



CANCER DE L'ENDOMETRE

Pr. Ag. Madi NAYAMA
Maternité Issaka GAZOBY NIAMEY NIGER



PLAN (1/2)

INTRODUCTION

I. GENERALITES

1.1 Définition

1.2 Rappels

II. ÉPIDÉMIOLOGIE

2.1. Incidence

2.2. Histoire naturelle

2.3. Facteurs de risque

III. ETUDE ANATOMOPATHOLOGIQUE

3.1. Macroscopie

3.2. Microscopie

3.3. Extension

PLAN (2/2)

IV. DIAGNOSTIC.

- 4.1. Diagnostic positif
- 4.2. Bilan d'extension
- 4.3. Classification
- 4.4. Facteurs Pronostiques
- 4.5. Diagnostic différentiel

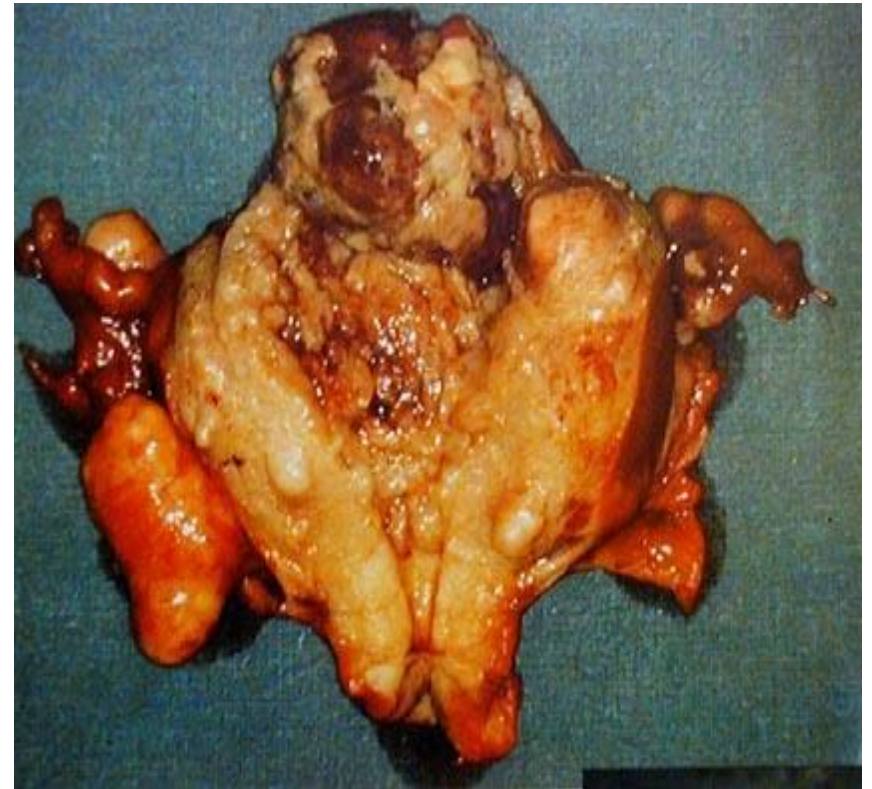
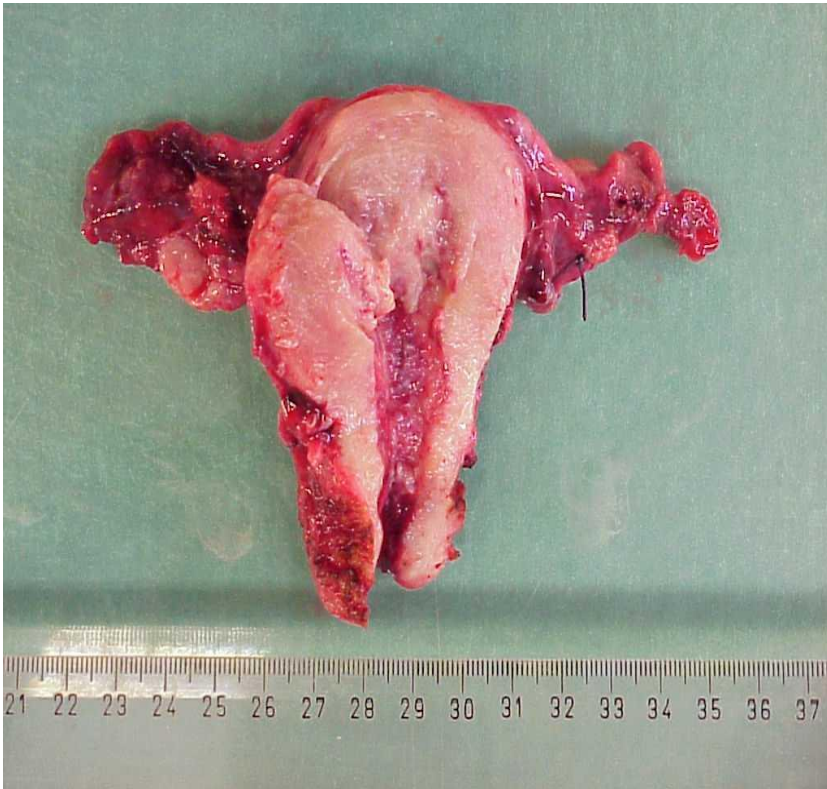
V. TRAITEMENT.

- 5.1. Traitement curatif
- 5.2. Traitement Préventif

VI. PRONOSTIC.

CONCLUSION

INTRODUCTION



Ph. DESCAMPS, L.CATALA, C.LACOEUILLE, M.MEDZADDRI, P.CELLIER

INTRODUCTION

CANCER – DANS LE MONDE (2008)



12.7 million New Cases

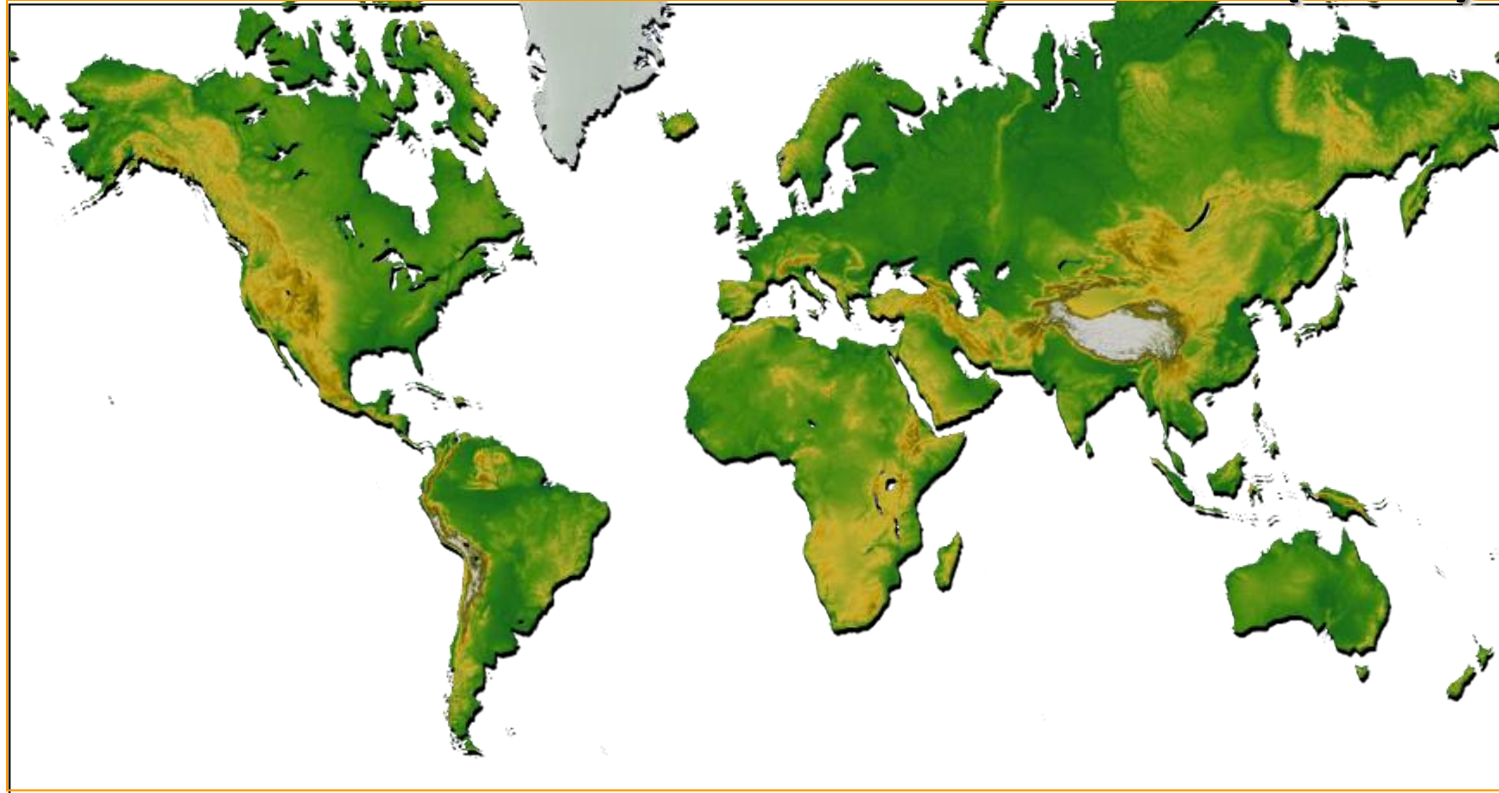
7.6 million Deaths

GLOBOCAN 2008
Cancer Incidence and Mortality Worldwide

25 million Living with Cancer

INTRODUCTION

FARDEAU DU CANCER DANS LE MONDE (2030)



21.4 million New Cases (69% increase from 12.7 million of 2008)

13.4 million Deaths (72% increase from 7.6 million of 2008)

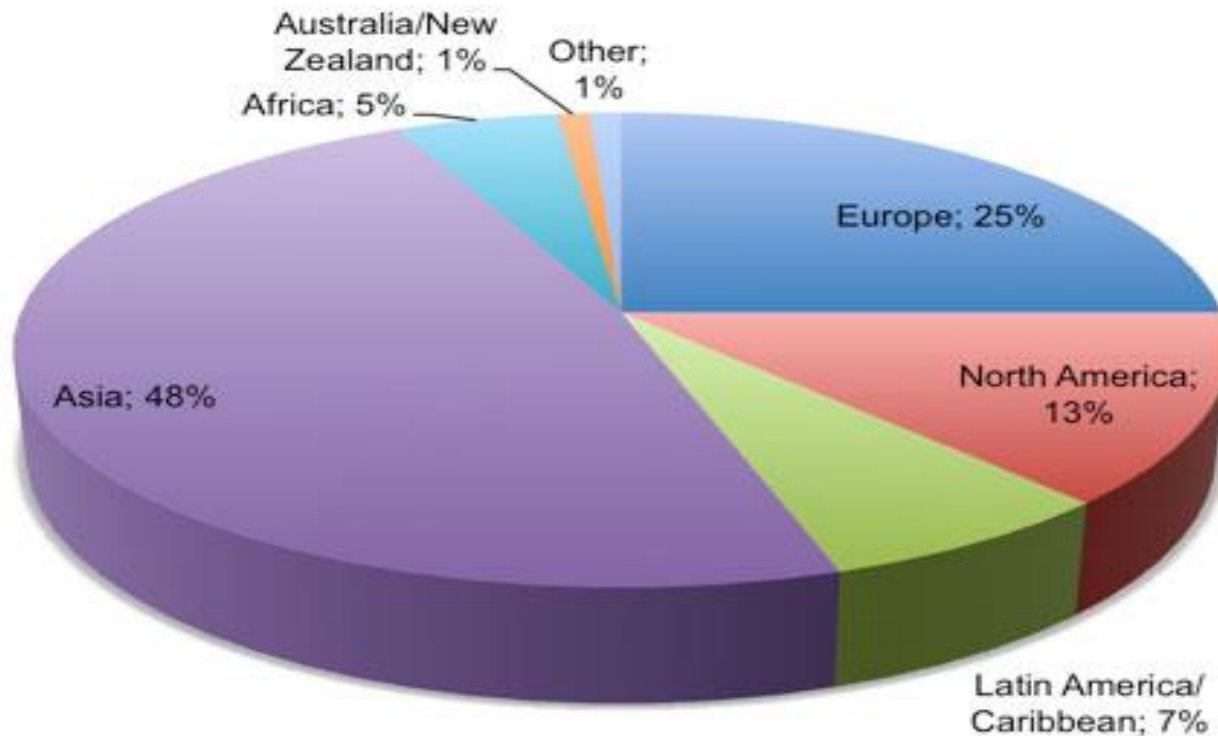
75 million Living with Cancer

GLOBOCAN 2008

Cancer Incidence and Mortality Worldwide

INTRODUCTION

Distribution of new cases of cancer worldwide in 2008

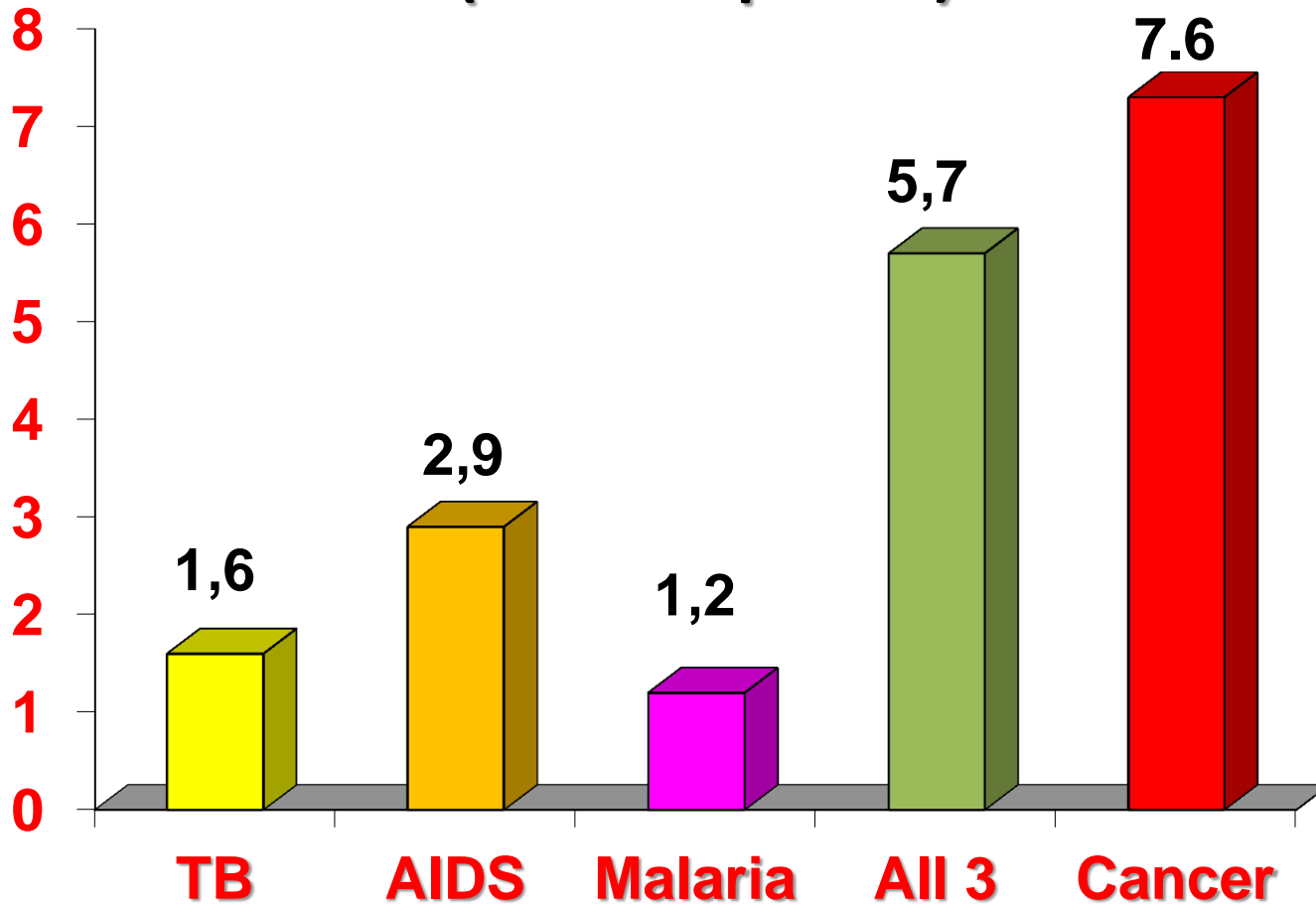


GLOBOCAN 2008

Cancer Incidence and Mortality Worldwide

INTRODUCTION

Nombre de décès dans le monde
(millions par an)

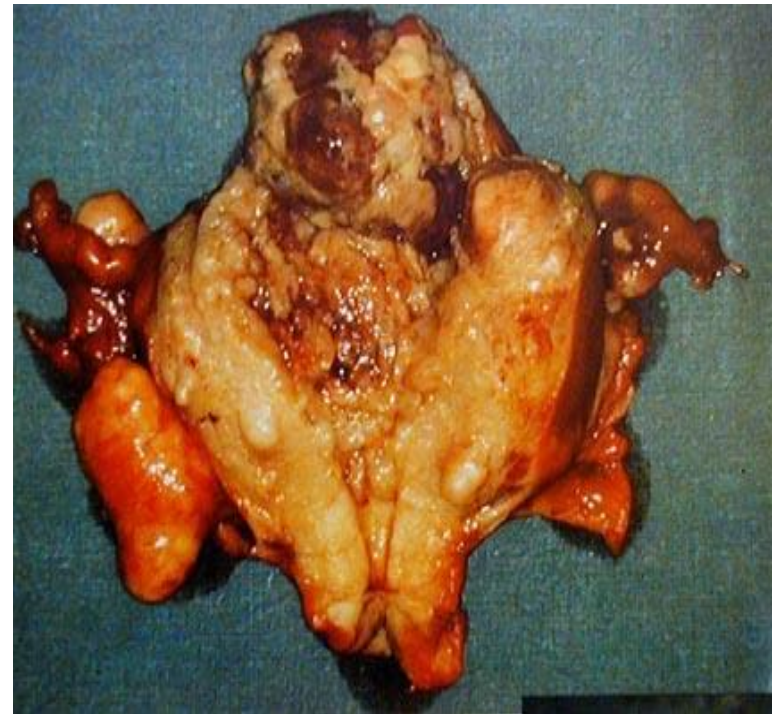


INTRODUCTION

- **Cancer de l'endomètre, cancer gynécologique est fréquent.**
- **Cancer de l'endomètre est un **hormonodépendant**.**
- **Un traitement précoce, dont la base demeure, la **chirurgie et la radiothérapie**, fait du cancer de l'endomètre, **un cancer de bon pronostic****

I. GENERALITES

- 1.1. DEFINITION
- 1.2. RAPPEL



1.1. DEFINITION

- **Cancer de l'endomètre est une tumeur maligne primitive qui naissent et se développent aux dépens de l'endomètre.**
- **Il s'agit d'un épithélioma glandulaire, encore appelé adénocarcinome de l'endomètre.**

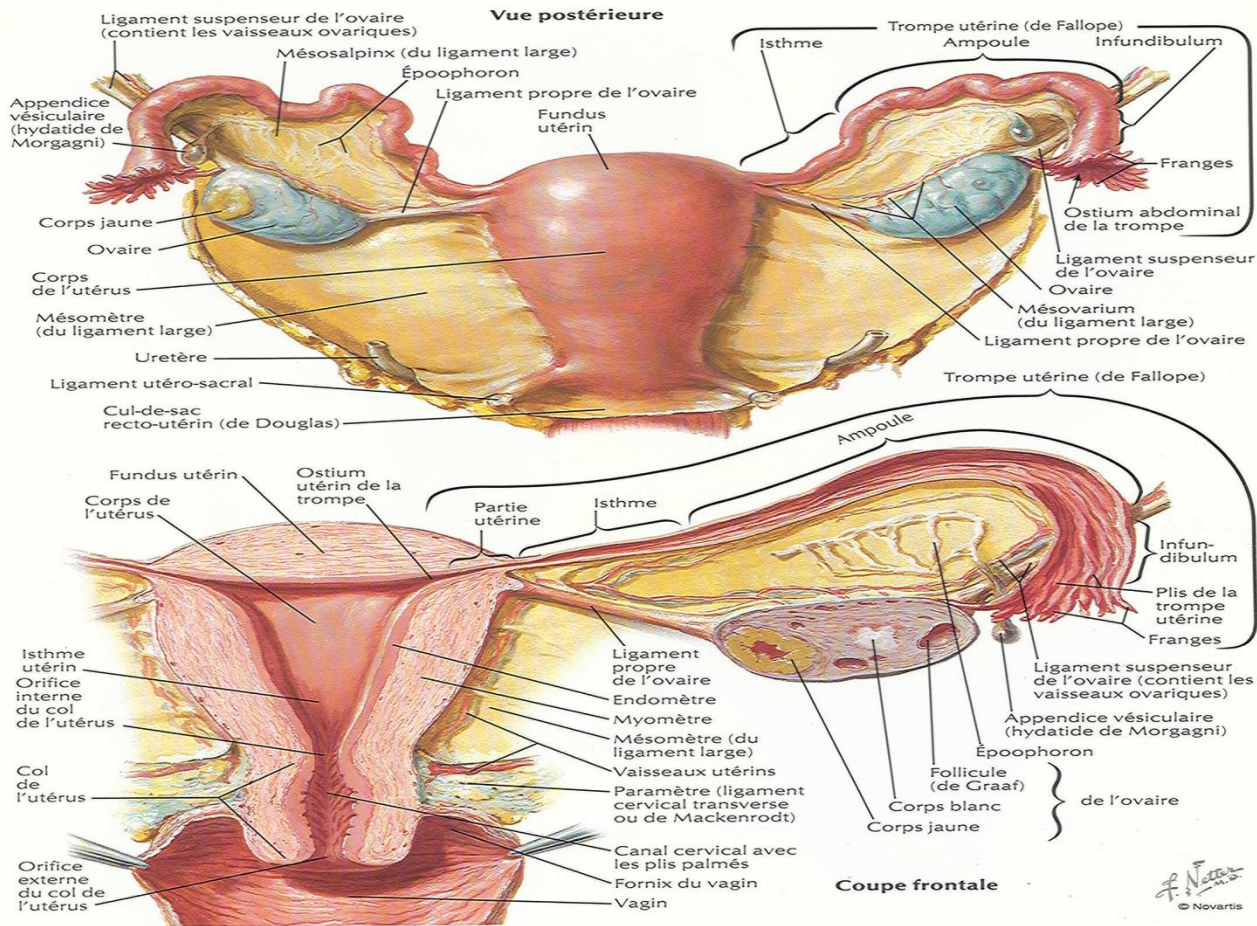
1.1. DEFINITION

- **Cette définition élimine d'autres tumeurs dont il faut connaître l'existence :**

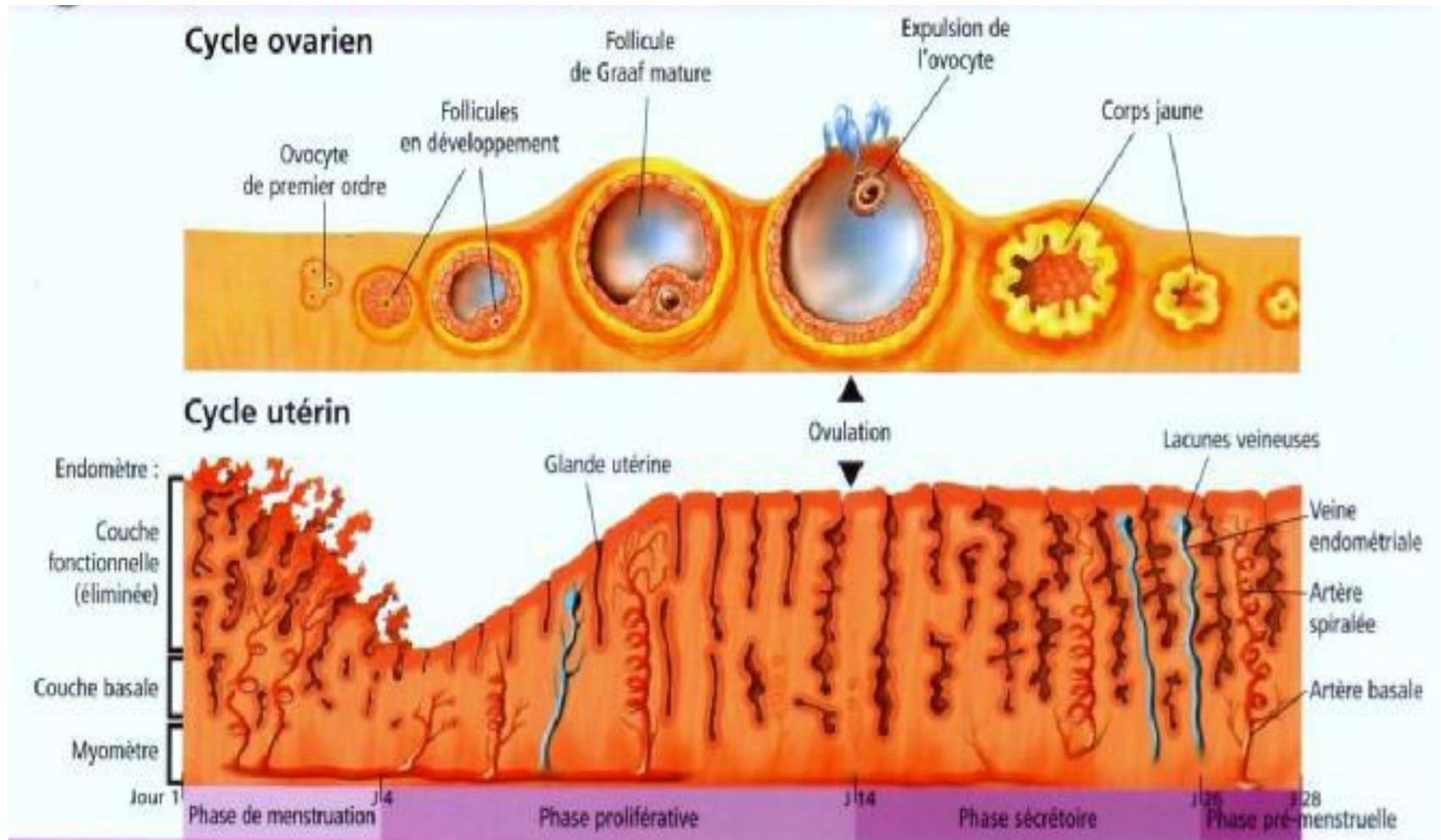
- ✓ **les métastases à l'endomètre, en particulier ovariennes,**
- ✓ **les épithéliomas malpighiens prenant leur origine au niveau du col utérin,**
- ✓ **les sarcomes utérins, assez rares et d'évolution gravissime.**
- ✓ **Les tumeurs d'origine placentaire (choriocarcinome)**

1.2. RAPPELS

Utérus et annexes

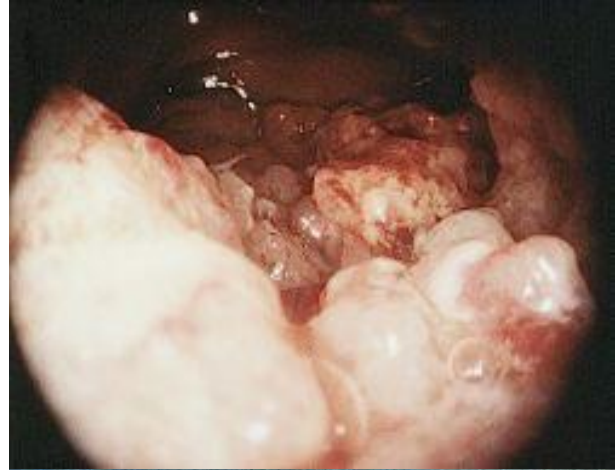


1.2. RAPPELS

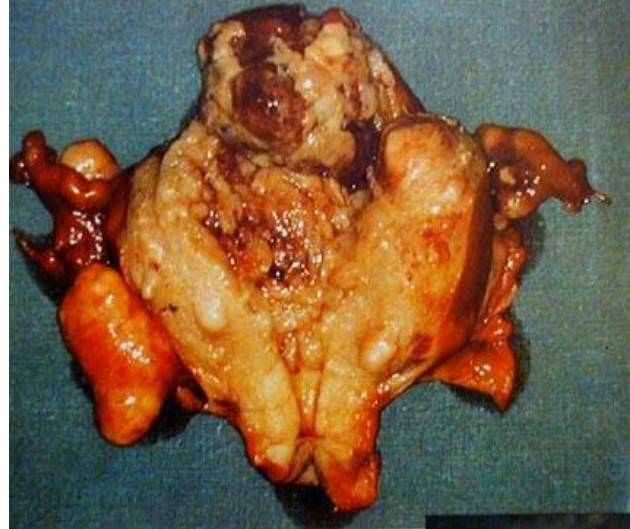


II. EPIDEMIOLOGIE

2.1. INCIDENCE



2.2. HISTOIRE NATURELLE



2.3. FACTEURS DE RISQUE

2.1. INCIDENCE

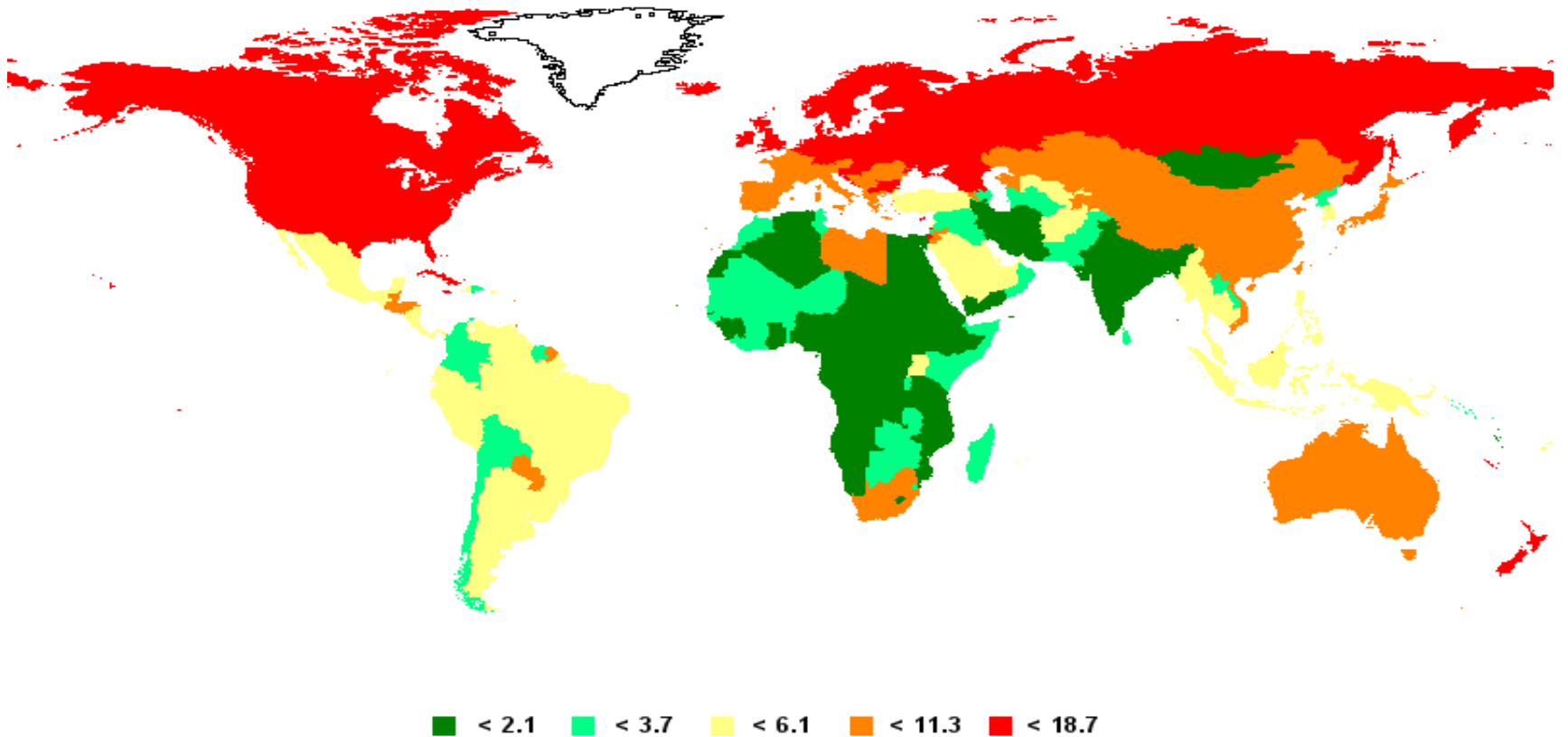
Cancer de l'endomètre

- Incidence mondiale : **13.6 à 20 pour 100 000 femmes.**
- **3^{ème}** cancer de la femme: sein et col utérin
- **6^{ème}** cancer par ordre de fréquence chez la femme
- Grande variabilité:
 - ✓ Répartition Géographique,
 - ✓ Selon l'âge des patientes,
 - ✓ Selon la race des patientes

2.1. INCIDENCE

International Agency for Research on Cancer
World Health Organization

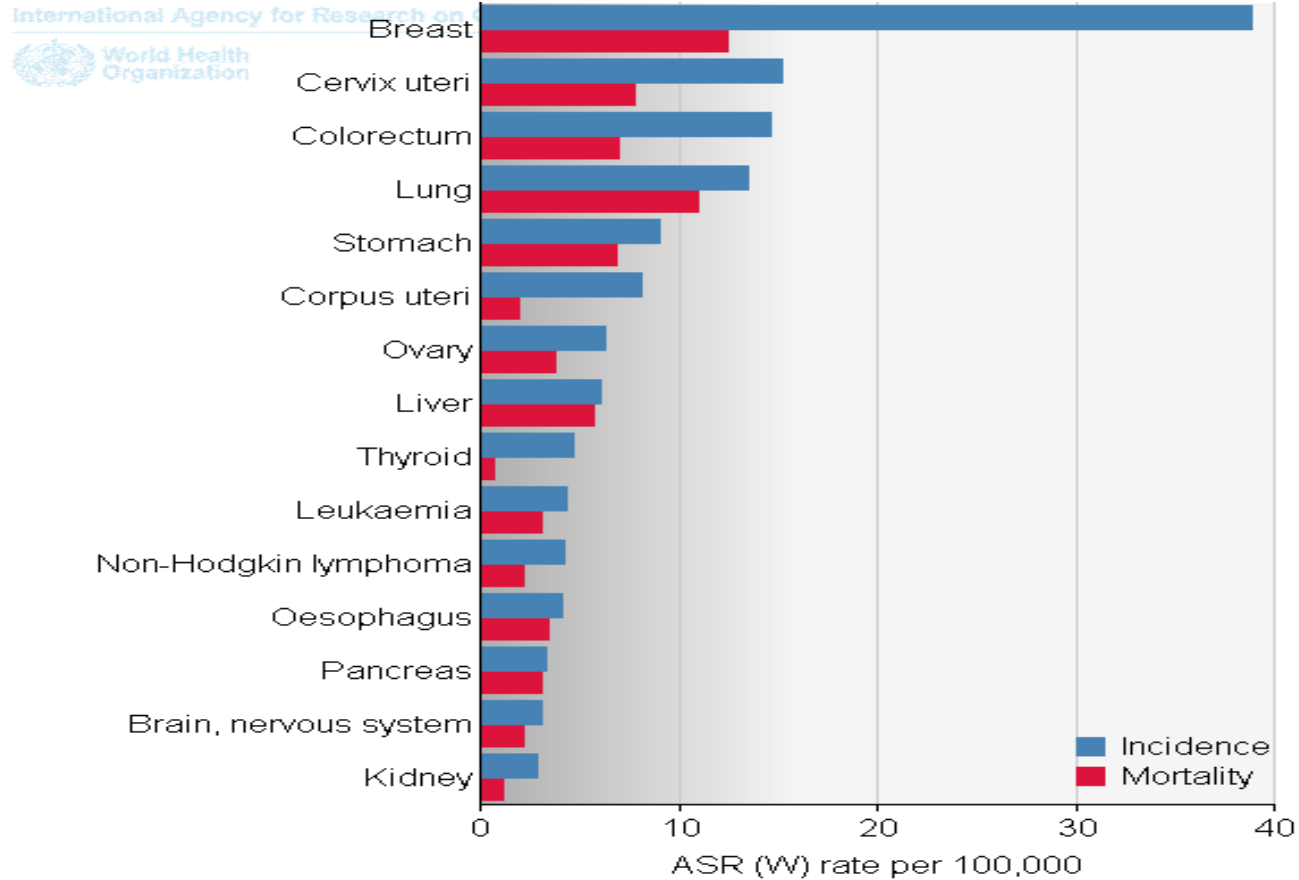
Estimated age-standardised incidence rate per 100,000
Corpus uteri, all ages



GLOBOCAN 2008 (IARC) - 1.6.2011

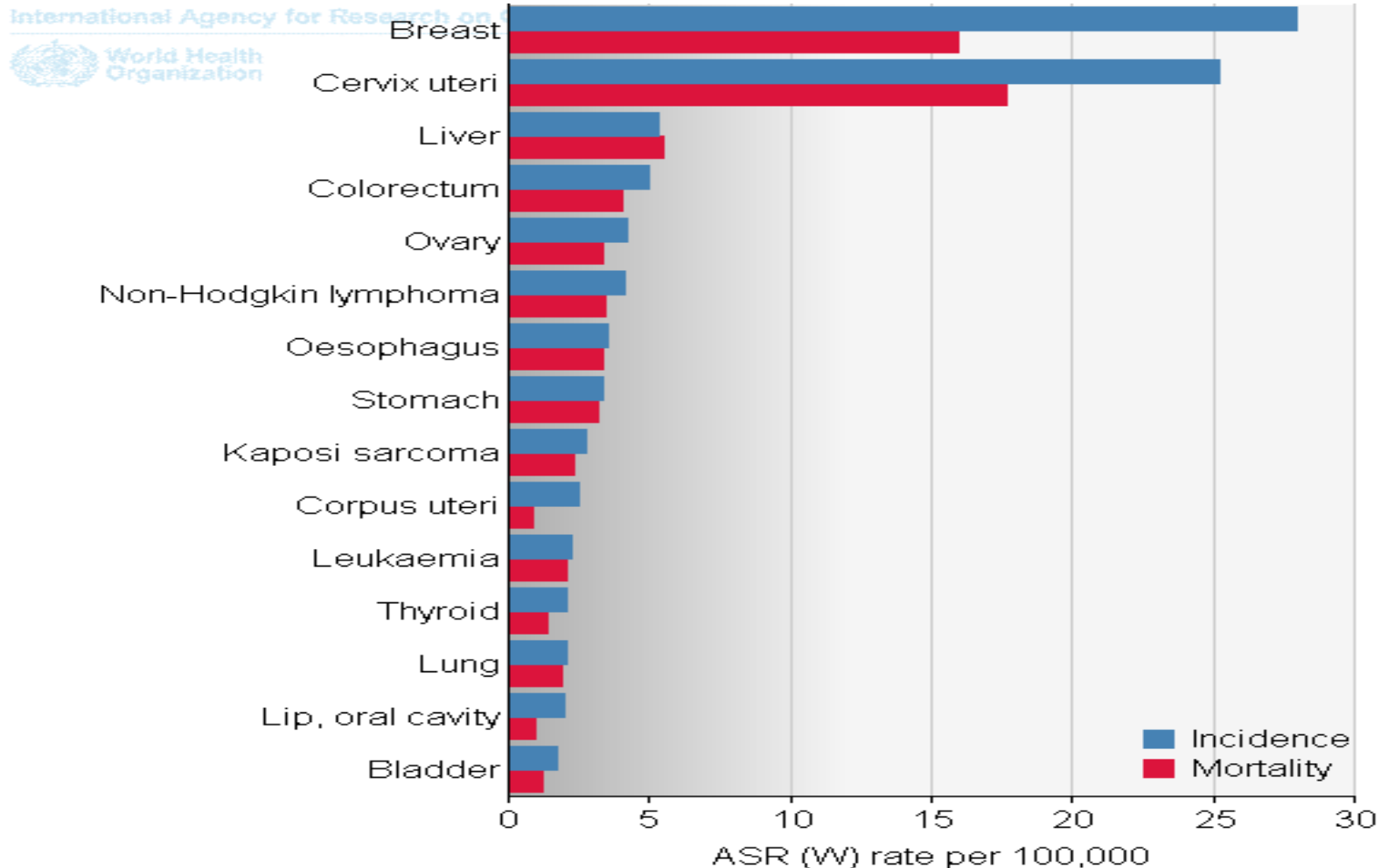
2.1. INCIDENCE

Cancers féminins dans le monde, 2008



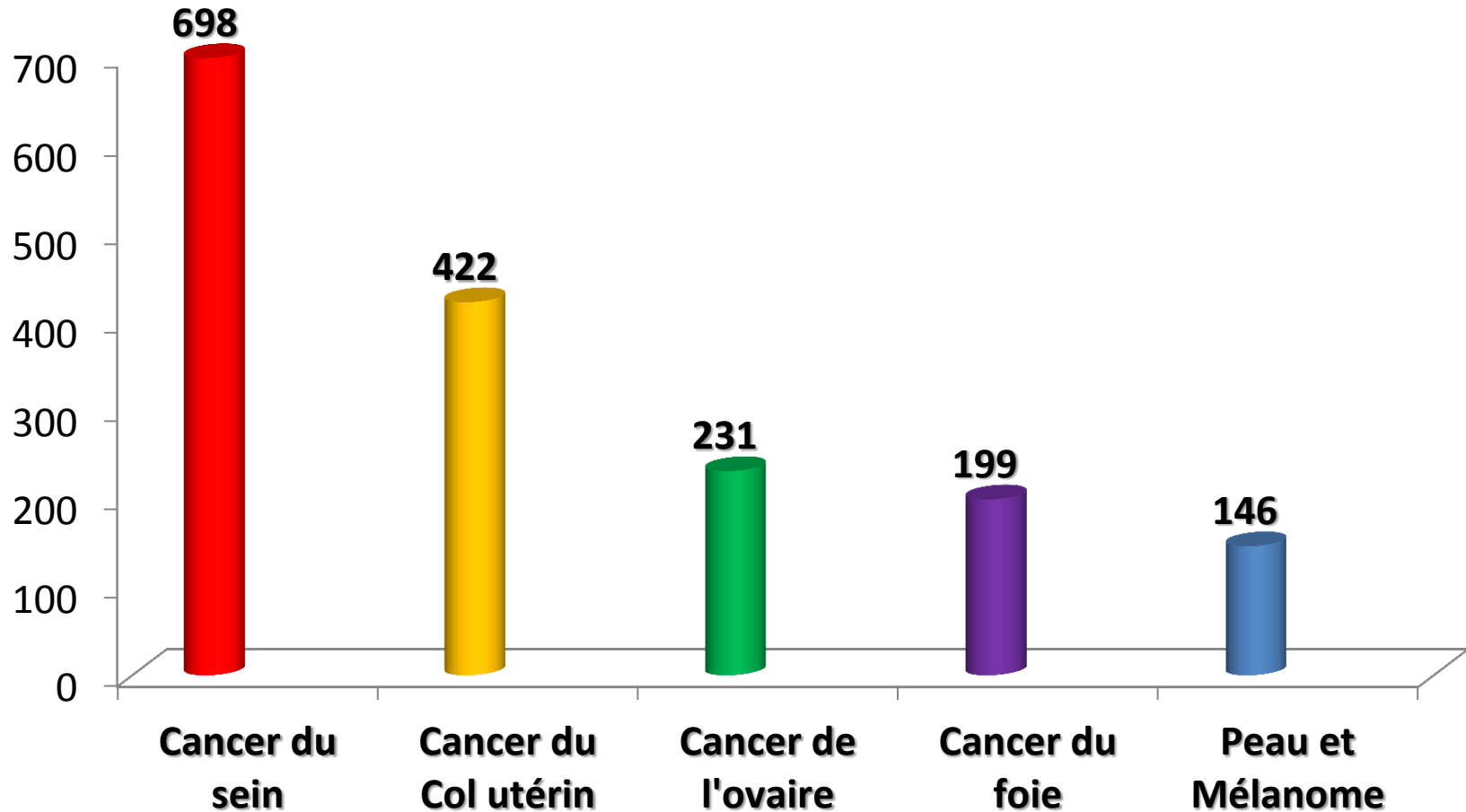
2.1. INCIDENCE

Cancers féminins en Afrique 2008: 10^{ème} position

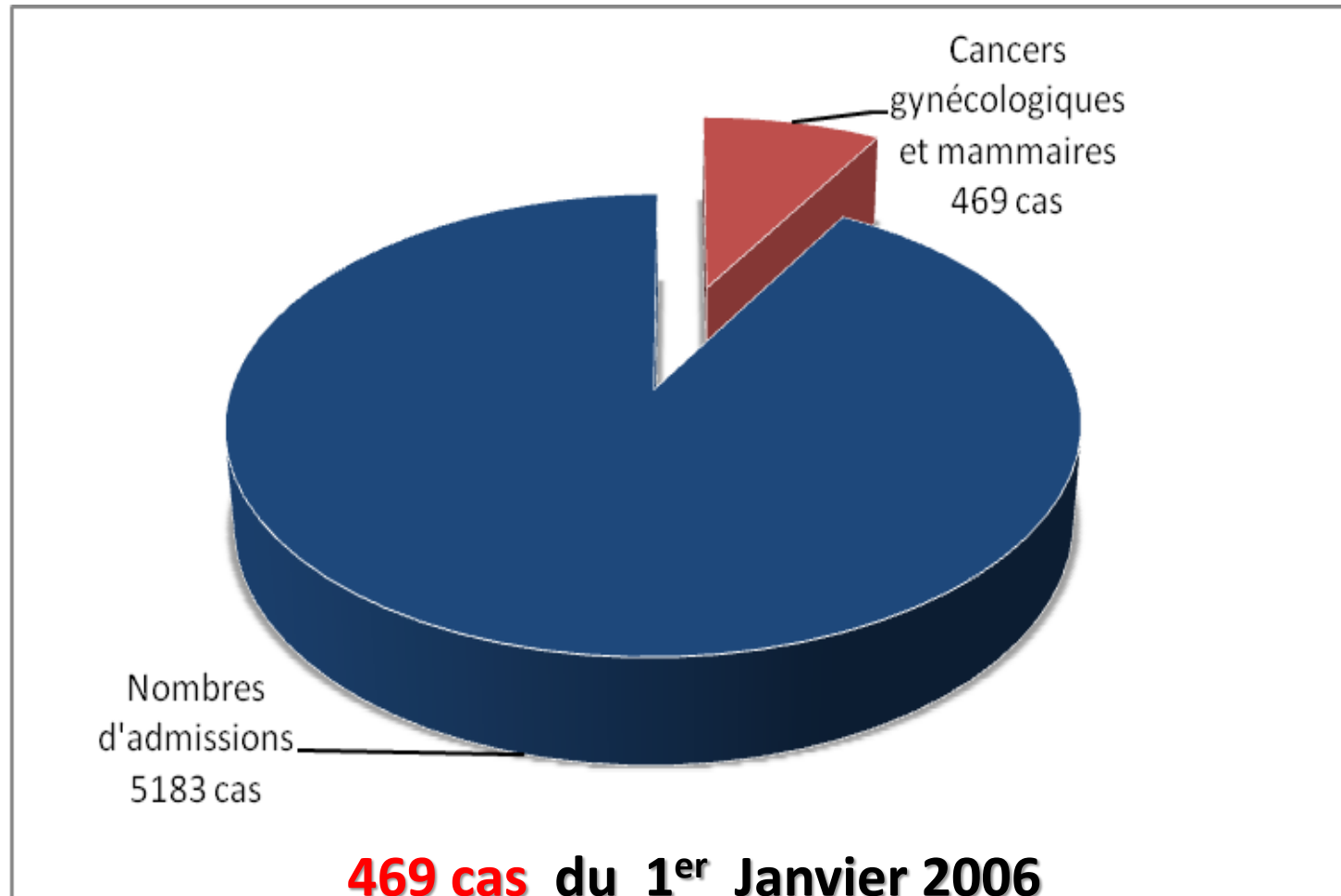


SITUATION DU CANCER DU SEIN AU NIGER

Cancers les plus fréquents chez la femme
(2940 cas: 1992_2006)

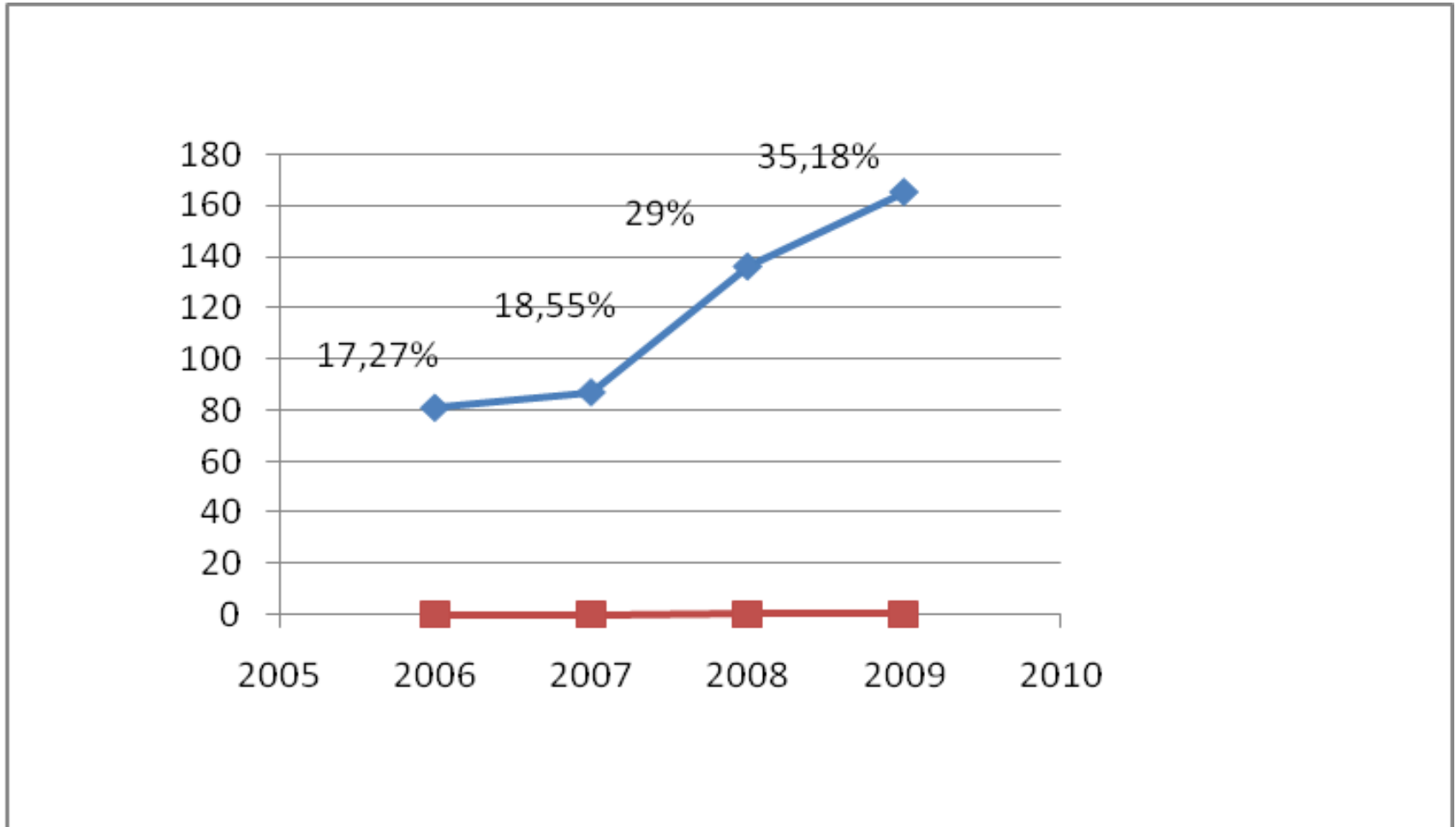


FREQUENCE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES: MIG

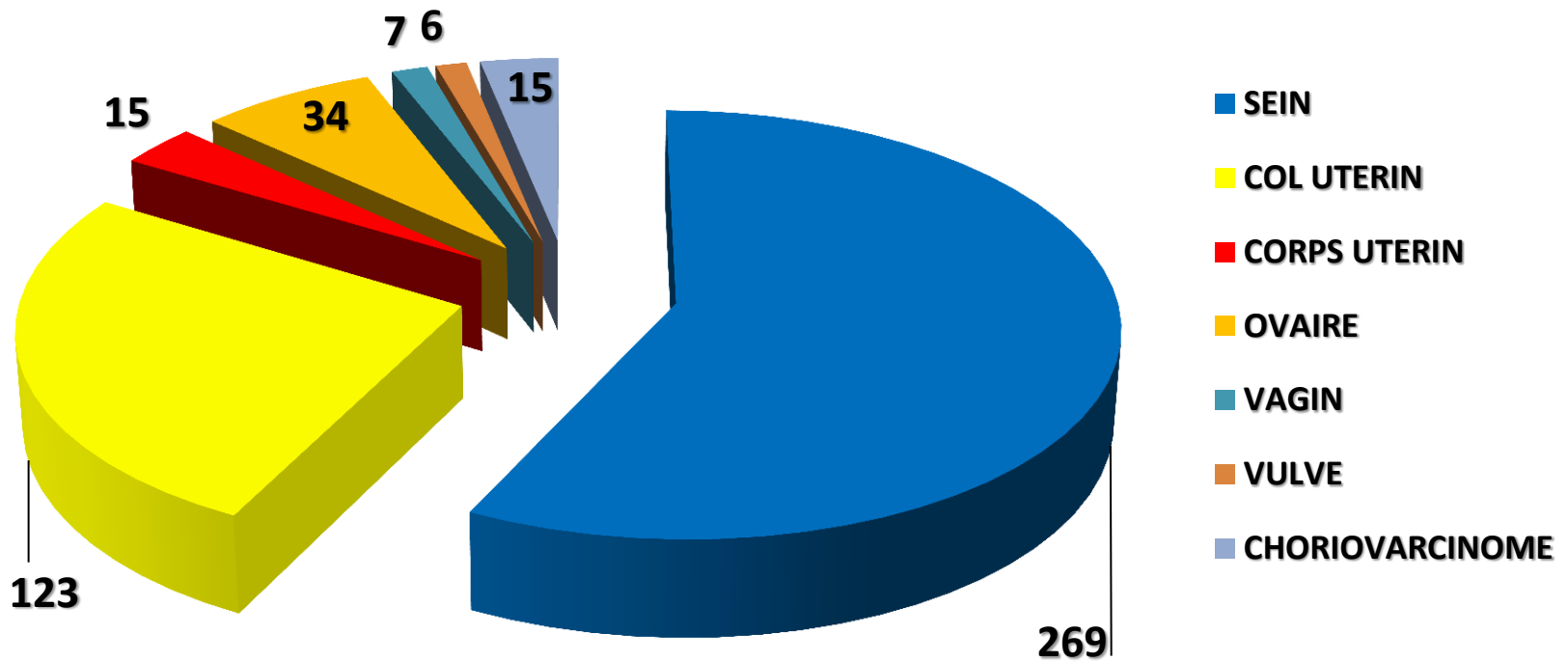


469 cas du 1^{er} Janvier 2006
au 31 Décembre 2009 (4 ANS).

FREQUENCE DES CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES: MIG



TYPES DE CANCERS GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES: **MIG** (4^{ème} position)



2.1. INCIDENCE

FRANCE: 2010

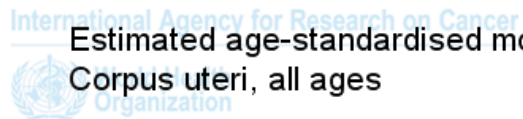
- **6 560 nouveaux cas annuels** de cancer de l'endomètre.
- **4,4 %** des nouveaux cancers féminins
- Incidence de **13,6 pour 100 000 femmes**.
- **1 900 décès**, soit **2,3 %** des décès féminins par cancer.
- Probabilité d'avoir un cancer de l'endomètre pendant sa vie est de **1,7 %** pour une française.

Vinatier D., Collinet P., Poncelet E., Farine M.-O.

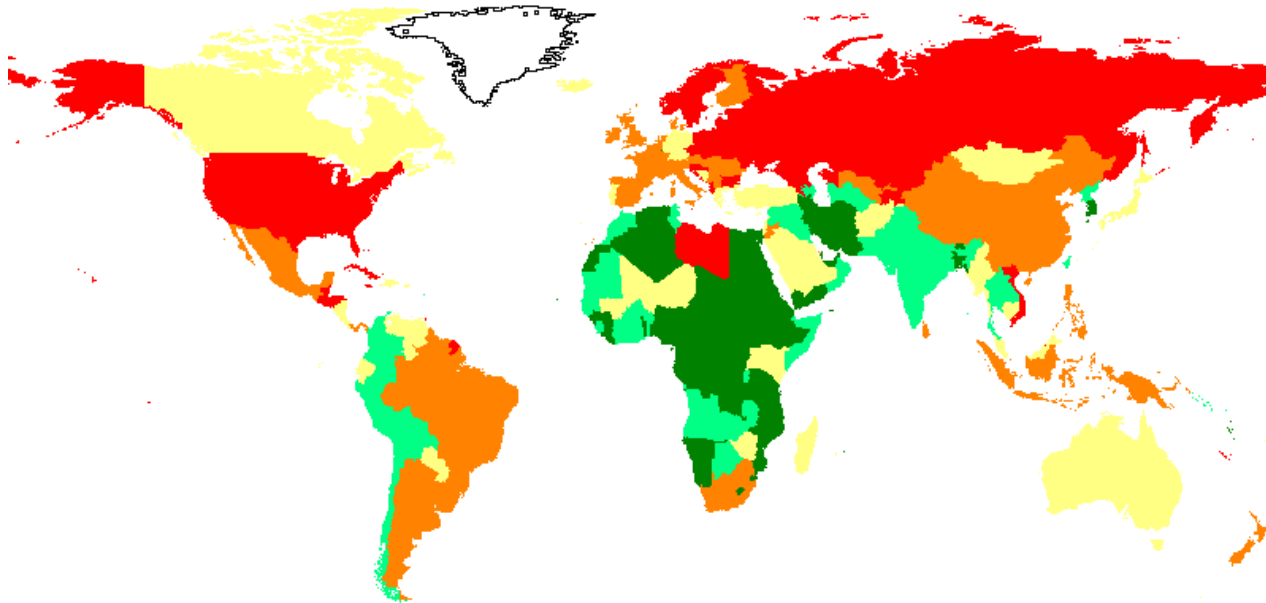
Cancer de l'endomètre. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie, 620-A-10, 2008.

2.1. INCIDENCE

Mortalité



Estimated age-standardised mortality rate per 100,000
Corpus uteri, all ages



■ < 0.7 ■ < 1.1 ■ < 1.8 ■ < 2.4 ■ < 5.8

GLOBOCAN 2008 (IARC) - 1.6.2011

2.1. INCIDENCE

AGE DES PATIENTES

- Le cancer de l'endomètre est un cancer de la **femme ménopausée** (75-80 % des cas).
- L'âge médian est **61 ans**.
- **5%** des patientes ont **moins de 40 ans**.
- Incidence augmente avec l'âge pour atteindre des taux de **53 pour 100 000** chez la femme de plus de **64 ans**.

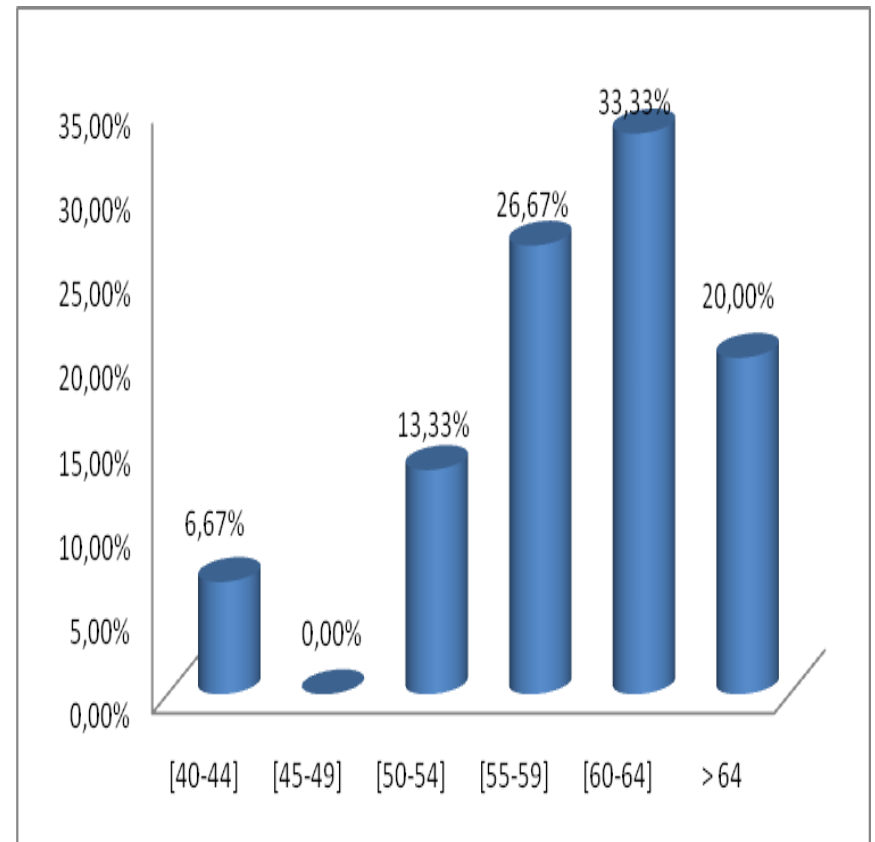
Vinatier D., Collinet P., Poncelet E., Farine M.-O.

Cancer de l'endomètre. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie, 620-A-10, 2008.

2.1. INCIDENCE

AGE DES PATIENTES A LA MATERNITE I.G.

Age moyen des patientes:
58,26 ans, [41 à 70 ans]



2.1. INCIDENCE

Variations Raciales

Etats Unis d'Amérique

➤ Cancer endomètre = **1^{er} cancer gynécologique**

➤ **Incidence**

✓ Femmes de race blanche : I = **22,4/100 000**

✓ Femmes de noire: I = **13,6/100 000**

2.2. HISTOIRE NATURELLE

- Le cancer de l'endomètre est **hormodépendant**.
- **L'hyperoestrogénie** est un facteur important dans l'apparition du cancer de l'endomètre.
- Il existe un rôle **protecteur de la progestérone** dans le cancer de l'endomètre.
- Le cancer de l'endomètre se développe le plus souvent (**85%** des cas) à partir d'un **endomètre hyperplasique présentant des atypies cellulaires**.
- Dans **15%** des cas, il peut survenir sur un **endomètre atrophique**.

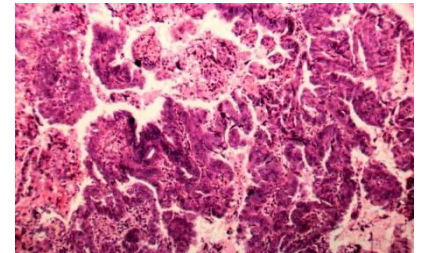
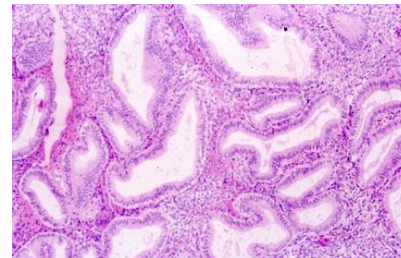
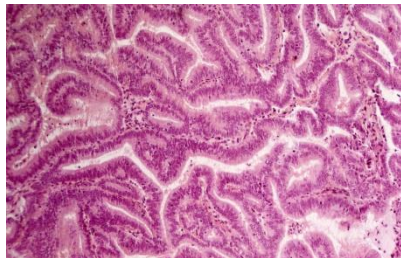
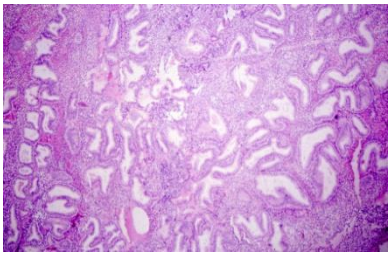
2.2. HISTOIRE NATURELLE

Les lésions précancéreuses :

- **l'hyperplasie simple ou glandulo-kystique** (évolution rarement vers le cancer).
- **les hyperplasies adénomateuses ou atypiques de l'endomètre ou même le « cancer in situ »** (évolution très fréquente).

2.2. HISTOIRE NATURELLE

- **Cancer hormono dépendant**



Endomètre
Normal

Hyperplasie

Hyperplasie
glandulo Kystique

Cancer

- **Rôle initiateur des estrogènes**
- **Rôle protecteur de la progestérone**

2.3. FACTEURS DE RISQUE

Centrés sur l'âge et l'hyperoestrogénie.

L'âge est un facteur important.

- L'âge habituel d'apparition est tardif souvent post-ménopausique, **50 à 65 ans, avec un âge médian de 61 ans.**
- Mais des femmes plus jeunes, pré-ménopausiques ou même en activité génitale, peuvent être atteintes **(5 % avant 40 ans, 25% avant la ménopause).**

2.3. FACTEURS DE RISQUE

L'influence des œstrogènes est certaine (cancer hormonodépendant):

- ✓ Antécédent d'anovulation, de stérilité, d'hyperœstrogénie endogène, d'insuffisance lutéale ;
- ✓ Traitements œstrogéniques (THS) au long cours non compensés par des progestatifs ;
- ✓ Tamoxifène (X7 en 3 ans)
- ✓ Obésité intervient par la conversion d'androgène en œstrogènes dans le tissu adipeux ;
- ✓ Diabète et l'hypertension sont souvent associés.
- ✓ Nulliparité
- ✓ Puberté précoce et ménopause tardive
- ✓ Tumeurs sécrétantes ovariennes
- ✓ Pilule séquentielle

2.3. FACTEURS DE RISQUE

- **Antécédents familiaux: Syndrome de LYNCH**
 - ✓ Risque élevé (40 %)
 - ✓ Âge de survenue plus précoce (50 ans environ)
 - ✓ Pronostic identique
 - ✓ ++ Formes endométrioides
- **Cancers génétiquement liés** (sein, ovaire, côlon).

2.3. FACTEURS DE RISQUE

Facteurs de risque	R.R.
Âge avancé	2-3
Habitant en Amérique du Nord ou Europe occidentale	3-18
Éducation élevée	1,5 - 2
Race blanche	2
Obésité	2-5
Diabète, hypertension artérielle, maladie thyroïdienne	1,3-3
Tabagisme	0,5

2.3. FACTEURS DE RISQUE

Facteurs de risque	R.R.
• Nulliparité	3
• Infertilité	2 - 3
• Irrégularité menstruelle	1,5
• Âge tardif de la ménopause	2-3
• Âge précoce de la puberté	1,5-2
• Prise d'œstrogènes prolongée	10-20
• Contraception orale prolongée	0,3-0,5
• Tumeur ovarienne sécrétant	> 5

2.3. FACTEURS DE RISQUE

Facteurs protecteurs:

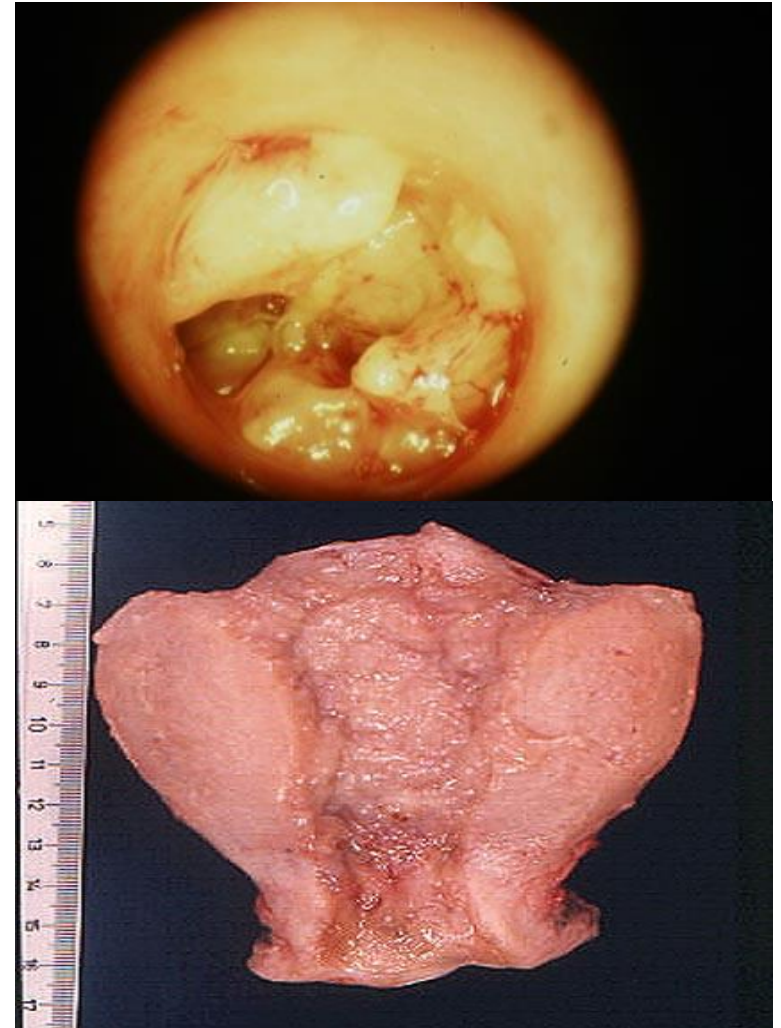
- **Consommation de fruits et légumes**
- **Tabac**
- **Contraception orale : 12 mois – protection 10 ans**

III. ETUDE ANATOMOPATHOLOGIQUE

3.1. Macroscopie

3.2. Microscopie

3.3. Extension



3.1. ASPECTS MACROSCOPIQUES

- Le cancer de l'endomètre se présente habituellement sous la forme **d'une masse végétante très friable, d'aspect polyploïde, qui envahit la cavité utérine.**
- Mais il peut s'agir d'un polype d'aspect banal, d'une hyperplasie irrégulière de la muqueuse.

3.2. ASPECTS MICROSCOPIQUES

Classification des tumeurs de l'endomètre de L'OMS (2003)

➤ TUMEURS ÉPITHÉLIALES

CARCINOME ENDOMÉTRIAL

- ✓ Adénocarcinome endométrioïde
- ✓ Adénocarcinome mucineux
- ✓ Adénocarcinome séreux
- ✓ Adénocarcinome à cellules claires
- ✓ Adénocarcinome à cellules mixtes
- ✓ Adénocarcinome à cellules squameuses
- ✓ Carcinome à cellules transitionnelles
- ✓ Carcinome à petites cellules
- ✓ Carcinome indifférencié
- ✓ Autres

HYPERPLASIE ENDOMÉTRIALE

Hyperplasie simple

Hyperplasie complexe

Hyperplasie simple atypique

Hyperplasie complexe atypique

POLYPE ENDOMÉTRIAL

LÉSION INDUITE PAR LE TAMOXIFÈNE

3.2. ASPECTS MICROSCOPIQUES

➤ TUMEURS MÉSENCHYMATEUSES

TUMEUR DU STROMA ENDOMÉTRIAL

- ✓ Sarcome du stroma endométrial de bas grade
- ✓ Nodule du stroma endométrial
- ✓ Sarcome endométrial indifférencié

TUMEURS MÉSENCHYMATEUSES DIVERSES

TUMEUR DU MUSCLE LISSE MYOMÉTRIAL

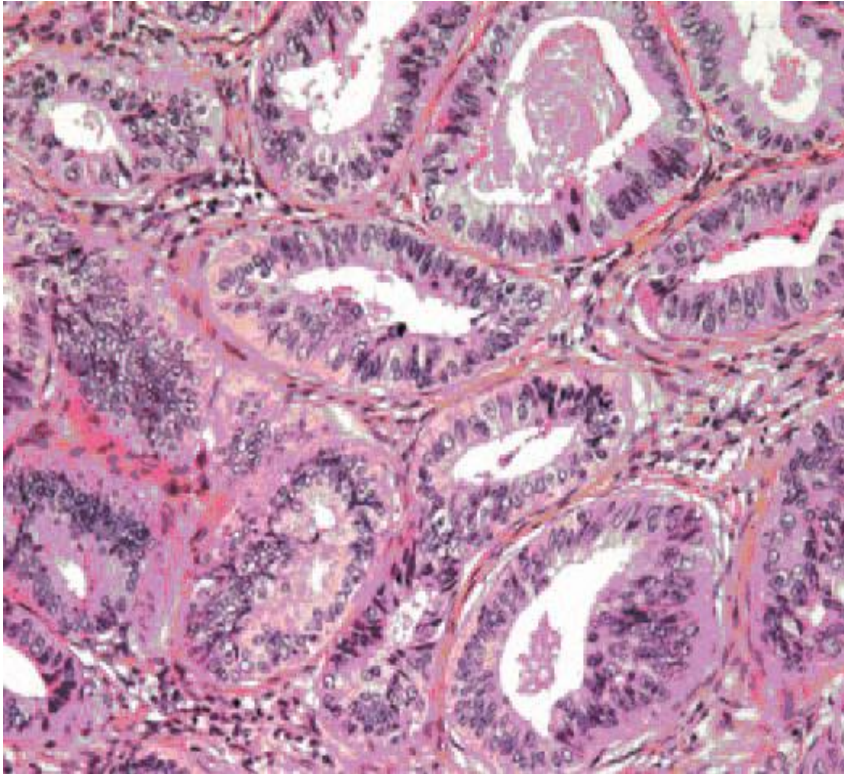
➤ TUMEURS MIXTES ÉPITHÉLIALES ET MÉSENCHYMATEUSES

- ✓ CARCINOSARCOME ADÉNOFIBROME
- ✓ ADENOSARCOME ADÉNOMYOME

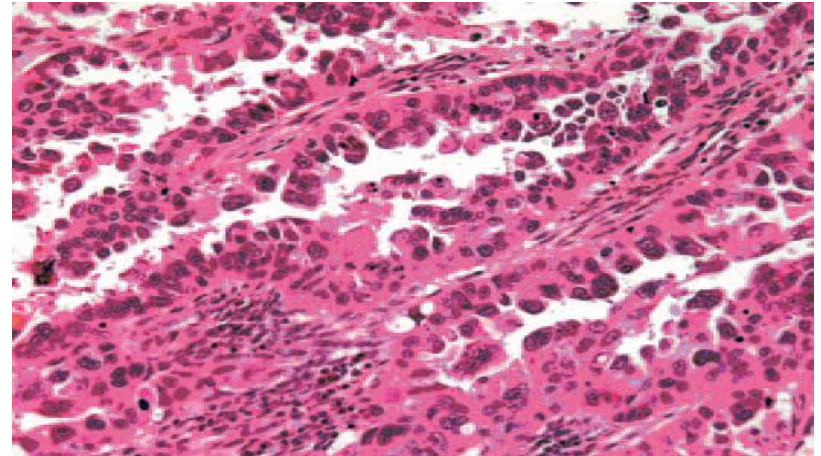
3.2. ASPECTS MICROSCOPIQUES

- Dans **85% des cas**, Il s'agit le plus souvent d'un cancer glandulaire ou adénocarcinome endométrioïde.
- Dans **18% des cas**, il s'agit de carcinomes adénoquameux
- Dans **2% des cas**, il s'agit de carcinomes à cellules claires, de mauvais pronostic.

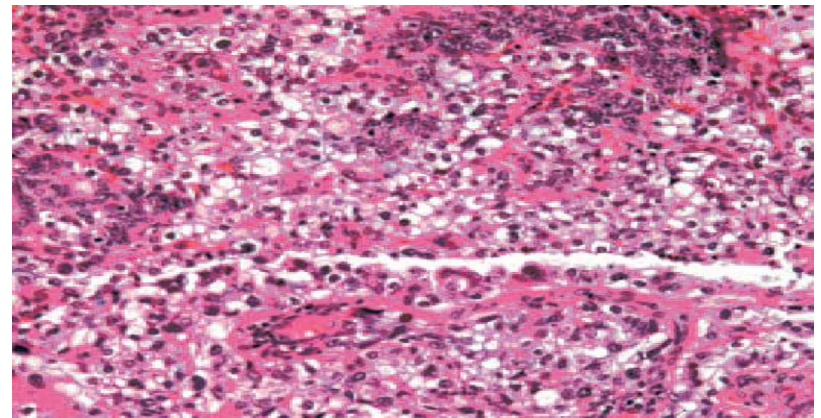
3.2. ASPECTS MICROSCOPIQUES



Adénocarcinome endométrioïde de grade 1 (x 20).



Adénocarcinome séreux (x 20).



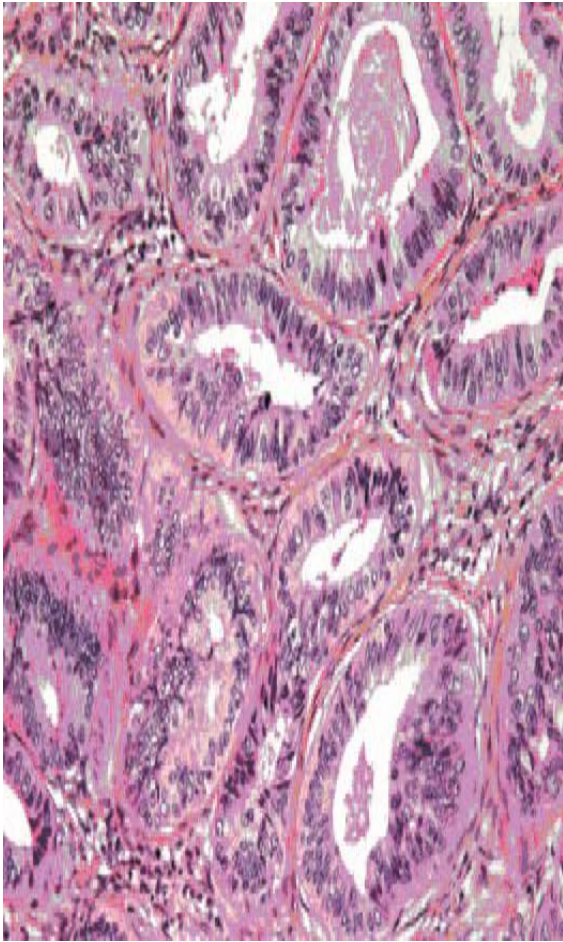
Adénocarcinome à cellules claires (x 20).

3.2. ASPECTS MICROSCOPIQUES

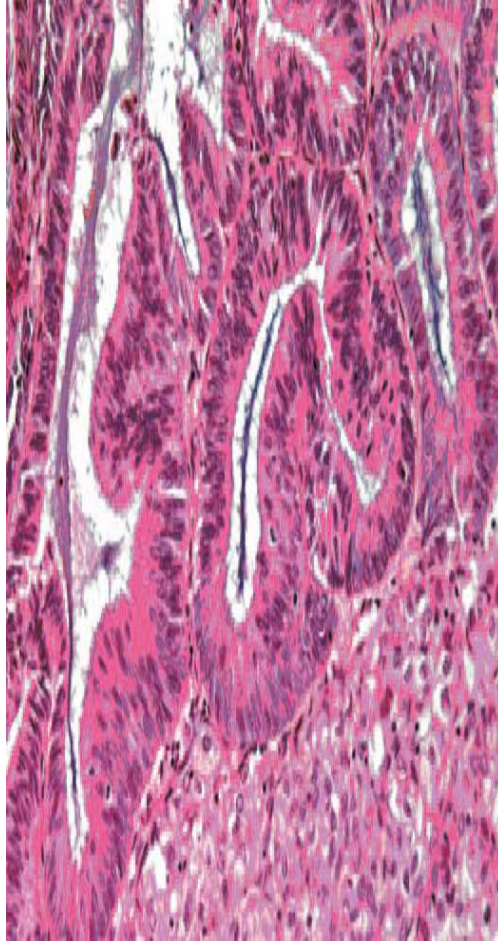
Les **adénocarcinomes endométrioides** sont classés sur le grade architectural qui traduit le degré de différenciation de la tumeur

- **Grade 1:** Pas plus de 5 % de la tumeur sont composés de zones solides (**contingent indifférencié**)
- **Grade 2:** 6-50 % de la tumeur sont composés de zones solides
- **Grade 3:** Plus de 50 % de la tumeur sont composés de zones solides

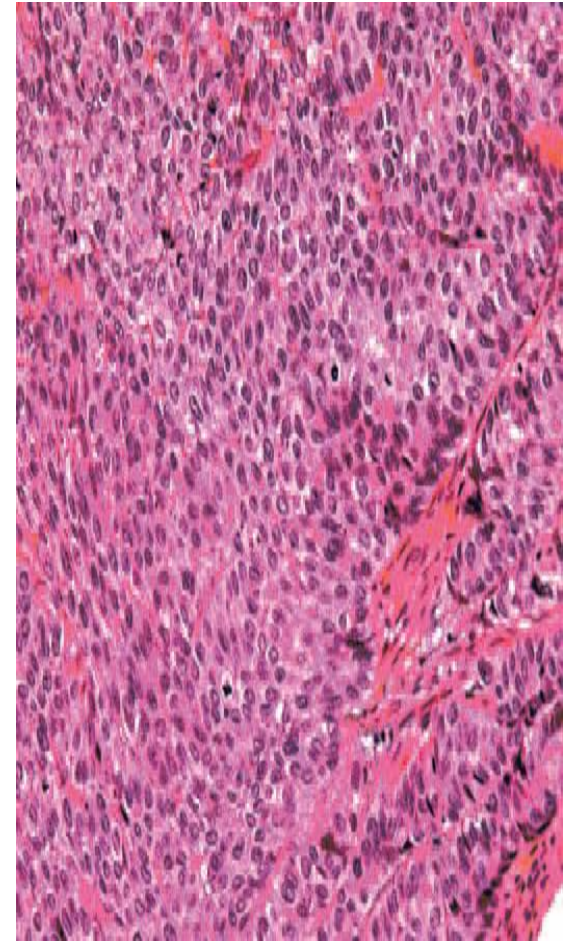
3.2. ASPECTS MICROSCOPIQUES adénocarcinomes endométrioïdes



Grade 1



Grade 2



Grade 3

3.2. ASPECTS MICROSCOPIQUES

Informations attendues de l'examen histologique.

➤ Informations qui déterminent le choix du traitement

1. Type histologique - Grade
2. Profondeur de pénétration du myomètre
3. Extension au col
4. Invasion vasculaire et lymphatique
5. Envahissement ganglionnaire
6. Métastases à distance

➤ Informations qui déterminent les modalités d'application des traitements

1. Taille de l'utérus
2. Atteinte annexielle
3. Volume tumoral
4. Ascite

3.2. ASPECTS MICROSCOPIQUES

Compte rendu de l'examen histologique.

➤ Examen macroscopique : six rubriques

1. Taille de l'utérus
2. Poids de l'utérus
3. Mesure de la tumeur
4. Situation de la tumeur dans l'utérus
5. Profondeur de pénétration dans l'utérus
6. Atteinte ou non du col

➤ Examen microscopique : neuf rubriques

1. Type histologique
2. Grade histologique
3. Envahissement myométrial
4. Présence ou absence d'envahissement vasculaire ou lymphatique
5. Inflammation périlymphatique (légère, moyenne, importante)
6. Atteinte du col
7. Atteinte ganglionnaire
8. Atteinte annexielle
9. Cytologie péritonéale

3.3. EXTENSION

a) Extension locale:

Elle est lente et se fait en 2 directions :

- **En surface**, le cancer naît le plus souvent au niveau d'une corne utérine et s'étend dans la cavité utérine et en direction de l'isthme, dont l'atteinte est de mauvais pronostic ;
- **En profondeur**, le cancer s'étend vers le myomètre, dont l'atteinte est un facteur péjoratif important car le risque de métastases lymphatiques est proportionnel au degré d'envahissement du muscle utérin.

3.3. EXTENSION

b) Extension régionale

- Elle se fait de proche en proche et ne se voit que dans les cancers évolués : atteinte des paramètres, du péritoine, de la vessie, du rectum.
- L'atteinte du vagin (10 à 15%) est de type métastatique.
- Les trompes et les ovaires sont envahis dans 12% des cas.

3.3. EXTENSION

c) Extension lymphatique

Elle est moins fréquente que celle du cancer du col utérin, sauf en cas d'atteinte de l'isthme ; les cancers du fond utérin sont peu lymphophiles

IV. DIAGNOSTIC DU K ENDOMETRE

4.1. Diagnostic positif

4.2. Bilan d'extension

4.3. Classification

4.4. Facteurs Pronostiques

4.5. Diagnostic différentiel



4.1. DIAGNOSTIC POSITIF

A. Circonstances de découverte: SF

- **Métrorragies** : Maître-symptôme, quasiment constant, 90 % des cas.
- **Hydorrhées, Leucorrhées sales** survenant dans le même contexte, évoquant une **pyométrie**. Elles peuvent entraîner **une infection**
- **Douleurs pelviennes** traduisant en général une forme évoluée.
- **Découverte fortuite** : imagerie, examen anatomopathologique d'une pièce d'hystérectomie, frottis cervicovaginal de dépistage.
- **Le cancer n'est que rarement révélé par une métastase** : prévalente ou des signes de compression pelvienne.

4.1. DIAGNOSTIC POSITIF

A. Circonstances de découverte: SF

Métrorragies :

- ✓ Spontanées,
- ✓ Indolores,
- ✓ Peu abondantes,
- ✓ Sang noir avec caillots, irrégulière (survenant quelques jours, s'arrêtant et reprenant ensuite)
- ✓ Survenant chez la femme en péri- ou post ménopause.
- ✓ Responsables d'une anémie du fait de leur répétition



4.1. DIAGNOSTIC POSITIF

B. EXAMEN CLINIQUE

- ***L'interrogatoire*** recherche des facteurs de risques, une altération de l'état général, d'autres signes fonctionnels, des tares associées.

- ***Examen Gynécologique :***
 - ✓ Inspection de la trophicité vulvo-vaginale témoin de l'imprégnation oestrogénique ;
 - ✓ Examen au spéculum permet d'apprécier l'état du col et recherche un saignement endo-utérin ;
 - ✓ Toucher vaginal recherche un utérus augmenté de volume, mou et sensible, caractérisant une forme déjà évoluée;
 - ✓ Toucher rectal recherche un envahissement des paramètres, de la cloison rectovaginale, et des nodules au niveau du cul-de-sac de Douglas traduisant une carcinose péritonéale

4.1. DIAGNOSTIC POSITIF

B. EXAMEN CLINIQUE

- **Examen sénologique** complet doit être réalisé.
- **Examen Général** : il conditionne les indications thérapeutiques (la présence d'une tare organique peut contre indiquer une chirurgie)
- Recherche d'adénomégalies métastatiques (sans oublier le ganglion de Troisier), d'une hépatomégalie tumorale, d'une ascite ;
- Examen physique complet (cardiaque, pulmonaire etc.).

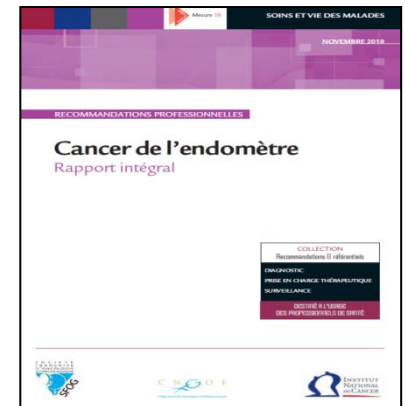
4.1. DIAGNOSTIC POSITIF

C. EXAMENS PARACLINIQUES

Imagerie

- **L'échographie pelvienne,**

Par voie sus-pubienne puis par voie endovaginale avec étude Doppler, est l'examen de choix pour évaluer les patientes avec hémorragies postménopausiques



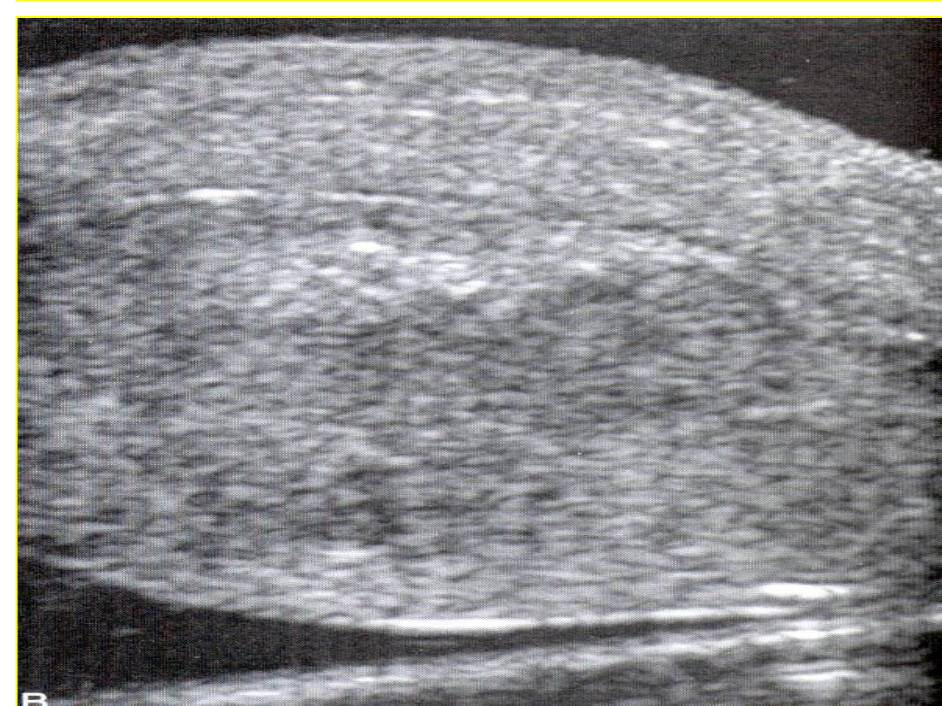
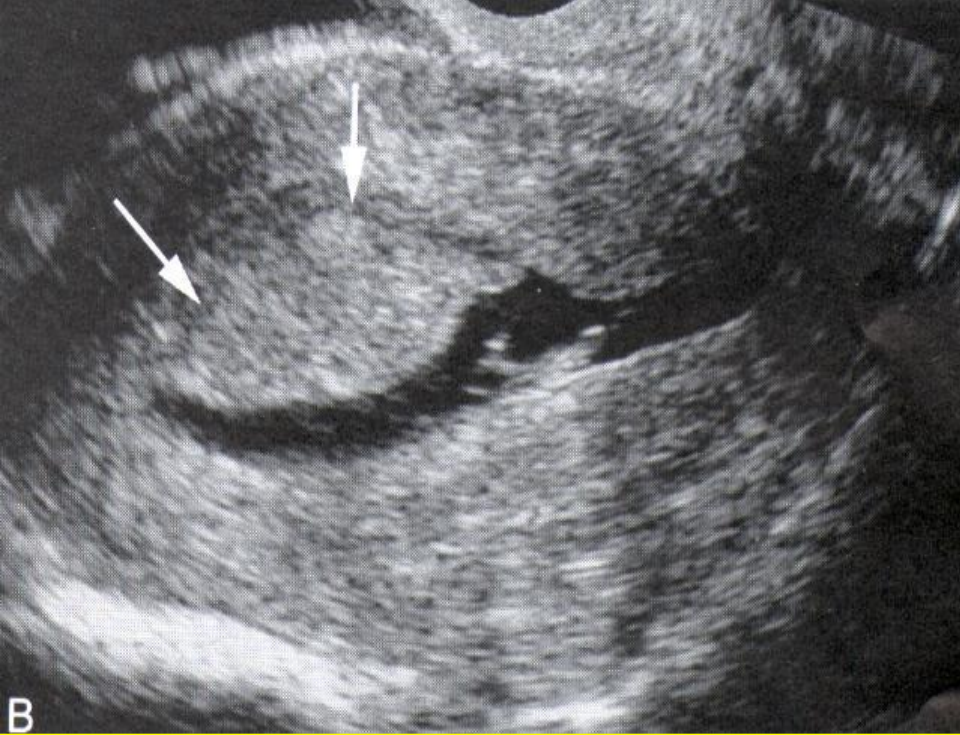
4.1. DIAGNOSTIC POSITIF

C. EXAMENS PARACLINIQUES

Imagerie

L'échographie pelvienne:

- Les signes échographiques: un épaissement de l'endomètre **supérieur à 5 mm** chez une patiente ménopausée (avec ou sans THS) et **supérieur à 15 mm** chez une patiente en période d'activité génitale
- L'échographie permet de bien situer la lésion, d'évaluer l'extension au myomètre en profondeur.
- elle permet de chercher une lame d'ascite, des adénomégalies iliaques, de vérifier les annexes, et les ovaires.
- **Le doppler** montre une vascularisation anormale au niveau de la tumeur et une diminution importante des index utérins.



4.1. DIAGNOSTIC POSITIF

C. EXAMENS PARACLINIQUES

Cytologie :

- **les frottis cervico-vaginaux** doivent être réalisés, leur positivité témoigne d'une lésion étendue ou d'une lésion cervicale associée.
- La cytologie endométriale sera réalisée par frottis endométrial par cytobrush

4.1. DIAGNOSTIC POSITIF

C. EXAMENS PARACLINIQUES

Cytologie

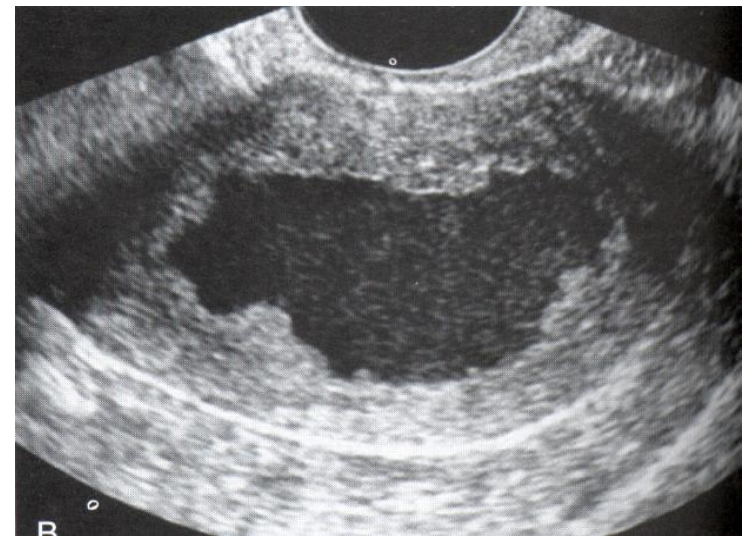
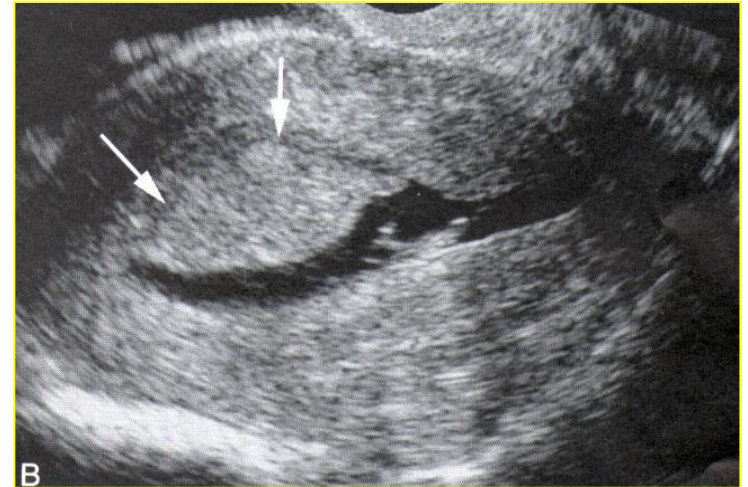


4.1. DIAGNOSTIC POSITIF

C. EXAMENS PARACLINIQUES

HYSTEROSONOGRAPHIE

Permet d'étudier la cavité
utérine en réalisant une
échographie pelvienne avant et
après injection de sérum
physiologique au sein de la
cavité



4.1. DIAGNOSTIC POSITIF

C. EXAMENS PARACLINIQUES

- **Dilatation et curetage**

La biopsie d'endomètre (canule de Novak, pipelle

de Cornier) permet d'affirmer le diagnostic;

Mais sans l'éliminer si cette dernière est négative.

4.1. DIAGNOSTIC POSITIF

C. EXAMENS PARACLINIQUES

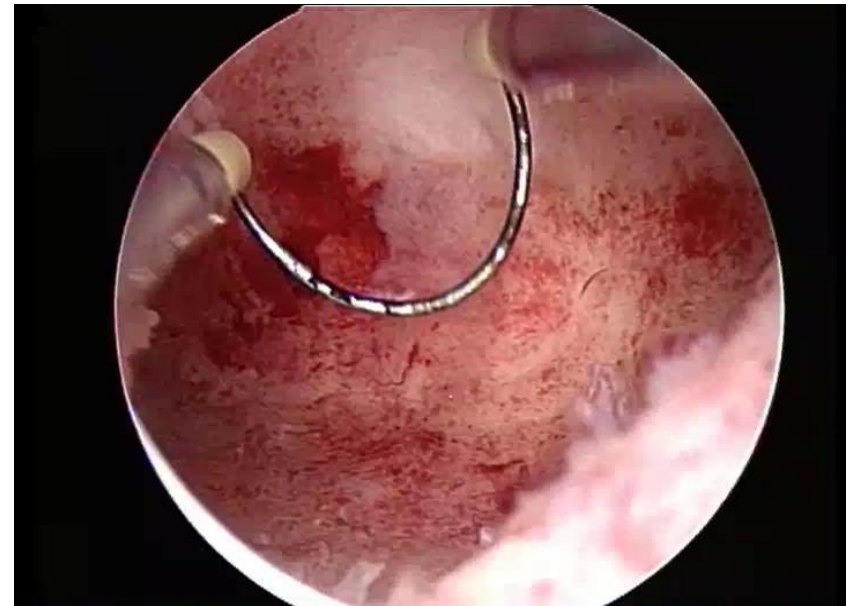
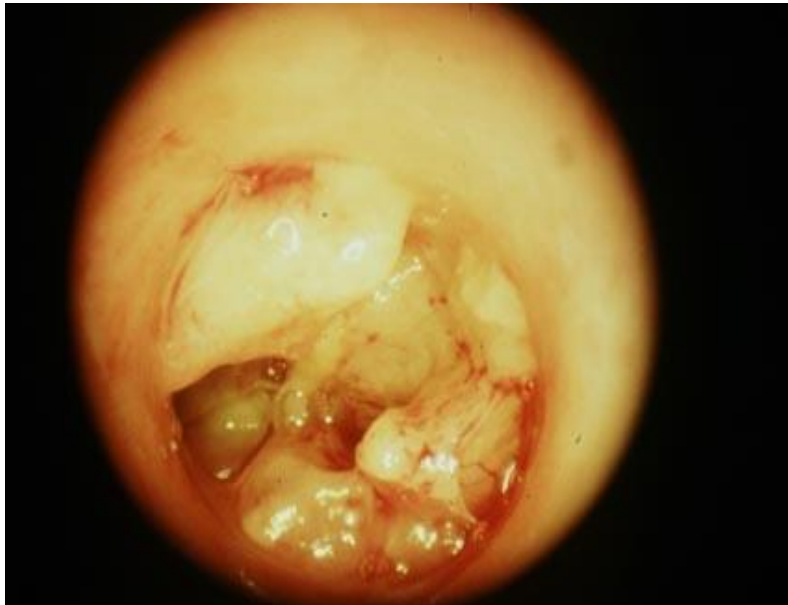
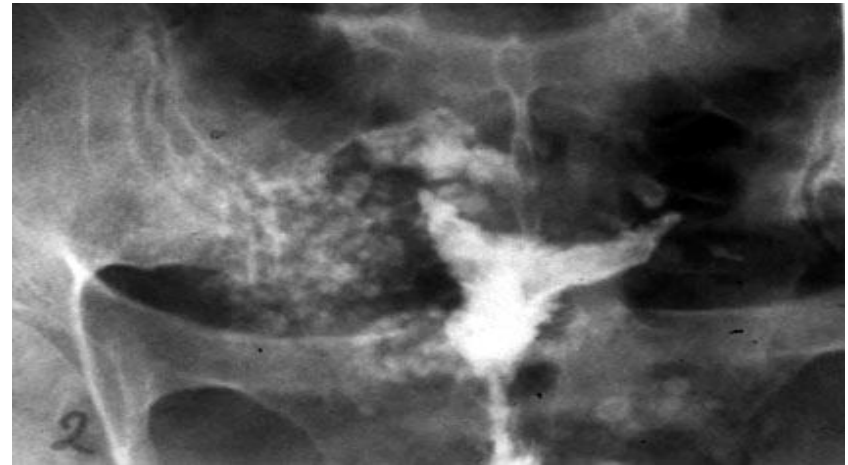
Hystérocopie:

- Permet une exploration visuelle de la cavité utérine, de voir les lésions et de pratiquer des biopsies dirigées. Elle
- Permet aussi de juger de l'extension en surface du processus tumoral.
- Cet examen tend aujourd'hui à remplacer la classique hystérosalpingographie

4.1. DIAGNOSTIC POSITIF

C. EXAMENS PARACLINIQUES

- Hystéroggraphie : **Non**
- Hystéroscopie: **Oui**

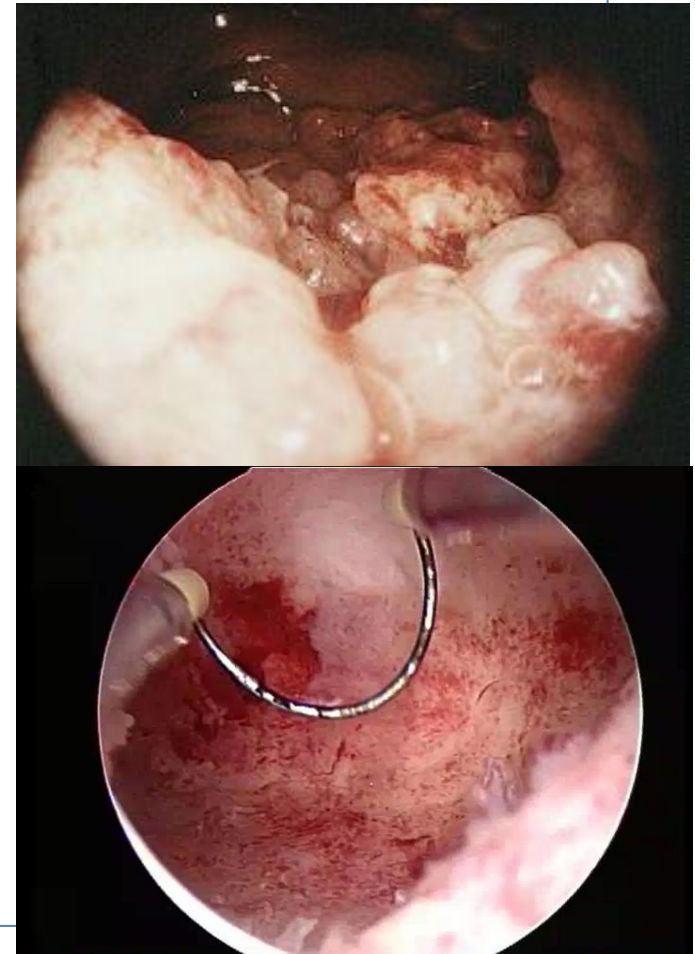


4.1. DIAGNOSTIC POSITIF

C. EXAMENS PARACLINIQUES

HYSTEROSCOPIE-CURETAGE

- Visualisation des lésions
- Prélèvements histologiques (curetage)
- ↪ **diagnostic de certitude.**



4.1. DIAGNOSTIC POSITIF

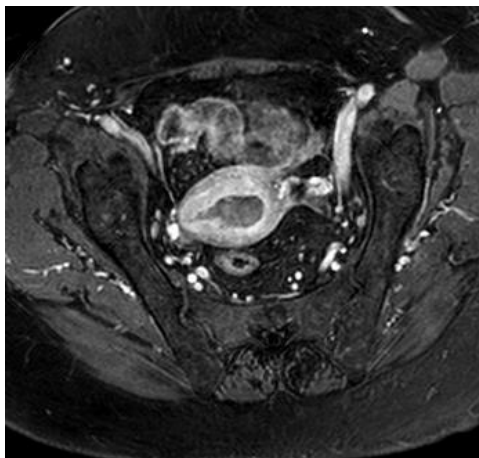
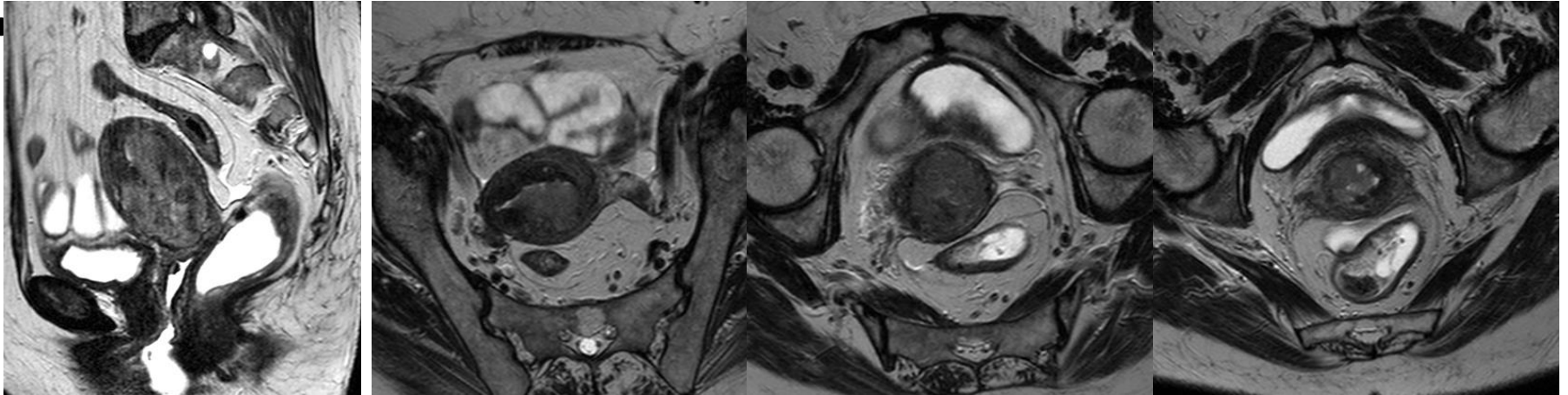
C. EXAMENS PARACLINIQUES

- **L'imagerie par résonance magnétique pelvi-abdominale :**
 - ✓ **Intervient dans le diagnostic,**
 - permet de réaliser un bilan pré thérapeutique
 - extension locale : infiltration myomètre
 - extension régionale : annexes, pelvis, ganglions pelviens, lombo-aortiques, foie
 - ✓ **Intervient dans le choix de la voie d'abord chirurgicale**

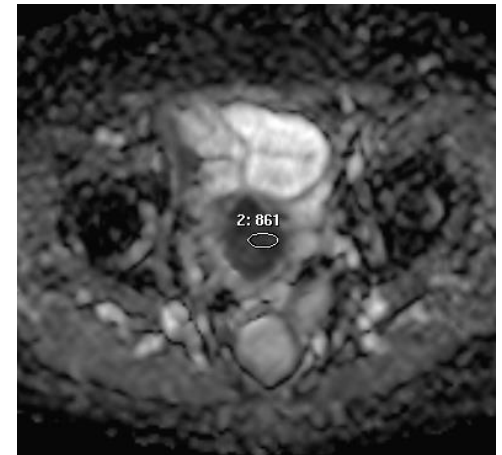
4.1. DIAGNOSTIC POSITIF

C. EXAMENS PARACLINIQUES

IRM et KE



Images fortement évocatrices de cancer de l'endomètre



4.2. BILAN d'EXTENSION

- **Bilan d'extension facilité en cas d'IRM:**
 - ✓ Vers le col utérin : FCV, biopsie, hystérocopie.
 - ✓ Vers les autres organes pelviens : seulement en cas d'orientation clinique :
 - cystoscopie, rectoscopie, urographie intraveineuse.
 - Vers les ganglions iliaques ; seulement si extension au col : scanner, IRM et lymphadénectomie percoelioscopique.
 - Vers les ganglions lomboaortiques : scanographie, IRM.
 - Au-delà : échotomographie hépatique, radiographie de thorax, IRM

4.2. BILAN d'EXTENSION

➤ Biologie

Dosage de la **protéine P53 et du CA-125 sériques**, du dosage des **récepteurs hormonaux** sur la pièce, de la détermination de la ploïdie et de l'index de prolifération sur la pièce opératoire dans un but pronostic.

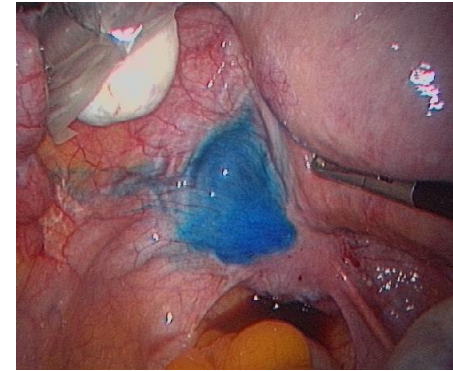
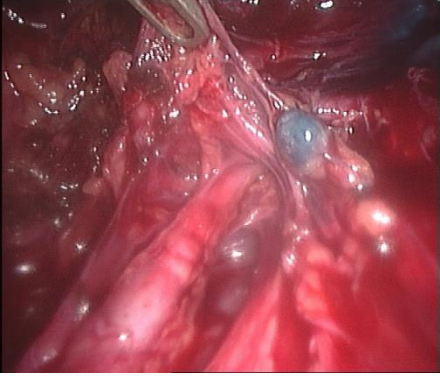
➤ **Bilan d'opérabilité** : en raison de l'obésité, de l'hypertension, du diabète, des tares vasculaires souvent associées, compte tenu de l'âge. Il est nécessaire d'évaluer le risque chirurgical. Une consultation anesthésique est indiquée.

➤ **Intérêt d'une mammographie** (association avec le cancer du sein).

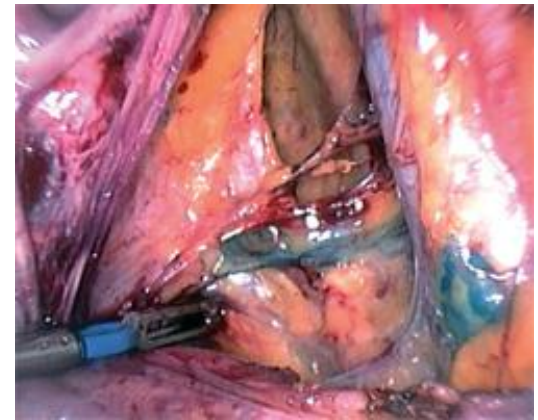
➤ **Bilan de terrain**

4.2. BILAN d'EXTENSION

Ganglion sentinelle et KE



- **Importance de l'évaluation ganglionnaire +++**
- **Evaluation préopératoire difficile (clinique, US, CT scan, IRM)**
- **Voies de drainage complexes: pelvienne, paraaortique, inguinale**
- **Micro métastases et risque de récurrence → IHC**
- **REDUCTION MORBIDITE**



4.2. BILAN d'EXTENSION

Quelle type d' injection ?

Site d' injection	Taux de Détection	Ganglions
Intracervical	70-80%	Pelvien (100%)
Intra-Myometrial (Voie Hysteroscopique)	82-100%,	Para-aortic (57%)
Myometrial Sous-séreux	45-77%	Para-aortic (31- 34%)

4.2. BILAN d'EXTENSION

Taux de Détection

Technique	Auteurs	Taux de Détection
Combiné	Ballester 2010, Bats 2008, Robovah 2009, Ballester 2008, pelosi e 2003, barranger e 2004 maccauro m 2005, raspagliesi f 2004, bats 2005, frumovitz 2007	45 à 100%
Blue dye	altgassen 2007, lopes 2007, ballester 2008, burke 1996, echt, 1999, holub 2004, gien 2005	0 à 92%
Isotopique	Niikura 2004, fersis 2004, frumovitz 2007	0 à 82%

Detection bilatérale et technique combinée : 46-87%

Ballester 2010, Pelosi 2003, Barranger 2004, Bats 2008, Frumovitz 2007

4.3. Classification

FIGO 1988

- **Stade I :**
 - IA : non infiltrant, limité à l'endomètre
 - IB : infiltration < 1/2 épaisseur myomètre
 - IC : infiltration \geq 1/2 épaisseur myomètre
- **Stade II :**
 - IIA : invasion microscopique glandes endocervicales
 - IIB : Invasion stroma cervical
- **Stade III :**
 - IIIA : atteinte séreuse, et/ou de l'annexe, et/ou cytologie péritonéale positive
 - IIIB : métastases vaginales
 - IIIC : métastase(s) ganglionnaire(s) pelvienne(s) ou paraaortique(s)
- **Stade IV :**
 - IVA : atteinte muqueuse (> œdème bulleux) de la vessie ou du rectum
 - IVB : métastase(s) abdominale(s) et/ou à distance et/ou N+ inguinal

Classification FIGO 2009

Recommandations formulées selon la nouvelle classification de la Fédération Internationale de gynécologie obstétrique (FIGO) publiée en mai 2009 *Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. Int J Gynaecol Obstet 2009;105(2):103-4*

FIGO (2009) ²⁰	TNM (2009) ²²	DESCRIPTION	FIGO (1989)
Stades I*	T1	Tumeur limitée au corps utérin	Stades I
IA	T1a	Tumeur limitée à l'endomètre ou ne dépassant pas la moitié du myomètre	IA-B
IB	T1b	Tumeur envahissant la moitié du myomètre ou plus de la moitié du myomètre	IC
Stades II*	T2	Tumeur envahissant le stroma cervical mais ne s'étendant pas au-delà de l'utérus	Stades IIA-B
Stades III*	T3 et/ou N1	Extensions locales et/ou régionales comme suit :	Stades III
IIIA	T3a	Séreuse et/ou annexes**	IIIA
IIIB	T3b	Envahissement vaginal et/ou paramétrial**	IIIB
IIIC	N1	Atteinte des ganglions lymphatiques régionaux**	IIIC
IIIC1		Ganglions pelviens	
IIIC2		Ganglions lomboaortiques +/- ganglions pelviens	
Stades IV*	T4 et/ou M1	Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale et/ou métastases à distance	Stades IV
IVA	T4	Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale	IVA
IVB	M1	Métastases à distance incluant les métastases intra-abdominales et/ou ganglions inguinaux	IVB

* : grades 1, 2 ou 3 ; ** : Les résultats de la cytologie péritonéale doivent être rapportés séparément et ne modifient pas la classification (la classification FIGO de 1989 incluait les résultats d'une cytologie positive pour les stades IIIA).

4.4. Facteurs Pronostiques

1. Age

2. Opérabilité

3. Stade

4. Facteurs anatomopathologiques

- Volume tumoral
- Infiltration du myomètre
- Atteinte des annexes et du col
- Envahissement ganglionnaire (*pelvien & lombo- aortique*)
- Type histologique

4.4. Facteurs Pronostiques

5. Cytologie péritonéale

6. Récepteurs hormonaux

7. Autres facteurs

- Index de DNA et degré de ploïdie
- Marqueurs
- HER - 2 / NEU

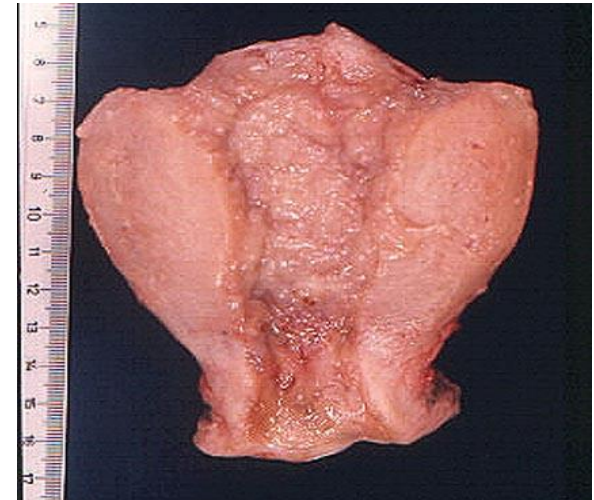
4.5. Diagnostic différentiel

- **une atrophie ou hypertrophie endométriale ;**
- **des polypes et léiomyomes sous-muqueux ;**
- **un cancer du col utérin, et surtout glandulaire de l'endocol (adénocarcinome) ;**
- **un cancer ovarien (si lésion annexielle associée).**

V. TRAITEMENT.

5.1. Traitement curatif

5.2. Traitement Préventif



5.1. TRAITEMENT CURATIF

Moyens et Méthodes de traitement

- **Chirurgie : HT ou CHL**
- **Radiothérapie Pelvienne**
- **Curiethérapie vaginale**
- **Chimiothérapie**
- **Hormonothérapie**
- **Soins palliatifs**

5.1. TRAITEMENT CURATIF

La Chirurgie

- **La chirurgie est le traitement de référence d'un cancer de l'endomètre tant que le stade et l'état de la patiente le permettent.**
- **La chirurgie standard est une hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale.**
- **La réalisation de gestes supplémentaires (lymphadénectomie, omentectomie) dépend du stade clinique, du type histologique et du grade.**

5.1. TRAITEMENT CURATIF

La Chirurgie

- **En cas d'indication d'une lymphadénectomie pelvienne, il est recommandé de réaliser un curage pelvien iliaque externe et interne complet.**
- **En cas d'indication d'une lymphadénectomie lomboaortique, il est recommandé de réaliser un curage étendu jusqu'à la veine rénale gauche associé à une dissection des ganglions iliaques communs.**

5.1. TRAITEMENT CURATIF

La Chirurgie

- La voie d'abord recommandée pour les stades I est la voie coelioscopique ou coeliovaginale.
- La voie vaginale exclusive est réservée aux patientes à très haut risque chirurgical.
- La laparotomie reste indispensable en cas de gros volume tumoral ou de conditions anatomiques particulières (échec ou contre-indication de coelioscopie, adhérence massive, etc.).
- Il convient d'éviter le morcellement de la pièce opératoire.

5.1. TRAITEMENT CURATIF

Radiothérapie

- La radiothérapie externe est réalisée suivant des modalités conformationnelles et selon les recommandations du Radiation therapy oncology group (RTOG), avec des photons de très haute énergie (au moins égale à 10 MV).
- Le volume d'irradiation dépend de l'extension tumorale.
- ✓ Elle se limite au pelvis, en l'absence d'atteinte ganglionnaire iliaque commune ou lomboaortique.
- ✓ En cas d'atteinte ganglionnaire lomboaortique, le volume d'irradiation inclut la région lomboaortique.
- La dose totale est de 45 à 50 Gy, avec 5 fractions hebdomadaires de 1,8 à 2 Gy.

5.1. TRAITEMENT CURATIF

Radiothérapie

- **En cas d'irradiation exclusive**, non précédée de chirurgie, une surimpression de ganglions suspects d'envahissement à l'imagerie peut être proposée jusqu'à une dose totale d'au minimum **60 Gy**
- **La curiethérapie vaginale postopératoire** est effectuée préférentiellement à haut débit de dose, évitant une hospitalisation et les complications de décubitus. **Une dose de 21 à 24 Gy est délivrée en 3 séances de 7 Gy ou en 4 séances de 5 à 6 Gy, calculés à 5 mm d'épaisseur**

5.1. TRAITEMENT CURATIF

Radiothérapie

- En cas de **curiethérapie pulsée ou à bas débit de dose**, **une dose de 50 Gy est délivrée, calculé à 5 mm d'épaisseur.**
- Lorsque la **curiethérapie à haut débit de dose** est effectuée en complément de la radiothérapie externe, **une dose de 10 Gy est délivrée en 2 séances de 5 Gy, calculée à 5 mm d'épaisseur.**

5.1. TRAITEMENT CURATIF

Chimiothérapie

- L'association **cisplatine (50 mg/m²)/doxorubicine (60 mg/m²) J1** est la plus étudiée mais sa toxicité hématologique fait préférer l'association **carboplatine /paclitaxel (175 mg/m²) J1** toutes les 3 semaines pour 4 à 6 cycles notamment pour les patientes fragiles.
- L'association **cisplatine/paclitaxel/doxorubicine** n'est pas recommandée au regard de sa toxicité hématologique et neurologique.

5.1. TRAITEMENT CURATIF

Chimiothérapie

En cas de carcinosarcomes

- Ifosfamide (5000 mg/m²)
- Doxorubicine (50 à 70 mg/m²) Toutes les 3 semaines

- Cisplatine (20 mg/m² J1àJ4)
- Ifosfamide(1500 mg/m² J1àJ4)

- Cisplatine (75 mg/m²)
- Doxorubicine (60 mg/m²)
toutes les 3 semaines.

- Cisplatine (75 mg/m²) J1
- Ifosfamide (3000 mg/m²)J1-J2

- Doxorubicine (50 mg/m²)
J1 toutes les 3 semaines peut être discutée.

5.1. TRAITEMENT CURATIF

Chimiothérapie

- Si une chimiothérapie adjuvante est proposée, elle doit être administrée avant ou après la radiothérapie de façon séquentielle.
- Si la patiente n'est pas en mesure de supporter le traitement séquentiel, la radiothérapie seule sera préférée

5.1. TRAITEMENT CURATIF

Hormonothérapie

- **L'hormonothérapie adjuvante n'est jamais recommandée.**
- ***En situation métastatique, elle peut être indiquée lorsque la chimiothérapie n'est pas applicable ou en cas de maladie lentement évolutive avec récepteurs hormonaux positifs.***
- ***Le traitement repose alors principalement sur l'acétate de médroxyprogestérone par voie orale à la dose de 500 mg/j.***
- ***En cas de contre-indication, des antioestrogènes peuvent être utilisés.***

5.1. TRAITEMENT CURATIF INDICATIONS

Tumeur limitée au corps utérin (Stades I/T1)

T1 = Type 1 histologique :

Stades IA/T1a grade 1 ou 2 = Risque bas de récurrence

- ◆ **Hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale**
- ◆ **Curiethérapie postopératoire peut être discutée uniquement en cas d'envahissement myométrial**

Tumeur limitée au corps utérin (Stades I/T1)



Stades IA/T1a grade 3 ou IB/T1b grade 1 ou 2 = Risque intermédiaire de récurrence

- ◆ **Hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale**
- ◆ **Lymphadénectomie pelvienne peut être discutée uniquement en cas de :**
 - **Stade IB/T1b grade 2 avec envahissement myométrial de plus de 50 %**
 - **Stade IA/T1a grade 3 avec envahissement myométrial de moins de 50 %**
 - **Possibilité de recherche de ganglion sentinelle**
 - **Curiethérapie postopératoire**

Tumeur limitée au corps utérin (stades I/T1)



**Stades IB/T1b grade 3 ou IB/T1 avec emboles lymphatiques =
Risque élevé de récurrence**

- ◆ **Hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale**
- ◆ **Lymphadénectomie lomboaortique et iliaque commune (par voie endoscopique extrapéritonéale si possible) qui permet de définir le niveau de la radiothérapie externe**
- ◆ ***Lymphadénectomie pelvienne peut être discutée***
- ◆ **Reprise de stadification ganglionnaire et/ou péritonéale en cas de découverte de facteurs de risques élevés sur la pièce d'hystérectomie (par voie coelioscopique si possible)**
- ◆ ***Radiothérapie externe pelvienne post-opératoire***
- ◆ ***Curiethérapie vaginale de surimpression peut être discutée***

Type 2 histologique : A traiter comme un cancer de l'ovaire

- ◆ **Hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale**
- ◆ **Lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique**
- ◆ **Omentectomie infracolique (sauf carcinosarcomes), cytologie et biopsies péritonéales**
- ◆ **Radiothérapie externe postopératoire**
- ◆ **Curiethérapie vaginale de surimpression peut être discutée**
- ◆ **Chimiothérapie adjuvante séquentielle peut être discutée**

Carcinosarcomes

- **Hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale**
- **Lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique**
- **Cytologie et biopsies péritonéale**
- **Radiothérapie externe pelvienne conformationnelle (45 Gy) postopératoire**
- **Chimiothérapie intraveineuse adjuvante séquentielle peut être discutée.**
- **Curiethérapie vaginale de surimpression peut être discutée.**

Tumeur envahissant le stroma cervical mais ne s'étendant pas au-delà de l'utérus (stades II/T2)

Tous types histologiques :

- ◆ **Hystérectomie élargie avec salpingo-ovariectomie bilatérale (hystérectomie simple ou élargie, avec ou sans colpectomie, en fonction des caractéristiques de la tumeur)**
- ◆ **Lymphadénectomie pelvienne**
- ◆ **Radiothérapie externe pelvienne avec curiethérapie vaginale *postopératoires***
- ◆ **Radiothérapie *préopératoire* externe pelvienne avec ou sans curiethérapie préopératoire peut être discutée en cas d'atteinte de gros volume du col de l'utérus**

Tumeur envahissant le stroma cervical mais ne s'étendant pas au-delà de l'utérus (stades II/T2)

Particularités du type 1 histologique :

- ◆ Lymphadénectomie lomboaortique peut être discutée d'emblée ou à la suite d'une lymphadénectomie pelvienne en cas de ganglions pelviens positifs
- ◆ Intérêt potentiel du sentinelle pour repérer le ganglion sur lequel faire l'extemporanée

Particularités du type 2 histologique :

- ◆ Lymphadénectomie lomboaortique
- ◆ Omentectomie infracolique, cytologie et biopsies péritonéales
- ◆ Chimiothérapie adjuvante séquentielle peut être discutée en complément de la radiothérapie

Extensions locales et/ou régionales (stades III/T3 et/ou N1)



Envahissement de la séreuse et/ou des annexes - tous types histologiques Stades IIIA/T3a :

- ◆ **Hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale**
- ◆ **Lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique**
- ◆ **Omentectomie infragastrique, cytologie péritonéale**
- ◆ **Radiothérapie externe pelvienne avec curiethérapie postopératoires en cas d'atteinte isolée de la séreuse**
- ◆ **Curiothérapie postopératoire en cas d'atteinte cervicale**
- ◆ **Chimiothérapie adjuvante séquentielle en cas d'atteinte annexielle**

Extensions locales et/ou régionales (stades III/T3 et/ou N1)



Envahissement vaginal et/ou paramétrial - tous types histologiques Stades IIIB/T3b :

- ◆ **Le traitement par radiothérapie exclusive est privilégié**
- ◆ **Radiothérapie externe pelvienne puis curiethérapie utéro-vaginale**
- ◆ ***Stadification ganglionnaire lomboaortique préthérapeutique peut être discutée***
- ◆ ***Chimiothérapie concomitante peut être discutée par analogie au cancer du col de l'utérus***
- ◆ ***Chirurgie de la tumeur peut être discutée en cas de réponse incomplète***

Extensions locales et/ou régionales (stades III/T3 et/ou N1) (suite)



Atteinte des ganglions lymphatiques diagnostiquée lors de l'analyse anatomopathologique /Tous types histologiques Stades IIIC/N1 :

- ◆ **Lymphadénectomie lomboaortique immédiate ou différée si le stade IIIC/N1 est défini sur la base d'une lymphadénectomie pelvienne**
- ◆ **Radiothérapie externe postopératoire (pelvienne au stade IIIC/N1, pelvienne et lomboaortique au stade IIIC2/N1) puis curiethérapie si découverte histopathologique après stadification complète (pelvienne et lomboaortique)**
- ◆ ***Chimiothérapie adjuvante séquentielle peut être discutée***

Extensions locales et/ou régionales (stades III/T3 et/ou N1) (suite)

Atteinte des ganglions pelviens diagnostiquée à l'imagerie /Tous types Histologiques (Stades III C1/N1) :

- ◆ **Traitement chirurgical premier à visée thérapeutique comportant :**
 - **Hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale**
 - **Exérèse ganglionnaire pelvienne et curage lomboaortique**
- ◆ **Radiothérapie externe pelvienne puis curiethérapie vaginale**
- ◆ ***Chimiothérapie adjuvante séquentielle peut être discutée***

Extensions locales et/ou régionales (stades III/T3 et/ou N1) (fin)



**Atteinte des ganglions lomboaortiques +/- ganglions pelviens
diagnostiquée à l'imagerie - tous types histologiques
Stades IIIC2/N1 :**

- ◆ **Radiothérapie externe pelvienne et lomboaortique puis surimpression ganglionnaire puis curiethérapie utéro-vaginale**
- ◆ **Si les conditions sont favorables pour une chirurgie :**
 - **Hystérectomie totale avec salpingo-ovariectomie bilatérale, lymphadénectomie pelvienne et lomboaortique à visée thérapeutique**
 - **Radiothérapie externe pelvienne et lomboaortique et curiethérapie vaginale postopératoires**
- ◆ **Chimiothérapie séquentielle doit être discutée**

Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale et/ou métastases à distance (stades IV/T4 et/ou M1)

Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale / Tous types histologiques (Stades IVA/T4) :

- ◆ Radiothérapie externe pelvienne puis curiethérapie
- ◆ *Chimiothérapie concomitante peut être discutée par analogie au cancer du col de l'utérus*
- ◆ *Exentération pelvienne à visée curative peut être discutée en cas d'échec de l'irradiation*

Extension à la muqueuse vésicale et/ou intestinale et/ou métastases à distance (stades IV/T4 et/ou M1)

Métastases à distance incluant les métastases intra-abdominales et/ou les ganglions inguinaux / Tous types histologiques (Stades IVB/M1) :

- ◆ **Chirurgie de cytoréduction à visée curative si carcinose péritonéale résécable sans métastases à distance**
- ◆ **Chimiothérapie**
- ◆ **Hormonothérapie en cas de récepteurs hormonaux positifs ou de maladie lentement évolutive**
- ◆ **Radiothérapie externe sur la tumeur primitive selon la localisation des lésions**
- ◆ **Adénéctomie complémentaire adaptée à l'extension locorégionale en cas de stade IVB/M1 défini par une atteinte inguinale isolée**

5.1. TRAITEMENT CURATIF

Surveillance

Objectifs de la surveillance :

- ◆ Recherche d'une récurrence et des effets secondaires tardifs des traitements
- ◆ Prévention ou dépistage d'un 2^d cancer
- ◆ Accompagnement social et à la réinsertion professionnelle lorsque cela est pertinent

5.1. TRAITEMENT CURATIF

Surveillance

➤ Actes et examens réalisés :

- ◆ Examen clinique comprenant un examen gynécologique avec exploration de la totalité du vagin, les touchers pelviens et la palpation des aires ganglionnaires
- ◆ Pas d'indication pour des examens d'imagerie, de biologie ou des frottis vaginaux systématiques

➤ Périodicité :

- ◆ Tous les 4 à 6 mois durant les 3 premières années puis annuellement (stades I/T1 et II/T2)
- ◆ Tous les 4 à 6 mois durant les 5 premières années puis annuellement (stades III/T3 et/ou N1 et IV/T4 et/ou M1)

➤ Organisation :

- ◆ Surveillance peut être réalisée en ville par le médecin généraliste ou le gynécologue
- ◆ Surveillance alternée avec l'équipe référente du traitement les premières années

5.1. TRAITEMENT CURATIF

Surveillance

Signes évocateurs de récurrence :

- ◆ Informer la patiente sur la nécessité de consulter en cas de métrorragies ou de douleurs
- ◆ Réadresser la patiente à l'équipe référente du traitement en cas de suspicion de récurrence ou de complications

Prévention et dépistage de 2^d cancer :

- ◆ Encourager la participation aux programmes nationaux de dépistage organisé du cancer du côlon et du cancer du sein pour les femmes âgées de 50 à 74 ans
- ◆ Rechercher un syndrome Lynch si cela n'a pas été réalisé lors du diagnostic

5.1. TRAITEMENT CURATIF

LES DOGMES

- 1.** La chirurgie est la base du traitement, elle sera toujours réalisée en première intention.
- 2.** Le geste « minimal » consistera en une hystérectomie totale extrafasciale avec annexectomie.
- 3.** Le terrain (femmes âgées, obèses, diabétiques, hypertendues) est peu propice aux grandes exérèses chirurgicales (*lymphadénectomie lombo-aortiques, pelvectomies*).
- 4.** La curiethérapie et l'irradiation externe diminuent les récurrences mais n'améliorent pas la survie.
- 5.** Il n'y a pas de place pour la chimiothérapie et l'hormonothérapie en situation adjuvante en dehors de protocoles thérapeutiques.

5.1. TRAITEMENT PREVENTIF

1. *D'ordre épidémiologique :*

- Lutte contre l'obésité et les déséquilibres alimentaires.
- Lutte contre le Diabète, HTA

2. *D'ordre thérapeutique :*

- Pas d'oestrogènes seules au long cours (toujours ajouter un progestatif pendant au moins 10 jours) ;
- Pas de contraceptifs non androgéniques en cas d'anovulation chronique ou d'insuffisance lutéale prolongée.

3. *Détection et traitement actif des lésions précancéreuses*

5.1. TRAITEMENT PREVENTIF

Place des traitements substitutifs de la ménopause :

- ◆ **Chez les femmes de moins de 50 ans : pas de contre-indication à un traitement hormonal substitutif uniquement oestrogénique (traitement de la ménopause secondaire à l'ovariectomie bilatérale)**
- ◆ **Chez les femmes de plus de 50 ans : mêmes indications et contre-indications que la population générale**

Prise en charge globale de la patiente :

- ◆ **Le suivi du cancer s'intègre dans une prise en charge médicale globale, notamment cardiovasculaire, l'obésité et le diabète étant des facteurs de risque de ce cancer**

VI. PRONOSTIC

- Association radiochirurgicale améliore le pronostic des patientes.
- 4 sur 5 patientes sont opérées.
- Le taux de survie à 5 ans :
 - ✓ Stade I : **90%**
 - ✓ Stade II : **75%**
 - ✓ Stade III : **31%**
 - ✓ Stade IV : **9.1%**

CONCLUSION

Le cancer de l'endomètre est une pathologie fréquente mais accessible à un dépistage précoce, compte tenu de la présence de facteurs de risque.

Le traitement est avant tout chirurgical puis radiologique



12^{ème} Congrès de la Société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique (SAGO)



4^{ème} Congrès de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique du Niger (SGON)

Thème Principal

Coûts de réduction de la Mortalité et Morbidité Maternelle et Néonatale en Afrique

Sous-Thèmes

- ✓ Mortalité maternelle et néonatale
- ✓ La gratuité des soins en gynécologie et obstétrique
- ✓ Le VIH et grossesse
- ✓ Les cancers gynécologiques et mammaires

Du 14 au 18 Janvier 2013

Palais des Congrès
Niamey - NIGER

madinayama@hotmail.com

idinafi@refer.ne

madgar@refer.ne

oumaramaina@yahoo.fr

HOTEL CHEZ TATAYI

BP. 12037 - NIAMEY - NIGER
(227) 20 74 12 81
auberge@tatayi.com
www.tatayi.com

HOTEL GRAND HOTEL DU NIGER

BP. 471 - NIAMEY - NIGER
(227) 20 73 22 16 & 20 73 21 52
(227) 20 73 26 43
contact@grandhotelniger.com
www.grandhotelniger.com

HOTEL HOMELAND

BP. 410 - NIAMEY - NIGER
(227) 20 73 26 06 & 20 72 32 82
(227) 20 72 29 67
homeland@intnet.ne
www.homelandhotel.intnet.ne

HOTEL LES RONIERS

BP. 795 - NIAMEY - NIGER
(227) 20 72 31 38
(227) 20 72 21 33

HOTEL MAOUREY

BP. 144 - NIAMEY - NIGER
(227) 20 73 28 50
(227) 20 73 28 50

HOTEL SAHEL

BP. 627 - NIAMEY - NIGER
(227) 20 73 24 31 (227) 20 73 20 98

HOTEL MOUSTACHE

BP. 2145 - NIAMEY - NIGER
(227) 20 73 33 78

HOTEL NIKKI

BP. 12244 - NIAMEY - NIGER
(227) 20 75 25 20
(227) 20 75 25 13
www.nikkihotel@yahoo.fr

HOTEL TABAKADY

BP. 11129 - NIAMEY - NIGER
(227) 20 73 58 18
tabakady.niger@yahoo.fr
www.tabakady.niger

HOTEL UNIVERS

BP. 10530 - NIAMEY - NIGER
(227) 20 35 08 06 & 20 35 08 07
(227) 20 75 45 78
camping_univers_tourisme@yahoo.fr
www.univers-isa-business.com

Espaces Culturels et Touristiques

- Musée National
- Maison artisanale de WADATA (NIAMEY)
- Parc W : visite de la Faune sauvage
- Marché de Bétail de BALLEYRA
- AYOROU: visite des hippopotames
- KOURE: visite des Girafes



SAGO SGON



XIIème CONGRES DE LA SOCIETE AFRICAINNE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE (SAGO)

IVème CONGRES DE LA SOCIETE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DU NIGER (SGON)

THEME PRINCIPAL

*Coûts de la Mortalité et Morbidité Maternelle et
Néonatale en Afrique*

SOUS THÈMES

- * *Mortalité Maternelle et Néonatale*
- * *La gratuité des soins en gynécologie et obstétrique*
- * *Le VIH et Grossesse*
- * *Les Cancers gynécologiques et mammaires*

DATE: 14-18 Janvier 2013

LIEU: Palais de Congrès de NIAMEY

Sous la Présidence de son Excellence
Mr MAHAMADOU ISSOUFOU
Président de la République du NIGER

LES CONGRES DE LA SAGO

1988 : Création de la **SAGO** lors du 1^{er} congrès de la société de Gynécologie et d'obstétrique du Bénin et du Togo (SGOBT)

1990 : Premier Congrès à Lomé (Togo)

1992: Deuxième Congrès à Conakry (Guinée)

1994: Troisième Congrès à Yaoundé (Cameroun)

1996: Quatrième Congrès à Abidjan (Cote d'Ivoire)

1998 : Cinquième Congrès à Dakar (Sénégal)

2000 : Sixième Congrès à Ouagadougou (Burkina Faso)

2002 : Septième Congrès à Bamako (Mali)

2004 : Huitième Congrès à Cotonou (Benin)

2007: neuvième Congrès à Kinshasa (Congo RDC)

2008 : Dixième Congrès à Bamako (Mali)

2010: Onzième Congrès à Libreville (Gabon)

NIAMEY 2012

La **SAGO** souhaite que ce congrès, soit celui de de

l'**unité**, de la **fraternité** et ceci dans une **ambiance festive** pour célébrer les **24 ans** de la dite institution.

ABSTRACTS

Format :

- . Titre
- . Noms des auteurs et service d'origine
- . Objectifs
- . Matériels et Méthodes
- . Résultats
- . Conclusion
- . Adresse e-mail de l'auteur principal

Date limite d'envoi au secrétariat: 31 octobre 2012

Langues : Français et anglais obligatoires

Taille du texte : 200 mots maximum

SECRETARIAT DU CONGRES

Pr.Ag. NAYAMA Madi: madinavama@hotmail.com

Dr. IDI Nafiou: idinaf@refer.ne

Dr. GARBA Madeleine: madgar@refer.ne

Dr. OUMARA Maina: oumaroumaina@yahoo.fr

FRAIS D'INSCRIPTION

Médecins spécialistes : 40.000 FCFA

Médecins généralistes : 25.000 FCFA

Résidents CES ;DES : 10.000 FCFA


Sages-femmes : 15.000 FCFA


Etudiants : 5.000 FCFA


LISTE DES HOTELS RETENUS A NIAMEY

HOTEL GAWEYE

 BP. 11008 - NIAMEY - NIGER

 (227) 23 90 00 19


 (227) 20 72 33 47


 gaweye@intnet.ne

www.hotel-gaweye-niger.com

HOTEL TENERE

 BP. 10734 - NIAMEY - NIGER

 (227) 20 73 20 20 & 20 73 30 55

 (227) 20 70 30 45


 contact@hotel-tenere-niger.com

 www.hotel-tenere-niger.com

HOTEL TERMINUS

 BP. 882 - NIAMEY - NIGER

 (227) 20 73 26 92 & 20 73 26 93

 (227) 20 73 39 74


 hotermi@intnet.ne

 www.hotel-terminus-niger.com


HOTEL ARC EN CIEL

 BP. 12192 - NIAMEY - NIGER

 (227) 20 73 44 44

 (227) 20 74 67 46

 contact@hotel-arc-niger.com

 www.hotel-arc-niger.com

**MERCI DE VOTRE
AIMABLE ATTENTION
A BIENTÔT A NIAMEY**

PALAIS DES CONGRES

