

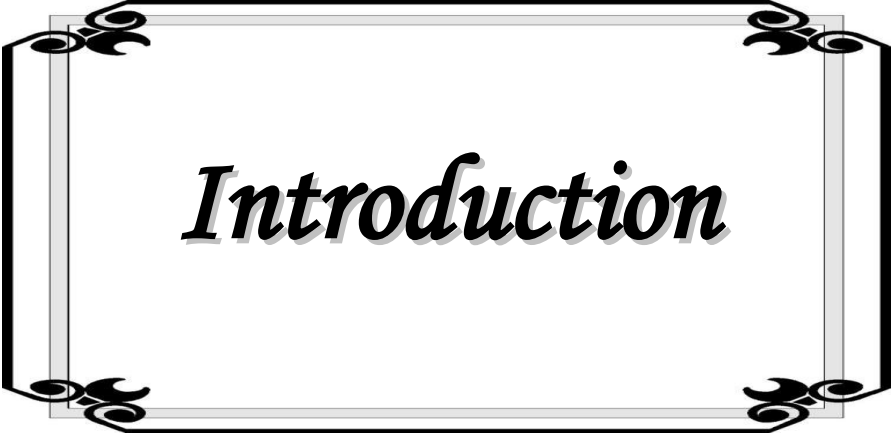
SOMMAIRE

Introduction.....	5
Matériel et méthode.....	8
Résultats et analyses.....	11
I. Caractéristiques épidémiologiques.....	13
1. Répartition en fonction des années	13
2. Répartition en fonction de l'âge.....	13
3. Répartition en fonction de l'origine.....	14
4. Répartition en fonction de la parité.....	15
5. Répartition en fonction des antécédents.....	15
6. Répartition en fonction du motif d'hospitalisation.....	16
a. Hémorragies génitales.....	16
b. Nodule mammaire.....	17
c. Masse pelvienne.....	17
d. Tumeur vulvaire.....	17
e. Autres.....	18
7. Répartition en fonction de la localisation du cancer...	19
8. Evolution en fonction des années.....	21
II. Caractéristiques des cancers gynécologiques.....	22
1. Cancer du sein	22
a. Pics de fréquence et âge.....	22

b. Répartition en fonction du stade.....	23
c. Répartition en fonction des métastases.....	24
2. Cancer du col utérin.....	25
a. Pics de fréquence et âge.....	25
b. Répartition en fonction du stade.....	26
3. Cancer de l’ovaire.....	27
a. Pics de fréquence et âge.....	27
b. Répartition en fonction du stade	28
c. Répartition en fonction des types histologiques	29
4. Cancer de l’endomètre.....	30
a. Pics de fréquence.....	30
b. Age.....	31
c. Répartition en fonction des types histologiques	32
d. Répartition en fonction du stade	33
5. Cancer de la vulve.....	34
a. Pics de fréquence.....	34
b. Age.....	34
c. Répartition en fonction du stade.....	35
d. Répartition en fonction des types histologiques	36

Discussion.....	37
I. Cancer du sein :.....	41
1. Fréquence.....	41
2. Age.....	41
a. Age au moment du diagnostic.....	41
b. Age de la ménopause.....	42
3. Stade tumoral.....	42
II. Cancer du col utérin	44
1. Fréquence.....	44
2. Age.....	44
a. Age au moment du diagnostic.....	44
b. Age de la ménopause.....	45
3. Motif d'hospitalisation.....	45
4. Stades.....	46
III. Cancer de l'ovaire.....	48
1. Fréquence.....	48
2. Age.....	48
a. Age au moment du diagnostic.....	48
b. Age de la ménopause.....	49
3. Motif d'hospitalisation.....	49
4. Stades.....	49
5. Types histologiques.....	50

IV. Cancer de l'endomètre.....	51
1. Fréquence.....	51
2. Age.....	52
a. Age au moment du diagnostic.....	52
b. Age de la ménopause.....	52
3. Motif d'hospitalisation.....	53
4. Stades.....	53
5. Types histologiques.....	54
V. Cancer de la vulve.....	55
1. Fréquence.....	55
2. Age.....	56
a. Age au moment du diagnostic.....	56
b. Age de la ménopause.....	56
3. Motif d'hospitalisation.....	57
4. Stades.....	57
5. Types histologiques.....	58
Conclusion.....	59
Résumé.....	61
Bibliographie.....	67

A decorative rectangular frame with ornate, symmetrical corner designs. Inside the frame, the word "Introduction" is written in a large, bold, italicized serif font.

Introduction

La ménopause est une étape physiologique du vieillissement normal de la femme. Etymologiquement, elle signifie « la cessation des menstruations » secondaire à l'épuisement du capital folliculaire ovarien. Elle survient en moyenne vers l'âge de 50 ans et est précédée d'une période d'irrégularités du cycle appelée péri ménopause. Son diagnostic est clinique, il est confirmé après au moins un an d'aménorrhée.

Liée à l'arrêt du fonctionnement ovarien, la ménopause entraîne une carence œstrogénique définitive responsable de différentes manifestations cliniques essentiellement bouffées de chaleur, troubles neuropsychiques, troubles sexuels et prise de poids....

En outre, la femme ménopausée, qui représente entre 15% et 25% de la population féminine, est exposée à de nombreux cancers en particulier les cancers gynécologiques.

Dans les pays développés, 50 millions de femmes sont arrivées à la ménopause en l'an 2000 contre 200 millions dans les pays en voie de développement.

Au Maroc, plus de 2 millions de femmes sont en période péri ou post ménopausique, soit environ 17% de la population féminine. Cette situation nous pousse à se demander si les cancers gynécologiques sont plus fréquents chez les femmes ménopausées et si c'est le cas, rechercher s'il existe une relation de cause à effet entre la ménopause et la survenue des cancers génitaux.

L'objectif de ce travail est de donner un aperçu sur la fréquence des cancers gynécologiques chez la femme ménopausée dans notre contexte et d'étudier leurs particularités à cette étape de la vie de la femme.



Matériel et méthode

Matériel d'étude

Le matériel d'étude est représenté par une série rétrospective de 749 cas de cancers gynécologiques chez la femme ménopausée hospitalisée à la maternité Universitaire M1 du CHU Ibn Sina de Rabat, du 1^{er} janvier 1980 au 31 décembre 2004 (25 ans).

Cette étude est basée sur l'analyse :

- des dossiers des malades hospitalisées au service ;
- du registre des malades hospitalisées au service ;
- du registre des malades opérées au service.

Méthode d'étude

*Dans un premier temps, nous avons analysé les caractéristiques générales de nos patientes :

- Nombre de cancers gynécologiques en fonction des années ;
- Age des patientes, âge de survenue de la ménopause et ancienneté de la ménopause ;
- Origine des patientes ;
- Parité ;
- Antécédents ;
- Motif d'hospitalisation ;

- Fréquence des cancers gynécologiques en fonction de leur localisation ;
- Evolution en fonction des années.

*Dans un deuxième temps, nous avons étudié les données spécifiques de notre série. Pour chaque cancer gynécologique, nous avons précisé :

- Pic de fréquence ;
- Age au moment du diagnostic ;
- Age de la ménopause et ancienneté de la ménopause ;
- Stades cliniques ;
- Types histologiques.

L'analyse informatique de nos dossiers est faite par Excel.

A decorative rectangular frame with ornate, symmetrical corner designs. Inside the frame, the word "Résultats" is written in a large, bold, italicized serif font.

Résultats

Résultats

Du 1^{er} janvier 1980 au 31 décembre 2004, 749 cancers gynécologiques chez la femme ménopausée ont été colligés à la maternité Universitaire Souissi, ex-service du Pr. A. Chaoui, Pr. D. Ferhati actuellement, M1du CHU Ibn Sina de Rabat.

Durant la même période, parmi les 6435 femmes hospitalisées dans le service pour une affection gynécologique, la pathologie maligne représente 29% des cas (1928 cancers gynécologiques).

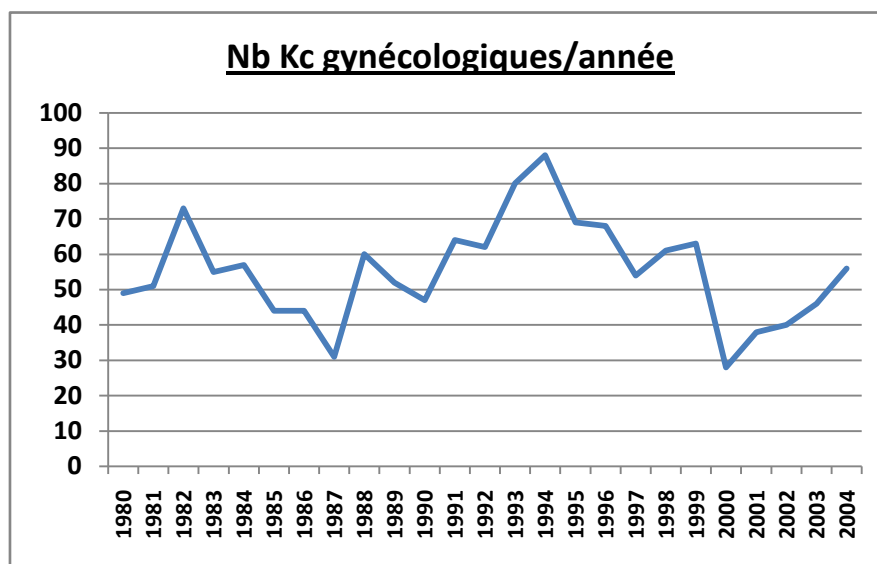
Tableau n°1 : Répartition des malades

	Pathologie Bénigne	Pathologie Maligne	Total général
Ménopausée	631 (14%)	749 (39%)	1380 (21%)
Non Ménopausée	3876 (86%)	1179 (61%)	5055 (79%)
Total général	4507 (100%)	1928 (100%)	6435 (100%)

I. Caractéristiques épidémiologiques :

1. Répartition en fonction des années :

Figure n°1 : Répartition en fonction des années



Le nombre de cas de cancers gynécologiques chez la femme ménopausée recrutés dans le service de gynécologie obstétrique M1 varie entre 30 et 90 cas / an durant les 25 dernières années avec une moyenne de $29,96 \pm 8,04$ cas par an et des extrêmes de 18 et 44 cas.

2. Répartition en fonction de l'âge :

L'âge moyen des patientes ménopausées hospitalisées pour cancers gynécologiques est de $57,37 \pm 7,01$ ans avec des extrêmes de 40 et 80 ans.

L'âge de survenue de la ménopause est de $48,1 \pm 2,74$ ans avec des extrêmes de 35 et 57 ans.

L'ancienneté de la ménopause au moment du diagnostic du cancer est de $9,27 \pm 6,50$ ans avec des extrêmes de 1 et 37 ans.

Tableau n°2 : Répartition en fonction de l'âge

	Pathologie Bénigne	Pathologie Maligne	Total
Age des patientes	$57,97 \pm 7,71$ [38 – 80]	$57,37 \pm 7,01$ [40 – 80]	$57,64 \pm 7,34$ [38 – 80]
Age de survenue de la ménopause	$48,19 \pm 2,61$ [37 – 59]	$48,10 \pm 2,74$ [35 – 57]	$48,14 \pm 2,68$ [35 – 59]
Ancienneté de la ménopause	$9,77 \pm 7,27$ [1 – 37]	$9,27 \pm 6,50$ [1 – 37]	$9,50 \pm 6,86$ [1 – 37]

3. Répartition en fonction de l'origine des patientes :

Tableau n°3 : Répartition en fonction de l'origine des patientes

Origine	Nombre de cas	Pourcentage
Rabat	244	33%
Banlieue	121	16%
Autres villes	211	28%
Campagne	173	23%
Total	749	100%

Sur les 749 patientes ménopausées hospitalisées pour cancer gynécologique, 77% sont originaires du milieu urbain (49 % de Rabat et banlieue) et 23 % du milieu rural.

4. Répartition en fonction de la parité :

Tableau n°4 : Répartition en fonction de la parité

	Pathologie Bénigne	Pathologie Maligne	Total
Moyenne	5,28 ± 3,38	5,09 ± 3,53	5,17 ± 3,46
Intervalle	0 – 14	0 – 16	0 – 16

Dans notre série, la parité des femmes ménopausées hospitalisées pour cancer gynécologique varie entre 0 et 16 enfants avec une moyenne de $5,09 \pm 3,53$ enfants.

5. Répartition en fonction des antécédents :

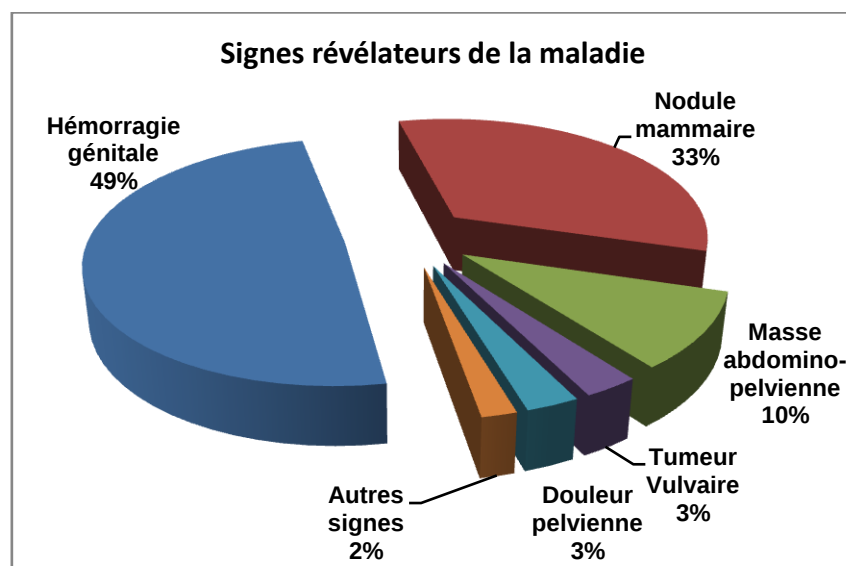
Tableau n°5 : Répartition en fonction des ATCD

Antécédent	Nombre de cas	Pourcentage
HTA	69	9%
Diabète	50	7%
Tuberculose	11	1%
Cardiopathie	9	1%
Autres ATCD	16	2%
Sans ATCD	594	79%
Total	749	749

79% de nos patientes n'avaient aucun antécédent pathologique particulier. Cependant, 16% présentaient un antécédent de diabète ou d'HTA et 4% avaient une tuberculose, une cardiopathie ou autres.

6. Répartition en fonction du motif d'hospitalisation

Figure n°2 : Répartition en fonction du motif d'hospitalisation



a. Hémorragies génitales :

Dans notre série, une femme ménopausée sur deux avait pour motif de consultation une hémorragie génitale.

Prises isolément, les métrorragies post ménopausiques révèlent un cancer gynécologique dans 67% des cas et une pathologie bénigne dans seulement le tiers des cas.

b. Nodule mammaire :

Le nodule mammaire est le 2^{ème} motif de consultation représentant 33% des cas.

D'après le tableau n° 6, le nodule mammaire est synonyme d'un cancer du sein dans 87% des cas.

c. Masse pelvienne :

10% des cancers gynécologiques chez la femme ménopausée sont révélés par une masse abdomino-pelvienne.

D'après notre série, une femme ménopausée sur deux se présentant avec une masse pelvienne est porteuse d'un cancer gynécologique, en particulier de l'ovaire ou de l'endomètre.

d. Tumeur vulvaire :

La tumeur vulvaire est le 4^{ème} signe révélateur des cancers gynécologiques de la femme ménopausée.

Bien qu'elle soit rare, elle représente un signe très spécifique puisqu'elle n'est retrouvée que dans 12% des cas dans la pathologie bénigne.

La présence d'une tumeur vulvaire chez une femme ménopausée est évocatrice d'une tumeur maligne de la vulve dans neuf cas sur dix.

e. Autres :

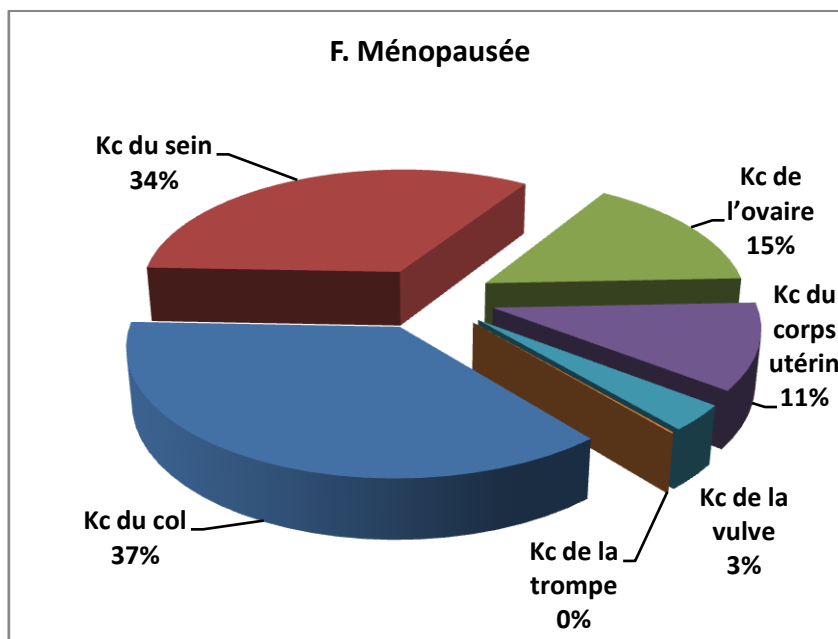
Quant aux autres signes : algies pelviennes, prurit vulvaire, leucorrhées, ptose des organes génitaux, ... ils sont peu spécifiques et représentent moins de 5% des motifs de consultation.

Tableau n°6 : Signes révélateurs de la maladie chez la femme ménopausée
(toutes pathologies confondues)

Signes révélateurs	Pathologie bénigne	Pathologie Maligne	Femmes ménopausées
Hémorragies génitales	33%	67%	100%
Nodule mammaire	13%	87%	100%
Masse pelvienne	56%	44%	100%
Algies pelviennes	71%	29%	100%
Tumeur vulvaire	12%	88%	100%
Autres	52%	48%	100%
Prolapsus	99%	1%	100%
Total	100%	100%	100%

7. Répartition en fonction de la localisation du cancer gynécologique :

Figure n°3 : Répartition des cancers gynécologiques de la femme ménopausée en fonction de leurs localisations



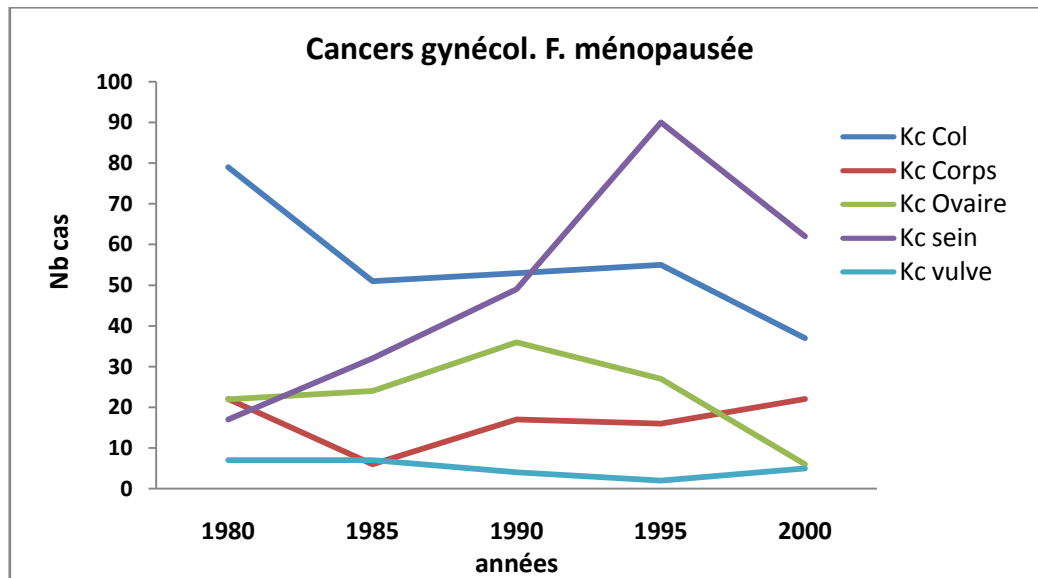
Le cancer du col utérin est le 1^{er} cancer gynécologique de la femme ménopausée (275/749) représentant 37% des cancers du tractus génital féminin. Il est suivi du cancer du sein (250/749) qui touche 33% des patientes ménopausées. Le cancer de l'ovaire représente 15% des cas et les autres cancers (l'endomètre et la vulve) ne représentent respectivement que 11% et 3% des cas.

Tableau n° 7: Répartition des cancers gynécologiques
Tous âges confondus

Cancer gynécologique	Ménopausée	Non Ménopausée	Total général
Cancer du sein	250 (33%)	566 (48%)	816 (42%)
Cancer du col	275 (37%)	423 (36%)	698 (36%)
Cancer de l’ovaire	115 (15%)	114 (10%)	229 (12%)
Cancer de l’endomètre	83 (11%)	69 (6%)	152 (8%)
Cancer de la vulve	25 (3%)	4 (0%)	29 (2%)
Cancer de la trompe	1 (0%)	3 (0%)	4 (0%)
Total	749 (100%)	1179 (100%)	1928 (100%)

8. Evolution en fonction des années :

Figure n°4: Evolution des cancers gynécologiques de la femme ménopausée en fonction des années



- Durant les 25 dernières années, l'incidence du cancer du sein a connu une nette augmentation. Depuis le début des années 90, il est devenu le premier cancer gynécologique de la femme ménopausée dépassant de loin le cancer du col utérin.
- Le cancer de l'endomètre, bien qu'il soit au 4^{ème} rang des cancers gynécologiques de la femme ménopausée, a connu ces dernières années une augmentation très sensible.
- En revanche, les cancers du col utérin, de l'ovaire et de la vulve connaissent une baisse très sensible.

II. Caractéristiques des cancers gynécologiques :

(Femme ménopausée/femme non ménopausée)

1. Cancer du sein :

a. Pics de fréquence et âge :

Figure n°5: Pics de fréquence

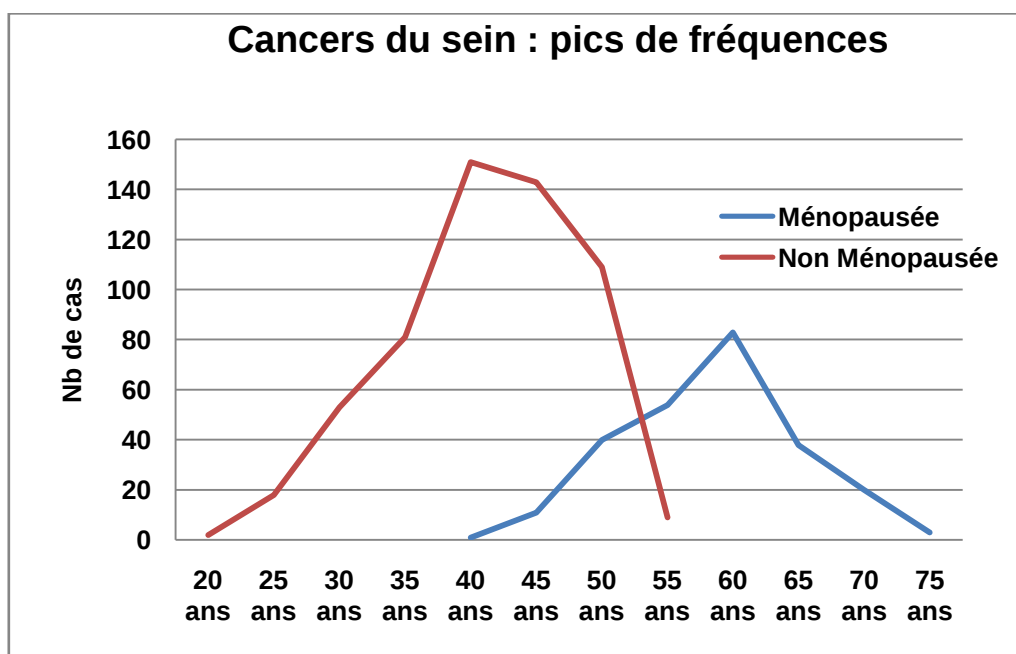


Tableau n°8 : Répartition en fonction de l'âge

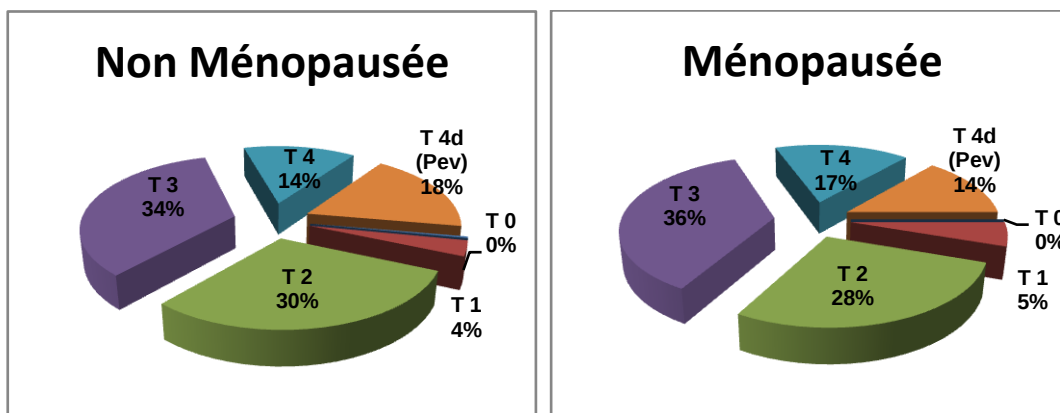
	Ménopausée	Non Ménopausée	Total
Moyenne d'âge	57,36 ± 6,67	39,38 ± 6,89	44,89 ± 10,74
Intervalle	40 - 75	16 - 54	16 – 75

Dans notre série, l'âge moyen des patientes ménopausées atteintes de cancer du sein est de $57,36 \pm 6,67$ ans avec des extrêmes de 40 et 75 ans et un pic de fréquence à 60 ans.

Pour les patientes en période d'activité génitale, l'âge moyen est de $39,38 \pm 6,89$ ans avec des extrêmes de 16 et 54 ans et un pic de fréquence situé entre 40 et 45 ans.

b. Répartition en fonction du stade :

Figures n°6 : Répartition en fonction du stade



Chez la femme ménopausée, 67% des cas sont diagnostiqués aux stades avancés T3 et T4 dont 14% au stade de carcinome inflammatoire.

Chez la femme en période d'activité génitale, 66% des cas sont diagnostiqués aux stades avancés T3 et T4 dont 18% au stade de carcinome inflammatoire.

Par conséquent, la répartition des stades est presque identique aussi bien avant qu'après la ménopause.

c. Répartition en fonction des métastases :

Tableau n° 9 : Répartition en fonction des métastases

	Ménopausée	Non Ménopausée	Total
Non métastatiques	96%	96%	96%
Métastatiques	4%	4%	4%
Total	100%	100%	100%

Dans notre étude, 96% des patientes sont diagnostiquées avant l'apparition de métastases et ce aussi bien avant qu'après la ménopause.

2. Cancer du col :

a. Pics de fréquence et âge :

Figure n°7 : Pics de fréquence

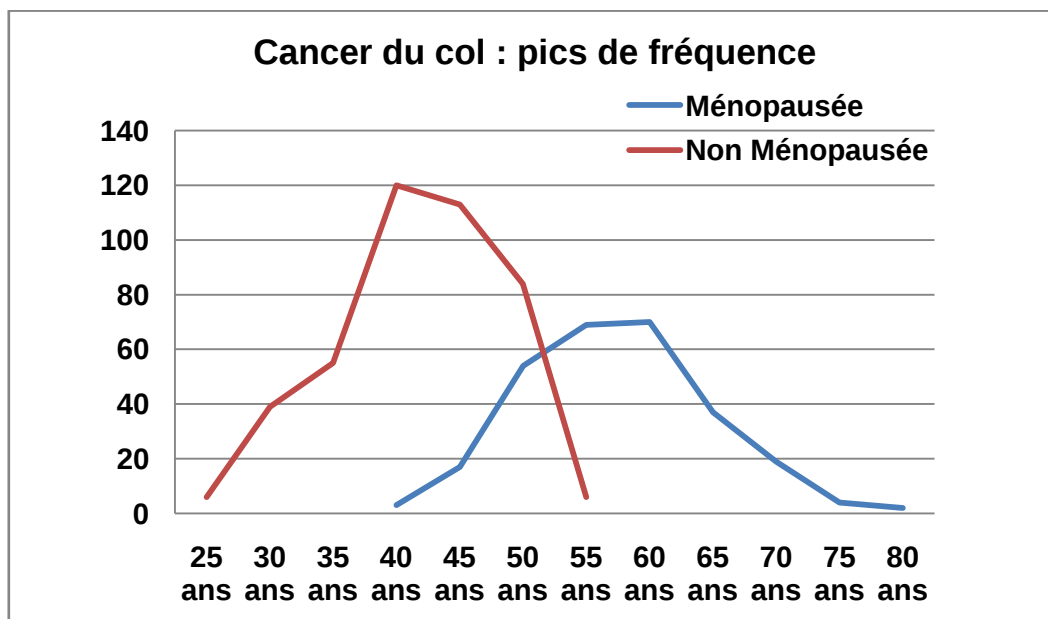


Tableau n°10 : Répartition en fonction de l'âge

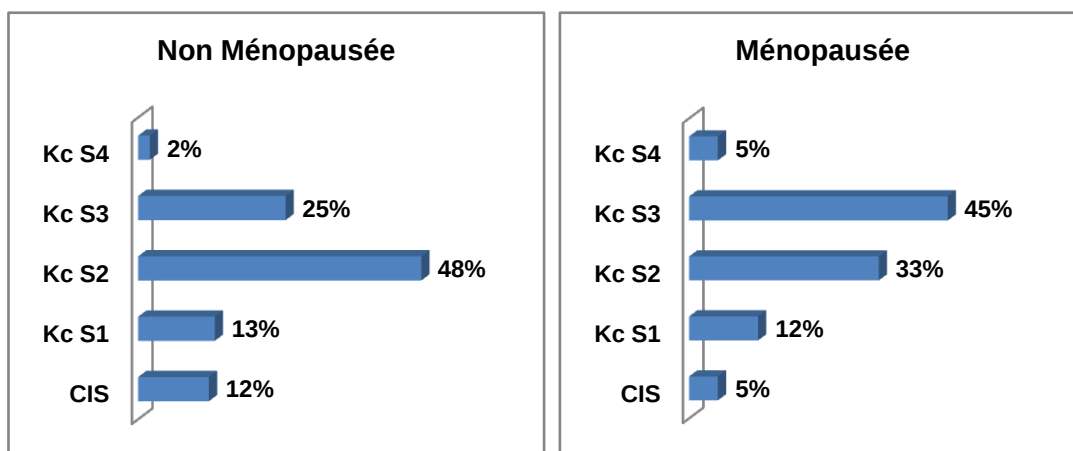
	Ménopausée	Non Ménopausée	Total général
Moyenne d'âge	56,59 ± 7,44	40,29 ± 6,57	46,71 ± 10,56
Intervalle	40 - 80	21 - 55	21 – 80

L'âge moyen des patientes ménopausées atteintes de cancer du col est de $56,59 \pm 7,44$ ans avec des extrêmes de 40 et 80 ans et un pic de fréquence situé entre 55 et 60 ans.

Pour les patientes en période d'activité génitale, la moyenne d'âge est de $40,29 \pm 6,57$ ans avec des extrêmes de 21 et 55 ans et un pic de fréquence situé entre 40 et 45 ans.

b. Répartition en fonction du stade :

Figures n°8 : Répartition en fonction du stade



Dans notre série, la moitié des patientes ménopausées atteintes du cancer du col sont diagnostiquées aux stades non opérables S3 et S4 contre environ le quart pour les patientes non ménopausées.

3. Cancer de l'ovaire :

a. Pics de fréquence et âge :

Figure n°9 : Pics de fréquence

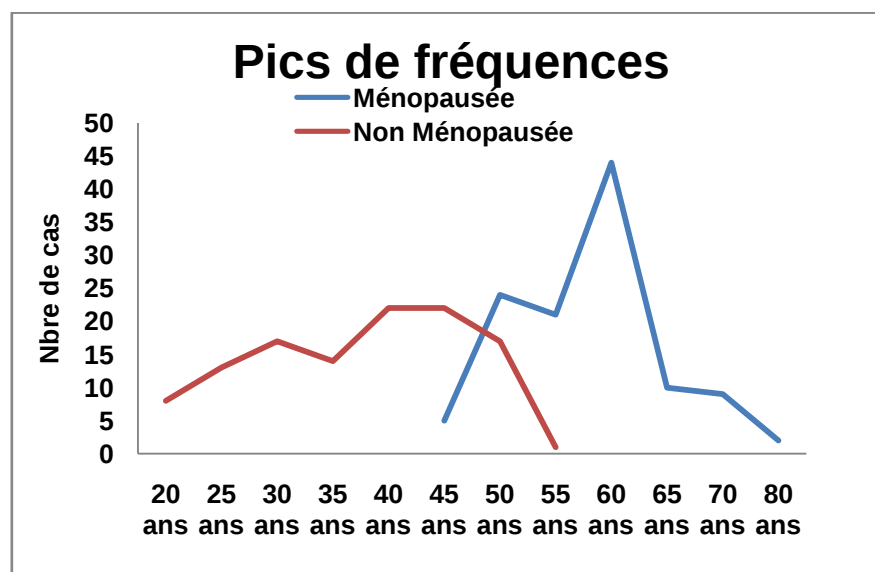


Tableau n°11 : Répartition en fonction de l'âge

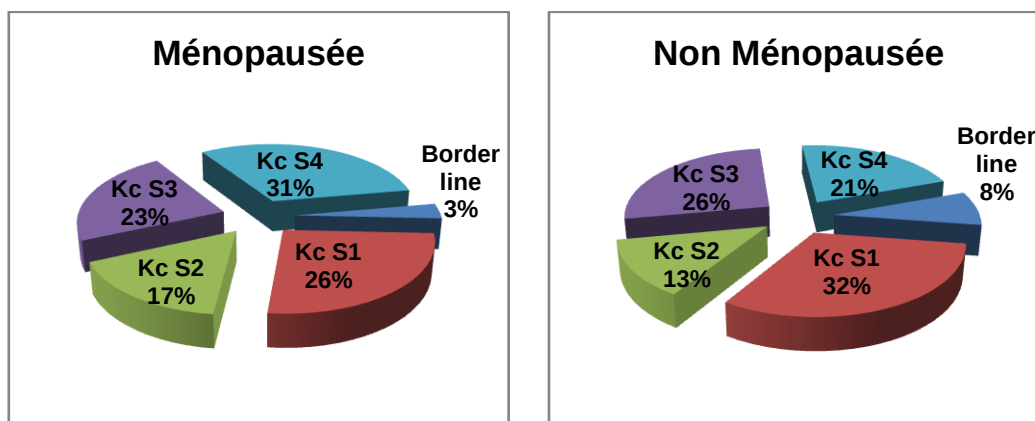
	Ménopausée	Non Ménopausée	Total général
Moyenne d'âge	57,14 ± 7,05	35,68 ± 9,30	46,46 ± 13,54
Intervalle	42 - 80	16 - 52	16 - 80

Dans notre étude, la moyenne d'âge des femmes ménopausées atteintes de cancer de l'ovaire est de $57,14 \pm 7,05$ ans avec des extrêmes de 42 et 80 ans et un pic de fréquence à 60 ans.

Pour les patientes en période d'activité génitale, l'âge moyen est de $35,68 \pm 9,30$ ans avec des extrêmes de 16 et 52 ans et un pic de fréquence situé entre 40 et 45 ans.

b. Répartition en fonction du stade :

Figures n°10 : Répartition en fonction du stade



Pour le cancer de l'ovaire, presque la moitié des patientes sont diagnostiquées aux stades avancés S3 et S4 quel que soit leur âge, avec des taux respectivement de 23% et 31% chez la femme ménopausée et de 26% et 21% chez la femme non ménopausée.

Concernant les tumeurs de type borderline, elles sont plus fréquentes avant la ménopause avec un taux de 8% contre 3% chez la femme ménopausée.

c. Répartition en fonction du type histologique :

Tableau n°12 : Types histologiques des cancers de l’ovaire

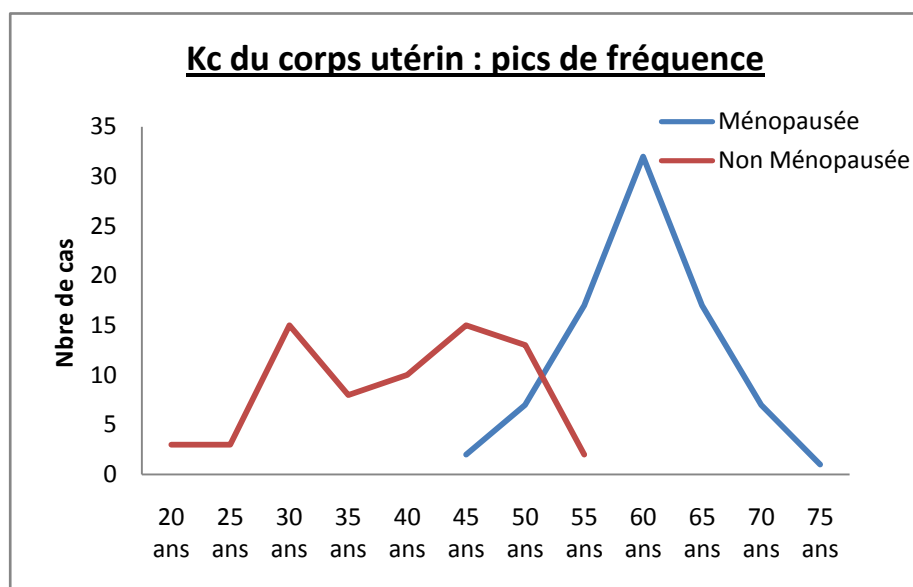
Types histologiques	Ménopausée	Non Ménopausée	Total général
Adénocarcinome	96 (83%)	83 (73%)	179 (78%)
Granulosa	8 (7%)	7 (6%)	15 (7%)
Krukenberg	3 (3%)	9 (8%)	12 (5%)
Tératome Malin	1 (1%)	8 (7%)	9 (4%)
Autres	7 (6%)	7 (6%)	14 (6%)
Total	115 (100%)	114 (100%)	229 (100%)

Pour le cancer de l’ovaire, l’adénocarcinome est le type histologique le plus fréquent quel que soit l’âge. Il représente 83% des cas chez la femme ménopausée et 73% chez la femme en période d’activité génitale.

4. Cancer de l'endomètre :

a. Pics de fréquence :

Figure n°11 : Pics de fréquence



Le pic de fréquence du cancer de l'endomètre chez la femme ménopausée est de 60 ans sur une étendue d'âge allant de 44 à 75 ans.

En revanche, chez la femme en période d'activité génitale, on note l'existence de deux pics de fréquence : le premier à l'âge de 30 ans et le deuxième entre 45 et 50 ans.

b. Age :

Tableau n°13 : Répartition en fonction de l'âge

	Ménopausée	Non Ménopausée	Total
Adénocarcinome	59,54 ± 5,81 [44 – 75]	46,21 ± 5,18 [31 – 51]	57,29 ± 7,58 [31 - 75]
Sarcome	56,93 ± 7,04 [45 - 70]	40,43 ± 3,48 [34 - 47]	48,68 ± 10,02 [34 - 70]
Choriocarcinome	---	34,07 ± 9,01 [19 - 54]	34,07 ± 9,01 [19 - 54]
Total	59,10 ± 6,07 [44 - 75]	37,83 ± 8,92 [19 - 54]	49,44 ± 12,99 [19 - 75]

L'âge des patientes ménopausées atteintes d'adénocarcinome varie entre 44 et 75 ans avec une moyenne de $59,54 \pm 5,81$ ans. Celui des patientes non ménopausées est de $46,21 \pm 5,18$ ans, c'est la période pré ménopausique.

Pour les patientes ménopausées atteintes de sarcomes, l'âge varie entre 45 et 70 ans avec une moyenne de $56,93 \pm 7,04$ ans.

c. Types histologiques :

Tableau n°14 : Types histologiques des cancers du corps utérin

	Ménopausée	Non Ménopausée	Total
Adénocarcinome	69 (83%)	14 (20%)	83 (55%)
Sarcome	14 (17%)	14 (20%)	28 (18%)
Choriocarcinome	0	41 (59%)	41 (27%)
Total	83 (100%)	69 (100%)	152 (100%)

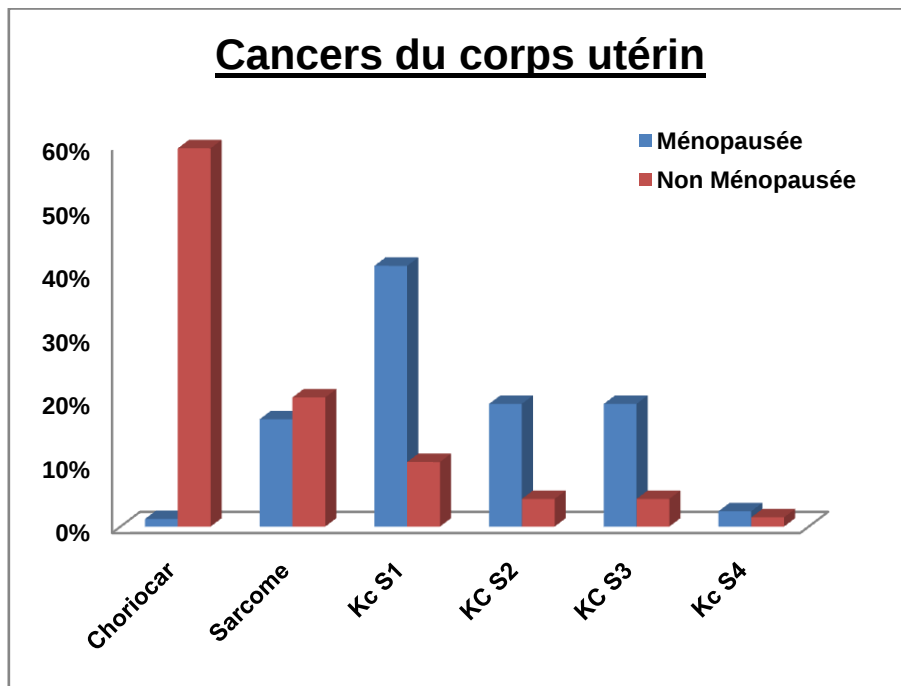
Chez la femme ménopausée, l'adénocarcinome est le type histologique de cancer du corps utérin le plus fréquent, il représente 83% des cas contre 20% chez la femme en période d'activité génitale.

Concernant le sarcome, il est réparti de façon identique aussi bien avant qu'après la ménopause.

En revanche, le choriocarcinome, cancer exclusif de la femme en période d'activité génitale, n'atteint aucune femme ménopausée.

d. Stades :

Figure n°12 : Répartition en fonction du stade et du type histologique

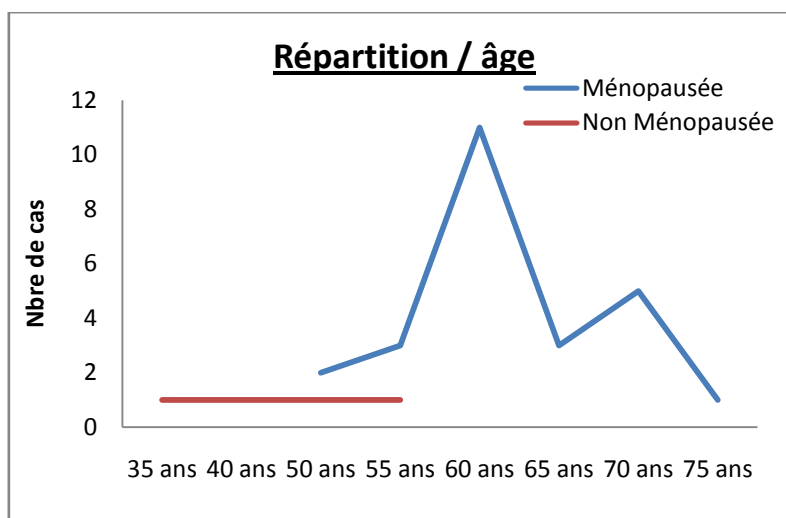


Dans notre étude, la majorité des patientes atteintes du cancer de l'endomètre sont diagnostiquées à des stades précoces aussi bien avant qu'après la ménopause et le pourcentage des patientes est inversement proportionnel à la gravité des stades. En effet, 74% des patientes ménopausées sont diagnostiquées aux stades S1 et S2 contre 3% au stade terminal (S4).

5. Cancer de la vulve :

a. Pic de fréquence :

Figure n°13 : Pic de fréquence



La fréquence du cancer de la vulve atteint un pic vers l'âge de 60 ans chez la femme ménopausée, par contre elle reste stable chez la femme non ménopausée quel que soit son âge.

b. Age :

Tableau n°15 : Répartition en fonction de l'âge

	Ménopausée	Non Ménopausée	Total général
Moyenne d'âge	61,52 ± 6,27	44,25 ± 8,10	59,14 ± 8,80
Intervalle	50 - 75	35 - 52	35 - 75

Dans notre étude, l'âge moyen de survenue du cancer de la vulve chez la femme ménopausée est de $61,52 \pm 6,27$ ans avec des extrêmes de 50 et 75 ans.

Chez la femme non ménopausée, cet âge moyen est de $44,25 \pm 8,10$ ans avec des extrêmes de 35 et 52 ans.

c. Stades :

Tableau n°16 : Répartition en fonction du stade

Stades	Ménopausée	Non Ménopausée	Total
VIN 3	1		1
Cancer S1	9		9
Cancer S2	6	1	7
Cancer S3	8		8
Métastase vulvaire	1	3	4
Total	25	4	29

Durant les 25 années concernées par notre étude, 25 femmes ménopausées ont été hospitalisées pour cancer de la vulve dont un seul cas diagnostiqué au stade VIN3, 23 aux stades S1, S2 et S3 avec des taux rapprochés et un seul cas au stade de métastase vulvaire.

En revanche, en période d'activité génitale, seules 4 femmes ont été hospitalisées pour cancer de la vulve dont 3 diagnostiquées au stade de métastase vulvaire.

d. Types histologiques :

Tableau n°17 : Types histologiques du cancer de la vulve

Type histologique	Ménopausée	Non Ménopausée	Total
VIN 3	1		1
Cancer épidermoïde de la vulve	23	1	24
Sarcome (métastase)	1		1
Choriocarcinome (métastase)		3	3
Total	25	4	29

Dans notre série, le cancer épidermoïde de la vulve est le type histologique le plus fréquent chez la femme ménopausée et concerne 23 patientes sur les 25 cas touchés par ce cancer.

Par contre, chez la femme non ménopausée, parmi les 4 cas hospitalisés pour cancer de la vulve, 3 sont des métastases de choriocarcinome contre un seul cas de cancer épidermoïde de la vulve.



Discussion

Discussion :

Les cancers représentent 19% des causes de décès dans les pays développés et environ 5% dans ceux en voie de développement [1]. Les services de santé accordent beaucoup d'intérêt aux maladies néoplasiques qui relèvent particulièrement de notre sujet puisque certaines formes de cancer dépendent de l'âge (c'est à dire que le rapport avec l'âge devient supérieur à 1), et de ce fait, les cancers ont été considérés comme conséquence du processus de vieillissement.

Selon l'OMS, aux alentours de 2020, il y aura plus d'un milliard de personnes âgées dont les deux tiers vivront dans les pays en voie de développement [2]. Dans les pays développés, 25% de la population des femmes sont en période péri ou post ménopausique. Au Maroc, plus de 2 millions de femmes sont ménopausées soit 17% de la population féminine.

Tableau n°18 : Profil épidémiologique de la femme ménopausée
(Présentation du Pr.Chaoui)

Nombre de femmes ménopausées par rapport à la population totale	Pourcentage	Pays
2 millions / 8	25%	Suède
9 millions / 60	15%	France
15 millions / 70	21%	Allemagne
>2 millions / 30	7%	Maroc

La ménopause qui est considérée comme un état de vieillissement physiologique chez la femme, prédispose à un certain nombre de pathologies métaboliques, osseuses, cardio-vasculaires mais également à un grand nombre de cancers.

Avec le THS, le risque de développer un cancer augmente surtout pour les cancers hormono-dépendants notamment ceux du sein et de l'endomètre. Au Maroc, seules 1,2% des femmes ménopausées bénéficient d'un THS dont 5% seulement poursuivent leur traitement pendant plus d'un an (tableau n°19). Dans notre étude, aucune femme ménopausée n'a bénéficié d'un THS.

Tableau n°19 : Utilisation du THS par les femmes ménopausées
(Présentation du Pr.Chaoui)

THS	% des femmes	Durée moyenne
USA	40%	50 % dépassant 10 ans
France	15%	10 % dépassant 3 ans
Maroc	1,20%	5% dépassant 1 an

Au Maroc, les cancers gynécologiques représentent 50,4% des cancers féminins et 28,7% de l'ensemble des cancers selon la série de Benider et coll. [3]. Cependant, en l'absence d'un registre de cancer national, l'approche d'une incidence paraît difficile à faire. Les données statistiques disponibles se basent sur les données des registres hospitaliers, essentiellement celles de l'Institut National d'Oncologie de Rabat. En effet, entre 1985 et 2002, 24268 cas de cancers

gynécologiques ont été enregistrés dont 11386 cas de cancers du sein [4]. De ce fait, le cancer du sein est le 1er cancer gynécologique de la femme marocaine avec un taux de 47%, suivi du cancer du col avec 39,4% des cas. Le reste des cancers gynécologiques, l'ovaire, l'endomètre et autres sont moins fréquents et représentent respectivement 6,5%, 3,8% et 3,1% [4].

Dans notre étude, les cancers gynécologiques représentent 29% de l'ensemble des pathologies du tractus génital de la femme. Les localisations des cancers gynécologiques les plus fréquentes sont le sein qui occupe le premier rang des cancers génitaux de la femme de tout âge (42%) suivi de celui du col (36%) puis de l'ovaire (12%). Les autres néoplasies, l'endomètre et la vulve, sont plus rares et occupent respectivement le 4^{ème} (8%) et le 5ème rang (2%) des cancers gynécologiques.

I. Cancer du sein :

1. Fréquence :

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme à l'échelle mondiale, et c'est, selon l'OMS, le 2^{ème} cancer le plus fréquent après celui du poumon pour les 2 sexes [5].

Ce cancer représente 20 à 25% des tumeurs malignes féminines (1^{ère} localisation chez la femme) [5].

Dans notre étude, le cancer du sein occupe le 1^{er} rang des cancers gynécologiques devançant ainsi le cancer du col utérin et de l'ovaire. Cependant, le cancer du sein prédomine chez la femme non ménopausée avec un taux de 48% par rapport à la femme ménopausée dont le taux est de 33%.

Ce résultat a été également retrouvé dans une étude rétrospective réalisée à la maternité Lalla Meryem de Casablanca [6].

2. Age :

a. Age au moment du diagnostic :

L'âge moyen des femmes ménopausées atteintes du cancer du sein est de $57,36 \pm 6,67$ ans avec un pic de fréquence à 60 ans.

Cet âge est proche de celui retrouvé par Kemeny en Angleterre [7] et Margaret aux Etats-Unis [8].

En France également, l'âge moyen d'apparition du cancer du sein est de 60 ans et 20 à 30% des cancers du sein sont diagnostiqués après 50 ans [9].

b. Age de la ménopause :

Dans notre série, l'âge moyen de la ménopause chez les patientes atteintes du cancer du sein est de $47,90 \pm 3,00$ ans.

L'âge de la ménopause constitue un facteur de risque du cancer du sein et les femmes ménopausées tardivement ont un risque de survenue de ce cancer 2 fois plus élevé que les femmes ayant eu une ménopause précoce [10].

Parmi les femmes ayant une ménopause naturelle, le risque encouru par celles ayant été ménopausées après 55 ans est le double de celui encouru par les femmes ménopausées avant 44 ans [11].

3. Stade tumoral :

Dans notre série, le cancer du sein est diagnostiqué à des stades avancés aussi bien chez la femme ménopausée que chez la femme non ménopausée avec un taux respectivement de 67% et 66%. Par conséquent, la répartition des stades est presque identique aussi bien avant qu'après la ménopause.

Nos résultats rejoignent ceux des séries de l'HMIMV [12], de l'INO [13] et du CHU Ibn Rochd [14] ainsi que ceux des études réalisées

dans certains pays tels que le Mali [15] et Madagascar [16] (tableau n°20).

Toutefois, à Grenoble, à titre d'exemple, 82% des femmes sont diagnostiquées aux stades précoces T1 et T2 [17].

Ceci peut s'expliquer, dans notre contexte, par le retard à la consultation et le milieu socioculturel particulier. Cependant, avec le lancement de la campagne nationale de sensibilisation, ce taux peut s'abaisser dans les années à venir.

Tableau n°20 : Répartition des stades selon la classification TNM

Classification TNM	Notre série	HMIMV [12]	INO [13]	Ibn Rochd [14]	Madagascar [16]	Mali [15]
Tx	-	-	30%	-	-	-
T0	-	4,30%	-	-	-	-
Stades localisés: T1-T2	33%	40,60%	26%	47,50%	17,50%	38,40%
Stades avancés: T3- T4	67% (T4d:14%)	55,1% (T4d:14,5%)	44%	52,5% (T4d:10%)	61,5%	61,60%
Adénopathies cliniques	-	55,10%	41%	63%	77%	-
Métastases initiales	-	9,20%	15%	14%	20%	-

II. Cancer du col utérin :

1. Fréquence :

Le cancer du col utérin est le 2^{ème} cancer féminin dans le monde et le 1^{er} dans la plupart des pays en voie de développement (80% des cas de cancer) [18].

Dans notre étude, le cancer du col occupe le 1^{er} rang des cancers gynécologiques chez la femme ménopausée soit 37% des cas, tandis qu'il vient en 2^{ème} position après le cancer du sein chez la femme non ménopausée.

Selon la série réalisée à la maternité Lalla Meryem [6], le cancer du col représente le 1er cancer gynécologique aussi bien avant qu'après la ménopause avec un taux respectivement de 47,5% et 42,6%.

2. Age :

a. Age au moment du diagnostic :

L'âge moyen au diagnostic du cancer du col se situe autour de 55 ans [19]. L'incidence de ce cancer commence à augmenter vers l'âge de 30-39 ans et atteint un pic à 50-60 ans [20].

En France, il est rare avant 30 ans et présente un pic entre 40 et 55 ans. Sa fréquence diminue au-delà de 50 ans et augmente à nouveau chez la femme âgée [21].

Dans notre étude, l'âge moyen au diagnostic chez la femme ménopausée est de $56,59 \pm 7,44$ ans avec un pic de fréquence situé également entre 55 et 60 ans.

L'âge de survenue du cancer du col coïncide donc avec l'âge de la ménopause. Ceci est en rapport avec l'évolution lente de l'infection à HPV qui met en général plus de 15 ans à se développer [22, 23, 24].

b. Age de la ménopause :

Selon Cusimano [25], l'âge de la ménopause n'est pas un facteur de risque pour le cancer du col utérin.

Dans notre étude, l'âge de la ménopause des patientes atteintes de ce cancer est de $48,05 \pm 2,65$ ans.

3. Motif d'hospitalisation :

Dans notre série, 96% des patientes ménopausées atteintes du cancer du col ont consulté pour des métrorragies.

Dans la majorité des études, les métrorragies constituent le maître symptôme du cancer du col utérin (tableau n°21).

Tableau n°21: Pourcentage des métrorragies selon les auteurs

Auteurs	Pourcentage des métrorragies
Chauvergne [26]	90%
Benmoura [27]	92%
Traoré [15]	82,20%
Ameur S. [6]	86,60%
Notre série	96%

4. Stades :

Le cancer du col utérin demeure un réel problème de santé publique puisque 80% des patientes sont diagnostiquées à un stade tardif [28, 29, 30, 31, 32].

Dans notre série, les stades III et IV ont été enregistrés chez la moitié des femmes ménopausées contre presque le quart chez les femmes non ménopausées.

Ceci est probablement dû à l'absence d'un dépistage précoce, mais aussi à un manque de suivi chez la femme marocaine surtout après la ménopause.

A noter que l'examen gynécologique est plus délicat chez la femme ménopausée en raison de l'atrophie vaginale, due à la carence oestrogénique, et de l'ascension de la zone de jonction vers l'endocol qui

fait que les lésions néoplasiques peuvent passer inaperçues lors de l'examen.

Tableau n°22 : Répartition des stades de la FIGO selon les auteurs

Auteurs	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
Jachème [33]	57%	26,90%	6,80%	9,10%
Boulanger [34]	52,70%	28%	12%	7,30%
Myers [35]	46,40%	27%	18,10%	8,50%
Traoré [15]	10,70%	29,90%	26,90%	32,50%
Notre série	12%	33%	45%	5%

III. Cancer de l’ovaire :

1. Fréquence :

Le cancer de l’ovaire est le 6^{ème} cancer diagnostiqué chez la femme [36].

Dans notre étude, il occupe le 3^{ème} rang des cancers gynécologiques après celui du sein et du col utérin avec un taux de 12%. Ceci a été retrouvé dans la plupart des séries (Dauplat [37], Ibn Rochd [38,39]).

Comme pour Argento et al., notre étude confirme le fait que le cancer de l’ovaire est essentiellement une tumeur de la femme ménopausée avec un taux de 15% contre 10% chez la femme non ménopausée.

2. Age :

a. Age au moment du diagnostic :

Nous avons retrouvé que la moyenne d’âge des femmes ménopausées atteintes de cancer de l’ovaire est de $57,14 \pm 7,05$ ans avec un pic de fréquence à 60 ans.

Dans la majorité des études, ce cancer est rare avant 40 ans, sa fréquence augmente rapidement après cet âge avec des pics à 65-75 ans [40].

b. Age de la ménopause :

La ménopause tardive est associée à une augmentation du risque relatif du cancer de l'ovaire [41,42].

En effet, une ménopause survenant avant l'âge de 40 ans est associée à un risque relatif de 1, alors que ce risque est de 2,9 si elle survient après 50 ans [42].

Dans notre série, la moyenne d'âge de la ménopause est de 47,97 $\pm$ 2,46 ans.

3. Motif d'hospitalisation :

Les masses abdomino-pelviennes ont constitué dans notre étude le principal signe révélateur du cancer de l'ovaire avec 62% des cas.

Dans plusieurs séries, les algies pelviennes représentent le signe le plus fréquent et le plus précoce [43].

4. Stades :

Chez la femme ménopausée, le diagnostic des tumeurs malignes se fait souvent à un stade tardif [44].

Dans notre série, le cancer de l'ovaire est diagnostiqué aux stades III et IV avec un taux respectivement de 23% et 31%.

D'après une étude sur l'incidence des cancers ovariens en France, les stades III et IV sont enregistrés dans les deux tiers des cas [40].

Selon Schrub [45], 42% des patientes consultent à un stade avancé. Ce retard diagnostic est dû au polymorphisme clinique du cancer de l'ovaire, alors que le niveau socio-économique défavorisant vient en second lieu.

5. Types histologiques :

Dans notre série, l'adénocarcinome est le type histologique le plus fréquent quel que soit l'âge de la patiente. Il représente 83% chez la femme ménopausée et 73% chez la femme non ménopausée.

Ces tumeurs épithéliales sont de loin les plus fréquentes dans la plupart des études [43].

Le cancer de l'ovaire est un cancer de la femme ménopausée, son incidence reste stable dans le temps. Il se caractérise par un très mauvais pronostic puisque le diagnostic est fait le plus souvent à des stades tardifs.

IV. Cancer de l'endomètre :

1. Fréquence :

Le cancer de l'endomètre vient au 7^{ème} rang des tumeurs malignes les plus courantes chez la femme dans le monde [28].

Il survient le plus souvent chez la femme ménopausée. C'est ainsi que chez une femme de 60 ans, le risque est multiplié par quatre par rapport à celui d'une femme de moins de 45 ans [6].

A la maternité Lalla Meryem, le cancer de l'endomètre vient en 5^{ème} position. Il représente 4,5% de l'ensemble des cancers gynécologiques, avec un taux de 9,6% chez la femme ménopausée contre 2,7% chez la femme non ménopausée [6].

Dans notre série, le cancer du corps utérin représente 8% des cancers du tractus génital féminin occupant ainsi le 4^{ème} rang après les cancers du sein, du col et de l'ovaire. Il est prédominant chez la femme ménopausée représentant 11% des cas, alors qu'il ne concerne que 6% des cas avant la ménopause.

Le cancer de l'endomètre est donc plus fréquent chez la femme ménopausée. Ceci peut être expliqué par l'augmentation de l'espérance de vie et par la présence, après la ménopause, d'un climat hormonal hyperœstrogénique dû soit à un THS ou à une sécrétion endogène par aromatisation périphérique des androgènes en oestrogènes au niveau du tissu adipeux.

2. Age :

a. Age au moment du diagnostic :

Selon Caubel [46], le cancer de l'endomètre est un cancer de la femme ménopausée puisque la plupart des cas sont diagnostiqués entre 50 et 60 ans avec un pic de fréquence à 58-60 ans.

Dans notre série, l'âge moyen au moment du diagnostic du cancer de l'endomètre est de $59,10 \pm 6,07$ ans avec un pic de fréquence à 60 ans.

Tableau n°23 : Fréquence selon les tranches d'âge dans la littérature

Auteurs	Tranches d'âges				
	30-39	40-49	50-59	60-69	>70
Van Houtte [47]	-	6%	15,40%	29,50%	48,30%
Devic [48]	1,60%	3,30%	35%	43%	16%
Jama [49]	-	18%	36%	39%	7%

b. Age de la ménopause :

Pour de nombreux auteurs, une ménopause tardive constitue un facteur de risque du cancer de l'endomètre [6].

D'après Blondon [50], une ménopause tardive survenant après l'âge de 52 ans multiplie le risque de survenue de ce cancer par deux en raison d'une exposition prolongée aux œstrogènes.

Cependant, selon Davis et coll. [51], la ménopause tardive n'est pas un facteur de risque direct, elle est la conséquence des troubles hormonaux qui interviennent dans la genèse du cancer de l'endomètre par l'intermédiaire d'une hyperœstrogénie endogène.

Dans notre série, l'âge moyen de la ménopause est de $48,58 \pm 2,58$ ans.

3. Motif d'hospitalisation :

Les métrorragies post-ménopausiques constituent le principal signe révélateur du cancer de l'endomètre [15, 38, 51, 52].

Selon Vinatier et coll. [53], 9 à 14% des femmes ménopausées souffrant d'un épisode de métrorragies ont un cancer de l'endomètre.

Pour Jama [49], ce signe est retrouvé chez 82,3% des cas et un peu plus pour Descamps [54] et Benider au CHU Ibn Rochd [55] avec un taux respectivement de 85% et 90%.

Dans notre étude, les métrorragies post-ménopausiques révèlent un cancer de l'endomètre dans 76% des cas.

4. Stades :

Le cancer de l'endomètre est habituellement diagnostiqué à un stade précoce.

Dans notre série, une femme ménopausée sur deux est diagnostiquée au stade I.

Selon de nombreux auteurs, le stade I reste le plus fréquent avec une proportion de 72% à 82,6% [56, 57, 58, 59].

Tableau n°24 : Répartition des stades de la FIGO selon les auteurs

Auteurs	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
Bolla [58]	74,80%	2,47%	9,50%	5,70%
Vardi [59]	80%	11%	2%	7%
Descamps [57]	75%	-	-	-
Jemal A. [60]	72%	12%	13%	3%
Notre série	50%	25%	23%	4%

5. Types histologiques :

Environ 90% des cancers de l'endomètre sont des adénocarcinomes.

Baudet et Catanzano [61] retrouvent qu'un carcinome de l'endomètre s'observe 9 fois sur 10 après la ménopause.

Nos résultats rejoignent ce constat puisque 83% des femmes ménopausées ont un adénocarcinome.

Tableau n°25 : Pourcentages de l'adénocarcinome selon les auteurs

Auteurs	Pourcentage de l'ADK
Bolla [58]	74%
Devic [48]	90%
Douvier [62]	90%
Notre série	83%

V. Cancer de la vulve :

1. Fréquence :

Le cancer de la vulve est une affection gynécologique rare, il représente 3 à 5% des cancers génitaux de la femme [63, 64, 65, 66, 67, 68, 69].

A la maternité Lalla Meryem [6], le cancer vulvaire occupe le 3^{ème} rang chez la femme ménopausée après les cancers du col et du sein avec un taux de 14,7%, alors qu'avant la ménopause, il vient en 4^{ème} position après les cancers du col, du sein et de l'ovaire et ne représente que 4,2% des cas.

En revanche, notre étude relève que le cancer de la vulve occupe le 5^{ème} rang par rapport à l'ensemble des cancers gynécologiques représentant ainsi un taux de 3% chez la femme ménopausée, tandis que chez la femme non ménopausée, cette néoplasie est très rare.

Le cancer de la vulve est donc plus fréquent après la ménopause, ceci peut être dû, chez la femme ménopausée, à l'atrophie vulvaire associée au prurit et à toutes les lésions qui en découlent à savoir l'érosion muqueuse, la surinfection et la leucoplasie sur lesquelles va se greffer ce cancer.

2. Age :

a. Age au moment du diagnostic :

L'âge est le principal facteur de risque des cancers vulvaires qui surviennent classiquement chez les femmes âgées. C'est une affection de la 6^{ème} décade, l'âge moyen de diagnostic est de 65 ans, mais on la rencontre fréquemment chez des femmes beaucoup plus âgées : environ 35% des patientes ont plus de 70 ans [65].

D'après une étude rétrospective réalisée à Tunis, portant sur 11 cas de cancer vulvaire chez des femmes ménopausées, l'âge moyen de survenue est de 67 ans [70].

Dans notre série, l'âge moyen au moment du diagnostic est de $61,52 \pm 6,27$ ans avec un pic de fréquence à 60 ans.

b. Age de la ménopause :

Le cancer de la vulve est très fréquent en cas de ménopause précoce [63].

L'étude de Parazzini [71] n'a pas confirmé le rôle de la ménopause dans la genèse de cette néoplasie.

Cependant, l'insuffisance œstrogénique chez la femme ménopausée est un facteur favorisant la survenue de ce cancer [72].

Dans notre série, la moyenne d'âge des patientes ménopausées est de $49,76 \pm 2,07$ ans.

3. Motif d'hospitalisation :

Pour la plupart des auteurs, le prurit est le principal signe révélateur d'un cancer vulvaire [15, 66, 65, 73, 74].

Dans notre étude, l'hémorragie génitale est le 1^{er} motif de consultation puisqu'elle est notée chez la moitié des patientes ménopausées.

Tableau n°26 : Répartition en fonction des signes d'appel selon les auteurs

Auteurs	Tumeur vulvaire	Prurit	Saignement	Douleur
Doh [75]	91,10%	55,60%	33,30%	71,10%
Abbard [76]	58,80%	52,90%	26,50%	11,80%
Mahjoub S. [70]	72,70%	27,30%	27,30%	-
Chebraoui [77]	73,90%	68,40%	7,60%	4,40%
Notre série	25%	-	50%	-

4. Stades:

Dans notre série, 60% des femmes ménopausées sont diagnostiquées aux stades I et II traduisant ainsi que plus de la moitié des patientes consultent à des stades précoces. Il en est de même pour la majorité des auteurs (tableau n°27).

Tableau n°27 : Répartition des stades de la FIGO selon les auteurs

Auteurs	Stade I	Stade II	Stade III	Stade IV
Perno [78]	25%	23%	48%	-
Abbard [76]	23,50%	55,80%	20,50%	-
Mahjoub S.[70]	10%	70%	10%	10%
Chebraoui [77]	7,10%	33,70%	31%	19,50%
Notre série	36%	24%	32%	4%

5. Types histologiques :

Le carcinome épidermoïde de la vulve est le type histologique le plus fréquent (tableau n°28). Dans notre étude, il représente 92% des cancers vulvaires.

Le même taux a été retrouvé par Delpero [74], Hoskins [67] et Perno [78].

Tableau n°28 : Pourcentages du carcinome épidermoïde selon les auteurs

Auteurs	Carcinome épidermoïde
Amy Blair [40]	80-90%
Boulanger [79]	90%
Chebraoui [77]	96,10%
Notre série	92%

Conclusion

Conclusion :

La ménopause, autrefois considérée comme une simple étape naturelle de la vie d'une femme, constitue actuellement le centre d'intérêt de multiples disciplines. En effet, les perturbations hormonales de cette période exposent la femme à de nombreuses pathologies notamment néoplasiques.

Les cancers, en particulier gynécologiques, sont très fréquents chez la femme ménopausée et constituent un réel problème de santé publique. Les cancers du sein et du col utérin sont de loin les plus fréquents chez la femme, même après la ménopause, suivis par ceux de l'ovaire, de l'endomètre et de la vulve.

Pour une meilleure surveillance épidémiologique des cancers gynécologiques et en vue d'une bonne politique de prévention et une prise en charge adaptée des femmes ménopausées, les efforts doivent être renforcés par la création de nouveaux centres de dépistage dans toutes les régions du Maroc, la mise en place de programmes de diagnostic précoce des cancers génitaux, ou mieux la généralisation des campagnes de dépistage de masse.



Résumé

Résumé

Introduction : La ménopause est une étape physiologique du vieillissement normal exposant la femme à de nombreuses pathologies en particulier aux cancers génitaux. Notre étude a pour objectif de déterminer la fréquence des cancers gynécologiques chez la femme ménopausée dans notre contexte et d'étudier leurs particularités à cette étape de la vie de la femme.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une série rétrospective de 749 cas de cancers gynécologiques chez la femme ménopausée, colligés à la maternité Universitaire M1 du CHU Ibn Sina de Rabat, du 1^{er} janvier 1980 au 31 décembre 2004.

Résultats : Les cancers gynécologiques les plus fréquents après la ménopause sont ceux du col et du sein qui représentent respectivement 37% et 33% des cas. Ils sont suivis de ceux de l'ovaire (15%), de l'endomètre (11%) et de la vulve (3%).

L'âge moyen au moment du diagnostic des cancers génitaux est de 57,37 $\pm$ 7,01 ans avec des extrêmes de 40 et 80 ans et un pic de fréquence autour de 60 ans.

Plus de la moitié des patientes ménopausées sont diagnostiquées à des stades avancés excepté celles atteintes du cancer de l'endomètre dont le diagnostic se fait dans la plupart des cas à un stade précoce.

Le type histologique le plus fréquent chez la femme ménopausée est l'adénocarcinome pour les cancers de l'ovaire et de l'endomètre et le carcinome épidermoïde pour les cancers vulvaires.

Conclusion : Les cancers gynécologiques, en particulier ceux du col et du sein, sont très fréquents après la ménopause et constituent un réel problème de santé publique. Pour améliorer leur pronostic et en vue d'une prise en charge adaptée des femmes ménopausées, nous insistons sur le dépistage précoce ou mieux l'organisation de campagnes de dépistage de masse qui restent un moyen efficace pour prévenir et lutter contre ces cancers.

ملخص

مقدمة: يعتبر سن اليأس مرحلة فيزيولوجية تعرض فيها المرأة إلى عدة أمراض خاصة إلى الأورام المتعلقة بالأعضاء التناسلية.

لذا قمنا بدراسة تهدف إلى تحديد مدى ارتداد أورام الأعضاء التناسلية عند المرأة في سن اليأس والبحث عن خاصيات هذه المرحلة من الحياة.

المواد و الطرق: نقلنا في دراستنا النتائج الاستيعادية التي شملت 749 حالة سرطان الأعضاء التناسلية عند المرأة في سن اليأس عرضت على مصلحة أمراض النساء والتوليد بمستشفى ابن سينا بالرباط خلال الفترة الممتدة من فاتح يناير 1980 إلى 31 دجنبر 2004 .

النتائج: يعتبر سرطان عنق الرحم والثدي الورمين الأكثر ارتدادا عند المرأة في سن اليأس ويمثلان على التوالي نسبة 37 و 33 في المائة من الحالات يليها سرطان المبيض بنسبة 15 في المائة، غشاء الرحم بنسبة 11 في المائة ثم الفرج بنسبة 3 في المائة . يتراوح سن السيدات المصابات بأورام الأعضاء التناسلية أثناء التشخيص بين 40 و 80 سنة مع معدل 57.37 ± 7.01 سنة وقمة ارتداد تصل إلى حوالي 60 سنة .

ويتم تشخيص أكثر من نصف المصابات بداء السرطان في مراحل متطورة للمرض باستثناء المصابات بورم غشاء الرحم التي يتم تشخيصها في غالب الأحيان في مرحلة مبكرة. تعتبر السرطانة الغدية النموذج الهيستولوجي الأكثر ارتدادا عند المرأة في سن اليأس وذلك بالنسبة لورمي المبيض وغشاء الرحم والسرطانة البشراية بالنسبة لسرطان الفرج.

الخاتمة: تشكل أورام الأعضاء التناسلية، خاصة ورمي عنق الرحم والثدي الأكثر ارتدادا عند المرأة في سن اليأس معضلة للصحة العمومية ويبقى التشخيص المبكر أو بالأحرى تنظيم حملات للكشف المبكر الوسيلة الفعالة للوقاية والحد من هذه الأورام.

Summary

Introduction: the menopause is a physiological stage of the normal aging which exposes women to many pathologies especially genital cancers. The aim of our study is determining the frequency of the gynecological cancers at the menopausal woman in our environment and to study their particularities in this period of woman life.

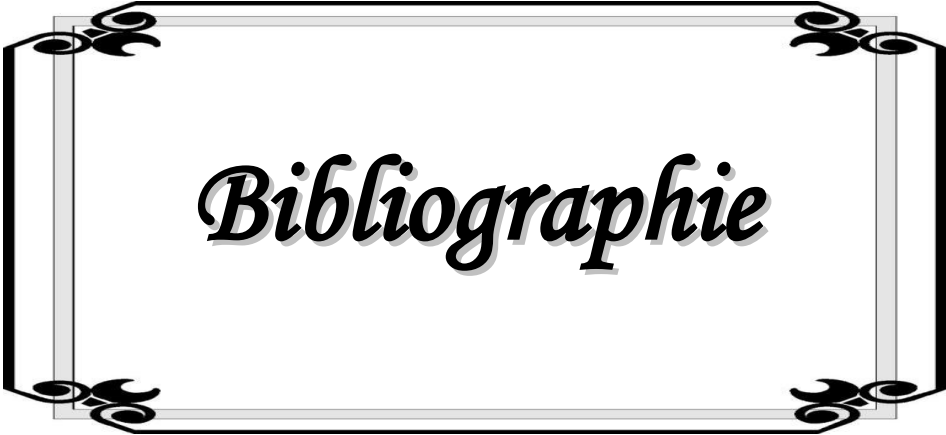
Tools and methods : it is a retrospective serie of 749 cases of gynecological cancers at the menopausal woman, brought together in the hospital maternity M1 of the teaching hospital IBN SINA of Rabat, from January 1st, 1980 to December 31st, 2004.

Results: the most frequent gynecological cancers after the menopause are the cervical and the breast which represent respectively 37 % and 33 % of the cases. They are followed by the ovarian (15 %), the endometrial (11 %) and the vulva (3 %).

The average age at diagnosis of genital cancers is 57.37 ± 7.01 years old with extremes of 40 and 80 years and a peak incidence around 60 years. More than half of menopausal patients are diagnosed in advanced stages except those with endometrial cancer whose diagnosis is in most cases at an early stage.

The most common histological type in menopausal women is adenocarcinoma for ovarian and endometrial cancers and squamous cell carcinoma for vulvar cancer.

Conclusion : The gynecological cancers, especially cervical and breast, are very common after menopause and are a real public health problem. To improve their prognosis and in order to care for postmenopausal women, we emphasize/claim early detection and better organization of mass screening which is still an effective means to prevent and fight against these cancers.



Bibliographie

[1] RIGGLA N.

Enj. J. méd. 1978, 298 : 195-7.

[2] BARRES RD.

Year book medical publishers 1978 : 301-15.

**[3] BENIDER A, SAMLALI R, ACHARKI A, SAHRAOUI S,
KAHLAIN A.**

Approche épidémiologique des cancers au Maroc

Maghreb Méd. 1994 ; 277 : 32-5

**[4] Institut National d'Oncologie Mohamed BEN ABDELLAH de
Rabat.**

Étude: Épidémiologie du Cancer (Malades de L'INO entre 1985-
2002)-Mai 2005 (<http://www.cancer.ma>)

[5] OUKILI M.

Epidémiologie et facteurs de risque du cancer du sein (A propos de
816 cas).

Thèse en médecine. Rabat. N° 189/2006 pages 42-43.

[6] AMEUR S.

Cancers gynéco-mammaires et ménopause (A propos de 176 cas).

Thèse en médecine. Casablanca. N° 102/1998.

[7] KEMENYM N, RIVERAD E, CHIRPAZ F.

Fine-needle aspiration and cytologic finding of surgical scar lesions

in women with breast cancer.

Cancer, 1992, 69(1) : 148-152.

[8] MARGARET E, EDOUTE Y et COLL.

Occult primary denocarcinoma with axillary metastases.

Am J. Surg, 1986, 152 : 13-14.

**[9] UZAN S, SEROR J-Y, CHOPIER J, ANTOINE M,
BARRANGER E, MERVIEL P, MATHIEU E, LOTZ J-P,
GLIGOROV J, TOUBOUL E.**

Cancer du sein Traité de Gynécologie.

Edition Flammarion. Paris 2005: pages 534-555

[10] BUREAU – PLU G.

Traitement de la ménopause et cancer du sein. Aspects
épidémiologiques Rev. Prat. (Paris) 1993, 43, 20.

**[11] COLDITZ GA, STAMPFER MJ, WILLETT WC,
HENNEKENS CH.**

Prospective study of estrogen replacement therapy and risk of
breast cancer in postmenopausal women. JAMA 1990 ; 264 : 2648-
2653 [crossref]

[12] ALAYOUD A.

Cancer du sein : Expérience du service de gynécologie obstétrique

de l'HMIMV (A propos de 207 cas).

Thèse en médecine. Rabat. N° 196/2007.

**[13] BOUZIAN Z, SOFI N, LOUGHMARI S, MANSOURI A,
BENJAAFAR N, ELGUEDARI B.K.**

Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques du cancer du sein :
expérience de l'Institut National d'Oncologie 2003.

Service de radiothérapie INO Rabat.

[14] F. HALI, S. CHIHEB, EL OUAZZANI T., LAKHDAR H.

Cancer du sein chez l'homme au Maroc.

Service de dermatologie vénéréologie, CHU Ibn Rochd, quartier
des hôpitaux, Casablanca, Maroc.

**[15] TRAORE M, DIABATE FS, DIARRA I, MOUNKORO N,
TRAORE Y, TEKETE I, KANAMBAYE D, DOLO A**

Cancers gynécologiques et mammaires : aspects épidémiologiques
et cliniques à l'hôpital du point G à Bamako.

Mali Médical. 2004. T XIX N° 1 : 4-9

[16] RAFARAMINO F., RAKOTOBE P. and PIGNON T.

Prise en charge du cancer du sein à Madagascar

Service de radiothérapie oncologie, hôpital J. Ravoahanga-Andrianavalona, 101 Antanarivo, Madagascar (2001).

www.sciencedirect.com

[17] M. ESPIE

Cancer du sein chez les femmes âgées

<http://www.springerlink.com/content/l6w613437693140g/>

[18] MUNOZ N.

Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated with Cervical Cancer.

NEJM. 2003; 348:518-27.

[19] BIBLIOMED Les analyses du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC : Incidence et mortalité du cancer du col utérin, influence du dépistage. Numéro 144 du 6 mai 1999.

[20] WORLD HEALTH ORGANIZATION

International agency for research on Cancer :

World Cancer Report 2008.

Cervical cancer 418 - section 5 - Cancer Site by Site.

[21] REMONTER L, BUEMI A, VELTEN M et AL.

Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de

1978 à 2000.

Edition de l'institut de veille sanitaire.

[22] ARBYN M, RAIFU AO, AUTIER P, FERLAY J.

Burden of cervical cancer in Europe: estimates for 2004.

Ann Oncol 2007;18(10):1708-15.

[23] IARC.

IARC handbooks of cancer prevention Vol. 10: cervix cancer screening. Lyon, 2005.

<http://screening.iarc.fr/doc/HANDBOOK10.pdf> (consulté le 12/03/2008).

[24] BASEMAN JG, KOUTSKY LA.

The epidemiology of human papillomavirus infections.

J Clin Virol 2005 Mar;32(Suppl 1):S16-S24.

[25] CUSIMANO R, DARDANONI G, DARDANONI L,

LAROSA M, PAVONE G, TUMINO R, GAFA L.

Risk factors of female cancers in ragusa population (sicily).

Eur-J-Epidemiol., 1989, 5(3) : 363-371.

[26] CHAUVERGNE J, ROHART, HERON J. F, Ayme Y,

BERLIE J.

Essai randomisé de chimiothérapie initiale dans 151 carcinomes du col utérin localement étendus.

Bull. cancer, 1990, 77 : 1007 - 1024.

[27] BENMOURA D, BLANC B.

Evolution des lésions de bas grade : revue critique.

Gynécologie, 1995, 3(5) : 267-275.

[28] DUARTE-FRANCO E, FRANCO EL.

Other Gynecologic Cancers: endometrial, ovarian, vulvar and vaginal cancers

BMC Womens Health. 2004 Aug 25; 4 Suppl 1:S14.

[29] SANKARANARAYANAN R, BLACK RJ, SWAMINATHAN R, PARKIN DM.

An overview of cancer survival in developing countries.

IARC Sci Publ. 1998 ;(145):135-73

[30] SANKARANARAYANAN R, BASU P, WESLEY RS, MAHE C, KEITA N, MBALAWA CC, SHARMA R, DOLO A, SHASTRI SS, NACOUлма M, NAYAMA M,

**SOMANATHAN T, LUCAS E, MUWONGE R, FRAPPART L,
PARKIN DM.**

IARC Multicentre Study Group on Cervical Cancer Early
Detection.

Accuracy of visual screening for cervical neoplasia: Results from
an IARC multicentre study in India and Africa.

Int J Cancer. 2004 Jul 20; 110 (6):907-13

[31] QUERLEU D, BLANC E

Cancer du col utérin Traité de Gynécologie.

Edition Flammarion. Paris 2005: pages 360-359

**[32] MUTEGANYA D, BIGAYI T, BIGIRIMANA V,
INDAYIRWANYA, MARERWA G.**

Le cancer du col utérin au CHU de Kamenge : A propos de 35 cas.

Médecine d'Afrique Noire : 1993, 41(3) :171-8.

**[33] JACQUEME B, COUDERT C, MABRIEZ J-C, BONNIER P,
PIANA L.**

Antécédents de dépistage cytologique chez les patientes traitées
pour cancer infiltrant du col de l'utérus

Bulletin du Cancer. Volume 89, Numéro 2, 234-40, Février 2002,

Articles originaux

**[34] BOULANGER J.-C, FAUVET R, URRUTIAGUER S, DREAN
Y, SEVESTRE H, GANRY O, BERGERON C, GONDY J.**

Histoire cytologique des cancers du col utérin diagnostiqués en France en 2006.

Gynécologie Obstétrique & Fertilité 35 (2007) 764–7

www.sciencedirect.com

[35] AKOM E, VENNE S.

L'infection au virus du papillome humain p.12

Institut national de santé publique du Québec (2003)

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/179_InfectionVPH.pdf

[36] PARKIN DM, PISANI P, FERLAY J.

Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990.

Intj Cancer 1999, 80 : 827-841.

[37] DAUPLAT J.

Place et modalités de la chirurgie dans les cancers épithéliaux de l'ovaire

Path. Biol. 1994, 42, N°1 : 20-21.

[38] ACHARKI A.

Répartition des cancers. Expérience du service d'oncologie du CHU

Ibn Rochd de Casablanca (19275 cas).

Thèse médicale, Casablanca, 1993, N°14.

[39] BOUALEM K.

Répartition des cancers (de novembre 1988 à avril 1990).

Thèse médicale, Casablanca, 1993, N°250.

[40] AMY R. BLAIR, CHEYANNE M. CASAS.

Gynecologic cancers.

Prim Care Clin Office Pract 36 (2009) 115–130.

primarycare.theclinics.com

[41] GICQUEL J.M, BOUBLI L, ERNY R.

Ménopause et cancers.

Rev. Prat. 1984, 34 (25) : 1359 - 1362.

[42] TAURELLE R, LAROUSSINIE M.P, LE CURU F.

Cancer de l’ovaire et contexte hormonal.

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1993, 22, 249-253.

[43] Y. KIROVA, E. CALITCHI, F. FEUILHADE

Cancer du sujet âgé : Tumeurs gynécologiques (2007).

[44] FELGERES A, COLAU J.C, PINET CH.

Tumeurs et kystes ovariens après 50 ans.

Etude rétrospective des années 1979 à 1989 au C.M.C FOCH.

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1991, 20 : 669-674.

[45] SCHRUB S.

Le dépistage des cancers.

Enc. Med. Chir. Cancérologie, 1995, 50035-A10, 20 P.

[46] CAUBEL P, LEFRANC J.P.

Cancer de l'endomètre : épidémiologie, histologie, moyens diagnostiques.

Rev. Prat. 1990, 40, 1.

[47] VAN HOUTTE P, BALIKDJIAN, CANTRANINE F, HENRYJ.

Cancer de l'endomètre et radiothérapie.

Revue de 280 patientes traitées à l'institut Bordet.

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1985, 14 pp : 111-119.

[48] DEVIC G, GARDE J, CHAUVIN F, PINET V.

Le cancer de l'endomètre : analyse d'une statistique de 60 cas.

Lyon – chir 1986 – 82 pp : 293-304.

[49] JAMA.

Adénocarcinome de l'endomètre.

Thèse médicale N°14/1996 Casablanca.

[50] BLONDON J, HERRY M, PUIA M, DOUCHET A.

Dépistage du cancer du corps utérin.

Am. J. Méd. Mars 1992, N°93, pp : 9-15.

[51] TAIDI C.

Le cancer de l'endomètre : à propos de 53 cas.

Thèse médicale Rabat 1990 N°191.

[52] WOLFF J.P.

Les résultats des traitements des cancers gynécologiques.

Gynécologie, 1993, 1 (7-8), 405-408.

[53] VINATIER D, COLLINET P, PONCELET E, FARINE M-O.

Cancer de l'endomètre.

Enc. Méd. Chir. 2008, 620-A-10.

[54] DESCAMPS R, CALAIS G, BODY G, LANSAC J.

Cancer de l'endomètre : épidémiologie, diagnostic, évolution, pronostic, traitement.

Rev. prat. (Paris) 1992, 42, 18, pp : 2365-2371.

[55] MAJDI J.

Cancers de l'endomètre (expérience du centre d'oncologie Ibn Rochd)

Thèse en médecine, 1998 n°209, Casablanca.

[56] BODY G, SAUVANET E, LIPINSKY, MAILLET M.L, FETISSOFF.

Eléments du pronostic des adénocarcinomes de l'endomètre aux stades I et II sans expérience d'un traitement radio-chirurgical.

Gynécologie 1985, 36, 3, pp : 201-207.

[57] DESCAMPS P, CALAIS G, VITU L, BODY G, LANSAC J, LEFLOCH O.

adénocarcinomes de l'endomètre stades I et II : valeur pronostique de l'envahissement ganglionnaire.

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1991, 20 pp : 223-229.

[58] BOLLA M, NAWABI H, BOUDINAR S, BERLAND E, VROUSOS C.

Facteurs pronostiques des cancers de l'endomètre de stades I, II de la FIGO, traités par chirurgie en association radio-chirurgicale.

Bull cancer / radioth (1992) 79, 499-504.

[59] VARDI J, GAMALH MD, JADROS, MARIO MD T, ANSELMO MD, ANDSAMEER D. RAFLA, MD, PH D :

The value of exploratory laparotomy in patients with endometria carcinoma according to the new international federation of gynecology and obstetries staging.

Obstetric and gynecology 1992. 80. 2 pp : 204-208.

[60] JEMAL A, MURRAY T, WARD E, SAMUELS A, TIWARI RC, GHAFOR A.

Cancer statistics, 2005.

CA Cancer J Clin 2005; 55:10-30.

[61] SUSAN HIGGIN S, BRUCE G.

Pregnancies and lactation after breast-conserving therapy for early stage breast cancer.

Cancer, 1994, V : 73, N°8.

[62] DOUVIER S, CUISENIER J, NABHOLTZ J.M, PERZ A, BRECHETE.

Les cancers de l'endomètre stades I et II : intérêt de l'association radiothérapie pelvienne, curiethérapie, suivie d'une hystérectomie totale sans curage ganglionnaire.

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1991, 19 : 107-112.

[63] BODY G, LANSAC J, CUILLERE J.C, GUILLARD Y, BARBIN J.Y.

Cancer de la vulve : aspects diagnostiques et thérapeutiques.

A propos de 90 cas.

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1983, 12(2) : 135-145.

[64] ANDRIEU J.M.

Cancers de la vulve ; cancers évaluation, traitement et surveillance.

Estem, Paris, 1997, 5p.

[65] DAUPLAT J, GIRAUD B.

Le cancer invasif de la vulve.

Enc. Méd. Chir. Paris, gynécologie, 1983, 520 A 10.

[66] DARGENT D.

Cancers de la vulve.

Rev. prat. (Paris) 1997, 47 : 1684-1689.

[67] HOSKINS W.J, PEREZ C.A, YOUNG R.C.

Gynecologic tumors, cancer, 1993 : 1152-1165.

[68] SASCO A.J, GENDRE I.

Epidémiologie actuelle des cancers de la vulve.

Contracept. Fertil. Sex. 1998, 26, 12 : 858-864.

[69] DI SAIA PJ, CREASMAN WT.

Invasive cancer of the vulva.

Dans : Clinical gynaecologic oncology. 6e éd., Saint-Louis : Mosby
; 2001. pp. 211-39.

**[70] MAHJOUB S, BEN BRAHIM F, BEN HMID R, ZEHAL D,
KALLEL N, SEBAI N, ZOUARI F.**

Prise en charge des tumeurs malignes de la vulve.

La Tunisie médicale. [Tunis. Méd.], 2008, vol. 86, n°12, pp. 1055-1059.

INIST : 4691

**[71] PARAZZINI F, LA VECCHIA C, GARCIA S, NEGRI E,
SIDERI M, ROGNONI M.T, ORIGONI M.**

Determinants of invasive vulvar cancer risk : an Italian case-control study.

Gynecol-oncol. 1993, 48(1) : 50-55.

[72] VILLEDIEU R, WYPLOSZ J, VAUVARIN P, BRUNE D.

Cancer de la vulve.

La vie médicale, 1979, 4, 1 : 263-268.

[73] DARGENT D.

Cancers de la vulve.

Actualité reproduction humaine et hormones, 1996, 9, 1 : 23-29.

[74] DELPERO J.R, KHOUZAMI A.

Cancers primitifs de la vulve : étude clinique des formes invasives.

Pathologie de la vulve et du vagin, 1992, 297-302.

[75] DOH A.S, KALSA J.M, SHASHA W.

Le cancer de la vulve à Yaoundé (Cameroun).

Gynécologie, Revue du gynécologue, 1995, 3, 4 : 220-223.

[76] ABBARD J, ATTIEM E, ATTALAH D.

Le traitement chirurgical radical du cancer épidermoïde de la vulve.
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1995, 24 : 595-599.

[77] CHEBRAOUI Y.

Cancer de la vulve : à propos de 338 cas.
Thèse médicale N°149/2007, Rabat.

[78] PERNO M, GUILLEMIN F, HOFFSTETTER S, CAROLUS J.M.

La curiethérapie a-t-elle une place dans le traitement des
carcinomes de la vulve ?
Ann. Médicales de Nancy et de l'est, 1996, 35 : 113-116.

[79] BELANGER H, ROY M.

Cancers de la vulve.
La Santé des femmes. Saint-Hyacinthe.
Les éditions EDISEM, FMOQ, Maloine ; 1994. pp. 711-6.