

Ministère de l'Education Nationale

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

THESE

**Les aspects épidémiologiques,
cliniques et anatomopathologiques
des cancers de l'estomac : à propos
de 55 cas au CHU du Point G.**

Présentée et soutenue publiquement le 15/02/2019 devant la Faculté de Médecine
et d'Odontostomatologie
par :

M. Dama DIAWARA

Pour obtenir le grade de
Docteur en médecine (DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : **Pr. Adama KOITA**
Membre : **Dr. Sékou KOUMARE**
Co-directeur : **Dr. Bourama COULIBALY**
Directeur : **Pr. Cheick B. TRAORE**

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017– 2018

ADMINISTRATION

DOYEN : **Seydou DOUMBIA** - PROFESSEUR
VICE-DOYEN : **Ousmane FAYE** - MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL : **Dr. Monzon TRAORE**- MAITRE-ASSISTANT
AGENT COMPTABLE : **Monsieur Harouna SIDIBE** – INSPECTEUR DU TRESOR

LES PROFESSEURS A LA RETRAITE

Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALLY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Amadou DIALLO	Zoologie - Biologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie – Virologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Amadou TOURE	Histo-embryologie
Mr. Mahamane Kalilou MAIGA	Néphrologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr. Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophthalmologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Yeya Tiemoko TOURE	Entomologie médicale, Biologie cellulaire, Génétique
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu

LES ENSEIGNANTS DECEDES

Mr Alou BA	Ophthalmologie (DCD)
Mr Bocar Sidy SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme (DCD)
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie (DCD)
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale (DCD)
Mr Moussa TRAORE	Neurologie (DCD)
Mr Yénimégué Albert DEMBELE†	Chimie Organique (DCD)
Mr Anatole TOUNKARA †	Immunologie (DCD)
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie (DCD)
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie (DCD)
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie (DCD)
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie – Traumatologie (DCD)
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL (DCD)
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique (DCD)
Mr. Mady MACALOU	Orthopédie/ Traumatologie (DCD)
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie (DCD)
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie (DCD)
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie(DCD)
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale (DCD)
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie (DCD)

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL, Chef de D.E.R
Mr Aly TEMBELY	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophthalmologie
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Lamine TRAORE	Ophthalmologie
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale
Mr. Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale

Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
Mr. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie thoracique et cario-vasculaire
Mme Kadiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mme Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seidou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mme Fadima Koréïssy TALL	Anesthésie Réanimation
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie Obstétrique
Mr Boubacar BA	Odonto-Stomatologie
Mme Aïssatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
Mr Issa AMADOU	Chirurgie pédiatrique
Mr Amadou TRAORE	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr Bréhima BENGALY	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr Madiassa KONATE	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr Sékou Bréhima KOUMARE	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr Boubacar KAREMBE	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr. Idrissa TOUNKARA	Chirurgie Viscérale ou générale
Mr. Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie pédiatrique
Mr Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie thoracique
Mr Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
Mr Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
Mr Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
Mr Mamadou Salia DIARRA	Neurochirurgie
Mr Moussa DIALLO	Neurochirurgie
Mr Abdoulaye NAPO	Ophtalmologie
Mr Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
Mr Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie traumatologie
Mr Layes TOURE	Orthopédie traumatologie
Mr Mahamadou DIALLO	Orthopédie traumatologie
Mr Louis TRAORE	Orthopédie traumatologie
Mr Seydou GUEYE	Chirurgie buccale
Mme Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie-dento-faciale
Mr Ahmed BA	Prothèse dentaire
Mr Bougadary COULIBALY	Prothèse dentaire
Mr Abdoulaye KASSAMBARA	Odonto-Stomatologie
Mme Hapssa KOITA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Mr Alphousseiny TOURE	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

Les aspects épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques des cancers de l'estomac : à propos de 55 cas.

Mr Youssouf SIDIBE	ORL
Mr Fatogoma Issa KONE	ORL
Mr Amadou KOSSOGUE	Urologie
Mr Dramane Nafo CISSE	Urologie
Mr Mamadou Tidiani COULIBALY	Urologie
Mr Moussa Salifou DIALLO	Urologie
Mr Alkadri DIARRA	Urologie
Mr Seydina Alioune BEYE	Anesthésie Réanimation
Mr Hammadoun DICKO	Anesthésie Réanimation
Mr Moustapha Issa MANGANE	Anesthésie Réanimation
Mr Thierno DIOP	Anesthésie Réanimation
Mr Mamadou Karim TOURE	Anesthésie Réanimation
Mr Abdoul Hamidou HALMEIMOUN	Anesthésie Réanimation
Mr Daouda DIALLO	Anesthésie Réanimation
Mr Abdoulaye TRAORE	Anesthésie Réanimation
Mr Siriman Abdoulaye KOITA	Anesthésie Réanimation
Mr. Mahamadou Coulibaly	Anesthésie Réanimation
Mr Ibrahima SANKARE	Chirurgie thoracique et Cardiovasculaire
Mr Soumana Oumar TRAORE	Gynécologie Obstétrique
Mr Abdoulaye SISSOKO	Gynécologie Obstétrique
Mme Aminata KOUMA	Gynécologie Obstétrique
Mr Mamadou SIMA	Gynécologie Obstétrique
Mr Seydou FANE	Gynécologie Obstétrique
Mr Amadou BOCOUM	Gynécologie Obstétrique
Mr Ibrahim ONGOIBA	Gynécologie Obstétrique
Mr Ibrahima ousmane KANTE	Gynécologie Obstétrique
Mr Alassane TRAORE	Gynécologie Obstétrique

2. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie Chef de DER
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie

3. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie -Mycologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Bakary MAIGA	Immunologie

4. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

Mr Abdoulaye KONE	Parasitologie - Mycologie
Mme Safiatou NIARE	Parasitologie - Mycologie
Mr Sanou Kho COULIBALY	Toxicologie
Mr Mamoudou MAIGA	Bactériologie-Virologie
Mr Sidi Boula SISSOKO	Histologie embryologie et cytogénétique
Mr Bréhima DIAKITE	Génétique et Pathologie Moléculaire
Mr Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
Mr Bourama COULIBALY	Anatomie pathologique
Mme Aminata MAIGA	Bactériologie Virologie
Mme Djeneba Bocar MAIGA	Bactériologie Virologie
Mr Ibrehima GUINDO	Bactériologie Virologie
Mr Boubacar Sidiki DRAME	Biologie Médicale
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie

Les aspects épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques des cancers de l'estomac : à propos de 55 cas.

Mr Bamodi SIMAGA	Physiologie
Mr Oumar SAMASSEKOU	Génétique/ Génomique
Mr Nouhoum SAKO	Hématologie/Oncologie/Cancérologie
Mme Mariam TRAORE	Pharmacologie
Mr Saïdou BALAM	Immunologie
Mme Arhamatoulaye MAIGA	Biochimie

5. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

Mr Hama Abdoulaye DIALLO	Immunologie
Mr Harouna BAMBA	Anatomie Pathologie
Mr Aboubacar Alassane Oumar	Pharmacologie
Mr Moussa KEITA	Entomologie Parasitologie
Mr Djakaridja TRAORE	Hématologie
Mr Yacouba FOFANA	Hématologie
Mr Diakalia Siaka BERTHE	Hématologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr. Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr. Moussa T. DIARRA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie/Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-phthisiologie Chef de DER
Mr Bah KEITA	Pneumo-phthisiologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/Ophthalmologie
Mr Ilo Bella DIALLO	Cardiologie
Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiodiagnostic imagerie médicale
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne

Les aspects épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques des cancers de l'estomac : à propos de 55 cas.

Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie
Mr Hamidou Oumar BA	Cardiologie
Mr Massama KONATE	Cardiologie
Mr Ibrahima SANGARE	Cardiologie
Mr Youssouf CAMARA	Cardiologie
Mr Samba SIDIBE	Cardiologie
Mr Asmaou KEITA	Cardiologie
Mr Mamadou TOURE	Cardiologie
Mr Mme Coumba Adiaratou THIAM	Cardiologie
Mr Mamadou DIAKITE	Cardiologie
Mr Bourama DEMBELE	Cardiologie
Mr Boubacar SONFO	Cardiologie
Mme Mariam SAKO	Cardiologie
Mme Djénéba SYLLA	Endocrinologie, Maladies métaboliques et Nutrition
Mr Hourouma SOW	Hepato-Gastro-enterologie
Mme Kadiatou DOUMBIA	Hepato-Gastro-enterologie
Mme Sanra Déborah SANOGO	Hepato-Gastro-enterologie
Mr Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mr Abdoulaye Mamadou TRAORE	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Yacouba CISSOKO	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean Paul DEMBELE	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Garan DABO	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Mamadou A. C CISSE	Médecine d'Urgence
Mr Seydou HASSANE	Neurologie
Mr Guida LANDOURE	Neurologie
Mr Thomas COULIBALY	Neurologie
Mr Adama Seydou SISSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
Mr Dianguina dit Noumou SOUMARE	Pneumologie
Mme Khadidia OUATTARA	Pneumologie
Mr Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
Mr Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
Mr Siritio BERTHE	Dermatologie
Mme N'Diaye Hawa THIAM	Dermatologie
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
Mr Mamadou GASSAMA	Dermatologie
Mr Djibril SY	Médecine Interne
Mme Djenebou TRAORE	Médecine Interne
Mme Djénéba DIALLO	Néphrologie
Mr Hamadoun YATTARA	Néphrologie
Mr Seydou SY	Néphrologie
Mr Belco MAIGA	Pédiatrie
Mme Djeneba KONATE	Pédiatrie
Mr Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
Mr Karamoko SACKO	Pédiatrie
Mme Fatoumata Léonie DIAKITE	Pédiatrie
Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
Mr Koniba DIABATE	Radiodiagnostic et Radiothérapie
Mr Adama DIAKITE	Radiodiagnostic et Radiothérapie
Mr Aphou Sallé KONE	Radiodiagnostic et Radiothérapie
Mr Mody Abdoulaye CAMARA	Radiodiagnostic et imagerie médicale
Mr Mamadou N'DIAYE	Radiodiagnostic et imagerie médicale
Mme Hawa DIARRA	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Issa CISSE	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Mamadou DEMBELE	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Ouncoumba DIARRA	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Ilias GUINDO	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Abdoulaye KONE	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Alassane KOUMA	Radiologie et imagerie Médicale

Les aspects épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques des cancers de l'estomac : à propos de 55 cas.

Mr Aboucar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Souleymane SANOGO	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Ousmane TRAORE	Radiologie et imagerie Médicale
Mr Djigui KEITA	Rhumatologie
Mr Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr Drissa Mansa SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

Mr Boubacari Ali TOURE	Hématologie
------------------------	-------------

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR/ DIRECTEURS DE RECHERCHE

Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique, Chef de D.E.R.
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale

2. MAITRES DE CONFERENCES/ MAITRES DE RECHERCHE

Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médicale
Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Modibo DIARRA	Nutrition

3. MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Oumar THIERO	Biostatistique/Bioinformatique
Mr Ogobara KODIO	Santé Publique
Mr Abdrahamane COULIBALY	Anthropologie médicale

4. ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale
Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
Mr Yaya dit Sadio SARRO	Epidémiologie
Mr. Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la recherche biomédicale
Mr Mohamed Lamine TRAORE	Santé communautaire
Mme N'Deye Lallah Nina KOITE	Nutrition
Mr Housseini DOLO	Epidémiologie
Mr. Souleymane Sékou DIARRA	Epidémiologie
Mr Moctar TOUNKARA	Epidémiologie
Mr Nouhoum TELLY	Epidémiologie
Mr Bassirou DIARRA	Recherche opérationnelle
Mme Fatoumat KONATE	Nutrition et Diététique
Mr Bakary DIARRA	Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mr Cheick O. DIAWARA	Bibliographie
Mr Rouillah DIAKITE	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mr Alou DIARRA	Cardiologie
Mr Ousseynou DIAWARA	Parodontologie
Mme Assétou FOFANA	Maladies infectieuses
Mr Abdoulaye KALLE	Gastroentérologie
Mr Amsalah NIANG	Odonto-Préventive et sociale
Mr Mamadou KAREMBE	Neurologie
Mme Fatouma Sirifi GUINDO	Médecine de Famille
Mr Alassane PEROU	Radiologie
Mr Oumar WANE	Chirurgie dentaire

Les aspects épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques des cancers de l'estomac : à propos de 55 cas.

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Lamine GAYE

Physiologie

ABRÉVIATION

SIGLES ET ABREVIATIONS

CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
Cm	: Centimètre
DES	: Diplômes d'Etudes Spécialisées
GIST	: Gastro Intestinal Stromal Tumor
GT	: Gabriel Touré
HP	: <i>Helicobacter pylori</i>
M	: Métastase
MALT	Mucosa Associated Lymphoïde Tissu
N	: Nodule
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
T	: Tumeur
TNM	: Tumeur Nodule Métastase
%	: Pourcentage

DEDICACES



Je dédie cette thèse à



A Allah le Tout puissant

Je remercie d'abord ALLAH, le Tout puissant, le Tout miséricordieux, le Très miséricordieux qui nous a permis de franchir de multiples obstacles dans la paix et la santé. Qu'il fasse de nous des musulmans pieux et sincères. AMEN !

Au prophète Mouhammad (paix et salue sur lui)

Que la paix et la bénédiction d'Allah soient sur lui, sa sainte famille, et sur tous ceux qui l'ont suivi jusqu'au jour de la résurrection.

A ma mère DIAWARA Fatoumata

Maman chérie, je n'ai pas de mots pour exprimer ce que je ressens pour la femme battante, aimante et dévouée que tu es. Tu t'es toujours sacrifiée pour tes enfants tu m'as appris les vraies valeurs de la vie et m'as inculqué ton amour pour la science.

J'ai toujours été fière de toi.

Je te souhaite de vivre encore longtemps et de profiter de tes petits enfants. J'espère t'honorer avec ce doctorat qui est le tien.

A mon père Feu DIAWARA Bandjougou (paix à son âme)

Papa, Sois fier de tes enfants là où vous êtes. Tu as été pour nous un exemple de droiture, de justice, de dignité de générosité et surtout d'intégrité à travers les récits que nous avons pu entendre sur toi dans la famille. Vous êtes loin de la famille, Voilà longtemps que celui avec qui j'ai dormi. Ô Seigneur ! a quitté ma couche pour la vôtre, Et nous sommes encore tout liés l'un à l'autre, puisses tu retrouver par ce doctorat la récompense de tes efforts. Qu'Allah t'accorde une meilleure vie au-delà... AMEN

A mes frères Mahamadou, Nouhoum et Makan Issa

A mes sœurs Hawa, Aichata, Kadi et Oumou

On s'est souvent chamaillé mais cela ne diminue en rien l'amour qu'il y'a entre nous. Vous m'avez toujours soutenu du mieux que vous pouviez tant moralement que matériellement. Puisse Allah consolider l'amour et l'entraide qu'il y'a entre nous. Je n'ai pas de mots pour vous remercier.

A mes amis SYLLA Salim, SAMAKE Bouya Ali, KOUMA Boubacar, BAH Hamady, DRAME Abou, DEMBELE Amadou, HAIDARA Zakaria, Zala Souleymane et BATHILY Bintou, COULIBALY Laye, KONE Almamy, tous ceux dont je n'ai pas cité le nom je vous dis merci pour votre soutien sans faille particulièrement à SYLLA Salim.

A mon épouse KONATE Assetou

Ma chérie, Tu m'as aidé et encouragé pendant mes études. Je te remercie pour tout et je prie Allah de la manière dont il nous a unis sur terre de nous unir ainsi dans son paradis.

Nous adressons nos sincères remerciements :

Au docteur COULIBALY Bourama

Vous avez été pour moi plus qu'un Tonton un frère, vous m'avez accordé votre aide du début et à la fin de ce travail malgré votre emploi du temps chargé. Vous m'avez appris à apprécier le travail bien fait. Vous êtes un homme de foi mais aussi de loi, merci pour tout. Qu'Allah vous récompense en vous accordant honneurs et succès dans votre carrière.

A tous les DES, spécialistes et tout le Personnel du service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques

Mes sincères remerciements à :

- *Mes Immémoriaux,*
- *Mes grands-parents,*
- *Mes tontons,*
- *Mes tantes,*
- *Mes oncles*
- *Mes cousins et cousines,*
- *Toutes les amies de mes mères,*
- *Tous les amis de mon père,*
- *La famille de feu mon homonyme DIAWARA Dama à Nioro du sahel*
- *La famille COULIBALY à Bamako et à Koulikoro,*
- *La famille Sylla à Djelibougou,*
- *La famille Balo à Quinzambougou*
- *La famille de feu Baba coulibaly à Quinzambougou,*
- *Aux familles Kouma, Zala, Adam BOCAR depuis Cameroun, Diakité et Dramé*
- *Tous (tes) mes ami (es) et camarades,*

Merci vos encouragements, que ce travail vous serve d'exemple aux plus jeunes. Les liens fraternels sont sacrés, restons unis

- ***Tout le personnel du service de chirurgie "A" :***

Au Dr KOUMARE, Cher tonton, cher maître j'ai été impressionné par votre simplicité, votre disponibilité et surtout votre abord facile. Trouvez ici cher tonton, l'expression de toute ma gratitude.

- *Au corps professoral et tout le personnel de la Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie (FMOS),*

- *Toute la direction et tout le personnel du CHU du Point "G",*
- *Tous mes aînés Thésards du service d'anatomie et cytologie pathologique du CHU du Point "G", pour leur conseils et encadrements,*
- *Tous les Thésards de ma promotion du service d'anatomie et cytologie pathologique du CHU du Point "G".*
- *Tous mes cadets du service d'anatomie et cytologie pathologique du CHU du Point "G", bon courage,*
- *Tous mes camarades de la Coordination Nationale des Thésards à la FMOS,*
- *Tous (tes) mes camarades de la promotion 2009-2018 de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS),*
- *Mes enseignants, des cycles antérieurs : Depuis l'école fondamentale au lycée.*

Je vous dis MERCI, vous êtes ma source d'inspiration. Puisse Dieu vous accorder bonheur, santé et longévité.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury :

Professeur Adama KOITA

- ✧ **Maître de Conférences en Chirurgie à la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie**
- ✧ **Praticien hospitalier au CHU du Point "G"**
- ✧ **Membre de la SOCHIMA**

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 Membre du juge :

Docteur KOUMARE Sekou Brehima

- ✧ **Maître-assistant et Chirurgien Généraliste à la FMOS**
- ✧ **Praticien hospitalier au CHU du Point G**
- ✧ **Diplômé en Chirurgie Hépatobiliaire et en Chirurgie Laparoscopique avancée**

Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en siégeant dans ce jury. Nous avons été impressionnés par votre abord facile, votre simplicité, votre sens élevé de l'humour, votre talent dans la pratique chirurgicale.

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 de thèse :

Docteur COULIBALY Bourama

- ✧ **Maître-assistant et Spécialiste en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la FMOS**
- ✧ **Praticien hospitalier au CHU du Point "G"**
- ✧ **Collaborateur du registre national des cancers du Mali.**

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 m'avez accueilli à bras ouvert dans le service. Cher maître c'est l'occasion pour moi de vous remercier car vous avez été là pour moi et pour tous les autres internes du service 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 du jury :

Professeur Cheick Bougadari TRAORE

- ✧ **Professeur Titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie (F.M.O.S.) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T-B).**
- ✧ **Chef du Département d'Enseignement et de Recherche (DER) des sciences fondamentales à la F.M.O.S de l'U.S.T. T-B.**
- ✧ **Chef de service du laboratoire d'Anatomie et cytologie pathologiques du C.H.U. du Point G.**
- ✧ **Chercheur et Praticien hospitalier au CHU Point "G".**
- ✧ **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers au Mali.**

Cher Maître,

C'est un immense honneur et un privilège que vous nous faites en acceptant d'être le directeur de cette thèse malgré vos multiples obligations. Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre humanisme et votre modestie font de vous un maître respecté et admiré. Vos remarquables suggestions, votre enseignement de qualité nous ont beaucoup aidés à améliorer ce travail.

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste des figures :

Figure 1 : Estomac	4
Figure 2 : Situation générale d'après PERLEMUTER L, J .W	6
Figure 3 : Forme et dimensions de l'estomac d'après PERLEMUTER L, J W	7
Figure 4 : Vascularisation Veineuse de l'estomac	9
Figure 5 : Numérotation des différents sites ganglionnaires selon la Japanese Research Society for gastric cancer	11
Figure 6 : Aspect en lobe d'oreille	22
Figure 7 : Linite plastique	22
Figure 8 : Aspect endoscopique d'une tumeur ulcéro-bourgeonnante	23
Figure 9 : Aspect histologique d'un adénocarcinome typique	24
Figure 10 : Aspect histologique d'un adénocarcinome atypique	25
Figure 11 : Répartition selon le sexe	34
Figure 12 : Répartition selon l'Ethnie	36
Figure 13 : Répartition selon la Résidence.....	37
Figure 14 : Répartition selon le Siege	41
Figure 15 : Répartition selon le Type histologique	42

Liste des tableaux

Tableau I : Répartition selon le tranche d'Age	35
Tableau II : Répartition selon le Profession	35
Tableau III : Répartition selon le Motif de consultation	38
Tableau IV : Répartition selon les Antécédents.....	39
Tableau V : Répartition selon l'Index de Karnofski	39
Tableau VI : Répartition selon l'Examen physique.....	40
Tableau VII : Répartition selon le Stade.....	42
Tableau VIII : Répartition selon le Siege des métastases.....	42
Tableau IX : Répartition selon le type histologique et le sexe	43
Tableau X : Répartition selon le type histologique et l'âge	43
Tableau XI : Répartition selon le stade et l'index de Karnofski.....	44

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
1. Objectif Général	3
2. Objectifs spécifiques	3
II. GENERALITES	4
A. Rappels anatomiques	4
B. Epidémiologie.....	12
C. Etude clinique	14
D. Anatomie pathologique	21
III. MATERIEL ET METHODES	30
1. Cadre et lieu d'étude.....	31
2. Matériels.....	32
3. Méthodes	32
IV. RESULTATS	34
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	45
1. Méthodologie.....	45
2. Données épidémiologiques.....	45
3. Données cliniques.....	46
4. Anatomie-pathologique	48
VI. CONCLUSION	49
VII. RECOMMANDATIONS	50
VIII. BIBLIOGRAPHIE	51
ANNEXES	55
Fiche d'enquête	55
Fiche signalétique.....	57
Serment d'Hippocrate.....	58

INTRODUCTION

Les cancers de l'estomac sont des tumeurs malignes développées aux dépens de la paroi gastrique.

Ils sont dits primitifs lorsqu'ils prennent origine au niveau de l'estomac et secondaires quand ils proviennent d'un autre organe. Le diagnostic de ce cancer est le plus souvent tardif dans notre pays, faisant de lui un cancer à pronostic sombre [1, 2, 3, 4].

Il occupe la seconde place des cancers dans le monde avec 755 000 nouveaux cas par an. L'incidence dans les pays comme le Japon, la Chine ou la Suisse varie de 70 à 10 cas pour 100 000 Habitants [5].

En Afrique certains travaux ont retrouvé une fréquence non négligeable du cancer de l'estomac. Il occupe la deuxième place parmi tous les cancers chez l'homme au Rwanda, en Gambie [6] et au Sénégal [13]. Au Burkina Faso c'est le premier

cancer du tube digestif [8]. Au Togo et au Burundi il vient en première position parmi les cancers digestifs avant celui du foie [9 ,10].

Selon les données du registre des cancers au Mali en 2012, les cancers de l'estomac occupaient le premier rang des cancers chez l'homme avec 5,7 pour 100 000 habitants soit 13,2% et le 3^{ème} rang chez la femme après ceux du col utérin et du sein avec respectivement une incidence de 20,5 et une incidence de 12,4 pour 100000 habitants [11]. Au Mali, plusieurs études ont porté sur les aspects épidémiologiques et anatomo-cliniques [11].

Des différents travaux ont suggéré le rôle de l'*Helicobacter pylori* dans de nombreuses maladies gastriques et duodénales (gastrite, maladie ulcéreuse, lymphome, cancers gastriques) [12]. Le taux de prévalence de l'infection à *Helicobacter pylori* est plus élevé d'autant que le niveau socio-économique est bas [12].

Malgré le développement de l'endoscopie, son diagnostic reste tardif et son pronostic est mauvais [13].

En raison de l'augmentation croissante de la fréquence des cancers de l'estomac au Mali, nous avons décidé de mener une étude dans le service de Chirurgie "A" du CHU du Point "G".

I. OBJECTIFS

1. Objectif Général

Décrire les aspects épidémiologiques, cliniques et anatomo-pathologiques des cancers de l'estomac au service de Chirurgie "A" du CHU du Point "G".

2. Objectifs spécifiques

- Décrire les aspects sociodémographiques des cancers de l'estomac.
- Décrire les aspects cliniques des cancers de l'estomac.
- Enumérer les aspects anatomo-pathologiques des cancers de l'estomac.

II. GENERALITES

Cancer de l'estomac :

A. Rappels anatomiques [14-15]

L'estomac est une dilatation en forme de **J** du tube digestif intermédiaire entre l'œsophage et le duodénum. C'est une vaste poche musculieuse qui reçoit les aliments, les modifie en les faisant passer à l'état de chyme et les pousse dans le duodénum.

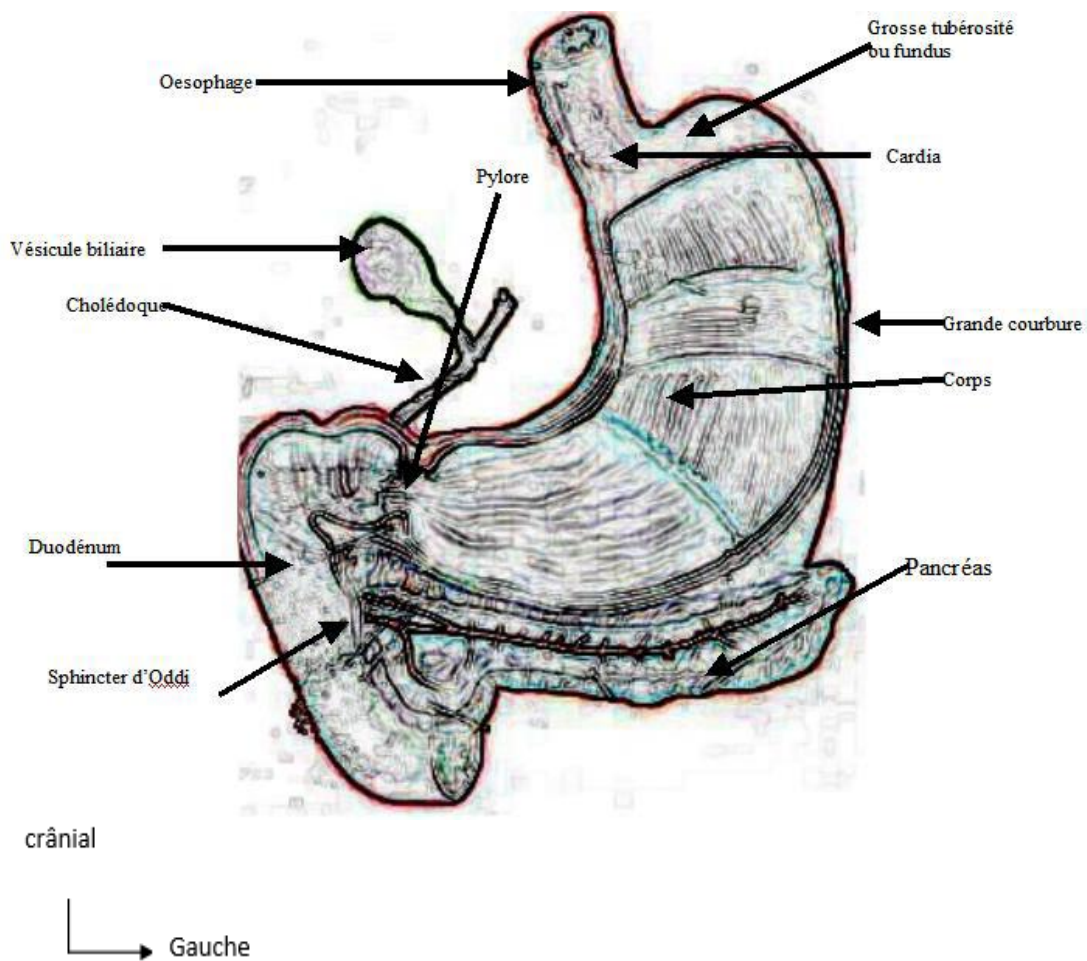


Figure 1 : Estomac [16]

1) Situation

L'estomac est situé dans l'étage sus méso colique de l'abdomen dans la loge sus phrénique gauche. Il occupe l'hypochondre gauche, l'épigastre et la partie de

l'abdomen située sous le diaphragme. Topographiquement c'est donc un organe thoraco-abdominal.

2) Les moyens de fixités :

L'estomac dispose de trois (3) moyens de fixités qui sont :

- ✓ Le ligament gastro-phrénique : unit l'estomac au diaphragme
- ✓ Le ligament splénique
- ✓ Le ligament gastro-colique

Accessoirement il y a le petit épiploon qui lie l'estomac au hile du foie.

3) Dimension moyenne :

- ✓ **Longueur = 25 cm** **largeur = 12 cm,**
- ✓ **Épaisseur = 8 cm** **capacité = 1-1,5 l**

L'estomac est très extensible et ses dimensions varient beaucoup avec l'état de réplétion.

4) Constitution et configuration interne :

➤ La paroi gastrique :

Elle est constituée par quatre tuniques :

De la superficie à la profondeur on a :

- La séreuse péritonéale,
- La couche musculaire en 3 plans.
 - Un plan superficiel longitudinal,
 - Un plan moyen circulaire,
 - Un plan profond oblique,
- La sous muqueuse très lâche,
- La muqueuse.

Configuration de la muqueuse :

La muqueuse est rouge épaisse plissée avec des gros plis variables dont deux très gros, verticaux antérieur et postérieur prolongeant la direction de l'œsophage. Des fins sillons séparent des mamelons de 3 à 4 mm. Au cardia, la

muqueuse forme un repli correspondant à l'angle de His : la valvule cardio-œsophagienne de Gubarow. Celle-ci est insuffisante à fermer le cardia et c'est l'ensemble valvule de Gubarow, orifice oesophagien du diaphragme, musculature oblique de l'estomac qui constitue « le sphincter cardinal » physiologique. A ce niveau la muqueuse gastrique est mal limitée et dépasse parfois le cardia. Au pylore, La muqueuse forme un repli correspondant au sphincter pylorique : la valvule pylorique. La muqueuse gastrique s'arrête nettement au pylore.

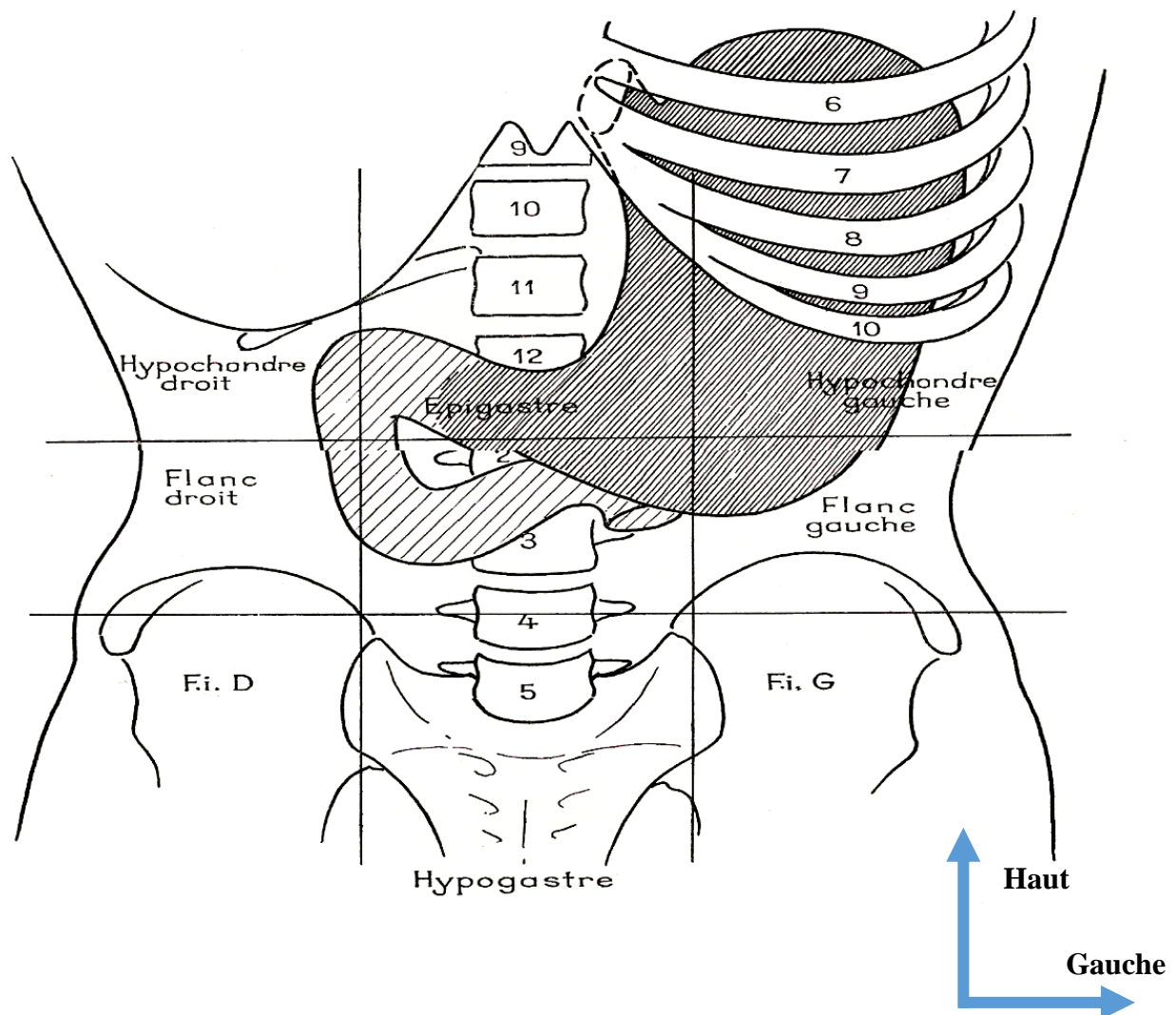


Figure 2 : Situation générale d'après PERLEMUTER L, J.W [15]

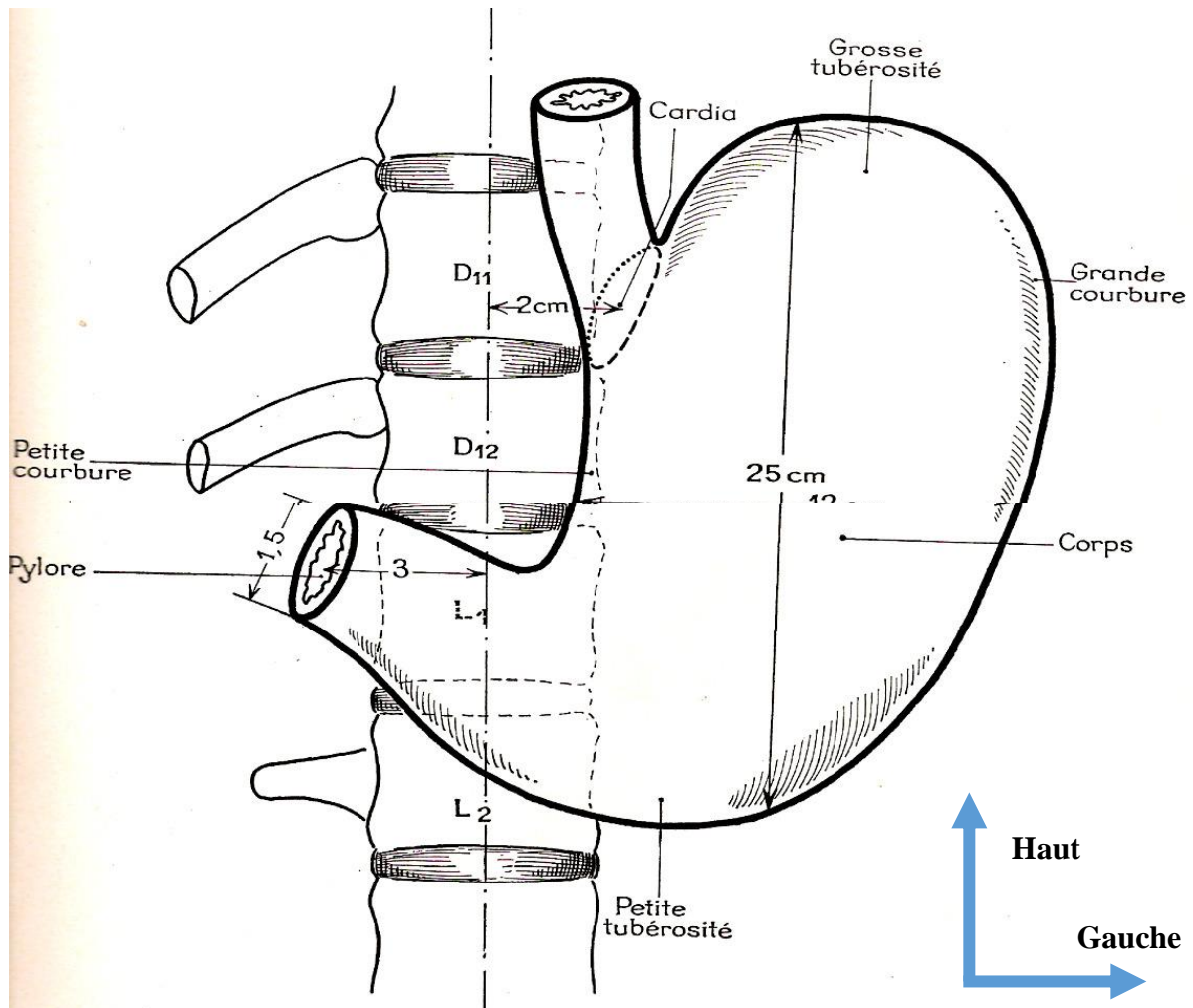


Figure 3 : Forme et dimensions de l'estomac d'après PERLEMUTER L, J W [15]

5) Les rapports :

L'estomac à deux (2) faces, deux (2) bords, deux (2) orifices.

- **Les faces** : face antérieure et face postérieure.

La face antérieure : Est en rapport avec la paroi abdominale antérieure, le foie, le diaphragme, le poumon.

La face postérieure : Il y a le pilier gauche du diaphragme, le ligament gastro-phrénique, le rein gauche, la queue du pancréas et les vaisseaux de la rate.

- **Les bords** : la grande courbure et la petite courbure. La grande courbure (est en rapport avec le ligament gastro-colique, la rate, le ligament gastro-splénique) et la petite courbure (Est en rapport avec le petit épiploon, il porte à son niveau l'incisure gastrique qui est le siège préférentiel des cancers gastriques).
- **Les orifices** :
 - a) L'orifice supérieur (cardia) : est en rapport avec l'angle de HISS.
 - b) L'orifice inférieur (pylore) : est en rapport avec les vaisseaux et les ganglions.

6) La vascularisation : [17]

a) Les artères :

L'estomac est vascularisé par la branche cœliaque, qui lui même est une collatérale de l'aorte abdominale. Le tronc cœliaque comprend : l'artère hépatique, l'artère gastrique et l'artère splénique.

Les veines petites et grandes mésentériques.

b) Les veines :

Elles sont satellites des artères et portent le même nom.

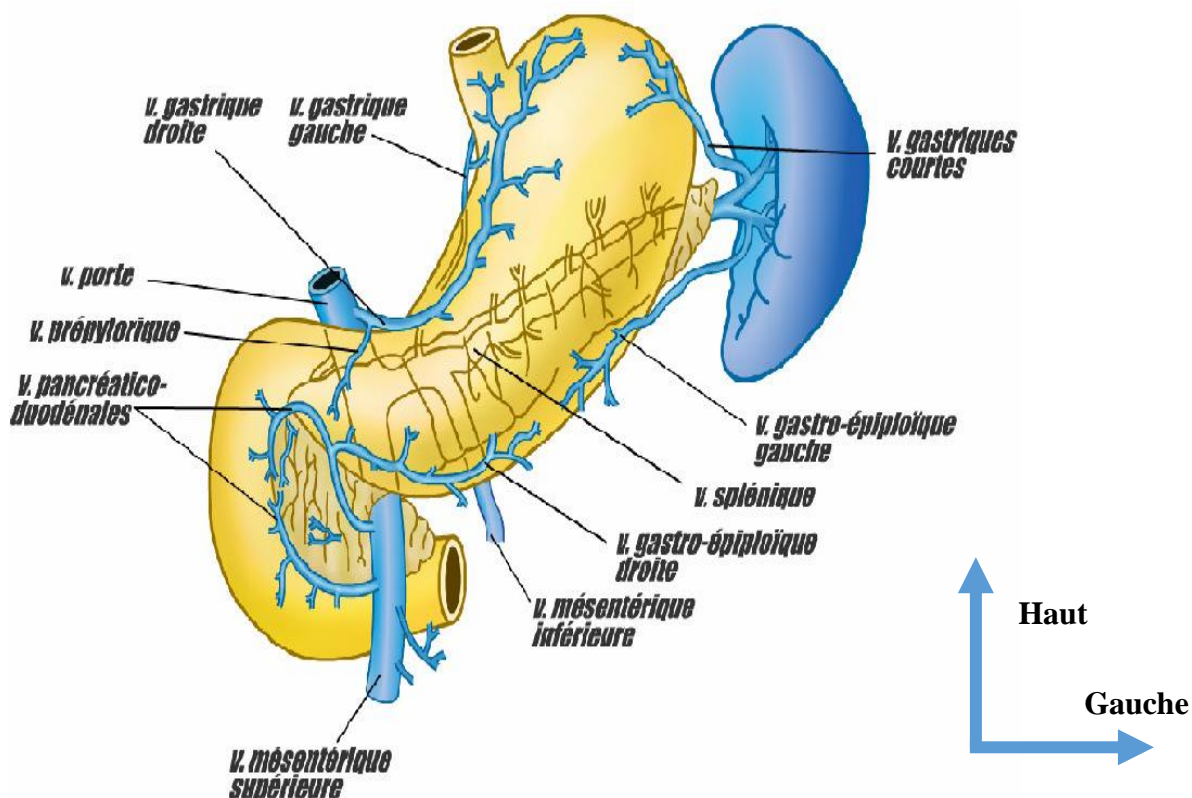


Figure 4 : Vascularisation Veineuse de l'estomac

D'après <http://www.Startpage.com> [18]

c) Les lymphatiques :

Assurés par les nœuds gastriques, hépatiques spléniques. Les auteurs japonais ont défini 16 groupes de drainage lymphatique classés sur le plan anatomique et pronostique. Ces voies de drainage ont été réparties en Groupes anatomiques, de façon à standardiser le type d'exérèse lymphatique défini par la lettre R (pour radicalité) ou D (dissection).

Les ganglions sont désignés sous le nom de l'organe auquel ils sont annexés ou bien sous le nom de l'artère à laquelle ils sont accolés. La description actuelle du drainage lymphatique gastrique a une orientation chirurgicale et suit les recommandations de la Japanese Research Society for Gastric Cancer. Les 16 sites de drainage ganglionnaire gastrique sont :

Le groupe R1 (ou D1) rassemble les ganglions péri gastriques :

- 1 : para cardial droit
- 2 : para cardial gauche

3 : petite courbure

4 : grande courbure

5 : supra pylorique

6 : infra pylorique

Les ganglions du groupe R2 (ou D2 : ganglions de la trifurcation coeliaque)

7 : coronaire stomachique

8 : hépatique commun

9 : tronc coeliaque

10 : hile splénique

11 : artère splénique

Le groupe R3 (ou D3 : ganglions distaux)

12 : ligament hépato duodéal

13 : rétro pancréatique

14 : racine du mésentère

15 : colica média

16 : para aortique

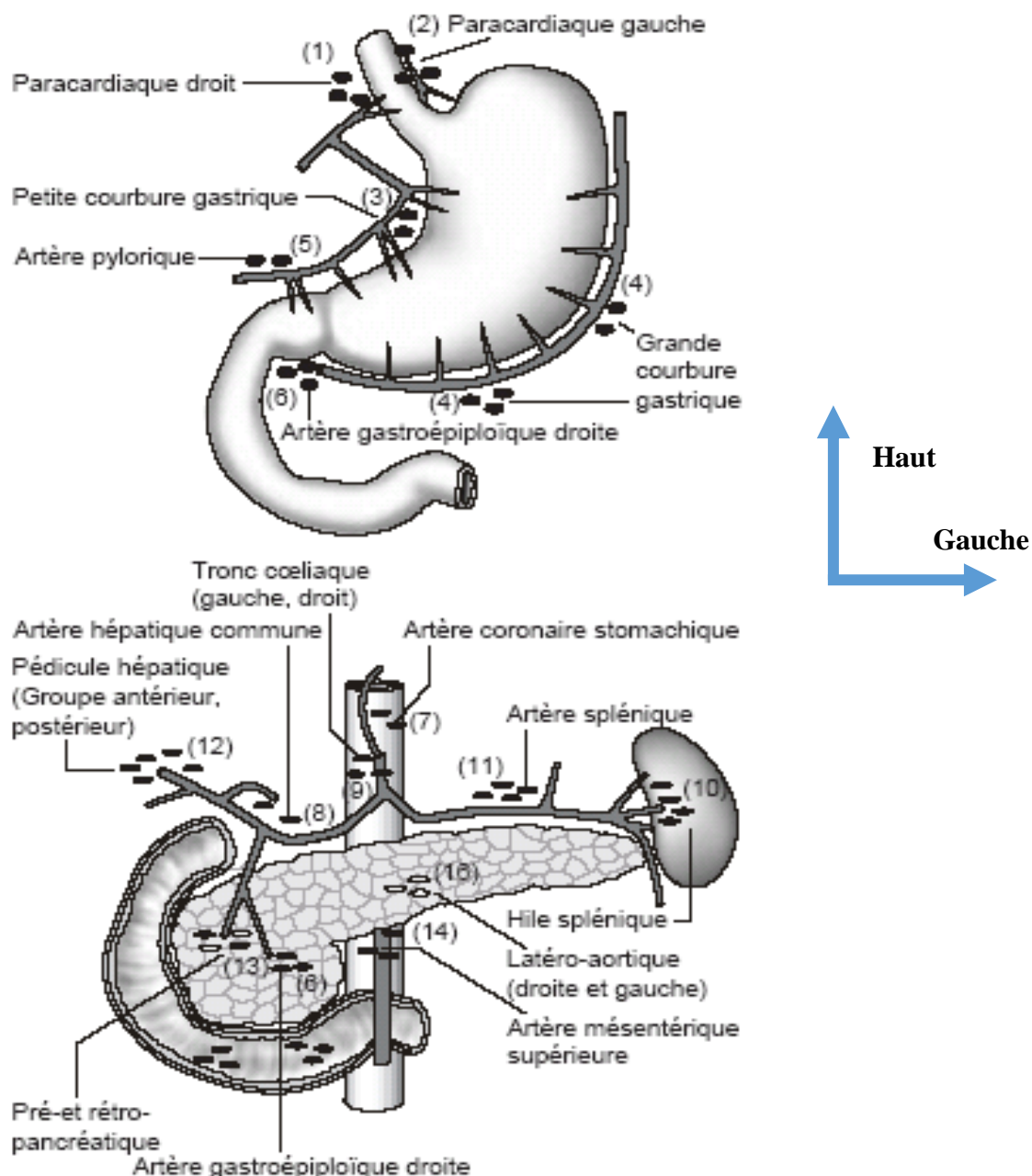


Figure 5 : Numérotation des différents sites ganglionnaires selon la Japanese Research Society for gastric cancer [19]

d) Les nerfs :

Les nerfs de l'estomac proviennent du pneumogastrique, du grand sympathique et sont groupés en trois pédicules (Latarjet et Wertheimer) :

- Le pédicule de la petite courbure formé par les rameaux gastriques des pneumogastriques, anastomosés avec des filets sympathiques du plexus nerveux de la coronaire stomacique ; les rameaux du pneumogastrique gauche vont à la face antérieure de l'estomac ; ceux du pneumogastrique

droit vont à la face postérieure de l'estomac ; ces rameaux restent indépendants et ont chacun un territoire distinct.

- Le pédicule duodéno-pylorique formé de quelques filets récurrents du plexus hépatique qui innervent le pylore ;
- Le pédicule sous-pylorique gastro-épiplœique émane du plexus hépatique et accompagne l'artère gastro-épiplœique droite.

A ces trois pédicules ils convient d'ajouter les ramifications satellites des branches de la splénique, destinées à l'estomac.

7) Rappels embryologiques :

Il dérive du feuillet de l'embryon qui est l'endoblaste.

B. Epidémiologie

Le cancer de l'estomac se situe au 2e rang des cancers dans le monde, avec environ 755000 nouveaux cas par an [4].

Les deux pays où l'incidence est la plus élevée sont le Japon et le Chili (80 pour 100000 habitants) ; viennent ensuite l'Islande, la Chine et l'Autriche [4].

Aux Etats-Unis le taux de mortalité est de 7,5 hommes et de 3,7 femmes pour 100000 habitants [20].

L'Europe de l'ouest et les pays d'Amérique du nord se situent dans les pays à risque majeur ; l'Europe orientale et l'Amérique du sud ont une incidence plus élevée. En Afrique, l'incidence est de 4 pour 100000 habitants [21-22]. Dans la plupart des pays, le sex-ratio est proche de 2,5 en faveur de l'homme et il s'agit d'un cancer touchant les classes sociales à bas revenu, sans distinction nette entre l'origine rurale et urbaine [4-23]. Ces variations sont dues à des facteurs carcinogènes liés à l'environnement notamment alimentaires [24]. Ces variations géographiques d'incidence du cancer de l'estomac sont liées aux facteurs de risque, que des facteurs génétiques (groupe sanguin A), Héréditaires très probables.

a) **Sexe et âge** : Le cancer de l'estomac est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Le risque de survenue augmente avec l'âge à partir de 50 ans. Au Mali un âge moyen de 52 ans a été rapporté [38].

b) Facteurs endogènes [26]

b.1) Les conditions précancéreuses :

Il s'agit de la gastrite chronique, l'ulcère gastrique : Le risque est très discuté probablement faible, Les moignons de gastrectomie pour ulcère à partir de 45ans après la chirurgie. Les polypes adénomateux gastriques, La maladie de Ménétrier : Il s'agit d'une hyperplasie des éléments musco-sécrétant glandulaires entraînant un épaissement de la muqueuse gastrique (2mm au lieu de 1mm).

b.2) Lésions précancéreuses :

Il s'agit d'anomalies histologiques sur lesquelles on observe un cancer plus fréquemment que sur le tissu normal :

- **La dysplasie gastrique** : Lésions cellulaires caractérisées par des atypies nucléaires, des anomalies de la différenciation cellulaire et une désorganisation de l'architecture normale. Elle comporte 3 stades de gravité croissante :
 - **Stade 1** : Dysplasie légère.
 - **Stades 2** : Dysplasie moyenne.
 - **Stades 3** : Dysplasie sévère très difficile à différencier du cancer in situ.

c) Facteurs exogènes :

- **L'helicobacter pylori (HP)** : Des études épidémiologiques ont montré l'association fréquente de l'helicobacter pylori et le cancer gastrique par le fait de la gastrite chronique qu'il induit.
- **L'alimentation** : Il semble que les aliments riches en féculents en saumure, favorisent la survenue du cancer de l'estomac [27]. Par contre,

les fruits et légumes verts, les aliments riches en vitamines A et C protégeraient contre la survenue du cancer de l'estomac [27].

- **Les nitrates** : il semble que les nitrates favorisent la survenue du cancer gastrique. La transformation de nitrates en nitrites sous l'action des bactéries dont la pullulation est elle-même favorisée par l'hypo acidité de la gastrite atrophique chronique, a été retenue par plusieurs auteurs comme facteur favorisant du cancer gastrique. Cette pullulation bactérienne est produite également dans les aliments conservés à des températures élevées. La conservation des aliments au froid, surtout de la viande riche en protéines, protégerait contre ce risque de survenue du cancer digestif.

Les hydrocarbures aromatiques retrouvés dans les aliments grillés ou fumés sont des cancérigènes potentiels [28].

L'exposition aux produits industriels comme le caoutchouc, le cuivre, l'amiante ; présente un risque important de survenue du cancer gastrique. Le tabac et l'alcool ne semblent pas avoir un rôle favorisant [29].

C. Etude clinique [21]

1- Circonstances de découverte

Les circonstances de découverte clinique sont variables, discrètes, tardives et souvent chez un homme dont l'âge est supérieur à 50 ans.

❖ Signes fonctionnels

- **Signes gastriques** :

Méléna ou hématomèse, une dysphagie tardive d'un cancer du cardia. La douleur épigastrique est présente chez 64% des patients, son type n'a aucune importance.

Un syndrome ulcéreux atypique, une dyspepsie avec ballonnement post-prandial, et un pyrosis peuvent se rencontrer. Parfois révélé par une

complication, comme une sténose du pylore (vomissements, nausées), une hémorragie distillante.

- **Signes non gastriques :**

On peut rencontrer une anorexie, une constipation ou une diarrhée. Un syndrome paranéoplasique (Acanthosis nigricans, neuropathies périphériques, micro angio-pathie thrombotique, phlébite) peut être souvent observé.

❖ **Signes généraux :**

L'altération de l'état général est présente dans 80% des cas, mais sans être associée à des troubles digestifs. Une fièvre au long court, une anémie peut se rencontrer.

❖ **Signes physiques :**

L'examen physique est pauvre, il peut cependant retrouver une masse épigastrique, des ganglions périphériques (Troisier), des métastases péritonéales peuvent être détectées au toucher rectal. L'ascite secondaire aux métastases péritonéales peut se voir chez quelques malades. Ces signes physiques sont retrouvés au stade tardif.

○ **Le rôle de l'*Helicobacter pylori***

L'Helicobacter pylori est une bactérie à transmission orofécale. Il a été reconnu par l'OMS comme carcinogène gastrique en 1994.

Les lésions et conditions précancéreuses : sont :

- Les polypes adénomateux gastriques
- La maladie de Ménétrier : gastropathie hypertrophique caractérisée par un épaissement considérable de la muqueuse gastrique.
- Ulcère gastrique chronique
- Gastrite chronique

- Moignon de gastrectomie partielle
- Métaplasie et dysplasie gastrique
- Maladie de Biermer

2 - Les examens para cliniques [30]

2-1 L'imagerie

- Endoscopie avec biopsie :

Il s'agit d'une fibroscopie oeso-gastro-duodénale, il est l'examen essentiel et nécessaire au diagnostic de cancer de l'estomac.

Elle est justifiée par n'importe quel signe d'appel, elle doit être la première intention. Elle permet le diagnostic grâce aux biopsies multiples en zones saines et en zones pathologiques profondes, elle situe le cancer de façon précise.

La gastroscopie permet de décrire les différents aspects endoscopiques du cancer de l'estomac qui correspondent évidemment aux aspects macroscopiques des pièces opératoires.

La forme nodulaire réalise une formation saillante dans la lumière gastrique, souvent centrée par une ulcération peu profonde. Lorsque ce type tumoral s'étend, l'ulcération peut s'accroître en surface et l'ensemble aboutit à la deuxième forme dénommée en France **ulcérovégétante** et **infiltrante** dite en lobe d'oreille, la plus fréquente. La troisième forme macroscopique est **végétante**. Le quatrième aspect est infiltrant, cette forme n'est pas facile à reconnaître si elle reste localisée à une partie du cancer gastrique. La **linite** plastique représente la forme atypique de ces formes **infiltrantes**. L'aspect macroscopique vu à l'endoscopie est souvent fonction du siège du cancer.

Pour les cancers du cardia et de la portion verticale de l'estomac il s'agit le plus souvent de formes **végétantes** et **polypoïdes**. Les cancers de l'antrum sont représentés par la forme **ulcéro-végétante**.

- Radiographie :

Le transit oeso-gastro-duodénal reste l'examen de deuxième intention pour établir le diagnostic des cancers **infiltrants** sténosants.

La forme **végétante** est représentée par une image lacunaire (en soustraction) fixe, de contours irréguliers.

La forme ulcéreuse se caractérise par une image d'addition en aspect de niche encastrée en ménisque (ulcération à bourrelet ou en lobe d'oreille).

La forme **infiltrante** sera évoquée devant une rigidité segmentaire, une sténose, une microgastrie.

- **Echoendoscopie :**

Elle associe une sonde à ultrasons à un endoscope, permet d'apprécier l'extension tumorale dans la paroi gastrique, d'étudier les rapports avec les organes voisins et de découvrir des adénopathies suspectes de malignité.

- **L'échographie abdominale et la radiographie pulmonaire :**

Elles sont utilisées dans le cadre du bilan d'extension.

L'échographie abdominale est l'examen le plus fiable pour la mise en évidence des métastases hépatique et ovarienne en fonction du contexte. Elle permet rarement d'apprécier les tumeurs gastriques.

Quant aux métastases pulmonaires, elles sont mises en évidence par la radiographie thoracique de face et de profil.

- **Scanner abdominal :**

Permet d'étudier les rapports de la tumeur avec les organes voisins, il est l'examen de référence dans ce domaine. Il ne visualise les adénopathies qu'à partir de 1,5cm de diamètre.

2-2 Biologie :

Les examens sanguins ont peu d'intérêt et ne sont utiles qu'à titre préopératoire. Une anémie microcytaire ferriprive par saignement chronique occulte est fréquente.

Les marqueurs tumoraux ne sont pas spécifiques, ils servent essentiellement à la surveillance thérapeutique, doivent être demandés en préopératoire.

L'antigène carcinoembryonnaire (ACE) peut être augmenté. Le CA 19-9 est peu spécifique du cancer de l'estomac. Le CA 72-4 serait présent dans la moitié des cas de cancer de l'estomac.

3 - Evolution et Complication [30]

La tumeur évolue de 3 façons : locale, loco-régionale (lymphogène), générale (Hématogène).

- Locale :

La tumeur envahit de la muqueuse à la séreuse. Elle atteint ensuite les organes voisins : foie, pancréas, vésicule et voies biliaires, épiploon, péritoine (Carcinose péritonéale), propagation par contiguïté.

- Loco-régionale :

Ce sont d'abord des nodules lymphatiques régionaux, se trouvant le long des vaisseaux coronaires stomachiques, spléniques et hépatiques. Ensuite suivent ceux de la chaîne abdominale lombo-aortique, péri oesophagien, ganglion de Troisier (supra claviculaire gauche).

- Générale :

Les métastases à distance sont surtout localisées au foie, au péritoine, aux poumons, surrénales, ovaires (tumeur de Krükenberg), reins et au squelette.

4 - Formes cliniques :

❖ Formes topographiques [30]

- Cardia : 20%,
- Corps + fundus : 20%,
- Antre + pylore : 60% responsable du syndrome orificiel.

❖ Cancer superficiel :

C'est devant un bilan de douleurs épigastriques ou de dépistage de masse que ce diagnostic est posé ; il représente 5% des cas en Europe. Au Japon son pourcentage a augmenté de 5% à 50% des cas à cause des endoscopies de masse (dépistage). Macroscopiquement, cette forme peut être bombante, érosive ou ulcéreuse. Les biopsies nombreuses et répétées permettent de poser le diagnostic. Elle est limitée à la muqueuse, son évolution est lente et son pronostic est bon.

❖ La linite plastique (forme infiltrante diffuse) :

L'estomac à un aspect rétracté, aux parois épaissies (aspect en marche d'escalier) la paroi devient ensuite rigide, indilatable, figée et immobile. Les biopsies doivent être profondes, histologiquement il s'agit d'un adénocarcinome à cellules indépendantes en « bague à chaton ».

❖ Le cancer invasif :

L'apparente banalité des symptômes qui n'inquiète que peu à peu les patients, les difficultés rencontrées dans l'interprétation de chaque histoire clinique expliquent qu'un délai de 6 mois dans un quart des cas s'écoule entre les premières manifestations cliniques et le diagnostic. Douleurs épigastriques, amaigrissement sont les symptômes les plus fréquents.

Ailleurs, il s'agit de vomissement, d'une dysphagie, ou d'une anémie hypochrome. Parfois, c'est une complication aiguë, une localisation métastatique, la perception d'une masse épigastrique qui conduira au diagnostic.

Les aspects épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques des cancers de l'estomac : à propos de 55 cas.

5 - Diagnostic positif :

Le diagnostic positif est un diagnostic histologique comme tout cancer. Il est posé par la fibroscopie, la biopsie et l'examen histologique. Le TOGD est un examen de deuxième intention, mais il est presque indispensable, pour le type infiltrant (limite plastique) et montre un aspect tubuleux et rigide de l'estomac.

6 - Diagnostic différentiel :

- Ulcère gastrique,
- Gastrite,
- Tumeurs gastriques bénignes,
- Cancers des organes voisins.

D. Anatomie pathologique [19, 20]

a) Siège :

Au Mali, le cancer de l'estomac siège avec prédilection sur l'antre (plus de 50% cas), le corps gastrique vient en deuxième position avec plus de 20% des cas.

b) Macroscopie :

Le cancer de l'estomac se manifeste sous trois formes :

- Les cancers bourgeonnants ou végétants qui sont des tumeurs polypoïdes dans la lumière gastrique à long pédicule et à contours irréguliers.
- Les cancers ulcérés se présentent comme des ulcérations à bords taillés à pic, sans bourrelet net, les plis radiés venant au contact de la perte de substance.
- Les cancers infiltrants en longueur et en largeur, qui provoquent un épaississement de la paroi, une induration conjonctive. Quand tout l'estomac est rétracté à paroi rigide et épaisse et ayant une couleur blanche, on parle de limite plastique.



Figure 6 : Aspect en lobe d'oreille [28]

Il existe deux types :

- Le cancer invasif, envahissant la musculuse
- Le cancer superficiel, limité à la muqueuse et à la sous muqueuse.

- **Cancer invasif** :

Présente 3 aspects : bourgeonnante, ulcéré ou infiltrant. Ces aspects sont le plus souvent associés. La forme infiltrante pure présente la **LINITE PLASTIQUE**.



Figure 7 : Linite plastique [28]

- **Cancer superficiel :**

Manifestation de la couleur et de la texture de la muqueuse. La lésion est soit élevée, soit plate, soit érosive.



Figure 8 : Aspect endoscopique d'une tumeur ulcéro-bourgeonnante [31]

c) Histologie :

Il existe plusieurs types histologiques.

- L'adénocarcinome est le type le plus fréquent, 90% des cas,
- Le cancer colloïde avec des cellules produisant du mucus,
- Les lymphomes malins de l'estomac peuvent être Hodgkiniens ou non,
- Les sarcomes, il s'agit de leiomyosarcome ou épithéliosarcome,
- Les tumeurs carcinoïdes de l'estomac sont de tumeurs endocrines
- Les GIST
- Les cancers secondaires

Provenant d'un cancer primitif du sein, des bronches, du foie, du rein ou de la peau (mélanome). Il peut être superficiel (ne dépassant pas la muqueuse) ou invasif.

Les cellules tumorales peuvent être bien, moyennement ou peu différenciées.

c.1) Classification histologique de l'OMS :

c.1.1) Adénocarcinomes :

Ils peuvent être papillaires, tubulés, tubulo-papillaires, mucineux, à cellules en bague à chaton.

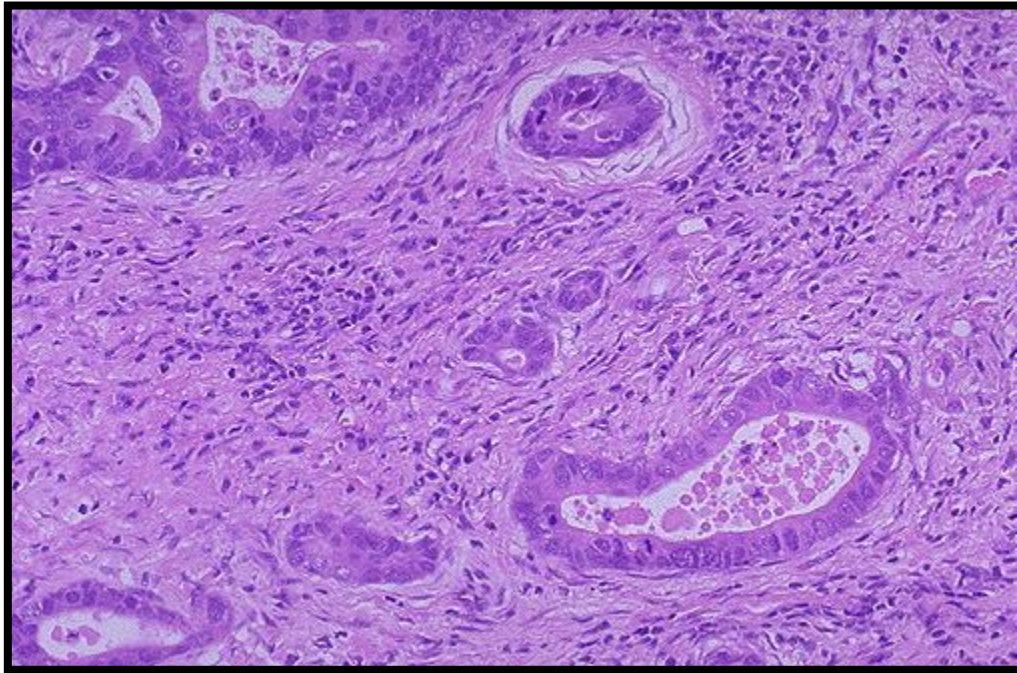


Figure 9 : Aspect histologique d'un adénocarcinome typique [32].

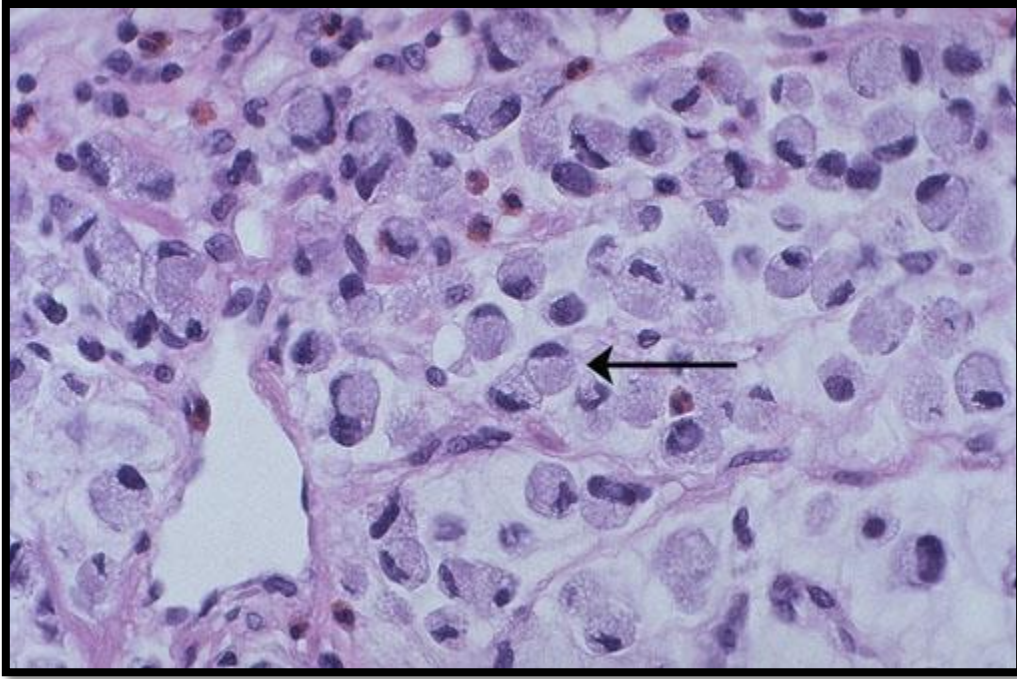


Figure 10 : Aspect histologique d'un adénocarcinome atypique [32]

- À cellules indépendantes en bague à chaton.

c.1.2) Carcinomes indifférenciés : pas d'aspect glandulaire.

c.1.3) Autres cancers : les sarcomes, les lymphomes, les tumeurs carcinoïdes, et les GIST.

c.1.4) Les cancers non classés.

d) Extension :

Il peut s'agir de :

- Une augmentation progressive du volume de la tumeur vers le pylore avec syndromes de sténose ; vers le cardia avec dysphagie.
- Une extension par contiguïté au pancréas, le côlon, le foie, le péritoine, le long du pédicule vasculaire de l'estomac.
- Une extension par voie lymphatique : ganglions.
- Une extension par voie sanguine : principalement métastases au foie, aux poumons.

Les aspects épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques des cancers de l'estomac : à propos de 55 cas.

e) Classification TNM :

Cette classification est à visée pronostique. Elle est fondée sur les données post opératoires :

(T : tumeur, N : nodules, M : Métastase).

Tis = Tumeur in situ.

T1 = Tumeur envahit la muqueuse plus ou moins la sous muqueuse.

T2 = Tumeur envahit la musculuse.

T3 = Tumeur envahit la séreuse.

T4 = Tumeur envahit les structures adjacentes.

N0 : pas d'envahissement ganglionnaire

N1 : envahissement de moins de 6 ganglions

N2 : envahissement de 7 à 15 ganglions

N3 : envahissement de plus de 15 ganglions

M0 = Pas de métastases à distance.

M1 = Métastases à distance. Envahissement de ganglions Lymphatiques hépatiques, rétro-pancréatiques, mésentériques ou para aortiques

NB : Les T, N, et M sont précédés d'un p (= pathologie), différenciant cette classification de celle clinique préopératoire qui lui est similaire.

f) Stadification :

Stade 1 = T1 N0 M0

Stade 2 = T1 N1 M0 ou T2 N0 M0

Stade 3 = T1 N2 M0 - T2 N2 M0 - T3 ou 4 Nx M0

Stade 4 Tx Nx M1 NB : Tx = tous T. Nx = tous N

E. Traitement :

a) Buts :

Traitement curatif : Exérèse de la tumeur avec curage ganglionnaire.

Traitement palliatif : Dérivations pour permettre l'alimentation.

b) Moyens :

b.1) Chirurgie curative avec curage ganglionnaire

La chirurgie représente le seul espoir de guérison dans le cancer de l'estomac.

Il peut s'agir d'une :

- ✓ **La gastrectomie partielle** avec anastomose gastroduodénale, une Oeso-gastrectomie polaire supérieure emportant la partie basse de l'œsophage abdominal, la partie supérieure de la grande courbure et la chaîne coronaire stomachique cette intervention est actuellement délaissée.
- ✓ **La gastrectomie totale** : elle retire le premier duodénum, l'ensemble de l'estomac, la partie terminale de l'œsophage. Le curage intéresse le pédicule coronaire stomachique jusqu'à son origine, la pylorique et éventuellement le pédicule hépatique. Le grand épiploon est retiré dans son ensemble. Le rétablissement de la continuité est assuré par une anse en Y avec anastomose terminale sur l'œsophage et latérale sur le jéjunum.
- ✓ **La gastrectomie totale élargie** associe à la **gastrectomie totale**, l'exérèse des ganglions de la chaîne splénique en effectuant une spléno-pancréatectomie caudale.
- ✓ **L'oesogastrectomie totale** avec plastie colique de l'œsophage.

b.2) Interventions palliatives :

- Les exérèses incomplètes : Gastrectomies palliatives effectuées pour éviter les sténoses ou en cas d'hémorragie.

Les interventions laissant en place une tumeur inextirpable : Gastroentérostomie réalisée en cas de tumeur de l'antra sténosante ; jéjunostomie d'alimentation.

b.3) La radiothérapie et la chimiothérapie :

N'ont pas prouvé leur efficacité. La radiothérapie n'a pas d'indication dans le cancer gastrique. La chimiothérapie ne donne pas de bénéfice en termes de survie.

c) Indications :

- ✓ Cancer gastrique limité sans métastases : Exérèse chirurgicale et curage des ganglions proximaux.
- ✓ Cancer gastrique avec métastases : gastro-entérostomie, jéjunostomie, traitement symptomatique.

d) Pronostic :

Le pronostic est lié aux constatations anatomopathologiques. Histologiquement plus les tumeurs sont indifférenciées plus elles sont plus agressives. A l'inverse, plus une tumeur est différenciée, plus son évolution est favorable.

Le pronostic est meilleur dans les cancers végétant endogastriques et dans les tumeurs de l'antre, mais mauvais dans les tumeurs du cardia et les cancers diffus.

MATÉRIEL

ET

MÉTHODES

III. MATERIEL ET METHODES

1. Cadre et lieu d'étude :

1-1 Présentation :

L'étude s'est déroulée dans le service d'anatomie et cytologie pathologiques et le service de chirurgie « A » du CHU du Point "G".

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point "G", est un centre de troisième niveau de référence. Il est situé à 8 km du centre-ville, sur la colline du Point « G » et comprend 18 services spécialisés parmi lesquels le service d'anatomopathologie et de Chirurgie A ayant servi de cadre à cette étude. L'Hôpital du Point « G » reçoit des malades venant aussi bien de Bamako que du reste du pays.

1-2 Mission :

Le CHU du Point "G" a pour mission :

- D'assurer la prise en charge des malades, des blessés, et des femmes enceintes.
- De Participer à des actions de santé publique, de formation et de recherche dans le domaine de la santé.

2. Matériels

2.1 Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective des données cliniques et histologiques sur 5 ans allant du 1^{er} Janvier 2013 au 31 Décembre 2017.

2-2 Echantillonnage :

Elle a porté sur les cas de cancers de l'estomac diagnostiqués au service de Chirurgie A du CHU du Point G et confirmés par un examen anatomopathologique.

2-2-1 Critères d'inclusion :

- Tous les patients présentant un cancer de l'estomac dans le service de chirurgie « A » du CHU du Point "G" et confirmé par l'examen anatomopathologique au service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU du Point "G".

2-2-2 Critère de non inclusion :

- Tous les patients ayant une tumeur de l'estomac dont la malignité n'a pas été confirmée par l'histologie.
- Les cancers confirmés en dehors de la période d'étude.
- Les dossiers incomplets.

3. Méthodes

3.1 La phase de conception et confection de la fiche d'enquête :

Les patients suspects d'une tumeur de l'estomac faisaient l'objet d'une prise en charge documentée par la fiche d'enquête.

Le consentement éclairé des patients était d'abord obtenu et les informations reportées ensuite dans les dossiers gardés confidentiels. Tous les patients ont bénéficié de :

- **Un examen clinique :**

L'interrogatoire pour préciser les antécédents, les données sociodémographiques, le mode de vie, les motifs de consultation.

L'examen physique à la recherche d'une métastase hépatique, d'une ascite, d'un ganglion de Troisier.

➤ **Un examen histologique :**

Les prélèvements étaient obtenus soit au cours de l'endoscopie soit à partir des pièces opératoires.

Les fragments de biopsie et les pièces opératoires étaient fixés au formol à 10%.

Après un examen macroscopique, les fragments de tissu étaient soumis aux techniques de déshydratation puis inclus dans la paraffine. Les blocs obtenus étaient coupés par un microtome rotatif, montés sur les lames avant d'être colorés à l'hématéine éosine. La lecture était faite à l'aide d'un microscope optique, au faible puis au fort grossissement.

3-2 La phase d'enquête sur le terrain :

Elle consistait à recueillir les informations sur les malades opérés dans le cadre du suivi post opératoire par appel téléphonique, par "personne contact" ou par visite à domicile.

3-3 La phase de saisie et d'analyse des données :

La saisie des données a été effectuée sur les logiciels Word et Excel 2016 et l'analyse sur le logiciel SPSS22.0. Le test statistique utilisé était le test de Fisher pour comparer nos résultats qui étaient significatifs pour une probabilité $p < 0,05$.

IV. RESULTATS

1. Données épidémiologiques :

De 2013 à 2017, 134 cas des cancers de l'estomac ont été diagnostiqués au service de chirurgie « A » dont 55 cas répondaient aux critères d'inclusion (dossier au complet).

1.1 Sexe :

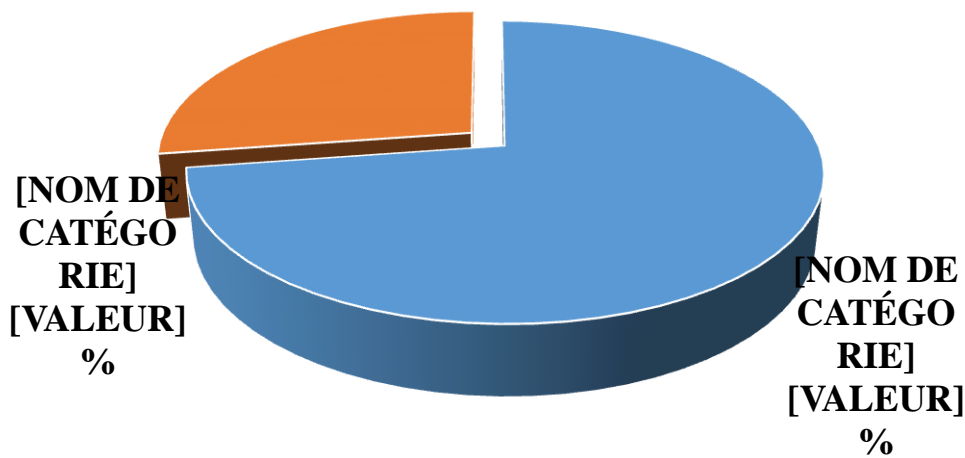


Figure 11 : Répartition selon le sexe

Le sexe masculin était prédominant avec 72,7% de l'effectif soit un sex-ratio de 2,67.

1.2 Age :

Tableau I : Répartition selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectifs	%
30 - 45 ans	13	23,6
46 - 60 ans	12	21,8
61 - 75 ans	28	50,9
> 75 ans	2	3,6
Total	55	100

La tranche d'âge 61 – 75 ans était la plus représentée avec 50,9% des cas.

La moyenne d'âge était 57, 89% \pm 11,631 avec des extrêmes d'âge de 35 et 77 ans.

1.3 Profession :

Tableau II : Répartition selon la profession

Profession	Effectifs	%
Cultivateur/Éleveur	22	40
Ouvrier	13	23,6
Ménagère	12	21,8
Commerçant	4	7,3
Autres*	4	7,3
Total	55	100

* : bijoutier, cuisinier et fonctionnaire

Les Cultivateurs/Éleveurs étaient les plus représentés soit 40% des cas.

Toutes les classes sociales étaient représentées dans notre étude.

1.4 Ethnie :

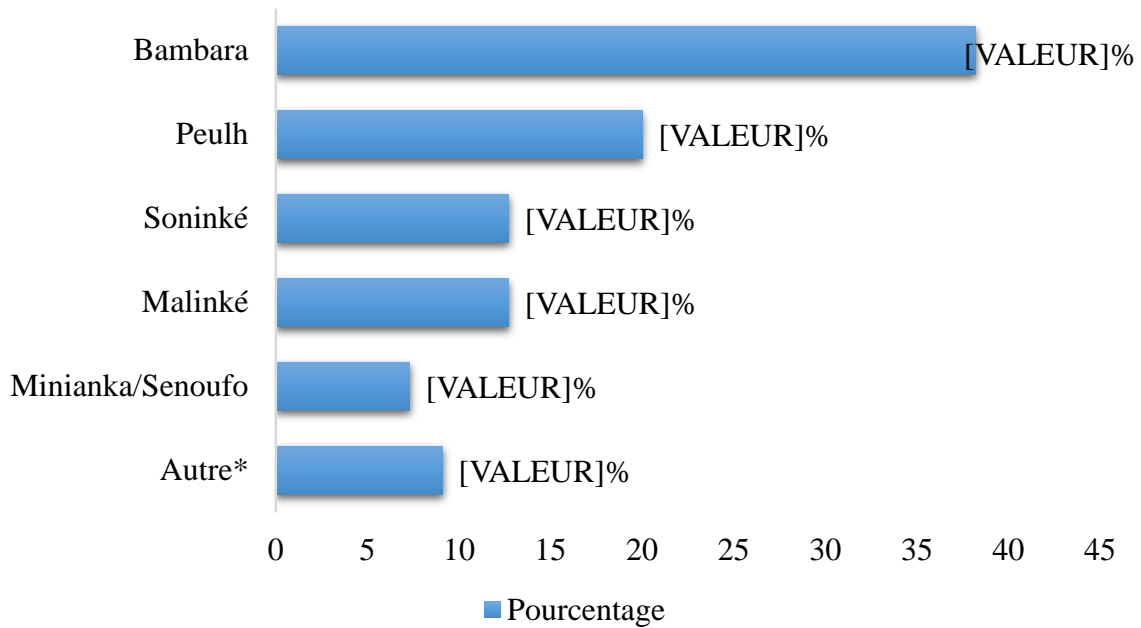


Figure 12 : Répartition selon l'ethnie

Autres : Sonrhâï, dogon, touareg, bozo et sarakolé.

L'ethnie la plus représentée était l'ethnie Bambara (38,2%) suivie des Peulhs (20%) et des Malinkés (12,7%).

1.5 Résidence :

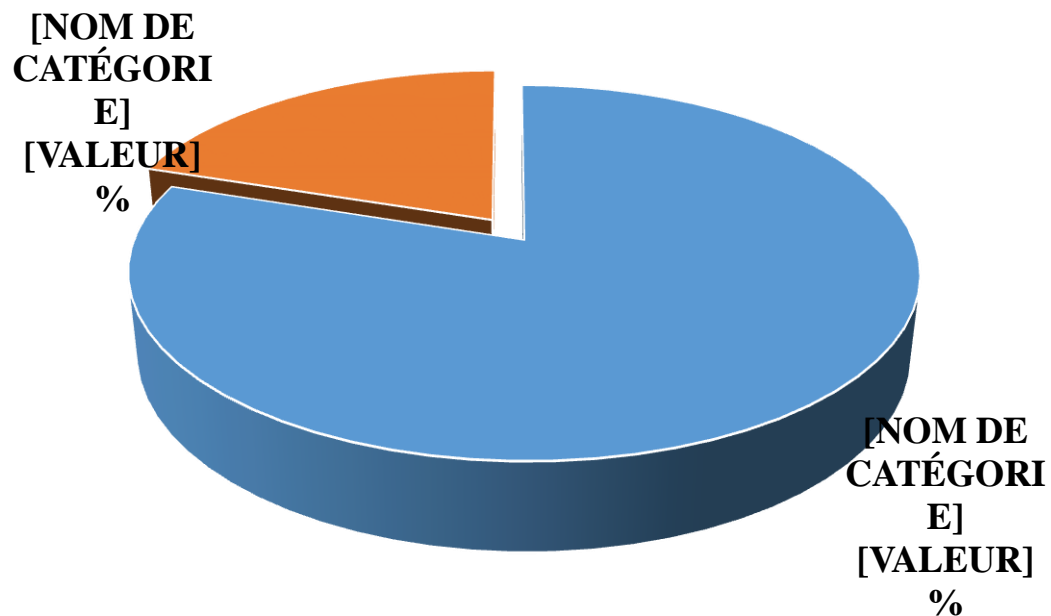


Figure 13 : Répartition selon la Résidence

La résidence la plus représentée était Bamako avec 44 cas soit un 80%.

2. Données cliniques :

2.1 Motif de consultation

Tableau III : Répartition selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectifs(n=55)	%
Epigastralgie	52	94,5
Vomissement	46	83,6
Amaigrissement	40	72,7
Vertige	31	56,4
Neo de l'estomac	22	40,0
Constipation	10	,2
Fièvre	9	16,4
Nausées	8	14,5
Pyrosis	8	14,5
Régurgitation	7	12,7
Hoquet	6	10,9
Hématémèse	6	10,9
Melaena	6	10,9
Masse abdominale	5	9,1
Dysphagie	4	7,3
Autres*	17	30,9

* : Éructation (3), Ictère (2), AEG, Céphalée, Douleur Peri-Ombilicale, Diarrhée, Dyspnée, Hyper sialorrhée, Urines foncées, Prurit, Rectorragie, Reflux, Tuméfaction inguinale droite, Vertige.

L'épigastralgie (94,5%), était le maître symptôme des cancers gastriques, suivie de vomissement (83,6) et amaigrissement (72,7).

2.2 Antécédents :

Tableau IV : Répartition selon les antécédents

ATCD	Effectifs (n=55)	%
Ulcère gastrique	32	58,2
Moignon de gastrectomie	3	5,5
Cancer d'estomac	1	1,8
Sans ATCD	19	34,5

La moitié de nos patients avait un antécédent personnel soit de l'Ulcère gastrique (58,2%), suivie de Moignon de gastrectomie (5,5%).

2.3 Index de Karnofski :

Tableau V : Répartition selon l'Index de Karnofski

Index de Karnofski	Effectifs	%
50 - 70	21	38,2
80 - 100	27	49,1
Indéterminé	7	12,7
Total	55	100,0

Min = 50 ; max = 90 ; âmoy = 74,58 ; écart type = 8,241

2.4 Examens Physiques :

Tableau VI : Répartition selon l'examen physique

Examens physiques	Effectifs (n=55)	%
Masse abdominale	23	41,8
Ascite	21	38,2
Plis de déshydratation	10	18,2
Hépatomégalie	7	12,7
Troisier	6	10,9
Dénutrition	6	10,9
Peau sèche	3	5,5
Autres*	2	3,6

* : Organo-mégalie, Voussure abdominal peri-ombilicale.

La masse abdominale était le signe physique le plus représenté avec un effectif de 23 cas soit 41,8% suivie de l'ascite (38,2%).

3. Données Anato-mo-pathologiques :

3.1 Siege de la Tumeur :

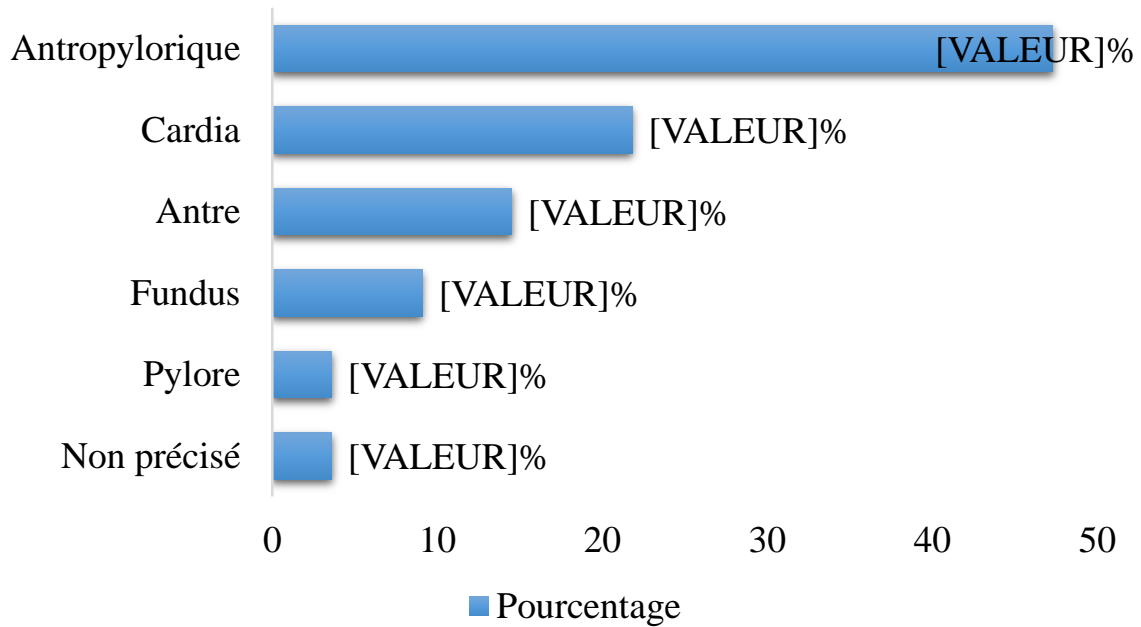


Figure 14 : Répartition selon le Siege

L'antre était le siège de prédilection des cancers de l'estomac avec 47,3% des cas.

3.2 Type histologique :

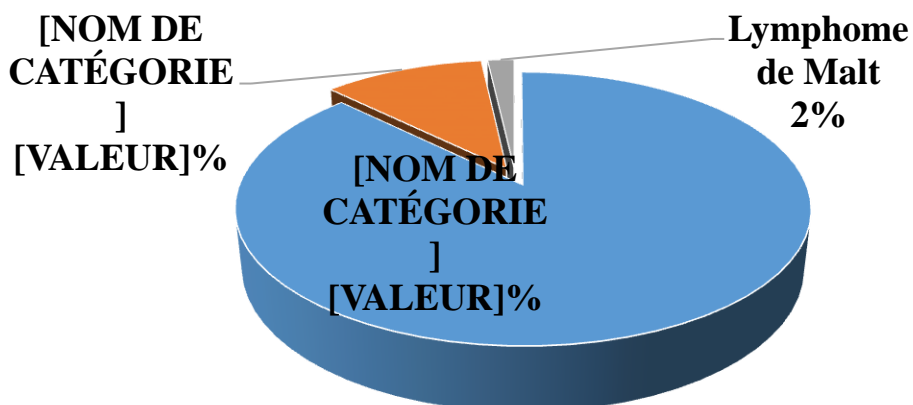


Figure 15 : Répartition selon le type histologique

L'adénocarcinome était le type histologique le plus représenté avec un effectif de 48 cas soit 87,3%.

3.3 Stade :

Tableau VII : Répartition selon le stade

Classification	Effectifs	%
Stade I	3	5,5
Stade II	12	21,8
Stade III	18	32,7
Stade IV	18	32,7
Indéterminé	4	7,3
Total	55	100,0

Les stade III et stade IV étaient les plus représentés avec 18 cas chacun soit 32,7% des cas.

3.4 Sièges des Métastases

Tableau VIII : Répartition selon le siège des métastases

Siège des Métastases	Effectifs (n=55)	%
Foie	25	45,5
Pancréas	11	20,0
Péritoine	5	9,1
Méso colon transverse	5	20,0
Absence de Métastase	9	16,4
Total	55	100

Le foie était le siège le plus fréquent des métastases avec 45,5% des cas suivi par le pancréas avec 20% des cas.

Analyse bi variée :

Tableau IX : Répartition selon le type histologique et le sexe

Sexe	Type histologique			Total (%)
	Adénocarcinome	Carcinome épidermoïde	Lymphome de Malt	
Masculin	35	4	1	40 (72,7)
Féminin	12	2	0	15 (27,3)
Total	48 (87,3)	6 (10,9)	1 (1,8)	55 (100)

Test exact de **Fisher = 0,813** ; **p = 0,740**. L'effectif théorique minimum est de 0,26.

Il n'existe pas de relation entre le type histologique et le Sexe.

Tableau X : Répartition selon le type histologique et l'âge

Age	Type histologique			Total (%)
	Adénocarcinome	Carcinome épidermoïde	Lymphome de Malt	
30 - 45 ans	12	1	0	13 (23,6)
46 - 60 ans	10	1	1	12 (21,8)
61 - 75 ans	25	2	0	28 (50,9)
> 75 ans	0	2	0	2 (3,6)
Total	48 (87,3)	6 (10,9)	1 (1,8)	55 (100)

Test exact de **Fisher = 13,107** ; **p = 0,19**. L'effectif théorique minimum est de 0,04.

Le type histologique ne varie pas en fonction de l'âge.

Tableau XI : Répartition selon le stade et l'index de Karnofski

Index de Karnofski	Stade					Total (%)
	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV	Indéterminé	
50 – 70	2	3	10	4	2	21 (38,2)
80 – 100	1	8	7	10	1	27 (49,1)
Indéterminé	0	1	1	4	1	7 (12,7)
Total	3 (5,5)	12 (21,8)	18 (32,7)	18(32,7)	4 (7,3)	55 (100)

Test exact de **Fisher** = **7,188** ; **p** = **0,316**. L'effectif théorique minimum est de 0,38.

Index de Karnofski ne varie pas en fonction du stade.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Méthodologie :

L'exploitation rétrospective des dossiers des malades durant la période de 2013 à 2017 s'est basée exclusivement sur des cancers de l'estomac analysés au service d'anatomie pathologie du CHU du Point "G". Les renseignements de la fiche d'enquête n'ont pu être recueillis de façon exhaustive au cours de notre travail du fait de l'absence de certaines observations dans les dossiers. Cela pourrait être source de biais.

Nos données peuvent être sous estimées compte tenu du fait que les patients dans notre contexte sont les plus démunis, or il n'est pas toujours aisé de bénéficier d'une biopsie, qui est un examen important pour le diagnostic de ces tumeurs.

2. Données épidémiologiques :

De 2013 à 2017, 134 cas des cancers de l'estomac ont été diagnostiqués au service de Chirurgie « A » et au service d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU du Point "G".

La taille de notre échantillon était de 55 cas.

2.1- Age et sexe :

La moyenne d'âge était 57, 89% \pm 11,631 avec des extrêmes d'âge de 35 et 77 ans. Des résultats proches ont été observés à Madagascar par Richard (57ans) [33], au Burkina par Ouattara (56,5ans) [31] et au Mali par Traoré (56,6 ans) [28].

L'âge moyen des patients en Afrique est nettement inférieur à celui des malades en France, qui est de 70 ans, selon Peghini [32].

Le jeune âge des patients en Afrique pourrait s'expliquer d'une part, par une prise en charge tardive des affections prédisposantes en Afrique et d'autre part, par l'infection à l'*Helicobacter pylori*.

La prédominance masculine que nous rapportons est classique tant en Afrique qu'ailleurs dans le monde [35-36].

2.2- Les professions :

Toutes les classes socio-professionnelles étaient représentées dans notre étude avec une prédominance des cultivateurs et les éleveurs (40,0%) suivies des ouvriers (23,6%).

2.3- Résidence :

L'étude a montré que 80% des patients résidaient à Bamako. Ceci pourrait être dû d'une part au fait que le seul laboratoire d'anatomie pathologique du pays se trouve à Bamako et d'autre part du déficit des hôpitaux régionaux en termes de plateau technique et de médecins spécialistes.

Cependant, le caractère cosmopolite de la ville de Bamako rend l'échantillon assez représentatif de la population malienne.

2.4- Ethnie :

L'ethnie la plus retrouvée était l'ethnie Bambara soit 38,2% suivies des Peuhls soit 20% et des Malinkés soit 12,7%. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que ces ethnies sont le plus représentées dans la population malienne en général, selon l'enquête démographique.

3. Données cliniques :

3.1 Les signes cliniques :

Sur le plan clinique, l'épigastralgie et les vomissements étaient les signes cliniques les plus représentés. Des études antérieures au Mali ont rapporté ces constatations [14].

Les aspects épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques des cancers de l'estomac : à propos de 55 cas.

Une importance particulière doit être portée à ces symptômes d'autant plus que le sujet est âgé.

3.2- Les antécédents :

Dans notre étude 58,2% de nos patients avaient des antécédents personnels de l'ulcère gastrique et 5,5% des antécédents de Moignon de gastrectomie.

4. Anatomie-pathologique :

4.1 Type de prélèvement :

La biopsie représentait 95% des prélèvements ; ce qui est semblable aux résultats de Chbani L et coll [35]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la stratégie diagnostique est de plus en plus dominée par la crainte pour les patients de méconnaître un processus néoplasique. Donc des biopsies gastriques systématiques sont réalisées devant tout cas de doute.

4.2 Type histologique :

Nous avons colligé 55 cas de 2013 à 2017 et il en ressort de cette étude une prédominance des adénocarcinomes (87,3%), suivi des carcinomes épidermoïdes (10,9%) et des lymphomes de Malt (1,9%). Ce résultat est inférieur à ceux obtenus par Diakite avec 95,8% en 2014 [35].

Il est comparable à ceux retrouvés par Chbani L et coll [35] soit 76% en 2005 au Maroc [35]. Nos résultats sont conformes aux données de la littérature selon lesquelles l'adénocarcinome est le plus fréquent des cancers de l'estomac.

4.3 Le siège :

La localisation antropylorique était la plus fréquente (47,3%).

Cette prédominance a été retrouvée, en Côte d'Ivoire [36], au Bénin [37] suivie de la localisation cardiaque avec 12 cas soit une fréquence de 21,8%.

Cette prédominance de la région antropylorique pourrait s'expliquer par une prédilection de l'*Helicobacter pylori* dans cette zone.

VI. CONCLUSION

Le cancer de l'estomac est un problème majeur de santé publique au Mali et dans le monde en termes de fréquence et de retard de diagnostic. Le type histologique le plus fréquent étant l'adénocarcinome avec une prédominance masculine. L'âge moyen de survenue était relativement jeune. Le diagnostic précoce et la prise en charge adéquate des lésions précancéreuses amélioreraient son pronostic. D'autres études sont nécessaires pour déterminer les facteurs de risque des cancers de l'estomac afin de réduire la fréquence de cette pathologie.

VII. RECOMMANDATIONS

Au terme de cette étude, nous formulons les recommandations ci-après :

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

- Mise en place d'une politique nationale de lutte contre le cancer de l'estomac par des campagnes d'IEC (**Information Education Communication**) sur les facteurs favorisants.
- Renforcement de la capacité des structures hospitalières en matériels d'endoscopie digestive.
- Création au sein des hôpitaux des unités d'anatomopathologie pour permettre un examen histologique extemporané au bloc opératoire.

➤ **Aux professionnels de la santé**

- Pratiqué systématiquement la fibroscopie oeso-gastroduodénale avec biopsies multiples.
- Suivi rigoureux tous les patients présentant une lésion précancéreuse.
- Référence à une structure spécialisée de tout syndrome ulcéreux résistant au traitement médical bien conduit.

➤ **Aux populations**

- Arrêt de l'automédication.
- Consultation précoce au moindre signe digestif.
- Consultation régulière en cas d'antécédent de cancer familial gastrique.
- Dépistage des facteurs favorisants.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. **DAOU FOUSSEINY.** Le cancer de l'estomac au Mali : Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques. Thèse de médecine Bamako, 1979,11 :80pages
2. **SINE BAYO, PARKIN D M.** Le cahier du cancer au Mali, Bamako de 1986 à 1987, 61 pages
3. **KDENDE P, ENGELS D, NDRICIMPA J, NDABANEZE E, HABONIMANAD, MARERWAG, BIGIRMANAV, BAZIRL, AUBRYP.** Les cancers digestifs au BURUNDI Médecine d'Afrique Noire : 1993, 40 (10) 605.
4. **SEGOL PH, VERWAERDE JC, FOURNIER J –L, CHROMONTOWSKI J, SALAME E, DAO T, PIQUET MA, ARSENE D, ARGOUARCH LP, GIGNOUX M, FLEJOU JF, POTET D.** Notions fondamentales et diagnostiques Editions techniques Encyclo-Méd-Chir (Paris France) Gastro-entérologie 19-027-A, 1994-10 p
5. **BENNAMICHE, CHRISTOPHE P.** Estimation de l'incidence des cancers du tube digestif par région gastro-entérologie clinique et biologique : 1999, 23 (10) 1040 – 1047, **Date de consultation le 24 /01/2019, EM (ELSEVIER MASSON)**
6. **Haidara Aissa, SARMOYE, EPOUSE TOURE.** Contribution à l'étude des cancers à Bamako (à propos de 52 cas). Thèse, Méd., Bamako 1990 N° 21.
7. **COURILLON-MALLET A.** Adénocarcinome gastrique et réduction de la sécrétion acide gastrique. Gastroenterol Clin Biol1991 ; 15 : 106 C-108 C.
8. **SEGOL PH, VERWAERDE JC SALAME E. DAO T. Notion fondamentales et diagnostiques Ed.Technique Encyclo-Med-Chir(Paris- France), Gastro-entérologie 19-027-A 1994-10p**
9. **A AYITE, E. DOSSEH, K. SENAH, K. ETEY, I. LAWANI, K. JAMES, KPODZRO K.** Epidémiologie descriptive des cancers digestifs au CHU de LOME (TOGO), **Médecine d'Afrique Noire 1998,45(4)**
10. **MAIGA M Y, DEMBELE M, DIALLO G, NDIAYE M, ONGOIBA N, SANOGO Z.** Etude épidémiologiques, clinique et pronostique des cancers de l'estomac en milieu Hospitalier. Mali Med 2002 ; TXVII N0 1 : P 13-16
11. **Traore C B, Coulibaly B, Malle B et al.** Le Cancer à Bamako de 2006 à 2010 : Données du Registre des cancers au Mali. Rev Afr pathol 2012 ; 1(11) : 3 – 8.
12. **Correa P, Piazuolo MB.** Natural history of Helicobacter pylori infection. Dig Liver Is 2008 ; 40(7) :490-496.

13. **M. PEGHINI, P. BARABE, J.E. TOUZE, R. MORCILLO, J. M. VEILLARD, L. DIAGNE J. P. EYNARD, A. DIALLO, P. M. GUEYE, P.S. MBAYE, B. WADE.** Epidémiologie des cancers du tube digestif au Sénégal Apport de 18 000 endoscopies effectuées à l'Hôpital principal de Dakar Médecine Tropicale 1990, 50, 205- 208.
14. [http://www.Etudiant infirmier.com/ cour news/gastro images/estomac.jpg](http://www.Etudiant_infirmier.com/cour_news/gastro_images/estomac.jpg)
15. **PERLEMUTER L. WALIGORA J.** Cahier d'anatomie. Paris : Masson, 1975.
16. **THIRIET MARC.** N. Vacheret, UCB Lyon. www.appareildigestif.htm
17. **JEAN MARC CHEVALIER.** Anatomie Tome I : Estomac page 179 Médecine Sciences Flammarion. 1^{er} novembre 1998, en langue français, vol : 468. **Date de consultation le 19 février 2019.**
18. <http://www.Startpage.com>. Est un moteur de recherche fondé en 1998 sous le nom de ixquick.com suite rebaptisée Startpage.com en 2006, adresse : Pays-Bas Wilhelmina van Pruisenweg 104 2595 AN Den Haag. **Date de consultation le 19 février 2019.**
19. **SIGON R, CANZONRI V, CANNIZZAOR, PASQUOTI B.** Early gastric cancer: diagnostic surgical. Treatment and follow up of 45 cases. TUMORI 1998, 84 : 547 – 551.
20. **WEISBURGER J.H.** Mecanism of action of diet as carcinogen, revue 1979 ;43 :1987-1995; **Disponible sur <https://doi.org/10.1002/1097>**
21. **CREW K D, NEUGUT A L.** Epidemiology of upper gastrointestinal malignancies. Semin oncol 2004 ;31 :450-64.
22. **FUCHS C S, MAYER R J.** Gastric carcinoma. N Engl J Med 1995; 333 :32-41.
23. **BOUVIER A M, REMONTET L, JOUGLA E.** Incidence of gasto-intestinal cancers in France. Gastroenterol Clin Biol 2004; 28 :877-81.
24. **BARBIER J PH., CELLIER C. / LANDI B.** Maladies de l'appareil digestif. Paris : Masson,1997
25. **MATHE G, RICHEL G, BENHAMOU J-P.** Sémiologie médicale. Flammarion médecine science 4ème Edition 1981 ; 597-99
26. **MARESCAUX J, EVRARD S.** Curages ganglionnaires dans le cancer de l'estomac : enjeux et techniques chirurgicales. Techniques chirurgicales –Appareil digestif. Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), 40 – 329, 1997 5p
27. **FREMOND, BOUCHE O, DIEBOLD MD, DEMANGE, ZEITOUN P, THIEFIN G.** Régression partielle d'un endobranchy-oesophage en dysplasie de haut grade avec

adénocarcinome après photo-coagulation et endo-curiethérapie sous traitement anti sécrétoire. Gastro-enterol Clin Biol 1995 ; 19 : 112-116.

28. **TRAORE.T.** Etude épidémiologique et anatomoclinique des cancers de l'estomac (À propos de 343 cas). Thèse Med, Bamako, 2006 ; N°49.
29. **LE PAGE M, CAUVIN JM, LE DREAU G, NOUSBAUM JB, EANRD L, GOURLAOUEN A, ROBANSZKIEWICZ M, GOUEROU H.** Prise en charge thérapeutique et survie de l'adénocarcinome gastrique dans le département du finistère entre 1984 et 1989. Gastro-enterol Clin Biol 1995 ; 19 : 804-810.
30. **Boubou COULIBALY,** cancer de l'estomac, Type de résection et survie : expérience de service de chirurgie « A » de l'Hôpital du Point du « G », thèse de Med, Bamako 2007.
31. **OUATTARA H, SAWADOGO A, ILBOUDO P D, BONKOUNGOU B, OUATTARA T, SAWADOGO AB.** Le cancer de l'estomac au Centre Hospitalier National Sanou Souro (CHNSS) de Bobo Dioulasso. Aspects épidémiologiques : à propos de 58 cas de janvier 1996 à Juin 1999. Med Afr Noire 2004 ; 51(7) ; p :423-425.
32. **PEGHINI M, BARRAGE P, TOUZE J E, MORCILO R, VEILLARD J M, DIAGNE L et Al.** Epidémiologie des cancers du tube digestif au Sénégal. Apport de 18000 endoscopies effectuées à l'Hôpital Principal de Dakar. Med Trop 1990 (Avril-Juin) ; 50 (2) :205-208.
33. **PEGHINI M, RAJAONARISON P, PECARRESE J L, RAZAFINDRAMBOA H, RICHARD J, MORIN D.** Epidémiologie des cancers du tube digestif à Madagascar : Apport de 14000 endoscopies. Effectué au centre hospitalier de Soaviandriana à Antananarivo. Med Afr Noire 1997 ;44 : 518-21.
34. **Ndjiatoyap, Tzeuton, Noakop, et al.** Endoscopie digestive haute au Cameroun. Etude analytique de 4100 examens. Med Afr Noire : 1990, 37 (9) :453-456.
35. **Chbani L.** les aspects épidémiologiques des cancers au CHU HASSAN II de Fes. These méd. Rabat (2005) No:131
36. **TROH E.** Les cancers gastriques en Côte d'Ivoire. Aspects anatomo-pathologiques et Épidémiologique. A propos de 216 cas colligés dans les CHU de Cocody et de Treichville en 10ans (1983-1992). Thèse Med, Abidjan, 1995 ; N°17.
37. **PERLEMUTER L, WALIGORA J.** Cahiers d'anatomie. Paris Masson et Cie 1976, Tome III- Tronc :293p.
38. **SOBIN LH, WITTEKIND CEDS.** UICC. TNM classification of malignant tumors. New-York Wiley-Liss Fifth. Edition 1997 ; page :59-62.

39.: **Diakite A.** Evaluation de la concordance de l'endoscopie par rapport à l'histologie dans le diagnostic des cancers de l'estomac Thèse de Méd. ; Bamako14M110 p86.

ANNEXES

Fiche d'enquête

Thèse de médecine/Année universitaire 2017-2018

Mr DIAWARA DAMA

Etude des Cancers de l'estomac dans le service d'anatomie et de cytologie pathologiques et au service de Chirurgie "A" du CHU du Point "G".

- Q1. N° du questionnaire..... /_/_/_/_/
Q2. N° du dossier..... /_/_/_/_/
Q3. Date de prélèvement..... /_/_/_/_/

I Identification du malade

- Q4. Nom et prénom
- Q5. Age.....
- Q6. Sexe.....
- Q7. Profession...../_/_/
- Q8. Service Demandeur...../_/_/
- Q9 Ethnie...../_/_/
- Q10 Résidence...../_/_/

Renseignements cliniques

- Q11 : Mode de recrutement : 1= Consultation ordinaire /_/_/ 2= Urgences /_/_/
- Q12 : Motif de consultation : 1= Épi gastralgie /_/_/ 2= Vomissement /_/_/ 3= Hématémèse /_/_/ 4= Melaena /_/_/ 5= Vertiges /_/_/ 6= Amaigrissement /_/_/ 7= Masse abdominale /_/_/ 8= Hoquet /_/_/ 9= Dysphagie /_/_/ 10= Néo de l'estomac/_/_/ 11= Tumeur de l'estomac/_/_/ 12= Autre à préciser :

-
-
- Q13 : Date de consultation en Chirurgie "A" /_/_/_/_/_/_/
- Q14 : Date d'hospitalisation /_/_/_/_/_/_/
- Q15 : Date de l'intervention /_/_/_/_/_/_/
- Q16 : Date de sortie /_/_/_/_/_/_/
- Q17 : Durée d'hospitalisation Totale /_/_/_/_/ (jour)
- Q18 : Durée d'hospitalisation postopératoire /_/_/_/_/ (jour)

Thèse de médecine/Année universitaire 2017-2018
Mr DIAWARA DAMA

Etude des Cancers de l'estomac dans le service d'anatomie et de cytologie pathologiques
et au service de Chirurgie "A" du CHU du Point "G".

II Antécédents

- Q19 : Ulcère gastrique 1 = Oui 2= Non 3= Indéterminé /_/
- Q20 : Moignon de gastrectomie 1 = Oui 2= Non 3= Indéterminé /_/
- Q21 : Antécédents familiaux de cancer de l'estomac 1 = Oui 2= Non
3 = Ne sait pas /_/
- Q22 : Autres
-

III Examen clinique

A Signes généraux :

- Q23 : Index de KARNOFSKI /_/

B Signes physiques

- Q24 : Masse abdominale 1= Oui 2= Non
- Q25 : Ascite 1= Oui 2= Non
- Q26 : Hépatomégalie 1= Oui 2= Non
- Q27 : TROISIER 1= Oui 2= Non
- Q28 : Autre signes physiques à préciser :

IV Examen anatomopathologie de la pièce opératoire

- Q29 : Macroscopie/_/
- Q30 : Microscopie de la tumeur...../_/
- 1= Adénocarcinome 2= Carcinome-épidermoïde 3= Sarcome 4= Lymphome 5=
Indéterminé
- 6= Autre à préciser : /_/
- Q31 : Sièges de la lésion :/_/
- 1=Cardia 2=Fundus 3=Pylore 4=Antre 5=Antro-pylorique 6= Non précisé

V Classification

- Q32 : Stade évolutif TNM 1= Stade I : T1N0M0, T1N1M0, T2N0M0 2= Stade II : T1N2M0,
T2N1M0, T3N0M0 3= Stade III : T2N2M0, T3N1M0, T4N0M0, T3N2M0, 4= Stade IV :
T4N2M0, TxNxM1 /_/
- Q33 : Sièges des métastases 1= Hépatique 2= Pulmonaire 3= Pancréatique 4= Péritonéal
/_/
- 5= Autres
- 6= Indéterminé /_/

Fiche signalétique

Nom : DIAWARA

Prénom : DAMA

Titre de la thèse : les aspects épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques des cancers de l'estomac : à propos de 55 cas.

Année universitaire : 2018 – 2019

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, et d'Odonto-Stomatologie de Bamako.

Secteurs d'intérêt : Anatomie et cytologie pathologiques et la Chirurgie « A ».

RESUME :

Le cancer de l'estomac, bien qu'en régression dans la plupart des pays industrialisés, reste un problème majeur de santé publique au Mali. Nous avons mené cette étude, dans le but d'étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques de cette affection dans notre pays. Il s'agit d'une étude rétrospective ayant porté sur 55 cas des cancers de l'estomac diagnostiqués dans le service de Chirurgie « A » ; dans le service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU du point "G" de 2013 à 2017.

La connaissance du profil épidémiologique nous apparaît comme une nécessité car, elle permettra d'identifier les populations cibles.

La taille de notre échantillon était de 55 cas. Il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme avec un effectif de 72,7%. L'âge moyen des patients était de 57, 89 ans.

Les classes sociales les plus démunies (Les Cultivateurs/Éleveurs) étaient les plus représentées. L'épigastrie était le principal motif de Consultation (94,5 %), les vomissements (83,6 %) et Amaigrissement (72,7 %).

Les principaux antécédents ont été : l'ulcère gastrique (58,2 %) ; moignon de gastrectomie (5,5 %) et cancer de l'estomac (1,8%).

La moitié de nos patients avait un index de karnofski compris entre 80 et 100.

L'antre était le siège de prédilection des cancers avec 47,3 % des cas et le type histologique le plus fréquent était l'adénocarcinome (87,3 %).

L'amélioration du pronostic et la baisse de l'incidence passent par la prise en

Charge des lésions précancéreuses, l'éradication de *le H. pylori*, le changement des modes de conservations des aliments, le diagnostic et la prise en charge précoce des cas de cancer.

Mots clés : cancer – estomac- épidémiologie- clinique –anatomie et cytologie pathologiques

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.

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

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

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

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

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !

Les aspects épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques des cancers de l'estomac : à propos de 55 cas.