



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2018

Thèse N° 141

REGISTRE HOSPITALIER : EXPERIENCE DU SERVICE D'ONCOLOGIE DU CHU MOHAMMED VI DE MARRAKECH

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14/05/2018

PAR

Mme. KHAYI FATIMA-EZZAHRA

Née le 18/06/1992 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Cancer- répartition- fréquence

JURY

Mme. L.AMRO

Professeur de pneumo-phtisiologie

PRESIDENT

Mme. M.KHOUCHANI

Professeur de radiothérapie

RAPPORTEUR

Mr. R.BOUCHENTOUF

Professeur de pneumo-phtisiologie

Mme. A.BASSIR

Professeur de gynécologie-obstétrique

JUGES



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك
التي أنعمت عليّ وعلى والديّ
وأن أعمل صالحاً ترضاه
وأصلح لي ذريتي
إنّي تبته إليك و إنّي من المسلمين"
صدق الله العظيم





Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

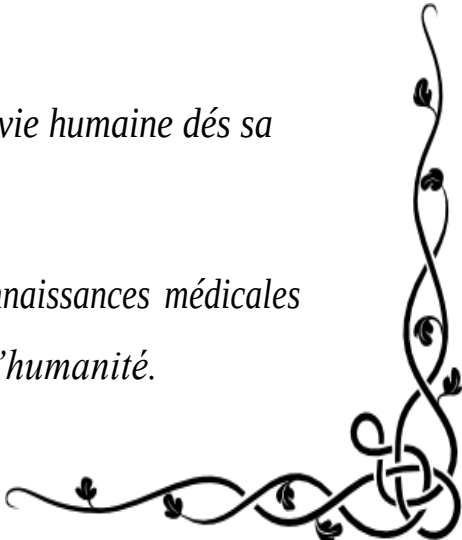
Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.



***LISTE DES
PROFESSEURS***

UNIVERSITE CADI AYYAD

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. BadieAzzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr.Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISSEI Khalid	Traumato- orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie-Virologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie - clinique

BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BOUAITY Brahim	Oto-rhino- laryngologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirumaxillo faciale
BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie - réanimation	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie–chimie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHELLAK Saliha	Biochimie-chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgiepédiatrique
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SARF Ismail	Urologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgiepédiatrique	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	TASSI Noura	Maladies infectieuses
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ETTALBI Saloua	Chirurgieréparatrice et plastique		

ProfesseursAgrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie B	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anésthésie-reanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirmaxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie-embryologiecytogénétique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie

ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADALI Nawal	Neurologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie - réanimation	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo-phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie A
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MAOULAININE Fadl Mrabih Rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MOUFID Kamal	Urologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENJILALI Laila	Médecine interne	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	QACIF Hassan	Médecine interne
BOURRAHOUAT Aicha	Pédiatrie B	QAMOUSS Youssef	Anesthésie-réanimation

BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie A	RADA Noureddine	Pédiatrie A
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	RAFIK Redda	Neurologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	SAJIAI Hafsa	Pneumo-phtisiologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirmaxillo faciale	SEDDIKI Rachid	Anesthésie - Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SORAA Nabila	Microbiologie-virologie
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie A	TAZI Mohamed Ilias	Hématologie- clinique
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie-virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZYANI Mohammed	Médecine interne

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	Hammoune Nabil	Radiologie
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie - Cytogénétique
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	JALLAL Hamid	Cardiologie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	JANAH Hicham	Pneumo-phtisiologie

AKKA Rachid	Gastro – entérologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AMINE Abdellah	Cardiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LALYA Issam	Radiothérapie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BABA Hicham	Chirurgie générale	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie -Réanimation	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatalogie)	NADER Youssef	Traumatologie - orthopédie
BOUCHAMA Rachid	Chirurgie générale	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie - orthopédie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio - Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUEIRAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHRAA Mohamed	Physiologie	REBAHI Houssam	Anesthésie - Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	RHARRASSI Isam	Anatomie-patologique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	TAMZAOURTE Mouna	Gastro - entérologie
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio-organique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	YASSIR Zakaria	Pneumo-phtisiologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation

GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZIDANE MoulayAbdelfettah	ChirurgieThoracique
HAMMI Salah Eddine	Médecine interne	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-Vasculaire



DÉDICACES



« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust.



Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenue durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec amour, respect et gratitude que

Je dédie cette thèse ... 



*Louange à Dieu tout puissant,
Qui m'a permis de voir ce jour tant attendu.*

A ma très adorable maman Mme rouandi Khadija

Je ne trouve pas les mots pour traduire tout ce que je ressens envers une mère exceptionnelle dont j'ai la fierté d'être la fille. A ma très adorable maman Tu as toujours été mon exemple car tout au long de votre vie, je n'ai vu que droiture, humanisme, sérieux et bonté. Tu m'as toujours donné de ton temps, de ton énergie, de la liberté, de ton cœur et de ton amour. En ce jour j'espère réaliser chère mère et douce créature un de tes rêves, sachant que tout ce que je pourrais faire ou dire ne pourrait égaler ce que tu m'as donné et fait pour moi. Puisse Dieu, tout puissant, te préserver du mal, te combler de santé, de bonheur et te procurer longue vie afin que je puisse te combler à mon tour...

A mon très cher papa Mr khayi el Mustapha

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices consentis pour mon instruction et mon bien être. Tu as été pour moi durant toute ma vie le père exemplaire, l'ami et le conseiller. Tes prières ont été pour moi d'un grand soutien au cours de ce long parcours. J'espère réaliser ce jour un de tes rêves et être digne de ton nom, ton éducation, ta confiance et des hautes valeurs que tu m'as inculqué. Que Dieu, tout puissant, te garde, te procure santé, bonheur et longue vie pour que tu demeures le flambeau illuminant mon chemin ...

وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا
كَمَا رَبَّنِي صَغِيرًا

سورة الاسراء 24



A mon très cher mari soufiane Ajjani :

Je ne remercierai jamais Dieu assez pour ta présence dans ma vie que je vois plus embellie depuis que tu y es. Tu as été une source continue d'encouragement et d'amour pendant toutes les phases de réalisation de ce travail et ton soutien a été sans égal. En témoignage de ma grande affection, je te prie de trouver dans ce travail l'expression de mon estime et mon sincère attachement.

Que nos liens restent toujours solides et que Dieu nous apporte bonheur et nous aide à réaliser tous nos rêves ensemble. Que Dieu te protège, te préserve du mal et t'accorde santé et réussite.

A mon petit bijou, ma benjamine SOUHAILA KHAYI

Je n'aurai pu rêver mieux ! Tu es une sœur merveilleuse, compréhensive, attentionnée, sublime et adorable! Tous les adjectifs mélioratifs de la langue française ne sauraient brosser ton portrait. Tu as toujours accouru à mon aide, dessiné le sourire sur mes lèvres, veillé secrètement à mon bonheur et planifié tout ce qu'il faut pour que je beigne dans la joie. Sache que tu es mon euphorie, ma béatitude et mon contentement. J'ai énormément de chance de t'avoir dans ma vie ; si je ne le dis pas assez et n'exprime mon chérissenment que rarement et d'une façon maladroite, sache je t'aime très fort

A mon cher frère Oussama khayi :

Les mots ne sauraient exprimer l'éternelle affection que j'ai pour toi et ma gratitude. Je te dédie ce travail avec tous mes vœux de joie, de santé, et de prospérité. J'implore ALLAH qu'il t'apporte le bonheur et t'aide à réaliser tous tes vœux et rêves.

**A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS PATERNELS ET
MATERNELS :**

Le destin ne m'a pas laissé le temps pour jouir de ce bonheur avec vous et pour cueillir Vos bénédictions; Puisse Allah, assurer le repos de votre âme par sa saint miséricorde.

**A mes chères tantes et leurs époux, oncle et son épouse, cousins et
cousines A toute la famille khayi et rouandi :**

avec toute mon affection Trouvez dans ce travail, l'expression de mon amour et mon respect, je vous souhaite santé, bonheur et prospérité.

**A ma chère belle mère radia, mes belles sœurs et mes beaux
frères :**

Vous m'avez accueilli à bras ouverts dans votre famille. En témoignage de l'attachement, de l'amour et de l'affection que je porte pour vous, je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite.

A LA MEMOIRE DE MON beau père Mohammed :

Je te dédie aujourd'hui ma réussite. Que Dieu, le miséricordieux, vous accueille dans son éternel paradis.

**A MON AMIE MON INTIME ET MA SŒUR ZINEB
KHOUBACH :**

Pour tous les moments forts, les folies et les petites aventures qui pimentent notre jeunesse, T'avoir à mes coté depuis toutes ces années est un don du Ciel, et j'en remercie le bon Dieu. Je te souhaite tout une vie pleine de joie et de bonheur et que tu réaliseras inchaallah tous tes rêves.

A MA TRES CHERE AMIE soukaina khatem

Merci ma chérie pour tous tes conseils et tes encouragements, tu as toujours été la pour moi depuis qu'on s'est connu, de même qu'au cours de l'élaboration de ce travail, tu n'as point hésité à me soutenir et m'encourager pour aller de l'avant. J'espère que tu trouveras dans ce travail l'expression de mon estime et de mon grand amour. Que Dieu te protège et te comble de bonheur, santé et prospérité. je te dédie ce travail et je te souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.

A tous ceux dont l'oubli de la plume n'est pas celui du cœur.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail. Notamment les résidents et personnels du service d'oncologie du CHU mohamed VI de marrakech

REMERCIEMENTS

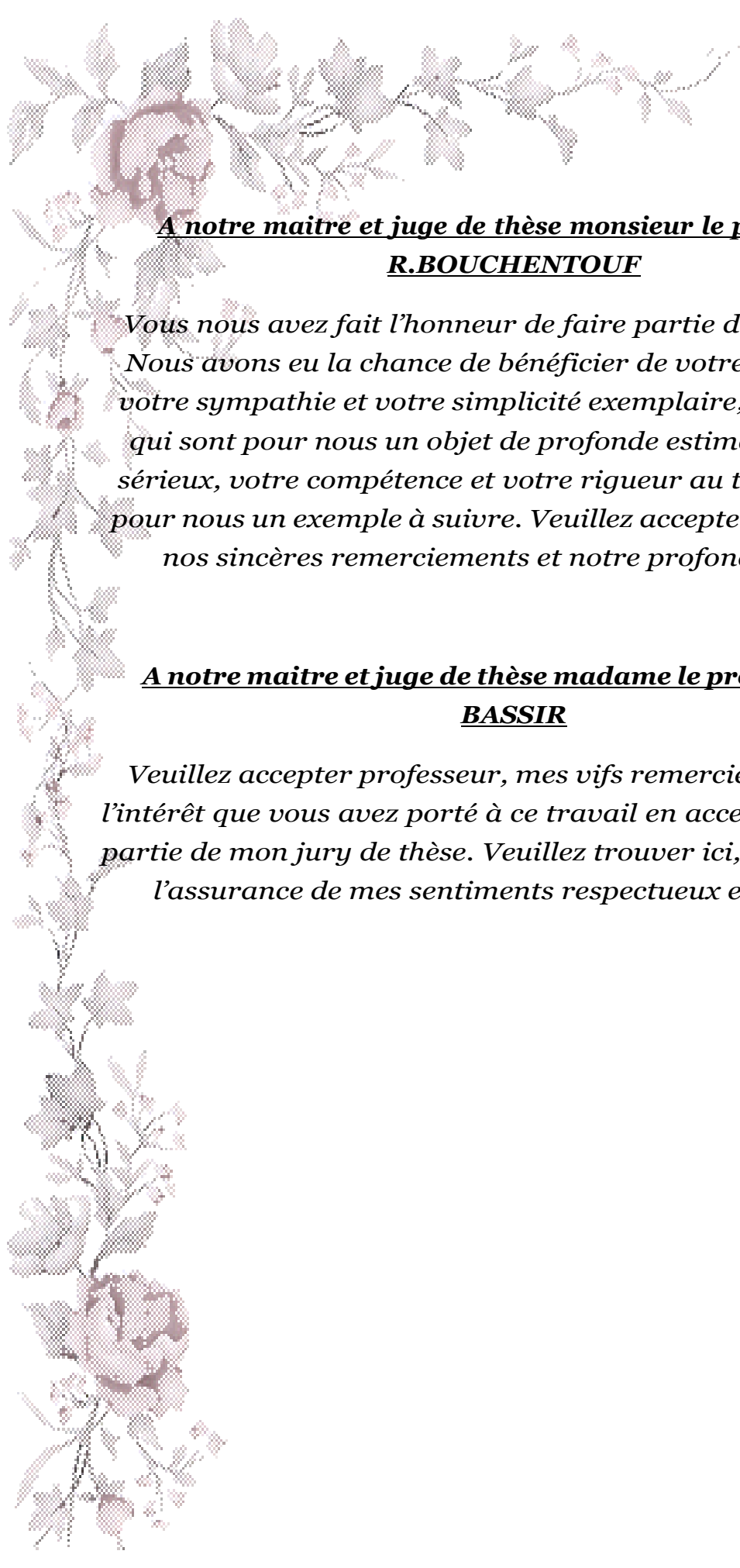
**A notre maître et présidente de thèse madame le professeur L.
AMRO :**

Je suis très sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant aimablement de présider mon jury de thèse. Nous avons eu le grand privilège de bénéficier de votre enseignement lumineux durant nos années d'étude. Veuillez cher maître, trouver dans ce travail, le témoignage de ma gratitude, ma haute considération et mon profond respect

**A notre maître et rapporteur de thèse madame le professeur
M.KHOUCHANI :**

C'est avec un grand plaisir que je me suis adressé à vous dans le but de bénéficier de votre encadrement et j'étais très touché par l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de me confier ce travail. Merci de m'avoir guidé tout au long de ce travail.

Merci pour l'accueil aimable et bienveillant que vous m'avez réservé à chaque fois. Merci pour tous les efforts inlassables, et toute la patience que vous avez déployé pour que ce travail soit élaboré. Votre dynamisme, votre compétence et vos qualités humaines et professionnelles jointes à votre dévouement pour votre profession seront pour moi un exemple à suivre dans l'exercice de cette honorable mission. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de mon estime et de ma profonde gratitude.



A notre maître et juge de thèse monsieur le professeur

R.BOUCHENTOUF

Vous nous avez fait l'honneur de faire partie de notre jury. Nous avons eu la chance de bénéficier de votre expérience, votre sympathie et votre simplicité exemplaire, des qualités qui sont pour nous un objet de profonde estime. Que votre sérieux, votre compétence et votre rigueur au travail soient pour nous un exemple à suivre. Veuillez accepter, professeur, nos sincères remerciements et notre profond respect.

A notre maître et juge de thèse madame le professeur A.

BASSIR

Veuillez accepter professeur, mes vifs remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de faire partie de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici, chère maître, l'assurance de mes sentiments respectueux et dévoués.



PLAN



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	20
I. Type et période d'étude	21
II. Collecte des cas	21
III. Critères d'inclusion	21
IV. Critères d'exclusion	21
V. Saisie des données	22
VI. CONSIDERATIONS ETHIQUES	22
RESULTATS	23
I. RESULTATS GLOBAUX	24
1. Recrutement global	24
2. Répartition des cancers selon l'origine géographique	25
3. L'âge global	30
4. Sexe -ratio	31
5. Résultats chez l'homme	31
6. Résultats chez la femme	36
7. Durée d'évolution des patients	40
8. DEVENIR DES PATIENS APRES LA PREMIERE CONSULTATION	40
II. RESULTATS PAR LOCALISATION	42
1. Appareil gynéco-mammaire	42
2. Appareil digestif	56
3. Sphère oto-rhino-laryngologique	67
4. Le cancer broncho-pulmonaire	76
5. Appareil urinaire	78
6. Système nerveux central	87
7. Revêtement cutané	89
DISCUSSION	92
I. Résultats globaux	93
1. Recrutement annuel	93
2. L'âge	94
3. Sex-ratio	94
4. Fréquence selon l'appareil	96
5. Fréquence selon l'organe	98
II. Etudes des résultats par localisation	99
1. Le cancer du sein	99
III. Le cancer du col utérin	101
1. Fréquence et incidence	101
2. L'âge	102
IV. Le cancer colo-rectal	103
1. Fréquence et incidence	103
2. L'âge	104

V. Le cancer de l'estomac	105
1. Fréquence et incidence	105
2. L'âge	106
VI. Le cancer broncho-pulmonaire	107
1. Fréquence et incidence	107
2. L'âge	108
VII. Le cancer du système nerveux central	109
1. Fréquence et incidence	109
2. L'âge	110
VIII. Le cancer de l'ovaire	111
1. Fréquence et incidence	111
2. L'âge	111
IX. Cancer du larynx	112
1. Fréquence et incidence	112
2. L'âge	113
X. Les cancers de la peau	114
1. Fréquence et incidence	114
2. L'âge	114
XI. Le cancer de la prostate	116
1. Fréquence et incidence	116
2. L'âge	116
XII. Le cancer du corps utérin	117
1. Incidence et fréquence	117
2. L'âge	118
XIII. Le cancer de la vessie	119
1. Fréquence et incidence	119
2. L'âge	120
XIV. Le cancer de la thyroïde	121
1. Fréquence et incidence	121
2. L'âge	122
CONCLUSION	124
PERSPECTIVES D'AVENIR	128
RESUMES	128
CONCLUSION	135



INTRODUCTION



Le terme «cancer» est utilisé de façon générique pour désigner plus d'une centaine de maladies différentes, parmi lesquelles des tumeurs malignes en divers sièges (sein, col de l'utérus, prostate, estomac, colon et rectum, poumon, bouche, etc.),

Des leucémies, des ostéosarcomes, la maladie de Hodgkin et des lymphomes non hodgkiniens.

Toutes ces formes ont en commun une défaillance des mécanismes

réglant la croissance, la prolifération normale et la mort des cellules ; ce dérèglement, qui débute comme une anomalie légère, gagne progressivement en gravité, les cellules cancéreuses vont envahir les tissus voisins et vont atteindre même d'autres Régions du corps.[1]

 Dans le monde

Le cancer est devenu un enjeu majeur de santé publique à l'échelle planétaire tant dans les pays développés que ceux en voie de développement et une des principales causes de mortalité. Pour l'année 2015, 8,8 millions de décès sont imputables au cancer soit 13,5 % des décès enregistrés dans le monde. Plus de 32,6 millions de personnes vivent avec le cancer dont 14,1 millions de nouveaux cas chaque année.

En 2012, 57% (8 millions) des nouveaux cas, de cancer, 65% (5.3 millions) des décès par cancer et 48% (15.6 millions) des personnes vivant avec le cancer depuis plus de 5 ans ont été recensés dans les pays en développement

Les chiffres de la mortalité par cancer pourraient s'accroître de 50% pour atteindre 15 millions d'ici à 2030 selon l'OMS. A cette date, près de 70 % des nouveaux cas de cancer se produiront dans les pays en développement [2] .

Toutefois, au Maroc, nous ne disposons pas encore de base de données nationale exhaustive, en dehors des données du registre de la région RABAT ayant démarré en 2005 et

des registres de population du grand CASABLANCA, ayant vu le jour en 2004 avec la dernière édition en 2016

Par conséquent, l'incidence et la prévalence

Doivent être estimées et les résultats de ces estimations restent approximatifs :

L'incidence annuelle nationale du cancer est donc estimée à 35 000 nouveaux cas de cancer par an dont seulement 12 000 sont pris en charge. [3]

Les objectifs de ce travail sont déclinés en objectifs principaux et objectifs secondaires :

✚ Objectifs principaux :

- ✓ Connaître la fréquence des différents cancers dans notre CHU et par conséquent avoir une idée sur la fréquence approximative dans la région de Marrakech Safi puisque la grande majorité des malades cancéreux sont traités au CHU.
- ✓ Identifier les localisations les plus fréquentes
- ✓ Connaître les variations de cette fréquence avec l'âge et le sexe.

✚ Objectifs secondaires :

- ✓ Mettre en place un registre hospitalier des cancers qui constituera une première étape pour la réalisation d'un registre régional des cancers qui représente un instrument indispensable aussi bien dans la surveillance épidémiologique que dans la lutte anticancéreuse ; notamment établir des programmes de dépistage ou de diagnostic précoce adaptés à notre épidémiologie.

NOTIONS DE BASE SUR LE REGISTRE DES CANCERS

Un registre est défini comme étant : « un recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique, par une équipe ayant les compétences appropriées ».[4]

Le registre du cancer basé sur la population sert à recueillir des données sur chaque personne atteinte d'un cancer dans une population définie, en général au sein d'une région géographique bien délimitée. La coopération de la profession médicale et des services de santé est à cet égard indispensable. Ce registre indique les taux d'incidence du cancer et permet de mettre l'accent sur l'épidémiologie et la santé publique. Un registre du cancer peut enregistrer de façon permanente l'ensemble des cancers diagnostiqués : c'est ce qu'on appelle un registre général des cancers. Il peut enregistrer seulement certains cancers pour une population spécifique : c'est ce qu'on appelle un registre spécialisé des cancers (exemples : registre des cancers de l'enfant ; registre des cancers digestifs ; registre des cancers osseux ; registre des rétinoblastomes etc.). L'enregistrement permet de calculer l'occurrence des différents cancers survenant dans une population définie pendant une période déterminée (en général une année) exprimée en taux d'incidence. Ces résultats sont ensuite standardisés par rapport à des populations de référence et exprimées en incidence pour 100.000 habitants selon le sexe, ceci de façon à permettre la comparaison avec les données fournies par les autres registres à travers le monde. Cela suppose donc que l'on connaisse les statistiques de la population d'étude, obtenues par recensement. [5] Le but de cet enregistrement est de connaître l'incidence des différents cancers, d'identifier les groupes à haut risque et de mieux connaître l'évolution des cancers.

Le Registre des Cancers vise plusieurs objectifs : [6]

- ✓ Déterminer la distribution des cancers selon certaines caractéristiques tels que l'âge, le sexe, la topographie
- ✓ Etablir l'incidence réelle des cancers au niveau d'une population pour évaluer l'impact du cancer sur la population de la région.
- ✓ Fournir des données statistiques fiables sur la morbidité liée aux cancers dans cette région aux responsables régionaux, nationaux et aux professionnels de la Santé.
- ✓ Orienter la recherche épidémiologique en matière de cancer et particulièrement la recherche de causalité entre les cancers et leurs facteurs de risque.

I. HISTORIQUE DES REGISTRES AUX ETATS UNIS ET EN EUROPE :

Après plusieurs tentatives isolées en Allemagne et aux Etats Unis, au début du XXe siècle, c'est aux Etats Unis, que le 1er recueil a débuté en 1935 mais le 1er registre a vu le jour en 1941 dans l'état du Connecticut. Le National Cancer Institut (NCI) réunit depuis 1956 les données de plusieurs registres aux USA. [7] Ensuite, le programme SEER (Surveillance, Epidemiology, End Results) qui réunit les données de plusieurs registres a été mis en place et avait pour objectifs : [8]

- ❖ Estimation de l'incidence du cancer aux USA et dans d'autres pays
- ❖ Suivre dans le temps l'incidence de façon à pouvoir identifier les variations
- ❖ Fournir des informations continues sur l'étendue des lésions au moment du diagnostic, sur les traitements utilisés • Promouvoir le développement d'hypothèses et d'études spécifiques à la recherche de facteurs étiologiques.

En Europe, les premiers registres ont été créés dans les années 30, d'abord en Grande Bretagne (Birmingham 1936, Ecosse 1939, Mersey 1946) puis dans les pays scandinaves

(Danemark 1942, Norvège 1952, Finlande 1952, Islande 1954, Suède 1956) et les pays de l'Europe de l'est (Tchécoslovaquie et Slovaquie 1950, Hongrie 1952, ex. RDA et ex URSS 1953, Pologne 1958). Dans les pays de l'Europe Centrale et de l'Ouest, la mise en place est plus récente (Espagne 1960, Suisse 1970, Italie 1974 et France 1975). [9] [10] [11]

Au cours de l'année 1956, l'OMS met en place un sous-comité et un guide méthodologique et crée à Lyon, le centre international de recherche sur le cancer (CIRC) qui coordonne de nombreux travaux d'épidémiologie descriptive et analytique ainsi que des études de recherche fondamentale.[10] [11]

En 1966, on assiste à la publication du 1er ouvrage " Cancer Incidence in Five Continents ". Durant cette même année a été créée à Tokyo l'Association Internationale des Registres du Cancer (IACR ou AIRC) qui a pour missions l'établissement de standards pour l'enregistrement des cancers, la formation des chercheurs des différents pays impliqués dans la mise en place de ces registres, la publication des données et l'organisation des réunions scientifiques. Ainsi, outre l'ouvrage " Cancer incidence in five continents ", l'IACR a publié " Cancer incidence in developing countries ", "Cancer in Africa" en 2003 ainsi que des monographies par pays.[11]

En France, à la fin des années 1970, en l'absence de politique nationale, les premiers registres de morbidité ont été mis sur la base d'initiatives individuelles. Le premier registre français a été départemental (initié en 1975 dans le Bas-Rhin), avant ceux du Doubs (en 1976), et du Calvados et de l'Isère en 1978. [12]

En 2011, la France métropolitaine comportait 25 registres qualifiés par le CNR (Comité national des registres) : [9]

- 13 registres généraux dans 14 départements répartis sur l'ensemble du territoire et couvre actuellement environ 20% de la population : Bas Rhin, Calvados, Belfort,

Gironde, Haut Rhin, Hérault, Isère, Lille et sa région, Limousin, Pays de Loire Atlantique, Manche et Tarn

- 9 registres spécialisés d'organes : digestif (Bourguignon, Calvados, Finistère), hémopathies malignes (Basse Normandie, Côte d'Or, Gironde), Cancers du sein et gynécologiques (Côte d'Or), Thyroïde (Marne Ardenne) et Système nerveux central (Gironde)
- 2 registres nationaux des cancers de l'enfant : Registre national de l'hémopathie de l'enfant (RNHE) et registre national des tumeurs solides de l'enfant (RNTSE)
- Un registre multicentrique à vocation nationale du mésothéliome dans le cadre du programme national du mésothéliome PNSM. Ces différents registres de cancer, comme les registres d'autres pathologies, doivent être qualifiés tous les quatre ans, au plus, par le Comité National des Registres (CNR, créé en 1986, co-présidé par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

A l'échelle internationale, une association coordonne une approche internationale de l'enregistrement du cancer, en partenariat avec l'OMS, les résultats sont publiés régulièrement par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC)

Le dernier volume de la série contient des données de 186 registres dans 57 pays. [9]

[11]

II. Historique des registres africains :

En Afrique, entre 1900 et 1950, ce sont des cas cliniques qui sont rapportés. Dans les années 1950, on voit apparaître des séries hospitalières et anatomopathologiques et ce n'est qu'à partir des années 1960 que sont créés les premiers registres de population en Afrique du Sud (Johannesburg en 1953 par Higgins on et al. Cape Towy en 1956 par Muri Grive ; Province du Natal en 1964 ; Durban en 1964 par Schokland et al.). Par la suite c'est au tour de la Gambie (1967), de l'Ouganda à Kampala en 1954(Davis Temple et al.), de Lourenco Marques en 1956 (Partes) ; d'Ibadan en 1960 (Eddington) ; Bulawayo en 1963 (Skinner) ; du Sénégal à Dakar en 1969 ; du Mali en 1986 à Bamako. Selon les données de l'agence internationale de registres du cancer (IACR), sur plus de 400 registres de population du cancer à travers le monde, l'Afrique ne comptait que :[14]

- 03 registres validés en 1979
- 11 registres validés en 1986
- 26 registres validés en 1996
- 47 registres validés en 2006

Pour l'Algérie, ce n'est que dans les années 1980 que les premiers registres voient le jour : à Alger, Sétif et Oran puis s'étendent à un grand nombre de wilayas du nord du pays. En 2008, les registres du cancer couvrent une population de plus de 12 millions d'habitants sur les 32 millions que compte le pays. Le premier registre de population est celui mis en place à Alger en 1985 par le professeur Abid. Il n'enregistrait cependant que les seuls cancers digestifs. Il sera étendu à toutes les localisations à partir de 1993 lorsque son siège sera déplacé de l'hôpital Bologoïe vers l'Institut National de Santé Publique (INSP). C'est le Pr. Hammouda qui dirige ce registre depuis l'année 1993. Entre-temps, seront mis en place les registres du cancer de Sétif en 1987 puis celui d'Oran en 1995. Ces 2 premiers registres sont

validés et répertoriés dans " Cancer incidence in Five Continents " par l'Agence Internationale des Registres du Cancer. Actuellement 13 registres de population fonctionnent.[13]

L'Afrique du Nord (North Africa)

C'est la région du continent africain située au nord du désert du Sahara. Elle est également appelée Afrique méditerranéenne. Les pays et territoires de l'Afrique du Nord sont : l'Algérie, les Canaries ; l'Égypte ; la Libye ; le Maroc; la Tunisie ; (la Mauritanie et le Soudan sont souvent inclus dans cette région bien que situés au sud du Sahara).

Cette région regroupe une population de plus de 162 millions d'habitants (Mauritanie et Soudan exclus) possède des registres du cancer dans les régions suivantes : [13] [14]

- Algérie : 13 registres (Alger, Annaba, Batna, Bechar, Blida, Sétif, Constantine, Mostaganem, Oran, Saïda, Sidi Bel Abbès, Tizi Ouzou, Tlemcen.)
- Tunisie : 3 registres (Tunis, Sousse, Sfax)
- Égypte : 3 registres
- Libye : 1 registre (Benghazi)
- Maroc : 2 registres (Casablanca ; Rabat)

L'Afrique de l'Ouest (West Africa)

L'Afrique de l'Ouest est la partie de l'Afrique située entre l'océan Atlantique à l'ouest et au sud, le Sahara au nord, et approximativement le 10^e méridien à l'est. Tandis que le fleuve Niger est généralement considéré comme la frontière septentrionale de la région, sa frontière orientale est plus floue. Certains la placent le long du Bénoué, d'autres sur une ligne reliant le mont Cameroun au lac Tchad.

Les pays composant l'Afrique de l'Ouest sont : Bénin, Burkina Faso, Cap-Vert, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Libéria, Mali, Niger, Nigeria, Sénégal, Sierra

Leone, Togo, Madère (la Mauritanie et les îles Canaries sont également comptabilisés dans l'Afrique de l'ouest).

Cette région qui regroupe une population de près de 238 millions d'habitants, possède des registres du cancer dans les régions suivantes : [13]

- Mali : 1 registre
- Niger : 1 registre
- Sénégal : 1 registre (actuellement à l'arrêt)
- Nigeria : 1 registre
- Guinée : 1 registre
- Gambie : 1 registre

L'Afrique centrale (middle Africa)

L'Afrique centrale est la région comprenant le sud du Sahara, l'est du bouclier ouest-africain et l'ouest de la Vallée du Rift. Elle comprend les pays suivants : le Burundi ; la République centrafricaine ; le Tchad ; la République démocratique du Congo (Congo-Kinshasa, ex-Zaire) ; le Rwanda ; le Cameroun ; la Guinée équatoriale ; le Gabon ; la République du Congo, São Tomé-et-Príncipe. (L'Angola, et la Zambie, pays de l'Afrique australe, sont parfois considérés comme faisant partie de l'Afrique centrale).

Cette région qui regroupe une population de 81 millions d'habitants, possède des registres du cancer dans les régions suivantes : [13] [14]

- Congo : 1 registre
- Cameroun : 1 registre
- Angola : 1 registre
- Gabon : 1 registre

L'Afrique de l'Est (Eastern Africa)

- L'Afrique de l'Est désigne généralement les pays de la vallée du grand rift africain. Elle comprend les pays de la corne de l'Afrique : Erythrée, Ethiopie, Djibouti, Somalie et les pays des Grands Lacs africains faisant également partie du grand rift : Kenya, Ouganda, Tanzanie, Rwanda, Burundi. On peut y rajouter : Les Seychelles, l'archipel des Comores, les Mascareignes qui sont parfois considérés comme faisant partie de l'océan Indien. Le Rwanda et le Burundi qui sont à la frontière de deux régions, et francophones, sont souvent rattachés à l'Afrique centrale.

Cette région qui regroupe une population de 95,6 millions d'habitants, possède des registres du cancer dans les régions suivantes : [13]

- Ouganda
- Kenya
- Tanzanie
- Burundi

L'Afrique australe (Southern Africa)

L'Afrique australe est constituée de l'ensemble des territoires situés au sud de la forêt équatoriale africaine. Elle comprend les pays suivants : Afrique du Sud, Angola, Botswana, Comores, Îles Éparses (France), Lesotho, Madagascar, Malawi, Maurice, Mayotte (France), Mozambique, Namibie, La Réunion (France), Sainte-Hélène (Royaume-Uni), Swaziland, Zambie, Zimbabwe. On y rattache également les îles africaines du sud-ouest de l'océan Indien autour de Madagascar (du canal du Mozambique aux îles Maurice et de la Réunion), ainsi que les îles africaines du sud-est de l'océan Atlantique.

Cette région qui regroupe une population de près de 250 millions d'habitants, possède des registres dans les régions suivantes : [13]

- Mozambique
- Zimbabwe
- Malawi
- Zambie
- Maurice
- Swaziland
- Afrique Sud

III. Les registres des cancers au Maroc

Le registre des cancers de Rabat de 1990 représente le premier registre des cancers au Maroc. Il a été suivi du registre des cancers de la région du Grand Casablanca de l'année 2004, qui fut le fruit d'une collaboration entre divers acteurs nationaux et internationaux. Il a permis de disposer des données sur l'épidémiologie descriptive des cancers dans la population de la Région du Grand Casablanca. Bien qu'initié par un groupe d'enseignants de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca, ont participé à l'élaboration de ce registre l'Association Lalla Salma de lutte contre le cancer, le CHU Ibn Rochd de Casablanca, la direction régionale du ministère de la santé de Casablanca, le bureau de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) au Maroc, l'Institut national du Cancer américain (NCI), le Centre international de la recherche sur le cancer (CIRC) et les laboratoires Pfizer et Roche.

Au début de l'année 2009, le registre de la ville de Rabat a été sujet d'une mise à jour, présentant les données épidémiologiques des cancers de la ville, de l'année 2005. [15] [16]

La deuxième édition du registre des cancers de la région du grand Casablanca (RCRC) a vu le jour en 2012 rapportant les données épidémiologiques et anatomocliniques de trois années successives 2005, 2006 et 2007[17]

La dernière édition du RCRC a été mise en place en 2016 englobant la période 2008-2012. [18]

IV. Présentation de la région

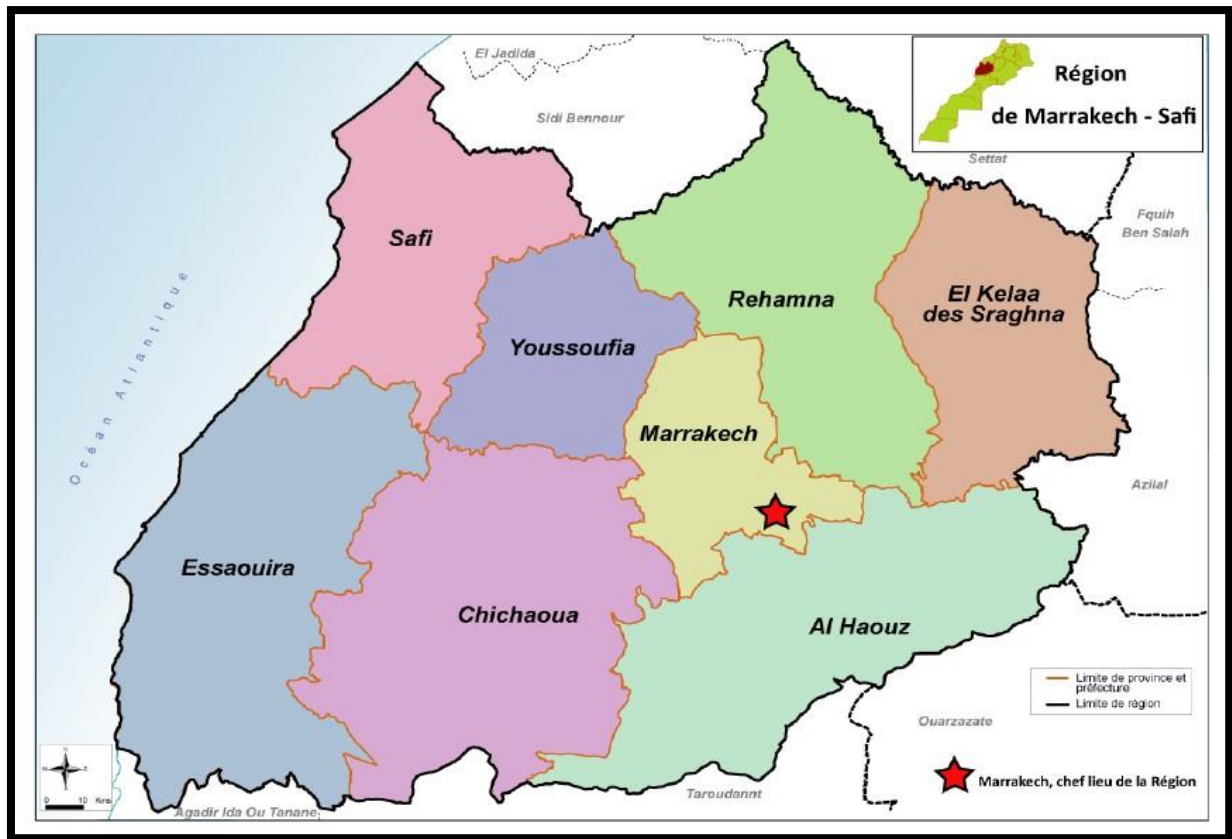
✓ Démographie de la région Marrakech Safi

La région de Marrakech-Safi s'étend sur une superficie de 39 167 km² et compte 4,521 millions d'habitants (RGPH2 2014), soit une densité de 115 habitants au km² et une superficie de 5,5% du territoire national.

Elle est limitée au Nord par la région du Grand Casablanca-Settat, à l'Est par la région de Beni Mellal-Khénifra, au Sud-Est par la région de Drâa-Tafilalet, au Sud par la région de Souss-Massa et à l'Ouest par l'Océan Atlantique.

La région compte huit provinces et une préfecture : Chichaoua, Al Haouz, El Kelâa des Sraghna, Essaouira, Rehamna, Safi, Youssoufia et la préfecture de Marrakech. Le nombre de communes est de 215 dont 18 urbaines et 197 rurales soit à peu près 14 % de l'ensemble des communes à l'échelon national.

Le chef-lieu de la région est la préfecture de Marrakech. [19]



Carte 1: Provinces et Préfecture de la région Marrakech-Safi

1. Population

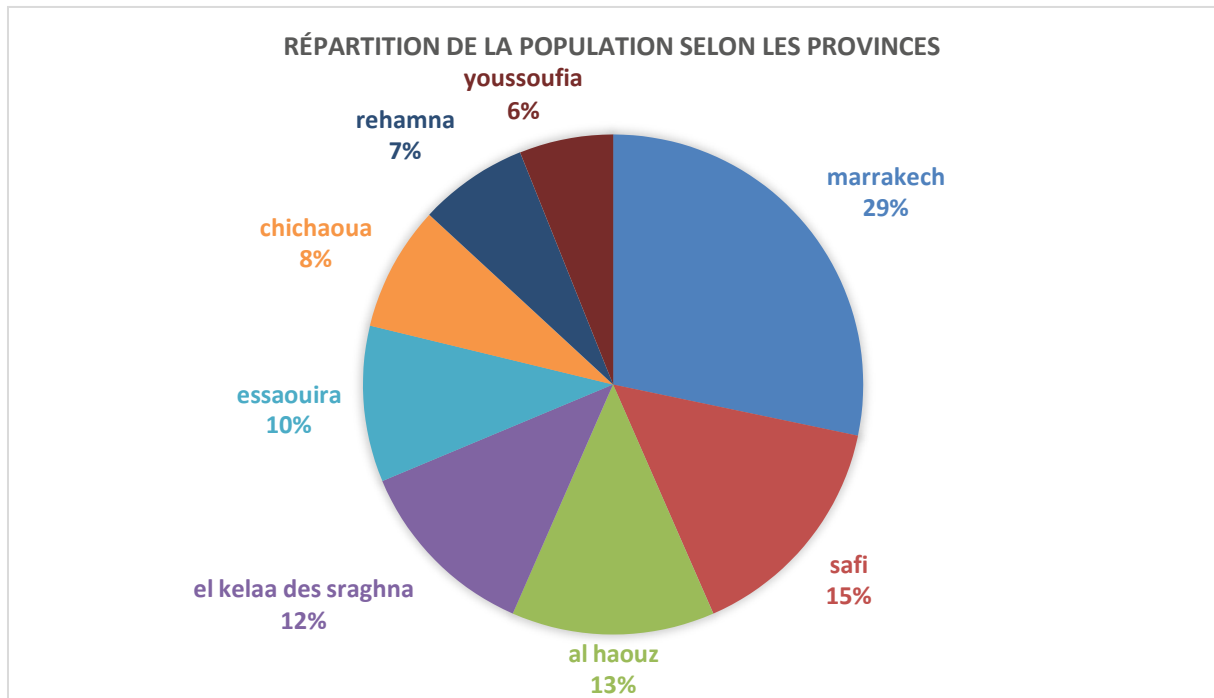
Selon le dernier recensement de la population de 2014, la population de la région se chiffre à 4 520 569 habitants, soit un taux de croissance annuel de 1,2%.

a) Répartition de la population par préfecture et province

La répartition de la population par préfecture et province montre le caractère dominant de la Préfecture Marrakech et des Provinces de Safi, d'Al Haouz et des Sraghna.

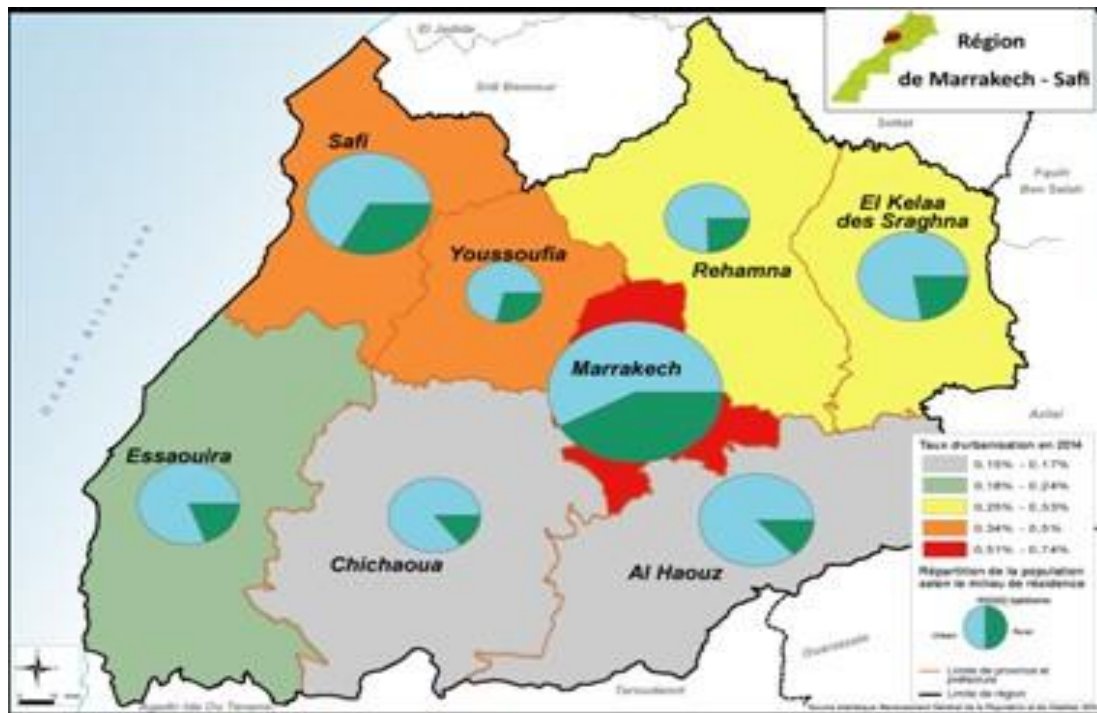
Registre hospitalier : experience du service d'oncologie du chu Mohammed VI de Marrakech

Population des Provinces et de la Préfecture (Ensemble des deux milieux urbain et rural)	Ménage	Population	Étrangers	Marocains
Région : Marrakech-Safi	928 120	4 520 569	8 636	4 511 933
Préfecture : Marrakech	302 137	1 330 468	6 764	1 323 704
Province : Safi	144 490	691 983	396	691 587
Province : Al Haouz	111 627	573 128	362	572 766
Province : El Kelâa des Sraghna	97 874	537 488	115	537 373
Province : Essaouira	95 520	450 527	795	449 732
Province : Chichaoua	73 928	369 955	66	369 889
Province : Rehamna	57 514	315 077	65	315 012
Province : Youssoufia	45 030	251 943	73	251 870



2. Armature Urbaine :

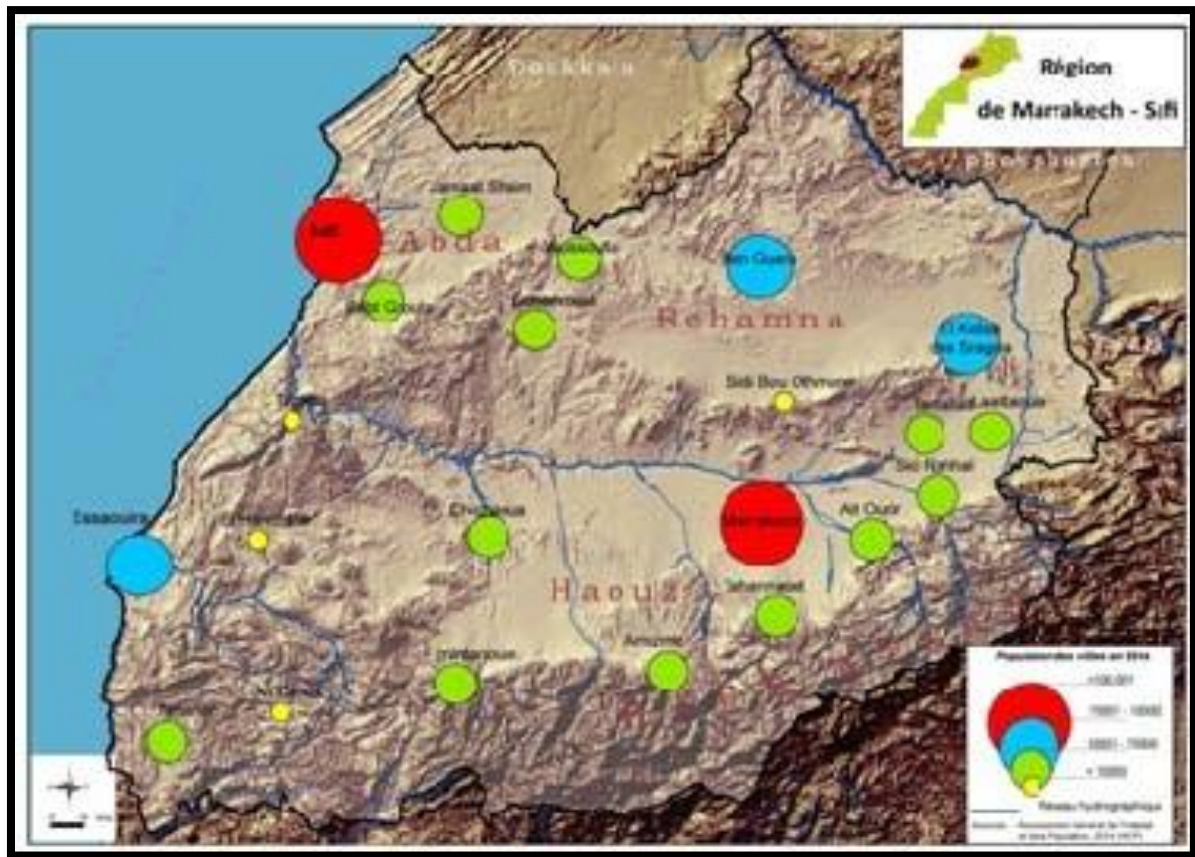
La répartition de la population selon le milieu de résidence met en évidence le caractère rural de la région. En effet 57% de la population vivent dans le milieu rural, contre 43% dans le milieu urbain. Les provinces de Chichaoua et d'Al Haouz sont les moins urbanisées avec respectivement 4% et 3% de la population urbaine de la région. Les provinces d'Essaouira et de Youssoufia abritent chacune 13% de la population rurale et seulement 5% chacune de la population urbaine de la région. La wilaya de Marrakech concentre à elle seule près de 51% de la population urbaine de la région (ce ratio était de 69,3% en 2004).[19]



Carte2 : Taux d'urbanisation en 2014

Deux grands groupements urbains dominent largement l'armature urbaine de la Région : Marrakech et Safi, concentrant plus de 67% de la population urbaine de la Région. Viennent ensuite trois villes moyennes qui sont El Kelaa des Sraghna, Ben Guerir et Essaouira avec une population variant entre 77.000 et 95.000 Habitants. Treize petites villes ont une population qui varie entre 10.000 et 40.000 habitants, il s'agit de Youssoufia Ait Ourir, Laattaouia, Chichaoua, Echemmaia, Imintanoute, Sidi Rahhal, Sebt Gzoula, Tamallalt, Amizmiz, Tahannaout, Jamaat Shaim etTamanar totalisant 17% de la population urbaine régionale.

Les autres centres dont les populations ne dépassant pas les 10.000 habitants abritent 1% de la population urbaine régionale.[19]



Carte 3 : Réseau urbain de la Région

L'armature urbaine de la région comporte sept ensembles de villes d'inégale importance, dominés par les deux grands ensembles, celui de Marrakech et de Safi ; à côté desquels paraissent secondaires ceux d'El Kalâa, Benguerir et Essaouira, mais surtout le petit ensemble de la plaine du Kart et les Oasis du Sud.

L'agglomération de Marrakech (siège de la Région) remplit plusieurs fonctions d'ordre régional; siège des institutions et organismes régionaux, de l'Université, capitale administrative régionale, sous régionale et préfectorale, important centre industriel, siège des banques, présence d'un aéroport international et une gare bien active, centre commercial et de service de premier ordre dans la Région, stade sportif ...etc. [19]

Au nord de la Région, Safi, est en train de se confirmer en tant que pôle sous régional en puissance. Sur la côte atlantique et avec un port classé entre 4ème et 5ème position en termes d'activités, Safi a toutes les opportunités de développement urbain et d'attractivité d'investissements. [19] [20]

***MATERIELS ET
MÉTHODES***

I. Type et période d'étude :

Notre travail est une étude rétrospective descriptive analytique, de tous les cas de cancers confirmés histologiquement au sein du service d'oncologie du CHU MOHAMMED VI de MARRAKECH sur une période de 15 ans s'étalant du 1er Janvier 2002 au 31 Décembre 2016.

II. Collecte des cas :

Les principales sources d'informations sont :

Tous les cas des cancers diagnostiqués et/ou traités au centre d'oncologie du CHU MOHAMMED VI MARRAKECH

III. Critères d'inclusion :

Tous les cas considérés comme malins infiltrants, ont été éligibles à l'étude, à savoir :

- ✚ Les carcinomes.
- ✚ Les sarcomes.
- ✚ Les lymphomes.
- ✚ Les mélanomes.

IV. Critères d'exclusion :

Seuls les cancers invasifs ont été retenus. Ainsi, ont été exclues :

- ✚ Les tumeurs borderline
- ✚ Les cas de néoplasies intra-épithélial.
- ✚ les tumeurs bénignes

V. Saisie des données :

Le recueil des données a été réalisé sur un fichier Excel comportant comme variables :

- Le nom et le prénom du malade.
- L'âge : au diagnostic de la maladie.
- Le sexe.
- Le siège du cancer : appareil et organe
- Le diagnostic histologique.
- durée d'évolution
- le devenir des patients après la 1ère consultation

VI. CONSIDERATIONS ETHIQUES :

Respect de la confidentialité et de l'anonymat :

Les données collectées resteront confidentielles et ne seront utilisées qu'à des fins de recherche strictes.

L'accès à ces données sera strictement réservé à l'équipe de recherche.

Une base de données complètement anonyme pourrait être envoyée à un organisme extérieur à l'étude pour analyse statistique.

Les données saisies et analysées seront et resteront parfaitement anonymes.



RESULTATS



I. RESULTATS GLOBAUX :

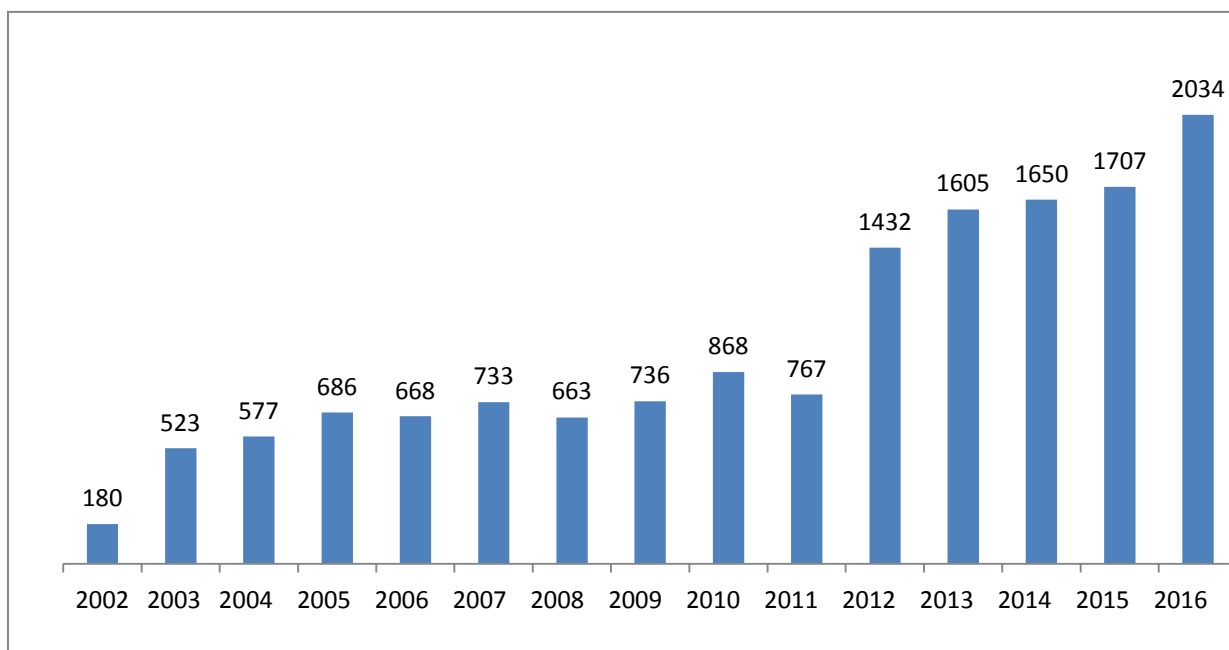
1. Recrutement global :

On a pu recenser au total 14 829 cas de cancers histologiquement prouvés entre Janvier 2002 et Décembre 2016 ;

La fréquence de ces cancers semble augmenter progressivement durant cette étude.(tableau I, histogramme 1)

Tableau I : évolution selon l'année de recrutement de tous les cancers :

année	Nombre de cas	Pourcentage %
2002	180	1,2
2003	523	3,5
2004	577	3,9
2005	686	4,6
2006	668	4,5
2007	733	4,9
2008	663	4,5
2009	736	5,0
2010	868	5,9
2011	767	5,2
2012	1432	9,7
2013	1605	10,8
2014	1650	11,1
2015	1707	11,5
2016	2034	13,7
TOTALE	14 829	100



Histogramme 1. Evolution selon l'année de recrutement de tous les cancers

2. Répartition des cancers selon l'origine géographique :

La majorité de nos patients provient du milieu urbain soit 61,4%.

Tableau II : répartition des patients selon l'origine géographique

Origine géographique	Nombre de cas	Pourcentage %
Rural	5564	37,5%
Urbain	9100	61,4%
Non précisé (NP)	165	1,1%
Total	14829	100,0%

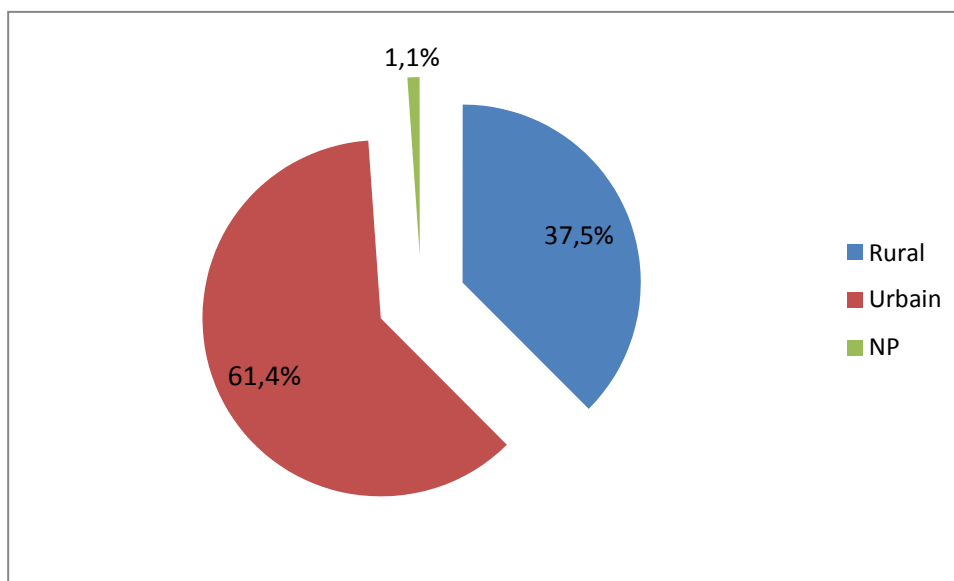
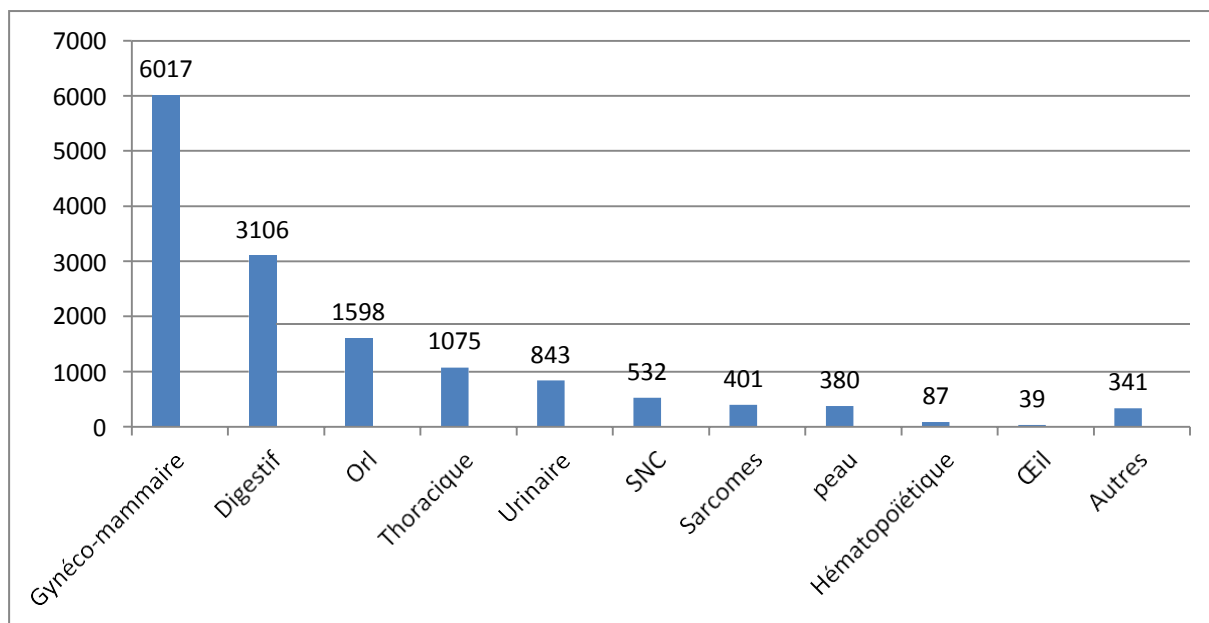


Figure 1 : répartition des cancers selon l'origine géographique

Tableau III. Répartition des cancers selon l'appareil :

Localisation	Nombre de cas	pourcentage
Gynéco-mammaire	6017	41,70%
Digestif	3106	21,50%
Sphère oto-rhino-laryngologique (ORL)	1598	11,10%
Thoracique	1075	7,50%
Urinaire	843	5,80%
Système nerveux central (SNC)	532	3,70%
Sarcomes	401	2,80%
peau	380	2,6%
Tissu Hématopoïétique	87	0,60%
Œil	39	0,30%

Autres	341	2,3%
--------	-----	------

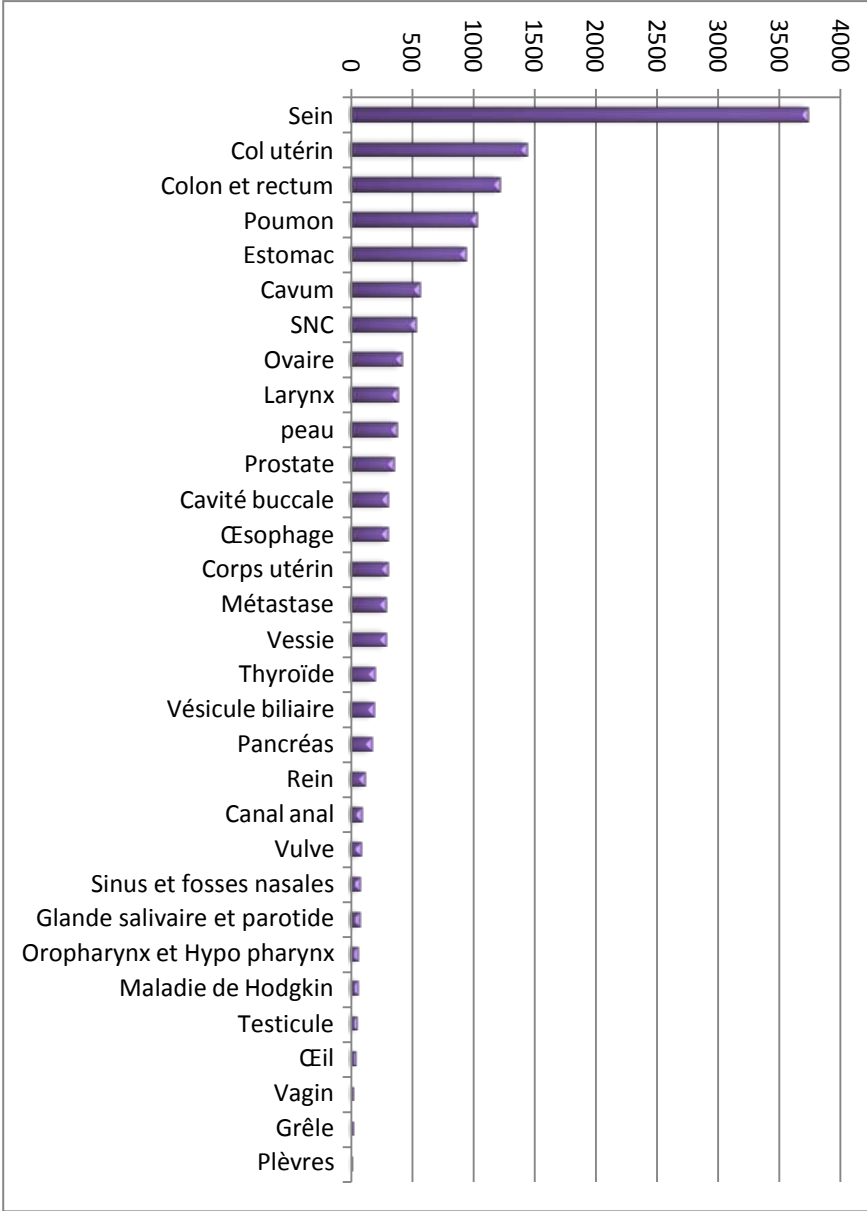


histogramme 2 :. Répartition des cancers selon l'appareil

Selon les données globales de notre étude, les cancers les plus fréquents chez la totalité des patients recensés étaient par ordre de fréquence : le cancer du sein ; le cancer du col utérin, le cancer colorectal, le cancer du poumon et le cancer de l'estomac (Tableau IV).

Tableau IV : répartition des cancers selon l'organe :

Localisation	Nombre de cas	pourcentage
Sein	3734	28,72%
Col utérin	1444	9,74
Colon et rectum	1216	8,26%
Poumon	1032	7%
Estomac	942	7,13%
Cavum	565	3,81%
SNC	532	3,6%
Ovaire	418	3,22%
Larynx	389	2,99%
peau	380	2,7%
Prostate	357	2,75%
Cavité buccale	307	2,07%
Œsophage	305	2,05%
Corps utérin	303	2,04%
Métastase	293	2,25%
Vessie	289	1,94%
Thyroïde	197	1,33%
Vésicule biliaire	194	1,31%
Pancréas	171	1,15%
Rein	120	0,81%
Canal anal	95	0,64%
Vulve	91	0,61%
Sinus et fosses nasales	80	0,54%
Glande salivaire et parotide	75	0,50%
Oropharynx et Hypo pharynx	62	0,48%
Maladie de Hodgkin	60	0,40%
Testicule	52	0,40%
Œil	39	0,26%
Vagin	21	0,14%
Grêle	21	0,14%
Plèvres	12	0,09%



Histogramme 3 : répartition selon des cancers selon l'organe

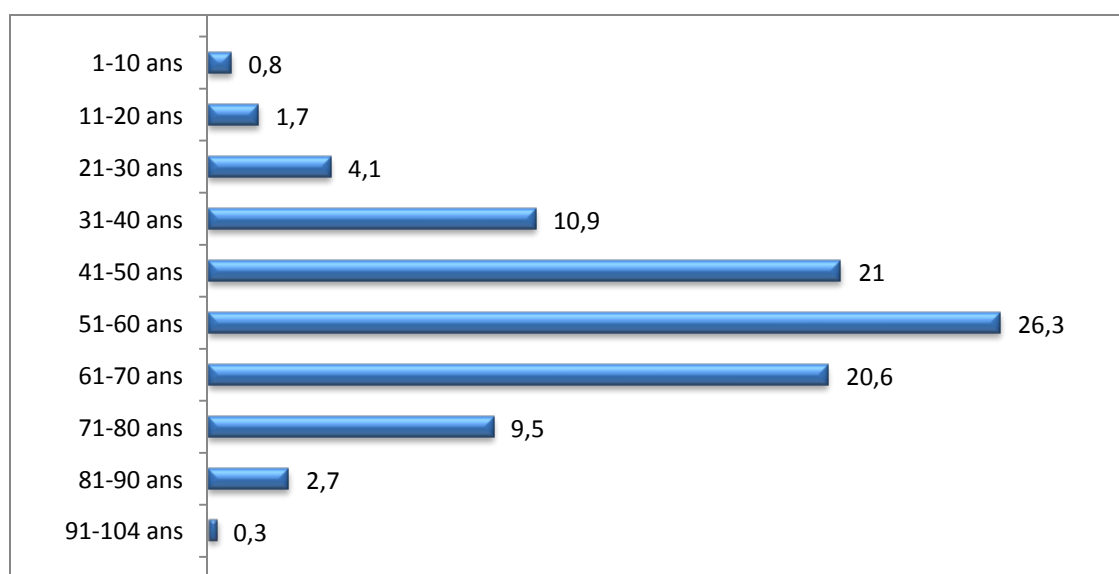
3. L'âge global :

La moyenne d'âge globale :

La moyenne d'âge des malades dans notre série était de 54,03 ans avec un écart-type de 15,25 et avec des âges extrêmes de 1an à 104 ans.

Tableau V : Répartition des cas selon la tranche d'âge :

tranche d'âge	Nombre de cas	Pourcentage %
1-10 ans	115	,8
11-20 ans	253	1,7
21-30 ans	611	4,1
31-40 ans	1609	10,9
41-50 ans	3111	21,0
51-60 ans	3903	26,3
61-70 ans	3061	20,6
71-80 ans	1402	9,5
81-90 ans	407	2,7
91-104 ans	39	0,3
Total	14829	100,0



Histogramme 4 : répartition des cancers selon les tranches d'âge

Nous avons constaté que les sujets de 51 à 60 ans ont été les plus atteints de cancers soit 26,3 % et vient en 2^{ème} place les sujets avec un âge de 41 à 50 ans soit 21%.

4. Sexe –ratio :

Le nombre de cas d'hommes atteints de cancers était de 5857 soit 39,5%, contre 8972 cas de femmes soit 60,5% ;

La sex-ratio était de 0,65

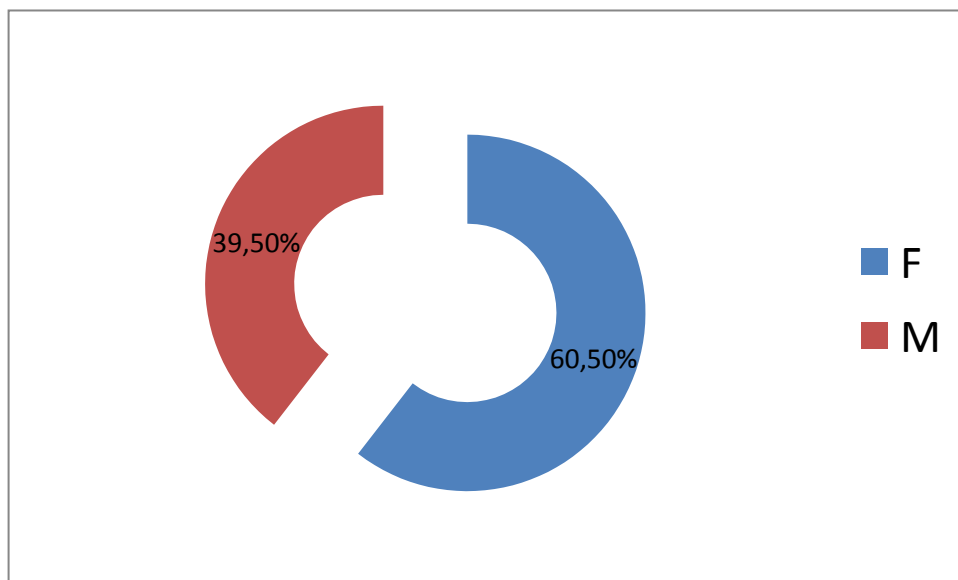


Figure 2. Répartition selon le sexe de l'ensemble des cancers

5. Résultats chez l'homme :

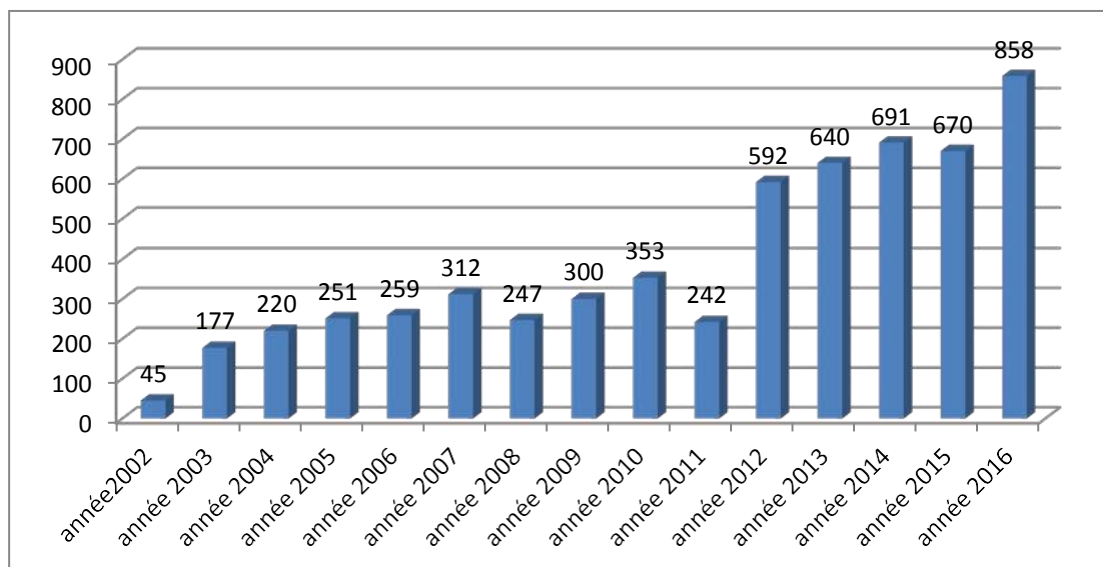
5.1 Recrutement :

On a recruté 5857 cas de sexe masculin sur les 14828, soit 39,5 %.

La fréquence annuelle a connu une augmentation progressive entre 2002 (45 cas) et 2016 (858 cas).

Tableau VI : évolution du nombre des cas chez l'homme par année de recrutement

années	Nombre de cas	Pourcentage %
2002	45	0,80%
2003	177	3%
2004	220	3,80%
2005	251	4,30%
2006	259	4,40%
2007	312	5,30%
2008	247	4,20%
2009	300	5,10%
2010	353	6,3%
2011	242	4,10%
2012	592	10%
2013	640	10,90%
2014	691	11,80%
2015	670	11,40%
2016	858	14,60%
TOTAL	5857	100%

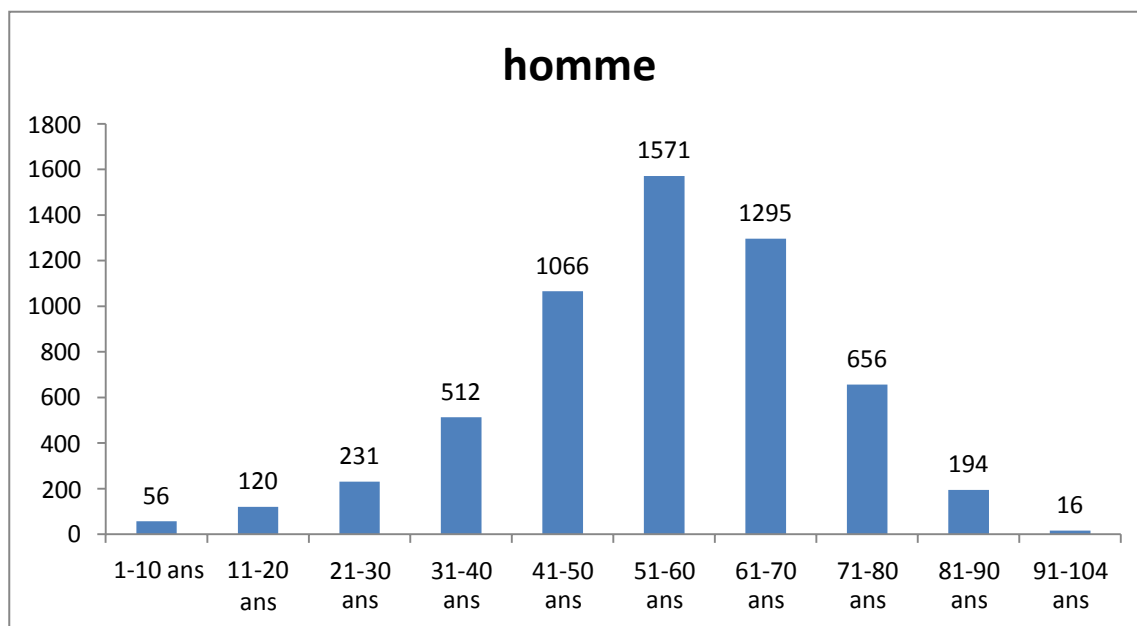


Histogramme 5 : recrutement des hommes par année

5.2 Age

L'âge moyen des hommes était de 55,18 ans avec un écart type de 15,73.

La tranche d'âge la plus touchée se situait entre 51 et 60 ans.

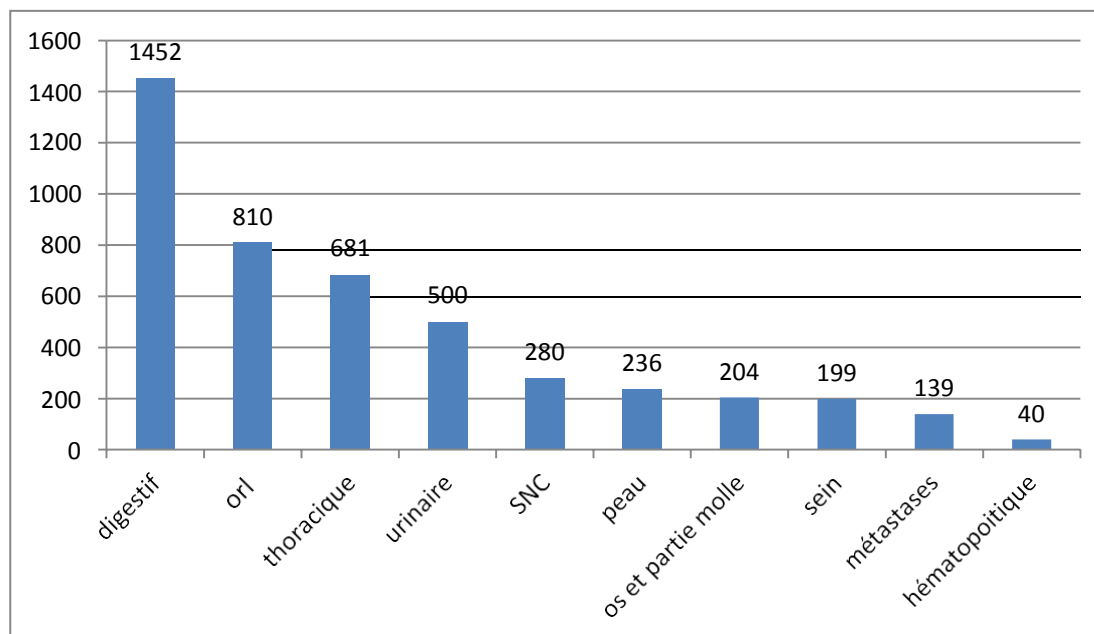


Histogramme 6 : Répartition selon la tranche d'âge des cancers chez l'homme

5.3 localisations :

Répartition des cancers selon l'appareil :

Chez l'homme, les appareils les plus atteints par le cancer sont : l'appareil digestif, ORL, thoracique et l'appareil urinaire



Histogramme 7: répartition des cancers par appareil chez l'homme

Tableau VII : Répartition des cancers CHEZ L HOMME

localisation	nombre de cas	pourcentage%
POUMON	656	11,20
colon-rectum	553	9,44
ESTOMAC	488	8,33
SNC	380	6,5
PROSTATE	357	6,10
CAVUM	306	5,22
LARYNX	237	4,05
Sein	199	3,45
PEAU	192	3,28
Cavité buccale	190	3,24
VESSIE	175	2,99
ŒSOPHAGE	153	2,61
os et parties molles	149	2,54
METASTASES	139	2,37
PANCREAS	75	1,28
REIN	61	1,04
CANAL ANAL	57	0,97
testicule	52	0,89
THYROIDE	48	0,82
Vésicule biliaire (VB)	48	0,82
FOIE	48	0,82
fosse nasale et sinus	44	0,75
HYPOPHARYNX	32	0,55
Lymphome hodgkinien (LH)	31	0,53
Glande salivaire	24	0,41
ŒIL	16	0,27
AMYGDALE	16	0,27
GREL	10	0,17
OREILLE	9	0,15
PLEVRE	6	0,10
MEDIASTIN	4	0,07

6. Résultats chez la femme :

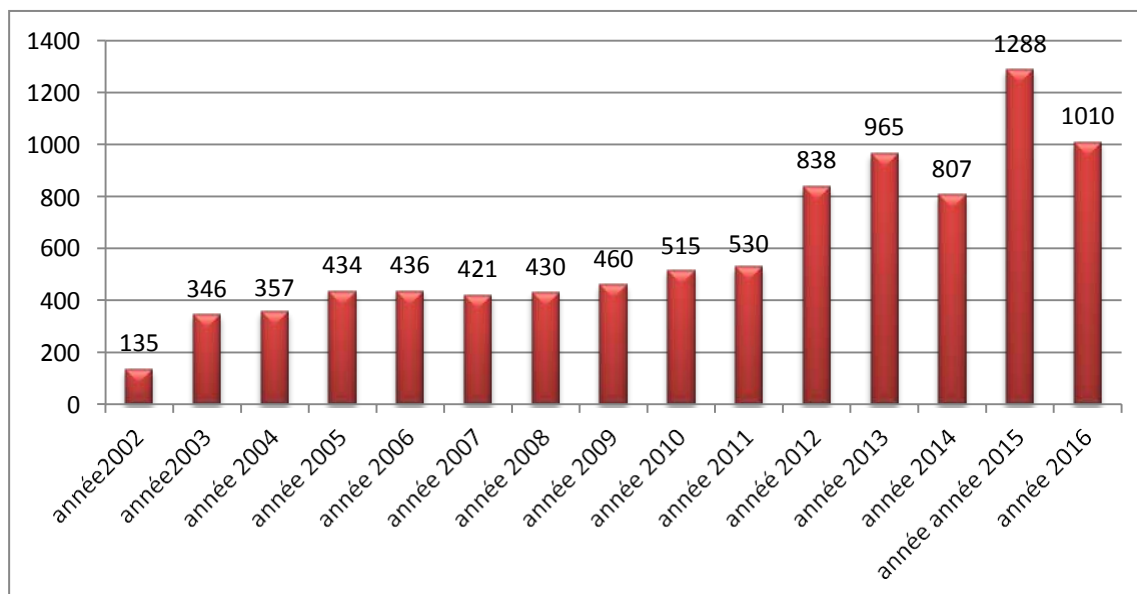
6.1 Recrutement

On a recruté 8972 cas de sexe féminin sur les 14829, soit 60,5 %.

La fréquence annuelle a connu une augmentation progressive entre 2002 (135 cas) et 2016 (1010 cas).

Tableau VIII : recrutement des femmes par année :

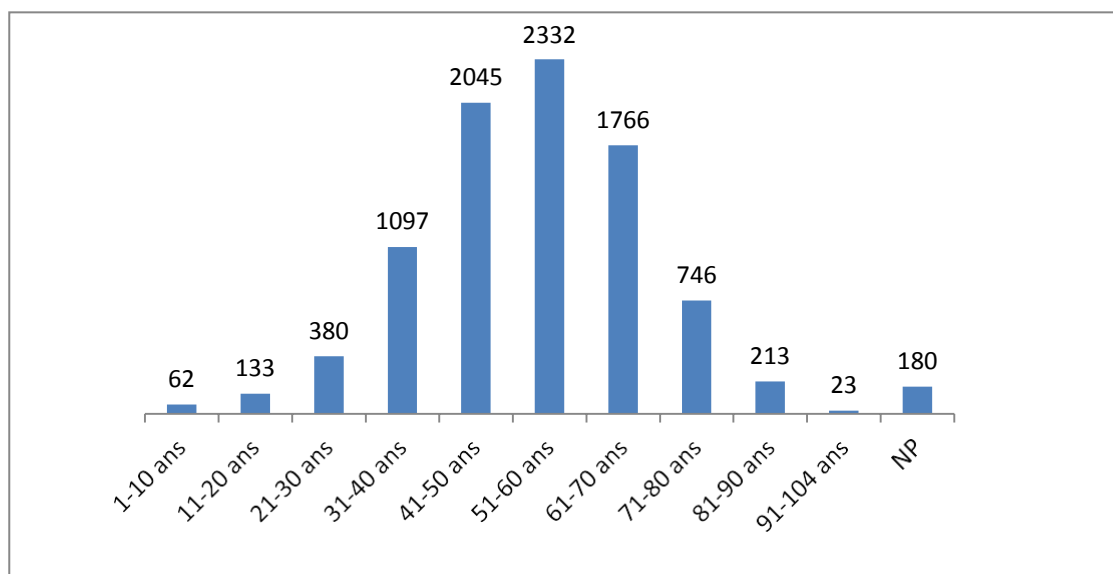
Année	Nombre de cas	Pourcentage
2002	135	1,50%
2003	346	3,67%
2004	357	4,10%
2005	434	4,83%
2006	436	4,90%
2007	421	4,80%
2008	430	4,80%
2009	460	5,12%
2010	515	5,74%
2011	530	5,90%
2012	838	9,34%
2013	965	10,7%
2014	807	9,00%
2015	1288	14,35%
2016	1010	11,25%
Total	8972	100%



Histogramme 8 : répartition des femmes par année

6.2 Age

L'âge moyen des femmes recrutées est de 53,28 ans avec un écart type de 14,88 La tranche d'âge la plus touchée était celle entre 51 et 60 ans

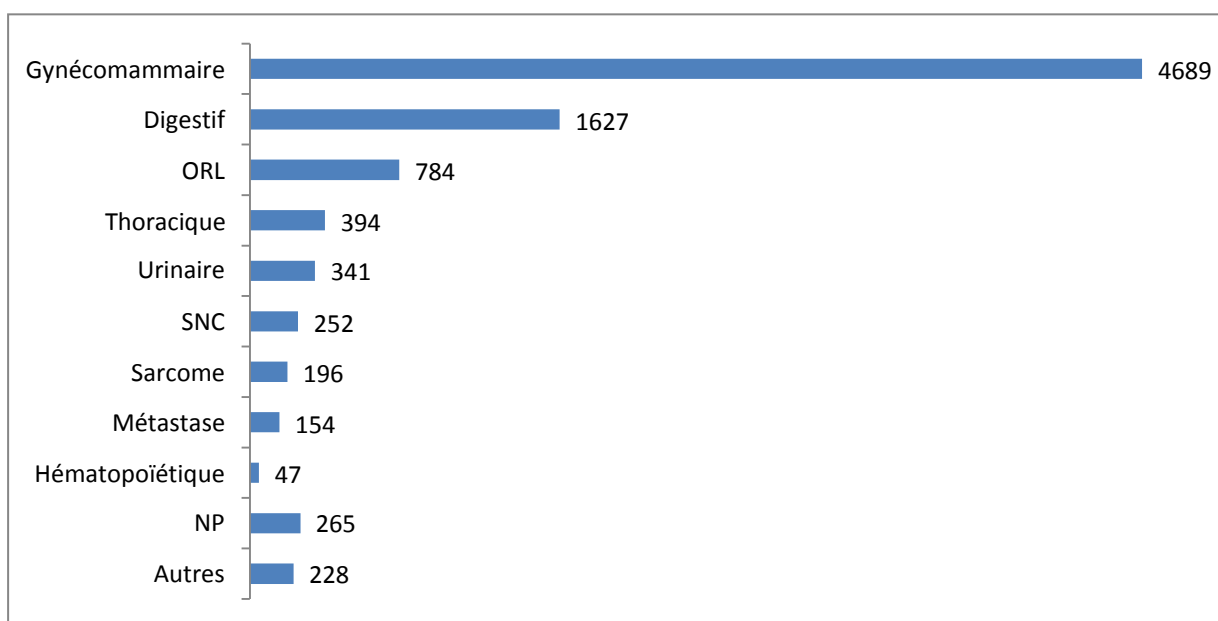


Histogramme 9 : répartition selon les tranches d'âge chez la femme :

6.3 Répartition des différentes localisations :

Répartition des cancers selon l'appareil :

Chez la femme les localisations les plus fréquentes selon l'appareil : gynéco mammaire ; digestif ; et la sphère oto-rhino-laryngologique (ORL).



Histogramme 10 : répartition des cancers selon l'appareil chez la femme

Répartition des cancers chez la femme selon l'organe

Tableau IX : Répartition selon l'organe des cancers chez la femme

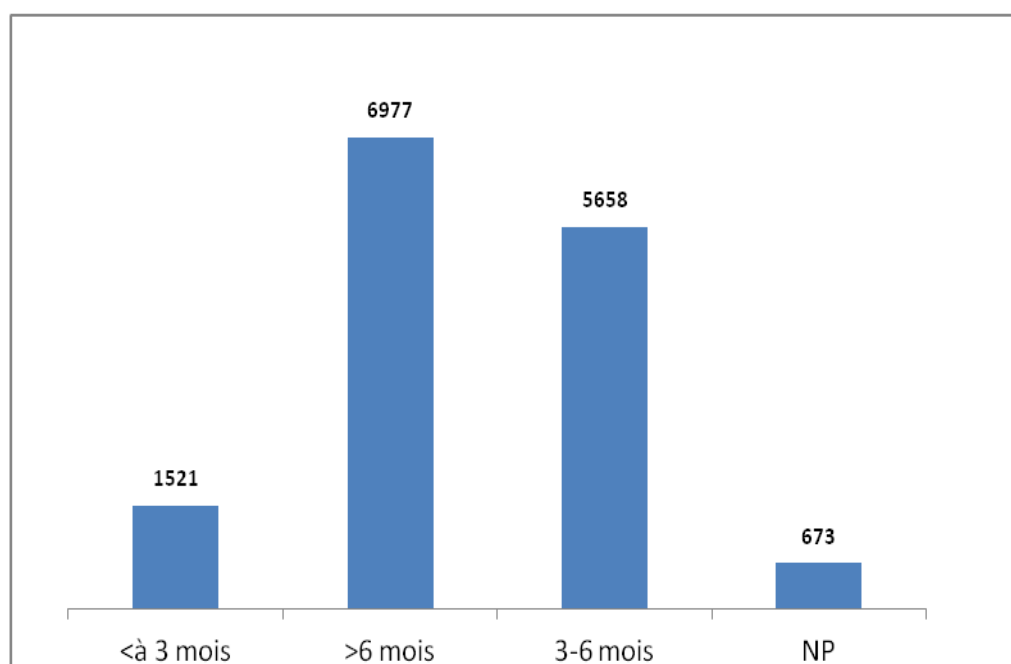
Localisation	nombre de cas	pourcentage %
Sein	3535	39,40
Col utérin	1444	16,09
COLON RECTUM	663	7,39
ESTOMAC	454	5,06
OVAIRE	418	4,66
POUMON	379	4,22
Corps uterin	303	3,38
CAVUM	259	2,89
PEAU	188	2,10
METASTASES	154	1,72
LARYNX	152	1,69
ŒSOPHAGE	152	1,69
THYROIDE	149	1,66
Vésicule biliaire (VB)	146	1,63
OS ET PARTIES MOLLES	141	1,57
Cavité buccale (CB)	117	1,30
VESSIE	114	1,27
PANCREAS	96	1,07
VULVE	91	1,01
REIN	59	0,66
GLANDES SALIVAIRES	51	0,57
FOIE	43	0,48
HYPOPHARYNX	40	0,45
CANAL ANAL	38	0,42
FOSSES NASALE ET SINUS	36	0,40
Système nerveux central (SNC)	35	0,39
Lymphome hodgkinien (LH)	35	0,39
LEVRE	24	0,27
ŒIL	23	0,26
Vagin	21	0,23
GREL	11	0,12
OREILLE	9	0,10
AMYGDALE	8	0,09
PLEVRE	5	0,06
Annexe	4	0,04

7. Durée d'évolution des patients :

La majorité des patients avaient une durée d'évolution de plus de 6mois soit 47% des cas

Tableau X : répartition des patients selon la durée d'évolution

Durée d'évolution	Nombre de cas	Pourcentage %
< 3mois	1 521	10,3
3-6MOIS	5 658	38,2
>6mois	6 977	47,0
Non précisé (NP)	673	4,5
TOTAL	14 829	100



Histogramme 11 : Répartition selon la durée d'évolution des patients

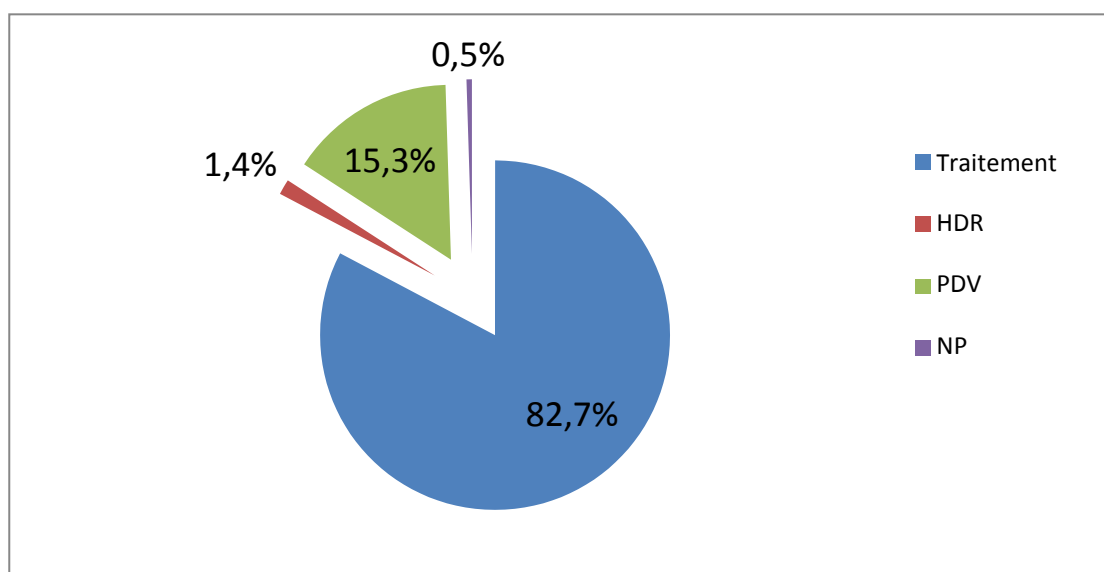
8. DEVENIR DES PATIENS APRES LA PREMIERE CONSULTATION

La majorité des patients avaient reçu un traitement soit 82,7% des cas ;

Et 15,3% des sont perdu de vue. (Tableau 8, histogramme 12)

Tableau XI: répartition des patients selon le devenir après la 1^{ère} consultation

Devenir des patients	Nombre de cas	Pourcentage %
Traité (TTT)	12269	82,7
En dehors de tout traitement (HDR)	210	1,4
Perdu de vue (PDV)	2276	15,3
Non précisé (NP)	74	0,6
TOTAL	14829	100



HISTOGRAMME 12: devenir des patients après la première consultation

II. RESULTATS PAR LOCALISATION :

Nous allons détailler dans ce chapitre les paramètres suivants pour chaque localisation :

- Fréquence
- Sex-ratio
- Age
- Données anatomopathologiques

1. Appareil gynéco-mammaire :

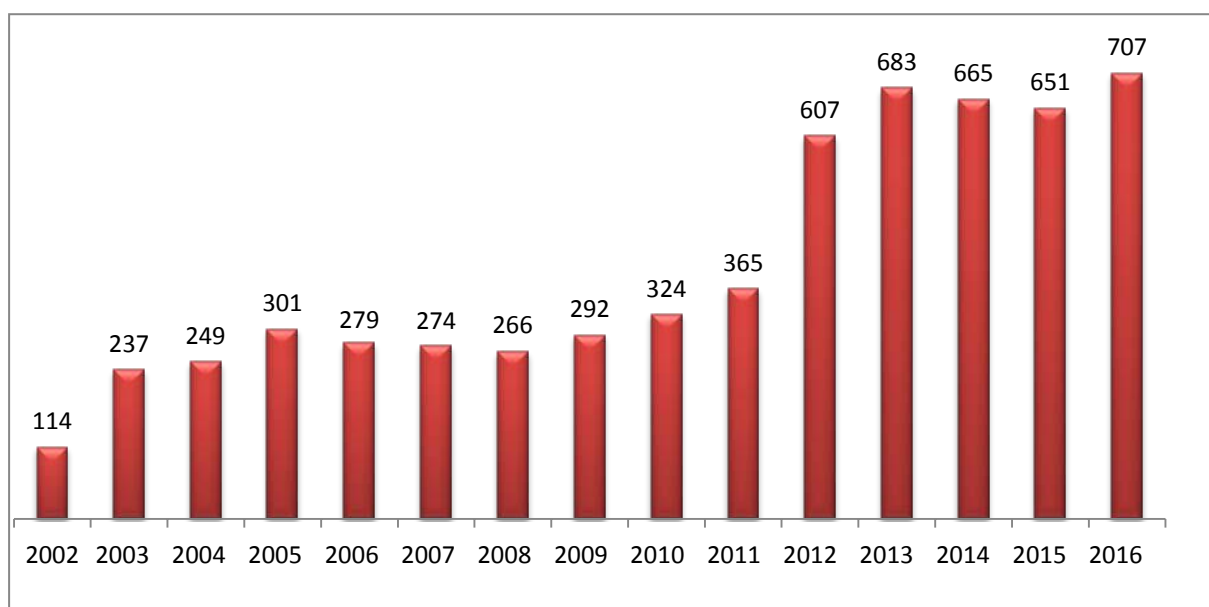
1.1 Recrutement

On a recruté 6014 cas de cancers gynéco-mammaire sur les 14829, soit 40,5%.

La fréquence annuelle a connu une augmentation progressive entre 2002 (1,9 %) et 2016 (11,8%).

Tableau XII : évolution par année des cancers gynéco-mammaire :

Années	Nombre de cas	Pourcentage %
2002	114	1,9%
2003	237	3,9%
2004	249	4,1%
2005	301	5,0%
2006	279	4,6%
2007	274	4,6%
2008	266	4,4%
2009	292	4,9%
2010	324	5,4%
2011	365	6,1%
2012	607	10,1%
2013	683	11,4%
2014	665	11,1%
2015	651	10,8%
2016	707	11,8%
TOTAL	6014	100%

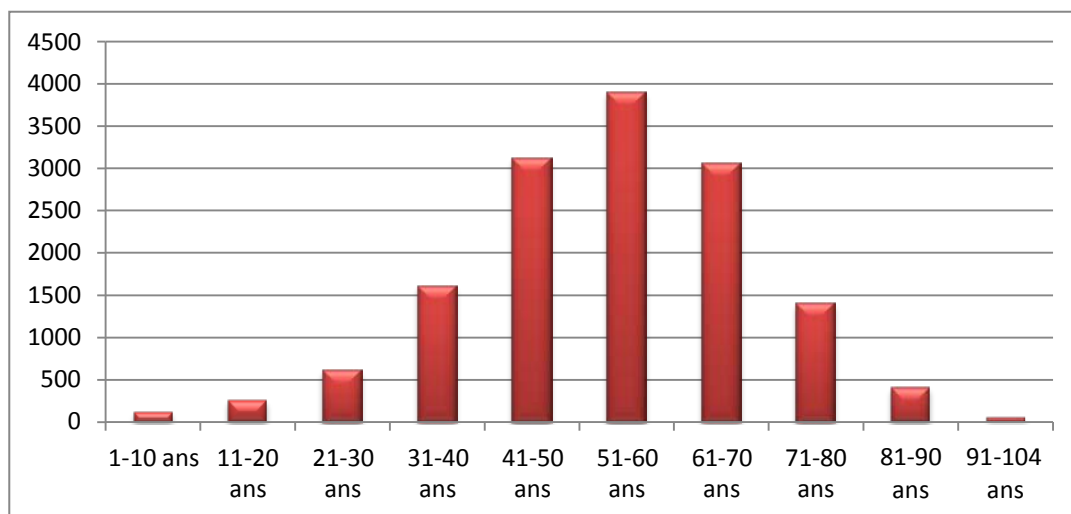


Histogramme 13 : évolution des cancers gynéco mammaire par année :

1.2 Age :

La moyenne d'âge était de 52,5 ans avec un écart type de 13,09.

La tranche d'âge la plus touchée se situait entre 51 et 60 ans



Histogramme 14 : répartition des cancers gynéco mammaire par tranche d'âge

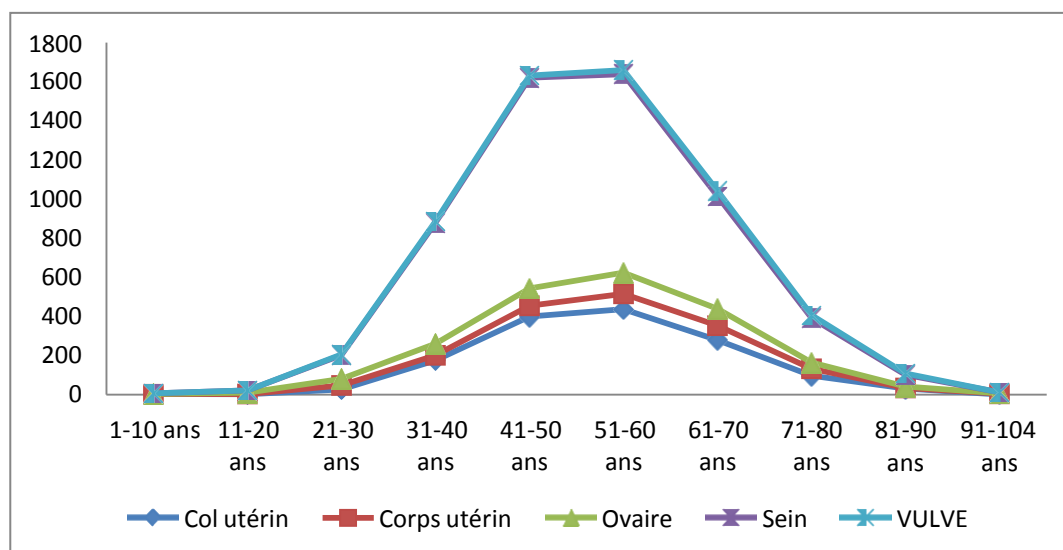


Figure 3: Répartition selon l'âge des cancers gynéco-mammaires

1.3 Localisations

Le cancer du sein a occupé la première position avec 62,07 % des cancers gynéco mammaires suivi respectivement des cancers, du col utérin, de l'ovaire, de l'ovaire, du corps utérin, de la vulve, du vagin et vient en dernier lieu annexe et lèvre (Tableau XII, fig.3).

Tableau XIII. Répartition selon la localisation des cancers gynéco-mammaires :

localisation	Nombre de cas	Pourcentage %
Sein	3734	62,07
Col Utérin	1444	24,00
Ovaire	418	6,95
Corps Utérin	303	5,04
Vulve	91	1,51
Vagin	21	0,35
Annexes	3	0,05
Lèvre	2	0,03

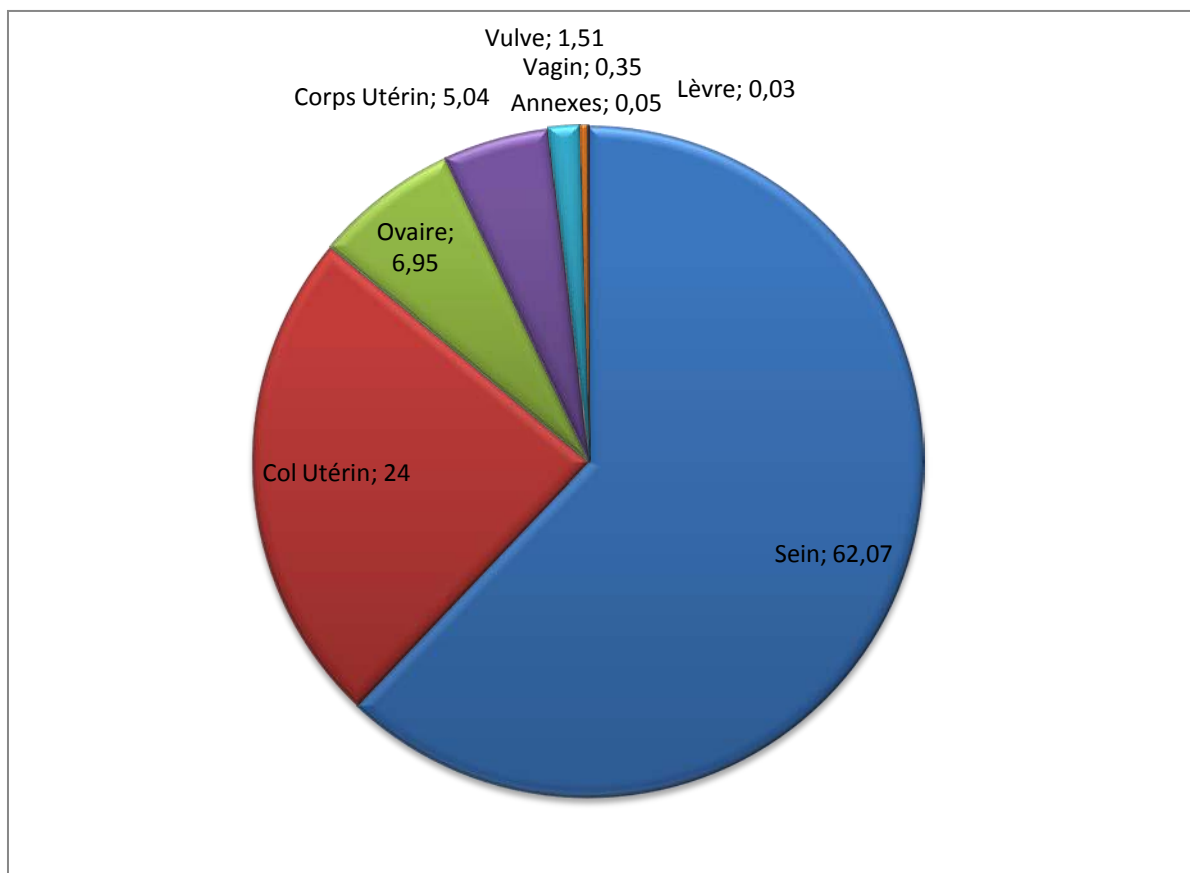
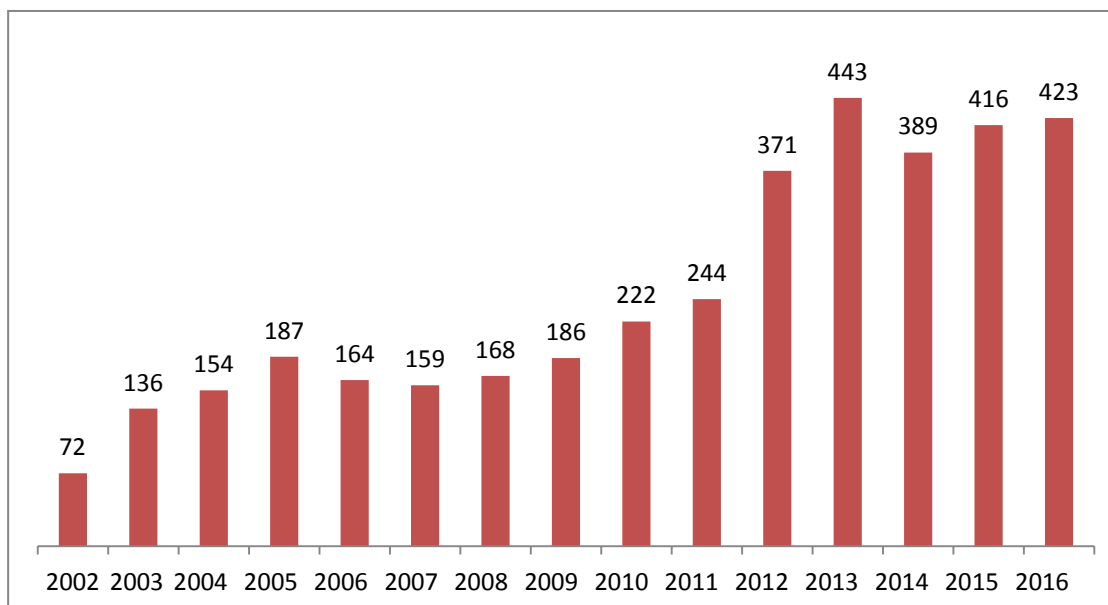


Figure 4 : Répartition des cancers gynéco-mammaires

1.3-1 Sein :

a) Fréquence :

C'est le premier cancer de la femme dans notre étude avec 25,1 % du recrutement total et 62,05 % des cancers gynéco-mammaires. Sa fréquence a connu une augmentation entre le début et la fin de notre étude.



Histogramme 15 : évolution du cancer du sein selon l'année de recrutement :

b) Sex-ratio :

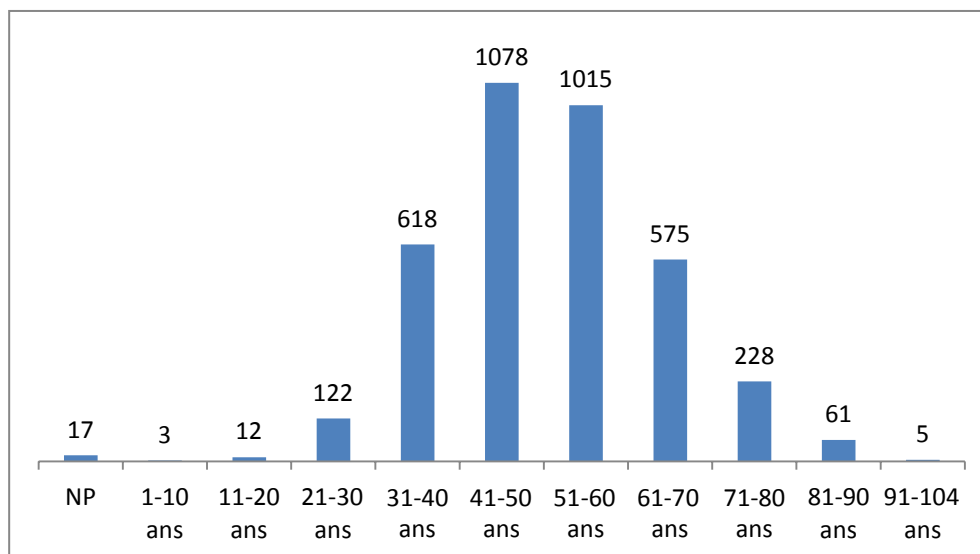
On a noté 199 cas d'hommes, soit 5 %, et 3535 cas de femmes, soit 95%.

Le sex-ratio était de 0,05

c) âge

L'âge moyen était de 51,6 ans avec un écart type de 12,7.

La tranche d'âge dans laquelle le cancer du sein était prédominant est entre 41–50 ans avec 1078 cas soit 28,8%.



Histogramme 16 : répartition selon l'âge du cancer du sein :

d) Données histologiques :

On a noté :

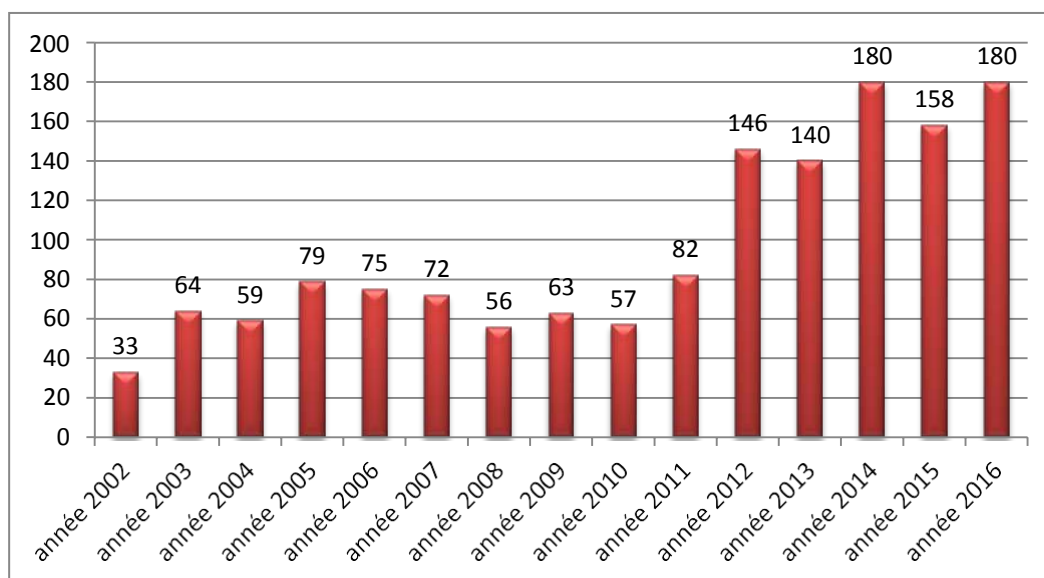
- ✓ 3268 cas de carcinome canalaire infiltrant soit 87,5% ;
- ✓ 198 cas de carcinome lobulaire infiltrant soit 5,3%
- ✓ 74 cas de carcinome médullaire soit 2%
- ✓ 0 cas de carcinome épidermoïde

1.3-2 Col utérin :

a) Fréquence :

Le nombre total des cancers du col utérin observés dans notre série était de 1444 cas sur Les 14829 recensés soit 11,11 % de l'ensemble de recrutement global ; et 24 % des cancers gynéco mammaires.

La fréquence annuelle de ce cancer a augmenté dans sa globalité passant de 2,3 % en 2002 à 12,5 % en 2016.

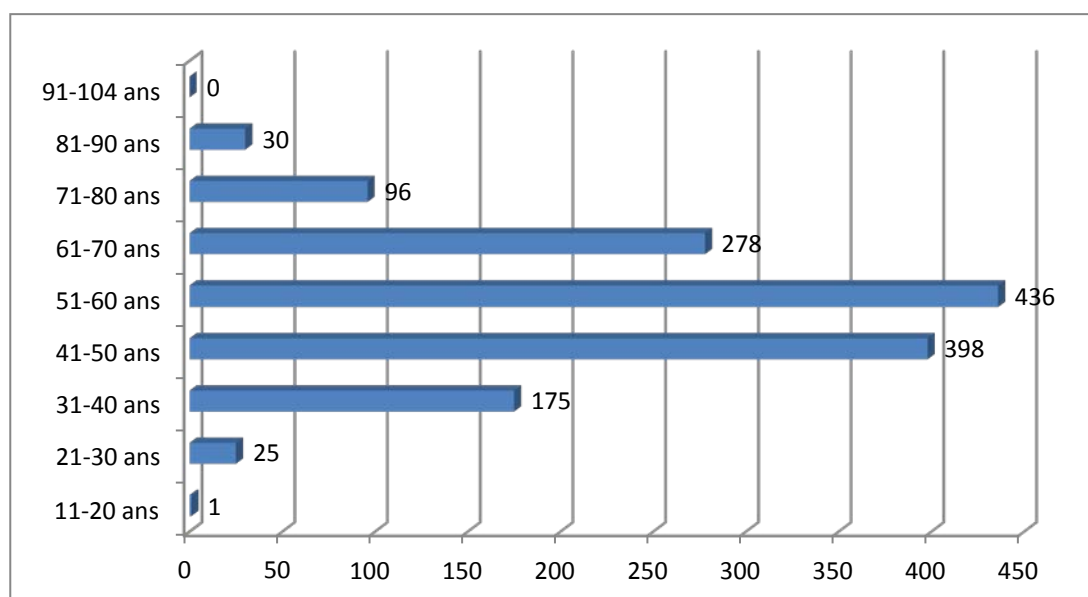


Histogramme 17 : évolution du cancer du col utérin selon l'année de recrutement

b) Age :

L'âge moyen était de 54 ans avec un écart type de 12,3.

La tranche d'âge la plus touchée par le cancer du col utérin était entre 51 et 60 ans avec 30,2%.



Histogramme 18: répartition du cancer du col utérin selon l'âge

c) Données anatomopathologiques :

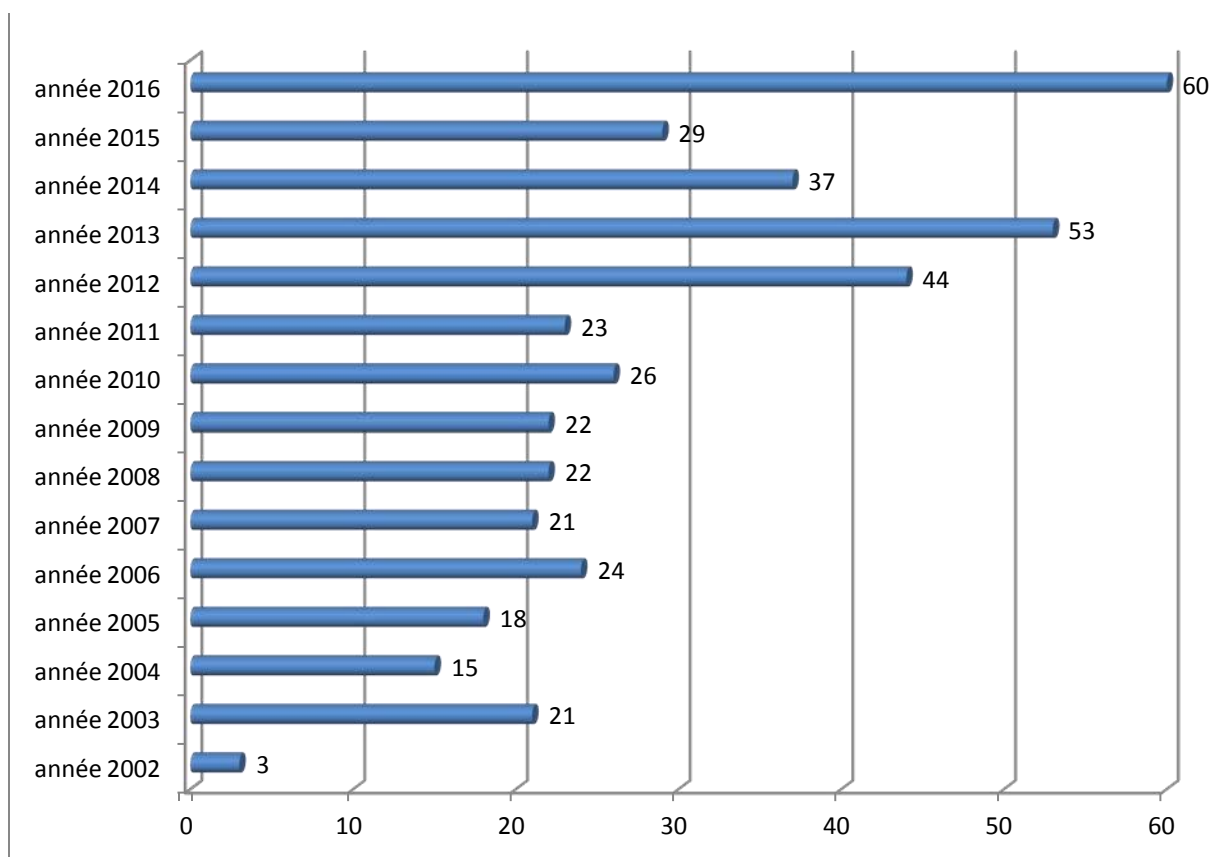
- 1294 cas de carcinome épidermoïde soit 89,6%
- 76 cas d'adénocarcinome soit 5,2%
- 6 cas de carcinome peu différencié

1.3-3 Ovaire :

a) Fréquence :

Il a occupé la 3ème position des cancers gynéco-mammaires avec 6,95 %.

La fréquence annuelle de cette localisation a connu une augmentation passant de 0,7 % en 2002 à 14,4% en 2016



Histogramme 19 : évolution du cancer de l'ovaire par année de recrutement

b) Age :

L'âge moyen des malades était de 52 ans avec écart type de 14,87 ;

La tranche d'âge la plus touchée était de 51 à 60 ans, soit 25,8 % des cas

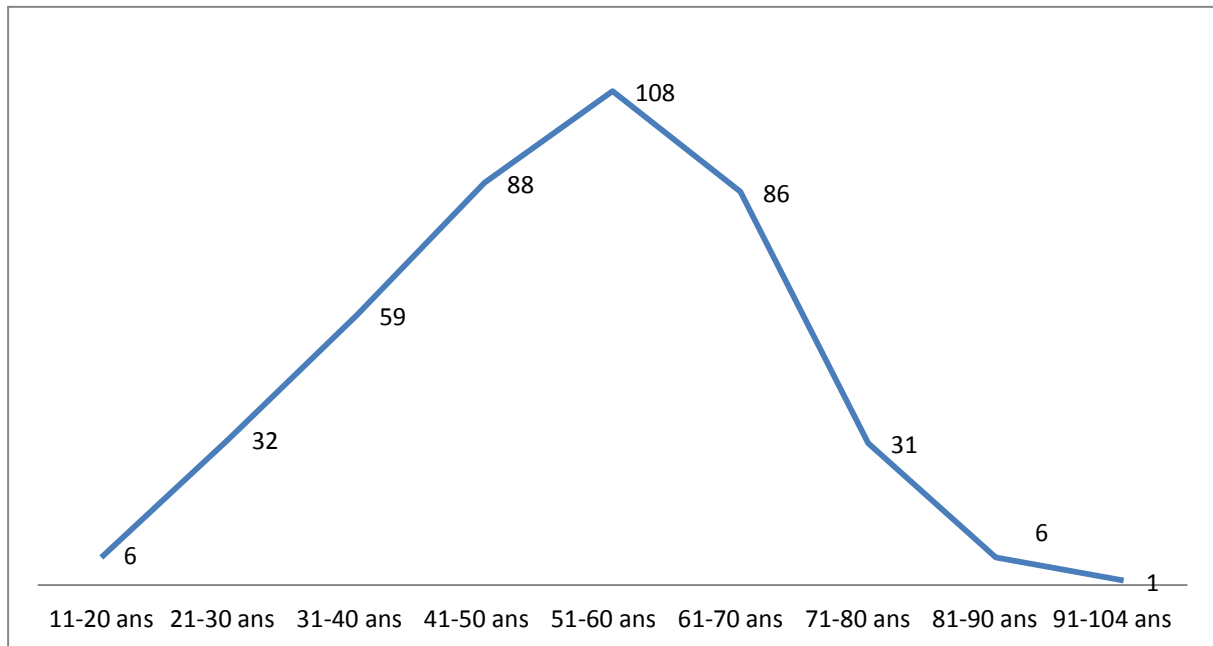


Figure 5 : répartition du cancer de l'ovaire par tranches d'âge

c) Données histologiques :

On a noté :

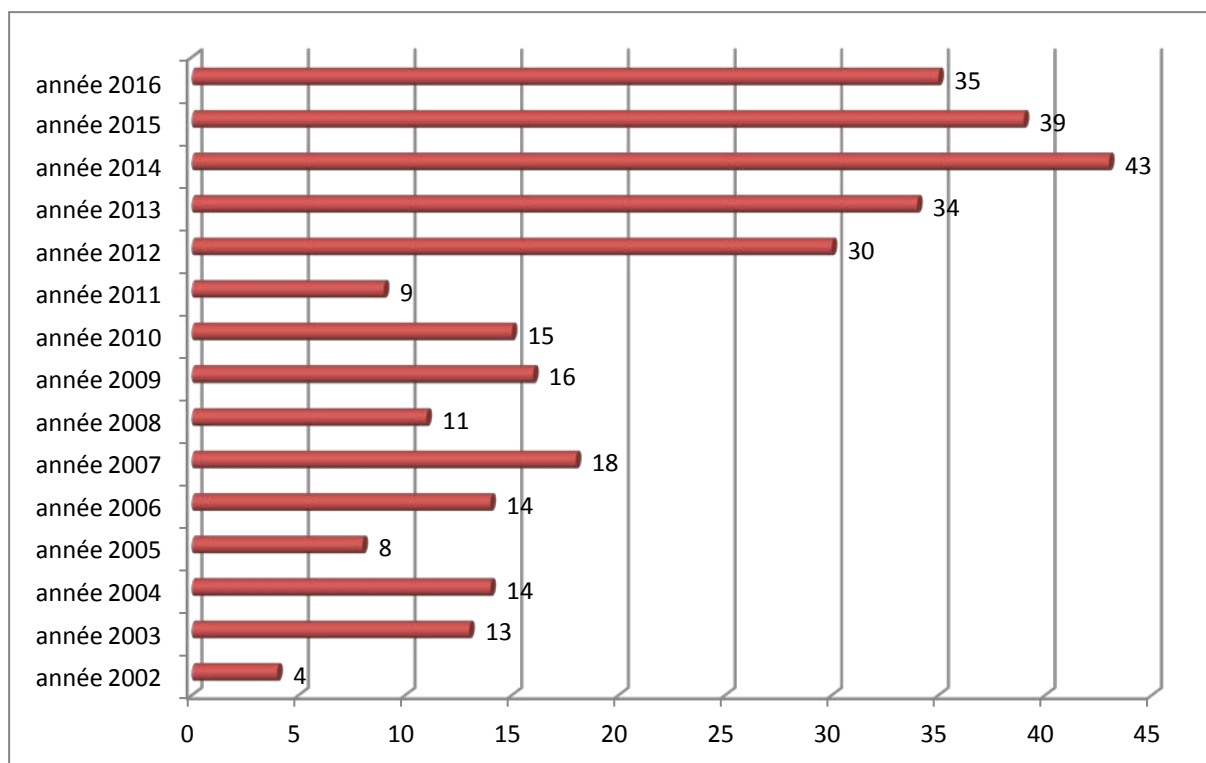
- 338 cas d'adénocarcinome soit 80,9%
- 4 tumeur germinale soit 1%
- 3 cas de tumeurs neuroectodermique primitive

1.3-4 Corps utérin :

a) Fréquence :

On a recruté 303 cas de cancers du corps utérin sur 14828 cas, soit 2,04 % de l'ensemble du recrutement et 5,04 % des cancers gynécologiques.

La fréquence annuelle du cancer du corps utérin a connu une augmentation relative de 1,3% en 2002 à 11,6% en 2016



Histogramme 20: répartition du cancer du corps utérin selon l'année de recrutement

b) Age :

L'âge moyen était de 55,4 ans avec un écart type de 15,41.

La tranche d'âge la plus touchée se situait entre 51 et 60 ans avec 26,1 % des cas.

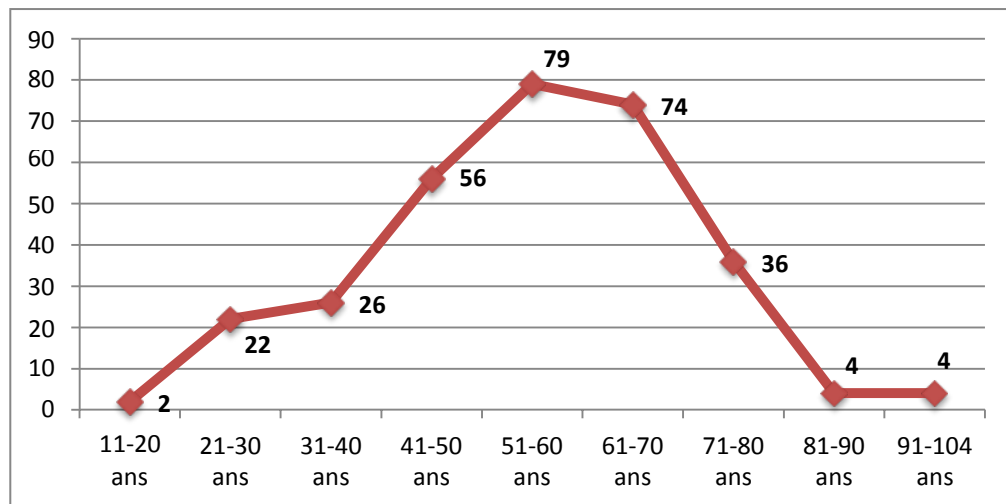


Figure 6 : répartition du cancer du corps utérin selon l'année de recrutement :

c) Données anatomopathologiques :

On a noté :

- ✓ 184 cas d'adénocarcinome soit 60,7 %
- ✓ 62 cas choricarcinome soit 20,5%
- ✓ 3 cas de carcinome épidermoïde

1.3-5 Vulve :

a) Fréquence :

Le cancer de la vulve a occupé la 5ème position des cancers gynéco-mammaires avec 91 cas, ce qui représentaient 1,51 %.

Sa fréquence annuelle a augmenté avec le temps passant de 1,1 % en 2002 à 7,7% 2016

b) Age :

Les âges extrêmes étaient de 23 et 95 ans avec un âge moyen de 61 ans avec un écart type de 15,2.

La tranche d'âge la plus touchée se situait entre 61 et 70 ans avec 30,8 % des cas .

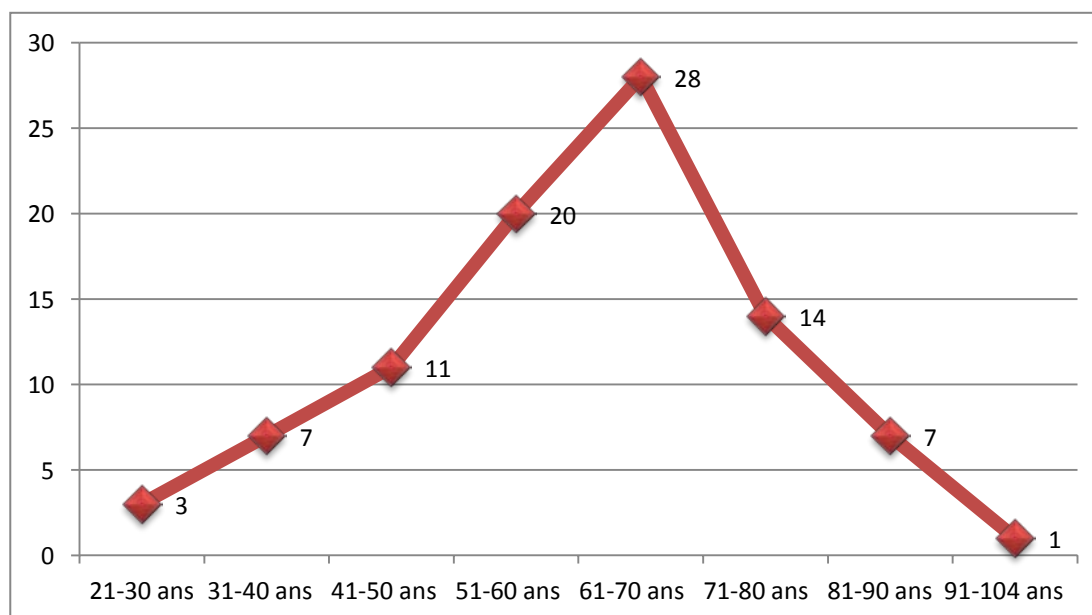


Figure 7 : répartition selon l'âge du cancer de la vulve

c) Données histologiques :

85 cas de carcinome épidermoïde soit 93,4%

2 cas de carcinome adeno-squameux.

1.3-6 F- Vagin :

a) Fréquence :

21 cas de cancers primitifs du vagin ont été notés sur 14 829 cas soit 0,14 % du recrutement total et 0,4 % des cancers gynéco-mammaires.

La fréquence annuelle du cancer du vagin est passée de 1 cas en 2002 à 7 cas en 2014.

b) Age :

L'âge moyen était de 56 ans. Les âges extrêmes étaient de 32 et 91 ans avec

La tranche d'âge la plus touchée se situait entre 61 et 70 ans avec un pourcentage de 33,3%.

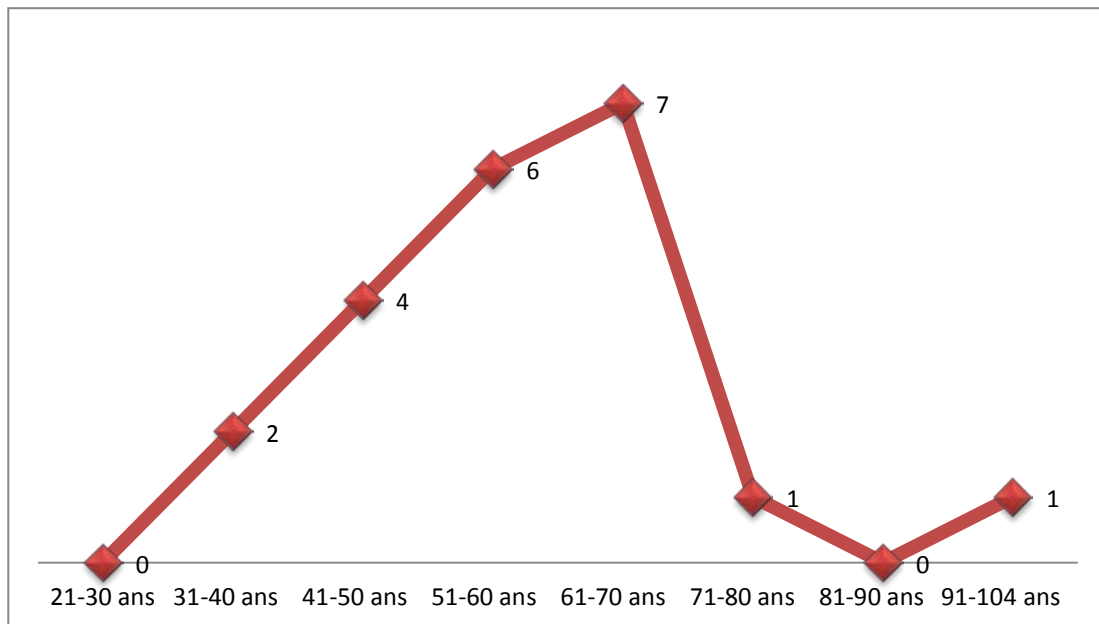


Figure 8 : répartition du cancer du vagin par tranche d'âge

c) Données histologiques :

On a noté :

- 18 cas de carcinomes épidermoïde.
- 1 cas d'adénocarcinome.
- 1 cas de sarcome fusocellulaire

2. Appareil digestif :

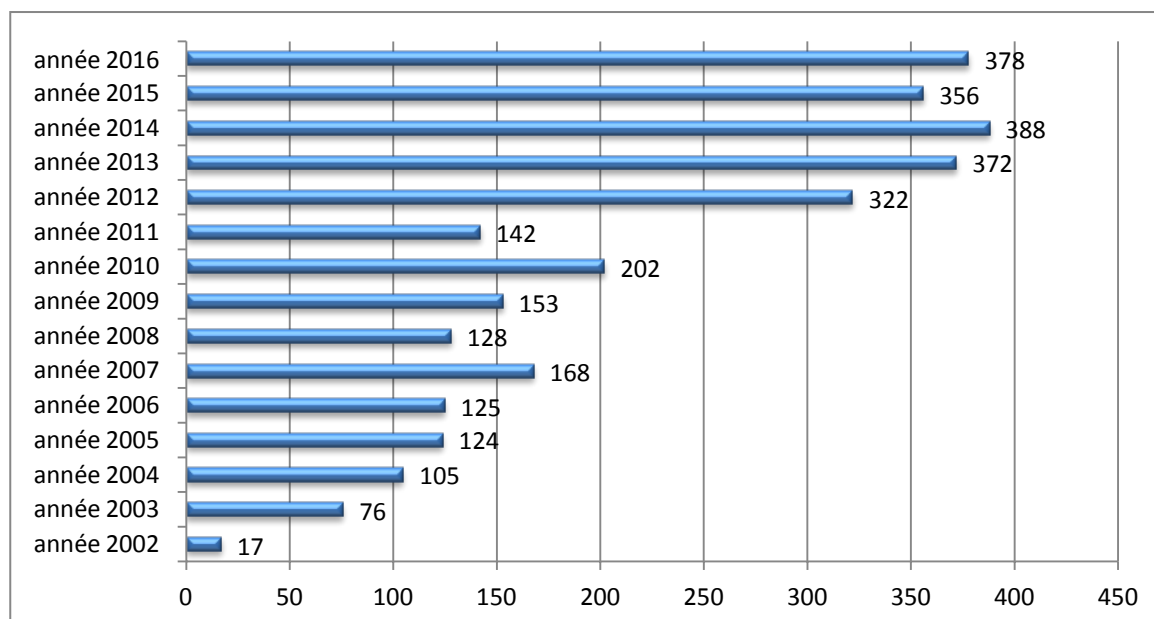
2.1 Recrutement

On a recruté 3056 cas de cancers digestifs sur les 14829, soit 20,6%

La fréquence annuelle a connu une augmentation progressive entre 2002 (0,6 %) et 2016 (12,4%).

Tableau XIV. Répartition selon l'année de recrutement des cancers digestifs

années	Nombre de cas	Pourcentage %
2002	17	0,6
2003	76	2,5
2004	105	3,4
2005	124	4,05
2006	125	4,09
2007	168	5,5
2008	128	4,2
2009	153	5
2010	202	6,6
2011	142	4,6
2012	322	10,9
2013	372	12,2
2014	388	12,7
2015	356	11,7
2016	378	12,4
TOTAL	3056	100

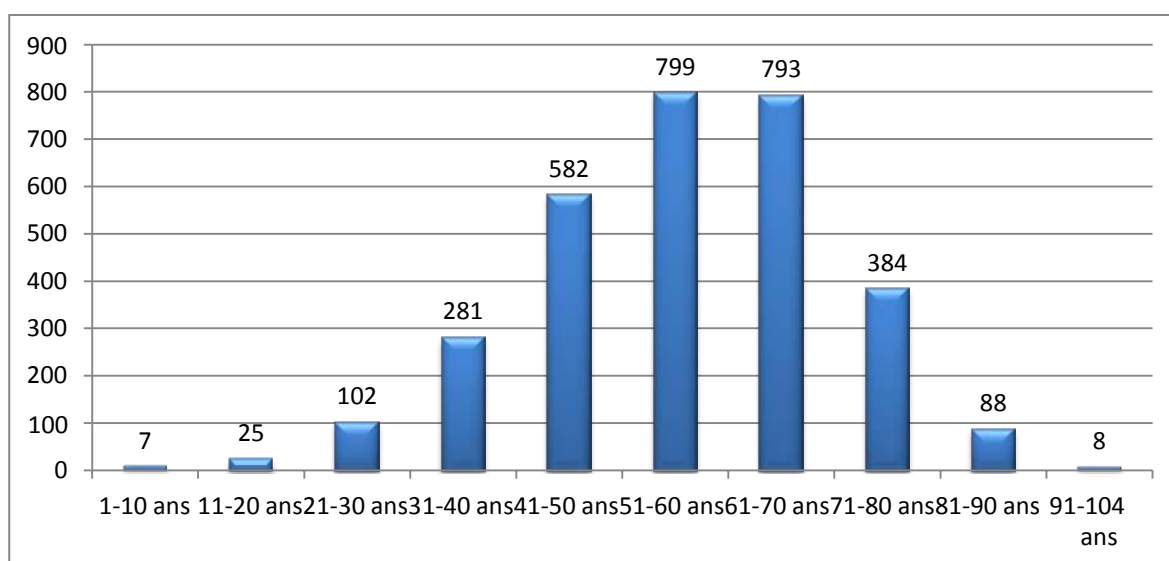


Histogramme 21 : Evolution selon l'année de recrutement des cancers digestifs

2.2 Age

La moyenne d'âge était de 56,7 ans avec un écart type de 14,33 et des extrêmes entre 5 et 99 ans.

La tranche d'âge la plus touchée se situait entre : 51 et 60 ans



Histogramme 22 : répartition des cancers digestifs par tranche d'âge

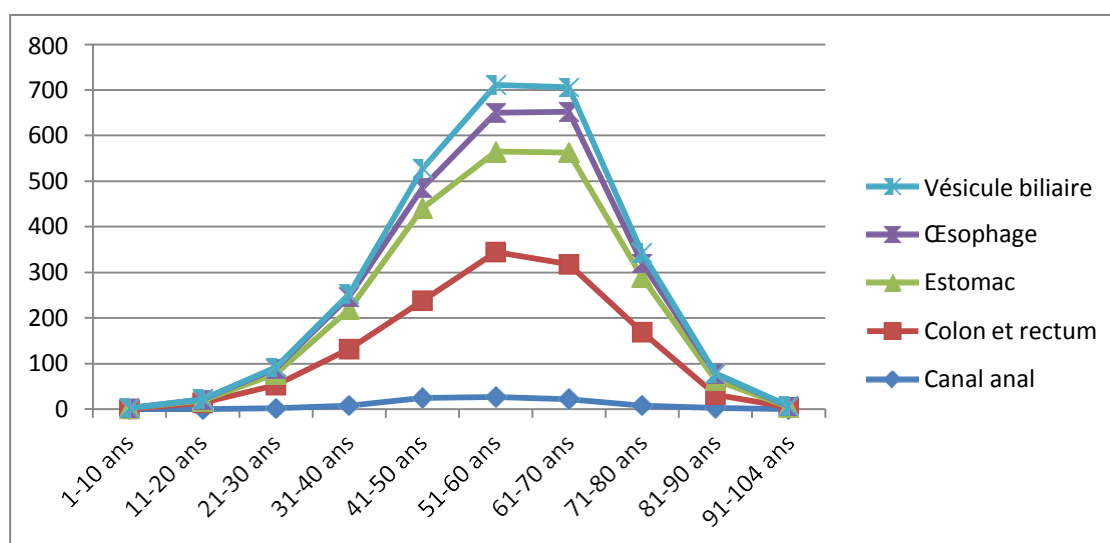


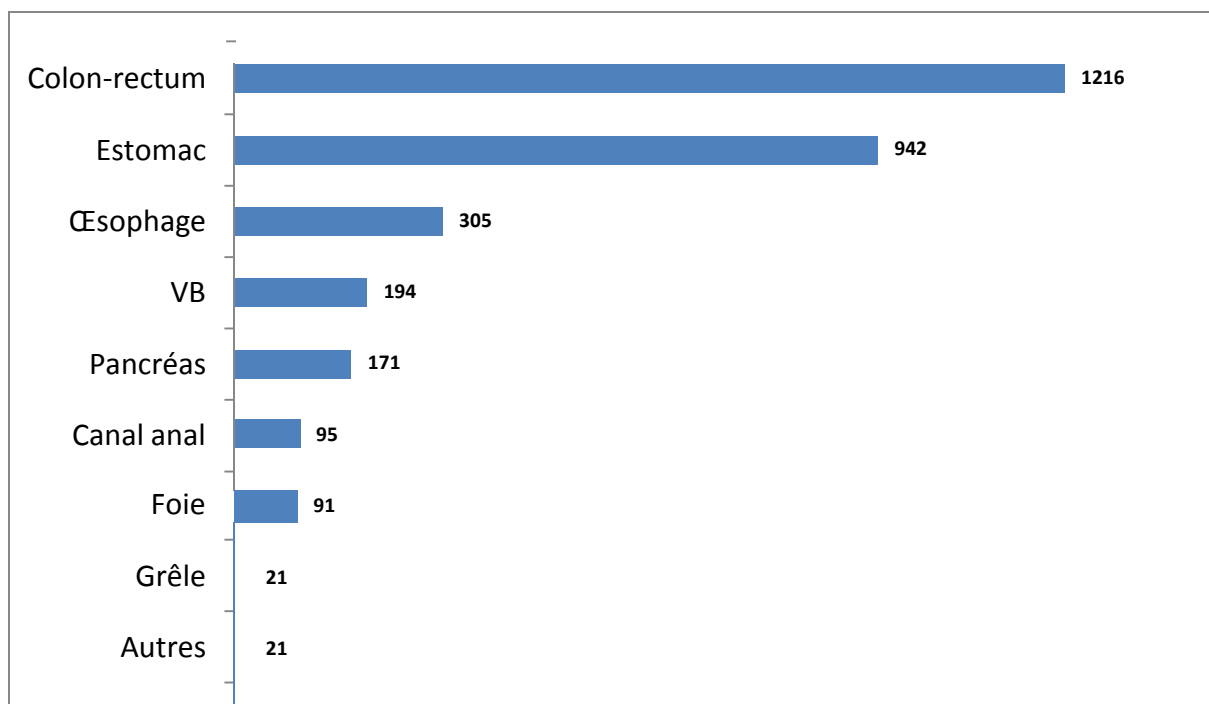
Figure 9 : Evolution selon l'âge des cancers digestifs

2.3 Localisations

Le cancer colorectal est le premier cancer digestif en termes de fréquence avec un pourcentage de 39,8% des cancers digestifs.

Tableau XV : Répartition selon la localisation des cancers digestifs :

Localisation	Nombre de cas	Pourcentage %
Colon-rectum	1216	39,79%
Estomac	942	30,82%
Œsophage	305	9,98%
Vésicule biliaire (VB)	194	6,35%
Pancréas	171	5,60%
Canal anal	95	3,11%
Foie	91	2,98%
Grêle	21	0,69%
Autre	21	0,69%
Total	3056	100,00%



Histogramme 23 :répartition selon la localisation des cancers digestif

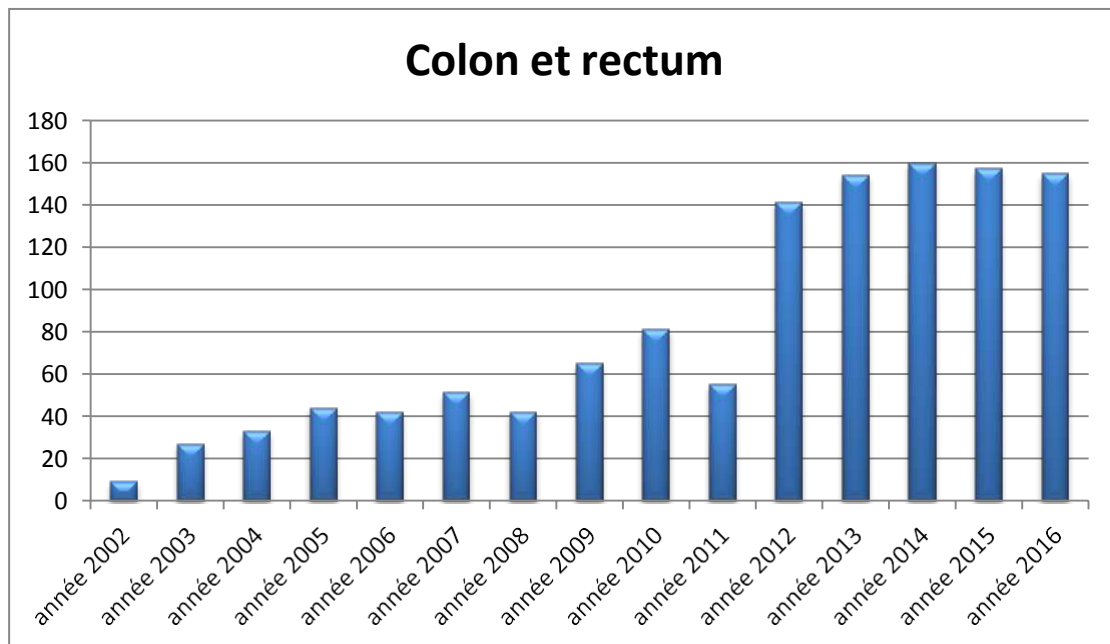
2.3-1 Colon et Rectum :

a) Fréquence :

1216 de cancers colorectaux ont été recensés sur 14829 cas, soit 8,2 % du recrutement total et 39,8 % des cancers digestifs.

Parmi ces cancers : 800 cas de cancers rectaux et 416 cas de cancers coliques.

La fréquence annuelle des cancers colorectaux dans notre série est passée de 0,7 % en 2002 à 12,7 % en 2016



Histogramme 24 : Evolution selon l'année de recrutement du cancer colorectal

b) Sex-ratio :

On a noté 553 cas d'hommes, soit 45,5 % et 663 cas de femmes, soit 54,5 %. Le sex-ratio était de 0,83

c) Age :

La moyenne d'âge était de 56 ans avec un écart type de 14,80.

Les âges extrêmes étaient de 10 et 99 ans.

La tranche d'âge la plus touchée se situait entre 51 et 60 ans avec 26,2 % des cancers digestifs.

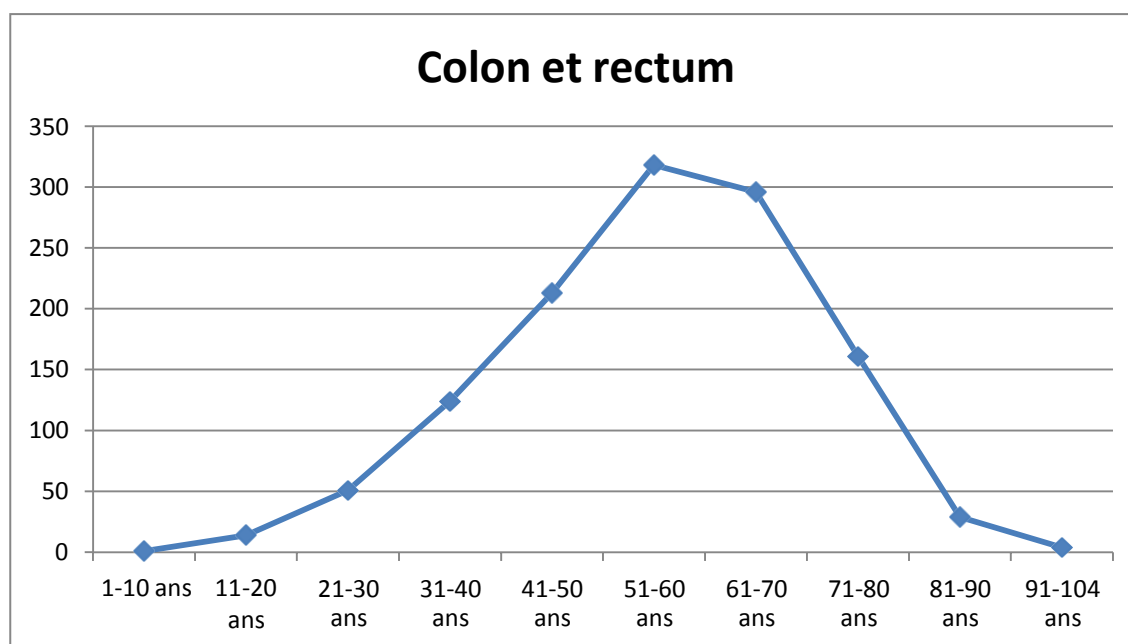


Figure 10 : Répartition selon l'âge du cancer colorectal

d) Données histologiques :

On a noté :

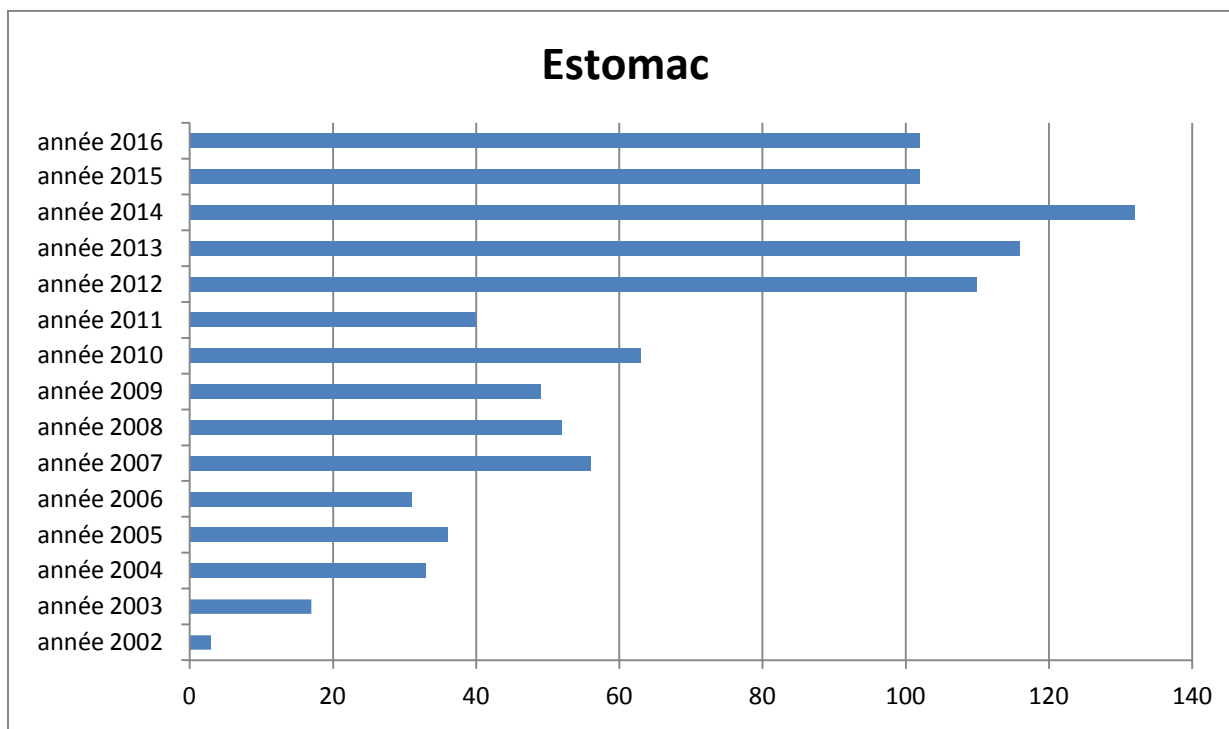
- 1096 cas d'adénocarcinome soit 90%
- 9 cas de carcinome colloïde soit 0,7%
- 8 cas de carcinome épidermoïde soit 0,7%

2.3-2 Estomac :

a) Fréquence :

On a noté 942 cas de tumeurs malignes de l'estomac, soit 6,4 % du recrutement total et 30,8 % des cancers digestifs.

La fréquence annuelle du cancer gastrique a augmenté passant de 0,3 % en 2002 à 10,8% en 2016



Histogramme 25 : Evolution selon l'année de recrutement du cancer de l'estomac

b) Sex-ratio :

On a noté 488 cas d'hommes, soit 51,80%, et 454 cas de femmes, soit 48,20 %.

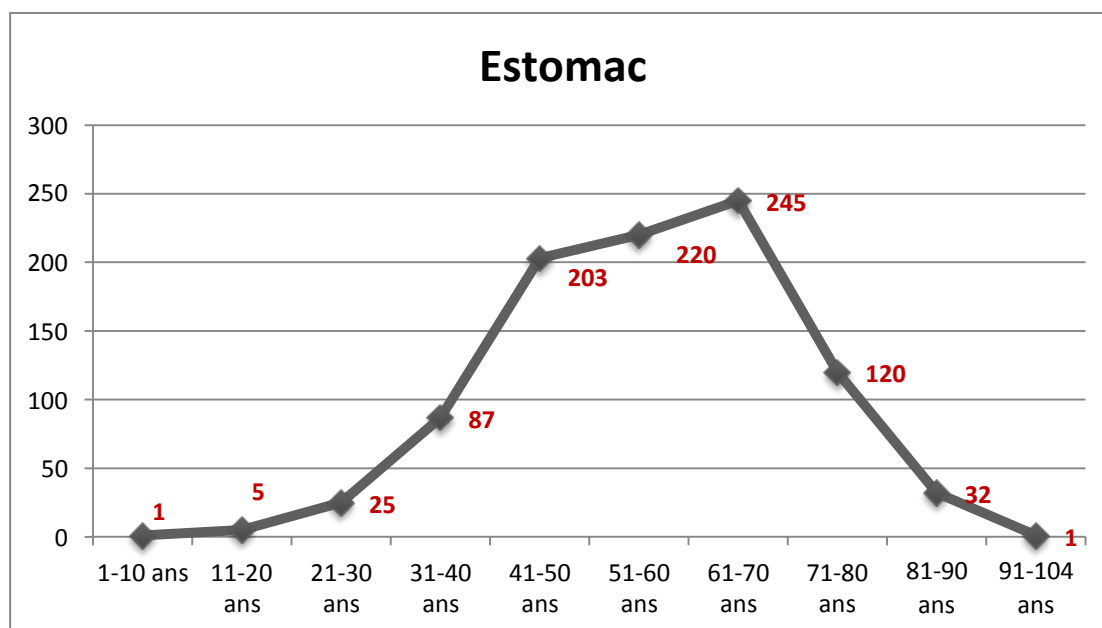
Le sex-ratio était de 1,07

c) Age :

L'âge moyen était de 57 ans avec un écart type de 13,97

La tranche d'âge la plus touchée par le cancer gastrique se situait entre 61 et 70 ans

26 %



Histogramme 26 : Répartition selon l'âge du cancer de l'estomac

d) données anatomopathologique :

On a noté :

95 cas d'adénocarcinome soit 10%

60 cas de tumeur stromale (GIST) soit 6,4%

9 cas de carcinome épidermoïde soit 1%

2.3-3 Oesophage :

a) Fréquence :

On a noté 305 cas de tumeurs malignes de l'oesophage sur 14829 cas, soit 2,4 % de l'ensemble du recrutement et 9,98% des cancers digestifs.

La fréquence annuelle de cette localisation a connu une augmentation progressive entre 2002 (0,3 %) et 2016 (14,09 %).

b) Sex-ratio :

On a noté 153 cas d'hommes, soit 50,2% et 152 cas de femmes, soit 49,8 %.

Le sex-ratio était de 1,006

c) Age :

L'âge moyen était de 57,6 ans avec n écart type de 14,49.

Les âges extrêmes étaient de 12 et 91 ans.

La tranche d'âge de 61 à 70 ans était la plus touchée avec 29,9 % des cas.

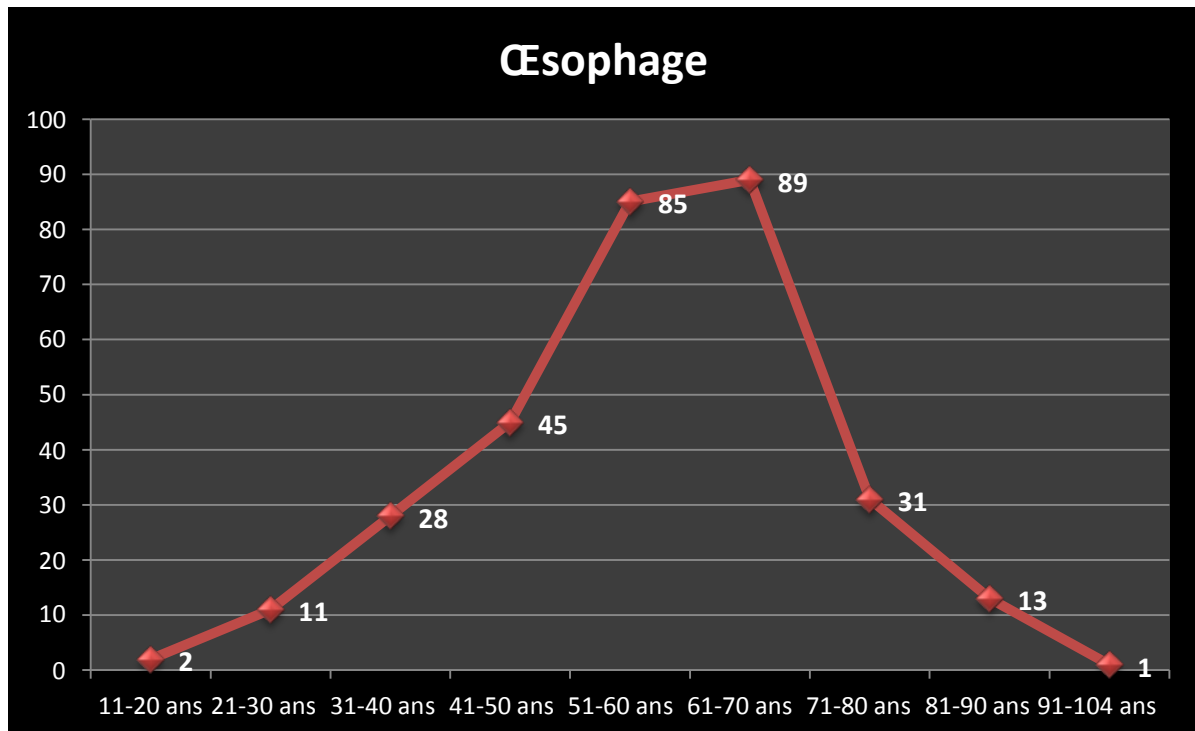


FIGURE 11 : Evolution selon l'âge du cancer de l'œsophage

d) d-Données anatomopathologiques :

On a noté :

43 cas d'adénocarcinome soit 14,1%

235 cas de carcinome épidermoïde soit 77%

2.3-4 Vésicule biliaire :

a) Fréquence :

On a noté 194 cas de cancers de la vésicule biliaire, soit 1,3 % du recrutement total et 6,35% des cancers digestifs. La fréquence annuelle de ce cancer a augmenté de façon progressive passant de 0,5 % en 2002 à 8,8% en 2016.

b) Sex-ratio :

On a noté 48 cas d'hommes, soit 0,82 %, et 146 cas de femmes, soit 1,62 %.

Le sex-ratio était de 0,33

c) Age :

L'âge moyen était de 57,9 ans ; avec un écart type de 12,52

La tranche d'âge la plus touchée était entre 51 et 60 ans avec 31,4 % des cas

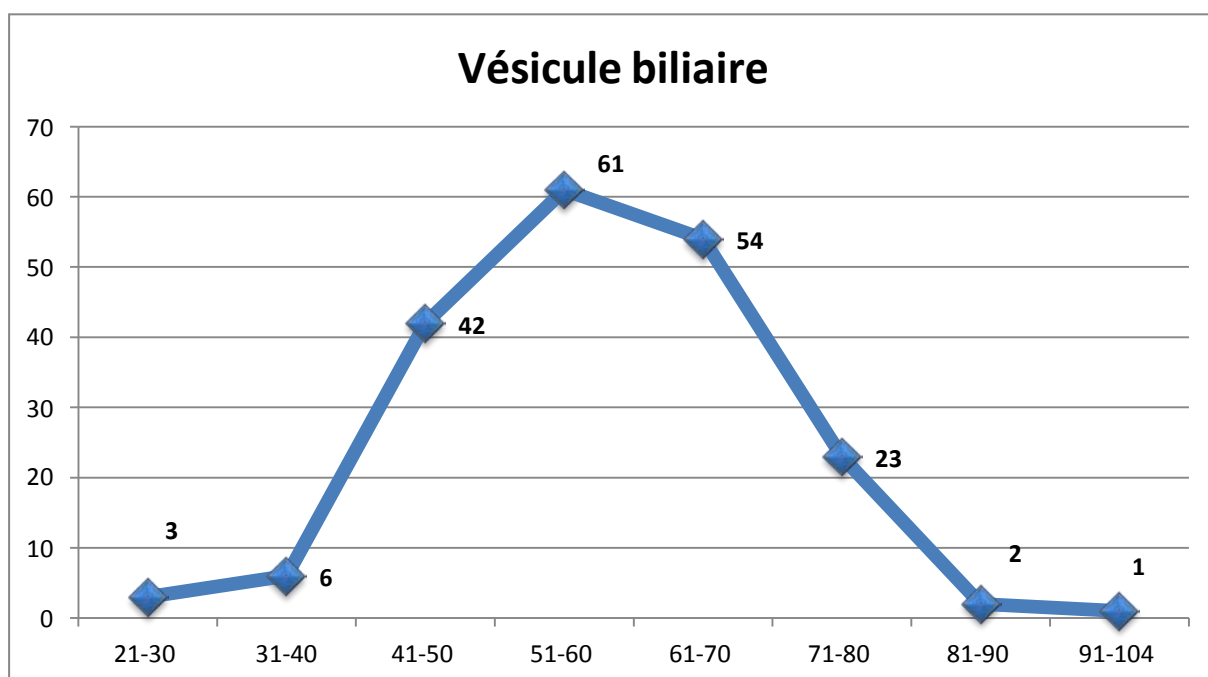


figure12 : Répartition selon l'âge du cancer de la vésicule biliaire

d) **Histologie :**

On a noté :

- 169 cas d'adénocarcinome soit 87%
- 7cas de carcinome épidermoïde soit 3,6%
- 1 cas de cholangiocarcinome 0,5%

2.3-5 **Autres localisations :**

Les autres cas des cancers digestifs étaient moins fréquents et ils sont détaillés dans le tableau

Tableau XVI : Répartition des cancers digestifs moins fréquent

Autre localisation	Nombre de cas	Pourcentage %	Type histologique
Pancréas	171	5,60%	Adénocarcinome
Canal anal	95	3,11%	Carcinome épidermoïde
Foie	91	2,98%	Hépatocarcinome
Grêle	21	0,69%	Adénocarcinome

3. Sphère oto-rhino-laryngologique :

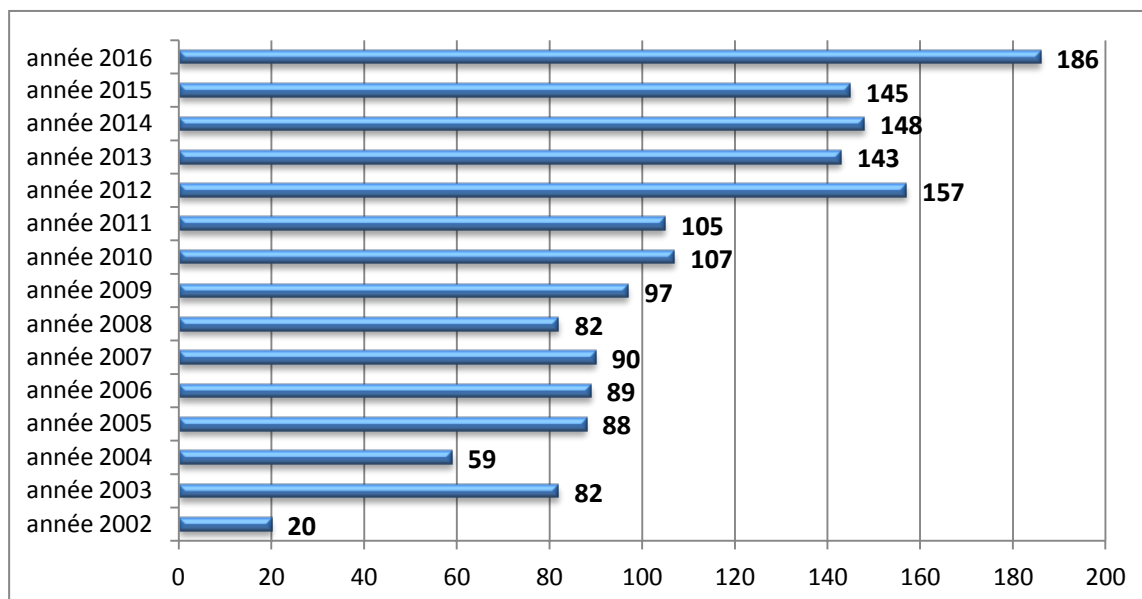
3.1 Recrutement

On a recruté 1598 cas de cancers ORL sur les 14829 cas, soit 10,8 % du recrutement global.

La fréquence annuelle a connu une augmentation progressive entre 2002 (1,3%) et 2016 (11,6 %).

Tableau XVII : répartition par année des cancers de la sphère ORL

année	Nombre de cas	Pourcentage
2002	20	1,3%
2003	82	5,1%
2004	59	3,69%
2005	88	5,50%
2006	89	5,57%
2007	90	5,63%
2008	82	5,13%
2009	97	6,07%
2010	107	6,7%
2011	105	6,57%
2012	157	9,82%
2013	143	8,95%
2014	148	9,26%
2015	145	9,07%
2016	186	11,6



Histogramme 27 : répartition selon l'année de recrutement des cancers orl

3.2 Age

La moyenne d'âge est de 53,9% ans avec un écart type de 15,7 et des extrêmes de 2 et 98 ans.

La tranche d'âge la plus touchée se situe entre 51 et 60 ans

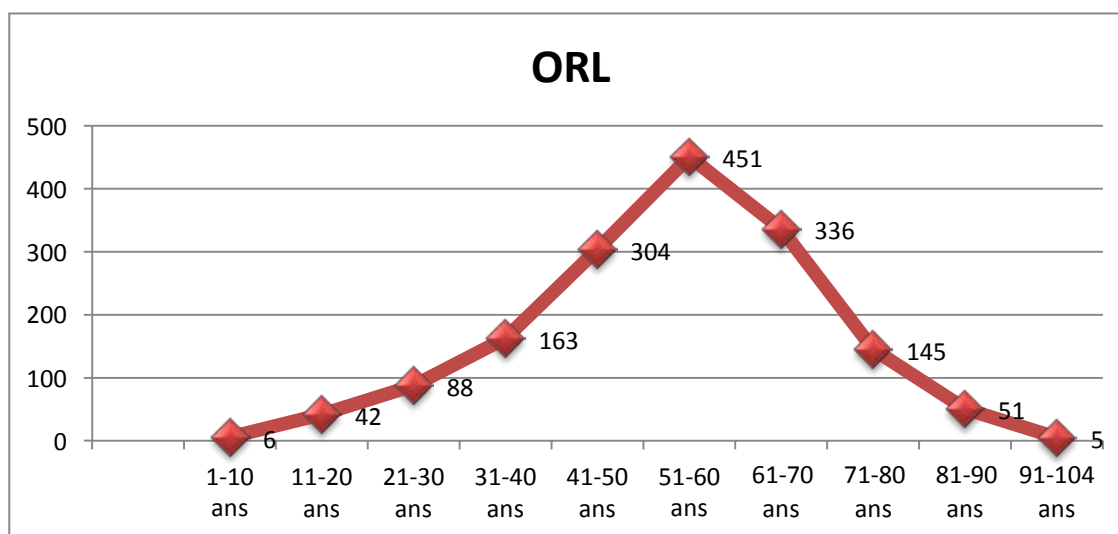


Figure 13: Répartition selon l'âge des cancers ORL

3.3 Localisations :

Le cancer du Cavum, du larynx ; cavité buccale et le cancer de la thyroïde sont les plus fréquents.

Tableau XVIII : répartition des cancers ORL par ordre de fréquence :

Localisation	Nombre de cas	Pourcentage %
Cavum	565	35,3%
Larynx	390	24,5%
Cavité buccale	307	19,3%
Thyroïde	197	12,4%
Sinus et fosses nasales	80	5,0%
Glandes salivaires	75	4,7%
Oro et hypopharynx	66	4,2%
Oreille	21	1,3%
Mandibule	12	0,8%
Autres	26	1,6%

3.3-1 Cavum :

a) Fréquence :

On a colligé 565 cas de cancers du cavum sur 14829 cas, soit 3,8 % du recrutement total et 35,3 % des cancers de la sphère O.R.L.

La fréquence annuelle de cette localisation a augmenté progressivement de 2002 à 2016

b) Sex-ratio :

On a noté 306 cas d'hommes atteints, soit 54,2 % et 259 cas de femmes, soit 45,8 %.

Le sex-ratio était de 1,2

c) Age :

La moyenne d'âge était de 47 ans avec un écart type de 15,43 .Les âges extrêmes étaient de 6 et 88 ans.

L'âge de prédilection du cancer du cavum était situé entre 51et 60 ans avec 124 cas, soit 21,9 % des cas

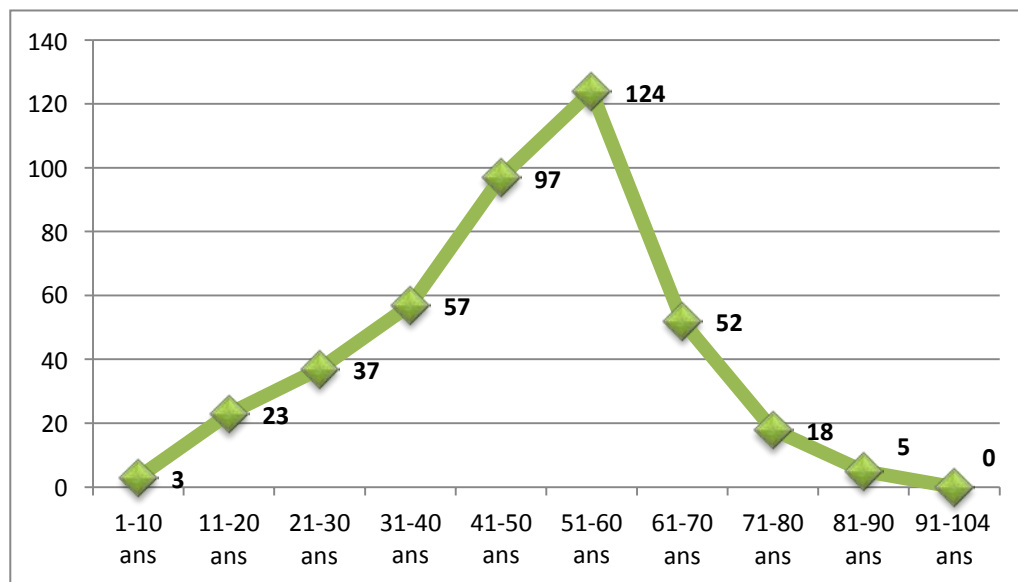


Figure 14: Evolution selon l'âge du cancer du cavum

d) Données anatomopathologiques :

On a noté :

✓ 420 cas de

✓ 90 cas de

3.3-2 Larynx:

a) Fréquence :

On a noté 390 cas de cancers du larynx sur 14829 cas, soit 2,6 % du recrutement total et 24,5 % des cancers O.R.L.

b) Sex-ratio :

On a noté 238 cas d'hommes, soit 61% et 152 cas de femmes, soit 39 %.

Le sex-ratio était de 1,6

c) Age :

La moyenne d'âge était de 58 ans avec un écart type de 12,76 ; et des âges extrêmes de 13 et 98 ans.

La tranche d'âge la plus touchée était entre 51-60 ans avec 136 cas soit 34,9%.

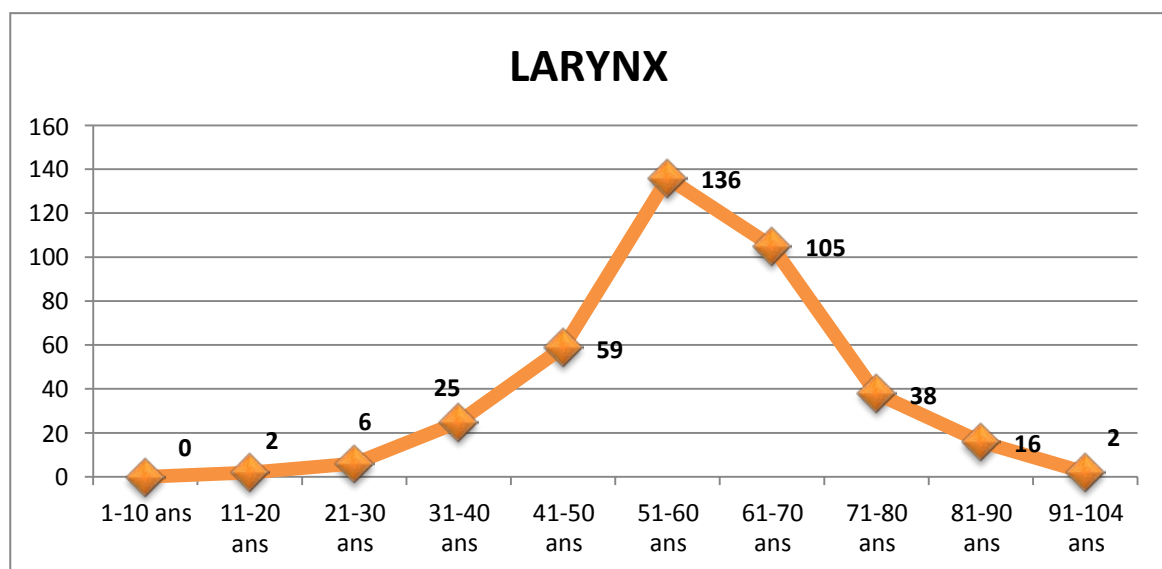


Figure 15 : Répartition selon l'âge du cancer du larynx

d) Données histologiques :

On a noté :

- 348 cas de carcinome épidermoïde soit 89%
- 4cas de carcinome indifférencié

3.3-3 Cavité buccale :

Elle regroupe les localisations suivantes :

- Langue
- Lèvres
- Palais

- Gencive
- Plancher buccal
- Faces internes des joues.

a) **Fréquence :**

On a recruté 307 cas de cancers de la cavité buccale, soit 2,07 % de l'ensemble du recrutement et 19,3 % des cancers de la sphère O.R.L.

b) **Sex-ratio :**

Le nombre d'hommes était de 190 cas, soit 61,9 %, et celui de femmes était de 117 cas, soit 38 %.

Le sex-ratio était de 1,6.

c) **Age :**

Les âges extrêmes étaient de 6 et 96 ans avec une moyenne d'âge de 57 ans.

27,7% des cas étaient âgés de 51 à 60 ans.

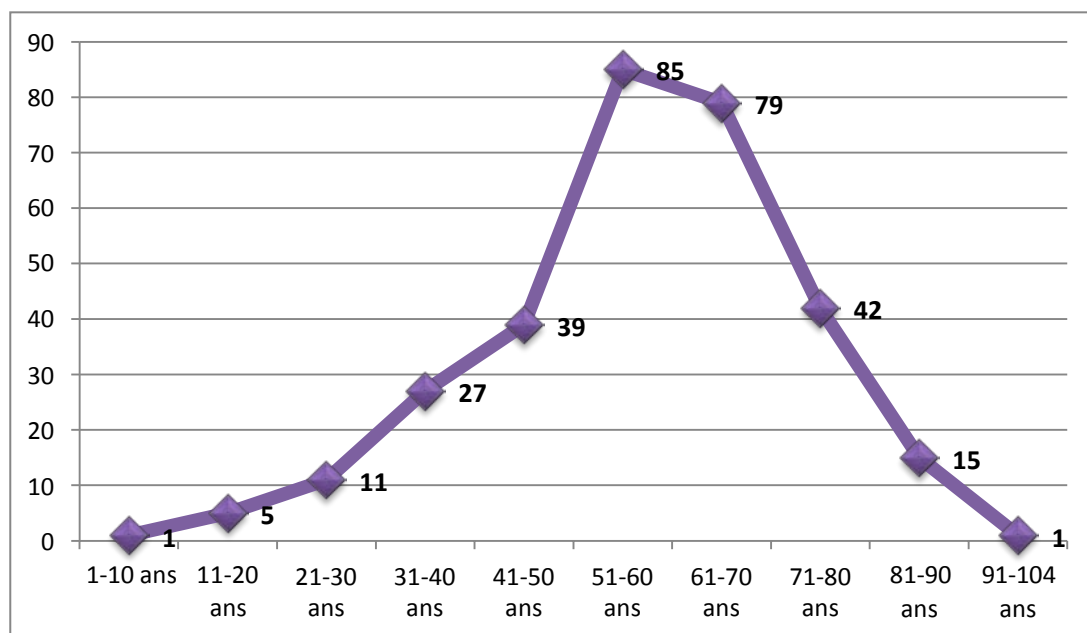


Figure 16 : répartition des cancers des cavités buccales selon l'âge

d) Données anatomopathologiques :

On a noté :

- 260 cas de carcinome épidermoïde soit 84,7%
- cas de mélanome
- 2cas de sarcome

3.3-4 Thyroïde :

a) Fréquence :

On a recruté 197 cas de cancers de la thyroïde, soit 1,3 % du recrutement total et 12,4 % de l'ensemble des cancers ORL.

b) Sex-ratio :

On a noté 48 cas d'hommes, soit 24,4%, et 149 cas de femmes, soit 75,6 %. Le sex-ratio 0,3

c) Age :

L'âge moyen était de 49 ans avec un écart type de 15,04

Les âges extrêmes étaient de 14 et 87 ans.

La tranche d'âge la plus touchée était située entre 41 et 50 ans avec 26,4 % des cas

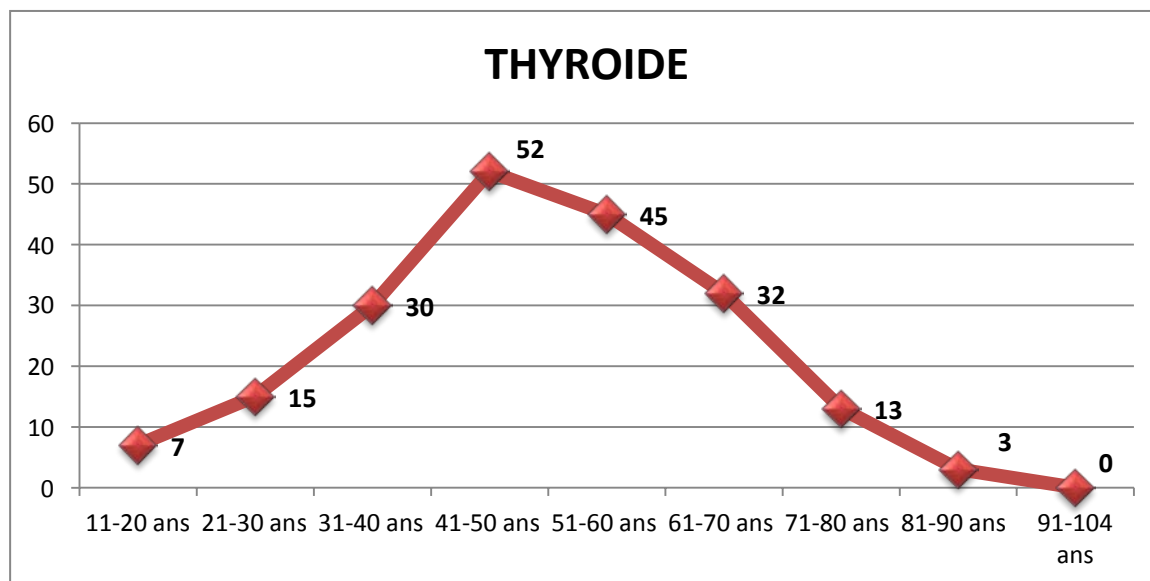


Figure 17 : Répartition selon l'âge du cancer de la thyroïde

d) Données histologiques :

On a noté :

120 cas de carcinome papillaire soit 61%

42 cas de carcinome vésiculaire

3.3-5 Sinus et fosses nasales :

a) Fréquence :

80 cas de cancers des sinus et fosses nasales ont été recrutés sur les 14829 cas soit 0,53 % du recrutement total et 5% des cancers de la sphère O.R.L.

La fréquence annuelle de cette localisation a connu, globalement une augmentation car elle est passée de 0,6% en 2002 à 6,2 % en 2016.

b) Sex-ratio :

On a noté 44 cas d'hommes, soit 55%, et 36 cas de femmes, soit 45 %.

Le sex-ratio était de 1,2.

c) Age :

La moyenne d'âge était de 53 ans. Avec un écart type de 18,6 .Les âges extrêmes étaient de 2 et 98 ans.

La tranche d'âge la plus touchée était entre 41 et 70 ans avec 45%

d) Données anatomopathologiques :

Les carcinomes épidermoïde ont constitué 60 cas, soit 75%.

8 cas de lymphomes.

8 cas de sarcomes.

3 cas d'adénocarcinome.

3.3-6 Glandes salivaires

a) Fréquence :

On a noté 75 cas de tumeurs des glandes salivaires sur les 14829 cas, soit 0,5% du recrutement total et 4,7 % des cancers de la sphère O.R.L.

La glande parotide était la plus atteinte puisqu'elle représentait 50 cas, soit 66 %.

La fréquence annuelle de cette localisation a connu une augmentation progressive de 1 cas en 2006 à 16 cas en 2016

b) Sex-ratio :

On a noté 51 cas chez la femme et 24 chez l'homme

Le sex-ratio était de 0,5.

c) Age :

Les âges extrêmes étaient de 12 et 97 ans avec un âge moyen de 55 ans et un écart-type de 16,04.

La tranche d'âge la plus touchée était entre 61 et 70 ans avec 21 cas

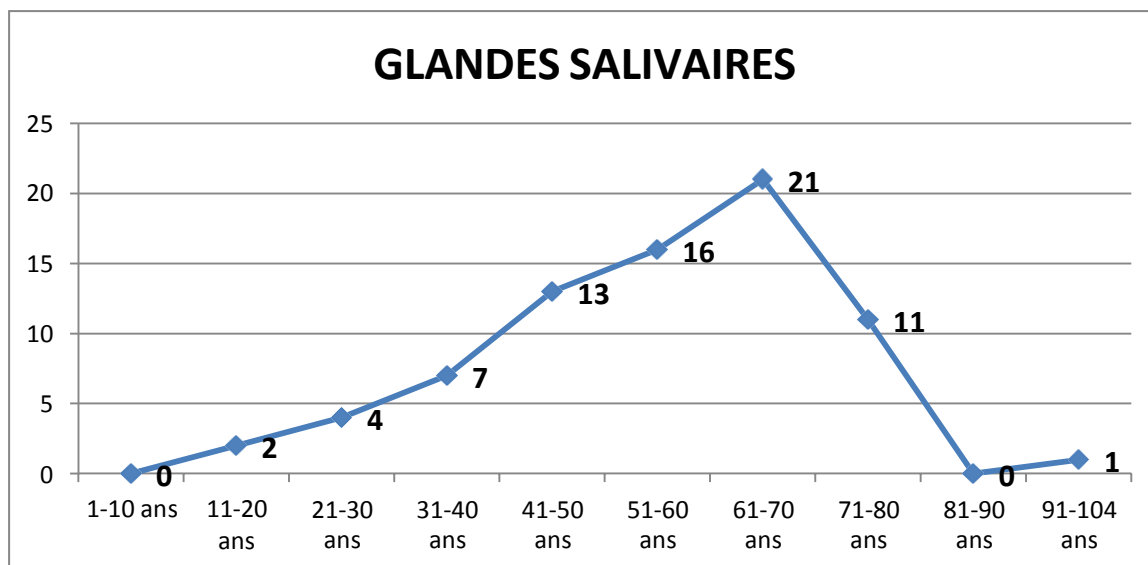


Figure 18 : répartition des cancers des glandes salivaires selon l'âge

4. Le cancer broncho-pulmonaire :

a) Fréquence :

1035 cas de cancers broncho-pulmonaires ont été recrutés, soit 7% du recrutement totale et 96% des cancers de l'appareil thoracique.

La fréquence annuelle de cette localisation a augmenté avec le temps en passant de 0,3% en 2002 à 13% en 2016.

b) Sex-ratio :

On a noté 656 cas d'hommes, soit 63,4%, et 379 cas de femmes, soit 36,6 %.

Le sex-ratio était de 1,73.

c) Age :

Les âges extrêmes ont été de 18 et 95 ans avec un âge moyen de 53 ans.

Le cancer broncho-pulmonaire survient fréquemment chez les sujets ayant un âge entre 61 et 70 ans

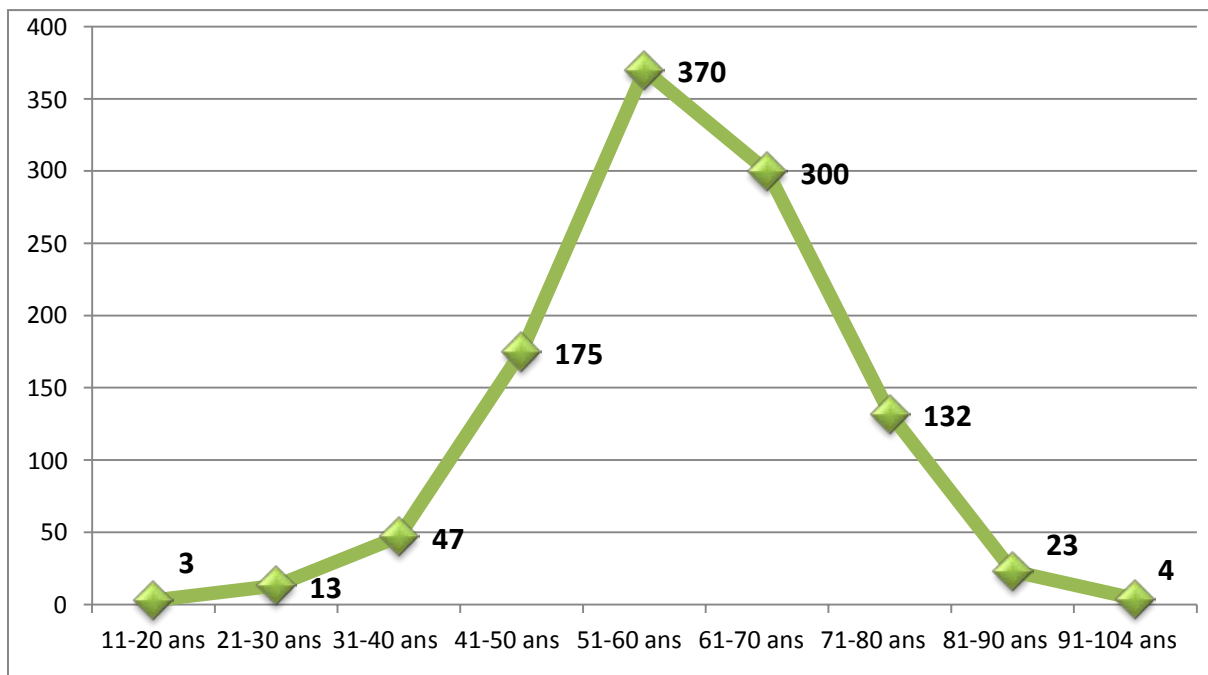


Figure 19 : Répartition selon l'âge du cancer broncho-pulmonaire

c.1 Donnée histologique :

On a noté :

- 600 cas de carcinome épidermoïde soit 58%
- 42 cas d'adénocarcinome soit 4%
- 10 cas de carcinome à petite cellules
- 22 cas de sarcome

4.1 Autres

On a recruté 13 cas de mésothéliomes pleuraux, 23 cas de tumeurs Médiastinales

5. Appareil urinaire

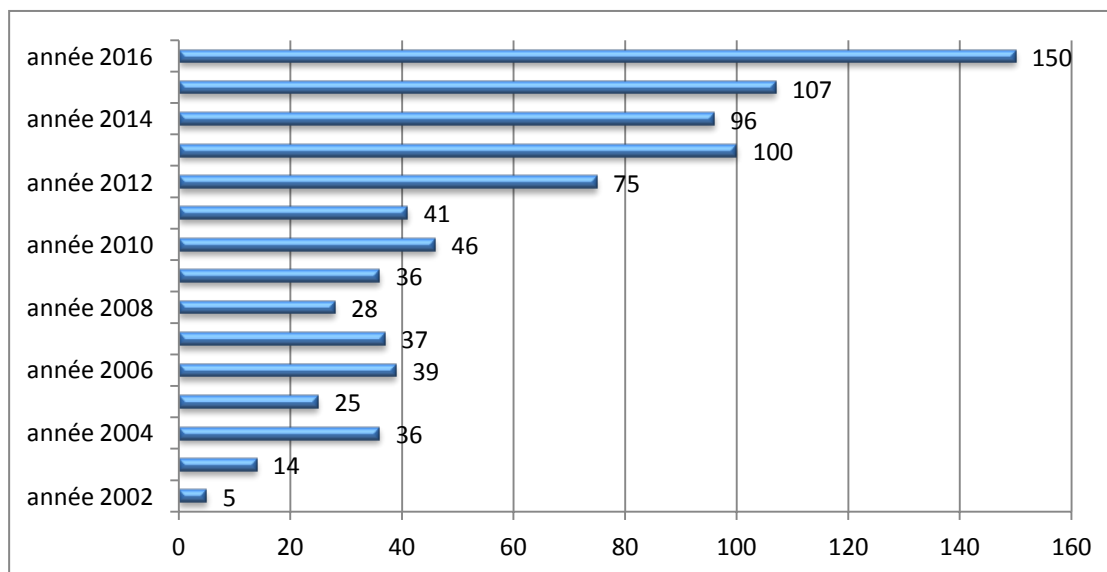
5.1 Recrutement

On a recruté 835 cas de cancers urologiques, soit 5,6 % du recrutement global.

La fréquence annuelle a connu une augmentation progressive entre 2002 (0,6%) et 2016 (18 %).

Tableau XIX : Répartition selon l'année de recrutement des cancers urologiques

Année	Nombre de cas	Pourcentage
2002	5	0,6%
2003	14	1,7%
2004	36	4,3%
2005	25	3%
2006	39	4,7%
2007	37	4,4%
2008	28	3,4%
2009	36	4,3%
2010	46	5,5%
2011	41	5%
2012	75	9%
2013	100	12%
2014	96	11,5%
2015	107	12,8
2016	150	18%
TOTAL	835	100%



Histogramme 28 : Evolution selon l'année de recrutement des cancers urologiques

5.2 Age

La moyenne d'âge était de 60 ans avec des extrêmes de 3 et 95 ans.

La tranche d'âge la plus touchée était entre 61 et 70 ans

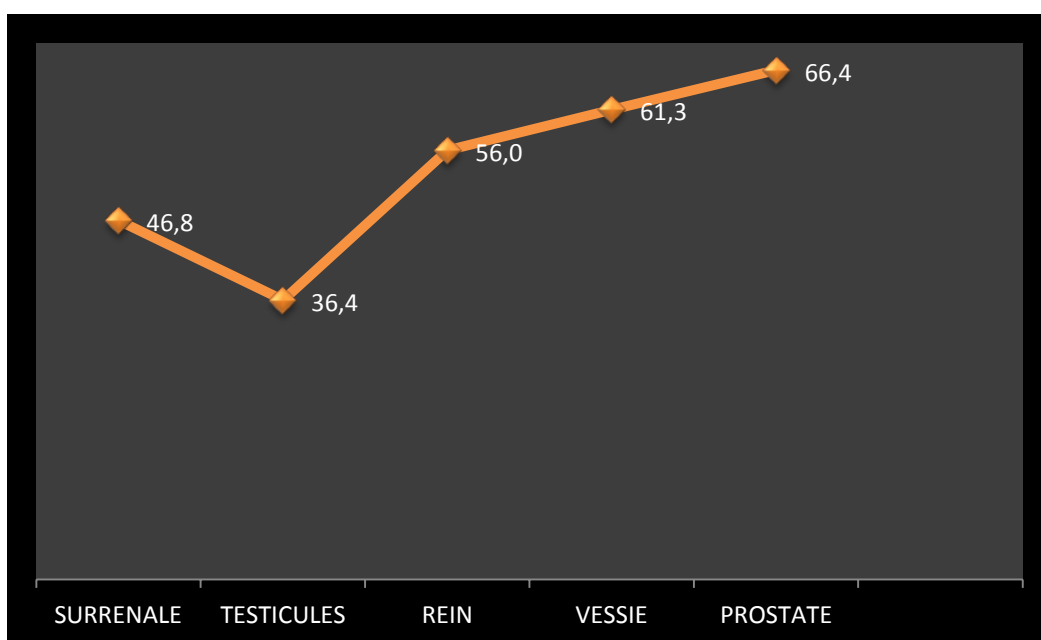


Figure 20: la moyenne d'âge des cancers urologique

5.3 Localisations

Le cancer de la prostate et le cancer de la vessie sont les cancers les plus fréquents.(Tableau 14,Figure 8)

Tableau XX : Répartition selon la localisation des cancers urologiques

Localisation	Nombre de cas	Pourcentage
Prostate	357	42,8%
Vessie	289	34,6%
Rein	120	14,4%
Testicules	52	6,2%
Surrénales	11	1,3%
AUTRES	8	1%
TOTAL	835	100%

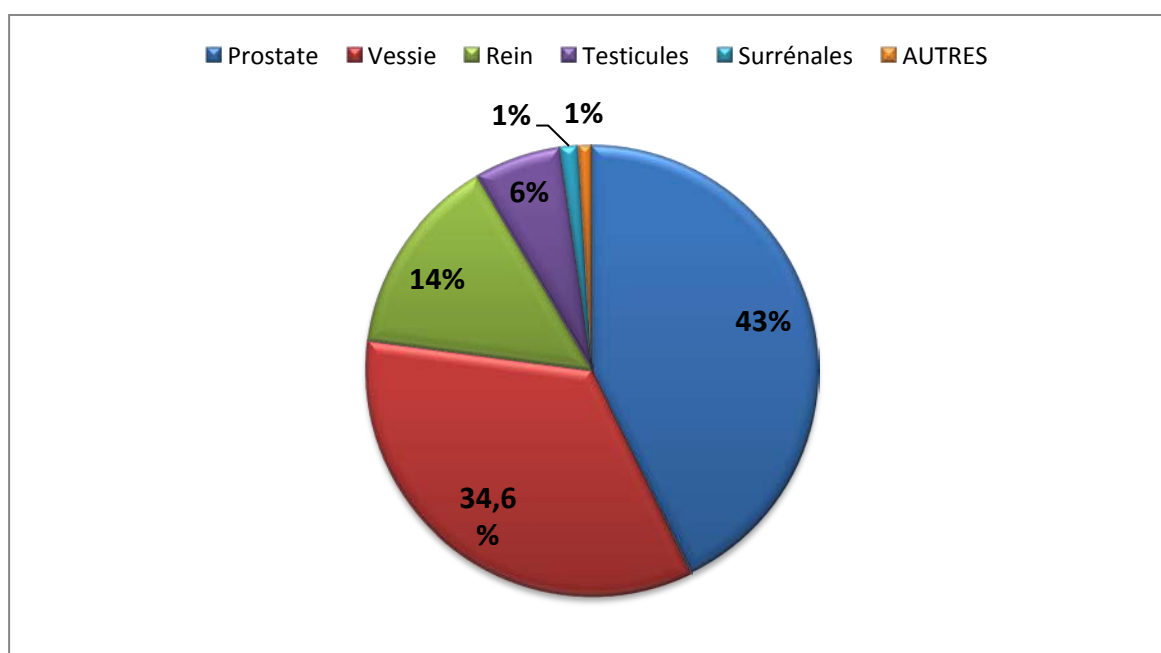
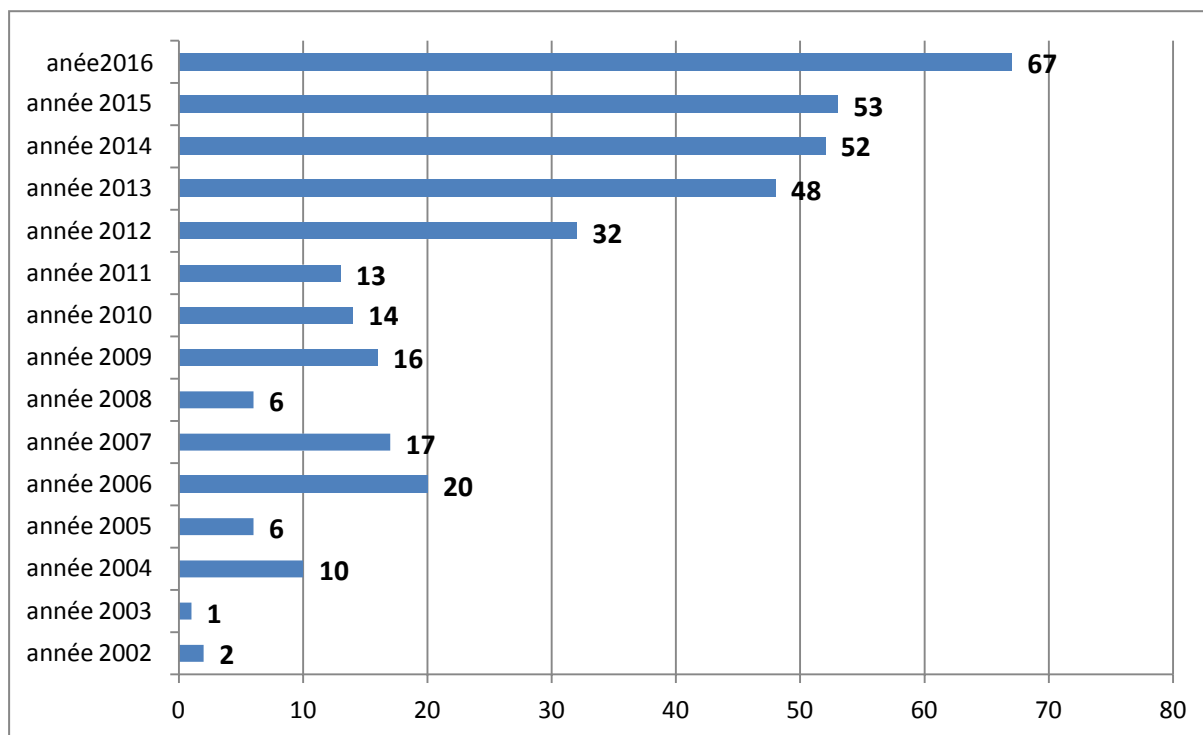


Figure 21 : Répartition des cancers urologiques

5.3-1 Prostate :

a) Fréquence :

On a noté 357 cas de cancer de la prostate soit 2,4 % de l'ensemble du recrutement, et 42 ,8 % des cancers de l'appareil urinaire. La fréquence annuelle de cette localisation était initialement de 0,6% en 2002, puis elle a augmenté pour atteindre 18,8 % en 2016



Histogramme 29 : Evolution selon l'année du recrutement du cancer de la prostate

b) Age :

L'âge moyen était de 66 ans avec un écart-type de 12,66.

La tranche d'âge la plus touchée était comprise entre 61 et 70 ans avec 31,9 % des cas

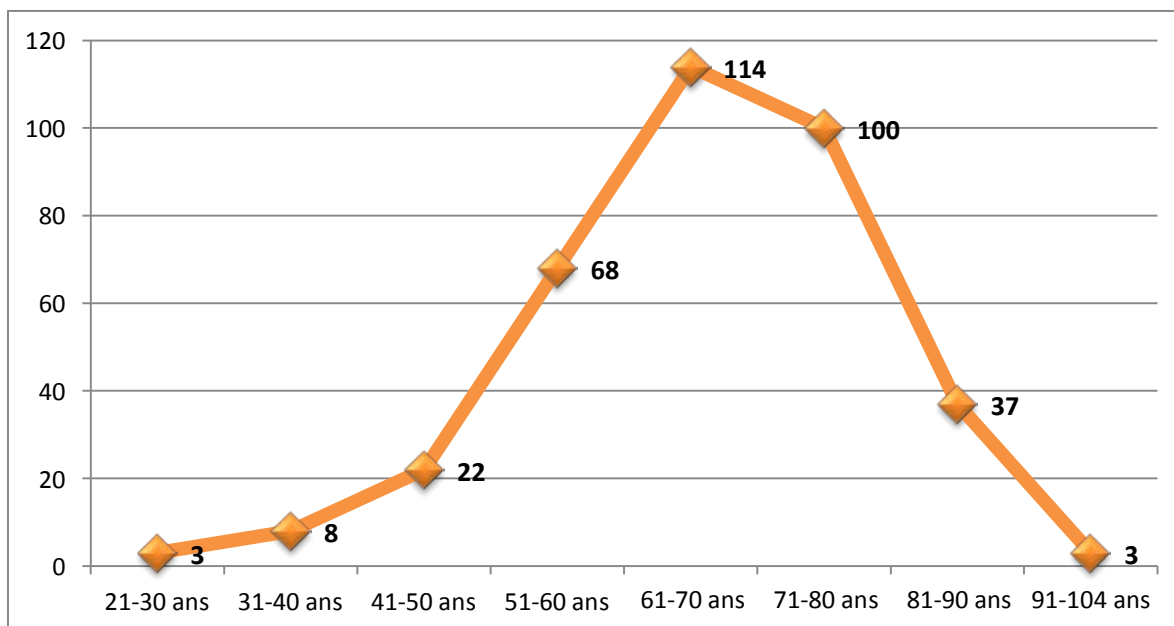


Figure 22 : Répartition selon l'âge du cancer de la prostate

c) Données histologiques :

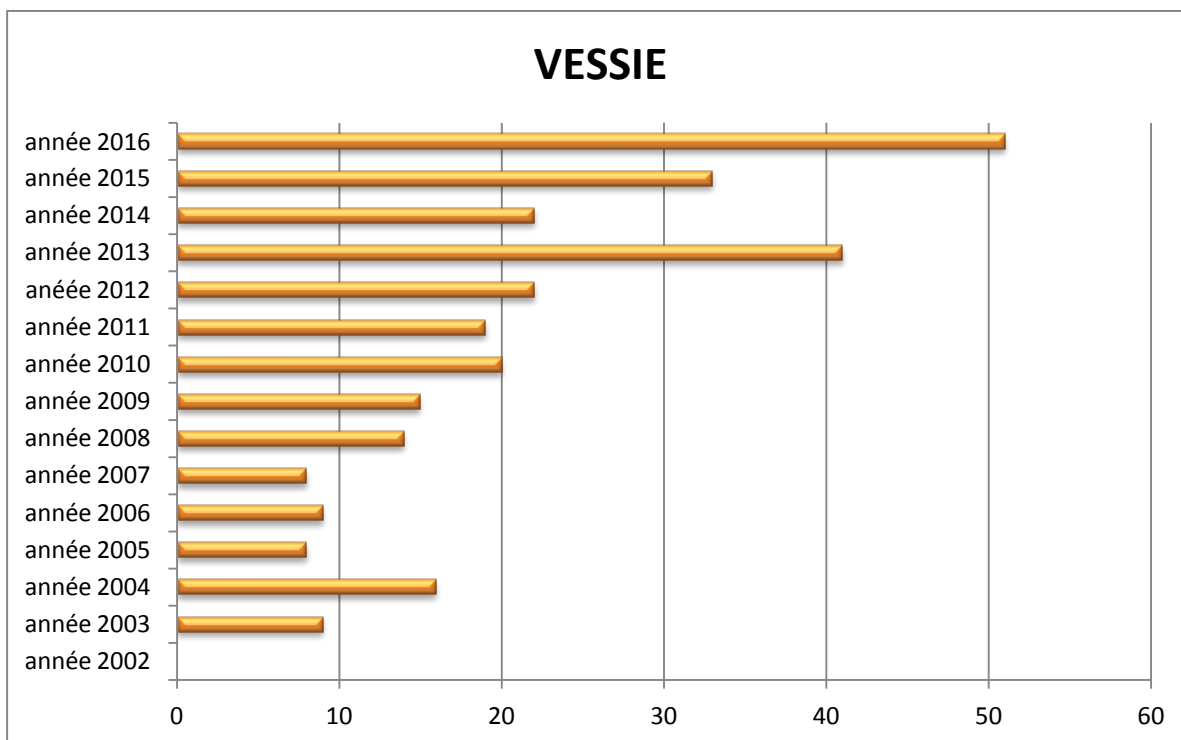
On a noté :

- ✓ 344 d'adénocarcinome soit 97%
- ✓ 9 cas de carcinome épidermoïde 2%

5.3-2 B-Vessie :

a) Fréquence :

On a noté 289 cas de cancers de la vessie, soit 2 % du recrutement total et 34,4 % des tumeurs de l'appareil urinaire. La fréquence annuelle du cancer de la vessie a connu globalement une augmentation allant de 3,1% en 2003 à 17,8 % en 2016



Histogramme 30 : répartition des cancers de la vessie par année

b) Sex – ratio :

On a noté 175 cas d'hommes, soit 60,6 %, et 114 cas de femmes, soit 39,4 %. Le sex-ratio était de 1,54

c) Age :

L'âge moyen était de 61 ans avec un écart-type de 12,88

Les âges extrêmes étaient de 21 et 92 ans. La tranche d'âge la plus touchée était comprise entre 51 et 60 ans avec 25,8% des cas.

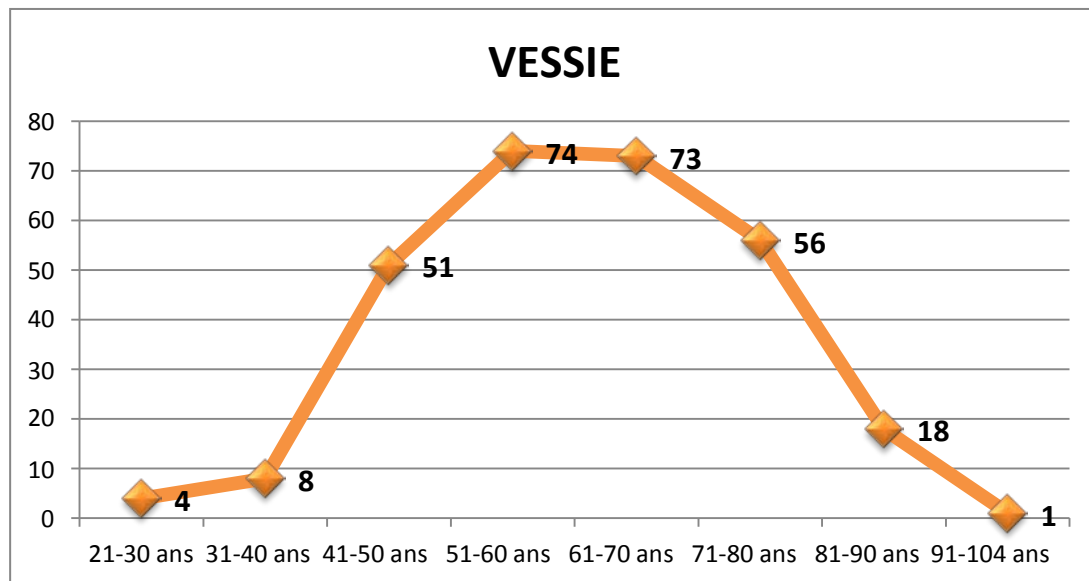


Figure 23 : Répartition selon l'âge du cancer de la vessie

d) Données histologiques :

On a noté :

- ✓ 202 cas de carcinome urothélial soit 69,9%
- ✓ 17 cas de carcinome épidermoïde soit 5,9%
- ✓ 2 cas d'adénocarcinome

5.3-3 Rein :

a) Fréquence :

On a noté 120 cas de cancers du rein, soit 0,8 % du recrutement total et 14,4 % des tumeurs de l'appareil urinaire. La fréquence annuelle de cette localisation a connu une augmentation allant de 1,7% en 2002 à 20 % en 2016.

b) Age :

L'âge moyen était de 55 ans ; avec un écart-type de 16,72

Les âges extrêmes étaient de 3 et 85 ans.

La tranche d'âge 61-70 ans était la plus touchée par le cancer du rein avec 29 % des cas.

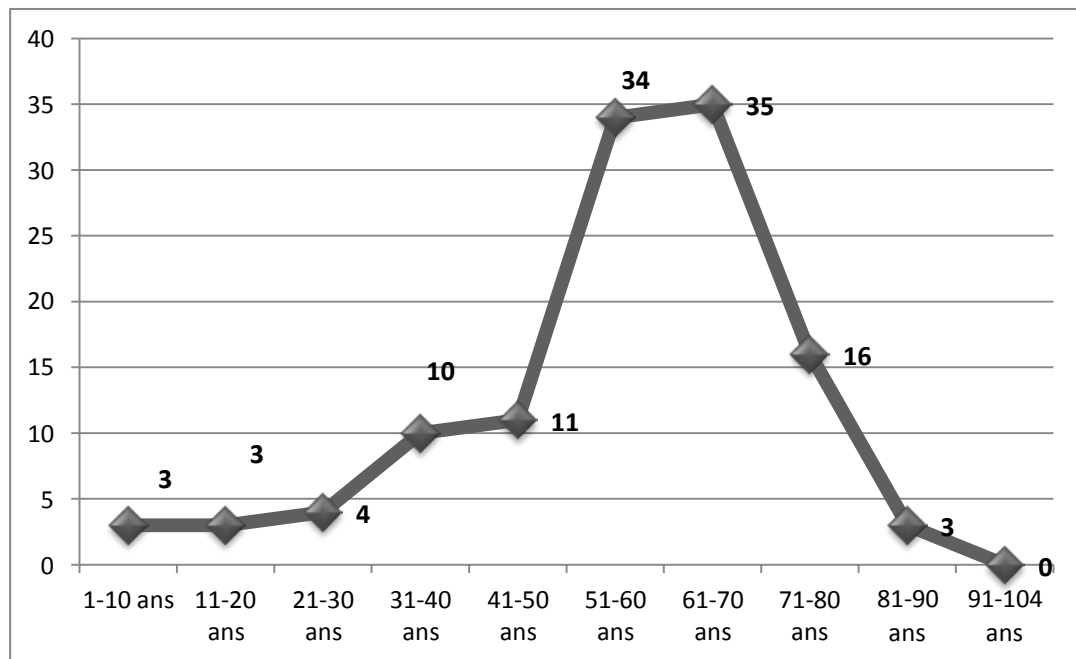


Figure 24 : Répartition selon l'âge du cancer du rein

c) Sex-ratio :

On a noté 61 cas d'hommes, soit 50,8 %, et 59 cas de femmes, soit 49,2 %. Le sex-ratio était de 1,0.

d) Données histologiques :

On a noté :

- 45 cas d'adénocarcinome soit
- 13 cas de carcinomes urothéliaux
- 4 cas de néphroblastome

5.3-4 Testicule :

a) Fréquence :

On a noté 52 cas de cancers du testicule, soit 0,4 % de l'ensemble du recrutement et 6,2 % des cancers de l'appareil urinaire. La fréquence annuelle de cette localisation était instable dans le temps durant cette étude passant de 3 cas en 2002 ; 6 cas en 2005 puis 5 cas en 2016.

b) Age :

La moyenne d'âge était de 36 ans, avec un écart-type de 14,53 Les âges extrêmes étaient de 3 et 73 ans,

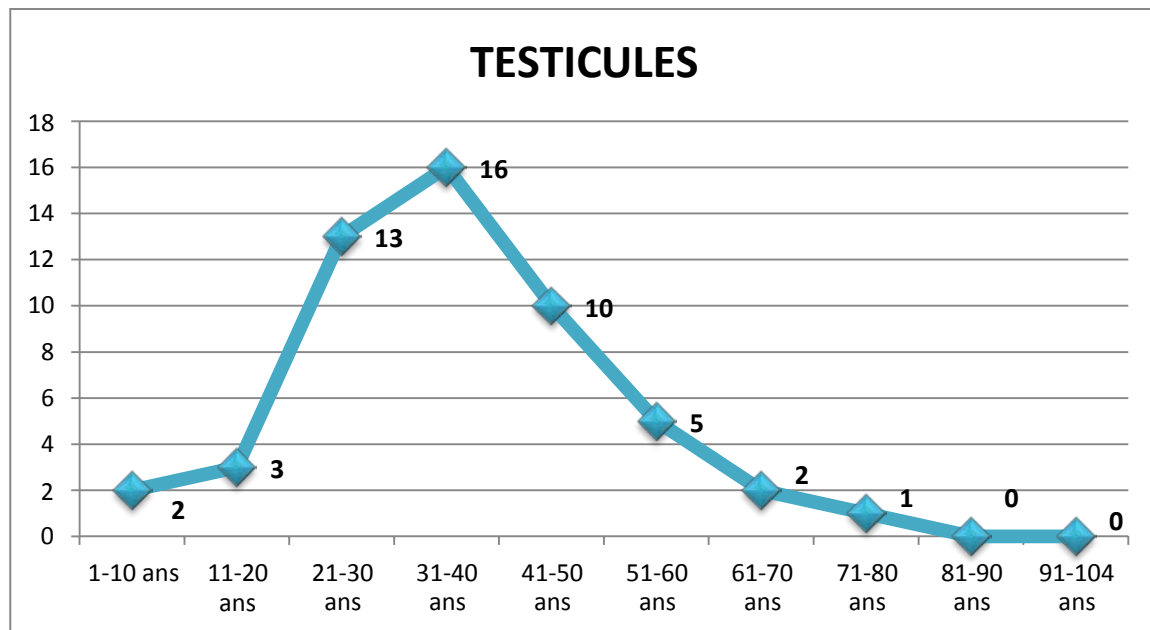


Figure 25 : Répartition selon l'âge du cancer du testicule

c) Données histologiques

On a noté :

- ❖ 20 cas de séminomes purs.
- ❖ 5 cas de carcinome embryonnaire et un cas de choriocarcinome
- ❖ 7 cas de tumeurs germinales malignes mixtes
- ❖ 1 cas de liposarcome

5.3-5 Autres tumeurs :

Ce sont des cancers très rares dans notre étude qui sont illustrés dans le tableau.

Tableau XXI : Cancers urologiques moins fréquent

localisation	Nombre de cas	Type histologique
Surrénales	11	
Uretère	2	Carcinome urothélial
Urètre	3	Adénocarcinome
Verge	3	Carcinome épidermoïde

6. Système nerveux central (SNC) :

6.1 Fréquence :

On a recruté 532 cas de tumeurs du système nerveux central, soit 3,6 % du recrutement total. Leur évolution dans le temps est en augmentation passant de 1,9% en 2002 à 8,3% en 2016.

6.2 Sex-ratio :

On a noté 380 cas d'hommes, soit 71%, et 152 cas de femmes, soit 28,6 %. Le Sex-ratio était 2,5

6.3 Age :

L'âge moyen était de 46 ans ; avec un écart-type de 21,99

Les âges extrêmes étaient de 1 et 89 ans.

La tranche d'âge la plus touchée était entre 51-60 ans

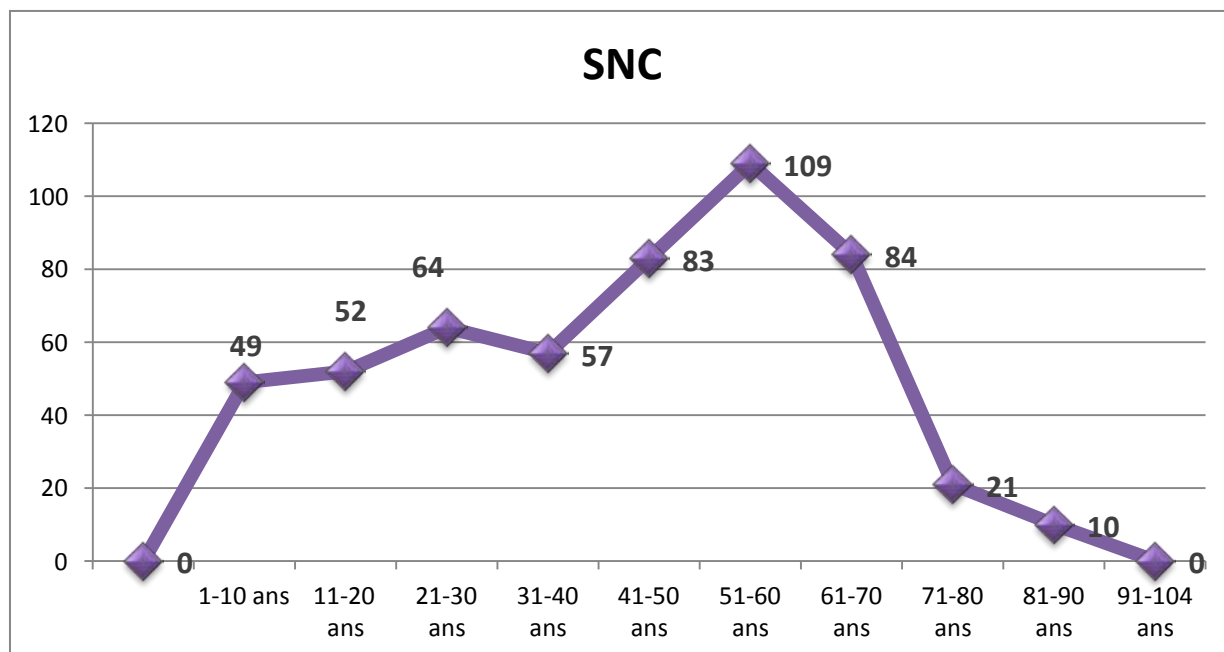


Figure 26 : Répartition du cancer du SNC par tranche d'âge

6.4 Donnés anatomopathologique :

On a noté :

- 300 cas de gliome soit 56%
- 33 cas de médulloblastome 6%
- 15 cas de méningiome
- 7 cas de craniopharyngiome

7. Revêtement cutané :

380 cas de cancers du revêtement cutané ont été colligés sur 14829 cas, soit 2,4 %.

7.1 La fréquence et incidence :

Annuelle est en augmentation continue depuis 2002 (0,6 %) à 2016 (13,5 %)

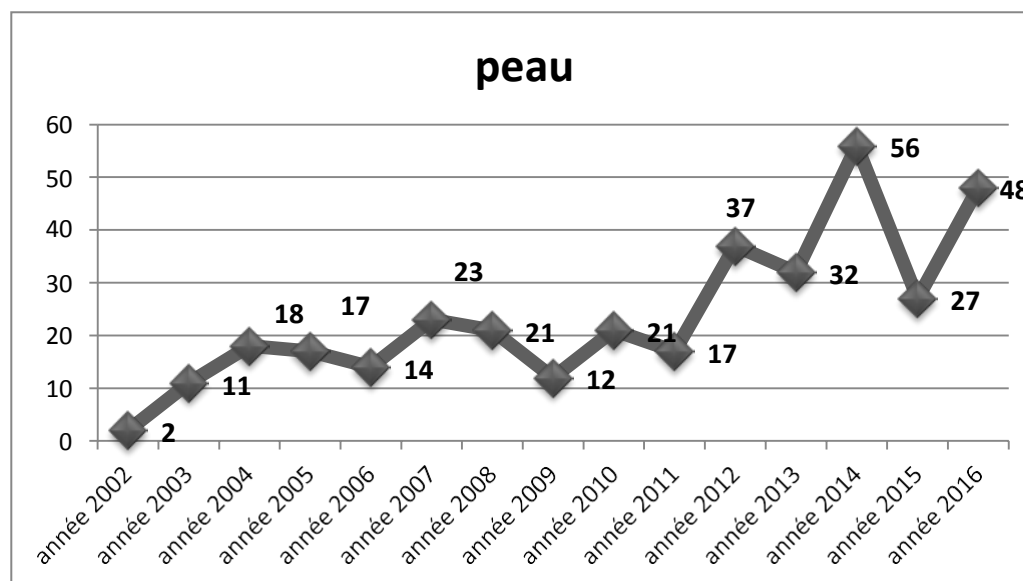


Figure 27 : Evolution selon l'année de recrutement du cancer de la peau

7.2 Sex-ratio :

On a noté 192 cas d'hommes, soit 50,5%, et 188 cas de femmes, soit 49,5 %.

Le sex-ratio était de 1,02

7.3 Age :

L'âge moyen était de 55 ans ; avec un écart-type de 15,07

Le cancer de la peau atteignait essentiellement la tranche d'âge entre 51 et 60 ans avec 100 cas.

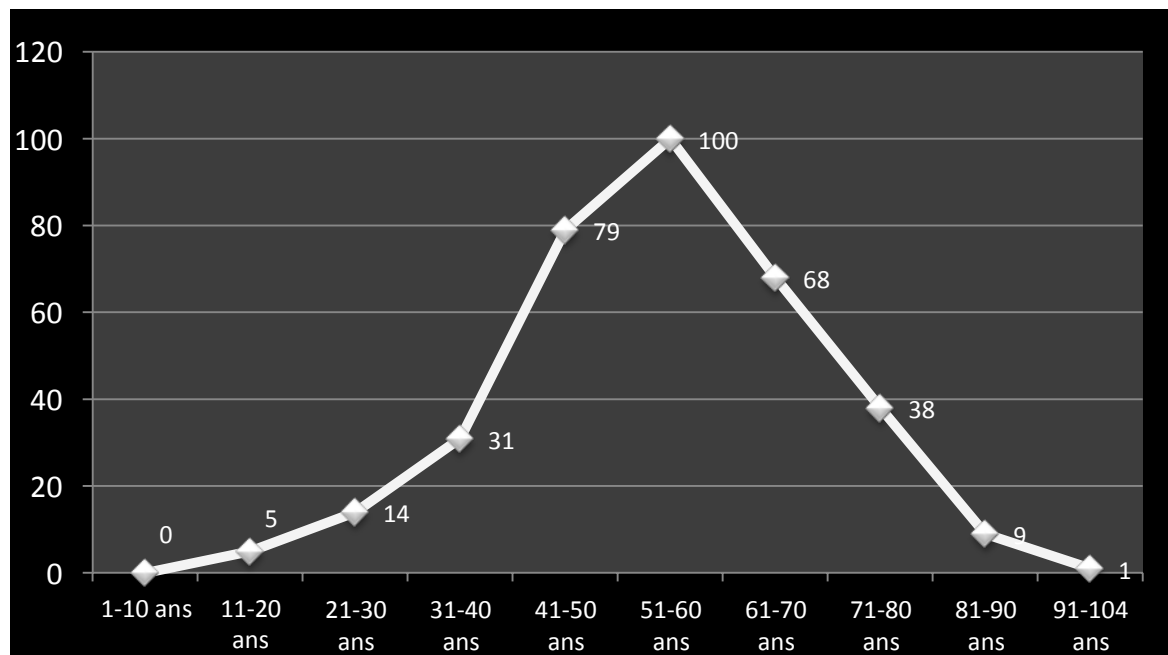


Figure 28: Répartition selon l'âge du cancer de la peau

7.4 Données anatomopathologiques :

On a noté :

100 cas de carcinome basocellulaire soit 26%

92 cas de carcinome spinocellulaire 24,2 %

79 cas de mélanome 20,8%

15 cas de sarcome de kaposi 4%

5 cas de lymphome

8. Oeil :

On a recruté 39 cas de cancers du globe oculaire.

16 cas chez l'homme et 23 cas chez la femme soit un sex-ratio de 0,7

La moyenne d'âge des patients était de 45 ans avec un écart-type de 28,33

La tranche d'âge la plus touchée par le cancer du globe oculaire est entre 51-60 ans

Pour le type histologique on a noté :

16 cas de carcinome épidermoïde

7 cas de mélanome malin

6 cas de rétinoblastome



DISCUSSION



I. Résultats globaux

Au Maroc les informations liées aux cancers proviennent du registre de la région du grand Casablanca et du registre de la ville de rabat [21]

1. Recrutement annuel :

durant l'année 2004 ; le RCRC a enregistré 3336 cas de cancer toute localisation confondue ; 11 923 nouveau cas de cancers durant la période 2005–2007 et 24 231 cas durant la période 2008–2012 soit un total de 39 490 nouveau cas entre 2004–2012.[16][17][18]

Selon le registre de rabat 763cas de cancers ont été enregistrés durant l'année 2005.
[15]

Tableau XXII : recrutement annuel des séries marocaines

Région	Année	Nombre de cas
Casablanca	2004	3 336
	2012	4 688
Rabat	2005	763
Notre série	2002	180
	2016	2034

Le nombre de cas enregistrés par le RCRC a connu une augmentation depuis sa mise en place jusqu'à 2012 en passant de 3 336 en 2004 à 4 688 en 2012 soit une augmentation de 40%.[18]

Notre série : le nombre de cas est passé de 1432 en 2012 à 2034 en 2016 soit une augmentation de 42%

2. L'âge :

L'incidence des cancers augmente avec l'âge. En 2015, 60,9 % des cancers sont survenus chez des patients de plus de 65 ans, et 10,9 % après 85 ans. De plus, la mortalité par cancer est plus élevée chez les patients âgés avec 75,3 % de la totalité de décès par cancer après 65 ans et 24 % après 85 ans [22]

Tableau XXIII : la moyenne d'âge selon les séries

Pays	Moyenne d'âge
France [23]	66ans
USA	57ans
Tunisie [24]	53ans
Casablanca [18]	55ans
Rabat[15]	58ans
Notre série	54 ,03

A travers les séries marocaines la moyenne d'âge reste inférieure à celle en France ; notre série la moyenne d'âge rejoint les séries marocaines(54,03)

3. Sex-ratio :

Selon le sexe beaucoup de statistiques ont montré que la fréquence d'apparition du cancer dans toutes les tranche d'âge n'est pas le même pour les deux sexes ; ceci est dû à la grande fréquence du cancer du sein chez la femme et le cancer de la prostate chez l'homme âgé.

Selon le registre de Casablanca le nombre de nouveau cas augmentait avec l'âge pour les deux sexes pour atteindre son maximum entre 50-54 chez la femme et entre 55-59 chez l'homme.[18]

Tableau XX : Répartition des cancers selon le sexe dans la littérature :

Etudes	Sexe masculin	Sexe féminin	Sex-ratio
France	54,9 %	45,1%	1,2
USA	56,8%	43,2%	1,3
Tunisie	56,4%	43,6%	1,3
Casa	44,7%	55,3%	0,8
Rabat	50,3%	49,7%	1,01
Notre série	39,5%	60,5%	0,65

Notre série note une prédominance féminine avec un sex-ratio de 0,65 ce qui peut être expliqué par la grande fréquence du cancer du col utérin et le cancer du sein chez la femme.

4. Fréquence selon l'appareil :

Tableau XXV : les quatre premières localisations les plus fréquentes dans les séries étrangères

Séries	Localisations fréquentes selon l'appareil
France [25]	Appareil urinaire Appareil gynéco mammaire Appareil digestif Sphère thoracique
USA [26]	Appareil gynéco mammaire Sphère thoracique Appareil urinaire Appareil digestif
Tunisie [24]	Appareil gynéco mammaire Appareil digestif Sphère thoracique Appareil urinaire
Casa [18]	Appareil gynéco mammaire Sphère thoracique Appareil digestif Appareil urinaire
Rabat [15]	Appareil gynéco mammaire Sphère thoracique Appareil digestif Appareil urinaire
Notre série	Appareil gynéco mammaire Appareil digestif Sphère orl Sphère thoracique

Au Maroc et en Tunisie les cancers gynéco mammaire vient en tête de ligne suivie des cancers de la sphère thoracique ; digestif puis vient en 4^{ème} position les cancers de l'appareil urinaire ; en France les cancers de l'appareil urinaire occupe la première place suivi des cancer gynéco mammaire puis vient les cancer de la sphère thoracique en dernier lieu.[24]

Aux états unis les cancers gynéco mammaire viennent en tête de ligne alors que les cancers digestifs viennent en 4ème place [26]

Notre série note la prédominance de l'appareil gynéco mammaire et rejoint les séries marocaines, Tunisienne et américaine et viennent en 4ème place les cancers de la sphère thoracique ce qui rejoint les séries française.

5. Fréquence selon l'organe :

Tableau XXVI : les cinq premières localisations fréquentes chez l'homme et chez la femme

Séries	Organe par ordre de fréquence	
	Homme	Femme
France [23]	Prostate Poumon Colon rectum Vessie Rein	Sein Colon rectum Poumon Corps utérin Thyroïde
USA [26]	Poumon Prostate Colon rectum Vessie Peau	Sein Poumon Colon rectum Corps utérin Thyroïde
Tunisie [24]	Poumon Vessie Prostate Colon rectum Peau	Sein Colon rectum Peau Col utérin Ovaire
Casablanca [18]	Poumon Prostate Colon rectum Vessie Lymphome non hodgkinien	Sein Col utérin Thyroïde Colon rectum Ovaire
Rabat [15]	Poumon Prostate Colon rectum Vessie Lymphome non hodgkinien	Sein Col utérin Colon rectum Thyroïde Ovaire
Notre série	Poumon Colon rectum Estomac SNC Prostate	Sein Col utérin Colon rectum Estomac Ovaire

II. Etudes des résultats par localisation :

Nous allons discuter les localisations les plus fréquentes de notre étude :

1. Le cancer du sein

1.1 Fréquence et incidence :

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment observé chez les femmes en France comme dans l'union européenne et aux états unis représentant 32,2% de tous les cancers féminins ; il est la première cause de mortalité par cancer chez la femme. [25]

En France le cancer du sein occupe le 2^{ème} rang après le cancer de la prostate et représente 33% de tous les cancers féminins [23]

Aux États-Unis le cancer du sein représente 29% de tous les cancers féminins [27]

En Tunisie le cancer le cancer du sein vient en premier rang des cancers et représente 33% de l'ensemble des cancers de la femme [24]

Au Maroc ; selon le registre des cancers du grand Casablanca le cancer du sein représente la localisations la plus fréquente chez la femme et représente 35,8% des cas enregistré [18]

A rabat le cancer du sein représentait 33,5% de tous les cancers féminin [15]

Notre série a démontré que le cancer du sein vient également en tête de ligne des cancers avec un pourcentage de 25% des cas des cancers enregistrés

Tableau XXVII : fréquence et incidence du cancer du sein :

Séries	Fréquence chez la femme	Incidence standardisé	
		homme	Femme
France	33%	0,8	94,7
USA	29%	1,8	129,4
Tunisie	33%	-----	31,8
Rabat	33,5%	1,0	35,8
Casablanca	35,8%	0,4	49,5
Notre série	39,4%	----	-----

Le cancer du sein reste le cancer de la femme le plus fréquent au monde

Notre série objective que le cancer du sein représente 39,4% de l'ensemble des cancers féminins.

1.2 L'âge :

Le cancer du sein survient rarement avant l'âge de 30ans l'incidence augmente rapidement au-delà les tranches d'âge les plus touchées se situent entre 40 – 60 ans [28].

L'âge moyen de survenu de cancer du sein est de 54ans [28]

Dans notre étude la moyenne d'âge est 51,6 ans, ce qui rejoint la série de rabat et de la Tunisie.

On remarque que dans les études européennes et américaine la moyenne d'âge est plus élevée que celle retrouvé dans les séries marocaines ; ceci pourrait être expliqué par le jeune âge de la population marocaine.

Tableau XXVIII : la moyenne d'âge selon les séries :

Séries	Age moyen
France	63
USA [29]	62
Tunisie	51,5
Rabat	50,7
Casablanca	47
Notre série	51,6

III. Le cancer du col utérin :

1. Fréquence et incidence :

Le cancer du col utérin est un cancer fréquent ; il occupe le second rang des cancers de la femme dans le monde son incidence varie beaucoup d'un pays à l'autre en fonction des facteurs de risques mais aussi de l'existence d'un dépistage organisé [30]

En France le cancer du col utérin est le 12^{ème} cancer par ordre de fréquence chez la femme [31] et représente 1,6% des cancers chez la femme.

Aux États-Unis le cancer du col utérin représente 0,76% des cancers de la femme [26]

En Tunisie le cancer du col occupe la 6^{ème} place de tout les cas de cancers observés chez les deux sexes ; et vient en 4^{ème} place des cancers de la femme avec un pourcentage de 4,3% après le cancer du sein (33%) ; colon rectum (9,5%) et le cancer de la peau (5,7%) [24]

Au Maroc selon le registre des cancers du grand Casablanca le cancer du col utérin représentait 11,2% des cas de cancers enregistrés chez la femme et 6,2% des cas de cancers tout sexe confondu [18] .

En 2005 le registre de rabat objective que le cancer du col utérin vient en 2^{ème} rang des cancers de la femme (13,5%) derrière le cancer du sein et vient en 4^{ème} place de tout les cas de cancers enregistrés en considérant les deux sexes après le cancer du sein ; poumon et prostate.

Notre série montre que le cancer du col vient en 2^{ème} position après le cancer du sein et représente 11,11% du recrutement globale et 16% des cancers observés chez la femme.

Le cancer du col utérin reste fréquent dans notre pays malgré l'action de dépistage généralisé par frottis cervico-vaginal

2. L'âge :

Le cancer du col utérin survient aux alentours de l'âge de 51 néanmoins des âges plus jeune s'observent de plus en plus [25] .

En France l'âge moyen des patientes atteintes du cancer du col utérin est de 51ans [23]

Aux États-Unis l'âge moyen des patientes était de 62,5 [32]

En Tunisie la moyenne d'âge est 52ans [24]

Les séries marocaines objective que la moyenne d'âge à Casablanca était 52ans [18] et 54,5 à rabat [15]

Notre série a objectivé que la moyenne d'âge est de 54ans

Tableau XXIX : fréquence, incidence, âge dans le cancer du col utérin

Séries	fréquence	Incidence standardisé	Age moyen
France	1,6%	5,9	51
USA	0,76%	9,3	62,5
Tunisie	4,3%	4,2	52
Casablanca	11,2%	16,3	52
Rabat	13,5%	15,4	54,5
Notre série	11,11%	-----	54

Notre résultat rejoint les séries marocaines

IV. Le cancer colo-rectal :

1. Fréquence et incidence :

Ce sont les cancers digestifs les plus fréquents en France et dans les pays développés ; le siège est colique dans 60% des cas et rectal dans 40%. [33]

En France le cancer colo-rectal représente 11,2% de tout les cancers observés tout sexe confondu.[23]

Il vient en 3^{ème} rang des cancers observés chez l'homme et occupe la 2^{ème} place chez la femme après le cancer du sein.

Aux États-Unis le cancer colorectal représente 9% des cancers de l'homme et vient en 3^{ème} position après le cancer de la prostate et du poumon ; et vient en 3^{ème} rang chez la femme avec une fréquence de 7%.[26]

En Tunisie le cancer colorectal occupe la 4ème position avec une fréquence de 8,5% chez l'homme ; et vient en 2ème position ; après le cancer du sein ; avec une fréquence de 9,2% chez la femme.[24]

Selon les séries marocaines le cancer colorectal occupe la 3ème place chez l'homme avec une fréquence de 7,9% et la 4ème place chez la femme avec 5,9% a Casablanca ; [18]

A Rabat le cancer colorectal vient en 3ème rang chez l'homme avec un pourcentage de 6,5% et occupe également la 3ème place des cancers observés chez la femme avec une fréquence de 4,8%.[15]

Notre série a démontré que le cancer colorectal occupe la 2ème position chez l'homme 9,4% , et vient en 3ème rang des cancers de la femme avec un pourcentage de 7, 3%

2. L'âge :

En France la moyenne d'âge était 75ans chez la femme et 71ans chez l'homme.[25]

Aux Etats-Unis la moyenne d'âge est 70 ans. [33]

En Tunisie la moyenne d'âge du cancer colorectal est 60,4ans chez l'homme et 58,7 ans chez la femme.[24]

Au Maroc ; la moyenne d'âge du cancer colorectal dans la région du grand Casablanca est 52ans ;[18]

A Rabat la moyenne d'âge était 59,5ans chez les femmes et 53,6 ans chez l'homme.[15]

Notre série objective une moyenne d'âge de 56ans.

Tableau XX : fréquence, incidence, âge dans le cancer colorectal :

Pays	fréquence		Incidence standardisé		Age	
	homme	femme	homme	femme	homme	Femme
France	6%	5%	37	23,6	71	75
USA	9%	7%				
Tunisie	8,5%	9,2%	7,1	5,9	60,4	58,7
Casablanca	7,9%	5,9%	10,6	8,8	57	52
Rabat	6,5%	4,8%	7,2	4,6	53,6	59,5
Notre série	9,4%	7,3%	-----	-----	56	56

V. Le cancer de l'estomac :

1. Fréquence et incidence :

L'incidence du cancer gastrique reste fréquente en Asie de l'Est ; intermédiaire en Amérique latine et faible dans les pays développés. [34] .

En France le cancer gastrique représente 2% des cancers chez l'homme et 1,2% des cancers féminins.

Aux États-Unis le cancer gastrique représente chez l'homme 1,9% des cancers observés chez l'homme et 1,1% des cancers chez la femme.[26]

En Tunisie le cancer de l'estomac vient en 6^{ème} rang des cancers de l'homme (4,5 %) et en 7^{ème} position des cancers de la femme (3,6%).[24]

Au Maroc selon le registre de Casablanca le cancer de l'estomac vient en 6^{ème} rang des cancers chez l'homme (4,8%) ; et vient en 9^{ème} place des cancers de la femme (2,3%) soit 3,4% de l'ensemble des cancers enregistrés en considérant les deux sexes.[18]

A rabat le cancer gastrique vient en 5^{ème} position et représente 4,7% de l'ensemble des cancers observés chez l'homme et vient en 6^{ème} position soit 3,2% des cancers féminins. [15].

Notre série le cancer de l'estomac vient en 3^{ème} rang des cancers de l'homme 8% et vient en 4^{ème} place chez la femme soit 5,2% et représente 6,4% du recrutement globale

2. L'âge :

Le risque augmente avec l'âge il est plus élevé après 50ans ; en France l'âge moyen du cancer de l'estomac chez l'homme est 69,5ans et 79,5 ans chez la femme. [25]

Aux États-Unis la moyenne d'âge est 68 ans tout sexe confondu. [35]

En Tunisie la moyenne d'âge est 62 ans chez l'homme et 57,7 chez la femme.[24]

Au Maroc ; et selon les séries marocaines ; à Casablanca la moyenne d'âge du cancer gastrique est de 72 ans chez l'homme et 52ans chez la femme.[18]

A Rabat chez l'homme l'âge moyen était de 61,8 ans et 51,4 ans chez la femme.[15]

Notre série l'âge moyen était de 57 ans

Tableau XXXI : fréquence, incidence, âge dans le cancer gastrique :

Pays	fréquence		Incidence standardisé		Age moyen	
	homme	femme	homme	femme	homme	Femme
France	2%	1,2%	7	2,6	69,5	72,5
USA[36]	1,9%	1,1%	7,2	3,3	68	68
Tunisie	4,5%	3,6%	6,1	3,7	62	57,7
Casablanca	4,8%	2,3%	6,7	3,3	72	52
Rabat	4,7%	3,2%	6,7	3,4	61,8	51,4
Notre série	8%	5%	-----	-----	57	57

VI. Le cancer broncho-pulmonaire :

1. Fréquence et incidence :

Le cancer broncho-pulmonaire est la 1^{ère} cause de mortalité par cancer en France, dans de nombreux pays européens et dans le reste du monde [37].

En France le cancer du poumon est le second cancer en termes de fréquence chez l'homme (14,4%) après le cancer de la prostate et vient en 3^{ème} place chez la femme avec une fréquence de 8,5% après le cancer du sein et colon rectum. [25]

Aux États-Unis le cancer broncho-pulmonaire vient au 2^{ème} rang après le cancer de la prostate avec une fréquence de 14%. [26]

En Tunisie le cancer pulmonaire vient en premier lieu (22,9%) des cas des cancers chez l'homme et occupe la 12^{ème} place chez la femme[24]

Au Maroc le cancer du poumon occupe la 1^{ème} place dans la région du grand Casablanca et représente 22,8% des cas des cancers enregistrés chez l'homme et représente 11,4% de tout les cas observé de cancers en considérant les deux sexes. [18].

A rabat le cancer broncho-pulmonaire vient en 1^{ère} place des cancers masculins (19,8%) et en 8^{ème} place des cas des cancers observés chez la femme. [15]

Dans notre série le cancer broncho-pulmonaire occupe la 1^{ère} place chez l'homme et représente 11,1% des cancers masculins et représente 7% des cancers observés tout sexe confondu.

2. L'âge :

L'âge médian au diagnostic du cancer du poumon des hommes des femmes combinées était d'environ 70 aux Etats-Unis. [38]

En France la moyenne d'âge est d'environ 59ans.[23]

En Tunisie la moyenne d'âge était de 62,5.[24]

Au Maroc selon le registre des cancers du grands Casablanca la moyenne d'âge est de 57ans.[18]

A Rabat la moyenne d'âge était de 59ans.[15]

Notre série : âge moyen est de 53 ans

Tableau XXXII : fréquence ; incidence ; âge dans le cancer broncho-pulmonaire :

Pays	Fréquence		incidence standardisé		Age moyen
	homme	Femme	Homme	femme	
France	14,4%	8,5%	52,6	23,4	66
USA	14%	13%	---	---	70
Tunisie	22,9%	---	32,5	2,5	62,5
Casablanca	22,8%	---	32,8	3,4	57
Rabat [39]	19,8%	---	25,1	2,7	59
Notre série	11,1%	4,2%	----	----	53

VII. Le cancer du système nerveux central :

1. Fréquence et incidence :

En 2012 les cancers du cerveau et du système nerveux central représentaient environ 256 000 nouveaux cas par an ; ce qui représente moins de 3% des cas de cancers estimés dans le monde entier ; leur distribution varie à travers le monde avec des taux d'incidence les plus élevés en Australie, Amérique du Nord et pays d'Europe du Nord.

Les études épidémiologiques dans différentes parties du monde ont montré que les hommes ont un risque plus élevé des tumeurs cérébrales et du système nerveux central que les femmes. [40]

En France les cancers du système nerveux central représentent 1,5% chez l'homme et 1,3% chez la femme ; [25]

Aux États-Unis les cancers du système nerveux central représentent 1,6% chez l'homme et un pourcentage de 1,2% des cancers observés chez la femme. [26]

En Tunisie les cancers du système nerveux central représentent 2% des cancers masculins et 2,3% des cancers féminins. [24]

A Casablanca les cancers du système nerveux central représentent 2% de l'ensemble des cancers chez l'homme et 1,1% des cancers de la femme. [18]

A Rabat les cancers du système nerveux central représentent 2,3% des cancers de l'homme et 2,4% des cancers féminins.[15]

Notre série a noté que les cancers du système nerveux centrale représente 3,6% de l'ensemble des cancers enregistrés tout sexe confondu ; et 6,5% de l'ensemble des cancers chez l'homme et 1,7% des cancers observés chez la femme.

2. L'âge :

Le cancer du cerveau peut survenir à n'importe quel âge, il dépend du type histologique ; comme le médulloblastome qui atteint presque toujours les enfants. [41]

En France la tranche d'âge la plus touchée chez l'adulte homme est [50-54] et [65-74] chez la femme [25]

Aux États-Unis la moyenne d'âge était de 55 [42]

En Tunisie la moyenne d'âge des adultes est de 47,6 ans [24]

Au Maroc et selon le registre des cancers du grand Casablanca la moyenne d'âge pour les adultes est de 63ans.[18]

Notre série : la moyenne d'âge était de 46ans avec pic de fréquence pour la tranche d'âge 51-60 ans

Tableau XXXIII: fréquence, incidence, âge dans les cancers du système nerveux central

Séries	Fréquence		Incidence standardisé		Age
	homme	Femme	homme	Femme	
France	1,5%	1,3%	5,7	4,2	54
USA	1,6%	1,2%	----	-----	55
Tunisie	2%	2,3%	----	----	47,5
Casablanca	2%	1,11%	----	----	63
Rabat	2,3%	2,4%	---	----	59,5
Notre série	6,5%	1,7%	---	---	46

VIII. Le cancer de l'ovaire :

1. Fréquence et incidence :

L'incidence et la mortalité du cancer de l'ovaire ont été de 4620 cas et 3150 femmes par an respectivement ; le cancer de l'ovaire représente la principale cause de décès par cancer gynécologique. [43]

En France le cancer de l'ovaire représente 2,5% de l'ensemble des cancers féminins. [25]

Aux États-Unis le cancer de l'ovaire représente également 2,5% de l'ensemble des cancers féminins. [44]

En Tunisie le cancer de l'ovaire représente 4,1% des cancers de la femme et vient en 5^{ème} rang des cancers féminins par ordre de fréquence. [24]

Selon le RCRC le cancer de l'ovaire occupe la 5^{ème} place (4,3%)

A Rabat il occupe la 4^{ème} place (4,5%) [15]

Notre série montre que le cancer de l'ovaire occupe la 5^{ème} place des cancers chez la femme avec un pourcentage de 4,6% de l'ensemble des cancers féminins

2. L'âge :

Le cancer de l'ovaire est très rare avant l'âge de 45 ans ; il concerne surtout les femmes âgées de 60 à 70 ans. [46]

En France la moyenne d'âge est de 69,5 ans ; [23][25]

En USA l'âge moyen des patientes était de 69,5 ans ; [45]

En Tunisie l'âge moyen du cancer de l'ovaire est de 51,5 ans [24]

Au Maroc ; et selon le registre des cancers du grand Casablanca la moyenne d'âge du cancer de l'ovaire est de 47 ans ; et selon le registre des cancers de rabat l'âge moyen des patiente était de 55 ans.

Notre série : la moyenne d'âge est de 52 ans

Tableau XXXIV : fréquence, incidence, âge dans les cancers de l'ovaire :

Séries	fréquence	Incidence standardisé	Age
France	2,5%	7,1	69,5
USA	2,5%	4,9	69
Tunisie	4,1%	4,1	51,5
Casablanca	4,3%	6,2	47
Rabat	4,5%	5,2	55
Notre série	4,6%	-----	52

IX. Cancer du larynx :

1. Fréquence et incidence :

En France le cancer du larynx vient en 9^{ème} rang place avec 1,3% chez l'homme et 0,3% chez la femme. [23]

Aux États-Unis le cancer du larynx représente 1,2% chez l'homme et 0,3% des cancers observés chez la femme.[26][47]

En Tunisie le cancer du larynx vient en 8^{ème} position avec 4% chez l'homme et 0,3% chez la femme. [24]

Selon les séries marocaines à Casablanca le cancer du larynx vient en 8ème position par ordre de fréquence chez l'homme avec un pourcentage de 4,1% ; et représente 1% des cancers chez la femme ;[18]

A Rabat le cancer du larynx représente 3,5% des cancers enregistrés.[15]

Notre série : le cancer du larynx représente 2,6% du recrutement globale ; et occupe la 6ème place chez l'homme et représente 4,06% et occupe la 12ème place chez la femme avec un pourcentage de 1,69%.

2. L'âge :

La moyenne d'âge en France est de 57ans [25]

En Tunisie l'âge moyen du cancer du larynx est de 62,6ans ; [24]

Au Maroc la moyenne d'âge du cancer du larynx était de 57ans à Casablanca et Rabat.[17][18][15]

Notre série : l'âge moyen est de 58 ans ce qui rejoint les séries marocaine et française

Tableau XXXV : fréquence, incidence, âge dans le cancer du larynx :

séries	Fréquence		Incidence standardisé		Age
	Homme	Femme	homme	femme	
France	1,3%	0,3%	4,9	0,9	57
USA[47]	1,2%	0,3%	---	---	60
Tunisie	4%	0,3%	----	----	62,6
Casablanca	4,1%	1%	6	0,3	57
Rabat	3,5%	----	4,7	----	57
Notre série	4,06%	1,6%	-----	----	58

X. Les cancers de la peau :

1. Fréquence et incidence :

Les cancers de la peau montrent un taux d'incidence croissant partout dans le monde mais un taux de mortalité stable ou décroissant. [48]

En France les cancers cutanés représentent 3,4% des cancers chez l'homme ; et 4,2% chez la femme.[25]

Aux États-Unis les cancers cutanés viennent en 5^{ème} rang des cancers de l'homme avec un pourcentage de 6% ; et occupe la 6^{ème} place chez la femme avec un pourcentage de 4%.[26]

En Tunisie les cancers de la peau viennent en 4^{ème} position chez l'homme avec un pourcentage de 5,9% et occupe la 2^{ème} place des cancers féminins avec un pourcentage de 5,7%.[24]

Au Maroc ; à Casablanca le cancer de la peau représente 2,5% chez l'homme ; et 1,6% des cancers de la femme ;[18]

A Rabat le cancer de la peau occupe la 8^{ème} place chez l'homme avec un pourcentage de 3,4% et vient en 10^{ème} place des cancers de la femme avec un pourcentage de 2,6%.[15]

Notre série : Les cancers cutanées représente 2,4% de la totalité des cancers ; occupe 9^{ème} place chez l'homme avec un pourcentage de 3,27% et vient également en 9^{ème} place chez la femme avec 2,09%

2. L'âge :

Le cancer de la peau est un peu plus fréquente chez l'homme que chez la femme ; son incidence reste faible avant 65ans mais augmente nettement avec l'âge. [15]

En France la moyenne d'âge est de 62ans ;[23] [25]

Aux États-Unis la moyenne d'âge des cancers cutanés était de 74ans ;[48]

En Tunisie l'âge moyen des patients est de 65ans.[24]

Au Maroc ; et à Casablanca l'âge moyen des cancers cutané est de 75ans ;[18]

A Rabat la moyenne d'âge est de 71ans.[15]

Notre série : la moyenne d'âge est de 55ans, ce qui représente la moyenne d'âge la plus basse

Tableau XXXVI : fréquence, incidence, âge dans les cancers cutanés :

séries	Fréquence		Incidence standardisé		Age
	Homme	Femme	Homme	femme	
France	3,4%	4,2%	13,6	13,5	62,5
USA	6%	4%	-----	-----	74
Tunisie	5,9%	5,7%	-----	-----	65
Casablanca	2,5%	1,6%	0,70	0,50	75
Rabat	3,4%	2,6%	4,2	3,5	71
Notre série	3,3%	2,09%	-----	-----	55

XI. Le cancer de la prostate :

1. Fréquence et incidence :

En France le cancer de la prostate représente le premier cancer chez l'homme dont il représente 25,6% des cancers masculin [23];

Aux Etats-Unis le cancer de la prostate représente 25% des cancers masculin [26]

En Tunisie le cancer de la prostate vient en 3^{ème} rang des cancers chez l'homme avec un pourcentage de 8,9% après le cancer du poumon (22,9%) et le cancer de la vessie (9,9%).[24]

Au Maroc le registre des cancers du grand Casablanca place le cancer de la prostate au 2^{ème} rang des cancers de l'homme et représente 12,4% ; et vient en 5^{ème} place de tout les cas de cancers enregistrés tout sexe confondu soit 5,5%. [18]

Selon le registre des cancers de rabat le cancer de la prostate vient en 2^{ème} rang des cancers masculins avec un pourcentage de 16,7% après le cancer du poumon (19,8%). [15]

Notre série à démontré que le cancer de la prostate représente 6% des cancers de l'homme et vient en 4^{ème} rang et représente 2,4% de l'ensemble des cancers tout sexe confondu.

2. L'âge :

Le cancer de la prostate survient rarement avant l'âge de 50ans l'incidence augmente rapidement au-delà.

L'âge moyen au moment du diagnostic est près de 70ans [49].

L'âge moyen dans notre série est de 66 ans ce qui rejoint les séries françaises américaines et la série de rabat.

Tableau XXXVII : Fréquence, incidence, âge dans le cancer de la prostate :

Pays	Fréquence chez l'homme	Incidence standardisé	Age moyen
France	25,6%	97,7	70
USA	25%	150,5	68
Tunisie	8,9%	11,8	72,4
Casablanca	12,4%	18,8	75
Rabat	16,7%	23,3	69,3
Notre série	6%	-----	66

XII. Le cancer du corps utérin :

1. Incidence et fréquence :

Le cancer du corps utérin est devenu le cancer gynécologique le plus fréquent en France, l'incidence du cancer du corps utérin est stable depuis 30ans avec une légère diminution de la mortalité en moyenne 1% par an au cours des 30 dernière années. [50]

En France le cancer du corps utérin représente 4,5% des cancers chez la femme. [25]

Aux États-Unis le cancer du corps utérin représente 7,4% des cancers observés chez la femme. [51]

En Tunisie le cancer de l'endomètre occupe la 10^{ème} place des cancers de la femme avec un pourcentage de 3,2%. [24]

Selon les séries marocaines le cancer du corps utérin vient en 5^{ème} rang des cancers féminins avec une fréquence de 3,4% à Rabat ; [15]

Et représente un pourcentage de 3,3% des cancers de la femme selon l'étude de Casablanca. [18]

Notre série montre que le cancer du corps utérin représente 2,04 de l'ensemble des cancers et occupe la 6ème place chez la femme avec un pourcentage de 3,4%

2. L'âge :

Les cancers du corps utérin sont le plus souvent diagnostiqués chez les femmes du groupe d'âge associé à la péri ménopause /post ménopause. [52]

En France l'âge moyen est de 69,5 ans ;[25]

Aux États-Unis le cancer du corps utérin survient chez les femmes avec un âge moyen de 61 ans ;[51]

En Tunisie la moyenne d'âge était de 59,5 ans ;[24]

Pour les séries marocaines la moyenne d'âge est de 65 ans à Casablanca ; et de 66ans à Rabat.[18] [15]

Notre série à objectivé un âge moyen de 55,4 ans pour le corps utérin.

Tableau XXXVIII : fréquence, incidence, âge dans le cancer du corps utérin :

Séries	Fréquence	Incidence standardisé	Age
France	4,5%	11,2	62,5
USA	7,4%	30,8	61
Tunisie	3,2%	2,1	59,5
Casablanca	3,3%	5,2	65
Rabat	3,4%	3,9	66
Notre série	3,4%	-----	55,4

XIII. Le cancer de la vessie :

1. Fréquence et incidence :

Le cancer de la vessie est le 9^{ème} cancer le plus fréquent dans le monde avec près de 429800 cas incident [53].

En France le cancer de la vessie vient en 4^{ème} rang chez l'homme avec un pourcentage de 4,8% et occupe la 12^{ème} place chez la femme avec un pourcentage de 1,6% [25] .

Aux États-Unis le cancer de la vessie représente 5% de l'ensemble des cancers diagnostiqués il vient en 4^{ème} place chez l'homme (7,3%) et atteint la femme avec un pourcentage de 2,1% ;[26]

En Tunisie le cancer de la vessie occupe la 2^{ème} place des cancers chez l'homme (9,9%) après le cancer du poumon ; et représente les 1,2% chez la femme. [24]

Au Maroc el selon le registre du grand Casablanca le cancer de la vessie représente 3,1% de l'ensemble des cas de cancers observés tout sexe confondu ; occupe la 4^{ème} place avec un

pourcentage de 5,9% chez l'homme ; et il vient en 19^{ème} position chez la femme avec un pourcentage de 0,8% des cancers féminins ;[18]

A rabat le cancer de la vessie vient en 3^{ème} position chez l'homme avec 8,1% et représente 0,8% des cancers de la femme. [15]

Notre série : le cancer de la vessie représente 2% de la totalité des cancers occupe la 10^{ème} place des cancers chez l'homme soit 2,9%

Et vient en 16^{ème} place chez la femme soit 1,3%

2. L'âge :

La moyenne d'âge du cancer de la vessie ne diffère pas significativement entre les deux sexes ; [15]

En France la moyenne d'âge est de 76ans ;[54]

Aux États-Unis l'âge moyen au moment du diagnostic était de 73ans ;[26]

En Tunisie la moyenne pour l'âge était de 66,6 ans ;[54]

Pour les séries marocaines la moyenne d'âge est de 75ans dans la région grand Casablanca ; et de 67 ans selon le registre de Rabat.[18][15]

Notre série a noté un âge moyen de 61 ans

Tableau XXXIX : fréquence, incidence, âge dans le cancer de la vessie :

Séries	Fréquence		Incidence standardisé		Age
	homme	Femme	homme	Femme	
France	4,8%	1,6%	16,7	3,2	76
USA	7,3%	2,1%	----	----	73
Tunisie	9,9%	1,2%	13,7	1,3	66,6
Casablanca	5,9%	0,8%	8,6	1,3	75
Rabat	8,1%	0,8%	11,3	0,8	66
Notre série	2,9%	1,3%	-----	-----	61

1. Fréquence et incidence :

Le cancer de la thyroïde est le cancer endocrinien le plus fréquent son incidence augmente depuis une trentaine d'années. En Europe la France est le second pays le plus marqué par cette forte progression après l'Italie. [55]

En France le cancer de la thyroïde représente 2,1% de l'ensemble des cancers ; il se situe au 19^{ème} rang chez l'homme (0,9%) et au 5^{ème} rang chez la femme (3,7%).[25]

Aux États-Unis le cancer de la thyroïde représente 1,7% des cancers masculins et 5,7% des cancers féminins.[26]

En Tunisie le cancer de la thyroïde représente 0,8% des cancers observés chez l'homme et 3,4% des cancers de la femme.[24]

Les séries marocaines démontrent que le cancer de la thyroïde représente 5,5% de l'ensemble des cancers enregistrés dans la région du grand Casablanca ; avec un pourcentage de 8,5% chez la femme et 1,6% chez l'homme ;[18]

A Rabat le cancer thyroïdien occupe la 3ème place chez la femme avec un pourcentage de 4,5% et représente 0,3% des cancers masculins.[15]

Notre série : Le cancer thyroïdien représente 1,3% du recrutement total et 0,8% des cancers chez l'homme et 1,66% chez la femme

2. L'âge :

En France la moyenne d'âge des cancers thyroïdiens est de 62ans chez l'homme et 57ans chez les femmes. [25]

Aux États-Unis l'âge moyen était de 45ans.[26]

En Tunisie le cancer de la thyroïde apparaît pour un âge moyen de 46,7ans. [24]

Selon le registre des cancers du grand Casablanca l'âge moyen des cancers thyroïdiens était de 54ans chez les femmes et 57ans chez l'homme ;[18]

A Rabat la moyenne d'âge est de 44,7% tout sexe confondu.[15]

Notre série : l'âge moyen est de 49ans ce qui rejoint les séries marocaines et tunisiennes.

Tableau XL : fréquence, incidence, âge dans les cancers thyroïdiens :

Séries	fréquence		Incidence standardisé		Age	
	Homme	femme	homme	Femme	homme	femme
France	0,9%	3,7%	4,2	12,7	62	57
USA	1,7%	5,7%	----	-----	45	45
Tunisie	0,8%	3,4%	1	3,3	46,7	46,7
Casablanca	1,6%	8,5%	2	11,2	57	54
Rabat	0,3%	4,5%	1	4,6	44,7	44,7
Notre série	0,8%	1,66%	----	-----	49	49

CONCLUSION

Malgré les difficultés que nous avons rencontrées lors de l'élaboration de ce travail, nous espérons avoir pu établir une cartographie du cancer dans la région de Marrakech-Safi.

L'augmentation du recrutement des cancers ces dernières années peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment la croissance démographique rapide, l'augmentation de l'espérance de vie, surtout le changement du mode de vie de la population marocaine ; ainsi que l'implantation du CHU Mohamed VI qui a amélioré le niveau de médicalisation de la région.

Les cancers colorectaux et le cancer de l'estomac font la particularité de la région et Ceci à cause des habitudes alimentaires locales ainsi que le changement du mode de vie de la population.

Le cancer du sein et le cancer du col utérin sont en augmentation continu est représentent les deux localisations les plus touchés par le cancer chez la femme sur ce la fondation Lalla Salma a mis en place un programme de détection précoce qui s'appuie sur des campagnes de sensibilisations et d'information de grande envergure, en prenant en compte les trois niveaux du système de santé marocain ;

Chez l'homme le cancer broncho-pulmonaire représente le cancer le plus répandu chez l'homme et le plus mortelle dont l'importance de mise en place d'un programme de dépistage du cancer pulmonaire.

Ce travail peut être considéré comme un premier pas pour mettre en place le registre des cancers dans la région de Marrakech Safi et à posteriori le registre national des cancers, dont l'absence prive la communauté médicale d'informations très utiles pour l'évaluation des actions diagnostiques et thérapeutiques à entreprendre dans le pays.



PERSPECTIVES D'AVENIR



Nous envisageons la mise en place d'un registre hospitalier des cancers de notre région Marrakech Safi qui verra le jour dans les années à venir et pourquoi pas avoir un registre de toute les régions ; puis un registre national pour établir un programme national de lutte anti cancer par la prévention et le dépistage car il semble illogique de se baser sur les données rapporté dans la littérature nationale et occidentale alors que le cancer présente dans notre contexte, des particularités différentes.

La mise en place d'un registre des cancers dans notre région devient une priorité capitale et constituera la base incontournable pour la structuration de la prise en charge et la programmation de stratégies anticancéreuses.



RESUME



Introduction : Le cancer est aujourd'hui une des causes les plus fréquentes de morbidité et de mortalité dans le monde. En effet, Plus de 10 millions de nouveaux cas et plus de 6 millions de décès sont recensés chaque année dans le monde, dont plus de la moitié surviennent dans les pays en développement.

Problématique: Au Maroc, le cancer constitue un des problèmes majeurs de santé publique, car le diagnostic est souvent tardif et la prise en charge est difficile et coûteuse. Plusieurs registres ont déjà été établis, dont le registre de la ville de Rabat (RECRA), le registre des cancers de la région du Grand Casablanca permettent de donner une idée sur l'incidence des cancers dans ces différentes régions. Par contre, au niveau de la région de Marrakech Safi, il n'existe actuellement aucune base de données régionale fiable permettant d'apprécier la fréquence et la répartition des cancers diagnostiqués au niveau de cette région et à partir de laquelle une lutte anticancéreuse pourrait être mise en place.

Objectifs de notre travail: Les objectifs de ce travail sont déclinés en objectifs principaux et objectifs secondaires :

Ø Objectifs principaux :

- Connaître la fréquence des différents cancers dans notre CHU et par conséquent dans la région de Marrakech Safi puisque la grande majorité des malades cancéreux sont traités au CHU.
- Identifier les localisations les plus fréquentes.
- Connaître les variations de cette fréquence avec l'âge et le sexe.

Ø Objectifs secondaires :

- Mettre en place un registre hospitalier des cancers qui constituera une première étape pour la réalisation d'un registre régional des cancers qui représente un instrument indispensable aussi bien dans la surveillance épidémiologique que dans la lutte anticancéreuse.

Matériels et méthodes: Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive analytique, de tous les cas de cancers confirmés histologiquement au sein du service d'oncologie du CHU MOHAMMED VI de Marrakech sur une période de 15 ans s'étalant du 1er Janvier 2002 au 31 Décembre 2016

Résultats :Notre étude rétrospective, portant sur les registres anatomopathologiques de la région de Marrakech Safi, nous a montré que , sur les 14829 cas recrutés entre Janvier 2002 et Décembre 2016, les cancers gynéco-mammaire ont occupé la première position (41,7 %), suivis respectivement des cancers digestifs (21,5 %), des cancers ORL (11,1 %), des cancers de la sphère thoracique (7,5 %), des cancers urologique (5,8 %), des cancers du SNC (3,7 %) alors que la fréquences des autres localisations était faible.

Chez la femme, le cancer du sein a occupé la première place avec 39,4 % de toutes les localisations observées chez la femme, suivi respectivement du cancer du col utérin (16,09 %), du cancer colorectal (7,39 %), du cancer de l'estomac (5,06 %), puis du cancer de l'ovaire (4,6 %).

Chez l'homme, c'est le cancer du poumon qui a occupé la première place (11,20 %), suivi respectivement du cancer colorectal (9,44 %), du cancer de l'estomac (8,33 %), du cancer du SNC (6,5 %), du cancer de la prostate (6,1 %) , puis du cancer du cavum (5,22%) .

L'analyse des résultats a montré que le cancer du sein chez la femme et celui du poumon chez l'homme étaient en augmentation permanente alors que le cancer du colorectal et le cancer de l'estomac sont relativement stables sur les trois dernières années d'étude. Cette répartition obtenue reflète une certaine réalité, tout en sachant que notre étude épidémiologique n'a pas échappé à certains biais statistiques

Conclusion: Notre travail représente une ébauche à la mise en place d'un registre hospitalier des cancers, au sein du CHU Mohammed VI de Marrakech et donne une idée sur les particularités épidémiologiques des cancers dans notre CHU qui draine la majorité des malades atteints de cancers, dans la région de Marrakech Safi.

SUMMARY

Introduction Cancer is now one of the most common causes of morbidity and mortality worldwide. In fact, more than 10 million new cases and more than 6 million deaths occur each year worldwide, more than half of which occur in developing countries.

Issue: In Morocco, cancer is one of the major public health problems because the diagnosis is often late and the management is difficult and expensive. Several registers have already been established, including the Rabat city register (RECRAB), the cancer registry of the Greater Casablanca region, which gives an idea of the incidence of cancer in these different regions. However, at the level of the Marrakech Safi region, there is currently no reliable regional database to assess the frequency and distribution of cancers diagnosed in this region and from which cancer control could be set up.

Objectives of our work: The objectives of this work are available in main objectives and secondary objectives:

Ø Main objectives:

-TO Know the frequency of different cancers in our hospital and therefore in the Marrakech Safi region since the vast majority of cancer patients are treated at the hospital.

-To Identify the most common cancer's sites.

- To have an idea about the frequency's variations with age and

sex.Ø Secondary objectives:

- To Establish a cancer hospital registry that will be a first step to the realization of a regional cancer registry which is an indispensable instrument both in epidemiological surveillance and in the fight against cancer.

Materials and methods:This is a retrospective descriptive analytical study of all cases of histologically confirmed cancers in the oncology department of the MOHAMMED VI CHU in Marrakech over a period of 15 years, from January 1st, 2002 to December 31st, 2016.

Results:Our retrospective study, on the anatomopathological registers of the region of Marrakech Safi, showed us that, of the 14829 cases recruited between January 2002 and December 2016,

The gynéco-mammary cancers occupied the first position (41,7%), followed respectively by digestive cancers (21.5%), ENT cancers (11.1%), cancers of the thoracic sphere (7.5%),

urological cancers (5.8%), brain cancers (3.7%) while the frequencies of other locations were low.

In women, breast cancer ranked first with 39.4% of all the localizations observed in women, followed respectively by cervical cancer (16.09%) and colorectal cancer (7.39%). , stomach cancer (5.06%), and then ovarian cancer (4.6%).

In humans, lung cancer ranked first (11.20%), followed by colorectal cancer, respectively (9.44%), stomach cancer (8.33%), cancer of the brain (6.5%), prostate cancer (6.1%) and cancer of the cavum (5%). 22%).

The analysis of the results showed that breast cancer in women and lung cancer in men were constantly increasing whereas colorectal cancer and stomach cancer were relatively stable over the last three years of study period. This distribution reflects a certain reality, knowing that our epidemiological study has not escaped certain statistical biases

Conclusion:Our work represents a preliminary to the establishment of a hospital registry of cancers, in the Mohammed VI University Hospital of Marrakech and gives an idea on the epidemiological particularities of the cancers in our University Hospital which drains the majority of the patients suffering from cancers, in the région of Marrakech Safi

ملخص

يشكل السرطان حاليا سبب من أسباب الأمراض والوفيات الأكثر شيوعا في العالم ، وبالفعل أكثر من 10% ملايين حالة جديدة تسجل في العالم كل سنة مع أزيد من 6 % ملايين حالة وفاة التي يسجل أكثر من نصفها في الدول النامية .

إشكالية: يعد السرطان في المغرب من أهم مشاكل الصحة العمومية خاصة الآن، التشخيص غالبا ما يكون متأخرا والعلاج مكلفا.

لقد تم إنشاء سجل السرطان في العديد من مدن المغرب و منها سجل السرطان بمدينة الرباط ، سجل السرطان بمدينة الدار البيضاء الكبرى ، وتمكنت هذه السجلات من اعطاء فكرة عن الخصائص الوبائية وعدد الحالات المسجلة في هذه المدن ، أما بمراكش فلا يوجد حاليا أي معطيات جهوية دقيقة تمكن من تعديد عدد الحالات وتوزيعها بالمنطقة .

تمكن من تطوير خطط لمحاربة هذا الداء .

اهداف العمل : أهداف العمل تنقسم الى أهداف أساسية و ثانوية :

***أهداف أساسية:**

- معرفة عدد حالات السرطان بالمركز الاستشفائي والجامعي بمراكش ، ومن ثم بجهة مراكش آسفي وذلك لأن معظم حالات السرطان بهذه الجهة يتم علاجها بهذا المركز .
- تحديد الأعضاء الأكثر مساسا بالسرطان :
- معرفة تغييرات تردد هذه الحالات حسب السن والجنس .

***الأهداف الثانوية:**

-إنشاء السجل الاستشفائي للسرطان والذي سوف يمثل الخطوة الأولى نحو إحداث سجل جهوي للسرطان والذي يمثل وسيلة أساسية لمراقبة ومحاربة داء السرطان .

المعدات والمنهجيات : إنها دراسة استيعادية وصفية وتحليلية لجميع حالات السرطان المشخصة داخل مركز أونكولوجيا للمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش خلال مدة 15 سنة تمتد من 1 يناير 2002 الى 31 دجنبر 2016 .

النتائج: خلال هذه المدة تم إحصاء 14829 حالة احتل فيها سرطان الثدي والسرطانات النسائية المرتبة الأولى (41,7%) متبوعا على التوالي بسرطان الجهاز الهضمي (21,5 %) وسرطانات الأذن والأنف والحنجرة (11,1%) ، وسرطانات الرئة (7,5%) وسرطانات المسالك البولية (5,8%) وسرطانات الدماغ والجهاز العصبي (3,7%) بينما كانت نسب المواضيع الأخرى نادرة .

بالنسبة للنساء احتل سرطان الثدي المرتبة الأولى (39,4%) من بين كافة السرطانات متبوعة بسرطان عنق الرحم ب (16,9%) ، وسرطان القولون (7,39%) وسرطان المعدة (5,6%) ، ثم سرطان المبيض (4,6%) /

بينما عند الرجال احتل سرطان الرئة المرتبة الأولى بنسبة (11,20%) يليه سرطان القولون (9,44%) وسرطان المعدة بنسبة (8,33%) ، سرطان الدماغ والجهاز العصبي (6,5%) وسرطان البروستاتة (6,1%) ثم سرطان البلعوم الانفي (6,22%) .

أوضحت دراسة تطور هذه المواقع أن سرطان الثدي عند النساء وسرطان الرئة عند الرجال في تنام مستمر ، في حين أن سرطان القولون والمعدة اتسما باستقرار نسبي على مدى ثلاث سنوات الأخيرة التي شملتها الدراسة .

ان هذا التوزيع المحصل عليه يعكس وبشكل جدي بعضا من الحقيقة على الرغم أن دراستنا الوبائية لم تسلم من بعض التحيزات الإحصائية .

خاتمة تمثل دراستنا خطوة أولى لإنشاء سجل استشفائي للسرطان بالمركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش ، ويعطي هذا العمل فكرة مسبقة عن الخصائص الوبائية للسرطان داخل هذا المركز والذي تتم به معالجة غالبية الحالات المشخصة في جهة مراكش آسفي .



BIBLIOGRAPHIE



1. Plan National de Prévention et de Contrôle du Cancer 2010–2019 : Axes stratégique et mesure
2. Les chiffres du cancer :(Monde & Afrique) <http://www.afrocancer.org>
3. Association Lalla Salma de lutte contre le cancer plan national de prévention et du contrôle du cancer ; analyse de la situation. www.contrelecancer.ma
4. Rémy Choquet Directeur opérationnel BNDMR Chercheur associé UMR1142 Les registres maladies rares. Plateforme Alliance Maladies Rares 16/10/2014
5. L. Abid Épidémiologie des cancers en Algérie:
Problématique des registres des cancers
<https://link.springer.com/journal/12558>
6. Benider :
Professeur de l'Enseignement Supérieur en Radiothérapie Oncologique Chef du service d'Oncologie Ibn Rochd – M. Bennani Othmani : Professeur Agrégé en Informatique Médicale Chef du Laboratoire d'Informatique Médicale et al Registre des Cancers de la Région du Grand Casablanca Année 2004
7. J. Estève, J. Faivre. Épidémiologie descriptive et registres. EMC (Elsevier Masson SAS), Pathologie professionnelle et de l'environnement 2006 ; 16– 860–A–10.
8. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Waldron W, Altekruse SF, Kosary CL, Ruhl J, Tatalovich Z, Cho H, Mariotto A, Eisner MP, Lewis DR, Chen HS, Feuer EJ, Cronin KA, Edwards BK (eds). SEER Cancer Statistics Review 1975–2008, National Cancer Institute. Bethesda 2011, MD, http://seer.cancer.gov/csr/1975_2008/
9. L. Chérié-Challine, L Leenhardt, P Pirard, P Grosclaude. La surveillance épidémiologique des cancers : quel système pour la surveillance nationale ? Environnement, Risques & Santé 2003 ; 2 : 105–111.
10. J. Estève, J. Faivre. Épidémiologie descriptive et registres. EMC (Elsevier Masson SAS), Pathologie professionnelle et de l'environnement 2006 ; 16– 860–A–10.
11. M.–G. Valsecchi, E.–S. Foucher, Cancer registration in developing countries: luxury or necessity? The Lancet Oncology 2008; 9: 159–167.
12. A.-M. Bouvier, V. Dancourt, J. Faivre. Le rôle des registres de cancers dans la surveillance, la recherche épidémiologique et la prévention de la maladie. Bull Cancer 2003 ; 90 (10) : 865–71.
13. L. Abid. Les registres du cancer en Afrique. Santé tropicale 2008.
<http://www.santemaghreb.com>
14. R. Zanetti, M.–A. Tazi, S. Rosso, New data tells us more about cancer incidence in North Africa. European Journal of Cancer 2010 ; 46 : 462–466.
15. M.A. Tazi, N. Benjaafar, A. Er-raki Registre des cancers de Rabat, incidence des cancers à rabat année 2005. Edition 2009
16. A. Benider, M. Bennani Othmani, M. Harif et al. Registre des cancers de la région du Grand Casablanca. Année 2004, édition 2007

17. Benider : Professeur de l'Enseignement Supérieur en Radiothérapie Oncologique Chef du service de Radiothérapie Oncologie Ibn Rochd – M. Harif : Professeur de l'Enseignement Supérieur en Oncologie Pédiatrique – M. Karkouri : Professeur de l'Enseignement Supérieur en Anatomie Pathologique – A. Quessar : Professeur de l'Enseignement Supérieur en Hématologie Oncologique REGISTRE DES CANCERS DE LA RÉGION DU GRAND CASABLANCA 2005–2006–2007 ; édition 2012 <http://www.irc.ma/wp> .
18. Directeur Pr. Benider Abdellatif Professeur de l'enseignement supérieur en Radiothérapie Oncologique. Directeur du centre Mohammed VI pour le traitement des cancers, CHU IBN ROCHD, Casablanca. Membre du comité scientifique de la Fondation Lalla Salma Prévention et traitement des Cancers. Responsable du Registre Dr Bendahhou Karima Médecin épidémiologiste Attachés de recherche clinique Soukaina Afghar Btissam Charrat Ibrahim Khalil Ahmadye REGISTRE DES CANCERS de la Région du Grand Casablanca pour la période 2008 – 2012 — Édition 2016
19. ROYAUME DU MAROC Ministère de l'Intérieur Direction Générale des Collectivités Locales La Région de Marrakech–Safi ; MONOGRAPHIE GENERALE 2015.
www.pncl.gov.ma/fr/LesCollectivitésterritoriales
20. Haut Commissariat au Plan, Recensement Général de la Populatiion et de l'Habitat, 2014
21. Fondation Lalla Salma–Prévention et Traitement des Cancers Centre Hostpitalier Universitaire Hassan II De Fès Université Sidi Mohammed Ben Abdellah registre des cancers <http://www.irc.ma/statistiques/registre-des-cancers/>
21. .A.–S. Boureau *, L. de Decker Service de médecine aiguë gériatrique, CHU de Nantes, boulevard Jacques–Monod, 44093 Nantes cedex 01, France Dépistage des cancers chez le sujet âgé Cancer–screening for older patients
<https://doi.org/10.1016/j.revmed.2017.12.014>
22. Les cancers en France, Les Données, INCa, édition 2015. Collection Les Données, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne–Billancourt, avril 2016 <http://www.e-cancer.fr/>
23. Personnel Scientifique Professeur Mansour BEN ABDALLAH Médecin Responsable du Registre Docteur Wided HIZEM BEN AYOUB Médecin Principal Registre Des Cancers NORD–TUNISIE données 2004– 2006
24. Jéhannin–Ligier K, Dantony E, Bossard N, Molinié F, Defossez G, Daubisse–Marliac L, Delafosse P, Remontet L, Uhry Z. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Rapport technique. Saint–Maurice : Santé publique France, 2017. 80 p.
25. .Rebecca L. Siegel MPH Kimberly D. Miller MPH Ahmedin Jemal DVM, PhD Cancer statistics, 2017
First published: 05 January 2017 <https://doi.org/10.3322/caac.21387> Cited by: 2201
26. XIAOLING .N,STASIA S BURGER, SUSAN VAN LOON, BETSY A KOHLER.
Cancer incidence and mortality in New Jersey 2000–2004.
(<http://nj.gov/health/ces/index.shtml/>) March 2007.

27. C.FleurierabJ.PilloyabM.ChasabJ.CirierabM.L.JourdancF.ArbiondG.Bodyabdl.Ouldamera bc Cancer du sein chez les patientes de moins de 40 ans : présentation et caractéristiques évolutives Reçu le 30 juillet 2017 .
28. Timothy JKeyaPia KVerkasaloeEmilyBanks Epidemiology of breast cancer Imperial Cancer Research Fund Cancer Epidemiology Unit, University of Oxford, UK [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(00\)00254-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(00)00254-0)
29. A. Rousseau¹ , P. Bohet² , J. Merlière² , H. Treppo³ , B. Heules-Bernin⁴ , R. Ancelle-Park¹ Evaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'Assurance maladie
30. © Le cancer du col de l'utérus en France : état des lieux 2010, Boulogne-Billancourt, juillet 2010
31. Anne F. Rositch PhD, MSPH Rebecca G. Nowak PhD, MPH Patti E. Gravitt PhD, MS Increased age and race-specific incidence of cervical cancer after correction for hysterectomy prevalence in the United States from 2000 to 2009 First published: 12 May 2014 <https://doi.org/10.1002/cncr . 28548> Cited by: 44
32. MarionLabar (Docteur en pharmacie)AlexisDesmoulière(Professeur des Universités) Colon cancer: prevention, screening and monitoring of patients at the pharmacy Available online 5 June 2015.
33. ProfHermannBrennerMDabMatthiasKloorMDcChristian PeterPoxMD Colorectal cancer [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61649-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61649-9) Balakrishnan M¹, George R¹, Sharma A¹, Graham DY^{2,3}. Changing Trends in Stomach Cancer Throughout the World. *Send to Curr Gastroenterol Rep.* 2017 Aug;19(8): 36.doi:10.1007/s11894-017-0578.
34. Noone AM, Howlader N, Krapcho M, Miller D, Brest A, Yu M, Ruhl J, Tatalovich Z, Mariotto A, Lewis DR, Chen HS, Feuer EJ, Cronin KA (eds). SEER Cancer Statistics Review National Cancer Institute. Bethesda, MD, https://seer.cancer.gov/csr/1975_2015/, based on November 2017 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2018.
35. Sitarz R^{1,2,3}, Skierucha M^{1,2}, Mielko J¹, Offerhaus GJA³, Maciejewski R², Polkowski WP¹. Gastric cancer: epidemiology, prevention, classification, and treatment. *Cancer Manag Res.* 2018 Feb 7;10:239-248. doi: 10.2147/CMAR.S149619. eCollection 2018.
36. M.Locatelli-SanchezaS.CouraudabP.-J.Souque Épidémiologie du cancer bronchique : données actuellesUpdated data on epidemiology of lung cancer *Revue des Maladies Respiratoires Actualités* Volume 7, Issue 4, November 2015, Pages 285-289
37. Torre LA¹, Siegel RL¹, Jemal A². Lung Cancer Statistics. *Send to Adv Exp Med Biol.* 2016;893:1-19. doi:10.1007/978-3-319-24223-1_1.

38. A. Lachgar M. A. Tazi M. Afif A. Er-Raki T. Kebdani N. Benjaafar Lung cancer: Incidence and survival in Rabat, Morocco Le cancer du poumon : incidence et survie à Rabat, Maroc Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique Volume 64, Issue 6, December 2016, Pages 391–395
39. Marion Piñeros Mónica S. Sierra M. Isabel Zarzugazab David Formana Descriptive epidemiology of brain and central nervous system cancers in Central and South America Cancer Epidemiology Volume 44, Supplement 1, September 2016, Pages S141–S149 <https://doi.org/10.1016/j.canep.2016.04.007>
40. © LES TUMEURS DU CERVEAU, COLLECTION guide de référence cancer info, INCa, juin 2010
41. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2018. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2018.
42. Jean-Marc Classe 1 Frédéric Guyon 2 Claire Falandry 3 Mojgan Devouassous Shisheboran 4 Frédéric Selle 5 Florence Joly 6 Cancer de l'ovaire : prise en charge pluridisciplinaire du cancer de l'ovaire en première ligne: Recommandations Saint Paul-de-Vence 2016 Bulletin du Cancer Volume 104, Supplement 1, May 2017, Pages S6–S15 [https://doi.org/10.1016/S0007-4551\(17\)301571](https://doi.org/10.1016/S0007-4551(17)301571)
43. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) 18 registres, National Cancer Institute, 2017
44. Cheng-I Liao abcd Stephanie Chow Lee-may Chen f Daniel S. Kappg Amandeep Mann h John K. Chani Trends in the incidence of serous fallopian tube, ovarian, and peritoneal cancer in the US Volume 149, Issue 2, May 2018, Pages 318–323 <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2018.01.030>
45. Cancer de l'ovaire Méga Guide STAGES IFSI (2e édition) Tous les services de soins et le rôle infirmier 2015, Pages 32–35 <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74529-4.00008-2>
46. Sophie Périé Marie Meyers Olivia Mazzaschi Olivier DeCrouy Chanel Bertrand Baujat Jean Lacau St Guily Épidémiologie et anatomie des cancers ORL Epidemiology and anatomy of head and neck cancers Bulletin du Cancer Volume 101, Issue 5, May 2014, Pages 404–410 <https://doi.org/10.1684/bdc.2014.1962>
47. Ulrike Leiter, Thomas Eigentler, Claus Garbe PubMed: 25207363 Epidemiology of Skin Cancer
48. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique Cancer de la prostate institut national du cancer janvier 2012
49. I. Barillot abc C. Haie-Méderd C. Charra Brunaude K. Peignaux f C. Kerr g L. Thomas Radiothérapie des cancers du col et de l'endomètre Radiotherapy of cervix and endometrial carcinoma Cancer/Radiothérapie Volume 20, Supplement, September 2016, Pages S189–S195 <https://doi.org/10.1016/j.canrad.2016.07.011>

50. RaoudhaDoghriaYosraYahyaouibAzzaGabsibMahaDrissaNadiaBoujelbeneaLamiaCharfi
aMezliniAmelbKarimaMrada
Les carcinomes de l'endomètre : étude anatomopathologique et histopronostique à propos de
62 cas dans un centre du Nord tunisienEndometrial carcinoma: An histopathological and
histoprognostic study about 62 patients in a center in the Tunisian north Annales de
Pathologie Volume 38, Issue 2, April 2018, Pages 85–91
<https://doi.org/10.1016/j.annpat.2017.12.001>
51. Marie–ClaudeRenaudMDTienLeMD Épidémiologie et explorations visant la présence
soupçonnée d'un cancer de l'endomètre Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada
Volume 35, Issue 4, April 2013, Pages 382–383, 385–391
[https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30971-3](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30971-3)
52. K.ReguiegN.BoumansourH.BoukhariR.TedjaniA.BettayebA.SalahA.TenniZ.AbdelazizI.D
amoucheN.Midoun
Cancer de la vessie au niveau de l'établissement hospitalier et universitaire d'Oran, Algérie.
Profil épidémiologique Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique
Volume 64, Supplement 4, September 2016, Page S223
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2016.06.213>
53. PierreDalibon(Docteur en pharmacie Le cancer de la vessie : des perspectives
thérapeutiques Actualités Pharmaceutiques Volume 54, Issue 542, January 2015, Pages
30–35 <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2014.11.006>
54. F. Lalmia,* , J.-L. Sadoulb , V. Rohmera a Service d'endocrinologie et maladies métaboliques,
CHU d'Angers, 4 rue Larrey 49100 Angers, France b Service d'endocrinologie, hôpital de
l'Archet, BP 3079, 6202 Nice, France ; Les cancers de la thyroïde : de l'épidémiologie à la
biologie moléculaire Thyroid cancers: from epidemiology to molecular biology .
www.sciencedirect.com

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهدي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسري في انقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للنس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة يتي الطبية للقريب والبعيد،
رعا

للمصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لفع الإنسان لا لأذاه.
لا

وأن أوقر من علمي، وأعلم من صغري، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي، مما يشينها تجاه
ة

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

سجل إستشفائي : تجربة قسم الأورام بالمستشفى الجامعي محمد السادس

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2018/05/14
من طرف

السيدة : فاطمة الزهراء خيي

المزداة في 18/06/1992

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

توزيع – سرطان - تردد

اللجنة

الرئيسة

المشرفة

الحكام

السيدة ل. عمرو

أستاذة مبرزة في أمراض الرئة و السل.

السيدة م. خوشاني

أستاذة مبرزة في العلاج بالأشعة.

السيد ر. بوشنتوف

أستاذ مبرز في أمراض الرئة و السل.

السيدة أ. بصير

أستاذة مبرزة في طب النساء و التوليد

السيد خ. عنيبة

أستاذ مبرز في جراحة الدماغ و الأعصاب.