



REPUBLIQUE DU BENIN

--*--

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

------**

UNIVERSITE D'ABOMEY- CALAVI

---*---**

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE DE COTONOU

----*----**

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

----**----**

ANNEE : 2022 **N° : 2518**

CHIRURGIE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES DANS LES SERVICES UNIVERSITAIRES DE GYNECOLOGIE DE COTONOU

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

DIPLÔME D'ETAT

Par :

Samiath Modjirayo Fifamè BAKARY,

Née le 21/05/1998 à Cotonou (République du BENIN)

Directrice de Thèse

Pr Angéline TONATO BAGNAN

Co-directeur de Thèse

Maitre-Assistant Patrice DANGBEMEY

Présidente du jury

Pr Angéline TONATO BAGNAN

Membres du jury

Pr Gaspard GBESSI

MCA Fréddy GNANGNON

MCA Falilatou SEIDOU

Année Académique : 2021-2022

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1200 /2022/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI **FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE**

NOVEMBRE 2022

Université d'Abomey - Calavi LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2022-2023 (version novembre 2022)

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
2.	Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
4.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
5.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
6.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
7.	Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
8.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
9.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
10.	Dr SOUNOUVOU Ignace.....	Ophtalmologie
11.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
12.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
13.	Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
14.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
15.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
16.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
17.	Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
18.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
19.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
20.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
21.	Dr FIOSSI KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
22.	Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
23.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
24.	Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
25.	Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
26.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
27.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
28.	ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
29.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique
30.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
31.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
32.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
33.	Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
34.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

SOUTENUE LE 2022

35. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
36. Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida..	Imagerie Médicale
37. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
38. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
39. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
40. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
41. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
42. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
43. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
44. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
5. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
6. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
7. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
8. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
9. Dr GANFON M. Yowel Habib.....	Pharmacognosie
10. Dr KEREKOU Annelie Célestine.....	Endocrinologie
11. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
12. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
13. Dr CODJO Houétondji Léopold.....	Cardiologie
14. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
15. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
16. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
17. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
18. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
19. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
20. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
21. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
22. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
23. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ADOPTE 2022

24. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
25. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
26. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
27. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
28. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
29. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
30. Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
31. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
32. Dr LAWANI Ismaïl.....	Chirurgie Viscérale
33. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
34. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
35. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
36. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
37. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
38. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
39. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud.....	Cardiologie
40. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
41. Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
42. Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
43. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr DJOSSOU Médessè David.....	Odontologie Pédiatrique
4. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
5. Dr AMOSSOU Labissi François.....	Traumatologie-Orthopédie
6. Dr BADOU Agnès Oladoun	Sociologie et Anthropologie sociale
7. Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
8. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose...	Gynécologie-Obstétrique
9. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis.....	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
10. Dr ADJOBIMEY Mênonli.....	Santé au Travail
11. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
12. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
13. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation

NOVEMBRE 2022

14. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
15. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
16. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
17. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
18. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
19. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition
20. AGBOKPONTO Janvier Engelbert.....	Chimie Analytique
21. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
22. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
23. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie
24. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
25. Dr SOSSA Jean	Urologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien Kossi.....	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
5. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
6. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
7. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
8. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
9. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin.....	Neurologie

NOVEMBRE 2022

Le Doyen,

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

DEDICACES

- **Au nom d'Allah, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux**

Louanges à Allah, le Seigneur des mondes, Seigneur de l'univers, l'Unique sans associé. Le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux, Maitre du jour de la rétribution. C'est Toi Seul que nous adorons, et c'est Toi Seul dont nous implorons le secours. Ton soutien ne m'a jamais fait défaut et Tu as toujours guidé mes pas sur le chemin de mon destin. Guide-nous dans le droit chemin, le chemin de ceux que Tu as comblés de faveurs.

Gratitude éternelle et que toute la gloire Te soit rendue !

- **A mon cher père BAKARY Ibrahim Adébayo.**

Depuis mon enfance, vous avez toujours cru en moi. Vous m'avez inculquée l'esprit de la persévérance, de la foi et de l'espoir en tout projet. Merci pour vos sacrifices et prières de tous les temps. Puisse ALLAH vous récompenser de la plus juste des manières et vous accorder davantage de bénédictions.

- **A ma chère mère DOSSOU Philomène**

Femme battante, courageuse, prête à tout sacrifier pour ses enfants, vos encouragements et prières de tous les temps continuent de porter leurs fruits. Qu'ALLAH vous bénisse davantage et vous comble de ses grâces.

- **A mes frères et sœurs Farid, Safirath et Abdel-Raouf BAKARY**

  Merci pour vos prières et encouragements de tous les temps.

- **Á mes oncles, tantes, cousins et cousines**

Pour vos encouragements de tous les temps.

REMERCIEMENTS

- **Á tout le personnel des services de Gynécologie Obstétrique du CHU-MEL et du CNHU-HKM**

Merci pour votre sympathie et votre aide précieuse.

- **Á mes amis et collègues Alek AGBOTON, Guy Morel GNONLONFIN, Shab Huryelle GNIMAGNON, Folakè ADEGBIDI**

  Vous m'avez démontré qu'il ne suffit pas d'avoir des liens consanguins pour constituer une famille. DIEU vous bénisse.

- **Á ma première famille de la FSS : Epiphanie ASSOUTO, Christelle TOBADA, Auguste OBOSSOU**

Merci pour l'amour fraternel, les encouragements et votre soutien indéfectible de près comme de loin.

- **Á mes cadets Kelly MARCOS, Raodath ADELEYE**

Merci pour votre aide au cours de la collecte.

- **Á mes collègues et amis du groupe de stage interné**

Merci pour l'esprit fraternel et la convivialité partagés tout au long de ce parcours

- **Au Docteur RADJI Saibou**

Merci pour le soutien et les encouragements malgré la distance

- **Á tous mes amis et connaissances qui n'ont pas pu être cités**

Merci pour vos encouragements et conseils

- **Á toute la 44ème promotion de la FSS de Cotonou**

Merci pour l'esprit d'équipe et le soutien mutuel tout au long de notre cursus. Excellente carrière à nous.

HOMMAGES

- **Á tous les maitres de la Faculté des Sciences de la Santé FSS de Cotonou**

Nous avons reçu une formation auprès de vous durant sept années. Heureuse sommes nous, d'être le fruit de vos efforts soutenus.

Hommages respectueux

- **Á notre maître et Directrice de thèse Professeur Angéline J. TONATO BAGNAN**

Cher maitre ; les mots ne suffiront pas pour exprimer notre reconnaissance à votre endroit. Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté de diriger ce travail. Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait, votre détermination, votre patience et votre esprit maternel nous laissent sans voix. Sincère merci pour l'honneur que vous nous faites. Puisse l'éternel vous récompenser et vous accorder le bonheur que vous méritez de même qu'une longue vie en parfaite santé.

Distingués et respectueux Hommages.

- **A notre maitre et Co-directeur, maitre-assistant Patrice D. DANGBEMEY**

Nous avons été touchée par votre esprit de promptitude et les efforts que vous avez fournis pour l'aboutissement de ce travail. Sincères merci pour vos suggestions, encouragements et conseils qui nous ont été d'une importance remarquable. Puisse Dieu vous bénir et vous exaucer au-delà de vos espérances.

Hommages respectueux.

- **A la Présidente du Jury :**

Nous sommes très honorée que vous ayez accepté de présider notre jury de soutenance de thèse. Nous tiendrons fidèlement compte de vos précieux conseils pour améliorer la qualité de notre travail.

Veuillez agréer nos hommages et notre profond respect**.**

- **Aux honorables membres du Jury**

Grande est notre fierté de savoir notre travail soumis à votre appréciation. Vos remarques et critiques contribueront à en améliorer la qualité. Soyez rassurés de notre sincère reconnaissance.

Hommages respectueux.

Par délibération, la Faculté des Sciences de la Santé a arrêté que les opinions émises dans cette thèse n'engagent que son auteur.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AGCUS : atypical glandular cells of undetermined significance

ASCUS : atypical squamous cells of undetermined significance

ATCD : antécédents

BRCA : breast cancer

CHU-MEL : centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant lagune

CICR : centre international de recherche sur le cancer

CIN : cervical intraepithelial neoplasia

CIS : carcinome in situ

CNGOF : collège national des gynécologues- obstétriciens français

CNHU-HKM : centre national hospitalier universitaire hubert koutoukou maga

CUGO : clinique universitaire de gynécologie-obstétrique

FCU : frottis cervico-utérin

FIGO : fédération internationale de gynécologie-obstétrique

HPV : human papilloma virus

HSV : herpès simplex virus

HTA : hypertension artérielle

IRM : imagerie par résonnance magnétique

IST : infection sexuellement transmissible

JPC : jonction pavimento-cylindrique

LIEBG : lésion intraépithéliale épidermoïde de bas grade

LIEHG : lésion intraépithéliale épidermoïde de haut grade

MMR : mismatch repair

OMS : organisation mondiale de la santé

R0 : chirurgie résidu nul

R1 : chirurgie première

RCC : radio-chimiothérapie concomitante

SFGO : société française de gynécologie-obstétrique

TDM : tomodensitométrie

VIH : virus de l'immunodépression humaine

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : corrélation entre les terminologies Dysplasies/Carcinome in situ, Néoplasie cervicale intraépithéliale (CIN) et la terminologie Bethesda [7] 16

Tableau II : classification clinique des cancers du col de l'utérus selon la Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique (FIGO) révisée en 2018. 19

Tableau III: classification des cancers de l'endomètre (2009)..... 26

Tableau IV : types histologiques des tumeurs malignes ovariennes 31

Tableau V : classification FIGO (2014) des cancers des ovaires 32

Tableau VI : répartition des patientes en fonction de l'âge 59

Tableau VII : répartition des patientes selon le niveau d'étude et la profession. 60

Tableau VIII : répartition des cas de cancers gynécologiques selon la ménarche 61

Tableau IX : répartition des cas de cancers gynécologiques selon l'âge de ménopause. 62

Tableau X : répartition des patientes selon la gestité et la parité..... 63

Tableau XI : répartition des cas de cancers gynécologiques selon les comorbidités associées 64

Tableau XII : répartition des cas de cancers gynécologiques selon les signes d'appels..... 65

Tableau XIII : répartition des cancers gynécologiques selon le délai de consultation..... 66

Tableau XIV : répartition des patientes selon l'indice de performance de l'OMS 67

Tableau XV : répartition des patientes atteintes de cancer du col utérin selon l'aspect du col au spéculum 67

Tableau XVI : répartition des patientes atteintes de cancer du col utérin selon les résultats des touchers pelviens..... 68

Tableau XVII : répartition des patientes atteintes de cancer de l'endomètre selon l'état du col et de l'utérus 68

Tableau XVIII : répartition des patientes atteintes du cancer de l'endomètre en fonction de l'envahissement vaginal, rectal et des paramètres 69

Tableau XIX : répartition des patientes atteintes de cancers des ovaires selon les résultats de l'examen de l'abdomen..... 70

Tableau XX : répartition des patientes atteintes de cancers des ovaires selon les résultats des touchers pelviens 70

Tableau XXI : répartition des cancers gynécologiques selon le type histologique 71

Tableau XXII : répartition des cancers gynécologiques selon le stade FIGO... 72

Tableau XXIII : répartition des cancers gynécologiques en fonction des stades opérables..... 73

Tableau XXIV : répartition des patientes opérées selon le type de cancer gynécologique 73

Tableau XXV : répartition des stades opérés du cancer du col de l'utérus selon le type de chirurgie et les gestes réalisés 75

Tableau XXVI : répartition des lésions de la cavité abdominale dans le cancer du col de l'utérus en fonction du stade préopératoire 76

Tableau XXVII : répartition des stades opérés de cancer de l'endomètre selon le type de chirurgie et les gestes réalisés 76

Tableau XXVIII : répartition des lésions de la cavité abdominale dans le cancer de l'endomètre en fonction du stade préopératoire 77

Tableau XXIX : répartition des stades opérés des cancers des ovaires selon le type de chirurgie et les gestes réalisés 78

Tableau XXX : répartition des lésions de la cavité abdominale dans les cancers des ovaires en fonction du stade préopératoire 79

Tableau XXXI : répartition des cancers gynécologiques selon la voie d'abord 79

Tableau XXXII :répartition des cancers gynécologiques selon les complications peropératoires observées et les gestes opératoires réalisés 80

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : facteurs associés au pronostic de la chirurgie des cancers gynécologiques 5

Figure 2: coupe sagittale du bassin féminin [18] 11

Figure 3: vue macroscopique du col de l'utérus [19] 11

Figure 4: épithélium exocervical (Malpighien non kératinisé) [19] 13

Figure 5: histoire naturelle du Cancer du col de l'utérus [21] 15

Figure 6: carcinome in situ [49] 17

Figure 7: carcinome invasif débutant [49] 18

Figure 8: carcinome invasif à un stade avancé [49] 18

Figure 9: coupe frontale de l'appareil génital féminin [18] 21

Figure 10: coupe histologique de l'épithélium de l'endomètre [19] 22

Figure 11: carcinome endométrioide à l'hystéroscopie [19] 25

Figure 12: vue morphologique de l'ovaire [18] 28

Figure 13: structure histologique de l'ovaire : folliculogenèse et ovulation [19] 29

Figure 14: cystadénocarcinome séreux [18] 31

Figure 15: répartition des cancers gynécologiques de 2018 à 2022 dans les services universitaires de gynécologie 58

Figure 16: répartition des patientes selon la situation matrimoniale. 60

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

1. PROBLEMATIQUE 3

2. GENERALITES 7

3. CADRE ET METHODE D'ETUDE 45

4. RESULTATS 57

5. DISCUSSION 90

CONCLUSION 110

REFERENCES 114

TABLE DES MATIÈRES ..... K

INTRODUCTION

Selon l'OMS, les maladies non transmissibles dont les cancers, sont responsables du plus grand nombre de décès dans le monde. Les cancers constituent la 2è cause de décès derrière les maladies cardiovasculaires. Le nombre total de personnes diagnostiquées de cancers à presque doublé au cours des deux dernières décennies, passant de 10 millions en 2000 à 19,3 millions en 2020 avec près de 10 millions de décès en 2020 [1]. Les cancers gynécologiques représentent environ 19% de tous les cancers et 50% des cancers chez la femme [2]. Ils sont responsables d'environ 850.000 décès par an soit 30% des décès par cancer chez la femme [2] en 2018. Les taux de mortalité les plus élevés sont observés dans les pays en développement. Cela serait en rapport avec les difficultés de prise en charge des maladies en général et des maladies non transmissibles en particulier, notamment les cancers : 72% des décès par cancers sont enregistrés dans ces pays [2]. Les cancers gynécologiques les plus retrouvés sont ceux du col de l'utérus, de l'endomètre et des ovaires. Leur incidence en 2020 au plan mondial était respectivement de 3,1% ; 2,2% et 1,6% [1]. Au Bénin, d'après une étude réalisée en 2020 et basée sur le registre des cancers de Cotonou, les cancers gynécologiques représentent environ 61,3% des cancers chez la femme [4]. En terme d'incidence, le cancer du col utérin arrive en 2è position derrière le cancer du sein soit 16%, suivi du cancer de l'endomètre (3,3%) et ensuite, les cancers des ovaires (3,1%) [4]. D'après les recommandations issues de réunions de consensus, la prise en charge des cancers gynécologiques est pluridisciplinaire [2]. Elle repose sur l'association d'un traitement médical (chimiothérapie, radiothérapie, l'hormonothérapie et les thérapies ciblées) et d'un traitement chirurgical. La chirurgie, représente un moyen thérapeutique incontournable dans la prise en charge des cancers et est également le plus ancien connu. L'amélioration du traitement chirurgical associé au traitement médical, a permis d'observer une nette régression de la morbidité et de la mortalité des cancers gynécologiques dans les pays développés. Cependant, dans les pays en développement comme le Bénin, l'indisponibilité de la radiothérapie ainsi que le coût onéreux de la chimiothérapie, rendent difficile l'accès à ces deux traitements. La chirurgie quant à elle, est disponible. Toutefois, il existe un certain nombre de facteurs liés aussi bien à la patiente qu'au cancer et à la chirurgie elle-même, qui ont un impact sur son issue. La connaissance de ces facteurs et leur maitrise permettra d'améliorer le pronostic des femmes opérées pour cancer gynécologique.

1. PROBLEMATIQUE

Les cancers gynécologiques représentent un cadre nosologique regroupant les tumeurs malignes développées aux dépens des cellules et tissus des différentes parties de l'appareil génital féminin. Au plan mondial, le cancer du col de l'utérus constitue la 2è cause de mortalité par cancer chez la femme. En 2020, 604.127 (3,1%) nouveaux cas et 341.831 (3,4%) décès ont été enregistrés [1]. Les cancers de l'endomètre et des ovaires présentent en 2020, au plan mondial, une mortalité respective de 1% et 2,1%. L'incidence et la mortalité des cancers gynécologiques est en nette progression dans les pays en développement en raison du diagnostic tardif et d'un traitement onéreux et difficile. En effet, les recommandations en ce qui concerne la prise en charge des cancers gynécologiques sont fondées sur l'association d'un traitement chirurgical à la radio chimiothérapie [2]. Au Bénin, la chirurgie est le traitement le plus accessible. Comme toute thérapeutique, son pronostic est influencé par des facteurs liés aux patientes, au cancer et au geste chirurgical lui-même. Elle garde toute son importance lorsque le diagnostic de cancer est fait à un stade précoce. Cependant, les difficultés du diagnostic précoce des cancers gynécologiques dans notre contexte, rendent difficile sa réalisation. Par conséquent, la prise en charge chirurgicale des cancers gynécologiques à un stade précoce ainsi que la maitrise des facteurs influençant, sont une nécessité dans nos pays à ressources limitées dans le but d'améliorer la qualité de vie et de réduire la mortalité par cancers gynécologiques.

1.1 Cadre conceptuel [6 - 8]

Plusieurs facteurs influencent le pronostic du traitement chirurgical des cancers gynécologiques :

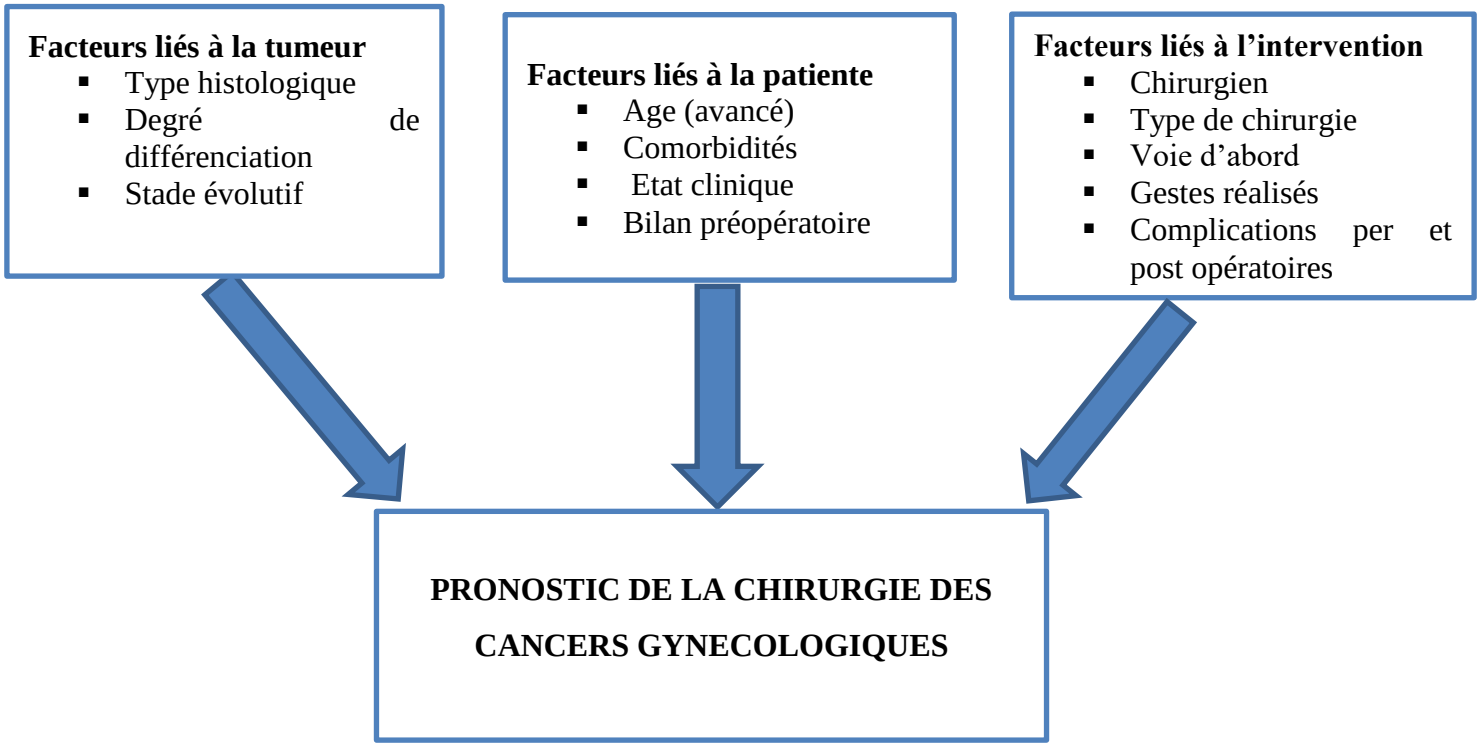


Figure 1 : facteurs associés au pronostic de la chirurgie des cancers gynécologiques

1.2 Hypothèse

La prise en charge chirurgicale des cancers gynécologiques à un stade tardif serait associée à un fort taux de morbidité et de mortalité.

1.3 Objectifs

- **Objectif général**

  Etudier l'issue de la prise en charge chirurgicale des cancers gynécologiques de 2018 à 2022 au CHU-MEL et au CNHU-HKM de Cotonou

- **Objectifs spécifiques**
  - Calculer la fréquence des cancers du col de l'utérus, de l'endomètre et des ovaires
  - Déterminer le profil des patientes opérées pour cancer gynécologique
  - Décrire les indications et modalités du traitement chirurgical des cancers gynécologiques
  - Identifier les facteurs pronostiques associés à la chirurgie des cancers gynécologiques

2. GENERALITES

2.1 DEFINITION DE CONCEPTS [9 - 11]

Cancer : il s'agit d'une prolifération maligne, autonome et anarchique de cellules au niveau d'un tissu donné. Cette prolifération conduit à la formation de tumeurs qui entrainent la destruction du tissu d'origine et l'envahissement des tissus voisins ou à distance.

Cancer gynécologique : il correspond à une prolifération maligne de cellules développées aux dépens des tissus de l'appareil génital féminin : utérus, ovaires, trompes de FALLOPE, vagin et vulve. Les localisations les plus fréquentes sont : le col de l'utérus, l'endomètre et les ovaires.

Col de l'utérus : portion fibro-musculaire basse de l'utérus mesurant 3 à 4 cm de longueur et 2,5 cm de diamètre. Sa forme et ses dimensions varient en fonction de l'âge et du cycle menstruel de la femme.

Endomètre : tunique interne qui tapisse la surface intérieure du corps de l'utérus.

Ovaires : organes pairs, ils constituent les glandes génitales femelles.

Cancer du col de l'utérus : prolifération maligne, autonome et anarchique développée aux dépens du col utérin.

Cancer de l'endomètre : prolifération maligne, autonome et anarchique développée aux dépens de l'endomètre et pouvant envahir secondairement l'ensemble de l'utérus.

Cancer des ovaires : prolifération maligne, autonome et anarchique développée aux dépens des ovaires.

Dysplasie : il s'agit d'un terme utilisé pour désigner une anomalie de développement de certains tissus pendant la période embryonnaire. En cancérologie, il s'agit d'une lésion précancéreuse pouvant ultérieurement aboutir au développement d'un cancer.

Lésions précancéreuses : il s'agit de modifications de l'architecture cellulaire d'un tissu, en particulier, les tissus des muqueuses génitales, mammaires, digestives et respiratoires. Ces modifications peuvent aboutir ultérieurement au développement d'un cancer.

Cancer in situ : Cancer au stade initial de son développement, restant limité au tissu d'origine, sans franchissement de la membrane basale. On parle encore de cancer non invasif.

Cancer micro-invasif : lésion cancéreuse précoce, avec invasion débutante du chorion sans envahissement lymphatique ou vasculaire.

Cancer invasif : lésion cancéreuse avancée, avec envahissement lymphatique et vasculaire.

Chirurgie des cancers gynécologiques : ensemble des moyens opératoires mises en œuvre dans le but, d'une part, de supprimer la tumeur elle-même et ses extensions et d'autre part, d'améliorer la qualité de vie des patientes.

Pronostic de la chirurgie des cancers gynécologiques : il s'agit d'apprécier l'évolution de l'état des patientes ayant été opérées pour un cancer gynécologique sur la base des données relatives à la maladie, aux moyens opératoires employés et à l'état global de la patiente.

Facteur pronostique : il s'agit d'un indicateur permettant d'estimer le risque de récidive ou de décès d'un individu porteur d'une maladie donnée, après la mise en œuvre d'un traitement.

2.2 CANCER DU COL DE L'UTERUS

2.2.1 Rappels [16 - 19]

2.2.1.1 Anatomiques

- Le col utérin représente le tiers inférieur de l'utérus. Grossièrement cylindrique, il se dresse entre le vagin en bas et la cavité utérine en haut. Il est fixé sur le segment supérieur du vagin et s'appuie dans un plan oblique en bas et en avant, sur la paroi postérieure du vagin. Il mesure 2 à 3cm de long, une épaisseur de 2 à 3cm et une largeur de 2 à 3mm. Le col présente trois (03) portions : une portion sus-vaginale communiquant en haut avec la cavité utérine par l'orifice interne du col ; une portion vaginale représentée par la ligne d'insertion du vagin sur le col et une portion intra-vaginale ou museau de tanche faisant saillie dans la cavité vaginale. Cette dernière portion a une forme de cône tronqué, à surface lisse et

visualisable au spéculum, également accessible au toucher vaginal. Elle communique avec le vagin par l'orifice externe du col. Le museau de tanche est séparé de la paroi vaginale par un cul-de-sac annulaire possédant 04 segments : les culs-de-sac antérieur et postérieur et les 02 culs-de-sac latéraux.

- Rapports : l'extrémité supérieure du col répond au corps utérin au niveau de l'orifice cervical interne ; l'extrémité inférieure répond au vagin.
- Vascularisation :
  - Artères : elles proviennent des artères iliaques internes ; il s'agit de l'artère cervico-vaginale provenant de l'artère utérine elle-même branche de l'artère iliaque interne.
  - Veines : elles sont satellites des artères et se jettent dans le plexus veineux hypogastrique
  - Lymphatiques : se drainent dans les ganglions situés le long des vaisseaux iliaques et latéro-aortiques
- Innervation : elle est assurée par un réseau nerveux provenant du plexus hypogastrique.

La figure suivante présente l'anatomie du bassin féminin en coupe sagittale.

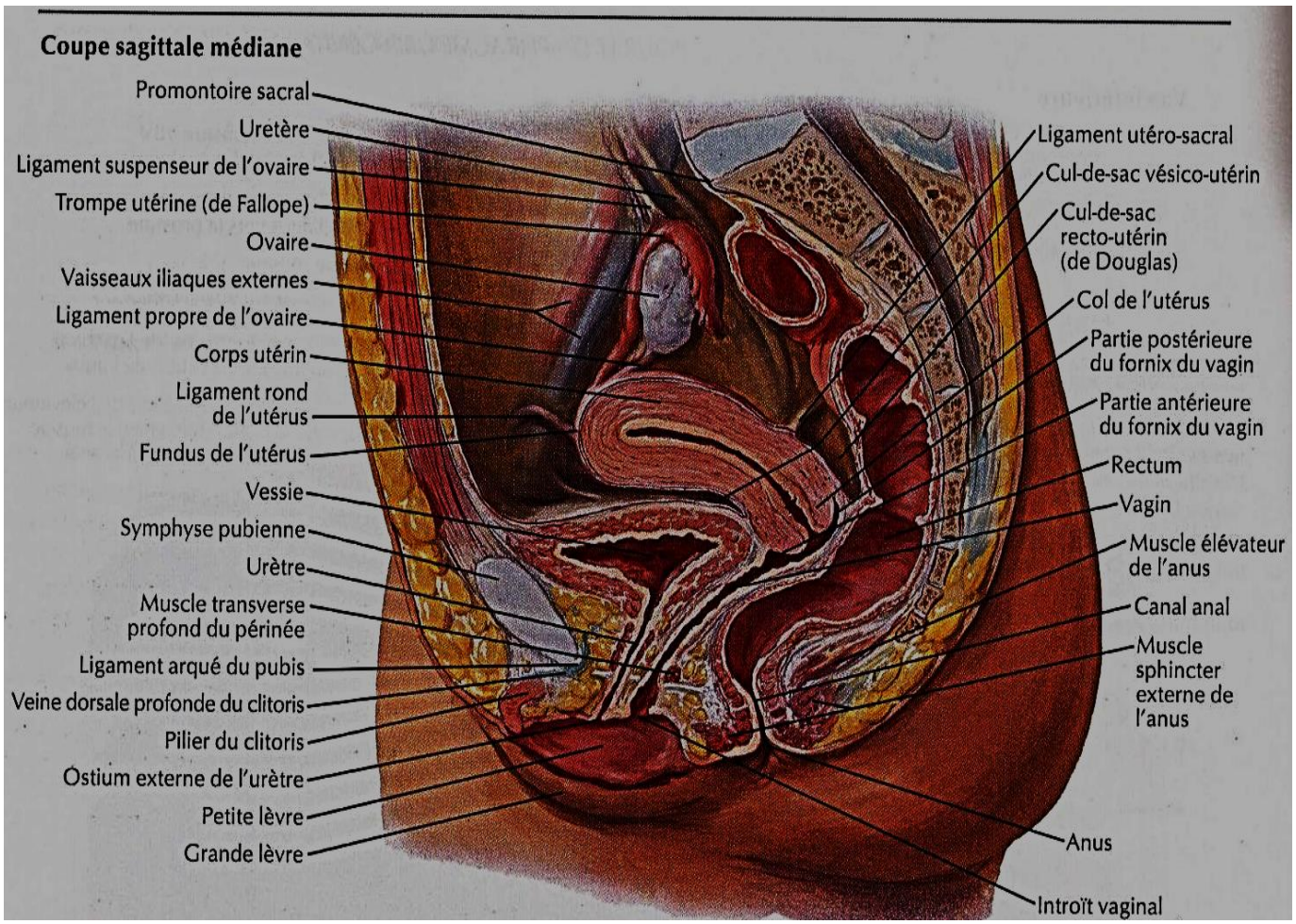


Figure 2: coupe sagittale du bassin féminin [18]

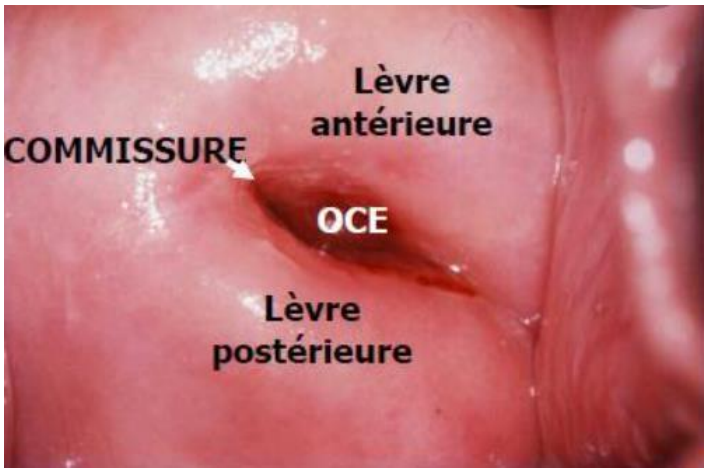


Figure 3: vue macroscopique du col de l'utérus [19]

2.2.1.2 Histologiques

La paroi du col utérin est peu épaisse et présente trois (03) tuniques :

- La séreuse : composée de tissu conjonctif et de fibres élastiques
- La musculeuse : composée de 03 couches
- La muqueuse : présente trois parties
  - L'exocol : c'est la portion du col s'étendant à l'extérieur de l'orifice cervical externe. Il est tapissé d'un épithélium malpighien, pavimenteux stratifié et non kératinisé séparé du chorion par une membrane basale. Le renouvellement de l'épithélium est assuré par la multiplication des cellules situées en profondeur qui gagnent la surface.
  - L'endocol : c'est la portion du col située à l'intérieur de l'orifice cervical externe. Il est tapissé d'un épithélium cylindrique unistratifié s'invaginant sous forme de cryptes dans le chorion, formant des glandes endocervicales. Cet épithélium est composé de deux types cellulaires : ciliaires en majorité et des cellules à mucus.
  - La Jonction Pavimento-Cylindrique (JPC) : elle représente la zone de transition entre l'épithélium malpighien exocervical et l'épithélium cylindrique endocervical. Sa position réelle varie au cours de la vie génitale, sous l'influence des œstrogènes. Elle se situe habituellement à moins de 5cm de l'orifice du col mais elle pourra être positionnée sur l'exocol (ectopie) en cas de sécrétion importante d'œstrogènes (naissance, puberté, grossesse) ou un apport exogène (contraception) : elle forme alors un ectropion. Inversement, la zone de jonction peut être ascensionnée dans l'endocol en cas de carence hormonal (ménopause). Lorsque l'ectopie est constituée, l'épithélium cylindrique endocervical se trouve directement au contact du milieu vaginal où il est exposé à différents facteurs. La réparation se fait à partir de la zone de jonction, par une prolifération importante et différenciation des cellules basales de la jonction, à l'origine du processus de métaplasie malpighienne.



Figure 4: Epithélium exocervical (Malpighien non kératinisé) [19]

2.2.2 Etiopathogénie [6, 8, 20]

2.2.2.1 Facteurs de risque

- **Facteurs infectieux**
  - Le Papillomavirus humain

Il existe une forte corrélation entre le cancer du col utérin et l'infection à HPV. Il est établi avec certitude que l'infection persistante à HPV est le principal facteur de risque du développement du cancer du col de l'utérus. En effet, il s'agit d'une infection sexuellement transmissible responsable de lésions des tissus cutanés et des muqueuses des parties génitales ; ces lésions sont susceptibles de transformation maligne en cas de persistance de l'infection et à la faveur d'autres facteurs. Certains génotypes d'HPV sont particulièrement reconnus comme étant oncogènes et directement impliqués dans la survenue du cancer du col utérin. Il s'agit de 14 génotypes : 16 ; 18 ; 31 ; 33 ; 35 ; 39 ; 45 ; 51 ; 52 ; 56 ; 58 ; 59 ; 66 et 68. Notons que les génotypes 16 et 18 sont les plus incriminés.

  - Le VIH/SIDA : les femmes porteuses du virus de l'immunodéficience humaine ont risque plus important de transformation maligne des lésions précancéreuses du col lorsqu'elles contractent l'infection à HPV.

- L'Herpès simplex virus : ce virus agit comme facteur synergique avec l'HPV mais ne possède pas d'effet direct sur les lésions du col ; l'HSV type 2 est le plus incriminé.

❖ **Facteurs gynécologiques et obstétricaux**

- Précocité de l'activité sexuelle : il s'agit du risque en rapport avec une multiplicité des partenaires sexuels (ou encore d'avoir un partenaire ayant de nombreux partenaires sexuels). Ce qui expose aux infections sexuellement transmissibles en général et à l'infection à HPV en particulier. Egalement, il existe la notion d'immaturité du col et plus précisément, de la jonction pavimento-cylindrique qui favoriserait une transformation maligne plus précoce des lésions du col.
- Multiparité : la grossesse entraine des remaniements au niveau de l'exocol et de l'endocol. Ce qui fragilise l'architecture cellulaire, désormais plus propice aux transformations malignes en cas d'infection à HPV. Ce risque est encore plus grand en cas de grossesses nombreuses.
- Contraceptifs oraux : l'emploi à long terme de contraceptifs oraux (plus de 05ans) est susceptible d'augmenter le risque d'évolution de l'infection à HPV vers un cancer du col utérin.

❖ **Facteurs généraux**

- Age : dans plus de 40% des cas, le cancer du col utérin est découvert avant 50ans avec un pic entre 25 et 40ans.
- Bas niveau socio-économique et d'instruction : les femmes issues d'un milieu social défavorisé sont les plus atteintes par le cancer du col utérin, du fait de l'exposition plus précoce aux IST, l'absence de comportements préventifs, le faible recours aux soins en raison des moyens financiers limités.

2.2.2.2 Pathogénie

Le col de l'utérus est protégé des agressions extérieures (substances toxiques, agents infectieux) par l'épithélium pavimenteux stratifié qui le recouvre. Le renouvellement perpétuel des couches cellulaires assure dans les conditions normales, le maintien de l'intégrité de l'épithélium.

En cas d'infection persistante à HPV et à la faveur de cofacteurs, les cellules pavimenteuses de la Jonction Pavimento-Cylindrique prennent un aspect

anormal : on parle de **Dysplasie ou de Néoplasie Cervicale Intraépithéliale** (**CIN : Cervical Intraepithelial Neoplasia**). Ces lésions dites précancéreuses sont d'importance variable selon le degré d'anarchie cellulaire et le respect de la membrane basale, toujours conservée. Ces lésions évoluent de façon latente, en moyenne 10 ans et aboutissent au développement d'un cancer du col de l'utérus.

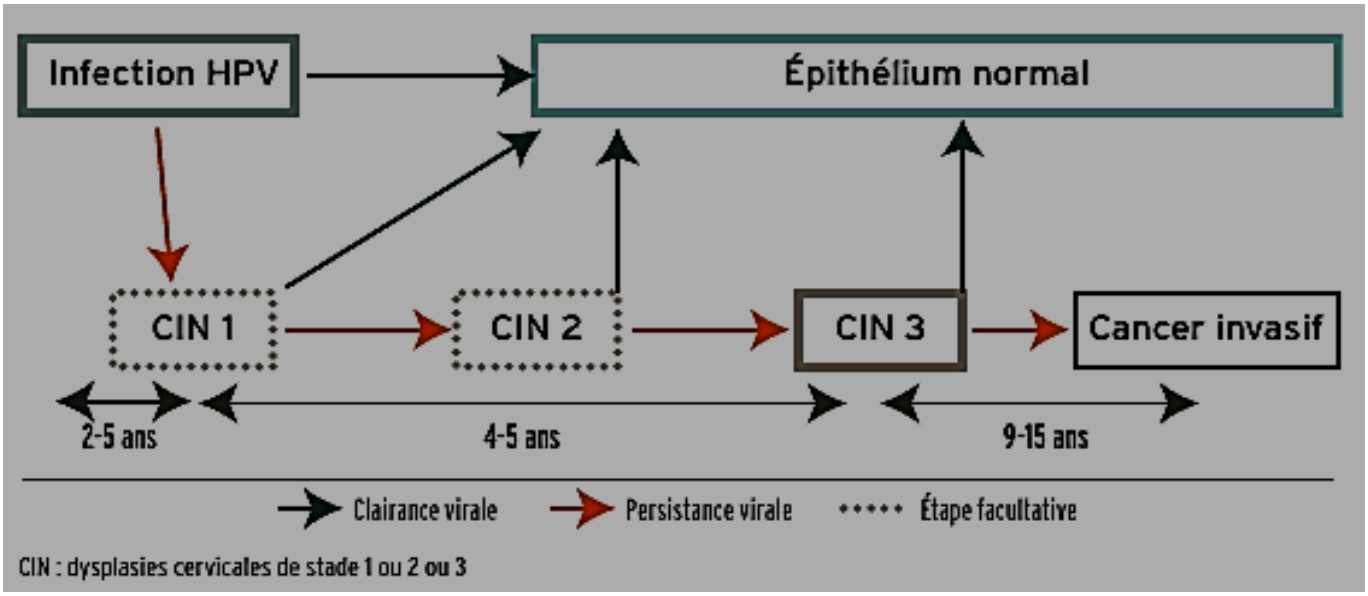


Figure 5: histoire naturelle du Cancer du col de l'utérus [21]

Il existe une classification des différentes lésions du col selon le degré de désorganisation de l'architecture cellulaire comme suit :

Tableau I : corrélation entre les terminologies Dysplasies/Carcinome in situ, Néoplasie cervicale intraépithéliale (CIN) et la terminologie Bethesda [7]

Terminologie Dysplasie	Terminologie CIN initiale	Terminologie CIN modifiée	Terminologie Bethesda (LIE) (2001)
Normal	Normal	Normal	-Limites normales -Modifications cellulaires bénignes (infection ou réparation)
Atypie			ASCUS/AGUS
	Koïlocytes, condylomes plans, sans modification de l'épithélium	CIN de bas grade	LIEBG
Dysplasie légère	CIN1	CIN de bas grade	LIEBG
Dysplasie modérée	CIN2	CIN de haut grade	LIEBG
Dysplasie sévère	CIN3	CIN de haut grade	LIEHG
Carcinome in situ	CIN3	CIN de haut grade	LIEHG
Carcinome invasif	Carcinome invasif	Carcinome invasif	Carcinome invasif

CIN : Cervical Intraepithelial Neoplasia ; LIEBG : Lésion intraépithéliale Epidermoïde de bas grade ; LIEHG : Lésion Intraépithéliale Epidermoïde de haut grade ; ASCUS (Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance) : Atypies Cellulaires Epidermoïdes de Signification Indéterminée ; AGCUS (Atypical Glandular Cells of Undetermined Significance) : Atypies Cellulaires Glandulaires de Signification Indéterminée

2.2.3 Anatomie Pathologique [11, 16]

2.2.3.1 Aspect macroscopique

On distingue 03 formes anatomopathologiques. Il s'agit des :

❖ **Formes bourgeonnantes**

Dites exophytiques ou en « chou fleurs », de taille variable, sous forme de petits bourgeons sur l'exocol ou prenant tout le col, réalisant un aspect de « gros col » tumoral.

❖ **Formes infiltrantes**

Elles s'étendent vers l'endocol et l'isthme, donnant un aspect de « col en barillet ».

❖ **Formes ulcéreuses**

Irrégulières, térébrantes, à fond nécrotique, avec souvent un aspect de cratère détruisant le col.

Il existe des formes dites mixtes : associant 02 ou les 03 formes sus-décrites.

2.2.3.2 Aspect microscopique

❖ **Le carcinome épidermoïde ou malpighien**

Plus fréquent type histologique des cancers du col utérin (80-90%), il se développe à partir de l'épithélium malpighien de l'exocol.

➢ **Le carcinome in situ**

L'épithélium est désorganisé sur toute sa hauteur dans la zone de jonction mais les cellules malignes ne franchissent pas la membrane basale.

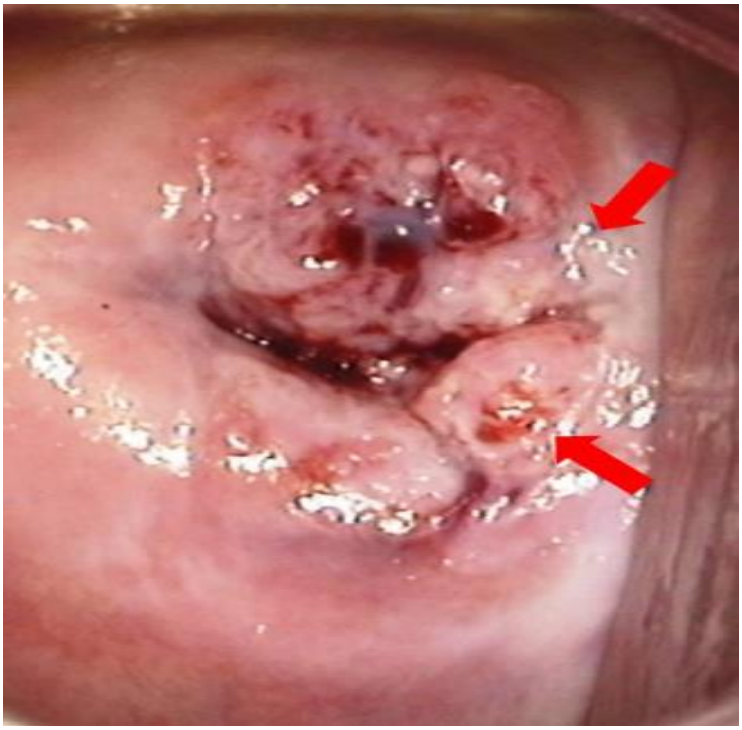


Figure 6: Carcinome in situ [49]

- **Le carcinome micro invasif**

La membrane basale est franchie, l'invasion ne dépasse pas 5mm en profondeur et 7mm en largeur.

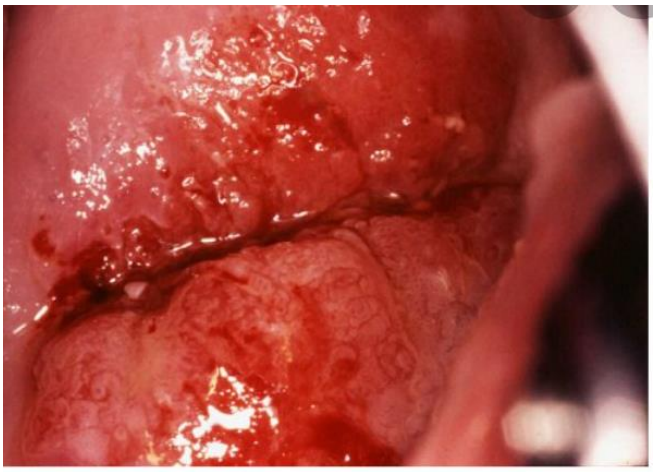


Figure 7: carcinome invasif débutant [49]

- **Le carcinome invasif**

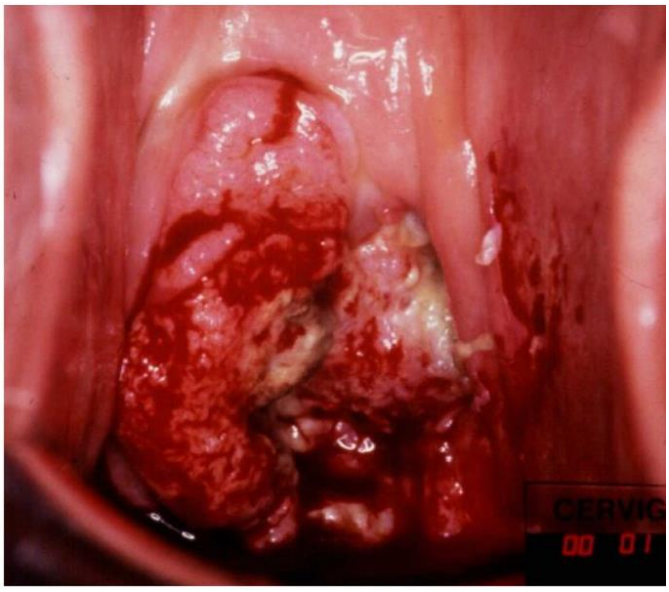


Figure 8: carcinome invasif à un stade avancé [49]

- **L'adénocarcinome**

On distingue l'adénocarcinome classique de type endocervical (50% des formes), les formes intestinales et endométrioïdes (30% des cas).

2.2.4 Classification [16] : la plus utilisée est celle de la Fédération Internationale de Gynécologie -Obstétrique (FIGO).

Tableau II : classification clinique des cancers du col de l'utérus selon la Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique (FIGO) révisée en 2018.

Stade I	**Localisation strictement confinée au col de l'utérus**		
	IA	Cancer invasif identifié seulement au microscope et envahissement du stroma d'une profondeur maximum de 5mm	
		IA1	Envahissement du chorion de 3mm ou moins
		IA2	Envahissement du chorion supérieur à 3mm et inférieur ou égal à 5mm
	IB	Cancer de taille supérieure à celle du IA, limité au col	
		IB1	Lésion de moins de 2cm de diamètre maximal
		IB2	Lésion d'au moins 2cm et inférieure à 4 cm de diamètre maximal
		IB3	Lésion d'au moins 4cm de diamètre maximal
Stade II	Extension au-delà du col, mais sans atteinte de la paroi pelvienne ou du tiers inférieur du vagin		
	IIA	Extension jusqu'aux deux tiers supérieur du vagin	
		IIA1	Lésion de 4cm ou moins de diamètre maximal
		IIA2	Lésion de plus de 4cm de diamètre maximal
	IIB	Extension paramétriale sans atteinte des parois pelviennes	
Stade III	Cancer étendu à la paroi pelvienne et/ou au tiers inférieur du vagin et/ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet et/ou atteinte ganglionnaire pelvienne ou lomboaortique		
	IIIA	Cancer étendu au tiers inférieur du vagin sans atteinte des parois pelviennes	
	IIIB	Cancer étendu aux parois pelviennes et/ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet	
	IIIC	IIIC1	Atteinte ganglionnaire pelvienne
		IIIC2	Atteinte ganglionnaire lomboaortique
Stade IV	Invasion de la vessie, du rectum et au-delà de la cavité pelvienne		
	IVA	Extension à la muqueuse vésicale et/ou à la muqueuse rectale	
	IVB	Métastases à distance (cavité péritonéale, foie, poumons et autres)	

2.3 CANCER DE L'ENDOMETRE

2.3.1 Rappels [9, 16, 18]

2.3.1.1 Anatomiques

❖ L'utérus est situé dans la cavité pelvienne, sur la ligne médiane. Il est limité par:

- en avant : vessie
- en arrière : rectum
- en bas : vagin
- en haut : anses intestinales et côlon iliopelvien

C'est un organe creux comprenant : le corps utérin, le col utérin et l'isthme qui les sépare. L'endomètre est la tunique tapissant la surface intérieure du corps de l'utérus. Il se continue sans limite nette avec en haut, la muqueuse des trompes et en bas, la muqueuse du col ; son épaisseur est maximum dans la partie moyenne de la cavité du corps et diminue graduellement en allant soit vers le col, soit vers le fond utérin ; sa couleur varie du blanc rosé au rouge pâle.

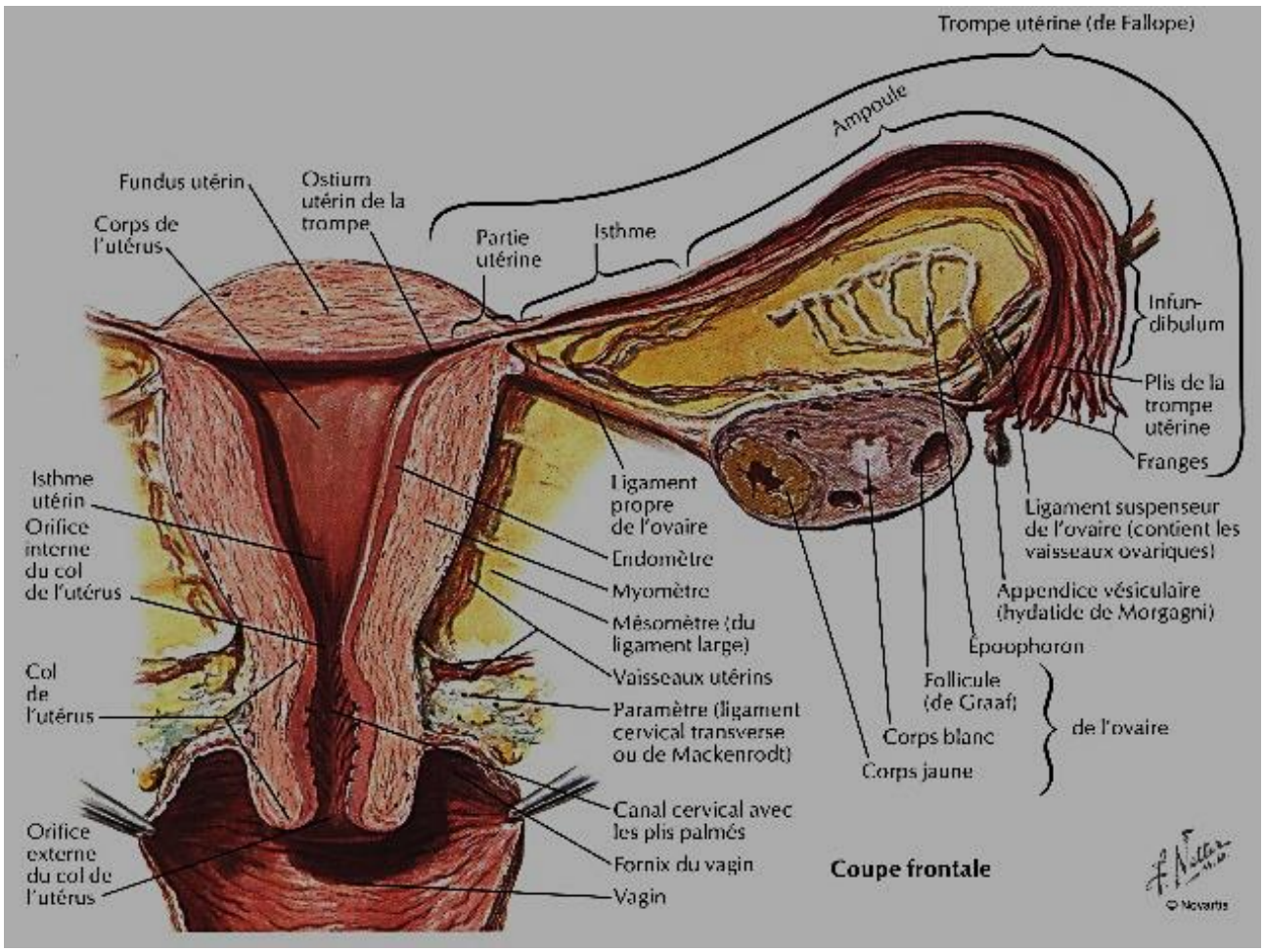


Figure 9: coupe frontale de l'appareil génital féminin [18]

- ❖ **Rapports** : la face interne de l'endomètre répond à la cavité utérine ; sa face externe répond à la musculeuse.
- ❖ **Vascularisation et innervation**

- **Artères** : elles naissent des artères radiées internes, branches des artères arquées ; en pénétrant dans l'endomètre, chaque artère radiée prend le nom d'artère basale et donnent des artérioles basales. Au niveau de la couche fonctionnelle de l'endomètre, chaque artère basale donne une artériole terminale qui irrigue la couche fonctionnelle. La croissance en longueur des artérioles terminales est corrélée à la croissance en épaisseur de la couche fonctionnelle au point même d'être plus rapide, il en résulte la formation de spirales donnant ainsi aux artérioles terminales le nom d'artérioles spiralées.
- **Veines** : le système capillaire veineux se déverse dans les veines qui courent parallèlement à la surface de l'épithélium et sont drainées par des troncs veineux présentant des dilatations ampullaires.

- **Lymphatiques** : les vaisseaux lymphatiques se jettent dans les veines utérines et ovariennes ; il existe un riche réseau anastomotique autour des culs-de-sac glandulaires.
- **Nerfs** : assurée par un réseau nerveux issu du plexus hypogastrique.

2.3.1.2 Histologiques

L'épithélium est constitué d'une seule couche de cellules cubiques ou prismatiques, ciliées ou non, reposantes sur une membrane basale. Cet épithélium s'invagine en tubes glandulaires qui sont situées dans un stroma conjonctif : le chorion, formé de cellules conjonctives baignant dans une substance fondamentale fibrillaire, sans fibres élastiques et contenant des vaisseaux. Selon la phase du cycle menstruel, cet épithélium subit des transformations, témoins de l'activité endométriale.

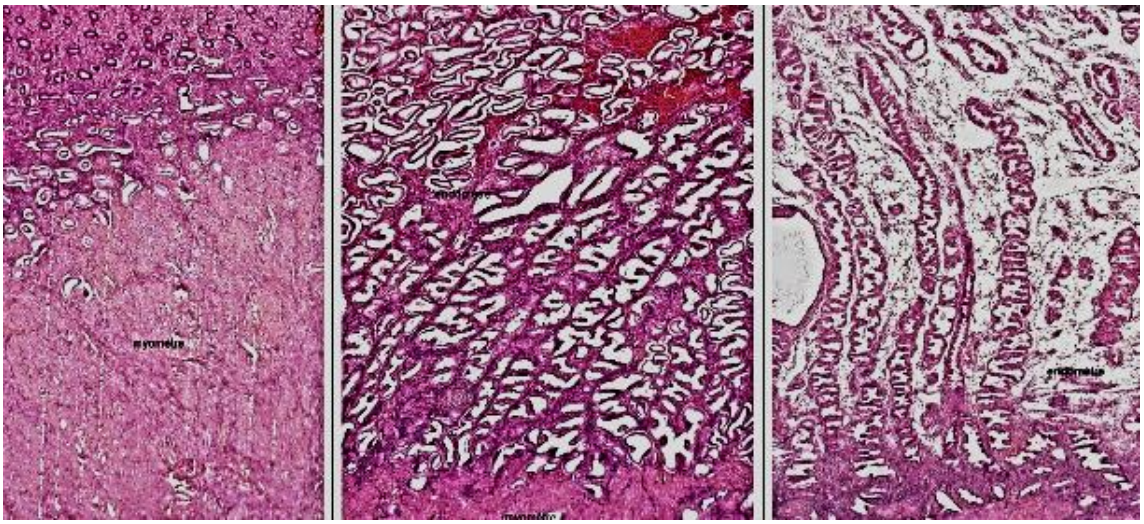


Figure 10: coupe histologique de l'épithélium de l'endomètre [19]

De la gauche vers la droite :

- 1ère iconographie : muqueuse utérine en phase proliférative (entre 5ème et 14ème jour du cycle)
- 2ème iconographie : muqueuse utérine en phase sécrétrice (entre 14ème et 24ème jour)
- 3ème iconographie : muqueuse utérine en fin de phase sécrétrice et en début de la phase menstruelle

2.3.2 Etiopathogénie [14]

2.3.2.1 Facteurs de risque

- **Facteurs environnementaux :**
  - **Age :** le risque de développer un cancer de l'endomètre augmente avec l'âge et notamment après la ménopause ; l'âge moyen de survenue est compris entre 60 et 70ans mais un pic est observé entre 50 et 65ans.
  - **Diabète :** le type 2 est le plus impliqué ; le mécanisme repose sur l'insulino-résistance des tissus induite par l'hyperglycémie favorisant ainsi l'hypercholestérolémie.
  - **Obésité :** favorise l'hypercholestérolémie qui contribue à son tour au développement du Diabète.
  - **Tabagisme :** le Cadmium, métal lourd contenu dans la cigarette, le cigare ou le tabac est incriminé. Le Cadmium imiterait les effets des œstrogènes.
- **Facteurs gynécologiques et obstétricaux :**
  - **Ménarche précoce, nulliparité et ménopause tardive :** ces différentes situations exposent à une stimulation œstrogénique prolongée, responsable sur le long terme d'une hyperplasie de l'endomètre. L'hyperplasie endométriale constitue un état précancéreux et selon la morphologie cellulaire, elle peut être à histologie normale (cellules épithéliales d'aspect normal) ou à histologie anormale (présence d'atypies cellulaires). L'hyperplasie avec atypie cellulaire peut évoluer vers un cancer, la durée moyenne de cette transformation cancéreuse est estimée à 20ans.
  - **Traitement hormonal substitutif :** utilisé pendant la ménopause, il est basé sur l'utilisation d'œstrogènes et doit être associé à la Progestérone dont le rôle protecteur contre les cancers de l'endomètre a été démontré. En absence de cette association, une situation d'hyperoestrogénie est créée, favorisant l'hyperplasie endométriale et le développement d'un cancer.
  - **Traitement par Tamoxifène :** utilisée dans le traitement des cancers du sein hormonosensibles, cette molécule est impliquée dans le développement secondaire de cancers de l'endomètre chez

les patientes sous traitement. Son action oestrogénique au niveau de certains tissus dont l'endomètre est incriminé.

- **Syndrome des ovaires polykystiques :** son implication est en rapport : d'une part avec l'hypercholestérolémie induite de même que le Diabète insulino-résistant induit et d'autre part, avec l'hypertrophie endométriale qui survient du fait du dysfonctionnement du cycle menstruel.

❖ **Facteurs génétiques**

- **Facteurs mineurs :** il s'agit de prédispositions génétique encore méconnues à ce jour mais rendant compte de l'augmentation démontrée du risque chez les femmes ayant un antécédent au 1er degré de cancer de l'endomètre.
- **Facteurs majeurs :** le plus reconnu est le Syndrome de LYNCH ou HNPCC (Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer) associé au développement de plusieurs cancers notamment les cancers du côlon et du rectum, de l'endomètre et des ovaires. L'HNPCC est lié à la présence d'une mutation germinale hétérozygote sur un des gènes impliquées dans la réparation des mésappariements de l'ADN (Mismatch repair : MMR) : MSH6, MSH2, PMS2 ou MLH1. La déficience du système MMR est plus fréquemment somatique (retrouvée dans 30% des cancers de l'endomètre) donc non transmissible.

2.3.2.2 Pathogénie

Les cancers de l'endomètre sont hormonodépendants. Il s'agit de l'hyperoestrogénie et notamment celle en période post ménopausique.

En effet, la sécrétion d'œstrogènes après la ménopause se déroule comme suit : les surrénales produisent la Delta-4-androstènedione qui est transformée en œstrone au niveau des tissus graisseux périphériques. L'œstrone diffère de l'œstradiol synthétisé directement par les ovaires au cours des différents cycles ovariens. Cette production est responsable d'une hyperoestrogénie à l'origine d'une hyperplasie endométriale et du développement des cancers de l'endomètre. L'hyperplasie endométriale peut constituer un état précancéreux ou non. Les facteurs tels que l'obésité, le diabète et le traitement hormonal substitutif augmentent cette production d'œstrone et contribuent au développement des cancers de l'endomètre. Egalement, les facteurs gynéco-

obstétricaux entretiennent une stimulation oestrogénique qui peut contribuer au développement des lésions cancéreuses surtout avant la ménopause. Le risque de développer ces cancers est augmenté en présence de facteurs génétiques.

2.3.3 Anatomie pathologique [5, 16]

2.3.3.1 Aspect macroscopique

On distingue :

- ❖ Formes végétantes : les plus fréquentes, elles sont d'abord circonscrites avant de s'étendre en superficie puis en profondeur, envahissant progressivement la totalité de la cavité endométriale et la paroi utérine.
- ❖ Formes ulcérantes : il s'agit de formes délabrantes et souvent observées dans les stades avancés des tumeurs.

2.3.3.2 Aspect microscopique

On distingue deux types histologiques

- Type 1 : Adénocarcinome endométrioide (80% des cas) pour lequel il existe 03 grades histologiques selon le degré de différenciation cellulaire
  - ➢ Grade 1 : ≤ 5% des cellules tumorales sont indifférenciées
  - ➢ Grade 2 : 6 à 50% des cellules tumorales sont indifférenciées
  - ➢ Grade 3 : > 50% des cellules tumorales sont indifférenciées
- Type 2 : (20% des cas) regroupe le carcinome à cellules claires, carcinome papillaire et séreux, carcinosarcome.

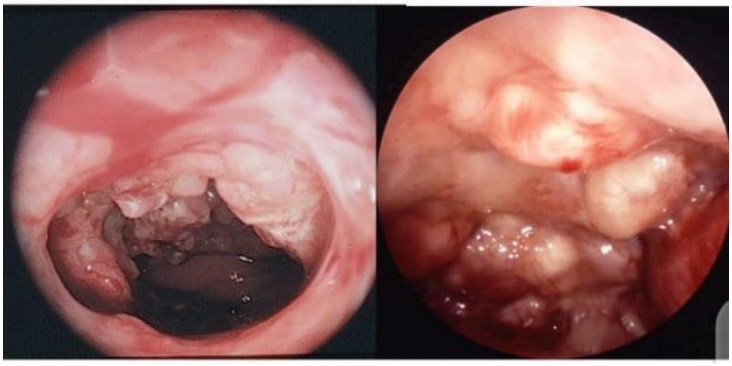


Figure 11: carcinome endométrioide à l'hystéroscopie [19]

2.3.4 Classification [16]

C'est celle de Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique (FIGO).

Tableau III: classification des cancers de l'endomètre (2009)

Stade	Caractéristiques de la tumeur
0	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur Pas de signes de tumeur primitive Carcinome in situ
I	Tumeur limitée au corps utérin
IA	Tumeur limitée à l'endomètre et invasion < 50% du myomètre
IB	Invasion > 50% du myomètre
II	Tumeur envahissant le col sans dépasser l'utérus
III	Extension locale et/ou régionale
IIIA	Envahissement tumoral de la séreuse et/ou des annexes
IIIB	Envahissement du vagin
IIIC	Envahissement des nœuds lymphatiques : • IIIC1 : nœuds pelviens • IIIC2 : nœuds pelviens et/ou lombo-aortiques
IV	Envahissement des muqueuses rectales ou vésicales ou métastases à distance
IVA	Envahissement des muqueuses rectales ou vésicales
IVB	Métastases à distance en incluant les métastases intra-abdominales et/ou nœuds inguinaux

2.4 CANCERS DES OVAIRES

2.4.1 Rappels [9, 16]

2.4.1.1 Anatomiques

❖ Les ovaires sont deux glandes appendues aux trompes de FALLOPE de chaque côté de l'utérus et constituent les gonades féminines. De couleur

blanc rosé, l'ovaire pèse 6 à 8 grammes à l'âge adulte et environ 1 à 2 grammes après la ménopause. Il est de consistance ferme chez la femme en activité génitale et devient progressivement dur après la ménopause avec une tendance à l'atrophie. Sa surface est irrégulière du fait de la présence de follicules ovariens, à différents stades de leur maturation.

- ❖ **Rapports** : l'ovaire est situé dans une loge ouverte en dedans et limitée par :

- en haut : la trompe de FALLOPE

- médialement : le mésosalpinx et la paroi utérine

- latéralement : la fossette ovarique

- en arrière : la face postérieure du ligament large

Il présente à décrire deux faces médiale et latérale, deux bords mésovarique et libre et une extrémité tubaire.

- ❖ **Vascularisation**

Artères : l'ovaire est irrigué principalement par l'artère ovarique et l'artère utérine ; l'apport sanguin provenant de l'artère ovarique étant la plus importante jusqu'à l'âge de 25 ans environ puis sa valeur fonctionnelle décroît avec l'âge et l'artère utérine devient après la ménopause, la seule source d'irrigation artérielle de l'ovaire.

Veines : elles sont satellites des artères ; les veines afférentes de l'ovaires s'organisent en arcades et s'anastomosent avec les veines utérines.

Lymphatiques : les vaisseaux lymphatiques ovariens forment un plexus au niveau du hile de l'ovaire. Au niveau de l'ovaire droit, les lymphatiques aboutissent aux nœuds lymphatiques lombaux, latéro-caves et pré-caves ; à gauche, ils aboutissent aux nœuds lymphatiques lombaux, latéro et pré-aortiques.

- ❖ **Innervation :** provient du plexus ovarique et accessoirement, du plexus hypogastrique inférieur.

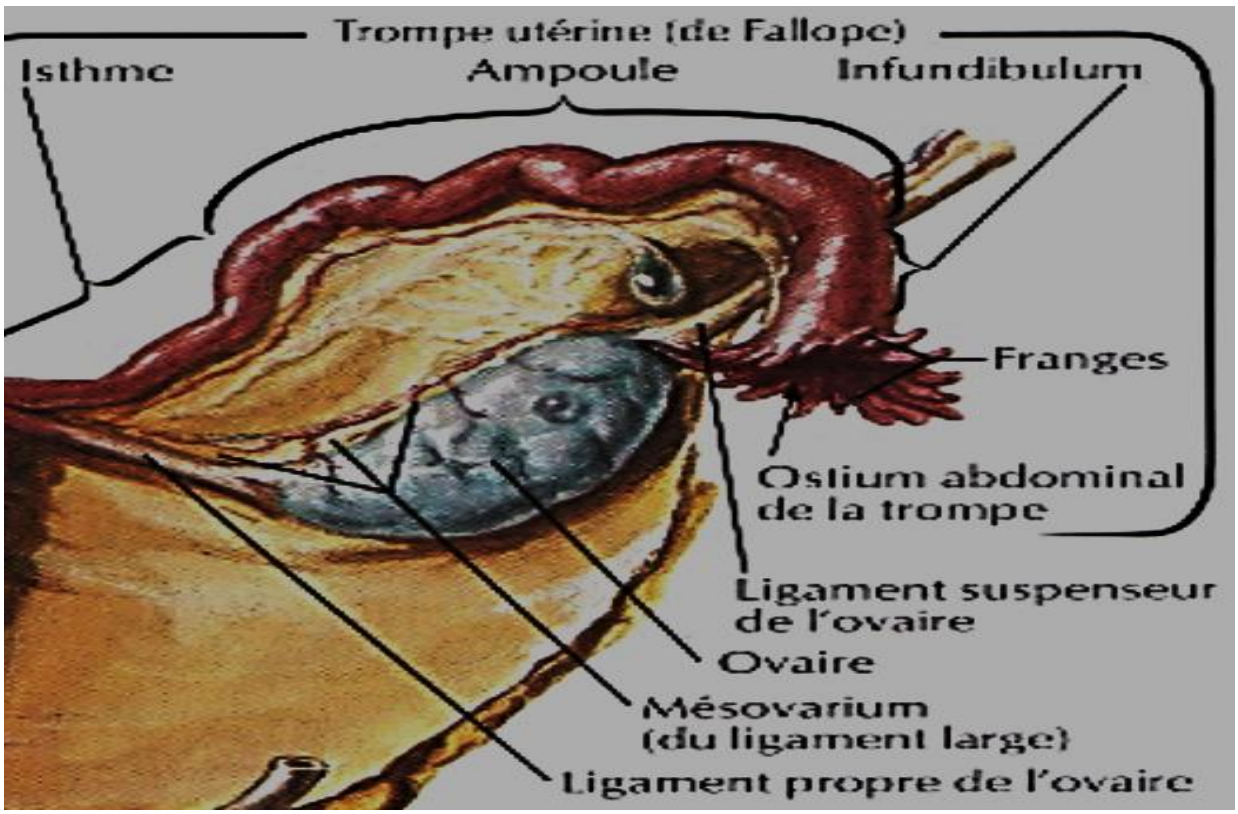


Figure 12: vue morphologique de l'ovaire [18]

2.4.1.2 Histologiques

Du point de vue histologique, l'ovaire présente à décrire un épithélium : l'épithélium ovarique. Il s'agit d'un épithélium polymorphe formé d'une assise de cellules cubiques, de petites tailles et à noyaux volumineux et de cellules cylindriques ciliées ou endothéliformes. Cet épithélium repose sur un chorion fait de fibres conjonctives et porte également le nom d'Albuginée.

Sur une coupe histologique de l'ovaire, on distingue deux zones :

- une zone centrale ou médullaire : d'aspect rouge, de consistance molle et très vasculaire

- une zone périphérique ou corticale : blanche, ferme et dont le stroma comporte plusieurs follicules ovariens à différents stades de leur maturation : allant du follicule primordial au follicule mature de DE GRAFF qui achèvera sa maturation et deviendra l'ovocyte, libéré pendant l'ovulation.

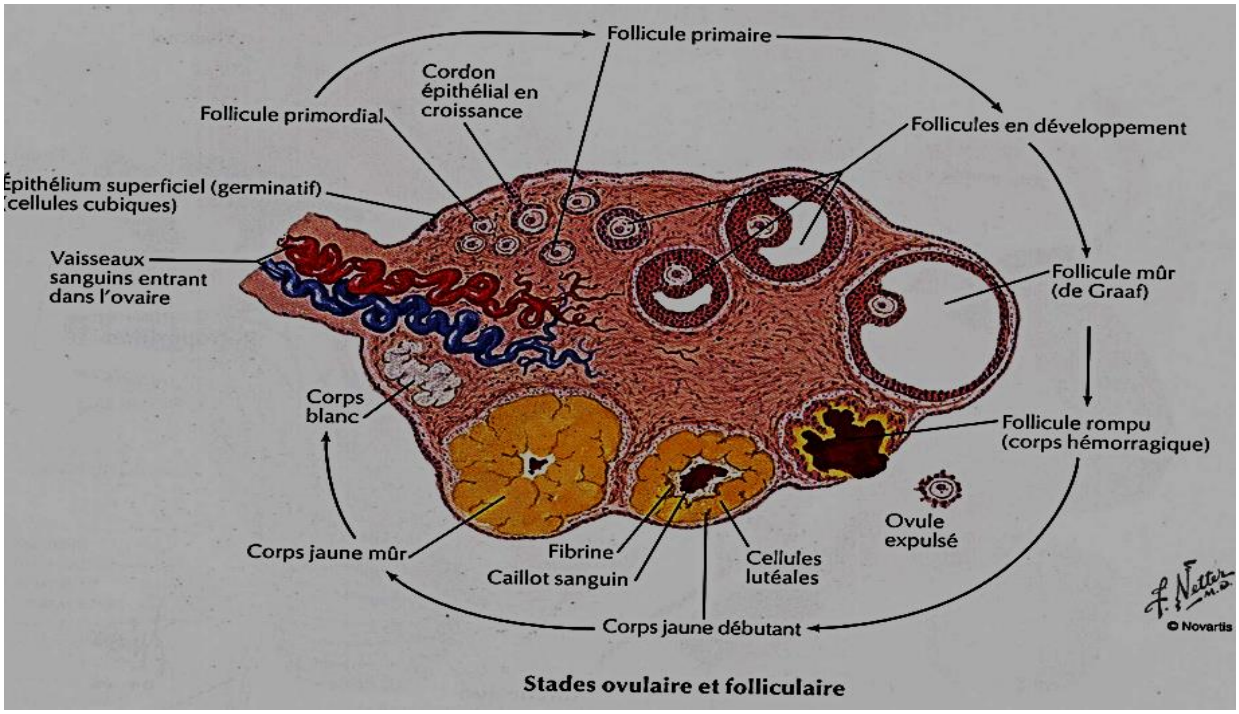


Figure 13: structure histologique de l'ovaire : folliculogenèse et ovulation [19]

2.4.2 Etiopathogénie [3, 5]

2.4.2.1 Facteurs de risque

- **Facteurs généraux**
  - **Age :** les cancers des ovaires surviennent dans la plupart des cas, après la ménopause et le risque de développer ces cancers augmentent avec l'âge ; l'âge moyen du diagnostic est d'environ 65 ans.
  - **L'obésité :** son implication est liée à l'hyperoestrogénie qu'elle favorise.
  - **Le Tabac :** son rôle dans le développement des cancers des ovaires serait en rapport avec le Cadmium qui imiterait les effets des oestrogènes.
  - **L'Amiante :** son implication demeure encore imprécise dans la survenue des cancers des ovaires. Des études en ont démontrées l'implication en révélant une prévalence élevée des cancers ovariens chez les femmes ayant été exposées professionnellement par rapport à d'autres femmes chez qui cette exposition n'est pas retrouvée, sans toutefois en établi le mécanisme.

- **Les rayonnements ionisants :** l'exposition aux radiations ionisantes est reconnue comme facteur cancérigène dans plusieurs cancers du fait de l'atteinte portée sur la molécule d'ADN, responsable de mutation.

❖ **Facteurs gynéco-obstétricaux :**

- **Nulliparité, ménarche précoce, ménopause tardive :** favorisent une stimulation ovarienne prolongée et par conséquent, une hyperoestrogénie.
- **Traitement hormonal substitutif :** conduit sans ajout d'un progestatif, favorise l'hyperoestrogénie après la ménopause.
- **Traitement de l'infertilité :** le traitement par stimulation de l'ovulation (ou traitement inducteur de l'ovulation) est incriminé en ce sens qu'il entraîne une hyperstimulation de l'activité ovarienne avec comme conséquence :
  - d'une part : l'hypersecrétion d'œstrogènes
  - d'autre part : une hyperactivité ovarienne avec formation de kystes (microkystes en général), le risque d'une éventuelle transformation maligne est rare mais reste possible.

➢ **Dégénérescence maligne de lésions bénignes :** il s'agit essentiellement de la transformation maligne de kystes organiques.

❖ **Facteurs génétiques :**

- **Facteurs mineurs :** il s'agit des antécédents de cancers des ovaires mais également de cancers du sein au 1er degré.
- **Facteurs majeurs :** il s'agit essentiellement du Syndrome de LYNCH. Une mutation sur les gènes BRCA 1 et BRCA 2 (gènes codant pour des protéines impliquées dans des mécanismes anti-oncogéniques par réparation de l'ADN détériorée) est également incriminée. Il s'agit d'une mutation génétique à transmission autosomale dominante.

2.4.2.2 Pathogénie

Les cancers des ovaires sont hormonodépendants et répondent à deux processus bien souvent intriqués :

- L'hyperoestrogénie : constituée à la faveur des différents facteurs généraux et gynéco-obstétricaux

- La dégénérescence maligne des kystes organiques : environ 5% des kystes organiques diagnostiquées avant la ménopause sont néoplasiques et environ 15% le sont après la ménopause.

2.4.2.3 Anatomie Pathologique [11, 16]

Il existe plusieurs types histologiques selon le type cellulaire. Les tumeurs épithéliales sont les plus fréquentes (90% des cas).

Tableau IV : Types histologiques des tumeurs malignes ovariennes

Type cellulaire	Tumeur
Cellules épithéliales	Cystadénocarcinome séreux (la plus fréquente) ; Cystadénocarcinomes mucineux, endométrioides, et à cellules claires
Cellules germinales	Tératomes indifférenciés ou immatures, Choriocarcinome, tumeurs de la granulosa, dysgerminomes, tumeurs des cellules de la thèque interne
Cellules des cordons sexuels	Gonadoblastomes

Les tumeurs aux dépens des cellules épithéliales sont les plus fréquentes (90% des cas).



Figure 14: cystadénocarcinome séreux [18]

2.4.3 Classification FIGO [16]

Tableau V : classification FIGO (2014) des cancers des ovaires

Stade I	Tumeur limitée aux ovaires	
	IA	Tumeur limitée à un seul ovaire avec capsule intacte et cytologie péritonéale négative
	IB	Tumeurs des deux ovaires, capsules intactes et cytologie péritonéale négative
	IC	IC1 : rupture capsulaire peropératoire
		IC2 : rupture préopératoire ou tumeur à la surface ovarienne
		IC3 : cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal
Stade II	Tumeur ovarienne étendue au pelvis	
	IIA	Implants ou extension à l'utérus et/ou aux trompes
	IIB	Extension aux autres organes pelviens
	IIC	IIA ou IIB avec cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal
Stade IIIA	Métastases lymphonodales rétropéritonéales et/ou atteinte microscopique au-delà du pelvis	
	IIIA1	Métastases lymphonodales rétropéritonéales
		IIIA(i) : métastases de moins de 10mm
		IIIA(i) : métastases de plus de 10mm
	IIIA2	Atteinte microscopique extrapelvienne +/- atteinte lymphonodale rétropéritonéale
Stade IIIB	Métastases péritonéales macroscopiques <2cm extrapelviennes +/- atteinte lymphonodale rétropéritonéale	
Stade IIIC	Métastases péritonéales macroscopiques >2cm +/- atteinte lymphonodale rétropéritonéale, y compris l'extension à la capsule hépatique ou de la rate	
Stade IVA	Epanchement pleural avec cytologie positive	
Stade IVB	Métastases parenchymateuses hépatiques ou spléniques, extension extra-abdominale, y compris atteinte des aires lymphonodales inguinales et nœuds lymphatiques en dehors de la cavité abdominale	

2.5 TRAITEMENT CHIRURGICAL [23 - 29]

2.5.1 But

- Exérèse de la tumeur et de ses extensions
  - avec réduction du volume tumoral au maximum possible : chirurgie de cytoréduction
  - obtention de marges de résection saines
- Améliorer la qualité de vie des patientes

2.5.2Types de chirurgie

- Chirurgie exclusive (chirurgie R0) : consiste en l'exérèse totale de la tumeur avec des marges de résection saines, ce qui rend très peu probable le risque de récidive après l'intervention.
- Chirurgie première (chirurgie R1) : consiste en l'ablation de la tumeur puis à l'association d'un traitement médical et/ou physique (chimiothérapie/ radiothérapie/radiochimiothérapie concomittante).
- Chirurgies post-chimiothérapie/radiothérapie/radiochimiothérapie concomittante : sont réalisées en complément aux traitements médical et physique ; l'obtention de marges de résection saines est très peu probable dans ces cas.
- Chirurgie régionale : il s'agit de la chirurgie des extensions locorégionales et des métastases de la tumeur. Elle implique la réalisation de gestes opératoires complexes couramment appelés **gestes complémentaires**.

2.5.3 Moyens

Les méthodes proposées sont conservatrices ou radicales.

- **Méthodes conservatrices** :
  - **Cônisation :** il s'agit de l'exérèse d'une partie du col correspondant à un cône ou à un cylindre dont la base est exocervicale et le sommet endocervical et passant à distance de la jonction pavimento-cylindrique (WIELAND et al, 1997).

Technique : sous anesthésie locale, locorégionale ou générale parfois, le chirurgien accède au col à l'aide d'un spéculum et ensuite au bistouri électrique ou au laser, réalise l'exérèse de la tumeur. Elle dure environ 30min à 1h, n'expose pas à des risques de lésions vasculaires ou d'organes de voisinage en cours d'intervention et peut être réalisée en ambulatoire avec un délai court de mise en observation après le geste. La survenue de complications post opératoires est rare.

- **Trachélectomie :** il s'agit de l'ablation totale du col ; elle peut être élargie avec ablation du 1/3 supérieur du vagin, des paramètres et des nœuds lymphatiques. Décrite par Daniel DARGENT en 1959, elle est effectuée généralement par voie vaginale et en 02 temps.

Technique : sous anesthésie générale et par voie vaginale avec appui coelioscopique le plus souvent :

1er temps : exérèse des ganglions lymphatiques régionaux (iliaques et pelviens) avec examen extemporané (si possible) : le reste de l'intervention sera ajusté en fonction de la présence ou non d'un envahissement lymphatique.

2ème temps : c'est la Trachélectomie élargie : on procède à l'ablation du tiers supérieur du vagin puis à l'exérèse des paramètres avec les vaisseaux sanguins cervicaux vaginaux ; la partie haute du col est alors complètement visible et l'utérus est sectionné juste en-dessous du rétrécissement isthmique.

Cette intervention dure environ 3h et expose à plusieurs complications en per opératoires tels que : plaies vasculaires, lésions vésicales et urétérales.

- **Méthodes radicales**
  - **Colpohystérectomie élargie avec Lymphadénectomie (CHEL) :** il s'agit de l'ablation partielle ou totale de l'utérus (y compris le col), en y associant l'exérèse du tiers supérieur du vagin, des paramètres et des ganglions lymphatiques locaux. C'est l'intervention chirurgicale la plus réalisée dans le cadre de la chirurgie des cancers gynécologiques et est qualifiée par plusieurs auteurs, de **satisfaisante au plan carcinologique.** Elle peut être réalisée par voie abdominale (laparotomie ou cœlioscopie) : c'est l'intervention de WERTHEIM ou par voie vaginale : c'est l'intervention de SCHAUTA. Selon WERTHEIM, on distingue cinq (05) types de colpohystérectomie

élargie, le degré d'élargissement étant fonction de l'étendu des lésions :

Type I : hystérectomie extrafasciale ; section de la portion du vagin en-dessous de son insertion sur le col et section des ligaments utéro-sacrés.

Type II (ou Wertheim classique) : section du dôme vaginal.

Type III : section du ligament en dehors de l'uretère et à distance de son insertion vaginale.

Type IV : section du tiers supérieur du vagin, du ligament pubo-vésical emportant le pilier externe de la vessie et l'artère vésicale supérieure.

Type V : type IV + cystectomie trigonale avec réimplantation des uretères : ce dernier est peu pratiqué et n'est indiqué que dans les métastases limitées au trigone vésical.

La colpohystérectomie élargie est une intervention généralement longue, durant en moyenne 04h de temps. Elle est réalisée sous anesthésie générale et expose la patiente à des risques essentiellement : plaies vasculaires (artères et veines vésicales et urétérales), lésions vésicales et urétérales favorisant les fistules vésico-vaginales, le prolapsus génital.

- **Hystérectomie :** consiste en l'ablation partielle ou totale de l'utérus avec ou sans conservation des annexes et peut s'accompagner ou non de l'exérèse des paramètres (on parle d'**Hystérectomie élargie**). L'ablation des paramètres est réalisée selon l'étendue des lésions et le volume tumoral. Elle est réalisée par voie abdominale ou par voie vaginale qui peut également être cœlioguidée.

Par voie vaginale : sous anesthésie générale ou rachianesthésie et parfois sous contrôle cœlioscopique, on réalise une incision circulaire du vagin autour du col suivi de l'extraction de l'utérus à travers le vagin ; la suture vaginale est effectuée par la suite.

Par voie abdominale : sous anesthésie générale, par laparotomie ou laparoscopie, une incision pubienne (de Pfannenstiel) ou médiane sus/sous ombilicale (le type d'incision choisit est fonction du volume de l'utérus et des éventuels gestes complémentaires à réaliser) est réalisée, les structures vasculaires et

ligamentaires de l'utérus sont ligaturés ou coagulés, l'utérus est ensuite libérée des structures ligamentaires le fixant aux organes de voisinage (vessie en avant ; rectum en arrière et le vagin en bas) puis la fermeture se fait plan par plan.

Cette intervention est de durée variable, en moyenne 3heures de temps et dure plus longtemps si d'autres gestes sont réalisés. Les complications en peropératoires sont essentiellement hémorragiques ; les lésions vésicales, urétérales, vaginales et rectales.

- **Annexectomie :** c'est l'ablation des trompes et des ovaires ; elle est unilatérale ou bilatérale, réalisée par laparotomie ou cœlioscopie. Elle n'est indiquée qu'en cas d'envahissement des trompes utérines et des ovaires et est réalisée en même temps que les gestes sur l'utérus.

Pour les méthodes chirurgicales radicales, le séjour en hospitalisation après intervention est variable et souvent long. Il dépend entres autres, de l'état clinique de l'opérée et des complications per et post opératoires.

- **Gestes complémentaires :**

- **Curage ganglionnaire :** consiste en l'ablation des ganglions lymphatiques pelviens, lombo-aortiques et inguinaux. Plusieurs auteurs recommandent la pratique de la technique du ganglion sentinelle. Il s'agit d'une alternative à la lymphadénectomie massive. Par injection d'un traceur radio-actif (le Technétium 99) ou d'un colorant bleuté dans différents sites (péritumoral, intra ou péricervical), les ganglions envahis par la tumeur sont repérés car prennent une coloration donnée selon la substance utilisée et on procède à l'ablation de ces ganglions seules. Cette option permet d'éviter un curage ganglionnaire massif réduisant ainsi la durée de l'intervention. Le curage ganglionnaire est réalisé au cours des autres interventions sus-décrites, selon le stade évolutif de la tumeur en pré opératoire et la stadification per opératoire. En cas de tumeur dont la classification FIGO et la stadification TNM pré et per opératoire confirme l'absence d'envahissement lymphatique, certains auteurs préconisent la lymphadénectomie d'emblée tandis que d'autres proposent la réalisation d'un prélèvement ganglionnaire avec examen histopathologique extemporané lorsque cela est possible, avant

d'envisager l'ablation des ganglions. Notons qu'il n'y a pas de consensus ni de protocole standard dans ce sens.

- **Exentération pelvienne :** il s'agit essentiellement de pelvectomies antérieures (emportant vessie avec l'utérus), postérieures étendues au rectum, voire pelvectomies totales. Ces chirurgies sont lourdes, de durées longues, exposent à de nombreuses complications notamment hémorragiques et infectieuses et peuvent affecter la qualité de vie de la patiente.
- **Autres :** chirurgie de carcinose péritonéale ; appendicectomie ; omentectomie ; hépatectomie segmentaire voire totale avec greffe hépatique ; néphrectomie partielle avec dérivation des urines (montée de sonde JJ, néphrostomie percutanée) ; …etc. Ces gestes sont réalisés dans le but de traiter les métastases lorsque l'exérèse est possible et d'améliorer la qualité de vie des patientes. Cependant, le retentissement sur l'état clinique est majeur.

❖ **Voie d'abord** : abdominale ou vaginale

➢ **Voie abdominale :** selon deux modalités :

- La Laparotomie qui consiste en l'ouverture de la cavité abdominale à partir d'une incision abdominale ou pelvienne. On distingue :

✓ incision de PFANNENSTIEL (encore appelée incision de PFANNENSTIEL-KERR ou incision de KERR) : c'est une incision pubienne réalisée couramment en cas de césarienne. Le chirurgien réalise une incision horizontale (parfois légèrement incurvée) juste au-dessus de la symphyse pubienne. Cette incision offre une vue large du bassin central mais ne permet pas une exploration correcte du bassin latéral et de la partie supérieure de l'abdomen, ce qui limite son usage dans la chirurgie des cancers gynécologiques en général.

✓ incision médiane : il s'agit d'une incision verticale sus ou sous ombilicale mais peut être élargie selon les besoins, allant de la région sous ombilicale au sternum. Elle offre une vue plus large de l'ensemble de la cavité abdominopelvienne, permettant ainsi une exploration correcte et la réalisation des gestes opératoires concernant aussi bien les organes abdominopelviens que les nœuds lymphatiques. Ce type d'incision est plus recommandé dans la chirurgie des cancers gynécologiques.

La laparotomie bien qu'elle soit encore couramment pratiquée dans nos contextes, est associée à de nombreuses complications aussi bien liées à l'anesthésie (générale dans la plupart des cas) qu'aux risques hémorragiques et infectieuses auxquels elle expose les patientes.

- La cœlioscopie : encore appelée laparoscopie, il s'agit d'une technique d'endoscopie utilisée à but diagnostique et thérapeutique (cœliochirurgie) sur la cavité abdominale. L'accès à la cavité abdominale se fait par l'introduction d'une caméra (l'endoscope) à partir d'une petite incision au niveau de l'ombilic ; la cavité est explorée et les différents gestes sont réalisés. La cœliochirugie présente certains avantages notamment : la réduction de la durée de l'intervention, des risques hémorragiques et infectieux, de la durée d'hospitalisation et permet une récupération post opératoire rapide. Elle s'intègre fortement dans le cadre du concept de la Récupération Rapide Après Chirurgie (RRAC) ou Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) promulgué par plusieurs auteurs.

➢ **Voie vaginale** : est encore appelée voie basse ou voie naturelle. Elle peut être cœlioguidée et est de plus en plus préférée à la laparotomie du fait de ses avantages : durée d'intervention plus courte, risques de complications per opératoires moindres, complications post opératoires moindres et séjour hospitalier réduit après l'intervention. Cependant, elle n'est pas toujours adaptée à tous les gestes opératoires et le chirurgien peut être amené à réaliser une laparotomie complémentaire.

2.5.4 Indications

Les indications varient selon l'organe atteint, le stade évolutif de la tumeur, l'état clinique de la patiente. Plusieurs indications issues de différentes écoles et Réunions de concertation pluridisciplinaire sont ainsi proposées mais il n'existe cependant pas de consensus standard strictement établi et applicable pour tous les cas.

2.5.4.1 Cancer du col de l'utérus

- **Formes micro-invasives (stade IA) :** la chirurgie exclusive est recommandée. Il s'agira soit d'une Cônisation, soit d'une Trachélectomie ou soit d'une CHEL. En cas de Cônisation ou de Trachélectomie, un curage ganglionnaire sera associé selon la présence ou non d'emboles vasculaire ou lymphatique.
- **Formes invasives**
  - ✓ **Les formes opérables : stades IB et II**

Sont traitées soit par la chirurgie exclusive, soit par la radio-chimiothérapie ou par l'association radio-chirurgie.

- **Tumeurs de taille ≤ 4cm (IB1 / IIA1) :**
  - En absence d'envahissement ganglionnaire : chirurgie exclusive recommandée (Trachélectomie élargie ou CHEL de préférence).
  - Si envahissement ganglionnaire :

- Si ganglions de taille < 4cm : chirurgie première suivie d'une radiothérapie
- Si ganglions de taille > 4cm : radiochimiothérapie concomitante en première intention suivie d'une chirurgie d'exérèse (CHEL ou Hystérectomie totale, conservatrice ou non).

- **Tumeurs de taille > 4cm (IB2/ IIA2) et 2B** :
  - Radiochimiothérapie palliative ;
  - Ou la radiochimiothérapie concomitante suivie d'une chirurgie d'exérèse (CHEL ou hystérectomie totale) selon l'état clinique de la patiente.
    - ✓ **Les formes non opérables (stades III et IV)**

Le traitement recommandé correspond à une radiothérapie exclusive ou une chimiothérapie exclusive ou une association radio-chimiothérapie.

Des chirurgies complémentaires tels que les pelvectomies et les chirurgies d'exérèse de métastases (cure de carcinose péritonéale, hépatectomie, néphrectomie segmentaire ou néphrostomie avec dérivation urinaire, ...) seront réalisées selon l'état clinique de la patiente et contribuent essentiellement à améliorer la qualité de vie.

2.5.4.2 Cancer de l'endomètre

➢ **Stade I :**

- Hystérectomie totale non élargie avec annexectomie bilatérale

  Si femme jeune (< 40ans) et désir de grossesse : une conservation des ovaires avec salpingectomie est proposée

- Ou une hormonothérapie : à base de progestatif oral (Acétate de médroxyprogestérone) 400-600mg/jr, en association à la chirurgie qui sera la plus limite possible (résection tumorale partielle mais devant inclure la base d'implantation de la tumeur)

➢ **Stade II :**

- Hystérectomie totale non élargie avec annexectomie bilatérale
- Certains auteurs préconisent l'association d'une radiothérapie externe si le risque de récidive est important

➢ **Stade III :**

- Colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie+ annexectomie bilatérale
- puis radiochimiothérapie concomitante

➢ **Stade IV :**

- Radiothérapie interne et externe
- ou radiochimiothérapie concomitante
- +/- chirurgie si et seulement si la tumeur peut être macroscopiquement réséquée avec un risque raisonnable et une altération acceptable de la qualité de vie (inclut chirurgie des métastases, ablation d'adénopathies, exentération pelvienne…).

2.5.4.3 Cancer des ovaires

➢ Stades I : Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale + curage ganglionnaire + omentectomie + appendicectomie

➢ Stade II :

- Chimiothérapie puis
- Chirurgie de cytoréduction : hystérectomie avec annexectomie bilatérale + omentectomie + appendicectomie + curage ganglionnaire

- Stade III - IV :
  - Chimiothérapie palliative
  - Ou chimiothérapie puis évaluation de la résécabilité après 03 à 05 cures pour une chirurgie de cytoréduction : Hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale + omentectomie + appendicectomie + curage ganglionnaire

2.5 PRONOSTIC DE LA CHIRURGIE [5, 16, 23, 27, 30]

2.5.1 Complications de la chirurgie

Elles sont per et postopératoires.

❖ Complications peropératoires

- Anesthésiques :
  - Hypothermie
  - Détresse respiratoire
  - Arrêt cardio-respiratoire
- Chirurgicales :
  - Hémorragies : par lésions vasculaires
  - Plaies de viscères creux (anses digestives++) responsables de Péritonite aigue généralisée
  - Plaies vésicale, urétérale et urétrale
  - Lésions rectales

❖ Complications postopératoires

- Hémorragiques
  - Anémie sévère
  - Saignement génital
- Infectieuses
  - Suppuration pariétale
  - Suppuration profonde
  - Sepsis
- Thromboemboliques :
  - Maladie thromboembolique veineuse (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire)
  - Lymphœdème des membres inférieurs

- Fistules :
  - Vésico-vaginale
  - Recto-vaginale
  - Recto-vésico-vaginale
- Troubles sphinctériens :
  - Incontinence urinaire
  - Rétention urinaire
  - Incontinence anale
- Prolapsus génital
  - Cystocèle
  - Elytrocèle
- Troubles psychiatriques
  - Dépression
  - Psychose

2.6.2 Pronostic proprement dit

Les facteurs pronostiques retrouvés sont liés à la patiente, à la tumeur et à la chirurgie.

2.6.2.1 Facteurs liés à la patiente

❖ **Âge :**

L'âge en lui-même, n'a pas de répercussion directe sur le pronostic des opérées mais la fragilité de l'état de la patiente qu'il reflète (nutritionnel, physique, cognitif) en fait un facteur pronostique dont la valeur reste encore discutée à ce jour. Selon certains auteurs, un âge jeune (inférieur à 40ans) serait un facteur de bon pronostic.

Par contre, d'autres auteurs retrouvent l'âge jeune comme étant un facteur de mauvais pronostic.

❖ **Comorbidités**

La présence de pathologies médicales chroniques associées aux cancers gynécologiques n'a pas de répercussions directe sur la chirurgie mais fragilise l'état clinique des patientes et rend leur pronostic plus péjoratif.

❖ **Etat clinique selon OMS**

Une altération de l'état clinique préopératoire constitue un risque aussi bien anesthésique que chirurgical. Selon plusieurs auteurs, des reports de chirurgie et des transformations d'actes opératoires en actes moins complexes ont souvent été observés dans les cas chirurgies sur un mauvais état général. Ces chirurgies sont souvent accompagnées d'un séjour hospitalier long et de nombreuses complications postopératoires.

❖ **Anémie préopératoire**

Il s'agit d'un facteur relativement fréquent et son déterminisme est multifactoriel. Elle associe à divers degrés : l'inflammation, l'hémorragie, la carence martiale et parfois une infection. Une corrélation a été établie entre le stade évolutif du cancer et la fréquence de l'anémie : les chirurgies à des stades tardifs sont associées à une anémie préopératoire de profondeur variable. De même, selon plusieurs études, les actes opératoires sur un terrain d'anémie modérée à sévère, sont associés en postopératoire, à des anémies de profondeurs variables.

2.6.2.2 Facteurs liés à la tumeur

❖ **Stade évolutif**

Il est admis par plusieurs auteurs qu'un stade clinique précoce avant la chirurgie est un facteur de bon pronostic du traitement chirurgical. Egalement, les possibilités de réalisation d'une chirurgie carcinologique avec une cytoréduction maximale, diminuent lorsque le stade évolutif augmente.

❖ **Type histologique**

Concernant les cancers de l'utérus (col et endomètre), le caractère péjoratif des tumeurs glandulaires a été démontré. Par rapport aux cancers des ovaires, les tumeurs germinales seraient de plus mauvais pronostic que les tumeurs épithéliales.

❖ **Degré de différenciation**

Selon la plupart des auteurs, les cancers gynécologiques les plus différenciés (moyennement à bien différenciés) sont de meilleurs pronostics par rapport aux tumeurs peu ou indifférenciées.

2.6.2.3 Facteurs liés à la chirurgie

❖ **Chirurgien**

Il est considéré par plusieurs auteurs comme un facteur pronostique principal dans la prise en charge chirurgicale des cancers. Son impact se caractérise par d'importantes variations dans l'indication et la réalisation des gestes chirurgicaux, les taux de complications postopératoires et le taux de survie des opérées, indépendamment du taux de survie de la maladie elle-même.

❖ **Type de chirurgie**

Il a été observé que les chirurgies post chimiothérapie/post radiothérapie/post radiochimiothérapie s'accompagnent plus de complications par rapport à la chirurgie première. Cela serait dû aux complications liées à la chimiothérapie et à la fragilité de l'état clinique qu'elles entrainent.

3. CADRE ET METHODE D'ETUDE

3.1 Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans le service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et l'Enfant Lagune (CHU-MEL) et dans la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert KOUTOUKOU-MAGA (CNHU-HKM) de la ville de Cotonou.

3.1.1 Présentation de la ville de Cotonou

Capitale économique du Bénin, Cotonou est une ville située au sud du pays le long de la lagune et ouverte sur l'océan Atlantique : elle est située sur le cordon littoral entre le lac Nokoué et l'océan Atlantique.

Son climat est de type équatorial où deux saisons pluvieuses (avril-juillet et septembre-octobre) alternent avec deux saisons sèches.

3.1.2 Présentation du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et l'Enfant Lagune

Au bord de la lagune de Cotonou, le CHU-MEL est situé à Tokpahoho dans le 5ème Arrondissement de la ville de Cotonou. Créé depuis 1958, le CHU-MEL est un établissement public à caractère social, un Hôpital de référence dans les domaines de la Gynécologie Obstétrique et de la Pédiatrie. En tant qu'établissement hospitalo-universitaire, le CHU-MEL a trois principales missions : les soins (préventifs, curatifs, promotionnels et ré-adaptatifs), la formation et la recherche.

On distingue trois groupes de services : les services de la mère, les services de l'enfant et les services transversaux.

- **Services de la mère**

Organisés en différents secteurs :

- ✓ Secteur des consultations externes : Consultation prénatale (CPN),

Consultation gynécologique, Consultation postnatale et Planification familiale

- ✓ Le bloc obstétrical d'urgence regroupant le service des urgences, la salle d'accouchement, la salle de dilatation et le bloc opératoire ;
- ✓ Secteur d'hospitalisation maternelle : bâtiments D1, D2 et G1
- ✓ Le service de réanimation
- ✓ Les soins intensifs
- ✓ La vaccination (au service de la mère et de l'enfant)

❖ **La consultation prénatale**

Elle se déroule tous les jours ouvrables de 08 heures à 16 heures et a pour but de suivre les gestantes depuis le premier trimestre de grossesse jusqu'à terme. Son fonctionnement quotidien est assuré par :

- ✓ Médecins gynécologues obstétriciens (02)
- ✓ Sages-femmes (06)
- ✓ Aides-soignantes (04)

Le gynécologue est aidé par les médecins en spécialisation de gynécologie obstétrique et étudiants en 5è et 6è année de Médecine Générale.

❖ **Le bloc obstétrical d'urgence**

Il est composé de la salle d'accueil des urgences, de la salle de dilatation, de la salle d'accouchement et du bloc opératoire.

- **Le secteur de réception des urgences**

Il accueille toutes les urgences obstétricales et gynécologiques. Les patientes sont mises en condition puis adressées dans les autres secteurs suivant leur tableau clinique. Il comprend une salle de réception dotée de trois (03) tables d'examen et de deux (02) lits d'hospitalisation. Les activités sont assurées par deux (02) sages-femmes, des médecins en spécialisation de Gynécologie Obstétrique, des étudiants en Médecine Générale et deux (02) aides-soignantes, sous la supervision d'un médecin gynécologue obstétricien.

- **Le bloc salle de dilatation-salle d'accouchement**

Il dispose d'une salle de dilatation et d'une salle d'accouchement. La salle de dilatation d'une capacité de dix (10) lits, accueille les femmes en travail d'accouchement. Elles viennent de la CPN, du service des urgences (référées, venues de leur domicile), du secteur d'hospitalisation. L'activité essentielle à la salle de dilatation consiste en la surveillance maternelle et fœtale, puis la gestante passe en salle d'accouchement à la phase de dilatation complète.

La salle d'accouchement dispose de sept (07) tables d'accouchement, d'un (01) lit réservé aux accouchements humanisés et de huit (08) tables pour l'examen du nouveau-né, munies de matériel de réanimation néonatale.

Les activités de la maternité sont assurées chaque jour par :

- Un médecin gynécologue obstétricien de garde,
- Deux (02) équipes de cinq (05) sages-femmes,
- (01) équipe de huit (08) aides-soignants.

Ils sont aidés dans leurs tâches par les médecins en spécialisation et les étudiants en médecine générale.

- **Bloc opératoire**

Le service de la mère dispose de trois salles d'interventions chirurgicales destinées essentiellement aux césariennes, aux laparotomies, à la cœlioscopie et à la réalisation d'examens sous valves. On y exécute les interventions programmées et les interventions d'urgence. Les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes-réanimateurs, les instrumentistes, les sages-femmes et les aides-soignants assurent lefonctionnement continu des activités du bloc opératoire.

- **Les secteurs d'hospitalisation**

Le service médical de la mère dispose de deux bâtiments réservés à l'hospitalisation des femmes : bâtiments D (hospitalisations D1 et D2) et G (hospitalisation G1). On y prend en charge les femmes ayant une pathologie sur grossesse, les accouchées, les femmes ayant bénéficié ou en attente d'une intervention chirurgicale. La bonne marche du secteur d'hospitalisation est assurée par :

- Deux (2) médecins gynécologues obstétriciens

- Dix (10) sages-femmes
- Neuf (09) infirmières
- Quinze (15) aides-soignants
- Les médecins en spécialisation et les étudiants en Médecine Générale

❖ **Les Soins intensifs**

Le service des soins intensifs dispose de 15 lits ; accueille les patientes venues des urgences, des hospitalisations dont le tableau clinique nécessite une mise en condition et une surveillance régulière. Les activités sont assurées par une équipe de deux (02) sages-femmes, deux (02) infirmières, deux (02) aides-soignantes, des médecins en spécialisation, des étudiants en Médecine, sous la supervision d'un médecin gynécologue obstétricien.

❖ **Le service de Réanimation**

Accueille les patients ayant subis des interventions chirurgicales, et des patients dont le tableau clinique nécessite une surveillance régulière.

➢ **Services de l'enfant**

Ils regroupent :

✓ **Le service de Néonatologie**

C'est l'unité d'hospitalisation des nouveau-nés âgés de zéro (0) à vingt-huit (28) jours. Elle comprend un ensemble de six pièces dont 3 sont réservées à l'hospitalisation des nouveau-nés.

✓ **Le service de Pédiatrie**

Elle prend en charge les affections médicales des enfants âgés d'un (01) mois à quinze (15) ans.

✓ **Le service de la Chirurgie pédiatrique**

Elle s'occupe des affections chirurgicales des enfants âgés d'un (01) mois à quinze (15) ans.

➢ **Service d'Oncologie**

➢ **Services transversaux**

✓ **Le secteur médico-technique**

Il comprend

- Le laboratoire d'analyses biomédicales
- La banque de sang
- La salle de radiologie
- La salle d'échographie
- La pharmacie

✓ **Les secteurs administratifs**

Ils sont composés de :

- La Direction
- La cellule de Management de la qualité
- Le service de la comptabilité
- Le bureau des entrées
- Le service des statistiques

✓ **Le secteur de soutien**

Il est constitué de :

- La buanderie
- La lingerie
- La cuisine
- Les magasins

3.1.3 Présentation du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM)

Le Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou est l'hôpital de référence du BENIN qui a été créé en 1962 sous le nom de ″Hôpital 350 lits″. De 1976 à 2001, il a porté le nom de Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU), avant d'être rebaptisé Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM). Le CNHU-HKM est un centre de soins, d'enseignement, de recherche et de formation pour les agents de santé de tous les niveaux.

Il est organisé en plusieurs secteurs :

- un secteur de chirurgie et spécialités chirurgicales ;
- un secteur de médecine et spécialités médicales ;
- un secteur de la santé de la mère et de l'enfant ;
- un secteur administratif.

Outre ces secteurs, le CNHU-HKM comprend d'autres services pour son bon fonctionnement. On retrouve une pharmacie, un service de maintenance, une cuisine et une morgue. Le service impliqué dans notre étude est :

La Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO)

Implantée dans l'enceinte du CNHU-HKM, la CUGO a ouvert ses portes le 1er Juin 1978.

✓ **Les infrastructures**

Elles comportent 3 secteurs : le secteur technique, le secteur de consultation et le secteur d'hospitalisation.

A. Le bloc technique : dispose

- une salle d'accueil pour les urgences ;
- trois (3) blocs opératoires et une salle de réveil ;
- une salle pour les aspirations manuelles intra utérines ;
- une salle de dilatation disposant de six (06) lits ;
- une salle de dystocie disposant de cinq (05) lits ;
- une salle d'accouchement disposants de cinq (05) tables ;

Les activités sont assurées par une équipe composée de : quatre (04) équipes de 03 sages-femmes ; trois (03) équipes de 04 aides-soignants et 03 aides-soignants

permanents pour la salle d'accouchement et 02 aides-soignants permanents pour le bloc opératoire.

B. Le secteur de consultation

Il comprend :

- Des bureaux dont celui du chef service, le secrétariat, le bureau de la surveillante ;
- une salle abritant (le service d'accueil, la caisse où se font également la vaccination) ;
- six (6) cabines de consultations (prénatales, postnatales, gynécologiques et autres) ;
- une salle de PTME (salle de Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH/SIDA) ;
- un couloir servant de hall d'attente ;
- deux (2) salles d'échographie ;
- une salle de colposcopie ;
- une salle de planning familial ;
- une salle de cours et de réunion.

C. Le secteur d'hospitalisation qui comprend :

- une unité de soins intensifs avec 14 lits ;
- des salles d'hospitalisation correspondant à 4 catégories regroupant au total 52 lits ;
- une salle de pansement ;
- un bureau pour les médecins en spécialisation de gynécologie obstétriques ;
- deux (2) équipes de 4 sages-femmes ;
- trois (3) aides-soignants permanents et neufs aides-soignants occasionnels ;
- dix-huit (18) infirmiers repartis en des équipes non définies.

D. Le secteur de néonatologie qui dans sa création était une partie intégrante de la CUGO ; physiquement il y demeure mais sur le plan technique et de la responsabilité des services, il est géré par les pédiatres.

✓ **Les ressources humaines**

Le personnel de la CUGO est composé de :

- Deux Professeurs Titulaires de gynécologie obstétrique,
- Un Maître de Conférences Agrégé de gynécologie obstétrique,
- Un Maître-Assistant de gynécologie obstétrique,
- Sept praticiens hospitaliers gynécologues obstétriciens,

- Trente-sept sages-femmes,
- Vingt-sept infirmiers et infirmières diplômés d'état,
- Vingt- cinq aides-soignants

- Les médecins en spécialisation de gynécologie obstétrique

- Les étudiants en Médecine Générale

✓ **Les activités**

La CUGO assure les activités suivantes :

- Les consultations prénatales, postnatales et gynécologiques,
- Les accouchements,
- Les interventions chirurgicales,
- La vaccination mère et enfant,
- La planification familiale,
- Le dépistage du cancer du col,
- Les activités de recherche et d'enseignement,
- Les activités de la PTME chez les PVVIH

3.2 Méthode d'étude

3.2.1 Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique portant sur la période allant du 1er Janvier 2018 au 30 Juin 2022 (soit 4 ans et 6 mois).

3.2.2 Population d'étude

Notre étude portait sur les patientes reçues pour suspicion de cancers gynécologiques dans le service de gynécologie du CHU-MEL et la CUGO du CNHU-HKM sur la période d'étude indiquée.

❖ **Critères d'inclusion**

- Tous les cas de cancers gynécologiques
- Confirmés par l'histologie
- Ayant été pris en charge au CHU-MEL et à la CUGO sur la période d'étude indiquée

❖ **Critères de non inclusion**

Patientes traitées pour des cancers autres que gynécologiques (sein, colorectal…)

❖ **Critères d'exclusion**

Dossiers incomplets ou non retrouvés

3.2.3 Echantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage non probabiliste de commodité et avons pris en compte les dossiers des patientes répondant aux critères sus-cités.

3.2.4 Variables de l'étude

❖ **Variable dépendante**

Chirurgie des cancers gynécologiques

❖ **Variables indépendantes**

❖ Caractéristiques socio-démographiques

Age, profession, situation matrimoniale

❖ Caractéristiques liées aux aspects cliniques

➢ Antécédents (Gynéco-obstétriques ; Infectieux ; Médicaux)

➢ Clinique (Circonstances de découverte ; Délai de consultation ; Signes fonctionnels)

➢ Bilans Paracliniques

- A visée diagnostique (selon le type de cancer)
- A visée extension
- A visée pré-thérapeutique

➢ Classification FIGO : selon le type de cancer

❖ Caractéristiques liées au traitement

- Chirurgie

- Indications (type de cancer ; stade évolutif)
- Délai de l'intervention par rapport au diagnostic
- Type de chirurgie
- Type d'anesthésie
- Voie d'abord
- Etat de la cavité abdominopelvienne

- Gestes réalisés
- Taux d'hémoglobine avant intervention
- Transfusion sanguine
- Complications per opératoires
- Durée de l'intervention

❖ Caractéristiques évolutifs et pronostiques après chirurgie

➢ Evolution : Complications postopératoires ; récidives ; décès

➢ Facteurs influençant le pronostic : données liées à la patiente, à la tumeur et à la chirurgie

3.2.5 Collecte des données

❖ **Technique et outils de collecte**

La collecte a été effectuée par nous-même à partir d'une fiche de collecte pré testée et validée ; les données étaient recueillies par l'exploitation des dossiers médicaux des patientes. Les dossiers exploités ont été retenus à partir des registres de consultation, de bloc opératoire et d'hospitalisation sur la période d'étude.

❖ **Déroulement de la collecte**

Dans un premier temps, nous avons procédé à un recensement des patientes potentiellement concernées, à partir des registres de consultation, de bloc opératoire et d'hospitalisation. Une sélection des dossiers exploitables a ensuite été effectuée selon les critères d'inclusion puis les fiches d'enquête ont été remplies. La collecte s'est déroulée de Septembre à Octobre 2022.

3.2.6 Traitement et analyse des données

Les données ont été traitées et analysées avec le Microsoft Office Excel 2013. Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne (avec IC 95%) lorsque la distribution est normale et celles qualitatives, en effectif et pourcentage. La comparaison entre variables a été effectuée grâce au Test de Chi2 de Pearson, avec une différence significative de 0,05%.

3.2.7 Considérations éthiques

Notre travail s'est fait dans le strict respect des normes déontologiques et éthiques. Ainsi, nous nous sommes assurée avant le début du travail, d'obtenir l'autorisation des Directeurs du CHU-MEL et du CNHU. La confidentialité des informations recueillies a été respectée.

3.2.8 Difficultés

Au cours de notre travail, nous avons rencontrés des difficultés en rapport avec des registres de consultation, de blocs opératoires et d'hospitalisations manquants et des dossiers médicaux incomplets et même, non retrouvés. Cela ne nous a pas permis de répertorier tous les cas réels sur la période d'étude.

4. RESULTATS

4.1 Etude descriptive

4.1.1 Fréquence

Durant la période de l'étude, 106 cas de cancers gynécologiques ont été inclus sur 194 cas répertoriés. Il s'agissait de 67 cas de cancer du col de l'utérus, 26 cas de cancer de l'endomètre et 13 cas de cancers des ovaires. Le cancer du col de l'utérus était le plus fréquent soit 63,21%. La fréquence des cancers gynécologiques était de 1,5%.

La figure 15 montre la répartition des cancers gynécologiques selon le type.

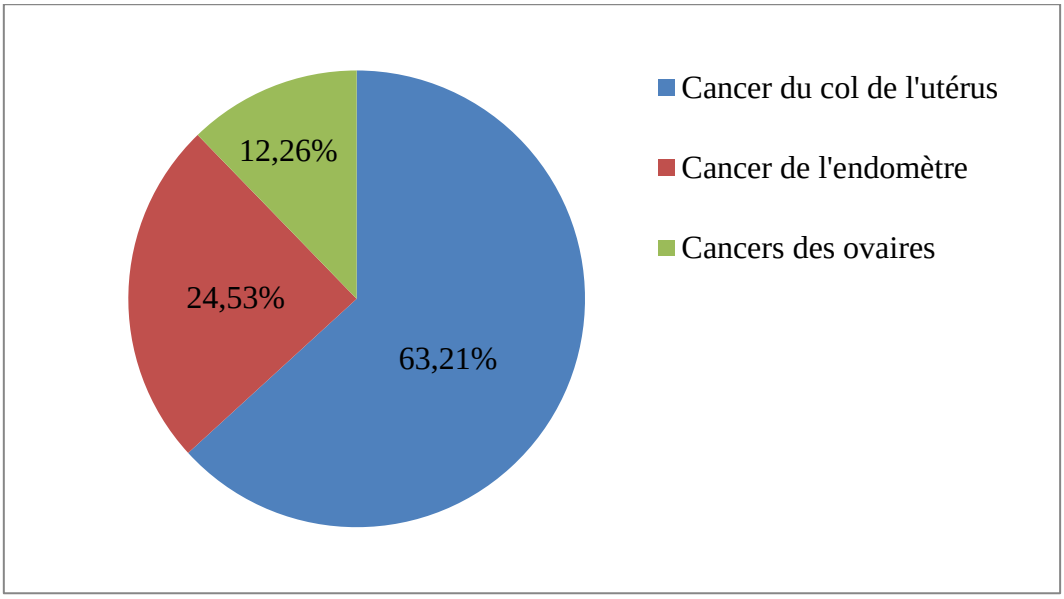


Figure 15: répartition des cancers gynécologiques de 2018 à 2022 dans les services universitaires de gynécologie

4.1.2 Données sociodémographiques

4.1.2.1 Age

L'âge moyen au diagnostic des cancers gynécologiques était de 54 ans avec les extrêmes de 24 et 82 ans.

L'âge moyen au diagnostic du cancer du col de l'utérus était de 52 ans avec les extrêmes de 24 et 58 ans. L'âge moyen au diagnostic du cancer de l'endomètre

était de 58 ans avec les extrêmes de 43 et 70 ans. L'âge moyen du diagnostic des cancers des ovaires était de 61 ans avec les extrêmes de 48 et 82 ans.

Le tableau VI présente la répartition des patientes selon l'âge.

Tableau VI : répartition des patientes en fonction de l'âge

	Effectif (n=106)	Pourcentage (%)
Cancer du col de l'utérus		
< 30	09	13,13
30 - 40	08	11,94
40 - 50	35	52,23
> 50	15	22,40
Total	**67**	**100**
Cancer de l'endomètre		
< 45	01	03,85
45 – 55	04	15,38
55 – 65	06	23,08
> 65	15	57,69
Total	**26**	**100**
Cancers des ovaires		
45 - 55	02	15,38
55 - 65	03	23,08
> 65	08	61,54
Total	**13**	**100**

Dans le groupe des patientes atteintes de cancer du col utérin, la classe la plus représentée était celle des patientes âgées de plus de 50 ans soit 58,20% (n=39). Les femmes jeunes (≤40ans) représentaient 11,94% (n=8) des cas. Pour le cancer de l'endomètre, la classe d'âge la plus représentée était celle des patientes âgées de plus de 65 ans soit 57,69% (n=15). Les femmes âgées de plus de 70ans soit 61,54% (n=8) étaient les plus représentées chez les patientes atteintes des cancers des ovaires.

4.1.2.2 Niveau d'étude et profession

Quatre patientes sur cinq (4/5) de notre série étaient non scolarisées soit 81,14% (n=86).

Le tableau VII présente la répartition des patientes selon leur niveau d'étude et profession.

Tableau VII : répartition des patientes selon le niveau d'étude et la profession.

	Effectif (n=106)	Pourcentage (%)
Niveau d'étude		
Non scolarisée	86	81,14
Secondaire	04	03,77
Supérieur	16	15,09
Profession		
Commerçante	67	63,20
Ménagère	23	21,70
Employée du privé	05	04,72
Fonctionnaire de l'Etat	05	04,72
Retraitée	06	05,66
Total	**106**	**100**

Les patientes étaient des vendeuses dans 63,20 % (n=67) des cas.

4.1.2.3 Situation matrimoniale

Trois patientes sur cinq (3/5) soit 60,38% (n=64) de notre série étaient en couple.

La figure 16 montre la répartition des patientes selon leur situation matrimoniale.

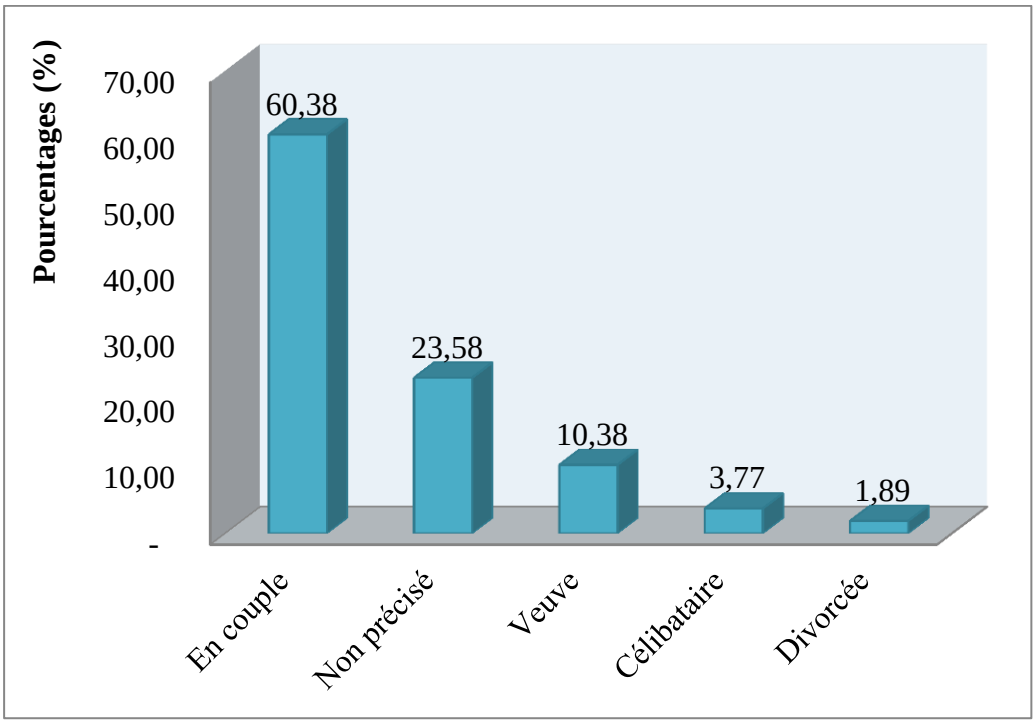


Figure 16: répartition des patientes selon la situation matrimoniale.

4.1.3 Antécédents

4.1.3.1 Age de la ménarche / ménopause

- **Ménarche**

Dans le groupe des patientes atteintes de cancer du col de l'utérus, l'âge moyen de la ménarche était de 11ans avec des extrêmes allant de 09 à 18ans.

Le tableau VIII présente la répartition des cas de cancers gynécologiques selon la ménarche.

Tableau VIII : répartition des cas de cancers gynécologiques selon la ménarche

	Effectif (n=106)	Pourcentage (%)
Cancer du col de l'utérus		
≤10	33	49,26
11- 15	25	37,31
16- 20	09	13,43
Total	**67**	**100**
Cancer de l'endomètre		
≤10	04	15,38
11- 15	12	46,16
16- 20	10	38,46
Total	**26**	**100**
Cancers des ovaires		
≤10	02	15,38
11- 15	04	30,77
16- 20	06	46,15
>20	01	07,70
Total	**13**	**100**

Les femmes ayant eu une ménarche précoce (≤10ans) représentaient 49,26% (n=33) chez les patientes atteintes de cancer du col utérin. Dans le groupe des patientes atteintes de cancers de l'endomètre et des ovaires, l'âge médian de la ménarche était respectivement de 14 et 16ans.

- **Ménopause**

Les patientes atteintes du cancer du col de l'utérus étaient ménopausées dans 76,12% (n=51) des cas. Le tableau IX présente la répartition des cas de cancers gynécologiques selon l'âge de ménopause.

Tableau IX : répartition des cas de cancers gynécologiques selon l'âge de ménopause.

	Effectif (n=106)	Pourcentage (%)
Cancer du col de l'utérus		
≤ 40	02	03,92
41 - 45	18	35,30
46 - 50	23	45,10
51 - 55	08	15,68
Total	**51**	**100**
Cancer de l'endomètre		
41 – 45	03	14,29
46 - 50	03	14,29
51 - 55	04	19,04
> 55	11	52,38
Total	**21**	**100**
Cancers des ovaires		
46 - 50	01	07,69
51 - 55	03	23,07
> 55	09	69,24
Total	**13**	**100**

Dans le groupe des cancers de l'endomètre, les femmes ménopausées représentaient 80,77% (n=21) des cas dont 42,30% (n=11) de ménopause tardive (>55ans). Chez les patientes atteintes des cancers des ovaires, toutes les femmes étaient ménopausées avec 69,24% (n=9) de ménopauses tardives (>55 ans).

4.1.3.2 Gestité et parité

Dans notre série, les patientes étaient des multigestes dans 71,70% (n=76) des cas et des multipares dans 66,26% (n=66) des cas.

Le tableau X précise la gestité et la parité des patientes.

Tableau X : répartition des patientes selon la gestité et la parité.

	Effectif (n=106)	Pourcentage (%)
Gestité		
Nulligeste	04	03,77
Primigeste	02	01,89
Paucigeste	24	22,64
Multigeste	76	71,70
Parité		
Nullipare	05	04,72
Primipare	07	06,60
Paucipare	28	26,42
Multipare	66	62,26

Dans le groupe des patientes atteintes de cancer du col de l'utérus, les multigestes et les multipares représentaient respectivement 62,69% (n=42) et 49,25% (n=33).

4.1.3.3 Utilisation de contraception orale et cancers gynécologiques

Une notion d'utilisation des contraceptifs oraux a été retrouvée dans 8,49% (n=9) des cas dans le groupe des patientes atteintes de cancer du col de l'utérus.

La notion d'utilisation de contraceptifs était retrouvée chez les patientes atteintes de cancers de l'endomètre et des ovaires dans respectivement 46,45% (n=12) et 53,84% (n=7) des cas.

4.1.3.4 Comorbidités et cancers gynécologiques

Les comorbidités étaient dans la majorité des cas : HTA (64,42%), l'obésité (15,38%), le diabète (9,61%) et l'infection à VIH (6,60%).

Le tableau XI décrit les comorbidités associées aux cancers gynécologiques.

Tableau XI : répartition des cas de cancers gynécologiques selon les comorbidités associées

	Effectif (n=106)	Pourcentage (%)
Cancer du col de l'utérus		
HTA	40	59,70
Obésité	09	13,45
Diabète	07	10,45
Insuffisance rénale	04	05,97
Infection VIH	03	04,47
Cardiopathie	01	01,49
Infection à HPV	03	04,47
Total	**67**	**100**
Cancer de l'endomètre		
HTA	15	57,70
Obésité	07	26,92
Diabète	03	11,54
Infection VIH	01	03,84
Total	**26**	**100**
Cancers des ovaires		
HTA	07	53,86
Diabète	04	30,76
Obésité	02	15,38
Total	**13**	**100**

Le diabète et l'obésité étaient retrouvés chez les patientes atteintes de cancer de l'endomètre dans respectivement 11,54% et 26,92% des cas. Il en était de même pour les cancers des ovaires dans respectivement 30,76% et 15,38% des cas.

L'infection à HPV était retrouvée chez 4,47% (n=3) des patientes atteintes de cancer du col de l'utérus.

4.1.3.5 Antécédents familiaux de cancer

Dans le sous-groupe des cancers du col de l'utérus, l'antécédent familial de cancer du col était retrouvé dans 5,97% (n=4) et dans le sous-groupe des cancers de l'endomètre, l'antécédent familial de cancer de l'endomètre était retrouvé dans 11,53% (n=3) des cas.

Il n'y avait pas d'antécédent familial de cancers des ovaires dans le groupe des patientes atteintes de cancers des ovaires.

4.1.3.6 Tabagisme

La consommation du tabac était retrouvée chez 6,60% (n=7) des patientes atteintes de cancers gynécologiques.

4.1.4 Données Cliniques

4.1.4.1 Circonstances de découverte

La découverte des cancers gynécologiques a été faite sur signes d'appels dans 99,06% (n=105) des cas et de façon fortuite chez une (01) seule patiente dans le sous-groupe des cancers du col de l'utérus.

Le tableau XII présente les différents signes fonctionnels selon chaque cancer.

Tableau XII : répartition des cas de cancers gynécologiques selon les signes d'appels

	Effectif (n=106)	Pourcentage (%)
Cancer du col de l'utérus		
Métrorragies	48	71,64
Hydrorrhées	12	17,92
Douleurs pelviennes	05	07,46
Dysurie	01	01,49
Saignement post coïtal	01	01,49
Total	**67**	**100**
Cancer de l'endomètre		
Métrorragies post-ménopausiques	19	73,07
Douleurs pelviennes	04	15,38
Hydrorrhée	03	11,55
Total	**26**	**100**
Cancers des ovaires		
Douleurs pelviennes	10	76,92
Pesanteur pelvienne	02	15,38
Hydrorrhée	01	07,70
Total	**13**	**100**

Dans le groupe du cancer du col de l'utérus, les métrorragies étaient les signes fonctionnels les plus fréquents soit 71,64% des cas.

Dans le groupe du cancer de l'endomètre, les métrorragies post-ménopausiques étaient les symptômes les plus fréquents dans 73,07% des cas.

Dans le groupe des cancers des ovaires, les douleurs pelviennes étaient les symptômes les plus fréquents dans 76,92% des cas.

4.1.4.2 Délai de consultation

Le délai moyen de consultation était de 8,77 ± 1,81 mois avec les extrêmes de 01 et 36 mois. Le tableau XIII présente la répartition des cancers gynécologiques selon le délai de consultation.

Tableau XIII : répartition des cancers gynécologiques selon le délai de consultation

Délai de consultation (en mois)	Effectif (n=106)	Pourcentage (%)
Cancer du col de l'utérus		
< 12	53	79,10
12 – 24	10	14,92
24 – 36	04	05,98
Total	**67**	**100**
Cancer de l'endomètre		
< 12	22	84,62
12 – 24	02	07,69
24 – 36	02	07,69
Total	**26**	**100**
Cancers des ovaires		
< 12	12	92,31
12 – 24	01	07,69
Total	**13**	**100**

Ce délai était inférieur à 12 mois dans 79,10% des cas pour le cancer du col de l'utérus et dans 84,62% et 92,31% des cas respectivement pour les cancers de l'endomètre et des ovaires.

4.1.4.3 Etat général à l'admission (selon indice de l'OMS)

Le tableau XIV présente la répartition des patientes selon l'indice de performance de l'OMS.

Tableau XIV : répartition des patientes selon l'indice de performance de l'OMS

	Effectif (n=106)	Pourcentage (%)
Indice de performance OMS		
1 et 2	59	55,66
3	37	34,90
4	10	09,44

Dans les trois groupes, 42,72% (n=47) des patientes avaient un mauvais état général avec un indice de performance de l'OMS à 3 et 4 dans respectivement 34,90% et 9,43% des cas.

4.1.4.4 Signes physiques

4.1.4.4.1 Cancer du col de l'utérus

4.1.4.4.1.1 Aspect du col de l'utérus

Le tableau XV présente les différents aspects du col utérin.

Tableau XV : répartition des patientes atteintes de cancer du col utérin selon l'aspect du col au spéculum

	Effectif (n=67)	Pourcentage (%)
Macroscopiquement normal	2	2,98
Inflammatoire	14	20,88
Gros	21	31,34
Gros col bourgeonnant	26	38,80
Ulcéro-nécrotique	4	5,97

Deux patientes sur trois (2/3) avaient un col bourgeonnant au spéculum.

4.1.4.4.1.2 Envahissement locorégional

Le tableau XVI précise les résultats des touchers pelviens.

Tableau XVI : répartition des patientes atteintes de cancer du col utérin selon les résultats des touchers pelviens

	Effectif (n=13)	Pourcentage (%)
Etat du vagin		
Vagin envahi	08	61,54
Vagin non envahi	05	38,46
Etat des paramètres		
Souples	22	32,83
Atteinte proximale	10	14,92
Atteinte distale	14	20,89
Atteinte de la paroi	16	23,88
Non précisé	05	7,48
Etat du rectum		
Non atteint	31	46,27
Atteinte de la paroi antérieure	20	29,85
Non précisé	16	23,88

L'envahissement locorégional était retrouvé dans la plupart des cas. L'atteinte des paramètres (67,17%) était la plus observée.

4.1.4.4.2 Cancer de l'endomètre

3.1.4.4.2.1 Etat du col et de l'utérus

Le tableau XVII montre la répartition des patientes selon l'état du col et de l'utérus

Tableau XVII : répartition des patientes atteintes de cancer de l'endomètre selon l'état du col et de l'utérus

	Effectif (n=26)	Pourcentage (%)
Métrorragie		
Oui	19	73,07
Non	07	26,93
Consistance du col		
Ferme	09	34,61
Dur	17	65,39
Volume de l'utérus		
Normale	04	15,38
Augmentée	18	69,24
Atrophique	04	15,38
Mobilité utérine		
Mobile	10	38,46
Fixé	16	61,54

Total	**26**	**100**

Le col était dur dans 65,39% des cas. L'utérus était augmenté de volume et fixé respectivement dans 69,24% et 61,54% des cas.

4.1.4.4.2.2 Touchers pelviens

Le vagin, les paramètres et le rectum étaient envahis respectivement dans 53,85%, 61,54% et 46,15% des cas.

Le tableau XVIII présente les résultats des touchers pelviens

Tableau XVIII : répartition des patientes atteintes du cancer de l'endomètre en fonction de l'envahissement vaginal, rectal et des paramètres

	Effectif (n=26)	Pourcentage (%)
Envahissement du vagin	14	53,85
Pas d'envahissement du vagin	12	46,15
Etat des paramètres		
Souples	10	38,46
Atteinte proximale	04	15,40
Atteinte distale	06	23,07
Atteinte pariétale	06	23,07
Envahissement rectal		
Non atteint	10	38,46
Atteinte de la paroi antérieure	12	46,15
Non précisé	04	15,38
Total	**26**	**100**

4.1.4.4.3 Cancers des ovaires

4.1.4.4.3.1 Examen de l'abdomen

Le tableau XIX montre les résultats de l'examen de l'abdomen.

Tableau XIX : répartition des patientes atteintes de cancers des ovaires selon les résultats de l'examen de l'abdomen

	Effectif (n=13)	Pourcentage (%)
Examen de l'abdomen		
Présence de masse abdominale	07	53,85
Pas de masse abdominale	06	46,15
Ascite		
Oui	05	38,46
Non	08	61,54
Rapport entre l'utérus et la masse		
Séparation de la masse de l'utérus	07	53,85
Pas d'évidence de séparation entre la masse et l'utérus	06	46,15
Total	**13**	**100**

Les patientes présentaient une masse abdominale avec la présence d'un sillon de séparation dans 53,85% des cas. Une ascite était retrouvée dans 61,54% des cas.

4.1.4.4.3.2 Etat des paramètres

Le tableau XX précise les résultats des touchers pelviens.

Tableau XX : répartition des patientes atteintes de cancers des ovaires selon les résultats des touchers pelviens

	Effectif (n=13)	Pourcentage (%)
Etat du vagin		
Vagin envahi	08	61,53
Vagin non envahi	05	38,47
Etat des paramètres		
Souples	06	46,17
Atteinte proximale	03	23,07
Atteinte pariétale	04	30,76
Etat du rectum		
Non atteint	08	61,53
Atteinte paroi antérieure	05	38,46
Total	**13**	**100**

Le vagin, les paramètres et le rectum étaient envahis dans respectivement 61,53%, 53,83% et 38,46% des cas.

4.1.4.4.4 Examen des aires ganglionnaires

Des adénopathies inguinales étaient retrouvées dans 62,68% (n=42), 26,92% (n=7) et 38,46% (n=5) des cas respectivement pour les cancers du col de l'utérus, de l'endomètre et des ovaires.

Des ganglions de Troisier étaient retrouvés dans les cancers du col de l'utérus et de l'endomètre respectivement dans 11,94% (n=8) et 11,54% (n=3) des cas.

4.1.5 Données paracliniques

4.1.5.1 Type histologique

Le tableau XXI présente les cancers gynécologiques selon le type histologique.

Tableau XXI : répartition des cancers gynécologiques selon le type histologique

	Effectif (n=106)	Pourcentage (%)
Cancer du col de l'utérus		
Carcinome épidermoide	60	89,55
Adénocarcinome	07	10,45
Total	**67**	**100**
Cancer de l'endomètre		
Adénocarcinome endométrioide	20	77,00
Carcinosarcome	04	15,00
Carcinome papillaire et séreux	02	08,00
Total	**26**	**100**
Cancers des ovaires		
Cystadénocarcinome séreux	09	69,24
Tératome immature	02	15,38
Choriocarcinome	02	15,38
Total	**13**	**100**

Pour le cancer du col utérin, il s'agissait dans 89,55% (n=60) des cas, de carcinome épidermoide et dans 10,45% (n=7) des cas, d'adénocarcinome. L'adénocarcinome endométrioide était le plus fréquent des cas de cancer de l'endomètre, soit 77% (n=20). Il était de grade 1 dans 13 cas, de grade 2 dans 4 cas et de grade 3 dans 3 cas. Le Cystadénocarcinome séreux faisait 69,24% (n=9) des cas de cancers des ovaires.

4.1.5.2 Classification FIGO

Le cancer du col de l'utérus était diagnostiqué au stade précoce (IA-IB1) dans 22,38% (n=15) des cas.

Le tableau XXII montre la répartition des cancers gynécologiques selon le stade FIGO.

Tableau XXII : répartition des cancers gynécologiques selon le stade FIGO

	Effectif (56)	Pourcentage (%)
Cancer du col de l'utérus		
IA1	06	08,96
IA2	06	08,96
IB1	03	04,48
IB2	03	04,48
IIA1	04	05,97
IIA2	03	04,48
IIB	14	20,90
IIIA	09	13,43
IIIB	03	04,48
IIIC	03	04,48
IVA	05	07,46
IVB	08	11,92
Total	**67**	**100**
Cancer de l'endomètre		
IA	07	26,92
IB	07	26,92
II	05	19,23
IIIA	02	07,69
IIIC	02	07,69
IVA	02	07,69
IVB	01	03,86
Total	**26**	**100**
Cancers des ovaires		
I	05	38,46
II	03	23,08
IIIA	03	23,08
IVA	02	15,38
Total	**13**	**100**

Dans 73,07% (n=19) des cas, le cancer de l'endomètre était diagnostiqué au stade précoce (I-II). Dans le groupe des patientes admises pour cancers des ovaires, 61,53% (n=8) étaient à un stade précoce (I-IIA).

4.1.5.3 Classification pronostique

Le tableau XXIII montre la répartition des cancers gynécologiques en fonction des stades opérables.

Tableau XXIII : répartition des cancers gynécologiques en fonction des stades opérables

	Stades opérables	Effectif (n=66)	Pourcentage (%)
Cancer du col de l'utérus	IA1	06	08,95
	IA2	06	08,95
	IB1	03	04,47
	IB2	03	04,47
	IIA1	04	05,97
	IIA2	03	04,47
	IIB	14	20,89
	Total	**39**	**58,17**
Cancer de l'endomètre	IA	07	26,92
	IB	07	26,92
	II	05	19,23
	Total	**19**	**73,07**
Cancers des ovaires	I	05	38,46
	II	03	23,07
	Total	**08**	**61,53**

En fonction des recommandations pour la prise en charge chirurgicale, les cancers gynécologiques étaient opérables dans 62,26% (n=66) des cas.

Le tableau XXIV présente la répartition des cancers gynécologiques opérés dans notre série.

Tableau XXIV : répartition des patientes opérées selon le type de cancer gynécologique

	Effectif Total	Effectif Opéré	Pourcentage d'opéré (%)
Cancer du col de l'utérus	67	26	38,81
Cancer de l'endomètre	26	19	73,07
Cancer des ovaires	13	11	84,61
Total	**106**	**56**	**52,83**

Dans notre série, 52,83% (n=56) cas de cancers gynécologiques ont été opérés sur un total de 62,26% (n=66) opérables.

Les cancers du col de l'utérus et des ovaires ont été opérés dans respectivement 38,81% (n=26/39 cas opérables) et 84,61% (n=11/8 cas opérables).

4.1.5.4 Bilan pré-thérapeutique

Toutes les patientes opérées ont réalisé un bilan biologique préopératoire dont l'analyse avait permis de noter : une anémie avec un taux d'hémoglobine < 10g/dl dans 41,07% des cas. Le taux moyen d'hémoglobine était de 10,94g/dl avec des extrêmes de 8 et 14,2g/dl.

Les autres anomalies retrouvées étaient : les troubles de la coagulation (9%), altération de la fonction rénale (5,35%), troubles ioniques (10,75%).

4.1.6 Aspects thérapeutiques

4.1.6.1 Traitement médical

La radiothérapie a été indiquée pour 50 patientes (soit 47,16%) et réalisée par 13 (soit 26%).

La chimiothérapie a été indiquée chez 62 patientes (soit 58,49%) et réalisée chez 42 (soit 67,74%).

4.1.6.2 Traitement chirurgical

4.1.6.2.1 Cancer du col de l'utérus

4.1.6.2.1.1 Type de chirurgie (indications), stades opérés et gestes réalisés

La chirurgie exclusive était réalisée aux stades les plus précoces (IA1 et IA2). Elle était conservatrice et consistait en une trachélectomie (46,15%).

Le tableau XXV présente le type de chirurgie et gestes opératoires réalisés selon le stade préopératoire de la tumeur.

Tableau XXV : répartition des stades opérés du cancer du col de l'utérus selon le type de chirurgie et les gestes réalisés

Stade	Type de chirurgie	Gestes réalisés	Effectif (n=26)	Pourcentage (%)
IA1 IA2	Chirurgie exclusive	Trachélectomie	12	46,15
IB1 IB2	Chirurgie première	Colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie	08	30,78
IIA1	Chirurgie première	Colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie	02	07,69
IIA2	Chirurgie première	Colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie	02	07,69
IIB	Chirurgie post radiochimiothérapie	Hystérectomie +annexectomie + appendicectomie+ curage ganglionnaire	02	07,69
	Total		**26**	**100**

La chirurgie radicale était réalisée pour les formes invasives. Elle consistait en une colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie dans 30,78% des cas pour les stades IB et 15,38% pour les stades IIA.

4.1.6.2.1.2 Bilan lésionnel

Le tableau XXVI présente le bilan lésionnel selon le stade préopératoire de la tumeur.

Tableau XXVI : répartition des lésions de la cavité abdominale dans le cancer du col de l'utérus en fonction du stade préopératoire

Stade	Bilan lésionnel	Effectif (n=26)	Pourcentage (%)
IA- IB	Pas de lésions	20	76,92
IIA	Adhérences	04	15,39
IIB	Adénopathies inguinales et lombo-aortiques	02	07,69
Total		**26**	**100**

Dans les stades IA et IB, la cavité abdominale était libre (76,92%). Des adhérences et des adénopathies inguinales et lombo-aortiques étaient retrouvés aux stades IIA et IIB.

4.1.6.2.2 Cancer de l'endomètre

4.1.6.2.2.1 Type de chirurgie (indications), stades opérés et gestes réalisés

La chirurgie du cancer de l'endomètre était radicale quel que soit le stade préopératoire.

Le tableau XXVII montre le type de chirurgie et gestes opératoires réalisés selon le stade préopératoire de la tumeur.

Tableau XXVII : répartition des stades opérés de cancer de l'endomètre selon le type de chirurgie et les gestes réalisés

Stade	Type de chirurgie	Gestes réalisés	Effectif (n=19)	Pourcentage (%)
IA IB	Chirurgie exclusive	Hystérectomie + annexectomie bilatérale	12	63,15
II	Chirurgie première	Hystérectomie + annexectomie bilatérale+ curage ganglionnaire	05	26,31
IIIA	Chirurgie post-radiothérapie	Colpohystérectomie élargie avec	02	10,54

	lymphadénectomie + appendicectomie + omentectomie		
Total		**19**	**100**

Une chirurgie exclusive a été réalisée pour les stades les plus précoces IA et IB soit 63,15%. Les stades II et IIIA opérés avaient nécessité respectivement la réalisation d'une chirurgie première (23,31%) et d'une chirurgie post radiothérapie (10,54%).

4.1.6.2.2.2 Bilan lésionnel

Le tableau XXVIII présente les lésions dans le cancer de l'endomètre selon le stade préopératoire.

Tableau XXVIII : répartition des lésions de la cavité abdominale dans le cancer de l'endomètre en fonction du stade préopératoire

Stade	Bilan lésionnel	Effectif (n=19)	Pourcentage (%)
IA-IB	Pas de lésions	10	52,65
IB	Adhérences	02	10,52
II	Adhérences+ adénopathies inguinales	05	26,31
IIIA	Carcinose péritonéale	02	10,52
	Total	**19**	**100**

La cavité abdominale était libre dans 52,65% des cas.

4.1.6.2.3 Cancers des ovaires

4.1.6.2.3.1 Type de chirurgie (indications), stades opérés et gestes réalisés

Le tableau XXIX présente le type de chirurgie et gestes opératoires réalisés selon le stade préopératoire de la tumeur

Tableau XXIX : répartition des stades opérés des cancers des ovaires selon le type de chirurgie et les gestes réalisés

Stade	Type de chirurgie	Gestes réalisés	Effectif (n=11)	Pourcentage (%)
I	Chirurgie première	Hystérectomie + annexectomie bilatérale + curage ganglionnaire	06	54,54
II	Chirurgie postchimiothérapie	Hystérectomie + annexectomie bilatérale + curage ganglionnaire	03	27,28
III	Chirurgie postchimiothérapie	Hystérectomie + annexectomie bilatérale + omentectomie +appendicectomie + curage ganglionnaire	02	18,18
	Total		**11**	**100**

La chirurgie des cancers des ovaires était radicale pour tous les stades et consistait en une chirurgie première (54,54%) aux stades I et post-chimiothérapie (45,46%) pour les stades II et III.

4.1.6.2.3.2 Bilan lésionnel

Le tableau XXX présente les lésions dans les cancers des ovaires selon le stade préopératoire.

Tableau XXX : répartition des lésions de la cavité abdominale dans les cancers des ovaires en fonction du stade préopératoire

Stade	Bilan lésionnel	Effectif (n=11)	Pourcentage (%)
I	Adhérences	06	54,54
II	Adénopathies pelviennes et lombo-aortiques	03	27,28
III	Ascite, carcinose péritonéale	02	18,18
Total		**11**	**100**

Une ascite et une carcinose péritonéale étaient retrouvées au stade III.

4.1.6.3 Délai entre le diagnostic et l'intervention

Le délai moyen entre le diagnostic et la chirurgie des cancers gynécologiques était de 43,93 ±11,96 jours avec les extrêmes de 20 et 210 jours.

4.1.6.4 Voie d'abord et type d'incision

La laparotomie était la voie d'abord lSa plus utilisée pour la chirurgie des cancers gynécologiques.

Le tableau XXXI présente la voie d'abord utilisée pour la chirurgie des cancers gynécologiques.

Tableau XXXI : répartition des cancers gynécologiques selon la voie d'abord

	Effectif (56)	Pourcentage (%)
Cancer du Col de l'utérus		
Laparotomie	13	50,00
Cœlioscopie	1	03,84
Voie vaginale	12	46,16
Cancer de l'endomètre		
Laparotomie	17	89,47
Voie vaginale	2	10,53
Cancer des ovaires		
Laparotomie	11	100

L'incision médiane était la plus fréquente soit 80,40% (n=41) des cas. Dans 48,78% (n= 20) des cas, elle était sous-ombilicale.

4.1.6.5 Transfusion sanguine

La transfusion sanguine a été réalisée chez 64,28% (n=36) des patientes. Elle était faite en postopératoire dans 41,67% (n=15).

4.1.6.6 Durée de l'intervention

La durée moyenne de l'intervention était de 2,78 heures avec les extrêmes de 30 minutes (1/2 heure) et 7,28 heures.

4.1.6.7 Durée du séjour postopératoire

Le séjour moyen en hospitalisation après l'intervention était de 11 jours, avec les extrêmes de 4 et 32 jours.

4.1.6.8 Complications peropératoires

Des complications peropératoires ont été enregistrées dans 14,28% (n=8) des cas. Les complications urologiques représentaient 87,50% (n=7) des complications. Ces complications peropératoires étaient majoritairement observées dans le groupe des cancers localement évolués (II-III).

Le tableau XXXII présente les caractéristiques des complications peropératoires.

Tableau XXXII : Répartition des cancers gynécologiques selon les complications peropératoires observées et les gestes opératoires réalisés

	Type de complications	Gestes réalisés	Effectif (n=8)	Pourcentage (%)
Cancer du col de l'utérus	Lésions vésicales	CHEL CHEL+appendicectomie	02	25
Cancer de l'endomètre	Lésions vésicales et urétérales	CHEL+ appendicectomie+omentectomie	02	25
Cancers des	Lésion	-Hystérectomie + annexectomie	04	50

ovaires	urétérale	bilatérale+ curage ganglionnaire		
	Plaie vasculaire et lésions vésicales	-Hystérectomie+ annexectomie bilatérale+omentectomie+ appendicectomie		
		Total	**08**	**100**

Deux (02) cas de lésions vésicales étaient observés chez les patientes atteintes de cancer du col de l'utérus ; il s'agissait de plaies de la face postérieure de la vessie.

Dans le sous-groupe de cancer de l'endomètre, un cas de lésion vésicale et un cas de lésion urétérale ont été retrouvés.

Dans le sous-groupe des cancers des ovaires, il a été noté deux (02) cas de lésions vésicales, un (01) cas de lésion urétérale et un (01) cas de lésion vasculaire (plaie de la veine iliaque externe).

4.1.7 Surveillance et évolution postopératoire

4.1.7.1 Surveillance

Dans notre série, 12 patientes ont été perdues de vues après la chirurgie soit 21,43% et 73,21% (n=41) ont été régulièrement suivies en consultation sur une période de trois ans.

Dans la série des patientes opérées pour cancer du col utérin, la durée de survie moyenne était de 17,70+/-9,30 mois avec des extrêmes de 01 à 36 mois.

Chez les patientes opérées pour cancer de l'endomètre, la durée de survie moyenne était de 12,90+/-9 mois, les extrêmes de 02 à 36 mois.

La durée de survie moyenne chez les patientes opérées pour cancers des ovaires était de 13,20+/-5,57 mois, les extrêmes allant de 06 à 24 mois.

Trois (03) patientes étaient décédées (5,35%). Le délai moyen de survenue des décès était de 02 mois avec les extrêmes de 1 et 5 mois. Tous les cas de décès enregistrés étaient notés dans le groupe des cancers de l'endomètre et des ovaires opérés aux stades tardifs.

4.1.7.2 Complications postopératoires

Des complications postopératoires étaient observées dans 53,57% (n=30) des cas.

Le tableau XXXIII présente les types de complications postopératoires par cancer.

Tableau XXXIII : répartition des cancers gynécologiques selon les complications postopératoires et le stade de la tumeur

Type de cancer	Stade FIGO	Complications	Effectif (n=30)	Pourcentage (%)
Cancer du col de l'utérus (n=7)	IB2 et IIB	Anémie sévère	04	57,14
	IIA2	Suppuration pariétale	02	28,58
	IIB	Incontinence urinaire	01	14,28
	Total		**07**	**100**
Cancer de l'endomètre (n=15)	I ; II et IIIA	Anémie sévère	07	46,67
	II et IIIA	Fistule vésico-vaginale	03	20,00
	I	Sepsis	02	13,33
	II	Embolie pulmonaire	02	13,33
	II	Dépression	01	06,67
	Total		**15**	**100**
Cancers des ovaires (n=8)	II et III	Anémie sévère	05	62,50
	III	Fistule vésico-vaginale	02	25,00

II	Lymphoedèmes des membres pelviens	01	12,50
Total		**08**	**100**

L'anémie sévère était la plus fréquente des complications soit 53,33% (n=16).

4.1.7.3 Récidives

Des récidives après chirurgie ont été enregistrées chez 23,21% (n=13) des patientes.

Le tableau XXXIV donne les caractéristiques des récidives par cancer gynécologique.

Tableau XXXIV : répartition des cancers gynécologiques selon le type de récidive, le stade et le type histologique de la tumeur

Type de cancer	Type histologique	Stade FIGO	Type de récidives	Effectif (n=13)	Pourcentage (%)
Cancer du col de l'utérus (n=5)	Carcinome épidermoide	IIA2	Locorégionales	02	40,00
		IIB	Locales	02	40,00
	Adénocarcinome	IIA1	Locorégionales	01	20,00
Cancer de l'endomètre (n=4)	Adénocarcinome endométrioide	II	Locorégionales	02	50,00
		IIIA	Métastases	02	50,00
Cancers des ovaires (n=4)	Cystadénocarcinome séreux	II	Locorégionales	02	50,00
		III	Métastases	02	50,00
	Total			**13**	**100**

Les récidives locorégionales étaient les plus fréquentes soit 53,84% (n=7) ; des métastases étaient retrouvées dans les cancers de l'endomètre et des ovaires. La

durée moyenne de survenue des récidives était de 6,75 ±3,90 mois, avec les extrêmes de 1 et 18 mois.

4.2 Etude analytique

➢ Facteurs pronostiques de la chirurgie du cancer du col de l'utérus

Tableau XXXV : facteurs associés au pronostic de la chirurgie du cancer de col de l'utérus.

	Pronostic de chirurgie		P-value	OR	IC95% [OR]
	Bon	Mauvais			
Age (ans)					
≤ 40	03	01	0,05	1	
> 40	08	14		5,25	0,46 - 59,2
Comorbidités					
Non	03	02	0,37	1	
Oui	08	13		2,43	0,33 - 17,9
Stade du cancer					
IA1	05	01		1	
IA2	02	03		0,13	0,008 - 2,1
IB1	02	01	0,03	0,4	0,01 - 10
IB2	01	02		0,1	0,004 - 2,5

IIA1	01	02		0,1	0,004 - 2,5
IIA2	00	02		0,12	0,02 - 1,58
IIB	00	03		0,09	0,02 - 1,37
Type histologique					
Carcinome épidermoïde	10	13	0,73	1	
Adénocarcinome	01	02		0,65	0,05 - 8,22
Taux d'hémoglobine préopératoire (g/dl)					
≤ 12	06	15	0,003	1	
> 12	05	00		5,1	2,23 - 14,5
Type de chirurgie					
chirurgie première	01	06	0,3	0,16	0,01 - 1,67
chirurgie post radio/ chimiothérapie	01	00		0,33	0,05 - 1,87
Degré de Différenciation					
Peu différencié	00	03	0,02	1	
Moyennement différentié	02	09		0,31	0,08 - 1,1
Bien différentié	09	03		5,2	1,96 - 12,3

Une anémie préopératoire, une tumeur à un stade avancé et peu à moyennement différenciée, sont des facteurs de mauvais pronostic pour la chirurgie d'un cancer du col de l'utérus.

- **Facteurs associés au pronostic de la chirurgie des cancers de l'endomètre et des ovaires**

Les facteurs pronostiques sont : l'âge (> 55 ans), le stade clinique avancé et l'anémie préopératoire.

Tableau XXXVI : facteurs associés au pronostic de la chirurgie du cancer de l'endomètre.

	Pronostic de la chirurgie		p-value	OR	IC95% [OR]
	Bon	Mauvais			
Age (ans)					
≤ 55	00	01	0,04	1	
> 55	07	11		0,95	0,41 - 2,2
Comorbidités					
Non	00	02	0,26	1	
Oui	07	10		1,03	0,47 - 2,24
Stade du cancer					
IA	03	03		1	
II	04	07	0,05	0,57	0,07 - 4,29

IIIA	00	01		0,9	0,45 - 1,81
Type histologique					
Adénocarcinome endométrioide	05	11	0,35	1	
carcinome papillaire et séreux	01	00		2,3	0,21 - 5,1
Carcinosarcome	01	01		2,2	0,11 - 42,73
Taux d'hémoglobine préopératoire (g/dl)					
≤ 10	03	12	0,004	1	
> 10	04	00		15,69	1,71 - 24,2
Type de chirurgie					
chirurgie première	06	07	0,54	1	
Chirurgie exclusive	01	04		0,29	0,02 - 3,37
chirurgie post chimiothérapie	00	01		2,24	0,67 - 7,38
Grade de Différenciation (Adénocarcime endométrioide)					
Grade 1	05	04	0,12	1	
Grade 2	00	04		0,51	0,19 - 1,33
Grade 3	00	02		0,43	0,17 - 1,12

Tableau XXXVII : facteurs associés au pronostic de la chirurgie des cancers des ovaires.

	Pronostic de la chirurgie		P-value	OR	IC95% [OR]
	Bon	Mauvais			
Age (ans)					
≤ 55	03	02	0,003	1	
> 55	01	05		7,5	0,45 - 122
Comorbidités					
Non	02	02	0,3	1	
Oui	02	05		2,5	0,19 - 32,2
Stade du cancer					
I	02	03		1	
II	02	01	0,03	3	0,15 - 59,9
III	00	03		2,1	0,13 - 2,9
Type histologique					
Cystadénocarcinome séreux	03	07	0,16	1	
Tératome malin	01	00		0,66	0,05 - 8,16
Taux d'hémoglobine préopératoire (g/dl)					

≤ 10	03	04	0,002	1	
> 10	01	03		2,25	0,14 - 33,9
Type de chirurgie					
chirurgie première	00	02		1	
chirurgie exclusive	00	02	0,97	-	-
chirurgie post chimiothérapie	04	03		1,75	0,38 - 7,89

5. DISCUSSION

La discussion des résultats de notre étude repose sur les critères suivants :

- ❖ L'atteinte des objectifs de l'étude
- ❖ La qualité et la validité des résultats
- ❖ La comparaison des résultats avec ceux des études d'autres auteurs.

5.1 L'atteinte des objectifs de l'étude

Au terme de cette étude, nous avons pu calculer la fréquence des cancers gynécologiques chez les patientes reçues en consultations au CHU-MEL et au CNHU-HKM de Cotonou de 2018 à 2022. Le profil des patientes ayant bénéficié d'une prise en charge chirurgicale pour les cancers du col de l'utérus, de l'endomètre et des ovaires a été établi. Les indications du traitement chirurgical ainsi que sa réalisation constituent toujours un problème pour le soignant, cela du fait de leur diagnostic tardif. Plusieurs facteurs aggravant le pronostic des patientes opérées ont été identifiés. Ainsi, nous avons atteints les objectifs assignés à cette étude.

5.2 Qualités des données et validité des résultats

Nous avons mené une étude rétrospective à visée descriptive et analytique. Pour cela, nous avons effectué dans un premier temps, un recensement exhaustif des dossiers médicaux de toutes les patientes reçues en consultation gynécologique pour suspicion de tumeur du col de l'utérus, de l'endomètre et des ovaires puis dans un second temps, nous avons procédé à une sélection des cas bien confirmés et prises en charge chirurgicalement. Néanmoins, certains dossiers médicaux n'ont pas pu être exploités car incomplets ou non retrouvés. Toutefois, ce manque d'informations n'enlève rien à la qualité et à la validité des résultats obtenus.

5.3 Comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs

5.3.1 Fréquence

De 2018 à 2022, nous avons colligé un total de 194 cas de cancers gynécologiques, soit une fréquence de 1,5% des consultations gynécologiques. Seuls 106 cas ont été confirmés et pris en charge sur la période d'étude. Le

cancer du col de l'utérus était le cancer gynécologique le plus fréquent soit 63,21%, suivi du cancer de l'endomètre, 24,53% et du cancer de l'ovaire, 12,26%. En 2013, dans une étude réalisée dans les mêmes centres sur une période de 9 ans (Janvier 2000 à Décembre 2008) par Tonato Bagnan et al [31], la fréquence était respectivement de 26,7% pour le cancer du col de l'utérus, 18,6% pour les cancers des ovaires et 9,05% pour le cancer de l'endomètre. Par ailleurs, une étude basée sur le registre des cancers de Cotonou en 2020 retrouvait une incidence respective de 16% ; 3,3% et 3,1% pour les trois cancers et classe le cancer du col au deuxième rang des cancers chez la femme juste derrière le cancer du sein. D'autres études dans la sous-région [33, 36] confirment également ce constat. Considéré comme étant un cancer de la femme jeune [3], la susceptibilité aux IST notamment au Papilloma virus humain favorisée par l'activité sexuelle précoce et le bas niveau socioéconomique en Afrique noire pourrait expliquer cette fréquence croissante des cas de cancer du col [2].

Par contre dans les pays développés comme la France, le cancer gynécologique le plus fréquent est le cancer de l'endomètre [3] avec une incidence en 2018 de 11,2 pour 100.000 femmes. Cette divergence pourrait s'expliquer d'une part par l'existence d'un meilleur système de dépistage et de prise en charge des lésions précancéreuses et cancéreuses du col dans ces pays contrairement au notre. Et d'autre part, par le niveau socioéconomique élevé, donnant ainsi des conditions favorables à l'obésité et au diabète, facteurs de risque avérés des cancers de l'endomètre et des ovaires.

5.3.1 Cancer du col de l'utérus

Dans notre série, 38,81% (n=26) ont bénéficié d'un traitement chirurgical. **GANDJETO** [15] à Cotonou sur une période allant de 2017 à 2021 retrouvait 32% de cas de cancer du col de l'utérus opérés sur une série de 84 patientes. Un taux de 18,88% était retrouvé par **TOGNIFODE et al** [5] dans une étude réalisée à Parakou (Bénin) en 2016. En France, une étude réalisée en 2011 par **LAVOUE et al** [32] sur 102 patientes, notaient un taux de chirurgie de 60,78% sur une période de neuf (09) ans. Ces différences dans le taux de chirurgie réalisé dans ces quatre séries seraient dues aux stades du diagnostic souvent tardif chez la plupart des patientes dans notre contexte, ce qui rend difficile la réalisation d'une chirurgie curative.

5.3.1.1 Profil des patientes

❖ **Caractéristiques sociodémographiques**

➢ **Age**

L'âge moyen de nos patientes était de 52ans avec des extrêmes allant de 24 à 58ans. La classe d'âge la plus représentée était celle des patientes âgées de 40 à 55ans soit 61,50%. Ces résultats sont similaires à ceux de **HOUNKPONOU et al** [33] en 2016 où la moyenne d'âge était de 64,1 ans et les femmes âgées de 32 à 42 ans étaient les plus représentées (90,2%). Cette moyenne se rapproche de celle obtenue par **SAMAKE** en 2014 [34] au Mali, et des données du cancer du col en France [3] avec respectivement 49,64 ans et 50,8 ans.

Il ressort que le cancer du col de l'utérus survient généralement à un âge avancé. Cela pourrait s'expliquer par la longue période de transformation des lésions précancéreuses.

➢ **Niveau socioéconomique et Profession**

Un bas niveau socioéconomique est considéré comme un facteur de risque du cancer du col du fait de l'exposition précoce à l'activité sexuel. Dans notre série, 80,80% des patientes étaient non scolarisées et la majorité, ménagères. Ce constat se rapproche de celui fait par **ABDELLAOUI** [35] au Maroc en 2010 où au sein de la série de 82 patientes, toutes les femmes était issues d'un milieu social défavorisé et avaient un bas niveau d'instruction. Ces résultats sont semblables à plusieurs résultats dans la sous-région et en France. Une étude américaine portant sur 750.590 femmes, qui ont bénéficié d'un dépistage du cancer du col utérin pour la première fois, montrait que plus de la moitié était issue de minorités sociales et ethniques. Les femmes noires et hispaniques représentaient 14,4% et 19,3%.

➢ **Situation matrimoniale**

Plus de la moitié des femmes étaient en couple soit 69,20%. Ce taux est proche de celui retrouvé par **SANDO et al** [36] au Cameroun (2014). Le risque de cancer du col est plus élevé chez les femmes ayant plusieurs fois été mariées et serait lié au nombre augmenté de rapports sexuels non protégés qui favorisent la survenue d'IST.

❖ **Facteurs de risques**

➢ **Infection à HPV**

Nos patientes présentaient un antécédent d'infection à HPV dans 4,47% des cas. Un taux de 9% était retrouvé dans une étude réalisée en 2016 à Parakou [55]. Les données de la littérature démontrent une corrélation étroite entre l'infection à HPV et la survenue du cancer du col utérin.

➢ **Ménarche**

Une ménarche précoce était retrouvée chez 49,25% de nos patientes ; ce qui est similaire dans plusieurs études de la sous-région et également en Europe.

➢ **Gestité et parité**

Les multigestes et multipares étaient les plus représentées de notre série soit respectivement 76,90% et 57,70%. Ces taux sont nettement supérieurs à ceux de **SANDO et al** [36] au Cameroun (2014). La multiparité est un facteur de risque connu de cancer du col de l'utérus et les traumatismes de la muqueuse cervicale lors des accouchements répétés favoriseraient le développement de lésions dysplasiques.

➢ **Contraception orale**

L'utilisation était retrouvée chez 8,49% de nos patientes. Ce taux est nettement inférieur à celui retrouvé par **GANDJETO** [15] chez qui 21% des patientes signalaient une contraception orale de longue durée. Une analyse de données groupées à partir de 10 études cas témoins de patientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus invasif laisse penser que l'utilisation à long terme de contraception pourrait augmenter le risque de cancer du col de l'utérus jusqu'à 4 fois chez les femmes ayant une infection à HPV[34].

➢ **Antécédent familial de cancer du col**

Un antécédent familial au 1er degré de cancer du col utérin était présent chez 5,97% de nos patientes. Toutefois, dans la littérature, aucune étude ne rend compte de la notion de prédisposition héréditaire d'un cancer du col de l'utérus.

❖ **Données cliniques et paracliniques**

- **Délai de consultation**

Le délai moyen de consultation était de 5 mois avec des extrêmes allant de 1 à 36 mois ; 20,89% avaient consulté après 12mois. Dans la littérature, ce délai est de l'ordre de 4 mois en raison d'un suivi gynécologique plus rigoureux comportant la pratique régulière d'un FCV [22]. Dans notre contexte, il existe des considérations sociales (pudeur, ...) qui empêchent les femmes de consulter pour des signes gynécologiques mais également la difficulté d'accès aux soins. Ces contraintes pourraient expliquer le long délai entre les 1ers symptômes et la consultation. Ce qui explique le diagnostic à des stades avancés, ne permettant pas de réaliser une chirurgie dans notre contexte.

- **Signes fonctionnels**

Les métrorragies représentaient le principal signe et étaient présentes chez la quasi-totalité des patientes avec un caractère provoqué ou spontané. **MUTEGANYA et al** [37] en RDC, retrouvaient les métrorragies comme signe principal dans 91,42% des cas. Dans la série de **SAHRAOUI** [38] en 2013 au Maroc, la majorité des patientes a présenté des métrorragies lors du diagnostic (92,2%). Selon l'étude de **NGUYEN et al** en France [39], le maître symptôme révélant le cancer utérin était les métrorragies, présentes dans 88,7% des cas. Ces données sont également retrouvées dans la littérature en ce qui concerne les principaux signes d'appels du cancer du col utérin.

- **Etat général**

Dans notre série, la plupart des patientes soit 76,90% des cas avaient un bon état général et classées grade 1 et 2 de l'OMS. Ces résultats se rapprochent avec ceux de l'étude de **AZNAGUE** [40] au Maroc qui retrouvait 63,41% des malades en bon état général. Nous pensons que le fait que l'état général est le plus souvent conservé justifie en partie les consultations médicales tardives. Aussi, le rôle des guérisseurs traditionnels n'est pas à exclure dans ce contexte. Tout cela limite les options thérapeutiques, notamment les possibilités de réalisation d'une chirurgie.

- **Type histologique**

Les deux types histologiques retrouvés dans notre série étaient le carcinome épidermoide (88,46%) et l'adénocarcinome (11,53%). Ces taux sont similaires à ceux retrouvés par **TOGNIFODE et al** [5] en 2016 et **KAJAM** [41] en 2012 au

Maroc. Par ailleurs, une nette augmentation de la fréquence de l'adénocarcinome serait observée chez les femmes jeunes surtout [3].

➢ **Stade préopératoire**

Selon les recommandations actuelles de la FIGO, le traitement chirurgical est proposé pour les stades dits précoces. Il s'agit des stades IA, IB, IIA et IIB. Ces recommandations ont été appliquées dans notre série. Les patientes étaient opérées aux stades : IA1, IA2, IB1, IB2, IIA1, IIA2 et IIB. Les stades IA représentaient 46,15%, IB, 27,76% et les stades II faisaient 23,07% (soit IIA : 15,38% et IIB : 7,69%). Ces résultats se rapprochent de ceux de **YOMI et al** [42] au Cameroun qui ont constaté que sur 111 patientes admises pour cancers du col, seules celles ayant les stades précoces IA, IB et IIA bénéficiaient d'une chirurgie. Une étude au Maroc en 2013 [40] retrouvait la réalisation d'une chirurgie dans 2,44% aux stades tardifs III et IV, en plus des stades IA, IB et II. Dans une étude réalisée en France, **LAVOUE et al** [32] retrouvaient des stades III et IV opérés dans une proportion de 11%. Il s'agissait dans ce dernier cas, de chirurgie après plusieurs cures de curiethérapie et de chimiothérapie. De l'ensemble de ces résultats, il ressort que le traitement chirurgical est indiqué aux stades précoces des tumeurs de façon consensuelle. Cependant, une chirurgie de clôture (ou de finition) est souvent nécessaire dans la prise en charge des patientes aux stades tardifs. Cette indication n'est pas respectée dans notre contexte du fait de l'indisponibilité d'un plateau technique adéquat, nécessaire à la réalisation de la radiothérapie/curiethérapie suivie d'une chirurgie de clôture chez ces patientes.

➢ **Taux d'hémoglobine préopératoire**

L'anémie en préopératoire était observée chez 30,80% de nos patientes. Dans la littérature, l'anémie en préopératoire est de cause multifactorielle et est d'autant plus profonde que la tumeur est évoluée [46]. Ce qui pourrait expliquer les différentes recommandations pour la réalisation de la chirurgie à des stades précoces des tumeurs.

5.3.1.2 Modalités thérapeutiques

❖ **Type de chirurgie**

Dans notre série, la majorité des patientes ont bénéficié d'une chirurgie première (69,23%). Les chirurgies exclusives et post radiochimiothérapie étaient moins fréquentes, respectivement 23,07% et 7,69%. **AZNAGUE** [40] en 2013 au

Maroc, retrouvait des taux plus élevés soit respectivement 86,58% ; 7,32% et 6,09% respectivement pour les chirurgies première, exclusive et postradiochimiothérapie. La chirurgie première reste toujours envisagée et réalisée lorsque la tumeur est à un stade précoce d'où la nécessité d'un dépistage précoce des lésions cancéreuses du col utérin. **KOCHBATI et al** [43] en 2011 en Tunisie, constataient dans leur étude, la réalisation systématique d'une radiochimiothérapie pour toutes les patientes aux stades IB à IIB avant la chirurgie. **NARDUCCI et al** [44] faisaient le même constat en France. Devant le risque élevé de récidive et la difficulté d'obtention de marges de résection saines dans les formes localement évoluées et avancées, la réalisation d'une radiochimiothérapie préopératoire est recommandée dans les stades IB à IIIA.

❖ **Voie d'abord**

La moitié de nos patientes était opérée par laparotomie. La voie basse et la coelioscopie étaient utilisées respectivement dans 46,15% et 3,48% des cas. Ce constat rejoint celui d'autres auteurs comme **ABDELLAOUI** [35] au Maroc. Cependant, la coelioscopie est de plus en plus recommandée car serait associée à un risque plus réduit de complications per et postopératoires.

❖ **Gestes réalisés**

Selon les recommandations actuelles de la FIGO, lorsque la tumeur est classée IA et en absence d'emboles vasculaires, le traitement conservateur semble sécuritaire sur le plan oncologique [9 ; 23]. La chirurgie conservatrice était réalisée chez 7,69% de nos patientes. Les patientes présentant des formes localement avancées (IB à IIB), ont bénéficié de chirurgie radicale (76,92%). Elle consistait en une colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie (chirurgie radicale carcinologique) dans 65,38% des cas et en une hystérectomie (chirurgie radicale non carcinologique) dans 11,54% des cas. La chirurgie conservatrice (trachélectomie) était réalisée chez 7,69% de nos patientes. **LACHIBI et al** [73] en Algérie (2021), retrouvaient des résultats similaires (70,4%). Ces gestes sont retrouvés dans d'autres études comme celles de **LAVOUE et al** [32] et **MATHEVET** [45] en France, respectivement en 2011 et 2015. Dans la littérature, ces gestes ont fait l'objet de plusieurs consensus et recommandations.

❖ **Transfusion sanguine**

Plus de la moitié de nos patientes ont bénéficié d'une transfusion sanguine et essentiellement en postopératoire. L'anémie en préopératoire est reconnu dans la littérature comme étant un facteur défavorable à la chirurgie [46].

5.3.1.3 Evolution

❖ **Complications peropératoires**

Des complications peropératoires sont observées chez 7,69% de nos patientes (soit deux cas sur 26). Il s'agissait de lésions vésicales (plaie de la face postérieure de la vessie). **DEM et al** [66] au Sénégal ont rapporté 1,70% de complications peropératoires (soit 07 cas sur 412 patientes). Il s'agissait dans les deux séries, de patientes ayant subi une colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie, geste opératoire le plus pratiqué dans la chirurgie du cancer du col de l'utérus. Cet écart est très important et témoigne de la défaillance des procédés de prise en charge chirurgicale dans notre pays. L'amélioration des techniques chirurgicales permettra d'affiner les procédés opératoires et d'obtenir une réduction des lésions peropératoires.

❖ **Complications postopératoires**

Des complications postopératoires sont observées chez 26,92% de nos patientes. L'anémie sévère était la plus fréquente (57,14%) suivie de la suppuration pariétale (28,57%) et de l'incontinence urinaire (14,28%). Les facteurs identifiés dans la survenue de complications chez nos patientes étaient : un taux d'hémoglobine préopératoire <12g/dl, le type de chirurgie réalisé et le stade clinique avancé. Dans sa série, **AZNAGUE** [40] au Maroc notait par ordre de fréquence : la suppuration pariétale (23%), l'anémie sévère (8%) et l'incontinence urinaire (6,8%). Les facteurs identifiés étaient : l'anémie préopératoire, un séjour hospitalier postopératoire prolongé (>15jours) et les stades cliniques avancés (≥IIB). **MAHDI et al** [47] en 2014 aux Etats unis, dans une étude réalisée sur un groupe de patientes opérées par laparotomie et un autre groupe d'opérées par laparoscopie avec des indications et gestes thérapeutiques identiques, retrouvaient des complications postopératoires : la suppuration pariétale (7,1% contre 2%), l'anémie sévère (4,7% contre 1,2%) et l'infection urinaire (2,8% contre 0,6%). Les facteurs identifiés étaient l'âge avancé (>45ans), l'anémie préopératoire, comorbidités (diabète et obésité), la voie d'abord et la durée du séjour hospitalier.

Les facteurs associés à la survenue de complications chez les patientes sont : l'anémie préopératoire, la présence de comorbidités (notamment le diabète et l'obésité), le stade clinique avancé, un long séjour hospitalier postopératoire et la laparotomie comme voie d'abord.

❖ **Récidives**

Des récidives ont été retrouvées chez 19,23% de nos patientes. Celles locorégionales étaient les plus fréquentes. Des récidives locorégionales étaient retrouvées par d'autres auteurs à des proportions variables comme suit :

Série	Taux de récidives
Lachibi et al [73] (Algérie), 2021	26,3%
Barranger et al [49] (France), 2012	9%
Kochbati [43] (Tunisie), 2011	7,5%
Ferdi [50] (Maroc), 2011	34%
Notre série (2022)	19,23%

Selon **FOTIOU et al** [48] en 2010 (Grèce), les facteurs de risque de récidive du cancer du col sont le stade clinique, l'envahissement lymphatique et vasculaire et le type histologique. Il a montré que le taux de récidives locorégionales était plus élevé chez les femmes ayant un stade avancé. Selon le type histologique, les taux de récidives et en particulier en topographie pelvienne étaient plus élevés pour les adénocarcinomes par rapport aux carcinomes épidermoïdes : 28,6% contre 13,3%. Dans notre étude, les facteurs impliqués dans la survenue de récidives étaient : le stade clinique avancé (>IB), l'extension lymphatique et le type histologique (le carcinome endométrioide). Le traitement des récidives a consisté en l'indication d'une radiochimiothérapie concomittante. Cependant, seule la chimiothérapie a été réalisée chez deux de nos patientes.

Aucun cas de métastases à distance n'a été observé dans notre série.

❖ **Décès**

La mortalité postopératoire est en rapport avec les complications essentiellement hémorragiques, infectieuses et thromboemboliques. Aucun décès n'a été retrouvé dans notre série.

5.3.1.4 Facteurs pronostiques

❖ **Stade clinique FIGO**

Le pronostic est essentiellement lié au stade FIGO car le taux de survie varie significativement quand il s'agit d'un stade avancé. Selon **FOTIOU et al** [48] (Grèce), l'incidence globale des récidives chez les patientes opérées étaient respectivement de 19,6% et 40% respectivement pour les stades IA à IB et pour les stades >IB. Selon **WAGGONER [**52] aux Etats unis, la survie diminue lorsque le stade est avancé. Dans notre étude, un stade clinique avancé est associé à un mauvais pronostic après la chirurgie avec un *p* significatif à 0,03.

❖ **L'anémie**

Il y a une corrélation entre le stade de la tumeur et la fréquence d'une anémie définie par un taux d'hémoglobine inférieure à 12g/dl. Dans plusieurs séries publiées, la fréquence de l'anémie augmente avec le stade clinique de la tumeur. Cette fréquence varie de 25% aux stades I, à 33% aux stades II et 40% aux stades III-IV [46]. La réalisation d'une chirurgie aux stades III-IV est donc corrélée à une anémie plus profonde qu'au stade II et ainsi de suite. Dans notre série d'étude, le taux d'hémoglobine est un facteur important car le pronostic des opérées ayant un taux d'hémoglobine < 12g/dl est moins bon et s'améliore en cas de taux supérieur à 12g/dl avec un *p* significatif à 0,003.

❖ **Le type histologique**

Pour certains auteurs, le type histologique n'est pas un facteur pronostique et pour d'autres, l'adénocarcinome est de mauvais pronostic par rapport au carcinome endométrioide. La majorité des patientes de notre série ayant présenté des récidives, avaient un carcinome épidermoide. Cependant, une association significative entre le type histologique et le pronostic n'était pas retrouvé. **MARTEL** [53] et al en France font le constat d'une survie à 5ans de 60% pour les adénocarcinomes de stade I et de 90% pour les carcinomes épidermoïdes du même stade. **LAMY** [54] en Belgique, de même que **KJORSTAD et al** [55] en Norvège rapportent également des études concluant au caractère péjoratif de

l'adénocarcinome et suggèrent que les malades opérées avaient un risque plus élevé de récidives.

❖ **Le degré de différenciation**

D'après les données de la littérature, les tumeurs bien à moyennement différenciées sont de meilleur pronostic et la fréquence de récidives serait inférieure à celle des tumeurs peu ou indifférenciées. Dans notre étude, les patientes ayant des tumeurs bien différenciées avaient un meilleur pronostic, avec un *p* significatif à 0,02.

❖ **L'âge**

L'impact pronostique de l'âge est difficile à interpréter d'après les données de la littérature. Dans une étude rétrospective de l'Institut national du cancer (France) en 2018 [74], la survie à 5 ans diminue avec l'âge. L'âge inférieur à 30 ans était considéré comme un facteur de mauvais pronostic. Dans notre étude, une association entre l'âge >40ans et le pronostic n'a pas été établi (*p* à 0,05).

❖ **Comorbidités**

Dans notre étude, aucune association n'a été établit entre la présence de comorbidités et le pronostic des patientes. MAHDI et al [47] (Etats unis) retrouvaient une association entre le diabète et l'obésité et la survenue de complications postopératoires chez les patientes opérées par laparotomie. Cependant, cette relation n'était pas retrouvée dans le groupe des patientes opérées par laparoscopie au sein de la même étude.

❖ **Type de chirurgie**

ATLAN et al [57] dans une étude comparative entre le pronostic de la chirurgie première des cancers aux stades IB à IIB à celui de la chirurgie post-radiothérapie, ne trouvaient aucune différence significative entre l'issue des deux stratégies thérapeutiques. D'autres études parvenaient à la même conclusion. Dans notre étude, aucune association n'était retrouvée entre le pronostic des patientes et le type de chirurgie.

❖ **Autres facteurs**

Il s'agit de la voie d'abord qui est incriminée par certains auteurs comme favorisant la survenue de complications peropératoires (surtout lésions vasculaires et urétérovésicales) et postopératoires notamment l'anémie et les complications infectieuses. **MAHDI et al** [47] dans une étude comparative entre un groupe de patientes opérées par laparotomie et un autre groupe d'opérées par laparoscopie, trouvaient que les complications infectieuses étaient plus fréquentes dans le 1er groupe par rapport au 2ème (soit 7,1% contre 2%). Ce facteur n'a pas été apprécié dans notre étude.

5.3.2 Cancer de l'endomètre

Dans notre groupe de patientes suivies pour cancer de l'endomètre, 73,07% ont bénéficié d'un traitement chirurgical. Ce taux se rapproche de ceux retrouvés par **EL AZZAOUI** [58] au Maroc (2017) et **CHEKMAN et al** [59] en Algérie (2019), respectivement 78,80% et 74,30%. D'après les recommandations de la SFGO et le CNGOF, le traitement de référence du cancer de l'endomètre est la chirurgie et l'association de thérapies adjuvantes (radiochimiothérapie) selon le stade de la maladie.

4.3.3.1 Profil des patientes

- ❖ **Caractéristiques sociodémographiques**
- ➢ **Age**

L'âge moyen de nos patientes était de 58 ans avec des extrêmes allant de 43 à 70ans. Les patientes âgées de plus de 65ans étaient les plus représentées (57,70%). Ces constats sont similaires à ceux effectués par **HASSINA** [60] (2018) et **ERRAJI** [61] (2022) au Maroc où l'âge moyen des patientes était respectivement de 61,7 ans et 59 ans. En France, l'âge moyen de survenue du cancer de l'endomètre est de 55 ans avec un pic vers 70 ans [62].

- ➢ **Niveau socio-économique et Situation matrimoniale**

La majorité de nos patientes étaient non scolarisées et en couple. Ce constat est effectué par d'autres auteurs dans la sous-région. En France, **SANCHO-GARNIER** [3] retrouvait un rapport étroit entre le niveau de vie élevé et le cancer de l'endomètre. Cela serait en rapport avec les différents facteurs surtout liés au mode de vie, influençant la survenue des cancers en général.

❖ **Facteurs de risques**

➢ **Hyperœstrogénie**

Il est le principal facteur impliqué dans la survenue du cancer de l'endomètre. Le risque relatif est de l'ordre de 2 à 3 avec une augmentation du risque en fonction de la durée de prise et de la dose [3]. La notion de prise de contraceptif a été retrouvée chez 46,45% de nos patientes.

➢ **Diabète et Obésité**

Ils ont été identifiés comme facteurs augmentant l'incidence des cancers de l'endomètre et favoriseraient l'hyperœstrogénie. Le risque est plus élevé selon l'âge où survient l'obésité ou le diabète [62]. Le diabète et l'obésité étaient présents respectivement chez 11,54% et 26,92% de nos patientes.

➢ **Ménopause**

La ménopause tardive est reconnue comme un facteur de risque de cancer de l'endomètre [4]. 80,77% de nos patientes étaient ménopausées et 52,38% avaient eu une ménopause tardive.

➢ **Antécédent familial de cancer de l'endomètre**

Un antécédent familial au 1er degré de cancer de l'endomètre était retrouvé chez 11,53% de nos patientes. La notion d'hérédité dans la survenue des cancers de l'endomètre est démontrée ; le syndrome de LYNCH est le plus retrouvé. En Algérie, une étude réalisée en 2019 retrouvait la présence du syndrome de LYNCH chez 5,8% des patientes. La recherche de ce syndrome n'a pas été faite dans notre étude.

❖ **Données cliniques et paracliniques**

➢ **Délai de consultation**

Plus de la moitié de nos patientes (84,62%) ont consulté moins de 12mois après le début des symptômes. Ce délai se rapproche de celui retrouvé dans différentes études et va de 5 à 12 mois dans l'ensemble. La majorité des patientes étant ménopausées, la survenue d'un saignement génital les amenait à consulter dans la plupart des cas.

➢ **Signes fonctionnels**

Les métrorragies post-ménopausiques représentent les principaux symptômes du cancer de l'endomètre. Chez nos patientes, 80,77% présentaient des métrorragies post-ménopausiques. Ce taux est similaire à celui retrouvé dans d'autres études de la sous-région. Dans la littérature, les métrorragies post-ménopausiques constituent les principaux signes de suspicion des cancers de l'endomètre.

- **Type histologique**

L'adénocarcinome endométrioide représentait le type histologique le plus rencontré chez nos patientes (77%) et de grade 1 dans 65% des cas. Ces résultats sont similaires à ceux d'autres auteurs dans la sous-région. En France, une étude réalisée en 2022 a montré que l'adénocarcinome endométrioide était le type histologique le plus fréquent et avait en général un meilleur pronostic [62].

- **Stade préopératoire**

Le traitement chirurgical est recommandé pour les stades I, II et III. Dans notre série, 73,07% des patientes ont été opérées. Les stades opérés étaient : I (26,92%), II (26,92%) et IIIA (19,23%). **CHEKMAN et al** [59] en Algérie, retrouvaient dans une série de 86 patientes, 94% de chirurgie réalisée dont 62,70% au stade I ; 11,60% au stade II ; 19,70% au stade III et 2% au stade IV. Dans sa série de 100 patientes, **HASSINA** [60] au Maroc, retrouvait 99% de chirurgie réalisée pour les mêmes stades avec 5,2% au stade IV. Dans son étude en 2015 en France, **MEHOBA** [64] retrouvait des chirurgies réalisées dans 88,6%, 2,85% et 8,57% respectivement aux stades I, II et IIIA. Les différences observées entre la proportion de chirurgie réalisée dans les autres études par rapport à la nôtre seraient dues à l'insuffisance du diagnostic précoce du cancer de l'endomètre chez nos patientes.

5.3.2.1 Modalités thérapeutiques

- **Type de chirurgie**

La chirurgie était radicale quel que soit le stade préopératoire. Les patientes aux stades II et IIIA bénéficiaient d'une radiothérapie respectivement adjuvante et néoadjuvante. Cette association thérapeutique correspond aux recommandations de la SGOF/INCa (2010) [25].

- **Voie d'abord**

La laparotomie était la voie la plus utilisée (89,47%). D'autres études dans la sous-région font le même constat. La cœlioscopie est la voie d'abord la plus utilisée dans les pays développés de nos jours. En Suisse (2008), une étude réalisée sur la faisabilité des hystérectomies par laparoscopie dans le cadre du traitement des cancers gynécologiques, avait conclu à une faisabilité quasi-équivalente des gestes opératoires aussi bien par laparotomie que par cœlioscopie [56] avec un avantage pour la cœlioscopie d'un séjour hospitalier réduit.

- **Gestes réalisés**

L'intervention de référence dans le traitement du cancer de l'endomètre est l'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale. Le curage ganglionnaire et les gestes complémentaires comme l'appendicectomie et l'omentectomie sont réalisés selon l'importance des lésions et le risque de récidive [25]. Les patientes aux stades I et II ont bénéficié d'une hystérectomie avec annexectomie bilatérale, le curage ganglionnaire a été réalisé pour les stades II. La colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie avec appendicectomie et omentectomie a été réalisée chez les patientes aux stades III. **HASSINA** (2018) [60] avaient les mêmes résultats et retrouvait également la réalisation de pelvectomies antérieures et postérieures dans 21% des cas. La réalisation de gestes complémentaires majeurs comme les pelvectomies étaient en rapport avec les stades avancés (IIIB à IVA) opérés dans cette série. Les actes opératoires réalisés chez nos patientes respectaient les recommandations établies.

5.3.2.2 Evolution

- **Complications peropératoires**

Des complications peropératoires sont retrouvées chez 10,52% de nos patientes. Dans leur étude comparative, **BEER** [65] en France, retrouvait 31,75% de complications peropératoires pour laparotomies contre 11,53% pour la laparoscopie. Les lésions retrouvées dans notre série seraient en rapport avec la laparotomie utilisée comme voie d'abord.

- **Complications postopératoires**

Des complications postopératoires étaient retrouvées chez 78,95% de nos patientes. L'anémie sévère était la plus fréquente (33,33%). **BEER** [65] en 2012 (France) retrouvait comme complication majeure, l'anémie sévère (24,6%). Elle

avait également établi une association significative entre la laparotomie et les complications postopératoires (p=0,025) et concluaient à un avantage significatif de la réalisation des hystérectomies par laparoscopie. Dans une étude comparative, **KEW et al** [56] en 2018 constataient une fréquence plus élevée de complications postopératoires dans le groupe des patientes opérées par laparotomie (35,71%) par rapport à celui des opérées par laparoscopies (11,63%). Le risque relatif était de 0,58. Les complications observées dans notre série seraient en rapport avec l'utilisation exclusive de la laparotomie comme voie d'abord et la complexité des gestes opératoires dans la chirurgie des cancers de l'endomètre.

- **Récidives**

Des récidives locorégionales et des métastases ont été observées dans 21,05% des cas, les stades II et IIIA étaient concernés et le type histologique concerné dans 75% des cas était l'adénocarcinome endométrioide de grade 3. **MORICE et al** [75] avaient identifiés dans leur série, l'âge avancé, le stade clinique préopératoire avancé et le type histologique comme facteurs favorisants la survenue de récidives. Le principal facteur associé à la survenue de récidives chez nos patientes était le stade avancé de la tumeur.

- **Décès**

Deux (02) patientes sont décédées des suites de la chirurgie. Les facteurs associés identifiés étaient le stade avancé, le type histologique et l'anémie préopératoire.

5.3.3 Cancers des ovaires

5.3.3.1 Profil des patientes

- **Age**

L'âge moyen au diagnostic des cancers des ovaires était de 61 ans avec les extrêmes de 48 et 82 ans. Les patientes âgées de plus de 70 ans étaient les plus représentées (61,54%). Dans la littérature, les cancers des ovaires sont retrouvés chez les femmes âgées de 60 ans à 65 ans. En France, l'âge moyen de survenue des cancers des ovaires est de 75 ans [3].

- **Facteurs de risques**
- **Hyperoestrogénie**

Le développement des cancers des ovaires est lié à l'hyperstimulation oestrogénique. La contraception à base d'œstrogènes et le traitement hormonal substitutif à base d'oestrogènes sans ajout de progestérone, augmentent ce risque respectivement de l'ordre de 2 à 3 et 1,6 à 1,8 [62]. 53,84% de nos patientes avaient eu recours à la contraception. La prise de traitement hormonal substitutif n'a pas été étudiée.

- **Ménopause**

Les cancers des ovaires sont fréquemment liés à la ménopause. Toutes nos patientes étaient ménopausées et 69,23% l'étaient tardivement.

- **Diabète et obésité**

La notion de diabète et obésité était retrouvée respectivement chez 30,76% et 15,38% des patientes. Ce constat est le même dans la littérature, où ces deux pathologies sont désignées comme favorisant l'hyperoestrogénie.

- **Antécédent familial**

La notion de cancers familiaux des ovaires, du sein, de l'endomètre et du cancer colorectal est souvent retrouvée. Les mutations de gènes BRCA et le syndrome de LYNCH sont les plus impliqués. Aucune de nos patientes ne présentait un antécédent familial de cancer.

❖ **Données cliniques et paracliniques**

- **Délai de consultation et Signes fonctionnels**

Nos patientes ont consulté moins de 12 mois après le début des symptômes (92,30% des cas). Les douleurs pelviennes représentaient les principaux symptômes soit 76,92%. Ce constat est fait au Maroc par **MUSTAPHA et al** [68].

- **Type histologique**

Le cystadénocarcinome séreux était la tumeur la plus fréquente dans notre série (69,23%). Au Mali, **SAMADI** [69] et **BOUBACAR** [70] retrouvaient respectivement 65% et 51,3% de cas de cystadénocarcinomes. Ces proportions sont semblables à celles décrites dans la littérature.

- **Stade préopératoire**

Un traitement chirurgical a été réalisé pour les stades I et II dans 82% des cas et aux stades III dans 18% des cas. Selon les recommandations de la FIGO et de la SFGO/CNGOF, la chirurgie d'exérèse est indiquée pour les stades précoces (I et II) en première intention puis sera associé à une radiothérapie. Dans les stades III, une radiothérapie est recommandée avant la réalisation d'une chirurgie dite de cytoréduction maximale. Nos stades opérés respectaient les recommandations indiquées.

5.3.3.2 Modalités thérapeutiques

- **Type de chirurgie**

Nos patientes ont bénéficié d'une chirurgie première pour les cancers de stades I et II. Une chirurgie postchimiothérapie a été réalisée aux stades III. **MUSTAPHA et al** [68] au Maroc retrouvaient les mêmes résultats à une différence près : le traitement des stades III consistait en une chirurgie post radiothérapie. Cette différence pourrait s'expliquer par l'indisponibilité de la radiothérapie dans notre pays.

- **Voie d'abord**

La laparotomie était la seule voie d'abord retrouvée dans notre série. La laparotomie est recommandée en raison d'actes chirurgicaux lourds souvent nécessaire et surtout dans la chirurgie post radio/chimiothérapie [71].

- **Gestes réalisés**

L'hystérectomie avec annexectomie bilatérale (54,55%) était l'intervention la plus réalisée. **RATSIMBA et al** [72] (2015) au Madagascar et **MUSTAPHA et al** [40] au Maroc, retrouvaient des taux similaires, respectivement 64,52% et 55,50%. L'hystérectomie avec annexectomie est considérée comme l'intervention de référence dans la prise en charge des cancers des ovaires.

5.3.3.3 Evolution

- **Complications opératoires**

Des complications peropératoires étaient retrouvées dans 36,36% des cas dont ¾ de lésions urétéro-vésicales et une plaie de la veine iliaque externe.
L'anémie sévère était la plus fréquente complication postopératoire (soit 62,50%). Les facteurs identifiés étaient le stade clinique avancé en préopératoire

et l'anémie préopératoire. Ces facteurs sont considérés dans la littérature comme facteurs aggravants le pronostic de la chirurgie.

- **Récidives**

Des récidives locorégionales et de métastases ont été retrouvées dans notre série. Il s'agissait de cystadénocarcinome séreux opérés aux stades II et III sans radiothérapie néoadjuvante comme l'indique les recommandations. Ce taux de récidives est supérieur à celui observé par **RATSIMBA et al** [72] où 16,13% des patientes opérées avaient présenté des récidives locorégionales ; aucun cas de métatases n'était observé. Les facteurs favorisants la survenue de ces récidives étaient le stade clinique avancé de la tumeur et la tumeur elle-même connue comme étant de mauvais pronostic. Le taux important de récidives dans notre série serait dû au stade clinique avancé et à l'absence de réalisation de la radiothérapie néoadjuvante à la chirurgie comme indiquée dans les recommandations.

- **Décès**

Une patiente est décédée dans les suites de la chirurgie soit un taux de 9,09%. Les facteurs identifiés étaient le stade avancé, le type histologique et l'anémie préopératoire. Ces éléments sont semblables à ceux retrouvés dans la littérature.

5.3.4 Facteurs pronostiques de la chirurgie des cancers de l'endomètre et des ovaires

Dans notre série, les facteurs identifiés comme influençant le pronostic des patientes opérées pour cancers de l'endomètre et des ovaires sont les suivants :

- L'âge avancé (>40 ans) : avec un *p* significatif, respectivement de 0,04 et 0,003
- Le stade clinique préopératoire avancé : avec un *p* significatif, respectivement de 0,05 et 0,03
- Le taux d'hémoglobine préopératoire <10 g/dl : avec un *p* significatif, respectivement de 0,004 et 0,002

MORICE et al [75] et **GHADDAB et al** [76] identifiaient comme facteurs pronostiques de la chirurgie des cancers de l'endomètre et des ovaires : l'âge avancé, le stade clinique, le type histologique, le grade de différenciation et les comorbidités associées.

CONCLUSION

Les cancers gynécologiques constituent un véritable problème de santé publique dans le monde mais surtout dans les pays en développement. Dans ces pays, ils représentent la principale cause de décès par cancer chez la femme.

Les cancers du col de l'utérus, de l'endomètre et des ovaires sont relativement fréquents dans les services universitaires de gynécologie-obstétrique de Cotonou. Le cancer du col de l'utérus arrive toujours en tête de liste. Les cancers gynécologiques présentent une moyenne d'âge de 54 ans et des extrêmes de 24 à 82 ans. Les principaux motifs de consultation étaient les métrorragies, les métrorragies post-ménopausiques et les douleurs pelviennes respectivement pour les cancers du col de l'utérus, de l'endomètre et des ovaires. Le délai moyen de consultation était 08 mois avec les extrêmes de 01 à 36 mois. Les tumeurs épithéliales étaient les plus fréquentes. Les cancers opérés représentaient 52,83% des cas opérables dont 66,07% de stades précoces. La colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie était le geste opératoire le plus réalisé dans le cas du cancer du col de l'utérus. Les patientes atteintes de cancers de l'endomètre et des ovaires bénéficiaient essentiellement d'une hystérectomie non conservatrice. Dans tous les cas, selon le stade évolutif, la chirurgie était accompagnée ou non d'un traitement médical dont la réalisation fait cruellement défaut dans notre contexte. Des complications opératoires, des récidives et des décès sont survenus respectivement dans 53,57%, 23,21% et 5,35% des cas.

Les principaux facteurs associés au pronostic de la chirurgie des cancers gynécologiques sont l'âge avancé, le stade clinique préopératoire tardif et l'anémie préopératoire. La chirurgie occupe une place importante dans la prise en charge des cancers gynécologiques et est recommandée tant que la tumeur est opérable. L'amélioration des techniques chirurgicales et le contrôle des facteurs d'aggravation du pronostic permettront d'améliorer le pronostic des patientes.

SUGGESTIONS

❖ **A l'endroit des autorités politico administratives**

- Encourager la mise à l'échelle nationale du dépistage des lésions cancéreuses du col de l'utérus
- Mettre à disposition du personnel de santé l'équipement et le plateau technique adéquat pour la réalisation des actes chirurgicaux

❖ **Au personnel soignant**

- Faire des formations continues sur le diagnostic et la prise en charge des cancers gynécologiques
- Approfondir la pratique des actes chirurgicaux en matière de prise en charge de cancers gynécologiques
- Valider un protocole national de prise en charge chirurgicale des cancers gynécologiques
- Proposer aux patientes ménopausées et en pré-ménopause des consultations gynécologiques régulières dans le but de détecter les cancers de l'endomètre et des ovaires

❖ **A la population**

- Faire le dépistage systématique du cancer du col de l'utérus
- Consulter dès les premiers signes gynécologiques

REFERENCES

1. **Bray F, Ferlay J, Siegel R.L. et al.** Global cancer statistics 2020: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. Cancer Journal Clinical .2021 ; 71(3) : 209-49

2. **Zouré A, Bayala B, Simpore J. et al.** Epidemiological situation and medical management of gynecological and breast cancers from 1998 to 2018 in West Africa: a systematic review. Asian Pacific Journal of Cancer Biology. December 7-2020

3. **Sancho-Garnier H.** Epidémiologie des cancers gynécologiques : utérus, ovaire, vulve, vagin. Cancers gynécologiques pelviens. Elsevier Masson. 2013

4. **Hodonou D.** Aspects anatomopathologiques et épidémiologiques des cancers du registre de Cotonou de 2014-2019. Thèse de médecine (Cotonou). 2020

5.**Tognifode MV, Perrin R-X, Denakpo JL, Hounkpatin B et al**. Epidemiology and management of gynecological and breast cancers in two reference hospital of Parakou in north Benin, 2016. Oncology and Cancer Case Reports. 2017; 3(2): 133-5

6. **Bergeron C.** Actualisation du système Bethesda. Revue française des laboratoires. 2002 ; 346 :37-40

7. **Moscicki AB, Schiffman M et al.** Updating the natural history of HPV and anogenital cancer. Vaccine. 2006 ; 24(3) : 42-51

8. **De Sanjose S, Quint WG, Alemany L et al.** Human papilloma virus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. Lancet oncology. November 2010; 11:1048-56

9. Référentiels KB, Gynécologie-Obstétrique ; édition 2017

10.Dictionnaire des termes médicaux. LAROUSSE Médical (version numérique ; 2010)

11. **Lansac J, Body G, Magnin G et al.** Pratique chirurgicale en Gynécologie. 3è édition ; Elsevier Masson

12.Gynécologie-Obstétrique, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Elsevier Masson, 4è édition, 2018

13. Cercical cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. ESMO Guidelines working group. Annales oncology. 2012-oct-23; 7(8):27-32

14. **Wagner U, Harter P, Hilpert F et al.** Guidelines on diagnostics, therapy and follow-up of malignant ovarian tumours: short version 1.0 AWMF registration number: 032/0350; June 2013

15. **Gandjeto S.** Cancer du col de l'utérus au CHU-MEL de Cotonou de 2017 à 2021 : épidémiologie, diagnostic, traitement et pronostic. Thèse de médecine. 2021 ; Cotonou (Bénin)

16. Gynécologie-Obstétrique : CNGOF. Elsevier Masson ; 4è édition. 2018

17.Encyclopédie Médico-chirurgicale de Gynécologie-Obstétrique. Elsevier Masson ; SAS ; Mise à jour I-/2021/N°67

18. Collection Frank Netter. Anatomie du Pelvis

19. Cycle menstruel : https :marjolaine-chartin.étiopath.cab/blog/approche-éthiopathiq-du cycle-féminin. Consulté le 10/08/2021 à 20h29'

20. Cancer de l'endomètre : recommandations et référentiels, INCa. Novembre 2010 ; Boulogne-Billancourt

21. Manuel du résident en Gynécologie-Obstétrique.2009 ; édition TSUNAMI

22. **Lavoué V, Huchon C, Akladios C et al.** Initial management of patients with epithelial ovarian cancer: developped by FRANCOGYN, CNGOF, SFOG, GYNECO-ARCAGY in 2018. Gynécologie obstétrique fertilité et sénologie. Février 2019 ; 2(47) :100-10

23. Référentiels KB, Gynécologie-Obstétrique ; édition 2017

24. **Querleu D, Darai E, Lecuru F et al**. Primary management of endometrial carcinoma : Joint recommandations of the French Society of Gynecology Oncology (SFOG) and CNGOF in 2015. Gynécologie-Obstétrique, Fertilité et Sénologie. 2015 ; 201(45) : 715-25

25. **Laudea C, Montella A, Montbarbona X et al.** Chimiothérapie, curiethérapie et chirurgie des cancers du col utérin localement évolués : facteurs

pronostiques de contrôle local et de survie globale. Cancer/Radiothérapie. 2009 ; 13 : 644-97

26/ **Ferron G, Luycks M, Querleu D.** Extraits de mises à jour en Gynécologie-obstétrique. CNGOF. 2010 ; Paris

27. **Vandenbroucke L, Lavoué V, Levêque J et al.** Adénocarcinome du col utérin : caractéristiques diagnostiques et thérapeutiques. Jour Gynecol Obstet Biol Reprod. Mai 2013 ; 42(3) : 207-16

28. **Camatte S, Lelièvre L, Lecuru F**. Traitement des cancers du col utérin (épidermoide, adénocarcinome, adénoquameux). Pelvi-périnéologie. 2005 ; p395-405

29. **Brasseur K.** Chimiorésistance et nouvelles cibles thérapeutiques au niveau des cancers gynécologiques. Thèse de doctorat en Biologie cellulaire et moléculaire, Québec (Canada). 2017

30. **Buhler J**. Bilan préthérapeutique dans la stadification du cancer de l'endomètre : à propos de 100 patientes de l'Institut de Cancérologie de Lorraine. Mémoire de DES en Cancérologie. 2015

31. **Bagnan J.A, Perrin R-X, Denakpo JL et al**. Epidémiologie des cancers gynécologiques et mammaires au CHU-MEL et à la CUGO. Bulletin du cancer. Février 2013 ; 100(2) :141-46

32. **Lavoue V, Voguet L, Bertel C, Mesbah H et al.** Place de la chirurgie avant et après radiochimiothérapie des cancers du col localement évolués : à propos de 102 cas. Journal de Gynécologie-obstétrique, Biologie et Reproduction. 2011 ; 40 : 11-21

33.**Hounkponou N, Brun L, Ahouingnan A, Balle A et al.** Aspects épidémiologiques des cancers gynécologiques et mammaires au Bénin de 2005 à 2015. Journal de la SAGO. 2017 ; 18(2) :35-39

34. **Samake S.** Aspects épidémiologiques, anatomopathologiques, cliniques et thérapeutiques des cancers du col de l'utérus. Thèse de médecine (Maroc). 2014 ; n°111 ; 55p

35. **Abdellaoui L.** Cancer du col utérin : traitement chirurgical ; à propos de 49 cas. Thèse de Médecine. 2010 ; Fès (Maroc) ; n° 2210 ; 167p

36. **Sando Z, Fouogue J. T, Fouelifack F ; Fouedjio J et al.** Profil des cancers gynécologiques et mammaires à Yaoundé (Cameroun). PanAfrican Medical Journal. 2014 ; 17 : 28

37. **Muteganya D, Biyagi T, Bigirimana V, Marerwa G et al.** Le cancer de col utérin au CHU de Kamenga : à propos de 35 cas. Médecine d'Afrique noire. 1999 ; 46(3) : 153-56

38. **Sahraoui S, Bouras N et al.** Adénocarcinome du col utérin : étude rétrospective de 83 cas. Gynécologie-obstétrique et Fertilité. 2013 ; 30(4) : 291-8

39.**Nguyen D, Rochefordière A, Chauveinc L, Cosset J.M. et al.** Chimiothérapie dans les cancers du col utérin localement évolués : étude rétrospective de 92 patientes traitées à l'Institut Curie de 1986 à 1998. Cancer/Radiothérapie. Juin 2002 ; 6(4) : 201-8

40. **Aznague L.** Traitement chirurgical du cancer du col utérin : expérience du service de Gynécologie, à propos de 82 cas. Thèse de Médecine (Maroc). 2013

41. **Kajam S.** Profil épidémio-clinique, thérapeutique et évolutif du cancer du col utérin au CHU Mohammed VI de Marrakech. Thèse de médecine (Maroc). 2012 ; 121p

42. **Yomi J, Monkam G. Tagni D, Doh A.** Traitement des cancers du col utérin : expérience à l'hôpital générale de Yaoundé : à propos d'une série de 111 malades. Médecine d'Afrique noire. 1996 ; 43 : 150-54

43. **Kochbati L, Ben-Ammar C-N Maalej M, Benna F et al.** La radiochimiothérapie concomitante préopératoire dans le cancer du col utérin et les résultats préliminaires. La Tunisie Médicale. 2005 ; 83(3) : 146-9

44. **Narducci F, Phalippou J, Taieb S et al.** Traitement conservateur du cancer du col utérin : technique et indications de la trachélectomie élargie ou opération de DARGENT. Imagerie de la femme. 2010 ; 20 : 89-93

45. **Mathevet P.** L'opération de DARGENT ou trachélectomie élargie : préservation de la fertilité en cas de cancer du col utérin débutant. Mémoires académiques nationales chirurgicales. 2009 ; 8(2) : 87-92

46. **Marchal C, Brunaud C, Rangeard L.** Impact de l'anémie sur les traitements des cancers du col utérin. Cancer/Radiothérapie. 2005 ; 9 : 87-95

47. **Mahdi H, Gajayev A, Buechel M, Knight J et al.** Surgical site infection in women undergoing surgery for gynecologic cancer. Int J Gynecol Cancer. 2014 ; 24 : 779-86

48. **Fotiou S, Vorgias G.** The role of lymphadenectomy in uterine carcinosarcomas : a critical littérature review. Arch Gynecol Obstet. 2010 ; 282 : 659-64

49. **Albert T.** Atlas d'inspection visuelle du col de l'utérus avec de l'acide acétique pour le dépistage, le triage et l'évaluation pour le traitement. IARC/OMS. 2023 ; Lyon (France)

50. **Ferdi N, Djekoun R, Aouati E et al.** Etude prospective des facteurs pronostiques de survie sans maladie et de survie globale à 5 et 10 ans dans le cancer du col utérin. Cancer/Radiothérapie. 2011 ; 15 : 573-640

51. **Barillot P, Maingon G, Horiot I et al**. Complications du traitement des cancers invasifs du col utérin sur utérus intact : résultats et prévention. Cancer/Radiothérapie. 2000 ; 4(2) : 147-58

52. **Waggoner S.** Cervical cancer. The Lancet. 2003 ; 361 : 2217-25

53/ **Martel P, Connan L, Bonnet F, Delannes M et al.** Aspects diagnostiques, pronostiques et thérapeutiques des adénocarcinomes du col utérin : à propos d'une série de 49 cas (étude cas-témoins). Jour Gynécol Obstet Reprod. 2006 ; 29 : 48-54

54. **Lamy C.** Influence de l'âge et du type histologique sur la survie des patientes suivies pour un cancer invasif du col utérin : résultats de la cohorte prospective de 861 patientes traitées au centre Alexis Vautrin. Thèse de médecine (France). 2009 ; n°125

55. **Kjorstad K-E.** The rationale of pelvic lymphadenectomy in patients with stage Ib cancer of cervix : a diagnostic or therapeutic procedure. Bailliere's Clinical Obstetrics and gynecology. 1988 ; 2(4) : 905-11

56. **Kew F, Bryant A, Galaal K, Donkers H et al.** Laparoscopie vs laparotomie pour traitement du cancer de l'endomètre au stade précoce. Cochrane Library. 31-Oct-2018 ; 2 :12-17

57. **Atlan D, Touboul E, Lefranc J-P, Bernard A et al**. Cancer du col aux stades IB et II opérables : comparaison rétrospective entre curiethérapie utérovaginale préopératoire et chirurgie première suivie d'une radiothérapie. Cancer/Radiothérapie. 2002 ; 6(4) : 217-37

58. **El Azzaoui I.** Cancer de l'endomètre : expérience de l'hôpital militaire d'instruction Mohammed V (Rabbat), à propos de 47 cas. Thèse de Médecine. 2021

59. **Chekman C, Gouaref F, Bouzid A et al**. Cancer de l'endomètre : expérience du service de chirurgie oncologique A du Centre Pierre et Marie Curie d'Alger. Revue Médicale Algérienne. 2020 ; 32(5) : 20-23

60. **Hassina S.** Cancer de l'endomètre : à propos de 100 cas au service de gynécologie-obstétrique I du CHU Ibn Sina Rabbat. Mémoire de DES Gynécologie. 2022

61. **Erraji H.** Cancer de l'endomètre : étude épidémiologique et anatomopathologique. Mémoire de DES Gynécologie. 2022

62. **Sanson C.** Epidémiologie, classification et facteurs de risques du cancer de l'endomètre. La Revue du praticien. 2022 ; 72(7) : 730-2

63. **Bosze P, Meszaros I et al.** Perioperative complications of 116 radical hysterectomies and pelvic nodes dissections. European Journal of Surgery. 1993 ; 19 : 605-8

64. **Mehoba M.** Evaluation de la prise en charge du cancer de l'endomètre au centre hospitalier de Chartres suite aux recommandations de 2010. Mémoire DES Gynécologie (Cotonou). 2015

65. **Beer L.** Complications après hystérectomies pour cancers gynécologiques : laparotomie versus laparoscopie. Mémoire de maitrise en Médecine (France). 2012, n°828 ; 15p

66. **Dem A, Kasse A-A, Diop M, Fall Gaye M-C et al**. Complications de la colpohystérectomie avec curage ganglionnaire dans le traitement du col utérin à

l'Institut du cancer de Dakar : à propos de 412 cas. Dakar Méditerranée. 2001 ; 46(1) : 39-42

67. **Barranger E et al.** Colpohystérectomie élargie par voie coelioscopique dans les cancers du col utérin : étude de qualité de vie à propos de 22 cas

Gynécologie-obstétrique et Fertilité. 2012 ; 40 : 572-77

68. **Mustapha B, Boumba L.** Cancer épithélial de l'ovaire au Maroc : analyse épidémiologique sur une série de 182 cas au CHU Ibn Rochd de Casablanca (Maroc). International Journal of Innovation and Scientific Research. 2016 ; 20(1) : 153-62

69. **Samadi A**. Cancers épithéliaux des ovaires : épidémiologie, traitement et pronostic. Thèse de médecine (Maroc). 2016 ; n°9 ; 109p

70. **Boubacar S.** Aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers des ovaires : données du registre des cancers. Thèse de médecine (Mali). 2012 ; 96p

71. **Achen G, Koual M, Bentivagna E, Fournier L et al.** Cancers épithéliaux de l'ovaire et chirurgie de cytoréduction par voie mini-invasive après chimiothérapie néo-adjuvante : revue de littérature. Gynécologie-obstétrique et Fertilité. Octobre 2021 ; 49(10) : 736-43

72. **Ratsimba H, Raherinentenaina F, Rakotomena S.D, Hasiniatsy E et al.** Etude rétrospective sur le cancer de l'ovaire avec un recul de 42 mois au service de chirurgie générale d'Antananarivo (Madagascar). PanAfrican Medical Journal. 2015 ; 20 : 211

73. **Lachibi S, Hanba M, Himmi K, Benmahdi L et al.** Cancer du col utérin : à propos de 27 cas opérés au service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Militaire Régional Universitaire d'Oran. Revue Médicale de l'HMRUO. 2021 ; 8(3) : 48-54

74. **Woronoff A-S, Tretarre B, Molinie F, Delafosse P.** Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine : cancer du col utérin. Boulogne-Billancourt : Institut Nationale du cancer. Septembre 2020 ; 12p

75. **Morice P, Rodrigues A, Pautier P, Rey A et al.** Préservation de la fertilité et de la féminité dans les cancers gynécologiques : exemples des cancers ovariens. Bull. Acad. Natl Med. 2019 ; 203 : 697-700

76. **Ghaddab I, Briki R, Bouguizene S, Khairi H.** Aspects cliniques, thérapeutiques et pronostiques des tumeurs malignes de l'ovaire : expérience tunisienne de 21 ans. PAMJ. 2020 ; 36(178)

ANNEXES

Fiche d'enquête

Fiche N°… Dossier N°…

A- CARACTERISTIQUES SOCIOPROFESSIONNELLES :

Q1 : Age……

Q2 : Niveau d'instruction

1= primaire 2= secondaire 3= supérieur 4= non scolarisée

Q3 : Profession

1= Fonctionnaire de l'Etat 2= Employée du privé 3= Agent de santé 4= Commerçante 5= Ménagère 6= Retraitée 7= sans emploi 8= non précisée

Q4 : Statut matrimonial

1=Mariée 2= Divorcée 3= Veuve 4= Célibataire 5= non précisé

Q5 : Mode de vie :

Q5.1 : Tabac : 1= oui 2= non 3= non précisé

Q5.2 : Alcool : 1= oui 2= non 3= non précisé

Q5.3 : Prise en charge administrative 1= oui 2= non

B- ANTECEDENTS :

Q6 : Age de ménarche :

Q7 : Age de ménopause :

Q8 : Gestité = Q9 : Parité =

Q10 : Grossesse au moment du diagnostic : 1 = oui 2 =non

Q11 : Notion de contraception orale : 1 = oui 2 = non 3 = non précisée

Q12 : Terrain pathologique :

Q12.1 : Médicaux : 1 = Diabète 2 = HTA 3 = Cardiopathie 4 = Obésité 5 = Insuffisance rénale 6 =autres

Q12.2 : Infectieux (IST) : 1 = HPV 2 = HIV 3= autres

Q12.3 : ATCD familial de cancer du col de l'utérus : 1= oui 2= non 3= non précisé

Q12.4 : ATCD familial de cancer de l'endomètre : 1= oui 2= non 3= non précisé

Q12.5 : ATCD familial de cancer des ovaires : 1= oui 2= non 3= non précisé

Q12.6 : ATCD familial de cancer du sein **:** 1= oui 2= non 3= non précisé

Q12.7 : ATCD familial de cancer colo-rectal : 1= oui 2= non 3= non précisé

C- CLINIQUE :

Q13 : Cancer du Col de l'utérus

Q13.1 : Circonstances de découverte : 1= découverte fortuite 2= dépistage systématique 3= devant un signe

Si devant un signe :

Q13.2 : Métrorragies : 1=oui 2=non 3= non précisé

Q13.3 : Autres signes fonctionnels gynécologiques : 1 = leucorrhées 2 = hydrorrhée 3 = douleur pelvienne 4 = dyspareunie 5 = autres

Q13.4 : Délai de consultation (durée entre 1ers symptômes et 1ère consultation) :

Q13.5 : Etat général : 1= bon 2= altéré

Si 2, préciser les signes :

Q13.6 : Indice de performance de l'OMS :

Q13.7 : Examen de la vulve : 1 = normal 2 = anormal

Si 2, préciser : 1 = inflammatoire 2 = souillée 3 = condylome 4 = ulcérée

Q13.8 : Examen au spéculum :

Q13.8.1 Aspect du col : 1= normal 2= inflammatoire 3= gros 4= gros col bourgeonnant 6= ulcéré 7= ulcéronécrotique 8= saignement

Q13.8.2 Aspect de la paroi vaginale : 1= paroi saine 2= inflammatoire 3 = ulcérée 4 = hémorragique

Q13.9 : Eléments du TV :

Q13.9.1 Consistance du col : 1=indurée 2=ferme

Q13.9.2 : Etat du vagin et des CDS : 1= CDS latéraux 2=CDS antérieur 3=CDS postérieur 4=paroi vaginale droite 5=paroi vaginale gauche 6=cloison recto-vaginale

Q13.10 : Eléments du TR :

Q13.10.1 : Etat des paramètres : 1=paramètres souples 2= atteinte proximale 3 = atteinte distale 4 = atteinte pariétale 5= non précisé

Q13.10.2 : Etat de la paroi rectale : 1= normale 2= atteinte paroi antérieure 3= non précisée

Q13.11 : Examen des autres appareils :

Q13.11.1 Foie : 1 = normal 2 = hépatomégalie

Q13.11.2 Poumons : 1= libres 2 = râles 3= souffle

Q13.11.3 Appareil splénoganglionnaire : 1= normal 2 = splénomégalie 3= adénopathie

Si 3, préciser type adénopathie :

Q14 : Cancer de l'endomètre

Q14.1 Circonstances de découverte : 1= devant un signe 2= découverte fortuite

Q14.2 : Signe fonctionnel : Métrorragies post ménopausiques : 1=oui 2=non 3= non précisé

Q14.3 : Autres signes fonctionnels gynécologiques : 1= hydrorrhée 2 = pesanteur pelvienne 3=douleurs pelviennes 4= autres

Q14.4 : Etat général : 1= bon 2= altéré

Si 2, préciser les signes :

Q14.5 : Indice de performance de l'OMS :

Q14.6 : Examen de la vulve (présence d'un saignement) : 1 = oui 2 = non

Q14.7 : Eléments du TV :

Q14.7.1 : Volume de l'utérus : 1= normal 2= augmenté 3= atrophique

Q14.7.2 : Mobilité utérine : 1= mobile 2= fixé

Q14.7.3 : Consistance du col : 1= ferme 2= dur

Q14.7.4 : Etat du vagin et des CDS : 1= CDS latéraux 2=CDS antérieur 3=CDS postérieur 4=paroi vaginale droite 5=paroi vaginale gauche 6=cloison recto-vaginale

Q14.8 : Eléments du TR :

Q14.8.1 : Etat des paramètres : 1=paramètres souples 2= atteinte proximale 3 = atteinte distale 4 = atteinte pariétale 5= non précisé

Q14.8.2 : Etat de la paroi rectale : 1= normale 2= atteinte paroi antérieure 3= non précisée

Q14.9 : Examen des autres appareils :

Q14.9.1 : Foie : 1 = normal 2 = hépatomégalie

Q14.9.2 : Poumons : 1= libres 2 = râles 3= souffle

Q14.9.3 : Appareil splénoganglionnaire : 1= normal

2 = splénomégalie 3= adénopathie
Si 3, préciser type adénopathie :
Q15 : Cancers des Ovaires
Q15.1 Circonstances de découverte : 1= devant un signe 2= découverte fortuite
Q15.2 : Signe fonctionnel : Pesanteur pelvienne : 1=oui 2=non 3= non précisé
Q15.3 : Autres signes fonctionnels gynécologiques : 1= douleurs pelviennes 2= hydrorrhée 3= autres
Q15.4 : Etat général : 1= bon 2= altéré
Si 2, préciser les signes :
Q15.5 : Indice de performance de l'OMS :
Q15.6 : Examen de l'abdomen :
Q15.6.1 : Présence de masse : 1= oui 2= non
Si 1, Q15.6.2 : Présence d'un sillon de séparation masse-utérus : 1= oui 2= non
Q15.6.3 : Présence d'ascite : 1= oui 2= non
Q15.7 : Etat du vagin et des CDS : 1= CDS latéraux 2=CDS antérieur 3=CDS postérieur 4=paroi vaginale droite 5=paroi vaginale gauche 6=cloison recto-vaginale
Q15.8 : Eléments du TR :
Q15.8.1 : Etat des paramètres : 1=paramètres souples 2= atteinte proximale 3 = atteinte distale 4 = atteinte pariétale 5= non précisé
Q15.8.2 : Etat de la paroi rectale : 1= normale 2= atteinte paroi antérieure 3= non précisée
Q15.9 : Examen des autres appareils :
Q15.9.1 : Foie : 1 = normal 2 = hépatomégalie
Q15.9.2 : Poumons : 1= libres 2 = râles 3= souffle 4= MV diminué
Q15.9.3 : Appareil splénoganglionnaire : 1= normal
2 = splénomégalie 3= adénopathie
Si 3, préciser type adénopathie :

D- PARACLINIQUE :

Q16 : A visée diagnostique
Q16.1 : Cancer du col de l'utérus
Q16.1.1 : Colposcopie + biopsie : 1= oui 2= non

Q16.1.2 : Biopsie + Examen anatomo-pathologique (type histologique de la tumeur) : 1=Carcinome épidermoide 2= adénocarcinome 3= Sarcome 4= autres

Q16.2 Cancer de l'endomètre

Q16.2.1 : Hystérographie : 1= oui 2= non

Q16.2.2 : Hystéroscopie : 1=oui 2= non

Q16.2.3 : Prélèvement biopsique : à la pipelle de cornier : 1= oui 2= non

Q16.2.4 : Biopsie + examen anatomopathologique (type histologique de la tumeur) :

1= adénocarcinome endométrioide 2= carcinome à cellules claires 3= carcinome papillaire et séreux 4= carcinosarcome 5= Léiomyosarcome 6= autres

Si 1, précisez 1= grade 1 2= grade 2 3= grade 3

Q16.3 Cancer des ovaires

Q16.3.1 : Echographie pelvienne : Ovaires : 1= oui 2= non

Q16.3.2 : Dosage du CA 125 : 1= non réalisé 2= normal 3= élevé

Si 3, préciser la valeur :

Q16.3.3 : Biopsie + examen anatomopathologique (type histologique de la tumeur) :

1= cystadénocarcinome séreux 2= cystadénocarcinomes mucineux 3= cystadénocarcinome endométrioide 4= cystadénocarcinomes à cellules claires 5= choriocarcinome 6= Tératome malin (ou immature) 6= autres

Q17 : A visée d'extension

Q17.1 : Echographie Abdominopelvienne : 1 = Trompes : a= saines b=atteintes 2= Paramètres : a= sains b= atteints 3= Foie a= sain b=atteint 4= Reins a= sains b= atteints 5= Cavité péritonéale (ascite) : a= oui b= non

Q17.2 : Radiographie pulmonaire (métastases pulmonaires) : 1= oui 2= non

Q17.3 : Scanner thoraco-abdomino-pelvien : 1= non réalisé 2= pas de métastases 3= carcinose péritonéale 4= ascite 5= atteinte des viscères pleins intra-abdominaux 6= adénopathies lombo-aortiques 7= adénopathies inguinales 8= adénopathies pelviennes 9= adénopathies thoraciques 10= autres

Q17.4 : IRM abdominopelvienne : 1= non réalisée 2= pas de métastases 3= carcinose péritonéale 4= ascite 5= atteinte des viscères pleins intra-abdominaux 6= adénopathies lombo-aortiques 7= adénopathies inguinales 8= adénopathies pelviennes 9= adénopathies thoraciques 10= autres

Q18 : Classification FIGO selon le type de cancer

Q18.1 Cancer du col de l'utérus

1= IA1 2 = IA2 3= IB1 4= IB2 5= IB3 6= IIA1 7= IIA2 8= IIB 9= IIIA 10= IIIB 11= IIIC 12= IVA 13= IVB

Q18.2 Cancer de l'endomètre

1= IA 2= IB 3= II 4= IIIA 5= IIIB 6= IIIC 7= IVA 8= IVB

Q18.3 Cancer des ovaires

1= I 2= II 3= IIIA 4= IIIB 5= IIIC 6= stade IV A 7= IV B

Q19 : A visée pré-thérapeutique :

Q19.1 Numération Formule Sanguine :

Q19.1.1 : Taux d'Hb (g/dl) : 1= < 7 2= 7-10 3= > 10 4= non précisé

Q19.1.2 : Taux de plaquettes (G/L) : 1= < 150 2= 150 - 400 3= > 400 5= non précisé

Q19.2 TP-TCA :

Q19.2.1 : TP (%) : 1= < 50 2= 50-80 3= > 80 4= non précisé

Q19.2.2 : TCA(sec) : 1= < 24 2= 24-41 3= > 41 4= non précisé

Q19.3 Bilan rénal :

Q19.3.1 : Taux d'urée (g/l) : 1= 0,15 – 0,45 2= > 0,45 3= non précisé

Q19.3.2 : Taux de créatinine (mg/l) : 1= 6-12 2= > 12 3= non précisé

Q19.4 Glycémie à jeun : 1 = normale 2 = Diabète 3 = hypoglycémie 4= non précisée

Q19.5 Ionogramme sanguin : 1= normal 2= hyponatrémie 3= hypokaliémie 4= hypocalcémie 5= hyperkaliémie 6= non précisé

E- TRAITEMENT :

Q20 : Radiothérapie :
Q20.1 : Indiquée 1=oui 2=non
Q20.2 : Réalisée 1= oui 2 = non
Q21 : Chimiothérapie :
Q21.1 : Indiquée 1=oui 2=non
Q21.2 : Réalisée 1=oui 2=non
Q21.3 : Type de chimio : 1 = adjuvante 2 = néoadjuvante 3= palliative
Q22. Chirurgie :
Q22.1 : Délai entre diagnostic et intervention :
Q22.2 : Type de chirurgie : 1= chirurgie première 2= chirurgie post chimiothérapie 3= chirurgie post radiothérapie 4= chirurgie post radiochimiothérapie 5= chirurgie exclusive
Q22.3 : Indication (indiquer le stade de tumeur) :
Q22.4 : Type d'anesthésie : 1= anesthésie générale 2= rachianesthésie 3= anesthésie locorégionale
Q22.5 : Taux d'Hémoglobine avant l'intervention :
Q22.6 : Voie d'abord :
1= laparotomie 2= cœlioscopie 3= voie vaginale
Si Laparotomie : Q22.7 : Type d'incision : 1= de Pfannenstiel 2= médiane sus-ombilicale 3= médiane sous ombilicale 4= médiane sus et sous ombilicale
Q22.8 : Exploration de la cavité abdominopelvienne (bilan lésionnel) : 1= libre (sans implants) 2= implants 3= ascite 4= carcinose péritonéale 5= nodules hépatiques 6= appendicite 7= adhérences 8= plastron abdominal 9= adénopathies lomboaortiques 10= adénopathies inguinales 11= adénopathies pelviennes 12= autres
Q22.9 : Gestes réalisés : 1= Conisation 2= Trachélectomie 3= Colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie (CHEL) 4= CHEL + annexectomie 5= Hystérectomie conservatrice 6= Hystérectomie + annexectomie 7= Annexectomie 8= Curage ganglionnaire 9= Exentération pelvienne 10= Hépatectomie segmentaire 11= Omentectomie 12= Appendicectomie 13= Dérivation urinaire 14= autres

Q22.10 : Marges de résection : 1= saines 2= non saines
Q22.11 : Transfusion sanguine (CG) : 1= oui 2= non
Si 1, Q22.12 : Transfusion : 1= préopératoire 2= peropératoire 3= postopératoire
Q22.13 : Durée de l'intervention :
Q22.14 : Complications per opératoires : 1= oui 2= non
Si oui, Q22.15 : Type : 1= anesthésiques 2= chirurgicales
Si 1, préciser
Si 2, Q22.16 : Types : 1= lésions vasculaires 2= lésions urétérales 3= lésions vésicales 4= lésions urétrales 5= lésions digestives 6= autres

F- SURVEILLANCE

Q23. CLINIQUE :

Q23.1 : Etat général (OMS) après chirurgie :

Q23.2 : Complications post opératoires : 1= oui 2= non

Si oui, Q23.2.1 : Infectieuses : 1= suppuration pariétale 2= suppuration profonde 3= sepsis 4= autres

Q23.2.2 : Hémorragiques : 1= anémie sévère 2= anémie décompensée 3= troubles de la coagulation

Q23.2.3 : Thromboemboliques : 1= Thrombophlébite 2= Embolie pulmonaire 3= lymphœdèmes des membres inférieurs 4= autres

Q23.2.4 : Troubles sphinctériens : 1= oui 2= non

Si oui, Q23.2.5 : Type : 1= incontinence urinaire 2= rétention vésicale 3= incontinence anale 4= autres

Q23.2.6 : Fistules : 1= oui 2= non

Si oui, Q23.2.7 : Type : 1= vésico-vaginales 2= recto-vaginales 3= recto-vésicales 4= autres

Q23.2.8 : Prolapsus génital : 1= oui 2= non

Si oui, Q22.2.9 : Type : 1= Cystocèle 2= élytrocèle 3= autres

Q23.2.10 : Psychiatriques : 1= oui 2= non

Si oui, Q23.2.11 : Type : 1= dépression 2= psychose

Q23.3 : Durée du séjour en Réanimation :

Q23.4 : Durée du séjour en hospitalisation :

G- EVOLUTION

Q24 : Suites : 1= rémission complète = perdue de vue
Q25 : Récidive après chirurgie : 1= oui 2= non
Si oui, Q25.1 : Délai de survenue (après chirurgie) :
Q25.2 : Circonstances de survenue :
Q25.3 : Type de récidive : 1= Locale 2= Locorégionale 3=Métastases
Q26 : Décès après chirurgie : 1= oui 2= non
Si oui, Q26.1 : Délai de survenue (après chirurgie) :
Q26.2 : Circonstances de survenue (Causes probables du décès) :

H- PRONOSTIC APRES CHIRURGIE

Q27 : Modalités du pronostic : 1=bon 2=mauvais
Q28 : Facteurs d'aggravation du pronostic :
Q28.1 : Age :
Q28.2 : Comorbidités :
Q28.3 : Type histologique :
Q28.4 : Degré de différenciation :
Q28.5 : Stade évolutif de la tumeur :
Q28.6 : Taux d'hémoglobine avant chirurgie :
Q28.7 : Type de chirurgie :
Q28.8 : Complications liées à la chirurgie : 1= oui 2= non

Q29 : Récidive après chirurgie : 1= oui 2= non

Q30 : Survie globale de l'opérée :

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT i

DEDICACES i

REMERCIEMENTS iii

HOMMAGES v

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS ix

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX xii

SOMMAIRE xvii

INTRODUCTION 1

1. PROBLEMATIQUE 3

1.1 Cadre conceptuel [6 - 8] 5
1.2 Hypothèse 6
2. GENERALITES 7

2.1 DEFINITION DE CONCEPTS [9 - 11] 8
2.2 CANCER DU COL DE L'UTERUS 9
2.2.1 Rappels [16 - 19] 9
2.2.2 Etiopathogénie [6, 8, 20] 13
2.2.3 Anatomie Pathologique [11, 16] 16
2.2.4 Classification [16] : la plus utilisée est celle de la Fédération Internationale de Gynécologie -Obstétrique (FIGO). 19
2.3 CANCER DE L'ENDOMETRE 20
2.3.1 Rappels [9, 16, 18] 20
2.3.2 Etiopathogénie [14] 23
2.3.3 Anatomie pathologique [5, 16] 25
2.3.4 Classification [16] 26
2.4 CANCERS DES OVAIRES 26
2.4.1 Rappels [9, 16] 26

2.4.2 Etiopathogénie [3, 5] 29
2.4.3 Classification FIGO [16] 32
2.5 TRAITEMENT CHIRURGICAL [23 - 29] 33
2.5.1 But 33
2.5.2 Types de chirurgie 33
2.5.4 Indications 38
2.6 PRONOSTIC DE LA CHIRURGIE [5, 16, 23, 27, 30] 41
2.6.1 Complications de la chirurgie 41
2.6.2.2 Facteurs liés à la tumeur 43
2.6.2.3 Facteurs liés à la chirurgie 44
3. CADRE ET METHODE D'ETUDE 45

3.1 Cadre d'étude 46
3.1.1 Présentation de la ville de Cotonou 46
3.1.2 Présentation du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et l'Enfant Lagune 46
3.1.3 Présentation du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) 51
3.2 Méthode d'étude 53
3.2.1 Type et période d'étude 53
3.2.2 Population d'étude 53
3.2.3 Echantillonnage 54
3.2.4 Variables de l'étude 54
3.2.5 Collecte des données 55
3.2.6 Traitement et analyse des données 55
3.2.7 Considérations éthiques 56
3.2.8 Difficultés 56
4. RESULTATS 57

4.1 Etude descriptive 58
4.1.1 Fréquence 58
4.1.2 Données sociodémographiques 58
4.1.3 Antécédents 61
4.1.4 Données Cliniques 65
4.1.5 Données paracliniques 71
4.1.6 Aspects thérapeutiques 74
4.1.7 Surveillance et évolution postopératoire 81
4.2 Etude analytique 84
5. DISCUSSION 90

5.1 L'atteinte des objectifs de l'étude 91
5.2 Qualités des données et validité des résultats 91
5.3 Comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs 91
5.3.1 Fréquence 91
5.3.2 Cancer du col de l'utérus 91
5.3.3 Cancer de l'endomètre 102
5.3.4 Cancers des ovaires 106
5.3.5 Facteurs pronostiques de la chirurgie des cancers de l'endomètre et des ovaires 109
CONCLUSION 110

SUGGESTIONS 112

REFERENCES 114

ANNEXES ..... A

TABLE DES MATIÈRES ..... K

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

Respectueuse et reconnaissante envers les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobres et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

VU LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

INTRODUCTION : Les cancers gynécologiques constituent un véritable problème de santé publique dans le monde mais surtout dans les pays en développement, où ils représentent la principale cause de mortalité par cancer chez la femme. Leur prise en charge basée sur l'association d'un traitement médical et chirurgical pose toujours problème du fait de l'indisponibilité de la radiothérapie et du coût onéreux de la chimiothérapie, difficiles d'accès. La chirurgie demeure la seule thérapeutique à disposition dont nous nous proposons d'en étudier les indications et l'issue.

Objectif : Cette étude a pour objectif général d'étudier l'issue des thérapeutiques chirurgicales des cancers gynécologiques au CHU-MEL et au CNHU de Cotonou de 2018 à 2022.

Méthode : Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive et analytique qui a été menée sur une période de quatre (04) ans et six (06) mois ; la population d'étude était constituée des patientes ayant été prise en charge pour cancers gynécologiques dans les services universitaires de gynécologie de Cotonou.

Résultats : Au total, 106 patientes ont été prises en charge pour cancers gynécologiques pendant la période d'étude soit une prévalence de 1,50%. Les cancers gynécologiques touchaient les femmes d'âge jeune à avancer avec une moyenne d'âge de 54 ans. Les cancers gynécologiques étaient opérés aux stades précoces conformément aux recommandations des sociétés savantes dans la plupart des cas. La colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie était le geste opératoire le plus réalisé. Cependant, des complications opératoires, des récidives et des décès étaient survenus respectivement dans 53,57%, 23,21% et 5,35% des cas. Les principaux facteurs associés au pronostic de la chirurgie des cancers gynécologiques étaient l'âge avancé, le stade clinique préopératoire tardif et l'anémie préopératoire.

Conclusion : La chirurgie occupe une place importante dans la prise en charge des cancers gynécologiques et est recommandé autant que la tumeur est au stade précoce. L'amélioration des techniques chirurgicales et le contrôle des facteurs d'aggravation du pronostic permettront d'améliorer le pronostic des patientes opérées.

Mots clés : cancers gynécologiques, chirurgie, facteur pronostique, complications, récidives, décès

ABSTRACT

INTRODUCTION: Gynecological cancers constitute a real public health problem in the world but especially in developing countries, where they represent the main cause of cancer mortality in women. Their management based on the combination of medical and surgical treatment still poses a problem due to the unavailability of radiotherapy and the expensive cost of chemotherapy, which are difficult to access. Surgery remains the only therapy available for which we propose to study the indications and the outcome.

Objective: The general objective of this study is to study the outcome of surgical treatments for gynecological cancers at CHU-MEL and CNHU in Cotonou from 2018 to 2022.

Method: This was a retrospective descriptive and analytical study that was conducted over a period of four (04) years and six (06) months; the study population consisted of patients who had been treated for gynecological cancers in the university departments of gynecology of Cotonou.

Results: A total of 106 patients were treated for gynecological cancers during the study period, with a prevalence of 1.50%. Gynecological cancers affect women from young to advanced age with an average age of 54 years. Surgery for operable gynecological cancers was performed and complied with the recommendations of learned societies in most cases. Extended colpohysterectomy with lymphadenectomy was the most performed surgical procedure. However, operative complications, recurrences and deaths occurred respectively in 53.57%, 23.21% and 5.35% of cases. The main factors associated with the prognosis of gynecological cancer surgery are advanced age, late preoperative clinical stage and preoperative anemia.

Conclusion: Surgery occupies an important place in the management of gynecological cancers and is recommended as long as the tumor is operable. Improving surgical techniques and controlling prognostic worsening factors will improve the prognosis of patients.

Keywords: gynecological cancers, surgery, prognostic factor, complications, recurrences, death