

**MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE(MESRS)**



**REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI**

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année: 2014-2015

Thèse N° _____/2015

Thèse

**Bilan des activités de dépistage des lésions
précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par
les méthodes d'inspection visuelle (IVA / IVL) au
CSREF CII du DISTRICT de BAMAKO**

**Présentée et soutenue publiquement le 13/07/ 2015
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie**

Par :

M. SINA DIARRA

**Pour obtenir le grade de DOCTEUR EN MEDECINE
(Diplôme D'ETAT)**

JURY

**Président : Pr Cheik Bougadari TRAORE
Membre : Dr Bakary Abou TRAORE
Codirecteur : Dr BrahimamALLE
Directeur : Pr Ibrahima TEGUETE**

DEDICACES

ET

REMERCIEMENTS

DIEU, le tout puissant et le très miséricordieux

Dieu de la bonté, Dieu de l'Univers et de tous les hommes. Que ta grâce, ton salut, ton pardon et tes bénédictions, accompagnent tous les Hommes sur terre.

Dieu ; merci d'avoir veillé sur moi, de m'avoir permis, de mener à bien, ce travail et de voir ce jour que j'attendais tant.

Je dédie ce travail

*A mon père : **DJINDIAN DIARRA**

Grâce à toi que j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, la probité, le respect de soi et des autres, la rigueur, la loyauté et la foi. Je ne saurai te rendre un hommage à la hauteur de tes efforts consentis. Merci PAPA! Pour tout ce que tu as fait et que continue à faire pour moi. Je prie enfin que le seigneur te garde encore longtemps auprès de nous .**AMEN !**

*A ma mère : **BIA COULIBALY**

Femme dynamique, généreuse, loyale, sociable, attentionnée, très courageuse, naturelle et infatigable, tes conseils, tes encouragements, tes bénédictions ne m'ont jamais fait défaut. Voici le fruit de ton amour et de tes sacrifices. Que Dieu te donne encore longue vie, car nous aurons toujours besoin de toi. Merci pour toute maman !

*A mes grandes sœurs

Bassé Diarra

Tu es une grande sœur merveilleuse, comme une mère, tu t'es souciée du fait que je ne manque de rien, tout simplement merci pour tout ce que tu as fait pour moi. Tes conseils, tes bénédictions et ton soutien perpétuel, ne m'ont jamais fait défaut.

Béranice Diarra

Tu es aussi une mère pour moi, soucieuse de ma réussite à l'école, tes conseils et tes bénédictions ne m'ont jamais fait défaut ; merci pour tout.

Samabéré Diarra

Je me souviens que tu te souciais de moi lorsque j'étais en classe inférieure ; beaucoup de générosité et de bon cœur. Que l'Éternel réalise tes vœux et te comble de bonheur dans tous tes projets.

***A mon grand frère Nassin**

Malgré la distance qui nous sépare aujourd'hui ; je te dis merci pour la complicité et aussi pour tes conseils et ton éducation. Je te souhaite bon vent dans tes projets.

A mon petit frère Samassé

Malgré la distance qui nous sépare aujourd'hui, je tiens à te remercier infiniment pour ton soutien qui ne m'a jamais manqué.

***A mon tonton Noé Kamaté**

Tu es aussi un papa pour moi ; grâce à tes bénédictions et à tes soutiens sans failles je suis arrivé à bout de ce travail, merci infiniment tonton.

***A mon oncle Nyamana Coulibaly**

Cher oncle merci pour tes conseils et soutiens; ce travail est aussi le vôtre.

***A toute ma famille**

En tant qu'enfant, je vous ai souvent offensée malgré tout votre amour et votre sagesse. Vous m'avez toujours pardonnée et tout donnée. Ce travail est le vôtre.

Remerciements

J'adresse mes remerciements

*Au Professeur **Cheick Bougadari TRAORE**, les moments passés dans votre service nous resterons en mémoire à jamais grâce à votre sympathie et votre gentillesse.

*Au Professeur **Ibrahima TEGUETE**, les moments passés à vos côtés ont été très riche en enseignements pour nous, merci pour la rigueur et la qualité de formation que nous avons reçu de vous.

*Au Professeur **Bakarou Kamaté**, sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l'encadrement que vous nous offrez. Que Dieu vous bénisse.

*Aux Docteurs **Bakary Abou Traoré, Sakoba Konaté, Dombia Daouda** Sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l'encadrement que vous nous offrez. Que Dieu vous bénisse.

Aux Docteurs **Bourama Coulibaly, Bréhima Mallé, Mamadou Keita** Vous faites partis de nos formateurs. Merci pour votre aide et pour toutes les complicités.

*A mes camarades et collègues internes des services de gynéco-obstétrique du CSREF CII et d'anatomie cytologie pathologiques. Merci pour ces moments de joie et partage passés ensemble.

*A toutes les sages-femmes du CSREF CII particulièrement à Tanti : **Mme Sountoura, Mme Sacko Mah Ouéloguem, Mme Diarra Hamza etc...** ; bonne continuation pour le dépistage.

*A tout le personnel des services d'anatomie et cytologie pathologiques et gynéco-obstétrique du CSREF CII. Merci pour votre générosité et gratitude.

*A mes amis et grands frères Bényiré N Diarra, Yakouréoun Diarra, Moussa Diarra, etc...Merci pour vos soutiens.

*A tous mes maîtres du primaire, secondaire, et de la FMOS voici le fruit de votre œuvre commune. Gratitude infinie

*A tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin, pour la réalisation de ce travail, de façon désintéressée; sincère gratitude.

HOMMAGES

AUX

MEMBRES DU JURY

A Notre Maître et Président du Jury

Professeur Cheick Bougadari TRAORE

- Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la FMOS
- Praticien et chercheur au CHU du Point G
- Chef de D.E.R des sciences fondamentales
- Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin et du registre national des cancers du Mali
- Chef de service du laboratoire d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques du CHU du Point-G

Cher maître, nous sommes reconnaissants, malgré vos multiples occupations, accepté de présider ce jury. Plus qu'un honneur ça été pour nous un plaisir de vous côtoyer. La qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Honorable maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Merci pour votre disponibilité au quotidien.

A Notre Maître et Juge

Docteur Bakary Abou TRAORE

- Spécialiste en gynécologie-obstétrique
- Praticien au CSRéf de la commune II
- Chef de service de gynéco-obstétrique du CSRéf de la CII

Honorable maître, avec indulgence et gentillesse vous avez accepté de juger ce modeste travail. Vous nous faites un grand honneur. Vos qualités intellectuelles, votre rigueur dans le travail, votre disponibilité et votre dynamisme font de vous un maître admirable. Votre simplicité et votre accueil nous ont conquis. Veuillez accepter, l'expression de notre grande estime et de notre gratitude.

A Notre Maître et Codirecteur de Thèse

Docteur Brahima MALLE

- Spécialiste en Anatomie et Cytologie Pathologiques
- Praticien hospitalier au CHU du point G
- Collaborateur du registre national des cancers du Mali
- Ancien interne des hôpitaux

Cher Maître, l'opportunité nous est donnée de vous faire part de la grande estime et admiration que nous portons à votre égard. Votre disponibilité et votre sympathie ont accompagné la réalisation de ce travail. Votre ardeur au travail, votre dévouement, l'amour du travail bien fait, le souci constant et permanent de la formation, votre expérience et votre compétence nous ont marqué et nous servons de modèle dans notre carrière.

Soyez rassuré cher maître de notre sincère reconnaissance.

A Notre Maître et Directeur de Thèse

Professeur Ibrahima TEGUETE

- Maître de conférences Agrégé en Gynécologie Obstétrique à la FMOS.
- Gynécologue Obstétricien, praticien hospitalier et chercheur au CHU Gabriel Touré
- Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col utérin au Mali
- Secrétaire General de la SAGO (société africaine de gynécologie – obstétrique)

Cher Maître, nous sommes honorés pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail. Votre immense expérience, votre esprit méthodique, vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre disponibilité font de vous un maître respecté et admirable. Votre sagesse, votre accueil toujours courtois et affectif, votre humanisme et votre modestie forcent respect et incitent à l'admiration.

Veillez recevoir cher maître toute notre considération et profonde gratitude.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS.....	1
INTRODUCTION.....	3
OBJECTIFS.....	6
I- GENERALITES.....	8
1- Rappels.....	9
2- Généralités sur le cancer.....	15
3- Principes physiopathologiques des tests visuels.....	35
II- MÉTHODOLOGIE	39
1- Cadre d'étude.....	39
2- Période d'étude.....	44
3- Type d'étude.....	44
4- Critères.....	45
5- Matériels de travail.....	45
6- Déroulement du travail.....	46
7- Collecte des données.....	49
III- RESULTATS.....	50
IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	62
V- CONCLUSION.....	67
VI- RECOMMANDATIONS.....	69
VII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	71
ANNEXES.....	77

ABREVIATIONS

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CIN/NCI : Néoplasie Cervicale Intra –Epithéliale

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

CIS : Carcinome In Situ

CSRéf : Centre de Santé de Référence

CI : Cancer Invasif

DDR : Date des Dernières Règles

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique

FCV : Frottis Cervico Vaginal

FMOS : Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie

HGT : Hôpital Gabriel Touré

HPV/VPH : Human Papillomavirus/Virus du Papillome Humain

INRSP : Institut National de Recherche en Santé Publique

IV : Inspection Visuelle

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

IVL : Inspection Visuelle du col après application du Lugol

JPC : Jonction Pavimento- Cylindrique

LIEBG : Lésions Intra –Epithéliales de Bas Grade

LIEHG : Lésions Intra – Epithéliales de Haut Grade

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisme Non Gouvernemental

PNLCC : Programme National de Lutte Contre le Cancer

RAD : Résection à l'Anse Diathermique

SIDA : Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise

UIV : Urographie Intra –Veineuse

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ZR : Zone de Remaniement

INTRODUCTION

INTRODUCTION

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

Le carcinome épidermoïde ou squameux est le plus fréquent avec 95%, et l'adénocarcinome est plus rare [2].

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

En France, il occupe le 7^{ème} rang, avec 3500 nouveaux cas par an avec une incidence de 9,9 /100000 femmes [5].

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

En Afrique et dans les Caraïbes, le cancer du col de l'utérus reste la 2^{ème} cause de décès après la mortalité maternelle. Il touche de plus en plus de femmes jeunes, la moyenne d'âge se situant entre 40 et 45 ans et aussi chez les multipares âgées [5].

Au Congo Brazzaville, il a une fréquence de 60 %. Au Sénégal, 19 % ; et en Côte d'Ivoire 11% [5].

Au Mali, depuis 1985 on note une nette élévation de la fréquence du cancer du col diagnostiqué en milieu hospitalier [6, 7].

Selon les données récentes du registre des cancers du Mali, le cancer du col vient en première position des cancers féminins, avec une fréquence de 26,6 % et une incidence de 35,1 pour cent mille habitants [8].

En effet, dès le début des années 1980, des études rapportaient que la simple observation du col au spéculum et surtout, l'application de l'acide acétique et de lugol sur le col, permettaient de dépister des lésions précancéreuses et cancéreuses opérables du col, avec une sensibilité comparable, sinon meilleure à celle du frottis [9].

Au Mali, le dépistage par la méthode visuelle a démarré en 2001 et, a permis d'avoir un échantillon statistiquement représentatif de la population étudiée [10].

C'est dans le but de faire le bilan des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les tests visuels IVA et IVL au CSRéf de la commune II que nous avons décidé de mener cette étude.

OBJECTIFS

- **Objectifs**

- **Objectif général**

- Faire le bilan du dépistage par les méthodes visuelles des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus, au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

- **Objectifs spécifiques**

- Déterminer la prévalence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf CII.
- Préciser le profil socio démographique des patientes dépistées au CSRéf CII.
- Déterminer le type histologique des dysplasies et des cancers du col de l'utérus au CSRéf CII.
- Décrire les méthodes thérapeutiques des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au CSRéf CII.
- Décrire le suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au CSRéf CII et au CHU Gabriel Touré.

GENERALITES

I- GENERALITES

1 - Rappels

1.1 Rappels anatomiques

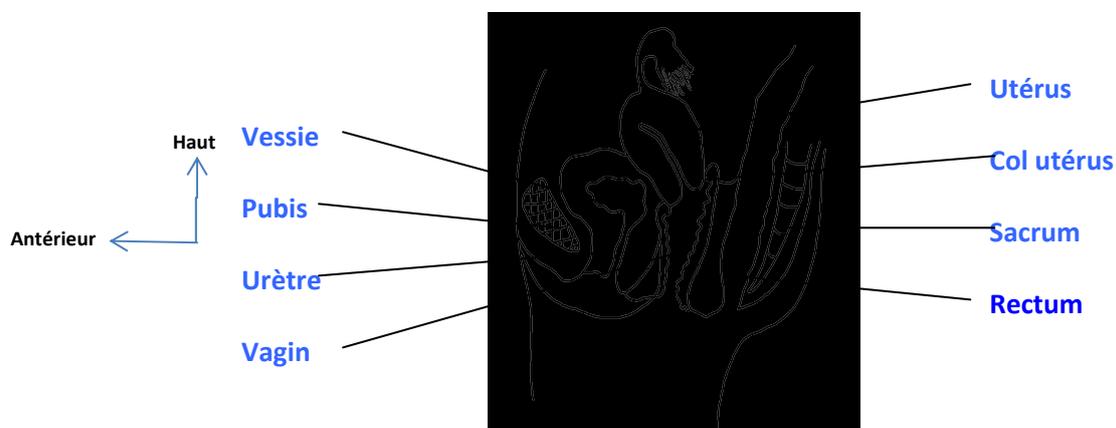


Schéma 1 : Coupe sagittale des organes pelviens [11]

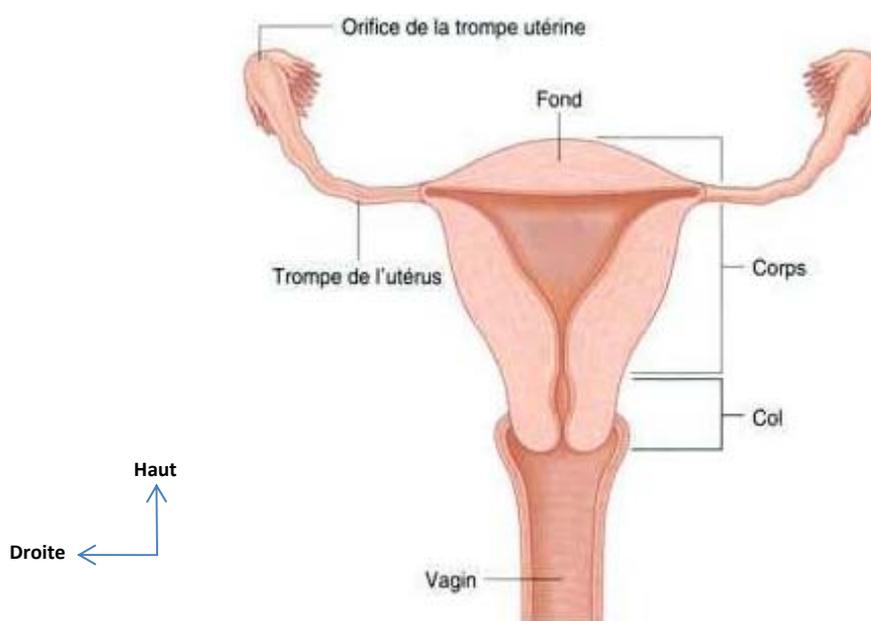


Schéma 2 : Coupe frontale de l'appareil génital féminin [11]

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

Il comprend une partie supérieure, appelée partie supra vaginale, située au-dessus du vagin; une partie inférieure, appelée portion vaginale qui s'ouvre dans

le vagin, par l'orifice cervical externe et, communique avec le corps utérin au niveau de l'orifice cervical interne.

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

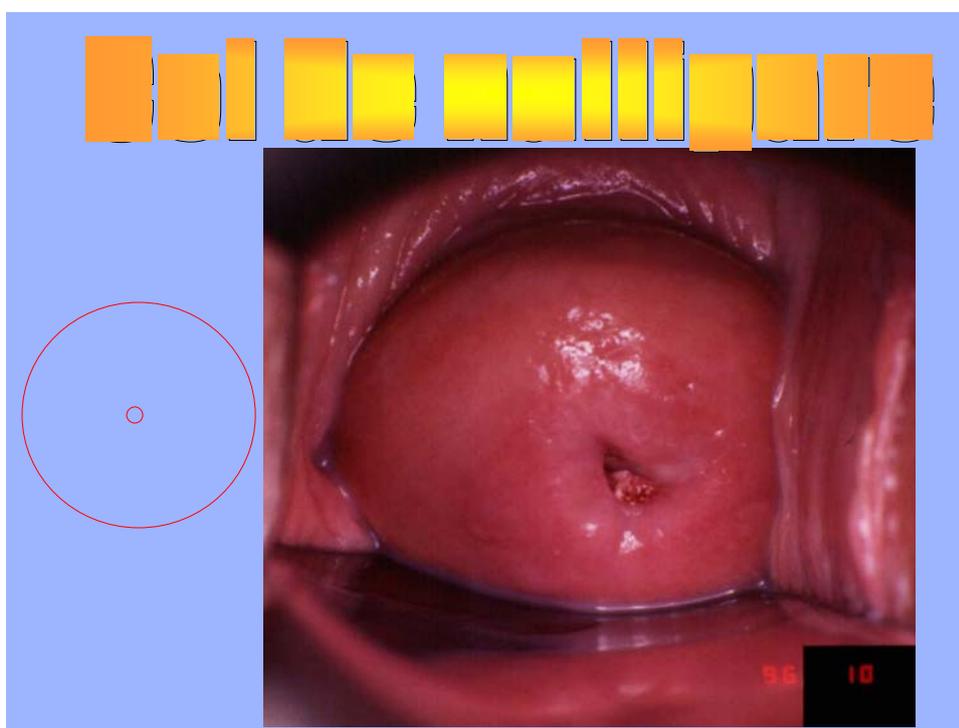


Figure 1 : col de nullipare [11]

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

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

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

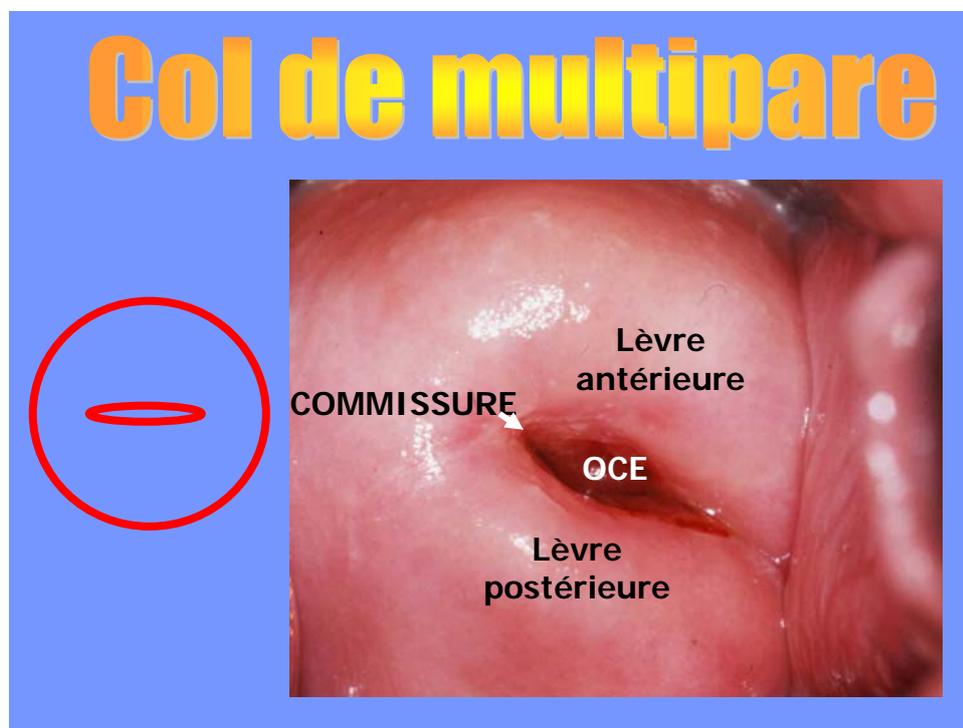


Figure 2 : col de multipare [11]

1.2- Rappels histologiques

Ils sont indispensables, pour comprendre les aspects physiologiques et pathologiques.

A) L'exocol [9]

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

- 1) une couche germinatrice ou basale profonde : elle est faite d'une seule assise de cellules de petites tailles, de forme cylindrique, tassées les unes contre les autres en palissade le long de la membrane basale.
- 2) une couche basale externe formée par 3 ou 4 assises de cellules analogues mais un peu plus volumineuses .On retrouve des mitoses dans les cellules les plus profondes.
- 3) une couche intermédiaire formée de 5 ou 6 couches de cellules plus volumineuses, polyédriques et séparées par un espace intercellulaire. A travers cet espace, les cellules

sont reliées par des ponts intercellulaires. Ces cellules ont un cytoplasme abondant et clair qui contient beaucoup de glycogène.

4) une couche superficielle ou zone de kératinisation intra épithéliale de DIERKS ; elle est formée par 6 à 8 couches de cellules qui s'aplatissent progressivement vers la surface. Leur membrane est épaisse, leur cytoplasme occupé par du glycogène que le lugol colore en brun acajou, leur noyau est petit et homogène,

5) la zone de desquamation est constituée de cellules qui se détachent facilement de la surface de la muqueuse. Elles desquament isolement et gardent leurs noyaux. Elles constituent les étalements du frottis exo cervical.

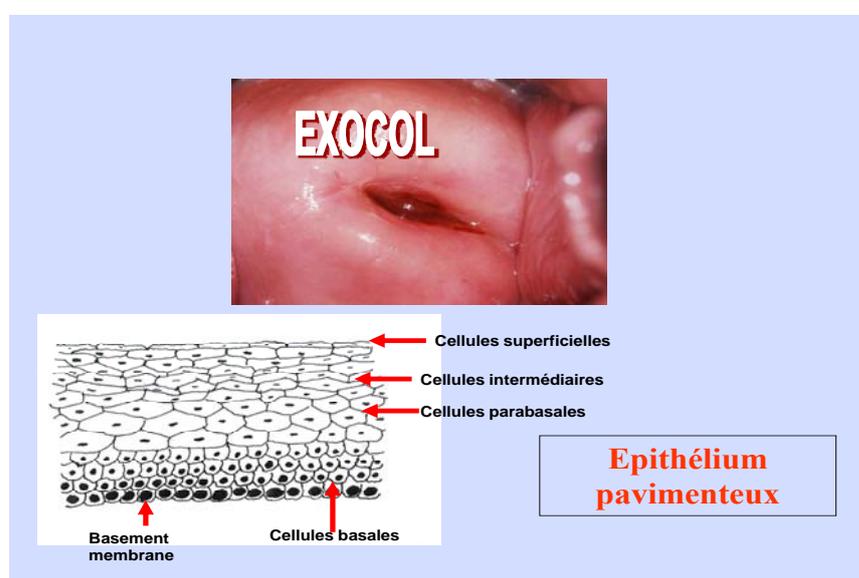


Figure 3 : Coupe histologique d'un épithélium malpighien normal [11]

B) L'endocol [11]

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

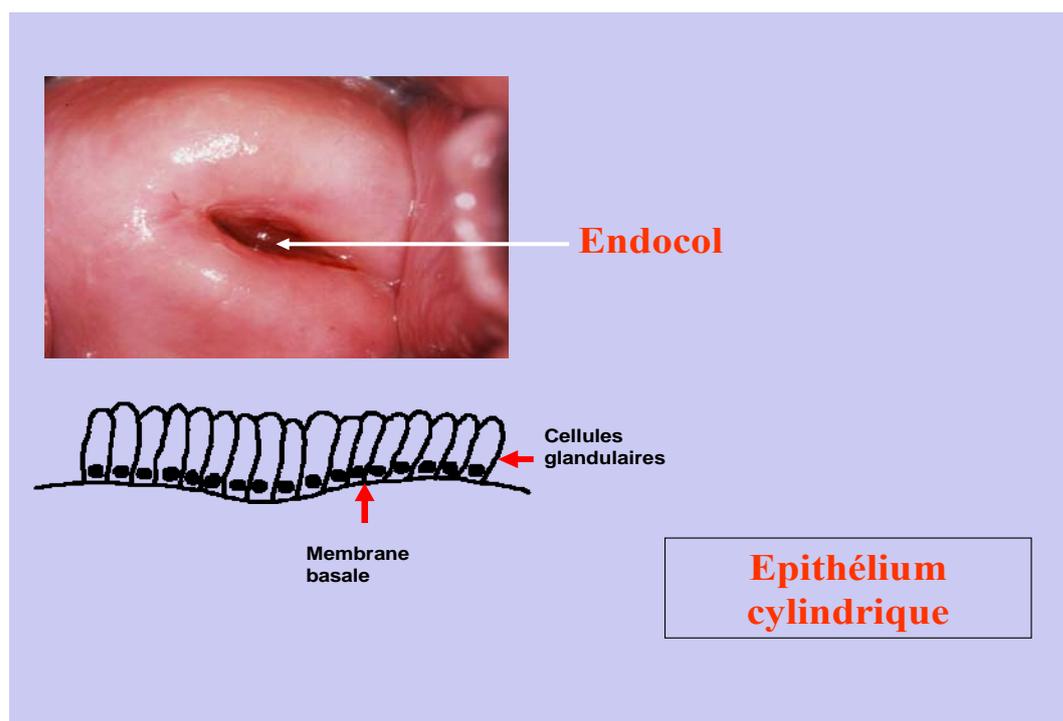


Figure 4 et schéma 3 : Coupe histologique d'un épithélium endocervical normal [11]

C) La jonction pavimento-cylindrique (JPC) [11]

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

- Chez la fillette et la nullipare l'orifice externe est arrondi, souvent la zone de JPC correspond à l'orifice externe du col ou être très proche de l'orifice externe.
- Chez la jeune femme en début de la période de reproduction elle est éloignée de l'orifice externe suite à une éversion de l'épithélium cylindrique sur une large portion de l'exocol (ectropion).
- Chez la femme d'une trentaine d'année en période de reproduction elle se rapproche de l'orifice externe. La JPC apparaît sous la forme d'une ligne blanche après l'application d'une solution d'acide acétique à 5%, à cause de la présence d'un épithélium pavimenteux métaplasique immature adjacent à la nouvelle JPC.

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

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

Entre ces 2 épithéliums, il se forme une zone où l'épithélium cylindrique est remplacé par un épithélium métaplasique pavimenteux ; cette zone est fragile, ulcérable subit des remaniements mécaniques et inflammatoires entraînant l'existence de lésions : elle est appelée **zone de remaniement (ZR)** ; elle mesure d'après F. Fluhmann 6mm de long en moyenne (1 à 10mm) chez l'adulte. C'est dans cette zone où débutent généralement les néoplasies cervicales à proximité de la jonction pavimento-cylindrique [10].

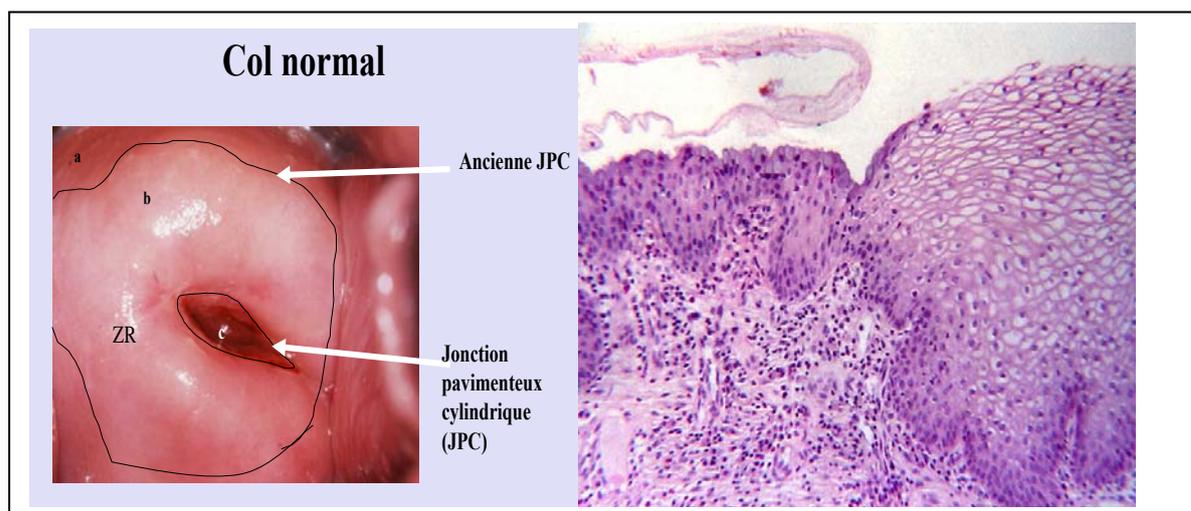


Figure 5 : Col normal avec la JPC [11]

Figure 6 : Coupe histologique Normale de la zone de JPC [11]

2-Généralités sur le cancer

2.1- Définition du cancer du col utérin

Le cancer du col de l'utérus est une néoformation tissulaire due à une prolifération cellulaire excessive, anormale, anarchique et autonome, détruisant le col avec envahissement local et à distance, responsable d'un taux élevé de morbidité variable selon les régions [12, 13]. L'histoire naturelle du cancer du col montre en effet qu'il se constitue sous l'égide du virus HPV (Human Papillomavirus). Il existe des lésions précurseurs qui évoluent pendant 10 à 15 ans avant de donner le cancer.

Plusieurs appellations ont été consacrées par les différentes classifications : dysplasie, néoplasie intra épithéliale (CIN), lésions précancéreuses de bas et de hauts grades. Pendant cette longue période évolutive, elles sont infra cliniques.

Il est actuellement admis que les lésions précancéreuses sont faciles à diagnostiquer et le traitement est simple et reproductible, qualités requises pour les activités de prévention, pouvant s'adresser à une population importante [14, 15].

2.2-Etiopathogenie du cancer

Facteurs de risque [10]

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

- ✓ Les infections par certains types oncogènes de papilloma virus humain : HPV (16, 18, 31,45) est à l'origine de plus de 90% des cancers cervicaux ;
- ✓ L'infection à herpes virus simplex.
- ✓ La précocité et la fréquence des rapports sexuels
- ✓ La multiparité et une maternité précoce
- ✓ Le bas niveau socioéconomique
- ✓ Les partenaires sexuels multiples
- ✓ L'utilisation au long court des contraceptifs oraux ; ils ne sont pas directement en cause, mais en favorisant les rapports sexuels fréquents souvent non protégés, ils exposent aux microtraumatismes, véritables portes d'entrée pour le HPV
- ✓ Le tabagisme.

Pathogénie du cancer du col utérin

Les néoplasies du col se développent dans le temps à partir de lésions dysplasiques préexistantes plus ou moins graves. L'étape finale de cette progression est le cancer du col utérin.

2.3. Les lésions dystrophiques

- **La leucoplasie (hyperkératose) [10].**

Elle traduit une perturbation de la maturation. Elle correspond à une zone blanche bien délimitée sur le col (avant l'application d'acide acétique) qui est visible à l'œil nu. La couleur blanche est due à la kératose. Habituellement la leucoplasie est idiopathique, mais elle peut aussi être la conséquence d'une irritation chronique causée par un corps étranger, d'une infection à HPV, ou d'une néoplasie épidermoïde.

- **Les condylomes, ou verrues génitales** [10].

Correspondent souvent à un ensemble de multiples lésions exophytiques rarement observées sur le col, et plus fréquemment présentes sur le vagin et la vulve. Leur présence est liée à l'infection par certains types de HPV, notamment les types 6 et 11. Les condylomes peuvent aussi apparaître comme une lésion diffuse, d'un blanc grisâtre, affectant des régions du col et du vagin. Ils peuvent être visibles à l'œil nu (avant l'application d'acide acétique).

- **L'ectropion**

Après la puberté et durant toute la période de reproduction, les organes génitaux féminins se développent sous l'influence des œstrogènes. Ainsi le col s'élargit et le canal endocervical s'allonge.

Il en résulte une éversion de l'épithélium cylindrique sur l'exocol, plus particulièrement sur les lèvres antérieures et postérieures du col. On désigne ce processus d'éversion sous les termes d'ectropion ou d'ectopie [10].

L'ectropion peut aussi survenir brutalement à la suite d'un accouchement. Il est rarement congénital.

- **La métaplasie pavimenteuse ou malpighiennes**

C'est un long processus pouvant s'étendre sur 5 à 15 ans ; elle se situe entre l'ancienne jonction pavimento-cylindrique en bordure de l'ectropion et la nouvelle jonction pavimento-cylindrique près de l'orifice externe [16].

Elle consiste à un remplacement d'un tissu existant par un autre tissu.

Elle est due à une irritation chronique sur le col et peut faire le lit du Cancer [17]. Cette zone est dite zone de transformation ou de remaniement ; deux modalités de transformation sont possibles :

- la réépidermisation par glissement de l'épithélium pavimenteux qui recouvre l'épithélium glandulaire.

- la réépidermisation par métaplasie ; les cellules de réserve de l'épithélium glandulaire se multiplient pour donner un épithélium malpighien immature.

Quelque soit le type de remaniement, les îlots glandulaires persistent sous l'épithélium malpighien. Le mucus ne pouvant plus s'échapper, il se forme des kystes glandulaires appelés œufs de Naboth [18].

2.4 Les lésions infectieuses

- **Inflammation du col ou cervicite** [19].

C'est la pathologie la plus fréquente qui affecte le col.

Elle est généralement la conséquence d'une infection. Le point de départ est généralement une déchirure ou une éraillure du col au cours de l'accouchement ou une éversion en doigt de gant de la muqueuse de l'intérieur du col (ectropion).

Il s'y associe souvent un élément dysplasique ou dystrophique de la muqueuse, car c'est toujours sur une muqueuse lésée ou anormale qu'agissent les microbes ; Souvent aussi la surface extérieure du col ne présente pas partout son revêtement épithélial malpighien habituel. Cet épithélium du fait de ses nombreuses couches cellulaires réalise une efficace protection contre l'infection.

En certaines zones, le revêtement habituel à plusieurs couches cellulaires est remplacé par une muqueuse à une seule assise de cellules glandulaires, analogue à celui qui est trouvé dans l'endocol (ectopie). Mal armée pour se défendre par son assise unique de cellules cylindriques, sécrétantes de surcroît, cette ectopie s'infecte facilement.

La symptomatologie se réduit à un fait essentiel : la leucorrhée, les pertes filantes, jaunes ou verdâtres. Généralement il n'y a ni irritation ni démangeaisons sauf si elles sont surinfectées par le trichomonas ou par une mycose. Si cette cervicite est vraiment isolée, il n'y a habituellement ni douleur ni fièvre. L'examen au spéculum permet de distinguer l'exo cervicite et l'endocervicite.

Non prise en charge, elle peut se compliquer et entraîner des douleurs par congestion pelvienne.

Elle peut aussi par sa sécrétion purulente peu favorable aux spermatozoïdes être cause de stérilité. Mais, surtout, l'irritation chronique provoquée par une cervicite négligée peut avoir une influence sur le déclenchement d'un processus malin ; et ceci doit inciter toute femme hésitante à se faire soigner sérieusement. La destruction de cette zone pathologique en vue d'obtenir la régénération de l'épithélium à partir des zones normales environnantes est la meilleure prophylaxie connue du cancer du col.

- **Infection par le papilloma virus [20]**

Elle est responsable de condylomes et induit des tumeurs épithéliales. Au niveau du col, les types 16,18, 31, 45 ont un rôle oncogène certain. Les types 6 et 11 provoquent des condylomes acuminés de la vulve, du vagin et du col donnant un aspect en crête de coq ou de lésions asymptomatiques dépistées par les biopsies de zones blanchâtres du col après application d'acide acétique.

Ils sont responsables de lésions précancéreuses du col. La reconnaissance du condylome repose également sur la découverte de koilocytes :

Cellules malpighiennes matures présentant une vacuolisation cytoplasmique para nucléaire et un noyau volumineux, multiple.

Si le condylome est isolé son traitement consiste à une surveillance simple, on traitera le partenaire en conseillant des préservatifs pour les rapports ; ce n'est qu'en cas de persistance qu'une destruction par cryothérapie ou laser se justifie.

Des récurrences sont possibles : c'est une affection sexuellement transmissible. Un dépistage annuel de surveillance est souhaitable.

- **Les lésions dysplasiques ou précancéreuses**

Le concept de la maladie pré invasive du col a été introduit pour la première fois en 1947. Il a été reconnu que des transformations épithéliales ayant l'apparence d'un cancer invasif pouvaient être identifiées uniquement au niveau de l'épithélium [21].

Des études ultérieures ont montré que si ces lésions ne sont pas traitées, elles peuvent progresser vers le cancer du col [22].

Les progrès de la cytologie ont conduit à l'identification des lésions précoces appelées dysplasies, qui impliquent le développement futur probable d'un cancer. Pendant de nombreuses années, le carcinome in situ (CIS) était traité très agressivement (très souvent par une hystérectomie) tandis que les dysplasies considérées comme moins importantes n'étaient pas traitées ou étaient traitées par biopsie per colposcopie et cryochirurgie [14].

Le concept de néoplasie intra épithéliale (CIN) du col a été introduit en 1968, quand Richard a indiqué que toutes les dysplasies étaient susceptibles d'évoluer [23]. Il est actuellement admis que la plupart des CIN régresse spontanément, sans traitement [24]. Néanmoins, le terme CIN réfère à une lésion qui pourrait progresser vers le cancer. Ce terme est équivalent à celui de dysplasie.

La dysplasie signifie « maturation anormale » ; par conséquent, une métaplasie proliférative sans activité mitotique ne doit pas être appelée dysplasie. Une métaplasie épidermoïde ne doit pas être diagnostiquée comme dysplasie (CIN) parce qu'elle ne progresse pas vers le cancer invasif [14].

La plupart des cancers cervicaux sont précédés d'une longue période de cancer pré invasif. Ce stade se manifeste à un niveau microscopique par un spectre continu d'évènement allant de l'atypie cellulaire aux différents degrés variés de la dysplasie. Celle-ci évolue vers le carcinome in situ, qui en dehors de tout traitement dégénère en cancer invasif. La « néoplasie cervicale intra épithéliale » (CIN) était une nomenclature de plus en plus utilisée permettant de représenter le large spectre de la maladie. Dans de nombreux pays en développement, la nomenclature dysplasie/carcinome in situ de l'OMS est toujours en cours [9]. Celle de Papanicolaou est universellement abandonnée car obsolète et celle du Système Bethesda doit être utilisée pour les résultats du frottis [2].

Cette dernière a été modifiée en 2001 en considérant l'infection HPV (au même titre que les CIN I) comme une lésion intra épithéliale de bas grade (LIEBG). La

Corrélation entre ces différentes classifications est représentée dans le tableau I.

TABLEAU I : Corrélation entre les différentes classifications [10]

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

Caractéristiques cliniques

Il n'existe pas de symptômes spécifiques permettant de déceler la présence de dysplasie cervicale. Cependant, il est possible que certaines patientes se plaignent d'écoulements excessifs par le vagin, ce qui peut être le fait d'une infection surajoutée. Il n'existe pas de caractéristiques cliniques spécifiques de lésion précurseur de cancers cervicaux pouvant être décelé à l'examen au spéculum, mais nombre de ces lésions peuvent blanchir à l'application d'une solution fraîchement préparée d'acide acétique de 3 à 5%, ou peuvent être iodo- négatives à l'application de la solution de lugol (puisqu'elles ne contiennent pas de glycogène).

Diagnostic des dysplasies

Le diagnostic des dysplasies repose essentiellement sur leur dépistage précoce.

2.3- Histologie [11]

Le diagnostic confirmant la dysplasie cervicale se fait toujours par l'examen histopathologique qui est basé sur les critères suivants :

- Différenciation, maturation et stratification des cellules

La proportion de l'épaisseur de l'épithélium comportant des cellules matures et différenciées est utilisée pour déterminer le degré de la dysplasie (figure 6). Pour les degrés les plus sévères de la dysplasie, une proportion importante de l'épaisseur de l'épithélium est composée de cellules indifférenciées, avec seulement une assise mince de cellules matures et différenciées en surface. Si l'on ne constate aucune maturation dans l'épithélium, cela est en général révélateur d'un carcinome in situ.

- Anomalies nucléaires

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

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

- Au 1/3 inférieur de l'épaisseur de l'épithélium malpighien, on parle de dysplasie légère (NCI I),
- Au 1/3 moyen, dysplasie modérée (NCI II),
- Au 1/3 supérieur, dysplasie sévère (NCI III) et sur toute l'épaisseur : carcinome in situ (CIS). Dans ces deux cas différenciation et stratification sont complètement absentes de l'épithélium (figure 6).

2.4- Traitement [20]

Le traitement dépend de la dysplasie et de son siège.

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

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

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

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

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

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

2.5- Surveillance [20]

La surveillance doit être stricte :

Si l'abstention a été décidée (dysplasie légère) il faut faire un dépistage annuel voire deux ou trois ans selon la possibilité de la femme, pour dépister une aggravation et surveiller la régression spontanée. Si un traitement local a été effectué, il faut revoir la patiente un mois après afin de vérifier qu'aucun épithélium pathologique n'a été laissé, il faut revoir la femme à 3 ; 6 et 12 mois pour un examen colposcopique, et éventuellement pour biopsie, un examen visuel (IVA, IVL) annuel sera ensuite effectué.

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

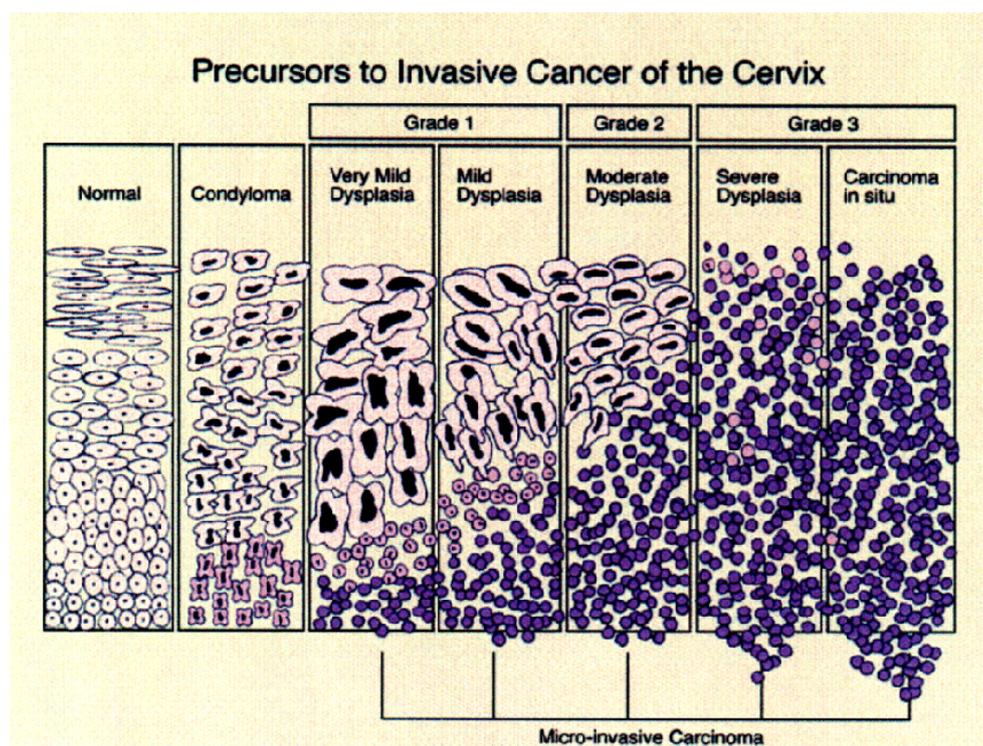


Figure 7: Coupe histologique de la lésion précurseur du cancer du col [11]

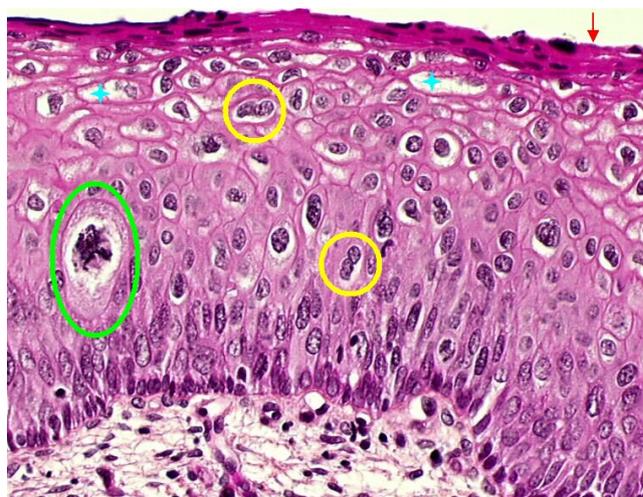


Figure 8 : Coupe histologique d'un épithélium avec infection à HPV plus Dysplasie légère [11]

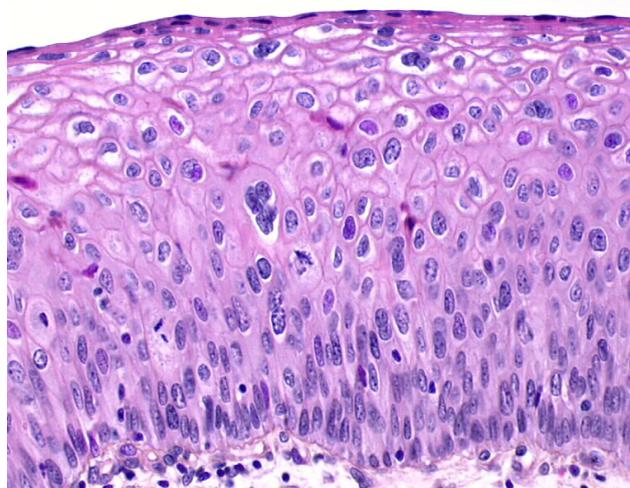


Figure 9 : Coupe histologique d'un épithélium avec une dysplasie modérée [11]

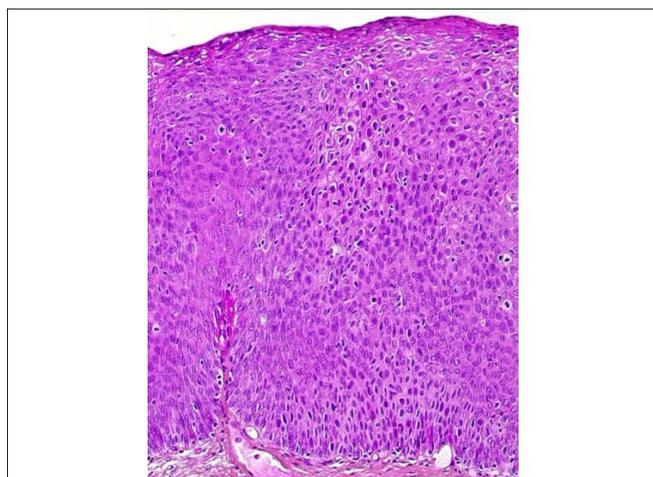


Figure 10 : Coupe histologique d'un épithélium avec une dysplasie sévère [11]

2.6- Les rapports de la dysplasie et du cancer [20]

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

Richard a introduit le terme de néoplasie cervicale intra- épithéliale (CIN) pour désigner ces lésions. Il s'agit en fait de dysplasie et de lésions précancéreuses. Les néoplasies intra- épithéliales de grades 1 et 2 correspondent aux dysplasies légères et moyennes. Le seul avantage de cette classification est de regrouper sous le terme de CIN3 les dysplasies sévères et les carcinomes in situ qui ont le même pronostic et le même traitement.

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

2.7- Le Cancer invasif

Caractéristiques cliniques

Dans les stades précoces, le cancer peut ne manifester aucun symptôme ou signe clinique. Les femmes atteintes d'un cancer invasif du col à un stade modérément avancé ou avancé ont souvent un ou plusieurs symptômes : saignement intermenstruel, saignement post coïtal, pertes vaginales importantes seropurulentes, cystite récurrente, douleurs dorsales et pelviennes, œdèmes des membres inférieurs, obstruction urétérale, occlusion intestinale, dyspnée due à l'anémie et à la cachexie.

Comme l'invasion du stroma se poursuit, les signes cliniques de la maladie se manifestent, avec la présence de plusieurs tumeurs visibles lors de l'examen au spéculum.

Des lésions débutantes peuvent se manifester sous forme de régions granuleuses, rougeâtres et rugueuses, saignant au toucher. Les cancers plus avancés peuvent parfois se manifester par la présence d'une tumeur proliférative, protubérante, semblable à un champignon ou à un chou-fleur, des pertes vaginales nauséabondes et des saignements.

De temps en temps, ces cancers peuvent ne présenter aucune manifestation tumorale en surface, et se manifester seulement par une hypertrophie du col qui prend alors une forme irrégulière avec une surface granuleuse et rugueuse.

Lorsque l'invasion se poursuit, elle peut affecter le vagin, les paramètres, la paroi pelvienne, la vessie et le rectum. La compression de l'uretère provoquée par une tumeur localisée peut entraîner une obstruction urétérale responsable par la suite d'une hydronéphrose, et d'une insuffisance rénale. L'invasion locorégionale s'accompagne d'une extension métastatique aux ganglions régionaux. Les métastases dans les ganglions para aortiques peuvent parfois traverser la capsule du ganglion pour aller directement envahir les vertèbres et les terminaisons nerveuses à l'origine de douleurs dorsales.

Ainsi l'invasion directe des branches des terminaisons du nerf sciatique provoque des douleurs dorsolombaires et des douleurs dans les membres inférieurs. De la même façon, l'atteinte des veines de la paroi pelvienne et du réseau lymphatique est parfois à l'origine d'un œdème des membres inférieurs. La dissémination des métastases à distance intervient de façon tardive au cours de la maladie. Ces métastases touchent généralement les ganglions para-aortiques, les poumons, le foie, les os, ainsi que d'autres organes.

Anatomie pathologie

Macroscopie et microscopie



Figure 11

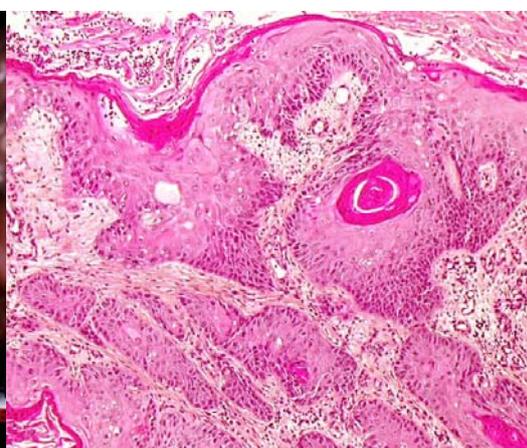


Figure 12

Figure 11 : Aspect macroscopique d'un cancer ulcéro bourgeonnant du col utérin [11]

Figure 12 : coupe histologique d'un Carcinome épidermoïde invasif [11]

2.8- Dépistage et diagnostic du cancer du col

En plus du frottis cervico-vaginal, il existe d'autres moyens diagnostiques de dépistage comme le curetage endocervical, le downstaging, la spéculoscopie, la cervicographie, et le test ADN du VPH. Ils n'entrent pas toujours dans les moyens des services sanitaires de nombreux pays en voie de développement, du fait de la disponibilité insuffisante en infrastructure pour le dépistage et le traitement et du coût élevé par rapport au revenu moyen empêchant les femmes de venir faire leur dépistage.

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

Justification du dépistage du cancer du col utérin

Le cancer in situ guérit à 100% avec un traitement simple. Par contre, le cancer au stade I et IIA ne guérit que dans 80% des cas à 5 ans avec un traitement lourd. Pour les cancers au stade IIB le taux de guérison n'est plus que de 55% à 5 ans, pour les stades III de 25% [20].

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

➤ Classification histopathologique du cancer du col de l'utérus

D'un point de vue histologique, environ 90 à 95 % des cancers invasifs du col dans les pays en développement sont des carcinomes épidermoïdes, et seulement 2 à 8 % correspondent à des adénocarcinomes [11].

➤ Classification clinique [20].

Le système de classification du cancer du col le plus utilisé est celui proposé par FIGO (fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique).

Ce système est basé sur une classification par stade en fonction de la taille et de l'étendue de la maladie à la région pelvienne.

Stade I le carcinome est strictement limité au col utérin

I A : cancer invasif identifié par analyse microscopique uniquement.

L'invasion est limitée au stroma avec une extension maximale en profondeur de 5mm et une extension latérale ne dépassant pas 7 mm

I B : les lésions cliniques sont limitées au col ou bien les lésions pré cliniques sont plus importantes que dans le stade I A.

Stade II le carcinome s'étend au-delà du col mais sans atteindre les parois pelviennes. Le carcinome a atteint le vagin, mais pas au-delà du tiers inférieur.

II A : pas d'atteinte paramétriale évidente. L'invasion touche les 2/3 supérieurs du vagin.

II B : atteinte paramétriale évidente, mais pas jusqu'à la paroi pelvienne.

Stade III

Il y a extension à la paroi pelvienne. A l'examen rectal, il n'existe pas de zone envahie par le cancer. La tumeur touche le 1/3 inférieur du vagin. Tous les carcinomes responsables d'une hydronéphrose ou d'un rein muet sont des cancers de stade III.

III A : pas d'extension à la paroi pelvienne mais atteinte du 1/3 inférieur du vagin.

III B : extension à la paroi pelvienne ou hydronéphrose ou rein muet.

Stade IV

La tumeur a envahi la muqueuse de la vessie et / ou du rectum ou s'étend au-delà du petit bassin.

IV A : extension de la tumeur aux organes pelviens adjacents.

IV B : extension aux organes distants.

En règle générale, il est impossible d'établir une appréciation clinique de l'envahissement du corps utérin. L'extension au corps utérin ne doit par conséquent pas être prise en compte.

2.9- Traitement et pronostic [20]

Le traitement est fonction du stade évolutif :

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

- Stade IB et IIA : trois méthodes peuvent être utilisées :

✓ traitement par la chirurgie seule, le principe consiste à associer :

Une colpohystérectomie totale élargie avec ablation des paramètres dont la technique de base a été décrite par Wertheim.

Une lymphadénectomie iliopelvienne.

✓ La physiothérapie sans chirurgie :

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

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

Premier temps : curiethérapie ;

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

Troisième temps : radiothérapie si les ganglions sont envahis.

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

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

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

- **Pronostic** [20].

La survie en 5 ans est de :

100% pour le CIS.

80% pour les cancers aux stades I et II A,

55% pour les cancers aux stades IIB,

35% pour les cancers aux stades III,

5 à 10% pour les cancers aux stades IV.

- **Surveillance post- thérapeutique [20]**

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

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

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

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

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

La malade est revue au 3ème, 6ème, 9ème, 12ème, 18ème, 24ème, 36ème mois, puis tous les ans .Chaque fois on note son poids, l'état général, on examine les creux sus claviculaires, le foie, on palpera l'abdomen à la recherche d'un gros rein. On examinera la vulve, on lui mettra un spéculum et on fera le test de dépistage tous les ans. Le vagin sera examiné sur toutes ses faces en retirant le spéculum, puis un toucher vaginal et un toucher rectal seront faits pour apprécier la souplesse des parois et des paramètres. Une échographie rénale sera faite au 3eme mois pour rechercher une dilatation urinaire ou par une Urographie Intra- Veineuse (U I V). Toute anomalie au cours de ces examens entraînera la consultation du spécialiste.

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

- **Cancer du col de l'utérus et grossesse [25].**

La fréquence du cancer du col utérin chez la femme enceinte est diversement estimée : 2,7% à 3,5% des cancers du col surviennent chez la femme enceinte et les néoplasies intra épithéliales (CIN) sont plus fréquentes pendant la grossesse. Il s'observe plus souvent chez la multipare ayant dépassé 30 ans, dont le col a été traumatisé par les accouchements antérieurs. Mais il atteint aussi la primipare plus jeune. Les divers degrés de la classification internationale des lésions pré invasives et invasives des

cancers du col de l'utérus et néoplasies intra épithéliales s'observent dans les mêmes proportions qu'en dehors de la grossesse.

L'augmentation de la taille et du nombre des vaisseaux, l'hyperplasie de la muqueuse endocervicale, la transformation du chorion et l'intensité de la réaction acidophile modifient parfois considérablement les aspects colposcopiques chez la femme enceinte. Près d'un tiers des cancers invasifs ou micro invasifs survenant chez la femme enceinte étaient méconnus à la

Colposcopie durant la grossesse. Le principe est d'éviter l'expulsion du fœtus par la voie cervico- vaginale car elle représente un facteur pronostic défavorable.

- Au premier trimestre de la grossesse :

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

- Au deuxième trimestre de la grossesse :

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

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

-Au troisième trimestre de la grossesse :

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

Relation entre cancer du col de l'utérus et l'infection à VIH [26]

L'infection à VIH est-elle impliquée dans la survenue du cancer du col de l'utérus ? Durant ces dernières années, on assiste à une évolution de l'épidémiologie du cancer du col avec un rajeunissement de la population atteinte. Ainsi l'infection par le VIH n'explique pas entièrement cette évolution récente mais trouve sa place dans les facteurs de risque de la maladie. Cette infection chez la femme est associée à une prévalence

élevée de cancer du col et à une évolution d'autant plus sévère de ces lésions que le déficit immunitaire est profond.

Cela a conduit à l'inclusion du cancer invasif du col parmi les critères définissant le sida en janvier 1993 principalement dans le but de sensibiliser les cliniciens à la surveillance gynécologique des femmes séropositives. La découverte de plusieurs cas de cancer cervicaux chez les femmes jeunes VIH positifs ainsi que l'observation de risque plus élevé d'infections à papilloma virus humain et de dysplasies cervicales de haut grade, précurseur de cancer du col chez les femmes VIH positives suggèrent une association entre le VIH et le cancer du col de l'utérus. Peu d'études ayant été réalisées pour confirmer cette association, des données plus précises sont nécessaires pour justifier un dépistage systématique du cancer du col chez les femmes séropositives. Ainsi le traitement standard comportera en fonction du stade du cancer, de l'âge de la patiente, du désir ultérieur de grossesse ; une chirurgie ou une cryothérapie associée ou non à un traitement antirétroviral. Ce traitement est modulé en fonction du taux de CD4 et de la gravité de l'infection à VIH.

Le traitement antirétroviral pourrait être renforcé par une prophylaxie infectieuse contre les infections opportunistes et une surveillance clinique et hématologique est nécessaire au cours du traitement.

➤ **Cancer du col chez les adolescentes**

En raison de la presque constance de l'ectropion physiologique de la puberté, le col des adolescentes est plus que celui des autres vulnérable et s'accompagne d'anomalies histologiques de l'épithélium malpighien métaplasique.

Cette susceptibilité est généralement traduite par la brièveté du temps s'écoulant entre les premiers rapports et l'apparition des lésions. En outre, le nombre élevé de partenaires est un facteur d'infections sexuellement transmissibles. Mais après des périodes d'abstinence et de soins hygiéniques sérieux, le col reprend assez rapidement son état normal. La tendance à la progression varie avec l'âge.

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

3- Principes physiopathologiques des tests

3.1- Le test à l'acide acétique (IVA) [11].

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

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

Lorsqu'on applique l'acide acétique sur un épithélium contenant de fortes quantités de protéines cellulaires, la coagulation sera maximale et masquera la couleur rouge du stroma. Cette réaction acidophile se traduit par un blanchissement notable de l'épithélium comparé à la couleur rosâtre habituelle de l'épithélium cervical pavimenteux normal environnant. Cet effet, généralement visible à l'œil nu, dépend donc des taux de protéines cellulaires présents dans l'épithélium.

Les modifications de coloration les plus perceptibles s'observent dans les zones qui sont le siège d'une intense activité nucléaire et dont les taux d'ADN sont élevés.

Ainsi, quand on badigeonne d'acide acétique un épithélium pavimenteux normal, l'acide ne provoque qu'une légère coagulation dans la couche cellulaire superficielle, car l'activité nucléaire y est faible. Et bien qu'en profondeur, les cellules contiennent plus de protéines nucléaires, l'acide acétique ne peut y pénétrer suffisamment et la précipitation en résultant ne suffit pas à masquer la couleur rose de stroma sous-jacent.

Au contraire, les dysplasies et les cancers invasifs présentent de fortes quantités de protéines nucléaires (étant donné le grand nombre de cellules indifférenciées), si bien que la coagulation est maximale et empêche la lumière de passer à travers l'épithélium. Par conséquent, le réseau vasculaire sous épithélial est masqué et l'épithélium apparaît nettement blanc. Dans le cas d'une CIN, la réaction acidophile est limitée à la zone de

remaniement, près de la jonction pavimento-cylindrique, tandis que dans le cas d'un cancer, cette réaction affecte souvent la totalité du col.

L'apparition d'une réaction acidophile ne se limite pas aux néoplasies cervicales intra épithéliales (CIN) et au cancer débutant, elle est aussi observée dans la métaplasie pavimenteuse immature, l'épithélium en cours de cicatrisation et de régénération (associé à une inflammation), la leucoplasie (hyperkératose) et le condylome.

Alors que l'épithélium acidophile du CIN et du cancer invasif infra clinique, apparaît dense, épais et opaque, avec des bords bien délimités par rapport à l'épithélium normal environnant, l'épithélium acidophile dans la métaplasie immature, l'inflammation, ou en cours de régénération, apparaît moins blanc, opalescent, plus mince et souvent translucide, aux contours mal définis, avec une distribution inégale.

En présence d'une inflammation ou d'une cicatrisation, la réaction acidophile est largement répandue sur tout le col et ne se limite pas à la zone de remaniement. D'autre part, l'effet de l'acide acétique se dissipe rapidement dans le cas de la métaplasie immature et de l'inflammation (en moins d'une minute), tandis que les modifications acidophiles associées aux lésions CIN et aux stades précoces du cancer invasif infra clinique, apparaissent rapidement et persistent quelques minutes : entre 3 et 5 minutes dans le cas des CIN de haut grade (2 et 3) et du cancer invasif.

Sous l'effet de l'acide acétique, la leucoplasie et le condylome se manifestent par l'apparition d'une zone blanc-grisâtre bien nette.

3.2- Le test de Schiller (Inspection visuelle au lugol : IVL) [11].

L'épithélium métaplasique normal pavimenteux est riche en glycogène, tandis que les lésions CIN ou le cancer invasif ne contiennent pas de glycogène ou très peu. L'épithélium cylindrique, lui aussi, ne contient pas de glycogène, de même que l'épithélium pavimenteux métaplasique immature qui n'est que rarement ou partiellement glycogéné.

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

L'épithélium cylindrique qui ne contient pas de glycogène, ne prend pas la coloration à l'iode, et peut même paraître légèrement décoloré à cause de la fine pellicule déposée par la solution iodée. De même, les zones tapissées par un épithélium pavimenteux métaplasique immature restent iodo-négatives où ne prennent que partiellement la coloration à l'iode.

En cas d'érosion des couches cellulaires superficielles et intermédiaires associée à une inflammation de l'épithélium pavimenteux, ces zones ne prennent pas la coloration à l'iode et apparaissent nettement décolorées sur un fond brun ou noir.

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

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

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

VIA -

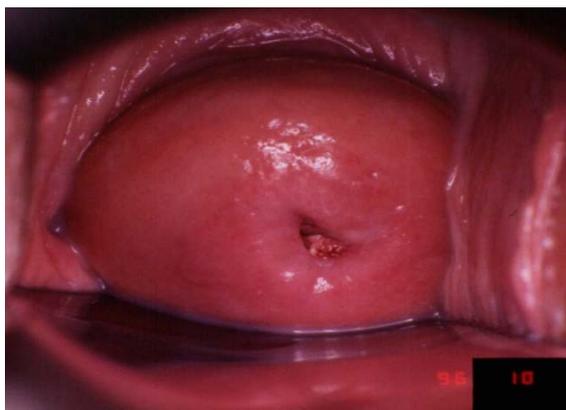


Figure 13

Figure 13 : col négatif à l'acide acétique [11]

VIA +



Figure 14

Figure 14 : col positif à l'acide acétique [11]

IVL -



Figure 15 : col négatif au soluté de lugol [11]

IVL +

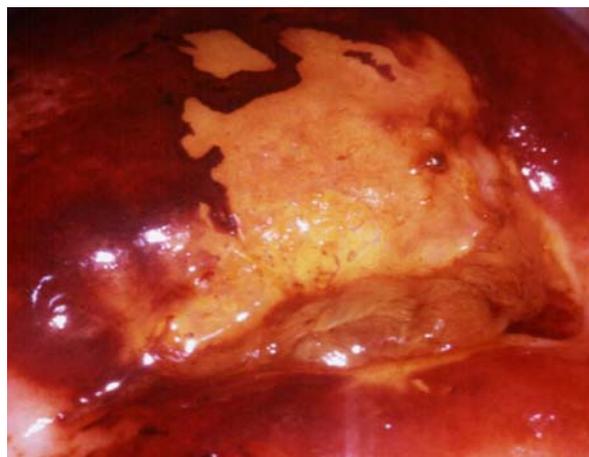


Figure 16 : col positif au
Soluté de lugol [11]

II- METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude

Notre travail s'est déroulé au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako ; et au service d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU du point G et au département de gynéco-obstétrique du CHU Gabriel Touré.

Les biopsies et les pièces opératoires ont été systématiquement adressées au service d'anatomie et cytologie pathologiques après fixation au formol à 10%.

1.1- Le Centre de Santé de Référence de la Commune II

Ce centre comprend plusieurs unités dont celle de la Gynécologie et d'obstétrique qui a en charge l'organisation et la réalisation de l'activité de dépistage.

La Commune II couvre une superficie de 17 km² soit environ 7% de la superficie totale du district de Bamako. Elle est limitée :

- au nord par le pied de la colline du point G ;
- au sud par le fleuve Niger;
- à l'est par le marigot de korofina ;
- à l'ouest par la route goudronnée (Boulevard du peuple passant par l'institut ophtalmologique tropical d'Afrique: IOTA traversant le grand marché jusqu'au pont des martyrs).

Elle comporte 12 (douze) quartiers (Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Missira, Niarela, Quinzambougou, Téléphone sans fil: TSF, zone industrielle, N'GOMI, Médina- Coura).

Le quartier de Missira en commune II abrite le Centre de Santé de Référence de la Commune II qui est un deuxième niveau de référence de la pyramide sanitaire du Mali sur trois niveaux :

-Premier niveau : les centres de santé communautaire ou CSCOM.

-Deuxième niveau : les centres de santé de référence ou CSRéf.

- Troisième niveau : les hôpitaux.

Le centre de santé de référence de la commune II est beaucoup sollicité par la population de la dite commune aussi par celle de certaines communes et villages environnants.

Le centre de santé de référence a sous sa tutelle 5 CSCom (CSC om de Niarela, Bakaribougou, Médine, hippodrome, Bozola), 2 centres de l'INPS (Institut National de Prévoyance Sociale) et 2 centres confessionnels. Le CSRéf de la commune II assure une couverture sanitaire grâce à ses services. L'unité de la gynécologie et d'obstétrique comporte :

- Une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement ;
- Une salle d'attente et de suite de couche immédiate avec trois lits ;
- Une salle de garde pour les sages-femmes ;
- Un Bureau pour la sage-femme maîtresse ;
- Une toilette externe pour le personnel ;
- Une unité de consultation prénatale ;
- Une unité de planning familial ;
- Une unité post natale ;
- Une unité PTME (Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH) ;
- Une unité de dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- Une salle d'échographie ;
- Une unité de consultation gynécologie obstétrique ;
- Trois salles d'hospitalisation ;
- Un bloc opératoire.

Le personnel comprend :

- Trois médecins gynécologues obstétriciens ;
- Des médecins en spécialisation pour DES en Gynécologie ; obstétrique de nombre variable ;
- La sage-femme maîtresse ;
- Seize étudiants faisant fonction d'interne ;
- Vingt un sages-femmes ;
- Quatre infirmières obstétriciennes ;
- Vingt aides-soignantes ;
- Cinq manœuvres ;
- Quatre chauffeurs ;

Le dépistage au CSRéf CII se fait tous les jours sauf le vendredi, le personnel s'occupant de cette activité comprend :

- Un gynécologue obstétricien ;
- Des étudiants en médecine faisant fonction d'internes ;
- Des sages-femmes formées à la technique d'inspection visuelle du col à l'IVA-IVL,
- Une aide-soignante pour la stérilisation du matériel.

1.2- Le service d'anatomie et cytologie pathologiques

Il est le seul service d'anatomie et cytologie pathologiques publique au Mali qui héberge le registre des cancers du Mali en collaboration avec le centre international de recherche sur le cancer (C.I.R.C).

➤ **Présentation du CHU du point G**

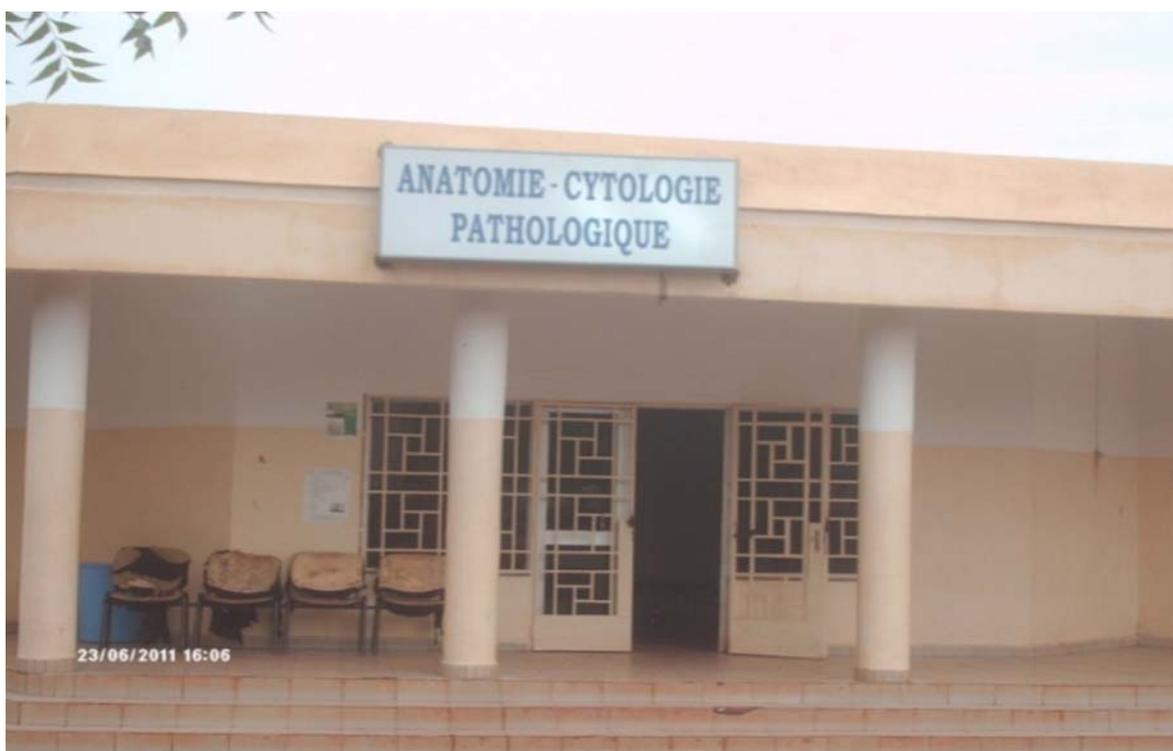


Figure17:Bureau des entrées du CHU du Point G (en haut) et le service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques(en bas).

Le CHU du Point G a été construit en 1906 et a été opérationnel en 1912 sous l'administration de médecins militaires et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal). Il est situé sur la colline à laquelle il emprunte son nom, au Nord de la ville

de Bamako, à 8 km du centre-ville, face à la colline de Koulouba. Il couvre une superficie de 25 hectares.

➤ **Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques :**

Il a été transféré de l'INRSP au C.H.U du Point G en juillet 2010 et est devenu fonctionnel en août de la même année. Il est situé au nord-est de l'hôpital entre le nouveau bâtiment de la Néphrologie, l'ancien service de Médecine Interne et le service d'Hématologie Oncologie.

Le personnel se compose de :

- ↳ Deux Professeurs dont un titulaire et un maître de conférences agrégé ;
- ↳ Deux médecins spécialistes ;
- ↳ Deux techniciens de laboratoire ;
- ↳ Deux secrétaires ;
- ↳ Deux manœuvres ;
- ↳ Plusieurs étudiants en année de thèse et des techniciens stagiaires.

Les locaux du service comportent :

- Une salle d'accueil ;
- Une salle de prélèvement pour la cytologie ;
- Une salle de macroscopie ;
- Une salle de registre des cancers ;
- Une salle de coloration ;
- Une salle de coupe ;
- Une salle de réunion ;
- Une salle d'archivage ;
- Trois bureaux.

Le fonctionnement :

C'est dans ce service que sont adressés la grande majorité des frottis, les liquides biologiques, les biopsies et les pièces opératoires provenant de tout le pays.

Les comptes rendus anatomo-pathologiques sont archivés et les résultats des cas de cancers sont enregistrés dans le registre des cancers.

En plus des activités de diagnostic, le service est aussi actif dans des domaines de la recherche scientifique.

Il héberge le registre des cancers du Mali et les activités de dépistage du cancer du col utérin en collaboration avec le Centre International de Recherche contre le Cancer (CIRC) à Lyon.

1.3 Le CHU Gabriel Touré :

Il comprend plusieurs services, l'unité de consultations externes du service de gynéco-obstétrique, assure l'organisation du dépistage, les traitements et les suivis.

Une réunion mensuelle se tient le dernier jeudi de chaque mois entre les différents centres de dépistage, afin de mieux coordonner les activités.

Le personnel en charge de cette activité est composé de :

- deux (2) gynécologues – obstétriciens.
- deux (2) sages-femmes formées à la technique d'inspection Visuelle du col
- une (1) aide-soignante pour l'entretien du matériel.

2- Période d'étude

L'étude s'est étendue sur une période de 2 ans et 6 mois, allant de janvier 2012 à juin 2014.

3- Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale.

4- Population d'étude :

Il s'agissait des femmes ayant consulté au CSRéf CII dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus.

4-1 Critères d'inclusion

- Toutes les femmes venues pour le dépistage du cancer du col ;
- Toutes les femmes ayant accepté de participer à l'étude.

4-2 Critères de non inclusion

- Femmes déjà suivies pour cancer du col utérin ;
- Femmes enceintes ;
- Femmes ayant bénéficié d'une hystérectomie totale ;
- Femmes en post partum ;
- Femmes en période de menstrues ;
- Femmes vierges.

5- Matériels de travail

- une table d'examen gynécologique avec support pour les jambes ;
- une source lumineuse de bonne qualité pouvant aisément être dirigée vers le col ;
- un spéculum stérile (spéculum de colin) ;
- une paire de gants ;
- des écouvillons de coton ;
- une pince pour prendre le coton ;
- une pince à biopsie du col ;
- une pince à cœur (polype) ;
- un haricot ;
- des cupules ;
- une solution d'acide acétique fraîchement préparée à 5% obtenue en ajoutant 5 ml d'acide acétique glacial dans 95 ml d'eau distillée ;
- une solution de lugol préparée en dissolvant 10g d'iodure de potassium à 5g d'iode le tout dans 100 ml d'eau distillée.

Ajouter 5g d'iode, bien agiter jusqu'à ce que les paillettes d'iode se soient complètement dissoutes ;

La solution doit être stockée dans un récipient sombre hermétiquement fermé afin d'éviter l'évaporation de l'iode et la perte de son pouvoir colorant.

- des flacons pour les biopsies du col ;
- du formol à 10% ;
- un sac poubelle pour y jeter les écouvillons contaminés ;
- une solution de décontamination pour mettre les matériels souillés.

6. Déroulement du travail

6.1- Consentement des femmes

Le dépistage ne commence qu'après l'obtention du consentement éclairé de la femme (annexe 3). On procède à un interrogatoire pour préciser l'identité de la femme, ses antécédents gynécologiques, sa parité, son état matrimonial. Ensuite, la femme bénéficie d'un examen au spéculum au cours duquel sont pratiqués les tests IVA et IVL permettant le dépistage. Lorsqu'il y a une anomalie à l'IVA et ou à l'IVL, une biopsie est effectuée selon le résultat de l'examen colposcopique. Les fragments biopsiques sont fixés immédiatement au formol à 10% et acheminés au laboratoire pour une confirmation histologique.

En fonction des résultats des tests visuels, de la colposcopie, de l'histologie et de l'étendue de la lésion, un schéma thérapeutique et un suivi périodique sont élaborés.

Tous les résultats de l'interrogatoire et des différents examens seront portés dans un questionnaire (annexe 4) et sur une carte rose qui sera remise à la femme avec la date du dernier dépistage.

6.2- Les tests visuels IVA-IVL

6.2.1- Technique

- Installation de la femme

En position gynécologique ; la rassurer ; nettoyer la vulve avec de l'eau savonneuse ; rechercher au niveau de la vulve et de la région périnéale des signes de grattage, d'excoriation, d'ulcération, d'infection et/ou la présence de verrues. Introduire

doucement le spéculum vaginal stérile ; ouvrir doucement les lames du spéculum afin d'observer le col et les parois vaginales ; régler la lampe afin de disposer d'un éclairage approprié sur le vagin et sur le col.

➤ Examen sans préparation

Noter la nature des pertes vaginales observées ; la nature de l'écoulement provenant du col (mucopurulent, blanchâtre, jaunâtre ou verdâtre) ; noter l'odeur ; ensuite nettoyer soigneusement les pertes et écoulements à l'aide d'un écouvillon. Observer la taille et la forme du col ; identifier l'orifice cervical externe ; noter la coloration de l'exocol, de l'endocol ; identifier les lèvres antérieures et postérieures ; identifier la ligne de JPC ; identifier la zone de remaniement.

Rechercher des signes d'infection ou d'inflammation du col, des polypes, des cicatrices, un ectropion, des kystes de Naboth, des verrues, une leucoplasie.

Faire particulièrement attention à un saignement du col surtout de contact ; des manipulations douloureuses du col ; la présence d'une masse ulcéro-bourgeonnante, ou présentant de nombreuses circonvolutions ; une zone granuleuse, rougeâtre, rugueuse et pouvant saigner au contact (cancer invasif avancé) ; une lésion infiltrante : le col est irrégulier, hypertrophié.

➤ Procédure de l'IVA

Appliquer sur le col doucement et généreusement une solution fraîchement préparée d'acide acétique à 5% ; attendre 1 minute ; observer l'apparition des lésions blanches ; observer si les lésions sont uniformément de couleur blanche (variation des couleurs à l'intérieur des lésions, présence de zones d'érosion à l'intérieur de la lésion) ; noter la taille et le nombre ; noter soigneusement le site (zone de remaniement proche de la JPC) ; la vitesse d'apparition ; la durée ; l'intensité (blanc brillant, blanc pâle, blanc mat) ; les limites de la lésion (marges nettes, floues, surélevées ou lisses, régulières ou irrégulières).

➤ Procédure de l'IVL

Après avoir soigneusement noté les résultats de ce premier examen visuel, badigeonner le col délicatement mais généreusement, de soluté de lugol à l'aide d'un écouvillon de coton. Examiner attentivement le col à la recherche de zones iodo-négatives, en particulier dans la ZR, près de la JPC.

Eliminer l'excès d'iode accumulé dans les culs de sac vaginaux avec un coton sec.

6.2.2- La colposcopie

C'est un examen qui se fait après application de l'acide acétique et du soluté de lugol sur le col.

Le col exposé par le spéculum est examiné grâce à un appareil optique grossissant de 10 à 20 fois la muqueuse cervicale.

6.2.3- La biopsie

Elle apporte la preuve de l'existence et de la nature de la lésion.

Elle est effectuée selon le résultat de l'examen de la colposcopie.

Technique de prélèvement : on prélève après avoir placé le spéculum, à l'aide d'une pince à biopsie un fragment sur le col. Ces fragments sont fixés immédiatement dans le formol à 10% et acheminés au laboratoire d'anatomie pathologie pour un examen histologique.

6.2.4- Le traitement

La cryothérapie

Elle est effectuée, après avoir fait une biopsie, au même endroit que pour le test de dépistage, si la lésion touche moins de 75% de la zone de remaniement (ZR). Après avoir mis en place l'équipement pour effectuer la cryothérapie, on humidifie le col avec une solution salée ou une gelée K-Y, afin de permettre une bonne conduction thermique. Une sonde adaptée, choisie en fonction de la taille de la lésion, est placée sur le col ; la congélation dure 3 minutes, sans interruption, et suivie d'une décongélation.

Après décongélation, la sonde est retirée, et 3 minutes plus tard, le col est à nouveau congelé pendant 3 minutes, puis la sonde retirée après la décongélation.

On prescrit à la patiente un traitement antibiotique de routine (2g de métronidazole ou 1g de doxycycline, en une seule prise). Les patientes sont revues 3 mois plus tard.

Les traitements ci-dessous sont envisagés en fonction des résultats de l'histologie:

La résection à l'anse diathermique (RAD)/Conisation

Les lésions touchant plus de 75% de la ZR sont traitées, soit par une électro-résection à l'anse diathermique, ou par une conisation au bistouri à froid.

La chirurgie

Les patientes atteintes de cancer invasif sont traitées par la chirurgie.

La radiothérapie si cancer invasif du col

6.2.5- Le suivi des patientes traitées

Une fois traitées, les patientes sont convoquées trois mois plus tard pour un premier contrôle et six mois plus tard pour un deuxième contrôle. Les cas de récurrence sont traités à nouveau en fonction du résultat de la colposcopie pour les cas de cryothérapie. Pour les cas de conisation et de résection, en plus de la colposcopie, le résultat de l'examen de la pièce de résection ou de conisation est pris en compte.

7- Collecte des données

o Saisie et analyse des données

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur les logiciels SPSS (version 20.0).

Nous avons fait une saisie simple des textes, des tableaux et des graphiques sur le logiciel Word et Excel 2010.

Comme test statistique nous avons utilisé le khi deux avec comme seuil de significativité $P < 0,05$.

III-RESULTATS :

Durant la période d'étude 1165 femmes ont consulté au CSRéf CII dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus chez qui 128 et 133 présentaient des anomalies respectivement aux tests IVA et IVL soit 10,1% et 10,6%.

1. Profil socio démographique

1.1- Age

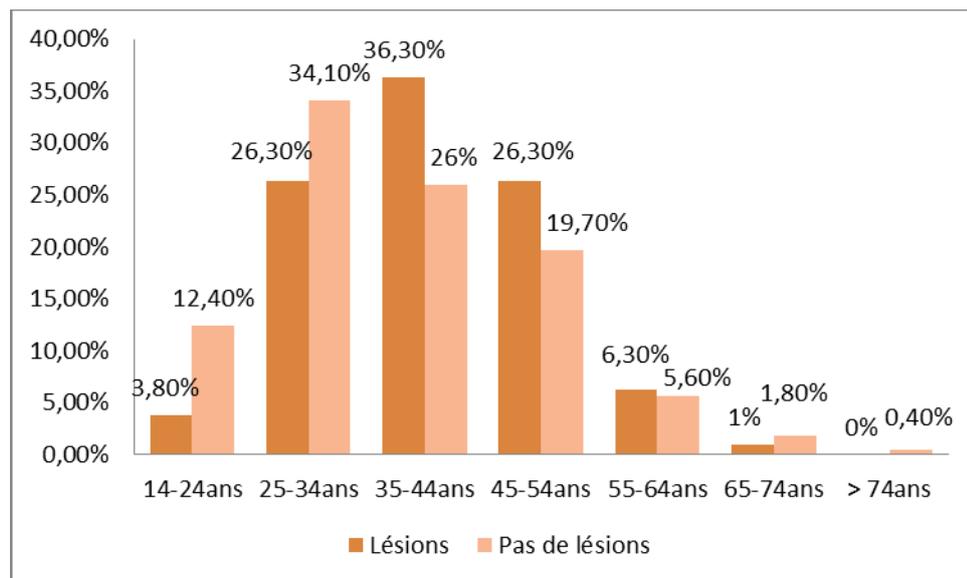


Figure 18 : Répartition des femmes selon la tranche d'âge et les deux groupes de patientes.

La tranche d'âge 25-34 ans était la plus représentée avec respectivement 34,10% chez les patientes sans lésions et 26,30% chez les femmes avec lésions. Le test statistique est significatif ($\chi^2 = 11,21$; $P = 0,03$).

La moyenne d'âge était de 37,15 ans \pm 0,66 ans avec des extrêmes de 14 ans et 80 ans.

1.2. Méthode de contraception.

TABLEAU II: Répartition des femmes selon l'utilisation de méthode de contraception.

Contraception	Lésions précancéreuses		Total
	Lésions	Pas de lésions	
Oui	28(35%)	414(38,2%)	442
Non	52(65%)	671(61,8)	723
Total	80(100%)	1085(100%)	1165

Les taux d'utilisation de la contraception étaient comparables deux groupes. Le test statistique est non significatif ($\chi^2 = 0,31$; $P = 0,57$).

1.5 La Parité ;

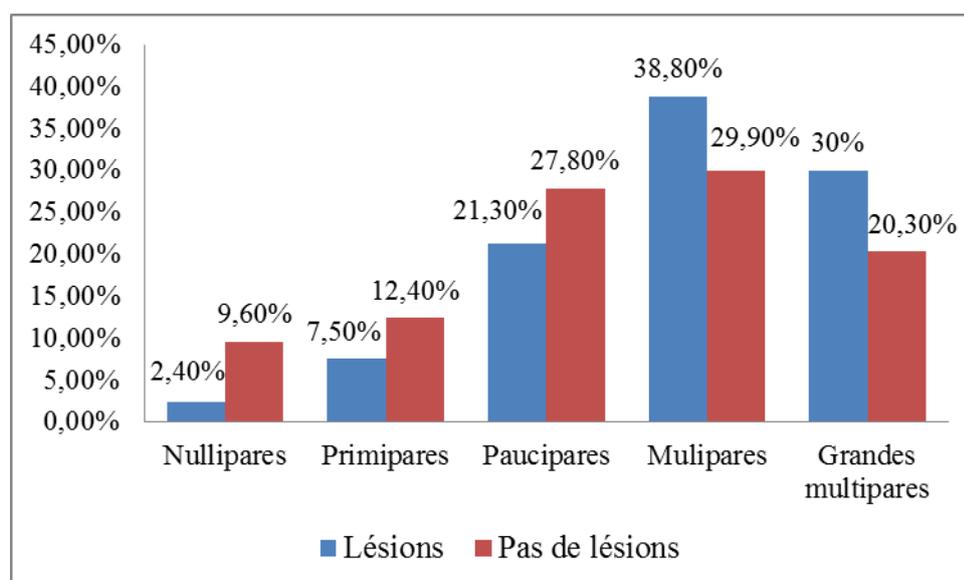


Figure 19: Répartition des deux groupes de patientes selon les groupes de parité

Les femmes dépistées avaient une parité comprise entre 0 à 15.

Les multipares étaient les plus représentés avec respectivement 29,9% chez les patientes sans lésions et 38,80% chez les patientes avec lésions. Le khi2 est significatif ($\chi^2 = 11,98$; $P = 0,001$).

NB: Nullipare :(0) parité, Primipare:(1) parité, Paucipare :(2-3) parités, Multipare :(4-6) parités, Grande multipare :(7) parités ou plus.

1.6 Le partenaire polygame.

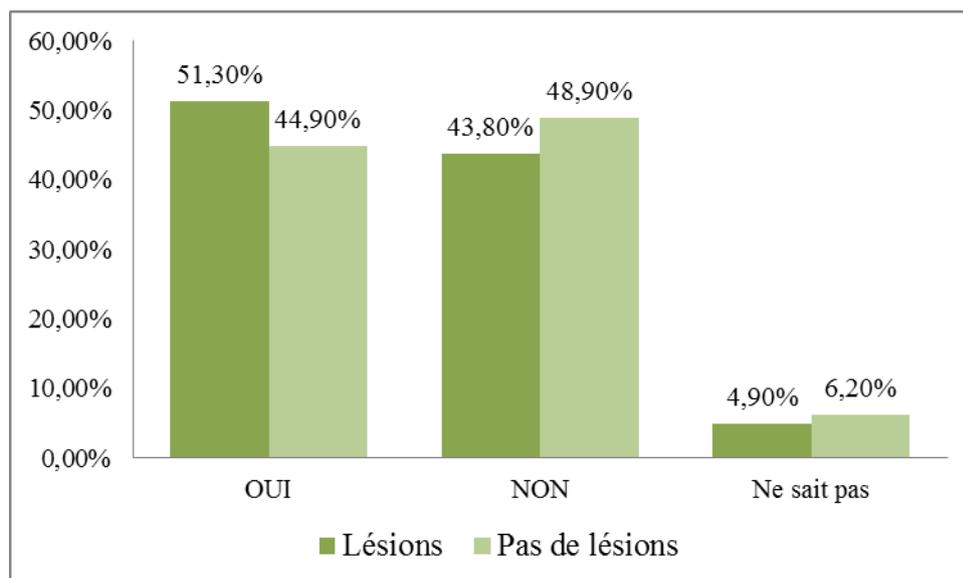


Figure 20 : Répartition des femmes selon le régime polygame.

Le régime polygame était de 51,3% chez les patientes avec lésions et 44,9% chez les patientes sans lésions. Le khi2 est non significatif ($\chi^2 = 1,22$; $P = 0,28$).

2. Tests visuels

2.1 Le résultat IVA

TABLEAU III: Répartition des femmes selon le résultat IVA

Résultat IVA	Effectifs	Pourcentage (%)
Négatif	1037	89,0
Positif	118	10,1
Suspicion de cancer	10	0,9
Total	1165	100,0

Le test à l'IVA était positif chez 128 femmes (11 %).

2.2 Le résultat IVL

TABLEAU IV : Répartition des femmes selon le résultat IVL

Résultat IVL	Effectifs	Pourcentage (%)
Négatif	1032	88,6
Positif	124	10,6
Suspicion de cancer	9	0,8
Total	1165	100,0

Le test à l'IVL était positif chez 124 femmes (10,6%).

2.3 Résultat IVA+ ou IVL+

TABLEAU V : Répartition des femmes selon le résultat (IVA ou IVL) +

(IVA ou IVL)+	Effectifs	Pourcentage (%)
Positif	133	11,4
Négatif	1032	88,6
Total	1165	100,0

Le taux de positivité total à IVA+IVL était de 11,4%

3. Anatomie pathologie.

3.1 Prise de biopsies

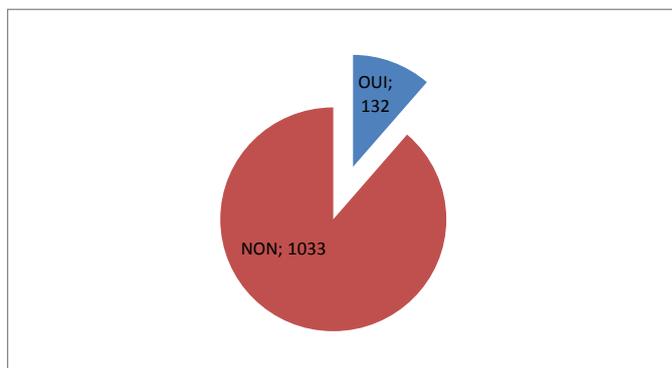


Figure 21: Répartition selon les cas de biopsies effectuées

Une biopsie du col utérin a été effectuée chez 132 cas soit 11,3% des cas.

3.2 Histologie

TABLEAU VI : Répartition selon le résultat histologique des groupes de patientes.

Histologie	Lésions précancéreuses et cancéreuses		Total
	Lésions	Pas de lésions	
Cervicite	0	52	52
CIN1	52	0	52
CIN2	17	0	17
CIN3	5	0	5
Carcinome épidermoïde	6	0	6
Total	80	52	132

Parmi les 132 cas de biopsies effectuées le carcinome épidermoïde a représenté 7,5%.

TABLEAU VII: Répartition des femmes selon la prévalence des lésions

Histologie	Effectifs	Pourcentage (%)
Normale	1033	88,7
Cervicite	52	4,5
CIN1	52	4,5
CIN2	17	1,5
CIN3	5	0,4
Carcinome épidermoïde	6	0,5
Total	1165	100

La prévalence du carcinome épidermoïde était de 0,5% (6cas /1165).

4. Facteurs de risque

4.1L'âge.

TABLEAU VIII: Répartition selon les tranches d'âges et le type histologique

Histologie	Tranche d'âge						Total
	14-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	
Cervicite	11	25	11	4	1	0	52
CIN1	3	17	16	12	3	1	52
CIN2	0	3	6	7	1	0	17
CIN3	0	0	4	1	0	0	5
Carcinome épidermoïde	0	1	3	1	1	0	6
Total	14	46	40	25	6	1	132

La tranche d'âge la plus représentée a été de 25-34 ans (34,8%) avec une prédominance des cervicites et des dysplasies de bas grade avec respectivement 18,9% et 12,9%. Le khi deux est significatif ($\chi^2= 35,561$; $P=0,00$).

2.2 Parité

TABLEAU IX : Répartition selon les groupes de parité et le type histologique

Histologie	Parité					Total
	Nullipares	Primipares	Paucipares	Multipares	Grandes multipares	
Cervicite	7	9	18	13	13	52
CIN1	2	4	12	19	19	52
CIN2	0	0	4	6	6	17
CIN3	0	1	0	2	2	5
Carcinome épidermoïde	0	1	1	3	1	6
Total	9	15	35	44	29	132

Les multipares étaient les plus représentées (33,3%) avec une prédominance des dysplasies de bas grade et de carcinomes épidermoïdes avec respectivement 14,4% et 2,3%. Le khi deux est significatif ($\chi^2=24,214$; $P=0,00$).

2.4Partenaire polygame

TABLEAU X: Répartition selon le type histologique et polygamie

Histologie	partenaire polygame			Total
	Oui	Non	Ne sait pas	
Cervicite	19	27	6	52
CIN1	28	22	2	52
CIN2	5	11	1	17
CIN3	4	1	0	5
Carcinome épidermoïde	4	1	1	6
Total	60	62	10	132

Sur les 60 femmes polygames qui ont bénéficié d'une biopsie, le cancer invasif a représenté 4cas ; les dysplasies de bas grade 28 cas et les dysplasies de haut grade 9 cas avec un test statistiquement non significatif ($\chi^2=13,313$; $P=0,09$).

2.5 Conduite à tenir

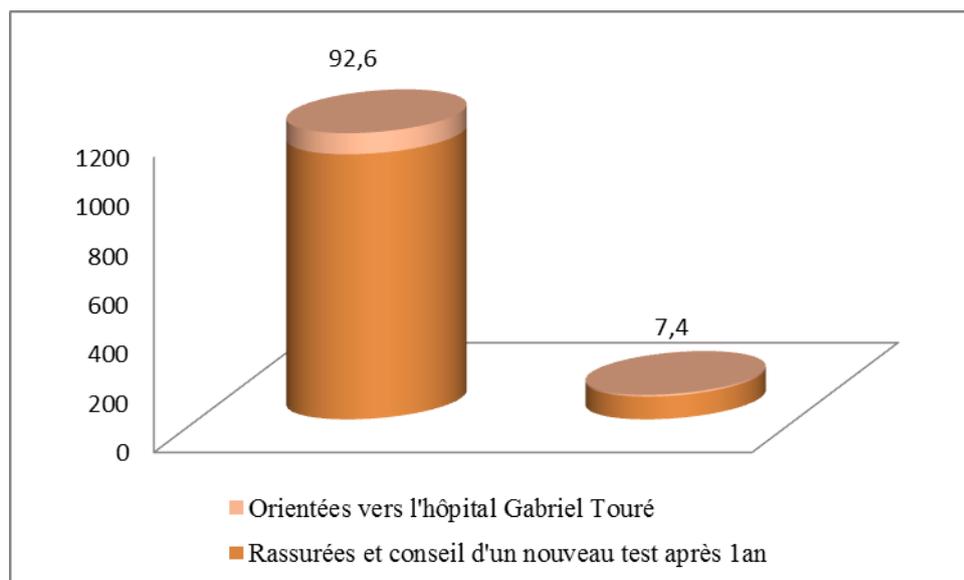


FIGURE 22: Répartition des femmes selon la conduite à tenir.

Nous avons rassuré et conseillé la réalisation d'un nouveau test après 1an chez 92,6% des femmes et 7,4% ont été orientées vers l'hôpital Gabriel Touré pour prise en charge.

5. Traitement

5. 1 TABLEAU XI: Répartition des patientes selon le traitement effectué

Histologie	Traitement			Total
	Antibiothérapie	RAD	Radiothérapie	
Cervicite	52	0	0	52
CIN1	10	42	0	52
CIN2	0	17	0	17
CIN3	0	5	0	5
Carcinome épidermoïde	0	0	6	6
Total	62	64	6	132

Le traitement par antibiotiques a été effectué chez 62 des patientes après résultat histologique; la résection à l'anse diathermique chez 64 et 6 cas de cancers ont reçu une radiothérapie.

6. Suivi

6.1 Suivi à 1mois de traitement

TABLEAU XII: Répartition des femmes selon le suivi à 1mois.

Suivi à 1 mois	Effectifs	Pourcentage (%)
Rassuré et conseil d'un nouveau test après 6 mois	69	52,3
Cicatrisation en cours	57	43,2
Proposition de radiothérapie	1	0,8
Radiothérapie satisfaisante	5	3,8
Total	132	100

Après 1 mois de suivi, 69 soit 52,3% des femmes ont été rassuré et conseillé d'un nouveau test après 6 mois; 43,2% avaient une cicatrisation en cours et 3,8% avaient une radiothérapie satisfaisante.

6.2 Suivi à 3 mois de traitement

TABLEAUX XIII : Répartition des femmes selon le suivi à 3 mois

Suivi à 3 mois	Effectifs	Pourcentage (%)
Rassuré et conseil d'un nouveau test après 6 mois	20	24,1
Cicatrisation complète	57	68,7
Perdue de vue	4	4,8
Radiothérapie satisfaisante	2	2,4
Total	83	100

Après 3 mois de suivi, 57 femmes soit 68,7% avaient une cicatrisation complète post RAD ; et 2 femmes soit 2,4% avaient une radiothérapie satisfaisante.

4.3 Suivi à 6mois de traitement.

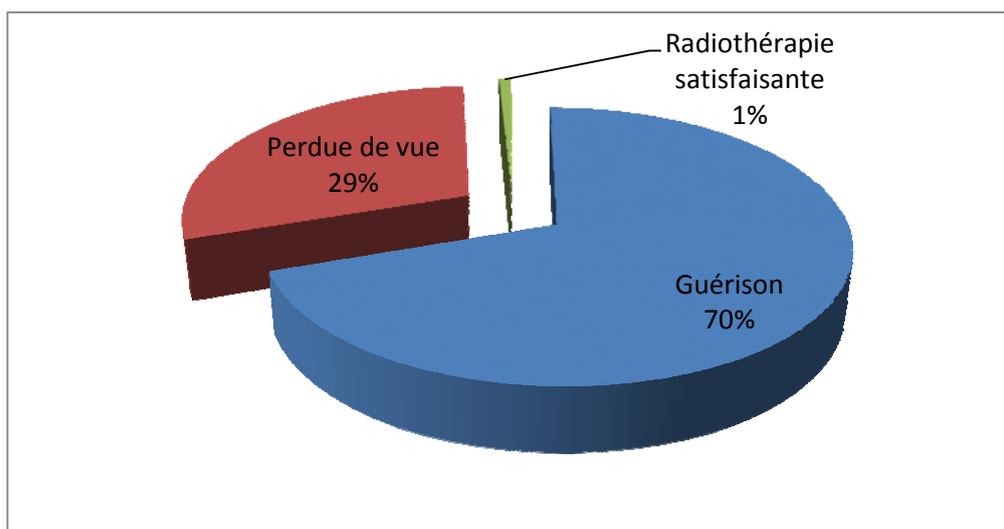


FIGURE 23: Répartition des femmes selon le suivi à 6 mois

Après 6 mois de suivi 70% des patientes avaient une guérison complète, 29% étaient perdues de vue ; et 1% avait une radiothérapie satisfaisante.

COMMENTAIRES

&

DISCUSSION

IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- L'approche méthodologique

Nous avons réalisé une étude transversale de janvier 2012 à juin 2014, qui nous a permis de faire le point sur les lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSREF CII du DISTRICT de BAMAKO.

En effet, l'idée actuelle concernant le cancer du col est de le considérer comme étant une maladie sexuellement transmissible (MST) ; et de ce fait, toute femme ayant eu des rapports sexuels doit bénéficier d'un dépistage régulier.

Certaines de nos patientes ont été perdues de vue, avec des tests positifs ou en cours de traitement, ce qui constitue une situation préoccupante. En effet pour certaines de nos patientes l'adresse n'était pas correcte.

2. Facteurs de risque

2.1 L'âge

Dans notre étude l'âge moyen était de 37,15 ans \pm 0,66 ans avec des extrêmes de 14 et 80 ans. La tranche d'âge 25-34 ans était la plus représentée avec 33,6% dont 34,1% chez les patientes sans lésions et 26,3% chez les patientes avec lésions avec un test statistiquement significatif ($\chi^2 = 11,21$; $P = 0,03$).

Nos résultats diffèrent de ceux de Megavand et al en 1996 en Afrique du sud qui ont trouvé des extrêmes allant de 20 et 83 ans [27].

Nos résultats diffèrent également de ceux de Konaté A en 2013 au Mali qui a trouvé des extrêmes allant de 17 et 90 ans [28].

Notre moyenne d'âge 37,15ans est très proche de celle de Konaté A K qui a trouvé 37 ans [29] ; ces résultats se rapprochent aussi de ceux de Konaté S et de Konaté A qui ont trouvé respectivement 38,24 ans et 39,2 ans [30], [28].

Il est cependant important de souligner que les tests visuels sont moins efficaces chez la femme après la ménopause en raison de la tendance de la JPC à se retirer à l'intérieur de l'orifice cervical (OC) et les cellules exo cervicales sont pauvres en

glycogène, rendant l'observation des lésions difficiles. Plus de la moitié de nos patientes sont venues d'elles-mêmes pour la visite de dépistage.

2.2 Les antécédents gynéco-obstétricaux

Les contraceptifs ont été utilisés dans 37,9% des cas dont 38,43% chez les patientes normales et 34,1% chez les patientes présentant des lésions avec un test statistiquement non significatif.

La contraception n'est pas directement liée à la genèse du cancer du col de l'utérus; mais en favorisant les rapports sexuels fréquents souvent non protégés, ils exposent aux micros traumatismes, véritables portes d'entrée pour les HPV [20]. Nos résultats se rapprochent de ceux de Sacko R et de Konaté A qui ont trouvé respectivement 38,3% et 39,9% [31], [28].

Dans notre étude, les multipares étaient de 30,6% dont 29,9% chez les patientes normales et 38,8% chez patientes présentant des lésions avec un khi-deux significatif ($\chi^2 = 11,98$; $P = 0,001$).

Selon certains auteurs la multiparité et la maternité précoce restent un facteur de risque classique du cancer du col ; ces résultats sont largement supérieurs à ceux de Konaté A et de Koné G qui ont trouvé respectivement 9,5% et 19,3% [28], [32].

La multiplicité des partenaires sexuels constitue un facteur déterminant dans le cancer du col avec le risque d'IST (infection sexuellement transmissible).

Dans notre étude la polygamie a représenté 45,5% dont 44,9% chez les patientes sans lésions et 51,3% chez les patientes avec lésions ; le test statistique est non significatif ($\chi^2 = 1,22$; $P = 0,28$).

Ces résultats se rapprochent de ceux de Konaté A au Mali qui a trouvé 46,5% de polygamie [28].

La polygamie n'est pas considérée comme un facteur de risque directement en cause du cancer du col ; mais avec les rapports sexuels non protégés, elle augmente le risque d'IST.

3. Tests visuels

- Dans notre étude le taux de positivité total aux tests IVA ou IVL était de 11,4%.

IVA : Dans notre série l'IVA a permis de dépister 11% de cas acidophiles . Ce taux est supérieur à celui de Megavand et al qui ont trouvé 3,1% et au taux de Koné G qui a trouvé 3% de positivité [32] ; mais comparable au taux de Konaté A qui a trouvé 12,3% [28].

- **IVL :** Au cours de notre étude nous avons décelé 10,6% de cas avec zone iodo négative. Ce résultat est proche de celui de Diallo D qui a trouvé 8,4% de positivité à IVL [33].

Cette méthode semblable à celle de Schiller, utilisée depuis 1930, fut abandonnée au profit du frottis cervico-vaginal. Elle est actuellement en réévaluation [34].

4. Anatomie pathologie: Nous avons trouvé 0,5% de carcinome épidermoïde. Ce résultat concorde avec ceux de certains auteurs qui ont trouvé que le carcinome invasif est estimé entre 0,2% [34, 35] et 2,5% [36].

Les dysplasies de bas grade, de haut grade ont représenté 4,5% et 1,9%. Ces résultats sont légèrement supérieurs à ceux de Diallo D en 2007 qui a trouvé 1% de dysplasies bas grade et 0,3% de dysplasies de hauts grades [33].

La prévalence des lésions cancéreuses invasives est relativement uniforme dans les pays en développement : elle est partout inférieure à 1% (entre 0,2 et 0,7) sauf dans l'étude de Millogo [36] au Burkina Faso où la prévalence du cancer atteint 2,5%. De même notre taux de cas invasif (0,5%) est inférieur à 1%.

En effet le dépistage se déroule dans un service où exerce un gynéco-obstétricien. Une patiente qui vient pour un motif de consultation tel que (métrorragies, leucorrhées, ou autre...), pourrait profiter pour faire son dépistage.

5- Traitement et suivi

Au cours de notre étude 80 patientes ont présenté des lésions précancéreuses et cancéreuses du col aux tests IVA / IVL, dont 52 cas de CIN1 ,17 cas de CIN2, 5 cas de CIN3 et 6 cas de cancers invasif a cellules squameuses.

Cent trente-deux (132) femmes ont effectué le traitement.

En effet 57 patientes soit 43,2% ont subi une RAD qui est un excellent moyen de traitement des lésions dysplasiques, 6 patientes ont subi une radiothérapie

Nos résultats diffèrent de ceux de Konaté A qui a trouvé 25, 2% de RAD [28]. Ce qui dénote d'une nette amélioration dans la prise en charge ces deux dernières années.

Nos résultats ne concordent pas avec ceux de Basu et al, qui ont trouvé (16,4%) de RAD [37].

Après le traitement, les patientes sont revues, un mois plus tard, puis à trois mois, puis à six mois, puis à un an. Un nouveau traitement est donné dans les cas de récurrence en fonction du résultat de la colposcopie et/ou du résultat de l'examen de la pièce de résection.

Après 6 mois de suivi 92 patientes soit 70% ont été guéris avec des tests IVA-IVL négatifs, les pertes de vue ont représenté 29%.

Au bout de six mois certaines femmes ne sont plus revenues (perdues de vue) pour le contrôle, ceci ne nous a pas permis de faire le suivi adéquat des lésions précancéreuses.

CONCLUSION

&

RECOMMANDATIONS

V- CONCLUSION

Au terme de notre étude portant sur 1165 patientes dépistées avec 132 biopsies réalisées, nous pouvons retenir que le cancer du col constitue un problème de santé publique.

La moyenne d'âge était de 37,15 ans avec des extrêmes allant de 14 et 80 ans

La positivité d'IVA et IVL a été de 11,4%.

Le type histologique le plus fréquent a été le CIN1 avec 4,5% ; l'adénocarcinome n'a pas été retrouvé dans notre étude. La Résection à l'anse diathermique a été le plus souvent l'alternative thérapeutique à cause de la prédominance des lésions précancéreuses. Après 6mois de suivi nous avons obtenu une guérison de 70% et certaines patientes (29%) ne sont plus revenues.

Nous pouvons dire que les méthodes d'inspection visuelle sont des tests simples, peu coûteux, facilement acceptables par la patiente et le résultat est systématique à la fin de l'examen ; permettant de dépister efficacement les lésions précancéreuses du col de l'utérus.

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

VI- RECOMMANDATIONS

1– Aux autorités politico administratives et sanitaires

- ❖ Renforcer et étendre le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus à l'ensemble du pays.
- ❖ Former le personnel médical et paramédical notamment les sages-femmes aux techniques de dépistage.
- ❖ L'équipement et la dotation des laboratoires de biologie et d'anatomopathologie en matériel et en personnel qualifiés.
- ❖ Rompre le silence autour du cancer du col par la mise à contribution des médias dans le cadre de la communication pour le changement de comportement.
- ❖ Rendre disponible le matériel de dépistage et du traitement surtout de la radiothérapie pour améliorer la survie post-chirurgicale.
- ❖ Intégrer les données du registre des cancers aux données du système national d'information sanitaire.

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

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

3 – Aux prestataires des services de dépistage

- ❖ Faire une formation continue et permanente à la pratique du dépistage du cancer du col de l'utérus.
- ❖ Faire le dépistage systématique du cancer du col utérin chez toutes les femmes ayant des rapports sexuels réguliers.
- ❖ Traiter immédiatement après les tests visuels tous les cas positifs.
- ❖ Intégrer le dépistage dans les activités quotidiennes.
- ❖ La tenue correcte des supports.

- ❖ Prendre le contact téléphonique de toutes les patientes dépistées.

4 – Aux femmes

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

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIQUES

VII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- Adjahoto I O.

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

2- ANAES.

Conduite à tenir thérapeutique devant une lésion histologique du col utérin dépistée au cours d'un frottis du col de l'utérus. ANAES/Service des Recommandations professionnelles/Septembre 1998, p29-60.

3-Nubia M ; F.Xavier Bosch ; Silvia de Sanjosé ; Herrero R; Keerti V. ; Peter J.F et al.

Epidemiologic Classification of Human Papillomavirus Types Associated With Cervical Cancer New England Journal of Medicine (NEJM) 2003; 348: 518-527.

4- Baldauf J J, Drefus M, Ritter J, Philippe E.

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

5- Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB.

Cancer Incidence in 5 continents vol. VIII. IARC Scientific Publications, 2002; 155:87-101.

6- Mounkoro N.

Les cancers génitaux de la femme au Mali (Oct.1984 à Oct. 1985 à propos de 32 cas). Thèse de Méd. ; Bamako 85-M-12.p86.

7- Téguété I.

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

8-Traoré CB, Coulibaly B, Mallé B, et al.

Le cancer à Bamako de 2006 à 2010 : Données du Registre des cancers du Mali.Rev Arf Pathol 2012 6M ; 11(1) : 3-8.

9- CIRC :

Centre International de Recherche sur le Cancer, Manuel d'enseignement OMS : rapport biennal ;(1996-1997) ; p.13.14.

10- Traoré S.

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

11- Sankaranarayanan R, Ramani MD S, Wesley, MD.

Guide pratique pour le dépistage visuel des Néoplasies cervicales. Rapport technique 41 du CIRC, Lyon, France (1996) : 411-421

12- Boby G, Descamps Ph, Lansac J, Festissov F, Fignon A, Jourdan M- L, Sam-Giao M.

Néoplasies intra épithéliales du col. –Edition techniques. Encl. Méd. Chir. (France – Paris) ; Gynécologie ; 597 – A – 10 Cancérologie ; 60 – 200 – A – 10 ; 1993 ; 29p.

13- Megevand E, Denny L, Dehaeck K, Soeter R, Bloch B.

Acetic acid visualization of the cervix: an alternative to cytologic screening. Obstet Gynecol. 1996 Sep; 88(3): 383-6

14- Hatch KD, Hacker NF.

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

15- Hatch KD, Handbook of Colposcopy.

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

16- CIRC :

Centre International de Recherche sur le Cancer, Manuel d'enseignement VIA-VIL. (1996-1997) ; p. 13.

17- Camilo Ademet Thomas.

Mento de pathologie 3eme édition Paris, 2012 : 193.

18- Kananbaye D.

Cancers gynécologiques et mammaires : Etude épidémiologique à l'Hôpital National du Point- G de 1991 à 2000. Thèse de Méd ; Bamako 03-M-59. P9.

19-Nene BM, Deshpande S, Jayant K., Budukh AM., Dale P S, Deshpande D.A et al

Early detection of cervical cancer by visual inspection : a population-based study in rural India. Int J Cancer. 1996 Dec 11; 68(6) : 770-3.

20- Lansac j. et Lecomte P.

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

21- Pund ER, Nieburgs H, Nettles JB, Caldwell JD.

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

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

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

23- Minvielle D, Brunet M. et Mottot C.

Le frottis cervico-vaginal de dépistage. Encycl. Méd. Chir., Paris ; Gynécologie 1983;73(B¹⁰) :5-6

24- Oster AG.

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

25- Merger R, Jean Levy, Jean Melchior et Nelly Bernard :

Précis d'obstétrique 6eme édition Masson, Paris, 2001 : 402-403.

26- Ouattara M.

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

27- Megevand E, Denny L, Dehaeck K, Soeter R, Bloch B.

Acetic acid visualization of the cervix : an alternative to cytologic screening. Obetet Gynecol. 1996 Sep ; 88(3) : 383-6.

28-Konaté A.

Evaluation des activités de dépistage des lésions dysplasiques et cancéreuses du col utérin par les tests visuels (IVA-IVL) au CHU-Gabriel Touré et aux CSREF des CIV et V ; du DISTRICT de BAMAKO à propos de 2027 cas. Thèse de Médecine Bamako 13 M57.

29- Koné A K :

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

30- Konaté S :

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

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

31- Sacko R F.

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

32-Koné G.

Bilan de dépistage du cancer de col de l'utérus, par la méthode d'inspection visuel, de Janvier 2008 à Décembre 2008 au CSRéf CIV Thèse de Med Bamako 2008.

33-Diallo D.

Dépistage multacentrique des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les méthodes visuelles dans le district de Bamako. A propos de 5016 cas Thèse de Med .2007.

34- Sankaranarayanan R, Wesley R, Thara S, Dhakad N, Chandralekha B, Sebatian P et al.

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

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

36- Millogo FT, Akotianga M, Lankoande L.

Dépistage du cancer utérin dans un district sanitaire (Burkina Faso). VII^e congrès de la SAGO et II^e congrès de la SOMAGO. Bamako 2003.

37- Basu P S, Sankaranarayanan R, Mandal R, Roy C, Choudhury D, Bhatta Charya D et al.

Visual inspection with acetic acid and cytology in the early detection of cervical neoplasie in Kolkata, India. Int Gynecol Cancer 2003, 13, 626-632.

ANNEXES

Ministère de la Santé du Mali - Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC), Lyon

Visite de dépistage & traitement au CSR (F2)

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

1. Centre de dépistage : [][][]
2. Date de la visite : [][]/[][]/[][][][]
3. Référence du dossier du patient :
4. Type de visite : (1 : Visite de dépistage, 2 : Orienté par un CSCOM, 3: Visite pour effets secondaires) []

----- **Visite de dépistage** -----

5. Date des dernières menstruations : (1: <1 mois, 2: 1-3 mois, 3 : 3-12 mois, 4 : >12 mois) []
6. Utilisation d'une méthode de contraception : (1: Oui, 2: Non) []
7. Nombre de grossesses : [][]
8. Partenaire polygame? (1: Oui, 2: Non, 3: Ne sait pas) []
9. JSC visible ? (1: Complètement, 2: Partiellement, 3: Pas du tout) []

10. Résultat d'IVA : (0: Non effectué, 1: Négatif, 2: Positif, 3: Suspicion de cancer)[]

11. Résultat d'IVL : (0: Non effectué, 1: Négatif, 2: Positif, 3: Suspicion de cancer)
[]

12. Nom du personnel ayant effectué l'IV :
.....[][]

----- *Femmes positives* -----

13. Résultat de Colposcopie : (0: Non effectué, 1: Normal, 2: Inflammation []
3 : Atypie/CIN 1/condylome/verruce/leucoplasie/changement à VPH ; 4 : CIN 2-3,
5: Carcinome invasif, 8: Non concluant)

14. Prise de biopsie : (1: Oui, 2: Non).....[]

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

16. Action effectuée : (1: Rassuré et conseil d'un nouveau test après 10 ans,.....[]
2: Cryothérapie, 3: RAD, 4: Electro-cautérisation, 5: Orienté vers l'hôpital Gabriel
Touré)

17. Nom du gynécologue :[][]

----- *Effets secondaires* -----

18. Effets secondaires (cocher la/les case(s)) : Douleur abdominale issante >2 jour
Fièvre > 3 jours
Saignement avec passage de caillsanguins Perte odorante excessive
Autre

19. Diagnostic clinique : (1: Sain , 2: Autre.....)[]

20. Action clinique effectuée : (1: Rassuré, 2: Prise en charge médicale (antibiotiques,
analgésiques,...), 3 : Autres.....)

FICHE SIGNALÉTIQUE

NOM : DIARRA

PRENOM : SINA

TITRE DE THESE : Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin par les méthodes d'inspection visuelle (IVA /IVL) au Centre de Santé de Référence de la commune II du district de Bamako **à propos de 1165 cas.**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2014 -2015

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : Bibliothèque de la FMOS de Bamako

SECTEUR D'INTERET : Anatomie Pathologique, Gynécologie, Santé Publique

RESUME

Le cancer du col de l'utérus demeure un problème de santé publique dans les pays en développement, dans la mesure où le frottis cervico-vaginal n'est pas toujours disponible dans certains cas. La solution serait le dépistage systématique et le traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses, par les méthodes d'inspection visuelle, qui sont plus accessibles.

Notre étude a été réalisée de façon transversale pendant 30 mois, après l'inspection visuelle du col suite à l'application de l'acide acétique (IVA) et du lugol (IVL) au centre de santé de référence de la commune II portant sur 1165 femmes.

Les résultats obtenus sont les suivants :

La tranche d'âge la plus touchée était de 25-34 ans

L'âge moyen était 37,15 ans avec des extrêmes allant de 14 à 80 ans

Le test à l'acide acétique était Positif chez 128 femmes soit 11% et le test au lugol était positif chez 133 femmes soit 11,4%.

Après l'histologie, 52 femmes ont présentées des LIEBG soit 4,5%. 22 femmes avaient une LIEHG soit 1,9% et 6 ont présentées un carcinome épidermoïde soit 0,5%.

132 femmes ont été traitées. La technique de traitement des lésions

pré- cancéreuses a été la RAD chez 64 patientes.

Tous les cas de cancer invasif diagnostiqués ont fait la radiothérapie (6 cas).

Après 6 mois de suivi, 70% étaient guéris et 1 % de radiothérapie satisfaisante.

La prise en charge et le suivi ont posé quelques problèmes car pas mal de femmes dépistées ne revenaient pas au rendez-vous.

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

Mots clés : Col, lésions dysplasiques et cancéreuses, IVA, IVL.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

JE LE JURE !