Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 2712-6412 Open access

Article original

Rôle de la tomodensitométrie dans le bilan d'extension des cancers gynécologiques : cas des hôpitaux de référence de Garoua

The role of computed tomography in the staging of gynecological cancers: the case of the reference hospitals of Garoua

Y Onana*[1], M Aminou[1], S Mbozo'o Mvondo[1], B Dhara[1], R Inna[1], J Tambe[2], S Dongmo[2], B Moustapha[3], T Pechaine[1], JM Amvene[1], OF Zeh[4]

Résumé

Objectif : Le but de ce travail était d'évaluer l'apport de la tomodensitométrie (TDM) dans le bilan d'extension des cancers gynécologiques pris en charge dans les hôpitaux de référence de la ville de Garoua (Cameroun).

Méthodologie : Nous avons mené une étude transversale, descriptive, rétrospective sur une période de 3 ans (janvier 2022–janvier 2025) incluant 37 patientes présentant un cancer gynécologique confirmé histologiquement et ayant bénéficié d'une TDM thoraco-abdomino-pelvienne avant toute prise en charge chirurgicale. Les données sociodémographiques, cliniques, histopathologiques et scannographiques ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS.

Résultats : Les examens TDM réalisés pour le bilan d'extension des cancers gynécologiques représentaient 2,98 % des 1 506 scanners effectués durant la période d'étude. L'âge moyen des patientes était de 54,9 ± 12,6 ans. Le cancer du sein était prédominant (70,3 %), suivi des cancers gynécologiques pelviens (29,7 %). Pour le cancer du sein, le principal motif de consultation était la découverte d'une masse mammaire (50 %). Le carcinome canalaire invasif représentait le type histologique le plus fréquent (50 %). Les tumeurs mesuraient plus de 50 mm dans 46,2 % des cas, avec une atteinte ganglionnaire axillaire dans 93,8 % et des métastases à distance dominées par les localisations osseuses (44,4 %). Les stades III selon la classification TNM étaient les plus représentés (43,3 %). Concernant les cancers pelviens, les saignements vaginaux constituaient le principal motif de consultation (36,4 %). Le carcinome épidermoïde était le type histologique le plus fréquent (27,3 %). La TDM montrait un envahissement locorégional dans

63,6 % des cas et des métastases à distance dans 27,3 %.

Conclusion : Dans un contexte de ressources limitées, la tomodensitométrie constitue un outil accessible et utile pour l'évaluation globale des cancers gynécologiques, en particulier pour l'appréciation de l'atteinte ganglionnaire et des localisations métastatiques. Toutefois, ses performances pour l'analyse fine de l'extension locorégionale, notamment dans les cancers gynécologiques pelviens, demeurent limitées et doivent être interprétées avec prudence en l'absence de modalités de référence telles que l'imagerie par résonance magnétique.

Mots-clés : Cancers gynécologiques ; Tomodensitométrie ; Bilan d'extension ; Garoua.

Abstract

Objective: The aim of our was to evaluate the contribution of computed tomography (CT scan) n the staging assessment of gynecological cancers in the reference hospitals of Garoua, Cameroon.

Methodology: We conducted a cross-sectional, descriptive, retrospective study over a 3-year period ((January 2022–January 2025). It included 37 patients with histologically confirmed gynecological cancers who underwent thoraco-abdomino-pelvic CT prior to any surgical treatment. Sociodemographic, clinical, histopathological, and CT imaging data were analyzed using SPSS software.

Results: CT examinations performed for gynecological cancer staging accounted for 2.98% of the 1,506 CT scans during the study period. The mean age of patients was 54.9 ± 12.6 years. Breast cancer was the most frequent malignancy (70.3%), followed by pelvic gynecological cancers (29.7%).

For breast cancer, the main presenting symptom was a palpable breast mass (50%). Invasive ductal carcinoma was the predominant histological type (50%). Tumor size exceeded 50 mm in 46.2% of cases, with axillary lymph node involvement in 93.8% and distant metastases mainly involving bone (44.4%). Stage III disease according to the TNM classification was most common (43.3%).

For pelvic cancers, vaginal bleeding was the most frequent presenting symptom (36.4%). Squamous cell carcinoma was the predominant histological type (27.3%). CT findings showed locoregional extension in 63.6% of cases and distant metastases in 27.3%.

Conclusion: I In a context of limited resources, computed tomography is an accessible and useful tool for the overall assessment of gynecological cancers, particularly for evaluating lymph node involvement and metastatic sites. However, its performance for detailed analysis of locoregional extension, especially in pelvic gynecological cancers, remains limited and must be interpreted with caution in the absence of reference modalities such as magnetic resonance imaging.

Keywords: Gynecological cancers; Computed tomography; Staging assessment; Garoua.

Introduction

Les cancers gynécologiques constituent un important problème de santé publique à l'échelle mondiale. En Afrique subsaharienne, le poids des cancers gynécologiques est accentué par des diagnostics souvent tardifs[1], liés à un accès limité aux structures spécialisées, et à l'absence de moyens d'imagerie avancée[2]. Au Cameroun, le cancer du sein représente le cancer le plus fréquent chez la femme, suivi par le cancer du col de l'utérus[3]. Dans ce contexte, l'évaluation précise de l'extension tumorale est un élément important pour orienter la prise en charge thérapeutique et améliorer le pronostic des patientes.

L'imagerie médicale qui contribue initialement au diagnostic radiologique, joue un rôle central dans cette évaluation. La tomodensitométrie (TDM) permet d'apprécier l'extension locorégionale des tumeurs et de détecter les métastases à distance[4]. Elle constitue ainsi un outil essentiel dans le bilan d'extension, en particulier pour le cancer du sein[5]. Toutefois, pour les cancers gynécologiques pelviens, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) est considérée comme la modalité de référence pour la

stadification locale, notamment selon la classification FIGO (Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique)[6]. Par contre, cette modalité demeure relativement peu accessible dans notre contexte sous-régional, caractérisé par des ressources limitées, ce qui confère à la TDM un rôle important de substitution. Plusieurs études africaines ont mis en évidence l'intérêt de la TDM dans le bilan d'extension des cancers gynécologiques, tout en soulignant certaines limites, telles que la faible accessibilité et l'utilisation sous-optimale liées aux contraintes techniques et organisationnelles[7,8].

Le but notre étude est d'évaluer le rôle de la tomodensitométrie dans le bilan d'extension des cancers gynécologiques pris en charge dans les hôpitaux de référence de la ville de Garoua.

Méthodologie

Design, période et cadre de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, transversale, et descriptive, qui a été menée sur une période de 03 ans (janvier 2022 à janvier 2025), et réalisée dans les services de radiologie et d'imagerie médicale de l'Hôpital Général de Garoua (HGG) et de l'Hôpital Régional de Garoua (HRG), en collaboration avec les services de gynéco-obstétrique et d'anatomo-pathologie. Ces hôpitaux sont équipés chacun d'un scanner GE Revolutio CT avec injecteur automatique. Concernant la procédure d'examen, les patients étaient généralement à jeun, et tous les examens étaient avec et sans injection de produits de contraste, comme recommandé dans la littérature[9]. Une opacification digestive complète peut être effectué dans le bilan d'extension des cancers de l'ovaire selon certains auterurs[10]. Aucun balisage n'a été réalisé chez nos patientes. Le produit de contraste administré était du Iopamidol 370 mgI/mL par voie intraveineuse à la dose de 2 ml/kg. On procédait habituellement à 3 à 4 acquisitions. Une acquisition hélicoïdale abdomino-pelvienne sans injection de produit de contraste, une acquisition thoraco-abdominale au temps artériel (25 secondes post-injection), puis au temps portal (70 secondes post-injection) sur l'abdomen et le pelvis), et de manière optionnelle une phase tardive (10 minutes après injection) pour l'étude de l'opacification de l'arbre urinaire. Les reconstructions coronales et sagittales étaient indispensables à une analyse des différents étages.

Population d'étude

Les données ont été collectées en utilisant les comptes rendus des TDM thoraco-abdomino-pelviennes (TAP). Nous avons inclus dans cette étude toutes les patientes présentant un cancer gynécologique confirmé histologiquement et ayant effectué un TAP dans nos services de radiologie et d'imagerie médicale, avant toute intervention chirurgicale, Nous avons exclu les patientes dont les dossiers médicaux étaient incomplets, notamment sans confirmation histopathologique du cancer, et les patientes ayant subi une intervention chirurgicale avant leur TDM.

Variables

Les données ont été extraites des dossiers médicaux des patientes, de fiches d'enquête spécifiques et des registres d'interprétation radiologique. Elles comprenaient les :

- Données sociodémographiques : âge, niveau d'étude, profession, statut matrimonial.
- Données cliniques : statut ménopausique, gestité, parité et motif principal de consultation.
- Données histopathologiques : type de cancer
- Résultats scannographiques précisant initialement les caractéristiques tumorales telles que la taille (mm), les contours (réguliers, irréguliers, spiculés), l'aspect spontané (homogène, hétérogène), la densité spontanée (isodense, hypodense, hyperdense) et le type de rehaussement après injection intra-veineuse de produit de contraste. Ensuite on précisait le bilan d'extension loco-régionnal (adénopathies et organes avoisinant) et la découverte de métastases (os, poumons, foie, péritoine). Enfin une stadification était retenu à travers la classification TNM (tumor-node-metastasis) pour le cancer du sein11. Dans cette étude, nous n'avions pas aborder la classification FIGO (Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique) pour les cancers pelviens, qui est

effectuée de nos jours par l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM)[12].

Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics version 20. Une valeur $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative. Des statistiques descriptives, incluant les fréquences et les pourcentages, ont été utilisées pour résumer les variables catégorielles. Les moyennes et les écarts-types ont été utilisés pour les variables continues.

Considérations éthiques

Cette étude a reçu l'accord du Comité Régional d'Éthique pour la Recherche en Santé Humaine de la région du Nord.

Résultats

Données épidémio-cliniques de la population générale

Sur les 1 506 examens TDM réalisés pendant la période d'étude, 37 (2,98 %) ont été effectués pour le bilan d'extension des cancers gynécologiques.

L'âge moyen de la cohorte était de 54,88 ± 12,6 ans, avec des extrêmes de 22 et 77 ans (Figure 1). Une prédominance de la tranche d'âge de 40-50 ans a été observée pour le cancer du sein, tandis que les cancers gynécologiques pelviens touchaient majoritairement les patientes âgées de plus de 60 ans.

Les patientes atteintes de cancer du sein présentaient plus fréquemment un niveau d'instruction supérieur (34,6 %) que celles ayant des cancers gynécologiques pelviens (18,2 %). Les patientes sans activité professionnelle étaient proportionnellement plus nombreuses dans le groupe des cancers pelviens (45,5 %) que dans celui des cancers du sein (30,8 %). La majorité des patientes étaient mariées dans les deux groupes (57,7 % pour le cancer du sein et 54,5 % pour les cancers pelviens). Près de la moitié des patientes atteintes de cancer du sein n'étaient pas ménopausées (50 %), tandis que plus de la moitié des patientes souffrantes de cancers pelviens étaient ménopausées (54,5 %). La multiparité prédominait dans les deux groupes (88,5 % et 72,7 %), les nullipares représentant moins de 10 % des cas.

Sur le plan clinique, les principaux motifs de consultation différaient selon le type de cancer. Pour le cancer du sein (Tableau I), la découverte d'une masse mammaire était prédominante (50 %)., tandis que pour les cancers gynécologiques pelviens (Tableau II), les saignements vaginaux représentaient le principal symptôme révélateur (36,4 %).

Données histopathologiques

L'étude histopathologique a montré une prédominance du carcinome canalaire invasif (50 %) pour le cancer du sein (Tableau III) et du carcinome épidermoïde (27,3 %) pour les cancers gynécologiques pelviens (Tableau IV).

Résultats de la tomodensitométrie

- Caractéristiques tomodensitométriques du cancer du sein (n=26)

Les tumeurs mammaires présentaient une taille supérieure à 50 mm dans 46,2 % des cas. Les contours étaient majoritairement irréguliers (65,4 %), avec un aspect spontané hétérogène (76,9 %) et isodense (65,4 %) tel que présenté dans la Figure 2. Après injection de produit de contraste, un rehaussement intense et hétérogène était observé dans 96,2 % des cas.

L'extension locorégionale était dominée par l'atteinte ganglionnaire, retrouvée dans 61,5 % des cas, avec une prédominance des adénopathies axillaires (93,8 %). Des métastases à distance étaient mises en évidence chez une proportion importante des patientes, principalement à localisation osseuse (44,4 %), suivies des atteintes pulmonaires et hépatiques (Figure 3).

L'extension locorégionale était principalement traduite par un envahissement ganglionnaire dans 61,5 % des cas, notamment de siège axillaire (93,8 %). Les métastases osseuses étaient les plus fréquentes parmi les localisations secondaires, touchant 44,4 % des patientes métastatiques.

La stadification selon la classification TNM montrait une prédominance des stades avancés, avec une majorité de stades III (42,3 %), suivis des stades IV

(34,6 %). Les tumeurs de grande taille étaient plus fréquemment associées à une extension ganglionnaire et à la présence de métastases à distance.tel que le montre la Figure 4.

- Caractéristiques tomodensitométriques des cancers gynécologiques pelviens (n=11)

Parmi les cancers pelviens, les localisations cervico-utérines étaient les plus fréquentes (n = 7), suivies des cancers de l'endomètre (n = 2) et de l'ovaire (n = 2). La taille tumorale variait selon l'organe atteint, avec une moyenne d'environ 23 mm pour les cancers du col de l'utérus et des masses nettement plus volumineuses pour les cancers de l'ovaire (210 mm).

Un envahissement locorégional était observé dans 63,6 % des cas (n = 7), incluant l'atteinte des annexes (28,6 %), de la vessie (14,3 %), ou du rectum (14,3 %). Une dissémination ganglionnaire locorégionale était retrouvée chez plus de la moitié des patientes (57,1%).

Nous avons choisi d'étudier particulièrement le bilan d'extension du cancer du col de l'utérus. Chez les patients souffrant de cancer du cancer du col de l'utérus, on retrouvait également une atteinte des annexes et ovaires (28,6 %), de la vessie (14,3 %), tel que présenté dans la Figure 6. Des métastases à distance étaient identifiées dans 27,3 % des cas (3 patientes), correspondant individuellement à des lésions osseuses vertébrales, à une atteinte hépatique multinodulaire, et à une carcinomatose péritonéale associée à une ascite.

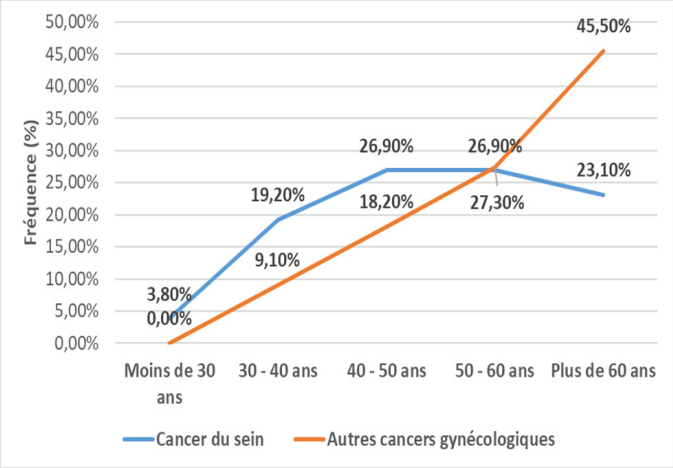


Figure 1 : distribution des patientes en fonction de l'âge.

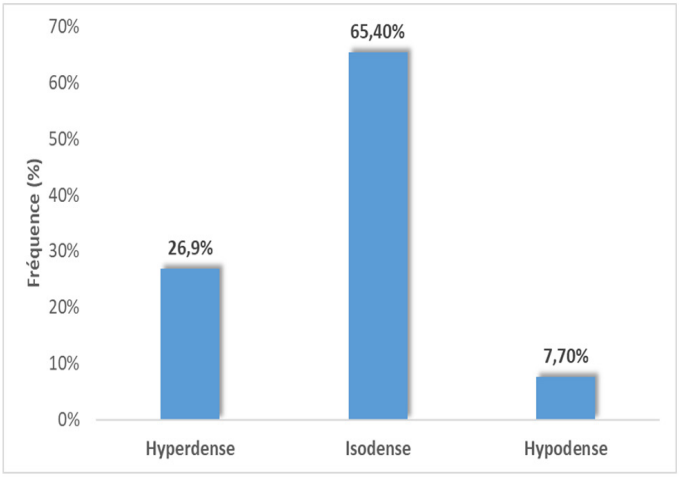


Figure 2 : répartition des patientes souffrant des cancers du sein selon la densité spontanée des lésions.

Tableau I : répartition des patientes souffrant de cancer du sein selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif (n = 26)	Pourcentage (%)
Masse mammaire	13	50,0
Mastodynie	7	26,9
Ecoulement mammaire	6	23,1

Tableau II : répartition des patientes souffrant des cancers pelviens gynécologiques selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif (n = 11)	Pourcentage (%)
Masse pelvienne	2	18,2
Douleur pelvienne	2	18,2
Saignement	4	36,4
Hydrorrhée	1	9,1
Signes urinaires	2	18,2

Tableau III : répartition des patientes souffrant des cancers du sein selon l'étude anatomopathologique

Anatomopathologie	Effectif (n = 26)	Pourcentage (%)
Carcinome canalaire invasif	13	50,0
Carcinome lobulaire invasif	4	15,4
Carcinome canalaire in situ	6	23,1
Carcinome lobulaire in situ	1	3,8
Autres	2	7,7

Tableau IV : répartition des patientes souffrant des cancers pelviens gynécologiques selon l'étude anatomopathologique

Anatomopathologie	Effectif (n = 11)	Pourcentage (%)
Carcinome épidermoïde	3	27,3
Adénocarcinome	2	18,2
Carcinome adénosquameux	2	18,2
Tumeurs épithéliales communes	2	18,2
Adénocarcinome endométrioïde	2	18,2

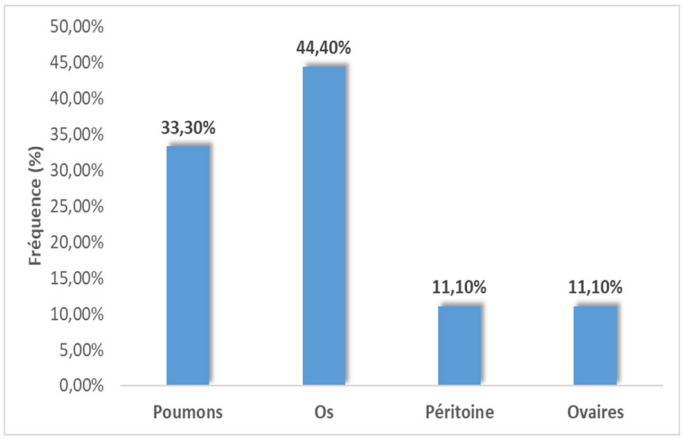


Figure 3 : répartition des patientes souffrant des cancers du sein selon les localisations secondaires.

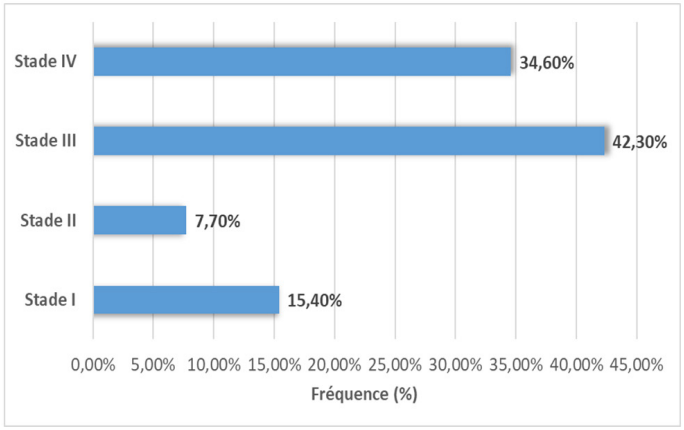


Figure 4 : répartition des patientes souffrant des cancers du sein selon les stades du cancer après TDM.

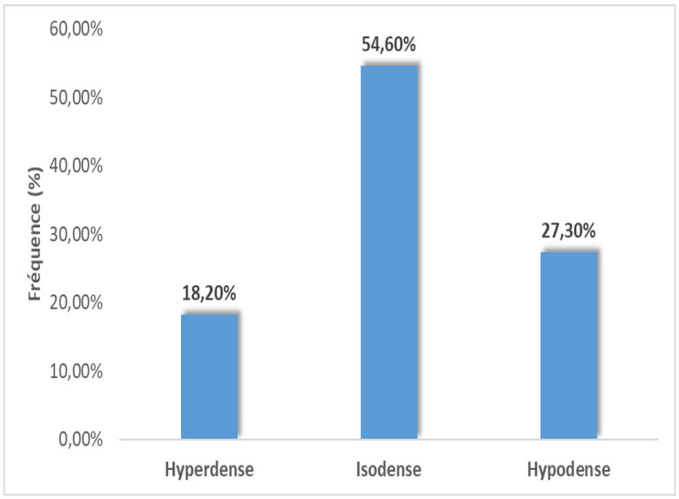


Figure 5 : répartition des patientes souffrant des cancers pelviens gynécologiques selon la densité spontanée des lésions.

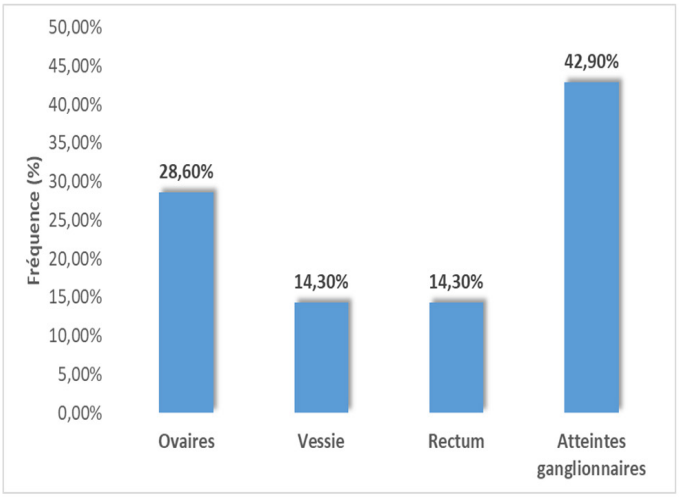


Figure 6 : répartition des patientes souffrant des cancers pelviens gynécologiques selon les organes atteints par l'envahissement locorégional.

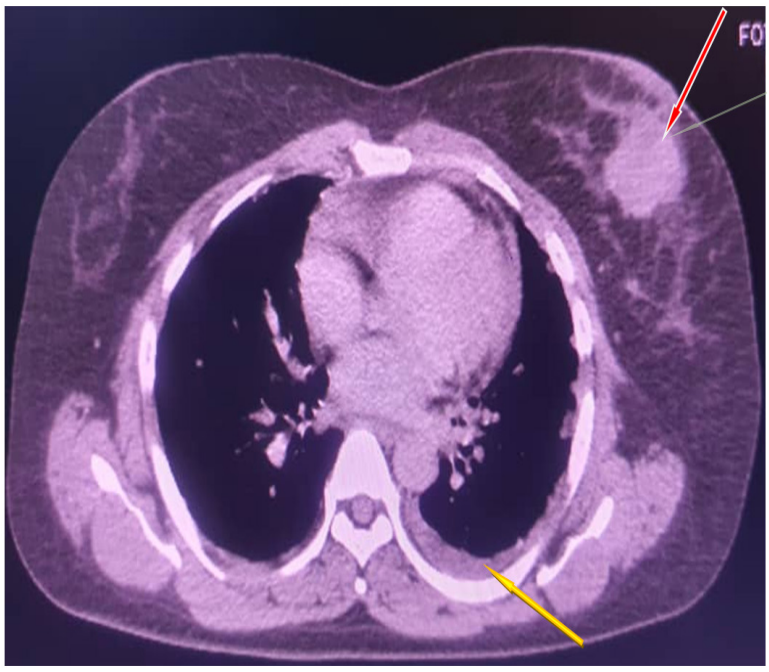


Figure 7 : Image tomodensitométrique thoracique en fenêtre parenchymateuse des parties molles, réalisée après injection de produit de contraste iodée, présentant une masse tumorale du sein gauche (flèche rouge), aux contours irréguliers, et modérément rehaussée. Présence d'un épanchement péricardique, associé à un épanchement pleural bilatéral prédominant à gauche (flèche jaune).

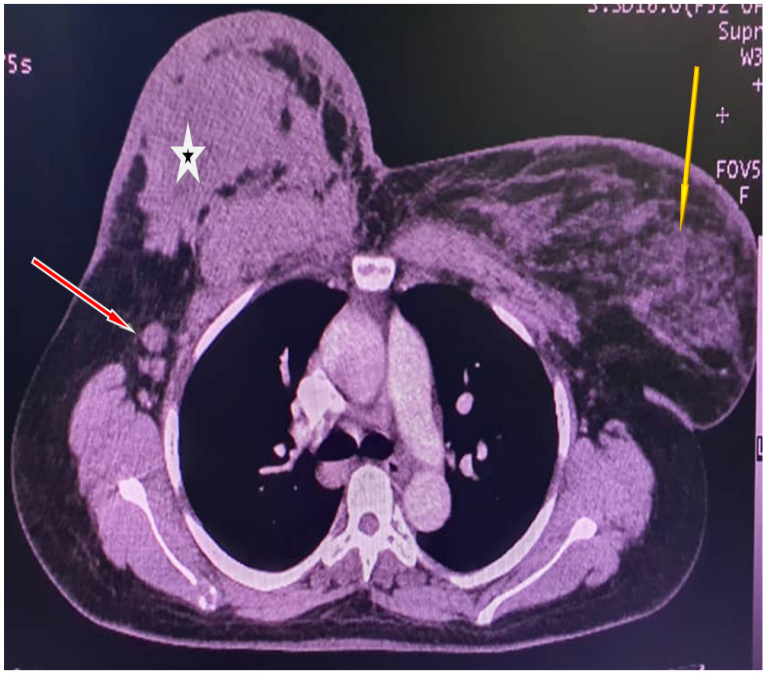
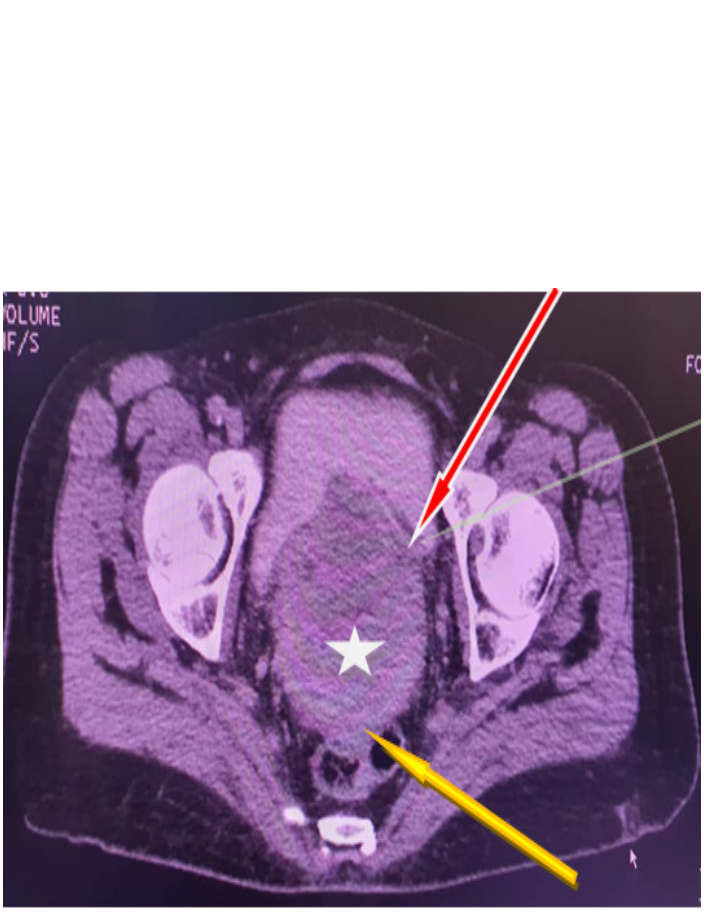


Figure 8 : Image tomodensitométrique thoracique en fenêtre des parties molles, réalisée après injection de produit de contraste iodé, objectivant une volumineuse masse tumorale mammaire droite (étoile blanche), d'aspect polymorphe, aux contours irréguliers, présentant un rehaussement modéré avec extension à la paroi thoracique adjacente, associée à des adénomégalies axillaires satellites (flèche rouge). Présence d'une infiltration diffuse du parenchyme mammaire gauche (flèche jaune), compatible avec une atteinte carcinomateuse controlatérale, suggérant un cancer mammaire bilatéral.





Figures 9 & 10 : Tomodensitométrie abdomino-pelvienne réalisée après injection de produit de contraste iodé, avec acquisition axiale (A) et reconstruction coronale (B), mettant en évidence une volumineuse masse cervico-utérine hétérogène (étoile blanche), à rehaussement inhomogène, responsable d'un envahissement loco-régional de la base vésicale (flèche rouge) et du rectum (flèche jaune). Il s'y associe une uropathie obstructive droite en amont (flèche blanche), traduisant une atteinte compressive de l'uretère homolatéral.

Discussion

Le bilan d'extension constitue une étape déterminante dans la prise en charge des cancers gynécologiques[13]. Dans les pays à ressources limitées, l'accès limité aux examens d'imagerie performants entrainent souvent un retard diagnostique fréquent en Afrique[8]. Dans notre série, la prédominance du cancer du sein (70,3 %) était conforme aux données de la littérature, comme la première cause de cancer chez la femme[3,14]. Le cancer du col de l'utérus demeure néanmoins une pathologie majeure, notamment dans les régions où les programmes de dépistage sont insuffisamment développés[8].

Dans notre série, l'âge moyen des patientes était d'environ 54 ans. Ces résultats sont comparables à ceux rapportés par Samassa et al15, qui ont retrouvé un âge moyen de 52,2 ans chez 66 patientes présentant un cancer mammaire confirmé histologiquement, avec des localisations secondaires thoraciques mises en évidence à la tomodensitométrie. De manière similaire, Kone et al.16, ont rapporté un âge moyen de 54 ans dans une étude portant sur l'apport de la TDM dans le bilan d'extension des cancers du col de l'utérus chez 35 patientes. Dans notre étude, le carcinome canalaire invasif constituait le type histologique le plus fréquemment observé parmi les cancers du sein (50 %), tandis que le carcinome épidermoïde prédominait au sein des cancers gynécologiques pelviens (27,3 %). Ces résultats sont concordants avec les données de la littérature, qui rapportent une prédominance similaire de ces types histologiques respectivement dans les cancers du sein et du col de l'utérus[4,15].

Dans notre étude, plusieurs patientes consultaient spontanément en raison de symptômes cliniques évocateurs, tels que la découverte d'une masse mammaire pour le cancer du sein (50 %) et la survenue de saignements vaginaux pour les cancers gynécologiques pelviens (36,4 %). Ces manifestations cliniques traduisent le plus souvent des formes évoluées de la maladie. Nos résultats rejoignent ceux d'autres études africaines, qui ont mis en évidence un pronostic défavorable en rapport avec un diagnostic tardif des cancers gynécologiques dans notre contexte[8].

- *Apport de la TDM dans le bilan d'extension du cancer du sein*

Dans notre étude, les lésions mammaires étaient de grande taille dans 46,2 % des cas, traduisant un diagnostic souvent tardif. Ces résultats sont concordants avec ceux rapportés dans la littérature, notamment par Somé et al16, au Burkina Faso, qui décrivaient des tumeurs mammaires de grande taille, avec une dimension moyenne de 68,6 mm. Les contours tumoraux étaient irréguliers dans 65,4 % des cas, une proportion légèrement inférieure à celle rapportée par d'autres séries17, possiblement en lien avec une variabilité inter-observateur. Par ailleurs, il a été montré récemment que les masses à contours irréguliers sont fréquemment associées à un haut grade histologique[18].

L'atteinte ganglionnaire axillaire constituait le principal signe d'extension locorégionale, retrouvé chez 94 % des patientes, bien que toutes les aires ganglionnaires thoraciques n'aient pas été systématiquement précisées dans les comptes rendus. Eddine et al.19, ont montré que la TDM permet une évaluation fiable de l'extension ganglionnaire locorégionale auprès de 25 patients. Il faut souligner que les critères de positivité reposent sur un diamètre du petit axe ganglionnaire ≥ 10 mm20, et que l'atteinte ganglionnaire clinico-radiologique est classée en stades N0 à N3 selon la classification TNM[21].

Concernant les métastases, l'atteinte osseuse représentait la localisation secondaire la plus fréquente de notre série (44 %), en accord avec les données récentes de la littérature[22]. Plusieurs auteurs ont également rapporté que le risque métastatique est faible pour les tumeurs de taille inférieure à 5 cm, mais augmente significativement lorsque la taille tumorale dépasse 5 cm[7].

Grâce à la tomodensitométrie, près de la moitié des patientes étaient classées au stade III de la classification TNM (42,3 %) et plus du tiers au stade IV (34,6 %). Le stade IV correspondant à une dissémination métastatique[21]. Ces résultats sont cohérents avec ceux

de Brennan et al[23]., qui ont montré une augmentation significative du risque métastatique aux stades III et IV.

- *Apport de la TDM dans les cancers gynécologiques pelviens*

Concernant les cancers gynécologiques pelviens, bien que l'effectif par localisation soit limité en raison de la relative rareté de ces pathologies, notre étude a permis d'identifier plusieurs éléments scanographiques pertinents. La taille tumorale moyenne était de 60,1 mm pour les lésions cervico-utérines et de 210 mm pour les lésions ovariennes, confirmant qu'une taille tumorale importante est évocatrice de malignité et traduisant un diagnostic souvent tardif dans notre contexte. Ces résultats sont concordants avec les données de la littérature, qui rapportent que près de 75 % des cancers de l'ovaire sont diagnostiqués à un stade avancé12. Nous avons choisi dans le cadre de notre travail de recherche d'analyser plus spécifiquement le bilan d'extension du cancer du col de l'utérus, afin de faciliter la comparaison avec les publications existantes, ce cancer représentant la localisation gynécologique pelvienne la plus fréquente15. Dans notre série, une dissémination ganglionnaire locorégionale était observée chez 57,1 % des patientes, un taux comparable à celui rapporté par Scott et al.7 au Ghana, qui retrouvaient une atteinte ganglionnaire dans 52 % des cas en tomodensitométrie, contre 2 % en échographie, chez 251 patientes atteintes de cancer du col de l'utérus. Il est important de souligner que l'analyse des ganglions constitue une étape essentielle du bilan d'extension des cancers pelviens24. En tomodensitométrie, le principal critère diagnostique repose sur un diamètre du petit axe supérieur à 1 cm8, bien que la performance diagnostique puisse être améliorée par la TEP-TDM, plus sensible et spécifique9.

L'envahissement locorégional était présent chez 63,6 % des patientes, intéressant principalement les ovaires, la vessie et le rectum. Les différences observées avec certaines séries, notamment celle de Kone et al.16, pourraient s'expliquer par des variations méthodologiques et par l'absence, dans notre étude, de l'évaluation systématique de l'extension vaginale, relativement bien appréciée par l'examen clinique. De même, l'extension paramétriale est plus aisément appréciée en IRM8.

Plusieurs auteurs considèrent l'IRM comme l'examen de référence pour l'évaluation loco-régionale des cancers du col de l'utérus25, en raison de sa meilleure résolution en contraste et de son bon rapport coût-efficacité6,9. Toutefois, cette modalité reste peu accessible dans notre milieu26, ce qui confère à la tomodensitométrie un rôle central dans le bilan d'extension des formes avancées, notamment grâce à la possibilité de réaliser des clichés urographiques8.

Dans notre étude, une atteinte métastatique était retrouvée chez trois patientes atteintes de cancer du col de l'utérus, avec des localisations principalement hépatiques, osseuses et péritonéales. Selon Yomi *et al.27, la fréquence des métastases au cours du cancer du col utérin varie en fonction des circonstances de découverte et du stade évolutif de la maladie. De manière générale, le pronostic et la stratégie thérapeutique des tumeurs du col utérin dépendent étroitement de la taille tumorale, de l'extension locale et de l'atteinte ganglionnaire12.

Cette étude présente certaines limites. Son caractère rétrospectif ne nous a pas permis de disposer de données biologiques complètes pour l'ensemble des patientes. Par ailleurs, la taille réduite de l'échantillon, principalement liée à la relative rareté des tumeurs gynécologiques pelviennes, limite la puissance des analyses. Enfin, les critères de sélection des patientes peuvent avoir restreint la mise en évidence de corrélations objectives au sein de la population étudiée.

Conclusion

La tomodensitométrie représente un outil performant pour l'évaluation des lésions tumorales gynécologiques, l'analyse de l'extension locorégionale et la détection des localisations secondaires, à condition d'être réalisée avec injection de produit de contraste iodé. Les résultats de notre étude confirment les données

de la littérature quant à l'intérêt du scanner dans le bilan d'extension des cancers gynécologiques. Toutefois, malgré son rôle central dans un contexte de ressources limitées, la tomodensitométrie ne saurait se substituer à l'imagerie par résonance magnétique pour l'analyse fine de l'extension locorégionale des cancers gynécologiques pelviens.

La tomodensitométrie constitue un outil accessible et utile pour l'évaluation globale des cancers gynécologiques, en particulier pour l'appréciation de l'extension à distance et de l'atteinte ganglionnaire. Elle permet d'orienter la prise en charge initiale des patientes, notamment dans les situations de présentation à des stades avancés. Les résultats de notre étude confirment les données de la littérature quant à l'intérêt du scanner dans le bilan d'extension des cancers gynécologiques. Toutefois, malgré son rôle central dans un contexte de ressources limitées, la tomodensitométrie ne saurait se substituer à l'imagerie par résonance magnétique pour l'analyse fine de l'extension locorégionale des cancers gynécologiques pelviens.

Remerciements : Nous remercions le personnel des différents services de radiologie, de gynécologie, et d'anatomo-pathologie

Financement : Aucun.

Contributions des auteurs : Tous les auteurs ont contribué au travail de recherche. Ils ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

***Correspondance :**

Yannick Onana

yannickonana@yahoo.fr

Disponible en ligne : 22 Janvier 2026

1 : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Garoua, Université de Garoua (Garoua, CAMEROUN).

2 : Faculty of Health Sciences, University of Buea (Buea, CAMEROON)

3 : Faculté de Médecine et des Sciences pharmaceutiques de Douala, Université de Douala (Douala, CAMEROUN)

4 : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé, Université de Yaoundé I (Yaoundé, CAMEROUN)

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

Conflict d'intérêt : Aucun

Références

[1] Engbang JP, Essome H, Koh VM, Simo G, Essam JD, Mouelle AS, Essame JL. Cancer du sein au Cameroun, profil histo-épidémiologique : à propos de 3044 cas. Pan Afr Med J. 2015;21:1.

[2] Agobe AJ. Politique de gratuité ciblée dans la lutte contre le cancer du sein chez la femme : enjeux et portée (Côte d'Ivoire). Pensées Genre Penser Autrement. 2024;4:18-33.

[3] Engbang JP, Koh VM, Tchente CN, Fewou A. Aspects histo-épidémiologiques des cancers génitaux de la femme dans la région du Littoral, Cameroun. Pan Afr Med J. 2015;21:1.

[4] Bazot M, Chopier J, Boudghène F, Bigot JM. Bilan d'extension des cancers de l'axe utéro-vagino-vulvaire. J Radiol. 1997;78(1):11-19.

[5] Gerber B, Seitz E, Müller H, Krause A, Reimer T, Kundt G, Friese K. Perioperative screening for metastatic disease is not indicated in patients with primary breast cancer and no clinical signs of tumor spread. Breast Cancer Res Treat. 2003;82(1):29-37.

[6] Balleyguier C, Kinkel K, Haie-Meder C, Morice P, Lhomme C, Lumbroso J, Sigal R. Quels examens proposer pour le bilan d'extension et le suivi des

cancers du col utérin : IRM, scanner, TEP-TDM. J Radiol. 2004;85(9):1190-1403.

[7] Scott AA, Vanderpuye V, Dadzie MA, Yarney J, Aidoo CA, Tackie J, et al. Expanding access to computed tomographic staging and three-dimensional intensity modulated radiotherapy for cervical cancer in Ghana. JCO Glob Oncol. 2024;10:1-8.

[8] Coibion C, Thille A. Cancer du col utérin dans les pays industrialisés et ailleurs : quel bilan d'extension selon les moyens ? Imagerie Femme. 2016;26(2):86-94.

[9] Thomassin-Naggara I, Daraï E, Lécuru F, Fournier L. Valeur diagnostique de l'imagerie pour le diagnostic d'une masse ovarienne suspecte et le bilan d'extension d'un cancer de l'ovaire, des trompes ou péritonéal primitif. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2019;47(2):123-133.

[10] Taieb S, Fauquet I, Narducci F, Chevalier A, Leblanc E. Bilan loco-régional des cancers avancés de l'ovaire : quel compte rendu ? J Radiol. 2008;89(10):1377-1383.

[11] Turpin A, Mailliez A, Vennin P, Bonneterre J. Bilan d'extension des cancers du sein : résultats et conséquences cliniques. Gynecol Obstet Fertil. 2014;42(5):325-330.

[12] Marzouk F, Jalaguier-Coudray A, Villard-Mahjoub R. Cancer du col utérin : nouvelle classification de la FIGO. Imagerie Femme. 2021;31(1):30-39.

[13] Tanaka S, et al. Use of contrast-enhanced computed tomography in clinical staging of asymptomatic breast cancer patients to detect asymptomatic distant metastases. Oncol Lett. 2012;3:772-776.

[14] Some OR, Bague AH, Konkobo D, Hien D, Dembele A, Bélemlilga GH, et al. Le cancer du sein à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso : résultats de la prise en charge. Oncologie. 2022;24:173-184.

[15] Samassa LB, Sanogo S, Cisse I, Kouma A, Ly S, Mariko M, et al. Profil tomodensitométrique des lésions secondaires thoraciques du cancer mammaire au CHU Mère-Enfant le Luxembourg à Bamako. Health Sci Dis. 2023;24(12):1-6.

[16] Kone A, Diawara Y, Konate M, Sidibe FM, Samake A, Traore S, et al. Apport de la tomodensitométrie dans le bilan d'extension des cancers du col de l'utérus. J Afr Imagerie Med. 2022;14(4):288-291.

[17] Boone JM, Kwan AL, Yang K, Burkett GW, Lindfors KK, Nelson TR. Computed tomography for imaging the breast. J Mammary Gland Biol Neoplasia. 2006;11(2):103-111.

[18] Gaillard T, Latouche A, Houzard S, Rouzier R, Héquet D. Indications et réalisations du bilan d'extension dans le cancer du sein en France. Gynecol Obstet Fertil Senol. 2019;47(4):389-390.

[19] Eddine CA, Meunier M, Clough K, Nos C. Apport de la TDM avant curage axillaire avec technique du ganglion sentinelle inverse. J Radiol. 2009;90(10):1391-1392.

[20] Legrand J, Di Bisceglie M, Delcourt S, Puech B, Bec R, Thomas P, et al. Place de l'imagerie dans le bilan d'extension ganglionnaire médiastinale du cancer du poumon localisé. J Imagerie Diagn Interv. 2025;8(2):74-85.

[21] De Bazelaire C, Albiter M, De Kerviler E. Impact de l'imagerie sur le classement TNM : le M. J Radiol Diagn Interv. 2017;98(1-2):50-60.

[22] Francky KB, Euloge BT, Moise O, Timothée M. État de la radiologie dans les CHU de Bangui et de Bimbo, Centrafrique. Eur Sci J. 2019;15:1-10.

[23] Brennan ME, Houssami N. Evaluation of the evidence on staging imaging for detection of asymptomatic distant metastases in newly diagnosed breast cancer. Breast. 2012;21(2):112-123.

[24] Maubon A. Exploration des ganglions dans

les cancers pelviens de la femme. J Radiol. 2007;88(10):1368-1375.

[25] Taieb S, Fauquet I, Narducci F, Chevalier A, Leblanc E. Bilan loco-régional des cancers avancés de l'ovaire : quel compte rendu ? J Radiol. 2008;89(10):1377-1383.

[26] Samuel MO, Onana Y, Mohamadou A, Amvene JM, Ngaroua D, Secvou GE, et al. Contribution of MRI in extension assessment of cervical cancer in Yaoundé (Cameroon). Open J Radiol. 2021;11(4):151-159.

[27] Yomi J, Tagni D, Monkam G, Doh A. Le bilan d'extension dans le cancer du col utérin : une étape décisive pour le succès thérapeutique. Med Afr Noire. 1997;44(8-9):446-449.

Pour citer cet article

Y Onana, M Aminou, S Mbozo'o Mvondo, B Dhara, R Inna, J Tambe et al. Rôle de la tomodensitométrie dans le bilan d'extension des cancers gynécologiques : cas des hôpitaux de référence de Garoua. Jaccr Onco-Palliative Care 2026; 2(1): 1-13

https://doi.org/10.70065/2621.jaccrOncopal.001L012201