

**Epidemiological and clinicopathological profile of endometrial cancer in gabon**

C. Engohan-Aloghe <sup>1</sup> \*, D. Lokengo Likonza <sup>2</sup>, I. H. Koumakpayi <sup>1</sup>, J.K. Chansi Ankély <sup>1</sup>, R. Revignet <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratoire d'Anatomopathologie et Biologie des cancers, Institut de Cancérologie, Libreville, Gabon

<sup>2</sup>Département de Gynécologie Obstétrique, Cliniques Universitaires de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo et Département de Biologie Médicale, Université du Québec à Trois Rivières, Québec, Canada

Qualification :

-C.Engohan-Aloghe ,MD anatomopathologiste

- D. Lokengo Likonza, MD gynécologue [dadoulokengo@yahoo.fr](mailto:dadoulokengo@yahoo.fr)

-I. H. Koumakpayi, MD PhD oncologue [koumak@yahoo.com](mailto:koumak@yahoo.com)

-J.K. Chansi Ankély, biologiste moléculaire [junye3@gmail.com](mailto:junye3@gmail.com)

- R. Revignet , technicienne supérieure de laboratoire [revignet89@gmail.com](mailto:revignet89@gmail.com)

**Résumé**

Introduction : L'objectif général de notre travail était d'apporter une description épidémiologique et clinicopathologique du cancer de l'endomètre au Gabon.

Patients et méthode : Cette étude descriptive et rétrospective a été réalisée à l'Institut de Cancérologie de Libreville chez les patientes atteintes du cancer de l'endomètre sur une période de 7 années (de janvier 2012 à octobre 2018).

Résultats : Cette étude a inclus 32 patientes et les résultats obtenus ont montré que ce cancer au Gabon est plus fréquent chez la femme multipare, que histologiquement le type 1 est le plus souvent rencontré et que ce cancer est de haut grade de malignité. De ce travail ressort également la difficulté du suivi des patientes.

Conclusion : Le cancer de l'endomètre étant un cancer souvent d'emblée de mauvais pronostic, il est d'intérêt de mettre en place une stratégie de prévention et de management adapté.

**Mots clés :** cancer, endomètre, étude clinicopathologique, suivi, Gabon

**Abstract :**

Introduction : The general objective of our work was to provide an epidemiological and clinicopathological description of endometrial cancer in Gabon.

Patients and method :This descriptive and retrospective study was carried out at Cancer Institute of Libreville in patients with endometrial cancer over a period of 7 years (from January 2012 to October 2018).

Results : This study included 32 patients and the results obtained showed that this cancer in Gabon is more frequent in multiparous women, that histologically type 1 is most often encountered and that this cancer is of high grade malignancy. This work also shows the difficulty of following up patients.

Conclusion : As endometrial cancer is often a cancer with a poor prognosis , it is interest to put in place an appropriate prevention and management strategy.

**Keywords :** cancer , endometrial , clinicopathological study, follow up, Gabon

**Correspondance :**

ENGOHAN- ALOGHE C. et al., Laboratoire ACP Institut de Cancérologie BP 23902 Libreville (Gabon), **Téléphone** : +241 065867960- **Email** : coengohan@yahoo.fr

**Article reçu** : 10-11-2022

**Accepté** : 05-12-2022

**Publié** : 25-01-2023



Copyright © 2023. ENGOHAN- ALOGHE C. et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article : Coulibaly M. et al. Epidemiological and clinicopathological profile of endometrial cancer in gabon. Revue de Médecine et de Santé Publique. 2023 ; 6(1) : 80-98.

**Introduction :**

Le cancer de l'endomètre se place au 6<sup>ème</sup> rang parmi les cancers chez la femme dans le monde avec en 2017, 382 000 nouveaux cas [1]. Son incidence est plus élevée dans les pays de l'Europe de l'Est et en Amérique du Nord avec des taux maximaux respectifs de 24,9 cas/100 000 habitants et 23,6 cas/100 000 habitants [2].

Même si son incidence est plus faible en Afrique avec 2,1 cas/100 000 habitants [1], le cancer de l'endomètre se caractérise par une augmentation ces dernières années de cette incidence et par une mortalité plus élevée chez la femme de race noire par rapport à la femme caucasienne [3-5].

En Afrique sub saharienne, ce cancer occupe le 13<sup>ème</sup> rang et représente 1,6% de tous les cancers [1]. Au Gabon, ce cancer représente 1,43 % de l'ensemble des cancers. Puisqu'il n'existe pas de recommandation pour un dépistage systématique du cancer de l'endomètre, c'est dire l'importance qu'occupe la prévention et donc le contrôle des facteurs de risque chez la femme en pré ménopause et ménopausée.

A notre connaissance, une seule étude a été publiée en 2000 au Gabon dont l'objectif était de préciser la place qu'occupait le cancer de l'endomètre parmi les cancers gynécologiques [5]. Avec l'ouverture en 2012 de l'Institut de Cancérologie à Libreville (ICL), centre de référence de cancérologie au Gabon, nous avons voulu refaire le point sur ce cancer chez la femme gabonaise en décrivant les profils épidémiologique, clinique et anatomopathologique ainsi que le suivi post thérapeutique.

**Patients et Méthode :**

Il s'agit d'une étude descriptive , rétrospective qui s'est portée sur des femmes pour lesquelles le diagnostic du cancer de l'endomètre a été confirmé histologiquement durant la période allant du mois de janvier 2012 au mois d'octobre 2018 à l'ICL. Les patientes incluses dans notre série présentaient un cancer primitif de l'endomètre et n'avaient bénéficié d'aucun traitement antérieur.

Nous avons recueilli diverses informations à partir du dossier médical des patientes et, dans les cas où l'information n'était pas consignée, par appel téléphonique à la patiente ou à un parent proche. Les données concernaient l'âge, la catégorie socio professionnelle , le lieu de résidence , l'indice de masse corporelle (IMC), le statut ménopausique, la présence de facteurs de comorbidités à savoir le diabète et l'hypertension artérielle , la prise de contraceptifs oraux ou d'un traitement hormonal substitutif , les antécédents personnel et familiaux de cancer , la parité , le motif de consultation , la première date de consultation et le stade clinique selon la FIGO 2009 [6] . La confirmation histologique a été faite à partir de prélèvements biopsiques ou de curetages biopsiques et les types histologiques ont été classés selon la classification de l'OMS de 2014 [7].

Le bilan pré thérapeutique de l'imagerie comprenait une tomодensitométrie abdomino pelvienne (TAP), une imagerie par résonance magnétique (IRM) pelvienne et parfois une échographie pelvienne.

Chez les patientes ayant bénéficié d'une prise en charge chirurgicale, ont été relevés l'état des marges d'exérèse chirurgicale, le degré d'invasion myométriale (inférieur ou supérieur ou égal à 50%), l'extension loco régionale, la présence d'embolies lympho vasculaires, la présence d'un

envahissement ganglionnaire et la stadification. Enfin, l'évolution et le suivi de ces patientes au cours de leur traitement ont été également étudiés.

Toutes les données ont été collectées au moyen d'une fiche d'enquête standardisée.

Nous avons défini comme perdues de vue, les patientes qui n'avaient pas donné de leurs nouvelles au moins 6 mois après la date de leur dernier rendez-vous.

### **Résultats :**

32 patientes porteuses d'un cancer de l'endomètre histologiquement confirmé ont été recensées.

#### *Caractéristiques socio démographique et clinique*

La majorité des femmes étaient de nationalité gabonaise (93,8%) et la majorité d'entre elles résidaient à Libreville ou en banlieue (83,3%). Nous n'avons pu retrouver l'information sur la catégorie socio professionnelle que pour 25 patientes et la majorité d'entre elles était sans emploi ou retraitées (56 %).

L'âge moyen au moment du diagnostic était de 63 ans (extrêmes : 44-80 ans) avec un indice de masse corporelle variant entre 17,1 et 48 kg/m<sup>2</sup> (moyenne : 30 kg/m<sup>2</sup>) ; la plupart des patientes étant en surpoids ou obèses (71,4%).

Toutes les femmes au moment des premiers symptômes étaient ménopausées (une seule d'entre elles étant en péri ménopause) et l'âge à la ménopause variait de 42 à 60 ans (moyenne : 50,6 ans).

12,5 % des patientes étaient nullipares et 87,5 % étaient multipares avec 3 ou plus de 3 enfants.

L'utilisation d'une contraception orale a été notée chez 5 patientes (27,8 %). Une patiente aux antécédents de cancer du sein avait reçu du Tamoxifène pendant 12 mois. Par ailleurs, 4 patientes avaient des antécédents familiaux de cancer chez des parents de premier degré.

Caractéristiques	Effectifs	Pourcentage
Les prévalences de diabète et d'hypertension artérielle étaient respectivement de 23,5 % et 76,5 %.		

La majorité des patientes consultaient pour des métrorragies (95,8%). Le délai de consultation depuis l'apparition de ces premiers symptômes variait de 1 semaine à 15 ans (moyenne de 23,4 mois).

Les stades cliniques les plus souvent rencontrés étaient les stades I<sub>B</sub> et III (28,6 % chacun). Ces principales caractéristiques sont résumées dans le tableau I.

**Tableau I** Caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patientes.

<b>Nationalité</b>		
Gabonaise	30	93.8
Autre(africaine)	2	6.2
<b>Lieu de résidence*</b>		
Libreville	14	58.3
Akanda	1	4.2
Périphéries	5	20.8
Provinces	4	16.7
<b>Age(ans)</b>		
<50	1	3.1
≥50	31	96.9
<b>Catégorie socioprofessionnelle**</b>		
Activités rémunératrices	11	44.0
Sans emploi et retraitées	14	56.0
<b>Comorbidités***</b>		
Diabète	4	23.5
Hypertension	13	76.5
<b>Antécédents personnels de cancer****</b>		
Oui	1	5.9
Non	16	94.1
<b>Antécédents familiaux*****</b>		
Oui	4	23.5
Non	13	76.5
<b>Parité*****</b>		
Nullipare (0)	2	12.5
Multipare (<3)	2	12.5
Multipare (≥3)	12	75.0

**Statut ménopausique**

Ménopause	31	96.9
Péri-ménopause	1	3.1

**Traitement hormonal de la ménopause\*\*\*\*\***

Oui	2	11.1
Non	16	88.9

**Prise de contraceptifs oraux\*\*\*\*\***

Oui	5	27.8
Non	13	72.2

**Motif de consultation#**

Métrorragies post ménopausiques	23	95.8
Algies pelviennes	1	4.2

**IMC##**

<25	4	28.6
25-29.9	4	28.6
≥30	6	42.8

**Stade clinique###**

I	3	14.3
I	6	28.6
II	4	19.0
III	6	28.6
IV	2	9.5

• Non précisé pour certaines patientes : \*(8), \*\*(7), \*\*\*(15), \*\*\*\*(15), \*\*\*\*\*(15), \*\*\*\*\*\*(14), \*\*\*\*\*\*(14), #(8), ##(18), ###(11).

• IMC : Indice de masse corporelle. • IMC : Indice de masse corporelle

*Caractéristiques histopathologiques :*

Le type histologique le plus fréquemment rencontré était l'adénocarcinome de type endométrioïde (62%) et, il s'agissait de cancers peu différenciés de grade 3 (61,5%). Des embolies lymphovasculaires ont été observés chez 8 patientes (30,8 %).

Chez les 17 patientes ayant bénéficié d'une hystérectomie, l'état des marges d'exérèses chirurgicales n'a pu être retrouvé que pour 4 patientes et ces marges étaient saines. Lorsque l'information a pu être retrouvée, on relevait une invasion myométriale dans tous les cas avec une invasion supérieure ou égale à 50% dans un peu plus de la moitié des cas (53,3 %). Concernant

l'extension loco régionale, elle a été retrouvée chez 4 patientes (36,4%) : 3 patientes présentaient une atteinte annexielle, et une présentait également une extension extra utérine au péritoine. L'information n'a pu être retrouvée pour 6 patientes.

Parmi ces 17 patientes, 6 ont subi une lymphadenectomie et un envahissement ganglionnaire a été retrouvé chez deux d'entre elles. Le tableau 2 résume ces principales caractéristiques.

**Tableau II** : Données anatomopathologiques des patientes.

<b>Variables</b>	<b>Prélèvements biopsiques(n=15)</b>	<b>Pièces d'hystérectomies (n=</b>
<b>Etat des marges</b>		
Saines	NA	4
Non Précisé	NA	13
<b>Type histologique*</b>		
Endometriode	7	11
Non-Endometriode		
<i>Adénocarcinome séreux</i>	4	3
<i>Carcinome peu différencié</i>	1	0
<i>Adénocarcinome a cellules claires</i>	1	0
<i>Carcinome épidermoïde</i>	1	0
<i>Tumeur stromale</i>	0	1
<b>Grade histologique**</b>		
1	0	3
2	2	6
3	10	5
<b>Invasion du myomètre***</b>		
<50%	NA	7
>50%	NA	8
<b>Extension locorégionale****</b>		
Oui	NA	4
Non	NA	7
<b>Emboles lymphovasculaires #</b>		



Oui	4	4
Non	10	8
<b>Extension extra utérine ##</b>		
Oui	NA	1
Non	NA	10

---

Les données sont exprimées comme n ou n(%). NA=Non applicable.

• Non précisé pour certaines patientes : \* (1 pour biopsies et 2 pour pièces HST), \*\* (3 pour biopsies et 3 pour pièces HST), \*\*\* (2 pour pièces HST), \*\*\*\*(6 pour pièces HST), # (1 pour biopsies et 5 pour pièces HST), ## (6 pour pièces HST).

#### *Bilan radiologique pré thérapeutique :*

Concernant l'imagerie, lorsque nous avons pu retrouver l'information, pour leur bilan pré thérapeutique la majorité des patientes (77,8%) avaient réalisé une TAP associée à une IRM pelvienne. Pour les patientes restantes, 1 avait réalisé une échographie pelvienne couplée à une IRM, 1 uniquement une IRM et les 2 autres patientes n'avaient réalisé aucun examen radiologique. Pour 14 patientes, l'information concernant l'imagerie pré thérapeutique n'a pu être retrouvée.

Les lésions décrites sur les TAP consistaient en un épaissement de l'endomètre avec dans un tiers des cas une extension cervicale et des adénopathies pelvienne et /ou lombo aortique. Des lésions pulmonaires bilatérales avaient été retrouvées chez une patiente et dans un cas, l'examen s'est révélé sans particularité.

À l'IRM pelvienne, on retrouvait une infiltration myométriale supérieure à 50 % avec dans la moitié des cas une extension cervicale et des paramètres et dans un tiers des cas la présence d'adénopathies pelviennes. Chez 2 patientes, l'IRM n'avait pas décelé d'infiltration myométriale.

*Traitement :*

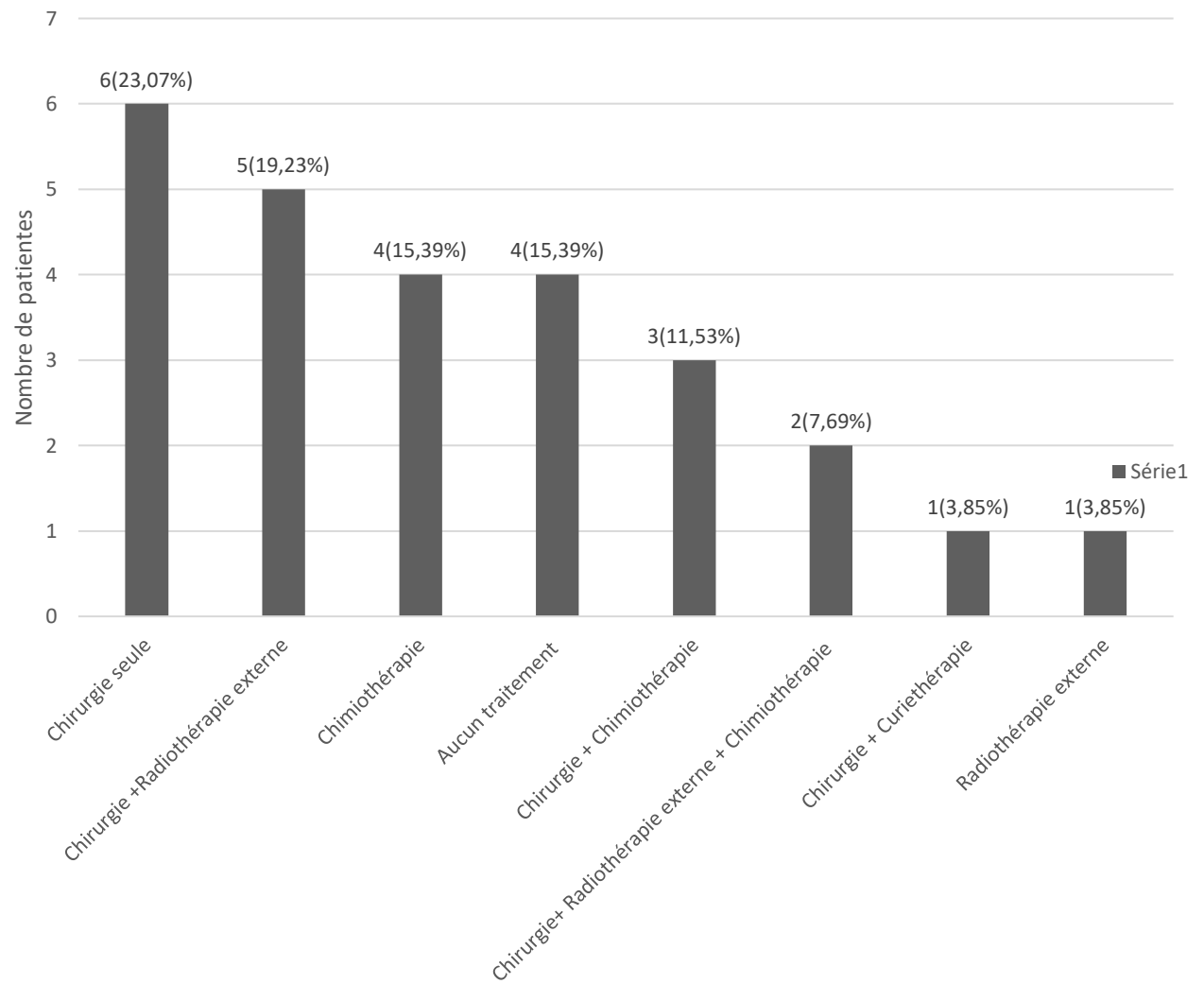
Dans notre série, 17 patientes ont bénéficié d'un traitement chirurgical (53%). Il s'agissait soit d'une hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale (11 cas), soit d'une hystérectomie totale élargie avec curage ganglionnaire (6 cas).

Parmi ces 17 patientes, 6 ont bénéficié d'une chirurgie exclusive (23,07%) et, pour les 11 autres soit pour 42,3 % des patientes, cette chirurgie a été complétée par un traitement adjuvant : 6 ont eu une radiothérapie (5 radiothérapie externe et 1 curiethérapie), 3 ont eu une chimiothérapie et 2 ont eu une radiothérapie et une chimiothérapie concomitantes.

4 patientes ont été mises sous chimiothérapie exclusive (15,39%) et une seule patiente a bénéficié uniquement de radiothérapie exclusive (3,85%).

Enfin, 4 patientes n'ont bénéficié d'aucun traitement (15,39%) (Figure 1).

L'information n'a pu être retrouvée pour 4 patientes.



**Figure 1:** Distribution des patientes selon le traitement.

*Evolution :*

Parmi les 31 patientes atteintes de néoplasie de l'endomètre et dont les dossiers médicaux étaient retrouvés, 14 sont décédées (45, 16%) avec une survie variant de 1 à 50 mois (moyenne : 20 mois).

A ce jour, seule 1 patiente est toujours suivie régulièrement par des examens clinique et /ou radiologiques avec un recul depuis la date du diagnostic de 9 ans et est en rémission complète.

16 patientes ont été perdues de vue (51,6 %) : 8 d'entre elles, après réception de leur compte rendu anatomopathologique, n'ont plus été revues. 8 ont été perdues de vue au cours du traitement avec un recul allant de 5 mois à 44 mois (Tableau 3).

Parmi les 8 patientes perdues de vue au cours de leur traitement, 1 d'entre elles n'ayant aucune amélioration n'a plus été revue. 3 n'ont plus été revues après la décision d'un changement de thérapie compte-tenu d'une réponse partielle, d'une évolution de leur maladie ou d'une complication liée au traitement. 1 a été perdue de vue après la chirurgie et enfin ,3 étaient en période de rémission complète.

Nous n'avons pu obtenir des informations pour 1 des patientes car le dossier médical n'a pu être retrouvé.

**Tableau III** : Suivi des patientes

Variables	n (%)	Durée(mois)	Moyenne durée(mois)
	n=31*		
<b>Décédées</b>	14(45.16)	1-50	20
<b>Perdus de vues</b>			
Au cours du traitement	8(25.81)	5-44	17
Perdus de vues d'emblée	8(25.81)	NA	NA
<b>Toujours suivies</b>	1(3.22)	108	
<b>Total</b>	31		

**Discussion :**

Le cancer de l'endomètre est plus fréquent dans les pays industrialisés et les taux d'incidence les plus élevés sont retrouvés dans les pays de l'Europe de l'Est et en Amérique du Nord [2]. Cependant, en Afrique, on constate ces dernières années une augmentation de l'incidence pouvant s'expliquer par une amélioration des méthodes de diagnostic, une meilleure fiabilité des données et l'augmentation d'une exposition aux facteurs de risque [5]. En Afrique sub saharienne, sa prévalence varie entre 6 et 9% des cancers féminins [9-10]. Au Gabon, une étude réalisée entre 1988 et 1998 dans le laboratoire d'ACP de la faculté de médecine à Libreville estimait sa prévalence à 5,3% [8]. Aujourd'hui sa prévalence est estimée à 2,5 % parmi les cancers gynécologiques et cette baisse pourrait s'expliquer par une augmentation du nombre de cas diagnostiqués de cancers du sein et du col.

N'existant pas de recommandation pour un dépistage systématique, la prévention par un contrôle des facteurs de risque chez la femme en pré ménopause et ménopausée est indispensable. De ce fait, les facteurs impliqués dans la cancérogénèse ont fait l'objet de nombreuses études qui se sont intéressées à différents facteurs conférant au cancer de l'endomètre une grande hétérogénéité [3-5,10, 12]. Ainsi, la plupart des femmes ayant un cancer de l'endomètre pourraient être décrites comme des femmes ménopausées se plaignant de métrorragies, ayant un excès d'œstrogènes avec une élévation de l'IMC associés à des troubles métaboliques à type d'hypertension artérielle et de diabète [12]. Il s'agit de femmes nullipares ou paucipares chez lesquelles on retrouve des antécédents familiaux de cancer de l'endomètre, du sein ou colorectal de parents du premier degré [5, 12]. Plus l'âge est élevé au moment du diagnostic, au-delà de 50 ans pour Sultana et al [12], et plus le pronostic est sombre [4,11]. Dans notre série près de 97 % des patientes avaient un âge supérieur à 50 ans et, par ailleurs, nous avons également retrouvé les différents facteurs de risque sus mentionnés. Toutefois concernant la parité, la majeure partie de nos patientes étaient des multipares avec au moins 3 enfants tout comme d'autres études africaines ont pu le retrouver telle que celle menée par Engbang et al au Cameroun [10]. Brinton et al [11] ont également mis en évidence que ce cancer survenait chez la femme de race noire multipare.

Concernant les facteurs pronostics pathologiques, Bockhman [13] a été le premier à décrire 2 types histologiques de cancer de l'endomètre avec le cancer de type 1 (type endometriode) lié à l'hyperoestrogénie, plus fréquent et de meilleur pronostic et le cancer de type 2 (type non endometriode) non hormono dépendant, plutôt associé à des altérations moléculaires et de haut

grade. Cependant, il ressort de notre travail que le type histologique endométrioïde est le plus fréquemment retrouvé (62%) et qu'il s'agit plutôt d'un cancer de haut grade et donc plus agressif. Cet aspect concorde avec les résultats trouvés par d'autres études menées en Afrique ou chez la femme de race noire [4, 5, 9, 11]. Ce mauvais pronostic serait également lié au fait qu'en Afrique, la découverte du cancer se fasse à un stade souvent tardif [9,10]. Dans notre série les stades Ib et III étaient les plus fréquemment rencontrés mais il faut souligner que dans 37,5% des cas, ce stade n'a pu être précisé.

Parmi les autres facteurs pronostics pathologiques chez les patientes ayant un cancer de l'endomètre figurent l'invasion lympho vasculaire, l'invasion myométriale et l'envahissement ganglionnaire dont la fréquence augmente avec le grade [4,11]. L'extension loco régionale et à distance est parfois retrouvée dans les cancers de haut grade [4]. Ces résultats concordent avec ceux de notre étude dans laquelle on retrouve un cancer plutôt de grade 3 présentant dans environ un tiers des cas des embolies lympho vasculaires avec un envahissement ganglionnaire. Une invasion myométriale était constamment retrouvée et était supérieure à 50% dans plus de la moitié des cas avec une extension loco régionale et extra utérine la plupart du temps absente.

Le traitement varie selon le grade histologique et le stade du cancer et la chirurgie reste le traitement proposé dans la plupart des cas [3]. Il s'agit d'une hystérectomie totale avec salpingo ovariectomie bilatérale associée à une lymphadenectomie pelvienne et para aortique lorsque l'invasion myométriale dépasse 50%, pour les cancers de grade 3 et pour tout cancer d'histologie à haut risque [3]. Pour les stades avancés et selon le grade histologique, la chirurgie est complétée par une radiothérapie et/ou une chimiothérapie adjuvantes [3]. Il existe cependant des nuances concernant le type de traitement chirurgical - notamment concernant le rôle de la

lymphadenectomie - et de traitement adjuvant [3]. Dans notre étude, la majorité des femmes ont bénéficié d'une chirurgie suivie généralement d'un traitement adjuvant par chimiothérapie et/ou radiothérapie. Les patientes n'ayant pas eu de chirurgie étaient des patientes mises sous traitement palliatif pour des cancers de type histologique à haut risque ou pour lesquelles la chirurgie n'aura pu être faite en raison de l'âge avancé ou d'une obésité.

Le guide de surveillance établi et révisé en 2015 par le « National Comprehensive Cancer Network » [14] recommande un examen clinique tous les 3 à 6 mois durant les 2 à 3 premières années puis tous les 6 mois ou annuellement pour les cancers de haut grade afin de diminuer le risque de récurrence. Toutefois, des études comme celle de Salvesen et al [15] ont amené à reconsidérer le suivi pour des patientes classées à faible risque de récurrence (stade Ia, grade 1 ou 2, ou stade Ib grade 1 ou d'âge inférieur à 60 ans). La surveillance préconisée à l'ICL était la même avec un suivi clinique et radiologique tous les 4 à 6 mois. Cependant, de notre étude, ressort la difficulté du suivi des patientes avec un nombre élevé de cas perdus de vue (51,6%) que ce soit avant l'instauration d'un traitement ou au cours du traitement. Ce nombre élevé de patientes perdues de vue n'était pas lié à un problème de distance ou à la catégorie socioprofessionnelle puisque les patientes dans leur ensemble résidaient pour la plupart à proximité de l'ICL et bénéficiaient d'une prise en charge par une assurance maladie. Par ailleurs, les délais entre le compte rendu anatomopathologique, le bilan pré thérapeutique et la prise en charge thérapeutique n'expliquaient pas toujours le fait que ces patientes interrompent leur suivi. Cette difficulté de suivi pourrait plutôt être liée à un dénigrement, à la peur ou à un manque de compréhension de la maladie (8 des patientes ayant disparu après avoir réceptionné leur résultat anatomopathologique et 2 des patientes ayant présenté un syndrome dépressif et des angoisses) et à un manque de confiance aux traitements



proposés (4 patientes ayant disparu suite à des complications ou une résistance à la chimiothérapie) d'où l'intérêt d'un suivi psychologique régulier et précoce de ces patientes.

**Conclusion :**

Le cancer de l'endomètre se caractérise par son hétérogénéité évolutive et pronostique par rapport aux différents sous types histologiques. Quoique plus fréquent dans les pays industrialisés, il voit son incidence augmenter en Afrique.

Au Gabon, il s'agit d'un cancer de la femme ménopausée, multipare, en surpoids ou obèse souvent hypertendue et/ou diabétique. Il s'agit d'un cancer de type endométrioïde, le plus souvent de haut grade de malignité quel que soit le stade clinique et donc, de mauvais pronostic.

Face à ce cancer souvent d'emblée de mauvais pronostic et à la difficulté de suivi des patientes , il est d'intérêt de mettre en place dans notre pays une stratégie de prévention et de management adaptée passant par l'information des femmes notamment en pré ménopause et ménopausée de différentes couches sociales sur les facteurs de risque, un suivi gynécologique , le contrôle des facteurs de risque et la mise en place d'unités dans la prise en charge psychosociale de ces patientes . Enfin, ce travail a été confronté au problème du manque de certains renseignements dans les dossiers médicaux des patientes et attire l'attention sur l'intérêt d'un enregistrement correct de toutes les informations pour les patients porteurs de cancer.

**Conflits d'intérêt :**

Les auteurs ne déclarent avoir aucun conflit d'intérêts.

**Contribution des auteurs :**

Tous les auteurs ont participé à cette étude.

**Références:**

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R et coll. Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015 ; 136(5) :E359-86.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et coll. Endometrial cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2018, in press.
3. Tran AQ, Gehrig P. Recent advances in endometrial cancer [version1 ; referees : 2 approved]. *F1000 Research* 2017 ; 6(F1000 Faculty Rev) :81.
4. Binder PS, Mutch DG. Update on prognostic markers for endometrial cancer. *Women's health* 2014 ; 10(3) :277-288. -464.
5. Missaoui N, Jaidene L, Ben Abdelkader A et coll. Cancer of corpus uteri in Tunisia : epidemiological and clinicopathological features. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2011 ; 12 :461.
6. Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulvar, cervix , and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet* 2009 ; 105 : 103-104.
7. Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS et coll. WHO classification of tumours of the female reproductive organs. IARC press 2014, Lyon.
8. Méyé JF, Mabicka Mabicka B, Belembaogo E et coll. Carcinomes de l'endomètre au Gabon. Etude de 34 cas sur 11 ans : 1988-1998. *Cah Etud Rech Francoph/Sante* 2000 ; 10(1) :43-48.
9. Tonato Bagnan JA, Denakpo JL, Aguida B et coll. Epidemiology of the gynecological and mammary cancer to the HOMEL and in the CUGO Cotonou, Bénin. *Bull Cancer* 2013 ; 100(1) :141-146.

10. Engbang NJP, Essome H, Tchente NC et coll. Cancer de l'endomètre au Cameroun : profil histoépidémiologique de 176 cas. J Afr Cancer 2015 ; 7 : 218-222 .
11. Brinton LA, Felix AS, McMeekin DS et coll. Etiologic heterogeneity in endometrial cancer :evidence from a gynecologic oncology group trial. Gynecol Oncol 2013 ; 129(2) :277-284.
12. Gao J, Yang G, Wen W et coll. Impact of known risk factors on endometrial cancer burden in chinese women. Eur J Cnacer Prev 2016 ; 25(4) : 329-334.
13. Bockman JV. Two pathogenetic types of endometrial carcinoma. Gynecol Oncol 1983 ; 15 : 10-17.
- 14.NCCN Guidelines Version 2.2015. Endometrial carcinoma. Accessed at [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/uterine/pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/uterine/pdf)