

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de
la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année universitaire 2020 - 2021

Mémoire N° :..... /

MEMOIRE

**EPIDEMIOLOGIE DES CANCERS DANS LE SERVICE
DE CHIRURGIE B DU CHU POINT G DE 2016-2020**

Présenté et Soutenu publiquement le ... /... /2021 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

Dr. Bessy SAMAKE

Pour l'obtention du Diplôme d'Etude Spécialisée en Gynéco-Obstétrique (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : Pr. KANTE Lassana

Membre : Pr. KOITA Adama

Directeur : Pr. TRAORE Drissa

LISTE DES ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CICR : Centre International de Recherche sur le Cancer

MSF : Médecins sans frontière

OMS : Organisation Mondiale de Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

TNM : Tumor Nodule Metastasis

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon les années de recrutement	7
Tableau II : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon les tranches d'âges	7
Tableau III : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon le sexe	8
Tableau IV : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon l'ethnie	9
Tableau V : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon la nationalité	10
Tableau VI : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon la profession	10
Tableau VII : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon la provenance.....	11
Tableau VIII : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon le mode d'admission.....	11
Tableau IX : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon les facteurs de risque.....	12
Tableau X : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon l'existence d'antécédent de cancer familial	12
Tableau XI : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon la durée d'évolution en mois avant le diagnostic.....	13
Tableau XII : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon le siège tous sexes confondus	14
Tableau XIII : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon l'organe siège chez la femme	15
Tableau XIV : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon l'organe siège chez l'homme.....	17
Tableau XV: Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon le type de prélèvement	19
Tableau XVI : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon le type histologique	19
Tableau XVII : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon la différenciation des cellules.....	20
Tableau XVIII : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon le stade de la maladie	20

Tableau XIX : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon la résecabilité de la tumeur.....	21
Tableau XX : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon le geste ou type de traitement	21
Tableau XXI : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon le pronostic des patients	22
Tableau XXII : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon Age/Sexe.....	23
Tableau XXIII : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon Stade/Sexe	24
Tableau XXIV : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon Type histologique/Age	25
Tableau XXV : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon Age/Stade	26
Tableau XXVI : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon Type histologique/Sexe	27
Tableau XXVII : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon Type histologique/Pronostic	28

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS.....	3
Objectif général	3
Objectifs spécifiques	3
I. METHODOLOGIE.....	4
1.1. Patients et Méthodes	4
1.2. Population d'étude	4
1.3. Echantillonnage	4
1.4. Collecte des données.....	5
1.5. Traitement des données	5
1.6. Analyse des données.....	5
1.7. Considération éthique et déontologique	6
II. RESULTATS	7
III. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	29
3.1. Limites et difficultés	29
3.2. Aspects épidémiologiques	29
3.3. Aspects sociodémographiques.....	30
3.4. Aspects anatomo-pathologiques	31
3.5. Pronostic	32
CONCLUSION	34
RECOMMANDATIONS :.....	35
REFERENCES	36

INTRODUCTION

Les tumeurs malignes (cancers) sont des proliférations cellulaires anormales échappant au mécanisme de régulation, envahissant et détruisant les tissus dans lesquels elles se développent et sont capables de dissémination dans l'organisme et susceptibles de récurrences après traitement (1).

Le cancer figure parmi les principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde. Il représente à lui seul le plus important obstacle à l'augmentation de l'espérance de vie dans tous les pays du monde au 21^{ème} siècle (1)

Le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC), estime qu'un homme sur cinq et une femme sur six dans le monde développeront un cancer au cours de leur vie, et qu'un homme sur huit et une femme sur onze mourront de leur maladie (2).

En 2021, selon l'organisation mondiale de la santé le cancer constitue la deuxième cause de décès dans le monde, il fait environ 10 millions de morts par an. Près d'un tiers des décès par cancer est dû au tabagisme, à un indice élevé de masse corporelle, à la consommation d'alcool, à une faible consommation de fruits et légumes, ou à un manque d'exercice physique (OMS, 2021).(3)
Les nouvelles données mondiales sur le cancer suggèrent que le fardeau mondial du cancer a atteint 18,1 millions (Bray et al., 2018) (2).

Le cancer est devenu un véritable fardeau et un problème sociétal (4)

En Europe, l'incidence est de 23,4 % du total des cas de cancer dans le monde et 20,3 % des décès dus au cancer, alors qu'elle ne représente que 9,0 % de la population mondiale (5).

Les Amériques comptent 13,3 % de la population mondiale mais concentrent 21,0 % de l'incidence des cancers et 14,4 % de la mortalité dans le monde (5).

En Asie, l'incidence des cancers est de 48,4%, pour une mortalité de 57,3% (5).

Afrique concentre 5,8% de l'incidence des cas de cancer et 7,3% de la mortalité dans le monde (5).

Dans ces deux régions les proportions de décès par cancer sont plus élevées que les proportions de cas d'incidence. Elles enregistrent une fréquence plus élevée de certains types de cancer et un accès limité aux services diagnostiques et aux traitements opportuns, entraînant un pronostic défavorable et un taux de mortalité plus élevée (5).

Le diagnostic de certitude des cancers repose sur l'anatomopathologie (2).

Malgré les progrès thérapeutiques, le pronostic des cancers reste sombre avec une survie globale tous stades confondus à 5 ans toujours faible (2).

Au Mali selon le registre national de cancer du 1^{er} Janvier au 31 décembre 2019, 1545 cas de cancers ont été diagnostiqués dans le district de Bamako dont 1017 cas chez la femme (65,8%) et 528 cas chez l'homme (34,2%). L'incidence est de 58,3 pour 100.000 hommes et 115,7 pour 100.000 femmes (6).

La tranche d'âge la plus représenté a été celle de 46 – 60 ans avec 31,9% (6).

Pour déterminer la fréquence globale des cancers dans le service, nous avons initié ce travail.

Le but de ce travail est d'étudier les aspects épidémiologiques des cancers dans le service de chirurgie B du CHU Point G entre 2016 et 2020.

Le cancer est-il la première cause de décès chez les sujets jeunes dans notre service ?

OBJECTIFS

Objectif général

Epidémiologie des cancers dans le service de chirurgie B du CHU Point G de 2016-2020

Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence des cancers dans le service de chirurgie B,
2. Décrire le profil sociodémographique des patients atteints de cancer,
3. Identifier les cancers les plus fréquents dans le service,
4. Déterminer le pronostic de ces cancers.

I. METHODOLOGIE

1.1. Patients et Méthodes

1.1.1. Type et période d'étude

Ce travail était une étude rétrospective et transversale allant du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2020, soit une période de 5 ans.

1.1.2. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de Chirurgie « B » du CHU Point G à Bamako.

1.1.3. Présentation du CHU Point G

L'hôpital 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.

Le service de chirurgie « B » du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Point-G au Mali a servi de cadre d'étude. C'est un service de chirurgie générale et digestive. Il est composé d'un bloc opératoire et de deux pavillons d'hospitalisation de 17 lits et de 12 lits.

1.2. Population d'étude

Il s'agit de tous les patients pris en charge pour cancers.

1.3. Echantillonnage

✓ Critères d'inclusion

Tous les patients, tout sexe confondu pris en charge dans le service de chirurgie « B » du CHU Point G ; chez lesquels le diagnostic des cancers a été confirmé par l'histologie.

✓ Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans cette étude

- Les tumeurs bénignes.
- Les patients pris en charge pour cancers en dehors de la période d'étude
- Les patients dont le type histologique n'était pas connu

1.4. Collecte des données

Nous avons élaboré un questionnaire comportant des paramètres relatifs aux données, épidémiologiques (effectifs, année du diagnostic, âge, fratrie, situation matrimoniale, sexe, résidence, profession, niveau d'instruction, situation économique, ethnie, facteurs de risque, durée d'évolution, antécédents familiaux de cancer), aspects anatomopathologiques et pronostiques. Ces données ont été collectées dans les supports suivants :

- Le registre de cancer du Mali
- Les rapports d'activités de l'hôpital
- Les dossiers médicaux
- Les registres de consultation
- Les registres de compte rendu opératoire
- Les registres d'hospitalisation
- Les registres de compte rendu d'anatomie pathologique.
- Dans certains cas contacts téléphoniques des patients

1.5. Traitement des données

Les données collectées ont été corrigées par le directeur de mémoire.

Elles ont été saisies sur les logiciels Word et Excel.

1.6. Analyse des données

Les logiciels Excel et Epi info 7.0 ont été utilisés pour analyse des données. Les données ont été structurées de manière à dégager les variables descriptives comportant les caractéristiques sociodémographiques des patients, puis les aspects en rapport avec les objectifs de l'étude.

Pour comprendre les aspects spécifiques des cancers, des variables supplémentaires ont été créés, d'autres variables transformées.

L'appréciation des paramètres retenus, a été faite à travers des effectifs et pourcentages pour les qualitatifs ; en moyennes \pm écart types pour les quantitatifs.

Des comparaisons ont été effectuées entre certaines variables.

Le seuil de significatif statistique a été établi à $p < 0,05$.

1.7. Considération éthique et déontologique

Accord du chef de service et du directeur de mémoire pour le recensement de dossiers médicaux et la mise à disposition des différents registres du service,

Respect de la confidentialité et de l'anonymat des patients.

Les résultats obtenus seront publiés au besoin.

II. RESULTATS

En 5 ans, nous avons consulté 8025 patients, dont 360 patients avaient un cancer, soit 4,48%. Nous avons hospitalisé 1956 patients soit 18,40% et opéré 1571 patients, soit 22,92%.

Tableau I : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon les années de recrutement

Année	Effectif	Pourcentage (%)
2016	52	14,44
2017	47	13,06
2018	72	20,00
2019	118	32,78
2020	71	19,72
Total	360	100

L'effectif moyen de patients recrutés par année était de 72 ($\pm 28,03$).

Tableau II : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon les tranches d'âges

Age (Année)	Effectif	Pourcentage (%)
0-15	3	0,83
16-30	37	10,28
31-45	116	32,22
46-60	139	38,61
61-75	54	15,00
76-90	11	3,06
Total	360	100

La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 46 – 60 ans avec 38,61%.

La moyenne d'âge est de 48,44 ans avec un écart type de $\pm 14,44$

Tableau III : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage (%)
Féminin	242	67,22
Masculin	118	32,78
Total	360	100,00

Le sexe féminin a prédominé avec 242 cas soit 67, 22%. Sex ratio est égal à 0,48.

Tableau IV : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage (%)
Bambara	109	30,28
Bobo	8	2,22
Bozo	3	0,83
Daffin	1	0,28
Dogon	13	3,61
Gaoulo	1	0,2
Kakolo	5	1,39
Kassonka	5	1,39
Malinke	51	15,17
Maure	6	1,67
Mianka	11	3,06
Mossi	1	0,28
Peulh	66	18,33
Samogo	5	1,39
Senoufo	16	4,44
Siamou	1	0,28
Soninke	42	11,67
Sonrhai	11	3,06
Sosso	1	0,28
Tamachek	1	0,28
Wolof	3	0,83
Total	360	100

L'ethnie majoritaire a été l'ethnie bambara avec 30,28% des cas.

Tableau V : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon la nationalité

Nationalité	Effectif	Pourcentage (%)
Burkinabe	1	0,28
Guineenne	3	0,83
Ivoirienne	1	0,28
Maliennne	354	98,33
Nigerienne	1	0,28
Total	360	100

La nationalité maliennne a été la plus représentée avec 98,33% des cas

Tableau VI : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage (%)
Ménagère	187	51,94
Paysan	37	10,28
Commerçant	35	9,72
Fonctionnaire	30	8,33
Ouvrier	25	6,94
Retraite	12	3,33
Agent De Sante	11	3,06
Chauffeur	10	2,78
Elève /Etudiant	10	2,78
Marabout	3	0,83
Total	360	100

La profession ménagère a été la plus représentée avec 51,94% des cas.

Tableau VII : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage (%)
Bamako	244	67,78
Koulikoro	64	17,78
Kayes	16	4,44
Segou	14	3,89
Sikasso	13	3,61
Mopti	9	2,50
Total	360	100

La plupart des patients était de Bamako avec 67,78% des cas

Tableau VIII : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon le mode d'admission

Mode D'admission	Effectif	Pourcentage (%)
Ordinaire	350	97,22
Urgence	10	2,78
Total	360	100

La consultation ordinaire a représenté 97,22% des cas d'admission

Tableau IX : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon les facteurs de risque

Facteurs de risque	Effectif	Pourcentage
Non	287	79,72
Oui	73	20,28
Total	360	100

Le facteur de risque a été retrouvé chez 73 patients soit 20,28% des cas

Tableau X : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon l'existence d'antécédent de cancer familial

Antécédent famial de cancer	Effectif	Pourcentage (%)
Non	353	98,06
Oui	7	1,94
Total	360	100

L'antécédent de cancer familial a été retrouvé dans 1,94% des cas

Tableau XI : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon la durée d'évolution en mois avant le diagnostic

Durée évolution (mois) avant diagnostic	Effectif	Pourcentage (%)
[0-1[	275	76,39
[1-2[	51	14,17
[2-3[	16	4,44
[3-4[	5	1,39
[4-5[	7	1,94
[5-6[	2	0,56
[6-7[	4	1,11
Total	360	100

L'évolution avant le diagnostic n'excédait pas 12 mois dans 76,39% des cas.

Tableau XII : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon le siège tous sexes confondus

Siège	Effectif	Pourcentage (%)
Sein	143	39,72
Colo-Rectal	79	21,94
Estomac	41	11,39
Tête / Cou	17	4,72
Membres	15	4,17
Œsophage	13	3,61
Col Uterin	9	2,50
Pancreas	9	2,50
Peritoine	9	2,50
Ovaire	7	1,94
Region Inguinale	2	0,56
Vessie	2	0,56
Voie Biliaire	2	0,56
Broncho-Pulmonaire	1	0,28
Col Uterin+Rectum	1	0,28
Duodenum	1	0,28
Foie	1	0,28
Peau	1	0,28
Prostate	1	0,28
Rein	1	0,28
Retro Peritoine	1	0,28
Surrenale	1	0,28
Thorax	1	0,28
Vagin	1	0,28
Vulve	1	0,28
Total	360	100

Le cancer du sein a été le plus représenté avec 39,72% des cas.

Tableau XIII : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon l'organe siège chez la femme

Organe Siège	Effectif	Pourcentage (%)
Sein	131	54,13
Colo-Rectal	34	14,05
Estomac	15	6,20
Tete	11	4,55
Col Uterin	10	4,13
Membres	10	4,13
Œsophage	8	3,31
Ovaire	7	2,89
Peritoine	6	2,48
Pancreas	4	1,65
Peau	1	0,41
Rein	1	0,41
Retro Peritoine	1	0,41
Surrenale	1	0,41
Vagin	1	0,41
Vulve	1	0,41
Total	242	100

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme avec 54,13% des cas

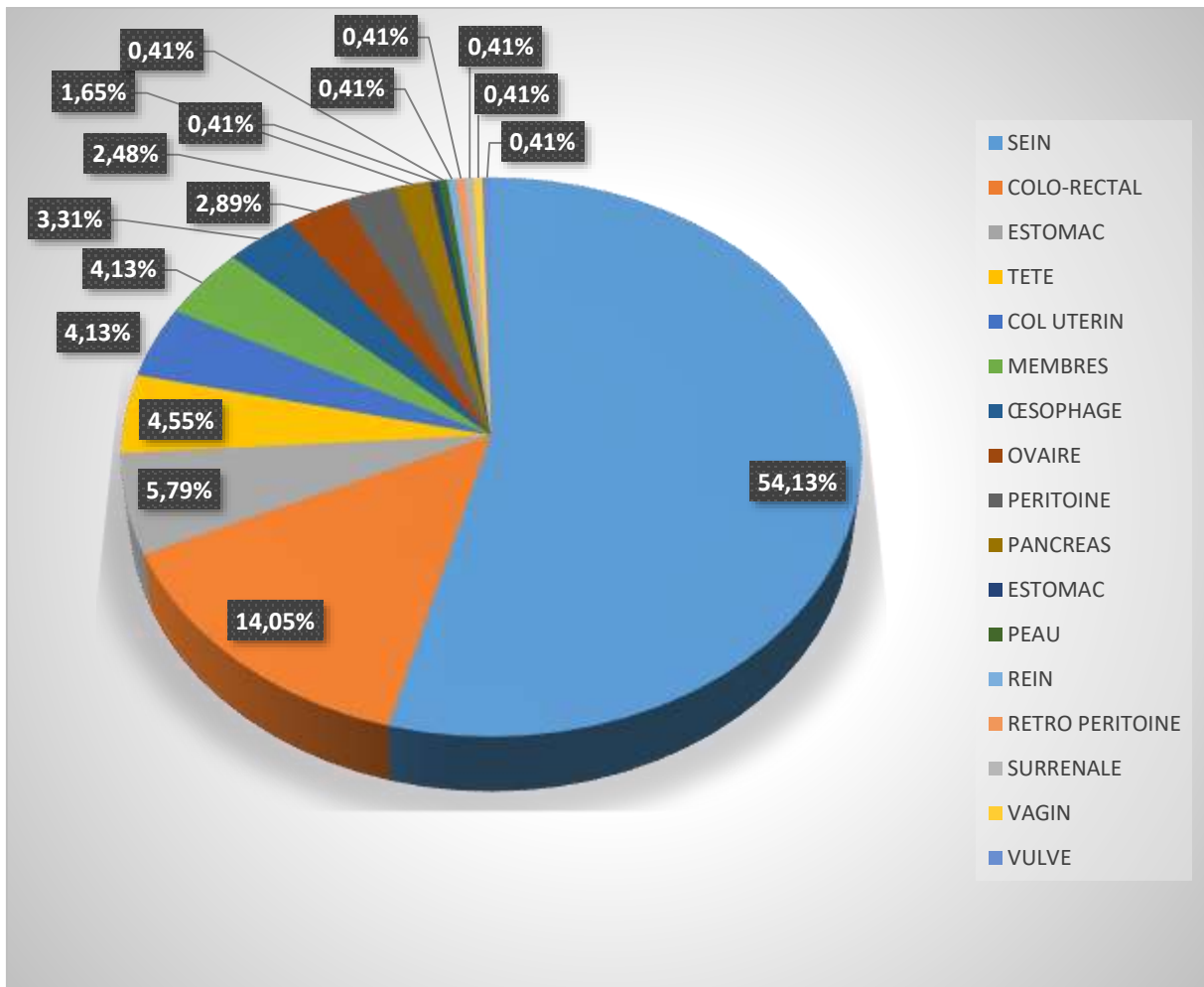


Tableau XIV : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon l'organe siège chez l'homme

Organe Siège	Effectif	Pourcentage (%)
Colo-Rectal	45	38,14
Estomac	27	22,88
Sein	12	10,17
Pancreas	5	4,24
Œsophage	5	4,24
Membres	5	4,24
Tete	5	4,24
Peritoine	3	2,54
Region Inguinale	2	1,69
Vessie	2	1,69
Voie Biliaire	2	1,69
Broncho-Pulmonaire	1	0,85
Duodenum	1	0,85
Foie	1	0,85
Prostate	1	0,85
Thorax	1	0,85
Total	118	100

Le cancer colorectal a été la plus représenté dans la junte masculine avec 38,14% des cas.

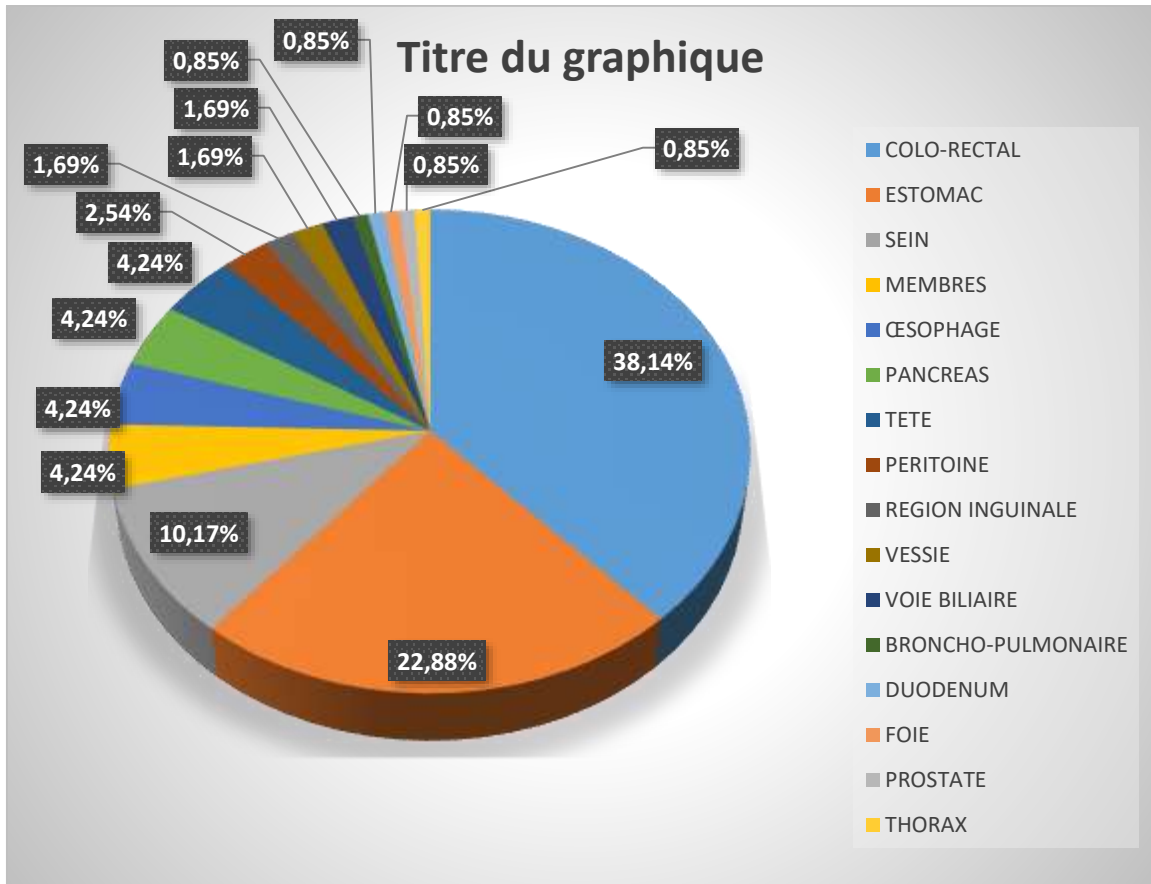


Tableau XV: Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon le type de prélèvement

Type prélèvement	Effectif	Pourcentage (%)
Biopsie	176	48,89
Pièce opératoire	128	35,56
Cytoponction	55	15,28
Cytologie	1	0,28
Total	360	100

Le type de prélèvement courant a été la biopsie soit 48,89% des cas.

Tableau XVI : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon le type histologique

Type histologique	Effectif	Pourcentage (%)
Carcinome	254	70,56
Adenocarcinome	88	24,44
Sarcome	4	1,11
Cholangiocarcinome	3	0,83
Cystadenocarcinome	3	0,83
Dermofibrosarcome	2	0,56
Fibrosarcome	2	0,56
Osteosarcome geant	2	0,56
Lymphome hodgkien	1	0,28
Melanome	1	0,28
Total	360	100

Le carcinome a été le plus représenté avec 70,56% des cas

Tableau XVII : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon la différenciation des cellules

Différenciation	Effectif	Pourcentage (%)
Indifférencie	301	83,61
Moyennement différencie	48	13,33
Différencie	10	2,78
Cellules indépendantes	1	0,28
Total	360	100

Le type indifférencié a été le plus représenté avec 83,61% des cas.

Tableau XVIII : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon le stade de la maladie

Stadification	Effectif	Pourcentage (%)
Stade I	20	5,56
Stade II	88	24,44
Stade III	173	48,06
Stade IV	79	21,94
Total	360	100

Les stades III et IV ont été les plus représentés au moment du diagnostic avec 70% des cas.

Tableau XIX : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon la résecabilité de la tumeur

Resecabilite	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	280	77,78
Non	80	22,22
total	360	100

La tumeur était résecable dans 77,78% des cas.

Tableau XX : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon le geste ou type de traitement

Gestes ou type de traitement	Effectif	Pourcentage (%)
Chimio neo adj	172	47,78
Chirurgie + chimio	164	45,56
Chimio palliative	3	0,83
Radiotherapie	21	5,83
Total	360	100

La chimiothérapie néo-adjuvante a représenté 47,78% des cas

Tableau XXI : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon le pronostic des patients

Pronostic	Effectif	Pourcentage (%)
Vivant	227	63,06
Décès	133	36,94
Total	360	100

Les patients décédés ont représenté 36,94% des cas.

Tableau XXII: Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon le délai de décès après diagnostic

Délai de décès après diagnostic	Effectif	Pourcentage (%)
0-12	90	67,67
13-24	24	18,04
25-36	14	10,53
37-48	4	3
49-60	1	0,75
Total	133	100

Plus de la moitié des patients sont décédés avant 12 mois après le diagnostic soit 67,67% des cas.

Tableau XXIII : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon Age/Sexe

Age(année)	Sexe		Total
	Féminin	Masculin	
0-15	3	0	3
16-30	20	17	37
31-45	89	27	116
46-60	95	44	139
61-75	30	24	54
76-90	5	6	11
TOTAL	242	118	360

La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 46 – 60 ans chez l'homme et de 46 – 60 ans chez la femme. $P=0,0108$; P est significatif

Tableau XXIV : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon Stade/Sexe

Stadification	Sexe		Total
	Féminin	Masculin	
1	7	13	20
2	65	23	88
3	130	43	173
4	40	39	79
Total	242	118	360

La majorité des patients dans les deux sexes consultait un stade tardif (III et IV)

Tableau XXV : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon Type histologique/Age

Type Histologique	Age						Total
	0-15	16-30	31-45	46-60	61-75	76-90	
Adenocarcinome	0	10	24	37	14	3	88
Carcinome	1	23	88	97	38	7	254
Cholangiocarcinome	0	0	2	1	0	0	3
Cystadenocarcinome	0	0	1	2	0	0	3
Dermofibrosarcome	0	1	1	0	0	0	2
Fibrosarcome	2	0	0	0	0	0	2
Lymphome Hodgkien	0	1	0	0	0	0	1
Melanome	0	0	0	0	0	1	1
Osteosarcome Geant	0	0	0	1	1	0	2
Sarcome	0	2	0	1	1	0	4
Total	3	37	116	139	54	11	360

Le carcinome a été la plus représenté dans les 2 deux sexes et survient à un âge plutôt jeune à partir de 31 ans

Tableau XXVI : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon Age/Stade

Age(année)	Stadification				Total
	1	2	3	4	
0-15	0	1	2	0	3
16-30	5	9	17	6	37
31-45	3	31	62	20	116
46-60	9	35	62	33	139
61-75	3	10	24	17	54
76-90	0	2	6	3	11
TOTAL	20	88	173	79	360

La fréquence des cancers augmente avec l'âge, l'âge de survenue est relativement jeune et commence considérablement à augmenter à partir de 40 ans . P=0,4483 ; P n'est pas significatif

Tableau XXVII : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon Type histologique/Sexe

Type Histologique	Sexe		Total
	Féminin	Masculin	
Adenocarcinome	43	45	88
Carcinome	187	67	254
Cholangiocarcinome	0	3	3
Cystadenocarcinome	3	0	3
Dermofibrosarcome	2	0	2
Fibrosarcome	2	0	2
Lymphome Hodgkien	0	1	1
Melanome	1	0	1
Osteosarcome geant	2	0	2
Sarcome	2	2	4
Total	242	118	360

P=0,3489 ; P n'est pas significatif

Tableau XXVIII : Répartition des cancers dans le service de chirurgie B selon Type histologique/Pronostic

Type Histologique	Pronostic		Total
	Décède	Vivant	
Adénocarcinome	45	43	88
Carcinome	80	174	254
Cholangiocarcinome	3	0	3
Cystadénocarcinome	0	3	3
Dermofibrosarcome	0	2	2
Fibrosarcome	0	2	2
Lymphome Hodgkien	0	1	1
Melanome	1	0	1
Ostéosarcome géant	1	1	2
Sarcome	3	1	4
Total	133	227	360

Presque tous les types histologiques d'adénocarcinome sont décédés au cours de l'étude

P=0,5055 ; P n'est pas significatif

III. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

3.1. Limites et difficultés

Au cours de cette étude nous avons rencontré quelques difficultés relatives à l'insuffisance de certaines informations dans le dossier médical (compte rendu histologique), la non disponibilité du bloc opératoire liée à la pandémie Covid 19 (utilisé comme salles d'hospitalisation des cas de Covid) en 2020 ;

3.2. Aspects épidémiologiques

Nous avons trouvé 360 cas de cancer dans notre étude soit 4,48% des consultations dans le service.

NDAHINDWA L. et al. au Rwanda ont obtenu une fréquence de 20,85% de cas de cancers $P=0,00$ (7). Cette différence statistiquement significative pourrait être due à la taille de notre effectif plus petit par rapport à leur effectif et à notre méthode de recrutement qui ne concernait qu'un seul service de chirurgie, contrairement à leur étude, qui portait sur tous les cas de cancers consultés dans les différents services de l'hôpital.

Nous avons eu 18,40% des cas de cancer chez les malades hospitalisés.

Au Bénin, ZINSOU et al. ont trouvé une fréquence de 2,43% de cancers chez les patients hospitalisés en chirurgie (8) $P=0,00$. Cette différence statistiquement significative peut être due à notre effectif plus petit et qui ne prenait en compte que les patients hospitalisés pour cancer dans notre service, par contre l'étude Béninoise concernait tous les patients hospitalisés pour cancer dans les différents services de l'hôpital avec un effectif plus élevé.

3.3. Aspects sociodémographiques

✓ Âge

La moyenne d'âge était de 48,44 ans ($\pm 14,44$) avec des extrêmes de 8 ans et 88 ans tous sexes confondus. 38,61% des cancers ont été diagnostiqués entre 46 et 60ans. Ousmane Bourama Traoré dans sa thèse en 2009 a obtenu une moyenne d'âge de 47,02 ans ($\pm 20,37$) (9).

Au Niger Garba et al. en 2013 ont trouvé une moyenne de 43,15 ans avec des extrêmes de 1 à 99 ans.(10) . Goumbri et al.en 2009 au Burkina Faso ont retrouvé une moyenne de 45,88 ans.(11). Ndahindwa et al. au Rwanda ont eu un âge moyen de 44,9 ans ($\pm 18,36$) (8) avec une majorité diagnostiquée entre 45 et 64 ans.

Ces résultats sont similaires au notre.Cependant, Effi et al. en côte d'ivoire (2013), ont obtenu la moyenne d'âge de 51,6 ans avec les extrêmes de 2 mois à 107 ans. (12) . Au Maroc, Chbani et al. ont obtenu une moyenne d'âge de 53,5 ans avec des extrêmes de 3 mois à 120 ans.(13)

Ces résultats diffèrent de notre résultat, ceci pourrait s'expliquer par la taille de leurs effectifs et les extrêmes d'âge, qui dépassaient 100 ans.

✓ Sexe

Dans notre série la répartition du cancer par sexe montre une prédominance féminine avec 67,22% (sex ratio était 0,49). Goumbri et al. en 2009 au Burkina Faso, Ndahindwa et al. au Rwanda (2012) ont trouvé une prédominance féminine avec 54,9% des cas avec $P=0,002$ et 54,4% avec $P= 0,000$ et aussi en Algérie, (2021), avec 50,62% avec $P=0,002$. Cette différence statistiquement significative avec ces auteurs peut s'expliquer par leurs effectifs plus grand.

Par contre, au Maroc, Chbani et al. (2013) (13), Arndt et al. (2015) (14), ont observé une prédominance masculine respectivement de 52,5% et 54,09%. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que notre étude a été menée dans un service de chirurgie générale d'une part, l'absence des pathologies chirurgicales d'autres spécialités d'autre part.

3.4. Aspects anatomo-pathologiques

✓ Organe siège

Globalement, le cancer du sein était le plus retrouvé chez 143 patients (39,72%), suivi du cancer colorectal (21,94%) et estomac (11,39%).

Chez les femmes le cancer du sein était prédominant (54,13%), suivi du cancer colorectal (14,05%) et de l'estomac (5,71%). Une étude réalisée à Manille en Philippines, le cancer du sein a été le 1^{er} cancer de la femme soit 25,5% entre 1988 et 1992 $P=0,001$, de même à Singapour il venait en première position avec 20,4% au cours de la même période $P=0,001$ (15).

De même en Algérie, une étude révélait une prédominance du cancer du sein chez la femme avec 55,3% $P=0,02$ [5]. Cette différence statistiquement significative peut s'expliquer par le fait que ces données sont une vue d'ensemble sur tous les services impliqués dans la prise en charge des cancers à l'échelle nationale.

Chez les hommes en premier rang se trouvait le cancer colorectal (31,14%), suivi de celui de l'estomac (22,88%) et du sein (10,17%).

Dans une étude menée par M. NGASSA PIOTIE Patrick au Mali en 2005, le cancer de l'estomac a été le deuxième cancer avec 15,8% de la totalité des cancers avec $P=0,14$ après le cancer du foie 16,9% avec $P=0,18$ (16). Ces résultats sont similaires à ceux de notre étude.

✓ **Type histologique**

Dans notre étude, le carcinome était le type histologique le plus représenté avec 70,56,33% des cas. Ce résultat est nettement supérieur à ceux de Ben-Alla S. A. A. au Maroc en 2015, Moussoki en France en 2014, Cadelis et al en 2010 dans les caraïbes qui avaient retrouvés respectivement 46,5%,40,25% et 43,4% (17) (18) [55, 56, 57]. Ceci pourrait s'expliquer par les différentes références des cas de cancer du sein dans notre service qui abrite un sénologue appuyé par le médecin sans frontière (MSF) pour une prise en charge gratuite de ces cas, ajouté à ceux des autres cas cancers (colon et estomac) qui sont référés par le service d'oncologie médicale après une chimiothérapie néo-adjuvante pour une prise en charge chirurgicale. La décision concernant le schéma thérapeutique étant prise lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

✓ **Stadification**

La plupart des cas de cancer dans notre étude ont été diagnostiqués au stade III et IV avec un taux de 47,22% des cas dans le sexe féminin et 18,33% au niveau du sexe masculin et un total de 65,55%. Ce résultat est différent de celui trouvé dans une étude canadienne où la plupart des cancers ont été découverts au stade I et II s'agissant bien du cancer du sein et du cancer colorectal avec 64,81% des cas avec $P=0.00$ (19). Cette différence statistiquement significative pourrait s'expliquer par le fait que la plupart de nos patients ont consulté en retard, l'accès difficile aux soins médicaux et le faible revenu de la population dans notre contexte.

3.5. Pronostic

L'analyse des données de mortalité n'a pas été chose aisée d'une part parce que notre registre n'effectue pas un suivi systématique des cancéreux, d'autre part tous les décès ne sont pas répertoriés au niveau du registre des décès du service de chirurgie B. Ainsi la majorité des malades est perdue de vue dès la sortie de l'hôpital. Le décès d'un malade vivant lors de l'enregistrement peut ne pas être documenté, ainsi les données ne sont toujours pas réactualisées. Les 36,94% de

décès au terme de notre étude ne pourraient donc être qu'une sous-estimation de la véritable situation.

Ainsi donc 90% des patients sont décédés dans les 12 mois suivants le diagnostic, ce qui permet d'estimer une survie globale de 32,33% à 12 mois. Ce résultat est proche de celui de Ben-Alla S. A. A. qui dans son étude en 2016 au Maroc avait retrouvé une moyenne de survie tous stades confondus à 15 mois à 32,9% $P=0,55$ (17).

Par contre aux Etats Unis le registre américain SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results Program) a permis de mettre en évidence une augmentation de 5 % de la survie relative à 5 ans entre 1990 et 2010, passant de 12,2 % $P=0,001$ à 17,5% $P=0,019$ (20). Cette forte mortalité dans notre contexte pourrait s'expliquer par le retard diagnostique lié au délai de consultation relativement long, les difficultés de la prise en charge ainsi que les moyens financiers limités des patients.

CONCLUSION

Le cancer est un fardeau mondial, il touchait les deux sexes et tous les âges dans notre étude. Les femmes sont les plus touchées par le cancer avec 67,22% de nos cas. L'histologie a été réalisée chez tous nos patient, les carcinomes ont été les plus fréquents. Les cinq organes les plus touchés chez la femme étaient respectivement : le sein, le colon-rectum, l'estomac, la région cervical, le col utérin. Chez l'homme c'étaient : le colon-rectum, l'estomac, le sein, les membres, et l'œsophage. Le pronostic ainsi que la survie sont étroitement liés à la précocité du diagnostic.

RECOMMANDATIONS :

Au terme de nos travaux, il nous a semblé nécessaire de faire certaines recommandations. Elles s'adressent :

Au Ministère de la santé

- Etablir un programme national de lutte contre le cancer,
- Mettre sur pied des registres des cancers régionaux dans tous les hôpitaux régionaux,
Encourager les services de chirurgie par l'octroi de bourses, et d'équipement nécessaire dans la prise en charge efficace des cancers
- Organiser des campagnes de dépistage des cancers

Au personnel du registre des cancers

- Respecter scrupuleusement la méthodologie des registres des cancers
Mettre un accent sur la validité et l'exhaustivité des informations recueillies
Multiplier les contrôles de qualité
- Développer le suivi des cancéreux enregistrés

Au corps médical

- Améliorer la collaboration entre les services-sources et les services de chirurgie pour la prise et le suivi des patients opérés pour cancer,
- Sensibiliser la population sur les différents signes d'appel des cancers

A la population

- Consulter précocement un agent de santé dès la survenue des signes d'appel des cancers,
- Participer aux campagnes de dépistage des cancers.

REFERENCES

1. Diebold J, Camilleri J-P, Reynes al. Anatomie Pathologique Générale ; édition Médicales Internationales, Paris ;1991 ; (2) :23-268.
2. Bray F et al. Global cancer statistics 2018 : GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. A cancer journal for clinicians 2018 : pages 1-31.
3. OMS (Organisation Mondiale de la santé), (2021). Le cancer [<https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/cancer>].
4. Hamdi-Cherif M, Sekfali N, Coleman MP. Incidence of cancer in the wilaya of Setif, Algeria. Bull cancer. 1991 ; 78(2) :155–167.
5. M. Hamdi Cherif, et Col, Données d'incidence du Réseau National des Registres du Cancer, Algérie ,2015 ; Revue Elhakim numéro hors-série, Vol II, Avril 2018.
6. Rapport d'analyse des données du registre des cancers du Mali (Année 2019).
7. V. Ndahindwa L. Ngendahayo, J. Vyankandondera. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET ANATOMOPATHOLOGIQUES DES CANCERS DANS LES CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES (CHU) DU RWANDA.
8. C.P. ZINSOU, L. FOURN, T. ZOHOUN. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES DES CANCERS AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE COTONOU.
9. Ousmane Bourama Traoré. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET ANATOMOPATOLOGIQUES DES CANCERS AU MALI : DONNEES DU REGISTRE DU CANCER.
10. Garba S.M., Zaki H. M., Arfaoui, A. A., Hami H., Soulaymani A., Nouhou H., Quyou, A. (2013). Épidémiologie des cancers au Niger, 1992 à 2009. Bulletin du cancer, 100(2), 127-133.
11. Goumbri O. M., Domagni O. E., Sanou A. M., Konsegré V., Soudr R. B. (2009). Aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers au

- Burkina Faso. Journal africain du cancer/African Journal of Cancer, 1(4),207-211.
12. Effi A. B., Koffi K. E., Doukour B., N'dah K. J., Koff, K. D., Kouyaté M., N'Guissan A.M., Kouib.B.S. S Diomandé M.I. J.M. (2013). Épidémiologie descriptive des cancers en Côte d'Ivoire. Bulletin du cancer, 100(2), 119-125.
 13. Chbani L., Hafid I., Berraho M., Mesbahi O., Nejjari C., Amarti A. (2013). Aspects épidémiologiques et anatomopathologiques des cancers dans la région de Fès-Boulemane (Maroc). Eastern Mediterranean Health Journal, 19(3).
 14. Arndt V., Feller A., Hauri D., Heusser, R., Junker C., Kuehni, C., Schindler M. (2016). Le cancer en Suisse, rapport 2015 : état des lieux et évolution. Office fédéral de la statistique (OFS) ; Institut National pour l'Épidémiologie et l'Enregistrement du Cancer (NICER) ; Registre Suisse du Cancer de l'Enfant (RSCE).
 15. PARKIN DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L & Young J (eds). Cancer Incidence In Five Continents, Vol. VII. (IARC Scientific Publications, N°143). Lyon: IARC Press; 1997.
 16. INCIDENCE ET MORTALITE PAR CANCER AU MALI : Données du registre du cancer de 1995 a 2004 thèse méd. Année 2005 mali.
 17. BEN-ALLA S. A. A. LE CANCER BRONCHIQUE PRIMITIF : A PROPOS DE 228 CAS, expérience du service de pneumologie de l'hôpital militaire Moulay Ismail de Meknès, Thèse de Médecine, Université SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH, 135/2016.
 18. COLEMAN M,P ET AL : EUROCORE-3 summary : cancer survival in Europe at the end of the 20th century. Ann Oncol 2003;14: pages 128-149.
 19. INCIDENCE DU CANCER SELON LE STADE AU CANADA, 2017 (statistics Canada) Pubmed 2020 page 2-3.
 20. JEMAL A ET AL : Cancer Statistics 2009. CA Cancer J Clin 2009;59: pages 225-249.

ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : SAMAKE

Prénom : Bessy

Email : samakebessy@gmail.com

Pays d'origine : Mali

Année universitaire : 2020 -2021

Ville de soutenance : Bamako

Titre de la thèse : Epidémiologie des cancers dans le service de chirurgie b du CHU point G de 2016-2020

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS de Bamako

Secteur d'intérêt : Anatomie pathologique - Epidémiologie – Chirurgie – Santé publique.

Résumé

Il s'agissait d'une étude rétrospective et transversale portant sur 360 cas de cancers dans le service de chirurgie B du CHU point G de 2016-2020 allant du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2020, soit une période de 5 ans.

Nous avons inclus tous les patients, tout sexe confondu pris en charge dans le service de chirurgie « B » du CHU Point G ; chez lesquels le diagnostic des cancers a été confirmé par l'histologie.

Pendant notre période d'étude nous avons consulté 8025 patients, dont 360 patients avaient un cancer, soit 4,48%. Nous avons hospitalisé 1956 patients soit 18,40% et opéré 1571 patients, soit 22,92%.

L'objectif de notre étude était d'étudier l'épidémiologie des cancers dans le service de chirurgie B du CHU Point G de 2016-2020.

Dans notre étude l'effectif moyen de patients recrutés par année était de 72 ($\pm 28,03$). La moyenne d'âge est de $48,44 \pm 14,44$ ans. Le sexe féminin a prédominé avec 242 cas soit 67,22%. Sex ratio est égal à 0,48. Le facteur de risque a été retrouvé chez 73 patients soit 20,28% des cas. L'antécédent de cancer familial a été retrouvé dans 1,94% des cas. L'évolution avant le diagnostic n'excédait pas 12 mois dans 76,39% des cas.

De façon générale le cancer du sein a été le plus représenté avec 39,72% des cas dont 54,13% des cas chez la femme et 38,14% de cancer colorectal chez l'homme.

Le carcinome a été le type le plus représenté avec 70,56% des cas. Les stades III et IV ont été les plus représentés au moment du diagnostic avec 70% des cas. Les patients décédés ont représenté 36,94% des cas dont 67,67% des cas avant 12 mois, après le diagnostic.

Mots clés : Cancers ; Chirurgie, Santé publique, Mali.

Fiche d'enquête

N° de la fiche d'enquête :

N° du dossier :

➤ RENSEIGNEMENTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

Q1 : Nom et prénoms.....

Q2 : Age (en années)

Q3 : Sexe : a=Masculin b=Féminin

Q4 : Profession Autre à préciser :.....

1=Paysan ; 2=Ménagère ; 3=Fonctionnaire ; 4=Militaire/policier ;

5=Commerçant ; 6=Elève/Etudiant,

Q5 : Résidence(région)

1= Kayes ; 2= Koulikoro ; 3=Sikasso ; 4=Ségou 5=Mopti ; 6=Gao 7=

Tombouctou ; 8=Kidal ; 9= Bamako,

Q6 : Ethnie Autre à préciser :.....

1=Bambara ; 2=Malinké ; 3=Peulh ; 4=Sonrhäï ; 5=Dogon ;

6=Sénoufo/Minianka ; 7=Bobo ; 8=Maure ; 9=Bozo ; 10=Sarakolé ;

11=Tamasheq ;

Q7 : Structure de provenance

1=CHU GT ; 2=CHU PG ; 3=CHU NOS ; 4=CHU KATI ; 5=H Régional

6= Prives

CIRCONSTANCE DE DECOUVERTE :

Q8 découverte fortuite : 1=oui 2=non

Q9 Dépistage systématique 1=oui 2=non

Q10 Signes cliniques 1=oui 2=non

FACTEUR DE RISQUE

Q11 Présence de facteur de risque : 1= Oui 2=Non

Q12 Nature du facteur de risque :

RENSEIGNEMENTS HISTOPATHOLOGIQUES :

TYPE DE PRELEVEMENT

Q13=Biopsie a=oui b=non ; Q14=tumorectomie a=oui b=non ; Q15= pièce opératoire a=oui b=non ; Q16=Autres (à préciser)

TYPE HISTOLOGIQUE

Q17=Adénocarcinome a=oui b=non ; 18=carcinome épidermoïde a=oui b=non ?
Q 19=carcinome à grandes cellules a=oui b=non Q20=carcinome à petites cellules a=oui b=non, Q21=carcinome intra canalaire a=oui b=non,
Q22=carcinome intra lobulaire a=oui b=non, Q23=adénocarcinome canalaire infiltrant a=oui b=non, Q24=carcinome médullaire a=oui b=non, Q25=maladie de Paget du mamelon a=oui b=non

DIFFERENTIONS : Q26=bien différencié a=oui b=non, Q27=moyennement différencié a=oui b=non, Q28=indifférencié a=oui b=non

CLASSIFICATION T : Q28=T1 a=oui b=non Q29=T2 a=oui b=non, Q30=T3 a=oui b=non, Q31=T4 a=oui b=non,

CLASSIFICATION N : Q32=N- a=oui b=non, Q33=N+ a=oui b=non

CLASSIFICATION M : Q34=M- a=oui b=non, Q35=M+ a=oui b=non

Q36 Stade a précisé :

➤ Evolution

PRONOSTIC DU PATIENT :

Q37= Décédé a=oui b=non Q38= Vivant a=oui b=non

Q39: Délai de survenue du décès après le diagnostic.....

TAUX DE RESECABILITE :

Q40=tumeur réséqué a=oui b=non, 41=tumeur non réséqué a=oui b=non