

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI  
**UN peuple - Un But - Une Foi**

UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE



ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

N°.....

## Thèse

# Attitudes et connaissances du personnel de centre de santé de référence de la commune 1 vis-à-vis des cancers gynécologiques et mammaires.

Présentée et soutenue publiquement le...../...../2022 devant la  
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

**Par M. Mamadou THIERO**

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

## Jury

**Président : Pr THERA Tioukani**

**Membre: Dr SIMA Mamadou**

**Co-directeur : Dr DICKO Modibo**

**Directeur : Pr KAMATE Bakarou**

# REMERCIEMENTS

## **REMERCIEMENTS**

**A MES COLLEGUES DE SERVICES, SANOGO D, KEITA E, BANOU M, DJIGUIBA A, KONATE D, DEMBELE O, BEMBA A.**

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

**A TOUT LE PERSONNEL DU SERVICE DE GYNECOLOGIE  
OBSTETRIQUE**

Merci pour l'accueil.

**A MES CHERS MAITRES DU CSRef CI Dr DICKO M, Dr KEITA M,  
Dr SYLLA Y, Dr DIARRA O.**

Merci pour l'enseignement et l'accompagnement.

**A MES AMIES, SANOGO D, KEITA E, BANOU M, DJIGUIBA A,  
KONATE D**

Que ce travail soit l'expression de notre amitié.

**AU PERSONNEL DU CSRef CI**

Merci pour votre accueil.

**A MON GROUPE DE TRAVAIL SANOGO D**

Merci pour le soutien et l'accompagnement.

**A Dr DICKO Modibo**

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 !

**A TOUTE LA 8ème PROMOTION**

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

A notre Maître et Président du jury,

### **Professeur Tioukani Augustin THERA**

- Professeur agrégé en gynécologie- obstétrique à la FMOS ;
- Chef de service de gynécologie- obstétrique du CHU du Point-G ;
- Ancien chef de service de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou ;
- Ancien faisant fonction d'interne des hôpitaux de Lyon(France);
- Titulaire d'un diplôme Européen d'endoscopie opératoire en gynécologie Université d'Auvergne Clermont Ferrant(France) ;
- Titulaire d'un diplôme inter universitaire en colposcopie et pathologies cervico-vaginales : Angers(France).

Cher Maître,

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

A notre Maître et juge,

**Docteur Mamadou SIMA**

- Gynécologue obstétricien
- Chargé de cours à l'institut national de formation en science de la santé (INFSS)
- Chargé de cours à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU du Point G
- Maître-assistant à la FMOS

Cher Maître,

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

Votre disponibilité et votre modestie nous ont beaucoup marqué ainsi que votre sens du travail bien fait.

Recevez ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Co-directeur de thèse,

**Docteur Modibo DICKO**

- Spécialiste en gynécologie-obstétrique.
- Praticien hospitalier au Centre de Santé de Référence (CSRef) de commune I ;
- Chef de service de gynécologie-obstétrique au CSRef de commune I ;

Honorable Maître,

Vous avez accepté malgré vos multiples sollicitations d'évaluer ce travail et de l'améliorer par votre contribution.

Nous savons le sérieux que vous attachez à notre formation et les efforts que vous déployez dans ce sens.

Votre abord facile, votre disponibilité et votre humanisme font de vous un maître sûr et incontestable.

A notre maître et directeur de thèse

**Professeur Bakarou KAMATE**

- Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T-B).
- Chercheur et Praticien hospitalier au C.H.U du Point G.
- Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin au Mali et du registre national des cancers au Mali.
- Secrétaire général de la Division d'Afrique Francophone de l'Académie Internationale de Pathologie (AIP/ DAF)

Cher Maître,

Vous nous avez fait l'honneur de nous confier ce sujet de thèse. Derrière cet enseignant rigoureux, amoureux de la ponctualité et du travail bien fait, nous avons pu apprécier vos qualités humaines et professionnelles ainsi que votre modestie qui restent exemplaires.

Pour vos conseils et votre grande disponibilité, recevez ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.



# SOMMAIRES

## SOMMAIRE

### Table des matières

<b>I. INTRODUCTION</b> .....	5
<b>II. OBJECTIFS</b> .....	8
1. OBJECTIF GENERAL :	8
2. OBJECTIFS SPECIFIQUES .....	8
GENERALITES .....	9
<b>III. GENERALITES</b> .....	10
1. Rappels :	10
1.1 Rappels anatomiques :	10
1.2-Rappels physiologiques :	15
1.3-Rappels histologiques :	17
<b>IV. Matériel et méthodes</b> .....	46
<b>1. Type d'étude :</b> .....	47
<b>2. Période d'étude :</b> .....	47
3. Population d'étude :	47
<b>4. Echantillonnage :</b> .....	47
6. Critères de non inclusion .....	48
7. Mode de collecte et d'analyse des données .....	48
<b>V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION</b> .....	61
<b>VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS</b> .....	71
1. CONCLUSION .....	71
2. RECOMMANDATIONS :	71
<b>VII.REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :</b> .....	73
<b>X. ANNEXES</b> .....	79
<b>FICHE SIGNALITIQUE</b> .....	81

## Liste des tableaux

Tableau I: Répartition du personnel en fonction de tranche d'âge.....	45
Tableau II: Répartition du personnel en fonction du sexe .....	45
Tableau III : Répartition du personnel en fonction de l'ancienneté dans la profession. ....	46
Tableau IV: Répartition selon l'autoévaluation de la connaissance sur les cancers gynécologiques et mammaires : .....	47
Tableau V: Le cancer le plus fréquent cité par le personnel de santé :.....	48
Tableau VI: Répartition selon l'estimation par le personnel de santé des facteurs de risque des cancers gynécologiques et mammaires :.....	48
Tableau VII : Répartition selon les facteurs de risque cités par le personnel de santé .....	49
Tableau VIII: Répartition selon l'estimation par le personnel des symptômes des cancers gynécologiques et mammaires :.....	49
Tableau IX: Répartition selon les symptômes cités par le personnel de santé .....	50
Tableau X: Répartition selon la connaissance sur les moyens de détection précoce.....	50
Tableau XI : Répartition selon les moyens de détection précoce cités par le personnel.....	51
Tableau XII : Répartition selon l'attitude de personnel pour la prévention des cancers gynécologiques et mammaires :.....	52
Tableau XIII: Répartition du personnel selon les méthodes thérapeutiques connues :.....	53
Tableau XIV: Répartition du personnel selon la possibilité de guérison des cancers gynécologiques et mammaires :.....	54

## Liste des figures

Figure 1: Organes génitaux externes : vue de face .....	8
Figure 2: Organes génitaux internes : vue frontale.....	9
Figure 3: Coupe sagittale du sein et de la paroi thoracique .....	10
Figure 4: endomètre stades prolifératifs .....	12
Figure 5: Histologie du sein .....	15
Figure 6: Image macroscopique d'une pièce de mastectomie présentant une tumeur d'aspect ulcérobourgeonnant (service d'anatomie et cytologie	

pathologiques du CHU Point "G") .....	18
Figure 7: coupe histologique d'un carcinome infiltrant de type non spécifique.....	19
Figure 8: Aspects macroscopiques de cancer du col .....	26
Figure 9: Coupe histologique d'un carcinome épidermoïde mature et invasif [9] .....	27
Figure 10 : Répartition des différentes unités de soin :.....	46

## **ABREVIATIONS**

CCI: Carcinome Canalaire Infiltrant  
CCIS: Carcinome Canalaire in Situ  
CHU GT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré  
CHU PG : Centre Hospitalier Universitaire du Point G  
CIN : Néoplasie Intra épithéliale du Col  
CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer  
CLI: Carcinome Lobulaire Infiltrant  
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  
IO : Infirmière Obstétricienne  
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  
%: Pourcentage

# **INTRODUCTION**

## I. INTRODUCTION

Le cancer est une prolifération anarchique de cellules anormales, dites « malignes » à partir d'un foyer primitif pouvant récidiver localement après ablation et s'essaimer à distance entraînant la formation de « métastase » [1]

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 [2].

Leur fréquence reste élevée malgré les efforts de dépistage de certaines localisations dans nos régions [3].

Le cancer du sein représente 11,6% du fardeau total de l'incidence des cancers. On estime à 2,1 millions le nombre de diagnostic de cancers du sein chez les femmes.

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 [4].

Avec plus d'un demi-million de nouveaux cas chaque année, le cancer du col utérin est le 4<sup>ième</sup> cancer le plus fréquent chez les femmes dans le monde après celui du sein, du colon rectum et du poumon [5].

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.

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 [5].

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

Les pays en voie de développement ont enregistré 72% des décès dû aux cancers, ce fléau constitue la 3<sup>ème</sup> cause de mortalité dans ces pays après les maladies infectieuses et parasitaires (40%) ; cardiovasculaires ou dégénératives (19%) [6].

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 [7]

Ce constat nous emmène à prendre des mesures préventives contre la maladie cancéreuse gynécologique et mammaire. Les personnels de santé sont souvent démunis face aux patientes porteuses de ce cancer étant donné l'absence d'un centre de traitement. Le cancer reste un problème de santé publique. Les personnels de santé des niveaux de soins primaires et secondaires devraient disposer des meilleures formations existantes pour lutter efficacement contre ces types de cancer pour le bien de la communauté toute entière.

Nous avons ainsi initié ce travail dans le but d'étudier les connaissances et attitudes des personnels vis-à-vis des cancers.



# OBJECTIFS

## **II.OBJECTIFS**

### **1. OBJECTIF GENERAL :**

- Etudier les connaissances et attitudes des personnels vis-à-vis des cancers gynécologiques et mammaires.

### **2. OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- Déterminer le niveau de connaissance du personnel de CSREF C1 par rapport aux cancers gynécologiques et mammaires.
- Déterminer l'attitude du personnel vis-à-vis des cancers gynécologiques et mammaires.
- Rapporter l'avis du personnel sur le traitement actuel des cancers gynécologiques et mammaires.

# GENERALITES

### **III. GENERALITES**

#### **1. Rappels :**

##### **1.1 Rappels anatomiques : [8]**

###### **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.

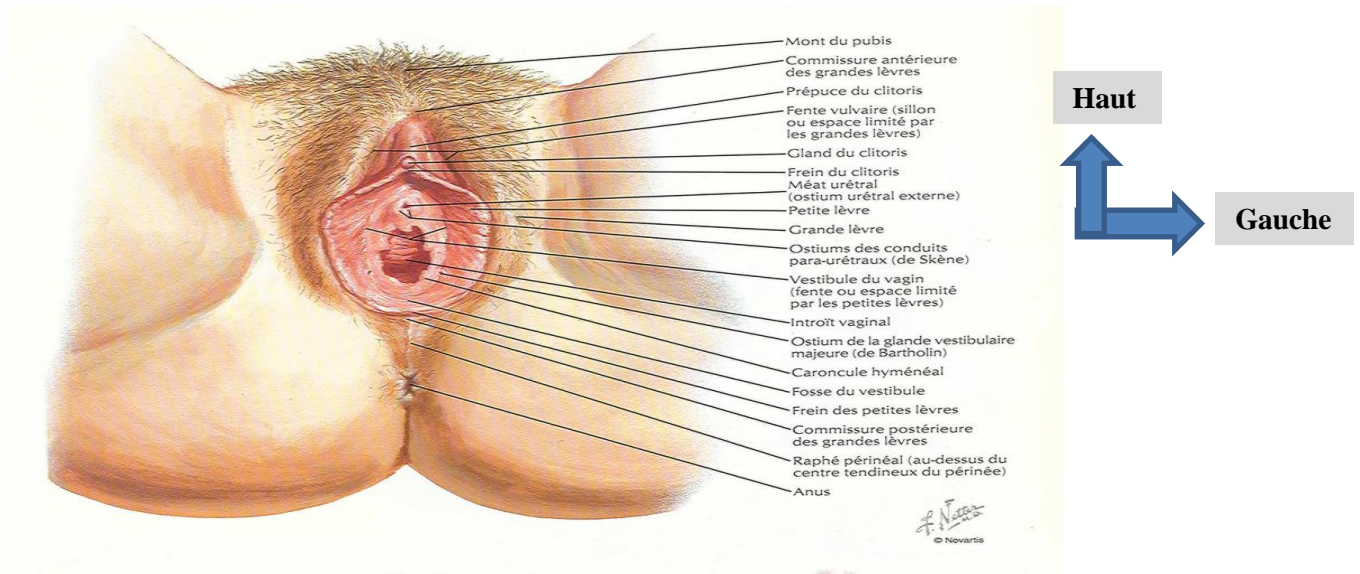
-L'utérus :

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.

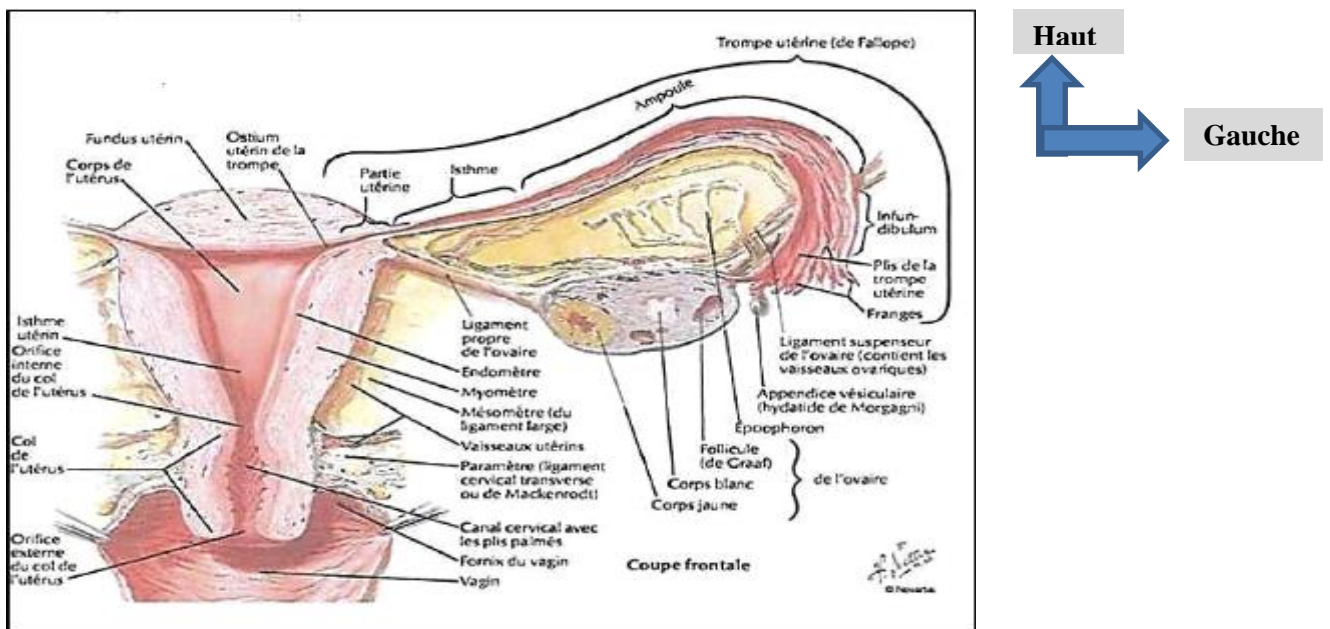
De consistance ferme mais élastique, il pèse 40 à 50 g chez la nullipare et 50 à 70g chez la multipare. Il a la forme d'un cône tronqué à sommet inférieur et aplati d'avant en arrière. Il mesure environ 6cm de long et 4 cm d'épaisseur.

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** : Organes génitaux externes : vue de face [9]



**Figure 2** : Organes génitaux internes : vue frontale [9]

### -Les ovaires :[8]

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 :**

##### **Développement :**

Le sein est d'origine ectodermique, excepté son stroma et ses vaisseaux qui dérivent du mésenchyme.

##### **Malformations :**

\*la polymastie : c'est l'existence de seins surnuméraires situés dans l'aisselle, dans l'aîne ou à la face interne de la cuisse.

\*L'atbélie : caractérisée par l'absence de mamelon, est assez fréquente.

\*L'amastie : caractérisée par l'absence bilatérale ou unilatérale des seins.

##### **Configuration extérieure :**

Trois zones concentriques caractérisent le sein : le mamelon, l'aréole et la peau périaréole.

**Structure :**

- a- Peau périaréolaire : elle présente tous les éléments constitutifs d'une peau typique.
- b- Aréole : elle est riche en cellules pigmentaires, et possède un derme exclusivement fibro-élastique.
- c- Mamelon : c'est une papille tégumentaire pigmentée, sans poils ni glandes.

**Vascularisation :** l'aréole est le centre vasculaire du sein, point de convergence des branches artérielle, et point de départ des efférents veineux et lymphatiques. La vascularisation est assurée par l'artère thoracique latérale, volumineuse, et l'artère thoracique latérale accessoire.

**Innervation :**

- a- Les nerfs somatiques proviennent des 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>, 5<sup>e</sup>, et 6<sup>e</sup> nerfs intercostaux.
- b- Les nerfs végétatifs proviennent des plexus des artères thoraciques interne et thoracique.

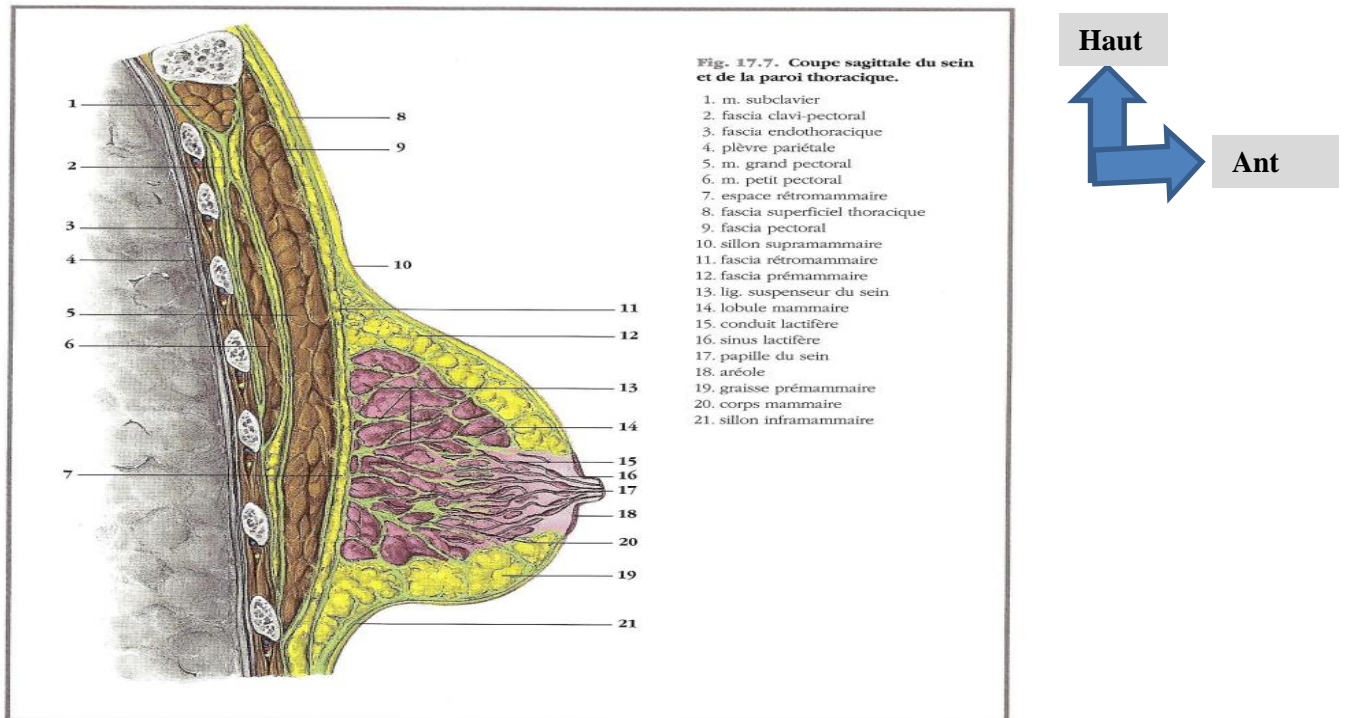
Les seins occupent la partie antéro-supérieure de la poitrine, de chaque côté du sternum en avant des muscles pectoraux et en regard de l'espace compris entre la 3<sup>e</sup> et la 7<sup>e</sup> côte. Cette situation varie en fonction de la forme et du type thoracique. Certains facteurs tels que la 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 12cm 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 3:** Coupe sagittale du sein et de la paroi thoracique [10]

### 1.2-Rappels physiologiques : [8]

#### -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

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 :[8]**

-L'utérus :

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.

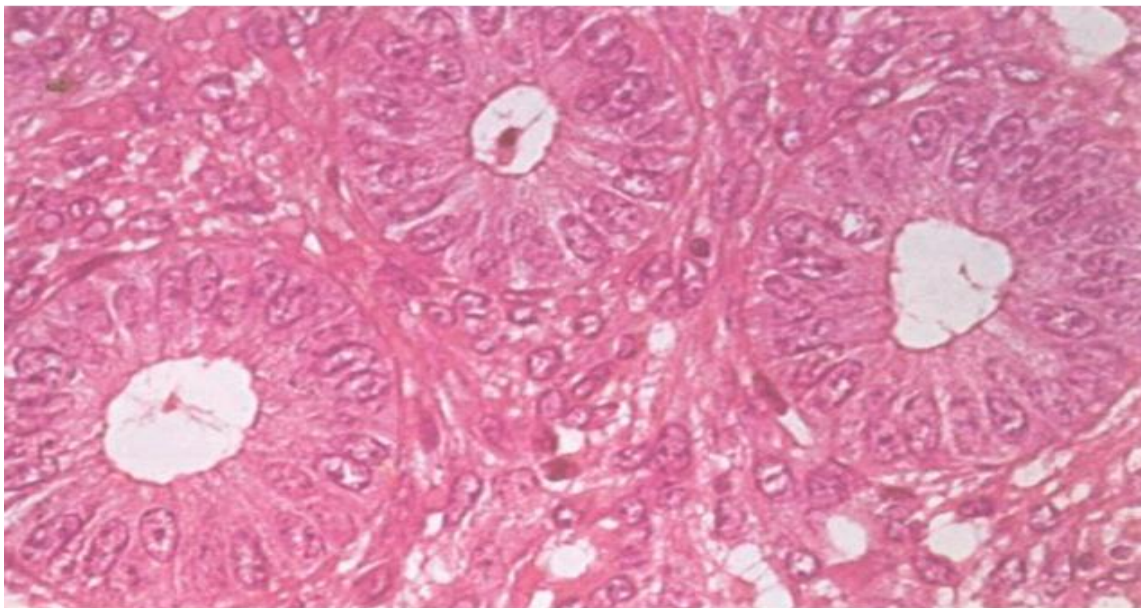


Figure 4: endomètre stades prolifératifs [15]

\*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 un adventice.

-Les ovaires :

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 mésosalpinx et contenant des vaisseaux et de nombreuses cellules adipeuses

-Le vagin :

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 :

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

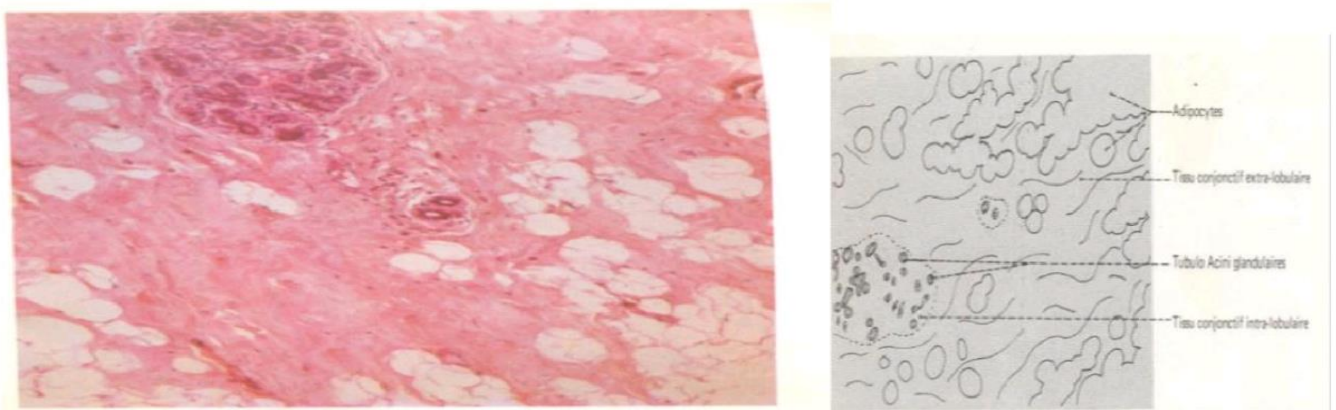


Figure5:Histologie du sein [15]

## 2. CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES

### ✚ CANCER DU SEIN :

#### a. Epidémiologie :

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 :**

#### **\*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:**



### ❖ Aspects Macroscopiques :

L'examen macroscopique des tumeurs est réalisé par le chirurgien, et surtout par l'anatomo-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.



**Figure 6:** Image macroscopique d'une pièce de mastectomie présentant une tumeur d'aspect ulcérobourgeonnant (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 ductolobulaire) 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

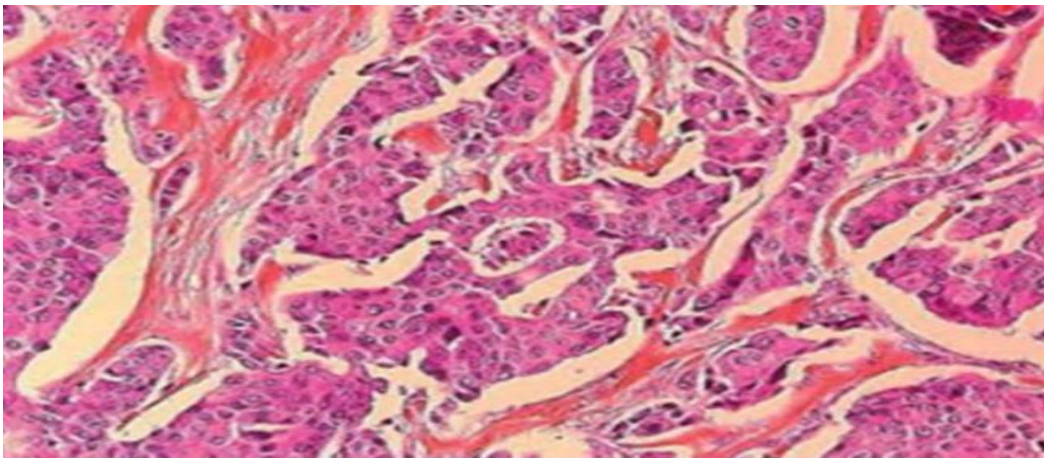
On distingue :

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

-Carcinome canalaire infiltrant avec composante intracanaire 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).



**Figure7:** coupe histologique d'un carcinome infiltrant de type non spécifique ( Aspect microscopie électronique ) à coloration **HE** ( Hématoxyline et Eosine )

- Cancres 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 :**

- 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: T0N, T1N1, T2N0

Stade IIB: T2N1, T3 N0

Stade IIIA: T0N2, T1N2, T2N2, T3N1 N2

Stade IIIB : T4 quelque soit le N

Stade IIIC : N3 quelque 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 :**

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 :**

✓ 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 évoluée

-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 :**

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.

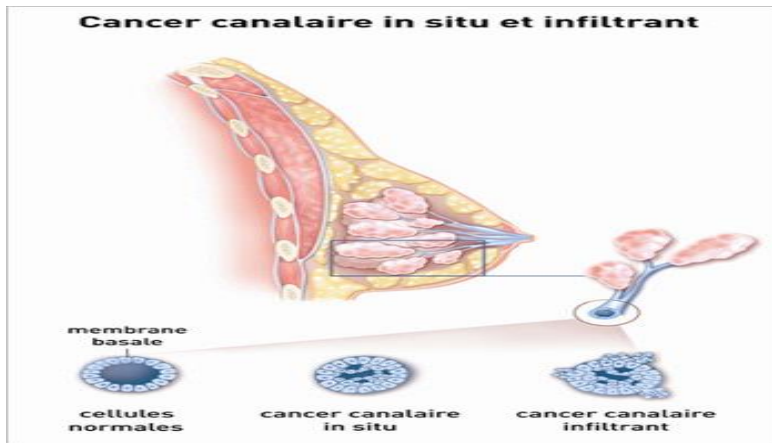
L'ectasie galactophorique et le papillome sont de diagnostic histologique sur pièce d'exérèse chirurgicale.

#### **g. Examens complémentaires :**

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

✓ La mammographie :

- 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.



❖ **Image de Mammographie du cancer de sein :** ( Source : Ameli santé.net. consulté le 30 mars 2017 )

✓ Echographie

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

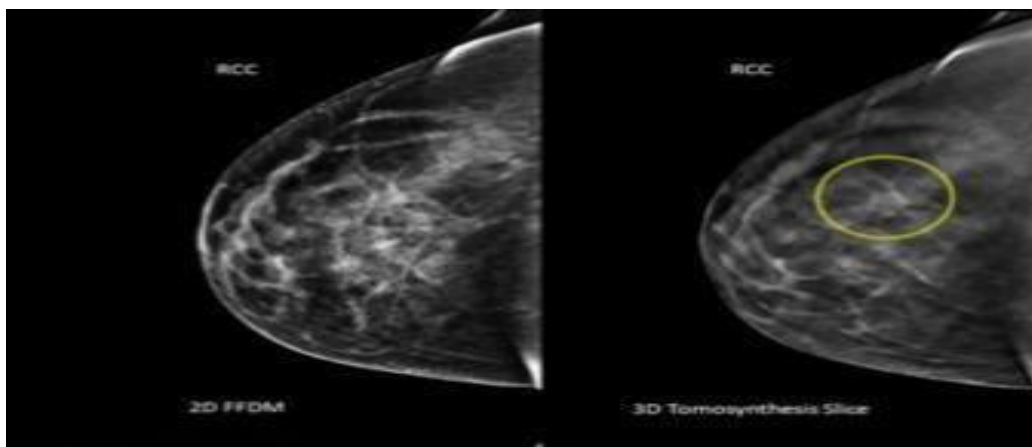
L'hétérogénéité de l'image

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.



❖ **Image échographique du cancer de sein :** ( Source : e-cancer.fr. consulté le 18 septembre 2021)

❖ **Jaune :** kyste du sein

## **h. Evolution :**

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 :**

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 [4]. 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 [18,4].

-L'âge moyen au diagnostic est de 51 ans ; le pic de fréquence est situé entre 48 et 55 ans [4].

### **b. Facteurs de risque :**

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'immaturité de la zone de jonction.

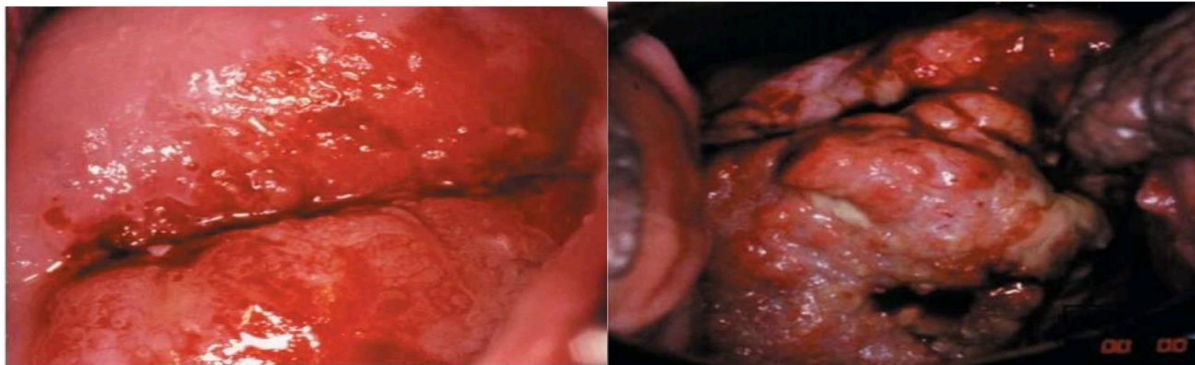
-Nombreux partenaires sexuels (de la femme ou du conjoint)

- Mariage avant 20 ans
- Grossesses précoces et nombreuses
- Partenaire sexuel multiples
- Infections génitales à répétition
- Bas niveau socio-économique

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

#### **❖ Aspects Macroscopiques :**

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

**Figure8:** Aspects macroscopiques de cancer du col [26]

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.



## ❖ Aspects Microscopiques :

### 🚦 Tumeurs épithéliales :

#### **Carcinomes :**

Ce sont les cancers développés aux dépens de l'épithélium de revêtement exo cervical ou endocervical, les plus fréquents sont ceux développés au niveau de l'exocol : carcinome épidermoïde (90-95%) [16, 18,19].

- Carcinome épidermoïde :

Le carcinome épidermoïde du col utérin a des caractéristiques voisines de celles de tous les carcinomes épidermoïdes (peau, bronche, œsophage, etc.).

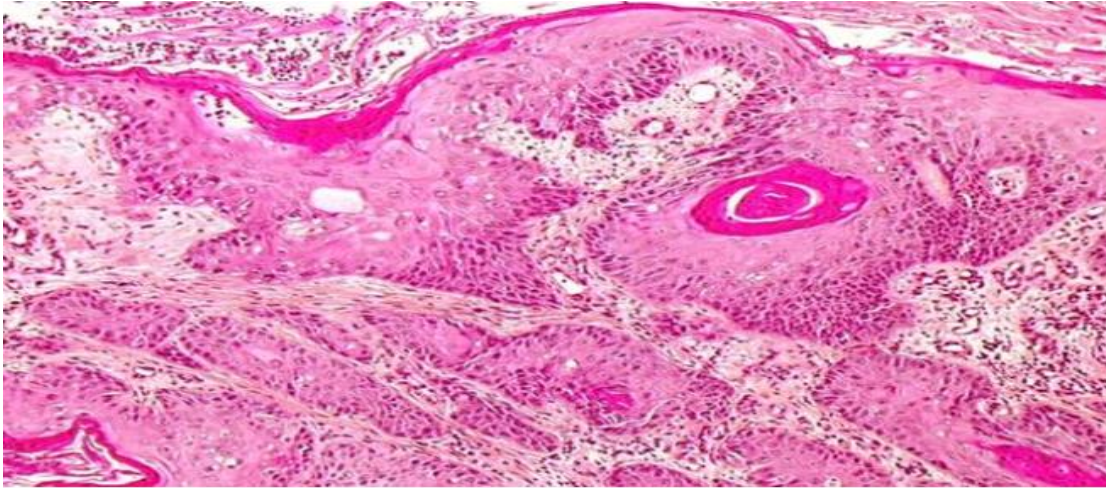
Il évolue en 2 phases : carcinome in situ et carcinome invasif

- 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 :

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.



**Figure9:** Aspect microscopique d'une coupe histologique d'un carcinome épidermoïde mature et invasif ( coloration **HE** ).

### **Les adénocarcinomes :**

-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 adénoquameux, 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,
- ✓ desmélanomes,
- ✓ des cancers à cellules claires,
- ✓ des cancers colloïdes.

### **Classification de la FIGO :**

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 I – Cancer limité au col de l'utérus

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

IB : Cancer cliniquement visible ou palpable

IB1 : Diamètre 4 cm

Stade II – Cancer étendu aux structures juxta-utérines

IIA – Pas d'atteinte du paramètre

IIB – Atteinte du paramètre

Stade III – Cancer étendu jusqu'aux limites de la région pelvienne

IIIA – Extension au tiers inférieur du vagin sans atteinte de la Paroi pelvienne.

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

Stade IV

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

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

**d. Circonstances de découverte :**

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).

#### **e. Examens complémentaires :**

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 :**

- Cervicite hémorragique
- Tuberculose du col
- Bilharziose uro-génitale

### **g. Principes Thérapeutiques :**

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 [29,30]. 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 [31].

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

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 :**

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 :**

##### **❖ 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 :**

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 :**

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

**g. Evolution :**

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 :**

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

 **CANCER DE L'ENDOMETRE :**

**a. Epidémiologie :**

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 :**

- 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 [20].

#### **❖ 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 adénoquameux (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.

#### **d. Circonstances de découvertes :**

-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 :**

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 :**

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 :**

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

## **CANCER DU VAGIN**

### **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 ulcéreuse 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 :**

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 scléroseux

### **c. Anatomopathologie :**

Il existe différents types :

-Carcinomes épidermoïdes invasifs dans 90 % -Mélanomes et sarcomes dans 6 à 8 %

-Cancers basocellulaires dans 2 %

-Adénocarcinomes dans 1 %

### **d. Symptomatologie :**

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

### **e. Classification :**

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 [56] :

La vulvectomie 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 [36].

### **b. SymptomatoLOGIE :**

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 intraluminale d'aspect papillaire présentant des zones hémorragiques et des zones de nécrose, siégeant dans une trompe dilatée et ayant une paroi épaissie [36]. Le pavillon est fermé dans la moitié des cas et l'aspect macroscopique évoque, avant ouverture de la pièce, un pyosalpinx ou un abcès [36].

Le type histologique le plus fréquemment décrit est l'adénocarcinome [36]

#### **❖ Aspect microscopique :**

La microscopie reconnaît des variétés alvéolaires, papillaires, endométrioïdes 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 [36].

#### **d. Examens complémentaires :**

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**

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 :**

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.

#### **LES TRAITEMENTS :**

##### **1-La chirurgie :**

Pour les tumeurs solides, elle permet d'enlever le foyer principal, mais il persiste souvent une possibilité de maladie résiduelle. C'est pourquoi on l'associe

souvent à la chimiothérapie et/ou radiothérapie qui quelque fois sont même réalisées avant l'acte chirurgical.

Si la chirurgie doit être mutilante le patient doit être préparé psychologiquement et techniquement (stomathérapie)

## **2-La radiothérapie :**

Utilisation actuelle de la radiothérapie haute énergie avec les accélérateurs de particules

Le temps d'exposition et le nombre de séances dépendent du type de tumeur.

Effets secondaires : (fatigue, sclérose de la peau, des muscles, des lymphatiques avec œdèmes persistants, inflammation des muqueuses digestives, baisse de l'immunité en général)...

## **3-La chimiothérapie :**

Elle représente le seul moyen théorique de contrôler la dissémination cancéreuse car véhiculée par le sang elle circulera dans tout le corps alors que la chirurgie et la radiothérapie ne s'adresse qu'à des zones localisées.

Le principe consiste à introduire des substances chimiques capable d'interférer dans le métabolisme des cellules (cytostatiques)

Effets secondaires de la chimiothérapie :

Elle entraîne une fatigue générale

Toxique également pour les cellules saines :

- Alopécie
- Nausées, vomissements
- Toxicité du tube digestif (muqueuse)
- Toxicité de certains organes vitaux (cœur, foie, rein...)
- Toxicité médullaire (aplasie médullaire donc une baisse de l'immunité en général avec risque infectieux augmenté et besoins transfusionnels).

## **4-Les autres traitements :**

- **Corticothérapie**

– **Hormonothérapie**

**5-La nouveauté : les thérapeutiques ciblées**

- ✓ Les anti-angiogénèses, qui, par action angiostatique ou action angio-toxique, inhibent ou détruisent les vaisseaux tumoraux.
- ✓ Les anticorps monoclonaux dirigés contre les antigènes marqueurs spécifiques des cancers.

# **METHODOLOGIE**

#### **IV. Matériel et méthodes**

##### ➤ **Cadre de l'étude : la commune I**

##### **Caractéristiques sanitaires**

La commune I compte 1 CSRef, 12 CSCom, des Cabinets et des Cliniques privés.

Le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune I fait partie des services les plus fréquentés du centre.

Il est situé vers le côté Sud du CSRef entre le bloc d'hospitalisation à l'Ouest, la pharmacie à l'Est et le bloc opératoire au Nord.

##### **Le personnel de la maternité est composé de**

- ✚ Quatre (4) gynécologues obstétriciens dont le chef de service ;
  - ✚ Vingt-neuf (29) sages-femmes ;
  - ✚ Dix (10) infirmières ;
  - ✚ Huit (8) aides-soignantes ;
  - ✚ Vingt- deux (22) médecins généralistes (ancien thésard et également personnel d'appui) ;
  - ✚ Quatorze (14) thésards (faisant fonction d'internes) ;
- réparties entre les différentes unités du service : CPN, PF, PTME, Hospitalisation Césarienne, Dépistage du cancer du col et du sein, Salle d'accouchement.

Sur le plan infrastructure, le service de gynécologie et d'obstétrique comprend :

##### **Un bloc de prestation composé de :**

- ✚ Trois bureaux de consultation externe ;
- ✚ Une salle pour les urgences gynécologiques et des soins après avortement;
- ✚ Une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement et une salle pour les sages-femmes ;
- ✚ Une salle d'attente qui sert également de salle de suites de couches et de surveillance du post-partum ;



- ✚ Une unité de consultation prénatale et de PTME;
- ✚ Une unité de planification familiale (PF) et de post-natale ;
- ✚ Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus et du sein ;

### **La salle de dépistage du col et du sein :**

- ✚ Elle comprend
- ✚ Deux bureaux
- ✚ Quatre chaises pour les patientes
- ✚ Une table d'examen gynécologique
- ✚ Une source lumineuse
- ✚ Un paravent
- ✚ Des speculums
- ✚ Des pinces à cœur et des pinces à biopsie
- ✚ Une armoire.

### **1. Type d'étude :**

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

### **2. Période d'étude :**

Notre étude est réalisée de Mars à Août 2021.

### **3. Population d'étude :**

Il s'agit essentiellement des prestataires de santé (Médecins, Gynécologue, Pédiatre, Chirurgien, sage-femme, infirmier d'Etat) au niveau des différents services de centre de santé de référence de la commune 1

### **4. Echantillonnage :**

Le mode d'échantillonnage est de type exhaustif recueilli après une enquête.

- Nous avons pu soumettre notre questionnaire à 100 prestataires de santé repartis de la façon suivante :
- 4 Gynécologues.
- 33 Médecins Généralistes.
- 19 Sages-femmes.
- 23 Infirmiers Diplômés d'Etat.

- 3 Chirurgien
- 11 Aides-soignantes
- 6 Laboratins
- 1 Pédiatre

### **5. Critères d'inclusion :**

Pour être inclus dans notre étude, il faut être praticien soignant (médecin : spécialiste, généraliste), sage- femme, IO diplômé d'état, infirmier diplômé d'état) exerçant au centre de santé de référence et intervenant dans les activités de consultations prénatales, postnatales, gynécologique ou de planning familial, consultation médecines générales et de soins, consultation pédiatriques, consultation chirurgicales.

### **6. Critères de non inclusion**

N'ont pas été concerné le personnel de la radiologie, celui de l'administration et tout le personnel du CSREF qui ne prodigue pas directement de soins au patient.

### **7. Mode de collecte et d'analyse des données**

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire préalablement testé (Annexe).

Le questionnaire contenait 19 questions qui concernent les caractères socio-professionnelles, les connaissances sur les cancers gynécologiques et mammaires et les attitudes des différents types de personelles face aux cancers gynécologiques et mammaires.

Les questionnaires ont été distribués et récupérés plus tard selon la disponibilité des enquêtés.

Les données ont été saisies par Word et Excel version 2010 et traité par le spss.

### **❖ DONNEES OPERATIONNELLES :**

Pour la clarté de l'étude, nous avons adopté les définitions suivantes :

- **Accouchement** : est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du

moment où la grossesse atteint le terme théorique de 6 mois ( 28 semaines d'aménorrhées).

- **Accouchement prématuré** : est celui qui survient avant la 37<sup>ème</sup> semaines d'aménorrhée révolue, soit 259 jours d'aménorrhée.

-**La césarienne** : est l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute par voie abdominale après coeliotomie ou par voie vaginale.

-**Gestité** : nombre total de grossesse contractée par une femme.

-**Primigeste** : il s'agit d'une femme qui fait sa première grossesse.

-**Pauci-geste** : c'est une femme qui est à sa deuxième ou troisième grossesse.

-**Multi geste** : c'est une femme qui est à sa quatrième ou cinquième grossesse.

-**Parité** : nombre total d'accouchement d'une femme.

-**Nullipare** : il s'agit d'une femme qui n'a jamais accouché.

-**Primipare** : c'est une femme qui a accouché une fois.

-**Pauci-pare** : c'est une femme qui a accouché deux ou trois fois.

-**Multipare** : c'est une femme qui a accouché quatre ou cinq fois.

-**Grande multipare** : il s'agit d'une femme qui a accouché six fois ou plus.

# RESULTATS

## V. RESULTATS

Au cours de notre étude, nous avons interrogé 100 personnels sur un total de 156 personnels de centre de santé de référence de la commune 1.

### 1. Données sociodémographiques :

#### 1.1. Tranches d'âge :

**Tableau I:** Répartition du personnel en fonction des tranches d'âge :

Age	Effectifs	Pourcentage
< 30 ans	46	46,0
30 à 40 ans	39	39,0
40 à 50 ans	13	13,0
> 50 ans	2	2,0
Total	100	100,0

Le personnel ayant âge inférieur à 30 ans représente (46%) et le personnel ayant âge supérieur à 50 ans représente (2%).

#### 1.2. Sexe :

**Tableau II :** Répartition du personnel en fonction du sexe :

Sexe	Effectifs	Pourcentage
Masculin	39	39,0
Féminin	61	61,0
Total	100	100,0

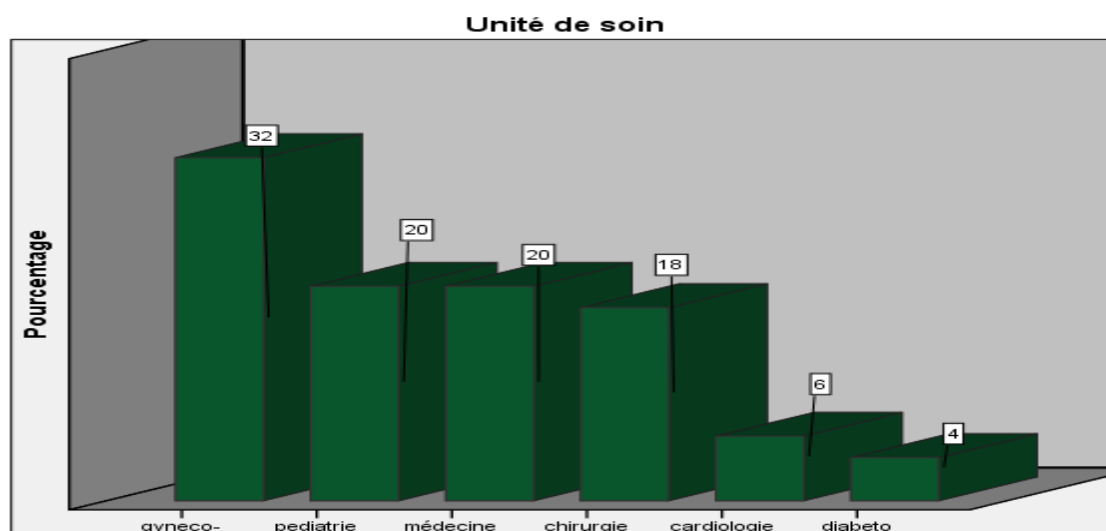
Les femmes représentaient (61%) et les hommes représentaient (39%)  
Cela s'explique par le fait que les plus grands services du CSRef ( la maternité et la pédiatrie ) sont peuplés par le personnel féminin.

### 1.3 Tableau III: Répartition du personnel en fonction de l'ancienneté dans la profession.

Expérience professionnelle	Effectifs	Pourcentage
0-5 ans	37	37,0
6-10 ans	43	43,0
11-15 ans	12	12,0
16-20 ans	4	4,0
>20 ans	4	4,0
Total	100	100,0

Quatre-vingt (80%) du personnel a entre 0 – 10 ans d'expérience donc, il s'agit d'un personnel jeune.

### 1.4 Unité de soin :



**Figure 10:** Répartition des différentes unités de soin :

Le plus grand nombre du personnel enquêté était le personnel du service de gynécologie-obstétrique (32%) et le plus petit nombre était le personnel du service de diabétologie (4%)

## 2. CONNAISSANCES :

**2.1 Tout le personnel avait déjà entendu parler des cancers gynécologiques et mammaires ( 100%)**

**2.2. Autoévaluation de la connaissance sur les cancers gynécologiques et mammaires :**

**Tableau IV** : Répartition selon l'autoévaluation de la connaissance sur les cancers gynécologiques et mammaires :

Profession	Bonne	pas assez	moyenne	Total
Gynécologue	4	0	0	4
Chirurgien	2	0	1	3
Pédiatre	1	0	0	1
Médecin	33	0	0	33
Infirmière	0	16	7	23
Sage-femme	0	5	14	19
Aide-soignante	0	5	6	11
Laboratin	0	3	3	6
Total	40	29	31	100

Quarante pourcent (40%) du personnel pensent avoir une bonne connaissance, (31%) pense avoir une connaissance moyenne, et (29%) ne pense pas avoir pas assez de connaissance.

### 2.3-Connaissance sur la fréquence des cancers gynécologiques et mammaires :

**Tableau V**: Le cancer le plus fréquent cité par le personnel de santé :

Profession	cancer du col de l'utérus	cancer du sein	Total
Gynécologue	2	2	4
Chirurgien	2	1	3
Pédiatre	1	0	1
Médecin	28	5	33
Infirmière	20	3	23
Sage-femme	17	2	19
Aide-soignante	7	4	11
Laboratin	4	2	6
Total	81	19	100

2.4. Estimation par le personnel de santé des facteurs de risque des cancers gynécologiques et mammaires :

**Tableau VI:** Répartition selon l'estimation par le personnel de santé des facteurs de risque des cancers gynécologiques et mammaires :

Profession	oui	non	Total
Gynécologue	4	0	4
Chirurgien	3	0	3
Pédiatre	1	0	1
Médecin	33	0	33
Infirmière	23	0	23
Sage-femme	19	0	19
Aide-soignante	5	6	11
Laboratin	4	2	6
Total	92	8	100

La majorité du personnel a répondu OUI (92%) les facteurs de risque des cancers gynécologiques et mammaires et (8%) du personnel n'ont pas donné de réponse.

### 2.5. Facteurs de risque cités par les personnels de santé

**Tableau VII :** Répartition selon les facteurs de risque cités par le personnel de santé

Profession	aucune réponse	1:reponse	2:repons es	3:repons es	4:repons es	Total
Gynécologue	0	0	0	0	4	4
Chirurgien	0	0	0	0	3	3
Pédiatre	0	0	0	0	1	1
Médecin	0	0	0	14	19	33
Infirmière	0	1	2	16	4	23
Sage-femme	0	0	1	16	2	19
Aide-soignante	7	1	2	1	0	11
Laboratin	4	1	0	1	0	6
Total	11	3	5	48	33	100

Quatre- vingt un (81%) des personnels avaient cité trois ( 3) facteurs de risque :  
1- âge >50 ; 2- les infections (HPV) ; 3- les facteurs génétiques.



## 2.6 Estimation par le personnel de santé des symptômes des cancers gynécologiques et mammaires :

**Tableau VIII:** Répartition selon l'estimation par le personnel des symptômes des cancers gynécologiques et mammaires :

Profession	Oui	non	Total
Gynécologue	4	0	4
Chirurgien	3	0	3
Pédiatre	1	0	1
Médecin	33	0	33
Infirmière	23	0	23
Sage-femme	19	0	19
Aide-soignante	5	6	11
Laboratin	4	2	6
Total	92	8	100

La majorité du personnel estime connaître les symptômes des cancers gynécologiques et mammaires (92%) et (8%) n'ont pas donnés de réponse.

### 1.6. Symptômes cités par le personnel de santé

**Tableau IX :** Répartition selon les symptômes cités par le personnel de santé :

Profession	Aucune réponse	1:reponse	2:reponses	3:reponses	Total
Gynécologue	0	0	0	4	4
Chirurgien	0	0	0	3	3
Pédiatre	0	0	0	1	1
Médecin	0	0	1	32	33
Infirmière	4	9	10	0	23
Sage-femme	1	1	11	6	19
Aide-soignante	4	6	1	0	11
Laboratin	5	1	0	0	6
Total	14	17	23	46	100

Quarante- six pourcent (46%) du personnel avait cité trois signes cliniques des cancers gynécologiques et mammaires : 1- la douleur ; 2- la fièvre ; 3- le saignement.

### 1.7. Connaissance sur les moyens de détection précoce :

**Tableau X:** Répartition selon la connaissance sur les moyens de détection précoce

Profession	Vrai	Faux	Total
Gynécologue	4	0	4
Chirurgien	3	0	3
Pédiatre	1	0	1
Médecin	33	0	33
Infirmière	23	0	23
Sage femme	19	0	19
Aide soignante	5	6	11
Laboratin	4	2	6
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

Quatre-vingt-douze (92%) ont répondu par VRAI.

### 2-8 Moyens de détection précoce cités par le personnel :

**Tableau XI :** Répartition selon les moyens de détection précoce cités par le personnel :

Profession	dépistage	aucune réponse	Total
Gynécologue	4	0	4
Chirurgien	3	0	3
Pédiatre	1	0	1
Médecin	33	0	33
Infirmière	23	0	23
Sage-femme	19	0	19
Aide-soignante	4	7	11
Laboratin	2	4	6
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>11</b>	<b>100</b>

Le dépistage (IVA et IVL) était le moyen le plus connu par le personnel de santé (89%).

### 3. ATTITUDES :

#### 3.1 Attitude pour la prévention des cancers gynécologiques et mammaires :

**Tableau XII** : Répartition selon l'attitude de personnel pour la prévention des cancers gynécologiques et mammaires :

<b>Profession</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>Total</b>
<b>Gynécologue</b>	4	0	4
<b>Chirurgien</b>	3	0	3
<b>Pédiatre</b>	1	0	1
<b>Médecin</b>	33	0	33
<b>Infirmière</b>	23	0	23
<b>Sage-femme</b>	19	0	19
<b>Aide-soignante</b>	6	5	11
<b>Laboratin</b>	5	1	6
<b>Total</b>	94	6	100

La majorité du personnel (94%) trouve qu'on peut prévenir les cancers gynécologiques et mammaires et (6%) n'ont pas répondu à la question.

#### 3.2. Attitude sur la recommandation du personnel de santé en cas de suspicion de cancers gynécologiques et mammaires :

Tout le personnel de santé (100%) dirige les patients vers le centre de santé pour faire le dépistage et la prise en charge.

### 3.3. Méthodes de traitement connu par le personnel de santé :

**Tableau XIII:** Répartition du personnel selon les méthodes thérapeutiques connues :

Profession	chirurgie,radiothérapie et chimiothérapie	chirurgie,radiothérapie,chimiothérapie et autre	aucune reponse	Total
Gynécologue	3	2	0	4
Chirurgien	2	0	0	3
Pédiatre	1	0	0	1
Médecin	30	3	0	33
Infirmière	22	1	0	23
Sage-femme	14	5	0	19
Aide-soignante	5	0	6	11
Laboratin	4	0	2	6
Total	81	11	8	100

### 3.4. Estimation par le personnel pour la guérison des cancers gynécologiques et mammaires :

**Tableau XIV:** Répartition du personnel selon la possibilité de guérison des cancers gynécologiques et mammaires :

Profession	oui	Non	Total
Gynécologue	3	1	4
Chirurgien	3	0	3
Pédiatre	0	1	1
Médecin	25	8	33
Infirmière	20	3	23
Sage-femme	17	2	19
Aide-soignante	4	7	11
Laboratin	2	4	6
Total	74	26	100

Soixante- quatorze pourcent( 74%) du personnel ont une certitude que les cancers gynécologiques et mammaires détectés à un stade précoce guérissent et

Attitudes et connaissances des personnels de centre de santé de référence de la commune 1 vis-à-vis  
des cancers gynécologiques et mammaires

( 26%) ne sont pas d'accord que les cancers gynécologiques et mammaires une  
fois déclaré peuvent guérir.

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## **VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **1-LA METHODOLOGIE**

#### ➤ Force de l'étude :

Il s'agit de l'une des premières études faites auprès des personnels socio-sanitaire permettant d'avoir une idée sur leur attitude et connaissances en matière de cancers gynécologiques et mammaires. Les personnels de santé semblent être intéressés afin d'approfondir leurs connaissances sur les cancers gynécologiques et mammaires. Le personnel de santé entend beaucoup parler de cancer gynécologique et mammaire et souvent même, il y a qui dans leur pratique quotidienne en a rencontré de cas mais cette étude pour la première fois donne l'occasion au personnel soignant de s'autoévaluer sur leur comportement face aux cancers gynécologiques et mammaires.

#### ➤ Faiblesses de l'étude :

Notre échantillon, cent (100) personnes seulement interrogés et le fait que notre étude n'a concerné qu'un CSREF, nous n'avons pas rencontré de problème. Tous les personnels ont acceptés de répondre aux questionnaires. selon l'OMS, quel que soit leur cadre de travail et le niveau de soins auquel ils exercent, tous les personnels de santé doivent être capables de donner aux femmes et aux hommes des renseignements corrects et cohérents sur le cancer du col, les moyens de l'éviter, l'intérêt de son dépistage, ainsi que la signification et la prise en charge de toute anomalie détectée. Ainsi, les personnels de santé doivent travailler en équipe, de façon complémentaire et en totale synergie, en entretenant une bonne communication [38].

D'une manière générale, les personnels de santé ont des réponses différentes à chaque fois plus de personnel préfère ne pas répondre ou donne des réponses partiellement justes.

Nous avons constaté que les cancers gynécologiques et mammaires ne sont pas très bien connus par la plupart des personnels de santé du CSREF de la commune 1, comme aussi démontré dans une étude de l'OMS [38]. Une brève

information sur ces cancers permettrait de mettre tout le monde socio-sanitaire à un niveau acceptable en matière de connaissance sur les cancers gynécologiques et mammaires. Celui paraît important pour les personnels de santé et leur permet surtout de faire une bonne orientation de cas rencontrés dans la communauté ou suspecté au cours de leur pratique quotidienne pour permettre une prise en charge précoce et adéquate.

## **2- DONNEES SOCIOPROFESSIONNELLES**

- Sexe : La prédominance des femmes (61%) s'explique par le grand nombre de personnel féminin au niveau des deux grandes unités du CSREF à savoir le service de gynéco-obstétrique et la pédiatrie.

- Ancienneté dans la profession :

Quatre-vingt (80%) du personnel enquêtés a entre 0- 10 ans d'expérience dans la profession médicale avec 37% qui exerce depuis 5 ans seulement donc il s'agit d'un personnel jeune avec peu d'expérience dans la profession médicale d'où leurs connaissances médiocres sur les cancers gynécologiques et mammaires.

## **CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES**

❖ Connaissances :

- Perception du personnel de santé sur les cancers gynécologiques et mammaires:

La connaissance de ces cancers est très importante car parmi ces cancers, l'un (cancer du col) est déclaré comme étant un problème de santé publique. Dans notre enquête, tout le personnel de santé interrogé avait déjà entendu parler de ces cancers gynécologiques et mammaires (100% OUI).

Nos résultats sont proches de ceux de l'étude menée par RAZAFY M.N à Madagascar en 2018 sur la connaissance-attitude et Pratique du personnel de santé sur le cancer du col utérin, qui a révélé que 100% des praticiens de soins était informé de l'existence du cancer du col de l'utérus [38].



Nos populations féminines auraient un bénéfice certains à échapper à la mortalité et à la morbidité liée aux cancers gynécologiques et mammaires, si un nombre important de personnel socio-sanitaire à une bonne connaissance de ces pathologies, car cela va permettre à ces prestataires d'orienter les cas suspects de façon précoce et adéquate, gage d'une prise en charge adéquate et moins onéreuse.

- Autoévaluation de la connaissance sur les cancers gynécologiques et mammaires

Puisque tout le personnel interrogé a déjà entendu parler des cancers gynécologiques et mammaires, presque la moitié de personnel soit (40%) pense avoir une bonne connaissance de celui-ci ; 31% pense en avoir une connaissance moyenne. Le reste du personnel de santé (29%) des personnels déclaraient ne pas avoir assez de connaissances des cancers gynécologiques et mammaires ; cela sous-entend qu'au niveau national et local, il existe très peu de sensibilisation sur ces cancers.

Les résultats de notre étude sont proches de ceux de l'étude de RAZAFY M.N à Madagascar qui rapporte que la majorité des praticiens de soins avait une bonne connaissance du cancer cervical [50%].

Ainsi, le personnel de santé devrait considérer en priorité la gravité de ces maladies au niveau de la santé publique, comme disait l'OMS [38].

- Connaissance sur la fréquence des cancers gynécologiques et mammaires :

D'après notre enquête, 81% des personnels interrogés disaient que le cancer du col est le plus fréquent et 19% ce du cancer du sein.

L'étude d'Ali S. F. et al au Pakistan à travers une enquête faite auprès de 143 internes et 257 infirmiers avait montré que 6,7% des interrogés savait que ce cancer était parmi les plus fréquents alors que l'étude de Zapka J. G. et al a constaté un manque de connaissances de base, relatives aux cancers les plus fréquents [39, 40].

- Estimation par le personnel de santé des facteurs de risque de ces cancers

Dans notre étude, 92% du personnel interrogé disait connaître les facteurs de risque du cancer. Le reste 8% disait le contraire.

Le résultat de l'étude de RAZAFY M.N à Madagascar est proche de la nôtre. Elle a trouvé 91,67% des médecins et 84,62% des paramédicaux interrogés disait connaître les facteurs de risque du cancer du col.

Ces littératures montraient que non seulement le personnel de santé connaissait les facteurs de risque du cancer du col, mais également les femmes en général. La sensibilisation ne doit pas se focaliser uniquement au niveau du personnel de santé mais prendre en compte les femmes qui sont tout aussi concernées. Comme elles se partagent beaucoup leur expérience, elles pourraient aussi être une source d'information très efficace pour les autres femmes. Impliquer les femmes dans la création de messages et de programmes aiderait sûrement à garantir le succès de cette sensibilisation.

- Facteurs de risque cités par le personnel de santé

Presque tout le personnel (81%) interrogé avait cité au moins trois des facteurs de risque, (5%) avait cité deux facteurs de risque, (3%) avait cité un facteur de risque parmi cela: l'âge précoce du premier rapport sexuel, l'infection par l'HPV, Age >50 ans, la multiparité, les infections sexuellement transmissibles à répétition, les antécédents de cancers gynécologiques et mammaires dans la famille .... Le reste du personnel (11%) n'avait cité aucun des facteurs de risques de ces cancers.

Le personnel de santé interrogé dans notre étude a une meilleure connaissance par rapport à celui interrogé par Twaha M. et al ont trouvé en Ouganda dans leur enquête auprès de 310 Agents de Santé. Ils ont découvert que seulement 29% des interrogés connaissait un minimum de trois facteurs de risque.

Il est important que le personnel de santé connaisse les facteurs de risque des cancers gynécologiques et mammaires afin de bien informer les femmes pour qu'elles participent à la prévention de ces cancers.

- Estimation par le personnel de santé des symptômes des cancers gynécologiques et mammaires :

Concernant les symptômes, (92%) de personnel avait une bonne connaissance des symptômes des cancers gynécologiques et mammaires. Et 8% d'entre eux n'avaient pas donné des réponses.

Par contre une autre étude de Chande H. M .et al a montré des résultats assez différents que ceux de notre enquête. Les femmes Tanzaniennes avaient peu de connaissances du cancer du col en matière de symptômes [41].

Ce manque de connaissances aurait de grandes conséquences sur le plan épidémiologique. Il faut informer le personnel de santé pour ne pas fausser un diagnostic, mais aussi encourager les femmes à venir consulter fréquemment et ce même en absence de problème gynécologique.

- Symptômes cités par le personnel de santé

Quarante ( 46%) du personnel avait cité trois des symptômes, 23% avaient cité deux des symptômes, 17% du personnel avait cité un des symptômes et le reste du personnel n'avait aucune connaissance. D'après les résultats, les médecins connaissaient mieux les symptômes des cancers que les autres agents de santé, parmi: les métrorragies spontanées et provoquées, les leucorrhées banales, la douleur pelvienne, adénopathies tuméfaction, altération de l'état générale.... Certaines littératures renforcent ce constat [33]. Notre enquête nous a permis de comprendre que pour tout le personnel de santé, la métrorragie était le principal signe clinique connu des cancers gynécologiques. Le personnel ayant déjà été confronté à ce type de cancer a pu citer facilement les symptômes liés à ce dernier.

- Connaissance sur les moyens de détection précoce

Le personnel (92%) avait une bonne connaissance du moyen de détection précoce du cancer avant l'apparition de signes cliniques; le 8% restant a affirmé n'avoir qu'une légère connaissance de ces moyens.

Dans l'étude de Hsairi M. et al, la majorité des étudiants interrogés pensaient qu'ils n'existaient pas de moyens efficaces pour réduire le cancer (96,2%) [15].

Par contre, l'étude de Mutyaba T. et al a objectivé que 38,2% des praticiens avaient une bonne connaissance des méthodes de dépistage.

La connaissance d'un moyen de dépistage est primordiale pour détecter des lésions précancéreuses afin de réduire la mortalité liée à cette maladie.

- Moyens de détection précoce cités par le personnel de santé

Parmi ceux qui connaissent un moyen de détection précoce, près de 90% du personnel interrogé a désigné le dépistage. Seulement 11% du personnel n'a pas répondu à la question.

Une étude faite par Addah A. O. et al a rapporté que 92,2% des enquêtés connaissait le FCV comme étant un outil de détection du cancer du col utérin. Ce résultat est supérieur au nôtre [6, 40] ; car chez nous c'est surtout l'IVA et l'IVL qui sont connues car le frottis cervical est pas très pratiqué.

Quant aux moyens de prévention, le personnel de santé n'en connaissait qu'un au maximum. Leur connaissance à ce sujet était approximative.

## **ATTITUDES :**

### **-Attitude du personnel pour la prévention**

Presque la totalité du personnel (94%) pense que le meilleur moyen de prévention est le dépistage et (6%) du personnel n'a pas répondu la question.

Le dépistage est important. Effectivement tout le personnel de santé enquêté pensait faire le dépistage.

L'étude de Kanwouo D. est comparable à notre étude. Les professionnels de santé qu'il a enquêté s'accordaient aussi sur l'importance du dépistage [31].

Selon l’OMS, les prestataires de soin doivent faire preuve d’un solide sens de la communication, utiliser des termes simples et compréhensibles avec un vocabulaire adapté au contexte pour éduquer et conseiller les femmes, les hommes et les adolescents; et aider ceux du groupe cible à comprendre la nécessité de la prévention et du dépistage [38].

**- Attitude sur la recommandation du personnel de santé en cas de suspicion de cancer gynécologique et mammaire :**

Cette étude montre qu’il y a une bonne connaissance de la part des prestataires devant une suspicion d’anomalies du cancer puisque la totalité (100%) réfère la patiente vers un CHU ou a la possibilité de trouver un spécialiste pour l’investigation au détriment du traitement local.

Notre résultat est proche d’une étude faite au Maroc ; dans cette étude en cas d’anomalie du sein chez la femme consultante, 0,7 % des prestataires prenait en charge la patiente au niveau local (centre de santé) et la quasi-totalité des prestataires (99,3 %) référerait les patientes avec anomalie du sein à un autre niveau d’offre de soin pour une prise en charge spécialisée, parmi eux 96,0 % référerait au niveau 2 et 1,3 % au niveau 3 [41,42].

Les femmes connaissent le rôle du dépistage du cancer puisque 81,03% y adhèrent.

L’OMS a défini les différents rôles des agents de santé selon les niveaux de soins auxquels ils exercent.

- Les agents de santé communautaires (ASC) sensibilisent la population sur le cancer du col, incitent et aident les femmes à utiliser les services et assurent le suivi de celles qui rentrent chez elles après avoir subi un traitement au niveau de soins supérieur;
- Les prestataires de soins primaires (Dispensaires et CSB) assurent la promotion de service, réalisent le dépistage et le suivi et orientent aussi les femmes vers des niveaux de soins supérieurs, si nécessaire;

- Les prestataires de soins secondaires (Hôpital du district) assurent toute une série de services, allant du diagnostic au traitement, et orientent les patientes vers des niveaux de soins supérieurs ou inférieurs.

- Les prestataires de soins tertiaires (Hôpital central) s'occupent des patientes souffrant d'un cancer invasif et des stades avancés de la maladie. Ils les renvoient si besoin vers des niveaux de soins inférieurs [38].

**- Méthodes de traitement connu par le personnel de santé :**

Le personnel (81%) connaît l'usage de la chirurgie associée à la chimiothérapie et radiothérapie comme moyen de traitement, (11%) connaît la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie et autre ( corticothérapie et hormonothérapie ) et (8%) n'a donné aucune réponse.

1 La chirurgie :

Pour les tumeurs solides, elle permet d'enlever le foyer principal, mais il persiste souvent une possibilité de maladie résiduelle c'est pourquoi on l'associe souvent à la chimiothérapie et/ou radiothérapie qui quelquefois sont même réalisées avant l'acte chirurgical.

2 La radiothérapie :

Utilisation actuelle de la radiothérapie haute énergie avec les accélérateurs de particules.

Le temps d'exposition et le nombre de séances dépendent du type de tumeur.

3 La chimiothérapie :

Elle représente le seul moyen théorique de contrôler la dissémination cancéreuse car véhiculée par le sang elle circulera dans tout le corps alors que la chirurgie et la radiothérapie ne s'adresse qu'à des zones localisées.

**-Estimation par le personnel pour la guérison des cancers gynécologiques et mammaires :**

Soixante-quatorze (74%) du personnel a une certitude que les cancers gynécologiques et mammaires détectés à un stade précoce guérissent et (26%)

n'a pas d'accord que les cancers gynécologiques et mammaires une fois déclaré peuvent guérir.

Il a pour but le plus efficace possible, le mieux toléré possible (en particulier avec le moins de séquelles possibles) et enfin d'être le moins cher possible. Ce aspect ne doit pas être négligé et semble destiné à avoir une importance croissante.

L'efficacité est définie par la possibilité de guérison mais aussi par la possibilité d'obtenir un effet palliatif valable.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**



## **VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

### **1. CONCLUSION**

L'objectif de notre étude était d'évaluer les connaissances et attitudes des personnels de centre de santé de référence de la commune 1 (Gynécologues, Médecins Généralistes, Sages-femmes, Infirmiers Diplômés d'Etat, Chirurgien, Aides-soignantes, Laboratins, Pédiatre) relatives aux cancers gynécologiques et mammaires de Mars à Août 2021.

Nous avons mené une étude transversale dont les résultats ont été les suivants : En matière des cancers gynécologiques et mammaires, les moyens de dépistage et de traitement sont bien connus et cette connaissance est en rapport avec la catégorie socioprofessionnelle et le lieu d'exercice. Toutefois les connaissances sont moins bonnes pour les cancers.

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

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.

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.

### **2. RECOMMANDATIONS :**

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

Il est recommandé de former les personnels de santé afin qu'ils puissent connaître toutes les étapes à suivre pour le dépistage et interpréter les résultats. De surcroît, mettre à la disposition des personnels de santé les matériels et les produits nécessaires au dépistage.

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

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

### **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.
- Éviter les pratiques traditionnelles néfastes.

# **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

**1-Edahk M.** Etude des traitements des cancers des cas admis au CNHU de Cotonou à propos de 452 cas recensés du 1<sup>er</sup> janvier 1987 au 31 Décembre 1996. Thèse Médecine, Cotonou 1999 (827) : 168.

**2-Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L & Thomas BD (eds).**

Cancer incidence in five continents. Lyon 2002; n°155 vol VIII. 1-781.

**3-Fotieu P T.** Etude épidémiologique, clinique et histologique des cancers gynécologiques et mammaires à propos de 740 cas. Thèse Med, Bamako 11-M-134 ; p69-94.

**4-OMS:** la forte augmentation du cancer du sein demande des réponses, Communiqué de presse N°263 du 12 septembre 2018 [consulté le 5 janvier 2019]

**5-Noel G, Genestie C, Votadoro A.** Cancers du col utérin. Cancérologie DCEM 3, chap9: partie2.

**6-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.

**7- 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.

**8- Kamina P.** Anatomie gynécologique et obstétricale. Maloine, Paris : 1984 ; 513p. P:217-478.

**9- Netter F. H.** Atlas d'Anatomie Humaine, 2<sup>ème</sup> édition Maloine 1999 planche 336 et 350.

**10- Kamina P,** Anatomie Opératoire, Gynécologie et Obstétrique, édition Maloine 2020 ; pp : 273-297.

**11- Société Française de Gynécologie et d'Obstétrique Paris :** Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. Réseau Français des registres des cancers FRANCIM, Aout 2003 ; 217p. [Consulté 5janvier 2019].

**12-Lokossou A.** Contribution à l'étude des tumeurs de l'ovaire (à propos de 91 observations) Thèse Med, Cotonou 1978; n°33.

**13- 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.

**14-La Ligue Contre Le Cancer.** Les cancers de l'appareil génital. Information et prévention.

**15-Sando Z, Fouogue J F, Fouelifack F. Y., Fouedjio J. H., Mboudou E. T., Oyono Essame J. L.**

Profil des cancers gynécologiques et mammaires à Yaoundé-Cameroun ; PAMJ. VOL17 (28). 17 jan 2014.

The Pan African Médical Journal. 2014.

**16-Dos Santos Silva I.** Epidémiologie du cancer : principe et Méthodes. Lyon : centre internationale de recherche sur cancer ; 1999.

**17- Baillet F, Genestie C, Auclerc G et al.** Cancer du sein. Paris: CHUPS 2004. FMPMC-PS – Cancérologie –Niveau DCEM3.

**18-Bissan M.**Cancer du sein: Aspects cliniques et Thérapeutiques dans le service de Chirurgie « A » du CHU du POINT G. Thèse Med Bamako 07-M-60; p71.

**19- De brux J.** Collection d'histopathologie du sein. Masson, Paris : 1979 ; 299p.

**20-Larousserie F.** Cancer de la vulve. Hôpital Georges Pompidou; France 2005.

**21- Uzan S, Gaudet R.** Cancer du sein. Rev Prat 1998 ; 48(7): 787-796.

**22- Amalric R, Brandone H, Ayme Y, et al.** le traitement conservateur des cancers du sein infra cliniques (TON0) : 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 1er.

- 23-De brux J.** Collection d'histopathologie gynécologique. Masson, Paris : 1982 ; 534p.
- 24-Giraud J R, Rotten D, Brémond A, Poulain P.** Abrégés connaissances et pratique gynécologie ; 4ème éd Masson. P: 1979, 87-93.
- 25-El Mhamdi S, Bouanene I, Mhirsi A, Bouden W, Soussi S M.** Cervical cancer screening: women's knowledge, attitudes, and practices in the region of Monastir (Tunisia). Rev Epidemiol Santé Publique. 2012 Decembre; 60: 431-6.
- 26-Sarakaranyanan R, Wesley R S.** Guide pratique pour le dépistage visuel des néoplasies cervicales, Lyon 2004, CIRC pub technique 141 :1-16.
- 27-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.
- 28- Chevrel J-P.** Abrégé d'anatomie générale. Masson, Paris : 1991: 261p.
- 29-Meric J B, Rixe O, Khayat D et al.** Le cancer de l'ovaire. Paris: CHUPS 2004. p9.
- 30-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. Communication orale congrès SAGO Bamako 2008 p13-16. [www.Sago.sante.gov.ml](http://www.Sago.sante.gov.ml).
- 31-Muteganya D, Bigaya T.** Cancer du col utérin à propos de 35 cas au Centre hospitalier universitaire de Kamenge. Méd. d'Afrique Noire 1999; p46.
- 32-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.
- 33-Dire E, Grosso G, Raspagliesi F, Baiocchi G.** Fallopian tube cancer: Incidence and role of lymphatic spread. Gynecol. Oncol. 1996; 62: 199 - 202.
- 34-Last JM.** A Dictionary of epidemiology, third edition. Oxford: university press 1995.

**35-Noel G, Genestie C, Votadoro A, Lefranc J-P.** Cancers de l'endomètre. Chap10: partie2.

**36-Ngassa P.** Incidence et mortalité par cancer au Mali : Données du registre du cancer de 1995-2004.Thèse de médecine Bamako 06M44 ; p93.

**37-Organisation Mondiale de la Santé.** Département Santé et recherche génésiques et Département des Maladie chroniques et promotion de la santé. La lutte contre le cancer du col de l'utérus: Guide des pratiques essentielles. OMS. 2006 :1-287.

**38- Ali S F, Ayub S, Manzoor N F et al.** Knowledge and Awareness about Cervical Cancer and Its Prevention amongst Interns and Nursing Staff in Tertiary Care Hospitals in Karachi, Pakistan. PLoS ONE. 2010: 5; 6.

**39-Zapka J G, Luckmann R, Sulsky S I et al.** Cancer control knowledge, attitudes, and perceived skills among medical students. J Cancer Educ. 2000; 15 (2):73-8.

**40-Addah A O, Ojule J D, Fiebai P O.** Knowledge, attitude and practice of cervical cancer screening-Papanicolaou test (Pap smear) among female health care providers in Port Harcourt. African J. 2012; 6: 74-80.

**41-Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M et al.** Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer. 2015 Mar; 136: 359-98.

**42-Bosch F X, Muñoz N, De SanJosé S, Izarzugaza I, Gili M, Viladiu P et al.** Risk factors for cancer in Colombia and Spain. Int J Cancer. 1992; 52: 750-8.

# **ANNEXES**





◇ Oui - ◇ Non

7\_Si Oui, quels sont les symptômes que vous connaissez ?

A\_.....

B\_.....

C\_.....

8\_On peut détecter les cancers gynécologiques et mammaire avant l'apparition des signes cliniques.

◇ VRAI - ◇ FAUX

9\_Si VRAI, quel moyen de détection précoce connaissez-vous ?

.....

.....

### C-ATTITUDE

1\_Peut-on prévenir les cancers gynécologiques et mammaires ?

◇ Oui - ◇ Non

2\_Si vous soupçonnez qu'un malade nécessiteux souffre de cancer gynécologique et mammaire, que lui recommandez-vous ?

.....

.....

3\_Quelles méthodes thérapeutique connaissez-vous pour le traitement des cancers gynécologiques et mammaires ?

A\_ Chirurgie / ...../

B\_ Chimiothérapie / ...../

C\_ Radiothérapie /...../

D\_ Autres /...../

4\_Es qu'on peut guérir les cancers gynécologiques et mammaires ?

◇ Oui - ◇ Non

## **FICHE SIGNALITIQUE**

**Nom :** THIERO

**Prénom :** Mamadou

**Titre de la thèse :** Attitudes et connaissances des personnels de centre de santé de référence de la commune 1 vis-à-vis des cancers gynécologiques et mammaires

**Année :** 2020 – 2021

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays d'origine :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'odontostomatologie

**Secteur d'intérêt :** Gynécologie

Tel : 68 16 47 89

### **Résumé**

Les cancers gynécologiques et mammaires sont fréquentes dont le cancer du col de l'utérus demeure un problème de santé publique dans les Pays en développement.

**Objectifs :** Décrire et analyser les connaissances, les attitudes des personnels vis-à-vis des cancers gynécologiques et mammaires.

**Matériel et méthodes :** Il s'agit d'une étude transversale descriptive des connaissances, attitudes d'un échantillon de 100 personnels qui ont donné leur avis sur les cancers gynécologiques et mammaires au niveau du Centre de Santé de Référence de la Commune I (CSRef CI) du district de Bamako.

L'enquête s'est déroulée sur une période de six mois. Nous avons un questionnaire conçu pour les objectifs de l'étude.

**Résultats :** Il ressort de notre étude que les cancers gynécologiques et mammaires est mal connu par le personnel de santé.

Compte tenu de la facilité pratique du dépistage et le suivi par les méthodes d'inspection visuelle, des efforts restent à faire pour la vulgarisation des

Attitudes et connaissances des personnels de centre de santé de référence de la commune 1 vis-à-vis  
des cancers gynécologiques et mammaires

campagnes de dépistage et la communication pour le changement de  
comportement du suivi dans les pays.

Mots clés : **Connaissances, attitudes, cancers gynécologiques**

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

**Je le jure !**