

Ministère de l'Enseignement Supérieur et
de la Recherche Scientifique

République du Mali

Un Peuple – UnBut – Une Foi



U.S.T.T-B



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine Et d'Odontostomatologie

Année universitaire 2018 – 2019

THESE

N° :

Aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers de la vulve au Mali : données du registre des cancers

Présentée et soutenue publiquement le 31/12/2019 par :

Mlle. Assitan Jocelyne DIARRA

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

JURY

Président : Professeur BakarouKamaté

Membre : Docteur Mamadou Salia Traoré

Co-Directeur : Docteur Bourama Coulibaly

Directeur : Professeur Cheick Bougadari Traoré

SOMMAIRE

Table des matières

Dédicaces.....	V
Remerciements	VI
ABREVIATIONS :	XIV
Introduction	2
I- Objectifs.....	5
II- Généralités.....	7
1- Rappels sur le registre des cancers	7
2-Généralités sur les cancers de la vulve	10
3-Epidémiologie	19
4- Etiologies	20
5-Etude clinique	21
6-Étude paraclinique	22
7-Etude histologique	26
8-Moyens thérapeutiques	39
III- Matériel et Méthodes	47
1- Cadre d'étude et lieu d'étude	47
2-Type d'étude	47
3-Période d'étude	47
4-Population d'étude	47
5-Echantillonnage.....	47
6-Méthodologie du registre des cancers.....	48
7-Informations recueillies	49
8-Plan d'analyse des données.....	49
9-Considération éthique	50
IV- Résultats.....	52
1-Fréquence.....	52
2- Données sociodémographiques	52
V- Commentaires et discussion.....	59

1-Limites et difficultés	59
2-Méthodologie	59
3-Fréquence	59
VI- Conclusion	63
VII-Recommandations	62
VIII- References bibliographiques	64
ANNEXES	65

**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

Dédicaces

Je dédie ce travail

A Dieu, le clément et le miséricordieux.

Louange à Allah, Dieu de bonté et de tous les hommes.

Que sa grâce, son salut, son pardon et ses bénédictions soient accordés au meilleur de ses créatures.

Que sa miséricorde et son pardon soient accordés également à ceux, qui le suivent jusqu'au jour dernier.

Dieu, merci d'avoir veillé sur moi, de m'avoir protégé.

Milles merci pour tout ce que tu as fais pour moi.

Gloire à toi aujourd'hui et pour l'éternité.

- A mon père

• PROFESSEUR ADAMA DIARRA

Tu es et as toujours été là, un papa exemplaire, tu m'as toujours soutenu, tu as cru en moi, tu m'as encouragé et ne m'as jamais jugé. J'ai de la chance d'avoir un papa comme toi.

Tu as été et tu seras toujours un exemple pour moi par tes qualités humaines, ta persévérance et ton perfectionnisme.

En témoignage de plusieurs années de sacrifices, de solitudes, d'encouragement et de prières. Tu pourras trouver dans ce travail le fruit de tes efforts.

En ce jour j'espère réaliser l'un de tes rêves.

Aucune dédicace ne saurait exprimer mes respects, ma reconnaissance et mon profond amour.

Puisse Dieu te préserver et te procurer la santé et le bonheur.

- A ma mère

• KHADY ALICE SANGARE

Source inépuisable de tendresse, de patience et de sacrifice.

Tes prières et tes bénédictions m'ont été d'un grand secours tout au long de ma vie.

Autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le degré d'amour et d'affection que j'éprouve pour toi.

Tu n'as cessé de me soutenir et de m'encourager durant toutes les années de mes études, tu as toujours été présente à mes côtés pour me consoler quand il fallait.

En ce jour mémorable, pour moi ainsi que pour toi, reçoit ce travail en signe de ma reconnaissance et ma profonde estime.

Puisse le seigneur te donner la santé, le bonheur et une longue vie afin que je puisse te combler à mon tour.

- A mes frères et sœurs
- YASMINA CHRISTELLE DIARRA, SORY IBRAHIM BONIFACE DIARRA, AMINATA ELODIE DIARRA

Vous m'avez remonté le moral lorsque ma détermination flanchait, vous m'avez soutenue et aidée dans les difficultés de la vie.

Je vous remercie pour votre compréhension et votre soutien. Que le seigneur fasse que nous restons unis.

Remerciements

Mes sincères remerciements :

- A tous nos maîtres de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Vous êtes pour nous des modèles à suivre. Nous avons été impressionnés par la qualité de vos enseignements, ainsi que vos leçons d'humilité. Aujourd'hui nous vous disons merci, le cœur plein d'émotion et de reconnaissance.

- A nos maîtres du service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques

- Dr KEITA Mamadou

- Dr COULIBALY Bourama

Chers maîtres vous êtes les initiateurs de ce travail et vous avez tout donné pour son élaboration. Votre intégrité, votre disponibilité, votre rigueur, votre courage et votre sens social élevé font de vous des maîtres admirés. Auprès de vous, nous avons acquis l'amour pour la recherche scientifique. Nous avons été fières de compter parmi vos élèves en espérant ne pas vous avoir

déçu. Trouvez ici chers maîtres, l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

- A mes grands parents
- Feux Sory Diarra, Assitan Coulibaly, Urbain Sangaré et Ami-Colè Diagne
Vous avez tout au long de votre vie prôné le travail bien fait, le courage et le respect de l'autre. Que vos âmes respectives reposent en paix amen!
- A tout le personnel du service d'anatomopathologie du CHU point g :

Docteurs : Touré, Rokia, Tamaki, Séga, Boncana, Mantia, Safi, Cissé, Alou, Maman, Awa

Techniciens Supérieurs : Yacou, Dembélé, Youssouf, Sow, Yabema

Secrétaires : Ami, Djélika

GS : Alou et Koniba

Internes : Chers collègues, je suis très fière du temps passé avec vous, car vous m'avez comblé par l'ambiance familiale régnant dans le service. En vous j'ai retrouvé des frères et sœurs. C'est vrai il y'a eu des hauts et des bas, mais nous sommes toujours restés unis.

A tous mes camarades de la < promotion Feu Pr Mahamadou Touré > merci beaucoup.

HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury :

Professeur Bakarou KAMATE

- **Professeur Titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la F.M.O.S.**
- **Chercheur et Praticien hospitalier au C.H.U. du Point G.**
- **Secrétaire Général de la Division d’Afrique Francophone et de l’Académie Internationale de Pathologie (DAF/AIP).**
- **Secrétaire Général de la Commission Médicale d’Etablissement (CME) du C.H.U du Point G.**
- **Secrétaire Général de la Société Malienne de Pathologie (SMP).**
- **Collaborateur du registre national des cancers et du projet de dépistage du cancer du col de l’utérus au Mali.**

Cher maître, c’est un grand honneur pour nous de vous avoir comme président du jury de cette thèse malgré vos multiples occupations. Votre disponibilité constante, votre rigueur et votre souci de transmettre vos connaissances font de vous un exemple dans ce milieu. Trouvez ici cher maître l’expression de notre reconnaissance et de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Juge

Docteur Mamadou Salia TRAORE

- **Gynécologue-Obstétricien au CHU du point G**
- **Praticien Hospitalier au CHU Point G**
- **Chargé de recherche**
- **Chargé de cours à l'INFSS**
- **Secrétaire général de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique**

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en siégeant dans ce jury. Nous avons été impressionnés par votre abord facile, votre simplicité, votre talent.

Votre rigueur scientifique et votre souci du travail bien fait nous ont fascinés, ils resteront pour nous une source d'inspiration.

Nous gardons de vous un maître soucieux de la formation de ses élèves.

Veillez recevoir, cher maître l'expression de notre profond respect !

A notre Maître et Co-directeur :

Docteur Bourama COULIBALY

- **Maître Assistant en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la F.M.O.S.**
- **Ancien Interne des Hôpitaux de Bamako et Kati.**
- **Praticien hospitalier au C.H.U. du Point G.**
- **Collaborateur du registre national des cancers du Mali.**
- **Secrétaire Général Adjoint de la Société Malienne de Pathologie (SMP).**

Cher maître, ce travail est le fruit de vos efforts. Votre discipline, votre franchise, votre bonté ; votre rigueur ; et votre amour pour le travail bien fait font de vous un exemple. Vous nous avez accueilli à bras ouverts dans le service. Cher maître c'est l'occasion pour nous de vous remercier car vous avez été là pour nous soutenir et nous encourager tout au long de ce parcours.

Recevez ici cher maître l'expression de notre reconnaissance et notre profonde gratitude.

A notre Maître et Directeur :

Professeur Cheick Bougadari TRAORE

- **Professeur Titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (F.M.O.S.).**
- **Chef du Département d'Enseignement et de Recherche (D.E.R) des sciences fondamentales à la F.M.O.S.**
- **Chef de service du laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du C.H.U. du point G.**
- **Président de la Société Malienne de Pathologie (SMP)**
- **Chercheur et Praticien hospitalier au C.H.U du Point G.**
- **Collaborateur du registre national des cancers et du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus au Mali.**

Cher maître, nous vous remercions pour avoir dirigé ce travail malgré vos multiples occupations.

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant dans votre service. En plus de l'enseignement remarquable, vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, et d'humilité. Honorable maître, la compassion, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, et la faculté d'écoute, sont des vertus que vous incarnez et qui ont forcé notre admiration. Les mots nous manquent, pour exprimer clairement les sentiments qui nous animent aujourd'hui. Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

ABREVIATIONS

ABREVIATIONS :

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIRC : Centre international de recherche sur le cancer

CNAM : Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie

CHU OS: Centre national d'Odonto-Stomatologie

CNR : Comité National des Registres

CSRef : Centre de Santé de Référence

EMC: Encyclopédie médico-chirurgicale

FIGO: Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique

HPV : Virus du Papillome Humain

IARC : Association Internationale pour la Recherche Cryptologique

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

IOTA: Institut D'Ophtalmologie Tropicale De L'Afrique

ISSVD : Société internationale des études des pathologies vulvaires:

OMS : Organisation mondiale de la santé

TNM : Tumeur Nodes Metastasis (Facteur de Nécrose Tumorale)

UICC : Union Internationale Contre le Cancer

UMO: Unité Médicale d'Orientation

UMVF: Université Médicale Virtuelle Francophone

VIN : Néoplasies vulvaires intra-épithéliales

Liste des tableaux

Tableau I : Classification TNM des cancers de la vulve, 7ème Edition (2009).	45
Tableau II : Répartition des cas et évolution de l'Incidence selon de l'année de diagnostic.....	52
Tableau III: Répartition des cas selon l'ethnie	54
Tableau IV : Répartition des cas selon l'hôpital	55
Tableau V: Répartition des cas selon le type histologique	55
Tableau VI : Répartition des cas selon le type histologique et la tranche d'âge	56
Tableau VII : Répartition des cas selon le type histologique et l'ethnie	57

Liste des figures

Figure 1: Anatomie de la vulve. Vue position gynécologique.....	14
Figure 2 : Aspect histologique de la muqueuse vulvaire (Tissu malpighien kératinisé)	18
Figure 3: Aspect histologique d'un tissu malpighien non kératinisé (Vestibule)	19
Figure 4 : Maladie de Paget vulvaire	29
Figure 5 : Carcinome épidermoïde invasif, forme ulcéro-bourgeonnante	32
Figure 6: Tumeur vulvaire bourgeonnante de la grande lèvre droite.....	32
Figure 7 : Tumeur vulvaire ulcéreuse	33
Figure 8 : Carcinome épidermoïde moyennement différencié invasif et mature (pointes de flèches: les globes cornés)	34
Figure 9 : Carcinome basocellulaire de type infiltrant (pointes de flèches: artéfact de rétraction, flèches: amas de cellule en palissade).....	35
Figure 10 : Image macroscopique de mélanome vulvaire	36
Figure 11: Coupe histologique de mélanome superficiel.....	37
Figure 12 : Adénocarcinome mucineux (A : tubes et chorion, B : Structures polyadénoïdes et mucus)	38
Figure 13: A: Incision +décollement de vulvectomie B: Vulvectomie réalisée C: Fermeture fin d'intervention: vulvectomie totale +curage inguinale	40
Figure 14: Pièce de vulvectomie totale +curage ganglionnaire	41
Figure 15: Répartition des cas selon l'âge	53

INTRODUCTION

Introduction

Les cancers vulvaires sont des proliférations tumorales malignes (primitives ou secondaires), qui se développent aux dépens des différentes structures de la vulve [1-2].

Cette affection représente 3 à 5% des cancers gynécologiques et 1% de l'ensemble des cancers de la femme [3,4].

En France, son incidence est de 1 à 2/100000 femmes [5].

Au Sénégal, ils représentent 2,7% des cancers chez la femme et 4% au Cameroun [5].

C'est un cancer particulier qui touche majoritairement la femme âgée de plus de 65ans, dont l'état général est volontiers altéré; ce qui inévitablement influe sur les modalités de prise en charge [6].

Le prurit et la tuméfaction sont souvent les principaux signes révélateurs.

Il se manifeste cliniquement sous la forme bourgeonnante, ulcérée ou ulcéro-bourgeonnante. Le diagnostic est généralement facile, confirmé par l'histologie et doit être précoce.

Généralement, les patientes consultent tardivement par négligence, ignorance ou pudeur ; et le fait que le prurit vulvaire est souvent considéré comme un signe banal par le praticien.

L'évolution du cancer est souvent lente et se fait par étapes, une meilleure connaissance des lésions précancéreuses ou débutantes pourrait encore réduire leur fréquence et leur gravité.

Sur le plan histologique, plusieurs types sont distingués, mais le carcinome épidermoïde représente 90% des cas [7].

Leur diagnostic précoce et leur traitement éviteraient leur évolution invasive.

Sur le plan thérapeutique, la chirurgie est et reste, à ce jour, le traitement de choix des cancers de la vulve, en particulier dans leurs formes invasives. Elle repose sur la réalisation d'une vulvectomie dont l'étendue et le degré de radicalité dépendent

de la taille de la tumeur, de son type histologique et de son association éventuelle avec d'autres lésions vulvaires.

Les lésions invasives sont lymphophiles, et l'imagerie actuelle est insuffisante pour définir fiablement le statut ganglionnaire, qui est un critère principal de l'évaluation de pronostic. Le curage ganglionnaire inguinal fait partie intégrante de cette prise en charge [8].

Au Mali peu de données existent sur les cancers de la vulve.

Le registre des cancers du Mali a été créé en 1986 et permet un enregistrement périodique et exhaustif des cas de cancers survenus dans la population d'une aire géographique définie.

C'est face à la rareté des données, que nous avons décidé de mener cette étude avec comme but de déterminer les aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers de la vulve à travers les données du registre des cancers du Mali.

OBJECTIFS

I- Objectifs

Objectif général : Etudier les aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers de la vulve dans le District de Bamako.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des cancers de la vulve ;
- Déterminer l'incidence des cancers de la vulve ;
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes atteintes de cancers de la vulve ;
- Préciser les types histologiques des cancers de la vulve.

GENERALITES

II- Généralités

1- Rappels sur le registre des cancers

1-1- Définition :

A priori, le terme registre n'a pas de connotation scientifique et évoque plutôt une forme de recensement administratif destiné à de simples dénombrements [9].

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 de cancers 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 événements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique, par une équipe ayant les compétences appropriées ».

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 [10].

Les principaux objectifs du registre sont [11 ,12] :

- Déterminer l'ampleur du cancer en termes d'effectif et de taux d'incidence ;
- Déterminer la distribution des cancers selon certaines caractéristiques telles que l'âge, le sexe, la topographie ;
- Surveiller les tendances chronologiques de l'incidence du cancer ;
- Evaluer les besoins à visée diagnostique et thérapeutique en matière de cancer ;

- Aider à l'élaboration de stratégies de lutte contre le cancer et à évaluer leurs impacts ;
- Faire de la recherche clinique et épidémiologique : déterminer des facteurs de risque pour chaque type de cancer.

1-2-Historique des registres des cancers [10] :

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 1990 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.

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 France le premier registre a vu le jour dans le département du Bas-Rhin en 1975, créé par l'équipe du Pr. P. SCHAFFER [10].

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'Ile de la Réunion en 1988 ; l'Algérie à Sétif en 1989 ; le Cameroun en 1994 et la Côte d'Ivoire en 1994 [13].

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[14] et 1994-1996 [15]. Il se caractérise par sa régularité et l'actualisation constante de ses données.

1-3-Fonctionnement des registres des cancers de population [13] :

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.

1-4-Rôle des registres des cancers en épidémiologie :

Selon Last JM, [16] : [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 [17].

1-5-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).

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.

2-Généralités sur les cancers de la vulve

2-1- Rappels anatomiques :

2-1-1-Anatomie de la vulve : [18-21]

a- Définition :

La vulve est un repli cutané érogène recouvrant l'espace superficiel du périnée [18]. C'est l'organe sexuel externe de l'appareil génital féminin, constitué principalement des grandes et des petites lèvres enserrant l'entrée du vagin, du clitoris, des organes érectiles, du vestibule qui contient le méat urétral, de l'orifice externe du vagin et des glandes vulvaires.

b- Anatomie descriptive :

La vulve se présente sous forme d'une saillie ovoïde avec une fente médiane (fente vulvaire) qui la divise en deux replis cutanés latéraux appelés les grandes lèvres. En écartant ces dernières, on découvre deux nouveaux replis, ce sont les petites lèvres (les nymphes), qui se réunissent en avant et en arrière [19].

Entre les deux petites lèvres apparaît un espace ovalaire nommé le vestibule vulvaire qui est limité en avant par le clitoris, et en arrière par la fourchette vulvaire.

- **Le vestibule vulvaire** : est divisé schématiquement en deux parties :
 - Partie antérieure nommée le vestibule de l'urètre, dans lequel on distingue la papille de l'urètre (ou la Carina urétrale du vagin) avec à son sommet le méat urétral (ou l'ostium urétral) qui fait partie de l'appareil urinaire ; de chaque côté du méat urétral s'ouvrent les orifices des glandes urétrales (ou para-urétrales de Skene).
 - Partie postérieure nommée le vestibule du vagin, dans lequel on distingue l'orifice inférieur du vagin (ou introït) qui est normalement, obturée de façon incomplète chez la vierge par une membrane : c'est l'hymen ; cet orifice vaginal est bordé par les vestiges de l'hymen (les caroncules hyménales chez la femme déflorée).

- **Les deux grandes lèvres :**

Ce sont deux replis cutanés allongés, s'étendant entre le mont du pubis en avant et le périnée en arrière. Sur un plan traversant le petit axe des grandes lèvres du haut vers le bas, les grandes lèvres sont triangulaires avec un bord supérieur large adhérent aux tissus profonds avoisinants, et un bord inférieur libre et étroit ; leur face externe (en dehors) est séparée de la racine de la cuisse par le sillon génito-crural, et leur face interne (en dedans) est séparée de la petite lèvre homolatérale (du même côté) par le sillon inter labial. Chez l'adulte les grandes lèvres mesurent 7 à 8cm de longueur, 2 à 3cm d'épaisseur et 1,5 à 2cm de hauteur.

- **Les deux petites lèvres (ou les nymphes) :**

Ce sont des replis cutanés limitant le vestibule, situées en dedans des grandes lèvres et séparées de ces dernières par le sillon inter labial ; elles sont aplaties, de 3 mm d'épaisseur, leur bord supérieur adhérent avoisine le bulbe vestibulaire leur bord inférieur est libre.

L'extrémité antérieure des petites lèvres se divise en deux replis :

- Un repli antérieur qui coiffe avec le repli provenant de la petite lèvre homolatérale le clitoris pour former le prépuce clitoridien (ou capuchon du clitoris) ;
- Un repli postérieur qui se fixe, avec le repli provenant de la petite lèvre homolatérale, en arrière sur la face inférieure du clitoris pour former le frein du clitoris.

Les extrémités postérieures des petites lèvres s'unissent en arrière de l'orifice vaginal pour former la fourchette vulvaire ; la zone qui sépare la fourchette vulvaire de l'orifice vaginal est appelée la fossette naviculaire. Chez l'adulte, elles font souvent saillies en dehors de la fente vulvaire mais après la ménopause, elles tendent à s'atrophier et se cacher entre les grandes lèvres.

➤ **Le clitoris :**

C'est un organe charnu, érectile et très sensible, situé au niveau de la jonction des extrémités antérieures des deux petites lèvres ; il est l'équivalent des corps caverneux chez l'homme. Il prend racine à partir des deux corps caverneux qui s'insèrent sur les branches ischio-pubiennes et les muscles ischio-caverneux puis ils s'étendent en avant, en haut et en dedans pour former les piliers du clitoris. Le corps du clitoris se forme de la fusion des deux piliers du clitoris sur la ligne médiane.

Le corps du clitoris s'infléchit en bas et en arrière pour former le genou du clitoris (ou le coude de clitoris) et il se termine par le gland du clitoris qui mesure de 6 à 7 mm et qui apparaît à l'extrémité antérieure des petites lèvres. Le corps du clitoris est recouvert en avant par le prépuce clitoridien (ou capuchon du clitoris) et fixé en bas et en arrière par le frein du clitoris. Le clitoris est fixé aussi au niveau de son coude, à la symphyse pubienne par un ligament fibreux connu sous le nom du ligament suspenseur du clitoris, provenant de la ligne blanche de l'abdomen et de la symphyse.

➤ **Les bulbes vestibulaires :**

Ce sont deux organes érectiles placés de part et d'autre des orifices de l'urètre et du vagin. Ce sont le correspondant au bulbe et au corps spongieux, on leur distingue deux faces, deux bords et deux extrémités :

- ✓ La face externe convexe est recouverte par le muscle bulbo-caverneux.
- ✓ La face interne est contiguë en arrière à la glande de Bartholin.
- ✓ Le bord supérieur est en rapport avec le plan moyen du périnée.
- ✓ Le bord inférieur longe le bord adhérent des petites lèvres.

- ✓ L'extrémité postérieure, s'arrête à peu près en regard de la partie moyenne de l'orifice vaginal.
- ✓ L'extrémité antérieure se rétrécit et communique avec le bulbe du côté opposé et avec les veines du clitoris par le réseau intermédiaire de Kobett.

➤ **Les glandes vulvaires :**

- ✓ Les glandes vestibulaires mineures :

Ce sont les glandes sébacées (sur les grandes lèvres) et les glandes sudoripares qui sont disséminées sur les grandes et les petites lèvres ;

- ✓ Les glandes urétrales (de Skene) :

Les canaux excréteurs des glandes s'ouvrent de part et d'autre de la papille urétrale, au niveau du vestibule de l'urètre ; les glandes elles-mêmes se trouvent de part et d'autre de l'urètre, dans la tunique musculuse urétrale, à une profondeur allant de 5 mm à 5 cm.

Ces glandes urétrales sont considérées comme les homologues de la prostate chez les hommes.

- ✓ Les deux glandes de Bartholin (glandes vestibulaires majeures) :

Ce sont deux glandes mucipares (sécrétant un mucus limpide, transparent et alcalin, qui joue un rôle de lubrifiant lors des rapports sexuels) ; elles sont situées à l'intérieur des grandes lèvres, au niveau de la jonction de leur tiers inférieur au tiers moyen ; de la taille de 1,5 cm ; leurs canaux excréteurs ont une longueur de 1 à 2 cm, ils s'ouvrent au niveau du vestibule du vagin, à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur du sillon vestibulaire, nympho-hyménéal (labio-hyménéal), à 5 h et à 7h.

Ce sont des glandes hormono-dépendantes ; elles restent rudimentaires pendant l'enfance, et elles s'atrophient à la ménopause ; donc, c'est durant la vie génitale

active que ces glandes prennent leur taille et leur fonctionnement normaux, puis durant cette période apparaissent leurs pathologies (kystes, abcès...).

✓ Grains de Fordyce :

Il s'agit de petites glandes, sous forme des papules fermes ou de petits kystes, jaunes et superficielles et que l'on peut voir sur la partie libre et la face interne des petites lèvres ; leur mise en évidence est facilitée par la mise en tension de la peau et la muqueuse superficielle.

✓ Papillomatose physiologique de la vulve :

Il s'agit de petites papilles, ou des digitations filiformes "en doigt de gant", prenant une couleur rosée, identique à la muqueuse adjacente ; de consistance molle ; elles sont localisées dans la région vestibulaire [19].

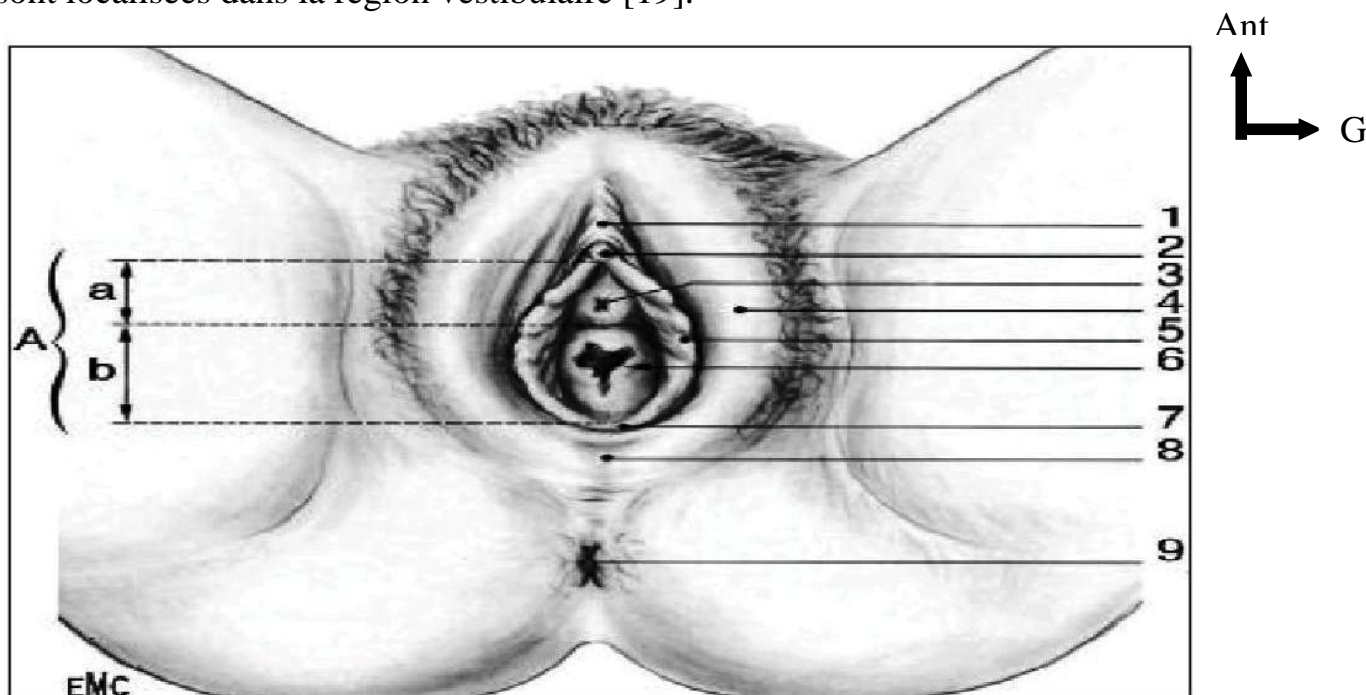


Figure 1: Anatomie de la vulve. Vue position gynécologique

A : Vestibule

a : vestibule urinaire

b : vestibule du vagin

1. prépuce du clitoris

2. gland du clitoris

3. ostium externe de l'urètre

4. grande lèvre

5. petite lèvre

6. introït vaginal

7. frein des lèvres

8. commissure postérieure des lèvres

9. anus

2-1-2-Vascularisation de la vulve [20] :

a-Les artères :

Une ligne horizontale, passant par le clitoris, divise la région vulvaire en deux territoires artériels, antérieur et postérieur :

- Le territoire antérieur est vascularisé par les artères honteuses externes supérieure et inférieure, branches de l'artère fémorale, et accessoirement par une branche terminale des artères obturatrice et funiculaire.
- Le territoire postérieur est sous la dépendance de l'artère honteuse interne.

b-Les veines :

Le réseau d'origine est dense, surtout dans les lèvres, où il donne l'apparence d'un tissu caverneux. Le drainage du mont du pubis, du prépuce et de la partie antérieure des lèvres se fait par les veines honteuses externes dans la grande veine saphène. Le drainage du clitoris, des bulbes et de la partie postérieure des lèvres se fait par les veines honteuses internes dans la veine iliaque interne. Les anastomoses verticales sont riches entre le système honteux interne vulvaire et les plexus viscéraux pelviens.

c-Drainage lymphatique de la vulve :[20]

La vulve est recouverte d'un riche réseau lymphatique dont les collecteurs ont une direction ascendante vers le mont de vénus.

- Ganglions satellites :
 - Les ganglions inguinaux : C'est le 1er relais ganglionnaire de la vulve, ce sont des ganglions satellites de la veine saphène interne situés entre la peau et le fascia cribriforme, ce fascia les sépare en deux groupes :
 - ✓ Un groupe superficiel divisé par la crosse de la veine saphène interne en deux parties : le groupe supéro-superficiel et le groupe inféro-superficiel.
 - ✓ Un groupe profond, comprend les ganglions recto-cruraux satellites des vaisseaux fémoraux, le plus connu est le ganglion de

cloquet qui est situé au-dessous de l'arcade crurale et en dedans de la veine fémorale.

➤ Les ganglions pelviens :

En premier lieu les ganglions iliaques externes, les ganglions hypogastriques et enfin les ganglions satellites des gros vaisseaux du pelvis (vaisseaux iliaques primitifs, veines caves, aorte).

• Drainage lymphatique :

Les collecteurs lymphatiques vont vers le mont de vénus, ceux-ci se terminent dans les ganglions inguinaux superficiels internes, surtout pour le groupe supéro-interne parfois centro-latéral, comme l'explique l'anastomose au niveau du plexus du mont de vénus.

Ce groupe (10 à 20 ganglions) se draine :

- soit directement vers la chaîne iliaque externe,
- soit vers le groupe profond à travers le fascia cribriforme.

d-Innervation de la vulve [21] :

• Innervation somatique :

Le nerf somatique principal de la vulve est le nerf pudendal (nerf honteux) qui innerve les deux tiers postérieurs des grandes lèvres, des petites lèvres, le bulbe et le clitoris. Les branches génitales des nerfs ilio-hypogastrique, ilio-inguinal et génito-fémoral innervent le mont du pubis et le tiers antérieur des grandes lèvres. Le nerf cutané postérieur de la cuisse (nerf petit sciatique) participe à l'innervation de la partie moyenne des grandes lèvres.

• Innervation végétative :

Les nerfs végétatifs proviennent du plexus hypogastrique inférieur. On distingue au plexus hypogastrique deux parties :

- La partie supérieure et interne ou pelvienne distribue ses rameaux efférents aux organes génitaux internes et à la vessie.

- La partie inférieure ou périnéo-pelvienne innerve la région inférieure du rectum et de la vessie ainsi que l'appareil de l'érection.

2-2-Rappel histologique :

La vulve est recouverte superficiellement par la peau, donc un épithélium pavimenteux, stratifié, kératinisé où l'épiderme reposant sur le derme. Au niveau du vestibule, cet épithélium devient pavimenteux stratifié non kératinisé.

- Du point de vue histologique, les grandes lèvres sont formées de :
 - Revêtement cutané à minces couches kératinisées ce qui explique l'augmentation de l'évaporation cutanée à ce niveau, comparée à celle de la peau de l'avant-bras.
 - Ce revêtement cutané est pourvu aussi des glandes sudoripares (sécrétant de la sueur) et des glandes sébacées (sécrétant une substance grasseuse) ; enfin, à la puberté, des poils couvrent la face externe de chaque grande lèvre ; la face interne reste glabre. La face externe de la grande lèvre est plus pigmentée que la face interne qui habituellement plus lisse et rosée.
- Histologiquement, les petites lèvres sont formées :
 - D'un revêtement malpighien épais, avec une couche mince de kératine, pigmentée ; il est dépourvu de glandes sébacées et de follicules pileux, donc les petites lèvres restent glabres, sans poils.
 - D'un revêtement cutané-muqueux, il recouvre une couche de tissu fibro-élastique porteur de glandes sudoripares (sécrétant de la sueur) et richement vascularisé et innervé.
- Histologiquement, le clitoris est formé de vastes lacunes vasculaires ou aréoles alimentées par des artérioles spiralées à paroi musclée ; ces lacunes vasculaires sont séparées par des cloisons conjonctives pourvues de fibres musculaires lisses ; le gland du clitoris est renflé, de forme conique mousse ; il est constitué de tissu spongieux érectile, provenant des bulbes vestibulaires ; il est très riche

en extrémités nerveuses, ce qui le rend très sensible. Le clitoris est revêtu en partie d'un épithélium malpighien kératinisé

- Histologiquement, les glandes de Bartholin sont constituées de :
 - Lobules revêtus par un épithélium caliciforme
 - ✓ Débouchant dans des espèces de sinus revêtus d'épithélium cubique
 - ✓ Ces sinus donnent naissance aux canaux excréteurs tapissés par un épithélium cylindrique
 - Au voisinage de l'orifice extérieur des glandes, on a un épithélium pavimenteux stratifié

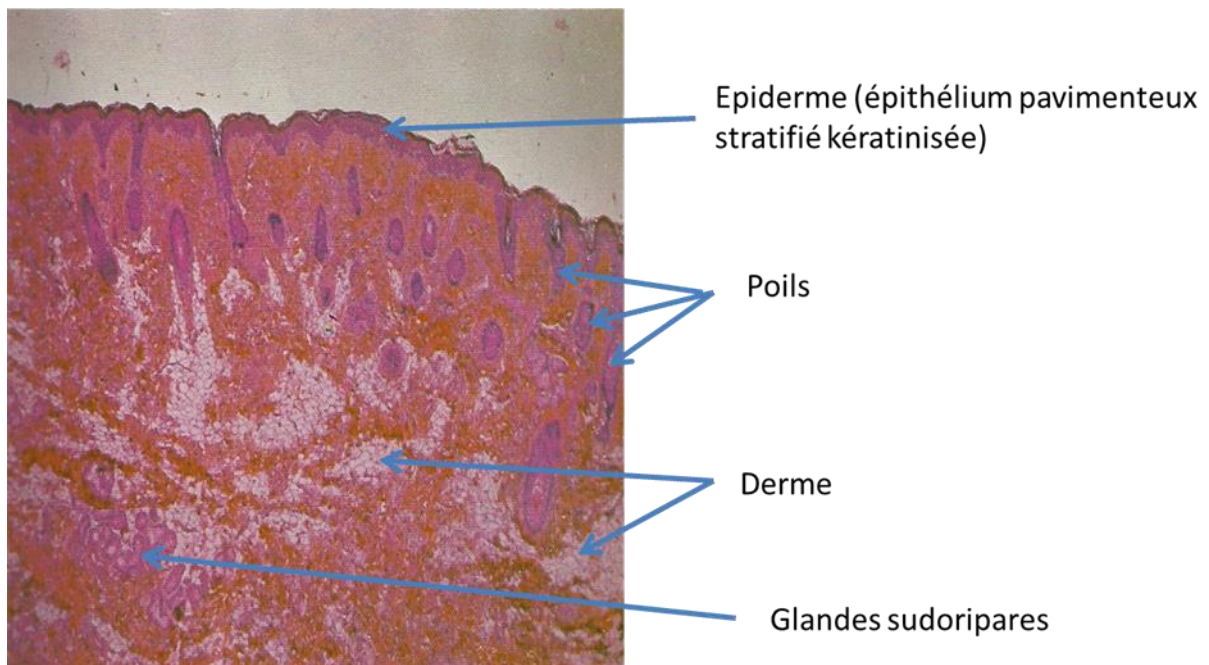


Figure 2 : Aspect histologique de la muqueuse vulvaire (tissu malpighien kératinisé)

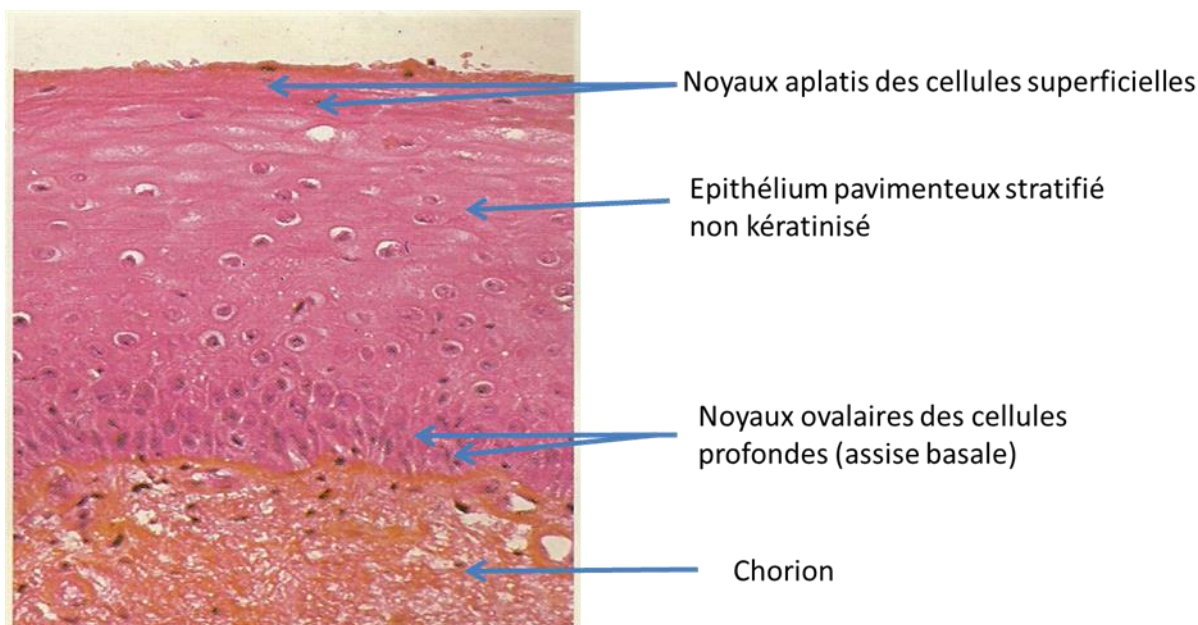


Figure 3: Aspect histologique d'un tissu malpighien non kératinisé (Vestibule)

3-Epidémiologie

Le cancer de la vulve survient avec une incidence annuelle moyenne de 1,2 pour 100000 femmes [22]. L'âge moyen au diagnostic d'un cancer vulvaire in situ est de 45 à 50 ans, pour un cancer invasif il est de 65 à 70 ans. Par ordre de fréquence, les mélanomes représentent le deuxième cancer vulvaire, de 3 à 9% des cancers vulvaires [7]. La maladie de Paget vulvaire et les histiocytoses langerhansiennes vulvaires sont rares. Enfin, la vulve peut être le siège de tous les types de sarcomes des tissus mous, ainsi que de localisation de lymphomes. Sur les zones cutanées pilosébacées, on peut observer les différents types de carcinomes. L'incidence du cancer invasif n'a pas changé depuis 20 ans. L'incidence du cancer in situ a presque doublé passant de 1,1 à 2,1 pour 100000 femmes par an entre 1973 et 1987 [22,23].

Une étude récente trouve une forte association entre l'infection à HPV et le développement de carcinome vulvaire [24]. En effet, 80 à 90 % de toutes les néoplasies vulvaires intra-épithéliales (VIN) montrent, intégrées au génome des cellules atteintes, des séquences du génome de certains HPV dits virus à haut

risque (HPV 16 et HPV 18 essentiellement) et seulement 30 à 50 % des lésions invasives présentent des traces évidentes d'infection par HPV [25-29].

4- Etiologies

4-1- Age :

Classiquement, le cancer de la vulve est une affection de la sixième décennie. Dans la majorité des cas il touche la femme ménopausée de plus de 60 ans.

4-2- Terrain hormonal :

L'obésité, le diabète sont rencontrés assez fréquemment mais c'est surtout la carence œstrogénique qui est notable. En effet c'est une affection qui se déclare longtemps après la ménopause, mais également avec une plus grande fréquence chez des femmes qui ont eu une imprégnation œstrogénique écourtée ou diminuée: femmes castrées, puberté tardive, ménopause précoce. L'âge moyen de la ménopause chez les femmes ayant eu un cancer vulvaire est de 44 ans pour Hewitt [30].

4-3-Facteurs infectieux :

Parallèlement aux facteurs hormonaux, ont été évoqués plus récemment des facteurs vénériens surtout viraux :

- On connaît l'importance de l'herpès génital à virus HSV 2, surtout en ce qui concerne les néoplasies cervicales, et il semble bien que ce virus ait également une responsabilité dans le développement des cancers vulvaires.
- Le groupe des Papillomavirus est responsable des condylomes dont on sait la fréquence des localisations vulvaires. La dégénérescence des condylomes est exceptionnelle ; cependant des cancers de la vulve ont été observés chez des femmes jeunes qui avaient été traitées antérieurement pour des condylomes. Des lésions vulvaires virales sont retrouvées dans 30 à 50 % des cancers de la vulve [25-29].

5-Etude clinique

a- L'examen général :

L'examen général doit être systématisé et minutieux ; appareil par appareil, afin d'évaluer le terrain en recherchant une tare associée pouvant moduler la prise en charge thérapeutique et compléter le bilan d'extension clinique et évaluer l'état général de la patiente.

b- Examen gynécologique : L'examen doit se faire sur une table gynécologique, avec un bon éclairage, vessie et rectum étant vides.

- L'inspection :

A la recherche des signes d'imprégnation hormonale, la présence d'une pathologie infectieuse du revêtement cutanéomuqueux, des glandes de Skene et de Bartholin, ou des lésions dystrophiques/précancéreuses, elle permet aussi de préciser : l'aspect macroscopique, la localisation et la taille de la tumeur.

- L'aspect macroscopique de la lésion :

Les tumeurs bourgeonnantes et ulcéro-bourgeonnantes constituent les formes anatomo-cliniques les plus fréquemment rencontrées dans le cancer de la vulve. En général, ces deux formes s'accompagnent d'une infiltration en profondeur plus ou moins importante. Parfois il peut s'agir d'une forme ulcéreuse avec ou sans infiltration en profondeur[31-34].

- Localisation des lésions vulvaires :

Bien que n'importe quelle partie de la vulve puisse être impliquée, pour certains auteurs, le siège électif des lésions est représenté par le clitoris [32,35] ou par les grandes lèvres [31, 36].

Plusieurs explications ont été données à cette observation :

L'épithélium entre le clitoris et l'urètre est un épithélium malpighien non kératinisé alors que la peau des grandes lèvres est en partie composée de petites cellules squameuses kératinisées. Il semble concevable que, comparativement à la transformation de la zone sur le col de l'utérus, l'épithélium non kératinisé dans cette zone est moins bien protégé contre l'infection en raison de l'absence

de la couche de kératine et peut être plus sensible à de petites lésions favorisant et facilitant l'infection avec les virus notamment l'HPV, et vu le nombre croissant de femmes infectées par le HPV à haut risque, cela peut contribuer à ce changement dans la localisation [37].

➤ Taille de la tumeur :

Pour certains auteurs, plus de 70% des patientes ont des tumeurs dont la taille dépasse 2cm [34, 36].

• Palpation de la tumeur :

La palpation permet de déterminer le caractère infiltrant de la tumeur et sa mobilité. Elle précise son extension aux organes de voisinage : vagin, canal anal et sphincter anal, méat urétral et urètre. Cette palpation s'oriente ensuite vers les aires ganglionnaires inguinales.

• Examen au spéculum et touchers pelviens :

Un examen au spéculum et des frottis cervico-vaginaux doivent éliminer une néoplasie cervicale associée. Les touchers pelviens sont systématiques :

- Le toucher vaginal vérifie l'état des organes génitaux internes.
- Le TR avec un examen détaillé de la région anale, à la recherche des lésions condylomateuses et/ou un envahissement du rectum et de la cloison recto-vaginal.
- L'examen des aires ganglionnaires recherchent d'éventuelles adénopathies pelviennes.
- Enfin la palpation des seins est systématique.

• Examen locorégional

6-Étude paraclinique

• Examens de dépistage :

- Cytologie des frottis vulvaires :

Les frottis vulvaires se réalisent soit à l'aide d'une spatule d'Ayre, soit des empreintes sur lames de verre en posant la lame directement au contact de la

lésion. La fixation se fait à l'alcool éther, et la coloration la plus utilisée est celle de Papa Nicolaou. Cet examen peut mettre en évidence des cellules néoplasiques, mais ne renseigne pas sur le type histologique, ni sur l'infiltration en profondeur et surtout, le prélèvement d'éléments nécrotiques peut conduire à des faux négatifs. Mais elle est peu fiable, elle reste cependant utile pour diagnostiquer les infections à herpès simplex virus [38], et en cas d'adénopathies palpables suspectes qui, une fois ponctionnées peuvent subir une étude cytologique. Contrairement au frottis cervico-vaginal, la cytologie de dépistage n'a aucun intérêt car la vulve est recouverte d'un épiderme kératinisé qui ne desquame pas.

➤ **Vulvoscopie :**

La vulvoscopie ou encore examen de la vulve au colposcope du col et du vagin ainsi que les prélèvements cytologiques et histologiques. La vulve est examinée au colposcope d'abord sans préparation puis après application d'une solution d'acide acétique à 5% pendant deux à trois minutes, des photographies doivent être prises lors de chaque examen [39], cependant cette colposcopie permet d'étudier l'épithélium dysplasique, et de porter la biopsie au point où les anomalies sont les plus prononcées.

➤ **Test d'induction de la fluorescence par tétracycline de Bethoux (TIFT) :**

Cet examen (TIFT) sera surtout utilisé dans le dépistage des carcinomes in situ. Il se base sur le fait que les tétracyclines se fixent électivement dans les tissus épithéliaux dont le taux de renouvellement cellulaire est élevé. Ces molécules seront administrées par voie veineuse ou per os. Une heure après l'injection intraveineuse, ou 24 h après une prise orale, on réalisera une vulvoscopie sous lumière ultraviolette à la recherche de zones fluorescentes qui correspondent au tissu pathologique [38].

➤ **Test au bleu de toluidine de Collins :**

Les indications du test de Collins sont celles du test de fluorescence; cependant son coût est moindre. Il est utilisé pour guider les biopsies et rechercher des foyers bowéniens débutants.

- **Biopsie vulvaire :**

C'est l'examen clé qui fournit le diagnostic histologique de certitude et qui doit être réalisé au moindre doute sur une lésion vulvaire, si minime soit-elle, qui ne fait pas sa preuve. La biopsie doit se faire au niveau des zones suspectes cliniquement, et doit éviter les zones nécrotiques pour être interprétable, elle doit intéresser la profondeur pour permettre de déterminer l'infiltration, cependant elle permet d'affirmer le diagnostic et de préciser le type histologique. Ainsi l'analyse des résultats de la biopsie permet de distinguer différents types histologiques du cancer de la vulve.

Classification OMS du cancer de la vulve

- **Tumeurs épithéliales**

- **Tumeurs squameuses, apparentées et précurseurs**

- ✓ **Carcinome épidermoïde non spécifique**

- Kératinisant

- Non kératinisant

- Basaloïde

- Condylomateux

- Véruqueux

- Kératoacanthome-like

- Cellules géantes tumorales

- Autres

- **Carcinome basocellulaire**

- **Néoplasie intra-épithéliale**

- ✓ Néoplasie vulvaire intra-épithéliale

- ✓ Carcinome épidermoïde in situ

- **Lésions squameuses bénignes**

- ✓ Condylome acuminatum
- ✓ Papillome vestibulaire
- ✓ Polype fibroépithélial
- ✓ Kératose séborrhéique et folliculaire inversée
- ✓ Kéracoancathome
- **Tumeurs glandulaires**
 - ✓ Maladie de Paget
 - ✓ Tumeurs de la glande de Bartholin
 - ✓ Adénocarcinome
 - ✓ Carcinome épidermoïde
 - ✓ Carcinome adénoïde kystique
 - ✓ Carcinome adénosquameux
 - ✓ Carcinome à cellules transitionnelles
 - ✓ Carcinome à petites cellules
 - ✓ Adénome
 - ✓ Adénomyome
 - ✓ Autres
- Adénocarcinome de la glande de Skène
- Adénocarcinomes d'autres types
- Adénomes des glandes vestibulaires mineures
- Tumeur mixte de la vulve
- **Tumeurs des tissus mous**
 - Sarcome botryoïde
 - Leiomyosarcome
 - Liposarcome
 - Dermatofibrosarcome protubérant
 - Angiomyxome profond
 - Angiomyofibroblastome
 - Léiomyome

- Tumeur à cellules granulaires
- Autres
- **Tumeurs mélanocytaires**
 - Mélanome malin
 - Naevus mélanocytaire congénital
 - Naevus mélanocytaire acquis
 - Naevus bleu
 - Naevus mélanocytaire atypique de type génital
 - Naevus mélanocytaire dysplasique
- **Tumeurs diverses**
 - Tumeur du sac vitellin
 - Tumeur à cellules de Merkel
- **Tumeurs hématopoïétiques et lymphoïdes**

Lymphome
- **Tumeurs secondaires**

Le cancer épidermoïde représente plus de 90% des cancers de la vulve, les 10% restants comportent une variété étendue de tumeur allant du carcinome basocellulaire aux tumeurs vulvaires secondaires [40].

7-Etude histologique

7-1- Les dystrophies vulvaires :

Sous le terme de dystrophies vulvaires sont regroupées des affections vulvaires variées, dont la plus fréquente est le lichen scléreux, anciennement appelé « kraurosis de la vulve ». Basée sur l'anatomopathologie, l'ISSVD a établi en 1976 une classification qui distingue trois groupes de dystrophies :

- La dystrophie hyperplasique : correspond à une hyperplasie épithéliale, avec ou sans atypies et elle renvoie cliniquement à la leucoplasie ou à la lichénification.

- La dystrophie atrophique : se traduit par une atrophie épithéliale, et surtout par une modification du chorion avec un aspect délavé et hyalinisé dans sa partie superficielle, tout à fait évocateur d'un lichen scléreux.
- La dystrophie mixte associe les deux types d'altération : hyperplasie épithéliale et hyalinisation du chorion, elle renvoie donc cliniquement à un lichen scléreux hyperplasique tantôt lichénifié, tantôt leucoplasique.

7-2 Les lésions pré-cancéreuses :

a-Les leucoplasies :

Ce sont des atteintes bénignes des muqueuses, mais qui peuvent fréquemment dégénérer (la moitié des cas environ). Leur topographie est bien particulière, elles se localisent aux portions muqueuses sans déborder sur la zone cutanée, ce qui constitue un de leurs caractères distinctifs essentiels.

La plaque de leucoplasie est à l'ordinaire bien limitée, légèrement surélevée, d'un blanc homogène, sa surface est lisse ou quadrillée, mais peut être plus verruqueuse et parfois érodée, ce qui représenterait un élément péjoratif, la plaque peut être unique parfois en nappes de grandes dimensions déterminant une certaine rétraction vulvaire et un rétrécissement de l'orifice vaginal.

Le prurit est habituellement intense dans cette affection.

Sur le plan histologique, l'examen permettra de trouver un état métaplasique de la muqueuse avec hyperkératose simple, parfois, on note certaines atypies cellulaires dans le corps muqueux de Malpighie, mais pas de signe de malignité.

L'étude de sérologie de syphilis s'impose dans tous les cas, afin de permettre un traitement étiologique pour enrayer l'évolution des lésions.

b-Les papillomatoses vulvaires :

Elles sont habituellement peu susceptibles de dégénérer. Cependant, dans certains cas, un état papillomateux rapidement récidivant après sa destruction peut faire poser le problème de sa transformation maligne, dans ces conditions, la chirurgie large peut être impérative.

7-3-Les cancers pré-invasifs de la vulve :

Les néoplasies vulvaires intra-épithéliales (VIN) ou encore appelées dysplasies vulvaires et la maladie de Paget vulvaire sont les deux lésions pré-invasives de la vulve reconnues par la société internationale des études des pathologies vulvaires (ISSVD). Cependant, même si sur le plan histologique, les dystrophies vulvaires ne sont pas des lésions inquiétantes, il importe de les reconnaître cliniquement afin de réaliser une biopsie systématique pour ne pas méconnaître un état précancéreux se développant sur le lit de la dystrophie [41].

a- Les néoplasies intra-épithéliales vulvaires :

- Définition :

Les néoplasies intra-épithéliales vulvaires (VIN) sont également appelées dysplasies vulvaires dans la classification purement anatomo-pathologique adoptée en 1987 par l'ISSVD.

Les analogies morphologiques existant entre les lésions intra-épithéliales cervicales et vulvaires justifient la dénomination commune de néoplasie intra-épithéliale.

Celles-ci sont définies par une désorganisation de l'architecture, une hyperchromasie des cellules parabasales, un pléomorphisme (anisocytose, anisocaryose) et des mitoses anormales.

La subdivision des VIN a été établie selon les mêmes critères que ceux utilisés pour le col : les anomalies cytologiques et architecturales sont limitées au tiers inférieur de l'épithélium (VIN 1), occupent sa moitié inférieure (VIN II), ou sont distribuées sur ses deux tiers inférieurs ou sur toute sa hauteur (VIN III) [42].

La comparaison entre le col et la vulve s'arrête cependant à l'aspect morphologique. En effet, contrairement au col où l'on voit une progression des lésions précancéreuses du CIN 1 vers le CIN III et dans 50 % des cas un passage au cancer invasif ; la plupart des lésions vulvaires sont d'emblée des VIN III et l'évolution vers le cancer invasif survient dans 20 % des cas.

Le terme de VIN III désigne une entité histologique ; ce sont les données cliniques qui permettent d'en évaluer le risque évolutif.

b- Maladie de Paget vulvaire :

La maladie de Paget de la vulve est la deuxième lésion pré-invasive de la vulve, reconnue par l'ISSVD. Cette maladie survient typiquement chez des femmes plus âgées, en période de post-ménopause. Les patientes atteintes de la maladie de Paget vulvaire, présentent généralement une zone eczématoïde rouge, suintante et prurigineuse. En raison de son apparence eczématoïde, il n'est pas rare que la maladie de Paget vulvaire soit confondue avec un eczéma ou une dermatite de contact. Approximativement 15 à 20 % des femmes avec une maladie de Paget vulvaire, présentent un adénocarcinome sous-jacent.



Figure 4 : Maladie de Paget vulvaire

7-4-Passage au cancer invasif :

Le passage du cancer in situ au cancer invasif est un phénomène plus complexe qu'il n'y paraît. On peut penser de prime abord que tous les cancers invasifs précèdent d'un cancer in situ, mais la présence d'une néoplasie intra-épithéliale en

bordure des cancers invasifs n'est mise en évidence qu'une fois sur trois environ. Par ailleurs, on sait que les cancers in situ laissés à eux-mêmes ne dégénèrent que dans environ 10 % des cas. Or c'est précisément le pourcentage des invasions débutantes qu'on observe sur les pièces d'exérèse faites pour le cancer in situ. N'y aurait-il pas deux types de cancer in situ, l'un destiné à rester en l'état ou à régresser et l'autre accompagné d'emblée d'une invasion généralement limitée et peu agressive ? Cette question est aujourd'hui sans réponse car il est impossible de ne pas traiter un cancer in situ.

7-5-Cancer invasif de la vulve :

a- Anatomie pathologique du cancer invasif vulvaire :

Il existe plusieurs types histologiques :

- Epithéliomas malpighiens ou carcinomes épidermoïdes :

L'histologie montre que les épithéliomas malpighiens ou épidermoïdes représentent 90 % des cancers invasifs vulvaires. Les auteurs scandinaves (Bartholdson et Iversen) se sont intéressés au degré de différenciation de ces lésions. Ils ont montré qu'elles étaient le plus souvent bien différenciées avec de grandes cellules non kératinisées et que dans 7 à 15 % des cas, il s'agissait de tumeurs indifférenciées à petites cellules rondes de pronostic sans doute plus défavorable.

Une forme particulière de carcinome épidermoïde est constituée par la transformation maligne des condylomes acuminés comme l'ont décrite initialement Buschke et Loewenstein en 1925, et dont plusieurs séries ont ensuite été rapportées (Lucas, 1974). Cette transformation est lente, la lésion restant longtemps intra-épithéliale, repoussant l'épithélium sain. Le diagnostic est alors extrêmement difficile avec un condylome viral exubérant, mais bénin, et avec un authentique

carcinome infiltrant surtout quand la lésion a été modifiée par des traitements successifs.

- Prise en charge macroscopique :
 - Si pièce adressée non fixée: épingler pour éviter les rétractions
 - Pièce orientée et mesurée dans les trois dimensions
 - Description, mesure et localisation précise des lésions
 - Badigeonnage des limites à l'encre de chine
 - Prélever la lésion et ses différents rapports (limites latérales et profondes)
 - Si tumeur unilatérale, prélever sur la ligne médiane pour évaluer une extension controlatérale microscopique
 - Echantillonner la muqueuse adjacente

- Macroscopie :

Le cancer invasif de la vulve se présente sous trois formes :

- ✓ La forme bourgeonnante : est retrouvée dans deux cas sur trois sous forme d'un bourgeon saignant au contact qui a tendance à s'ulcérer et à s'infecter ;
- ✓ La forme ulcérée : moins fréquente, réalise un cratère à fond sanieux induré.
- ✓ La forme mixte : elles sont souvent associées en une forme mixte ulcéro-végétante.



Figure 5 : Carcinome épidermoïde invasif, forme ulcéro-bourgeonnante



Figure 6: Tumeur vulvaire bourgeonnante de la grande lèvre droite



Figure 7 : Tumeur vulvaire ulcéreuse

➤ Microscopie :

- ✓ L'architecture est faite de travées et de lobules tumoraux
- ✓ Constituées de cellules atypiques (anisocaryose, monstruosité, anisocytose...)
- ✓ Certaines cellules tumorales peuvent synthétiser de la kératine (maturation cornée) : le carcinome épidermoïde est alors mature ou kératinisant

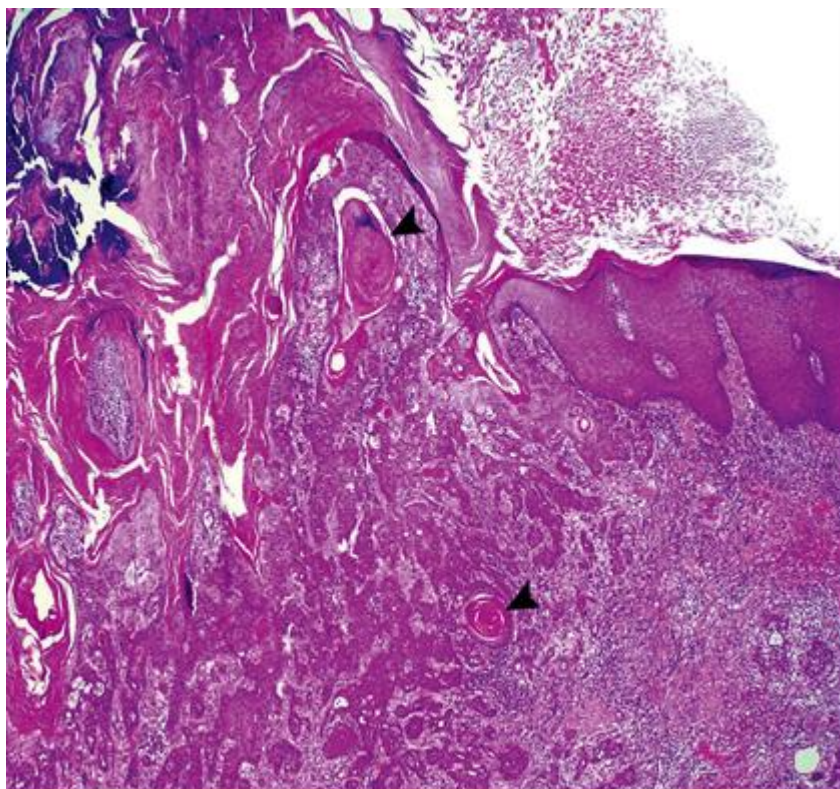


Figure 8 : Carcinome épidermoïde moyennement différencié invasif et mature (pointes de flèches: les globes cornés)

- Carcinomes baso-cellulaires :

Ils représentent 2.5 % des cancers vulvaires. Classiquement de bon pronostic après exérèse large, des cas exceptionnels ont été décrits avec des métastases ganglionnaires.

- Macroscopie :

- ✓ Lésions granulaires et typiquement en relief,
- ✓ Bords bien définis
- ✓ zone centrale ulcérée
- ✓ Les lésions sont petites et habituellement < 1 –2 centimètres.

- Microscopie :

- ✓ Il s'agit d'une prolifération tumorale formant des amas de cellules rappelant les cellules de la basale épidermique, formant une petite

palissade en bordure (flèches) et parfois entourés d'un artéfact de rétraction (pointes de flèches)

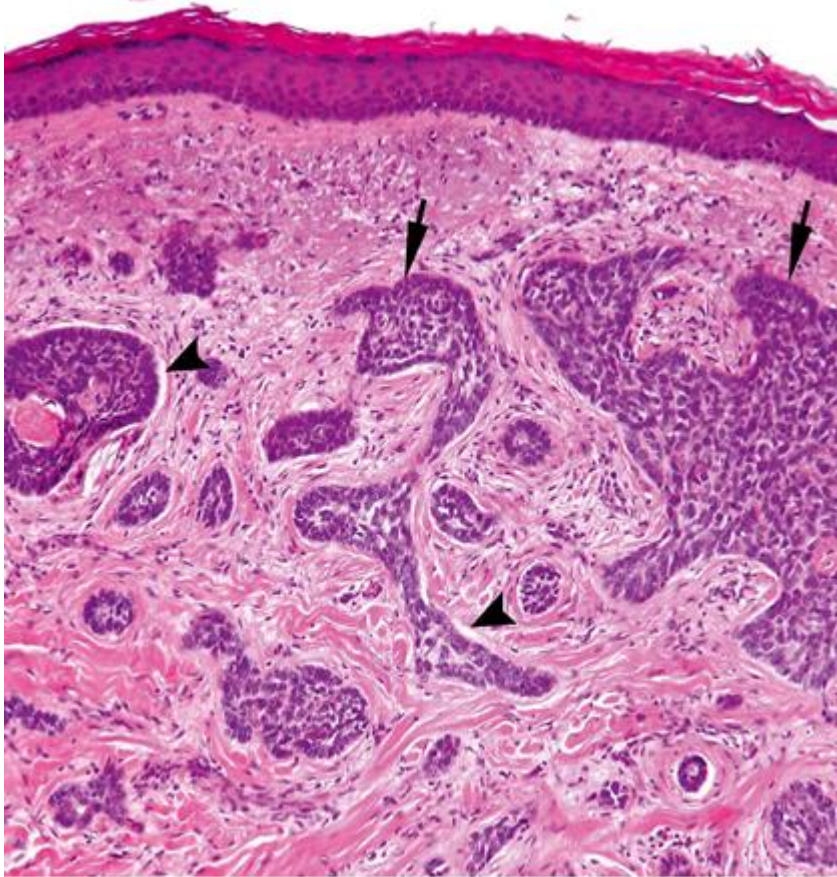


Figure 9 : Carcinome basocellulaire de type infiltrant (pointes de flèches: artéfact de rétraction, flèches: amas de cellule en palissade)

- Mélanomes vulvaires :

Ils représentent 2 % des cancers vulvaires.

- Macroscopie :

- ✓ Zone pigmentée, irrégulière en forme, en couleur (une zone noire, une zone brun-claire et une zone blanchâtre centrale correspond à une zone de régression), avec des bords mal définis.



Figure 10 : Image macroscopique de mélanome vulvaire

➤ Microscopie :

- ✓ Thèques melanocytaires et de cellules dispersées sur toute la hauteur de l'épiderme
- ✓ Réaction inflammatoire souvent très intense.

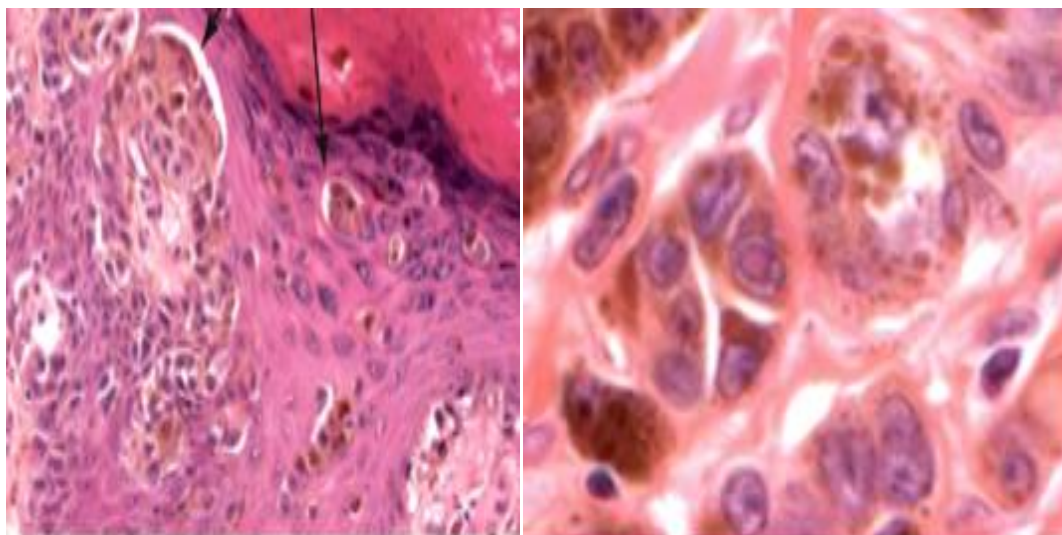


Figure 11: Coupe histologique de mélanome superficiel

- Sarcomes vulvaires :

Ils représentent 1 à 3 % des cancers vulvaires. De multiples formes histologiques ont été décrites généralement de mauvais pronostic, en particulier le sarcome botryoïde qui survient dans la petite enfance. Seul le dermato-fibrosarcome à histiocytes ou à fibroblastes serait de pronostic plus favorable.

Il s'observe presque exclusivement chez la petite fille et la très vieille femme.

- Aspect macroscopique :

- ✓ Vésicules translucides comparables à celles de la molle hydatiforme (aspect en grappe de raisin du Rhabdomyosarcome).

- Aspect microscopique

- ✓ La tumeur est constituée de cellules rubanées dont la double situation permet parfois d'affirmer l'origine Rhabdomyoblastique
 - Noyées dans un stroma très oedémateux où elles se concentrent au-dessous du revêtement épithélial.
- ✓ Pour affirmer la nature sarcomateuse, l'invasion de la capsule et des structures avoisinantes est indispensable

- Adénocarcinomes mucineux :

Ils sont rares (1 %), classiquement développés aux dépens des glandes de Bartholin.

- Macroscopie :

- ✓ Tumeur à surface externe lisse

- ✓ Volumineuse

- ✓ Lésion kystique multiloculaire contenant un matériel mucoïde

- Microscopie :

- ✓ Il s'agit d'une prolifération tumorale faite de tubes et de structures polyadénoïdes bordés par des cellules cylindriques présentant des atypies cytonucléaires, baignant dans des flaques de mucines.

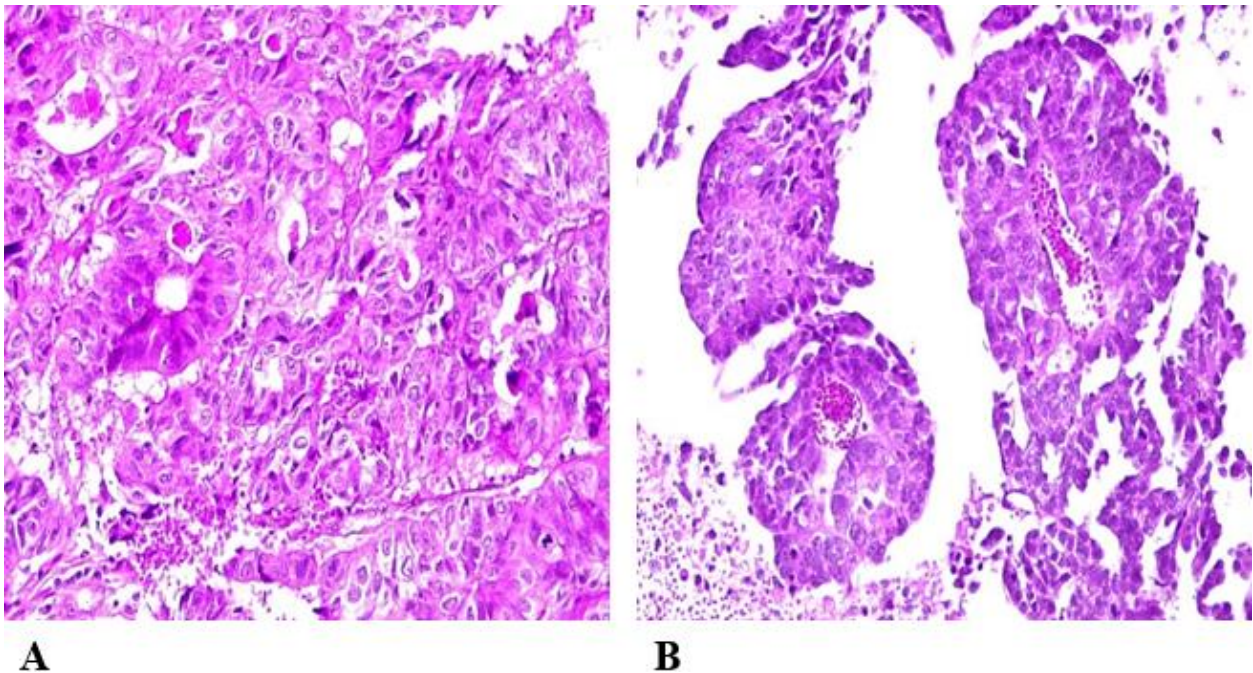


Figure 12 : Adénocarcinome mucineux (A : tubes et choriion, B : Structures polyadénoïdes et mucus)

- Autres formes :

- Les tumeurs mésenchymateuses : léiomyosarcome, rhabdomysarcome, angiosarcome, liposarcome

- Les lymphomes

- Les tumeurs neuroendocrines
- Les schwannomes malins.
- Localisations vulvaires secondaires :

Les localisations vulvaires secondaires représentent selon Stening environ 4 % des lésions vulvaires malignes.

Il peut s'agir de métastases de cancers régionaux: adénocarcinome, métastase d'un cancer de l'endomètre, épithélioma malpighien, métastase d'un cancer du col ou du vagin.

Mais il peut s'agir d'autres cancers à distance : colon, chorio-épithéliomas, sein, poumon et plus fréquemment du rein. Enfin, des localisations vulvaires de lymphome en particulier le lymphome de Burkitt ont été décrites.

8-Moyens thérapeutiques

a- Chirurgie :

La chirurgie reste le traitement de choix des cancers de la vulve

Les différentes procédures opératoires sont :

- La vulvectomie totale
- L'exérèse large conservatrice avec marge centimétrique (vulvectomie partielle) et une pièce orientée
- L'utilisation des techniques de chirurgie reconstructrice
- L'exentération pelvienne
- La procédure du ganglion sentinelle par méthode combinée colorimétrique et isotopique uni ou bilatérale
- La lymphadénectomie inguino-fémorale des groupes superficiels (uni ou bilatérale selon la stadification).

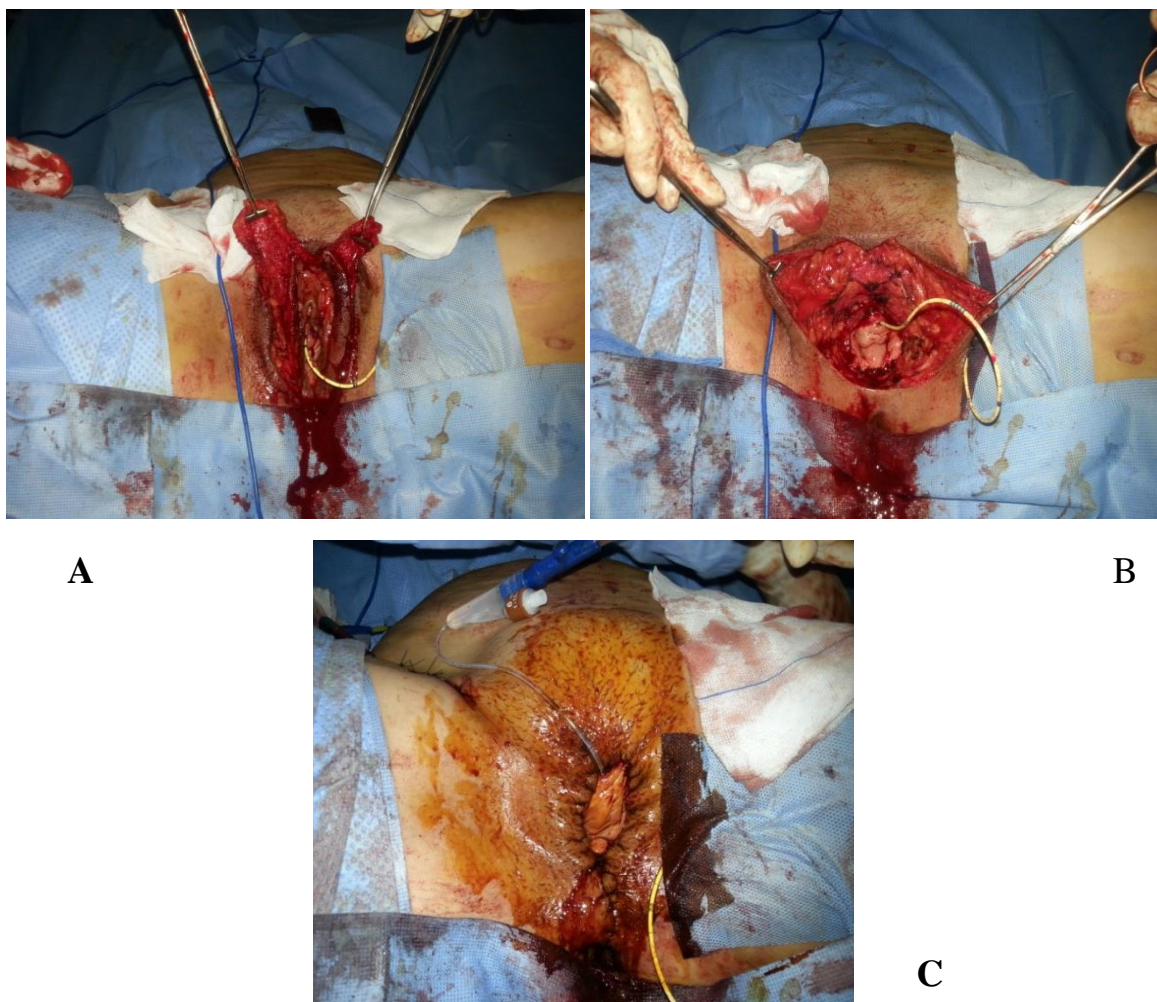


Figure 13: A: Incision +délèvement de vulvectomie B: Vulvectomie réalisée C: Fermeture fin d'intervention: vulvectomie totale +curage inguinale



Figure 14: Pièce de vulvectomie totale +curage ganglionnaire

b- Radiothérapie :

Avec l'évolution des techniques, la radiothérapie est maintenant intégrée dans les protocoles thérapeutiques des cancers invasifs selon de multiples modalités dans le cadre de concertations multidisciplinaires. Pour les lésions opérables d'emblée, son association à la chirurgie vise à réduire le risque de récurrence locale pour la lésion primitive, à assurer un meilleur contrôle de la maladie ganglionnaire, voire à améliorer les résultats sur la survie.

c-Chimiothérapie :

Actuellement, la chimiothérapie peut être proposée dans deux circonstances évolutives : soit dans le cadre d'une maladie métastatique ou récidivante non opérable, soit à titre néo-adjuvant pouvant être associée à une radiothérapie (radiochimiothérapie) pour rendre opérable une tumeur présentant une extension locorégionale très importante.

d- Autres moyens thérapeutiques :

- Cryothérapie [43, 44]

La cryothérapie est la méthode thérapeutique qui utilise l'action localisée des basses températures, le matériel utilisé est l'azote liquide avec des cryodes

permettant une destruction tissulaire par contact ou par projection d'azote, c'est une méthode simple, rapide et sans danger.

- Laser CO2 :

Le laser CO2 apparaît dans la chirurgie vulvaire, il permet une section ou une destruction par vaporisation des lésions, douée de qualités indéniables : simplicité, bonne maniabilité, efficacité préopératoire et une cicatrisation rapide. C'est donc une méthode de choix pour les patientes jeunes présentant une VIN du fait de son caractère conservateur non mutilant [45-47].

- Electrocoagulation [48] :

On reproche à cette méthode d'entraîner, par effet thermique, une destruction tissulaire dépassant les limites des zones électro-coagulées. Cette destruction est douloureuse et nécessite donc une anesthésie générale ou péridurale. L'hémostase est aléatoire et peut nécessiter des ligatures. La cicatrisation de la zone électro-coagulée peut être particulièrement laborieuse demandant 20 à 25 jours, elle est souvent accompagnée de formations de brides scléreuses rétrécissant les ostiums urinaires et génitaux. Le seul avantage semble être la rapidité du geste.

e-Traitement médical

- Imiquimod :

Parmi les immun-modulateurs, seul l'imiquimod (aldara) à 5% a montré une réelle efficacité dans le traitement des VIN communes [60]. Agissant localement comme modificateur de l'immunité, l'imiquimod a été proposé initialement pour le traitement des condylomes HPV induits, cette crème est appliquée localement deux à trois fois par semaine pendant 8 à 15 semaines.

f- Evolution et pronostic :

- Evolution :

➤ Extension locorégionale de la lésion initiale

Le cancer invasif de la vulve est une affection d'évolution lente et essentiellement locorégionale [49].

L'envahissement locorégional est fonction du siège primitif de la tumeur, ainsi pour les tumeurs antérieures, il y a risque d'envahissement surtout de l'urètre et la vessie, alors que les tumeurs postérieures menacent le sphincter anal et le rectum.

➤ Envahissement ganglionnaire clinique :

La diffusion lymphatique des cellules cancéreuses de la vulve procède habituellement de manière systématique en touchant en premier les ganglions superficiels, puis les ganglions profonds inguinaux et pelviens [50]. La métastase du cancer vulvaire au niveau des ganglions inguinaux est présente dans 9 - 40% des cas [51, 52].

Près de 70 % des cancers vulvaires se développent sur les grandes lèvres ou les petites lèvres. Quinze à 20 % des cas intéressent le clitoris. Quinze à 20 % des cas intéressent le périnée. La tumeur est trop étendue pour déterminer son point de départ dans environ 10 % des cas et les lésions sont multifocales dans environ 5 % des cas [53-55].

Les cancers de la vulve présentent trois modes d'extension :

- ✓ Extension directe vers un organe adjacent comme le vagin, l'urètre et l'anus ;
- ✓ Envahissement des ganglions lymphatiques régionaux ;
- ✓ Dissémination hématogène à distance vers des organes comme le foie, les poumons et les os.

L'incidence totale des métastases ganglionnaires dans le cancer vulvaire est de 30 à 45 % [55, 56].

Les premières métastases sont habituellement au niveau des ganglions inguinaux superficiels.

Ensuite, le drainage lymphatique s'effectue vers les ganglions inguinaux ou fémoraux profonds, puis vers les ganglions iliaques externes et enfin vers les chaînes ganglionnaires lombo-aortiques.

L'incidence des métastases ganglionnaires augmente avec la taille de la tumeur primitive et la profondeur de l'invasion stromale [57-61].

- Pronostic :

Le bilan d'extension permet la classification de la tumeur selon ses dimensions et son extension ganglionnaire ou métastatique. Les deux classifications les plus utilisées sont celles de l'Union Internationale Contre le Cancer (U.I.C.C.) qui utilise le système T.N.M. et celle de la fédération internationale de gynéco obstétrique (F.I.G.O). La classification du cancer est nécessaire car elle permet d'en tracer l'histoire naturelle, d'en établir le pronostic et d'en tirer l'indication thérapeutique convenable.

- Classification p.T.N.M :

Elle est basée sur :

- ✓ L'étude de la tumeur T
- ✓ L'extension lymphatique N
- ✓ L'existence de métastase M

Tableau I : Classification TNM des cancers de la vulve, 7ème Edition (2009).

T1	Tumeur limitée à la vulve/au périnée
T1a	<2cm avec invasion stromale \leq 1mm
T1b	>2cm ou invasion stromale >1mm
T2	Tumeur (quelle que soit la taille) avec un envahissement du bas urètre et/ou du vagin ou de l'anوس
T3	Envahissement tumoral du haut urètre, de la vessie, de la muqueuse rectale ou du pelvis
Nx	Statut ganglionnaire non évaluable
N0	Pas de métastase ganglionnaire
N1a	Métastases(s) d'un ou deux ganglions <5mm
N1b	Métastase d'un ganglion >5mm
N2a	Métastases de 3 ganglions ou plus <5mm
N2b	Métastases de 2 ganglions ou plus >5mm
N2c	Métastases ganglionnaires avec effraction capsulaire
N3	Métastases ganglionnaires fixées, ulcérées
Mx	Statut métastatique à distance non évaluable
M0	Pas de métastase à distance
M1	Métastases à distance

MATERIEL ET METHODES

III- Matériel et Méthodes

1- Cadre d'étude et lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée à Bamako (MALI) au sein du service d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU du Point G. C'est l'unique service publique de la spécialité qui abrite aussi le registre des cancers du Mali.

C'est un registre à base populationnelle qui collabore avec le Centre International de Recherche contre le Cancer (CIRC).

2-Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale et analytique des données du registre des cancers du Mali.

3-Période d'étude

Elle couvre une période de 10 ans allant du 1^{er} Janvier 2008 au 31 Décembre 2017.

4-Population d'étude

L'étude a concerné toutes les patientes, quelque soit l'âge, chez qui le diagnostic de cancer de la vulve a été posé par une des bases de diagnostic retenue par la méthodologie du registre.

5-Echantillonnage

● Critères d'inclusion

Ont été inclus dans cette étude tous les cas de cancers vulvaires diagnostiqués par une base de diagnostic du registre des cancers durant la période d'étude.

● Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus

-Les cas de cancers de la vulve diagnostiqués pendant la période d'étude mais non notifiés dans le registre des cancers ;

-Les cancers de la vulve diagnostiqués et enregistrés en dehors de la période d'étude ;

-Les dossiers incomplets.

6-Méthodologie du registre des cancers

● Méthode de collecte

Le registre des cancers du Mali basé à Bamako est un registre de population. Ainsi, il recense tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués dans les structures socio-sanitaires du District de Bamako et ses environs (dans un rayon de 15 km).

La recherche de nouveaux cas est active et assurée par le personnel du registre qui fait la collecte de manière périodique dans les différents sites à savoir : le CHU du point G, le CHU de Kati, le CHU Gabriel Touré, le CNOS, l'IOTA, l'hôpital mère enfant le Luxembourg, Hôpital du Mali, le CNAM, quelques structures privées et le registre de décès. Le laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU du point G a permis de faire la confirmation histologique des cas.

● Bases de diagnostic

Les différentes bases de diagnostic étaient entre autres : l'histologie ou la cytologie, la clinique, l'endoscopie, la radiologie, la chirurgie sans biopsie et la biologie.

● Le codage

Chaque cas retenu a été codé selon la Classification Internationale des Maladies Oncologiques CIMO-10 (OMS, 1992).

On a un code à 4 caractères pour les sites anatomiques allant de C00.0 à C80.9.

Un autre code à 5 caractères pour le type histologique de 8000/0 à 9989/1, les 4 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.

7-Informations recueillies

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête individuelle (voir Annexe), remplie à partir des dossiers des malades (retrouvés à partir des numéros individuels).

Les variables utilisées étaient :

- Variables socio démographiques
 - Le sexe,
 - L'âge,
 - La région de provenance,
 - L'ethnie,
- Variables anatomopathologiques
 - Le siège de la tumeur,
 - le type histologique de la tumeur,
 - Date et base du diagnostic.

8-Plan d'analyse des données

- La saisie des données a été réalisée sur le logiciel CanReg-4. C'est un logiciel spécial conçu par le CIRC, il a permis la recherche des doublons, le contrôle de qualité et l'extraction de nos cas.
- La saisie des textes, des tableaux et graphiques a été faite à l'aide des logiciels Word et Excel 2007 de (Microsoft).
- L'analyse des données a été réalisée sur le logiciel SPSS 22.0.
- Le test statistique utilisé était le chi2 avec un seuil $p < 0,05$ qui était significatif.

9-Considération éthique

Toute activité de recherche pose un problème d'éthique et de déontologie surtout dans le cadre du registre de cancer.

Les données nominatives indispensables pour le registre, et qui relèvent d'une maladie grave, sont répertoriées sur des fiches spéciales qui ne doivent en aucun cas être laissées à la portée d'un tiers. L'accès au registre est strictement réservé au personnel de l'unité.

La confidentialité et l'anonymat sont garantis puisque l'accès aux données du disque dur n'est possible qu'à l'aide d'un code.

RESULTATS

IV- Résultats

1-Fréquence

De 2008 à 2017; 40 cas de cancers de la vulve ont été diagnostiqués dans le district de Bamako sur 8874 cancers chez les femmes dont 2767 cancers gynécologiques. Les cancers de la vulve ont représenté 1,44% (soit 40 cas/2767) des cancers gynécologiques et 0,45% (soit 40 cas/8874) des cancers de la femme, avec une incidence de 0,54 pour 100000 femmes.

2- Données sociodémographiques

- Année de diagnostic

Tableau II : Evolution de la fréquence et de l'Incidence selon l'année de diagnostic

Année de diagnostic	Fréquence	Pourcentage	Incidence
2008	2	5	0,31
2009	2	5	0,31
2010	1	2,5	0,15
2011	2	5	0,31
2012	5	12,5	0,77
2013	4	10	0,62
2014	5	12,5	0,77
2015	7	17,5	1,08
2016	6	15	0,92
2017	6	15	0,92
Total	40	100	

La plus grande fréquence a été enregistrée en 2015 avec 7 cas soit 17,5%.

Le pic d'incidence a été enregistré en 2015 avec 1,08 pour 100000 femmes.

- Age

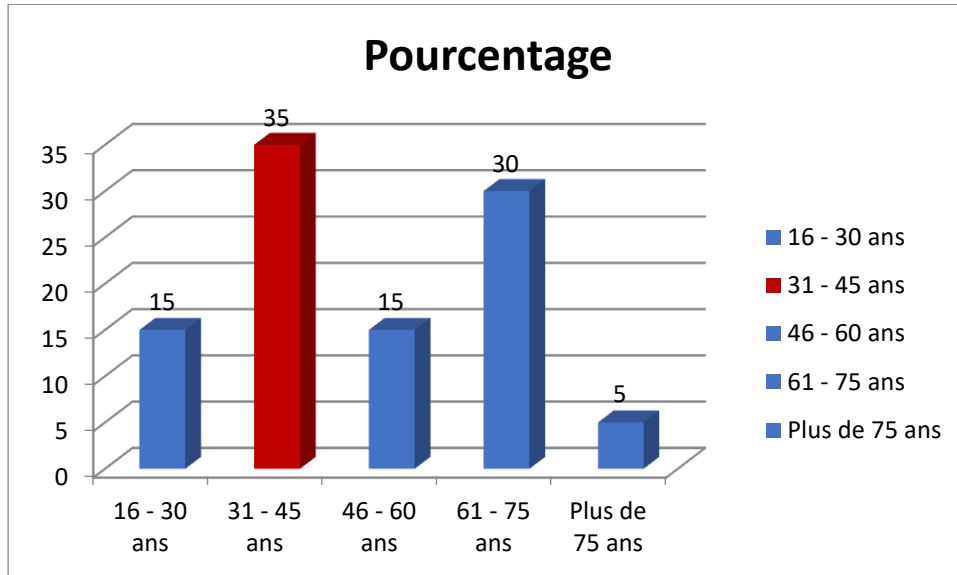


Figure 15: Répartition des cas selon l'âge

La moyenne d'âge était de $50,88 \pm 20,36$ ans avec des extrêmes de 18 et 98 ans.
La tranche d'âge la plus représentée était celle de 31-45 ans avec 35% des cas.

- Ethnie

Tableau III: Répartition des cas selon l'ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bambara	16	40
Peulh	6	15
Sarakolé	4	10
Dogon	3	7,5
Malinké	3	7,5
Diawando	2	5
Minianka	2	5
Sonrhäi	2	5
Bozo	1	2,5
Maure	1	2,5
Total	40	100

L'ethnie la plus représentée était l'ethnie Bambara avec un pourcentage de 40%.

- Structure sanitaire

Tableau IV : Répartition des cas selon l'hôpital

Structure sanitaire	Fréquence	Pourcentage
Hôpital Gabriel Touré	13	32,5
Hôpital du Point "G"	12	30
Luxembourg	4	10
C,S.Ref	4	10
Hôpital Du Mali	3	7,5
Privés	3	7,5
Maternité d'Hamdallaye	1	2,5
Total	40	100

L'hôpital Gabriel Touré a enregistré le plus grand nombre de cas avec un taux de 32,5 %.

- Type histologique

Tableau V: Répartition des cas selon le type histologique

Type histologique	Fréquence	Pourcentage
Carcinome épidermoïde	36	90
Adénocarcinome	2	5
Choriocarcinome	2	5
Total	40	100

Le carcinome épidermoïde était le plus représenté avec 36 cas soit 90%.

- Type histologique et tranche d'âge

Tableau VI : Répartition des cas selon le type histologique et la tranche d'âge

Tranche d'âge	Type histologique			Total
	Adénocarcinome	Carcinome épidermoïde	Choriocarcinome	
16 - 30 ans	0	4	2	6
31 - 45 ans	1	13	0	14
46 - 60 ans	0	6	0	6
61 - 75 ans	1	11	0	12
Plus de 75 ans	0	2	0	2
Total	2	36	2	40

$$\chi^2 = 18,361 \quad p = 0,160$$

La tranche d'âge 31 – 45ans a enregistré le plus grand nombre de carcinome épidermoïde avec 13 cas sans tendance significative.

Les deux cas de choriocarcinome ont été enregistré entre 16 et 30 ans

- Type histologique et ethnie

Tableau VII : Répartition des cas selon le type histologique et l'ethnie

Ethnie	Type histologique			Total
	Adénocarcinome	Carcinome épidermoïde	Choriocarcinome	
Bambara	1	13	2	16
Peulh	1	5	0	6
Sarakolé	0	4	0	4
Dogon	0	3	0	3
Malinké	0	3	0	3
Diawando	0	2	0	2
Minianka	0	2	0	2
Sonrhäï	0	2	0	2
Bozo	0	1	0	1
Maure	0	1	0	1
Total	2	36	2	40

$$\chi^2 = 16,37 \quad p = 0$$

L'ethnie Bambara a enregistré le plus grand nombre de carcinome épidermoïde avec 16 cas sans tendance significative.

COMMENTAIRES

&

DISCUSSION

V- Commentaires et discussion

1-Limites et difficultés

De plus, les données rapportées ne reflètent probablement pas l'effectif dans la population générale. L'effectif réel des cancers de la vulve pendant notre étude pourrait être sous-estimé.

En effet, cette étude présente des limites à savoir :

- Toutes les régions du pays n'étaient pas représentées ;
- Le fait que beaucoup de patientes ont recours aux tradithérapeutes ;
- Certaines populations n'ont pas accès aux services sanitaires.

2-Méthodologie

Il s'agissait d'une étude transversale, intéressant des patientes qui présentaient un cancer de la vulve dans les différentes structures sanitaires: le CHU du point G, le CHU de Gabriel Touré, les CSREF, l'hôpital Mère-enfant le Luxemburg, l'hôpital du Mali, la maternité d'Hamdallaye, quelques structures privées et le registre de décès, du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2017.

Le diagnostic était posé par les différentes bases diagnostiques du registre des cancers.

3-Fréquence

De 2008 à 2017, 40 cas de cancers de la vulve ont été diagnostiqués dans le district da Bamako sur 8874 cas de cancers chez les femmes dont 2767 cas de cancers gynécologiques. Les cancers de la vulve ont représenté 1,44% des cancers gynécologiques et 0,45% des cancers de la femme.

Ce pourcentage est inférieur à ceux trouvés par Meye en France [62], Doh AS et al au Cameroun [63], Dem A au Sénégal [64] et Meye JF Gabon [65] avec des taux respectifs de 3 à 5%, 4%, 2,7% et 2,21% des cancers gynécologiques. Cette fréquence plus élevée en France a été démontrée par d'autres auteurs [66].

Incidence

Au cours de notre étude, nous avons trouvé une incidence de 0,54 pour 100000 femmes. Ce résultat est inférieur à celui de Borget [67] qui a trouvé en France une incidence de 1-2 pour 100000 femmes et supérieur à ceux de Meye [68] au Gabon et Edwards [69] en Tunisie avec des incidences respectives de 0,17 pour 100000 femmes et 0,17 pour 100000 femmes.

Année de diagnostic

C'est en 2015 que le plus grand nombre de cas a été enregistré soit 17,5%. Au cours de chacune des deux années suivantes 2016 et 2017; 6 cas soit 15% ont été enregistrés. Il apparaît donc que la fréquence des cancers de la vulve augmente progressivement par an. Tayem FP [70], au cours de son étude en 2011, avait constaté la même augmentation annuelle progressive du taux de cancers de la vulve.

Age de survenue

L'incidence du cancer de la vulve augmente avec l'âge, avec une tendance mondiale à survenir chez des femmes de plus en plus jeunes. Nous avons obtenu au cours de notre étude une moyenne d'âge de $50,88 \pm 20,36$ ans avec des extrêmes de 18 et 98 ans. Cette moyenne est supérieure à celle de Tayem FP [70] qui a trouvé $46,26 \pm 13,80$. Et inférieur à celles trouvées par Hanane Z [71], Kamal A [72] et Hafsa S [73] avec des âges moyens respectifs de 61 ans, 66 ans et de 67 ans. La tranche d'âge 31 – 45 ans a été la plus représentée soit environ 35% de notre échantillon. Ce résultat est proche de celui de Tayem FP[70] qui a trouvé la tranche d'âge de 40-49 ans. Cependant il est inférieur à ceux de Kamal A [72] et Hafsa S [73] qui ont trouvé le même résultat soit 60-70ans.

Centre de diagnostic

Nos patientes ont été diagnostiquées pour la plupart soit au CHU Gabriel Touré (32,5%) soit au CHU du Point G (30%). Seulement 10% avaient été diagnostiquées au Luxembourg et au CSRéf. Des résultats similaires ont été obtenus par Tayem

FP [70] en 2011. La position dominante des deux CHU peut s'expliquer par le fait que ces derniers abritent les services de Gynécologie les mieux équipés avec un personnel qualifié.

Type histologique

Au cours de notre étude, le carcinome épidermoïde a été le type histologique le plus représenté avec un taux de 90% suivi par l'adénocarcinome et le choriocarcinome représentant chacun un taux de 2,5%. Ce résultat est légèrement supérieur à celui de Kamal F [68] qui a trouvé aussi une prédominance du carcinome épidermoïde avec un pourcentage de 81,81% ; et inférieur à celui de Zineb D [74] avec un pourcentage de 98%. Le même constat a été fait par plusieurs autres auteurs notamment dans les séries de Hanane Z [71], Tayem FP [70] chez qui, le carcinome épidermoïde a été le seul type histologique retrouvé chez 100% des patientes.

Le carcinome épidermoïde de la vulve est considéré comme un cancer radiosensible, l'irradiation peut se discuter en néo adjuvant chez les patientes porteuses de tumeurs localement avancées (> T2,N+) pour permettre un down-staging tumoral et une chirurgie d'exérèse carcinologique par la suite. La radiothérapie adjuvante par contre est considérée comme un standard thérapeutique en cas d'envahissement ganglionnaire, en cas de limites tumorales ou de tumeur large de plus de 4cm, ou en cas de présence d'emboles vasculaires ou d'engrainement péri-nerveux, après une chirurgie d'exérèse.

CONCLUSION

VI- Conclusion

Le cancer de la vulve est une affection rare touchant essentiellement les femmes d'âge mûr. Sa prévalence augmente au fil des années.

Cette étude qui portait sur les aspects épidémiologiques et histopathologiques, nous a permis de savoir que le cancer de la vulve représente 1,44% des cancers gynécologiques et 0,45% des cancers de la femme. Cependant, actuellement on assiste à un rajeunissement de la population atteinte depuis la mise en cause du Papillomavirus Humain. Au cours de notre étude nous avons retrouvé le cancer de la vulve à un âge plus jeune. L'âge moyen a été de $50,88 \pm 20,36$ ans avec des extrêmes allant de 18 à 98 ans. La tranche la plus touchée était celle de 31 à 45 ans. Les centres hospitaliers universitaires Gabriel Touré et du Point G ont été les principaux centres de diagnostic. Le carcinome épidermoïde est de loin le type histologique le plus retrouvé au cours de cette étude. Le traitement est avant tout chirurgical reposant sur la réalisation de vulvectomie pour laquelle l'obtention de berges saines avec marges d'exérèse suffisantes, est le point clé de leur succès. Le curage ganglionnaire inguinal fait partie du traitement des carcinomes invasifs. L'apparition de ces cancers à des âges de plus en plus jeune nécessite une étude approfondie sur les facteurs de risque.

RECOMMANDATIONS

VII-Recommandations

Au terme de notre étude, pour diminuer l'incidence et pour la meilleure prise en charge des cancers de la vulve, il nous est paru nécessaire de faire quelques recommandations.

- Aux autorités sanitaires et politiques :
 - Dynamiser le programme national de lutte contre le cancer
 - Créer dans les principales structures hospitalières un service d'anatomie et cytologie pathologiques, d'oncologie, de gynécologie, de radiologie et de radiothérapie par l'attribution des bourses d'études.
 - Former les tradithérapeutes à la reconnaissance précoce du cancer et les sensibiliser à la référence vers les centres de médecine moderne.
 - Instaurer des structures spécialisées de prise en charge des cancers vulvaires au Mali.
 - Assurer un approvisionnement de ces structures spécialisées en moyens thérapeutiques adéquats des cancers vulvaires.
 - Vacciner les jeunes filles avant tout contact avec le virus HPV.
- Au corps médical :
 - Faire l'information, l'éducation, la communication des femmes en déconseillant les pratiques sociales nuisibles à la santé telles que : la précocité des rapports sexuels et du mariage.
 - Prescrire une consultation gynécologique spécialisée devant toutes anomalies constatées au niveau des organes féminins.
 - Rechercher et traiter correctement les infections génitales.
- Aux femmes :
 - Venir précocement consulter les services spéciaux dès l'apparition des signes ou des perturbations.
 - Eviter les pratiques traditionnelles néfastes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII- References bibliographiques

1. Mauro JE, Bertolino MV, Basilio F, Nassif JC, Jankilevich G. A series of 21 cases using cryosurgery an advanced managing technical book or extended vulvar cancer in medically debilitated patients. *GynecolOncol*, 2009 ; 114 : 542-3.
2. Leblanc, Narducci F, Boukerrou M, Querleu D. Chirurgie du cancer de vulve. *EncyclMédi Chir - Gynécologie*, 2007 ; 41-890.
3. Sturgeon SR, Brinton LA, Devesa SS, Kurman RJ. In situ and invasive vulvar cancer incidence trends (1973 to 1987). *Am J Obstet Gynecol*1992; 166:1482-1485.
4. Monaghan JM. The management of carcinoma of the vulva. *Clinicalgynaecologicaloncology*. 1990 ; 5 : 69-97.
5. Meye JF. Cancer de la vulve Epidémiologie et lésions précancéreuses. *Umvf.cerimes.fr*. 26-29 septembre 2012.
6. Landis SH, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancers statics, 1999.*J Clin* 1999;49:8-31.
7. EL Kerroumi M, Ennachit M, Hissane M. Les cancers de la vulve : les cancers gynéco-mammaires.*Esp méd A* 2011;177(8):242-246.
8. Hind ZEA. Profil épidemio-clinique du cancer de la vulve. Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine. Université Cadi Ayyad. 2012.
9. Raymon L, Borisch B, BouchardeyC.Le registre du cancer fondements et fonctionnement. *Revue médicale de la Suisse romande* 1991 ; 10 (119) : 825-831.
10. 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; 95:3-6.

11. Bouvier A M, Dancourt V, Faivre J. Le rôle des registres de cancers dans la surveillance, la recherche épidémiologique et la prévention de la maladie. *Bull Cancer* 2003 ; 90 (10) : 865-871.
12. Estève J, Faivre J. Épidémiologie descriptive et registres. *Pathologie professionnelle et de l'environnement EMC* 2006 ; 16-860-A-10.318.
13. Parkin DM, Ferlay J, Hamdi-Cherif M. Cancer in Africa: Epidemiology and Prevention: IARC Scientific publications 2003; 153:411-414.
14. Jensen OM, Mac Lennan R, Parkin DM, Muir CS, Skeet Rg (Eds). Items of patient which may be collected by registries. *Cancer registration: Principles and Methods IARC Scientific Publications Lyon: International Agency for Research on Cancer* 1991; 95: 43-63.
15. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L & Thomas DB (Eds). *Cancer Incidence in Five Continents IARC Scientific Publications: IARC Scientific Publication, Press* 2002; 155 (8):830-83.
16. Last JM. *A Dictionary of Epidemiology, third edition. Oxford: University Press, 1995; 45: 62-63.*
17. Dos Santos SI. *Épidémiologie du cancer principes et méthodes : Centre International de Recherche sur le cancer : chap1. 1999 France.*
18. Wikimedia Commons : Embryologie : organes génitaux externes, 2009.
19. Kamina P. *Anatomie opératoire - Gynécologie Obstétrique. 2^{ème} édition : Paris. Maloine ; 2000.p 313-321.*
20. Kamina P. *Anatomie opératoire. Gynécologie et Obstétrique ; éd ; Maloine, 2000 :p219-223.*
21. Xavier D, Richer P. *Anatomie clinique de l'appareil génital féminin. EncyclMédChirGynécologie, 2003, 10-A-10.*
22. Sturgeon SR, Brinton LA, Devesa SS, Kurman R1. *In situ and invasive vulvar cancer incidence trends (1973 to 1987). Am J ObstetGynecol* 1992;166: 1482- 1485.

23. Eifel PJ, Berek JS, Thigpen JT. Cancer of the cervix, vagina, and vulva, in Devita VT, Hellman S, Rosenberg SA (eds). *Cancer. Principles and Practice of Oncology*, ed 5. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers 1997:1433-1478.
24. Brinton LA, Nasca PC, Mallin K, Baptiste MS, Wilbanks G, Richart R. Case control study of cancer of the vulva. *Obstet Gynecol* 1990;75:859-866.
25. Ansink AC, Krul MR, De Weger RA et al. Human papillomavirus, lichen sclerosis, and squamous cell carcinoma of the vulva: detection and prognostic significance. *Gynecol Oncol* 1994; 52: 180.
26. Bloss JD, Liao SY, Wiczynski SP. Clinical and histologic features of vulvar carcinomas analyzed for human papillomavirus status: evidence that squamous cell carcinoma of the vulva has more than one etiology. *Hum Pathol* 1991;22: 711-718.
27. Crum CP. Carcinoma of the vulva: epidemiology and pathogenesis. *Obstet Gynecol* 1992;79:448-454.
28. Hording U, Junge J, Daugaard S et al. Vulvar squamous cell carcinoma and papillomaviruses: indications for two different etiologies. *Gynecol Oncol* 1994; 52: 241-246.
29. Monk BJ, Burger RA, Lin F et al. Prognostic significance of human papillomavirus (HPV) DNA in primary invasive vulvar cancer. *Obstet Gynecol* 1995 ; 85 : 709-712.
30. Hewitt I. Cancer de la vulve. *Act. Gyn.* ,6c série. Masson. Paris 1975 ; 551-553.
31. Nkoua-Mbon J B, Okiemy G, Bouya A P et al. Le cancer de la vulve à Brazzaville a propos de 8 cas *Médecine d'Afrique Noire*, 2005 ; 5212 : 675-679.
32. Ouguerrilaila. Cancer de la vulve (a propos de 112 cas). Thèse. Méd. casa, 1996 ,204.
33. Sedki A. Cancer de la vulve (À propos de 7 cas). Thèse. Méd. rabat, 2001, 29.

34. Abboud J, Attieh E, Atallah D, Dergham S. Le traitement chirurgical radical du cancer épidermoïde de la vulve. Résultats de 10 ans d'expérience. *J.Gynécol. obstet.Biol. Reprod.*, 1995, 24 : 595-599.
35. Doh A S, Kasia JM, Shasha W. Le cancer de la vulve a Yaoundé (Cameroun). *Gynécologie*, 1995, 3,4 : 220-223.
36. Sasco AJ, GENDRE I. Epidémiologie actuelle des cancers de la vulve. *Contracept.fertil.sex.* 1998, 26, 12 :858-864.
37. Abboud J, Attieh E, Atallah D, Dergham S. Le traitement chirurgical radical du cancer épidermoïde de la vulve. Résultats de 10 ans d'expérience. *J.Gynécol. obstet.Biol. Reprod.*, 1995, 24 : 595-599.
38. Piechon L, Boubli L. Examen de la vulve et du vagin : De la clinique à la biopsie. *Rev. Prat.*, 1997, 47 : 1645-1650.
39. Tranbalocp, Foulquesh H, CaubelP, Barrasso R. Apports et limites du test d'acide acétique dans l'identification des lésions vulvaires à papillomavirus. Etude colposcopique, histologique et virologique. *J GynecolObstetReprod* 1991 ; 20 : 791-5.
40. Michael A, Finan MD, Gregg B MD. Bartholin's gland carcinoma, malignant melanoma and other rare tumours of the vulva. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2003 ; 17(4) : 609-633.
41. Crum CP, Liskow A, Petras P, Keng WC, Frick HC. Vulvar intra epithelial neoplasia (severe atypia and carcinoma in situ): a clinico-pathologic analysis of 41 cases. *Cancer* 1984; 54:1429-1434.
42. Wilkinson EJ, Kneale B, Lynch PJ. New nomenclature for vulvar disease: report of the ISSVD terminology committee. *J Rep Med* 1986; 3 1 : 973-974.
43. Scoazec JY, Sabourin JC. 2010 : septième édition de la classification TNM. *Ann Pathologie*, 2010 ; 30 : 2-6.

44. Monk B J, Chan JK, Sugiyama V et al. Conservative clitoral preservation surgery in the treatment of vulvar squamous cell carcinoma, *Gynecologic Oncology*, 2004;95 : 152-156.
45. DE Hullu J A, Van Der Steen, Van De Nieuwenhof HP, Massuger L, Bulten J. New FIGO staging system of vulvar cancer indeed provides a better reflection of prognosis, *Gynecol Oncol*, 2010; 119: 520-5. *GynécolObstetFertil* 2005 ; 33 : 755-61.
46. Deruelle P, Colline T P, Thomas P. Etude clinique et pronostic de 56 cas de néoplasie intra-épithéliales vulvaires. *GynécolObstetFertil* 2005 ; 33 : 755-61.
47. Faure M. Néoplasies intra-épithéliales de la vulve. *Encycl Méd Chir Gynécologie*, 2001; 510-A-25.
48. Guven S, Ayhan A. Velipasaoglu M et al. Prognostic factors for recurrence and survival in primary vulvar squamous cell cancer *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2008; 87: 1143-9.
49. Benedet JL, Bender H, Jones H, 3RD, Ngan HY, Pecorelli S. FIGO staging classifications and clinical practice guidelines in the management of gynecologic cancers. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. *Int J GynaecolObstet*, 2000;70 : 209-262.
50. StaphenK, Tying MD. Vulvar squamous cell carcinoma: guidelines for early diagnosis and treatment. *Diagnosis and Treatment of Female Dermatology-Related Genital Disease. American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003; 189(3) : 17-23.
51. Bell JG, Lea JS, Reid GC. Complete groin lymphadenectomy with preservation of the fascia lata in the treatment of vulvar carcinoma. *Gynecol. Oncol*, 2000; 77(2): 314-318.
52. ScheistroenM, Nesland JM, Trope C. Have patients with early squamous carcinoma of the vulva been overtreated in the past? The Norwegian experience 1977-1991, *Eur. J. Gynaecol. Oncol*, 2002; 23 (2): 93-103.

53. Shimm OS, Fuller AF, Orlow EL. Prognostic variables in the treatment of squamous cell carcinoma of the vulva. *Gynecol Oncol* 1986; 24: 343 -349.
54. Andreasson B, Nyboe I. Predictive factors with reference to low-risk of metastases in squamous cell carcinoma in the vulvar region. *Gynecol Oncol* 1985; 21:196-198.
55. Plent AA, Friedman EA. Clinical significance of vulvar lymphatics: lymphatic system of the female genitalia. Philadelphia, WB Saunders 1971:27-50.
56. Hacker NF. Surgery for malignant tumors of the vulva: operative gynecology. Philadelphia, WB Saunders 1993: 173-200.
57. Hacker NF, Berek JS, Lagasse LD. Superficially invasive vulvar cancer with nodal metastases. *Gynecol Oncol* 1983;15: 54- 59.
58. Parker RT, Duncan I, Rampone J, Creasman W. Operative management of early invasive epidermoid carcinoma of the vulva. *Am J Obstet Gynecol* 1975;123; (n° 4): 349-355.
59. Homesley HO, Bundy BM, Sedlis A. Prognostic factors for groin node metastasis in squamous cell carcinoma of the vulva (A gynecologic oncology group study). *Gynecol Oncol* 1993; 49 :279-291.
60. Binder SW, Huang I, Fu YS. Risk factors for the development of lymph node metastasis in vulvar squamous carcinoma. *Gynecol Oncol* 1990;37:9-16.
61. Ross MJ, Ehrmann RL. Histologic prognosticators in stage I squamous cell carcinoma of the vulva. *Obstet Gynecol* 1987 ; 70 : 774 -782.
62. Meye JF. Cancer de la vulve Epidémiologie et Lésions précancéreuses. <http://www.mere-enfant.org>. Cours magistral présenté à : Université Libre Francophone ; 2012 ; Paris.
63. Doh AS, Kasia JM, Shasha W. Le cancer de la vulve à Yaoundé (Cameroun). *Gynécologie*, 1995 ; 3 : 220-223.
64. Dem A, Traoré B, Kasse A, Dieng M M, Diop P S. Cancers gynécologiques et mammaires à l'institut CURI de Dakar. Abstract du 7^{ème} congrès de la SAGO. BAMAKO ; 2003. P : 18.

65. Meye JF. Cancer de la vulve *Epidémiologie et Histoire Naturelle (Libreville)*, 2011. P : 15.
66. Heintz M P, Ansink A C. Epidemiology and etiology of squamous cell of vulva. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1993 ; 48 : 111-5.
67. Borget I, Abramowitz L, Mathevet P. Economic burden of HPV-related cancers in France *Vaccine* 2011; 29: 5245-5249
68. Meye J F. Cancer de la vulve *Epidémiologie et Histoire naturelle (Libreville)*. 2011; 15.
69. Edwards B, Shin H R, Ferlay J, Heanue M, Boyle P. Cancer Incidence in Five Continents: IARC Scientific Publication, 2007; 9 (160) : 599-602.
70. Tayem FP. Etudes épidémiologique, clinique et histologique des cancers gynécologiques et mammaires [Thèse de Médecine]. Bamako : Université des Sciences Techniques et des Technologies ; 2011.
71. Hanane Z, Nawal M, Sanae EM, Hanan EK, Hassouni K, Tayeb K, et al. Cancers primitifs invasifs de la vulve : expérience de l'Institut National d'Oncologie de Rabat. *Pan Africa Medical Journal*. 2013 ; (15) : 146.
72. Kamal A. Cancer de la vulve [Thèse de Médecine]. [Fès] : Université Sidi Mohamed Ben Abdellah ; 2016.
73. Hafsa S. Cancer de la vulve à propos de 13 cas [Thèse de Médecine]. [Rabat] : Université Mohamed V ; 2010.
74. Zineb D, Fouad E, Amine G, Asmae O, Ali S, Loubna M. Les traitements du cancer de la vulve : expérience du Centre d'Oncologie d'Oujda. *Pan Africa Medical Journal*. 2018; (31): 182.

ANNEXES

Fiche signalétique

Prénom et nom : Assitan Jocelyne DIARRA

Née le : 13-08-1996

Nationalité : Malienne

Téléphone : 74 65 65 48

Adresse e-mail : assijocelyne19@gmail.com

Titre de la thèse : Aspects épidémiologiques et

histopathologiques des cancers de la vulve au Mali : données du registre des cancers

Année universitaire : 2018 – 2019

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie



Résumé :

Introduction: les cancers vulvaires sont des proliférations tumorales malignes (primitives ou secondaires), qui se développent aux dépens des différentes structures de la vulve.

Objectif : l'objectif de notre étude était de décrire les aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers de la vulve au Mali (données du registre de cancer).

Matériel et méthodes : il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive allant du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2017 dans les différents services des CHU du Point G de Bamako, le CHUOS, le CHU Gabriel Touré, le CHU de Kati, l'hôpital du Mali, l'hôpital mère enfant le Luxembourg, le CNAM, l'IOTA, quelques structures privées, et le registre des décès.

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête individuelle, remplies à partir des dossiers des malades.

Résultats : nous avons colligé 40 cas de cancers de la vulve parmi lesquels le carcinome épidermoïde était le plus représenté avec un taux de 90 %. La tranche d'âge 31- 45 ans était la plus représentée avec 35% des cas. La moyenne d'âge était de 50,88±20,361 ans avec des extrêmes de 18 et 98 ans. Nous avons noté une augmentation significative de sa fréquence de 2013 à 2015 ;

Conclusion : la mise en place des programmes de sensibilisation de la population contre le cancer de la vulve est nécessaire.

Mots clés : Cancer, vulve, épidémiologie, histopathologie.

Fiche de recrutement des cancers

Période du.....AU.....

Numéro du Dossier				
Hôpital				
Service				
Noms Prénoms				
Sexe				
Age				
Résidence HaB				
Groupe Ethnique				
Siege				
Base diagnostic				
Date de Diagnostic				
Type Histologique				
Traitement				
Suivi 6 Mois				
Suivi 1 Ans				
Suivi 5 Ans				
Date De Décès				
Téléphone				

Base de diagnostic : 0=registre de décès/ 1=clinique/ 2=endoscopie/
3=anapathcyto/ 4= radiologie/ 5=chirurgie sans biopsie/ 6= biologie.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'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 !