

LISTE DES ABREVIATIONS

CIN : Cervical Intra épithélial Néoplasia.

CIS : Carcinome in Situ.

CSCOM : Centre de Santé Communautaire.

CSRéf : Centre de Santé de Référence de la Commune CV

FCPC : Fédération international de colposcopie et de pathologie cervicale.

FCV: Frottis Cervico-vaginal.

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique.

CHUGT : Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré.

HPV : Human Papilloma Virus.

HV : Herpes Virus.

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Public.

IVA : Inspection Visuelle après application de l'acide acétique.

IVL : Inspection Visuelle après application du lugol.

JPC : Jonction Pavimento Cyindrique.

LIPBG : Lésion Intra épithéliale Pavimenteuse de Bas Grade.

LIPHG : Lésion Intra épithéliale pavimenteuse de Haut Grade.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

SFCPV : Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale.

Sommaire

I.	Introduction et objectifs.....	1-4
II.	Généralités.....	5
III.	Méthodologie.....	35
IV.	Résultats.....	41
V.	Commentaires,.....	61
VI.	Conclusion.....	72
VII.	Recommandations.....	73
VIII.	Références.....	74
IX.	Annexes.....	80

I.INTRODUCTON

On estime actuellement que dans le monde chaque année, 4 millions d'individus meurent de cancer et 5 millions de nouveaux cas sont dépistés parmi lesquels 5% seulement seront totalement guéris [1].

Le cancer du col de utérus constitue un vrai problème de santé publique dans le monde, notamment dans les pays en à ressources limitées : en Afrique sub saharienne, en Amérique latine, en Asie du sud.

Il représente 15% de tous les cancers chez la femme avec environ 450 000 nouveaux cas par an. [37].

En termes de décès, plus de 300 000 par an sont causés par le cancer du col de l'utérus [37].

La majorité des femmes atteintes par le cancer du col de l'utérus, à savoir 80% d'entre elles, vivent dans les pays en voie de développement [37]. Dans la plus part de ces pays, notamment en Afrique Sud-saharienne et centrale, en Amérique du Sud, en Asie du Sud-est et en Mélanésie [37], le cancer du col de l'utérus est la cause la plus fréquente de cancer chez la femme.

L'Asie du Sud-est contribue à 30% du nombre de nouveau cas par année. L'Inde enregistre, à elle seule, environ 90'000 nouveaux cas par année, soit 16% du total mondial. Chez la femme indienne, le cancer du col représente 50% des cancers, seul 5% d'entre eux sont découverts à un stade précoce.

En Afrique, le nombre de nouveaux cas par année est de 37'000 [32]. Au Cameroun, son incidence est estimée à 40/100'000 femmes âgées de plus de 20 ans [29].

C'est le cancer le plus rependu parmi la population féminine de ces pays ou il représente la première cause de mortalité par cancer chez les femmes d'une cinquantaine d'année et la deuxième cause de décès (après la mortalité maternelle) chez la jeune femme et multipare [20,41].

Au Mali depuis 1985, nous notons une nette élévation de la fréquence du cancer du col diagnostiqué en milieu hospitalier, avec ascension régulière de la fréquence du cancer en allant du 2^{ème} (31%) au 1^{er} rang (50,3%) des cancers gynécologiques et mammaires [18, 34].

Dans nos pays 80% des cancers du col ne sont pas détectés ou sont déjà incurables au moment de leur détection [47].

Par bonheur, l'histoire naturelle du cancer du col utérin permet un dépistage précoce et des mesures peuvent être prises pour empêcher la progression de la maladie jusqu'à un stade irréversible.

La cytologie cervico-vaginale en milieu liquide : cette nouvelle technologie a été introduite, pour la première fois en Suisse, en 1995 par Vassilakos et al. en utilisant la technique AutocytePrep [54]. Deux ans plus tard la technique ThinPrep a été également introduite. Le but des deux méthodes est d'améliorer la qualité et la représentativité du prélèvement, et, de ce fait, améliorer la qualité du test.

Actuellement, plus de 50% des tests de dépistage en Suisse sont pratiqués par la cytologie en milieu liquide.

Le frottis cervical est la méthode de dépistage du cancer du col utérin la plus largement utilisée dans le monde [47]. Encore appelé test Pap. au Canada ou il est largement utilisé comme méthode de dépistage.

Ces méthodes sont onéreuses et difficilement envisageables dans les pays à faible ressource comme la notre.

Ainsi les techniques reposant sur un examen visuel après application d'acide acétique et de lugol faisant appel à une technologie simple et abordable a été proposé par l'OMS pour les pays en voie de développement et pourraient constituer une alternative à la cytologie conventionnelle [41,47].

Par ailleurs cette méthode améliorée par la pratique immédiate d'une colposcopie chez toutes les femmes, aura l'avantage de localiser les anomalies cervicales et de permettre une biopsie dirigée pour établir le diagnostic.

Lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako

L'espoir suscité récemment par la mise en route d'un vaccin anti HPV oncogène 16 et 18, ne sera réel dans les pays sous développés que si le problème des groupes à haut risque est maîtrisé à travers des études épidémiologiques à grande échelle et surtout si les données fondamentales et moléculaires sur les souches virales sont connues.

Ainsi notre étude qui a été réalisée au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako avait pour but d'évaluer la prévalence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus, de rechercher les déterminants épidémiologiques et les facteurs de risque liés aux lésions intra épithéliales précurseurs du cancer du col de l'utérus.

I. OBJECTIFS

Objectif général

Etudier les lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au service de gynécologie et obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin du 01 mars 2007 au 31 juillet 2008.
- Préciser les différents stades des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin.
- Décrire les aspects épidémiocliniques des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin.
- Décrire les schémas thérapeutiques appliqués dans chaque cas.
- Apprécier le devenir des malades après leur admission au CSRef CV.

II. GENERALITES

Le cancer du col de l'utérus se caractérise par une malignité des cellules qui tapissent la surface du col. Il débute par des lésions précancéreuses asymptomatiques et se développe, en général, graduellement pendant un grand nombre d'années. Selon leur gravité, les lésions peuvent se résorber spontanément ou progresser et devenir cancéreuses.

Les cancers du col utérin les plus fréquents sont causés par des cellules malpighiennes (70 %), alors que 18 % à 20 % proviennent de cellules glandulaires (adénocarcinomes).

Les carcinomes adénoquameux (5 %) sont rares et ont les mêmes caractéristiques que les carcinomes malpighiens et les adénocarcinomes.

Cinq pour cent des cancers du col utérin sont de type indéterminé [15].

Le terme « néoplasie intra épithéliale » regroupe l'ensemble des anomalies histologiques affectant les cellules d'un épithélium stratifié, au cours de leur maturation et cela sous l'influence de facteurs divers (endogènes et exogènes).

La néoplasie intra épithéliale survient fréquemment au niveau du col de l'utérus, du vagin et de la vulve. Les infections à HPV de ces différentes localisations peuvent coexister. Les causes et l'épidémiologie sont communes à ces trois localisations. Typiquement, elle est infra clinique, le traitement est conservateurs et consiste en l'ablation, destruction voir l'abstention selon le grade de la lésion. Le diagnostic et la prise en charge précoces sont essentiels pour la prévention de la progression de l'affection vers le cancer invasif [53].

A. Anatomie de l'utérus

A.1. Anatomie macroscopique

L'utérus est un organe musculaire creux situé au centre de l'excavation pelvienne, entre la vessie en avant et le rectum en arrière.

Il a la forme d'un cône à sommet inférieure. On note un léger étranglement, plus marqué en avant et sur les cotés appelés isthme utérin qui sépare l'utérus en deux parties :

Lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako

- au-dessus, le corps aplati d'avant en arrière,
- au-dessous, le col cylindrique.

La paroi de l'utérus est épaisse d'environ 1cm, et se compose de trois tuniques qui sont de dehors en dedans : la séreuse, la musculuse et la muqueuse.

Vascularisation

S'agissant de la vascularisation, l'utérus est vascularisé essentiellement par l'artère utérine et accessoirement par l'artère ovarique et l'artère du ligament rond. Les veinules se drainent dans les veines utérines du ligament rond. Les lymphatiques se rendent aux nœuds lymphatiques iliaque externes, iliaque internes et sacraux.

Les nerfs proviennent du plexus hypogastrique inférieur.

Schéma1 : Coupe sagittale des organes pelviens [41]

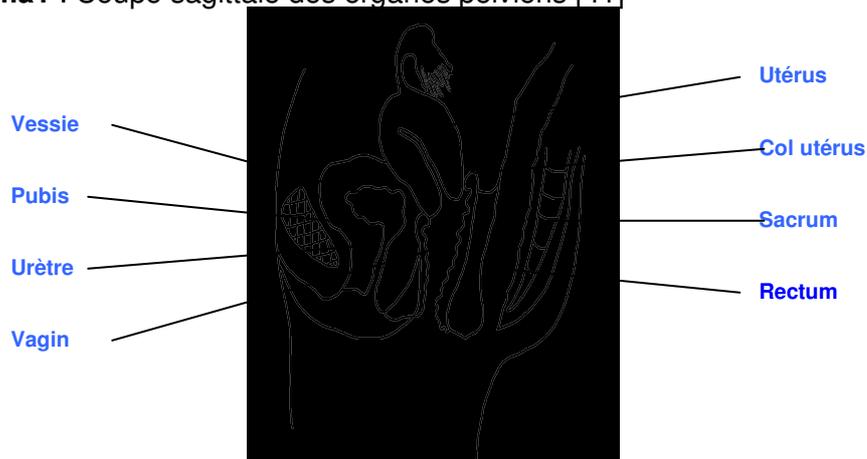
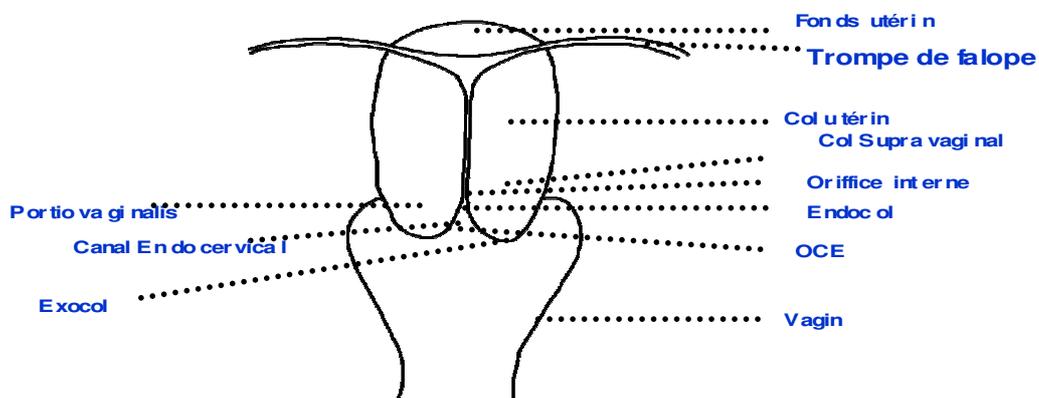


Schéma 2 : Coupe frontale de l'appareil génital féminin [41]



A.2. Histologie du col :

La portion intravaginale du col comprend une muqueuse exocervicale et une muqueuse endocervicale se rencontrant sur une ligne appelée zone de jonction pavimentocylindrique [46]. En dessous de ces deux muqueuses existe du tissu conjonctif à composante musculaire dominante.

Nous aborderons dans ce rappel que le tissu muqueux exo-endocervicaux pour une meilleure compréhension de notre texte. En effet, le tissu musculaire n'est intéressé qu'au stade invasif de la maladie.

2-1- L'exocol :

Il est normalement recouvert par un épithélium pluristratifié de type pavimenteux ou malpighien, elle est chargée en glycogène et répartie en cinq (5) couches qui sont de la profondeur vers la superficie :

- la couche germinatrice ou basale profonde formée par une seule assise de cellules de petites tailles, de formes cylindriques, tassées les une contre les autres en palissade le long de la membrane basale [34] ;
- la couche basale externe ;
- la couche intermédiaire ;
- la couche superficielle ou zone de kératinisation intra épithéliale de DIERKS ;
- La zone de desquamation est constituée de cellules qui se détachent facilement de la surface de la muqueuse. Elles desquament isolement et gardent leurs noyaux. Elles constituent l'essentiel du frottis cervico-vaginale [53].

2-2- L'endocol :

L'endocol est tapissé d'un épithélium unistratifié mucosécrétant. Son épithélium cylindrique est constitué des cellules ciliées (5%) et des cellules mucosécrétantes dont le rôle essentiel est la sécrétion de mucus [22].

Dans certaines conditions pathologiques, ces éléments se multiplient et présentent une différenciation malpighienne à l'origine des épithéliums métaplasiques [53].

2-3- La jonction exo-endocol ou jonction pavimento-cylindrique [46]

C'est le point de rencontre de deux épithéliums de hauteur différente : l'une pluristratifié, l'autre cylindrique unistratifié. Mais, en pratique, sa structure et sa topographie varient avec l'âge.

- *Chez la fillette et la nullipare* ; l'orifice est presque fermé, sauf au moment de l'ovulation et des règles. La jonction est un cercle presque parfait et l'on passe le plus souvent sans transition d'un épithélium à l'autre.

- *Chez la multipare*, la béance de l'orifice cervical, ses déchirures lors des accouchements rendent la jonction imprécise et sa localisation variable d'un point à un autre, par suite de l'éversion de la muqueuse cylindrique endocanalaire qui la déporte vers l'exocol (ectropion). Il se constitue alors entre les deux épithéliums une zone transitionnelle d'origine métaplasique appelée zone de transformation ou de remaniement.

La zone de transformation est une zone particulièrement fragile, ulcérable, qui subit des remaniements mécaniques et inflammatoires incessants, rendant précaire sa consolidation, d'où l'existence d'une véritable pathologie de la jonction qui constitue en fait le point de départ des cancers [53].

- *Chez la femme ménopausée* : cette zone est aspirée dans le canal endocervical. L'orifice du col apparaît tapissé d'un épithélium malpighien normalement stratifié, souvent même épais, plus ou moins kératinisé, en continuité directe avec les franges cylindriques intracanales par le truchement d'épithélium de stratification croissante [22].

B. Les états précancéreux :

B.1. La pathogénie

Une néoplasie du col de l'utérus se développe dans le temps à partir de lésions préexistantes plus ou moins graves. L'étape finale de cette progression est le cancer du col [53].

B.2. Les dystrophies

B.2.1. Les leucoplasies : Elles traduisent une perturbation de la maturation cellulaire. Elles peuvent être le témoin d'une irritation chronique.

B.2.2. L'ectropion : C'est le débordement de l'épithélium cylindrique glandulaire de plus de 5 mm en périphérie de l'orifice externe anatomique. Il peut être congénital, mais généralement acquis : [53]

- soit progressivement sous l'influence des oestrogènes,
- soit brutalement à la suite d'un accouchement.

L'ectropion à peine formé, l'épithélium malpighien entreprend la reconquête du terrain perdu par un processus de prolifération refoulant l'épithélium cylindrique vers son orifice externe d'origine : c'est la métaplasie malpighienne.

B.3. Les dysplasies

B.3.1. Définition : La dysplasie est une lésion acquise résultant d'une anomalie de maturation d'un tissu en génération rapide. C'est un bouleversement de l'architecture et de maturation des différentes couches de l'épithélium malpighien. Les lésions intra-épithéliales se limitent à l'épithélium de l'endocol; lorsque l'envahissement survient, les cellules néoplasiques pénètrent dans la membrane sous-jacente où elles se propagent très largement. [50]

La carcinogenèse est très lente et des lésions cervicales passent par différents stades histologiques avant de donner naissance à un cancer in situ puis un cancer invasif. Les lésions précancéreuses seraient essentiellement constituées par les dysplasies bien connues depuis les travaux d'HINSELMANN et définies par GOMPEL comme toutes les lésions de muqueuse malpighienne caractérisées par la présence

d'anomalie de structure de l'épithélium et d'atypies cellulaires diverses. On distingue habituellement :

- les dysplasies régulières, bénignes le plus souvent.
- Les dysplasies irrégulières caractérisées par des perturbations de la morphologie cellulaire pouvant poser des problèmes de diagnostic différentiel avec le cancer in situ.

B.3.2. Dysplasie cervicale de bas grade :

Caractéristiques :

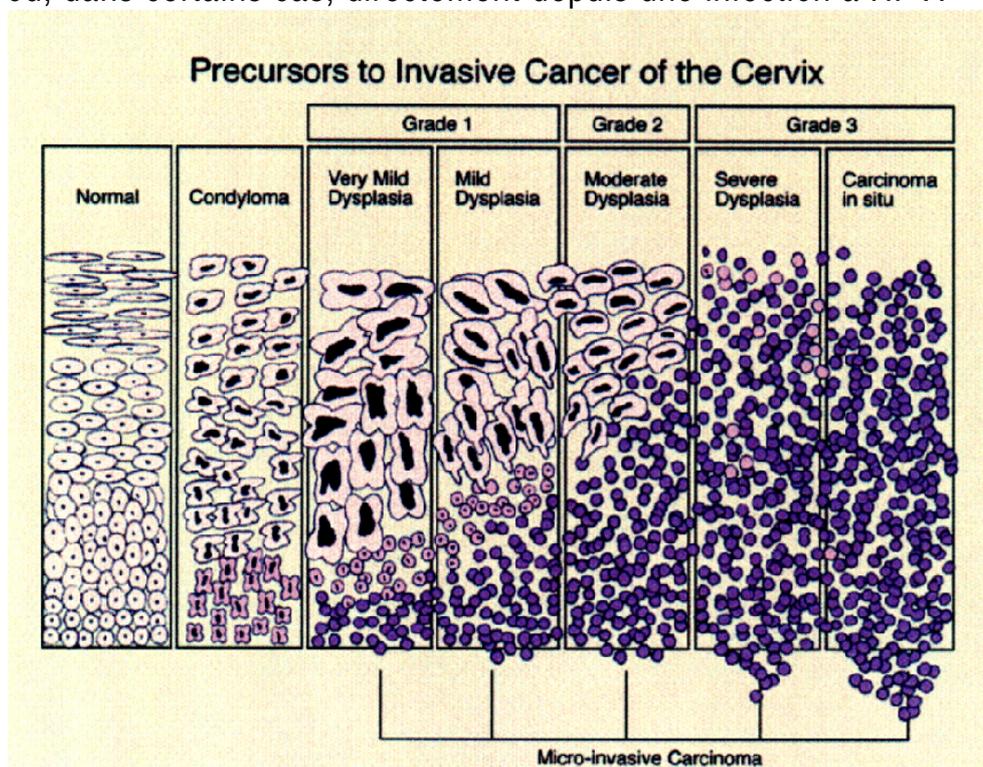
La dysplasie de bas grade est généralement temporaire et disparaît avec le temps. Dans certains cas, cependant, elle évolue en dysplasie de haut grade.

Il n'est pas inhabituel que l'infection à HPV entraîne une dysplasie de bas grade, après plusieurs mois, voire plusieurs années d'infection.

B.3.3. Dysplasie cervicale de haut grade :

Caractéristiques :

La dysplasie de haut grade est observée suite à la progression d'une dysplasie de bas grade ou, dans certains cas, directement depuis une infection à HPV.



Classification de BETHESDA 2001 :

- **Anomalie des cellules malpighiennes**

- Atypie des cellules épithéliales (ASC)
 - De signification indéterminée (ASC-US)
 - Ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (ASC-H)
- Lésions malpighienne intra-épithéliale de bas grade (LSIL-LMIEBG)
 - (Regroupant les lésions autrefois dénommées : lésions à HPV/condylome, dysplasie légère, CIN1)
- Lésions malpighienne intra-épithéliale de haut grade (HSIL-LMIEHG)
 - (Regroupant les lésions autrefois dénommées : dysplasies modérées et sévères, CIN2, CIN3 et CIS)
 - Le cas échéant présence d'éléments faisant suspecter un processus invasif (sans autres lésions)
- Le carcinome malpighien

- **Anomalies des cellules glandulaires**

- Atypies des cellules glandulaires (AGC) :
 - Endocervicales (sans autre indication (SAI) ou commenter,
 - Endométriales (SAI ou commenter) ou
 - Sans autres indication
- Atypies des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie :
 - endocervicales ou
 - sans autre indication
- Adénocarcinome Endocervicales in situ (AIS)
- Adénocarcinome
 - Endocervicales
 - endométriales
 - extra-utérin
 - SAI

C. Cancer du col de l'utérus

C.1. Définition : Le cancer du col de l'utérus est une néoformation tissulaire due à une prolifération cellulaire excessive, anormale, anarchique et autonome, détruisant le col utérin avec envahissement locale et à distance [53].

C.2. Macroscopie : Le cancer du col débute en principe dans la jonction de l'épithélium cylindrique endocervical, au niveau d'une zone de remaniement.

Le cancer peut débiter dans l'endocol.

Le plus souvent il se développe en surface (forme exocervicale) en bourgeons gris blanchâtre, friables, sanglants.

Parfois l'endocol est le siège d'un petit nodule ou d'une ulcération à fond induré blanchâtre et saignant. [34]

Le cancer endocervical peut creuser dans l'épaisseur du col, émerger dans le cul de sac vaginal ; cet aspect a été pris pour une forme spéciale dite cancer liminaire.

On peut observé des formes intriquées exo et endo cervical.

C.3. Microscopie :

a) épithélium malpighien : dans plus de 90% des cas, il s'agit épithéliomas malpighien plus ou moins épidermoïde.

Il est classique de distinguer :

- Des épithéliomas indifférenciés dits basocellulaires.
- Des épithéliomas différenciés dits spinocellulaires kératinisés ou non.
- Des épithéliomas intermédiaires forme de transition des deux précédents les plus fréquents.

b) épithéliomas cylindrique ou adénocarcinomes :

Ils pressentent environs de 10% des cancers du col.

C.4. Extension

a) Loco-regionale : atteinte du dôme vaginal, des paramètres, du corps utérin, des organes voisins (vessie, rectum).

b) Extension lymphatique :

c) Extension hématogène : (viscères abdominaux, aux poumons, à la plèvre).

Classification de FIGO des carcinomes du col

Le système de classification du cancer du col le plus utilisé est celui proposé par FIGO (fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique). Ce système est basé sur une classification par stade en fonction de la taille et de l'étendue de la maladie à la région pelvienne.

Stade I

Le cancer du stade I est strictement limité au col utérin. On ne doit pas prendre en compte l'extension au corps utérin. Le diagnostic à la fois des stades IA1 et IA2 doit être faites à partir de l'examen microscopique d'un prélèvement tissulaire, de préférence un cône qui englobe la lésion entière.

Stade IA

Cancer invasif identifié par examen microscopique uniquement.

L'invasion est limitée à l'invasion stromale mesurée en dépassant 5mm en profondeur et 7mm en largeur.

Stade IA1

L'invasion mesurée dans le stroma ne dépasse pas 3mm en profondeur et 7mm en largeur

Stade IA2

L'invasion mesurée dans le stroma est comprise entre 3mm et 5mm en profondeur et ne dépasse pas 7mm en largeur

Stade IB

Soit des lésions sont limitées au col, soit les lésions infra cliniques sont plus importantes que dans le stade IA. Toute lésion macroscopiquement visible même avec une invasion superficielle est classée cancer de stade IB.

Stade IB1 Lésions cliniques de taille ne dépassant pas 4cm.

Stade IB2 Lésions cliniques de taille supérieure à 4 cm.

Stade II

Le carcinome de stade II s'étend au delà du col, mais sans atteinte des parois pelviennes. Il affecte le vagin, mais pas au delà de ses deux tiers supérieur.

Stade IIA

Pas d'atteinte paramétriale évidente. L'invasion touche les deux tiers supérieurs du vagin.

Stade IIB

Atteinte paramétriale évidente, mais la paroi pelvienne n'est pas touchée.

Stade III

Le carcinome de stade III est étendu à la paroi pelvienne. A l'examen rectal, il n'existe pas de zone non envahie par le cancer entre la tumeur et la paroi pelvienne. La tumeur touche le tiers inférieur du vagin. Tous les carcinomes provoquant une hydronéphrose ou un rein muet, sont des cancers de stade III.

Stade IIIA

Pas d'extension à la paroi pelvienne mais atteinte du tiers inférieur du vagin.

Stade IIIB

Extension à la paroi pelvienne, hydronéphrose ou un rein muet.

Stade IV

Le cancer de stade IV est étendu au-delà du petit bassin ou a envahi la muqueuse de la vessie et ou du rectum.

Stade IVA

Extension de la tumeur aux organes pelviens adjacents.

Stade IVB

Extension de la tumeur aux organes distants.

D. Facteurs de risque du cancer du col utérin :

Le virus du papillome humain (HPV) est considéré comme la cause principale mais non suffisante à elle seule du cancer du col utérin [56].

La grande majorité des femmes infectées par un type de HPV oncogène ne développent pas de cancer de col, ce qui laisse penser que d'autres facteurs, agissant en même temps que le HPV influence le risque de provoquer la maladie. Certains facteurs concomitants ou (cofacteurs)

Comme le nombre de grossesses, l'utilisation de contraceptifs oraux, le tabac, l'immunodépression (cas particulier lorsqu'elle est liée au VIH), les infections dues à d'autres maladies sexuellement transmissibles et une mauvaise alimentation, ont été associés, dans différentes mesures au développement du cancer invasif du col utérin[56].

L'âge au premier rapport sexuel, le nombre de partenaires sexuels au cours de la vie, l'histoire des maladies sexuellement transmissibles, et autres caractéristiques de la vie sexuelle sont liés au risque de contracter le HPV et ne sont pas considérés comme des facteurs de la progression de l'infection à HPV vers le cancer du col utérin [30].

D.1. Le rôle de l'infection par le HPV :

Plus d'une centaine de HPV ont été identifiés dont environ 40 sont propres aux organes génitaux mâles ou femelles [13,55].

Membre de la famille des papovaviridés, ils sont composés d'une molécule d'ADN circulaire. Transmis à la sphère génitale par contact sexuel, deux groupes de HPV infectent la sphère génitale.

- Les types 6, 11, 42 et 43 sont principalement retrouvés dans les condylomes acuminés et dans quelques lésions planes de la vulve, du vagin et du col. Ils sont considérés comme étant à bas risque oncogénique.
- Les types 16 et 18 et quelques variétés moins fréquentées : 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56 ; sont trouvées dans les carcinomes invasifs ou leurs précurseurs dans la sphère génitale et sont regroupés dans les HPV à haut risque oncogénique .

- Le HPV 16, type le plus courant, est impliqué dans 50 à 60% des cas de cancer du col. Le HPV 18, second type le plus courant, est en cause dans 10 à 12% des cas [20]. L'infection à HPV est l'une des infections sexuellement transmissibles les plus répandues. Toutefois, dans la plupart des cas, l'infection disparaît ou devient indétectable en une ou deux années.

D.2. L'infection à herpès virus type II (HV II)

Les patients porteurs d'infection à herpès virus type II sont à haut risque du cancer du col puisque :

- le risque de dysplasie est multiplié par 5,4 selon Ory cité par Favier M [24].
- Les femmes porteuses d'anticorps antiherpétiques II ont un risque de cancer in situ multiplié par 1,9, de plus les fragments d'ADN viral herpétique ont été retrouvés dans l'ADN des cellules de cancer du col de l'utérus [40].

On pense que ce virus peut jouer un rôle dans l'irritation à l'origine des transformations cellulaires par un mécanisme mutagène, mais insuffisant pour maintenir la transformation cellulaire nécessitant pour cela l'intervention d'un deuxième facteur, donc il sera important de surveiller particulièrement les femmes séropositives à HVII par un frottis annuel et un traitement spécifique.

Le virus herpétique type II en agissant sur l'ectopie périforificielle provoque un remaniement métaplasique [52]. Ce processus de transmission est fragile et les agents carcinogènes trouveront un terrain favorable pour dévier cette évolution vers une dysplasie et le cancer [51].

D.3. Infection HIV

Les femmes infectées par le VIH sont plus facilement infectées par des types de HPV à risque oncogénique élevé et risquent davantage de développer des lésions précancéreuses (et de les développer plus rapidement) que les femmes séronégatives au VIH dans la même catégorie d'âge [8, 12,17].

D.4. Les bactéries

Une étude Scandinave vient d'établir un lien entre chlamydiae comme bactérie responsable d'infection uro-génitales, et l'apparition d'un cancer du col de l'utérus, soulignant que les femmes porteuses de ce germe ont un risque plus élevé de développer la maladie [19].

Le trichomonas vaginalis a été accusé. La majorité des travaux aboutissent à la conclusion selon laquelle il y a une simple association entre trichomonas et la dysplasie cervicale [19].

D.5. La co-infection

Les femmes qui sont à la fois infectées par le HPV et un autre agent sexuellement transmissible, comme le chlamydia trachomatis ou le virus de l'herpes simplex-2 (VHS-2) risquent davantage de développer des lésions précancéreuses [12,8,17].

D.6. La parité élevée :

Les données groupées de huit études cas témoins sur le cancer invasif du col utérin et deux études sur le cancer in situ (CIS) provenant de quatre continents semblent montrer que, par rapport à des femmes qui n'ont jamais eu d'enfant, celles qui en ont eu trois ou quatre ont 2,6 fois plus de risque de contracter un cancer du col ; celles qui avaient sept ou plus avaient 3,8 fois plus de risque [35]. D'autres études corroborent cette relation positive établie entre le nombre d'enfants et le cancer du col [5, 51].

La raison physiologique de cette association n'est pas claire ; des facteurs hormonaux liés à la grossesse ou le traumatisme cervical (lié à l'accouchement) sont des explications possibles [30].

D.7. Les contraceptifs oraux

Ils ne sont pas directement en cause, mais en favorisant des rapports sexuels fréquents souvent non protégés, ils exposent aux microtraumatismes, véritables porte d'entrée pour le HPV [40].

D.8. La précocité des rapports sexuels

Le risque du cancer du col utérin est multiplié par deux si les 1ers rapports sexuels ont lieu avant 18 ans [40].

D.9. Partenaires sexuels multiples

Si la femme a eu de nombreux partenaires sexuels, le risque est augmenté ; la vie sexuelle du partenaire selon Bréal cité par Lansac J. [25], joue un rôle. Il s'agit là des femmes non mariées, des femmes dont le mari a été marié plusieurs fois ou ayant des relations sexuelles extraconjugales.

Lansac a étudié le risque du cancer cervical du col chez les partenaires d'hommes dont la femme avait eu un cancer du col : les résultats ont montré que le risque était alors sept (07) fois plus élevé que chez les témoins.

D.10. Facteurs socioéconomiques

Un niveau socioéconomique faible est considéré comme un facteur de risque pour beaucoup de problèmes de santé, y compris pour le cancer du col utérin, plus particulièrement dans les régions à faibles ressources. Les femmes d'un niveau socioéconomique faible ont souvent des revenus limités, un accès restreint aux services de santé, une mauvaise alimentation et une connaissance limitée des problèmes de santé et des comportements préventifs, tous ces facteurs peuvent les rendre plus vulnérables aux maladies y compris celles qu'on peut prévenir comme le cancer du col utérin [16].

D.11. Le tabac

Fumer semble être fortement associée au développement des lésions cervicales précancéreuses et au cancer [48].

Fumer fait partie des cofacteurs environnementaux les plus régulièrement identifiés comme pouvant affecter le risque de cancer du col ; des études montrent que les fumeurs ont un risque deux fois supérieur que celui des non fumeurs [48].

E. Dépistage :

Le principe de dépistage du cancer du col repose sur une hypothèse de l'histoire naturelle du cancer du col. Il indique que la dysplasie précède le cancer in situ et que ce dernier précède le cancer invasif [25]. Les moyens de dépistage du cancer du col sont basés sur le frottis cervical, le test à l'acide acétique, le test au lugol, la colposcopie et la biopsie.

E.1. Caractéristiques cliniques des lésions précancéreuses et cancéreuses

E.1.1. Lésions précancéreuses

Il n'existe pas de symptômes spécifiques permettant de déceler la présence de dysplasie cervicale, cependant il est possible que certaines patientes se plaignent d'écoulement vaginal excessif, ce qui peut être le fait d'infection surajoutée [40].

E.1.2. Lésions cancéreuses du col utérin

Le cancer du col au début ne peut pas avoir de signe clinique. A cette phase précoce de l'invasion, le cancer a l'aspect d'un minuscule bourgeon de cellules invasives qui a traversé la membrane basale et pénétrer dans le stroma sous jacent. Morphologiquement, ces cellules ressemblent à celles observées lors de la dysplasie.

Dans certains cas, la patiente peut souvent se plaindre d'un ou de plusieurs des symptômes suivants : saignement intermenstruels, saignement post-coïtal, saignement post-ménopausique, écoulement séropurulent excessif, douleurs dorsales, douleurs abdominales basses. Dans les stades avancés, la dyspnée due à l'anémie peut être le signe révélateur [53].

E.2. Conditions de réalisation du dépistage du cancer du col utérin

E.2.1. Qui dépister ?

Toutes les femmes ayant eu une activité sexuelle doivent bénéficier d'un dépistage systématique du cancer du col de l'utérus.

E.2.2. Rythme du dépistage

En absence de facteurs de risque, le dépistage doit être fait tous les trois ans après deux résultats normaux à un an d'intervalle [53]. En présence de facteurs de risque tous les ans.

E.2.3. Conditions du dépistage

- en dehors des règles,
- en dehors d'épisodes infectieux aigus (cervicites),
- la patiente doit éviter la veille au soir les injections vaginales, les rapports sexuelles, la toilette profonde, l'usage de lubrifiants ;
- avant les tests IVA-IVL ou le frottis cervical, ôter délicatement les sécrétions cervicales (si elles sont abondantes) à l'aide d'un coton monté sur une pince.

E.2.4. Précautions [40]

- Rassurer la patiente en lui expliquant que l'examen n'est pas douloureux et mettre tout en œuvre pour qu'elle soit parfaitement détendue et ne ressente aucune gêne durant toute la durée de l'examen ;
- Eviter de faire le toucher vaginal avant le test de dépistage ;
- Exposer correctement le col à l'aide d'un spéculum ;
- Attendre une minute après application pour relever les résultats.

E.3. Frottis cervical :

Situé au fond du vagin le col utérin est mis en évidence par la pose d'un spéculum représentant le geste indispensable de l'examen gynécologique.

E.3.1. Prélèvement de l'exocol :

La spatule d'Ayre en bois à extrémité bifide reste le meilleur outil de prélèvement de la zone de jonction.

On balaiera toujours dans le sens même, la zone de jonction.

E.3.2. Prélèvement de l'endocol :

A l'aide d'un écouvillon en coton humecté de sérum physiologique, on peut avoir accès à l'endocol jusqu'à 1 cm de profondeur environ.

Le cytobrush peut être utilisé pour prélever l'endocol en particulier quand la jonction n'est pas visible ou que l'orifice cervical est sténosé.

La classification de PAPANICOLAOU

Elle permet d'interpréter les résultats du frottis cervicovaginal.

- Classe I : Absence de cellules anormales ou atypiques.
 - Classe II : Présence de cellules atypiques mais sans anomalies structurelles.
 - Classe III : Présence de cellules anormales suspectes mais suffisamment pathologique.
 - Classe IV : Cellules cancéreuses en nombre réduit.
 - Classe V : cellules nettement cancéreuses en grand nombre.
-
- Les classes I et II sont considérés comme des frottis négatifs.
 - Les classes III sont frottis suspects.
 - Les classes IV et V sont frottis positifs.

La classification de PAPANICOLAOU a une valeur historique indéniable mais elle ne constitue plus une façon efficace de communiquer des informations cliniques. Les subdivisions des lésions intra épithéliales (dysplasie légère, modérée, sévère et carcinome in situ) ne reflétaient plus l'unicité de la maladie, la quelle représente un continuum à partir des changements les plus légers jusqu'aux plus sévères [2].

Actuellement le système BETHESDA [30] semble constituer la meilleur solution possible. Ce système a été élaboré au cours d'une rencontre organisée spécialement pour étudier la terminologie à l'Institut Nationale du cancer à BETHESDA, Maryland, USA (1988/1991).

Plusieurs appellations sont attribuées aux précurseurs du cancer du col de l'utérus, ces appellations sont fonction du type de classification dont elle dérive et du degré de la lésion.

Selon l'OMS, il s'agit de dysplasie légère (CIN1) ; dysplasie modérée (CIN2) ou une dysplasie sévère (CIN3).

Dans le système Bethesda, on parlera de :

- lésion malpighienne intra épithéliale de bas grade (LMIEBG) ou lésion intra épithéliale pavimenteux de bas grade (LIPBG).
- lésion malpighienne intra épithéliale de haut grade (LMIEHG) ou lésion intra épithéliale pavimenteuse de haut grade (LIPHG)

E.4. Technique de dépistage avec l'acide acétique et le lugol

L'exposition du col à l'aide d'un spéculum bien large, pas trop long, avec un éclairage suffisant, permet de noter : la largeur du col, l'état de l'orifice cervical, l'aspect de la muqueuse exocervicale, de la muqueuse endocervicale, de la glaire [22].

E.4.1. Le test à l'acide acétique (IVA)

*** Physiopathologie [32]**

Quand on badigeonne d'acide acétique 3-5% un épithélium pavimenteux normal, l'acide provoque une légère coagulation de 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 ne peut pas y pénétrer suffisamment et la précipitation qui en résulte ne suffit pas à masquer la couleur rose du stroma sous jacent.

Au contraire les CIN et les cancers du col présentent de fortes quantités de protéines nucléaires (présence du 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'un cancer, cette réaction affecte souvent la totalité du col.

*** Résultats IVA**

- **IVA négatif** : quand on constate l'absence de lésions acidophiles sur le col.

- **IVA faiblement positif (+)**: le résultats du test est faiblement positif lorsqu'on constate la présence de lésions d'un blanc brillant ou d'un blanc trouble aux contours vague mal définis, proche de la JPC dans la zone de remaniement non loin de l'orifice.

- **IVA fortement positif (++)** : quand on constate :
 - la présence de zones acidophiles distinctes, bien définies, dense (blanc opaque, blanc terne ou blanc d'huître) avec des marges régulières ou irrégulières proches ou accolées à la JPC dans la ZR ou proche de l'orifice externe si la JPC n'est pas visible ;
 - la présence de zones acidophiles très dense dans l'exocol ;
 - tout le col entier blanchit sous l'effet de l'acide acétique.

E.4.2. Le test de Schiller : Inspection visuelle au Iugol (IVL)

*** Physiopathologie [32]**

On examine attentivement le col à la recherche de zone iodonégatives (non imprégnées par l'iode). L'épithélium métaplasique pavimenteux est riche en glycogène donc prend une coloration noire acajou après application d'iode.

Les CIN et les cancers sont iodonégatifs (puisqu'elles sont déficientes en glycogènes) et apparaissent sous l'aspect de régions jaunes moutardes ou safran épaisses.

NB : les leucoplasies sont aussi iodonégatives et les condylomes peuvent prendre la coloration à l'iode de façon partielle. [53]

*** Résultats IVL**

- **IVL négatif :** l'épithélium pavimenteux se colore en noir ou brun acajou, tandis que l'épithélium cylindrique ne change pas de teinte. Des plages iodonégatives inégales peu distinctes et mal définies qui restent incolores ou qui ne prennent que partiellement la coloration brune de l'iode. La présence sur le polype de zones pâles qui ne prennent pas ou seulement partiellement la coloration de l'iode.

Un aspect en peau léopard est associé à l'infection (*trichomonas vaginalis*).

Des zones iodonégatives de la forme d'un grain de poivre dans l'épithélium pavimenteux loin de la JPC. Des lésions satellites iodonégatives minces jaunes aux marges digitiformes anguleuses, semblables à des régions géographiques éloignées de la JPC.

- **IVL faiblement positif (+) :** lorsqu'on observe dans la ZR des régions denses épaisses, brillantes, jaunes moutardes ou safran proches ou accolées à la JPC ou proches de l'orifice externe si la JPC n'est pas visible.

- **IVL fortement positif (++) :** les résultats du test sont fortement positifs lorsque les événements suivants se reproduisent : dans le cas des lésions dysplasiques de haut grade plus de 50% de l'exocol ne se colorent pas en brun autour de la zone centrale du col. Cette zone reste pâle et comporte de

nombreuses projections irrégulières, les lésions d'un blanc jaunâtre que ne prennent pas le lugol sont plus épaisses et plus brillantes que les lésions de bas grades.

Chez la femme atteinte d'un cancer invasif précoce le col dans sa presque totalité ne se colore pas et restera pâle. Toute zone acidopositive et/ou iodonégative indique la pratique d'un frottis cervicovaginal ou d'une colposcopie avec biopsie dirigée à la recherche d'une dysplasie ou de lésion cancéreuse.

E.5. La colposcopie

Le col exposé par le spéculum est examiné grâce à un appareil optique doté d'une puissante source lumineuse grossissant de 10 à 20 fois la muqueuse cervicale. Il permet de bien voir l'épithélium pavimenteux exo cervical, la zone de jonction entre l'endocol et l'exocol, la vascularisation et la structure du tissu conjonctif sous-jacent.

La coloscopie est le plus souvent indiquée lorsqu'un test de dépistage s'est avéré positif (par exemple cytologie positive, réaction à l'acide acétique positive etc.). Mais dans notre étude toutes les patientes bénéficiaient systématiquement de la colposcopie.

- Les résultats colposcopiques

Les éléments clés de l'examen colposcopique constituent en l'observation des caractéristiques de l'épithélium du col utérin après application en deux étapes successives d'acide acétique dilué 3-5% et du soluté de lugol. On s'appuie sur les caractéristiques des régions cervicales acidophiles blanchies par l'acide acétique et des régions cervicales iodonégatives. Le diagnostic colposcopique des néoplasies cervicales repose sur quatre caractéristiques principales : intensité de la réaction acidophile ou iodonégative, marge et aspect de surface des régions suspectes, et coloration après application des solutés de dépistage. Les résultats colposcopiques sont résumés par deux terminologies actuellement en vigueur pour décrire les grands tableaux : celle de la Société Française de

Colposcopie et de Pathologie Cervico-vaginal (SFCPCV), rapporté par Coupeuz [10] datant de 1983, et celle de la fédération International de Pathologie Cervicale et de Colposcopie (IFCPC) datant de 1990 [10]. C'est cette dernière classification qui est la plus utilisée et c'est elle que nous avons adopté dans notre étude. Ces deux classifications sont présente dans le tableau ci-dessous. L'observation dans la ZR de régions acidophiles opaques, denses bien délimitées, proches ou accolées à la JPC est le signe colposcopique d'une CIN.

La CIN de bas grade apparaît souvent sous forme de lésions acidophiles lisses et peu épaisses, aux bords bien nets, mais cependant irréguliers, duveteux déchiquetés, digitiformes.

La CIN de haut grade correspond à des lésions acidophiles épaisses, ternes, opaques ou d'un blanc grisâtre aux bords bien nets et réguliers un peu surélevés et s'enroulant sur eux-mêmes. Il peut exister des lésions hétérogènes et plus étendues qui s'étend parfois jusque dans le canal endocervical. La surface des régions acidophiles associés à un CIN de haut grade tend généralement à être moins lisse voir irrégulière et nodulaire.

Des caractéristiques vasculaires anormales comme les ponctuations ou les mosaïques présentent une réelle importance surtout si elles sont observées dans les régions acidophiles. Il y a :

- *Suspicion de CIN de bas grade quand on observe des anomalies vasculaires à type de ponctuations et/ou des mosaïques fines dans la région acidophiles.
- *Suspicion de CIN de haut grade : quand on observe des anomalies vasculaires à type de ponctuations et ou mosaïques larges dans les régions acidophiles.

Tableau de Correspondance entre les deux terminologies [43]

Terminologie de la Fédération Internationale de Colposcopie (1990)	Terminologie Colposcopie de la SFCPCV
Aspects colposcopiques normaux (ACN) - Epithélium malpighien originel - Epithélium malpighien de la ZT - Epithélium cylindrique	Col normal Exocol normal
Aspects colposcopiques anormaux (ACA) - Epithélium acidophile - Mosaïque - Ponctuation - Leucoplasie - Zone iodonégative - Vaisseaux atypiques Préciser : modifications mineures ou majeures (acidophilie intense ou faible, ponctuation et mosaïque régulières ou irrégulières, leucoplasie fine ou épaisse)	Ectropion pur Transformation normale Séquelles de transformation normale
Suspicion colposcopique de cancer invasif	Transformation atypique - Grade I (a, b) - Grade II (a, b)
Examen non satisfaisant - JPC non visible - Inflammation ou atrophie sévère - Col non visible	Lésions diverses - Polypes, condylomes, colpite, endométriose, adénose et déciduose
Lésions diverses - Condylome exophytique - Condylome plan ou micropapillaire - Inflammation - Atrophie - Ulcération - Autres	A toute rubrique peuvent être ajoutés : - jonction visible - jonction non visible - infection - grossesse - traitement

E.6. Examen anatomopathologie

La biopsie cervicale dirigée [4,7] : C'est le prélèvement d'un fragment de tissu cervical à l'aide d'une pince à biopsie sous contrôle d'un examen colposcopique sur les zones paraissant les plus pathologiques

La biopsie doit intéresser la zone de transformation où la majorité des lésions précancéreuses et cancéreuses débutent, pour une confirmation diagnostique par histologie et ses indications sont précisées dans le chapitre de la méthodologie.

E.6.2. Histologie

*** Lésions précancéreuses**

Pour un échantillon de biopsie cervicale ou d'une pièce d'excision, le diagnostic de dysplasie est posé et son degré estimé en fonction des caractéristiques histologiques suivantes :

- 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 : repose sur le rapport nucléo-cytoplasmique plus importante ; l'hyperpigmentation, le polymorphisme nucléaire avec aniso-karyose ;
- activité mitotique (présence des figures de division cellulaire), elle est peu fréquent 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 mitoses [53]
 - Au 1/3 inférieur de l'épaisseur de l'épithélium malpighien, on parle de dysplasie légère (CIN1)
 - Au 1/3 moyen, dysplasie modérée (CINII),
 - Au 1/3 supérieur, dysplasie sévère (CINIII).

* **Lésions cancéreuses**

Les anomalies observées au cours des dysplasies sont présentes dans le carcinome in situ, mais s'étendent à toute l'épaisseur de l'épithélium.

- La différenciation et la stratification sont absentes de l'épithélium ;
- Les anomalies nucléaires sont présentes dans toute l'épaisseur de l'épithélium ;
- De nombreuses figures de mitoses ont des configurations anormales.

La plupart des cancers invasifs du col utérin (environ 90%) sont des cancers épidermoïdes et 2 à 8% sont des adénocarcinomes.

D'autres outils diagnostiques comme le frottis cervicovaginal, le curetage endocervical, la microcolposcopie, la cervicographie et le typage viral ne sont pas accessibles dans les pays en voie de développement du fait de leur coût élevé et de plus ces méthodes contribuent à augmenter les rendez-vous dans le processus de dépistage source de dépense et donc d'abandon par les patientes.

Les rapports de la dysplasie et du cancer [25]

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 désigner ces lésions. Il s'agit en fait de dysplasie et de lésions précancéreuses. Les néoplasies intra- épithéliales de grades 1 et 2 correspondent aux dysplasies légères et moyennes. Le seul avantage de cette classification est de regrouper sous le terme de CIN III 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 et le traitement de la dysplasie et son font baisser la fréquence du cancer du col dans une population donnée.

F. Prise en charge

F.1. Traitement des lésions dysplasiques [25]

Le traitement dépend de la dysplasie et de son siège.

Si elle est légère (CIN 1) on a le choix entre l'abstention car le risque d'évolution est faible et le traitement par diathermocoagulation, cryothérapie, résection à l'anse diathermique ou laser, si la lésion ne régresse pas spontanément après 6 mois ou un an de surveillance.

Si elle est moyenne (CIN 2), l'attitude la plus habituelle est le traitement par les mêmes moyens que ceux la dysplasie légère.

Si elle est sévère (CIN 3) ou s'il s'agit d'un cancer in situ, le traitement dépend du siège de la lésion.

Lorsque la lésion est exo cervicale, 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.

Surveillance [25] La surveillance doit être stricte :

Si l'abstention a été décidée (dysplasie légère) il faut faire un dépistage annuel voire deux ou trois ans selon la possibilité de la femme, pour dépister une aggravation et surveiller la régression spontanée.

Si un traitement local a été effectué, il faut revoir la patiente un mois après afin de vérifier qu'aucun épithélium pathologique n'a été laissé, il faut revoir la femme à 3 ; 6 et 12 mois pour un examen colposcopique, et éventuellement pour biopsie, un examen visuel (IVA, IVL) annuel sera ensuite effectué.

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

F.2. Traitement des lésions cancéreuses [25]

- **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 iliopelvienne.

- ✓ La physiothérapie sans chirurgie :

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

- ✓ Enfin en France, souvent on associe radiothérapie et chirurgie :

Premier temps : curiethérapie ;

Deuxième temps : hystérectomie élargie avec lymphadénectomie, 6 semaines après,

Troisième temps : radiothérapie si les ganglions sont envahis.

- **Stade IIB et stade III** :

La plupart des auteurs préfèrent 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.

- **Cancer du col utérin selon le terrain**

- **Cancer du col de l'utérus et grossesse**

La fréquence du cancer du col de utérin chez la femme enceinte est diversement estimée : 2,7% à 3,5% des cancers du col surviennent chez la femme enceinte 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 [31].

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 étaient 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 pronostic 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 :

Soit une interruption thérapeutique de la grossesse est pratiquée par mini césarienne puis le traitement curiethérapie et chirurgie ; soit on laisse évoluer la grossesse jusqu'à 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 de grossesse, de l'âge de la patiente, des antécédents obstétricaux.

- Au troisième trimestre de la grossesse :

La grossesse est interrompue par césarienne dès que la maturité fœtale est atteinte puis la séquence thérapeutique curiethérapie chirurgie ou radiothérapie seule est instituée en fonction du stade du cancer.

- **Surveillance post- thérapeutique [25]**

Après traitement du cancer du col, une surveillance prolongée s'impose.

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

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, voir même à la vulve. Il faudra donc examiner soigneusement le conduit vaginal et la vulve.

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

La malade est revue au 3^{eme}, 6^{eme}, 9^{eme}, 12^{eme}, 18^{eme}, 24^{eme}, 36^{eme} mois, puis tous les ans. Chaque fois on note son poids, l'état général, on examine les creux sus claviculaires, le foie, on palpera l'abdomen à la recherche d'un gros rein.

On examinera la vulve, on lui mettra un spéculum et on fera le test de dépistage tous les ans. 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.

↳ Une échographie rénale sera faite au 3^{eme} mois pour rechercher une dilatation urinaire ou par une Urographie Intra- Veineuse (U I V).

↳ ACE (antigène carcino-embryonnaire), AFP (alpha-fœtoprotéine), SCC (squamous cell carcinoma).

↳ Foie : (biologie, échographie, scanner).

↳ Second cancer (sein + colon).

- ↳ Rechercher les complications du traitement.
- ⇒ Radiographie du thorax.
- ⇒ Examen osseux (si doute, radio +/- scintigraphie).
- ⇒ Examen neurologique (scanner en fonction de l'orientation).
- ↳ Soutien psychologique.

Toute anomalie au cours de ces examens entraînera la consultation du spécialiste.

- **Pronostic**

Pronostique à 5 ans et pourcentage d'atteinte ganglionnaire en fonction du stade.

- Stade I: 80%; 13%.
- Stade II : 60% ; 40%.
- Stade III : 35% ; 60%.
- Stade IV: 10% ; 100%.

- **De mauvais pronostic :**

- L'envahissement ganglionnaire est péjoratif : le pronostic du stade I passe de 80-90% à 40% en cas de N+.
- La persistance de cellule néoplasique après la curiethérapie diminue aussi les chances de survie.
- Un âge jeune (<35 ans).
- La forme adénocarcinome.
- Le terrain et l'état général.

Le dépistage est la clé de l'amélioration du pronostique.

III. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

1.1. Centre de Santé de Référence de la Commune V (CSRéfCV)

Notre étude s'est déroulée au CSRéf CV, créé en 1982. Il est précisément situé au Quartier Mali, autour de ce centre de santé s'articule la politique sanitaire de la dite commune depuis le plateau technique médicale élémentaire des CSCOM au nombre de neuf. La commune V compte en effet dix aires de santé dont neuf sont actuellement fonctionnelles.

Le mode de fonctionnement du centre est un succès, ce qui fait de lui un modèle pour le système de référence à instaurer dans les autres communes du district de Bamako. Elle compte plusieurs unités dont celle de la consultation gynécologique externe où les femmes bénéficiaient tous les vendredis du dépistage du cancer du col de l'utérus.

1.2. Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP)

L'INRSP est situé en commune II du district de Bamako, plus précisément dans le quartier Hypodrome. Il comprend cinq (5) départements. Chaque département est dirigé par un chef de département. C'est au service d'anatomopathologie inclus dans le département de diagnostic et recherche biomédical tenu actuellement par trois anatomopathologistes pour tout le Mali que sont adressées les pièces de biopsies réalisées après fixation au formol.

2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude multicentrique d'observation de type longitudinale.

3. Période d'étude

Notre étude a couvert la période du 1^{er} mars 2007 au 31 août 2008 soit 18 mois.

4. Population d'étude

Toutes les femmes en période d'activité génitale ou ménopausées ayant bénéficié du dépistage du cancer du col de l'utérus au CSRéf CV quelque soit leur mode d'admission, pendant la période d'étude.

3. Technique et taille échantillon

Nous avons fait une collecte systématique de toutes les femmes dépistées au CSRéf CV répondant aux critères d'inclusion pendant la période d'étude, soit un nombre total de 124 patientes.

4. Critères d'inclusion

Toutes les femmes âgées de 25 ou plus, non hystérectomisées totalement, qui ont accepté le processus de dépistage après consentement éclairé et chez qui le dépistage a conduit à une biopsie cervicale.

5. Critères de non inclusion : Ont été exclues de cette étude :

- * les femmes dont l'âge n'était pas inclus dans la tranche d'âge prédéfinie (25 ans et plus)
- * les femmes en période menstruelle ;
- * toutes les femmes refusant le processus de dépistage ;
- * les femmes vierges ;
- * les femmes déjà suivies pour lésion précancéreuse ou cancéreuse du col de l'utérus traité ou pas ;
- * les femmes ayant bénéficié une hystérectomie totale ;
- * les femmes chez qui le dépistage n'a pas conduit à une biopsie cervicale.

6. Supports des données

Les supports des données étaient constitués essentiellement par :

- * L'interview de la patiente a travers le questionnaire élaboré pour le programme de dépistage en masse **F2** (cf. annexe 2)
- * Le registre de dépistage du CSRéf C V,
- * La fiche des résultats de l'examen histologique **F4** (cf.annexe 3)
- * La fiche de suivi (cf. annexe 4)

9. paramètres étudiés

- * Mode d'admission
- * Critères socio-démographiques (adresse, âge, niveau d'instruction, profession, statut matrimonial, polygamie, âge au premier mariage, profession du conjoint)
- * Antécédents (médicaux, chirurgicaux, gynéco obstétricaux et familiaux de cancer)
- * Motif de consultation
- * Résultats des examens (inspection au spéculum, test IVA et IVL, colposcopie, histologie)
- * La prise en charge et le suivi des patientes

10. déroulement pratique de l'étude dans le service

Le dépistage du cancer du col de l'utérus à lieu tous les vendredis à partir de 8 heures du matin.

• *Matériel de dépistage*

- * Une salle de consultation, une table de consultation gynécologique
- * Un bureau, des chaises, un tabouret, une poubelle
- * Une source lumineuse (lampe baladeuse à éclairage suffisant)
- * Des spéculums (de préférence à usage unique) et des pinces de biopsie stériles
- * Un colposcope, un stérilisateur (ou poupinel)
- * Des flacons d'acide acétique 3 -5 %, du lugol et du formol
- * Du coton avec pince stérile intermédiaire à usage unique
- * Des flacons de bouteille pour besoin de fixation des pièces de biopsie
- * Une tablette (sur laquelle sont exposés, les solutions d'acide acétique, de lugol, de formol, du coton, des paires de gants stériles,
- * Une source d'eau courante, des récipients d'eau de décontamination,
- * Un opérateur expérimenté plus un aide
- * Des dossiers de dépistage et d'examen anatomopathologique, des carnets de suivi

- **Conditions du dépistage** : *Le dépistage s'est fait* :

- * En dehors des règles ou tout autre métrorragie

- * En absence de rapports sexuels, de toilette intime profonde ou d'usage de lubrifiants depuis 24 heures

Si ces conditions ne sont pas remplies, le dépistage de la patiente est reporté à une date ultérieure.

- **Précautions**

Les patientes sont admises en salle de dépistage par ordre d'arrivées.

- Elle sont rassurées en leur expliquant le processus du dépistage, les avantages, et surtout son caractère indolore.

- Eviter les touchers vaginaux avant les tests.

NB : Après avoir obtenu les consentements éclairés des patientes, elles sont enregistrées dans le registre de dépistage, sur la fiche **F2** (annexe 2), la fiche **F4** (annexe 3) si seulement si il y a eu biopsie cervicale

- **Technique du dépistage**

La patiente est installée en position gynécologique sur la table d'examen (gynécologique). L'examineur après avoir porté des gants stériles et assied sur un tabouret, expose le col de l'utérus à l'aide d'un spéculum non lubrifié aux dimensions convenables et sous un éclairage suffisant .Si les sécrétions vaginales sont abondantes, elles sont délicatement ôtée à l'aide d'un coton monté sur une pince stérile.

--**TEST IVA** (Inspection visuelle par l'acide acétique)

A l'aide d'un autre coton monté sur une pince stérile et imbibé d'acide acétique 3 à 5%, on badigeonne le col utérin par un mouvement circulaire et la lecture se fait 1mn après :

-- **TEST IVL** (inspection visuelle par le lugol)

Par un coton imbibé par du lugol, on badigeonne le col de l'utérus par des mouvements circulaire allant de l'endocol vers l'exocol. la lecture se fait 1 mn après application.

- **La colposcopie**

- * On procède à une observation simple du col de l'utérus à l'œil nu, puis la colposcopie est systématiquement réalisée, après chaque test.
- * Une fois le test négatif, la patiente est rassurée et conseillée de refaire le test 1an après. Une fiche de suivie lui est remise (cf. annexe 4) portant les résultats IVA, IVL et colposcopie.
- * Mais quand l'un ou les deux tests sont positifs, une biopsie de la zone suspecte est faite et fixée au formol puis la fiche **F4** (annexe 3) rempli et joint a la pièce avant d'être adressé au service d'examen histologique. Dans ce cas la patiente est rassurée d'être informé du résultat histologique dans 15 jours.

- **Résultat Histologique – Traitement et Suivi**

Les patientes chez qui l'examen histologique conclu à une lésion précancéreuse, sont informées du résultat et sur rendez-vous la prise en charge est faite au CSRéf C IV par la cryothérapie. Il s'en suit un suivi régulier, pour juger de la réussite du traitement, de l'évolution de la lésion (cicatrisation totale, partielle) ou de la survenue de complication (écoulement vaginal excessif, saignement ou infection cervicale).

Les cas de lésions précancéreuses souvent résistantes à la cryothérapie (CN III) et les lésions cancéreuses sont référés à l'HUGT (gynécologie du Pr. DOLO Amadou), pour prise en charge adéquate.

- **NB :**

- lorsque le résultat Histologique est non concluant, une nouvelle biopsie cervicale est effectuée.
- lorsque le résultat Histologique est normal la patiente est informée du résultat, et il lui est conseillé de faire un nouveau test un an après.

11. Difficultés d'étude

- Retard dans l'obtention des résultats histologiques
- Non respect des rendez vous par les patientes pour le suivi

12. Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel **SPSS 12.0**

Les données ont été saisies sur le logiciel **Word** et présentées sur **Power Point** sous forme de graphique et de tableaux.

V. RESULTATS

Tableau I : Répartition des patientes dépistées en fonction du mode d'admission

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage (%)
Visite de dépistage	58	46,8
Orientée/cscom	66	53,2
Total	124	100,0

Plus de la moitié soit 53,2% de nos patientes sont orientées par un agent de santé

Tableau II : Répartition des patientes selon les tranches d'âge

Tranche d'âge	effectifs	Pourcentage (%)
25ans - 35ans	34	27,4
36ans - 45 ans	43	34,7
46 ans et +	47	37,9
Total	124	100,0

La tranche d'âge 45 ans et + est la plus représentée avec 37,9%

Tableau III : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentage (%)
Supérieur	4	3,2
Secondaire	11	8,9
Fondamentale	21	16,9
Coranique	22	17,7
Primaire	12	9,7
Analphabète	53	42,7
Autres	1	0,8
Total	124	100,0

Près de la moitié de nos patientes sont des analphabètes soit 42,7%

Tableau IV : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage (%)
Fonctionnaire	9	7,3
Commerçante vendeuse	ou 24	19,4
Etudiante	5	4,0
Ménagère	84	67,7
Autres	2	1,6
Total	124	100,0

La majorité des femmes sont ménagères soit 67,7%

Tableau V : Répartition des patientes selon le Statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage (%)
Mariée	107	86,3
Divorcée	3	2,4
Veuve	12	9,7
Célibataire	2	1,6
Total	124	100,0

Les femmes mariées ont représenté 86,3% (soit 107/124)

Tableau VI : Répartition des patientes selon la polygamie

Partenaires polygames	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	66	53,2
Non	58	46,8
Total	124	100,0

Le partenaire polygame a représenté 53,2% (soit 66 femmes)

Tableau VII: Répartition des patientes selon l'âge au premier mariage

Age premier mariage	Effectifs	Pourcentage (%)
Moins 17 ans	76	62,3
17ans - 30ans	45	36,9
31ans et plus	1	0,8
Total	122	100,0

76 femmes soit 62,3% sont mariées avant l'âge de 17 ans

Tableau VIII: Répartition des patientes selon la profession du conjoint

Profession du conjoint	Effectifs	Pourcentage (%)
Fonctionnaire	30	24,4
Commerçant/vendeur	45	36,6
Ouvrier	24	19,5
Cultivateur/pêcheur	23	18,7
Autres	1	0,8
Total	123	100,0

Les conjoints commerçants/vendeurs sont plus représentés avec 36,6%

Tableau IX : Répartition des patientes selon le résultat de la biopsie

Résultat de la biopsie	Fréquence	Pourcentage valide
Normal	1	0,8
Inflammation/cervicite	36	29,0
Atypie	3	2,4
Condylome plan	19	15,3
CIN1/infection HPV	18	14,5
CIN2	7	5,6
CIN3	7	5,6
Cancer invasif	28	22,6
Non concluant	5	4,0
Total	124	100,0

Tableau X: Répartition des patientes selon les Antécédents médicaux

Antécédents	Effectifs	Pourcentage (%)
Bilharziose	4	3,2
HTA	4	3,2
Diabète	8	6,5
Sans particularité	104	83,9
Autre	4	3,2
Total	124	100,0

104 femmes soit 83,9% n'ont pas d'antécédents médicaux particuliers

Tableau XI: Répartition des patientes selon le régime du cycle menstruel

Régime du cycle	Effectifs	Pourcentage (%)
Réguliers	96	78,0
Irréguliers	27	22,0
Total	123	100,0

L'irrégularité du cycle est signalée par 27 femmes soit 22%

Tableau XII : Répartition des patientes selon la leucorrhée

Leucorrhée	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	105	84,7
Non	19	15,3
Total	124	100,0

La notion de leucorrhée nauséabonde est rapportée par 105 femmes soit 84,7%

Tableau XIII : Répartition des patientes selon la lésion de grattage

Lésion de grattage	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	72	58,1
Non	52	41,9
Total	124	100,0

La lésion de grattage est rapportée par 72 femmes soit 58,1%

Tableau XIV Répartition des patientes en fonction de la ménopause

Ménopause	Fréquence	Pourcentage valide
Oui	34	27,6
Non	73	59,3
Indéterminée	16	13,1
Total	123	100,0

Les femmes en ménopause n'ont représenté que 27,6%

Tableau XV: Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectifs	Pourcentage (%)
Nulligestes	5	4,0
Primi-Paucigestes	21	16,9
Multipares	45	36,3
Grandes multipares	53	42,7
Total	124	100,0

Les grandes multigestes et les multigestes ont représenté respectivement 42,7% et 36,3%. ; contre 16,9% pour les paucigestes et 4,0% pour les nulligestes

Tableau XVI : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectifs	Pourcentage (%)
Nullipares	7	5,6
Primi-Paucipare	28	22,6
Multipares	44	35,5
Grandes multipares	45	36,3
Total	124	100,0

Les grandes multipares (36,3%) et les multipares (35,5%) sont majoritaires suivi des paucipares (22,6%) ; contre 5,6% de nullipares

Tableau XVII: Répartition des patientes selon la notion de masse pelvienne

Masse pelvienne	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	3	2,4
Non	121	97,6
Total	124	100,0

Seulement 3 femmes soit 2.4% ont signalé la sensation de masse pelvienne

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon la notion de saignement

Saignement	Effectifs	Pourcentage (%)
Spontané	18	14,5
Contact	22	17,7
Non	84	67,7
Total	124	100,0

84 femmes soit 67.7% n'ont pas signalé la notion de saignement

Tableau XIX: Répartition des patientes selon l'hydrorrhée

Hydrorrhée	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	16	12,9
Non	108	87,1
Total	124	100,0

La présence d'hydrorrhée a été signalé par 16 femmes soit 12.9%

Tableau XX: Répartition des patientes selon les signes urinaires

Signes urinaires	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	11	8,9
Non	113	91,1
Total	124	100,0

Les signes urinaires ont été signalé par 11 femmes soit 8.9%

Tableau XXI: Répartition des patientes selon les signes rectaux

Signes rectaux	Effectifs	Pourcentage (%)
Oui	8	6,5
Non	116	93,5
Total	124	100,0

Les signes rectaux ont été signalé par 8 femmes soit 6.5%

Tableau XXII: Répartition des patientes selon l'état du col à l'inspection

Etat du col	Effectifs	Pourcentage (%)
Inflammation	37	29,8
Ectropion /intropion	48	38,7
Kyste de Naboth	6	4,8
Polype	1	0,8
Béant	5	4,0
Induré	13	10,5
Ulcération	10	8,1
Sans particularité	4	3,2
Total	124	100,0

On note la présence d'ectropion/intropion dans 38.7% suivi de l'inflammation dans 29.8%

Tableau XXIII: Répartition des patientes selon la JVC visible

JVC visible	Effectifs	Pourcentage (%)
Complètement	71	57,3
Partiellement	28	22,6
Pas du tout	25	20,2
Total	124	100,0

La ligne de jonction était complètement visible chez 71 femmes soit 57.3%

Tableau XXIV: Répartition des patientes selon le résultat du test IVA

Résultat du test IVA	Effectifs	Pourcentage (%)
Négatif	46	37,1
Positif	62	50,0
Suspicion de cancer	16	12,9
Total	124	100,0

50% des femmes ont présenté des zones acidophiles et 12.9% ont présenté une suspicion de cancer

Tableau XXV: Répartition des patientes selon le résultat du test IVL

Résultat du test IVL	Effectifs	Pourcentage (%)
Négatif	6	4,8
Positif	102	82,3
Suspicion de cancer	16	12,9
Total	124	100,0

102 femmes soit 82.3% ont présenté des zones iodo-négatives et 12.9% ont présenté une suspicion de cancer

Tableau XXVI: Répartition des patientes selon le résultat de la colposcopie

Résultat de la colposcopie	Effectifs	Pourcentage (%)
Normal	3	2,4
Inflammation	39	31,5
Atypie/CIN1/condylome/verru/leucoplasie	44	35,5
CIN2-3	14	11,3
Carcinome invasif	23	18,5
Non concluant	1	0,8
Total	124	100,0

Atypie* = Atypie/CIN1/condylome/verru/leucoplasie

Seulement 3 femmes soit 2.4% avaient un examen colposcopique normal, on note: Atypie*(35.5%), inflammation(31.5%), cancer invasif(18.5%), CIN2-3(11.3%)

Tableau XXVII: Répartition des patientes selon le geste effectué

Geste effectué	Effectifs	Pourcentage (%)
Rassurée et conseil d'un nouveau test après 6 à 12 mois	20	22,2
Antibiothérapie	35	38,9
Cryothérapie	11	12,2
Orientée vers CHU HGT	24	26,6
Total	90	100,0

38.9% des femmes ont bénéficié d'une antibiothérapie pour cervicite et 12.2% d'une cryothérapie pour CIN
26.6% des femmes sont orientées vers CHU HGT pour cancer

Tableau XXVIII: Résultats de la biopsie Vs Mode d'admission

Résultats de la biopsie	Mode d'admission			
	visite de dépistage		orientée/cscom	
Normal	1	1,7%	0	0,0%
Inflammation/cervicite	18	31%	18	27,3%
Atypie	2	3,4%	1	1,5%
Condylome plan	9	15,5%	10	15,2%
CIN1/infection HPV	10	17,2%	8	12,1%
CIN2	5	8,6%	2	3,0%
CIN3	2	3,4%	5	7,6%
Cancer invasif	8	13,8%	20	30,3%
Non concluant	3	5,2%	2	3,0%
Total	58	100%	66	100%

Le cancer invasif est retrouvé chez 30%(20/66) des patientes orientées par un agent de santé contre 13.8%(8/58) venues d'elle-même

Tableau XXIX: Résultats de la biopsie Vs Age des patientes

Résultats de la biopsie	Age des patientes					
	25ans - 35ans		36ans – 45 ans		46 ans et +	
Normal	0	0,0%	0	0,0%	1	2,1%
Inflammation/cervicite	12	35,3%	11	25,6%	13	27,7%
Atypie	2	5,9%	0	0,0%	1	2,1%
Condylome plan	9	26,5%	8	18,6%	2	4,3%
CIN1/infection HPV	4	11,8%	10	23,3%	4	8,5%
CIN2	0	0,0%	4	9,3%	3	6,4%
CIN3	3	8,8%	3	7,0%	1	2,1%
Cancer invasif	3	8,8%	6	14,0%	19	40,4%
Non concluant	1	2,9%	1	2,3%	3	6,4%
Total	34	100,0%	43	100,0%	47	100,0%

Chi X²= 32,178 ; P= 0,009 ; ddl= 16 (chi X² de Pearson)

40.4% des patientes soit (19/47) > 45ans présentent un cancer invasif

Tableau XXX: Résultats de la biopsie Vs Profession des patientes

Résultat de la biopsie	Profession des patientes							
	Fonctionnaire		Vendeuse		Etudiante		Ménagère	
Normal	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	1,2%
Inflam./cervicite	1	11,1%	9	37,5%	2	40,0%	24	28,6%
Atypie	1	11,1%	0	0,0%	0	0,0%	2	2,4%
Condylome plan	2	22,2%	5	20,8%	1	20,0%	11	13,1%
CIN1/infectionHPV	3	33,3%	2	8,3%	0	0,0%	12	14,3%
CIN2	0	0,0%	2	8,3%	0	0,0%	5	6,0%
CIN3	1	11,1%	0	0,0%	1	20,0%	5	6,0%
Cancer invasif	1	11,1%	5	20,8%	1	20,0%	20	23,8%
Non concluant	0	0,0%	1	4,2%	0	0,0%	4	4,8%
Total	9	100,0%	24	100,0%	5	100,0%	84	100,0%

Le cancer invasif est plus fréquent chez les femmes ménagères 23.8% (20/84), le CIN1 plus fréquent les fonctionnaires 33.3% (3/9)

Tableau XXXI: Résultats de la biopsie Vs Partenaire polygame

Résultat de la biopsie	Partenaire polygame			
	Oui		Non	
Normal	0	0,0%	1	1,8%
Inflammation/cervicite	20	30,3%	15	26,3%
Atypie	1	1,5%	2	3,5%
Condylome plan	6	9,1%	13	22,8%
CIN1/infection HPV	12	18,2%	6	10,5%
CIN2	3	4,5%	4	7,0%
CIN3	3	4,5%	4	7,0%
Cancer invasif	18	27,3%	10	17,5%
Non concluant	3	4,5%	2	3,5%
Total	66	100,0%	57	100,0%

La prévalence des CIN et du cancer est élevée dans les deux cas

Tableau XXXII: Résultats de la biopsie Vs Age premier mariage

Résultat de la biopsie	Age premier mariage					
	moins17 ans		17ans - 30ans		31ans et plus	
Normal	1	1,3%	0	0,0%	0	0,0%
Inflammation/cervicite	19	25,0%	16	35,6%	0	0,0%
Atypie	1	1,3%	2	4,4%	0	0,0%
Condylome plan	8	10,5%	11	24,4%	0	0,0%
CIN1/infection HPV	11	14,5%	5	11,1%	1	100,0%
CIN2	4	5,3%	3	6,7%	0	0,0%
CIN3	4	5,3%	3	6,7%	0	0,0%
Cancer invasif	25	32,9%	3	6,7%	0	0,0%
Non concluant	3	3,9%	2	4,4%	0	0,0%
Total	76	100,0%	45	100,0%	1	100,0%

La majorité des CIN et du cancer sont retrouvés chez les femmes mariées avant l'âge de 17 ans

Tableau XXXIII: Résultats de la biopsie Vs Régime du cycle

Résultats de la biopsie	Régime du cycle			
	Réguliers		Irréguliers	
Normal	1	1,0%	0	0,0%
Inflammation/cervicite	27	28,1%	8	29,6%
Atypie	3	3,1%	0	0,0%
Condylome plan	12	12,5%	7	25,9%
CIN1/infection HPV	15	15,6%	3	11,1%
CIN2	6	6,3%	1	3,7%
CIN3	5	5,2%	2	7,4%
Cancer invasif	23	24,0%	5	18,5%
Non concluant	4	4,2%	1	3,7%
Total	96	100,0%	27	100,0%

La fréquence des CIN et du cancer est proportionnellement égale dans les deux cas

Tableau XXXIV: Résultats de la biopsie Vs Leucorrhée

Résultats de la biopsie	Leucorrhée			
		Oui		Non
Norma	1	1,0%	0	0,0%
Inflammation/cervicite	30	28,6%	6	31,6%
Atypie	2	1,9%	1	5,3%
Condylome plan	17	16,2%	2	10,5%
CIN1/infection HPV	17	16,2%	1	5,3%
CIN2	7	6,7%	0	0,0%
CIN3	7	6,7%	0	0,0%
Cancer invasif	19	18,1%	9	47,4%
Non concluant	5	4,8%	0	0,0%
Total	105	100,0%	19	100,0%

Les CIN sont essentiellement retrouvés chez les femmes ayant signalé la notion de leucorrhée, mais le cancer est fréquent dans les deux cas

Tableau XXXV: Résultats de la biopsie Vs Lésion grattage

Résultats de la biopsie	Lésion grattage			
		Oui		Non
Normal	0	0,0%	1	1,9%
Inflammation /cervicite	15	20,8%	21	40,4%
Atypie	1	1,4%	2	3,8%
Condylome plan	10	13,9%	9	17,3%
CIN1/infection HPV	15	20,8%	3	5,8%
CIN2	5	6,9%	2	3,8%
CIN3	6	8,3%	1	1,9%
Cancer invasif	17	23,6%	11	21,2%
Non concluant	3	4,2%	2	3,8%
Total	72	100,0%	52	100,0%

La fréquence du cancer invasif est élevée dans les deux cas

Tableau XXXVI: Résultats de la biopsie Vs Ménopause

Résultats de la Biopsie	Ménopause					
	Oui	Non	Ne sait pas			
Normal	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%
Inflammation/cervicite	9	26,5%	21	28,8%	5	31,3%
Atypie	0	0,0%	3	4,1%	0	0,0%
Condylome plan	0	0,0%	17	23,3%	2	12,5%
CIN1/infection HPV	4	11,8%	13	17,8%	1	6,3%
CIN2	2	5,9%	4	5,5%	1	6,3%
CIN3	0	0,0%	5	6,8%	2	12,5%
Cancer invasif	17	50,0%	7	9,6%	4	25,0%
Non concluant	1	2,9%	3	4,1%	1	6,3%
Total	34	100,0%	73	100,0%	16	100,0%

Chi X²= 34,877 ; P= 0,004 ; ddl= 16 (chi X² de Pearson)

Le cancer invasif est plus fréquent chez les femmes en ménopause

Tableau XXXVII: Résultats de la biopsie Vs Parité

Résultats de la biopsie	Parité							
	0	1- 3	4 - 7	8 ou +				
Normal	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,2%
Inflam./cervicite	3	42,9%	8	28,6%	12	27,3%	13	28,9%
Atypie	0	0,0%	0	0,0%	3	6,8%	0	0,0%
Condylome plan	1	14,3%	9	32,1%	5	11,4%	4	8,9%
CIN1/infectionHPV	1	14,3%	5	17,9%	5	11,4%	7	15,6%
CIN2	1	14,3%	0	0,0%	5	11,4%	1	2,2%
CIN3	0	0,0%	3	10,7%	3	6,8%	1	2,2%
Cancer invasif	1	14,3%	1	3,6%	10	22,7%	16	35,6%
Non concluant	0	0,0%	2	7,1%	1	2,3%	2	4,4%
Total	7	100,0%	28	100,0%	44	100,0%	45	100,0%

Chi X²= 39,660 ; P= 0,023 ; ddl= 24 (chi X² de Pearson)

Le cancer invasif est plus fréquent chez les grandes multipares

Tableau XXXVIII: Résultats de la biopsie Vs Masse pelvienne

Résultats de la biopsie	Masse pelvienne			
		Oui		Non
Normal	0	0,0%	1	0,8%
Inflammation/cervicite	0	0,0%	36	29,8%
Atypie	1	33,3%	2	1,7%
Condylome plan	0	0,0%	19	15,7%
CIN1/infection HPV	0	0,0%	18	14,9%
CIN2	0	0,0%	7	5,8%
CIN3	0	0,0%	7	5,8%
Cancer invasif	2	66,7%	26	21,5%
Non concluant	0	0,0%	5	4,1%
Total	3	100,0%	121	100,0%

Chi X²= 17,096 ; P= 0,029 ; ddl= 8 (chi X² de Pearson)

2/3 femmes soit 66.7% ayant signalé la notion de masse pelvienne ont un cancer au stade invasif

Tableau XXXIX: Résultats de la biopsie Vs Saignement

Résultats de la biopsie	Saignement					
		Spontané		Contact		Non
Normal	0	0,0%	0	0,0%	1	1,2%
Inflammation/cervicite	1	5,6%	10	45,5%	25	29,8%
Atypie	0	0,0%	0	0,0%	3	0,0%
Condylome plan	0	0,0%	2	9,1%	17	20,2%
CIN1/infection HPV	1	5,6%	2	9,1%	15	17,9%
CIN2	0	0,0%	1	4,5%	6	7,1%
CIN3	2	11,1%	1	4,5%	4	4,8%
Cancer invasif	14	77,8%	6	27,3%	8	9,5%
Non concluant	0	0,0%	0	0,0%	5	6,0%
Total	18	100,0%	22	100,0%	84	100,0%

Chi X²= 49,846 ; P= 0,000 ; ddl= 16 (chi X² de Pearson)

Le cancer et le CIN3 sont plus fréquent chez les patientes ayant signalé le saignement spontané respectivement 14/18 (77.8%) et 2/18 (11.1%)

Tableau XXXX: Résultats de la biopsie Vs Hydrorrhée

Résultats de la biopsie	Hydrorrhée		
	Oui		Non
Normal	0		1 0,9%
Inflammation/cervicite	2	12,5%	34 31,5%
Atypie	0		3 2,8%
Condylome plan	0		19 17,6%
CIN1/infection HPV	1	6,3%	17 15,7%
CIN2	0		7 6,5%
CIN3	0		7 6,5%
Cancer invasif	13	81,3%	15 13,9%
Non concluant	0		5 4,6%
Total	16	100,0%	108 100,0%

Chi X²= 36,819 ; P= 0,000 ; ddl= 8 (chi X² de Pearson)

Sur les 16 femmes ayant signalé la notion d'hydrorrhée; 13 soit 81,3% ont un cancer au stade invasif

Tableau XXXXI: Résultats de la biopsie Vs Signes urinaires

Résultats de la biopsie	Signes urinaires		
	Oui		Non
Normal	0		1 0,9%
Inflammation/cervicite	0		36 31,9%
Atypie	0		3 2,7%
Condylome plan	0		19 16,8%
CIN1/infection HPV	1	9,1%	17 15,0%
CIN2	2	18,2%	5 4,4%
CIN3	0		7 6,2%
Cancer invasif	8	72,7%	20 17,7%
Non concluant	0		5 4,4%
Total	11	100,0%	113 100,0%

Chi X²= 23,959 ; P= 0,002 ; ddl= 8 (chi X² de Pearson)

Les signes urinaires sont signalés par 11 femmes parmi lesquelles on a retrouvé 8 cas de cancer invasif soit 72,7%

Tableau XXXXII: Résultats de la biopsie Vs Signes rectaux

Résultats de la biopsie	Signes rectaux		
	Oui		Non
Normal	0		1 0,9%
Inflammation/cervicite	0		36 31, %
Atypie	0		3 2,6%
Condylome plan	0		19 16,4%
CIN1/infection HPV	1	12,5%	17 14,7%
CIN2	1	12,5%	6 5,2%
CIN3	0		7 6,0%
Cancer invasif	6	75,0%	22 19,0%
Non concluant	0		5 4,3%
Total	8	100,0%	116 100,0%

Chi X²= 16,039 ; P= 0,042 ; ddl= 8 (chi X² de Pearson)

Les signes rectaux sont signalés par 8 femmes dont 6 soit 75% présentent un cancer invasif

Tableau XXXXIII: Résultats de la biopsie Vs JVC Visible

Résultats de la biopsie	JVC Visible					
	Complètement		Partiellement		Pas du tout	
Normal	0	0,0%	1	3,6%	0	0,0%
Inflammation/cervicite	22	31,0%	12	42,9%	2	8,0%
Atypie	3	4,2%	0	0,0%	0	0,0%
Condylome plan	14	19,7%	4	14,3%	1	4,0%
CIN1/infection HPV	16	22,5%	1	3,6%	1	4,0%
CIN2	7	9,9%	0	0,0%	0	0,0%
CIN3	4	5,6%	3	10,7%	0	0,0%
Cancer invasif	2	2,8%	6	21,4%	20	80,0%
Non concluant	3	4,2%	1	3,6%	1	4,0%
Total	71	100,0%	28	100,0%	25	100,0%

Chi X²= 78,514 ; P= 0,000 ; ddl= 16 (chi X² de Pearson)

La ligne de JVC n'est pas du tout visible chez 25 femmes dont 20 soit 80% ont un cancer invasif

Tableau XXXXIV: Résultats de la biopsie Vs IVA

Résultats de la biopsie	IVA					
	Négatif		Positif		Suspicion de cancer	
Normal	1	2,2%	0	0,0%	0	0,0%
Inflammation/cervicite	16	34,8%	20	32,3%	0	0,0%
Atypie	2	4,3%	1	1,6%	0	0,0%
Condylome plan	11	23,9%	8	12,9%	0	0,0%
CIN1/infection HPV	9	19,6%	8	12,9%	1	6,3%
CIN2	3	6,5%	4	6,5%	0	0,0%
CIN3	1	2,2%	6	9,7%	0	0,0%
Cancer invasif	1	2,2%	12	19,4%	15	93,8%
Non concluant	2	4,3%	3	4,8%	0	0,0%
Total	46	100,0%	62	100,0%	16	100,0%

Chi X²= 65,046 ; P= 0,000 ; ddl= 16 (chi X² de Pearson)

L'IVA positif chez 62 femmes a révélé 12 cas de cancer soit 19,4%; 8(12,9%) de CIN1; 6(9,7%) de CIN3 et 4(6,5%) de CIN2

Tableau XXXXV: Résultats de la biopsie Vs IVL

Résultats de la biopsie	IVL					
	Négatif		Positif		suspicion de cancer	
Normal	0	0,0%	1	1,0%	0	0,0%
Inflammation/cervicite	4	66,7%	32	31,4%	0	0,0%
Atypie	0	0,0%	3	2,9%	0	0,0%
Condylome plan	0	0,0%	19	18,6%	0	0,0%
CIN1/infection HPV	0	0,0%	17	16,7%	1	6,3%
CIN2	0	0,0%	7	6,9%	0	0,0%
CIN3	1	16,7%	6	5,9%	0	0,0%
Cancer invasif	0	0,0%	13	12,7%	15	93,8%
Non concluant	1	16,7%	4	3,9%	0	0,0%
Total	6	100,0%	102	100,0%	16	100,0%

Chi X²= 63,027 ; P= 0,000 ; ddl= 16 (chi X² de Pearson)

L'IVL positif chez 102 femmes a révélé 13 cas de cancer soit 12,7%; 17(16,7%) de CIN1; 7(6,9%) de CIN2; 6(5,9%) de CIN3

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Nos sites d'étude ont été choisis en raison d'une étroite collaboration entre les prestataires de services. Par ailleurs l'étude a porté une population cible (âge supérieur à 24ans).

Durant cette étude multicentrique de type longitudinal pendant la période 01 mars 2007 au 31 aout 2008 ; 1113 femmes ont effectuées le dépistage ; parmi les quelles 124 ont bénéficié d'une biopsie dirigée par la colposcopie sur des lésions cervicales suspectes (IVA et/ou IVL positif) pour examen histopathologique ; ces dernières ont fait l'objet de notre étude.

Le résultat de ces examens histopathologiques nous à permis de constaté une prédominance des cervicites, 36 cas soit 29.0% (chronique non spécifique dans la majorité des cas, trois cas de cervicite bilharzienne, trois cas de cervicite ulcéreux).

15.3% de condylome plan sont retrouvés sans autres lésions associées.

Les lésions de dysplasie qui représentent une fréquence relative de 25.7% avec 5.6% de lésions intra épithéliales de haut grade, montre une différence statistiquement significative avec celui d'auteur [28] qui trouve 15.26% de lésions intra épithéliales avec 6.96% de lésions de haut grade. Cette différence peut s'expliqué par la taille de l'échantillon.

71.9% des dysplasies étaient associées au condylome plan.

Les lésions cancéreuses ont représenté 22.6% avec 2.42% d'adénocarcinomes ; ce taux est relativement superposable à celui de Sacko RF au CSRef CIV en 2008 [39] qui rapporte 25.7% de cancer invasif, 2.7% d'adénocarcinome ; mais diffère de ceux d'auteurs qui trouvent que le carcinome invasif est estimé entre 0.2% [11, 42] et 2.5% [33%]

A. MODE D'ADMISSION

Dans notre étude 46.8% de nos patientes sont venues d'elles-mêmes (le dépistage volontaire) contre 59% pour Koné A K au CSRef CV en 2008 [23] et Sissoko S 55% [46] dans quatre centres de santé de Bamako en 2005.

Cette différence pourrait s'expliquer par la technique d'échantillonnage, car nous avons recensé seulement les cas de biopsie.

Parmi ces patientes le cancer invasif a été retrouvé chez 13.8% contre 30.3% chez celles orientées par un agent de santé.

Les campagnes de sensibilisation devraient s'orienter d'avantage vers les populations les plus vulnérables.

B. ASPECTS SOCIODEMOGRAPHIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

Beaucoup de facteurs sociodémographiques sont incriminés dans la genèse des lésions dysplasiques du col de l'utérus qui, non traitée, sont susceptibles d'évoluer vers le cancer du col de l'utérus.

B.1. AGE

L'âge joue un rôle important pour la plupart des auteurs. Dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée est de 46 ans et plus avec 37.9%, celle de 36 - 45 ans ont représentée 34.7% et de 25 - 35 ans, 27.4%.

La moyenne d'âge de notre série est de 48,5 ans avec des extrêmes de 25 à 87 ans, notre moyenne d'âge se rapproche à celui de Koffi B [21] à Bangui en 2004 qui trouvait une moyenne d'âge supérieur à 50 ans.

Par contre nettement supérieur à celui de Konaté S au CSRef CV en 2006 [22] qui était de 38.24 ans, Koné A K [23] rapporte une moyenne d'âge de 37ans. Cette différence pourrait s'expliquer par les tranches d'âge d'étude des populations, qui était de 25 ans et plus dans notre série et de 17 à 80 ans dans la série de Koffi [21] ; elle était de 25 à 49 ans dans la série de Konaté S [22]; et Koné A K [23]

Il apparaît clairement dans notre étude que le taux de prévalence du cancer invasif augmente avec l'âge ; il est de 8.8% entre 25 et 35 ans, 14.0% entre 36 et 45 ans, 40.4% chez les plus âgés de 45 ans.

Nos lésions dysplasiques se situent à un taux élevé dans les tranches d'âge de 36 à 45 ans.

L'âge moyen de survenue des LIE de haut grade est estimé à 36 ± 2 ans. Cette moyenne est relativement superposable à celle retrouvée dans les études africaines au sud du Sahara [38, 57]. Mais cet âge moyen peut être critiquable au regard des données démographiques de la population générale qui situent la moyenne d'âge des femmes en période d'activité génitale autour de 35 – 45 ans [49].

B.2. Situation socio économique

Les paramètres permettant d'apprécier exactement le niveau socio économique de nos femmes ont été parfois difficile à retrouver. Ainsi nous nous sommes basés sur la profession de la femme et celle du mari.

Le faible taux de scolarisation a été constaté dans notre échantillon, car près de la moitié de nos femmes 53 soit 42.7% était des analphabètes.

Sissoko S [46] rapporte un taux de 41.9% de femmes non instruites, Koné A K [23] 36.9%.

La profession de ménagère est la plus exercée : 84 soit 67.7% ; seulement 9 femmes, soit 7.3% sont salariées, les autres étaient soit des commerçantes ou vendeuses.

De même, 47 femmes de notre série soit 38.2% ont des maris ouvriers/cultivateurs/pêcheurs, et 45 soit 36.6% ont des maris commerçants/vendeurs ; c'est dire que plus de la moitié de nos sont issus d'un niveau socio-économique bas.

La plupart des études réalisées [45] notent des taux élevés de sans profession. Konaté S [22] rapporte 62,9% ; Sissoko S [46] 61,9% ; et Koné A K [23] 61.17%.

B.3. Statut matrimonial

Les femmes mariées représentent 86.3% dans notre série contre 92% pour Koné A K [23], Konaté S [22], Sissoko S [46] rapportent respectivement 88,9% et 61,9% de mariées. Ces variations de fréquence de femmes mariées peuvent s'expliquer par la taille de l'échantillon d'étude.

B.4. Comportement sexuel

Le nombre de partenaires sexuels ainsi que l'âge au premier coït ont été difficile à trouver car touchant la vie intime des femmes, très peu de femmes ont répondu à cette question. Nous avons parfois du les assimiler à la polygamie et à l'âge du premier mariage.

Ainsi 53.2% de nos femmes ont un partenaire polygame contre 62% pour Koné A K [23], Ces résultats sont nettement supérieurs à ceux de Diallo D en 2007 dans le district de Bamako qui a démontré 47% de polygamie [14], Sacko R F [39] rapporte 45.2%.

Le risque de lésion précancéreuse et de cancer du col de l'utérus augmente avec le nombre de partenaires sexuels. Sangaré R en 2003 au CSRef CV [40]. Selon Lansac, ce risque est de l'ordre de 1,7. Le risque est augmenté chez les femmes dont le mari a été marié plusieurs fois ou qui ont des partenaires extraconjugaux [25].

Et nous constatons une nette précocité au mariage dans notre série car 62.3% se sont mariées avant l'âge de 17ans, une étude menée au Burkina Faso rapporte 63.80% de mariage précoce à 16 ans ou avant [27].

La précocité du mariage qui donne une idée approximative sur l'âge du premier rapport dont la précocité constitue un facteur de risque.

En effet, Lanzac [26] trouve que les femmes ayant eu leur premier rapport entre 15 et 17 ans ont un risque multiplié par deux.

De même, la précocité du traumatisme obstétricale du col et sa répétition dans le temps, ainsi que les perturbations hormonales qui découlent, se traduisent par un taux élevé de femmes à lésions précancéreuses. Dans

notre étude 44 femmes soit 37.0% ont accouché avant l'âge de 17 ans et le cancer invasif a été retrouvé chez près de la moitié soit 45.5% ; le taux de LIE est proportionnellement égale dans les deux populations.

L'utilisation de méthode de contraception a été signalé par 44 femmes soit 35.5% ; dans notre étude les lésions de dysplasie étaient proportionnellement plus fréquentes chez ces femmes, par contre le cancer invasif n'a été retrouvé que chez 6.8% contre 31.3% pour les non utilisateurs de méthode de contraception.

Le choix de la méthode contraceptive semble également agir sur le risque de cancer du col utérin. Les méthodes de type barrière semblent réduire les risques, alors que les contraceptifs oraux semblent au contraire l'augmenter. Le risque associé aux contraceptifs oraux semble être plus marqué pour les adénocarcinomes que pour les carcinomes malpighiens, même après ajustement au titre de différents facteurs socio-économiques et sexuels [6]. L'évaluation de l'effet de la prise de contraceptifs oraux reste délicate car cette variable est fortement associée à d'autres facteurs comme l'activité sexuelle et les antécédents en matière de test Pap.

C. Les antécédents

C.1. Personnels et familiaux

Les antécédents médicaux, chirurgicaux et familiaux ont été retrouvés à des proportions très faibles ; respectivement 16.1%, 5.6%, et 1.6%. Et nous ne disposons pas de données de la littérature associant ces antécédents au cancer du col.

La notion de tabagisme n'a été retrouvée que chez une seule femme dans notre étude.

D'après quelques études, le tabagisme semble augmenter le risque du cancer du col utérin, notamment chez les fumeuses de longue date. Des composants du tabac ont été retrouvés dans les muqueuses cervicales,

mais les mécanismes biologiques qui sous-tendent le rapport entre le tabagisme et le cancer du col n'ont pas été élucidés [44].

C.2. Gynécologiques et obstétricaux

Le régime du cycle menstruel était irrégulier chez 27 femmes soit 22.0% ; la fréquence des lésions intra-épithéliales et du cancer invasif est proportionnellement égale dans les deux cas.

Les leucorrhées nauséabondes et les lésions de grattage qui témoignent d'une infection génitale sont décrites comme co-facteur de risque du cancer du col dans leurs aspect chronique, et elles ont été rapporté proportionnellement par 84.7% et 58.1% de nos femmes, et chez qui on a recensé un taux élevé de LIE contrairement au cancer invasif qui était relativement plus fréquent chez les femmes qui n'ont pas signalé ces antécédents.

Les femmes en ménopause ou en pré ménopause ont représenté 40.7% dans notre série; et parmi elles le cancer invasif a été retrouvé chez 75.0%. La fréquence élevée de néoplasie chez ces femmes s'explique par le fait qu'il n'y a pas de différence significative entre l'âge théorique de survenue de la ménopause et celui du cancer in situ et invasif, qui est de 35 à 39 ans et de 45 à 49 ans selon plusieurs auteurs [26].

La grande multiparité liée à une grande multigestité apparaît comme facteur de risque selon plusieurs études. Certains auteurs considèrent qu'il s'agit d'un co-facteur lié à l'activité sexuelle non contrôlée ou à des maternités non planifiées. D'autres considèrent que la gestité est un facteur de risque à part entière impliquant le retentissement physiologique de l'évolution de la grossesse sur les mécanismes de défenses immunitaires locales liées au bouleversement biologique que subi l'épithélium du col utérin [36, 49].

Dans notre série les grandes multipares et les multipares sont les plus représentées, respectivement 36.3% et 35.5%, le cancer invasif a été retrouvé chez 35.6% et 22.7%, les LIE chez 20% et 29.6%.

La théorie de co-facteur semble être conforme à notre étude, car malgré la prédominance du cancer et des LIE chez les multipares, on a retrouvé un cas de cancer invasif chez un nulligeste, et un taux relativement élevée de dysplasie chez les paucipares et les nullipares qui seraient à un age plus jeune (donc plus de temps pour développer un cancer invasif) par rapport grandes multipares.

D. Caractéristiques cliniques

Il n'existe pas de symptômes spécifiques permettant de déceler la présence de dysplasie cervicale ou de cancer in situ. Cependant certains symptômes peuvent être considéré comme des signes d'appel et/ou des signes du stade tardif de la maladie, mais ne sont pas constants.

Le saignement spontané (inter menstruel ou post ménopausique) et le saignement de contact (post coïtal) rapporté respectivement par 18 et 22 femmes dans notre étude, le cancer invasif a été détecté chez 14 soit 77.8% et chez 06 soit 27.3%. La majorité des cas de cervicites et de dysplasies n'étaient pas accompagnés par ce symptôme.

La sensation de masse ou de pesanteur pelvienne rapporté par 03 femmes, deux avaient un cancer au stade invasif. Et aucun cas de dysplasie ou de cervicite n'était pas accompagné par ce symptôme.

La présence d'hydrorrhée a été signalée par 16 femmes, chez qui 13 cas de cancer invasif soit 81.3%, un cas de dysplasie légère et deux cas de cervicite chronique ont été recensé.

Les signes urinaires ont été signalé par 11 femmes, parmi les quelles on a recensé 08 cas de cancer invasif, deux cas de dysplasie modéré et un cas de dysplasie légère.

Parmi les 08 femmes ayant déclaré avoir des signes rectaux, 06 avaient un cancer invasif, 01 avait une dysplasie modéré et 01 une dysplasie légère.

E. Fréquence des anomalies

E.1. Inspection simple du col :

Inspection du col utérin avant toutes application de solution permet d'apprécier l'état du col et surtout la ligne de Jonction paVimento-Cylindrique.

En effet la JVC n'était pas du tout visible chez 25 femmes de notre série ; parmi elles, 20 avaient un cancer au stade invasif soit 80.0%.

La JVC partiellement ou pas du tout visible chez une femme en période d'activité génitale doit incité à faire le diagnostic histologique de cancer du col de l'utérus.

E.2. Inspection du col après application de solution :

- Inspection visuelle après application d'acide acétique (test IVA)

Parmi les 124 femmes de notre série 62 ont présenté une réaction acido-positive soit 50.0% d'acidophilie positive. Koné A K [23] dans son étude a rapporté 14.18% d'acidophilie positive ; Téguété I en 2002 [50] 12,4% ; et Traoré S en 2004 au CSref CV [53] 11,4%.

Ce test a conclu à une suspicion de cancer chez 16 femmes soit 12.9% dont 15 cas ont été confirmé à l'histologie soit 93.8%.

- Inspection visuelle après application du Lugol (test IVL)

Nous avons noté la présence de zone iodo-négative chez 102 femmes soit 82.3% de l'ensemble des femmes de notre série, Koné A K [23] rapporte 15.81%, Traoré S [53] (14,4%).

La suspicion de cancer notée chez 16 femmes soit 12.9%, 15 cas ont été confirmé à l'histologie soit 93.8%.

Cette large différence entre nos résultats et celle des autres auteurs peut s'expliquer par la technique d'échantillonnage et devant la quelle on ne peut pas évaluer la performance de ces deux tests. La plupart de ces études ayant été coordonnées par l'IARC. Schatzkin. A. et Coll. [43] a adressé aux éditeurs en 1987 une lettre décrivant la meilleure méthode de calcul des performances de l'IVA - IVL. Cette lettre stipule que les performances doivent être évaluées sur l'ensemble de la population et non seulement sur la population de la biopsie.

E.3. La colposcopie :

Permettant de faire une biopsie dirigée, elle était systématiquement effectuée après les tests IVA et IVL.

Dans notre série la colposcopie a suspecté 31.5% inflammation, 35.5% atypie/CIN1/condylome/verruue/leucoplasie/VPH, 11.3% CIN2-3 et 18.5% de cancer invasif.

Cependant la fréquence des anomalies colposcopiques est estimée selon les auteurs entre 1,8% [42] et 28,8% [9].

La variation des résultats de ces examens colposcopiques dont la plus part était effectuée par les sages femmes dans notre étude, serait fonction de l'opérateur et de la taille de l'échantillon.

F. Prise en charge

Sur les 124 femmes ayant présenté des anomalies après les tests IVA et IVL ; 60 soit 48,3% ont présenté des lésions précancéreuses et cancéreuses dont 32 cas de dysplasies et 28 cas de cancers.

Les pertes de vue ont représenté 27,4% ; donc parmi les 90 femmes revues après le résultat de l'histologie, 20 femmes soit 22,2% ayant présenté une atypie ou condylome plan ont été rassuré puis conseil d'un nouveau test après 6 à 12 mois, 35 femmes soit 38,9% ont reçue l'ordonnance d'une double ou triple antibiothérapie pour cervicite (très souvent non spécifique).

Seulement 11 femmes soit 12,2% ont bénéficié de la cryothérapie pour dysplasie majoritairement CIN2 etCIN3.

Un cas de dysplasie CIN1 confirmé à l'histologie est revenu négatif au test IVL un mois plus tard quand la patiente était revue pour cryothérapie. On a lié cet état de fait à une biopsie bien dirigée sur une zone de lésion de dysplasie débutante.

Trois cas soit 3,3% ont été prise en charge chirurgicalement. Une femme a bénéficié d'une conisation pour dysplasie CIN3 dont la lésion était plus large que l'embout du cryometre. Deux cas d'hystérectomie ont été effectué chez des patientes supérieurs à 45 ans (un pour dysplasie CIN3 pouvant être considéré comme un cancer in situ, l'autre cancer in situ). Toutes ces patientes avaient un état satisfaisant à la sortie.

Basu et al. qui ont traité 58,2% (71/122) de patientes présentant des lésions de haut grade par la cryothérapie (48 cas), la RAD (20 cas), la conisation (3cas) [3], Sacko R. F. [39] rapporte 45% de cryothérapie. Notre faible taux de compliance au traitement est du en parti au faite que le CSRef CV n'est pas doté de l'équipement nécessaire pour la cryothérapie et que les cas de cancer invasif sont orientés vers le CHU Gabriel Touré pour prise en charge.

L'absence de traitement et de suivi chez beaucoup de femmes a constitué un véritable problème dans notre étude avec souvent des cas de dysplasie de haut grade.

Seulement trois patientes sont revues un mois plus tard pour contrôle après cryothérapie, deux avaient une bonne cicatrisation et un test IVL négatif ; l'autre avait une lésion en voie de cicatrisation, elle a été rassurée et conseil d' un nouveau test 3mois plus tard.

Aucune patiente n'a été vue six mois après la cryothérapie, ceci pousse à interpeller les femmes à se faire contrôler après leur traitement car une dysplasie bien traitée et bien suivie évite la survenue des cancers.

VII. CONCLUSION

Au terme de cette étude nous pouvons faire les remarques suivantes :

La pathologie cervicale inflammatoire est fréquente dans notre échantillon : 29.0%,

La prévalence des lésions précancéreuses et cancéreuses sont respectivement 25.7% (avec 5.6% de lésions intra épithéliales de haut grade) et 22.6% (avec 2.42% d'adénocarcinomes).

Les différents paramètres étudiés permettent de définir un profil des femmes exposées. Il est comparable à celui retrouvé par de nombreux auteurs à savoir, femmes de bas niveau socio-économique, ayant eu des rapports sexuels précoces, mariées avant l'âge de 17 ans avec une notion de multipartenaires, et ayant accouché avant 17 ans et/ou au moins 4 fois. C'est sur ces patientes que les dépistages devraient préférentiellement porter : or, l'expérience a montré que ce sont elles qui ignorent l'intérêt du dépistage, du fait de leur bas niveau socio-économique, échappant ainsi au dépistage.

Le dépistage reste la seule arme permettant de détecter le cancer du col à son début, pour instaurer un traitement peu ou pas mutilant et ainsi assurer un taux de survie le plus élevé possible.

Les méthodes d'inspection visuelle sont des tests simples, peu coûteux, donc abordables pour les pays en voie de développement; permettant de dépister efficacement les lésions précancéreuses du col de l'utérus.

La prise en charge des lésions précancéreuses est facile. Mais s'il s'agit du cancer invasif, les difficultés du traitement sont liées au stade clinique et à l'insuffisance du plateau technique.

VIII. RECOMMANDATIONS

1 Aux ONG et à l'association de lutte contre le cancer

Sensibiliser d'avantage la population vulnérable sur la pratique du dépistage, du traitement et du suivi correct des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

2. Aux prestataires des services

- ♣ Faire le dépistage systématique du cancer du col utérin chez toutes les femmes (ayant eu des rapports sexuels) qui viennent en consultation gynécologique.
- ♣ Traiter efficacement les cas d'infection de la sphère génital.
- ♣ Promouvoir la pratique de rapport sexuel protégé.
- ♣ Surveiller régulièrement après les tests visuels tous les cas positifs.

3. Aux femmes à risque

- ♣ Se faire dépister périodiquement du cancer du col de l'utérus, en respectant les rendez-vous.
- ♣ Observer le suivi adéquat des lésions de dysplasie et de cancer du col.
- ♣ Veiller à la bonne tenue des documents du dépistage qui leur sont remis.

IX. REFERENCES :

1. ACTIVITE DE L'OMS 1986-1987

– Rapport biennal du Directeur Général page 218-225.

2. Alliance pour la prévention du cancer cervical

(Alliance for Cervical Cancer Prevention, ACCP).

site web accp: www.alliancecxca.org. (consulté le 29/11/2008 07:36)

3. Basu PS, Sankaranarayanan R, Mandal R, Roy C, Choudhury D, Bhatta Charya D, Chatterjee K Dutta R, Barik S, Tsu V, Chakhrabarti R N and al
Visual inspection with acetic acid and cytology in the early detection of cervical

4. Blanc B, Benmouna D : Technique de colposcopie. In : colposcopie et pathologiegénitale. Paris : Arnette : 1993. P. 7 – 23

5. Brinton LA, Reeves Wc Brenes MM, et alParity as a risk of factors for cervical cancer.American Journal of Epidemiology 1989; 130: 486-496

6. Briton LA

Oral contraceptives and cervical naoplasia.

Contraception 1991;43(6):581-95

7. Cartier R, Cartier I

Dysplasie de l'épithélium malpighien pavimenteux III. Biopsie et prélèvement chirurgicaux : Problèmes techniques. Int : colposcopie pratique. 3è éd. Paris : Laboratoire cartier ; 1993 P. 7-23

8. Charke B, Chetty R

Postmodern cancer : The role of human immunodeficiency 2002 ; 55 (1) : 19 – 24

9. Claeys P, De Vuyst H , Gonzalez C, Garcia A, Bello R E, and Temmerman M
Performance of the acetic acid test when used in field conditions as a screening test for cervical cancer.

Tropical Medicine and International Health ; 2003; 8 (8) : 704-709.

10. Coupeuz F

Propositions de la commission de terminologie de la société Française de colposcopie 1983 : 34 : 215-8

11. Cronjé H S, Cooreman B F, Beyer E, Bam R H, Middlecote B D, Divall P D J
Screening for cervical neoplasia in a developing country utilizing cytology, cervicography and the acetic acid test. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2001; 72: 151-157.

12. De Sanjose S, Palefsky J :Cervical and anal HPV infection in HIV positive women and men. Virus Research 2002; 89(2): 201 – 211

13. De villers EM

HPV Types in Human Disease. In: Gross G., VON KROGH G.- Human papillomavirus infections in dermatovenereology. CEC series in dermatology. Clinical and basic science (ed. Hl. Maibach), pages 101-115.

14. 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 Med. Bamako 07-M-61

15. Division du cancer, Santé Canada, 2001.

<http://www.phac.asp.gc.ca/publicat/ccsic-dccuac/pdf/cervical-f3.pdf> (consulté le 30/11/2008 09:44)

16. Dos Santos Is, Beral V

Socio-economic differences in reproductive behaviour.
IARC Scientific Publications 1997; 138: 285 – 308

17. Gaffikin L, Ahmed S, Chen Yq, et al

Risk factors as the basic for triage in low-resource cervical cancer screening programs.
International Journal of Obstetrics and Gynecology 2003; 80: 41 – 47

18. Kananbaye D :

Les cancers gynécologiques et mammaires : étude épidémiologique à l'hôpital national du point G.
Thèse de Med. Bko 2003 ; p 59 N°44

19. KEITA N; KOULIBALY M; IJAAZY, Y BALDE MD; DIALLO MS

Les cancers chez la femme en Guinée.
Congrès de Yaoundé 1994; 165.

20. Kitchner HC, Symonds P

Detection of cervical intra epithelial neoplasia in deelopping contries.The lancet march 1999; 353:1-6

21. Koffi B Serolouma E; Sepou A; Kaimba CH; Rawogo D B

Frottis cervicaux : dépistage à Bangui .résultat de trois années d'étude.

Méd. d'afrique noire 2004 ; 51(1) : 23-26

22. Konaté S : Dépistage du cancer du col de l'utérus au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako (à propos de 113 cas).

Thèse med. Bamako :FMPOS, 2006 :67P ; 298

23. Koné AK : Evaluation des tests d'IVA et d'IVL dans le dépistage du cancer du Col de l'Utérus au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako (à propos de 917 cas). Thèse med. Bamako 2008 n°08M224 p 69

24. Krebs HB; Helmkamp BF:

Daes the traitement of genital candydomata in men decrease the treatment ment failure ane of cervical dysplasia in the female sexual partner?

25. Lansac j et Lecomte P

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

26. LANSAC J

Le cancer du col de l'utérus. La pratique médicale, 1988, 32, p.9-27

27. LES LESIONS PRECANCEREUSES ET CANCEREUSES DU COL UTERIN AU BURKINA- FASO

Etude cytologique réalisée cans deux provinces (Oudalan, séno)

B.R. SOUDRE¹, A LAMIEN¹, B KONE², M SANOU³, B SAKANDE³

28. LESIONS PRECANCEREUSES DU CANCER DU COL UTERIN A POINTE NOIR :ANALYSE DE SITUATION

D MOUKASSA, A N'GOLET, L G LINGOUALA, M L EOUANI, JB SAMBA, JV MAMBOU, S OMPALIGOLI, LF MOUKENGUE, E TATY-PAMBOU

Med Trop 2007 ; **67** : 57-60

29. Mbakop A

cancers au Cameroum – Guide pratique. Ed. Comité national de lutte Contre le Cancer/Comité Nationale d'Epidémiologie – SOPECAM 1997.

30. MEISELS A; FORTIN R

Condylomatous lesions of the cervix and vagin. I. cytologic, colposcopie pathems. Acta cytol. 1976 ; 20 : 505 – 509

31. Merger R, Jean Levy, Jean Melchior et Nelly Bernard : Précis d'obstétrique 6eme édition Masson, Paris, 2001 : 402-403.

32. Miller AB

Cervical cancer screening programmes : Managerial guidelines 1992 ; Geneva : World Health Organisation.

<http://www.unige.ch/cyberdocuments/these2002/RobyrR/these.html> (consulté le 30/11/2008 10:28)

33. Millongo FT, Akotianga M, Lankoande L

Dépistage du cancer utérin dans un district sanitaire (Burkina Faso). VIIè congrès de la SAGO et IIè congrès de la SOMAGO. Bamako 2003.

34. Mounkoro N :

Les cancers génitaux de la femmes au Mali.
These de Med. Bamako 1985 ; P86. N°12

35. Muñoz n, Franceschi S, Bosetti C et al

Role of parity Human papillomavirus and cervical cancer : the IARC multicentric case-control study. Lancet 2002; 359 (9312): 1093 – 1101

36. N'GOLET A KOUTOUPOT BR, LUBUELEL et Coll-

Les néoplasies cervicales intra-épithéliales (CIN) à Brazzaville, Congo. Analyse de situation. *Ann Pathol* 2004; **24**: 324-8.

37. PARKIN DM, PISANI P, FERLAY J

Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990.
Int J Cancer 1999 ; **80** :827-41.

38. RUDNI S, TOBEAU M, VAILLANT G, ARNOLD L, VERGES G, BRUN-JM, BRUNOTTE F- Kyste dermoïde de l'ovaire : faux positif à reconnaître lors de la surveillance scintigraphique à l'iode 131 des cancers différenciés thyroïdiens. *Presse médicale*. 1993 – 1998, 27(27) :1379 – 1381.

39. Sacko R F : Dépistage, traitement et suivi des lésions pré cancéreuses et cancéreuses, du col de l'utérus, par les méthodes d'inspection visuelle au centre de santé de référence de la commune IV.
Th.: Med.: Bamako, FMPOS : 2008 ; n°154

40. Sangaré R:

Etude des aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cancers gynécologiques et mammaires au CSRef commune V. Thèse med. Bamako 2003 p70 N°36

41. Sankaranarayanan R, Ramani MDS ; Wesley, MD

Guide pratique pour le dépistage visuel des néoplasie cervicales.
Rapport technique 41 du CIRC Lion, France 1999 ;80(5) : 161

42. Sankaranarayanan R, Wesley R, Thara S, Dhakad N, Chandralekha B, Sebastian P, et al

Test characteristics of visual inspection with 4% acetic acid (VIA) and lugol's iodine (VILI) in cervical cancer screening in Kerala, India.
Int. J. Cancer. 2003; 106, 404-408.

43. Schatzkin A, Connor RJ, Taylor RR & Bunnag B(1987): Comparing new and old screening test when a reference procedure cannot be performed on an screenees. Example of automated cytometry for epidemiologie 125, 6782-6788.

44. Schiffman MH, Haley NJ, Felton JS, Andrews AW, Kaslow RA, Lancaster WD, et al

Biochemical epidemiology of cervical neoplasia: measuring cigarette smoke constituents in the cervix. Cancer Res 1987;47.(14):3886-8.

45. Singh V, Sehgal A, Parashari A, Sodhani P, Satyanarayana L

Early detection of cervical cancer through acetic acid application – an aided visual inspection. Singapore Med J. 2001 Aug; 42(8): 351-354.ID: 11764051[Pub Med – Indexed for Medline]

46. Sissoko S : Les lésions dysplasiques du col de l'utérus dans quatre centres de santé de Bamako. Thèse de med. Bamako 2005 ; N°145, p82.

47. Situation dans les pays en développement.

[http://www.unige.ch/cyberdocuments/theses2002/RobyrR/theses body.html](http://www.unige.ch/cyberdocuments/theses2002/RobyrR/theses%20body.html) (consulté le 29/11/08).

48. Spuhler S

Aspect colposcopique du col utérin: cervico-score CCL
Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction 1993 ;
22 :729 – 736

49. TEBEU PM SANDJONG I, N'KELE N et Coll –

Lésions pré-cancéreuses du col utérin en zone rurale: etude transversale.
Med Afr Noire 2005 ; **52** : 27-31

50. TEGUETE I

Mémoire de fin de stage de gynécologie et d'obstétrique, 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. Année 2002 P10.

51. Thomas DB, Qin Q, kuypers J et al

Human papillomavirus and cervical cancer in Bangkok. II. Risk factors for in situ and invasive squamous cell cervical Carcinomas.
American Journal of Epidemiology 2001; 153: 732 – 739

52. TOURE O

Contribution à l'étude de dépistage cytologique du cancer du col utérin au Mali à propos de 330 frottis cervico-vaginaux. Thèse, Ph Bamako, 1990, 1.

53. Traoré S: Dépistage des néoplasie cervicales utérin par inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol. These de méd. Bamako 2004 ; p86 ; N°13 [46]'

54. Vassilakos P, Cossali D, Albe X, Hohener C, Puget:

Efficacy of monolayer preparation for cervical cytology.
Acta Cytol 1996; 40: 496-500.

<http://www.unige.ch/cyberdocuments/these2002/schwartzd/these.html> (consulté le 30/11/2008 13:26)

55. Von Ranst M Tachezy R Delius H Burk RD

Classification of the human papillomavirus based on their Molecular Evolutionary Relationship. In: Gross G, VON KROGH G. – Human papillomavirus Infections in dermatovenereology. CEC series in dermatology. Clinical and basic science (ed. Hl. Maibach) 1997 ; 69 – 80

56. Walboomers JM, et al

Human papillomavirus is a necessary cause of invasiv cervical cancer worldwide.
Journal of pathology 1999; 189: 12 – 19

57. WAY S - The anatomy of the lymphatique drenage of the vulva an dits influence on the radical operation for carcinoma. *Ann R Coll Surg Engl* 1948, 3: 187-209.

Fiche d'enquête

I. Identification et caractéristiques sociodémographiques :

Q1- Mode d'admission :

1= visite de dépistage, 2= orientée/cscocom, 3= visite pour effet secondaire

Q2- Age : (en année)

1= 25 - 35, 2= 36 - 45 3= 46+

Q3- Niveau d'instruction :

1= supérieur, 2= secondaire, 3= fondamentale, 4= coranique,
5= primaire, 6= analphabète, 7= autre

Q4= Profession :

1= fonctionnaire, 2= commerçante ou vendeuse, 3= étudiante,
4= ménagère, 5= autre

Q5- Etat matrimonial :

1= mariée, 2= divorcée, 3= vœuve, 4= célibataire

Q6- Partenaire polygame :

1= oui, 2= non, 3= ne sait pas

Q7- Age au premier mariage :

1= < 17, 2= 17 - 30, 3= 31+

Q8- Profession du conjoint :

1= fonctionnaire, 2= commerçant, 3= ouvrier, 4= cultivateur/pêcheur,
5= étudiant, 6= autre.

II. Antécédents

* personnels :

Q9- Médicaux :

1= tuberculose, 2= bilharziose, 3= drépanocytose, 4= asthme, 5= HTA,
6= diabète, 7= sans particularité, 8= autre

* **gynécologiques**

Q10- Cycles :

1= réguliers, 2= irréguliers

Q11- Leucorrhée : 1= oui, 2= non

Q12- Lésion de grattage : 1= oui, 2= non

Q13- Ménopause :

1= oui, 2= non, 3= ne sait pas

* **obstétricaux**

Q14- Gestité :

1= 0, 2= 1- 3, 3= 4 - 7, 4= 8 ou +

Q15- Parité :

1= 0, 2= 1- 3, 3= 4 - 7, 4= 8 ou +

III. Motif de consultation

Q16- Masse pelvienne : 1= oui, 2= non

Q17- saignement : 1= spontané, 2= par contact, 3= non

Q18- Hydrorrhée 1= oui, 2= non

Q19- Signes urinaires : 1= oui, 2= non

Q20- Signes rectaux : 1= oui, 2= non

IV. Examen au spéculum :

Q21- Etat du col :

1= inflammation, 2= ectropion/intropion, 3= kyste de Nabot, 4= polype, 5= béant, 6= bourgeon, 7=induré, 8= ulcération, 9= sans particularité

Q22- JVC visible :

1= complètement, 2= partiellement, 3= pas du tout

V. Examens complémentaires

♣ d'orientation :

Q23- Test IVA :

1= négatif, 2= positif, 3= suspicion de cancer, 4= non effectué

Q24- Test IVL:

1= négatif, 2= positif, 3= suspicion de cancer, 4= non effectué

Q25- Colposcopie:

1= normal, 2= inflammation, 3= atypie/CIN1/condylome/verru/leucoplasie, 4= CIN2-3, 5= carcinome invasif, 6= non concluant

♣ de certitude

Q26- Biopsie: (histologie)

1= normal, 2= inflammation/cervicite, 3= atypie, 4= condylome plan, 5= CIN1/infection HPV, 6= CIN2, 7= CIN3, 8= cancer invasif, 9= non concluant, 10= autre

VI. Prise en charge

Q27- Action effectuée:

1= rassurée et conseil d'un nouveau test après 6 à12 mois

2= antibiothérapie

3= cryothérapie

4= RAD (Résection Anse Diathermique)

5= electro-cautérisation

6= orientée vers CHU HGT

7= chirurgie (conisation colpohystérectomie + lymphadectomie)

8= autre

Annexe 2

Ministère de la santé du Mali – Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC). Lyon

Visite de dépistage & traitement au CSR (F2)

Nom :.....**Nom de jeune**
file :.....

Prénom :.....

ID Individuel : **Centre** [][] **Année** [][] **Individu** [][][]
Date de naissance : [][][][][][][] **Age au dernier anniversaire** : [][]

ADRESSE :
Commune :.....**Quartier** :.....
Autres
détails :.....
.....

.....**Téléphone** :.....
.....

1. Centre de dépistage :
[][][]
2. Date de la visite :
[][][][][][][]
3. référence du dossier du patient :
4. type de visite : (1 : Visite de dépistage, 2 : Orienté par un CSCOM, 3 : Visite pour effets secondaires)
.....**Visite de**
dépistage.....
5. Date des dernières menstruations : (1 : <1mois, 2 : 1-3mois, 3 : 3-12mois, 4 : >12mois)
[]
6. Utilisation d'une méthode de contraception : (1 : Oui, 2 : Non)
[]
7. Nombre de grossesses :
[][]
8. Partenaire polygame ? (1 : Oui, 2 : Non, 3 : ne sais pas)
[]
9. JVC visible ? (1 : Complètement, 2 : Partiellement, 3 : Pas du tout)
[]
10. Résultat IVA : (0 : Non effectué, 1 : Négatif, 2 : Positif, 3 : Suspicion de cancer)
[]
11. Résultat IVL : (0 : Non effectué, 1 : Négatif, 2 : Positif, 3 : Suspicion de cancer)
[]
12. Nom du personnel ayant effectué l'IV :.....[][]

.....**Femmes**

positives.....

13. Résultat de la colposcopie : (0 : Non effectué, 1 : Normal, 2 : Inflammation,
[]
3 : Atypie/CIN1/condylome/verru/leucoplasie/changement à VPH/ ; 4 : CIN 2-3 ;
5 :Carcinome invasif ; 6 : Non concluant)
14. Prise de biopsie : (1 : Oui, 2 : Non)
[]

.....**Référence**

labo.....

15. Diagnostic histologique (reçu du laboratoire) :
[] []
(0 : Non disponible, 1 : Normal, 2 : Inflammation/ cervicite, 3 : Atypie, 4 : CIN1/ infection à VPH, 5 : CIN2, 6 : CIN3,
7 : Cancer invasif à cellules squameuses, 8 : Adénocarcinome invasif, 9 : Non concluant)

16. Action effectuée : (1 : Rassuré et conseil d'un nouveau test après 1ans.
[]
2 : cryothérapie, 3 : RAD, 4 : Electro-cautérisation, 5 : Orienté vers hopital Gabriel Touré
17. Nom du
gynécologue :.....
[] []

.....**Effets**
secondaires.....

- 18 : Effets secndaires(cocher la/les case(s) : Douleur abdominale incessante>2jours
Fièvre<3jours
Saignement avec passage de caillots sanguins Perte odorante excessive Autre
19. Diagnostic clinique : (1 :Sain, 2 : Autre.....)
[]
20. Action clinique : (1 : rassuré, 2 : Prise en charge médicale (Antibiotiques,
analgésiques,...),3 : autres.....) []

Ministère de la santé du Mali – Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC). Lyon

Annexe 3

Rapport histologique (F4)

Nom :.....**Nom de jeune**

fille :.....

Prénom :.....
.....
ID Individuel : **Centre** [][][] **Année** [][] **Individu** [][][][]
Date de naissance : [][][/][][/][][][] **Age au dernier**
anniversaire : [][]
ADRESSE :
Commune :.....**Quartier :**.....
Autres
détails :.....
....
.....
Téléphone :.....

-----*Partie à remplir au prélèvement de l'échantillon*-----

1. Date d'envoi du spécimen : [][][/][][/][][][]
[][]
2. Centre demandeur : [][][]
3. Résultat de Colposcopie : []
(0: Non concluant, 1: Normal, 2: Inflammation 3: Atypie/CIN1/condylome/verru/leucoplasie/changement à VPH.
4: CIN2-3, 5: Carcinome invasif, 6: Non concluant)
4. Urgent ? (Si oui, étiquette jaune) (1: Oui, 2:Non)
[]

-----*Partie à remplir par le laboratoire d'analyse*-----

5. Date de réception du spécimen : [][]/[][]/[][]
][][]

6. Date d'envoi du rapport [][]/[][]/[][]
][][]

7. Nom du pathologiste.....[]

8. Diagnostic histologique : **Référence**
labo.....[][]

(1:Normal, 2: Inflammation/ cervicite 3: Atypie, 4: CIN1/infection à VPH, 5: CIN2, 6: CIN3, 7: Cancer invasif à cellules squameuses, 8: Adénocarcinome invasif, 9: Non concluant)

9. Commentaires :

Fiche de suivi du dépistage du cancer du col.

Indiquer tout détail clinique important
SANTE, MALI
 ou changement d'adresse

MINISTERE DE LA

Carte de dépistage cervical
CIRC OMS

Date :	Commentaire
__/__/__	
__/__/__	
__/__/__	

Identification : [][][][][][][][][][][]
][][]

Centre Année

Individu

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Age : [][]

VISITE DE DEPISTAGE		ADRESSE		VISITE DE D'ORIENTATION	
		Commune : _____	Quartier : _____	Informations additionnelles de contact	
Date : _____	Date : _____	_____			
_____	_____	_____			
Résultat IVA : _____	Colposcopie : diagnostic				

Résultat IVL : _____	Biopsie : résultat				

Date colposcopie: _____	Traitement : _____	Date : _____			

Colposcopie : Diagnostic _____	Type :				

Biopsie : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Orientée vers G. TOURE ?	Date : _____			

Traitement immédiat ?					
Cryothérapie <input type="checkbox"/>	Electro-cautérisation <input type="checkbox"/>				
RAD <input type="checkbox"/>	Aucun <input type="checkbox"/>				
Orientée vers le CSR... ?	Si oui date _____				
Orientée vers G. TOURE ?	Si oui date _____				

HOPITAL GABRIEL TOURE					

Date : _____	Action clinique :				

Diagnostic : _____					

Traitement : _____	Date : _____				
Type : _____					

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : Samaké

PRENOM : Baba

TITRE DE LA THESE : Lésions précancéreuses et cancéreuses du Col de l'utérus au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako (à propos de 124 cas).

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2009 – 2010

PAYS D'ORIGINE : Mali

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque FMPOS

SECTEUR D'INTERET : Gynécologie, Santé Publique.

RESUME

Le Cancer du Col de l'Utérus demeure un problème de santé publique dans les pays en développement. Le présent travail est une étude qui évalue les lésions précancéreuses et cancéreuses du Col utérin se passant du frottis cervico-vaginal. Il combine l'inspection visuelle du Col utérin après coloration à l'acide acétique et au lugol, la colposcopie, la biopsie et l'histologie.

Il s'agit d'une étude descriptive et transversale. Elle a démarré le 1^{er} mars 2007 jusqu'au 31 aout 2008 soit au total 18 mois d'étude. Pendant cette période d'étude 124 femmes ont bénéficié d'une biopsie cervicale.

Les résultats suivant ont été enregistrés :

- ▶ 62 ont une IVA positive soit 50%, 102 avaient une IVL positive soit 82,30%.
- ▶ Elles ont toutes bénéficié d'une colposcopie, 35.5% ont présenté des LMIEBG; 11.3% ont présenté des LMIEHG et 18.5% ont présenté un cancer invasif.

► Elles ont bénéficié également d'une biopsie cervicale avec 15.3% d'infection HPV ; 15.3% de CIN I ; 5,6% de CIN II ; 5.6% de CIN III ; 20,18% de carcinome épidermoïde et 2,42% d'adénocarcinome.

► La technique de traitement des lésions précancéreuses a été la cryothérapie au CS Réf CIV. Tous les cas de cancers invasifs diagnostiqués ont été référés sur le CHUGT pour une prise en charge chirurgicale si le stade clinique le permettait. Sur la base de ces résultats, l'IVA et l'IVL constituent une alternative intéressante au frottis cervico-vaginal dans les pays en développement.

Mots clés : Etats Précancéreux et cancéreux du col ; l'IVA ; l'IVL ; colposcopie ; biopsie

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des **Maîtres** de cette faculté, de mes **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 je 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 la menace, je n'admettrai de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois humaines.

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

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure