



ABBREVIATIONS



ABP	: abdominopelvien
ADN	: Acide désoxyribonucléique
ASC	: Cellules épidermoïdes atypiques
ASCUS	: Atypies de cellules malpighiennes de signification indéterminée
LIEHG	: Lésion intraépithéliale épidermoïde de haut grade
LIEBG	: Lésion intraépithéliale épidermoïde de bas grade
CIN1	: Néoplasie cervicale intraépithéliale de grade 1 ou dysplasie légère
CIN2	: Néoplasie cervicale intraépithéliale intermédiaire (souvent regroupée avec CIN3)
CIN3	: Néoplasie cervicale intraépithéliale sévère incluant le carcinome in situ
ACHE	: Adénocolpohystérectomie élargie
ADP	: Adénopathie
CT	: Chimiothérapie
DIU	: Dispositif intra-utérin
FCV	: Frottis cervico-vaginal
FIGO	: Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens
GS	: Ganglion sentinelle
HPV	: Human papillomavirus (papilloma virus humain)
HSCA	: Hystérectomie sans conservation annexielle
IST	: Infection sexuellement transmissible
PDV	: Perdu de vue
PED	: Pays en voie de développement
RT	: Radiothérapie
TV	: Toucher vaginal
TDM	: Tomodensitométrie
UHN	: Urétérohydronéphrose
TEP	: Tomographie par émission de positons



PLAN



INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODES	4
I-MATERIEL	5
II-METHODES	5
RESULTATS	7
I-FREQUENCE	8
II-CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES	9
1-Âge des patientes	9
2-Parité	10
3-Statut marital	11
4-Âge du début de l'activité sexuelle	11
5-Âge de la première grossesse	12
6-Multiplicité des partenaires	13
7-Infections génitales	13
8-Les méthodes contraceptives	13
9-Tabagisme passif et actif	14
10-Statut hormonal	14
11-Dépistage par frottis cervico-vaginal	15
12-Antécédents médico-chirurgicaux	15
III-CARACTERISTIQUES CLINIQUES	16
1-Le délai à la consultation	16
2-Signes fonctionnels	16
3-Examen clinique	17
IV-CONFIRMATION HISTOLOGIQUE	19
V-BILAN D'EXTENSION	22
1-Echographie Abdomino-pelvienne	22
2-Scanner abdomino-pelvien	22
3-Imagerie par résonance magnétique	22
4-Systoscopie	23
5-Rectoscopie	23
6-Radiographie pulmonaire	24
7-Résultats du bilan d'extension	24
VI-STADIFICATION	25
VII-TRAITEMENT	26
1-Modalités thérapeutiques	26
2-Stratégies thérapeutiques	30
3-Résultats anatomopathologiques	32
VIII-DUREE D'HOSPITALISATION	34
IX-COMPLICATIONS THERAPEUTIQUES	35
1-Mortalité	35
2-Les complications consécutives à la chirurgie	35
3-Les complications post-radiques	37

X-LA SURVEILLANCE	37
1-Bilan post-thérapeutique	37
2-Récidive locorégionale	38
3-Extension métastatique	38
XI-EVOLUTION	38
1-Les 29 patientes vues en consultation	38
DISCUSSION	40
I-EPIDEMIOLOGIE	41
1-Incidence et mortalité	41
2-L'âge	42
3-Les facteurs de risque	43
II-PROFIL CLINIQUES	49
1-Délai la consultation	49
2-Signes fonctionnels	49
3-Examen clinique	51
III-MOYENS DIAGNOSTIQUES	52
1-Frottis cervico-vaginal	52
2-Colposcopie	53
3-Biopsie	54
IV-ANATOMIE PATHOLOGIE	54
1-Macroscopie	54
2-Type histologique	55
3-L'envahissement ganglionnaire	56
V-BILAN D'EXTENSION	56
1-Echologie pelvienne	56
2-Scanner abdomino-pelvien	57
3-Imagerie par résonance magnétique	58
4-Endoscopie :	58
5- La radiographie thoracique de face et de profil	60
VI-STADIFICATION	60
VII-TRAITEMENT	61
1-Stratégies thérapeutiques	62
2-Complications	68
VIII-PROFIL EVOLUTIF	77
1-Surveillance	77
2-Récidive locorégionale	78
3-Extension métastatique	79
4-Facteurs pronostiques	80
IX-PREVENTION ET PERSPECTIVES	82
1-Le dépistage par frottis cervico-utérin	82
2-La vaccination	82

CONCLUSION	85
RESUMES	88
BIBLIOGRAPHIE	92
ANNEXES	105



INTRODUCTION



Deuxième cancer au rang mondial, le cancer du col de l'utérus est la principale cause de mortalité féminine dans les pays en voie de développement. [1]

On estime à 500 000 le nombre de nouveau cas déclarés chaque année et plus de 288 000 femmes en meurent dans le monde. [2]

Au Maroc, le cancer du col utérin vient au deuxième rang des cancers gynéco-mammaire après le cancer du sein. Le registre des cancers de la région de Casablanca précise un pourcentage de 13% pour le cancer du col utérin, par rapport au total des cancers.

Il demeure un véritable problème de santé public avec une estimation d'environ, 6000 nouveau cas et environ 3000 décès par an. [3]

Le facteur majeur de risque du cancer du col de l'utérus est l'infection par le virus du papillome humain (VPH) qui survient en générale au cours de l'adolescence après les premiers rapports sexuels. La Co-infection par le VPH et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), accélère la progression vers le cancer.

Le pronostic du cancer du col utérin a été nettement amélioré grâce aux politiques de dépistage nationales pratiquées dans les pays développés. Au Maroc l'absence du dépistage explique la découverte de cette maladie à des stades tardifs. Le frottis cervico-vaginal reste un test simple, anodin, indolore, réalisable partout médecin et peu couteux dont l'efficacité est prouvée pour détecter les lésions précancéreuses et de les traiter à un stade précoce.

Lorsque le diagnostic est fait à un stade précoce, la chirurgie garde toute son importance et peut même consister en un traitement conservateur à moindre morbidité tout en gardant de bons résultats oncologiques.

La place de la chirurgie de référence qu'est « la colpo-hystérectomie élargie par laparotomie » a été largement bousculée par l'introduction d'une nouvelle technique plus conservatrice (la trachelectomie élargie), et enfin grâce à l'usage de voies d'abord différentes (coelioscopique et la paroscopico-vaginale) qui permettent d'améliorer la qualité de vie post chirurgicale des patientes. [4]

L'enjeu thérapeutique de ces dix dernières années a été de réduire la mortalité mais également d'améliorer la qualité de vie des patientes.

L'objectif de cette étude est non seulement de parler du profil épidémiologique, clinique et anatomo-pathologique des cancers du col opérés dans notre série, mais surtout de dégager les différentes modalités thérapeutiques chirurgicales instituées ainsi que les différentes complications opératoires et leur retentissement sur la qualité de vie de nos patientes.

Ces résultats seront ensuite comparés à ceux publiés dans la littérature.

A decorative floral frame with intricate scrollwork and leaves, surrounding the central text.

*MATERIEL &
METHODES*

I. MATERIEL :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive concernant 82 cas de cancers du col utérin colligés au service de Gynécologie Obstétrique A, Pôle mère et enfant du Centre Hospitalier Universitaire Mohammed VI de Marrakech, la période d'étude est de 4 ans, étalée du Janvier 2009 au Décembre 2012.

Les critères d'inclusion des patientes : toutes les patientes opérées pour un cancer du col utérin prouvé histologiquement et sont exclues les patientes qui n'ont pas été opérées (les malades classées stade III et IV de la classification FIGO ayant fait une biopsie du col et transférées au service d'oncologie pour lesquelles nous n'avons pas eu de renseignements suffisants).

Ont été exclues de cette étude les patientes présentant des néoplasies intra épithéliales cervicales (CIN1-3).

Nous avons pu collecter 103 dossiers dont 5 se sont révélés inexploitable et 16 cas de dysplasies cervicales.

II. METHODES :

La collecte des données s'est basée sur une fiche d'exploitation préétablie (Annexe I) englobant toutes les données des archives des services de gynécologie obstétrique A et d'oncologie et des registres du bloc opératoire :

- Les données épidémiologiques et sociodémographiques
- Les données cliniques
- Les données histologiques
- Les données radiologiques
- Les données thérapeutiques

Le traitement Chirurgical du cancer du col utérin : Expérience du service de gynécologie « A »
À propos de « 82 cas »

- Les données évolutives

Pour le suivi des patientes on a pu convoquer 30 malades qui ont bénéficiées :

- Interrogatoire : renseignement sur la qualité de vie
- Examen général
- Examen gynécologique : inspection TV et examen au speculum
- Frottis si lésion suspecte
- Examens complémentaires si signes d'appel



RESULTATS



I. FREQUENCE :

Le cancer du col utérin a représenté 15.47% de l'ensemble des cancers gynéco-mammaires, dont le nombre total a été de 530 cas recrutés dans le service durant les 4 dernières années.

Ainsi le col de l'utérus représente la deuxième localisation cancéreuse chez la femme, après le cancer du sein (61,51%).

Tableau I : fréquence des cancers gynéco-mammaires.

Type cancer gynécologique	Nombre de cas	Pourcentage (n=530)
cancer du sein	326	61.51%
cancer du Col	82	15.47%
cancer de l'Ovaire	69	13.02%
cancer de l'endomètre	24	04.53%
cancer de la Vulve	29	05.47%
Total	530	100%

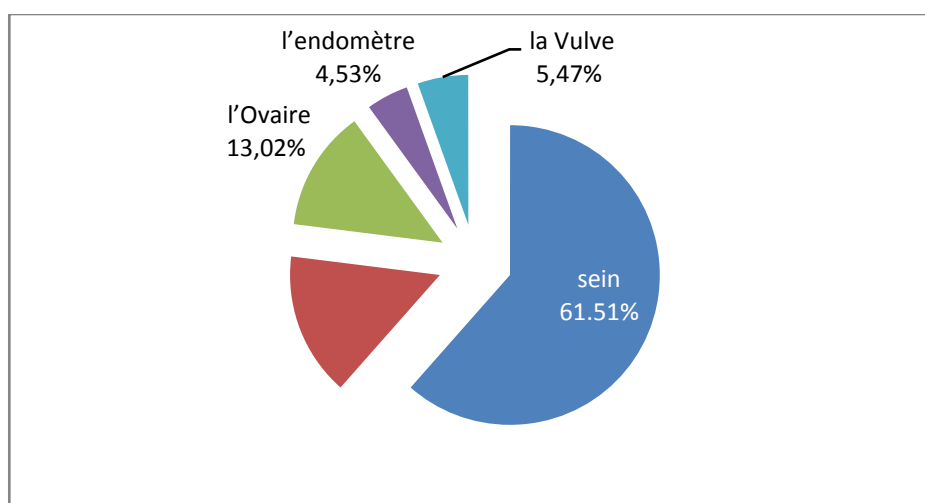


Figure n°1 : fréquence des cancers gynéco-mammaires.

Dans notre étude, nous avons noté que le nombre de patientes est presque pareil entre les 4 années d'étude.

Tableau II : répartition des malades selon l'année de recrutement.

Année de recrutement	2009	2010	2011	2012
Nombre de cas	9	21	25	27
Pourcentage (n=82)	10.98	25.61	30.47	32.94

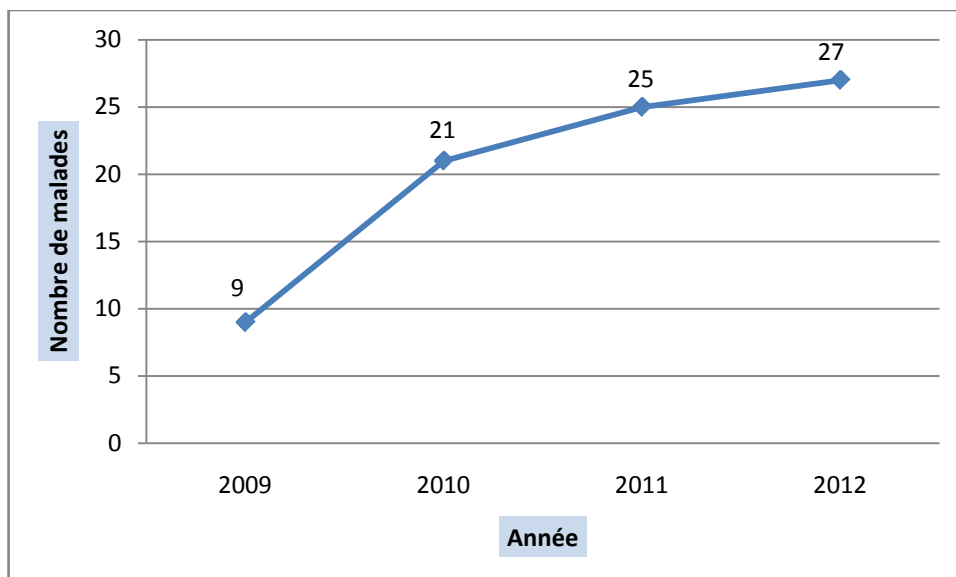


Figure n°2 : répartition des malades selon l'année de recrutement.

II. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES :

1. Âges des patientes :

Les extrêmes d'âge étaient de 32 et 90 ans avec une moyenne de 50ans. Prédominance de la tranche d'âge 41-50ans (37,80%), puis 51-60ans à 29,28% comme ci joint illustre dans la figure n°1.

Tableau III : répartition des malades en fonction de l'âge.

Tranche d'Age	Nombre de cas	Pourcentage (n=82)
Entre 30 et 40 ans	16	19.51%
Entre 41 et 50 ans	31	37.80%
Entre 51 et 60 ans	24	29.28%
Entre 61 et 70 ans	8	09.75%
Plus de 70 ans	3	03.66%

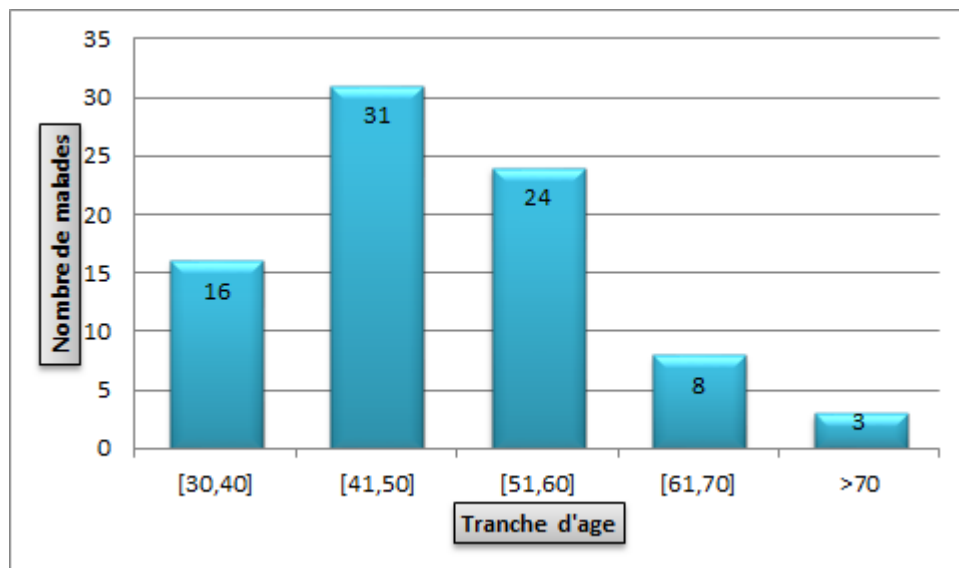


Figure n°3 : répartition des malades en fonction de l'âge.

2. Parité :

Elle a varié entre 1 et 13 pares avec la moyenne de 5pares/femme. Pour les 82 cas, 17 patientes (soit 20,74%) sont des grandes multipares (7 pares et plus) 53 femmes (soit 64,63%) sont des multipares (3 à 6 pares) et 9patientes (soit 10,97%) sont des paucipares (moins de 3pares). La parité n'a pas été précisée chez 3patientes.

Tableau IV : répartition des malades selon la parité.

Parité	Nombre de cas	Pourcentage (n=82)
Nullipare	0	0%
Paucipare	9	10.97%
Multipare	53	64.63%
Grande Multipare	17	20.74%
Non précisé	3	3.66%

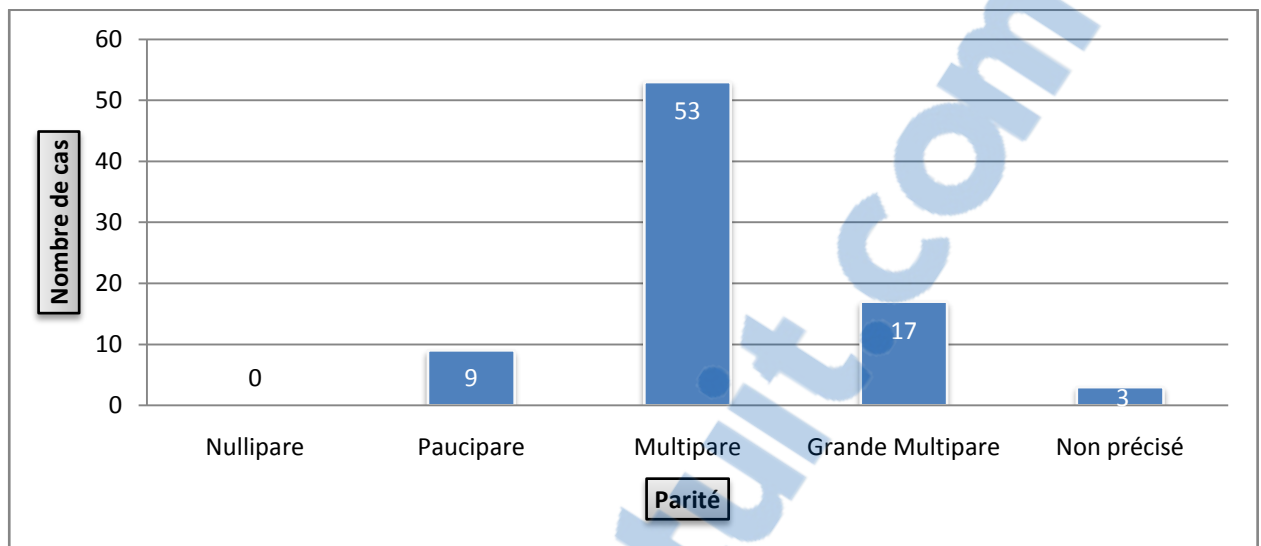


Figure n°4 : répartition des malades selon la parité.

3. Statut marital :

Les femmes mariées représentent la majorité de nos patientes soit 89,02%, alors il n'y a aucune célibataire parmi eux. Comme le résume le tableau ci-dessous :

Tableau V : répartition des malades selon le statut marital.

Statut marital	Nombre de cas	Pourcentage (n=82)
Célibataire	0	0%
Mariée	73	89.02%
Divorcée	2	02.44%
Veuve	7	08.54%

4. Âge du début de l'activité sexuelle :

Il a été précisé chez 27 malades en se référant à l'âge du mariage soit 32,92%, cet âge varie entre 11 et 24ans.

Ainsi, 9,75% des malades ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans et 19,51% avant l'âge de 20 ans.

Tableau VI : répartition des patientes selon l'âge du premier rapport sexuel.

Age du premier rapport sexuel	Nombre de cas	Pourcentage (n=82)
Moins de 15 ans	8	09.75%
Entre 15 et 20	16	19.51%
Entre 21 et 24	3	03.66%
Non précisé	55	67.08%

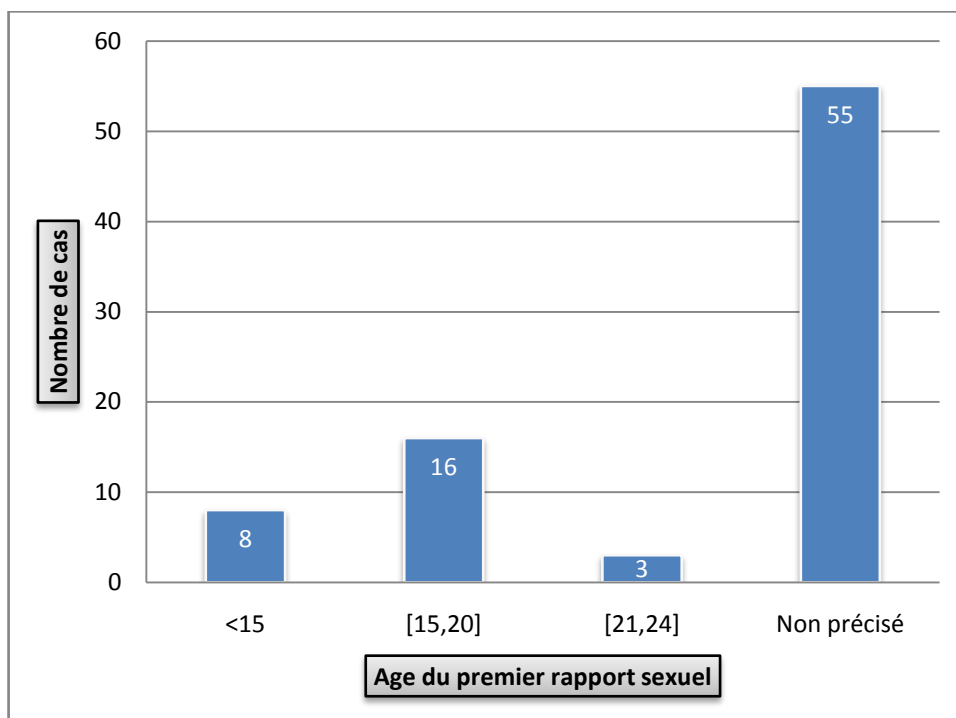


Figure n°5 : répartition des patientes selon l'âge du premier rapport sexuel.

5. Âge de la première grossesse :

Il a été précisé chez 27 malades soit : 32,92%, dont 18,29% ont eu leur premier geste avant l'âge de 20 ans.

Tableau VII : répartition des patientes selon l'âge de la première grossesse.

l'âge de la première grossesse	Nombre de cas	Pourcentage (n=82)
Moins de 20 ans	15	18.29%
Entre 20 et 25	12	14.63%
Non précisé	55	67.08%

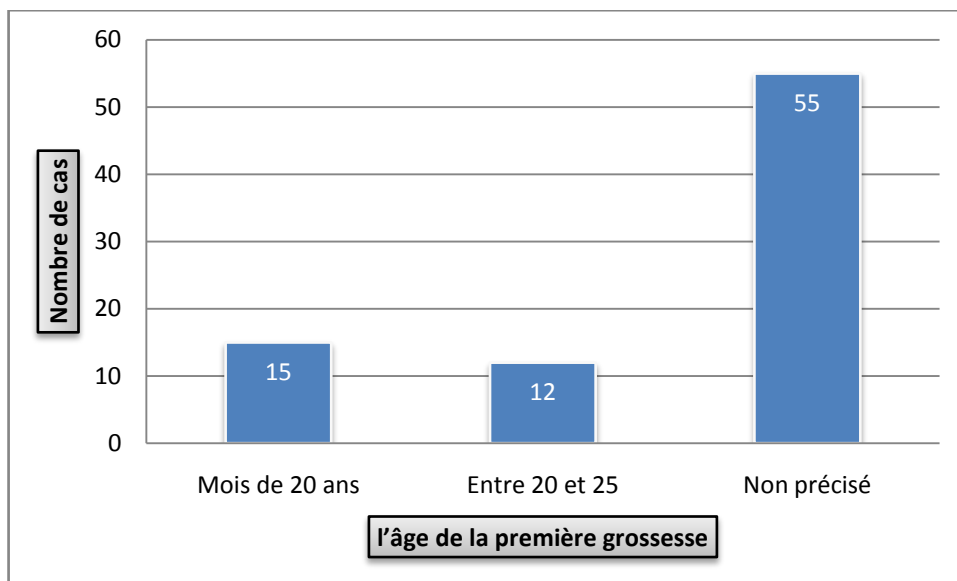


Figure n°6 : répartition des patientes selon l'âge de la première grossesse.

6. Multiplicité des partenaires :

C'est une notion difficile à préciser et taboue dans notre contexte. Elle n'a été retrouvée que chez 3 malades.

7. Infections génitales :

L'antécédent d'infections génitales à répétition a été retrouvé chez 12 malades (14,64%) dont la grande majorité était mal suivie et mal traitée. Cet antécédent était absent chez 28 malades soit 34,14% et non précisé chez les autres malades.

8. Les méthodes contraceptives :

La majorité de nos malades : 37 soit 45,12% ont utilisé une contraception orale pendant une durée plus au moins longue allant de 3 à 20 ans. Le dispositif intra-utérin a été utilisé chez 3 malades soit 3,66%. Alors que 9 malades (10,97%) n'ont été sous aucune contraception. Ceci est résumé dans le tableau suivant :

Tableau VIII : répartition selon le moyen de contraception hormonale.

Contraception hormonale	Nombre de cas	Pourcentage (n=82)
Non	9	10.97%
Orale	37	45.12
DIU	3	3.66
Non Précisé	33	40.22

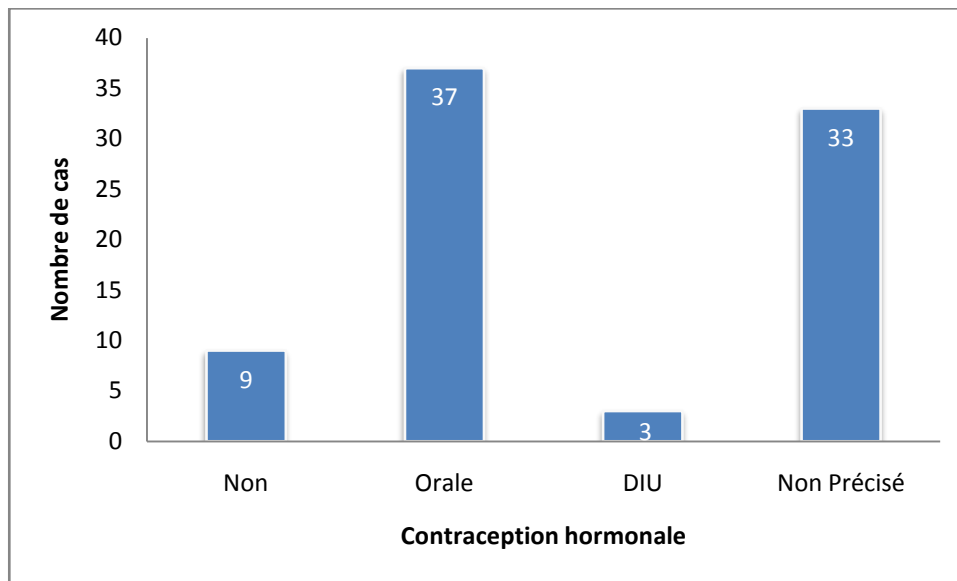


Figure n° 7 : répartition selon le moyen de contraception hormonale.

9. Tabagisme passif et actif :

Cette notion n'a été retrouvée chez aucune patiente.

10. Statut hormonal :

Les femmes en période d'activité génitale (non ménopausées) ont représenté la majorité de nos patientes : 54,84% (soit 45 patientes) comme le montre la figure n°2 ci-dessous.

Tableau IX : répartition des malades selon le statut hormonal.

Statut hormonal	Nombre de cas	Pourcentage (n=82)
Non	45	54.88%
Ménopause	37	45.12%

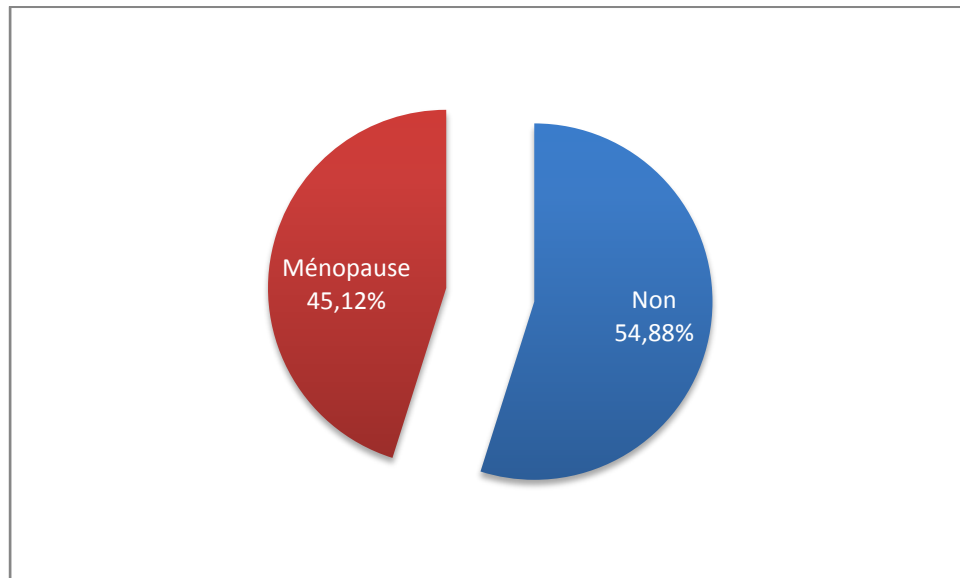


Figure n°8 : Répartition des malades selon le statut hormonal.

11. Dépistage par frottis cervico vaginal :

Le frottis cervico vaginal de dépistage n'a été effectué que chez 4 malades soit 4.88%.

12. Antécédents médico-chirurgicaux :

La grande majorité des patientes (58), soit 70,73% étaient sans ATCD pathologiques.

Une de nos patientes avait un antécédent de cancer mammaire traité par mastectomie, 12 de nos patientes étaient diabétiques et 5 malades étaient hypertendues le groupe autre regroupe 3 cas de LST et 1 cas de cholécystectomie.

Tableau X : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux et chirurgicaux.

Antécédents médicaux et chirurgicaux	Nombre de cas	Pourcentage (n=82)
HTA	5	06.10%
Diabète	12	14.63%
Cardiaque	3	03.66%
Autre	4	04.88%
Sans ATCD	58	70.73%

III. CARACTERISTIQUES CLINIQUES :

1. Le délai à la consultation :

Le délai moyen à la consultation est d'environ 8mois avec des extrêmes allant de 1 à 24mois. 47,56% des patientes ont consulté à un délai de plus de 6mois alors que 52,44% ont consulté à un délai inférieur à 6mois comme le résume le tableau ci-dessous :

Tableau XI : Délai à la consultation.

Délai à la consultation	Nombre de cas	Pourcentage (n=82)
Moins de 3 mois	22	26.83%
Entre 3 et 6 mois	17	20.73%
Entre 6 et 12 mois	28	34.14%
Plus de 12 mois	06	07.32%
Non précisé	09	10.98%

2. Signes fonctionnels :

L'hémorragie génitale (provoquée ou spontanée) a représenté le motif majeur de consultation. Elle a été retrouvée chez 79 malades (96,33%).

Ces métrorragies étaient isolées ou associées à d'autres symptômes comme illustré dans le tableau ci-dessous.

Tableau XII : répartition des malades selon les signes fonctionnels.

Signes fonctionnels	Nombre de cas	Pourcentage (n=82)
Spontané	48	58.53%
Provoqué	31	37.80%
Dyspareunie	05	06.10%
Leucorrhée	29	35.36%
Douleur pelvienne	24	29.27%
Signe urinaire	04	04.89%
Signe digestive	00	00%
Reprise	00	00%
Récidive	01	02.44%
Découverte fortuite	01	01.22%

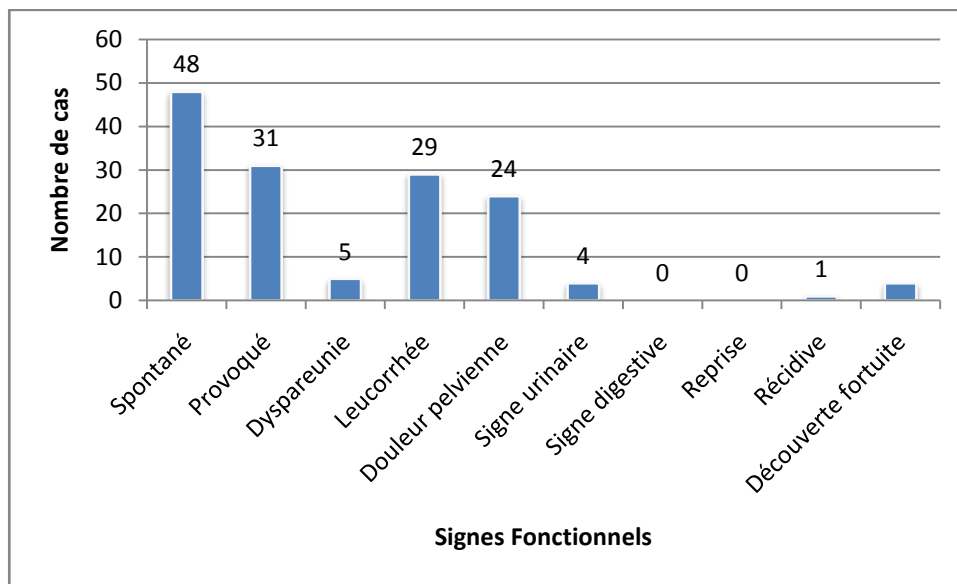


Figure n° 9 : répartition des malades selon les signes fonctionnels.

La découverte fortuite a été retrouvée chez une malade en réalisant une étude anatomopathologique sur une pièce d'hystérectomie réalisée pour un utérus polymyomateux.

3. Examen clinique :

3-1 L'état général :

63,41% de nos patientes étaient en bon état général au moment du diagnostic.

Tableau XIII : répartition des malades selon l'état général

Etat général	Nombre de cas	Pourcentage (n=82)
Conservée	52	63.41%
Altérée	26	31.71%
Non précisé	4	04.88%

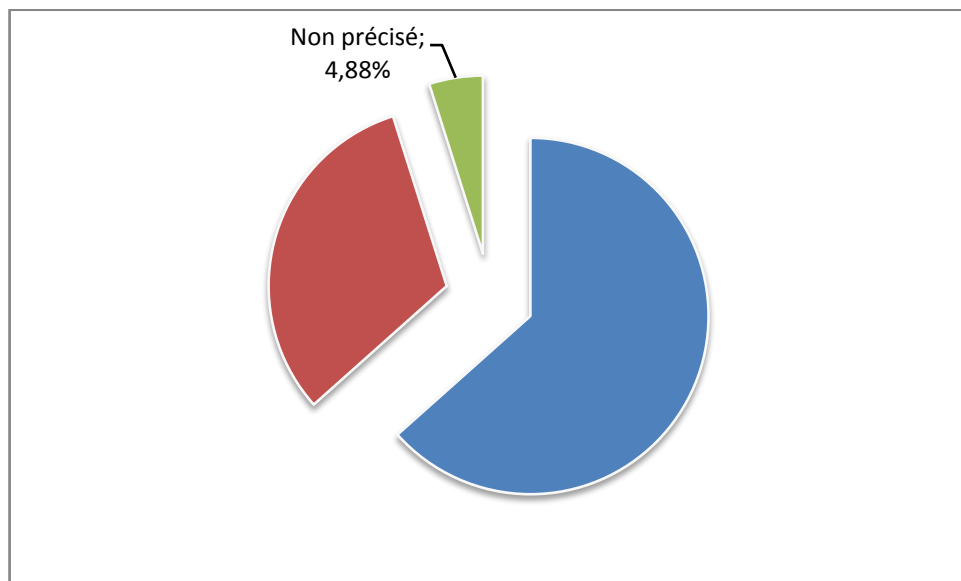


Figure n° 10 : répartition des malades selon l'état général

3-2 L'examen au spéculum :

Cet examen nous a permis de voir l'aspect du col avec une prédominance de la forme bourgeonnante soit 48,78% des cas.

Tableau XIV : répartition selon aspect du col et de la tumeur au spéculum.

Examen au spéculum	Nombre de cas	Pourcentage (n=82)
Aspect normal	04	04.89%
Bourgeonnant	40	48.78%
Ulculo-bourgeonnante	18	21.95%
Aspect rouge	14	17.07%
Infiltrante	03	03.66%
Saignement	31	37.80%
Non identifié	08	09.76%

3-3 les touches pelviens :

Une taille tumorale clinique moyenne de 3cm avec des extrêmes de 2 et 5 cm.

Une atteinte du vagin est observée chez 23.17% des cas et une atteinte des paramètres chez moins de 16% des cas.

Tableau XV : répartition selon Données de l'examen clinique.

Examen clinique	Pourcentage (n=82)
Atteint des paramètres	16%
Atteint du vagin	23.17%
Atteint rectal	02.44%
Adénopathie inguinale	01.22%

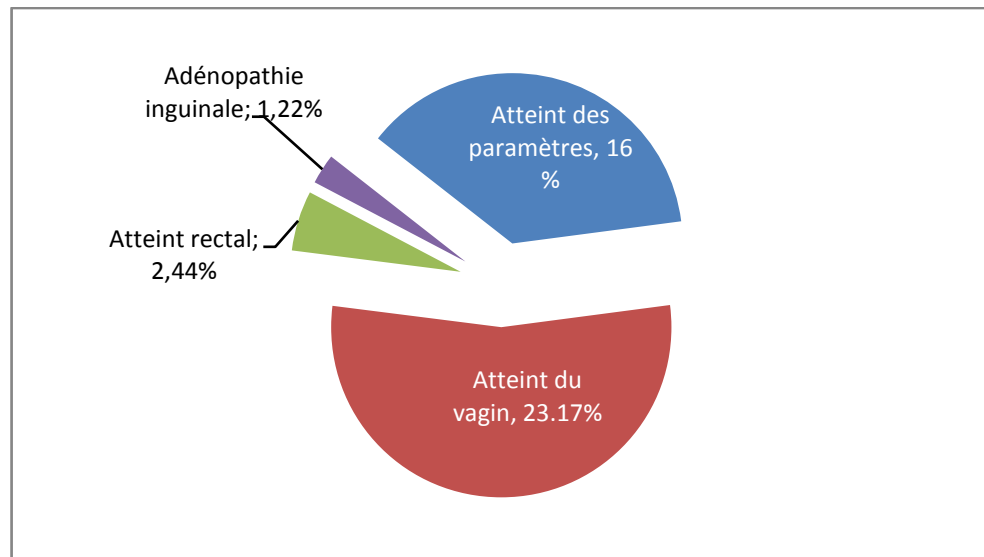


Figure n° 11 : Répartition selon Données de l'examen clinique

IV. CONFIRMATION HISTOLOGIQUE :

La biopsie du col de l'utérus a pu poser le diagnostic, déterminer le type histologique ainsi que le degré de différenciation et le caractère invasif de la tumeur.

Elle a été réalisée sur col tumoral chez toutes nos malades. Elle a permis de distinguer 3 types histologiques de tumeur du col utérin : le carcinome épidermoïde 74 cas et 7 cas de l'adénocarcinome avec un cas de sarcome.

Comme ci-joint dans le tableau, le carcinome épidermoïde est le type histologique le plus prédominant soit 90,24% des cas.

Tableau XVI : répartition des malades selon le type histologique.

Type histologique	Nombre de cas	Pourcentage (n=82)
Carcinome	74	90.24%
Adénocarcinome	07	08.54%
Sarcome	01	01.22%

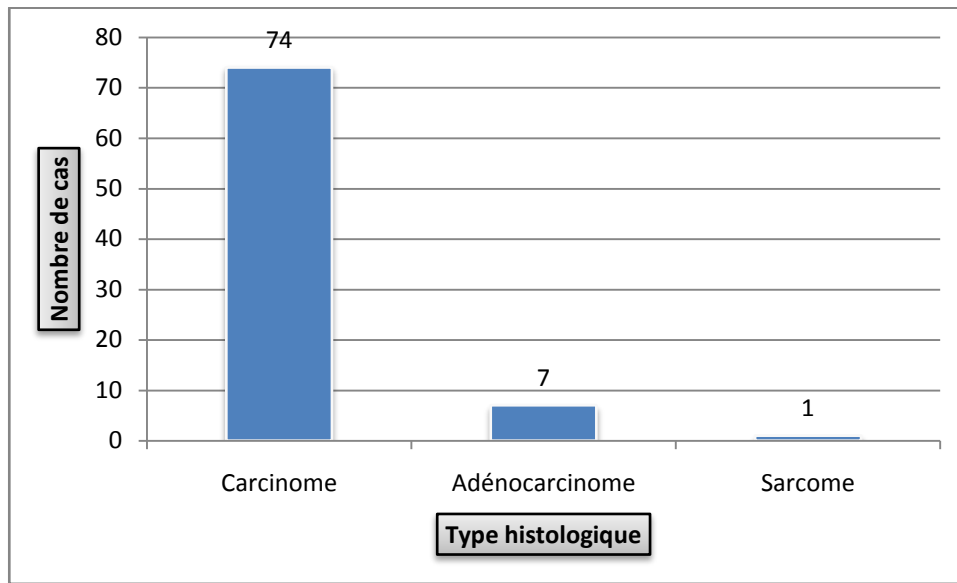


Figure n° 12 : répartition des malades selon le type histologique.

Tableau XVII : répartition selon le type histologique et le degré de différenciation.

	Carcinome	Adénocarcinome	Total	Pourcentage (n=81)
Bien différencié	16	03	19	23.46%
Moyennement différencié	43	04	47	58.02%
Indifférencie	15	00	15	18.52%
Total	74	07	81	100%
Pourcentage (n=82)	91.36%	08.64%	100 %	

**Le traitement Chirurgical du cancer du col utérin : Expérience du service de gynécologie « A »
À propos de « 82 cas »**

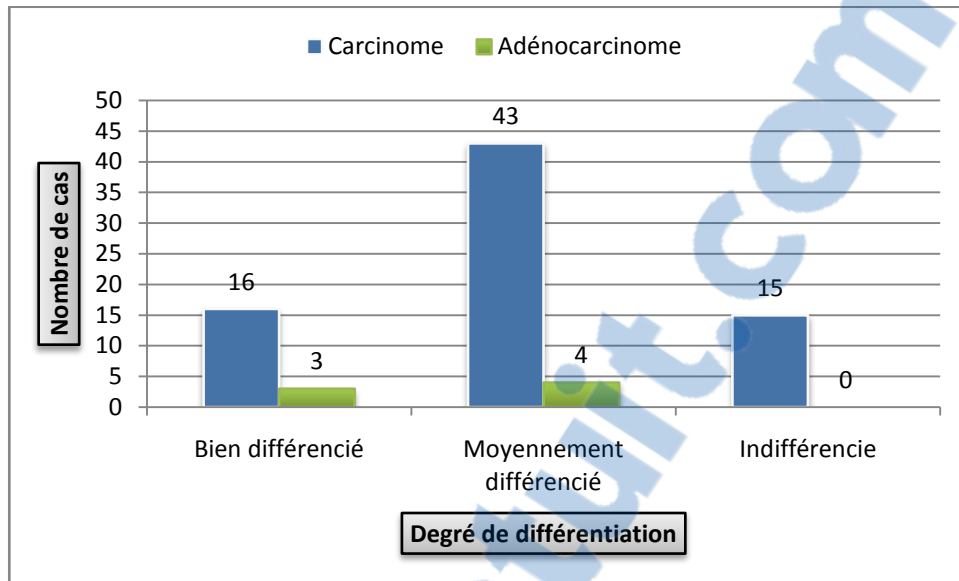


Figure n° 13 : répartition selon le type histologique et le degré de différenciation.

Tableau XVIII : répartition selon Le caractère invasif sur la biopsie.

Caractère	Nombre de cas	Pourcentage (n=82)
Invasif	63	76.83%
Micro invasif	03	03.66%
In situ	04	04.88%
Non précisé	12	14.63%

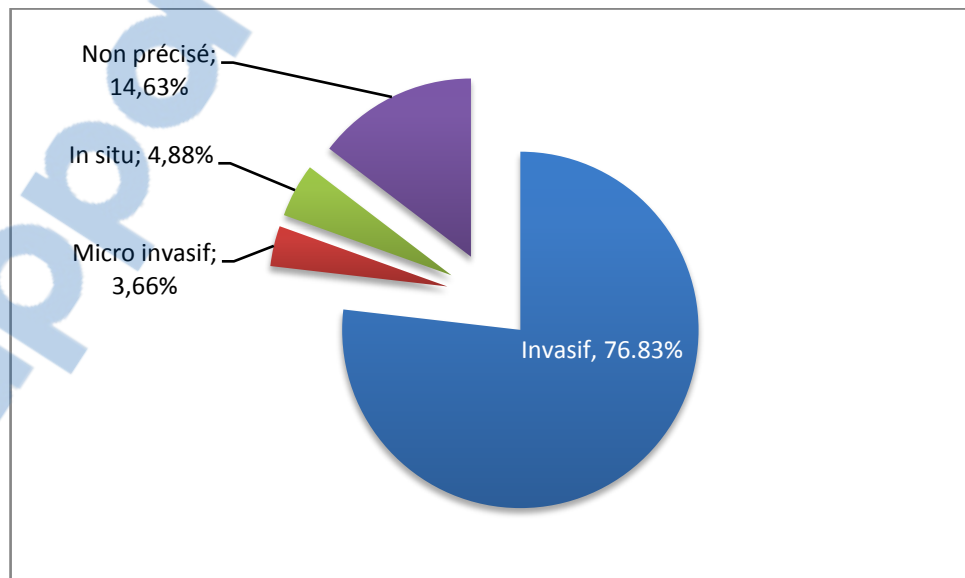


Figure n° 14 : répartition selon Le caractère invasif sur la biopsie.

V. BILAN D'EXTENSION :

1. Echographie Abdomino-pelvienne :

Elle a été réalisée chez 23 malades soit 28,05%. Elle était normale dans 17 cas.

Elle a objectivé un retentissement sur l'appareil urinaire dans 4cas, un adenomyome dans un cas et une lésion du foie dans un seul cas.

2. Scanner abdomino-pelvien :

Dans notre série 58 des patientes ont bénéficié d'une tomodensitométrie abdominopelvienne soit 70 ,73% des cas.

Les anomalies ont été retrouvées dans 24 des cas comme illustre le tableau suivant :

Tableau XIX : répartition selon les résultats du scanner abdomino-pelvien.

scanner abdomino-pelvien	Nombre de cas	Pourcentage (n=82)
Normale	34	41.46%
UHN	02	02.44%
ADP	07	08.54%
Métastase	01	01.22%
Extension au vagin	02	02.44%
Extension Vésicale	06	07.32%
Extension Rectale	03	03.66%
Atteinte paramètre	08	09.76%

3. Imagerie par résonance magnétique :

Elle a été réalisée chez 5 malades, elle a objectivé le processus tumoral et son retentissement sur les organes de voisinage dans 4 cas et un métastase annexiel chez une patiente.

Tableau XX : répartition selon l'imagerie abdomino-pelvienne (ABP).

l'imagerie abdomino-pelvienne	Nombre de cas	Pourcentage (n=82)
Echographie	23	28.05%
Scanne	58	70.73%
IRM	05	06.10%
Non Faite	31	37.80%

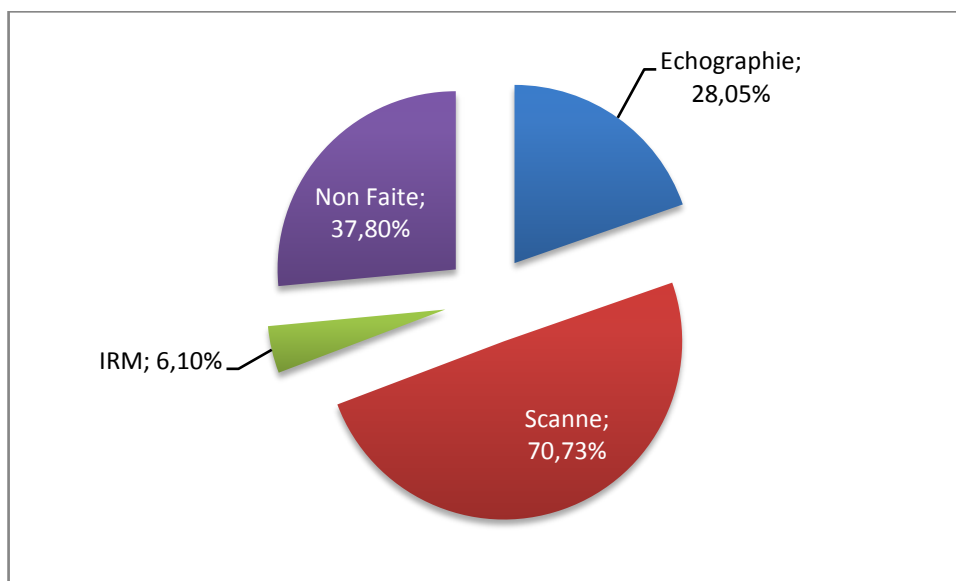


Figure n° 15 : répartition selon l'imagerie abdomino-pelvienne (ABP).

En raison du coût élevé de l'IRM, le scanner et l'échographie abdomino-pelvienne ont été réalisés plus chez nos patientes.

4. Cystoscopie :

Dans notre série, la cystoscopie a été demandée lorsqu'on suspectait une atteinte vésicale. Seule une patiente a bénéficié de cet examen et chez qui l'atteinte vésicale n'a pas été retrouvée.

5. Rectoscopie :

La rectoscopie a été pratiquée lorsqu'on suspectait une atteinte rectale (tumeur à développement postérieur important ou infiltration de la cloison recto-vaginale à l'examen

clinique et/ou sur les images tomodensitométriques). Cet examen n'a été réalisé chez aucune de nos patientes.

6. Radiographie pulmonaire :

Elle a été réalisée chez toutes les malades, elle s'est avérée normale dans tous les cas.

7. Résultats du bilan d'extension :

Dans notre étude au terme de ce bilan on a pu détecter des anomalies chez 27 patientes par ailleurs ce bilan n'a révélé aucune anomalie chez 24 patientes, soit 23,5%. 31 de nos patientes n'ont pas bénéficié de bilan d'extension. (Voir la figure dessous).

Tableau n° XX1 : répartition selon les résultats du bilan d'extension.

Bilan d'extension	Nombre de cas
Normal	24
UHN	04
ADP	07
Atteinte rectale	03
Atteinte Vésicale	06
Métastase	02
Atteinte paramètre	08
Atteinte du vagin	02
Non fait	31

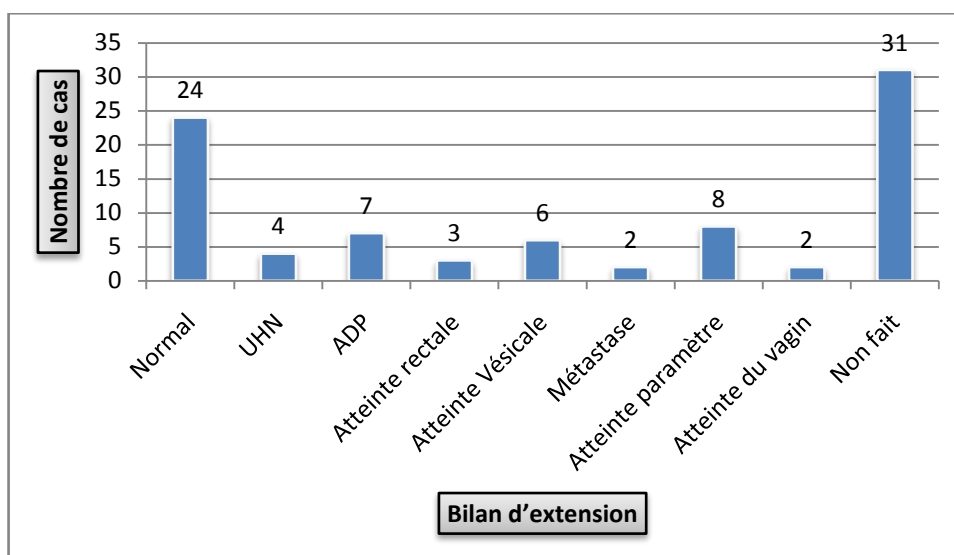


Figure n° 16 : répartition selon les résultats du bilan d'extension.

VI. STADIFICATION :

Nous avons procédé à une stadification basée sur les données de l'examen clinique et complétée par les données du bilan d'extension. Pour cela, nous avons adopté la classification de la F.I.G.O 2009 (voir annexe).

La plupart de nos patientes ont consulté au stade IB1 comme le montre la figure ci-dessous :

Tableau XXII : répartition selon la stadification de FIGO.

Stadification de FIGO	Nombre de cas	Pourcentage (n=82)
CIS	04	06.10%
IB1	26	30.49%
IB2	06	07.32%
IIA	02	02.44%
IIB	19	23.16%
IIIB	01	01.22
IV	01	01.22%
Non précisée	23	28.05

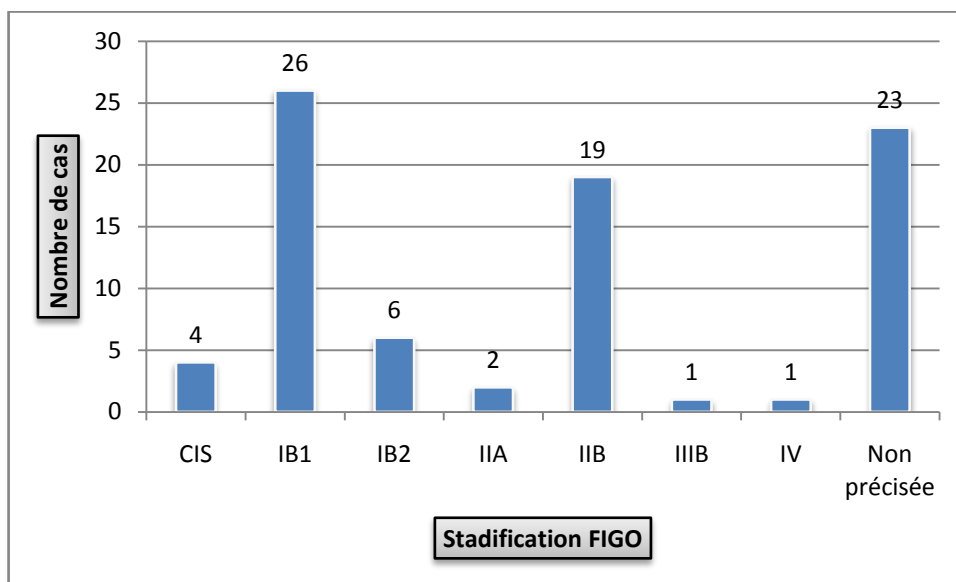


Figure n° 17 : répartition selon la stadification de FIGO.

VII. TRAITEMENT :

1. Modalités thérapeutiques :

La majorité des malades opérées ont bénéficié d'une radiothérapie ou de l'association radio-chimiothérapie en fonction du stade clinique.

1-1 Traitement chirurgical :

Il a été pratiqué chez toutes les malades.

- Colpohystérectomie élargie avec annexectomie bilatérale et curage ganglionnaire iliaque externe bilatéral dans 71 cas soit 87,80%.
- Wertheim + curage ganglionnaire avec transposition ovarienne Bilatérale chez une patiente âgée de 34ans 2gestes.
- cas d'hystérectomie
- cas de conisation

Chirurgie en deuxième intention a été réalisée chez 5 malades soit 4,88%.

- 1 cas de lymphadenectomie chez une patiente opérée pour une récurrence ganglionnaire
- cas d'ovariectomie droite + curage ganglionnaire chez 2 patientes programmées pour ACHE mais en per opératoire le pelvis était très inflammatoire et l'exérèse chirurgicale était laborieuse.
- patientes étaient programmées pour ACHE mais n'est plus réalisée car l'exploration chirurgicale a montré un envahissement distal et bilatéral des paramètres avec des multiples adhérences.

Tableau XXIII : répartition des malades selon le geste chirurgical.

Geste chirurgical	Nombre de cas	Pourcentage (n=82)
Conisation	03	03.66%
Wertheini+Curage Gangluonaire avec transposition ovarienne	01	01.22%
Hysteroctomie	02	02.44%
ACHE	71	87.80%
Autre	05	04.88%

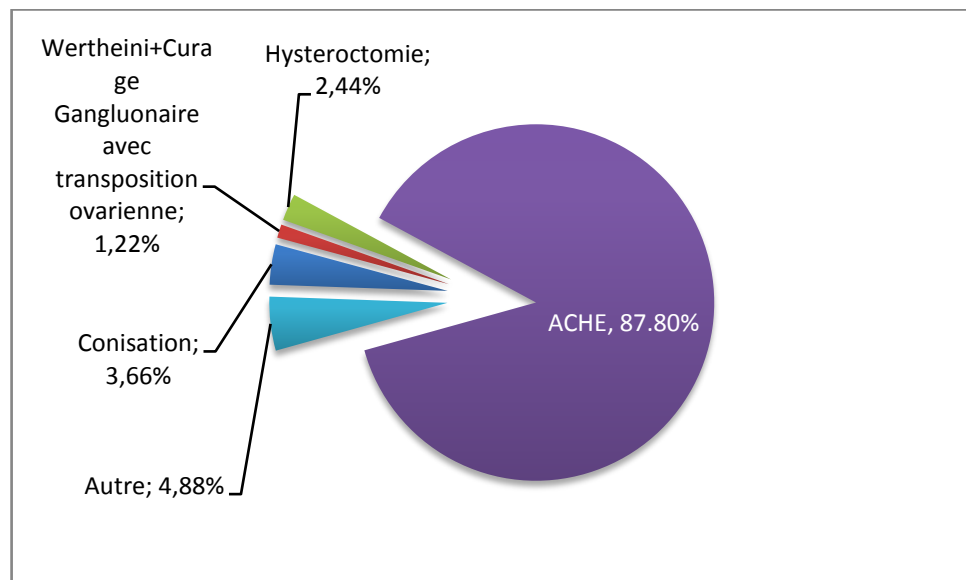


Figure n° 18 : répartition des malades selon le geste chirurgical.

Tableau XXIV : type de chirurgie selon le stade.

Geste chirurgical	CIS	IB1	IB2	IIA	IIB	IIIB	IV
Conisation	3	0	0	0	0	0	0
Wertheini+Curage Gangluonaire avec transposition ovarienne	0	0	0	0	1	0	0
Hysteroctomie	1	1	0	0	0	0	0
ACHE	0	25	6	2	18	1	1

Tableau XXV : répartition des malades selon le type de la chirurgie.

Type de la chirurgie	Nombre de cas	Pourcentage (n=82)
L'aparotomie	77	93.90%
Ceolioscopie	01	01.22%
Voie basse	04	04.88%

- conisations et une hystérectomie ont été réalisés par VB
- Une hystérectomie est faite par voie ceolioscopique
- Une ceolioscopie est convertie en laparotomie

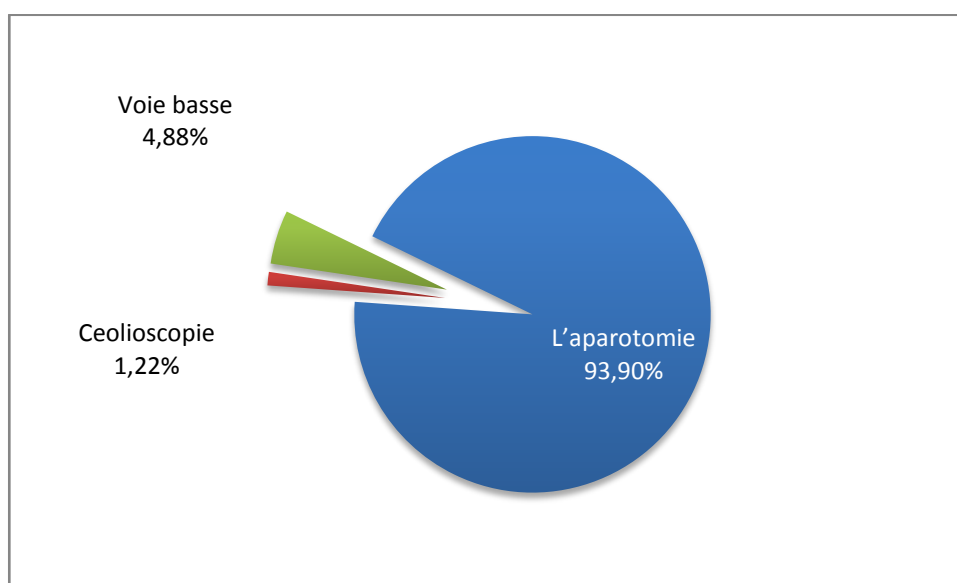


Figure n° 19 : répartition des malades selon le type de la chirurgie.

Les types de l'incision utilisés dans notre série sont représentés par :

- L'incision médiane sous ombilicale élargie à cheval sur l'ombilic
- L'incision transversale type Morley

Les résultats sont représentés sur le tableau ci-dessous :

Tableau XXVI : répartition des malades selon le type d'incision.

Type d'incision	Nombre de cas	Pourcentage (n=77)
LMSO	68	88.31%
Transversale	09	11.69%

1-2 La Radiothérapie :

La radiothérapie externe en cobalt 60 et a l'accélérateur linéaire a été faite chez 46 de nos patientes soit 56% avec 28 des cas en postopératoire, le plus souvent en association avec la chimiothérapie.

La curiethérapie utéro-vaginale a été pratiquée chez 29 malades. Elle était soit isolée soit associée à la radiothérapie externe.

Le tableau ci-dessous montre le nombre de patientes ayant eu bénéficié d'une radiothérapie post ou préopératoire.

Tableau XXVII : répartition des malades traitées par radiothérapie.

Radiothérapie	Nombre de cas	Pourcentage (n=77)
Radiothérapie préopératoire	18	21.95%
Radiothérapie postopératoire	28	34.15%
Non faite	36	43.90%

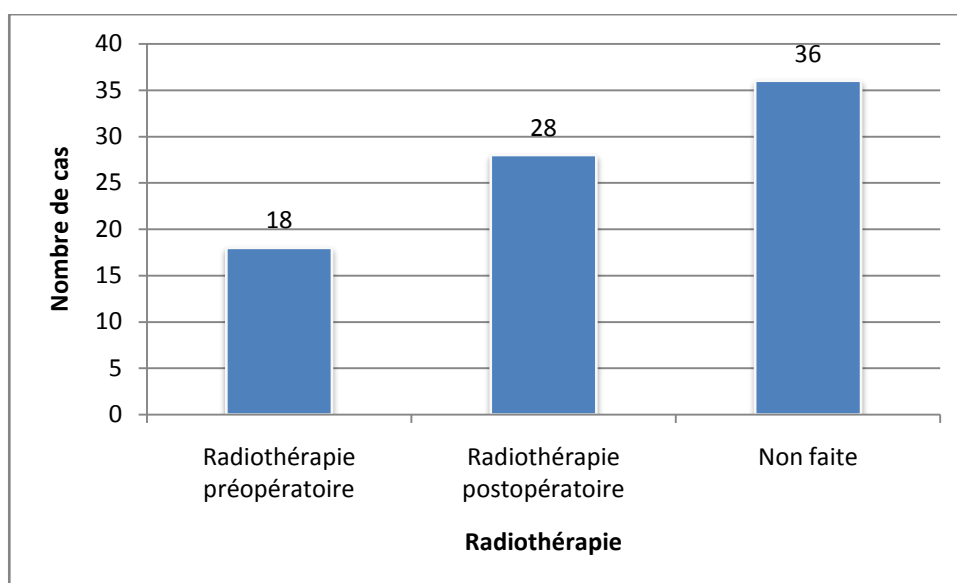


Figure n° 20 : répartition des malades traitées par radiothérapie.

1-3 La chimiothérapie :

La chimiothérapie a été indiquée chez 17 patientes soit 20,73% : (Voir tableau ci-dessous)

- En néoadjuvant : 2 à 3 cures avant l'association radiochimiothérapie, à base de 5 Fluorouracile + Cisplatine.
- En concomitance avec la radiothérapie, en postopératoire.

Tableau XXVIII : répartition des malades selon le type de chimiothérapie.

Chimiothérapie	Nombre de cas	Pourcentage (n=17)
Néoadjuvante	12	70.59%
Concomitante	05	29.41%
Palliative	0	0%

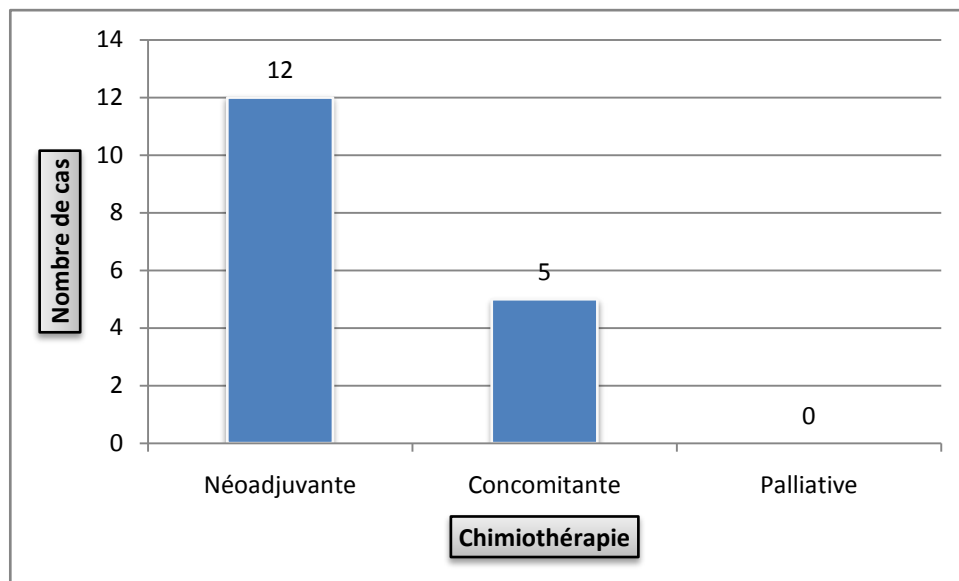


Figure n° 21 : répartition des malades selon le type de chimiothérapie.

2. Stratégies thérapeutiques :

La modalité thérapeutique la plus utilisée était la chirurgie exclusive pratiquée dans 37,80% des cas comme le résume le tableau ci-dessous.

Tableau XXIX : répartition des malades selon les modalités thérapeutiques.

Modalités thérapeutiques	Nombre de cas	Pourcentage (n=82)
RTH+ CTH	00	0%
Chirurgie seule	31	37.80%
RTH+ CTH première +chirurgie	14	17.07%
Chirurgie première+RTH+ CTH	03	03.66%
RTH première+ chirurgie	06	07.32%
Chirurgie première+RTH	28	34.15%

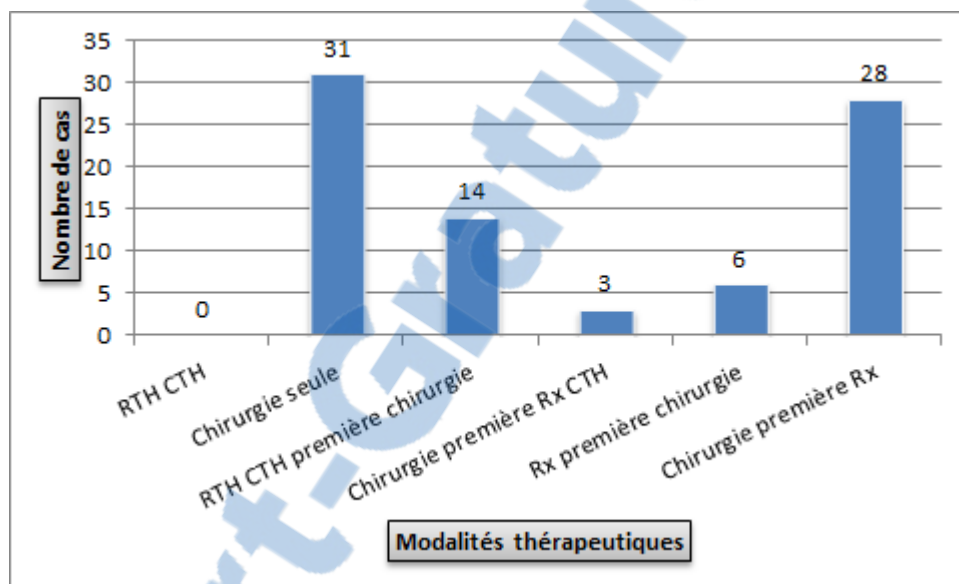


Figure n° 22 : répartition des malades selon les modalités thérapeutiques.

Les schémas thérapeutiques en fonction du stade clinique sont détaillés dans le tableau ci-dessous.

Tableau XXX : schémas thérapeutiques en fonction du stade clinique.

Geste chirurgical	CIS	IB1	IB2	IIA	IIB	IIIB	IV
RTH+ CTH	0	0	0	0	0	0	0
Chirurgie seule	4	26	1	0	0	0	0
RTH CTH première+chirurgie	0	0	2	1	7	0	0
Chirurgie première +RTH CTH	0	0	2	1	1	0	0
RTH première+chirurgie	0	0	1	1	1	0	0
Chirurgie première+RTH	0	9	1	1	5	0	1

3. Résultats anatomopathologiques:

Les résultats de l'étude anatomopathologique de la pièce opératoire a été retrouvé chez 62 malades soit 75,61% des cas.

3-1 Taille de la tumeur :

Elle a été retrouvée chez 20 malades soit 32,26% et absente dans 42 cas soit 67,73%

La taille de la tumeur a varié entre 2 et 7 cm avec une moyenne de 3,6cm, et dans 25,81% des cas la taille était comprise entre 2 et 4cm.

Tableau XXXI : taille histologique de la tumeur.

Taille tumorale	Nombre de cas	Pourcentage (n=62)
Entre 2 et 4	16	25.81%
Entre 5 et 6	02	03.23%
Plus de 6	02	03.23%
Non précisée	42	67.73%

3-2 Les limites d'exérèse :

Elles étaient non envahies dans la majorité des cas(39), dans 20 cas étaient envahies et non précisées dans 3 cas.

3-3 La collerette vaginale :

La plupart des collerettes étaient indemnes (57 cas) et 5 cas étaient envahies.

3-4 L'envahissement ganglionnaire :

Les ganglions étaient envahis dans 8 cas soit 9,76%, indemnes dans 54 cas soit 65,85%

Le curage ganglionnaire a ramené 15 ganglions en moyenne. Le tableau ci-dessous illustre la répartition des ganglions prélevés.

Tableau XXXII : nombre de ganglions prélevés.

Nombre de ganglions prélevés	Côté droit		Côté gauche	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
>5	35	83.33%	30	83.33%
<=5	07	16.67%	06	16.67%
Total	42	100%	36	100%

3-5 Envahissement des paramètres :

Les paramètres étaient indemnes dans 50 cas soit 60,97% et ils étaient envahis chez 12 malades soit 14,63%.

L'envahissement était bilatéral dans 5 cas et du côté gauche dans 7 cas.

L'atteinte proximale ou distale n'a pas été précisée sur le compte rendu.

Tableau XXXIII : répartition des malades selon l'envahissement des paramètres.

l'envahissement	Nombre de cas	Pourcentage (n=82)
Non Envahi	50	60.97%
Envahissement Unilateral	07	08.54%
Envahissement Bilateral	05	06.10%
Non précisé	20	24.39%

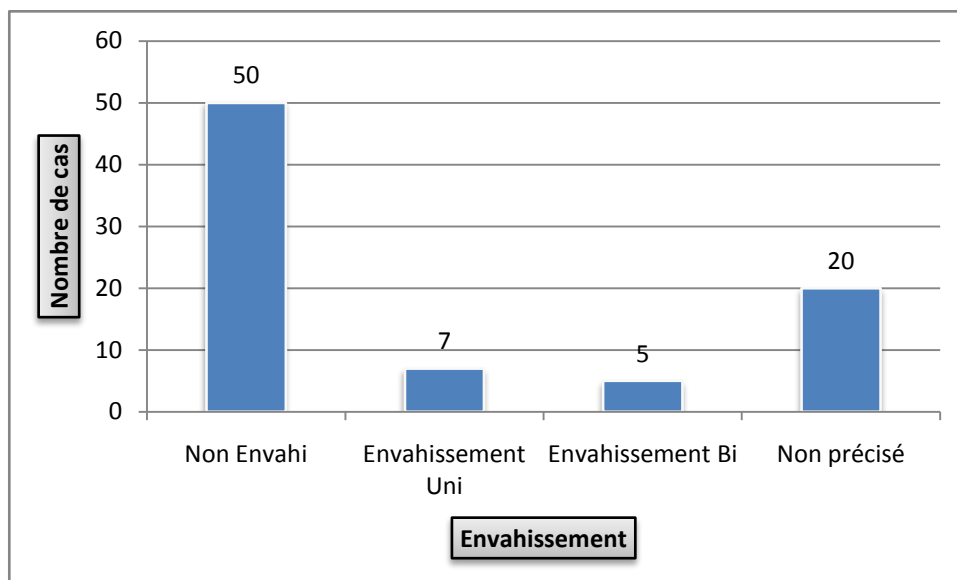


Figure n° 23 : répartition des malades selon l'envahissement des paramètres.

3-6 Envahissement de l'isthme :

L'isthme était indemne dans 48 des cas soit 58,54% et envahis dans 14 cas soit 17,07%.

3-7 Emboles vasculaires :

Ils étaient absents dans la majorité des cas soit 68,29% et présents chez 7 cas soit 8,54%.

3-8 Lésions associées :

L'étude anatomopathologique de la pièce opératoire a révélé plusieurs lésions associées:



- 7 cas de salpingite chronique
- 2 cas d adenomyose
- un cas de métastase ovarien et ganglionnaire
- un cas de cervicite subaigue
- un cas de salpingite aigue
- un kyste ovarien, un fibrome utérin et un léiomyome.

VIII. DUREE D'HOSPITALISATION :

La durée de séjour du malade varie en fonction, de stade de la maladie, et la conduite à tenir diagnostique et thérapeutique, dans notre étude elle varie entre 2 jour et 23 jours, avec une moyenne de 8 jours.

Dans 68,30% des cas la durée de séjour est moins d'une semaine.

On note 4 cas d'hospitalisation en réanimation.

Tableau XXXIV : répartition selon la durée d'hospitalisation.

Durée	Nombre de cas	Pourcentage (n=82)
Moins de 7 jours	56	68.30%
Entre 8 et 15 jours	17	20.73%
Plus de 15 jours	09	10.97%

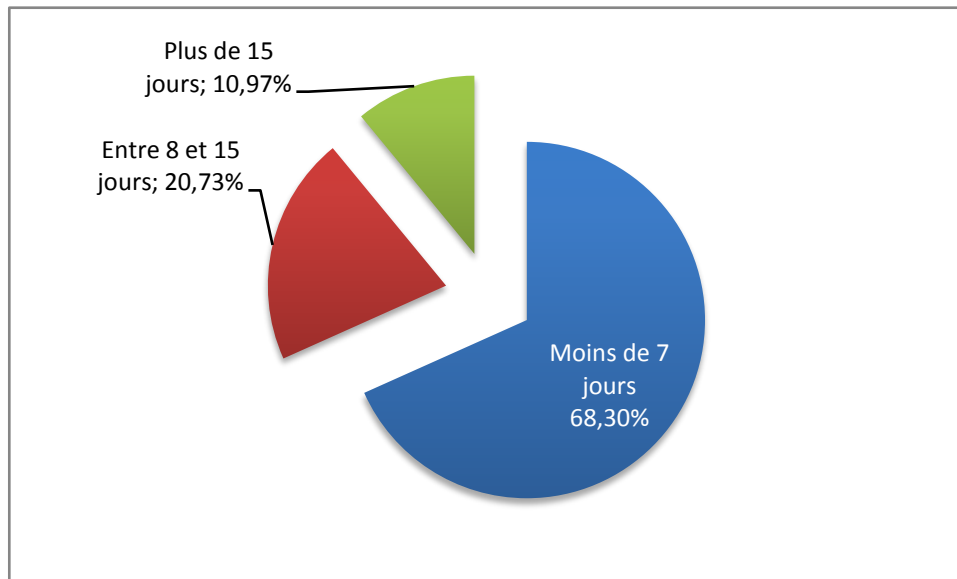


Figure n° 24 : répartition selon la durée d'hospitalisation.

IX. COMPLICATIONS THERAPEUTIQUES :

1. Mortalité :

Dans notre série, on a eu un seul décès soit 1,22% et cela par un choc septique a J30 en postopératoire après séjour en réanimation, c'est une patiente âgée de 90 ans sans ATCDS pathologiques et chez qui l'intervention chirurgicale s'est déroulée sans incident.

2. Les complications consécutives à la chirurgie :

Elles ont été constatées chez 44 malades soit 53,66% et étaient de 2 types :

- Peropératoires chez 14 malades soit : 17,07%.
- Postopératoires retrouvées chez 30malades soit 36,58%.

2-1 Les complications per-opératoires :

a- Complications vasculaires :

Des hémorragies peropératoires dans 9 observations dont 6 ont nécessité une transfusion de culots globulaires en peropératoire.

- Une blessure de la veine iliaque externe
- Une brèche de l'artère mésentérique

b- Complications urinaires :

Elles sont au nombre de 2 soit 2,44% de la population étudié :

- Une plaie accidentelle de la paroi postérieure de la vessie
- Une lésion de l'uretère

c- Autres complications :

Une plaie grelique.

2-2 Les complications post-opératoires :

Elles sont au nombre de 30, les complications d'ordre infectieux viennent au premier plan suivies des complications urinaires, digestives et autres.

a- Complications infectieuses :

- 10 cas d'infection pariétale jugulée par les soins quotidiens et ATB.
- Un abcès de la paroi traité par parage et triple antibiothérapie
- 2 cas de pelvipéritonite

b- Complications urinaires :

- 4cas d UHN dont un est traité par nephrostomie
- 3cas de RAU dont un s est compliqué par une IRF
- 3cas de cystite
- 2cas de FVV

c- Autres complications :

- Un cas d AVC ischémique
- Un cas d occlusion
- Un cas 'Eviscération
- Un cas de lymphœdème
- Un cas de lymphocèle

3. Les complications post-radiques :

Elles étaient au nombre de 5 soit 6%, elles étaient représentées par :

- Cystite hémorragique post radique dans 3 cas.
- Rectite dans 1 cas.
- Brûlure du 1/3 inférieur du vagin dans 1 cas.

X. LA SURVEILLANCE :

La surveillance post thérapeutique s'est faite en consultation tous les 3 mois pendant 2 ans, puis tous les 6mois pendant 3ans puis tous les ans.

Elle était basée essentiellement sur l'interrogatoire, un bon examen clinique et des examens para cliniques annuels, à savoir l'échographie pelvienne ou TDM abdomino-pelvienne lorsque nous suspectons une récurrence loco régionale et une radiographie thoracique. D'autres examens ont été demandés selon le contexte clinique.

1. Bilan post thérapeutique :

IL a été réalisé chez 24 patientes soit 29,27% de la population étudiée :

- 9 patiente ont bénéficié d'une échographie abdomino-pelvienne dont 7 étaient sans anomalie, une a objectivé une dilatation du rein gauche et la dernière a montré un résidu tumoral et UHN avec suspicion d'une FVV
- 12 cas ont réalisé un scanner abdomino-pelvien post thérapeutique dont 10 se sont révélés normaux, une TDM a objectivé un résidu tumoral avec infiltration vésicale et chez une patiente la TDM a objectivé des ADP iliaques gauches bilatérales d'allures métastatique avec une UHN.
- Une patiente a bénéficié d'une IRM qui s'est révèle sans anomalie.
- 2 patientes ont fait le frottis de fond vaginal de surveillance qui était normal dans les 2 cas.

2. Récidive locorégionale

Deux de nos patientes ont présenté une récidive locorégionale soit 2,44%.

3. Extension métastatique

Les métastases ganglionnaires ont été notées chez une patientes soit 1,22% ainsi qu'une métastase viscérale soit 1,22% des cas.

XI. EVOLUTION :

Nous avons rencontré beaucoup de problèmes pour connaître l'évolution des patientes.

Parmi les patientes convoquées, on a pu revoir que 29 malades ,3 décès ont été rapporté et 5 femmes ont refusé la convocation car elles se sont suivies dans le secteur privé.

1. Les 29 patientes vues en consultation :

1-1 L'interrogatoire :

La majorité de nos patientes ne rapporte pas de retentissement sur la qualité de vie avec une stabilité conjugale mais d'autres malades rapportent un retentissement sexuel apres traitement :

- 8cas de diminution de la fréquence des rapports sexuels
- 4cas de rejet sexuel
- 4 cas de dépression dont 2 ont été adressé à la consultation psychiatrique
- 3cas de dyspareunie
- Un cas d'anxiété
- Un cas de conflit conjugal

1-2 L'examen général :

- 26 malades ont eu une bonne évolution avec un bon examen général.
- 3 patientes avaient une AEG dont une avec hémiplégié droite secondaire à un AVC ischémique postopératoire.

1-3 L'examen au speculum :

L'examen au speculum était anormal chez 3 malades :

- Chez une patiente on a suspecté une FRV plus probablement d'origine néoplasique chez qui on a demandé une IRM abdomino-pelvienne.
- L'examen au speculum chez une malade a objectivé une tumeur bourgeonnante saignante avec des leucorrhées fétides, c'est une patientes mal suivie qui n'a pas reçue son traitement complémentaire, alors elle est adressée à la consultation d'oncologie.
- Chez la dernière patiente on a objectivé une lésion saignante au contact, un frottis du fond vaginal est réalisé qui s'est révèle normal.



DISCUSSION

I. EPIDEMIOLOGIE :

1. Incidence et mortalité :

1-1 Dans le monde :

Le cancer du col de l'utérus est la deuxième cause de mortalité par cancer chez les femmes dans les PED et la première chez la femme africaine. On dénombre 493 000 nouveaux cas par an dans le monde et 273 000 décès, dont 80% dans les PED [5]

En France, près de 3 femmes par jour meurent encore d'un cancer du col de l'utérus[6]

Les plus forts taux d'incidence sont observés en Afrique Sub-saharienne, en Mélanésie, en Amérique latine et aux Caraïbes, ainsi qu'au Sud de l'Asie Centrale et au Sud-est de l'Asie.

Les taux les plus bas d'incidence (moins que 15 / 100 000) sont observés en Europe (à l'exception de quelques pays de l'Europe de l'Est) en Amérique du Nord et au Japon.

L'incidence est généralement la plus élevée dans les pays en voie de développement de l'Amérique Latine et dans les Caraïbes (33,4 / 100 000). [7]

Entre 2000 et 2009, les taux de mortalité du cancer du col de l'utérus ont baissé dans la plupart des pays de l'OCDE, à l'exception du Luxembourg, de l'Irlande, du Portugal et de la Grèce. Le Mexique a enregistré une forte baisse de la mortalité du cancer du col de l'utérus qui est tombée de 14.5 pour 100 000 femmes à 9.6, mais son taux demeure le plus élevé des pays de l'OCDE. [8]

Le cancer du col utérin est place au premier rang en Afrique avec une incidence intermédiaire aux pays du Maghreb. En 2007, l'incidence standardisée de ce cancer était de 15,6/105 en Algérie contre une incidence beaucoup plus faible en Tunisie (6,8/105). [9]

1-2 Au Maroc :

Au Maroc, le cancer constitue un problème majeur de santé publique. D'après les données du registre des cancers de la région du Casablanca, l'incidence annuelle nationale du cancer est estimée à 101,7 nouveaux cas pour 100 000 habitants. Ce qui correspondrait à

**Le traitement Chirurgical du cancer du col utérin : Expérience du service de gynécologie « A »
À propos de « 82 cas »**

30500 nouveaux cas de cancer chaque année, le registre précise un pourcentage de 13% pour le cancer du col utérin, par rapport au total des cancers(RCRC).[2]

De même, au niveau de la région de l'oriental, le Centre Régional d'Oncologie Hassan II (CROH II), a précisé un taux de 9% des atteintes en cancer du col de l'utérus, en l'an 2007 de l'ensemble de la population qui a fréquenté le centre pour des problèmes de cancer divers.[2]

Tableau XXXV : fréquence du cancer du col utérin.

Auteurs	Année	Ville	Fréquence
Elaarji (10)	2006	Casablanca	30.85%
Errhaimini(11)	2009	Marrakech	28.40%
Abdellaoui (12)	2010	Fès	39.20%
Kajam (13)	2012	Marrakech	23.80%
Notre serie	2013	Marrakech	15.47%

2. L'âge :

L'Age moyen de survenue des cancers du col utérin est de 51 ans. [14]

Les études épidémiologiques ont montré des pics d'incidences du cancer du col utérin Entre 44 et 49 ans dans le groupe comprenant le Danemark, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Norvège et la Slovénie.

Entre 50 et 65 ans dans le groupe comprenant la plupart des registres américain, africain et asiatique en plus de la Finlande et la Pologne.

Selon une étude épidémiologique réalisée en 2008 auprès des femmes de la préfecture d'Oujda Angads l'âge des patientes était entre 41 et 50 ans (soit 40%) suivie de la tranche 31 à 40 ans (31 %). [7]

Entre 45 et 54 ans selon une étude épidémiologique réalisée en 2009 en Algérie [9]. Selon le registre du Grand Casablanca la moyenne d'âge des patientes était de 53,5ans.

Dans notre série : La moyenne d'âge de nos patientes est de 50ans avec des extrêmes de 32 et 90 ans. Les femmes âgées entre 40 et 60 ans sont les plus touchées soit 67,08%.

Tableau XXXVI : moyenne d'âge dans différentes séries.

Auteurs	Pays	Année	Age extrême	Age moyen
Fritih (9)	Algérie	2009	32-98	54
Murillo (15)	Colombie	2010	25-59	39.2
Kochbati (16)	Tunisie	2011	29-85	54.4
Kajam (13)	Marrakech	2012	21-78	49.1
E. Barranger (17)	France	2012	31-74	48
Notre série	Marrakech	2013	32-90	50

3. Les facteurs de risque :

Plusieurs études fondamentales et épidémiologiques ont été réalisées dans le but de saisir les principaux facteurs de risque incriminés dans la genèse du cancer du col utérin.

Il s'agit en fait d'une maladie multifactorielle avec intrication de plusieurs cofacteurs, dont l'essentiel est l'infection au papillomavirus humain qui est le plus souvent majorée par une absence ou une mauvaise gestion au dépistage.

3-1 Facteurs de risque infectieux :

a- L'infection à HPV[6] :

Le virus HPV est transmis préférentiellement par contact sexuel, souvent lors des premiers rapports: c'est l'infection virale sexuellement transmissible la plus fréquente au monde.

Près de 75% des femmes de 15 à 44 ans sexuellement actives ont rencontré ou rencontreront le virus à un moment de leur vie sexuelle.

Cette infection est dans la grande majorité des cas inapparente, le virus étant éliminé spontanément par le système immunitaire.

Mais dans certains cas, ce virus peut échapper au système immunitaire, entraînant la persistance de l'infection à l'origine du développement de lésions intra-épithéliales du col de l'utérus qui peuvent évoluer vers des lésions plus sévères de haut grade voire vers le cancer du col de l'utérus. Il est établi que les infections persistantes par des HPV oncogènes sont étroitement corrélées à la survenue des cancers du col : l'ADN des HPV y est retrouvé dans presque 100% des cas.

Parmi les HPV oncogènes, les HPV16 et 18 sont les types les plus carcinogènes, responsables à eux seuls de plus de 50% des lésions précancéreuses CIN2+ et de 70% des cancers du col dans le monde.

Après les HPV 16 et 18, on retrouve les types HPV 33, 45 et 31 moins fréquents mais dont la responsabilité dans l'apparition des lésions précancéreuses et cancéreuses du col est avérée. Les HPV 16, 18, 31, 33 et 45 représentent plus de 80% des types impliqués dans les cancers du col de l'utérus dans le monde. Dans les dernières données de la littérature sur la distribution des génotypes des HPV, ce chiffre atteint 86%, notamment pour les cancers du col de l'utérus en Europe.

b- L'activité sexuelle précoce :

L'âge du premier rapport est un facteur important dans la survenue des lésions précancéreuses du col, les femmes ayant eu leur premier rapport avant l'âge de 16ans ont un risque deux fois plus élevé que dont le premier rapport a eu lieu après l'âge de 20 ans.[18]

Selon l'étude de B. Nkegoum 30 % des lésions précancéreuses dans cette série ont été notées chez des femmes ayant eu leurs premiers rapports entre dix et 15 ans. [18]

Dans notre contexte marocain, le début d'activité sexuelle est déterminé par l'âge du mariage. Dans l'étude d'Acharki [19]80% des patientes ont eu un rapport sexuel avant l'âge de 18 ans, dont 45 % d' entre elles avant la puberté.

Dans notre série, 9,75% des patientes ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 15 ans et 19,51% avant l'âge de 20 ans.

c- Le nombre de partenaires sexuels masculins :

Le risque de développer un cancer du col est environ trois fois supérieur chez les femmes ayant dix partenaires différents, comparativement à celles ayant un seul partenaire. Le cancer du col utérin est exceptionnel chez les femmes vierges. [20]

Les études de Sellors et Fairley, concluent à un risque augmenté de positivité HPV oncogènes au-delà d'un certain nombre de partenaires sexuels qu'ils fixent dans leur étude à 3 par an, de même pour Shin qui lui considère un nombre inférieur ou égal à 4. [21]

Cependant, des rapports sexuels avec un seul partenaire sont également associés à un risque accru d'infection à HPV comme l'a montré une étude anglaise sur des étudiants.[22]

Dans notre série la multiplicité de partenaires n'a été retrouvée que dans 3 observations.

d- Les infections génitales à répétition :

Les femmes présentant des infections génitales à répétition, courent un plus grand risque de développer le cancer du col de l'utérus que celles qui ne le sont pas [23].

Le rôle du Chlamydia Trachomatis a été fortement évoqué mais des études sur biopsie n'ont pas démontré son rôle direct. Il est possible que la cervicite due au Chlamydia Trachomatis entraîne une métaplasie qui facilite l'infection par l'HPV.

Dans l'étude cas-témoins réalisée par El Gnaoui [24], les anticorps anti Chlamydia Trachomatis ont été retrouvés dans 31% des cas de cancer du col utérin comparé à 11% chez les témoins.

Dans notre série, nous avons noté des antécédents d'infection génitale à répétition chez 14,64 % des patientes.

Elle rejoint celle de Khadiri[10] où l'infection génitale était présente dans 20% des cas.

Ces résultats ne rejoignent pas celle de la littérature internationale où l'infection génitale et notamment à HPV est retrouvée dans 90% des cancers du col, et ce grâce au dépistage systématique et le typage l'HPV.

3-2 Autres facteurs ou cofacteurs :

La grande majorité des femmes infectées par un type de HVP oncogène ne développent pas de cancer du col, ce qui laisse à penser que d'autres facteurs, agissant en même temps que le HVP, augmentent le risque de provoquer la maladie.

a- La parité :

Les femmes ayant accouché d'un grand nombre d'enfants ont un risque plus élevé de développer un cancer du col utérin.

L'association des facteurs liés à la parité a été évaluée dans une méta-analyse colombienne, incluant plus de 16000 femmes atteintes du cancer du col utérin, et 33000 n'ayant

pas le cancer du col de l'utérus. Le risque relatif chez les femmes ayant mené 7 grossesses ou plus à terme était de 2,4 pour le cancer cervical invasif, et de 1,7 pour les carcinomes in situ, en comparaison avec les femmes nullipares. [22]

Selon la série de B.R SOUDRE [25] réalisée au Burkina-Faso la parité était de 3,49. 75,21% des femmes sont des multipares.

Selon la série camerounaise, la plupart des lésions précancéreuses soit 92% sont observées chez des femmes ayant eu 5 grossesses ou plus, 5 parites ou plus. [14]

Dans la série de S. Sahraoui [26] réalisée au centre d'oncologie Ibn Rochd de Casablanca la nulliparité a été retrouvée dans 14 cas soit 16.86% et 27 malades avaient moins de quatre enfants (soit 32.53%).

Dans notre série 85,37% des patientes étaient multipares.

b- Le statut hormonal :

– La contraception hormonale :

Elle est aussi considérée comme un facteur potentiel du développement du cancer du col utérin.

Une synthèse de 28 études réunissant un totale de plus de 12500 femmes atteintes de cancer du col utérin montre une augmentation du risque de cancer invasif chez les femmes prenant ou ayant pris des contraceptifs oraux ce risque augmente avec la durée d'utilisation : l'augmentation est de 10% pour une utilisation de moins de 5 ans, de 60% pour une utilisation de 5 à 9 ans, et de 100% pour une utilisation de 10 ans ou plus. [27]

Ces résultats concordent avec ceux d'une étude réalisée par l'INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC) et reposant sur le suivi de près de 1900 femmes en Thaïlande, Philippines, Maroc, Brésil, Pérou, Paraguay, Columbia et en Espagne : les femmes HPV positives pourraient avoir un risque 3 fois plus élevé de développer le cancer si elles ont utilisé la pilule pendant 5 ans ou plus et 4 fois plus après 10 ans d'utilisation. [28-29]

J.-C. Boulanger et al. [21] ne retrouvent pas de différence significative entre les patientes sans contraception et celles sous contraception vis-à-vis du portage HPV.

Dans notre série 45,12% ont été sous contraception hormonale orale.

- La ménopause

Si la dysplasie survient chez la femme jeune, 10 à 17% des cas s'observent après l'âge de 50 ans.

La fréquence élevée des cancers micro-invasives et des invasions occultes chez la femme ménopausée impose le recours aux méthodes d'exérèse permettant un contrôle anatomo-pathologique de la lésion.[28]

Dans notre étude 45% sont des femmes ménopausées.

c- Le tabagisme :

Le tabagisme semble être fortement associé au développement des lésions cervicales précancéreuses et du cancer. Fumer fait partie des cofacteurs environnementaux les plus régulièrement identifiés comme pouvant affecter le risque de cancer du col de l'utérus. Depuis 1977, la cigarette a été incriminée par Wenkelstein [30] comme facteur de risque causal dans le développement du cancer du col utérin

L.A Briton [31] a mis en évidence dans son étude une corrélation étroite entre le nombre de cigarettes, la durée du tabagisme et le risque de cancer du col utérin.

Dans notre contexte socioculturel, le tabagisme reste encore très peu fréquent chez les femmes. Ainsi, dans notre étude, cette notion n'a pas été retrouvée.

d- Le niveau socioéconomique :

Un niveau socioéconomique faible est considéré comme un facteur de risque pour beaucoup de problèmes de santé y compris le cancer du col utérin, plus particulièrement dans les régions à faibles ressources. Les femmes issues d'un niveau socioéconomique faible ont souvent des revenus limités, une mauvaise alimentation, une hygiène défectueuse et une connaissance presque nulle des problèmes de santé et des comportements préventifs [28,32, 33].

Une méta-analyse américaine faite à Los Angeles et en Californie en 2008 a propos de 25000 américaines ; montrant que les femmes d'origine latino-américaine, africaine et asiatique

ayant un bas niveau d'éducation (non maîtrise de la langue anglaise) un faible revenu de ménage, la hausse des frais de l'accès et du recours aux soins de santé, certaines croyances personnelles (avoir du cancer ce n'est qu'une malchance) ont un risque supérieur par rapport à une autre population d'américaines d'une classe instruite et aisée. [34]

Dans notre série toutes les malades sont issues d'un niveau socio-économique bas.

e- Absence de dépistage :

Le risque de cancer cervical le plus élevé est observé chez les femmes qui n'ont jamais eu de test de dépistage et chez celles qui n'ont eu qu'un seul examen de dépistage datant de plus de cinq ans. L'absence de surveillance joue donc un rôle prépondérant dans la survenue d'un cancer du col de l'utérus.

Selon l'enquête de la Société française de colposcopie et de pathologie cervico-vaginale (SFCPCV) révèle que près de 70 % des 524 femmes analysées qui ont présenté un cancer invasif du col en France en 2006 n'avaient pas eu de dépistage cytologique. [35]

La plupart des études montrent qu'un système de dépistage organisé permet d'obtenir un taux de couverture toujours supérieur à 80 %. [36]

En Finlande [37], le dépistage est organisé couvrant 100% de la population cible par frottis conventionnel tous les trois à cinq ans. C'est le pays où l'incidence est la plus basse dans le monde. Elle varie de 1,2 à 1,3 pour 100.000 par an.

En Grande Bretagne [38], le dépistage est organisé tous les trois ans ou cinq ans, la couverture est d'environ 80% et même au-delà après l'âge de 30 ans jusqu'à l'âge de 60 ans. [39]

Dans notre série Seulement 4patientes qui ont bénéficié d'un frottis cervico vaginal de dépistage, ce qui peut expliquer le taux des stades avancés.

II. PROFIL CLINIQUE :

1. Délai à la consultation :

Nos malades ont consulté tardivement, après un délai moyen de 8 mois. Dans la littérature ce délai est de l'ordre de 4 mois, en raison d'un suivi gynécologique plus rigoureux comportant la pratique régulière d'un FCV. [19]

En Algérie le délai diagnostique maximale du cancer du col de l'utérus après le premier symptôme était de 4mois[9]

Dans notre contexte, il existe des considérations sociales (pudeur...) qui empêchent les femmes de consulter pour des signes gynécologiques mais également la difficulté d'accès aux soins. Ces contraintes pourraient expliquer le long délai à la consultation et donc le diagnostic à des stades avancés.

2. Signes fonctionnels :

Le cancer du col peut être latent de découverte fortuite, c'est le cas des formes infra cliniques. Dans les stades avancés, les signes cliniques vont apparaître. Ce sont : les métrorragies, les leucorrhées ou des signes de retentissement ou d'extension.

2-1 Métrorragies :

C'est le maître symptôme du cancer du col utérin. Typiquement c'est une perte de sang rouge vif, indolore, en dehors des règles, pas très abondante et dont le caractère pathognomonique, est d'être provoqué. Les métrorragies surviennent en général après les rapports sexuels ou la toilette intime[40].

FRITIH [9] rapporte des métrorragies comme signe révélateur dans 54% des cas et D. MUTEGANYA [41] les trouve dans 91,42 % des cas.

Dans la série de S. Sahraoui [26] la majorité des patientes ont présenté des métrorragies lors du diagnostic (92,2%). Selon l'étude de D. Nguyen [42] le maître symptôme révélant le cancer du col utérin était les métrorragies, présentes dans 88,7 % des cas.

Dans notre série les métrorragies étaient rapportées chez la quasi-totalité des patientes (soit 96,33%) avec un caractère provoqué (par des rapports sexuels et ou par des toilettes intimes) chez 37,80% des cas.

2-2 Leucorrhées :

Peuvent être le signe révélateur, ces leucorrhées traduisent l'inflammation propre du cancer entraînant des pertes troubles plus ou moins infectées. Parfois striées de sang, elles sont caractérisées par le fait d'être persistantes.

Selon la littérature : ZAMIATI et coll. [43] les leucorrhées sont présentes dans 11.7%. S. Sahraoui [26] les retrouve dans 15% des cas.

Dans la série de KAJAM [13] 44% des patientes ont présenté des leucorrhées comme signe d'appel.

Dans notre série les leucorrhées ont été rapportées chez 35,36% des cas.

2-3 Douleurs pelviennes :

Les douleurs pelviennes ou hypogastriques, traduisent en général l'existence d'une forme étendue. Ce sont soit des douleurs pelviennes sourdes, lancinantes, en rapport avec la nécrose tumorale et le syndrome inflammatoire, soit plutôt des douleurs par compression.

Selon A.DEM[44] les douleurs pelviennes sont présentées dans 19,5% des cas. Abdellaoui[12] rapporte des douleurs pelviennes chez 34,64% des cas.

Dans notre série les douleurs pelviennes ont été révélatrices de cancer du col utérin dans 29,27% des cas.

Le tableau ci-dessous rassemble les différentes séries et la symptomatologie révélatrice dans chacune.

Tableau XXXVII : symptomatologie révélatrice du cancer du col utérin selon les différentes séries.

Auteur	Pays	Année	Nombre	Metro	Leuco	Douleur Pelvienne
A. Dem (44)	Dakar	2008	616	79.50%	12.80%	19.50%
Errhaimini(11)	Marrakech	2009	246	91.80%	65.00%	58.40%
Abdellaoui (12)	Fès	2010	49	93.77%	32.64%	34.64%
Kajam (13)	Marrakech	2012	91	90.10%	44.00%	29.70%
Notre série	Marrakech	2013	82	96.33%	35.36%	29.27%

2-4 Les signes urinaires :

A type de dysurie, pollakiurie, brulures mictionnelles, hématurie, incontinence urinaire, oligurie voire même une rétention aigue d'urine par étranglement bilatéral des uretères.

Dans la série de Kajam [13] 14,2% des patientes ont présente des signes urinaires.

Dans notre série 4 patientes ont rapporté des brulures mictionnelles soit 4,89% des cas.

2-5 Autres signes :

- Signes rectaux : à type de rectorragie, syndrome rectal et faux besoins.
- Hydrorrhée peut être provoquée par le cancer de l'endocol.
- Dyspareunie.

3. Examen clinique :

3-1 L'état général :

Le cancer du col n'altère l'état général que très tardivement et cela étant donné qu'il reste méconnu très longtemps(les stades pre invasifs peuvent durer jusqu'à 13ans) .selon Handassi, 78,6% des malades conservent leur état général et ce dernier ne s'altère que chez 10%, les principales causes semblent être l'anémie liée a la métrorragie et les métastases extra pelviennes notamment pulmonaires et cérébrales.[45]

Ces résultats concordent avec les résultats dans notre série ou l'état général n'est altéré que chez 30% des patientes.

Nous pensons que le fait que l'état général est le plus souvent conservé justifie en partie les consultations tardives. En revanche, il y a aussi l'ignorance des malades qui minimisent les petites métrorragies de contact. Le rôle des guérisseurs traditionnels n'est pas à exclure dans ce drame.

3-2 Examen au spéculum :

Il permet de visualiser le col et son aspect macroscopique ainsi que les caractéristiques de la lésion (siège, aspect, taille...)

Selon l'étude de Abdellaoui [12] l'aspect bourgeonnant a été dominant retrouvé dans 49% des cas. Dans notre série le col était le siège de tumeur bourgeonnante dans 48,78%.

3-3 Touchers pelviens :

Dans la série de KAJAM [13] l'envahissement des culs de sac vaginaux a été noté chez 66% des cas. 45.1% des patientes avaient des atteintes paramétriales.

Dans notre série : l'atteinte des culs de sac vaginaux était présente dans 23,17% des cas, avec un envahissement paramétrial chez 16%.

III. MOYENS DIAGNOSTIQUES :

La méthode diagnostique standard des lésions précancéreuses et du cancer invasif infra-clinique du col consiste à réaliser une biopsie dirigée sous contrôle colposcopie.

1. Frottis cervico - vaginal :

L'examen cytologique du col ne peut à lui seul établir le diagnostic ; il constitue simplement une technique de dépistage des lésions pré-invasives du col. Il peut suggérer un processus invasif si des cellules hautement atypiques sont présentes sur le frottis, associées à des débris tumoraux. Les chances de diagnostic d'un cancer invasif chez une femme asymptomatique présentant une cytologie cervicale anormale dépendent du degré d'anomalie cytologique. [46]

Le frottis est recommandé par l'ANAES, pour les femmes de 25 ans à 65 ans à la fréquence d'un frottis tous les 3 ans, après 2 frottis normaux réalisés à 1 an d'intervalle. [6]

2. Colposcopie :

La colposcopie a été inventée par l'Allemand Hinselmann en 1927. Il s'agit de l'examen du col à l'aide d'une loupe binoculaire couplée à un éclairage coaxial permettant un grossissement de 5 à 15 fois.

Aux Etats unis, la colposcopie est réservée aux cas où la cytologie révèle une lésion de haut grade. Pour les lésions de bas grade, on préconise la répétition des frottis. [47]

La colposcopie est très utilisée pour le diagnostic des lésions du col utérin, en particulier à la suite d'un frottis anormal, la colposcopie a été aussi proposée comme outil systématique de dépistage, ce qui paraît un peu abusif en raison du nombre limité de praticiens aptes à l'utiliser et de ses limites dans la détection des lésions intra épithéliales du col : sa sensibilité en effet estimée à 90% mais sa spécificité inférieure à 60%. [48]

La place de la colposcopie est indiscutable, en revanche, avec une bonne spécificité, dans l'évaluation des lésions de haut grade dépistées par frottis et elle permet de diriger les biopsies en cas de suspicion de micro-invasion ou de cancer invasif. Son utilité semble plus limitée dans l'évaluation des lésions de bas grade, avec un taux de faux positif élevé risquant d'entraîner des biopsies inutiles (30%).

Une revue de la littérature faite par Ritter en 1995 trouve une meilleure concordance du trépied cytologie-colposcopie-histologie dans les lésions de haut grade que dans les lésions de bas grade.

Le premier but du colposcopiste est donc de décider, à partir des images qu'il perçoit par les trois temps de l'examen, si la zone de transformation est normale ou atypique, et dans ce dernier cas de la délimiter, afin de pouvoir en assurer ultérieurement la destruction si la biopsie confirme l'existence d'une anomalie. Il est recommandé de faire une colposcopie après une cytologie anormale. Si la colposcopie est considérée comme normale avec jonction pavimento-cylindrique parfaitement vue, on propose un nouveau frottis après un intervalle de 3 à 6 mois. Au cours de cette surveillance, une nouvelle positivité de la cytologie évoquant une lésion de haut grade impose une conisation même si la colposcopie est normale. [49-47]

Si la jonction pavimento-cylindrique n'est pas vue ou mal vue, la colposcopie doit être considérée comme non satisfaisante. Elle impose dans ce cas une nouvelle cytologie et une éventuelle conisation. [28]

3. Biopsie :

C'est le seul examen qui confirme le diagnostic. Elle peut être réalisée directement si la lésion est visible ou être dirigée sous colposcopie. [28] Elle est faite le plus souvent sous contrôle colposcopique et après un frottis anormal.

La biopsie doit intéresser la ligne de transformation ou débute la majorité des lésions précancéreuses du col. Elle doit ramener à la fois un épithélium de surface et un stroma sous-jacent pour permettre de porter le diagnostic d'une lésion purement intra épithéliale ou d'une lésion envahissant le stroma.

A l'aide d'une pince à biopsie, le chirurgien excise un ou plusieurs petits fragments de tissus (1 à 3 mm de large) à partir des régions anormales du col. Les régions excisées saignent généralement très peu. Les échantillons tissulaires sont ensuite placés dans un récipient contenant du liquide fixateur (formol). Ce récipient est étiqueté et envoyé au laboratoire pour un diagnostic histopathologique précis de façon à adapter le traitement à chaque cas. [50-51]

Dans notre série, la biopsie faite a permis de confirmer le diagnostic dans tous les cas.

IV. ANATOMIE PATHOLOGIE :

1. Macroscopie :

L'aspect bourgeonnant est le prédominant dans notre étude avec 48.78% des cas ce qui est similaire aux résultats de la littérature. [26]

Le tableau ci-dessus illustre la taille tumorale moyenne retrouvée ainsi que les extrêmes de taille tumorale dans les séries.

Tableau XXXVIII : taille tumorale moyenne selon les séries.

Auteur	Pays	Année	Taille Moyenne	Les extrêmes
Kirova (52)	France	2009	5 cm	2.9 - 10 cm
V. Lavoué (53)	France	2010	4.7 cm	3 - 6 cm
Kajam (13)	Marrakech	2012	3 cm	1 - 8 cm
Notre série	Marrakech	2013	3.6 cm	2 - 7 cm

Dans notre série, la taille tumorale moyenne est de 3,6cm (avec des extrêmes de 2-7cm) ceci peut être expliqué par l'absence de dépistage et alors le diagnostic a un stade tardif chez nos patientes.

2. Type histologique :

Sur le plan histologique, le carcinome épidermoïde est le plus fréquent des cancers infiltrants du col (75 à 90 % selon les séries) [54]. Sa fréquence tend néanmoins à diminuer du fait du dépistage cytologique systématique.

Une grande disparité persiste cependant entre pays riches et pays pauvres.

Classiquement, cette tumeur est plutôt observée chez les femmes âgées. Actuellement, on observe une augmentation de sa fréquence chez les femmes jeunes. 50% des cas sont observés avant 50 ans, et 25 % avant 35 ans [55].

La fréquence des Adénocarcinomes est en augmentation. Actuellement ce type histologique représente 5 à 25 % des cancers invasifs du col utérin alors qu'il y a une vingtaine d'années, sa fréquence était estimée à 5 % [54].

Cette augmentation concernerait essentiellement les femmes jeunes. Elle s'expliquerait, en partie, par la baisse des carcinomes épidermoïdes dont les lésions précancéreuses sont mieux dépister par le FCV [55-26-56].

Comme illustre dans le tableau ci-dessous le carcinome épidermoïde est le type histologique prépondérant dans les différentes études.

Tableau XXXIX : répartition selon le type histologique

Auteur	Pays	Année	Carcinome épidermoïde	Adénocarcinome
V. Lavoué [53]	France	2010	78.00%	20.00%
R. Fritih et al. [9]	Algérie	2010	92.00%	06.00%
E. Barranger [17]	France	2012	54.60%	45.40%
Kajam [13]	Marrakech	2012	86.80%	13.00%
Notre série	Marrakech	2013	74.00%	07.00%

3. l'envahissement ganglionnaire :

La fréquence de l'atteinte ganglionnaire dépend du stade et de la taille tumorale.

ABDELLAOUI [12] montrait que l'envahissement ganglionnaire est présent dans 10,20% des cas, KAJAM [13] a trouvé 18,7% des cas qui présentaient des envahissements ganglionnaires.

Dans notre série l'étude histologique de la pièce opératoire montre une atteinte ganglionnaire dans 9.76% des cas opérés.

L'envahissement ganglionnaire est considéré comme un facteur de mauvais pronostic.

V. Bilan d'extension :

Il est basé sur un bon examen clinique et les investigations complémentaires justifiées. Il doit être fait de façon multidisciplinaire (incluant au minimum un chirurgien spécialisé et un radiothérapeute) et au mieux sous anesthésie générale avec vessie et rectum vides afin de dresser une cartographie locale, locorégionale et générale de chaque cancer du col utérin.

1. Echographie pelvienne :

Reste l'examen le plus disponible, mais sa place reste limitée car il est opérateur dépendant.

L'échographie pelvienne donne des renseignements sur le volume tumoral cervical et sur une éventuelle extension aux paramètres. Elle recherche également une pathologie utérine ou annexielle [57-58].

En explorant le pelvis, elle permet de préciser les mensurations du volume tumoral lorsqu'il est important. L'utilisation de sondes endovaginales ou endorectales permet de visualiser les atteintes vaginales, paramétriales, les envahissements vésicaux et rectaux ainsi que les envahissements des cloisons recto-vaginale et vésico-vaginale.

Au niveau de l'arbre urinaire, l'échographie permet de montrer une distension des cavités pyélocalicielles [59].

Au niveau de la cavité abdominale, l'échographie peut être utile dans le bilan d'extension à distance. Elle permet de rechercher des métastases hépatiques et une éventuelle ascite. Elle est également utilisée pour la recherche d'adénopathies profondes mais reste moins sensible que la tomодensitométrie abdomino-pelvienne [57-60].

L'échographie permet également d'apprécier l'évolution de la tumeur pendant le traitement.

Dans notre série une échographie pelvienne était réalisée chez 23 malades soit 28,05%. Elle était normale dans 17 cas.

Elle a objectivé un retentissement sur l'appareil urinaire dans 4cas, un adenomyome dans un cas et une lésion du foie dans un seul cas.

2. Scanner abdomino-pelvien

L'introduction de la TEP-TDM représente une véritable avancée dans la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus. Elle réalise un meilleur bilan de l'extension régionale. En raison de ses performances supérieures à la tomодensitométrie seule (TDM) et de son impact majeur sur la prise en charge thérapeutique en carcinologie gynécologique. [61]

V .Lavoué et al. [53] a réalisé une étude rétrospective portant sur 102 patientes ayant bénéficié d'une TEP-TDM au stade pretherapeutique pour une tumeur du col utérin de stade supérieur ou égal a IB selon FIGO. La sensibilité et la spécificité de la TEP-TDM pour la détermination du statut ganglionnaire ont été évaluées respectivement à 63 et 69%.

La TDM a une sensibilité de 70% pour détecter une infiltration parametriale. Pour l'extension à la paroi vésicale postérieure ou à la paroi rectale antérieure, elle est peu sensible et

des faux positifs sont possibles. La fiabilité de la TDM concernant l'extension ganglionnaire varie entre 74 et 95%. On considère que tout ganglion de plus d'un centimètre dans son petit axe est suspect. [60]

Dans notre série 70,73% des malades ont bénéficié d'une TDM abdominopelvienne.

3. Imagerie par Résonance Magnétique :

Avec l'apparition de l'imagerie par résonance magnétique. La stratégie des explorations d'imagerie a évolué. En quelques années, L'IRM s'est imposée comme l'examen de référence dans le bilan initial et la surveillance après traitement du cancer du col de l'utérus. [62]

L'IRM a montré sa supériorité par rapport à la TDM pour évaluer le volume tumoral et ses extensions (paramètres, endocol, isthme, utérus) dans de nombreuses études [63].

La précision diagnostique de l'IRM pour la détermination du volume tumoral est de 85 à 95 % contre 65 % pour l'examen clinique. [64]

Dans la série DE V. Lavoué et al. [53] portant sur 102 patientes dont 48 ayant bénéficié d'une IRM pour déterminer le statut ganglionnaire. La sensibilité et la spécificité de l'IRM était de 35% et 61%.

Malgré la limite de l'IRM à détecter les ganglions de très petite taille, elle reste l'examen fondamental du bilan d'extension. Son taux de fiabilité dans l'appréciation du stade est entre 80 et 90 %. [65]

Dans notre série sauf 5 malades soit 6,10% ont bénéficié d'une IRM abdominopelvienne.

4. Endoscopie : [66]

4-1 Cystoscopie :

Utilisée si invasion vésicale suspecte, elle permet de :

- Vérifier l'absence d'envahissement vésical au niveau de la muqueuse ou de la paroi avec réalisation de biopsie des lésions suspectes.
- Vérifier l'état du trigone en cherchant l'existence d'un envahissement direct ou d'un soulèvement.

**Le traitement Chirurgical du cancer du col utérin : Expérience du service de gynécologie « A »
À propos de « 82 cas »**

- Vérifier l'état des orifices urétéraux en cherchant une éventuelle bécance ou un œdème.

Les biopsies de ces zones suspectes sont nécessaires pour confirmer le diagnostic. Il est toute fois important de rappeler qu'un envahissement sous-muqueux de la vessie n'est pas toujours visible à la cystoscopie.

4-2 Rectosigmoidoscopie :

Ce type d'examen n'est utile qu'en cas d'invasion tumorale postérieure et d'infiltration de l'espace rectovaginal. Il permet d'observer la muqueuse du rectum et du colon inférieur, qui peut être normale ou congestive, fixe, présenter des végétations friables et sanguinolentes. La lumière peut également être sténosée par une extension de la tumeur cervicale jusqu'à la couche musculaire. Des biopsies doivent être pratiquées.

Tableau XXXX : répartition des patientes selon les examens complémentaires

Examens complémentaires	N.guessan [67] (Mali 2009)	Abdellaoui [12] (Fès 2010)	Kajam [13] (Marrakech 2012)	Notre série (Marrakech 2013)
Echographie ABP	26.30%	36.73%	-	28.05%
TDM ABP	0%	02%	42.80%	70.73%
IRM ABP	0%	0%	0%	06.10%
UIV	12.30%	100%	0%	0%
Cystoscopie	22.80%	0%	02.10%	01.22%
Rectoscopie	22.80%	0%	02.10%	0%
Rx Thoracique	0%	100%	100%	100%

Malgré que l'IRM soit un examen de référence du bilan d'extension, son taux de réalisation reste encore médiocre en raison de son cout élevé dans notre contexte.

5. La radiographie thoracique de face et de profil :

Bien que les métastases pulmonaires soient rares, leur présence éventuelle doit être écartée.

VI. STADIFICATION :

Une fois le diagnostic du cancer du col utérin posé et le bilan d'extension réalisé, l'étape importante qui suit est celle de sa classification. Cette dernière va permettre de poser au mieux les indications thérapeutiques, de comparer les résultats des différentes thérapeutiques et enfin d'évaluer le pronostic.

Pour classer le cancer du col utérin, il est recommandé d'utiliser la classification de la Fédération internationale des gynécologues et obstétriciens (FIGO), qui détermine le stade du cancer d'après la taille de la tumeur et son extension au pelvis et aux organes distants. [62]

En revanche, cette classification ne prend pas en considération l'atteinte ganglionnaire qui est un facteur pronostic important [50].

Dans notre série, la classification adoptée est celle de la FIGO.

Le tableau ci-dessous résume l'ensemble des stades de FIGO dans les séries.

Tableau XXXI : les stades de FIGO dans différentes séries.

	CIS	IA	IB(1+2)	IIA	IIB	III	IV
A. Dem [44] (Dakar 2008)	-	19.3%			33.30%	22.80%	24.60%
N. Guessan [67] (Mali 2009)	02%	05%	07%	14%	32%	25%	15%
V. Lavoué et al [53] (France 2010)	-	08%	34%	07%	40%	09%	02%
E. Barranger [17] (France 2012)	-	-	59%	27%	13.63%	-	-
Kajam [13] (Marrakech 2012)	-	10.90%	29.60%	13.10%	41.10%	03.20%	01.10%
Notre série	06.10%	-	37.81%	02.44%	23.16%	01.22%	01.22%

Aux pays industrialisés où existe une politique de dépistage, la fréquence des stades avancés est faible par rapport à celle des lésions précancéreuses et des formes localisées.

Alors que dans les pays en voie de développement, l'absence du dépistage fait que le cancer est souvent découvert à un stade avancé.

Dans notre étude, les femmes dont le cancer est limité au col représentent la majorité, leur pourcentage est de 37.81%, mais, 23.16% sont au stade IB et 2.44% au stade IA. Le fait que le stade précoce est dominant n'est surprenant vu que notre étude se limite aux femmes dont l'indication chirurgicale est posée, les stades avancés relèvent souvent d'une radiothérapie exclusive et sont par conséquent non recensés dans cette étude.

Or, malheureusement, l'exploration chirurgicale a montré chez plusieurs patientes un envahissement des paramètres parfois même du pelvis, du rectum et/ou des ganglions. De même, l'analyse de la pièce opératoire des malades en fonction du stade a montré des métastases ganglionnaires ainsi qu'un envahissement des paramètres et cela bel et bien chez les patientes classées initialement au stade IB, IIA, IIB. Ces résultats, affirment que la classification de la FIGO est une classification défailante car elle ne précise ni l'envahissement ganglionnaire ni le volume tumoral, qui sont des éléments pronostiques majeurs dans la décision thérapeutique.

VII. TRAITEMENT :

Les thérapeutiques ont pour but d'enlever la tumeur et éradiquer ses éventuelles extensions locorégionales (dôme vaginal, paramètres, ganglions pelviens).

Le traitement du cancer du col utérin dépend du stade de la maladie, du terrain, de l'âge, des conditions anatomo-cliniques mais aussi du désir de conserver la fertilité.

1. Stratégies thérapeutiques :

1-1 Cancer in situ [17-57] :

Le traitement des cancers in situ doit rester d'une part le plus conservateur possible afin de préserver l'intégrité de la fonction cervicale, mais d'autre part il doit faire disparaître la totalité de la lésion cervicale notamment au niveau des glandes endocervicales qui peuvent être comblées par le processus atypique.

Le choix de la méthode thérapeutique doit prendre en compte le désir de grossesse de la patiente et sa compliance pour la surveillance post thérapeutique.

Les méthodes de résection sont habituellement indiquées. La hauteur de la conisation sera guidée par l'examen colposcopique. Chez la jeune femme nullipare, la hauteur de la résection cervicale doit être la plus réduite possible mais avec des limites saines.

Les méthodes destructives (vaporisation laser ou cryothérapie) ont comme principal inconvénient, l'absence de pièce opératoire permettant l'étude anatomopathologique de la lésion.

La tendance la plus exprimée dans la littérature est la conisation avec des coupes sériées du cone. si les recoups sont positives, on complète le traitement en fonction du stade. [45]

Dans notre série, les 4 cas retrouvés à ce stade : 3 cas sont traités par conisation et un cas par hystérectomie par VB chez une patiente âgée de 51 ans sans ATCD pathologique particulier 6 gestes et 5 pères.

1-2 Les stades IA1-IA2-IB :

Une étude rétrospective a été réalisée par Querleu et al. à IGCS en 2006 rapporte l'expérience internationale de l'opération de Dargent, portant sur 532 femmes dont le stade FIGO des lésions était IA chez 165 Patientes et 341 étaient de stade IB. [68]

Ces patientes ont bénéficié d'une trachelectomie élargie avec lymphadenectomie.

Les récurrences ont été observées chez 18 patientes soit 3,6%, toutes pour des tumeurs de plus de 2 cm, et présence d'embolies vasculaires.

Parmi les 248 opérées désirant et pouvant être enceintes, 128, y sont parvenues dont 84 ont abouti à un enfant vivant.[68]

Donc l'intérêt de cette intervention réside dans la possibilité de la grossesse mais pour des tumeurs de moins de 2cm sans embolies vasculaires.

Selon Mathevet [69] la trachelectomie élargie est une intervention efficace et non dangereuse qui permet de préserver la fertilité chez des femmes jeunes présentant un cancer du col utérin débutant et souhaitant des enfants. Après réalisation de cette intervention, le risque de rechute est de moins de 5% et les chances d'avoir un enfant vivant en bonne santé sont de l'ordre de 65%.

Les indications actuelles de l'intervention de Dargent sont bien définies : cancer du col utérin infiltrant de forme histologique habituelle faisant moins de 2 cm de plus grand axe et sans extension endocervicale importante chez une femme jeune souhaitant préserver sa fertilité.[70]

Le tableau ci-dessous compare la survie, le taux de récurrence et de décès dans différentes séries.

Tableau XXXXII : résultats oncologiques après trachelectomie vaginale élargie pour le cancer du col des stades IA-IB1 [71]

Auteur	N=	Survie en mois	Récidives%	Décès%
Dargent	95	76	4.2	3.1
Covens	93	30	7.3	4.2
Plante	72	60	2.8	1.4
Shepherd	30	23	0	0
Burnet	19	31	0	0

Nous souhaitons que le dépistage par FCV permettra au Maroc de diagnostiquer les stades précoces pouvant répondre à ce traitement.

Pomel en 2003[72] a traité 50 cas de cancer du col utérin stade IA2 et IB1 par une hystérectomie radicale laparoscopique, avec curage ganglionnaire iliaque externe.

Deux patientes ont présenté une complication majeure type fistule vésicale et sténose urétérale (soit 4%), la survie à 5 ans a été de 96%. L'étude a démontré la faisabilité de la chirurgie laparoscopique dans le cancer du col de stade IB1 ou moins avec un examen extemporané négatif des ganglions iliaques externes.

Resbeut en 1998 [73] a traité 22 patientes atteintes d'une tumeur cervicale inférieure à 1.5cm (stade Ia2 et Ib1) sans récurrence déplorables : après confirmation de l'absence d'envahissement ganglionnaire lors d'une lymphadenectomie per-coelioscopique, les patientes ont bénéficié d'une curiethérapie uterovaginale suivie d'une hystérectomie non élargie par voie vaginale. Avec un suivi médian de 29 mois.

Il semble qu'une hystérectomie vaginale non élargie après curiethérapie uterovaginale soit suffisante pour traiter les formes les plus favorables du cancer du col utérin.

Quant à la transposition ovarienne Le Bouedec en 2000 [74] a évalué dans une série de 20 patientes l'intérêt de la coelio-transposition ovarienne avant curiethérapie dans les cancers du col utérin chez la femme jeune stades de FIGO IA et IB.

Cette étude a montré que le taux de préservation fonctionnelle des ovaires a été de 58%.

Les chances de réussite dépendaient du procédé chirurgical : 50% dans le groupe des pexes et 68 % dans le groupe des transpositions. La dose reçue par l'ovaire était en moyenne 2.6 Gray.

- Selon le Consensus Gynéco Mammaire du CHU de Casablanca 2001 [75].
 - Pour le stade IA1 : le traitement est chirurgical :
 - Conisation
 - Ou
 - Hystérectomie simple en fonction de l'âge et du désir de grossesse de la patiente.
 - Pour les stades IA2 : le traitement est chirurgical :
 - Adéno-colpohystérectomie élargie (ACHE) si l'âge de la patiente > 45 ans.
 - ACHE avec transposition ovarienne si l'âge de la patiente < 45 ans.

- Pour les stades IB1 : le traitement en est fonction de l'âge :
 - Age < 45 ans : ACHE avec transposition ovarienne + radiothérapie en fonction des résultats.
 - Age > 45 ans : une curiethérapie première (60 Gy) + radiothérapie externe en fonction des résultats anatomopathologiques.

Dans notre serie 26 patientes ont été classées au stade IB1 dont 25 ont été traitées par ACHE et une patiente par hystérectomie totale.

1-3 Les stades IB2 de gros volume supérieur à 4cm, IIa, IIb proximal :

Kirova [52] a évalué rétrospectivement les résultats thérapeutiques obtenus chez des patientes atteintes d'un carcinome du col utérin classe selon FIGO : IB2, IIA ou IIB après chimioradiothérapie avec du cisplatine puis une curiethérapie et enfin une hystérectomie radicale élargie avec lymphadenectomie iliaque externe bilatérale.

Les résultats obtenus sont: la réponse locorégionale était complète dans 56% des cas.

Une tumeur résiduelle microscopique centro-pelvienne a été retrouvée chez 40% des patientes sous la forme d'un carcinome in situ. Chez 12.85% des patientes, il y avait aussi un résidu parametrial. Le curage ganglionnaire a montré que les ganglions étaient atteints dans 20% des cas. Le suivi médian était de 40 mois [76-77]. La probabilité de survie était a trois ans est de 77%, celles d'échec locorégional et de dissémination métastatique sont respectivement de : 9,5% et 24%.

Une étude rétrospective a été réalisée par Kochbati [78], portant sur 45malades atteintes de cancer du col utérin de stade IB, IIA et IIB de gros volume supérieur ou égale 4cm. Le protocole de traitement comporte une association concomitante de radiothérapie et de chimiothérapie suivie d'une curiethérapie utero-vaginale puis une chirurgie type colpohystérectomie avec lymphadenectomie.

Cette étude a montré que la radio-chimiothérapie concomitante préopératoire dans les stades précoces des cancers du col utérin (stade IB) de gros volume est efficace et bien tolérée

malgré une toxicité digestive et hématologique. Elle n'augmente pas les risques opératoires et permet un taux élevé de stérilisation des pièces opératoires.

Dargent [79] a rapporté 51 cas de cancers du col traités par lymphadenectomie retroperitoneale coelioscopique et hystérectomie vaginale élargie dans les cas sans atteinte ganglionnaire. La survie à 3 ans était de 95,5% dans les stades IB et IIA, et 80% dans les stades IIB.

Dans le rapport annuel de la FIGO, 1998, chez les patientes traitées entre 1990 et 1992 par radiothérapie préopératoire externe et/ou curiethérapie intra-cavitaire, la survie à 5 ans pour le stade IB était de 84 %, pour le stade IIA de 80 %, et pour le stade IIB de 58 %. [80]

- Selon le Consensus Gynéco Mammaire du CHU de Casablanca 2001 [75].
 - Pour les stades IB2, IIA, et IIB proximal : on propose deux protocoles thérapeutiques :
 - Traitement adjuvant : association radiochimiothérapie concomitante : radiothérapie initiale à 20 Gy.
 - . Si bonne réponse : une curiethérapie complémentaire à 40 Gy.
 - . Si réponse négative ou nulle : rajout de 20 Gy en radiothérapie et 20 Gy en curiethérapie.
 - (+)ACHE

1-4 Les stades III et IV :

Laude en 2009 [81] a rapporté les résultats d'une série de 69 patientes atteintes de cancer du col utérin localement évolué (stades IIIA, IIIB, IVA). Les patientes ayant bénéficié d'une radiothérapie externe, d'une chimiothérapie concomitante, d'une curiethérapie suivies d'une colpo-hystérectomie et lymphadenectomie.

Les résultats sont: Un résidu tumoral était retrouvé sur la pièce opératoire dans 49 % des cas, dans 30 % supracentimétrique. Le taux de survie globale à trois ans était de 79 %, celui de survie sans rechute locale de 86 %. Le protocole utilisé permet un excellent contrôle local des cancers du col utérin évolués avec une morbidité acceptable.

Houvenaeghel en 2006 [82] : a utilise chimioradiothérapie concomitante suivie d'une curiethérapie quand elle est techniquement réalisable. Cette attitude thérapeutique a récemment été établie depuis les résultats de plusieurs études randomisées confirmant le bénéfice d'une chimiothérapie incluant du platine, éventuellement associée a du 5fluoro-uracile.

Les résultats observes sont : Un résidu tumoral macroscopique dans 76,5 % des cas lorsqu'une curiethérapie n'a pas pu être réalisée et 39 % des cas lorsqu'elle a pu l'être. Le taux de métastases ganglionnaires pelviennes après chimioradiothérapie était de 15,9 %.

Le taux d'atteinte ganglionnaire pelvienne était de 11,65 % après chirurgie d'exérèse a visée curative et de 60 % lorsque l'exérèse a été considérée comme palliative.

Le taux de contrôle pelvien après chirurgie d'exérèse était de 72,5 % à cinq ans. [82]

Dans une série multicentrique de 175 patientes opérées après chimioradiothérapie [92], les taux de survie a cinq ans étaient respectivement de 88,9 % chez patientes sans résidu tumoral, de 89,7 % chez patientes avec un résidu tumoral microscopique et de 54,7 % chez patientes qui avaient un reliquat tumoral après chimioradiothérapie. Une différence significative de taux de survie globale et sans récurrence, en fonction de la présence d'un reliquat tumoral, a également été rapportée par Mariagrazia. [79]

Dans l'expérience multicentrique rapportée par Classe en 2006 le taux de morbidité globale était de 26,3% des cas. [82]

Uzan en 2006 [83] a évalué la faisabilité et les résultats des exentérations pelviennes par laparoscopie, en cas de cancer du col utérin. Dans une série portant sur cinq cas classes IIIA et IIIB, initialement traites par une association radio chimiothérapie.

L'étude a montré que la chirurgie laparoscopique a des résultats carcinologiques comparables à ceux de la chirurgie conventionnelle. Cette intervention doit être réservée a des patientes soigneusement sélectionnées. Une laparoscopie première exploratrice et une TEP FDG (tomographie par émission de positons au 18-fluorodeoxyglucose) doivent faire partie du bilan préopératoire.

Nguyen [42] rapporte l'expérience portant sur 41 patientes traitées à l'institut Curie pour un cancer du col utérin localement évolué classe IIB distal à IIIB et ont reçu une radiothérapie externe, suivie d'une curiethérapie utéro-vaginale et d'un complément d'irradiation externe dans les paramètres. La chirurgie a été effectuée six semaines après la fin de la curiethérapie.

88% des patientes (36 cas) ont eu une colpohystérectomie élargie avec lymphadénectomie bilatérale et cinq patientes (12 %) une hystérectomie totale.

L'étude a montré une augmentation du taux de contrôle local pour les cancers non opérés. D'autre part, l'amélioration des résultats de la série est étroitement liée à la stérilisation tumorale dont le taux augmente avec la chimioradiothérapie.

Donc ces études montrent la disparité de résultats en fonction des protocoles adoptés : radiothérapie, chimiothérapie, +/- chirurgie.

- Selon le Consensus Gynéco Mammaire du CHU de Casablanca 2001[75].
 - Pour les stades > IIB proximal: On propose soit :
 - Radiothérapie exclusive : dose totale de 70 Gy : 20 Gy par radiothérapie externe et 50 Gy par curiethérapie utéro-vaginale.
 - Ou
 - Association radiochimiothérapie concomitante.

Pour les stades IV :

- Si fistule : pelvectomie (chirurgie palliative) +/- radiochimiothérapie concomitante.
- En l'absence de fistule : Association radiochimiothérapie concomitante.

2. Complications :

Le caractère spécifique des complications après traitement pour un cancer gynécologique a conduit à la réalisation d'un glossaire dit « Franco-Italien » qui permet de comparer les complications entre les différentes méthodes thérapeutiques.

Ces complications sont codées selon ce glossaire en fonction de l'organe lésé, selon un grade de 1 à 4 :

- Grade1 : complications mineurs : préjudice presque négligeable, gêne fonctionnelle discrète.
- Grade2 : complications modérées altérant l'activité normale de façon continue ou passagère.
- Grade3 : complications sévères : altération tissulaire ou organique grave et permanente nécessitant une hospitalisation (transfusion ou chirurgie : fistule, occlusion).
- Grade4 : complications létales.

Il faut souligner que l'amélioration des techniques de traitement, une meilleure connaissance en radiothérapie des doses critiques aux organes sains, l'adaptation des doses de radiothérapie, les associations radio-chirurgicales raisonnables (non maximalistes), ont entraîné une chute significative du taux de complications et de leur gravité .Les taux de complications sévères de Grade 3, qui atteignaient 17% par an jusqu'en 1977, est tombé à 4% en 1988 et à 2% voire moins depuis 1989 [84].

Les principales complications en fonction de la thérapeutique sont :

2-1 Les complications chirurgicales :

Les complications engendrées par la chirurgie varient en fréquence et en gravité en fonction de la voie d'abord, de l'importance de l'élargissement aux tissus péri utérin, et des antécédents d'interventions chirurgicales abdominales et/ou pelviennes.

a- Les complications per opératoires :

Elles sont principalement : hémorragiques nécessitant la transfusion en cas de gravité et ceci dans 5a 8% des cas, des plaies urinaires, digestives (lors de la dissection de volumineuses tumeurs) ou neurologiques (en particulier les lésions du nerf obturateur). [84]

Dans notre série, les complications vasculaires étaient chez11% de nos patientes. Le mécanisme le plus fréquent de l'hémorragie était le décollement vésico-utérin .Il peut être expliqué par le degré de sclérose consécutive à la radiothérapie préopératoire chez la plupart

des malades et également par le délai prolongé entre la radiothérapie et la chirurgie, ce qui favorise la fibrose.

Les complications urinaires per opératoires ont été observé chez 2 malades soit 2,44% .Il s'agit d'un cas de plaie vésicale et une plaie urétérale.

b- Les complications postopératoires :

▪ Les complications urinaires :

Ce sont essentiellement les troubles fonctionnels urinaires à type de dysurie, parfois les sténoses urétérales, les fistules vésicales ou urétérales secondaires. Elles s'observent surtout quand le traitement a été radio-chirurgical. Leur taux diffère selon les études et dépend étroitement de la radicalité de l'acte chirurgical. Selon LEBLANC [85], ces complications se rencontrent dans 15% des exérèses distales et dans moins de 3% pour les formes proximales. Pour CASTAIGNE [86], les complications urinaires représentent 6 à 22% dans les exentérations pelviennes.

- Les fistules urétéro-vaginales :

Elles peuvent être précoces, dues au traumatisme opératoire méconnu, ou le plus souvent tardives, secondaires à une nécrose de la portion juxta-vésicale de l'uretère .Leur fréquence dépend directement de l'étendue de l'exérèse. Elles sont d'autant plus fréquentes que l'on pousse loin l'exérèse des paramètres à la face postérieure de la vessie, et d'autant moins fréquentes si la chirurgie est exclusive. Selon WINTER [87], ces fistules représentent 2% des complications urinaires. Pour GERBAULET[59] elles représentent 1 à 3%.

Dans notre série, aucun cas de fistule urétéro-vaginale n'a été retrouvé.

- Les fistules vésico-vaginales

Elles sont relativement rares. Selon GERBAULET [59], elles représentent 0,5 à 4%, DARGENT [88] donne un taux de 3,2% alors que QUERLEU [89] retrouve 0,8% de fistules urinaires après hystérectomie élargie proximale contre 7,7% après chirurgie élargie distale.

Les facteurs de risque des fistules vésico-vaginales sont les mêmes que pour les fistules urétéro-vaginales : l'étendue de l'exérèse et l'expérience de l'opérateur [88,59, 90].

Dans notre série, on a retrouvé 2 cas de fistules vésico-vaginales ce qui a représenté 4,54% de l'ensemble des complications.

- Les complications fonctionnelles urinaires :

Les troubles de la fonction de la miction sont très divers en nature, fréquence, gravité et évolution.

En phase postopératoire immédiate, une rétention due à un spasme du sphincter strié de l'uretère et à une atonie du détrusor, est fréquente mais rapidement et spontanément résolutive. A long terme un syndrome d'urgence mictionnelle et/ou un syndrome d'incontinence urinaire d'effort peuvent se développer.

La chirurgie radicale peut également entraîner des sténoses urétérales postopératoires et d'autres perturbations fonctionnelles à type d'atonie ou de dilatation. Or, elles sont le plus souvent asymptomatiques et doivent être recherchées systématiquement par l'urographie intraveineuse 3 mois après l'intervention.

Dans notre série aucun cas de troubles fonctionnels urinaires n'a été retrouvé.

- La dyskinésie vésico-urétrales :

Les dysfonctionnements vésicaux sont secondaires à la section des filets nerveux du détrusor. Cette dénervation est souvent associée à l'hypertonie consécutive qui porte à la fois sur le détrusor et sur la musculature lisse de l'urètre. Elles sont fréquentes et d'expressions cliniques multiformes. Elles ont l'avantage d'être dans la plupart des cas spontanément résolutive et le plus souvent un drainage vésical correct permet un retour à la fonction normale.

Dans notre série, aucun cas de dyskinésie vésico-urétrale n'a été retrouvé.

- Les urétérohydronéphroses (UHN) :

Elles sont rares .Elles apparaissent surtout au troisième mois et peuvent être uni ou bilatérales. Il peut s'agir d'une urétérohydronéphrose vraie et réversible sans avoir recours à la chirurgie, comme il peut s'agir d'une urétérohydronéphrose persistante ou s'aggravant à 2 urographies intraveineuses à 3 mois d'intervalle ou plus et rendant dans ce cas la chirurgie

indispensable. BERNARD rapporte 4 cas d'urétérohydronéphrose dont deux ont nécessité une réimplantation urétéro-vésicale [58].

Dans notre série, 4 cas d'urétérohydronéphrose ont été retrouvés.

- Les complications infectieuses :

Elles sont représentées essentiellement par les infections urinaires. Les cystites constituent les principales complications infectieuses et sont pratiquement inévitables lorsqu'une sonde vésicale est installée pendant une durée de plus de 48 heures .PIGNEUX [90] rapporte un taux de cystites plus élevé après une radiothérapie (9% contre 3%), pour WINTER [87] : une infection des voies urinaires survient chez 5 à 10% des patientes après hystérectomie totale.

Dans notre étude, on a retrouvé 10 cas d'infections pariétales ce qui correspond à 23% de l'ensemble des complications chirurgicales et 3 cas d'infection urinaire soit 6,8%.

- Les complications digestives :

Elles sont tardives (sténose, fistule, occlusion).Elles sont généralement rares après un traitement chirurgical, mais elles augmentent si une radiothérapie postopératoire est administrée [59].

Leur fréquence varie selon les publications et selon le type de chirurgie. Pour CASTAIGNE [86], les complications postopératoires les plus fréquentes dans les exentérations pelviennes sont digestives, sous la forme de fistules (dans 12 à 32% des cas) ou d'occlusions intestinales (dans 5 à 12 % des cas). Pour DURAND [91] les complications digestives majeures représentent 0,7% de l'ensemble des complications

Dans notre série, un cas d occlusion intestinal est rapporté.

- Les lymphocèles

Les lymphocèles, recherchées systématiquement, peuvent être relativement fréquentes. Elles apparaissent chez 20% des malades au maximum. La majorité des lymphocèles sont asymptomatiques et détectées uniquement par des études d'imagerie telles que la TDM durant le

suivi .Ces lymphocèles sont plus fréquentes en cas d'envahissement ganglionnaire et/ou de radiothérapie postopératoire [59,87].

Dans la littérature, PIGNEUX [90] rapporte un taux de 2%, KOCHBATI [78] sur une série de 45 femmes a trouvé un seul cas de lymphocèle soit 2, 22%, alors que DURAND [91] a trouvé 25 cas de lymphocèle (8,02%) sur une série de 312 patientes.

Dans notre série, les lymphocèles n'ont pas été recherchés systématiquement par une UIV ou une échographie, ce qui explique le fait qu'on n'a retrouvé qu'un seul cas a l'échographie.

- **Autres complications :**

Dans notre série, sont représentées par un cas d'AVC ischémique, un cas d'occlusion, un cas d'événtration et un cas d'œdème des membres inferieures.

En ce qui concerne les complications thromboemboliques, on n'a retrouvé aucun cas, et cela peut etre expliqué par le lever précoce et aussi grâce a l'utilisation de l'héparinothérapie prophylactique systématique.

- **mortalité post opératoire :**

Les causes de mortalité sont les complications thrombo emboliques, suivies par les infections et les hémorragies. La mortalité des hystérectomies élargies n'est pas nulle mais dans les séries actuelles, elle est inférieure à 1%. Celle des exentérations pelviennes est plus importante: elle est de 0,3% selon GERBAULET [59],de 0,4% pour DURAND[91] et de moins de 10% selon CASTAIGNE [86].

2-2 Les complications post radiques :

Les complications de la radiothérapie peuvent être dues à la radiothérapie externe ou à la curiethérapie. Ces complications sont liées à la dose administrée, au volume irradié et au mode d'administration.

D'après DURAND [91], les complications de la radiothérapie sont plus rares, plus tardives, mais plus difficiles à traiter et plus invalidantes que les séquelles de la chirurgie exclusive. Le taux de complications sévères (invalidantes nécessitant souvent un traitement chirurgical et/ou

laissant des séquelles importantes) ne doit pas dépasser 2 à 3 % dans les stades précoces et 5 à 8% pour les cancers avancés [91,59].

Les complications précoces de la radiothérapie externe sont généralement peu importantes : asthénie, nausées et parfois vomissements, diarrhées et signes de rectite, cystites radiques, réactions cutanées et troubles hématologiques. La plupart de ces complications peuvent être traitées de façon symptomatique.

Le risque de complications après une application rigoureuse de curiethérapie est faible. Néanmoins des signes de rectite et plus rarement de cystite peuvent parfois se développer.

Les complications tardives de la radiothérapie représentent le facteur limitant de ce traitement. Elles peuvent atteindre différents organes :

- Peau et tissu sous cutané : fibrose ou sclérose sous cutanée parfois accompagnée de télangiectasie.
- Fibrose pelvienne : pouvant aller jusqu'au pelvis gelé.
- Vagin : atrésie ou symphyse vaginale. La nécrose vaginale est exceptionnelle.
- Vessie : cystite radique, hématuries d'importance variable et parfois dysurie, voire incontinence, rarement fistule vésicale le plus souvent vésico-vaginale.
- Rectum : c'est le segment intestinal le plus exposé après curiethérapie car sa dose de tolérance est limitée. La sévérité des rectites tardives est très variable allant de quelques traces de sang dans les selles ou d'épisodes diarrhéiques intermittents à un syndrome rectal intense avec ténésmes, faux besoins, rectorragies et émissions glaireuses. Une sténose rectale peut s'installer et évoluer vers une fistule recto-vaginale.
- Sigmoides : Sigmoidite radique, si surdosage : sténose avec douleurs et troubles sub-occlusifs.
- Le grêle : iléites aiguës, grêle radique, des sténoses ou fistules peuvent se développer et entraîner un syndrome d'occlusion ou de péritonite.
- Les complications osseuses : sont exceptionnelles.

- Les sténoses urétérales : post radiques sont rares.

Dans notre série, les complications post radiques ont représenté 6%. Il s'agit de cystite hémorragique post radique dans 3 cas, de rectite post radique dans UN cas et 1 cas de brûlure du tiers inférieur du vagin par le dispositif de curiethérapie.

2-3 les complications de l'association radio-chirurgicale :

Après un traitement radio-chirurgical, le taux de complications modérées ou sévères (grade 3 et 4) est de 3 à 6%. La majorité de ces complications sont urinaires (64%) et digestives (25%). Les complications vasculaires et gynécologiques sont rares [92,90].

L'irradiation postopératoire a un effet sur la morbidité. L'incidence des lymphœdèmes et surtout des complications digestives est plus importante après radiothérapie postopératoire qu'après traitement chirurgical seul [59]. D'après ATLAN [93] la radiothérapie pelvienne postopératoire augmente significativement le taux de complications post radiques de grade 3 et 4 à 10 ans (22%).

2-4 Retentissement sur la sexualité

Le diagnostic et le traitement des différents stades des néoplasies cervicales de l'utérus engendrent des répercussions sur la sexualité des patientes et de leur partenaire, et ceci principalement suite à un manque d'information concernant cette maladie.

C'est un sujet qui doit être abordé avec le couple lors des consultations postopératoires. Les causes sont multiples et intriquées: physiques, liées à la dénervation sympathique et parasympathique propre à l'élargissement de la colpohystérectomie qui lèse par essence les plexus, à la castration, au raccourcissement du fourreau vaginal et à la sclérose pelvienne post-thérapeutique, psychiques, dues à l'angoisse de la patiente vis-à-vis de la maladie cancéreuse elles touchent aussi le partenaire inquiet des conséquences physiques et psychiques des rapports.[94]

Les études évaluant la sexualité des patientes après chirurgie élargie avec ou sans radiothérapie sont trop rares et rétrospectives pour émettre des conclusions sur les facteurs influençant la sexualité.

**Le traitement Chirurgical du cancer du col utérin : Expérience du service de gynécologie « A »
À propos de « 82 cas »**

Le traitement d'un cancer du col utérin est à l'origine de perturbation locale dans 50% – 80% des cas [95]

E.Barranger et al.[17]ont rapporté les résultats d'une étude rétrospective monocentrique incluant 34 patientes ayant bénéficié d'une colpohystérectomie élargie par voie coelioscopique pour un cancer du col de stade I et II entre juin 2001 et juin 2004 ;selon cette étude 50% des patientes ont déclaré avoir une activité sexuelle régulière mais avec diminution de la fréquence et de la qualité des rapports.les plaintes étaient en rapport avec une sécheresse vaginale, ou une diminution de la taille du vagin, ou secondaire a une altération de l'image de soi.

Plotti et al. [96] ont évalué la fonction sexuelle chez des patientes (n = 33) ayant un cancer du col localement avancé traité par RCC suivie d'une chirurgie radicale en comparaison avec 37 patientes traitées chirurgicalement pour une pathologie bénigne gynécologique et 35 femmes en bonne santé constituant le groupe témoin. Après 12 mois de la chirurgie, la fonction sexuelle était altérée significativement par rapport au groupe témoin. Par contre, la fonction sexuelle n' était pas significativement altérée par rapport au groupe de patientes traitées pour une pathologie bénigne.

Bergmark et al. [97]ont rapporté les résultats d'une étude réalisée entre 1996 et 1997 sur 332 femmes de 26 à 80 ans traitées pour cancer du col utérin à un stade initial. Le but de l'étude était d'évaluer les modifications vaginales et sexuelles chez les patientes après traitement, ces femmes ont été comparées à un groupe témoins de 489 femmes, les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau XXXIII : comparaison des données sur l'activité sexuelle entre patientes traitées pour cancer du col utérin et une population féminine contrôlée.[97]

Symptôme	Groupe cancer (%)	Groupe témoin (%)
Rapports vaginaux fréquents	68	72
Lubrification vaginale insuffisante	26	11
Vagin court	26	3
Elasticité Vaginale insuffisante	23	4
Dyspareunie	26	8

Les répercussions psychologiques après traitement d'un cancer du col utérin sont à la fois personnelles et conjugales. En effet, environ 20% des patientes souffrent d'une anxiété liée à la crainte des rapports jugés responsables de la maladie initiale, de rechutes ou de complications[95].

Dans notre série La majorité de nos patientes ne rapporte pas de retentissement sur la qualité de vie avec une stabilité conjugale mais d'autres malades rapportent un retentissement sexuel après traitement :

- 8cas de diminution de la fréquence des rapports sexuels
- 4cas de rejet sexuel
- cas de dépression dont 2 ont été adressés à la consultation psychiatrique
- 3cas de dyspareunie
- Un cas d'anxiété
- Un cas de conflit conjugal

VIII. PROFIL EVOLUTIF :

1. Surveillance :

Les recommandations sont de trois à quatre examens par an pendant les 2 premières années, puis tous les 6 mois pendant les 3 années suivantes puis une fois par an à vie. [49]

La surveillance consiste en un interrogatoire minutieux afin de prendre en charge la patiente sur le plan psychologique, apprécier sa qualité de vie notamment en ce qui concerne la vie sexuelle.[98]

Un examen gynécologique, test de Schiller ou frottis du fond vaginal sur la cicatrice annuellement et réalisation des touchers pelviens afin d'apprécier la souplesse des parois et des paramètres

Une échographie pelvienne sera faite au troisième mois afin de dépister les lymphocèle et les UHN.

Les autres examens complémentaires peuvent être demandés en fonction du stade et des signes d'appels.

Cette surveillance a ainsi pour but de dépister les récurrences et les métastases, de même que certaines complications tardives.

2. Récurrence locorégionale :

Selon les données de la littérature, nous avons considéré comme récurrence tout événement survenant au moins 3 mois après la fin du traitement de la tumeur initiale.

Malgré la diminution de l'incidence du cancer du col au cours des trois dernières décennies, la fréquence des récurrences reste stable avec des taux très variables selon les séries de 6 à 50% [99], en fonction du stade, de la taille et du traitement initial de la tumeur. Les récurrences surviennent surtout chez la femme jeune, elles peuvent être pelviennes ou vaginales. Ces dernières se manifestent surtout par des leucorrhées ou des saignements vaginaux. L'examen clinique permet de mettre en évidence la reprise évolutive du processus néoplasique au niveau du vagin. La confirmation diagnostique est apportée par la biopsie.

Le diagnostic des récurrences pelviennes est facile lorsque la récurrence atteint le vagin ou lorsqu'il existe un envahissement vésical ou rectal ou encore une compression urétérale, vasculaire ou nerveuse. Par contre, dans le cas d'une induration pelvienne, il est difficile par le seul examen clinique de faire la part entre une réaction fibreuse post-radique et une véritable infiltration néoplasique, d'où l'intérêt de la TDM abdomino-pelvienne et de l'IRM qui permettent de visualiser la masse intra-pelvienne et les adénopathies si elles existent. Cependant, seul l'examen histologique confirme la récurrence.

Dans notre série, le taux de récurrence locorégionale est de 2,44% des cas.

A. Dem et al. [44] sur une série de 616 cas trouve un taux de récurrence élevé de 52,8%

Ferdi [100] rapporte dans une série de 90 patientes un taux de récurrences de 34%.

Dans la série de Kochbati [16] on note un taux de récurrence de 7,5% des cas.

Guerrain [101] sur une série de 240 cas trouve un taux de récurrences proche à celui de notre série SOIT 2,9%.

Tableau XXXIV : récidence locorégional selon les différentes séries

Série	Taux de Recidive
Guerrain [101]	2.9%
A. demet al. [44]	52.8%
Ferdi [100]	34%
Kochbati [16]	7.5%
E. Battager etal [17]	9%
V. Lavoué etal [53]	32%
Notre série	2.44%

Ce taux de récurrences, qu'elles soient vaginales ou pelviennes serait plus important chez la femme jeune. Gerbaulet [102] rapporte 18 % de récurrences chez les femmes jeunes contre 9 % seulement chez les femmes plus âgées admise et traitées à la même période.

3. Extension métastatique :

Le cancer du col utérin reste pendant longtemps une maladie locorégionale. Les métastases à distance sont rares. Cependant avec l'amélioration de la survie, les métastases deviennent de plus en plus fréquentes et observées même après plusieurs années d'évolution.

Les métastases peuvent être ganglionnaires ou viscérales. Au niveau des ganglions, il faut particulièrement rechercher les métastases lombo-aortiques dont la détection indique un curage ganglionnaire dans les stades IB et IIA, et une irradiation lombo-aortique. Le taux d'envahissement ganglionnaire lombo-aortique varie de 8% pour les stades IB à 30% pour les stades III.

Les métastases viscérales intéressent le poumon, le foie, le péritoine, le tube digestif, l'os et le cerveau. Les sites métastatiques osseux les plus fréquents sont la colonne vertébrale surtout lombaire (48% des cas) et le bassin [102-4].

Dans notre étude, La fréquence des métastases est très basse. Seulement 2 de nos patientes soit 2,44% ont présenté des métastases, un ganglionnaire et l'autre viscéral. Ce taux est inférieur par rapport aux autres études: MORRAND [103] rapporte des métastases chez 38,3 % des patientes et Gerbaulet [102] les trouve chez 15,3 % des cas.

4. Facteurs pronostiques :

Le pronostic du cancer du col de l'utérus est fondé uniquement sur des critères cliniques et histologiques. Il dépend naturellement du stade clinique, de la taille de la tumeur et de l'atteinte de la chaîne ganglionnaire.

4-1 Stade de FIGO :

Le stade FIGO est admis par tous les auteurs comme un facteur pronostique déterminant des cancers du col utérin.

Le stade clinique de la maladie a un impact sur la survie, et on a pu montrer que plus le stade est avancé, plus le taux d'échec après traitement augmente. [104]

L'incidence globale des récurrences pelviennes et à distance, chez les patientes traitées par irradiation uniquement, passait de 9,6 % et 17,5 % au stade Ib à 41 % et 42 % respectivement au stade III. [104]

Pour les stades précoces traités par chirurgie, avec ou sans radiothérapie adjuvante, l'incidence rapportée augmente également de 10 % environ au stade Ib à 20 % au stade IIa.

D'après Pigneux [90] : à 5 ans la survie globale passe de 90% pour les stades I à 69 % pour les stades II, à 4% pour les stades III et à 26% pour les stades IV.

4-2 La taille tumorale :

À stade égal, le pronostic des tumeurs dont le diamètre est supérieur à 4 cm est plus péjoratif que celui des tumeurs plus petites. [104]

La taille de la tumeur primitive a plus d'impact sur la survie dans les stades précoces (IB-IIA) que dans les stades plus avancés (IIB-III) de la maladie. Dans le dernier cas, le volume et la bilatéralité sont également d'importants prédictifs de survie sans récurrence. [104]

Winter [87] rapporte que le taux de survie des patientes présentant des tumeurs de petite taille (inférieur à 2,5cm) est de 91% quel que soit le statut ganglionnaire.

Chez les patientes présentant des tumeurs importantes, il est de 70%. Le taux de métastases à distance est également plus élevé pour les tumeurs volumineuses. [105]

4-3 Le type histologique :

Le type histologique, n'est pas un facteur pronostique pour certains auteurs et pour d'autres, l'adénocarcinome reste de mauvais pronostic. Selon le grade, le pronostic est variable avec un bon pronostic pour les grades I, II et un risque métastatique accru pour le grade III. [26]

La majorité des patientes qui présentent une récurrence sont atteintes d'un carcinome épidermoïde du col. Cependant, 10 à 20 % d'entre elles sont atteintes d'autres types histologiques, principalement des adénocarcinomes. [104]

4-4 L'envahissement ganglionnaire :

L'envahissement ganglionnaire est un facteur pronostique indépendant des cancers du col utérin quel que soit le mode de traitement proposé.

L'atteinte ganglionnaire lombo-aortique est également un facteur très péjoratif pour la survie, de même le nombre de ganglions atteints est important, la présence de plus de trois ganglions envahis étant de mauvais pronostic.

4-5 Autres facteurs pronostiques :

a- Âge :

La valeur pronostique de l'âge reste discutée, certaines études retrouvent qu'un âge jeune comme étant un facteur de mauvais pronostic, et d'autres retrouvent une valeur pronostique favorable pour un âge inférieur à quarante ans.

b- Anémie [106] :

La majorité des études rétrospectives ont mis en évidence un rôle péjoratif d'une concentration d'hémoglobine inférieure à 10g/dl sur les taux de récurrence locale des tumeurs solides, plus particulièrement pour les tumeurs du col utérin, et de survie.

L'anémie est un facteur de pronostic défavorable souvent lié au stade et à la taille tumorale, mais ce n'est pas un facteur indépendant.

c- Facteurs biologiques :

L'étude de certains facteurs biologiques montre que :

- un taux élevé d'ACE et/ou de SCC avant le traitement n'a pas de valeur pronostique, par contre un taux positif après le traitement est un signe de persistance de la maladie.
- les indices de prolifération (T.pot, pourcentage des cellules en phase de synthèse) et des modifications des oncogènes (impact défavorable de l'hyperexpression de c-Myc et de la perte de mutation CHa-ras) [28,84].

Dans notre étude, cinq facteurs pronostiques ont été évalués : l'âge, le stade clinique, le volume tumoral, le type histologique et l'envahissement ganglionnaire. Or, vu le recul insuffisant et le suivi médiocre des patientes, on n'a pas pu établir la survie en fonction de ces différents éléments pronostiques.

IX. PREVENTION ET PERSPECTIVES :

La prévention du cancer du col de l'utérus repose à la fois sur le dépistage et sur la vaccination.

1. Le dépistage par frottis cervico-utérin [6] :

La prévention secondaire par le dépistage consiste à repérer le plus précocement possible les anomalies du col. Le test de dépistage de référence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus repose sur un examen cytologique : le frottis cervico-utérin.

Le frottis est recommandé par l'ANAES, pour les femmes de 25 ans à 65 ans à la fréquence d'un frottis tous les 3 ans, après 2 frottis normaux réalisés à 1 an d'intervalle.

La HAS rappelle que le dépistage et la vaccination se complètent. La vaccination ne doit pas conduire à relâcher l'effort de dépistage.

2. La vaccination :

La prévention primaire par la vaccination des jeunes filles et jeunes femmes a montré son efficacité en prévention des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

En 2007 la vaccination des jeunes filles de 14 ans, et également des jeunes filles etjeunes femmes de 15 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapports sexuels ou au plus tard dans l'année suivant le début de leur vie sexuelle.

Dans son avis du 14 décembre 2007, le Haut Conseil de Sante Publique recommandait sur la base des données disponibles à l'époque, l'utilisation préférentielle du vaccin quadrivalent par rapport au bivalent, en raison de l'absence de prévention des lésions dues aux HPV de génotypes 6 et 11 par le vaccin bivalent, l'absence de démonstration d'efficacité sur les lésions vulvaires précancéreuses de grade 2+, d'une efficacité non formellement démontrée bien que vraisemblable sur les CIN 2+ lies au génotype 18, de l'insuffisance des données concernant la tolérance à long terme de l'adjuvant AS04. Le Haut Conseil de Sante Publique constatait enfin, que les données disponibles concernant le vaccin bivalent étaient insuffisantes pour évaluer si l'absence de protection vis-à-vis des génotypes 6 et 11 pourrait être compensée par une longue durée de protection et/ou une protection croisée vis-à-vis d'autres HPV oncogènes.[6]

Les vaccins ne sont pas infectieux et ne contiennent pas d'ADN viral.

On distingue deux types de vaccins :

2-1 Le vaccin prophylactique :

Le but d'un tel vaccin est de neutraliser la particule virale le plus tôt possible après pénétration dans l'organisme afin de l'empêcher d'atteindre sa cible et de se répliquer. [109]

Cette neutralisation se fait au mieux à l'aide d'anticorps dirigés contre les protéines de surface des virus qui sont pour les HPV les protéines de capsides L1 et L2. [6]

Cet objectif peut être atteint en utilisant plusieurs stratégies : l'utilisation de peptides ou de lipopeptides, mais surtout de protéines recombinantes et en particulier de Virus LikeParticles(VLP). [109]

Deux options vaccinales anti papillomavirus ont été choisies : un vaccin VLP bivalent(types 16 et 18) ciblant la protection contre le cancer du col puisque les HPV 16 + 18 sont responsables en Europe de 70 % des cancers du col et un vaccin VLP quadrivalent (types 6,

11,16 et 18) permettant de protéger à la fois contre le cancer du col et contre les condylomes acuminés, tous deux administrables par voie intramusculaire. [14]

2-2 Vaccin thérapeutique :

Chez des malades infectées par un ou plusieurs HPV et ayant donc déjà des keratinocytes infectés voire tumoraux, un vaccin thérapeutique a pour but de stimuler le système immunitaire cellulaire spécifique ou inné de façon à augmenter les réponses préexistantes ou à en générer de nouvelles. Pour stimuler les réponses immunitaires cellulaires T spécifiques de HPV (lymphocytes T CD4+ et CD8+). [107]

La vaccination thérapeutique a donc encore son mot à dire et doit être soutenue. En effet, elle devrait dans les années à venir permettre de donner des résultats satisfaisants et permettre d'éviter la chirurgie des CIN. Elle jouera également un rôle important dans la prévention des récurrences du fait de la mémoire gardée par le système immunitaire. Il faut aussi l'intégrer comme vaccination complémentaire de la vaccination prophylactique qui fera probablement défaut pour prévenir les infections cutanées. [107]



CONCLUSION



Le cancer du col de l'utérus constitue un véritable problème de santé publique, surtout dans les pays en voie de développement où il représente la cause majeure de décès par le cancer chez la femme.

Ce cancer est dans 90% des cas un carcinome épidermoïde, il n'est pas hormonodépendant.

Il touche habituellement les femmes entre 40 et 60ans avec une augmentation marquée de la fréquence chez les femmes jeunes expliquée en grande partie par la fréquence élevée des infections génitales.

La transmission par voie sexuelle du « papillomavirus humain »est l'étiologie principale du cancer du col utérin.

Le jeune âge du début de l'activité sexuelle, les partenaires sexuels multiples, la multiparité, ainsi que le tabagisme constituent les principaux facteurs de risque susceptibles de potentialiser le rôle de l'HPV.

Le cancer du col utérin de stade précoce est de bon pronostic, et le défi majeur concernant sa prise en charge est de limiter la morbidité des traitements, et si possible dans certains cas de préserver la fertilité tout en conservant d'aussi bons résultats carcinologiques.

En effet, les stades ultra précoces peuvent bénéficier d'un traitement chirurgical conservateur.

Tandis que les stades suivants et non avancés peuvent bénéficier d'un traitement chirurgical radical associé à la radiothérapie ou la chimiothérapie, le pronostic de ces deux tableaux reste bon. Quant aux stades avancés (III et plus), le traitement reste palliatif sans amélioration du pronostic.

Actuellement, les progrès ont redonné une place importante à la chirurgie en permettant de réaliser des opérations plus au moins étendues, mieux codifiées, avec l'usage de voies d'abord différentes ce qui a permis d'améliorer la qualité de vie post-chirurgicale des patientes.

En conclusion, vu la fréquence et la gravité de ce cancer accessible au dépistage, il nous paraît capital d'établir un programme national de dépistage des lésions précancéreuses chez toutes les femmes, avec l'organisation des campagnes de sensibilisation et la vaccination anti-HPV des jeunes filles n'ayant pas encore de rapports sexuels.



RESUMES

RESUME

Le cancer du col de l'utérus est le deuxième cancer féminin dans le monde. Quatre-vingts quinze pour cent des cas sont observés dans les pays en voie de développement. Il touche les femmes âgées entre 40 et 60 ans. Notre étude a concerné 82 cas de cancer du col utérin opérés dans le Service de Gynécologie Obstétrique A du CHU Mohammed VI de Marrakech entre Janvier 2009 et Décembre 2012, représentant 15.47% de tous les cancers gynéco-mammaires colligés durant cette période. Le délai moyen de consultation était de 8 mois. La symptomatologie était faite dans 96.33% des cas de métrorragies et le carcinome épidermoïde était le type histologique prépondérant avec 90.24% des cas. La chirurgie a été réalisée chez toutes nos patientes. L'adéno-colpohystérectomie élargie par laparotomie étant le geste le plus pratiqué avec un taux de 87.80%. Les complications chirurgicales ont été constatées chez 53.66% des cas dominées en peropératoire par les hémorragies dans 11% des cas et en postopératoire par les infections de la paroi dans 12.19% des cas. La fonction sexuelle était altérée chez 15 patientes et l'expression prédominante était la baisse de la fréquence de l'activité sexuelle. Sur l'ensemble des patientes, 2.44% ont eu des récives locorégionales et une dissémination métastatique dans 2.44% des cas avec un taux de mortalité postopératoire de 1.22%. Le cancer du col de l'utérus reste grevé d'une lourde morbidité et mortalité au Maroc, d'où la nécessité de la mise en place d'un programme national de dépistage mais aussi de l'organisation des campagnes de sensibilisation de la population et la vaccination anti-HPV des jeunes filles n'ayant pas encore eu de rapports sexuels.

ABSTRACT

The cervical cancer is the second most common cancer in women worldwide. Ninety-five percent of cases occur in developing countries. It affects women aged between 40 and 60 years. Our study included 82 cases of cervical cancer surgery in gynecology obstetrics A at the university hospital, Mohammed VI, Marrakech between January 2009 and December 2012, representing 15.47% of all gynecological cancers collected during this period. The average time for consultation was 8 months. Symptomatology was made in 96.33% of cases of bleeding and squamous cell carcinoma was the predominant histological type with 90.24% of cases. The surgery was performed in all our patients. Extended by parotomie being the most practiced with 87.80% of the adeno-colpohysterectomy gesture. Surgical complications were observed in 53.66% of cases dominated by intraoperative bleeding in 11% of cases and postoperative infections of the wall in 12.19% of cases. Sexual function was impaired in 15 patients and the predominant expression was the reduced frequency of sexual activity. Of all patients, 2.44% had local recurrence in metastatic spread 2.44% with a postoperative mortality rate of 1.22%. The control of this cancer must go with the establishment of a national screening program but also the companions of awareness and HPV vaccination of young girls who have not yet had sexual relations.

ملخص

يعتبر سرطان عنق الرحم من أشيع السرطانات عند المرأة في العالم، 95% من الحالات توجد في البلدان النامية. يصيب هذا النوع من السرطان النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 40 و 60 عاما. شملت دراستنا 82 حالة جراحة عنق الرحم بمصلحة النساء و التوليد بالمركز الإستشفائي الجامعي بمراكش في الفترة المتراوحة بين شهر يناير 2009 و شهر دجنبر 2012 ومثل سرطان عنق الرحم نسبة 15,47% من جميع سرطانات النساء التي تم جمعها خلال تلك الفترة. كان متوسط الإستشارة 8 أشهر. مثلت حالات النزيف 96,33% من أعراض هذا السرطان كما كان نوع السرطانة البشرية النوع النسيجي الغالب بنسبة 90,24%. تم إجراء عملية جراحية لجميع المريضات. كانت عملية استئصال الرحم الممتدة الأكثر استعمالا بنسبة 87,80%. لوحظت المضاعفات الجراحية لدى 53,66% من الحالات و من أهمها النزيف أثناء الجراحة بنسبة 11% و تعفن الجدار بعد الجراحة بنسبة 12.19%. لوحظ عجز في الوظيفة الجنسية لدى 15 مريضة و التي كان يعبر عنها بانخفاض وثيرة النشاط الجنسي. 2,44% من الحالات كان لديهم تكرار موضعي للسرطان و مثلت نسبة انتشار السرطان 2,44% مع معدل وفيات بعد الجراحة يساوي 1,22%. لا يزال سرطان عنق الرحم مسؤولا عن مجموعة من المضاعفات الخطيرة و نسبة مهمة من وفيات النساء في المغرب مما يستلزم وضع برنامج وطني للتشخيص المبكر و كذلك قوافل التحسيس و التلقيح ضد الفيروس البابوفي الإنساني للفتيات اللواتي لم يقمن بعلاقة جنسية بعد.

A decorative horizontal border with intricate floral and scrollwork patterns on both sides, framing the central text.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Grangé C et al.**
Qualité de vie sexuelle et cancer du col localement avancé.
Gy Ob Fe 2013; 41:116-22
2. **MAAMRI A, LAHFID M, CHAFI A**
Etude épidémiologique sur le Cancer du col de l'utérus et du cancer du sein chez une population de femmes au Nord Est du Maroc
ScienceLi Editions Mersenne 2011; 3:P2
3. **Bezad R.**
Prévention et dépistage du cancer du col utérin au Maroc; Symposium international sur la prévention du cancer du col utérin : Dépistage, Vaccination et Perspectives pour les Pays en Développement.
SKHIRAT, Maroc 15-16 Septembre 2006.
4. **Morice Ph, Castaigne D**
Cancers du col utérin
Masson Paris 2005 : p86-95
5. **Pierre A.**
Les cancers dans les pays en développement Actualités 2012
Med Trop 2012
6. **Gros C, Matos S.**
De nouvelles recommandations dans la prévention du cancer du col de l'utérus.
Presse Med 2011; 11:8.
7. **Monsonogo J.**
EUROGIN 2010: Roadmap on cervical cancer prevention
Gynecol Obstet Fertil 2011;39:462-7
8. **Anonyme**
OCDE (2011), « Dépistage, survie et mortalité du cancer du col de l'utérus », dans *Panorama de la santé 2011 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE.
9. **Fritih R., Yousfi A., Maloum N., Hammou F-H., Benserai F. et al**
Cancer du col de l'uterus en Algerie.
Ann Path 2010;7(40):p3

- 10. NAIMA EL AARJI**
LES CANCERS DU COL UTERIN (A propos de 172 cas)
These doctorat medecine,Casablanca 2006,n°17,187p
- 11. Errhaimini M.**
Profil epidemio-clinique, therapeutique et evolutif du cancer du col uterin au CHU Mohammed VI
These doctorat medecine, Marrakech 2009, n°:45,188p
- 12. ABDELLAOUI L.**
CANCER DU COL UTERIN TRAITEMENT CHIRURGICAL (A propos de 49 cas)
These doctorat medecine, Fes 2010 n°104, 167p
- 13. KAJAM S.**
Profil epidemio-clinique, therapeutique et evolutif du cancer du col uterin au CHU Mohammed VI de Marrakech, experience de service de gynecologie obstetrique B
These doctorat medecine, Marrakech 2012 n°89,121p
- 14. Hantz S., Alain S., Denis F.**
Vaccins prophylactiques antipapillomavirus : enjeux et perspectives.
Gynecol Obstet Fertil 2006; 34:647-55
- 15. Murillo R., Luna J., Gamboa O., Osorio E., Bonilla J, Cendales R.**
Cervical cancer screening with naked-eye visual inspection in Colombia
Int J of Gynecology and Obstetrics 2010; 119:230-4
- 16. Kochbati L**
Impact du timing de la curietherapie dans le traitement du cancer du col uterin
Cancer Radiother 2011; 15:p164
- 17. Barranger E et al.**
Colpohystérectomie élargie par voie coelioscopique dans les cancers du col utérin : étude de qualité de vie: à propos de 22 cas.
Gy Ob Fe 2012; 40:572-77
- 18. Nkegoum B., Belley Preso E., Mbakop A., Gwet Bell E.**
Lesions precancereuses du col uterin chez la femme camerounaise. Aspects cytologiques et epidemiologiques de 946 cas
Gynecol Obstet Fertil 2001; 29:15-20

19. **Acharki A, Sahraoui S, Benider A, N.Tawfik, Jouhadi H, Bouras N, Samlali R ,Kahlain A.**
Cancer du col utérin chez la femme jeune.Etude rétrospectives de 337 cas.
Bulletin du cancer 1997 ;84; 4 : 373-8.
20. **Emile Philipe**
Pathologie gynécologique et obstétrique.
Masson, Paris 1992 page 48
21. **J.-C. Boulanger, H. Sevestre, E. Bauville, C. Ghighi, et al.**
Épidémiologie de l'infection à HPV.
Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2004 ;32 :218-223
22. **Munoz N., Jaquard A-C.**
Quelles donnees epidemiologiques sont necessaires pour la mise en place de la
vaccination contre le papillomavirus humain ?
Presse Med 2008; 37:1377-90
23. **Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, et al.**
Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human
papillomavirus infection. the IARC multicentric case-control study.
Lancet 2002; 359: 1085-1092.
24. **El gnaoui N, Gazzaz B, Khyatti M, Benchakroune N, Bennidder A, Hassar M et al.**
Rôle des papillomavirus humains (HPV) dans le cancer du col de l'utérus au
Maroc et facteurs associés.
Journées Biologie et Santé de Casablanca (JBS 2004) ,15- 16 Décembre 2004.
25. **B.R. Soudre, A. Lamien, B. Kone, M. Sanou, B. Sakande.**
Les lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au Burkina-Faso.
Médecine d'Afrique Noire : 1992, 39 (12)
26. **S. Sahraoui, N. Bouras, A. Acharki, A. Benider, N. Tawfiq, H. Jouhadi, A. Kahlai**
Adénocarcinome du col utérin : étude rétrospective de 83 cas
Gynécol Obstét Fertil 2002; 30: 291-8
27. **Smith JS, green J et al.**
Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review
2003.

28. **Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)**
CONDUITE À TENIR DEVANT UN FROTTIS ANORMAL DU COL DE
L'UTÉRUS Recommandations pour la pratique clinique
29. **FOSSAT C.**
Les autres facteurs de risque du cancer du col utérin.
Medscape Women Health. <http://www.gynweb.com>
30. **Haverkos H.W., Soon G., Steckley SL., Pickworth W.**
Cigarette smoking and cervical cancer: Part I: a meta-analysis
Biomed Pharmacother 2003; 57:67-77
31. **Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, et al.**
Parity as a risk factor for cervical cancer.
American Journal of Epidemiology 130:486-496 (1989).
32. **BLUMENTHAL P., DONNAY F., EDOUARD E., ISLAM M.**
Prévention du Cancer du col de l'utérus dans les milieux aux ressources limitées.
Out look, 2000, 18, 1,345-353.
33. **ROBYR R.**
Étude pilote de dépistage du cancer du col de l'utérus dans une région rurale
camerounaise
Thèse Méd. Genève 2002, 10292.
34. **Downs L-S., Smith J.S., Scarinci I., Flowers L., Parham G.**
The disparity of cervical cancer in diverse populations
Gynecol Oncol 2008;109:22-30
35. **V. Lavoué, J. Levêque.**
Dépistage du cancer du col utérin en France : un nouvel outil pour mieux faire ou mieux
faire avec un nouvel outil ?
Gynécologie Obstétrique & Fertilité 37 (2009) 680-682
36. **D. Riethmuller**
Dépistage du cancer du col de l'utérus : restaurer ou reconstruire ?
Gynécologie Obstétrique & Fertilité 37 (2009) 671-679

37. **H. Tournat, A. Chilles, C. Charra–Brunaudc, D. Peiffert, F. Ahmad, et al.**
Curiethérapie utérovaginale de bas débit pulsé influence du support dosimétrique.
Cancer/Radiothérapie 11 (2007) 188–196
38. **C. Haie–Méder, R.de Crevoisier, P.Petrow, S.Fromm, M.Delapierre et al.**
Curiethérapie dans les cancers du col utérin : évolution des techniques et des concepts.
Cancer/Radiothérapie 7 (2003) 42–49
39. **Ministère de la santé Maroc**
Dépistage du cancer du col utérin aux préfectures de Rabat et Skhirat Témara : Etat des lieux et perspectives. 2008
40. **J.Lansac P.Le Compte H. Marret.**
Chapitre Cancer du col de l’utérus.
Gynécologie pour le praticien publié par Elsevier Masson, paris 2007.
41. **D. MUTEGANYA, T. BIGAYI, V. BIGIRIMANA, J.B. SINDAYIRWANYA, G. MARERWA.**
LE CANCER DU COL UTERIN AU CHU DE KAMENGE A PROPOS DE 35 CAS
Médecine d’Afrique Noire : 1999, 46 (3) :153–6
42. **D. Nguyen, A. de la Rochefordière, L. Chauveinc, J.M. Cosset, et al.**
Chimioradiothérapie dans les cancers du col utérin localement évolués.
Étude rétrospective de 92 patientes traitées à l’institut Curie de 1986 à 1998.
Cancer/Radiother 2002 ; 6 : 201–8
43. **Zamiati S., Sahraoui S., Jabri L.**
Mélanome malin primitif du col utérin : à propos d’un cas avec revue de la littérature.
Gynecol. Obstet. Fertil. 2001, 29, 381–385.
44. **Dem A.**
Les carcinomes épidermoïdes du col utérin à l’Institut du cancer de Dakar
Cahiers Santé vol. 18, n° 1, janvier–février–mars 2008
45. **Handassi I.**
Le traitement chirurgical du cancer du col uterin à propos de 140 cas opérés à la maternité LALA MERYEM à casa blanca
These doctorat en medecine 2001 n°79

- 46. Shafi M.**
Diagnostic du cancer invasif du col de l'uterus.
Encyc Med Chirur (Editions scientifiques et Médicale Elsevier SAS, Royaume Uni)
Gynécologie, 605-A-30, 2002.
- 47. Meisels A., Fortin R. et Roy M.**
Condylomatous lesion of the cervix. Cytologie, colposcopic and Histopathologic study.
Acta Cytol 1997;21(3):379-90
- 48. Solignac M.**
Depistages des cancers gynecologiques en sante publique
Masson.Paris, 2003; 32:89-92
- 49. Rouzier R., Legoff S.**
Cancer du col de l'uterus
Masson.Paris 2007; 5:9-12
- 50. Organisation Mondiale de la Sante**
La lutte contre le cancer du col de l'uterus : Guide des pratiques essentielles.
Chapitre 5.Geneve: OMS, 2007; p135-8
- 51. Lafargue P., Giacalone L.**
Cancer du col de l'uterus: epid-anatomie pathologique, depistage, diagnostic, evolution, pronostic, traitement.
Rev prat 1992;42:207-15
- 52. Kirova Y.M., Bourhaleb Z., Alran S., Campitelli M., Plancher C., Fourchette V. et al.**
Chimioradiotherapie concomitante preoperatoire dans les carcinomes du col uterin de stades IB2 a IIB : Experience de l'institut Curie
Cancer Radiother 2009; 13:291-7
- 53. Lavoué V et al.**
Place de la chirurgie avant et après radiochimiothérapie des cancer du col localement évolués:à propos de 102 cas.
J Gynecol Obst Biol Reprod 2011; 40:11-21.

54. **Schlecht NF, Platt RW, Duarte–Franco E, Costa MC, Sobrinho JP, Prado JC, et al.**
Human papillomavirus infection and time to progression and regression of cervical intraepithelial neoplasia.
J Natl Cancer Inst 2003 Sep 3; 95(17):1336–43
55. **Recoules A. Rouzier R, Rey A.**
Does ADK of uterine cervix have a worse prognosis than squamous carcinoma ?
Gynéco obst and fertile 32 (2004).
56. **Schorge JO, Hossein Saborean M, Hyman L, Ashfaq R.**
Thinprep detection of cervical and endométrial adénocarcinoma : a retrospective cohort study.
cancer 2002; 96:338–43
57. **J.Viala.**
Imagerie du cancer du col utérin.
Cancer/Radiother 2000 : 4 : 109. Editions scientifiques et médicales Elsevier
58. **Bernard P.**
Cancers invasifs du col utérin.
<http://www.sante.ujf-grenoble.fr>.
59. **Guerbaulet.A V. Cohen.**
Cancer du col utérin
Document médscape–1999.
60. **Thomas L, Barillot I.**
Radiothérapie des tumeurs du col de l’utérus. Volume tumoral macroscopique et volume-cible anatomoclinique.
Cancer/Radiother 2001; 5:629–43 Éditions scientifiques et médicales Elsevier
61. **Bonardel G., Chargari C., Gontiera E., Bauduceaub O.**
Tomographie par émission de positons dans la prise en charge des cancers du col de l’uterus.
Cancer Radiother 2009; 13:490–8
62. **Haie–Meder C, Morice p and M. Castiglione.**
Cervical cancer; ESMO clinical Recommendation for diagnosis, treatment and follow-up.
Annals of oncology 19 (supplement2) ii 17–ii 18 2008.

63. **Hricak H, Powell CB, Yu KK, et al.**
Invasive cervical carcinoma: role of MR imaging in pretreatment work-up: cost minimization and diagnostic efficacy analysis.
Radiology 1996; 198:403–409.
64. **Scheidler J, Heuck AF.**
Imaging of cancer of the cervix.
Radiol Clin North Am 2002; 40:577–590.vii
65. **Kim SH, Choi BI, Lee HP, Kang SB, Choi YM, Han MC, et al.**
Uterine cervical carcinoma : comparison of CT and MR findings.
Radiology1990; 175:45–51.
66. **De Oliveira C., Mota F.**
Cancer du col de l'uterus : Classification et explorations pretherapeutiques
Encycl Med Chir 2002; 605(10):p45
67. **N'guessan K.et al.**
Le cancer du col de l'uterus :aspect epidemiologique et prise en charge en milieu africain.
MALI MEDICAL 2009 Tome XXIV n° 3
68. **Narducci F.et al.**
Traitement conservateur du cancer du col uterin :technique et indication de la trachelectomie elargie ou opération de Dargent
Imagerie de la femme 2010; 20:89–93
69. **Mathevet P.**
L'operation de Dargent ou trachelectomie elargie : preservation de la fertilité en cas de cancer du col uterin debutant.
Memoires Acad Natle Chir 2009; 8(2):87–92
70. **Plante M.**
Vaginal radical trachelectomy: an update
Gynecol Oncol 2008;111:105–10
71. **Goffin F. et Roy M.**
Traitement conservateur du cancer du col uterin.
EMC.Techniques Chirurgicales–Gynecologie.2006;451(26)

72. **Pomel C., Dauplat J., Atallah D., La Bouedec G. et al.**
Hysterectomie radicale laparoscopique pour cancers infiltrants du col uterin : etude pilote de 8ans
La lettre de gynecologie 2003;282:29-35
73. **Resbeut M., Cravello L., Hannoun-Lcvi J-M., Agostini A. et al.**
Traitement des cancers limites du col uterin avec hysterectomie simple par voie basse apres curietherapie.
Cancer Radiother 1998;2:266-11
74. **Le Bouedec G., Rabishong B., Canis M., Achard J-L., Pomel Ch., Dauplat J.**
Transposition ovarienne par coelioscopie avant curietherapie dans les cancers du col uterin de la femme jeune.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000; 29:564-70
75. **CONCENSUS GYNECO MAMMAIRE DU CHU DE CASABLANCA 2001.**
76. **Kamina P., Demondion X., Scepi M., Faure J-P.**
Anatomie clinique de l'appareil genital feminin.
Encycl Med Chir.Gynecologie.Paris 2003; 10(10):p28
77. **Delpech Y. et Barranger E.**
Le cancer du col uterin : Principes de prise en charge.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2008; 37
78. **Kochbati L., Ben Ammar C-N., Benna F., Hechiche M. et al.**
La radiochimiotherapie concomitante preoperatoire dans le cancer du col uterin; resultants preliminaries.
La Tunisie medicale 2005;83(3):146-9
79. **Distefano M., Fagotti A., Ferrnandina G., Fanfani F., Smaniotto D., D'Agostino G. et al**
Preoperative chemoradiotherapy in locally advanced cervical cancer : Long-term outcome and complications.
Gynecol Oncol 2005; 99:166-70
80. **Van Limbergen E., Haie-Meder C.**
Radiotherapie pour cancer du col cervical aux stadesI-II
Encycl Med Chir 2002;605(60):p10

- 81. Laudea C., Montella A., Montbarbona X., Mathevetb C.**
Chimioradiothérapie, curietherapie et chirurgie des cancers du col uterin localement evolues : facteurs pronostiques de controle local et de survie globale.
Cancer Radiother 2009;13:644-97
- 82. Houvenaeghel G., Buttarelli M., Troyer X., Carcopino X., Lelievre L.**
Place de la chirurgie apres chimioradiothérapie des cancers du col localement evolues
Cancer Radiother 2006;10:471-6
- 83. Uzan C., Rouzier R., Castaigne D., Pomel C.**
Exenterations pelviennes par laparoscopie : Technique operatoire et resultats d'une premiere serie de 5cas.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006; 35:136-45
- 84. Ferrer C., Panel L., Dupaigne D., Bons F., Debrigode C., Mares P. et al**
Traitement des cancers volumineux du col uterin de stades I et II
Masson.Gynecologie, 2007;605(75)
- 85. LE BLANC E., CASTELAIN B.,LANVIN D.**
Le traitement de l'envahissement ganglionnaire pelvien dans les cancers du col utérin aux stades précoces.
Gynécol. Obstet. Fertil.2000, 28,526-536
- 86. CASTAIGNE D., MORICE P., POMEL C.**
Évolution de la chirurgie dans les cancers avancés du col de l'utérus.
La lettre du gynécologue, 2001, 260,18-20.
- 87. WINTER R., TAMUSSINO K.**
Hystérectomie abdominale élargie dans le cancer du col utérin des stades I et II.
J.Gynecol.Obstet.Biol.Reprod., 1994, 23, 671-680.
- 88. DARGENT D.**
La chirurgie laparoscopique en gynécologie oncologique.
J. Gynecol.Obstet.Biol.Reprod., 2000,29, 282-284.
- 89. QUERLEU D., LEBLANC E.**
Évolution des idées dans le traitement chirurgical des cancers du col utérin localisés.
La Lettre du Gynécologue 2001, 260,36-42.

90. **PIGNEUX J.**
Vingt ans de cancer du col en Aquitaine : épidémiologie et traitement.
Congrès de la société française d'oncologie gynécologique. Bordeaux, 17 novembre 2000.
La Lettre du Gynécologue 2001, 260, 25-30.
91. **DURAND J.-C., CHARVOLIN J.-Y., ESSELAIN B., CLOUCH K., RENOLLEAU C.**
L'association radio-chirurgicale dans les cancers du col utérin aux stades initiaux.
Reprod. Hum. Horm., 1995, 8, 7, 435-440.
92. **MORICE P., CAMATTE S., HAIE-MEDER C., CASTAIGNE D.**
Cancer du col utérin : nouvelles options chirurgicales.
Cancer/Radiother. 2003, 7, 1, 42-49.
93. **ATLAN D., TOUBOUL E., DENIAUD-ALEXANDRE., LEFRANC JP., GANASIA V., BERNARD A. et al.**
Operable stage IB and II cancer of the uterine neck: retrospective comparison between preoperative uterovaginal curietherapy and initial surgery followed by radiotherapy.
Cancer. Radiother., 2002, 6(4), 217-237.
94. **Foucher F et al.**
Traitement chirurgical du cancer du col utérin par laparotomie
EMC. Techniques chirurgicales-Gynécologie 2007 ; 41 : 730
95. **Levi H.**
Traitement du cancer du sein et de l'utérus : impact physiologique et psychologique sur la fonction sexuelle
Can Rad 2005; 9:175-182
96. **Plotti F, Sansone M, Di Donato V, et al.**
Quality of life and sexual function after type C2/type III radical hysterectomy for locally advanced cervical cancer: a prospective study.
J Sex Med 2011; 8:894-904
97. **Bergmark K, et al.**
Vaginal changes and sexuality in women with a history of cervical cancer.
N Engl J Med 1999; 340:1383-9
98. **Société Française de Radiothérapie Oncologie**
Guide des procédures de radiothérapie externe 2007.
Cancer Radiother 2008; 12:143-313
-

99. **HOUVENAEGHEL G., BOUTARELLE M., MOUTARDIER V., GONZAGUE L., CASABIANCA.**
Chirurgie des cancers avancés & récidives du col: quand? comment? pour quelles raisons?
E-Memoires. Acad.Natle.Chir., 2004, 3, (2) ,30-34
100. **Ferdi N., Djekkoun R., Aouati E., Chirouf A., Aouati S., Afiane M.**
Etude prospective des facteurs pronostiques de survie sans maladie et de survie globale a
5 et 10ans
Cancer Radiother 2011; 15:573-640
101. **Pearcey R, Brundage M, Drouin P, Jeffrey J, Johnston D, Lukka H, Maclean G, Souhami L,
Stuart G, Tu D.**
Phase III trial comparing radical radiothérapie with and without cisplatin chemotherapy in
patients with advanced squamous cell cancer of the cervix.
J Clin Oncol 2002;20(4):966-72.
102. **Gerbaulet A, Cohen V.**
Cancer du col utérin. Cancers : évaluation, traitement et surveillance.
Colonna Ed. ESTEM, PARIS 1997. <http://www.caducee.net>
103. **Morrand C.**
Radiochimiothérapie concomittante dans le cancer du col utérin : résultats toxicités.
Etude à partir de 61 cas pris en charge au centre Paul Papin De 1999 à 2005.
Thèse en médecine ANGERS (France) 2008.
104. **Fotiou S., Rodolakis A.**
Recurrence du cancer du col : Facteurs de risque et traitement.
Encycl Med Chir.Paris 2002; 605(85):p5
105. **Pujol H., Prade**
Extension anatomique des carcinomes infiltrants du col uterin
Bull Cancer 1979; 66:503-14
106. **Marchal C, Rangeard L, Brunaud C.**
Impact de l'anemie sur les traitements des cancers du col utérin.
Can Rad 2005; 9:87-95
107. **Bourgault-Villada I.**
Vaccination anti-Papillomavirus Humain : Principes et etat d'avancement.
La Revue de medecine interne 2007; 28:22-7



ANNEXES



Fiche d'exploitation

Traitement chirurgical du cancer du col utérin

➤ Identité

- N° du dossier : Tél :
- Nom & Prénom :
- Age :
- Situation maritale : Célibataire Mariée Divorcée Veuve
- Profession :

➤ Motif de consultation

- Métrorragie : Spontanées Provoquée
- Dyspareunie : Non Oui
- Leucorrhée : Non Oui
- Douleurs pelviennes Non Oui
- Signes urinaires : Non Pollakiurie Brulures Autre :
- FCV de dépistage : Non Oui
- Reprise : Non Oui (ttt initial incomplet)
- Recidive : Non Oui
- Autres :

➤ ATCD

- Gestité :
- Parité :
- Multiplicité des partenaires Non Oui Non Précisé
- Précocité du premier rapport sexuel (<15 ans) Non Oui Non Précisé
- Activité génitale : Non Ménopause
- Rapports sexuels a risque chez la femme Non Oui Non Précisé
- Rapports sexuels a risque chez le marie Non Oui Non Précisé
- Infections genitales a repetition Non Oui Non Précisé
- Tabagisme Non Oui Non Précisé
- ATCD du cancer du col utérin (personnel) Non Oui

**Le traitement Chirurgical du cancer du col utérin : Expérience du service de gynécologie « A »
À propos de « 82 cas »**

- ATCD du cancer du sein (personnel) Non Oui
- ATCD familial du cancer Non Col Sein Ovarien Digestif Autre.....
- Contraception Non Oui Type :Durée : Non Précisé
- FCV de dépistage Non Oui Nbr : Résultat : Normal
 Anormal : cat :
- Autre ATCD personnel médical ou chirurgical :

➤ **Clinique**

- Délai de consultation en (mois) après le premier symptôme :
- Etat général : Conservé Altéré Non Précisé
- Ex Gynécologique
 - Speculum Aspect normal du col Aspect rouge Saignement
 Tumeur :
 - Bourgeonnante Ulcéro-bourgeonnante
 - Infiltrante Non identifié
 - Toucher vaginal
 - Taille de la tumeur <3cm 3-6cm > 6cm Non précisée
 - Douleur Non Oui Non Précisé
 - Consistance indurée irrégulière normale
 - Saignement non oui non précise
 - Infiltration du vagin Non Oui Non Précisé
 - Envahissement des paramètres Oui Unilatérale Bilatérale
 Non
 Non Précisé
- FCV :
- Ex des seins :
- Ex abdominal :
- Le reste de l'examen somatique :

➤ **Stadification FIGO:**

- Stade : 0 I : IA1 IA2 IB1 IB2
 II : IIA IIB III : IIIA IIIB IV : IVA IVB

➤ **Diagnostic anatomopathologique**

- Carcinome epidermoide
- Adénocarcinome
- Autres types (sarcomes)

➤ **Biopsie du col :**

➤ **Grade histologique :**

- grade I grade II grade III

➤ **Paraclinique**

- Taux des HB:
- Rx thoracique : Normal Métastase Non trouve
- Echo pelvienne ou endo vaginale :
- Normale Métastase viscéral Non trouve
- Atteinte paramètres : Non Unilatérale Bilatérale
- TDM abdomino-pelvienne :
- Normal ADP Métastase
- Atteinte paramètres : Non Unilatérale Bilatérale
- IRM abdomino-pelvienne :
- Normal ADP Métastase
- Atteinte paramètres : Non Unilatérale Bilatérale
- Endoscopie : Cystoscopie Rectoscopie Non trouve
- Resultats :
- UIV : Non Faite Faite Résultat :
- Marqueurs tumoraux ACE : Non Faite Faite Résultat :

➤ **Duree d hospitalisation :**

➤ **Traitement**

① **Chirurgie**

- Conisation
- Hystérectomie
- Type de chirurgie: Laparotomie Coelioscopie

**Le traitement Chirurgical du cancer du col utérin : Expérience du service de gynécologie « A »
À propos de « 82 cas »**

- Type d'incision : Médiane Transversale
- Trachelectomie élargie
- Prametrectomie
- Adenocolpohystérectomie élargie
- Pelvectomie
- Transposition des ovaires
- Ganglion sentinelle
- Curage ganglionnaire
- Pièce opératoire : Taille tumorale :
- Limites d'exérèse Envahis Non
- Collerette vaginale Envahis Non
- Paramètres Envahis unilat Envahis bilat Non
- Les annexes Envahi Non
- Endomètre Envahi Non
- L'isthme Envahi Non
- Emboles vasculaires Non Oui
- Ganglion
 - Nbr prélevé : Dt : Gch :
 - Envahissent : Non Oui Dt : Gch :
- ② **Cruiothérapie** : Faite Non faite
- ③ **Radiothérapie** : Faite Non faite
 - Préopératoire : Dose Délai avant chirurgie
 - Post opératoire : Dose Délai après chirurgie
- ④ **Chimiothérapie** Faite Non faite
 - Néo adjuvante
 - Concomitante
 - Palliative
- ⑤ **Modalité Thérapeutique**
 - Chirurgie première +Rx
 - Rx première + chirurgie
 - Chirurgie première + Rx et CTH

- CTH première+chirurgie
- Chirurgie seule
- RTH – CTH

➤ **Complications du traitement**

① **Complications chirurgicales**

- **Suites post-op simples**
- Complication peropératoire
 - Vasculaires Saignement choc hémorragique Autre :
 - Viscérales : Plaie vésicale Plaie digestive Autre :
- Complication postopératoire

* A court terme <1mois

- Urinaire UHN FVV
 - RAU FUV
 - Hématurie Cystite
 - Dysurie Autre
 - Incontinence
- Digestives : Occlusion Pelvipéritonite Autre :
- Infection
- Thrombose veineuse
- Lymphocèle

* A Long terme

- Gynécologique :
 - Infertilité
 - Ménopause
 - Dyspareunie
 - Saignement Vaginal
 - Sécheresse Vaginale
 - Atrophie Vulvo-vaginale
- Psychologique :
 - Dépression
 - Diminution de la libido
 - Diminution de la fréquence des rapports sexuels

- Rejet sexuel
- Conflit conjugal
- Sensation d'un vagin plus court
- Infidélité du marie

② **Complication post-radique**

- Rectite
- Cystite hémorragique
- Sténose urétérale
- Fractures osseuses
- Autre :

➤ **Surveillance post-Thérapeutique**

- Rythme :
- Moyens
 - Interrogatoire
 - Ex clinique
 - Echographie
 - TDM abd-pel
 - IRM abd-pel
 - Autre :

➤ **Evolution**

- Délai de suivi :
- Bonne évolution
- Récidive locorégionale CAT :
- Métastase viscérale CAT :
- Décès
- Perdu de vue

قسم الطبيب

اقسم بالله العظيم أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف والأحوال بآذلاً

وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، بآذلاً رعيتي الطبية للقريب

والبعيد، للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان. لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية

متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيتي، نقيّة مما يشينها تجاه الله ورسوله

والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد



العلاج الجراحي لسرطان عنق الرحم
تجربة مصلحة طب النساء و التوليد "أ"
حول 82 حالة

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم .../.../2013

من طرف

السيدة لمياء أزيك

المزادة في 28 نونبر 1987 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

سرطان عنق الرحم – وبائيات - جراحة – مضاعفات – تطور-الوقاية

اللجنة

الرئيس	ع. سماني	السيد
المشرف	أستاذ في أمراض النساء والتوليد ع. أبو الفلاح	السيد
الحكام	أستاذ في أمراض النساء والتوليد ح. أسموكي	السيد
	أستاذ في أمراض النساء والتوليد م. زوبير	السيد
	أستاذ في التخدير والإنعاش م. بروس	السيد
	أستاذ مبرز في طب الأطفال	

