

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N° .....

## Thème

**Bilan des activités de dépistage des lésions  
précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par  
les tests visuels (IVA/IVL) au centre de santé de  
référence de Kalaban-coro**

## Thèse

Présentée et soutenue publiquement le 23/10/2023 devant le jury de la  
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

**Par Mlle Maïmouna SY**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat)**

## JURY

Président du Jury : M. Tioukani Augustin THERA, Professeur

Membre du Jury : M. Bourama COULIBALY, Maître de conférences

Co-directeur de Thèse : M. Mahamoudou COULIBALY, Chargé de recherche

Directeur de Thèse : M. Cheick Bougadari TRAORE, Professeur

**DEDICACE**  
**ET**  
**REMERCIEMENTS**

## **Dédicaces**

### **Je dédie cette thèse**

**A 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. Fasse que je me souvienne toujours de toi en tout lieu et en toute circonstance à chaque instant du reste de ma vie.

**A notre prophète Mohamed**

Paix et salut sur lui.

**A mon père : Feu Malick SY**

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 ! Je resterai toujours un enfant digne de toi et je me souviendrai toujours de tes sages conseils.

Papa ! Que ton âme repose en paix. AMEN !

**A ma mère : Ami KANE**

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. Que l'avenir soit pour toi le soulagement et la satisfaction. Merci pour tout **Maman !**

**A mon oncle : Tonton Ibrahim KANE**

Cher oncle merci pour tes conseils, tes encouragements, tes bénédictions et tes soutiens, ce travail est aussi le vôtre.

A mes sœurs : **Mariam SY et Koumedia SY**

Vos soutiens ne m'ont jamais fait défaut. Que le seigneur nous donne la force de resserrer toujours et d'avantage nos liens de sang et de famille. Ce travail est le vôtre.

### **Remerciements**

J'adresse mes remerciements

A ma chère patrie le Mali, pour la gratuité des éducations les plus chères et enviée  
A l'ensemble du corps professoral de la FMOS et FAPH, merci pour l'enseignement donné.

A mes oncles et ma tante : **Tonton Bocar KANE, Tonton Mamadou KANE, Tonton Malick KANE et Tante Fifi DIARRA.**

Merci pour vos conseils et soutiens ; vous avez été un modèle et une référence pour moi ; ce travail est aussi le vôtre.

A mes frères : **Mamadou Moustapha SY, Cheick Oumar SY**

La fraternité n'a pas de prix comme on le dit. J'espère qu'elle restera toujours un lien sacré pour nous. Trouvez tous ici l'expression de mon fraternel amour et merci infiniment pour vos soutiens. Ce travail est tout à fait à votre honneur. Puisse Allah nous garde unis par sa grâce.

A ma belle-sœur : **Salah BAH**

Merci pour tes bénédictions. Je suis très fière d'avoir une belle sœur comme toi. Ce travail est le vôtre.

A mes neveux et nièces : Vous faites la joie de la famille. Vous êtes une fierté pour moi, vous êtes adorables. Le seul vrai héritage qu'on peut vous laisser c'est de vous mettre sur la voie de l'instruction. Je vous aime mes chéris.

A mon amie : **Niégoro Djénéba DIAKITE**

Tu es une amie, confidente merveilleuse, tu as toujours été là pour moi. Tu m'as démontrée que le lien d'amitié peut être plus fort que le sang.

Un remerciement particulier à **Dr Mamadou KEITA** pour avoir pleinement contribué à la qualité de ce travail.

Au chef de service **Pr HAIDARA Mamadou** ainsi qu'à tous les médecins de garde du service gynécologie-obstétrique du CSRéf de kalaban-coro, merci pour votre encadrement et le partage. Vous avez été pour nous des repères pour relever les défis dans l'exercice de la pratique médicale.

Aux internes du CSRéf de kalaban-coro : merci pour votre franche collaboration mais aussi pour cette ambiance familiale, solidaire et fraternelle.

**A mon équipe de garde au CSRéf de kalaban-coro ainsi que tous nos externes :** Merci pour votre franche collaboration et courage pour le reste.

**A tout le personnel du CSRéf de kalaban-coro :** médecins, infirmières, sages-femmes, anesthésistes, et techniciens de surface.

Merci pour la confiance et la collaboration face à tout ce que nous avons partagé ensemble, j'espère toujours compter sur vos conseils et votre accompagnement.

**A tout le personnel du service ANAPATH :** Merci pour vos conseils et encouragement ; ce travail est le vôtre.

**A tous mes maîtres du primaire, secondaire,** voici le fruit de votre œuvre commune. A vous ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

**A toute la 12<sup>ème</sup> promotion du numerus clausus de la FMOS** dont je fais partie :  
Courage et persévérance.

**Merci à tous ceux qui ont été involontairement omis**

**HOMMAGE AUX  
MEMBRES DU JURY**

## **A NOTRE ET PRESIDENT DU JUGE**

### **Professeur Tioukani Augustin THERA**

- **Chef de service de gynécologie obstétrique du CHU Point-G**
- **Maitre de Conférences Agrégé en Gynécologie Obstétrique**
- **Ancien Faisant Fonction d'Interne des Hôpitaux de Lyon(France)**
- **Diplôme d'Etude universitaire en Thérapeutique et Stérilité-  
Université Paris IX(France)**
- **Diplôme Européen d'Endoscopie Opératoire en Gynécologie :  
Université d'Auvergne Clermont Ferrant(France)**
- **Diplôme Inter Universitaire d'Echographie gynécologique et  
obstétricale : Université Paris Descartes**
- **Membre de la société africaine et française de gynécologie  
obstétrique**
- **Président de la commission médicale d'établissement au CHU Point-  
G**

### **Cher Maître,**

C'est un honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Par votre simplicité, votre abord facile et vos qualités d'homme intègre, vous êtes un exemple pour nous. Nous vous remercions pour les apports faits pour l'amélioration de ce travail.

Veillez recevoir cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

**A NOTRE MAITRE ET JUGE :**

**Docteur Bourama COULIBALY**

- **Maître de conférences en Anatomie et Cytologie Pathologie à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU Point G**
- **Collaborateur du registre des cancers du Mali**
- **Secrétaire général adjoint de la société Malienne de Pathologie (SMP)**

**Cher Maître,**

Malgré vos multiples occupations, vous avez accepté d'être membre de ce jury avec spontanéité.

Votre dynamisme, votre sens du travail bien fait, vos qualités humaines et votre démarche scientifique ont forcé notre admiration.

Recevez ici cher maître, l'expression de notre haute considération.

## **A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE**

### **Docteur Mahamoudou COULIBALY**

- **Gynécologue et Obstétricien**
- **Praticien au CSRéf de Kalaban-coro**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO)**
- **Chargé de Recherche**

### **Cher Maître,**

Ça été pour nous un grand plaisir de travailler avec vous pour l'élaboration de cette thèse, qui n'est autre que le vôtre. Vous avez été présent tout au long de ce travail, toujours à l'écoute et prêt à nous aider et à nous guider. Permettez-nous de vous adresser ici nos remerciements. Votre ponctualité dans toute chose, votre amour pour le travail bien fait et la qualité de vos enseignements ont été d'un grand apport pour nous. S'il y avait un mot plus grand que le Merci il irai à votre endroit.

ALLAH vous le rendra.

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :**

**Professeur Cheick Bougadari TRAORE**

- **Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la Faculté de Médecine et d'odonto-stomatologie (F.M.O.S),**
- **Chef de Département d'Enseignement et de Recherche (DER) des Sciences Fondamentales à la F.M.O.S,**
- **Chef de service du laboratoire d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU Point G,**
- **Chercheur et Praticien Hospitalier au CHU Point G,**
- **Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus et du registre national des cancers au Mali,**
- **Président de la société Malienne de pathologie (SMP).**

**Cher Maître,**

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce modeste travail.

Votre simplicité, votre esprit d'ouverture, votre souci de transmettre vos immenses connaissances ont fait de vous un exemple à suivre.

Vos qualités humaines et pédagogiques, votre éloquence vous offrent le rang de personnalité respectable et admirée.

Nous pouvons nous glorifier d'avoir été un de vos nombreux élèves.

Veillez accepter, cher maitre, dans ce travail l'assurance de notre estime et de notre profond respect.

# **SIGLES ET ABREVIATIONS**

## **Sigles et abréviations**

<b>AC :</b>	Arrondissement Central
<b>ADN :</b>	Acide Désoxyribonucléique
<b>AM :</b>	Assistance Médicale
<b>ASC-US :</b>	Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance
<b>AG-US :</b>	Atypical Glandular Cells of Undetermined Significance
<b>CHU GT :</b>	Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré
<b>CIN :</b>	Néoplasie Intra épithéliale
<b>CIS :</b>	Carcinome In Situ
<b>CPON :</b>	Consultation Post Natale
<b>CSCom :</b>	Centre de Santé Communautaire
<b>CS Réf :</b>	Centre de Santé de Référence
<b>DAF/AIP :</b>	Division d'Afrique Francophone de l'Académie Internationale de Pathologie
<b>CES :</b>	Certificat d'Etudes Spécialisées
<b>FIGO :</b>	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
<b>HPV/VPH :</b>	Human Papilloma Virus/ Virus du Papillome Humain
<b>Hbts :</b>	Habitants
<b>IVA :</b>	Inspection Visuelle après application de l'Acide Acétique
<b>IVL :</b>	Inspection Visuelle après application de Lugol
<b>IST :</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>JPC :</b>	Jonction Pavimento-Cylindrique
<b>OMS:</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG:</b>	Organisation Non Gouvernementale
<b>SAA:</b>	Soins Après Avortement
<b>SMP :</b>	Société Malienne de Pathologie
<b>SR :</b>	Santé de la Reproduction

**UIV :** Urographie Intra Veineuse  
**VIH :** Virus de l'Immunodéficience Humaine  
**ZR :** Zone de Remaniement

# **TABLE DES MATIERES**

## **Table des matières**

<b>I. Introduction :</b> .....	1
<b>II. Généralités :</b> .....	3
<b>1. Définition :</b> .....	3
<b>2. Rappels</b> .....	3
<b>3. Généralités sur le cancer :</b> .....	9
<b>4. Principes physiopathologiques des tests :</b> .....	28
<b>III. Matériel et méthodes :</b> .....	31
<b>1. Cadre et lieu d'étude :</b> .....	31
<b>2. Type d'étude :</b> .....	33
<b>3. Période d'étude :</b> .....	33
<b>4. Population d'étude :</b> .....	33
<b>5. Echantillonnage :</b> .....	33
<b>6. Collecte des données :</b> .....	34
<b>7. Saisie et analyse des données :</b> .....	34
<b>8. Matériel et méthodes de travail de dépistage :</b> .....	34
<b>9. Aspects éthiques :</b> .....	38
<b>10. Définition opérationnelles :</b> .....	39
<b>IV. Résultats :</b> .....	41
<b>V. Commentaires et Discussion</b> .....	50
<b>VI. Conclusion et recommandations</b> .....	53
<b>1. Conclusion</b> .....	53
<b>2. Recommandations</b> .....	54
<b>VII. Références bibliographiques :</b> .....	56
<b>VIII. Annexes:</b> .....	60

**Liste des tableaux :**

Tableau I : Corrélation entre les différentes classifications.....	15
Tableau II : Répartition des femmes selon l'âge.....	41
Tableau III : Répartition des patientes selon la résidence.....	42
Tableau IV: Répartition des femmes selon le statut matrimonial.....	42
Tableau V: Répartition des femmes selon leur statut scolaire.....	43
Tableau VI: Répartition des femmes selon la parité.....	44
Tableau VII: Répartition des femmes en fonction des résultats histologiques...	47
Tableau VIII: Répartition des patientes en fonction du type de traitement au CSréf de kalaban-coro.....	48
Tableau IX: Répartition des femmes en fonction du type de traitement au CHU. .....	48
Tableau X: Répartition des patientes a 3 mois de traitement.....	49
Tableau XI: Répartition des patientes a 6 mois de traitement.....	49

## Listes des figures

<b>Figure 1:</b> Coupe sagittale des organes pelviens. ....	3
<b>Figure 2:</b> Anatomie du col de l'utérus.....	4
<b>Figure 3:</b> Col de nullipare .....	5
<b>Figure 4:</b> Col de multipare .....	6
<b>Figure 5:</b> Schéma d'une coupe histologique d'un épithélium malpighien normal . .....	7
<b>Figure 6:</b> Schéma d'un épithélium endocervical normal .....	8
<b>Figure 7:</b> Col normal avec la JPC (A) Coupe histologique normale de la zone de JPC (B) .....	9
<b>Figure 8:</b> Coupe histologique d'un épithélium malpighien avec infection à HPV plus dysplasie légère .....	17
<b>Figure 9:</b> Coupe histologique d'un épithélium malpighien avec une dysplasie modérée .....	17
<b>Figure 10:</b> Coupe histologique d'un épithélium malpighien avec une dysplasie sévère.....	18
<b>Figure 11:</b> Coupe histologique de la lésion précurseuse du cancer du col utérin (19). ....	19
<b>Figure 12:</b> Aspect macroscopique d'un col avec cancer invasif d'aspect ulcéro- bourgeonnant.....	21
<b>Figure 13:</b> Coupe histologique d'un cancer épidermoïde invasif .....	22
<b>Figure 14:</b> Col négatif à l'acide acétique (A) ; col positif à l'acide acétique (B). .....	30
<b>Figure 15:</b> Col négatif au soluté de lugol (A), col positif au lugol (B).....	30
<b>Figure 16:</b> Carte sanitaire du district de Kalaban-coro. ....	31
<b>Figure17:</b> Répartition des femmes selon le régime matrimonial. ....	43
<b>Figure 18:</b> Répartition des femmes selon le statut gynécologique. ....	45
<b>Figure 19:</b> Répartition des femmes selon la prise contraceptive . ....	45
<b>Figure 20:</b> Répartition des femmes selon leur type de visite. ....	46

**Figure 21:** Répartition des femmes en fonction des résultats d'IVA/IVL ..... 46

**Figure 22:** Répartition des femmes en fonction de la réalisation de la biopsie. 47

# **INTRODUCTION**

## **I. Introduction :**

Le cancer du col de l'utérus est une néoformation tissulaire due à une prolifération cellulaire excessive, anormale, anarchique et autonome, détruisant le col de l'utérus avec envahissement local et à distance (1).

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

A l'échelle mondiale, le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer le plus fréquent chez les femmes avec environ 604000 nouveaux cas en 2020. Sur les quels 342000 décès dus au cancer du col de l'utérus en 2020, environ 90% surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (3). Cependant environ 85% des décès dus au cancer du col de l'utérus dans le monde surviennent dans les pays sous-développés ou en voie de développement, et le taux de mortalité est 18 fois plus élevé dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire que dans les pays plus riches (4).

La cause la plus fréquente de survenue d'un cancer du col de l'utérus est une infection persistante avec le virus du papilloma humain sexuellement transmissible.

Les taux d'incidence et de mortalité les plus élevés sont observés en Afrique Subsaharienne, avec des taux élevés en Afrique Australe, en Afrique Orientale et en Afrique Occidentale (5).

De nombreuses évolutions diagnostiques et thérapeutiques et surtout une politique adéquate de prise en charge par le dépistage systématique des lésions cancéreuses ont permis une forte diminution de sa morbidité et de sa mortalité en occident. Dans les pays en développement 80% des cas de cancer du col de l'utérus sont diagnostiqués et seulement 15% des cas chez les femmes européennes avec une diminution annuelle de 4% par an en Europe du Nord et de l'Ouest (6).

C'est dans le but de faire le bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les tests visuels (IVA/IVL) au CSRéf de Kalaban-coro que nous menons ce travail avec des objectifs suivants.

❖ **Objectifs**

• **Objectif général :**

➤ Evaluer le bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les tests visuels IVA/IVL au Centre de Santé de Référence de kalaban-coro.

• **Objectifs spécifiques :**

➤ Déterminer la fréquence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

➤ Préciser le profil sociodémographique des patientes dépistées.

➤ Décrire les aspects histologiques des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

➤ Décrire la prise en charge des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

➤ Préciser le suivi des patientes.

# **GENERALITES**

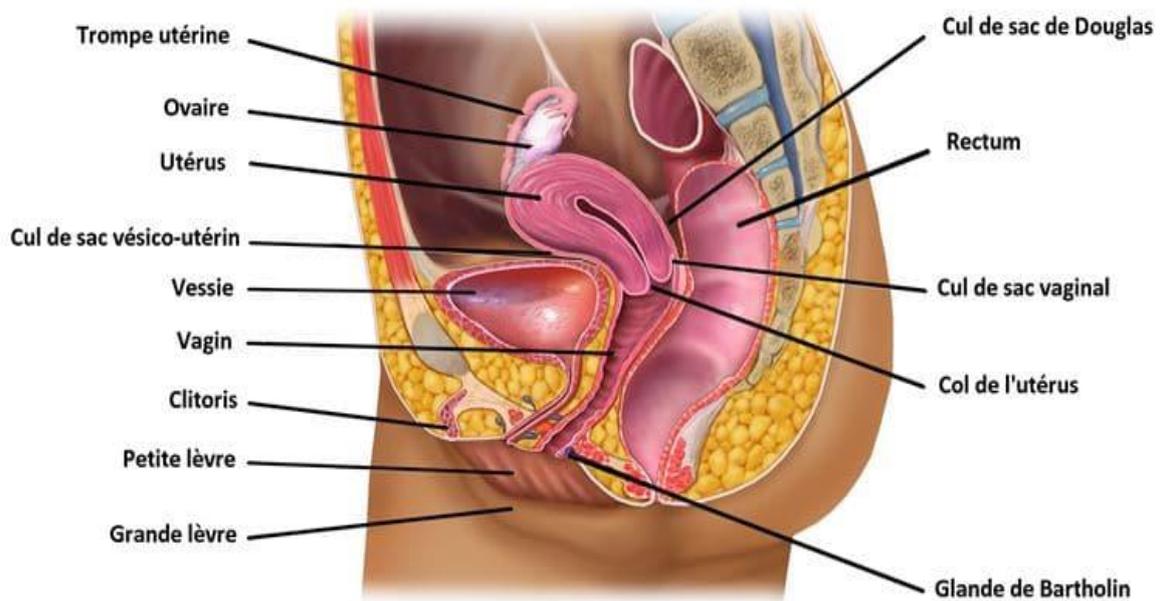
## II. Généralités :

### 1. Définition :

Le cancer du col de l'utérus est une néoformation tissulaire due à une prolifération cellulaire excessive, anormale, anarchique et autonome, détruisant le col de l'utérus avec envahissement local et à distance. (1)

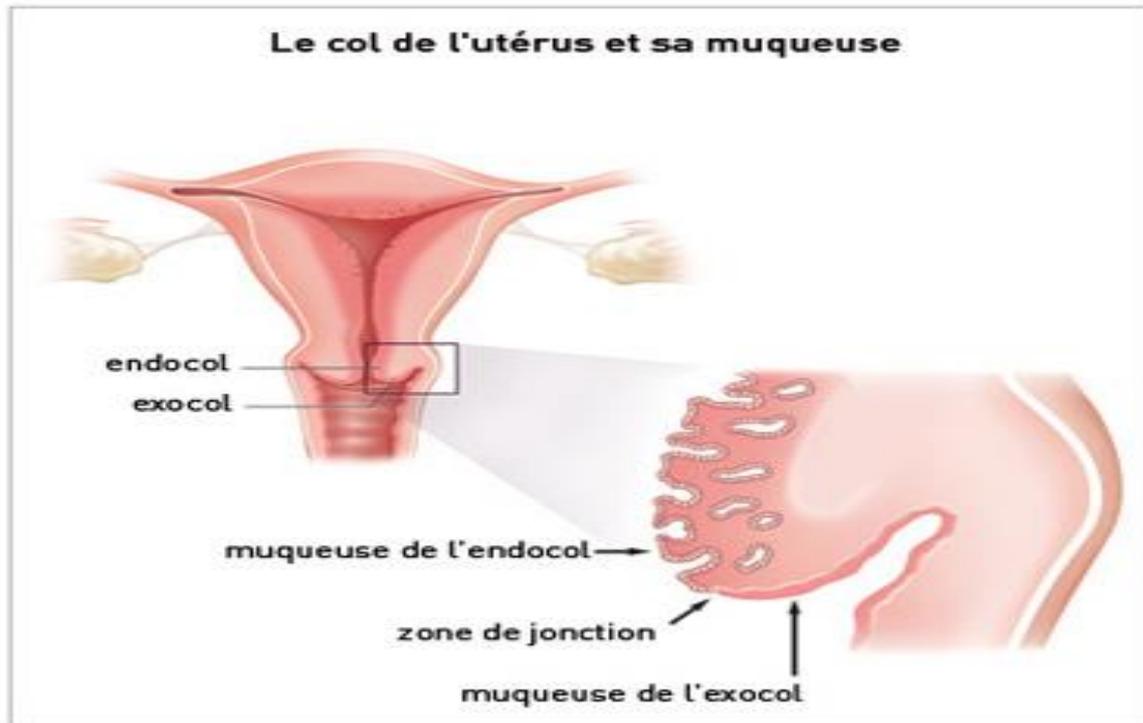
### 2. Rappels

#### 2.1. Rappel anatomique



**Figure 1:** Coupe sagittale des organes pelviens.(7)

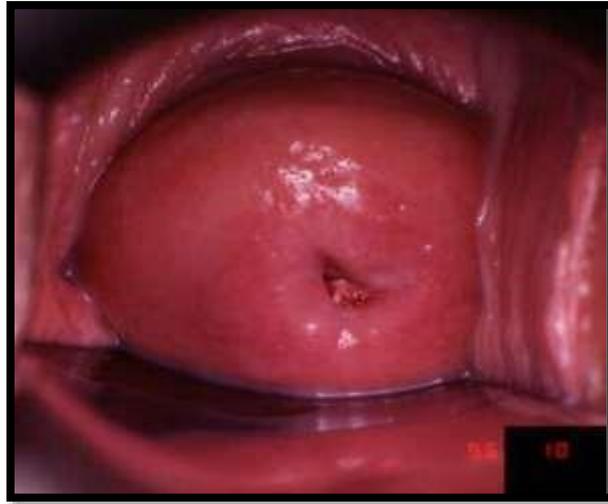
L'appareil génital féminin comprend des organes génitaux internes (deux ovaires, deux trompes de Fallope, l'utérus et le vagin) et externes (la vulve : les grandes lèvres, les petites lèvres et le clitoris).



**Figure 2:** Anatomie du col de l'utérus.(7)

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 3:** Col de nullipare (7) .

**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 4:** Col de multipare (7)

## 2.2. Rappel histologique :

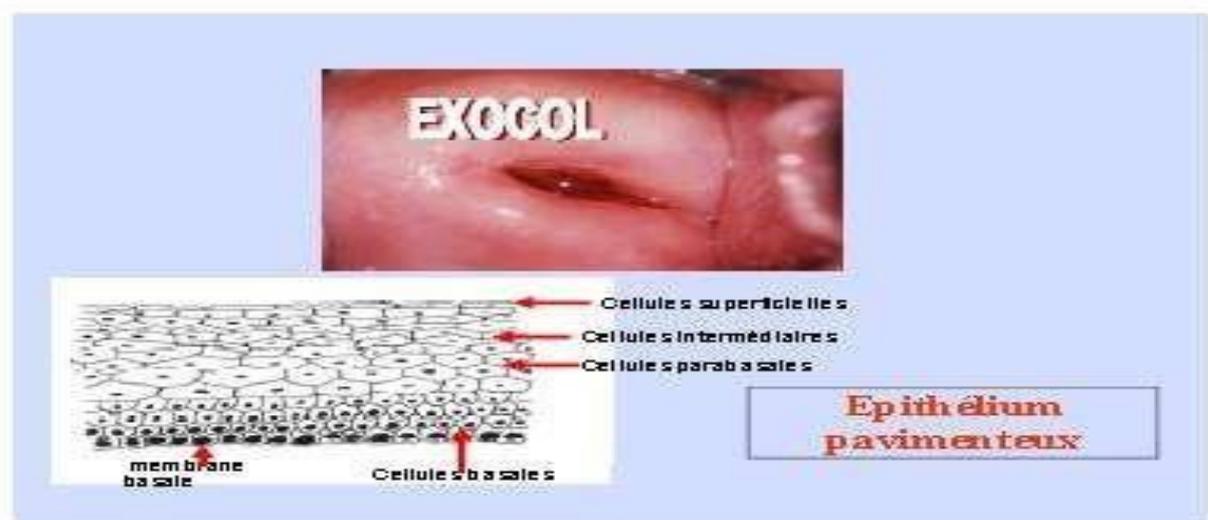
Il est indispensable, pour comprendre les aspects physiologiques et pathologiques.

### ➤ L'exocol : (7)

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 :

- Une couche germinatrice ou basale profonde : elle est faite d'une seule assise de cellules de petites tailles, de forme cylindrique, tassées les unes contre les autres en palissade le long de la membrane basale.
- Une couche basale externe formée par 3 ou 4 assises de cellules analogues mais un peu plus volumineuses. On retrouve des mitoses dans les cellules les plus profondes.
- Une couche intermédiaire formée de 5 ou 6 couches de cellules plus volumineuses, polyédriques et séparées par un espace intercellulaire.
- A travers cette espace, les cellules sont reliées par des ponts intercellulaires. Ces cellules ont un cytoplasme abondant et clair qui contient beaucoup de glycogène.

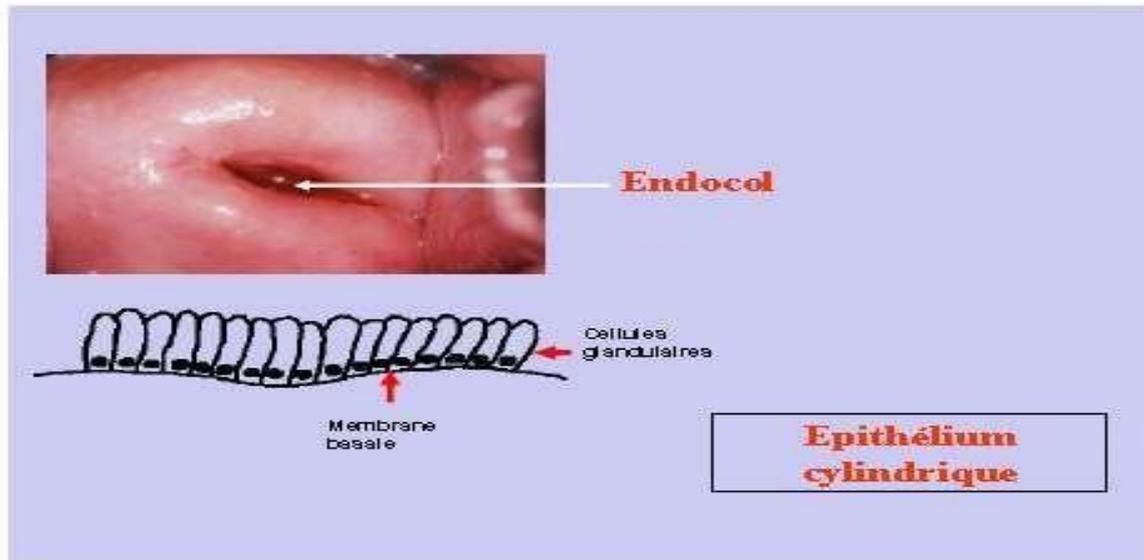
- Une couche superficielle ou zone de kératinisation intra épithéliale de DIERKS ; elle est formée par 6 à 8 couches de cellules qui s'aplatissent progressivement vers la surface. Leur membrane est épaisse, leur cytoplasme occupé par du glycogène que le lugol colore en brun acajou, leur noyau est petit et homogène.
- La zone de desquamation est constituée de cellules qui se détachent facilement de la surface de la muqueuse. Elles desquament isolément et gardent leurs noyaux. Elles constituent les étalements du frottis exocervical.



**Figure 5:** Schéma d'une coupe histologique d'un épithélium malpighien normal .(7)

#### ➤ L'endocol : (7)

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 endocervicales. On observe parfois une prolifération localisée de l'épithélium cylindrique appelée polype qui est une excroissance rougeâtre faisant saillie à partir de l'orifice externe. Les cellules cylindriques ne produisent pas de glycogène, et ne changent pas de couleur après application de soluté de lugol.



**Figure 6:** Schéma d'un épithélium endocervical normal (7) .

➤ **La jonction pavimento-cylindrique (JPC) (7) :**

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 peut 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).

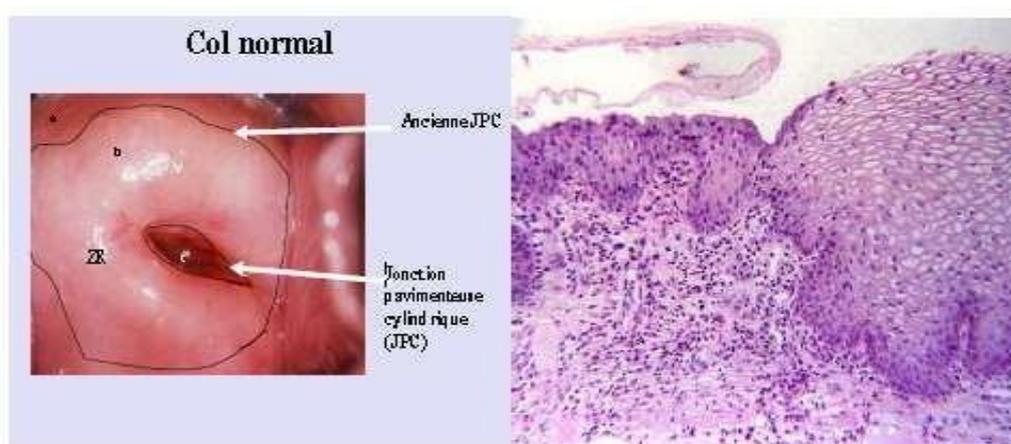
- Chez la femme d'une trentaine d'année en période de reproduction elle se rapproche de l'orifice externe. La JPC apparaît sous la forme d'une ligne blanche après l'application d'une solution d'acide acétique à 5%, à cause de la présence d'un épithélium pavimenteux métaplasique immature adjacent à la 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 interne 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 (7).

(A)

(B)



**Figure 7:** Col normal avec la JPC (A) Coupe histologique normale de la zone de JPC (B) (7).

### 3. Généralités sur le cancer :

#### 3.1. Histoire naturelle :

L'histoire naturelle du cancer du col utérin montre en effet qu'il se constitue sous l'égide du virus HPV (Human Papilloma Virus).

Il existe des lésions précancéreuses 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 haut 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 (8).

### **3.2. Etiopathogénie des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin :**

#### **➤ Facteurs de risque (9):**

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 papillomavirus humain : HPV (16, 18, 31,45) sont 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 socio-économique ;
- ✓ Les partenaires sexuels multiples ;
- ✓ L'utilisation au long court des contraceptifs oraux ;
- ✓ Le tabagisme.

#### **➤ Pathogénie des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin :**

Les néoplasies du col utérin 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.

### **3.3. 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'un néoplasie épidermoïde.

#### **➤ Les condylomes ou verrues génitales (10) :**

Ils 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 aspect 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 antérieure et postérieure 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 malpighienne :**

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 (11).

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

Elle est due à une irritation chronique sur le col et peut faire le lit du cancer **(11)**.

Cette zone est dite zone de transformation ou de remaniement. Deux modalités de transformation sont possibles :

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

Quel que 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 **(12)**.

### **3.4. Les lésions infectieuses :**

#### **➤ Inflammation du col ou cervicite : (13) :**

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 celle qui est trouvée 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'exocervicite 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 papillomavirus : (14)**

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 des lésions asymptomatiques dépistées par les biopsies de zones blanchâtres du col après application d'acide acétique.

La reconnaissance du condylome repose également sur la découverte de koilocytes : cellules malpighiennes matures présentant une vacuolisation cytoplasmique paranucléaire 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 **(15)**.

Des études ultérieures ont montré que si ces lésions ne sont pas traitées, elles peuvent progresser vers le cancer du col utérin **(16)**.

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 utérin a été introduit en 1968, quand Richard a indiqué que toutes les dysplasies étaient susceptibles d'évoluer **(17)**. Il est actuellement admis que la plupart des CIN régresse spontanément, sans traitement **(18)**. 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 est précédée 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'Organisation Mondiale de la Santé (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 **(17)**.

Cette dernière a été modifiée en 2001 en considérant l'infection à 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 (17).

<b>Papanicolaou 1954</b>	<b>Richart 1968</b>	<b>OMS 1973</b>	<b>Bethesda 1991</b>	<b>Bethesda 2001</b>
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 signe de malignité		Atypies malpighiennes ou glandulaires bénignes inflammatoires	Inflammations lésions réactionnelles	Autres infections Inflammations Lésions réactionnelles
	NCI	<b>Dysplasies malpighiennes</b>	<b>ASCUS-AGUS Lésions malpighiennes intra épithéliales</b>	<b>ASCUS-AGUS Lésions malpighiennes intra épithéliales</b>
	NCI 1	<b>Dysplasie légère</b>	<b>De bas grade</b>	<b>De bas grade et Infection à HPV</b>
Classe III : Anomalie cellulaire évoquant la malignité	NCI 2	<b>Dysplasie modérée</b>	<b>De haut grade</b>	<b>De haut grade</b>
	NCI 3	<b>Dysplasie sévère</b>		
			<b>Carcinome in situ (CIS)</b>	<b>Carcinome malpighien</b>
Classe IV : Anomalie cellulaire très évocatrice de malignité		Adénocarcinome	Adénocarcinome	Adénocarcinome

### **Caractéristiques cliniques. (17)**

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 lésions précurseuses de cancers cervicaux pouvant être décelées à l'examen au spéculum, mais nombreuses de ces lésions peuvent blanchir à l'application d'une solution fraîchement préparée d'acide acétique à 3 ou 5%, ou peuvent être iodo- négatives à l'application de la solution de lugol (puisqu'elles ne contiennent pas de glycogène).

### **Diagnostic des dysplasies :(17)**

Le diagnostic des dysplasies repose essentiellement sur leur dépistage précoce.

#### **3.5. Histologie : (7)**

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. 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.

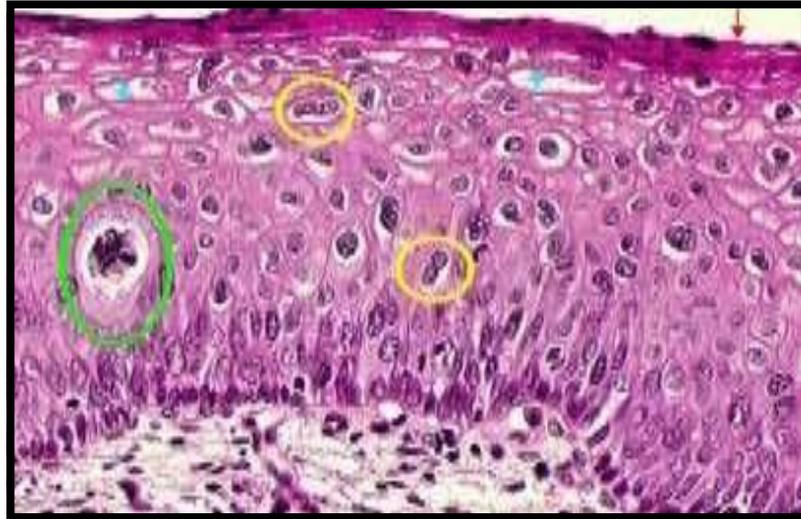
- Anomalies nucléaires :

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

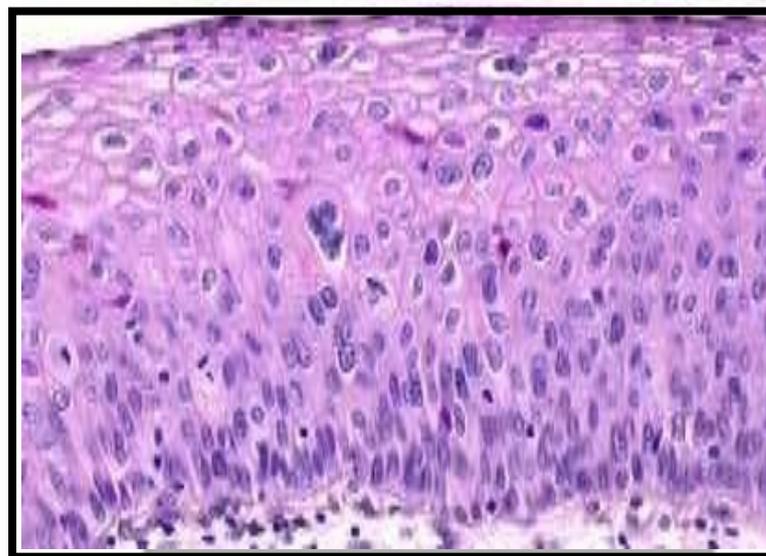
- Activité mitotique (présence des figures de division cellulaire) :

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 :

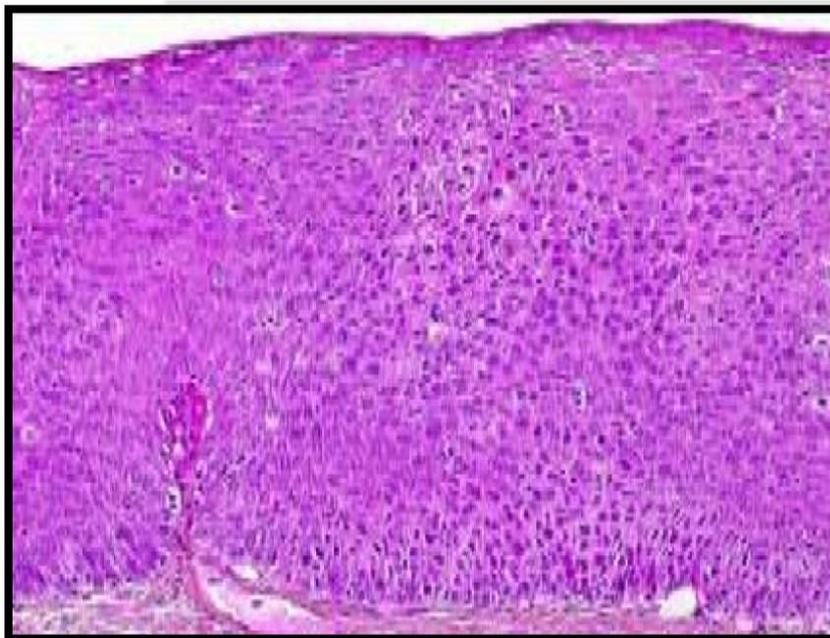
Au 1/3 inférieur de l'épaisseur de l'épithélium malpighien, on parle de dysplasie légère (NCI 1), Au 1/3 moyen, dysplasie modérée (NCI 2), Au 1/3 supérieur, Dysplasie sévère (NCI 3) et sur toute l'épaisseur : carcinome in situ (CIS). Dans ces deux cas différenciation et stratification sont complètement absentes de l'épithélium.



**Figure 8 :**Coupe histologique d'un épithélium malpighien avec infection à HPV plus dysplasie légère (7).



**Figure 9:**Coupe histologique d'un épithélium malpighien avec une dysplasie modérée (7).



**Figure 10:** Coupe histologique d'un épithélium malpighien avec une dysplasie sévère.(7)

### **3.6. Traitement : (19)**

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 modérée (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 5 mm de la

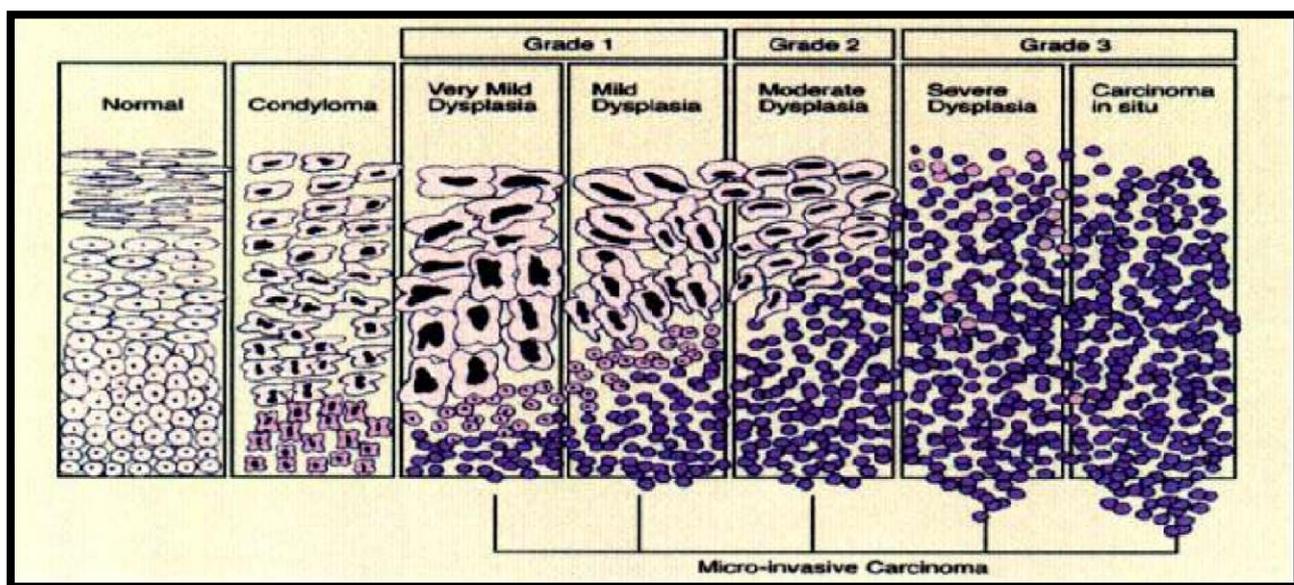
lésion en largeur ou en hauteur, l'hystérectomie de complément est nécessaire si la femme a plus de 40 ans ou a eu les enfants qu'elle souhaitait.

### 3.7. Surveillance : (19)

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 11:** Coupe histologique de la lésion précurseuse du cancer du col utérin (19).

### 3.8. Les rapports de la dysplasie et du cancer :(16)

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. 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.

### **3.9. 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 séropurulentes, 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.



**Figure 12:**Aspect macroscopique d'un col avec cancer invasif d'aspect ulcéro-bourgeonnant (20)



**Figure 13:** Coupe histologique d'un cancer épidermoïde invasif (20).

### **3.10. 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 d'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'avèrent 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 (20).

### **Classification clinique**

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 5 mm 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

**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.

### **3.11. Traitement et pronostic : (19)**

#### **Traitement :**

Le traitement est fonction du stade évolutif :

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

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

❖ Traitement par la chirurgie seule, le principe consiste à associer :

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

Une lymphadénectomie iliopelvienne.

❖ La physiothérapie sans chirurgie :

Curiethérapie locale (radium ou cæsium) 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).

**Stade IV :** Certains réalisent des exentérations pelviennes antérieures, postérieures ou totales.

### **Pronostic :**

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 II B,

35% pour les cancers aux stades III,

5 à 10% pour les cancers aux stades IV.

### **Surveillance post- thérapeutique : (19)**

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

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

La malade est revue au 3<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup>, 9<sup>ème</sup>, 12<sup>ème</sup>, 18<sup>ème</sup>, 24<sup>ème</sup>, 36<sup>ème</sup> mois, puis tous les ans. Chaque fois on note son poids, l'état général, on examine les creux sus

claviculaires, le foie, on palpera l'abdomen à la recherche d'un gros rein. On examinera la vulve, on lui mettra un spéculum et on fera le test de dépistage tous les ans. Le vagin sera examiné sur toutes ses faces en retirant le spéculum, puis un toucher vaginal et un toucher rectal seront faits pour apprécier la souplesse des parois et des paramètres. Une échographie rénale sera faite au 3<sup>ème</sup> mois pour rechercher une dilatation urinaire ou par une Urographie Intraveineuse (UIV). Toute anomalie au cours de ces examens entraînera la consultation du spécialiste.

### **3.12. Cancer du col utérin selon le terrain :**

#### **❖ Cancer du col de l'utérus et grossesse : (11)**

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 pronostique défavorable.

✓ **Au premier trimestre de la grossesse :**

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

✓ **Au deuxième trimestre de la grossesse :**

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<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup> 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 : (21)**

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 positives ainsi que l'observation de risque plus élevés d'infections à papilloma virus humain et de dysplasies cervicales de haut grade, précurseur de cancer du col chez les femmes

VIH positives suggère une association entre le VIH et le cancer du col de l'utérus. Peu d'études ayant été réalisée 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 vulnérable que celui des autres 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.

## **4. Principes physiopathologiques des tests :**

### **4.1. Le test à l'acide acétique (IVA) : (7)**

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.

#### **4.2. Le test de Schiller (Inspection visuelle au lugol : IVL) : (7)**

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 iodonégatives (Puisqu'elles sont déficientes en glycogène) et apparaissent sous l'aspect de régions jaune moutarde ou safran, épaisses.

Les zones leucoplasiques (hyperkératose) sont elles aussi iodo-négatives. Quant aux condylomes, ils peuvent occasionnellement prendre la coloration à l'iode de façon partielle.



**Figure 14 :** Col négatif à l'acide acétique (A) ; col positif à l'acide acétique (B).



**Figure 15:** Col négatif au soluté de lugol (A), col positif au lugol (B) [23].

# **MATERIEL ET METHODES**

### III. Matériel et méthodes :

#### 1. Cadre et lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de Kalaban-Coro ; qui a été créé le 9 juillet 2013 ; dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé du gouvernement Malien.

#### 1.1. Présentation du centre de santé de référence de kalaban-coro

##### Organigramme du centre de santé de référence de kalaban-coro

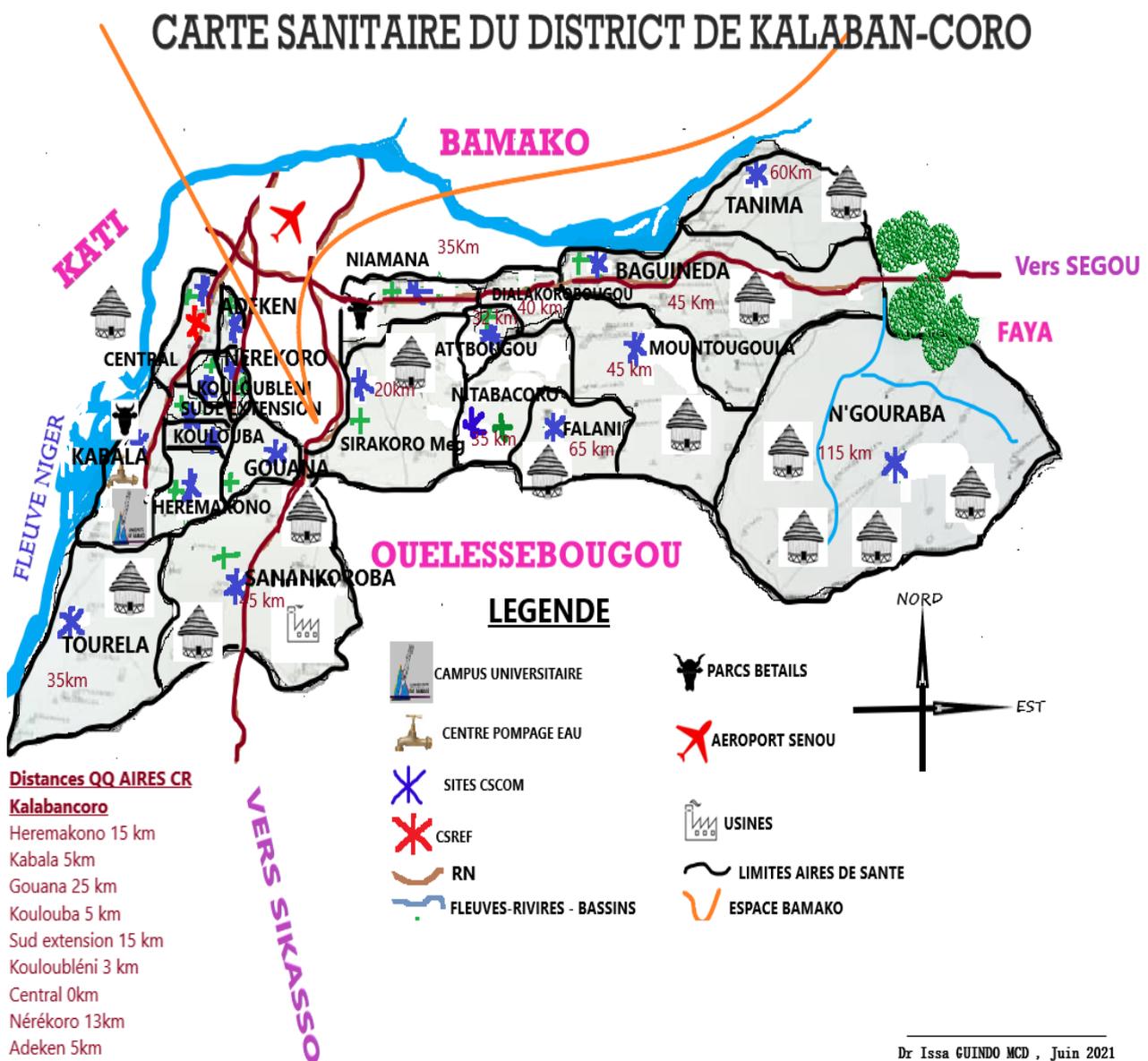


Figure 16: Carte sanitaire du district de Kalaban-coro.

## **1.2. Description du service de gynécologie obstétrique :**

### **. Locaux :**

Le service de gynéco-obstétrique est composé de :

- Un bloc opératoire ;
- Une grande salle d'hospitalisation pour les opérées ;
- Une salle d'hospitalisation à trois lits pour les grossesses pathologiques ;
- Deux salles de suite de couche ;
- Une salle de travail à quatre lits ;
- Une grande salle de toilette ;
- Deux salles d'accouchements avec trois (3) tables d'accouchements chacune et des toilettes internes ;
- Une salle de PF/CPON ;
- Une salle de SAA ;
- Une salle pour la sage-femme maîtresse ;
- Une salle de garde pour les sages-femmes ;
- Une salle de garde pour les internes ;
- Une salle de CPN ;
- Une salle de pansement ;
- Une salle de consultation pour médecin généraliste ;
- Trois salles de consultation pour les gynécologues.

### **. Personnel : le personnel se compose comme suit**

Trois (3) gynécologues obstétriciens, deux (02) infirmiers anesthésistes réanimateurs ; vingt et un (21) sages-femmes dont une sage-femme maîtresse, dix (10) infirmières obstétriciennes et trois (3) aides de bloc.

A ce personnel s'ajoutent les élèves des écoles socio-sanitaires et des étudiants de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) de différentes années dans le cadre de leurs stages de formation et leurs thèses.

### **. Activités du service : elles sont réparties dans la semaine comme suit**

➤ Quatre jours de consultation externe ;

- Quatre jours de programme opératoire durant la semaine ;
- Cinq jours de visite aux patientes hospitalisées. Le service assure une garde autonome quotidienne.
- Une journée dédiée au dépistage du cancer du col.
- Les urgences sont prises en charge par une équipe de permanence entre 8h à 18h et une équipe de garde de 18h à 8h du matin.

Chaque équipe se compose d'un gynécologue d'astreinte, parfois d'un CES en gynécologie obstétrique, d'un médecin, d'un anesthésiste, d'une sage-femme, de deux (2) thésards, d'une infirmière obstétricienne, d'un aide de bloc, de chauffeur, et de personnel de surface.

Chaque salle de consultation gynécologique est dotée d'un bureau avec trois chaises, une armoire, une table de consultation gynécologique, un lavabo, du matériel pour l'examen gynécologique (spéculum, gants en vrac, une cuve contenant une solution antiseptique).

## **2. Type d'étude :**

Il s'agissait d'une étude descriptive à visée rétro prospective sur une période de 24 mois.

## **3. Période d'étude :**

L'étude s'est déroulée sur une période de vingt-quatre (24) mois allant du 1<sup>er</sup> octobre 2020 au 30 septembre 2022.

## **4. Population d'étude :**

L'ensemble des femmes admises dans le service de gynécologie au CSRéf de kalaban-coro.

## **5. Echantillonnage :**

- **Critères d'inclusion :** Ont été incluses

Toutes les femmes non enceintes venues d'elles même pour dépistage, celles orientées par un gynécologue ou celles référées par les CSCom pour dépistage du cancer du col durant la période d'étude.

- **Critères de non inclusion :** N'ont pas été incluses

- ✓ Femmes déjà suivies pour cancer du col utérin ;
- ✓ Femmes enceintes ;
- ✓ Femmes en période de menstrues ;
- ✓ Femmes ayant bénéficiés d'une hystérectomie totale ;
- ✓ Femmes vierges ;
- ✓ Femmes vues en dehors de la période d'étude.

## **6. Collecte des données :**

Une fiche d'enquête préétablie et pré-testée nous a permis de collecter les données dont un modèle est en annexe.

### **✓ Sources des données :**

Les données ont été recueillies à partir du registre de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin et les dossiers des patientes.

### **✓ Variables étudiées :**

- Sociodémographiques : âge, résidence, statut matrimonial, régime matrimonial, statut scolaire.
- Cliniques : parité, statut gynécologique, prise de contraceptive, type de visite, tests IVA/ IVL.
- Histopathologies : types histologiques

## **7. Saisie et analyse des données :**

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel SPSS 23.0.

Nous avons fait une saisie simple des textes, des tableaux et des graphiques sur le logiciel Word et Excel 2016.

## **8. Matériel et méthodes de travail de dépistage :**

### **8.1. Matériel 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 speculum stérile (spéculum de colin) ;
- Des gants stériles ;

- 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 ;
- Solution d'acide acétique fraîchement préparée ;
- Solution de lugol ;
- Des flacons contenant du formol à 10% pour les biopsies du col ;
- Un sac poubelle pour y jeter les écouvillons contaminés ;
- Une solution de décontamination pour mettre les matériels souillés.

#### ➤ **Préparation des solutions :**

- 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 et 5g d'iode le tout dans 100 ml d'eau distillée.
- Ajouter 5g d'iode, bien agiter jusqu'à ce que les paillettes 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.

## **8.2. Déroulement du travail :**

### **8.2.1. Consentement des femmes :**

Le dépistage ne commence qu'après l'obtention du consentement verbal éclairé de la femme. On procède à un interrogatoire pour préciser l'identité de la femme, ses antécédents gynécologiques et obstétricaux, son régime matrimonial. Ensuite, la femme bénéficie d'un examen au spéculum au cours duquel sont pratiqués les tests IVA et IVL. Lorsqu'il y a une anomalie à IVA ou à IVL, une biopsie est effectuée sur la zone. Les fragments de biopsies sont fixés immédiatement au formol à 10%

et acheminés au laboratoire d'anatomie pathologique pour une confirmation histologique.

En fonction des résultats des tests visuels, 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 sur un questionnaire (annexe) et sur une carte rose qui sera remise à la femme avec la date du dernier dépistage.

\*Prise en charge des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de Kalaban-Coro

### **8.2.2. Tests visuels IVA / IVL :**

#### **➤ 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 antérieure et postérieure ; 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.

### **8.2.3. 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.

### **8.2.4. 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 des fragments sur le col. Ces fragments sont fixés immédiatement dans le formol à 10 % et acheminés au laboratoire d'anatomie pathologie pour un examen histologique.

#### **8.2.5. Traitement :**

- **La cryothérapie**

Elle est effectuée après avoir fait une biopsie, au même endroit que le test de dépistage, si la lésion touche moins de 75% de la zone de remaniement ainsi que des dysplasies de bas grade.

Après avoir mis en place l'équipement pour effectuer la cryothérapie, on humidifie le col avec une solution salée ou un 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 d'antibiotique de routine (2g de métronidazole ou 1 g de doxycycline, en une seule prise). Les patientes sont revues 1 mois plus tard, 3 mois, 6 mois, et 12 mois.

- **La chirurgie**

-Si la lésion dépasse 75% de la zone de remaniement,

-les lésions précancéreuses de haut grade chez des femmes ménopausées avec leurs consentements.

En outre les cas de cancer invasif sont référés au CHU Gabriel Touré de Bamako.

#### **9. Aspects éthiques :**

Ce travail est purement scientifique et concerne le secteur de la santé maternelle notamment le dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. Aucune femme n'a été nominalement citée dans ce travail, garant du secret

médical. Aussi, en aucun cas il n'est possible d'identifier une femme à travers ce travail.

#### **10. Définition opérationnelles :**

La définition de certains concepts est utile pour cette étude.

- ❖ **IVA** : Inspection visuelle après application de l'acide acétique à 5%.
- ❖ **IVL** : Inspection visuelle après application de lugol.
- ❖ **Métaplasie malpighienne** : changement d'un épithélium normal (cylindrique) en un autre épithélium normal (pavimenteux) de structure et de fonction différentes, d'architecture normale mais de localisation anormale.
- ❖ **Jonction pavimento-cylindrique** : Jonction de l'épithélium malpighien de l'exocol et l'épithélium glandulaire de l'endocol.
- ❖ **Lésions malpighiennes intra-épithéliales** : (néoplasie intra-cervicale CIN) : Est caractérisée par des cellules atypiques se développant à partir de la jonction cylindromalpighienne et de la zone de transformation anormale.
- ❖ **Dysplasie de bas grade** : Epithélium malpighien atteint sur son tiers inférieur.
- ❖ **Dysplasie de haut grade** : Épithélium malpighien atteint sur ses deux tiers inférieurs ou sur toute sa hauteur.
- ❖ **Carcinome in situ** : Épithélium malpighien atteint sans dépasser la membrane basale.
- ❖ **Cancer invasif du col utérin** : Envahissement de l'épithélium malpighien ayant dépassé la membrane basale.
- ❖ **Cryothérapie** : Méthode destructrice des lésions en utilisant la congélation.
- ❖ **Thermo coagulation** : Méthode destructrice des lésions en utilisant la chaleur électrique.
- ❖ **Résection à l'anse diathermique (RAD)** : Méthode d'exérèse chirurgicale à l'aide d'une anse de diamètre variable.
- ❖ **Gestité** : Nombre de grossesse au cours de la vie.
- ❖ **Primigeste** : Femmes qui sont à leur première grossesse.
- ❖ **Pauci geste** : Femmes qui ont fait deux et trois grossesses

- ❖ **Multigeste** : Femmes qui ont fait entre quatre et six grossesses.
- ❖ **Grande multigeste** : Femmes qui ont fait au moins six grossesses.
- ❖ **Parité** : Nombre total d'accouchement.
- ❖ **Primipare** : Femmes qui ont accouché pour la première fois.
- ❖ **Paucipare** : Femmes qui ont accouché deux à trois fois.
- ❖ **Multipare** : Femmes qui ont fait entre quatre et six accouchements.
- ❖ **Grande multipare** : Femmes qui ont accouché au moins six fois.
- ❖ **Suivi** : ensemble d'opération consistant à suivre et à contrôler un processus pour parvenir dans les meilleures conditions au résultat recherché.
- ❖ **Survie** : le fait de survivre, de continuer à vivre malgré la maladie.

# **RESULTATS**

## IV. Résultats :

### 1. Résultats descriptifs :

#### ❖ Fréquence

Au cours de notre étude 649 femmes avaient participé après counseling au dépistage du cancer du col utérin. Le test visuel à l'acide acétique et au lugol étaient négatifs dans 444 cas soit 68% et positifs dans 205 cas soit 32%. Parmi les 205 femmes positif nous avons trouvé une suspicion de cancer du col chez 9 femmes.

#### ❖ Aspects sociodémographiques

##### ✓ Age

**Tableau II** : Répartition des femmes selon l'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage (%)
14-27 ans	194	29,9
<b>28-41ans</b>	<b>247</b>	<b>38,1</b>
42-55 ans	151	23,3
56-69 ans	45	6,9
>69 ans	12	1,8
Total	649	100

La tranche d'âge 28 - 41 ans a été la plus représentée soit 38,1% des cas.

La moyenne d'âge était de  $42 \pm 9,35$  ans avec des extrêmes d'âges de 14 ans et 70 ans.

✓ **Résidence**

**Tableau III** : Répartition des patientes selon la résidence.

Résidence	Effectif	Pourcentage(%)
<b>Kalaban-coro</b>	<b>338</b>	<b>52,1</b>
Tiébani	46	7,1
Kouralé	46	7,1
N'golobougou	45	6,9
Kabala	32	4,9
Autres	142	21,9
Total	649	100

La résidence la plus représentée était Kalaban-coro soit 52,1% des cas.

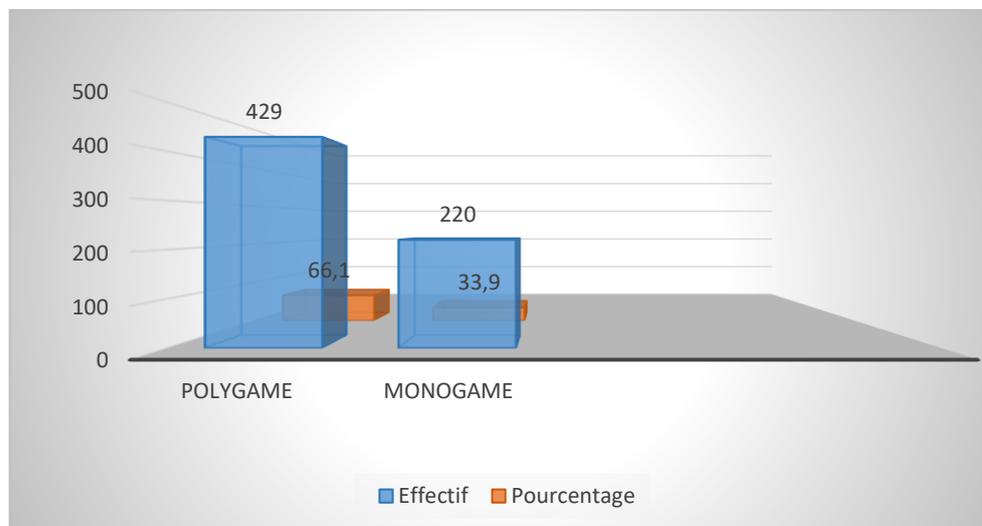
✓ **Statut matrimonial**

**Tableau IV**: Répartition des femmes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage(%)
<b>Mariée</b>	<b>500</b>	<b>77,1</b>
Célibataire	83	12,8
Veuve	43	6,6
Divorcée	23	3,5
Total	649	100

Les femmes étaient mariées avec 77,1% des cas.

### ✓ Régime matrimonial



**Figure17:**Répartition des femmes selon le régime matrimonial.

Le régime polygame était le plus prédominant avec 66,10% des cas.

### ✓ Statut scolaire

**Tableau V:** Répartition des femmes selon leur statut scolaire.

Statut scolaire	Effectif	Pourcentage(%)
<b>Scolarisée</b>	<b>480</b>	<b>74</b>
Non scolarisée	169	26
Total	649	100

Dans notre étude environ 74% des cas étaient des femmes scolarisées.

## ✓ Niveau d'étude

**Tableau VI :** Répartition des femmes selon le niveau d'étude.

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Primaire</b>	<b>229</b>	<b>47,7</b>
Secondaire	87	18,1
Supérieur	164	34,2
Total	480	100

Le niveau primaire était le plus représenté soit 47,7%.

## ❖ Données cliniques

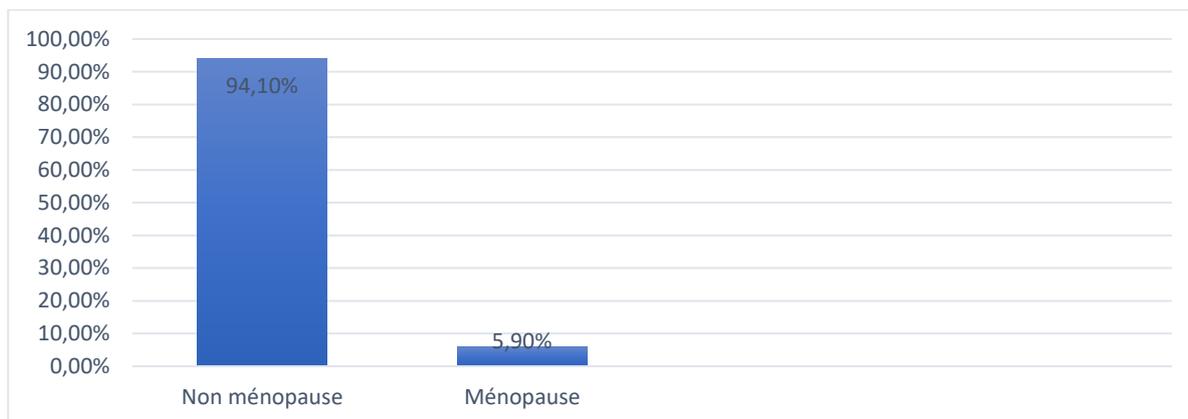
## ✓ Parité

**Tableau VI:** Répartition des femmes selon la parité.

Parité	Effectif	Pourcentage (%)
Nullipare	106	16,3
Primipare	108	16,6
Pauci pare	133	20,4
<b>Multipare</b>	<b>194</b>	<b>29,9</b>
Grande multipare	109	16,8
Total	649	100

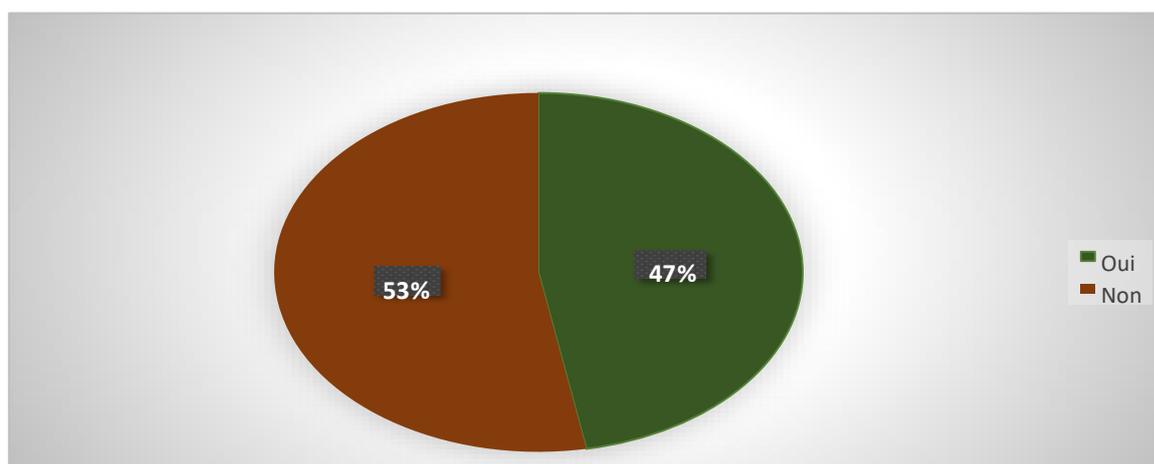
Les multipares étaient prédominantes avec 194 cas soit 29,9%.

✓ Statut gynécologique :



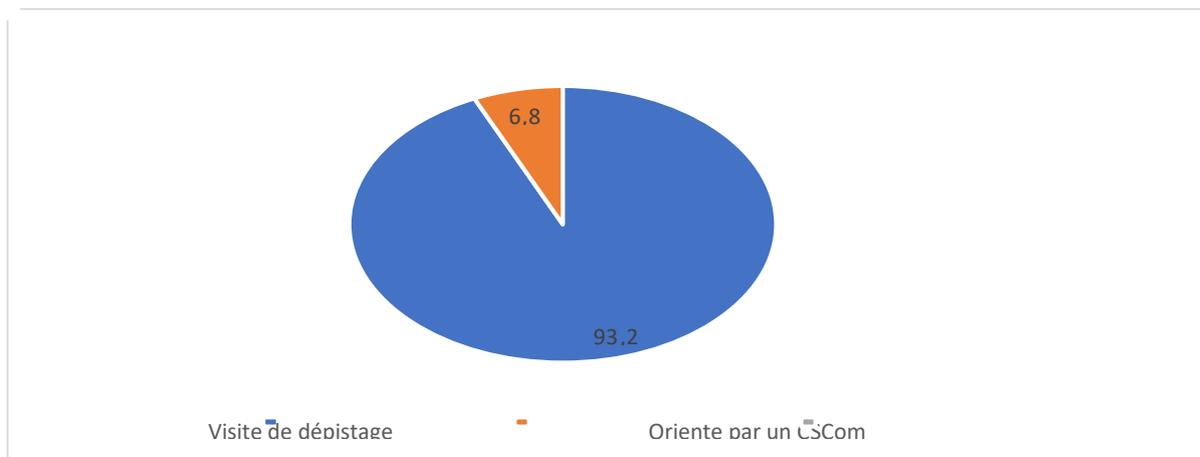
**Figure 18:** Répartition des femmes selon le statut gynécologique. Les femmes non ménopausées étaient les plus représentées soit 94,10% des cas.

✓ Prise de contraceptive



**Figure 19:** Répartition des femmes selon la prise contraceptive . Nous avons rapporté 306 cas d'utilisation de contraceptifs soit 47% cas.

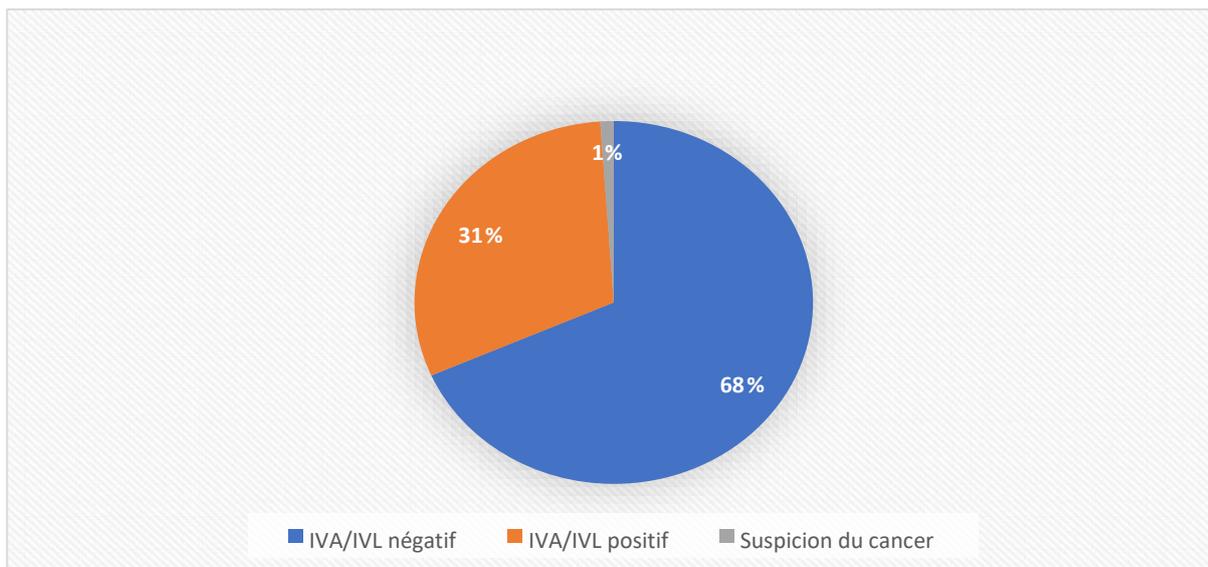
### ✓ Type de visite



**Figure 20:** Répartition des femmes selon leur type de visite.

Les femmes orientées par un CSCoM étaient moins représentées soit 6,8% de cas

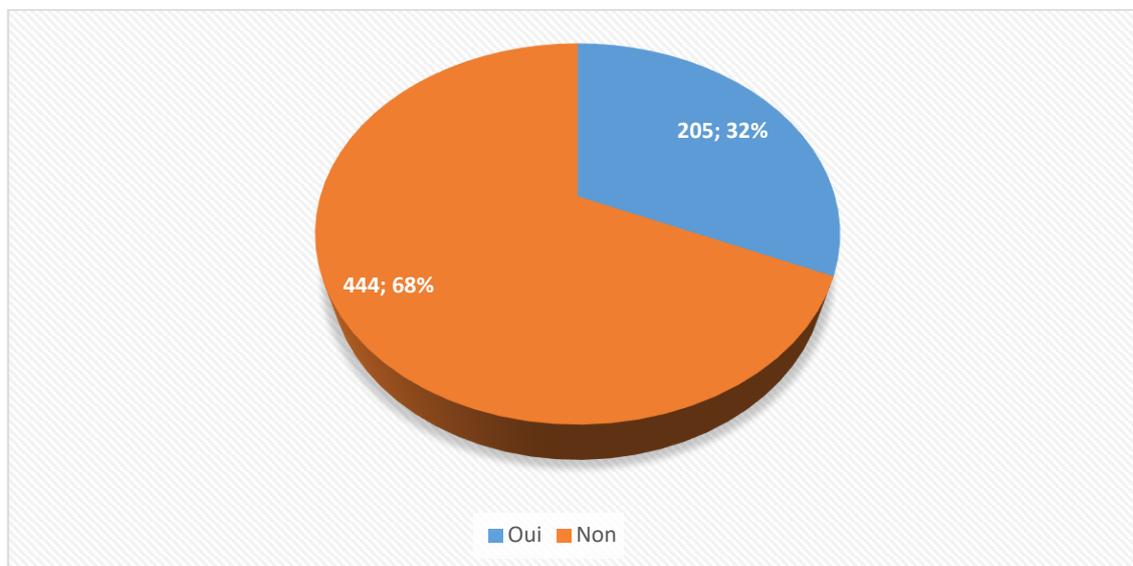
### ✓ Tests IVA /IVL



**Figure 21:** Répartition des femmes en fonction des résultats d'IVA/IVL .

Les tests IVA/IVL étaient positifs dans 31% des cas et il y avait une suspicion de cancer dans 1% des cas.

### ✓ Réalisation de la biopsie



**Figure 22:** Répartition des femmes en fonction de la réalisation de la biopsie.

La biopsie a été réalisée chez 31,60% des femmes.

### ❖ Données anatomo-pathologiques

### ✓ Résultats histologiques

**Tableau VII:** Répartition des femmes en fonction des résultats histologiques.

Résultats histologiques	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Cervicite</b>	<b>98</b>	<b>47,8</b>
LMIEBG (CIN1)	51	24,9
LMIEHG (CIN2/CIN3)	47	23
Carcinome épidermoïde	9	4,3
Total	205	100

Carcinome épidermoïde a été retrouvé chez 4,3% des patientes.

Les cas de cervicite étaient les plus représentées avec 98 cas soit 47,8%.

## ❖ Traitement

### ✓ Type de traitement

**Tableau VIII:** Répartition des patientes en fonction du type de traitement au CSréf de kalaban-coro.

Type de traitement	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Antibiothérapie</b>	<b>98</b>	<b>48</b>
Thermo coagulation	51	25
Cryothérapie	35	17
Référées vers CHU Gabriel TOURE	21	10
Total	205	100

L'antibiothérapie a été utilisée dans 48% des cas.

**Tableau IX:** Répartition des femmes en fonction du type de traitement au CHU.

Traitement	Effectif	Pourcentage (%)
<b>RAD</b>	<b>12</b>	<b>57,2</b>
Radiothérapie	4	19,1
Soins palliatifs	2	9,5
Chimiothérapie	2	9,5
Chirurgie	1	4,7
Total	21	100

Les 21 cas de référence vers CHU Gabriel TOURE, la résection à l'anse diathermique a été la plus utilisée avec 12 cas soit 57,2%.

Parmi les 9 cas de carcinome épidermoïde, 4 patientes ont été traitées par radiothérapie, 2 ont reçues les soins palliatifs, 2 par chimiothérapie et 1 patiente avait reçu la chirurgie.

✓ **Traitement pendant 3 mois**

**Tableau X:** Répartition des patientes a 3 mois de traitement.

Traitement pendant 3mois	Effectif	Pourcentage (%)
<b>Cicatrisation encours</b>	<b>31</b>	<b>43,1</b>
Cicatrisation complète	24	33,3
Guérison	14	19,4
Décédées	3	4,2
Total	72	100

À trois mois de traitement la cicatrisation encours était prédominante avec 43,1% des cas.

Dans notre étude nous avons enregistré 3 cas de décès.

✓ **Traitement pendant 6 mois**

**Tableau XI:** Répartition des patientes a 6 mois de traitement.

Traitement pendant 6 mois	Effectif	Pourcentage(%)
<b>Guérison</b>	<b>68</b>	<b>91,9</b>
Perdue de vue	6	8,1
Total	74	100

À 6 mois de traitement 68 patientes étaient déclarées guéries soit 91,9 %.

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## V. Commentaires et Discussion

### ❖ Approche méthodologique

Nous avons réalisé une étude descriptive à visée rétrospective du 1<sup>er</sup> octobre 2021 au 30 septembre 2022. Cette étude nous a permis de faire le point sur la fréquence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de kalaban-coro. Au cours de la période d'étude 649 femmes ont été dépistées.

### ❖ Données sociodémographiques

#### • Age

La moyenne d'âge était de  $42 \pm 9,35$  ans avec des extrêmes de 14 ans et 70 ans, avec un pic entre 28 et 41 ans. Ce résultat est proche à celui de Traoré OD au Mali en 2009 qui avait trouvé  $39,31 \pm 11,45$  ans avec comme extrêmes 19 et 69 ans (22). Ceci prouve l'apparition du cancer du col utérin à un âge relativement jeune au Mali et, à l'instar des autres pays africains. Banza à Lumumbashi en 1999 et Abboud à Beyrouth relevaient un pic dans la tranche d'âge de 30-40 ans (23, 24). L'apparition du cancer du col de l'utérus à un âge plus précoce semble être liée à la recrudescence des facteurs de risque comme les mauvaises conditions socio-économiques, la précocité des rapports sexuels, exposant au virus du papillome humain (HPV) et autres infections sexuellement transmissibles et enfin les nombreuses maternités. Dargent et al en 1991 revue française (25).

Pour N'guessan k et al au Mali en 2009, l'augmentation relative de la fréquence des formes juvéniles des cancers du col utérin a été observée dans tous les instituts de référence (26).

#### • Parité

Les multipares représentaient 29,9% des cas. Notre résultat concorde avec celui de la littérature qui trouve qu'en Afrique, la multiparité est un réel facteur de risque du cancer du col utérin car les accouchements par leurs traumatismes répétés qu'ils occasionnent, entraînent des remaniements de l'architecture du col qui évoluent vers un état dysplasique (5).

## **Régime matrimonial**

Le régime polygame représentait 66,10% des cas. Notre résultat concorde avec celui de Traoré OD qui avait trouvé une prédominance du régime polygame avec 46,8% (22).

### **❖ Tests visuels IVA /IVL**

Les tests visuels à l'acide acétique et au lugol étaient positifs chez 31% des femmes. Notre résultat est supérieur à celui de Sankaranarayanan et al en Inde qui ont rapporté une positivité de 17,8% (7) et largement inférieur à celui de Nene et al qui avaient trouvé 57,3% d'anomalie (13).

### **❖ Histologie**

#### **• Lésions précancéreuses**

Les lésions précancéreuses ont été retrouvées chez 15,4%. Ce taux est supérieur à ceux de Kamaté B (28) au Mali et de Millongo FT au Burkina en 2003 qui étaient respectivement de 3,6% et de 4,2% (27).

#### **• Lésions cancéreuses**

Nous avons enregistré 1,4% de carcinome épidermoïde. Ce résultat est inférieur à celui de Konaté S (29) qui avait trouvé 21,24% de carcinome épidermoïde au Mali en 2006.

La disparité entre ces chiffres pourrait être due à un problème de recensement des malades. En effet, comme l'a souligné Touré et al à Dakar en 1981, la dispersion des malades dans les centres universitaires ont fait que la seule source d'étude épidémiologique reste les laboratoires d'anatomie pathologie (30).

### **❖ Traitement et suivi**

Au cours de notre étude 205 biopsies ont été réalisées. Parmi ces patientes 107 ont présenté des lésions précancéreuses et cancéreuses. Ainsi 51 patientes soit 24,9% des cas ont subi une thermo coagulation ; 35 patientes soit 17% des cas ont subi une cryothérapie ; l'antibiothérapie a été utilisée dans 48% des cas.

Les 21 cas de référence vers CHU Gabriel TOURE la résection à l'anse diathermique(RAD) a été la plus utilisée avec 12 cas soit 57,2%, 2 ont reçues les soins palliatifs et 1 patiente avait reçu la chirurgie.

Parmi les 6 patientes qui ont été référées à l'Hôpital du Mali, 4 ont été traitées par la radiothérapie et 2 par chimiothérapie. Nous avons noté 31 cas de cicatrisation en cours, 24 cas de cicatrisation complète et 14 cas de guérison après 3 mois de traitement. Dans notre étude nous avons enregistré 3 cas de décès. A 6 mois de traitement 68 patientes étaient déclarées guéries soit 91,9 % et 6 perdues de vue.

# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

## **VI. Conclusion et recommandations**

### **1. Conclusion**

Les lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin demeurent un problème de santé publique au Mali de par leurs fréquences et leur âge de survenu. Ces lésions surviennent à des âges plus jeunes. Un des moyens de dépistage demeure les tests visuels IVA-IVL avec des biopsies pour examen anatomopathologique. Le type histologique le plus fréquent était CIN1 avec 24,9%.

Ces tests visuels IVA-IVL 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.

## **2. Recommandations**

### **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.
- ✓ Rendre disponible le matériel de dépistage (gaz, Lugol et acide acétique)
- ✓ Former le personnel médical et paramédical notamment les sages-femmes et les infirmières obstétriciennes en dépistage.
- ✓ Equiper et doter des laboratoires de biologie et d'anatomo-Pathologie en matériels et en personnels qualifiés.
- ✓ Rompre le silence autour du cancer du col par la mise à contribution des médias dans le cadre de la communication
- ✓ Communication pour le changement de comportement.
- ✓ Subventionner la prise en charge chirurgicale et de la radiothérapie du cancer du col de l'utérus
- ✓ Intégrer les données du registre du cancer aux données du système national d'information sanitaire. Vacciner systématiquement les filles vierges contre le virus à HPV.

### **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.
- ✓ Contribuer à l'introduction des vaccins anti VPH dans la prévention primaire du cancer du col de l'utérus

### **Aux prestataires des services de dépistage**

- ✓ Faire le dépistage systématique du cancer du col utérin chez toutes les femmes ayant eu un rapport sexuel.
- ✓ Veillez à la bonne tenue des supports
- ✓ Assurer le plaidoyer auprès des autorités nationales, donateurs, et tous les partenaires pour la mobilisation et l'allocation des ressources dans le cadre de la lutte contre le cancer.

- ✓ Mettre en place des protocoles de suivi liant le dépistage, le diagnostic (S'il est utilisé), le traitement et la surveillance des femmes traitées,
- ✓ Prendre le contact téléphonique de toutes les patientes dépistées en vue de réduire le fort taux de perdues de vue.
- ✓ Recyclage des agents de santé

### **Aux femmes**

- ✓ Se faire dépister périodiquement, en respectant les rendez-vous.
- ✓ Observer le suivi adéquat des lésions dysplasiques.
- ✓ Veuillez à la bonne tenue des documents du dépistage qui leur sont remis.
- ✓ Rappeler au médecin en cas d'oubli la date et le résultat du dernier dépistage.

Intégrer les données du registre du cancer aux données du système national d'information sanitaire. Vacciner systématiquement les filles vierges contre le virus à HPV.

**REFERENCES**  
**BIBLIOGRAPHIQUES**

## VII. Références bibliographiques :

1. **Philippe M, Damienne C.** Cancer du col utérin, pratique en gynécologie obstétrique. Masson. 2005;5(10):87-9.
2. **Castanon A, Landy R, Sasieni PD.** Is cervical screening preventing adenocarcinoma and adenosquamous carcinoma of the cervix? *Int J Cancer.* 2016;139(5):1040-5.
3. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin [Internet].* 2021 [cité 31 mai 2023];71(3):209-49.
4. **Prabhu M, Eckert LO.** Development of World Health Organization (WHO) recommendations for appropriate clinical trial endpoints for next-generation Human Papillomavirus (HPV) vaccines. *Papillomavirus.* 2016;;2:185-9.
5. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A.** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin [Internet].* 2018 [cité 31 mai 2023];68(6):394-424.
6. « **Stewarty BW, Kleihues P.** Les cancers de l'appareil génital féminin. In : *Le cancer dans le monde.* IARC Press, Editor.2005: Lyon. p. 218-26. » [Internet]. [cité 6 juin 2023].
7. **Ramani SW, Sankaranarayanan R.** Guide pratique pour le dépistage visuel des néoplasies cervicales. IARC; 2004. 76 p.
8. **Organisation mondiale de la Santé.** Lignes directrices de l'OMS pour le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses pour la prévention du cancer du col de l'utérus [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2014 [cité 16 juin 2023].
9. **Organization WH.** La lutte contre le cancer du col de l'utérus: guide des pratiques essentielles. World Health Organization; 2007. 299 p.
10. **Cancer de col de l'utérus** – Projet de fin d'études [Internet]. [cité 16 juin 2023].

11. **Colposcopie et Traitement des Néoplasies Cervicales Intraépithéliales :** Manuel à l'usage des débutants [Internet]. [cité 2 juill 2023].
12. **Traoré M, Diabaté FS, Diarra I, Mounkoro N, Traore Y, Tekété I, et al.** Cancers gynécologiques et mammaires: aspects épidémiologiques et cliniques à l'hôpital du point G à Bamako. *Mali Méd.* 2004;19(1):4-9.
13. **Nene BM, Deshpande S, Jayant K, Budukh AM, Dale PS, Deshpande DA, et al.** Early detection of cervical cancer by visual inspection: a population-based study in rural India. *Int J Cancer.* 1996;68(6):770-3.
14. **Wang PH, Chen GD, Chang H, Yang SF, Han CP, Lin LY, et al.** High expression of human telomerase reverse transcriptase in high-grade intraepithelial neoplasia and carcinoma of uterine cervix and its correlation with human papillomavirus infection. *Reprod Sci.* 2007;14:338-48.
15. **Pund ER, Nieburgs HE.** Preinvasive carcinoma of the cervix uteri; seven cases in which it was detected by examination of routine endocervical smears. *Arch Pathol.* 1947;44(6):571-7.
16. **Koss LG, Stewart F, Foote FW, Jordan MJ, Bader GM et Day E.** Some histological aspects of behavior of epidermoid carcinoma in situ and related lesions of the uterus cervix. A Long-Term prospective study. *Cancer.* 1963;16((9)):1160-211.
17. **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. sept 1998;P29-60.
18. **Östör AG.** Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *Int J Gynecol Pathol.* 1993;12(2):186.
19. **Lansac J, Lecomte P, Marret H.** Gynécologie pour le praticien. 4ème éd. Paris Mars. 1994;81-99.
20. **Sreedevi A, Javed R, Dinesh A.** Epidemiology of cervical cancer with special focus on India. *Int J Womens Health.* 2015;405-14.

21. **Stelzle D, Tanaka LF, Lee KK, et al.** Estimates of the global burden of cervical cancer associated with HIV. *Lancet Glob Health* 2020; published online. Nov 16.;
22. **Traoré OD.** Dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses, du col de l'utérus, par les méthodes d'inspection visuelle(IVA/IVL), leur traitement et leur suivi, au centre hospitalier-universitaire Gabriel Touré. Thèse de doctorat de Médecine. Bamako 09-M-515 ; 71 pages.
23. **Banza K, Kizonde J, Unga M. Cancer du col de l'utérus :** Problématique de la prise en charge. A propos de 40 cas observés à l'hôpital de Lumumbashi. In: *Lub Med* 2. 1999.
24. **Abboud J, Attieh E, Germanos A.** Cancer invasif du col utérin. Traitement adapté en fonction des moyens thérapeutiques disponibles. *J Gynecol obstet Biol Reprod.* 1992;21::19-22.
25. **Dargent D, Kouakou F, Chomier M, Adeleine P.** Cancer du col chez les femmes de 35 ans et moins : une nouvelle maladie ? *Rev Fr Gynécologie Obstétrique.* 1991;86(11):635-8.
26. **N'guessan K, Kouakou F, Loué V, Angoi V, Abauleth Y, Boni S.** Le cancer du col de l'utérus: Aspects épidémiologiques et prise en charge en milieu africain. *Mali Méd.* 2009;24(3):27-30.
- 27-**Millongo FT, Akotianga M, Lankoande L.** Dépistage du cancer utérin dans un district sanitaire (Burkina Faso). VII<sup>e</sup> congrès de la SAGO et II<sup>e</sup> congrès de la SOMAGO. Bamako 2003.
28. **Kamaté B.** Evaluation du dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les méthodes IVA (acide acétique) -IVL(lugol) au Mali ; mémoire DEA 2003-2004.
29. **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.

30. **Touré P, Corre P, Diab A.** Le cancer du col en milieu africain à Dakar.  
Etude rétrospective de 411 cas observés à l'institut du cancer Dakar médical  
1981,26 :59-70.
31. **Diallo D.** Etude multicentrique des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les méthodes visuelles (à propos de 5016 cas dans le district de Bamako (2002-2004). Thèse de Med. Bamako 07-M-61.
32. **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 au CSRéf DES C IV ET V, du district de Bamako. Thèse de Méd. Bamako 13-M57, 2013.
33. **Basu P S and al.** Visual inspection with acetic acid and cytology in the early detection of cervical cancer and precursors. Int.J. cancer,1980 :161-1

# **ANNEXES**

## **VIII. Annexes:**

### **Fiche Signalétique**

**Prénom et Non :** Maïmouna SY

**Pays d'origine :** Mali

**Titre de la thèse :** Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les tests visuels (IVA et IVL) au centre de santé de référence de kalaban-coro.

**Année universitaire :** 2022-2023

**Ville de soutenance :** Bamako

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

**Secteur d'intérêt :** Anatomie pathologie, gynécologie et santé publique

### **Résumé :**

**Introduction :** Le cancer du col utérin est une tumeur maligne développée au niveau du col utérin. Dans notre étude l'objectif était de faire le bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au centre de santé de référence de kalaban-coro.

**Matériel et méthodes :** Il s'agissait d'une étude descriptive à visée rétrospective qui s'est déroulée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé de Référence (CSRéf) de kalaban-coro du 1<sup>er</sup> octobre 2021 au 30 septembre 2022 soit une durée de 12 mois.

**Résultats :** La tranche d'âge 28 - 41 ans a été la plus représentée soit 38,1% des cas. La moyenne d'âge était de  $42 \pm 9,35$  ans avec des extrêmes d'âges de 14 ans et 70 ans. La résidence la plus représentée était Kalaban-coro soit 52,1% des cas. Les femmes étaient mariées avec 77,1% des cas. Le régime polygame était le plus prédominant avec 66,10% des cas. Les femmes scolarisées étaient prédominantes soit 74 %. Le niveau primaire était le plus représenté soit 47,7%. Les multipares étaient majoritaires soit 29,9% des cas. Les femmes non ménopausées étaient les plus représentées soit 94,10% des cas. Nous avons rapporté 306 cas d'utilisation de contraceptifs soit 47% cas. Les femmes orientées par un CScCom étaient moins représentées soit 6,8% de cas. Les tests IVA/IVL étaient positifs dans 31% des cas et il y avait une suspicion de cancer dans 1% des cas. La biopsie a été réalisée chez 31,60% des femmes.

Le Carcinome épidermoïde a été retrouvé chez 4,3% des patientes. La cervicite était la plus représentée avec 98 cas soit 47,8%. L'antibiothérapie a été le traitement le plus utilisée soit 47,8% des cas. Les patientes référées au CHU Gabriel TOURE représentaient 10%. La résection à l'anse diathermique a été réalisée chez 12 patientes soit 57,2%. Parmi les 9 cas de carcinome épidermoïde, 4 patientes ont été traitées par Radiothérapie, 2 ont reçues les soins palliatifs, 2 par chimiothérapie et 1 patiente avait reçu la chirurgie. A trois mois de traitement 14 patientes étaient Déclarées guéries soit 19,4%. Dans notre étude nous avons enregistré 3 cas de décès. A 6 mois de traitement 68 patientes étaient déclarées guéries soit 91,9 %. Nous avons enregistré 3cas de décès.

**Conclusion :** 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.

**Mots clés :** col utérin, lésions précancéreuses et cancéreuses, IVA / IVL.

## VIII. Appendices:

### Material Safety Data Sheet

**First name and no:** Maimouna SY

**Country of origin:** Mali

**Thesis title:** Review of screening activities for precancerous and cancerous lesions of the cervix using visual tests (IVA and IVL) at the Kalaban-Coro reference health center.

**Academic year:** 2022-2023

**City of defense:** Bamako

**Place of deposit:** Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology

**Area of interest:** Anatomy pathology, gynecology and public health

### Summary:

**Introduction:** In our study the objective was to take stock of screening activities for precancerous and cancerous lesions of the cervix at the Kalaban-Coro reference health center.

**Material and methods:** This was a retrospective descriptive study which took place in the gynecology and obstetrics department of the Reference Health Center (CSRéf) of Kalaban-Coro from October 1, 2021 to September 30 2022, i.e. a duration of 12 months.

Material and methods: This was a retrospective descriptive study which took place in the gynecology and obstetrics department of the Reference Health Center (CSRéf) of Kalaban-Coro from October 1, 2021 to September 30 2022, i.e. a duration of 12 months.

**Results:** The 28 - 41-year-old age group was the most represented, i.e. 38.1% of cases. The average age was  $42 \pm 9.35$  years with age ranges of 14 and 70 years. The most represented residence was Kalaban-coro, i.e. 52.1% of cases. Women were married in 77.1% of cases. The polygamous regime was the most predominant with 66.10% of cases. Schooled women were predominant at 74%. The primary level was the most represented, at 47.7%. Multiparous women were in the majority,

i.e. 29.9% of cases. Pre-menopausal women were the most represented, i.e. 94.10% of cases. We reported 306 cases of contraceptive use, or 47% cases. Women referred by a CSCCom were less represented, i.e. 6.8% of cases. IVA/IVL tests were positive in 31% of cases and there was suspicion of cancer in 1% of cases. Biopsy was performed in 31.60% of women.

Squamous cell carcinoma was found in 4.3% of patients. Cervicitis was the most represented with 98 cases or 47.8%. Antibiotic therapy was the most used treatment, i.e. 47.8% of cases. Patients referred to CHU Gabriel TOURE represented 10%. Diathermic loop resection was carried out in 12 patients or 57.2%. Among the 9 cases of squamous cell carcinoma, 4 patients were treated with radiotherapy, 2 received palliative care, 2 with chemotherapy and 1 patient received surgery. At three months of treatment, 14 patients were

Declared cured, i.e. 19.4%. In our study we recorded 3 cases of death. At 6 months of treatment, 68 patients were declared cured, i.e. 91.9%.

We recorded 3 cases of death.

**Conclusion:** Management of precancerous lesions is easy. But if it is an invasive cancer, the treatment difficulties are linked to the clinical stage and the insufficiency of the technical platform.

**Key words:** cervix, precancerous and cancerous lesions, IVA/IVL.

## **LE BILAN DES ACTIVITES DE DEPISTAGE DES LESIONS CANCEREUSES ET PRECANCEREUSES DU COL PAR DES TESTS VISUELS IVA IVL**

### **Fiche d'enquête**

- 1-Nom et prénom :** .....
- 2-Age :** .....
- 3-Residence :** .....
- 4-Ethnie :** .....
- 5-Statut matrimonial :** a=mariée, b=célibataire, c=divorcée, d=veuve
- 6-Statut gynécologique :** a=non ménopause, b=ménopause
- 7-Niveau d'étude :** A=non scolarisée, B= scolarisée (a= primaire, b=Secondaire, c= supérieur)
- 8-Parité :** a=nullipare, b=primipare, c=pauci pare, d=multipare, e=grande multipare
- 9-Regime matrimonial** (1=polygame, 2=monogame)
- 10- Prise de contraceptive :** 1=ooui, 2=non
- 11- Type de visite :** a= visite de dépistage, b= orientée par un CScom
- 12-Tests IVA/IVL :** a= IVA /IVL Négatif, b=IVA/IVL, c=suspicion du cancer du col
- 13- Biopsie réalisée :** 1=ooui ,2=non
- 14- résultats histologiques :** a= cervicite, b= CIN1, c= CIN2, d=CIN3, e= carcinome épidermoïde, f= adénocarcinome, g= non concluant
- 15- Référé vers CHU GT :** 1=ooui, 2= non
- 16- Type de traitement :** .....
- 17-Traitement pendant 3 mois :** .....
- 18-Traitement pendant 6 mois :** .....

## **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'honoraire. Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

**Je le jure !**