

**Ministère de l'enseignement supérieur
et de la recherche scientifique**

République du Mali

Un peuple Un But Un Foi

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



**Faculté de Médecine et
d'odontostomatologie**



Année Universitaire 2016-2017

Thèse N°/

THEME

**BILAN DES ACTIVITES DE DEPISTAGE DES LESIONS
PRECANCEREUSES ET CANCEREUSES DU COL DE L'UTERUS
PAR LE TEST VISUEL AU CENTRE HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE DU POINT-G DE 2014-2015**

THESE :

**Présentée et soutenue publiquement le / / 2017 devant la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)**

par : Aliou Bina DIARRA

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

COMPOSITION DU JURY :

PRESIDENT : Pr KAMATE Bakarou

MEMBRE : Dr TRAORE Mamadou Salia

CO-DIRECTEUR DE THESE: Dr KEÏTA Mamadou

DIRECTEUR DE THESE : Pr Cheick Bougadari TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail :

Au Bon DIEU ALLAH, le Très-Miséricordieux, l'Omniscient, l'Omnipotent, ici-bas Créateur de la terre et des cieux, de la vie et de l'au-delà pour m'avoir donné la santé et le courage de venir à bout de ce travail.

Et à son Prophète Mohamed (paix et salut sur lui, sa pieuse famille et ses fidèles compagnons).

A mon père : Bina DIARRA

Autant de phrases et d'expressions aussi éloquentes soient-elles ne sauraient t'exprimer ma gratitude et ma reconnaissance.

Tu as su m'inculquer le sens de la responsabilité, de l'optimisme et de la confiance en soi face aux difficultés de la vie.

Tes conseils ont toujours guidé mes pas vers la réussite.

Ta patience sans fin, ta compréhension et ton encouragement sont un soutien indispensable, une autre leçon de vie.

Je te dois ce que je suis aujourd'hui et ce que je serai demain et je ferai toujours de mon mieux pour rester ta fierté et ne jamais te décevoir.

Papa, saches que je ne saurai jamais te rendre un hommage à la hauteur de tes efforts consentis. Au nom de mes frères et sœurs, je te dis encore merci, un grand merci pour tout. Que Dieu le Tout Puissant te préserve, t'accorde santé, bonheur, quiétude de l'esprit et te protège de tout mal !

A mes deux mères : Fatoumata MAÏGA et Aminata TRAORE

Affables, honorables, aimables : vous représentez pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple de dévouement, vous qui n'avez cessé de m'encourager et de prier pour moi.

Vos prières et bénédictions m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études.

**Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de
l'utérus par le test visuel au CHU du Point G**

Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer vos mérites surtout les sacrifices que vous n'avez cessé de me vouer depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte.

Vous avez fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants puissent suivre le bon chemin dans leur vie et leurs études.

Je vous dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Puisse Dieu, le Tout Puissant vous préserver et vous accorder santé, longue vie et bonheur !

A ma très chère grande sœur Aoua et son mari Gaoussou DEMBELE et leurs enfants :

Vous êtes remarqués par votre attachement, votre piété, votre crainte de Dieu, votre grandeur d'esprit, votre amour et votre affection pour le bien et pour vos semblables par tant de qualités.

Ma très chère grande sœur, c'est une fierté pour moi de t'avoir comme sœur aînée car c'est toi qui as guidé mes premiers pas; tu es plus qu'une sœur, juste comme une seconde maman.

Je vous dédie ce travail, témoignage de mon amour et de mon affection à votre endroit, avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite.

A ma défunte Tante : Mme Sanogo Salimata TRAORE

Tante, j'aurais voulu que tu sois présente aujourd'hui parmi nous, mais Dieu en a décidé autrement.

Depuis ta disparition, nous n'avons jamais cessé de penser à toi

Ton abnégation, tes exhortations, ton assistance constante m'ont incité à mener à bout mes études universitaires à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Je te dédie aujourd'hui ma réussite. Que Dieu, le miséricordieux, t'accueille dans son éternel paradis AMEN !

A Mr Gaye : Meilleur que vous, je n'en connais pas. Je ne pourrai jamais exprimer le respect que j'ai pour vous.

Votre encouragement, votre soutien m'ont toujours été d'un grand secours. Je vous remercie infiniment pour tous les bienfaits.

Puisse Dieu, le Tout Puissant vous préserver du mal, vous combler de santé, de bonheur, et vous procurer une longue vie !

A Mr Coulibaly Zoumana :

Merci pour toute l'aide et les conseils que vous m'avez donnés tout au long de ces années d'études.

Puisse Dieu vous donner une longue vie pour que vous me souteniez encore ! Amen !

A mes frères et sœurs : Mamadou Diarra, Bakary Diarra, Bamoussa Diarra, Youssouf Diarra, Ramatoulaye Diarra, Mariam Diarra, Aminata Diarra

La fraternité n'a pas de prix, comme on le dit. J'espère qu'elle restera toujours un lien sacré pour nous.

Grand merci à vous de m'avoir accompagné tout au long de ces années de ma vie d'étudiant. J'aurai toujours besoin de vous pour le reste de ma carrière.

Trouvez tous ici l'expression de mon fraternel amour ! Ce travail est tout à fait à votre honneur ! Puissions-nous demeurer unis par la grâce de Dieu !

A mes tantes : Awa Traoré, Adiaratou Traoré, TantiBebe

Merci pour vos bénédictions et vos conseils pour la réussite de ce travail.

Puisse Dieu vous donner une longue vie pour que vous continuiez à me soutenir ! Amen !

A mon oncle : Tonton Boniface et sa famille

Vous avez toujours été présents pour les bons conseils. Votre affection et votre soutien m'ont été d'un grand secours tout au long de ces années d'études. Veuillez trouver dans ce modeste travail ma reconnaissance pour tous vos efforts !

A mes cousins et cousines :

Retrouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et toute ma sympathie pour tout ce que vous avez fait pour moi. Que la grâce du Seigneur vous accompagne !

Au Docteur Mamadou Lamine Keïta :

Les mots me manquent pour vous exprimer ma profonde reconnaissance. Merci pour toute l'aide que vous m'avez donnée pour cette thèse. Vous êtes plus qu'un conseiller mais un maître pour moi. Je ferai tout pour que vous soyez toujours fier de moi. Qu'Allah le Tout Puissant vous bénisse et vous donne longue vie et une santé de fer.

Au Docteur Mama Diakité :

Je manque de mots pour t'exprimer ma profonde reconnaissance. Soucieuse pour la bonne pratique des actes posés par ses condisciples au sein du service d'anatomie et cytologique pathologiques, tu nous as initiés et accueillis à bras ouverts au sein du service. Grand merci à toi pour tout l'effort consenti pour l'élaboration de cette thèse. Que Dieu te donne une longue vie de couple et plein d'enfants ! Amina

**Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de
l'utérus par le test visuel au CHU du Point G**

Remerciements :

Mes remerciements vont à l'endroit :

- **De ma chère patrie :** Mali, terre de mes ancêtres.
- **De mes enseignants :**
 - De l'école fondamentale primaire et secondaire Jean Jacques Rousseau de Niamakoro Cité Unicef et du Lycée d'Excellence de Bamako.
 - De la Faculté de Médecine et d'Odontostomalogie F.M.O.S.

Merci pour la qualité de l'enseignement que vous nous avez dispensée avec compétence et dévouement.

- **A tout le personnel du service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU du point G :**
- **Professeurs et Docteurs.**
- **Aux techniciens, secrétaires et manœuvres du service :**

A Tonton Dembelé, Tonton Yacouba, Samaké, Sow, Djoba, Ami, Yabéma, Alou et Koniba.

A l'ensemble des étudiants thésards du service d'anatomie et cytologie pathologiques : Youssouf Keïta, Alimatou Fané, Alassane Touré, Bourema Koné, Adama Boité, Danielle Fengui, Djénéba Sacko, Mady Kamissoko, Ami Coulibaly, Rodrigue Bangte, Michel Ekoune, Gael Noumi, Larissa, Mariam Keïta, Awa Sidibé, Amadi Sow.

**Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de
l'utérus par le test visuel au CHU du Point G**

- A mes aînés docteurs :

Dr Tamaki, Dr Boncana, Dr Segha, Dr Rokia

A mes meilleurs amis:

Dr Mamadou Coulibaly, Ousmane F Doucouré, Dr Segha, Santigui M Dembélé,
Dr Zoumana Kanadji, Dr Mamadou S Traoré, Dr Kalifa Diallo, Dr Habib Diallo,
Djibril Diarra, Mme Kéïta Fatoumata Sidibé

- Et à tous mes camarades de la 7^{ème} promotion du numerus clausus

(Promotion Feu Aliou BA).

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Pr Bakarou KAMATE

- Maître de conférences agrégé en anatomie et cytologie pathologiques à la FMOS
- Chercheur et praticien hospitalier au CHU – Point G
- Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin au Mali
- Collaborateur du registre national des cancers au Mali
- Secrétaire Général adjoint de l'académie internationale de pathologie de la division Afrique Francophone (AIP/ DAF)

Cher maître,

Nous vous remercions d'avoir accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre humanisme, votre souci du travail bien fait, votre courage et votre sens élevé de responsabilités font de vous un Maître exemplaire.

L'étendue de vos qualités morales et sociales suscite une grande admiration.

Nous avons été impressionnés par votre esprit scientifique et votre courage pour la recherche. Permettez nous de vous exprimer ici cher Maître le témoignage de notre profonde reconnaissance.

**Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de
l'utérus par le test visuel au CHU du Point G**

A notre Maître et juge :

Dr TRAORE Mamadou Salia

- Spécialiste en gynécologie-obstétrique
- Praticien hospitalier au CHU du Point G

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail, votre disponibilité, votre sympathie, votre rigueur font de vous un Maître admiré de tous.

Recevez ici cher Maître l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Co Directeur de thèse :

Dr Mamadou KEITA

- DES en anatomie et cytologie pathologique au CHU Point G

Cher Maître;

Vous qui nous avez patiemment guidé tout au long de ce travail, acceptez notre profonde gratitude.

Sachez que votre courtoisie, votre simplicité, votre sympathie, et votre facilité à transmettre vos connaissances nous ont été favorables pour l'accomplissement de ce travail.

Ce fut un privilège pour nous de bénéficier de vos enseignements tant scientifique que du savoir être et du savoir vivre. Veuillez croire, cher Maître à l'expression de notre profonde reconnaissance.

Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le test visuel au CHU du Point G

A notre Maître et Directeur de thèse :

Pr Cheick Bougadari TRAORE

- Professeur Titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (**F.M.O.S.**)
- Chef du Département d'Enseignement et de Recherche (**D.E.R.**) des sciences fondamentales à la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie
- Chef de service du laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du C.H.U. du Point G
- Chercheur et Praticien hospitalier au C.H.U. du Point G.
- Collaborateur du registre national des cancers et du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus au Mali

Cher Maître;

Merci de la confiance que vous nous avez accordée en nous confiant ce travail, votre simplicité, votre abord facile, votre dynamisme et surtout la clarté de votre enseignement font de vous un Maître de qualités exceptionnelles.

Nous sommes fiers de nous compter parmi vos élèves.

Nous apprécions votre esprit et votre rigueur scientifique.

Soyez rassuré cher Maître, de notre profonde reconnaissance.

Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le test visuel au CHU du Point G

Sommaire

Listes des figures et des tableaux.....	2
SIGLES ET ABREVIATIONS	14
1. INTRODUCTION	17
2. GENERALITES	21
2.1. Rappels anatomique et histologique.....	21
2.2. Principe physiopathologique des tests IVA/IVL	27
2.3. Généralités sur les cancers du col utérin	32
3. MATERIEL ET METHODES	55
3.1. Cadre d'étude :	55
3.2. Type et période d'étude :.....	58
3.3. Population d'étude :.....	58
3.4. Echantillonnage :	58
3.5. Matériel de travail :	58
3.6. Collecte des données :	60
3.7. Gestion des données :	60
4. RESULTATS	62
4.1. Fréquence des lésions précancéreuses et cancéreuses :.....	62
4.2. Caractéristiques sociodémographiques :	62
4.3. Caractéristiques cliniques :.....	64
4.4. Caractéristiques histologiques :.....	68
4.5. Analyses bivariées :.....	70
5. DISCUSSION	74
5.1. L'approche méthodologique :.....	74
5.2. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée	74
5.3. Caractéristiques cliniques des patientes	75
5.4. Résultats histologiques	76
6. CONCLUSION	78
RECOMMANDATIONS	80
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	83
ANNEXES	89

Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le test visuel au CHU du Point G

Liste des figures

Figure 1: Coupe sagittale des appareils pelviens chez la femme [13].	22
Figure 2 : Coupe frontale de l'appareil génital féminin [13].	22
Figure 3 : Coupe histologique d'un épithélium malpighien normal [13].	24
Figure 4 : Coupe histologique d'un épithélium endocervical normal [13].	25
Figure 5 : Coupe histologique normale de la zone de JPC [13].	27
Figure 6 : Aspect macroscopique d'un col négatif après application de l'acide acétique (IVA-) sur le col [13].	31
Figure 7 : Aspect macroscopique d'un col positif après application de l'acide acétique (IVA+) sur le col [13].	31
Figure 8 : Aspect macroscopique d'un col négatif après application de soluté de lugol (IVL-) sur le col [13].	31
Figure 9 : Aspect macroscopique d'un col positif après application de soluté de lugol (IVL+) sur le col [13].	31
Figure 10: Evolution des lésions dysplasiques vers le cancer invasif du col utérin [13]	38
Figure 11 : Aspect macroscopique d'un col avec un cancer invasif [13].	43
Figure 12 : Coupe histologique d'un cancer épidermoïde invasif [13]	43
Figure 13 : Coupe histologique d'un adénocarcinome à cellules claires [13].	43

Liste des tableaux

Tableau I : Corrélations entre les différentes classifications [11].	36
Tableau II : Tableau représentant la classification de FIGO [23].	47
Tableau III : Répartition des patientes selon l'âge	62
Tableau IV : Répartition des patientes selon l'ethnie	63
Tableau V : Répartition des patientes selon le statut matrimonial	64
Tableau VI : Répartition des patientes selon le statut gynécologique	64
Tableau VII : Répartition des patientes selon la parité.	65
Tableau VIII : Répartition des patientes selon l'utilisation de contraceptif.	66
Tableau IX : Répartition des patientes selon le motif de consultation	66
Tableau X : Répartition des patientes selon le résultat de l'IVL (inspection visuelle après application du lugol)	67
Tableau XI : Répartition des patientes en fonction de la biopsie	67
Tableau XII : Répartition des patientes selon le résultat histologique	68
Tableau XIII: Répartition des patientes selon la nature histologique des lésions précancéreuses et cancéreuses.	69
Tableau XIV : Répartition des cas en fonction des lésions précancéreuses et cancéreuses et l'âge	70
Tableau XV : Répartition des cas en fonction du type histologique et le statut gynécologique	71
Tableau XVI: Répartition des cas en fonction de la nature histologique et le statut gynécologique	72

SIGLES ET ABREVIATIONS

ADN : Acide désoxyribonucléique

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CI : Cancer Invasif

CIN/NCI : Néoplasie Cervicale Intraépithéliale

CIS : Carcinome In situ

CRYO : Cryothérapie

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

FCV : Frottis cervico-vaginal

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

HPV/VPH : Human Papilloma Virus/ Virus du Papillome Humain

HVS : Herpes virus simplex

IRM: Imagerie par Raisonance Magnétique

IST: Infection Sexuellement Transmissible

IVA : Inspection visuelle du col après application d'Acide acétique

IVL : Inspection visuelle après application de Lugol

JPC: Jonction Pavimento-Cylindrique

LIEBG : Lésions Intra -Epithéliales de Bas Grade

LIEHG : Lésions Intra épithéliales de Haut Grade

MST: Maladie Sexuellement Transmissible

OEC : Orifice Externe du Col

**Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de
l'utérus par le test visuel au CHU du Point G**

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

RAD: Résection à l'Anse Diathermique

TNM: Tumeur Nodule Métastase

TR: Toucher Rectal

TV: Toucher Vaginal

UIV: Urographie Intra Veineuse

ZR: Zone de Remaniement

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION :

Le cancer du col utérin est une néoformation tissulaire due à une prolifération cellulaire excessive, anormale, anarchique, et autonome qui se développe aux dépens du col de l'utérus [1].

A l'échelle mondiale, le cancer du col de l'utérus est le 2^{ème} cancer le plus fréquent chez les femmes après celui du sein avec une fréquence de 15% [2, 3].

Selon certains auteurs, 466000 nouveaux cas sont répertoriés chaque année dans le monde ; dont 3/4 vivent dans les pays en développement [4].

C'est le cancer le plus répandu parmi la population féminine de ces pays où, il représente la première cause de mortalité chez les femmes d'une cinquantaine d'années et, la 2^{ème} cause (après la mortalité maternelle) chez la jeune femme et la multipare [5, 6].

Au Mali, depuis 1985, la fréquence du cancer du col utérin est en augmentation [7, 8].

Selon les données du registre des cancers du Mali, le cancer du col utérin vient en première position des cancers féminins, avec une fréquence de 26,6% et une incidence de 35,1 pour cent mille habitants [9].

La vaccination contre le HPV a été récemment lancée pour prévenir l'infection chez les jeunes filles par les quatre types de souches les plus importants, responsables de la genèse du cancer du col de l'utérus. Cependant la prévention de ce cancer devra encore reposer sur la détection précoce des lésions précancéreuses par la méthode d'inspection visuelle.

Près de la moitié des cancers du col utérin ne sont pas diagnostiqués ou sont déjà incurables au moment de leur diagnostic dans nos pays [10]. Ce qui est déplorable pour un organe aussi accessible à l'exploration et au traitement.

Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le test visuel au CHU du Point G

En effet, l'apparition d'un cancer nécessite le passage par des lésions précancéreuses pouvant mettre en moyenne 15 à 20 ans à se développer après la persistance d'une infection à HPV à haut risque, lésions aux quelles plusieurs appellations ont été attribuées par les différentes classifications : dysplasies, néoplasies intra épithéliales (CIN), lésions précancéreuses de bas et de haut grade. En effet, dès 1980, des études ont rapporté que la simple observation du col utérin au spéculum et surtout, l'application de l'acide acétique et du lugol sur le col utérin a une sensibilité comparable sinon meilleure à celle du frottis cervico-vaginal [11].

Le dépistage par la méthode IVA-IVL a commencé au Mali en 2001 où il a permis d'avoir un échantillon statistiquement représentatif de la population étudiée [12].

Cette activité de dépistage a vu le jour au service de gynécologie obstétrique du CHU Point G en Mars 2009.

C'est ainsi que nous avons mené la présente étude dans le but de faire le bilan de la dite activité avec des objectifs suivants

Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le test visuel au CHU du Point G

OBJECTIFS :

Objectif général :

- Evaluer le bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le test visuel au CHU du Point G

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.
- Définir le profil sociodémographique des patientes dépistées au CHU Point G
- Décrire les résultats d'IVL des patientes dépistées au CHU Point G.
- Préciser les aspects histologiques des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

GENERALITES

2. GENERALITES

2.1. Rappels anatomique et histologique

2.1.1. Rappel anatomique

Le col est la portion fibromusculaire basse de l'utérus.

Il comprend :

Une partie supérieure appelée partie supra vaginale située au dessus du vagin et une partie inférieure appelée partie intra vaginale ou portion vaginalis qui fait saillie dans le vagin localisé plus bas par l'orifice externe (ostium externe) et communique avec le corps par l'orifice interne (ostium interne).

Le col mesure 3 à 4 cm de long et 2,5 à 3,5 cm de diamètre, de forme cylindrique, de direction oblique légèrement en arrière.

Ces dimensions peuvent cependant varier au cours de la vie de la femme en fonction de l'âge, de la parité et du statut menstruel.

Chez la nullipare, le col est arrondi et son orifice externe a un aspect circulaire ou ovulaire de 3 à 4 mm de diamètre ; par contre il est volumineux et son orifice externe devient large et entouré de tubercules et de dépressions chez la multipare.

Lorsqu'on place le spéculum, la partie visible du col est appelée exocol et la partie qui s'étend à l'intérieur de l'orifice cervical externe est appelée endocol.

Le col est percé en son milieu par le canal endocervical qui relie la cavité utérine par son orifice interne à la cavité vaginale par son orifice externe

Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le test visuel au CHU du Point G

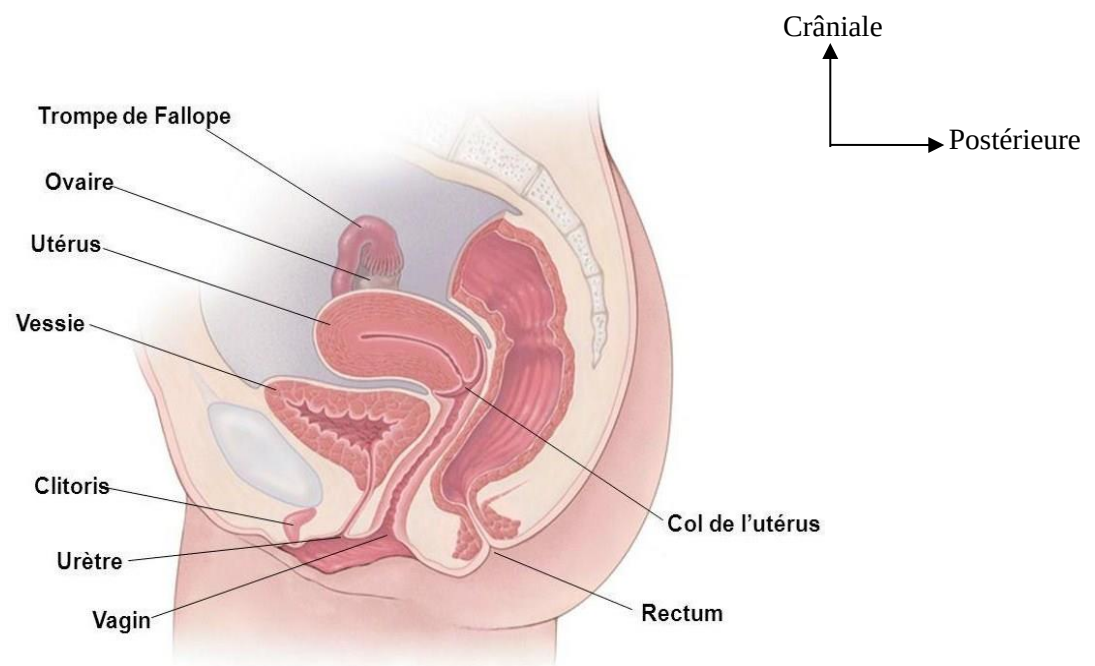


Figure 1: Coupe sagittale des appareils pelviens chez la femme [13].

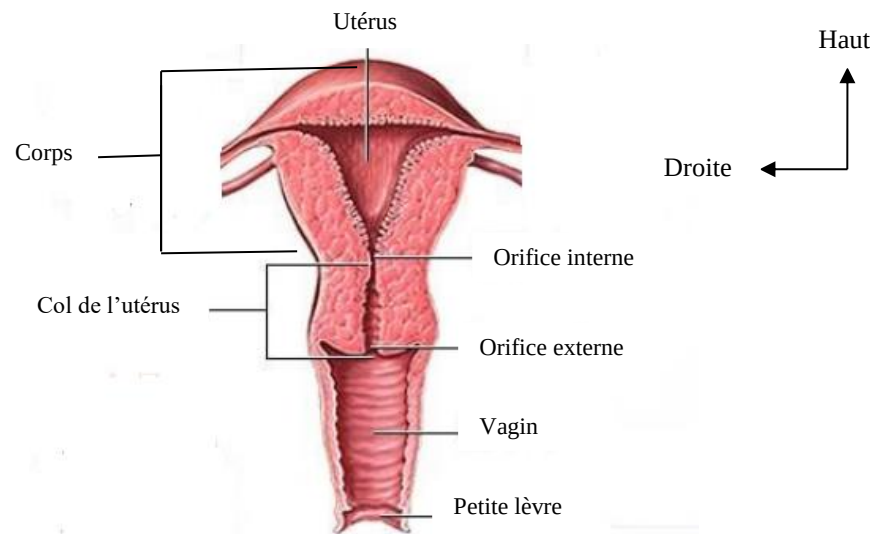


Figure 2 : Coupe frontale de l'appareil génital féminin [13].

2.1.2 Rappel histologique

Le col est constitué d'un mélange de tissu conjonctif fibreux au sain du quel on rencontre des fibres musculaires lisses et des fibres élastiques. La portion intra vaginale du col de l'utérus comprend une muqueuse exocervicale et une muqueuse endocervicale qui sont normalement contigües sur une ligne exocervicale appelée zone de jonction pavimento-cylindrique (JPC)

L'exocol [12].

Il est recouvert par un épithélium en continuité avec celui du vagin de type malpighien ou pavimenteux pluristratifié riche en glycogène. A l'examen visuel il apparait rose pâle. Son architecture histologique révèle 5 couches qui vont de la profondeur à la périphérie :

- Une couche germinatrice ou basale profonde : elle est faite d'une seule assise de cellule de petite taille, de forme cylindrique, tassées les unes contre les autres en palissade le long de la membrane basale ;
- Une couche basale externe formée par 3 ou 4 assises de cellules analogues mais un peu plus volumineuses. On retrouve des mitoses dans les cellules les plus profondes.
- Une couche intermédiaire formée de 5 ou 6 couches de cellules plus volumineuses, polyédriques et séparées par un espace intercellulaire ; Ces cellules ont un cytoplasme abondant et clair qui contient beaucoup de glycogène.
- Une couche superficielle ou zone de kératinisation intra épithéliale de DIERKS ; elle est formée de 6 à 8 couches de cellules qui s'aplatissent progressivement vers la surface. Leur membrane est épaisse, leur cytoplasme occupé par du glycogène que le lugol colore en brun acajou, leur noyau est petit et homogène.

- La zone de desquamation est constituée par des cellules qui se détachent facilement de la surface de la muqueuse. Elles desquament isolément et gardent leurs noyaux. Elles constituent les étalements des frottis exocervicaux.

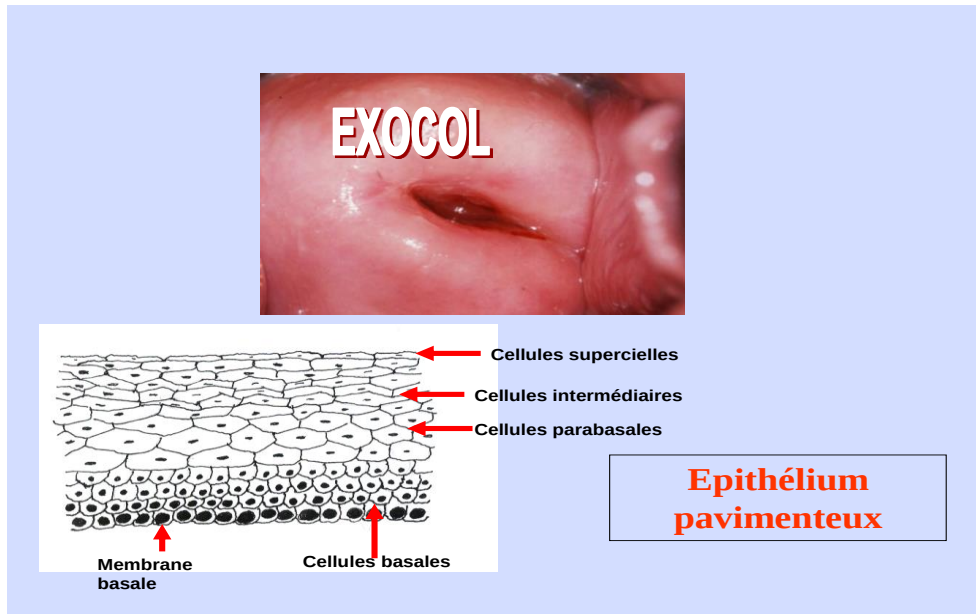


Figure 3 : Coupe histologique d'un épithélium malpighien normal [13].

L'endocol [13].

Il est tapissé par un épithélium cylindrique uni stratifié encore appelé épithélium glandulaire avec une seule couche de cellules hautes aux noyaux de couleur sombre et un cytoplasme mucosécrétant lubrifiant le col et le vagin. Il s'invagine dans le stroma cervical provoquant la formation des cryptes endocervicales donnant à l'épithélium un aspect granuleux à l'examen visuel. On observe parfois une prolifération localisée de l'épithélium cylindrique endocervical sous forme d'une excroissance rouge faisant saillie à partir de l'orifice externe (OE) appelé polype cervical.

Il n'y a pas de mitoses ni de glycogénéation dans l'épithélium cylindrique. A l'absence de glycogène intracytoplasmique, l'épithélium cylindrique ne change donc pas de couleur après l'application de lugol.

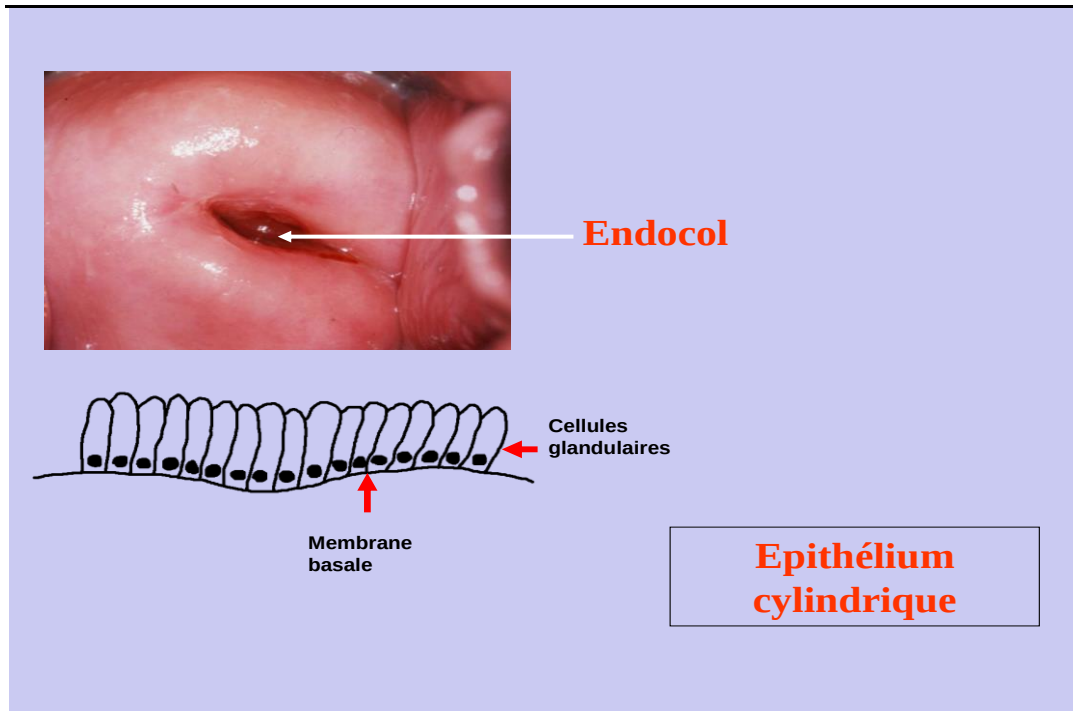


Figure 4 : Coupe histologique d'un épithélium endocervical normal [13].

La jonction pavimento-cylindrique [13].

C'est la jonction de l'épithélium pavimenteux malpighien et de l'épithélium cylindrique.

Elle se présente sous l'aspect d'une ligne étroite marquée par une dénivellation à cause de la différence d'épaisseur entre les épithéliums pavimenteux et cylindrique.

Sa localisation varie au cours de la vie en fonction de certains facteurs tels que l'âge, la parité, le statut hormonal, l'utilisation de contraception orale, le traumatisme entraîné par l'accouchement et certaines conditions physiologiques telle que la grossesse.

Chez la fillette et la nullipare l'orifice externe est arrondie, la JPC se situe à un niveau où très proche de l'orifice externe du col.

Chez la jeune femme en début de la période de reproduction, sous l'influence des œstrogènes, le col se gonfle et s'élargit tandis que le canal endocervical s'allonge. Il en résulte une éversion sur l'exocol de l'épithélium cylindrique (ectropion) éloignant la JPC de l'orifice externe.

Chez la femme d'une trentaine d'année, en période de reproduction la JPC se rapproche de l'orifice externe et apparait sous la forme d'une ligne blanche après application d'une solution d'acide acétique à 5% à cause de la présence d'un épithélium pavimenteux métaplasique immature adjacent à la nouvelle JPC.

A la période pré ménopause, la JPC se situe au niveau de l'orifice externe à cause de la diminution du taux d'œstrogène entraînant une diminution de la taille du col, et par conséquent, un déplacement plus rapide de la nouvelle JPC vers l'orifice externe et dans le canal endocervical.

Après la ménopause la nouvelle JPC n'est plus visible ; elle a disparu dans l'endocol. L'épithélium pavimenteux métaplasique mature s'étend sur presque tout l'exocol. Elle se situe dans le canal endocervical donc n'est presque pas visible.

Entre ces 2 épithéliums, il se forme une zone de remaniement (ZR) qui correspond à la région du col où se produit la métaplasie pavimenteuse ou malpighienne c'est à dire la région où l'épithélium cylindrique est remplacé par un nouvel épithélium pavimenteux métaplasique.

Cette zone est fragile, ulcéable et subit des remaniements mécaniques et inflammatoires entraînant l'existence des lésions.

Elle mesure d'après F. Fluhmann 6 mm de long en moyenne (1à10mm) chez l'adulte. Cette zone constitue donc généralement le point de départ de toutes les néoplasies cervicales à proximité de la JPC [12, 13].

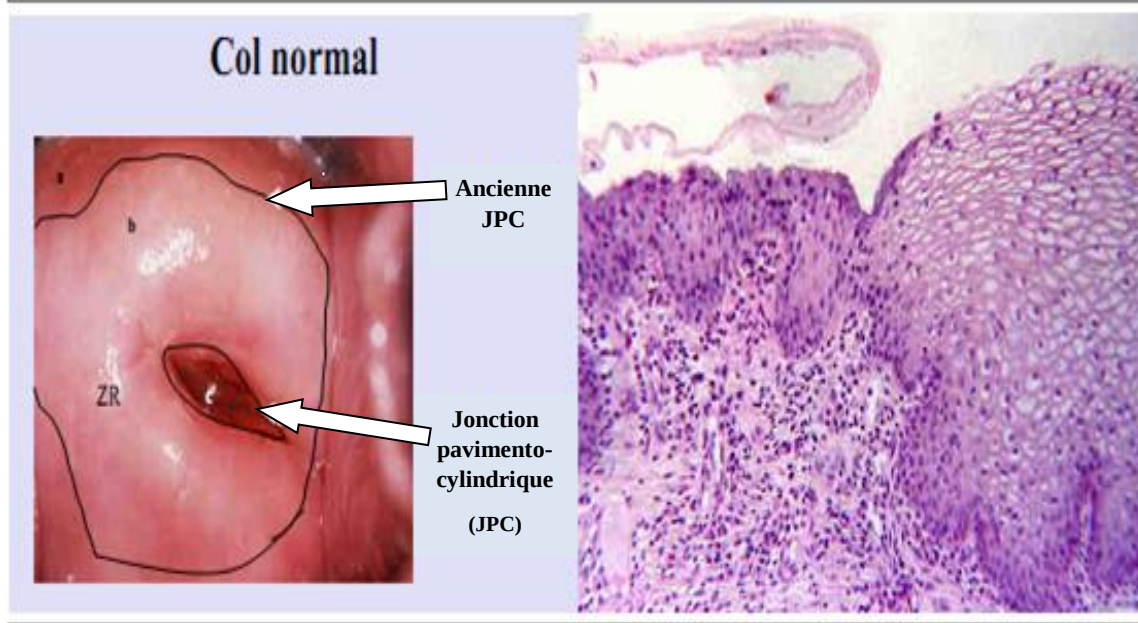


Figure 5 : Coupe histologique normale de la zone de JPC [13].

2.2. Principe physiopathologique des tests IVA/IVL

L'inspection du col de l'utérus à l'œil nu, après application d'acide acétique à 5% (IVA) et/ou de soluté de lugol (IVL), constitue un test simple de détection précoce des lésions cervicales précancéreuses et du cancer invasif débutant.

La classification des résultats de l'IVA et de l'IVL repose sur les changements de couleur observés au niveau du col, cependant une parfaite connaissance de l'anatomie, de la physiologie et des pathologies du col, sont essentielles à la compréhension des principes de l'IVA et de l'IVL et à l'interprétation des résultats obtenus par ces tests de dépistage.

2.2.1. Test à l'acide acétique (IVA)

L'acide acétique à 5% provoque une coagulation ou une précipitation réversible des protéines cellulaires. Il provoque également un gonflement du tissu épithélial au niveau de l'épithélium cylindrique et des régions présentant notamment des anomalies de l'épithélium pavimenteux. Par ailleurs, il entraîne une déshydratation des cellules et facilite la coagulation et l'élimination du mucus sur le col.

Avant l'application d'acide acétique, l'épithélium pavimenteux normal apparaît rose et l'épithélium cylindrique rouge, à cause de la réflexion de la lumière à partir du stroma sous jacent richement vascularisé.

Lorsqu'on applique l'acide acétique, sur un épithélium contenant de fortes quantités de protéines cellulaires, la coagulation sera maximale et masquera la couleur rouge du stroma. Cette réaction acidophile se traduit par un blanchiment notable de l'épithélium comparé à la couleur rosâtre habituelle de l'épithélium cervical pavimenteux normal environnant. Cet effet, est généralement visible à l'œil nu, dépend donc des taux de protéines cellulaires présents dans l'épithélium. Les modifications de coloration les plus spectaculaires s'observent dans les zones qui sont le siège d'une intense activité nucléaire et dont les taux d'ADN sont élevés.

Ainsi, quand on badigeonne d'acide acétique un épithélium pavimenteux normal, l'acide ne provoque qu'une légère coagulation dans la couche cellulaire superficielle, car l'activité nucléaire y est faible. Et bien qu'en profondeur, les cellules contiennent plus de protéines nucléaires, l'acide acétique ne peut y pénétrer suffisamment et la précipitation en résultant ne suffit pas à masquer la couleur rose du stroma sous jacent. Au contraire, les CIN et les cancers invasifs présentent de fortes quantités de protéines nucléaires (étant donné le grand nombre de cellules indifférenciées), si bien que la coagulation est maximale et empêche la lumière de passer à travers l'épithélium. Par conséquent, le réseau vasculaire sous épithélial est masqué et l'épithélium apparaît nettement blanc. Dans le cas d'une CIN, la réaction acidophile est limitée à la zone de remaniement, près de la jonction pavimento-cylindrique, tandis que dans le cas d'un cancer, cette réaction affecte souvent la totalité du col.

L'apparition d'une réaction acidophile n'est pas uniquement réservée aux CIN et au cancer débutant. Il existe d'autres situations dans les quelles les taux de protéines nucléaires sont élevés : métaplasie pavimenteuse immature, épithélium

en cours de cicatrisation et de régénération associé à une inflammation, leucoplasie (hyperkératose) et condylome. Alors que l'épithélium acidophile associé à une CIN et au cancer invasif infra clinique, apparaît dense, épais et opaque, avec des marges bien délimitées par rapport à l'épithélium normal environnant. L'épithélium acidophile associé à une métaplasie immature, une inflammation, ou une régénération apparaît moins blanc, opalescent, plus mince et souvent translucide, aux contours mal définis, avec une distribution inégale. En présence d'une inflammation ou d'une cicatrisation, la réaction acidophile est largement répandue sur tout le col et ne se limite pas à la zone de remaniement. D'autre part, l'effet de l'acide acétique se dissipe rapidement dans le cas de la métaplasie immature et de l'inflammation (en moins d'une minute). Tandis que les modifications acidophiles associées aux lésions de CIN et aux stades précoces du cancer invasif infra clinique, apparaissent rapidement et persistent quelques minutes entre 3 et 5 minutes dans le cas de CIN de haut grade (2 et 3) et du cancer invasif. Sous l'effet de l'acide acétique, la leucoplasie et le condylome se manifestent par l'apparition d'une zone blanc-grisâtre bien nette.

2.2.2. Le test de Schiller ou Inspection Visuelle au Lugol (IVL)

L'épithélium métaplasique pavimenteux est riche en glycogène, tandis que l'épithélium des lésions de CIN ou du cancer invasif ne contient pas de glycogène ou très peu. L'épithélium cylindrique, lui aussi, ne contient pas de glycogène, de même que l'épithélium pavimenteux métaplasique immature qui n'est que rarement ou partiellement glycogéné. L'iode étant glycophile, une solution iodée sera donc absorbée par un épithélium riche en glycogène. C'est la raison pour la quelle, l'épithélium pavimenteux normal riche en glycogène prend une coloration noire ou acajou après application d'iode. En revanche, l'épithélium cylindrique qui ne contient pas de glycogène, ne prend pas la coloration à l'iode, et peut même paraître légèrement décoloré à cause de la fine

pellicule déposée par la solution iodée. De la même façon, les zones tapissées par l'épithélium pavimenteux métaplasique immature restent iodo-négatives ou ne prennent que partiellement la coloration à l'iode. En cas d'érosion des couches cellulaires superficielles et intermédiaires associée à une inflammation de l'épithélium pavimenteux, ces zones ne prennent pas la coloration à l'iode et apparaissent nettement décolorées sur un fond brun ou noir. Les zones affectées par une CIN ou un cancer invasif sont également iodo-négatives (puisqu'elles sont déficientes en glycogène) et apparaissent sous l'aspect de région jaune moutarde ou safran, épaisse. Les zones leucoplasiques (hyperkératose) sont elles aussi iodo-négatives. Quant aux condylomes, ils peuvent occasionnellement prendre la coloration à l'iode de façon partielle.

IVA-



Figure 6: Aspect macroscopique d'un col négatif après application de l'acide acétique (IVA-) sur le col [13].

IVA+



Figure 7: Aspect macroscopique d'un col positif après application de l'acide acétique (IVA+) sur le col [13].

IVL-



Figure 8 : Aspect macroscopique d'un col négatif après application de soluté de lugol (IVL-) sur le col [13].

IVL+

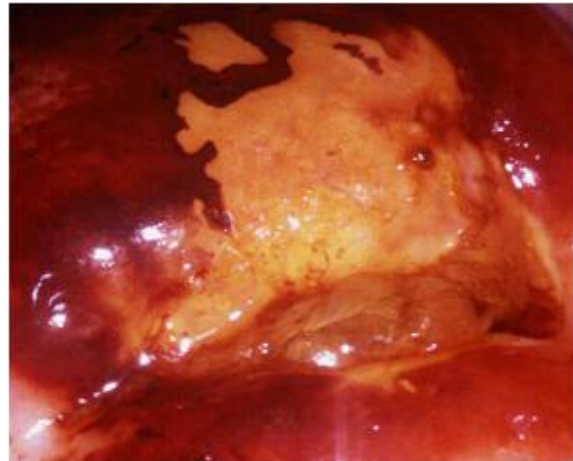


Figure 9 : Aspect macroscopique d'un col positif après application de soluté de lugol (IVL+) sur le col [13].

2.3. Généralités sur les cancers du col utérin

2.3.1. Histoire naturelle :

L'histoire naturelle du cancer du col utérin montre en effet qu'il se constitue sous l'égide du virus HPV (Human Papilloma Virus) [14]. Il est d'évolution lente, depuis la primo infection par un Papilloma virus humain oncogène à tropisme génital jusqu'aux différentes lésions histologiques précancéreuses accompagnant la persistance de l'infection [15, 16].

Plusieurs appellations ont été consacrées aux différentes lésions histologiques précancéreuses par les différentes classifications : dysplasie, néoplasie intra épithéliale (CIN), lésions précancéreuses de bas et de haut grades.

Pendant cette lente période évolutive, elles sont infra cliniques.

Il est actuellement admis que les lésions précancéreuses sont faciles à diagnostiquer et le traitement est simple et reproductible, qualités requises pour les activités de prévention, pouvant s'adresser à une population importante [17, 18].

2.3.2. Ethiopathogenie du cancer

2.3.2.1. Facteurs de risque

Des études épidémiologiques ont permis d'identifier un certain nombre de facteurs de risque qui contribuent au développement des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

✓ Les infections par certains types oncogènes du Virus du Papillome Humain HPV (16, 18, 31, 33) sont à l'origine de plus de 90% des cancers cervicaux ;

- ✓ L'infection à herpès virus simplex ;
- ✓ La précocité et la fréquence des rapports sexuels non protégés ;
- ✓ La multiparité et une maternité précoce ;
- ✓ Les partenaires sexuels multiples ;
- ✓ Le bas niveau socioéconomique ;

✓ L'utilisation au long cours des contraceptifs oraux ; ils ne sont pas directement en cause, mais en favorisant les rapports sexuels fréquents souvent non protégés, ils exposent à des microtraumatismes, véritables porte d'entrée pour les HPV.

✓ Le tabagisme

2.3.2.2. Infection par le papilloma virus [19].

Les manifestations cliniques les plus connues sont les condylomes encore appelés verrue génitale pouvant induire des tumeurs épithéliales.

Les types d'HPV (16, 18, 31, 33) ont un potentiel cancérigène élevé au niveau du col.

Les types d'HPV (6, 11) ont un potentiel cancérigène faible et provoquent des condylomes acuminés de la vulve, du vagin et du col donnant un aspect en crête de coq ou des lésions asymptomatiques à type de zones blanchâtres du col dépistées diagnostiquées par la biopsie après application de l'acide acétique.

Ils sont responsables des lésions précancéreuses du col de l'utérus. L'apparition des koïlocytes, cellules pathognomoniques de l'infection à HPV traduit la présence d'un condylome. Ce sont des cellules malpighiennes matures présentant une vacuolisation cytoplasmique para nucléaire et un noyau volumineux, multiple.

Son traitement repose sur une surveillance simple, en conseillant au partenaire l'utilisation des préservatifs lors des rapports sexuels lorsque le condylome est isolé.

La cryothérapie, le laser, ou l'électrocoagulation s'imposent en cas de persistance des condylomes. Ces types de traitement dépendent de la forme, de la taille et de la localisation des condylomes.

Un dépistage annuel de surveillance est souhaitable en vue de prévenir des récurrences.

2.3.3. Les lésions précancéreuses ou dysplasiques

Le concept de la maladie pré-invasive du col utérin a été introduit pour la première fois en 1947. Il a été reconnu que des transformations épithéliales ayant l'apparence d'un cancer invasif pouvaient être identifiées uniquement au niveau de l'épithélium [20].

Des études ultérieures ont montré que si ces lésions ne sont pas traitées, elles peuvent progresser vers le cancer du col utérin [21].

Les progrès de la cytologie ont conduit à l'identification des lésions précoces appelées dysplasies, qui impliquent le développement futur probable d'un cancer. Pendant de nombreuses années, le carcinome in situ (CIS) était traité de façon agressive (très souvent par une hystérectomie) tandis que les dysplasies considérées comme moins importantes n'étaient pas traitées ou étaient traitées par biopsie per-colposcopique et cryochirurgie [17].

Le concept de néoplasie intra-épithéliale (CIN) du col de l'utérus a été introduit en 1968, quand Richart a indiqué que toutes les dysplasies étaient susceptibles d'évoluer [22]. Il est actuellement admis que la plupart des CIN régressent spontanément, sans traitement [23]. Néanmoins, le terme CIN réfère à une lésion qui pourrait progresser vers le cancer. Ce terme est équivalent à celui de dysplasie.

La dysplasie signifie « maturation anormale » ; par conséquent, une métaplasie proliférative sans activité mitotique ne doit pas être appelée dysplasie. Une métaplasie épidermoïde ne doit pas être diagnostiquée comme dysplasie (CIN) parce qu'elle ne progresse pas vers le cancer invasif [17].

La plupart des cancers cervicaux sont précédés d'une longue période de lésions précancéreuses. Ce stade se manifeste à un niveau microscopique par un spectre continu d'évènements allant de l'atypie cellulaire aux différents degrés variés de la dysplasie. Celle-ci évolue vers le carcinome in situ, qui en dehors de tout traitement dégénère en cancer invasif. La « néoplasie cervicale intra-

Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le test visuel au CHU du Point G

épithéliale » (CIN) était une nomenclature de plus en plus utilisée permettant de représenter le large spectre de la maladie. Dans de nombreux pays en développement, la nomenclature dysplasie/carcinome in situ de l'OMS est toujours d'actualité [11].

La corrélation entre ces différentes classifications est représentée dans le tableau I ci-après.

Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le test visuel au CHU du Point G

Tableau I : Corrélation entre les différentes classifications [11].

Papanicolaou 1954	Richart 1968	OMS 1973	Bethesda 1991	Bethesda 2001
Classe I : Absence de cellules anormales	Normal	Normal	Dans les limites de la normale	Dans les limites de la normale
Classe II : Cellules atypiques sans signes de malignités		Atypies malpighiennes ou glandulaires bénignes inflammatoires	Inflammations Lésions réactionnelles	Autres infections Inflammations Lésions réactionnelles
	NCI	Dysplasies malpighiennes	ASCUIS-AGUS Lésions malpighiennes intra épithéliales :	ASCUIS-AGUS Lésions malpighiennes intra épithéliales :
	NCI I	Dysplasie légère	De bas grade	De bas grade et infection à HPV
Classe III : Anomalies cellulaires évoquant la malignité	NCI II	Dysplasie modérée	De haut grade	De haut grade
	NCI III	Dysplasie sévère		
		Carcinome in situ (CIS)	Carcinome malpighien	Carcinome malpighien
		Carcinome malpighien		
Classe IV : Anomalies cellulaires très évocatrices de malignité		Adénocarcinome	Adénocarcinome	Adénocarcinome

2.3.4. Diagnostic des lésions précancéreuses ou dysplasies

Le diagnostic des dysplasies repose sur le dépistage précoce.

2.3.4.1. Microscopie

La confirmation du diagnostic de dysplasie cervicale se fait toujours par l'examen histopathologique qui est basé sur les critères suivants :

- Différenciation, maturation et stratification des cellules

La proportion de l'épaisseur de l'épithélium comportant des cellules matures et différenciées est utilisée pour déterminer le degré de la dysplasie. Pour les degrés les plus sévères de la dysplasie, une proportion importante de l'épaisseur de l'épithélium est composée de cellules indifférenciées, avec seulement une assise mince de cellules matures et différenciées en surface. Si l'on ne constate aucune maturation dans l'épithélium, cela est en général révélateur d'un carcinome in situ.

- Anomalies nucléaires

Elles reposent sur le rapport nucléo-cytoplasmique plus important, le polymorphisme nucléaire avec anisocaryose.

- Activité mitotique (présence des figures de division cellulaire), elle est peu fréquente dans l'épithélium normal et ces figures, si elles sont présentes, ne peuvent s'observer qu'au niveau de la couche parabasale. Ainsi selon la présence des figures de mitose, on distingue :

- CIN1 ou dysplasie légère qui traduit une modification ne dépassant pas le 1/3 inférieur de l'épithélium.
- CIN2 ou dysplasie modérée qui traduit une modification ne dépassant pas les 2/3 inférieurs de l'épithélium
- CIN3 ou dysplasie sévère traduisant une modification atteignant toute l'épaisseur de l'épithélium.

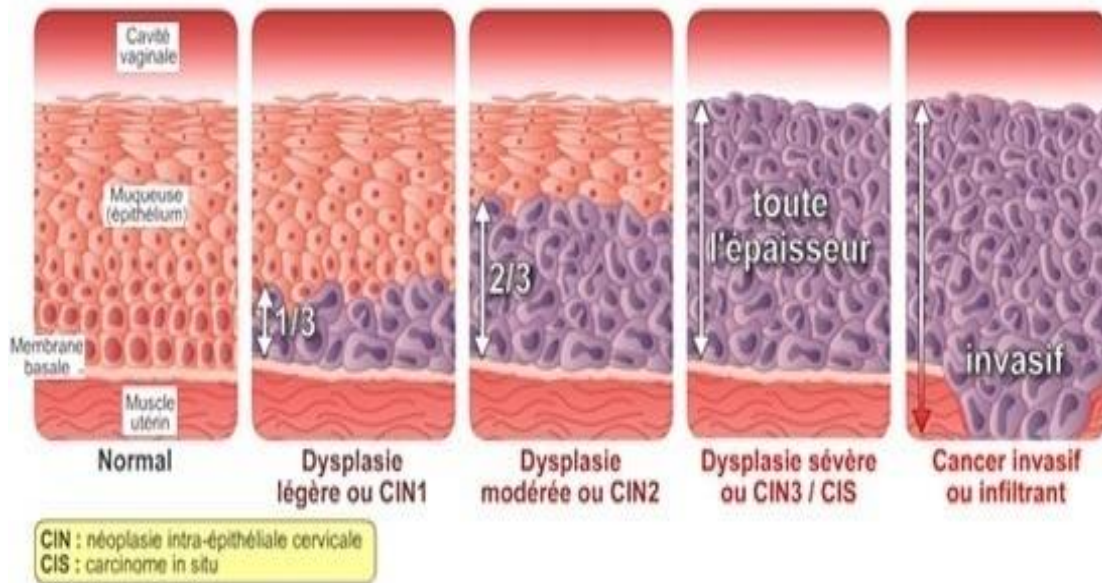


Figure 10: Evolution des lésions dysplasiques vers le cancer invasif du col utérin [13]

2.3.4.2. Traitement des lésions précancéreuses [24]

Le traitement dépend de la dysplasie et de son siège.

Si elle est légère (CIN1), on a le choix entre l'abstention (risque évolutif faible) et le traitement par diathermocoagulation, cryothérapie, résection à l'anse diathermique (RAD) ou laser, si la lésion ne régresse pas spontanément après 6 mois ou un an de surveillance.

Si elle est moyenne (CIN2), l'attitude la plus habituelle est le traitement par les mêmes moyens que ceux de la dysplasie légère.

Si elle est sévère (CIN3) ou s'il s'agit d'un cancer in situ, le traitement dépend du siège de la lésion.

Lorsque la lésion est exocervicale, il semble logique de prélever la lésion à l'anse diathermique ou de vaporiser au laser.

Si la lésion a été retirée en totalité, le traitement peut être considéré comme suffisant, sinon il faut un nouveau traitement local ou une conisation.

Lorsque la lésion est endocervicale, il faut faire une conisation. Si elle passe en tissu sain, on s'en tiendra là. Si la conisation est passée à moins de 5 mm de la lésion en largeur ou en hauteur, l'hystérectomie de complément est nécessaire si la femme a plus de 40 ans ou a eu les enfants qu'elle souhaitait.

2.3.4.3. Surveillance des lésions précancéreuse [12].

La surveillance doit être stricte :

Si l'abstention a été décidée (CIN1), il faut faire un dépistage annuel voire 2 ou 3 ans selon la possibilité de la femme, à la recherche d'une aggravation ou d'une régression spontanée. Si un traitement local a été effectué, il faut revoir la patiente 1 mois après afin de vérifier qu'aucun épithélium pathologique n'a été laissé. Il faut revoir la femme pour une visite de contrôle à 3, 6, et 12 mois pour s'assurer de la régression ou de la persistance des lésions, grâce à un examen visuel (IVA et IVL), suivie d'une colposcopie et, selon les résultats de celle-ci d'une biopsie dirigée.

Si une conisation a été pratiquée, un contrôle annuel est indispensable de même après hystérectomie, une récurrence pouvant apparaître sur le fond du vagin.

2.3.5. Lésions cancéreuses

2.3.5.1. Caractéristiques cliniques des lésions cancéreuses du col utérin

Le cancer du col évolue cliniquement en deux phases :

➤ Une phase asymptomatique :

La plupart des cancers du col débutants ne donne lieu à aucun symptôme appréciable cliniquement (toucher vaginal et examen au spéculum, on parle de cancer occulte).

Leur dépistage repose en pratique sur les frottis, les biopsies dirigées et ou la conisation qui permettent d'établir le diagnostic histologique.

➤ Une phase symptomatique :

La symptomatologie est dominée par :

- **Métrorragies**
- **Leucorrhées**

➤ Autres signes :

- Les douleurs pelviennes,

- Les troubles urinaires : à type de dysurie, pollakiurie, brûlures mictionnelles, hématurie, incontinence urinaire, oligurie, voire même une rétention aiguë d'urine.
- Troubles rectaux : se manifestant sous forme de rectorragie, syndrome rectal fait de : ténésme, épreintes, et faux besoin.
- Pertes de poids, syndrome anémique, dyspareunie, hydorrhée (en cas de cancer de l'endocol).

2.3.5.2. Examen clinique

- **Au spéculum** : Il permet de visualiser l'aspect et les dimensions de la lésion, sa situation par rapport à l'orifice externe du col. Il permet aussi de pratiquer le cathétérisme du canal cervical avec hystérométrie et d'effectuer la biopsie.

Les formes observées sont :

- ✓ **Bourgeonnantes** : Elles réalisent un aspect de gros col tumoral avec un suintement hémorragique au moindre contact

- ✓ **Ulcérées** : Elles détruisent le col et présentent un aspect de cratère plus ou moins volumineux, hémorragique à base indurée

- **Toucher vaginal** :

Il permet d'apprécier l'induration, le volume du col, le degré d'infiltration du dôme vaginal, la taille et la mobilité de l'utérus jugeant de l'existence d'éventuels phénomènes adhérentiels pelviens.

- **Toucher rectal** : renseigne sur l'état des paramètres, c'est-à-dire du tissu cellulaire pelvien qui accompagne la lame hypogastrique à la base des ligaments larges et utéro-sacrés.

2.3.5.3. Examens paracliniques (surtout bilan d'extension)

Ils sont : Échographie endo-vaginale, trans-urétrale et endo-rectale, cystoscopie, Rectoscopie, UIV, Lymphographie, Tomodensitométrie abdomino-pelvienne, Imagerie par Résonance Magnétique (IRM).

Le bilan général est complété par une radiographie pulmonaire et une échographie hépatique.

La plupart des cancers du col de l'utérus débutent au niveau de la zone de jonction pavimento-cylindrique. Ces cancers peuvent se présenter sous différentes formes macroscopiques :

2.3.5.4. Cancers invasifs

❖ **Aspects macroscopiques** : Les premiers stades de l'invasion ne sont décelés qu'à l'examen microscopique. Les stades avancés peuvent simuler l'une des formes suivantes :

- **Formes bourgeonnantes** : Dites aussi exophytiques ou en Choux fleur, de tailles variables, petits bourgeons irréguliers sur l'exocol ou formes prenant tout le col, réalisant un aspect de gros col tumoral.
- **Formes ulcérées** : Irrégulières, térébrantes, à fond nécrosé, avec souvent un aspect de cratère détruisant le col.
- **Forme mixte** : Combinant les 2 formes précédentes (ulcéro-bourgeonnante).

❖ **Aspects microscopiques** : Il y'a 2 types

2.3.5.4.1. Carcinome épidermoïde ou malpighien

Il correspond au type histologique le plus fréquent (80 à 90% des cancers du col). Il peut être in situ, micro invasif ou invasif.

- Carcinome in situ :

Pour les carcinomes épidermoïdes in situ du col utérin, l'épithélium est désorganisé sur toute sa hauteur dans la zone de jonction. Les cellules malignes occupent l'épithélium sur une certaine surface mais ne franchissent pas la membrane basale.

- Carcinome micro invasif :

Lorsque l'invasion ne dépasse pas 5mm en profondeur et 7mm en largeur, on parle de carcinome malpighien ou épidermoïde micro invasif. Il existe une rupture de la membrane basale et une invasion stromale par les cellules malignes

- Carcinome malpighien invasif :

On parle de cancer invasif lorsque la tumeur envahit la membrane basale et pénètre dans le chorion ou le stroma sous jacent est normalement intact dans les lésions intra épithéliales.

Ici l'invasion du stroma dépasse 5mm en profondeur et on distingue trois formes :

- ✓ Carcinome épidermoïde différencié kératinisant
- ✓ Carcinome épidermoïde différencié ou non kératinisant à grandes cellules
- ✓ Carcinome épidermoïde non kératinisant à petites cellules.

La diffusion est d'abord locorégionale : par envahissement des tissus cellulaires pelvien (paramètre surtout) et les organes voisins (vagin, uretères, et vessie), puis se propage aux ganglions lymphatiques satellites (ganglions iliaques externes).

Au-delà du pelvis elle se fait en général par voies lymphatiques (ganglions aortiques et sus claviculaires) et moins par voie veineuse.

➤ **Autres tumeurs épithéliales**

- ✓ Carcinomes adénosquameux
- ✓ Tumeurs carcinoïdes
- ✓ Carcinomes à petites cellules
- ✓ Carcinomes indifférenciés



Figure 11 : Aspect macroscopique d'un col avec un cancer invasif

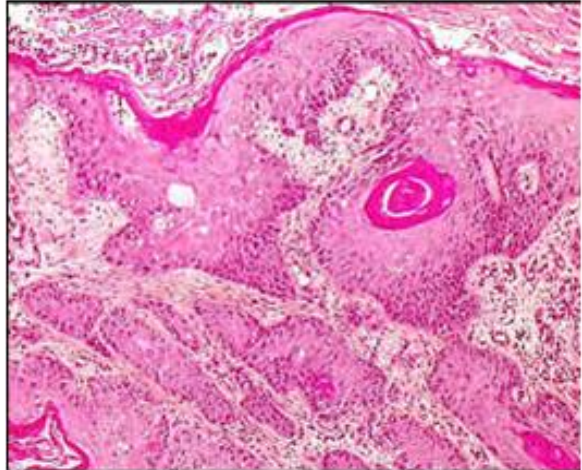


Figure 12 : Coupe histologique d'un cancer épidermoïde invasif [13].

2.3.5.4.2. Adénocarcinome

Il représente 2 à 8% des cancers du col et peut se manifester le plus souvent chez les jeunes femmes. Il s'agit d'un cancer de mauvais pronostique.

L'adénocarcinome prend naissance dans les cellules glandulaires (cellules cylindriques) qui tapissent l'intérieur du col de l'utérus, soit l'endocol. Il peut causer un renflement (enflure) du col ou lui donner une forme de tonneau.

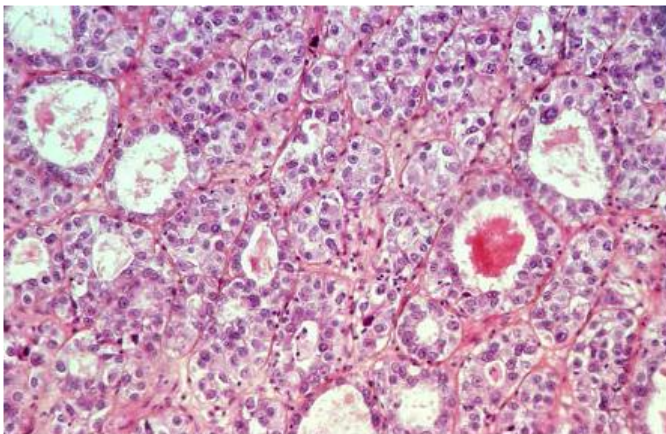


Figure 13 : Coupe histologique d'un adénocarcinome à cellules claires [13].

➤ **Autres :**

- ✓ Un sarcome,
- ✓ Un carcinome mésonéphrotique,
- ✓ Un mélanome,
- ✓ Les cancers à cellules claires,
- ✓ Les cancers colloïdes.

2.3.6. Rapports entre dysplasie et cancer [19]

Entre une dysplasie sévère et un cancer in situ, la distinction est difficile et de nombreux auteurs confondent dysplasie sévère et carcinome in situ.

Richard a introduit le terme de néoplasie cervicale intra- épithéliale (CIN) pour designer ces lésions. Il s'agit en fait de dysplasies ou de lésions précancéreuses.

Les néoplasies intra- épithéliales de bas grade correspondent à la dysplasie légère et de haut grade, aux dysplasies moyenne et sévère. Le seul avantage de cette classification est de regrouper les dysplasies sévères et les carcinomes in situ qui ont le même pronostic et le même traitement.

Tout se passe comme si l'évolution de la dysplasie de haut grade en cancer in situ puis invasif, se faisait de manière évolutive. Le dépistage de la dysplasie et son traitement font baisser la fréquence du cancer du col utérin dans une population donnée.

2.3.7. Dépistage et diagnostic du cancer du col de l'utérus

Dépistage

La stratégie de dépistage diffère s'il s'agit d'une forme pré invasive ou invasive.

Dans la première on suit l'ordre : frottis cervico-vaginal (FCV), colposcopie, biopsie.

Dans la seconde forme les deux premiers sont inutiles et seule la biopsie est valable.

➤ **Frottis cervico-vaginal :**

Il permet de prélever les cellules superficielles du col de l'utérus à l'aide d'une petite spatule, d'une petite brosse ou d'un écouvillon stérile et à les étaler sur une lame, et de les fixer afin de rechercher au microscope les cellules anormales. Il doit intéresser la zone de remaniement ou siège habituellement les lésions de haut grade.

Le frottis cervico-vaginal de dépistage doit être effectué au moins une fois tous les trois ans.

➤ **Colposcopie :**

C'est un examen du col à l'aide d'une loupe binoculaire couplée à un éclairage coaxial permettant un grossissement du col de 20 à 50 fois, selon les appareils et les optiques choisies. Elle doit être effectuée dans un second temps après un frottis anormal. Le test à lugol met en évidence une zone iodo-négative.

Si la JPC est totalement visible, une biopsie à la pince est accomplie.

Si la JPC n'est pas visible car elle est partiellement ou totalement endocervicale une conisation est nécessaire afin d'examiner la lésion en totalité.

La biopsie cervicale ou de la pièce de conisation sous le contrôle topographique de la colposcopie sera réalisée en vue d'examen histologique.

➤ **Biopsie :**

La biopsie est le prélèvement d'un fragment d'organe ou d'un tissu sur un être vivant en vue d'examen histologique. Elle est pratiquée sur les lésions cliniques macroscopiquement évidentes, et permet de poser le diagnostic de cancer invasif ou non et d'en déterminer le type histologique.

Le résultat de la biopsie conditionne la suite de la prise en charge.

On distingue :

- Les lésions dystrophiques
- Les lésions néoplasiques induites par l'HPV
- Les CIN 1, 2, 3

- Les carcinomes invasifs.

En outre, il existe d'autres moyens de dépistage comme le curetage endocervical, le downstaging, la spéculoscopie, la cervicographie, et le test ADN du HPV. Ils ne figurent pas toujours dans les moyens des services sanitaires de nombreux pays en développement car il y a une insuffisance en infrastructure pour le dépistage et le traitement. Le coût est aussi élevé par rapport au revenu moyen.

Un allègement du processus de dépistage, en n'utilisant que l'IVA-IVL, la colposcopie et la biopsie cervicale dirigée, s'avère nécessaire pour les pays à faible ressource.

➤ **Justification du dépistage du cancer du col utérin**

Le cancer in situ guérit à 100% avec un traitement simple. Par contre, le cancer au stade I et IIA ne guérit que dans 80% des cas à 5 ans avec un traitement lourd. Pour le cancer au stade IIB le taux de guérison n'est que de 55% à 5 ans, et 25% au stade III [19].

Le dépistage a donc pour but d'amener au thérapeute des patientes en bon état, présentant des lésions minimales faciles à traiter, voire même des lésions précancéreuses ou dysplasiques, dont le traitement empêchera l'apparition du cancer.

➤ **Classification TNM/FIGO [25]**

Elle est basée sur l'extension locale et locorégionale. La classification des cancers du col utérin la plus utilisée est celle de FIGO (Fédération Internationale de gynécologie et d'Obstétrique). Elle est basée sur une classification par stade en fonction de la taille de la tumeur et de l'étendue de la maladie à la région pelvienne dont les définitions sont données dans le tableau ci après.

Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le test visuel au CHU du Point G

Tableau II : Tableau représentant la classification de FIGO [23].

TNM	FIGO x(stade)	Caractéristiques
TIS	0	Carcinome in situ ou carcinome intra épithélial
T1	I	Cancer limité au col
T1a	IA	Micro-invasif histologique
T1a1	IA1	Invasion du stroma $\leq 3\text{mm}$ en profondeur et $\leq 7\text{mm}$ horizontalement
T1a2	IA2	Invasion du stroma $> 3\text{mm}$ et $\leq 5\text{mm}$ en profondeur et $\leq 7\text{mm}$ horizontalement
T1b	IB	Tumeur limitée au col $>$ stade IA2
	IB1	Lésion clinique $\leq 4\text{ cm}$
	IB2	Lésion clinique $> 4\text{ cm}$
T2	II	Cancer étendu au-delà du col sans atteindre la paroi pelvienne ni le tiers inférieur du vagin
T2a	IIA	Sans infiltration des paramètres
T2b	IIB	Avec infiltration des paramètres
T3	III	Cancer étendu à la paroi pelvienne et/ou intéressant le tiers inférieur du vagin, et/ou responsable d'une hydronéphrose ou d'un rein muet
T3a	IIIA	Atteinte du tiers inférieur du vagin sans extension à la paroi pelvienne
T3b	IIIB	Extension à la paroi pelvienne et/ou hydronéphrose ou rein muet
T4	IVA	Tumeur envahissant la muqueuse de la vessie ou rectum et/ou s'étendant au-delà du petit bassin
N1		Adénopathies régionales métastatiques
M1	IVB	Métastases à distance

➤ **Classification histologique**

D'un point de vue histologique, environ 90 à 95% des cancers invasifs du col dans les pays en voie de développement sont des carcinomes épidermoïdes et seulement 2 à 8% correspondent à des adénocarcinomes [13].

- **Carcinomes épidermoïdes**

- Kératinisants
- Non kératinisants
- Basaloïdes (ou à cellules basales)
- Verruqueux
- Papillaires (condylomateux)
- Lympho-épithéliaux
- A cellules transitionnelles

- **Adénocarcinomes**

- Mucineux
- Endométroïdes
- A cellules claires
- Séreux
- Mésonéphroïdes

2.3.8. Traitement et pronostic des lésions cancéreuses [19]

2.3.8.1. Traitement

Le traitement est fonction du stade évolutif

Stade IA : il se fait en tenant compte de l'envahissement en profondeur étudié sur la pièce de conisation ; s'il est inférieur à 3mm, la conisation semble suffisante ; entre 3 et 5mm une hystérectomie simple conservant les ovaires avec prélèvement ganglionnaire sous-veineux est suffisante.

Stade IB et IIA : trois méthodes peuvent être utilisées

- ✓ Traitement par la chirurgie seule, le principe consiste à associer :
 - Une colpohystérectomie totale élargie avec ablation des paramètres dont la technique de base a été décrite par Wertheim.
 - Une lymphadénectomie ilio pelvienne.
- ✓ La physiothérapie sans chirurgie :

Curiethérapie locale (radium ou du caesium) suivie d'une radiothérapie de préférence par le cobalt.

- ✓ Enfin en France, souvent on associe la radiothérapie et la chirurgie :
 - 1^{er} temps : curiethérapie,
 - 2^{ème} temps : hystérectomie élargie, avec lymphadénectomie 6 semaines après,
 - 3^{ème} temps : radiothérapie si les ganglions sont envahis.

Stade IIB et III : La plupart des auteurs préfère utiliser la radiothérapie seule ou associée à la curiethérapie.

La place de la chirurgie n'est que palliative (dérivation urinaire par exemple).

Au stade IV : Certains réalisent des exentérations pelviennes antérieures, postérieures ou totales.

2.3.8.2. Pronostic

La survie à 5 ans est de :

100% pour les CIS

80% pour les cancers aux stades I et IIA,

55% pour les cancers au stade IIb,

35% pour les cancers au stade III,

5 à 10% pour les cancers au stade IV.

2.3.8.3. Surveillance post-thérapeutique [12]

Une surveillance prolongée s'impose après un traitement du cancer du col.

- S'il s'agit d'un cancer intra-épithélial :

En cas de traitement par laser, conisation ou hystérectomie totale simple, une surveillance annuelle par le test au lugol qui s'assurera de la normalité de la muqueuse vaginale est indispensable. On fera également un toucher vaginal et un toucher rectal.

La moindre anomalie du test au lugol doit faire recourir à la biopsie dirigée ou à la consultation du spécialiste. Il ne faut pas oublier que l'épithélioma intra-épithélial est une maladie de la muqueuse malpighienne qui peut récidiver sur la cicatrice, s'étendre à tout le vagin, voire même à la vulve. Il faudra donc examiner soigneusement le conduit vaginal et la vulve.

- S'il s'agit d'un cancer invasif :

La patiente est revue au 3^{ème}, 6^{ème}, 9^{ème}, 12^{ème}, 18^{ème}, 24^{ème}, 36^{ème} mois puis tous les ans. A chaque visite, on note son poids et on apprécie l'état général.

On examine les creux sus-claviculaires, le foie et on palpera l'abdomen à la recherche d'un gros rein. On réalisera un examen de la vulve et un examen au spéculum. Le vagin sera examiné sur toutes ses faces en retirant le spéculum, puis un toucher vaginal et un toucher rectal seront faits pour apprécier la souplesse des parois et des paramètres. On fera le test de dépistage tous les ans.

Une échographie rénale sera faite au 3^{ème} mois pour rechercher une dilatation des voies urinaires ou par une UIV. Toute anomalie au cours de ces examens entraînera la consultation d'un spécialiste.

2.3.9. Cancer du col utérin selon le terrain

➤ Cancer du col de l'utérus et grossesse

La fréquence du cancer du col utérin chez la femme enceinte est de 2,7% à 3,5% des cancers du col utérin et les néoplasies intra épithéliales (CIN) sont plus fréquentes pendant la grossesse. Il s'observe plus souvent chez la multipare ayant dépassé 30 ans, dont le col a été traumatisé par les accouchements antérieurs. Mais il atteint aussi la primipare plus jeune. Les divers degrés de la classification internationale des lésions pré-invasives et invasives des cancers du col de l'utérus et néoplasies intra épithéliales s'observent dans les mêmes proportions qu'en dehors de la grossesse [26].

L'augmentation de la taille et du nombre des vaisseaux, l'hyperplasie de la muqueuse endocervicale, la transformation du chorion et l'intensité de la réaction acidophile modifient parfois considérablement les aspects colposcopiques chez la femme enceinte. Près d'un tiers des cancers invasifs ou micro-invasifs survenant chez la femme enceinte était méconnus à la colposcopie durant la grossesse. Le principe est d'éviter l'expulsion du fœtus par la voie cervico-vaginale car elle représente un facteur pronostique défavorable.

- Au premier trimestre de la grossesse :

Une interruption thérapeutique de la grossesse est pratiquée puis le cancer est traité par l'association séquentielle curiethérapie et chirurgie.

- Au deuxième trimestre de la grossesse : Pendant cette période, on fait :

- ✓ Soit une interruption thérapeutique de la grossesse par micro césarienne puis le traitement par curiethérapie et chirurgie ;
- ✓ Soit on laisse évoluer la grossesse jusqu'à la maturité fœtale.

La décision est prise en accord avec la patiente en fonction de l'âge de la grossesse au moment du diagnostic (4^{ème}, 5^{ème} 6^{ème} mois), du désir d'enfant, de l'âge de la patiente, et des antécédents obstétricaux.

- Au troisième trimestre de la grossesse :

L'accouchement est fait par césarienne dès que la maturité fœtale est atteinte puis la séquence thérapeutique curiethérapie, chirurgie ou radiothérapie seule est instituée en fonction du stade évolutif du cancer.

➤ **Cancer du col de l'utérus et VIH [27]**

L'infection à VIH est-elle impliquée dans la survenue du cancer du col de l'utérus ?

Durant ces dernières années, on assiste à une évolution de l'épidémiologie du cancer du col utérin avec un rajeunissement de la population atteinte. Ainsi l'infection par le VIH n'explique pas entièrement cette évolution récente mais trouve sa place dans les facteurs de risque de la maladie. Cette infection chez la femme est associée à une prévalence élevée de cancer du col utérin et à une évolution d'autant plus sévère de ces lésions que le déficit immunitaire est profond.

Cela a conduit à l'inclusion du cancer invasif du col de l'utérus parmi les critères définissant le sida en janvier 1993 principalement dans le but de sensibiliser les cliniciens à la surveillance gynécologique des femmes séropositives. La découverte de plusieurs cas de cancers cervicaux chez les femmes jeunes porteuses du VIH ainsi que l'observation de risque plus élevé d'infections à HPV et de dysplasies cervicales de haut grade, suggèrent une association entre le VIH et le cancer du col de l'utérus. Peu d'études ayant été réalisées pour confirmer cette association, des données plus précises sont nécessaires pour justifier un dépistage systématique du cancer du col de l'utérus chez les femmes séropositives.

Ainsi le traitement standard comportera en fonction du stade évolutif du cancer, de l'âge de la patiente, du désir ultérieur de grossesse ; une chirurgie ou une cryothérapie associée ou non à un traitement antirétroviral. Ce traitement est modulé en fonction du taux de CD4 et de la gravité de l'infection à VIH. Le traitement antirétroviral pourrait être renforcé par une prophylaxie contre les infections opportunistes et une surveillance clinique et hématologique est nécessaire au cours du traitement.

➤ **Cancer du col utérin chez les adolescentes**

En raison de la presque constance de l'ectropion physiologique de la puberté, le col des adolescentes est plus que celui des autres vulnérable et s'accompagne d'anomalies histologiques de l'épithélium malpighien métaplasique. Cette susceptibilité est généralement traduite par la brièveté du temps s'écoulant entre les premiers rapports et l'apparition des lésions. En outre, le nombre élevé de partenaires est un facteur d'infections sexuellement transmissibles. Mais après des périodes d'abstinence et de soins hygiéniques adéquats, le col reprend assez rapidement son état normal. La tendance à la progression varie avec l'âge.

Les femmes en activité sexuelle présentent une progression maximale entre 20 et 40 ans. Leur évolution est multifactorielle.

MATERIEL ET METHODE

3. MATERIEL ET METHODES

3.1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Point G conduite sous la direction du chef de service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU Point G.

❖ CHU du Point G

Il est situé sur la colline à laquelle il emprunte son nom (Point G). Son emplacement est à 8 km du centre-ville de Bamako, face à la colline de Koulouba. Il couvre une superficie de 25 hectares.

Le centre comprend plusieurs services dont celui de la gynécologie et d'obstétrique et le service d'anatomie et cytologie pathologiques.

➤ **Le service de Gynécologie Obstétrique** a été créé en 1912. Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés français puis par des chirurgiens maliens.

La succession des différents chefs de service :

- **1970** Professeur Rougerie (chirurgien français) ;
- **1970-1972** Professeur Foucher (chirurgien français) ;
- **1972-1975** Professeur Bocar Sall (traumatologue malien) ;
- **1975-1978** Professeur Mamadou Lamine Traoré (chirurgien généraliste malien) ;
- **1978-1983** Docteur Colomard (chirurgien français) ;
- **1984-1985** Marc Jarraud (chirurgien français) ;
- **1985-1986** Docteur Henri Jean Philippe (chirurgien français) ;
- **1987** Docteur Etienne Steiner (chirurgien français) ;
- **1987-2001** Professeur Amadou Ingré Dolo (Gynécologue Obstétricien malien) ;

Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le test visuel au CHU du Point G

- **2001-2003** Docteur Niani Mounkoro
- **2003 à 2014** Professeur Bouraïma Maïga (Gynécologue Obstétricien malien)
- **Janvier 2015 à nos jours : Dr THERA Tioukani Augustin**
(Gynécologue Obstétricien, Maître Assistant à la FMOS).

Le bâtiment abritant le service de Gynécologie Obstétrique a 3 niveaux, situé entre l'ancien service de médecine interne au **Sud**, le service de Réanimation au **Nord** et l'Urologie à l'**Est**. Il comporte plusieurs unités :

- Une unité d'endoscopie gynécologique ;
- Une unité d'échographie ;
- Une unité d'oncologie gynécologique ;
- Une unité de dépistage qui est dirigée par des agents qualifiés à la

technique de dépistage du cancer du col de l'utérus qui sont :

- Un (1) gynécologue
- Trois (3) sages femmes
- Un (1) interne

Le personnel du service de gynécologie et d'obstétrique se compose comme suite:

- **6** Gynécologues Obstétriciens
- **22** Techniciens supérieurs de santé dont :
 - **18** sages-femmes,
 - **1** Major,
 - **3** Aides de bloc : Assistant médical,
- **6** Techniciens de santé dont **3** en formations,
- **2** Aides-Soignantes,
- **7** Garçons de Salle dont **3** au bloc opératoire,
- **1** Secrétaire.

▪ **Fonctionnement**

Il existe 5 jours de consultation gynécologique (Lundi au Vendredi) et 4 jours d'opérations programmées. La prise en charge des urgences est effective 24heures/24. Les consultations prénatales sont journalières. Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8H30 mn réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service ou un de ses assistants. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte-rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde. La visite est journalière et l'EPU a lieu chaque Vendredi dirigé par le chef de service ou un de ses collaborateurs après le staff.

Au niveau organisationnel du service de garde : une permanence est assurée par une équipe de garde composée : d'un médecin Gynécologue, deux à trois étudiants en médecine faisant fonction d'interne, une sage-femme, un technicien supérieur en anesthésie, un aide de bloc, une infirmière, une aide-soignante et trois garçons de salle dont un au bloc et souvent des médecins en spécialisation (DES).

Unité mixte, le service de Gynécologie Obstétrique reçoit majoritairement les urgences obstétricales évacuées par d'autres structures sanitaires du district de Bamako et environs.

Sa double vocation de soins et de formation en fait un centre dynamique.

L'organigramme de fonction du service de Gynécologie Obstétrique a mis en place :

Et prévoit :

- la mise en place d'une unité de Procréation Médicalement Assistée (PMA) en collaboration avec l'INRSP (en cours de réalisation),
- et l'ouverture d'un bloc d'urgence d'obstétricale.
-

3.2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective, et descriptive allant de Janvier 2014 à Décembre 2015 soit une période de 2 ans.

3.3. Population d'étude :

Toutes les femmes venues pour le dépistage dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Point G.

3.4. Echantillonnage :

3.4.1. Critères d'inclusion : Ont été incluses

- Toutes les patientes âgées de 15 à 95 ans dépistées pour lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Point G pendant la période d'étude.

3.4.2. Critères de non inclusion : N'ont pas été incluses

- Toutes les patientes d'âge inférieur à 15 ans dépistées dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Point G en dehors de la période d'étude
- Toutes les patientes d'âge supérieur à 95 ans dépistées dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Point G en dehors de la période d'étude.
- Toutes les femmes ayant subies une hystérectomie totale

3.5. Matériel de travail :

3.5.1. Matériel pour le dépistage :

- Une table d'examen avec étrières ;
- Une source lumineuse de bonne qualité pouvant aisément être dirigée vers le col ;
- Des spéculums stériles ;
- Des gants non stériles et stériles ;
- Un colposcope ;
- Des écouvillons de coton ;
- Des pinces portes coton ;
- Des pinces à biopsie du col ;

Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le test visuel au CHU du Point G

- Des pinces en cœur ;
- Un haricot ;
- Une solution de lugol ;
- Des flacons pour les biopsies du col ;
- Du formol à 10% ;
- Un sac poubelle pour y jeter les écouvillons contaminés ;
- Une solution de décontamination pour mettre le matériel souillé ;
- Un appareil de cryothérapie ;
- Un appareil de résection ;

3.5.2. Déroulement du travail :

Les femmes âgées de 15 à 95 ans ayant été dépistées pour lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus ont été questionnées avant d'être soumises à l'inspection visuelle après une application de soluté de lugol (IVL).

Les cas significativement positifs au test visuel ont fait l'objet d'une biopsie

3.5.3. Méthode de diagnostic :

L'examen consistait à installer les femmes sur une table en position gynécologique dans une salle bien aménagée. Un spéculum à usage unique était doucement introduit dans le vagin et les leucorrhées éventuelles étaient nettoyées à l'aide de compresse montée et imbibée de sérum physiologique. Puis le lugol était appliqué. Il était considéré comme positif si on notait une zone de non imprégnation de l'iode sur la zone de transition (zone iodonégative), proche de l'orifice cervical externe.

Chaque fois que le test au lugol était positif, la patiente bénéficiait d'une biopsie pour histopathologie.

Les fragments de biopsie ont été fixés au formol à 10%. Après un examen macroscopique, les fragments de biopsie ont été inclus dans la paraffine puis

coupés au microtome rotatif, à 3 ou 5 microns. Les sections sont étalées sur des lames de verre puis colorées à l'hématéine éosine permettant de l'observer plus facilement à la lecture au microscope optique par un pathologiste au faible et au fort grossissement.

3.6. Collecte des données :

Notre étude a concerné l'analyse des caractéristiques sociodémographiques, les données de l'examen clinique, les données anatomopathologiques.

Les données ont été recueillies à l'aide des fiches d'enquêtes remplies à travers : les dossiers des malades, le registre de consultation et les comptes rendus anatomopathologiques.

3.7. Gestion des données :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel SPSS 19.0.

Nous avons fait une saisie simple des textes, tableaux et graphiques sur les logiciels Word et Excel 2007 de Microsoft. Comme test statistique, nous avons utilisé le test exact de FISHER avec pour seuil de signification $p < 0,05$.

RESULTATS

Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le test visuel au CHU du Point G

4. RESULTATS :

4.1. Fréquence des lésions précancéreuses et cancéreuses :

Au cours de notre étude, 953 patientes ont été dépistées au niveau de l'unité de dépistage de cancer du col de l'utérus dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CH U Point-G. Parmi ces patientes, 160 ont présenté des lésions précancéreuses et 29 avaient une suspicion de cancer du col. Ce qui un fait total de 189 patientes donc la fréquence des lésions précancéreuses et cancéreuses est de 19,83%.

4.2. Caractéristiques sociodémographiques :

Parmi les 953 patientes dépistées au cours de notre étude, 931 sont venues d'elles mêmes et 22 ont été orientées par un CSCOM.

➤ Age

Tableau III : Répartition des patientes selon l'âge

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
15-25 ans	113	11,9
26-35 ans	273	28,6
36-45 ans	266	27,9
46-55 ans	183	19,2
56-65 ans	93	9,8
66-75 ans	20	2,1
76-85 ans	4	0,4
86-95 ans	1	0,1
Total	953	100

La tranche d'âge la plus représentée était de **26-35 ans** avec un effectif de **273** soit **28,6%**.

L'âge moyen était de **40,17 ±12,58 ans** avec des extrêmes de **15 ans** et **95 ans**.

➤ Ethnie des patientes

**Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de
l'utérus par le test visuel au CHU du Point G**

Tableau IV : Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Bambara	262	27,5
Peulh	190	19,9
Sarakolé	128	13,4
Malinké	89	9,3
Dogon	53	5,6
Senoufo	46	5,0
Sonrhäi	40	4,2
Kakolo	37	3,9
Mianka	35	3,7
Bozo	18	1,9
Kassonké	14	1,5
Etrangère	10	1,0
Autres	31	3,1
Total	953	100

Autres : Diawondé, Maure, Bobo, Touareg, Wolof, Mossi, Mabo.

L'ethnie Bambara était la plus représentée avec un effectif de **262** soit **27,5%** des cas.

Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le test visuel au CHU du Point G

➤ **Statut matrimonial des patientes**

Tableau V : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Mariées	593	91,7
Célibataires	47	7,3
Veuves	5	0,8
Divorcées	1	0,2
Total	646	100

N= 646

La majorité des patientes était mariée avec un effectif de 593 soit **91,7%** des cas.

Le statut matrimonial de 307 patientes n'était pas précisé.

4.3. Caractéristiques cliniques :

➤ **Statut gynécologique**

Tableau VI : Répartition des patientes selon le statut gynécologique

Statut Gynécologique	Effectifs	Pourcentage
Non ménopausée	698	73,2
Ménopausée	255	26,8
Total	953	100

N= 953

Les femmes non ménopausées ont représenté un effectif de **698** soit **73,2%** des cas.

Antécédents obstétricaux

**Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de
l'utérus par le test visuel au CHU du Point G**

➤ **Parité**

Tableau VII : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectifs	Pourcentage
Multipare	352	54,40
Grande multipare	173	26,74
Primipare	63	9,74
Nullipare	59	9,12
Total	647	100

N= 647

Dans notre étude, les multipares ont représenté **352 cas** soit **54,40%** de l'effectif.

Le nombre de parité n'était pas précisé chez 306 patientes.

Nullipare : Zéro (0) accouchement

Primipare : Un (1) accouchement

Multipare : Deux (2) à cinq (5) accouchements

Grande multipare : Six (6) accouchements et plus

➤ **Contraception**

Tableau VIII : Répartition des patientes selon l'utilisation de contraceptif

Utilisation de contraceptif	Effectifs	Pourcentage
Non	342	52,9
Oui	304	47,1
Total	646	100

N= 646

Dans notre étude, 304 patientes utilisaient une méthode contraceptive soit **47,1%** l'effectif.

La notion d'utilisation ou non de contraceptif n'était pas précisée chez 307 patientes.

➤ **Motif de consultation**

Tableau IX : Répartition des patientes selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectifs	Pourcentage
Venues d'elles mêmes	931	97,7
Orientées par un CSCOM	22	2,3
Total	953	100

N= 953

Les patientes venues d'elles mêmes pour le dépistage étaient majoritaires au cours de notre étude avec un effectif de 931 cas, soit **97,7%**.

Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le test visuel au CHU du Point G

➤ **Dépistage**

Test au lugol

Tableau X : Répartition des patientes selon le résultat de l'IVL (inspection visuelle après application du lugol)

IVL (lugol)	Effectifs	Pourcentage
IVL négatif	764	80,17
IVL positif	160	16,79
Suspicion de cancer du col	29	3,04
Total	953	100

Dans notre étude, le test était positif au lugol dans **16,79%** des cas.

➤ **Réalisation de la biopsie**

Tableau XI : Répartition des patientes en fonction de la biopsie

Réalisation de biopsie	Effectifs	Pourcentage
Non	764	80,2
Oui	189	19,8
Total	953	100

Dans notre étude 189 biopsies ont été réalisées soit **19,8%** des cas.

4.4. Caractéristiques histologiques :

Tableau XII : Répartition des patientes selon le résultat histologique

Résultat histologique	Effectifs	Pourcentage
Inflammation	48	25,4
Lésions précancéreuses	61	32,3
Lésions cancéreuses	47	24,8
Non concluants	16	8,5
Non disponibles	17	9,0
Total	189	100

N= 189

NB : 16 résultats sont non concluants, 17 résultats n'étaient pas disponibles.

Les lésions précancéreuses ont été observées chez 61 patientes soit **32,3%** des cas et 47 patientes ont présenté des lésions cancéreuses soit **24,8%** des cas.

Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le test visuel au CHU du Point G

➤ **Nature histologique :**

Tableau XIII: Répartition des patientes selon la nature histologique des lésions précancéreuses et cancéreuses

Nature histologique des lésions	Effectifs	Pourcentage
CIN1	39	36,1
CIN2	16	14,8
CIN3	6	5,6
Adénocarcinome	6	5,6
Carcinome épidermoïde	41	37,9
Total	108	100

Dans notre étude, CIN1 était la lésion précancéreuse la plus fréquente avec un effectif de 39 cas soit **36,1%** et le carcinome épidermoïde était la lésion cancéreuse la plus fréquente avec un effectif de 41 soit **37,9%** des cas.

Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le test visuel au CHU du Point G

4.5. Analyses bivariées :

➤ Nature histologique et âge

Tableau XIV : Répartition des cas en fonction des lésions précancéreuses et cancéreuses et l'âge

Nature histologique	Tranche d'âge						Total
	15-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	
CIN1	0	19	9	8	3	0	39
	0%	48,7%	23,1%	20,5%	7,7%	0%	100%
CIN2	1	6	4	3	2	0	16
	6,2%	37,5%	25,0	18,8%	12,5%	0%	100%
CIN3	0	4	1	0	1	0	6
	0%	66,6%	16,7%	0%	16,7%	0%	100%
Carcinome épidermoïde	0	6	10	18	7	0	41
	0%	14,6%	24,4%	43,9%	17,1%	0%	100%
Adénocarcinome	0	0	1	2	2	1	6
	0%	0%	16,7%	33,3%	33,3%	16,7%	100%
Total	1	35	25	31	15	1	108
	0,9%	32,4%	23,1%	28,7%	14,0%	0,9%	100%

La dysplasie de bas grade (CIN1) était fréquente entre 26-35ans soit **48,7%** des cas avec une tendance significative.

Le carcinome épidermoïde était la lésion cancéreuse la plus fréquente entre 46-55 ans soit **43,9%** des cas.

De façon significative, les lésions dysplasiques surviennent plus tôt que les cancers (Test exact de FISHER = 35,197 p= 0,005)

**Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de
l'utérus par le test visuel au CHU du Point G**

➤ **Résultats histologiques et statut gynécologique**

Tableau XV : Répartition des cas en fonction du type histologique et le statut gynécologique

Types histologiques	Non ménopausées	Ménopausées	Total
Lésions précancéreuses	47	14	61
	77,0%	23,0%	100%
Lésions cancéreuses	14	33	47
	29,8%	70,2%	100%
Total	61	47	108
	56,5%	43,5%	100%

Les lésions cancéreuses sont plus observées à la ménopause tandis que les lésions précancéreuses sont plus fréquente pendant la période d'activité génitale avec une tendance significative ($\chi^2= 24,124$ $p= 0,001$ $ddl= 1$)

Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le test visuel au CHU du Point G

➤ **Nature histologique et le statut gynécologique**

Tableau XVI: Tableau XVI: Répartition des cas en fonction de la nature histologique et le statut gynécologique

Nature histologique	Statut gynécologique		Total
	Non ménopausées	Ménopausées	
CIN1	33	6	39
	84,6%	15,4%	100%
CIN2	10	6	16
	62,5%	37,5%	100%
CIN3	4	2	6
	66,7%	33,3%	100%
Carcinome	13	28	41
épidermoïde	31,7%	68,3%	100%
Adénocarcinome	1	5	6
	16,7%	83,3%	100%
Total	61	47	108
	56,5%	43,5%	100%

Dans notre étude, CIN1 était plus fréquente chez les femmes en période d'activité génitale avec un effectif de 33 cas soit **84,6%**.

Le carcinome épidermoïde était plus fréquent chez les femmes ménopausées avec un effectif de 28 cas soit **68,3%**.

De façon significative, les lésions dysplasiques sont plus observées à la période d'activité génitale qu'à la ménopause. (Test exact de FISHER= 27,832 p=0,001)

DISCUSSION

5. DISCUSSION

5.1. L'approche méthodologique :

Nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive de Janvier 2014 à Décembre 2015, qui nous a permis de faire le point sur le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au Centre Hospitalier Universitaire du Point G.

Du fait du caractère rétrospectif, notre méthodologie de travail ne nous a pas permis de recenser le statut matrimonial, les antécédents obstétricaux et l'utilisation de contraceptifs de toutes nos patientes qui ont été dépistées.

L'âge des femmes variait entre 15 et 95 ans, ceci nous a permis de faire une estimation sur la fréquence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au CHU Point G. En effet l'idée actuelle concernant le cancer du col utérin est de le considérer comme étant une maladie sexuellement transmissible (MST), et de ce fait toute femme ayant eu des rapports sexuels doit faire l'objet du dépistage de ce cancer.

5.2. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

➤ L'âge

Dans notre étude, l'âge moyen était de **40,17±12,58** ans avec des extrêmes de 15 et 95 ans.

Cette moyenne d'âge se rapproche de celles obtenues par Maïga R en 2016 au Mali [28] et Traoré O en 2009 au Mali [29] avec des âges moyens de 37,6±11,7 ans et 39,31±11,45 ans. Par contre, elle est similaire à celles obtenues par Konaté AK en 2015 au Mali [30] et Camara MB en 2015 au Mali [31] qui avaient des âges moyens respectifs de 40,19±11,52 ans et 40,1±11,4 ans.

Il est cependant important de souligner que les tests visuels sont moins efficaces chez la femme après la ménopause du fait que la zone de la jonction pavimento-cylindrique a tendance à se retirer dans l'endocol, donc n'est presque pas visible à l'examen au spéculum.

➤ **Statut matrimonial**

Presque la majorité de nos patientes était mariée soit 91,7%. Ce taux est légèrement inférieur à celui de Mariko K en 2008 au Mali [32] qui a trouvé 94%.

5.3. Caractéristiques cliniques des patientes

➤ **Statut gynécologique**

Dans notre série, la plus part de nos patientes était en période d'activité génitale soit 73,2%. Ce taux se rapproche de ceux de Konaté A en 2013 au Mali [33] et de Sacko R en 2008 au Mali [34] qui ont retrouvé respectivement 70% et 68,5%. Par contre, il est similaire à celui obtenu par Tounkara A en 2016 au Mali [35] qui était de 73,4%.

➤ **Antécédents gynécologique**

La notion d'utilisation de contraceptif a été observée dans 47,06% des cas dans notre étude. Ce résultat est supérieur à celui de Konaté A en 2013 au Mali [33] qui a retrouvé 39,9%.

➤ **Parité**

Dans notre étude, 54,40% des patientes étaient des multipares. Ce résultat est inférieur à celui de N'guessan K 2009 [36] qui a retrouvé 73,1%. Bouffard a trouvé qu'à partir de 35 ans, les multipares deviennent de plus en plus exposées au risque de cancer du col ; ainsi le cancer du col augmente avec la parité et paraît six fois plus élevé chez la multipare que chez la paucipare [37]

Cependant notre résultat concorde avec celui de la littérature qui trouve qu'en Afrique, la multiparité est un réel facteur de risque du cancer du col de l'utérus, car les accouchements par les traumatismes répétés qu'ils occasionnent, entraînent des remaniements de l'architecture du col de l'utérus qui évoluent vers un état dysplasique.

➤ **Résultats de l'IVL**

Dans notre étude, nous avons décelé 16,79% de cas avec zone iodo positive et 3,04% des cas de suspicion de cancer du col de l'utérus.

Ces résultats sont supérieurs à ceux obtenus par Diallo D en 2007 au Mali [38] qui étaient de 6,8% des cas avec zone iodo positive et 1,6% des cas de suspicion du cancer par contre il est similaire à celui de Sankaranaryanan [39] qui avait obtenu 17,8% des cas avec zone iodopositive.

5.4. Résultats histologiques

La fréquence des lésions précancéreuses dans notre étude est de 56,5% avec 36,1% des lésions de bas grade et 20,4% des lésions de haut grade.

Ces résultats sont comparables à ceux de Maïga R en 2016 au Mali [28] et de Konate AK en 2015 au Mali [30] qui avaient obtenu respectivement 38,1% et 32,07% des lésions de bas grade, et 9,9% et 26,16% des lésions de haut grade.

Dans notre série, la fréquence des lésions cancéreuses est de 43,5% avec 37,9% de carcinome épidermoïde et 5,6% d'adénocarcinome.

Ces résultats sont comparables à ceux de Konate AK en 2015 au Mali [30] et de Konate S en 2005 au Mali [40] qui avaient rapporté respectivement 20,25% et 21,24% de carcinome épidermoïde, 2,95% et 1,7% d'adénocarcinome.

Ces différentes données montrent une prédominance du carcinome épidermoïde par rapport à l'adénocarcinome conformément à ce que rapporte la littérature.

CONCLUSION

6. CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous constatons que le cancer du col de l'utérus est une pathologie très fréquente et d'évolution lente et précédée toujours par des lésions précurseuses à type de dysplasie. Le Papilloma Virus humain (transmission par voie sexuelle) est l'étiologie principale du cancer du col utérin. Le carcinome épidermoïde et l'adénocarcinome sont les deux formes histologiques les plus fréquentes. Le diagnostic précoce nécessite le dépistage systématique par les tests visuels IVA/IVL qui sont des tests simples, peu coûteux, facilement acceptables pour nos pays en développement.

La lutte efficace contre le cancer du col de l'utérus passe nécessairement par la vaccination contre le HPV.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

Aux autorités politico-administratives et sanitaires

- ❖ Renforcer les campagnes de sensibilisation et étendre le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus à l'ensemble du pays.
- ❖ Former le personnel médical et paramédical sur les techniques de dépistage.
- ❖ Inclure le dépistage du cancer du col de l'utérus dans les activités minimum des services de santé.
- ❖ Faire participer des médias dans le cadre de la communication pour le changement de comportement afin de rompre le silence autour des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.
- ❖ Promouvoir la vaccination de masse des jeunes filles.

Aux ONG et Associations de lutte contre le cancer

- ❖ Sensibiliser la population sur la pratique du dépistage, le traitement et le suivi correct des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

Aux prestataires des services de dépistage

- ❖ Assurer une formation continue des professionnels de la santé sur la pratique de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.
- ❖ Demander systématiquement le dépistage du cancer du col de l'utérus chez toutes les femmes sexuellement actives.
- ❖ Intégrer le dépistage du cancer du col de l'utérus dans les activités quotidiennes.

 A la population

- ❖ Effectuer le dépistage périodique du cancer du col de l'utérus, en respectant les rendez-vous.
- ❖ Observer le suivi adéquat des lésions dysplasiques.
- ❖ S'informer sur les facteurs de risque.

REFERENCES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Adjahoto IO.

Etude de faisabilité du dépistage du cancer du col de l'utérus par l'inspection visuelle à l'acide acétique puis au lugol, à propos de 565 femmes dépistées à l'hôpital de la mère et de l'enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou. Thèse de Médecine, Cotonou, 2003.

2. Anonyme.

New England Journal of Medicine (NEJM) 2003; 348: 518-527.

3. Baldauf J J, Drefus M, Ritter J, Philipe E.

An analysis of the factor involved the diagnostic accuracy of colposcopically directed biopsy. *Acta obstet gynecol Scand* 1997 ; 76 : 468-473.

4. Bastian H, Cinquin Ph, Cayot F, Cabanne F, Mottot C.

Le frottis cervico-vaginal de dépistage. *Encycl Med Chir; Paris; Gynecologie*, 73 B10, 6 - 1983, 5p.

5. Basu PS , Sankaranarayanan R , Mandal R , Roy C , Choudhury D et al.

Visual inspection with acetic acid and cytology in The early detection of cervical neoplasia in kolkata, India. *Int Gynecol cancer* 2003, 13, 626-632.

6. Belinson JL , Pretorius RG , Zhang WH, Wu Ly, Qiao YL , and Elson P.

Cervical cancer screening by simple visual inspection after acetic acid *obstet Gynecol* 2001; 98: 441- 444.

7. Mounkoro N.

Les cancers génitaux de la femme au Mali (Oct. 1984 à Oct. 1985 à propos de 32 cas). Thèse de Méd, Bamako, 1985 ; N° 85-M-12. P86.

8. Téguté I.

Prise en charge des néoplasies intra épithéliales du col (CIN). A propos d'une étude rétrospective de 331 cas sur une période de 10 ans. Mémoire de fin de stage de gynécologie et obstétrique ; Cotonou 2002 ; P10.

9. Traoré C B, Kamaté B, Coulibaly B et al.

Le cancer à Bamako de 2002 à 2012 ; données du registre des cancers. Rev. Afr de pathol 2012 6M ; 11(1) : 3-8.

10. Chirenje ZM, Chipato T, Kasule J, Rusakaniko S, Gaffikin, Blumenthal P, Sanghvi.

Visual inspection of the cervix as a primary means of cervical cancer screening: results of a pilot study. Central African journal of medicine 1999; 2 (45): 30-33.

11. CIRC:

Centre international de recherche sur le cancer, rapport bienal 1996-1997.

12. Traoré S.

Le Dépistage des Néoplasies Intra- Epithéliales du col de l'utérus par l'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol. (À propos de 4632 femmes dépistées dans le district de Bamako). Thèse de Med, Bamako, 2013 ; N° 05-M-13.

13. Sankaranarayanan R, Ramani M D S, Wesley, MD.

Guide pratique pour le dépistage visuel des Néoplasies cervicales. Rapport technique 41 du CIRC, Lyon, France.2003.

14. Cancer Incidence in Five Continents.

Vol. IX Mali (1998-2002) C 15 Volume 9 (Editorial sheet 1 a) Wed mar 2007; 2811: 58: 40.

15. IARC.

IARC handbooks of cancer: cervix cancer screening. Lyon: 2005.

16. Baseman JG, Koutsky LA.

The epidemiology of human papilloma virus infections .J ClinVirol. 2005 Mars; 32 Suppl 1: S16-S24.

17. Hatch KD, Hacker NF.

Intraepithelial disease of the cervix; vagina; and vulva.IN Berek JS; Adashi EY; Hillard PA. Novok's Gynecology. 12th ed.Baltimore-Maryland: Williams & Wilkins; 1996. P 447-486.

18. Hatch KD, Handbook of Colposcopy.

Diagnosis and Treatment of Lower Genital Tract Neoplasia and HPV Infections.Boston: Little, Brown and Co 1989; 7-19.

19. Lansac J. et Lecomte P.

Gynécologie pour le praticien. 4eme édition. Paris: SIMEP; Mars 1994. 81- 99.

20. Pund ER, Nieburgs H, Nettles JB, Caldwell JD.

Preinvasive carcinoma of the cervix uteri: seven cases in which it was detected by examination of routine endocervical smears. Arch pathol Lab Med 1947; 44: 571-7.

21. Koss LG, Stewart FW, Foote FW, Jordan MJ, Bader JM, Day E.

Some histological aspects of behaviors of epidermoid carcinoma in situ and related lesions of the uterine cervix. Cancer 1963; 16: 1160-211.

22. Narducci F, Occelli F, Vinatier D, Leroy JL.

Positive Margins after conization and Riskof persistent lesion.Gynecologic Oncology 2014; 76: 311-314.

23. Oster AG.

Natural history of cervical intraepithelial neoplasia, a critical review.Int J. Gynecol. Pathol 1993; 12 (2) 186-192.

24. Landhe M, George SS, Seshadri L.

Detection of CIN by naked eye visualization after application of acetic acid. Indian journal of cancer (june 1997); 34 (2): 88-91.

25. Pierre G, Serge H, Jean Charles P.

Traité de médecine. Quatrième édition. Paris : Médecine science Flammarion ; 2004. P2076-2081.

26. Merger R, Jean Levy, Jean Melchior, Nelly Bernard.

Précis d'obstétrique. 6^{ème} édition. Paris : Masson ; 2001. 402-403.

27. Ouattara Moumouni.

Association cancer du col de l'utérus et infection par le virus de l'immunodéficience humaine dans le service de gynécologie obstétrique de Hôpital Gabriel Touré à propos de 53 cas. Thèse de Méd, Bamako, 2005; N° 05-M-140.

28. Maïga R.

Le suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérin au CSRéf de la commune IV du district de Bamako. Thèse de Méd, Bamako, 2016.

29. Traore OD.

Dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les méthodes d'inspection visuelles, leur traitement et leur suivi, au Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré. Thèse de Méd, Bamako 09-M-515.

30. Konate AK.

Dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les méthodes d'inspection visuelles et suivi au CSREF Commune V. Thèse de Méd, Bamako, 2015.

31. Camara MB.

Les activités de dépistages des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les techniques visuelles IVA/IVL au Centre de Santé de Référence de la Commune V. Thèse de Méd, Bamako, 2015.

32. Mariko K.

Aspects histopathologiques des cancers du col de l'utérus au Mali: à propos de 845 cas. Thèse Méd, Bamako, 2008.

33. Konate A.

Evaluation des activités de dépistage des lésions dysplasiques et cancéreuses du col utérin par les tests visuels (IVA-IVL) au CHU Gabriel Toure et aux CSRéf des C IV et V, du district de Bamako à propos de 2027 cas. Thèse de médecine, Bamako, 2013 ; N° 13M57.

34. Sacko R.

Dépistage des lésions pré cancéreuses et cancéreuses, du col de l'utérus, par les méthodes d'inspection visuelle, leur traitement et leur suivi, au centre de santé de référence de la commune IV. These de Méd, Bamako, 2008; N° 08-M-154.

35. Tounkara A.

Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au Centre de Santé de Référence de la Commune III du district de Bamako. Thèse de Méd, Bamako, 2016.

36. N'guessan K, Kouakou F, Loué V, Angoi V, Abauleth Y, Boni S.

Le cancer du col de l'utérus : Aspects épidémiologiques et prise en charge en milieu africain. Mali Méd 2009; 24 (3) : 27-30.

37. Diallo et Collaborateurs.

Epidémiologie et pronostic du cancer du col utérin. Expérience de la clinique universitaire de gynéco-obstétrique IGNACE DEEN de Conakry en 10 ans (1982-1991), Dakar médical 1992; 37 : 199-204.

38. Diallo D.

Etude multicentrique des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les méthodes visuelles (à propos de 5016 cas dans le district de Bamako).Thèse de Méd, Bamako, 2007; N° 07-M-61.

39. Sankaranarayanan R, Wesley R, Thara S, Dhakad N, Chandralekha B, SebastianP et al.

Test characteristics of visual inspection with 4% acetic acid (IVA) and lugol's iodine (VILI) in cervicalCancer screening in kerala, Indian. Int. J. Cancer 2003; 106: 404-408.

40. Konate S.

Dépistage du cancer du col de l'utérus au centre de Sante de Référence de la Commune V du district de Bamako (à propos de 113 cas). Thèse de Méd, 2005: 64.

ANNEXES:

FICHE D'ENQUETE

1- N° : fiche d'enquête :

2- Nom et prénom :

3- Age :

4- Adresse habituelle :

5- Ethnie :

6- Etat civil : 1= mariée, 2= célibataire, 3= divorcée, 4= veuve

7- Statut gynécologique : 1= Période d'activité génitale, 2= ménopausée

8- Antécédents Obstétricaux : 1= nullipare, 2= primipare,

4= multipare, 5= grande multipare

9- Contraception : 1= oui, 2= non

10- Motif de consultation : 1= Venue d'elle-même pour la visite dépistage, 2=
Orientée par un Cscm

11- Dépistage : 1= IVA /IVL positif, 2= IVA/IVL négatif, 3=IVA positif, IVL négatif,
4= IVA négatif, IVL positif, 5= suspicion du caner du col

12- Biopsie : 1= IVA/IVL positif, 2= suspicion, 3= non effectuée

13- Anatomie pathologie (Résultat histologie) : 1= normal, 2=
inflammatoire, 3= CIN1, 4= CIN2, 5= CIN3, 6= carcinome épidermoïde, 7=
adénocarcinome, 8= non concluant

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM ET PRENOM : DIARRA Aliou Bina

TITRE DE THESE : Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le test visuel au Centre Hospitalier Universitaire du Point G de 2014-2015

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2016-2017

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque FMOS

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : MALI

SECTEUR D'INTERET : Anatomie et cytologie Pathologiques, Gynécologie, Santé Publique

RESUME

Le cancer du col de l'utérus demeure un problème de santé publique dans les pays en développement, dans la mesure où le frottis cervico-vaginal n'est pas très accessible. La solution serait le dépistage systématique et le traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses par les méthodes d'inspection visuelle, qui sont une alternative simple, plus pratique et moins coûteuse.

Il s'agissait d'une étude rétrospective et descriptive déroulée sur 2 ans, de Janvier 2014 à Décembre 2015 après l'inspection visuelle du col par le test portant sur 953 femmes dépistées.

Les résultats obtenus sont les suivants :

La fréquence des lésions précancéreuses et cancéreuses est 19,83% sur l'effectif total.

La tranche d'âge la plus représentée était de 26 à 35 ans.

L'âge moyen était de $40,17 \pm 12,58$ ans avec des extrêmes de 15 et 95 ans.

L'ethnie Bambara était la plus représentée avec un taux de 27,5%.

Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par le test visuel au CHU du Point G

La plupart de nos patientes étaient en période d'activité génitale soit 73,2% et 91,7% étaient mariées.

Les multipares ont représenté un taux de 54,40%.

La fréquence des lésions précancéreuses étaient de 56,5% avec 36,1% de lésions intra épithéliales de bas grade, 20,4% de lésions intra épithéliales de haut grade et 43,5% de lésions cancéreuses avec 5,6% d'adénocarcinomes, 37,9% de carcinomes épidermoïdes.

Compte tenu de la facilité pratique du dépistage par les méthodes d'inspection visuelles, des efforts restent à faire pour la propagation des campagnes de dépistage dans tout le pays.

NB : IVA n'était pas disponible pendant notre période d'étude

Mots clés : Col, lésions précancéreuses et cancéreuses, IVL

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE !