

## ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, CLINIQUES ET ANATOMOPATHOLOGIQUES DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES AU NORD DU BENIN DE 2010 à 2020

N.F.M. HOUNKPONOU, R. KLIKPEZO, A.Y. AHOINGNAN, A. TCHEWLE, H. LAOUROU, G. GBESSI

### RESUME

**Introduction** : les cancers gynécologiques et mammaires (CGM) constituent un problème de santé publique.

**Objectif** : étudier les aspects épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques des CGM. **Méthode** : Il s'est agi d'une étude transversale et descriptive de 2010 à 2020 au Nord du Bénin. Etaient inclus, les dossiers dans lesquels le diagnostic de cancer gynécologique ou mammaire a été posé et confirmé à l'examen anatomopathologique. Etaient non inclus, les dossiers de cancer mammaire des hommes. Les données étaient saisies et traitées par les logiciels Epi data 3.1.1. et Epi Info 7.2.0.1.

**Résultats** : au total 230 cas étaient colligés. L'âge moyen était de 48,4±11,1 ans avec des extrêmes de 15 et 80 ans. Les cancers étaient du sein (55,2%), du col de l'utérus (28,8%), du corps de l'utérus (7,8%), de l'ovaire (5,2%), de la vulve (1,7%) et du vagin (1,3%). Le cancer était découvert aux stades cliniques I (13,9%), II (28,3%), III (38,3%) et IV (19,5%). Les types histologiques étaient carcinome canalaire infiltrant non spécifique (77,90%), adénocarcinome canalaire (13,40%), adénocarcinome mucineux (4,70%), adénocarcinome infiltrant papillaire (1,60%), carcinome papillaire (1,60%) et 1 carcinome médullaire (0,80%). Pour le cancer du sein, les types immuno-histochimiques étaient triples négatifs (44,50%), luminal A (18,50%), luminal B (22,20%), et Human Epidermal growth factor Receptor 2 + non Luminal (14,80%). Le grade histopronostique précisé dans 96 dossiers (41,74%) étaient I (12,5%), II (62,5%) et III (25%).

**Conclusion** : les cancers gynécologiques et mammaires restent fréquents au Nord du Bénin. La priorité doit être donnée à la prévention.

**Mots-clés** : Cancers gynécologiques ; Cancers mammaires ; Epidémiologie ; Anatomopathologie ; Bénin.

### SUMMARY

**Epidemiological, clinical and anatomopathological aspects of Gynaecological and breast cancers (GBCS) in Northern Benin from 2010 to 2020**

**Introduction**: Gynaecological and Breast cancers (GBCs) are a public health problem. **Objective** : To study the epidemiological, clinical and anatomopathological aspects of GBCs.

**Method**: This was a cross-sectional, descriptive study from 2010 to 2020 in northern Benin. Files in which the diagnosis of gynaecological or breast cancer was made and confirmed on anatomopathological examination were included. Male breast cancer cases were excluded. Data were entered and processed via Epi data 3.1.1 and Epi Info 7.2.0.1 software.

**Results**: 230 cases were recorded. The mean age was 48.4±11.1 years, with extremes of 15 and 80 years. The cancers were of breast (55.2%), cervix (28.8%), body of uterus (7.8%), ovary (5.2%), vulva (1.7%) and vagina (1.3%). Cancers were found in clinical stages I (13.9%), II (28.3%), III (38.3%) and IV (19.5%). The histological types were non-specific infiltrating ductal carcinoma (77.90%), ductal adenocarcinoma (13.40%), mucinous adenocarcinoma (4.70%), papillary infiltrating adenocarcinoma (1.60%), papillary carcinoma (1.60%) and 1 medullary carcinoma (0.80%). For breast cancers, the immunohistochemical types were triple negative (44.50%), luminal A (18.50%), luminal B (22.20%), and Human Epidermal growth factor Receptor 2 + non-luminal (14.80%). The histopronostic grade specified in 96 cases (41.74%) was I (12.5%), II (62.5%) and III (25%).

**Conclusion**: Gynaecological and breast cancers are still recurrent in northern Benin. Priority must be given to their prevention.

**Keywords**: Gynaecological cancers; breast cancers; epidemiology; anatomopathology, Benin.

### INTRODUCTION

Les cancers gynécologiques et mammaires (CGM) constituent un problème de santé publique. Selon Globocan en 2018 [1], sur les dix premiers cancers de la femme, les CGM, représentaient près de 38,6% de nouveaux cas et avaient entraîné environ 26,9% de décès. En 2018, Globocan rapportait que la mortalité était de 27,5% et de 43,42% respectivement pour le cancer du sein et celui du col utérin dans les pays

développés contre respectivement 50,03% et 53,31% dans les pays en voie de développement [1]. En 2017, une étude faite au plan national au Bénin avait rapporté des proportions de 58,5% pour le cancer du sein et 27,5% pour celui du col de l'utérus [2]. La mortalité était de 49,54% pour le cancer du sein et 83,26% pour celui du col de l'utérus [1]. Afin de faire l'état des lieux les dix dernières années au Nord du Bénin, cette étude a donc été initiée.

**Tirés à part** : MCA Hounkponou N. Fanny M.  
Email : noumafanny@yahoo.fr.  
Tél. : 00229 / 97440715 / 94748650

HOUNKPONOU N.F.M., KLIKPEZO R., AHOINGNAN A.Y., TCHEWLE A., LAOUROU H., GBESSI G. Aspects épidémiologiques, cliniques et anatomopathologiques des cancers gynécologiques et mammaires au nord du Bénin de 2010 à 2020. Journal de la SAGO, 2021, vol.22, n°2, p.1-9.

## I. Patientes et méthodes

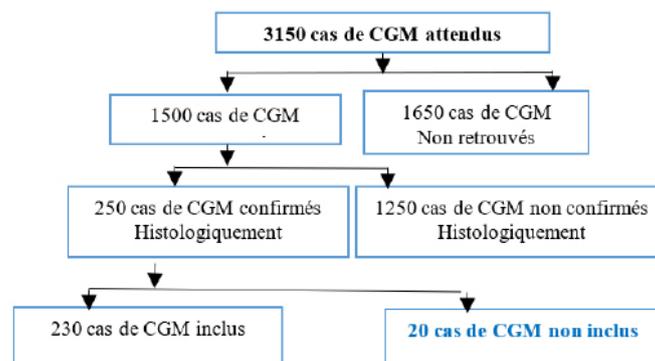
Il s'est agi d'une étude transversale descriptive et rétrospective du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2020. La population d'étude était constituée des femmes admises dans les maternités des trois hôpitaux du Nord du Bénin où se réalise l'examen anatomopathologique de confirmation des cancers que sont le Centre Hospitalo-Universitaire Départemental Borgou/Alibori (CHUD/B-A) ; l'Hôpital d'Instruction des Armées de Parakou (HIA-Parakou) et l'Hôpital St Jean de Dieu de Tanguiéta (HSJDT). Etaient inclus, les dossiers

des femmes chez qui un diagnostic clinique et un diagnostic anatomopathologique de confirmation avaient été faits. Etaient non inclus, les dossiers de cancer mammaire des hommes. Etaient exclus les dossiers mal renseignés. Le recensement a été exhaustif. Les variables indépendantes étaient les aspects socio-démographiques, cliniques, et anatomopathologiques. La saisie et l'analyse des données ont été faites par les logiciels Microsoft Word et Excel 2013, Epi data 3.1.fr et Epi info 7.2.0.1. L'autorisation des différentes autorités a été obtenue et la confidentialité des données respectée.

## II. RESULTATS

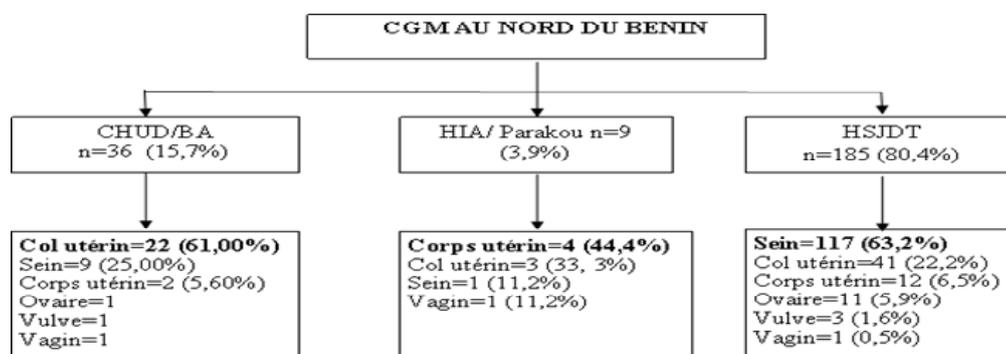
### 1. Fréquence

Au total 230 cas de CGM ont été colligés sur une période de 11 ans soit 20,9 cas par an (figure1).



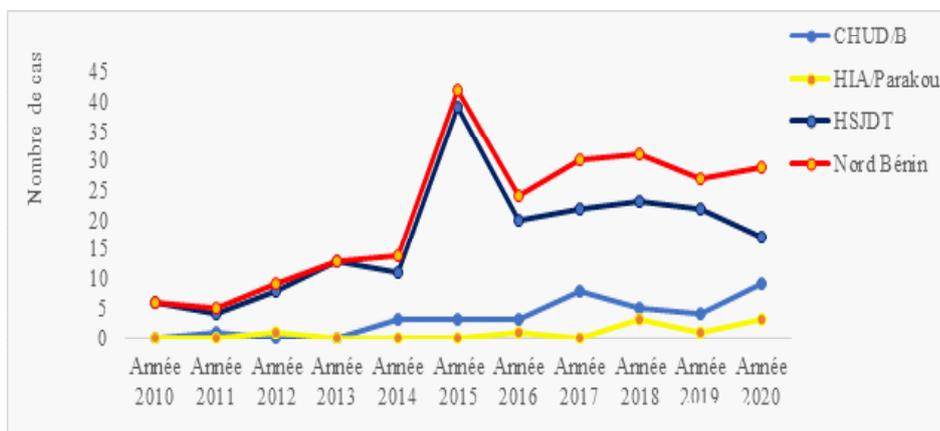
**Figure 1** : Diagramme de flux de répartition des cas de CGM au Nord-Bénin de 2010 à 2020

La plupart des femmes (n=185 ; 80,4%) provenaient de l'hôpital St Jean de Dieu de Tanguiéta (figure 2).



**Figure 2** : Diagramme de répartition des CGM selon l'organe et la structure sanitaire au Nord-Bénin de 2010 à 2020

Dans le Nord du Bénin, les CGM étaient du sein (n=127 ; 55,20%), du col de l'utérus (n=66 ; 28,8%), du corps de l'utérus (n=18 ; 7,8%), de l'ovaire (n=12 ; 5,2%), de la vulve (n=4 ; 1,7%) et du vagin (n=3 ; 1,3%). On constate une augmentation progressive des cas diagnostiqués de CGM au Nord du Bénin de 2010 à 2014 avec un pic en 2015. A partir de 2016, une baisse du nombre de cas est observée suivie d'une période de stabilité de 2017 à 2020 (figure 3).



**Figure 3 :** Répartition des cas de CGM selon les structures sanitaires et l'année du diagnostic au Nord-Bénin de 2010 à 2020

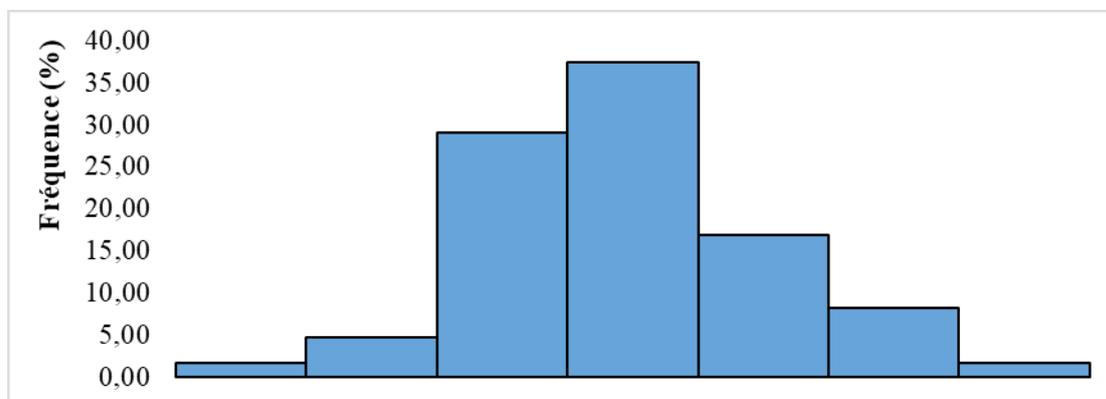
La figure 4 montre l'évolution du nombre de cas CGM par organe de 2010 à 2020. Le cancer du sein reste et demeure le 1er cancer de 2010 à 2020 sauf en 2019 où le cancer du col de l'utérus a occupé le 1er rang.



**Figure 4 :** Répartition du nombre des cas de CGM au Nord-Bénin de 2010 à 2020 par organe et par année

### 1. Age

Les femmes avaient un âge moyen de  $48,4 \pm 11,1$  ans avec les extrêmes de 15 ans et 80 ans. La tranche d'âge de 35 à 55 ans était de 66,8% (figure 5).



**Figure 5 :** Répartition des femmes atteintes de CGM selon l'âge au Nord-Bénin de 2010 à 2020 (n=230)

Le tableau I présente la répartition des cas de CGM par organe et par tranche d'âge.

**Tableau I** : Répartition globale des femmes atteintes de CGM par site selon la tranche d'âge au Nord-Bénin de 2010 à 2020

	Sein		Col utérin		Corps utérin		Ovaire		Vulve		Vagin	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
[15-25[	-	-	1	1,52	2	11,11	1	8,33	-	-	-	-
[25-35[	9	7,09	2	3,03	-	-	-	-	-	-	-	-
[35-45[	36	28,35	29	43,94	-	-	2	16,67	-	-	-	-
[45-55[	53	41,73	24	36,36	2	11,11	5	41,67	-	-	2	66,67
[55-65[	21	16,54	10	15,15	3	16,67	3	25,00	2	50,00	-	-
[65-75[	6	4,72	-	-	10	55,56	1	8,33	1	25,00	1	33,33
[75-80]	2	1,57	-	-	1	5,56	-	-	1	25,00	-	-
Total	127	100,00	66	100,00	18	100,00	12	100,00	4	100,00	3	100,00

## 2. Situation matrimoniale et niveau d'instruction

La majorité des femmes étaient mariées, n'avaient aucune instruction et étaient des femmes au foyer (Tableau II).

**Tableau II** : Répartition des femmes atteintes de CGM par organe selon la situation matrimoniale et selon le niveau d'instruction au Nord- Bénin de 2010 à 2020

	Sein		Col utérin		Corps utérin		Ovaire		Vulve		Vagin	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Situation matrimoniale</b>												
Mariée	99	78,0	59	89,4	10	55,6	9	75,0	2	50	2	66,7
Veuve	15	11,8	5	7,6	7	38,9	2	16,7	2	50	1	33,3
Célibataire	6	4,7	-	-	-	-	1	8,3	-	-	-	-
Divorcée	3	2,4	1	1,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Non précisé	4	3,1	1	1,5	1	5,6	-	-	-	-	-	-
<b>Niveau d'instruction</b>												
Aucun	85	66,9	41	62,1	12	66,7	5	41,7	2	50	3	100,0
Primaire	20	15,7	13	19,7	-	-	1	8,3	-	-	-	-
Secondaire	7	5,5	1	1,5	-	-	1	8,3	-	-	-	-
Supérieur	4	3,1	3	4,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Non précisé	11	8,7	8	12,1	6	33,3	5	41,7	2	50	-	-
<b>Profession</b>												
Ménagère	72	56,7	37	56,1	12	66,7	5	41,7	4	100	3	100,0
Fonctionnaire	10	7,9	3	4,5	-	-	-	-	-	-	-	-
Commerçante	23	18,1	17	25,8	3	16,7	2	16,7	-	-	-	-
Artisane	10	7,9	4	6,1	2	11,0	-	-	-	-	-	-
Cultivatrice	7	5,5	5	7,6	1	5,6	4	33,3	-	-	-	-
Non précisé	5	3,9	-	-	-	-	1	8,3	-	-	-	-
Total	127	100	66	100	18	100	12	100	4	100	3	100

### 3. Gestité et Parité

Elles étaient majoritairement des multigestes et des multipares quelque fut l'organe concerné (Tableau III).

**Tableau III** : Répartition des femmes atteintes de CGM par organe selon la gestité et selon la parité au Nord-Bénin de 2010 à 2020

	Sein		Col utérin		Corps utérin		Ovaire		Vulve		Vagin	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
<b>Gestité</b>												
Nulligeste	5	3,9	-	-	-	-	1	8,3	-	-	-	-
Primigeste	4	3,1	1	1,5	1	5,6	-	-	-	-	-	-
Multigestes	118	92,9	65	98,5	17	94,4	11	91,7	4	100,0	3	
<b>Parité</b>												
Nullipare	7	5,5	-	-	-	-	1	8,3	-	-	-	-
Primipare	4	3,1	1	1,5	1	5,6	-	-	-	-	-	-
Multipare	116	91,3	65	98,5	17	94,4	11	91,7	4	100	3	100
Total	127	100	66	100	18	100	12	100	4	100	3	100

### 4. Motif de consultation

Les motifs de consultation étaient dominés par les métrorragies pour les cancers du col de l'utérus, les algies pelviennes pour l'ovaire, les dyspareunies pour le vagin et une masse pour le sein (Tableau IV).

**Tableau IV** : Répartition des femmes atteintes de CGM par organe selon le motif de consultation (MC) au Nord-Bénin de 2010 à 2020 (n=230)

	Sein		Col utérin		Corps utérin		Ovaire		Vulve		Vagin	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Métrorragies	-	-	37	56,1	13	72,2	-	-	-	-	-	-
Algie pelvienne	-	-	6	9,1	5	27,8	12	100,0	1	25,0	-	-
Métrorragie Provoquée	-	-	14	21,2	-	-	-	-	-	-	-	-
Dyspareunie	-	-	5	7,5	-	-	-	-	-	-	2	66,7
Leucorrhée	-	-	4	6,1	-	-	-	-	-	-	-	-
Excroissance vulvaire	-	-	-	-	-	-	-	-	2	50,0	-	-
Saignement	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25,0	1	33,3
Masses/sein	83	65,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Douleurs mammaire	31	24,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Écoulement mammaire	13	10,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	127	100	66	100	108	100	12	100	4	100	3	100

## 5. Signes physiques

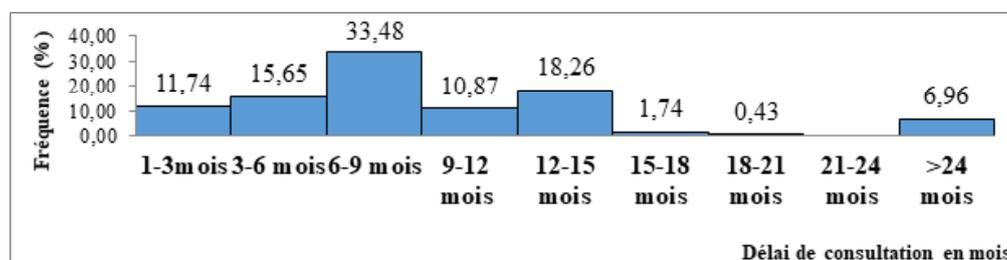
**Tableau V** : Répartition des cas de CGM selon les signes physiques objectivés par organe au Nord-Bénin de 2010 à 2020

	Sein		Col utérin		Corps utérin		Ovaire		Vulve		Vagin	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Peau d'orange	46	36,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ulcération /sein	37	29,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Infiltration/sein	32	25,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TUN*	12	9,4	42	63,6	-	-	-	-	1	25	2	66,7
Col bourgeonnant	-	-	24	36,4	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuméfaction/vulve	-	-	-	-	-	-	-	-	3	75	-	-
Ulcération/Vagin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	33,3
Non précisé	-	-	-	-	18	100,0	12	100	-	-	-	-
Palpation												
Nodule/sein	46	36,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Induration/sein	44	34,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ADP** axillaire	37	29,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Induration du col	-	-	41	62,1	-	-	-	-	-	-	-	-
ADP inguinale	-	-	10	15,2	2	11,1	-	-	2	50	2	66,7
Masse abdominale	-	-	3	4,5	9	50,0	11	91,7	-	-	-	-
Non précisé	-	-	12	18,2	7	38,9	1	8,3	2	50	1	33,3

\* Tumeurs ulcéro-nécrosante ; \*\*Adénopathie

## 6. Délais de consultation

Les femmes consultaient dans un délai allant de 6 à 9 mois après l'apparition des 1ers signes (figure 6).



**Figure 6** : Répartition des cas de CGM selon le délai avant la consultation au Nord-Bénin de 2010 à 2020 (n=230)

## 8. Stades cliniques

Les cas de CGM étaient découverts à tous les stades cliniques : au stade III pour le col, le corps utérin, l'ovaire et stade III pour le sein et la vulve (tableau VI).

**Tableau VI** : Répartition des cas de CGM selon le stade clinique de découverte et par organe au Nord-Bénin de 2010 à 2020

	Sein		Col utérin		Corps utérin		Ovaire		Vulve		Vagin	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Stade I	10	7,9	19	28,8	-	-	2	16,7	-	-	1	33,3
Stade II	24	18,9	23	34,8	10	55,6	5	41,7	2	50,0	1	33,3
Stade III	64	50,4	13	19,7	4	22,2	4	33,3	2	50,0	1	33,4
Stade IV	29	22,8	11	16,7	4	22,2	1	8,3	-	-	-	-
Total	127	100,0	66	100,0	18	100,0	12	100,0	4	100,0	3	100,0

## 9. Types histologiques

Le tableau VII présente les types histologiques par site de cancer.

Les types histologiques étaient variables et étaient le carcinome épidermoïde infiltrant pour le col utérin, la vulve et le vagin ; carcinome infiltrant non spécifiques pour le sein et tumeurs épithéliales pour l'ovaire.

**Tableau VII** : Répartition des cas de CGM selon les types histologiques au Nord-Bénin de 2010 à 2020

	Effectif	%
<b>Sein</b>		
Carcinome infiltrant non spécifique	99	77,90
Adénocarcinome canalaire	17	13,40
Adénocarcinome mucineux	6	4,70
Adénocarcinome infiltrant papillaire	2	1,60
Carcinome papillaire	2	1,60
Carcinome médullaire	1	0,80
Total	127	100
<b>Col utérin</b>		
Carcinome épidermoïde infiltrant	43	65,10
Carcinome épidermoïde in situ	18	27,30
Adénocarcinome infiltrant	4	6,10
Autre	1	1,50
Total	66	100
<b>Corps utérin</b>		
Adénocarcinomes	11	61,10
Carcinome endométrioïdes	5	27,80
Autres	2	11,10
Total	18	100
<b>Ovaires</b>		
Tumeurs épithéliales	7	58,30
Carcinome indifférencié	3	25,00
Autres	2	16,70
Total	12	100
<b>Vulve</b>		
Carcinome épidermoïde infiltrant	4	100
<b>Vagin</b>		
Carcinome épidermoïde infiltrant	4	100

Sur les 127 cas du cancer du sein, 27 (21,25%) avaient bénéficié d'une immunohistochimie (IHC) dont 12 triples négatifs (44,50%), 6 luminal B (22,20%), 5 luminal A (18,50%) et 4 HER 2 +non luminal (14,80%).

Sur les 127 cas de cancer du sein, les grades histopronostics avaient été précisés dans 96 dossiers dont 12 (12,5%) pour le grade I, de 60 (62,5%) pour le grade II et de 24 (25%) pour le grade III.

## III. DISCUSSION

Les de CGM colligés étaient de 230 cas sur une période de 11 ans soit 20,9 cas par an. Ces résultats sont supérieurs à ceux retrouvés par Obossou et al. au Nord Benin en 2016 et par Tonato et al.

A Cotonou en 2013 avec respectivement 90 cas et 120 cas [3,4]. Cette différence peut s'expliquer par la période d'étude qui est de 11 ans dans cette étude mais respectivement de 6 et 9 ans dans leur étude. Cette prévalence est de loin inférieure à celle d'une étude faite au Bénin en 2017 qui était à 1193 soit 108,5 cas par an sur une période de 11 ans [5]. En effet, leur étude s'est déroulée dans tout le Bénin donc au plan national et était axée sur les aspects épidémiologiques des CGM. Les CGM touchaient par ordre de fréquence décroissante, le sein (55,2%), le col utérin (28,8%), le corps utérin (7,8%), l'ovaire (5,2%), la vulve (1,7%) et le vagin (1,3%). Le même constat est fait par Hounkponou et al. ; Tonato et al. à des proportions différentes [4,5]. En effet, le cancer du sein représente et demeure le 1er cancer chez la femme dans le monde et en Afrique subsaharienne [1, 6, 7]. En revanche nos résultats divergent avec ceux de Obossou et al. et Sando et al. qui ont trouvé une prédominance du cancer du col utérin [3,8]. La forte proportion de l'infection au HPV et le dépistage du cancer du col devenant de plus en plus fréquent pourraient expliquer cette différence [9,10,11]. L'âge moyen des cas de CGM est de 48,4±11,14 ans avec des extrêmes de 15 et 80 ans. La tranche d'âge de 35 à 55 ans représentait plus de 66,5% des cas. Ces résultats concordent avec ceux de Hounkponou et al. au Bénin, Lokossou et al. à Cotonou qui ont rapporté respectivement 48,15±13,42 ans et 48±12,06 ans [2,12]. De même, certaines séries africaines ont trouvé des résultats similaires [4, 13, 14]. Les CGM surviennent dans notre contexte chez les femmes relativement jeunes. Par contre, dans les pays développés, il surviennent plus au-delà de la cinquantaine [1, 7]. La différence d'âge entre ces populations soulève la question du rôle des facteurs génétiques (mutations des gènes BRCA1 et BRCA2) dans la population africaine pour le cancer du sein d'une part et l'absence de vaccination contre le HPV, l'insuffisance du dépistage précoce du cancer du col de l'utérus et du sein d'autre part [2, 11, 12]. La majorité des femmes (80,40%) provenait de l'hôpital de zone Saint Jean de Dieu de Tanguiéta. En revanche, ce résultat diverge avec celui d'Obossou et al. [3] qui ont noté que la majorité de leur population d'étude provenait de CHUD/B-A avec 95,5%. En effet l'hôpital de zone St Jean de Dieu de Tanguiéta de par sa collaboration avec l'occidental, dispose des molécules pour la chimiothérapie indispensable dans la prise en charge. Ce qui pourrait expliquer cette différence.

Les femmes étaient majoritairement des multigestes (94 ,80%), multipares (93,50%) et non ménopausées (56,1%). Le même constat est fait avec d'autres auteurs [2–3]. La prédominance des femmes non ménopausées est liée au fait que les CGM surviennent à un âge précoce dans les pays en développement comme en témoigne la forte représentabilité de la

tranche d'âge de 35 à 55 ans. Les femmes étaient admises à l'hôpital par référence (57,40%). Elles consultaient pour la présence de masse mammaire (65,40%) et pour la douleur mammaire (24,4%) en ce qui concerne le cancer du sein. Les métrorragies (49,5%) et les douleurs pelviennes (21,40%) constituaient les motifs fréquents de consultation chez les femmes atteintes de cancers gynécologiques. Ces consultations se faisaient dans un délai de 6 à 9 mois (38,5%) après l'apparition des premiers signes. A Madagascar (Fianarantsoa), Ranaivomanana M. et al. [15] rapportaient que les masses mammaires (95,2%) constituaient le motif fréquent de consultation. Ce qui concorde avec nos résultats. De même, Mshs et al. au Bénin (littoral) et Sando et al. au Cameroun avaient noté des cas similaires [12, 8]. En revanche les nodules du sein (25,5%) étaient le motif de consultation retrouvé par Obossou et al. [3]. En effet le cancer du sein se manifeste le plus souvent par des symptômes mammaires à type de masses mammaires douloureuses ou non, nodules mammaires, écoulement mammaire. Le délai de consultation après l'apparition des premiers signes est superposable à celui retrouvé (8,2 mois) par Mshs et al. [12]. En revanche Tonato et al ; Obossou et al. ont rapporté un délai se situant entre 1 à 6 mois [3, 4]. Les femmes consultent le plus souvent tardivement dans les séries africaines compte tenu des réalités socioculturelles. Dans cette étude, l'ulcération mammaire (29,10%) et l'infiltration mammaire (25,2%) étaient objectivées à l'inspection puis la présence de nodule du sein (33,22%), l'induration mammaire (34,65%) et des adénopathies axillaires (27,60 %) étaient retrouvées dans les cas de cancer du sein. Les cancers du sein étaient plus découverts au stade clinique III et IV (73,2%). Ces aspects ont été également retrouvés par d'autres auteurs [3, 12, 15]. La découverte du cancer de sein au stade avancé dans notre étude rejoint le même constat dans la plupart des séries africaines [4, 8, 15, 16, 17]. Ce qui soulève le problème du manque du dépistage organisé, de la pesanteur de la culture africaine (le cancer en général est considéré comme une maladie qui doit être prise en charge par les tradithérapeutes car il serait mystique). Par contre, dans les pays développés, les cancers du sein sont diagnostiqués au stade précoce [18, 19]. Quant aux cancers gynécologiques, la présence de tumeur ulcero-nécrosante (23,30%), de tumeurs végétantes de col de l'utérus (17,48%), la masse abdominale (22,33%) et l'induration du col utérin (39,81%) étaient les principaux signes cliniques objectivés. Les tumeurs bourgeonnantes et les tumeurs ulcéro-nécrotiques étaient aussi objectivées par Obossou et al. [3] mais Sando et al. au Cameroun [8] ont noté la prédominance des excroissances ou ulcérations du col cervical suivies des écoulements vaginaux dans leur étude. Les cancers du col utérin étaient

diagnostiqués au stade clinique I et II (42/66), ceux du corps utérin, ovaires et vulve au stade II et III. Ainsi, ces cancers gynécologiques étaient plus diagnostiqués au stade II (39,8%). Nos résultats sont semblables à ceux de Jean-Paul E. et al au Cameroun qui ont rapporté 37,04% des cancers gynécologiques au stade II de la FIGO [20]. Dans cette étude le carcinome de type infiltrant non spécifique (77,90%) était le type histologique le plus prédominant des cancers du sein tandis que le carcinome épidermoïde infiltrant était plus retrouvé dans les cancers du col utérin, de la vulve et du vagin. Pour le corps utérin, c'étaient les adénocarcinomes (61.1%) et enfin celui des ovaires dominés par les tumeurs épithéliaux (58,30%). Ces résultats sont superposables à ceux retrouvés dans la littérature [2, 20, 21, 8, 22]. L'examen immunohistochimique est faiblement réalisé dans nos contextes. En effet il a été réalisé chez 21,26% des femmes atteintes du cancer du sein. Les sous types retrouvés étaient 44,50% pour les triples négatifs ; 22,22% pour le luminal B ; 18,50% pour le luminal A et 14, 8% pour le HER2 non luminal. Le même constat était fait par Mshs et al. et Twahir et al. [12,16] qui ont retrouvé respectivement 5% et 26,22% de femmes ayant réalisées IHC. L'absence de plateau technique adéquat, la limitation des ressources financières et humaines dans les laboratoires d'anatomopathologies associées aux faibles pouvoirs d'achats de la population pourraient expliquer cette faible proportion. Les données sur la prévalence de divers sous-types de cancer du sein dans les pays africains sont limités, mais les rapports suggèrent qu'environ 50% des femmes ont un récepteur hormonal positif et environ 25% des femmes ont soit une maladie HER2 positive, soit un sein triple négatif [23,24]. Nos résultats sont peu différents vu la variabilité de la population.

## CONCLUSION

Les CGM constituent un problème de santé publique au Nord du Bénin de par leur fréquence et de par leur prise en charge. Ils sont majoritairement représentés par le cancer du sein et celui du col de l'utérus. Ces cancers surviennent chez des femmes relativement jeunes. Elles étaient mariées, ménagères, n'avaient aucun niveau d'instruction. Le carcinome infiltrant non spécifique prédominait les cancers du sein et le carcinome épidermoïde infiltrant les cancers gynécologiques. Les CGM sont découverts aux stades tardifs rendant la prise en charge difficile. La chirurgie a été l'option thérapeutique la plus pratiquée. Peu de femmes avaient bénéficié d'une chimiothérapie et aucune n'avait reçu ni une thérapie ciblée ni une radiothérapie. Ces traitements répondent peu aux normes standards de prise en charge des CGM. D'où la nécessité de mettre l'accent sur la prévention et de renforcer le système de soins de santé au Nord-Bénin.

## REFERENCES

1. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A.** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424.
2. **Hounkponou NFM, Brun L, Ahouingnan AY, Balle MC, Hodonou A, Koumbo M, et al.** Aspects épidémiologiques des cancers gynécologiques et mammaires au Bénin de 2005 à 2015. *Journal de la SAGO.* 2017;18(2):35-9.
3. **Obossou AAA, Tognifode MV, Brun L, Balle MC, Denakpo JL, Akpo EM et al.** Epidemiology and Management of Gynecological and Breast Cancers in the Two Reference Hospitals of Parakou, in North Benin. *Oncol Cancer Case Reports.* 2017;03(02):133.
4. **Bagnan JAT, Denakpo JL, Aguida B, Hounkpatin L, Lokossou A, De Souza J, et al.** Epidemiology of the gynecological and mammary cancer to the HOMEL and in the CUGO Cotonou, Bénin. *Bull Cancer.* 2013;100(2):141-6.
5. **Egue M, Gnangnon FHR, Akele-Akpo MT, Maxwell Parkin D.** Cancer incidence in Cotonou (Benin), 2014–2016: First results from the cancer Registry of Cotonou. *Cancer Epidemiol.* 2019;59:46-50.
6. **Joko-Fru WY, Jedy-Agba E, Korir A, Ogunbiyi O, Dzamalala CP, Chokunonga E, et al.** The evolving epidemic of breast cancer in sub-Saharan Africa: Results from the African Cancer Registry Network. *Int J Cancer.* 2020;147(8):2131-41.
7. **Siegel RL, Miller KD, Jemal A.** Cancer statistics, 2020. *CA Cancer J Clin.* 2020;70(1):7-30.
8. **Sando Z, Tsuala Fouogue J, Ymele Fouelifack F, Hortence Fouedjio J, Telesphore Mboudou E, Oyono Essame JL.** Profil des cancers gynécologiques et mammaires à Yaoundé-Cameroun. *Pan Afr Med J.* 2014;17:1-10
9. **Vassilakos P, Tebeu P, Halle-ekane GE, Sando Z, Kenfack B, Baumann F.** Vingt années de lutte contre le cancer du col utérin en Afrique subsaharienne Collaboration médicale entre Genève et Yaoundé. 2019;601-5.
10. **Athanasidou A, Bowden S, Paraskevaidi M, Fotopoulou C, Paraskevaidis E, Kyrgiou M.** Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology HPV vaccination and cancer prevention. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2020;65:109-24.
11. **Jassim G, Obeid A, Al Nasheet HA.** Knowledge, attitudes, and practices regarding cervical cancer and screening among women visiting primary health care Centres in Bahrain. *BMC Public Health.* 2018;17(1) :855-61.
12. **Bagnan-Tonato A, Lokossou ALS, Denakpo J, et al.** Breast cancer in the Littoral Department of Benin. *Carcinol Clin en Afrique.* 2017;16 (2):26-33.
13. **Amégbor K, Alfa AK, Darré T, Napo-Koura GA, Akpadza K.** Aspects épidémiologiques et histopathologiques des cancers gynéco-mammaires au Togo. *Med trop.* 2011;71:451-3.
14. **Dominique MK, Dominique KK, Christian KB, Hervé MC, Yves BK, Joel KMi.** Epidemiological profile of gynecologic breast cancer in Lumbashi, case of the general reference hospital Jason Sandwe. *JMR.* 2020;6 (1):12-4.
15. **Ranaivomanana M, Emile Hasiniatsy NR, Rakotomahenina H, Rafaramino F.** Aspects épidémiocliniques des cancers du sein au service d'oncologie de Fianarantsoa, Madagascar de 2011 à 2018. *Pan African Medical Journal.* 2021;38 (264): 31p.
16. **Twahir M, Oyeseun R, Yarney J, Gachii A, Edusa C, Nwogu C, et al.** World challenges for patients with Saharan Africa : a breast cancer in sub- retrospective observational study of access to care in Ghana, Kenya and Nigeria. *BMJ Open.* 2021;11:e041900. doi:10.1136/bmjopen-2020-041900.
17. **Camara MK, Sy T, Léo D, Diawara F, Traoré B, Hijazi Y, et al.** Problem of Breast Cancer Management in the Obstetric-Gynecologic Department of the National Hospital Donka, Teaching Hospital-Conakry. *J Cancer Sci Clin Ther.* 2018;2(1):9-17.
18. **Hélène Sancho Garnier.** Epidémiologie des cancers gynécologiques : Utérus, Ovaire, Vulve Et Vagin. *Cancers gynécologiques pelviens.* 2013:85-99.
19. **Walters S MC et al.** Breast cancer survival and stage at diagnosis in Australia, Canada, Denmark, Norway, Sweden and the UK, 2000-2007: a population-based study. *Br J Cancer.* 2013;108 (5):195-208.
20. **Engbang JPN, Koh VM, Tchente CN, Fewou A.** Histo-epidemiological aspects of genital cancers in women in the Littoral Region, Cameroon. *Pan Afr Med J.* 2015;21:116.
21. **Garba SM, Zaki HM, Arfaoui A, Hami H, Soulaymani A, Nouhou H et al.** Épidémiologie des cancers au Niger, 1992 à 2009. *Bull Cancer* 2013 ; 100 : 127-33. doi : 10.1684/bdc.2013.1699.
22. **P. S. Diop, I. Ka, B. Fall.** Cancers gynécologiques et mammaires à l'hôpital général de Grand-Yoff de Dakar : analyse et implications des aspects épidémiologiques à propos de 169 cas. *JAC.* 2012 ; 4 :176-79
23. **Galukande M, Wabinga H, Mirembe F.** Molecular breast cancer subtypes prevalence in an indigenous sub-Saharan African population. *Pan Afr Med J.* 2014;17:249.
24. **Brandao M, Guisseve A, Bata G.** Breast cancer subtypes: implications for the treatment and survival of patients in Africa - a prospective cohort study from Mozambique. *ESMO Open.* 2020;5:e000829.