



UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES  
TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)  
*Faculté de Médecine et d'odontostomatologie*  
*FMOS*

Année universitaire 2022-2023

N°/

**THESE**

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DES CANCERS  
GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES DANS LE  
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA  
COMMUNE CINQ DU DISTRICT SANITAIRE DE  
BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 13/12/ 2023 devant la Faculté de Médecine  
et d'odontostomatologie  
Par

**M. BAKARY DIARRA**

Pour obtenir le grade de  
**DOCTEUR EN  
MEDECINE  
(DIPLOME D'ETAT)**

**MEMBRES DU JURY**

Président : M. Tioukani Augustin THERA, Maitre de conférences  
Membre : M. Sékou Bréhima KOUMARE, Maitre de conférences  
Co-directeur : M. Soumana Oumar TRAORE, Maitre de conférences  
Directeur : M. Cheick Bougadari TRAORE, Professeur

# **DEDICACE ET REMERCIEMENTS**

## **DEDICACE**

**Je dédie ce travail,**

**A ALLAH, l'omniscient, l'omnipotent, le tout miséricordieux, le très  
miséricordieux**

Gloire à vous de m'avoir assisté et accompagné durant tout au long de ce travail.

Je vous dois ce que j'étais, ce que je suis et ce que je serais Inchallah.

Soumission, louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde.

Nous n'avons de savoir que ce que tu nous as appris. Certes c'est toi

l'omniscient, le sage. Coran S2 V32

Louange à Toi, Gloire à Toi aujourd'hui et pour l'éternité.

**Au Prophète MUHAMAD** (Sallallâhou alayi wa Salam)

Le bien aimé de toutes tes créatures, que la paix et le salut soit sur lui ainsi que sa famille, ses compagnons et tous ceux qui le suivent jusqu'au jour de la résurrection.

**A Toutes les femmes victimes des cancers gynécologiques et mammaires  
singulièrement à celles qui ont perdu la vie à la suite des complications.**

**A mon Père : feu Seriwa Diarra.**

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices consentis pour mon instruction et mon bien être. Tu as été pour moi un père exemplaire. J'espère réaliser ce jour un de tes rêves et être digne de ton nom, ton éducation, ta confiance et des hautes valeurs que tu m'as inculqué. Que Dieu le tout puissant t'accorde un repos éternel dans son paradis. Amen !

**À mon adorable mère : Fanta Bouare.**

Je remercie le seigneur de m'avoir donné une mère comme toi. Femme brave, mère dévouée, courageuse, croyante, généreuse, source de ma vie. Autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le degré d'amour et d'affection que j'éprouve pour toi. Tu as toujours été un exemple tout au long de

ta vie. Je n'ai vu que droiture, humanisme, sérieux et bonté. Tu m'as comblé avec ta tendresse et affection tout au long de mon parcours. Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études, tu as toujours été présente à mes côtés pour me consoler quand il fallait en me donnant de ton temps, de ton énergie, de ton cœur et de ton amour. Pardon pour les soucis, les angoisses et la fatigue que je t'ai causées. En ce jour mémorable, pour moi ainsi que pour toi, reçoit ce travail en signe de ma vive reconnaissance et ma profonde estime. Puisse le tout puissant te donner santé, bonheur et longue vie afin que tu demeures le flambeau illuminant mon chemin et que je puisse te combler à mon tour. Tu es et tu seras notre fierté tout le temps. Je t'aime beaucoup maman.

**A mes oncles : Mamourou Diarra, Seydou et Amadou.**

Puisse ce travail vous honorer et vous témoigner de mon admiration profonde et de mon affection filiale

**A mes frères et sœurs : Amari, Sidy, Zantigui, Assetou et Fatoumata.**

La fraternité n'a pas de prix comme on le dit. J'espère qu'elle restera toujours un lien sacré pour nous. Trouvez tous ici l'expression de mon fraternel amour. Ce travail est tout à fait à votre honneur.

## REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciement a tous ceux qui de près ou de loin qui m'ont apporté leur soutien pour aboutir à ce travail

**Aux enseignants (es) de mon parcours scolaire et universitaire :** je vous dois tout. Je suis fière d'avoir été votre élève, votre étudiant. Trouvez dans ce travail chers Maîtres, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement que j'ai bénéficié. Je vous dis merci !

**A mon tuteur Mambe Coulibaly et toute sa famille.**

Tes conseils, tes encouragements ne m'ont jamais fait défaut. Tu as été pour beaucoup dans la réalisation de ce travail. Trouves ici avec ton épouse l'expression de mon fraternel amour et merci infiniment pour votre soutien moral.

**A mes encadreur : Pr Soumana Oumar Traore, Dr Oumar Moussokoro, Traore, Dr Saoudatou Tall, Dr Niagalé Sylla, Dr Nouhoum Diakite, Dr Saleck Doumbia, Dr Mamadou Traore.**

Merci pour la qualité de l'enseignement, et de la disponibilité constante tout au long de notre formation. Recevez ici mes vœux les plus sincères de bonheur, de longévité, et de réussite dans toutes vos entreprises.

**A mes aînés encadreur : Dr Daouda Korobara, Dr Jacob Guindo, Dr Samba Malle, Dr Daniel Dakuou, Dr Soumana Bouare, Dr Hama Sall, Dr Mamadou Timbo, Dr Zoumana Dembele, Dr Korotoumou Sidibe, Dr Aly Guindo, Dr Mariam Nadjo.**

Merci pour les conseils et les bons moments passés ensemble.

**A mes amis : Yacouba Samake, Lah Diao, Allasne Dit Assitoun Sekou Diao, Alou Diarra, Mamadou Diarra, Aouda Traore, Sekou Sissoko, Moussa Sissoko, Boubacar Koumare, Alimami Diarra, Sidiki Diarra, Modibo Diarra, Moussa Diarra, Fah Diarra, Issa D'Agnon, Sali Bah, Korotoumou Et**

**Aminata Traore, Djeneba Sidibe, Boubacar Keita, Albert Traore, Idrissa Niamele, Albert Thiero, Ousmane Traore, Oumar Djigande, Samba Atch.**

Grâce à vos conseils, vos critiques et votre soutien, je suis arrivé à ce niveau. Vous m'avez montré l'importance des relations amicales. Je ne pourrai jamais oublier ce que vous faites pour moi.

**A tous les internes** du centre de sante de référence de la commune V du district Bamako et particulièrement mon équipe de garde ( **Dr Samake Brehima , Dr Oumar Yebedie, Dr Malle Ibrahima, Alfousseyni Coulibaly, Sekou Dembele, Allaye Cisse, Makan Diakite, Arouna Coulibaly, Landry, Aminata Yomate, Alou Sacko, Mamadou Berthe**)

Mes remerciements à vous qui avez toujours été à mes côtés pour des échanges scientifiques et autres, pour vos soutiens et vos conseils. Soyez-en ici remerciés.

A tous les dirigeants futurs (DF)

**Dr Maiga Talfi, Takiou Ahmadou Sidi, Diebakate Ibrahima, Dr Doucoure Mamadou Kalilou, Maiga Ali, Dr M'balde Kassim, Dr Makan Sissoko, Dr Komla Richard, Dr Diarra Boubacar, Kone Sekou , Dr Adeoti Abdel Izdine, Dr Kone Oumar, Dr Coulibaly Ismael, Tamboura Yacouba Amadou, Dr Sagara Amaka Arouna, Dr Maiga Alassane Mahamar, Tangara Souleymane.**

Ces années passées en votre compagnie ont été pour moi d'un grand confort. Au début nous étions de parfaits inconnus venus de divers horizons pour nos études et par la suite nous sommes devenus des frères. Durant ce cursus nous avons tous partagé des moments de peines aux moments de bonheur absolus. Avec vous j'ai appris que la notion de famille excédait les liens directs de sang. Merci pour tout ; puisque Allah nous octroyez de très longues et riche carrière dans nos vies futurs.  
DF Because the futurs belongs to us.

**A ma famille d'accueil à la faculté j'ai nommé EXPERIENCE SYNDICALE**  
Merci de m'avoir fait découvrir la vie syndicale.

**Aux aînés de cette famille qui m'ont accueilli : Dr Sadam Regany, Dr Tall Fatoumata Maiga, Dr Fayical Mahamadou, Diarra Cheick, Dr Coulibaly Ousmane, Dr Doumbia Aminata, Dr Cisse Al Moustapha O** et tous ceux dont les noms n'ont pas été citer.

**Aux ROMANTICS et aux ALPHAS**

Merci pour votre soutien et pour cette rivalité constructive et historique qui a permis l'épanouissement de cette belle famille.

**A la famille Sissoko du point G.**

**A toute la promotion 12e Promotion du numerus clausus de la FMOS.**

**A tous les étudiants de la faculté de Médecine et d'Odontto Stomatologie et de la Faculté de Pharmacie.**

**Merci à tous ceux qui ont été involontairement omis.**

# HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :**

**Professeur Tioukani Augustin THERA**

- **Chef de service de Gynécologie Obstétrique au CHU du Point-G,**
- **Maître de Conférences Agrégé en Gynécologie Obstétrique,**
- **Ancien Faisant Fonction d'Interne des Hôpitaux de Lyon (France),**
- **Diplôme d'Etude universitaire en Thérapeutique de la Stérilité-  
Université Paris IX (France),**
- **Diplôme Européen d'Endoscopie Opératoire en Gynécologie : Université  
d'Auvergne, Clermont Ferrant (France),**
- **Diplôme Inter Universitaire d'Echographie Gynécologique et  
Obstétricale : Université Paris Descartes,**
- **Membre de société africaine et française de Gynécologie Obstétrique,**
- **Président de la commission médicale au CHU du Point-G.**

**Cher Maître,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury, malgré vos multiples occupations.

Vous êtes d'une grande probité professionnelle. Nous avons toujours apprécié l'étendue de vos connaissances.

Votre simplicité et vos exhortations à la quête du savoir nous à attirer vers vous.

Veillez croire cher Maître, l'expression de notre plus grand respect.

## **A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY**

### **Professeur Sékou Bréhima KOUMARE**

- **Maitre de conférences Agrégé de chirurgie générale**
- **Praticien Hospitalier au CHU du Point G**
- **Membre de la Société Malienne de Chirurgie**
- **Spécialiste en chirurgie Générale**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)**
- **Chargé de cours à L'institut National de Formation en Science de la Santé (INFSS)**
- **Membre du collège Ouest Africain des chirurgiens (WACS)**
- **Diplômé de chirurgie hépato-biliaire**
- **Diplômé de chirurgie laparoscopique avancée**

C'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous compter parmi nos maîtres. Votre dévouement, votre combativité, votre dynamisme, votre simplicité, la qualité de votre enseignement et l'ampleur de votre expérience forcent notre admiration. Veuillez accepter Cher Maître, l'expression de notre profond respect.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR :**

**Professeur Soumana Oumar TRAORE**

- **Gynécologue-Obstétricien,**
- **Maître de Conférences Agrégé à la FMOS,**
- **Praticien au CSRéf CV,**
- **Certifié en Programme GESTA International (PGI) de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC).**

**Cher Maître,**

Transmettre sa connaissance et son savoir-faire aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeurs inestimables. En vous, nous avons trouvé la rigueur dans le travail, l'amour du travail bien fait et le sens élevé du devoir.

Vous n'avez ménagé ni votre temps ni votre patience dans la rédaction de cette thèse.

Ce travail est le fruit de votre volonté parfaite et de votre savoir-faire. Votre caractère social hautement apprécié fait de vous un personnage de classe exceptionnelle. Comptez sur notre disponibilité.

Veillez croire cher maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre éternelle reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :**

**Professeur Cheick Boug dari TRAORE**

- **Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'odonto-stomatologie (FMOS),**
- **Chef de Département d'Enseignement et de Recherche (DER) des Sciences fondamentales à la FMOS,**
- **Chef de service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU Point-G,**
- **Praticien Hospitalier au CHU Point-G,**
- **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus et du registre national des cancers au Mali,**
- **Président de la société Malienne de Pathologiste (SMP).**

**Cher maître,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce modeste travail.

Votre simplicité, votre esprit d'ouverture, votre souci de transmettre vos immenses connaissances ont fait de vous un exemple à suivre.

Vos qualités humaines et pédagogiques, votre éloquence vous offrent le rang de personnalité respectable et admirée.

Nous pouvons nous glorifier d'avoir été un de vos nombreux élèves.

Veillez accepter, cher maitre, dans ce travail l'assurance de notre estime et de notre profond respect

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**CHU GT** : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

**CHU PG** : Centre Hospitalier Universitaire du Point G

**CIN** : Néoplasie Intra épithéliale du Col

**CIRC** : Centre International de Recherche sur le Cancer

**CCI** : Carcinome Canalaire Infiltrant

**CLI** : Carcinome Lobulaire Infiltrant

**CCIS** : Carcinome Canalaire in Situ

**CLIS** : Carcinome Lobulaire in Situ

**CNOS** : Centre National d'Odonto-Stomatologie

**CSCOM** : Centre de Santé Communautaire

**CS Réf:** Centre de Santé de Référence

**FIGO** : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique

**FMOS** : Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie

**HPV** : Human Papillomavirus

**IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique

**OMS** : Organisation Mondiale la Santé

**SBR:** Scarff-Bloom-Richardson Mondiale de la Santé

**CNTS** : Centre National de Transfusion Sanguine

**CPN** : Consultation Prénatale

**CPON** : Consultation Post Natale

**PF** : Planning Familial

**PTME** : Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH

**CPN** : Consultation Prénatale

**PEV** : Programme Elargi de Vaccination

## **LISTE DES TABLEAUX**

**Tableau I :** Répartition des patientes selon la profession

**Tableau II :** Répartition des patientes selon la tranche d'âge

**Tableau III :** Répartition des patientes selon l'ethnie

**Tableau IV :** Répartition des patientes selon le statut marital

**Tableau V :** Répartition des patientes selon le siège du cancer

**Tableau VI :** Répartition des patientes selon le siège du cancer et le nombre de  
perdue de vue

**Tableau VII :** Répartition des patientes selon le type histologique du cancer du  
col

**Tableau VIII :** Répartition des patientes selon le type histologique du cancer  
l'endomètre

**Tableau IX :** Répartition des patientes selon le type histologique du cancer du  
vagin

**Tableau X :** Répartition des patientes selon la classification de FIGO

**Tableau XI :** Répartition des patientes selon le traitement des cancers  
gynécologiques

**Tableau XII :** Répartition des patientes selon la classification ACR

**Tableau XIII :** Répartition des patientes selon le type histologique des cancers  
mammaires

**Tableau XIV :** Répartition des patientes selon le traitement des cancers  
mammaires

**Tableau XV :** Répartition des patientes selon la tranche d'âge et le siège du  
cancer

**Tableau XVI :** Répartition des patientes selon la classification ACR et type  
histologique

**Tableau XVII :** Répartition des patientes selon l'histologie et traitement des  
cancers mammaires

**Tableau XVIII** : Répartition des patientes selon l’histologie et traitement du cancer du col

## **LISTE DES FIGURES**

**Figure 1 :** Coupe de l'utérus

**Figure 2 :** glandes mammaires

**Figure 3 :** endomètre stades prolifératifs

**Figure 4 :** Histologie du sein

**Figure 5 :** Pièce de mastectomie présentant une tumeur d'aspect  
ulcérobourgeonnant (service d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU  
Point "G")

**Figure 6 :** coupe histologique d'un carcinome canalaire infiltrant (CCI)

**Figure 7 :** Aspects macroscopiques de cancer du col

**Figure 8 :** Coupe histologique d'un carcinome épidermoïde mature et invasif

**Figure 9 :** Répartition des patientes selon le statut ménopausique

## TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION.....	20
OBJECTIFS.....	23
Objectif général : .....	23
Objectifs pécifiques : .....	23
II.GENERALITES : .....	25
1. Rappels : .....	25
2. Cancers gynécologiques et mammaires : .....	35
III. MATERIEL ET METHODES : .....	60
1. Cadre et lieu d'étude : .....	60
2. Type d'étude : .....	66
3. Période d'étude : .....	67
4. Population d'étude : .....	67
5. Echantillonnage : .....	67
6. Collecte des données : .....	67
7. Codage : .....	67
8. Gestion des données : .....	67
9. Contrôle de qualité : .....	67
10. Confidentialité et éthique : .....	67
IV. RESULTATS : .....	69
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION : .....	80
1. Limites et difficultés : .....	80
2. Cancers Gynécologiques et Mammaires en général : .....	80
CONCLUSION : .....	84
RECOMMANDATIONS : .....	86
ICONOGRAPHIE : .....	88
REFERENCES : .....	90

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES  
DANS LE CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE CINQ DU DISTRICT  
SANITAIRE DE BAMAKO

---

ANNEXES : .....96

# INTRODUCTION

## I. INTRODUCTION

Les cancers gynécologiques et mammaires chez la femme constituent des préoccupations majeures de santé publique (1)

Ces cancers entraînent 850 000 décès, soit 30 % des décès par cancers chez les femmes, dont plus de 400 000 sont dus aux cancers du sein, 273 000 aux cancers du col utérin, 50 000 à ceux du corps de l'utérus et 127 000 aux autres cancers gynécologiques (1) .

Parmi les cancers gynécologiques et mammaires, les plus fréquents sont ceux du sein et du col utérin. Le cancer du sein est le premier cancer le plus fréquemment diagnostiqué dans le monde et le premier cancer de la femme.

Chaque année 1,7 million de femmes ont un diagnostic de cancer du sein et en 2012 ; 6,3 millions de femmes vivaient avec un cancer du sein diagnostiqué au cours des cinq années précédentes. Depuis les dernières estimations en 2020, l'incidence a augmenté de plus de 20% et la mortalité de 14%. Le cancer du sein est la cause la plus fréquente de décès par cancer chez les femmes soit 685 000 décès en 2020 (2).

En Europe occidentale par exemple, l'incidence du cancer du sein est supérieure à 90 nouveaux cas pour 100 000 femmes par an par rapport à 30 pour 100 000 femmes en Afrique de l'Est. En revanche, les taux de mortalité dans ces deux régions sont presque identiques à environ 15 pour 100 000 femmes, ce qui dénote le diagnostic tardif et une survie beaucoup moins bonne en Afrique de l'Est (2).

Au Mali, d'après les données du registre des cancers de 2020, il reste le 1<sup>er</sup> cancer de la femme après celui du col utérin avec un taux de 11,9% (3) .

Il est le 4 -ème cancer le plus fréquemment diagnostiqué et la 4 -ème cause de décès par cancer chez les femmes, avec environ 604 000 nouveaux cas et environ 342 000 décès dans le monde en 2020 (4).

Les taux d'incidence et de mortalité les plus élevés sont observés en Afrique Subsaharienne, avec des taux élevés en Afrique australe, en Afrique orientale et en Afrique occidentale (4).

En 2015, le taux d'incidence du cancer du col est estimé à 5,9 pour 100 000 femmes avec un taux de mortalité estimé à 1,7 pour 100 000 femmes (5)

En France, il occupe le 7ème rang, avec 3500 nouveaux cas par an avec une incidence de 9,9 /100000 femmes (6)

Au Congo Brazzaville, il a une fréquence de 60 %. Au Sénégal, 19 % ; et en Côte d'Ivoire 11% (6)

Selon les données de GLOBOCAN 2018, le cancer du col occuperait le 2e rang des cancers en termes d'incidence et de mortalité tous sexes confondus, avec 2770 nouveaux cas et 1 787 décès (7)

Au Mali, toujours en 2020, il vient en 2ème position parmi les cancers féminins avec 1934 cas environ et 1409 décès soit 13,7% (8)

Dans la majorité des pays en développement, en particulier au Mali, ces cancers sont diagnostiqués généralement à un stade tardif au-delà de toutes possibilités curatives, condamnant les malades à la mort dans les plus brefs délais (8)

Ceci nous emmène à comprendre la nécessité de prendre des mesures préventives contre la maladie cancéreuse gynécologique et mammaire.

L'efficacité de cette prévention passe par la disponibilité de données sur les cas de cancer à travers les données du registre des cancers. Nous avons ainsi initié ce travail dans le but de décrire les aspects épidémiologiques des cancers gynécologiques et mammaires en se basant sur les données du registre des cancers.

# OBJECTIFS

## **II. OBJECTIFS**

### **2.1. Objectif général**

- Décrire les aspects épidémiologiques des cancers gynécologiques et mammaires dans le centre de santé de référence de la commune cinq du district sanitaire de Bamako.

### **2.2. Objectifs spécifiques**

- Déterminer la fréquence des cancers gynécologiques et mammaires,
- Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patientes, atteintes de cancers gynécologiques et mammaires,
- Déterminer le type histologique des cancers gynécologiques et mammaires,
- Identifier la conduite à tenir.

# GENERALITES

### III. GENERALITES

#### 1. Rappels :

##### 1.1- Rappels anatomiques [22,34,37] :

###### A. les organes génitaux externes :

###### ❖ La vulve :

Elle comporte :

###### -Les grandes lèvres :

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

###### -Les petites lèvres :

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

###### -Le clitoris :

Les grandes lèvres recouvrent également le clitoris, petit bourgeon de tissu externe. Il est l'équivalent du gland du pénis (le clitoris et le gland ont la même origine embryonnaire). Il est situé à la jonction des petites lèvres vers l'avant. Il est recouvert d'un capuchon (équivalent du prépuce), formé en partie par les petites lèvres.

###### -Les glandes de Bartholin :

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

## **B. Les organes génitaux internes :**

Les organes génitaux internes de la femme comprennent : l'utérus, les ovaires, les trompes de Fallope, et le vagin. Nous parlerons également des seins qui, bien que ne faisant pas partie de l'appareil génital à proprement parler, jouent un rôle dans le cycle de la reproduction au moment de la lactation.

-L'utérus :

L'utérus est l'organe destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son évolution et à l'expulser quand il arrivera à terme. Il est situé dans la cavité pelvienne entre la vessie en avant et le rectum en arrière. Il est recouvert partiellement par le péritoine. De consistance ferme mais élastique, il pèse 40 à 50 g chez la nullipare et 50 à 70g chez la multipare. Il a la forme d'un cône tronqué à sommet inférieur et aplati d'avant en arrière. Il mesure environ 6cm de long et 4 cm d'épaisseur

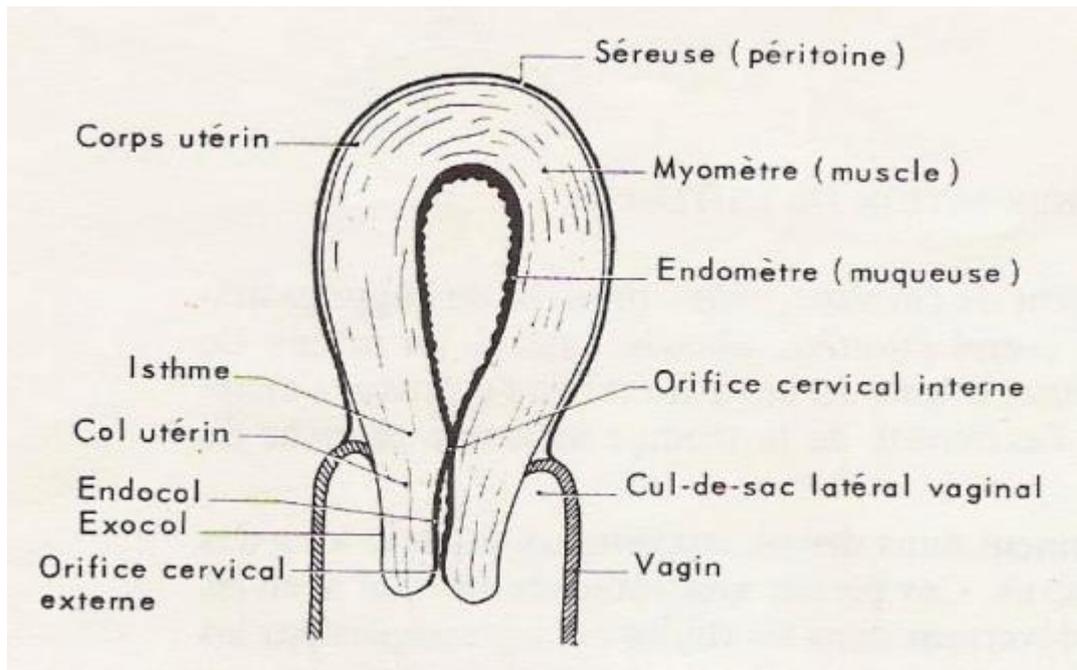
L'utérus se divise en trois parties : le corps, partie supérieure fortement musclée, l'isthme, et le col partie plus étroite qui fait saillie dans le vagin et qui sécrète un mucus appelé la glaire cervicale. L'utérus est à la fois

\*antéfléchi : le corps est incliné vers le col

\* antéversé : bascule en avant de l'ensemble, col et corps. D'une épaisseur d'environ 1 cm, la paroi utérine présente trois tuniques :

- Une tunique muqueuse interne : c'est elle qui est renouvelée lors du cycle menstruel : c'est l'endomètre.

- Une tunique musculaire très épaisse qui en se développant fournira la force expulsive au moment de l'accouchement : c'est le myomètre.



**Figure 1 :** Coupe de l'utérus [37]

-Les ovaires :

Les gonades de la femme ou ovaires, au nombre de deux, sont situés de chaque côté de l'utérus. De consistance ferme avec une coloration blanc rosé ils sont maintenus en place par différents ligaments : mésovarium, lombovarium, tuboovarium, utéroovarien. Ils ont la grosseur d'une grosse amande (2,5 à 5cm de longueur ; 2cm de largeur ; 0,5 à 1 cm d'épaisseur). Ils ont pour fonction de produire les ovules, d'assurer leur maturation et de synthétiser les hormones femelles, les œstrogènes et la progestérone.

-Les trompes de Fallope :

Les trompes sont deux conduits musculieux membraneux étroits d'environ 8 à 20cm, qui partent du fond de l'utérus pour se diriger vers chaque ovaire sans cependant entrer directement en contact avec eux. Elles comprennent quatre parties chacune : interstice, isthme, ampoule et pavillon. Le pavillon, situé près de l'ovaire, s'élargit pour former un cône frangé. Au moment de l'ovulation, les

franges viennent saisir l'ovule pour l'aider à passer dans le pavillon. Puis l'ovule remonte la trompe jusqu'à l'utérus.

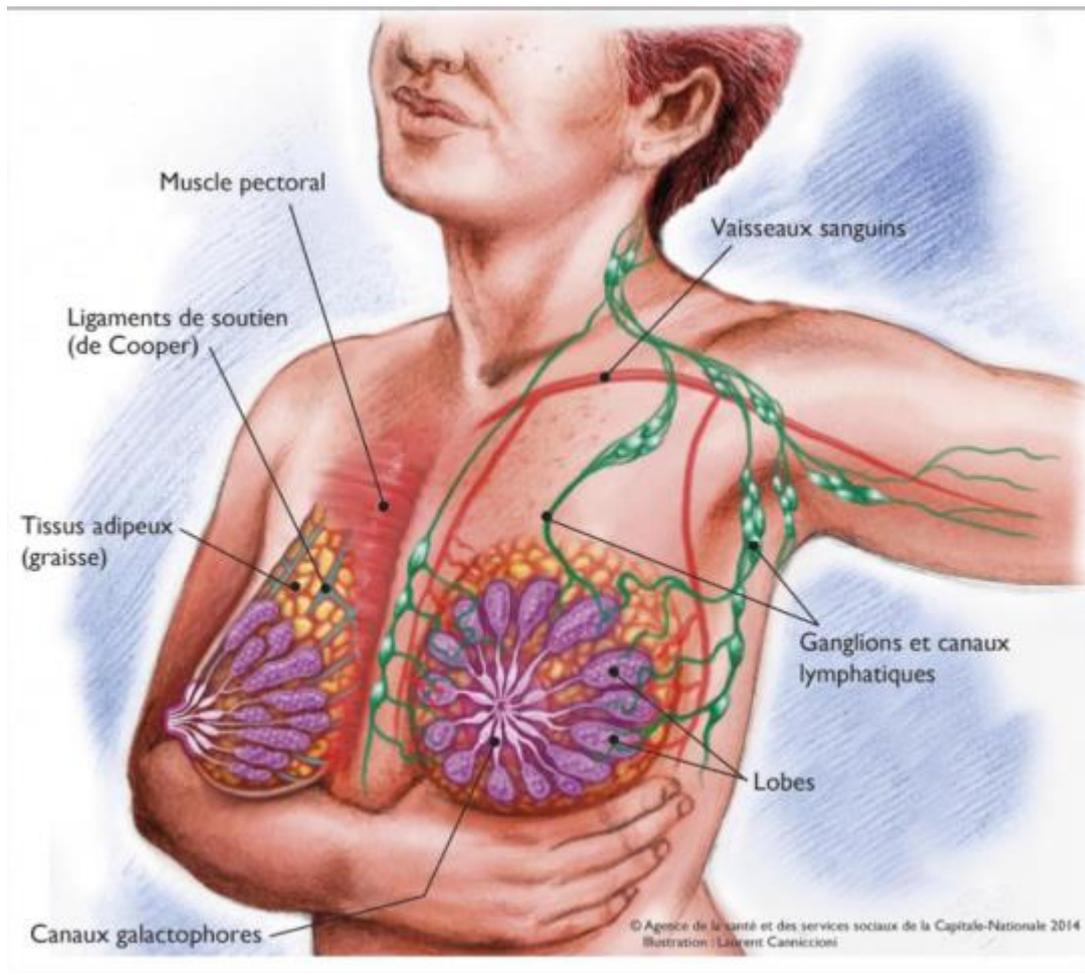
-Le vagin :

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

-Les seins :

Les seins occupent la partie antérosupérieure de la poitrine, de chaque côté du sternum en avant des muscles pectoraux et en regard de l'espace comprise entre la 3ème et la 7ème côte. Cette situation varie en fonction de la forme et du type thoracique. Certains facteurs tels que la grossesse, les allaitements, l'âge modifient l'aspect des mamelles qui deviennent plus ou moins pendantes. En dehors d'un état gestatif, ils mesurent en moyenne 10 cm de hauteur sur 12cm de largeur. Sous l'influence de la grossesse, les seins augmentent de volume peu de temps après la nidation. Durant l'allaitement, ils peuvent doubler et même tripler de volume. A la ménopause la glande se réduit progressivement. Le Poids, il est chez la jeune fille de 150 à 200g ; chez la nourrice de 400 à 500g. Il peut atteindre 800 à 900g. Chez la jeune fille et la femme nulligeste, les seins sont fermes et élastiques. La surface extérieure du sein présente : une zone périphérique, une zone moyenne ou aréole, une zone centrale ou mamelon.

**NB :** Tous les organes de l'appareil génital féminin sont hormonaux dépendants et évoluent en fonction de l'âge de la femme.



**Figure 2 :** glandes mammaires [34]

### **1.2-Rappels physiologiques [15,22,34,37] :**

-L'utérus

Il permet la nidation et le développement de l'œuf fécondé. C'est la muqueuse utérine qui joue le rôle essentiel dans cette nidation. Sous l'influence des hormones ovariennes, la muqueuse utérine va tout au long du cycle se modifier, du point de vue cellulaire et vasculaire, pour devenir apte à nider l'œuf fécondé. S'il n'y a pas de fécondation, et par conséquent pas de nidation, la muqueuse utérine (qui a pris le nom de caduque) va être éliminée au moment des règles. Puis le cycle reprend. Par ailleurs, la muqueuse du col de l'utérus joue également un rôle physiologiquement important en sécrétant, sous des influences essentiellement hormonales, la glaire cervicale cette substance

d'aspect gélatineux intervient dans l'ascension des spermatozoïdes, du vagin vers la cavité utérine.

-L'ovaire

C'est une glande mixte, à sécrétion endocrine et exocrine.

\*Fonction endocrine : Permet la production d'hormones ovariennes de façon cyclique (œstrogène par follicules, progestérone par corps jaune)

\*Fonction exocrine : Permet la production d'ovules, Follicule mature : Follicule de De Graaf

-Les trompes

Elles relient l'ovaire à l'utérus. La fécondation, a lieu au niveau du 1/3 externe de la trompe, très peu de temps après l'ovulation car l'ovule a une durée de vie très limitée : 48 heures environ. L'œuf fécondé gagnera la cavité utérine (4 à 5 jours en moyenne) sous la triple action des mouvements péristaltiques, des cils vibratiles et du courant liquidien de la trompe.

-Le vagin

Il représente une cavité naturelle ouverte à l'extérieur et par conséquent un milieu favorable à l'infection, mais du fait de son acidité (liée à la présence d'une flore microbienne spéciale : les bacilles Döderlein), il réalise lui-même son auto-défense, cette acidité vaginale est indispensable à la lutte contre le développement des microbes.

-La vulve

Comme le vagin, elle a des propriétés sécrétantes, mais surtout elle est pourvue de corps érectiles qui au niveau des lèvres, assurent un rôle de coarctation au cours de l'acte sexuel et au niveau du clitoris un rôle important dans l'excitation sexuelle.

-Le sein

(Glande mammaire) La commande hormonale du sein est dominée par celle des sécrétions ovariennes d'œstradiol et de progestérone, dont elle reflète les

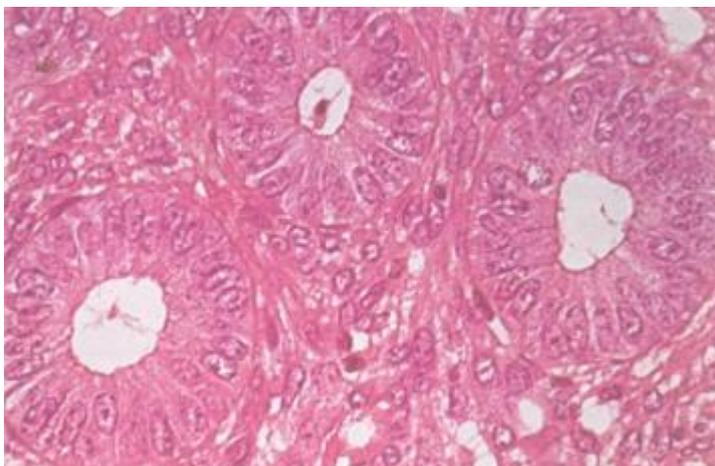
variations à l'ours du cycle menstruel et au cours des différents âges de la vie génitale. Le développement glandulaire acineux est maximal aux environs du cinquième mois de grossesse, mais la lactation ne débute qu'après l'accouchement, c'est ensuite la succion régulière du mamelon qui entretient la lactation en entraînant une sécrétion de prolactine qui permet la synthèse de lactalbumine et du lactose.

### **1.3-Rappels histologiques :**

-L'utérus [15,22,23]

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

\*La muqueuse (endomètre) : Elle comporte un épithélium reposant sur un chorion par l'intermédiaire d'une lame basale. Elle subit d'importantes variations structurales selon l'endroit considéré et selon les stades de la vie génitale.



**Figure 3 :** endomètre stades prolifératifs [33]

\*La musculuse (myomètre) :

Elle se compose de cellules musculaires lisses arrangées en faisceaux entre lesquels se trouvent des espaces conjonctifs. Les faisceaux de cellules musculaires lisses sont diversement orientés et groupés. Les espaces séparant les

faisceaux musculaires lisses contiennent les divers, constituants du tissu conjonctif : fibroblastes, macrophages, mastocytes, faisceaux de fibres collagènes, fibres élastiques, substance fondamentale, et des vaisseaux sanguins.

\*Une enveloppe conjonctive Elle est représentée selon l'endroit soit par la séreuse péritonéale, soit par un adventice.

-Les ovaires [20,37].

La structure de l'ovaire subit des variations considérables en fonction de l'âge de la femme, de la période du cycle menstruel et d'une éventuelle gestation.

Chaque ovaire est revêtu par un épithélium pavimenteux ou cubique simple dit épithélium germinatif. On distingue deux zones :

- la zone corticale ou périphérique : formée par un stroma conjonctif. Cette corticale contient des follicules de tous les âges de leur évolution, et des corps jaunes qui peuvent être cicatriciels, gestatifs ou périodiques.

- La zone médullaire ou centrale : située au centre de l'ovaire et fait d'un tissu conjonctif lâche, en continuité avec le mésovarium d'une part et le stroma ovarien d'autre part. On y trouve également des nerfs, les vaisseaux sanguins nombreux et volumineux et des vaisseaux lymphatiques.

Les trompes

La paroi tubaire est faite de trois couches disposées concentriquement de la lumière vers la périphérie :

- Une muqueuse faite d'un épithélium cylindrique reposant sur un chorion très riche en cellules, en vaisseaux sanguins et lymphatiques mais dépourvu de glandes par l'intermédiaire d'une lame.

- Une musculuse disposée en deux couches mal individualisées de cellules musculaires lisses circulaire interne et longitudinale externe.

- Une séreuse épaisse et lâche constituée par un repli péritonéal se continuant par le méso-salpinx et contenant des vaisseaux et de nombreuses cellules adipeuses.

Le vagin, [15,22,37]

La paroi du vagin comporte trois tuniques :

- Une tunique externe : conjonctive Fine couche de tissu conjonctif dense, contenant des vaisseaux et des nerfs.
- Une couche moyenne : la musculuse Elle est faite de faisceaux de couches musculaires lisses, circulaires et surtout longitudinaux entremêlé.
- Une couche interne : la muqueuse Elle est faite d'un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé, et d'un chorion.

-La vulve

Elle est constituée par :

- Le mont du Venus : arrondi formé par un coussinet adipeux
- Les grandes lèvres : ce sont des replis cutanés formés autour d'un abondant tissu conjonctif lâche riche en cellules adipeuses et contenant des fibres élastiques et quelques cellules musculaires lisses.
- Les petites lèvres : Ici l'épiderme est faiblement kératinisé et le derme, richement vascularisé et innervé et contient des glandes sudoripares et sébacées mais il n'y a pas de poils
- L'espace inter labial (Vestibule) : il est tapissé par une muqueuse comportant un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé.
- Les formations érectiles : Clitoris et bulbe vestibulaire sont des organes érectiles rudimentaires faits de tissus érectiles.
- Les glandes annexes (Les glandes urétrales et péri-urétrales) : Il s'agit des glandes tubulées rappelant celle de la prostate Les glandes de Bartholin : glandes muqueuses, tubulo-acineuses, lobulées, situées dans la paroi latérale du vestibule.

-Le sein [12,34]

Chez la femme en dehors de la grossesse et de l'allaitement, la glande mammaire est constituée par : des glandes en grappes, tubulo-acineuses formant

des lobules. Le tissu inter lobuleux est fibro-adipeux et il est le passage des vaisseaux des nerfs et des canaux excréteurs extra lobulaires.

- Structure des éléments lobulaires :

- L'acinus :

C'est une cavité bordée par une couche de cellules cubiques à noyau volumineux riche en chromatine ; une couche de cellules myélo-épithéliales et une membrane basale. Les canaux excréteurs, présentent de dehors en dedans : une vitrée qui se renforce d'une couche conjonctivo-élastique ; des cellules myélo- épithéliales, une couche de cellules épithéliales cubiques. La lumière des conduits lactifères présente une dilatation ampullaire : le sinus lactifère.

Le tissu conjonctif interstitiel



**Figure 4 :** Histologie du sein [33]

## 2. CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES

### ✚ CANCER DU SEIN

#### a. Epidémiologie [13,16,25] :

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins avec 25000 à 30000 nouveaux cas par an en France où il représente 23% des cancers de la femme. Statistiquement, on estime qu'une femme sur 11 développera un cancer du sein au cours de sa vie. L'incidence annuelle, régulièrement croissante (1,5 % par an), est estimée à environ 80 pour 100000 femmes. L'âge moyen du diagnostic

est de 55 ans, et 60% des patientes ont entre 45 et 75 ans. Il est rare avant 40 ans (10%). Le cancer du sein représente la première cause de mortalité par cancer chez les femmes de 35 à 55 ans. Il occupe le premier rang de mortalité par cancer chez la femme.

**b. Facteurs de risques [25,39] :**

\*Risque familial :

- Le risque familial est d'autant plus élevé que la maladie s'est déclarée de façon plus précoce chez la parente et qu'il s'agit d'une parenté de premier degré.
- Les femmes porteuses d'un ou de plusieurs gènes de prédisposition familiale par mutation génétique au cancer du sein : BRCA1 et 2 voire 3 (Breast Cancer Linkage Consortium), le risque relatif est de 10.

\*Risque histologique :

Il concerne

- Les antécédents personnels de cancer du sein (risque relatif > 4) ;
- Hyperplasie atypique, canalaire ou lobulaire (risque relatif de 4 à 5, en l'absence antécédent familial).
- Hyperplasie sans atypie, adénomes (risque relatif < 2) ;
- Pas de risque pour la mastosesclérokystique et les adénofibromes.

\*Risque hormonal

- Première grossesse après 30 ans
- L'absence d'allaitement maternel
- La nulligestité
- Ménopause tardive
- Cycles anovulatoires

\*Risques environnementaux -les conditions socio-économiques élevées

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

**c. Anatomico-pathologie [39] :**

❖ **Aspects Macroscopiques :**

L'examen macroscopique des tumeurs est réalisé par le chirurgien, et surtout par l'anatomo-pathologiste. Il permet d'avoir une forte présomption sur la nature d'une tumeur ainsi que son extension. Au cours de l'examen macroscopique, la pièce opératoire est pesée, mesurée et éventuellement photographiée. Des prélèvements numérotés, identifiant différentes zones, sont faits pour l'examen microscopique. On distingue trois formes macroscopiques : la forme nodulaire, la forme squirreuse et la forme encéphaloïde [10].



**Figure 5 :** Pièce de mastectomie présentant une tumeur d'aspect ulcérobourgeonnant (service d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU Point 'G')

❖ **Aspects Microscopiques :**

**Cancers primitifs du sein**

Ce sont des adénocarcinomes (tumeurs épithéliales malignes à différenciation glandulaire).

- Carcinomes in situ

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

- Carcinomes infiltrants

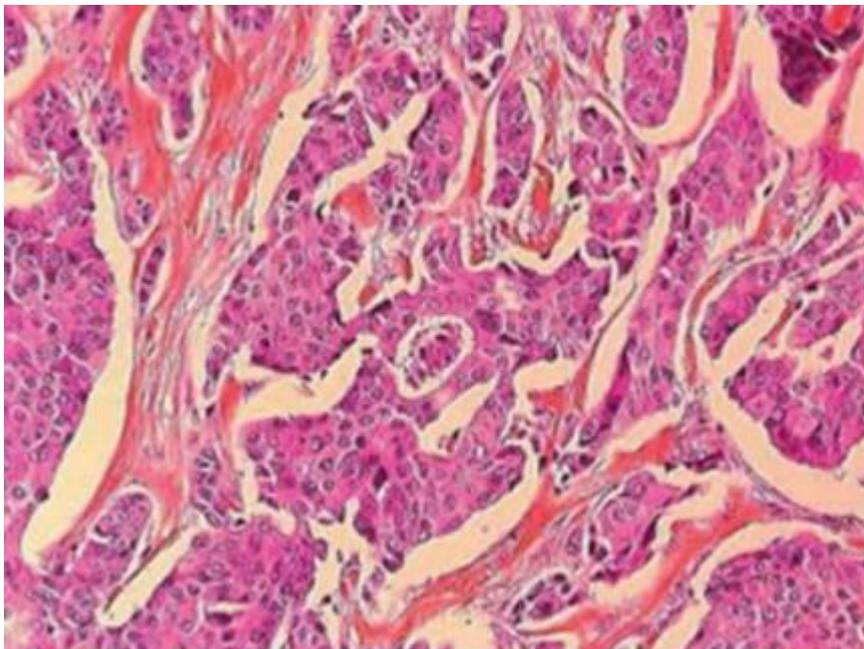
On distingue :

-Carcinome canalaire infiltrant de forme commune (forme la plus fréquente 81%)

-Carcinome canalaire infiltrant avec composante intra canalaire prédominante 4%

-Carcinome lobulaire infiltrant 10%, volontiers bilatéral

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



**Figure 6 :** coupe histologique d'un carcinome canalaire infiltrant (CCI)

- Cancers inflammatoires

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

- Maladie de Paget du mamelon (2 %)

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

### **Autres tumeurs malignes du sein [17,39] :**

- Sarcomes primitifs du sein

Ils se subdivisent en 2 catégories :

- Sarcomes:(lymphangiosarcome rares < 1 %).

- Angiosarcomes : de pronostic défavorable.

- Lymphomes malins non hodgkiniens du sein

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

## **CLASSIFICATIONS**

### **1- Classification TNM (2017)**

**Tx** : Tumeur primaire ne peut être évaluée

**T0** : Pas de tumeur primaire

**Tis** : Carcinome canalaire in situ ou maladie de Paget du mamelon sans lésion carcinomateuse in situ ou infiltrante sous-jacente

**T1** : Tumeur  $\leq$  20mm

**T1mic** : Tumeur  $\leq$  1mm

**T1a** : Tumeur  $\leq$  5mm et  $>$  1 cm (de 1,1 à 1,9mm, arrondir à 2mm)

**T1b** : Tumeur  $>$ 5mm et  $\leq$  10mm

**T1c** : Tumeur >10mm et  $\leq$  20mm

**T2** : Tumeur > 10mm et  $\leq$  50mm

**T3** : Tumeur > 50mm

**T4** : Extension à la paroi thoracique ou à la peau, quelle que soit la taille

**T4a** : Extension à la paroi thoracique (atteinte seule du muscle pectoral exclue)

**T4b** : Ulcération ou œdème/peau d'orange ou nodule Macroscopique ipsilatéral séparé de la tumeur principale sans signe de sein inflammatoire

**T4c** : T4a +T4b

**T4d** : Carcinome (sein) inflammatoire (œdème/érythème  $\geq$ 1/3 du sein)

**Nx** : Evolution ganglionnaire régionale non réalisable (chirurgie antérieure)

**N0** : Absence de métastases ganglionnaires

**N1** Métastase mobile dans les ganglions homolatéraux de niveau I/II

**N1mi** : Micro métastase (< 0,2 mm et  $\leq$  2 mm) [rare, mais possible en cas de ganglion sentinelle avant la chirurgie du sein]

**N2**

**N2a** : Métastase fixée dans les ganglions homolatéraux de niveau I/II

**N2b** : Métastase dans les ganglions mammaires internes sans envahissement axillaire

**N3**

**N3a** : Métastase dans les ganglions sous-claviculaires homolatéraux

**N3b** : Métastase dans les ganglions mammaires internes avec envahissement axillaire

**N3c** : Métastase dans les ganglions sus-claviculaires homolatéraux

**M0** : pas de signes de métastases à distance ; -

**M1** : présence de métastases à distance ; -

**Mx** : on ne dispose pas de conditions minimales requises pour apprécier la présence de métastases à distance.

### **Le regroupement par stade de l'UICC :**

- **Stade IA** : T1N0M0
- **Stade IB** : T0N1miM0 ; T1N1miM0
- **Stade IIA** : T0N1M0, T1N1M0, T2N0M0
- **Stade IIB** : T2N1M0, T3N0M0
- **Stade IIIA** : T0N2M0, T1N2M0, T2N2M0 ; T3N1M0, T3N2M0
- **Stade IIIB** : T4N0M0, T4N1M0 ; T4N2M0
- **Stade IIIC** : Tout T, N3M0
- **Stade IV** : Tout T, tout N, M1

### **2- Classification selon SBR**

Cette classification est basée sur :

1-Architecture tubulo-glandulaire :

1= la tumeur comprend que des tubes

2= partiellement tubulaire

3= la tumeur ne comprend aucun tube

2-Les atypies cytonucléaires :

1= noyaux réguliers monomorphes

2= atypies modérées

3= noyaux pléomorphes avec atypies marquées

3-Nombre de mitoses :

Le nombre de mitoses est recherché sur 20 champs au fort grossissement : Si le nombre est de 1 ou 0 : le critère est coté à 1

Si le nombre est de 2 : le critère est coté à 2

Si le nombre est de 3 ou plus : le critère est coté à 3

L'addition des trois critères permet de réaliser le grade :

Grade I : 3,4,5

Grade II : 6,7

Grade III : 8,9

Le grade SBR est réalisé sur tous les types histologiques de cancer infiltrant sauf le carcinome médullaire

**d. Circonstances de diagnostic [21] :**

Parfois c'est une anomalie découverte par la malade elle-même, soit fortuitement soit à l'autopalpation. D'autres fois c'est le médecin qui la découvre au cours d'un examen systématique. Le dépistage par mammographie peut révéler des cancers infra cliniques. Enfin une adénopathie axillaire isolée impose la recherche d'un cancer du sein.

**e. Symptomatologie [21,37,39] :**

✓ Signes fonctionnels :

- La tumeur, la douleur, les modifications cutanées et aréolo-mamelonnaires, écoulement mamelonnaire, gros bras.

✓ Examen clinique

L'inspection :

Il peut exister :

-Une voussure cutanée en regard de la tumeur

-Une déviation ou une rétraction du mamelon

-Une ulcération cutanée dans les formes évoluées

-Une rougeur localisée ou diffuse à tout le sein ou un œdème avec aspect de peau d'orange : signes inflammatoires traduisant la poussée évolutive. Souvent il n'y a aucune anomalie. La palpation.

-Le nodule : Il est classiquement indolore dur, aux contours mal limités On note son siège et aussi son volume. On recherche la fixation au plan profond par la manœuvre de TILLAUX (Adduction contrariée du bras)

-Les adénopathies : l'examen est poursuivi au niveau des aires ganglionnaires axillaires bilatérales et sus-claviculaires : on précise si elles sont mobiles ou fixes. -L'écoulement mamelonnaire est systématiquement recherché

**f. Diagnostic différentiel [39] :**

Devant un nodule du sein

- L'adénofibrome, tumeur bénigne de la femme jeune.
- L'abcès du sein peut poser des problèmes diagnostiques avec les formes inflammatoires de cancer. Néanmoins, le cancer du sein peut simuler toutes ces formes ou y être associé. Ainsi, tout nodule du sein doit faire l'objet d'une exploration minutieuse et complète pour écarter une suspicion de malignité. L'ectasie galactophorique et le papillome sont de diagnostic histologique sur pièce d'exérèse chirurgicale.

**g. Examens complémentaires :**

Trois examens sont classiques : mammographie, échographie et ponction cytologique et biopsie.

✓ La mammographie [13,39]

- Dans sa forme typique, avec ou sans tumeur palpable, le cancer infiltrant se manifeste par une opacité stellaire ou à contours spiculés, entourée d'un halo clair et associé à des microcalcifications groupées en amas à la fois au niveau de l'opacité et un peu à distance.

✓ Echographie [13,56]

C'est un complément à la mammographie, surtout si les seins sont denses et la femme jeune. Les signes suspects de cancer sont : L'irrégularité des contours L'hétérogénéité de l'image La forme arrondie ou ovalaire à grand axe perpendiculaire à la peau ; L'absorption avec cônes d'ombres postérieures.

✓ Examen anatomo-pathologique.

C'est le seul examen qui permet de confirmer le diagnostic de cancer.

**h. Evolution [52] :**

L'évolution spontanée est locale, régionale et métastatique. L'évolution avec traitement. La survie est globalement de 50% à 5 ans et de 30% à 10 ans.

### **Bilan d'extension :**

Radiographie du thorax, échographie abdomino-pelvienne, scanner thoraco-abdominopelvien, scintigraphie osseuse.

### **i. Principe de Traitement [52] :**

Il est basé sur : La Chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie et l'hormonothérapie, les thérapies ciblées, soins palliatifs.

### **CANCER DU COL DE L'UTERUS**

Le cancer du col de l'utérus est l'une des principales causes de décès par le cancer chez les femmes, dans les pays en voie de développement. Des centaines de nouveaux cas diagnostiqués la plupart à un stade avancé.

### **a. Epidémiologie :**

Il représente 80 % des cas de cancers gynécologiques Son incidence varie d'un pays à un autre [32]. Le deuxième cancer de la femme à l'échelle mondiale.

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

-Les régions à faible incidence : Europe de l'Ouest, Amérique du Nord, Chine. Les populations rurales de ces régions ont une incidence plus importante.

-Dans les pays de moindre incidence, la mortalité a diminué ces 40 dernières années du fait du dépistage associé à une diminution des facteurs de risque.

Cependant la fréquence des cancers in situ est en augmentation [16,32].

-L'âge moyen au diagnostic est de 51 ans ; le pic de fréquence est situé entre 48 et 55 ans [32].

### **b. Facteurs de risque [16,25, 31] :**

Le cancer du col utérin atteint le plus souvent les femmes qui réunissent les critères suivants.

-Précocité des rapports sexuels (< 18 ans) du fait de l'immaturité de la zone de jonction.

-Nombreux partenaires sexuels (de la femme ou du conjoint)

- Mariage avant 20 ans
- Grossesses précoces et nombreuses
- Prostitution
- Infections génitales à répétition
- Bas niveau socio-économique

**c. Anatomo-Pathologie :**

**❖ Aspects Macroscopiques : [21]**

Le point de départ de la plupart des tumeurs du col utérin est la jonction cylindro-squameuse. Le carcinome in situ ne peut être décelé qu'à l'aide d'une colposcopie. Les cancers invasifs peuvent se présenter sous différentes formes macroscopiques : la forme bourgeonnante, plus ou moins volumineuse, friable et hémorragique ; la forme infiltrante avec un col augmenté de volume et infiltré ; et la forme ulcérateuse avec un cratère plus ou moins volumineux, hémorragique, à base indurée. Dans certains cas l'origine du cancer se situe dans l'endocol avec une infiltration massive circonférentielle de 5 à 6 cm ou plus, réalisant le tableau clinique du cancer en barillet.



**A :** Cancer invasif débutant du col. Sa surface est nodulaire, irrégulière, granuleuse et saignante au contact.

**B :** Cancer invasif du col à un stade avancé. La tumeur est ulcéroproliférative protubérante, semblable à un chou de fleur, nécrosée et saignante au contact.

**Figure 7 :** Aspects macroscopiques de cancer du col [36]

❖ **Aspects Microscopiques :**

✚ **Tumeurs épithéliales :**

**Carcinomes :**

Ce sont les cancers développés aux dépens de l'épithélium de revêtement exo cervical ou endocervical, les plus fréquents sont ceux développés au niveau de l'exocol : carcinome épidermoïde (90-95%) [12,16,25].

- **Carcinome épidermoïde :**

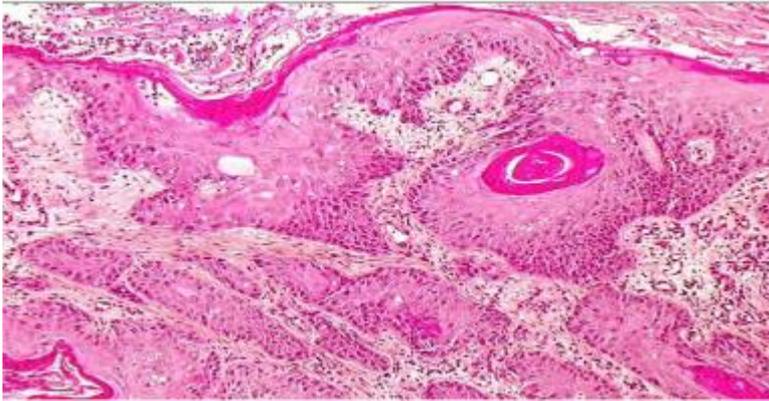
Le carcinome épidermoïde du col utérin a des caractéristiques voisines de celles de tous les carcinomes épidermoïdes (peau, bronche, œsophage, etc.). Il évolue en 2 phases : carcinome in situ et carcinome invasif.

- **Carcinome épidermoïde In situ :**

Le carcinome épidermoïde in situ revêt au microscope un aspect très stéréotypé : Empilement sans ordre de cellules. Ces cellules présentent toutes les caractéristiques nucléaires et cytoplasmiques de la transformation cancéreuse. Mais la membrane séparant l'épithélium cancéreux du conjonctif est bien identifiable et ne présente aucune solution de continuité.

- **Carcinome épidermoïde invasif [12,16,25] :**

Le passage du carcinome in situ au carcinome invasif se fait en plusieurs étapes et sur une période d'environ treize ans. Dans un premier temps, on voit la membrane basale s'effiloche, puis les cellules cancéreuses migrer à l'intérieur du tissu conjonctif. Ce processus de migration suscite initialement une réaction lymphoplasmocytaire et les cellules, pénétrant en profondeur, présentent des signes de maturation plus ou moins avancée. On parle d'invasion stromale débutante ou carcinome micro invasif. Ultérieurement, on voit s'organiser des colonnes et (ou) des lobules de cellules tumorales pénétrant progressivement le stroma.



**Figure 8 :** Coupe histologique d'un carcinome épidermoïde mature et invasif [34]

### **Les adénocarcinomes [18] :**

-Les adénocarcinomes papillaires, faites des cellules cylindriques uni ou pluristratifiées, les cytoplasmes sont granuleux et vacuolisés par une sécrétion mucoïde.

-Les adénocarcinomes glandulaires, ils forment des cavités, adossées les unes aux autres aux contours plus ou moins sinueux dont la sécrétion se situe au pôle apical ou au pôle basal des cellules.

### **Autres tumeurs épithéliales :**

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

Autres types de cancer du col

Rarement on retrouve :

- ✓ Des cancers secondaires,
- ✓ Des sarcomes,
- ✓ Des carcinomes mésonéphrotiques,
- ✓ Des mélanomes,
- ✓ Des cancers à cellules claires,
- ✓ Des cancers colloïde

**Classification de la FIGO [16] :**

Elle est basée sur l'extension locale et locorégionale.

La classification des cancers du col utérin qui est le plus souvent utilisée est celle de la Fédération internationale de gynécologie obstétrique (FIGO) dont les définitions sont données dans le tableau ci-dessous

**Tableau i** : Classification clinique des cancers du col utérin selon la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) révisée en 2018[1].

	Stade	Localisation strictement confinée au col de l'utérus		
Stade infra-clinique	I	IA	Cancer invasif identifié seulement au microscope et envahissement du stroma d'une profondeur maximum de 5 mm	
		IA1	Envahissement du chorion de 3 mm ou moins	
		IA2	Envahissement du chorion supérieur à 3 mm et inférieur ou égal à 5 mm	
Stade clinique précoce	IB	IB	Cancer de taille supérieure à celle du IA, limité au col	
		IB1	Lésion de moins de 2 cm de diamètre maximal	
		IB2	Lésion d'au moins 2 cm et inférieure à 4 cm de diamètre maximal	
Stade localement avance	IB3	IB3	Lésion d'au moins 4 cm de diamètre maximal	
		Stade II	Extension au-delà du col, mais sans atteinte de la paroi pelvienne ou du tiers inférieur du vagin	
			IIA	Extension jusqu'aux deux tiers supérieurs du vagin
	IIA1		Lésion de 4 cm ou moins de diamètre maximal	
	IIA2		Lésion de plus de 4 cm de diamètre maximal	
	IIB	Extension paramétriale sans atteinte des parois pelviennes		
	Stade III	Cancer étendu à la paroi pelvienne et/ou au tiers inférieur du vagin et/ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet et/ou atteinte ganglionnaire pelvienne ou lombo-aortique		
		IIIA	Cancer étendu au tiers inférieur du vagin sans atteinte des parois pelviennes	
		IIIB	Cancer étendu aux parois pelviennes et/ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet	
		IIIC	IIIC1	Atteinte ganglionnaire pelvienne
IIIC2	Atteinte ganglionnaire lombo-aortique			
Stade IV	Invasion de la vessie, du rectum et au-delà de la cavité pelvienne			

		IVA	Extension à la muqueuse vésicale et/ou à la muqueuse rectale
Stade métastatique		IVB	Métastases à distance (cavité péritonéale, foie, poumons et autres)

**d. Circonstances de découverte [16,25] :**

Exceptionnel avant 25 ans, on rencontre le cancer du col surtout entre 45 et 55 ans mais également beaucoup plus tard.

-Dépistage systématique : avec la pratique du dépistage, on ne devrait plus découvrir le cancer qu'au stade asymptomatique, micro-invasif ou invasif occulte sur frottis anormal.

-Signes cliniques : lors d'un examen systématique, on va découvrir chez une femme qui n'avait pas le moindre symptôme un col : d'aspect inflammatoire, rouge, de forme irrégulière, saignant au contact.

✓ Les formes symptomatiques demeurent malheureusement les plus fréquentes  
En raison des échecs du dépistage mais surtout de son absence dans les pays pauvres. Les signes les plus fréquents sont :

-Métrorragies provoquées

-Métrorragies spontanées

-Leucorrhées banales, plus volontiers rosées.

✓ Les formes évoluées : Elles se rencontrent encore dans nos pays et peuvent se révéler par des douleurs à type de névralgie crurale ou obturatrice, un syndrome infectieux, des œdèmes des membres inférieurs, des symptômes vésicaux (cystite, hématurie, pollakiurie), ou rectaux (ténesmes, épreintes) [13,16].

**e. Examens complémentaires [31,37] :**

Ils comportent :

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

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

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

-L'IRM : elle étudie relativement bien la zone tumorale, elle est l'examen de référence pour apprécier le volume de la tumeur

. -Autres : radio pulmonaire, échographie hépatique.

-La BIOPSIE : est indispensable, dans tous les cas, pour confirmer le diagnostic et préciser le type histologique.

#### **f. Diagnostic différentiel [21] :**

-Cervicite hémorragique

-Tuberculose du col -Bilharziose uro-génitale

#### **g. Principes Thérapeutiques [21,37] :**

Ces principes sont basés sur : La chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie.

### **CANCER DE L'OVAIRE**

#### **a. Epidémiologie**

Le cancer de l'ovaire peut survenir chez les femmes âgées de plus de 45 ans, le diagnostic de certitude repose sur l'examen anatomopathologique. Il occupe le troisième rang des cancers gynécologiques dans le monde et la cinquième cause de décès par cancers féminins après celui du sein, colorectal, poumon et du col de l'utérus [6,38]. Il a une incidence moyenne de 10/100000 habitants dans les pays industrialisés soit 5000 nouveaux cas par an en France avec un pic de fréquence chez les femmes de 60 à 70 ans [38].

#### **b. Facteurs de risques [21,25] :**

Ils sont très peu connus :

-Age élevé : supérieur ou égal à 50 ans

-Tabac -Milieu socio-économique :

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

- Facteurs de prédisposition génétique (BRCA1 et 2, HNPCC...)
- Nulliparité -infertilité (Absence de grossesse)

**c. Circonstances du diagnostic [37] :**

Les tumeurs ovariennes sont souvent latentes, de découverte fortuite lors d'une échographie, d'un examen radiologique (ASP) voire d'une cœlioscopie ou d'une laparotomie ou d'un examen gynécologique systématique. Elles peuvent cependant parfois être responsables de signes fonctionnels.

**d. Anatomopathologie [21] :**

❖ **Aspects macroscopiques :**

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

❖ **Aspects microscopiques :**

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

Les plus fréquents sont les cystadénocarcinomes séreux ou mucineux, l'adénocarcinome endométrioïde et les carcinomes indifférenciés.

**e. Diagnostics différentiels [21] :**

Devant la tumeur, on peut évoquer :

- Un fibrome : Pédiculé ou sessile volumineux
- Un kyste bénin l'ovaire
- La sigmoïdite ou un cancer du sigmoïde qui peuvent donner une masse de la fosse iliaque gauche, dure, fixée à l'utérus. Devant une ascite en général on élimine facilement les autres causes :
- Cirrhose -Insuffisance cardiaque

**f. Examens complémentaires [12,21,28] :**

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

**g. Evolution [21,28] :**

Le pronostic est sombre, peut-être un peu plus favorable pour le cancer mucineux. Lors de leur découverte, un très grand nombre de tumeurs sont au stade III et il y a 65 à 75 % d'atteintes ganglionnaires. La survie à 5 ans est de 89 % pour le stade I et de 66% pour le stade II.

**h. Principes Thérapeutiques [24,28] :**

Il fait appel essentiellement à la combinaison de la chirurgie et de la chimiothérapie. La radiothérapie est très rare.

**✚ CANCER DU CORPS UTÉRIN**

**a. Epidémiologie [32] :**

La fréquence du cancer du corps utérin est évaluée à 10,8/100 000 en 2022. Il s'agit d'un cancer de la femme âgée où la fréquence est évaluée entre 65-69 ans à 85/100000 femmes/an. L'incidence maximale se situe entre 60 et 70 ans. Il est exceptionnel avant 35 ans. Toutefois c'est un cancer moins fréquent que le cancer du col.

**b. Facteurs de risques [21] :**

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

**c. Anatomopathologie**

**❖ Aspects Macroscopiques :**

Il s'agit le plus souvent de végétations qui bourgeonnent et qui envahissent la cavité utérine, mais il peut s'agir d'un polype d'aspect banal, d'une hyperplasie irrégulière de l'endomètre [25].

❖ **Aspects Microscopiques :**

Il s'agit le plus souvent d'un cancer glandulaire ou adénocarcinome.

- Les adénocarcinomes (80 %) ne comportent qu'un contingent cellulaire glandulaire. On distingue parmi ces cancers des formes plus ou moins différenciées. □ Les adéno-acanthomes (10 %) comportent un contingent glandulaire malin et des plages malpighiennes bénignes.
- Les carcinomes adénosquameux (2,5 %) ont des plages glandulaires et malpighiennes malignes. Leur pronostic est très péjoratif.
- Carcinomes (2,5 %).
- Les cancers à cellules claires (2,5 %) dont l'aspect évoque les tumeurs urothéliales □ Les cancers papillaires séreux (2,5 %) dont l'aspect est proche de celui des cancers épithéliaux de l'ovaire, rencontrés surtout chez la femme âgée, leur pronostic est dans l'ensemble mauvais.
- Les sarcomes (point de départ conjonctif).

On distingue 3 grades de différenciation : du grade I le mieux différencié au grade III le moins différencié et donc de plus mauvais pronostic [21,25].

**d. Circonstances de découvertes [19] :**

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

-Leucorrhées pathologiques

-Douleurs pelviennes traduisant en général une forme évoluée.

-Découverte fortuite : imagerie, examen anatomopathologique d'une pièce d'hystérectomie, frottis cervico-vaginal de dépistage.

-Le cancer n'est que rarement révélé par une métastase ou des signes de compression pelvienne.

**e. Examens complémentaires [19,37] :**

Le diagnostic du cancer de l'endomètre est histologique.

✓ ECHOGRAPHIE par voie abdominale et vaginale.

Elle permet de donner une idée sur la pénétration myométriale et recherche une atteinte des ovaires.

✓ HYSTEROSCOPIE

Le plus souvent complétée par un curetage biopsique étagé. Elle permet :

- de visualiser directement les lésions,
- d'en évaluer la topographie et en particulier l'extension au canal endocervical,
- de guider les prélèvements histologiques. Seule la biopsie (l'examen histologique) permet de confirmer le diagnostic de cancer de l'endomètre (++++).

**CLASSIFICATION TNM (2018) :**

Tis : in situ

T1 : limité au corps utérin

T1a : Tumeur limitée à l'endomètre (la muqueuse)

T1b : Invasion s'étendant à moins de la moitié du myomètre

T1c : Invasion dépassant la moitié du myomètre en épaisseur

T2 : extension au col

T3 : extension extra-utérine/ limitée au petit bassin (séreuse, annexes, vagin)

T4 : extension à la muqueuse vésicale et/ou rectale/ en dehors du petit bassin

N0 : pas d'adénopathie

N1 : adénopathie

M1 : métastases

**f. Diagnostics différentiels [19]**

On doit éliminer :

- une atrophie ou hypertrophie endométriales ;
- des polypes et léiomyomes sous-muqueux ;

- un cancer du col utérin, et surtout glandulaire de l’endocol (adénocarcinome) ;
- un cancer ovarien (s’il y’a lésion annexielle associée). En fait, les autres causes de métrorragies à cet âge sont à éliminer.

### **g-Principes de Traitement [19,37] :**

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

### **✚ CANCER DU VAGIN [21,25]**

#### **a. Epidémiologie :**

Le cancer du vagin est une tumeur maligne gynécologique rare représentant seulement 1 à 2% de toutes les néoplasies gynécologiques [33]. Son incidence est de 0,42 par 100.000 femmes et est resté relativement inchangé depuis les années 80. Aux Etats-Unis, 2420 nouveaux cas sont diagnostiqués et 820 décès surviennent chaque année [55]. Il se voit chez la femme âgée après 60 ans. Plus de 90% des cancers vaginaux sont des carcinomes épidermoïdes et environ 5% sont des adénocarcinomes [56].

#### **b. Symptomatologie :**

Les signes d’appels sont faits de métrorragie spontanée ou provoquée, des leucorrhées purulentes. On retrouve une lésion ulcérante ou bourgeonnante saignant au contact, et souvent surinfectée. La biopsie apporte la preuve du diagnostic.

Le traitement comporte :

- \*La colpohystérectomie avec lymphadénectomie.
- \*L’irradiation externe.

Le pronostic est extrêmement grave : 10 à 30 % de survie à 5 ans seulement.

### **✚ CANCER DE LA VULVE**

#### **a. Epidémiologie [25] :**

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

**b. Facteurs de risques :**

Ce sont :

- L'âge, le terrain hormonal, HPV

**c. Anatomopathologie [26] :**

Il existe différents types :

- Carcinomes épidermoïdes invasif dans 90 %
- Mélano carcinomes et sarcomes dans 6 à 8 %
- Cancers basocellulaires dans 2 %
- Adénocarcinomes dans 1 %

**d. Symptomatologie [21,26] :**

La malade consulte pour un prurit, un suintement ou la constatation d'une lésion vulvaire. La biopsie fait le diagnostic.

**e. Classification [32] :**

Cancers intra-épithéliaux VIN1 et VIN 2 : Hyperplasie atypique légère et modérée

VIN 3 : Hyperplasie atypique sévère (Maladie de BOWEN) Cancers invasifs

T1 : Tumeur confinée à la vulve inférieure ou égale à 2 cm

T2 : Tumeur confinée à la vulve ou périnée >2 cm

T3 : Envahissement de l'urètre, du vagin, de l'anus dans leur partie proximale.

T4 : Envahissement de la muqueuse vésicale, de la muqueuse urétrale haute, de la muqueuse rectale ou tumeur fixée au squelette.

**f. Principes de Traitement [35] :**

La vulvectomie totale avec curage ganglionnaire est la méthode de choix, radiothérapie, la chimiothérapie, radio-chimiothérapie concomitante, soins palliatifs.

## **CANCER DE LA TROMPE**

### **a. Epidémiologie :**

Le cancer de la trompe représente 0,1 et 1,98 % de tous les cancers gynécologiques et mammaires, c'est le plus rare des cancers de la filière génitale chez la femme. La maladie survient autour de la cinquantaine et est associée à la pauciparité, l'infertilité et la salpingite chronique [30].

### **b. Symptomatologie [29] :**

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

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

### **c. Anatomopathologie :**

#### **❖ Aspect macroscopique :**

Macroscopiquement la lésion se présente comme une masse solide intraluminaire d'aspect papillaire présentant des zones hémorragiques et des zones de nécrose, siégeant dans une trompe dilatée et ayant une paroi épaissie [30]. Le pavillon est fermé dans la moitié des cas et l'aspect macroscopique évoque, avant ouverture de la pièce, un pyosalpinx ou un abcès [30]. Le type histologique le plus fréquemment décrit est l'adénocarcinome [30].

#### **❖ Aspect microscopique :**

A la microscopie on peut reconnaître des variétés alvéolaires, papillaires, endométrioides ou médullaires avec des transitions brutales entre un épithélium normal et la prolifération. Des formes associées et des types histologiques plus rares (sarcomes purs, lymphomes, carcino-sarcomes, môles hydatiformes et choriocarcinomes) sont décrits [30].

**c. Examens complémentaires [29] :**

Ils sont indispensables :

-La Cytologie.

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

-La coelioscopie.

**CLASSIFICATION [29]**

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

Stade I : tumeur limitée à la trompe

IA : tumeur limitée à une trompe

IB : tumeur limitée aux deux trompes

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

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

IIA : atteinte de l'utérus ou des ovaires

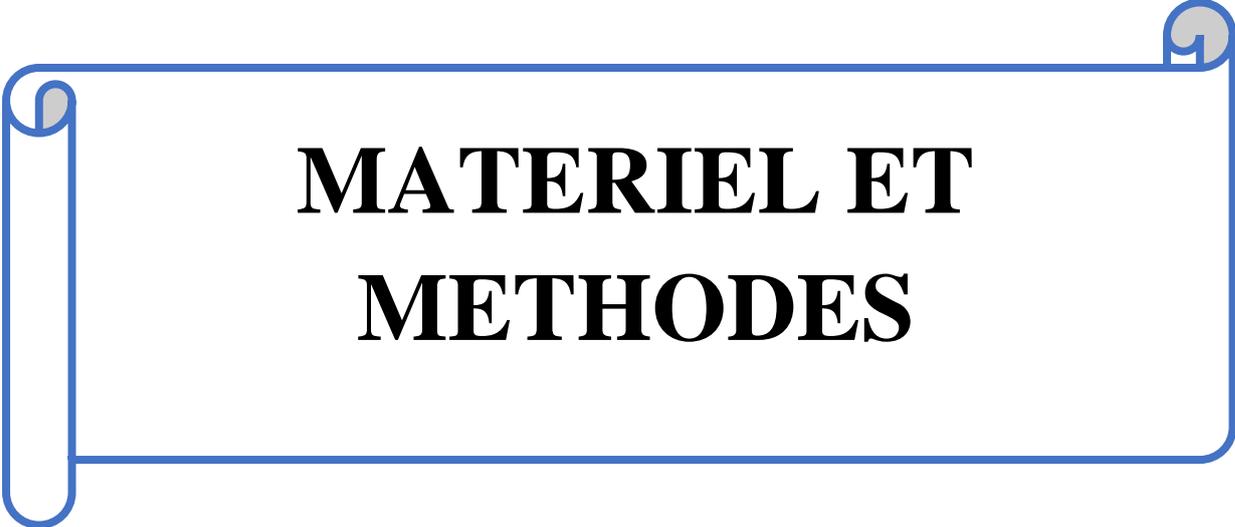
IIB : atteinte des autres tissus pelviens

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

Stade IV : métastase à distance excluant des métastases péritonéales.

**d. Principes de Traitement [30] :**

Du fait de la rareté de la maladie et de ses similitudes d'avec le cancer de l'ovaire, la plupart des auteurs recommandent de recourir aux stratégies thérapeutiques utilisées dans le traitement du cancer de l'ovaire [30].



# **MATERIEL ET METHODES**



- Gynéco-Obstétrique ;
- Ophtalmologie ;
- Odontostomatologie ;
- Médecine ;
- Pédiatrie ;
- Comptabilité ;
- Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseil (USAC) ;
- Rhumatologie ;
- Cardiologie ;
- Gastroentérologie ;
- Chirurgie ;
- Endocrinologie ;
- Dermatologie ;
- Dépistage du cancer de col de l'utérus ;

Sections :

- Bloc Opératoire /Anesthésie ;
- Hospitalisation (Bloc Opératoire) ;
- Imagerie Médicale ;
- Pharmacie ;
- Laboratoire ;
- Ressources Humaines ;
- Système Locale d'Information Sanitaire (SLIS) ;
- Brigade d'Hygiène ;
- Néonatalogie ;
- Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) ;
- Tuberculose ;
- Lèpre ;

- Consultation Postnatale (CPON) ;
- Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) ;
- Consultation Périnatale (CPN) ;
- Nutrition ;
- Suites de Couches ;
- Programme Elargi de Vaccination (PEV) ;
- Gynécologie ;
- Ophtalmologie ;
- Odontostomatologie ;
- Planification Familiale (PF) ;
- One Stop Center.

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V est dirigé par un Médecin-Chef et compte un effectif de plus de 500 travailleurs dont plus de 200 affectés dans les CSCOM. Le personnel se compose de :

- Médecins (Gynécologues-obstétriciens, Stomatologue, Ophtalmologue Epidémiologiste, Pédiatre, Urologue, Rhumatologue Endocrinologue, ORL, Généraliste, Dermatologue, Cardiologue, Pharmacien et Gastro-entérologue) ;
- Assistants Médicaux (Anesthésie réanimation, Ophtalmologie Odontostomatologie, Santé Publique, Imagerie Médicale, Laboratoire, ORL, Sage-femme, Infirmier d'Etat et Management des services de Santé).
- Techniciens Supérieurs de Santé Spécialisés (Sage-femme d'Etat, Infirmier d'Etat, Technicien Supérieur de Laboratoire et Technicien Supérieur d'Hygiène et Assainissement)
- Techniciens de Santé (Infirmières Obstétriciennes, Infirmiers de Santé Publique et Techniciens de Laboratoire)
- Aides-soignants
- Matrones

- Filles de Salle
- Administration:(Gestionnaires, Comptables, Secrétaires, Agents de Saisie,
- Standardistes, Informaticiens, Adjoint d'Administration, Secrétaires d'administration, Chauffeurs, Manœuvres, Plantons, Agents chargés d'incinération et Gardiens).

Les travailleurs sont classés en 7 Catégories qui sont :

- Les fonctionnaires de l'Etat ;
- Les contractuels de l'Etat ;
- Les fonctionnaires des collectivités territoriales ;
- Les contractuels sur les Fonds PPTE (Pays Pauvres Très Endettés) ;
- Les Agents relevant de la Mairie du District de Bamako ;
- Les Agents relevant de la Mairie de la Commune V du District de Bamako ;
- Les Contractuels sur fonds mondial ;
- Les Contractuels sur fonds propre payés sur le fonds du Centre de Santé de Référence de la Commune V ;

En 1997 le Centre de Santé de Référence de la Commune V a obtenu le prix Ceara d'excellence décerné par CICM (Institut Malien de Conseil en Management).

Ce prix est décerné au centre pour ses bonnes performances en activités gynéco-Obstétriques.

Les Organes de gestion sont :

- Le conseil de gestion dont le Maire est le Président ;
- Le comité de gestion.

### **3.1.2. Description du service de gynécologie obstétrique du CS Réf CV :**

**Il comporte :**

- Unité hospitalisation bloc opératoire,
- Un hangar d'attente,
- Unité de Consultation Périnatale (CPN),

- Unité de grossesse pathologique,
- Une unité de PTME (Prévention de la Transmission Mère Enfant),
- Une salle de travail avec deux lits,
- Une salle d'accouchement avec 4 tables,
- Une unité des suites de couche avec 5 lits,
- Une salle de garde pour sages-femmes,
- Une salle de garde pour les Internes,
- Une salle de garde pour les DES (Diplôme d'Etudes Spéciales),
- Une salle de garde pour les infirmières et les aides-soignantes,
- Un bureau pour la sage-femme maitresse,
- Sept salles d'hospitalisation de 5 lits chacune et 3 salles VIP (Very important Person),
- Unité de Consultation Postnatale (CPON),
- Unité de Gynécologie,
- Unité de Soins Après Avortement (SAA),
- Unité de Planification Familiale (PF),
- Unité de dépistage du cancer du col de l'utérus,
- Un laboratoire de compétence, Unité de One Stop Center
- Le Personnel du service de gynécologie obstétrique : Il comporte : Six (6) médecins spécialisés en Gynécologie Obstétrique dont un Gynécologue Obstétricien qui est le chef du service de Gynécologie et d'Obstétrique et un maitre-assistant en gynécologie-obstétrique.
- Trois médecins spécialisés en chirurgie générale,
- Un médecin anesthésiste réanimateur
- Six techniciens supérieurs en anesthésie réanimation,
- Une sage-femme maitresse

- Quarante-quatre sages-femmes,
- Quatre infirmiers d'état,
- Treize infirmières obstétriciennes,
- Cinq instrumentistes,
- Un agent technique de santé
- Trois aides-soignantes,
- Six chauffeurs d'ambulances,
- Quatre manœuvres,
- Trois gardiens.
- Dans le cadre de la formation, le service reçoit des étudiants dans tous les Ordres d'enseignement socio sanitaire dont ceux de la Faculté de Médecine en année de thèse.

#### ➤ **Fonctionnement**

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les jours ouvrables et les samedis dans le cadre du projet week-end 70.

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les Gynécologues Obstétriciens.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences Gynécologiques et obstétricales y compris les cas de violences basées sur le Genre (Unité de One Stop Center).

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours et vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans le cadre de la prise en charge des interventions chirurgicales gynéco obstétricales (urgences et programmées).

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par un Médecin Gynécologue Obstétricien. Une visite générale dirigée par le chef de service a lieu tous les mercredis. Les ambulances assurent la liaison entre le Centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS (Centre National de Transfusion Sanguine).

Au moins une séance d'audit de décès maternel à lieu une fois par mois.

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

- Un Gynécologue Obstétricien, chef de garde
- Cinq étudiants en médecine Faisant Fonction d'Internes (FFI) ;
- Deux sages-femmes remplaçables par deux autres toutes les 12 heures et une Infirmière obstétricienne / aide-soignante par 24 heures ;
- Un assistant médical en anesthésie, le médecin anesthésiste étant en Astreinte ;
- Un technicien de laboratoire ;
- Un instrumentiste ;
- Un chauffeur d'ambulance ;
- Deux techniciens de surface qui assurent la propreté permanente du service.

Cette équipe dispose de 4 tables d'accouchements, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales et Chirurgicales.

### **3.2. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude transversale descriptive avec collecte des données rétrospectives.

### **3.3. Période d'étude**

Notre étude s'est déroulée de Janvier 2010 à Décembre 2022 soit une période de 12 ans.

### **3.4. Population d'étude**

Toutes les femmes ayant effectuées le dépistage de cancers gynécologiques et mammaires au CS Réf de la commune V de Bamako.

### **3.5. Technique d'échantillonnage**

#### **. Critères d'inclusion :**

Tous les cas de cancers gynécologiques et ou mammaires diagnostiqués chez les patientes résident à Bamako pendant la période d'étude et notifiés dans le registre des cancers.

#### **. Critères de non inclusion :**

- Les cancers, dont la date de diagnostic est antérieure à la période d'étude,
- Les cas de cancers diagnostiqués pendant la période d'étude dont les patientes ne résident pas à Bamako,
- Les dossiers avec des données incomplètes (absence d'âge, de sexe...).

### **3.6. Collecte des données**

Le support des données était constitué par :

- Le recueil des données à travers le questionnaire
- Le registre de dépistage du CS Réf de la commune V

### **3.7. Traitement et analyse des données**

Le logiciel SPSS, Microsoft 2010 et le Word ont servi à l'analyse des données collectées. Le test de Khi carré utilisé pour comparer les valeurs.

### **3.8. Aspects éthiques**

Avant de commencer le travail, nous avons obtenu des autorités communales et hospitalières, une clairance éthique institutionnelle

# RESULTATS

## V. RESULTATS :

### Fréquence :

De 2010 à 2022, nous avons diagnostiqués 234 cas de cancers gynécologiques et mammaires sur un total de 31293 femmes en consultation gynécologique au centre de santé de référence de la commune cinq du district de Bamako soit 0,74%.

**Tableau I :** Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage (%)
Ménagère	187	79,9
Enseignante	9	3,8
Vendeuse/Commerçante	31	13,2
Etudiante	7	3,0
Total	234	100

**Tableau II :** Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage (%)
<40ans	74	31,6
≥40ans	160	68,4
Total	234	100

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES  
DANS LE CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE CINQ DU DISTRICT  
SANITAIRE DE BAMAKO

**Tableau III : Répartition des patientes selon l'ethnie**

<b>Ethnie</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Bambara	116	49,6
Sarakolé	14	6,0
Malinké	13	5,6
Dogon	7	3,0
Peulh	52	22,2
Touareg	1	0,4
Sonrhäï	12	5,1
Bobo	3	1,3
Tamasheq	1	0,4
Soninké	15	6,4
Total	234	100

**Tableau IV : Répartition des patientes selon le statut marital**

<b>Statut marital</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Mariée	217	92,7
Divorcée	3	1,3
Célibataire	1	0,4
Veuve	13	5,6
Total	234	100

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES  
DANS LE CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE CINQ DU DISTRICT  
SANITAIRE DE BAMAKO

**Tableau V** : Répartition des patientes selon le siège du cancer

<b>Siège du cancer</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Col	213	91
Sein	16	6,8
Vagin	2	0,9
L'endometre	2	0,9
Col et Sein	1	0,4
Total	234	100

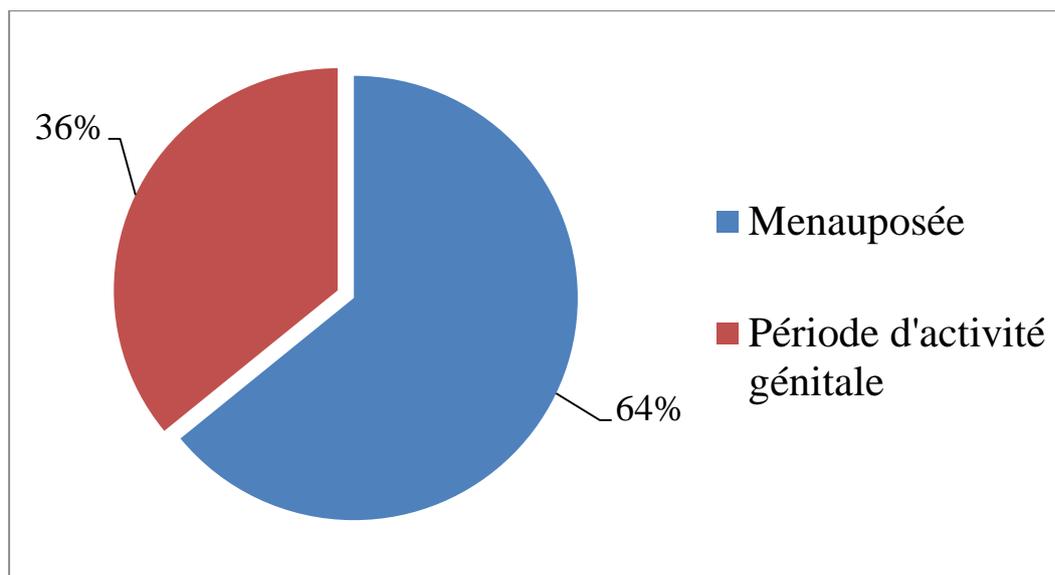
**NB** : le dépistage du cancer du col à été introduit bien avant au CSRèf CV par rapport au dépistage du cancer du sein.

**Tableau VI** : Répartition des patientes selon le siège du cancer et le nombre de perdue de vue

<b>Tableau croisé Siège du cancer * Perdue de vue</b>	<b>Perdue de vue</b>		<b>Total</b>
	<b>OUI</b>	<b>Non</b>	
Col	125	88	213
Sein	7	9	16
Vagin	0	2	2
L'endometre	1	1	2
Col et Sein	0	1	1
Total	133	101	234

**N= 234**                      **X= 5,402**                      **ddl= 4**                      **P=0,020**

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES  
DANS LE CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE CINQ DU DISTRICT  
SANITAIRE DE BAMAKO



**Figure 1 :** Répartition des patientes selon la période de la vie génitale

**Tableau VII :** Répartition des patientes selon le type histologique du cancer du col

Histologie du cancer du col	Effectifs	Pourcentage (%)
Carcinome épidermoïde	209	89,3
Adénocarcinome	5	2,1
Carcinome in situ	1	0,4
Total	215	91,9

**Tableau VIII** : Répartition des patientes selon le type histologique du cancer l'endomètre

<b>Histologie du cancer de l'endomètre</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Carcinome épidermoïde	2	0,9
Total	2	0,9

**Tableau IX** : Répartition des patientes selon le type histologique du cancer du vagin

<b>Histologie du cancer du vagin</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Carcinome épidermoïde	2	0,9
Total	2	0,9

**Tableau X** : Répartition des patientes selon la classification de FIGO du cancer du col

<b>Classification de FIGO</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Stade IA	4	1,7
Stade IB	4	1,7
Stade IIA	14	6,0
Stade IIB	3	1,3
Stade IIIA	5	2,1
Stade IIIB	16	6,8
Stade IVA	39	16,7
Stade IVB	11	4,7
Total	96	41,0

**Tableau XI :** Répartition des patientes selon le traitement des cancers gynécologiques

<b>Traitement cancers gynécologiques</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Conisation	1	0,4
Hystérectomie simple	3	1,3
Colpohystérectomie	19	8,1
Chimiothérapie	11	4,7
Hormonothérapie	0	0
Immunothérapie	0	0
Radiothérapie	13	5,6
Radio-chimiothérapie concomitante	43	21,4
Soins palliatifs	6	2,6
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>44,1</b>

**Tableau XII :** Répartition des patientes selon la classification ACR du cancer du sein

<b>Classification ACR</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
ACR0	0	0
ACR1	0	0
ACR2	0	0
ACR3	3	1,3
ACR4	11	4,7
ACR5	3	1,3
ACR6	0	0
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>7,3</b>

**Tableau XIII** : Répartition des patientes selon le type histologique des cancers mammaires

<b>Histologie cancer mammaire</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Carcinome canalaire infiltrant	10	4,3
Carcinome lobulaire infiltrant	2	0,9
Tumeur phyllode	0	0
Maladie de Paget	0	0
Carcinome médullaire	0	0
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>5,1</b>

**Tableau XIV** : Répartition des patientes selon le traitement des cancers mammaires

<b>Traitement cancers mammaires</b>	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
Mastectomie +Curage	8	3,4
Chimiothérapie adjuvante	2	0,9
Immunothérapie	0	0
Hormonothérapie	0	0
Radiothérapie	0	0
Soins palliatifs	0	0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>4,3</b>

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES  
DANS LE CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE CINQ DU DISTRICT  
SANITAIRE DE BAMAKO

**Tableau XV :** Répartition des patientes selon la tranche d'âge et le siège du cancer

Tranche d'âge	Siège du cancer					Total
	Col	Sein	Vagin	L'endometre	Col et Sein	
21-30ans	1 (8,0%)	3 (18,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	20 (8,5%)
31-40ans	46 (21,6%)	7 (43,8%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	54 (23,1%)
41-50ans	40 (18,8%)	3 (18,8%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	1 (100,0%)	45 (19,2%)
51-60ans	62 (29,1%)	3 (18,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	65 (27,8%)
61-70ans	27 (12,7%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	28 (12,0%)
71-90ans	21 (9,9%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	22 (9,4%)
<b>Total</b>	213 (100,0%)	16 (100,0%)	2 (100,0%)	2 (100,0%)	1 (100,0%)	234 (100,0%)
<b>N= 234</b>	<b>X= 23,843</b>	<b>ddl= 20</b>	<b>P= 0,01</b>			

**Tableau XVI :** Répartition des patientes selon la classification ACR et type histologique

Classification ACR	Histologie cancer mammaire		Total
	Carcinome canaulaire infiltrant	Carcinome lobulaire infiltrant	
ACR3	2 (20,0%)	0 (0,0%)	2 (16,7%)
ACR4	7 (70,0%)	1 (50,0%)	8 (66,7%)
ACR5	1 (10,0%)	1 (50,0%)	2 (16,7%)
Total	10 (100,0%)	2 (100,0%)	12 (100,0%)

N= 12      X= 2,100      ddl= 2      P=0,242

**Tableau XVII :** Répartition des patientes selon l’histologie et traitement des cancers mammaires

Traitement des cancers mammaires	Histologie cancer mammaire		Total
	Carcinome canaire infiltrant	Carcinome lobulaire infiltrant	
Mastectomie +Curage	6 (75,0%)	2 (100,0%)	8 (80,0%)
Chimiothérapie adjuvante	2 (25,0%)	0 (0%)	2 (20,0%)
Hormonothérapie	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Immunothérapie	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Radiothérapie	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Soins palliatifs	0 (0%)	0 (0%)	0(0%)
Total	8 (100,0%)	2 (100,0%)	10 (100,0%)
<b>N= 10</b>	<b>X= 0,625</b>	<b>ddl= 1</b>	<b>P= 0,622</b>

ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES  
DANS LE CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE CINQ DU DISTRICT  
SANITAIRE DE BAMAKO

**Tableau XVIII** : Répartition des patientes selon l’histologie et traitement du cancer du col

Traitement du cancer du col	Histologie du cancer du col			Total
	Carcinome épidermoïde	Adénocarcinome	Carcinome in situ	
Conisation	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (100,0%)	1 (1,1%)
Hystérectomie simple	3 (3,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (3,3%)
Colpohystérectomie	18 (20,9%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	19(21,1%)
Chimiothérapie	7 (8,1%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	8 (8,9%)
Radiothérapie	13 (15,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	13 (14,4%)
Radio-chimiothérapie concomitante	39 (45,3%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)	40 (44,4%)
Soins palliatifs	6 (7,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (6,7%)
Total	86 (100%)	3 (100%)	1 (100%)	90 (100%)

**N= 90**

**X= 93,151**

**ddl= 12**

**P= 0,006**

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

## **V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :**

### **1. Limites et difficultés :**

Il s'agissait d'une étude rétrospective axée sur les caractères épidémiologiques des cancers gynécologiques et mammaires dans le district de Bamako. Cette étude a permis de ressortir des données qui reflètent les fréquences réelles des cancers gynécologiques et mammaires de la femme à Bamako. Néanmoins, certaines difficultés ont été recensées :

- Le manque de certaines informations dans nos dossiers ;
- Absence de confirmation histologique pour certains cas de cancers.

Malgré ces limites ce travail nous a permis d'apprécier les principales caractéristiques épidémiologiques des cancers gynécologiques et mammaires dans le district de Bamako.

### **2. Cancers Gynécologiques et Mammaires en général**

#### **❖ Fréquence :**

Durant la période d'étude, 234 cas de cancers gynécologiques et mammaires ont été diagnostiqués histologiquement soit une fréquence de 0,74%. Ce résultat est proche de celui de Kanmogne IJ [48] au Mali qui avait retrouvé une fréquence de 0,8%. Ce taux peut être sous-estimé à cause de perdue de vue et de certains dossiers.

#### **❖ Age :**

Dans notre étude, l'âge moyen de survenue des cancers était de 45,71 ±6,23ans avec des extrêmes de 21 et 90 ans. Ce résultat se rapproche de celui de Bakayoko S M [40] au Mali avec 49,47ans.

#### **❖ Ethnie :**

Dans notre étude l'ethnie bambara était la plus représentée avec 49,6% suivie des peulhs avec 22,2%. Ces résultats sont supérieurs à celui de Doumbia A [41] au Mali qui à retrouver respectivement 33,84% et 18,47%. Cette prédominance de

l'ethnie bambara s'explique par le fait que les bambaras sont majoritairement représentés dans la population malienne.

❖ **Profession :**

Dans notre série, les ménagères étaient largement représentées avec 79,9%. Ce résultat est similaire à celui de Samake B [50] qui a rapporté 77,5%.

❖ **Statut marital :**

Dans notre étude 92,7% des femmes étaient mariées. Ce résultat est supérieur à celui de Sanogo S [51] dont le taux de femmes mariées représentait 80,4%.

❖ **Siege :**

Dans notre étude le cancer du col occupe la première place des cancers gynécologiques et mammaires avec 91,5%. Ce résultat est supérieur a ceux de Diarra M [42], Maiga LB [44] et Dem A [43] qui ont trouvé respectivement 33,3%, 29,6%, et 42%. Cette différence peut s'expliquer par les différentes campagnes de sensibilisation et de dépistage menées sur le cancer du col utérin.

❖ **Type histologique des cancers gynécologiques :**

Le type histologique le plus représenté dans notre série était le carcinome épidermoïde avec 91% suivi par l'adénocarcinome avec 1,7%. Lankoande J et al [45] au Burkina Faso au cours d'une étude avait eu 97,3% de carcinomes épidermoïdes et 2,7% d'adénocarcinomes. Notre étude est en conformité avec la littérature où on retrouve à chaque fois un taux plus élevé de carcinomes épidermoïdes au dépend de l'adénocarcinomes.

❖ **Type histologique des cancers mammaires :**

Le type histologique le plus fréquent était le carcinome canalaire infiltrant avec 3,8% des cas suivi par le carcinome lobulaire. Ceci s'explique par le fait que ce soit le type le plus fréquent selon les données de la littérature et qu'il survient généralement à des pics pré-ménopausiques [53].

❖ **Stadification FIGO du cancer du col :**

Dans notre étude le stade IVB était le plus représenté avec 16,7% Ce résultat est inférieur à ceux retrouvés par El Aarjin [46], et Faical K [47]. Dans les stades avancés ont représenté respectivement 63,39% et 68,42%. Ce qui pouvait être dû aux diagnostics tardifs chez nos patientes.

❖ **Traitement :**

Le traitement par radio-chimiothérapie concomitante était le plus pratiqué avec 21,4% durant la période d'étude, par contre Aboubacar K [49] au Mali a eu 91,85%. Cette différence s'explique par le fait que dans notre étude nous avons eu beaucoup de perdue de vue, l'introduction tardive et de l'absence d'une radiothérapie fonctionnelle au Mali.

# CONCLUSION

## CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous dirons que les cancers gynécologiques et mammaires constituent un réel problème de santé publique de par leurs fréquences. Parmi ces cancers les plus fréquents, nous retrouvons le cancer du col de l'utérus avec 213 cas soit 91% suivi du cancer du sein avec 16 cas soit 6,8%.

Au Mali, nous avons constaté que ces cancers surviennent à des âges relativement jeunes. Et ils sont dans la majorité des cas des cancers évitables. Le diagnostic est purement histologique.

Un accent particulier doit donc être mis sur le dépistage et la sensibilisation afin de traiter suffisamment tôt les affections prédisposantes et donc faire le diagnostic des cancers à un stade précoce.

# RECOMMANDATIONS

## **RECOMMANDATIONS**

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

### **Aux autorités sanitaires et politiques du pays**

- Établir un programme national de lutte contre le cancer.
- Fournir au registre national du cancer un appui financier et logistique.
- Mettre en place et équiper les principales structures hospitalières d'un service d'anatomie pathologie.
- Organiser des campagnes de dépistage sur les principaux cancers.

### **Au corps médical**

- Sensibiliser la population sur les différents signes d'appel des cancers.
- Pratiquer systématiquement la palpation du sein chez toutes les patientes en consultation.
- Demander systématiquement un dépistage du cancer du col chez toutes les femmes en activité génitale.
- Promouvoir la communication pour le changement de comportement des femmes en déconseillant les pratiques sociales nuisibles à la santé telles que : la précocité des rapports sexuels et du mariage.
- Remplir correctement les bulletins d'analyses ainsi que les dossiers médicaux de chaque patient.
- Rechercher et traiter correctement les infections génitales.
- Prescrire une consultation gynécologique spécialisée devant toutes anomalies constatées au niveau des organes féminins.

### **A la population**

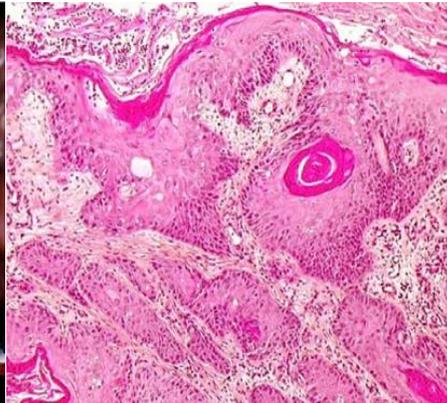
- Apprendre et pratiquer l'autopalpation des seins.
- Participer aux campagnes de dépistage du cancer du col.
- Consulter au moindre signe d'appel.
- Consulter régulièrement en cas d'antécédents familiaux de cancer du sein.
- Eviter les pratiques traditionnelles néfastes.

# ICONOGRAPHIE

## ICONOGRAPHIE



**Figure 1 :** Aspect macroscopique d'un cancer ulcéro bourgeonnant du col utérin.



**Figure 2 :** Coupe histologique d'un carcinome épidermoïde invasif.

# REFERENCES

## REFERENCES

1. N.F.M Hounkponou, L. Brun, A.Y. Ahouingnan, M.C. Balle et al aspects épidémiologiques des cancers gynécologiques et mammaires au Benin de 2005 A 2015. J SAGO Gynécologie – Obstétrique Santé Reprod [Internet].
2. GLOBOCAN 2012 : Dernières statistiques mondiales sur le cancer Estimation de l'incidence, de la mortalité et de la prévalence du cancer dans le monde en 2012 – CIRC [Internet].
3. Traore, C., Coulibaly, B., Malla, B., Kamaté, B., Keita, M., Koumaré, S., et al. (2012) Le cancer à Bamako de 2006 à 2010. Données du registre des cancers au Mali. Revue Africaine de Pathologie, 11, 3-8. - References - Scientific Research Publishing [Internet].
4. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. nov 2018;68(6):394-424.
5. Sanou S. Profil sociodémographique et tomodynamométrique du cancer du col utérin dans le service d'imagerie de l'hôpital du Mali: A propos de 64 cas. [PhD ]. USTTB; 2022.
6. Keita M, Bourama C, Saoudatou T, Samake A, Diallo M, Kone A, et al. Dépistage des Lésions Précancéreuses et Cancéreuses par les Tests Visuels à la Commune VI du District de Bamako. Health Sci Dis [Internet].
7. Mapoko BSE, Mayeh AMM, Mapenya RRM, Mbassi EDB, Okobalemba EA, Sango AJF, et al. Aspects épidémiologiques et cliniques des cancers du col de l'utérus au Cameroun: expérience de l'Hôpital Général de Douala.
8. Ivan Jovany Kanmogne. Profil épidémio-histo-pathologique et thérapeutique du cancer du col de l'utérus dans le service d'hémo-oncologie médical du chu point g. Thèse de medecine USTT-B 22-M-62;p71.
9. Touré MS, Diakité MS, Maiga MAS, Koumaré MAK, Diallo MA, Diombana MML, et al. Les Cancers Gynécologiques et Mammaires dans le district de Bamako de 2008 à 2017 : données du registre des cancers du Mali. 2008;
10. Amalric R, Brandone H, Ayme Y, et al. Le traitement conservateur des cancers du sein infra cliniques (T0N0) : A propos de 231 cas de carcinomes canaux infiltrants. Bull cancer Radiother, 1993; 80(3): 234-240. Atlas d'anatomopathologie : Collection spécial Paris VIII Cours Albert 1er.

12. Baillet F, Genestie C, Auclerc G et al. Cancer du sein. Paris: CHUPS 2004. FMPMC-PS – Cancérologie Niveau DCEM3.  
[www.chups.jussieu.fr/polys/cancero/POLY.Chp.11.html](http://www.chups.jussieu.fr/polys/cancero/POLY.Chp.11.html).
13. Bissan M. Cancer du sein: Aspects cliniques et Thérapeutiques dans le service de Chirurgie « A » du CHU du POINT G. Thèse Méd Bamako 07-M-60; p71.
14. Chevrel J-P. Abrégé d'anatomie générale. Masson, Paris : 1991: 261p.
15. Chokunonga E et coll. Cancer incidence in the population Harare zimbabwe, second results from the cancer registry 1993-1995, Int J. Cancer 2000; 85: p54-59.
16. De brux J. Collection d'histopathologie du sein. Masson, Paris : 1979 ; 299p.
17. De brux J. Collection d'histopathologie gynécologique. Masson, Paris : 1982 ; 534p.
18. Dem A, Traore B, Dieng MM, Dip PS, Ouajdi T, Latami MT, Diop M, Dangou JM, Toure P. Les cancers gynécologiques et mammaires à l'institut du cancer de Dakar. Cahier santé ; vol 18 ; n°1 janvier-mars 2008 : p26.
19. Di re E, Grosso G, Raspagliesi F, Baiocchi G. Fallopian tube cancer: Incidence and role of lymphatic spread. Gynecol. Oncol. 1996; 62: 199 - 202.
20. Dos Santos Silva I. Epidémiologie du cancer : principe et Méthodes. Lyon : centre internationale de recherche sur cancer ; 1999.
21. Giraud J R, Rotten D, Brémond A, Poulain P. Abrégés connaissances et pratique gynécologie ; 4ème éd Masson. P 8793.
22. Kanté BS. Aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers de la femme à Bamako : Données du registre des cancers de 2010 à 2011. Thèse Méd Bamako 11-M-26 ; p68.
23. La Ligue Contre Le Cancer. Les cancers de l'appareil génital. Information et prévention. Disponible sur : [www.ligue-cancer.asso.fr](http://www.ligue-cancer.asso.fr).
24. Lacy M, Hartmann L, Eeneey G, Cha S, Wieand H, Podratz X, Roche P. C-erbB-2 and p53 expression in fallopian tube carcinoma. Cancer 1995; 75, (12) : 2891-2896.

25. Larousserie F. Cancer de la vulve. Hôpital Georges Pompidou; France 2005. p40.
26. Last JM. A Dictionary of epidemiology, third edition. Oxford: university press 1995.
27. Mounkoro N. Les cancers génitaux de la femme au Mali à propos de 32 cas Thèse Méd. Bamako 1985, n°12; p 4-7.
28. Muteganya D, Bigaya T. Cancer du col utérin à propos de 35 cas au Centre hospitalier universitaire de Kamenge. Méd. d'Afrique Noire 1999; p46.
29. Ngassa P. Incidence et mortalité par cancer au Mali : Données du registre du cancer de 1995-2004. Thèse de médecine Bamako 06M44 ; p93.
30. Noel G, Genestie C, Votadoro A, Lefranc J-P. Cancers de l'endomètre. Chap10: partie2.
31. OMS .Communiqué de presse N°263 du 12 septembre .
32. OMS: la forte augmentation du cancer du sein demande des réponses.[consulté le 5 janvier 2019] [www.temoignages.re](http://www.temoignages.re).
33. SandoZ, Jovanny Tsuala Fouogue, Florent Ymele Fouelifack, Jeanne Hortence Fouedjio, Emile Telesphore Mboudou, Jean Louis Oyono Essame. Profil des cancers gynécologiques et mammaires à Yaoundé – Cameroun The Pan African Medical Journal. 2014.
34. Sangaré R. Etude des aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cancers gynécologiques et mammaires au service de gynéco-Obstétrique du CSRef C. Thèse Med. Bamako, 03-M-36; p40-55.
35. Sankaranarayanan R, Ferlay J. Worldwide burden of gynecological cancer: the size of the problem. Best Pract Res Clin obstet. gynecol. 2006;20 (2):207-25.
36. Sarakaranyanan R, Wesley R S. Guide pratique pour le dépistage visuel des néoplasies cervicales, Lyon 2004, CIRC pub technique 141 :1-16.
37. Société Française de Gynécologie et d'Obstétrique Paris 2003.[Consulté 5 janvier 2019]; Disponible sur: [www.sf-gynecologie.fr](http://www.sf-gynecologie.fr).

38. Traoré C B, Sangaré F B, Kamaté B, SyA, Traoré M, Bayo S. Etude Epidémiologique et Histopathologique des tumeurs de l’ovaire à propos de 405 cas. Bamako 2008 p13-16.
39. Uzan S, Gaudet R. Cancer du sein. Rev Prat 1998 ; 48(7): 787-796.
40. Bakayoko SM . Les Cancers Gynécologiques et Mammaires dans le district de Bamako de 2008 à 2017 : données du registre des cancers du Mali. ThèseMedBamako . 19-M-82 ;pag63.
41. Doumbia A Les cancers chez la femme dans le district de Bamako de 2008 à 2017 : données du registre des cancers du Mali. ThèseMedBamako . 19-M-53 ;pag39.
42. Diarra M. Aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers gynécologiques et mammaires: données du registre des cancers du Mali. ThèseMedBamako 16-M-17 ; p94.
43. Dem A, Traore B, Dieng MM, Dip PS, Ouajdi T, Latami MT, Diop M, Dangou JM, Toure P. Les cancers gynécologiques et mammaires à l’institut du cancer de Dakar. Cahier santé ; vol 18 ; n°1 janvier-mars 2008 : p26.
44. Maïga LB. Etude épidémiologique et histologique des cancers gynécologiques et mammaires à propos de 647cas. Thèse Méd, Bamako 06-M-329; p64-83.
45. Lankoande J, Sakande B, Ouedraogo A, Ouedraogo CM. Aspects épidémiocliniques et anatomo-pathologiques. Médecine d’Afrique Noire. 1998;4.
46. El Aarji n Les cancers du col utérin à propos de 172 cas. Thèse de Médecine Casablanca 2006 N°17.p 160.
47. Faical K Cancer du col utérin : Etudes anatomopathologiques (à propos de 86 cas). Thèse de médecine Maroc 2012, N° 051/12.
48. Kanmogne I J. profil épidémio-histo-pathologique et thérapeutique du cancer du col de l’utérus dans le service d’hémato-oncologie médical du CHU point G. Thèse de médecine au Mali 22-M-72;p50.
49. Philippe Deruelle, Olivier Graesslin, Et Claire Bonneau, Cyril Huissoud, Geoffroy Robin, Raffaëlle Fauvet collège national des gynecologue et

obstetricien francais et du collège des enseignants de gynécologie-obstétrique.  
Gynécologie Obstétrique [Internet].

50. Samaké B. Bilan du dépistage et de la prise en charge des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au centre de santé référence de la CV du district de Bamako Mali. Thèse de Médecine USTT-B 22-M-60;p75.

51. Sanogo S. étude épidémiologique et clinique du cancer du col de l'utérus localement avancé dans le service de gynécologie et obstétrique du CHU GABRIEL TOURE. Mémoire DES de gynécologie et d'obstétrique à Bamako 23-M-63;p80.

52. Uzan S, Gaudet R. Cancer du sein. Rev Prat 1998 ; 48(7): 787-796.

53. Guennoun N. Le cancer du sein chez la femme jeune : s'agit-il d'une maladie différente ? Thèse Méd Casablanca 1996 ; n°88.

54. Référentiels Onco Centre : cancers du vagin – réunion du 15 octobre 2010.

55. Di Donato V, Bellati F, Fischetti M, Plotti F. Vaginal cancer. Critical Reviews in Oncology/Hematology 81 (2012) 286–295.

56. Hellman K, Silfversward C, Nilsson B, Hellstrom AC, Frankendal B, Pettersson F. Primary carcinoma of the vagina: factors influencing the age at diagnosis. The Radium hemmet series 1956–96. Int J Gynecol Cancer 2004;14(3):491–501.



# ANNEXES

## ANNEXES

### Fiche d'exploitation

Nom.....

Prénom.....

Année...../...../.....

Centre .....

Adresse :

1=Commune 1 2=Commune 2 3=Commune 3 4=Commune 4

5=Commune 5 6=Commune 6

Tel.....

**1. Profession :**

1=Ménagère 2= Enseignante 3= Vendeuse/Commerçante 4= Etudiante/Elève

**2. Age :**

**3. Tranche d'âge :**

1=10-20 ans 2=21-30 ans 3=31-40 ans 4=41-50 ans 5=51-60 ans

6=61-70 ans 7=70 et Plus

**4. Niveau d'instruction :**

1=Primaire 2=Secondaire 3 =Supérieur 4 =Ecole coranique 5=Non scolarisé

**5. Age au premier rapport sexuel :**

**6. Statut marital :**

1=Mariée 2=Divorcée 3=Célibataire 4=Veuve

### FACTEURS DE RISQUE

**Cancers gynécologiques :**

1=Age au premier rapport sexuel 2=Partenaire nombre 3=Contraception

4=HPV 5=Notion familiale de cancer gynécologique 6=Multiparité 7=Aucun

**Cancers mammaires :**

1= Contraception 2= IMC 3=Sport 4=Notion d'autopalpation 5=Allaitement

maternel 6=Notion familiale de cancer mammaire 7=Aucun

### DEPISTAGE

**7. Centre :** 1 = CSREF CV

**8. Date de visite** ...../...../.....

**9. Type de visite :**

1 = Visite de dépistage    2 = Orienté par un CSCOM    3 = Agent de santé

**10. Période de la vie génitale :**

1= Période d'activité génitale    2= Ménopausée    3= Adolescente

**11. Utilisation d'une méthode contraceptive :**

1= Oui    2= Non

**12. Partenaire polygame :**

1= Oui    2= Non

### **MOTIF DE CONSULTATION**

**13. Signes fonctionnels des cancers gynécologiques :**

1= Métrorragies    2= Saignement post coïtal    3= Masse pelvienne

4=Aucun

**14. Signes fonctionnels des cancers mammaires :**

1= Nodule ou Tuméfaction du sein    2= Douleur mammaire

3= Ecoulement mamelonnaire    4= Aucun

### **RESULTAT DE L'EXAMEN**

**a. Cancers gynécologiques :**

**15. JSC visible :**

1= Complètement    2= Partiellement    3 = Pas du tout

**16. IVA :**

1= Non fait    2= Négatif    3= Positif

**17. IVL :**

1= Non fait    2= Négatif    3= Positif

**18. Biopsie faite :**

1= Oui    2= Non

**19. Disponibilité du résultat:**

1= Oui 2= Non

**20.** Histologie du cancer du col :

1= Carcinome épidermoïde 2= Adénocarcinome 3= Carcinome in situ

**21.** Histologie du cancer de l'endomètre :

1= Carcinome épidermoïde 2= Adénocarcinome

**22.** Histologie du cancer du vagin :

1= Carcinome épidermoïde 2= Adénocarcinome 3= Choriocarcinome

**23.** Classification de FIGO :

1= Stade I 2= Stade II 3= Stade III 4= Stade IV

**b.** Cancers mammaires :

**24.** Mammographie :

1=Oui 2= Non

**25.** Echographie :

1= Oui 2= Non

**26.** Classification ACR :

0= ACR0 1= ACR1 2= ACR2 3= ACR3 4= ACR4 5= ACR5 6= ACR6

**27.** Histologie des cancers mammaires :

1= Normale 2= CLI 3= CCINS

## **STRATEGIE THERAPEUTIQUE**

**28.** Traitement des cancers gynécologiques :

1= Conisation 2= Hysterectomie simple 3= Colpohysterectomie 4=  
Chimiothérapie 5= Radiothérapie 6= Radio-chimiothérapie concomitante 6=  
Soins palliatifs

**29.** Traitement des cancers mammaires :

1= Mastectomie 2= Radiothérapie 3= Chimiothérapie 4= Hormonothérapie 5=  
Thérapies ciblées 6= Soins palliatifs

**30.** Orienté vers l'hôpital Gabriel Toure

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom :** DIARRA      **Prénom :** Bakary      **Adresse :** Faladjè

**Tel :** (+223) 77020883      **E-mail :** diarrabakary95@gmail.com

**Nationalité :** Malienne

**Titre de la thèse :** Aspects épidémiologiques des cancers gynécologiques et mammaires dans le centre de sante de référence de la commune cinq du district sanitaire de Bamako.

**Année universitaire :** 2021-2023

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali (FMOS).

**Secteur d'intérêt :** Anatomopathologie, Oncologie, Gynécologie.

**Résumé :** Notre étude avait pour but de déterminer les aspects épidémiologiques des cancers gynécologiques et mammaires dans le centre de santé de référence de la commune cinq du district sanitaire de Bamako. Il s'agissait d'une étude rétrospective des cas de cancers colligés de 2010 à 2022. Cette étude a permis de collecter 234 cas de cancers gynécologiques et mammaires, sur un ensemble de 31293 cas de cancers enregistrés chez la femme soit 0,74%. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 51 - 60 ans soit 27,8%. La moyenne d'âge était de  $45,71 \pm 6,23$  ans avec des extrêmes de 21 et 90 ans. Par ordre de fréquence, les principaux organes étaient : le col avec 213 cas soit 91% suivi par le sein avec 16 cas soit 6,8%, puis l'endometre avec 2 cas soit 0,9%, et le vagin avec 2 cas 0,9% et enfin le col et sein avec 1 soient 0,4%. Les cancers gynécologiques et mammaires sont fréquents et présentent les caractéristiques des cancers des pays en développement. Des efforts restent à faire pour la vulgarisation des campagnes de dépistage.

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

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être 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 à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

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

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

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure !**