

**Ministère des enseignements secondaire supérieur et de la
recherche scientifique**

**République du Mali
Un Peuple Un But Une Foi**

Université de Bamako

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2007-2008

Thèse N°...../ 2008

TITRE :

***PATHOLOGIES GYNECOLOGIQUES ET
MAMMAIRES DU TROISIEME AGE. A PROPOS
DE 55 CAS OBSERVES A LA POLYCLINIQUE LE
« LAC TELE » ET A « LA MAISON DES AINES »***

**Thèse présentée et soutenue publiquement le 20 / 05 / 2008
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'OdontoStomatologie de l'Université de Bamako par Mr
KEITA DJIGUI pour l'obtention du grade de Docteur en
Médecine (DIPLOME D'ETAT).**

Jury :

Présidente : Pr SY AÏDA SOW

Membre : Dr KAMATE BAKAROU

Co-directeur : Dr CISSE HAMADOUN GARBA

Directeur de thèse : Pr DIAKITE SALIF

DEDICACES

* A mon cher père, F. Fadamakan Keita qui m'a appris à être ambitieux, humaniste et à accepter les critiques tout en faisant l'autocritique de soi pour avancer. Vous qui m'avez cultivé le courage et l'engagement je vous dédie ce travail qui est le résultat de vos leçons.

Malgré votre arrachement brutal, vous avez ma reconnaissance éternelle et mes bénédictions du fond de mon cœur pour le repos de votre âme ; que Dieu m'entende et vous accorde son Paradis éternel « Amen ».

*A ma mère Nantenin Keita pour son affection qui me disait que pour réussir il faut accepter la souffrance et avoir l'esprit de partage et de bonne collaboration.

*A mon père adoptif, Namory Keita, qui m'a prouvé qu'un père n'est pas seulement le père biologique de l'enfant.

*A ma grand-mère feu Noumoussira Camara, vous restez pour moi l'image de la femme africaine tant par votre affection pour vos propres enfants de même que pour les enfants d'autrui.

REMERCIEMENTS

Je remercie le tout puissant ALLAH de m'avoir donné la chance de réaliser ce travail.

Je remercie tous ceux ou celles qui ont cru en moi, à tous ceux ou celles qui m'ont aidé de près ou de loin qu'ils soient vivants ou morts.

*A mes mères, je dis merci à vous toutes pour vos soutiens pour toujours. A vous mon amour profond que DIEU vous bénisse

*A mes oncles pour les efforts fournis à mon égard je vous dis merci infiniment.

*A tous les amis de mon père merci pour votre collaboration fraternelle.

*A mes tantes pour leur affection profonde.

*A mes frères : Balla Keita, Komakan Keita, Daouda Keita, Moro Keita, Bourama, Boubacar, Adama, Nawaly, Tenemakan et tous les autres merci pour le respect à ma propre personnalité, pour la collaboration, la disponibilité entière, qu'ALLAH nous guide dans nos pas afin de pouvoir réaliser nos rêves.

Quant aux sœurs le chemin est long, quoique vous fassiez et où que vous soyez je serai toujours à vos cotés.

*Mes remerciements vont également aux cousins et cousines : Merci pour votre soutien moral et physique que DIEU vous garde longtemps auprès de moi.

*A ma chère épouse Massidan Keita je vous dis que le chemin est long et difficile ; beaucoup a été fait beaucoup reste à faire, que Dieu nous guide sur le bon chemin.

*A mes enfants je dirai d'avoir le courage et la détermination car la vie est un combat de tous les jours. Ne perdez jamais l'espoir, Dieu veille toujours sur nous et reste le seul à nous guider vers

notre finalité. Soyez corrects, sincères et aimables, Dieu vous payera pour ça.

*A mes maîtres du fondamental je vous dis merci pour la qualité de votre enseignement.

*A tous mes encadreurs du Lycée Prosper Camara (L.P.K.), vous avez mon affection profonde.

*A mes chers amis et compagnons de tous les jours : Dr Kouyaté Noumou, Dr Sanogo Mahamadou, Mr Camara Adama, Mr Camara Bréhima, Mr Keita Abdoulaye, Mr Keita Yamadou, Mr Kouyaté tout le personnel du cabinet « Mandé Keneya » : Merci pour votre humanisme, vous avez été non seulement des amis de lutte mais aussi des frères, des confidents ; merci et bonne chance. Que DIEU vous bénisse.

*A mon collègue Bacary Adama Sogodogo mes meilleures pensées à toi et bonne chance pour le reste de la carrière.

A mon grand frère et aîné, Dr Kamissoko Moussa, merci pour tous vos conseils et contributions.

*A tout le personnel de la Pédiatrie, du service des urgences de l'Hôpital Gabriel Touré où j'ai effectué mes premiers pas.

Merci à tous ceux qui ont créé en moi une confiance et une intelligence humaine basées sur l'amour du travail.

Mes sentiments les plus profonds au Dr Diallo Amintou pour sa modestie son encouragement au cours de mon passage en Pédiatrie.

*Mes sincères remerciements vont également à :

Dr Fané Tidiane

Dr Sanogo Doh

Dr Traoré Madou

Dr Coulibaly Adizatou

Je vous remercie pour le sens du travail bien fait pour la qualité et le dévouement dans la formation des étudiants et pour votre soutien sans faille à la réalisation de ce travail et merci pour votre générosité.

*Au médecin-chef de la « Polyclinique le Lac Télé » : Dr Camara Djigui, les mots me manquent pour vous exprimer tout ce que j'ai au fond du cœur pour vous remercier de tout l'effort que vous avez déployé pour moi. Je vous dis merci infiniment.

*A tout le personnel de la « Polyclinique le Lac Télé »: les médecins, sages femmes, infirmières, administrateurs, manœuvres, agents de sécurité, le personnel du labo, de la radio, de la kinésithérapie et tous les autres. Je vous dis merci pour toute votre collaboration et votre esprit d'équipe.

*A tout le personnel de la « Maison des Aînés », particulièrement la Directrice Dr Konaré Mariam Kalapo, l'économiste Mr Haïdara, Mme Diarra Fatoumata Kansaye, Mme Cissé et tous les autres, merci pour votre bonne collaboration.

A mon grand frère et aîné Dr Kamissoko Moussa, merci pour vos conseils et tous vos soutiens.

Mes remerciements vont à tous ceux qui m'ont aidé de ma première année fondamentale jusqu'à la réalisation de ce travail car disait Jean Jacques Rousseau « si l'homme naissait grand et fort sa taille et sa force lui seraient inutiles jusqu'à ce qu'il eut appris à s'en servir, abandonné à lui-même, il mourait de misère avant d'avoir connu ses besoins ».

**HOMMAGE AUX MEMBRES
DU JURY**

**A notre maître et présidente du jury
Pr. SY Aïda SOW**

Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique.

Chef de service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Chargée de cours de gynécologie et d'obstétrique à la FMPOS.

Femme de science réputée et admirée par tous ;

L'immensité de votre savoir, votre compétence, la clarté de votre enseignement votre humilité et surtout votre rigueur dans la démarche médicale font de vous une des plus belles fleurs nationales et internationales.

Nous vous remercions de votre entière disponibilité ;

Chère mère qu'ALLAH vous garde longtemps encore auprès de nous.

**A notre maître et juge
Docteur Kamaté Bakarou**

**MAITRE ASSISTANT EN ANATOMIE PATHOLOGIQUE,
chercheur engagé, votre dévouement pour un travail bien
fait, votre compétence sur le plan national et international
nous a beaucoup marqué.**

**Grand fut notre honneur lorsque vous avez accepté de
diriger ce travail.**

**Votre abord facile, votre disponibilité malgré vos multiples
occupations ; votre esprit de formateur et surtout vos
qualités humaines font de vous un des plus beaux fleurons
de la nouvelle génération, nous ne pouvons que vous
souhaiter bonne continuation.**

A notre maître et co-directeur

Dr Cissé Hamadoun Garba

Docteur Spécialiste en gynécologie-obstétrique, diplômé en fertilité-stérilité, diplômé en échographie gynéco-obstétricale.

Directeur général de la « Polyclinique le Lac Télé » et des écoles de santé « Bouctou » de Bamako, Tombouctou et Kidal.

Chargé de cours de biologie de la reproduction à la FAST.

Coordinateur général du groupe thématique santé.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de me proposer ce travail.

Nous sommes très touchés par votre abord facile pour diriger les premiers pas de ce travail.

Cher maître soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A notre maître et directeur de thèse

Pr. Diakité Salif

➤ **Professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique.**

Nous sommes très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail.

Après vos cours clairs et bien étoffés en amphithéâtre ;

Votre service nous a permis de faire nos premiers pas en gynécologie obstétrique.

Nous avons admiré vos qualités humaines, votre modestie votre courtoisie et surtout votre combat de tous les jours dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale

Veillez accepter cher maître, toute notre reconnaissance.

Qu'ALLAH le tout puissant vous donne une longue vie.

SOMMAIRE

Sommaire	1
Abréviations	3
Quelques définitions	4
I- INTRODUCTION	5
II- OBJECTIFS	7
II-1- Objectif général	8
II-2- Objectifs spécifiques	8
III- GENERALITES	9
III-1- Rappels embryologique et anatomique de l'appareil génital féminin	10
III-2- Physiopathologie de la ménopause	16
III-3- Quelques pathologies rencontrées chez la femme âgée	18
III-3-1-Douleurs pelviennes	18
III-3-2-Prurits	18
III-3-3-Dyspareunies	19
III-3-4-Leucorrhées	19
III-3-5-Métrorragies	19
III-3-6-Dystrophies vulvaires	19
III-3-7-Prolapsus génitaux	20
III-3-8-Polype du col et cervicites	23
III-3-9-Tumeurs du vagin et lésions apparentées	26
III-3-10-Fibromes utérin	26
III-3-11-Cancer du col	27
III-3-12-Cancer de l'endomètre	28
III-3-13-Tumeurs de l'ovaire	28
III-3-14-Cancer du sein	29
III-3-15-Rétrécissements acquis de la vulve et du vagin	29
IV METHODOLOGIE	40
IV-1- Lieu d'étude	41
IV-2- Type d'étude	43
IV-3- Durée de l'étude	43
IV-4- Echantillonnage	43
IV-5- Critères d'inclusion	43
IV-6- Critères d'exclusion	43
IV-7- Méthodologie	43
IV-8- Recueil et analyse des données	43
V RESULTATS	44
Quelques photos	78
VI COMMENTAIRES ET DISCUSSION	82
VII CONCLUSION	93
VIII RECOMMANDATIONS	95
IX REFERENCES	98
FICHE ANALYTIQUE	108
X ANNEXES	109

ABREVIATIONS

L H : hormone lutéinisante

F S H : hormone folliculostimuline

IST : infections sexuellement transmissible

GNRH : gonadotrophine hormone

DE : développement embryonnaire

PH : potentiel hydrogène

IRM: imagerie par résonance magnétique

OMS: organisation mondiale de la santé

OAREC: organisation africaine pour la recherche et l'étude sur le cancer

IEC: information, éducation, communication

PDG : président directeur général

VIP : very importante personality

HTA : hypertension artérielle

IVG: interruption volontaire de grossesse

EMC: encyclopédie médico-chirurgicale

Quelques définitions opérationnelles

La gestité : c'est le nombre de grossesses.

La parité : c'est le nombre d'accouchement.

La primigeste : c'est une femme qui n'a contracté qu'une seule grossesse.

La paucigeste : c'est une femme qui a eu 2 à 4 grossesses

La multi geste : c'est une femme qui a eu 5 à 6 grossesses.

La grande multi geste : c'est une femme qui n'a contracté au moins 6 grossesses.

La primipare : c'est une femme qui a accouché une seule fois.

La paucipare : c'est une femme qui a accouché 2 à 4 fois.

La multipare : c'est une femme qui a accouché 5 à 6 fois.

La grande multipare: c'est une femme qui a accouché au moins 7 fois.

Le facteur de risque : c'est une condition, une pathologie ou un comportement qui rend plus probable la survenue d'une maladie. Un facteur de risque n'est pas toujours une cause.

Péri ménopause : période de troubles précédant l'arrêt des menstruations

Ménopause : date d'arrêt définitif des règles, qui n'est connue que rétrospectivement

Ménopause confirmée ou post-ménopause : période qui commence après un an d'aménorrhée définitive

I- INTRODUCTION

A l'instar de la femme en période d'activité génitale, la femme ménopausée peut aussi présenter des pathologies gynécologiques et mammaires souvent disparates [13 ; 17 ; 18 ; 19]. Avec l'allongement de l'espérance de vie qui se fait sentir même dans nos pays en voie de développement, le gynécologue est de plus en plus confronté à ces pathologies dites de la femme ménopausée [1 ; 6 ; 12].

Qu'il s'agisse de rétrécissements de la vulve et du vagin ou de l'inquiétante métrorragie post-ménopausique en passant par les prolapsus et les différentes lésions, les pathologies gynécologiques et mammaires du troisième âge constituent une véritable entité nécessitant une prise en charge adéquate [5 ; 25].

Chaque année le cancer touche neuf millions de personnes dans le monde et fait cinq millions de morts. Il occupe la deuxième place de causes de décès dans les pays développés, après les maladies cardiovasculaires, et les données épidémiologiques montrent qu'une tendance similaire commence à se manifester dans le monde en développement [1 ; 39].

Les progrès de la médecine font qu'aujourd'hui un tiers des cancers peuvent être prévenus et qu'un autre tiers peut être guéri s'ils sont diagnostiqués assez tôt. De surcroît, pour le un tiers restant, des soins palliatifs appropriés peuvent améliorer remarquablement la qualité de vie des malades [1 ; 2 ; 3 ; 27 ; 30 ; 34 ; 39 ; 42 ; 59].

A travers cette étude nous nous sommes limités à vous rappeler seulement quelques pathologies. Vu la diversité de pathologies gynécologiques et mammaires pouvant être rencontrées chez la femme âgée, dans notre étude on a visé seulement les pathologies organiques.

II- OBJECTIFS

II-1- **OBJECTIF GENERAL** : Contribuer à la prise en charge gynécologique de la femme ménopausée dans notre pays.

II-2- **OBJECTIFS SPECIFIQUES** :

-Déterminer les principales pathologies rencontrées chez la femme ménopausée ;

- Déterminer la prévalence de chacune de ces pathologies ;

- Décrire les circonstances de diagnostic ;

-Déterminer les examens complémentaires à pratiquer chez ces patientes pour étayer les diagnostics ;

- Prendre en charge les différentes pathologies rencontrées ;

- Formuler des recommandations de préventions de ces pathologies.

III- GENERALITES

III-1- RAPPELS EMBRYOLOGIQUE ET ANATOMIQUE :

III-1-1- Embryologie de l'appareil génital féminin :

L'embryologie du tractus génital présente un considérable intérêt car beaucoup de lésions des organes adultes sont liées ou rappellent les stades embryonnaires.

Les ébauches gonadiques apparaissent à la quatrième semaine de chaque côté de la ligne médiane comme une crête longitudinale se situant entre le mésonéphros, le mésentère dorsal et près des canalicules excréteurs du mésonéphros [4 ; 6].

Nous avons tout d'abord le stade indifférencié jusqu'à six semaines. A ce stade l'embryon possède deux gonades indifférenciées, des canaux de Wolff (futur canal déférent, vésicules séminales et épидидyme), des canaux de Müller (futurs trompes de Fallope, utérus et 1/3 supérieur du vagin), un tubercule génital (futur pénis ou clitoris), un bourrelet labio-scrotal (futur scrotum ou grandes lèvres) et un sinus urogénital.

Pour faire un garçon il faut donc garder uniquement les canaux de Wolff et pour une fille ceux de Müller [21].

Chez la fille la différenciation est « passive », liée à l'absence d'hormones masculines. L'ovaire se met en place vers le troisième mois. Les canaux de Wolff régressent dès la dixième semaine et la persistance des canaux de Müller est à l'origine de la plus grande partie des voies génitales féminines (cf. plus haut). Les organes génitaux externes se développent de manière féminine en l'absence d'androgènes.

° De la sixième à la huitième semaine du développement embryonnaire (D.E.) :

Lors de cette première période, les canaux de Wolff (dits également canaux méso néphrotiques) et les canaux de Müller (dits également canaux para-méso néphrotiques) coexistent.

Les canaux de Müller étant chacun divisé en trois parties :

-Une première partie (formée à la sixième semaine du D.E.) supérieur (ou plus exactement « crâniale »), verticale, s'ouvrant dans la cavité cœlomique (c'est-à-dire la future cavité péritonéale). [21 ; 26]

-Une seconde partie (formée à la septième semaine du D.E.) horizontale, qui croise le canal de Wolff homolatéral.

-Une troisième partie (formée à la huitième semaine du D.E.) inférieur « caudale », verticale, qui est destinée à fusionner avec son homologue controlatéral pour donner naissance au « canal utéro-vaginal » [35].

NB : les deux premières parties du canal de Müller donneront naissance aux trompes de Fallope, alors que le « canal utéro-vaginal » donnera l'utérus.

°De la neuvième à la dixième semaine du D.E. :

Les parties caudales des canaux de Müller vont fusionner donnant ainsi naissance au « canal utéro-vaginal », encore barré, à ce stade, par la « cloison intermüllerienne » en son milieu. Les canaux de Wolff débutent leur régression.

°De la onzième à la treizième semaine du D.E. :

La « cloison intermüllerienne » va se résorber, débutant ainsi la formation de l'utérus (qui se poursuivra jusqu'à la seizième semaine du D.E.). Les canaux de Wolff poursuivent leur régression, en ne laissant finalement que deux vestiges inconstants : l'épophore (à proximité du pavillon de la trompe) et l'organe de Gartner (dans la partie inférieure de la paroi vaginale).

°De la quatorzième à la vingtième semaine du D.E. :

Le vagin va se former. Deux théories existent sur la formation du vagin :

Une théorie « sinusale » : d'après cette théorie, le vagin se forme évidemment de la « plaque vaginale » issue de la confluence des « bulbes sino-vaginaux », nés eux-mêmes du « sinus urogénital ».

Une théorie « sino-müllerienne » : d'après cette théorie, le vagin aurait une double origine :

Les 4/5ème supérieurs proviendraient du « canal utéro-vaginal » (provenant lui-même de la partie caudale des canaux de Müller) ;

Le un cinquième inférieur serait issu du « sinus urogénital ».

Quoi qu'il en soit toute cette phase du développement embryonnaire (de la sixième à la vingtième semaine du D.E.) est étroitement soumise à des facteurs hormonaux, et notamment à l'influence des oestrogènes.

En outre, les deux conduits de Müller fusionnés se terminent dans la partie postérieure moyenne du sinus urogénital. Les canaux de Wolff, latéralement aux canaux de Müller, se rapprochent du sinus et y pénètrent.

La partie distale du canal de Müller constitue, dans la paroi postérieure du sinus urogénital, le tubercule de Müller qui va

s'accroître pour former une masse cellulaire pleine. De la paroi postérieure du sinus urogénital, de chaque côté du tubercule de Müller, naissent des évaginations : les bulbes sino vaginaux qui se rejoignent et remplissent le sinus urogénital. Entre la dix huitième et la vingt et deuxième semaine, la masse tissulaire se canalise et la continuité avec le canal cervical est établie. Ainsi, le vagin peut être considéré comme dérivé de la fusion des tissus d'origines différentes.

1) Prolifération du tubercule de Müller par conséquent mésodermique.

2) Du sinus urogénital et, par conséquent, de caractère endodermique.

L'hymen, qui provient d'un repli transversal au niveau de la partie distale de la paroi du sinus urogénital, possède une triple origine méso et endodermique ; enfin ectodermique par ses rapports avec la vulve.

Mais les opinions divergent selon les auteurs.

La vulve : de chaque côté du tubercule génital, petite élévation conique se situant entre la terminaison caudale de la corde dorsale et l'ombilic, apparaissent au 36ème jour les larges replis scroto-labiaux. Entre ces deux replis, une fente longitudinale constitue le sillon cloacal, séparé du cloaque par la membrane cloacale. La descente du septum uro-rectal venant s'unir à elle divise cette membrane en deux parties, la postérieure : la partie rectale ; l'antérieure : membrane urogénitale formant le plancher de la fente urogénitale. Cette fente s'étend vers la base du tubercule génital où elle constituera la fente urétrale. La membrane urogénitale se résorbe aux quarante et deuxièmes jours (15 mm). La destruction est définitive à la onzième semaine. Le tubercule génital forme le gland. Chez l'embryon mâle des 42èmes jours (19 mm), la fente urétrale s'étend le long de la base du phallus, tandis qu'elle reste séparée chez l'embryon femelle.

Les replis urétraux qui apparaissent de chaque côté de la fente urétrale constitueront les petites lèvres, visibles à la douzième semaine (embryon de 50 à 60mm).

La coalescence de la partie caudale des replis labio-scrotaux donnera chez le mâle les bourses, chez la femelle les grandes lèvres ; le vestibule vulvaire représente le reste du sinus urogénital.

Au quatrième mois, un prépuce ou capuchon du clitoris, achèvera la constitution de la vulve.

L'appareil suspenseur : Par leur croisement, les canaux de Wolff et de Müller assurent la constitution du système suspenseur des gonades, des trompes et de l'utérus. A huit semaines, l'extrémité caudale de la crête urogénitale suspend le pôle supérieur de l'ovaire et constitue le ligament infundibulo-pelvien.

Une condensation du mésenchyme fixant le pôle inférieur de l'ovaire à l'utérus donnera le ligament utéro-ovarien. Lors de l'atrophie du canal de Wolff, l'oviducte demeure dans la partie haute du septum transverse qui constituera le ligament large enveloppant la trompe. Une condensation mésenchymateuse bilatérale fixe le fond utérin aux parois pelviennes. Ce sont les ligaments ronds de l'utérus [21].

III-1-2- Rappel anatomique de l'appareil génital féminin :

L'appareil génital féminin comprend deux parties : les organes génitaux externes et les organes génitaux internes. [20 ; 21 ; 22]

a- Les organes génitaux externes :

Les organes génitaux externes de la femme sont plus discrets que ceux de l'homme et davantage dissimulés à l'intérieur du corps.

La partie externe : la vulve

Elle comporte :

-Les grandes lèvres qui sont deux replis de peau généralement plus pigmentées que le reste du corps et couverts de poils à partir de la puberté. Elles recouvrent l'ouverture des conduits urinaire et vaginal. Leur aspect et leur dimension sont variables selon les femmes.

-Les petites lèvres sont deux replis cutanés de couleur rosacée, se situant à l'intérieur des grandes lèvres. Elles peuvent presque être absentes chez certaines femmes alors que chez d'autres, elles peuvent être très développées au point de faire sailli entre les grandes lèvres. Elles gonflent et rougissent par afflux de sang lors de stimulations sexuelles. Elles contiennent deux ouvertures : l'une minuscule, l'urètre pour évacuer l'urine, l'autre qui correspond à l'entrée du vagin.

-L'hymen ferme en partie l'entrée du vagin. C'est une mince membrane qui peut rendre le premier rapport sexuel plus ou moins douloureux et même provoquer un écoulement sanguin lorsqu'il est perforé par le pénis. C'est par la présence de l'hymen qu'on détermine la « virginité » d'une fille. On a longtemps attribué à la virginité une grande valeur symbolique, bien qu'aujourd'hui, du moins dans la culture occidentale, son importance ait beaucoup diminuée.

-Le clitoris : les grandes lèvres recouvrent également le clitoris, petit bourgeon de tissu externe. C'est un point sensible du corps féminin source de plaisir sexuel. Il est l'équivalent du gland du pénis (le clitoris et le gland ont la même origine embryonnaire). Il est situé à la jonction des petites lèvres vers l'avant. Il est recouvert d'un capuchon (équivalent du prépuce), formé en partie par les petites lèvres. Dans certaines cultures, on pratique de façon rituelle l'ablation ou l'excision du clitoris, grave mutilation qui peut mettre la vie de la jeune fille en danger.

-Les glandes de Bartholin au nombre de deux, situées de part et d'autre de l'orifice vaginal, sécrètent quelques gouttes d'un liquide lubrifiant au moment de l'excitation sexuelle. Elles sont l'équivalent des glandes de Cowper de l'homme. Il faut retenir que le périnée est la région en forme de losange comprise entre le bord antérieur des grandes lèvres et l'anus. Cet ensemble musculaire véritable plancher pelvien a une grande importance car il soutient les organes internes (vessie, utérus etc.).

b- Les organes génitaux internes

Les organes génitaux internes de la femme comprennent : les ovaires, les trompes de Fallope, l'utérus et le vagin. Nous parleront également des seins qui, bien que ne faisant pas partie de l'appareil génital à proprement parler, jouent un rôle dans le cycle de la reproduction au moment de la lactation.

*** Les ovaires :**

Les gonades de la femme ou ovaires, au nombre de deux, sont situés de chaque côté de l'utérus et maintenus en place par différents ligaments : musovarium, lombovarium, tubovarium, uterovarium. Ils ont la grosseur d'une grosse amande (2,5 à 5cm de longueur ; 2cm de largeur ; 0,5 à 1cm d'épaisseur). Ils ont deux faces : interne et externe. Ils ont pour fonction de produire les ovules, d'assurer leur maturation et de synthétiser les hormones femelles, les oestrogènes et la progestérone

***Les trompes de Fallope :**

Les trompes sont deux conduits musculieux membraneux étroits d'environ 8 à 20cm, qui partent du fond de l'utérus pour se diriger vers chaque ovaire sans cependant entrer directement en contact avec eux. Elles comprennent quatre parties chacune : interstice, isthme, ampoule et pavillon. Le pavillon, situé près de l'ovaire, s'élargit pour former un cône frangé. Au moment de l'ovulation, les franges viennent saisir l'ovule pour l'aider à passer dans le pavillon. Puis l'ovule remonte la trompe jusqu'à l'utérus.

* L'utérus :

L'utérus est un organe creux d'environ 7,5cm de longueur par 5cm de largeur, en forme de poire renversée, situé au dessus de la vessie et solidement encre par des ligaments. L'utérus se divise en trois parties : le corps, partie supérieure fortement musclée ; l'isthme et le col, partie plus étroite qui fait saillie dans le vagin et qui sécrète un mucus appelé la glaire cervicale.

L'orifice du col est une petite ouverture qui permet l'entrée des spermatozoïdes dans l'utérus, la sortie du sang menstruel et qui peut s'agrandir à plus de 10 cm lors de l'accouchement. C'est dans le corps de l'utérus que s'implante l'œuf fécondé et que se formera par la suite le placenta qui assure les échanges entre le fœtus et corps de la mère.

* Le vagin :

Placé en arrière de la vessie et de l'urètre et en avant du rectum, le vagin est un organe musculaire épais en forme de tube de 7 à 10 cm de longueur, situé entre la vulve et le col de l'utérus. Il a trois couches : conjonctive, musculaire et muqueuse. Il reçoit le pénis lors d'un rapport sexuel, le sperme lors de l'éjaculation et permet la sortie du flux menstruel lors des règles et le passage du bébé lors de l'accouchement (sa capacité de dilatation est très grande). Il est humecté et lubrifié par la glaire cervicale.

* Les seins :

Les seins ne font pas partie du système génital : ils s'apparentent plutôt aux glandes sudoripares. Ils sont destinés à produire et à sécréter le lait pour nourrir le nouveau-né. Quelque soit le volume des seins avant la grossesse, la glande mammaire est la même pour toutes les femmes. C'est le tissu graisseux qui conditionne la taille des seins. C'est pourquoi, la capacité à allaiter et la quantité de lait produit ne dépendent pas du volume des seins.

Chaque sein possède 15 à 20 sections appelés lobes. Chaque lobe contient à son tour de nombreux lobules qui se terminent en formations minuscules, sorte de bulbes, appelées acini, où le lait est produit. Le lait s'écoule par les conduits lactifères qui s'élargissent en sinus et s'ouvrent au niveau du mamelon par les pores.

L'aréole est la zone la plus pigmentée du sein sur laquelle apparaissent pendant la grossesse et pendant toute la durée de l'allaitement des repères olfactifs, les tubercules de Montgomery très attractifs pour le bébé.

NB : tous les organes de l'appareil génital féminin sont hormonaux dépendants et évoluent en fonction de l'âge de la femme.

III-2- PHYSIOPATHOLOGIE DE LA MENOPAUSE :

III-2-1- Définition de la ménopause :

C'est l'arrêt des règles (22) ;

La ménopause correspond à une date, celle de la dernière menstruation (58) ;

Une aménorrhée d'une durée égale ou supérieure à 1an témoigne d'une ménopause confirmée avec une probabilité élevée de l'ordre de 90%, et il est admis qu'on ne peut parler de ménopause avant un tel délai actuellement (28).

III-2-2- PHYSIOPATHOLOGIE :

L'âge de la ménopause dans l'espèce humaine ne parait être modifier ni par l'âge des premières règles, ni par la contraception (26).

a-Endocrinologie :

La ménopause ou arrêt définitif des menstruations se caractérise sur le plan endocrinien par la disparition de l'activité cyclique hypothalamo-hypophyso-ovarien avec faillite des sécrétions gonadiques et perte de la fertilité (28, 58).

La péri ménopause : entre 40 et 50 ans, est une période de transition où la mécanique ovulatoire s'altère entraînant d'abord une dysovulation avec insuffisance en progestérone puis une anovulation avec sécrétion oestrogénique anarchique et carence complète en progestérone (28).

La post-ménopause : ou ménopause confirmée est marquée par la disparition des phénomènes évolutifs de l'ovaire (25, 28). La carence oestrogénique et progestéronique de même que l'absence des règles signe la mise au repos des ovaires. La ménopause est donc classiquement rapporté à l'épuisement progressif du stock folliculaire (26, 28, 58).

L'ovaire en outre continue à participer à la production des stéroïdes sexuels par l'intermédiaire de la delta-4 androsténedione (25, 28).

Importance de l'axe hypothalamo-hypophysaire dans la ménopause :

L'hypophyse : A la ménopause on constate une libération de l'axe hypothalamo-hypophysaire vis-à-vis de l'action exercée par l'œstradiol 17-beta et l'inhibine.

La FSH hypophysaire en permanence freinée par le rétrocontrôle négatif de l'œstradiol et de l'inhibine durant le cycle, s'élève au début de la périménopause, par contre l'œstradiol et la LH sont à ce moment normaux.

L'élévation de la LH sera tardive et moins importante.

L'hypothalamus : La LHRH subit une augmentation importante lors de la ménopause. La production de LHRH hypothalamique est liée à la chute des oestrogènes qui exercent une action de freinage sur la synthèse de LHRH grâce à la dopamine. L'inhibine exerce aussi une action de freinage sur la libération de LHRH ; La sécrétion exagérée de LHRH se répercute au niveau des gonadotrophines hypophysaires, donc sur la LH. L'augmentation des gonadotrophines hypophysaires, FSH et LH, est liée à la fois à l'élévation de la LHRH endogène et à la chute de l'œstradiol et de l'inhibine (26, 28, 58).

b-Les complications de la ménopause :

b-1- Bouffées de chaleur : (30 à 40 % des femmes ménopausées)

Causes : carence oestrogénique secondaire au niveau des structures centrales. Cette carence oestrogénique pourrait induire :

-des modifications des monoamines : élévation de la dopamine, diminution de la noradrénaline ;

-une libération des prostaglandines à action vasomotrice sous l'effet de cette dernière hormone.

Les signes neurovégétatifs d'accompagnement comprennent : des troubles vasomoteurs des extrémités, acroparesthésies, nervosité, anxiété, troubles dyspeptiques, céphalées, dépression (24, 58).

Liées à la carence oestrogénique, les bouffées de chaleur disparaissent avec l'application d'oestrogènes percutanées un jour sur deux ou davantage de façon à obtenir un oestradiol plasmatique à 80pg/ml environ. Cette prise oestrogénique sera associée à un progestatif et un examen annuel de surveillance.

Une fenêtre thérapeutique permettra de vérifier la disparition du symptôme.

En cas de contre-indication (cholestase hépatique, fibrome, thromboembolie, cancer de sein ou de l'endomètre), des tranquillisants ou des sédatifs seront utilisés, mais aussi de l'Agreal ou du catapressan en cas d'hypertension artérielle (58).

b-2- Atrophie urogénitale : L'atrophie vulvaire source de dystrophies et de prurit, l'atrophie vaginale avec dyspareunie sont en rapport direct avec la carence oestrogénique, mais aussi avec

l'absence de la vie sexuelle (le sperme contient de l'œstradiol à un taux suffisant pour l'entretien de la trophicité du vagin) (25, 58).

b-3- Métrorragies post-ménopausiques : l'échographie et les frottis cervico-vaginaux permettent de faire le diagnostic :

-d'atrophie : pas de traitement, ou faibles doses d'œstrogènes ;

-ou image intra cavitaire : faire hystérocopie et curetage (26, 58).

b-4-Ostéoporose post-ménopausique : elle est douloureuse, secondaire à la carence oestrogénique.

Il existe aussi des modifications cutanées.

b-5-Troubles psychologiques : 43 % des femmes se plaignent de fatigues, 30 % de dépression, 32 % d'insomnie. Dans tous les cas on a recours au traitement oestrogénique substitutif.

III-3- Quelques pathologies rencontrées chez la femme âgée :

III-3-1- Les douleurs pelviennes : elles peuvent être en rapport avec un cancer des ovaires. Les signes aux touchers pelviens sont inconstants. L'échographie peut être indiquée pour apprécier la taille des ovaires (57).

III-3-2- Le prurit vulvo-vaginal : il est un motif fréquent de consultation. Il implique l'enquête habituelle, au besoin avec l'avis d'un dermatologue.

Le cancer de la vulve, invasif ou in situ doit absolument être recherché.

En l'absence de lésion identifiable, au traitement initial par toilettes au savon de Marseille, bain de siège à l'eau permanganatée et abandon de tout produit allergisant ou caustique, est ajouté un oestrogène à action vulvo-vaginale, administré per os (exemples : Colpormon : 5 comprimés par jour ; Ovestin : 4 comprimés par jour, pendant au mois 20 jours). Il vaut mieux, à ce stade préliminaire, éviter les applications locales éventuellement allergisantes [40 ; 59].

Après avoir éliminé toute autre cause ; la carence oestrogénique peut être retenue comme origine de ce prurit.

Elle est traitée 10 à 20 jours par mois par des oestrogènes à action vulvo-vaginale. Ceux-ci peuvent être administré per os comme précédemment, ou par voie locale (par exemples : Trophigil : une gélule dans le vagin matin et soir, ou Colpotrophine : une capsule vaginale le soir ou une application de crème sur la vulve et l'anneau vaginal matin et soir).

La persistance du prurit fait recommencer les investigations, toujours avec crainte d'un cancer vulvaire (57, 58).

III-3-3- Dyspareunie : Elle est due le plus souvent à une carence oestrogénique. Après élimination d'une cause organique, vaginite en particulier, le traitement est celui de cette carence par un œstrogène à action vulvo-vaginale (58).

III-3-4- Leucorrhées : Parfois mêlées à un peu de sang, elles traduisent le plus souvent une vaginite, favorisée par l'absence d'imprégnation oestrogénique (vaginite atrophique).

Le traitement comporte toujours un oestrogénique à tropisme vaginal, donné per os ou localement. Il y est associé, suivant l'étiologie, un agent spécifique. En cas de germes banals la colposeptine associe un agent anti-infectieux et un œstrogène à action locale (un comprimé humidifié introduit dans le vagin matin et soir pendant 18 jours).

Leur persistance malgré le traitement fait penser à une hydorrhée ou à une pyorrhée en rapport avec une pathologie de l'endomètre. Un avis spécialisé devient nécessaire (25).

III-3-5- Métrorragies : Elles font toujours rechercher un cancer de l'endomètre par l'hystérogaphie, après avoir vérifié l'état du col (26). Elles peuvent être aussi dues à un cancer de l'ovaire. Leurs autres causes, en particulier l'atrophie ou l'hyperplasie de l'endomètre, la prise d'œstrogènes ne sont qu'un diagnostic d'élimination (25,57, 58).

Unique ou répétitif, rarement inquiétant dans l'immédiat par son abondance, le saignement est en général le seul signe d'appel.

III-3-6- Dystrophies vulvaires :

Sous le terme de dystrophies vulvaires, on regroupe des affections vulvaires variées, dont la plus fréquente est le lichen scléreux, ancien « kraurosis de la vulve » (57, 58).

Basée sur l'anatomopathologie, l'ISSVD (international society for the study of vulvar disease) a établi en 1976 une classification qui distingue trois groupes de dystrophie:

-la dystrophie hyperplasique qui correspond à une hyperplasie épithéliale, avec ou sans atypies et elle renvoie cliniquement à la leucoplasie ou à la lichenification ;

-la dystrophie atrophique qui se traduit par une atrophie épithéliale et surtout par une modification chorion avec aspect délavé et hyalinisé dans sa partie superficielle, tout à fait évocateur du lichen scléreux ;

-la dystrophie mixte qui associe les deux types d'altération : hyperplasie épithéliale et hyalinisation du chorion. Elle renvoie donc cliniquement à un lichen scléreux hyperplasique tantôt lichenifié, tantôt leucoplasique (25, 40, 59).

III-3-7- Prolapsus génitaux :



Photo-I : Prolapsus deuxième degré



Photo-II : Prolapsus troisième degré avec cervicite

Le prolapsus pelvi-génital est une entité anatomoclinique correspondant à la défaillance des systèmes de soutènement et de suspension des organes pelviens de la femme, qui font issue

à travers l'orifice vulvo-génital [20 ; 21]. Les formes anatomiques sont donc variées, associant diversement :

-la colpocèle antérieure, prolapsus de l'étage antérieur, contenant le plus souvent la vessie (cystocèle), rarement l'urètre (urétrocèle) ;

-le prolapsus de l'étage moyen, intéressant le plus souvent l'utérus (hystérocèle), mais pouvant être limité au col utérin (trachélocèle) ou, en l'absence d'utérus, au fond vaginal (retournement vaginal) ;

-la colpocèle postérieure, prolapsus de l'étage postérieur, contenant le rectum (rectocèle) ou le cul de sac de Douglas (élytrocèle) ; la rectocèle doit être distinguée du prolapsus rectal interne ou extériorisé à travers l'orifice anal qui peut être associé au prolapsus pelvi génital.

A ces variétés anatomiques se superposent sans parallélisme des troubles fonctionnels divers, spécifiques ou non, qui sont le motif de consultation. Tous les intermédiaires s'observent entre l'anomalie anatomique mineure (non invalidante ou associée à des signes fonctionnels non liés au prolapsus) et le prolapsus total extériorisé dans sa forme historique. A l'extériorisation des organes pelviens peut s'associer l'incontinence urinaire d'effort qui constitue souvent le principal ou le seul motif de consultation, ou l'incontinence anale.

Le traitement du prolapsus, qui reste essentiellement chirurgical, est une chirurgie reconstructrice de restauration anatomique, mais aussi et surtout une chirurgie fonctionnelle. Son indication est donc posée en fonction du gain de confort espéré, confronté aux risques vitaux de l'acte opératoire,

devenus mineurs avec les progrès de l'anesthésie, et à l'éventualité de troubles fonctionnels postopératoires. Elle n'est donc pas toujours souhaitable.

Malgré les progrès de l'obstétrique, le prolapsus génital de première main ou récurrence après chirurgie, l'incontinence urinaire d'effort isolée, associée au prolapsus, apparue ou récidivée après chirurgie, n'ont pas diminué de fréquence. Bien au contraire, le fatalisme et la dissimulation régressant, la longévité, le souci de normalité anatomique et d'intégrité fonctionnelle augmentant, le prolapsus et l'incontinence urinaire sont un des motifs de consultation les plus fréquents en chirurgie gynécologique [29 ; 33 ; 44 ; 46].

Physiopathologie et étiologie :

La statique pelvienne est sous la triple dépendance du système d'orientation de l'utérus (ligaments utéro-sacrés et ronds), de son système de suspension (paracervix) et du soutènement pelvien (muscle élévateur et centre tendineux). La continence urinaire à l'effort est assurée par l'appareil sphinctérien, la longueur fonctionnelle de l'urètre, la position anatomique de la jonction vésico-urétrale dans l'enceinte manométrique abdominale et, en conséquence, la transmission à l'urètre des pressions abdominales lors de la poussée d'effort [25].

Tous ces mécanismes peuvent être altérés par quatre ordres de facteurs possiblement associés : congénital, traumatique, hormonal et iatrogène.

Comme facteurs étiologiques, en plus des facteurs congénitaux, traumatiques et iatrogènes ; il y a et surtout dans nos cas d'étude ce qu'on appelle les modifications

ménopausiques. Elles ne sont pas causales, mais aggravent les conséquences de traumatismes antérieurs. Les fascias et ligaments, ainsi que les muscles et la paroi vaginale, involuent sous l'effet de la carence ostrogénique [40].

Le vieillissement porte sur l'activité fibroblastique, la musculature lisse des ligaments viscéraux, la vascularisation artérielle des muscles, l'activité phasique puis tonique des fibres musculaires striées. Ainsi, il est habituellement conseillé d'éviter les manœuvres obstétricales traumatiques, de recourir à l'épisiotomie, de prescrire dans le post-partum une kinésithérapie périnéale, de pratiquer en cas d'hystérectomie la technique intra faciale suivie de solidarisation du fond vaginal aux ligaments suspenseurs, de prescrire largement les œstrogènes après la ménopause [40 ; 59].

III-3-8- Polype du col utérin et cervicites :

a- Polype : Le polype cervical est une lésion dystrophique pseudotumorale développée à partir de la muqueuse endocervicale sur laquelle il s'insère par un pédicule. Fréquent, on le retrouve chez 1 à 5 % des consultantes de gynécologie, mais surtout chez la multipare et la femme de plus de 45 ans [10 ; 18 ; 19]. Le polype est souvent asymptomatique et découvert à l'occasion d'un examen de routine, il est parfois révélé par des leucorrhées, des métrorragies. La plupart des polypes sont bénins mais doivent être enlevés et bénéficier d'un examen anatomopathologique pour plusieurs raisons :

-ils peuvent cancériser ;

-ils peuvent poser des problèmes de diagnostic différentiel avec certains cancers du col polypoïdes ;

-ils peuvent accompagner une lésion associée. On parle alors de polype «sentinelle ». Un polype du col peut s'accompagner d'un polype du corps, cette association est d'autant plus fréquente que l'âge de la patiente est avancé. Il peut être associé, notamment

après 50 ans à un cancer génital de l'endomètre surtout, mais parfois du col, de l'ovaire, de la vulve ou du vagin.

b-LES CERVICITES

La cervicite aiguë ou chronique est probablement l'affection la plus fréquente en gynécologie [15 ; 24]. Ce terme désigne l'inflammation du col quelle qu'en soit la cause et recouvre plusieurs tableaux cliniques et histologiques.

La cervicite primaire affecte une muqueuse initialement normale, c'est plus souvent une cervicovaginite qu'une endocervicite endométrite ; la cervicite secondaire survient sur un col remanié par des traumatismes ou des infections à répétition, et qui présente des altérations histologiques favorisant le développement microbien. On peut séparer deux types histologiques de cervicite, leur coexistence restant possible. Leurs facteurs étiologiques sont comparables de même que leurs conséquences.

b-1-La cervicovaginite : seule la muqueuse pavimenteuse de l'exocol participe à l'inflammation mais aussi au niveau des culs-de-sac vaginaux et éventuellement du vagin participent à l'inflammation.

b-2-La cervicite proprement dite : la muqueuse cylindrique est alors intéressée par l'inflammation (endocervicite).

Il est important de dépister et de traiter les infections génitales basses.

Les arguments de diagnostic de cervicite sont cliniques, colposcopiques, cytologiques et bactériologiques et parfois sérologiques.

Les arguments cliniques sont souvent discrets voire absent dans la cervicite, ils sont évocateurs dans la cervicovaginite.

Les éléments principaux :

- une leucorrhée, d'aspect parfois évocateur, purulente ;
- un prurit ou des brûlures vulvo-vaginales ;
- des métrorragies (spontanées par hyperhémie ou post coïtales) ;
- une dyspareunie orificielle, sinon penser à l'association avec une paramérite ;
- une infertilité (un mucus épais, acide, purulent est hostile aux spermatozoïdes et empêche une fécondation);
- un syndrome douloureux pelvien, en faveur d'une infection locorégionale (salpingite voire pelvipéritonite génitale) imposant une exploration coelioscopique diagnostique et thérapeutique (adhérences ...).

A l'examen on recherche des lésions visibles à l'œil nu, vulvaires, vaginales ou cervicales, à type de colpité érythémateuse, leucorrhées, ulcération hémorragique, végétation parfois de simple congestion. On recherche aussi une atteinte locorégionale utéro-annexielle faisant craindre une extension régionale de l'infection ou une infection sexuellement transmissible (IST) associée. Cet examen est complété par un pH vaginal et une étude microscopique de la glaire et des sécrétions vaginales à l'état frais. Dans la glaire normale, les polynucléaires sont absents ou en nombre inférieur à 3-4 par champ au grossissement x 40 ; en période de glaire filante, en nombre inférieur à 30-40 et non altérés en fin de cycle.

Dans les sécrétions vaginales, l'examen microscopique identifie facilement la présence éventuelle d'un Trichomonas, d'une levure siégeant au sein d'un frottis contenant de nombreux polynucléaires (< 10 / champ). Cet examen sera complété par un

prélèvement pour étude bactériologique. Rappelons qu'en présence d'une cervicite aiguë le diagnostic de certitude revient à la biopsie dirigée sous contrôle colposcopique.

III-3-9- Tumeurs du vagin et lésions apparentées :

Les tumeurs du vagin et lésions apparentées constituent un cadre nosologique protéiforme.

Ainsi, les tumeurs bénignes regroupent les kystes, de natures diverses, les polypes fibroépithéliaux et les léiomyomes, ainsi que d'autres entités plus rares (rhabdomyomes, etc.)

Les pseudotumeurs regroupent l'endométriase et l'adenose.

Les condylomes et néoplasies intra épithéliales sont, comme leur équivalent au niveau du col utérin, en rapport avec la présence de « human papilloma virus ».

Les cancers invasifs, rares, sont dominés par les épithéliomas épidermoïdes. Leur extension particulièrement lymphatique, et la proximité du rectum et de la vessie imposent des contraintes thérapeutiques pour limiter leur morbidité. La radiothérapie représente le principal traitement (59).

III-3-10- Fibromes utérins : le fibrome utérin est la tumeur bénigne la plus fréquente chez la femme noire [1 ; 21 ; 49]. Environ 50% des fibromes sont asymptomatiques et ne doivent faire l'objet d'aucun traitement. Seuls les fibromes douloureux, gênants ou provoquant des métrorragies et/ou des menométrorragies sont traités. Les fibromes représentent la première indication d'hystérectomie chez les femmes en pré ménopause. Il existe une prédisposition familiale et raciale à la croissance des fibromes (59).

L'échographie est l'examen de référence pour le diagnostic des fibromes, l'hystérocopie est indiquée pour apprécier le retentissement intra cavitaire des fibromes.

La seule indication des traitements progestatifs est la prise en charge des pathologies utérines fonctionnelles endométriales associées aux fibromes. La progestérone n'a plus d'indication pour réduire le volume des fibromes (57, 58).

Les fibromes sous muqueux symptomatiques sont traités par résection. Un traitement radical chirurgical est proposé et réalisé de préférence par voie vaginale (25, 40). Si les fibromes sont fréquemment rencontrés en cas d'infertilité, il n'a jamais été démontré de relation de cause à effet. Il est probable cependant

que le taux de grossesse soit amélioré après résection de fibrome sous muqueux et que l'existence de fibromes interstitiels entraîne une réduction du taux de grossesse (58).

III-3-11- Cancer du col de l'utérus :

Epidémiologie : en termes de mortalité mondiale, le cancer du col de l'utérus arrive au 5^{ème} rang des cancers de la femme, en termes d'incidence, il arrive en 3^{ème} place. Alors que les taux d'incidence varient entre un minimum de 2,6 nouveaux cas sur 100000 femmes par an en chine et un maximum de 67,2 cas chez les femmes africaines de Harare, au Zimbabwe, les taux européens de 3,4 à 20,6 avec une majorité comprise entre 7 et 12. Une analyse empirique indique une tendance générale à la diminution (1, 3).

Les facteurs de risque du cancer du col sont le comportement sexuel (âge du 1^{er} rapport sexuel, partenaires multiples), la vie reproductive (multiparité, utilisation d contraceptifs oraux), les facteurs socio-économiques (classe sociale et niveau d'éducation, ethnie) et le tabac (7, 30, 42, 44).

Actuellement on s'intéresse au rôle étiologique des papillomavirus humains (human papilloma virus), dont plusieurs souches se sont révélées carcinogènes.

Cette observation ouvre la voie à des stratégies préventives potentielles reposant sur la vaccination (46, 48, 51,67).

Traitement du cancer du col de l'utérus :

Le traitement du cancer du col de l'utérus est sujet à controverse entre les tenants de la chirurgie ou de la radiothérapie pure et ceux de l'association radio chirurgicale.

En fait, si l'on reprend les publications, on s'aperçoit qu'il y a souvent une grande différence entre le politique annoncée et les soins réellement donnés aux malades. Tel autre annonçant un protocole très chirurgical et faisant en fait irradier de nombreuses malades ou vice versa (1, 40, 58).

Poser une indication dépend non seulement du stade de la maladie mais aussi de l'âge de la patiente, de son état général, des conditions anatomiques locales, plus que des attitudes d'écoles. C'est l'intérêt du malade qui doit toujours être pris en compte pour essayer d'obtenir les meilleurs résultats au moindre prix. C'est-à-dire avec l'espoir de la meilleure qualité de vie (1,3).

Les modalités de traitement des cancers au stade IA sont le plus souvent chirurgicales. Les stades IB et II posent les problèmes de discussions entre trois méthodes : chirurgie, radio, les deux

associés. Le traitement des stades III et IV est largement dominé par la radiothérapie.

Le problème de la surveillance et de traitement des récurrences et métastases reste toujours posé (1, 58).

III-3-12- Cancer de l'endomètre :

C'est le quatrième plus fréquent des cancers de la femme avec 34.000 cas et 6.000 décès aux Etats-Unis d'Amérique (1996).

Les différences géographiques et ethniques dans l'incidence et la morbidité demeurent encore comprises (33, 38, 40). L'ensemble des données épidémiologiques et cliniques suggère le rôle des œstrogènes dans l'étiologie du cancer de l'endomètre et le rôle des facteurs de risque, qui environ 30 à 60% des cas de cancer de l'endomètre, pourrait expliquer cette hypothèse hormonale (7, 14). Les facteurs de risque comprennent : l'obésité, le traitement œstrogénique, la nulliparité, les ménarches précoces et la ménopause tardive, le diabète, l'hypertension artérielle et les situations associées avec une augmentation des œstrogènes endogènes. Au contraire, la contraception orale œstroprogestative, la multiparité et le tabagisme semblent diminuer ce risque. Le compte rendu anatomopathologique doit comprendre le type histologique, l'invasion myométrale, l'invasion vasculaire, l'envahissement cervical et l'existence ou non d'un envahissement de la séreuse utérine à distance, ainsi que le grade architectural et nucléaire (4, 10, 11).

L'invasion myométrale est un facteur pronostic essentiel du cancer de l'endomètre [32, 35]. L'IRM et l'échographie vaginale sont efficaces pour l'évaluation préopératoire de la profondeur de l'invasion myométrale. Quand le cancer de l'endomètre envahit plus de la moitié de l'épaisseur du myomètre, le risque d'envahissement ganglionnaire est important. La classification chirurgicale est plus précise que l'évaluation clinique pour déterminer l'extension complète de la maladie (16).

L'élément essentiel du traitement du cancer de l'endomètre est la chirurgie qui donne la meilleure occasion d'établir exactement l'extension de la maladie, le pronostic et le traitement postopératoire approprié, grâce à l'ensemble des renseignements obtenus par l'analyse cytologique et anatomopathologique (2, 27, 58).

III-3-13- Tumeurs de l'ovaire : chez la femme âgée en cas de tumeur maligne de l'ovaire, quelque soit le stade, le traitement doit comprendre une hystérectomie totale non conservatrice, une omentectomie, une appendicectomie et un curage iliaque externe

bilatéral et lombo-aortique pour ne pas sous stadifier la maladie. Dans les tumeurs malignes de stade IA, un traitement conservateur peut être pratiqué. Au delà de ce stade, le traitement conservateur ne peut se concevoir que s'il s'agit d'une tumeur à la limite de la malignité. La chirurgie diagnostique des tumeurs de l'ovaire doit donc être pratiquée par des équipes chirurgicales et anatomopathologiques spécialisées (5, 6, 60).

III-3-14- Le cancer du sein de la femme âgée : le cancer du sein de la femme âgée est de par sa fréquence croissante un problème de santé publique. 50% des cancers du sein surviendront dans les années à venir chez des femmes de plus de 70ans (15, 32, 44).

L'espérance de vie brut à la naissance sera, en 2020 d'environ 86,4ans pour les femmes (1, 58, 61).

Comme facteurs de risque spécifiques de ces cancers on peut retenir les facteurs environnementaux (alimentation), le traitement hormonal substitutif de plus de 5 à 10ans, les contraceptifs oraux (il y a encore une incertitude pour ces derniers (46, 50, 63).

En fonction du stade d'évolution le traitement repose sur la chirurgie, la radiothérapie et le traitement médical à base de Tamoxifène (65, 66). Mais on utilise aussi les nouveaux anti-œstrogènes (SERM : specific estrogen receptor modulator), les anti-aromatases ou les progestatifs. La chimiothérapie est une nécessité en cas de métastases multiples et viscérales (54,56, 57).

III-3-15- LES RETRECISSEMENTS ACQUIS DE LA VULVE ET DU VAGIN :

A- LES RETRECISSEMENTS PAR TROUBLES TROPHIQUES :

A-1- Atrophie vulvo-vaginale de la femme ménopausée ou de la femme castrée :

A-1-1-**Aspect clinique :** l'atrophie vulvo-vaginale affecte 30 à 50% des femmes ménopausées.

Elle va se manifester différemment selon les femmes. Au niveau du vagin, la muqueuse va perdre son aspect strié, rugueux pour laisser place à une muqueuse lisse, pâle, mince et sans élasticité. Cela peut se traduire par un raccourcissement portant à la fois sur la longueur et sur la largeur du vagin. On note un effacement

des culs de sac vaginaux et un rétrécissement de l'orifice inférieur du vagin. [17 ; 18]

Cette atrophie pourra se manifester par une fermeture partielle du vagin avec rétention purulente en amont. [24]

Au niveau vulvaire il se produit une raréfaction de la pilosité pubienne et labiale, une disparition du tissu adipeux sous-cutané donnant aux grandes lèvres une consistance et un aspect fripé, une atrophie du clitoris et une sténose de l'orifice vulvaire. La muqueuse ici aussi devient pâle, translucide, fine, le méat urétral s'éverse. La symptomatologie en est très souvent urinaire et le geste thérapeutique simple [25].

Différentes études ont pu rapprochées le degré de l'atrophie post-ménopausique à la fréquence de l'activité sexuelle. Le maintien d'une activité sexuelle ne serait pas corrélé aux taux sanguins hormonaux notamment l'estradiolémie [23].

Les modifications macroscopiques s'accompagnent sur le plan cytologique d'une disparition progressive des couches superficielles puis intermédiaires avec raréfaction puis disparition du glycogène.

Sur le plan histologique l'épithélium s'amincit progressivement, les couches basales et para-basales sont découvertes. Le glycogène est très réduit ou absent, responsable des aspects colposcopiques et micro colposcopiques avec absence de charge iodée après application de lugol. L'épithélium peut même disparaître par endroit, exposant le chorion sous-jacent (ulcérations, hémorragies). [31]

Le tissu conjonctif se modifie également : les lames élastiques sont remplacées par des fibres de collagènes non élastiques responsables des symptômes cliniques.

Les vaisseaux s'amincissent, se fragilisent, responsable de l'aspect pâle de la muqueuse et diminuent ses possibilités d'absorption.

Sur les plans bactériologique et biochimique, l'absence de maturation normale de l'épithélium entraîne une diminution de la charge glyco-génique ce qui modifie la flore et l'équilibre bactérien avec disparition du bacille de DÖDERLEIN et élévation progressive du PH vaginal.

A-1-2-TRAITEMENT :

Le traitement de l'atrophie vulvo-vaginale de la femme ménopausée n'est pas indispensable. Il ne sera prescrit qu'en fonction des troubles symptomatiques. Il repose essentiellement sur l'estrogénothérapie. [17 ; 18 ; 19 ; 21 ; 22]

On aura éliminé auparavant les contre-indications classiques des estrogènes et notamment les antécédents de cancer du sein.

Les traitements par voie orale sont les dérivés de l'œstradiol, l'œstrone, mais étant donné le terrain et les contre-indications il est rare qu'on puisse les employer sans inconvénients chez les femmes âgées [25].

L'estrogénothérapie percutanée soit sous forme de gel, soit sous forme de pastille autocollante, permet l'administration d'œstradiol 17 bêtas et évite le premier passage hépatique responsable des perturbations métaboliques. C'est la voie d'administration idéale chez les femmes âgées [40 ; 59].

L'estrogénothérapie locale, soit sous forme de pommade ou d'ovule, permet une très bonne absorption et un effet local très efficace mais elle s'accompagne d'une absorption systémique.

L'intérêt du promestriène serait d'éviter cette absorption systémique tout en permettant une action œstrogénique locale.

Les progestatifs ne représentent pas en eux-mêmes un traitement des troubles trophiques mais nous les citons afin de rappeler que toute estrogénothérapie par voie générale sera prescrite en associant avec un traitement cyclique par progestatifs chez les femmes qui n'ont pas été hystérectomisées [59].

Les androgènes n'ont aucune place dans le traitement des troubles trophiques vaginaux de la ménopause.

A-2- DYSTROPHIES VULVAIRES

L'atrophie est surtout l'apanage du lichen scléreux et des dystrophies mixtes.

B- RETRECISSEMENTS POST-TRAUMATIQUES

B-1- Rétrécissements après traumatisme chirurgical :

Ce sont les plus fréquents des rétrécissements acquis de la vulve et du vagin. Ils surviennent essentiellement lors de la chirurgie gynécologique par voie basse et sont surtout dus à deux types de chirurgie, les vulvectomies et la chirurgie des prolapsus.

B-1-1- Vulvectomie :

La vulvectomie s'adressant essentiellement aux femmes qui ont le cancer de la vulve ou des dystrophies mixtes avec atypie, ces interventions sont donc pratiquées chez des femmes le plus souvent ménopausées mais on signale dans deux tiers des cas une dyspareunie liée à une sténose vaginale. Ces femmes se

plaignent de douleurs, de prurit provoqué par le coït, le port des vêtements ou la position assise.

Il semble qu'en matière de vulvectomie, l'acte chirurgical ne soit pas la cause unique du rétrécissement vulvaire voire vaginal, mais qu'il se surajoute des modifications du comportement liées à des troubles de l'image corporelle, des troubles de l'humeur. On parle de syndrome post-vulvectomie. [21 ; 26 ; 52 ; 54]

B-1-2- Chirurgie vaginale :

Elle est responsable de rétrécissement ou de diaphragmes vaginaux.

C'est notamment le cas lors des colporaphie antérieures et postérieures excessives. Les lésions peuvent se localiser au niveau de l'orifice vulvaire, c'est le cas lors des myorrhaphies des muscles releveurs ayant été effectuées de façon trop serrée. Il faut en effet tenir compte de l'involution et de la rétraction progressive des tissus après l'intervention afin de savoir limiter l'ampleur du geste chirurgical.

Le traitement est tout d'abord préventif. Afin de faciliter la cicatrisation, on préviendra toute infection. On pourra prescrire aussi des pommades locales à base d'estrogènes et des pommades cicatrisantes.

La surveillance postopératoire est capitale, les patientes devant être revue à 3 et 6 semaines. Des accolements des parois vaginales étant alors découverts, ils pourront être effondrés au doigt. La reprise des rapports sera préconisée environ 6 semaines après l'intervention.

Comme nous l'avons dit, elle pourra prévenir le rétrécissement.

Le traitement curatif en cas de sténose vulvo-vaginale postopératoire est le suivant :

-Le premier traitement à mettre en œuvre est un traitement médical par estrogénothérapie et calibrage du vagin par mandrin. Il peut donner de bons résultats mais lorsque la sténose est constituée et invalidante il faut avoir recours à la chirurgie.

-Dans les cas de sténose de l'orifice vaginal après périnéorrhaphie postérieure trop serrée, on peut utiliser l'intervention de POZZI : on pratique une incision sagittale de la commissure sur la ligne médiane à cheval sur la jonction cutanéomuqueuse. On pratique un décollement large de chaque côté de l'incision et on suture transversalement ce qui a été incisé longitudinalement.

-On peut avoir recours à une plastie. Cette plastie est indiquée lorsque le versant périnéal cutané est de meilleure qualité que le versant muqueux vaginal.

-La plastie en Z repose sur une incision de trois lignes égales limitant deux triangles équilatéraux de 60° entre la ligne centrale et les deux lignes latérales. Cette plastie a été préconisée dans les cures de sténose orificielle survenant après vulvectomie totale avec de bons résultats.

-D'autres interventions plastiques peuvent être utilisées : plastie avec lambeau de transposition ou avec greffe cutanée. [7 ; 8 ; 9 ; 16 ; 26 ; 32 ; 36 ; 54]

B-2- RETRECISSEMENT APRES TRAUMATISME OBSTETRICAL:

Rétrécissements de la partie supérieure du vagin ;

Rétrécissements de la partie moyenne du vagin ;

Rétrécissements vulvo-vaginaux ;

B-3- RETRECISSEMENT APRES TRAUMATISME RADIQUE

La muqueuse vaginale a une tolérance exceptionnelle à la radiothérapie. Entouré par les viscères pelviens qui sont beaucoup plus vulnérables que lui, le vagin n'est que rarement lésé par les irradiations externes. En revanche, ce sont la curiethérapie ou les ponctures à l'iridium qui vont affecter la trophicité du vagin ou de la vulve. En effet, la curiethérapie va provoquer une destruction tissulaire au niveau des zones néoplasiques et il se produira une coalescence des parois vaginales aggravée par les phénomènes de sclérose qui accompagne la cicatrisation. Au niveau des zones vaginales saines, les lésions sont beaucoup moindres et consistent en une destruction basale de l'épithélium qui est la couche cellulaire la plus radiosensible ainsi qu'en une altération de l'endothélium des petits vaisseaux et des fibroblastes. La dose qui doit être délivrée par l'irradiation est fixée en fonction des éventuelles complications trophiques.

Le rétrécissement vaginal consécutif à la radiothérapie va être aggravé par une éventuelle atrésie antérieure à l'irradiation mais aussi par l'infection qui est engendrée par la lyse des tissus irradiés pendant le temps que dure la curiethérapie. De plus, dans les suites proches l'altération de la fonction ovarienne va accentuer le phénomène. Il faut signaler aussi que ces patientes ont souvent plusieurs associations agressives de type curiethérapie-chirurgie, curiethérapie-irradiation externe, voire curiethérapie-chirurgie-irradiation externe.

Chez 97 femmes porteuses d'un cancer du col stades I et II, Abitbol et Coll. ont analysés les conséquences des diverses agressions isolées ou associées (chirurgie isolée, chirurgie +curiethérapie ou physiothérapie externe) [25]. La sténose vaginale est constatée dans 7cas chez les 41 patientes traitées par chirurgie exclusive, dans 11 cas parmi les 19 patientes traitées par l'association curiethérapie-chirurgie et chez 30 cas des 37 patientes traitées par irradiation. L'association curiethérapie et radiothérapie externe paraît donc la plus néfaste pour le conduit vaginal [53 ; 57 ; 67].

L'aspect du vagin après curiethérapie va être celui d'un vagin avec muqueuse pâle, atrophique, plus ou moins parsemé de télangiectasies pouvant facilement saigner au contact [53].

Le traitement des complications de la curiethérapie va être essentiellement préventif, basé sur l'utilisation d'un matériel adapté à la morphologie de la patiente, sur la mise en place des applicateurs avec asepsie rigoureuse [25].

Dans les suites immédiates, les contrôles cliniques vont permettre de surveiller l'apparition éventuelle des adhérences vaginales et de les effondré au doigt très facilement, la reprise d'une vie sexuelle permettra d'éviter la récurrence de ces coalescences.

L'estrogénothérapie qui pourra être prescrite chez certaines femmes en fonction de la pathologie traitée, bien qu'améliorant légèrement les troubles locaux, ne corrigera pas totalement la sclérose post-radique [25 ; 53].

Il faut signaler que chez les femmes ayant fait une curiethérapie que le frottis vaginal est sans intérêt du fait des nombreux faux

positifs et faux négatifs liés à l'action des rayons sur les cellules épithéliales. [11 ; 20 ; 22]

B-4- RETRECISSEMENTS POST-TRAUMATIQUES PAR TRAUMATISMES DIVERS :

La vulve et plus encore le vagin sont rarement l'objet de traumatismes. Cependant il a été décrit des traumatismes par brûlure, par caustiques. Nous citerons, en rapport avec J. LANNSAC et collaborateurs [21], les traumatismes dus au coït, les traumatismes accidentels et les corps étrangers.

C- RETRECISSEMENTS D'ORIGINE INFECTIEUSE :

***Vulvo-vaginites aiguës :**

Elles peuvent entraîner des rétrécissements temporaires de la fente vulvaire par l'œdème inflammatoire. C'est notamment le cas des vulvites herpétiques.

Le traitement spécifique de ces infections amène un retour à la normale et une guérison sans séquelle.

***Affections vulvo-vaginales chroniques :**

Elles peuvent déterminer des rétrécissements définitifs d'autant que se surajoutent des infections à germes non spécifiques. Ces rétrécissements infectieux chroniques sont cependant devenus exceptionnels.

-La syphilis génitale : on ne peut parler de sténose qu'au stade de syphilis tertiaire. C'est le classique syphilome diffus hypertrophique de la grande lèvre qui réalise un œdème dur, indolore, éléphantiasique et qui obture la vulve.

-La tuberculose des organes génitaux externes : elle sera simplement citée car elle représente la forme la plus rare de tuberculose génitale.

-La lymphogranulomatose vénérienne : c'est une maladie exceptionnelle.

C'est lors des complications tardives que peut survenir une forme entraînant un rétrécissement de l'orifice vaginal par œdème vulvaire d'origine lymphatique réalisant l'esthiomène. Le diagnostic sera fait par une mise en évidence sur des cultures de cellules de Chlamydia trachomatis ou encore par sérodiagnostic.

-Autres infections : nous citerons les formes vulvaires de la bilharziose et les formes vaginales et/ou vulvaires de la donovanose et de l'actinomyose. [10 ; 15 ; 17 ; 24 ; 31]

D- RETRECISSEMENTS D'ORIGINE TUMORALE :

***Tumeurs bénignes :**

Elles ne sont pas toujours à l'origine d'un rétrécissement et n'entrent dans ce chapitre que lorsqu'elles ont atteint une taille très importante. On citera aussi les tumeurs plus rares développées aux dépens des résidus embryonnaires. Nous localisons ici la tumeur de Buscke-Löwenstein qui n'est en fait qu'un condylome géant à évolution rapide et qui nécessite qu'un traitement chirurgical limité [7 ; 14 ; 25].

Enfin certaines tumeurs, rares dans leur localisation vulvaire, telles que les lymphangiomes, peuvent prendre une forme diffuse éléphantiasique obstruant la vulve [20 ; 40].

On a décrit au niveau vulvaire des localisations endométriosiques qui ne sont que très rarement sténosantes. On rapprochera de ces localisations endométriosiques les localisations vulvo-vaginales du syndrome de Stevens-Johnson qui se présente comme des lésions granulomateuses pouvant siéger sur la vulve, le vagin ou le col présentant des zones ulcérées, et entraîner une

sténose vaginale avec une hémorragie quasi permanente et irritation vulvaire [18 ; 26]. Ces formes localisées sont à replacer dans le syndrome général. La pathogénie fait appel à des phénomènes de vascularite à complexes immuns [25 ; 41].

L'analyse histologique des localisations granulomateuses révèle des foyers d'adenose et d'endométriase [45].

***Tumeurs malignes :**

Les cancers de la vulve et du vagin surviennent chez les femmes âgées, ménopausées de longue date. Leur retentissement sur la perméabilité du conduit génital est minime étant donné le terrain et peut être dû soit à une extension tumorale, soit à une invasion des tissus adjacents par continuité. [7 ; 14 ; 18 ; 20 ; 26 ; 40 ; 41 ; 45]

IV- METHODOLOGIE

Il a été réalisé une prise en charge gynécologique des femmes consultant pour des problèmes gynécologiques et mammaires.

IV-1- Lieux d'étude :

L'étude s'est déroulée entre la polyclinique le « Lac Télé » et la « Maison des aînés » qui reçoivent environs 50 femmes âgées par Semaine.

IV-1-1- La polyclinique le « Lac Télé » : comme son nom l'indique, c'est une structure sanitaire privée qui a été créée en 1996. Elle est située à l'extrême Sud-ouest de la zone ACI de Hamdallaye face au terrain de l'AS Réal après le cimetière de Lafiabougou au plein cœur de la commune IV. C'est un bâtiment de trois étages avec :

En bas :

- .Réception
- .Standard
- .Salle de pansement
- .Salle des manœuvres
- .Toilettes
- .Garage
- .Salle d'attente
- .Bureaux de consultation et d'examen
- .Salle d'échographie
- .Salle de radiographie
- .Salle de prélèvements
- .Laboratoire d'analyse médicale
- .Bureau du médecin chef
- .Bureau du P.D.G.
- .Bureau administrateur chef de personnel

Premier étage ; Pavillon Dédé :

- .Salle d'accouchement
- .Salle de soins
- .Bureau surveillante
- .Salle des prématurés
- .Salles d'hospitalisation D1 à D8
- .Centre P.M.A.
- .Salle de réanimation
- .Bloc opératoire

Deuxième étage ; Pavillon Garba :

- .Salle de conférence

- .Salle de cafeterias
- .Salle de kinésithérapie
- .Cabinet dentaire
- .Salles d'hospitalisation G1 à G11
- .Salle V.I.P.

Troisième étage ; Pavillon Fatoumata :

- .F1 : Salle de garde des médecins
- .F2 : Terrasse

Elle emploie 30 personnels permanents et 25 personnels vacataires.

Comme spécialisation de la clinique nous avons :

- la gynécologie obstétrique / 75% de l'activité de la Polyclinique
- la stérilité fertilité / le promoteur étant Gynécologue
/ Accoucheur

- la pédiatrie ;
- la médecine interne : 2 médecins interne et permanents ;
- l'Urologie (2 Urologues),
- la Cardiologie (2 Cardiologues),
- la traumatologie orthopédie (2 traumatologues),
- la chirurgie viscérale,
- l'ORL,
- la rééducation fonctionnelle et la médecine du sport.

IV-1-2- Institut d'études et de recherche en Géro- Gériatrie : « La Maison des Aînés » : IERGG-MA

Créée par la Loi N° 98-038 du 20 Juillet 1998, c'est un établissement public national à caractère scientifique et technologique. Les organes de gestion sont :

- le conseil d'administration
- la direction
- le comité scientifique et technique

Rattachée au département du ministère du développement social de la solidarité et des personnes âgées, elle est située dans la zone ACI 2000 entre la B.H.M. (Banque de l'Habitat du Mali) et rond point Kwame KRUMA. Elle s'étend sur une vaste superficie qui a en son sein deux bâtiments dont le bâtiment du conseil national des personnes âgées et le bâtiment de la direction de la maison des aînés. Ce dernier comprend, en plus des bureaux administratifs, des unités de consultation urologique, gynécologique, neurologique, ophtalmologique, médecine générale, cardiologique.

En plus la structure à d'autres minis bâtiments dont des logements, des magasins, l'accueil et une cantine.

Toutes les patientes ont bénéficié d'un examen gynécologique et d'examen complémentaires.

IV-2- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale.

IV-3- Durée de l'étude :

L'étude s'étend sur un an et demi: du 1^{er} Février 2006 au 31 Juillet 2007.

IV-4- Echantillonnage :

Notre population d'étude est constituée de femmes âgées ayant des problèmes gynécologiques mammaires. Elles ont été recensées au cours des consultations au niveau des deux structures et chacune d'elles a fait l'objet d'interrogatoire et d'examen dont les résultats ont été relevés sur des fiches individuelles d'identification des patientes.

IV-5- Critères d'inclusion :

-les femmes de 60ans et plus ayant des pathologies gynécologiques et mammaires.

IV-6- Critères d'exclusion :

-les patientes présentant d'autres affections autres que gynécologiques et mammaires ;
-les femmes dont l'âge est inférieur à 60 ans.

IV-7- METHODOLOGIE :

Toutes les femmes consentantes répondant aux critères d'inclusion ont fait l'objet :

- d'un interrogatoire minutieux ;
- d'un examen gynécologique et mammaire complet ;
- et des examens complémentaires à la demande notamment :
 - une numération formule sanguine et vitesse de sédimentation
 - un prélèvement vaginal
 - une échographie pelvienne
 - une colposcopie
 - une mammographie
 - une biopsie plus cytologie cervicovaginale
 - un examen cyto bactériologique des urines.
 - Un examen anatomopathologique des pièces opératoires
- une prise en charge thérapeutique ;
- des séances d'information d'éducation, conseil avec des messages préventifs.

IV-8- Recueil et analyse des données : l'ensemble des données recueillies a été saisi et analysé à l'aide du logiciel Epi info 6/O

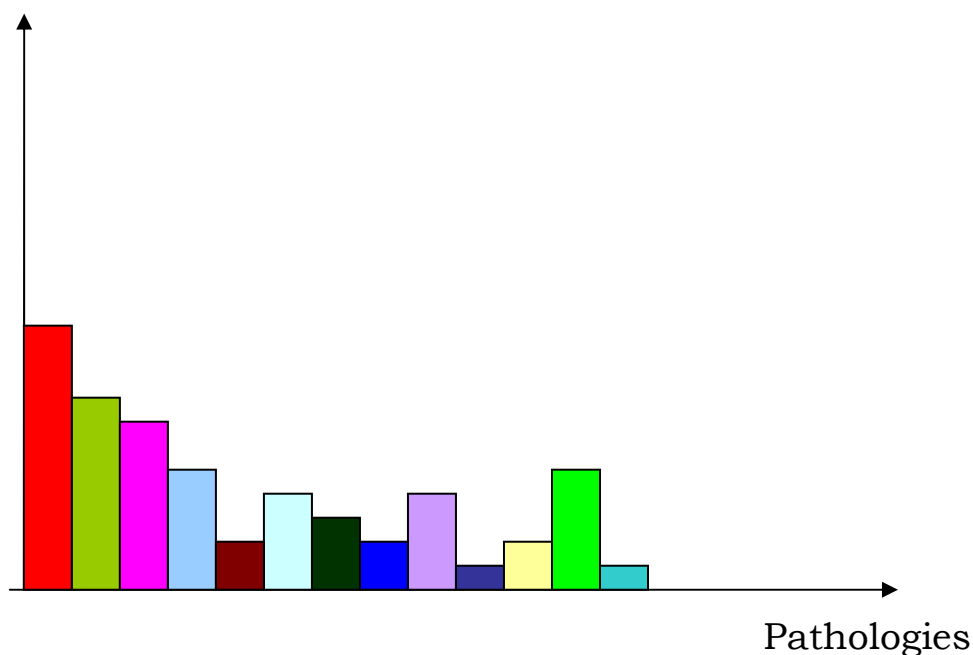
V- RESULTATS

1- FREQUENCE :

TABLEAU-I : *Classification selon les pathologies rencontrées*

Pathologies	Nombre de cas	Pourcentage	Cumul
Fibrome utérin	11	20%	20%
Vulvo-vaginite	08	14.5%	34.5%
Prolapsus	07	12.7%	47.2%
Cancer du col utérin	05	09.1%	56.3%
Atrophie vulvo-vaginale	05	09.1%	65.4%
Cervicites	04	07.3%	72.7%
Cancer de l'endomètre	04	07.3%	80%
Cancer du sein	03	05.5%	85.5%
Polype	02	03.7%	89.2%
Nodule du sein	02	03.7%	92.9%
Cancer du vagin	02	03.7%	96.6%
Cancer vulvo-anal	01	01.8%	98.4%
Cancer de l'ovaire	01	01.8%	100%
TOTAL	55	100%	100%

Fréquences



■ Fibrome utérin=11

■ Vulvovaginite=8

■ Prolapsus = 7

■ Cancer du col utérin =5

■ Cancer du vagin= 2

■ Cancer de l'endomètre= 4

■ Cancer du sein = 3

■ Nodule du sein = 2

■ Cervicite = 4

■ Cancer vulvo-anal =1

■ Polype = 2

■ Atrophie = 5

■ Cancer de l'ovaire = 1

2- CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES :

2-1- AGE :

TABLEAU-II : Répartition des patientes selon l'âge

Age	Fréquence	Pourcentage	Cumul
60 à 64ans	24	43.6%	43.6%
65 à 69ans	19	34.5%	78.1%
70 à 74ans	08	14.5%	92.6%
75 à 79ans	04	07.3%	100%
TOTAL	55	100%	100%

Moyenne=65+/- ; écart type=4,62 ;

2-2- ETHNIE :

TABLEAU-III : Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage	Cumul
Bambara	14	25.5%	25.5%
Haoussa	01	01.8%	27.3%
Kassonké	05	09.1%	36.4%
Kissi	01	01.8%	38.2%
Malinké	11	20%	58.2%
Peule	09	16.4%	74.6%
Sarakolé	07	12.7%	87.3%
Sonrhaï	05	9.1%	96.4%
Touareg	01	01.8%	98.2%
Wolof	01	01.8%	100%
TOTAL	55	100%	100%

2-3- NIVEAU D'INSTRUCTION :

TABLEAU-IV : Répartition des patientes selon le niveau d'étude

Niveau	Fréquence	Pourcentage	Cumul
Illettrée	18	32.7%	32.7%
Primaire	16	29.1%	61.8%
Secondaire	12	21.8%	83.6%
Franco-arabe	05	09.1%	92.7%
Coranique	04	07.3%	100%
TOTAL	55	100%	100%

2-4- PROFESSION :

TABLEAU-V- : REPARTITION DES PATIENTES SELON LA PROFESSION EXERCEE

PROFESSION	FREQUENCE	POURCENTAGE	CUMUL
Ménagère	25	45.4%	45.4%
Commerçante	11	20%	65.4%
Enseignante	05	9.1%	74.5%
Activités mixtes	14	25.5%	100%
TOTAL	55	100%	100%

2-5- STATUT MATRIMONIAL :

TABLEAU-VI : REPARTITION DES PATIENTES SELON LE STATUT SOCIAL OU ETAT CIVIL

Etat civile	Fréquence	Pourcentage	Cumul
Célibataire	03	05.5%	05.5%
Mariée	38	69%	74.5%
Divorcée	03	05.5%	80%
Veuve	11	20%	100%
TOTAL	55	100%	100%

TABLEAU-VII- REPARTITION DES PATIENTES SELON LE NIVEAU D'ETUDE DU CONJOINT

Niveau	FREQUENCE	POURCENTAGE	CUMUL
Illettré	12	21.8%	21.8%
Primaire	03	05.5%	27.3%
Secondaire	05	09.1%	36.4%
Supérieur	04	07.3%	43.7%
Franco-arabe	02	03.7%	47.3%
Coranique	03	05.5%	52.9%
Non élucidé	26	47.3%	100%
TOTAL	55	100%	100%

TABLEAU-VIII- : Répartition des patientes selon la profession exercée par le conjoint :

Profession du conjoint	Fréquence	Pourcentage	Cumul
Cultivateur	11	20%	20%
Ouvrier	07	12.7%	32.7%
Commerçante	04	07.3%	40%
Cadre	06	10.9%	50.9%
Non élucidé	27	49.1%	100%
TOTAL	55	100%	100%

2-6- PROVENANCE :

TABLEAU-IX : Répartition des patientes selon la provenance

COMMUNE	Fréquence	Pourcentage	Cumul
Commune 1	05	09.1%	09.1%
Commune 2	08	14.5%	23.6%
Commune 3	07	12.7%	36.3%
Commune 4	26	47.3%	83.6%
Commune 5	06	10.9%	94.5%
Commune 6	03	05.5%	100%
TOTAL	55	100%	100%

TABLEAU-X : Répartition des patientes selon le lieu de résidence

Lieu de résidence	Fréquence	Pourcentage	Cumul
Bamako	23	41.8%	41.8%
Hors de Bamako	18	32.7%	74.5%
Mixte	12	21.8%	96.3%
Origine hors du Mali	02	03.7%	100%
TOTAL	55	100%	100%

3- CARACTERISTIQUES CLINIQUES :

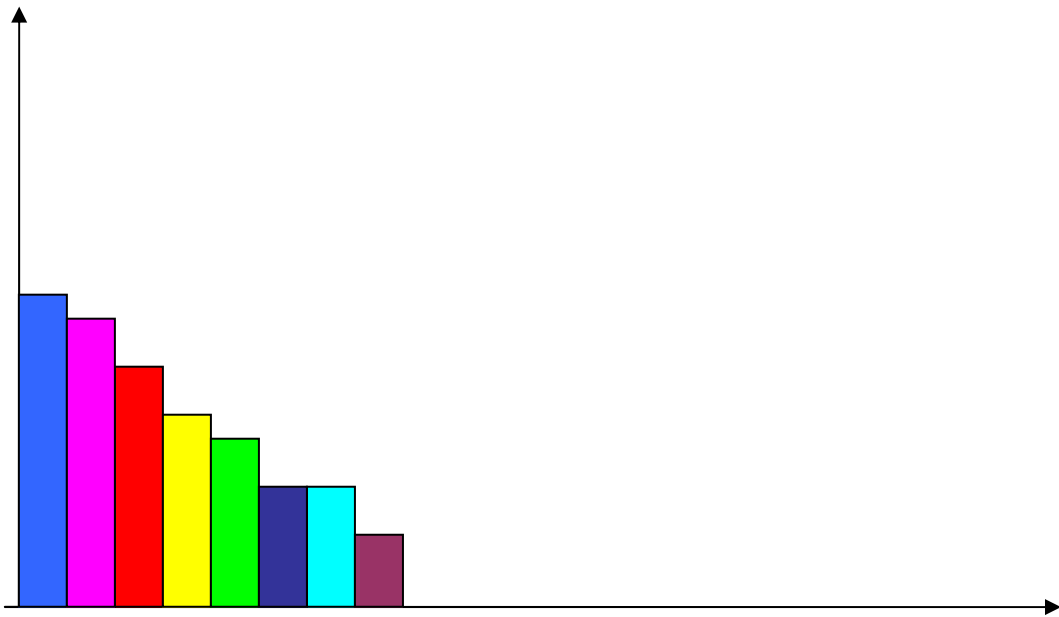
3-1- MOTIFS DE CONSULTATION :

TABLEAU-XI: Répartition des patientes selon le motif de consultation:

Motif de consultation	Nombre de cas	Pourcentage
Prurit	13	23,6%
Masse et/ou picotement génitaux	12	21,8%
Métrorragie	10	18,2%
Douleurs pelviennes	08	14,5%
Leucorrhées	07	12,7%
Inconfort	05	09,1%
Mastodynie	05	09,1%
Ulcération génitale	03	05,5%

NB : plusieurs motifs peuvent se retrouver chez une même patiente

Fréquence



Motifs de consultation

■ Métrorragies =10

■ Prurits= 13

■ Masse pelvienne = 12

■ Douleurs pelviennes=8

■ Leucorrhées=7

■ Inconfort pelvi-génital=5

■ Ulcération génitale=3

■ Mastodynie = 5

3-2- ETAT GENERAL :

TABLEAU-XII : Répartition des patientes selon l'état général

Etat général	Fréquence	Pourcentage	Cumul
Bon	30	54.5%	54.5%
Passable	16	29.1%	74.6%
Altéré	09	16.4%	96.3%
TOTAL	55	100%	100%

3-3- ANTECEDANTS :

TABLEAU-XIII : Répartition des patientes selon la durée des métrorragies

Durée	Fréquence	Pourcentage	Cumul
Moins de 1an	02	20%	20%
1 à 2ans	04	40%	60%
2 à 3ans	03	30%	90%
Plus de 3ans	01	10%	100%
TOTAL	10	100%	100%

TABLEAU-XIV : Répartition des patientes selon le mode et la période d'apparition des métrorragies

Période/Mode	Fréquence	Pourcentage
Pré-ménopause	05	50%
Ménopause	02	20%
Post-ménopausique	03	30%
Continue	03	30%
Episodique	05	50%
Mixte	02	20%

TABLEAU-XV : Répartition des patientes selon l'abondance des métrorragies avec ou sans douleurs

Abondance/Existence de douleurs	Fréquence	Pourcentage
Faible abondance	03	30%
Abondance moyenne	05	50%
Grande abondance	02	20%
Sans douleurs	07	70%
Avec douleurs	03	30%

TABLEAU-XVI : Répartition des patientes selon les caractères des douleurs

Caractères des douleurs	Fréquence	Pourcentage
Intermittentes	05	62.5%
Continue	03	37.5%
Faibles	04	50%
Modérées	02	25%
Intenses	02	25%

TABLEAU-XVII : Répartition des patientes selon les caractères des leucorrhées

Caractères	Fréquence	Pourcentage
Pré-ménopausiques	03	42.9%
Ménopausiques	02	28.6%
Post-ménopausiques	02	28.6%
Intermittentes	05	71.4%
Continue	02	28.6%
Inodores	05	71.4%
Avec odeurs	02	28.6%
Prurigineuses	03	42.9%
Sans prurit	04	51.1%
Faible abondance	03	42.9%
Abondance moyenne	02	28.6%
Grande abondance	02	28.6%

*NOMBRE DE PARTENAIRE :

TABLEAU-XVIII : Répartition des patientes selon le nombre de partenaire

Nombre de partenaire	Nombre de patiente	Pourcentage	Cumul
Unique	28	51%	51%
Deux	13	23.6%	74.6%
Plus de deux	12	21.8%	96.3%
Sans réponse	02	03.7%	100%
TOTAL	55	100%	100%

NB : plus le nombre de partenaires sexuels est élevé plus le risque d'exposition aux cervicites et au cancer du col augmente.

*CARACTERE DU CYCLE :

TABLEAU-XIX : Répartition des patientes selon le caractère du cycle

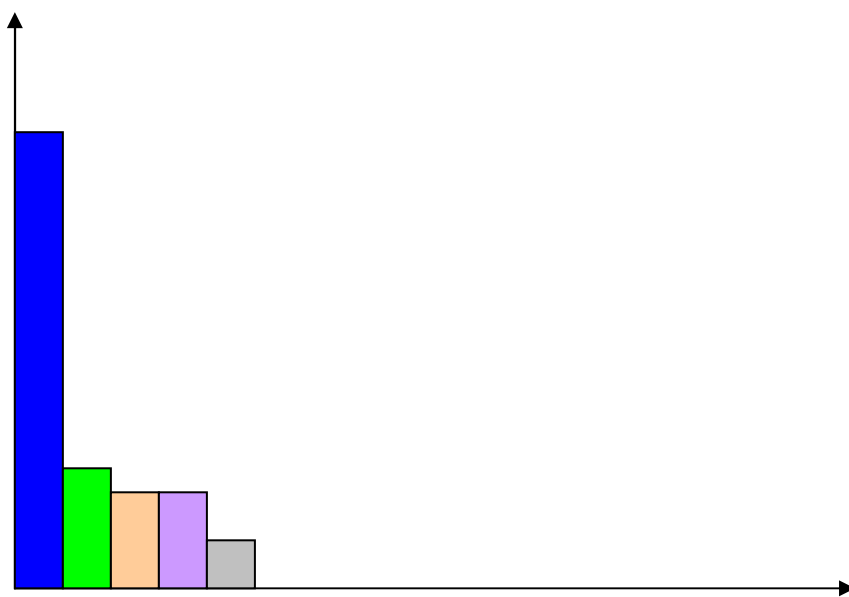
Caractère du cycle	Fréquence	Pourcentage	Cumul
Cycle régulier	45	81.8%	81.8%
Cycle irrégulier	10	18.2%	100%
TOTAL	55	100%	100%

*PARITE :

TABLEAU-XX: Répartition des patientes selon la parité

Parité	Fréquence	Pourcentage	Cumul
Nullipare	07	12.5%	12.5%
Primipare	06	11%	23.5%
Pauci pare	06	11%	34.5%
Multipare	03	05.5%	40%
Grande multipare	33	60%	100%
TOTAL	55	100%	100%

Fréquence



■ Grande multipare : 33

Parité

■ Nullipare : 7

■ Primipare : 6

■ Pauci pare : 6

■ Multipare : 3

TABLEAU-XXI : Répartition des patientes selon l'âge aux premiers rapports sexuels

Age	Fréquence	Pourcentage	Cumul
14 à 16ans	25	45.5%	45.5%
17 à 19ans	22	40%	85.5%
Non élucidé	08	14.5%	100%
TOTAL	55	100%	100%

TABLEAU-XXII : Répartition des patientes selon les habitudes alimentaires

Habitude alimentaire	Fréquence	Pourcentage
Thé	27	49.1%
Café	30	54.5%
Cola	28	51%
Tabac	15	27.3%

TABLEAU-XXIII : Répartition des patientes selon la fréquence des rapports sexuels par semaine

Nombre par semaine	Fréquence	Pourcentage	Cumul
0 à 1	23	41.8%	41.8%
2 à 3	18	32.7%	74.5%
Plus de 3	02	3.7%	78.2%
Non élucidé	12	21.8%	100%
TOTAL	55	100%	100%

TABLEAU-XXIV : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents	Fréquence	Pourcentage
HTA	27	49.1%
Diabète	03	05.5%
Hémopathies	02	03.7%
Infections génito-urinaires	18	32.7%

TABLEAU-XXV : Répartition des patientes en fonction des antécédents gynéco-obstétricaux

Antécédents	Fréquence	Pourcentage
Fausses couches	12	21.8%
Accouchement prématuré	06	10.9%
Mort-né	05	09.1%
IVG	02	03.7%
Traitement pour stérilité	07	12.7%
Contraception	03	05.5%
Accouchement difficile	18	32.7%
Manœuvres gynéco-obstétricales	28	51%

NB : Ici manœuvres gynéco-obstétricales regroupent : révisions utérines, curetages, hystérosalpingographie, hydrotubation, excisions et réparation de ses séquelles, douches vaginales

4- EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

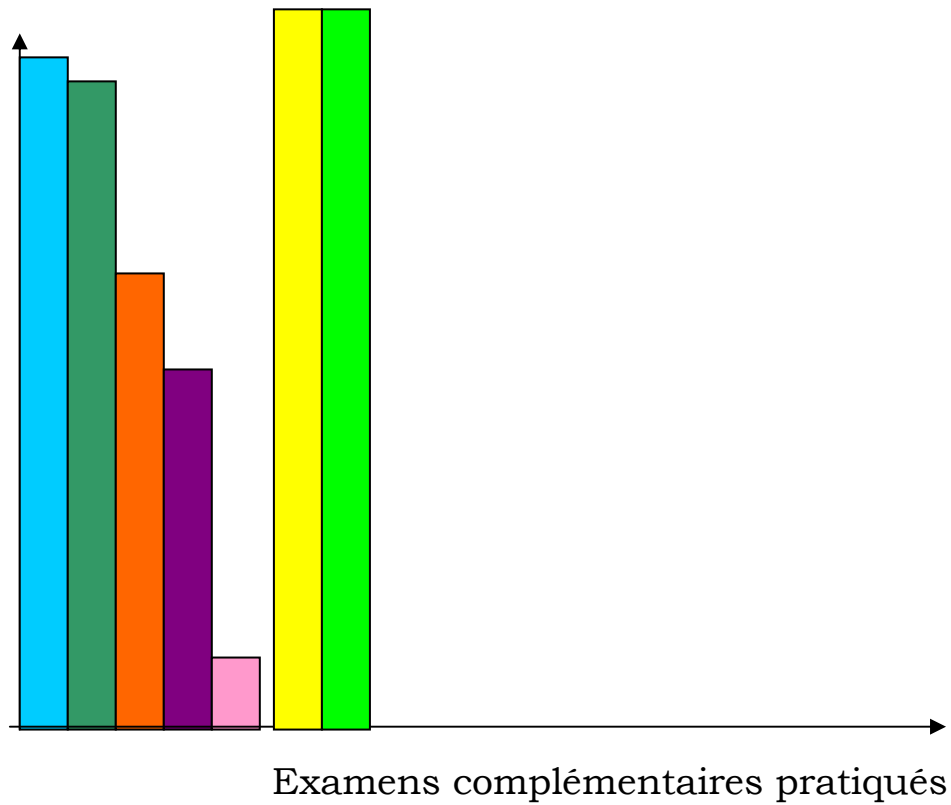
TABLEAU-XXVI : Répartition des patientes selon les examens complémentaires effectués

Examen complémentaire	Fréquence	Pourcentage
Echographie	28	51%
Examen anatomopathologique	27	49.1%
Radiographie du thorax et du bassin	19	34.5%
Cytologie	15	27.3%
Mammographie	08	14.5%
Bilan infectieux	32	58.2%
Autres*	32	58.2%

NB : la même patiente peut avoir fait plusieurs examens

*Autres regroupent ici : les bilans pré et post-opératoires, les bilans pour diagnostic différentiel, les bilans immunitaires, les bilans de confirmation, les bilans endocriniens

Fréquences
Observées



- Echographie : 28
- Anatomopathologie : 27
- Radiographie (thorax, bassin) : 19
- Cytologie : 15
- Mammographie : 8
- Bilan infectieux : 32
- Autres : 32

TABLEAU-XXVII : Répartition des patientes selon le résultat de l'échographie

Résultat	Fréquence	Pourcentage
Fibrome utérin	10	37.5%
Masse latéro-utérine	01	03.6%
Normal	17	60.7%

TABLEAU-XXVIII : Répartition des patientes selon le résultat anatomopathologique

Résultat	Fréquence	pourcentage	Cumul
Leiomyofibrome	08	29.6%	29.6%
Carcinome épidermoïde moyennement différencié	03	11.1%	40.7%
Carcinome épidermoïde bien différencié	02	7.4%	48.1%
Lésion intra- épithéliale de bas grade de malignité	06	22.2%	70.3%
Lésion cervicale chronique	02	7.4%	77.7%
Non élucidé	06	22.2%	100%
TOTAL	27	100%	100%

5- ASPECT THERAPEUTIQUE :

5-1- TYPE DE TRAITEMENT :

TABLEAU-XXIX : Répartition des patientes selon le mode de traitement

Type de traitement	Nombre de cas	Pourcentage
Médical	38	69.1%
Chirurgical	32	58.2%
Portée disparue	05	09.1%

5-2- TYPE D'INTERVENTION :

TABLEAU-XXX: Répartition des cas chirurgicaux en fonction du type d'intervention

Type d'intervention	Fréquence	Pourcentage	Cumul
Ablation de nodule du sein	02	03.8%	03.8%
Ablation de cancer du sein	03	05.7%	09.5%
Ablation de cancer du vagin	02	03.8%	13.3%
Ablation de polype	02	03.8%	17.1%
Colporaphie	06	11.3%	28.4%
Conisation	03	05.7%	34.1%
Curetage	08	15.1%	49.2%
Hystérectomie	12	22.6%	71.8%
Laparotomie	01	01.8%	73.6%
Myomectomie	11	20.7%	94.3%
Ventrofixation	03	05.7%	100%
TOTAL	53	100%	100%

TABLEAU XXXI : REPARTITION DES PATIENTES SELON LA DUREE D'HOSPITALISATION :

Durée d'hospitalisation en jour	Fréquence	Pourcentage	cumul
Moins de 2jours	12	22.6%	22.6%
2 à 5jours	36	68%	90.6%
Plus de 5jours	03	09.4%	100%
Total	53	100%	100%

Quelques photos prises à la polyclinique le « Lac Télé »

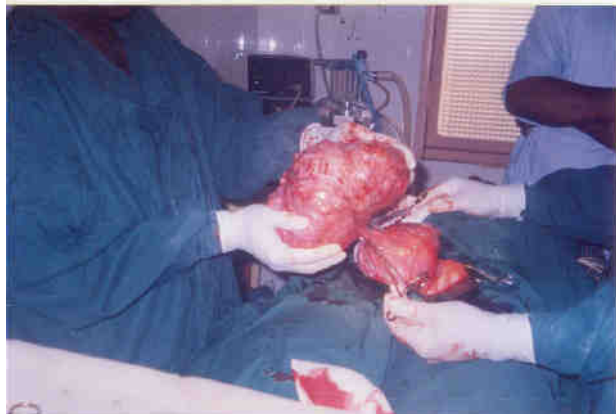


Photo.1: Fibrome pédiculé



Photo.2 : Utérus polomyomateux

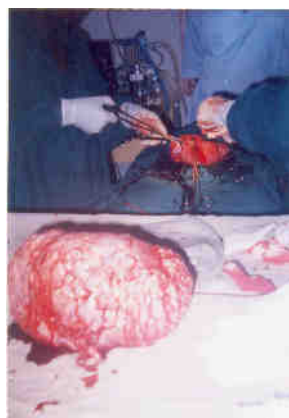


Photo.3 : Plus gros noyau après extraction



Photo.4 :
Présentation de
l'ensemble des
noyaux après
extraction (neuf)

NB : l'anatomopathologie a mis en évidence qu'il s'agit de Leiomyofibrome

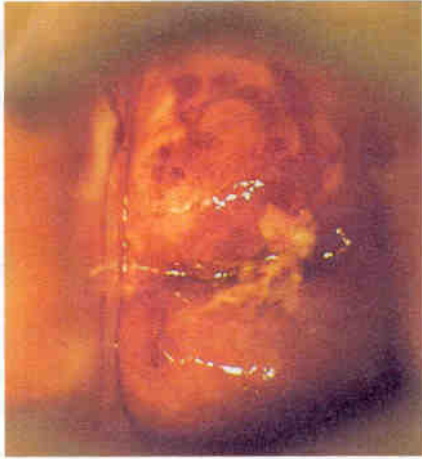


Photo.5: quelques aspects de cancer du col invasif au stade de début



Photo.6: cancer de la lèvre gauche à forme ulcérée



Photo.7 : cancer de la vulve ulcérée

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- **Fréquence :**

Dans notre étude nous avons décelé au moins 13 pathologies gynécologiques et mammaires chez les personnes âgées que nous avons eues à consulter. Sur 6503 consultations (cas nouveaux) effectuées à la « Maison des aînés » et à la polyclinique le « Lac TELE » ; les femmes du troisième âge constituaient 9,9% (soit 647 femmes). Chez ces 647 femmes âgées 55 souffraient de pathologies gynécologiques et mammaires confirmées, soit 8,2% des patientes.

Les fibromes représentaient 20% de ces pathologies (soit 11 personnes sur 55).

Notre résultat se rapproche de celui des statistiques de l'O.M.S. [1] selon lesquelles 40 à 45% des femmes africaines de plus de 30ans en seraient atteintes, cette proportion est de 20% chez les femmes européennes. Il en est de même dans les publications de J. LANSAC et collaborateurs(22), (23), (31) et des statistiques de Dr Dao AMALLE KEITA, gynécologue à l'hôpital Gabriel Touré de Bamako au Mali. Selon elle, au Mali 2 femmes sur 4 seraient atteintes de fibrome utérin.

Notre résultat est supérieur à celui obtenu par l'équipe de MOUNKORO N. [43] ; étude faite sur « l'hystérectomie vaginale dans le service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital du point G de Janvier 1995 à 2000 ». Cette étude aboutit à 5,2% de cas de ménométrorragies et 1,7% de cas de fibrome utérin. Cela pourrait avoir comme explication entre autre : la voie d'intervention choisie comme critère mais aussi la fermeture du bloc pendant 9mois en 1997 pour rénovation.

Pour J.R. GIRAUD et collaborateurs [25], les fibromes, les cancers du col et mastopathies ou les cancers du sein sont les pathologies les plus fréquentes de la femme âgée.

Il faut retenir que dans notre étude toutes nos patientes opérées pour fibrome se plaignaient de complications dont les plus fréquentes étaient les saignements (dans plus de 50%) et les signes de compression. Toutes ces femmes qui saignaient ont fait l'objet d'un traitement antérieur (moderne ou traditionnel) par rapport à ces saignements. Ces saignements avaient un caractère

épisode au départ dans 50% des cas et étaient continus dans 30% des cas.

Sur les 11 cas de fibrome rencontrés 9 ont fait l'objet d'une intervention (soit 81,8% des cas); il y avait deux cas de calcification sans plaintes majeures nécessitant une intervention.

Parmi les 9 cas opérés il y avait 1 cas où il existait 9 noyaux fibromateux (photos : 1, 2, 3, 4) dont le plus gros noyau était pédiculé avec 2300 grammes comme poids à l'extraction. Ce cas fut observé chez une nullipare.

Dans notre étude les vulvo-vaginites et les prolapsus génitaux viennent en deuxième et troisième positions avec respectivement 14,5% et 12,7%.

Notre résultat est superposable à ceux d'E.M.C. [40], J.R. GIRAUD [25] et LAGA M. [30] qui trouvent que les vulvo-vaginites et les prolapsus font partie des premières causes de consultation chez la femme âgée. Il est comparable à la statistique obtenue en 2006 par l'équipe du médecin colonel Issa Diarra dans le centre de santé des garnisons de Kati où les prolapsus occupent la première place parmi les pathologies gynécologiques rencontrées en consultation gynécologique dans le dit service ensuite viennent les fibromes utérins qui occupaient la première place auparavant. Cependant, notre résultat est loin de celui de l'équipe de MOUNKORO N. [43], où les prolapsus ont représenté 91,4% des causes d'hystérectomie vaginale de 1995 à 2000 dans le service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital du point G de Bamako.

Les cas de cervicite reçus n'étaient pas à leur première apparition dans plus de 50% des cas. Cela nous a conduit à faire des investigations dans certains cas dont les prélèvements avec antibiogramme, recherche d'allergie, recherche de processus néoplasique local et/ou locorégional. Dans près de 60% il a été mis en évidence une candidose d'où l'utilisation courante des antifongiques tant par la voie locale que générale. Il a été noté 5 cas d'hyperplasie.

Quant aux prolapsus, on procédait soit à une colporaphie (40% des cas) soit à une hystérectomie (50 % des cas). Pour les cas associés à une lésion cervicale, comme les cas du troisième degré, on faisait recours à une hystérectomie (totale ou subtotale) ou une ventrofixation.

En quatrième position nous avons le cancer du col et les atrophies vulvo-vaginales avec une fréquence de 9,1% chacune. Les atrophies sont le plus souvent découvertes au cours de l'examen, mais rares sont les femmes qui l'expriment en interrogatoire. Cependant les infections et les dyspareunies doivent surtout inciter à les rechercher car dans notre étude les deux cas de figure se retrouvent dans 47% d'atrophie.

Pour leur prise en charge nous avons surtout fait recours aux traitements anti-infectieux et à des hormonothérapies tout en tenant compte des indications et des contre-indications des hormones ; mais également à des I.E.C. Les hormones les plus utilisées ont été Trophigil et Colpotrophine avec un délai d'utilisation de 10 à 20 jours. Dans près de 60 % des cas on a noté une nette amélioration.

Notre résultat est inférieur à celui de J.R. GIRAUD et collaborateurs [25] qui trouvent 30% de cas d'atrophie vulvo-vaginale. Il en est de même pour le cancer du col de l'utérus car eux ils le classent comme première pathologie la plus fréquente chez la femme. Notre résultat est aussi inférieur à celui de TRAORE M. [56] avec 50,3% de cas de cancer du col et à celui de l'équipe de NAYAMA M. [44] ayant fait une étude sur les cancers gynécologiques et mammaires : aspects épidémiologiques et histologique dans le service d'anatomie et cytologie pathologiques de la faculté des sciences et de la santé de Niamey au Niger. Cette étude a conclu à 54,3% la proportion de cancer gynécologique et mammaire sur l'ensemble des cancers de la femme la localisation mammaire venant en tête avec 40,4% suivie par celle du col utérin avec 26%.

Notre résultat est également inférieur à celui de SVIRACEVIC et collaborateurs [55] qui ont fait une étude sur les lésions pré malignes et malignes du col. L'étude s'est déroulée au département de gynécologie et obstétrique du centre de santé dans SREMSKA MITROVICA en Serbie entre 1993 et 1997. Cette étude a conclu que la pathologie du col de l'utérus représente la cause la plus fréquente de mortalité et de morbidité par rapport aux maladies génitales féminines en Serbie. Pour eux, malgré le bon rapport médecin- patient qui est satisfaisant, il existe une méconnaissance publique de ces pathologies et des facteurs de risque.

La différence entre nos chiffres trouverait leurs explications dans les critères d'exclusion et la durée des études qui varie de 5 à 10 ans pour les autres. Mais il faut retenir aussi que les dépistages

de plus en plus demandés par les médecins en plus des campagnes de dépistage aident à des prises en charge précoces contribuant à une diminution des chiffres par rapport à des années passées.

Notre résultat est par contre supérieur à celui l'équipe de MASSAD LS [35] de l'université médicale RUSH de Chicago aux Etats-Unis d'Amérique avec 3% de cas de cancer du col chez les femmes de plus de 50 ans sur 2825 cas de cytologie du col.

Chez plus de 43% de nos patientes nous avons retrouvé une notion d'infections génito-urinaires antérieures, 25 % des cas étaient des grandes multipares. 60%(soit 3 cas sur 5) ont subi une hystérectomie avec un cas de Conisation, le reste avait atteint au moins un stade III d'où l'abstention de traitement chirurgical. Cela nous amène à dire que près de 50 % des cas ont été reçus en consultation à un stade opérable, mais des efforts restes à faire encore.

En sixième position nous avons les cervicites et les cancers de l'endomètre avec 7,3% chacune. L'existence de chacune de ces pathologies doit faire rechercher un processus néoplasique sous-jacent pour être objet d'une prise en charge le plus rapidement possible.

Pour le cancer de l'endomètre, dans près de 63% le début était des hémorragies épisodiques avec une faible abondance dans 50%des cas. Cependant l'évolution a été redoutable dans près de 40% des cas. Il faut donc toujours rechercher la notion de saignements en post-ménopause tant soit minime car la plupart des patientes ne l'exprime que lorsque ça devient inquiétant.

Il en est de même pour les cervicites qui passent souvent inaperçues. Il faut les rechercher et faire une prise en charge correcte.

Notre résultat est inferieur à celui de KASSAMBARA A.S. [26] qui trouve 55 cas de métrorragies post-ménopausique à Bamako en 1985. Cette différence peut s'expliquer par le fait que notre étude s'est limitée seulement aux cas rencontrés dans nos deux structures de consultation à savoir la « Polyclinique le Lac Télé » et « La Maison des Aînés ». La première est une structure privée dont les frais de consultation ne sont pas les mêmes que dans le public ; la seconde bien que la consultation soit gratuite, mais l'accès n'est pas facile car n'étant pas au bord des lignes des « sotramas » et minu-bus qui restent les seuls moyens de transport en commun à la portée des couches défavorisées.

Alektriar KM et collaborateurs aux U.S.A. ont trouvé 20% chez les femmes âgées de 70ans et plus entre 1987 et 2000.

Le cancer du sein vient en huitième position avec 5,5%.

Ce résultat est inférieur à celui de l'équipe de NAYAMA M.[44] au Niger avec 40,4% .

Selon cette même étude les résultats de proportion de cancer du sein étaient de : 49,36% au Burkina Faso ; 33,9% au Mali ; 27,04% au Bénin ; 17,02% au Sénégal ; 10,12% en Cote d'Ivoire et 8,40% au Cameroun [65], 56]. Ces mêmes résultats apparaissent dans d'autres études comme celle faite au Mali par l'équipe de TRAORE M. [56]. Cette équipe avait obtenu 50,3% pour le cancer du col utérin et 33 ,9% pour le cancer du sein.

La différence entre nos résultats et ceux-ci-dessus cités peut s'expliquer entre autre par la durée de la période d'étude qui s'étale sur 9 à 10ans pour la plupart. Selon les statistiques la plus grande fréquence est enregistrée aux Etats-Unis d'Amérique et au Canada avec 80 pour 100 000 ; la plus faible fréquence est enregistrée dans les pays en voie de développement et au Japon (20 pour 100 000) ; l'Europe se situant entre les deux avec 60 pour 100 000.

Dans notre étude les 2 cas sur 3 (soit 66,6 %) étaient des nullipares.

En neuvième position nous avons: les polypes, le cancer du vagin, et le nodule du sein avec 3,7% pour chacune de ces pathologies.

Dans les littératures le cancer du vagin est d'apparition tardive (55 à 85ans) et est rare sur le plan international avec des taux d'incidence qui n'atteignent pas 1 pour 100000 dans tous les pays sauf en Argentine (1,5 par 100000) et en Colombie (1,2 par 100000) [21].

Notre résultat est inférieur à celui de l'équipe de TRAORE M. [56] avec 4 cas de cancer du vagin. Cela peut s'expliquer par le fait que leur étude s'est étendue sur 10ans.

En fin, en dernière position (soit la douzième), nous avons le cancer anovulvaires et le cancer de l'ovaire avec 1,8%chacun. Dans les littératures [21], [25], les cancers de la vulve sont deux fois plus fréquents que les cancers du vagin. Concernant les cancers de la vulve les taux d'incidence les plus élevés sont enregistrés au Pérou et au Brésil (2,5 et 2,3 par 100000 respectivement) [21].

M.A. CISSE et collaborateurs [33] avaient aussi obtenu dans leur étude 2 cas de cancers de l'ovaire alors que nous n'avons observé

qu'un seul cas dans notre étude. Cette différence peut s'expliquer par le fait que leur étude s'est étendue sur 3ans.

Selon l'étude faite au Niger [55], les cancers des trompes et des ovaires occupent aussi le quatrième rang des cancers. Ils avaient obtenu eux aussi 3% comme fréquence des cancers de l'ovaire.

MASCARINI M. et collaborateurs [41] avaient obtenu 15 cas de carcinome de la vulve entre Septembre 1991 et Décembre 1999 au département de l'obstétrique et de la gynécologie de l'université l'Aquila en Italie avec comme âge moyenne 66,4ans.

Nos résultats sont inférieurs à ceux obtenus par l'équipe de TRAORE M. [56], avec 29 cas de cancers de l'ovaire, 4 cas de cancer du vagin et 4 cas de cancers de la vulve. Cela peut s'expliquer par le fait que leur étude s'étalait sur 10ans.

Dans notre étude la seule patiente a été reçue à un stade très avancé de carcinome anovulvaire, elle est décédée moins de 1an après sa réception en consultation.

2- Caractéristiques sociodémographiques :

2-1- Age : Dans notre étude la moyenne d'âge était de 65ans pour l'ensemble des pathologies. 43,6% de nos patientes avaient entre 60 et 64 ans, les 65 à 69 ans étaient 34,5% tandis que 14,5% étaient entre 70 et 74 ans ; les 75 à 79 ans étaient de 7,3%. Les âges extrêmes étaient de 60 et 76ans.

60-64ans était la classe d'âge la plus représentée. La régression des chiffres est superposable à la pyramide des âges qui décroît à partir d'un certain âge. Mais plus l'on est vieille plus on attribue certaines pathologies à l'âge d'une part et d'autre part chez les personnes d'un certain âge on a tendance à délaissé leur prise en charge en les condamnant à accélérer leur fin.

Il faut reconnaître aussi que plus la personne est âgée plus elle devient réticente et renfermée, elle a en ce moment besoin de votre confiance pour sortir de l'ornière.

Nos résultats sont différents de ceux du Niger [44] ; [45] dont l'âge variait entre 9 et 79ans avec une forte fréquence pour la classe d'âge de 35-44ans.

Ils se rapprochent de ceux de TRAORE M. [56] au Mali et de SANO [54] au Burkina avec respectivement 48,2 et 50ans comme moyenne d'âge. Ils se rapprochent plus de celui de la France avec 60ans ; par contre aux U.S.A. l'âge moyen varie entre 70 et 74 ans [1].

2-2- Niveau d'instruction: 32,7% de nos patientes sont des illettrées (soit 18 sur 55) ; 29,1% sont sorties au primaire ;

21,8% ont atteint le secondaire, 9,1% ont fait le franco-arabe et 7,3% ont fait des études coraniques.

Pour les conjoints 21,8% sont illettrés, 5,5% ont fait le primaire, 9,1% le secondaire, 7,3% le supérieur, 3,7% le franco-arabe, 5,5% le coranique tandis que dans 47,3% il n'y a pas eu de réponse lucide.

Ce résultat est différent de celui de TRAORE M. [56], chez qui la proportion des illettrés dépassait les 80%. Cela peut s'expliquer par le fait d'une part l'accès à la Maison des aînés et d'autre part le statut de la polyclinique le « LAC TELE » qui est une structure privée.

2-3- Profession: dans notre étude vu l'âge des patientes on s'est référé surtout à la profession antérieure. Ainsi 45,4% étaient des ménagères, 20% ont exercé le commerce, 9,1% étaient enseignantes et 25,5% ont mené des activités mixtes.

Pour les conjoints ; 20% sont cultivateurs, 12,7% sont ouvriers, 7,3% sont chauffeurs, 10,9% sont cadres et il y a eu 49,1% de cas non élucidés.

2-4- Statut matrimonial: 69% de nos patientes sont mariées (soit 38 sur 55) ; 20% sont veuves ; 5,5% sont divorcées et 5,5% sont célibataires.

2-5- Provenance: nous avons pris les provenances en fonction des lieux de séjour des patientes au moment des prises en charge. Ainsi 47,3% sont venues de la commune IV. Cela s'explique par le fait que les lieux d'étude se situent dans la même commune. Mais nous avons reçu des patientes venant de toutes les communes de Bamako. Cela s'explique d'une part par le fait qu'il n'existe qu'une seule structure destinée aux personnes âgées ; mais aussi la « Polyclinique le Lac Télé » reçoit des malades de toutes les communes.

Il faut noter que 41,8% de nos patientes résident à Bamako et que 32,7% résident hors de Bamako ; 21,8% font la navette entre Bamako et d'autres localités tandis que 3,7% ont leur origine hors du Mali.

3- Caractéristiques cliniques:

3-1- Motifs de consultation: dans notre étude les prurits génitaux constituent les premiers motifs de consultation avec 20,6% suivis de masses et/ou picotements génitaux (19%), les métrorragies viennent en troisième position avec 15,9% suivent

les douleurs avec 12, 7%. Les leucorrhées venaient en cinquième position avec 11, 1%; les mastodynies et les inconforts pelvigénitaux suivaient avec 8% chacune; les ulcérations génitales fermaient la liste avec 4,8%.

La plupart des métrorragies ont apparues avant la ménopause (50%) et de façon séquentielle (62,5%) avant d'être continues (37%) de même que les leucorrhées.

Plusieurs motifs peuvent être retrouvés chez une seule patiente.

Ces résultats sont comparables à ceux de l'équipe de TRAORE M. [56], qui a trouvé :

- Pour le cancer du col de l'utérus : .82, 2% pour métrorragies
.73, 1% pour leucorrhées
.55, 8% pour douleurs
- Pour le cancer du sein : .tuméfaction 100%
.infiltration 30%
.ulcération 20,5%
- Pour le cancer du vagin : tuméfaction 75%
- Pour le cancer de l'ovaire : .douleurs 96%
.métrorragies 3,4%
- Pour le cancer vulvaire : tuméfaction 100%

3-2- Mode d'admission: Au début, aucune de nos patientes n'est presque venue d'elle même. Elles ont toutes été conduites par une autre personne soit directement soit indirectement. Mais au moment où nous avons arrêté les enquêtes, 50% des patientes reçues à la « Maison des Aînés » venaient soit parce qu'elles ont une connaissance qui leur avait fait échos de la structure, soit elles ont des enfants qui ont appris des nouvelles de la structure.

3-3- Antécédents:

***Age au premier rapport sexuel :** 45.5% de nos patientes ont répondu avoir eu des rapports sexuels entre 14 et 16 ans. 40% avaient entre 17 et 19 ans ; 14,5% ne se rappelaient plus de cet âge. Plus la pratique de l'activité sexuelle est précoce plus le risque de lésions précancéreuses et de cancer génital augmente.

***Nombre de partenaire :** 51% de nos patientes n'avaient pas connue plus qu'un partenaire dans leur vie. 23,6% ont connu deux partenaires ; 21,8% ont connu plus de deux partenaires tandis que dans 3,7% des cas aucune réponse n'a été élucidée.

***Fréquence des rapports par semaine :** dans notre étude 41,8% ne dépassaient pas un rapport par semaine, 32,7% oscillaient entre deux et trois, 3,7% allaient au-delà de trois tandis que dans 21,8% aucune réponse n'a été élucidée.

***Parité :** 60% de nos patientes (soit plus de la moitié des patientes) étaient des grandes multipares, 12,5% étaient des nullipares, les primipares et les paucipares représentaient chacune 11.% et seulement 5.5% étaient des multipares.

***Autres antécédents :** 81,8% de nos patientes avaient des cycles réguliers, dans plus de 50% des cas les ménopauses n'ont pas dépassé une année. 51% des patientes ont connu le cola ; 54,5% le café ; 27,3% le tabac et 49,1% le thé. 49,1% de nos patientes étaient hypertendues ; 32,7% ont eu à faire des épisodes d'infections génito-urinaires dans le temps ; la même proportion a eu à faire des accouchements difficiles. 51% des patientes ont subi au moins une manœuvre gynéco-obstétricale ; tandis que 21,8% ont fait au moins une fausse couche, 12,7% ont subi un traitement pour stérilité

4- Examens complémentaires:

Dans notre étude 49.1% de nos patientes ont fait l'objet d'une étude anatomopathologique de prélèvements en préopératoire et/ou en postopératoire.

51% ont subi une échographie ; 34,5% ont fait une radiographie ; 14.5% ont fait une mammographie et 27.3% ont fait l'objet d'une biopsie avec une cytologie du col utérin.

***L'échographie a permis de poser le diagnostic de :**

- dix cas de fibrome utérin
- d'un cas de masse latéro-utérine
- d'un cas de fibrome calcifié

***L'anatomopathologie a abouti à :**

- un cas lésion intra-épithélial de bas grade de malignité (LINI) associé à une lésion cervicale chronique

-un cas de carcinome épidermoïde moyennement différencié de la vulve

-un cas de carcinome épidermoïde bien différencié, mature et invasif du vagin

-huit cas de leiomyofibromes utérins

*La mammographie a posée le diagnostic de deux cas de cancer du sein et un cas de nodule du sein.

5- Traitements:

Dans notre étude 69,1% des femmes ont subi un traitement médical, 58,2% ont subi une intervention chirurgicale et 9,1% ont été portées disparues.

Ainsi 20,7% ont fait l'objet d'une myomectomie ; 22,6% ont subi une hystérectomie ; 5,7% ont fait l'objet d'une ventrofixation; 11,3% ont subi une colporaphie, 1,8% ont subi une laparotomie ; 15,1% ont subi le curetage dans un but thérapeutique mais aussi de diagnostic. De même il ya eu 3,8% de cas d'ablation de nodule du sein ; 5,7% de cas pour le cancer du sein et la Conisation ; 3,8% de cas respectifs pour le cancer du vagin et les polypes.

Complications:

Il a été noté un cas de complication après ablation de nodule du sein. Cette complication se résume essentiellement à l'apparition de nodule au niveau axillaire et le retard de cicatrisation de la plaie opératoire qui suintait de tout moment ou laissait apparaître un bouton sous forme de furoncle. Mais dans les antécédents de la patiente une notion d'ablation de masse nodulaire controlatérale était retenue et une consultation oncologique effectuée au service d'hémo-oncologie du CHU du Point G s'est révélée normale sans faire part de processus néoplasique en cours.

VII- CONCLUSION :

A travers notre étude nous retenons que les pathologies gynécologiques et mammaires de la femme âgée sont multiples et variées. Elles ne se limitent pas aux seules pathologies cancéreuses ; il existe bien d'autres. Dans notre étude c'est le fibrome utérin qui constitue la plus fréquente, ensuite vient le duo prolapsus et vulvo-vaginite, le groupe des cancers gynécologique et mammaire ne vient qu'en troisième position. Il existe en plus des pathologies moins fréquentes qu'il ne faut surtout pas négliger.

Ces pathologies peuvent, dans plus de 50% des cas, n'être prévenues rien que par un changement de mentalité et de comportement de la population, du personnel médical et paramédical.

La fréquence des consultations des personnes âgées qui était de 5 consultations en moyenne par jour (nouveaux et anciens malades) à la « Maison des Aînés », s'est améliorée et pouvait atteindre 8 cas au moment où nos enquêtes prenaient fin. Au mois de la solidarité, le mois d'Octobre au Mali, et à la période où des médicaments sont disponibles, cette moyenne dépasse les 10 consultations par jour.

La qualité de la prise en charge et les résultats ont beaucoup contribué à l'amélioration de la fréquence des consultations et ont facilité de poser le diagnostic dans pas mal de cas par la bonne collaboration des patientes qui ne se fait qu'au fil du temps.

VIII- RECOMMENDATIONS:

Aux Autorités :

- Assurer une bonne organisation des structures de santé, une formation de base de qualité et continue pour la prise en charge des pathologies gynécologiques surtout chez les personnes âgées.
- Amélioration de la capacité d'accueil et de prise en charge adéquate au sein de l'Institut d'Etude et de Recherche en Géronto-gériatrie : « Maison des Aînés ».
- Equipement des laboratoires surtout hospitaliers et de recherches en matériel performant et en personnels qualifiés permettant de faire des examens complémentaires dont les résultats seront disponibles et fiables à des coûts supportables pour les populations.
- création et équipement des structures sanitaires pouvant couvrir les besoins selon les normes internationales en limitant le plus possible les évacuations à l'extérieur.
- accompagner les structures privées dans leurs prises en charge pour les permettre de jouer pleinement leur rôle dans l'équilibre sanitaire de la population.
- organiser et superviser des campagnes de dépistage et prévention des maladies chroniques surtout gynécologiques comme les cancers du sein et du col utérin.
- Assurer une bonne formation continue et une bonne répartition des agents de santé.
- Former des anatomopathologistes en nombre

Aux personnels de santé :

- Une performance professionnelle et une formation continue pour une amélioration de la qualité des prestations.
- Information, éducation communication (I.E.C) des populations surtout celles à risque.
- Identification des populations à haut risque pour une prise en charge préventive.
- Recommandation des consultations spécialisées de routine.
- Eviter des tentatives de traitements d'épreuve et des traitements symptomatiques sans fondements scientifiques logiques tout en référant les malades à temps pour consultation spécialisée.

A la population :

- Fréquenter selon les normes et procédures en vigueur les centres de santé.
- Consulter les centres de santé dès que des anomalies se font sentir comme saignements (métrorragies post ménopausiques) ou pertes d'autres natures et/ou des douleurs.
- Eviter des comportements à risque de contamination ou de propagation d'une quelconque maladie.

**IX- REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUE**

1. Activités de **I'O.M.S** : 1986-1987. Rapport biennal du Directeur Général ; pages 218-225.
2. **Adewale IF, Babarinsa IA, Akang EE, Thompson MO**. La valeur de la biopsie de l'endomètre dans la pratique de la gynécologie au Nigeria. Journal médical de l'Afrique de l'Ouest : Octobre-Décembre 1997 ; 16(4) : 242-5 Medline
3. Assises **O.A.R.E.C.** (Organisation Africaine pour la Recherche et l'Enseignement sur le Cancer) : Edition de Dakar 2006.
4. **Benider A, Samlali R, Acharki A., Sahraoui S., Kahlain A.** : Approche épidémiologique des cancers au Maroc Maghreb Méd. 1994 ; 277 : 32-5.
5. **BODEHOU V.E** – Etude anatomoclinique des tumeurs ovariennes à la clinique universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique du C.N.H.U. de Cotonou : A propos de 407 cas recensés du 1^{er} Janvier 1986 au 31 Décembre 1996. Thèse de Méd. Cotonou 1997 N°697.
6. **Body G., Marret H., De Poncheville L., Alonso A-M, Acker O.** Cancers de l'ovaire et de la trompe. Traité de gynécologie. Edition Flammarion. Paris 2005 : pages 371-407.
7. Cancer du tractus génital féminin : aspects épidémiologiques et histologique de 1455 cas diagnostiqués dans le laboratoire d'anatomie pathologie des CHU de Cocody et Treichville de 1984 à 1993. Thèse en Médecine. Abidjan 2001.

8. Chirurgie de l'allongement hypertrophique du col utérin :
Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la
reproduction N°4 vol.31 JUIN 2002.
9. **COSSON M., LAMBAUDIE E., BOUKERROU M., QUERLEU
D., CREPIN G.** Vaginal, laparoscopic, or abdominal
hysterectomies for benign disorder: immediate and early
postoperative complications. European Journal of Obstetric
and Gynecology and reproductive biology. 2001, 98: 231-
236.
10. **CYNTHIA M., FARQUHAR, FRANZCOG, STEINER CA.**
Hysterectomy rates in United States 1990-1997. Obstetrics
and Gynecology. 2002, 199(2): 229-234.
11. **DAWY ML, DODD TJ, LUC CG, RODER DM** de
l'hôpital royal d'Adelaïde, Australie du Sud, Australie :
Gynécologie obstétrique. Janvier 2003 ; 101(1) : 38-45
12. **Demeter A., Csapo Z., Szantho A., Balega J., Sipos N.,
Papp Z.** Une étude rétrospective de 27 tumeurs de l'ovaire de
potentiel malin faible. Journal européen de gynécologie oncologie,
édition 2002. 23(5) : 415-8
13. Dépistage précoce de cancer de l'ovaire : actualités
reproduction humaine, 1995 vol.III, N°5.
14. **Descamps P., CAatala L., Lefebvre C., Cellier P.,
Bouisson F., Anglade E., Crouet A., Geoffrion H., Neven P.,
Cutuli B.** Cancer de l'endomètre. Traité de gynécologie. Edition
Flammarion. Paris 2005 : pages 332-349.

15. Diagnostic de cancer du sein : Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction N°2 vol. 29 Avril 2000.

16. **Duarte-Franco E., Franco L.** Other gynecologic cancers: endometrial, ovarian, vulvar and vaginal cancers BMC Womens Health. 2004 Aug. 25; 4 Suppl. 1: S14.

17. **Gilson L, Mkanje R, Grosskurth H,** et al. Cost-effectiveness of improved treatment services for sexually transmitted diseases in preventing HIV-1 infection in Mwanza region, Tanzania. Lancet 1997; 350:1805-9.

18. **GRODEMOGE I., BLERET-MATTART V., VON THEOBALT P., DREYFUS M.:** les complications de l'hystérectomie par voie vaginale sur utérus non prolapsé. Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction. 2000, 29:478-484.

19. **Grosskurth H, Mosha F, and Todd J,** et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. Lancet 1995; 346:530-6.

20. **H. De Tourris, R. Henrion, M. Delecour.** Gynécologie et obstétrique : 6^{ème} Edition Masson.

21. **H.G. Robert, R. Palmer, C. Boury Heyler, J. Cohen** Précis de gynécologie : 2^{ème} Edition Masson 1979 P. 176

22. **J. Lansac/P. Lecomte.** Gynécologie pour le praticien 4^{ème} édition Masson 1994 P. 374

23. **J. Lansac/P. Lecomte.** Gynécologie pour le praticien 4^{ème} Edition SIMEP Bulletin du cancer. Journal de la société française du cancer vol. 83/N°5 1996.

24. **J. Lansac/P. Lecomte/H. Marret.** Gynécologie pour le praticien 6^{ème} édition 2002 Masson
25. **J.R. Giraud, A. Bremond, D. Rotten.** Abrégés de gynécologie : 3^{ème} Edition Masson 1984 P.21, 277
26. **Kassambara A. K.** Contribution à l'étude des métrorragies post ménopausiques (à propos de 55cas à Bamako). Thèse de médecine Bamako 1985-M-38
27. **KEÏTA S** – Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer de l'utérus dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital du point « G ». Thèse de Médecine 1995 N° 44.
28. **Konaté A.** Approches socio-épidémiologiques de la ménopause en milieu rural et urbain. Thèse de médecine Bamako 1990-M-6 P.70
29. **Laga M, Manoka A, Kivuvu M,** et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. AIDS 1993; 7:95-102.
30. **Laga M, Nzila N, Goeman J.** The interrelationship of sexually transmitted diseases and HIV infection: implication for the control of both epidemics in Africa. AIDS 1991; 5 (suppl. 1): S55-63.
31. **LANSAC J., BODY G., MGNIN G.** La pratique chirurgicale en gynécologie obstétrique. Paris, Masson, 1998, pp. 360.
32. **Li CI, Uribe DJ, Daling JR.** Clinical characteristics of different histologic types of breast cancer. Br. J Cancer. 2005 Oct. 31; 93(9): 1046-52.
33. **M.A. Cissé, D. Sangaré, A. Délaye et S. Soumaré.** Traitement du cancer gastrique : Etude rétrospective de 58 cas

dans le service de chirurgie « A » à l'Hôpital National du point « G » à Bamako. Médecine d'Afrique Noire : 1993,40(4).

34. **MAKINEN J., JOHASSON J., TOMAS C., TOMA E., HEINONEN P. K., LAATIKAINEN T. et AL.** Morbidity of 10110 hysterectomies by type of approach. Human Reproduction.2001, 16(7): 1473-1478.

35. **MASSAD LS, BEHBALKHT K, COLLINS YC, CETJIN HE** Université médicale RUSH, Chicago, IL 60612, Etats-Unis: American cancer society: copyright Mars 2003; 88 (3): 340-4

36. **Mayaud P, Mosha F, Todd J**, et al. improved treatment services significantly reduce the prevalence of sexually transmitted diseases in rural Tanzania: results of a randomised controlled trial. AIDS 1997; 11: 1873-80.

37. **MAYI-TSONGA S, PITHER S., OGWET IGUMU N.** L'hystérectomie vaginale au centre hospitalier de Libreville (Gabon). Med. D'Afr. Noire. 2003, 50(4): 149-154.

38. **Mbakop A., Essame Oyono JL, Ngbangako MC, Abondo A.** Epidemiologie actuelle des cancers au Cameroun Bull Cancer. 1992; 79(11):1101-4.

39. **MELTOMAA SS., MAKINEN JL., TAALIKKA MO. AND HLENIUS.** Incidence, risk factors and outcome of infection in a 1-year hysterectomy cohort: a prospective follow-up study. Journal of hospital infection. 2000, 45:211-217.

40. **MERGUI JL, GUYOT B, GUYOT S.** Polypes du col utérin et cervicites. -Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris-France). Gynécologie, 390-A-20, 1995, 5p.

41. **Moscarini M., Carta G., Di Palantonio F., Porsio G., Di Stefanol L.** Université de l'Aquila, Italie. Traitement chirurgical du carcinome envahissant de la vulve ; notre expérience. Journal européen de gynécologie oncologie. 2000 ; 21 (4) : 393-5. Medline

42. **Moukoro N.** Les cancers génitaux de la femme au Mali à propos de 32 cas. Thèse de Médecine Bamako 1985 N°12.

43. **Moukoro N., Tégouété I., Traoré Y., Diarra I., Sissoko S., Diallo F.S., Traoré M., Dolo A :** L'hystérectomie vaginale dans le service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital du point « G » Bamako. Mali Médical Edition 2005.

44. **Nayama M., Nouhou H., Souna-Madougou K., Idi N., Garba M., Tahirou A. :** Cancers gynécologiques et mammaires ; aspects épidémiologiques et histologiques dans le service d'Anatomie et de cytologie pathologique de la Faculté des sciences et de la santé de Niamey au Niger. Mali Médical 2006.

45. **NOUHOU H., MAHAMADOU O., ADEHOSSI E.** Cancer au Niger: Etude de fréquence relative sur une période de 3ans (1989-1991). Médecine d'Afrique Noire : 1993 ,41(3) : 171-8.

46. **O.M.S.** Programmes nationaux de lutte contre le cancer (politiques et principes de gestionnaires) parution de 1996

47. **PANNIEL B J.** Stratégies thérapeutiques des cancers de la vulve. Actualité en gynécologie-obstétrique, Médecine fœtal, Médecine de la reproduction. Nice 12-13 Octobre 2001 : 66-72.

48. Papilloma virus et dépistage du cancer du col, hystérectomies pour pathologie bénigne en région Bretagne. **Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction** N°1 vol. 29 Février 2000.

49. **PARKIN DM., BRAY F., FERLAY J., PISANI P.** Global cancer statistics, 2002.CA Cancer J. Clin. 2005 Mars Apr; 55(2): 74-108.

50. Pratique de la mammographie chez les femmes de 35-50ans en France. **Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction** N°8 DECEMBRE 1998.

51. **Querleu D., Blanc E.** Cancer du col utérin. Traité de gynécologie. Edition Flammarion. Paris 2005 : pages 360-359 ;

52. Résultats histologiques du col de l'utérus chez les femmes âgées souffrant de la cytologie du col de l'utérus anormale. *Gynecol oncol.* Mars 2003 ; 88(3) : 340-4

53. **Sankaranarayanan R., Basu P., Wesley RS, Mahe C., Keita N., Mbalawa CC, Sharma R., Dolo A., Shastri SS, Nacoulma M., Nayama M., Somanathan T., Lucas E., Muwongue R., Frappart L., Parkin DM.** IARC multicentre Study Group on Cervical Cancer Early Detection. Accuracy of visual screening for cervical neoplasia: Results from an IARC multicentre study in India and Africa. *Int J Cancer*: 2004 JUL. 20; 110(6):907-13.

54. **Sano D., Cissé R., Dao B., Lankoandé J., Traoré S.S., Soudré R.B., Sanou A.** Le cancer du sein, problèmes diagnostic et thérapeutiques au CHU de Ouagadougou. *Médecine d'Afrique Noire* : 1998, 45(5) :297-301.

55. **Sviracevie B., Cuk D., Vuleta D., Sdlar S.** Lésions pré-malignes et malignes du col de l'utérus *Med. Pregl.* Juillet-Août 2000 ; 53 (7-8) : 378-83

56. **Traoré M., Diabaté F.S., Diarra I., Mounkoro N., Traoré Y., Tékété I., Kanambaye D., Dolo A.** Cancers gynécologiques et mammaires : aspects épidémiologiques et cliniques à l'Hôpital National du point « G » à Bamako. *Mali Médical* 2004. TXIX N°1 : 4-9

57. **TOSSOU J.** Contribution à l'étude de la chimiothérapie au cours du traitement des cancers du sein dans le service de médecine interne du C.N.H.U. de Cotonou (A propos de 53cas). Thèse Med. Cotonou 1996, N°66.

58. **Tourneur R. et Leton-Turier Ph.** La gynécologie. Encyclopédie Medico-Chirurgical, Paris, 10-1990, Gynécologie (Gyn-3), 510-A-20

59. **Tourneur R. et Leton-Turier Ph.** La ménopause. Encyclopédie Medico-Chirurgical, Paris, 6-1978, Glande (GLA-2), 10035-A-10

60. Une étude rétrospective de 27 tumeurs de l'ovaire de potentiel malin faible au premier département de l'obstétrique et gynécologie de la faculté de médecine de l'université Semmelweis, Budapest, Hongrie : 1990-2000

61. **Uzam S, Seror J.Y., Chopier J., Antoine M., Barranger E., Merviel P., Mathieu E., Lotz J.P., Gligorov J., Touboul E.** Cancer du sein Traité de Gynécologie. Edition Flammarion. Paris 2005: pages 534-555.

62. **VARMA R., MRCOG, TAHSEEN S., MBBS, and LOKANGAMAG A. U., MRCOG AND KUNDE D.** Vaginal route as the norm when planning hysterectomy for benign conditions: change in practice. Obstetrics and gynecology. 2001, 97(4): 613-616.

63. **Vinatier D., Orazi. G.** Peut-on prévenir chimiquement le cancer du sein en 2003 ? Gynecol Obstet Fertil. 2003 Apr. ; 31(4) :327-36.

64. **VON THEOBALD P., GROSDÉMOUGE I.** Hystérectomie vaginale: technique opératoire. Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction.2002, 31 : 589-596.

65. **WELE A.** –Etude clinique du cancer du sein en chirurgie « B » à l'hôpital du point « G ». Thèse de Médecine Bamako 1988 N°55.

66. **YMI ZA-** Les carcinomes mammaires en Cote d'Ivoire : Approche épidémiologique, variétés histologiques, et étude histopronostique. Thèse de Méd. Abidjan, 1990, N°1059.

67. **ZOHOUN C.** Contribution à l'étude du cancer du col au C.N.H.U. DE Cotonou. Thèse, Méd. Cotonou, 1990, N°520.

68. **Zinsou C.P., Fourn L., Zohoun T.** Aspects épidémiologiques des cancers au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou. Médecine d'Afrique Noire : 1990, 37(5) :230-6.

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : KEITA

Prénom : DJIGUI

Titre : Pathologies gynécologiques et mammaires à propos de 55cas à la polyclinique le « Lac Télé » et à la « Maison des Aînés »

Année : 2007-2008

Ville de soutenance : BAMAKO

Pays d'origine : MALI

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'OdontoStomatologie

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique, personne âgée

RESUME :

Objectif : contribuer à la prise en charge de la femme ménopausée.

Matériel et méthodes: c'est une étude descriptive portant sur 33 femmes âgées de 60 à 79 ans ayant été suivies à la maison des aînés et à la polyclinique le Lac télé du 1^{er} février 2006 au 31 janvier 2007.

Résultats : nous avons détecté environ 13 pathologies gynécologiques et mammaires chez ces femmes âgées avec une fréquence de consultation d'environ 9,9% pour ces femmes. 5,3% d'entre elles souffraient d'au moins une pathologie gynécologique et/ou mammaire. Ainsi, 29,4% étaient des fibromes utérins, les prolapsus génitaux et les vulvo-vaginites représentaient 14,7% chacun. Les cancers du col, du vagin, du sein et les métrorragies fonctionnelles viennent en troisième position avec 5,9% chacune ; ensuite viennent le cancer de l'ovaire, le cancer vulvo-anal, l'atrophie vaginale, les cervicites, les nodules du sein et les polypes avec une fréquence de 2,9% pour chaque pathologie.

70,6% de nos patientes n'avaient pas dépassé l'enseignement primaire, 79,4% étaient mariées.

Les métrorragies et les prurits étaient les premiers motifs de consultation avec 22% chacun, ensuite venait la perception de masse avec ou sans inconfort urinaire dans 17% des cas, les leucorrhées étaient de 15% ; sans oublier les ulcérations et les prurits.

58,8% de nos patientes ont fait l'objet d'interventions chirurgicales et 35% des cas ont fait l'objet de traitement médical.

Il a été noté un cas de complication postopératoire après ablation de nodule du sein ; c'est l'apparition d'autres nodules suintants.

Conclusion : les pathologies gynécologiques et mammaires de la femme âgée sont de plus en plus fréquentes avec l'augmentation de l'espérance de vie qui se fait sentir aussi bien dans les pays développés que dans les pays en voie de développement. Vu les difficultés liées à la prise en charge des personnes âgées, il s'avère nécessaire de penser à prévenir et traiter correctement ces pathologies afin d'éviter des complications qui sont souvent alarmantes.

Mots clés : Troisième âge, Pathologies gynécologiques et mammaires, Prise en charge.

X- ANNEXES :

FICHE D'ENQUETE

A- IDENTIFICATION

Q1 Nom et prénom :

Q2 Age:

Q3 Provenance:

Q4 Ethnie:

Q5 Adresse :

Q6 Profession :

Q7 Profession du conjoint :

Q8 Etat civil :

1-célibataire

3-divorcée

2-mariée

4-veuve

Q9 Régime matrimonial :

1-monogame

2-polygame

Q10 Niveau d'instruction :

1-analphabète

2-école fondamentale

3-niveau secondaire

4-niveau supérieur

5-niveau coranique

7-autre à préciser

Q11 Niveau d'instruction du conjoint :

B- ANTECEDENTS DE LA PATIENTE

Q12 Médicaux :

-diabète

-HTA

-ictère

-bilharziose

-tuberculose

-autres

Q13 Familiaux :

Q14 Chirurgicaux :

- appendicectomie
- péritonite
- coelioscopie
- chirurgie des voies urinaires
- laparotomie pour GEU
- plastie tubaire
- intervention sur les ovaires
- césarienne
- myomectomie
- autres

Q15 Gynéco-obstétricaux :

- ménopause
- cycle régulier
- leucorrhée
- prurit
- dysménorrhée
- dyspareunie
- contraception
- gestité
- parité
- âge premier rapport
- partenaires multiples
- fréquence des rapports sexuels / semaine
- avortement
- IVG
- annexite
- traitement pour stérilité

Q16 Autres facteurs de risque :

- tabagisme
- douche vaginale
- induction d'ovulation
- autres

C- MOTIFS DE CONSULTATION

D- STRATEGIE DIAGNOSTIQUE

Q17 Clinique :

a-Signes généraux :

- état général bon mauvais
- conjonctives colorées pales
- autres

b-Signes fonctionnels :

- douleurs
- prurit
- hémorragie
- constipation
- dysurie
- pesanteur
- vomissements
- ballonnement
- leucorrhée
- autres

c-Signes physiques :

- tumeur
- infiltration
- ulcération

Q18 PARA CLINIQUE

a-histologie :

b-imagerie :

- radiographie
- échographie
- hystérosalpingographie
- mammographie
- scanner

c-autres à préciser :

- colpo-hystérocopie
- cystoscopie
- rectoscopie
- laparotomie

d-biologie :

- dosage des marqueurs tumoraux
- examen cytologique
- examen anatomopathologique
- autre

E- HYPOTHESE DIAGNOSTIQUE

- 1-Préménopause
- 2-Ménopause
- 3-Métrorragie
- 4-Vulvite
- 5-Vaginite
- 6-Vulvo-vaginite
- 7-Cervicite
- 8-Endométrite
- 9-Salpingite
- 10-Annexite
- 11-Troubles sexuels à préciser
- 12-Kyste de l'ovaire
- 13-Fibrome utérin
- 14-Cystocèle
- 15-Rectocèle
- 16-Cancer du col de l'utérus
- 17-Cancer de l'utérus
- 18-Cancer du sein
- 19-Prolapsus
- 20-Autres

Q 19 Prolapsus :

- Stade I
- Stade II
- Stade III
- Stade IV

Q 20 Préciser le type de prolapsus

Q21 Les cancers :

a-Type histologique :

- sarcome
- carcinome
- mélanome malin
- autre

b-Stade d'évolution selon l'OMS :

- stade I
- stade II
- stade III
- stade IV

c-Préciser le siège :

- vulve
- vagin
- col de l'utérus
- endomètre
- corps de l'utérus
- ovaire
- sein
- trompe de Fallope
- autres

F- STRATEGIE THERAPEUTIQUE

- Q22 Traitement médical Préciser le type : /...../
- Q23 Chirurgie Préciser le type : /...../
- Q24 Chimiothérapie Préciser le type : /...../
- Q25 Radiothérapie Préciser le type : /...../
- Q26 Durée traitement : /...../
- Q27 Devenir de la malade : /...../
- Q28 Etat général : /...../
- Q29 Evolution : /...../

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

JE LE JURE

