

**CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES :
Aspects épidémiologiques et cliniques à l'hôpital du Point G à Bamako**

TRAORE M¹, DIABATE FS¹, DIARRA I¹, MOUNKORO N², TRAORE Y¹, TEKETE I¹,
KANAMBAYE D¹, DOLO A¹

1. Service de Gynécologie-Obstétrique Hôpital Gabriel Touré Bamako
2. Service de Gynécologie-Obstétrique Hôpital du Point G Bamako.

RESUME :

1. But :

On estime actuellement dans le monde que chaque année, 4 millions d'individus meurent de cancer et 5 millions de nouveaux cas sont dépistés parmi lesquels 5% seulement seront totalement guéris.

Au Mali les premiers cas de cancer ont été diagnostiqués entre 1941 et 1959. Depuis de nombreux travaux ont été consacrés aux cancers gynécologiques et mammaires mais aucun n'a abordé l'aspect épidémiologique. Celui-ci a pour objectif de les étudier dans leurs aspects épidémiologique et clinique à l'hôpital du Point G à Bamako.

2. Matériel et méthode :

Notre travail est une étude transversale avec collecte rétrospective des données du 1^{er} janvier 1991 au 31 décembre 2000 (10 ans). Le recrutement de l'échantillon a été effectué dans les services de Gynécologie-Obstétrique, de Chirurgie A et B, d'Hémo-oncologie de l'hôpital du Point G à Bamako.

3. Résultats :

Le cancer du col de l'utérus, celui du sein et de l'ovaire représentent respectivement 50,3%, 33,9% et 7,8% des cancers gynécologiques et mammaires. L'âge moyen au moment du diagnostic du cancer du col est 48,5 ans (23-82 ans), celui du cancer du sein est de 48,2 ans (21-80 ans) et celui du cancer de l'ovaire est 46,2 ans (28-70 ans). Le diagnostic du cancer est tardif : 59,4% aux stades III et IV pour le cancer du col, 61,6% aux stades III et IV pour le cancer du sein.

4. Conclusion :

Aujourd'hui les cancers gynécologiques et mammaires notamment les cancers du col et du sein constituent un problème de Santé publique. Leur prise en charge est rendue difficile par le fait que les patientes consultent tardivement et qu'il n'existe pas de centre de radiothérapie au Mali.

MOTS CLES : cancer, seins, col, ovaire

INTRODUCTION :

On estime actuellement que dans le monde chaque année, 4 millions d'individus meurent de cancer et 5 millions de nouveaux cas sont dépistés parmi lesquels 5% seulement seront totalement guéris (1). En Europe, l'incidence des cancers gynécologiques et mammaires est forte. Elle est plus élevée pour le sein que pour les autres organes génitaux féminins (2,3). Aux Etats-Unis, les cancers génitaux sont encore plus fréquents qu'en Europe. Ils sont plus fréquents dans les villes que dans les campagnes (2).

En Asie, l'incidence des cancers génitaux et mammaires est faible. Au Moyen Orient, en Israël par exemple, on note peu de cancers de col et beaucoup plus de cancers de sein (3).

Pendant longtemps on a pensé que le continent africain était épargné. C'est pourquoi Ortholan (4) écrivait en 1909 : « Nous n'avons trouvé mentionné dans aucun travail d'observation, de néoplasmes malins chez les différentes races ».

Aujourd'hui, avec le recul des grandes endémies, avec l'amélioration des équipements sanitaires et par conséquent des moyens de diagnostic, la maladie cancéreuse tend à devenir de plus en plus un véritable problème de santé publique en Afrique. Toutefois, les cancers gynécologiques et mammaires sont moins fréquents en Afrique qu'en Europe et qu'aux Etats-Unis exception faite du cancer du col.

En ce qui concerne le Mali, les premiers cas de cancer ont été diagnostiqués entre 1941 et 1959 (5). Depuis, l'étude a connu un regain d'intérêt. Ainsi, de nombreux travaux ont été consacrés aux cancers gynécologiques et mammaires (6,7,8). Mais il y a de cela une dizaine d'années. C'est pour évaluer la situation actuelle que nous avons initié ce travail avec comme objectif d'étudier les cancers gynécologiques et mammaires dans leurs aspects épidémiologique et clinique à l'hôpital du P^TG.

MATERIEL ET METHODE :

1. Lieu d'étude

Le recrutement des cas a été effectué dans les services de gynécologie et d'obstétrique, de chirurgie A et B et d'Hémo-oncologie de l'Hôpital du P^TG.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective ayant couvert la période du 1^{er} janvier 1991 au 31 décembre 2000 (10 ans).

3. Critères d'inclusion

Nous avons inclus tous les cas de cancers gynécologiques et mammaires dont le diagnostic a été confirmé à l'histologie et ou à la cytologie.

4. Critère d'exclusion

Ont été exclus les cas de métastases de cancer d'autres organes aux organes génitaux et mammaires.

5. Collecte et analyse des données

Nos sources d'informations ont été : le registre d'admission des patientes, le registre de compte-rendus opératoires, le compte-rendu histologique et ou cytologique, le registre de décès dans les services concernés pour les cas de décès survenus à l'hôpital.

Les dates pour les cas de décès survenus en ville ont été recherchées dans le registre général de décès du district de Bamako.

Ces sources ont révélé que les patientes avaient été suivies du début de leur admission jusqu'au 31 mars 2001, fin de notre collecte. Nous avons élaboré une fiche d'enquête individuelle pour chacune des patientes afin de collecter les informations dont nous avions besoin.

Nous avons saisi et analysé les données sur le logiciel Epi-Info version 6.04. Une partie de l'analyse a été effectuée sur le logiciel SPSS 10.0.

RESULTATS :**1. Fréquence des cancers gynécologiques et mammaires.***Tableau I : répartition des cancers selon la fréquence*

SIEGE DU CANCER	NOMBRE	POURCENTAGE
COL DE L'UTERUS	197	50,3%
SEIN	133	33,9%
OVAIRE	29	7,8%
ENDOMETRE	13	3,3%
CHORIO-CARCINOME	7	1,7%
CORPS DE L'UTERUS	6	1,3%
VAGIN	4	1%
VULVE	4	1%
TOTAL	393	100%

2. Cancer du col de l'utérus :

2.1 : Age : Age moyen = 48,5 ans ; médian = 49 ans ; âges extrêmes = 23 et 82 ans.

2.2. Mode d'admission :

- Venues d'elles-mêmes 24,9% (49/197)
- Référées 68,0% (134/197)
- Evacuées 7,1% (14/197)

2.3. Statut matrimonial :

- Mariées 95,4% (188/197)
- Célibataires 1,5% (3/197)
- Divorcées 0,5% (1/197)
- Veuves 2,5% (5/197)

2.4. Niveau d'instruction :

- Instruites 8,6% (17/197)
- Non instruites 91,4% (180/197)

2.5. Motif de consultation :

- Métrorragies 82,2% (162/197)
- Leucorrhées 73,1% (144/197)
- Douleurs pelviennes 55,8% (110/197)

2.6. Aspect macroscopique de la tumeur :

- Tumeurs bourgeonnantes 95% (187/197)
- Tumeurs infiltrantes 5% (10/197)

2.7. Stade évolutif*Tableau II : répartition des cancers du col selon le stade*

Stades	Nombre	Fréquence
Stade I	21	10,7%
Stade II	59	29,9%
Stade III	53	26,9%
Stade IV	64	32,5%
TOTAL		197

2.8. Types histologiques :

- Carcinome épidermoïde 84,30 %
- Adénocarcinome 3,60 %
- Non précisé 12,20 %

3. Cancer du sein :**3.1 Age :**

L'âge moyen des patientes était de 48,2ans, l'âge médian de 49ans et les âges extrêmes de 21ans et 80ans.

3.2. Mode d'admission des patientes :

- Venues d'elles-mêmes 35,3% (47/133)
- Référées 60,9% (81/133)
- Evacuées 3,8% (5/133)

3.3. Statut matrimonial :

- Mariées 96,2% (128/133)
- Célibataires 12,3% (3/133)
- Veuves 1,5% (2/133)

3.4. Niveau d'instruction :

- Instruites 15,5% (20/133)
- Non instruites 85% (89/133)

3.5. Aspect macroscopique de la tumeur :

- Tuméfaction 100% (133/133)
- Infiltration 30,8% (41/133)
- Ulcération 20,5% (27/133)

3.6. Stade évolutif :*Tableau III : Répartition selon le stade du cancer*

Stade	Nombre	Fréquence
Stade I	9	6,8%
Stade II	42	31,6%
Stade III	43	32,3%
Stade IV	39	29,3%
TOTAL	133	100%

3.7. Types histologiques :

- Carcinome 97,70 %
- Sarcome 2,30 %

4. Cancer de l'ovaire :

4.1 Age :

-Age moyen = 46,2ans ; médian = 45ans ; extrêmes = 28-70ans ;

4.2. Mode d'admission :

-Venues d'elles-mêmes 55,2% (16/29)
-Référéées 41,4% (12/29)
-Evacuées 3,4% (8/29)

4.3. Statut matrimonial :

- Mariées 96,6% (28/29)
-Veuves 3,4% (1/29)

4.4 Niveau d'instruction :

-Instruites 17%
- Non instruites 82,8%

4.5 Motif de consultation :

- Douleurs pelviennes 96,6% (28/29)
- Métrorragies 3,4% (1/29)

4.6. Stade évolutif :

Tableau IV : répartition selon le stade

Stades	Nombre	Fréquence
Stade I	2	6,9%
Stade II	14	48,3%
Stade III	9	31,0%
Stade IV	4	13,8%
Total	29	100%

5. Cancer de l'endomètre :

5.1. Age :

-Age moyen = 57,7ans ; médian = 60ans ; extrêmes = 39-70ans ;
Mode = 51ans.

5.2. Mode d'admission :

- Venues d'elles-mêmes 15,4% (2/13)
-Référéées 76,9% (10/13)
-Evacuées 7,7% (1/13)

5.3. Statut matrimonial :

-Mariées 84,6%
-Veuves 15,4%

5.4. Niveau d'instruction :

-Instruites 23,1% (1/13)
-Non instruites 76,9% (1/13)

5.5. Motif de consultation :

-Métrorragies 92,3% (12/13)
-Douleurs 38,5% (5/13)
-Leucorrhées 38,5% (5/13)

5.6. Stade évolutif :

Tableau V : Répartition selon le stade évolutif

Stades	Nombre	Fréquence
Stade I	1	7,7%
Stade II	7	53,8%
Stade III	3	23,1%
Stade IV	2	15,4%
Total	13	100%

Les prévalences des stades I, II, III, IV ont été respectivement de 7,7%, 53,8%, 23,1% et 15,4%.

6. Cancer du vagin :

6.1. Age :

- Age moyen = 54 ans, Ages extrêmes 45 ans et 63 ans

6.2. Mode d'admission :

- Venue d'elle-même 25% (1)
- Référéées 75% (3)

6.3. Statut matrimonial :

- Mariée 100% (4)

6.4. Niveau d'instruction :

- Non instruite 100% (4)

6.5. Motif de consultation :

- Tumeur vaginale 75% (3)
- Dysurie 25% (1)

6.6. Stade évolutif :

- Stade II 75% (3)
- Stade IV 25% (1)

7. Cancer de la vulve :

7.1. Age :

- Age moyen = 46 ans, Ages extrêmes = 38 ans et 62 ans

7.2 Mode d'admission :

- Venue d'elle-même 25% (1)
- Référéées 75% (3)

7.3. Statut matrimonial :

- Mariée 100% (4)

7.4. Niveau d'instruction :

- Non instruite 100% (4)

7.5. Motif de consultation :

- Tumeur vulve 100% (4)

7.6. Stade évolutif :

- Stade I 50% (2)
- Stade III 50% (2)

DISCUSSION**1. CANCER DU COL DE L'UTERUS :**

Le cancer du col occupe dans notre étude le 1^{er} rang des cancers gynécologiques et mammaires. L'incidence du cancer du col de l'utérus a régressé ces dernières décennies dans les pays industrialisés grâce aux campagnes de dépistage. L'absence de telles campagnes dans les pays en développement influence sensiblement le taux de décès par cancer chez la femme dans le monde. Ainsi le cancer du col constitue la 2^{ème} cause de décès par cancer dans le monde (9). Dans certains pays d'Afrique comme le nôtre des programmes de dépistage par l'inspection visuelle après application d'acide acétique et de lugol sont en cours d'évaluation.

2. CANCER DU SEIN :

Dans notre étude le cancer du sein occupe le 2^{ème} rang des cancers gynécologiques et mammaires après celui du col de l'utérus.

Selon BOHOUSOU (10) les fréquences relevées en Afrique sont : Bénin (27,04%), Sénégal (17,02%), Côte d'Ivoire (10,12%), Cameroun (8,40%), Mali (33,9%).

L'âge est un facteur pronostique important (11,12,13)

L'âge moyen des patientes dans notre étude est de 48,2 ans. Cet âge est proche de ceux rapportés par TOSSOU (14), AMOUSSOU (15), DJIVOH (16), ZEVOUNOU (17). Si PATEL, FOREST et GRANGER (18,19,20) en France rapportent le même chiffre que nous, KEMENY en Angleterre et MARGARET aux Etats-Unis rapportent un âge moyen de 55 à 60 ans (21,22).

Cette différence d'âge relevée entre les pays du sud et les pays du Nord s'expliquerait par l'espérance de vie plus élevée et l'existence d'un plateau technique plus performant dans les pays développés.

Des études ont montré que les grossesses et les accouchements multiples favorisent le cancer du sein par activation de la folliculine (10,23,24,18,12) On comprend alors la fréquence élevée du cancer du sein chez la femme en milieu africain.

Par ailleurs selon ROUESSE (25) les cancers inflammatoires du sein plus fréquents chez la femme maghrébine frappent surtout les multipares de niveau socio-économique bas.

Dans notre étude nous avons rencontré deux types histologiques : les carcinomes (97,70%) et les sarcomes (2,30%). ZEVOUNOU (17) au Bénin a rapporté 97,16% de carcinome et 2,04% de sarcome.

Yomi (26) à Abidjan a rapporté 67,42% de carcinomes canaux infiltrants, 10,40% de carcinomes lobulaires infiltrants.

3. CANCER DE L'OVAIRE

Les Cancers de l'ovaire représentent l'un des problèmes les plus difficiles de la pathologie

gynécologique étant donné le polymorphisme histologique qu'ils revêtent.

Il ressort de notre étude que le cancer de l'ovaire occupe le 3^{ème} rang des cancers gynécologiques et mammaires après celui du col et celui du sein.

Pour ZOHOUN (27) les cancers de l'ovaire constituent 9,43% des cancers gynécologiques hospitalisés CNHU et à la Maternité Lagune à Cotonou.

Nous avons trouvé que plus de 72% des patientes avaient un âge <50 ans. Ce résultat est proche de celui rapporté par BODEHOU (28) qui a trouvé que 53,83% des femmes porteuses de cancer de l'ovaire avaient un âge < 50 ans. Par ailleurs pour d'autres auteurs les cancers de l'ovaire surviennent plus tôt. Ainsi LOKOSSOU (29) a constaté que 70% des femmes atteintes de cancer de l'ovaire avaient un âge < 40 ans. EGOUNTELY (30) a rapporté que 50% des femmes porteuses de cancer de l'ovaire avaient un âge < 40 ans.

Au plan clinique, les douleurs pelviennes ont constitué le principal signe fonctionnel révélateur du cancer de l'ovaire chez 96,6% des cas et dans 100% des cas il y avait une masse pelvienne.

Le pourcentage élevé de douleurs pelviennes et de masse pelvienne comme signes révélateurs du cancer de l'ovaire pourrait s'expliquer par l'existence éventuelle d'une complication.

4. CANCER DE L'ENDOMETRE

Le cancer de l'endomètre constitue le premier cancer gynécologique en France et aux Etats-Unis (31).

Notre étude a montré que le cancer de l'endomètre est une pathologie de la femme âgée car plus de 87,7% des patientes avaient plus de 50 ans. Ces résultats sont conformes à ceux rapportés dans la littérature (32).

En ce qui concerne le diagnostic, 7,7% des patientes ont consulté au stade I, 92,3% aux stades II,III,et IV. DESCAMPS et Coll (33) ont trouvé 75% au stade I.

CONCLUSION :

Contrairement aux idées anciennes les cancers gynécologiques et mammaires sont relativement fréquents en Afrique et plus particulièrement au Mali. Leur prévention repose sur le dépistage.

Pour le cancer du col de l'utérus la méthode de référence est le frottis cervico-vaginal. Les pays où un dépistage de masse a été instauré, le taux de mortalité par cancer du col a diminué de 50 à 60 %. Ce qui confirme que pour lutter efficacement contre le cancer du col de l'utérus, la vulgarisation du dépistage systématique est nécessaire chez les femmes en activité génitale.

Pour le cancer du sein, les moyens de dépistage sont peu connus. L'examen clinique annuel n'est pas de pratique courante, la mammographie n'est pas toujours accessible.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. ACTIVITE DE L'O.M.S. 1986-1987 - Rapport biennal du Directeur Général page 218-225.
2. RUDNI S, TOBEAU M, VAILLANT G, ARNOULD L, VERGES B, BRUN-JM, BRUNOTTE F - Kyste dermoïde de l'ovaire : faux positif à reconnaître lors de la surveillance scintigraphique à l'iode 131 des cancers différenciés thyroïdiens. Presse médicale. 1993 - 1998, 27(27) : 1379-1381.
3. WAY S - The anatomy of the lymphatic drainage of the vulva and its influence on the radical operation for carcinoma. Ann R Coll Surg Engl 1948, 3 : 187-209.
4. PANIEL B J - Stratégies thérapeutiques des cancers de la vulve. Actualité en gynécologie-obstétrique, Médecine fœtale, Médecine de la reproduction. Nice 12-13 octobre 2008 : 66-72.
5. SYLLA Y - Contribution à l'étude des aspects anatomo-cliniques du cancer du col à Bamako (A propos de 41 cas). Thèse de Médecine Bamako 1980 N° 11.
6. MOUNKORO N - Les cancers génitaux de la femme au Mali à propos de 32 cas. Thèse de Médecine Bamako 1985 N°12 .
7. WELE A - Etude clinique du cancer du sein en chirurgie B à l'hôpital du Point G. Thèse de Médecine BAMAKO 1988 N° 55.
8. KEÏTA S - Aspects cliniques et thérapeutiques du cancer de l'utérus dans le service de Gynécologie-obstétrique de l'hôpital du Point G. Thèse de Médecine, Bamako 1995 N°44.
9. PEREIRA R, RENARD A, BOULBER F, TOUBOUL E, LEFRANC-J P, SPANO-JEAN-PHILIPPE, COORD, ATLAN-DAN, COORD - Carcinome infiltrant du col utérin : épidémiologie, facteurs pronostic, stratégies thérapeutiques. Les tumeurs gynécologiques (hors sein). Bulletin de cancer Paris 98, nov (sup2) : 25-36.
10. BOHOUSSOU K.M, ANONGBA D.S - Les cancers du sein. Vie et Santé 1992 ; 11 : 10-11.
11. BOURGEOIS J P - Traitement du cancer du sein. Rev Prat 1990 ;10 :914-16.
12. PIANA L, BONNIER P - Tumeurs du sein : Epidémiologie, dépistage, diagnostic, évolution, pronostic, principes du traitement. Rev. Prat. Paris, 1992, 42, 11 : 1419-1423.
13. ROUESSE J, BERLIE J, HACENE K, BRUNET, SPYRATOS F - Facteurs épidémiologiques et pronostiques du cancer du sein : Rev. Prat. Paris, 1990, 40 : 909-913.
14. TOSSOU J - Contribution a l'étude de la chimiothérapie au cours du traitement des cancers du sein dans le service de médecine interne du C.N.H.U. de cotonou (A propos de 53 cas).Thèse Med. Cotonou 1996, N°66.
15. AMOUSSOU A - Les écoulements mamelonnaires unicanalaires. Mémoire de CES Cotonou 1994; 6:34-36.
16. DJIVOH C - Contribution à l'étude du cancer du sein dans les services chirurgicaux au CNHU de Cotonou : à propos de 55 observations. Thèse Med Cotonou ;1978 n° 008.
17. ZEVOUNOU L A D - Contribution à l'étude des aspects anatomopathologiques des tumeurs du sein au Bénin (A propos de 576 cas étudiés à l'unité de diagnostic et d'études cytologiques). Thèse, Med. Cotonou, 1992, N°547.
18. PATEL J A SICARD, J MIALARET, M ROUS, CL. OLIVIER, J TURCOT, L LEGER - Pathologie Chirurgicale. Edition Masson Paris, 1971 : 1136-1148.
19. FOREST A.M, BREMOND A, ROCHETY - Cancer et écoulement par le mamelon. J. Gyn. Obst. Reprod 1988 ; 17 : 19-24.
20. GRANGER M, FETISSOF F - Les écoulements mamelonnaires cliniquement isolés a propos de 74 cas. J Gyn Obst Biol Reprod, 1985, 14 : 337-345.
21. KEMENYM N, RIVERAD E, CHIRPZF-FINE-NEEDLE - Aspiration and cytologic finding of surgical scar lesions in women with breast cancer. Cancer, 1992, 69(1) : 148-152.
22. MARGARET E, EDOUTE Y, et Coll - Occult primary adenocarcinoma with axillary metastases. Am J. Surg, 1986, 152 : 13-14.
23. BRUX J - Histopathologie du sein. Edition MASSON Paris, New York, Barcelone, Milan 1979 :139-169.
24. FEUILAD F, CALITCHI E, LEBOURGEOIS JP - Cancer du sein : facteurs pronostiques et stratégies thérapeutiques. In Sauramps Medical. 1992 Montpellier.
25. ROUESSE J - Le cancer du sein inflammatoire. Path Biol. Paris, 1994, 42, No1, 9, Rev. Prat Paris, 1992, 42, 11 : 1419-1423.
26. YOMI Z A - Les carcinomes mammaires en Côte d'Ivoire : Approche épidémiologique, variétés histologiques, et étude histopronostique. Thèse de Med. Abidjan, 1990, N°1059.
27. ZOHOUN C - Contribution à l'étude du cancer du col au C.N.H.U de Cotonou. Thèse, Med Cotonou, 1990, N° 520.
28. BODEHOU V.E - Etude anatomo-clinique des tumeurs ovariennes à la clinique universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique du CNHU de Cotonou : A propos de 407 cas recensés du 1^{er} janvier 1986 au 31 décembre 1996. Thèse Med Cotonou 1997 n°697.
29. LOKOSSOU A - Contribution à l'étude des tumeurs de l'ovaire (A propos de 91

- observations) Thèse, Med Cotonou, 1978, N°033.
30. EGOUNLETY G J M - Contribution à l'étude épidémiologique des tumeurs de l'ovaire. Thèse Med Cotonou ; 1986, n°282.
31. LANDIS SH et Coll - Cancers statistics. Cancers statistics 1999, 49 : 8-31.
32. PARKIN DM et al. Cancers incidents in five continents, vol VII. Lyon : Iark, 1997.
33. DESCAMPS P, FONDRINIER E, BIQUARD F, BINLLIC C, LOISEL D, CRVENCOWITCZ G, PLATI L.D, KARLAN B.Y. Le dépistage échographique du cancer de l'ovaire est-il possible en 1998 ? J. Gyn. Obst Biol Reprod 1998 ; 27 (5) : 476-481.