

CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la
Recherche Scientifique (MESRS)

Universités des Sciences, des Techniques et des
Technologies de Bamako (USSTB)



Année universitaire : 2019-2020

République du MALI

Un peuple Un But Une Foi

Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie (FMOS)



FMOS

Thèse N°....

THESE

**Activités de dépistage et de suivi des
lésions précancéreuses et cancéreuses
du col utérin au CSRéf C.IV du
DISTRICT de BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le 11/03./2020 devant le jury de la Faculté
de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : **M. Abdoulaye Lassana DIARRA**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

JURY

Président du jury : Pr Bakarou KAMATE

Membre du jury : Dr Sirama DIARRA

Co-directeur de thèse : Dr Bourama COULIBALY

Directeur de thèse : Pr Cheick Bougadari TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A Allah, le clément, le Miséricordieux et le très Miséricordieux qui m'a permis de mener à bien ce travail si long et si pénible et voir ce jour que j'attendais tant. Guide mes pas vers ton droit chemin en tout lieu et en toute circonstance à chaque instant du restant de ma vie.

A notre prophète Mohamed

Paix et salut sur lui, à toute sa famille, tous ses compagnons et à tous ceux qui Le suivent jusqu'au jour du jugement.

A mon père Lassana Diarra

Je ne saurais comment t'exprimer ma gratitude et mon profond amour. Tu as été l'initiateur de ce travail car tu as guidé mes premiers pas vers l'école. Ton soutien moral, matériel et financier ne m'a jamais fait défaut. Ce travail est le fruit de ta patience et de ta combativité. Merci encore une fois de plus pour tes très longues prières nocturnes, afin que le bon DIEU nous apporte sa bénédiction. Puisse Dieu t'accorder une longue vie et une meilleure santé auprès de nous. Sache papa que je ne saurai jamais te rendre un hommage à la hauteur de tes efforts consentis. Au nom de tous mes frères et sœurs, je te dis encore merci, merci pour tout.

A ma chère mère Aminata Soucko dite Mâh Touré

Mâh chérie, ce travail est le tien, brave femme, mère dévouée, courageuse, croyante, généreuse, source de ma vie, pionnière de mon éducation.

Tu nous as toujours choyé, rassuré et réconforté. Tu incarnes pour nous l'amour, la tolérance, la bonté. Tes sacrifices pour les enfants d'autrui feront de nous ce que tu souhaites inchallâh, et surtout pardon pour les soucis, les angoisses et la fatigue que je t'ai causé, tu es et tu seras notre fierté de tout le temps.

Papa et maman ; Que DIEU vous bénisse et vous garde aussi longtemps auprès de nous pour que vous puissiez cueillir les fruits murs dont vous avez tant souffert pour l'entretien.

Que l'avenir soit pour vous un soulagement et une satisfaction. Ameen !

A mon grand-père paternel : feu Daouda Diarra dit Badjé

Grâce à toi, j'ai appris le sens de l'honneur, la dignité, la tolérance, la probité, du respect de soi et des autres, la rigueur et la loyauté. Je resterais toujours un héritier digne de toi et je me souviendrais toujours de tes sages conseils. Que DIEU te garde dans son paradis.

A mon grand-père maternel : feu Gaoussou Konaté

Tu étais mon ami, mon compagnon au bord de la rivière de Banamba, je n'ai eu l'occasion d'apprendre avec toi qu'une seule leçon, la franchise. Je comprends aujourd'hui que c'est la seule chose qui nous permet d'être stables sur un chemin propre durant toute notre humble existence. Merci pour tous vos efforts consentis pour nous et ils ne seront jamais vaines. Repose en paix.

A mes oncles et tantes

De crainte d'en oublier, je n'ai pas cité les noms.

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi depuis mon jeune âge et à ma mère. Je vous en serai toujours reconnaissant et prie pour le repos de l'âme de ceux qui ne sont pas parmi nous aujourd'hui, particulièrement feu Ousmane Touré dit Dégue.

A mes tontons : Seydou blé, Kalou, Sekou, Lamine, Abou, Sambou Gagué et tous les autres je m'abstiens de vous citer. Recevez toutes nos profondes reconnaissances. Vos encouragements, vos conseils, vos bénédictions ne m'ont jamais fait défaut ; tous attendaient ce jour avec impatience. Permettez-moi de nous incliner une pensée pieuse vers feu Pr. Abdoulaye (constitutionnaliste avéré) dont c'était son rêve ardent dans notre famille. Que son âme repose en paix.

A mes frères et sœurs : Awa, Safi, Oumar, Dama, Gouno, Korotoumou, Doussou, Mariam, Daouda, Gaoussou,

**Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au
CSRéf de la commune IV du District de Bamako.**

Soyez rassuré, de toute mon affection et de tout mon soutien. Que la grâce et le Miséricorde du tout puissant vous accompagnent toute votre vie. Que le tout puissant ALLAH resserre nos liens de fraternité. AMEN

A mes neveux et nièces : Batoma, Bakalou, Djéneba, Mamou, Drissa et Kassoum, vous faites la joie de la famille. C'est une fierté de vous avoir comme fils et filles. Vous êtes adorables. Le seul vrai héritage qu'on peut vous laisser c'est de vous mettre sur la voie de l'instruction. Courage, je vous aime mes chéris.

A ma Femme et à mon fils : Hawa Sangaré, Soumaïla Diarra

Vous êtes tout pour moi, vous êtes au centre et le sens de ma vie. Prions tous pour nos disparus. Que dieu les reçoive dans son paradis.

A toutes les femmes victimes du cancer du col de l'utérus.

REMERCIEMENTS

A tous les enseignants de mon parcours scolaire et universitaire : je vous dois tout. Je suis fier d'avoir été votre élève, votre étudiant. Trouvez dans ce travail chers Maîtres, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié. Voici le fruit de votre œuvre commune. Gratitude infinie !

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

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

Au Professeur Idrissa Ahmadou Cissé, au Docteur Bourama Coulibaly et au Docteur Sirama Diarra

Que Dieu vous bénisse pour vos efforts au service de la qualité de l'éducation Malienne en générale et celle de l'enseignement médical en particulier.

A nos Aînés Docteurs du service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques : Mamadou Keïta, Rokia Maïga, Sega, Tamaki, Mantia, Aliou, Maman, Safi, Touré, Cissé, Hawa,

Vous faites partie de nos formateurs, cependant vous avez aussi su être tout simplement des proches pour moi. Merci pour votre aide et pour toutes les complications.

A tout le personnel du service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques : Sow, Yacou, Dembélé, Youssouf, Yabéma, Djouba, Alou, Koniba, Ami et Djélika merci pour l'accueil réservé.

A toutes les sages-femmes et aux infirmières de l'unité de dépistage du cancer du col utérin du CHU GT et du CSRéf C.IV particulièrement à Tanti : **Yakaré, Madame Sima, Fatoumata Kouréichy, Fifi et Néné** bonne continuation pour le dépistage.

**Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au
CSRéf de la commune IV du District de Bamako.**

**A mes amis : Dr Fode Kouyaté, Dr Soumaïla Konaré, Dr Yacouba Bengaly,
Dr Firama Diawara, Dr Salimata Bamba, Dr Seydou Pamateck.**

Merci pour vos encouragements. Que DIEU renforce d'avantage nos amitiés.

**Au Personnel du Centre Malien de Sécurité Sociale (CMSS) de la commune
I : Alou Sow, Ousmane Traoré, Mme Kaya, Mme Fomba, Mme Coulibaly,
Samba.**

A tous mes collègues internes. Merci pour ces moments de joie et de partage
passés ensemble.

A l'impact hub de Bamako particulièrement Makhan Sacko

A tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin, pour la réalisation de ce travail.
Merci infiniment.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY :

Pr Bakarou KAMATE

- Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la FMOS ;
- Chercheur et Praticien hospitalier au CHU du Point G ;
- Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus et du registre national des cancers du Mali ;
- Secrétaire général de la Division d'Afrique Francophone de l'Académie Internationale de Pathologie D.A.F./A.I.P ;
- Secrétaire général de la Société Malienne de Pathologie ;
- Secrétaire général de la Commission Médicale d'Etablissement du CHU du Point G.

Nous sommes honorés que vous ayez, malgré vos multiples occupations, accepté de présider ce jury. Votre immense expérience, votre esprit méthodique, vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre disponibilité font de vous un maître respecté et admirable. Votre sagesse, votre accueil toujours courtois et affectif, votre humanisme et votre modestie forcent respect et incitent à l'admiration.

Veillez recevoir cher maître toute notre considération et profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

Dr Sirama DIARRA

- Spécialiste en Gynécologie-Obstétricale ;
- Praticien au CSRéf de la commune IV du DISTRICT de Bamako ;
- Membre de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique ;
- Président du Conseil Communal de l'Ordre des Médecin en Commune IV du DISTRICT de Bamako ;
- Responsable de l'unité de dépistage du cancer du col de l'utérus au CSRéf de la Commune IV du District de Bamako.

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

Veillez accepter, l'expression de notre grande estime et de notre gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Dr Bourama COULIBALY

- Maître-assistant en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la FMOS ;
- Praticien hospitalier au CHU du Point G ;
- Collaborateur du registre national des cancers du Mali ;
- Ancien interne des hôpitaux de Bamako et de Kati ;
- Secrétaire adjoint de la Société Malienne de Pathologie.

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

Soyez rassurés cher maître de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Pr Cheick Bougadari TRAORE

- Professeur titulaire en Anatomie et Cytologie Pathologiques à la FMOS ;
- Chef du D.E.R des sciences fondamentales à la FMOS de l'USTTB ;
- Chef de service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU du Point G ;
- Chercheur et Praticien hospitalier au CHU du Point G ;
- Collaborateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus et du registre national des cancers du Mali ;
- Président de la Société Malienne de Pathologie.

Nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail. Plus qu'un honneur ça été pour nous un plaisir de vous côtoyer.

La qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

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

Merci pour votre disponibilité au quotidien.

Puisse vos distinctions scientifiques nous servir de modèle.

SOMMAIRE

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	2
I. OBJECTIFS	5
1. Objectif général	5
2. Objectifs spécifiques	5
II. GENERALITES	7
1. Rappels anatomique et histologique	7
2. Généralités sur le cancer du col utérin	13
2.1. Histoire naturelle du cancer du col utérin	13
2.2. Etiopathogénie du cancer	14
3. Principes physiopathologiques des tests.....	31
III-MATERIEL ET METHODES	37
1. Cadre de l'étude.....	37
2. Période d'étude	40
3. Type d'étude	40
4. Population d'étude	40
5. Matériel de travail	41
6. Déroulement du travail	41
7. Gestion et analyse des données	42
8. Considération éthique	42
IV- RESULTATS	44
1. Fréquence	44
2. Caractéristiques sociodémographiques	45
3. Caractéristiques anatomo-cliniques des patientes	48
4. Analyse bivariée	52
V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION	56
1. L'approche méthodologique.....	56
2. Les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée	57
VI- CONCLUSION	62
RECOMMANDATIONS	64
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	67

**Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au
CSRéf de la commune IV du District de Bamako.**

ANNEXES	73
Fiche d'enquête.....	73
Fiche signalétique	75
Serment d'Hippocrate.....	76

TABLES DES ILLUSTRATIONS

Liste des tableaux

Tableau I : Corrélation entre les différentes classifications	20
Tableau II : Répartition des femmes selon l'utilisation de contraceptifs.	46
Tableau III : Répartition des femmes dépistées selon le statut matrimonial.....	47
Tableau IV : Répartition des patientes selon le diagnostic histologique.	48
Tableau V : Répartition des patientes selon la prévalence des lésions sur l'effectif global. ..	48
Tableau VI : Répartition des patientes selon l'action effectuée.	49
Tableau VII : Répartition des patientes présentant des lésions précancéreuses et cancéreuses selon le suivi à 1 mois.	50
Tableau VIII : Répartition des patientes avec des lésions selon le suivi à 3 mois.	50
Tableau IX : Répartition des patientes présentant des lésions selon le suivi à 6 mois.	51
Tableau X : Distribution des patientes en fonction du diagnostic histologique et la tranche d'âge.	52
Tableau XI : Distribution des patientes en fonction du diagnostic histologique et la parité. .	53
Tableau XII : Distribution des patientes selon le diagnostic histologique et la référence du dossier.....	54

Listes des figures

Figure 1 : Coupe frontale de l'appareil génital féminin.....	7
Figure 2 : Col de nullipare avec un orifice punctiforme	8
Figure 3 : Col de multipare présentant un aspect en fente transversale	9
Figure 4 : Différentes couches d'un épithélium malpighien normal.....	10
Figure 5 : Cellules cylindriques d'un épithélium endocervical normal	11
Figure 6 : Aspects normaux macroscopique (A) et histologique (B) de la JPC.....	13
Figure 7 : Evolution des lésions dysplasiques vers le cancer invasif du col utérin.....	22
Figure 8 : Aspects macroscopique (A) et microscopique (B) d'une tumeur ulcéro- bourgeonnante du col utérin.....	22
Figure 9 : Col négatif (A) et positif (B) à l'acide acétique.	35
Figure 10 : Col négatif (A) et positif (B) au soluté de lugol	35
Figure 11 : Activités de dépistage selon les mois.	44
Figure 12 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.....	45
Figure 13 : Répartition des patientes selon le statut du dépistage.....	45
Figure 14 : Répartition des patientes selon le mode d'admission.....	46
Figure 15 : Répartition des femmes selon la parité.....	47
Figure 16 : Répartition des patientes positives référées selon le type du traitement.	49

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABBREVIATIONS

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CI : Cancer Invasif

CIN/NCI : Néoplasie Cervicale Intra-épithéliale

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

CIS : Carcinome In Situ

COLPO : Colposcopie

CSRéf C.IV : Centre de Santé de Référence de la Commune IV

DDR : Date des Dernières Règles

F C.F.A : Franc Communautaire Financière Africaine

FCV : Frottis Cervico Vaginal

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

HGT : Hôpital Gabriel Touré

HPG : Hôpital du Point G

HPV/VPH : Human PapillomaVirus/Virus du Papillome Humain

Hyst : Hystérectomie

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

IV : Inspection Visuelle

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

IVL : Inspection Visuelle du col après application de Lugol

JPC : Jonction Pavimento-Cylindrique

LIEBG : Lésions Intra -Epithéliales de Bas Grade

LIEHG : Lésions Intra -Epithéliales de Haut Grade

MST : Maladie sexuellement transmissible

OC : Orifice Cervical

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation non gouvernementale

PMI : Protection maternelle et infantile

PNLCC : Programme National de Lutte contre le Cancer

RAD : Résection à l'Anse Diathermique

RCC : Radio-Chimiothérapie-Concomitante

SIDA : Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise

UIV : Urographie Intra-Veineuse

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ZR : Zone de Remaniement

INTRODUCTION

INTRODUCTION

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

La tumeur prend naissance sur le col de l'utérus et, les deux formes histologiques de cancer du col les plus rencontrées sont : le carcinome épidermoïde ou squameux qui est le plus fréquent avec 95%, et l'adénocarcinome le plus rare [2].

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

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

En France, il occupe le septième rang des cancers chez la femme, avec une incidence annuelle de 9,9 pour 100000 femmes [5].

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

Au Congo Brazzaville, il a une fréquence de 60% des cancers gynécologiques et mammaires. Au Sénégal et en Côte d'Ivoire, il représente respectivement 19% et 11% de l'ensemble des cancers [5].

Selon les données récentes du registre des cancers du Mali, le cancer du col vient en 2^{ème} position des cancers féminins, avec une fréquence de 22,8% [6].

La vaccination contre le HPV permet de prévenir l'infection chez les jeunes filles contre les quatre types les plus importants, provoquant le cancer du col de

Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

l'utérus. Cependant la prévention de ce cancer devra encore reposer sur la détection précoce des lésions précancéreuses par l'inspection visuelle.

Dans nos pays en développement, près de la moitié des cancers du col utérin ne sont pas diagnostiqués ou sont déjà incurables au moment de leur diagnostic [7]. Ce qui est regrettable pour un organe aussi accessible à l'exploration, et au traitement.

En effet, dès le début des années 80, des études rapportaient que la simple observation du col au spéculum et surtout, l'application de l'acide acétique et de lugol sur le col, permettaient de dépister des lésions précancéreuses et cancéreuses opérables du col, avec une sensibilité comparable, sinon meilleure à celle du frottis [8].

Depuis 2001, le Mali a démarré, le dépistage par la méthode visuelle et, a permis d'avoir un échantillon statistiquement représentatif de la population étudiée [9]. Le traitement se faisait uniquement au CHU Gabriel Touré. Actuellement la cryothérapie des lésions dysplasiques se fait dans les centres de santé de référence de Bamako.

Le centre de santé de référence de la commune IV (CSRéf C.IV) de Bamako est, l'un des centres majeurs pour le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus à Bamako.

C'est ainsi que nous avons initié ce travail, dans le but d'évaluer les activités de dépistage du cancer du col de l'utérus par les tests visuels IVA/IVL et le suivi des patientes dépistées au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

OBJECTIFS

I. OBJECTIFS :

1. Objectif général :

- ✓ Evaluer les activités de dépistage du cancer du col utérin par les tests visuels IVA/IVL et le suivi des patientes dépistées au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

2. Objectifs spécifiques :

- ✓ Déterminer la fréquence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus ;
- ✓ Décrire le profil sociodémographique des patientes dépistées ;
- ✓ Enumérer les types histologiques des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV ;
- ✓ Déterminer le suivi des patientes dépistées au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

GENERALITES

II. GENERALITES

1. Rappels anatomique et histologique :

1. 1 Rappel anatomique :

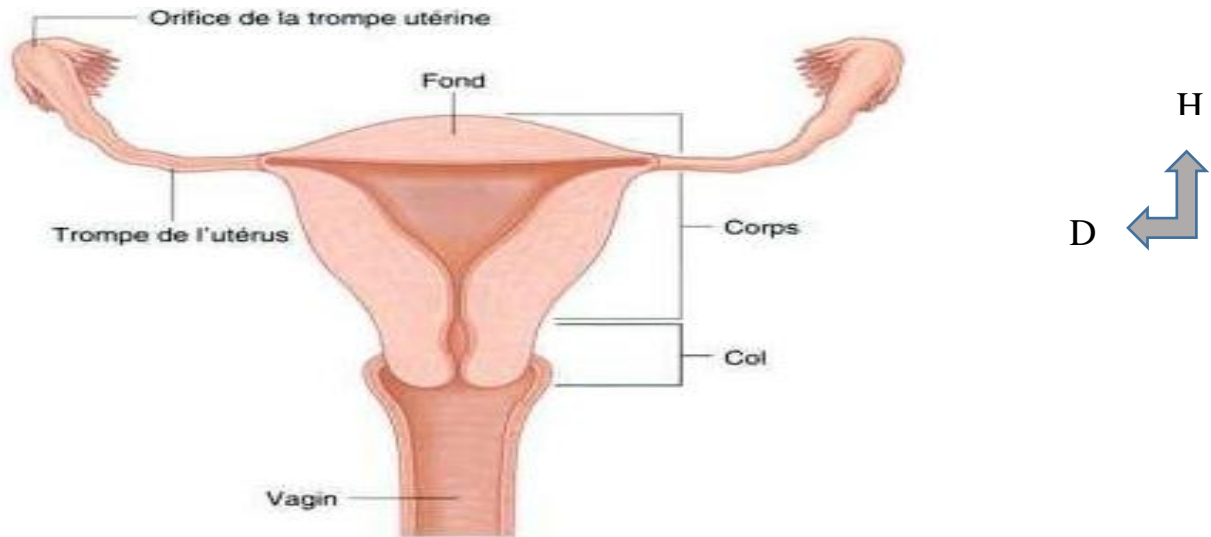


Figure 1 : Coupe frontale de l'appareil génital féminin [10].

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

Le col mesure 3 à 4 cm de longueur et 2,5 à 3,5 cm de diamètre, il est de forme conique ou cylindrique. Il évolue au cours de la vie. Ses dimensions et sa forme varient en fonction de l'âge, de la parité et, du statut hormonal de la femme.

Chez la nullipare, il est arrondi et, l'orifice externe apparaît sous l'aspect d'une petite ouverture circulaire (Figure 2).

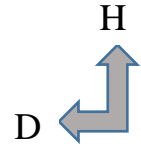
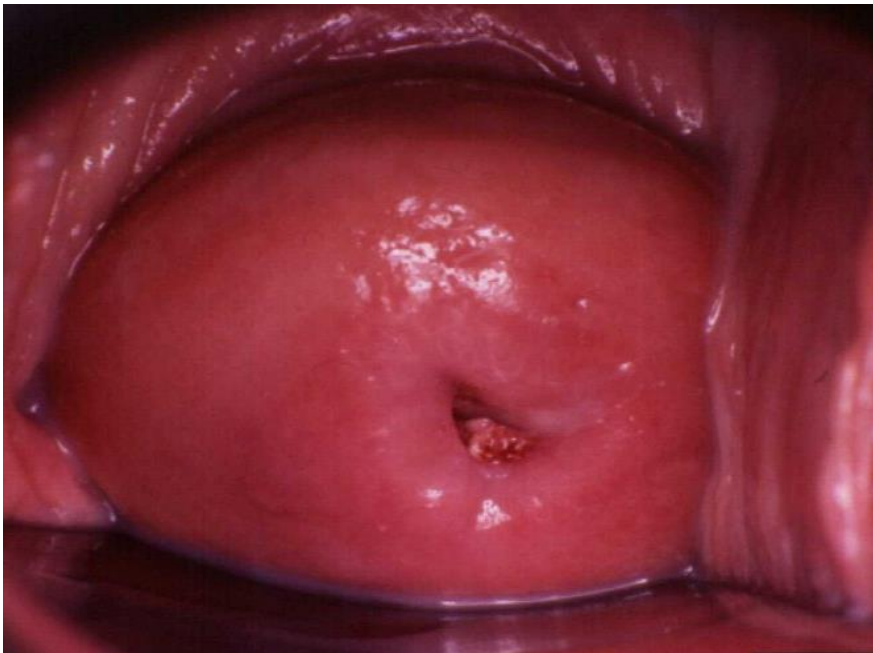


Figure 2 : Col de nullipare avec un orifice punctiforme [10].

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

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

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

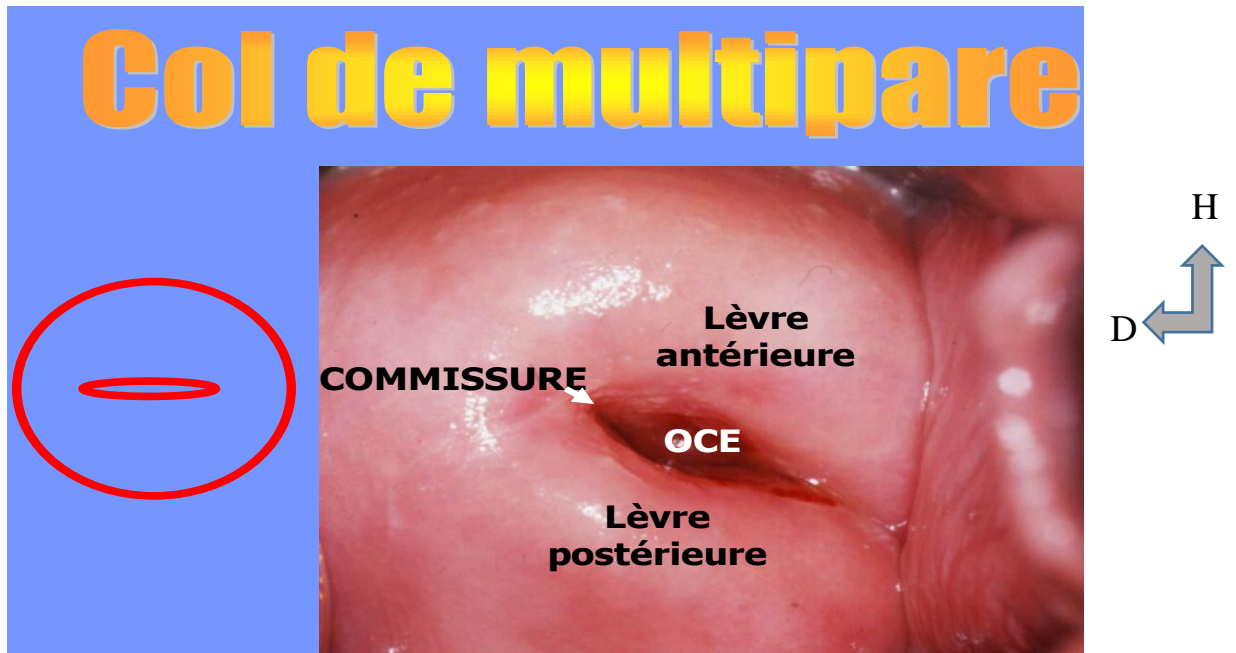


Figure 3 : Col de multipare présentant un aspect en fente transversale [10].

1.1 Rappel histologique :

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

A) L'exocol [8,9]

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

- Une couche germinatrice ou basale profonde : elle est faite d'une seule assise de cellules de petite taille, de forme cylindrique, tassées les unes contre les autres en palissade le long de la membrane basale ;
- Une couche basale externe formée par 3 ou 4 assises de cellules analogues ; mais un peu plus volumineuse. On retrouve des mitoses dans les cellules les plus profondes ;

Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

- Une couche intermédiaire formée de 5 ou 6 couches de cellules plus volumineuses, polyédriques et séparées par un espace intercellulaire. A travers cet espace, les cellules sont reliées par des ponts intercellulaires. Ces cellules ont un cytoplasme abondant et clair riche de glycogène ;
- Une couche superficielle ou zone de kératinisation intra-épithéliale de DIERKS : elle est formée par 6 à 8 couches de cellules qui s'aplatissent progressivement vers la surface. Leur membrane est épaisse, leur cytoplasme est rempli de glycogène. En présence de lugol, ce glycogène est coloré en brun acajou ; leur noyau est petit et homogène ;
- La zone de desquamation est constituée de cellules qui se détachent facilement de la surface de la muqueuse. Elles se desquament isolément et gardent leurs noyaux. Elles constituent les étalements des frottis exocervicaux.

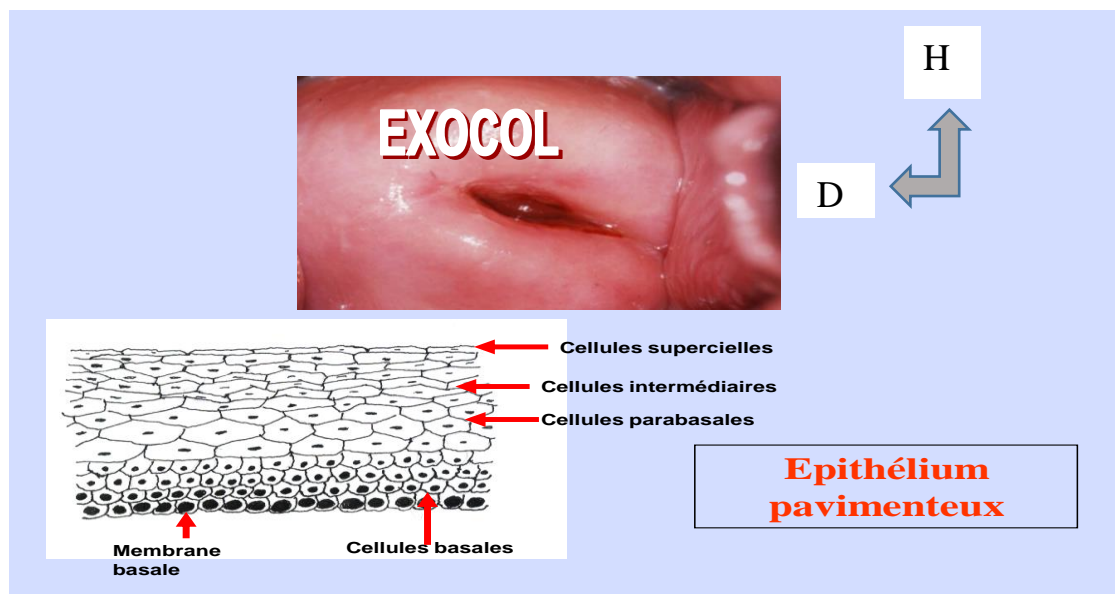


Figure 4 : Différentes couches d'un épithélium malpighien normal [10].

B) L'endocol [10]

Il est tapissé par un épithélium cylindrique uni stratifié c'est-à-dire constitué d'une seule couche de cellules hautes cylindriques au noyau sombre et un cytoplasme mucosécrétant lubrifiant le col et le vagin. Il s'invagine dans le

stroma cervical provoquant la formation de cryptes endocervicales. On observe parfois une prolifération localisée de l'épithélium cylindrique appelée polype qui est une excroissance rougeâtre faisant saillie à partir de l'orifice externe. Les cellules cylindriques ne produisent pas de glycogène, et ne changent pas de couleur après application de soluté de lugol (Figure 5).

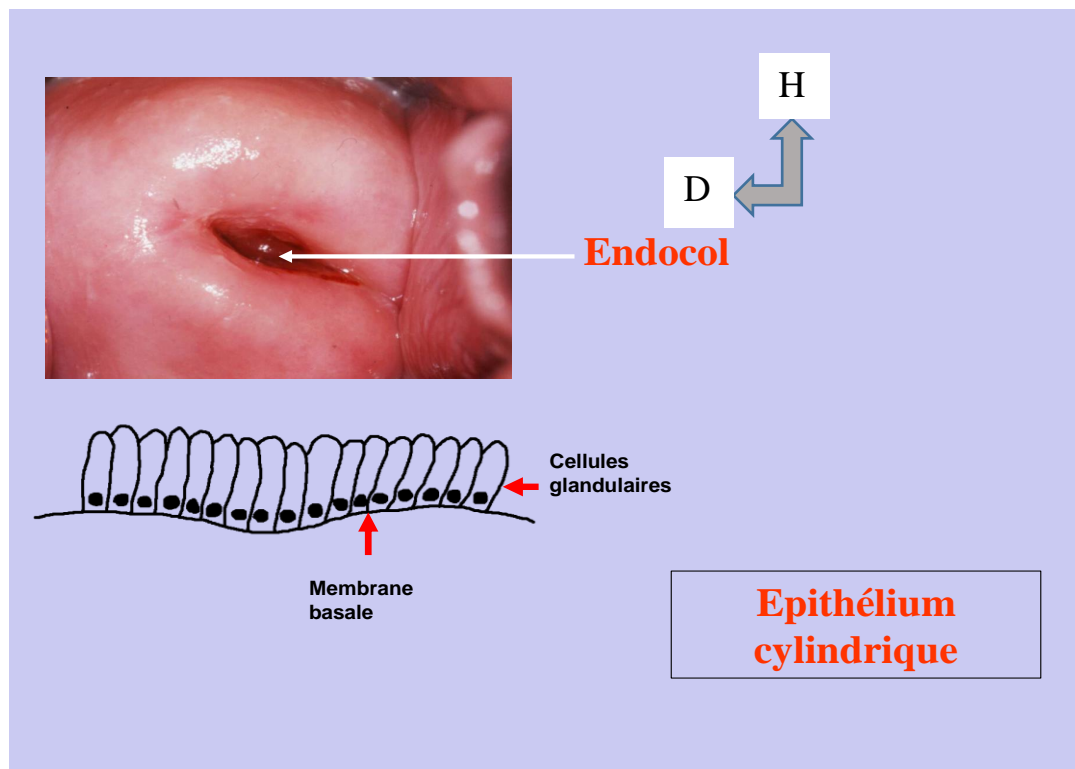


Figure 5 : Cellules cylindriques d'un épithélium endocervical normal [10]

C) La jonction pavimento-cylindrique (JPC) [10]

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

- Chez la fillette et la nullipare l'orifice externe est arrondi, souvent la zone de JPC correspond à l'orifice externe du col ou est très proche de l'orifice externe ;

Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

- Chez la jeune femme en début de la période de reproduction, elle est éloignée de l'orifice externe suite à une éversion de l'épithélium cylindrique sur une large portion de l'exocol (ectropion) ;
- Chez la femme d'une trentaine d'année en période de reproduction, elle se rapproche de l'orifice externe. La JPC apparaît sous la forme d'une ligne blanche après l'application d'une solution d'acide acétique à 5%, à cause de la présence d'un épithélium pavimenteux métaplasique immature adjacent à la nouvelle JPC ;
- A la pré-ménopause la nouvelle jonction pavimento-cylindrique se situe au niveau de l'orifice à cause de la diminution du taux d'œstrogène entraînant une diminution de la taille du col et par conséquent un déplacement plus rapide de la jonction pavimento-cylindrique vers l'orifice externe et dans le canal endocervical ;
- Après la ménopause, la nouvelle JPC n'est plus visible ; elle a disparu dans l'endocol. L'épithélium pavimenteux métaplasique mature, s'étend sur presque tout l'exocol ; elle se situe dans le canal endocervical donc, n'est presque pas visible.

Entre ces 2 épithéliums, il se forme une zone où l'épithélium cylindrique est remplacé par un épithélium métaplasique pavimenteux ; cette zone est fragile, ulcéritable, subit des remaniements mécaniques et inflammatoires entraînant l'existence de lésions : elle est appelée **zone de remaniement(ZR)**. Elle mesure d'après Fluhmann F. 6mm de long en moyenne (1 à 10mm) chez l'adulte. C'est dans cette zone que débutent généralement les néoplasies cervicales à proximité de la jonction pavimento-cylindrique (Figure 6) [9, 10].

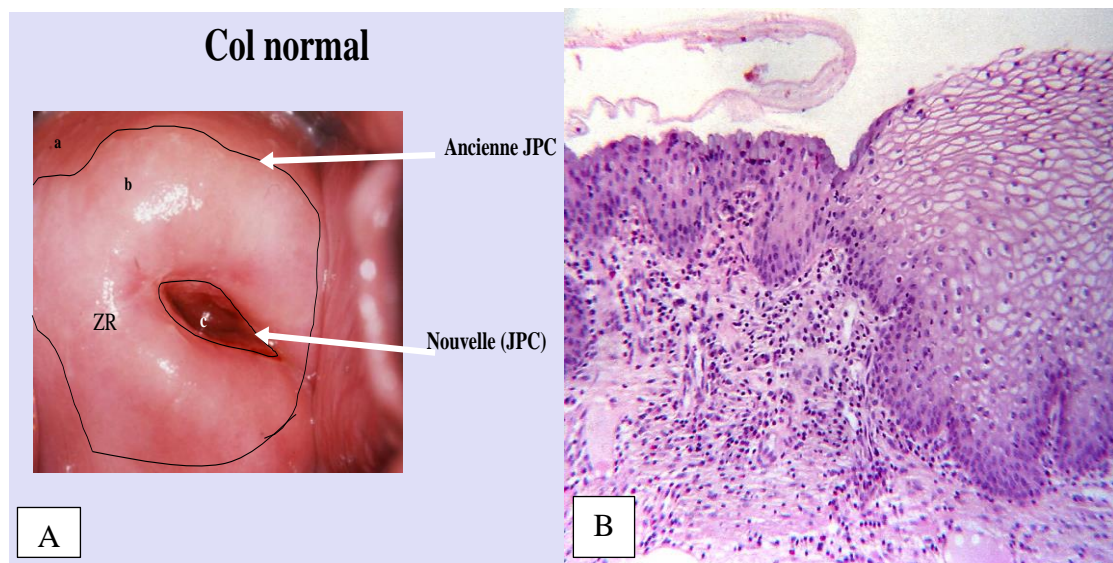


Figure 6 : Aspects normaux macroscopique (A) et histologique (B) de la JPC [10].

2. Généralités sur le cancer du col utérin

2.1. Histoire naturelle du cancer du col utérin :

Le cancer du col de l'utérus est une prolifération anormale, anarchique et autonome des cellules, détruisant le col avec envahissement local et à distance, responsable d'un taux élevé de morbidité variable selon les régions [1, 11]. L'histoire naturelle du cancer du col utérin montre en effet qu'il se constitue sous l'égide du virus HPV (Human Papilloma Virus) [12, 13]. Il existe des lésions précurseurs qui évoluent pendant 10 à 15 ans avant de donner le cancer.

Plusieurs appellations ont été consacrées par les différentes classifications : dysplasies, néoplasies intra épithéliales (CIN), lésions précancéreuses de bas et de haut grade. 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. Ceux-ci sont des qualités requises pour les activités de prévention, pouvant s'adresser à une population importante [14, 15].

2.2. Etiopathogénie du cancer :

➤ Facteurs favorisants

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 utérin.

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

Pathogénie du cancer du col utérin

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

➤ Les lésions dystrophiques

• **La leucoplasie (hyperkératose) [9].**

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 [9].**

Correspondent souvent à un ensemble de multiples lésions exophytiques rarement observées sur le col, et plus fréquemment présentes sur le vagin et la vulve. Leur présence est liée à l'infection par certains types de HPV, notamment les types 6 et 11.

Les condylomes peuvent aussi apparaître comme une lésion diffuse, d'un blanc grisâtre, affectant des régions du col et du vagin. Ils peuvent être visibles à l'œil nu (avant l'application d'acide acétique).

- **L'ectropion**

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

Il en résulte une éversion de l'épithélium cylindrique sur l'exocol, plus particulièrement sur les lèvres antérieures et postérieures du col. On désigne ce processus d'éversion sous les termes d'ectropion ou d'ectopie [9].

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 [8].

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

Elle est due à une irritation chronique sur le col et peut faire le lit du cancer [16].

**Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au
CSRéf de la commune IV du District de Bamako.**

Cette zone est dite zone de transformation ou de remaniement ; deux modalités de transformation sont possibles :

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

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 [17].

➤ **Les lésions infectieuses**

• **Inflammation du col ou cervicite [18].**

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

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

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

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

**Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au
CSRéf de la commune IV du District de Bamako.**

La symptomatologie se réduit à un fait essentiel : la leucorrhée, les pertes filantes, jaunes ou verdâtres. Généralement il n'y a ni irritation ni démangeaison 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 papilloma virus [19]**

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

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

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

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

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

- **Les lésions dysplasiques ou précancéreuses**

Le concept de la maladie pré invasive du col a été introduit pour la première fois en 1947. Il a été reconnu que des transformations épithéliales ayant l'apparence d'un cancer invasif pouvaient être identifiées uniquement au niveau de l'épithélium [20].

Des études ultérieures ont montré que si ces lésions ne sont pas traitées, elles peuvent progresser vers le cancer du col [21].

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 colposcopique et cryochirurgie [14].

Le concept de néoplasie intra épithéliale (CIN) du col a été introduit en 1968, quand Richard a indiqué que toutes les dysplasies étaient susceptibles d'évoluer [22, 23]. Il est actuellement admis que la plupart des CIN régresse spontanément, sans traitement [24]. Néanmoins, le terme CIN réfère à une lésion qui pourrait progresser vers le cancer. Ce terme est équivalent à celui de dysplasie.

La dysplasie signifie « maturation anormale » ; par conséquent, une métaplasie proliférative sans activité mitotique ne doit pas être appelée dysplasie.

Une métaplasie épidermoïde ne doit pas être diagnostiquée comme dysplasie (CIN) parce qu'elle ne progresse pas vers le cancer invasif [14].

La plupart des cancers cervicaux sont précédés d'une longue période de cancer pré invasif. Ce stade se manifeste à un niveau microscopique par un spectre

Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

continu d'évènement allant de l'atypie cellulaire aux différents degrés variés de la dysplasie.

Celle-ci évolue vers le carcinome in situ, qui en dehors de tout traitement dégénère en cancer invasif. La « Néoplasie Cervicale Intra épithéliale » (CIN) était une nomenclature de plus en plus utilisée permettant de représenter le large spectre de la maladie. Dans de nombreux pays en développement, la nomenclature dysplasie/carcinome in situ de l'OMS est toujours en cours [9]. Celle de Papanicolaou est universellement abandonnée car obsolète et celle du Système Bethesda doit être utilisée pour les résultats du frottis [2].

Cette dernière a été modifiée en 2001 en considérant l'infection HPV (au même titre que les CIN I) comme une lésion intra épithéliale de bas grade (LIEBG). La Corrélation entre ces différentes classifications est représentée dans le tableau I.

Tableau I : Corrélation entre les différentes classifications [9].

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

Caractéristiques cliniques :

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

Diagnostic des dysplasies :

Le diagnostic des dysplasies repose essentiellement sur leur dépistage précoce.

2.3. Histopathologie [10] :

La confirmation du diagnostic de 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 (NCI1) ;
- Au 1/3 moyen, dysplasie modérée (NCI2) ;
- Au 1/3 supérieur, dysplasie sévère (NCI3) et sur toute l'épaisseur : carcinome in situ (CIS). Dans ces deux cas, différenciation et stratification sont complètement absentes de l'épithélium.

Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

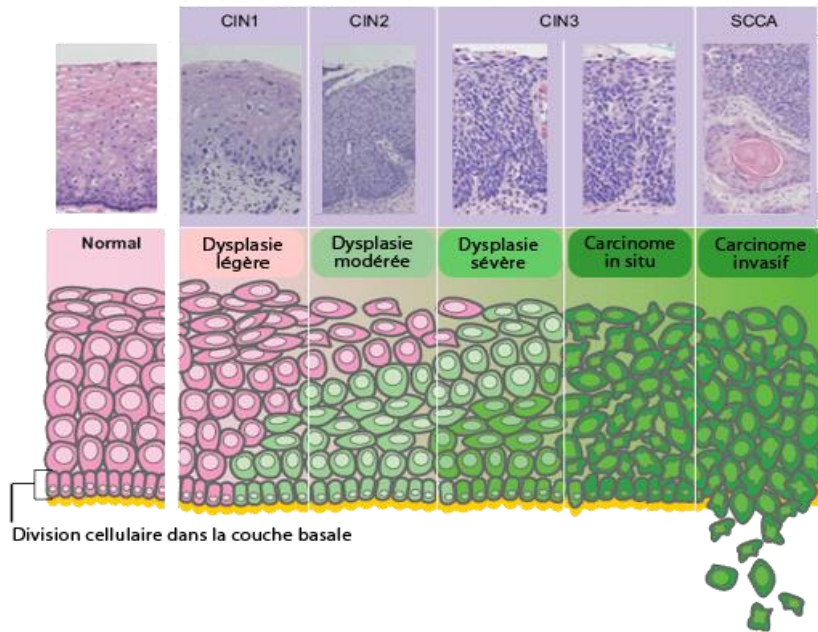


Figure 7 : Evolution des lésions dysplasiques vers le cancer invasif du col utérin [10].

- Le cancer invasif, la totalité de l'épithélium est atteinte avec franchissement de la membrane basale.

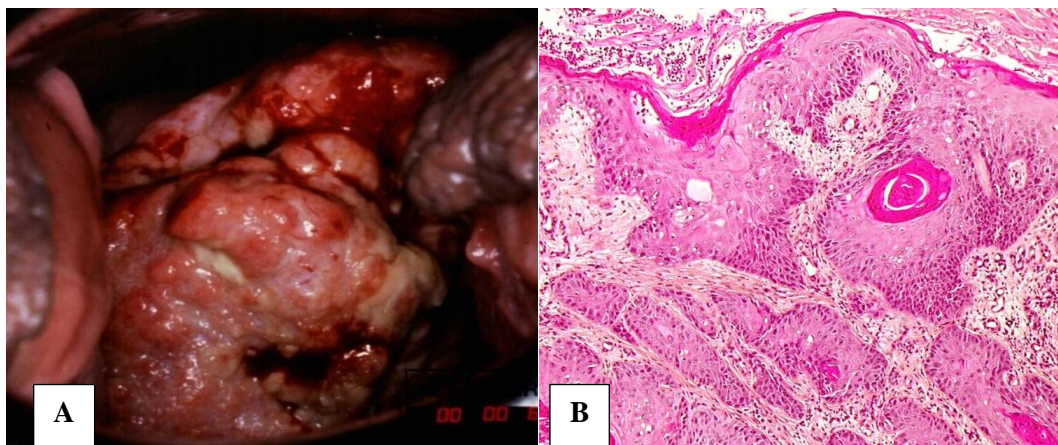


Figure 8 : Aspects macroscopique (A) et microscopique (B) d'une tumeur ulcéro-bourgeonnante du col utérin [10].

✓ **Traitement [19, 25]**

Le traitement dépend du type de dysplasie et de son siège.

Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

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

Si elle est moyenne (CIN 2), l'attitude la plus habituelle est le traitement par la résection à l'anse diathermique.

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 exocervicale, il semble logique de prélever la lésion à l'anse diathermique ou de la vaporiser au laser. Si la lésion a été prélevée 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 la limite de résection est saine, le traitement sera suffisant. Si la limite de résection passe en zone lésionnelle, l'hystérectomie de complément est nécessaire, si la femme a plus de 40 ans ou si elle a eu les enfants qu'elle souhaitait.

✓ Surveillance [19]

La surveillance doit être stricte :

En cas d'abstention (dysplasie légère), il faut faire un dépistage annuel voire tous les deux ou trois ans selon la possibilité de la femme à la recherche d'une aggravation ou d'une régression spontanée. Après un traitement local, la patiente est revue à 1 mois, 3 mois, 6 mois puis 1 an. Pendant ce temps les examens sont demandés en fonction du stade évolutif (IVA/IVL, colposcopie et biopsie).

En cas de conisation, un contrôle annuel est indispensable, de même qu'après une hystérectomie, car une récurrence peut être possible sur le fond du vagin.

a. Les rapports entre dysplasie et cancer [19]

Entre une dysplasie sévère et un carcinome 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 dysplasies ou de lésions précancéreuses.

Les néoplasies intra- épithéliales de bas grade correspondent à la dysplasie légère et de haut grade, aux dysplasies moyenne et sévère. Le seul avantage de cette classification est de regrouper les dysplasies sévères et le carcinome in situ qui ont le même pronostic et le même traitement.

Tout se passe comme si l'évolution de la dysplasie de haut grade en carcinome 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 utérin dans une population donnée.

b. Dépistage et diagnostic du cancer du col de l'utérus

En plus du frottis cervico-vaginal, il existe d'autres moyens de dépistage comme le curetage endocervical, le downstaging, la spéculoscopie, la cervicographie, et le test ADN du VPH. Ils ne figurent pas toujours dans les moyens des services sanitaires de nombreux pays en développement car il y a une insuffisance en infrastructure pour le dépistage et le traitement, et le coût est élevé par rapport au revenu moyen.

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

➤ Justification du dépistage du cancer du col utérin

Le carcinome in situ guérit à 100% avec un traitement simple. Par contre, le cancer invasif au stade I et II A ne guérit que dans 80% des cas à 5 ans avec un

traitement lourd. Pour les cancers au stade II B le taux de guérison n'est que de 55% à 5 ans, et 25% au stade III [19].

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 histopathologie du cancer du col de l'utérus**

D'un point de vue histologique, environ 90 à 95 % des cancers invasifs du col utérin dans les pays en développement sont des carcinomes épidermoïdes, et seulement 2 à 8 % correspondent à des adénocarcinomes [10].

➤ **Classification clinique [19]**

Le système de classification du cancer du col utérin le plus utilisé est celui proposé par la 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 et sont plus importantes que dans le stade I A.

Stade II

Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

Le carcinome s'étend au-delà du col utérin mais sans atteindre les parois pelviennes.

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.

c. Traitement et pronostic [19]

❖ Traitement

Le traitement est fonction du stade évolutif :

Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

- **Au stade I A** : 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.

- **Au stade I B et II A** : 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 ilio-pelvienne.

✓ La physiothérapie sans chirurgie :

Curiethérapie locale (radium ou césium) 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.

- **Au stade II B et stade III** : La plupart des auteurs préfèrent utiliser la radiothérapie seule ou associée à la curiethérapie.

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

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

❖ Pronostic

La survie à 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.

d. Surveillance post- thérapeutique [19]

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

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

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

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

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

La malade est revue au 3^{ème}, 6^{ème}, 9^{ème}, 12^{ème}, 18^{ème}, 24^{ème}, 36^{ème} mois, puis tous les ans. A chaque visite on note son poids et on apprécie l'état général. On examine les creux sus-claviculaires, le foie et l'abdomen à la recherche d'un gros rein. On réalisera un examen de la vulve et un examen au spéculum. 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

**Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au
CSRéf de la commune IV du District de Bamako.**

souplesse des parois et des paramètres. Une échographie rénale sera faite au 3^{ème} mois pour rechercher une dilatation des voies urinaires ou par une Urographie Intra- Veineuse (U.I.V). Toute anomalie au cours de ces examens entraînera la consultation du spécialiste.

e. Cancer du col utérin selon le terrain

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

La fréquence du cancer du col utérin chez la femme enceinte est diversement estimée : 2,7% à 3,5% des cancers du col utérin 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 [26].

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 était méconnue 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 : Pendant cette période, on fait :

Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

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

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

- Au troisième trimestre de la grossesse :

L'accouchement est fait 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.

➤ **Cancer du col de l'utérus et VIH [27]**

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 utérin 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 utérin 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 de l'utérus 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 porteuses du VIH ainsi que l'observation de risque plus élevé d'infections à HPV et de dysplasies cervicales de haut grade, suggèrent une

association entre le VIH et le cancer du col de l'utérus. Peu d'études ayant été réalisées pour confirmer cette association, des données plus précises sont nécessaires pour justifier un dépistage systématique du cancer du col de l'utérus 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 contre les infections opportunistes et une surveillance clinique et hématologique est nécessaire au cours du traitement.

➤ **Cancer du col chez les adolescentes**

En raison de la presque constance de l'ectropion physiologique de la puberté, le col des adolescentes est plus que celui des autres vulnérable et s'accompagne d'anomalies histologiques de l'épithélium malpighien métaplasique. Cette susceptibilité est généralement traduite par la brièveté du temps s'écoulant entre les premiers rapports et l'apparition des lésions. En outre, le nombre élevé de partenaires est un facteur d'infections sexuellement transmissibles. Mais après des périodes d'abstinence et de soins hygiéniques adéquats, le col reprend assez rapidement son état normal. La tendance à la progression varie avec l'âge.

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

3. Principes physiopathologiques des tests [10]

a) Le test à l'acide acétique ou inspection visuelle après application de l'acide acétique (IVA) :

L'acide acétique à 5% provoque une coagulation ou une précipitation réversible des protéines cellulaires. Il provoque également un gonflement du tissu

**Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au
CSRéf de la commune IV du District de Bamako.**

épithélial au niveau de l'épithélium cylindrique et des régions présentant notamment des anomalies de l'épithélium pavimenteux.

Par ailleurs, il entraîne une déshydratation des cellules et facilite la coagulation et l'élimination du mucus sur le col utérin.

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

Lorsqu'on applique de l'acide acétique sur un épithélium contenant de fortes quantités de protéines cellulaires, la coagulation sera maximale et masquera la couleur rouge du stroma. Cette réaction acidophile se traduit par un blanchissement notable de l'épithélium malpighien comparé à la couleur rosâtre habituelle de l'épithélium cervical pavimenteux normal environnant. Cet effet, généralement visible à l'œil nu, dépend donc des taux de protéines cellulaires présentes dans l'épithélium malpighien. Les modifications de coloration les plus perceptibles s'observent dans les zones qui sont le siège d'une intense activité nucléaire et dont les taux d'ADN sont élevés.

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

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

Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

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 malpighien normal environnant. L'épithélium acidophile dans la métaplasie immature, l'inflammation, ou en cours de régénération, apparaît moins blanc, opalescent, plus mince et souvent translucide, aux contours mal définis, avec une distribution inégale.

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

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

b) Le test au lugol ou Inspection visuelle après application au lugol (IVL) ou test de Schiller [10]

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

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

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

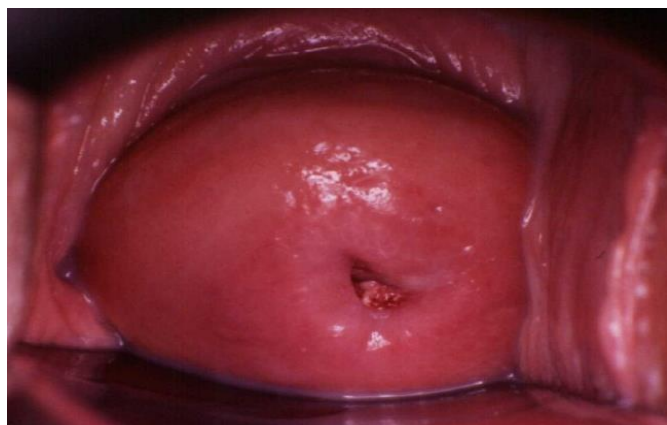
En cas d'érosion des couches cellulaires superficielles et intermédiaires associée à une inflammation de l'épithélium pavimenteux, ces zones ne prennent pas la coloration à l'iode et apparaissent nettement décolorées sur un fond brun ou noir.

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

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

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

Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.



) à l'acide acétique [10].

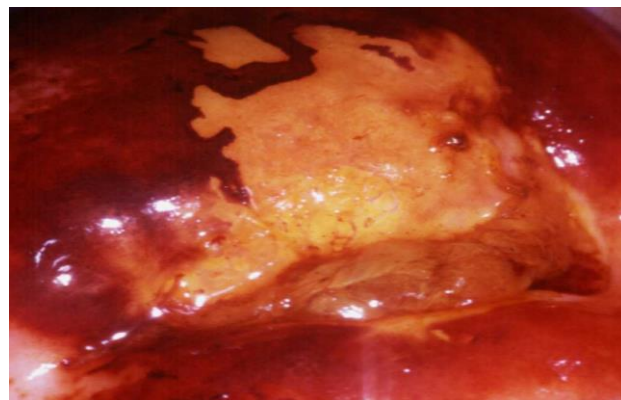
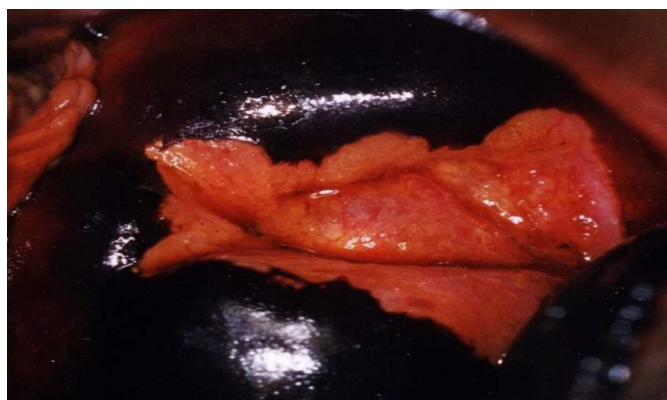


Figure 10 : Col négatif (A) et positif (B) au soluté de lugol [10]

MATERIEL ET METHODES

III-MATERIEL ET METHODES

1. Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans trois structures de santé du district de Bamako : notamment dans les services de gynécologie et d'obstétrique du CHU Gabriel Touré et du CSRéf de la commune IV et le service d'anatomie et cytologie pathologiques du CHU du Point-G.

❖ Le CHU Gabriel Touré :

Il est situé dans la commune III du district de Bamako. Son emplacement est à l'Ouest de l'IOTA (Institut d'Ophtalmologie Tropicale Africaine), à l'Est de l'ENI (Ecole Nationale d'Ingénieur), au sud du camp militaire et au nord du grand marché.

➤ Le service de gynécologie et d'obstétrique :

Il est situé au sud-Est de l'hôpital GT et partage le même bâtiment avec la traumatologie, la chirurgie pédiatrique et le bloc opératoire, à l'Ouest de la morgue.

Il comprend plusieurs unités. L'unité de consultation externe du service de gynécologie et d'obstétrique, assure l'organisation du dépistage, le traitement et le suivi.

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

Le personnel en charge de cette activité de dépistage est composé de :

- Deux (2) maitres de conférences agrégés ;
- Un (1) gynécologue – obstétricien ;
- Deux (2) sages-femmes formées sur les techniques d'inspection Visuelle du col utérin ;
- Une (1) aide-soignante pour l'entretien du matériel.

❖ CHU Point G

Il est situé dans la commune III du district de Bamako, sur la colline à laquelle il emprunte son nom (Point G). Son emplacement est à 8 km du centre-ville de Bamako, face à la colline de Koulouba. Il couvre une superficie de 25 hectares.

➤ Le service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques :

Il a été transféré au CHU du Point G en juillet 2010 et est devenu fonctionnel en Août de la même année. Il est situé au Nord-Est de l'hôpital entre le nouveau bâtiment de la Néphrologie, l'ancien bâtiment de Médecine Interne et le service d'Hématologie Oncologie.

Le personnel du service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques se compose comme suit :

- Deux professeurs titulaires ;
- Un maître assistant ;
- Un pathologiste praticien hospitalier ;
- Dix médecins en spécialisation ;
- Trois techniciens de laboratoire ;
- Une secrétaire,
- Deux manœuvres ;
- Dix-sept étudiants en année de thèse.

Les locaux du service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques comportent :

- Une salle d'accueil ;
- Une salle de prélèvement pour la cytologie ;
- Une salle de macroscopie ;
- Une salle de registre des cancers ;
- Deux salles de technique ;
- Une salle de réunion ;

Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

- Une salle d'archivage ;
- Trois bureaux ;
- Deux toilettes.

Le fonctionnement du service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques se déroule de cette manière :

C'est le seul service public dans son genre au Mali, où sont adressés la grande majorité des frottis, les liquides pour cytologie, les biopsies et les pièces opératoires provenant de tout le pays.

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

En plus de ses activités de diagnostic, le service est aussi actif dans le domaine de la recherche. Il collabore notamment avec le **C.I.R.C.** (Centre International de Recherche sur le Cancer).

❖ Le Centre de Santé de Référence de la Commune IV

Il est situé dans la commune dont il porte le nom. Son emplacement est à 1km du marché de Lafiabougou derrière l'église catholique.

Ce centre a été créé en 1981 appelé PMI (Protection maternelle et infantile) avec un plateau minimum pour assurer les activités courantes.

Pour mieux répondre aux besoins de la population en matière de santé, il a été érigé en centre de santé de référence (CSRéf) en 2002. Actuellement, il a une très forte affluence et comprend plusieurs services dont celui de la Gynécologie-obstétrique qui a en charge l'organisation et la réalisation de l'activité de dépistage du cancer du col de l'utérus.

➤ L'unité de dépistage :

Elle fait face au grand hangar où on fait la vaccination.

Le personnel s'occupant de cette activité, comprend :

- Trois (3) gynécologues-obstétriciens ;

Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

- Trois (3) sages-femmes formées à la technique d'inspection visuelle du col utérin à l'IVA-IVL ;
- Deux (2) aides-soignantes pour l'entretien du matériel.

2. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 01 Juillet 2018 au 30 Juin 2019, soit une période de 12 mois.

3. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétro prospective et descriptive.

4. Population d'étude :

Toute femme après le début des activités sexuelles vue en consultation pour dépistage du cancer du col utérin par les tests visuels IVA/IVL au CSRéf de la commune IV durant la période d'étude.

✓ Critères d'inclusion

- Toute femme après le début des activités sexuelles ayant effectué un dépistage du cancer du col utérin par les tests visuels IVA/IVL au CSRéf de la commune IV durant la période d'étude.

✓ Critères de non inclusion

- Toute femme avant le début des activités sexuelles ;
- Femmes vues en dehors de la période d'étude ;
- Femmes ayant subi une hystérectomie totale ;
- Femmes en menstrues ;
- Femmes enceintes.

5. Matériel de travail :

- Une table d'examen avec étriers ;
- Une source lumineuse de bonne qualité pouvant aisément être dirigée vers le col ;
- Des spéculums stériles ;
- Des gants en vrac et stériles ;
- Des écouvillons de coton ;
- Des pinces portes coton ;
- Des pinces à biopsie du col ;
- Des pinces en cœur ;
- Un haricot ;
- Des cupules ;
- Une solution d'acide acétique fraîchement préparée à 5% ;
- Une solution de lugol ;
- Des flacons pour les biopsies du col ;
- Du formol à 10% ;
- Un sac poubelle pour y jeter les écouvillons contaminés ;
- Une solution de décontamination pour mettre les matériels souillés ;
- Un appareil de cryothérapie.

6. Déroulement du travail :

Les femmes après le début des activités sexuelles qui se présentaient dans le centre de dépistage ont été questionnées avant d'être soumises à une application d'acide acétique à 5% (IVA) et de soluté de lugol (IVL).

Les cas significativement positifs aux tests visuels ont fait l'objet d'une biopsie.

Les fragments de biopsie ont été immédiatement fixés au formol à 10%, puis traités et colorés selon les techniques d'histopathologie de routine. La lecture a été faite au microscope optique par un pathologiste.

Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

Les cas de dysplasies légères ou de cervicites diagnostiqués sont traités par le centre (cryothérapie, antibiotiques, antiseptiques) en fonction du stade de la maladie et les cas de dysplasies modérées, sévères ou de carcinome ont été référés au CHU GT et traités (cryothérapie, RAD, conisation, chirurgie, RCC, traitements palliatifs).

Le rendez-vous est de 1mois, 3mois, 6mois puis 1an pour les patientes déclarées positives et, pour les négatives 1an.

7. Gestion et analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS (version 25.0). Nous avons fait une saisie simple des textes, des tableaux et des graphiques sur les logiciels Word et Excel 2016. Pour la recherche de lien entre certaines variables, nous avons utilisé le test statistique χ^2 avec un seuil de signification $p < 0,05$.

8. Considération éthique :

Le consentement libre et éclairé des femmes a été obtenu avant toute inclusion à l'étude.

RESULTATS

IV- RESULTATS

1. Fréquence :

➤ Fréquence globale

Au total, nous avons dépisté 1224 femmes dont 55 positives aux tests visuels soient un taux de 4,50%.

➤ La fréquence par mois

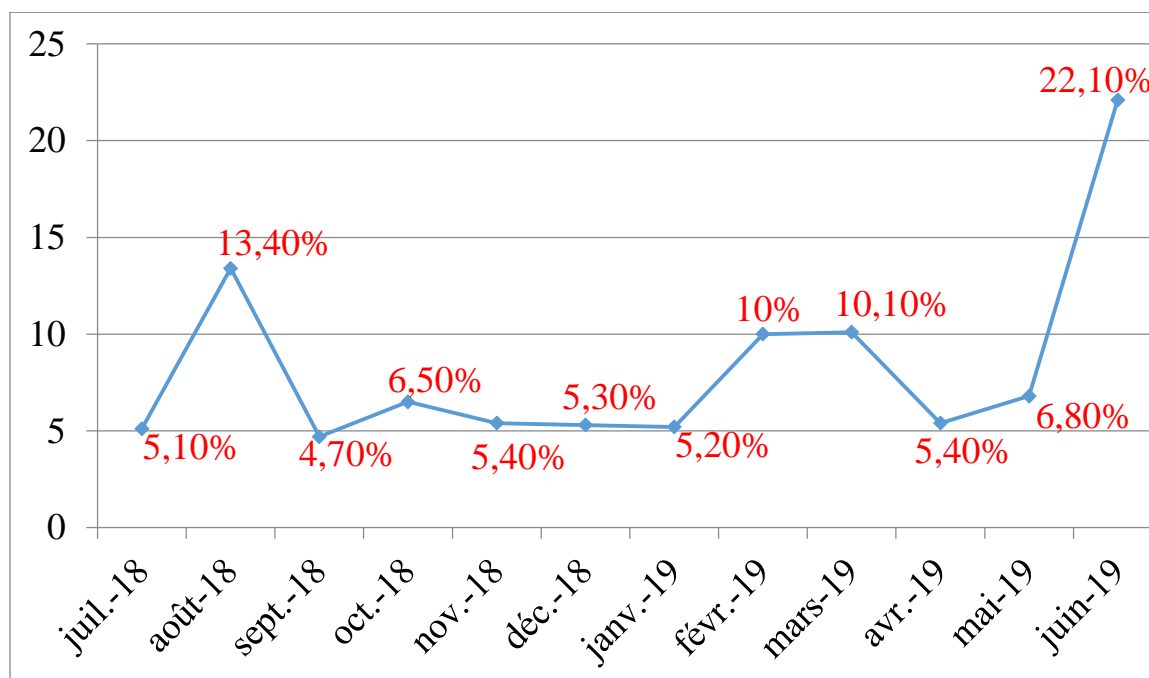


Figure 11 : Activités de dépistage selon les mois.

Nous avons noté un pic en juin 2019 avec participation de 270 femmes soit 22,10%.

2. Caractéristiques sociodémographiques :

➤ L'âge :

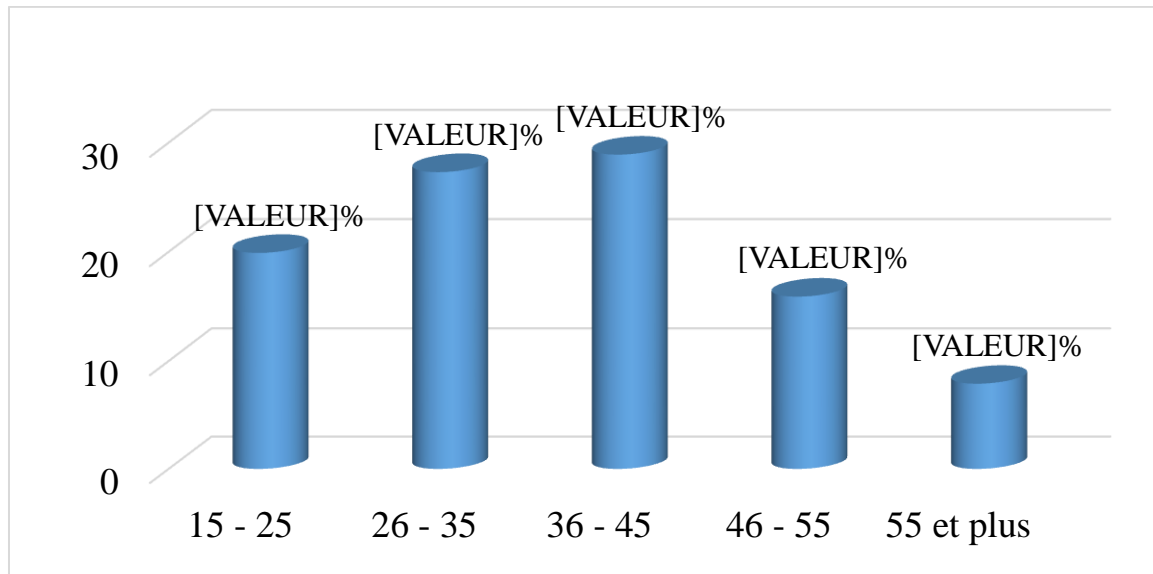


Figure 12 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.

La tranche d'âge la plus représentée a été celle de 36-45 ans avec 28,90%.

La moyenne d'âge était de $37,48 \pm 2,65$ ans avec des extrêmes de 15 et 90 ans.

➤ Statut de dépistage :

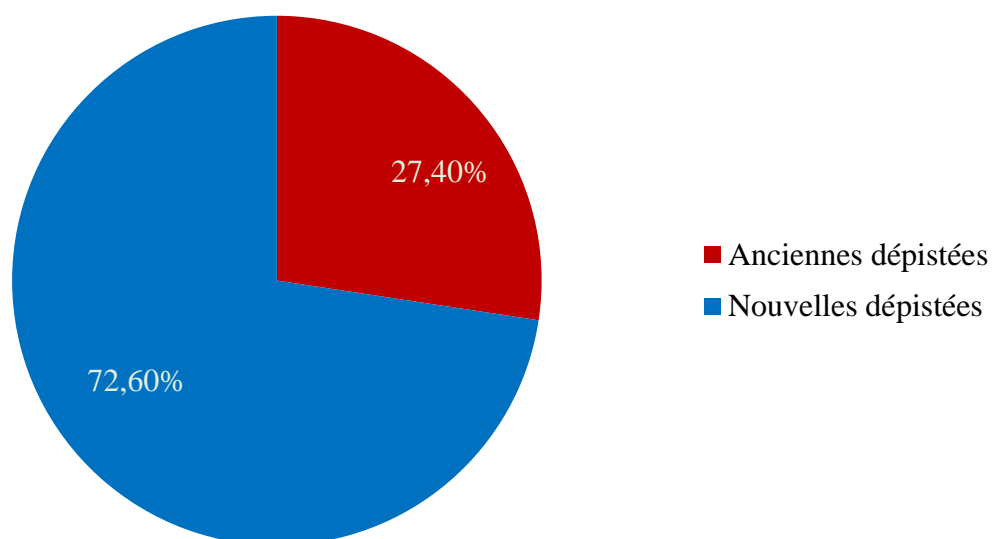


Figure 13 : Répartition des patientes selon le statut du dépistage.

Parmi les 1224 femmes, 889 dépistées sont des nouvelles soit 72,60%.

Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

➤ **Mode d'admission :**

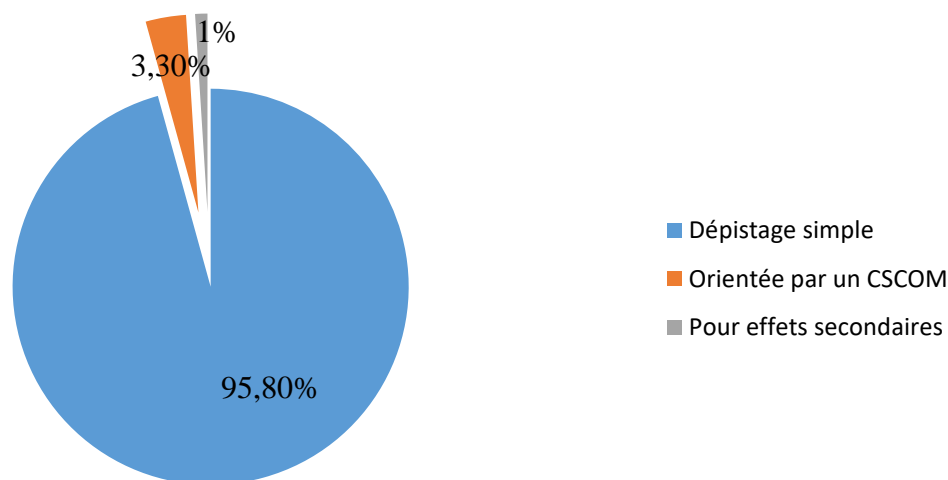


Figure 14 : Répartition des patientes selon le mode d'admission.

La grande majorité des patientes étaient venues d'elles mêmes pour une visite de dépistage soit 95,80%.

➤ **Utilisation d'une méthode de contraception :**

Tableau II : Répartition des femmes selon l'utilisation de contraceptifs.

Utilisation	Fréquence	Pourcentage
Non	457	37,30
OUI	767	62,70
Total	1224	100,0

Sur les 1224 femmes dépistées il y a seulement 37,30% qui n'utilisaient pas de contraceptifs.

➤ **Statut matrimonial :**

Tableau III : Répartition des femmes dépistées selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Mariée polygamie	459	37,50
Mariée monogamie	706	57,70
Célibataire	59	4,80
Total	1224	100,0

Les femmes mariées monogame étaient les plus représentées avec une fréquence de 706 dépistées soit un taux de 57,7%, suivies de celles qui sont de régime polygamie avec 37,5%.

➤ **La parité :**

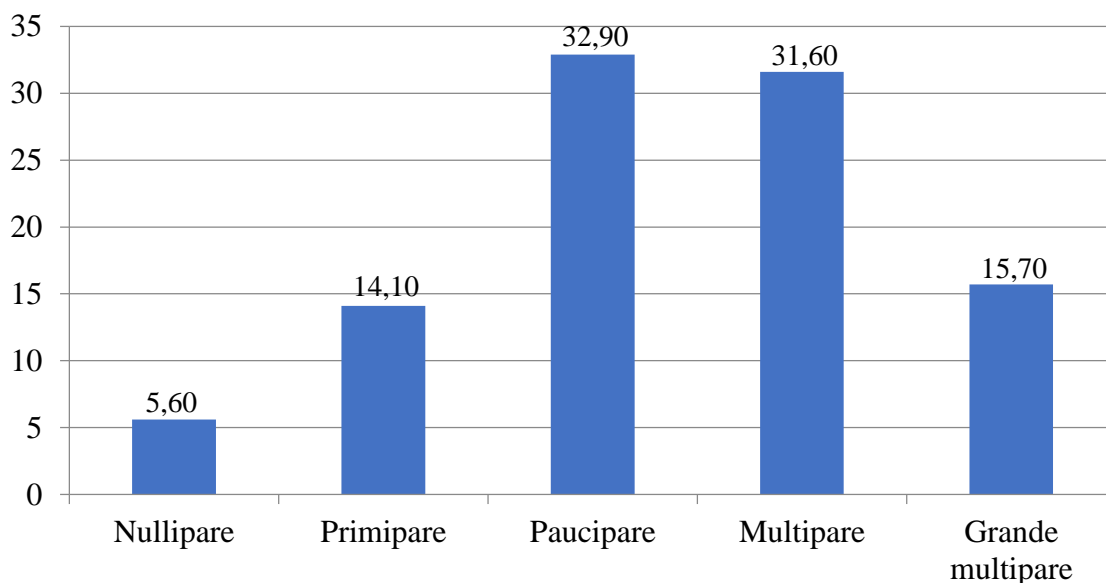


Figure 15 : Répartition des femmes selon la parité.

Les femmes dépistées avaient une parité comprise entre 0 et 13.

Les paucipares étaient les plus représentées avec 32,90%.

3. Caractéristiques anatomo-cliniques des patientes :

➤ Répartition des patientes en fonction du diagnostic histologique

Tableau IV : Répartition des patientes selon le diagnostic histologique.

Diagnostic histologique	Fréquence	Pourcentage
Cervicite	26	47,3
CIN1	12	21,8
CIN2	2	3,6
CIN3	1	1,8
Carcinomes	14	25,5
Total	55	100

Sur les 55 biopsies effectuées, les cervicites ont représenté 47,3% ; suivies des cancers avec 25,50%.

Tableau V : Répartition des patientes selon la prévalence des lésions.

Diagnostic histologique	Fréquence	Pourcentage
Normal	1169	95,50
Cervicite	26	2,12
Dysplasie de bas grade	12	0,98
Dysplasie de haut grade	3	0,25
Cancers	14	1,14
Effectif Total	1224	100

Sur les 1224 femmes dépistées, les cancers ont représenté 14 cas soit une prévalence de 1,14%.

➤ **Action effectuée au niveau du CSRéf C.IV :**

Tableau VI : Répartition des patientes selon la prise en charge au CSRéf C.IV.

Conduite à tenir	Fréquence	Pourcentage
Rassurée et conseil	1195	97,60
Cryothérapie	12	1,00
Orientée vers CHU.GT	17	1,40
Total	1224	100,0

La cryothérapie a été réalisée sur 12 femmes soit 1% de la population étudiée et 1,40% des patientes qui présentaient des dysplasies de haut grade ou des cancers ont été orientées vers le CHU Gabriel Touré.

➤ **Type de traitement réalisé au niveau du CHU.GT :**

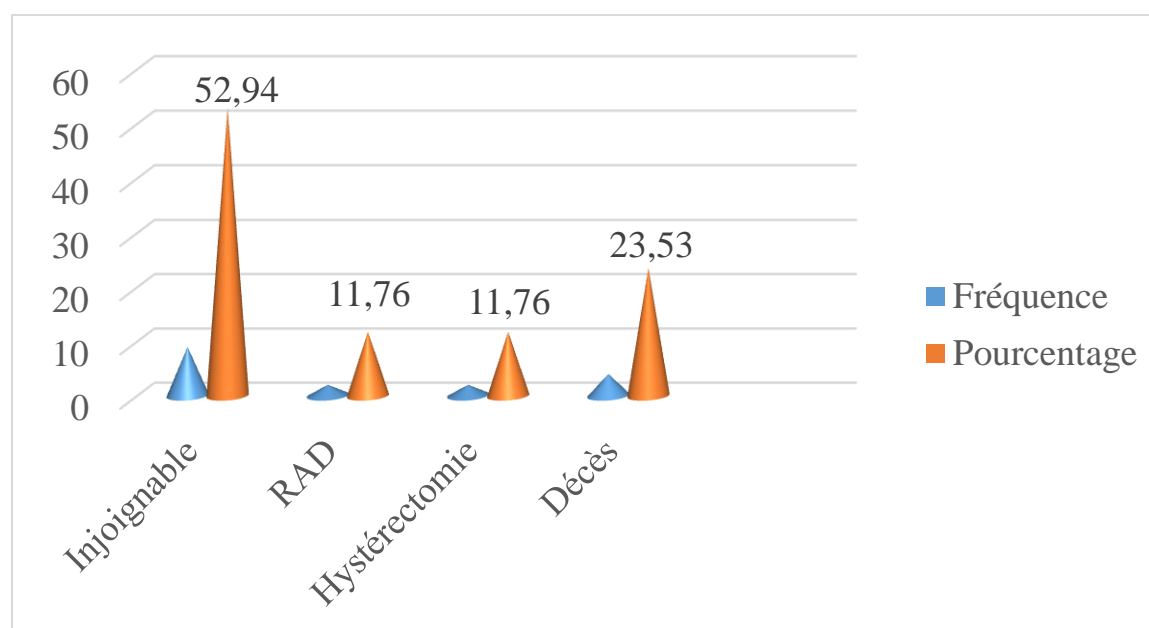


Figure 16 : Répartition des patientes référées selon le type du traitement au CHU Gabriel Touré.

Sur les 17 femmes orientées vers CHU.GT, les perdues de vues ont représenté 52,94%. La Résection à l'Anse Diathermique et la chirurgie ont été réalisées dans 11,76% des cas.

Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

➤ **Contrôle ou suivi à 1 mois :**

Tableau VII : Répartition des patientes selon l'évolution post-thérapeutique à 1 mois.

Contrôle	Fréquence	Pourcentage
Normal	1	3,45
Amélioration en cours	9	31,03
Injoignable	7	24,14
Temps imparti	3	10,34
Décès	9	31,03
Total	29	100

N= 29

Nous avons constaté, une nette amélioration chez 31,03% des femmes dépistées positives.

➤ **Suivi à 3 mois :**

Tableau VIII : Répartition des patientes selon l'évolution post-thérapeutique à 3 mois.

Contrôle	Fréquence	Pourcentage
Cicatrisation	6	20,70
Amélioration en cours	4	13,80
Injoignable	7	24,14
Temps imparti	3	10,34
Décès	9	31,03
Total	29	100

N= 29

Trois mois après les traitements, nous avons observé des décès chez 31,03% des femmes dépistées positives contre 24,14% des perdues de vues.

**Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au
CSRéf de la commune IV du District de Bamako.**

Suivi à 6 mois :

Tableau IX : Répartition des patientes présentant des lésions selon le suivi à 6 mois.

Contrôle	Fréquence	Pourcentage
Cicatrisation (nouveau test 1an après)	6	20,70
Amélioration en cours	1	3,44
Injoignable	10	34,48
Temps imparti	3	10,34
Décès	9	31,04
Total	29	100

N=29

Après 6 mois de suivi, nous avons constaté des perdues de vue de 34,48% et une guérissions chez 20,70%.

4. Analyse bivariée :

➤ Histologie et âge

Tableau X : Distribution des patientes en fonction du diagnostic histologique et la tranche d'âge.

Diagnostic histologique	Tranche d'âge					Total
	15-25	26-35	36-45	46-55	55 et plus	
Cervicite	5	9	8	4	0	26
Dysplasie de bas grade	3	1	6	2	0	12
Dysplasie de haut grade	0	2	1	0	0	3
Lésions cancéreuses	0	1	4	4	5	14
Total	8	13	19	10	5	55

$$\chi^2 = 32,26$$

$$ddl = 20$$

$$P = 0,09$$

Les lésions précancéreuses ont été prédominantes dans la tranche d'âge **36-45** ans avec un test statistiquement non significatif.

➤ **Histologie et Parité**

Tableau XI : Distribution des patientes en fonction du diagnostic histologique et la parité.

Diagnostic histologique	Parité					Total
	Nullipare	Primipare	Paucipare	Multipare	Grande multipare	
Cervicite	2	3	6	11	4	26
Dysplasie de bas grade	0	3	1	7	1	12
Dysplasie de haut grade	0	0	2	1	0	3
Lésions cancéreuses	0	3	0	3	8	14
Total	2	9	9	22	13	55

$\chi^2 = 32,75$

ddl = 20

P = 0,04

Les lésions précancéreuses étaient les plus représentées avec une prédominance chez les multipares et un test statistiquement significatif.

➤ **Diagnostic histologique et mode d'admission.**

Tableau XII : Distribution des patientes selon le diagnostic histologique et la référence du dossier.

Diagnostic histologique	Type de visites			Total
	Dépistage	Orientée par un CSCom	Effets secondaires	
Cervicite	24	2	0	26
Dysplasie de bas grade	9	2	1	12
Dysplasie de haut grade	3	0	0	3
Lésions cancéreuses	12	1	1	14
Total	48	5	2	55

$$\chi^2 = 3,98$$

$$ddl = 10$$

$$P = 0,04$$

Parmi les cas de lésions précancéreuses ; 12 patientes sont venues d'elles même au visites de dépistage et 2 patientes étaient orientées par des CSCom soient respectivement un taux de 21,8% et 3,6% avec un test statiquement significatif.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

V-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. L'approche méthodologique :

Nous avons réalisé une étude rétro prospective de juillet 2018 à juin 2019, qui nous a permis de faire le point sur les activités de dépistage et le suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin :

- Dans l'unité de dépistage du service de gynécologie et d'obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune IV du District de Bamako qui assurait la prise en charge et suivi des lésions de bas grades ;
- Dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Gabriel Touré qui prenait en charge les lésions de haut grade et les cancers ;
- Dans le service d'anatomie et cytologie pathologiques au CHU du Point G pour l'examen histologique des biopsies effectuées.

Au cours de la période d'étude, 1224 femmes ont effectué le dépistage du cancer du col de l'utérus. **L'âge des femmes variait entre 15 et 90 ans**, ceci nous a permis de faire une estimation de la fréquence des lésions précancéreuses et cancéreuses.

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

Certaines de nos patientes ont été perdues de vue avec des tests positifs ou en cours de traitement, ce qui constitue une situation préoccupante. En effet pour certaines d'entre elles, l'adresse et le numéro de téléphone n'étaient pas corrects.

Aussi, notre durée d'étude ne nous a pas permis de faire le suivi de certaines femmes présentant des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin ce qui constitue une limite de l'étude.

2. Les caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée :

➤ Fréquence par mois

Au cours du mois de juin 2019, nous avons enregistré le plus grand nombre de femmes dépistées avec 270 cas soit 22,10%. Cette fréquence élevée s'explique par le début de **l'organisation des campagnes de dépistage de masse gratuite** avec l'appui de la fondation Orange Mali.

➤ L'âge

Dans notre étude, l'âge moyen était de $37,48 \pm 2,65$ ans avec des extrêmes de 15 et 90 ans, et un pic dans la tranche d'âge 36-45 avec 28,90%.

Nos résultats se rapprochent de ceux de Konate A K en 2015 au Mali qui a trouvé une moyenne d'âge de $40,19 \pm 11,52$ ans et des extrêmes de 16 et 90 ans [28]. Nos résultats diffèrent de ceux de Megavand et al en 1996 en Afrique du sud qui ont trouvé des extrêmes de 20 et 83 ans [29]. Nos résultats diffèrent également de ceux de Bagayoko M. M en 2015 au Mali qui a trouvé des extrêmes de 15 et 76 ans [30].

Notre moyenne d'âge $37,48 \pm 2,65$ ans est très proche de celle de Koné A K qui a trouvé 37ans [31]. Ces résultats se rapprochent aussi de ceux de Diarra S et de Konaté S qui ont trouvé respectivement $37,15 \pm 0,66$ ans et 38,24 ans [32,33].

Il est cependant important de souligner que les tests visuels sont moins efficaces chez la femme après la ménopause en raison de la tendance de la JPC à se retirer à l'intérieur de l'orifice cervical (OC) et les cellules exo cervicales sont pauvres en glycogène, rendant l'observation des lésions difficiles. Plus de la moitié de nos patientes sont venues d'elles-mêmes pour la visite de dépistage.

➤ Le statut matrimonial

Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

Nos patientes étaient mariées dans 95,20% des cas, 57,70% pour le régime monogamie et 37,50% pour le régime polygamie. Ces résultats sont nettement inférieurs à ceux de Diallo D en 2007 dans le district de Bamako qui a obtenu 47% de polygamie [34] et de Sacko R F [35] qui a rapporté 45.2%.

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

➤ **La parité**

Dans notre étude, les grandes multipares étaient de 15,70%.

Selon certains auteurs, la multiparité et la maternité précoce restent un facteur de risque classique du cancer du col de l'utérus ; nos résultats sont proches de ceux de Koné G et Konaté A qui ont trouvé respectivement 19,3% et 9,5% de grandes multipares [36,37].

➤ **La contraception**

Les contraceptifs ont été utilisés dans 62,70% des cas.

Nos résultats diffèrent de ceux de Sacko R F et de Konaté A qui ont trouvé respectivement 38,3% et 39,9% [35, 37]. La contraception n'est pas directement liée à la genèse du cancer du col de l'utérus ; mais en favorise les rapports sexuels fréquents souvent non protégés. Ils exposent le col aux micros traumatismes, véritables portes d'entrée pour les HPV [20].

3. Les caractéristiques anatomo-cliniques de la population étudiée :

➤ **Histopathologie**

Sur les 1224 femmes dépistées, nous avons trouvé 0,98% de lésions de bas grade ; 0,25% de lésions de haut grade et 1,14% des cancers dont (1,06% de carcinome épidermoïde et 0,08% d'adénocarcinome).

- Notre prévalence des lésions précancéreuses est de 1,23 %. Ce taux est inférieur à ceux de Kamaté B [38] du Mali et de Millongo FT au Burkina [39]

Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

qui étaient respectivement de 3,6% et de 4,2%. Notre résultat est semblable à celui de Diallo D en 2007 qui a trouvé 1,3% [34].

- Notre fréquence des lésions cancéreuses invasives est de 1,14%. Ces résultats sont conformes à ceux de certains auteurs qui ont trouvé que le carcinome invasif est estimé entre 0,2% [40,41] et 2,5% [39].

➤ Type de traitement et suivi

Au cours de notre étude, 55 biopsies ont été réalisées dont 29 patientes soient 52,73% ont révélé des lésions précancéreuses et cancéreuses du col. Ainsi 12 patientes soit 41,40% ont subi une cryothérapie ; 2 cas de RAD ont été réalisés soit 6,90% qui est un excellent traitement pour les dysplasies de haut grade ; 2 cas de chirurgie ont été réalisés soit 6,90%. Cependant 4 cas de décès ont été constatés soit 13,80% et 9 cas de perdue de vue soit 31,03% avant le traitement. Les perdues de vue ont été considérables au cours de la surveillance et la période de notre étude ne nous a pas permis de faire le suivi adéquat chez certaines patientes des deux derniers mois de l'étude.

Après le traitement, les patientes sont revues, un mois plus tard, puis trois mois, puis six mois. Un nouveau traitement est donné en fonction du résultat du précédent.

Nos résultats différents de ceux de Basu et al. qui ont traité 58,2% des patientes présentant des lésions de haut grade par la cryothérapie, et 16,39% des cas par la RAD [35]. Notre taux faible de cryothérapie soit 41,40% des cas pourrait s'expliquer par sa faible utilisation sur les lésions cancéreuses qui représentaient 48,28% des cas. Nos résultats diffèrent également de ceux de Diallo D qui a trouvé 25,6% de cryothérapie, et 2,5% de RAD [34]. Cela peut être dû au fait que les dysplasies légères étaient plus fréquentes dans notre série, ainsi que la disponibilité de matériel au CSRéf de la CIV et le counseling de suivi est donné dès la positivité du test visuel.

Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

Les patientes revues un mois après le traitement avaient une nette amélioration dans 31,03% ; 24,14% étaient perdues de vue et 31,03% sont décédées. Sacko R F, a observé plus de cas de perdues de vue soit 55,6% [35]. Notre résultat concorde avec celui de Traoré O D, qui a observé que les patientes revues un mois après le traitement avaient des lésions en voie de cicatrisation [34].

Après trois mois de suivi, les patientes avaient une cicatrisation complète des lésions soit 20,70%. Notre taux de guérison diffère de celui de Konaté A K, qui a trouvé environ 75% de cicatrisation complète des lésions [31].

Celles revues à 6 mois avaient une guérison complète soit 20,70% et une amélioration de 3,44%. Notre résultat est inférieur à celui de Konaté A K qui a trouvé une guérison complète dans 62% des cas [31].

Près de la majorité des femmes ne sont plus revues soit 34,48%. Ces perdues de vue considérables pourraient s'expliquer d'une part par le fait que certaines de nos patientes ont eu une guérison complète de leurs lésions et qui ont été conseillées d'un nouveau test pour 1an de rendez-vous et d'autres part par le fait que certaines de nos patientes ont été négligentes et ceci pousse à interpeller les femmes à se faire contrôler après leur traitement car une dysplasie bien traitée et bien suivie évite la survenue du cancer.

CONCLUSION

VI- CONCLUSION

L'inspection visuelle du col utérin, après application d'acide acétique, puis de lugol, avec un suivi des patientes sont des techniques simples, peu coûteuses, reproductibles, et d'une très bonne acceptabilité pour nos pays en développement. Les médecins généralistes, sages-femmes et infirmières devraient être formés à cette technique, afin de l'intégrer dans leurs activités quotidiennes. Des campagnes de dépistage avec un suivi sur une plus longue durée ou même des dépistages gratuits seraient souhaitables pour atteindre un plus grand nombre de femmes, surtout celles des milieux les plus défavorisés.

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS

➤ **Aux autorités politico-administratives et sanitaires**

- ❖ Renforcer et étendre le programme de dépistage et le suivi du cancer du col de l'utérus à l'ensemble du pays ;
- ❖ Former le personnel médical et paramédical sur les techniques de dépistage ;
- ❖ Rompre le silence autour du cancer du col par la mise à contribution des médias dans le cadre de la communication pour le changement de comportement ;
- ❖ Renforcer le matériel de dépistage et du traitement pour améliorer la qualité de la prise en charge notamment le suivi post-thérapeutique ;
- ❖ Assurer le coût des examens complémentaires pour les patientes suivies ;
- ❖ Equiper et doter des laboratoires de biologie et d'anatomopathologie en matériel et en personnel qualifié ;
- ❖ Rendre disponible le matériel de dépistage et du traitement surtout de la radiothérapie pour améliorer la survie post-chirurgical ;
- ❖ Intégrer les données du registre des cancers aux données du système national d'information sanitaire.

➤ **Aux ONG et Associations de lutte contre le cancer**

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

➤ **Aux prestataires des services de dépistage**

- ❖ Faire une formation continue et permanente sur la pratique du dépistage et du suivi du cancer du col de l'utérus ;
- ❖ Faire le dépistage systématique du cancer du col utérin chez toutes les femmes ayant eu des rapports sexuels ;

Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

- ❖ Effectuer le traitement immédiat après les tests visuels pour tous cas dépistés positifs ;
- ❖ Intégrer le dépistage dans les activités quotidiennes ;
- ❖ Tenir correctement les supports ;
- ❖ Prendre le contact téléphonique de chaque patiente dépistée.

➤ **Aux femmes**

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

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. **Adjahoto I O.** Etude de faisabilité du dépistage du cancer du col de l'utérus par l'inspection visuelle à l'acide acétique puis au lugol, à propos de 565 femmes dépistées à l'hôpital de la mère et de l'enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou. Thèse de Médecine 2003.
2. **ANAES.** Conduite à tenir thérapeutique devant une lésion histologique du col utérin dépistée au cours d'un frottis du col de l'utérus. ANAES/Service des Recommandations professionnelles/Septembre 1998, p29-60.
3. **Nubia M; F. Xavier. Bosch.** New England Journal of Medicine (NEJM) 2003; 348: 518-527.
4. **Baldauf J J, Drefus M, Ritter J, Philippe E.** An analysis of the factor involved the diagnostic accuracy of colposcopically directed biopsy. ActaobstetgynecolScand1997; 76: 468-473.
5. **Parkin D. M, Whelan S.L, Ferlay J., Teppo L. and Thomas D.B.** Cancer in 5 continents vol. VIII. IARC Scientific Publications, 2002; 155:87-101.
6. **Bagayoko A.** Cancers chez la femme à Bamako (Données du registre des cancers). Thèse de Méd ; Bamako 19-M-38.
7. **Chirenje Z M, Chipato T, Kasule. J etal.** Visual inspection of the cervix as a primary means of cervical cancer screening: results of a pilot study. Central African journal of medicine 1999; 2 (45); 30-33.
8. **CIRC :** Centre International de Recherche sur le Cancer, Manuel d'enseignement OMS : rapport biennal ;(1996-1997) ; p13-14.
9. **Traoré. S.** Le Dépistage des néoplasies intra-épithéliales du col de l'utérus par l'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol. (À propos de 4632 femmes dépistées dans le district de Bamako). Thèse de Med2013 Bamako 05-M-13.

10. **Sankaranarayanan R, Ramani M D S, Wesley, MD.** Guide pratique pour le dépistage visuel des Néoplasies cervicales. Rapport technique 41 du CIRC, Lyon, France.2003.
11. **Téguété I.** Prise en charge des néoplasies intra épithéliales du col (CIN). A propos d'une étude rétrospective de 331 cas sur une période de 10 ans. Mémoire de fin de stage de gynécologie et obstétrique ; Cotonou 2002 P10.
12. **Bayo S, Parkin. D.M, Koumaré A K et al.** Cancer in Mali, 1987-1988 int. J. cancer, 1996;45 (76): 679-684.
13. **Cancer Incidence in Five Continents Vol.IX Mali (1998-2002) c15** volume 9(Editorial sheet 1 a) wed mar 28 11:58:40 CEST 2007.
14. **Hatch KD, Hacker NF.** Intraepithelial disease of the cervix; vagina; and vulva. IN Berek JS; Adashi EY; Hillard PA. Novok'sGynecology 12thed; Copyright 1996; Williams & Wilkins. Baltimore-Maryland. P447-486.
15. **Hatch KD, Handbook of Colposcopy.** Diagnosis and Treatment of Lower Genital Tract Neoplasia and HPV Infections. Boston: Little, *Brown and Co*,1989: 7-19.
16. **Camilo Ademet Thomas.** Mento de pathologie 3eme édition Paris, 2012 : 193.
17. **Kananbaye D.** Cancers gynécologiques et mammaires : Etude épidémiologique à l'Hôpital Nationaldu Point- G de 1991 à 2000. Thèse de Méd ; Bamako 03-M-59. P9.
18. **Nene BM, Deshpande S, Jayant K., Budukh AM., Dale P S, Deshpande D.A et al.** Early detection of cervical cancer by visual inspection: a population-based study inrural India. Int J Cancer. 1996 Dec 11; 68(6): 770-3.
19. **Lansac j. et Lecomte P.** Gynécologie pour le praticien ; 4eme édition, Paris Mars 1994 : 81-99.

20. **Pund ER, Nieburgs H, Nettles JB, Caldwell JD.** Preinvasive carcinoma of the cervix utérin: seven cases in which it was detected by examination of routine endocervical smears. Arch pathol Lab Med 1947; 44:571-7.
21. **Koss L G, Stewart F W, Foote F W, Jordan M J, Bader J M, Day E.** Some histological aspects of behaviors of epidermoid carcinoma in situ and related lesions of the uterine cervix. Cancer 1963; 16:1160-211.
22. **Narducci F, Ocelli F, Vinatier D, Leroy J L.** Positive Margins after Conization and Risk of persistent lesion. Gynecologic Oncology 76, 311-314000.
23. **Minvielle D, Brunet M. et Mottot C.** Le frottis cervico-vaginal de dépistage. Encycl. Méd. Chir., Paris ; Gynécologie 1983 ;73(B10) :5-6
24. **Oster AG.** Natural history of cervical intraepithelial neoplasia, a critical review. Int J. Gynecol. Pathol 1993; 12 (2) 186-192.
25. **Londhe M, George S S, Seshadri L.** Detection of CIN by naked eyevisualization after application of acetic acid. Indian journal of Cancer 34(2):88-91 (june 1997).
26. **Merger R., JeanLevy, JeanMelchior et Nelly Bernard.** Précis d'obstétrique 6^{ème} édition Masson, Paris, 2001 : 402-403.
27. **Ouattara Moumouni.** Association cancer du col de l'utérus et infection par le virus de l'immunodéficience humaine dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré à propos de 53 cas. Thèse de Méd. ; Bamako 05-M-140.
28. **Konaté A K.** Dépistage des lésions pré cancéreuses et cancéreuses, du col de l'utérus, par les méthodes d'inspection visuelle et suivi au Centre de Santé de référence de la commune IV. Thèse de Med. Bamako 15-M-106.
29. **Megevand E, Denny L, Dehaeck K, Soeter R, Bloch B.** Acetic acid visualization of the cervix: an alternative to cytologic screening. Obetet Gynecol. 1996 Sep; 88(3): 383-6.

Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

30. **Bagayoko M M.** Bilan des activités de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au CSRéf CI du DISTRICT de BAMAKO. Thèse de Med Bamako 15-M-125.
31. **Koné A K.** Evaluation des tests d'IVA et d'IVL dans le dépistage du cancer du Col de l'Utérus au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako (à propos de 917 cas). These med. Bamako 2008 ; 08-M-224 ; p 69.
32. **Diarra S.** Bilan des activités de dépistage des lésions pré cancéreuses et cancéreuses, du col de l'utérus, par les méthodes d'inspection visuelle (IVA/IVL) au centre de santé de référence de la commune II du DISTRICT de BAMAKO. Thèse de Med. Bamako 15-M-214.
33. **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.
34. **Diallo D.** Etude multicentrique des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les méthodes visuelles (à propos de 5016 cas dans le district de Bamako). Thèse de Med. Bamako 07-M-61.
35. **Sacko R F.** Dépistage, traitement et suivi des lésions pré cancéreuses et cancéreuses, du col de l'utérus, par les méthodes d'inspection visuelle au centre de santé de référence de la commune IV. Thèse de Med. Bamako : FMPOS, 08-M-154.
36. **Koné G.** Bilan de dépistage du cancer de col de l'utérus, par la méthode d'inspection visuel, de Janvier 2008 à Décembre 2008 au CSRéf C.IV Thèse de Med Bamako 2008.
37. **Konaté A.** Evaluation des activités de dépistage des lésions dysplasiques et cancéreuses du col utérin par les tests visuels (IVA-IVL) au CHU-Gabriel Touré et aux CSREF des CIV et V ; du DISTRICT de BAMAKO à propos de 2027 cas. Thèse de Méd. Bamako : 13-M-57.

38. **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.
39. **Millongo FT, Akotianga M, Lankoande L.** Dépistage du cancer utérin dans un district sanitaire (Burkina Faso). VIIe congrès de la SAGO et IIe congrès de la SOMAGO. Bamako 2003.
40. **Sankaranarayanan R, Wesley R, Thara S, Dhakad N, Chandralekha B, Sebastian P et al.** Test characteristics of visual inspection with 4% acetic acid (VIA) and lugol's iodine (VILI) in cervical cancer screening in Kerala, India. *Int. J. Cancer.* 2003; 106: 404-408.
41. **Cronjé H S, Cooreman B F, Beyer E, Bam R H, Middlecotc B D, Divall P D J.** Screening for cervical neoplasia in a developing country utilizing cytology, cervicography and the acetic acid test. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2001; 72: 151-157.
42. **Basu P S and al.** Visual inspection with acetic acid and cytology in the early detection of cervical cancer and precursors *Int. J. cancer,* 1980:163.
43. **Traoré O D.** Dépistage des lésions pré cancéreuses et cancéreuses, du col de l'utérus, par les méthodes d'inspection visuelle, leur traitement et leur suivi, au centre hospitalier universitaire GT. Thèse de médecine 09-M-515.

ANNEXES

ANNEXES :

FICHE D'ENQUETTE

Nom :.....		Nom de jeune fille :.....	
Prénoms :.....			
ID Individuel :	Centre [][]	Année [][]	Individu [][][][]
Date de naissance : [][]/[][]/[][][]		Age au dernier anniversaire :[][]	
ADRESSE : Commune :.....			
Quartier :.....			
Ethnie:			
Profession :.....			
Téléphone:.....			

1. Date de visite : [][]/[][]/[][][]
2. Référence du dossier :..... []
3. Type de visite : (1 : visite de dépistage, 2 : orienté par un CSCOM, 3 : Pour effets secondaires) []
.....Visite de dépistage.....
4. Date des dernières menstruations (1 : <1mois, 2 :1-3mois, 3 :3-12mois, 4 : >12mois) []
5. Utilisation d'une méthode de contraception : (1 : Oui, 2 : Non) []
6. Nombre de grossesses : [][]
7. Partenaire polygame : (1 : Oui, 2 : Non, 3 : Ne sait pas) []
8. JSC visible (1 : complètement, 2 : partiellement, 3 : pas du tout) []
9. Statut du dépistage : (1 : Ancienne, 2 : Nouvelle) []
10. Résultat d'IVA/IVL : (1 : Négatif, 2 : Positif, 3 : Non concluant) []

Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.

..... Femmes positive.....

11. Résultat de colposcopie : (0 : Non effectué, 1 : Normal, 2 : Inflammatoire, 3 : Atypie /CIN1/condylome /verruce/leucoplasie/changement à VPH, 4 : CIN2-3, 5 : Carcinome invasif, 8 : Non concluant) []

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

13. Diagnostic histologique : Référence labo :.....[][]

0 : Non disponible, 1 : Inflammation /cervicite, 2 : Atypie/CIN1/infection à VPH, 3 : CIN2, 4 : CIN3, 5 : Cancer invasif à cellules squameuses, 6 : Adénocarcinome invasif, 7 : Non concluant []

14. Action effectuée : (1 : Rassuré et conseil d'un nouveau test après 1 an, 2 : Cryothérapie, 3 : RAD, 4 : Chirurgie, 5 : Orienté vers l'hôpital Gabriel TOURE, 6 : Bilan d'extension, 7 : RCC, 8 : Aucune) []

Si Aucune la cause : (1 : Injoignable, 2 : Désespéré, 3 : Manque de moyen, 4 : Décès) []

15. Date du suivi : [][][][][][][][]

16. Contrôle : (1 : 1mois, 2 : 3mois, 3 : 6mois, 4 : 1an) []

17. Observations cliniques : []

(1 : Amélioration, 2 : Réassurance et conseil d'un nouveau test après 1an, 3 : Perte de vue, 4: Cicatrisation)

F **Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV du District de Bamako.**

ICHE SIGNALÉTIQUE

NOM ET PRENOM : DIARRA Abdoulaye Lassana

TITRE DE THESE: Activités de dépistage et de suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CSRéf de la commune IV dans le district de Bamako.

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2019-2020 **LIEU DE DEPOT :** Bibliothèque FMOS

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako **PAYS D'ORIGINE :** MALI

SECTEUR D'INTERET : Anatomie et cytologie Pathologiques, Gynécologie, Santé Publique

RESUME

Le cancer du col de l'utérus demeure un problème de santé publique dans les pays en développement. La solution serait le dépistage systématique, le traitement et le suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses, par les méthodes d'inspection visuelle, qui sont plus accessibles que le frottis.

Notre étude a été réalisée de façon rétro prospective pendant 12 mois, après l'inspection visuelle du col (IVA, IVL) et le suivi des femmes dépistées positives à l'hôpital Gabriel Toure, au centre de santé de référence de la commune IV et à l'hôpital du Point G portant sur 1224 femmes.

Les résultats obtenus sont les suivants :

Le mois de juin 2019 a enregistré une fréquence élevée de femmes dépistées avec 270 cas soit 22,10%. La tranche d'âge la plus touchée est de 36-45 ans. L'âge moyen était $37,48 \pm 2,65$ ans avec des extrêmes de 15 et 90 ans.

Nous avons colligé 1224 patientes dont 55 étaient positives soient 4,50%.

A l'histologie, les dysplasies de bas grade ont représenté 0,98% ; les dysplasies de haut grade avec 0,25% et les cancers invasifs avec 1,14%.

Le type du traitement le plus pratiqué était la cryothérapie avec 41,40% suivi de la RAD et la chirurgie avec 6,90% de chacun.

A 1 mois de traitement, nous avons observé 3,45% de cicatrises, 31,03% d'amélioration, 24,14% de perte de vue et 31,03% de décès.

Trois mois après le traitement, 20,70% des lésions étaient cicatrises et 31,03% de décès confirmé.

A 6 mois de traitement, on observe 20,70% des lésions cicatrises et 3,44% des améliorations en cours.

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

Mots clés : Col, dysplasies, cancers, IVA, IVL, suivi.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

JE LE JURE !