

**Année 1985**

**N**

**Contribution à l'Etude des Metrorragies  
Post - Menopausiques  
(A propos de 55 cas à Bamako)**

**THESE :**

présentée et soutenue publiquement le ..... Décembre 1985 devant l'Ecole Nationale  
de Médecine et de Pharmacie du Mali

**Par :**

**Amadou Kola KASSAMBARA**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine**

**(DIPLOME D'ETAT)**

**EXAMINATEURS**

<b>Président :</b>	<b>Professeur Mamadou Lamine TRAORE</b>
	<b>Docteur : Issa TRAORE</b>
<b>Membres :</b>	<b>Docteur : Salif DIAKITE</b>
	<b>Docteur : M<sup>me</sup> SY Aïssata SOW</b>

- ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI -

ANNEE ACADMIQUE : 1983- 1984.

Directeur Général : Professeur ALIOU BA

Directeur Général Adjoint : Professeur BOCAR SALL

Secrétaire Général : Monsieur DOUCOURE

Econome : Monsieur Philippe DOLO

Conseiller Technique : Professeur Philippe RANQUE

Professeurs Missionnaires

Professeur	SADIO	SYLLA : Anatomie
"	FRANCOIS	MIRANDA: Biochimie
"	MICHEL	QUILICI: Immunologie
"	HUBERT	GIONO BARBER: Pharmacologie
"	JACQUE	JOSSSELIN : Biochimie
"	ALAIN	GERAULT : Biochimie
"	J.P.	MARTINEAUD : Physiologie
DOCTEUR	BERNARD	LANDRIEU : Biochimie
"	GERAD	TOURANE : Psychiatrie
Madame	PAULA	GIONO BARBER: Anatomie-physiologie humaine
DOCTEUR	JEAN-PIERRE	BISSET : Biochimie
Madame	THERESE	FARES : Anatomie-physiologie humaine
Monsieur	MOCTAR	WADE : Bibliographie
Docteur	EMILE	LOREAL : O.R.L.

Professeurs residant à BAMAKO

Professeur ALIOU BA : Ophtalmologie  
-"- BOCAR SALL : Orthopedie- traumatologie- secourisme  
-"- MAMADOU DEMBELE : Chirurgie générale  
-"- Mohamed TOURE : Pediatrie  
-"- SOULEYMANE SANGARE: Pneumo-phtisiologie  
-"- MAMADOU KOUFARE : Pharmacologie-matière médicale  
-"- MAMADOU LAMINE TRAORE : Chirurgie- medecine legale-obstetrique  
-"- ALY GUINDO : Gastro-enterologie  
-"- ABDOULAYE AG RHALY : Medecine Interne  
-"- SIDI YAYA SIMAGA : Santé Publique  
-"- SINE BAYO : Histo-embryo-anatomie-pathologie  
-"- ABDEL KARIM KOUFARE : Anatomie-chirurgie générale  
-"- BREMA KOUFARE : Bacteriologie  
-"- MAMADOU KOUREISSI TOURE : Cardiologie  
-"- YAYA FOFANA : Hematologie  
-"- PHILIPPE RANGUE : Parasitologie  
-"- BOUBA DIARRA : Microbiologie  
-"- SALIKOU SANOGO : Physique  
-"- NIAMENTO DIARRA: Mathematique  
-"- OULAR COULIBALY : Chimie organique  
-"- MAHAMANE MAIGA : Nephrologie.

Assistants Chef de clinique

DOCTEUR	ABDOURHAMANE	SIDEYE	MAIGA	: Parasitologie
"	SORY	IBRAHIM	KABA	: Santé Publique
"	MOCTAR		DIOP	: Semiologie chirurgicale
"	BALLA		COULIBALY	: Pédiatrie- Médecine de travail
"	BENITIENI		FOFANA	: Obstétrique
"	BOUBACAR		CISSE	: Toxicologie-hydrologie
"	Mme SY	AISSATA	SOW	: Gynécologie
"	SOULEYMANE		DIA	: Pharmacie chimique
"	YACOUBA		COULIBALY	: Stomatologie
"	SANOUSI		KONATE	: Santé Publique
"	ISSA		TRAORE	: Radiologie
"	GROSSE		TETE	: Dermatologie-venerologie-leprologie
"	JEAN		PIERRE COUDRAY	: psychiatrie
"	ABDOU	ALASSANE	TOURE	: Chirurgie orthopedique- traumatologie

Chargés de cours

DOCTEUR	GERARD		GAUCHOT	: Microbiologie
"	GERARD		TRUSCHEL	: Anatomie-semiologie chirurgicale
"	BOULKA	SSOUM	HAIDARA	: galénique-dietetique
"	SALIF		Ouattara	: Urologie
DOCTEUR	ABDOURHAMANE		SIDEYE	: Parasitologie
"	SABOU		MAIGA	: Galénique
"	ABDOULAYE		DIALLO	: Santé Publique
"			DIOP	: Semiologie chirurgicale
Professeur	N'GOLO		DIARRA	: Botanique cryptogamie-biovegetale
"	BALLA		COULIBALY	: Pédiatrie- Médecine de travail
DOCTEUR	MASSAOULE		SAMAKE	: Gynécologie
"	BENITIENI		FOFANA	: Obstétrique
"	SOULEYMANE		TRAORE	: Physiologie générale
"	BOUBACAR		CISSE	: Toxicologie-hydrologie
"	SALIF		DIAKITE	: Gynécologie
"	Mme SY	AISSATA	SOW	: Gynécologie
"	MAMADOU		DIOMBANA	: Stomatologie
"	SOULEYMANE		DIA	: Pharmacie chimique
MONSIEUR	Cheick Tidiani		TANDIA	: Hygiène du milieu
"	YACOUBA		COULIBALY	: Stomatologie
Professeur	SOULEYMANE		TRAORE	: Physiologie générale.
"	SANOUSI		KONATE	: Santé Publique
"	ISSA		TRAORE	: Radiologie
"	GROSSE		TETE	: Dermatologie-venerologie-leprologie
"	JEAN		PIERRE COUDRAY	: psychiatrie
"	ABDOU	ALASSANE	TOURE	: Chirurgie orthopedique- traumatologie

Chargés de cours

DOCTEUR	GERARD		GAUCHOT	: Microbiologie
"	GERARD		TRUSCHEL	: Anatomie-semiologie chirurgicale
"	BOULKA	SSOUM	HAIDARA	: galénique-dietetique
"	SALIF		Ouattara	: Urologie
DOCTEUR	ABDOURHAMANE		SIDEYE	: Parasitologie
"	SABOU		MAIGA	: Galénique
"	ABDOULAYE		DIALLO	: Santé Publique
"			DIOP	: Semiologie chirurgicale
Professeur	N'GOLO		DIARRA	: Botanique cryptogamie-biovegetale
"	BALLA		COULIBALY	: Pédiatrie- Médecine de travail
DOCTEUR	MASSAOULE		SAMAKE	: Gynécologie
"	BENITIENI		FOFANA	: Obstétrique
"	SOULEYMANE		TRAORE	: Physiologie générale
"	BOUBACAR		CISSE	: Toxicologie-hydrologie
"	SALIF		DIAKITE	: Gynécologie
"	Mme SY	AISSATA	SOW	: Gynécologie
"	MAMADOU		DIOMBANA	: Stomatologie
"	SOULEYMANE		DIA	: Pharmacie chimique
MONSIEUR	Cheick Tidiani		TANDIA	: Hygiène du milieu
"	YACOUBA		COULIBALY	: Stomatologie
Professeur	SOULEYMANE		TRAORE	: Physiologie générale.
"	SANOUSI		KONATE	: Santé Publique
"	ISSA		TRAORE	: Radiologie
"	GROSSE		TETE	: Dermatologie-venerologie-leprologie
"	JEAN		PIERRE COUDRAY	: psychiatrie
"	ABDOU	ALASSANE	TOURE	: Chirurgie orthopedique- traumatologie

JE DEDIE CE TRAVAIL

A mes parents

A mes grands-parents

ce travail est le fruit de vos bénédictions

Aux familles :

COULIBALY de SAH et de SARAFERE

FASCOYE à TOMBOUCTOU

KANADJIGUI à BAMAKO

A BACO COULIBALY : vous avez su me consoler durant les moments difficiles. Profonde reconnaissance.

A tous mes amis et camarades

- ADAMA	COULIBALY
- AMADOU	CISSE
- BOUREIMA	TIEMINTA
- ALIOU	YATTARA
- ABDOULA YE	KANADJIGUI
- BOUBACAR	DJIRE
- ABDOULA YE	COULIBALY
- ABDOU	SACKO
- TIEFING	SANGARE
- HASSENE	TANGARA
- FATOU	THIAM
- FANTA	NIARE
- DJENEBA	NIAGANDO
- KOTIE	TRAORE

Mes remerciements aux uns, courage aux autres.

Aux regrettés :

MAHAMANE	TRAORE
AMADOU	MAMA
PATE	COULIBALY

...../.....

A mes collègues :

HASSANE	TANGARA
MAMADOU	SANOGO
KASSIM	TRAORE
ALY	CISSE
MOUSSA	SANGARE
GENEVIEVE	DIAKITE

En souvenir de nos longues années d'étude.

Aux sages-femmes et infirmières de la PMI de Niaréla et H.G.T.

Mme HALAOU	MARIAM	CAMARA
Mme KANE	ALIMA	DIAKITE
Mme TOURE	NANA	CISSE
Mme SALL	KADIATOU	DIA
Mme KEITA	NA	DIABATE
Mme KEITA	NIAGALE	KEITA
Mme TRAORE	MAIMOUNA	KONARE

Ce travail est le fruit d'une franche et loyale collaboration. Notre souhait est qu'elle puisse rester intacte dans le temps.

Mes remerciements aux Docteurs :

MASSAOULE	SANAKE
SALIF	DIAKITE
MACALOU	

Et à tous ceux qui ont contribué à la réussite de ce projet.

Aux sages-femmes et infirmières de la PMI de Niaréla et H.G.T.

Mme HALAOU	MARIAM	CAMARA
Mme KANE	ALIMA	DIAKITE
Mme TOURE	NANA	CISSE
Mme SALL	KADIATOU	DIA
Mme KEITA	NA	DIABATE
Mme KEITA	NIAGALE	KEITA
Mme TRAORE	MAIMOUNA	KONARE

En souvenir de nos longues années d'étude.

Aux sages-femmes et infirmières de la PMI de Niaréla et H.G.T.

Mme HALAOU	MARIAM	CAMARA
Mme KANE	ALIMA	DIAKITE
Mme TOURE	NANA	CISSE
Mme SALL	KADIATOU	DIA
Mme KEITA	NA	DIABATE
Mme KEITA	NIAGALE	KEITA
Mme TRAORE	MAIMOUNA	KONARE

A tous ceux qui luttent contre la maladie, la faim, la misère et l'injustice.



Au President de notre Jury

Le Professeur MAMADOU LAMINE TRAORE - BAMAKO -

Chirurgie-Medecine l'agle-obstetrique

Eminent homme de Science.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant, au detrimant de vos multiples occupations, de presider le jury de ce travail qu'il nous est agreable de soumettre à votre appreciation.

Veillez trouver ici l'expression de notre sincere reconnaissance, notre profond respect envers vous et toute notre admiration.

Soyez assure de notre profonde gratitude.

DOCTEUR ISSA TIRE ORE - BAKO -

Radiologie.

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de faire partie de notre jury de thèse.

Nous avons beaucoup apprécié votre excellente manière de dispenser vos cours et votre qualité d'homme de Science.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

DOCTEUR SALIF DIAKITE

Gynecologie BAKKO

Nous sommes très heureux de vous compter parmi les membres de notre jury.

Le devouement et le serieux dans le travail qui vous caractérise font de vous une source d'inspiration.

Vous avez su nous faire bénéficier pleinement de votre talent de gynecologue.

Soyez assuré de notre profonde gratitude.

A notre maître de thèse

Docteur Mme SY AISSATA SOW Gynecologie - BAMAKO -

Vous nous avez fait l'honneur de nous confier ce travail dont vous avez suivi la réalisation.

J'ai été très tôt conquis par la clarté de votre enseignement avant même d'avoir bénéficié de votre expérience gynécologique.

Votre ardeur au travail m'a enthousiasmé et formé. Vous avez guidé mes premiers pas en gynécologie et m'aviez fait entrevoir qu'au delà de la maladie il ya l'homme que le medecin ne doit pas négliger.

Après de vous, nous avons appris la rigueur et la constante dans le travail au cours duquel votre tenacite et votre ardeur sont pour nous un exemple de soutien.

Soyez assurés de notre profonde gratitude.

S O M M A I R E

I	-	INTRODUCTION
a	)	Généralités
b	)	Définitions - Limites du sujet
c	)	Rappel Physiologique
II	-	METHODE DE TRAVAIL
III	-	RESULTATS DE NOS INVESTIGATIONS
IV	-	LES ENTHOLOGIES RENCONTREES
V	-	ANALYSES - COMMENTAIRES
VI	-	CONCLUSIONS GENERALES
VII	-	BIBLIOGRAPHIE

## I - INTRODUCTION

### a) Généralités

Les métrorragies post-ménopausiques, motifs fréquents de consultation constituent un syndrome inquiétant pour la patiente et le médecin.

Devant des métrorragies post-ménopausiques la première préoccupation du médecin est d'éliminer l'existence d'une lésion maligne.

Avec l'amélioration du niveau de vie, l'espérance de vie des femmes s'est considérablement allongée, ainsi les femmes atteignant le 3e âge sont de plus en plus nombreuses. Elles atteignent cet âge alors qu'elles sont en pleine vitalité physique et doivent y passer les 30 dernières années de leur vie.

Le médecin sera donc de plus en plus confronté aux problèmes de la femme ménopausée et de toutes ces complications parmi lesquelles il faut souligner les métrorragies post-ménopausiques.

Les femmes ne veulent plus vivre cette période du 3e âge avec ces complications comme une calamité inéluctable.

Ce phénomène social n'est pas propre aux pays occidentaux, mais au Mali également nous constatons que les femmes ménopausées ne restent plus à l'écart dans la société et viennent souvent consulter :

- soit pour des problèmes d'ordre sexuel,
- soit pour une demande de cycles artificiels : la société a toujours voulu que la femme ménopausée soit une femme asexuée mise à l'écart du fait que l'arrêt des menstrues signifie la fin de toutes relations intimes avec le mari,
- soit enfin pour d'autres motifs : leucorrhées, métrorragies etc.

Ce modeste travail a pour but d'étudier les métrorragies post-ménopausiques à BAKKO ( dans un centre de consultation externe PHU de Niakélé et dans un service d'hospitalisation Hopital Gabriel TOURÉ ).

Cette étude comportera :

- 1°) l'évaluation de leur fréquence.
- 2°) l'approche diagnostique.
- 3°) les étiologies rencontrées.

### b) Définitions - Limites du sujet

1°) Par définition le terme : métrorragie signifie l'issue de sang venant de l'utérus ( Nous éliminerons donc de notre étude les hémorragies d'origine vulvaire, vaginale, les rectorragies et les hématuries ).

2°) Periode post-ménopausique, nous avons pris comme critère de post-ménopause un délai de deux (2) ans depuis l'arrêt total de la menstruation. Ce délai sert de base à la majorité des auteurs; la ménopause elle-même étant la cessation des menstruations du fait de l'épuisement progressif des follicules ovariens. Il s'agit d'une longue période de transformation physiologique où la disparition du phénomène menstruel n'est qu'épisodique.

Influence de certains facteurs sur l'âge de la ménopause

L'âge moyen de la ménopause varie avec les races, la parité, l'allaitement, des facteurs socio-économiques et constitutionnels.

- La race : les femmes de race blanche semblent ménopausées plus tard, mais les études menées par ABRAHAMSON ( 1 ) et BENJAMIN ( 11 ) ont été effectuées en Afrique du Sud sur des populations blanches et noires n'ayant sans doute pas le même statut socio-économique et la même parité etc...

De même aux Etats-Unis d'Amérique MAC MAHON (85) et WORCESTER (85) ont comparé l'âge moyen de la ménopause pour une population de femmes noires et de femmes blanches qui diffèrent par bien d'autres éléments que la race.

- Parité- Allaitement : on a initialement pensé que de nombreuses grossesses et de périodes d'allaitement prolongé épuisaient les forces reproductives et entraînaient une ménopause précoce, mais SANES (126) rejeta cette idée et démontra le fait contraire.

Il semble que l'âge de la ménopause s'élève de façon significative avec le nombre d'enfants jusqu'à quatre (4), au dessus duquel la relation s'inverse selon BRAND ( 17 ).

- Les facteurs socio-économiques : Il semble exister une relation entre travail et ménopause. Les femmes à la maison ont une ménopause plus tardive que celles qui travaillent à l'extérieur selon MAGLISKY (88) et BRAND ( 17 ). Les femmes dans les affaires ou les professions libérales sont ménopausées plus tôt, mais ce sont les employées, les secrétaires, les assistantes qui ont l'âge de ménopause le plus bas. On pensait que les femmes des classes les plus favorisées étaient tardivement ménopausées selon SOBERO ( 137 ) et JAZMANN (69), MAC MAHON ( 85 ) et WORCESTER ( 85 ) n'ont pas retrouvé ce fait.

L'âge moyen de la ménopause se situe dans les études de ces 50 dernières années entre 47 et 50 ans : SCHEAFFER et coll ( 130 ) selon eux 47,26 ans, pour NORRIS ( 103 ) 47,89 ans, pour BRAND ( 17 ) 49,8 ans et 51,5 ans, la moyenne de ces résultats étant de 50,4 ans; LEHERT ( 82 ) et CHRISTOPHERSON ( 23 ) 50,2 ans.

Au Mali l'âge moyen de survenu de la ménopause est de 48 ans, au Sénégal cet âge est de 50 ans selon les études de SIAGA et coll ( 135 ).

c) Rappel Physiologique

L'âge de la ménopause dans l'espèce humaine ne parait modifier ni par l'âge des premières règles, ni par la contraception.

La ménopause évolue sur plusieurs années, elle est divisée en trois stades :

- la prémenopause
- la ménopause
- la post-ménopause.

1°) la prémenopause : aspects endocriniens, et histologiques.

elle débute avec la disparition des ovulations donc de la sécrétion lutéinique et finit avec l'épuisement de la production des strogènes.

Les règles sont conservées mais troublées dans leur chronologie et dans leur intensité. La carence lutéale et l'hyperfolliculinie relative consecutive déterminent au niveau de l'endomètre des modifications discrètes. Certains tubes glandulaires sont bordés d'un épithélium de revêtement prolifératif. D'autres présentent des invaginations. Le stroma est dense, riche en fibroblastes qui présente souvent des figures de mitoses. Les artérioles sont dystrophiques.

2°) La ménopause : aspects endocriniens et histologiques :

Le capital folliculaire disparaît d'où l'infécondité. Les modifications profondes de la fonction endocrine de l'ovaire, entraînent une anovulation et une amenorrhée. La production ovarienne de progesterone s'effondre puis s'arrête, la sécrétion d'estradiol persiste longtemps.

L'endomètre est d'aspect plus ou moins quiescent à couche basale bien apparence. Parfois on peut observer des glandes microkystiques revêtues d'un épithélium aplati. Le chorion cytogène est fibreux, les artérioles sont absentes.

3°) La post-ménopause : Aspects endocriniens et histologiques . ( ménopause senile atrophique ).

La faillite de la fonction folliculaire avec carence œstrogénique, au long cours entraînent des modifications périphériques des organes cibles sur lesquels elle agissait :

- Les modifications morphologiques

La silhouette s'alourdit; il existe une diminution progressive de la taille et une accentuation des courbures rachidiennes.



La pilosité sexuelle diminue alors que la pilosité du visage et des membres se développe parfois.

La peau perd son élasticité et se ride; sa teneur en eau diminue, la séborrhée augmente souvent.

- Modifications des organes génitaux

Les seins se ptosent. Les sécrétions cervicales et vaginales tarissent, les muqueuses deviennent pâles et dépourvues de DODERLEIN; à la longue elles s'atrophient, la dyspareunie est fréquente.

L'atrophie vulvo-vaginale est responsable de lésions dermatologiques, la plus fréquente est le lichen scléro-atrophique intéressant le périnée et dont le point de départ se situe sur les grandes lèvres. Les vaginites à germes banaux, à candida et à trichomonas sont fréquentes.

Les organes génitaux internes involuent : les trompes s'atrophient, l'utérus diminue de volume; le col se resserre. L'aménorrhée est absolue et toute métrorragie est pathologique et doit faire rechercher un cancer génital en particulier de l'endomètre.

- Modifications psychologiques

L'image corporelle que ces femmes à cet âge ont d'elles même est surtout à l'origine des troubles de rythme de tendance dépressive, et une baisse de l'activité générale.

- Les dosages hormonaux

Les dosages hormonaux montrent que le pregnandiol reste bas, le taux des œstrogènes est aussi bas. À cette insuffisance ovarienne correspond une élévation de la L.H. qui a perdu son caractère cyclique également une élévation de la F.S.H. aussi. Cette élévation est due à la suppression des régulateurs hypophysaires que constituent les stéroïdes ovariens. Elle témoigne en outre de la relative irréceptibilité folliculaire de l'ovaire aux gonadotrophines endogènes.

D'autre part l'hypophyse de la femme ménopausée est fonctionnelle jusqu'à un âge avancé. Une forte dose d'œstradiol en injection intra-veineuse entraîne une chute rapide de la L.H. dans les 24 heures et moins de F.S.H. Ce qui démontre la responsabilité de l'ovaire dans la genèse de la ménopause.

Les ovaires leur taille est réduite avec quelques ovocytes en état de dégénérescence.

Histochimie ovarienne : Le stroma ovarien de la femme ménopausée métabolise des composés androgéniques. Une sécrétion d'œstrogènes persiste après la ménopause. L'origine serait mixte surrenalienne et ovarienne par les cellules du stroma cortical en cas d'hyperplasie.

Sur le plan histologique, l'endomètre s'atrophie, les tubes glandulaires sont rares, de petites tailles, revêtus d'un épithélium cubique ou aplati.

Le stroma cytogène est dense, riche en fibres, reticuliques et en fibres collagéniques lui donnant un aspect fibreux. Les artérioles spiralées sont totalement absentes. Les artères basales à paroi fibro-scléreuse se ramifient en un réseau de capillaires fins.

Sur les frottis post-ménopausiques, on remarque des cellules arrondies de types parabasales ou intermédiaires très immatures. On note souvent une cyanophilie intense de certaines cellules.

1-11-1954

1-11-1954

/ II - NOTRE METHODE DE TRAVAIL

Ce présent travail a été effectué à l'Hopital Gabriel TOURE et à la PMI de Niakara où le gros du travail a été fait; il n'y a pas de service d'hospitalisation, toutes les malades sont vues en consultation externe. Il nous est arrivé souvent d'aller recueillir des patientes au fin fond de Sisoroni pour compléter notre bilan paraclinique. Certaines patientes ne reviennent plus après la première ou la deuxième consultation.

Chaque patiente a eu :

- un interrogatoire ( fiche de consultation )
- un examen clinique
- des examens complémentaires.

Ce travail, vous vous en doutez n'a pas été une tâche facile :

\* d'une part par le refus de ces patientes de se faire examiner souvent par un jeune et de surcroît de sexe masculin.

\* d'autre part en raison des difficultés inhérentes à l'examen gynécologique chez la femme ménopausée.

\* Enfin par le problème financier qui s'est posé chaque fois qu'il a fallu réaliser des examens paracliniques .

Il a fallu donc toute l'abnégation et le savoir faire des sages-femmes pour que l'examen puisse être fait correctement.

Chaque patiente a eu :

- un frottis cervico-vaginal de dépistage
- une hystérosalpingographie
- une biopsie de l'endomètre ( 50/55 )
- un dosage de la glycémie.

Fiche d'enquête type ( collecte des informations )

1°) Les données d'indentification

NOM - PRENOM - Âge civil - Profession - Domicile - Ethnie - Religion  
Niveau social.

2°) Histoire des metrorragies

- Date de debut
- Abondance
- Periodicité
- Couleur
- Signes d'accompagnement

3°) Antécédents gyneco-obstetricaux

- Date des premières règles
- Date des dernières règles
- Affections génitales
- Nombre de grossesses
- Nombre de fausses couches
- Césarienne
- Sterilité
- Traitements oestroprogestatifs
- Contraception
- Autres.

4°) Antécédents personnels et familiaux

- Mariée
- Célibataire
- Veuve
- Mère - Sœurs ( pour la même maladie )
- Autres.

5°) Antécédents médicaux

- Hypertension artérielle
- Diabète
- Obésité
- Autres.

6°) L'Examen clinique

- Examen général
- Examen gynécologique : Inspection, palpation, examen speculum, toucher vaginal, toucher rectal.

- Poids
- Tension arterielle

7°) Les Examens complementaires

- Prelèvements vaginaux
- Frottis cervico-vaginaux de depistage
- Hysterosalpingographie
- Biopsie de l'endomètre
- Dosage de la glycemie.

- Poids
- Tension arterielle

7°) Les Examens complementaires

- Prelèvements vaginaux
- Frottis cervico-vaginaux de depistage
- Hysterosalpingographie
- Biopsie de l'endomètre
- Dosage de la glycemie.

Nous expliquons les raisons du choix des différentes rubriques de la fiche d'enquête type ; rubrique après rubrique.

1°) Les données d'identification.

Elles sont constituées par le nom, le prénom, l'âge civil, la profession, le domicile, l'ethnie, la religion et le niveau social.

Ces données nous permettent de fichier la malade et éventuellement de la convoquer en cas de besoin.

Dans cette rubrique c'est surtout l'âge de la femme et la date d'installation de la ménopause qui sont très importants; car l'âge constitue un facteur de risque de cancer. Le cancer de l'endomètre est une affection de la femme âgée d'après NOVAK ( 104 ) lors du diagnostic du cancer de l'endomètre trois femmes sur quatre sont ménopausées; 15% sont en cours de ménopause et une femme sur 10 est en règle.

L'âge moyen de survenue d'un cancer de l'endomètre est apprécié diversement selon les auteurs : 57 ans pour MORTON ( 94 ) et NOVAK ( 104 ) ; 60 ans pour CHRISTOPHERSON ( 23 ) ; 62,9 ans pour LYNCH ( 84 ), enfin au Sénégal selon SIMAGA et coll ( 135 ) cet âge est de 50 ans environ.

2°) Histoire de la maladie ( Métrorragies)

Elle nous permet de situer le début des métrorragies, leurs caractères ainsi que les signes d'accompagnement.

3°) Les antécédents Gyneco-Obstetricaux.

Ces antécédents peuvent avoir une importance particulière dans la survenue du cancer. Certaines affections génitales constituent des facteurs de risque du cancer de l'endomètre, car elles peuvent dégénérer. Il s'agit d'une polypose de l'endomètre, une hyperplasie de l'endomètre, un fibrome utérin.

La Parité : en Europe comme en Amérique du Nord le cancer de l'endomètre serait fréquent chez les femmes célibataires, en cas d'hypofécondité avec une première grossesse tardive, chez les femmes stériles.

Au Sénégal le cancer de l'endomètre serait fréquent chez les multipares selon SIMAGA et coll ( 135 ).

Nous essayons d'établir une relation cancer de l'endomètre et parité au Mali.

Les traitements oestroprogestatifs : ils sont les causes fréquentes de saignements post-ménopausés, surtout dans les pays occidentaux.

Chez nous au Mali à Bamako, les traitements hormonaux substitutifs commencent seulement à être utilisés. Nous nous informons également de l'utilisation d'anticoagulants pouvant être causes de saignements post-ménopausiques.

#### 4°) Les Antécédents personnels et familiaux

- les antécédents matrimoniaux : mariée, célibataire, veuve, divorcée.
- il existe des familles de cancer : ainsi LYNCH ( 84 ) et LAU ( 80 ) sur 1540 observations ils ont retrouvé seulement dans 13 % des cas un cancer de l'endomètre chez la mère ou chez la fille.

#### 5°) Les Antécédents Médicaux

L'hypertension artérielle ( H.T.A ) et le diabète constituent un terrain de risque du cancer de l'endomètre. La responsabilité de l'H.T.A. a été avancée et l'association H.T.A. - cancer de l'endomètre a été retrouvée dans 40 à 65 % des cas selon les auteurs .

Le cancer des organes hormono-dépendants est plus fréquent chez les diabétiques d'après GLICKMAN ( 53 ). Certains auteurs comme MAC MAHON ( 86 ) pensent que les femmes diabétiques ont un risque 2,8 fois plus grand que les autres à développer un cancer de l'endomètre.

L'obésité : c'est un facteur de risque du cancer de l'endomètre. Ce facteur est retrouvé à des taux variables : 47 % pour ANDERSON ( 4 ), 50 % pour WAY ( 145 ), 64 % pour BOUPSELIS ( 16 ), 80 % pour PARSON ( 111 ) et LYNCH ( 84 ).

L'obésité doit être considérée comme un haut risque.

#### 6°) L'Examen Clinique

Il constitue un temps important de l'approche diagnostique et permet d'orienter les différentes investigations complémentaires.

#### 7°) Les Examens paracliniques

Ils constituent la clé de voûte du diagnostic devant une métrorragie post-ménopausique. Toutes les investigations paracliniques n'ont pu être réalisées faute de moyens matériels.



A) L. INTERROGATOIRE

Nous avons eu à interroger 55 patientes. L'âge moyen de ces malades est de 48 ans; leur âge est compris entre 45 et 63 ans.

Les malades venaient de la ville de Bamako ainsi que d'autres localités du pays. Elles sont toutes musulmanes, ménagères ou vendeuses, à bas niveau socio-économique.

Dans la majorité des cas elles sont multipares ( 40/55 ) mariées ( 47/55 ).

Le motif de la consultation chez toutes ces femmes était l'apparition d'hémorragie génitale.

Ces hémorragies ont été précédées de douleurs pelviennes, de tension mammaire et de douleurs articulaires et musculaires.

Les caractères des métrorragies : celles-ci peuvent être provoquées ou spontanées; elles peuvent rappeler les vraies menstruations si elles ont été précédées d'une tension mammaire et de douleurs pelviennes.

L'abondance de ces métrorragies est variable; pertes discrètes<sup>le</sup> plus souvent ou hémorragiques rappelant les règles. Il peut s'agir de sang rouge, noir ou rosé. La perte de sang peut être unique ou répétée. Certains signes peuvent l'accompagner et avoir une certaine valeur d'orientation: léucorrhées, algies pelviennes, dyspareunie, troubles urinaires, et digestifs.

La date de survenue de ces métrorragies varie de 15 jours à 6 mois.

Les antécédents gynéco-obstétricaux: une irrégularité du cycle, une dysménorrhée au cours de la vie génitale active ont été retrouvés. Des antécédents de métrorragies ou de ménométrorragies ont été également signalés par certaines patientes.

Egalement les antécédents d'infection génito-urinaire, des avortements provoqués ou spontanés et parfois un accouchement laborieux ont été retrouvés.

A remarquer qu'aucune notion de traitements oestroprogestatifs ou androgéniques, de contraception n'a été retrouvée chez ces femmes.

Les antécédents médicaux : des antécédents de gastrites, de douleurs articulaires, une hypertension artérielle, une obésité ont été signalés. Aucune notion de diabète connue n'a été retrouvée au cours de l'interrogatoire.

B ) L'EXAMEN CLINIQUE

1°) L'examen général : il permet de noter une obésité, une hypertension artérielle, une pathologie cardio-respiratoire.

Enfin nous terminons cet examen général par la palpation du foie, de la rate, et des aires ganglionnaires.

2°) L'examen gynécologique

a) l'inspection : la femme est installée sur une table gynécologique.

Nous apprécions l'aspect des organes génitaux externes, l'existence ou non de leucorrhées, l'état des caractères sexuels, la trophicité vulvaire, des lésions cutanéomuqueuses.

b) la palpation : à la palpation nous recherchons une tumefaction hypogastrique, une ascite ou éventuelles adénopathies inguinale ou crurale.

c) L'examen au speculum : cet examen se fait avec un petit speculum. Il doit être fait avec douceur car ce vagin atrophique a les parois fragiles saignant au moindre traumatisme. Il nous renseigne sur l'état des parois vaginales leurs aspects, la position et l'état du col, ainsi que la provenance de l'hémorragies et des leucorrhées.

L'examen au speculum est complété par le toucher vaginal.

d) le toucher vaginal : il permet d'apprécier la taille, la position, la mobilité, la consistance de l'utérus ; une sensibilité utéro-annexielle, l'existence ou non de tumeurs annexielle. Le toucher vaginal doit être fait avec tact et douceur et s'est avéré souvent difficile chez des patientes présentant une certaine obésité.

L'examen clinique s'achève par le toucher rectal. Il n'a pas été systématique; cependant certains organes ( paramètres et les ligaments utéro-sacrés ) sont mieux appréciés par latoucher rectal en cas d'extention néoplasique.

L'examen clinique terminé, nous procédons d'emblée à un traitement anti-infectieux devant toute vulvo-vaginite ou toute sensibilité utéro-annexielle afin d'entreprendre des manoeuvres endo-uterines.

Nous n'avons pas fait de prélèvement vaginal avec antibiogramme que chez des patientes avec suspicion de vulvo-vaginite ou de coulement purulents compte tenu du coût des prélèvements.

Il existe toute une série d'examens paracliniques pour l'approche diagnostique, malheureusement par manque de moyen matériel toutes ces investigations n'ont pu être faites; seules quelques unes ont été réalisées.

C ) LES EXAMENS PARACLINIQUES

Ils ont pour but de dépister des lésions malignes.

1°) Les prélèvements vaginaux : ils ont pour but l'étude bactériologique et parasitologique des sécrétions vulvo-vaginales. Les femmes sont envoyées au laboratoire de l'I.N.R.S.P. pour les prélèvements.

A rappeler qu'ils n'ont pas été fait systématiquement seulement en cas de vulvo-vaginite, ou des écoulements purulents venant de l'utérus.

2°) Les frottis cervico-vaginaux de dépistage ( exo et endocol ).

Ils ont pour but le dépistage du cancer du col. Ils consistent en une étude microscopique des cellules du col et du vagin après coloration.

La matériel nécessaire pour la réalisation d'un frottis : spatule d'AYRE ; une lame en verre, du coton, le colorant, un écouvillon pour le prélèvement de l'endocol.

Technique : après mise en place du spéculum, on recueille à l'aide de la spatule d'AYRE les cellules du cul-de-sac vaginal postérieur, de l'exocol, et d'un écouvillon pour l'endocol. Ces prélèvements sont étalés sur la lame en verre puis colorés.

Les précautions à prendre : avant l'examen interdiction d'usage de lubrifiant et d'infection vaginale ou de relation sexuelle dans les 24 heures précédentes.

3°) Le test de SCHILLER

C'est une épreuve destinée à révéler les lésions précancéreuses du col utérin. Elle consiste à imprégner le museau de tanche avec la solution iodo-iodurée de lugol, qui colore en brun accajou les zones riches en glycogène et ne colore pas les zones d'épithélium pathologique. En cas d'hypofolliculinie la muqueuse prend une coloration jaune chamois.

4°) La ponction du Douglass.

C'est un examen simple. Il consiste à piquer le cul-de-sac du douglass à l'aide d'une aiguille mince d'une seringue; puis on aspire afin de ramener du liquide péritonéal. Au cours des métrorragies post-ménopausiques elle permet l'étude cytologique du liquide péritonéal.

...../.....

5°) La Colposcopie : Le colposcope est un instrument pouvant être comparé à une grosse loupe. C'est une lunette binoculaire avec éclairage incorporé.

Technique : après mise en place du speculum et nettoyage des secretions cervicales et vaginales on applique sur le col une solution d'acide acétique et du lugol, l'on regarde à la loupe, observation du col et du vagin à des grossissements de 10 à 15 fois. Elle sera accompagnée de biopsie en cas de lésions douteuses ou évidentes. Le but de l'examen est le dépistage du cancer cervical et des lésions précancéreuses du col.

Précautions : pas d'infections vaginales 48 heures avant l'examen.

6°) Les frottis endométriaux :

Ils consistent en une étude cytologique des cellules endométriales après coloration.

Technique : après mise en place du speculum et nettoyage des secretions cervico-vaginales on introduit l'hystéromètre pour apprécier la taille, la position de l'utérus ainsi que l'existence ou non d'une sténose cervicale. On introduit après un endocyte dépourvu de dents, qui brosses la cavité utérine afin de ramener quelques cellules endométriales. Ces cellules seront colorées et examinées au microscope.

Contre-indications : infection, sténose cervicale.

7°) L'Hysteroscopie

C'est un examen visuel de la cavité utérine à l'aide d'un hysteroscope. L'hysteroscope est un instrument (endoscope) qui introduit dans le canal cervical de l'utérus permet de voir, de photographier ou de filmer la cavité utérine grâce à un système optique éclairant. Elle permet d'explorer la totalité de la cavité utérine, de visualiser les lésions endocavitaires et de pratiquer un contrôle histologique indispensable pour la biopsie.

Contre-indications : infection, sténose cervicale.

8°) Le lavage utérin

Il s'agit d'aspiration avec lavage intra-utérin à pression négative. Il ne ramène que quelques cellules endométriales, il est sans danger.

Son but est l'étude cytologique des cellules endométriales.

9°) L'échographie pelvienne:

Elle apporte des éléments positifs dans 3 domaines :

- l'état des annexes ( surtout des ovaires, )
- les caractères structuraux de la paroi utérine
- l'existence de lésions endométriales ou endocervicales.

10°) L'Hysterosalpingographie ( H.S.G. )

Il s'agit de la visualisation des trompes et de cavité utérine rendues opaques par l'injection d'un produit de contraste ( Telebrix ). Elle donne des renseignements sur la morphologie de l'uterus et des trompes.

Technique : la patiente est installée sur la table de radiologie. On place un speculum et on procède au nettoyage des parois vaginales et du col par un antiseptique doux. On maintient le col à l'aide d'une pince tire-col; puis introduction d'une canule dans l'orifice du col, enfin on fait passer doucement le produit de contraste.

Un cliché est pris en debut de remplissage, un autre est pris en re-  
pléssion complète et un dernier après évacuation.

Contre-indication : infection utero-annexielle aigue.

11°) La Biopsie de l'endomètre

Le matériel nécessaire pour la réalisation de la biopsie de l'endomètre : une canule de Novak, une pince de Pozzi, un speculum, un antiseptique doux, un flacon de formol, et un hystéromètre.

Au préalable il faut éliminer une contre-indication : infection, une hémorragie.

Technique : la patiente est installée sur la table gynécologique, on place un speculum, on nettoie les parois vaginales et le col par un antiseptique doux. A l'aide d'une pince de Pozzi on maintient le col puis on introduit l'hystéromètre dans la cavité utérine pour apprécier le fond utérin et se rendre compte d'un éventuel obstacle utérin. La canule de Novak est introduite dans l'uterus, on racle la cavité utérine sur toutes ses faces afin de ramener des fragments de la muqueuse utérine. Ces fragments sont ensuite placés dans le flacon à formol et envoyés au laboratoire d'anatomie pathologie.

Contre-indication : infection utero-annexielle aigue.

12°) Le curetage biopsique

Il est réalisé à l'aide d'une curette. Il s'effectue sous anesthésie générale. Il est l'examen qui par l'étude histologique des débris d'affirmer l'existence de lésions bénignes ou malignes. Il doit être étagé d'abord endocervical puis endometrial.

Contre-indication : infection utero-annexielle.

13°) La Coélioscopie

C'est un examen endoscopique des organes du petit bassin à travers la cavité péritonéale.

La coélioscopie est très souhaitée devant une association métrorragie et masse annexielle :

Contre-indications : péritonite, troubles du rythme, grande multiparité, obésité, insuffisance cardiaque.

14°) La Laparotomie exploratrice

Elle s'impose systématiquement devant l'association métrorragie-masse annexielle.

C'est un examen réalisé sous anesthésie générale après un bilan préopératoire

15°) Hystérectomie

C'est l'exérèse chirurgicale de l'utérus en totalité.

L'hystérectomie élargie comporte une exérèse importante des tissus et des ganglions voisins. La pièce est envoyée au laboratoire d'anatomie pathologique pour l'étude histologique, les annexes seront également enlevées.

Certains examens complémentaires sont demandés pour dresser un bilan d'extension d'une néoplasie utéro-annexielle.

1°) La Cystoscopie

Elle permet de voir la surface interne de la vessie, d'observer l'état de la muqueuse. Cet examen est demandé devant une métrorragie post-ménopausique afin de déceler une extension à la vessie d'une tumeur maligne utéro-annexielle.

Elle permet également de biopsier la muqueuse vésicale.

2°) L'Urographie intra-veineuse (U.I.V.)

C'est l'exploration du rein et des voies urinaires. Elle permet de visualiser l'extension d'une tumeur utérine maligne à l'appareil urinaire.

3°) La Recto-anuscopie

Cet examen permet l'exploration de l'anus et du rectum. Il permet de visualiser la totalité de la muqueuse anale et rectale, d'en étudier les moindres replis et de pratiquer des biopsies sur des lésions retrouvées.

4°) La Lymphographie

C'est l'opacification des voies lymphatiques, permettant de donner une image radiologique directe des territoires ganglionnaires. Elle est demandée pour la recherche d'un envahissement ganglionnaire par une tumeur maligne.

(à la recherche de métastases du cancer du col).

...../.....

III - RESULTATS DE NOS INVESTIGATIONS.

1°) Les resultats de l'examen clinique

a) L'examen général

L'appréciation de l'état général a donné les résultats suivants :

- Obésité :

	Nombre de cas	Pourcentage
Obèse	35	63,63 %
Poids normal	20	36,37 %
Effectif	55	100 %

Tableau N° 1

Nous remarquons sur le tableau N°1 une prédominance notable des femmes obèses 63,63 %, contre 36,37 % de femmes de poids normal.

Le poids moyen de nos obèses est de 83,78 Kgp, contre 62,12 Kgp pour les femmes de poids normal.

- La tension artérielle ( T.A. )

Le tableau ci-dessous ( N° 2 ) donne les résultats de la tension artérielle moyenne chez nos patientes.

T.A.	Nombre de cas	Tension systolique	Tension diastolique	pourcentage
H.T.A.	26	18,50	12,50	47,27 %
N.T.A.	29	14,50	8,50	52,73 %
Effectif	55	-	-	100 %

Tableau N°2

H.T.A. : Hypertension artérielle

N.T.A. : Normo-tension artérielle



- Signes d'anémie :

Des signes d'anémie légère ont été retrouvés chez 4 patientes sur 55. Aucune d'elles n'a été transfusée.

L'examen général de ces femmes anémiques a retrouvé une tachycardie, un petit souffle systolique, qui a disparu après traitement anti-anémique.

b) L'Examen gynécologique

- Inspection de la vulve:

Les résultats de l'inspection sont consignés sur le tableau ci-dessous ( tableau N°3 ).

Trophicité vulvaire	Nombre de cas	Pourcentage
Atrophie vulvaire	47	85,45 %
Bonne trophicité vulvaire	8	14,55 %
Effectif	55	100 %

Tableau N°3

Nous avons retrouvé dans 8 cas une bonne trophicité vulvaire. Devant toute eutrophie vulvaire à cet âge il faut rechercher une tumeur annexielle sécrétante.

- La palpation

La palpation de l'abdomen et des aires ganglionnaires à la recherche d'ascite ou des masse abdominale s'est avérée négative.

- L'Examen au speculum

Cet examen a permis d'apprécier l'état du col, des parois vaginales et l'existence de leucorrhées et surtout l'origine des saignements. Nous n'avons retenu comme métrorragie des saignements provenant de la cavité utérine.

Les résultats de l'examen au spéculum figurent sur le tableau ci-dessous ( tableau N° 4 )

...../.....

Types de lésions	Nombre de cas	Pourcentage
Examen normal	22	40 %
Lesions du col	18	32,72 %
Polypes du col	2	3,65 %
Vulvo-vaginites	13	23,63 %
Effectif	55	100 %

Tableau N°4.

- Le toucher vaginal :

Le toucher vaginal nous a permis d'apprécier la taille, la mobilité, la consistance, et la sensibilité utéro-annexielle. Nous n'avons retrouvé aucune tumeur annexielle.

Les résultats du toucher vaginal figurent sur le tableau N°5.

Types de lésions	Nombre de cas	Pourcentage
T.V. Normal	34	61,82 %
Fibromes utérins	5	9,09 %
Sensibilité utéro-annexielle	16	29,09 %
Tumeur annexielle	0	0
Effectif	55	100 %

Tableau N° 5

2°)- Les examens paracliniques a) Prélèvements vaginaux

Ils n'ont pas été systématiques chez toutes nos patientes. Ils ont été effectués devant une suspicion de vulvo-vaginite et devant des leucorrhées purulantes. Chaque prélèvement est accompagné d'un antibiogramme.

Les résultats des prélèvements sont consignés sur le tableau N°6.

...../.....

Germes et parasites	Nombre de cas	Prélèvements non effectués
Germes Gram (+) Germes Gram (-)	7	
Candida albicans	5	
Trichomonas	3	39
Elements amorphes (Fibrine, mucus)	1	
Effectif	16	55

Tableau N°6

Nous avons soupçonné 13 cas de vulvo-vaginites et 3 cas d'écoulements purulents venant de l'uterus (pyometrie).

b) Les frottis Cervico-Vaginaux de depistage

Ils ont été toujours effectués après un traitement anti-infectieux local.

Les résultats sont donnés selon la classification de PAPANICOLAOU. Cette classification comporte 5 classes :

- classe I : ces frottis renferment exclusivement de cellules normales.
- classe II: ces frottis renferment des cellules inhabituelles ( leucocytes, hematies, germes, parasites) mais authentiquement benignes ( frottis inflammatoires)
- classe III : resultats douteux. Les frottis renferment des cellules anormales avec des atypies structurales qu'on ne peut designer comme benignes ou malignes.
- classe IV : presence de cellules malignes. Ces éléments sont caractéristiques mais rares.
- classe V : presence de cellules malignes.

Les résultats des frottis sont consignés sur le tableau N°7

CLASSES	Nombre de Cas	Pourcentage
Classe I	25	45,45 %
Classe II	24	43,63 %
Classe III	2	3,63 %
Classe IV	3	5,45 %
Classe V	1	1,84 %
Effectif	55	100 %

3°) L'Hysterosalpingographie ( H.S.G. )

Ce n'est qu'après traitement anti-infectieux que les hysterosalpingographies sont réalisées.

Le tableau N°8 donne les résultats de H.S.G. :

Images	Nombre de cas	Localisations			
		Corps uterin	Fond uterin	Isthme	Trompes
Lacunes irrégulières	17	9	5	3	2
Marcages	5	3	2	0	0
Hyperplasies	2	-	-	-	-
Atrophies uterines	15	-	-	-	-
Fibromes uterins	5	5	-	-	-
H.S.G. Normales	11	-	-	-	-
Effectif	55	-	-	-	-

Tableau N° 8

4°) La Biopsie de l'endomètre.

La biopsie de l'endomètre a été toujours guidée par l'hystérosalpingographie elle a été presque systématique sauf dans 5 cas. Nous avons réalisé 50 biopsies sur 55 cas.

Les résultats de la biopsie figurent sur le tableau N°9.

Biopsie de l'endomètre	Nombre de cas	Pourcentage
Adenocarcinome du corps uterin	22	40 %
Atrophie de l'endomètre	10	18,18 %
Endometrites non spécifiques	14	25,45 %
Hyperplasie	2	3,64 %
Biopsie normale	2	3,64 %
Biopsies non faites	5	9,09 %
Effectif	55	100 %

Tableau N° 9.

...../.....

5°) Examen anatomo-pathologique ( Anapath )

Nous avons effectué 2 hysterectomies dans les cas de fibrome et la pièce opératoire a été envoyée pour l'examen anapath ; qui confirma le diagnostic de fibromes. Il n'y a pas eu d'intervention chirurgicale dans 3 cas en raison du refus des patientes. L'anapath des polypes du col a révélé des polypes glandulaires.

6°) Le dosage de la glycémie

Le dosage de la glycémie a été effectué systématiquement chez toutes les patientes. Le tableau N° 10 donne les résultats de la glycémie.

Glycémie	Nombre de cas	Pourcentage
Normoglycémie	41	74,54 %
Hyperglycémie	14	25,46 %
Effectif	55	100 %

Tableau 10.

7 ) Comparaison entre les résultats de H.S.G. et les résultats histologiques:

H. S. G.	Biopsie de l'endomètre				
	Cancer du corps utérin	Endométrites non spécifiques	Hyperplasie	Atrophie	Biopsies normales
Lacunes irrégulières	17	-	-	-	-
Marecages	5	-	-	-	-
Atrophie utérine	-	5	-	10	-
Hyperplasie	-	-	2	-	-
H.S.G. Normales	-	9	-	-	2
Effectifs	22	14	2	10	2

Tableau 11

Nous remarquons une parfaite concordance entre les résultats de H.S.G. et ceux de la biopsie de l'endomètre dans 90% des cas.

...../.....



CANCER DU CORPS UTERIN

Dans notre serie nous avons observé 22 cas de lésions malignes développées au depend de l'endomètre.

- a) Age : L'âge moyen des patientes est de 53 ans et les âges extrêmes sont 50 - 61 ans.

Age	Nombre de cas	Pourcentage
50 - 55	16	72,72 %
55 - 60	5	22,72 %
60 et plus	1	4,56 %
Total	22	100 %

Tableau 12

La courbe de repartition montre un maximum de fréquence entre 50 et 55 ans.

- b) L'anciennété de la menopause :

Elle est en moyenne de 6 ans.

- c) La parité : le nombre de grossesse est en moyenne de 5. Contrairement aux données classiques où la grossesse apparaitrait comme un frein au developpement du cancer de l'endomètre, nous avons dans notre serie une prédominance des multipares.

Parité	Nombre de cas	Pourcentage
Nullipares	1	4,56 %
Primipares	7	31,81 %
Multipares	14	63,63 %
Total	22	100 %

Tableau 13.

- d) Le niveau socio-économique :

Nos patientes pour la plupart ont un niveau socio-économique bas.

- e) L'ethnie.

Le groupe ethnique prédominant est le bambara. Cette prédominance peut s'expliquer par une forte représentativité de ce groupe ethnique au Mali et particulièrement à Bamako.

Ethnies	Nombre de cas	Pourcentage
Bambara	12	54,55 %
Snraï	2	9,09 %
Ouolof	1	4,54 %
Peul	3	13,64 %
Sarakolé	3	13,64 %
Malinké	1	4,54 %
TOTAL	22	100 %

Tableau 14

Les resultats des groupes ethniques figurent sur le tableau ci-dessus.

f) L'herédité : Les antécédents familiaux de cancer n'ont pas été retrouvés dans notre statistique. Ils doivent être pris en compte pour l'évaluation du risque, car il existe un petit risque familial pour le cancer de l'endomètre. l'association familiale cancer- sein- endomètre- colon est classique.

g) L'obésité : L'obésité a été retrouvée 12 fois soit plus de la moitié des cas.

: Après la ménopause, la sécrétion de 17 bêta- œstradiol d'origine ovarienne est remplacée par celle d'oestrogènes produites de façon continue dans les tissus graisseux à partir des précurseurs d'androgènes périphériques, proportionnelle au poids du corps, est donc accrue chez les obèses qui sont ainsi plus exposées au cancer de l'endomètre.

h) L'hypertension artérielle ( H.T.A. )

Elle a été retrouvée chez 14 patientes environ les 2/3 des patientes. Beaucoup d'auteurs pensent que si H.T.A. est souvent retrouvée c'est parce qu'elle est souvent liée à l'obésité et à l'âge avancé des patientes.

Tableau 15 nous donne le resultat de la tension artérielle

Tension artérielle	Nbre de cas	Pourcentage
N.T.A.	8	36,37 %
H.T.A.	14	63,63 %
TOTAL	22	100 %

i) Les antécédents médicaux retrouvés :

Tableau 15

des antécédents de gastrites, de lombago, ont été signalés.

...../.....



3) Les traitements hormonaux.

Nous n'avons pas eu de cas de cancer du corps uterin dû au traitement hormonal; les oestrogènes administrés après la ménopause multiplieraient par 5 le risque du cancer de l'endomètre.

4) Les antécédents gynéco-obstetricaux

Dans notre série nous avons retrouvé des antécédents d'avortements spontanés et provoqués dans 6 cas ( 6 cas sur 22 ), de métrorragies ou de ménométrorragies dans 13 cas sur 22.

La symptomatologie qui a entraîné la consultation initiale a toujours été l'apparition de métrorragies uniques ou répétées à intervalles irréguliers, peut abondantes, de couleur rouge ou rosée mêlées parfois aux leucorrhées. Les signes d'accompagnement étaient : leucorrhées, douleurs pelviennes, dyspareunie, troubles urinaires ( pollakurie, brûlures mictionnelles).

Dans notre échantillonnage l'intervalle entre la date des saignements et la date de la consultation initiale varie de 15 jours à 6 mois. Rien dans la symptomatologie fonctionnelle ne permet d'individualiser un syndrome propre au cancer.

Delai écoulé entre l'apparition de l'hémorragie et la date de la consultation	Nombre de cas
15 Jours	3
45 Jours	2
2 Mois	9
3 Mois	4
4 Mois	1
6 mois	3

Tableau 16

A - L'EXAMEN CLINIQUE

1°) L'inspection et la palpation, n'ont pas permis de déceler aucun signe évocateur de cancer. Dans un seul cas nous avons remarqué une bonne trophicité vulvaire.

2°) L'examen au speculum : cet examen n'a pas permis de faire le diagnostic. Les résultats de l'examen au speculum sont consignés sur le tableau

Types de lésions		Nombre de cas	Pourcentage
Col anormal	rouge	5	22,73 %
	ulcéré	6	27,27 %
Col sain		11	50 %
TOTAL		22	100 %

Tableau 17

3°) Le toucher vaginal ( T.V. )

Le T.V. est surtout rendu difficile par l'obésité des malades et par l'atrophie vulvo-vaginale. Dans une large majorité des cas le toucher vaginal a été normal, parfois une sensibilité utéro-annexielle est retrouvée. Là également les renseignements fournis par le T.V. sont pauvres.

Aucune tumeur annexielle n'a été décelée au T.V.

T.V.	Nombre de cas	Pourcentage
T.V. normal	18	81,81 %
Sensibilité utero-annexielle	4	18,19 %
TOTAL	22	100 %

Tableau 18

4°) L'Examen général :

revela une tachycardie, un souffle systolique.

B- LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

C'est après un traitement antibiotique et anti-inflammatoire que nous entreprenons les différents examens complémentaires.

1°) Les frottis cervico-vaginaux de dépistage ( exo et endocol )

Ils ont été réalisés systématiquement dans tous les cas. Le tableau 19 nous donne les résultats des frottis cervico-vaginaux de dépistage.

...../.....

Classes	Nombre de cas	Pourcentage
Classe I	7	27,27 %
Classe II	9	45,45 %
Classe III	2	9,09 %
Classe IV	3	13,64 %
Classe V	1	4,55 %
TOTAL	22	100 %

Tableau 19

Les 2 cas de classe III après traitement anti-infectieux local et reprise des frottis sont devenus classe I.

Quant aux classes IV et V il s'agissait d'un adénocarcinome du corps utérin ayant envahi le col, la confirmation a été donnée par la biopsie du col.

2°) L'hysterosalpingographie (H.S.G.)

Dans les 22 cas de cancer du corps utérin, l'H.S.G. a donné des résultats positifs : soit des images lacunaires irrégulières de densité inégale, constantes sur les clichés; soit un aspect marecageux.

Les résultats de l'H.S.G. sont consignés sur le tableau ci-dessous.

Images	Nombre de cas	Corps utérin	fond utérin	Isthme	trompes
Lacunes irrégulières	17	9	5	3	0
Marecages	5	4	1	0	0
Effectifs	22	13	6	3	0

Tableau 20.

3°) La biopsie de l'endomètre.

Elle a toujours été guidée par l'H.S.G.

Les adénocarcinomes de l'endomètre élaborent des structures rappelant toujours de façon plus ou moins fidèle les aspects de la muqueuse. Ils sont constitués par des tubes néoformés nombreux, adossés, séparés par un stromagrêle. Ces formations néoplasiques peuvent être étrangement régulières, plus souvent contournées, sinueuses, et ramifiées. Elles sont bordées par des cellules cylindriques,

... volumineuses, rangées en une seule assise ou amassées en bouquets pseudo-stratifiés, saillant dans la lumière.

Il faut reconnaître que le diagnostic histologique n'est pas toujours facile.

4°) Dosage de la glycémie:

Le dosage de la glycémie a été fait systématiquement chez toutes ces patientes. Il a révélé dans 9 cas sur 22, une hyperglycémie soit plus du tiers des patientes. Beaucoup d'auteurs pensent que les femmes diabétiques ont un risque plus grand (2,8 fois) que les autres à développer un cancer de l'endomètre ( 85 ).

Le tableau 21 nous donne les résultats de la glycémie

Glycémie	Nombre de cas	Pourcentage
Normoglycémie	13	59,09 %
Hyperglycémie	9	41 %
TOTAL	22	100 %

Tableau 21.

LES ENDOMETRITES NON SPECIFIQUES ( E.N.S. )

Dans notre serie nous avons relevé 14 cas soit : 25,45 % des étiologies rencontrées.

a) Age : l'âge moyen de ces femmes est de 49 ans avec des extrêmes allant de 45 à 55 ans.

b) l'ancienneté de la ménopause est de 4 ans en moyenne avec des extrêmes variant de 4 à 7 ans.

c) la parité : les multipares représentent là également un fort pourcentage. Des antécédents d'avortements spontanés ou provoqués ont été signalés par certaines patientes : 2 cas d'avortements provoqués, et 6 cas d'avortements spontanés.

La parité : la moyenne des grossesses est de 7.

Parité	Nombre de cas	Pourcentage
Nullipares	0	0
Primipares	3	21,43 %
Multipares	11	78,57 %
TOTAL	14	100 %

Tableau 22.

d) L'hypertension artérielle

T.A.	Nombre de cas	Pourcentage
H.T.A.	4	28,57 %
N.T.A.	10	71,43 %
TOTAL	14	100 %

L'H.T.A. a été retrouvée dans 28,57 % des cas soit 4 cas sur 14. Tableau 23

e) L'obésité : là également nous remarquons une prédominance des obèses.

	Nombre de cas	Pourcentage
Obésité	9	64,30 %
Poids normal	5	35,70 %
TOTAL	14	100 %

Tableau 24.

Les caractères des métrorragies : des hémorragies discrètes, peu abondantes, de couleur noire ou rosée mêlées à des leucorrhées purulentes le plus souvent; accompagnées d'algies pelviennes parfois.

L'EXAMEN CLINIQUE

1°) L'inspection : a décelé 3 cas où la prophicité vulvaire était bonne à anormale à cet âge.

2°) L'examen au speculum : cet examen a permis dans 6 cas de découvrir des écoulements purulents dont 3 cas de pyometrie (écoulement purulent provenant de la cavité utérine). Il a également décelé dans 6 cas une cervicite.

Type de lésions	Nombre de cas	Pourcentage
Col sain	8	57,14 %
Cervicite	6	42,86 %
TOTAL	14	100 %

Tableau 25

3°) Le toucher vaginal : ( T.V. )

Le toucher vaginal retrouva un uterus sensible dans 9 cas et dans 5 cas cet examen ne montra aucune anomalie. Nous n'avons pas décelé là également de tumeur annexielle.

T.V.	Nombre de cas	Pourcentage
Sensibilité utérine	9	64,28 %
T.V. Normal	5	35,72 %
TOTAL	14	100 %

Tableau 26.

L'examen général ne révéla aucune anomalie particulière.

LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

1°) Les prélèvements vaginaux :

Nous avons effectué 8 prélèvements vaginaux avec antibiogramme. Le tableau ci-dessous nous donne les résultats des prélèvements vaginaux :

Germes-parasites	Nombre de cas
Germes gram(+)-gram(-)	6
Candida albicans	1
Éléments amorphes	1
TOTAL	8

Tableau 27.

2°) Les frottis cervico-vaginaux de dépistage

Un traitement antibiotique a été systématiquement entrepris suivant les résultats de l'antibiogramme et devant toute sensibilité utéro-annexielle. C'est seulement après ce traitement que les frottis ont été réalisés. Le tableau 28 où figurent les résultats des frottis :

Classes	Nombre de cas	Pourcentage
Classe I	8	57,14 %
Classe II	6	42,86 %
Classe III	-	-
Classe IV	-	-
Classe V	-	-
TOTAL	14	100 %

Tableau 28.

Les frottis n'ont révélé aucune anomalie.

3°) L'Hysterosalpingographie ( H.S.G. )

L'H.S.G. bien que contre-indiquée a tout de même été réalisée seulement après un traitement antibiotique et normalisation du toucher vaginal.

Les images : dans 9 cas l'H.S.G. était normale et dans 5 cas les images étaient en faveur d'une atrophie utérine donc une association atrophie plus endométrite.

Les résultats de l'H.S.G. sont consignés sur le tableau 29.

Images	Nombre de cas	Pourcentage
Normale	9	64,28 %
Atrophie utérine	5	35,72 %
TOTAL	14	100 %

Tableau 29

4°) Biopsie de l'endomètre

Elle a montré un endomètre présentant une infiltration massive du chorion cytogène par des cellules inflammatoires avec une transformation fibreuse du chorion.

5°) Le dosage de la glycémie

Le dosage a révélé 2 cas d'hyperglycémie, par ailleurs la glycémie est normale. Il a été réalisé systématiquement chez toutes ces patientes.

Glycémie	Nombre de cas	Pourcentage
Normoglycémie	12	85,71 %
Hyperglycémie	2	14,29 %
TOTAL	14	100 %

Tableau 30.

CONCLUSION

Le diagnostic d'endometrite ne doit être posé qu'avec prudence dans les cas de métrorragies post-ménopausiques. Il faut entreprendre un bilan complet car les cancers sont assez souvent surinfectés et classiquement s'accompagnent d'une pyométrie entraînant une altération cellulaire qui rend les cellules néoplasiques non identifiables.



LES ATROPHIES DE L'ENDOMETRE

Dans notre série nous avons 10 cas d'atrophies de l'endomètre soit 18,18% des étiologies rencontrées.

a) Age

L'âge moyen de ces patientes est de 50 ans, les limites extrêmes allant de 48 à 63 ans.

b) Ancienneté de la ménopause

L'ancienneté de la ménopause est en moyenne de 6 ans.

c) La parité : la quasi-totalité de ces patientes est multipares.

Parité	Nombre de cas
Nullipares	0
Primipares	1
Multipares	9
TOTAL	10

Tableau 31

d) L'Obésité : Nous avons dénombré 8 obèses sur les 10 patientes.

e) L'hypertension artérielle: Nous avons retrouvé chez 7 patientes une hypertension artérielle surtout chez les obèses

T.A.	Nombre de cas
H.T.A.	7
N.T.A.	3
TOTAL	10

Tableau 32

f) Caractères des métrorragies : Elles sont de faible abondance, survenant à intervalles très irréguliers de couleur rouge ou brunâtre.

Les signes d'accompagnement signalés : dysurie, dyspareunie, leucorrhées à caractère mycosique.

g) Les antécédents médicaux :

Des antécédents de gastrite, de douleur articulaire ont été signalés.

EXAMEN CLINIQUE

a) L'examen de la vulve et du vagin au speculum ne permet pas de faire le diagnostic, tout au plus permet-il de la suspecter devant l'existence d'un vagin et d'un col très atrophique. Une vulvo-vaginite a été notée dans 5 cas.

b) Le toucher vaginal : il n'apporte que très peu d'éléments, souvent il ne décèle aucune anomalie. Une sensibilité utero-annexielle a été retrouvée dans 3 cas.

Les résultats du toucher vaginal sont consignés sur le tableau 33.

T.V.	Nombre de cas	Pourcentage
T.V. normal	7	70 %
Sensibilité utero-annexielle	3	30 %
Total	10	100 %

Tableau 33.

L'examen des seins a été normal.

LES EXAMENS PARACLINIQUES

Nous avons effectué 5 prélèvements vaginaux devant une suspicion de vulvo-vaginite.

a) Les prélèvements vaginaux:

Germes et parasites	Nombre de cas
Candida albicans	2
Trichomonas vaginalis	3
TOTAL	5

Tableau 34.

Les agents pathogènes rencontrés étaient : Candida albicans, trichomonas vaginalis.

b) Les frottis cervico-vaginaux de dépistage :

Realisés de façon systématique, ils n'ont décelé aucune anomalie :

Classes	Nombre de cas	Pourcentage
Classe I	4	40 %
Classe II	6	60 %
TOTAL	10	100 %

Tableau 35.

c) L'hysterosalpingographie (H.S.G.)

Les images caractéristiques de l'atrophie se traduisent par : des specules et une diminution de la taille de la cavité utérine, parfois une amputation de la corne et des bords pouvant faire croire à une lésion néoplasique.

d) La biopsie de l'endomètre

Elle a pu être faite systématiquement et a pu ramener des fragments d'endomètre malgré l'atrophie.

Sur les coupes examinées, les tubes glandulaires étaient rares de petite taille, revêtus d'un épithélium cubique. Le chorion cytogène est dense, riche en fibres reticuliques et en fibres collagènes, les artérioles spiralées sont absentes: "atrophie endométriale".

e) Le dosage de la glycémie :

Glycémie	Nombre de cas	pourcentage
Hyperglycémie	2	20 %
Normoglycémie	8	80 %
TOTAL	10	100 %

Tableau 36.

Il a été fait de façon systématique. Nous avons noté 2 cas d'hyperglycémie.

CONCLUSION : Le diagnostic d'atrophie n'a été retenu comme étiologie qu'après exclusion des autres étiologies.

LES FIBROMES UTERINS

Notre serie comporte 5 cas de fibromes uterins soit 9,09 % des etiologies rencontrées. Seules 2 patientes ont accepté l'intervention chirurgicale.

a) Age :

L'âge moyen de ces patientes est de 47 ans avec des extrêmes allant de 46 à 50 ans.

b) l'ancienneté de la ménopause est en moyenne de 3 ans.

c) La parité: le tableau ci-dessous nous donne les résultats :

Parité	Nombre de cas
Nullipares	0
Primipares	3
Multipares	2
TOTAL	5

Tableau 37.

d) l'Obésité : Là également nous remarquons une légère dominance des obèses.

	Nombre de cas
Obésité	3
Poids normal	2
TOTAL	5

Tableau 38.

e) Hypertension artérielle:

T.A.	Nombre de cas
H.T.A.	2
N.T.A.	3
TOTAL	5

Tableau 39.

f) Les caractères des metrorragies :

Elles sont particulièrement abondantes mais très espacées dans le temps de couleur rouge vif rappelant de vraies menstrues, accompagnées d'une pesanteur pelvienne et parfois une dysurie.

g) Les antécédents gyneco-obstetricaux:

Des antécédents de dysmenorrhée, d'irrégularité du cycle ont été signalées. Rien de particulier dans les antécédents médicaux.

### L'EXAMEN CLINIQUE

a) L'Inspection:

Il n'a pas décelé de signes particuliers d'hyperoestrogenie. L'inspection de l'abdomen nous a permis de remarquer une masse abdomino-pelvienne, arrondie parfois très volumineuse ( dans deux cas ) atteignant l'ombilic.

b) L'Examen au speculum :

Il ne montra aucun signe particulier.

c) Le toucher vaginal :

Il confirma le diagnostic de fibrome en percevant un uterus augmenté de volume, dur faisant corps avec l'uterus. Ni l'uterus ni les annexes n'étaient sensibles. Là encore le toucher vaginal n'a pas décelé de tumeur annexielle.

L'examen général n'a révélé aucune anomalie.

### LES EXAMENS PARACLINIQUES

a) Les frottis cervico-vaginaux de dépistage :

Réalisés de façon systématique ils n'ont pas mis en évidence une anomalie cellulaire. Tous les frottis étaient de classe I.

b) L'H.S.G. :

Elle montra des fibromes intra-muraux. Sur les clichés existait un agrandissement général de la cavité utérine, évoquant " des fibromes intra-muraux ".

c) Biopsie de l'endomètre:

Malheureusement dans ces 5 cas de fibrome il n'a pas été fait de biopsie de l'endomètre. 2 patientes ont subi une hystérectomie, les 3 autres ne s'étant plus présentées au rendez-vous de la biopsie dès qu'on leur a appris qu'elles allaient subir une intervention chirurgicale.

Les pièces opératoires ont été envoyées pour l'examen histologique.

Résultats :

- Macroscopie : le myome est une masse ferme, arrondie, volumineuse blanchâtre, encapsulée.

- Microscopie : Le tissu myomateux est constitué de cellules musculaires lisses groupées en faisceaux qui s'agencent en tourbillon caractéristique. Le tissu fibreux est formé de cellules conjonctives fusiformes, blanchâtres, serrées les unes contre les autres sans substance fondamentale.

Donc le myome est constitué de fibres musculaires et par un tissu fibreux.

d) Dosage de la glycémie :

La glycémie était normale dans les 5 cas.

...../.....

HYPERPLASIES

Nous avons relevé dans notre série deux cas d'hyperplasie.

Il est classique de distinguer les hyperplasies d'origine iatrogène liées à la prise d'oestrogènes et les hyperplasies sans étiologies évidentes.

Dans notre statistique nous n'avons pas relevé de cas d'hyperplasies d'origine iatrogène.

a) L'âge :

L'âge moyen est de 48 ans.

b) L'ancienneté de la ménopause :

Elle est en moyenne de 4 ans.

c) La parité :

Les deux patientes sont des multipares avec une moyenne de 3 grossesses.

d) L'obésité :

Les deux patientes étaient obèses.

e) La tension artérielle :

Elles étaient normotendues.

f) Caractère des métrorragies :

Elles sont d'abondance moyenne sans caractère particulier.

g) Antécédents gynéco-obstétricaux :

Un accouchement laborieux a été noté dans un seul cas, une irrégularité du cycle, une dysménorrhée ont été signalées par ces patientes.

EXAMEN CLINIQUE

a) L'Inspection :

A l'examen de la vulve on est frappé par l'existence d'une bonne trophicité vulvaire anormale à cet âge.

b) L'Examen au Speculum :

Il revela dans les deux cas :

- une bonne trophicité vaginale
- un cas où le col était sain
- un cas où le col était ulcéré avec une vulvo-vaginite.

Le test de SCHILLER s'il avait été fait, aurait montrer une impregnation iodophile anormale chez ces femmes; malheureusement il n'a pas été fait. Toutes les solutions de lugol que nous avons à notre disposition étaient du lugol faible.

c) Le toucher vaginal :

Il nous a révélé un uterus un peu augmenté de volume dur, non sensible, aucune tumeur annexielle n'a été perçue. Les annexes étaient non sensibles.

LES EXAMENS PARACLINIQUES

1°) Prélèvements vaginaux :

Nous avons effectué un seul cas de prélèvement vaginal devant une suspicion de vulvo-vaginite. Le candida albicans a été retrouvé.

...../.....

2°) Frottis cervico-vaginaux .

Réalisés de façon systématique chez ces deux patientes, n'ont montré aucune anomalie cellulaire.

Classe I un cas

Classe II un cas.

3°) L'hysterosalpingographie ( H.S.G. )

Dans les deux cas des images radiologiques typiques ont été retrouvées : images en nid d'abeille avec aspect ondulé des bords.

4°) La biopsie de l'endomètre :

L'endomètre présente des foyers d'hyperplasies dans lesquels les types glandulaires sont nombreux et distendus. Les vaisseaux sont groupés et ramifiés, montrant des parois épaissies et scléreuses avec parfois une lumière sténosée.

Il n'a pas été retrouvé d'hyperplasie atypique. Il est classique de dire qu'un cancer de l'endomètre est précédé souvent bien des années auparavant par une hyperplasie atypique.

CONCLUSION :

L'examen clinique amène peu d'éléments au diagnostic en dehors d'une bonne trophicité vulvo-vaginale suspectée chez ces femmes ménopausées.

L'hyperoestrogenie chez une femme ménopausée doit faire penser à l'existence d'une éventuelle tumeur endocrine de l'ovaire.

Nous regrettons que l'étude de l'ovaire n'ait pas été faite dans ces cas d'hyperplasie; en particulier les dosages hormonaux (qui ne peuvent pas se faire à BAIKAO) et la biopsie percoelioscopique de l'ovaire.

L'origine de ces oestrogènes est multiple. La secretion ovarienne reste discutée. En effet l'ovaire post-ménopausique produit de faibles quantités de testosterone, pas d'oestrogènes ni de progesterone.

La surrenale secrète l'androstenedione qui est transformée en oestrone dans les tissus peripheriques. Chez la femme ménopausée cette quantité d'oestrone est de 35 à 40 ug en moyenne.

D'autre part l'oestrone pourrait être transformée en très faible quantité en estradiol par l'endomètre.

Dans les cas de métrorragies post-ménopausiques, dans les hyperplasies, la production moyenne d'oestrone serait élevée. Cette élévation n'est pas due à une augmentation de la secretion d'androstenedione, mais à un accroissement du taux de transformation de l'androstenedione en oestrone.

...../.....

### PATHOLOGIE DU COL

Nous avons regroupé dans la pathologie du col, les hémorragies dues uniquement à des lésions développées au dépend du col utérin, donc des lésions limitées au col.

### POLYPPES DU COL UTERIN

Nous avons dénombré deux cas de polypes du col dans notre série

a) Age :

L'âge moyen est de 48 ans et les âges extrêmes 46-50 ans.

b) Ancienneté de la ménopause :

Elle est de 3 ans en moyenne.

c) Parité :

Toutes les deux sont multipares avec 4 grossesses en moyenne.

d) Caractère des métrorragies :

Ce sont des métrorragies très abondantes provoquées par les rapports sexuels, de couleur rouge vif survenant à intervalles irréguliers. Les signes d'accompagnement sont constitués par la dyspareunie et parfois des leucorrhées à caractère mycosique.

e) Tension artérielle :

Elle est normale dans les deux cas.

Les deux patientes étaient de poids normal.

Rien de particulier n'a été signalé dans les antécédents gynéco-obstétricaux.

### L'EXAMEN CLINIQUE

a) Inspection :

On a remarqué une bonne trophicité vulvaire chez ces patientes anormale à cet âge.

b) L'examen au speculum:

Il a révélé un polype unique de la lèvre supérieure du col dans le premier cas et un polype sur la partie latérale gauche du canal cervical dans le deuxième cas. On a suspecté une vulvo-vaginite dans les deux cas.

c) Le toucher vaginal :

Il a été normal dans les deux cas.

### LES EXAMENS PARA-CLINIQUES

a) Prélèvements vaginaux :

Ils ont été réalisés systématiquement chez ces deux patientes. Le candida albicans a été retrouvé dans les deux cas.

b) Les frottis cervico-vaginaux:

Ils n'ont montré aucune anomalie cellulaire.: frottis inflammatoires classe II dans les deux cas.

c) L'hysterosalpingographie ( H.S.G. )

L'H.S.G. était normale dans les deux cas. Nous n'avons pas retrouvé de polypes ébdometriax, ni de cancer de l'endomètre, car il est courant de dire que devant tout polype du col il faut rechercher un cancer de l'endomètre " polype sentinelle"

d) Biopsie de l'endomètre :

la biopsie était normale chez ces deux patientes.



- e) Anapath : après bistournage des polypes du col, l'anapath revela des polypes glandulaires benins du col.
- f) Le dosage de la glycemie : était normal dans tous les cas.

RECAPITULATIF DES ET IOLOGIES RETROUVES

Ethiologies	Nombre de cas	Pourcentage
Cancer du corps uterin	22	40 %
Endometrites non specifiques	14	25, 45 %
Atrophie uterine	10	18, 18 %
Fibromes uterins	5	9, 09 %
Hyperplasie	2	3, 64 %
Polypes du col	2	3, 64 %
Effectif	55	100 %

Tableau 40.

V ANALYSES ET COMMENTAIRES

1°) La fréquence des métrorragies post-ménopausiques

Nous avons colligé Cinquante Cinq observations de métrorragies post-ménopausiques entre Mars 1984 et Juin 1985.

Ces études ont été faites à la PMI de Niarela ( 49 cas de Mars 1984 à Mars 1985 donc un an), et à l'Hopital Gabriel TOURE ( 6 cas entre Mars 1985 et Juin 1985 soit 3 mois ).

La PMI de Niarela ( centre secondaire ) et l'Hopital Gabriel TOURE notre deuxième Hopital national, ont l'avantage d'être situés au centre de BAMAKO, donc d'accès plus facile à la population.

Ce chiffre n'est pas élevé mais si nous comparons à d'autres statistiques :

Au Sénégal pays limitrophe SIENGA et coll ( 135 ) ont recueilli 14 cas de métrorragies post-ménopausiques en 1971 ( un an d'étude ).

MATHIEU et coll ( LYON FRANCE ) ont recueilli 270 cas de métrorragies post-ménopausiques en 7 ans ( entre 1949 et 1956 ( 92) ).

Il apparait que les métrorragies post-ménopausiques sont plus fréquemment rencontrées à BAMAKO chez des femmes relativement jeunes.

Une étude à large échelle est nécessaire pour compléter ce travail.

...../.....

2°) LES ETIOLOGIES RENCONTREES

Nous avons recueilli 40% de lésions malignes et 60% de lésions bénignes donc une prédominance de lésions bénignes. Nos chiffres rejoignent ceux de :

MATHIEU et coll(92) qui ont retrouvé 44,8% de lésions malignes et 55,2% de lésions bénignes.

AUDOUIN ( MAURICE ) ( 5 ) a recueilli 45% de lésions malignes et 55% de lésions bénignes.

HARTMANN ( 65 ) a relevé 20 % de lésions malignes contre 80% de lésions bénignes

a) les lésions malignes

nous avons relevé dans notre série 22 cas de cancer du corps utérin avec 4 cas de cancer étendu à l'isthme et au col soit 40% des étiologies.

A remarquer que nous n'avons pas retrouvé de cancer de l'ovaire, de la trompe, ni du col utérin.

AUDOUIN ( 5 ) a recueilli 45% de lésions malignes dont 22,35% de lésions malignes du col, 19% de lésions malignes du corps utérin ( adénocarcinome du corps utérin); 0,82% de lésions malignes de la trompe et 2,47% de lésions malignes de l'ovaire.

MATHIEU et coll ( 92 ) ont recueilli 18,14% de lésions malignes du col, 17,03 % de cancer du corps utérin, 0,74 % de cancer de l'ovaire et 2,22% de lésions malignes de la trompe.

Faut-il penser que le cancer de la trompe et des ovaires sont rarissimes chez nous ?

La parité : dans notre statistique les femmes atteintes de cancer de l'endomètre sont des multipares.

Nos résultats rejoignent ceux de SIMAGA et coll ( 135 ) (85,7% de multipares ).

QUENUM et RICHARD ( 115 ) ont également retrouvé cette fréquence chez les multipares.

Classiquement le cancer de l'endomètre est le cancer de la femme stérile et pauciparex selon VERHAEGE ( 143 ), et KELSEY ( 72 ).

- Hypertension artérielle. ( H.T.A. )

Nous avons recueilli 63,63% d'H.T.A. parmi nos patientes soit 14 cas. L'association H.T.A. cancer du corps utérin a été retrouvée dans 40 à 65 % des cas selon les auteurs.

VERHAEGE et coll ( 143 ) et BARBER (8) retrouvent des résultats similaires.

- L'Obésité : elle a été retrouvée dans 54,54% chez nos femmes présentant un cancer de l'endomètre.

ANDERSON et coll ont recueilli 47% d'obèses (4), WAY ( 145 ) 50%, BOUTSELIS et coll (16) 64 %, PARSON et COLL (111) et LYNCH (84) 80%.

NOs résultats s'intègrent bien dans ces différentes statistiques.

- Le diabète : le pourcentage de diabète révélé dans notre statistique est de 40,90 %.

MAC MAHON ( 86 ), GLISCKMANN ( 53 ) pensent que les femmes diabétiques ont un risque 2,8 fois plus grand que les autres à développer le cancer du corps utérin.

VERHAEGE et KELSEY confirment les résultats de ces auteurs.

Il est à noter que tous les cas de diabète ont été de découvertes fortuites. ( 143 ) et ( 72 ).

- L'âge : Il varie entre 50 et 61 ans dans notre statistique avec un pic entre 50-55 ans

! Age	! Nombre de cas	! Pourcentage!
! 50-55	! 16	! 72,72 % !
! 55-60	! 5	! 22,72 % !
! 60 et plus	! 1	! 4,56 % !
! TOTAL	! 22	! 100 % !

Tableau 41

...../.....

Pour SIIAGA et coll (135) l'âge varie entre 50-70 ans avec un pic entre 50-60 ans on peut conclure que le cancer du corps utérin est une affection de la femme âgée.

- Le niveau socio-économique : il est bas chez toutes nos patientes

b) les lésions bénignes : 60 % des cas

- Les endometrites non spécifiques : nous avons dénombré 14 cas dans notre série soit 25,45 % des étiologies rencontrées (42,42% des étiologies bénignes).

En comparant nos résultats à ceux du tableau ( voir tableau ) nous remarquons un pourcentage élevé de lésions infectieuses dans notre statistique par rapport aux études antérieures.

- Les atrophies de la l'endomètre : nous avons recueilli 10 cas d'atrophie de l'endomètre soit 18,18 % de l'ensemble des étiologies soit 30,30 % des étiologies bénignes. A la lecture du tableau ( voir tableau ) il apparaît que nos chiffres rejoignent les autres statistiques.

HARTMANN ( 65) a retrouvé 18% d'atrophie de l'endomètre et ENAULT.G a recueilli 25% d'atrophie.

- Les fibromes utérins : nous avons relevé dans notre statistique 5 cas de fibrome utérin. Ils représentent 9,09% des étiologies générales et 15,15% des étiologies bénignes.

En comparant à d'autres statistiques :

MATHIEU et coll (92) ont recueilli 4,4% de fibromes; PROCOPE (114) a recueilli 1% de fibromes sur 1085 cas de métrorragies de post-ménopausiques et enfin JEFFERT et coll (87) sur 334 cas de métrorragies post-ménopausiques il a retrouvé 15% de fibromes.

- Les hyperplasies : nous avons dénombré dans notre statistique 2 cas d'hyperplasie soit 3,64 % des étiologies et 6,06% des étiologies bénignes.

...../.....

- Les polypes du col : ils représentent 3,64% des étiologies rencontrées et 6,06% des étiologies bénignes. Nous n'avons pas retrouvé de polypes muqueux de l'endomètre.

MATHIEU et coll ( 92) dans leur statistique ont relevé 3% de polypes du col, 3,70% de polypes muqueux. Il est à remarquer la rareté des polypes du col comme seule cause de métrorragies post-menopausiques, comme le prouvent ces statistiques.

- Les étiologies iatrogènes : elles n'ont pas été retrouvées dans notre étude.



	Nombre de cas	LESIONS Malignes	Lesions benignes	% de lesions Malignes	% de lesions infectieuses	% hormonotherapie	% hyperplasie	% atrophies	% de causes indéterminées	% de causes benignes divers	% de polypes
1964 J.P. HARTMANN (65)	201	41	159	20		20	6	18	14		20
1968 BARRAYA (9)	387	185	202	48	4	10,5	10	9			15
1971 SIFAGA et col (135)	14	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1974 G. ENAULT (44)	153	41	112	26	5	14	15,7	25		2	10
1977 M. AUDOUIN (5)	121	54	67	45	4	6	7,5	24	1,5		13
1985 Statistique personnelle	55	22	33	40	25,25		3,64	18,18	2	9,09	3,64
TOTAL	931	358	373	179	38,25	50,5	42,8	94,1	15,5	11,09	61,64

Tableau 42.

LES ETIOLOGIES EN FONCTION DE L'AGE

	Fibromes uterins	Polypes du col	Hyperplasie	Endometrites non spécifiques	Atrophie	Cancer corps uterin
Age moyen	47	48	48	49	50	53
Ancienneté menopause	3	3	4	4	6	6
Nombre de cas	5	2	2	14	10	22
Pourcentage	9,09 %	3,64 %	3,64%	25,45%	18,18%	40 %

Tableau 43.

A la lecture de ce tableau il apparait que le pourcentage des lésions bénignes décroît avec l'âge des malades, la date d'installation de la ménopause.

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

a) les frottis cervico-vaginaux de dépistage.

Réalisés de façon systématique dans tous les cas ( 50 frottis ).

Leur intérêt est certain en cas de lésions cervicales. En ce qui concerne les lésions malignes endométriales leur valeur diagnostic est beaucoup plus aléatoire

b) l'hysterosalpingographie

Réalisée 55 fois, était en concordance avec le diagnostic de l'anapath dans 90% des cas.

CHRISTOPHERSON ( W ) (22) sur 180 dossiers radiologiques obtenait 150 H.S.G. en accord avec le diagnostic anatomopathologique soit 83 % des résultats et 30 lésions non diagnostiquées dont un cancer.

Les résultats de ces séries sont favorables à l'hysterosalpingographie et elle reste un examen presque indispensable dans le bilan des métrorragies post-ménopausiques. Elle permet de visualiser l'aspect typique de la lésion, son siège, et son étendue.

...../.....

c) la biopsie de l'endomètre

Elle a été réalisée dans 50 cas ; seules cinq patientes n'ont pas bénéficié de cet examen, 2 patientes ont subi une hystérectomie, les 3 autres ne s'étant plus présentées à la consultation.

La biopsie de l'endomètre a été guidée par les résultats de l'H.S.G. qui a permis de visualiser, de localiser les lésions, dans les autres cas où H.S.G. était normale, elle a été faite par raclage des parois latérales, antérieures, postérieures et le fond de l'utérus.

En conclusion : parmi les examens complémentaires, l'H.S.G. et la biopsie de l'endomètre nous ont été d'un apport très précieux dans le diagnostic étiologique des métrorragies post-ménopausiques.

Tableau 44.

H.S.G.	Nombre de cas	Biopsie de l'endomètre				
		Normale	Hyperplasie	Atrophie	Endométrites	Cancer du corps utérin
Lacunes irrégulières	17	-	-	-	-	17
Marecage	5	-	-	-	-	5
Hyperplasie	2	-	2	-	-	-
Atrophie utérine	15	-	-	10	5	-
H.S.G. normale	2	2	-	-	9	-
Effectif	50	2	2	10	14	22

Tableau de comparaison entre les résultats de l'H.S.G. et les résultats histologiques de la biopsie.

Classes	Nombre de cas	Pourcentage
Classe I	25	45,45 %
Classe II	24	43,63 %
Classe III		3,63 %
Classe IV	3	5,45 %
Classe V	1	1,84 %
TOTAL	55	100 %

Résultats des frottis cervico-vaginaux.

Tableau 45.

VI - CONCLUSIONS GENERALES

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Nous avons étudié 55 cas de métrorragies post-ménopausiques colligés entre Mars 1984 et Juin 1985. Les études ont été faites à la PMI de Njaréla et à l'Hopital Gabriel TOURE.

Le terme de métrorragie signifie l'issue de sang venant de l'utérus. Nous avons éliminé de notre étude les hémorragies vulvaires, vaginales, rectales et les hématuries.

Nous avons pris comme critère de post-ménopause un délai de 2 ans depuis l'arrêt total des règles. Ce délai sert de base à la majorité des auteurs.

Le but de ce travail est d'évaluer la fréquence des métrorragies post-ménopausiques, de faire une approche diagnostique, et de dégager les différentes étiologies rencontrées.

Notre méthode de travail :

nous avons réalisé cette étude selon le plan suivant :

- la collecte des informations ( interrogatoire )
- l'examen clinique : inspection, palpation, examen au speculum  
toucher vaginal, toucher rectal,
- les examens paracliniques.

L'interrogatoire nous a permis de nous renseigner sur l'identité, l'âge, d'installation de la ménopause. Il a également permis de renseigner sur les caractères des métrorragies, les antécédents gynécologiques et obstétricaux.

Aucun antécédent familial ou collatéral n'a été retrouvé, en revanche les antécédents médicaux sont dominés par l'H.T.A., l'Obésité.

L'examen clinique révèle plus d'obèses par rapport à la population témoin. Nous n'avons retrouvé aucune métastase, ni d'adenopathies chez ces patientes.

L'examen clinique a permis de deceler une H.T.A. dans 26 cas sur 55 cas.

L'inspection de la vulve et des organes genito-externes a revelé surtout une atrophie vulvaire.

Quant à l'examen au speculum, il a permis de deceler parfois une ulceration du col, des écoulements purulents, où une vulvo-vaginite, il a permis de montrer la provenance des metrorragies, permis également de faire des prélèvements vaginaux.

Le toucher vaginal a été normal dans la majorité des cas mais parfois a permis de retrouver une sensibilité utero-annexielle. Aucune tumeur annexielle n'a été retrouvée.

Les examens complémentaires : ils ont comporté : les prélèvements vaginaux, les frottis cervico-vaginaux, H.S.G., la biopsie de l'endomètre.

Les prélèvements ont été effectués devant des écoulements venant de la cavité uterine ( purulents, ) ou devant une suspicion de vulvo-vaginite enfin les prélèvements n'ont pas été systématiques.

Les frottis cervico-vaginaux : ils ont été fait systématiquement et gardent une place prépondérante en ce qui concerne le depistage des lésions cervicales.

H.S.G. reste un très bon examen, elle a été également réalisée de façon systématique . Les résultats ont concordé avec le diagnostic anatomo-pathologique dans 90 % des cas. Elle a permis de diriger la biopsie de l'endomètre.

La biopsie de l'endomètre revéla la nature histologique des différentes lésions responsables de ces metrorragies post-ménopausiques. Elle a été effectuée dans 50 cas. Dans 5 cas la biopsie de l'endomètre n'a pu être faite soit par refus des patientes soit que ces patientes aient subi une hysterectomie avant cet examen.

Le dosage de la glycémie : réalisé de façon systématique, il a révélé dans 14 cas une hyperglycémie. Par ailleurs elle resta normale.

#### Les différentes étiologies rencontrées.

- Le cancer du corps utérin ( adencarcinome du corps utérin ) a été retrouvé dans 22 cas soit 40% des étiologies rencontrées. avec les facteurs de risque qui sont : l'obésité, diabète, H.T.A.

Ce sont les multipares qui sont les plus affectées par le cancer du corps utérin, classiquement les femmes stériles et paucipares viennent en tête.

L'association de plusieurs facteurs favorisant le cancer du corps utérin justifient des examens de surveillance à l'approche et dans les suites de la ménopause pour vérifier la structure histologique de l'endomètre.

- Les endométrites non spécifiques :  
nous avons dénombré 14 cas. Ils représentent 25,45 % des étiologies.
- Les atrophies de l'endomètre :  
10 cas ont été relevé soit 18,18 % des étiologies.
- Les fibromes utérins :  
5 cas soit 9,9% des étiologies
- Les hyperplasies :  
2 cas soit 3,64 %.
- Les polypes du col :  
2 cas soit 3,64 %

Nous n'avons pas retrouvé de tumeur annexielle ( cancer des ovaires et des trompes.

Le dernier mot revient aux examens complémentaires et particulièrement l'H.S.G. et la biopsie de l'endomètre.

Les étiologies bénignes retrouvées doivent être surveillées, en imposer un rythme de consultation à ces femmes.

VII - B I B L I O G R A P H I E



- 1
- 1 - ABRAWSON .J.H. GAMBEL B; SLOVEC, SCOTH, MAJOLA C-C at menopause and menarche in south africa. S. AFRI.J. MED.SCI -36-21, 1971.
  - 2 - ADIPOPOULOS D.A. LORAIN J.A. , DOVE G.A.  
Endo crinological studies in women approaching the menopause.J. OBST GYNFCO BRIT CMTLTH - 1971, 78, 62.
  - 3 - AFOUTOU (J.M.) ALI DIAB, ANTHONIOZ, CORREA (P).  
Bilan de 10 ans de cytologie gynecologique au C.H.U. de Dakar ( 1972-1982).
  - 4 - ANDERSON .D.G., EATON C.J., GALINKIN L.J. , MEXTON. C.W. HAINES J.P. et MILLER N.F. The cytology diagnostic of endometrial carcinoma/ Amer.J. OBST-GYNFCO, 1976, 125, 377.
  - 5 - AUDOUIN ( MAURICE ).  
Contribution à l'étude des metrorragies post- menopausiques à propos de 121 Observations. Thèse medecine TOURS , 1978.
  - 6 - AWON M.P. - Association between climateric haemorrhagi carcinoma of the body of the uterus and diabetes millikus.J. OBST- GYNFCO, EMP. 64, 50, 1957.
  - 7 - AYRE -J.G.) - Cytologie et histologie. Deux methodes complemebtaires pour le diagnostic du cancer uterin. Press. Med. ( PARIS ), 1950, 58, 1144-1146.
  - 8 - BARBER (H.R.), REISTAND; SOMMERS. S.C.  
Cancer of the endometrium. TEXT. MED., 1974, 70, 41.
  - 9 - BARRAYA P.L. - diagnostic etiologique des hemorrhagies genitales après la menopause. Thèse NANTES- ENGERS, 1968.
  - 10 - BAYO ( SINE ) - Contribution à l'étude des fibromyomes uterins à Dakar, 1973.
  - 11- BENJAMIN .F.- The age of menarche and of the menopause in white south african women and certains factors influencing these times. S. AFRICK, MEDICAL JOURNAL 34 P 320, 1960.
  - 12 - BERGSJO.P. - Cancer de l'uterus et des ovaires, études de l'hopital Norvegien du radium. Acta. Obst.gyneco. SCAND ; 1962, 41, N°4, 405-411.
  - 13 - BERNARD P. et MIEBERT S.  
Le lavage intra-uterin. Intérêt clinique et resultats cytologiques. Gynecologie, 1975, 1, 9 - 13.
  - 14 - BOIRON ( MARC)-  
Contribution à l'étude cyto-hormonale de l'exploration cellulaire endometriale recueillie par un nouveau procédé de prélèvement à propos de 250 frottis endo-uterins. Thèse Med. LYON , 1971, 760.
  - 15 - BOURG ( R ), COMPEL ( C), PUNDEL ( J.P)-  
Diagnostic cytologique du cancer genital chez la femme. 1954, VOLUME I 348 P . PARIS; MASSON et CIE edit.

- 16 - BOUTSLIS (J.G.), BAIR, WORIS.-  
Cancer du corps uterin. Amer.J. OBST- GYNECO. 1963, 85 , 994.
- 17 - BRAND P.C. -  
Age , at menopause. Leiden 1978.
- 18 - BREMOND A. MIKAELEAN S. et ROCHET Y. -  
Epidemiologie du cancer de l'endomètre.
- 19 - BROWN ( R ) -  
Carbone hydrate metabolism in partients with endometrial carcinoma.  
J. OBST. GYNECO - Brit; CMWTH ; 1974.
- 20 - CARTIER ( R ) - La colposcopie. La revue du praticien, 1981, (31 ) (38 ) :  
2023 - 2025.
- 21 - CHAMBERIAL R. -  
Le lavage intra-uterin; indications et resultats cytologiques à 368  
observations. Thèse Grenoble 1976.
- 22-CHRISTOPHERSON ( W ) -  
Données de l'hystérogaphie dans l'exploration de l'endomètre de sa  
pathologie. Confrontation anatomo- radiologique; étude de 160 dossiers.  
Thèse TOURS. 1977.
- 23- CHRISTOPHERSON ( W ) -  
Carcinoma of endometrium : a study of changing rates over 15 yeards  
periode- cancer, 1971, 27, 1005.
- 24 - CHU-CHEEN K., VASSILAKOS P. et REGUIN P. -  
Curtage explorateur par aspiration sans narcose. GYNECO. PRAT. 1972, 23  
5-8.
- 25 - COBLE., Y.D; KOHLER P.O, CHARGILLE C.M., ROSSE G.T.  
Production rates and metabolic cleance of human follicle, stimulating  
hormone in premenopausal and post-menopausal women. J. clin. INVEST.  
1969, 48 , 359.
- 26 - COHEN J. -  
La cytologie endometriale par grattage. Intérêt de l'endocyte dans  
le depistage du cancer de l'endomètre. REV. FRAN, Gyneco- OBST. 1978  
73 , 413.
- 27 - CORSCADEN J. A. and GUSBERG S.B. - Background of cancer of corps. Amer.J.OB  
Gyneco. 53, 429, 1947.

28 - DARGENT .D -

Diagnostic des metrorragies post-menopausiques mise à jour en gyn. et Obst. M. TOURNAIRE.EDIT. VILLOT; PARIS, 1981.

29 - DARGENT . D -

Hyperplasie et polypes de l'endomètre. L'endomètre, MASSON, 1977, de l'hyperplasie au cancer de l'endomètre. Chap. 265-282

- 30 - DEBRUX . J. -  
Hystopathologie gynecologique. MASSON.PARIS.
- 31 - DEBRUX.J. et claus R.M.-  
Precurseurs des carcinomes de l'endomètre.
- 32 - DELARUE (P), DIA (A) -  
Le cancer en medecine de masse en Afrique noire. aspects socio-économi-  
ques, depistage, prophylaxie, éducation anti canceureuse. Med. Afric  
No re, 1971, 18; 191-199.
- 33 - DELAVRE J. ORCEL et MARSAN A.C.  
Valeur et indication des methodes cytologiques. PATEO et BIO, 1959,  
739-760.
- 34 - DE LIGNIERES B.  
Aspects Psycho -Sociaux de menopause P.P.P.P. 1976. MARS
- 35 - DENOIX (P) -  
Prevention et depistage des cancers. Rev. du praticien. 1958, 18, 9  
1213-1227.
- 36 - DENOIX (P), SCHLUMBERGER.-  
Le cancer chez le noir en Afrique Française. ACTA U.T.C.C. 1957, 13,  
6, 911-918.
- 37 - DIEYE ( MAGUETTE ) -  
Contribution à l'étude des fibromes utérins ( à propos de 154 obser-  
vations recueillies à la clinique chirurgical de C.H.U. de Dakar.  
Thèse Med. Dakar 1983 N° 130.
- 38 - DOBRENEL D. -  
Etats hyperplasiques de l'endomètre. 283.301.
- 39 - DOLL (R)- Cancer incidences in five continents. Internatione Union against.  
Cancer Springer Verlag edit; BERLIN , 1970, Vol 2.
- 40 - DUANE E. TOWNSEND D. DSIERGARD D.  
Abnormal papanicolaou swears colposcopie biopsy and endocervical  
curtage evaluation Amer.J. Obst+ gyneco, 1970, 108-429.
- 41 - DUPRE J. - Difficultés du diagnostic cytologique du cancer de l'endomètre.  
MINERVA Gyneco, 1976, 28, 238.
- 42 - DEPREC (J) : FROMENT - Cytologie gynecologie flammariion.
- 43 - DUPRE - FROMENT .J;-  
Cytologie gynecologique  
Flammariion edit 1974.
- 44 - ENAULT ( GILLIS ) - Diagnostic des metrorragies post- menopausiques ( à  
l'exclusion de la pathologie exocervicale). Thèse .Med. 1975; PARIS
- 45 - ENAULT .G. Les metrorragies post-menopausiques; pathologie genitale de la  
femme au 3e âge. MASSON Edit. 1979.
- 46 - FALL ( SADIO ) - Etude analytique des tests de PAPANICALAOU effectués en  
milieu hospitalier au C.H.U. de Dakar ( d'octobre 1980 Mars 1982).  
Thèse : Med . Dakar 1982 N° 01.
- 47 - FRANCIS W.J.A. - Reproduction at menarch and menopause in women. J. Repro.  
FERT. 1970, supp. 12, 89

- 48 - FRERE. G. -  
Mean age at menopause and menarche in south africa. S. Afri.  
F. Med. SCI 36, 21, 1971.
- 49 - FUNCK- BRENTANO P. et ROBERT H.  
Les cancers simultanés de l'uterus et de l'ovaire. GYNECO.OBST.  
PARIS. 1948, 47, 1, 5-25.
- 50 - GARCIA C.R. , PINCUS G. ROL MORA M. WALLACH E.E.  
Control of ovulation. Long term efforts with a progesten-oestrogen  
combination. Excerpta med. int. Congr. serie 112. AMSTERDAM 1965, 138
- 51 - GATES ( O ), WARREN ( S ) -  
A hand book for the diagnosis of cancer of uterin by the use of  
vaginal smeais. B.D, Entrin, HARWARD University, press. cambridge.  
( MASSACHUSETT ), 1949.
- 52 - GAUTIER P.J. , VALLET D. et GARBEZ P.  
Diagnostic, stadification, pronostic des carcinomes.  
L'endomètre, MASSON, 1977. Les cancers de l'endomètre, ch. 2, 351-  
374.
- 53 - GLICKMANN ( A.S. ) -  
Diabets and altered carbonhydrate metabolism in patients with can-  
cer ( phil ), 1965, 9; 1127.
- 54 - GOMBE ( M ) - Le cancer au Congo. Epidemiologique. AFR. MED. ; 1981, 20, 195  
( 593-696 ).
- 55 - GRAHAM ( R.M. ) -  
The cytologic diagnosis of cancer W.B. SAUNDERS edit. PHILADELPHIA  
1963.
- 56 - GRAMIER D.M. , CULTER S.J. - Incidence and histopathology of malignancies of  
female genital organs in the united states. Ameri. J. OBST-GYNECO  
1974, 118, 443.
- 57 - GRAVLEE L.C. - Jet irrigation method for the diagnosis of endometrial e  
adenocarcinoma. Ameri. J. Obst. and gynec. 1969, 34 ; 168-173.
- 58 - GUSBERT ( S.B. ) - A strategy the control endometrial cancer .Prod. Roy-soc  
Med, 1975.
- 59 - GUSBERT( S.B. ), KAPLAN ( A.L. ) -  
Precurseurs of corps cancer. AMER. J. OBST-GYNECO, 1963, 86, 662.
- 60 - GUSBERT ( S.B. ) -  
The individual at high risk for endometrial carcinom. Amer. J.  
OBST-GYNECO, 1976, 126, 535.
- 61 - GUSBERT ( S.B. ) Cancer of endometrium diagnosis and histogenesis. In Gyne-  
cologic, cancer , P. 265. BALTIMORE, WILLIAM and WILKINS, 1978.
- 62 - GUYAMAR et MOUBARAK Y. -  
Valeur de la biopsie endo-uterine à la canule de Novak dans le  
diagnostic du cancer du corps uterin.  
Rev.Med. DIJON, 1973, 8, 355-366
- 63 - HANDLEY ( W.S. ) - Prevention of cancer lancer. 1965, 1 , 987.
- 64 - HAOUR. P. CONTI et LIARIOS. J. -  
Intérêt de la cytologie dans la detection des cancers de l'endo-  
mètre.
- 65 - HARTMANN J.P. -  
Contribution à l'étude du diagnostic etiologique des hemorragies  
génitales et pseudo-génitales après la menopause ( analyse de  
312 cas. Thèse PARIS 1969.

- 66 - HOW NOSSA (P) - Panaroma des cancers chirurgicaux dans le C.H.U. de COTONOU.  
Thèse Med. COTONOU 1981 ( BENIN ).
- 67 - H. RUF B. BLANC -  
Métrorragies post- ménopausiques J. Med. Chir. 1985, 156 (5) - 222, 237.
- 68 - Hysteroscopies dans l'exploration de la cavité utérine. A propos de 55  
explorations en deux ans. IN: gynécologie, 1981, 32 (2) : 171-174.
- 69 - JAZMANN, Van LITH N.D. ZATT J.C.  
The age menopause in the NETHERLAND. Int. J. FERTIL. 14, 106-117, 1969
- 70 - KAMINA P. - Anatomie gynécologique et obstétricale. ALOINE S.A. PARIS 1974  
Sixième Partie, 334.
- 71 - KAPROWSKI ( I ) - Cytologie exfoliatrice, recherche emploi de la cytologie  
exfoliatrice dans le dépistage du cancer, enseignement de cette  
technique. O.M.S. comité d'expérience de la lutte contre le cancer,  
GENEVE 1962, K. 17.
- 72 - KELSSEY; JENNIER .L. et al. -  
A case control, study of cancer of the endometrium.  
IN : Ameri. J. epidemiol. 1982; 116 : 333-342.
- 73 - KEMPSON . R. et POCORNY G.F. -  
Adenocarcinoma of the endometrium in women aged forty and younger.
- 74 - KIRTON K. T. PHARISS.B.B and FORBES A.D. - Pr. exp. biol.Med. 1970, 132, 314.
- 75 - KOSLOWSKI P.P. : JANNIER H. FEDJAN J.P. NEVALA et GALLAND J.PH.  
Nécrobiose aseptique d'un fibrome utérin chez la femme ménopausée  
hypertendue Rev. Franç. 1978, 73, N° 12, 805-806.
- 76 - KOSS (L.G. ), WOLINSKA (W.H.) -  
Cancer, 12, 1171, 1959.
- 77 - LAFAYE - BOUCAUD ( SIMONE ).-  
Intérêt de la cytologie intra-utérine dans le diagnostic  
et post-ménopausique. Thèse LYON 1975.
- 78 - LANSAC J. et Col. - Apport de l'hystérogaphie dans l'exploration de  
l'endomètre. L'endomètre MASSON 1977. Méthodes d'exploration chap. 1  
61 -81.

79 - LANSAC J., LECONTE P., MAMINA P., GRANDE PONTE M-C et ARBELLE B. RAS-  
SART. -

Le Ldevenir de l'appareil genital normal après la ménopause en  
pathologie genitale de la femme du 3e âge. Chap. I, MASSON, edit.

80 - LAU ( H.U. ) PETSCHERT ( E ) -

Epidemiological aspects of the carcinoma of the corpus uterin  
ZBL- GYNAEK, 1975, 97 , 535.

81 - LECESTRE J.F. -

Troubles gynecologiques de la ménopause, pratique, med. 1985.

82 - LEHERT PH : les techniques de segmentation. Internal. Publication, facul-  
té universitaire Catholique de MONS, BELGIQUE, 1977.

83 - LOPES P, BUZELINF et LABAT H.F. -

Les tumeurs benignes et lesions pseudo-tumorales de l'uterus.  
Encyclo. MED.CHIRUR. : PARIS, Gynecologie, 510 A 10, 12, 1982.

84 - LYNCH ( H.T. ), KRUSH ( H.J. ), LARSEN ( A.L. )

Cancer de l'endomètre. Affections malignes primitives multiples,  
facteurs constitutionnels et herédité. Ameri. J. Med. sc ; 1966, 252  
381.

85 - MAC MAHON B. , WOCESTER J. -

Age at ménopause national center for health. STATISTICS SERIES II ;  
N° 9 WASHINGTON, 1966.

86 - MAC MAHON B. - Risk factors endometrium cancer gynecol- oncol, 1974,  
P.770.

87 - MAC KINLAYS. JEFFERSON, M. THOMSON. B. -

An investigation of age at ménopause. J. BIOL-Social sci 4.167- 173,  
1872.

88 - MAGURSKY V. et coll, - age at ménopause and onset of climateric in women  
of martin district. INT. FERTIL. 20, pp 17-23, 1975.

89 - MAILLET ( M ) MICHEL MAILLET, CLAUDE DAVIS.-

Histopathologie de l'appareil genital feminin. GAUTIERS- VILLAIS-  
Université ( MEDECINE ).

90 - MARSAN ( CHECAPOU J. )-

Frottis gynecologiques de depistage, Encyclo. Med. CHIRUR. GYNECO.  
1973, 73 B 10.

- 91 - MASSON (C) et LÉCAPOU (J).  
Frottis cytologique de dépistage, encyclop. Med. Chirurg. Gynécologie; 1973.
- 92 - MATHIEU J., MOUSSELOU J. et VILLEDIEU.-  
A propos de 270 Observations de métrorragies post-ménopausiques.  
LYON; chirurg. 1960, 56, 139-145.
- 93 - MENVE (P.A.), SERAFINA (X)-  
Cancerologie tropicale ed. Afr. Med. DAKAR, 1968; 118 P.
- 94 - MORTON (M.D.) - Carcinoma of endometrium Am. J. Obst. Gynaek, 1966, 95, 358.
- 95 - MUSSET R. -  
Indications, dangers, contre-indications du curetage utérin.  
Actualités gynécologiques, MASSON, 1974-95-196.
- 96 - MYRE (JE.) - Cancer cytologic of the uterus Grunex and statton, edition,  
NEW YORK, 1951.
- 97 - N'DOYE (I) - Contribution à l'organisation de la lutte contre le cancer en  
Afrique Noire. Thèse Dakar, 1975 N° 8.
- 98 - NETTER A. - Qu'est-ce que la ménopause? Vie Med. 40 dec. 1971/3 4885.
- 99 - NEZELO (F.C.), GALLE (P) et HINGLAIS (H).-  
Les examens de laboratoire (techniques microscopiques). Flammarion,  
MEDECINE SCIENCES.
- 100 - Ng A.B.P., REAGAN J.W. -  
Cytology of uterine adenocarcinoma. Transparencies and explanatory.  
tutorial of cytology, 1974.
- 101 - N'GUYEN A. -  
Les métrorragies post-ménopausiques : étude statistique à propos de  
270 cas. Thèse de LYON 1958-59, N° 8, Bibliographie.
- 102 - NODARIAN (PIERRE) - L'hystéroscopie de contact dans les métrorragies. Thèse  
1975.
- 103 - NORRIS C.C. : The menopause. Am. J. OBST. GYN. Dis. WOMEN CHILD, 79, 767, 1919.
- 104 - NOVAK (E.R.), IONES (G.A.) Novak's text book of gynecology, Ninth Edition;  
P. 332; The WILLIAM and ILKINS COMPANY, Ed: BALTIMORE.
- 105 - ORCELL (L) -  
Aspects actuels du dépistage cytologique des cancers cervico-utérines.  
Med. Afrique Noire 1978, 25, 3, 195-209.



- 106 - PALMER R. et E. - Les explorations fonctionnelles gynécologiques.  
MASSON 1975 Chap. 791- 94.
- 107 - PALMER R. et E. - Les explorations fonctionnelles gynécologiques.  
MASSON 1975 chap. 670-80.
- 108 - PAPANICOLAOU ( C.N. ) ANOTRANT ( H.F. ) -  
Diagnostic of uterine cancer by the vaginal smears. NEW YORK  
COMMONWEALTH - FUND, 1943.
- 109 PAPANICOLAOU ( G.N. ) - New cancer diagnosis. P.P 528-530. PROC 3 rd  
RACE BETTERMENT.
- 110 - PAPANICOLAOU ( G.N. ) -  
Survey of actualities and potentialities of exfoliative cytolo-  
gy in cancer diagnosis Ann. inter. Med. 31,661-674, 1949
- 111 - PARSON L. SOMMERS . S.  
Carcinoma of the endometrium. In gynecology, P. 1514.  
PHILADELPHIA, W. SAUNDERS 1978.
- 112 - PORTO R. et SERMENT H. -  
Apport de l'hystéroggraphie dans l'exploration de l'endomètre.  
L'endomètre. MASSON 1977. METHODES D'EXPLORATION Chap. 2, 85-97.
- 113 - PUNDEL (J.P.) Les frottis vaginaux et cervicaux, 1 vol 250 p, PARIS  
1950, MASSON et Cie Edit.
- 114 - Procope B.J. -  
Actiology of post- menopausal bleding. Acta - Obst- gynecol-  
scand , 1971, 50, 311 - 313.
- 115 - RICHARD ( D ), QUENUM ( C ), SERAFINA ( X ).-  
Adenocarcinoma du corps uterin .  
Bull-Soc. Med. Afrique Noire; langue française, 1961, 6, 164-166.
- 116 - RIOTTON ( G ) et coll.-  
Incidence du cancer à GENEVE 1970, - 1972 registre Genevois  
des tumeurs. GENEVE 1974.
- 117 - RIOTTON ( G ), CHRISTOPHERSON ( W.M. ) - Cytologie de l'appareil geni-  
tal féminin, classification histologique internationale des  
tumeurs N° 8 GENEVE Organisation Mondiale de la Santé 1973.
- 118 - ROBERT ( H.G. ) WINAVER ( D ) - Cancer du corps de luterus. Encyclo  
Med. Chur. PARIS Gynec. 1969, 620 A 10.
- 119 - ROBIN ( PHILIPPE ). - Hysterosalpingographie dans le diagnostic des  
metrorragies. Thèse 1975.
- 120 - ROMAN C. et GAGNAIRES J.C. -  
Les explorations instrumentales de l'endomètre.  
L'endomètre. MASSON 1977. Methodes d'exploration chap.4, 109-  
120.

- 121 - ROMAN C. et GAGNAIRES J. C -  
Les explorations instrumentales de l'endomètre ; curetage et biopsie.
- 122 - ROTAS G. VAJDA, WELTI . H. -  
Possibilités et limites du diagnostic histologique par l'aspiration de l'endomètre.  
Rev. Med. Suisse Romande 1974 94, 842- 853.
- 123 - ROUCHY - R, BARRAYA P. , BARRAYA B.  
Les hémorragies génitales post- ménopausées, Rev. Franç. Gyneco Obst.  
1970 ,65, 75-82.
- 124 - ROZENBAUM - H . -  
L'Ovaire et l'endomètre ménopausique. Vie Med. 1971, 40, 4903 -4906
- 125 - SALACZ P.  
Le fibrome utérin se développe-t-il réellement chez la femme ménopausée sous forme de tumeur dépourvue de risques ? Arch.Gyn.1961, 195, 238-240
- 126 - SALL ( NIAMA DIOP ) -  
Etude analytique de 4.635 tests de PAPANICOLAOU ( réalisation pour le compte des formations médicales extra-hospitalières du Sénégal.)  
Thèse : Médecine : Dakar - Année 1982, N° 114.
- 127 - SANKALE ( M) MENYE ( P.A. ), QUENUM C C ).  
Aperçu général de la répartition des cancers chez le noir africain au Sénégal. UN. Med. Can, 1974, 103, 1, 111-116.
- 128 - SCEAUTRES ( C ) -  
Dépistage des cancers .  
La recherche, 1981, N° 121, 1166-1177.
- 129 - SCHEAFFER . R, MSCHR.  
Geburts. Gynäk, 23- 2, PP 169 - 101, 1906.
- 130 - SCHWARTZ P.E. , KOHORN E.I. et MORRIS J. -  
Routine use of hystero-graph in endometrial carcinoma and post- menopausal bleeding obst- gyneco, 1975.
- 131 - SEFFERT. P; BARBLIER P.Y. BREMON et ROCHETY -  
Les métrorragies post- ménopausiques notre attitude de pratique à propos de 334 observations J. Gyneco-obst. Biol, reprod; 1979, 8, 164.
- 132 - SERAFINO P.A. MENYE et J. TESTU -  
Bilan d'une année d'activité à l'institut du cancer de Dakar-1963.

- 134 - SIEBERT S ; BERNARD P. JOBERT, M; CHAMBRIAL R.  
Le lavage intra- uterin.. Gyneco. Prat. 1976,27, 197- 204.
- 135 - SIKAGA ( D) P.A. MENYE, A - SANOU.  
Le cancer du corps utérin au Sénégal 1971,  
Volume , 16 P. 2., 2302.
- 136 - STOLKA ( H ) et SOOST ( J ) -  
Cytodiagnostic en gyneco, édition MASSON 1965, PARIS.
- 137 - SOBERO J, CALDERON J. GOLDZIERHERTJ -  
Relation of party to age menopause AM. J. Obst. Gyneco, PP 96-100, 1966.
- 138 - SPITERI P.K. -  
La production d'oestrogènes à la post-menopause. Les oestrogènes à la  
menopause. Front. Rech. Hormonale , 3, 40 -45  
( KERGER, BÂLE, 1975.)
- 139 - SUDAN et DJAN -  
Que faire devant une metrorragie. Afrique SANTE N° 2,2, 1981.
- 140 - TOURNAUD ( BERTRAND ).  
Contribution à l'étude diagnostique des métrorragies post- menopausiques.  
A propos de 50 observations. Thèse 1973.
- 141 - TRAMIER ( D ) -  
Existe-t-il un terrain commun au cancer du sein et de l'endomètre ?  
Thèse Medecine, Marseille, Octobre 1977.
- 142 - VARANGOT ( J), NWOVO ( V ) VASSY ( S )-  
Recherches sur le diagnostice des cancers genitaux feminins par frottis  
cervico-vaginaux. Gyneco et Obst. - 51 ( 1952 ), 426.
- 143 - VERHAECHE M, CLAY A et ROCHART -  
Cancer du corps de l'uterus : cancer de l'endomètre. Encyl. Med. Chirurg.  
Paris, Gynecol. 10- 1978, 620 A10.
- 144 - WAY ( S ) -  
Age at menopause and endometrial carcinoma. J. Obst.gynasc.brit. empire,  
1954, 1, 464.
- 145 - WAY ( S ) -  
The actiology of carcinoma of the boby of uterus. J. Obst.gyneac. Brit  
Emp. 61; P. 46-53, 1954.

- 146 - WEISS. N.S. SZEKELT. D.R., AUSTIN D.F. -  
In creasing incidence of endometrial cancer in the united states.  
N. ENGL. J. Med. 1976, 294 - 1259.
- 147- WIED G.L. - Are the PAPANICOLAOU Classification obsolete, au invatationnel  
symposium. Reprod. Med. 1968, 1 , 543-557.
- 148 - WIED . G.L., BIBBO M, HARRIS M.J. RAOC.-  
Endometrial JEWASHI TECHNIQUE. IN : Comendium of diagnostic cytologic,  
Vol. IV, P 174 CHICAGO ; TUTORIAL.
- 149- WIED G.L. , MEISALS.A , VAE NIEKERK W.A., STROMBY N, STOLL P. -  
The international academy of cytology's, policy statement on the  
frequency of gynecology screaning, acta, cytolo, 1980, 24 , 371-372.
- 150- WOLFF ( J.P. ) -  
Données actuelles sur le cancer uterin. C R SOCI. Fr : gyneco-Obst.  
1969, 39, 641-645.
- 151- WOLFF ( J.P. ) r GOLDFARBE et RACHIN.-  
L'hystero-graphie dans le cancer du corps uterin, intérêt, pronostic.  
C.R Sté, Franç- Gyneco, 1971.
- 152 - WOOKEY (E.E.)--  
Exfoliative cytologic in général praticien Brit.Med. J. 3, 31-32, 1971.
- 153 - WYNDER E.L., ESCHER G.C., MANTEL N. -  
An epidemiological investigation of cancer of endometrium cancer 1966,  
19 ; 489.

## SERMENT D'HIPPAGRATE

En présence des maîtres de cette école, 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'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état me 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 et la vie humaine dès la conception.

Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage à 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 reçu de leur père.

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

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