

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE **Un Peuple-Un But–Une Foi**



**U.S.T.T-B**



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

Année Universitaire 2018 – 2019

Thèse N° \_\_\_\_\_

## TITRE

# LES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES DANS LE DISTRICT DE BAMAKO 2008 – 2017 DONNEES DU REGISTRE DES CANCERS DU MALI

## THESE

*Présentée et soutenue publiquement le .../.../ 2019 devant la  
Faculté de Médecine et d'Odonto- Stomatologie  
Par Mlle SAFIATOU M.BAKAYOKO*

*Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine*

*(Diplôme d'Etat)*

**Président: Pr. Bakarou KAMATE**

**JURY**

*Membre: Dr. Mamadou Salia TRAORE*

**Co-directeur:**

**Dr Bourama COULIBALY**

**Directeur: Pr. Cheick Bougadari TRAORE**

## **LISTE ACTUALISEE DU CORPS ENSEIGNANT**

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018

### **ADMINISTRATION**

DOYEN : **M. Seydou DOUMBIA**-Professeur

VICE-DOYEN :**M. Ousmane FAYE**-Professeur

SECRÉTAIRE PRINCIPAL : **M Monzon TRAORÉ**-Maitre-assistant

AGENT COMPTABLE : **M Harouna SIDIBÉ**-Inspecteur de trésor

### **ENSEIGNANTS A LA RETRAITE**

Mr. Yaya FOFANA	Hématologie
Mr. Mamadou L. TRAORÉ	Chirurgie Générale
Mr. Mamadou KOUMARÉ	Pharmacologie
Mr. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr. Aly GUINDO	Gastro-entérologie
Mr. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr. Sinè BAYO	Anatomie-pathologie et
Histo-Embryologie	
Mr. Sidi Yaya SIMAGA	Santé-Publique
Mr. Abdoulay Ag RHALY	Medicine interne
Mr. Boukassoum HAIDARA	Legislation
Mr. Boubacar Sidiki CISSÉ	Toxicologie
Mr. Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr. Sambou SOUMARÉ	Chirurgie Générale
Mr. Abdou Alassane TOURÉ	Orthopedie-Traumatologie
Mr. Daouda DIAL	Chimie-générale et Minérale
Mr. Issa TRAORÉ	Radiologie
Mr. Mamadou K. TOURÉ	Cardiologie

Mme. SyAssitan TOURÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Salif DIAKITÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologue
Mr. Abdel Krim KOUMARÉ	Chirurgie générale
Mr. Amadou DIALLO	Zoologie-biologiste
Mr. Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr. Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr. Mahamdou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Baba KOUMARÉ	Psychiatrie
Mr. Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr. Brehima KONARÉ	Bactériologie-Virologie
Mr. Toumani SIDIBÉ	Pédiatrie
Mr. Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr. Seydou DIAKITÉ	Cardiologie
Mr. Amadou TOURÉ	Histo-Embryologie
Mr. Mahamadou Kalilou MAIGA	Néphrologue
Mr. Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
Mr. Djibril SANGARÉ	Chirurgie générale
Mr. Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologue
Mr. Alhousseini AG MOHAMED	O.R.L
Mme. Traoré J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr. Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mme. Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr. YéyaTiémoko TOURÉ	Entomologie-Médicale
	Biologie Cellulaire

### **ENSEIGNANTS DECEDES**

Mr. Mahamdou TOURÉ	Pédiatrie
Mr. Alou BAH	Ophthalmologie
Mr. Bocar SALL Secouriste	Orthopedie-Taumatologie
Mr. Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr. Abdel Kader TRAORÉ DIT DIOP	Chirurgie générale
Mr. Moussa TRAORÉ	Neurologie
Mr Yéminégué Albet Kader DEMBÉLÉ	Chimie Organique
Mr. Anatol TOUNKARA	Immunologie
Mr. Bou DIAKITÉ	Psychiatrie
Mr. Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr. Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr. Ibrahim ALWATA	Orthopédie-Traumatologie
Mme. TOGOLA Fanta KONIPO	O.R.L
Mr. Bouraima MAIGA	Gynéco-Obstétrique
Mr. May MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr. Mahamadou TOURÉ	Radiologie
Mr. Gangaly DIALLLO	Chirurgie Viscérale
Mr. Ogobara DUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr. Mamadou DEMBÉLÉ	Chirurgie-générale
Mr. Sanoussi KONATÉ	Santé Publique
Mr Abdoulay DIALLO	Ophthalmologie

### **LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R ET PAR GRADE**

#### **D.E.R CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES**

#### **PROFESSEURS ET DIRECTEURS DE RECHERCHE**

Mr. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie générale
Mr. Youssef COULIBALY	Anesthésie et Réanimation
Mr. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie et Réanimation
Mr. Sadio YÉNA	Chirurgie cardio-Thoracique
Mr. Mohamed Amadou KEITA	O.R.L
Mr. Adégné TOGO	Chirurgie générale
Mr. Samba Karim TIMBO	O.R.L Chirurgie maxillofacial
Mr. Aly TEMBELY	Urologie
Mr. Mamadou TRAORÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. ZimogoZié SANOGO	Chirurgie générale

**MAITRES DE CONFÉRENCESAGRÉGÉS/ MAITRES DE RECHERCHE**

Mr. Ibrahim TÉGUÉTÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Youssef TRAORÉ	Gynéco-obstétrique
Mr. Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Moustapha TOURÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Allassane TRAORÉ	Chirurgie générale
Mr. Lassana KANTÉ	Chirurgie générale
Mr. Birama TOGORA	Chirurgie générale
Mr. AdamaKonoba KOITA	Chirurgie générale
Mr. Bréhima COULIBALY	Chirurgie générale
Mr. Drissa TRAORÉ	Chirurgie générale
Mr. Bakary Tientigui DEMBÉLÉ	Chirurgie générale
Mr. Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
Mr. Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mme. DoumbiaKadiatou SINGARÉ	O.R.L

Mr. Hamidou Baba SACKO	O.R.L
Mr. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Lamine TRAORÉ	Ophtalmologie
Mr. Souleymane TOGORA	Stomatologie
Mr. Hamady TRAORÉ	Stomatologie
Mr.MoussaAbdoulay OUATTARA	Chirurgie cardio-thoracique
Mr. Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
Mr. BroulayeMassaoulé SAMAKÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Abdoulay DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr. Mamadou Lamine DIAKITÉ	Urologie
Mr. Honoré Jean Gabriel BERTHÉ	Urologie
Mr Seko SIDIBÉ	Orthopédie-Traumatologie
Mr.Tièma COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mr Adama SANGARÉ	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Yacaria COULIBALY	Chirurgie-Pédiatrique
Mr. Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
<b><u>MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE</u></b>	<b><u>RECHERCHE</u></b>
Mr. Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr. Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
Mr. Amadou TRAORÉ	Chirurgie Générale
Mr. Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
Mr. Madiassa KONATÉ	Chirurgie Générale
Mr. Sékou Bréhima KOUMARÉ	Chirurgie Générale
Mr. Boubacar KAREMBÉ	Chirurgie Générale

Mr. Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
Mr. Idriss TOUNKARA	Chirurgie Générale
Mr. Ibrahim SANKARÉ	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
Mr. Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
Mr. Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
Mr. Amed BAH	Chirurgie-Dentaire
Mr. Seydou GUEYE	Chirurgie-Buccale
Mr. Issa AMADOU	Chirurgie-Pédiatrique
Mr. Mohamed Kassoum DJIRE	Chirurgie-Pédiatrique
Mr. Boubacary GUINDO	O.R.L-C.C.F
Mr. Siaka SOUMAORO	O.R.L
Mr. Youssouf SIDIBÉ	O.R.L
Mr. Fatogoma Issa KONÉ	O.R.L
Mr. Nouhoum DIAN	Anesthésie-Réanimation
Mr. Aladji Seidou DEMBÉLÉ	Anesthésie-Réanimation
Mme. Fadima Koreissy TALL	Anesthésie-Réanimation
Mr. Seydina Alioune BEYE	Anesthésie-Réanimation
Mr. Hamadoun DICKO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Moustapha Issa MANGANÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Thierno Madane DIOP	Anesthésie-Réanimation
Mr. Mamadou Karim TOURÉ	Anesthésie-Réanimation
Mr. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
Mr. Daouda DIALLO	Anesthésie-Réanimation
Mr. Abdoulaye TRAORE	Anesthésie-Réanimation
Mr. Siriman Abdoulay KOITA	Anesthésie-Réanimation
Mr. Mahamadou COULIBA	Anesthésie-Réanimation
Mr. Boubacar BAH	Odontostomatologie

Mr. Aboulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
Mr. Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mme. Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mme. Aissatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr. Seydou BAGAYOGO	Ophtalmologie
Mr. Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr. Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme. Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr. Addoulay NAPO	Ophtalmologie
Mr. Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
Mr. Bougadary COULIBALY	Protèse Scellée
Mme. Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie-Dento-Faciale
Mr. Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
Mr. Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
Mr. Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
Mr. Mamadou Salia DIARRE	Neurochirurgie
Mr. Moussa DIALLO	Neurochirurgie
Mr. Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Layes TOURE	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Mahamdou DIALLO	Orthopédie-Traumatologie
Mr. Louis TRAORE	Orthopédie-Traumatologie
Mme. Hapssa KOITA	Stomatologie/ Chirurgie maxillo-faciale
Mr. Alfousseiny TOURE	Stomatologie/ Chirurgie maxillo-faciale
Mr. Amady COULIBALY	Stomatologie/ Chirurgie maxillo-faciale
Mr. Amadou KASSOGUE	Urologie

Mr. Dramane Nafou CISSE	Urologie
Mr. Mamadou Tidiane COULIBALY	Urologie
Mr. Moussa Salifou DIALLO	Urologie
Mr. Alkadri DIARRA	Urologie
Mr. TioukaniThéra	Gynéco-Obstétrique
Mr. Soumana Oumar TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Abdoulay SISSOKO	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mamadou SIMA	Gynéco-Obstétrique
Mme. Aminata KOUMA	Gynéco-Obstétrique
Mr. Seydou FANÉ	Gynéco-Obstétrique
Mr. Amadou Bocoum	Gynéco-Obstétrique
Mr. IbraahimOngoiba	Gynéco-Obstétrique
Mr. Ibrahima Ousmane Kanté	Gynéco-Obstétrique
Mr. Alassane TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
Mr OUsseynou DIAWARA	Parodontologie
Mr. Amsalah NIANG	Odonto-préventive-Sociale
Mr Mamadou BAH	Chirurgie-Buccale

#### **ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

Mme. Lydia B. SITA Stomatologie

#### **D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES**

#### **PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE**

Mr. Mamadou A. THERA	Physiologie
Mr. Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
Mr. Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr. Bakarou KAMATE	Anatomie-Pathologie

#### **MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRES DE RECHERCHES**

Mr. Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr. Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr. Bokary Y SACKO	Biochimie
Mr. Bakary MAIGA	Immunologie

**MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE**

Mr. Abdoulaye KONE	Parasitologie-Mycologie
Mme. Safiatou NIARE	Parasitologie-Mycologie
Mr. SanouKho COULIBALY	Toxicologie
Mr. Mamado MAIGA	Bactériologie-Virologie
Mr. Aminata MAIGA	Bactériologie-Virologie
Mme. DjenebaBocar MAIGA	Bactériologie-Virologie
Mr. Sidi Boula SISSOKO	Histologie Embryologie Cytogénétique
Mr. Bréhima DIAKITE Moléculaire	Génétique et Pathologie
Mr. Yaya KASSOGUE	Génétique et Pathologie Moléculaire
Mr. Bourama COULIBALY	Anatomie Pathologie
Mr. Boubacar Sidiki Ibrahim DIAKITE	Biologie-Medicale Biochimie Clinique
Mr. Mamadou BA	Biologie/Parasitologie Entomologie-Médicale
Mr. Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Bamodi SIMAGA	Physiologie
Mr. Oumar SAMASSEKOU	Génétique/Génomique
Mr. Nouhoum SACKO Cancérologie	Hématologie/Oncologie

Mme. Mariam TRAORE Pharmacologie

Mr. Saidou BALAM Immunologie

Mme Arhamatoulay MAIGA Biochimie

### **ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

Mr. Hama Abdoulaye DIALLO Immunologie

Mr. Harouna BAMBANA Anatomie Pathologie

Mr. Aboubacar Alassane OUMAR Pharmacologie

Mr. Moussa KEITA Entomologie-Parasitologie

Mr. Yacouba FOFANA Hématologie

Mr. DiakaliaSiaka BERTHE Hématologie

### **D.E.R DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES**

### **PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE**

Mr. Hamar Alassane TRAORE Médecine Interne

Mr. Dapa Aly DIALLO Hématologie

Mr. Moussa Y. MAIGA Gastro-entérologie-Hépatologie

Mr. Boubakar DIALLO Cardiologie

Mr. AdamaDiaman Keita Radiologie et Imagerie Médicale

Mr. Siaka SIDIBE Radiologie et Imagerie Médicale

Mr. Mamady KANE Radiologie et Imagerie Médicale

Mr. Sounkalo DAO Maladies Infectieuses et Tropicales

Mr. Daouda K. MINTA Maladies Infectieuses et Tropicales

Mme. SIDIBE Assa TRAORE Endocrinologie-Diabétologie

Mr. Boubacar TOGO Pédiatrie

Mr Saharé FONGORO Néphrologie

Mr. Moussa T. DIARRA Hépto-Gastro-Entérologie

Mr. Cheick Oumar GUINTO Neurologie

Mr. Ousmane FAYE Dermatologie

### **MAITRES DE CONFÉRENCE/MAITRES DE RECHERCHE**

Mr. Abdel Kader TRAORE	Médecine interne
Mr. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme KAYA Assetou SOUCKO	Médecine Interne
Mme. Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mme. Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr. Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr. Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie
Mr. Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr. Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr. Ilo Bella DIALL	Cardiologie
Mr. Ichiaka MENTA	Cardiologie
Mr. Souleymane COULIBALY	Cardiologie
Mr. YoussoufaMamadou MAIGA	Neurologie
Mr. Anselme KONATE	Hépto-Gastro-Entérologie
Mr. Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mr. Souleymane COULIBALY	Psychiatrie
Mr. Yacouba TOLOBA	Pneumo-Phtisiologie
Mr. Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr. Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/ Ophtalmologie
Mr. Mahamadou DIALLO	Radiologie et Imagerie Médicale

### **MAITRES ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE**

Mr. Mahamadoun GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Salia COULIBALY	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Konimba DIABATE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Adama DIAKITE	Radiologie et Imagerie Médicale

Mr. Aphou Sallé KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Mory Abdoulaye CAMARA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Mamadou N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mme. Hawa DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Issa CISSÉ	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Mamadou DEMBELE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Ouncoumba DIARRA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Ilias GUINDO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Abdoulaye KONE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Alassane KOUMA	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Aboubacar Sidiki N'DIAYE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Souleymane SANOGO	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Ousmane TRAORE	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr. Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mme. Djenebou TRAORE	Médecine Interne
Mr. Seydou SY	Médecine Interne
Mme. Djéneba DIALLO	Néphrologie
Mr. Hamadoun YATTARA	Néphrologie
Mr. Seydou SY	Néphrologie
Mr. Hamidou Oumar BA	Cardiologie
Mr. Massama KONATE	Cardiologie
Mr. Ibrahim SANGARE	Cardiologie
Mr. Youssouf CAMARA	Cardiologie
Mr. Samba SIDIBE	Cardiologie
Mme. Asmaou KEITA	Cardiologie
Mr. Mamadou TOURE	Cardiologie
Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
Mr. Mamadou DIAKITE	Cardiologie

Mr. Bourama DEMBELE	Cardiologie
Mr. Boubacar SONFO	Cardiologie
Mme. Mariam SAKO	Cardiologie
Mme. Kadiatou DOUMBIA	Hépto-Gastro-entérologie
Mme. Hourouna SOW	Hépto-Gastro-entérologie
Mme. SanraDébora SANOGO	Hépto-Gastro-entérologie
Mr. Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Abdoulaye M. TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Yacouba COSSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicale
Mr. Mamadou AC. CISSE	Médecine d'Urgence
Mr. Seydou HASSANE	Neurologie
Mr. Guida LANDOURE	Neurologie
Mr. Thomas COULIBALY	Neurologie
Mr. Adama Seydou SOSSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
Mr. Diangina dit Nouhoum SOUMARE	Pneumologie
Mme. Khadidia OUATTARA	Pneumologie
Mr. Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
Mr. Souleymane dit Papa COULIBALY	Psychiatrie
Mme. Siritio BERTHE	Dermatologie
Mr. AdamaAguissa DICKO	Dermatologie
Mme. N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
Mme. Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
Mme. Mamadou GASSAMA	Dermatologie
Mr. Belco MAIGA	Pédiatrie
Mme. Djeneba KONATE	Pédiatrie
Mr. Fousseyni TRAORE	Pédiatrie

Mr. Karamoko SANOGO	Pédiatrie
Mme. Fatoumata Léoni DIAKITE	Pédiatrie
Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
Mme Djénéba SYLLA	Pédiatrie
Mr. Djigui KEITA	Rhumatologie
Mr. Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr. Drissa Massa SIDIBE	Médecine de la famille/Communautaire
Mr. Salia KEITA	Médecine de la Famille/Communautaire
Mr. Issa Souleymane GOITA	Médecine de la Famille/Communautaire

#### **ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

Mr. Boubacari Ali TOURE	Hématologie Clinique
-------------------------	----------------------

#### **D.E.R DE SANTE PUBLIQUE**

#### **PROFESSEURS/ DIRECTEURS DE RECHERCHE**

Mr. Seydou DOUMBIA	Épidémiologie
Mr. Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr. Samba DIOP	Anthropologie Médicale et Éthique en Santé
Mr. Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique

#### **MAITRES DE CONFÉRENCES/ MAITRE DE RECHERCHE**

Mr. Cheick Oumar BAGAYOKO	Information Médicale
Mr. Massambou SACKO	Santé Publique
Mr. Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr. Modibo DIARRA	Nutrition

#### **MAÎTRES ASSISTANTS /CHARGES DE RECHERCHE**

Mr. Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr. Ousmane LY	Santé Publique
Mr. Ogobara KODIO	Santé Publique
Mr. Oumar THIERO	Bio statistique/Bio-informatique
Mr. Cheick Abou COULIBALY	Épidémiologie

### **ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE**

Mr. Abdrahamane COULIBALY	Anthropologie Médicale
Mr. Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
Mr. Modibo SANGARE	Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
Mr. Mohamed Moumine TRAORE	Santé Communautaire
Mr. Housseini DOLO	Épidémiologie
Mr. Souleymane Sékou DIARRA	Épidémiologie
Mr. Yaya dit Sadio SARRO	Épidémiologie
Mr. Moctar TOUNKARA	Épidémiologie
Mr. Nouhoum TELLY	Épidémiologie
Mr. Bassirou DIARRA	Recherche-Opérationnelle
Mme. Fatoumata KONATE	Nutrition-Diététique
Mr. Bakary DIARRA	Santé-Publique
Mr. Baba DIALLO	Épidémiologie
Mme. Fatoumata SY	Gestion des Ressources Humaines

### **CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES**

Mr. Souleymane GUINDO	Gestion
Mme. MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr. Cheick O. DIAWARA	Bibliographie
Mr. Rouillah DIAKITE	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mr. Alou DIARRA	Cardiologie
Mme. Assétou FOFANA	Maladies Infectieuses
Mr. Abdoulay KALLE	Gastroentérologie
Mr. Mamadou KARAMBE	Neurologie
Mme. Fatouma Sirifi GUINDO	Médecine de Famille
Mr. Alassane PEROU	Radiologie
Mr. Boubacar ZIBEIROU	Physique

Mr. Boubakary Sidiki MAIGA Chimie-Organique

Mme. Doulata MARIKO Stomatologie

Mr. Elimane MARIKO Pharmacologie

Mr. Issa COULIBALY Gestion

**ENSEIGNANTS EN MISSION**

Mr. Lamine GAYE Physiologie

# **DEDICACES ET REMERCIEMENTS**

## **DEDICACES**

*Bismilahi Rahamani Rahimi*

Je dédie tout ce travail au Bon DIEU, Le Tout Puissant ; Le Miséricordieux, L'Omniscient, L'Omnipotent.

Je rends Grâce à ALLAH, Créateur de la terre et des cieux, de la vie ici-bas et de l'au-delà sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour.

J'implore ALLAH, le maître de toutes les créatures, Détenteur du destin, de nous donner une longue vie pleine de succès, de santé, de prospérité et de nous guider sur le bon chemin !

*Amine !*

A notre Prophète Mohammad Paix et Salut sur lui, sur toute sa famille et sur ses compagnons et disciples.

### **A mon père : Yacouba BAKAYOKO**

Papa les mots me manquent terriblement pour exprimer mes sentiments aujourd'hui. Tu as toujours été à nos côtés, mes sœurs, mes frères et moi. Tu nous as appris le sens de la dignité, de l'honneur, du respect et de la probité. Tu as toujours été un exemple pour toute la famille, car tu es un travailleur acharné, rigoureux et exigeant envers toi-même et les autres. Tes prières et tes bénédictions ne m'ont jamais fait défaut, ainsi que ton soutien moral, affectif et matériel. Je veux te dire Merci, pour toute la confiance que tu as placée en moi depuis le début de mon cycle, Merci pour ce que tu as fait et pour tout ce que tu feras encore pour moi. Saches papa que je ne saurai jamais te rendre un hommage à la hauteur de tes efforts. Que DIEU t'accorde encore une longue vie auprès de nous.

*Amine !*

### **A ma mère : Mme BAKAYOKO Sogona Dao**

Maman, mon modèle, ma fierté, celle qui m'a transmise son amour du métier... ce travail est le tien. Brave femme, mère dévouée, courageuse, croyante, généreuse, source de ma vie, pionnière de mon éducation. Tu nous as toujours choyé, rassuré et

réconforté. Tu incarnes pour nous l'Amour, la piété, la tolérance, et la bonté. Tes sacrifices pour tes enfants et les enfants d'autrui feront de nous ce que tu souhaites Inchallah. Dieu seul est en mesure de te récompenser. On prie le tout puissant pour qu'il nous donne une longue vie afin de pouvoir jouir encore et encore de ta tendresse !

Pardon pour les soucis, les angoisses et la fatigue que je t'ai causé. Tu es et seras notre fierté de tout le temps. Merci Mamoushka...! Je t'aime

### **A ma tante: Massiami BAKAYOKO**

Femme dynamique, généreuse, sociable, attentionnée, et infatigable celle qui m'appelle affectueusement ma Grande-mère, tes bénédictions ne m'ont jamais fait défaut. Voici le fruit de ton amour. Que Dieu te donne encore une longue vie, car nous aurons toujours besoin de toi.

Merci pour tous ma petite fille...!

### **A mon oncle DAO Seydou et son épouse Aïcha SANOU**

Ne dit-on pas qui s'assemble se ressemble... Vous êtes un couple modèle, des parents que tout être se sentirait fière d'avoir. Merci pour toutes vos prières et vos bénédictions en mon endroit. Qu'Allah(SAW) puisse vous accordez une longue vie remplie de bonheur !

*Amine*

### **A feu mes grands parents**

Ce travail vous est également dédié et ceux malgré votre absence, vous resterez à jamais parmi nous, puisse ALLAH, vous accordez son pardon et que le paradis sois votre récompense.

*Amine !*

### **A mes frères et sœurs**

Mariame M BAKAYOKO, Awa R BAKAYOKO, Ami N BAKAYOKO, Khady BAKAYOKO et Sory I BAKAYOKO

C'est l'occasion pour moi de vous remercier et de vous dire que le chemin qui mène à la gloire et à la réussite est long et souvent parsemé d'embûches mais, je suis convaincue que chacun d'entre nous y parviendras. J'ai pas toujours été facile comme sœur je le sais mais soyez rassuré de l'affection et de tout l'amour que je vous porte.

Que Le Tout Puissant dans son infinie bonté apaise chacun d'entre vous et qu'il  
continue à œuvrer dans nos vies.

*Amine !*

**A mes neveux et nièces**

Loulou, Bébé Lala, Maman, Gnognou, et Petit Chat

Que Dieu vous bénisse et qu'il vous fasse grandir en sagesse et en humilité que vous  
soyez une fierté pour nous tous...

*Amine !*

## **REMERCIEMENTS**

Aux enseignants du primaire, du secondaire et à tous mes Maîtres de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako. Je suis fière d'avoir été votre élève, votre étudiante. Trouvez dans ce travail chers Maîtres, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

### **A mon beau-frère**

Celui qui m'appelle affectueusement ma femme, Merci infiniment pour tout. Puisse DIEU te combler d'avantage et qu'il vous donne à toi et ma sœur une belle et longue vie pleine de succès.

### **A mes amie(s) :**

Nancy, Kady, Nina, Domi, Tenedia, Elvira Zita... Au-delà de l'amitié vous êtes pour moi des sœurs que la vie m'a donné. Merci pour tous ces moments passés ensemble puisse DIEU nous garder encore longtemps ensemble.

A Mon gars sûr Sévérin, Mon ami... merci pour tout tes mots d'encouragement puisse le bon DIEU te le rendre en abondance.

Salim le merci serait un piètre mot face à tout ce que tu as fait et continue de faire pour moi. J'ai eu le plaisir de te connaître durant toutes ses années et je suis fière de te compter parmi mes amis. Puisse DIEU te récompenser pour tous tes actes.

**A tous, ce travail est le vôtre et que Le Tout Puissant raffermisse nos liens...**

*Amine !*

### **A l'amicale des étudiants ivoiriens de la FMOS**

Merci pour cette vie de famille, avec vous j'ai appris le travail d'équipe, acquis des connaissances qui ne me quitteront jamais... Merci encore et que DIEU fasse de nous d'excellents praticiens.

### **Au Professeur Bakarou KAMATE**

Professeur titulaire en Anatomie et cytologie pathologiques à la

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (F.M.OS.) de Bamako.

Cher maître, votre ouverture, votre bonté, votre sens d'écoute, votre amour pour le travail bien fait sont entre autres des qualités que nous avons eu le temps d'apprécier en

vous au quotidien. Je vous remercie profondément... Qu'Allah vous garde auprès de nous pour qu'on puisse encore et encore profiter de votre savoir !

**Au Dr Mamadou Keïta**

Chef Ba Keïta merci pour tous, qu'Allah te récompense pour l'enseignement et pour tout le soutien...

**A tous mes collègues internes et cadets du service d'anatomie cytologie pathologiques :**

Adjara, Moïse, Goïta, Djouma, Roméo, Dama, Modibo, Rokia, Abiba, Cheik aux désormais Dr Sirandou et Aminata à tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin, pour la réalisation de ce travail, Retrouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et de tout mon respect. Merci à vous tous !

**A tout le personnel du service d'anatomie cytologie pathologiques du Point G:**

-Aux Docteurs : Coulibaly B, Touré, Sega, Mama, Rokia, Tamaki, Safi, Mantia

-Aux techniciens : Tonton Yacou, Tonton Dembélé, Yabema, Sow, Samaké ;

-A la secrétaire : Djoba

-Aux manœuvres : Alou et Konimba

Merci pour votre bonne collaboration, votre humanisme, votre sens élevé d'humour et de partage, votre amabilité, votre volonté de travail et d'écoute. Que Le Tout Puissant vous comble de toute sa grâce tout le long de votre vie ! Amin!

A mes Tuteurs, Merci pour tout votre soutien et que DIEU vous garde....

**HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY**

*A Notre Maître et Président du jury: Professeur*

*BakarouKamaté*

*Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie  
Pathologiques à la FMOS*

*Chercheur et Praticien hospitalier au CHU Point G  
Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col  
utérin au Mali*

*Collaborateur du registre national des cancers au Mali  
Secrétaire général de la Division d'Afrique  
Francophone de l'Académie Internationale de  
Pathologie (D.A.F./A.I.P.)*

*Secrétaire général de la Commission d'Etablissement au  
CHU point G  
Cher Maître,*

*C'est avec plaisir que vous avez accepté de présider cette  
thèse ;*

*Votre humanisme, votre souci de bien faire, votre  
courage et votre sens élevé des responsabilités font  
de vous un maître exemplaire ;*

*L'étendue de vos qualités morales et sociales suscite  
une grande admiration.*

*Vous êtes un pédagogue émérite.*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de nos sincères  
remerciements et notre profonde reconnaissance.*

*A Notre Maître et membre du jury: Dr Traore Mamadou  
Salia*

*Chargé de recherche*

*Gynécologueobstétricien Praticien hospitalier au CHU point-  
G*

*Chargé de cours à l'institut national de formation en  
sciences de la santé*

*Secrétaire général de la société Malienne de gynécologie et  
d'obstétrique*

*Cher maître,*

*Nous sommes très honoré de vous compter dans ce jury  
et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration  
de ce travail.*

*Votre spontanéité, votre disponibilité et votre sens du  
travail bien fait nous ont marqué recevez cher maître nos  
sincères remerciements*

*A notre Maître et Co-directeur de thèse : Dr Bourama  
Coulibaly*

*Spécialiste en Anatomie et Cytologie Pathologiques ;  
Praticien Hospitalier au CHU du Point G ;  
Collaborateur du Registre des Cancers du Mali ;*

*Cher Maître,*

*Vous nous faites un grand honneur en acceptant de  
codiriger ce travail ;*

*Votre apport a été inestimable dans la réalisation de  
ce travail ;*

*Votre disponibilité, votre sympathie et votre  
simplicité font de vous une personne exemplaire.*

*Que ce travail puisse être l'occasion pour nous de vous  
exprimer notre profonde reconnaissance.*

*A notre maître et Directeur de Thèse: Professeur CHEICK B.  
Traoré*

*Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie  
Pathologiques à la FMOS ;*

*Chef du service d'Anatomie et de Cytologie  
Pathologiques au CHU Point G ;*

*Chercheur et Praticien hospitalier au CHU Point G ;  
Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col  
utérin au Mali ;*

*Collaborateur du registre national des cancers au  
Mali ;*

*Cher Maître,*

*Nous nous souviendrons de la confiance que vous nous  
avez placée en nous confiant ce travail ;*

*Votre simplicité, votre abord facile, votre dynamisme,  
et surtout la clarté de votre enseignement font de vous  
un Maître de qualité exceptionnelle ;*

*Cher Maître, nous ne trouverons certainement pas la  
formule pour exprimer notre reconnaissance et notre  
entière gratitude.*

## **ABREVIATIONS**

CHU GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré

CHU KATI : Centre Hospitalier Universitaire de Kati

CHU PG : Centre Hospitalier Universitaire du Point G

CIN : Néoplasie Intra épithéliale du Col

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

CCI: Carcinome Canalaire Infiltrant

CLI: Carcinome Lobulaire Infiltrant

CCIS: Carcinome Canalaire in Situ

CLIS : Carcinome Lobulaire in Situ

CNOS : Centre National d'Odonto-Stomatologie

CNP : Comité National des Registres

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSRef: Centre de Santé de Référence

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique

FMOS : Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie

HPV : Human Papillomavirus

HR : Hôpital Régional

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

IVA : Inspection Visuelle à l'Acide Acétique

IVL : Inspection Visuelle au Lugol

OMS : Organisation Mondiale la Santé

SBR: Scarff-Bloom-Richardson Mondiale de la Santé

## **LISTE DESTABLEAUX**

Tableau I: Classification des cancers invasifs du col selon FIGO.....	34
Tableau II: Répartition des cancers gynécologiques et mammaires selon la fréquence relative et l'incidence par année de diagnostic.....	51
Tableau III: Répartition des cas selon l'ethnie.....	53
Tableau IV: Répartition des cas selon l'hôpital.....	54
Tableau V: Répartition des cas selon le siège de la tumeur.....	55
Tableau VI: Répartition des cas selon la tranche d'âge et l'organe atteint.....	56
Tableau VII: Répartition des cancers du sein selon le type histologique.....	57
Tableau VIII: Répartition des cancers du col utérin selon le type histologique.....	58
Tableau IX: Répartition des cancers de l'ovaire selon le type histologique.....	59
Tableau X: Répartition des cancers du corps utérin selon le type histologique.....	60
Tableau XI: Répartition des cancers de la vulve selon le type histologique.....	61
Tableau XII: Répartition des cancers du vagin selon le type histologique.....	61
Tableau XIII: Fréquence des cancers selon l'organe atteint par rapport aux autres études.....	65

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1: Coupe de l'utérus .....	9
Figure 2: glandes mammaires .....	11
Figure 3: endomètre stades prolifératifs .....	13
Figure 4: Histologie du sein .....	16
Figure 5: Pièce de mastectomie présentant une tumeur d'aspect ulcéro- bourgeonnant (service d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU Point "G") .....	24
Figure 6: coupe histologique d'un carcinome canalaire infiltrant (CCI).....	25
Figure 7: Aspects macroscopiques de cancer du col.....	32
Figure 8: Coupe histologique d'un carcinome épidermoïde mature et invasif...	33
Figure 9: Bureau des entrées du CHU du Point G (gauche) et le service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques (droite) .....	46
Figure 10: Répartition des cas selon la tranche d'âge.....	52

## **Table des matières**

<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>2</b>
<b>OBJECTIFS.....</b>	<b>5</b>
<b>Objectif général:.....</b>	<b>5</b>
<b>Objectifs spécifiques : .....</b>	<b>5</b>
<b>II. GENERALITES .....</b>	<b>7</b>
<b>1. Rappels :.....</b>	<b>7</b>
<b>2. CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES .....</b>	<b>22</b>
<b>III. Matériel et méthodes .....</b>	<b>46</b>
<b>1. Cadre et lieu d'étude : .....</b>	<b>46</b>
<b>2. Type d'étude .....</b>	<b>47</b>
<b>3. Période d'étude.....</b>	<b>47</b>
<b>4. Population d'étude:.....</b>	<b>47</b>
<b>5. Echantillonnage .....</b>	<b>47</b>
<b>6. Collecte des données.....</b>	<b>48</b>
<b>7. Codage.....</b>	<b>48</b>
<b>8. Gestion des données .....</b>	<b>49</b>
<b>9. Contrôle de qualité.....</b>	<b>49</b>
<b>10. Confidentialité et éthique .....</b>	<b>49</b>
<b>IV. Résultats.....</b>	<b>50</b>
<b>V. Commentaires et Discussion.....</b>	<b>63</b>
<b>1. Limites et difficultés :.....</b>	<b>63</b>
<b>2. Cancers Gynécologiques et Mammaires en général .....</b>	<b>63</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>71</b>
<b>Recommandations .....</b>	<b>73</b>
<b>Références bibliographiques :.....</b>	<b>76</b>
<b>Annexes : .....</b>	<b>b</b>



# INTRODUCTION

## I. INTRODUCTION

Les cancers gynécologiques et mammaires sont des tumeurs malignes qui se développent à partir de l'appareil génital féminin et de la glande mammaire. Ils constituent une préoccupation majeure de santé publique pour la communauté internationale et représentent une cause importante de mortalité et de morbidité chez la femme.

Selon l'OMS, en 2018 il y'a eu 18,1 millions de nouveaux cas de cancers, 9,6 millions de décès dû aux cancers dans le monde[46]. Parmi les cancers gynécologiques et mammaires, les plus fréquents sont ceux du sein et du col utérin.

Leurs fréquences restent élever malgré les efforts de dépistage de certaines localisations dans nos régions[18].

Le cancer du sein représente 11,6% du fardeau total de l'incidence des cancers. On estime à 2,1 millions le nombre de diagnostics de cancers du sein chez les femmes. Il est le plus fréquent dans 154 des 185 pays couverts par GLOBOCAN 2018 et arrive au 5<sup>ième</sup> rang des causes de décès par cancer chez les femmes avec 15% de décès dû à la maladie[46].

En 2000, il a été recensé plus de 4,7 millions de cas de cancers chez les femmes dans le monde dont 8 % sont gynécologiques [45].

Avec plus d'un demi-million de nouveaux cas chaque année, le cancer du col utérin est le 4ième cancer le plus fréquent chez les femmes dans le monde après celui du sein, du colon-rectum et du poumon [42].

En Europe occidentale, l'incidence du cancer du sein est supérieure à 90 nouveaux cas pour 100000 femmes par an, par rapport à 30 pour 100000 femmes par an en Afrique de l'Est [42].

En France, au cours des 20 dernières années, l'incidence de tous les cancers a augmenté de 61 % : 7103 en 1980 à 11463 en 2000[64].

Chaque année, l'Amérique du nord enregistre 6,6 nouveaux cas de cancers du col utérin pour 100000 femmes, et 2,5 pour 100000 meurent de cette maladie [42].

En Afrique subsaharienne, ces chiffres sont respectivement de 34,8 et 22,5 pour 100000 femmes [42].

Les pays en développement ont enregistré 72% des décès dû aux cancers, ce fléau constitue la 3ème cause de mortalité dans ces pays après les maladies infectieuses et parasitaires (40%) ; cardiovasculaires ou dégénératives (19%) [58].

Au Mali de 2006 à 2010, le taux d'incidence du cancer du col était de 20,5 pour 100000 femmes et celui du sein 12,4 pour 100000 [64].

Bien que l'incidence soit en augmentation dans la plupart des régions dans le monde, il y'a d'énormes inégalités entre pays développés et pays en voie de développement, révèle le CIRC[42].

Les projections fondées sur les estimations de GLOBOCAN 2012 anticipent une augmentation substantielle de 19,3 millions de nouveaux cas de cancer par an d'ici 2025 en raison de la croissance démographique et du vieillissement de la population mondiale [42].

Ceci nous emmène à comprendre la nécessité de prendre des mesures préventives contre la maladie cancéreuse gynécologique et mammaire. L'efficacité de cette prévention passe par la disponibilité de données sur les cas de cancer à travers les données du registre des cancers.

Nous avons ainsi initié ce travail dans le but de décrire les aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers gynécologiques et mammaires en se basant sur les données du registre des cancers.

# OBJECTIFS

## **OBJECTIFS**

### **Objectif général:**

Décrire les aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers gynécologiques et mammaires à Bamako.

### **Objectifs spécifiques :**

Déterminer la fréquence des cancers gynécologiques et mammaires à Bamako.

Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patientes atteintes de cancers gynécologiques et mammaires à Bamako.

Décrire les localisations et les types histologiques des cancers gynécologiques et mammaires à Bamako.

# GENERALITES

## II. GENERALITES

### 1.Rappels :

#### 1.1- Rappels anatomiques [24,57,62] :

##### A. les organes génitaux externes :

❖ 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 contiennent deux ouvertures l'une minuscule, l'urètre pour évacuer l'urine et l'autre qui correspond à l'entrée du vagin.

-Le clitoris :

Les grandes lèvres recouvrent également le clitoris, petit bourgeon de tissu externe. 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.

-Les glandes de Bartholin :

Au nombre de deux, situées de part et d'autre de l'orifice vaginal, elles sont l'équivalent des glandes de Cowper chez l'homme.

##### B. Les organes génitaux internes :

Les organes génitaux internes de la femme comprennent : l'utérus, les ovaires, les trompes de Fallope, et le vagin. Nous parlerons 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.

-L'utérus :

L'utérus est l'organe destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son évolution et à l'expulser quand il arrivera à terme.

Il est situé dans la cavité pelvienne entre la vessie en avant et le rectum en arrière. Il est recouvert partiellement par le péritoine.

De consistance ferme mais élastique, il pèse 40 à 50 g chez la nullipare et 50 à 70g chez la multipare. Il a la forme d'un cône tronqué à sommet inférieur et aplati d'avant en arrière. Il mesure environ 6cm de long et 4 cm d'épaisseur.

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'utérus est à la fois

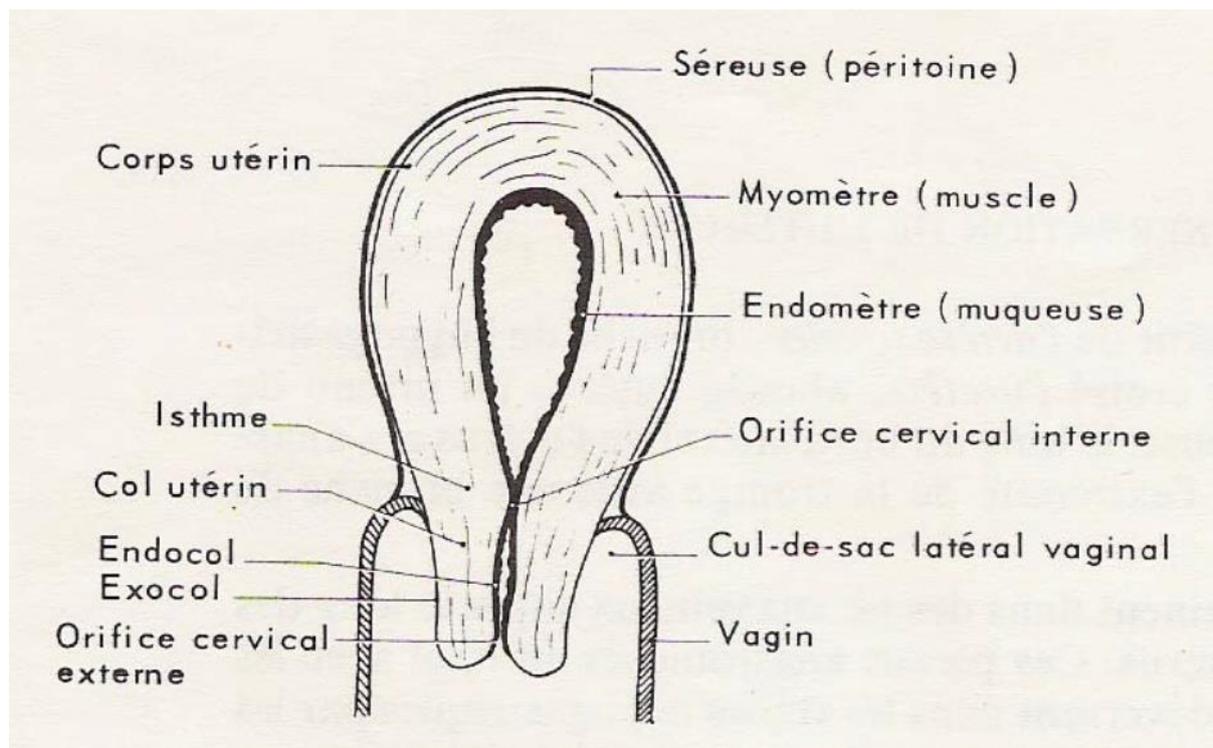
\*antéfléchi : le corps est incliné vers le col

\* antéversé : bascule en avant de l'ensemble, col et corps.

D'une épaisseur d'environ 1 cm, la paroi utérine présente trois tuniques :

- Une tunique muqueuse interne : c'est elle qui est renouvelée lors du cycle menstruel : c'est l'endomètre.

- Une tunique musculaire très épaisse qui en se développant fournira la force expulsive au moment de l'accouchement : c'est le myomètre.



**Figure 1:** Coupe de l'utérus [62]

-Les ovaires :

Les gonades de la femme ou ovaires, au nombre de deux, sont situés de chaque côté de l'utérus. De consistance ferme avec une coloration blanc rosé ils sont maintenus en place par différents ligaments : mésovarium, lombovarium, tuboovarium, uteroovarium. 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 pour fonction de produire les ovules, d'assurer leur maturation et de synthétiser les hormones femelles, les œstrogènes 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.

-Le vagin :

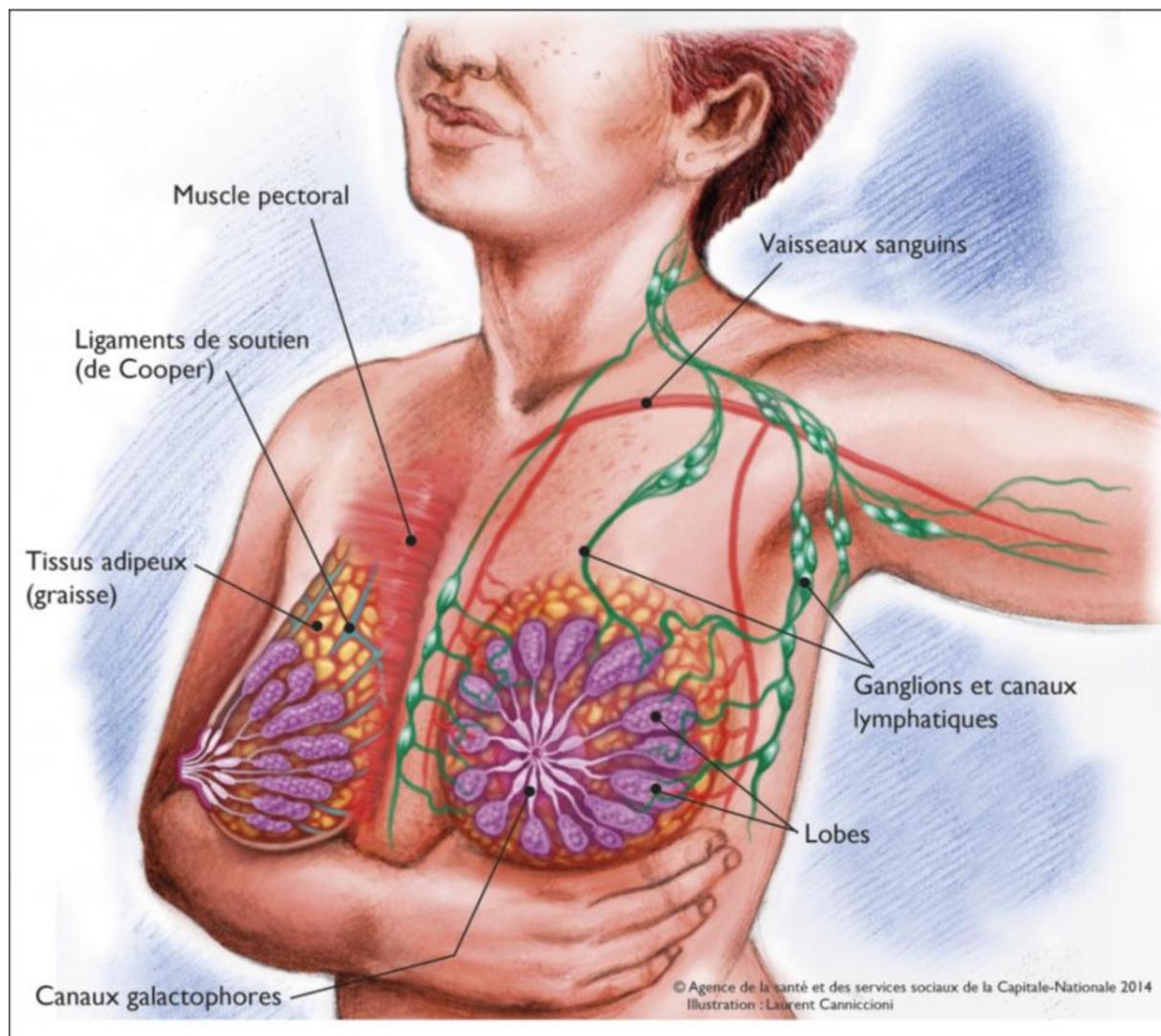
Placé en arrière de la vessie et de l'urètre et en avant du rectum, c'est un organe musculaire épais en forme de tube de 7 à 10 cm de longueur, situé entre la vulve et le col de l'utérus. Il a trois couches : conjonctive, musculaire et muqueuse. Il reçoit le pénis lors d'un rapport sexuel, le sperme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

-Les seins :

Les seins occupent la partie antéro-supérieure de la poitrine, de chaque côté du sternum en avant des muscles pectoraux et en regard de l'espace compris entre la 3ème et la 7ème côte. Cette situation varie en fonction de la forme et du type thoracique. Certains facteurs tels que la grossesse, les allaitements, l'âge modifient l'aspect des mamelles qui deviennent plus ou moins pendantes. En dehors d'un état gestatif, ils mesurent en moyenne 10 cm de hauteur sur 12 cm de largeur. Sous l'influence de la grossesse, les seins augmentent de volume peu de temps après la nidation. Durant l'allaitement, ils peuvent doubler et même tripler de volume. A la ménopause la glande se réduit progressivement.

Le Poids, il est chez la jeune fille de 150 à 200g ; chez la nourrice de 400 à 500g. Il peut atteindre 800 à 900g. Chez la jeune fille et la femme nulligeste, les seins sont fermes et élastiques. La surface extérieure du sein présente : une zone périphérique, une zone moyenne ou aréole, une zone centrale ou mamelon.

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



**Figure 2:** glandes mammaires [34]

### 1.2-Rappels physiologiques [7,24,57,62] :

-L'utérus

Il permet la nidation et le développement de l'œuf fécondé. C'est la muqueuse utérine qui joue le rôle essentiel dans cette nidation. Sous l'influence des hormones ovariennes, la muqueuse utérine va tout au long du cycle se modifier, du point de vue cellulaire et vasculaire, pour devenir apte à nider l'œuf fécondé.

S'il n'y a pas de fécondation, et par conséquent pas de nidation, la muqueuse utérine (qui a pris le nom de caduque) va être éliminée au moment des règles. Puis le cycle reprend.

Par ailleurs, la muqueuse du col de l'utérus joue également un rôle physiologiquement important en sécrétant, sous des influences essentiellement

hormonales, la glaire cervicale cette substance d'aspect gélatineux intervient dans l'ascension des spermatozoïdes, du vagin vers la cavité utérine.

#### -L'ovaire

C'est une glande mixte, à sécrétion endocrine et exocrine.

#### \*Fonction endocrine :

Permet la production d'hormones ovariennes de façon cyclique (œstrogène par follicules, progestérone par corps jaune)

#### \*Fonction exocrine :

Permet la production d'ovules, Follicule mature : Follicule de De Graaf

#### -Les trompes

Elles relient l'ovaire à l'utérus. La fécondation, a lieu au niveau du 1/3 externe de la trompe, très peu de temps après l'ovulation car l'ovule a une durée de vie très limitée : 48 heures environ. L'œuf fécondé gagnera la cavité utérine (4 à 5 jours en moyenne) sous la triple action des mouvements péristaltiques, des cils vibratiles et du courant liquidien de la trompe.

#### -Le vagin

Il représente une cavité naturelle ouverte à l'extérieur et par conséquent un milieu favorable à l'infection, mais du fait de son acidité (liée à la présence d'une flore microbienne spéciale : les bacilles Döderlein), il réalise lui-même son auto-défense, cette acidité vaginale est indispensable à la lutte contre le développement des microbes.

#### -La vulve

Comme le vagin, elle a des propriétés sécrétantes, mais surtout elle est pourvue de corps érectiles qui au niveau des lèvres, assurent un rôle de coarctation au cours de l'acte sexuel et au niveau du clitoris un rôle important dans l'excitation sexuelle.

#### -Le sein (Glande mammaire)

La commande hormonale du sein est dominée par celle des sécrétions ovariennes d'œstradiol et de progestérone, dont elle reflète les variations au

cours du cycle menstruel et au cours des différents âges de la vie génitale. Le développement glandulaire acineux est maximal aux environs du cinquième mois de grossesse, mais la lactation ne débute qu'après l'accouchement, c'est ensuite la succion régulière du mamelon qui entretient la lactation en entraînant une sécrétion de prolactine qui permet la synthèse de lactalbumine et du lactose.

### 1.3-Rappels histologiques :

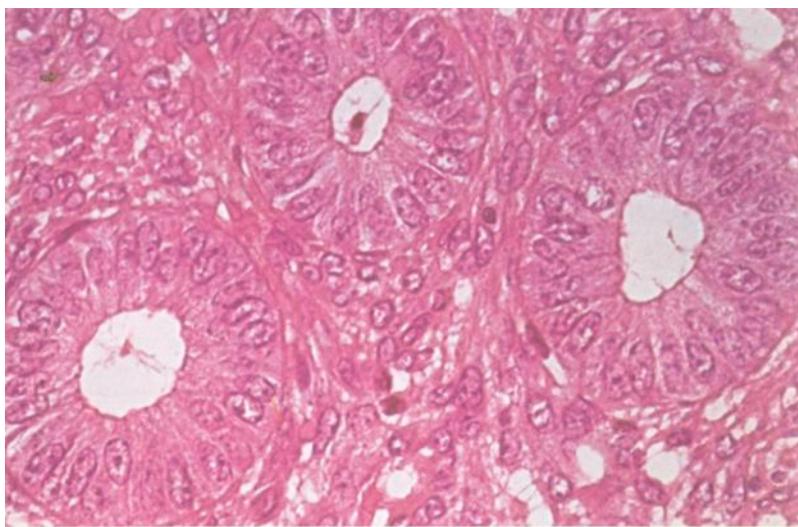
-L'utérus [7,24,27]

La paroi de l'utérus est faite de trois tuniques : une muqueuse, une séreuse et une musculuse.

\*La muqueuse (endomètre) :

Elle comporte un épithélium reposant sur un chorion par l'intermédiaire d'une lame basale.

Elle subit d'importantes variations structurales selon l'endroit considéré et selon les stades de la vie génitale.



**Figure 3:** endomètre stades prolifératifs [54]

\*La musculuse (myomètre) :

Elle se compose de cellules musculaires lisses arrangées en faisceaux entre lesquels se trouvent des espaces conjonctifs. Les faisceaux de cellules musculaires lisses sont diversement orientés et groupés. Les espaces séparant les faisceaux musculaires lisses contiennent les divers, constituants du tissu

conjonctif : fibroblastes, macrophages, mastocytes, faisceaux de fibres collagènes, fibres élastiques, substance fondamentale, et des vaisseaux sanguins.

\*Une enveloppe conjonctive

Elle est représentée selon l'endroit soit par la séreuse péritonéale, soit par une adhérence.

-Les ovaires[16,62].

La structure de l'ovaire subit des variations considérables en fonction de l'âge de la femme, de la période du cycle menstruel et d'une éventuelle gestation.

Chaque ovaire est revêtu par un épithélium pavimenteux ou cubique simple dit épithélium germinatif.

On distingue deux zones :

- la zone corticale ou périphérique : formée par un stroma conjonctif.

Cette corticale contient des follicules de tous les âges de leur évolution, et des corps jaunes qui peuvent être cicatriciels, gestatifs ou périodiques.

- La zone médullaire ou centrale : située au centre de l'ovaire et fait d'un tissu conjonctif lâche, en continuité avec le mésovarium d'une part et le stroma ovarien d'autre part. On y trouve également des nerfs, les vaisseaux sanguins nombreux et volumineux et des vaisseaux lymphatiques.

-Les trompes

La paroi tubaire est faite de trois couches disposées concentriquement de la lumière vers la périphérie :

- Une muqueuse faite d'un épithélium cylindrique reposant sur un chorion très riche en cellules, en vaisseaux sanguins et lymphatiques mais dépourvu de glandes par l'intermédiaire d'une lame.

- Une musculuse disposée en deux couches mal individualisées de cellules musculaires lisses circulaire interne et longitudinale externe.

- Une séreuse épaisse et lâche constituée par un repli péritonéal se continuant par le méso-salpinx et contenant des vaisseaux et de nombreuses cellules adipeuses.

-Le vagin, [7,24,62]

La paroi du vagin comporte trois tuniques :

-Une tunique externe : conjonctive

Fine couche de tissu conjonctif dense, contenant des vaisseaux et des nerfs.

-Une couche moyenne : la musculuse

Elle est faite de faisceaux de couches musculaires lisses, circulaires et surtout longitudinaux entremêlé.

-Une couche interne : la muqueuse

Elle est faite d'un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé, et d'un chorion.

-La vulve

Elle est constituée par :

- Le mont du Venus : arrondi formé par un coussinet adipeux

- Les grandes lèvres : ce sont des replis cutanés formés autour d'un abondant tissu conjonctif lâche riche en cellules adipeuses et contenant des fibres élastiques et quelques cellules musculaires lisses.

- Les petites lèvres : Ici l'épiderme est faiblement kératinisé et le derme, richement vascularisé et innervé et contient des glandes sudoripares et sébacées mais il n'y a pas de poils.

- L'espace inter labial (Vestibule) : il est tapissé par une muqueuse comportant un épithélium pavimenteux stratifié non kératinisé.

- Les formations érectiles : Clitoris et bulbe vestibulaire sont des organes érectiles rudimentaires faits de tissus érectiles.

- Les glandes annexes (Les glandes urétrales et péri-urétrales) :

Il s'agit des glandes tubulées rappelant celle de la prostate Les glandes de Bartholin : glandes muqueuses, tubulo-acineuses, lobulées, situées dans la paroi latérale du vestibule.

-Le sein [2,57]

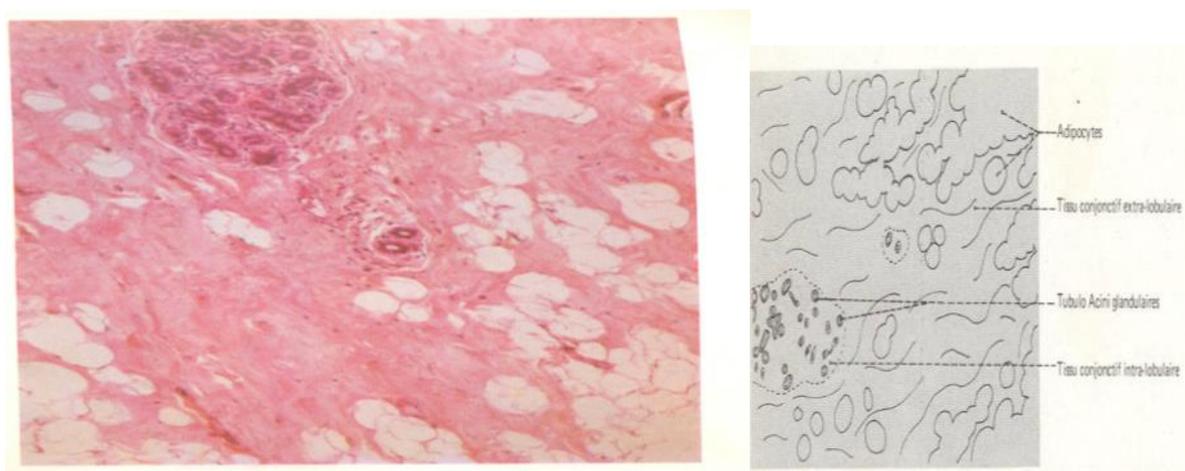
Chez la femme en dehors de la grossesse et de l'allaitement, la glande mammaire est constituée par : des glandes en grappes, tubulo-acineuses formant des lobules. Le tissu inter lobuleux est fibro-adipeux et il est le passage des vaisseaux des nerfs et des canaux excréteurs extra lobulaires.

- Structure des éléments lobulaires :

-L'acinus : c'est une cavité bordée par une couche de cellules cubiques à noyau volumineux riche en chromatine ; une couche de cellules myélo-épithéliales et une membrane basale.

Les canaux excréteurs, présentent de dehors en dedans : une vitrée qui se renforce d'une couche conjonctivo-élastique ; des cellules myélo-épithéliales, une couche de cellules épithéliales cubiques. La lumière des conduits lactifères présente une dilatation ampullaire : le sinus lactifère.

Le tissu conjonctif interstitiel



**Figure 4:**Histologie du sein [54]

#### 1.4- Rappels sur le registre

A priori, le terme de registre n'a pas de connotation scientifique et évoque plutôt une forme de recensement administratif destiné à de simples dénombrements [52].

Dans le domaine médical, un registre est constitué par l'enregistrement permanent et exhaustif à partir d'une date donnée, de tous les cas d'une maladie survenant dans une population définie. Ainsi, le registre du cancer concerne tous les nouveaux cas de cancers survenus dans la population sur une période

définie. Selon le comité National des registres (CNR), créé en France en 1986, le registre est défini (arrêté de 06 novembre 1995) comme étant: un recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie à des fins de recherche et de santé publique, et ceux par une équipe ayant les compétences requises.

Les registres des cancers réalisent un enregistrement des cancers [53].

#### **1.4-1 Types de registre :**

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

1-Registres dits généraux qui collectent des informations sur l'ensemble des tumeurs malignes survenant dans la population.

2-Registres dits spécialisées qui ne recensent que certains cancers tels que les registres des cancers digestifs, cancers hématologiques ou tumeurs de l'enfant.

Dans les deux cas, les registres sont divisés en deux grandes catégories: les registres des cancers hospitaliers et les registres de population [17].

#### **1.4-2 Le registre des cancers hospitaliers :**

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

Ils permettent à l'administration d'évaluer l'efficacité thérapeutique du point de vue clinique.

La population d'origine des malades n'est pas définie et aucune incidence ne peut être calculée, les données sont donc d'une utilité limitée en épidémiologie.

#### **1.4-3 Le registre des cancers de population :**

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

période et pour cette population. Ces registres ont donc une vocation épidémiologique.

### **A. Historique des registres des cancers [17] :**

Les premières tentatives pour mesurer la survenue du cancer remontent au début du 21<sup>ème</sup> siècle dans plusieurs pays européens, plus particulièrement en Allemagne où l'on a essayé en 1900 d'enregistrer tous les patients cancéreux sous traitement. Des questionnaires ont été adressés à tous les médecins du pays, afin de déterminer la prévalence du cancer en octobre 1900 [6]. La même approche a été utilisée entre 1902 et 1908 au Danemark, en Espagne, en Hongrie, en Islande, aux Pays-Bas, au Portugal et en Suède. Toutefois ces initiatives ont échoué en raison du faible taux de collaboration des médecins. Selon WAGNER, le premier registre des cancers de population aurait été créé à Hambourg (Allemagne) en 1926 [68].

Mais d'autres sources citent plutôt le registre des tumeurs dans le Connecticut au Etats Unis crée en 1935, celui de Hambourg aurait eu initialement le caractère d'un fichier hospitalier [52].

En Europe, le pionnier de l'enregistrement des cancers était le Danemark, où a été fondé depuis 1942 par Johannes Klemmensen le premier système national d'enregistrement des cas.

En 1970 le registre de Genève (suisse) entreprend de toutes les localisations cancéreuses sous l'initiative de Gustave Riotons [52]. .

En France le premier registre des cancers a vu le jour dans le département de Bas-Rhin en 1975, crée par l'équipe du Pr Schaffer [22].

En Afrique, le premier registre a vu le jour en Ouganda en 1951.

Par la suite plusieurs pays, se sont lancés dans l'enregistrement des cancers: le Sénégal en 1974, l'Ile de réunion en 1988, l'Algérie à Sétif 1989, le Cameroun 1994, la Côte d'Ivoire 1994.

Le registre des cancers du Mali a vu le jour en 1986 sous l'impulsion de l'équipe du Pr SinéBayo.

Depuis sa création, il a fait l'objet de nombreuses publications notamment dans le Cancer incidence in five continents, portant sur les périodes 1988 -1992 [48]

et 1994-1996 [49]. Il se caractérise par sa régularité et l'actualisation constante de ses données.

## **B. Fonctionnement des registres de cancers de population [17] :**

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

## **C. Recueil de l'information :**

### **1. Sources :**

Il convient que les sources d'informations soient multiples afin de pouvoir se recouper. Généralement les données proviennent :

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

### **2. Le recueil proprement dit :**

Il existe deux modes de recueil :

- Le recueil actif :

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

- Le recueil passif :

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

### **3. Les informations recueillies :**

Elles sont fonction de la perspective dans laquelle est créé le registre, du mode de recueil des données, et des moyens mis à la disposition du registre. Il est

surtout important de mettre l'accent sur la qualité des données et non sur la quantité. Certains éléments essentiels sont recommandés aux registres des pays en développement [51]. Il s'agit:

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

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

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

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

#### **D. Classement et codage des tumeurs :**

Il est conseillé aux registres des cancers de se référer à la classification internationale des maladies-oncologie (CIM-O) [33], pour coder la topographie (localisation primitive) et la morphologie (type histologique) des tumeurs.

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

#### **E. Qualité des informations :**

Pour évaluer la qualité de nos données, il faut soigneusement considérer l'exhaustivité des enregistrements. On peut faire des comparaisons entre les certificats de décès et les dossiers hospitaliers.

Quant à la validité des données, on dispose de certains indices tels que la proportion des cas vérifiés sous microscope et la proportion des cas enregistrés quand les sujets sont encore en vie. Des systèmes internes de vérification de qualités, doivent être mis au point par les registres des cancers.

#### **F. La publication des résultats :**

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

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

### **G. Rôle des registres des cancers en épidémiologie :**

Selon Last (1995) [42]: l'épidémiologie étudie dans une population donnée, la répartition des différents états de santé ou phénomènes de santé et leurs déterminants. Les résultats de cette étude permettent de lutter contre les problèmes de santé.

Les registres des cancers jouent un rôle important en épidémiologie ; car ils permettent d'estimer la prévalence et l'incidence du cancer de la population concernée. Leurs données sont utilisées pour planifier et évaluer des programmes de lutte contre le cancer, en établissant l'ordre de priorités, en fournissant l'information nécessaire aux prévisions concernant les besoins futurs et en permettant de suivre la survenue de cancer en relation avec la prévalence des facteurs de risques. De plus, les données statistiques de la survie permettent d'évaluer et de surveiller l'efficacité des programmes de dépistages et des traitements des cancers [17].

### **H. Le registre des cancers du Mali :**

Le registre des cancers du Mali a été créé en janvier 1986 dans le service d'anatomie pathologique de l'institut national de recherche en santé publique (INRSP).

L'INRSP est une structure capitale dans le système sanitaire malien. En plus de ses activités dans les domaines de la recherche et de la santé publique, il abrite des laboratoires de bactériologie, d'hématologie, de biochimie, de parasitologie, d'anatomopathologie.

Le registre a vu le jour grâce au Pr SinéBayo, directeur du registre. Il travaille avec certains collaborateurs nationaux et internationaux. Depuis sa création à nos jours, le registre est soutenu par le service d'épidémiologie descriptive du centre international de recherche sur le cancer (CIRC) à travers un accord de

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

## **2. CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES**

### **CANCER DU SEIN**

#### **a. Epidémiologie [3,9,31] :**

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins avec 25000 à 30000 nouveaux cas par an en France où il représente 23% des cancers de la femme. Statistiquement, on estime qu'une femme sur 11 développera un cancer du sein au cours de sa vie. L'incidence annuelle, régulièrement croissante (1,5 % par an), est estimée à environ 80 pour 100000 femmes.

L'âge moyen du diagnostic est de 55 ans, et 60% des patientes ont entre 45 et 75 ans. Il est rare avant 40 ans (10%).

Le cancer du sein représente la première cause de mortalité chez les femmes de 35 à 55 ans. Il occupe le premier rang de mortalité par cancer chez la femme.

#### **b. Facteurs de risques [31,67] :**

\*Risque familial :

-Le risque familial est d'autant plus élevé que la maladie s'est déclarée de façon plus précoce chez la parente et qu'il s'agit d'une parenté de premier degré.

-Les femmes porteuses d'un ou de plusieurs gènes de prédisposition familiale au cancer du sein : BRCA1 et 2 voire 3 (Breast Cancer Linkage Consortium), le risque relatif est de 10.

\*Risque histologique :

Il concerne

- Les antécédents personnels de cancer du sein (risque relatif > 4) ;

-Hyperplasie atypique, canalaire ou lobulaire (risque relatif de 4 à 5, en l'absence antécédent familial).

-Hyperplasie sans atypie, adénomes (risque relatif < 2) ;

-Pas de risque pour la mastosesclérokystique et les adénofibromes.

**\*Risque hormonal**

- Première grossesse après 30 ans
- L'absence d'allaitement maternel
- La nulligestité
- Ménopause tardive
- Cycles anovulatoires

**\*Risques environnementaux**

- les conditions socio-économiques élevées
- les facteurs alimentaires (Obésité, régime riche en graisses animales, alcool).

**c. Anato-pathologie[67] :**

**❖ Aspects Macroscopiques :**

L'examen macroscopique des tumeurs est réalisé par le chirurgien, et surtout par l'anato-pathologiste. Il permet d'avoir une forte présomption sur la nature d'une tumeur ainsi que son extension.

Au cours de l'examen macroscopique, la pièce opératoire est pesée, mesurée et éventuellement photographiée. Des prélèvements numérotés, identifiant différentes zones, sont faits pour l'examen microscopique. On distingue trois formes macroscopiques : la forme nodulaire, la forme squirreuse et la forme encéphaloïde [1].



**Figure 5:** Pièce de mastectomie présentant une tumeur d'aspect ulcéro-bourgeonnant (service d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU Point "G")

❖ **Aspects Microscopiques :**

**Cancers primitifs du sein**

Ce sont des adénocarcinomes (tumeurs épithéliales malignes à différenciation glandulaire).

- Carcinomes in situ

Ils sont soit canaux (galactophore) soit lobulaires (unité terminale ducto-lobulaire) et présentent tous les critères cytologiques de malignité, sans dépasser la membrane basale et infiltrer le tissu conjonctif sous-jacent. Ils n'ont pas de risque métastatique.

- Carcinomes infiltrant

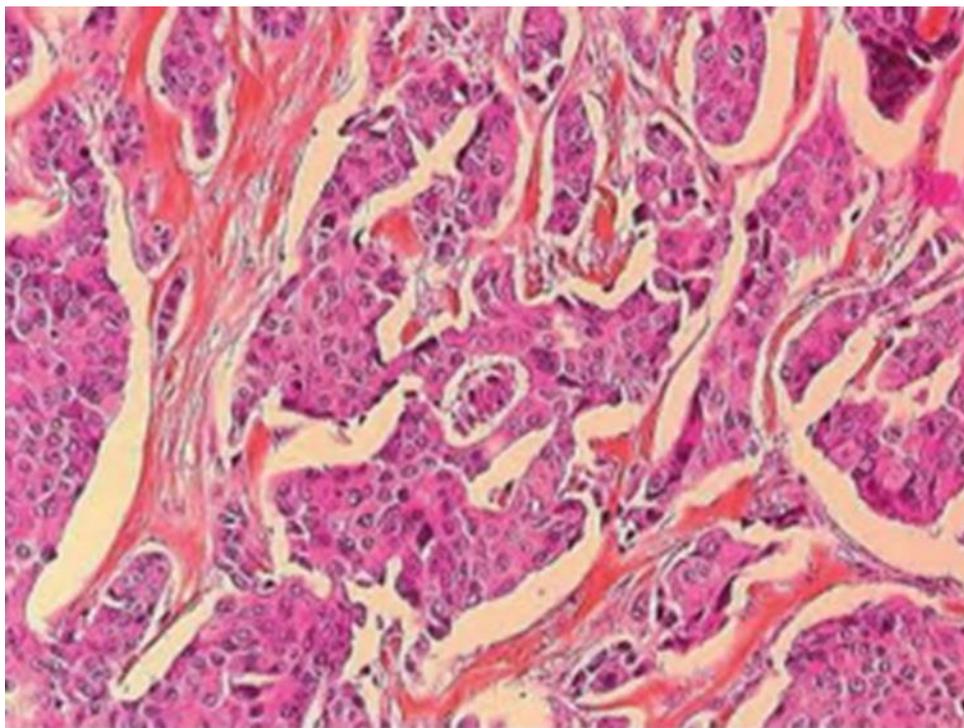
On distingue :

-Carcinome canalaire infiltrant de forme commune (forme la plus fréquente 81%)

-Carcinome canalaire infiltrant avec composante intracanaulaire prédominante 4%

-Carcinome lobulaire infiltrant 10%, volontiers bilatéral

-Formes particulières : le carcinome mucineux ou colloïde de la femme âgée 1%, le carcinome médullaire, le carcinome tubuleux, le carcinome adénoïde kystique ou cylindrome, le carcinome papillaire (très rare).



**Figure 6:** coupe histologique d'un carcinome canalaire infiltrant (CCI)

- Cancers inflammatoires

Ils sont liés à des embolies lymphatiques disséminées avec invasions multiples atteignant le derme profond. Ils présentent un haut risque métastatique.

- Maladie de Paget du mamelon (2 %)

Cette lésion correspond à une extériorisation au niveau du mamelon d'un carcinome mammaire sous-jacent, de nature canalaire, in situ et parfois infiltrant. Elle se manifeste par une érosion ou une lésion eczématiforme du mamelon et correspond à une infiltration des couches épidermiques par les cellules carcinomateuses.

### **Autres tumeurs malignes du sein [10,67] :**

- Sarcomes primitifs du sein

Ils se subdivisent en 2 catégories :

- Sarcomes:(lymphangiosarcome rares < 1 %).
- Angiosarcomes: de pronostic défavorable.
- Lymphomes malins non hodgkiniens du sein
- Métastases mammaires

Elles sont rares et peuvent témoigner d'un cancer primitif de nature variable : mélanome, cancers pulmonaire, digestif, ou uro-génital.

### **CLASSIFICATIONS**

#### **1- Classification TNM (2002)**

T0 : pas de tumeur décelable

Tis : tumeur in-situ (non infiltrante)

T1 : tumeur de taille inférieure ou égale à 2 cm

T1a : tumeur de moins de 0,5

T1b : taille compris entre 0,5 à 1 cm

T1c : entre 1 à 2 cm

T2 : tumeur de 2 à 5 cm

T3 : tumeur de plus de 5 cm

T4 : tumeur avec extension à la paroi thoracique ou à la peau, ou tumeur inflammatoire

N0 : pas d'adénopathie axillaire

N1 : adénopathie homolatérale axillaire mobile

N2a : adénopathie homolatérale axillaire fixée

N2b : adénopathie mammaire interne clinique

N3a : adénopathie infra claviculaire

N3b : adénopathies cliniques axillaire et mammaire interne

N3c : adénopathie sus-claviculaire

Ces éléments se regroupent en stades :

Stade 0: TisN0

Stade I: T1N0

Stade IIA: T0N1, T1N1, T2N0

Stade IIB: T2N1, T3 N0

Stade IIIA: T0N2, T1N2, T2N2, T3N1 N2

Stade IIIB : T4 quelques soit le N

Stade IIIC : N3 quelques soit le T

Stade IV : métastases.

## **2- Classification selon SBR**

Cette classification est basée sur :

### 1-Architecture tubulo-glandulaire :

1= la tumeur comprend que des tubes

2= partiellement tubulaire

3= la tumeur ne comprend aucun tube

### 2-Les atypies cytonucléaires :

1= noyaux réguliers monomorphes

2= atypies modérées

3= noyaux pléomorphes avec atypies marquées

### 3-Nombre de mitoses :

Le nombre de mitoses est recherché sur 20 champs au fort grossissement :

Si le nombre est de 1 ou 0 : le critère est coté à 1

Si le nombre est de 2 : le critère est coté à 2

Si le nombre est de 3 ou plus : le critère est coté à 3

L'addition des trois critères permet de réaliser le grade :

Grade I : 3,4,5

Grade II : 6,7

Grade III : 8,9

Le grade SBR est réalisé sur tous les types histologiques de cancer infiltrant sauf le carcinome médullaire

#### **d. Circonstances de diagnostic[20] :**

Parfois c'est une anomalie découverte par la malade elle-même, soit fortuitement soit à l'autopalpation. D'autres fois c'est le médecin qui la découvre au cours d'un examen systématique.

Le dépistage par mammographie peut révéler des cancers infra cliniques.

Enfin une adénopathie axillaire isolée impose la recherche d'un cancer du sein.

#### **e. Symptomatologie [20,62,67] :**

✓ Signes fonctionnels :

- La douleur est rare.

En cas d'écoulement, on précise son caractère spontané ou provoqué, et son ancienneté.

✓ Examen clinique

L'inspection : Il peut exister :

-Une voussure cutanée en regard de la tumeur

-Une déviation ou une rétraction du mamelon

-Une ulcération cutanée dans les formes évoluées

-Une rougeur localisée ou diffuse à tout le sein ou un œdème avec aspect de peau d'orange : signes inflammatoires traduisant la poussée évolutive. Souvent il n'y a aucune anomalie.

La palpation.

-Le nodule : Il est classiquement indolore dur, aux contours mal limités On note son siège et aussi son volume.

On recherche la fixation au plan profond par la manœuvre de TILLAUX (Adduction contrariée du bras)

-Les adénopathies : l'examen est poursuivi au niveau des aires ganglionnaires axillaires bilatérales et sus-claviculaires : on précise si elles sont mobiles ou fixes.

-L'écoulement mamelonnaire est systématiquement recherché

#### **f. Diagnostic différentiel [67] :**

Devant un nodule du sein

-L'adénofibrome, tumeur bénigne de la femme jeune.

-L'abcès du sein peut poser des problèmes diagnostiques avec les formes inflammatoires de cancer.

Néanmoins, le cancer du sein peut simuler toutes ces formes ou y être associé. Ainsi, tout nodule du sein doit faire l'objet d'une exploration minutieuse et complète pour écarter une suspicion de malignité.

L'ectasie galactophorique et le papillome sont de diagnostic histologique sur pièce d'exérèse chirurgicale.

#### **g. Examens complémentaires :**

Trois examens sont classiques : mammographie, échographie et ponction cytologique ou histologie.

✓ La mammographie [3,67]

- Dans sa forme typique, avec ou sans tumeur palpable, le cancer infiltrant se manifeste par une opacité stellaire ou à contours spiculés, entourée d'un halo

clair et associé à des micro-calcifications groupées en amas à la fois au niveau de l'opacité et un peu à distance.

✓ Echographie [3,56]

C'est un complément à la mammographie, surtout si les seins sont denses et la femme jeune.

Les signes suspects de cancer sont :

L'irrégularité des contours

L'hétérogénéité de l'image

La forme arrondie ou ovale à grand axe perpendiculaire à la peau ;

L'absorption avec cônes d'ombres postérieures.

✓ Examen anatomo-pathologique.

C'est le seul examen qui permet de confirmer le diagnostic de cancer.

#### **h. Evolution[67] :**

L'évolution spontanée est locale, régionale et métastatique.

L'évolution avec traitement. La survie est globalement de 50% à 5 ans et de 30% à 10 ans.

#### **i. Principe de Traitement [67] :**

Il est basé sur : La Chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie et l'hormonothérapie.

## **CANCER DU COL DE L'UTERUS**

Le cancer du col de l'utérus est l'une des principales causes de décès par le cancer chez les femmes, dans les pays en voie de développement. Des centaines de nouveaux cas diagnostiqués la plupart à un stade avancé.

#### **a. Epidémiologie :**

Il représente 80 % des cas de cancers gynécologiques Son incidence varie d'un pays à un autre [45]. Le deuxième cancer de la femme à l'échelle mondiale.

-Les régions à haute incidence : Amérique Latine, Afrique sub-saharienne, Asie du sud-est.

-Les régions à faible incidence : Europe de l'Ouest, Amérique du Nord, Chine. Les populations rurales de ces régions ont une incidence plus importante.

-Dans les pays de moindre incidence, la mortalité a diminué ces 40 dernières années du fait du dépistage associé à une diminution des facteurs de risque. Cependant la fréquence des cancers in situ est en augmentation [9,45].

-L'âge moyen au diagnostic est de 51 ans ; le pic de fréquence est situé entre 48 et 55 ans [45].

### **b. Facteurs de risque [9,31, 44] :**

Le cancer du col utérin atteint le plus souvent les femmes qui réunissent les critères suivants.

-Précocité des rapports sexuels (< 18 ans) du fait de l'immaturation de la zone de jonction.

-Nombreux partenaires sexuels (de la femme ou du conjoint)

-Mariage avant 20 ans

-Grossesses précoces et nombreuses

-Prostitution

-Infections génitales à répétition

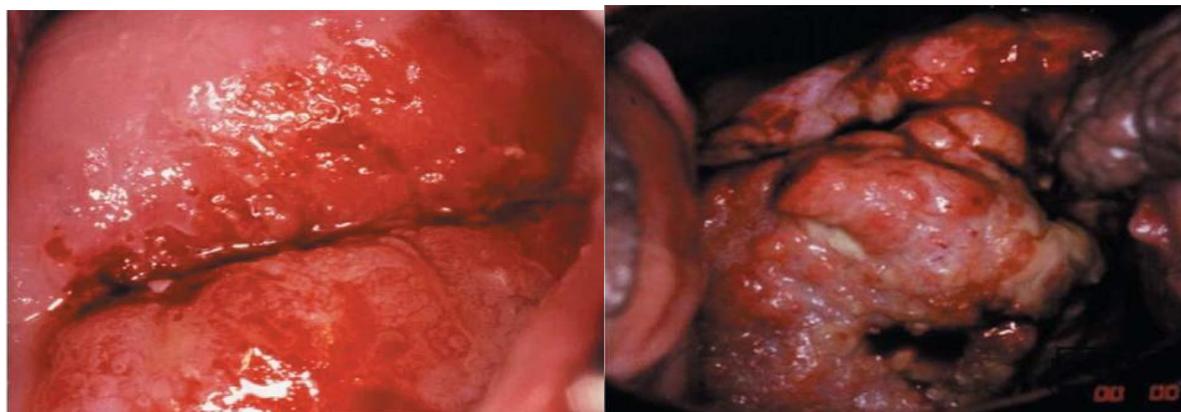
-Bas niveau socio-économique

### **c. Anatomo-Pathologie :**

#### **❖ Aspects Macroscopiques : [20]**

Le point de départ de la plupart des tumeurs du col utérin est la jonction cylindro-squameuse. Le carcinome in situ ne peut être décelé qu'à l'aide d'une colposcopie. Les cancers invasifs peuvent se présenter sous différentes formes macroscopiques : la forme bourgeonnante, plus ou moins volumineuse, friable et hémorragique ; la forme infiltrante avec un col augmenté de volume et infiltré ; et la forme ulcérateuse avec un cratère plus ou moins volumineux, hémorragique, à base indurée. Dans certains cas l'origine du cancer se situe dans l'endocol avec

une infiltration massive circonférentielle de 5 à 6 cm ou plus, réalisant le tableau clinique du cancer en barillet.



A

B

A: Cancer invasif débutant du col. Sa surface est nodulaire, irrégulière, granuleuse et saignante au contact.

B: Cancer invasif du col à un stade avancé. La tumeur est ulcéroproliférative protubérante, semblable à un chou de fleur, nécrosée et saignante au contact.

**Figure 7:** Aspects macroscopiques de cancer du col [59]

❖ **Aspects Microscopiques :**

✚ **Tumeurs épithéliales :**

**Carcinomes :**

Ce sont les cancers développés aux dépens de l'épithélium de revêtement exocervical ou endocervical, les plus fréquents sont ceux développés au niveau de l'exocol : carcinome épidermoïde (90-95%)[2,9,31].

- Carcinome épidermoïde :

Le carcinome épidermoïde du col utérin a des caractéristiques voisines de celles de tous les carcinomes épidermoïdes (peau, bronche, œsophage, etc.). Il évolue en 2 phases : carcinome in situ et carcinome invasif.

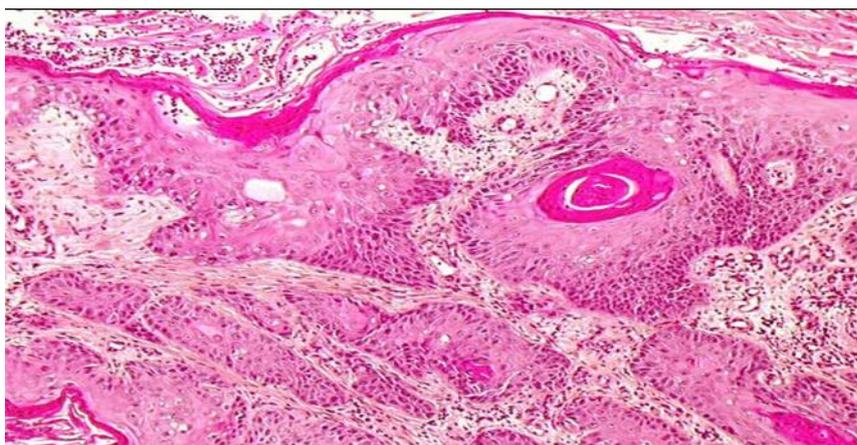
- Carcinome épidermoïde In situ :

Le carcinome épidermoïde in situ revêt au microscope un aspect très stéréotypé : empilement sans ordre de cellules. Ces cellules présentent toutes les

caractéristiques nucléaires et cytoplasmiques de la transformation cancéreuse. Mais la membrane séparant l'épithélium cancéreux du conjonctif est bien identifiable et ne présente aucune solution de continuité.

- Carcinome épidermoïde invasif [2,9,31] :

Le passage du carcinome in situ au carcinome invasif se fait en plusieurs étapes et sur une période d'environ treize ans. Dans un premier temps, on voit la membrane basale s'effiloche, puis les cellules cancéreuses migrent à l'intérieur du tissu conjonctif. Ce processus de migration suscite initialement une réaction lymphoplasmocytaire et les cellules, pénétrant en profondeur, présentent des signes de maturation plus ou moins avancée. On parle d'invasion stromale débutante ou carcinome micro invasif. Ultérieurement, on voit s'organiser des colonnes et (ou) des lobules de cellules tumorales pénétrant progressivement le stroma.



**Figure 8:** Coupe histologique d'un carcinome épidermoïde mature et invasif [57]

### **Les adénocarcinomes [11]:**

-Les adénocarcinomes papillaires, faites des cellules cylindriques uni ou pluristratifiées, les cytoplasmes sont granuleux et vacuolisés par une sécrétion mucoïde.

-Les adénocarcinomes glandulaires, ils forment des cavités, adossées les unes aux autres aux contours plus ou moins sinueux dont la sécrétion se situe au pôle apical ou au pôle basal des cellules.

### **Autres tumeurs épithéliales :**

Carcinome adénosquameux, Tumeur carcinoïde, Carcinome à petites cellules,  
Carcinome indifférencié.

Autres types de cancer du col

Rarement on retrouve :

- ✓ descancers secondaires,
- ✓ des sarcomes,
- ✓ des carcinomes méso-néphrotiques,
- ✓ des mélanomes,
- ✓ des cancers à cellules claires,
- ✓ des cancers colloïdes.

### **Classification de la FIGO[9]**

Elle est basée sur l'extension locale et locorégionale.

La classification des cancers du col utérin qui est le plus souvent utilisée est celle de la Fédération internationale de gynécologie obstétrique (FIGO) dont les définitions sont données dans le tableau ci-dessous.

**Tableau I**: Classification des cancers invasifs du col selon FIGO

Stade 0 - Carcinome in situ
Stade 1 – Cancer limité au col de l'utérus
1. IA : Cancer « préclinique » (Pas de tumeur visible ou palpable) IA1 : Infiltration du conjonctif sur moins de 3 mm de profondeur et 7 mm de large. IA2 : Infiltration du conjonctif sur 3 à 5 mm de profondeur et au moins 7 mm de large
2. IB : Cancer cliniquement visible ou palpable IB1 : Diamètre < 4 cm IB2 : Diamètre > 4 cm
Stade II – Cancer étendu aux structures juxta-utérines
3. IIA – Pas d'atteinte du paramètre 4. IIB – Atteinte du paramètre
Stade III – Cancer étendu jusqu'aux limites de la région pelvienne
5. IIIA – Extension au tiers inférieur du vagin sans atteinte de la paroi

pelvienne.

6. IIIB - Extension à la paroi pelvienne et (ou) hydronéphrose ou rein muet.

Stade IV

7. IVA – Extension à la muqueuse vésicale et (ou) à la muqueuse rectale.

8. IVB – Métastases à distance (cavité péritonéale, foie, poumons et autres)

#### **d. Circonstances de découverte [9,31] :**

Exceptionnel avant 25 ans, on rencontre le cancer du col surtout entre 45 et 55 ans mais également beaucoup plus tard.

-Dépistage systématique : avec la pratique du dépistage, on ne devrait plus découvrir le cancer qu'au stade asymptomatique, micro-invasif ou invasif occulte sur frottis anormal.

-Signes cliniques: lors d'un examen systématique, on va découvrir chez une femme qui n'avait pas le moindre symptôme un col: d'aspect inflammatoire, rouge, de forme irrégulière, saignant au contact.

- ✓ Les formes symptomatiques demeurent malheureusement les plus fréquentes en raison des échecs du dépistage mais surtout de son absence dans les pays pauvres. Les signes les plus fréquents sont :

-Métrorragies provoquées

-Métrorragies spontanées

-Leucorrhées banales, plus volontiers rosées.

- ✓ Les formes évoluées : Elles se rencontrent encore dans nos pays et peuvent se révéler par des douleurs à type de névralgie crurale ou obturatrice, un syndrome infectieux, des œdèmes des membres inférieurs, des symptômes vésicaux (cystite, hématurie, pollakiurie), ou rectaux (ténésmes, épreintes) [3,9].

#### **e. Examens complémentaires [44,62] :**

Ils comportent :

-Un bilan biologique de base (fonctions hématologiques, hépatiques, et rénales)

-L'UIV: il est indispensable pour la recherche d'une dilatation des voies urinaires hautes.

-Le SCANNER: très important pour la recherche de métastases ganglionnaires, hépatiques et pulmonaires.

-L'IRM: elle étudie relativement bien la zone tumorale, elle est l'examen de référence pour apprécier le volume de la tumeur.

-Autres: radio pulmonaire, échographie hépatique.

-La BIOPSIE: est indispensable, dans tous les cas, pour confirmer le diagnostic et préciser le type histologique.

#### **f. Diagnostic différentiel [20] :**

-Cervicite hémorragique

-Tuberculose du col

-Bilharziose uro-génitale

#### **g. Principes Thérapeutiques[20,62] :**

Ces principes sont basés sur : La chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie.

### **CANCER DE L'OVAIRE**

#### **a. Epidémiologie :**

Le cancer de l'ovaire peut survenir à tout âge et est dominé par celui du revêtement épithélial, ils sont bénin dans 90% des cas. Il occupe le troisième rang des cancers gynécologiques dans le monde et la cinquième cause de décès par cancers féminins après celui du sein, colorectal, poumon et du col de l'utérus [6,38]. Il a une incidence moyenne de 10/100000 habitants dans les pays industrialisés soit 5000 nouveaux cas par an en France avec un pic de fréquence chez les femmes de 60 à 70 ans [65].

#### **b. Facteurs de risques[20,31] :**

Ils sont très peu connus :

-Age élevé : supérieur ou égal à 50 ans

-Tabac

-Milieu socio-économique : Le fait que l'incidence des tumeurs ovariennes et leur taux de mortalité soient 3 à 5 fois plus importants dans les pays industrialisés que dans les pays en voie de développement, suggère qu'il existe des facteurs environnementaux dans leur étiologie

-Facteurs de prédisposition génétique (BRCA1 et 2, HNPCC...)

-Nulliparité

-infertilité (Absence de grossesse)

### **c. Circonstances du diagnostic [62] :**

Les tumeurs ovariennes sont souvent latentes, de découverte fortuite lors d'une échographie, d'un examen radiologique (ASP) voire d'une cœlioscopie ou d'une laparotomie ou d'un examen gynécologique systématique. Elles peuvent cependant parfois être responsables de signes fonctionnels.

### **d. Anatomopathologie [20] :**

#### **❖ Aspects macroscopiques :**

Ce sont des tumeurs très végétantes avec en général des parties solides, des parties kystiques et des zones de nécrose.

#### **❖ Aspects microscopiques :**

Histologiquement on a un revêtement cubique, cylindrique ou de type épidermique.

Les plus fréquents sont les cystadénocarcinomes séreux ou mucineux, l'adénocarcinome endométrioïde et les carcinomes indifférenciés.

### **e. Diagnostics différentiels[20] :**

Devant la tumeur, on peut évoquer :

-Un fibrome : Pédiculé ou sessile volumineux

-Un kyste bénin l'ovaire

-La sigmoïdite ou un cancer du sigmoïde qui peuvent donner une masse de la fosse iliaque gauche, dure, fixée à l'utérus.

Devant une ascite en général on élimine facilement les autres causes :

-Cirrhose

-Insuffisance cardiaque

#### **f. Examens complémentaires [2,20,39] :**

Il s'agit essentiellement de l'échographie, la cœlioscopie, l'étude cytologique de l'ascite, la radiographie pulmonaire, la biopsie de la tumeur.

#### **g. Evolution [20,39] :**

Le pronostic est sombre, peut-être un peu plus favorable pour le cancer mucineux. Lors de leur découverte, un très grand nombre de tumeurs sont au stade III et il y a 65 à 75 % d'atteintes ganglionnaires. La survie à 5 ans est de 35 à 75 % pour le stade I et de 16 à 50 % pour le stade II.

#### **h. Principes Thérapeutiques[28,39] :**

Il fait appel essentiellement à la combinaison de la chirurgie et de la chimiothérapie. La radiothérapie est très rare.

### **CANCER DU CORPS UTÉRIN**

#### **a. Epidémiologie [45] :**

La fréquence du cancer du corps utérin est évaluée à 15/100 000 femmes/an. Il s'agit d'un cancer de la femme âgée où la fréquence est évaluée entre 65-69 ans à 85/100000 femmes/an. L'incidence maximale se situe entre 60 et 70 ans. Il est exceptionnel avant 35 ans. Toutefois c'est un cancer moins fréquent que le cancer du col.

#### **b. Facteurs de risques[20] :**

-Nulliparité

-Prise d'œstrogènes sans addition de progestatifs

-Puberté précoce

-Ménopause tardive

-Obésité, hypertension, diabète

### **c. Anatomopathologie**

#### **❖ Aspects Macroscopiques :**

Il s'agit le plus souvent de végétations qui bourgeonnent et qui envahissent la cavité utérine, mais il peut s'agir d'un polype d'aspect banal, d'une hyperplasie irrégulière de l'endomètre [31].

#### **❖ Aspects Microscopiques :**

Il s'agit le plus souvent d'un cancer glandulaire ou adénocarcinome.

- Les adénocarcinomes (80 %) ne comportent qu'un contingent cellulaire glandulaire. On distingue parmi ces cancers des formes plus ou moins différenciées.
- Les adéno-acanthomes(10 %) comportent un contingent glandulaire malin et des plages malpighiennes bénignes.
- Les carcinomes adénosquameux(2,5 %) ont des plages glandulaires et malpighiennes malignes. Leur pronostic est très péjoratif.
- Carcinomes (2,5 %).
- Les cancers à cellules claires (2,5 %) dont l'aspect évoque les tumeurs urothéliales
- Les cancers papillaires séreux (2,5 %) dont l'aspect est proche de celui des cancers épithéliaux de l'ovaire, rencontrés surtout chez la femme âgée, leur pronostic est dans l'ensemble mauvais.
- Les sarcomes (point de départ conjonctif).

On distingue 3 grades de différenciation : du grade I le mieux différencié au grade III le moins différencié et donc de plus mauvais pronostic [20,31].

### **d. Circonstances de découvertes [13] :**

-Métrorragies : classiquement spontanées et indolores survenant chez la femme en péri ou post-ménopause.

-Leucorrhées sales

-Douleurs pelviennes traduisant en général une forme évoluée.

-Découverte fortuite : imagerie, examen anatomopathologique d'une pièce d'hystérectomie, frottis cervico-vaginal de dépistage.

-Le cancer n'est que rarement révélé par une métastase ou des signes de compression pelvienne.

#### **e. Examens complémentaires [13,62] :**

Le diagnostic du cancer de l'endomètre est histologique.

✓ ECHOGRAPHIE par voie abdominale et vaginale.

-Elle permet de donner une idée sur la pénétration myométriale et recherche une atteinte des ovaires.

✓ HYSTEROSCOPIE

Le plus souvent complétée par un curetage biopsique étagé.

Elle permet :

- de visualiser directement les lésions,
- d'en évaluer la topographie et en particulier l'extension au canal endocervical,
- de guider les prélèvements histologiques.

Seule la biopsie (l'examen histologique) permet de confirmer le diagnostic de cancer de l'endomètre (++++).

#### **CLASSIFICATION TNM :**

Tis : in situ

T1 : limité au corps utérin

T1a : Tumeur limitée à l'endomètre (la muqueuse)

T1b : Invasion s'étendant à moins de la moitié du myomètre

T1c : Invasion dépassant la moitié du myomètre en épaisseur

T2 : extension au col

T3 : extension extra-utérine/ limitée au petit bassin (séreuse, annexes, vagin)

T4 : extension à la muqueuse vésicale et/ou rectale/ en dehors du petit bassin

N0 : pas d'adénopathie

N1 : adénopathie

M1 : métastases

#### **f. Diagnostics différentiels [13]**

On doit éliminer :

- une atrophie ou hypertrophie endométriales ;
- des polypes et léiomyomes sous-muqueux ;
- un cancer du col utérin, et surtout glandulaire de l'endocol (adénocarcinome);
- un cancer ovarien (si il y'a lésion annexielle associée).

En fait, les autres causes de métrorragies à cet âge sont à éliminer.

#### **g-Principes de Traitement [13,62] :**

Il est basé sur : Chirurgie, curiethérapie, radiothérapie externe, chimiothérapie, hormonothérapie.

### **CANCER DU VAGIN[20,31]**

#### **a. Epidémiologie :**

De manière générale c'est un carcinome épidermoïde, rare soit 1 cas pour 50 cancers du col. Il se voit chez la femme âgée après 60 ans.

#### **b. Symptomatologie :**

Les signes d'appels sont faits de métrorragie spontanée ou provoquée, des leucorrhées purulentes.

On retrouve une lésion ulcérate ou bourgeonnante saignant au contact, et souvent surinfectée.

La biopsie apporte la preuve du diagnostic.

Le traitement comporte :

\*La colpohystérectomie avec lymphadénectomie.

\*L'irradiation externe.

Le pronostic est extrêmement grave : 10 à 30 % de survie à 5 ans seulement.

## **CANCER DE LA VULVE**

### **a. Epidémiologie[31] :**

Il est rare : 4,7 % des cancers de la femme. Il se voit surtout entre 60 et 80 ans, mais aussi avant 50 ans.

### **b. Facteurs de risques :**

Deux lésions sont surtout à retenir : les condylomes à papillomavirus oncogènes et le lichen scléreux.

### **c. Anatomopathologie [32] :**

Il existe différents types :

- Carcinomes épidermoïdes invasif dans 90 %
- Mélano carcinomes et sarcomes dans 6 à 8 %
- Cancers basocellulaires dans 2 %
- Adénocarcinomes dans 1 %

### **d. Symptomatology[20,32] :**

La malade consulte pour un prurit, un suintement ou la constatation d'une lésion vulvaire. La biopsie fait le diagnostic.

### **e. Classification [32] :**

Cancers intra-épithéliaux

VIN1 et VIN 2 : Hyperplasie atypique légère et modérée

VIN 3 : Hyperplasie atypique sévère (Maladie de BOWEN)

Cancers invasifs

T1 : Tumeur confinée à la vulve inférieure ou égale à 2 cm

T2 : Tumeur confinée à la vulve ou périnée >2 cm

T3 : Envahissement de l'urètre, du vagin, de l'anus dans leur partie proximale.

T4 : Envahissement de la muqueuse vésicale, de la muqueuse urétrale haute, de la muqueuse rectale ou tumeur fixée au squelette.

#### **f. Principes de Traitement[58] :**

La vulvectomy totale, avec curage ganglionnaire est la méthode de choix.

### **CANCER DE LA TROMPE**

#### **a. Epidémiologie :**

Le cancer de la trompe représente 0,1 et 1,98 % de tous les cancers gynécologiques et mammaires, c'est le plus rare des cancers de la filière génitale chez la femme. La maladie survient autour de la cinquantaine et est associée à la pauciparité, l'infertilité et la salpingite chronique [43].

#### **b. symptomatologie[40] :**

La sémiologie clinique est si peu évocatrice que le diagnostic préopératoire de l'affection est rare. Classiquement une triade symptomatologique est décrite:

-une hydro-hématorrhée de décharge

-des douleurs abdominales basses et la présence d'une masse annexielle.

Dans la majorité des cas, le diagnostic est une découverte opératoire lors d'une laparotomie pour un tableau trompeur, généralement utérin ou ovarien.

#### **c. Anatomopathologie :**

##### **❖ Aspect macroscopique :**

Macroscopiquement la lésion se présente comme une masse solide intraluminaire d'aspect papillaire présentant des zones hémorragiques et des zones de nécrose, siégeant dans une trompe dilatée et ayant une paroi épaissie [43]. Le pavillon est fermé dans la moitié des cas et l'aspect macroscopique évoque, avant ouverture de la pièce, un pyosalpinx ou un abcès [43].

Le type histologique le plus fréquemment décrit est l'adénocarcinome [43].

❖ **Aspect microscopique :**

La microscopie reconnaît des variétés alvéolaires, papillaires, endométriodes ou médullaires avec des transitions brutales entre un épithélium normal et la prolifération. Des formes associées et des types histologiques plus rares (sarcomes purs, lymphomes, carcino-sarcomes, môles hydatiformes et choriocarcinomes) sont décrits [43].

**d. Examens complémentaires [40] :**

Ils sont indispensables :

-La Cytologie.

- L'hystérosalpingographie montre, dans les cas typiques, à côté d'une cavité utérine normale, une image d'hydrosalpinx d'aspect polypoïde ou lacunaire.

-La coelioscopie.

**CLASSIFICATION [40]**

En 1970, DODSON et Coll. Proposent une classification des cancers de la trompe de la fédération internationale de Gynécologie et d'Obstétrique :

Stade I : tumeur limitée à la trompe

IA: tumeur limitée à une trompe

IB : tumeur limitée aux deux trompes

IC : tumeur limitée à une ou de deux trompes ; ascite avec cellules malignes

Stade II : tumeur d'une ou de deux trompes avec extension pelvienne

IIA : atteinte de l'utérus ou des ovaires

IIB : atteinte des autres tissus pelviens

Stade III : tumeur de une ou des deux trompes avec extension intra -péritonéale abdominale (grand épiploon, intestin grêle et mésentère).

**e. Principes de Traitement [43] :**

Du fait de la rareté de la maladie et de ses similitudes d'avec le cancer de l'ovaire, la plupart des auteurs recommandent de recourir aux stratégies thérapeutiques utilisées dans le traitement du cancer de l'ovaire.

# MATERIEL ET METHODES

### III. MATERIEL ET METHODES

#### 1. Cadre et lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée principalement dans le service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du C.H.U du point G, où siège le registre des cancers et dans certaines structures sanitaires de Bamako et Kati.

#### ❖ Présentation du CHU du point G :



**Figure 9:** Bureau des entrées du CHU du Point G (gauche) et le service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques (droite)

L'hôpital du Point G a été construit en 1906 et a été opérationnel en 1912 sous l'administration de médecins militaires et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal).

Il est situé sur la colline à laquelle il emprunte son nom (Point G). Son emplacement est le nord, à 8 km du centre-ville de Bamako, face à la colline de Koulouba. Il couvre une superficie de 25 hectares.

#### ❖ Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques :

Il a été transféré au C.H.U du Point G en juillet 2010 et est devenu fonctionnel en août de la même année.

Il est situé au Nord-est de l'hôpital entre le nouveau bâtiment de la Néphrologie, l'ancien bâtiment de la médecine interne et le service d'Hématologie Oncologie

C'est à ce service que sont adressés les frottis, les liquides, les biopsies, les pièces opératoires. Les comptes rendus anatomo-pathologiques sont archivés et les résultats des cas de cancers sont enregistrés dans le registre des cancers. Il

est le seul au Mali. En plus de ses activités de diagnostic, le service est aussi actif dans le domaine de la recherche. Il collabore notamment avec le C.I.R.C. (Centre International de Recherche sur le Cancer).

Le personnel est composé de :

- Deux professeurs titulaires
- Un maitre-assistant
- Un médecin pathologiste
- Des médecins en spécialisation
- Des thésards
- Des techniciens
- Deux secrétaires
- Deux manœuvres.

## **2. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude descriptive.

## **3. Période d'étude**

Notre étude s'est déroulée de janvier 2008 à décembre 2017 soit une période de 10 ans.

## **4. Population d'étude:**

L'étude a porté sur tous les cas de cancers diagnostiqués chez les patientes résidentes à Bamako et environs pendant la période d'étude et notifiés dans le registre des cancers.

## **5. Echantillonnage**

- Critères d'inclusion

Tous les cas de cancers gynécologiques et mammaires diagnostiqués chez les patientes résidentes à Bamako et environs pendant la période d'étude et notifiés dans le registre des cancers.

- Critères de non inclusion

- Les cancers, dont la date de diagnostic est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2008 ou postérieure au 31 Décembre 2017.
- Les cas de cancers non enregistrés dans le registre.
- Les cas de cancers diagnostiqués pendant la période d'étude dont les patientes ne résident pas à Bamako et environs.
- Les dossiers incomplets (absence d'âge, de sexe...).

## 6. Collecte des données

- Collecte active:

La collecte est active et est assurée par le personnel du registre (Médecins et Internes) qui se déplacent physiquement pour aller collecter les cas de cancers dans les différentes structures sanitaires. Les informations collectées sont portées sur une fiche d'enquête préétablie dont le model se trouve en annexe. Les structures retenues pour la collecte sont : CHU-Point G, CHU Gabriel Touré, IOTA, Hôpital Mère-Enfant le Luxembourg, Hôpital de Kati, CNAM, CHUOS, et le CSAC (le registre des décès).

Les variables retenues étaient:

- Les variables sociodémographiques : Sexe, âge, ethnie, résidence.
- Les variables cliniques et anatomopathologiques : siège, type histologique et base de diagnostic (clinique, endoscopie, radiologique, chirurgie sans biopsie, biopsie ou cytologie), date de décès si disponible.

## 7. Codage

Chaque cas de cancers retenu a été codé selon la classification internationale des maladies pour oncologie 3<sup>ème</sup> édition (CIM-O).

On a un code à quatre caractères pour les sites anatomiques allant à C00.0 à C80.9. Un autre code à cinq chiffres pour le type histologique de 8000/0 à 9989/1, les quatre premiers chiffres désignent les types histologiques et le cinquième est un code de comportement tumoral. Seules les tumeurs avec comportement tumoral invasif (codée.../3) ont été prises en compte dans notre étude.

## **8. Gestion des données**

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel CanReg4 (logiciel conçu par le CICR) et SPSS-17.0. La réalisation des tableaux et graphiques a été faite sur le logiciel Excel 2016, la saisie des textes sur le logiciel Word 2010.

## **9. Contrôle de qualité**

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

Dans notre étude, la confirmation histologique obtenue après lecture des lames par l'anatomopathologiste au microscope optique reste le diagnostic de certitude. Les autres bases diagnostiques (clinique, endoscopie, radiologie) ont également permis aux médecins des différents centres de santé, de suspecter le diagnostic de cancers.

## **10. Confidentialité et éthique**

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

# RESULTATS

## IV. RESULTATS

### Fréquence :

De 2008 à 2017, 4889 cas de cancers gynécologiques et mammaires ont été diagnostiqués sur un total de 14945 cas de cancers dont 8874 cas chez les femmes dans le district de Bamako. Les cancers gynécologiques et mammaires ont représenté 32,71% de l'ensemble des cancers et 55,09% des cancers féminins.

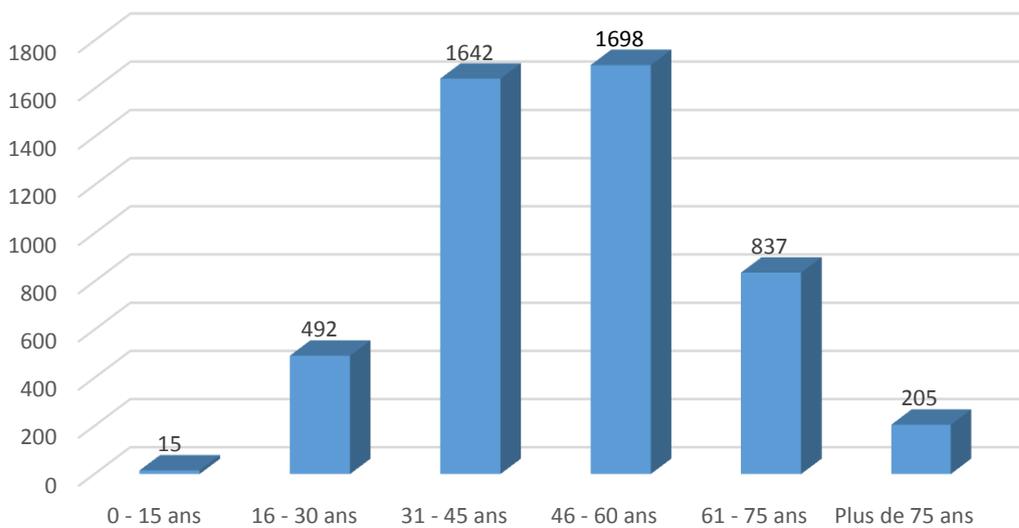
**Année de diagnostic :**

**Tableau II:** Répartition des cancers gynécologiques et mammaires selon la fréquence relative et l'incidence par année de diagnostic

Année	Nombre de cas	Fréquence (%)	Incidence /100.000 femmes
2008	201	<b>63,61</b>	30,94
2009	239	56,24	35,82
2010	385	55,64	56,16
2011	336	51,53	47,70
2012	426	53,92	58,86
2013	654	54,96	87,93
2014	432	48,27	56,53
2015	612	60	77,90
2016	823	55,72	<b>101,89</b>
2017	781	55,12	94,02

La plus grande fréquence a été enregistrée en 2008 avec 63,61% des cas et la plus faible fréquence en 2014 avec 48,27%.

**Age :**



**Figure 10:** Répartition des cas selon la tranche d'âge

La tranche d'âge la plus touchée était celle des 46 - 60 ans avec 1698 cas soit 34,7%. La moyenne d'âge était de  $49,47 \pm 15,25$  ans avec des extrêmes de 3 et 99 ans.

**Ethnie :**

**Tableau III:** Répartition des cas selon l'ethnie

<b>Ethnie</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Bambara</b>	<b>1649</b>	<b>33,7</b>
<b>Peulh</b>	830	17
<b>Malinké</b>	627	12,8
<b>Sarakolé</b>	594	12,1
<b>Sonrhäï</b>	269	5,5
<b>Dogon</b>	158	3,2
<b>Minianka</b>	133	2,7
<b>Kassonke</b>	118	2,4
<b>Senoufo</b>	111	2,3
<b>Autres</b>	400	8,2
<b>Total</b>	<b>4889</b>	<b>100</b>

Autres:Bobo, bozo, maure, somono, diawando, tamacheick, malinké, mossi.  
L'ethnie bambara a été l'ethnie majoritaire avec 1649 cas soit 33,7% des cas.

**Hôpital :**

**Tableau IV:** Répartition des cas selon l'hôpital

Hôpital	Fréquence	Pourcentage (%)
Hôpital du Point "G"	1989	40,7
Hôpital Gabriel Touré	1391	28,5
C.S.Ref	782	16
Luxembourg	453	9,3
Hôpital du Mali	181	3,7
Privés	54	1,1
Hôpital de Kati	39	0,8
Total	4889	100

Le CHU du Point G était le plus représenté avec 1989 cas soit 40,7% des cas.

## Siège de la tumeur

**Tableau V:** Répartition des cas selon le siège de la tumeur

<b>Organes atteints</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage (%)</b>
<b>Sein</b>	<b>2121</b>	<b>43,38</b>
<b>Col utérin</b>	2109	43,14
<b>Ovaire</b>	302	6,18
<b>Corps utérin</b>	281	5,75
<b>Vulve</b>	40	0,82
<b>Vagin</b>	35	0,72
<b>Trompe</b>	1	0,02
<b>Total</b>	<b>4889</b>	<b>100</b>

Le sein était l'organe le plus atteint avec 2121 cas soit 43,38% suivi par le col utérin avec 2109 cas soit 43,14%.

**Organes et tranche d'âge :**

**Tableau VI** : Répartition des cas selon la tranche d'âge et l'organe atteint

Organes atteints	Tranche d'âge						Total
	0 - 15 ans	16-30 ans	31-45 ans	46-60 ans	61-75 ans	≥ 76 ans	
<b>Sein</b>	5	234	<b>797</b>	719	290	76	2121
<b>Col utérin</b>	1	139	662	<b>830</b>	393	84	2109
<b>Ovaire</b>	6	55	<b>92</b>	75	58	16	302
<b>Corps utérin</b>	2	51	64	64	<b>75</b>	25	281
<b>Vulve</b>	0	6	<b>14</b>	6	12	2	40
<b>Vagin</b>	1	7	<b>12</b>	4	9	2	35
<b>Trompe</b>	0	0	<b>1</b>	0	0	0	1
<b>Total</b>	15	492	1642	1698	837	129	4889

Khi 2= 237,6 ; P= 0,000.

Plus de la moitié des cancers se situaient dans la tranche d'âge 31 – 60 ans soit 68,31% des cas avec une prédominance du sein, du col utérin et de l'ovaire et un test statistique significatif.

**Type histologique :**

**Tableau VII:** Répartition des cancers du sein selon le type histologique

N=1714

Type histologique	Fréquence	Pourcentage (%)
<b>Carcinome canalaire</b>	<b>1447</b>	<b>84,42</b>
<b>Carcinome lobulaire</b>	182	10,62
<b>Carcinome épidermoïde</b>	57	3,33
<b>Carcinome médullaire</b>	13	0,76
<b>Tumeur phyllode</b>	9	0,53
<b>Carcinome à cellules claires</b>	2	0,12
<b>LNH</b>	2	0,12
<b>Cylindrome</b>	1	0,06
<b>Lymphangiosarcome</b>	1	0,06
<b>Total</b>	<b>1714</b>	<b>100</b>

Sur les 1714 cas de cancers du sein confirmés par un examen anatomopathologique, le carcinome canalaire infiltrant était le type histologique le plus fréquent avec 1447 cas soit 84,42%.

**Tableau VIII:** Répartition des cancers du col utérin selon le type histologique

N=1814

Type histologique	Fréquence	Pourcentage (%)
<b>Carcinome épidermoïde</b>	<b>1686</b>	<b>92,9</b>
<b>Adénocarcinome</b>	111	6,1
<b>Carcinome à cellules claires</b>	8	0,4
<b>Léiomyosarcome</b>	4	0,2
<b>Choriocarcinome</b>	3	0,2
<b>Carcinome à petites cellules</b>	1	0,1
<b>Fibrosarcome</b>	1	0,1
<b>Total</b>	1814	100

Sur les 1814 cas de cancers du col utérin confirmés par un examen anatomopathologique, le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus fréquent avec un taux de 92,9%.

**Tableau IX:**Répartition des cancers de l’ovaire selon le type histologique

N=212

Type histologique	Fréquence	Pourcentage (%)
<b>Cystadénocarcinome</b>	<b>157</b>	<b>74,1</b>
<b>Carcinome embryonnaire</b>	17	8
<b>Dysgerminome</b>	10	4,7
<b>Choriocarcinome</b>	8	3,8
<b>Tumeur de la Granulosa</b>	8	3,8
<b>Tératome immature</b>	6	2,8
<b>Fibrosarcome</b>	2	0,9
<b>Sarcome du stroma ovarien</b>	1	0,5
<b>Tumeur à cellules de Leydig</b>	1	0,5
<b>Tumeur à cellules de Sertoli</b>	1	0,5
<b>Tumeur de Brenner</b>	1	0,5
<b>Total</b>	212	100

Sur les 212 cas de cancers de l’ovaire confirmés par un examen anatomopathologique, le cystadénocarcinome était le type histologique le plus fréquent avec un taux de 74,1%.

**Tableau X:** Répartition des cancers du corps utérin selon le type histologique

N=190

Type histologique	Fréquence	Pourcentage (%)
<b>Adénocarcinome</b>	<b>94</b>	<b>49,5</b>
<b>Choriocarcinome</b>	69	36,3
<b>Léiomyosarcome</b>	14	7,4
<b>Sarcome du stroma endométrial</b>	7	3,7
<b>Carcinome à cellules claires</b>	2	1,1
<b>Carcinome à petites cellules</b>	1	0,5
<b>Fibrosarcome</b>	1	0,5
<b>Liposarcome</b>	1	0,5
<b>LNH</b>	1	0,5
<b>Total</b>	190	100

Sur les 190 cas de cancers du corps utérin confirmés par un examen anatomopathologique, l'adénocarcinome était le type histologique le plus fréquent avec un taux de 49,5%.

**Tableau XI:** Répartition des cancers de la vulve selon le type histologique

N=35

Type histologique	Fréquence	Pourcentage (%)
<b>Carcinome épidermoïde</b>	<b>31</b>	<b>88,6</b>
Adénocarcinome	2	5,7
Choriocarcinome	2	5,7
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100</b>

Sur les 35 cas de cancers de la vulve confirmés par un examen anatomopathologique, le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus fréquent avec un taux de 88,6%.

**Tableau XII:** Répartition des cancers du vagin selon le type histologique

N=31

Type histologique	Fréquence	Pourcentage (%)
<b>Carcinome épidermoïde</b>	<b>22</b>	<b>71</b>
Adénocarcinome	6	19,4
Choriocarcinome	2	6,5
<b>Rhabdomyosarcome</b>	<b>1</b>	<b>3,2</b>
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Sur les 31 cas de cancers du vagin confirmés par un examen anatomopathologique, le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus fréquent avec un taux de 71%.

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

## V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 1. Limites et difficultés :

Il s'agissait d'une étude rétrospective axée sur les caractères épidémiologiques et histopathologiques des cancers gynécologiques et mammaires dans le district de Bamako. Cette étude a permis de ressortir des données qui reflètent les fréquences réelles des cancers gynécologiques et mammaires de la femme à Bamako. Néanmoins, certaines difficultés ont été recensées :

- Le manque de certaines informations dans nos dossiers ;
- Absence de confirmation histologique pour certains cas de cancers.

Malgré ces limites ce travail nous a permis d'apprécier les principales caractéristiques épidémiologiques et histopathologiques des cancers gynécologiques et mammaires dans le district de Bamako.

### 2. Cancers Gynécologiques et Mammaires en général

#### 2.1-Epidémiologiques :

##### ❖ Fréquence :

De 2008 à 2017, 4889 cas de cancers gynécologiques et mammaires ont été diagnostiqués soit 55,09% de l'ensemble des cancers chez la femme. La plus grande fréquence a été enregistrée en 2008 avec 63,61% des cas et la plus faible en 2014 avec 48,27%.

Ces données sont largement supérieures à ceux de Maiga LB[36] qui avait trouvé 22,8% en 2004, pour la plus grande et 17,6% en 2000 pour la plus faible. Fotieu PT[19] par contre avait trouvé un pic de fréquence en 2010 avec 68,9 % et 36,2% en 2005 pour la plus faible. Cette augmentation des fréquences peut s'expliquer par une large campagne de sensibilisation et de lutte contre ces pathologies.

##### ❖ Age :

Dans notre étude, l'âge moyen de survenue des cancers était de  $49,47 \pm 15,25$  ans avec des extrêmes de 3 et 99 ans. Ce résultat se rapproche de ceux de Fotieu

PT [19] au Mali et de Dem A[12] du Sénégal qui ont respectivement trouvé 49,85 ans et 49,5 ans.

❖ Ethnie :

Les bambaras ont représenté l'ethnie majoritaire avec 33,7%, suivis des peulhs 17%, puis des malinkés 12,8%. Ces résultats sont semblables à ceux de Maïga LB[36], de Diarra M[15], et de Fotieu PT [19], qui ont trouvé respectivement 35,5%, 33% et 43,9% de bambaras. Cette prédominance de l'ethnie bambara s'explique par le fait que les bambaras sont majoritairement représentés dans la population malienne.

❖ Hôpital :

Notre étude a montré que sur un total de 4889 cas répertoriés dans les différentes structures sanitaires de Bamako, l'hôpital du point-G se classait largement en tête avec 1989 cas soit 40,7% de cas. Ce résultat est semblable à ceux de Maïga LB[36] et de Diarra M [15] avec respectivement 25,2% et 40,3%. Cette prédominance des cas de cancers au CHU du point G est attribuée au grand nombre de spécialités et de plateaux techniques au sein de l'hôpital mais aussi à la proximité des services qui s'y loge.

## **2.2-Anatomo-pathologie :**

❖ Siège :

Même si les fréquences par cancer sont différentes d'un pays à l'autre, l'ensemble des cancers gynécologiques et mammaires semble être dominé par celui du sein et du col de l'utérus. Les différents cancers gynécologiques et mammaires retrouvés au cours de notre étude sont consignés par ordre de fréquence dans le tableau ci-dessous

**Tableau XIII:** Fréquence des cancers selon l'organe atteint par rapport aux autres études

Siege	Notre étude	Diarra M [15]	Maïga LB [36]	Lankouande J [30]	Dem A [12]
Sein	43,38	33,3	29,6	51	42
Col utérin	43,14	48,6	58,7	37,7	47,3
Ovaires	6,18	5,6	4,6	5,6	6,9
Corps utérin	5,75	4	5,7	6,9	2
Vulve	0,82	0,7	0,8	0	1,4
Vagin	0,72	0,8	0,8	4,8	0,0
Trompes	0,02	0,1	0,2	0	//

Le cancer du sein occupe la première place des cancers gynécologiques et mammaires dans notre étude et dans celle de LankoandéJ [30]. Cependant pour Diarra M [15], Maïga LB [36] et Dem A [12] il arrive en deuxième position après celui du col avec respectivement 33,3%, 29,6%, et 42%. Cette différence peut s'expliquer par les différentes campagnes de sensibilisation et de dépistage menées sur le cancer du col utérin. A noter aussi que le cancer du col de l'utérus est considéré par l'OMS comme maladie sexuellement transmissible, donc évitable.

## CANCERS DU SEIN

### 1-Epidémiologie :

#### ❖ Fréquence :

Dans notre étude, le cancer du sein a représenté 43,38 % de l'ensemble des cancers gynécologiques et mammaires occupant ainsi le 1er rang des cancers chez la femme au Mali. Cette fréquence est superposable à celle de DemA et al. [12] au Sénégal qui a trouvé 42 %.

#### ❖ Age :

La tranche d'âge la plus représentée dans notre série était celle de 31-45ans avec 37,6% des cas, une population relativement jeune ce qui constitue un facteur de risque prépondérant de la maladie. En France par contre, peu de cas se révèlent

avant 40 ans (moins de 10%). L'incidence augmente jusqu'à 65 ans et 75% des cas se révèlent après 50 ans [60]. L'âge au diagnostic est d'environ 68 ans [23]. Cette différence peut s'expliquer par le fait que l'espérance de vie est beaucoup plus élevée en Europe.

## **2 Anatomo-pathologie :**

### **❖ Type histologique :**

Le type histologique le plus fréquent était le carcinome canalaire infiltrant avec 84,42% des cas suivi par le carcinome lobulaire. Ces résultats sont comparables à ceux de BissanM [4] avec 81,25% et ils concordent également avec les données de la littérature.

## **CANCERS DU COL DE L'UTERUS**

### **1-Epidémiologie :**

#### **❖ Fréquence :**

Dans notre série, le cancer du col a représenté 43,14 % des cas, résultat supérieur à celui de Lankoande J [30] avec 31,7%, mais inférieur à celui de Sando Z[56] avec 49,5%. Ces différences de fréquence s'expliquent par une différence de risque d'exposition à l'infection à HPV. Le cancer du col de l'utérus est dû dans la plupart des cas au papillomavirus Humain (VPH).

#### **❖ Age :**

Dans notre série, la tranche d'âge la plus touchée se situait entre 46-60 ans avec 39,4% des cas. Ce résultat se rapproche de celui de Samakés [55] au Mali avec 41-60 ans soit 55,2%, et de Sonfack P[63] avec 36-45 soit 31,5%.

Au Mali, la jeunesse de la population, le mariage et ou les rapports précoces, le niveau socio-économique bas sont autant de raisons qui expliquent l'âge jeune de nos patientes au moment du diagnostic.

## **2 Anatomo-pathologie**

### **❖ Type histologique :**

Le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus représenté, avec 92,9 % des cas suivi par l'adénocarcinome. Ce résultat est en conformité avec ceux de Mariko K[37] du Mali avec 94,04%, Lankoande J[30] au Burkina Faso

avec 78,3% et Muteganya et Al au Burundi [41] avec 95,3 % et aussi suivi par l'adénocarcinome.

## **CANCERS DES OVAIRES**

### **1 Epidémiologie :**

#### ❖ Fréquence :

Il a représenté dans notre série 6,18 % des cas et occupe la troisième place des cancers gynécologiques et mammaires. Ce résultat est comparable à celui de Dem A [12] du Sénégal qui a trouvé 6,9%. Mais il est supérieur à celui de FotieuPT [19] qui est de 1,9% des cas.

#### ❖ Age :

La tranche la plus atteinte se situait entre 31-45 ans. Ces résultats sont différents de ceux de SandoZ [56] du Cameroun et de Diarra M [15] du Mali qui avaient trouvé respectivement 50-59 ans et 46-60 ans. Cette différence pourrait s'expliquer par la jeunesse de notre population et une différence entre l'espérance de vie.

### **2. Anatomie pathologique :**

#### ❖ Type histologique :

Le cystadénocarcinome était le plus représenté avec 74,1 % des cas. Cette prédominance est retrouvée dans plusieurs études avec des proportions variables notamment chez Fotieu PT [19] du Mali avec 85,7%, et Lokossou A [35] du Bénin avec 42%.

## **CANCERS DU CORPS UTERIN**

### **1-Epidemiologie :**

#### ❖ Fréquence :

Le cancer du corps utérin constitue le premier cancer gynécologique dans les pays développés. Dans notre série, il a représenté 5,75% des cancers gynécologiques et mammaires. Il vient en quatrième position après le cancer du sein, du col et de l'ovaire. Ce résultat est supérieur à celui de Maïga L.B [36] avec 4,2%.

❖ Age :

Nos patientes avaient un âge compris entre 61-75 ans pour la tranche la plus représentée. Ce résultat est similaire à celui de Diarra M [15] au Mali. C'est une pathologie qui survient dans la majorité des cas après la ménopause d'où la nette prédominance chez les femmes du troisième âge.

## **2-Anatomie pathologique :**

❖ Type histologique :

L'adénocarcinome, avec 49,5% était le plus représenté dans notre série suivi du choriocarcinome. Ce résultat se rapproche de celui de Fotieu PT [19] qui a trouvé 44,44% pour l'adénocarcinome, et il est nettement inférieur à celui de Sandoz [56] qui a observé 90,5% au Cameroun.

## **CANCERS DE LA VULVE**

### **1-Epidémiologie :**

❖ Fréquence :

Nous avons colligé 35 cas, soit 0,82 % des cancers gynécologiques et mammaires. Ce résultat est inférieur à celui de Dem A [12] du Sénégal qui avait trouvé 1,4 % des cas en 2008. C'est une tumeur maligne rare qui est une fois sur deux liée à une infection par un virus du groupe papillomavirus humain.

❖ L'Age :

La tranche d'âge la plus représentée était 31-45 ans avec 14 cas soit 35%. Maïga LB [36] par contre avait trouvé un résultat différent du nôtre avec 60-69 ans soit 60%. Classiquement le cancer de la vulve est une affection de la sixième décennie d'où sa prédominance chez les femmes du troisième âge.

### **2 Anatomopathologie :**

❖ Type histologique :

Le type histologique le plus retrouvé était le carcinome épidermoïde avec 88,6% des cas. Ce résultat est comparable aux données de Maïga LB [36] et de Fotieu PT [19] qui ont trouvé le carcinome épidermoïde dans la totalité des cas.

## **CANCERS DU VAGIN**

## **1- Epidémiologie :**

### ❖ Fréquence :

Bien que très rare, nous avons répertorié 31 cas soit 0,72 % des cancers gynécologiques et mammaires. Ce résultat se rapproche de celui de MaïgaLB [36] et de Diarra M [15] avec 0,8% chacun.

### ❖ Age :

Dans notre série, la tranche la plus touchée était celle de 31-45 ans avec 12 cas soit 34,28 %. Ce résultat est différent de celui de Traoré M et al[66] qui avait trouvé 54ans.

## **2-Anatomo-pathologie :**

### ❖ Type histologique :

Le type histologique le plus fréquent était le carcinome épidermoïde avec 71%. Il était aussi le plus fréquent chez Sando Z[56] avec 71,4%.

## **CANCER DE LA TROMPE**

Le cancer primitif de la trompe est le plus rare de tous les cancers gynécologiques et mammaires. On a dénombré un cas au cours de l'étude chez les 31-45 ans.

# CONCLUSION

## **CONCLUSION**

Au terme de notre étude, nous dirons que les cancers gynécologiques et mammaires constituent un réel problème de santé publique de par leurs fréquences. Parmi les cancers les plus fréquents, nous retrouvons le cancer du sein, et du col de l'utérus.

Au Mali, nous avons constaté que ces cancers surviennent à des âges relativement bas. Et ils sont dans la majorité des cas des cancers évitables.

Plus de la moitié des cancers de notre série ont été diagnostiqués grâce à l'histologie et à la cytologie.

Un accent particulier doit donc être mis sur le dépistage et la sensibilisation afin de traiter suffisamment tôt les affections pré-disposantes et donc faire le diagnostic des cancers à un stade précoce.

# RECOMMANDATIONS

## **RECOMMANDATIONS**

Au terme de notre étude, il a été nécessaire de formuler quelques recommandations ci-dessous :

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

- Établir un programme national de lutte contre le cancer.
- Fournir au registre national du cancer un appui financier et logistique.
- Mettre en place et équiper les principales structures hospitalières d'un service d'anatomie pathologie.
- Organiser des campagnes de dépistage sur les principaux cancers.

### **Aux professionnels du registre des cancers**

- Respecter la méthodologie des registres de cancers.
- Développer un meilleur suivi des cas de cancers diagnostiqués et confirmés.

### **Au corps médical**

- Sensibiliser la population sur les différents signes d'appel des cancers.
- Pratiquer systématiquement la palpation du sein chez toutes les patientes en consultation.
- Demander systématiquement un dépistage du cancer du col chez toutes les femmes en activité génitale.
- Promouvoir la communication pour le changement de comportement des femmes en déconseillant les pratiques sociales nuisibles à la santé telles que : la précocité des rapports sexuels et du mariage.
- Remplir correctement les bulletins d'analyses ainsi que les dossiers médicaux de chaque patients.
- Rechercher et traiter correctement les infections génitales.
- Prescrire une consultation gynécologique spécialisée devant toutes anomalies constatées au niveau des organes féminins.

## **A la population**

- Apprendre et pratiquer l'autopalpation des seins.
- Participer aux campagnes de dépistage du cancer du col.
- Consulter au moindre signe d'appel.
- Consulter régulièrement en cas d'antécédents familiaux de cancer du sein.
- Eviter les pratiques traditionnelles néfastes.

# **REFERENCES**

# **BIBLIOGRAPHIES**

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Amalric R, Brandone H, Ayme Y, et al.  
Le traitement conservateur des cancers du sein infra cliniques (T0N0) : A propos de 231 cas de carcinomes canaux infiltrants. Bull cancer Radiother, 1993; 80(3): 234-240.  
Atlas d'anatomopathologie : Collection spécial Paris VIII Cours Albert 1<sup>er</sup>.
- 2- Baillet F, Genestie C, Auclerc G et al.  
Cancer du sein. Paris: CHUPS 2004. FMPMC-PS – Cancérologie – Niveau DCEM3.  
[www.chups.jussieu.fr/polys/cancero/POLY.Chp.11.html](http://www.chups.jussieu.fr/polys/cancero/POLY.Chp.11.html).
- 3- BissanM.  
Cancer du sein: Aspects cliniques et Thérapeutiques dans le service de Chirurgie « A » du CHU du POINT G. Thèse Méd Bamako 07-M-60; p71.
- 4- Bouamama I, Bourhaleb Z, Moukhliissi M, Benchakroun N, Juhadi H, Tawfiq N, Sahraoui S, Benider A.  
Le cancer du Sein chez la femme jeune : particularités épidémiologiques, génétiques, pathologiques, biologiques et thérapeutiques. Casablanca 2009 Vol 13 ;n°6-7: p691.
- 5- Brun J-L, Boubli B, Sasco AJ.  
Épidémiologie des tumeurs de l'ovaire. EMC – Gynécologie 2012;7(2) :1-9. Disponible sur:  
<http://www.em-consulte.com/en/article/693141>.
- 6- Chevrel J-P.  
Abrégé d'anatomie générale. Masson, Paris : 1991: 261p.
- 7- Chokunonga E et coll.  
Cancer incidence in the population Harare zimbabwe, second results from the cancer registry 1993-1995, Int J. Cancer 2000; 85: p54-59.
- 8- Dargent D.  
Cancer du col de l'utérus. Rev Prat 1999 ; 49 :1923-33.
- 9- De brux J.  
Collection d'histopathologie du sein. Masson, Paris : 1979 ; 299p.
- 10- De brux J.  
Collection d'histopathologie gynécologique. Masson, Paris : 1982 ; 534p.

- 11- Dem A, Traore B, Dieng MM, Dip PS, Ouajdi T, Latami MT, Diop M, Dangou JM, Toure P.  
Les cancers gynécologiques et mammaires à l'institut du cancer de Dakar.  
Cahier santé ; vol 18 ; n°1 janvier-mars 2008 : p26.
- 12- Di Nolfo M, Taurelle R.  
Cancers De l'endomètre. Rev Prat 1999 ; 49 : 77-80.
- 13- Di re E, Grosso G, Raspagliesi F, Baiocchi G.  
Fallopian tube cancer: Incidence and role of lymphatic spread.  
Gynecol. Oncol. 1996; 62: 199 - 202.
- 14- Diarra M.  
Aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers gynécologiques et mammaires: données du registre des cancers du Mali.  
Thèse Med Bamako 16-M-17 ; p94.
- 15- Doleris P.  
La glande à sécrétion interne de l'ovaire. Le grand, Paris : 1923 ; 183 p.
- 16- Dos Santos Silva I.  
Epidémiologie du cancer : principe et Méthodes. Lyon : centre internationale de recherche sur cancer ; 1999.
- 17- Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM.  
GLOBOCAN 2000: Cancer incidence, mortality and Prevalence worldwide.  
Version 1.0: IARC; Cancer Base N°5. Lyon, IARC Press, 2001.
- 18- Fotieu P T.  
Etude épidémiologique, clinique et histologique des cancers gynécologiques et mammaires à propos de 740 cas. Thèse Méd, Bamako 11-M-134 ; p69-94.
- 19- Giraud J R.  
Abrégé de gynécologie. Masson, Paris : 1993 ; 345p. P : 96-168.
- 20- Giraud J R, Rotten D, Brémond A, Poulain P.  
Abrégés connaissances et pratique gynécologie ; 4ème éd Masson. P 87-93.
- 21- Halma JM, Grandadam M, Buemi A.  
Etude épidémiologique des cancers cutanés basée sur la population d'un département français de 1988 à 1996. Résultat du registre de cancer du Haut-Rhin. Les nouvelles dermatologiques 2000 ; Vol 19 :48-55.
- 22- Institut National Du Cancer : le cancer du sein – Les cancers les plus fréquents. Disponible sur :

[www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr).

- 23- Kamina P.  
Anatomie gynécologique et obstétricale. Maloine, Paris : 1984 ; 513p.  
P:217-478.
- 24- Kanté BS.  
Aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers de la femme  
à Bamako : Données du registre des cancers de 2010 à 2011. Thèse  
MédBamako 11-M-26 ; p68.
- 25- Keïta M.  
Etude des caractères anatomo-cliniques des cancers du sein au Mali.  
Thèse MédBamako 05-M-102; p66.
- 26- Koffi B, Doui A.  
Le cancer à Bangui. MédAfr Noire 2002 ; 49: p8-9.
- 27- La Ligue Contre Le Cancer.  
Les cancers de l'appareil génital. Information et prévention. Disponible  
sur :  
[www.ligue-cancer.asso.fr](http://www.ligue-cancer.asso.fr).
- 28- Lacy M, Hartmann L, eeney G, Cha S, Wieand H, Podratz X,  
Roche P.  
C-erbB-2 and p53 expression in fallopian tube carcinoma.Cancer 1995`;  
75, (12) : 2891-2896.
- 29- Lankoande J et Sakande B.  
Aspects épidémio-cliniques et anatomopathologiques : Cancer du col  
utérin dans le service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier  
national Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso). MédAfr  
Noire 1998 ; 45 (7) : p4.
- 30- Lansac J, Lecomte P.  
Gynécologie pour le praticien. Masson, Paris : 1999 ; 559p. P (83-95;  
108-114; 135-148; 173-186).
- 31- Larousserie F.  
Cancer de la vulve. Hôpital Georges Pompidou;France 2005. Disponible  
sur:  
[www.educ.necker.fr/cours/cancérologie/kvulve.p.Pdf](http://www.educ.necker.fr/cours/cancérologie/kvulve.p.Pdf).
- 32- Last JM.  
A Dictionary of epidemiology,third edition. Oxford: university press  
1995.
- 33- Laurent C.

- Dépistage du sein, Agence de la santé et des services sociaux de capitale-Nationale Québec(2014);23 : 23-32.
- 34- Lokossou A.  
Contribution à l'étude des tumeurs de l'ovaire (à propos de 91 observations) Thèse Méd, Cotonou 1978; n°33.
- 35- Maïga LB.  
Etude épidémiologique et histologique des cancers gynécologiques et mammaires à propos de 647cas. Thèse Méd, Bamako 06-M-329; p64-83.
- 36- Mariko K.  
Aspectshistopathologiques des cancers du col de l'utérus au Mali à propos de 845 cas. Thèse de Méd, Bamako 08-M-431; p43-46.
- 37- Masson E.  
Épidémiologie des tumeurs ovariennes présumées bénignes. EM-Consulte. déc 2013;42(8):722-9.
- 38- Meric J B, Rixe O, Khayat D et al.  
Le cancer de l'ovaire. Paris: CHUPS 2004. p95.  
[www.chups.jussieu.fr/polys/cancero/POLY.Chp.12.html](http://www.chups.jussieu.fr/polys/cancero/POLY.Chp.12.html).
- 40-Mounkoro N.  
Les cancers génitaux de la femme au Mali à propos de 32 cas  
Thèse Méd. Bamako 1985, n°12; p 4-7.
- 39- Muteganya D, Bigaya T.  
Cancer du col utérin à propos de 35 cas au Centre hospitalier universitaire deKamenge. Méd. d'Afrique Noire 1999; p46.
- 40- Ngassa P.  
Incidence et mortalité par cancer au Mali : Données du registre du cancer de 1995-2004.Thèse de médecine Bamako 06M44 ; p93.
- 41- Nikuri N, Duska L R.  
Fallopian tube carcinoma Surg. Oncol.Clin. N. Am. 1998; 7, (2): 363-73.
- 42- Noel G, Genestie C, Votadoro A.  
Cancers du col utérin. Cancérologie DCEM 3,chap9 :partie2. Disponible sur :  
[www.chups.jussieu.fr](http://www.chups.jussieu.fr).
- 43- Noel G, Genestie C, Votadoro A, Lefranc J-P.  
Cancers de l'endomètre. Chap10: partie2. Disponible sur :  
[www.chups.jussieu.fr](http://www.chups.jussieu.fr).
- 44- OMS : Communiqué de presse N°263 du 12 septembre 2018.[consulté le 5 janvier 2019]

[www.iarc.fr](http://www.iarc.fr) .

45- OMS: la forte augmentation du cancer du sein demande des réponses.[consulté le 5 janvier 2019]

[www.temoignages.re](http://www.temoignages.re).

46- Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L & Thomas BD (eds).  
Cancer incidence in five continents. Lyon 2002; n°155 vol VIII. 1-781.

47- Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L et Young J (eds).  
Cancer incidence in five continents. Vol. VII n°143 Lyon 1997 p597-632.

48- Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P.  
Global cancer statistics 2002. CA cancer J. Clin 2005 Mar-Apr; 55(2): 74-108.

49- Percy C, Van Holten V & Muir C.S (eds).  
International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O): second edition. 1990 Geneva; 1-4.

50- Raymon L, Borisch B, Bouchardy C.  
Le registre du cancer fondements et fonctionnements. Revue médicale de la Suisse romande 1991; vol 119 : 825-831.

51- Remontet L, Buemi A, Velten M, Jouglu E, Estève J.  
Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. Réseau Français des registres des cancers FRANCIM, Août 2003 ; 217p.

52- Rouvière.  
Anatomie humaine descriptive topographique et fonctionnelle. Tome 2.  
Masson, Paris : 1974 ; 608p.

53- Samaké S.  
Aspects épidémiologiques, anatomo-pathologiques, cliniques et thérapeutiques des cancers du col. Thèse Med Bamako 14-M-111; p26-37.

54- Sando Z, Jovanny Tsuala Fouogue, Florent Ymele Fouelifack, Jeanne Hortence Fouedjio, Emile Telesphore Mboudou, Jean Louis Oyono Essame.  
Profil des cancers gynécologiques et mammaires à Yaoundé – Cameroun  
The Pan African Medical Journal. 2014. Disponible sur :  
[www.panafrican-med-journal.com](http://www.panafrican-med-journal.com).

57- Sangaré R.

Etude des aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cancers gynécologiques et mammaires au service de gynéco-Obstétrique du CS Ref C. Thèse Med. Bamako, 03-M-36; p40-55.

- 58- Sankaranarayanan R, Ferlay J.  
Worldwide burden of gynecological cancer: the size of the problem. *Best Pract Res Clin obstet. gynecol.* 2006;20 (2):207-25.
- 59- Sarakaranyanan R, Wesley R S.  
Guide pratique pour le dépistage visuel des néoplasies cervicales, Lyon 2004, CIRC pub technique 141 :1-16.
- 60-SebbanE.  
Aspect épidémiologique du cancer du sein en France. Disponible sur :  
[www.docteur-eric-sebban.fr](http://www.docteur-eric-sebban.fr).
- 61-Siné B, KoumaréAK, Ba T, Diombana ML, Kané S.  
Registre du cancer du Mali, 1992, VI (120) p87-89. C Scientific Pub.
- 62- Société Française de Gynécologie et d'Obstétrique Paris 2003.[Consulté 5janvier 2019];Disponible sur:  
[www.sf-gynecologie.fr](http://www.sf-gynecologie.fr).
- 63- Sonfack P.  
Bilan des activités de dépistage du cancer du col de l'utérus à l'aide du frottis cervico-vaginal dans le service d'Anatomie pathologique de l'INRSP. Thèse Med, Bamako 08-M-321; p90.
- 64- Traoré CB, Coulibaly B, Mallé B et al.  
Cancers à Bamako de 2006 à 2010 : Données du registre des cancers au Mali. *Rev.Afr. Path* 2012;11(1) :5-10.
- 65-Traoré C B, Sangaré F B, Kamaté B, SyA,Traoré M, Bayo S.  
Etude Epidémiologique et Histopathologique des tumeurs de l'ovaire à propos de 405 cas. Bamako 2008 p13-16.  
[www.Sago.sante.gov.ml](http://www.Sago.sante.gov.ml).
- 66-Traore M et al.  
Cancers gynécologiques et mammaires: Aspects épidémiologiques et cliniques à l'hôpital du Point G à Bamako. *Mali Médical* 2004 T XIX N° 1.
- 67- Uzan S, Gaudet R.  
Cancer du sein. *Rev Prat* 1998 ; 48(7): 787-796.
- 68- Wagner G, Jensen OM , parkin DM,Mac Lennen R, Muir CS et skeet RG (eds).  
History of cancer registration. *Cancer Registration: Principles and methods.* Lyon, International Agency for research on cancer IARC Scientific Publication 1991; N 95: 3-6.



# ANNEXES

## ANNEXES

### Fiche d'enquête:

#### FICHE DE RECRUTEMENT DES CAS DE CANCER

Période du.....au.....

N° du dossier				
Hôpital				
Service				
Nom et prénoms				
Sexe				
Age				
Résidence Habituelle				
Groupe Ethnique				
Siège				
Base Diagnostic				
Date de découverte				
Type Histologique				
Traitement				
Suivi sur 6mois				
Suivi sur 1an				
Suivi sur 5an				
Date de Décès				
Téléphone				

Base Diagnostic 0 = registre de décès/1= clinique/2= endoscopie/3=  
Anapathcyto/4= radio/5= chirurgie sans biopsie/6= biologie

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom:** BAKAYOKO

**Prénom:** SAFIATOU MAMINDJE

**Email:** safiatoumamindje@gmail.com

**Titre de la thèse:** Les cancers gynécologiques et mammaires dans le district de Bamako de 2008-2017 : données du registre des cancers du Mali.

**Année universitaire:** 2018– 2019

**Ville de soutenance:** Bamako

**Pays d'origine:** Côte d'Ivoire

**Lieu de dépôt:** Bibliothèque de la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie de Bamako.

**Secteurs d'intérêt:** Anatomopathologie, santé publique, oncologie, gynécologie.

**RESUME :** Notre étude avait pour but de déterminer les aspects épidémiologiques et histologiques des cancers gynécologiques et mammaires, au service d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU-Point G. Il s'agissait d'une étude rétrospective des cas de cancers colligés de 2008 à 2017. Cette étude a permis de collecter 4889 cas de cancers gynécologiques et mammaires, sur un ensemble de 14945 cas de cancers enregistrés chez la femme soit 55,09%. La tranche d'âge la plus représentée était celle des 46 - 60 ans avec 1698 cas soit 34,7%. La moyenne d'âge était de  $49,47 \pm 15,25$  ans avec des extrêmes de 3 et 99 ans. Par ordre de fréquence, les principaux organes étaient : le sein avec 2121 cas soit 43,38% suivi par le col de l'utérus avec 2109 cas soit 43,14%, puis l'ovaire avec 302 cas soit 6,18%, et le corps de l'utérus avec 281 cas 5,75%. Les cancers gynécologiques et mammaires sont fréquents et présentent les caractéristiques des cancers des pays en développement. Des efforts restent à faire pour la vulgarisation des campagnes de dépistage.

**Mots clés :** registre-cancers-gynécologiques et mammaires-Bamako

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant

L'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !