



UNIVERSITE DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie
et d'Odontostomatologie
(F.M.P.O.S)

Année académique : 2010-2011 N°

Thèse

**Evaluation de la prise en charge des lésions
précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus,
au Centre de Santé de Référence de la
Commune V du district de Bamako**

Présentée et soutenue publiquement le 26/7/2011

Devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

**Par
Mr Drissa Sounkalo Traoré**

Pour obtenir le grade de **Docteur en Médecine
(DIPLÔME D'ÉTAT)**

Jury

Présidente :	Pr. Sy Aida Sow
Membre :	Dr Soumana Oumar Traoré
Codirecteur :	Pr Cheick Bougadari Traoré
Directeur de thèse :	Pr Mamadou Traoré

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

Dédicace

A ALLAH, le tout puissant et à son prophète Mohamed (paix et salut sur lui).

A la mémoire de ma défunte Mère et de mon défunt Père.

Ce travail vous est dédié malgré votre absence, vous resterez parmi nous ; puisse qu'il est le fruit de vos efforts.

Que votre âme repose en paix dans le paradis. **Amène !**

A mon beau-frère Abdoulaye Diarra.

Merci pour tous les efforts que tu as fourni pour moi depuis mon enfance jusqu'aujourd'hui.

Tu as été pour mes frères, et moi-même plus qu'un père. Tu nous as mis dans toutes les conditions pour pouvoir étudier.

Homme sociable, tout le monde est la bienvenue dans ta famille.

Que tu trouves à travers cette thèse, toutes mes reconnaissances.

A monsieur Adama Amadou Bagayogo et sa Famille au Point G.

Merci pour tous les efforts que vous avez déployé pour moi durant mes études universitaires à la faculté médecine de pharmacie et odontostomatologie au point G.

Vous avez été plus qu'un père aussi. Vous m'avez mis dans toutes les conditions pour pouvoir étudier

Homme sociable, généreux, gentil et jovial.

Qu'Allah, le tout puissant te garde la santé et longue vie. **Amène !**

A ma grand-mère Awa Traoré.

Merci pour ton bénédiction nuit et jour.

A mes grands sœurs et frères (Koné et Traoré) de Kayes à Bamako.

Merci pour toutes et tous que vous m'avez fait durant mon enfance jusqu'aujourd'hui.

Vous avez été pour moi plus qu'une mère et qu'un père.

Qu'Allah le tout puissant et son prophète (paix et salut sur lui), vous donne longue vie et de bonheur dans votre foyer.

A ma chère tendre épouse Nassou Keita.

Ton affection, ton soutien moral et matériel ne m'ont jamais fait défaut.

Tu m'as toujours aimé et respecté.

C'est le lieu aujourd'hui pour moi de témoigner toute ma reconnaissance et tout mon amour à ton égard. Que Dieu nous donne longue vie couronnée de bonheur. Amen !

A mon fils Cheick Abdoulaye Traoré.

Jeune enfant dynamique, le chemin qui mène à la réussite est long, je suis convaincu que tu peux y parvenir. Soit rassurer de toute mon affection et de tout mon soutien. Que la grâce et la miséricorde du tout puissant t'accompagne toute ta vie.

A ma famille Traoré et Koné de Bamako à Kayes.

REMERCIEMENTS

C'est un honneur et un réel plaisir pour moi d'adresser mes vifs sincères remerciements à mes enseignants du primaire, secondaire et tout le corps professoral de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

Je suis fière d'avoir été votre élève, votre étudiant. Trouvez dans ce travail, cher maître, le témoignage de ma profonde gratitude, pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

A mes beaux-frères : Abdoulaye Diarra, Mahamane Maïga.

Merci pour l'attention et l'intérêt que vous portez à l'endroit de notre famille. Que Dieu vous bénisse et vous donne la force de bien prendre soins de sœurs ; et que le bonheur couronne vos foyers respectifs.

A mes Amis (es) : Dr Amadou Ahamadou, Dr Sory Coulibaly, Dr Mariam Diakité, Dr Sidibé Alpha, Dr Yaya Fofana, Dr Kané Boubacar, Dr Mahamadou Korkosse, Mme Dembélé Mariam, Djan Diallo, Mahamane Keita, Dr Coulibaly Brahim, Dr Mallé, Tall Tidiane, Ibrahim Dembélé, Moussa Traoré, Dr Abdoulaye Diallo.

J'ai eu le plaisir de vous connaître durant des Années ; Vous avez fait preuve de beaucoup de compréhension et patience à mon égard car je n'ai pas toujours été facile à vivre. Merci de m'avoir accueillie, et pardon d'avoir été souvent difficile à supporter.

Qu'Alla le tout puissant raffermisse nos liens.

A Tout le personnel du Centre de Santé de Référence de la Commune V, du CSCOM Bacodjicoroni :

Aux médecins, aux sages femmes, aux infirmiers, aux infirmières et aux majors.

Merci à vous tous. Retrouvez ici l'expression de mes affections chaleureuses.

A Tout le personnel du service d'Anatomie Pathologique du CHU du Point G

A Tous ceux de près ou de loin qui m'ont assisté dans l'élaboration de ce travail.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et Présidente du Jury:

Professeur Sy Aida Sow

- **Professeur honoraire à la faculté de médecine, pharmacie et odontostomatologie de l'université de Bamako**
- **Présidente de la société malienne de gynécologie obstétrique(SOMAGO).**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali**

Cher maître,

Vous nous faites aujourd'hui un grand honneur et un réel plaisir en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Votre rigueur scientifique, votre disponibilité, votre simplicité et votre amour pour le travail bien fait nous ont beaucoup impressionnés.

Permettez nous cher maître de vous exprimer toute notre gratitude.

A notre maître et Juge :

Dr Soumana Oumar Traoré

- **Spécialiste en gynécologie Obstétrique au centre de santé de référence de la commune v.**

Cher maître,

Nous avons eu le plaisir de vous connaître et, ainsi nous avons pu apprécier l'homme que vous êtes.

Rigoureux, simple, aimable et travailleur. Vos qualités intellectuelles, et votre don d'écoute font de vous un exemple.

Recevez, cher maître, l'expression de nos salutations cordiales.

A notre maître et co-directeur de thèse :

Pr Cheick Bougadari Traoré

- **Pathologiste et chercheur au CHU-Point G**
- **Chef de service d'anatomie pathologique du CHU-Point G**
- **Chargé de cours d'anatomie pathologique à la FMPOS**
- **Coordinateur du projet de dépistage du cancer du col de l'utérus au Mali**

Cher maître,

Votre souci pour les étudiants et votre affection nous honorent.

Trouvez- ici cher maître l'expression de notre plus grande considération.

A notre maître et Directeur de Thèse:

Professeur Mamadou Traoré

- **Professeur agrégé en gynécologie obstétrique**
- **Médecin chef du centre de santé de référence de la commune**
- **Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle.**
- **Secrétaire général de la SAGO.**

Cher maître,

C'est un honneur pour nous de vous avoir dans ce jury.

Vos connaissances scientifiques, et vos qualités humaines font de vous un maître admirable de tous.

Permettez nous cher maître de vous adresser nos sincères remerciements.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
.OBJECTIFS.....	3
I- GENERALITES.....	5
II- MATERIELS ET METHODES.....	39
III. RESULTATS	46
IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	57
V- CONCLUSION.....	64
VI- RECOMMANDATIONS	65
VII- REFERENCES	67
VIII- ANNEX	

ABREVIATIONS ET SIGLES

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CHU : Centre hospitalier Universitaire

CIN/NCI : Néoplasie Cervicale Intra-Epithéliale

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

CIS : Carcinome In Situ

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSReF : Centre de Santé de Référence

CI : Cancer Invasif

Cryo : Cryothérapie

FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et d'obstétrique

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie

HPV/VPH : Human Papilloma Virus/Virus du Papillome Humain

IST : Infection Sexuellement Transmissible

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

IVL : Inspection Visuelle du col après application du Lugol

JPC : Jonction Pavimento-Cylindrique

LIBG : Lésions Intra-Epithéliales de Bas Grade

LIHG : Lésions Intra-Epithéliales de Haut Grade

MST : Maladies Sexuellement Transmissible

OC / Orifice Cervical

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SIDA : Syndrome de l'immuno Déficience Acquise

TV : Trichomonas Vaginalis

ZR : Zone de Remaniement

ZT : Zone de Transformation

INTRODUCTION

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

Cette tumeur maligne prend naissance sur le col de l'utérus à la jonction pavimento -cylindrique et les deux formes rencontrées plus souvent sont : le carcinome épidermoïde ou squameux le plus fréquent, et adénocarcinome plus rare [2]. A l'échelle mondiale, le cancer du col de l'utérus est, en terme de fréquence, le 2ème cancer touchant les femmes après celui du sein. Il représente 15 % des cancers de la femme [3-4]. Chaque année dans le monde, 500000 nouveaux cas sont répertoriés dont 3/4 vivent dans les pays en développement [5]. C'est le cancer le plus répandu parmi la population féminine de ces pays où il représente la première cause de mortalité chez les femmes d'une cinquantaine d'année, et la 2^{ème} cause (après la mortalité maternelle) chez la jeune femme et multipare [6-7]. Selon les données du registre du cancer du Mali, le cancer du col vient en première position des cancers féminins avec une fréquence de 26,6% et une incidence de 35,1 pour cent mille habitants [8-9]. Dans nos pays, près de la moitié des cancers du col ne sont pas diagnostiqués ou sont déjà incurables au moment de leur diagnostic [10]. Ce qui est regrettable, pour un organe aussi accessible à l'exploration et au traitement. En effet, dès le début

des années 1980, des études ont rapporté que la simple observation du col au spéculum et surtout, l'application de l'acide acétique et du lugol sur le col, avec une sensibilité comparable, si non meilleure à celle du frottis [11].

Le dépistage par la méthode visuelle a commencé en 2001 au Mali, Il a permis d'avoir un échantillon statistiquement représentatif de la population étudiée [13]. L'importance de l'étude du dépistage du cancer du col n'est plus à démontrer. Plusieurs études ont été faites dans ce domaine. Il s'agit entre autres ; de l'étude multicentrique d'évaluation du dépistage du cancer du col par la méthode IVA -IVL qui a été initiée par l'OMS dans neuf pays Africains et Asiatiques dont le nôtre. Il existe également des mémoires et des thèses portant sur le sujet [28-30].

Les travaux déjà réalisés font ressortir des difficultés portant sur la prise en charge des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin.

C'est dans ce contexte que nous avons initié ce travail afin d'évaluer l'intérêt de la prise en charge, des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. Le présent travail vient compléter aussi les études précédentes sur la question.

I. OBJECTIFS

1. OBJECFIF GENERAL :

Etudier la prise en charge des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako du 1^{er} Janvier 2010 au 30 Septembre 2010.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin au CS Réf Commune V.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes dépistées.
- Décrire les signes cliniques des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin.
- Préciser la conduite à tenir et le suivi des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

I- GENERALITES

1 - Rappels

1.1- Rappel anatomique

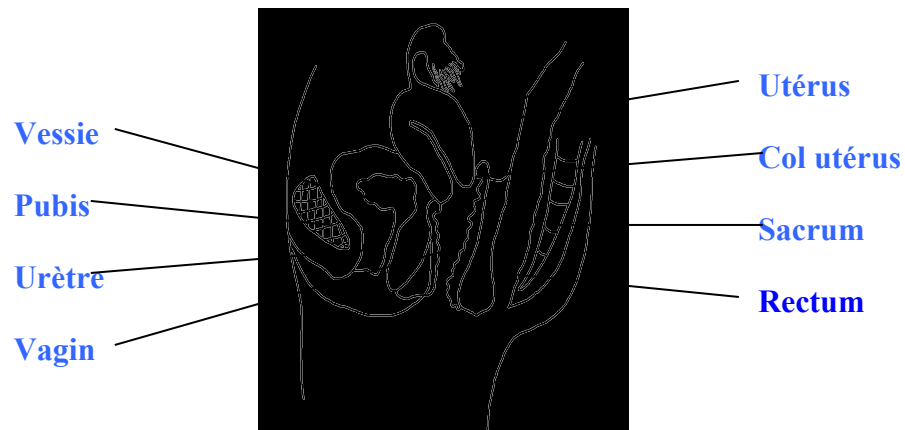


Schéma1 : Coupe sagittale des organes pelviens [14]



Schéma 2 : Coupe frontale de l'appareil génital féminin [14]

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 vaginal qui s'ouvre dans le vagin, par l'orifice cervical externe et, communique avec le corps utérin au niveau de l'orifice cervical interne.

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

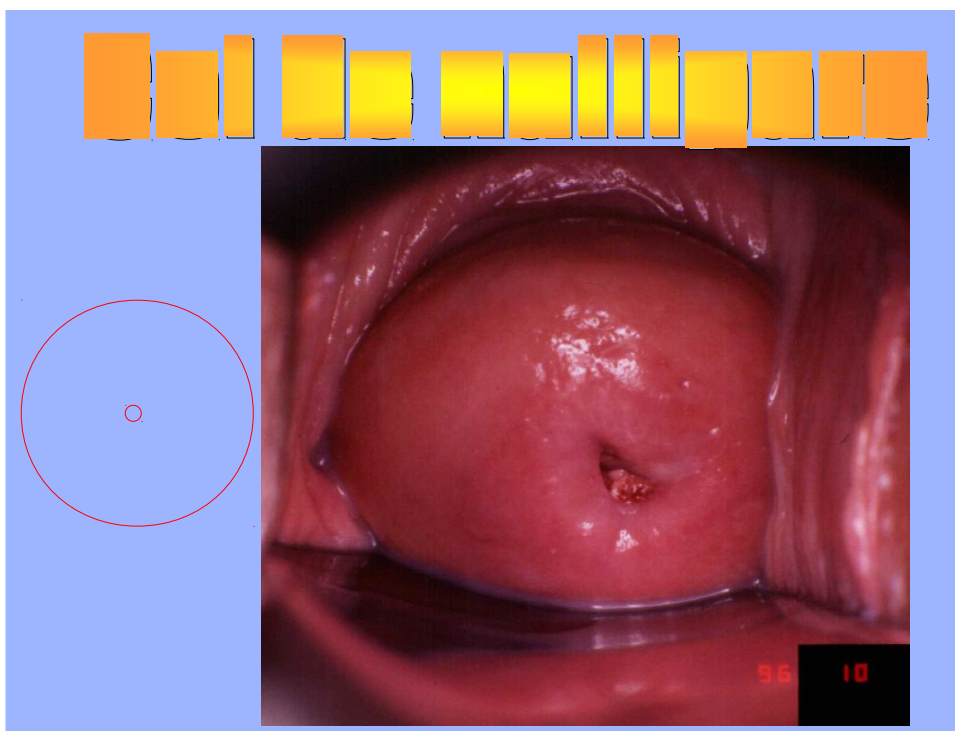


Figure 1 : col de nullipare [14]

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

Lorsqu'on place le spéculum, la partie visible du col est appelée l'exocol.

Il s'étend à l'extérieur de l'orifice externe, la partie qui s'étend à l'intérieur de l'orifice externe est appelée endocol.

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

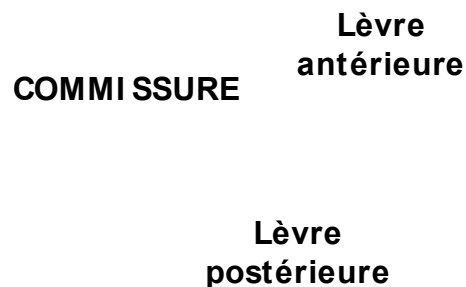


Figure 2 : col de multipare [14]

1.2- Rappel histologique

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

A) L'exocol [12]

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

1) une couche germinatrice ou basale profonde : elle est faite d'une seule assise de cellules de petites tailles, de forme cylindrique, tassées les unes contre les autres en palissade le long de la membrane basale.

2) une couche basale externe formée par 3 ou 4 assises de cellules analogues mais un peu plus volumineuses .On retrouve des mitoses dans les cellules les plus profondes.

3) une couche intermédiaire formée de 5 ou 6 couches de cellules plus volumineuses, polyédriques et séparées par un espace intercellulaire. A travers cet espace, les cellules sont reliées par des ponts intercellulaires. Ces cellules ont un cytoplasme abondant et clair qui contient beaucoup de glycogène.

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

5) la zone de desquamation est constituée de cellules qui se détachent facilement de la surface de la muqueuse. Elles desquament isolément et

gardent leurs noyaux. Elles constituent les étalements du frottis exo

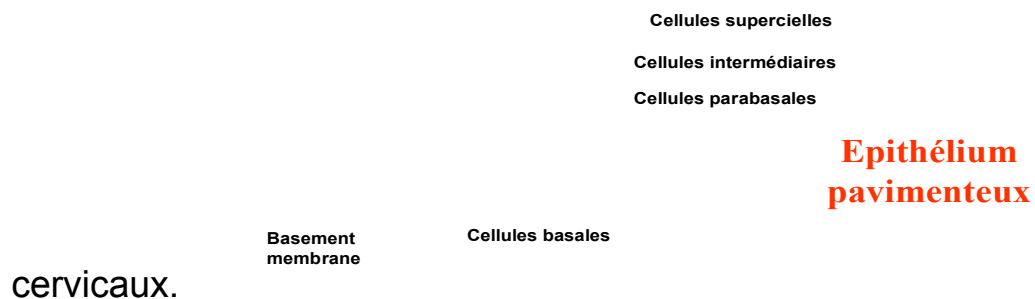


Figure 3 : Coupe histologique d'un épithélium malpighien normal [14]

B) L'endocol [14]

Il est tapissé d'une muqueuse cylindrique uni stratifiée avec une seule couche de cellules hautes cylindriques au noyau sombre et un cytoplasme mucosécrétant lubrifiant le col et le vagin. Il s'invagine dans

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

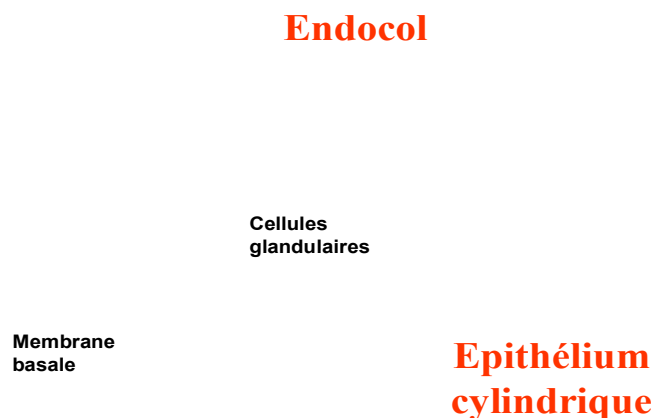


Figure 4 et schéma 3 : Coupe histologique d'un épithélium endocervical normal [14]

C) La jonction pavimento-cylindrique (JPC) [14]

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

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

inflammatoires entraînant l'existence de lésions : elle est appelée **zone de remaniement (ZR)** ; elle mesure d'après F. Fluhmann 6mm de long en moyenne (1 à 10mm) chez l'adulte. C'est dans cette zone où débudent généralement les néoplasies cervicales à proximité de la jonction pavimento-cylindrique [12-14].

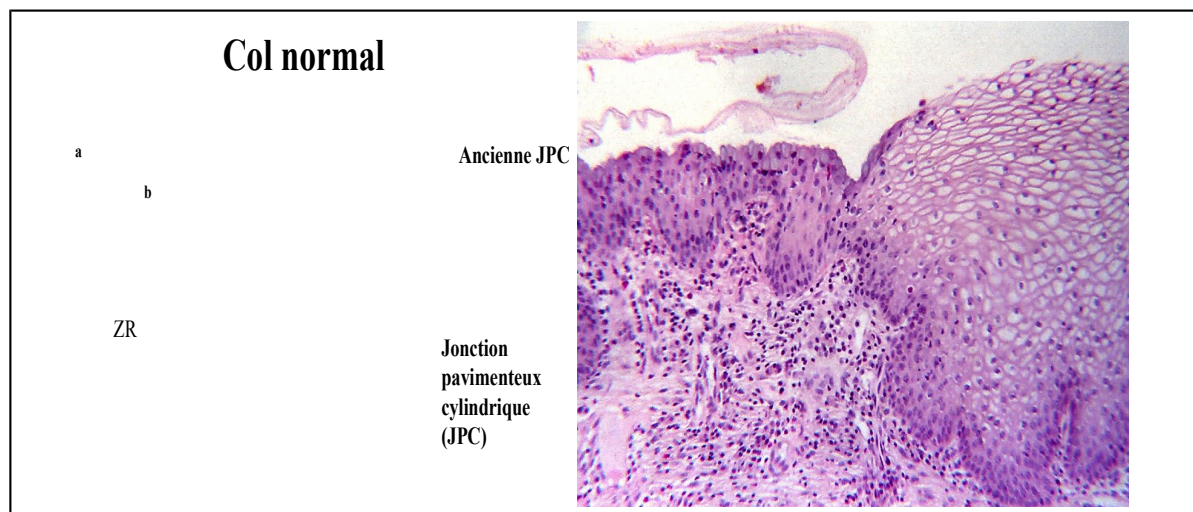


Figure 5 : Col normal avec la JPC [14] **Figure 6** : Coupe histologique Normale de la zone de JPC [14]

2- Généralités sur le cancer

2.1- Définition 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 [1-15]. L'histoire naturelle du cancer du col montre en effet qu'il se constitue sous l'égide du virus HPV (Human Papillomavirus) [19]. Il existe des lésions précurseurs qui évoluent pendant 10 à 15 ans avant de donner le cancer.

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

Il est actuellement admis que les lésions précancéreuses sont faciles à diagnostiquer et le traitement est simple et reproductible, qualités requises pour les activités de prévention, pouvant s'adresser à une population importante [12].

2.2- Etiopathogenie du cancer

Facteurs de risque

Des études épidémiologiques ont permis d'identifier un certain nombre de

facteurs de risque qui contribuent au développement des dysplasies et du cancer du col.

- ✓ 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 des rapports sexuels
- ✓ La multiparité et une maternité précoce
- ✓ Le bas niveau socioéconomique

- ✓ Les partenaires sexuels multiples
- ✓ L'utilisation au long court des contraceptifs oraux ; ils ne sont pas directement en cause, mais en favorisant les rapports sexuels fréquents souvent non protégés, ils exposent aux microtraumatismes, véritables portes d'entrée pour le HPV.

- **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 colposcopie et cryochirurgie [17].

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]. Il est actuellement admis que la plupart des CIN régresse spontanément, sans traitement [23]. 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 [17].

La plupart des cancers cervicaux sont précédés d'une longue période de cancer pré invasif. Ce stade se manifeste à un niveau microscopique par un spectre continu d'évènement allant de l'atypie cellulaire aux différents degrés variés de la dysplasie. Celle-ci évolue vers le carcinome in situ, qui en dehors de tout traitement dégénère en cancer invasif. Le « néoplasie cervical

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 [11]. 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.

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

TABLEAU I : Corrélation entre les différentes classifications [12]

Caractéristiques cliniques

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

Diagnostic des dysplasies

Le diagnostic des dysplasies repose essentiellement sur leur dépistage précoce.

2.3- Histologie

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

- Différenciation, maturation et stratification des cellules

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

- Anomalies nucléaires

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

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

Elle est peu fréquente dans l'épithélium normal et ces figures, si elles sont présentes, ne peuvent s'observer qu'au niveau de la couche parabasale. Ainsi selon la présence des figures de mitose :

- Au 1/3 inférieur de l'épaisseur de l'épithélium malpighien, on parle de dysplasie légère (NCI I),
- Au 1/3 moyen, dysplasie modérée (NCI II),

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

2.4- Traitement [19]

Le traitement dépend de la dysplasie et de son siège.

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

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

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

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

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

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

2.5- Surveillance [19]

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

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

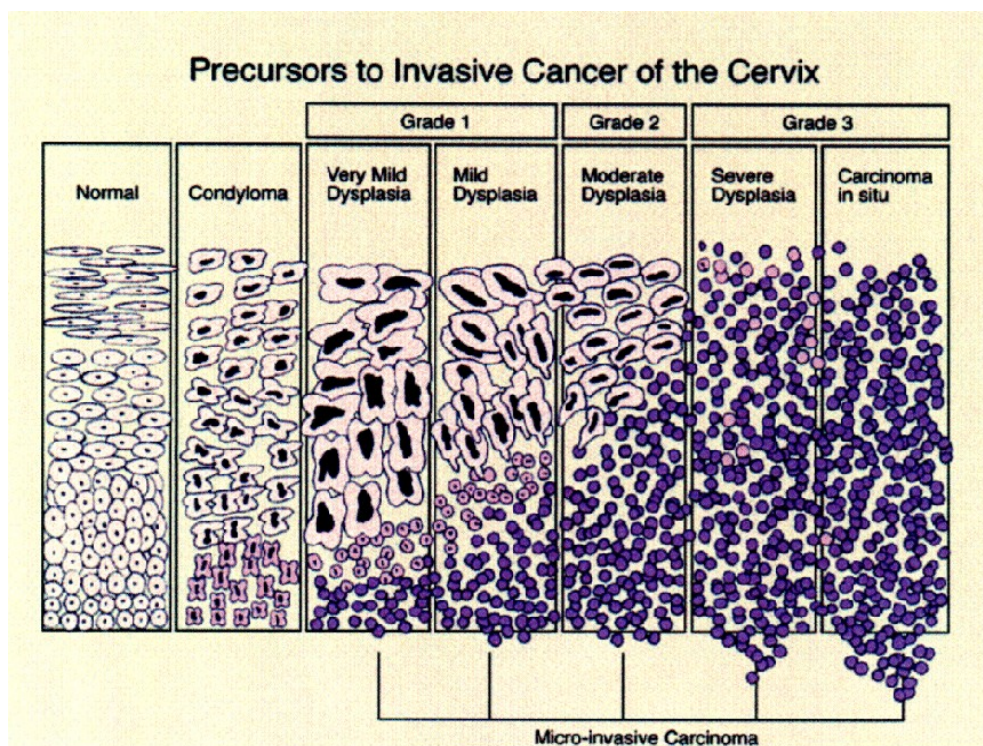


Figure 7: Coupe histologique de la lésion précurseur du cancer du col [14]

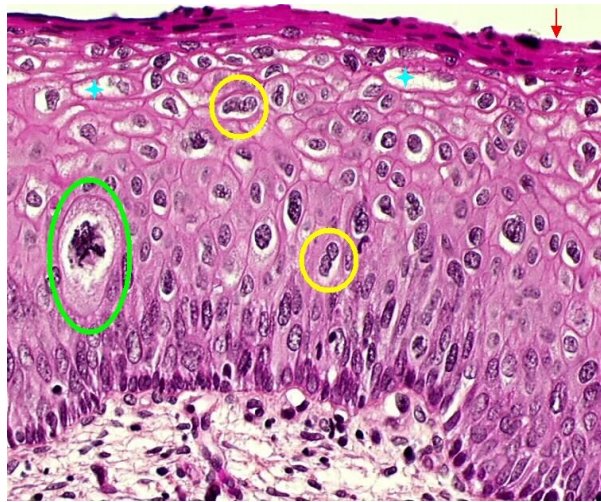


Figure 8 : Coupe histologique d'un épithélium avec infection à HPV plus Dysplasie légère [14]

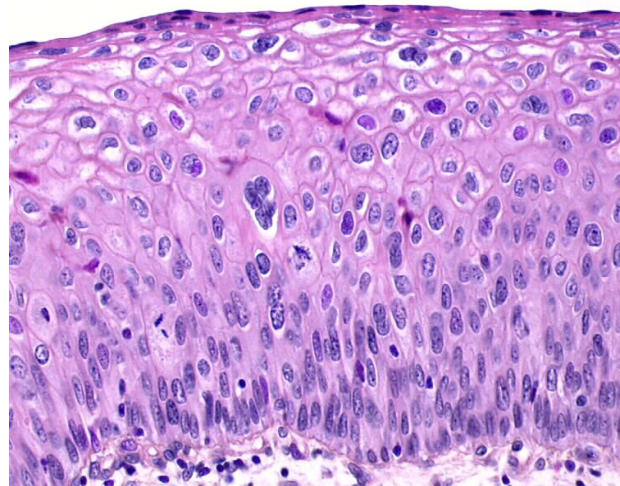


Figure 9 : Coupe histologique d'un épithélium avec une dysplasie modérée [14]

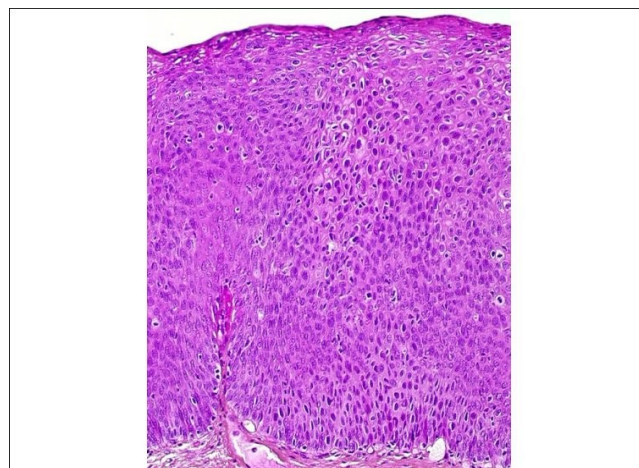


Figure 10 : Coupe histologique d'un épithélium avec une dysplasie sévère [14]

2.6- Les rapports de la dysplasie et du cancer [19]

Entre une dysplasie sévère et un cancer in situ, la distinction est difficile et de nombreux auteurs confondent dysplasie sévère et carcinome in situ. Richard a introduit le terme de néoplasie cervicale intra-épithéliale (CIN) pour désigner ces lésions. Il s'agit en fait de dysplasie et de lésions précancéreuses. Les néoplasies intra-épithéliales de grades 1 et 2 correspondent aux dysplasies légères et moyennes. Le seul avantage de cette classification est de regrouper sous le terme de CIN III les dysplasies sévères et les carcinomes in situ qui ont le même pronostic et le même traitement.

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

2-7 Le Cancer invasif

Caractéristiques cliniques

Dans les stades précoces, le cancer peut ne manifester aucun symptôme ou signe clinique. Les femmes atteintes d'un cancer invasif du col à un stade modérément avancé ou avancé ont souvent un ou plusieurs symptômes : saignement inter menstruel, saignement post

coïtal, pertes vaginales importantes séropurulentes, cystite récurrente, douleurs dorsales et pelviennes, œdèmes des membres inférieurs, obstruction urétérale, occlusion intestinale, dyspnée due à l'anémie et à la cachexie.

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

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

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

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

ganglion pour aller directement envahir les vertèbres et les terminaisons nerveuses à l'origine de douleurs dorsales.

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

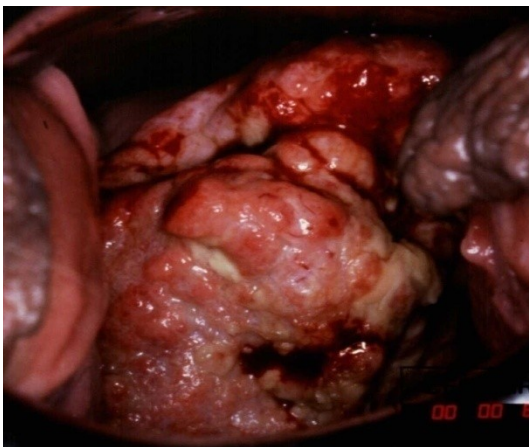


Figure 11 : col avec un cancer invasif [14]
histologique d'un
invasif [14]

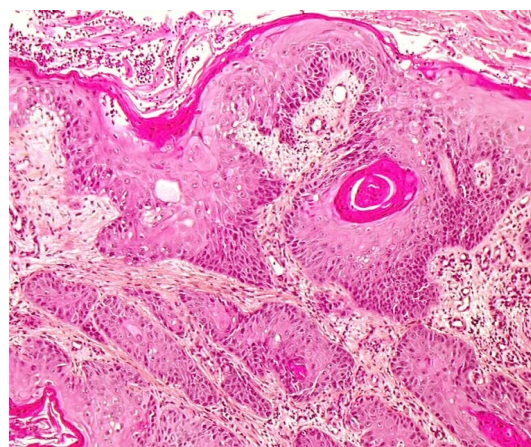


Figure 12 : coupe
Cancer épidermoïde

2-8-Dépistage et diagnostic du cancer du col

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

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

Justification du dépistage du cancer du col utérin

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

D'un point de vue histologique, environ 90 à 95 % des cancers invasifs du col dans les pays en développement sont des carcinomes

epidermoides, et seulement 2 à 8 % correspondent à des adénocarcinomes [14].

➤ **Classification clinique**

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

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

Stade I le carcinome est strictement limité au col utérin

I A : cancer invasif identifié par analyse microscopique uniquement.

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

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

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

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

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

Stade III

Il y a extension à la paroi pelvienne. A l'examen rectal, il n'existe pas de zone envahie par le cancer. La tumeur touche le 1/3 inférieur du vagin.

Tous les carcinomes responsables d'une hydronéphrose ou d'un rein muet sont des cancers de stade III.

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

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

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

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

IV B : extension aux organes distants.

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

2-9-Traitement et pronostic [19]

Le traitement est fonction du stade évolutif :

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

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

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

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

Une lymphadénectomie iliopelvienne.

✓ La physiothérapie sans chirurgie :

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

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

Premier temps : curiethérapie ;

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

Troisième temps : radiothérapie si les ganglions sont envahis.

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

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

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

- **Pronostic**

La survie en 5 ans est de :

100% pour le CIS.

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

55% pour les cancers aux stades IIb,

35% pour les cancers aux stades III,

5 à 10% pour les cancers aux stades IV.

- **Surveillance post- thérapeutique [19]**

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

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

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

La moindre anomalie du test au lugol doit faire recourir à la biopsie dirigée ou à la consultation du spécialiste. Il ne faut pas oublier que l'épithélioma intra épithélial est une maladie de la muqueuse malpighienne qui peut récidiver sur la cicatrice, s'étendre à tout le vagin, 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 3eme, 6eme, 9eme, 12eme, 18eme, 24eme, 36eme mois, puis tous les ans .Chaque fois on note son poids, l'état général, on examine les creux sus claviculaires, le foie, on palpera l'abdomen à la recherche d'un gros rein. On examinera la vulve, on lui mettra un spéculum et on fera le test de dépistage tous les ans. Le vagin sera examiné sur toutes ses faces en retirant le spéculum, puis un toucher vaginal et un toucher rectal seront faits pour apprécier la souplesse des parois et des paramètres. Une échographie rénale sera

faite au 3eme mois pour rechercher une dilatation urinaire ou par une Urographie Intra- Veineuse (U I V). Toute anomalie au cours de ces examens entraînera la consultation du spécialiste.

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

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

La fréquence du cancer du col de utérin chez la femme enceinte est diversement estimée : 2,7% à 3,5% des cancers du col surviennent chez la femme enceinte et les néoplasies intra épithéliales (CIN) sont plus fréquentes pendant la grossesse. Il s'observe plus souvent chez la multipare ayant dépassé 30 ans, dont le col a été traumatisé par les accouchements antérieurs. Mais il atteint aussi la primipare plus jeune. Les divers degrés de la classification internationale des lésions pré invasives et invasives des cancers du col de l'utérus et néoplasies intra épithéliales s'observent dans les mêmes proportions qu'en dehors de la grossesse [19].

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

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

- Au premier trimestre de la grossesse :

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

- Au deuxième trimestre de la grossesse :

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

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

-Au troisième trimestre de la grossesse :

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

➤ **Relation entre cancer du col de l'utérus et l'infection à VIH [25]**

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

maladie. Cette infection chez la femme est associée à une prévalence élevée de cancer du col et à une évolution d'autant plus sévère de ces lésions que le déficit immunitaire est profond.

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

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

➤ **Cancer du col chez les adolescentes**

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

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

3- Principes physiopathologiques des tests

3.1- Le test à l'acide acétique (IVA)

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

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

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

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

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

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

tandis que dans le cas d'un cancer, cette réaction affecte souvent la totalité du col.

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

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

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

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

3.2- Le test de Schiller (Inspection visuelle au lugol : IVL)

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 glycogène.

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

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

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

invasif sont également iodo-négatives (puisqu'elles sont déficientes en glycogène) et apparaissent sous l'aspect de régions jaune moutarde ou safran, épaisses. Les zones leucoplasiques (hyperkératose) sont elles aussi iodo-négatives. Quant aux condylomes, ils peuvent occasionnellement prendre la coloration à l'iode de façon partielle.

VIA -

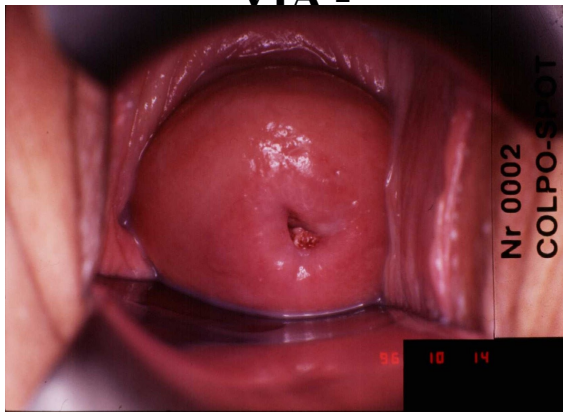


Figure 13 : col négatif à l'acide acétique [14]

VIA +

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

IVL -



Figure 15 : col négatif au soluté de lugol [14]

IVL +

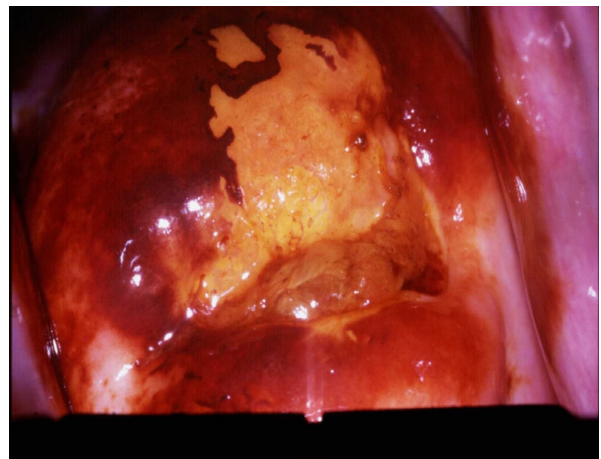


Figure 16 : col positif au soluté de lugol [14]

3-3- La colposcopie

Un appareil optique grossissant 10 à 20 fois la muqueuse cervicale.

Elle permet de voir l'épithélium pavimenteux exocervical, la zone de jonction entre l'endocol et l'exocol, la vascularisation et la structure du tissu conjonctif sous-jacent. Elle permet aussi de localiser la biopsie sur la zone suspecte du col. Elle nécessite un matériel coûteux le (colposcope) et un personnel qualifié formé et entraîné.

3-4- L'examen d'anatomie pathologique

- **La biopsie cervicale dirigée** : C'est le prélèvement d'un fragment de tissu cervical à l'aide d'une pince à biopsie sous contrôle d'un examen colposcopique sur les zones paraissant les plus pathologiques (26-27). La biopsie doit avoir intéressé la zone de transformation ou la majorité des lésions précancéreuses du col débutent.

II- MATERIELS ET METHODES

MATERIELS

1. Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée au service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la Commune V.

La situation géographique du centre de santé de référence de la commune v rend son accès facile pour la population de la commune v et environnant ; mais aussi parfois des évacuations des centres de santé de l'intérieur du Mali. Pour mieux répondre aux besoins sanitaires de la population ; le centre de santé de référence comporte plusieurs services et unités :

- Un service de gynécologie et obstétrique comporte :
- une salle d'accouchement avec 4 tables d'accouchement
- une unité de suite de couches
- une unité pour le PEV (Programme Elargie de Vaccination)
- une unité de néonatalogie
- une unité de PF (Planification Familiale)
- une unité pour les consultations prénatales

Service de médecine/pédiatrie, d'ophtalmologie, d'odontostomatologie, et dermatologie.

- une unité de comptabilité
- une unité de pharmacie, de laboratoire, d'échographie
- une unité d'USAC
- un -Un Bloc d'hospitalisation opératoire
- une brigade d'hygiène
- un parc auto

a-Aperçu historique

Le centre de santé de référence de la commune v fut créé en 1982, avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes.

La commune v est constituée de huit quartiers qui sont dirigés par des Chefs de quartiers regroupés en un collectif avec à sa tête un président.

A la faveur de l'essor du centre, par ses bonnes prestations, il fut choisi en 1993 pour tester le système de référence décentralisé. Ce texte ayant été très satisfaisant le centre est érigé en centre pilote du district de

Bamako. Sur la base du succès de ce centre, le système de référence a été instauré dans les autres communes. [41].

b-Superficie et Population

La commune v du district de Bamako couvre une superficie de 41,690 km² avec une population d'environ 279 240 habitants(2006).C'est une commune urbaine [42-41].

Elle est située sur la rive droite du fleuve Niger. Elle est limitée par le fleuve Niger au nord-ouest, à l'est par la commune VI et au sud-ouest par kalaban-Coro (Cercle de Kati). [41].

Le centre de santé de référence de la Commune V est dirigé par un Professeur Agrégé en gynécologie obstétrique

Les travailleurs sont des fonctionnaires, des conventionnaires de l'Etat, des contractuels agents de la municipalité et INPS.

Pour assurer la formation continue au niveau du service, un staff se tient tous les jours du lundi au vendredi les matins ; mais aussi pour exposer un thème ou présenter des cas cliniques.

c-Le centre de santé de référence de la commune IV :

Il est situé à lafiabougou, le centre de santé de référence de la commune IV a été notre lieu de cryothérapie durant l'étude.

d-Centre hospitalier universitaire Gabriel Touré :

Le service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier universitaire Gabriel Touré, a été notre lieu d'orientation pour les cas de dysplasie sévère et cancer.

e- Le service d'anatomie pathologique du Centre hospitalier universitaire point G : C'est à ce service que sont adressées les biopsies au cours dépistage.

2-Période de l'étude :

L'étude s'est déroulée de janvier à septembre 2010 soit 9 mois.

Cette période nous a permis de faire de la prise en charge des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin chez 311 femmes.

3-Type de l'étude :

IL s'agit d'une étude prospective, descriptive portant sur 311 Femmes

4- Population d'étude :

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

5-Critères :

5-1 Critères d'inclusion

Toutes les femmes en âge de procréer ou ménopausée :

- venant se faire dépisté
- ayant eu au moins un rapport sexuel
- acceptant de participer à l'étude.

5-2 Critères de non inclusion

- Femmes verges.
- Femmes enceintes.
- Femmes en période de menstrues.
- Femmes ayant subi une hystérectomie totale.

6-Matériel de travail :

- Une Table d'examen avec support pour les jambes.
 - Une Source lumineuse de bonne qualité pouvant aisément être dirigée vers le col.
 - Des Spéculums stériles : Spéculum de colin.
 - Des Gants stériles et non stériles.
 - Des écouvillons de coton.
 - Des pinces portes coton.
 - Une pince à biopsie du col.
 - Une pince à cœur.
 - Un haricot.
 - Des Cupules.
 - Une solution d'acide acétique à 5 % fraîchement préparée en ajoutant 5ml d'acide acétique glacial dans 95ml d'eau distillée.
- Conservation : pour une solution préparée le matin jeter le reste non utilisé.

-une solution de Lugol préparée en dissolvant 10g d'iodure de potassium à 5g d'iode le tout dans 100ml d'eau distillée.

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

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

-des flacons pour les biopsies du col.

-un sac poubelle pour y jeter les écouvillons contaminés.

-une solution de décontamination pour mettre les matériels souillés.

7-Déroulement du Travail :

***Sensibilisation et Consentement des femmes :**

Une campagne de sensibilisation à l'intention des femmes concernées a été faite à la télévision nationale invitant ces femmes à venir faire le dépistage au niveau de certaines structures sanitaires dans le district de Bamako.

Une information a été passée également lors des consultations médicales et gynécologiques à l'égard de ces femmes sur le dépistage et ses avantages.

Le jour du dépistage le bien fondé et les avantages(Annexe2) du processus sont expliqués à la femme.

Le dépistage ne commence qu'après l'obtention du consentement éclairé de la femme.

Ensuite, la femme bénéficie d'un Examen au spéculum au cours duquel sont pratiqués les Test IVA et IVL permettant le dépistage du cancer du col utérin.

Lorsqu'il y a une anomalie à l'IVA et à l'IVL, une biopsie est effectuée selon le résultat de l'examen colposcopique.

Les fragments biopsiques sont fixés immédiatement au formol à 10% et acheminés dans le laboratoire pour une confirmation histologique.

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

Tous les résultats de l'interrogatoire et des différents examens sont portés dans un questionnaire(Annexe4) et sur une carte rouge qui serait remise à la femme avec la date du dernier dépistage.

8- Recueil des données :

Il a été fait essentiellement par, les fiches F2, F4 du dépistage et le registre de consultation du dépistage.

9-Saisie et analyse des données

Nous avons fait une saisie simple des textes, des tableaux à l'aide du logiciel Word et Excel.

III. RESULTATS

1-Caractéristiques sociodémographiques :

- Au terme de notre étude, 311 Femmes ont été dépistées au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.
- Ces patientes ont été reçues pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.

1.1- Tranche d'âge

Tableau I : Répartition des femmes selon l'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage%
21-30	69	22,20
31-40	97	31,20

41-50	92	29,60
51-60	38	12,20
61-70	13	4,20
71-80	2	0,60
Total	311	100,00

La tranche d'âge **31-40 ans** était la plus représentée **soit 31,2%**. Ages extrêmes : **24 ans et 76 ans** La moyenne d'âge était de **40,52 ans**

1-2-Ethnie des patientes

Tableau II : Répartition des femmes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage%
Bamanan	104	33,40
Boua	3	1,00
Dogon	13	4,20
Khassonké	2	0,60
Malinké	12	3,90
Minianka	10	3,20
Peulh	52	16,70
Sénoufo	11	3,50
Soninké	77	24,80
Sonrhäi	27	8,70
Total	311	100,00

L'ethnie Bamanan était la plus représentée **avec 33,4%** des cas.

1-3-Provenance des Patientes

Tableau III : Répartition des femmes selon la résidence

Commune	Effectif	Pourcentage%
Commune I	7	2,30
Commune II	8	2,60
Commune III	11	3,50
Commune IV	10	3,20
Commune V	163	52,40
Commune VI	66	21,20
Kalabancoro	46	14,80
Total	311	100,00

Dans notre étude, **52,4% de nos patientes résidaient en commune V.**

1-4-Etat civil des patientes

Tableau IV : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage%
Mariées	281	90,30
Veuves	6	2,00
Célibataires	20	6,40

Divorcées	4	1,30
Total	311	100,00

La plus part de nos patientes étaient mariées soit **90,30% des ca**

1-5-Statut gynécologique des patientes

Tableau V : Répartition des femmes selon le statut gynécologique

Statut gynécologique	Effectif	Pourcentage%
EN période d'activité génitale	251	80,70
Ménopausées	60	19,30
Total	311	100,00

Les femmes en période d'activité génitale ont représenté **80,70%** des cas ; contre **19,30%** des cas pour les femmes ménopausées.

1-6-Antécédents Obstétricaux des patientes

Tableau VI : Répartition des femmes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage%
Nullipare(0)	7	2,26
Primipares(1)	22	7,07
Pauci pares (2-3)	69	22,18
Multipares (4-6)	96	30,87
Grandes-Multipares (7 et plus	117	37,62
Total	311	100,00

Dans notre étude les **multipares et grandes multipares** ont représenté respectivement **30,87% et 37,62% des cas**.

Tableau VII : Répartition des femmes selon la Gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigestes (1)	12	3,85
Paucigestes (2-3)	21	6,75
Multigestes (4-6)	116	37,30
Grandes multigestes (7et plus)	162	52,1
Total	311	100,00

Dans notre étude **52,1%** de nos patientes étaient des grandes multigestes.

1-7-Contraception

Tableau VIII : Répartition des femmes selon la méthode de contraception.

Méthode de contraception	Effectif	Pourcentage%
NON (Pas de contraception)	181	58,20
OUI	130	41,80
Total	311	100,00

Plus de la moitié de nos femmes n'utilisent pas de contraception soit **58,20%**.

1-8- Motif de consultation

Tableau IX : Répartition des femmes selon les symptômes.

Symptômes	Effectif	Pourcentage
Métrorragie post coïtale	135	43,40
Absence de symptôme	89	28,61
Leucorrhée	71	22,83
Ménométrorragie	16	5,14
Total	311	100

La métrorragie **post coïtale** était le symptôme le plus retrouvé avec 43,40%, contre 5,14% pour la ménométrorragie.

2-Dépistage

2-1-Test à l'acide acétique (IVA)

Tableau X : Répartition des femmes selon le Test à IVA (inspection visuelle après application d'acide acétique).

IVA (acide acétique)	Effectif	Pourcentage%
Négatif	255	82,00
Positif	40	12,86
Suspicion du cancer du col utérin	16	5,14
Total	311	100,00

Les femmes dépistées ont présenté **12, 86%** des cas IVA positif.

2-2-Test à lugol

Tableau XI : Répartition des femmes selon le résultat du Test à IVL (inspection visuelle après application du lugol).

IVL (Lugol)	Effectif	Pourcentage
Positif	231	74,28%
Négatif	64	20,58%
Suspicion du cancer du col utérin	16	5,14
Total	311	100,00

Dans notre étude **20,58 %** des cas présentaient le test iodo-négatif à IVL, **5,14%** des cas de suspicion du cancer du col de l'utérus.

2-3-Biopsie

Tableau XII : Répartition des femmes selon la biopsie.

Biopsie	Effectif	Pourcentage%
IVA/IVL	64	80,00
Suspicion du cancer du col utérin	16	20,00
Total	80	100,00

Dans notre étude **80 biopsies** ont été faite dont 62 pour IVA/IVL positives soit **80%des** cas et **16** pour Suspicion soit **20% des cas.**

2-4-Résultat

Tableau XIII : Répartition des femmes selon le résultat histologique

Résultat histologique	Effectif	Pourcentage%
Non concluant	10	12,82
Inflammation/Cervicite	21	26,93
Dysplasies	31	39,74
Cancers	16	20,51
Total	78	100,00

Les dysplasies étaient chez **31 femmes soit 39,74%**. Les cancers étaient présent chez **16 femmes soit 20,51% des cas**

Tableau XIV : Répartition des femmes selon la fréquence des lésions précancéreuses et cancéreuses.

Fréquence des lésions précancéreuse et cancéreuse	Effectif	Pourcentage%
CIN1/HPV	24	51,07
CIN2	6	12,76
CIN3	1	2,13
Cancer invasif	16	34,04
Total	47	100,00

Les lésions précancéreuses et cancéreuses les plus fréquentes dans notre étude étaient 51,07% de CIN1/HPV, 12,76% de CIN2 ; 2,13% de CIN3 et 34,04% de cancer.

Tableau XV : Répartition des résultats histologiques en fonction du statut matrimonial.

	Mariée	Célibataire	Divorcées	Veuves	Total
Dysplasies	22	2	3	4	31
Cancers	9	0	4	3	16
Autre	4	3	2	22	31
Total	35	5	9	29	78

L'apparition des dysplasies était de 71% et des cancers = 56,25% plus fréquente chez les femmes mariées.

Autres : normal, inflammation/cervicite, non concluant.

Tableau XVI : Répartition des résultats d'histologique en fonction du statut gynécologique.

	Ménopausées	En période d'activité génital	Total
Dysplasies	7	24	31
Cancer	5	11	16
Total	12	35	47

La dysplasie et le cancer étaient présents chez 51,06% et 23,40% de nos femmes en période d'activité génital.

3-Action thérapeutique effectuée

Tableau XVII : Répartition des femmes selon l'action effectuée.

Action effectuée	Effectif	Pourcentage%
Rassurée et Conseil	218	70,1
Cryothérapie	30	9,64
Orientée vers CHU-GT	17	5,47
Traitement médical reçu (Antibiotique-Antifongiques)	46	14,80
Total	311	100,00

Dans notre étude 30 femmes ont subi la cryothérapie soit 9,64%, et 17 femmes ont été orientées au CHU-GT dont 1 cas de CIN3 et 16 cas de cancers soit 5,47%

Tableau XVIII : Répartition des résultats histologiques des patientes en fonction de l'action thérapeutique effectuée

Résultat histologique/Action thérapeutique effectuée	Rassurée	Cryothérapie	Orientation	Total
Inflammatoire/Cervicite	21	0	0	21
CIN1/HPV	0	24	0	24
CIN2	0	6	0	6
CIN3	0	0	1	1
Cancers-invasifs	0	0	16	16
Total	21	30	17	78

Trente (30) femmes ont effectué la cryothérapie soit 38,46%, et 17 femmes orientées vers le CHU-GT soit 21,80%.

4- Suivi des patientes

Tableau XIX : Répartition des femmes selon le suivi post cryothérapie.

Suivi des femmes post cryothérapie	Effectifs	Pourcentage%
1-Mois	28	93,3
2-Mois	25	83,3
3-Mois	22	73,3
Perdue de vue	8	26,6

Huit de nos femmes ont été perdu de vue après trois mois de surveillance, en raison de trois(3) femmes par séance soit 26,6%.

IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1-L'approche méthodologique

Nous avons réalisé une étude prospective de Janvier à Février 2010 qui nous a permis de faire le point d'une question dans un espace donné en tenant compte des réalités du terrain.

En faisant un suivi qui rentre dans le cadre d'une recherche opérationnelle l'objectif est triple :

Collecter une masse d'information dont l'analyse permet de formuler des recommandations pratiques ; et favoriser le changement de comportement des prestataires pour l'amélioration de la qualité des services.

C'est donc une bonne approche dans le cadre d'un programme de dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin.

La mise en place de ces méthodes de dépistage devra être basée sur le contexte socioculturel des populations, la politique sanitaire et les ressources limitées disponibles dans chaque pays. Globalement, les programmes de dépistage peuvent être classés en deux groupes.

-Le dépistage d'opportunité : l'exemple type est l'adjonction d'un programme de dépistage aux activités de routine avec l'intention de réaliser le test pour toute femme venue pour se faire dépister ou référer dans le centre.

-Le dépistage organisé dont les caractéristiques sont :

- Population cible bien identifiée,
- Mesures prises pour une grande couverture avec contact facile des femmes incluses (Téléphone, adresse etc.)
- Protocole de dépistage bien précis avec objectifs à atteindre,
- Matériels de dépistage et d'analyse disponibles,
- Conditions favorables au diagnostic, au suivi et au traitement,

- Système de référence opérationnel : liaison facile entre les femmes dépistées, le laboratoire, les services cliniques, les centres de traitement et les patientes pour le résultat des tests.

- Un bon système d'information (registre du cancer)

- Le suivi et l'évaluation : indicateurs de processus, indicateurs d'impact.

Cependant, beaucoup de facteurs identifiés comme cause d'échec de programme de dépistage, existent dans ce dépistage d'opportunité.

Les caractéristiques des programmes qui ont échoué sont :

. Le défaut d'atteindre les femmes à risque :

- Cet aspect est un sérieux handicap de dépistage d'opportunité. Tel n'a pas été le cas dans notre étude. En effet, avec la médiatisation, il y avait plutôt un débordement des rendez-vous qui obligeait à limiter le nombre de consultantes par séance de dépistage du fait qu'un seul jour de consultation de dépistage par centre dans la semaine ne suffisait pas pour assurer le dépistage du cancer du col de l'utérus au Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako.
- La limitation de la tranche d'âge entre 39 et 59 ans ne nous a pas permis de faire une estimation correcte de la prévalence des lésions précancéreuses. En effet, l'idée actuelle concernant le cancer du col est de le considérer comme étant une infection sexuellement transmissible ; et de ce fait, toute femme qui a déjà eu des rapports sexuels doit bénéficier du dépistage de ce cancer. Le tableau III montre d'ailleurs que dans la tranche d'âge 31 à 40 ans les lésions précancéreuses sont à leur pic de fréquence dans la population féminine au Cs Réf V. Il est donc important d'abaisser l'âge de début du dépistage pour apprécier la répartition correcte de l'affection dans la population.

. Le suivi inadéquat des lésions précancéreuses :

- Cet aspect est d'autant plus préoccupant dans notre étude que nous n'avons pas retrouvé en contrôle au bout de trois mois **26,6%** des femmes après la première cure ont été perdues de vue contre respectivement 59% et 87,5% pour Traoré S et Koné G [12- 31].

.Les résultats faux négatifs : C'est à cause de l'impact négatif de ces faux négatifs que tout programme de dépistage du cancer du col utérin nécessite un contrôle de qualité. Ainsi, pour la mise en œuvre et la pérennisation d'un programme de dépistage, il est impérieux qu'un bon plateau technique soit en place (infrastructures, matériels de dépistage, personnel formé et motivé).

2- Les Caractéristiques Démographiques et Facteurs De Risques De la Population étudiée :

Au Mali le cancer du col de l'utérus occupe le premier rang de tous les cancers gynécologiques. [12].

IL vient en troisième position de toutes les tumeurs malignes après celle de l'estomac et du foie, tout sexe confondu [32]. La grande fréquence du cancer du col de l'utérus au Mali comme partout en Afrique pourrait être en rapport avec les conditions socio-économiques défavorables liées au sous développement et l'absence ou à l'inefficacité des stratégies réelles de lutte contre ce fléau.

a- L'âge :

La plus part des auteurs retiennent l'âge comme étant un important facteur de risque. Dans notre étude, l'âge moyen des femmes dépistées est de **40,52** ans.

Qui est supérieur à ceux de ces auteurs Denny I et coll. En 2002 (Afrique du sud) [35], Traoré S en 2004 au Mali [12] et Fané S en 2009 au Mali [30] concernant l'âge moyen a été représenté respectivement :

39 ans, 39,4 ans et 38 ans. En effet, l'idée actuelle concernant le cancer du col est de le considérer comme étant une maladie sexuellement transmissible et de ce fait, toute femme ayant eu des rapports sexuels doit bénéficier du dépistage de ce cancer.

Koné K.A. [17], trouvait une tranche d'âge de 45 à 49 ans la plus représentée avec une moyenne de 37 ans. Cette tranche d'âge traduit la période d'activité génitale sexuellement active. Ce fait est confirmé par les données de la littérature avec Sangaré B F qui a trouvé une prévalence élevée dans la tranche d'âge 34-43 ans. Les facteurs classiques de risque du cancer du col au jeune âge. Il s'agit de la précocité de l'activité sexuelle, immaturité du col, le jeune âge au mariage, la multiplicité de partenaires sexuels et les basses conditions socioéconomiques.

b- Mode de contraception :

Les contraceptifs ont été utilisés **dans 41,80%** des cas dans notre étude. Ils ne sont pas directement en cause dans la genèse du cancer du col de l'utérus mais en favorisant les rapports sexuels fréquents souvent non protégés, ils exposent aux microtraumatismes, véritables portes d'entrée pour les HPV. Il faut noter que le [fil du stérilet peut induire une dysplasie légère disparaissant après ablation du dispositif, il peut cependant être utilisé après traitement d'une dysplasie [12]. Notre taux d'utilisation d'une méthode contraceptive est supérieur à ceux de Diallo D et Fané S, qui ont trouvé respectivement 36,7% [28], et 30% [30].

c- Gestité - parité :

Dans notre étude les multi gestes ont représenté **37,30%**, qui est inférieur à ceux de Sacko F.R. (79%) [13], Fané S. (76%) [30] et Abdoul K Koné (44,3%) 43. Les multipares et les grand-multipares avaient 30,87% et 37,62% qui sont inférieure au Taux d'Abdoul K Koné (49%) des rapports sexuels et la multiplicité des partenaires sexuels peuvent

s'associer à la multigestité et multiparité pour favoriser la survenue de la maladie.

d- Régime matrimonial :

Dans notre étude **90,30%** de nos patientes étaient mariées polygames. La polygamie n'étant pas considérée comme un facteur de risque directement en cause du cancer du col utérin ; mais avec les rapports sexuels non protégés, elle augmente le risque d'IST. Ce résultat est supérieur à ceux de Diallo D. (47%) [28] et de Sacko F.S. qui a trouvé 45% de polygamie [13]

e- Ethnie :

Dans notre étude les Bambara ont représenté **33,4%**, ce taux est inférieur à celui d'Ibrahima M. D. qui a trouvé 38,5% [32]. Mais semblable à celle de Pamela Sonfack (33%). [29].

f- Résidence :

Cinquante deux virgule quatre pour cent (**52,4%**) de nos patientes avaient leur résidence en Commune V du district de Bamako. Ce résultat est inférieur à celui d'Ibrahima M. D. (63,08%) à Bamako en 2008.[32].

g- Inspection visuelle après application des tests IVA et IVL :

Le tableau X et XI montre que sur les 311 femmes dépistées dans notre étude, **12,86%** ont présenté une acidophilie positive. Fané S. [30] dans son étude, a rapporté 7,5%, Tegueté [15] 12,4%. Nous avons noté la présence de zone iodo-négative dans **20,58%** chez l'ensemble des femmes dépistées. Traoré S. rapporte 14,4% de positivité à l'IVL. [12].

3- Les ASPECTS CLINIQUES :

3-1 Métrorragie post coïtale :

La métrorragie post coïtale constitue le signe fonctionnel le plus fréquent des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. Il était présent chez 43,40% des patientes dans notre série ; contre 5,14% pour ménométrorragie.

Keita S. [36], Yelli S. [37] et Niani Mounkoro [38] ont rapporté respectivement 81% ; 95% et 100% de cas de métrorragie.

Notre résultat est inférieur à ceux de ces auteurs en raison du fait que dans notre série le diagnostic était posé.

3-2 Les Leucorrhées :

Elles sont retrouvées **chez 22,83%** des patientes. Ces leucorrhées sont parfois abondantes et le plus souvent nauséabondes ; parfois elles sont purulentes, et sont l'expression d'une infection.

Keita S. [36], a trouvé 88% de leucorrhée. Ce taux est largement supérieur à celui de notre étude.

4-Fréquence :

La fréquence des anomalies histologiques des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus durant la période d'étude est de :

- ❖ 51,07% de CIN1/HPV par rapport au nombre total de dépistage ;
- ❖ 12,76% de CIN2 ; 2,13 de CIN3 par rapport au nombre total de dépistage ;
- ❖ 34,04% de cancer par rapport au nombre total de dépistage ;

Notre étude est comparable celle de PETRI, et de Fané S, Qui ont rapporté respectivement dans leur série 39% de CIN1 et 61% de CIN2 /3 ; 3% CIN1, 1,6% de CIN2, 1,4% de CIN3 et 2,8% de cancer invasif [33-30]. La fréquence des anomalies histologiques a été de 15%. Nous avons noté une fréquence des dysplasies de 51,07% et celle des lésions cancéreuses = 34,04%. Notre fréquence des anomalies histologiques est supérieure à celle de Fané S. 8,8% [30]. La fréquence des dysplasies observée dans notre étude (51,06%) est supérieure à celle de Fané S. 6% [30], de Sangaré B.F. 3,4% [33], de Kamaté B. 3,6% [39], de Millogo au Burkina Faso 4,2% [40].

5-Les indications du Traitement :

Le traitement est fonction des indications. Sur les 311 femmes dépistées 78 ont présenté des anomalies à l'IVA et ou à l'IVL. C'est seulement 30 patientes ont été traitées. Le taux de traitement a été de 38,46% (30/78). Les femmes dépistées dont les résultats sont non disponibles et normaux ont été rassurées. Les cas d'inflammations et de cervicites ont bénéficié d'un traitement anti-infectieux et ont été rassurés.

Dans notre étude 30 patientes ont subi la cryothérapie par rapport au nombre total, et 17 patientes ont été référées au CHU- GT pour prise en charge ; Quant à Fané S et Traoré S [30-12] qui ont apporté respectivement un taux de traitement à la cryothérapie supérieur à celui de notre taux.

6-Traitement et Suivi :

Au cours de notre étude **80 femmes** présentant une anomalie à IVA et ou à IVL, **30 patientes** ont été traitées soit un taux de traitement de **38,46%**. Au cours de cette étude 28 patientes ont été suivies à un Mois, soit 35%, 25 patientes à deux Mois, soit 31,2%, 22 patientes à trois Mois et 08 de nos patientes ont été perdues de vue, **soit 26,6%**. **Ces** taux sont inférieurs à ceux de Fané S, et Traoré S qui ont rapporté 67,2% [30], et 20% [12].

V- CONCLUSION

De janvier à septembre 2010 nous avons dépisté **311 femmes** soit une fréquence globale des lésions précancéreuses et cancéreuses est de **65,96%% et 34,04%**.

L'âge moyen des patientes dépistées était **de 40,52 ans**. La plupart d'entre elles étaient mariées dont **90,30%** avaient de coépouses.

La positivité d'IVA et de l'IVL était respectivement de **12% et 20,6%**.

La fréquence des lésions précancéreuses et cancéreuses était de **51,07% de CINI/HPV, 12,76% de CIN2, 2,13% de CIN3 et de 34,04%** de cancer invasif. Le taux de traitement est **de 38,40%**. La cryothérapie a été alternative thérapeutique la plus utilisée. Les pertues de vue représentent **26,6%**. Les méthodes d'inspection visuelle sont des tests simples, peu coûteux, facilement acceptables et accessibles permettant de dépister efficacement les lésions précancéreuses du col de l'utérus et les lésions cancéreuses.

La prise en charge des lésions précancéreuses est facile. Mais s'il s'agit du cancer invasif, les difficultés du traitement sont liées au stade clinique à la taille de la tumeur, l'envahissement ganglionnaire, l'insuffisance du plateau technique et au manque de compliance des femmes dépistées

VI- RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes.

1- Aux autorités politico administratives et sanitaires

- Renforcer et étendre le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus à l'ensemble des centres de santé de référence et au centre de santé communautaires du Mali.
- Doter tous les centres de santé de référence des pinces à biopsie et de colposcope.
- Former le personnel médical et paramédical notamment les sages femmes en dépistage.
- Rompre le silence autour du cancer du col par mise à contribution des médias dans le cadre de la communication pour le changement de comportement.
- Mettre en place d'un Programme National de Lutte Contre le Cancer (PNLCC) comme celui du SIDA.
- Promouvoir le développement multisectoriel en général par l'alphabétisation, la lutte contre la pauvreté et l'éducation sexuelle surtout de la population féminine.
- L'intégration des données du registre du cancer aux données du système national d'information sanitaire.
- Organiser les campagnes de vaccination contre le papillomavirus (HPV).

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

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

3- Aux prestataires des services de dépistage :

- Sensibiliser les femmes dépistées dans le souci de réduire le taux de perdue de vue et d'abandon du traitement.
- Faire le dépistage systématique du cancer du col utérin chez toutes les femmes ayant des rapports sexuels.
- Traiter immédiatement après les tests visuels tous les cas positifs.
- Intégrer le dépistage dans les activités quotidiennes de pratique gynécologique.
- Assurer la tenue correcte des supports.
- Faire des communications pour le changement de comportement à l'endroit des femmes sous traitement dans le but de promouvoir un meilleur suivi des CIN et Cancer in situ.

4-Aux femmes à risque :

- Se faire dépister périodiquement du cancer du col de l'utérus, en respectant les rendez-vous.
- Observer le suivi adéquat des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.
- Rechercher toutes les femmes perdues de vue.

VII-REFERENCES :

1-Adjahoto I.O., Komongui D.G. ; et Perrin R.X.

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 l'enfant lagune(HOMEL) de cotonou.Thèse de Méd.2003 ; 49 : 25.

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-Anonyme:

New England Journal of Med (NEJM) 2003; 348:518-527.

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

An analysis of the factor involved the diagnostic accuracy of colposcopically directed biopsy.

Acta obstet gynéco Scand1997; 76:468-473.

5-Bastien H., Cinquin Ph. Cayot F., Cabanne F., et col.

Le frottis cervico-vaginal de dépistage. -Encycl. Méd.chir ; Paris ; Gynécologie, 73 B10 ; 6-1983,5p.

6-Sankaranarayanan R., Basu P. S., Mandal R., RoyC., ; n.and al.

Visual inspection with acetic acid and cytology in the early detection of cervical.

7-Belinson J.L., Pretorius R.G., Zhang W.H., Wu Ly and al.

Cervical cancer screening by simple visual inspection after acetic acid.Obstet Gynecol 2001; 98: 441-444.

8-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.

9-Bayo S et al : registre du cancer du Mali (cancer registry of Mali), institut national de recherché en santé publique.

10-Chirenje Z.M., Chipato T., KasuleJ Rusakaniko S., et col.

Visual inspection of the cervix as a primary means of cervical cancer screening: results of a pilot study. Central African journal of médecine; 1999; 2 (45); 30-33.

11-CIRC: Centre international de Recherche sur Cancer Manuel d'enseignement VIA-VIL.P

12-Traoré S : Dépistage des néoplasies intra-épithélial du col de l'utérus par l'inspection visuelle à l'acide acétique et au lugol.Thèse Méd.2004 P86, N13.

13-Sacko R.F. ; Traoré C B; Kamaté B.;Touré M et Col...

Dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus ; Traitement et suivi dans le district de Bamako.IX-Congrès de la SAGO Bamako 2008.

14-Sankaranarayanan R., Romani M.D. S., Wesley, MD.

Guide pratique pour le dépistage visuel des Néoplasies cervicales. Rapport technique 41du CIRC, Lyon, France.

15-Téguété I. : Prise en charge des néoplasies intra épithéliales du col (CIN).

A propos d'une rétrospective de 331cas sur une période de 10 ans. Mémoire de fin de stage de Gynécologie et, Obstétrique Bénin P10.

16- Bayo S, parkin, D.M, Koumaré AK, Diallo AN, et col.

(1990) cancer in Mali, 1987-1988 int.J.cancer, 45, 679,684 page 76.

17-Traoré M., Traoré O.S., Koné K.A. :

Evaluation des tests IVA et IVL dans le dépistage du cancer du col de l'utérus au centre de santé de référence de commune V du district de Bamako à propos de 917 cas .Thèse méd. Bamako1998

18-Hatch KD. Handbook of Colposcopy: Diagnosis and Treatment of Lower Genital Tract Neoplasia and HPV Infection. Boston: Little, Brown and col. 1989: 7-19.

19-Lansac J.et Lecomte P. : Gynécologie pour le praticien ; 4eme édition, Paris Mars 1994 :554

20-Pund E.R., Nieburgs H., Nettles J.B., Caldwell J.et col.

Preinvasive carcinoma of the cervix uteri: Seven cases in which I twas detected by examination of routine endocervicale smears. Arch pathol Lab Méd 1947.

21-Koss L.G., Stewart F.W., Foote F.W., Jordan M.J., ET col

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., Vinettier D., Leroy J.L et col

Positive Margins after conization and Risk of persistent lesion. Gynecologic Oncology 76,311-314 (2000).

23-Oster AG: Natural history of cervical intra epithelial neoplasia, a critical review. Int J Gynecol.Pathol 1993; 12 (2) 186-192.

24-Merger R., J. Levy, J. Melchior et N. Bernard: Précis d'obstétrique 6eme édition Masson, Paris, 2001 :402-403.

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

26-Chirenje Z.M., Chipato T., Kasule J., Rusakaniko S et col.

Visual inspection of the cervix as a primary means of cervical cancer screening: results of a pilot study. Central African journal of medicine; 1992..

27-Coleman MP. , Estève J., Damiecki P., Arslan A., et col

Trends in cancer incidence and mortality. Lyons: International Agency for Research on cancer; 1993.(IARC Scientific Publication N 121).

28-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.

29-Sonfack T. E. P.

Bilan des activités de dépistage du cancer de l'utérus à l'aide du frottis cervico-vaginal au service d'anatomie pathologique de l'INRSP. Thèse de Méd. Bamako 08-M-112.

30- Fané S.

Dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par les méthodes d'inspection visuelle, leur traitement et leur suivi, dans le district de Bamako. Mémoire d'étude spécialisée en gynécologie obstétrique en 2009-2010.

31- Ottaviano M, la Torre P. Examinaisons of the cervix with the naked eye using acetic acid test. Am J Obstet Gynecol 1982; 143: 139-142.

32- Diarra I. M.

Aspects Clinique et Thérapeutique du cancer du col de l'utérus dans le service de Gynécologie- Obstétrique Du C.H.U du POINT-G. Thèses de Méd. 08-M-79.

33- C. Bergeron J.-G. Breugelmans S. Bouée C. Lorans S. Bernard V. Rémy.

Coût du dépistage et de la prise en charge des lésions précancéreuses du col utérin en France.

Gynécologie Obstétrique et Fertilité en 2006.
[http : //France.elsevier.com/direct/GYOBFE/](http://France.elsevier.com/direct/GYOBFE/).

34- Sangaré B.F : Etude des facteurs de risques des lésions dysplasiques et cancéreuses du col de l'utérus diagnostiquées au Mali. Thèse Med. 07- M- 30.

35- Denny L, Kuhn L, Pollack A, Wright TC Jr.

Direct visual inspection for cervical cancer screening: Analysis of factors influencecing Test Performance.

American Cancer society 2002; 94:1699-707.

36- Keita S.

Aspects Clinique et thérapeutique du cancer du col de l'utérus dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital du point-G. Thèse, médecine Bamako 1995.

N : 44 ; P 84.

37- Yelli S.

Contribution à l'étude des aspects anatomo-cliniques du cancer du col l'utérus à Bamako à propos de 41 cas. Thèse Méd. Bamako 1980, 186.

38- Mounkoro N. :

Les cancers génitaux de la femme au Mali à propos 32 cas. Thèse médecine Bamako 1985- 12.

39- Kamaté B.

Evaluation du dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus par la méthode d'inspection visuelle à l'acide acétique (IVA) et au lugol (IVL) au Mali ; Mémoire DEA : 2003-2004.

40- Millogo F. T, Akotionga M, Lankoande L.

Dépistage du cancer du col utérin dans un district sanitaire (BURKINA FASO). VII- Congrès de la SAGO et II- Congrès de la SOMAGO Bamako 2003.

41- Keita. I.

Hémorragies du 3^{ème} trimestre de la grossesse au Centre de Santé de Référence de la commune V. Thèse de Méd. en 2007-2008.

42- Fédération nationale des Associations de santé Communautaire du Mali (FENASCOM) ; Torokorobougou Rue 418.

43- Koné. A K

Evaluation des Tests d'IVA et IVL dans le dépistage du col de l'utérus au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako (917cas). Thèse de Méd. en 2008.

44- 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 113cas. Thèse Méd. en 2006.

VIII- ANNEX

FICHE D'ENQUETE

- 1- N° : fiche d'enquête
- 2- Nom et prénom
- 3- Age
- 4- Adresse habituelle
- 5- Ethnie
- 6- Etat civil : 1= mariée, 2= célibataire, 3= divorcée, 4= veuve
- 7- Statut gynécologique : 1= Période d'activité génitale, 2= ménopausée
- 8- Antécédents Obstétricaux : 1= nullipare, 2= primipare, 3= pauci pare, 4= multipare, 5= grande multipare, 5= primigeste, 6= pauci geste, 7= multi geste, 8= grande multi geste
- 9- Contraception
- 10- Motif de consultation : 1= métrorragie post coïtale, 2= leucorrhée, 3= Ménométrorragie
- 11- Dépistage : 1= IVA positif, 2= IVL positif, 3= suspicion du caner du col
- 12- Biopsie : 1= IVA/IVL positif, 2= suspicion
- 13- Anatomie pathologie (Résultat histologie) : 1= normal, 2= inflammatoire, 3= CIN1, 4= CIN2, 5= CIN3, 6= cancers, 7= non concluant
- 14- Suivi : 1= 1mois, 2= 2mois, 3= 3mois, 4= perdu de vue

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : Drissa Sounkalo

Titre de thèse : Evaluation de la prise en charge des lésions précancéreuse et cancéreuse du col de l'utérus au Centre de Santé Référence de la Commune V.

Année universitaire : 2010-2011

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : MALI (Kayes- plateau)

Cell : 76- 37- 03- 40

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS de Bamako.

Secteur d'intérêt : Anatomie pathologique, Gynécologie, Santé publique

RESUME :

Le cancer du col de l'utérus demeure toujours un problème de santé publique dans les pays en développement, dont le notre où le frottis cervico-vaginal n'est pas très accessible. Nous estimons que cette solution s'obtient par le dépistage systématique et le traitement des lésions précancéreuses et cancéreuses, par les méthodes d'inspection visuelle, qui sont une alternative moins coûteuse. Au Mali il est le premier cancer de la femme avec 26,6%. Les facteurs de risque comme la multiparité, la multigestité et les contraceptifs oraux sont également mentionnés.

Nous avons mené une étude prospective d'évaluation de la prise en charge des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Les résultats obtenus sont les suivants :

- ❖ La positivité de l'IVA est de 12,86% et celle de l'IVL

20,58 %.

- ❖ La tranche d'âge la plus touchée est de 31-à 40 ans.
- ❖ L'âge moyen était de 40,52 ans.
- ❖ Les lésions précancéreuses étaient de 65,96% et 34,04% de lésions cancéreuses

Concernant la prise en charge et le suivi nous avons été confronté à des difficultés car le taux de perdu de vie (26,6%) est élevé compte tenu de la facilité pratique du dépistage par les méthodes inspections visuel, des efforts restent à faire pour la vulgarisation des campagnes de dépistage dans tous le pays.

Le mot clés : le col, lésions précancéreuses et cancéreuses IVA, IVL, biopsie, traitement et 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 la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure !