

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE, RÉPUBLIQUE DU MALI
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE **Un Peuple - Un But - Une Foi**



Année Universitaire 2010- 2011

Thèse N° /_____/

TITRE

**ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET
HISTOPATHOLOGIQUES DES CANCERS DE
LA FEMME A BAMAKO: DONNEES DU
REGISTRE DES CANCERS**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 05/02/2011.

**A la Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto - Stomatologie
De l'Université de Bamako**

Par Mlle Bintou Sambou KANTE

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

Jury

Président : Pr Seydou DOUMBIA

Membre : Dr Bakarou KAMATE

Co - Directeur : Dr Cheick B. TRAORE

Directeur de thèse : Pr Amadou TOURE

DEDICACES

Je remercie Allah, le très miséricordieux de m'avoir donné la force de mener à bien ce travail.

A ma Maman et mon Papa : Haoua et Sambaly KANTE

Mum, Dady ; je dois avouer que les mots me manquent pour exprimer toute la reconnaissance que j'éprouve à votre égard, je sais que vous répondrez tout de suite à cela : « C'est normal » mais je tiens quand même à vous dire merci. Merci d'avoir toujours été là pour nous, vos enfants, merci de nous avoir appris à nous serrez les coudes (le vrai sens du mot famille), de nous avoir également enseigné que nous sommes toujours les premiers bénéficiaires de tout ce que nous faisons de bien dans la vie. Nous sommes convaincus grâce à vous que seul le travail libère l'Homme.

Toujours disposé à nous écouter, vous nous avez toujours permis de donner notre avis dans les différentes situations et cela à contribué à améliorer notre sens du discernement.

C'est pour tout cela que je pense au plus profond de moi que le mérite de ce travail vous revient en très grande partie. Je me dis toujours que j'ai une immense chance d'avoir des parents comme vous. Je vous aime beaucoup et j'espère de tout mon cœur que le bon Dieu, en vous gardant en excellente santé, va me permettre de profiter encore très longtemps de vos précieux conseils. Puisse Allah, le tout puissant récompenser vos multiples sacrifices.

A mes frère et sœurs :

A mon grand frère chéri, Boubacar KANTE

Tu es le plus gentil grand frère au monde car tu as toujours considéré tes sœurs comme des princesses. Tu as été pour nous l'exemple parfait car on a toujours voulu faire autant ou plus que toi.

Toujours là quand on a besoin de toi ; même quand on se trouve à des lieux différents, je n'ai jamais eu le sentiment d'être loin de toi car tu es toujours disposé à aider les autres. Tes multiples encouragements ont contribué à m'aider à me relever à chaque fois. Merci pour tout, mon cher Bouba. Je te souhaite tout le bonheur du monde dans ta vie privée et professionnelle.

Grosse bise à toi !

A ma sœur, Taki KANTE

Je t'aime de tout mon cœur Mamy et je te souhaite de réussir tout ce que tu entreprendras dans la vie. Je te souhaite beaucoup de courage dans tes études.

Je sais que tu as un grand cœur : malgré ton jeune âge, tu t'es souvent fait tellement de soucis pour moi. Je me rappelle que pendant ma thèse tu m'as souvent proposé ton aide. Merci d'être là car je peux t'assurer que cela m'apporte déjà beaucoup de réconfort.

Malgré le fait que tes études te retiennent loin du Mali. J'ai conscience que tu es de cœur avec moi. Bien de choses à toi ma chérie.

Kiss !

A ma sœur, Fatoumata KANTE

Sacrée petite Fatou, ta grande ouverture d'esprit fait de toi quelqu'un d'exceptionnelle et j'espère qu'on t'aidera tous à devenir la meilleure personne qui soit. Tu as encore plus de choses à apprendre que nous autres car on ne cesse jamais d'apprendre. Continue à travailler du mieux que tu peux.

Tu m'aides beaucoup car le fait de réaliser que j'ai une petite sœur géniale me fait croire que je dois continuer à aller de l'avant afin que je lui serve d'exemple.

Love you Fatou

Remerciements

J'adresse mes vifs et sincères remerciements à :

- *Tous mes maitres de la FMPOS, pour la qualité de l'enseignement que vous nous avez prodigué.*
- *Tous les médecins, infirmiers, sages femmes et autres personnels en santé qui pendant mes différents stages m'ont appris à mieux appréhender ma future profession de Médecin.*
- *A tous ceux qui ont contribué à ma formation depuis mon plus jeune âge jusqu'à maintenant : jardin d'enfants à Lambaréné, 2^e et 3^e année primaire au Centre Mabilé de Bamako, collège et lycée à Libreville et enfin faculté.*
- *A tous mes oncles et tantes qui, à un moment donné m'ont été d'une aide incroyable. Je vous apprécie tous et toutes à vos justes valeurs.*
- *A tous mes amis que je ne saurais citer ici. Merci pour tous les services même ponctuels que vous n'avez pas hésités à me rendre car ils ont d'une certaine façon contribué à me stabiliser sur le plan psychologique.*
- *A tous mes amis-collègues des différents groupes de travail que j'ai intégré. Les grands débats où chacun défendait ses idées pendant les moments de « bosse-exos » resteront à jamais gravés en moi. Merci*

pour cette collaboration pendant ces 6 ans : une année de numérus et 5 ans d'examen.

▪ *Pr Cheick B.Traoré*

Vous m'avez appris à avoir une meilleure image de cette discipline qui paraît tellement compliquée au premier abord. Je vous trouve un art incroyable à démystifier les choses car plus qu'un service, l'anatomopathologie devient une famille pour tous ceux qui y mettent les pieds pour un stage. Vous savez nous transmettre votre savoir dans la bonne humeur. Merci pour tout. Je souhaite que beaucoup d'étudiants encore puissent profiter de cela car avec vous, bonne humeur et rigueur cohabitent bien.

▪ *Dr Bakarou Kamaté :*

Je reste particulièrement touchée par votre disponibilité, toujours disposé à répondre à toutes nos questions et inquiétudes. Je tiens à vous remercier également pour votre gentillesse et le respect que vous avez pour votre prochain et ceci quelque soit son âge.

J'espère de tout mon cœur que Dieu vous accordera une très belle carrière car vous le méritez largement.

▪ *Boura et Mallé*

Merci pour tout ce que vous m'avez appris sur CanReg en particulier et l'anatomie pathologique en général.

▪ *Dominique du CIRC*

Tu nous as aidés à basculer nos données de CanReg vers Excel, merci car après cela nous pouvions commencer l'analyse de nos données.

- *Mes collègues, aînés et cadets du service.*

Sissoko, Adja, Mai, Stéphan, Leïla, Kadi, Sokona, Bayo, Keïta, Frange: merci pour votre aimable collaboration.

- *A tout le personnel de l'anatomo-pathologie : Sow, Samaké, Yacou, Assétou, Sall, Dembélé. Merci pour votre accueil et la bonne humeur au quotidien.*
- *A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de ce travail. Merci pour tout.*
- *J'ai une pensée particulière pour toutes les victimes de cancers et je remercie du fond du cœur tous ceux qui contribuent à la lutte contre ce fléau.*

***A notre maître et président du jury
Pr Seydou DOUMBIA***

- Maître de conférences en épidémiologie à la FMPOS
- Co-principal investigateur du projet de leishmaniose au Mali
- Directeur adjoint du MRTC

Cher Maître,

Nous sommes honorés que vous ayez, malgré vos multiples occupations, accepté de présider ce jury. .

Votre souci permanent du travail bien fait et votre simplicité font de vous un maître d'exception.

Permettez nous cher Maître de vous exprimer toute notre gratitude.

A notre maître et juge
Dr Bakarou KAMATE

- Spécialiste en anatomie pathologique
- Chercheur au CHU du point G
- Maître Assistant en anatomie pathologique à la FMPOS

Cher Maître,

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury.

Vos qualités de pédagogue, votre souci permanent de formation, votre disponibilité, vos immenses qualités humaines et votre rigueur forcent l'admiration.

Recevez ici, cher Maître, l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

***A notre maître et co-directeur
Dr Cheick B. TRAORE***

- Maître Assistant en anatomie pathologique
- Pathologiste et chercheur au CHU du point G
- Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin au Mali

Cher Maître,

Nous avons eu le plaisir de vous connaître et avons pu apprécier dès notre arrivée dans votre service l'esprit de travail en équipe.

Vos qualités intellectuelles, vos capacités pédagogiques, votre don d'écoute et votre simplicité font de vous un exemple.

Merci, cher Maître pour vos enseignements et l'amour de la recherche que vous avez su nous inculquer.

***A notre maître et directeur de
thèse***

Pr Amadou TOURE

- Professeur agrégé d'histo-embryologie à la FMPOS
- Chef de service de cytogénétique et de reproduction humaine à l'INRSP
- Directeur Général Adjoint de l'institut national de recherche en santé publique

Cher Maître,

Nous vous sommes redevables de l'aboutissement de ce travail et profitons de ce moment solennel pour vous remercier de l'honneur que vous nous faites en acceptant d'en être le directeur, ce malgré vos multiples occupations.

Vos connaissances scientifiques, vos qualités humaines et pédagogiques nous ont dès nos premiers pas, dans cette faculté, motivé et ont accentué notre amour pour la médecine.

Permettez nous, cher Maître de vous exprimez notre profonde reconnaissance.

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| Introduction..... | 4 |
| Objectifs:..... | 6 |
| I. Généralités..... | 7 |
| Rappels sur les registres des cancers..... | 7 |
| 1. Définition | |
| 2. Historique | |
| 3. Fonctionnement | |
| 4. Rôle des registres des cancers en épidémiologie | |
| 5. Registre du cancer du Mali | |
| II Matériel et méthodes..... | 16 |
| 1. Lieu d'étude | |
| 2. Type d'étude | |
| 3. Population étudiée | |
| 4. Etude proprement dite | |
| 5. Confidentialité | |
| III- Résultats..... | 23 |
| 1. Données épidémiologiques | |
| 2. Base de diagnostic | |
| 3. Répartition des cancers selon la topographie | |
| 4. Principales localisations | |
| 5. Types histologiques | |
| IV- Commentaires et Discussion..... | 39 |
| V Conclusion..... | 49 |
| VI- Recommandations..... | 50 |
| VII- Références bibliographiques..... | 52 |
| VIII- Annexes..... | 60 |

ABREVIATIONS

- CIM-O** : Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie
CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer
RCNT : Registre du Cancer Nord Tunisie
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNAM : Centre National d'Appui à la lutte Contre la Maladie
CSCOM : Centre de Santé Communautaire
FMPOS : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'odontostomatologie
CHU : Centre hospitalo-universitaire
H Kati : Hôpital de Kati
Hp : *Helicobacter pylori*
HTLV : Virus des Leucémies Humaines à cellule T
HPV : papillomavirus humain
INRSP: Institut National de Recherche en Santé Publique
IOTA : Institut d'Ophtalmologie Tropicale de l'Afrique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
VHB : virus de l'hépatite B
VHC : Virus de l'hépatite C
AI : Collaborateurs
ADK : adénocarcinome

INTRODUCTI ON

INTRODUCTION

Les cancers de la femme sont aujourd'hui un véritable problème de santé publique.

Selon l'OMS [1], plus du tiers des décès enregistrés dans le monde soit 50 millions en 1997 sont dus à des maladies infectieuses et parasitaires ; 12% sont dus à des cancers.

En 2000, World Cancer Report [2] rapporte 5,3 millions de cancers chez l'homme et 4,7 chez la femme dans le monde avec 6,2 millions de décès pour les deux sexes.

Selon Parkin et al [3] ; plus de la moitié des nouveaux cas de cancers surviennent dans les pays en développement sachant que dans ces mêmes pays, le cancer est la quatrième cause de décès après les maladies infectieuses et parasitaires (40%) ; cardio-vasculaires ou dégénératives (19%) et la mortalité périnatale (8%) [4]

Selon P. Pisani [5], 15,6 % soit 14 500 000 cancers dans le monde peuvent être attribués à une infection. En effet, 89 % des cancers du col de l'utérus seraient attribuables à l'infection par HPV. Sont également liés à une infection les cancers de l'estomac (*H. pylori*) et du foie (VHB et VHC). On peut donc imaginer les gains possibles surtout dans les pays en développement si ces infections étaient prévenues.

La femme, mère de famille, pilier incontournable de toute société mérite une attention particulière. En effet, au Mali, les cinq cancers les plus fréquents en 2006 étaient par ordre décroissant ceux du col utérin, du sein, de l'estomac, de l'ovaire et du foie avec respectivement 22,5 ; 16,95 ; 12,55 ; 4,97 et 3,87 pour cent [6]

Tout ceci nous emmène à comprendre la place prépondérante de la prévention dans la lutte contre ce fléau qui est le problème des cancers de la femme.

Une prévention efficace contre la maladie cancéreuse de la femme passe par la disponibilité de données sur tous les cas de cancer : registre des cancers. Ce qui est un acquis depuis 1986 en ce qui concerne le Mali.

Ainsi nous nous sommes proposés d'analyser les aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers chez la femme à Bamako en nous basant sur les données du registre des cancers au Mali.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier les aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers de la femme à Bamako.

Objectifs spécifiques :

1-Déterminer les fréquences des cancers de la femme à Bamako.

2-Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des cancers de la femme à Bamako.

3-Décrire les aspects topographiques des cancers de la femme à Bamako.

4-Décrire les morphologies des cancers de la femme à Bamako.

GENERALITE

S

I- GENERALITES

Rappels sur les registres des cancers

1. Définitions

A priori, le terme de registre n'a pas de connotation scientifique et évoque plutôt une forme de recensement administratif destiné à de simples dénombrements [7].

Dans le domaine médical, un registre est constitué par l'enregistrement permanent et exhaustif à partir d'une date donnée, de tous les cas d'une maladie survenant dans une population définie. Ainsi le registre du cancer concerne tous les nouveaux cas de cancers survenus dans la population d'une aire géographique définie. Selon le comité national des registres CNR, créé en France en 1986, un registre est défini (arrêté du 06 novembre 1995) comme étant : <<un recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant un ou plusieurs évènements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique, par une équipe ayant les compétences appropriées>>.

Les registres des cancers réalisent un enregistrement des cancers [8].

Selon qu'ils tiennent compte de toutes les tumeurs malignes ou non, on distingue :

- **Les registres dits généraux** qui collectent des informations sur l'ensemble des tumeurs malignes survenant dans la population.
- **Les registres dits spécialisés** qui ne recensent que certains cancers tels que les registres des cancers digestifs, des cancers hématologiques ou des tumeurs de l'enfant.

Dans les deux cas, les registres sont divisés en deux grandes catégories : les registres des cancers hospitaliers et les registres des cancers de population [9].

1.1-Les registres des cancers hospitaliers

Ils recueillent les informations utiles sur les patients souffrant d'un cancer, suivis dans un hôpital.

Ils permettent à l'administration d'évaluer l'efficacité thérapeutique du point de vue clinique. La population d'origine des malades n'est pas définie et aucune incidence ne peut être calculée, les données sont donc d'une utilité limitée en épidémiologie.

1.2-Les registres des cancers de population

Ils collectent les données sur tous les cas de cancers survenant dans une population bien définie, habituellement constituée de l'ensemble des habitants d'une région. Le nombre de nouveaux cas observés pendant une période donnée, rapportée à la population surveillée constitue l'incidence des cancers pour cette période, et pour cette population. Ces registres ont donc une vocation épidémiologique.

2. Historique des registres des cancers [9]

Les premières tentatives pour mesurer la survenue du cancer remontent au début du XXe siècle dans plusieurs pays européens, plus particulièrement en Allemagne, où l'on a essayé en 1900 d'enregistrer tous les patients cancéreux sous traitement. Des questionnaires ont été adressés à tous les médecins du pays, afin de déterminer la prévalence du cancer au 15 octobre 1900 [10].

La même approche a été utilisée entre 1902 et 1908 au Danemark, en Espagne, en Hongrie, en Islande, aux Pays-Bas, au Portugal et en Suède. Toutefois, ces initiatives ont échoué en raison du faible taux de collaboration des médecins. Selon WAGNER, le premier registre des cancers de population aurait été créé à Hambourg (Allemagne) en 1926 [11].

Mais d'autres sources citent plutôt le registre des tumeurs du Connecticut aux Etats-Unis créé en 1935, celui de Hambourg aurait eu initialement le caractère d'un fichier hospitalier [7]. En Europe, le pionnier de l'enregistrement des cancers était le Danemark, où a été fondé depuis 1942 par Johannes CLEMMENSEN le premier système national d'enregistrement des cas.

En 1970 le registre de Genève (Suisse) entreprend l'enregistrement de toutes les localisations cancéreuses sous l'initiative de Gustave RIOTTON [7].

En France le premier registre a vu le jour dans le département du Bas-Rhin en 1975, créé par l'équipe du Pr. P. SCHAFFER [12].

En Afrique, le premier registre a vu le jour en Ouganda en 1951. Plusieurs pays par la suite, se sont lancés dans l'enregistrement des cancers : le Sénégal en 1974 ; l'île de la Réunion (1988) ; l'Algérie à Sétif (1989) ; le Cameroun (1994) la Côte d'Ivoire (1994) [3].

Le registre des cancers du Mali a vu le jour en 1986 sous l'impulsion de l'équipe du Pr. Siné BAYO. Depuis sa création, il a fait l'objet de nombreuses publications notamment dans le Cancer Incidence In Five Continents, portant sur les périodes 1988-1992 [13] et 1994-1996 [14]. Il se caractérise par sa régularité et l'actualisation constante de ses données.

3. Fonctionnement des registres des cancers de population [9]

Le registre des cancers organise le recueil systématique des informations concernant les personnes atteintes de cancer, le stockage de ces informations, leur analyse et l'interprétation des données.

Il a trois rôles :

-il améliore les connaissances scientifiques par l'estimation de l'incidence en fonction de divers paramètres tels que le sexe, l'âge, le lieu d'habitat.

Ce qui constitue une source d'hypothèse pour la recherche de causes.

Il facilite les enquêtes épidémiologiques sur les facteurs de risque.

-Il permet d'évaluer les actions entreprises pour lutter contre les cancers, en indiquant si des actions de prévention adoptées font régresser le nombre de cas.

-L'estimation de la prévalence dans une population bien définie.

Les conditions préalables, indispensables à la création d'un registre des cancers sont :

1. Une définition claire de la population couverte.
2. La disponibilité de dénominateurs fiables (données démographiques) pour la population, à partir de données de recensement et d'autres bureaux de données statistiques.
3. L'existence d'un système de soins médicaux et l'accessibilité aux soins, de sorte qu'à un moment quelconque de la maladie un diagnostic exact soit posé.

4. Un accès facile aux sources d'identification des cas situées dans la région du recrutement.

3.1-Recueil de l'information

a) Les sources

Il convient que les sources d'information soient multiples afin de pouvoir faire un recoupement. Généralement les données proviennent :

- des centres médicaux tels que les principaux hôpitaux, les cliniques privées
- des services de diagnostic tels que les services d'anatomie pathologiques
- des certificats de décès.

b) Le recueil proprement dit

Il existe deux modes de recueil

-Le recueil actif

Mode habituel de recueil pour les pays en développement. Le personnel du registre se déplace sur le terrain vers les différentes sources d'information, avec des formulaires de recueil de données spécifiques.

-Le recueil passif

Le personnel sanitaire remplit des formulaires de notification mis au point et distribués par le registre ou envoie au registre des copies des bulletins de sortie. Dans certains pays, pour faciliter le recueil, la déclaration de cas de cancer est obligatoire, mais cela ne garantit pas l'exhaustivité de l'enregistrement.

c) Les informations recueillies

Elles sont fonction de la perspective dans laquelle le registre a été créé, du mode de recueil des données et moyens mis à disposition du registre. Il est surtout important de mettre l'accent sur la qualité des données et non sur la quantité. Certains éléments essentiels sont recommandés aux registres des pays en développement [15]

(Voir Annexe 3). Il s'agit :

-Des éléments d'identification : nom, sexe, date de naissance : ils permettent d'éviter les enregistrements répétitifs d'un même patient. L'appartenance ethnique est nécessaire lorsque l'on est confronté à des communautés constituées de groupes ethniques différents.

-Adresse habituelle du patient : elle est indispensable. Primo pour exclure tous les patients qui ne résident pas dans la région du recrutement ; secundo pour permettre une analyse en fonction du lieu de résidence et tertio pour assurer le suivi des patients.

- Le mode de diagnostic le plus valide : un registre de cancers doit au moins faire la distinction entre les tumeurs vérifiées sous microscope et celles qui ne le sont pas.

- La (les) source (s) d'information des cas : nom du médecin, de l'hôpital, du laboratoire.

3.2- Classement et codage des tumeurs

Il est conseillé aux registres des cancers de se référer à la Classification Internationale des Maladies –Oncologie (CIM-O) [16]

(voir Annexe 2), pour coder la topographie (localisation primitive) et la morphologie (type histologique) des tumeurs.

La topographie est l'élément le plus important car elle est à la base du mode de tabulation de nos données.

3.3- Qualité des informations

Pour évaluer la qualité de nos données, il faut soigneusement considérer l'exhaustivité des enregistrements, on peut faire des comparaisons entre les certificats de décès et les dossiers hospitaliers. Quant à la validité des données, on dispose de certains indices tels que la proportion des cas vérifiés sous microscope et la proportion des cas enregistrés quand les sujets sont encore en vie.

Des systèmes internes de vérification de qualité doivent être mis au point par les registres des cancers.

3.4- Publication des résultats

Un registre de cancers de population diffuse ses données et ses observations sous forme de compte rendu ou d'articles dans des revues scientifiques.

Le compte rendu précise l'environnement du registre, les méthodes d'enregistrement, la population couverte, le degré d'exhaustivité et la validité des données, les méthodes d'analyse et les conclusions.

4. Rôle des registres des cancers en épidémiologie

Selon Last (1995) [17] :«L'épidémiologie étudie dans une population donnée, la répartition de différents états de santé ou phénomènes de santé et leurs déterminants. Les résultats de cette étude permettent de lutter contre les problèmes de santé».

Les registres des cancers jouent un rôle important en épidémiologie, car ils permettent d'estimer la prévalence et l'incidence du cancer de la population concernée. Leurs données sont utilisées pour planifier et évaluer des programmes de lutte contre le cancer, en établissant l'ordre des priorités, en fournissant l'information nécessaire aux prévisions concernant les besoins futurs et en permettant de suivre la survenue de cancers en relation avec la prévalence des facteurs de risque importants. De plus, les données statistiques de la survie permettent d'évaluer et de surveiller l'efficacité des programmes de dépistages et des traitements des cancers [9].

5. Le registre des cancers du Mali

Le registre des cancers du Mali a été créé en janvier 1986 dans le service d'anatomie pathologique de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP).

L'INRSP est une structure capitale dans le système sanitaire malien.

En plus de ses activités dans les domaines de la recherche et de la santé publique, il abrite des laboratoires de bactériologie, d'hématologie, de biochimie, de parasitologie, d'anatomopathologie.

Le registre a vu le jour grâce au Pr. Siné BAYO, directeur du registre. Il travaille avec certains collaborateurs nationaux et internationaux. Depuis sa création à nos jours, le registre est soutenu par le service

d'épidémiologie descriptive du centre international de recherche sur le cancer (CIRC) à travers un accord de recherche.

Le registre des cancers du Mali est un registre de population. Initialement il couvrait la population de Bamako, la capitale et ses environs.

MATERIEL

ET

METHODES

II. MATERIEL ET METHODES:

1- Cadre de l'étude:

1.1. Présentation de l'INRSP:



Figure 1: Présentation de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP)

L'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) est un établissement public à caractère administratif (EPA). Il a pour missions :

- d'assurer la référence dans le domaine de la biologie clinique (centre de référence de niveau national dans le domaine du diagnostic biologique).
- de promouvoir la recherche médicale et pharmaceutique en santé publique notamment dans les domaines des maladies infectieuses, génétiques, néoplasiques, de la médecine sociale, de la santé de la reproduction, de la biologie clinique appliquée à la nutrition et aux affections endémo- épidémiques, de l'hygiène du milieu, de l'éducation sanitaire, de la socio- économie, de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle ;
- de participer à la formation technique, le perfectionnement et la spécialisation des cadres dans le domaine de sa compétence ;

- d'assurer la production et la standardisation des médicaments traditionnels améliorés, de vaccins et de réactifs biologiques de laboratoires ;
- d'assurer la protection du patrimoine scientifique relevant de son domaine
- de promouvoir la coopération scientifique nationale et internationale dans le cadre d'accord d'assistance mutuelle ;
- de gérer les structures de recherche qui lui sont confiées.

L'INRSP est placé sous la tutelle du Ministre chargé de la Santé Publique. Les organes de gestion de l'Institut sont :

1. Le conseil d'administration ;
2. Le Comité Scientifique et Technique ;
3. Le Comité de Gestion ;
4. Le Comité d'Ethique.

L'INRSP est dirigé par un Directeur Général. Il est secondé par un Directeur Général Adjoint.

Les ressources de financement sont :

- la subvention de l'Etat ;
- les recettes d'analyses, de ventes de médicaments traditionnels améliorés ;
- les fonds d'aide extérieure ;
- les dons et legs ;
- les fonds des concours des personnes morales et physiques ;
- les revenus du patrimoine.

L'INRSP comprend cinq départements (dont 3 départements techniques), une Agence comptable et un département de formation.

- le Département Administratif et du Personnel
- le Département de Diagnostic et Recherche Biomédicale ;
- le Département de Santé Communautaire ;
- le Département de Médecine Traditionnelle ;
- le Département de Formation.

Les départements sont dirigés par des chefs de départements. L'INRSP dispose également des centres de formation et de recherche en zone rurale qui sont :

- le centre de Sélingué situé à 120 Km de Bamako: pour la supervision des activités des centres de santé communautaires (CSCOM) et à la surveillance épidémiologique des pathologies liées au barrage ;
- le centre de Kolokani situé à 150 Km de Bamako: Pour la formation des étudiants en médecine dans le domaine de la santé publique ;
- le centre de Bandiagara situé à 700 Km de Bamako: Pour la recherche sur la médecine traditionnelle et la production de médicaments traditionnels améliorés (MTA).

Dans le cadre du Programme de Développement Socio Sanitaire (PRODESS), l'INRSP a pour principale mission : de développer la capacité de recherche et la formation à la recherche dans le domaine de la santé.

1.2. Service d'anatomie pathologique:

C'est à ce service que sont adressés les frottis, les liquides, les biopsies et les pièces opératoires.

Les comptes rendus anatomo-pathologiques sont archivés et les résultats des cas de cancers sont enregistrés dans le registre des cancers. Il est le seul au Mali.

Le personnel est composé:

- de deux spécialistes en anatomopathologie.
- de deux internes en anatomopathologie
- de trois techniciens
- d'une technicienne de la coopération cubaine
- et d'un manoeuvre.

Ce service collabore avec le CIRC (centre international de recherche sur le cancer).

2-Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive.

3-Période d'étude

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} janvier 1999 au 31 décembre 2008.

4- Population d'étude

L'étude a porté sur tous les cas de cancers diagnostiqués chez les patientes résidant dans le district de Bamako.

5-Critères d'inclusion

Toutes les patientes ayant une tumeur maligne et qui résident à Bamako.

6-Critères de non inclusion

- Les cancers, dont la date de diagnostic était antérieure au 1^{er} janvier 1999 ou postérieure au 31 décembre 2008.
- Les tumeurs bénignes et pseudotumeurs.
- Les dossiers incomplets (absence d'âge, de sexe).

7-Collecte des données

- Collecte active :

Elle consiste à déposer auprès des chefs d'unités des services retenus, des fiches qui ont fait l'objet de plusieurs réunions dans le but d'expliquer: les objectifs du registre et la façon de remplir ces fiches. Les registres sont également pris en compte.

Les internes passent chaque mois dans ces différents services pour les retirer.

- La constitution des fiches d'enquêtes :

Ensuite, nous avons recueilli les données sur des fiches d'enquête individuelle (Annexe 1).

Les variables retenues étaient :

- numéro du dossier ;

- identification du patient : nom et prénom, sexe, âge, résidence habituelle, ethnie ;
- renseignements sur la tumeur : siège, type histologique et base de diagnostic (clinique, endoscopique, radiologique, chirurgie sans biopsie, biopsie ou cytologie) ;
- date du décès si disponible.

8-Codage

Chaque cas retenu a été codé selon la Classification Internationale des Maladies pour Oncologie (2^{ème} édition) en abrégé CIM-O-2.

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

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

9- Gestion des données

Les logiciels utilisés

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel CanReg4 et SPSS-17.0. La réalisation des graphiques et des tableaux a été faite sur le logiciel Excel, la saisie des textes sur le logiciel Word 2007.

10- Contrôle de qualité

La qualité des données du registre est fonction du taux de vérification histologique. L'association des registres des cancers valide un taux supérieur ou égale à 70%.

Dans notre étude, la confirmation histologique obtenu après lecture des lames par l'anatomopathologiste au microscope optique reste le diagnostique de certitude même si les autres bases diagnostiques (clinique, endoscopie, radiologie) ont également permis aux médecins des différents centre de santé de poser le diagnostique de cancer.

11- Confidentialité et éthique

Notre étude demandait une rigueur non seulement scientifique mais aussi éthique. Les données nominatives indispensables à notre étude étaient répertoriées sur des fiches spéciales qui ne devraient en aucun cas être laissées à la portée d'un tiers. L'accès à ces fiches spéciales était strictement réservé au personnel de l'unité.

RESULTATS

III.RESULTATS

1. Données épidémiologiques



Figure 1: Répartition des cancers par structures sanitaires

Le maximum de cas 943 soit 45,4% a été enregistré au CHU Gabriel Touré.

*Autres : les centres de santé communautaires, les centres de santé de référence, les cliniques et cabinets.

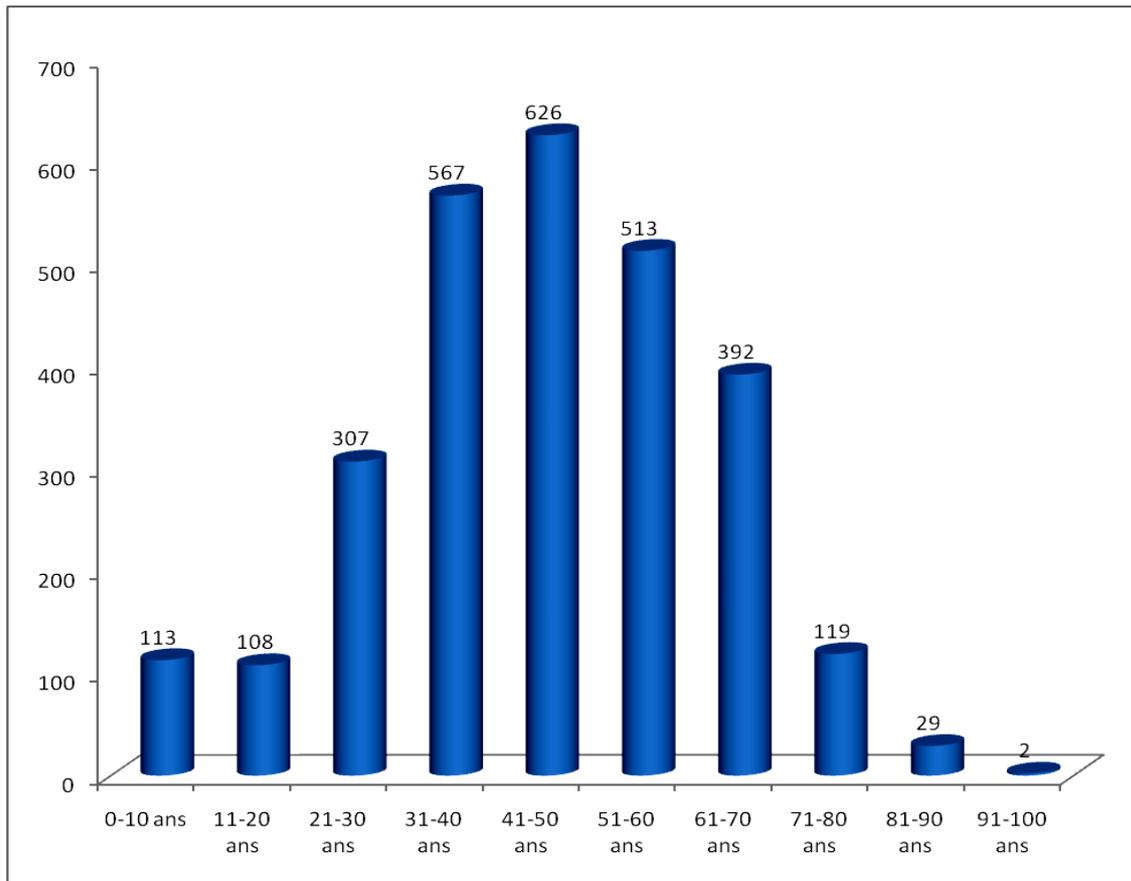


Figure 2 : Répartition des cancers par tranche d'âge

La moyenne d'âge était de $45,7 \pm 17,5$ ans et la médiane 46 ans avec des extrêmes de 0 à 95 ans et le pic se situait dans la tranche d'âge des 41-50 ans avec 626 cas soit 22,6% des cancers.

2. Base de diagnostic

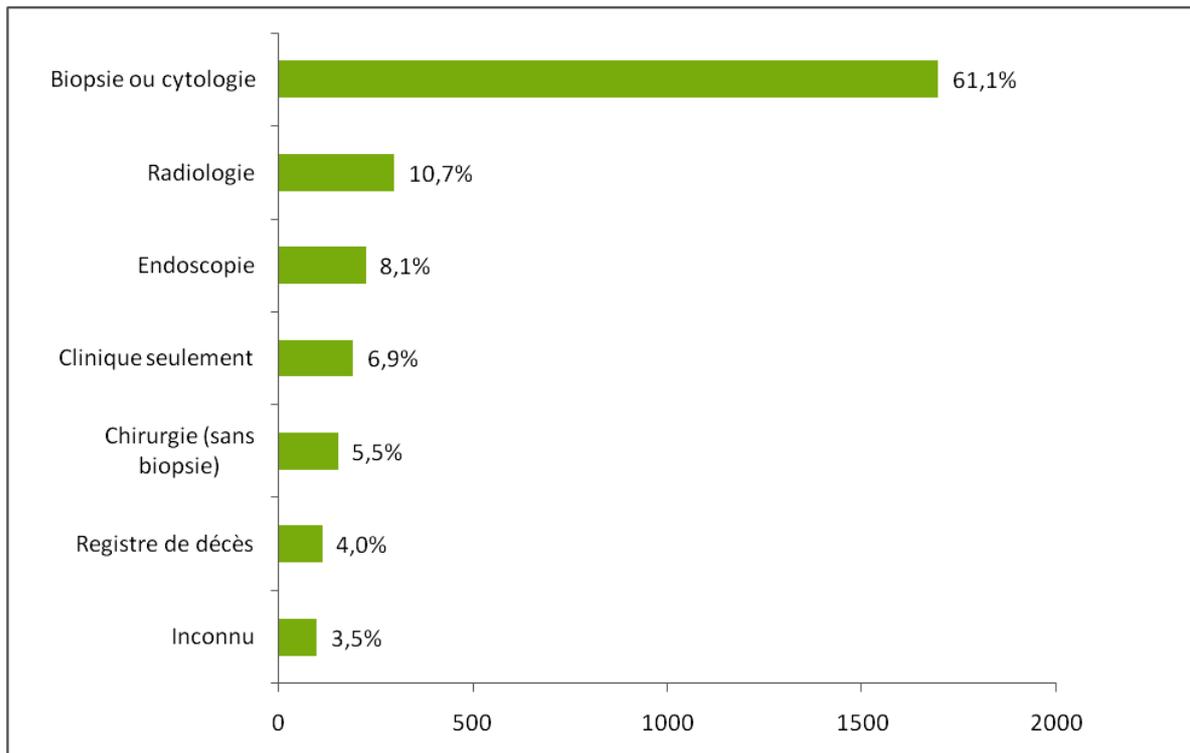


Figure 3 : Répartition des cas selon la base de diagnostic

La biopsie-cytologie a été le moyen diagnostique le plus utilisée avec 1696 cas soit 61,1%.

3. Répartition des cancers selon la topographie

Tableau I: Répartition des cas selon le siège du cancer.

| Topographie | Effectif | Pourcentage |
|-------------------------|-----------------|--------------------|
| Col utérin | 730 | 26.3 |
| Sein | 438 | 15.8 |
| Estomac | 259 | 9.3 |
| Vessie | 108 | 3.9 |
| Foie | 106 | 3.8 |
| Ovaire | 101 | 3.6 |
| Lymphome non Hodgkinien | 72 | 2.6 |
| Rectum, jonct rect-sigm | 58 | 2.0 |
| Œsophage | 49 | 1.8 |
| Corps utérin | 46 | 1.7 |
| Vulve | 10 | 0.4 |
| Vagin | 10 | 0.4 |
| Autres | 789 | 28,4 |
| Totaux | 2776 | 100 |

Les cinq cancers les plus fréquents étaient ceux du col utérin, du sein, de l'estomac, de la vessie et du foie avec respectivement 26,3 %, 15,8 % et 9,3 %, 3,9% et 3,8%

*Autres : toutes les autres localisations de cancers (voir annexe 4).

Tableau II : Répartition des cancers par année de diagnostic

| Année de diagnostic | Col utérin | Sein | Estomac | Foie | Vessie | Autres* | Totaux |
|---------------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|
| 1999 | 84 | 66 | 39 | 33 | 4 | 75 | 301 |
| 2000 | 57 | 27 | 18 | 10 | 9 | 77 | 198 |
| 2001 | 55 | 34 | 21 | 20 | 4 | 71 | 205 |
| 2002 | 35 | 45 | 31 | 14 | 17 | 82 | 224 |
| 2003 | 55 | 47 | 24 | 14 | 22 | 102 | 264 |
| 2004 | 58 | 51 | 50 | 17 | 13 | 100 | 289 |
| 2005 | 71 | 21 | 4 | 2 | 10 | 93 | 201 |
| 2006 | 128 | 63 | 44 | 9 | 13 | 195 | 452 |
| 2007 | 133 | 42 | 28 | 7 | 11 | 91 | 312 |
| 2008 | 100 | 73 | 13 | 1 | 9 | 134 | 196 |
| Totaux | 776 | 469 | 272 | 127 | 112 | 1020 | 2776 |

Les pics de cancers (452 et 312 cas de cancers) sont notés en 2006 et 2007

*Autres : toutes les autres localisations de cancers (voir annexe 4).

4. Principales localisations

4.1. Col utérin

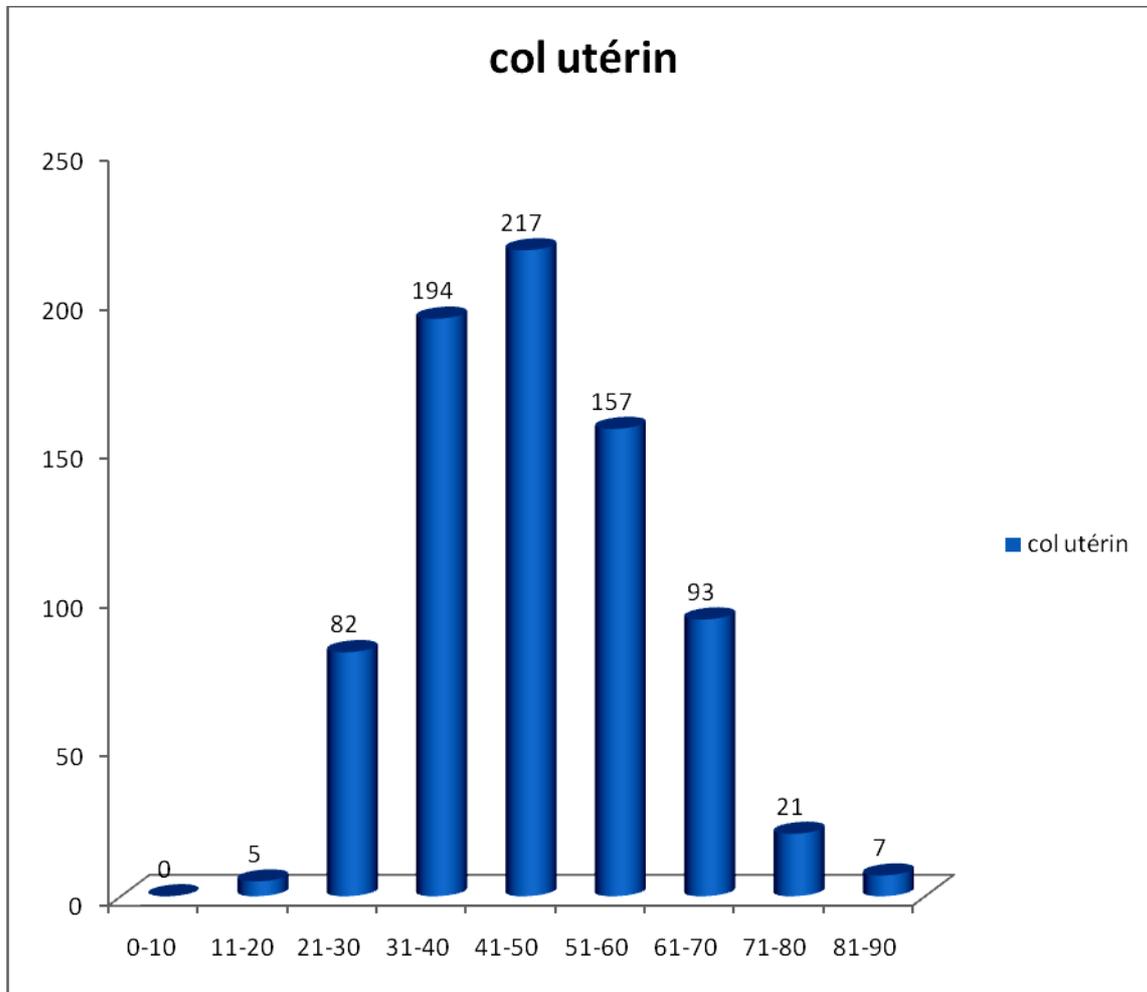


Figure 4 : Répartition du cancer du col utérin par tranche d'âge

La moyenne d'âge était de 47,4 ans \pm 13,2 ans avec des extrêmes de 15 à 90 ans et le pic se situait dans la tranche d'âge des 41-50 ans avec 217 cas soit 28% des cas de cancer du col utérin.

4 .2. Sein.

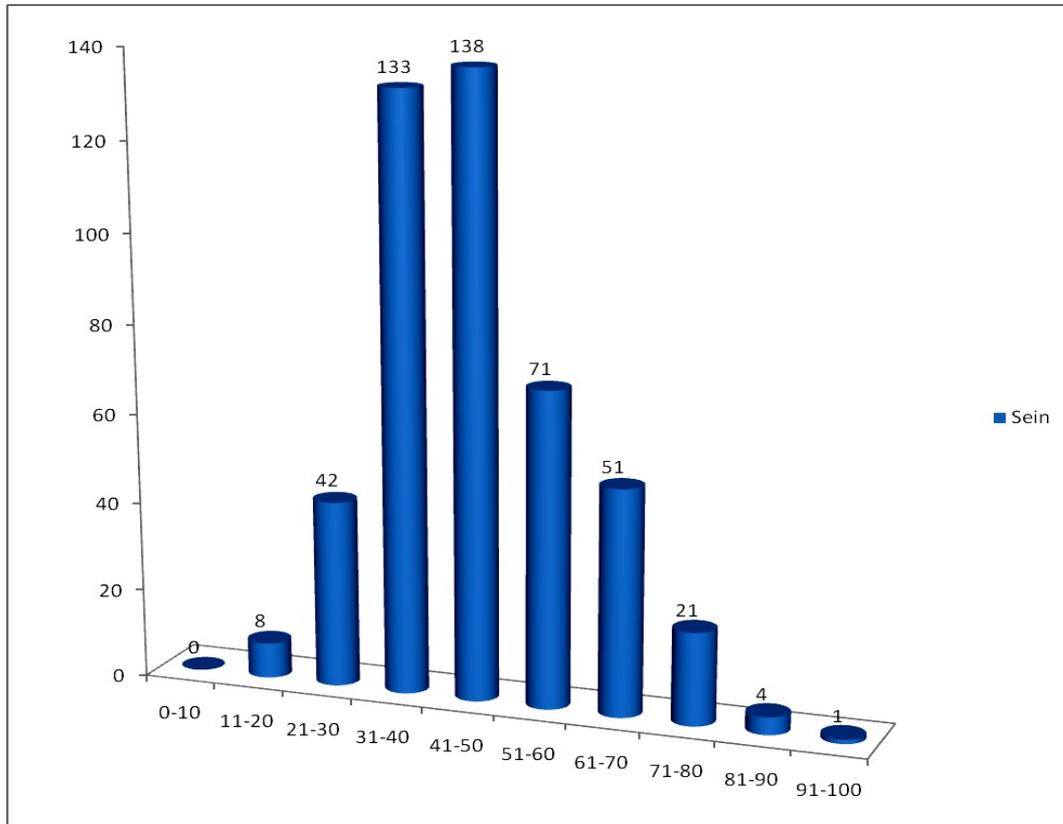


Figure 5 : Répartition du cancer du sein par tranche d'âge

La moyenne d'âge était de $47,1 \pm 13,5$ ans avec des extrêmes de 15 à 95 ans et le pic se situait dans la tranche d'âge des 41-50 ans avec 138 cas soit 29,4% des cas de cancer du sein.

4.2. Estomac

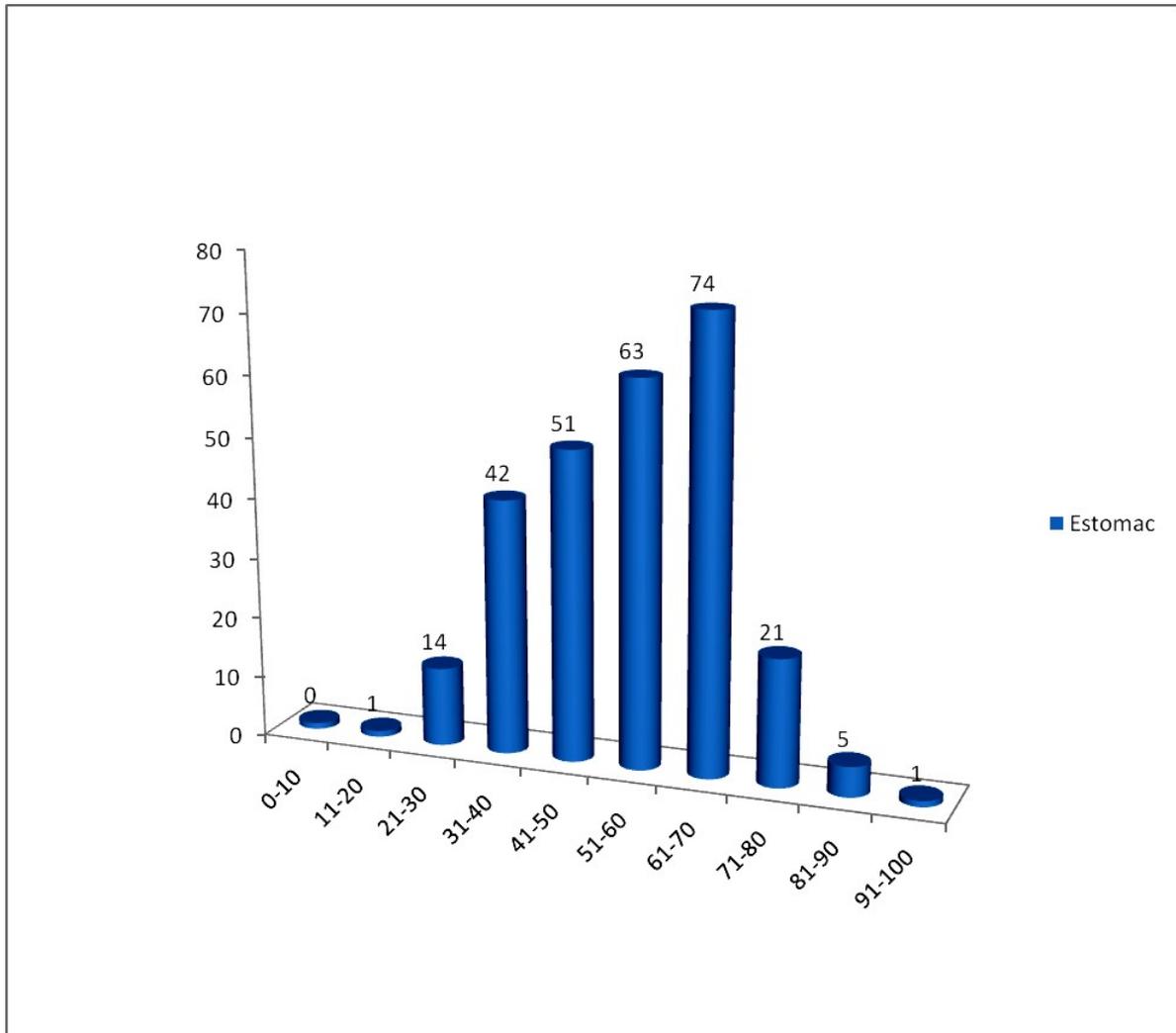


Figure 6 : Répartition du cancer de l'estomac par tranche d'âge

La moyenne d'âge était de $48,5 \pm 14$ ans avec des extrêmes de 1 à 95 ans et le pic se situait dans la tranche d'âge des 61-70 ans avec 74 cas soit des 27,2% des cas de cancer de l'estomac.

4.4. Vessie

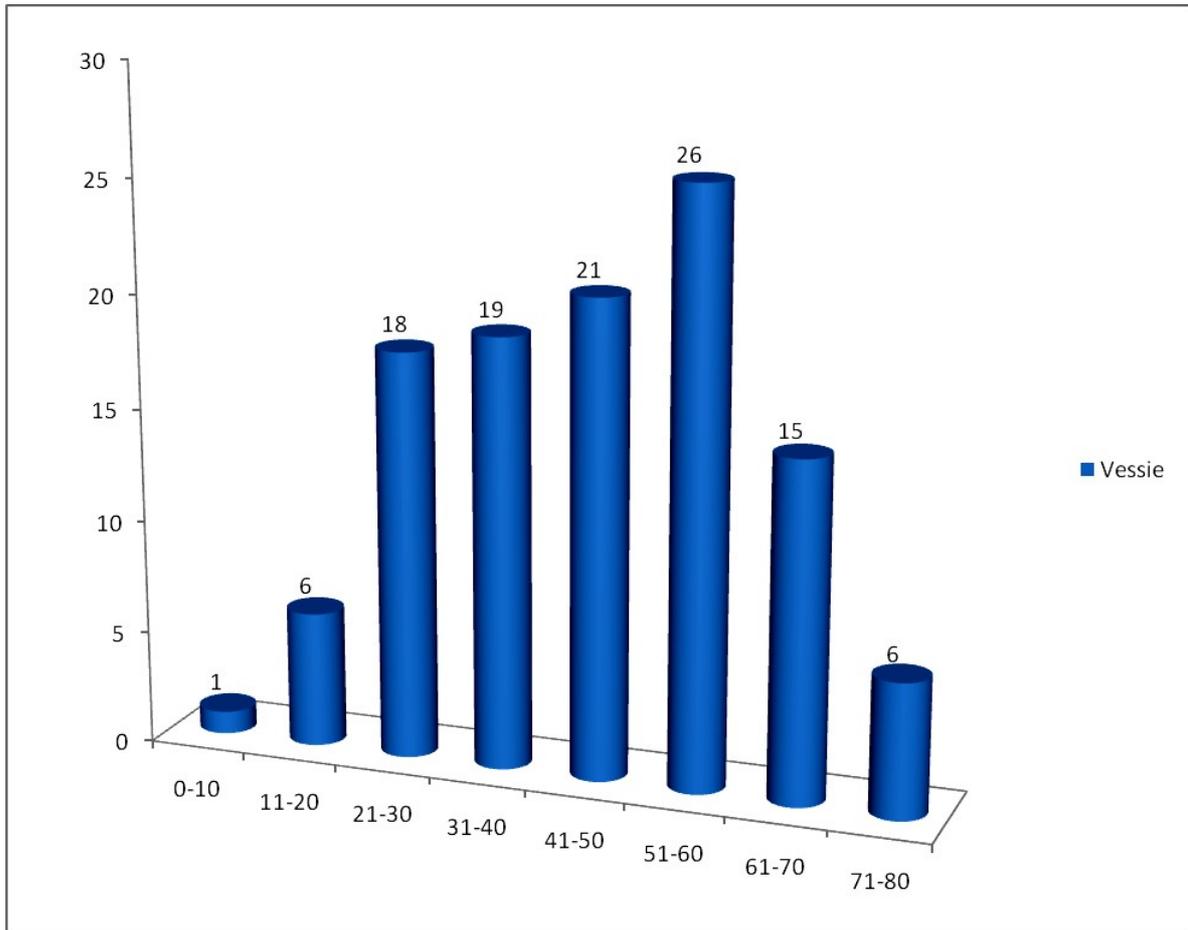


Figure 7 : Répartition du cancer de vessie par tranche d'âge

La moyenne d'âge était de $45,9 \pm 16,6$ ans avec des extrêmes de 5 à 80 ans et le pic se situait dans la tranche d'âge des 51-60 ans avec 26 cas soit des 23,2% des cas de cancer de vessie.

4.5. Foie

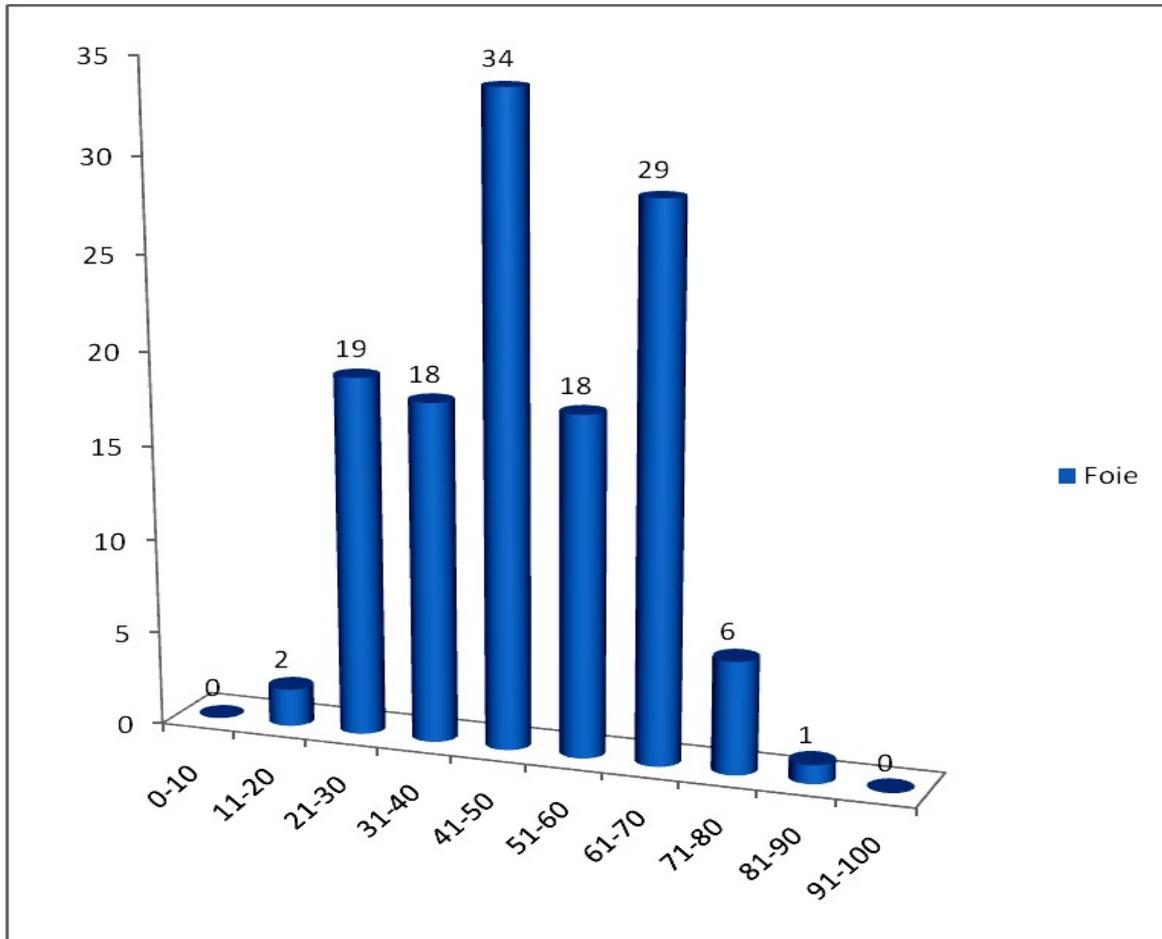


Figure 8 : Répartition du cancer du foie par tranche d'âge

La moyenne d'âge était de 45,9 ans \pm 14,1 ans avec des extrêmes de 0 à 95 ans et le pic se situait dans la tranche d'âge des 41-50 ans avec 34 cas soit 26,8% des cas de cancer du foie.

5. Types histologiques

Tableau III: Histologie du cancer du col utérin.

| Histologie(Morphologie) | Effectif | Pourcentage |
|---------------------------------|-----------------|--------------------|
| Carcinome | 18 | 3 |
| Carcinome à cellules fusiformes | 1 | 0,2 |
| Carcinome verruqueux | 1 | 0,2 |
| Carcinome épidermoïde | 544 | 90,5 |
| Adénocarcinome | 36 | 6 |
| Fibrosarcome | 1 | 0,2 |
| Total | 601 | 100 |

Dans le cancer du col de l'utérus, le carcinome épidermoïde était de loin le type histologique le plus représenté avec 90,5% suivi de l'adénocarcinome avec 6 %.

NB : 601 cancers du col utérin soit 77,6% ont bénéficié d'un examen anatomopathologique.

Tableau IV : Histologie du cancer du sein.

| Histologie(Morphologie) | Effectif | Pourcentage |
|---------------------------------------|-----------------|--------------------|
| Carcinome | 31 | 10,5 |
| Carcinome papillaire | 2 | 0,7 |
| Carcinome épidermoïde | 2 | 0,7 |
| Adénocarcinome | 24 | 8,2 |
| Carcinome canalaire infiltrant | 215 | 73,1 |
| Carcinome médullaire | 5 | 1,8 |
| Carcinome lobulaire | 6 | 2 |
| Maladie de Paget et CCI du sein | 8 | 2,7 |
| Sarcome | 1 | 0,3 |
| Total | 294 | 100 |

Le carcinome canalaire infiltrant était le type histologique le plus représenté dans le cancer du sein avec 73,1% suivi par le carcinome (10,5%) et l'ADK (8,2%).

NB : 294 cancers du sein soit 62,7 % ont bénéficié d'un examen anatomopathologique.

Tableau V: Histologie du cancer de l'estomac.

| Histologie(Morphologie) | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------------|-----------------|--------------------|
| Carcinome | 10 | 6,7 |
| Adénocarcinome | 132 | 88 |
| Tumeur carcinoïde | 1 | 0,7 |
| Léiomyosarcome | 1 | 0,7 |
| Sarcome de Kaposi | 5 | 3,3 |
| Lymphome malin | 1 | 0,7 |
| Total | 150 | 100 |

Dans le cancer de l'estomac, l'adénocarcinome était de loin le type histologique le plus représenté avec 88%.

NB : 150 cancers de l'estomac soit 55,1% ont bénéficié d'un examen anatomopathologique

Tableau VI: Histologie du cancer de la vessie.

| Histologie(Morphologie) | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------------|-----------------|--------------------|
| Carcinome | 5 | 15,2 |
| Carcinome papillaire | 1 | 3 |

| | | |
|------------------------------|-----------|-------------|
| Carcinome épidermoïde | 20 | 60,6 |
| Carcinome excréto-urinaire | 5 | 15,2 |
| Adénocarcinome | 2 | 6 |
| Total | 33 | 100 |

Dans le cancer de la vessie, le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus représenté avec 60,6%.

NB : 33 cancers de la vessie soit 29,7% ont bénéficié d'un examen anatomopathologique.

Tableau VII: Histologie du cancer du foie

| Histologie(Morphologie) | Effectif | Pourcentage |
|--------------------------------|-----------------|--------------------|
| Carcinome | 4 | 10,8 |
| Adénocarcinome | 2 | 5,4 |
| Hépatocarcinome | 31 | 83,8 |

| | | |
|-------|-----|-----|
| Total | 127 | 100 |
|-------|-----|-----|

Dans le cancer du foie, l'hépatocarcinome était le type histologique le plus représenté avec 83,8%.

NB : 37 cancers du foie soit 29,1% ont bénéficié d'un examen anatomopathologique.

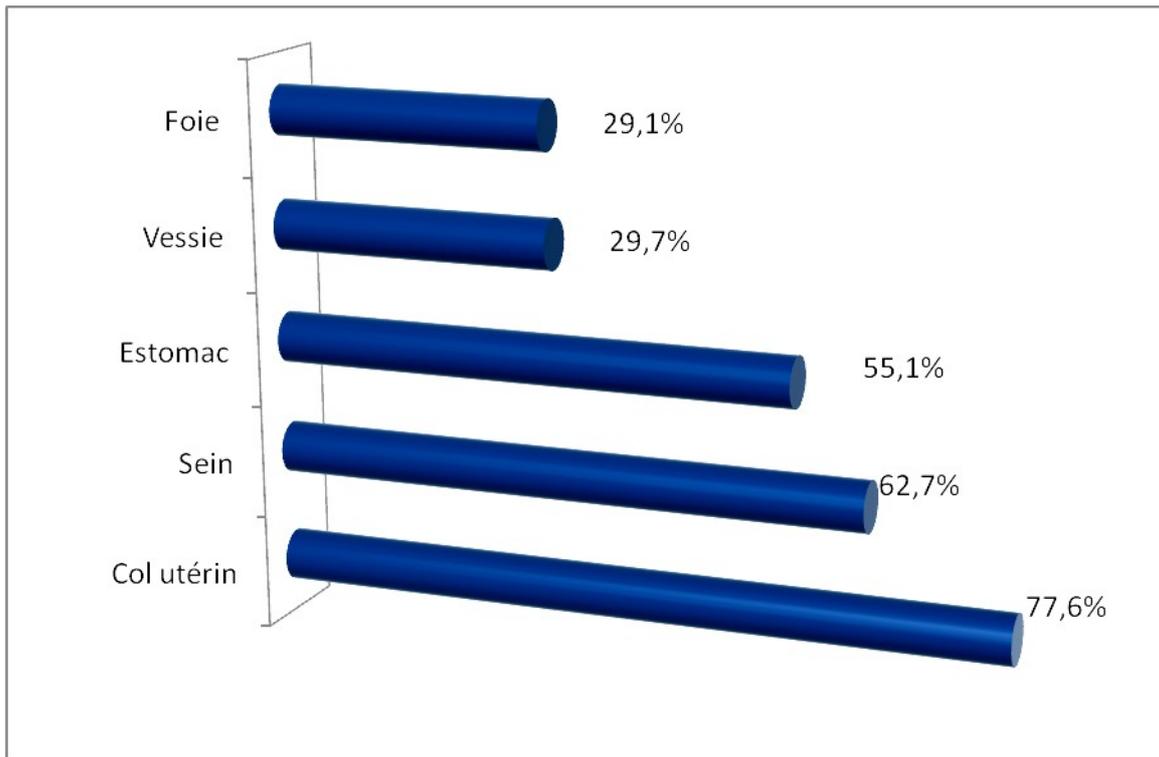


Figure 9: Répartition des cancers par pourcentage de diagnostic histologique.

On note que le cancer pour lequel le taux de diagnostic histologique est le plus élevé est celui du col utérin avec 77,6%.

COMMENTAIRE

ES

ET

DISCUSSION

IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.

Limites et difficultés

Notre étude ne reflète pas la fréquence réelle des cancers de la femme à Bamako car dans cette étude, n'ont été pris en compte que les cancers diagnostiqués dans certaines structures sanitaires du district de Bamako et la ville de Kati. En plus de cela, les malades consultent aussi les tradithérapeutes.

Il faut également signaler que nous avons été contraint de ne pas prendre en compte certains dossiers étant donné qu'ils ne comportaient pas certains paramètres (âge, topographie)

1. Méthodologie

Notre étude a consisté en l'analyse des données du registre des cancers du Mali, données enregistrées entre janvier 1999 et décembre 2008 soit une période de dix années. L'enregistrement des données a été effectué selon des règles bien établies, propres aux registres des cancers. La méthodologie des registres permet de s'affranchir des inévitables biais de recrutement d'un groupe de médecins ou d'un service hospitalier.

2. Résultats

Nous avons colligé 2776 cas de cancers chez la femme durant notre période d'étude soit 277,6 cas par an.

Avec 686,56 cas annuels, le résultat de Traore B.O [6] qui prend en compte tous les cancers est superposable au nôtre ne s'intéressant qu'au sexe féminin sachant que la prédominance féminine dans les cancers en général est selon Ngassa P de 51% [18] contre 56,4% dans notre série.

Le cancer du col de l'utérus est le premier cancer chez la femme à Bamako avec une fréquence de 26,3% suivi des cancers du sein, de l'estomac, de la vessie et du foie avec respectivement de 15,8 % ; 9,3 % ; 3,9% et 3,8%.

Traoré B.C au Mali avait trouvé par ordre décroissant les cancers du col utérin (24,1%), du foie (13,2%), du sein (12,8%), de l'estomac (11%). Le cancer du col utérin garde la première place tandis que le cancer du foie passe du 2^e au 5^e rang [19].

2.1-Données épidémiologiques

2.1.1-Age

Dans notre série, les cancers surviennent en moyenne vers 47,5 ans plus ou moins 17,5 ans avec des extrêmes de 0 à 95 ans et le pic se situait dans la tranche d'âge des 41-50 ans.

61,5% des cancers de notre série ont été diagnostiqués entre 30 et 60 ans tandis que dans une étude menée à L'Île de la Réunion entre 1988 et 1992, la majorité des cancers était diagnostiquée après 60ans [20].

Le cancer survient à un âge plus avancé en Europe qu'en Afrique, cela pourrait s'expliquer par le fait que l'espérance de vie est plus élevée en Europe qu'en Afrique en raison des conditions sociodémographiques très défavorables en Afrique.

L'âge moyen de nos patientes se rapproche de celui trouvé par Traoré B.C qui était de 45,3 ans au cours d'une étude effectuée au Mali en 1997 [19].

2.2-Base de diagnostic

Dans notre série, 61,1% des cancers ont été diagnostiqués par examen anatomopathologique.

Dans une étude réalisée sur 10 ans entre 1986 et 1997 sur le cancer de la femme au Mali, Traore B.C [19] avait un taux de 42,4% des cancers diagnostiqués par histologie.

Ngassa P. avait trouvé 52% des cancers diagnostiqués par examen anatomopathologique au niveau du registre des cancers du Mali entre 1995 et 2004 [18]

Traoré B.O avait trouvé 63,2% de cancers diagnostiqués par examen anatomopathologique sur une étude de deux ans réalisée entre 2006 et 2007[6].

Même si l'objectif visé pour la confirmation histologique est un taux avoisinant les 100% ; on constate une nette amélioration du taux de cancers diagnostiqués par histologie ou cytologie au cours des différentes études réalisées au Mali.

Cela pourrait s'expliquer par une prise de conscience de la population qui consulte de plus en plus pour pathologie tumorale. Mais aussi par une coopération grandissante entre les autres spécialités médicales et les anatomopathologistes.

2. 3.-Structures sources des cas de cancers.

Notre étude a montré que 79% des cancers enregistrés ont été diagnostiqués dans les deux principales structures sanitaires du Mali (CHU du Point G, CHU Gabriel Touré).

Ce pourcentage élevé serait dû à la forte fréquentation de ces centres qui sont les plus fournis en moyens humains et matériels. Le CHU du Gabriel Touré a fourni le plus grand nombre de cas dû probablement à sa situation géographique et à sa forte concentration en spécialités médicales et chirurgicales.

2.4-Type histologique

Cancer du Col utérin

Le carcinome épidermoïde représente 90,3% des cancers du col de l'utérus suivi par l'adénocarcinome. Muteganya et Al au Burundi et Lankoande au Burkina Faso retrouvent une prédominance du carcinome épidermoïde [21, 22] avec respectivement 95,3 % et 78,3% des cas suivi eux aussi par l'adénocarcinome avec 2,7% pour le Burkina.

Cancer du Sein

Le carcinome canalaire infiltrant (CCI) représente 73,1% des cancers du sein suivi par le carcinome et l'adénocarcinome avec respectivement 10,5% et 5,8%.

Le premier rang occupé par le CCI est comparable avec les résultats de Maiga (73,8%), d'Hechimane et de Lutula (64,1%) [23, 24, 25].

Mais Keïta retrouve le carcinome lobulaire infiltrant en 2^{ème} position, ceci diffère de nos résultats dans lesquels il est en 5^{ème} place [26].

Cancer de l'estomac

Chez nos patientes ayant bénéficié d'un examen cytologique, 88% présentaient un adénocarcinome.

Ce résultat est superposable à ceux de Diallo et Sidibé (40%) au Mali. [27, 28]. Mais diffère de celui de Kadende et Al au Burundi [29] où avec 78%, l'ADK est en 2^{ème} place derrière les formes ulcéro-végétantes et ulcéro-infiltrantes (83%).

Cancer de la vessie.

Avec 60,6%, le carcinome épidermoïde est le type histologique dominant dans le cancer de la vessie. A l'instar du Mali où des études faites par Sala T et Logmo L, ont démontré le lien étroit entre le cancer vésical et la bilharziose à *Schistosoma haematobium* [30, 31], la fréquence des carcinomes épidermoïdes est beaucoup plus élevée au Moyen-Orient et en Egypte où il existe une endémie de schistosoma haematobium [32].

A Madagascar, le carcinome épidermoïde (19,35%) vient en 2^{ème} position derrière le carcinome urothélial à cellules transitionnelles [33] Pisani et Al [34] trouvent dans les pays occidentaux des taux plus élevés (90%).

Cancer du foie.

L'hépatocarcinome avec 83,8% est le type histologique le plus présent dans le cancer du foie. Ce résultat est superposable à celui de Ibara et Al avec 81,9% de carcinome hépatocellulaire. [35]

Parmi les 1691 cas (61,1%) de cancers qui ont bénéficié d'un examen anatomopathologique, les carcinomes (carcinomes épidermoïdes, adénocarcinomes, carcinomes hépatocellulaires,) étaient les plus représentés soient 83% des cas. Cette répartition pourrait s'expliquer par l'importante fréquence des adénocarcinomes de l'estomac, des carcinomes hépatocellulaires et des carcinomes épidermoïdes du col utérin.

Nos résultats concordent avec la littérature (la plupart des tumeurs malignes sont d'origine épithéliale) [3].

2.5. Les principales Localisations

2.5.1-Le cancer du col utérin

Le cancer du col utérin occupe le premier rang dans notre étude avec une fréquence de 26,4%.

Plusieurs études réalisées au Mali en l'occurrence celle de Ngassa (25,2%) [18], de Traore B.O (22,2%) [6] aboutissent à la même conclusion. Kanambaye [36] et Maiga L [23] classent également le cancer du col en tête des cancers gynéco mammaires avec respectivement 50,3% et 58,3%.

Au Maroc, il représente 30,85% des cancers gynéco-mammaires [37].

Lankoande J. au Burkina classe le cancer du col utérin en 2^{ème} position derrière le cancer du sein [22].

La fréquence élevée du cancer du col utérin pourrait s'expliquer par la grande multiparité des femmes dans nos contrées, les conditions socioéconomiques et l'infection à papillomavirus humain [38,39]. Dans

les HPV à haut risque, le HPV 16 est retrouvé dans 70 % des cancers du col en Europe [21]. Le HPV est impliqué dans 78 % des cancers du col utérin au Maroc [40].

Le cancer du col utérin apparaît en moyenne à 47,4 ans plus ou moins 13,2 ans avec des extrêmes allant de 15 à 90 ans. Ce résultat est superposable à ceux de Maiga [23] au Mali (47,3 ans) et de Yomi et Al [41] au Cameroun (48 ans) mais Muteganya et Al au Burundi [21] trouve un âge moyen inférieur (43,09 ans).

La classe modale se situant dans la tranche d'âge des 41-50 ans dans notre série avec 28% des cas de cancer du col utérin. Cette même tranche d'âge est retrouvée dans plusieurs études au Mali et en Afrique [21], [41], [42]. Mais Petchehé S.F. [43] et Mariko qui avaient trouvé respectivement 35-44 ans et 36-45 ans reste en conformité avec l'étude de Quenum qui montre que le cancer du col utérin apparaît relativement tôt en Afrique (avant 50 ans) [44]

2.5.2-Le cancer du sein

Le cancer du sein est le deuxième cancer de la femme dans notre série avec une fréquence de 15,8%, ce qui est très proche des résultats de Traore B.O [6] (16,95%), Ngassa P (17,4%) [18] mais inférieur à ceux de la Belgique en 1993, 33% [45] et de la Côte D'Ivoire entre 1995 et 1997 qui était de 25,2% [46]

La moyenne d'âge était de 47,1 ans plus ou moins 13,5 ans avec des extrêmes de 15 à 95 ans.

Ce résultat est superposable à ceux de Keïta [26] (48,8 ans) ; Traore B. [19] (46,7 ans), Maïga [23] (49,3%) au Mali et Meye [47] (48,5 ans) au Gabon.

La tranche d'âge la plus représentée (29,4%) était celle des 41-50 ans, ce qui est comparable aux résultats de Traore B.C [19]

En Tunisie, selon le RCNT, en 2009, le cancer du sein occupe largement la première place des cancers de la femme avec une fréquence de 30% devant celui du col utérin [48], de même à Singapour il venait en première position avec 20,4% entre 1988 et 1992 [36].

2.5.3-Le cancer de l'estomac

La fréquence dans notre série, 9,3% est nettement supérieure à celle observée dans les autres pays africains [3, 30] et en France [8], les fréquences les plus élevées étant observées en Amérique du Sud, au Japon et en Chine. Au Mali il est le premier cancer digestif et est surtout diagnostiqué à un stade tardif [49, 50]. Bah a démontré que 89,4% des gastrites chroniques étaient associés à *Helicobacter pylori* [51]. Cela pourrait expliquer cette fréquence élevée du cancer gastrique au Mali [49, 52].

La moyenne d'âge était de 48,5 ans plus ou moins 14 ans avec des extrêmes de 1 à 95 ans et le pic se situait dans la tranche d'âge des 61-70 ans. Moussavou [53] au Gabon trouve un pic de 35 à 44 ans, légèrement inférieur.

Diarra et Al [54] au Mali trouve une moyenne d'âge de 55,8 ans.

L'âge moyen des patients en Afrique est nettement inférieur à celui des malades en France, qui est de 70 ans, selon Peghini et Al [55].

Le jeune âge des patients en Afrique pourrait s'expliquer d'une part, par une prise en charge tardive des affections prédisposantes et d'autre part, par l'infection à *Helicobacter pylori* qui s'acquiert dès la petite enfance dans nos contrées et qui est impliquée dans la carcinogenèse de l'antrum et du corps de l'estomac. Moutarla [56] confirme en effet que la prévalence de l'Hp au cours des affections gastroduodénales est de 95 % à Bamako.

Dans les pays industrialisés, la disparition progressive du sel dans les procédés de conservation des aliments et l'augmentation de la consommation de légumes et de fruits pourraient expliquer cette baisse de la fréquence.

2.5.4-Le cancer du foie

Cinquième cancer de la femme dans notre série avec une fréquence de 3,8%. Mais est le troisième cancer de la femme au Bénin (9,6%) [57]. Sa fréquence élevée au Mali serait en rapport avec la forte prévalence de l'infection à VHB. Wandji a trouvé que 66,7% des patients souffrant de cancer hépatique étaient porteurs de l'antigène Hbs [50].

La moyenne d'âge était de 45,9 ans plus ou moins 14,1 ans avec des extrêmes de 0 à 95 ans et le pic se situait dans la tranche d'âge des 41-50 ans avec 26,8% des cas de cancer du foie.

2.5.5- Le cancer de la vessie

Les femmes ont un cancer de la vessie en moyenne à 46,9 ans plus ou moins 16,6 ans avec des extrêmes de 5 à 80 ans et un pic entre 51-60 ans. Ce résultat est superposable à ceux de Diallo **[58]** (46 ans) au Mali et de Rantomalala **[33]** (52 ans) à Madagascar mais est moins élevé par rapport à ceux des pays développés **[59]** (71 ans).

Des études faites au Mali par Sala T et Logmo L, ont démontré le lien étroit entre le cancer vésical et la bilharziose à *Schistosoma haematobium*. D'une part chez 59,4% des cancéreux on a trouvé des antécédents de bilharziose urinaire et la majorité des patients provenait des zones d'hyper endémie ; d'autre part l'examen histologique a confirmé pour 20% des patients l'association cancer et bilharziose **[30, 31]**.

Par contre en France et plus largement en Europe, la consommation de tabac est l'étiologie la plus fréquemment évoquée **[8]**. Le cancer de vessie est la 11ème cause de cancer dans le monde **[59]** _

CONCLUSIO

N

V- CONCLUSION

Au Mali, les cancers sont une pathologie fréquente chez la femme. Ils sévissent à tous les âges avec une nette prédominance entre 30 et 50 ans.

Le cancer du col de l'utérus reste, malgré les innombrables campagnes de dépistages et de sensibilisation, relativement fréquent car est le premier cancer de la femme au Mali (26,3%).

Plus de la moitié des cancers de notre série soit 61,1% ont été diagnostiqué grâce au concours de l'anatomopathologiste.

Un accent particulier doit donc être mis sur le dépistage des cancers afin de traiter suffisamment tôt les affections prédisposant (HPV, Hp, schistosomiasis urinaires) et donc faire le diagnostic des cancers à un stade précoce.

RECOMMANDATIO

NS

VI- RECOMMANDATIONS

Au terme de nos travaux, il nous est apparu nécessaire de faire certaines recommandations s'adressant :

Au Ministère de la santé

- ◆ Etablir un programme national de lutte contre le cancer.
- ◆ Encourager les spécialisations post doctorales (médecine) par l'octroi de bourses
- ◆ Equiper les principales structures hospitalières d'un service d'anatomie pathologique

- ◆ Organiser des campagnes de sensibilisation et de dépistage des cancers

Au personnel du registre des cancers

- ◆ Respecter scrupuleusement la méthodologie des registres des cancers
- ◆ Mettre un accent sur la validité et l'exhaustivité des informations recueillies
- ◆ Multiplier les contrôles de qualité
- ◆ Développer le suivi des cancéreux enregistrés
- ◆ Créer de nouvelles variables dans CanReg afin de mieux apprécier les facteurs de risques des cancers.

Au corps médical

- ◆ Améliorer la collaboration entre les services sources et le registre des cancers
- ◆ Remplir rigoureusement les dossiers médicaux des patients en général et des cancéreux en particulier
- ◆ Sensibiliser la population sur les différents signes d'appel des cancers

A la population

- ◆ Consulter précocement un agent de santé dès la survenue des signes d'appel des cancers
- ◆ Participer aux campagnes de dépistage des cancers.

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQU

ES

VII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Rapport sur la santé dans le monde. La vie au 21^e siècle. Une perspective pour tous.OMS, 1998.
- 2- Kleihues P, Steward BW.World cancer report, IARC Press Lyon 2003.
- 3- Parkin DM, Ferlay J, Hamdi-Cherif M.Cancer in Africa: Epidemiology and Prevention Lyon IARC Scientific publications 2003; N°153.
- 4- Parkin DM, Pisani P and Ferlay.Estimates of the world wide incidence of eighteen major cancers in1995.In J cancer 1993; 54: 504-606.
- 5- Pisani P, Parkin DM, Munôoz N, Ferlay J.Cancer and infection: estimates of attributable fraction in 1990.Cancer epidemiol Biomarker Prev 1997; 6: 387-400
- 6- Traore BO. Aspects épidémiologique et anatomo-pathologique des cancers au Mali : données du registre du cancer. Thèse Med. Bamako, 2009.
- 7- Raymon L, Borisch B, Bouchardy C. Le régister du cancer fondements et fonctionnement. Revue médicale de la Suisse romande 1991 ; vol 119, 825-831.
- 8- Remontet L, Buemi A, Velten M, Jougla E, Estène J.Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. Réseau français des registres de cancer FRANCIM, Août 2003.
- 9- Dos Santos Silva I. Epidémiologie du cancer: principes et méthodes. Lyon: Centre International de Recherche sur le Cancer 1999.

- 10- Cancer incidence in the Africa population of Harare, Zimbabwe, second results from the cancer registry 1993-1995, *Int J. Cancer* 2000; 85: 54-59.
- 11- Wagner G, Jensen OM, Parkin DM, Mac Lennan R, Muir CS & Skeet RG (eds). *History of cancer registration. Cancer registration: Principles and Methods.* Lyon, International Agency for Research on cancer IARC Scientific Publications 1991; N°95: 3-6.
- 12- Halma JM, Grandadam M, Buemi A. Etude épidémiologique des cancers cutanés basée sur la population d'un département Français de 1988 à 1996. *Résultat du registre de cancer du Haut-Rhin. Les nouvelles dermatologiques* 2000; volume 19 :48-55.
- 13- Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L & Young J (eds). *Cancer Incidence in Five Continents.* IARC Scientific Publications. Lyon: IARC Press 1997; N°143 (Vol. VII).
- 14- Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L & Thomas DB (eds). *Cancer Incidence in Five Continents* IARC Scientific Publications. Lyon: IARC Press 2002; N°155 (Vol .VIII)
- 15- Mac Lennan R, Jensen OM , Parkin DM, Muir CS & Skeet RG (eds). *Items of patient wich may be collected by registraties.* *Cancer registration: Principles and Methods* IARC Scientific Publications Lyon: International Agency For Research on Cancer 1991; N°95: 43-63.
- 16- Percy C, Van Holten V & Muir CS (eds). *International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O), second edition.* Geneva: World Health Organisation 1990.

- 17- Last JM. A Dictionary of Epidemiology, third edition. Oxford: University Press 1995
- 18- Ngassa P. Incidence et mortalité par cancer au Mali : Données du registre du cancer de 1995 à 2004. Thèse de Médecine. Mali, 2006
- 19- Traore BC. Le cancer de la femme au Mali. Thèse de médecine. Mali 1997.
- 20- Grizeau P, Vaillant JY & Bègue A. Le registre des cancers à la Réunion : données des cinq premières années d'enregistrement (1988-1992). Bulletin de la société de pathologie exotique 1998 ; vols 91: 13-16.
- 21- Muteganya D, Bigaya T. Cancer du col utérin à propos de 35 cas au Centre hospitalier universitaire de Kamenge. Méd. d'Afrique Noire 1999; 46 (3)
- 22- Lankoande J, Sakande B. Aspects épidémio-cliniques et anatomo-pathologiques. Cancer du col utérin dans le service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso). Méd Afr Noire 1998 ; 45 (7)
- 23- Maiga L. Etude épidémie et Histologique des cancers gynécologiques et mammaires à propos de 647 cas. Thèse de Méd. Bamako, 2006.
- 24- Echimane K A, Didi-Kouko Coulibaly J, Adoubi , Mbra K, Touré M. Aspects épidémiologiques du cancer du sein à propos de 125 cas à Abidjan. Abstract du 7^{ème} congrès de la SAGO. Bamako 2003 : P 18.

- 25- Lutula S. Etude épidémiologique, clinique et morphologique des tumeurs du sein au Mali. Thèse Méd. Bamako, 2008.
- 26- Keïta M.A. Etude des caractères anatomo-cliniques des cancers du sein au Mali. Thèse Méd. Bamako, 2008.
- 27- Diallo K. Etude épidémiologique et anatomo-pathologique des cancers de l'estomac à propos de 55 cas. Thèse Méd. Bamako, 2008
- 28- Sidibé A. Etude épidémiologique et histologique des pathologies gastriques diagnostiquées à l'INRSP. Thèse Méd. Bamako, 2009.
- 29- Kadende P, Engels D, Ndoricimpa J, E. Ndabaneze E, Habonimana D, Marerwa G, Bigirimana V, Bazira L, Aubry P. Les cancers digestifs au Burundi. Méd. d'Afr Noire 1990 ; 37(10)
- 30- Sala BT. Etude des tumeurs de vessie au service d'Urologie de l'hôpital du Point G à propos de 69 cas. Thèse de médecine. Mali, 2004.
- 31- Logmo K.L. Place de la bilharziose urinaire dans les cancers de la vessie au service d'anatomopathologie de l'institut National de Recherche en Santé Publique (A propos de 70 cas). Thèse de médecine. Mali, 2004
- 32- Chopin D, Gattergnon B. Epidémiologie descriptive des tumeurs superficielles de la vessie.
- 33- Rantomalala H.Y.H, Rakototatiana A.F. Les cancers de la vessie vus au CHU Joseph Rovaohangy Andrianavelo

- du service d'urologie, CHU-JRA Antananarivo, Madagascar. *Revue tropicale de chirurgie* 1 2007: 74-76.
- 34- Pisani P, Parkin M, Bray F, Ferlay J. Estimates of the world wide mortality from 25 cancers in 1990. *Int J. cancers* in 1990.
- 35- Ibara J.R, Ossendza R.A., Okouo.M, Deby Gassaye, Ph. Ngoma, Manibouana, A. Itoua Ngaporo. Les cancers primitifs du foie au Congo étude hospitalière de 558 cas. *Médecine d'Afrique Noire* 1999 ; 46 (8/9)
- 36- Kanambaye D. Cancers gynécologiques et mammaires ; étude épidémiologique à l'hôpital du Point G de 1991 à 2000. Thèse de médecine. Mali, juin 2003.
- 37- El Aarji Naima. Les cancers du col utérin (à propos de 172 cas). Thèse de Méd. Casablanca, 2006.
- 38- Bosch FX, Manos MM, Munoz N, Sherman M, Jansen AM, Peto J & al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a Worldwide perspective. International biological study on cervical cancer (IBSCC) Study Group. *J Natl Cancer Inst* 1995; 87 (11): 796-802.
- 39- Munoz N. Human papillomavirus and cancer *Inst* 1995; 87 (11): 796-802.
- 40- Bosch FX, Manos MM, Munoz N. International Biological Study on Cervical Cancer (IBSCC) Study Group. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. *J Natl Cancer Inst* 1995, 87:796–802
- 41- Yomi J, Monkam G , Tagni D, Doh A. Traitement des cancers du col utérin: notre expérience à l'hôpital de

- Yaoundé à propos d'une série de 111 malades. Médecine d'Afrique Noire 1996; 43 (3): 150-4.
- 42- Quinn, Babb P, Jones J, Allen E. Effect of screening on incidence and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collection statistics. BMJ 1999; 318:904-908
- 43- Petchehe S F. Le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au Mali : bilan de 14 années. Thèse de Méd. 05 Janvier 2005(Burkina Faso). Méd. Afr Noire 1998; 45(7)
- 44- Quenum C, Camain B, Baylet R. Le cancer en Afrique Noire. Epidémiologie et pathologie géographique du cancer en Afrique .Médecine d'Afrique Noire 1971;18(3): 165-186.
- 45- 45-Registre National du Cancer - Œuvre Belge du Cancer - Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement, Bruxelles 1993.
- 46- Cancer incidence in Abidjan, Ivory Coast-First result from the cancer registry 1995-1997. Cancer august 1, November 3 2000; vol 89
- 47- Meye JF, Ngomo M.J-Klutsh, Diallo I. Le cancer du sein au centre hospitalier de Libreville.Med.Afr noire 2004 : 479-482.
- 48- Ben Abdallah M, Zehani S, Maalej M, Hsairi M, Hechiche M, Ben Romdhane K, Boussen H, Saadi A, Achour N, Ben Ayed F . La Tunisie Medicale 2009 ; 07 (87) : 417 -425
- 49- Sacko O. Cancers de L'estomac en chirurgie A de l'hôpital national du Point G de 1999-2001, étude

- prospective (à propos de 36 cas). Thèse de médecine. Mali, 2001.
- 50- Wandji M-J. Carcinome Hépatocellulaire : aspects épidémiologiques, cliniques et évolutifs. Thèse de médecine. Mali, 2003.
- 51- Bah N. Gastrites chroniques à l'ère de *Helicobacter pylori*. Thèse de médecine Mali, 2001.
- 52- Modigliani R, Galian A & Hoang C. Cancer de l'estomac. In : Jian R, Modigliani R, Lémann M, Marteau P, Bouhnik Y, Paris Y (eds). Hépto-gastro-entérologie. Ellipses édition, 2001: 206-218.
- 53- Moussavou-Kombila, Abdou Raouf O, Mabicka B. les cancers de l'estomac au Gabon à propos de 79 cas observés en 10 ans (janvier 88-Décembre 1997) au CHC de Libreville. Acta endoscopica 1999 ; 4 (29).
- 54- Diarra M., Diarra A., Dolo M., Kamate B., A.F. D'horpock. Etude clinique, endoscopique, anatomopathologique et pronostique des cancers de l'estomac en milieu rural. Acta Endoscopica 2005 ; 2 (35).
- 55- Peghini M., Rajaonarison P. Pecarrese J.L, Razafindramboa H., Richard J., Morind D. Epidémiologie des cancers du tube digestif à Madagascar : Apport de 14000 endoscopies effectuées au centre hospitalier de Soaviandrianaa Antananarivo. Med. Afr noire 1997, 44 : 518-21.
- 56- Mourtala L. Infection *Helicobacter pylori* et les pathologies gastro duodénales dans le centre d'endoscopie de l'hôpital national du point G. Thèse Med. Bamako, 2000

- 57- Zinsou C.P., Fourn.L., Zohoun T. Aspects épidémiologiques des cancers au centre national hospitalier et universitaire de Cotonou. Médecine d'Afrique Noire 1990, 37 (5)
- 58- Diallo M. Place de la bilharziose urinaire dans les tumeurs de la vessie au service d'urologie du CHU Gabriel TOURE. Thèse Med. Bamako, 2003
- 59- Irani J. Epidémiologie du cancer de vessie. Proguvol 2003 ; 13: 1207-8.

ANNEXES

Registre des cancers du Mali

CanReg-4(CIRC, Lyon)

Annexe 1 : Fiche D'identification du patient.

N° Dossier :

Patient :

Nom :

Prénoms :

Sexe: /_/_/

Date de naissance : /_/_/_/

Ethnie :

Région/Cercle :

Quartier de Bamako :

Suivi :

Dernier contact: /_/_/_/

Statut présent : vivant/1/ Cause décès

Décédé /2/ cancer /1/

Inconnu /9/

autre /2/

Inconnu /9

Hôpital :

Service

Laboratoire :

N° examen :

Tumeur :

Date diagnostic: /_/_/_/

Base diagnostic : registre de décès/0/

Topographie :

clinique/1/

endoscopie/2/

Morphologie :

biopsie/cytologie/3/

Comportement : bénin/0/

radiologie/4/

Incertain/1/

chirurgie (sans biopsie) /5/

In situ/2/

autre /8/

Infiltrant/3/

inconnu /9/

Codées selon la CIM-O-2

Annexe 2 : Classification des tumeurs selon la CIM-10 (OMS, 1992)

C00-75 Tumeurs malignes Primitives ou présumées primitives en des sites bien définis, à l'exception des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés.

C00-C14 Lèvre, cavité buccale et pharynx

C15-C26 Organes digestifs

C30-C39 Organes respiratoires et intra thoraciques

C40-C41 Os et cartilages articulaires

C43-C44 Peau

C45-C49 Tissu mésothélial et tissus mous

C50 Sein

C51-C58 Organes génitaux de la femme

C60-C63 Organes génitaux de l'homme

C64-C68 Voies urinaires

C69-C72 Œil, cerveau et autres parties du système nerveux central

C73-C75 Thyroïde et autres glandes endocriniennes

C76-C80 Tumeurs malignes en des sites mal définis, secondaires et non précisés

C81-C96 Tumeurs malignes primitives ou présumées primitives des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques ou apparentés

C97 Tumeurs malignes en de multiples sites indépendants (primitifs)

D00-D09 Tumeurs in situ

D10-D36 Tumeurs bénignes

D37-D48 Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue

Annexe 3 : Liste des éléments d'information essentiels

| Eléments | Commentaires |
|----------------------------|---|
| Patient | |
| Identification personnelle | |
| Numéro d'enregistrement | |
| Nom | |
| Sexe | |
| Date de naissance ou l'âge | |
| Démographie | |
| Adresse | |
| Groupe ethnique | |
| Tumeur | |
| Date d'incidence | |
| Base diagnostic | clinique, endoscopie, radiologie, cytologie. |
| Topographie (localisation) | Code de la CIM-Ob |
| Morphologie (histologie) | Code de la CIM-O |
| Potentiel évolutif | Code de la CIM-O |
| Source de l'information | Type de source : médecin, laboratoire, hôpital, certificat de décès ou autres Source actuelle : nom du médecin, laboratoire, hôpital, etc. |
| | Date (date de consultation, d'admission, |

d'examens médicaux)

Classification Internationale des Maladies (Percy et al, 1990)

Annexe 4 : Tableau Répartition des cas selon le siège du cancer.

| Topographie | Effectifs | Pourcentages |
|---------------------------|-----------|--------------|
| Lèvre | 5 | 0.2 |
| Langue | 7 | 0.3 |
| Bouche | 7 | 0.3 |
| Glandes salivaires | 11 | 0.4 |
| Amygdales | 1 | 0.0 |
| Autres oropharynx | 0 | 0.0 |
| Nasopharynx | 0 | 0.0 |
| Hypopharynx | 0 | 0.0 |
| Pharynx SAI | 2 | 0.1 |
| Œsophage | 49 | 1.8 |
| Estomac | 259 | 9.3 |
| Intestin grêle | 5 | 1.8 |
| Côlon | 41 | 1.5 |
| Rectum, jonct rect-sigm | 58 | 2.0 |
| Anus | 6 | 0.2 |
| Foie | 106 | 3.8 |
| Voies biliaires | 1 | 0.0 |
| Pancréas | 34 | 1.2 |
| Nez, sinus, oreil .moyen | 5 | 0.2 |
| Larynx | 4 | 0.1 |
| Bronches, poumons | 17 | 0.6 |
| Thymus, cœur | 2 | 0.1 |
| OS, cartilages Arti | 22 | 0.8 |
| Mélanome cutané | 11 | 0.4 |
| Autres tumeurs cutanés | 21 | 0.8 |
| Mésothéliome | 2 | 0.1 |
| Sarcome de Kaposi | 24 | 0.9 |
| Tissu conjonctif | 21 | 0.8 |
| Sein | 438 | 15.8 |
| Vulve | 10 | 0.4 |
| Vagin | 10 | 0.4 |
| Col utérin | 730 | 26.3 |
| Corps utérin | 46 | 1.7 |
| Utérus SAI | 25 | 0.9 |
| Ovaire | 101 | 3.6 |
| Autres organes génitaux | 10 | 0.4 |
| Placenta | 13 | 0.5 |
| Rein | 42 | 1.5 |
| Bassinnet | 0 | 0.0 |
| Uretère | 0 | 0.0 |
| Vessie | 108 | 3.9 |
| Autres organes urinaires | 1 | 0.0 |
| Œil | 40 | 1.4 |
| Cerveau, système nerveux | 11 | 0.4 |
| Thyroïde | 25 | 0.9 |
| Surrénale | 0 | 0.0 |
| Autres glandes endocrines | 0 | 0.0 |
| Maladie de Hodgkin | 11 | 0.4 |
| Lymphome non Hodgkinien | 72 | 2.6 |
| Mal immunoprolifératives | 0 | 0.0 |
| Myélome multiple | 9 | 0.3 |
| Leucémie myéloïde | 7 | 0.3 |
| Leucémie lymphoïde | 22 | 0.8 |

| | | |
|-------------------------|------|------|
| Leucémie SAI | 1 | 0.0 |
| Site primitif incertain | 312 | 11.2 |
| Totaux | 2776 | 100 |

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : **KANTE**

Prénoms : **Bintou Sambou**

Adresse électronique : bintoukante1@yahoo.fr

Titre : **Aspects épidémiologiques et anatomopathologiques des cancers de la femme au Mali : Données du registre des cancers.**

Année universitaire : 2009-2010

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI

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

Secteurs d'intérêt : Epidémiologie du cancer, santé publique, anatomopathologie, gynécologie.

RESUME :

Il s'agissait d'une étude rétrospective des données féminines du registre des cancers du Mali ; données recensées de janvier 1999 à décembre 2008 soit dix ans et de déterminer leurs aspects épidémiologiques et anatomopathologiques.

Les données provenaient de cinq principales sources : CHU Gabriel Touré (45,4%), CHU du Point G (33,6%), hôpital de Kati (1,5%), CNAM (1,5%), IOTA (0,4%). La confirmation histologique a été faite par le laboratoire d'anatomie pathologique de l'Institut National de Recherche en Santé Publique INRSP). Sur 4919 cas de cancers, 56,4% étaient féminins. L'âge moyen des cancéreuses était de 47,5ans. Le taux de confirmation par histologique /cytologique était 61,1%.

Les cinq organes les plus touchés étaient le col utérin (26,3%), le sein (15,8%), l'estomac (9,3%), la vessie (3,9%) et le foie (3,8%).

Mots clés : Registre, Cancer, Fréquence relative, topographie, types histologiques, Mali.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de 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.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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

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

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !