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale :

Elle reste l'intervention de base qui lorsqu'elle est possible doit toujours être pratiquée. En matière de cancer de l'ovaire elle est préférable à l'hystérectomie subtotalaire. Cette dernière intervention a comme seule indication l'impossibilité technique d'enlever le col. Certains auteurs préconisent une hystérectomie subtotalaire en cas d'ascite afin d'éviter les fistules et les infections péritonéales ascendantes.

Les gestes possibles associés (Omentectomie, exérèse viscérale partielle).

I.2. Les interventions élargies :

Ce sont les pelvectomies totale ou partielle . Elles sont exceptionnellement justifiées car lorsqu'une telle indication se discute, il s'agit toujours d'un stade avancé ayant résisté soit à la chimio, soit à la radiothérapie.

Les risques opératoires sont majeurs et la survie, qui ne peut être que de courte durée limite leur indication.

I.3. Les interventions plus limitées :

a. La tumorectomie ou annexectomie unilatérale :

De telles interventions n'ont pas leur place en matière de tumeurs malignes de l'ovaire sauf dans des cas très particuliers.

Cas tenant à l'âge surtout ou à la nature histologique de la tumeur (Seminome).

b. La réduction de la masse tumorale :

C'est souvent en fait la seule méthode possible dans les stades avancés.

L'idéal est de pouvoir enlever les 2 ovaires. Parfois seule l'Omentectomie est possible. Il est parfois préférable de limiter l'ablation tumorale et de réintervenir 2 à 3 mois plus tard après chimiothérapie.

c. La simple biopsie :

Elle est indiquée lorsqu'on découvre des lésions étendues à tout l'abdomen. Les résultats histologiques guideront la thérapeutique. Une nouvelle réintervention est parfois possible après chimiothérapie.

II. LA RADIOTHERAPIE :

Elle est employée comme traitement complémentaire . La radiothérapie conventionnelle à 220 KV est actuellement moins utilisée au profit des radiations à courte énergie (cobaltothérapie) et des accélérateurs linéaires (Bâtatron) qui permettent d'obtenir un impact homogène en profondeur et de limiter l'irradiation des plans superficiels.

Elle commence 2 à 6 semaines après l'intervention.
L'assèchement préalable de l'ascite est toujours souhaitable.
Selon l'étendue des lésions, elle intéressera le pelvis ou l'ensemble de l'abdomen.

II. 1. L'irradiation pelvienne :

Elle est assurée par deux champs antérieurs et postérieurs auxquels on ajoute parfois 2 champs latéraux. Les doses varient de 4.000 à 6 000 rads à raison de 1000 rads/Semaine.

II.2. L'irradiation de tout l'abdomen :

Elle nécessite un protecteur du foie et des reins. Elle est réalisée par deux champs antérieurs et postérieurs ou 4 champs obliques. La dose est de 2500 à 3000 rads en 6 à 7 Semaines.

II.3. Une autre méthode est : le "moving 'Strip "

Elle consiste à irradier l'abdomen par bandes horizontale successives de 2 à 5 cm., du cul-de-sac de Douglas au diaphragme.

Cette méthode donnerait une irradiation plus homogène, éviterait les points chauds et bénéficierait d'une meilleure tolérance.

II.4. Les isotopes intra-péritonéaux :

La technique est assez simple : après évacuation de l'ascite, on injecte 80 à 100 millicuries d'Au 198 véhiculés dans du sérum physiologique. L'avantage essentiel est de favoriser l'assèchement de l'ascite. Elle permet une irradiation de contact mais ne stérilise que les tumeurs d'un diamètre inférieur à 2 mm.

Elle est bien tolérée mais favoriserait des adhérences péritonéales pouvant grandement gêner une reintervention.

III. TRAITEMENTS MEDICAUX :

III.1. La Chimiothérapie :

a. Les produits utilisés :

Endoxan (cyclophosphamide), Méthotrexate, (Amehopterine) , Velbé (Vincalécoblastine), Oncovin (Vincristine), Adriblastine (Doxorubicine), Alkeran (Myleran, Melphalan).

Doit-on employer une mono ou une polychimiothérapie?

La tendance actuelle va à la faveur d'une polychimiothérapie discontinue à fortes doses. Chaque produit est employé à une dose plus faible que s'il était employé seul.

On utilise des drogues dont les mécanismes d'action sont différents et qui s'attaquent à des phases différentes du cycle cellulaire. On recherche aussi des produits dont la toxicité est différente.

b. Les protocoles utilisés :

Protocole n°1 : polychimiothérapie discontinue, utilisée chez des sujets en mauvais état général ou âgé ou en cas de tumeurs au stade I ou II.

- Méthotrexate : 30 mg/m² IV
- Endoxan : 600 mg/m² IV
- Velbé : 6 mg/m² IV

Ce traitement est répété tous les 15 jours pendant 3 mois.

- Alkeran prend le relai à raison de 1mg./Kg. à répartir en 7 jours toutes les semaines pendant 3 mois.

En cas de bonne tolérance il est maintenu pendant 12 mois.

Protocole n°2 : polychimiothérapie séquentielle synchronisée

- J₁ Adriblastine : 45 mg/m² IV
- J₂ Oncovin : 1 mg/m² IV
- J₃ et J₄ .. Endoxan : 250mg/m² IV ou 1M
- J₃ à J₉ ... Alkérán : 2,5mg/m²/24h. per os.

Ce deuxième protocole est plus agressif. L'Adriblastine doit être arrêté au bout de 12 mois. Les autres produits sont administrés pendant 18 mois.

Lorsqu'une chimiothérapie est bien tolérée sa durée d'application est jugée en fonction de son efficacité. Si la tumeur est chimiosensible le traitement doit être poursuivi au minimum pendant 1 an.

.../...

III.2. L'Hormothérapie :

Elle n'occupe pas une place importante dans l'arsenal thérapeutique. Employée dans un but palliatif dans les cancers évolués il est difficile de juger son efficacité.

Elle est utile dans les cancers endométrioïdes.

a. Les produits utilisés :

- 17 OH progesterone : 1g/24 h.
- La norethindione : 100 mg/24 h.

III.3. L'Immunothérapie :

Elle ne peut agir que si le nombre résiduel des cellules est inférieur à 10^5 , soit en cas de tumeurs infra-cliniques.

- Seule l'immunothérapie active non spécifique par le BCG toutes les semaines est employée en clinique.

Son emploi est récent dans les tumeurs de l'ovaire. On espère éradiquer par l'immunothérapie les cellules néoplasiques disseminées résiduelles qui ne peuvent être atteintes par les autres méthodes et qui seraient à l'origine des récives.

- L'immunothérapie active spécifique par reinjection de cellules tumorales irradiées ou congelées est en expérimentation.

- L'immunothérapie passive est au stade de recherche.

E. LE CANCER DE LA VULVE :

I. LA CHIRURGIE :

I.1. La vulvectomy totale :

Elle reste le traitement classique du cancer vulvaire. Elle doit emporter les grandes lèvres, les petites lèvres, le clitoris et la partie basse du vagin jusqu'au méat urinaire. En profondeur on enlève toute la graisse des régions où passent les voies lymphatiques. On doit ainsi parvenir jusqu'au bassin osseux.

.../...

Il est utile de faire un décollement recto-vaginal qui permettra une myorrhaphie des releveurs afin de prévenir un prolapsus qui peut être une conséquence de vulvectomie.

I.2. Les interventions au delà de la vulvectomie :

L'extension pelvienne peut parfois nécessiter d'élargir la vulvectomie aux organes pelviens.

- L'envahissement vers le haut du vagin peut nécessiter une hystérectomie avec colpectomie totale.

- Il est rare que l'envahissement se limite au vagin seul, ce qui amène à faire une pelvectomie antérieure emportant : la vessie, l'urethre, l'utérus, le vagin.

- Quand l'extension se fait vers l'arrière et intéresse l'anus on pratique une périnéo-ano-vulvectomie; la paroi vaginale antérieure peut être respectée.

Ces mutilations nécessitent une dérivation des urines et des matières.

I.3. La lymphadenectomie :

Le curage ganglionnaire peut se diviser en plusieurs étapes :

- Inguinal superficiel : (Ce sont les ganglions de la veine saphène interne situés entre la peau et le fascia cribriformis). C'est le premier relais ganglionnaire vulvaire. Le point technique important est que l'exérèse doit se faire en continuité avec l'exérèse vulvaire au niveau de la graisse du pli génito-crural afin d'être sûr d'avoir enlevé tous les troncs lymphatiques empruntant cette région.

- Inguinal profond : Le curage inguinal complet a été décrit par SCALI. Il enlève tous les éléments cellulo-graisseux ganglionnaires du Scarpa avec comme limite en haut : l'aponévrose du grand oblique - en dehors : le bord interne du couturier - en dedans le relief des adducteurs.

- Curage pelvien : Il emporte les chaînes iliaques externes et obturatrices. Ce curage peut être poursuivi au niveau iliaque primitif et iliaque interne. Il est préférable de pratiquer un curage monobloc avec la vulvectomie.

II. LA RADIOTHERAPIE :

Le cancer de la vulve est réputé radiosensible. Malheureusement, la fragilité des tissus vulvaires fait que des effets secondaires de type radio-epithelite apparaissent rapidement pour des doses encore faibles obligeant l'interruption du traitement avant que la dose thérapeutique soit atteinte.

Différentes méthodes d'irradiation peuvent être proposées

II.1. La Radiothérapie exclusive :

a. L'irradiation des ai-res ganglionnaires :

La radiothérapie conventionnelle a été abandonnée. Actuellement on utilise des rayonnements de haute énergie.

- Soit des photons gamma de 1,25 MeV émis par le Cobalt 60 à la dose de 50 Gy avec un surdosage de 10 à 20 Gy sur les ganglions suspects,

- Soit des électrons accélérés de 6 à 25 MeV par un accélérateur linéaire ou circulaire type Bétatron.

La dose d'irradiation est de 45 à 54 Gy . L'intérêt est que le rayonnement diffuse peu en dehors du volume cible.

b. L'irradiation de la lésion vulvaire :

- Le Cobalt 60 a été employé selon un champ périnéal direct sur la vulve et le périné. La dose délivrée est 50 à 70 Gy en 6 semaines mais qui demande parfois 9 à 10 semaines en raison des effets secondaires.

- Les électrons peuvent être utilisés par une porte d'entrée directe à la dose de 45 à 54 Gy.

- La curiethérapie : Elle est très intéressante. Elle se fait grâce soit à un appareil moulé, soit des fils d'iridium.

Le vagin est traité en endo-cavitaire grâce à un applicateur contenant du cesium.

La dosimétrie est précisée grâce à l'ordinateur. L'intérêt de cette méthode est de délivrer en un temps court une dose élevée à un volume cible bien déterminé.

Son inconvénient est qu'une zone de nécrose peut apparaître au point d'irradiation, cette nécrose est de cicatrisation difficile.

II.2. L'Association radio-chirurgicale :

- Soit radiothérapie externe pré-opératoire lère à doses modérées sur la vulve et les aires ganglionnaires dans le but d'obtenir une réduction tumorale en cas de tumeur très étendue dont l'exérèse risquerait de compromettre les viscères pelviens.

- Soit traitement premier de la lésion par vulvectomie lère et irradiation secondaire des aires ganglionnaires.

- Soit plus souvent radiothérapie post-opératoire sur la région périnéale si la vulvectomie semble incomplète ou sur les aires ganglionnaires en cas de simple adénectomie ou bien encore s'il existait un envahissement ganglionnaire massif.

Le problème de la radiothérapie post-opératoire est qu'elle doit souvent être retardée pour attendre la cicatrisation et qu'elle risque certainement de majorer les séquelles de la chirurgie en particulier l'oedème des membres inférieurs.

III. LA CHIMIOThÉRAPIE :

Plusieurs drogues ont montré leur efficacité dans le domaine des tumeurs solides épidermoïdes et ont permis des régressions objectives.

- L'Adriamycine
- La Bléomycine
- Le Méthotrexate
- Le Cis-diaminoplatinum

La chimiothérapie séquentielle utilisant plusieurs drogues permet d'avoir de meilleurs résultats. Actuellement le traitement se fait selon 2 protocoles.

Protocole n°1 :

J₁ Adriamycine 30 mg/m²

J₂ Vincristine 1mg/m² (jamais plus de 2 mg)

J₃ - J₄ - J₅ - J₆ Méthotrexate 2mg. 2 fois /jour sous cutané.

Protocole n°2 :

J₁ Adriamycine 30 mg/m²

J₂ Vincristine 1 mg/m²

J₃ à J₆ Cysplatyl 25 mg.

J₂ à J₆ Bleomycine en perfusion continue 10 mg/m².

L'association avec du platine est très efficace mais d'utilisation difficile à cause de sa toxicité rénale.

La chimiothérapie est lourde, ses effets secondaires importants, ce qui fait qu'elle ne soit pas prescrite de façon systématique, mais plutôt à la demande dans les cas où l'extension est importante ou quand il y a des métastases.

IV. LES AUTRES METHODES THERAPEUTIQUES :IV. 1. L'électro-coagulation :

Elle consiste à détruire les lésions exophytiques vulvaires avant la radiothérapie. Elle ne donne pas une hémostase parfaite. Le seul avantage semble être la rapidité du geste. Cette méthode est actuellement abandonnée.

IV.2. Le Laser :

Les lasers chirurgicaux permettent une section ou une destruction par vaporisation des lésions. Cette section est pratiquement exsangue pour les vaisseaux dont le diamètre est inférieur à 0,5 mm.

La cicatrisation est améliorée aussi bien au plan du délai que de la qualité. Le laser peut être utilisé comme bistouri réalisant des vulvectomies.

Le fait que l'action du rayon laser soit difficile à contrôler en profondeur limite quand même son indication pour des manoeuvres de dissection à proximité des gros vaisseaux comme les curages.

Le laser permet enfin de détruire les petites récidives après vulvectomie surtout lorsque ces lésions sont intra-épithéliales.

IV.3. La Cryothérapie :

Son principe est la destruction des tissus ou des tumeurs par congélation. Elle présente des avantages qui sont intéressants en chirurgie vulvaire :

- La cryolésion est peu douloureuse et peut donc se faire sans anesthésie;

- La congélation entraîne une thrombose vasculaire et un infarctus ischémique des zones traitées ce qui fait que la cryochirurgie soit exsangue; la cicatrisation secondaire est harmonieuse et souple.

- La cryochirurgie développerait une réaction immunitaire contre les cellules résiduelles . Ceci reste encore théorique.

Les avantages de cette méthode font qu'elle peut être très intéressante pour le traitement de certaines lésions vulvaires : (volumineuses tumeurs vulvaires au dessus des possibilités raisonnables d'exérèse chez des femmes âgées, traitement des petites récidives périnéales après vulvectomie).

V. INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

V.1. Place de la chirurgie :

a. Traitement de la tumeur vulvaire :

La vulvectomie totale reste l'intervention de choix au stade I et II . Deux éventualités peuvent amener à discuter ce geste.

- T inférieur à 2 cm: exérèse partielle et/ou curiethérapie
- Mélanome : hémivulvectomie avec curage à la demande.

b. Problème des ganglions : étendue du curage

Pour les lésions latérales et de volume modéré ($T_1 - T_2 < 3\text{cm.}$)

Curage ganglionnaire inguinal superficiel.

* Si les ganglions sont indemnes le curage sera limité au niveau inguinal superficiel.

* Si non on fera un curage inguinal profond + curage pelvien du côté des ganglions inguinaux envahis.

- Pour les lésions médianes et antérieures et pour les lésions volumineuses, curage inguinal et pelvien de principe.

V. 2. Place des exentérations :

- Atteinte du Trigone vésical : Pélvectomie antérieure
- Atteinte du canal anal : périnéo-ano-vulvectomie.

V.3. Place de la radiothérapie :

a. Avant l'intervention :

- Sur de très volumineuses tumeurs : dans le but de réduire leur volume et permettre une exérèse moins délabrante.

- Sur des adénopathies fixées (N_3) en espérant sur leur exérèse secondaire .

b. En post opératoire

- Radiothérapie systématique en cas de découverte d'envahissement ganglionnaire (non admis par tous).

- Elle est réservée aux cas où l'envahissement ganglionnaire est massif ou lorsqu'une exérèse incomplète est suspectée.

V.4. Traitement des récidives :

- La reprise chirurgicale est la solution la plus simple. Ailleurs on peut recourir à la destruction par laser ou par la cryothérapie.

- Les récidives ganglionnaires : Radiothérapie si elles sont inextirpables ou bien chimiothérapie.

F. CANCER DU VAGIN :

Le traitement du cancer du vagin même peu évolué, est difficile pour diverses raisons :

- minceur de la paroi séparant le vagin du rectum ou des voies urinaires ;
- grande étendue du système ganglionnaire lymphatique de drainage.

I. CHIRURGIE :

I.1. La Colpohystérectomie totale élargie :

C'est l'une des seules méthodes envisageables dans le traitement du cancer du vagin. On doit lui associer une lymphadenectomie ilio-pelvienne étendue. Pour les lésions basses l'intervention s'apparente à la vulvectomie radicale et comporte un curage inguino-pelvien bilatéral.

I.2. Les vulvo Colpohysterectomies élargies :

Elles sont envisagées lorsqu'il y a extension aux organes de voisinage. On doit faire des exenterations pelviennes partielles ou totales. Quelle que soit l'étendue de l'exérèse la mutilation qu'implique la chirurgie est considérable, de ce fait la mortalité et la morbidité sont importantes.

L'avantage de la chirurgie est d'apporter en un seul temps, des résultats qui dans les cas heureux peuvent être stables.

II. LA RADIOTHERAPIE :

II.1. La radium thérapie endo-cavitaire :

C'est la plus ancienne et la plus utilisée des méthodes d'irradiation. La dose totale à délivrer varie entre 5000 et 10 000 rads pour les couches superficielles de la lésion.

La durée et le nombre des applications sont variables. L'irradiation externe est indispensable pour le traitement du tissu cellulaire pelvien et des ganglions satellites.

Elle se fait généralement par les 4 portes d'entrée classiques (2 abdominales, 2 dorsales) auxquelles on ajoute un champ périnéal.

II.2. La Cobaltherapie :

Les doses délivrées sont en moyenne de 2000 à 5000 rads/T pour chaque champ et en 4 à 6 semaines.

II. 3. L'association radio-chirurgicale :

L'association de la radiothérapie et de la chirurgie peut se concevoir de deux façons :

- Soit irradiation externe complémentaire de la chirurgie
- Soit chirurgie en Sand-Wich entre l'irradiation endo-cavitaire et l'irradiation externe.

III. INDICATIONS THERAPEUTIQUES :

a. Radiothérapie :

- Stade I : Radiumthérapie seule
- Stade II : Radiumthérapie + irradiation externe.

b. Chirurgie :

- Opérations de nécessité : Exenterations pelviennes dans les formes fistuleuses non fixées.
 - Opération de principe (Stade I et Stade II)
-

MATERIEL ET METHODE DE TRAVAIL

Ce travail porte sur l'étude des cancers génitaux et mammaires féminins dans les hôpitaux de Bamako. (Hôpital du Point-"G" et de Gabriel TOURE) sur une période de 12 mois d'Octobre 1983 à Octobre 1984.

Cependant nous avons inclus dans notre étude 3 malades opérées avant cette période qui ont consulté pour récurrence ou métastases.

L'étude intéresse 32 femmes présentant les lésions suivantes:

- Cancer du sein : 20 cas
- Cancer du col de l'utérus : 10 cas
- Cancer de l'ovaire : 2 cas.

Nous n'avons pas retrouvé d'autres cancers des organes génitaux féminins (un seul cancer du corps de l'utérus dont le dossier médical n'est pas exploitable).

La majorité de nos malades ont consulté d'elles-mêmes, les autres nous ont été adressées par les médecins des formations sanitaires de la capitale ou de l'intérieur du pays.

L'enquête s'est déroulée selon le protocole suivant :

Nom..... Prénom..... Age.....

Provenance.....

Diagnostic :

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux :
- Médicaux :
- Chirurgicaux :

Histoire de la Maladie :

- Debut
- Evolution
- Traitement traditionnel
- Motif de la consultation médicale

Histoire en Milieu chirurgical :

Intervention :

Anapath. :

Suites Opératoires immédiates :

Observations générales :

Le bilan préopératoire systématique a comporté :

- Groupe sanguin + rhésus,
- Numération formule sanguine,
- Urémie ;
- Glycémie,
- Urines albumine, sucre :
- Temps de saignement, temps de coagulation,
- Radioscopie ou souvent radiographie pulmonaire.

Tous ces malades ont été suivies par nous mêmes durant leur séjour hospitalier.

Nous avons noté une grande difficulté de la suivie des malades après leur sortie. En effet, la plupart d'entre elles habitent à l'intérieur du pays et n'ont pas les moyens de retourner consulter fréquemment dans la Capitale.

L'évolution souvent rapide vers la cachexie de ces malades qui ne bénéficient ni de radiothérapie, ni de chimiothérapie post opératoire est aussi un facteur de " non consultation ".

Durant notre période d'étude (1 an), un total de 117 cancers a été recensé : dont 32 cancers (27,35 %) sont des cancers génitaux et mammaires féminins.

- les cancers du sein : 20 ca (17 % de l'ensemble des cancers représentent 63 % des cancers génitaux et mammaires.

L'âge moyen des malades est de 46,1 ans avec des extrêmes de 19 à 65 ans.

- Les cancers du col de l'utérus : 10 cas (8,5 % de l'ensemble des cancers) font 31 % des cancers génitaux et mammaires;

L'âge moyen est de 43, 9 avec des extrêmes de 28 et 81 ans.

- Les cancers de l'ovaire : 2 cas (2 % de l'ensemble des cancers) représentent 6 % des cancers génitaux et mammaires féminins.

L'âge moyen est de 21 ans (16 ans et 26 ans).

.../..

- Nous n'avons pas observé de cancers du corps de l'utérus, du vagin, de la vulve et des trompes utérines.

Ces cancers nous paraissent rares au Mali : Pour les retrouver nous avons élargi notre enquête à l'Institut Marcoux où aucun cancer génital externe n'est signalé durant la même période.

.../...

ETUDE DE NOS OBSERVATIONS

OBSERVATION N°1 : DRAME F., 29 ans , originaire de Kayes.

Diagnostic : Cancer du sein droit

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 7 mois avant l'hospitalisation par : une petite tuméfaction dans le sein droit, augmentant rapidement de volume; 3 mois après la malade constate deux autres tuméfactions dures au creux axillaire droit; indolores et dont la taille est supérieure au pouce.

Au mois d'Avril 1984, le sein atteint un volume considérable et devient douloureux (douleur peu intense, intermittente).

En Juillet 1984, elle est hospitalisée en Chirurgie "C" de l'Hôpital du Point-"G".

Tumeur Stade III (T₄ N₂ M₀).

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux: lères règles à 15 ans, mariée à 19 ans IVè pare 4 enfants vivants.
- Médicaux : ictère, paludisme, constipation, céphalées
- Chirurgicaux : abcès du sein droit.

Traitement traditionnel: Non subi.

Motif de la lère Consultation Médicale : Augmentation progressive du volume du sein droit.

Histoire en milieu Chirurgical :

- Hospitalisée le 12-07-1984, Opérée le 17-07-1984, sortie le 09-08-1984.

Intervention :

- Tumeur (aspect clinique de néo) avec adénopathies axillaires.
- Incision selon la méthode de HALSTED (ablation totale du sein droit)
- Curage de la chaîne ganglionnaire sous axillaire.

A la dissection de la tumeur on trouve une masse kystiforme (présence de liquide jaune) envahissant les 2/3 de la glande mammaire.

- Biopsie de la tumeur pour Anapath., fermeture de la peau plan **par** plan.

Pr. M.L.TRAORE, Dr. KOITA.

Anapath. : Adénocarcinome canalaire infiltrant de la mamelle grade III., ganglions : métastases ganglionnaires d'un adénocarcinome du sein.

Suites opératoires immédiates : Elles sont simples.

Observations générales : Bon état général à la sortie.

.../...

- 15/10/1984: Constatation d'une grossesse de 5 mois environ, gros bras droit : hospitalisation pour une césarienne itérative pratiquée le 16/10/1984.
- 25/01/1985: Revient pour point de côté droit et gauche, algies dorso-lombaires, altération de l'état général; récurrence locale sous formes de multiples nodules cutanés sur la cicatrice opératoire. Un cliché radiologique de face montre des métastases pulmonaires sous formes de multiples nodules disséminés dans les deux champs pulmonaires.
- 1/04/1985: Décès par cachexie et métastases pulmonaires.

OBSERVATION n°2 : DEM R., 60 ans, originaire de Bamako.

Diagnostic : Cancer du sein droit.

Histoire de la Maladie:

La maladie débute par : un nodule du creux axillaire droit, un nodule du sein droit.

Quelques mois après le sein se tuméfie dans son ensemble et s'ulcère . La tuméfaction regresse à moitié mais le processus d'ulcération se poursuit de façon intense.

Une note douloureuse apparaît et la malade consulte au mois de Juin 1982 en Chirurgie "A" où elle est hospitalisée Stade III (T₃ N₂ M₀)

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux : mariée après les lères règles, VII^e pare, 6 enfants vivants, 1 décédé.

- Médicaux : Céphalées, dysentérie, bilharziose urinaire, R.T.A.

- Chirurgicaux : Panaris fréquents des doigts.

Traitement traditionnel : Non subi

Motif de la lère Consultation médicale: Tuméfaction et ulcération du sein amènent la malade à consulter .

Histoire en Milieu chirurgical :

- 11/06/1982 : une biopsie exérèse a d'abord été pratiquée
- 18/08/1982 : ensuite est décidée l'amputation + curage axillaire.

Intervention :

1° Biopsie exérèse :

- Incision mammaire horizontale sus mamelonnaire ; à l'examen kyste avec présence de liquide clair citrin à paroi épaisse et dure.

- Ablation de la tumeur kystique, capitonnage de la cavité au catgut 5 chromé, surget de Peternul sur la peau.

2° Amputation + curage axillaire.

- Amputation du sein droit selon la technique de PATEY avec curage ganglionnaire axillaire (qui découvre un gros ganglion envoyé au pharo).

- Drainage, surget au lin n°5 sur la peau,
Pr. DEMBELE, Dr. DESBONETS, Dr. BA.

Anapath: Carcinome trabeculaire invasif du sein.

Suites opératoires immédiates : Elles sont simples.

Observations générales :

- Revue en Octobre 1983 : recidive locale sous forme d'une ulcération saignant au contact.

- Novembre 1983 : la malade se plaint de rachialgies, une radiographie du thorax de face montre :

- * des lachers de ballon dans le champ pulmonaire droit.
- * des métastases sur la face convexe du foie soulevant la coupole diaphragmatique droite.
- * des adénopathies médiastinales.

- le 12 Avril 1984 : décès par métastases pulmonaires et hépatiques.

OBSERVATION n° 3.

COULIBALY K. , 45 ans, originaire de Koulikoro.

Diagnostic : Cancer du sein droit.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 3 ans environ par : l'apparition d'une tuméfaction globale de tout le sein droit et de douleurs intermittentes.

Deux ans après le sein est scarifié par une flèche rougie au feu. Cet acte ramène du sang et du pus mélangés. La cicatrisation est rapidement obtenue mais le sein demeure toujours dur, retracts avec apparition de deux nodules de taille supérieure au pouce dans le creux axillaire droit.

Puis apparaissent des douleurs spontanées, intenses au niveau du sein droit, irradiant vers le bras droit.

Insomies + anorexie et enfin une perte pondérale importante complètent le tableau.

Au cours d'une promenade la malade tombe et présente une fracture du col du femur droit. Elle est alors évacuée de l'Hôpital de Kolokani au Service de Gynécologie de l'Hôpital du Point-"G" au mois d'Avril 1984.

Tumeur Stade IV (T₄ N₂ M₁)

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux: mariée avant l'apparition des lères règles XIIè pare, 5 enfants vivants , 1 avortement, 6 enfants décédés.
- Médicaux : Céphalées.
- Chirurgicaux: fracture pathologique du col du fémur droit.

Traitement traditionnel:

Ce traitement pratiqué jusqu'à son hospitalisation n'a pas donné d'amélioration.

Motif de la lère Consultation Médicale :

Fracture pathologique du col du femur droit et tumeur évoluée du sein droit.

Histoire en Milieu Chirurgical :

Hospitalisée le 22/4/1984
Opérée le 31/4/1984
Sortie le 18/5/1984.

Intervention :

- Incision horizontale classique.
 - Opération de Halsted à l'ordinaire avec respect des nerfs de Charles Bell.
 - Fermeture sur 2 drains de redons aspiratifs.
- Dr. JARRAUD.

Anapath.: Adénocarcinome colloïde muqueux avec envahissement ganglionnaire.

Suites Opératoires immédiates : Elles sont simples.

Observations générales :

- Amélioration de l'état général à la sortie.
- Pas de chimiothérapie ni hormonothérapie.
- La malade est évacuée sur l'Hôpital de Kati pour le traitement de sa fracture du col du fémur.
- Non revue.

OBSERVATION n°4.

SOUCKO A., 42 ans , originaire de Bamako.
Diagnostic : Cancer du sein droit.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 4 mois avant l'hospitalisation par un nodule du sein droit siégeant à proximité du mamelon, superficiel, adhérent à la peau, accompagné de picotements et de douleurs spontanées mais intermittentes.

Le nodule grossit rapidement et prend tout le sein en une seule masse dure recouverte d'une peau luisante. Puis le sein s'ulcère, la douleur se fait plus intense et permanente, l'état général s'altère et la malade se présente à la consultation en chirurgie "A" où on l'hospitalise au mois d'Avril 1984.

Tumeur Stade IV (T₄ N₂ M₁).

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux : lères règles à 15 ans, mariée à 15 ans, XIIIème pare, 8 enfants vivants, 3 enfants décédés, 2 avortements.
- Médicaux : Céphalées, paludisme.
- Chirurgicaux : panaris fréquents des doigts.

...../...

Traitement traditionnel: Ce traitement n'a pas amélioré l'état de la malade.

Motif de la lère consultation Médicale : Ulcération + douleur du sein

Histoire en Milieu chirurgical :

Hospitalisée le 16/4/1984
Opérée le 19/4/1984
Sortie le 22/5/1984.

Intervention :

- Exérèse de " propreté "
- Fermeture en V sur une lame et cuir de Florence
Dr. WOLFF, Dr. TOURE.

Anapath. : -

Suites Opératoires immédiates : Elles sont simples.

Observations générales :

- Mauvais état général à la sortie, se plaint de douleurs intenses au thorax droit, toux + + +.
- Août 1984 : Récidive locale sous forme de gros nodules sous cutanés de part et d'autre de la cicatrice de mastectomie de la taille d'une orange. Altération plus en plus prononcé de l'état général, vomissements, subictère conjonctival.
- 23 Septembre 1984 : décès par métastases hépatiques et pulmonaires multiples.

OBSERVATION n°5.

MAIGA A.I. 65 ans , originaire de Tombouctou.
Diagnostic : Cancer du sein droit.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 10 mois avant l'hospitalisation par :

- un nodule petit, dur au niveau du sein droit,
- un prurit intense du sein amenant la malade à triturer ce dernier contre le grille costal, parfois entre ses doigts.

Le nodule augmente lentement de volume pour envahir en dernier lieu toute la glande et le prurit fait place à une douleur intense survenant par intermittence ; l'état général s'altère et la malade est reçue à la consultation chirurgicale au mois de Mars 1984 à l'Hôpital Gabriel TOURE et y est hospitalisée.

Tumeur Stade III ($T_4 N_2 M_0$)

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux : mariée à 16 ans, IXème pare, 6 enfants décédés, 2 avortements, 1 enfant vivant.
- Médicaux : constipation, céphalées, carie dentaire.
- Chirurgicaux : -

Traitement traditionnel : Ce traitement n'a donné aucune amélioration de la maladie.

.../..

Motif de la lère Consultation Médicale :

La malade consulte pour douleur du sein droit + altération de l'état général.

Intervention :

Ablation de la tumeur du sein droit.
Dr. VICTOR , Dr. EDOUARD.

Anapath. : Carcinome canalaire infiltrant grade III + ganglions métastatiques.

Suites Opératoires immédiates : Elles sont simples.

Observations générales :

, Amélioration de l'état général à la sortie.
La malade est décédée 2 mois après sa sortie d'hôpital : ce que nous rapporte sa famille.

OBSERVATION n°6.

SYLLA K., 40 ans , originaire de Kayes.
Diagnostic : Cancer du sein droit.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 5 mois avant l'hospitalisation par : une douleur pulsatile, atroce localisée au sein droit; cette douleur est intermittente.

Une semaine après apparaît une tuméfaction dure à la base du sein . La tuméfaction augmente lentement de volume et enfin toute la glande se prend en une seule masse dure qui s'ulcère peu après. Il s'agit d'une petite ulcération de 3 cm. environ de diamètre saignant au contact.

La malade est hospitalisée au mois de Janvier 1984 en Chirurgie "A". Tumeur Stade III (T₄ N₂ M₀)

Antécédents :

- Gynéco- obstétricaux : lères règles à 11 ans, mariée à 16 ans Xème pare, 9 enfants vivants, 1 décédé.
- Médicaux : filariose (filaire de Medicine)
- Chirurgicaux : Raideur ankylosante du genou et de la cheville gauche.

Traitement Traditionnel : Ce traitement n'a pas amélioré l'état de la malade.

Motif de la lère Consultation Médicale : La malade consulte pour tumeur ulcérée et douloureuse du sein.

Histoire en Milieux chirurgical :

Hospitalisée le 19/1/1984
Opérée le 26/1/1984
Sortie le 03/3/1984.

Intervention :

- Incision en bec de canard
 - Amputation du sein de " propreté "
 - Hemostase
 - Drain in situ
 - F.P.P.P.
 - Fil sur la peau.
- Pr. DEMBELE , Dr. A. DEMBELE.

Anapath.: Les coupes examinées montrent une prolifération carcino-mateuse massive lobulée par de fines travées fibro-inflammatoires.
Conclusion : Carcinome épidermoïde spinocellulaire.

Suites opératoires immédiates : Elles sont simples.

Observations générales :

- Etat général satisfaisant à la sortie.
- Non revue.

OBSERVATION n°7.

DIARRA S., 19 ans, originaire de Koulikoro.

Diagnostic : Cancer du sein gauche.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 3 ans marqué par :

- l'apparition d'un petit nodule à l'intérieur du sein droit, dur, indolore.

- une augmentation brusque du nodule après le premier, qui affecte tout le sein. Ce dernier grossit de façon monstrueuse et dépasse même l'ombilic ce qui amène la malade à se suspendre à son cou.

A ce stade la malade ressent des douleurs permanentes au sein. La peau couvrant la tumeur prend un aspect noirâtre, craquellée et par ces craquelures s'écoule une sérosité rougeâtre. La malade est insomniaque, l'état général s'altère.

Elle consulte en chirurgie de l'Hôpital Gabriel TOURE au mois d'Avril 1984 où elle est hospitalisée.

Tumeur Stade III (T₄ N₁ M₀)

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux : lères règles à 14ans, mariée à 15 ans lère pare, 1 enfant vivant âgé de 2 mois.

- Médicaux : douleurs épigastriques.

- Chirurgicaux : -

Traitement traditionnel : La malade suit ce traitement depuis bientôt 3 ans sans effet positif.

Motif de la lère Consultation Médicale : Accroissement brusque de la tumeur + douleur du sein.

Histoire en Milieu Chirurgical :

Hospitalisée le 20/4/1984

Opérée le 24/4/1984

Sortie le 15/5/1984.

Intervention :

Mamectomie . Dr. VLADMIR, Dr. KEITA.

Anapath.: Adénocarcinome.

Suites Opératoires immédiates : Elles sont simples.

Observations générales :

Etat général satisfaisant à la sortie.

Non revue depuis sa sortie d'hôpital.

OBSERVATION n°8.

KONE T.40 ans, originaire de Bamako.

Diagnostic : Cancer du sein gauche.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 6 mois avant l'hospitalisation par :

- l'apparition d'un petit nodule dur au sein gauche,
- des picottements,
- une douleur à l'autopalpation du sein gauche.

Le nodule est pris par la malade pour abcès du sein. Il ne cesse de croître et ne tend pas non plus vers la suppuration secondairement un autre nodule assez gros de la taille d'un oeuf de poule apparaît dans le creux axillaire gauche.

La malade consulte en chirurgie "B" de l'Hôpital du Point-"G" au mois de Septembre 1983 où elle est hospitalisée.

Tumeur Stade III (T₄ N₂ M₀).

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux : 5ème pare, 5 enfants vivants
- Médicaux : Céphalées, paludisme.
- Chirurgicaux -

Traitement traditionnel : Non subi

Motif de la 1ère Consultation Médicale :

1ère Hospitalisation : biopsie exérèse.

2ème hospitalisation : Amputation du sein + Ovariectomie

Intervention :

- Ovariectomie bilatérale
- Amputation du sein gauche
- Curage axillaire.

1° Ovariectomie

- Mediane sous ombilicale
- Obésité + + +. Il existe un ovaire droit et gauche normaux dont le gauche a un follicule de Degraaf.
- Ovariectomie bilatérale au lin en 3 pédicules de chaque côté
- Fermeture de la paroi plan par plan: Catgut-Peternyl-Agrafs

2° Amputation du sein

- Incision de Patey gauche emportant aponévrose du grand pectoral.
- Conservation du Nerf de Charles Bell et du grand Dentellé.
- Dissection le long de ces différents nerfs.
- Ablation des ganglions le long des vaisseaux axillaires
- Mise en place de deux drains multitubulés.
- Catgut sous cutané
- Fil sur la peau
- Pr. A.K.K., Dr. LENOT.

Anapath.:

1° Les coupes examinées montrent une prolifération carcinomateuse lobulée par des travées fibreuses infiltrées par de nombreux lymphocytes. Conclusion: Carcinome médulaire du sein.

2° Ganglions :

- ganglion axillaire : présence de métastase
- ganglion mammaire : présence de métastase.

Suites opératoires immédiates : Elles sont simples.

Observations générales :

- Bon état général à la sortie : hormonothérapie (Novaldex comp.)
 - Juin 1984 : récurrence locale sous forme d'une vaste ulcération au niveau de la cicatrice de mastectomie gros bras gauche gardant le godet.
 - Août 1984 : Hospitalisée pour récurrence locale + métastases généralisées, altération de l'état général, douleurs diffuses, gros bras gauche, insomnie. Traitement : hormonothérapie : Valium + Dolosal.
 - Décédée le 25 Septembre 1984 par métastases généralisées.

OBSERVATION n°9.

SIBIDE M., 55 ans, originaire de Kayes.
Diagnostic : Cancer du sein gauche.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 4 mois avant l'hospitalisation par :

- un prurit localisé au sein gauche, très intense.
- un petit nodule dur comme une pierre à l'intérieur du sein gauche.

Le nodule augmente légèrement de taille et la malade constate que son sein est attiré vers le haut avec existence d'adhérence de la peau à la tumeur.

A ce stade des picotements intermittents sont ressentis au niveau du sein.

Au mois de Novembre 1983 la malade est hospitalisée au Service de Chirurgie "A". Tumeur Stade III (T₃ N₂ M₀)

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux : mariée avant l'apparition des règles IVème pare, 2 enfants vivants, 2 décédés.
- Médicaux : Hypertension artérielle (H.T.A.)
- Chirurgicaux : -

Traitement traditionnel : Ce traitement a été sans effet favorable.

Motif de la lère Consultation Médicale : La malade a été conduite par sa famille en consultation chirurgicale.

Histoire en Milieu Chirurgical :

Hospitalisée le 7/11/1983
 Opérée le 22/12/1983
 Sortie le 4/01/1984.

Intervention :

- Incision
 - Dissection + amputation du sein gauche
 - Prolongement de l'incision dans le creux axillaire et curage ganglionnaire.
 - Fermeture plan par plan sur une lame de Delbet.
 - Surjet à la peau
- Pr. DEMBELE, Dr. KEITA, Dr. TIMBO.

Anapath.: Carcinome canalaire infiltrant.

Suites opératoires immédiates : Elles sont simples .

Observations générales :

Bon état général à la sortie
Non revue depuis sa sortie.

OBSERVATION n°10.

N'DIAYE S., 35 ans , originaire de Koulikoro.

Diagnostic : Cancer du sein gauche.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 3 mois avant l'hospitalisation par : la constatation d'un petit nodule dur, localisé dans le sein gauche près du mamelon.

Le nodule augmente lentement de volume. Une autre tuméfaction apparaît dans le creux axillaire. Cette tumeur est légèrement plus grosse que le nodule au départ.

Aucun signe fonctionnel n'accompagne ces tuméfactions.

La malade est hospitalisée en Chirurgie "A" au mois de Janvier 1984. Tumeur Stade II (T₂ N₁ M₀)

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux : lères règles à 15 ans, mariée à 27 ans, Vème pare, 4 enfants vivants, 1 avortement (curetage)

- Médicaux : Céphalées, paludisme

- Chirurgicaux : Appendicectomie.

Traitement traditionnel : Non subi

Motif de la lère Consultation Médicale : La malade consulte pour tumeur du sein.

Histoire en Milieu Chirurgical :

- Hospitalisée le 12/1/1984

- Biopsie exérèse du nodule le 18/1/1984

- Sortie le 20/1/1984.

Seconde hospitalisation le 23/02/1984.

- Opérée le 24/02/1984

- Sortie le 05/03/1984.

Intervention :

1° Biopsie exérèse

- Incision transversale sus mammaire gauche sur environ 10 cm.

- Ablation d'une tumeur de consistance dure

- Fermeture

- Surjet sur la peau.

2° Amputation + Curage ganglionnaire.

- Incision longitudinale depuis le creux axillaire englobant le sein.

- Amputation emportant toute la tumeur avec une partie du grand pectoral (à la demande)

- Curage ganglionnaire axillaire

- Fermeture sur drainage

Pr. DEMBELE : Dr. SISSOKO

.../..

Anapath.: Les coupes examinées montrent une prolifération carcinomateuse réalisant des lobules dans un stroma fibro-inflammatoire.
Conclusion : Carcinome mammaire.

Suites opératoires immédiates : Elles sont simples

Observations générales :

Bon état général à la sortie .

Revue en Juin 1985 en bon état général, ne se plaint d'aucune douleur et ne présente aucune récurrence.

OBSERVATION n°11.

DEMBELE I., 50 ans , originaire de Koulikoro .

Diagnostic : Cancer du sein gauche.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 9 mois avant l'hospitalisation.

Il est marqué par :

Un nodule dur , indolore de la taille d'un oeuf de pigeon dans le sein gauche. Le nodule croit rapidement et envahit tout le sein qui devient également très dur .

Des ulcérations apparaissent tout autour du mamelon, deviennent confluentes et finissent par " amputer " celui-ci .

A ce stade un liquide sero-purulent s'écoule par l'ulcération. Le sein devient douloureux, douleur permanente irradiant à tout l'hemi-thorax gauche.

Apparition de 2 autres tumeurs au creux axillaire gauche de même caractère que le nodule à son début.

La malade est hospitalisée dans ce tableau au mois de Janvier 1984 au service de chirurgie "A". Tumeur Stade III (T₄ N₂ M₀).

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux : mariée avant l'apparition des lères règles, XIIème pare, 4 enfants vivants 9 décédés, ménopausée il y a 2 ans.

- Médicaux : -

- Chirurgicaux : -

Traitement traditionnel : Ce traitement n'a amené aucune amélioration. Il s'agissait de scarification et d'applications de poudres noires (noires souvent rouges) sur les ulcérations.

Motif de la première consultation médicale : L'échec du traitement traditionnel amène la malade à consulter pour tumeur ulcérée du sein.

Histoire en Milieu Chirurgical :

Hospitalisée le 26/1/1984

Opérée le 09/2/1984

Sortie le 28/2/1984

Intervention: Exérèse de " propreté " .

- Incision en bec de canard réséquant la peau envahie.
 - Exérèse de la tumeur infectée.
 - Hémostase
 - Décollement sous cutané
 - Fermeture sur une lame de caoutchouc
- Dr. WOLFF. Dr. TOURE.

Anapath.: Les coupes examinées montrent de nombreux ilots cellulaires tumoraux, flottant dans un abondant mucus.

Conclusion : Carcinome mucineux.

Suites opératoires immédiates : Elles sont simples.

Observations générales :

Etat général satisfaisant à la sortie.
Non revue depuis sa sortie.

OBSERVATION n°12.

SALL O., 39 ans, originaire de Bamako.

Diagnostic : Cancer du sein gauche.

Histoire de la Maladie :

La maladie débute en 1978 par :

- la constatation d'une petite boule dans le sein gauche, siège d'un prurit intense et de picottements. Les signes fonctionnels disparaissent rapidement sous traitement médical mais la boule persiste et n'augmente surtout pas de volume.

En décembre 1982 les signes fonctionnels du départ réapparaissent et cette fois-ci une note douloureuse s'associe au tableau.

Ceci amène la malade à l'Hôpital Gabriel TOURE où une ablation du nodule est pratiquée.

Au mois de Juin 1984, le sein qui se tuméfie, s'abcède est incisé en milieu chirurgical ; cependant la douleur persiste et le prurit s'installe de façon permanente.

Ces troubles amènent la malade en consultation chirurgicale au mois de Septembre 1984 en Chirurgie "A" où elle est hospitalisée.

Tumeur Stade III (T₂ N₂ M₀)

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux : lères règles à 14 ans, mariée à 20 ans, VIIIème pare , 8 enfants vivants.
- Médicaux : Palpitation, carie dentaire, paludisme.
- Chirurgicaux: Césarienne, extraction chirurgicale d'un nodule du sein.

Traitement traditionnel : Non subi.

Motifs de la lère Consultation Médicale : Prurit + picottements du sein gauche.

Histoire en Milieu chirurgical :

- Hospitalisée le 18/09/1984
- Opérée le 19/09/1984
- Sortie le 12/10/1984

Intervention :

- Incision oblique en haut et en dehors emportant le sein jusqu'au plan du grand pectoral, hémostase.
 - Curage ganglionnaire axillaire qui permet de découvrir des ganglions sans doute néoplasiques (biopsie) centraux. On resèque également l'ancienne cicatrice.
 - Hémostase
 - Drain déclive
 - Surjet sur la peau
- Pr. DEMBELE , Dr. WOLFF.

.../...

Anapath.: Les coupes examinées montrent une prolifération de cellules à gros noyaux denses ou vésiculeux, irréguliers, disposés, en glandes ou en travées.

Conclusion : Carcinome canalaire infiltrant, ganglions, métastase ganglionnaire d'un carcinome mammaire.

Suites opératoires immédiates : Elles sont simples.

Observations générales :

- Bon état général à la sortie.
- Revue et hospitalisée en Juillet 1985 pour nodules de perméation sur la cicatrice. Traitement par chimiothérapie + hormonothérapie.

OBSERVATION n°13 :

SIDIBE K., 45 ans, originaire de Bamako.

Diagnostic : Cancer du sein gauche.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 3 mois avant l'hospitalisation par : une tuméfaction globale du sein gauche accompagnée de fièvre, céphalées, vertiges.

Un traitement médical institué fait regresser tous les signes pour ne laisser persister qu'une petite boule de consistance dure à l'intérieur du sein.

Ce petit nodule l'inquiète fort et l'amène à la consultation en Chirurgie "A" au mois de Septembre 1984.

Tumeur Stade I (T₂ N₀ M₀).

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux : mariée à 16 ans, IVème pare, 4 enfants vivants.
- Médicaux : Ictère, urticaire, bilharziose urinaire, hypotension.
- Chirurgicaux : lipomectomie au dos, déjà opérée pour lithiase des voies urinaires, abcès du sein il y a 10 ans.

Traitement traditionnel : Non subi

Motif de la 1ère Consultation Médicale : Nodule du sein gauche.

Histoire en Milieu Chirurgical :

Hospitalisée le 15/09/1984

Opérée le 27/09/1984

Sortie le 28/09/1984.

Intervention : Biopsie exérèse d'un nodule du sein.

- Incision horizontale
- Extraction d'un petit nodule (biopsie)
- Catgut 3/0 sous cutané
- Points séparés sur la peau.

Dr. WOLFF., Dr. TOURE.

Anapath.: Les coupes examinées montrent une prolifération carcinomateuse réalisant des massifs cellulaires séparés par un stroma très inflammatoire. Conclusion : Carcinome épidermoïde du sein.

Suites Opératoires immédiates : Elles sont simples.

Observations générales :

- Bon état général à la sortie.
 - Revue en Janvier 1985. La malade ne se plaint pas.
- Elle refuse un rendez-vous pour la mammectomie + curage ganglionnaire. Elle n'est plus revue depuis.

OBSERVATION n°14.

TRAORE N., 60 ans, originaire de Sikasso.

Diagnostic : Cancer du sein gauche.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 13 mois avant l'hospitalisation par : un petit nodule à l'intérieur du sein gauche, de la taille d'un cauris, dur, indolore.

Il augmente lentement de volume et au bout d'un an tout le sein se prend en une masse dure, légèrement douloureuse; Il se retracte, toute la peau à la face antérieure de l'hémi-thorax gauche s'épaissit, durcit et limite par la suite l'abduction du bras gauche.

La douleur apparut au sein gauche d'abord intermittente devient permanente et intense accompagnée d'une toux sèche. La malade est hospitalisée au mois de Juillet 1984 en chirurgie "C" .

Tumeur Stade IV (T₄ N₃ M₁).

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux : lères règles après le mariage, VIIème pare, dont une grossesse gemellaire, 6 enfants vivants, 2 décédés.
- Médicaux : Céphalées, toux.
- Chirurgicaux : -

Traitement traditionnel : La malade a consommé plusieurs produits dont elle ignore la nature.

Motif de la lère Consultation Médicale : L'échec du traitement traditionnel, conduit la malade à la consultation pour tumeur du sein.

Histoire en Milieu Chirurgical :

Hospitalisée le 10/07/1984

Biopsie du sein le 23/07/1984

Sortie le 27/07/1984.

Anapath.: Carcinome indifferencié du sein ?

Suites Opératoires immédiates : -

Observations générales :

- Mauvais état général à la sortie.
- Métastases pulmonaires: miliaire carcinomateuse.
- Métastases cutanées : épaissement de la peau à la face antérieure de l'hémithorax, adhérence cutanée à la tumeur mammaire.
- Traitement: Chimiothérapie (endoxan), Antalgiques.
- Non revue, mais serait décédée quelques mois après sa sortie d'hôpital ce que nous rapporte sa famille.

.../...

OBSERVATION n°15.

BATHILY K., 46 ans, originaire de Kayes.

Diagnostic : Cancer du sein gauche.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 7 mois environ avant l'hospitalisation par :

Un petit nodule dur, indolore à la base du sein gauche découvert inopinément. Le nodule qui grossit, envahit progressivement toute la glande qui devient dure, douloureuse spontanément mais de façon intermittente. A ce stade le sein s'ulcère à l'emplacement du nodule. L'ulcération se poursuit de façon rapide et une nécrose emporte les 2/3 environ de la glande mammaire.

L'état général s'ulcère, la douleur est désormais intense et permanente au sein gauche. La malade est insomniaque; une anorexie persistante s'installe. La malade est hospitalisée dans ce tableau en octobre 1984 en Chirurgie "A" de l'Hôpital du Point-"G".

Tumeur Stade IV (T₄ N₃ M₁)

Antécédent :

- Gynéco-obstetricaux : mariée avant l'apparition des premières règles, 7 enfants vivants, 3 enfants décédés, 1 avortement.
- Médicaux: lèpre il y a 10 ans, carie dentaire.
- Chirurgicaux : -

Traitement traditionnel : Subi sans effet bénéfique.

Motif de la première Consultation Médicale : L'échec du traitement traditionnel amène la malade à consulter pour tumeur ulcérée du sein.

Histoire en Milieu chirurgical :

Hospitalisée le 9/10/1984 ; traitement:antalgiques +pansement
Sortie le 19/10/1984.

Intervention : -

Anapath. : -

Suites opératoires immédiates : -

Observations générales :

Mauvais état général à la sortie.

Métastases pulmonaires : image en lacher de ballon dans les 2 champs pulmonaires.

Décédée le 5/02/1985 par cachexie + métastases pulmonaires.

OBSERVATION n°16.

SYLLA G., 52 ans, originaire de Koulikoro.

Diagnostic : Cancer du sein gauche.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 3 ans par :

- des picottements au niveau du sein gauche,
- une sensation d'un petit nodule à la palpation (auto-palpation) de la taille d'une graine d'arachide, très dure. Le nodule augmente lentement de volume. Au bout de deux mois, il atteint la taille d'un citron.

Au mois de Décembre 1983 apparaissent des douleurs vives au sein gauche, permanentes irradiant à tout l'hémi-thorax et dans le bras gauche. La tumeur envahit toute la glande qui s'ulcère et s'infecte laissant couler de temps à autre un mélange de sang et de pus d'odeur fétide. L'état général est profondément altéré par l'installation d'une anorexie et d'une insomnie.

La malade est hospitalisée au mois de Mai 1984 dans le Service de Chirurgie "B". Tumeur Stade IV (T₄ N₃ M₁).

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux : mariée à 15 ans, VIIIème pare, 3 enfants vivants, 5 décédés.
- Médicaux : Céphalées.
- Chirurgicaux : -

Traitement traditionnel : Praticué dès le début de la maladie sans améliorer l'état de la malade.

Motif de la 1ère Consultation Médicale : La malade consulte pour tumeur ulcérée du sein après échec du traitement traditionnel.

Histoire en Milieu Chirurgical :

Hospitalisée le 10/05/1984

Sortie le 30/05/1984 à la demande de la famille.

Intervention : -

Anapath. : -

Suites opératoires immédiates : -

Observations générales :

- Sortie à la demande des parents en très mauvais état général, métastases pulmonaires ; adénopathies sous axillaires et sus claviculaires gauches.
- Non revue.

OBSERVATION n°17.

SOW M. , 48 ans , originaire de Kayes.

Diagnostic : Cancer du sein gauche.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 8 mois avant l'hospitalisation par : un petit nodule dans le sein gauche de la taille d'un pois de terre dur mais indolore. 3 mois après la malade constate que le sein augmente de volume, en même temps elle ressent des brûlures. Plus tard toute la glande se prend en une seule masse dure avec une hyper-pigmentation de la peau autour.

La malade est reçue dans cet état au Service de Gynécologie de l'Hôpital du Point-"G" en Juin 1984.

Tumeur Stade III (T₃ N₀ M₀)

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux : mariée avant l'apparition des 1ères règles XI^e pare, 12 enfants vivants, 2 décédés.
- Médicaux : Douleurs pelviennes, céphalées.
- Chirurgicaux : Incision chirurgicale pour abcès du sein gauche, déjà opérée de l'abdomen à Kati mais elle ignore le diagnostic

Traitement traditionnel : Ce traitement n'a pas donné d'amélioration

Motif de la 1ère Consultation Médicale : La malade consulte pour tumeur du sein après l'échec du traitement traditionnel.

Histoire en Milieu Chirurgical :

Hospitalisée le 16/05/1984

Opérée le 18/05/1984

Sortie le 05/06/1984.

Intervention : Incision horizontalisée

- Dissection cutanée large
 - Section du tendon du grand pectoral en respectant le chef claviculaire, section du petit pectoral.
 - Curage ganglionnaire axillaire de D H R S au D D S.
- Très nombreux ganglions au niveau de toutes les chaînes, ceux du groupe inférieur sont volumineux et durs.
- Nerfs du grand pectoral et de Charles Bell non vus.
 - Ablation monobloc : sein, pectoraux, lymphatiques
 - Fermeture en T de la peau sur deux redons.
- Dr. JARRAUD , Dr. DOLO.

Anapath. : Adéno-carcinome

Suites opératoires immédiates : Elles sont simples.

Observations générales :

- Bon état général à la sortie
- Non revue.

OBSERVATION n°18.

DIARRA A. 60 ans, originaire de Bamako

Diagnostic : Cancer du sein gauche

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 10 ans environ par : la constatation d'un nodule à l'intérieur du sein gauche sans aucune gêne.

Après une évolution silencieuse de 9 ans, le nodule subit une augmentation de volume. Il devient dur et envahit tout le bord externe de la **glande**. Des picottements et des douleurs intermittentes installent après cette période.

Au mois de Décembre 1983, la douleur est plus intense et devient permanente. Cette douleur est ressentie dans tout l'organisme.

A la suite d'un traumatisme minime (chute de sa propre hauteur) la malade présente une fracture du fémur droit et de l'humerus gauche qui nécessitent son hospitalisation à l'hôpital Gabriel TOURE en urgence puis son évacuation en France.

Il s'agissait d'une tumeur du sein gauche Stade IV (T₄ N₃ M₁)

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux : 0 pare, 0 geste.
- Médicaux : ictère , asthme, dysenterie.

Traitement traditionnel : Ce traitement subi pendant une durée non précisée est non couronné de succès.

Motif de la lère Consultation Médicale : Fracture pathologique du fémur droit et de l'humerus gauche + **Tumeur** douloureuse du sein gauche.

Histoire en Milieu Chirurgical :

- Hospitalisée à l'Hôpital Gabriel TOURE le 15/2/1984 puis évacuée en France à l'Hôpital Bichat le 17/2/1984, où ses fractures sont traitées chirurgicalement.

.../...

Intervention :

- Pas de traitement chirurgical du sein mais seulement biopsie.
 - Les fractures du femur et de l'humérus ont été traitées chirurgicalement.

* Ostéosynthèse palliative par lame plaque STRELIZZIA du femur droit.

* Ostéosynthèse palliative par plaque MACONOR modifiée de l'humérus gauche.

Anapath. : Adéno-carcinome du sein.

Suites opératoires immédiates :

Dans les suites opératoires la malade a été transférée de l'hôpital Bichat à l'Institut Gustave Roussy pour subir une radio, chimio et hormonothérapie.

Observations générales :

Malade dans un état général médiocre, présentant un adéno-carcinome mammaire gauche en poussée métastatique surtout osseuse et pulmonaire, traitée palliativement par :

1° Radiothérapie

Irradiation

- a) humérus gauche : 17 Gy en 2 séances et 2 jours
- b) Femur droit : 17 Gy en 2 séances et 2 jours
- c) lésion mammaire : irradiation impossible du fait de la mobilisation douloureuse du bras gauche.

2° Chimiothérapie :

VP 16..... 200 mg. J₁ et J₂

Endoxan 500 mg. J₃ et J₄

Traitement répété chaque mois pendant 4 jours .

3° Hormonothérapie

Permastril I M. 3/ Semaine

Novaldex 2 cmp. per os/j.

La malade retourne de France le 8/4/1984 , hospitalisée le même jour à l'Hôpital Gabriel TOURE où elle décède en Mai 1984.

.../...

OBSERVATION n°19.

TRAORE A., 45 ans, originaire de Bamako.

Diagnostic : Cancer du sein gauche.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 7 mois avant l'hospitalisation un petit nodule découvert inopinément dans le sein gauche par la patiente.

Ce nodule augmente progressivement de volume pour occuper la totalité de la glande mammaire. Des picotements se font sentir au niveau du sein, mais il n'existe pas de leurs véritables.

La malade est hospitalisée dans ce table au mois de Décembre 1983 en Chirurgie "A". Tumeur Stade III (T₃ N₁ M₀).

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux : mariée à 20 ans, 5ème pare, 4 enfants v l décédé.

- Médicux : ictère, hypotension, épistaxis

- Chirurgicaux : panaris (4ème doigt de la main droite)

Traitement traditionnel : Non subi .

Motif de la lère Consultation Médicale : Tumeur du sein (augmentation du volume du sein).

Histoire en Milieu Chirurgical :

1° Mamectomie - hospitalisée le 12/12/1983
Opérée le 14/12/1983
Sortie le 29/12/1983.

2° Ovariectomie
- hospitalisée le 08/02/1984
Opérée le 09/02/1984
Sortie le 11/02/1984

Intervention :

1° Amputation du sein

- Incision en peau d'orange

- Dissection pour amputation du sein en avant du plan musculaire pectoral.

- Prolongement de l'incision dans le creux axillaire et curage ganglionnaire complet.

- Fermeture plan par plan sur une lame de Dellet sortie en haut de l'incision.

- Surjet sur la peau.

Pr. DEMBELE, Dr. TOURE, Dr. DANIEL

2° Ovariectomie

- Médiante sous ombilicale

- Ovariectomie bilatérale

- Fermeture suivant la technique habituelle

Pr. DEMBELE, Dr. WOLFF.

Anapath.: Adénocarcinome mammaire infiltrant grade II

Suites opératoires immédiates : Elles sont simples

Observations générales :

- Bon état général à la sortie .
- Avril 1984 : récurrence locale, chimiothérapie (Endoxan)
- Juin 1984 : électro-coagulation des bourgeons : on note tout autour de la plaie de nombreuses métastases cutanées sous forme de petits nodules de perméation.
- Août 1984 : Evacuation en Algérie (ALGER) pour : récurrence pariétale, récurrence ganglionnaire axillaire et sus-claviculaire, localisation centro-latérale.
- Métastases pleurales et hépatiques.

Le traitement effectué à Alger a été le suivant :

- Locorégional: radiothérapie externe type Télécobalt ayant délivré 50 Gy au niveau de la peau thoracique gauche et 50 Gy au niveau des aires ganglionnaires.

- Général :

1° Chimiothérapie

- Adriamycine 50 mg. en perfusion d'une heure dans 250 CC de serum glucosé 5 % le premier jour.

- Oncovin 1 mg. dans la tubulure d'une perfusion de serum glucosé 5 % et faire suivre par un rinçage par 125 CC de serum glucosé iso le jour 2.

- Endoxan : 300 mg. à faire dans la tubulure d'une perfusion de serum glucosé iso avec rinçage les jours 2 - 3 - 4.

- 5 Fluoro-uricile 500 mg. à passer en perfusion dans 250 CC de serum glucosé iso en 1 heure les jours 2- 3 - 4.

Traitement à faire une fois par mois, tous les mois pendant 4 jours et à n'entreprendre que si la numération formule sanguine montre au moins 2.500 GB et 150.000 plaquettes et pour l'Adriamycine si l'E C G (electro-cardiogramme) est dans les limites de la normale.

2° Corticothérapie : Cortancyl : 40 mg/Jour

3° Hormonothérapie : Novaldex : 3 comp/ Jour.

Durée du séjour à Alger : du 8/8/1984 au 12/9/1984.

Septembre 1984 décès par métastases ganglionnaires, pulmonaires et hépatiques à l'Hôpital du Point-"G".

OBSERVATION n°20.

THERA B., 47 ans, originaire de Ségou.

Diagnostic : Cancer du sein gauche.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 1 an avant l'hospitalisation par : un petit nodule " dur comme une pierre" siégeant à la base du sein gauche; une tuméfaction ayant les mêmes caractères est remarquée quelques mois plus tard au creux axillaire gauche. Le nodule augmente **lentement** de volume, envahit toute la **glande** ne respectant que le mamelon. A ce stade la malade signale des picottements par intermittence avec sensation de corps étranger mobile à l'intérieur du sein .

La malade est hospitalisée en Novembre 1982 en Chirurgie "A" .
Tumeur Stade III (T₃ N₁ M₀).

.../..

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux : mariée à 16 ans, XIXème pare, sept enfants vivants , sept décédés.
- Médicaux : Céphalées.
- Chirurgicaux : Absès du sein gauche.

Traitement traditionnel : Ce traitement sous forme d'infusion de feuilles d'arbre avec laquelle la malade se lavait et massait le sein n'a pas amené d'amélioration.

Motif de la lère Consultation Médicale :

Tumeur de sein + sensation de corps étranger intra-mammaire.

Histoire en Milieu Chirurgical :

Hospitalisée le 8/11/1982
Opérée le 12/11/1982
Sortie le 26/11/1982.

Intervention :

- Mamectomie gauche
 - Curage ganglionnaire
 - Décollement sous cutané
 - Antibiotique local + hémostatique
 - Drain dans le creux axillaire
 - Fil sur la peau .
- Pr. DEMBELE , Dr. A. DEMBELE

Anapath : Compte rendu histologique non retrouvé.

Suites opératoires immédiates : Elles sont simples.

Observations générales :

Bon état général à la sortie.

Octobre 1983: la malade consulte pour ictère, amaigrissement, indigestion.

A l'examen : hépatomégalie ; on palpe sur le foie de nombreux nodules ; elle est hospitalisée en Médecine.

Novembre 1983 : décès par métastases hépatiques.

OBSERVATION n°21.

TRAORE K. 35 ans , originaire de Bamako.

Diagnostic : Cancer du col de l'uterus.

Histoire de la maladie :

Le début de la maladie remonte à 4 mois environ par : une métrorragie abondante, spontanée de sang rouge vif mêlé de caillots, durant 7 jours environ et se rejettent 2 ou 3 fois dans le mois.

Peu après la métrorragie s'installe de façon permanente, et s'accompagne de douleurs pelviennes et de vertiges.

A la suite d'une métrorragie plus abondante que d'ordinaire la malade présente un collapsus en Octobre 1983, elle est dirigée sur l'Hôpital du Point-"G" dans le Service de Gynécologie où elle est hospitalisée. Tumeur Stade IV.

.../..

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux : mariée à 15 ans, Xème pare, 6 enfants vivants 4 enfants mort-nés.
- Médicaux : Migraine, paludisme
- Chirurgicaux : panaris

Traitement traditionnel : Non subi.

Motif de la 1ère Consultation Médicale :

Collapsus cardio-vasculaire par métrorragie de grande abondance.

Histoire en Milieu chirurgical :

- Hospitalisée le 20/10/1983 : transfusion en urgence, sans (2 sachets), perfusion abondante, hémostatiques IV.
- Biopsie du col le 28/10/1983
- Non opérée pour mauvais état général.

Anapath.: Les coupes examinées montrent une prolifération caractéristique lobulée par des travées fibro-inflammatoires.

Conclusion : carcinome-malpighien peu mature.

Suites Opératoires immédiates : -

Observations générales :

- Mauvais état général , tumeur très évoluée.
- Non revue.

OBSERVATION n°22.

TANGARA Y. 45 ans, originaire de Ségou.

Diagnostic : Cancer du col de l'utérus.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 6 mois marqué par :
- des métrorragies peu abondantes récidivantes (il s'agit de sang rouge vif parfois mêlé de caillots). 3 mois après le début apparaissent : des douleurs pelviennes intenses à irradiations postérieures vers le sacrum et descendant dans les cuisses, des écoulements vaginaux sero-sanguinolents fétides peu abondants mais permanents. La métrorragie et les douleurs pelviennes augmentent d'intensité au fil des jours entraînant une anorexie, insomnie puis une altération de l'état général.

La malade est hospitalisée dans ce tableau en Octobre 1983 au Service de Chirurgie "C" de l'Hôpital du Point-"G". Tumeur

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux : IVème pare, 3 enfants vivants, 1 d'adoption
- Médicaux : Céphalées, bilharziose urinaire.
- Chirurgicaux : -

Traitement traditionnel : Ce traitement à base d'infusion de feuilles d'arbres et de poudre d'écorce moulue a duré 4 mois. La malade n'a pas noté d'amélioration.

Motif de la 1ère Consultation Médicale : Métrorragie + douleurs pelviennes.

Histoire en Milieu Chirurgical :

- Hospitalisée le 30/10/1983
- Biopsie du col le 8/11/1983
- 23/12/1983: tableau d'ascite (confirmée à la ponction : un liquide jaune citrin ; il s'agit d'une ascite de petite abondance)
- Sortie le 17/1/1984 à la demande des parents.

Intervention : Non opérée.

Anapath.: Les coupes examinées montrent une prolifération carcinomatueuse lobulée par de fines travées fibro-inflammatoires.

Conclusion: carcinome épidermoïdes spinocellulaires.

Suites Opératoires immédiates : -

Observations générales :

Sortie à la demande des parents avec un tableau de cancer généralisé (mauvais état général, ascite de moyenne abondance, ballonnements, constipation).

Traitement : Chimiothérapie (Endoxan) et antalgiques.

Décédée 1 mois après sa sortie de l'Hôpital.

OBSERVATION n°23.

SANOGO F., 81 ans, originaire de Bamako.

Diagnostic : Cancer du col de l'utérus.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 2 ans marqué par :

- des douleurs pelviennes fixes légères au début,
- une métrorragie spontanée, minime mais récidivante (la malade ne pouvant parfois pas observer 10 jours sans métrorragies),
- des pertes purulentes d'odeur fétide parfois rougeâtres d'abondance moyenne dans la journée.

Peu à peu la métrorragie augmente en quantité, en durée et devient permanente.

La douleur devient également permanente avec des irradiations sacro-lombaires.

L'état général s'altère, la malade présente : vertiges, anorexie, insomnie, surtout provoqués par la douleur.

Elle sollicite en Novembre 1983 une consultation en chirurgie de l'Hôpital du Point-"G". Tumeur Stade IV.

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux : mariée après l'apparition des lèbres règles, Xème pare, 3 enfants vivants, 1 avortement, 6 décédés.
- Médicaux : douleurs pelviennes, paludisme, céphalées.
- Chirurgicaux : abcès du sein gauche au cours d'un allaitement adénite inguinale suppurée.

Traitement traditionnel : Non subi

Motif de la lère Consultation Médicale :

- Douleurs pelviennes + métrorragies.

Histoire en Milieu Chirurgical :

- Hospitalisée le 17/11/1983: transfusion isogroupe isorhésus (sang O+).
- Opérée le 24/11/1983
- Sortie le 7/12/1983.

Intervention : Hystérectomie totale de " propreté "

- Médiante sous ombilicale : Il existe un cancer du col utérin envahissant tout le col, adhérent intimement à la vessie (qui est envahie) adhérent intimement à l'uretère droit qui est envahi.

Pas de Meckel, pas de métastases hépatiques mais il existe des ganglions latéro-externes et internes de 4 à 5 cm. de diamètre avec du pus à l'intérieur (évacuation du pus)

-ligature des vaisseaux ovariens et utérins en lin
 -Hysterectomie totale et exérèse partielle du vagin dont le dôme est envahi au 2/3 inférieur;
 -Fermeture du vagin sur drain multilobulé au catgut
 - Peritonisation.
 = Fermeture paroi plan par plan : catgut, peter, agrafs.
 Pr. A.K.K. , Dr. DIOP, Dr. LENOT.

Anapath:

Les coupes examinées montrent une prolifération carcinomateuse lobulée par de fines travées fibro-inflammatoires.

Conclusion : carcinome malpighien peu-mature.

Suites opératoires immédiates :

Elles sont simples.

Observations générales :

Bon état général à la sortie :

Malade non revue depuis sa sortie.

OBSERVATION n°24.

BAGAYOKO N., 44 ans, originaire de Koulikoro.

Diagnostic : Cancer du col de l'utérus.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 6 ans environ marqué par :

- un saignement post coïtal persistant pendant 5 ans environ, sans autre signe accompagnateur; puis apparaît une métrorragie spontanée de moyenne abondance, d'une durée de 10 jours avec des remissions d'une semaine. Cette métrorragie s'accompagne de pertes sero-sanguinolantes, parfois purulentes d'odeur fétide obligeant la malade à s'isoler.

La métrorragie augmente d'abondance et l'état général s'altère. La malade est reçue dans ce tableau et hospitalisée en Chirurgie "A" de l'Hôpital du Point-"G" au mois de Janvier 1984. Tumeur Stade II.

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux: mariée avant l'apparition des lères règles, VIIIème pare, 5 enfants vivants, 2 décédés.

- Médicaux : Céphalées.

- Chirurgicaux : abcès des 2 seins au cour d'allaitement.

Traitement traditionnel : La malade a utilisé de nombreux produits elle ignore la nature. Ce traitement s'est révélé inefficace.

Motif de la lère Consultation Médicale : La malade consulte pour métrorragie permanente.

Histoire en Milieu Chirurgical :

- Hospitalisée le 5/1/1984

Opérée le 11/1/1984

Sortie le 24/1/1984.

.../...

Intervention :

- Médiante sous ombilicale
 - Libération des uretères
 - Dissection de l'artère iliaque primitive avec ligature + section des artères hypogastriques.
 - Curage ganglionnaire pelvien
 - Hystérectomie totale
 - Surjet sur la tranche vésicale au Peternyl serti n°6
 - Toilette
 - Hémostase in situ
 - Antibiotique in situ
 - Péritonisation
 - F.P.P.P.
 - Agrafes sur la peau
- Pr. DEMBELE , Dr. DEMBELE, Dr. SISSOKO.

Anapath.: Les coupes examinées montrent une prolifération carcino-mateuse peu mature lobulée par des travées fibro-inflammatoire.
Conclusion : carcinome malpighien peu-mature.

Suites opératoires immédiates : Elles sont simples.

Observations générales :

- Bon état général à la sortie
- Revue 18 mois après avec récurrence locale; traitée par chimiothérapie.

OBSERVATION n°25.

TRAORE M. 35 ans , originaire du Mali résidant au Gabon.

Diagnostic : Cancer du col de l'utérus.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 6 mois marqué par :
une métrorragie très abondante survenue dans le post-partum durant une semaine. Puis devenant irrégulière et de moindre abondance 4 mois après, interviennent des douleurs pelviennes épisodiques au départ, permanente par la suite irradiant à tout le petit bassin et descendant dans les cuisses. A ce stade la métrorragie reprend son cours : abondante et permanente, conjuguée avec la douleur aboutit à un amaigrissement important.

La malade est reçue dans ce tableau au mois de Décembre 1971 en Chirurgie "A" de l'Hôpital du Point-"G". Tumeur Stade III.

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux : mariée à 14 ans, VIIIème pare, 6 vivants, 2 avortements.
- Médicaux : ictère, céphalées.
- Chirurgicaux : -

Traitement traditionnel : La malade a subi un traitement traditionnel pendant 2 mois. Elle n'a pas voulu révéler la nature des produits utilisés.

Motif de la lère Consultation Médicale : Métrorragie + douleur pelvienne.

Histoire en Milieu Chirurgical :

- Hospitalisée le 26/11/1983 très anémiée, elle est transfusée par du sang isogroupe isorhésus AB+ (2 sachets)
- Opérée le 28/12/ 1983
- Sortie le 05/01/ 1984.

Intervention :

- Médiante sous ombilicale avec prolongement sus-ombilical
 - Décollement de la vessie
 - Dissection des 2 uretères jusqu'à leur abouchement dans la vessie.
 - Curage ganglionnaire pelvien
 - Hystérectomie totale
 - Surjet au Peternul serti n°4 sur la section vaginale
 - F.P.P.P.
 - Agrafes sur la peau.
- Pr. DEMBELE, Dr. SISSOKO, Dr. COULIBALY

Anapath.: Carcinome épidermoïde.

Suites opératoires immédiates : Elles sont simples.

Observations générales :

Bon état général à la sortie.

Les parents ont signalé le décès de la malade quelques mois après sa sortie (la date exacte est inconnue).

OBSERVATION n°26.

THIENOU A. 64 ans, originaire de Ségou.

Diagnostic : Cancer du col de l'utérus.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à un an marqué par :

- des douleurs sous ombilicales sans irradiations mais supprimées
- une métrorragie minime, récidivante apparue 1 mois après des douleurs pelviennes.

Au bout de 6 mois la métrorragie change de cours. Elle devient abondante, et récidive 3 à 4 fois dans le mois. Puis les douleurs pelviennes s'intensifient irradiant en arrière vers le sacrum et descendant dans les membres inférieurs.

L'état général s'altère, la malade accuse vertiges, insomnie surtout une pâleur marquée au niveau de la paume des mains et de la face.

Elle consulte en gynécologie au mois de Décembre 1983 à l'H Gabriel TOURE où elle est hospitalisée. Tumeur Stade IV.

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux : mariée après l'apparition des lèzes VIIIème parre, 6 enfants vivants, 2 décédés.
- Médicieux : vertiges, céphalées.
- Chirurgicaux : Césarienne dont la date n'a pas été précisée.

Traitement traditionnel : La malade a subi pendant 7 mois un traitement à base de décoction de tige et de racines d'arbres per os.

Histoire en Milieu Chirurgical :

Hospitalisée le 9/12/1983

Biopsie du col le 12/12/1983

Sortie le 15/12/1983 (doit revenir au bout d'un mois pour intervention chirurgicale selon le résultat de l'anapath.)

Intervention : Non opérée: la malade est sortie et devrait revenir avec les résultats de l'examen environ 3 semaines après la biopsie elle n'est pas revenue.

Anapath. : Les coupes examinées montrent une prolifération carcinomateuse peu-mature, lobulée par de fines travées fibro-inflammatoires.
Conclusion : carcinome malpighien peu-mature.

Suites opératoire immédiates : -

Observations générales :

Mauvais état général à la sortie

Nous n'avons eu aucun renseignement sur cette malade depuis sa sortie.

OBSERVATION n°27.-

TOURE F. 28 ans, originaire de Koulikoro.

Diagnostic : Cancer du col de l'utérus.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 18 mois avant l'hospitalisation par :

une métrorragie survenue pendant la dernière grossesse (métrorragie minime mais permanente). Elle s'interrompt 2 mois après l'accouchement pour ensuite reprendre avec un rythme de un jour sur deux, et plus abondante qu'avant. 15 mois après la métrorragie devient encore plus abondante sous forme de sang rouge vif mêlé de gros caillots. Une note douloureuse apparaît localisée au pelvis. La malade accuse un amaigrissement progressif et des vertiges.

Elle est évacuée en urgence de l'Hôpital de Kolokani le 6 Mars 1984 au Service de Gynécologie du Point-"G" pour collapsus suite à une métrorragie très importante. Tumeur Stade III.

Antécédents :

Gynéco-obstétricaux : premières règles à 14 ans, mariée à 15 ans, VIIème pare, 5 enfants vivants, 2 décédés dont un avortement à 6 mois, le dernier enfant est âgé de 12 mois.

Médicaux : -

Chirurgicaux : -

Traitement traditionnel : Ce traitement traditionnel subi pendant une durée non précisée est non couronné de succès.

Motif de la Consultation Médicale : Métrorragie très abondante.

Histoire en Milieu Chirurgicale :

Hospitalisée le 06/03/1984

Opérée le 09/04/1984

Sortie le 26/04/1984

Intervention : Hystérectomie totale

- L M S O : Peritoine, foie R A S
 - Pas de ganglions iliaques
 - Col volumineux très adhérent à la vessie.
 - Utérus, annexes : R A S
 - Hystérectomie totale (axe annexectomie bilatérale) type WEI
- après isolement complet des uretères bloqués dans les paramètres
- Colpectomie 3 cm.

OBSERVATION n°31.

TRAORE B., 16 ans , originaire de Koulikoro.

Diagnostic : Cancer de l'Ovaire.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonté au mois de Mai 1984 marqué par :

- une aménorrhée,
- une augmentation croissante du volume abdominal,
- une altération progressive de l'état général.

Conduite par ses parents en consultation obstétricale où l'étiologie d'une éventuelle grossesse est écartée, elle est ensuite évacuée sur l'Hôpital du Point-"G" dans le Service de Chirurgie "B" en Septembre 1984.

Antécédents :

- Gynéco-obstétricaux : les lères règles sont apparues à 14 ans, durant 4 jours, cycle régulier de 30 jours.

- Médicaux: rougeole

- Chirurgicaux : -

Traitement traditionnel : La malade a d'abord été traitée par des médicaments traditionnels pour " ictère blanc " .

Motif de la lère Consultation Médicale : Tumeur abdominale.

Histoire en Milieu Chirurgical :

- Hospitalisée le 20/09/1984
- opérée le 09/10/1984
- Sortie le 20/11/1984

Intervention : Ovariectomie de "propreté"

- Incision médiane sus et sous ombilicale
- Ovaire droit **cancéreux** de 26 cm. de diamètre tumoral irrégulier dans sa forme et consistance, adhérant au grand epiploon
- Métastases à l'ovaire gauche de 3 cm. de diamètre
- Métastases dans le Douglas de 5 cm. de diamètre
- Multiples métastases **péritonéales**, pelviennes dans la gouttière **pariëto-colique**.
- Pas de Meckel

On pratique :

- une libération totale de l'ovaire droit avec les adhérences
- une ligature de la trompe droite
- une ablation de l'ovaire **cancéreux**
- fermeture paroi :
- lin-péritoine
- nylcap-aponevrose
- agrafes : peau

Poids : 3 Kgs. 200 . Pr. A.K.K. Mr. TALL, N'DIAYE

Anapath.

Les coupes examinées montrent essentiellement une structure fibreuse tourbillonnaire à l'intérieur de laquelle on note de nombreuses formations pseudo-glandulaires tapissées parfois par un épithélium mucineux

On ne relève pas d'anomalie cyto-nucleaire des éléments observés.

Conclusion : Cystadenome ovarien de type mucineux probable.

Suites opératoires Immédiates : Elles sont simples.

Observations générales :

- Mauvais état général à la sortie
 - Constitution d'ascite avant la sortie de la malade.
- Malade non revue **depuis sa sortie**.

OBSERVATION n°32.

SIDIBE A. 26 ans., originaire de Ségou.

Diagnostic : Cancer de l'Ovaire.

Histoire de la Maladie :

Le début de la maladie remonte à 4 ans par :

- une constipation opiniâtre,
- une légère augmentation du volume abdominal,
- de légères douleurs pelviennes.

Au fil des ans tous ces signes s'aggravent.

L'abdomen atteint un volume monstrueux, la malade est désormais gênée pour respirer.

Alors elle consulte au Service de Chirurgie "B" en Août 1983 où elle est hospitalisée.

Antécédents :

- Gynéco-obstétr^{ic}aux : leres règles à 15 ans, mariée à 16 ans, 0 geste, 0 pare.
- Médicaux : bilharziose urinaire
- Chirurgicaux : R A S.

Traitement traditionnel:

Ce traitement dont la nature des produits est ignorée a d'abord été mis en oeuvre avant de solliciter le traitement à l'hôpital.

Motif de la lère Consultation Médicale :

- douleurs pelviennes + augmentation croissante du volume abdominal et gêne respiratoire.

Histoire en Milieu Chirurgical :

Hospitalisée le 12/08/1983

Opérée le 17/08/1983

Sortie le 14/09/1983.

Intervention : Omentectomie. Annexectomie bilatérale. Hysterectomie totale

- Médiane sous ombilicale contournant l'ombilic
- (aspiration ascite 2 litres et demi) il existe un cancer des 2 ovaires faisant environ 10 cm. de diamètre framboisé très friable, hémorragique; l'ovaire gauche adhère à la fossette ovarienne qui est envahie, le Douglas est envahi, le grand épiploon a une extrémité incluse dans le cancer.

- On repère les uretères
- Salpingectomie bilatérale.
- Ablation des ligaments ronds envahis
- Omentectomie totale
- Hysterectomie extrafaciale totale
- Mise en place d'une lame dans le vagin, fermeture du vagin au catgut serti 0
- Peritonisation tranche vaginale
- Suspension du vagin au reste des ligaments ronds
- Toilette péritonéale.
- Fermeture paroi : lin (peritoine) linx cap (apon) sous cut (catgut) Peternyl (peau) Pr. A.K.K. , Dr. DIOP, Dr. LENOT.

Anapath.:

1° Ovaire : Les coupes examinées montrent une prolifération de formations papillaires bordées tantôt par un épithélium cubique simple tantôt par un épithélium cylindrique stratifié. Les noyaux sont assez irréguliers malgré la présence de quelques noyaux gros mais les figures mitotiques sont rares.

Conclusion : Cystadénome papillaire séreux à malignité limite.

2° Biopsie vaginale pratiquée après la sortie de la malade.

Les coupes examinées montrent un tissu inflammatoire infiltré de nombreuses cellules tumorales de type muqueux.

Conclusion: Métastase d'un carcinome mucineux de l'ovaire.

Suites opératoires immédiates : Elles sont simples.

Observations générales :

- Etat général satisfaisant à la sortie: malade sous chimiothérapie (Endoxan), N.F.S. (numération formule sanguine) 1 fois/mois.

- Revue le 1er Février 1984 en consultation post-opératoire. Ne se plaint de rien : bon état général.

Le T.V. ramène du sang. L'examen au spéculum montre une plaie sur la cicatrice : biopsie vaginale.

- Revue le 30/10/1984: bon état général, ne se plaint de rien poursuite de la chimiothérapie sous contrôle de la N F S.

ETUDE D'ENSEMBLE

Notre étude comprend 32 cas de cancers génitaux et mammaires féminins.

- Les cancers mammaires à eux seuls font 20 cas (63 %)
- Les cancers génitaux font 12 cas (37 %)

La fréquence mensuelle globale est de 2,75 malades hospitalisées.

La population étant rurale, c'est en dehors de la saison des cultures que les femmes consultent le plus (cf. histogramme de la répartition mensuelle de nos malades).

Les mois de Mai, Juin, Juillet, Août montrent une fréquence d'hospitalisation mensuelle inférieure à 2.

Fréquence des cancers génitaux et mammaires par rapport aux autres tumeurs malignes.

- Les cancers du sein

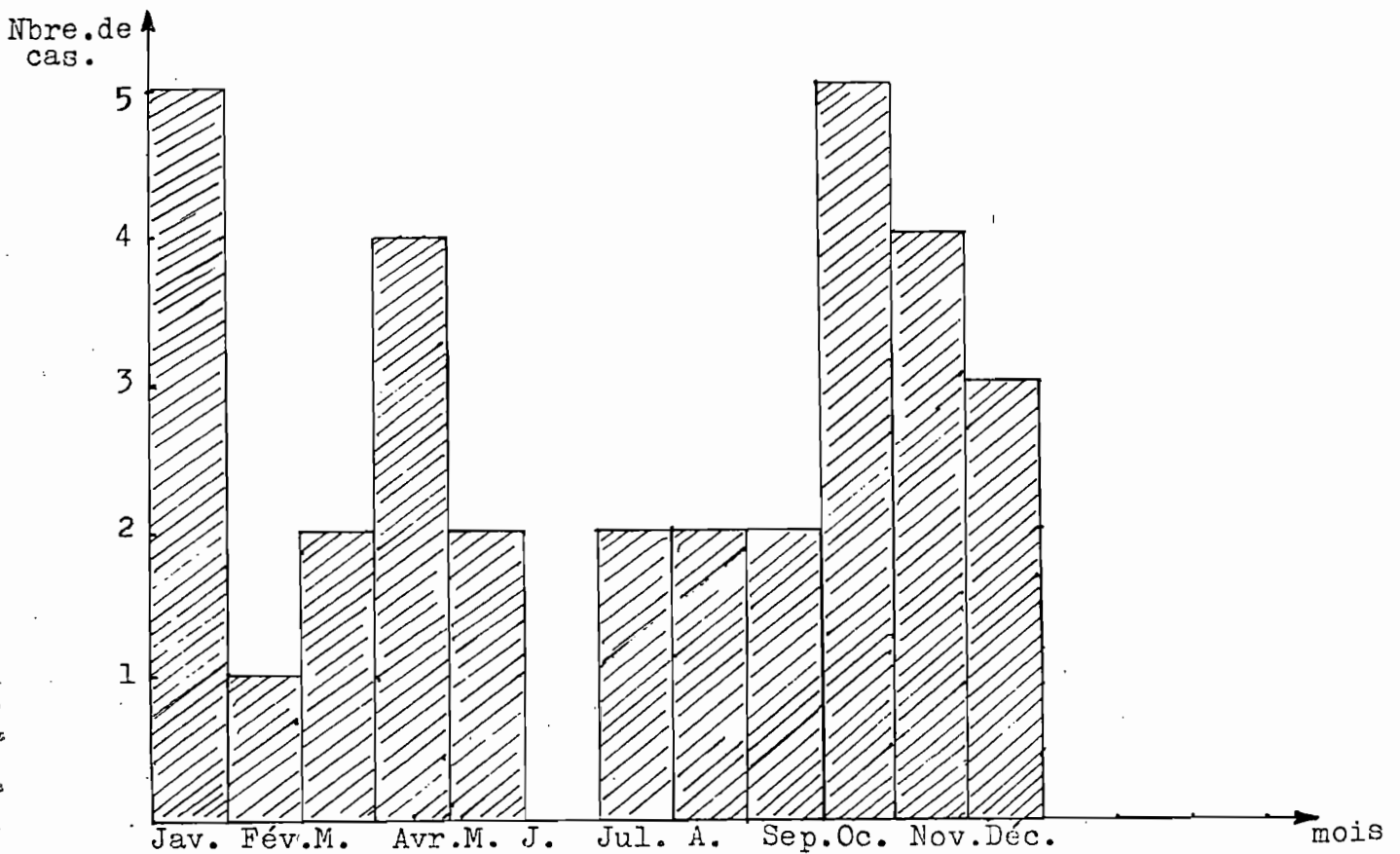
Sur 117 cancers observés au cours de la période allant d'octobre 1983 à Octobre 1984, 20 cancers affectent le sein (soit 17 %)

- Les cancers génitaux féminins

Sur les 117 cancers, 12 seulement intéressent les organes génitaux féminins (10 cancers du col et 2 cancers de l'ovaire) soit 10,5 %.

TABLEAU I : REPARTITION MENSUELLE DE NOS MALADES

MOIS	ENSEMBLE DES CANCERS	CANCERS DU SEIN	CANCERS DES ORGANES GENITAUX	
			COL DE L'UTERUS	OVAIRES
JANVIER	5	2	3	
FEVRIER	1	1	-	-
MARS	2	1	1	
AVRIL	4	4	-	-
MAI	2	2	-	-
JUIN	-	-	-	-
JUILLET	2	2	-	-
AOUT	2	-	1	1
SEPTEMBRE	2	2	-	-
OCTOBRE	5	3	1	1
NOVEMBRE	4	2	2	-
DECEMBRE	3	1	2	-
TOTAL	32	20	10	2



HISTOGRAMME N°1.

Fréquence mensuelle de nos Malades.

I. LES CANCERS DU SEINA. EPIDEMIOLOGIE :I.1. La Provenance de nos maladesTABLEAU II. REPARTITION GEOGRAPHIQUE DE NOS MALADES

PROVENANCE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
KAYES	5	25 %
BAMAKO	7	35 %
KOULIKORO	5	25 %
SIKASSO	1	5 %
SEGOU	1	5 %
MOPTI	-	-
TOMBOUCTOU	1	5 %
GAO	-	-
TOTAL	20	100 %

A noter que Bamako, Kayes et Koulikoro sont proches et facilement accessibles, ceci pourrait expliquer pourquoi 17 de nos malades (85%) viennent de ces trois Régions.

I.2. Fréquence selon l'âge:

La plus jeune malade a 19 ans (1 cas)

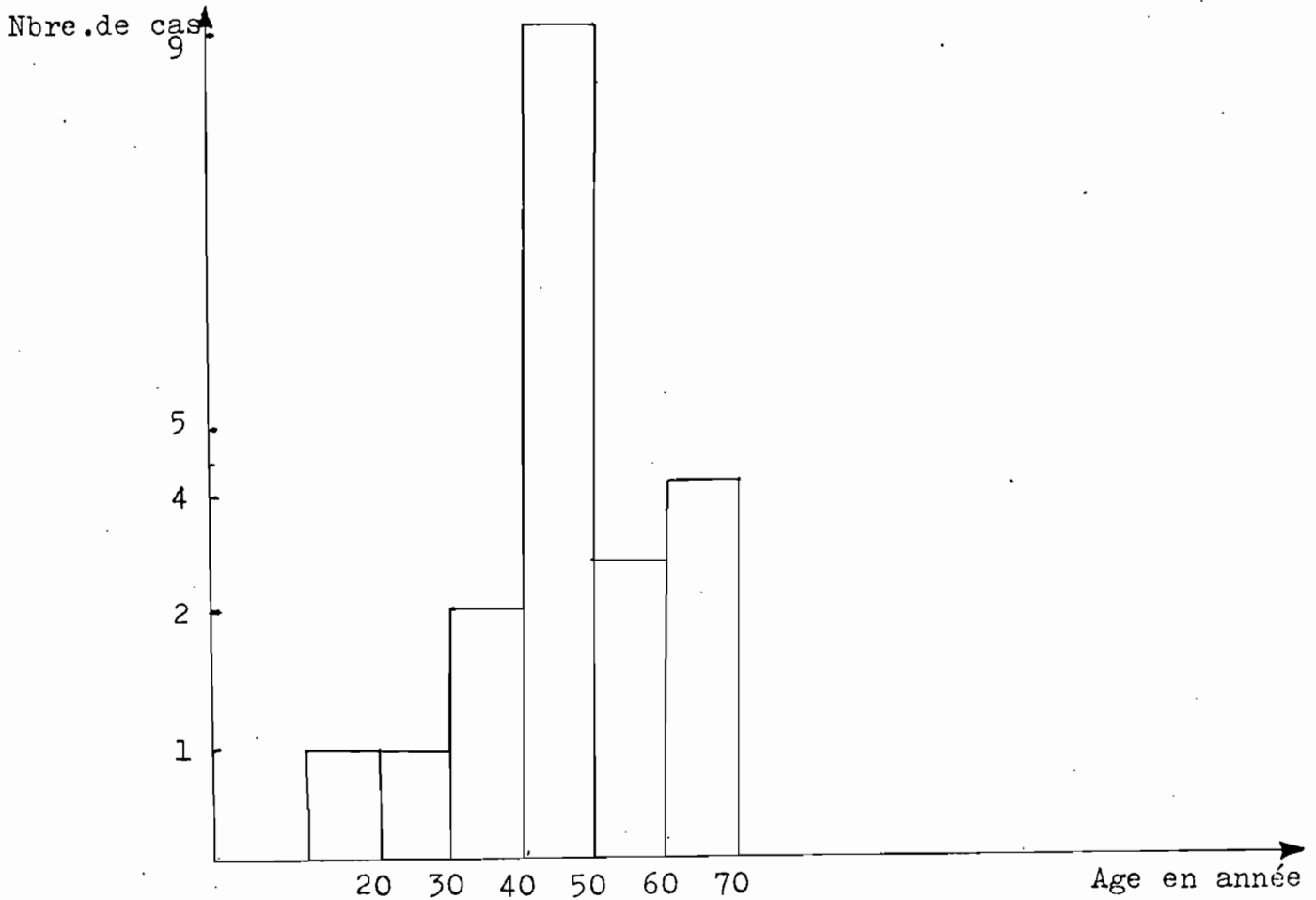
La plus âgée a 65 ans (1 cas)

L'âge moyen est de 46,1 ans

Le pic d'âge où il y a le maximum de fréquence se situe entre 40 et 50 ans.

TABLEAU III. REPARTITION SELON L'AGE

CLASSE D'AGE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
- 20 ans	1	5
20- 30 ans	1	5
30 -40 ans	2	10
40 -50 ans	9	45
50 -60 ans	3	15
60 -70 ans	4	20
TOTAL	20	100

HISTOGRAMME N° 2

.../...

I.3. Fréquence selon la parité :

La parité moyenne est de 7,7

18 malades (90 %) ont une parité supérieure ou égale à 4.

10 malades sont des grandes multipares (50 %)

La nulliparité (1 cas) ainsi que la pauciparité (1 cas) sont rarement rencontrées dans notre série.

Association cancer du sein et grossesse :

Nous avons dans un cas (observation n°7) observé un cancer du sein (mastite carcinomateuse) survenue un mois après un accouchement.

TABLEAU IV : REPARTITION SELON LA PARITE

PARITE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
NULLIPARES	1	5
PAUCIPARES ($\geq 1 \leq 3$)	1	5
MULTIPARES ($\geq 4 \leq 7$)	8	40
GRANDE MULTIPARE (≥ 8)	10	50
TOTAL	20	100

I.4. Les antécédents pathologiques :

a- Les tumeurs bénignes :

Deux malades ont signalé l'existence dans le sein cancéreux d'un nodule avant le début de la maladie.

L'une (observation n°7) a constaté son nodule dès l'apparition des seins.

L'autre (observation n°18) l'a constaté depuis plus de 10 ans.

b- L'abcès du sein :

L'abcès du sein a été retrouvé 4 fois dans les antécédents de nos malades, donc probablement dans ces cas l'abcès a servi de "lit" au cancer.

B. CLINIQUE :1. Motif de la Consultation :

TABLEAU V : REPARTITION DES MALADES SELON LE MOTIF DE CONSULTATION

MOTIF DE LA CONSULTATION	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
PERCEPTION D'UNE TUMEUR DU SEIN	15	75
PHENOMENES DOULOUREUX	2	10
PRURIT + PICOTTEMENTS	1	5
COMPLICATIONS (Fracture pathologique)	2	10
T O T A L	20	20

Les malades sont venues à la consultation dans diverses circonstances . Dans 15 cas (75 %) c'est la découverte d'une tumeur du sein par la malade qui motive la consultation. Ensuite avec l'évolution se sont ajoutés d'autres signes comme l'ulcération, la douleur etc...

Dans 2 cas c'est la douleur qui motive la consultation.

Dans 1 cas la malade a consulté pour prurit et picottements du sein .

Dans 2 autres cas ce sont des complications (métastases osseuses surtout) qui ont amené la malade à consulter. Dans un cas il s'agissait d'une fracture pathologique du col du fémur (observation n°3); dans l'autre cas il s'agissait de fractures pathologiques du col du fémur droit et de l'humérus gauche (observation n°18).

2. Délais de consultation :

Nous constatons que 75 % de nos malades consultent 6 mois après le début de la maladie. 45 % consultent 12 mois après le début ; (cf. tableau VI) ceci est énorme en matière de cancer.

Nous n'insistons pas sur cet aspect du pronostic qui est presque une loi pathologique : à consultation tardive, morbidité et mortalité sont élevées.

.../...

DELAIS DE CONSULTATION	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
1 à 5 Mois	5	25
6 à 11 Mois	6	30
12 à 17 Mois	3	15
18 Mois et plus	6	30
T O T A L	20	100

3. Etude Anatomoclinique :

Les Stades Cliniques :

TABLEAU VII : REPARTITION SELON LE STADE CLINIQUE

STADES	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
I	1	5
II	1	5
III	12	60
IV	6	30
T O T A L	20	100

90 % de nos malades appartiennent aux stades III et IV.

a. Le siège de la tumeur :

Dans 13 cas (65 %) la tumeur siège au sein gauche.

Dans 7 cas (35 %) le sein droit est intéressé .

Nous avons une nette prédominance des cancers au sein gauche sans qu'on ne puisse dire pourquoi.

b. La taille de la tumeur : TT₁ = 0 casT₂ = 3 casT₃ = 6 casT₄ = 11 cas

Dans 17 cas la tumeur primitive appartient à T₃ ou T₄.

c. Les adénopathies : N

L'examen clinique de nos malades lors de l'hospitalisation, parfois au cours des interventions a permis de faire la répartition suivante :

N₀ : aucune adénopathie palpable : 2 casN₁ : adénopathie axillaire homolatérale palpable, mobile : 4 casN₂ : adénopathie homolatérale fixée : 10 casN₃ : adénopathie susclaviculaire homolatérale : 4 cas

Dans 5 cas nous avons retrouvé un envahissement microscopique des ganglions prélevés.

d. Les métastases : M

6 localisations métastatiques ont été retrouvées

- pulmonaires : 3 cas

- hépatiques : 2 cas

- osseuses : 2 cas

Nous avons noté chez une même malade des métastases pulmonaires et hépatiques.

e. Aspect macroscopique :

TABLEAU VIII : REPARTITION SELON L'ASPECT MACROSCOPIQUE

ASPECT MACROSCOPIQUE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
FORMES NODULAIRES	10	50
FORMES ULCEREES	7	35
FORMES KYSTIQUES	2	10
MASTITES CARCINOMATEUSES	1	5
T O T A L	20	100

Dans notre série les formes nodulaires dominant (50 %) suivies de très près par les formes ulcérées (35 %).

Nous avons noté deux tumeurs kystiques et une mastite carcinomateuse.

C. HISTOLOGIE :

L'examen histologique a été pratiqué dans 17 cas sur 20

Dans un cas le compte rendu de l'examen anatopath. pratiqué n'a pas été retrouvé.

Dans 3 cas l'examen histologique n'a pas été fait et le diagnostic s'est basé sur la clinique et l'allure évolutive de la tumeur. Il s'agissait de cas très avancés où le diagnostic ne faisait aucun doute.

Nos types histologiques se répartissent comme suit :

- Adénocarcinome : 14 cas
- Carcinome épidermoïde : 2 cas

D. TRAITEMENTS :

a- Traitement traditionnel :

La grande majorité (13 cas/20) des malades de notre série ont d'abord consulté les tradi-praticiens.

Elles n'ont sollicité une consultation médicale que lorsque l'espoir est complètement perdu, donc à un stade assez avancé de la maladie.

Aucune malade^{ne} nous a signalé une regression des troubles par le traitement traditionnel.

b- Traitement Chirurgical :

TABLEAU IX : REPARTITION SELON LE TYPE D'INTERVENTION

TYPES D'INTERVENTION	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
OPERATION DE HALSTED	2	12,50
OPERATION DE PATEY	8	50
MASTECTOMIE SIMPLE	5	31,25
BIOPSIE EXERESE	1	06,25
T O T A L	16	100

Le tableau ci-dessus résume les actes chirurgicaux pratiqués pour cancer du sein.

16 malades sur 20 ont bénéficié de l'acte chirurgical.

- l'opération de HALSTED a été réalisée dans 2 cas
- le PATEY dans 8 cas
- la mastectomie simple ou opération de "propreté" dans 5 cas.
- la biopsie exérèse a été pratiquée dans 1 cas.

Dans 4 cas l'abstention chirurgicale fut faite en raison de l'évolution locale de la tumeur primitive et de l'existence de métastases.

- Ovariectomie : Chirurgie endocrine

Nous l'avons réalisée dans 3 cas.

Dans 1 cas (observation n°8) cette castration chirurgicale a été pratiquée avant l'amputation du sein.

Dans les 2 autres cas (observations n°10 et n°19) nous l'avons pratiquée après opération sur le sein.

c. La Radiothérapie :

Il s'agit d'une radiothérapie conventionnelle faite en dehors de notre pays.

Deux de nos malades (observations n°18 et n°19) ont bénéficié d'une évacuation sanitaire vers des pays plus équipés que le notre où elles ont subi la radiothérapie.

Dans le 1er cas (observation n°18) le traitement a été pratiqué en France à l'Institut Gustave ROUSSY.

L'irradiation n'a intéressé que les métastases osseuses.

La dose délivrée a été :

17 Gy en 2 séances au fémur droit

17 Gy en 2 séances à l'humérus gauche.

L'irradiation de la lésion mammaire a été impossible à cause de la mobilisation très douloureuse du bras gauche.

Dans le second cas (observation n°19) la radiothérapie est faite en post-opératoire après chirurgie loco-régionale et ovariectomie.

La dose délivrée a été :

50 Gy au niveau de la paroi thoracique

50 Gy aux aires ganglionnaires.

d. Traitements médicaux :

- Chimiothérapie

4 de nos malades ont bénéficié d'une chimiothérapie (observations n°12, n°14, n°18, n°19).

Les produits utilisés ont été :

- Observation n°12 : Méthotrexate , Endoxan.

- Observation n°14 : Endoxan

- Observation n°18 : VP 16 - 200mg. J₁ et J₂
Endoxan - 500 mg. J₃ et J₄

Traitement répété chaque 4 semaines.

- Observation n°19 : Adriamycine 50 mg. J₁

Oncovin - 1 mg. J₂

Endoxan - 300 mg. J₂ - J₃ - J₄

5 Fluoro-Uracile 500 mg. J₂ - J₃ - J₄

Traitement répété tous les mois pendant 4 jours.

- Hormonothérapie

4 malades ont bénéficié de l'hormonothérapie (observations n°8, 12, 18, 19).

- Observation n°8 : Novaldex comp.

- Observation n°12 : Androtardyl injectable.

- Observation n°18 : Permastril I.M. 3/Semaine

Novaldex comp. 2 comp. per os /jour.

- Observation n°19 : Novaldex comp. 3 comp./jour

Cette malade a bénéficié en plus de l'hormonothérapie : Cortancyl en raison de 40 mg./jour.

E. LE PRONOSTIC

Sur 20 malades nous avons noté 10 décès. Parmi ces malades décédées certaines ont été revues et sont venues mourir devant nous, d'autres non revues dont nous avons été informés de décès par la famille.

7 n'ont pas été revues donc nous ne pouvons pas nous prononcer sur leur décès ou leur survie.

3 malades ont été revues et sont en survie de nos jours.

L'une d'entre elles (observation n°10) ne signale jusqu'à ces jours aucun trouble.

L'autre (observation n°12) est actuellement dans le Service (Chirurgie "A") et suit une chimio et hormonothérapie; elle présente une récurrence locale sous forme de nodules de perméation.

La dernière malade (observation n°13) a subi une biopsie exérèse . Revue en Janvier 1985 une intervention plus large lui a été proposée, mais elle la refuse et depuis nous l'avons perdue de vue.

II. LES CANCERS GENITAUX FEMININS

Etude d'ensemble :

TABLEAU X : REPARTITION SELON L'ORGANE

ORGANES	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
CANCER DU COL	10	83
CANCER DE L'OVAIRE	2	17
TOTAL	12	100

Dans notre série, nous avons retenu :

- 10 cancers du col : 8,5 % de l'ensemble des cancers en général et 31 % des cancers génitaux et mammaires.

Le cancer du col à lui seul représente la grande majorité des cancers génitaux féminins (83 %)

- 2 cancers de l'ovaire : 2 % des tumeurs malignes diagnostiquées au cours de notre période d'étude et 6 % des cancers génitaux et mammaires de la femme.

Les cancers de l'ovaire représentent 17 % des cancers génitaux féminins.

- Nous avons noté un seul cas de cancer du corps de l'uterus mais dont le dossier médical n'est pas exploitable.

A. LES CANCERS DU COL

1. Epidémiologie

a. Fréquence selon l'âge :

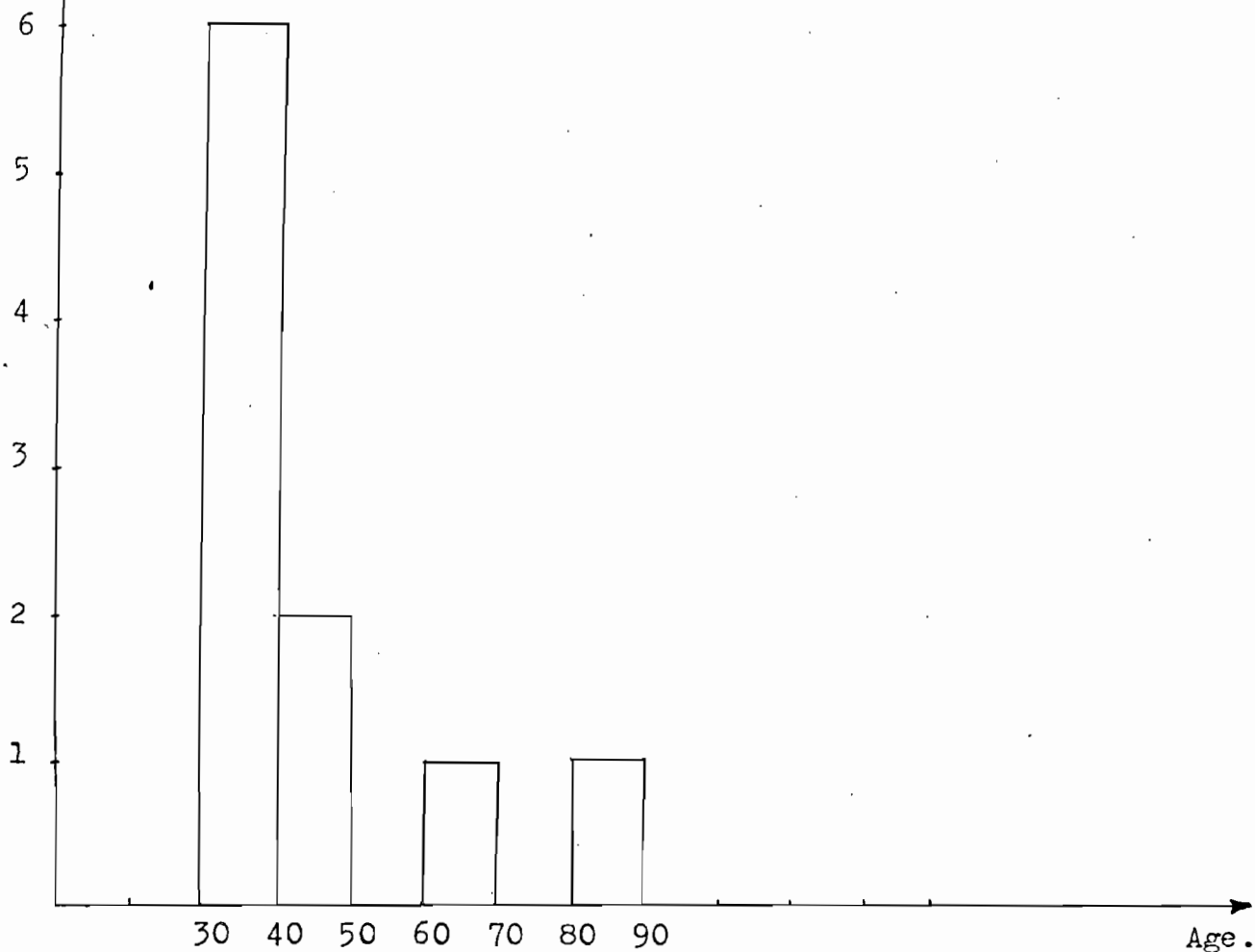
TABLEAU XI : REPARTITION SELON L'AGE

CLASSE D'AGE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
- 20 ans	-	-
20 - 30 ans	-	-
30 - 40 ans	6	60
40 - 50 ans	2	20
50 - 60 ans	-	-
60 - 70 ans	1	10
70 - 80 ans	-	-
80 - 90 ans	1	10
T O T A L	10	100

Nous avons le maximum de malades entre 30 et 50 ans.

Notre plus jeune malade a 28 ans, la plus âgée a 81 ans.

L'âge moyen de nos malades est de 43,9 ans.



HISTOGRAMME N°3

b. Fréquence selon la parité :

TABLEAU XII : REPARTITION SELON LA PARITE

PARITE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
NULLIPARES	-	-
PAUCIPARES ($\geq 1 \leq 3$)	1	10
MULTIPARES ($\geq 4 \leq 7$)	4	40
GRANDES MULTIPARES (≥ 8)	5	50
TOTAL	10	100

90 % de nos malades atteintes de cancer du col sont des multipares avec au moins une parité égale à 4.

La parité moyenne de nos malades est de 7.

2. Clinique :

a. Motif de la Consultation :

TABLEAU XIII : REPARTITION SELON LE MOTIF DE CONSULTATION

MOTIF DE LA CONSULTATION	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
METRORRAGIES + DOULEURS PELVIENNES	7	70
URGENCE (COLLAPSUS CARDIO-VASCULAIRE)	2	20
INCONTINENCE D'URINE	1	10
T O T A L	10	100

La métrorrhagie est le signe le plus fréquent et ^{le} plus constant retrouvé chez toutes nos cancéreuses du col.

Elle a entraîné un collapsus cardio-vasculaire dans 2 cas et cette urgence a été la circonstance de découverte de la maladie. Dans 1 cas l'incontinence d'urine consécutive à un envahissement vésical par la tumeur a motivé la consultation (observation n°29)

Dans 7 cas c'est la métrorrhagie associée à des douleurs pelviennes plus ou moins intenses qui amènent les malades à consulter.

Autres signes cliniques :

Nous avons noté :

- une altération de l'état général dans 7 cas
- des leucorrhées en général associées aux métrorrhagies.

Nous n'avons pas précisé surtout si elles étaient antérieures ou postérieures au néoplasme cervical.

- une anémie souvent très marquée .

b. Délais de Consultation :TABLEAU XIV : REPARTITION SELON LE DELAIS DE CONSULTATION

DELAIS DE CONSULTATION	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
1 à 5 mois	3	30
6 à 11 mois	2	20
12 à 17 mois	1	10
18 mois et plus	4	40
T O T A L	10	100

70 % des malades ont consulté 6 mois après le début de la maladie.

80 % des malades ont d'abord consulté les tradipraticiens avant de solliciter une consultation gynécologique ou chirurgicale, ce qui est à la base de ce retard à la consultation.

c. Stade Clinique :TABLEAU XV : REPARTITION SELON LE STADE CLINIQUE

S T A D E	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
I	1	10
II	1	10
III	2	20
IV	6	60
T O T A L	10	100

80 % de nos malades appartiennent aux stades III et IV.

.../...

3. Histologie :

L'examen histologique a été pratiqué 8 fois sur 10.

Dans 2 cas nous nous sommes contentés seulement d'un examen cytologique (Frottis), dans ces cas il s'agissait de Frottis classe IV.

Nos types histologiques se répartissent comme suit :

- Carcinome épidermoïde : 7 cas
- Carcinome spinocellulaire : 1 cas

4. Traitements :a. Traitement traditionnel :

8 fois sur 10 nos patientes ont subi un traitement traditionnel. Il a consisté tantôt en une introduction de poudre "rouge" parfois "noire" dans le vagin, tantôt en une absorption d'infusion ou de décoction de diverses plantes.

Ce traitement à la déclaration des patientes n'a pas amené une amélioration de leur état.

b. La Chirurgie :

TABLEAU XVI : REPARTITION SELON LE TYPE D'INTERVENTION

TYPE D'INTERVENTION	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
WERTHEIM	3	30 %
HYSTERECTOMIE DE "PROPRETE "	1	10 %
AMPUTATION DU COL	1	10 %
T O T A L	5/10	50 %

5 fois sur 10 la chirurgie a été pratiquée. Dans les 5 autres cas l'acte chirurgical n'a pas été possible en raison du stade de la tumeur.

c. Les autres possibilités thérapeutiques :

La radiothérapie, l'hormonothérapie, l'immunothérapie ainsi que la chimiothérapie n'ont pas été pratiquées chez nos malades cancéreux du col.

B. LES CANCERS DE L'OVAIRE

1. L'âge :

L'âge a été exprimé dans tous les cas (2). Nos deux malades sont toutes relativement jeunes. La moins âgée a 16 ans, la plus âgée a 26 ans. L'âge moyen est de 21 ans.

2. Clinique :

Les signes recueillis auprès de nos malades ont été :

- une augmentation du volume abdominal
- des douleurs pelviennes
- parfois une aménorrhée

Dans 1 cas (observation n°32) la maladie a évolué pendant 4 ans sans que la malade ne consulte.

Dans le second et dernier cas (observation n°31) la maladie n'a évolué que pendant 5 mois.

3. Histologie :

Nos types histologiques se répartissent comme suit :

- Cystadenome ovarien de type mucineux : 1 cas
- Cystadenome papillaire séreux à malignité limite : 1 cas.

4. Traitement :

Toutes ces malades ont d'abord sollicité le traitement traditionnel qui s'est révélé inefficace. Elles ont été justiciables toutes de l'intervention chirurgicale.

Dans un cas (observation n°31) nous avons réalisé une ovariectomie de " propreté". La malade est perdue de vue depuis sa sortie d'hôpital.

Dans le second cas (observation n°32), nous avons pratiqué une omentectomie, une annexectomie bilatérale et enfin une hystérectomie totale.

Une chimiothérapie (Endoxan) post opératoire a été entreprise.

La malade revue ne signale aucun trouble mais nous avons décélé une récurrence vaginale sous forme d'ulcérations hémorragiques sur la cicatrice vaginale.

COMMENTAIRES

Au Mali, les cancers génitaux et mammaires féminins sont fréquents.

Ils occupent la 2ème place de l'ensemble des cancers et la 1ère place des cancers féminins (75, 133, 136).

Au Sénégal SAKHO (117), SANKALE M. & Coll. (118) les classent en 2ème position après ceux du tube digestif et ses annexes.

Pour notre étude nous avons recensé 32 cancers génitaux et mammaires traités au cours d'une année dans 2 hôpitaux de Bamako (Hôpital Gabriel TOURE , Hôpital du Point-"G").

- Les cancers du sein : 20 cas (17 % de l'ensemble des cancers) viennent en tête des cancers génitaux et mammaires féminins avec 63 %.

- Les cancers du col de l'utérus : 10 cas (8,5 % de l'ensemble des cancers) se classent en 2ème position des cancers génitaux et mammaires (31 %) et en 1ère position des cancers génitaux féminins (83 %).

- Les cancers de l'ovaire : 2 cas (2 % de l'ensemble des cancers) occupent la 3ème place des cancers génitaux et mammaires et se classent en 2ème position des cancers génitaux féminins (17 %).

Il y a là une concordance avec une étude faite au Sénégal par SANKALE M. & Coll. (118).

1. LES CANCERS DU SEIN :

a. L'âge :

L'âge a été exprimé dans 100 % des cas. L'étude de la fréquence des cancers du sein selon l'âge monte deux pics: un premier pic pré et péri-menopausique à 40-50 ans et un second pic post-ménopausique en 60-70 ans.

Le pic de fréquence situé à 40-50 ans est retrouvé dans divers pays africains : Togo (74), Sénégal (96, 46), Côte d'Ivoire (165), Cameroun (100).

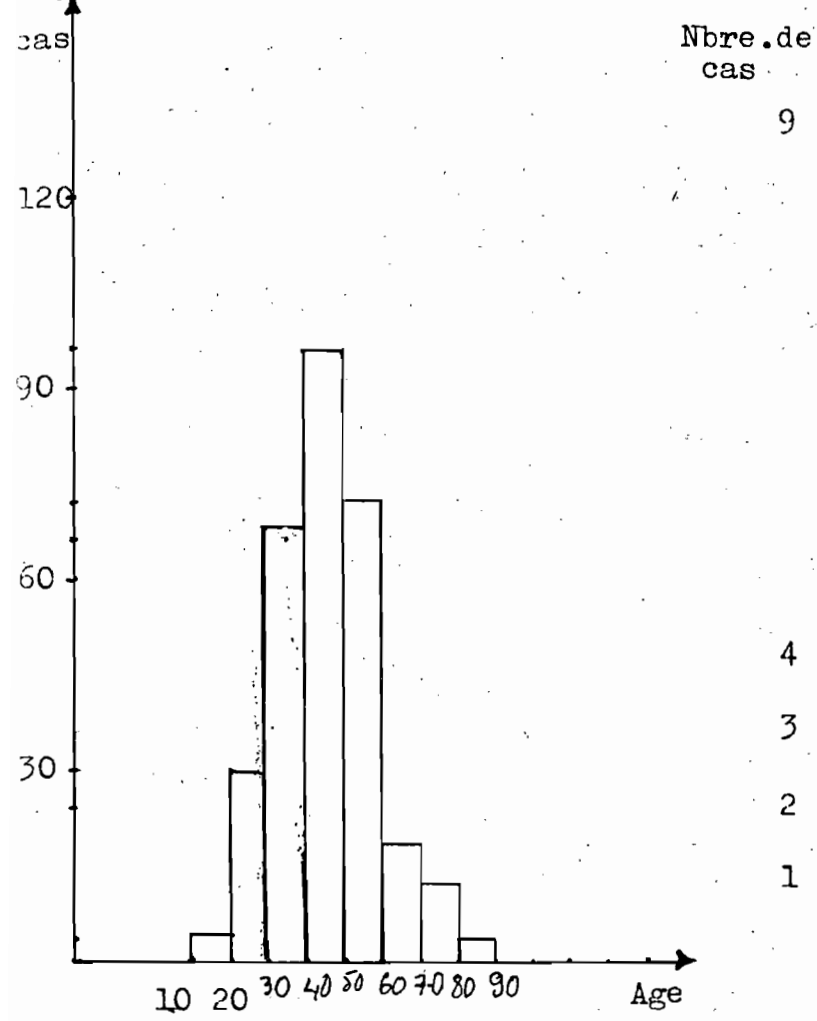
KEKEH (74) au Togo, N'DIAYE P.D. et QUENUM C. (94) ainsi que SANKALE M. & Coll. (118) au Sénégal notent aussi deux pics de fréquence dont l'préménopausique (40-50 ans) et l'autre post-ménopausique (60-70 ans).

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

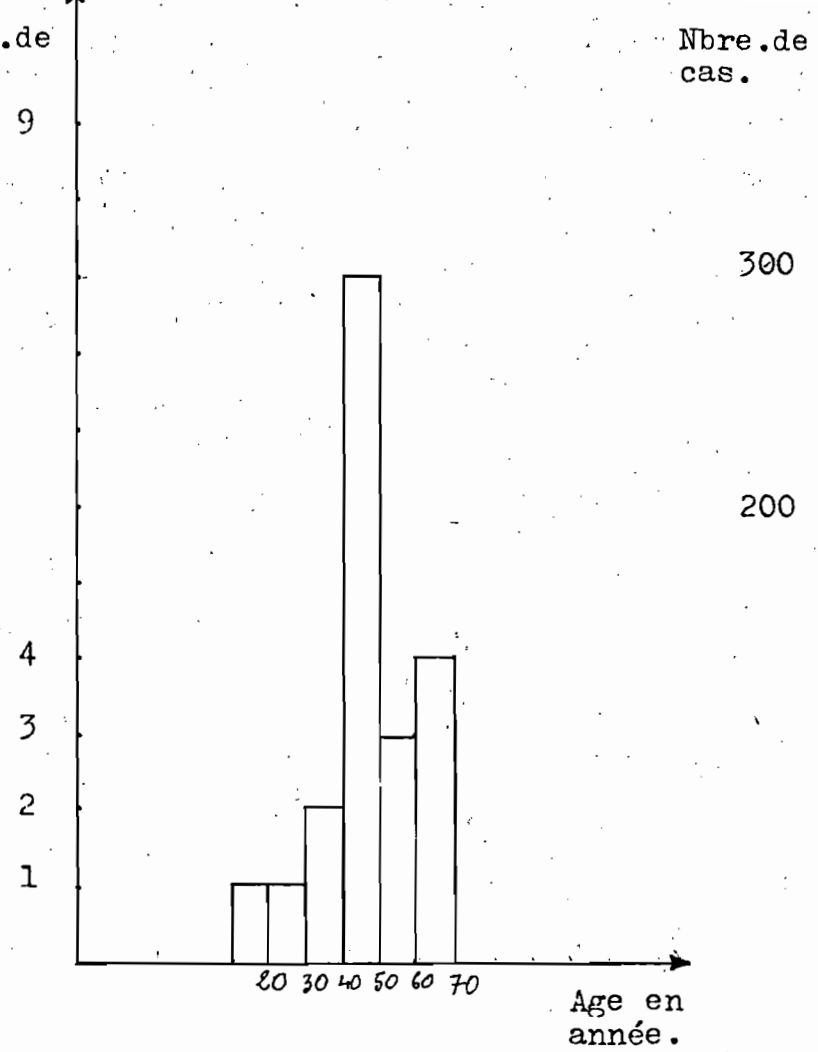
Dans notre étude, nous avons relevé 1 cas avant 20 ans et 1 cas après 60 ans.

A Dakar , on remarque que le cancer du sein atteint la femme à un âge relativement jeune (une dizaine de cas avant 20 ans) (46).

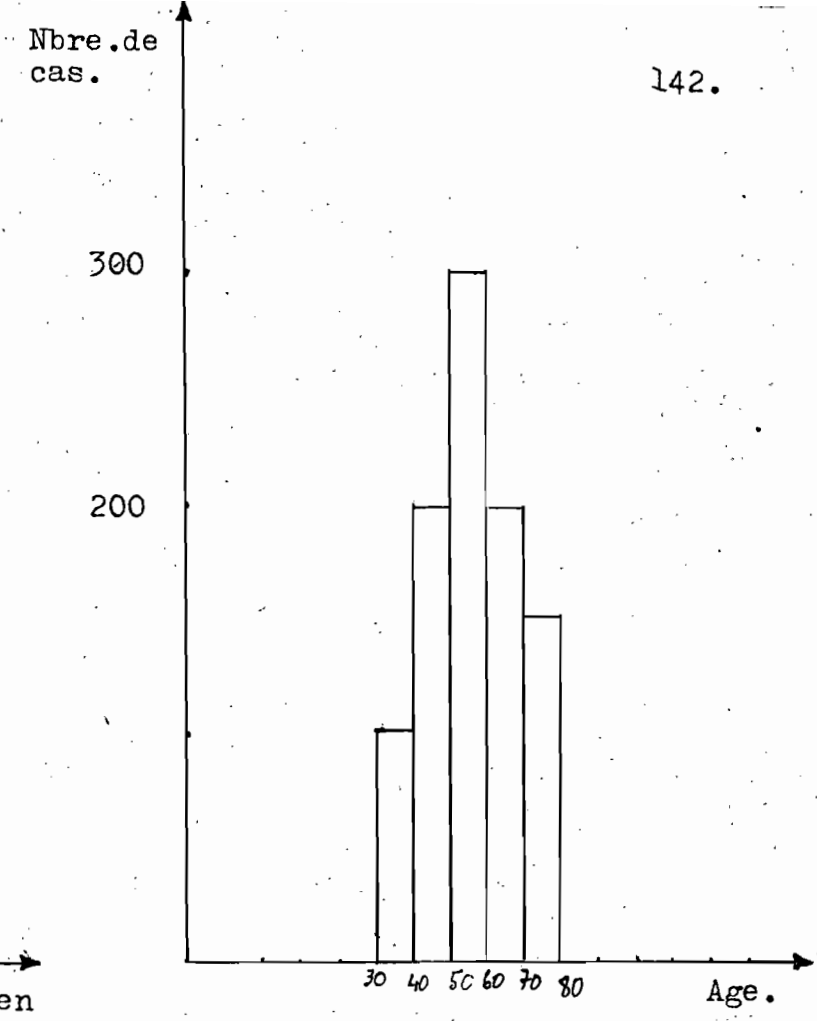
En Angletterre (59) on peut remarquer que le cancer du sein est exceptionnel avant 30 ans.



HISTOGRAMME N°4 :
Statistique de l'Institut du cancer de Dakar (à propos de 315 cas)



NOTRE ETUDE



HISTOGRAMME N°5 :
Statistique du Royal MARS DEN Hospital Londres 1965(59)

b. La Parité :

Dans notre série 90 % des femmes ont une parité au moins supérieure à 4 donc sont multipares.

Le rôle protecteur de l'allaitement au sein (78) n'est donc pas vérifié dans nos cas.

En effet au Mali les femmes allaitent pratiquement toutes, parfois même au delà de deux ans, ceci n'influence pourtant pas le cancer du sein qui vient en lère position des cancers génitaux et mammaires.

HAAGENSEN cité par GEST J. et Coll. (57) à son tour avait nié le rôle protecteur de l'allaitement au sein contre le cancer.

Selon ANDERSON (3), MAC MAHON et Coll. (78), VIICOQ et CALLE (148), VAN BOGAERT (140), une lère grossesse tardive est l'indice d'un risque élevé de cancer du sein.

Cette notion ne semble également pas valable pour notre étude, car dans notre pays, le mariage intervient très tôt, parfois même avant l'apparition des lères règles. La femme malienne se marie tôt et aspire à la multiparité. Le pourcentage des femmes atteintes de cancer du sein étant élevé, il est difficile d'attribuer un rôle protecteur à la multiparité et à la précocité du 1er accouchement.

- Particularité cancer du sein et grossesse :

La découverte de cancer du sein au cours de la grossesse est une éventualité rare :

3 à 7 pour 10.000 grossesses : QUERLEU D. (108)

2 à 3 pour 1.000 grossesses : CHEEK J.H. (31)

Nous avons noté " l'association cancer du sein et grossesse " dans un cas, ce qui représente 5 % des cancers du sein de notre série.

CARRET (22) en France note que l'association cancer du sein et grossesse représente 2,1 % des cancers du sein contre 2,8 % selon WHITE cité par GEST J. et Coll. (57).

c. Aspects Anatomo-Cliniques :

Dans notre étude la majorité des malades porteuses de tumeurs du sein consultent à des stades très avancés de la maladie.

- 18 malades (90 %) appartiennent aux stades III et IV
- 1 malade (5 %) au Stade II
- 1 malade (5 %) au Stade I

Plusieurs raisons à notre avis amènent les malades à consulter tard. Certaines incombent à la mentalité de nos malades, d'autres sont inhérentes à l'insuffisance de l'infrastructure sanitaire.

- L'ignorance de la maladie cancéreuse : Le cancer comme to-ute affection à évolution chronique, inquiète peu nos masses paysannes pour les amener à consulter tôt. En général c'est la malade elle même qui fait le diagnostic de cancer du sein. M'BA et Coll. (80) trouvent le rôle du médecin et des organismes spécialisés accessoire et subalterne dans la découverte du cancer du sein car dans 90 % des cas c'est la malade qui découvre sa tumeur.

- La trop grande croyance aux pratiques traditionnelles: Nos malades perdent généralement leur temps et leur argent à consulter les guérisseurs du village et ce n'est que quand elles ont totalement perdu tout espoir d'être guéries par ceux-là, qu'elles décident de se présenter à l'hôpital.

- L'éloignement des centres de soins dû à la faible densité médicale de nos régions : ceci n'encourage pas nos patientes à venir plus tôt et souvent aux centres de soins.

Cet ensemble de réalités va limiter les indications thérapeutiques à visée curative et partant les chances de guérir ces malades.

Dans la plupart de nos cas il s'agit de tumeurs ulcérées, infectées, douloureuses dont l'évolution a des répercussions sur l'état général allant de l'insomnie à l'état grabataire en passant par l'anorexie totale.

Au Mali on voit rarement en milieu médical le cancer du sein au stade de début ($T < 2\text{cm.}$ ou $2 \leq T < 5\text{ cm.}$)

1. Le siège :

65 % des tumeurs siègent sur le sein gauche contre 35 % seulement à droite. Nous n'avons pas relevé des localisations bilatérales. Nette prédominance des localisations à gauche sans qu'on ne puisse expliquer pourquoi.

A Madagascar RADESA F (110) trouve 47,8 % de localisations droites et 41 % de localisations gauches.

2. Les adénopathies :

Pour nos 20 malades nous avons noté dans 18 cas des adénopathies et dans 2 cas seulement aucune adénopathie palpable.

Sur 16 malades opérées 5 fois les ganglions prélevés ont révélé un envahissement ganglionnaire microscopique.

3. Les métastases :

Nous avons dans 6 cas noté des métastases pulmonaires hépatiques et osseuses.

C'est surtout l'extension ganglionnaire et les métastases à distance qui commandent le pronostic.

De même l'indication thérapeutique en dépend.

4. Le type histologique :

Dans la littérature nous avons retenu que le cancer du sein est un adénocarcinome dans la majorité des cas.

Nous avons dans notre étude noté 14 fois un adénocarcinome contre 2 carcinomes épidermoïdes pour nos 16 malades chez lesquelles l'examen histologique a été pratiqué.

d. Traitement :

1. Traitement traditionnel :

Nous n'avons pas noté auprès de nos malades d'amélioration par ce traitement, mais surtout il est à l'origine du retard à consulter en milieu médical.

Il serait donc nécessaire d'instituer une collaboration étroite avec les tradi-praticiens pour les amener à nous adresser rapidement ces malades.

DENOIX cité par CAMAIN R et SERAFINO X (20) expliquait la faible fréquence des cancers du sein et de l'utérus en Afrique de l'Ouest par le fait que les malades atteintes de ces affections sont soignées chez les guérisseurs et ne sont jamais vues ou enregistrées dans les formations sanitaires.

De même KEKEH (74) au Togo lie la forte fréquence des cancers du sein découverts au stade avancé au séjour prolongé de ces malades chez les guérisseurs.

2. Traitement Chirurgical :

C'est l'arme thérapeutique essentielle souvent unique au Mali.

L'opération de HALSTED considérée depuis de longue date comme " la sanction nécessaire et suffisante pour le cancer du sein" (134) voit aujourd'hui ses indications se restreindre dans le monde, et s'élargir pour nous.

En effet la plupart des auteurs préfèrent à la chirurgie exclusive large, une chirurgie plus ou moins large avec radiothérapie et/ ou chimiothérapie complémentaire.

Certains auteurs dont JACQUILLAT C (67) pratiquant une polychimiothérapie première et ensuite une radiothérapie exclusive. Ces auteurs obtiennent des résultats très encourageants et préfèrent ce protocole à la chirurgie.

Dans notre série 16 malades sur 20 ont bénéficié de la chirurgie.

Opération de HALSTED : 2 cas
 Opération de PATEY : 8 cas
 Mastectomie de " propreté " : 5 cas
 Biopsie exérèse : 1 cas

Dans 4 cas nous nous sommes abstenus de tout acte chirurgical. Il s'agissait de malades porteuses de tumeurs stades IV, justiciables seulement de radio. et/ou de chimiothérapie dont nous ne disposons pas ici .

- Résultats :

Sur 20 malades :

* 10 sont décédées au cours de l'année d'étude ou 1 an après. Parmi ces malades certaines n'ont pas été revues mais seulement nous avons été informés de leur décès par la famille.

* 7 malades n'ont pas été revues et sur lesquelles nous n'avons eu aucun renseignement depuis leur sortie de l'hôpital.

* 3 malades ont été revues. Ces malades ont bénéficié toutes d'une chirurgie loco-régionale.

Sur les 3 malades une seule malade (observation n°10) vit dans un assez bon confort puisque jusqu'à nos jours elle ne présente aucun signe de récurrence et ne se plaint également d'aucun trouble (21 mois après l'intervention).

L'autre (observation n°12) présente une récurrence locale sous forme de multiples nodules de perméation et suit actuellement une chimiothérapie + hormonothérapie.

La 3ème malade revue (observation n°13) une intervention plus large proposée a été rejetée puisqu'elle voyait son état fort amélioré par la biopsie exérèse. Nous n'avons pas pu la convaincre et depuis lors nous ne l'avons plus revue, donc son état actuel nous l'ignorons.

Sur 10 malades décédées

- 6 sont du Stade III

et 4 du Stade IV.

L'acte chirurgical pourrait améliorer la survie s'il était appliqué à des tades de début (Stades I et II). Une de nos malades opérée au Stade II est toujours vivante et ne présente aucun signe de récidiive ou de métastase 21 mois après l'intervention.

Nous attribuons la brièveté de survie de nos malades au fait que l'acte chirurgical pratiqué tardivement n'a pas été curatif ou qu'il n'a pas été complété par la radiothérapie ou la chimiothérapie.

Ces 2 méthodes limitent la diffusion des cellules néo-plasi-ques et améliorent la survie (MAC WRITER cité par Génin et Coll. (54).

3. La Radiothérapie :

En préopératoire, réduit le volume tumoral ainsi que les adhérences et les rend extirpables chirurgicalement (119).

En post-opératoire la radiothérapie n'est pratiquée que lorsque les ganglions prélevés sont envahis à l'examen histologique.

Certains auteurs (119) mettent en évidence une corrélation significative entre le pourcentage de de recidives observées et le taux d'envahissement ganglionnaire microscopique.

4. La Chimiothérapie :

Le cancer du sein est une tumeur chimiosensible. Cette propriété pourrait en association avec la radiothérapie éviter la mutilation de la chirurgie.

Certains auteurs (16, 70) ne lui font recours que pour le traitement des cancers dépassés du sein.

D'autres (24) l'utilisent de façon systématique chaque fois qu'il existe un envahissement ganglionnaire pour prévenir les récidi-ives et les métastases.

.../...

Quant à l'hermonothérapie elle n'a qu'une efficacité mesurée (16, 68). Les cancers du sein ne sont pas tous hormonodépendants et l'hormonothérapie n'est envisagée par le cancerologue que lorsque les possibilités de la chirurgie ou de la radiothérapie sont dépassées.

5. Conclusion :

Nos malades, pour une lésion tumorale longtemps indolore consultent tardivement et bien souvent après avoir " essayé " une thérapeutique traditionnelle.

Ce retard ajouté aux moyens chimio et radiothérapeutiques limités, fait de la chirurgie le recours par excellence pour les tumeurs du sein au Mali.

Cependant l'acte chirurgical reste bien souvent palliatif, de " propreté ", ce qui n'améliore guère la durée de survie.

Une véritable action de sensibilisation des femmes et aussi des tradipraticiens devrait aboutir à déceler plus précocement ces tumeurs pour que les malades puissent bénéficier d'un traitement chirurgical approprié.

Au stade actuel de développement socio-économique du Mali, nous pensons qu'il serait avantageux de détecter précocement la maladie pour la traiter chirurgicalement plutôt que de vouloir installer des structures lourdes et contraignantes (installations de radio voire de cobaltothérapie).

II. LES CANCERS UTERO-OVARIENS :

A. LES CANCERS DU COL : 10 cas

Au Mali ce cancer vient en tête des cancers génitaux féminins. Une étude faite par SYLLA Y (133) le classe en 2ème position des tumeurs malignes diagnostiqués dans le laboratoire d'histologie de l'I.N.B.H.

1. Facteurs étiologiques :a. L'âge :

L'âge est retenu par la plupart des auteurs comme un important facteur de risque.

L'âge moyen de nos malades est de 43,9 ans. Contre 44 ans pour SYLLA Y (133).

TABLEAU XVII : REPARTITION GEOGRAPHIQUE SELON L'AGE MOYEN

AUTEURS	AGE MOYEN	P A Y S
PHAM-BIEU-TAM et DAO-DUC-HOANH (105)	49,7	VIET-NAM
M'BAKOR (81)	47	COTE D'IVOIRE
N'DIAYE P.D. et QUENUM C. (97)	44,6	SENEGAL
SYLLA Y. (133)	44	MALI
NOTRE ETUDE	43,9	MALI

Le pic de fréquence appartient à la classe d'âge de 35-40 ans. Pour nous le cancer du col est rare après 45 ans.

b. La vie sexuelle :

Chez toutes nos malades le mariage est intervenu entre 15 et 16 ans parfois avant l'apparition des premières règles d'après l'interrogatoire. Ceci sous entend précocité des rapports sexuels et également précocité du 1er accouchement.

Le cancer du col est " particulièrement fréquent chez les femmes qui ont commencé très tôt la vie sexuelle " (29, 86, 102, 115, 132).

.../...

Au contraire ce néoplasme est rare chez les peuples aux mœurs restrictives du point de vue sexuel : religieuses, Juives (86, 103).

Le cancer du col est également rare chez les célibataires et chez les vierges (158).

c. La parité :

90 % de nos patientes ont une parité supérieure à 4. La parité moyenne est 7 grossesses contre 5 pour SYLLA Y.(133). Les grossesses multiples et la multiparité sont évoquées depuis de longue date dans la genèse du cancer du col de l'utérus (82, 132, 141, 152, 162).

Particularité "cancer du col et grossesse "

Nous n'avons pas retrouvé cette éventualité rare (1 cancer du col pour 2 500 grossesses HENRION R. (64).

d. Le niveau socio-économique :

Toutes nos malades sont non salariées donc de très bas niveau socio-économique. Ceci est en conformité avec un travail déjà fait au Mali : ORCEL & BAYO (103) . En effet pour ces auteurs 94 % des femmes atteintes de cancers du col de l'utérus appartiennent aux classes sociales les plus pauvres.

e. Facteurs infectieux :

Les infections génitales à virus herpétique type II méritent d'être citées dans la genèse du cancer du col (132). Certains auteurs ont même accusé le trichomonas vaginalis.

Une étude des antécédents de nos malades n'a pas été faite dans ce sens; mais l'examen clinique et l'interrogatoire ont relevé des leucorrhées fétides associées au cancer dans 80 % des cas.

f. L'absence de dépistage systématique est déplorable dans nos pays et a des conséquences facheuses.

Cette méthode a l'avantage de déceler très tôt les atypies qui peuvent évoluer plus tard vers la cancérisation.

Ces frottis de dépistage systématique sont inconnus au Mali SYLLA Y. (133).

Rares sont les médecins qui demandent cet examen au cours d'une consultation pour cervicite rebelle ou en présence d'un col suspect.

2. Les aspects anatomo-cliniques : sont dominés par :

a. La métrorragie : Elle constitue le plus fréquent signe et révélateur de la maladie. Elle est présente chez toutes nos patientes WYPLOSZ (158), SYLLA Y. (133) la retrouvent constante dans 95 % des cas.

b. Les leucorrhées :

Nous les avons trouvées dans 80 % des cas chez nos malades. Ce sont des leucorrhées fétides, abondantes parfois purulentes . Leur banalité ne doit pas les faire négliger car " l'infection fait le lit du cancer " WYPLOSZ J. (158).

Elles doivent faire pratiquer un examen gynécologique soigneux avec des frottis cervicaux vaginaux ou un test de SCHILLER voire une biopsie si le col est suspect.

c. Les douleurs :

Elles sont constantes chez nos malades. Ce sont des signes d'extension de la maladie vers les structures voisines.

d. Les autres signes :

Anémie, anorexie, insomnie et altération de l'état général sont fréquemment notées.

3. Les types histologiques :

L'examen histologique pratiqué dans 80 % des cas a révélé un carcinome épidermoïde.

Dans 20 % il s'agissait de frottis de classe IV évoquant fortement un cancer sans préciser la nature histologique. Le cancer du col est un carcinome épidermoïde ou malpighien dans 90 à 95 % des cas (95, 98, 158).

4. Traitement :

a) Traitement traditionnel :

L'interrogatoire de nos malades a révélé que dans 80 % des cas, elles ont pratiqué un traitement traditionnel d'une durée au moins égale à 2 mois. Il a consisté en une absorption de produits divers dont la malade ignore parfois la nature.

Aucune amélioration notable n'a été signalée à l'interrogatoire.

b. Traitement chirurgical :

La chirurgie est notre seule et unique arme contre ce cancer. Nous ne disposons pas de centre de radiothérapie ni de curiethérapie et la chimiothérapie est au stade embryonnaire.

Pour nos malades nous avons réalisé :

- dans 3 cas une hystérectomie large + curage ganglionnaire (WERTHEIM)
- dans 1 cas une hystérectomie de " propreté " ,
- enfin une amputation vaginale du col dans 1 cas .

En effet le choix d'un traitement de cancer du col peut se faire entre plusieurs méthodes (irradiation seule, chirurgie seule ou association radio-chirurgicale) dont les résultats sont assez semblables aux stades de début.

C'est ce que nous révèlent ces résultats tirés de l'"Annual Report ".

Au Stade I.

La survie à 5 ans est de :

80 % \pm 8 % pour les malades traitées dans les instituts
" radiothérapiques " .

81 % \pm 8 dans les instituts " chirurgicaux "

80,2 \pm 20 % dans les instituts " radio-chirurgicaux "

Au Stade II

Le taux de survie à 5 ans est de :

60,1% \pm 11 % pour les " Instituts radiothérapeutiques "

67,6% \pm 15 % pour les " Instituts chirurgicaux "

53,7% \pm 18,7 % pour les " Instituts radio-chirurgicaux ".

Ces résultats ne montrent pas de différences statistiquement significatives entre ces 3 méthodes de traitement du cancer du col aux stades I et II.

Cependant dans les stades III et IV, la radiothérapie est sans doute la méthode la plus employée, la place de la chirurgie y est très limitée .

Pour VERHAEGHE M. HERBEAU J. et LEQUIN A. (143) l'idéal du traitement est l'association chirurgie élargie et radiumthérapie.

FENTON J. et DECROIX Y (164) utilisent la radiothérapie exclusive dans les formes avancées de cancer du col utérin et obtiennent des résultats satisfaisants. Leur survie à 5ans est de :

. 60 % au stade II

. 40 % au stade III

DELOUCHE et Coll. (165) obtiennent des résultats semblables par radiothérapie exclusive des cancers du col au stade inopérable mais au prix d'un taux élevé de complications (12 %).

Nous avons pratiqué une amputation du col pour un cancer au début ; ceci rejoint l'avis de beaucoup d'auteurs (14, 19, 139) surtout chez des malades jeunes désireuses de conserver à tout prix leurs chances de maternité.

MICHEL G. et Coll. (92) de même avis que QUERLEU D (107) pratiquent systématiquement une amputation vaginale du col pour épithélioma intra-épithélial et pensent qu'une colpohyterectomie élargie serait exessive pour un E.I.E.

Dans nos conditions au Mali, l'amputation du col doit absolument obéir à deux conditions :

a) Preuve histologique que toute la zone cancéreuse a été enlevée.

b) Le suivi trimestriel ou semestriel de la malade par un praticien averti.

.../...

Au total, le cancer du col de l'utérus au Mali présente les mêmes facteurs étiologiques que dans la plupart des pays; mais son pronostic est autrement plus grave car trop souvent découvert à un stade tardif (5 cas sur 10 où la chirurgie a été jugée inutile).

Le traitement uniquement chirurgical nécessite d'introduire la radium-thérapie pour permettre d'élargir les indications chirurgicales sur les stades avancés.

B. LES CANCERS DE L'OVAIRE : 2 cas

Ce cancer vient en 3ème position des cancers génitaux et mammaires de notre série.

Il occupe la 2ème place des cancers génitaux féminins chez la femme.

Nous sommes en accord avec BONAFOS M (11) en Algérie, TZVETANSKY C.G. (138) en Bulgarie qui les classent en 2ème position des cancers génitaux féminins.

1. Facteurs étiologiques :

a. L'âge :

L'âge moyen de nos deux malades est de 21 ans contre 63 ans pour WYPLOSZ J.(159.)

Au Mali cette affection frappe la femme à un âge relativement jeune.

Au Sénégal également N'DIAYE P.D. (97) met un accent particulier sur le jeune âge. Pour sa plus jeune malade il relève 10 ans et 69 ans pour la plus âgée. Mais pour la plupart des auteurs, l'âge n'est pas caractéristique de la maladie.

Cependant SIBELLA P. et Coll. (130) constatent un certain rajeunissement de la maladie et que le nombre de femmes atteintes de cancer de l'ovaire semblent augmenter. (34)

b. La physiologie génitale :

Nos 2 patientes sont nullipares

Dans un cas (observation n°32) la malade mariée depuis 8 ans environ est demeurée sans grossesse.

ALLAN et HERTIG (1) notent des antécédents de stérilité primaire dans 31 % des cas de cancers de l'ovaire.

De même WYPLOSZ et Coll.(159) trouvent que les nulligestes sont les plus touchées par le cancer de l'ovaire.

Pour certains auteurs dont SERMEN (124) , les cancers de l'ovaire ont le même terrain hormonal que les cancers du sein (nulligeste, mariage tardif ou grossesse tardive).

Ce caractère mérite une analyse particulière au cours des années à venir au Mali.

2. Signes Cliniques :

La symptomatologie des cancers de l'ovaire est assez polymorphe, parfois nulle au début, le dépistage précoce reste difficile.

Au Mali la malade ou son entourage est alerté devant l'augmentation menstrueuse du volume abdominal.

Nous avons retrouvé à l'interrogatoire une augmentation constante chez toutes nos malades du volume abdominal (confondue le plus souvent avec une grossesse).

Selon DARGENT cité par SERMEN (124) l'augmentation du volume abdominal est un signe révélateur du cancer de l'ovaire dans 22 % des cas.

Pour NGOMA (101) cette augmentation révèle la maladie dans 76 % des cas et dans 6 % seulement des cas des métrorragies viennent la révéler.

Cependant pour SERMENT et Coll. (124) le signe le plus révélateur et le plus précoce est la douleur qu'ils retrouvent dans 70 à 80 % des cas.

3. Traitement :

Toutes nos deux malades ont subi un traitement traditionnel. Elles ont consulté pour un abdomen monstrueusement distendu, lorsque la tumeur a envahi toutes les structures voisines.

La chirurgie a été la solution de recours non seulement pour poser le diagnostic mais aussi pour le traitement. Dans le 1er cas (observation n°32) la chirurgie a été aussi large que possible.

Nous avons réalisé une omentectomie- une hystérectomie totale associée à une annexectomie bilatérale puis une chimiothérapie post-opératoire (Endoxan). Une survie supérieure à 20 mois est observée chez cette malade malgré une récurrence vaginale.

Dans le second cas (observation n°31) seule une ovariectomie de " propreté " a été possible.

Cette malade a été perdue de vue dès sa sortie d'hôpital. Le cancer de l'ovaire est une tumeur chimiosensible, donc il serait préférable de compléter l'acte chirurgical par cette thérapeutique.

ZYLBERBERG et Coll. (163) obtiennent par polychimiothérapie comportant de la doxorubicine après chirurgie des tumeurs au stade III une survie de 48 % à 60 mois. Ces auteurs trouvent que cette polychimiothérapie " lourde " est non seulement efficace, mais d'autre part capable de rattraper dans plus d'1/3 des cas une chirurgie incomplète, au moins à moyen terme. Nous n'avons pas pratiqué de radiothérapie qui est pour la plupart des auteurs sans apport notable sur la survie des malades.

Le pronostic des tumeurs malignes de l'ovaire en général est effrayant. Pour SERMENT H. (124) le taux de survie à 5 ans (tous les stades compris) est de 22,52 %. Ce mauvais pronostic est en rapport avec le retard diagnostique, d'où l'impérieuse nécessité d'améliorer les moyens diagnostics.

Le traitement idéal de ces tumeurs doit associer une chirurgie large à la polychimiothérapie.

C. LES AUTRES CANCERS GENITAUX :

Nous n'avons trouvé au cours de notre étude ni de cancers du corps, ni de cancers de la vulve et du vagin, ni de cancers des trompes utérines.

Nous n'évoquerons dans ce chapitre que quelques relevés de la littérature.

1. Le cancer du corps de l'utérus :

Le cancer du corps de l'utérus a longtemps été opposé au cancer du col (151) comme étant une affection de la femme âgée, ménopausée avec un maximum de fréquence entre 55 et 65 ou 70 ans.

Ce cancer est rare en Afrique. Il est observé au Sénégal dans la proportion d'un cancer du corps pour 22 cancers du col SIMAGA D. et Coll. (131). Par contre il est fréquent aux U.S.A. Il semble que la fréquence de ce cancer augmente dans le monde, parallèlement à l'industrialisation de nombreux pays (5)

a. Facteurs étiologiques :

Selon BREMOND cité par VERHAEGHE (144) " en tenant compte de la situation matrimoniale, les grossesses et la situation socio-économique on trouve que la fréquence du cancer de l'endomètre est en rapport inverse de celle du cancer du col de l'utérus.

Rôle du terrain particulier :

Il existe un " haut risque " lorsque sont réunis un certain nombre de facteurs que sont (l'obésité, le diabète, l'hypertension artérielle) mais dont aucun pris seul n'a de valeur déterminante.

Rôle des Oestrogènes :

Les oestrogènes ne suffisant pas à eux seuls, et il est même admis qu'on annule complètement le risque de repercussion grave sur l'endomètre si la progestérone vient empêcher une imprégnation continue.

b. Traitement :

Le traitement de choix des cancers de l'endomètre est la chirurgie car c'est un cancer à évolution longtemps locale.

Parfois on se limite à une hystérectomie totale avec ablation des annexes et du quart supérieur du vagin; mais on peut aller jusqu'à pratiquer une intervention type WERTHEIM avec large résection du vagin et lymphadenectomie pelvienne.

La curiethérapie vaginale, qu'elle soit réalisée avant ou après la chirurgie apporte le bénéfice de réduire sensiblement la fréquence des récurrences vaginales (83, 100).

Le taux de survie globale est de l'ordre 55 à 60 % (144). Ce qui revient à dire que les résultats sont franchement bons pour les cancers peu évolués et opérables (144).

MONSON cité par VERHEGHE (144) a montré qu'après la 7ème année le taux de survie relative est de 100 %. C'est dire que passé ce délai, le taux de mortalité des femmes ayant un cancer de l'endomètre traité est le même que pour les autres femmes.

2. Les cancers de la vulve et du vagin :

Ces cancers surviennent généralement à un âge assez avancé, toujours après la ménopause (52).

Il serait possible de penser qu'étant donné la courte espérance de vie de la femme africaine en général et malienne en particulier, celle-ci aurait toute la chance de mourir d'une autre affection que de ces " cancers seniles ".

- Le cancer de la vulve est rare en Afrique 1 % des cancers féminins (33, 106) et s'observe dans 80 à 90 % des cas après la ménopause.

Il représente 3 à 4 % des cancers génitaux féminins (38).

Seul un diagnostic précoce est susceptible d'améliorer à long terme le pronostic de ce cancer. Sur le plan thérapeutique, la chirurgie radicale et complète doit être étendue au maximum. Chez les femmes âgées seule cette méthode est capable d'amener une survie prolongée et confortable.

En 1960 SERAFINO et Coll. (128) ont décrit un cas de cancer de la vulve où le pronostic semblait réservé du fait d'infiltration du périnée et de la face interne de la fesse droite et d'adénopathies inguinales bilatérales. La chirurgie d'exérèse étendue (vulvectomie + curage ganglionnaire bilatéral) complétée par la radiothérapie a amené une survie confortable d'au moins 7 mois avec même une reprise des rapports sexuels.

- Le cancer du vagin :

C'est une affection rare dont la fréquence ne dépasse pas 2 % des cancers gynécologiques (49). Il est 30 à 60 fois moins fréquent que le cancer du col (37).

L'âge moyen de survenue se situe entre 50 et 65 ans.

Certains auteurs émettent l'intervention d'un facteur racial dans la genèse de ce cancer (grande fréquence chez les Noires mise sur le compte d'une hygiène defectueuse); mais tous ne sont pas d'accord. Dans notre série n'en avons observé aucun cas. Le traitement de ce cancer même peu évolué, est difficile: minceur de la paroi et proximité du rectum ou des voies urinaires d'une part, grande étendue du système ganglionnaire lymphatique de drainage d'autre part.

La colpohystérectomie totale élargie plus une lymphadenectomie ilio-pelvienne est la seule méthode chirurgicale envisageable.

Le taux de survie à 5 ans rapporté dans la dernière édition de "l'Annual Report " (1976) est de 33,5 %.

Les cancers génitaux féminins, par la fréquence et par la mortalité qu'ils entraînent, posent au Mali un véritable problème de Santé Publique.

En 12 mois nous avons colligé 32 cas de cancers génitaux féminins.

Ceci paraît en dessous de la réalité car :

- Ces affections sont considérées comme des " maladies honteuses " donc nombre de malades échappent au contrôle médical.

- Les malades consultent d'abord les thérapeutes traditionnels et ne recourent à la médecine moderne qu'après une longue évolution, à un stade tardif,

- Le peu de développement des infrastructures médicales et la grande étendue du territoire sont une difficulté supplémentaire pour l'accès aux soins médicaux appropriés.

Fréquence :

Pour un total de 117 cancers recensés au cours de la même période, nous avons retrouvé 32 cancers génitaux féminins soit 27,35 %

Les Stades de consultation :

75 % des malades ont avoué avoir consulté après un délai d'évolution d'au moins 6 mois.

Ce retard explique en majeure partie l'état avancé des lésions.

Les différents stades évolutifs constatés sont :

- Stade 0 (Cancer in situ) aucun cas

- Stade I (2 cas) soit 6 %

- Stade II (2 cas) soit 6 %

- Les Stades III et IV (28 cas) représentent 88 % des malades de notre série.

Ce sont des Stades trop tardifs pour une chirurgie à visée curatrice.

Les difficultés de la chirurgie :

La Chirurgie est la plus accessible et la moins onéreuse des méthodes thérapeutiques de cette affection dans nos régions.

Elle a été bien souvent notre seule arme thérapeutique. Malheureusement nos patientes arrivent à un stade où le chirurgien se trouve désarmé et ne peut que pratiquer une chirurgie palliative ou bien même est obligé de s'abstenir.

Nous avons recensé :

- 13 interventions à visée curatrice

. 2 malades au Stade II

. 11 malades aux stades III (10 cas) et IV (1 cas)

les 2 malades diagnostiquée au Stade I ont refusé l'amputation du sein et l'hystérectomie.

- 8 interventions palliatives

- chez 9 malades enfin nous nous sommes abstenus de tout acte chirurgical.

Résultats :

Sur nos 32 malades nous n'avons revu que 8 soit 25 % après leur sortie de l'Hôpital.

Sur 13 interventions à visée curatrice nous avons enregistré 5 décès dans les 6 premiers mois.

Sur 8 interventions de " propreté " (palliatives) 2 malades sont décédées dans les 4 mois qui ont suivi l'intervention.

A l'heure actuelle, il est difficile de dresser un bilan précis de nos résultats thérapeutiques.

Pour diverses raisons, les malades traitées sont perdues de vue dès leur sortie de l'Hôpital.

Quelques anciennes malades fréquentent avec assiduité nos consultations où elles sont suivies.

Au plan thérapeutique, nos moyens sont nettement insuffisants et ne permettent pas de suivre rigoureusement les schémas modernes de traitement de ces affections (inexistence de structures de radiothérapie, non approvisionnement en médicaments pour une chimiothérapie adéquate etc...)

Ces facteurs contribuent à rendre ces affections encore plus meurtrières dans notre pays.

La solution réside dans le dépistage précoce et le traitement adéquat de tous les cas au stade de début./.-

BIBLIOGRAPHIE

1. ALLAN M.S. and BERTIG (A.T.):
Carcinoma of the Ovary.
Am. J. Obst. Gynecol. 1949, 58 (4) ; 640-653.
2. AMIEL J.L. ROUSSE J. MACHOVERD:
Abrégé de cancérologie
Masson, Paris, 1976, 281 p.
3. ANDERSON D.E. :
Genetic study of breast cancer, Identification of high
risk group.
Cancer (phil), 1974, 4, (34), 153-160.
4. ATANGANA M.G. HUET M. SANKALE M. (Yaoundé)
Contribution à l'étude du cancer au Cameroun.
A propos de 939 cas).
Afr. Méd. 1971, 10 (95), 907-922.
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. BEAU A.M.
Utilisation des
Le Bull. Méd. 1951 n°13, 307-311.
8. BERLIE J. et Coll.
Mortalité par cancer du col de l'utérus en France de 1950
à 1976 - Etude tendance et Répartition Géographique.
Bull. canc (Paris) 1979, 66, (4), 395-403.
9. BERNDT H. , NEUSER D. EBELING K.
Résultat du programme du dépistage cytologique du cancer
du col utérin à Berlin RDA.
Bull. canc. (Paris) 1979, 66, (4) 407-408.
10. BOLLA M. et Coll.
L'antigène carcino-embryonnaire dans les cancers du col
utérin.
Bull.canc. (Paris) 1979, 66 (5), 525-529
11. BONAFOS M. et Coll.
Les cancers génitaux de la femme algérienne
Méd. Afr. Noire, 1971, 17(7); 625-728.
12. BONADONNA G. et Coll.
CMF adjuvant chemotherapy in operable breast cancer in
adjuvant therapy of cancer II.
Edited by S.E.Jones and Salmona, Grune, Strattant, New-York
(1979) p.227-235.

13. 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.
14. BREMOND A., DARGENT D. FRAPPART L. BEAU G.
Etude par coupes sériées de 312 cancers précliniques du
col utérin. Déductions thérapeutiques.
Bull.Cancer (Paris) 1979, 66 (4), 455-459.
15. BREMOND A.
Epidémiologie du cancer du sein
Rev. Franç. Gyneco. 1980, 75 (1- 2), p.3-8.
16. BRULE G. ECKHARDT S.J. HALL T.C., WINKLER A.
Traitement Médicaux des cancers.
O.M.S. Genève., 1973 p.175.
17. BRUN G., COSSARD F.
Le cancer du corps ut-érin
Gynéco. , 1979, 30, 479-482.
18. BRUN G., COSSARD F., PICHON J.F., CAUDRY M.
Place de la chirurgie dans le traitement des tumeurs malignes
de l'ovaire.
Rev. Fr. Gyn.Obst. 1974, 74 (10),549-553.
19. BURNARDT E.
Cancer intra-épithélial du col utérin: conduite à tenir.
Bull. Canc. (Paris) 1979, 66 (4) 425-434.
20. CAMAIN R. SERAFINO X.
Quelques réflexions sur le problème du cancer dans les
territoires de l'ancienne Fédération d'A.O.F.
(Colloque Abidjan - Dakar 1952).
21. Cancer du sein: des propos décisifs.
Express. 1984, n°1718, 57-58.
22. CARRET J.L.
Cancer du sein et grossesse.
Thès. Lyon 1973.
23. CAUDRY M.
Prophylaxie des métastases des cancers du sein.
Faut-il faire une chimiothérapie systématique ?
Gyn. 1979, 30 (5), 403-406.
24. CARTER S.K.
La Chimiothérapie adjuvante du cancer du sein.
Cah. Méd. 1983, 9 (9),433-436.

25. CERBONNET G.
Diagnostic d'un cancer du sein.
Rev.Prat. 1968, 18 (25) 3517-3526.
26. CERBONNET G.
Rôle du praticien dans le dépistage du cancer du col.
Rev. Prat. 1967, 17 (16) 2362-2363
27. CHAUVERGNE J. et Coll.
Chimiothérapie des adéno-carcinomes de l'Ovaire par une Association de cyclophosphamide, adriamycine, examéthyl-melamine et cisplatine.
Analyse de son intérêt à partir d'une série continue de 54 observations.
Rev. fr. Gynecol.Obstet. , 1983, 78, (2) 113- 122.
28. CHAUVERGNE J.et Coll.
Problèmes pratiques de chimiothérapie anti-cancéreuse en Gynécologie.
Rev. fr. Gynécol.Obst. 1982, 77 (10), 665-678.
29. CHAZARA CH. FETISSOF M. LANSAC M. SANGIAO M.
Le cancer du col: un cancer que l'on peut prévenir.
Gyn.Obst. Prat. 1981 , n°14,p9-41.
30. CHATAL J.L. et Coll.
Détection précoce des rechutes du cancer du sein à risque métastatique élevé, par le dosage séquentiel de l'antigène carcino-embryonnaire.
Ouest.Méd. 1981, 34 (14) 909-914.
31. CHEEK J.H.
Cancer of the breast in pregnancy and lactation.
Am. J. Surg. 1973, 126, 729-731.
32. CHEKOU SAKO A.
Etude comparée de la mortalité par cancer et par autres affections non cancéreuses dans les Hôpitaux de Dakar.
Thès. Méd. Dakar 1973 n°22.
33. CLARA PELISSIER
Les signes d'appel du cancer vulvaire: inspection avant tout .
Afr. Sté. 1985. n°50 p. 22-23.
34. CLAVEL B. et Coll.
Proposition d'une " Fiche de bilan chirurgicale" des cancers de l'ovaire.
Ann. Chir. 1982, 36, (6),391-395.
35. COPPIESON M. et REID B.
Etiopathogenie du cancer malpighien du col.
Obst. Gynecol. 1968, 32 (8) 432-436.

36. CUIPA M.

Hormonothérapie du cancer du sein.

Gyn.Obst. La Médecine et la Femme 1984; n°112,p.13.

37. DARGENT D.
Tumeurs du vagin.
E.M.C., Paris Gynécol. 3, 1980, 530 A10.
38. DAUPLAT J. GIRAUD B.
Le cancer invasif de la vulve.
E.M.C. Gyn. 3, 1983, 520 A 10-12.
39. DEBRIE J.C. LAVIGNE F., MENSAH A.
Une famille à cancer.
Dakar Méd. 1979, 24, (4) p.369-372.
40. DELPIANO F. et Coll.
Les difficultés d'un choix thérapeutique nuancé dans
les cancers de la vulve.
Rev. fr. Gyn.Obst. 1983 78 (4) 289-296.
41. DENOIX P.
Prévention et dépistage du cancer du col utérin.
Bull. canc. (Paris) 1979, 66 (4), 389-390.
42. DENOIX P.F. et SCHLUMBERGER J.R.
Le cancer chez le Noir en Afrique Française.
Monographie de l'I.N.H. Paris 1957, 12, 12 pl-179.
43. DE TOURRIS H., HENRION R., DELECOUR M.
Abrégé Illustré Gynécologie et Obstétrique.
Mass. (Paris) 4ème édit. 1979, 570 p.
44. DIAB ELHADI A.
Contribution à l'étude des cancers du col utérin en m
africain au Sénégal.
Thès. Méd. Dakar 1979.
45. DIEUDHIOU M.
Résultats d'un essai de dépistage des lésions du col ut
par le test colpocytologique de Papanicolaou au C.H.M
Abass N'DAO à propos de 518 tests.
Thès. Méd. Dakar 1983 n°125.
46. DIOP D.
Contribution à l'étude de quelques facteurs d'évolut
des cancers mammaires chez la femme et chez l'homme.
propos de 315 cas observés à l'Institut du cancer de
Thès. Méd. Dakar 1970.
47. EHOUMAN A., MORLIE R.
Le cancer du col en Côte d'Ivoire: 10 ans de dépista
par étude cytologique des frottis cervicaux-vaginaux.
Afr. Méd. 1982, 21, (204), 649-651.
48. EMILE BAULIEU E.
Le cancer du sein.
La recherche 1980 11, (115), 1078-1086.

49. ERNY R. TRAMIER D., BROCHERY P.C.
Cancer primitif du vagin. Notre expérience à propos de
11 cas.
Rev. fr. Gyn.Obst. 1980 75, (5), 253-257.
50. ESSOMBA R., MBOBDA S., BELINGA P.
Le cancer à l'Hôpital central de Yaoundé.
Cancerl. Trop. 1968, 4, 73-81.
51. EVERETT V.J.
Carcinoma of cervix in Dar-Es-Salam.
Est Afr. Med. 1975, 52, (12) 711-716.
52. FAGUET C., FAI R., MAGHIORACOS P.
Le dépistage et la prévention du cancer du corps utérin,
en particulier chez la femme ménopausée.
Conc. Méd. 1984, 106, (6) p. 465-472.
53. FRIEDMAN S.
Le cancer du sein chez la femme jeune.
Temp.Méd. 1984, n°175, p.117-122.
54. GENIN J. MICHEL G. LACOUR J.
La chirurgie loco-régionale dans le traitement du cancer
du sein.
Rev. Prat. 1968, 18, (25) 3529-3535.
55. GERBIE M.V.
Tumeurs malignes du vagin; classification et traitement.
Temp. Méd. 1984 n°151, p. 19-21.
56. GEORGE M.
La Chimiothérapie dans le traitement du cancer de l'ovaire:
revue de la littérature.
Gynécologie 1981, 32, (2), 217-223.
57. GEST J. et Coll.
Cancer du sein : Etiologie et histoire naturelle.
E.M.C. Paris Gynéco. 4, 1975, 865 A10-12.
58. GORINS A.
Cancer du sein. Influence de la contraception hormonale.
Press. Med. 1984, 13, (19), p. 1207-1209.
59. GREENING W.P., ASCHROTH P.M.
(Royal Marsden Hospital, London) Cancer of the male breast.
Th. Brit. J. Of. Canc., 1965, 14, (1), 92-99
60. GROSDIDIER J., BOISSEL P., BRESLER L. FROMENT N.
Métastases rectales du cancer du sein. A propos de 2 cas.
J.Chir. (Paris) 1985, 122, (2), p. 87-91.
61. GROS C.
Les maladies du sein.
Mass. édit. Paris I, 573 p.

62. GUNTHER M. LE MAIRE P. MANINI P.
Vulvectomie totale par Laser.
J. Gyn. Obst. Biol. Rep. 1984 (13), 915-918.
63. HEMS G.
Epidemiological characteristics of breast cancer in middle
and late age.
Brit J. cancer Juin 1970, 24, 226-234.
64. HENRION R.
Grossesse - dysplasie-cancers.
Rev. Prat. 1967 17, (16), 2353-2359.
65. HERY M. et Coll.
Traitement conservateur du cancer du sein: A propos de
108 cas.
J.Chir. (Paris) 1985, 122 (1) p. 37-41.
66. HOFF J. et Coll.
Métastases digestives des cancers du sein.
Ann. Chir. 1983, 37, (4) 281-284.
67. JACQUILLAT C.
Cancer du sein: une nouvelle stratégie thérapeutique par
polychimiothérapie première et radiothérapie exclusive.
Conc. Med. 1984, 106, (11), 971-973.
68. JURET P.
L'hormonothérapie médicamenteuse dans le traitement du
cancer du sein.
Rev. Prat. 1968, 18, (25), 3563-3573.
69. JURET P.
La castration dans le traitement du cancer du sein :
Problème d'actualité.
Rev. Prat. 1968 18(25) 3575-3583.
70. JURET P., SARRAZIN D., et LACOUR J.
Protocole schématique de traitement du cancer du sein
métastatique.
Rev. Prat. 1968, 18,(25) 3607-3615.
71. KAFANDO C.
Le cancer du sein au Togo.
Thès. Méd. Togo 1981.
72. KANGA M. et Coll.
Les cancers du sein en Côte d'Ivoire.
Afr. Méd. 1979, 18,(174), 669-676.
73. KAYIBANDA E.
L'adénocarcinome à cellules claires du col utérin
A propos d'un cas .
Thès. Méd. Dakar 1980 n°86.

74. KEKEH et Coll.
Le cancer du sein au Togo (Etude statistique et commentaires).
Afr. Med. 1977, 16, (152), 433-440.
75. KOITA N.
Etude statistique des cancers digestifs en milieu chirurgical à Bamako. A propos de 120 cas.
Thes. Med. Bamako 1982, n°14.
76. LAMBERT B.
Diagnostic et traitement de la dysplasie et du cancer in situ du col utérin.
Union Med. Canada 1983, 112, (2), 175-177.
77. LEANDRI R. LEANDRI S.
Cancerologie 1.
La vie Med. Suppl. au n°25, 63ème Année.
Qroc.Q.C.M. 37-Nov/1/1982.
78. MAC MAHON B. COLE P., LIN T.M.
Age at first birth and breast cancer.
Bull. Wld. Hlth. Org., 1970, 43, 209-221.
79. MAC MAHON B., LIN T.M., LOWE C.R.
Lactation and cancer of the breast.
Bull. Wld. Hlth. Org., 1969, 42, 1249-1261.
80. M'BA B. et Coll.
Reflexions sur le dépistage du cancer du sein en Ille et Vilaine.
Ouest Med., 1984, 37, 601-605.
81. M'GBAKO A.C.
Le cancer du col utérin en Côte d'Ivoire . Etude anatomoclinique et épidémiologique de 166 cas .
Thèse Méd. Abidjan 1976.
82. MALIPHANT R.G.
The Incidence of cancer.
Brit. Med.J. 1949, 1, 978-982
83. MANGIONI C. , BOLIS G., BORTOLOZZIG. MARZI M.
La chirurgie dans le cancer de l'endomètre:
Expérience de la clinique gynécologique de l'Université de Milan.
Gynécol. 1978, 29, (1), 81 -87.
84. MARCHAND J.P., N'DIAYE B., SARRAT H. ARNOLD J.
Maladie de Paget du sein chez une africaine.
Bull. Soc. Med. Afr. Noire, Lgue. Fr. 1975, 20, (20)194-196.
85. MAYER M., BOBIN J.C., COLON J., BORG G.
Les exentérations pelviennes dans le cancer du col utérin.
Bull. Canc. (Paris), 1980, 67, (1), 70-77.

86. MEISELS A.
Rôle des facteurs exogènes dans la génèse des lésions
intra-épithéliales du col utérin.
Arch. Anat. Cytol. Path. 1976, 24, 87-92.
87. MENYE P.A., POULIQUEN J.
Problèmes thérapeutiques du cancer en Afrique.
Méd. Afr. noire, 1971, 18 (7), 615-622.
88. MENYE P.A., POULIQUENT J. , SIMAGA D.
Les cancers du sein de la femme au Sénégal.
Institut du Cancer clinique de cancérologie C.H.U. Dakar.
Med. Afr. noire. 1971, 18, (4), 369-379.
89. MENYE P.A., SIMAGA D. OBOUNOU D.
Fibro adénomes, tumeurs phyllodes sarcomes mammaires.
A propos de deux cas de transformation sarcomateuse
progressive d'un nodule mammaire initialement bénin
cliniquement et histologiquement .
Bull. Soc. Med. Afr. noire Lgue.Fr. 1968, 13,(2), 415-424
90. MENYE P.A. SERAFINO X. QUENUM C. , CAMARA M.
Bilharziase et cancer du col utérin.
Bull. Soc. Méd. Afr. noire Lgue. Fr. 1965,10,(3), 327-332.
91. MINGNOT L. et Coll.
Cancers du sein en poussée évolutive. Expérience du
groupe Louis-Beaujon. A propos de 71cas.
Gyn. 1985, 36, 1 bis, 14-15.
92. MICHEL G. et Coll.
Epithelioma intra- pithelial du col utérin . A propos de
156 cas traités et suivis à l'Institut Gustave Roussy,
 volution des idées.
Gyn., 1980, 31, 111-114.
93. MONOGRAPHIE DE L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIENE n 12.
Le cancer chez le Noir.
Afr. Franç. Paris 1957.
94. MONNIER A. et Coll.
Le cancer mammaire bilatéral primitif chez la femme.
Rev. Fr. Gyn. Obst. 1978, 73,(10), 611-615.
95. NATRASS P.
A surey of carcinoma of the cervix in western
Australia Over 10 Year periode 1956-1965.
Aust. NZ J. Obst. Gyn. 1972, 12, (4), 231-236.
96. N'DAW D.
Le cancer du sein au Sénégal.
Thèse Med. Dakar 1983, n 33.

97. N'DIAYE P.D. QUENUM C.
Etude retrospective de 675 cancers génitaux et mammaires observés à l'Hôpital A Le Dantec.
Bull. Soc. Méd. Afr. noire Lgue. Fr. 1970, 15,(4), 652-665.
98. NELSON I.C. et Coll.
Carcinoma of the uterine cervix. A study of 864 patients.
Cancer Philad. 1977, 20, (1), p 86-92.
99. NETTER A. MILLET D., MANDEL BAUM J.
La pathologie médicale gynécologie reproduction organes génitaux.
Flam. (Paris), 1972, 112 p.
100. NGAJEU J.P.
Tumeurs malignes du sein au Cameroun.
Etude de quelques aspects étiologiques et anatomo-cliniques portant sur 277 cas.
Thès. Med. 1976.
101. NGOMA P.I.
Contribution à l'étude des tumeurs de l'ovaire à propos de 255 cas observés à l'Hôpital Aristide Le Dantec.
Thès. Med. Dakar 1971 n°9.
102. ORCEL L.
Aspects actuels du dépistage cytologique des cancers cervicaux utérins.
Méd. Afr. noire, 1978, 25,(3) 195-209.
103. ORCEL L. BAYO S;
Aspects du dépistage cytologique des cancers cervico-utérins.
Mali-Med. 1980, 3,(4), 3-7.
104. ORTHOLAN.
Le cancer dans les pays tropicaux.
Ann. Hyg. Med. Colon 1909. 12, 140-147.
105. PHAM-BLEUTAM ~~BOAO~~-DUC-HOANH
Epidémiologie du cancer au Viêt-Nam.
Med. Afr. noire, 1964, 11 (11) 423-426.
106. PELISSIER C.
Les signes d'appel du cancer vulvaire.
Afr. Sté. 1985, n°50, 22-23.
107. QUERLEU D.
+ L'épithélioma micro-invasif du col utérin.
Gynécol. 1980, 31, 117-122.
108. QUERLEU D.
Cancer et grossesse.
Rev. Prat. 1984, 34, (59), 3321-3325.
109. QUENUM C. , CAMAIN R. BAYLET R.
Epidémiologie et pathologie géographique du cancer en Afrique.
Med. Afr. noire, 1971, 18,(3), 165-188.

110. RADESA F. DIOC R. ZAFY A. (Tananarive)
Réflexion sur l'étude statistique des cancers du sein observés dans notre service (à propos de 117 cas)
Afr. Med. 1979, 18 , (173), 591-596.
111. RIOTTON H. CHRISTOPHERSON W.M.
Cytologie de l'appareil génital féminin, classification histologique internationale des tumeurs.
O.M.S. Genève 1973.
112. RICHIR C.L. QUENUM C., SERAFINO X.
Adeno acanthome du corps utérin.
Bull. Soc. Med. Afr. noire Lgue Fr. 1961, 6, (2), 164-166
113. ROBERT H.G., PALMER R. HEYLER C. COHEN J.
Précis de gynécologie.
Masson (Paris) 1979 885 p.
114. ROCHET Y.
Signe et diagnostic du cancer utérin.
Rev. Prat. 1967, 17, (16), 2309-2321.
115. ROTKIN I.D.
Rapports entre le coït à l'âge de l'adolescence et le cancer du col.
J.Amer. Med. Ass. , 1962, 179, 27, 603- 607.
116. ROUQUETTE C., GUILLOUX A.
Fréquence et répartition des cancers du col utérin.
Rev. Prat. 1967 , 17, (16), 2261-2268.
117. SAKHO S.
Le cancer au Sénégal.
Thès. Med. Dakar 1964, n°1.
118. 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.
119. SARRAZIN D.
La Radiothérapie des cancers du sein.
Rev. Prat. 1968, 18, (25) 3537-3548.
120. SCHWEISGUTH O. LEMERLE J. BORDERON J.C.
Les tumeurs malignes de l'ovaire chez l'enfant.
Rev. franç. Gyn. Obst. 1968, 63, (3), 195-199.
- 121 . SEDALLIAN P. SOHIER R.
Precis d'hygiène et d'épidémiologie.
Mass. édit. Paris, 1949, 850 p.
122. SEFFERT M. BREMOND A.
Fréquence des examens systématiques dans le dépistage du cancer du col utérin et du sein.
Rev. Fr. Gyn. Obst. 1981, 76, (2) 89-96.

123. SEGUY B. MARTIN N.
Manuel de gynécologie pratique.
Mal. Paris 1977, 505 p.
124. SERMENT H., LAFFARGUE P., LAFFARGUE F.
Les tumeurs non endocrine de l'ovaire.
Ency. Med.Chir. Paris, Gynécol. 11-1973, 680 A10.
125. SENDE P. ESSIMBI F., DOH A.S. ABONDO A.
Le dépistage du cancer du col de l'utérus par la méthode
de Papanicolaou.
Afr. Med. 1983, 22, (208), 149-151.
126. SERAFINO X. MENYE P.A.
Bilan sommaire de la chirurgie des cancers au cours
de ces trois dernières années.
Bull. Soc. Med. Afr. noire Lgue. Fr. 1963, 13, (2) 252-258.
127. SERAFINO X. TOURE S. GOUDOTE E.
Sur un exemple probant de l'efficacité du cyclophosphamide
B 518 dans certains cancers du sein.
Bull. Med. Afr. Noire de Lgue. Fr. 1961, 6, (3) 361-365.
128. SERAFINO X. TOSSOU H. BADARA D. DIOP A.
Cancer de la vulve. Etat actuel.
Bull. Soc. Med. Afr. Lgue. Fr. 1960, 5(3), 251-252.
129. SERAFINO X. MENYE P.A.
Place actuelle de l'opération de Halsted chez les malades
Africaines.
Cancérologie tropicale 1965 n°3.
130. SIBELLA P. et Coll.
102 cas de cancers primitifs de l'ovaire traités depuis
1974 (facteurs de pronostic).
Rev. fr. Gyn. 1979, 74,(10), 569-576.
131. SIMAGA D. MENYE P.A. SANOU A.
Le cancer du corps de l'utérus au Sénégal.
Bull. Soc. Med. Afr. noire Lgue. Fr. 1971, 16,(3), 403-404.
132. SIMON E. BOULANGER J. CH. ERNY R.
Cancers utérins : les femmes à risque.
Afr. Sté. 1985, n°48, 38-40.
133. SYLLA Y.
Contribution à l'étude des aspects anatomo-cliniques du
cancer du col utérin à Bamako (à propos de 41 cas).
Thèse Méd. Bamako 1980 n°186.
134. TESTU J. DIOUF B.
Cancer avancé du sein et grossesse, attitude thérapeutique,
résultat deux ans après traitement.
Bull. Soc. Med. Afr. Lgue. Fr. 1963, 8,(2), 222-225.

- 135; THIRY L.
Epidémiologie du cancer du col utérin.
Bull. Canc. (Paris), 1979, 66, (4), 391-394.
136. TRAORE A.
Les cancers génitaux féminins chez la femme noire africaine au Mali.
Thès. Méd. Marseille 1980.
137. TUYNS A.J., QUENUM C.
L'incidence des cancers dans la province du Cap-Vert au Sénégal, 1979, 86 p.
138. TZVETANSKY C.G.
Le cancer de l'ovaire en Bulgarie, quelques aspects épidémiologiques.
Rev. Fr. Gynécol. Obst. 1982, 77, (11), 731-734.
139. VALLET D. et Coll.
L'épithélioma intra-épithélial du col utérin:
Expérience du Centre Oscar Lambert de Lille.
Bull. Canc. (Paris) 1979, 66, 460-465.
140. VAN BOGAERT L.J.
Carcinome mammaire.
Rev. Fr. Gynécol. Obstet. 1984, 79, (5), 360-398.
141. VARANGOT J.
Cancer du col utérin-stade intra-épithélial.
E.M.C. Gyn. 3, 1967, 597 A10.
142. VARANGOT J.
Classification générale des tumeurs ovariennes.
Rev. Prat. 1965, 15, (16), 2119-2130.
143. VERHAEGHE M. HERBEAU J., LEQUINT A.
Bilan pré-thérapeutique du cancer du col utérin.
Rev. Prat. 1967, 17 (16), 2323-2342.
144. VERHAEGHE M., CLAY A., ROMART
Cancer du corps de l'utérus: cancer de l'endomètre.
Encycl.Med.Chir. Paris, Gyn. 10-1978, 620 A10.
145. VERHAEGHE M. LAURENT J.C. et Coll.
Justification de l'association systématique de mastectomie partielle avec curage axillaire suivie d'irradiation pour le traitement des petits cancers du sein (435 cas dont 134 de plus de 5 ans).
Chirurg. 1980, 106, (2), p. 118-126.
146. 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.

147. VILLAR J.
Les tumeurs malignes primitives et secondaires de l'ovaire.
Rev. Prat. 1965, 15, (16), 2173-2184.
148. VILCOQ J.R. CALLER.
Le point sur le cancer du sein.
Tempo. Medical 1984, n°49 p 6-15.
149. VILLEDIEU R., WYPLOSZ J., VAUVARIN P. BRUNE D.
Cancer de la vulve .
La vie Med. 1979, 4, 263-267.
150. VILLEDIEU R. CHASIE J., MANDAR A.M., WYPLOSZ J.
Cancer intra-épithélial du col utérin.
La vie Med. 1979, 4, 227-229.
151. VILLEDIEU R., WYPLOSZ J., TOUBA M.F., DESBOITS J.M.
Cancer du corps utérin.
La Vie Med. 1979, 4, 241-250.
152. WAHL P. QUEREUX C., DECAUX J., SADRIN R.
Le risque du cancer du col chez la femme ménopausée.
Tempo-Med. 1984 n°153, P 41-54.
153. WALTER P. et PHILIPPE E.
Epithelioma primitif des trompes utérines.
Rev. Fr. Gynecol. 1977, 72, p.1-9
154. WALTON R.J. et Coll.
Le dépistage du cancer du col utérin : synthèse du groupe
de travail Canadien, 1982.
L'Union Méd. du Canada, 1982, 111, (16), 856-867.
155. WATERHOUSE J. and All.
Cancer Incidence in five continent, volume IV
International Agency for Rescarch on cancer.
Lyon 1982.
156. WOLFF J.P., COLIN M.C.
Cancer épidermoïde du vagin présentation de 57 cas.
Gyn. 1983, 36, (1bis), pll.
157. WYPLOSZ J. BRUNE D., VILLEDIEU R.
Les techniques thérapeutiques dans les cancers génitaux
de la femme.
La vie Med. 1979, 4, 271-278.
158. WYPLOSZ J. & Coll.
Enquête sur les cancers génitaux féminins; cancer du col utérin
La vie Med. 1979, 4, 231-238

159. WYPLOSZ J., VILLEDIEU R. GOUSSIN F., BRUNE D.
Carcinome séreux de l'ovaire.
La vie Med. 1979, 4, 255-260.
160. YANGNI, ANGATE A. KANGA M., KHOURY J. TURQUIN H.
Cancer du sein en Côte d'Ivoire.
Ann. Univ. Abidjan 1980, Série B., 14, p 67-83.
161. YVAN BOIVIN
Le dépistage du cancer du col utérin; problématique en 1982.
L'Union Med. du Canada 1982, 111, (10); 843-844.
162. ZEITZ H.
Gestation and carcinoma of the uterine cervix .
South Afr. Canc. Bull. 1958, 2, 43-52.
163. ZYLBERBERG B. et Coll.
Résultat thérapeutiques de 65 cas de cancers de l'ovaire
(Stades II et III)
Rev. fr. Gyn. Obstet. , 1981, 76,(6), 433-440.
164. FENTON J., DECROIX Y.
Radiothérapie exclusive des épithéliomas du col utérin
de Stade II distal et III. Résultats et complications
thérapeutiques de 393 cas traités à l'Institut Curie.
Bull. Canc. (Paris), 1979, 66, (5), 542-548.
165. DELOUCHE G. & Coll.
Résultats de la radiothérapie de 406 cancers du col de
l'utérus (T₂ distaux et T₃).
Comparaison entre l'irradiation classique en un temps et
l'irradiation en deux temps(" Split Course ").
Bull. Cancer (Paris), 1979, 66, (5), 549-554.
-

-- SERMENT D'HIPPOCRATE --

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
