

I. MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE

UNIVERSITE DE BAMAKO

DIRECTION NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE-UN BUT-UNE FOI

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE
ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

Année : 2004 - 2005

N°

THEME

**CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES
PRESTATAIRES DE SANTE A BAMAKO RELATIVES AU
CANCER DU COL DE L' UTERUS ET DU SEIN**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le / / 2005

*devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie
et d'Odonto-Stomatologie*

A. Par

A. Monsieur KOUAMO II Eitel Igor

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

Jury :

Président du Jury :

Membres du Jury :

Directeur de Thèse :

Professeur : Sidy Yaya SIMAGA

Docteur : Adama DIAWARA

Docteur : Bakarou KAMATE

Docteur : SY Aïssata SOW

ABREVIATIONS

- 1- **A.D.N** : Acide désoxyribonucléique
- 2- **A.R.N** : Acide ribonucléique
- 3- **C.I.N** : Néoplasie intra épithéliale du col
- 4- **Cm** : Centimètre
- 5- **CSCOM** : Centre de santé Communautaire
- 6- **CPN** : Consultation Prénatale
- 7- **CSREF** : Centre de santé de référence
- 8- **F.I.G.O**: Fédération Internationale de Gynécologie et d'obstétrique
- 9- **Gy**: Gray
- 10- **H.P.V**: Human Papilloma Virus
- 11- **H.S.V** : Herpès simplex virus
- 12- **I.D.E** : Infirmier diplômé d'état
- 13- **I.N.C.T.R**: International net work for cancer treatment and research
- 14- **I.N.R.S.P** : Institut national de recherche en santé publique
- 15- **I.S.T** : Infection sexuellement transmise
- 16- **Mv** : méga volt
- 17- **N** : Adénopathie
- 18- **N+** : Adénopathie présente
- 19- **N-** : Adénopathie absente
- 20- **PEV** : Potentiel Evolutif

21- **S.F** : Sage-femme

22- % : Pourcentage

DEFINITIONS OPERATIONNELLES

1. **Attitude** : Comportement, manière d'être à l'égard de quelque chose ou de quelqu'un.
2. **Enquêté** : gynécologue, généraliste, sage-femme, infirmier diplômé d'Etat inclus dans notre étude.
3. **Facteurs de risque du cancer du col** :
 - Rapports sexuels précoces
 - Multiparité
 - Partenaires sexuels multiples
 - Bas niveau socioéconomique
4. **Facteurs de risque du cancer du sein** :
 - Age > 45 ans
 - Antécédent personnel de cancer du sein
 - Hérité familiale
 - Niveau social et économique élevé
 - Antécédent de mastopathie bénigne
 - Primipare âgée
 - Ménarche précoce
 - Ménopause tardive
 - Mastopathie sur pilule
 - Absence d'allaitement
5. **Moyens de dépistage des cancers du col et du sein** : Voir annexes (fiche d'enquête)
6. **Palpation correcte des seins** : Elle se fait la patiente assise debout puis couchée, les doigts du praticien en crochets, écrasent la glande contre le grill costal en effectuant des mouvements de rotation ; palper quadrant par quadrant le sein, palper les aires ganglionnaires axillaires sus et sous claviculaires.

7. **Perception** : action, faculté de saisir par les sens ou par l'esprit.
8. **Plateau technique de dépistage et de traitement des cancers du sein et col :**
 - Mammographie
 - Echographie du sein
 - Colposcopie
 - Test au lugol et à l'acide acétique
 - Spéculum
 - Spatule d'Ayre
 - Bloc opératoire
 - Personnel soignant qualifié (Gynécologue, Radiologiste, Pathologiste).

SOMMAIRE

- I- Introduction**
- II- Objectifs**
- III- Généralités**
- IV- Méthodologie**
- V- Résultats**
- VI- Commentaires et discussion**
- VII- Conclusion et recommandations**
- VIII- Références bibliographiques**
- IX- Résumé**
- X- Annexes**



DEDICACES

DEDICACES

Eternel Dieu Tout Puissant,

Merci de nous avoir créé et merci de nous soutenir malgré nos manquements ; la certitude de ta présence constante nous a donné la joie et la volonté de vivre.

A mon père feu KOUAMO André Théophile,

Tu as été très vite arraché à mon affection ; tes conseils, ton soutien et ta rigueur dans l'éducation de tes enfants ont été très bénéfiques ; ton souhait avait été de me voir devenir ingénieur en ponts et chaussées ; ta disparition soudaine m'a poussé à embrasser des études médicales. Aujourd'hui même si tu n'es plus, ce travail t'est particulièrement dédié.

Repose en paix papa.

A ma maman chérie KOUAMO Suzanne,

Ton courage, ta vision du monde et ton attachement franc à Dieu ont fait de toi une femme équilibrée, une mère adorable, une éducatrice hors pair. Je n'ai jamais été privé de ton amour ; tu m'as toujours comblé et malgré la disparition de papa, tu t'es toujours battue pour faire de mes sœurs et de moi des êtres accomplis. Aujourd'hui tu peux comme moi être fière de ce que je suis devenu. Si ce travail existe, c'est grâce à toi maman. Merci infiniment, que Dieu te bénisse et te garde encore longtemps à nos cotés.

A mes sœurs Nadege NTOUKÉP, Stephanie KEPSEU, Théorine KOUAMO, Gaëlle KOUAMO,

Je me suis très vite séparé de vous pour mes études ; durant ses longues années, j'ai souffert de votre absence mais vous avez été toujours présents dans mon esprit. Vos encouragements et conseils m'ont beaucoup aidé. Prenez ce travail comme vôtre.

A mon oncle SAPE MAURICE,

Je te suis très reconnaissant du soutien que tu m'as apporté durant mon séjour au Mali. Tes conseils m'ont été d'un grand secours ; merci pour tout.

A mon beau frère DEMENO NANDJOU,

Merci de m'avoir aidé et encadré durant mes études ; je te suis très reconnaissant.



REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Au Peuple Malien,

Pour son hospitalité légendaire dont j'ai bénéficié pendant mon séjour agréable à Bamako. C'est l'occasion de lui dire merci car je me suis senti chez moi.

A ma patrie le Cameroun berceau de mes ancêtres qui m'a vu naître, merci.

A mes frères, sœurs et amis Alain N, Sylvain M, Thierry T, Sandrace K, Leandre T, Sylvain F, Michelle Ange, Laurence T, Tidiane M, Irene, Armelle, Audrey, Ariane, Dorvale, Olive, Serges, Nancy,

Votre présence constante à mes côtés, votre disponibilité, votre savoir vivre et votre soutien m'ont été d'un intérêt inestimable ; je ne saurais trouver les mots pour vous remercier. Que Dieu vous bénisse.

A la communauté Camerounaise du Point G, merci pour votre soutien.

A mes collègues de service, DISSA L, Feu Ibrahima LY, Fatoumata T, Boubacar K, FOMBA D, DEMBELE M, Naman K, GOITA N, DICKO A, Nouhoum D, Huguette N, Kadidia C, Alex K, Ibrahim C, Lamine T.

Votre pleine collaboration et votre disponibilité m'ont beaucoup marqué.
Ces années de travail passées me seront inoubliables.

A mes amis Cissé BOUARE, Christian KOMZE, Jerome JIMPE, Simon, Nana DEMBELE, Sanata DIARRA, Gyslaine MBOPDA, Patrick KAMLEU, Ghislain TOCHE, Yoyo KAPTUE, Sekou TOMODA, SIMON, Ina KEITA.

Que ce travail soit l'expression de notre amitié.

A mon tendre amie Aïda DRAME,

La vie passée à tes côtés m'a permis de comprendre qu'en amour il n'existe pas de frontières ; je ne t'oublierais jamais. Puisse Dieu nous garder longtemps ensemble.
Merci pour tout.

A mes aînés Dr Ruben, Dr Agness, Dr TOGO, Dr Sitapha, Dr Dou KEITA, Dr Bréhima DIALLO, Dr Tientigui DEMBELE, Dr Sima, Dr Ali OUATTARA, Dr THIERRO, Dr Salif, Dr Mama SY, Dr Danielle NEM,

Merci d'avoir œuvré pour ma formation.

Au personnel des Centres de Santé de Référence des Communes II et V,

Merci pour votre accueil.

Aux Familles SYLLA et TANDIA de Missira,

Merci pour votre hospitalité.

REMERCIEMENTS PARTICULIERS

A notre Maître et Président du Jury,

Professeur Sidi Yaya SIMAGA

Professeur de santé publique

Chef du DER de santé publique à la FMPOS,

Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé.

Cher Maître et Père, c'est un honneur inestimable et un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Vos qualités académiques et professionnelles font de vous un homme remarquable ; votre éloquence, votre rhétorique, votre sens de l'humour, votre simplicité et votre ferme volonté de nous transmettre votre immense savoir font de vous un professeur émérite et un père très attentif.

Trouvez ici cher maître l'expression de nos profonds remerciements.

Qu' Allah le tout puissant vous accorde santé et encore longue vie.

A notre Maître et Directeur de thèse

Docteur SY Aissata SOW

Gynécologue Obstétricienne

Maître de conférences à la FMPOS,

Chef du service de gynécologie du Centre de Santé de Référence de la Commune II.

Cher Maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail.

Nous avons été marqué par votre facilité de transmettre, votre grande simplicité, votre disponibilité, votre rigueur scientifique, votre qualité de mère et formateur hors pair.

Nous ne saurons trouver des mots qui puissent exprimer toute notre reconnaissance.

Nous prions Allah qu'il vous accorde encore longue vie.

.

A notre Maître et Juge

Docteur Adama DIAWARA

Assistant chef clinique en Santé publique à la FMPOS,

Chef de la Division Assurance Qualité et Economie du Médicament à la Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament.

Cher Maître, vous nous faites ici un réel plaisir en acceptant de siéger dans ce jury. Nous avons été séduit par votre abord facile, votre extrême disponibilité, votre rigueur scientifique, votre simplicité, votre facilité à transmettre et vos grandes qualités de pédagogue.

Cher maître acceptez nos humbles et sincères remerciements.

Qu'Allah vous bénisse.

A notre Maître et Juge

Docteur Bakarou KAMATE

Anatomopathologiste à l'INRSP

Assistant chef de clinique à la FMPOS,

Cher Maître, nous vous remercions d'avoir accepté de siéger dans ce jury.

Nous avons été marqué durant notre passage dans votre service par votre simplicité, votre franchise, votre humanisme, votre grande rigueur scientifique et surtout vos qualités incomparables de formateur.

Les mots nous manquent pour exprimer toute notre reconnaissance.

Qu'Allah vous soutienne et guide vos pas.



I-INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

Le **cancer** est une prolifération anarchique de cellules anormales, dites « **malignes** » à partir d'un foyer primitif pouvant récidiver localement après ablation et s'essaimer à distance entraînant la formation de **métastases** [16].

Dans le monde, les cancers du sein et du col de l'utérus sont fréquents et viennent en tête des cancers chez la femme. Chaque année, 500 000 nouveaux cas de cancers du col de l'utérus sont diagnostiqués [39].

Les publications de l'**OMS** faisaient état en **1987** de 3,77 millions de cancers chez la femme dans le monde [35]. Le cancer du col vient en troisième position des cancers diagnostiqués chez la femme après ceux du sein et du colon [2].

Ces cancers génitaux et mammaires représentent 47,6% de l'ensemble des cancers de la femme [20]. En **Europe**, on a une nette dominance du cancer du sein avec le record mondial de l'incidence du cancer du sein attribué au **Danemark** [31]. En **France**, selon les données du ministère de la santé du 11 juillet **2001**, le cancer du sein représente 32% de nouveaux cas de cancer soit 33867 nouveaux cas par an [31]. Le cancer du sein est la première cause de décès par cancer chez la femme (100 000 décès par an) en **France** [30].

Au **Canada**, le cancer du col occupe le 11^e rang parmi les cancers chez la femme.

L'incidence standardisée en **Californie** pour la population blanche est de 73,2 pour le cancer du sein et 10,3 pour le cancer du col de l'utérus [31].

En **Afrique**, de nombreux travaux ont eu pour objet l'étude du cancer ; DIOP (D) [12], Essomba et coll. [17], Kafando C [21], Kanga M et coll. [22], Kekeh (K) et coll. [25], KEÏTA S [24] TRAORE A [44], Doï T [13], Don A Simgo et coll. [14].

Au **Sénégal**, on a une fréquence de 16,3% de cancer du col de l'utérus contre 16,2% pour le sein [11]; au **Nigeria**, 15,6% de cancer du sein contre 18,2% de cancer du col de l'utérus; au **Congo-Brazzaville**, 12,5% de cancer du sein contre 18,2% du cancer du col; en **Ouganda**, 9,7% de cancer du sein contre 23,9% de cancer du col [36]. Au **Niger**, 20,1% de cancer du col contre 13,9% de cancer du sein [47]. En **Guinée Conakry** on a enregistré entre **1992** et **1994**, 2064 cas de cancer avec en tête chez la femme les cancers du col suivis des cancers du sein [42].

Au **Mali**, selon **Cheick TRAORE (1997)**, 3048 cas de cancers ont été diagnostiqués de **1987** à **1997**. Le cancer du col de l'utérus représente 24,1% soit 735 cas de l'ensemble de ces cancers occupant le premier rang des cancers de la femme devant le cancer du sein (12,8%) [45]. De ces travaux, il ressort que les tumeurs malignes les plus fréquentes de la femme sont le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein.

Ces cancers, pourtant guérissables lorsque dépistés tôt, continuent malheureusement d'être découverts pour la plupart à des stades inopérables.

Ces pathologies qui se retrouvent dans tous les pays en général posent un véritable problème de santé publique au Mali d'où le présent travail qui vise les objectifs suivants :



II- OBJECTIFS

II- OBJECTIFS

Objectif général :

Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de santé à Bamako relatives au cancer du col de l'utérus et du sein de janvier à juin 2004.

Objectifs Spécifiques :

- 1) Déterminer le niveau de connaissance des prestataires de santé sur les moyens et procédures de dépistage et de traitement du cancer du col de l'utérus et du sein.
- 2) Evaluer le niveau de la pratique du dépistage par les prestataires de santé des cancers du col et du sein.
- 3) Evaluer la perception qu'ont les praticiens de santé sur le cancer du sein et du col de l'utérus.



III- GENERALITES

III- GENERALITES

Cancer du col de l'utérus :

I. Définition :

Le cancer est une prolifération anarchique de cellules anormales. Lorsque cette prolifération intéresse le col, on parle de cancer du col.

II. Historique : [37]

- En 1842, Rigoni-Stern un médecin Italien constate que la fréquence des cancers du col de l'utérus était beaucoup plus importante chez les femmes mariées que chez les femmes célibataires et qu'elle était nulle chez les religieuses restées vierges.

- Vers les années 1950, les premières études analytiques sérieuses commencèrent avec Pejovic et montrèrent une augmentation du risque chez les femmes mariées avant 20 ans, les veuves, les divorcées et celles ayant contracté plusieurs mariages.

- A partir de 1970, les résultats des premières campagnes de dépistage, en particulier celle menée en **Colombie Britannique** par Fidler et Coll ont démontré que le développement de la maladie était continu, évoluant habituellement de la dysplasie vers le carcinome in situ, puis le carcinome invasif.

- La quatrième étape a visé à démontrer qu'il s'agissait d'une maladie sexuellement transmissible aujourd'hui (IST) « inoculable » ; le partenaire masculin transmet un agent favorisant [37].

III. Epidémiologie du cancer du col de l'utérus :

1. Incidence :

En pratique l'incidence, du cancer invasif du col utérin diminue régulièrement, elle était en **France** de 10,3/100 000 en 1995 [49]; l'expérience d'autres pays, notamment de la **Finlande**, où le taux est de 2,7/100 000 [34] montre qu'un dépistage bien organisé permet d'en diminuer encore l'incidence.

2. Mortalité : [2]

Le cancer du col est la deuxième cause de mort par cancer chez la femme dans le monde après le cancer du sein.

Le taux de mortalité est d'environ 3,1 pour 100 000 femmes chaque année. Le taux moyen de survie à 5 ans est de 49% dans les pays en voie de développement, 59% en **Europe** et 69% aux **USA**.

IV. Facteurs de risques : [4]

1) Contraception oestroprogestative :

a) Carcinomes épidermoïdes :

Les contraceptifs oraux ont été accusés d'accélérer la transformation des dysplasies en carcinome in situ (STERN en 1997, ANDOLESEK en 1983) [4]. On peut affirmer actuellement, avec un recul maintenant important (environ 20 ans) depuis le début de l'usage des contraceptifs oraux, qu'il n'existe aucune preuve convaincante d'un lien direct entre l'usage d'une contraception orale et le risque de cancer du col.

b) Cancers de l'endocol :

La prise prolongée de contraceptifs oraux a été accusée d'augmenter le risque de cancer de l'endocol.

2) Diéthylstilbestrol (Distilbène ® ou DES) :

On connaît depuis plusieurs années que la prise de DES pendant la grossesse engendre l'apparition d'adénocarcinomes à cellules claires du col chez les filles issues de ces grossesses.

Les femmes exposées au DES doivent donc bénéficier d'une surveillance cytologique et colposcopique très régulière ; étant donné que le risque pour une femme exposée dure jusqu'à l'âge de 3 ans au moins.

3) Tabac :

La consommation de tabac constitue un facteur de risque du cancer du col. Des femmes qui fument ont plus fréquemment des premiers rapports sexuels précoces et des partenaires sexuels multiples. Ce risque relatif est fonction de l'importance de la consommation de tabac.

4) Facteurs nutritionnels : Un certain nombre de facteurs nutritionnels ont pu être considérés comme des facteurs de risque du cancer du col. Ce sont : la consommation de boissons alcoolisées, en particulier la bière et l'alcool fort.

5) Facteurs liés au terrain :

Certains états, soit immunitaire, soit génétique, peuvent favoriser l'apparition et le développement de cancers, dont le cancer du col.

6) Etats d'immunodépression :

Il s'agit de femmes ayant eu une transplantation d'organes, une maladie auto immune et/ou recevant un traitement immunodépresseur, une immunodéficience d'origine génétique ou virale.

7) Facteurs masculins :

Un certain nombre de facteurs font de certains hommes des « mâles à risque » (SINGER, 1986) [4].

- Le rôle du sperme : le sperme est incriminé par l'ADN des spermatozoïdes, qui pourrait avoir une action mutagène, ainsi que par la présence dans le liquide séminal de deux types de protéines basiques : les histones et les protamines qui pourraient être des facteurs carcinogènes ou cocarcinogènes.
- Le rôle de la vie sexuelle de l'homme semble par contre être un facteur beaucoup plus important.
- En fin un certain nombre de pathologies génitales de l'homme liées au virus HPV augmente le risque de cancer du col utérin chez le ou les partenaires.

8) Agents infectieux : [4]

a) Herpes Simplex virus (HSV):

Il existe une corrélation étroite entre le cancer du col et le HSV-2, qui est cependant insuffisante pour affirmer son rôle étiologique.

b) Papillomavirus humains (HPV) :

De nombreuses publications ont fait apparaître des liens et une implication directe de plus en plus étroite entre le virus HPV et le cancer du col sur la base d'un faisceau d'arguments.

Le col utérin constitue un site privilégié de l'infection HPV ; en effet sur cent femmes porteuses de condylomes, le col utérin est concerné dans environ 60% des cas.

Les infections à HPV représentent la principale lésion détectée dans les frottis cervicaux dans les pays industrialisés. L'ADN du virus HPV est retrouvé dans 80 à 90% des cancers du col et l'infection HPV constitue actuellement l'un des problèmes de santé les plus importants chez les femmes jeunes.

Ce qui est unanimement retenu aujourd'hui, c'est la liaison avec l'activité sexuelle.

V. Anatomie pathologique : [28]

Le point de départ de la plupart des tumeurs du col utérin est la jonction épithélium pavimenteux et épithélium cylindrique de l'endocol.

A. Exocol :

Représente la partie vaginale du col (museau de tranche). Il comporte un stroma conjonctif dépourvu de glandes, tapissé comme le vagin d'une muqueuse malpighienne à 5 couches cellulaires. Le cancer développé aux dépens de la muqueuse de l'exocol est appelé carcinome épidermoïde.

B. Endocol :

Il s'étend de l'orifice cervical externe où se trouve la zone de jonction exocol-endocol, jusqu'à l'isthme où commence l'endomètre.

Le canal endocervical est tapissé d'une couche de cellules cylindriques riches en mucine qui peut donner naissance à des carcinomes glandulaires où adénocarcinomes. Entre cette assise cellulaire et la membrane basale se trouvent les « cellules de réserve » destinées à remplacer les cellules glandulaires. Ces cellules indifférenciées sont à l'origine des métaplasies de l'endocol.

C. Jonction exocol-endocol :

C'est la zone de transition entre les deux types d'épithélium. Cette zone est importante surtout après sa modification sous l'effet de traumatisme obstétrical, c'est aussi au niveau de cette zone de jonction que naissent la plupart des cancers du col.

Parmi les cancers du col de l'utérus :

- 95% sont des carcinomes épidermoïdes
- 5% sont des adénocarcinomes.

D. Carcinome in situ et cancer invasif : [8]

1) Carcinome in situ :

Les dysplasies cervicales, ou néoplasies intra cervicales se caractérisent par des troubles de la différenciation et de la maturation cellulaire.

Suivant le type de HPV infectant, les effets cellulaires sont différents et aboutissent à des lésions productrices de virus (condylomes acuminés associés aux HPV de types 6 et 11) ou à des lésions peu ou non productrices de virus (lésions de haut grade associées aux virus de types 16, 18, 31, 33, 35).

Le carcinome in situ (carcinome intra épithélial ou cancer au stade O) est une prolifération cancéreuse en surface cantonnée exclusivement au plan de revêtement épithélial, ne franchissant la basale en aucun point.

Depuis Papanicolaou en 1943 avec l'introduction du diagnostic cytologique, et plus particulièrement au cours des dernières années, les idées concernant l'évolution des dysplasies et leur histogénèse ont évolué sensiblement. C'est pour prendre en compte ces conceptions et pour unifier la terminologie que l'on a proposé une nouvelle nomenclature, la classification de Bethesda.

Les dysplasies ont été réparties par l'OMS en trois degrés :

- dysplasies légères,
- dysplasies moyennes,
- dysplasies sévères.

Tableau I : Correspondance entre les classifications successivement utilisées

OMS	Richart	Classification de Bethesda
Dysplasie légère	CIN I	Lésions intraépithéliales de bas grade
Dysplasie moyenne	CIN II	Lésions intraépithéliales de haut grade
Dysplasie sévère Carcinome in situ	CIN III	

2) Le carcinome invasif :

Le carcinome invasif fait effraction à travers la basale et envahit le chorion.

Il existe une continuité évolutive possible entre certaines lésions dysplasiques et le carcinome invasif.

2.1 Tumeurs épithéliales malignes.

2.1.1 Carcinomes épidermoïdes

Histologie :

Les éléments tumoraux ont tendance à reproduire de façon plus ou moins parfaite un épithélium malpighien. Des cellules tumorales se déposent selon diverses structures plus ou moins anastomosées : plages, cordons, lobules, travées. Ces différentes structures montrent des formes variables et des contours irréguliers.

2.1.2 Adénocarcinomes :

Histologie :

- **Adénocarcinome classique de type adénocervical :**

Il est composé de cellules ressemblant aux cellules épithéliales cylindriques de l'endocol. Il représente 50% des adénocarcinomes. Dans sa forme la plus conventionnelle, cette tumeur est constituée par une prolifération glandulaire dense.

- **Autres types d'adénocarcinomes :**

Ils montrent toutes les autres variétés de différenciation mullérienne.

- L'adénocarcinome est de type séreux
- La forme mixte.

2.2 Extension du processus cancéreux :

2.2.1 Extension locale :

- en bas vers le vagin
- en haut vers le corps utérin
- en avant vers la vessie
- en arrière vers le rectum
- et parallèlement vers les paramètres où la tumeur va menacer l'uretère.

2.2.2 Extension lymphatique : L'extension se fait vers :

- Les ganglions iliaques externes et obturateurs par voie principale.
- Les ganglions du promontoire, par la deuxième chaîne accessoire qui suit le plexus sacré et plus tard les ganglions juxta anticocaves.

2.2.3 Extension à distance :

Ce sont des métastases qui seront par ordre de fréquence : pulmonaires, hépatiques, osseuses, cutanées et cérébrales.

VI. Diagnostic :

Le diagnostic se pose dans deux types de circonstances :

- Cancer infra-clinique, dont le diagnostic repose sur le dépistage systématique et la pratique des frottis cervico- vaginaux de dépistage.
- Cancer clinique où l'existence de signes d'appel conduit à voir la tumeur par l'examen au spéculum.

A. Dépistage :

Le dépistage est une forme particulière de recherche de pathologie appliquée à la population générale importante apparemment saine. Il consiste à la détection d'une affection chez une personne qui ne s'en plaint pas et avant l'apparition des manifestations cliniques qui amènent à consulter.

L'INCTR sous l'égide de l'OMS a mis sur pied dans plusieurs pays (**Angola, Burkina, Congo, Guinée, Mali, Inde, Mauritanie, Népal, Laos, Sénégal et Tanzanie**) un programme de dépistage visuel de masse du cancer du col. Deux tests sont utilisés : l'inspection visuelle après application de l'acide acétique (**IVA**) et de soluté de lugol (**IVL**). Ces tests reposent sur la capacité d'un personnel de santé formé à repérer au niveau de la zone de remaniement du col, des zones acidophiles qui blanchissent sous l'effet de l'acide, ou des zones jaunes iodo-négatives. Ces méthodes de dépistage sont actuellement en cours d'évaluation dans un cadre expérimental comme alternative à la cytologie conventionnelle.

1. Frottis cervico-vaginal : [47]

C'est un examen qui consiste à prélever par raclage des cellules exfoliées au niveau des muqueuses exocervicales et endocervicales du col utérin et de la muqueuse vaginale et à examiner après coloration ces cellules au microscope à la recherche d'atypies ou d'anomalies cellulaires précurseurs d'un processus néoplasique.

1.1) *Comment faire des frottis cervico-vaginaux.*

1.1.1 Phase préparatoire :

1.1.1.1 Conseiller à la femme, à une consultation précédente, les précautions à prendre pour le jour du prélèvement. Ces précautions sont les suivantes :

- a. Absence de rapport sexuel la veille
- b. Absence de toilette ou de douche vaginale le jour du prélèvement
- c. Absence de saignement (ne pas être en menstrues)

1.1.1.2 Préparer la salle de prélèvement :

- a. Disposer d'une table de prélèvement
- b. Disposer d'une source lumineuse

- c. Disposer des instruments nécessaires sur une table d'instruments (spéculum, pot d'alcool, spatule d'Ayre ou cytobrosse, plaquette d'emballage de lames, bon de demande d'examen)

1.1.2 Phase de prélèvement :

On met en place le spéculum sans aucun lubrifiant et on expose le col. Le prélèvement se fait avec une spatule d'Ayre ou avec une simple abaisse langue de bois et un écouvillon, bien éclairer le col avec une source lumineuse, introduire le bout effilé de la spatule d'Ayre dans le col, tourner dans le sens des aiguilles d'une montre la spatule.

1.1.2.1 Le premier prélèvement porte sur le cul de sac postérieur du vagin.

1.1.2.2 Le deuxième prélèvement porte sur l'exocol et singulièrement sur la zone de jonction entre l'exocol et l'endocol.

1.1.2.4 Le troisième prélèvement, fait à l'écouvillon, porte sur l'endocol.

Ces trois prélèvements sont immédiatement étalés sur lame et fixés à l'aide d'une laque projetée tangentiellement ; On réalise ensuite une autre fixation.

1.1.3 Phase d'étalement des prélèvements :

-Prendre la première lame porte-objet, l'incliner à 30 degré, appliquer les cellules recueillies par la spatule d'Ayre sur la face présentée de la lame.

- Veiller à étaler les prélèvements en allant d'un bout à l'autre de la lame et en évitant les mouvements de va et vient.

1.1.4 Phase de fixation des prélèvements :

Aussitôt après avoir prélevé, introduire la lame dans le fixateur utilisé pendant 5 minutes et la retirer après.

1.1.5 Phase d'empaquetage :

La plaquette d'empaquetage comporte deux parties :

Une partie épaisse creusée de deux puits pour les deux lames de prélèvement et une partie rabattable servant à fermer la plaquette.

Ecrire au fond de l'un des puits le mot exocol et l'autre le mot col ou vagin.

Ecrire une étiquette avec le nom de la patiente et la coller sur la face externe de la plaquette afin d'identifier le prélèvement.

Envoyer le prélèvement ainsi empaqueté et identifié au laboratoire de cytopathologie.

1.2 Résultats du frottis

L'histologiste rend un commentaire assorti d'un classement en l'un des 5 groupes suivants (Classification de Papanicolaou) :

- Les classes I et II normales
- La classe III est suspecte, imposant de refaire le frottis à court terme après désinfection locale.
- Les classes IV et V apportent la quasi certitude du cancer et imposent une série d'investigations pour en faire la preuve pathologique.
- Les faux positifs sont rares : les parasites et les infections locales peuvent induire des aspects suspects ; rarement inquiétants et imposent un nouveau dépistage après traitement local.
- Les faux négatifs sont plus fréquents : ce fait justifie à lui seul le renouvellement des frottis à intervalles réguliers.

1.3 Interprétation du frottis cervico-vaginal

- 1.3.1 Cytologie normale** : La surface du col dans sa portion exocervicale ,est tapissée par un épithélium malpighien non kératinisé, alors que la portion endocervicale comporte une muqueuse cylindrique. Les cellules appartiennent aux différentes assises de l'épithélium :

1.3.2 Lésions dystrophiques en rapport avec des circonstances cliniques normales.

Ménopause, grossesse, contraceptifs oraux, frottis cytolytiques.

1.3.3 Lésions dystrophiques en rapport avec des circonstances inflammatoires non spécifiques.

Cervicites, lésions de l'épithélium endocervical.

1.3.4 Lésions dystrophiques en rapport avec certaines circonstances inflammatoires spécifiques.

Trichomoniasis, mycoses, chlamydiasis, autres bactéries, inflammations herpétiques.

1.3.5 Ectopie- ectropion et zone de remaniement

L'épithélium cylindrique s'exteriorise à la puberté vers l'exocol pour former un ectropion physiologique. Il subit une métaplasie épidermoïde dans cette zone appelée zone de transformation.

1.3.6 Condylomes

L'agent pathogène est un virus du groupe Papova ; le virus HPV 16 est le plus souvent impliqué au niveau du col.

1.3.7 Dysplasies - carcinomes in situ.

a. Dysplasies légères ou CIN I : On a une altération importante sur les cellules des couches superficielles ou intermédiaires.

b. Dysplasies moyennes ou CIN II : Cellules plus rondes à gros noyau irrégulier et hyperchromatique, à cytoplasme basophile encore abondant, desquamant en coulées.

c. Dysplasies sévères ou CIN III ou Carcinomes in situ : Les cellules sont véritablement tumorales.

1.3.8 Lésions malignes et infiltrantes :

Ce sont les carcinomes épidermoïdes et les adénocarcinomes.

1.3.9 Tumeurs rares : sarcomes embryonnaires, mélanomes malins, chorio-épithéliomes, cylindrome.

1.4 Fréquence de réalisation des frottis de dépistage :

Les résultats de ces expériences ont permis d'établir les recommandations suivantes :

- Premier frottis dès les premiers rapports sexuels.
- Frottis annuel jusqu'à 35 ans ou pendant 20 ans après les premiers rapports.
- De 35 à 60 ans ; frottis annuel chez les femmes à risque.
- Diminution du rythme des frottis à 55 ans chez les femmes correctement suivies jusque-là.

2. Colposcopie : [9]

Il s'agit d'une méthode instrumentale permettant l'examen de la cavité vaginale et en particulier de l'épithélium du col utérin.

Elle doit être systématiquement réalisée devant tout frottis pathologique. Elle permet :

- l'examen de l'épithélium de revêtement,
- la localisation de la jonction pavimentocylindrique ou zone de transformation,
- l'étude du stroma cervical.

2.1 Technique de la colposcopie : [4]

2.1.1 Examen sans préparation :

Il commence avant d'avoir débarrassé le col de ses sécrétions ; il notera d'éventuelles leucorrhées, leur caractère, la présence de sang, la qualité de la glaire. Il se poursuivra en cas de leucorrhées ou de glaire abondante après nettoyage soigneux réalisé avec douceur. C'est ici qu'on visualise mieux les vaisseaux.

2.1.2 Second temps de l'examen :

Il est réalisé après application d'acide acétique dilué à 3%. C'est le temps le plus important, il permet de visualiser la jonction squamocylindrique. Lorsque le col est normal, il n'y a jamais de blanchiment après application d'acide acétique, donc pas de réaction acidophile.

2.1.3 Test de Schiller :

C'est le dernier temps de l'examen. Il correspond à l'application d'une solution iodo-iodurée (lugol fort) qui a pour effet de colorer en brun homogène l'épithélium malpighien normal chez la femme en période d'activité ovarienne car il contient du glycogène dans ses couches superficielles. Les zones où il n'y a pas d'épithélium

malpighien, ou lorsque l'épithélium malpighien est anormal ou normal mais immature, ne prennent pas le lugol : elles sont dites iodo négatives.

2.1.4 Images colposcopiques élémentaires sont :

- zone blanche : il s'agit de leucoplasie
- zone rouge : peut correspondre à un ectropion ou à une simple réépithélialisation.
- Anomalies vasculaires.
- zones idonégatives : dont on précise le caractère homogène ou non, la qualité des contours nets ou flous ainsi que la topographie.

L'examen terminé il est capital d'en consigner les données sur un schéma colposcopique.

B. Signes cliniques :

L'apparition de métrorragies est le symptôme le plus fréquent, mais dans un certain nombre de cas l'affection est asymptomatique. Les métrorragies sont fréquentes et souvent provoquées par les rapports sexuels. Les leucorrhées sont purulentes, striées de sang. Le cancer de l'endocol peut provoquer une hydrorrhée. Les douleurs apparaissent en général dans les formes évoluées. Les signes urinaires (cystite, épreintes, faux besoin) sont des symptômes de stade avancé.

C. Examen clinique :

1) Examen au spéculum :

Il est le premier temps

Les aspects observés sont :

- Les formes bourgeonnantes, de taille variable, petit bourgeon irrégulier sur l'exocol ou forme prenant tout le col, réalisant un aspect de « gros col » tumoral. Ces formes sont souvent hémorragiques au moindre contact ;
- Des formes ulcérées, irrégulières, térébrantes, à fond nécrosé, avec souvent un aspect de cratère détruisant le col ;
- Des formes beaucoup plus infiltrantes qui s'étendent vers l'endocol et l'isthme, réalisant des formes appelées « col en barillet ».
- Le col peut être d'aspect quasi normal dans les formes très limitées ou dans les cancers de l'endocol.

- Outre l'aspect du col l'examen au spéculum permet de bien déplisser le vagin et de rechercher une extension à ce niveau en retirant lentement le spéculum.

2) Touchers pelviens :

Ils permettent d'apprécier le volume tumoral, la consistance du col, le siège de la lésion, mais précisent surtout l'étendue des lésions par l'examen soigneux du vagin (culs - de - sac, parois) et par l'examen des paramètres fait par le toucher rectal, de même que la recherche d'un envahissement des ligaments utéro-sacrés.

Le toucher bidigital est utile pour apprécier l'état de la cloison rectovaginale.

En fin, l'examen pelvien apprécie la statistique des organes pelviens (hystéroccèle, cystocèle, rectocèle) qui sont des éléments importants dans le choix des méthodes de traitement.

3) Examen général :

Il doit comporter :

- L'examen des aires ganglionnaires.
- L'examen abdominal (palpation du foie, recherche d'une ascite).

D. Bilan d'extension :

C'est un examen locorégional pelvien.

1) Bilan local:

Il est essentiellement basé sur les données de l'examen clinique pelvien. Il doit être effectué sous anesthésie générale ou sous rachianesthésie pour que la patiente soit bien relâchée.

- Examen au spéculum : précise les caractères macroscopiques de la lésion et l'extension. On pratique pendant ce temps l'hystérectomie.

- les touchers pelviens sont indispensables pour délimiter avec précision l'extension des lésions, vers le vagin, vers les paramètres, les ligaments utéro-sacrés, et ainsi apprécier le caractère fixé ou non de l'ensemble de la masse tumorale.

Ce bilan est complété par la palpation des régions inguino-crurales, l'examen attentif de la vulve et du périnée.

2) **Bilan régional :**

- La cystoscopie doit être systématique, afin de préciser les rapports de la tumeur avec la vessie.
- La rectoscopie : non systématique, est seulement pratiquée lorsque la tumeur est à développement postérieur important ou qu'il existe une infiltration de la cloison rectovaginale.
- Le bilan local de l'appréciation du volume tumoral cervical et vaginal est complété par la prise d'une empreinte diagnostique du col et du vagin, réalisé selon la technique et avec les matériaux de prise d'empreinte dentaire.

VII. Traitement

A. Bilan *pré thérapeutique* :

1. Examens complémentaires :

1.1 Bilan radiologique :

a) Urographie intraveineuse :

Elle donne deux types de renseignements :

- Des éléments anatomiques sur l'appareil urinaire (existence d'une duplicité urétérale, présence d'un rein pelvien : renseignement capital à connaître en cas de radiothérapie pelvienne).
- Des éléments concernant le retentissement éventuel du cancer sur l'appareil urinaire (existence d'une duplicité).

b) Lymphographie : [26]

La lymphographie permet d'opacifier la chaîne iliaque externe, la chaîne iliaque primitive, puis les ganglions lomboaortiques. Les chaînes hypogastriques et présacrées ne sont généralement pas opacifiées. Une lymphographie positive (selon les critères stricts de positivité) est le témoin quasi certain d'un envahissement ganglionnaire. A stade égal, l'atteinte ganglionnaire est un facteur pronostic essentiel. La lymphographie est un élément capital dans le choix de la stratégie thérapeutique ; une lymphographie positive quel que soit le stade est une contre – indication à la lymphadénectomie, et impose donc un traitement par irradiation transcutanée première.

c) Tomodensitométrie (TDM) :

L'intérêt de cette méthode d'imagerie dans l'appréciation de l'extension de la maladie reste relativement limitée.

- Pour l'évaluation pelvienne, certes il y a une corrélation radio clinique dans 69% des cas [39]. L'atteinte des paramètres est cependant très difficile à mettre en évidence de même que l'atteinte ganglionnaire pelvienne.

L'atteinte vaginale et paramétriale proximale est la plupart du temps méconnue [51].

Dans les formes avancées, la TDM a une bonne appréciation du volume tumoral pelvien et ses rapports avec les autres viscères pelviens, et semble apporter là un complément utile à l'examen clinique [49].

L'intérêt de la TDM semble surtout résider dans l'exploration abdominale à la recherche des ganglions lomboaortiques.

d) Hystéroggraphie :

Elle est très rarement pratiquée uniquement pour les formes endocervicales où on peut retrouver une lacune irrégulière, marécageuse, où éventuellement pour préciser une extension endocervicale.

e) Echographie :

Elle permet d'explorer :

- Le pelvis : sa densité est relativement faible mais elle permet des mensurations du volume tumoral lorsqu'il est important, et peut permettre ainsi la surveillance sous traitement.
- L'appareil urinaire : à la recherche d'une distension des cavités pyélocalicielles.

f) Imagerie par résonance magnétique (IRM) :

L'appréciation de la tumeur cervicale semble parfaitement possible par cette méthode de même pour les cancers de stade I. Par contre, l'extension aux paramètres est très difficile à mettre en évidence.

1.2 Place de la laparotomie exploratrice comme méthode de stadification :

Grâce à l'examen clinique sous anesthésie, à la lymphographie complétée si besoin par les cytologies transpéritonéales, et à la TDM, on peut obtenir à la stadification fiable de la maladie.

Cependant chez certains auteurs on note une discordance de l'ordre de 3 à 70% entre la stadification clinique et les découvertes opératoires ce qui les ont amené à proposer une laparotomie première de « bilan lésionnel » [38].

1.3 Bilan biologique :

Les marqueurs tumoraux sériques :

- Le dosage de l'antigène carcino-embryonnaire (ACE), sa sensibilité est très faible.
- Le dosage du taux de l'antigène SCC (squamous cell carcinoma), il s'agit d'une fraction de l'antigène TA-4.

2. Examen clinique :

Un examen général doit être effectué pour évaluer les aires ganglionnaires, le volume et la consistance du foie et apprécier l'opérabilité de la malade.

3. Examen gynécologique :

L'examen au spéculum permet de visualiser l'aspect et les dimensions du col utérin : la situation de l'orifice externe du col ; de pratiquer le cathétérisme du canal cervical avec hystérométrie et d'effectuer une biopsie au retrait du spéculum les parois vaginales sont examinées à la recherche d'une extension vaginale.

Les touchers vaginal et rectal et la palpation abdomino-pelvienne permettent d'apprécier l'extension néoplasique aux parois vaginales, aux structures para-cervicales et para-vaginales aux culs de sac et aux paramètres. Le toucher combiné permet d'évaluer l'extension postéro-latérale le long des ligaments utéro-sacrés.

B. Facteurs pronostiques :

La classification **FIGO** reflète imparfaitement le volume tumoral qui serait avec l'atteinte ganglionnaire, les éléments essentiels du pronostic.

Tableau II : Classification des cancers du col utérin : **TNM** et **FIGO**

Tis	Stade O	Carcinome intra-épithélial (in Situ)
T1	Stade I	Cancer limité au col
T1a	Stade Ia	Micro-invasif microscopique
T1b	Stade Ib	Invasif clinique
T2	Stade II	Cancer étendu au-delà du col sans atteindre la paroi pelvienne ni le tiers inférieur du vagin
T2a	Stade IIa	Sans infiltration des paramètres
T2b	Stade IIb	Avec Infiltration des paramètres
T3	Stade III	Cancer étendu à la paroi pelvienne et /ou au tiers inférieur du vagin
T3a	Stade IIIa	Atteinte du tiers inférieur du vagin
T3b	Stade IIIb	Atteinte du paramètre jusqu'à la paroi pelvienne ou s'accompagnant d'hydronéphrose ou d'un rein muet à l'urographie intraveineuse
T4	Stade IV	Cancer étendu au delà du pelvis ou envahissant la vessie et/ou le rectum
T4a	Stade VIa	Cancer étendu aux organes voisins (vessie/rectum)
T4b	Stade VIb	Cancer étendu à des organes éloignés incluant les ganglions lombo-aortiques et/ou inguino-cruraux (métastases)

C. Traitement curatif : [28]

1) Chirurgie :

1.1 Technique :

La chirurgie du cancer, c'est un principe admis depuis HALSTED doit être une chirurgie radicale : ablation, en monobloc, de l'organe sur lequel s'est développée la lésion en même temps que de ses ganglions satellites et des structures anatomiques qui rejoignent le premier aux seconds.

L'opération de Wertheim telle qu'elle a été modifiée par Meigs et ses successeurs correspond parfaitement à ces critères :

1.1.1 Wertheim : colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie (CHL).

Dans un premier temps, exploration à ventre ouvert surtout le foie et les ganglions lombo-aortiques, puis hystérectomie totale, annexectomie bilatérale plus colpectomie d'une large collerette vaginale (1/3 supérieur), plus le paramètre, la graisse péri urétérale et en arrière cellulectomie. Lymphadenectomie iliaque externe bilatérale et curage lombo-aortique en fonction des écoles ou plutôt, si le curage iliaque externe est positif (à l'extemporané).

1.1.2 Méthodes plus limitées :

- + Conisation classique au laser, amputation intra vaginale du col.
- + Hystérectomie totale extra faciale type Wiart, parfois intra faciale avec ou sans conservation des annexes selon leur état et l'âge de la patiente.
- + Urétérostomie (chirurgie de propreté).
- + Pelvectomie antérieure et postérieure.
- + Méthode avec conservation et transposition ovarienne.

1.3. 1 Lymphadénectomie :

Elle vise à extirper tous les ganglions des chaînes iliaque externe, iliaque interne et iliaque primitive.

1.2 Indications

1.2.1 Contre-indication de la chirurgie :

- Le grand âge : habituellement la limite recommandée est la septantaine
- Les conditions médicales.

1.2.2 Indications électives de la chirurgie radicale :

- Le jeune âge : un grand nombre de chirurgiens considère qu'à partir de 50 ans la conservation ovarienne n'a plus d'intérêt, et beaucoup estiment que cette limite peut être abaissée à 40 ans.
- Les infections utérines et periutérines (constituent une contre-indication à l'irradiation).
- La grossesse.
- Les conditions anatomiques rendant l'irradiation difficile.
- Certaines variétés histologiques (mucosécrotantes, tumeurs verruqueuses.
- Petits cancers au stade IB mesurant moins de 3 cm de diamètre).
- Gros cancers au stade IB (stade IC) et cancer IIA).

Les cancers IB mesurant plus de 3 cm de diamètre et les cancers au stade IIA ont, quel que soit le traitement un pronostic moins favorable.

1.1.3. Cancers aux stades IB et IIA :

Pour la plupart des chirurgiens, il faut pratiquer une chirurgie radicale.

Le Wertheim de type III est une opération suffisante pour traiter les cancers aux stade IB et IIA.

2. Traitement par radiothérapie exclusive :

La radiothérapie externe intervient le plus souvent avant la curiethérapie endo cavitaire. En effet il est plus logique de commencer à traiter l'ensemble des manifestations tumorales cliniques et infracliniques. La radiothérapie externe première provoque en quelques semaines une régression tumorale le plus souvent complète des lésions macroscopiques, et permet de pratiquer la curiethérapie sur anatomie redevenue normale ou sur un reliquat tumoral de petit volume.

3. Curiethérapie :

Elle est une part essentielle de toute thérapeutique à visée curative des cancers du col utérin. Dans les formes proximales, elle va délivrer la plus grande partie de

l'irradiation du volume cible centropelvien. Dans les formes avec atteinte distale, la curiethérapie joue également un rôle important en complément de la radiothérapie Externe.

4. Chimiothérapie :

Modalité de la chimiothérapie dans le cancer du col utérin :

4.1 Traitement primaire

Plusieurs protocoles ont été utilisés.

- Avant la radiothérapie suivie parfois de chirurgie.
- Entre la radiothérapie et la chirurgie.
- Après la radiothérapie sans chirurgie.
- En association avec la radiothérapie.

4.2 En traitement adjuvant surtout dans le cas N+

On utilise le cyclophosphamide, l'adriamycine et le cisplatine.

Ou utilisation de cisplatine, vindésine, bléomycine, Mitomycine C + irradiation si envahissement des ganglions pelviens et surtout si envahissement des ganglions lombo-aortiques. Le cisplatine peut être remplacé par le carboplastine ou l'improplatine qui sont moins néphro et neuro-toxiques.

D. Stratégies thérapeutiques :

1. Lésions précancéreuses :

Le risque extrêmement faible d'envahissement ganglionnaire justifie un traitement conservateur.

Si le bilan le permet, une chirurgie conservatrice est proposée. Le type d'intervention est choisi en fonction de l'âge, des lésions associées (fibrome, masse annexielle, ...) et des désirs ultérieurs de grossesse, allant de la Conisation du col à l'hystérectomie simple. Le traitement classique est une amputation intravaginale du col, elle doit passer en tissu sain. En cas de résection insuffisante on peut recourir à une nouvelle chirurgie par voie vaginale en cas de désir de grossesse ultérieure on à une hystérectomie totale. Les méthodes destructrices comme la diathermo-coagulation, la cryothérapie ou le laser CO₂ peuvent être utilisées pour le traitement des NCI, mais elles ne permettent pas de vérifier la qualité de la résection, ni de déceler un éventuel foyer micro-invasif.

2. Carcinomes micro-invasifs :

Le carcinome micro-invasif (stade Ia) a déjà franchi la membrane basale dépassée de 3 à 5 mm ; il représente une entité particulière dont le traitement est différent de celui des NCI. En cas de micro-invasion, dont le volume est inférieur à 500 mm³ et la pénétration en profondeur inférieure à 3 mm, en l'absence d'envahissement des vaisseaux et des lymphatiques du conjonctif, une Conisation ou une amputation du col peut suffire si la résection est faite in sano en large des lésions. Si la malade n'a plus de désir de grossesse, l'hystérectomie avec conservation des annexes est souhaitable. Dans les autres cas, il faut réaliser une hystérectomie totale. Une lymphadénectomie est rarement réalisée, vu le faible risque (1-3%) d'envahissement ganglionnaire.

3. Carcinomes invasifs :

3.1 Traitement aux stade IB, IIA et IIB proximal : curiethérapie utéro-vaginale, 6 à 8 semaines plus tard, Wertheim. En cas d'envahissement ganglionnaire à l'histologie (20% des cas) radiothérapie externe de complément.

+ Tumeur cervicale entre 2 et 4 cm de diamètre.

- Curiethérapie utero vaginale (dure 3 à 6 jours) :

Puis colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie pelvienne et lombo-aortique systématique, 6 à 8 semaines après la fin de la curiethérapie.

- Si envahissement ganglionnaire iliaque externe :

Irradiation pelvienne transcutanée avec protection médiane tenant compte de la curiethérapie préopératoire et adaptée à chaque cas, 45 Gray en une semaine.

- Si atteinte ganglionnaire plus haute, chimiothérapie (6 cures).

+ Femme jeune et tumeur < 2 cm de diamètre :

chirurgie première avec conservation et transposition des ovaires (qui sont repérés par des clips), puis curiethérapie vaginale 1 mois après la chirurgie (60 Gray). Les indications de radiothérapie externe ou de chimiothérapie sont les mêmes que Supra.

+ Tumeur cervicale de gros volume (supérieur 4cm). La curiethérapie première est difficile, radiothérapie externe pelvienne de Gray puis curiethérapie puis idem.

3.2 Traitement au Stade II B distal et III non urinaire :

- Radiothérapie transcutanée puis surdosage sur la lésion primitive et le cul-de-sac (iridium), la chirurgie secondaire est discutée car elle augmente la morbidité.
- Irradiation externe incluant la totalité du pelvis plus moins les chaînes lombéo-aortiques 4 à 6 séances, suivie d'une curiethérapie endocavitaire utéro-vaginale parfois associée à une curiethérapie interstitielle, parfois surimpression par radiothérapie externe sur paramètre ou sur un ganglion.

3.3 Stade III urinaire et IV :

- Physiothérapie et chimiothérapie certaines équipes restent favorables aux exentérations pelviennes en plus souvent des interventions palliatives.
- Radiothérapie, radiologie urinaire interventionnelle, néphrostomie percutanée.
- Forme centro-pelvienne :
 - Exentération antérieure si vessie envahie puis dérivation urinaire.
 - Exentération postérieure si rectum est envahi puis colostomie définitive.
 - Forme révélée par une fistule recto-vaginale ou vésico-vaginale : la laparotomie pour plus ou moins exérèse ou dérivation urinaire ou digestive de confort.
- Puis radio-chimiothérapie.

3.4 Traitement des récives :

C'est la radiothérapie ou la chirurgie.

3.5 Traitement des métastases :

C'est la radiothérapie ou la chimiothérapie.

E. Résultats thérapeutiques [3]

Tableau III: Facteurs pronostics du cancer du col et survie à 5 ans

Facteurs pronostics	Survie à 5 ans
Stade (FIGO)	
I	80-90%
II	60-80
III	30-60%
IV	10-20%
Envahissement ganglionnaire	
No (Stade limité)	85-90%
N1 (pelvis)	50-60%
N1 lombo-aortique (isolé)	10-30%

La principale cause d'échec du traitement dans les formes avancées (Stade II distal et au delà) est l'importance de l'extension pelvienne exclusive, elle permet d'obtenir dans ces cas les meilleurs résultats. L'intérêt de la curiethérapie qui délivre un complément d'irradiation au niveau centropelvien dans les cancers localement avancés (Stade II B distal et III) a été démontré : le taux de récurrences pelviennes est inférieur à celui des patientes traitées par radiothérapie externe exclusive.

F. Complications des traitements [7]

La morbidité post-opératoire comprend principalement les fistules recto-vaginales (1 à 2%) et vesico-vaginales (0,5 à 4%), les fistules uréthro-vaginales (1 à 3%) et les troubles mictionnels. Les complications digestives sont rares après un traitement chirurgical mais augmentent si une radiothérapie post-opératoire est administrée (fistules, sténose, grêle radique). Des complications vasculaires (œdème des membres inférieurs) sont exceptionnelles et se développent essentiellement après une thrombose ou une irradiation complémentaire des lymphocèles, recherchées systématiquement, peuvent être relativement fréquentes.

Les complications de la radiothérapie peuvent être dues à la radiothérapie externe ou à la curiethérapie. Ces complications sont liées à la dose administrée, au volume irradié et au mode d'administration.

Les complications précoces de la radiothérapie externe sont généralement peu importantes : asthénie, nausées, parfois vomissements, diarrhée et signes de rectite, cystites radiques, réactions cutanées, troubles hématologiques.

Les complications tardives de la radiothérapie représentent le facteur limitant de ce traitement elles peuvent atteindre différents organes :

- Peau et tissu sous-cutané.
- Fibrose pelvienne.
- Sténoses urétérales radiques.
- Vagin : atrésie ou symphyse vaginale.
- Vessie : cystite radique, hématurie, vessie radique.
- Rectum : rectite, sténose rectale, fistule rectovaginale.
- Sigmoides : sigmoïde radique.
- Estomac : ulcérations radiques.
- Les complications osseuses sont maintenant exceptionnelles.

Le taux de mortalité post-opératoire après hystérectomie élargie est de 0 à 3%, les causes de mortalité sont les complications thromboemboliques, suivie par l'infection et les hémorragies.

B. Cancer du sein :

I. Histoire du cancer du sein [28]

Le cancer du sein atteint plus volontiers le sein gauche et le quadrant supéro externe de la glande (38,5%).

Il naît à partir d'une cellule d'un lobule ou d'un canal galactophore. Le temps de dédoublement est estimé à 3 mois en moyenne, avec des extrêmes allant d'une semaine à un an.

On considère qu'il faudra en moyenne 10 ans avec des extrêmes de 1,5 à 20 ans avant que la tumeur ne devienne cliniquement palpable soit 1 cm environ. On est alors au 30^{ème} doublement. La tumeur fait 1 milliard de cellules et 3 millions de cellules cancéreuses sont déversées dans le sang ou la lymphe toutes les 24 heures. Ce fait explique que les métastases sont en place au moment du diagnostic clinique mais trop petites pour être détectables.

Sur 100 femmes qui récidivent, 92 ont des métastases à distance et seulement 8 ont des récidives locorégionales. Chez les femmes qui meurent dans les 5 ans après le traitement initial (50% des N+ et 25% des N-) toutes meurent de métastases qui existaient à l'état microscopique lors du traitement initial.

Deux conditions sont nécessaires à l'amélioration du pronostic :

- Le dépistage précoce
- L'utilisation de la chimiothérapie adjuvante

L'hormonodépendance des tumeurs mammaires a été mise en évidence dès 1836 par COOPER qui a constaté que dans les cas des cancers évolués, les poussées inflammatoires douloureuses étaient rythmées par les règles.

BEATSON en 1886 montra que l'ovariectomie était capable de faire régresser un cancer du sein.

Les indications de l'hormonothérapie additive ou suppressive sont restées purement empiriques jusqu'en 1971 où JENSEN a montré le rôle des récepteurs hormonaux dans les cellules cibles.

La glande mammaire normale est un tissu cible pour l'action d'hormones variées en particulier les oestrogènes et les progestérones. Ces cellules contiennent des protéines particulières appelées récepteurs hormonaux.

II. Etiopathogénie : [28]

On ne connaît pas d'étiologie au cancer du sein. Cependant un certain nombre de facteurs ayant une liaison statistique significative avec la maladie a été identifié. Ce sont les facteurs de risque.

Leur identification a un double intérêt :

- Servir de base à l'élaboration d'hypothèses explicatives par des études expérimentales ;
- Repérer un sujet qui peut faire l'objet d'une surveillance accrue.

III. Facteurs favorisants :

A. Facteurs favorisants principaux :

1. Antécédents familiaux :

Si la mère ou la sœur d'une patiente a un cancer du sein, le risque est multiplié par deux ou trois. Il n'est actuellement pas possible de savoir si cette augmentation est d'origine génétique ou environnementale. De nombreux arguments sont en faveur de cette dernière hypothèse par l'augmentation de l'incidence du cancer du sein chez les femmes japonaises vivant aux USA.

2. Antécédents personnels de la maladie du sein :

Le risque le plus élevé semble correspondre aux maladies fibrokystiques associées à une hyperplasie proliférant avec atypie cellulaire élevée, surtout si la femme est jeune et non à un adenofibrome ou à une dysplasie kystique simple.

3. Age :

Le cancer du sein est une maladie de l'âge mur, le maximum de fréquence se situe entre 40 et 50 ans [39]. Le cancer du sein se manifeste fréquemment vers 45 - 50 ans et même 55 ans.

4. Facteurs socio-économiques :

Cette affection est fréquente chez les femmes cultivées généralement avec un niveau socio-économique élevé [50].

5. Facteurs métaboliques :

Certaines études ont montré qu'il y a une corrélation entre le cancer du sein et les habitudes alimentaires. DEWAAR a montré une élévation du risque de cancer lié au degré d'obésité [7]. On constate que ces tumeurs sont plus fréquentes chez les femmes obèses car le poids excédentaire engendre le déséquilibre des échanges hormonaux.

6. Facteurs liés à la vie génitale :

Les femmes n'ayant pas ou peu allaité sont plus sujettes à ce cancer que les multipares ayant longtemps allaité. La multiparité ou primipare âgée (1^{er} enfant après 30 ans) est un facteur de risque [52].

7. Facteurs liés à l'hérédité :

Certains auteurs comme WAALER en Norvège (1932), JACOLEN au Danemark (1928) et tout récemment aux USA [50] ont conclu : qu'une mère transmet le cancer du sein avec une plus grande fréquence qu'une femme non cancéreuse ces mêmes auteurs constatent également que le cancer familial héréditaire survient plus précocement et de façon bilatéral.

8. Cancer du sein et étiologie virale :

Le rôle du virus n'a jamais été clairement défini pour aucun cancer humain, mais il existe une forte présomption. Chez la femme, l'étude des cancers du sein a montré une analyse avec des ARN du murine mammary tumor virus (MMTV). De plus on a montré une protéine d'origine virale qui apparaît dans les tumeurs mammaires de souris apparaît également dans la majorité des cancers du sein de la femme [22].

9. Influence des lésions mammaires préexistantes :

Les malades atteintes d'une maladie bénigne du sein ont un risque plus élevé de développer ultérieurement un cancer du sein que la population générale.

La notion de cancer du sein se rencontrant chez plusieurs femmes d'une même famille est tout à fait réelle. Le risque est d'autant plus important lorsqu'un cancer est apparu chez une femme jeune ou qu'il atteint les deux seins chez une même personne. Des facteurs héréditaires, portés par les chromosomes ont été identifiés ces dernières années :

- Altération du gène BRCA2 (localisé sur le chromosome 13q 12).
- Mutation sur le gène P53.

- Gène BRCA1.
- Récemment on a impliqué le gène BRCA3.

B. Facteurs favorisants secondaires :

1. Facteurs liés à la reproduction :

Ils sont les plus anciennement connus. Les nullipares et les primipares âgées ont un risque de cancer du sein 4 fois supérieur aux multipares.

Le rôle des facteurs hormonaux est important dans le cancer du sein. Il est suggéré par l'influence de l'âge de la première grossesse, de la puberté précoce, de la ménopause tardive.

Les femmes stériles par anovulation ont un taux de cancer de sein 5 fois plus élevé que les femmes ayant une stérilité tubaire ; par contre les femmes castrées ont un taux plus faible.

Les effets de la contraception oestroprogestative sont débattus. Près de 20 enquêtes ont été conduites dans le monde. La grande majorité d'entre elles ne met pas en évidence une liaison entre la prise d'oestroprogestatif sa durée et l'apparition de cancer du sein.

2. Traitements substitutifs de ménopause :

Le risque augmente avec la durée du traitement. La progestérone ajoutée aux oestrogènes ne protège pas contre le cancer.

IV. Clinique :

1. Circonstances de découverte :

Il s'agit le plus souvent d'une tumeur dure, mal limitée, indolore généralement située au niveau du quadrant supéro externe avec parfois à l'examen de l'aisselle un nodule dur, mobile. Plus rarement c'est un écoulement sanglant ou séreux, une métastase douloureuse.

Une découverte lors d'une consultation de dépistage ou une découverte fortuite.

2. Examen clinique :

a) Dépistage du cancer du sein :

Le dépistage se définit comme l'application d'un test à des sujets qui ne se perçoivent pas comme atteints de la maladie recherchée. Son but est de détecter le cancer du sein à un stade le plus précoce possible, souvent (mais pas toujours infra clinique). Ce test de dépistage doit être suivi d'examens de diagnostic pour confirmer ou infirmer la détection faite par le test.

Le cancer du sein peut être dépisté pendant une phase de latence clinique grâce à la mammographie. Il est possible de bien sélectionner les sujets à qui proposer le dépistage, en tenant compte de la fréquence du cancer et de l'efficacité du dépistage en fonction de l'âge.

La mammographie est le seul examen dont on a montré qu'il pouvait réduire la mortalité par cancer du sein. L'auto examen est insuffisant de même que l'examen clinique. L'intervalle entre deux mammographies est de deux ans. L'âge de début du dépistage est de plus de 50 ans.

b) Examen clinique du sein :

Il doit être systématiquement conduit sur une malade nue jusqu'à la ceinture, en faisant une exploration minutieuse, bilatérale et comparative.

- L'inspection

Pratiquée en bonne lumière, sur une patiente assise puis couchée, en faisant mobiliser les bras, l'inspection notera :

- Une symétrie ou une asymétrie des glandes,
- Une tumeur parfois visible à jour frisant,
- Les modifications éventuelles de la peau en regard :

Aspect en « peau d'orange » témoignant déjà de l'adhérence à la peau. Au maximum, aspect franchement inflammatoire de la peau en regard d'une tumeur voire ulcération cutanée cratériforme.

- Les modifications du mamelon au niveau duquel on peut retrouver un écoulement, un aspect dyskératosique, une rétraction ou une déviation.
- La palpation.

Elle sera faite sur patiente couchée, avec la main à plat en refoulant doucement la glande vers le gril costal et en examinant soigneusement le prolongement axillaire du sein.

Les deux seins sont ainsi palpés, quadrant par quadrant, et l'on précise :

- Les caractères de la tumeur :

- + Son siège
- + Son volume
- + Ses limites précises ou floues
- + Sa consistance et sa sensibilité
- + Son caractère unique ou multiple, unilatéral ou bilatéral. Les adhérences de cette tumeur aux plans voisins

- + Adhérences aux plans profonds : au grand pectoral (par la manœuvre de l'adduction contrariée) ; et au gril costal.

- + Adhérence à la peau qui, se mobilisant mal sur la tumeur, donne le signe du capiton,

- + Adhérence au mamelon qui est attiré lors de la mobilisation de la tumeur.

- L'état des aires ganglionnaires sera apprécié des 2 côtés :

- + Creux axillaires : ils doivent être palpés en position relâchée, les mains de la patiente reposant sur les épaules de l'examineur.

- + Creux axillaires sus et sous claviculaires : ils doivent être examinés cou tendu et relâché, tête penchée du côté palpé, la femme étant en position assise, l'examineur se place en général derrière la patiente.

On note précisément l'aspect clinique de ces adénopathies : volume, consistance sensibilité, nombre, mobilité.

- Écoulement mamelonnaire :

La recherche d'un écoulement galactophorique se fait par pression du sein, puis du mamelon.

b) Auto examen des seins :

Pour déceler à temps une anomalie, il est important de répéter l'examen chaque mois avant la ménopause, une semaine après le début des règles. Après la ménopause : un jour fixe de chaque mois.

c) Comment pratiquer l'auto-examen des seins :

L'auto-examen des seins peut se faire en position couchée ou debout.

+ Devant le miroir :

Dans chacune de ces deux positions, observez s'il y a des changements sur chaque sein : taille, forme, contour, changement de texture, rougeur rétraction de mamelon ou de la peau palpez votre sein sur toutes les heures (en visualisant votre sein comme une horloge).

+ Dans la douche :

Levez le bras situé du côté du sein examiné. A l'aide de l'autre main palpez toutes les parties du sein pour vérifier s'il y a apparition de bosse (s) ou changement de texture.

+ Debout :

Tendez le bras situé du même coté que le sein examinez à 180° avec l'autre main faites un mouvement circulaire sous l'aisselle et sur le côté de votre sein au niveau de la cage thoracique.

+ Couchée sur le dos :

Placez sous l'omoplate une serviette pliée et mettez la derrière la tête. A l'aide de l'autre main, faites l'examen de votre sein.

3. Anatomie pathologique : [12]

Classification histologique des carcinomes.

a. Carcinome in situ :

- Carcinomes canaux in situ et hyperplasies canaux atypiques : le carcinome canalaire in situ correspond à une prolifération des cellules épithéliales développées à l'intérieur des canaux galactophores sans effractions de la membrane basale et donc a priori sans risque d'atteinte ganglionnaire.

Les hyperplasies canaux atypiques ressemblent aux carcinomes canaux in situ sans en présenter tous les critères architecturaux et cytologiques.

- Carcinomes lobulaires in situ et hyperplasies lobulaires atypiques : les carcinomes lobulaires in situ et les hyperplasies lobulaires atypiques encore appelées néoplasies lobulaires n'ont pas de traduction clinique. Ils sont découverts à l'occasion d'une pathologie ayant induit une intervention chirurgicale (gros kyste, adénofibrome, papillome). La néoplasie lobulaire survient dans 90% des cas avant la ménopause.

- La maladie de Paget : il s'agit d'un adénocarcinome intraépithélial de la région aréolomammellaire, généralement associé à un adénocarcinome mammaire sous - jacent synchrone ou ultérieur. Elle représente 0,7% à 4% des cancers mammaires et survient généralement dans la quatrième ou cinquième décennie.

b. Carcinomes infiltrants :

Ils comprennent des formes communes et des formes particulières.

c. Tumeurs malignes du sein autres que les carcinomes primitifs :

- Sarcomes primitifs :
+Sarcomes phyllodes et sarcomes stromaux.
+Angiosarcomes mammaires.
- Lymphomes malins non Hodgkiniens primitifs du sein.

4. Examens para cliniques :

a- Mammographie :

Deux types d'images mammographies sont pathognomoniques du cancer s'ils sont associés et très évocateurs lorsqu'ils sont isolés. Ce sont :

- L'opacité stellaire maligne typique : elle comporte une condensation tissulaire centrale plus ou moins dense et hétérogène, de dimensions inférieures à celles de la masse palpée (Loi de LEBORGNE). Le contour est irrégulier, frangé, spiculé, avec des plongements opaques, linéaires, tentaculaires, rayonnant à distance.

- Les micro calcifications malignes typiques : il s'agit de micro calcifications irrégulières, vermiculaires ou granuleuses en grain de sel. Elles sont nombreuses polymorphes, de densité différente dans une même calcification. Les signes d'extension sont les rétractions cutanées ou mammellonnaires, l'adhérence au muscle pectoral, les adénopathies axillaires et les localisations multiples dans le même sein ou controlatéral.

Les manifestations inflammatoires sont l'épaississement cutané, l'hyper vascularisation, la modification de la clarté dermique avec un aspect en « treillis » lié à la distension des lymphatiques et des capillaires.

b- Echographie

Elle peut préciser les caractères de la tumeur et détecter les lésions associées. L'image échographique maligne typique est une masse hypoéchogène, solide, non compressible d'aspect lacunaire à contenu irrégulier avec cône d'ombre postérieur ou ayant des dimensions transversales. Le cancer mammaire est l'affection dont l'aspect échographique est plus varié : toute image échographique peut correspondre à un cancer. Les signes de malignité sont d'autant plus discrets que le néoplasme est de dimensions plus réduites. L'examen ultrasonore des seins doit être réalisé chaque fois que les radiographies mammaires sont denses et difficiles ou impossibles à interpréter par suite de prédominance du tissu adipeux. Le sein d'une femme avant 30 ans présente habituellement une hyperplasie fibroglandulaire normale qui le rend relativement opaque aux rayons-X ; de même un sein dur polynodulaire ou granuleux est le plus souvent porteur d'un excès de fibrose.

L'image échographique maligne typique est celle d'une masse hypoéchogène, solide, non compressible, d'aspect lacunaire de dimensions antéropostérieures supérieures à ses dimensions transversales.

c- Galactographie :

Elle est indiquée chaque fois qu'il existe un écoulement uni ou pauci-orificiel séreux ou sanglant.

d- Kystographie :

Elle est indiquée quand il existe des gros kystes.

e- Xérographie :

Elle a un intérêt en fonction des patientes (jeune fille, sein irradié, tout petit sein). Elle permet l'exploration des seins denses et aide à préciser une éventuelle extension à la peau.

5. Diagnostic positif :

Il précise le type histologique. Il se fera à partir d'une ponction biopsie au trocart (Drill – biopsie) soit à partir d'une biopsie d'exérèse.

C'est l'examen histologique cytoponction qui fait le diagnostic. La cytoponction doit être de rigueur devant tout nodule.

6. les autres examens :

Dosage du taux de CA 15.3 et de l'ACE.

Le CA.15.3 est un antigène exprimé dans les membranes de vésicules graisseuses produites par la cellule mammaire. Le dosage du taux sérique de cet antigène a peu de valeur diagnostique mais il permet de suivre l'évolution du cancer du sein lorsqu'il est effectué de façon répétée. Il en est de même pour le taux d'antigène carcinoembryonnaire (ACE) qui présente par ailleurs un intérêt dans la détection précoce du cancer du sein à risque métastatique élevé, lorsque le dosage est effectué de façon séquentielle [6].

V. Evolution : [7]

- **L'extension locale** : elle se fait en surface, le long du galactophore avec extension multicentrique, puis la graisse et le tissu conjonctif sont envahis, la peau.
- **L'extension lymphatique régionale** : elle se fait par :
 - **Embolie des cellules néoplasiques.**
 - **Perméation.**

Elle est d'autant plus fréquente que la tumeur est plus grosse. Un tiers des patientes dont la tumeur est inférieure à 3cm sont N+, la moitié des patientes dont la tumeur est supérieure à 3cm sont N+.

L'extension se fait d'abord aux ganglions axillaires centraux, puis axillaires hauts, puis sous-claviculaires la chaîne interne est surtout envahie en cas de lésion des quadrants internes.

Les métastases : se font par voie veineuse et lymphatique vers les os (43%) le poumon et la plèvre (29%) le foie (17%) le cerveau (5%). Les métastases sont multiples dans 27% des cas, la dissémination métastatique dépend de la taille de la tumeur, du nombre de ganglions envahis mais aussi du grade histologique et du temps de dédoublement.

Le temps de dédoublement des métastases est en général supérieur à celui de la tumeur primitive.

En cas de retard de consultation, le diagnostic est le plus souvent évident. Le cancer atteint la phase avancée et l'on peut remarquer une asymétrie nette, une cupule qui

se dessine en regard de la tumeur, une rétraction du mamelon, parfois même une vaste ulcération ou une formation bourgeonnante.

VI. Classifications : [6]

1. Classification O.M.S :

On distingue :

- Cancers non invasifs : carcinomes intra canaux non infiltrants ou in situ, carcinomes lobulaires ou « ductulaires » ou in situ,
- Cancers invasifs : carcinomes médullaires, papillaires

infiltrants, tubuleux, les comédo carcinomes infiltrants, les cylindromes, les carcinomes colloïdes, des carcinomes épidermoïdes, la maladie de PAGET du mamelon, les carcinomes développés sur fibroadénomes, les formes inflammatoires.

2. Classification T.N.M :[28]

→ **Volume de la tumeur**

- T₀ : pas de tumeur palpée
- T_{is} : carcinome in Situ
- T₁ ≤ 2cm
 - + T_{1a} ≤ 0,5cm
 - + 0,5 < T_{1b} ≤ 1cm
 - + 1 < T_{1c} ≤ 2cm
- 2 < T₂ < 5cm
- T₃ > 5cm
- Pour T₁, T₂, T₃ :
 - + A : sans fixation ni à l'aponévrose ni au muscle pectoral
 - + B : avec fixation à l'aponévrose et/ou au muscle pectoral
- T₄ : quelle que soit la taille de la tumeur avec extension directe à la peau et ou la paroi thoracique.
 - + T_{4a} : extension à la paroi thoracique
 - + T_{4b} : œdème, infiltration ou ulcération cutanée
 - + T_{4c} : extension à la peau et à la paroi
 - + T_{4d} : carcinome inflammatoire

→ **Ganglions**

- No : pas d'adénopathie
- N1 : adénopathie axillaire homo-latérale mobile
- N1b : considérée cliniquement non envahie
- N1b : considérée cliniquement envahie
- N2 : adénopathie axillaire homo-latérale fixée
- N3 : adénopathie sus-claviculaire homo-latérale et œdème du bras.

→ **Métastases**

- Mo : pas de métastase décelable
- M1 : métastases à distance

→ **Regroupement du symbole TNM en stades cliniques et pronostic à 10 ans**

-Stade O : tumeur infra clinique ; 90% pour T1

-Stade I : T1 NO-T2NO (ou N1a); 70-90%

-Stade II: T1 N1b-T2 N1b ; 45%

-Stade III : autre combinaison ; 25%

-Stade IV : M1 quelque soit T et No ; 10%

3. Classification P.E.V :

Elle est basée sur l'augmentation de la taille et sur la présence ou non de signes inflammatoires.

- PEV 0 : aucun signe évolutif
- PEV 1 : existence d'une tumeur à temps de croissance rapide
- PEV 2 : signes inflammatoires localisés
- PEV3 : signes inflammatoires étendus à l'ensemble du sein (mastite carcinomateuse).

VII. Traitement :

A. But : le traitement des cancers du sein vise à obtenir la plus forte probabilité de guérison ou la plus longue survie sans rechute, avec un préjudice fonctionnel esthétique, de qualité de vie, et à un coût financier des plus réduits possibles [7].

a) Traitement locorégional

Il vise à éradiquer la tumeur mammaire et son extension locorégionale. Il est chirurgical ou physique (radiothérapie).

b) Traitement général

Il fait appel aux drogues anticancéreuses pour :

- Détruire les micros métastases
- Diminuer le risque de récurrence locorégionale,
- Permettre le traitement locorégional de certaines formes localement étendues ou évolutives en luttant contre le risque de métastase viscérale.

B. Moyens et stratégies thérapeutiques : [6]**1. Traitement primaire :****a. Chirurgie :**

- + La tumorectomie : c'est l'ablation chirurgicale complète d'une lésion cliniquement limitée.
- + La mastectomie partielle : elle a pour but d'enlever un foyer tumoral et ses prolongements, passant de toutes parts en tissu sain.
- + La mastectomie totale : c'est l'exérèse de la totalité de la glande mammaire avec la plaque aréolo – mamelonnaire et la plus grande partie du sac cutané.
- + La mastectomie élargie : exérèse chirurgicale large enlevant tout le sac cutané et passant à distance de la lésion.
- + La mastectomie partielle avec curage sous pectoral : au niveau du sein, c'est une exérèse large du tissu tumoral passant en zone saine et au niveau du creux axillaire, l'ablation des groupes mammaires externes, central et scapulaire.

b. Radiothérapie : [28]

Elle peut être exclusive, pré ou post opératoire. Elle peut être employée dans le traitement hormonal des cancers du sein (castration radiothérapie) ou dans le traitement des métastases, réalisant alors un traitement palliatif pour certaines localisations où la douleur constitue la symptomatologie dominante on utilise le télé cobalt, le bêtatron ou l'endoradiothérapie par fils d'iridium 192.

- La radiothérapie peut être de nécessité après une chirurgie incomplète (tumorectomie) ; du fait de la localisation tumorale (quadrant interne), du taux élevé de ganglions positifs après curage axillaire.
- La radiothérapie peut être systématique après chirurgie radicale ce qui diminue peut être le taux de récurrences locales mais n'améliore pas la survie et risque de laisser des séquelles inutiles.

c. Chimiothérapie :

Son objectif est la destruction des micros métastases au moment où elles sont le plus accessibles.

Les polychimiothérapies ont fait la preuve de leur efficacité dans les cancers du sein métastasés, comme traitement palliatif.

Les protocoles les plus utilisés sont :

- Cyclophosphamide, méthotrexate, 5 fluoro – uracile (CMF).
- 5 fluoro uracile, adriamycine, Cyclophosphamide (F.A.C).
- Melphalan, 5 fluoro uracile.
- La toxicité des polychimiothérapies en est le problème majeur pour les malades comme pour le médecin qui doit, soit diminuer les doses, soit arrêter le traitement.

Complications du traitement :

C'est essentiellement la toxicité aiguë et tardive des différents agents chimiothérapeutiques.

Ils entraînent des nausées, vomissements, fièvre, réactions allergiques, syndrome de Raymond, lésions tissulaires, aiguë puis plus tardivement : hypothyroïdie, dépression médullaire, pneumonie, cystite hémorragique, infiltrats pulmonaires, ulcération, encéphalopathie, hémorragie, hypercalcémie, atteinte cardiaque toxicité rénale, neurotoxicité périphérique réversible.

d. L'hormonothérapie :

Elle repose sur l'hormono-sensibilité des tumeurs du sein d'autant plus nette que la femme est ménopausée et que la tumeur comporte des récepteurs aux oestrogènes et à la progestérone.

On distingue plusieurs types :

- Suppressives ; par castration en période d'activité génitale, par irradiation ou ovariectomie chirurgicale. Elle n'est proposée que pour les femmes en poussée évolutive non opérable d'emblée ou les formes métastatiques.

Primitive par l'amionoglutéthimide (orimétène)

- Compétitive, par androgène (Permastil) peu utilisée du fait de ses effets de

virilisation secondaire ; par les progestatifs comme le tamoxifène. L'hormonothérapie peut être prescrit à titre curatif en cas de métastases osseuses, cutanées, pleurales mais aussi à titre adjuvant.

Le tamoxifène est plus efficace après 50 ans, une dose quotidienne de 20mg paraît suffisante. Il baisse le taux de récurrence à 5 ans, le taux de mortalité à 5 à 10 ans, le tamoxifène réduit le risque d'un second cancer controlatéral. Son effet est plus important si la tumeur contient des récepteurs oestrogéniques. La durée optimale du traitement par le tamoxifène est aujourd'hui de 2 ans. Les analogues de la LH – RH ont été proposés comme alternative à la castration chez la jeune femme.

L'hormonothérapie peut être utilisée comme traitement adjuvant. Le traitement adjuvant permet de prévenir les recidives.

e. L'immunothérapie :

Elle est non spécifique (BCG, lévamisole, etc..) actuellement, seule ou associée à la chimiothérapie et/ou à l'hormonothérapie.



**IV- NOTRE ETUDE
METHODOLOGIE**

I. Cadre de l'étude :

L'étude a été menée dans le District de Bamako au Mali.

Bamako, capitale politique et administrative du Mali, peuplée de 1 million 200.000 habitants est divisée en six communes (communes I, II, III, IV, V et VI). Chacune de ces communes est dotée de formations sanitaires dont un centre de santé de 2^e référence et des centres de santé communautaires.

A la tête de la pyramide sanitaire existent 2 hôpitaux nationaux de première référence (hôpital National du « Point G » et l'hôpital Gabriel Touré). Aucun de ces deux hôpitaux nationaux n'est doté du plateau technique complet de dépistage et de traitement des cancers du sein et du col de l'utérus.

Nous avons choisi l'hôpital du « Point G » car il comporte en plus du plateau technique de mammographie, de chimiothérapie et de chirurgie, un service de gynécologie-obstétrique contrairement à l'H.G.T.

II. Méthodologie :

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive de type transversal.

2. Période d'étude :

Notre étude a été réalisée de janvier à juin 2004.

3. Population d'étude :

Prestataires de santé (Médecins Gynécologue, généraliste, sage-femme, infirmier d'Etat) au niveau des différentes structures sanitaires du district de Bamako.

4. Echantillonnage : Un échantillonnage stratifié a été réalisé et 3 niveaux ont été retenus :

- **Niveau I** : centres de référence disposant de tout (ou presque) le plateau technique et menant en outre des activités de soins de formation et de recherche.
- **Niveau II** : formations sanitaires disposant d'au moins un gynécologue-obstétricien et ou d'un bloc opératoire.
- **Niveau III** : formations sanitaires disposant d'au moins un médecin généraliste mais sans gynécologue-obstétricien et sans bloc opératoire.

- Pour avoir le nombre de prestataire de santé à inclure dans cette enquête, nous avons procédé de la manière suivante :

- Un premier choix au hasard a été fait dans les différentes structures sanitaires retenues dans notre étude,

- les prestataires ont été classés par profil,

- On a abouti à un nombre total de 344 prestataires de santé repartis de la façon suivante :

- **9** Médecins Gynécologues.

- **100** Médecins Généralistes.

- **183** Sages-femmes.

- **52** Infirmiers Diplômés d'Etat.

- **Critères d'inclusion :**

Pour être inclus, il faut être praticien soignant (médecin, sage femme, infirmier diplômé d'état) exerçant dans les centres de santé retenus et intervenir dans les activités de consultations prénatales, générales, postnatales, gynécologie ou de planning familial.

- **Critères d'exclusion :**

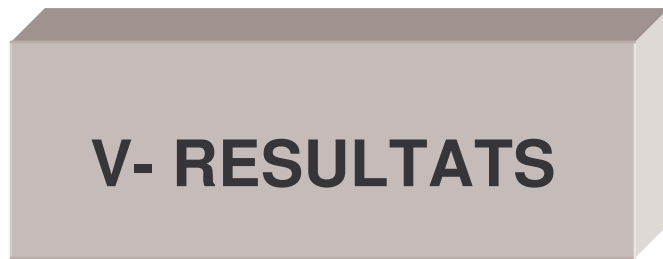
Sont exclus les praticiens soignants et autres personnels des services médico techniques (laboratoires, radiologie et services spécialisés) ou des services administratifs n'intervenant pas en consultation.

5. Plan de collecte :

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire structuré préalablement testé porté en annexes.

6. Plan d'analyse :

Les données ont été saisies et informatisées grâce au logiciel Epi Info 2000 version 6.04 avec application du test de chi 2 et précision de seuils de signification à 5%.



V- RESULTATS

I. Données sociodémographiques

Tableau I : Répartition des prestataires en fonction des tranches d'âge.

Tranche d'âge	Effectif absolu	Pourcentage
26 à 34 ans	78	22,6%
35 à 41 ans	122	38,6%
42 ans et plus	144	38,8%
Total	344	100%

- Le plus jeune enquêté a 26 ans et le plus âgé a plus de 42 ans.

Tableau II : Répartition des prestataires en fonction du sexe

Sexe	Effectif absolu	Pourcentage
Masculin	111	32,3%
Féminin	233	67,7%
Total	344	100%

Tableau III : Répartition des prestataires en fonction de l'ancienneté dans la profession.

Nombre d'année d'expérience	Effectif absolu	Pourcentage
1 à 10 ans	143	41,4%
11 à 20 ans	134	38,8%
21 à 30 ans	46	13,5%
31 ans et plus	21	6,3%
Total	344	100%

- Ancienneté dans la profession : 201 (58,6%) des enquêtés exercent depuis plus de 10 ans.

Tableau IV : Répartition des prestataires en fonction du lieu d'exercice

Lieu d'exercice	Effectif absolu	Pourcentage
HPG	198	57,6%
CSREF	133	38,7%
CSCOM	13	3,7%
Total	344	100%

II. CANCER DU COL DE L'UTERUS

A. Connaissances :

Tableau V : Répartition des prestataires en fonction de la qualité des connaissances des moyens de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Type de prestataire	Bonne connaissance des moyens de dépistage	Mauvaise connaissance des moyens de dépistage
Gynécologue	9 (100%)	0
Généraliste	98 (98%)	02 (2%)
Sage-femme	165 (92,16%)	18 (7,84%)
Infirmier d'Etat	40 (76,92%)	12 (23,08%)

Bonne connaissance des moyens de dépistage du cancer du col : prestataire ayant correctement cité au moins 2 moyens de dépistage du cancer du col.

Mauvaise connaissance des moyens de dépistage du cancer du col : prestataire n'ayant cité aucun ou un seul moyen de dépistage du cancer du col.

Tableau VI : Répartition des prestataires en fonction de la qualité de connaissance des facteurs de risque du cancer du col.

Type de prestataire	Bonne connaissance des facteurs de risque	Mauvaise connaissance des facteurs de risque
Gynécologue	9 (100%)	0
Généraliste	90 (90%)	10 (10%)
Sage-femme	162 (88,52%)	21 (11,48%)
Infirmier d'Etat	41 (78,84%)	11 (21,16%)

Bonne connaissance des facteurs de risque du cancer du col : prestataire ayant cité correctement au moins 2 facteurs de risque du cancer du col.

Mauvaise connaissance des facteurs de risque du cancer du col : prestataire n'ayant cité aucun ou 1 seul facteur de risque du cancer du col.

Tableau VII : Répartition des prestataires en fonction du degré de connaissance des signes cliniques du cancer du col.

Type de prestataire	Bonne connaissance des signes cliniques	Mauvaise connaissance des signes cliniques
Gynécologue	9 (100%)	0
Généraliste	98 (98%)	2 (2%)
Sage-femme	160 (87,43%)	23 (12,57%)
Infirmier d'Etat	36 (69,23%)	16 (30,77%)

Bonne connaissance des signes cliniques du cancer du col : prestataire ayant cité correctement au moins 2 signes cliniques du cancer du col.

Mauvaise connaissance des signes cliniques du cancer du col : prestataire n'ayant cité aucun ou un seul signe clinique du cancer du col.

Tableau VIII : Répartition des prestataires en fonction de la qualité de connaissance des méthodes de traitement du cancer du col.

Type de prestataire	Bonne connaissance des méthodes de traitement	Mauvaise connaissance des méthodes de traitement
Gynécologue	9 (100%)	0
Généraliste	77 (77%)	23 (23%)
Sage-femme	144 (78,68%)	39 (21,32%)
Infirmier d'Etat	38 (73,07%)	14 (26,93%)

Bonne connaissance des méthodes de traitement du cancer du col : prestataire ayant cité correctement la chirurgie et la chimiothérapie comme moyens de traitement du cancer du col disponibles à Bamako.

Mauvaise connaissance des méthodes de traitement du cancer du col : prestataire ayant cité autre réponse.

Tableau IX : Répartition des prestataires en fonction de la connaissance du caractère curable du cancer du col.

Type de prestataire	Cancer du col : affection curable si le diagnostic est précoce et le traitement adéquat	Cancer du col : affection incurable
Gynécologue	9 (100%)	0
Généraliste	100 (100%)	0
Sage-femme	175 (95,62%)	8 (4,38%)
Infirmier d'Etat	42 (80,76%)	10 (19,24%)

Tableau X : Répartition des prestataires en fonction de la connaissance des circonstances de la pratique du frottis de dépistage du cancer du col.

Circonstance de la pratique du frottis de dépistage	Gynécologue	Généraliste	Sage -femme	Infirmier d'Etat
En cas de signe d'appel local	4 (44,44%)	100 (100%)	66 (36,06%)	52 (100%)
Chez les patientes ayant un facteur de risque	0	0	46 (25,14%)	0
En cas de signe d'appel local + chez les patientes ayant un facteur de risque	0	0	27 (14,75%)	0
En cas de signe d'appel local + chez toutes les patients en activité génitale	5 (55,56%)	0	3 (1,64%)	0
Chez les patients ayant un facteur de risque et chez toutes les patientes en activité génitale	0	0	6 (3,28%)	0
Chez toutes les patientes en activité génitale	0	0	27 (14,75%)	0
Total	9	100	183	52

B. Attitude

Tableau XI : Répartition des prestataires en fonction de la perception de la gravité du cancer du col au Mali.

Type de prestataire	Cancer du col : affection grave	Cancer du col : affection peu grave
Gynécologue	9 (100%)	0
Généraliste	100 (100%)	0
Sage-femme	175 (95,62%)	8 (4,38%)
Infirmier d'Etat	36 (69,23%)	16 (30,77%)

Tableau XII : Répartition des prestataires en fonction de leur attitude relative à la nécessité du dépistage systématique du cancer du col.

Attitude favorable à la recherche systématique du cancer du col.	Gynécologue	Généraliste	Sage-femme	Infirmier
OUI	9 (100%)	92 (92%)	146 (79,78%)	40 (76,92%)
NON	0	8 (8%)	37 (20,22%)	12 (23,08%)
Total	9	100	183	52

C. Pratique :

Tableau XIII : Répartition des prestataires en fonction de leur pratique effective du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Pratique du dépistage du cancer du col	Gynécologue	MG	SF	IDE
OUI	9 (100%)	41 (41%)	105 (57,38%)	8 (15,38%)
NON	0	59 (59%)	78 (42,62%)	44(84,62%)
Total	9	100	183	52

Tableau XIV: Répartition des prestataires dans les différents lieux d'exercice en fonction des raisons à leur non pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Non pratique du dépistage cancer du sein	Prestataires de l'HPG	Prestataires des CSREF	Prestataires des CSCOM
Par manque de matériel	4 (80%)	22 (45,83%)	77 (60,15%)
Par négligence	0	3 (6,25%)	9 (7,03%)
Par manque de formation	1 (20%)	23 (47,92%)	42 (32,82%)
Total	5	48	128

Tableau XV: Répartition des prestataires en fonction de leur pratique effective systématique de l'examen au spéculum.

Pratique de l'examen au spéculum	Gynécologue	MG	SF	IDE
Oui	9 (100%)	34 (34%)	137 (74,86%)	13 (25%)
Non	0	66 (66%)	46 (25,14%)	39 (75%)
Total	9	100	183	52

Tableau XVI : Répartition des prestataires dans les différents lieux d'exercice en fonction des raisons à leur non pratique systématique de l'examen au spéculum.

Raisons à la non pratique de l'examen au spéculum	Prestataires de l' HPG	Prestataires des CSREF	Prestataires des CSCOM
Par manque de matériel	5 (100%)	39 (97,5%)	86 (81,13%)
Par négligence	0	1 (2,5%)	20 (18,87%)
Total	5	40	92 (46,46%)

Tableau XVII: Répartition des prestataires en fonction de leur pratique effective du test au lugol :

Pratique du test au lugol	Gynécologue	Médecin généraliste	Sage femme	Infirmier D'Etat
Oui	7 (77,77%)	9 (9%)	39 (21,31%)	1 (1,92%)
Non	2 (22,23%)	91 (91%)	144 (78,69%)	51 (98,08%)
Total	9	100	183	52

Tableau XVIII : Répartition des prestataires dans les différents lieux d'exercice en fonction des raisons de leur non pratique du test au lugol.

Raisons de la non pratique du test au lugol	Prestataires de l'HPG	Prestataires des CSREF	Prestataires des CSCOM
Par manque de matériel	57(87,5%)	97(100%)	175 (95,62%)
Par négligence	1 (12,5%)	0	8 (4,38%)
Total	8	97	183

III. CANCER DU SEIN

A. Connaissance :

Tableau XIX : Répartition des prestataires en fonction de la qualité de connaissance des moyens de dépistage du cancer du sein.

Type de prestataire	Bonne connaissance des moyens de dépistage	Mauvaise connaissance des moyens de dépistage
Gynécologue	9 (100%)	0
Généraliste	94 (94%)	6 (6%)
Sage-femme	136 (74,31%)	47 (25,69%)
Infirmier d'Etat	40 (76,92%)	12 (23,08%)

Bonne connaissance des moyens de dépistage du cancer du sein :

prestataire ayant correctement cité au moins 2 moyens de dépistage du cancer du sein.

Mauvaise connaissance des moyens de dépistage du cancer du sein :

prestataire n'ayant cité aucun ou un moyen de dépistage du cancer du sein.

Tableau XX : Répartition des prestataires en fonction de la qualité de connaissance des facteurs de risque du cancer du sein.

Type de prestataire	Bonne connaissance des facteurs de risque	Mauvaise connaissance des facteurs de risque du cancer du sein
Gynécologue	9 (100%)	0
Généraliste	37 (37%)	63 (63%)
Sage-femme	38 (20,76%)	145 (79,24%)
Infirmier d'Etat	6 (11,54%)	46 (88,46%)

Bonne connaissance des facteurs de risque du cancer du sein : prestataire ayant cité correctement au moins 5 facteurs de risque du cancer du sein.

Mauvaise connaissance des facteurs de risque du cancer du sein : prestataire ayant cité moins de 5 facteurs de risque du cancer du sein.

Tableau XXI Répartition des prestataires en fonction du degré de connaissance des signes cliniques du cancer du sein.

Type de prestataire	Bonne connaissance des signes cliniques	Mauvaise connaissance des signes cliniques
Gynécologue	9 (100%)	0
Généraliste	70 (70%)	30 (30%)
Sage-femme	86 (47%)	97 (53%)
Infirmier d'Etat	19 (36,54%)	33 (63,46%)

Bonne connaissance des signes cliniques du cancer du sein : Prestataire ayant correctement cité au moins 2 signes cliniques du cancer du sein.

Mauvaise connaissance des signes cliniques du cancer du sein : prestataire n'ayant cité aucun ou un seul signe clinique du cancer du sein.

Tableau XXII : Répartition des prestataires en fonction du degré de connaissance des méthodes de traitement du cancer du sein.

Type de prestataire	Bonne connaissance des moyens de traitement du cancer du sein	Mauvaise connaissance des moyens de traitement du cancer du sein
Gynécologue	9 (100%)	0
Généraliste	51 (51%)	49 (49%)
Sage-femme	48 (26,23%)	135 (73,77%)
Infirmier d'Etat	7 (13,46%)	45 (86,54%)

Bonne connaissance des moyens de traitement du cancer du col : prestataire ayant cité la chirurgie et la chimiothérapie comme moyens de traitement du cancer du sein disponibles à Bamako.

Mauvaise connaissance des moyens de traitement du cancer du sein : prestataire ayant cité autre chose.

Tableau XXIII : Répartition des prestataires en fonction de leur connaissance du caractère curable du cancer du sein.

Type de prestataire	Cancer du sein affection curable si le diagnostic est précoce et le traitement adéquat	Cancer du sein affection incurable
Gynécologue	9 (100%)	0
Généraliste	100 (100%)	0
Sage-femme	175 (95,62%)	8 (4,38%)
Sage-femme	40 (76,92%)	12 (23,08%)

Tableau XXIV : Répartition des prestataires en fonction de la connaissance des circonstances de la prescription de la mammographie et /ou de l'échographie des seins.

Pratique de l'échographie du sein ou de la mammographie	Gynécologue	Médecin généraliste	Sage femme	Infirmier d'Etat
Prescription uniquement en présence de signes évocateurs	5(55,54%)	67 (67%)	115 (62,84%)	35 (67,30%)
Prescription systématique chez toutes les patientes de plus de 45 ans.	0	12 (12%)	26 (14,20%)	8 (15,38%)
Prescription si facteur de risque à tout âge	2 (22,23%)	4 (4%)	17 (9,29%)	4 (7,69%)
Uniquement en présence de signes évocateurs + systématiquement chez toutes les patientes de plus de 45 ans	2 (22,23%)	12 (12%)	19 (10,38%)	5 (9,63%)
Uniquement en présence de signes évocateurs + facteurs de risque	0	4 (4%)	1 (0,56%)	0
Systématiquement chez toutes les patientes de plus de 45 ans + facteurs de risque	0	1 (1%)	5 (2,73%)	0
Total	9	100	183	52

B. Attitude

Tableau XXV : Répartition des prestataires en fonction de leur perception de la gravité du cancer du sein.

Type de prestataire	Cancer du sein : affection grave	Cancer du sein affection peu grave
Gynécologue	9 (100%)	0
Généraliste	100 (100%)	0
Sage-femme	183 (100%)	0
Infirmier	48 (92,30%)	4 (7,70%)

Tableau XXVI : Répartition des prestataires en fonction de leur attitude relative à la nécessité du dépistage systématique du cancer du sein.

Attitude à la recherche systématique du cancer du sein	Gynécologue	MG	SF	IDE
oui	9 (100%)	94 (94%)	152 (83,06%)	38 (73,07%)
Non	0	6 (6%)	31 (16,94%)	14 (26,93%)
Total	9	100	183	52

C. Pratique :

Tableau XXVIII : Répartition des prestataires en fonction de leur pratique effective de la palpation systématique des seins lors des consultations.

Pratique de la palpation systématique des seins	Gynécologie	MG	SF	IDE
Oui	9 (100%)	58 (58%)	143 (78,14%)	15 (28,84%)
Non	0	42 (42%)	40 (21,86%)	37 (71,16%)
Total	9	100	183	52

Tableau XXIX : Répartition des prestataires dans les lieux d'exercice en fonction des raisons à la non pratique de la palpation systématique des seins lors des consultations.

Raisons à la non pratique de la palpation systématique des seins	Prestataires de l'HPG	Prestataires des CSREF	Prestataires des CSCOM
Par négligence	2 (50%)	14 (38,89%)	41 (51,25%)
Par manque de formation	2 (50%)	22 (61,11%)	39 (48,75%)
Total	4	36	80

Tableau XXX : Répartition des prestataires en fonction de leur pratique effective du dépistage du cancer du sein.

Pratique du dépistage du cancer du sein	Gynécologue	Médecin généraliste	Sage femme	Infirmier d'Etat
Oui	7 (77,77%)	48 (48%)	118 (64,48%)	26 (50%)
Non	2 (22,23%)	52 (52%)	65 (35,52%)	26 (50%)
Total	9	100	183	52

Tableau XXXI : Répartition des prestataires dans les lieux d'exercice en fonction des raisons à leur non pratique du dépistage du cancer du sein :

Raisons à la non pratique du dépistage cancer du sein	Prestataires de l'HPG	Prestataires des CSREF	Prestataires des CSCOM
Par manque de temps	0	7 (19,44%)	26 (24,30%)
Par négligence	0	7 (19,44%)	19 (17,76%)
Par manque de formation	2 (100%)	55 (61,12%)	62 (57,94%)
Total	2	36	107

Tableau XXXII : Répartition des prestataires en fonction de leur pratique effective du conseil de l'autopalpation des seins lors des consultations.

Pratique du conseil de l'autopalpation des seins	Gynécologie	MG	SF	IDE
Oui	7 (77,77%)	42 (42%)	98 (50,81%)	13 (25%)
Non	2 (22,23%)	58 (58%)	85 (49,19%)	39 (75%)
Total	9	100	183	52

Tableau XXXIII : Répartition des prestataires des différents lieux d'exercice en fonction des raisons à leur non pratique du conseil de l'autopalpation des seins lors des consultations.

Raisons à la non pratique du conseil de l'autopalpation des seins	Prestataires de l'HPG	Prestataires desCSREF	Prestataires desCSCOM
Par négligence	1 (20%)	21 (36,20%)	37 (29,36%)
Par manque de formation	4 (80%)	32 (55,17%)	76 (60,32%)
Autres raisons	0	5 (8,63%)	13 (10,32%)
Total	5	58	126



**VI- COMMENTAIRES ET
DISCUSSIONS**

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

I. DONNEES SOCIOPROFESSIONNELLES

1. Sexe : La prédominance des femmes (67,7%) s'explique par le grand nombre de sages-femmes (53,2%).

2. Ancienneté dans la profession :

58,4% des enquêtés ≥ 10 années d'expérience ; ceci expliquerait la bonne connaissance des moyens de dépistage et de traitement de ces cancers.

II - CANCER DU COL DE L'UTERUS

A. Connaissances :

1. Connaissance des moyens de dépistage du cancer du col :

100% de gynécologues, 98% de généralistes, 90,16% de sages femmes et 76,92% d'infirmiers ont une bonne connaissance des moyens de dépistage du cancer du col de l'utérus. Ce résultat est proche de celui retrouvé par KOMONGUI et coll. Au Bénin [27] qui ont trouvé 100% de gynécologues, 100% de généralistes et 97,78% de sages femmes ayant une bonne connaissance des moyens de dépistage du cancer du col. La connaissance des moyens de dépistage du cancer du col est influencée par le lieu d'exercice et la catégorie socioprofessionnelle. Cette même relation a été retrouvée par ARILLO SANTILLO et coll au Mexique [2] sur les connaissances des professionnels de santé concernant le cancer du col de l'utérus.

2. Connaissance des facteurs de risque du cancer du col :

100% de gynécologues, 90% de généralistes, 88,52% de sages femmes, 78,84% d'infirmiers ont une bonne connaissance des facteurs de risque du cancer du col. La connaissance des facteurs de risque du cancer du col est liée à la catégorie socioprofessionnelle.

3. Signes cliniques du cancer du col de l'utérus :

100% de gynécologues, 98% de généralistes, 87,43% de sages femmes, 69,23% d'infirmiers ont une bonne connaissance des signes cliniques du cancer du col. La connaissance des signes cliniques du cancer du col est liée la catégorie socioprofessionnelle.

4. Méthodes thérapeutiques du cancer du col :

100% de gynécologues, 77% de généralistes, 78,68% de sages femmes, 73,07% d'infirmiers ont une bonne connaissance des moyens de traitement du cancer du col. Aucun enquêté n'a reconnu la place de la médecine traditionnelle dans le traitement du cancer du col.

La connaissance des moyens thérapeutiques du cancer du col est liée à la catégorie socioprofessionnelle. Cette même relation a été retrouvée par Komongui et Coll au Bénin [27] et par ARILLO SANTILLO et coll au Mexique [2].

5. Connaissance de la perception du caractère curable du cancer du col :

100% de gynécologues, 100% de généralistes, 95,62% de sage-femmes, 80,76% d'infirmiers pensent que le cancer du col est une affection curable si le diagnostic est précoce et le traitement adéquat.

6. Connaissance des circonstances de la pratique du frottis de dépistage du cancer du col :

64,3% d'enquêtés dont la majorité sont des généralistes, sages femmes et infirmiers pratiquent le frottis de dépistage du cancer du col uniquement en présence de signe d'appel local. Ce résultat est proche de celui de Komongui et Coll. [27] qui retrouvent 79,8% d'enquêtés utilisant de façon prépondérante le frottis cervicovaginal de dépistage. 55, 5% de gynécologues pratiquent ou prescrivent le frottis de dépistage en cas de signe d'appel local et chez toutes les patientes en activité génitale.

Seulement 27 enquêtés (7,8%) pratiquent systématiquement le frottis chez toutes patientes en activité génitale. Ce dernier résultat est loin de celui de SOTON [42] où 78% étaient favorables à la systématisation du frottis cervical et sa pratique systématique chez toutes les patientes en activité génitale.

II. ATTITUDE :

1. Perception de la gravité du cancer du col : 100% de gynécologues, 100% de généralistes, 95,62% de sages femmes, 69,23% d'Infirmiers pensent que le cancer du col est une affection grave mais peu fréquente dans notre pays.

2. Attitude relative à la nécessité du dépistage systématique du cancer du col : 100 % de gynécologues, 92% de généralistes, 79,78% de sages femmes, 76,92% d'infirmiers sont favorables à la nécessité du dépistage systématique du cancer du col. Pour ceux qui ne sont pas favorables, l'inutilité du test au lugol en absence de signe évocateur, l'insuffisance en nombre de personnel, l'insuffisance en spéculum sont les principales raisons justifiant cette attitude.

III. Pratique :

1. Pratique du dépistage du cancer du col : 47,4% des enquêtés pratiquent le dépistage du cancer du col. Ce résultat est loin de celui de Komongui et coll au Bénin [27] qui ont trouvé 67,7%. Pour ceux qui ne pratiquent pas le dépistage, le manque de matériel, la négligence, le manque de formation et le manque de temps sont les principales raisons justifiant cette non pratique.

La pratique du dépistage du cancer du col est influencée par la catégorie socio professionnelle mais pas par le lieu d'exercice. Les gynécologues (100%) et les sages femmes (57,38%) pratiquent plus de dépistage du cancer du col que les généralistes (41%) et les infirmiers (15,38%).

Les sages-femmes du niveau II pratiquent plus de dépistage que celles des niveaux I et III.

2. Pratique de l'examen systématique au spéculum : 56,1% des enquêtés pratiquent systématiquement l'examen au spéculum. Ce résultat est contraire à celui de Komongui et coll [27] qui ont retrouvé 84,7%.

Pour ceux qui ne le pratiquent pas, le manque de matériel et la négligence sont les principales raisons évoquées. La pratique systématique de l'examen au spéculum semble être liée à la catégorie socioprofessionnelle mais pas par le lieu d'exercice. Les sages femmes du niveau II le pratiquent plus que celles des niveaux III et I.

3. Pratique du test au lugol : 16,3% des enquêtés pratiquent le test au lugol ; ce résultat est proche de celui de komongui et coll [27] qui ont retrouvé 27%. Pour ceux qui ne le pratiquent pas, la négligence et le manque de matériel sont les principales raisons justifiant cette non pratique. La pratique du test au lugol semble être influencée par la catégorie socio professionnelle et le lieu d'exercice.

4. Méthodes de traitements utilisés dans le traitement du cancer du col :

La chimiothérapie et la chirurgie sont les principaux moyens de traitement utilisés par les gynécologues.

IV. CANCER DU SEIN :

A. Connaissances :

1. Connaissance des moyens de dépistage du cancer du sein : 100% de gynécologues, 94% de généralistes, 74,31% de sages femmes, 76,92% d'Infirmiers ont une bonne connaissance des moyens de dépistage du cancer du sein.

La connaissance des moyens de dépistage du cancer du sein semble être influencée par la catégorie socioprofessionnelle.

2. Connaissance des facteurs de risque du cancer du sein :

- 100% de gynécologues, 37% de généralistes, 20,76% de sages femmes, 11,54% d'infirmiers ont une mauvaise connaissance des facteurs de risque du cancer du sein. Les prestataires ont une moins bonne connaissance des facteurs de risque du cancer du sein que ceux du col.

- La connaissance des facteurs du risque du cancer du sein est liée à la catégorie socioprofessionnelle.

3. Connaissance des signes clinique du cancer du sein :

100% de gynécologues, 70% de généralistes, 47% de sages femmes, 36,54% d'infirmiers ont une bonne connaissance des signes cliniques du cancer du sein.

La connaissance des signes cliniques du cancer du sein est influencée par la catégorie socioprofessionnelle. Nos prestataires ont une moins bonne connaissance des signes cliniques du cancer du sein que ceux du col.

4. Moyens de traitement du cancer du sein :

100% de gynécologues, 51% de généralistes, 26,23% de sages femmes, 13,46% d'infirmiers ont une bonne connaissance des méthodes de traitement du cancer du sein.

Aucun enquêté n'a reconnu la place de la médecine traditionnelle dans le traitement du cancer du sein.

La connaissance des moyens de traitement du cancer du sein est liée à la catégorie socio professionnelle.

5. Connaissance du caractère curable du cancer du sein :

- 100% de gynécologues et de généralistes, 95,62% de sages femmes, 76,92% d'infirmiers pensent que le cancer du sein est une affection curable si le diagnostic est précoce et le traitement adéquat.

6. Connaissance des circonstances de la pratique de la mammographie ou de l'échographie du sein :

55,54% de gynécologues, 67% de généralistes, 62,84% de sages femmes, 67,30% d'infirmiers prescrivent la mammographie ou l'échographie des seins uniquement en présence de signes évocateurs.

FEIGS [18] a démontré qu'en associant l'examen clinique à la mammographie, on a une réduction de la mortalité chez les femmes de plus de 50 ans estimés à 70%.

Cette pratique de la mammographie n'est pas liée à la catégorie socioprofessionnelle et au lieu d'exercice.

II. Attitude :

1. Perception de la gravité et de la fréquence du cancer du sein :

- 100% de gynécologues, généralistes et sages femmes, 92,30% d'infirmiers pensent que le cancer du sein est une affection grave.

2. Attitude relative à la nécessité du dépistage du cancer du sein :

- 100% de gynécologues, 94% de généralistes, 83,06% de sages femmes, 73,07% d'infirmiers ont une attitude favorable relative à la nécessité du dépistage du cancer du sein.

- pour ceux qui ne sont pas favorables, les principales raisons évoquées sont respectivement l'insuffisance en nombre de personnel, le manque d'expérience de la palpation correcte des seins et le manque d'organisation.

Cette attitude face à la nécessité du dépistage du cancer du sein est liée à la catégorie socioprofessionnelle.

III. PRATIQUE :

1. Pratique de la palpation systématique des seins lors des consultations :

La plupart des prestataires (65,1%) palpent systématiquement les seins des patientes lors de leurs consultations. Ce taux n'est pas en rapport avec ceux de Lee et coll [29] qui ont trouvé (84%) et KOMONGUI et coll. [27] qui ont trouvé 96%. Le manque de formation, la négligence, le manque de temps et les raisons

socioculturelles sont les principales justifications à la non pratique systématique de la palpation des seins lors des consultations. Cette pratique semble n'être pas influencée par le lieu d'exercice et par la catégorie socioprofessionnelle. Les sages-femmes du niveau II le pratiquent plus que celles des niveaux III et I.

Pratique du dépistage du cancer du sein

57,8% des prestataires pratiquent le dépistage du cancer du sein. Pour ceux qui ne le pratiquent pas, le manque de temps, la négligence, le manque de formation sont les principales raisons justifiant cette non pratique.

Ce résultat est loin de celui de KOMONGUI et coll. [27] qui ont trouvé dans leur étude au Bénin 82,3% d'enquêtés pratiquant le dépistage du cancer du sein. La pratique du dépistage du cancer du sein n'est pas influencée par la catégorie socioprofessionnelle et le lieu d'exercice.

3. Pratique du conseil aux patientes de l'autopalpation des seins lors des consultations

45,1% de prestataires conseillent régulièrement aux patientes de faire une auto palpation de leurs seins. Pour ceux qui ne le font pas, les raisons évoquées sont la négligence, le manque de temps, le manque de formation, et l'analphabétisme des patientes.

Cette pratique est liée au lieu d'exercice mais pas à la catégorie socioprofessionnelle.

4. Méthodes thérapeutiques utilisées par les prestataires de santé dans le traitement du cancer du sein :

86% de gynécologues utilisent la chirurgie associée à la chimiothérapie comme moyen de traitement du cancer du sein à Bamako.



**VII - CONCLUSION ET
RECOMMANDATIONS**

VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

A. CONCLUSION :

L'objectif de notre étude était d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de santé de Bamako (gynécologues ; généralistes, sages-femmes et infirmiers) relatives au cancer du col et du sein de janvier à juin 2004.

Nous avons mené une étude transversale dont les résultats ont été les suivants :

En matière de cancer du col de l'utérus et du sein, les moyens de dépistage et de traitement sont bien connus et cette connaissance est en rapport avec la catégorie socioprofessionnelle et le lieu d'exercice. Toutefois les connaissances sont moins bonnes pour le sein que pour le col.

En matière d'attitude des prestataires de santé, l'opinion est unanime sur la gravité reconnue des deux cancers et sur la conduite de leur dépistage inexistant ou mal organisé sur le territoire national. Et il existe une discordance entre la gravité reconnue de ces affections, la bonne connaissance des moyens de dépistage, l'attitude favorable et une pratique plus faible du dépistage.

Les principaux facteurs limitant cette pratique sont :

- La non disponibilité du matériel.
- L'insuffisance en nombre du personnel.
- Le manque de formation.

B. RECOMMANDATIONS

Au ministère de la santé :

- Equiper les CSCOM et CSREF de matériel de dépistage du cancer du col (Spéculum en nombre suffisant, lugol, colposcope, matériel de frottis de dépistage)
- Intégrer tous les centres de santé de référence dans le programme de dépistage visuel du cancer du col chaque fois qu'ils ont un gynécologue obstétricien.
- Sensibiliser le personnel de santé à pratiquer le dépistage des cancers du sein et du col en organisant régulièrement des séminaires de formation en vue d'une meilleure pratique du dépistage de ces cancers.
- Réduire le coût des examens de mammographie, d'échographie du sein et de frottis de dépistage, pour qu'un plus grand nombre de femmes puisse y accéder.
- Organiser des séminaires de formation du personnel de santé sur le dépistage et le traitement de ces deux cancers.
- Former des spécialistes en radiologie pour le dépistage et le traitement des cancers du sein et col.

Aux infirmiers :

- Participer chaque fois que c'est possible aux séminaires de formation continue sur le dépistage des cancers du sein et du col en vue d'améliorer leur connaissance et leur pratique du dépistage des cancers du col et du sein.

Aux sages femmes :

- Pratiquer systématiquement la palpation des seins des patientes lors des consultations pour détecter des nodules.
- Conseiller aux patientes lors des CPN de faire régulièrement une autopalpation de leurs seins et de consulter immédiatement en cas de détection de nodule du sein.

- Faire systématiquement l'examen au spéculum lors des consultations, pratiquer le test au lugol et à l'acide acétique en cas de col suspect en vue d'un dépistage du cancer du col.
- Participer chaque fois que c'est possible aux séminaires de formation continue sur le dépistage des cancers du sein et du col en vue d'améliorer leur connaissance et leur pratique du dépistage des cancers du col et du sein

Aux médecins généralistes :

- Prescrire le frottis de dépistage du cancer du col et ce systématiquement chez toutes les patientes en activité génitale de plus de 35 ans en vue d'un meilleur dépistage du cancer du col.
- Faire systématiquement l'examen au spéculum lors des consultations chaque fois qu'ils ont le matériel.
- Pratiquer le test au lugol et à l'acide acétique en cas suspicion de lésion du col.
- Palper systématiquement les seins des patientes lors des consultations.
- Prescrire une mammographie ou échographie des seins devant toute suspicion de nodule du sein.

Aux gynécologues :

- Prescrire des frottis de dépistage chez toutes les patientes en activité génitale surtout à partir de 35 ans lors de vos consultations.
- Prescrire des mammographies ou des échographies du sein chez toutes les patientes ayant un facteur de risque du cancer du sein.
- Pratiquer la colposcopie devant toute positivité du test au lugol ou à l'acide acétique.
- Conseiller aux patientes l'autopalpation de leurs seins lors des consultations et sensibiliser les généralistes, sages femmes et infirmiers à en faire autant.
- Exiger des généralistes, sages femmes et infirmiers la palpation systématique des seins lors des consultations lors des staffs à fin de les amener à une meilleure pratique du dépistage du cancer du sein.



VIII-BIBLIOGRAPHIE

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. ADJAGBA M.

Contribution à l'étude épidémiologique du cancer en République du Bénin à propos d'une étude rétrospective sur cinq ans.

Thèse Médecine, Cotonou 2000; N°68;130.

2. ARILLO-SANTILLO, LAZCANO-PONCE E, PERIS M et coll.

Knowledge of health professionals about the prevention of the cervix cancer.

Alternatives to medical education.

Salud Publica Mex 2000 jan-feb; 42(1): 34.42.

3. BAUDET J. H., B. SEGUY, Y. AUBARD

Révision accélérée en gynécologie.

Masson 4^e édition, 1992, n°6674 PP : 227-229.

4. Body G., Calais G., FETISSOF F., LEFLOCH O. et Lansac J.

Cancer du col de l'utérus.

Encycl. Med. Chir. (Paris-France) Gynécologie, 600A, 11-1988, 26P.

5. CANDY M.

Prophylaxie des métastases du cancer du sein. Faut-il faire une chimiothérapie systématique.

Gynécologie 1997, 30 (T), 403-436.

6. CHATA M.

Le traitement du cancer du sein en phase métastatique.

Path. Bio, 1989 ; 37 (2) : 137-139.

7. COMTAMIN R. VERNARD P. FERIEU J.

Gynécologie générale.

Partie 2, vigot édition paris, 1977 ; 736 P.

8. DALLENBACH-HELLWEG G.

On the origin and histological structure of adenocarcinoma of the endocervix in women under 50 years of age Pathol.

Res. Pract., 1984, 179, 38-50.

9. DARGENT D.

Dépistage des cancers du col utérin. Point de vue d'un gynécologue. Place de la colposcopie.

Bull cancer 1996 (827) : 168.

10. DEY P., COLLINS, DESAI M., WOODMAN C.

Adequacy of cervical cytology sampling with the cervex brush and the Aley's spatula: a population based randomised controlled trial.

Br. Med. J, 1996; 313; 721-318.

11. DIAB EL HADI.A

Contribution à l'étude des cancers du col utérin en milieu africain au Sénégal.

Thèse Médecine Dakar 1979, n°78.

12. DIOP (D)

Contribution à l'étude de quelques facteurs d'évolutivité des cancers mammaires chez les femmes et chez les hommes au Sénégal.

Thèse Médecine, Dakar 1988 ; N°56.

13. DOI T.

Etude clinique sur la localisation du cancer invasif du col de l'utérus.

Thèse Médecine. Dakar, 1977, 33,5 ; 273-281.

14. DON A SIMGO. KASIA M. SHASHA W. WBAMAME F.

The management of complication of the wertheim hystorectomy abstract.

Congrès Yaoundé 1994; 1, 163.

15. DOUNIA KAMBAYE

Cancers gynécologiques et mammaires ; Etude épidémiologique à l'hôpital National du Point G.

Thèse Médecine, Bamako ; 2003 n°59.

16. EDAHK M.

Etude des traitements des cancers des cas admis au CNHU de Cotonou à propos de 452 cas recensés du 1^{er} janvier 1987 au 31 Décembre 1996.

Thèse Médecine, Cotonou 1999 (827) : 168.

17. ESSOMBA (R) MBOPDA (S) BELINGA (P)

Le cancer à l'hôpital de Yaoundé.

Canc.Trop. 1986, 4,73-81.

18. FEIG SA.

Decreased breast cancer mortality through mammographic screening : results of clinicaltrials.

Radiology 1988: 167 : 659-665.

19. FROUGE C.

Du dépistage à la détection précoce. Stratégie diagnostique en Sénologie.

Masson, Paris 1995: 1-4.

20. GAFFIKIN L., BLUMENTHAL PD. DAVIS C., BRECHIN SJG.

Alternatives for cervical cancer screening and treatment in low resources settings.

Am. J. Gynecol. 2000 ; 320,8 ; 1420-1430.

21. KAFANDO C.

Le cancer du sein au Togo.

Thèse Médecine, Togo, 1981 n°27.

22. KANGA M. et coll

Les cancers du sein en côte d'Ivoire.

Afr ; Med. 1979, 18, (174), 669-676.

23. KAUFMAN RH.

Atypical squamous cells of undetermined significance and low-grade squamous intra épithélial lésion : diagnostic criteria and management.

Am. J. Obstet. Gynecol. 1996 ; 175, 4 ; 1120-1128.

24. KEITA S.

Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer du col dans le service de gynéco obstétrique de hôpital National du Point G à Bamako.

Thèse Médecine, Bamako ; 1993.

25. KEKEH (K) et coll.

Le cancer du Togo

Afr. Med, 1977, 16, (152), 433-440.

26. KIRBY AJ, SPIEGELHATER DJ, DAY NE, FENTON L,

Conservative treatment of mild/moderate cervical dyscaryosis : long-tem out come. Lancet, 1992 ; 339, 4 : 828-831.

27. KOMONGUI D.G., ADISSO. S., LOKOSSOU A., YACOUBOU. A., PERRIN X.R. et ALIHONOUE M.

Connaissances attitudes et pratiques en matière de cancers du sein et du col de

L'utérus.

Abstrat congrès SAGO Cotonou 2000 ; page ; 60-70.

28. LANSAC J., LECOMPTE P.

Gynécologie pour le praticien.

Masson éditeur 4^e édition Paris, 1994 ; 554.

29. LEE MM., LEEF, STEWART S., Mc PHEE S.

Cancer screening practices among primary care physicians serving Chinese. American in San Francisco West J med 1999 Mar; 170 (3) 148-155.

30. MENEGOZ F., ARVEUX P., MAGNE V., FERLAY J., BLACK R. J.

Cancer incidence and mortality in France in 1975-1995.

Europ. J. of cancer.

31. MINIER

Cancer du sein, Actualité, Epidémiologique, prévention et dépistage.

Www. Caduce.net.

32. MOUNKORO N.

Epidémiologie des cancers gynécologiques et mammaires au CSREF de la Commune V

Thèse Médecine, Bamako ; 1985 n°12.

33. N'DAW D.

Le cancer du sein au Sénégal.

Thèse Médecine, Dakar; 1983 N °33.

34. NIEMINEN P., KALLIO M, HAKAMA M.

The effect of mass screening on incidence and mortality of squamous and adenocarcinoma of Cervix uterin.

Obstet Gynecol, 1995 ; 86,5 : 754-757.

35. OMS,

Activité : 1986-1987.

Rapport biennal du Directeur général pages 218-225.

36. ORTHOLAN

Le cancer dans les pays tropicaux.

Ann. Hyg. Med. Colon. 1909. 12,140-147.

37. PERRIN R. et coll

Proposition d'un programme national de lutte contre les cancers du col de l'utérus et du sein.

Abstrat congrès SAGO Bénin 2000. Top. Conférences pages 19.

38. POTISH R.A., TWIGGS L.B., OKAGAKI T. et al

Therapeutic implications of the natural history of advanced cervical cancer as defined by pretreatment surgical staging-cancer, 1985, 56, 956-960.

39. SANGARE R.

Etudes des aspects épidémiologiques cliniques thérapeutiques des cancers Gynécologiques et mammaires au CSREF de la commune V.

Thèse Médecine, Bamako ; 2003 n°36.

40. SANGHO-GARNIER H., P. SCHAFFER

Epidémiologie des cancers du sein : effet potentiel du dépistage organisé.

J. le sein, 2000, t.10, n°3 PP : 171-174.

41. SANKALE M., MENYE P.A. QUENUM C.

Aperçu général de la répartition des cancers chez le noir africain au Sénégal

Union Med. Du Canada 1974, 103, P 111-116.

42. SOTON D.

Evaluation de l'utilité et de la faisabilité du dépistage du cancer du col utérin au Bénin.

Thèse Médecine, Cotonou 1990 ; 513 : 85. 44.

43. TOURE O.

Contribution à l'étude du dépistage cytologique du cancer utérin au Mali à propos de 330 cas de frottis genres vaginaux.

Thèse. PH. Bamako ;1990 n°1.

44. TRAORE A.

Les cancers génitaux chez la femme noire africaine au Mali.

Thèse Médecine, Marseille ; 1989.

45. TRAORE CHEICK BOUGADARY

Le cancer de la femme au Mali.

Thèse Médecine Bamako ; 1997 n°29.

46. TRISTAN H.

A partir de 40 ans le dépistage du cancer du sein est efficace et utile en cancer du sein, controverses et conférences.

Arnette 1999 ; 103-115.

47. TSU V.

Cancer du col et dépistage du cancer du col dans les pays en développement : une vue ensemble.

Coopération HPEIGO 1994 : 2-5.

48. VALENTE P.T, HANJANI P.

Endocervical neoplasia in long term users of oral Contraceptives : clinical and pathologic observations.

Obset. Gynecol., 1986, 67, 695-704.

49. VAN NAGELL J.R, GREENWELL N., POWELL D.F, DONALDSON E.S, HANSON M.B, GAYE.C

Micro invasive carcinoma of the cervix.

Am.J. Obset Gynecol., 1983, 145, 981-991.

50. VILCOQ J.R. CALLER.

Le point sur le cancer du sein.

Temps. Médical 1984, N°49 P 6-15.

51. VILLASANTA V., WHITHLEY N.O., HANEY P. et al.

Computed tomography in invasive carcinoma of the cervix:

An appraisal

Obset. Gynecol., 1983, 62.

52. WELE.A

Etude clinique du cancer du sein en chirurgie B de l'Hôpital National G. à propos de 94 cas.

Thèse de Médecine, Bamako ; 1998, N°55 : 218-224.



IX- ANNEXES