

Ministère de l'Éducation

Nationale

REPUBLIQUE DU MALI *Un Peuple-
Un But- Une Foi*



UNIVERSITE DES SCIENCES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)

THESE:

**CONNAISSANCES ATTITUDES ET
PRATIQUES DES FEMMES FACE AU
DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE
L'UTERUS**

Présentée et soutenue publiquement le.... /.... / 2018 devant la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie par

Mme MARIAM K.O DIAWARA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Pr. TRAORE CHEICK B.
Membre : Dr. SIMA MAMADOU
Co-directeur : Dr. COULIBALY BOURAMA
Directeur : Pr. KAMATE BAKAROU

DEDICACES

DEDICACES

A ALLAH LE TOUT PUISSANT LE MISERICORD DIEU

Merci de nous avoir créés et de nous assister malgré nos manquements, la certitude de ta présence constante nous a donné la volonté et la joie de vivre.

A MON PERE DIAWARA OUSSENI SINE

Tes conseils, ton soutien et ta rigueur dans l'éducation de tes enfants ont été très bénéfiques, c'est ton souhait qui se réalise, merci pour tout ce que tu fais pour nous, puisse Allah te donner longue vie et te garder en bonne santé.

A MA MAMAN CHERIE DIAWARA SARAN,

Ton courage, ta vision du monde et ton attachement franc à Dieu ont fait de toi une femme équilibrée, une mère adorable et une éducatrice hors pair, je n'ai jamais été privée de ton amour. Aujourd'hui tu peux comme moi être fière de ce que je suis devenue. Si ce travail existe, c'est grâce à toi maman. Merci infiniment, que Dieu te bénisse et te garde encore longtemps à nos côtés.

A MON FRERE CHERI DIAWARA MOHAMED LAMINE

Malgré ton jeune âge tu as su être pour tes cinq sœurs le frère dont on peut être fière par ton soutien, tes encouragements. Qu'ALLAH te donne longue vie et exauce tes vœux les plus chers

A MES SŒURS FATOUMATA, DJENEBA, MASSIRA, OUMOU DIAWARA

Vos encouragements et conseils m'ont beaucoup aidé, prenez ce travail comme le vôtre.

A MON TENDRE EPOUX DIAGOURAGA MAMADOU

Les mots me manquent pour te gratifier ma reconnaissance, tes conseils, tes encouragements, et ton soutien inconditionnel m'ont été très bénéfiques, ce travail est le tien. Puisse Allah nous garder ensemble jusqu'à la fin de nos jours.

A TOUTE MA BELLE FAMILLE

Merci pour votre soutien infaillible et vos encouragements

A MON BEBE CHERI GATTA DIAGOURAGA

Qu'Allah te bénisse et te donne longue vie.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

A MES COLLEGUES DE SERVICES, SIDIBE M, BAGAYOKO M, OUATTARA D, KOUYATE B, COULIBALY A, DIABY Y, YALCOUE M, TRAORE S, TRAORE B, DRABO A, DEMBELE P, DEMBELE J

Votre pleine collaboration et votre disponibilité m'ont beaucoup marqué. Ces années de travail passées seront inoubliables.

A TOUT LE PERSONNEL DU SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Merci pour l'accueil.

A MES CHERS MAITRES DU CSRef CI Dr SOUMARE M, Dr DICKO M, Dr SYLLA Y,

Merci pour l'enseignement et l'accompagnement.

A MES AMIES, COULIBALY A, TANGARA D, TANGARA S, SISSOKO S, DIABY F

Que ce travail soit l'expression de notre amitié.

AU PERSONNEL DU CSRef CI

Merci pour votre accueil.

A MON GROUPE DE TRAVAIL BAH A, TANGARA D, SAMAKE, FOFANA K, COULIBALY A, LINDA

Merci pour le soutien et l'accompagnement.

A Dr ROKIA MAIGA DE L'ANAPATH

Merci chermaitre pour l'enseignement et ton aide inconditionnelle. Ton abord facile et ta disponibilité a permis l'élaboration de ce travail. Considère ce travail comme le tien.

A TOUTE LA 8^{ème} PROMOTION

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury,

Professeur Cheick Bougadari TRAORE

- Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'odontostomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T-B).
- Chef du Département d'Enseignement et de Recherche (DER) des sciences fondamentales à la F.M.O.S de l'U.S.T.T-B.
- Chef de service du laboratoire d'Anatomie et cytologie pathologiques du C.H.U. du Point G.
- Chercheur et praticien hospitalier au CHU Point G.
- Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers au Mali.

Cher Maître,

C'est un immense honneur et un privilège que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples obligations. Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre humanisme et votre modestie font de vous un maître respecté et admiré. Vos remarquables suggestions, votre enseignement de qualité nous ont beaucoup aidés à améliorer ce travail. Soyez en remercié cher maître.

A notre Maître et juge,

Docteur Mamadou SIMA

- Gynécologue obstétricien
- Chargé de cours à l'institut national de formation en science de le santé (INFSS)
- Praticien hospitalier au CHU du Point G
- Maître-assistant à la FMOS

CherMaître,

Nous sommes très honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Votre disponibilité et votre modestie nous ont beaucoup marqué ainsi que votre sens du travail bien fait.

Recevez ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Co-directeur de thèse,

Docteur Bourama COULIBALY

- Maître-assistant à la FMOS
- Praticien hospitalier au CHU du Point G
- Collaborateur du registre national des cancers du Mali

Honorable Maître,

Vous avez accepté malgré vos multiples sollicitations d'évaluer ce travail et de l'améliorer par votre contribution.

Nous savons le sérieux que vous attachez à notre formation et les efforts que vous déployez dans ce sens.

Votre abord facile, votre disponibilité et votre humanisme font de vous un maître sûr et incontestable.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Bakarou KAMATE

- Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T-B).
- Chercheur et Praticien hospitalier au C.H.U du Point G.
- Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin au Mali et du registre national des cancers au Mali.
- Secrétaire général de la Division d'Afrique Francophone de l'Académie Internationale de Pathologie (AIP/ DAF)

Cher Maître,

Vous nous avez fait l'honneur de nous confier ce sujet de thèse. Derrière cet enseignant rigoureux, amoureux de la ponctualité et du travail bien fait, nous avons pu apprécier vos qualités humaines et professionnelles ainsi que votre modestie qui restent exemplaires.

Pour vos conseils et votre grande disponibilité, recevez ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

SIGLES ET ABREVIATIONS

INTRODUCTION.....	1
I. OBJECTIFS	3
1.1. Objectif générale.....	3
1.2. Objectifs Spécifiques :	3
II. GENERALITES	4
2.1. Rappels anatomique et histologique.....	4
2.2. Principes physiopathologiques des tests	9
III. MATERIEL ET METHODES.....	13
3.1. Cadre d'étude.....	Erreur ! Signet non défini.
3.2. Type et période d'étude.....	14
3.3. Population d'étude	14
3.4. Echantillonnage	14
3.5. Méthodologie.....	14
3.6. Plan d'analyse.....	15
IV. RESULTATS	18
4.1. Caractéristiques sociodémographiques.....	18
4.2. Connaissances :.....	20
4.3. Attitudes :	25
4.4. Pratiques :	27
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	29
5.1. Données socio démographiques	29
5.2. Connaissances.....	29
5.3. Attitudes	30
5.4. Pratiques	30
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	31
6.1. CONCLUSION.....	31
6.2. RECOMMANDATIONS.....	32
VII. BIBLIOGRAPHIE.....	33

LISTE DES FIGURES

Figure 1: coupe frontale de l'appareil génital féminin.....	4
Figure 2: Col de nullipare avec un orifice punctiforme	5
Figure 3: Col de multipare présentant un aspect en fente transversale	5
Figure 4: Différentes couches d'un épithélium malpighien normal	7
Figure 5: Cellules cylindriques d'un épithélium endocervical normal	7
Figure 6: Aspects normaux macroscopique (A) et histologique (B) de la JPC ...	9
Figure 7: Col négatif (A) et positif (B) à l'acide acétique	12
Figure 8: Col négatif (A) et positif (B) au soluté de lugol	12

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Les différentes variables utilisées.....	29
Tableau II: Répartition des femmes en fonction des tranches d'âge.	18
Tableau III: Répartition des femmes en fonction de la gestité	18
Tableau IV: Répartition des femmes en fonction de la parité.....	19
Tableau V: Répartition des femmes en fonction de la scolarisation.....	19
Tableau VI: répartition des femmes en fonction de la connaissance du cancer du col de l'utérus	20
Tableau VII: répartition des femmes en fonction des moyens de connaissance	20
Tableau VIII: Répartition des femmes en fonction de la connaissance de la pratique du dépistage du cancer du col au Mali.....	21
Tableau IX: distribution des femmes en fonction de la tranche d'âge et de la connaissance des moyens de dépistage du cancer du col de l'utérus.	21
Tableau X: Distribution des femmes en fonction de la scolarisation et de la connaissance du cancer du col de l'utérus	22
Tableau XI: Distribution des femmes en fonction de la tranche d'âge et de la connaissance des facteurs de risque du cancer du col.....	22
Tableau XII: Distribution des femmes en fonction de la tranche d'âge et de la connaissance des signes cliniques	23

Tableau XIII: Distribution des femmes en fonction de la tranche d'âge et de la connaissance des méthodes de traitement du cancer du col.....	23
Tableau XIV: Distribution des femmes en fonction de la tranche d'âge et de la connaissance du caractère curable du cancer du col.	24
Tableau XV: Distribution des femmes en fonction de la tranche d'âge et de la perception de la gravité du cancer du col.....	25
Tableau XVI: Distribution des femmes en fonction de la tranche d'âge et de leur attitude relative à la nécessité du dépistage systématique du cancer du col.	26
Tableau XVII: Distribution des femmes en fonction de l'attitude et de la connaissance	26
Tableau XVIII: distribution des femmes en fonction de la tranche d'âge et de leur pratique effective du dépistage du cancer du col de l'utérus.	27
Tableau XIX: Distribution des femmes en fonction de la non pratique du dépistage et de la raison évoquée à cette non pratique.	27
Tableau XX: Distribution des femmes en fonction de l'attitude et de la pratique	28
Tableau XXI: distribution des femmes en fonction de la connaissance et de la pratique	28

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

- 1-- %:** Pourcentage
- 2- A.D.N:** Acide Désoxyribonucléique
- 3- A.R.N:** Acide Ribonucléique
- 4- C.I.N:** Néoplasie Intra épithéliale du col
- 5- Cm:** Centimètre
- 6- CPN:** Consultation Périnatale
- 7- CSRef:** Centre de Santé de Référence
- 8-CSCom:** Centre de Santé Communautaire
- 9- CIS:** Cancer In Situ
- 10- F.I.G.O:** Fédération Internationale de Gynécologie et d'obstétrique
- 11- H.P.V:** Human Papilloma Virus
- 12- H.S.V:** Herpes Simplex Virus
- 13- I.N.C.T.R:** International Network for Cancer Treatment and Research
- 14- I.N.R.S.P:** Institut national de Recherche en Santé Publique
- 15- I.S.T:** Infection Sexuellement Transmise
- 16-IVA :** Inspection Visuelle après application de l'Acide Acétique
- 17-IVL :** Inspection Visuelle après application du Lugol
- 18- N:** Adénopathie
- 19- N+:** Adénopathie présente
- 20- N-:** Adénopathie absente
- 21- PEV:** Programme Elargie de Vaccination

INTRODUCTION

INTRODUCTION

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

Les deux formes histologiques de cancer les plus fréquentes sont : le carcinome épidermoïde ou squameux (85-90%), et l'adénocarcinome (10-15%) [2].

A l'échelle mondiale, le cancer du col de l'utérus est, en termes de fréquence, le 2^{ème} cancer touchant les femmes après celui du sein et, représente 15% des cancers de la femme [3, 4].

En 2008, il a été estimé que plus de 88% des décès par cancer du col de l'utérus à travers le monde ont été enregistrés dans les pays en développement [5].

Aux Etats-Unis, le cancer invasif du col de l'utérus est 3 fois moins fréquent que le cancer in situ (CIS) avec une fréquence de 5% des cancers chez la femme [6].

En France le cancer du col utérin occupe le deuxième rang des cancers chez la femme après celui du sein avec une incidence annuelle de 60 pour 100000 habitants [6].

En Afrique et dans les Caraïbes, le cancer du col de l'utérus reste la 2ème cause de décès après la mortalité maternelle. Il touche de plus en plus de femmes jeunes, la moyenne d'âge se situant entre 40 et 45 ans et aussi chez les multipares âgées [6].

Au Congo Brazzaville, il a une fréquence de 60% ; au Sénégal, 19% ; et en Côte d'Ivoire 11% [6].

Au Mali, depuis 1985, on note une nette élévation de la fréquence du cancer du col utérin [7, 8].

Selon les données récentes du registre des cancers du Mali, le cancer du col vient en première position des cancers féminins, avec une fréquence de 26,6% et une incidence de 35,1 pour 100000 habitants [9].

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

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

Par ailleurs d'autres études ont montré que l'efficacité d'un programme de dépistage dépend largement du taux de participation et du degré d'adhésion des femmes cibles et que cette adhésion dépendait des connaissances, attitudes et pratiques de ces dernières vis-à-vis du cancer du col de l'utérus et de son dépistage [11]. Au Mali, nous n'avons pas trouvé de données relatives à ce thème. C'est ainsi que nous avons entrepris ce travail.

OBJECTIFS

I. OBJECTIFS

1.1. Objectif général

Evaluer les connaissances et attitudes des femmes face au cancer du col de l'utérus au centre de santé de référence de la commune I.

1.2. Objectifs Spécifiques :

- Déterminer le niveau de connaissance des femmes sur le cancer du col de l'utérus.
- Evaluer l'attitude des femmes face au cancer du col de l'utérus.
- Evaluer la perception qu'ont les femmes sur le cancer du col de l'utérus.

GENERALITES

II. GENERALITES

2.1. Rappels anatomique et histologique

2.1.1. Rappel anatomique :



Figure1 : coupe frontale de l'appareil génital féminin[12]

Le col est la portion fibromusculaire basse de l'utérus. Il comprend une partie supérieure, appelée partie supra-vaginale, située au-dessus du vagin ; une partie inférieure, appelée portion vaginale qui s'ouvre dans le vagin, par l'orifice cervical externe et, communique avec le corps utérin au niveau de l'orifice cervical interne.

Le col mesure 3 à 4 cm de longueur et 2,5 à 3,5 cm de diamètre, il est de forme conique ou cylindrique. Il évolue au cours de la vie. Ses dimensions et sa forme varient en fonction de l'âge, de la parité et, du statut hormonal de la femme. **Chez la nullipare**, il est arrondi et, l'orifice externe apparaît sous l'aspect d'une petite ouverture circulaire (Figure 2).

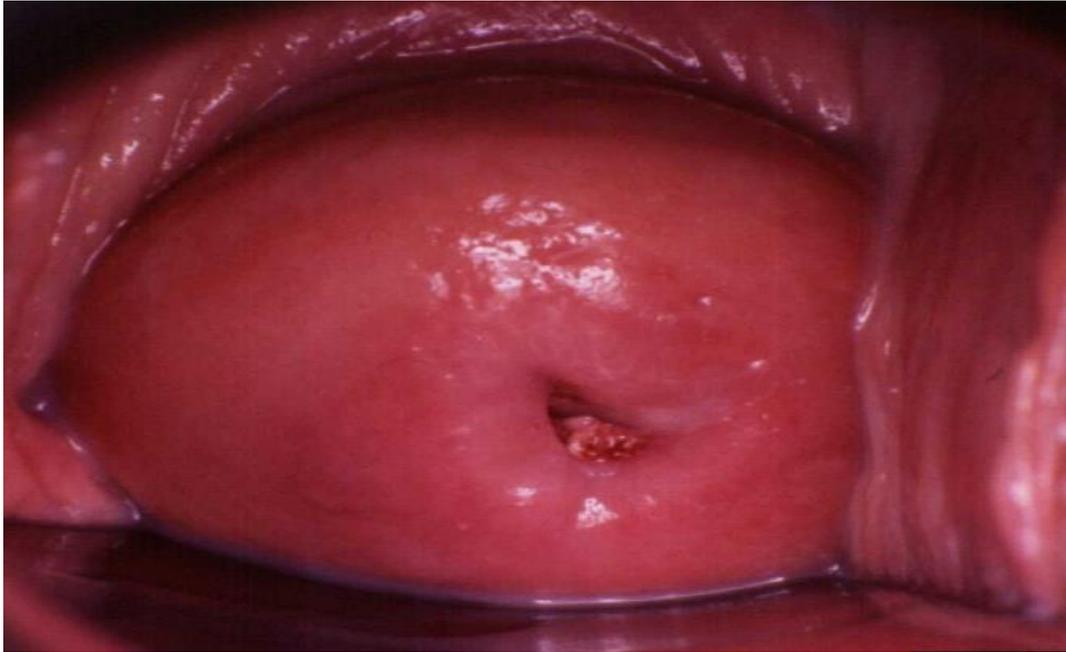


Figure 2: Col de nullipare avec un orifice punctiforme [12].

Chez la multipare, il est volumineux et, l'orifice externe apparaît sous la forme d'une large fente transversale béante (Figure 3).

Lorsqu'on place le spéculum, la partie visible du col est appelée exocol. Il présente une ouverture appelée l'orifice externe ; la partie qui s'étend à l'intérieur de l'orifice externe est appelée endocol.

Le canal qui traverse l'endocol et qui met en relation l'utérus et le vagin est appelé canal endocervical, il s'étend de l'orifice interne à l'orifice externe.

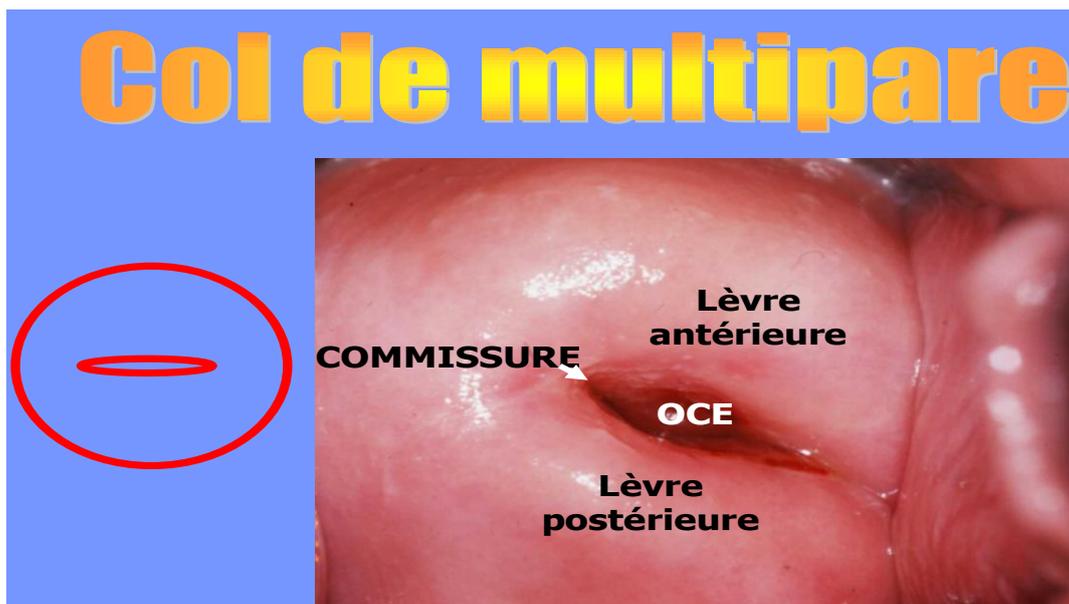


Figure 3: Col de multipare présentant un aspect en fente transversale [12].

2.1.2. Rappel histologique

Il est indispensable, pour comprendre les aspects physiologiques et pathologiques.

➤ L'exocol [13]

Il est tapissé d'un épithélium malpighien ou pavimenteux pluristratifié riche en glycogène. A l'examen visuel, il a une couleur rose pâle. Son architecture histologique révèle 5 couches qui vont de la profondeur vers la périphérie(Figure4)

- Une couche germinatrice ou basale profonde : elle est faite d'une seule assise de cellules de petites tailles, 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 volumineuse. 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. A travers cet espace, les cellules sont reliées par des ponts intercellulaires. Ces cellules ont un cytoplasme abondant et clair riche de glycogène,
- Une couche superficielle ou zone de kératinisation intra-épithéliale de DIERKS : elle est formée par 6 à 8 couches de cellules qui s'aplatissent progressivement vers la surface. Leur membrane est épaisse, leur cytoplasme est rempli de glycogène. En présence de lugol, ce glycogène est coloré en brun acajou ; leur noyau est petit et homogène,
- La zone de desquamation est constituée de cellules qui se détachent facilement de la surface de la muqueuse. Elles se desquament isolément et gardent leurs noyaux. Elles constituent les étalements des frottis exocervicaux.

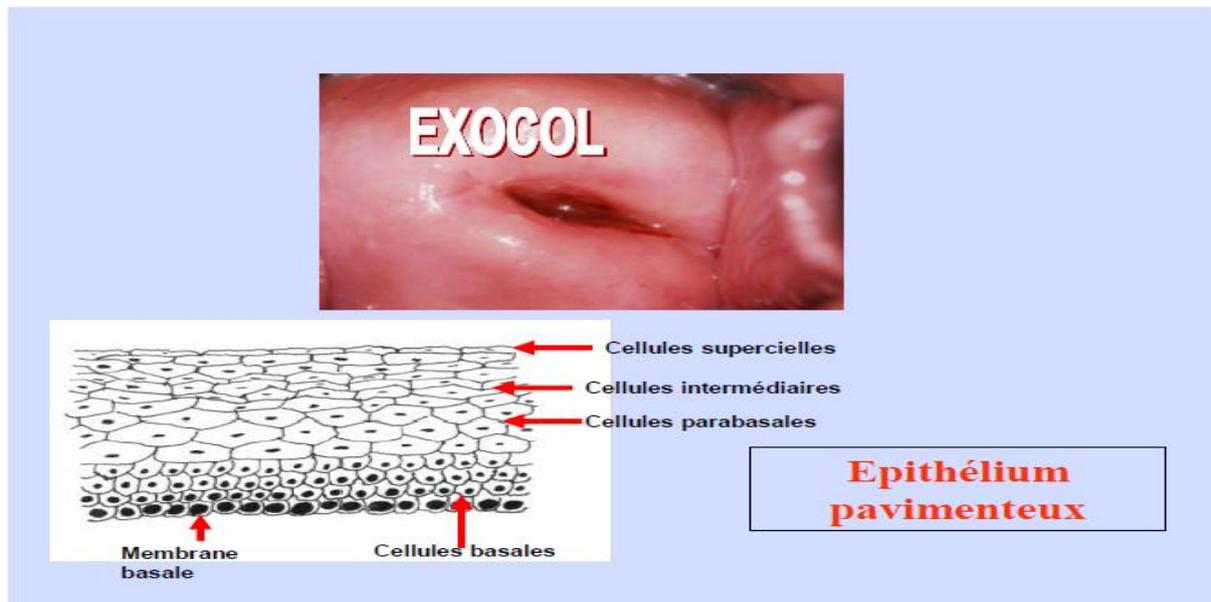


Figure 4: Différentes couches d'un épithélium malpighien normal [12]

☞ L'endocol [12]

Il est tapissé par un épithélium cylindrique uni stratifié c'est-à-dire constitué d'une seule couche de cellules hautes cylindriques au noyau sombre et un cytoplasme mucosécrétant lubrifiant le col et le vagin. Il s'invagine dans le stroma cervical provoquant la formation de cryptes endocervicales. On observe parfois une prolifération localisée de l'épithélium cylindrique appelée polype qui est une excroissance rougeâtre faisant saillie à partir de l'orifice externe. Les cellules cylindriques ne produisent pas de glycogène, et ne changent pas de couleur après application de soluté de lugol (Figure 5).

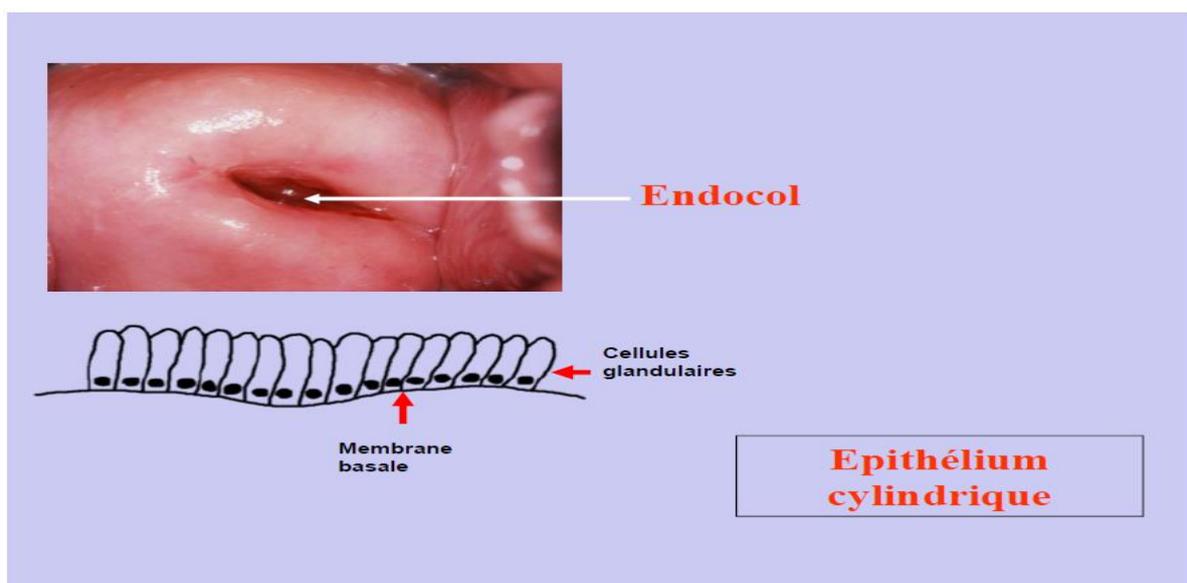


Figure 5: Cellules cylindriques d'un épithélium endocervical normal [12]

➤ La jonction pavimento-cylindrique (JPC) [12]

C'est la zone de jonction entre l'épithélium pavimenteux (malpighien) et l'épithélium cylindrique. Elle se présente sous l'aspect d'une ligne étroite. Sa topographie varie en fonction de l'âge, de la parité et du statut hormonal de la femme.

- Chez la fillette et la nullipare l'orifice externe est arrondi, souvent la zone de JPC correspond à l'orifice externe du col ou est très proche de l'orifice externe.
- Chez la jeune femme en début de la période de reproduction elle est éloignée de l'orifice externe suite à une éversion de l'épithélium cylindrique sur une large portion de l'exocol (ectropion).
- Chez la femme d'une trentaine d'année en période de reproduction, elle se rapproche de l'orifice externe. La JPC apparaît sous la forme d'une ligne blanche après l'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 pré-ménopause la nouvelle jonction pavimento-cylindrique se situe au niveau de l'orifice 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 jonction pavimento-cylindrique 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 où l'épithélium cylindrique est remplacé par un épithélium métaplasique pavimenteux ; cette zone est fragile, ulcérable, subit des remaniements mécaniques et inflammatoires entraînant l'existence de lésions : elle est appelée *zone de remaniement*(ZR) ; elle mesure d'après Fluhmann F. 6mm de long en moyenne (1 à 10mm) chez l'adulte. C'est dans cette zone que débutent généralement les néoplasies cervicales à proximité de la jonction pavimento-cylindrique (Figure 6) [12, 13].

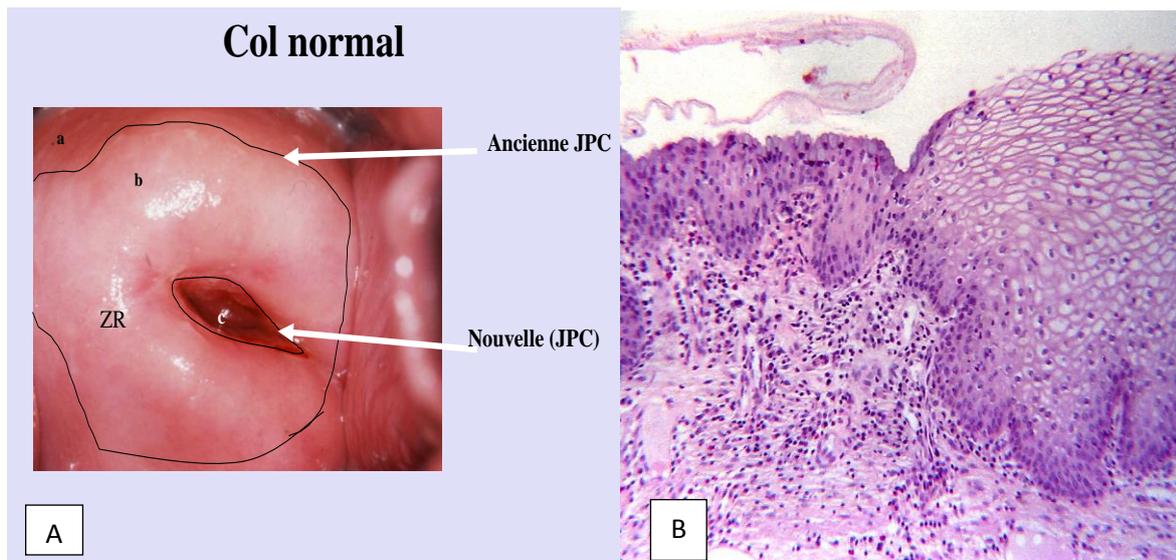


Figure 6 : Aspects normaux macroscopique (A) et histologique (B) de la JPC [12]

2.2. Principes physiopathologiques des tests

☞ Le test à l'acide acétique ou inspection visuelle après application de 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 utérin.

Avant l'application de l'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 de 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 blanchissement notable de l'épithélium malpighien comparé à la couleur rosâtre habituelle de l'épithélium cervical pavimenteux normal environnant. Cet effet,

généralement visible à l'œil nu, dépend donc des taux de protéines cellulaires présentes dans l'épithélium malpighien. Les modifications de coloration les plus perceptibles 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. Malgré qu'en profondeur, les cellules contiennent plus de protéines nucléaires, l'acide acétique ne peut y pénétrer suffisamment et la précipitation qui en résulte ne suffit pas à masquer la couleur rose du stroma sous-jacent.

Au contraire, les dysplasies 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 malpighien. Par conséquent, le réseau vasculaire sous épithélial est masqué et l'épithélium malpighien 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 ne se limite pas aux néoplasies cervicales intra épithéliales (CIN) et au cancer débutant, elle est aussi observée dans la métaplasie pavimenteuse immature, l'épithélium en cours de cicatrisation et de régénération (associé à une inflammation), la leucoplasie (hyperkératose) et le condylome.

L'aspect du CIN et du cancer invasif infra clinique, apparaît dense, épais et opaque, avec des bords bien délimités par rapport à l'épithélium malpighien normal environnant. L'épithélium acidophile dans la métaplasie immature, l'inflammation, ou en cours de 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 utérin 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 CIN et aux stades précoces du cancer invasif infra clinique, apparaissent rapidement et persistent

quelques minutes : entre 3 et 5 minutes dans le cas des 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.

➤ **Le test au lugol ou Inspection visuelle après application au lugol (IVL) ou test de Schiller**

L'épithélium métaplasique normal pavimenteux est riche en glycogène, tandis que les lésions CIN ou le cancer invasif ne contiennent 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 glyco-géné.

L'iode étant glycophile, une solution iodée sera donc absorbée par un épithélium riche en glycogène. C'est la raison pour laquelle, l'épithélium pavimenteux normal riche en glycogène prend une coloration noire ou brun acajou après application d'iode.

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 même, les zones tapissées par un 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 un CIN ou un cancer invasif sont également iodo-négatives (puisqu'elles sont déficientes en glycogène) et apparaissent sous l'aspect de régions jaune moutarde ou safran, épaisses.

Les zones leucoplasiques (hyperkératose) sont elles aussi iodo-négatives.

Quant aux condylomes, ils peuvent occasionnellement prendre la coloration à l'iode de façon partielle.

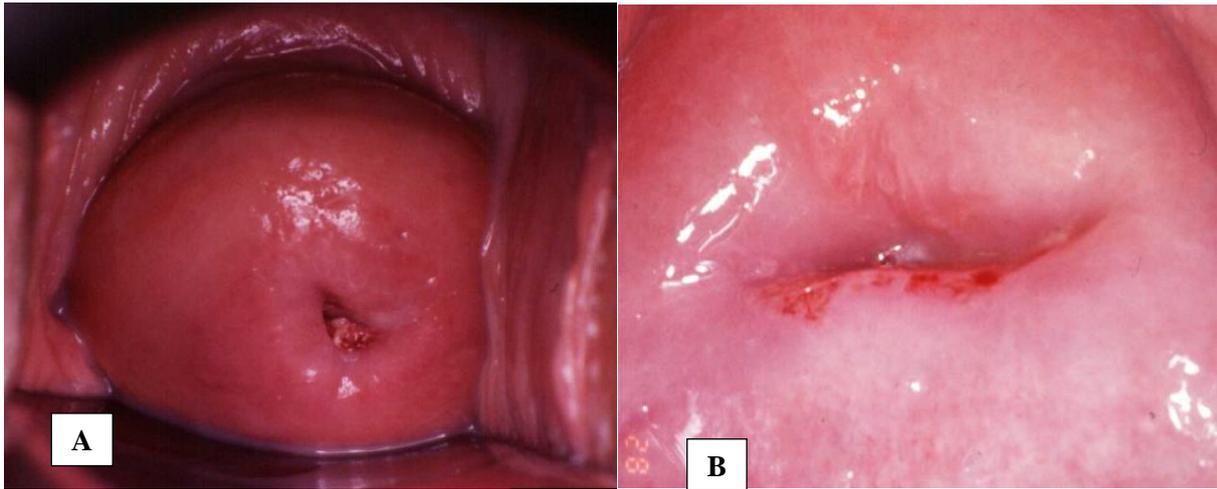


Figure 7: Col négatif (A) et positif (B) à l'acide acétique [12].

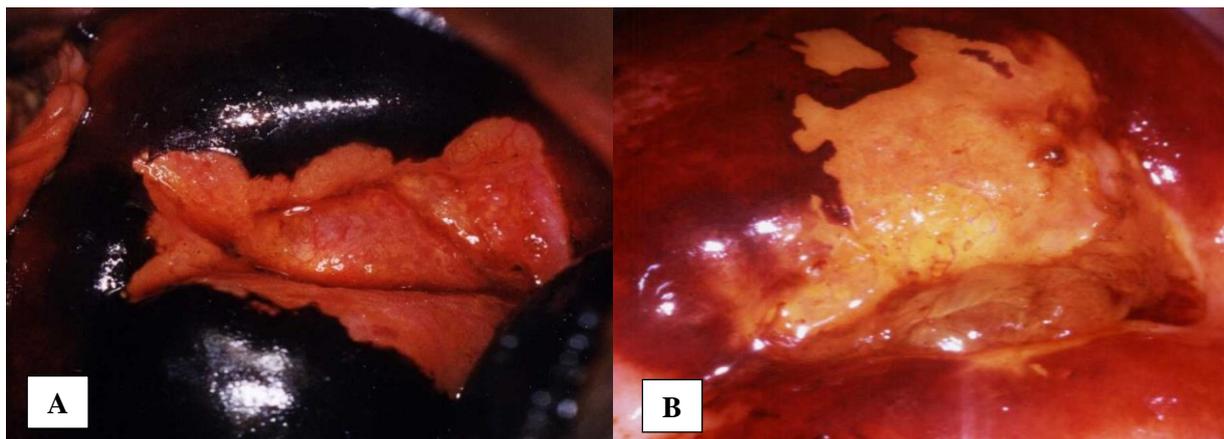


Figure 8: Col négatif (A) et positif (B) au soluté de lugol [12].

MATERIEL ET METHODES

III. MATERIEL ET METHODES

➔ La commune I

Caractéristiques sanitaires

La commune I compte 1 CSRef, 12 CSCom, des Cabinets et des Cliniques privés.

Le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune I fait partie des services les plus fréquentés du centre.

Il est situé vers le côté Sud du CSRef entre le bloc d'hospitalisation à l'Ouest, la pharmacie à l'Est et le bloc opératoire au Nord.

Le personnel de la maternité est composé de

- ✚ Trois(3) gynécologues obstétriciens dont le chef de service ;
- ✚ Vingt-quatre (24) sages-femmes réparties entre les différentes unités du service ;
- ✚ Dix (10) infirmières ;
- ✚ Huit (8) matrones ou aides-soignantes ;
- ✚ Douze médecins généralistes (ancien thésard et également personnel d'appui) ;
- ✚ Quinze thésards (faisant fonction d'internes) ;

Sur le plan infrastructure, le service de gynécologie et d'obstétrique comprend

Un bloc de prestation composé de

- ✚ Trois bureaux de consultation externe ;
- ✚ Une salle pour les urgences gynécologiques et des soins après avortement;
- ✚ Une salle d'accouchement à trois lits ;
- ✚ Une salle d'attente qui sert également de salle pour les suites de couches et la surveillance post-partum ;
- ✚ Une unité de consultation prénatale plus PTME;
- ✚ Une unité de planification familiale (PF) et post-natale ;
- ✚ Une unité de dépistage de cancer du col de l'utérus ;

La salle de dépistage :

Elle comprend

- ✚ Deux bureaux
- ✚ Quatre chaises pour les patientes
- ✚ Une table gynécologique
- ✚ Une source lumineuse
- ✚ Un paravent
- ✚ Des speculums
- ✚ Des pinces à cœur et des pinces à biopsie
- ✚ Une armoire

3.1. Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude descriptive de type transversal.

Elle s'est déroulée de janvier à juin 2018 soit une période de six mois.

3.2. Population d'étude

Ce sont les femmes reçues pour le dépistage du cancer du col de l'utérus à l'unité consacrée à cette activité

3.3. Echantillonnage

3.3.1. Critères d'inclusion

- ✚ Les femmes en âge de procréer et ménopausées
- ✚ Les femmes admises pour le dépistage du cancer du col de l'utérus à l'unité de dépistage et consentantes

3.3.2. Critères de non inclusion

- ✚ Les femmes admises pour autre chose que le dépistage du cancer du col de l'utérus
- ✚ Les femmes non consentantes

3.4. Méthodologie

3.4.1. Source des données

Questionnaire préétabli

3.4.2. Méthodes

Les données ont été portées sur une fiche d'enquête.

La collecte des données a été réalisée à l'aide d'un questionnaire structuré qui était rempli avant le dépistage.

3.5. Plan d'analyse

Les données ont été saisies et informatisées grâce aux logiciels Word, Excel et SPSS21.0 avec application des tests de χ^2 et de Fisher et une probabilité $P < 0,05$.

Tableau I :Les différentes variables utilisées

Données socio démographiques	Connaissances	Attitudes	Pratiques
Nom	Du cancer du col de l'utérus	Gravité du cancer du col de l'utérus	Pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus
Prénom	Des moyens de dépistage	Caractère curable	Raison de la non pratique
Résidence	Moyens de connaissance	Place de la médecine traditionnelle	
Gestité	Des facteurs de risque	Favorables au dépistage systématique	
Parité	Des signes cliniques		
Contraception	De la pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus au Mali		
Scolarisation	Des moyens de traitement		

RESULTATS

IV. RESULTATS

4.1. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau II : Répartition des femmes en fonction des tranches d'âge.

Tranche d'âge	Effectif absolu	Pourcentage
18-30 ans	33	33,0
31-45 ans	40	40,0%
46-65 ans	27	27,0%
Total	100	100%

La tranche d'âge **31-45 ans** était la plus représentée (**40%**) avec des extrêmes de 18 ans et 65 ans avec un âge moyen de **37,90 ans**.

TABLEAU III : Répartition des femmes en fonction de la gestité

Gestité	Fréquence	Pourcentage
Nulligeste	12	12
Primigeste	6	6
Pauci geste	37	37
Multi geste	18	18
Grande multi geste	27	27
Total	100	100

Les pauci gestes étaient les plus représentées avec un taux de 37%.

TABLEAU IV : Répartition des femmes en fonction de la parité

Parité	Fréquence	Pourcentage
Nullipare	13	13
Primipare	9	9
Paucipare	39	39
Multipare	19	19
Grande multipare	20	20
Total	100	100

Les paucipares étaient les plus représentées avec un taux de **39%** des cas.

Tableau V : Répartition des femmes en fonction de la scolarisation

Scolarisation	Fréquence	Pourcentage
Oui	55	55
Non	45	45
Total	100	100

Les femmes scolarisées étaient les plus représentées avec un taux de **55%** des cas.

4.2. Connaissances :

Tableau VI : répartition des femmes en fonction de la connaissance du cancer du col de l'utérus

Connaissance	Fréquence	Pourcentage
Oui	86	86
Non	14	14
Total	100	100

Le cancer du col de l'utérus était connu des femmes avec un taux de **86%**.

Tableau VII : répartition des femmes en fonction des moyens de connaissance

Moyen de connaissance	Fréquence	Pourcentage
Radio	23	23
Télé	32	32
Amis	31	31
Total	86	86

N=86

La source d'information la mieux connue était la **télé** avec un taux de **32%**.

Tableau VIII: Répartition des femmes en fonction de la connaissance de la pratique du dépistage du cancer du col au Mali

Connaissance	Fréquence	Pourcentage
Ne se fait pas au Mali	12	12
Mal organisé	50	50
Aucune information	38	38
Total	100	100

Les femmes savaient que le dépistage du cancer du col de l'utérus se pratiquait au Mali dans **50%** mais trouvaient cette pratique mal organisée.

- **Analyses bi variées :**

Tableau IX : distribution des femmes en fonction de la tranche d'âge et de la connaissance des moyens de dépistage du cancer du col de l'utérus.

Moyens de dépistage	Tranche d'âge			TOTAL
	18-30 ans	31-45 ans	46-65 ans	
Examen au spéculum	7(21,2%)	18(45%)	9(33,3%)	34(34%)
Frottis cervico vaginal	0(0%)	1(2,5%)	1(37%)	2(2%)
Test au lugol	3(9,1%)	2(5%)	1(3,7%)	6(6%)
Autres	2(6,1%)	1(2,5%)	0(0%)	3(3%)
Total	12(12%)	22(22%)	11(11%)	45(45%)

N=45

ddl=8

P=0,425

L'examen au spéculum a été le plus cité dans la tranche d'âge **31-45 ans**.

Tableau X : Distribution des femmes en fonction de la scolarisation et de la connaissance du cancer du col de l'utérus

Connaissance	Scolarisation		Total
	Oui	Non	
Oui	48(87,3%)	38(84,4%)	86(86%)
Non	7(12,7%)	7(15,6%)	14(14%)
Total	55(55%)	45(100%)	100(100%)

$$\chi^2=0.685 P=1 \text{ddl}=1$$

La connaissance du cancer du col de l'utérus ne dépendait pas de la scolarisation car les deux indices n'ont pas été statistiquement significatifs.

Tableau XI : Distribution des femmes en fonction de la tranche d'âge et de la connaissance des facteurs de risque du cancer du col.

Facteurs de risque	Tranche d'âge			total
	18-30 ans	31-45ans	46-65 ans	
Rapports sexuels précoces	10(30,3%)	6(15%)	3(11,1%)	19(19%)
Grossesses multiples	3(9,1%)	5(12,1%)	1(3,7%)	9(9%)
Partenaires sexuels multiples	2(6,1%)	4(10%)	4(14,8%)	10(10%)
autres	0(0%)	1(2,5%)	0(0%)	1(1%)
Total	15(15%)	16(16%)	8(8%)	39(39%)

$$N=39 \chi^2=1,586$$

$$\text{ddl}=2$$

$$P=0,453$$

Les rapports sexuels précoces ont été les plus cités dans la tranche d'âge 18-30 ans.

Tableau XII: Distribution des femmes en fonction de la tranche d'âge et de la connaissance des signes cliniques

Signes cliniques	Tranche d'âge			Total
	18-30 ans	31-45 ans	46-65 ans	
Métrorragies	9(27,3%)	11(27,5%)	6(22,2%)	26(26%)
Leucorrhées	2(6,1%)	1(2,5%)	0(0%)	3(3%)
Algie pelvienne	2(6,1%)	2(5%)	3(11,1%)	7(7%)
Autres	1(3%)	1(2,5%)	0(0%)	2(2%)
total	14(14%)	15(15%)	9(9%)	38(38%)

N=38 $\chi^2=0,528$ **ddl=2** **P=0,768**

Les métrorragies ont été les plus citées comme signe clinique du cancer du col de l'utérus dans la tranche d'âge **31-45 ans**.

Tableau XIII: Distribution des femmes en fonction de la tranche d'âge et de la connaissance des méthodes de traitement du cancer du col.

Méthode de traitement	Tranche d'âge			Total
	18-30 ans	31-45 ans	46-65 ans	
Chirurgie	17(51,5%)	18(45,0%)	15(55,6%)	50(50%)
Chimiothérapie	1(3%)	1(2,5%)	0(0%)	2(2%)
Radiothérapie	0(0%)	1(2,5%)	0(0%)	1(1%)
Autres	15(45,4%)	19(47,5%)	11(40,7%)	45(45%)
total	33(100%)	39(100%)	26(100%)	98(98%)

N=98 $\chi^2=0,738$ **ddl=12** **P=0,852**

La chirurgie a été la méthode de traitement la plus citée dans la tranche d'âge **31-45 ans**.

Tableau XIV : Distribution des femmes en fonction de la tranche d'âge et de la connaissance du caractère curable du cancer du col.

Caractère curable	Tranche d'âge			Total
	18-30ans	31-45 ans	46-65 ans	
Curable	13(39,4%)	10(25%)	11(40,7%)	34(34%)
Incurable	7(21,2%)	6(15%)	9(33,3%)	22(22%)
Curable si le diagnostic est précoce	6 (18,2%)	10 (25%)	3 (11,1%)	19 (19%)
Curable si le diagnostic est précoce et le traitement adapté	7 (21,2%)	14 (35%)	4 (14,8%)	25 (25%)
Total	33(100%)	40(100%)	27(100%)	100(100%)
$\chi^2=8,636$	ddl=6			P=0,195

Le caractère curable a été le plus cité dans la tranche d'âge **31-45 ans**.

4.3. Attitudes :

TABLEAU XV : Distribution des femmes en fonction de la tranche d'âge et de la perception de la gravité du cancer du col

Perception de la gravité	Tranche d'âge			Total
	18-30 ans	31-45 ans	46-65 ans	
Une maladie grave	18(54,5%)	24(60,0%)	11(40,7%)	53(53%)
Une maladie peu grave	3(9,1%)	35(7,5%)	2(7,4%) ^o	8(8%)
Une maladie peu fréquente	9 (27,3%)	8 (20%)	6 (22,2%)	23 (23%)
Une maladie très fréquente	1 (3,0%)	0 (0%)	4 (14,8%)	5 (5%)
1+3	0(0%)	3(7,5%)	2(7,4%)	5(5%)
2+4	1(3,0%)	2(5,0%)	1(3,7%)	4(4%)
Autres	1(3,0%)	0(0%)	1(3,7%)	2(2%)
total	33(100%)	40(100%)	27(100%)	100(100%)
$\chi^2=13,121$	ddl=12	P=0,360		

Le cancer du col est plus considéré comme une maladie grave dans la tranche d'âge **31-45 ans**.

Tableau XVI : Distribution des femmes en fonction de la tranche d'âge et de leur attitude relative à la nécessité du dépistage systématique du cancer du col.

Favorable au dépistage systématique	Tranche d'âge			total
	18-30 ans	31-45 ans	46-65 ans	
Oui	20(60,6%)	30(75%)	16(59,3%)	66(66%)
Non	13(39,4%)	10(25%)	11(40,7%)	34(34%)
total	33(100%)	40(100%)	27(100%)	100(100%)

$\chi^2=2,418$ ddl=2

P=0,298

Les femmes étaient favorables à la recherche systématique du cancer du col de l'utérus avec un taux de **66%**.

Tableau XVII : Distribution des femmes en fonction de l'attitude et de la connaissance

Attitude	Connaissance		total
	Oui	non	
Maladie grave	52(98,1%)	1(1,9%)	53(100%)
Maladie peu grave	5(62,5%)	3(37,5%)	8(100%)
Maladie peu fréquente	14(60,9%)	9(39,1%)	23(100%)
Maladie très fréquente	9(39,1%)	1(50%)	10(100%)
1+3	6(7%)	0(0%)	6(100%)
Total	86(86%)	14(14%)	100(100%)

$\chi^2=0,028$

P=0,000

ddl=6

Le cancer du col de l'utérus est connu comme une maladie grave par **53%** des femmes.

4.4. Pratiques :

Tableau XVIII : distribution des femmes en fonction de la tranche d'âge et de leur pratique effective du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Tranche d'âge	Pratique du dépistage du cancer du col		Total
	Oui	Non	
18-30 ans	9(27,3%)	24(72,7%)	33(100%)
31-45 ans	19(47,5%)	21(52,5%)	40(100%)
46-65 ans	9(27,3%)	18(72,7%)	27(100%)
Total	37(37%)	63(63%)	100(100%)

$\chi^2=5,021$ **ddl=4** **P=0,266**

La pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus n'était pas régulière dans la tranche d'âge **18-30ans**.

Tableau XIX : Distribution des femmes en fonction de la non pratique du dépistage et de la raison évoquée à cette non pratique.

Pratique du dépistage	Raison		Total
	Manque d'information	Négligence	
Oui	36 (97,2%)	1 (2,8%)	37 (100%)
Non	45 (71%)	18 (29%)	63 (100%)
Total	81 (81%)	19 (19%)	100 (100%)

Fisher: 0,001 **P=0,000ddl=6**

Le dépistage du cancer du col n'était pas pratiqué avec un taux de **63%** et la raison la plus évoquée à cette non pratique était le manque d'information. Ainsi la pratique du dépistage dépendait de l'information.

Tableau XX : Distribution des femmes en fonction de l'attitude et de la pratique

Cancer du col	Favorables au dépistage systématique		Total
	Oui	Non	
Maladie grave	47(88,7%)	6(11,3%)	56(100%)
Maladie peu grave	4(25%)	6(75%)	8(100%)
Maladie peu fréquente	10(43,5%)	13(56,5%)	23(100%)
Maladie très fréquente	3(60%)	5(40%)	8(100%)
1+3	2(40%)	3(60%)	5(100%)
Total	66(66%)	34(34%)	100(100%)

$\chi^2=0,000$

ddl=6

P=0,000

L'attitude dépendait de la pratique car **47%** des femmes qui considéraient le cancer du col de l'utérus comme une maladie grave étaient favorables au dépistage systématique.

Tableau XXI : distribution des femmes en fonction de la connaissance et de la pratique

Pratique	Connaissance		Total
	Oui	Non	
Oui	38(95%)	48(80%)	86(86%)
Non	2(5%)	12(20%)	14(14%)
Total	40(100%)	60(100%)	100(100%)

Fisher : 0,041ddl=2

P=0,007

La pratique dépendait de la connaissance avec une probabilité **p=0,007**.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1. Données socio démographiques

L'âge moyen était de 37,90 avec des extrêmes de 18 et 65ans ses résultats sont proches de ceux retrouvés à Brazzaville [14] où l'âge moyen était de 32,8% avec des extrêmes de 18 et 69 ans.

Le profil socio démographique des patientes a montré qu'il s'agissait surtout des paucipares avec un taux de 37%, paucigestes avec un taux de 39% et scolarisées avec un taux à 55%. La situation est un peu différente à **Brazzaville** [14] où les multigestes étaient les plus représentées.

Les connaissances des femmes sur le dépistage du cancer du col de l'utérus n'étaient pas sous l'influence de certains facteurs socio démographiques commel'âge et la scolarisation. Ce résultat est le contraire de celui trouvé en Tunisie en 2014[15] qui montrait que les connaissances des femmes sur le cancer du col de l'utérus étaient sous l'influence des facteurs sociodémographiques.

5.2. Connaissances

Le cancer du col de l'utérus est une pathologie connue par les femmes (**86% dans notre série**), ce résultat est proche de celui trouvé à **Brazzaville** en 2017 qui était de 78 ,6% [14] et au Qatar qui était de 85% [16].

Les connaissances avaient pour principale source les médias avec une fréquence de **63,96%** ce résultat est le même que celui trouvé en Tunisie.

Les femmes savaient qu'il existait des moyens de dépistage 45/100 (45%) ; elles connaissaient les facteurs de risque 39/100(39%) ; les signes cliniques 38/100 (38%) ; les méthodes de traitement 98/100 (98%) ces connaissances ne dépendaient pas de la scolarisation ni de l'âge. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que la principale source d'information était les médias.

La pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus au Mali était connue des femmes avec un taux de 50% mais cette pratique était jugée par les femmes mal organisée.

5.3. Attitudes

Perception de la gravité du cancer du col : 53/100 (53%).

Dans notre étude 66% des femmes enquêtées avaient jugé le dépistage du cancer du col de l'utérus utile et nécessaire. Ce taux est loin de celui trouvé en Tunisie en 2014 qui était de 93,9% [15]. Elles connaissaient le caractère curable 78/100 (78%) cette attitude dépendait de la pratique car 47% des femmes qui considéraient le cancer du col de l'utérus comme une maladie grave étaient favorables au dépistage systématique.

5.4. Pratiques

La pratique du dépistage du cancer du col : 37% des femmes enquêtées se faisaient dépister du cancer du col de l'utérus. La situation n'est pas meilleure en Tunisie où le recours au dépistage était estimé à 22,1% [15].

Le dépistage du cancer du col de l'utérus n'était pas pratiqué avec un taux de 63% et la raison évoquée à cette non pratique était le manque d'information. Ainsi la pratique du dépistage dépendait de l'information car les deux indices ont été statistiquement significatifs au test de Fisher (0,001).

La pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus dépendait de la connaissance car les deux indices ont été significatifs au test de Fisher (0,041) et l'attitude aussi dépendait de la pratique. Ainsi 81% des participantes avec une bonne attitude avaient une assez bonne pratique. La situation est un peu différente à Brazzaville [14] où la pratique ne dépendait pas de la connaissance.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

6.1. CONCLUSION

Cette étude a permis d'établir que l'attitude des femmes envers le dépistage du cancer du col de l'utérus tend vers une amélioration ; mais leurs connaissances sont très insuffisantes. La pratique des femmes dépendait de leurs connaissances car les deux indices ont été significatifs au test de avec une probabilité $P=0,007$. De même que l'attitude des femmes dépendait de la pratique. Ces informations peuvent permettre d'améliorer la planification et l'élaboration des interventions de prévention.

6.2. RECOMMANDATIONS

➔ Au ministère de la santé

- ✚ Equiper les CScCom et CSRef de matériels de dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- ✚ Organiser des séances de sensibilisation de la population sur le dépistage du cancer du col de l'utérus.

➔ Aux personnels de santé

- ✚ Conseiller aux patientes chaque fois que c'est possible le dépistage régulier du cancer du col de l'utérus ;
- ✚ Faire systématiquement l'examen au spéculum lors des consultations, pratiquer le test au lugol et à l'acide acétique en cas de col suspect en vue d'un dépistage du cancer du col ;

➔ A la population

- ✚ Participer chaque fois que c'est possible aux séances de sensibilisation sur le cancer du col de l'utérus ;
- ✚ Se faire dépister régulièrement du cancer du col de l'utérus ;
- ✚ Se rendre rapidement dans un centre de santé dès l'apparition des signes cliniques ;
- ✚ Eviter les rapports sexuels précoces et les partenaires sexuels multiples.

BIBLIOGRAPHIE

VII. BIBLIOGRAPHIE

- 1 **Adjahoto I O.** 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 2003.*
- 2 **ANAES.** Conduite à tenir thérapeutique devant une lésion histologique du col utérin dépistée au cours d'un frottis du col de l'utérus. *ANAES/Service des Recommandations professionnelles/Septembre 1998, p29-60.*
- 3 **Anonyme.** *New England Journal of Medicine (NEJM) 2003; 348: 518-527.*
- 4 **Baldauf J J, Drefus M, Ritter J, Philipe E.** An analysis of the factor involved the diagnostic accuracy of colposcopically directed biopsy. *ActaobstetgynecolScand1997 ; 76 : 468-473.*
- 5 **WWW.alliance-cxca.org,Accpo path.org.** Constats récents sur le dépistage du col de l'utérus dans les pays à faible revenu Mai 2011.
- 6 **ParkinD.M.,WhelanS.L,Ferlay J.,Teppo L. and Thomas D.B.** Cancer in 5 continents vol. VIII.IARC Scientific Publications, 2002 ; 155 :87-101.
- 7 **MounkoroNiani.** Les cancers génitaux de la femme au Mali (Oct. 1984 à Oct. 1985 à propos de 32 cas). Thèse de Med. ; Bamako 85-M-12. P86.
- 8 **Téguété 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, Coulibaly B, KamatéB et al.** Le cancer à Bamako de 2006 à 2010 ; données du registre des cancers. *Rev. Afr.de pathol. 2012 6M ; 11(1) : 3-8.*
- 10 **Chirenje Z M, Chipato T, Kasule J, Rusakaniko S, Gaffikin, Blumenthal P, Sanghv1.** 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 **Agence de la santé publique du Canada (2009)** Surveillance du rendement des programmes de dépistage du cancer du col utérin au Canada, WWW.phac-aspc.org.ca

- 12 Sankar Narayanan R, Ramani M D S, Wesley, MD.** Guide pratique pour le dépistage visuel des Néoplasies cervicales. Rapport technique 41 du CIRC, Lyon, France. 2003.
- 13 Traoré S.** Le Dépistage des Néoplasies Intra –Epithéliales du col de l’utérus par l’inspection visuelle à l’acide acétique et au lugol. (A propos de 4632 femmes dépistées dans le district de Bamako). *Thèse de Med. Bamako 05-M-13.*
- 14 Mbongo, J.A., Mahoungou, F., Nguesso, N.I., Gomb et Koulimaya, C.E. and Iloki, L.H.** International journal of current Research V.9, Issue, 02 ?PP.46153-46156, February 2017. Connaissances, attitudes et pratiques des femmes en matière de cancer du col de l’utérus au centre hospitalier universitaire de Brazzaville.
- 15 Bouslah, S., Soltani, M.S, Ben Salah, A., Srila, A.** Connaissances, attitudes et pratiques des femmes Tunisiennes en matière de dépistage du cancer de sein et celui du col de l’utérus. *Psycho-oncologie* 8(2) :123-32 ; *Col .carcinolPratAfrique* 2005 ; 6 (N° spécial) :24-30. 27.
- 16 Al-Mer, FM., Aseel, MT., Al-Khalaf, Al-Kwain, Ismael MFS.** Knowledge, attitude and practices regarding cervical cancer and screening among women visiting primary health care in Qatar .*EMH* 2011, 17(11):855-61

ANNEXES

ANNEXES

1. FICHE SIGNALITIQUE

Nom et Prénom : DIAWARA MARIAM K.O

Année Universitaire : 2017-2018

Lieu de DEPOT : Bibliothèque FMOS

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Secteur d'intérêt : Anatomie et Cytologie pathologiques, gynécologie

RESUME

Le cancer du col de l'utérus demeure un problème de santé publique dans les pays en développement.

Objectifs : Décrire et analyser les **connaissances**, les **attitudes** et les **pratiques** des femmes vis-à-vis du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude transversale descriptive des connaissances, attitudes et pratiques d'un échantillon de 100 femmes qui venaient se faire dépister du cancer du col de l'utérus au niveau du Centre de Santé de Référence de la Commune I (CSRef CI) du district de Bamako. L'enquête s'est déroulée sur une période de six mois moyennant un questionnaire conçu pour les objectifs de l'étude.

Résultats : Il ressort de notre étude que le cancer du col est connu des femmes : 86 /100 (86%).

La pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus dépendait de la connaissance ainsi que l'attitude aussi dépendait de la pratique avec une probabilité $p=0,007$. Ainsi 81% des participantes avec une bonne attitude avaient une assez bonne pratique.

Compte tenu de la facilité pratique du dépistage et le suivi par les méthodes d'inspection visuelle, des efforts restent à faire pour la vulgarisation des campagnes de dépistage et la communication pour le changement de comportement du suivi dans les pays.

Mots clés : Connaissances, attitudes, pratique, dépistage, cancers, col.

2. FICHE D'ENQUETE

QUESTIONNAIRE

1. NOM ET PRENOM

2. AGE

3. RESIDENCE

4. GESTITE

5. PARITE

6. CONTRACEPTION 1. OUI 2. Non

7. SCOLARISATION 1.OUI 2.NON

8. AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DU CANCER DU COL DE L'UTERUS ?

1. Oui 2. Non

9. SI OUI COMMENT ?

1. A LA RADIO 2. A LA TELE 3. A TRAVERS DES AMIS

10. CONNAISSEZ-VOUS LES MOYENS DE DEPISTAGE ?

1. Oui 2. Non

11. SI OUI LES QUELS ?

1. Examen au speculum 2. frottis cervico vaginal 3. Test au lugol

4. colposcopie 5. Autre

12. CONNAISSEZ-VOUS LES FACTEURS DE RISQUE ?

1. Oui 2. Non

13. SI OUI LES QUELS ?

1. Rapports sexuels précoces 2. Grossesses multiples

3. Partenaires sexuels multiples 4. Bas niveau socio-économique 5. Autres

3. Par insuffisance de speculum 4. Autres

23. COMBIEN DE PERSONNES ATTEINTES DE CANCER DU COL DE L'UTERUS AVEZ-VOUS DEJA VU ?

24. FAITES-VOUS LE DEPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS ?

1. Oui 2. Non

25. SI NON POURQUOI ?

1. Par manque d'information 2. Par négligence 3. Autres

26. QUELLES METHODES THERAPEUTIQUE CONNAISSEZ-VOUS À BAMAKO POUR LE TRAITEMENT DU CANCER DU COL DE L'UTERUS ?

1. Chirurgie 2. Chimiothérapie 3. Radiothérapie 4. Autres



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'Être 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.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE !